

中国现代
百名中医临床家丛书

李寿彭

主编 陈代斌 王恩元



中国中医药出版社



责任编辑 罗会斌
封面设计 刘霞



中国现代百名中医临床家丛书

李寿彭

ISBN 7-80156-876-1



9 787801 568762 >



定价：12.00 元

中国现代百名中医临床家丛书

李寿彭

主 编 陈代斌

王恩元

副主编 谭 工

周世敬

罗红柳

主 审

余甘霖



中国中医药出版社·北京

李寿彭

图书在版编目(CIP)数据

李寿彭/陈代斌等主编. —北京: 中国中医药出版社, 2006. 2

(中国现代百名中医临床家丛书)

ISBN 7-80156-876-1

I. 李… II. 陈… III. 中医学临床-经验-中国-现代 IV. R249.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2005) 第 084829 号

中国中医药出版社出版

北京市朝阳区北三环东路 28 号易亨大厦 16 层

邮政编码: 100013

传真: 64405750

北京市纪元彩艺印刷有限公司印刷

各地新华书店经销

*

开本 850×1168 1/32 印张 6.75 字数 148 千字

2006 年 2 月第 1 版 2006 年 2 月第 1 次印刷

书号 ISBN 7-80156-876-1/R·876 册数 4000

*

定价: 12.00 元

网址 www.cptcm.com

如有质量问题请与本社出版部调换

版权专有 侵权必究

社长热线 010 64405720

读者服务部电话: 010 64065415 010 84042153

书店网址 csln.net/qksd/





目 录

医家小传

医家小传	(3)
------------	-----

专病论治

1. 急性支气管炎案	(9)
2. 咳喘案	(10)
3. 麻桑大黄汤治疗小儿实热哮喘	(11)
4. 四君四白散治疗肺结核	(12)
5. 中药治疗肺心病缓解期	(14)
6. 鼻渊案	(15)
7. 鼻衄案	(16)
8. 胸痛案	(17)
9. 失音案	(18)
10. 胃痛治疗经验	(19)
11. 腹痛宁煎剂治疗慢性胃炎	(22)
12. 慢性胃窦炎案	(24)





目 录

13. 胆汁反流性胃炎案 (25)
14. 痞满案 (27)
15. 十二指肠球部溃疡案 (28)
16. 胃切除术后呕吐案 (29)
17. 老年肠胀气案 (30)
18. 老年性便秘案一 (31)
19. 老年性便秘案二 (32)
20. 慢性结肠炎案 (33)
21. 急性肠炎案 (34)
22. 益气健脾升阳法治疗霉菌性肠炎 (35)
23. 贴脐法治疗小儿久泻 (36)
24. 加味香连厚朴汤治疗小儿泄泻 (38)
25. 直肠脱垂案 (40)
26. 肝硬化案 (41)
27. 加味四逆散治疗术后肝胆管残余结石 (42)
28. 胆囊结石案 (43)
29. 益气养阴清热法治疗乙型肝炎 (44)
30. 暑温案 (45)
31. 湿温案 (47)
32. 湿热案 (48)
33. 气虚发热案 (49)
34. 丹莱虎山泽葛汤治疗高脂血症 (51)
35. 冠心病案 (52)
36. 眩晕案一 (高血压病) (53)
37. 眩晕案二 (内耳眩晕症) (54)
38. 震颤案 (55)
39. 中风案 (56)



40. 面瘫案	(58)
41. 盗汗案	(59)
42. 耳鸣耳聋案	(60)
43. 病毒性心肌炎案	(61)
44. 加味通窍活血汤治疗脑外伤后精神失常	(62)
45. 吴茱萸汤治愈顽固性头痛案	(63)
46. 血管神经性头痛案	(65)
47. 川芎茶调散治疗性交时头痛	(66)
48. 植物神经功能失调治验三则	(67)
49. 顽固性失眠案	(69)
50. 血小板减少性紫癜案	(70)
51. 慢性肾小球肾炎案	(71)
52. 急性肾盂肾炎案	(72)
53. 中医治疗肾病综合征的点滴体会	(73)
54. 水肿案	(77)
55. 癃闭案	(79)
56. 淋证案	(80)
57. 血淋案	(81)
58. 膏淋案	(82)
59. 导赤土茯苓银花汤治疗淋病	(83)
60. 输尿管结石案	(85)
61. 加味生脉地黄汤治疗糖尿病	(86)
62. 睾丸炎案	(87)
63. 阳痿案一	(88)
64. 阳痿案二	(89)
65. 遗精案	(90)
66. 银翘地黄二至汤治疗血精	(91)



目 录

67. 经行头痛案	(92)
68. 经前期综合征案	(93)
69. 围绝经期综合征治验	(94)
70. 乳腺增生伴痛经案	(95)
71. 乳腺增生伴月经量多案	(96)
72. 继发性不孕案	(97)
73. 加味失笑散热熨治疗痛经	(98)
74. 崩漏验案三则	(99)
75. 卵巢囊肿案	(102)
76. 席汉氏病案	(103)
77. 青柴石知二黄汤治疗小儿发热	(104)
78. 高热案	(106)
79. 通腑泻热法治疗小儿高热惊厥	(107)
80. 青黄南白散外敷治疗疔腮	(109)
81. 加味银翘地黄汤治疗川崎病	(109)
82. 补气缩泉汤治疗小儿遗尿	(111)
83. 肩周炎案一	(112)
84. 肩周炎案二	(113)
85. 腰椎骨质增生	(114)
86. 脱发案	(115)
87. 中医药治疗跟痛症	(116)
88. 加味左金四逆散治疗带状疱疹后疼痛	(117)
89. 红斑狼疮案	(119)
90. 老年性皮肤瘙痒案	(120)
91. 关节炎兼胃溃疡治验	(121)



诊余漫话

1. 谈王清任对活血化瘀治法的贡献	(125)
2. 忆吴棹仙应用经方验案	(126)
3. 以导赤散为主治疗儿科病的体会	(127)
4. 小柴胡汤临床运用体会	(128)
5. 通法治疗脘腹胁肋疼痛的体会	(133)
6. 消化性溃疡的诊治体会	(136)
7. 治疗胃脘痛六法	(140)
8. 记3例家族性何首乌过敏	(142)
9. 谈白芍的临床用法	(143)
10. 谈黄芪的临床运用	(144)
11. 漫话当归的补血止痛作用	(144)
12. 话淫羊藿补阳强壮效果	(145)
13. 药方小议	(146)
14. 小儿食积防胜于治	(148)
15. 应重视对便秘的防治	(149)
16. 表里同治法临床运用拾零	(150)
17. 《伤寒论》方临床运用一得	(157)
18. 怔忡从五脏论治的体会	(165)
19. 浅谈外感咳嗽的诊治心得	(171)
20. 谈如何有效运用科研成果	(175)
21. 如何提高临床辨证能力	(176)
22. 浅谈药膳食疗	(180)
23. 带教体会	(180)
24. 医药保健谚语	(181)



目 录

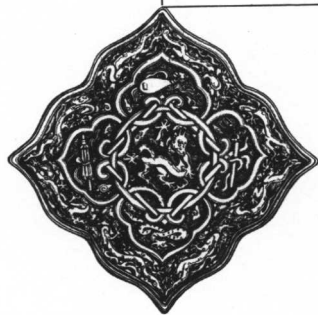
25. 喝水也要讲科学 (182)
26. 三峡库区伏早期痢疾的防治措施 (184)
27. 怎样当好一个医生 (185)

年 谱

- 李寿彭老中医年谱 (189)



医
家
小
传





李寿彭，男，1938年3月出生于四川省成都市中医世家。其父李羲年，文史兼备，尤精医理，自幼聪慧过人，熟读历代中医典籍，勤求古训，博采众长，为人治病，乐善好施，活人无数，深得蓉城医患好评。李师三代单传，倍受长辈之宠爱，自幼受家教之熏陶，誓愿从事岐黄事业而不辍，故而高中毕业时以优异成绩考入全国首批四所中医高校之一的成都中医药大学医疗系，通过历时6年的刻苦学习，于1964年毕业分配到原四川省万县地区人民医院从事临床诊疗及教学工作，一干就是40多年。李师现为重庆三峡中心医院主任中医师，中共党员，农工民主党党员，拔尖人才，国务院政府津贴获得者。

李师在40多年的医学生涯中，始终信奉学贵勤、术贵精的治学准则，深谙祖国医学典籍，对《黄帝内经》《伤寒杂病论》《金匱要略》《诸病源候论》《备急千金要方》《小儿药证直诀》《脾胃论》《景岳全书》《医林改错》《医学衷中参西录》等名家名著的学术思想感悟良多，受益殊深，临床运用最活，在博采众家之长的基础上，逐渐形成了独具特色的诊疗体系和风格。他最推崇的医家是张仲景、巢元方、孙思邈、钱乙、李东垣、王清任；最擅长用的药物是白芍、黄芪、当归、南沙参、淫羊藿、麻黄、大黄；最擅长运用的方剂是芍药甘草汤、四君子汤、真武汤、银翘地黄汤、青柴石知二黄汤；最擅长治疗的疾病是肾病综合征、再生障碍性贫血、乙型肝炎、小儿发热、小儿腹泻等。他的行医准则是一切方便病人，多讲奉献，少讲索取，诊治疾病力求简、便、验、廉。由于他几十年如一日地不断求索、无私奉献而赢得川东乃至三峡地区人民群众的良好口碑，诚如经他治愈的患者在感谢信和表扬信中写道：“救死扶伤情意深，忠心赤胆



为人民，和缓医名堪却病，果然妙手能回春”；“御环结草感华佗，灵药仙丹不在多，医家仁术济天下，高峡平湖正气歌”。

李师学本《内经》，崇尚仲景，对急症重病喜用经方，重症沉痾擅理脾胃，平时留心研究小儿发热性疾病。在临床治疗方面，遵循古为今用、洋为中用、推陈出新，认为当代中医必由之路是继承发扬与开拓创新相结合、宏观辨证与微观辨病相结合、辨证论治与效验秘方相结合。如治小儿发热，他提出表里双解、泄热排毒、截断病灶的观点，集清、解、和、下诸法为一体，将清热解毒、通腑和解法融于一方，自创了青柴石知二黄汤，经数百例的临床观察，疗效优于其他药方；对于水肿实证，李师认为其标在肺，其本在肾，治疗上主张辛开降泄去宛陈莖，将麻黄与大黄同用，既可散水气消肿胀，又可畅气机降肾浊。肺为水之上源，麻黄开提肺气，犹如提壶揭盖则水自下；肾主调节水液，并为胃之关，用大黄旨在通降开郁、泄浊解毒，二药合用，正合《内经》“去宛陈莖”之意。

李师在繁忙的诊务之余还善于总结，勤于笔耕，相继在《成都中医学院学报》《四川中医》《新中医》《陕西中医》《实用中医药杂志》等多家专业性医学刊物上发表论文 40 余篇，所研制的“金黄含漱液”、“退热液”、“青柴石知二黄汤”等临床用药均获万县市科技进步奖，特别是“退热液”和“金黄含漱液”为医院带来了很好的经济效益。

李师多次被评为“四川省卫生先进工作者”、“优质服务明星”、“劳动模范”、“精神文明标兵”、“优秀共产党员”、“科技先进个人”、“优秀农工党员”等荣誉称号。他的主要事迹先后在《健康报》《万县日报》及万州广播电视台等新



闻媒体作过专题报道。

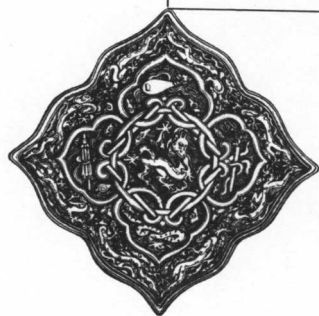
由于李师医术精湛，医德高尚，作风正派，乐于公益事业，社会影响大，因而在繁忙的诊务之余为促进中医药事业的发展不遗余力鼓与呼，并在各种不同场合、不同阶层建言献策。他先后担任重庆市医疗事故鉴定专家组成员、重庆市中医药系列高级专业技术职称评委、重庆市万州区科学技术协会常委、四川省万县市政协常委、农工民主党万县市委副主委、万县地区中医医院达标升级评审委员会委员、全国中医儿科学会理事、四川省中医学会理事、重庆市中医药学会理事、万县市中医学会副会长，受聘为万州区多家医疗单位及科研单位技术顾问等。

由于李师在临床、教学、科研方面成绩显著，被人们喻为健康保护神，传承祖国医药学的排头兵。多年来，他承担带徒带教任务，以其大医精诚之风范，行不言之教，并谓弟子不必不如师，教学相长，唯尽己之所能，倾囊相授，以激发启迪后人矣。





專
病
論
治





1. 急性支气管炎案

急性支气管炎是临床常见的肺系疾病之一，能导致本病发生的原因也是多方面的，诸如病毒、细菌、物理、化学及过敏因素等。临床主要症状是咳嗽和咯痰，且大多与感冒同时发病，起病较急。在治疗时应分清病因，不要盲目使用止咳药而造成“闭门留寇”。

王某，男，54岁，工人，家住原万县市新城路23号，1999年10月4日初诊。

患者自诉3天前因淋雨受凉后出现咳嗽、咯痰，胸部有压迫感，咽部疼痛，全身酸痛，肢软无力。作血常规检查提示：白细胞总数、中性粒细胞比例均升高。X线片提示：肺纹理增多且粗。呼吸音粗糙。诊时咳嗽，咽部明显充血，吐黄稠痰，舌苔黄，脉浮数。证属风热犯肺，用桑菊饮合蚤休甘草汤加味。处方：桑叶15g，野菊花10g，知母12g，瓜壳12g，半夏10g，桔梗10g，五味子10g，白芍12g，蚤休10g，远志10g，甘草6g。每日1剂，水煎服。

服上方3剂后咳嗽减轻，痰质变稀且量少，胸闷好转，粗糙呼吸音消失。原方再服5剂，症状全部消失。

按：方中桑叶、野菊花轻清宣达，疏散上焦风热，清肺止咳，李师经验认为野菊花抗炎效果较一般菊花好。桔梗、蚤休、甘草祛痰利咽，知母、半夏、瓜壳合用能宽胸散结，消除胸中满闷，加用一味远志，旨在增强排痰之力。本方为李师经验方，一年四季皆可运用。



2. 哮喘案

李某，男，26岁，1995年6月15日就诊。

半月前因感冒后发热、咳嗽，经西药抗炎对症处理，症状减轻，但不多日因饮食不节致咳嗽等症复发，再用西药效差，渐至喘息，口苦，口臭，大便秘结，胸闷腹满。查脉弦滑有力，舌红，苔黄中厚腻。证属肺热腑实，拟麻杏石甘汤加味。处方：麻黄 10g，石膏 40g，杏仁、薤白、葶苈子各 15g，大黄、大枣各 12g。

用上方 2 剂后，大便秘通，胸闷、腹胀、哮喘亦明显减轻，且厚黄腻苔亦见消退。原方大黄减为 6g，连续 2 剂后诸症平息。

按：李师认为麻黄止咳平喘，实证者本属正用，但经常有哮喘之证单从麻黄宣肺平喘止咳这一途径治疗往往疗效欠佳。察其缘由，往往表之有邪，里将郁闭，肺与大肠相表里，肺气不通，病及大肠，可致传导失司；反之，如大肠热郁，肠燥便结，腑气不通，亦可致肺失宣降，发为喘咳。李师治疗此证常以大黄配伍麻黄，一则宣肺以达表，二则泻腑以通里，俾表里通，宣降自如，脏腑气机调顺，则喘咳自能平息。李师经验认为，此时不一定非要有燥屎内结不可，只要辨证属实，无气虚下脱之虞，均可投用。诚然，无燥实内结者大黄用量可轻，只通降下气即可；有燥实内结者用量宜重，非祛积导滞不行。



3. 麻桑大黄汤治疗小儿实热哮喘

基本方：石膏 10~30g，黄芩、桑白皮各 5~10g，麻黄、杏仁、姜半夏、甘草各 3~5g，生大黄（另包后下）5~8g。发热加青蒿；呕吐加藿香；纳差加建曲；过敏加地龙、蝉蜕。每日 1 剂，水煎分 3~4 次温服。

田某，女，1 岁 5 个月，1991 年 4 月 13 日初诊。

其母代诉，每次感冒必发哮喘已半年，此次感冒 1 天，呼吸急促，喉间痰鸣，咳嗽气喘，痛苦病容，发热面红，食少倦怠，口干喜饮，大便两日未解，小便短涩而黄。检查：体温 38.8℃，舌质红干，苔薄黄少津，指纹青紫，咽红而肿，唇部轻度紫绀，心率 65 次/分，律齐，双肺可闻及哮鸣音。胸透示双肺纹影粗乱，余（-）。查血：白细胞 $9.1 \times 10^9/L$ ，中性 0.86，淋巴 0.14。证属外感风热，痰浊阻肺。当表里双解，清热化痰，宣肺平喘。处方：石膏 10g，黄芩、桑白皮、青蒿各 8g，麻黄、杏仁、姜半夏、甘草各 5g，生大黄 5g（后下）。1 剂。

次日复诊，其母诉服药后泻出较多的黑色燥结大便秘块，以后又泻稀便 3 次，症状缓解，体温正常，精神转佳。原方去青蒿、生大黄，加麦冬以养阴，加山药以调胃，两剂而愈，随访 1 年，未见复发。

按：小儿脏腑娇嫩，形气未充，易受外邪，又因小儿为纯阳之体，感邪之后易从热化，故临床所见小儿哮喘以实证、热证为多。症见发热咳嗽，痰多黄稠，大便秘结，小便短涩，指纹青紫，舌红苔黄。李师根据“非辛温不能透达，





非辛凉不能清解”的原理，认为单纯解表里热易炽，单纯清里则表邪难解。自拟麻桑大黄汤，方中借麻杏石甘汤的退热解痉、平喘化痰止咳的作用，用石膏甘寒清泻肺胃之热以生津，用麻黄辛苦温宣肺解表以平喘，二药相制为用，既能宣肺又能泻热。黄芩、桑白皮清泻肺热以止咳平喘，增强石膏的作用。杏仁、姜半夏降气化痰，加强平喘之力。生大黄在方中釜底抽薪，清泻积热，通大肠降肺气以平喘，甘草调和诸药兼以化痰，共同起到表里双解、宣肺平喘、清热化痰的作用。因而对小儿实热哮喘累用累效。方中生大黄必须另包后下，热退喘平即止，以免久泻伤正耗阴。

4. 四君四白散治疗肺结核

基本方：党参、白术、百部、白及、白茅根各 15~20g，茯苓、甘草各 10g。每日 1 剂，水煎分 3 次服。盗汗重者加黄芪、防风；潮热甚者加青蒿、地骨皮；咳嗽剧者加桑叶、桔梗；咯血多者加生地、丹皮。先服汤剂 7~14 剂以求速效，当症状控制后，继用基本方辨证加味，共研细末，装瓶备用，每次服 15g，早、晚各服 1 次，以蜂蜜调服，3 个月为 1 个疗程。

病案一

曾某，男，42 岁，原万县地区农科所干部。

因咳嗽、发烧、咯血、胸痛半个月，伴潮热盗汗，食差消瘦。经胸部摄片确诊为“右肺上部Ⅲ型结核”，痰检查 3 次均查出抗酸结核杆菌。即按规定疗程服用异烟肼、PAS，肌注链霉素。治疗半年，胸部平片复查，结核病灶与上次摄



片比较未见好转。改服抗结核二线药，服异烟肼、利福平、乙胺丁醇，坚持半年，摄片复查，病灶依旧未见好转，改用中医药治疗。

患者咳嗽胸痛，纳差消瘦，潮热颧红，失眠头昏，肢软疲乏，大便稀溏，脉缓，舌质淡，苔薄白。辨证为脾肺气虚，用基本方加枣仁、知母、山药各12g。服药7剂后，食欲稍增，头昏失眠减轻，精神好转，改用四君四白散加味，服3个月后摄胸部平片，见结核病灶呈条索状硬结灶，再服3个月，诸症消失，病灶纤维硬结。随访1年，未见复发。全勤上班。

病案二

万某，男，31岁，万县新田区大桥村学校教师。

咳嗽咯血反复发作2个月，伴发热，胸痛，潮热盗汗，纳差消瘦，语声低微。摄胸部平片示：“右肺尖可见边界不清模糊阴影”，查痰3次均查见抗酸结核杆菌，确诊为Ⅲ型肺结核。口服异烟肼、PAS，肌注链霉素。治疗半个月后出现眩晕呕吐、头晕失眠、不思饮食，日渐消瘦，卧床难起，扶墙而行，被迫停用化疗，抬来中医治疗。据其舌脉，先治其标，投以温胆汤加酸枣仁汤，治疗半个月，眩晕呕吐、头晕失眠消失，食欲稍好；继则用四君四白散加味治本，先拟汤剂7剂，服药后食欲好转，精神转佳；再改四君四白散治疗3个月后复查胸片，示右肺上部病灶吸收硬化，再服3个月巩固疗效。摄片复查示结核痊愈，随访1年未见复发。

按：脾肺气虚，治当补脾敛肺。脾肺同治与古代医家“肺痿从脾治”及近代医家“培土生金法治疗肺脏亏损”的结论一致。四君四白散中四君子汤调补脾胃、补土生金，配白芍酸敛养阴，白及敛肺生肌，百部润肺止咳、杀虫，白茅





根通肺络、清热止血，再辨证加味，共同改善脾肺功能，促进早日痊愈，取得较好效果。

5. 中药治疗肺心病缓解期

慢性肺源性心脏病是由损害肺脏结构和功能的慢性肺、胸或肺血管病变所引起的肺循环阻力增加，导致肺动脉高压甚至右心衰竭的一类心脏病。在病情缓解期，治疗应以扶正固本为主，积极治疗基础病变，提高免疫力，减少急性发作，延缓病情发展。用生脉小陷胸汤治疗能收到较好效果，曾观察 32 例，经 2~10 个疗程治疗，总有效率达 81%。

基本方：太子参 20g，麦冬、全瓜蒌各 12g，半夏、五味子各 10g，黄连 6g。发热加石膏、知母；气虚加黄芪；心悸加枣仁；水肿加茯苓皮；咳嗽气喘加桑白皮、款冬花，每日 1 剂，水煎服，10 剂为 1 个疗程。

余某，男，60 岁，工人。患者咳嗽气喘，胸闷痰多，冬春季节反复发作 6 年。此次因感冒受凉后发热恶寒，咳嗽气喘，心悸失眠，胸闷咯痰，食少便溏，口干尿少，前来求治。检查：T 39.4℃，喘咳，呼吸困难，不能平卧，口唇发绀，桶状胸，颈静脉怒张，肝在肋下两指，叩诊呈过度反响，双肺可闻及湿性啰音，两下肢凹陷性水肿。舌质红，少苔，脉细数。实验室检查：WBC $17 \times 10^9/L$ ，N 0.86，L 0.14。X 线胸片示胸部透明度增加，肋间隙增宽，肺动脉段隆突，肺门附近阴影加深。心电图顺钟向转位，低电压，窦性心动过速，不全性右束支传导阻滞。西医诊断：慢性支气管炎合并感染，阻塞性肺气肿，肺心病。



证属风热外感，气阴两虚，痰湿闭肺。治宜补气养阴，宣肺涤痰。方用生脉小陷胸汤加枣仁、茯苓皮、黄芩，服药10天，1个疗程未完即诸症俱减。继服2个疗程，咳嗽气喘、胸闷痰多、心悸失眠均已控制，精神食欲均好转。3个月随访，正值隆冬，未见复发。

按：肺心病属中医学“痰饮”、“喘证”、“水肿”范畴，病位在心、肺。外邪入肺卫而发热；肺气不宣，痰涎壅塞而发喘促胸闷；肺病则通调水道失职，水湿停滞而发水肿、生痰饮；水气凌心而发心悸失眠。李师用生脉散益气养阴生津，气阴两补以培元固本，小陷胸汤宽胸开结涤痰以祛邪。两方合用，随症加味，使症状控制，部分体征消失，理化检查正常，心电图好转，患者抵抗力增强，感冒次数减少，使正胜邪却而病愈。

6. 鼻渊案

苏某，男，16岁，住原万县市电报路127号，学生，1990年5月17日初诊。

患者鼻塞、流浊涕4个月余，曾在某医院诊为额窦炎，服用西药及鼻渊舒口服液，病情时缓时剧，患者家长不愿行穿刺冲洗术，转服中药治疗。

诊见间断性鼻流浊涕，鼻塞，嗅觉减退，前额及眉棱骨闷胀疼痛，记忆力减退，微咳，口干而苦，饮水不多，舌淡红，苔薄黄，根部微腻，脉弦滑。证属热毒壅肺，痰瘀互结，肺窍不通，则发鼻渊。治宜清热化痰，逐瘀排脓通窍。方择苇茎汤。



专病论治

处方：芦根 30g，薏苡仁 30g，冬瓜仁 30g，桃仁 10g，苍耳子 6g，辛夷 10g，白芷 12g，桔梗 10g，银花 12g，连翘 12g，野菊花 15g，甘草 10g。

5月22日二诊：服上药5剂，头痛大减，余症减轻，效不更方，继进3剂。

5月26日三诊：鼻塞诸症若失，见倦怠乏力，用原方去苍耳子、银花、连翘、野菊花，加南沙参 15g、白术 15g、茯苓 15g、山楂 10g、麦芽 15g，又进3剂巩固疗效。随访半年未复发。

按：《素问·金匱真言论》曰：“肺开窍于鼻”。《灵枢·脉度》曰：“肺气通于鼻，肺和则鼻能知臭香矣。”苇茎汤出自《备急千金要方》，主治肺痈咳痰腥臭。李师认为，肺开窍于鼻，鼻塞流浊涕腥臭，同属肺家疾病。用苇茎汤异病同治，加入清热解毒、疏风通鼻窍之品，故获满意疗效。

7. 鼻衄案

潘某，女，27岁，住九池乡金星5组，农民，2000年3月11日初诊。

患者近2年每于春季则发鼻衄，每月发作3~4次，量多色鲜红，血不易止。五官科检查及多次查血常规未见异常。服用多种中西药物，终难根除。伴见性情急躁，心烦易怒，口干苦，鼻腔干燥而痛，大便干结，舌质红，苔薄黄，脉弦数。证属肝经郁火，木火刑金，肺热亦盛，迫血妄行。治以清肝泻肺，敛肝止血。

处方：栀子 12g，黄芩 12g，桑白皮 15g，地骨皮 15g，





生地 20g, 荆芥炭 10g, 白芍 18g, 白茅根 3g, 甘草 5g。

3月16日二诊:服药4剂,鼻衄止,余症减轻,继用3剂巩固疗效。嘱其自挖鲜白茅根煎水代茶饮。

2003年8月7日因胃炎就诊时,告知其鼻衄症一直未复发。

按:青壮年鼻衄多由火热所致,正如《景岳全书》所云:“动者多由于火,火盛则迫血妄行。”肺开窍于鼻,衄血多关乎肺,但与肝的关系至为密切,正如《血证论》对衄血的治则所言:“衄血宜治肝肺……肝主藏血,肺主气,治血者必调气,舍肝肺而何所从事哉。”李师治疗青壮年鼻衄多用泻白散以泻肺降逆,配以清肝之品,辅以白芍敛肝平肝,佐以荆芥炭升散以止衄血。如此配伍,屡试屡验,只要病机相符,老少衄血证亦可效法。

8. 胸痛案

梁某,男,35岁,原万县市搬运公司工人,1988年7月13日初诊。

患者10天前开始胸痛,胸部摄片未见明显异常,经西医治疗,疼痛如前,转服中药治疗。刻诊:胸痛,以左侧胸部为甚,呼吸、步行、咳嗽时加剧,难以忍受,两肩背部疼痛,微咳,痰多质稠色黄,口干苦,小便黄赤。检查:胸部平坦,两侧对称,无外伤史,皮肤颜色正常,无红肿及瘀血征象,舌苔黄腻,脉弦滑。证属痰热壅肺,肺失宣肃,气机郁滞,血行不畅,不通则痛。治以清热化痰止咳,行气活血通络。





处方：瓜壳 10g，法半夏 10g，黄芩 15g，丝瓜络 10g，郁金 15g，桑枝 15g，威灵仙 12g，姜黄 10g，枳壳 15g，杏仁 10g，桔梗 10g，甘草 5g。

7月16日二诊：服上方3剂，胸背疼痛明显减轻，仍胸闷，咳嗽，腻苔渐化，脉弦。经络稍舒，肺气未肃，加百部 15g、前胡 15g 宣肺止咳。

7月19日三诊：仅见胸闷，微咳，纳差，乏力，舌苔薄黄，脉弦。此乃痰热渐除，脾胃功能未复。治以清热化痰止咳，理气健脾助运。

药用：瓜壳 10g，法半夏 10g，黄芩 12g，杏仁 10g，桔梗 10g，太子参 15g，白术 15g，茯苓 15g，山楂 15g，麦芽 15g，甘草 5g。

又服3剂，诸症消失。

按：该患者从事重体力劳动，复感外邪，痰热壅肺，肺失肃降，则见咳嗽、痰多、质稠、色黄；痰热阻滞，气血失调，经络不通，则胸背疼痛。舌脉合参，证属痰热壅肺，肺失肃降，气机郁滞，血行不畅。故用小陷胸易黄连为黄芩，以清热化痰宽胸；杏仁、桔梗宣肺止咳；枳壳、郁金、丝瓜络、桑枝、威灵仙、姜黄行气活血，舒经活络止痛，使胸痛得愈。

9. 失音案

向某，女，34岁，天城分水中学教师，1992年9月18日初诊。

患者咽部异物感2年余，曾作食道吞钡及五官科检查，



诊为慢性咽炎。曾多次超声雾化吸入及中西药治疗，病情时轻时重。3个月前因工作琐事与他人争吵后声音嘶哑，又用超声雾化吸入和中西药物治疗，效果不显，遂来就诊。

诊见咽部不适，如物梗塞，咽之不下，吐之不出，伴胸部憋闷，咳嗽少痰，说话稍快，发音不清，月经量少挟块，舌红苔白厚腻，脉弦滑。证属痰气上逆，壅滞咽喉，肺失清肃，金实不鸣之证，主以理气化痰、解毒利咽，佐以活血通络治之。方用半夏厚朴汤加味。

处方：法半夏 12g，厚朴 12g，茯苓 15g，苏梗 10g，桔梗 10g，玄参 10g，路路通 12g，杏仁 10g，牛膝 10g，浙贝母 10g，山豆根 10g，炮山甲 10g，蝉蜕 10g，甘草 6g。

9月24日二诊：服药5剂，语言正常，咽部异物感减轻，咳嗽消失，原方去杏仁，山豆根改为6g。

9月30日三诊：诸症消失，予以胖大海1枚，桔梗3g，玄参3g，藿香3g，甘草3g。7剂，泡之代茶饮，以巩固疗效。

按：本证属于中医梅核气、音哑范畴。用半夏厚朴汤治之取效者有之，无效者亦不乏。李师认为慢性咽炎病久则痰气郁结、瘀阻经脉。在辨证用药的基础上加入浙贝母、牛膝、炮山甲等活血通络、化痰软坚散结之品，才能提高临床疗效。证之临床，确有良效。

10. 胃痛治疗经验

李师治疗胃痛主张在行气活血止痛的基础上着重从疏肝和胃、辛开苦降、调理脾胃入手，常以左金丸、芍药甘草汤、金铃子散等合方化裁，选延胡索、吴茱萸、黄连、白



芍、厚朴、佛手、小茴香、蒲公英、甘草等组合成方。其中延胡索辛、苦，性温，归肝、脾经，功能活血、行气、止痛，为君药；厚朴行气燥湿，且有通阳之功；佛手行气止痛，疏肝健胃；吴茱萸温中，疏肝和胃；小茴香温中健胃，行气止痛；白芍缓急止痛，且白芍为血分药，与行血中气滞的延胡索配伍可活血宣痹，诸药助君药行气止痛为臣。黄连、蒲公英性味苦寒，可清热除湿，配吴茱萸、小茴香有辛开苦降之功，寒温并用为佐。甘草性味甘平，与苦酸的白芍合用酸甘化阴，甘苦相须，能解腹部拘挛性疼痛，又能调和诸药，是使药兼佐药之义。

随症加减：如胃痛缠绵，经年不愈者，加法半夏、三棱、莪术以化痰祛瘀；胸脘痞满，大便正常或干结，苔腻者，加法半夏、苍术、瓜蒌仁、枳实以健脾化痰、宽胸散结；食少纳呆，呕恶者，酌加鸡内金、建曲、山楂、谷麦芽、姜半夏、竹茹以消食导滞、健胃止呕；倦怠乏力者加黄芪、南沙参、白术、茯苓以益气健脾；胃脘灼热、口渴者加生石膏以清泻胃热；消化性溃疡或泛酸者可加乌贼骨、煅瓦楞子、白及以制酸止痛、消肿生肌；胁痛者酌加柴胡、川楝子、枳壳，增强其疏肝理气作用；失眠者加酸枣仁、夜交藤、龙骨以安神镇静。

病案一 慢性胃炎

程某，男，36岁，农民，1997年5月12日初诊。

胃痛反复发作2年，加重伴失眠1个月。每因饮酒或饮食不慎而发作，痛时胃脘胀满，食欲不振，未经诊治。1个月前因家庭不睦，借酒消愁，胃痛复发，伴心烦失眠，个体中医予行气止痛中药6剂及颠茄片、玄胡止痛片等乏效，后经我院西医消化科检查诊断为慢性胃炎，服用多种中、西药



物，亦未见明显效果，特求治于李师。症见胃脘胀闷疼痛，嘈杂，暖气，口苦，心烦失眠，纳差，乏力，舌质红，苔薄黄，脉弦数。查体：腹部平软，上腹部轻度压痛，叩诊呈鼓音，肝脾未及。13日前作胃镜示：浅表性胃炎，幽门螺杆菌阳性。证属肝胃不和，心气不宁。治以调和肝胃，缓急止痛，镇静安神。

处方：延胡索15g，白芍18g，厚朴12g，佛手10g，小茴香10g，吴茱萸3g，黄连6g，蒲公英15g，酸枣仁20g，夜交藤30g，生龙骨30g，甘草5g。水煎服，每日1剂。

用药5剂胃痛已除，诸症大减，继服3剂而安。

病案二 慢性萎缩性胃炎

苏某，女，45岁，干部，1998年3月12日初诊。

患者自诉胃脘痞满疼痛反复发作近5年，每因情志变化则发作或加剧，经西医确诊为慢性萎缩性胃炎，服用中、西药物，病情时轻时重。20天前因郁怒而加重，服疏肝和胃止痛中药数剂不应，经人介绍就诊于李师。症见胃脘痞满，疼痛，纳呆，倦怠，经行小腹疼痛，月经量少，色暗夹块，大便干（每日1次），舌质红，苔黄腻，脉弦滑。查体：腹部平软，无压痛，肝脾未及。胃镜及胃黏膜活组织检查示：慢性萎缩性胃炎。B超检查肝、胆、脾未见异常。证属肝胃不和，痰瘀阻滞。治以疏肝和胃，祛痰化瘀止痛。

处方：延胡索12g，白芍15g，佛手10g，厚朴12g，枳实12g，小茴香10g，吴茱萸3g，黄连6g，蒲公英15g，法半夏10g，瓜蒌仁15g，三棱10g，莪术10g，甘草5g。水煎服，每日1剂。

用药8剂，胃脘痞满疼痛若失，腻苔渐化，于上方去枳实、瓜蒌仁，加南沙参15g、白术10g、茯苓15g以益气健





脾，又服 10 剂，诸症消失。嘱其坚持服猴头菌片 1 年，其间有 2 次胃痛发作，但较轻微，发作时仍用前法治疗而舒。

病案三

丁某，男，41 岁，工人，1998 年 11 月 7 日初诊。

自诉胃痛反复发作 3 个月，3 个月前不明原因胃痛，外院上消化道钡餐检查诊为胃溃疡，服雷尼替丁症状未见明显好转。就诊于李师。症见胃痛，饥饿时加重，进食后饱胀，嗳气吐酸，纳差，倦怠，舌淡，舌边有齿痕，苔薄白，脉弦细。查体：腹软，无压痛，肝脾未及。胃镜示：胃小弯有一处 0.5cm×0.6cm 溃疡。辨证属脾虚气滞，血行不畅，不通则痛。治以健脾益气，行气活血，制酸止痛。

处方：延胡索 15g，吴茱萸 3g，黄连 6g，白芍 15g，厚朴 10g，佛手 10g，小茴香 10g，蒲公英 12g，黄芪 20g，南沙参 15g，白术 10g，茯苓 10g，乌贼骨 20g，白及 15g，甘草 10g。水煎服，每日 1 剂。

服药 5 剂，胃痛缓解，饮食增加。守方继服 5 剂，诸症消失，自行停药。2000 年 5 月 28 日患者因发烧就诊时告知其胃痛一直未发。

11. 腹痛宁煎剂治疗慢性胃炎

基本方

吴茱萸 3g，黄连 6g，芍药 15g，甘草 10g，木香 10g，延胡索 12g，小茴香 10g，厚朴 15g。倦怠乏力者加南沙参 15g、白术 15g、茯苓 15g；饮食减退者酌加建曲 12g、山楂 15g、麦芽 15g、谷芽 15g、鸡内金 10g；苔腻者酌加藿香 12g、苍



术 15g; 脘痛连胁者加柴胡 12g、枳壳 12g; 口渴热盛者酌加栀子 15g、蒲公英 15g; 便秘者酌加生地 15g、火麻仁 15g; 呕恶者酌加姜半夏 10g、竹茹 12g。每日 1 剂, 水煎 3 次, 分 3 次服。

典型病例

张某, 女, 39 岁, 干部, 2001 年 3 月 2 日初诊。

患者自诉胃病史 12 年余, 长期中西药治疗, 屡治不愈。近 2 年胃痛频发加重, 2 年间曾住院治疗 2 次。胃镜检查示: 慢性浅表性胃炎并胆汁反流。现症: 胃脘疼痛胀闷难忍, 暖气频作, 纳谷不香, 口苦口干, 眠差, 暖气恶心, 形体消瘦, 神疲体倦, 便干, 舌质红, 苔黄腻, 脉弦细。辨证属肝气横逆, 胃失和降, 湿热中阻。治以疏肝理气, 和胃止痛, 清热燥湿。

处方: 腹痛宁煎剂加南沙参 15g、苍术 15g、茯苓 15g、姜半夏 10g、山楂 15g、蒲公英 15g。每日 1 剂, 水煎分 3 次服。

8 周后胃脘疼痛胀闷诸症悉解, 停药 1 周后行胃镜检查示: 胃黏膜正常, 经随访 2 年余胃痛未见复发。

按: 慢性胃炎属中医“胃脘痛”范畴。本病的发生主要与情志、饮食等因素有关, 究其病机多为肝胃不和, 气机阻滞, 不通则痛。由于病程长, 反复发作, 故多虚实夹杂, 寒热并见, 或兼湿阻, 或兼血瘀等。治疗当疏肝理气和胃, 清热燥湿, 散寒止痛, 养血柔肝。

腹痛宁煎剂系左金丸、芍药甘草汤加厚朴、木香、延胡索、小茴香组合而成, 方中延胡索活血行气止痛; 吴茱萸与黄连配伍辛开苦降, 调寒热互结, 能清热燥湿, 温中散寒止痛, 对肝脾失和之脘腹挛急作痛有较好的疗效; 厚朴苦燥辛





专病论治

散，长于行气燥湿消积，为消除胀满之要药；木香通腑行气，延胡索配小茴香温中健胃、行气止痛。诸药合用，共奏疏肝和胃、行气活血、缓急止痛之功。该方不偏寒热，临床观察本方对于胃脘痛有较好的治疗效果。据现代药理研究证实，黄连有广谱抗菌作用，特别对于导致慢性胃炎的主要病因 HP 也有明显的抑制作用。

腹痛宁方是李师多年来治疗胃脘痛的经验方，曾用该方治疗慢性胃炎 129 例，总有效率达 96.8%。经临床观察，该方疗效明显优于丽珠得乐冲剂。

12. 慢性胃窦炎案

王某，男，53 岁，1997 年 3 月 14 日初诊。

患者自述其素嗜烟酒。8 年前开始出现上腹部胀痛，曾多次作上消化道钡餐和胃镜检查，均诊断为慢性胃窦炎，服吗叮啉、三九胃泰等可缓解。近 1 个月来又出现上腹部胀痛，胸闷，胸腹灼热，状如火燎，服中西药效果不显，前来就诊。

刻诊：胃脘部胀痛，胸腹灼热，状如火燎，嘈杂难耐，胸闷、恶心，口干苦不思饮，舌红，苔薄黄，脉弦数，心电图检查心脏无异常。

诊断：慢性胃窦炎。辨证属肝胃不和，气郁化火。治以疏肝和胃，清热除烦。

处方：柴胡 12g，枳壳 15g，木香 10g，黄连 6g，吴茱萸 3g，白芍 20g，郁金 15g，竹茹 12g，生石膏 30g，甘草 10g。每日 1 剂，水煎服。



服药 5 剂后恶心消失，胸腹灼热及胃痛等症大减。因其形体消瘦，舌红苔少，虑其伤阴耗气，故以上方去竹茹加沙参 20g 养阴益气，续服 5 剂诸症消除。

按：本案胃痛属于肝胃不和、气郁化火证，用“腹痛灵”方疏肝解郁、透达郁热、缓急止痛，配以竹茹、石膏合黄连清热除烦止呕。李师认为，对胸腹灼热，状如火燎之症，即或无口渴多饮，亦非重用石膏不能除。

13. 胆汁反流性胃炎案

病案一

黄某，男，36 岁，2003 年 9 月 20 日初诊。

患者自诉胃脘胀痛 6 年有余，食后堵闷暖气，口苦纳呆，偶有反酸，大便干结，小便黄。经胃镜检查提示：胃窦部黏膜充血水肿，呈红白相兼花斑样，分泌物黏稠，可见胆汁反流。诊时症见舌质黯，苔薄黄，脉弦细。证属胃失和降，湿热蕴结，胆气上逆。治以清热利胆除湿。

处方：瓜蒌仁、厚朴、枳壳各 12g，半夏、小茴香、甘草各 10g，生地、玄参、延胡索各 15g，黄连 6g，白芍 18g，吴茱萸 3g。水煎服，每日 1 剂。

9 月 28 日二诊：服药 6 剂腑气已通，堵闷和泛酸明显减轻。守上方继服 20 余剂，症状消失，胃镜检查仅见胃窦部轻度水肿，但未见胆汁反流，追踪观查 4 个月未见复发。

病案二

朱某，女，42 岁，2003 年 10 月 10 日初诊。

患者自诉胃部疼痛近 10 年，时发时止，近 2 年由于饮





专病论治

食不规则，致使症状日渐加重，胃脘部堵闷，隐痛，食则作胀，暖气，口苦，大便干结。诊时见舌尖红，苔黄，脉弦有力。胃镜检查示：胃窦部黏膜充血水肿，片状糜烂，胆汁反流明显。证属胃失和降，胆气上逆。治以和胃降逆，利胆导滞。

处方：柴胡、枳壳、厚朴各 12g，吴茱萸 3g，黄连 6g，小茴香、甘草各 10g，大黄 5g，白芍 18g，延胡索 15g，黑白牵牛子各 8g。每日 1 剂，水煎服。

10 月 15 日二诊：服上方 4 剂后大便调，堵闷减轻，痛止。原方去柴胡、大黄、黑白牵牛子，加南沙参、白术各 12g、茯苓 10g。连服 20 剂，胃镜检查示：胃窦部炎症明显好转，已无糜烂，也未再见胆汁反流。

按：依据本病的临床表现，属中医学“胃脘痛”、“呕吐”等病范畴。有关本病的病因病机和治疗原则，文献中早有记述。如《素问·六元正纪大论》载：“木郁之发……民病胃脘当心而痛，上两胁，鬲咽不通，食饮不下……”又如《素问·至真要大论》载：“厥阴司天，风淫所胜，民病胃脘当心而痛”。说明胃脘痛与木气偏胜、肝胃失和有关。《灵枢·四时气病》载：“邪在胆，逆在胃，胆液泄则口苦，胃气逆则呕苦”。说明胆气犯胃致胃气上逆是其主要病机。究其病性有虚有实。虚者，胃阴不足或脾胃气虚；实者，或气滞或血瘀。李师本“腑以通为用”之理，大胆采用寒温相伍、虚实并治之法而收显效。



14. 痞满案

喻某，男，45岁，万州区国本路174号个体户，2001年6月13日初诊。

患者有慢性胃炎及脂肪肝病史5年余，1周前因醉酒后胃脘痞塞疼痛，经他医治疗无效，转中医治疗。

刻诊：形体肥胖，胃脘痞满，如有异物填塞其中，时而隐痛，嗳气吞酸，纳差呕恶，大便秘结，服某胶囊等大便亦不通，已2日未行，舌红苔黄腻，脉弦滑而数。证属痰湿阻滞，郁而化热，气机不畅，腑气不通。治以清热化痰除湿，行气散结通便。方选小陷胸汤合平胃散。

处方：姜半夏12g，黄连6g，瓜蒌仁30g，枳实15g，厚朴15g，苍术15g，陈皮10g，莪术10g，甘草5g。

6月16日二诊：服上方3剂，胃脘痞满大减，大便亦通。效不更方，用方继服3剂，诸症消失。

按：患者形体肥胖，本多痰湿。《张氏医通·诸气门上》论及：“肥人心下痞闷，内有湿痰也。”痰湿阻滞，郁而化热，痞结中焦，脾胃升降失司，腑气不通，故见痞、呕、便秘互见。方选《伤寒论》治疗小结胸痛之小陷胸汤，以清热化痰、散结通便，平胃散燥湿运脾。调气之力似嫌不足，《证治准绳》云：“善治痰者，不治痰而治气，气顺则一身之津液亦随气而顺矣”。加入枳实破气行痰、散积消痞。痰气郁结，血行不畅，配破血行气之莪术以消积。《医学衷中参西录》论莪术“行气之力，又能治心腹疼痛……一切面凝气滞之证。”如此配方则痰湿化，郁热除，脾胃升降复常而痞



消便行而痊。

15. 十二指肠球部溃疡案

刘某，男，44岁，1996年10月28日初诊。

主诉：上腹部疼痛3年，复发伴两胁胀痛1周。诊断为十二指肠球部溃疡。服雷尼替丁、硫糖铝片等，病情时轻时重。1周前因家庭琐事致心情不畅而诱发旧病，服西药效果不显，转请中医治疗。

刻诊：胃脘部痞塞不适，窜至两胁胀痛，嗳气频繁，矢气则舒，伴纳差，口干苦，乏力，大便干，每日一行，小便黄，舌红，苔黄腻，脉弦滑。查上腹部有轻度压痛，B超检查肝胆脾未见异常。

诊断：十二指肠球部溃疡。辨证属气机郁滞，痰热互结。治以行气消痞，清热化痰散结。

处方：柴胡12g，枳实15g，木香10g，吴茱萸3g，黄连6g，白芍15g，郁金15g，法半夏12g，瓜蒌仁20g，甘草5g。每日1剂，水煎服。

3剂后患者大便正常，余症减轻，再服3剂而安。

按：十二指肠球部溃疡属中医胃痛范畴。本案病机为气机郁滞，痰热互结，不通则痛。李师用四逆散配木香、吴茱萸、郁金行气解郁止痛，合以小陷胸汤清热化痰、宽中散结。如此则气机调畅，热清痰消而痛止。



16. 胃切除术后呕吐案

汪某，男，43岁，天城担子乡政府干部，1991年9月21日初诊。

患者半月前因胃溃疡行胃切除，术后病情稳定，近5天因感冒而呕吐，经用胃复安等呕吐仍不止，要求中医会诊。

症见呕吐，进食呕甚，呕吐食物或痰涎，上腹胀满，不思饮食，口干苦，舌红苔黄厚腻，脉弦滑。证属痰浊中阻，胆胃不和。治以疏肝和胃，化痰止呕。投柴芩温胆汤。

处方：柴胡10g，黄芩10g，姜半夏15g，竹茹20g，枳实15g，陈皮10g，茯苓15g，枇杷叶10g，甘草3g。

9月23日二诊：自述呕吐已止，现腹胀，厌食，倦怠乏力，舌质淡，苔白腻，脉弦。继用香砂六君子汤调治。

按：《三因极一病证方论·呕吐叙论》云：“呕吐虽本于胃，然所因亦多端，故有寒热、饮食、血气之不同，皆使人呕吐。”李师认为，治呕首辨肝（胆）之气是否条达。肝胆属木，脾胃属土，肝木易犯脾土而致肝气犯胃，胃失和降而呕。正如《医宗金鉴》所云：“胃本不呕，胆木克之则呕”。该患者正属此病机，因其挟痰湿为患，方选柴芩温胆汤治之。李师治疗呕吐多察肺气是否肃降。胃气上逆多兼肺气上逆，即使不见咳嗽，临床上加入枇杷叶调和肺胃亦能提高治呕疗效。



17. 老年肠胀气案

病案一

夏某，女，67岁，万县市望江路53号，1986年4月6日诊。

因丈夫病逝而悲痛，继则出现烦躁不眠，少言自哭，腹胀不食，进食则腹胀甚，大便两日未解，时有腹痛。经腹X光透视见胃肠大量充气，未见液平面。腹壁未见肠型，听诊肠鸣音消失，初诊为“肠麻痹”、“胃肠功能紊乱”。经灌肠，口服多酶片、维生素B₁，大便虽解，腹胀不减。见患者烦躁易怒，痛苦病容，自做腹部由上而下推摩，欲求排气胀减，且拒食不语，腹胀明显，叩诊鼓音，腹肌张力增强，舌质淡，苔白厚，脉弦数。此乃气滞腹胀，当行气宽肠，佐以疏肝，拟排气散加味。

处方：吴茱萸5g，小茴香、木香、薄荷、柴胡、制香附各10g，厚朴12g。

2剂频服，服药后5小时出现呃气，继则矢气频频，顿感腹胀大减，精神好转，能进饮食，2剂药尚未服完即腹痛消失。经追访未再复发。

病案二

石某，男，71岁，退休工人，1987年5月11日初诊。

因急性阑尾炎住院手术，术后3天一直腹胀，进餐更甚，拒食，大便每日可解，但腹胀不减，痛苦病容，呻吟不止，经用肛管排气，腹胀暂时减轻，复而又发。见腹部膨隆，叩诊鼓音，肠鸣音减弱，精神差，舌质淡，苔薄白，脉



弦。此乃术后肠功能紊乱，当宽肠理气、和胃健脾，拟排气散加味。

处方：吴茱萸 5g，小茴香、木香、焦三仙各 10g，厚朴、莱菔子各 12g，2 剂。

服药 8 小时后肠鸣音增强，出现呃气、矢气，腹胀明显减轻，精神好转，食欲增强，再予调理治疗，痊愈出院。

按：肠胀气是消化道疾病过程中的一个常见症状，内、妇、儿科都可出现，尤以老年患者见之最多。排气散原方由吴茱萸、小茴香、木香、厚朴四味药组成，后经临床反复验证，发现该方的确对老年胃肠胀气有很好的治疗效果，曾观察 45 例 60~80 岁老年患者，服药 4~8 小时胀气消失 41 例，总有效率达 91.1%。

18. 老年性便秘案一

汤某，女，73 岁，原万县市胜利路 184 号居民，1988 年 4 月 17 日初诊。

患者大便干结 10 余年，服黄连上清丸、牛黄解毒片、中药番泻叶，大便虽通，但腹痛难耐。经常服麻仁丸、果导片，病情时缓时剧。近半年大便 2~3 日一行，甚则 5 日方行 1 次，大便干结质硬，伴见口干口苦，头晕目眩，面色不华，舌淡红无苔，脉细数。查血红蛋白 84g/L。证属阴血不足，津枯肠燥。治宜滋阴养血，润肠通便。方用四物汤合增液汤加味。

处方：当归 10g，生地黄 20g，熟地黄 20g，生首乌 20g，白芍 15g，川芎 6g，玄参 10g，麦冬 10g，沙参 20g，甘草 3g。





4月20日二诊：服药3剂，大便已解2次，质仍硬，小腹作胀，于上方加枳实10g、厚朴10g。

4月24日三诊：继服3剂，大便每日一行，余症消失。后用原方间日1剂，继服1个月余告愈，随访3个月未复发。

按：老年性便秘多因津枯肠燥，气血亏损，使大肠传导功能失常所致。李师治之不轻易用大黄、芒硝、番泻叶之品泻下而投一时之快，复伤其阴血，而多用滋阴养血的“增水行舟”之法，同时适当加入枳实、厚朴调畅腑气。值得强调的是，李师治疗老年性便秘药物煎法极为讲究。便秘时将生药用水浸泡半小时，首煎煮沸15分钟即可，若服药后大便转为稀软，则药物应煎沸20分钟以上。此乃临证之所得。

19. 老年性便秘案二

丁某，男，82岁；原万县市一马路13号居民，1988年2月18日初诊。

患者便秘20余年，常服麻仁丸以维持，近半年便秘加重，用开塞露偶可排便，甚为所苦，求治于中医。

诊见便秘，大便不甚干结，时有便意而临厕努挣乏力，难以排出，用力努挣则汗出、气短，便后疲乏难忍，面白神疲，舌质淡嫩，苔薄白，脉弱。证属气虚便秘，兼肾津亏损。治以补中益气、滋肾润肠，方用补中益气汤加味。

处方：黄芪30g，党参20g，白术20g，陈皮6g，升麻6g，柴胡6g，当归15g，枳实10g，生首乌20g，桑椹15g，甘草5g。



2月23日二诊：服上方5剂，便秘稍减，精神振作，仍用前方，继服15剂，诸症消失。

按：气虚便秘主要是肺脾气虚，运化失职，大肠传导无力，故虽有便意而努挣乏力，难以排除。肺气虚故汗出短气；脾气虚化源不足，故面白神疲；舌淡嫩、脉弱均为气虚之征。故用补中益气汤补益中气，升举下陷之气。气虚则运行迟滞，用枳实调畅腑气；病久及肾，用生首乌、桑椹补肾填精、润肠通便。理法相符，用药得当，则便秘痼疾得愈。

20. 慢性结肠炎案

邬某，男，36岁，天城大石11组农民，1996年4月20日初诊。

患者8年前吃不洁食物后腹痛、腹泻，自认为身体强壮，肠胃功能好，未经诊治。4~5天后病情不减，个体医生给予诺氟沙星胶囊，服中药5剂，症状消失。但以后腹泻经常发作，服药期间大便基本正常，停药如故。曾作钡剂灌肠和纤维结肠镜，均诊为慢性结肠炎，大便常规检查白细胞少许，大便隐血(+)。

就诊时下腹部疼痛，左下腹为甚，腹泻每日4~5次，多见于早晨和餐后，大便为糊状，有时夹杂黏液脓血便，肛门坠胀，舌红，苔黄厚腻，脉弦滑。证属湿热积滞蕴结肠中，气血阻滞，传导失司。治以清热除湿，调气活血止痛。

处方：白头翁15g，黄连6g，黄柏10g，秦皮12g，吴茱萸3g，白芍15g，厚朴10g，木香10g，小茴香10g，地榆10g，延胡索10g，甘草5g。





上方服 5 剂，腹痛减轻，腹泻次数未减，苔仍黄厚而腻。气机渐调，脾虚之本未复，湿邪未化。

4 月 26 日二诊：原方加南沙参 10g、苍术 15g、茯苓 15g、薏苡仁 30g。

5 月 16 日三诊：守上方服药 20 剂，临床症状消失。因天气炎热，服煎剂不便，用参苓白术散加诃子、黄连、葛根制成散剂，继服 1 个月余，随访 1 年未复发。

按：李师治疗痢疾，无论急性或慢性，首先重视清热解毒除湿，驱除邪气，调气活血，恢复脾胃的升降功能。待湿热渐化，气机渐调，配四君子汤、薏苡仁等健脾除湿，绝其生湿之源，以攻补兼施立法。后期注重益气健脾除湿，适当配伍黄连、蒲公英等清热解毒之品，使邪气务尽。

21. 急性肠炎案

刘某，男，26 岁，1977 年 4 月 28 日初诊。

患者自述 3 天前因饮食不慎而致腹痛、腹泻，日下 5 次，随即服氟哌酸，腹泻次数减少，但腹部胀痛如故，转请中医治疗。

刻诊：腹痛肠鸣，胃脘胀满，大便稀，泻而不爽，日 3 次，饮食减少，倦怠乏力，口苦，舌苔微腻，脉弦数。查大便常规：白细胞 (+)。

诊断：急性肠炎。证属肝脾气滞，湿热内迫，大肠传导失司。治以调和肝脾，升清降浊，清热除湿止泻。用腹痛灵方合葛根黄芩黄连汤。

处方：柴胡 12g，枳壳 12g，白芍 15g，黄连 6g，木香





10g, 吴茱萸 3g, 粉葛根 15g, 黄芩 12g, 甘草 6g。每日 1 剂, 水煎服。

服药 2 剂则腹痛止而泄泻除。

按: 急性肠炎属中医泄泻范畴。本病脘腹胀痛、肠鸣泄泻诸症系肝脾气滞, 湿热下迫肠道, 大肠传导失司所致。方中用四逆散合木香、吴茱萸行气缓急止痛, 再配以清热除湿止泻的葛根黄芩黄连汤, 则使肝脾调和, 气机舒展, 清升浊降而泻止痛除。

22. 益气健脾升阳法治疗霉菌性肠炎

霉菌性肠炎为慢性消化道疾病, 其病程缠绵, 易反复发作, 治疗上颇感棘手, 常给患者带来莫大的痛苦。经多年临床摸索, 李师认为采用益气健脾升阳法为主治疗对本病有较好效果, 曾观察 57 例, 总有效率达 87.7%。

基本方: 党参、白术、白芍各 15g, 羌活、防风、藁本、黄连各 6g, 木香 12g, 葛根 10g, 甘草 5g。气虚加黄芪, 阳虚加干姜、熟附片; 湿重加苍术、泽泻; 热重或大便带黏液者合白头翁汤; 久泻加诃子、石榴皮等。每日 1 剂, 水煎, 日服 3 次, 30 天为 1 个疗程。

刘某, 男, 48 岁, 教师。1998 年 10 月 23 日初诊。

自述 6 年前饮食不洁而腹痛、腹泻, 因工作繁忙, 未正规用药, 以后经常复发, 迭进庆大霉素、增效联磺、氟哌酸等, 用药期间病情缓解, 停药如故, 终难根除。3 个月前症状加重, 虽经中西药治疗, 效果不显。钡剂灌肠 X 线检查诊为“慢性结肠炎”, 大便多次镜检霉菌均为阳性, 大便便



养发现白色念珠菌生长。诊为“霉菌性肠炎”，用制霉菌素、肠泰口服液治疗周余亦乏效。刻诊：少腹隐痛，肠鸣泄泻，每日4~5次，便稀溏，有黏液，纳差乏力，口干苦，舌苔黄腻，脉弦滑。证属脾胃气虚，清阳不升，兼夹湿热。治以益气健脾升阳，除湿清热。用基本方易白术为苍术15g，加白头翁15g，黄柏、秦皮各10g。服药10剂大便黏液消失，口干苦解除，腹痛减轻，大便稍干，每日大便约3次，舌苔仍腻。用基本方加苍术12g、泽泻10g。30剂后诸症消失，大便镜检及大便培养均为阳性。继服半月巩固疗效，大便培养仍未发现白色念珠菌生长。

按：霉菌性肠炎根据其临床症状应属中医“泄泻”范畴。多因慢性消耗性疾病以及不正确使用多种广谱抗生素而致肠道内正常菌群生长失调引起。李师认为其病变主要在脾胃和大肠，临床上多见脾虚湿盛、清气下泄。故用四君子汤益气健脾，调节胃肠道紊乱，提高机体的免疫能力；羌活、防风、藁本、葛根升阳胜湿。李师特别强调因方中风药较多，用量宜轻，使其轻清升发，振奋困顿的脾阳；黄连苦寒燥湿，兼制药物温燥之性；木香、白芍调气缓急止痛。诸药合用，使脾胃调和，清升浊降，泄泻得止。现代中药药理学研究证明，黄连、羌活、防风、藁本、白芍均有抑制真（霉）菌作用。此乃李师辨证与辨病结合用药的典型范例之一。

23. 贴脐法治疗小儿久泻

方法：先将炒白术、炒山药、硫黄等量共碾细末，棕色瓶密封装。用时取5~6g药粉加寸长葱白3~5节、适量的鲜



路边菊，共捣为泥状做饼，贴于患儿脐上，用塑料薄膜与纱布覆盖，绷带缠腰缚紧固定。每日一换。

病案一

朱某，男，1岁6个月。腹泻3个月余，1989年7月就诊。

其母代诉：3个月前因饮食不慎而致腹泻，当时诊断为“消化不良”。服抗生素及助消化药后好转。但每当感寒或饮食不慎，或多吃一点油脂类食物则复发。近1个月来腹泻日6~10次，呈绿色水样便，有酸味，泡沫多，带黏液。西医诊断为“霉菌性肠炎”。服多酶、维生素效不显，转我科治疗。

患儿面色黄，肌肤松弛，肢冷汗多，精神萎靡，不思饮食，睡眠露睛张口，口唇干燥，舌质淡，苔薄白，指纹青紫。化验大便稀绿色，黏液(+)，白细胞少许，脂肪球少许，余(-)。

中医辨证：泄泻日久，脾肾阳虚。先拟参苓白术散加味服之不受，改用上法贴脐。仅3次诸症即消失，精神食欲转佳。随访半年，饮食很好，面色红润，腹泻未发。

病案二

杨某，男，2岁。1989年8月诊。

其母代诉：患儿于同年3月因吃凉面及卤肉后致腹泻，呈蛋花样，有腥臭味，有黏液，诊断为“肠炎”。用抗生素治疗后症状控制。半年来常因饮食不慎即发腹痛、腹泻，时轻时重，重则大便日7~8次，轻则3~5次，餐后必泻，大便呈稀糊状。大便化验可见白细胞少许，脂肪球少许及未消化食物残渣。先后服中西药物效不显，专程来我科要求贴脐治疗。



症如上述，患儿面色黄，精神食欲差，形体瘦，卧不安，指纹青，舌质淡，苔薄白。证属脾虚泄泻，用上法治疗。经3次治疗症状缓解，5次后腹泻控制，腹痛消失，饮食转佳，精神好转，大便成形，每日1次，大便化验未见异常。随访3个月未见复发。

按：小儿久泻则营养不良，脾虚及脾肾阳虚者较多。该药饼中白术、山药等甘缓补脾止泻；硫黄温肾阳以壮命门之火，火旺生土，脾阳借以恢复；葱白有辛温散寒通阳之功；路边菊为民间草药，有健脾、消食、止泻之力，二者既有药效又是溶剂及附形剂。五药相配，脾气得升，命门得温，运化功能正常，其泻自止。

24. 加味香连厚朴汤治疗小儿泄泻

邓某，男，1岁，住万县市鞍子坝自力巷12号，1986年9月4日初诊。

患儿于半月前开始腹泻，泻稀黄便，带黏液，日7~8次，以“消化不良”收住儿科病房，经用抗生素、乳酶生、次碳酸铋等药，并配合输液、禁食均效果不显，腹泻次数反增，日10余次。病家自动出院，要求中医治疗。

诊见患儿精神差而烦躁，腹胀不思食，泻时啼哭，不发烧，四肢微凉，观其大便质稀色白，有黏液。大便化验：黏液(++)，红细胞(+)，脂肪球少许。此乃脾虚湿滞所致，当健脾除湿、行气止泻。拟加味香连厚朴汤。

处方：山药10g，诃子3g，木香3g，黄连3g，厚朴4g。
服药1剂，大便次数日2~3次，精神转好。上方再服1



剂，泻止食增，精神好转，停药，嘱饮食调养。追访3个月，腹泻未作。

何某，女，3个月，住环城路202号，1986年7月6日初诊。

患儿腹泻半个月，曾用大剂量抗生素而致菌群失调，霉菌感染，出现口腔白腐，倦怠，纳差，腹泻。大便稀薄或如水样，带有奶瓣，腥臭。大便化验：有未消化植物纤维，白细胞少许，脂肪球少许。此乃脾虚食滞，当健脾消食。拟加味香连厚朴汤去黄连加焦三仙。服药2剂，腹泻止，停药调养，嘱喂易消化流汁，渐加辅食。

按：小儿泄泻是儿科常见病，对患儿健康危害很大。本病类似于西医的“婴幼儿腹泻”、“胃肠炎”、“消化不良”等。小儿脾胃娇弱，凡内伤饮食、外受风寒或脾胃虚寒均易发生泄泻。泄泻日久，津液耗伤，营养不良，影响小儿生长发育，重则出现阴阳两虚的慢脾风，导致死亡。所以控制病情的传变，找出较好的治疗方法，实属必要。

治疗小儿泄泻要依据邪正之盛衰，病位之表里，病情之寒热，审因求治，尤其对暴注下迫，哭而无泪，前囟凹陷，形体消瘦，睡不闭睛，舌绛无苔的伤阴危证，急当扶正养阴，止泻健脾。

李师用加味香连厚朴汤治疗除湿热证（即西医的菌痢）之外的小儿泄泻效果较好。基本方由山药、诃子、木香、黄连、厚朴组成，具有清热解毒、行气止痛、健脾止泻的作用。据报道，这类药物多可增强白细胞的吞噬作用，有广谱抗菌、抗病毒的作用。方中妙在重用山药，补而不滞，温而不燥，收敛补脾，益胃阴，补中气，固大便，利小便。使本方既不伤阴，又不损正。



李师指出，使用本方仍要辨证化裁，加减应用。如发烧可加青蒿、柴胡；呕吐可加藿香、法夏；腹痛甚可加白芍、甘草；食积可加焦三仙。

25. 直肠脱垂案

周某，男，65岁，原万县市一马路327号居民，1996年10月15日初诊。

患者有慢性支气管炎病史20余年，5年前摄片诊为肺气肿，每于冬春季节则发咳喘。近1个月咳甚或用力排大便则脱肛，平卧后自行消失，服中西药物效果不显。伴见形体消瘦，偶见咳嗽，咳痰稀薄，动则气喘，气短声低，倦怠乏力，纳差自汗，舌红少苔，脉细数。证属肺脾气虚。脾虚则中气下陷，失于升举，肺虚则失于固摄，致直肠滑脱不收。治以补脾益肺，升阳举陷，收敛固涩。用补中益气汤合生脉饮化裁。

处方：黄芪30g，党参30g，白术10g，陈皮10g，升麻10g，柴胡10g，当归10g，桔梗10g，麦冬10g，五味子10g，乌梅10g，金樱子15g，甘草10g。

10月23日二诊：服药7剂，脱肛次数明显减少，余症减轻。用前方调治月余，诸症消失。随访3年未复发。

按：《景岳全书·脱肛》谓：“大肠与肺相表里……肺虚则大肠滑脱，此其要也。”《医宗金鉴·气虚脱肛》亦谓：“脱肛一证，因泻痢日久，中气下陷，肠胃薄瘦，遂令肛门滑脱不收。”脱肛一病，病机多端，但肺脾气虚、失于固涩而脱肛者亦不乏其例。本例为补益脾肺、升阳举陷、收敛固涩治愈。



脱肛之典范。

26. 肝硬化案

张某，男，52岁，忠县医药局干部，1986年2月15日初诊。

诊时患者呈慢性消瘦病容，肤色发黑，自诉患肝病3年，每因劳累或感冒则肝区疼痛加剧，食少肢软，倦怠懒言，气短汗多。查体：颈、胸多个蜘蛛痔，肝区叩击痛明显，肝大质硬（中等），腹部移动性浊音阳性，双手肝掌明显，双下肢凹陷性水肿。实验室检查：肝功能异常，蛋白倒置，转氨酶增高。舌质红，舌尖边有深红色瘀点，脉弦。证属气虚邪实，肝胃不和。治以扶正祛邪、活血化瘀，拟膈下逐瘀汤加味。

处方：五灵脂 6g，当归、桃仁、红花、川芎、丹皮、赤芍各 12g，乌药、枳壳、延胡索、香附各 10g，黄芪 20g，南沙参 12g。每日 1 剂，水煎服。

服药月余，食欲增加，腹水消失，肝功能恢复。继用上方研为细末，蜂蜜调服，治疗 3 个月后停药病愈，并能上班。

按：膈下逐瘀汤是一首活血祛瘀、行气止痛的有效方剂。原方为瘀在膈下，形成积块疼痛而设。现代研究表明，本方对于胸膜粘连、慢性结肠炎、慢性盆腔炎、盆腔脓肿、慢性活动性肝炎、消化性溃疡、血卟啉病、宫外孕、痛经等 10 多种疾病都有较好的治疗作用。但是，用本方治疗肝硬化尚无报道。李师临床治验虽仅此一例，但也可供同仁参考。



27. 加味四逆散

治疗术后肝胆管残余结石

肝胆管结石是一种常见疾病，目前多采用外科手术治疗，但术后仍有部分病例出现肝胆管残余结石，虽经T型管引流效果也不理想。李师用加味四逆散治疗术后肝胆管残余结石效果比较满意。

基本方：金钱草 20g，白芍 15g，茵陈、枳实、柴胡、黄芩各 12g，鸡内金、玄胡各 10g，甘草 5g。呕吐者加半夏、竹茹各 10g；腹胀加厚朴 12g；便秘加生大黄（另包后下）10g，每日 1 剂，水煎服，10 天为 1 个疗程。

病案一

胡某，女，51 岁，万县大桥洗染店工人，1989 年 5 月 3 日初诊。

因反复发烧，右上腹阵发性绞痛，全身发黄 3 天，以“阻塞性胆管炎”收住外科，手术确诊为“胆总管合并肝胆管结石”。胆囊切除冲洗取石，取出黄豆大或绿豆大结石 11 粒，术后黄疸消失，疼痛缓解，唯有低热，带 T 型管出院。2 个月后因生气而发高烧、腹痛，再次出现全身黄疸伴肝功能异常，遂暂不手术，改服中药加味四逆散。服药 5 剂后，大量泥沙样结石经 T 型管排出，症状缓解，黄疸消失；再服药 15 剂后体温正常，肝功能恢复正常，精神好转，食欲增加，已无不适，拔 T 型管。随访 1 年，未再复发。

病案二

周某，女，44 岁，奉节县养路段工人，1996 年 8 月 10 日初诊。



黄疸、发烧伴右上腹绞痛 1 周，经 B 超检查、胆囊造影，以“结石性胆管炎”收住外科，后手术确诊为“胆管结石”。行切除胆囊冲洗取石，症状控制，体征消失。半个月后拔除 T 型管痊愈出院。半年后因感冒及劳累突发高烧、黄疸及上腹绞痛，再作 B 超及静脉胆系造影，确诊为“胆管内残余结石”。患者拒绝手术而服中药加味四逆散，每天淘大便，均发现泥沙样结石，最大者 $0.6\text{cm} \times 0.4\text{cm}$ 。服药 7 剂，症状控制，黄疸消失，再服用 10 剂已无不适，经 B 超复查，残余结石消失。随访半年，未见复发。

按：肝胆管术后残余结石类似于中医学的结胸、黄疸、胁痛。多因气机失常、过度疲劳、饮食不节、精神创伤导致肝胆气郁，中焦湿热滞结而发热；结聚胆道而发疼痛；积于胆腑而失通降，逼胆汁上泛，浸淫肌肤而发黄疽。加味四逆散具有疏肝解痉以止痛、清热消炎以除湿退黄、通腑利胆以排石的功效，加用金钱草、鸡内金增强排石之力，因而效果较好。

28. 胆囊结石案

邓某，女，36 岁，1997 年 5 月 3 日初诊。

患者自述 3 天前因饮食不慎，突发右上腹部疼痛，并向右肩背部放射。胃脘部不适，不思饮食，舌红苔薄白，脉弦。B 超检查示胆囊内数个强光点伴声影，其中一个直径 0.4cm 。血常规检查正常。

诊断：胆囊结石。辨证属肝气郁结，胆络不通。治以疏肝理气，通络止痛。





处方：柴胡 12g，枳壳 15g，白芍 20g，黄连 6g，木香 12g，吴茱萸 3g，郁金 15g，川楝炭 10g，延胡索 15g，威灵仙 15g，甘草 10g。每日 1 剂，水煎服。

服药 3 剂后诸症消失。患者不愿手术治疗，嘱其继续服药以除病根。

按：胆囊结石属中医胁痛范畴。本证为肝气郁结，胆络不通。故用腹痛灵方合金铃子散疏肝理气、活血止痛；加威灵仙通络止痛。李师认为，威灵仙不仅可通络止痛，缓解肩部疼痛之症状，而且又有良好的化石效果。

29. 益气养阴清热法治疗乙型肝炎

乙型肝炎的治疗从目前资料显示疗效都欠稳定。中医在乙型肝炎的治疗方面积累了不少经验，特别是对慢性肝炎的治疗更有其独到之处。通过多年的临床观察，李师认为自拟四君柴芩麦味汤加减治疗效果明显优于西药。

基本方：南沙参（或党参）、黄芪、黄芩、女贞子各 15g，麦冬、五味子、猪苓各 12g，白术、茯苓、柴胡、牡丹皮、甘草各 10g。湿热重加茵陈、虎杖；阴虚明显加枸杞子；低烧加青蒿、知母；呕吐加藿香、姜半夏；肝区痛加白芍、玄胡；纳差加焦三仙。每日 1 剂，水煎 3 次，取汁约 600ml，分 3 次温服。

蒋某，男，40 岁，万县地区农资公司干部，1989 年 3 月初诊。

自述半年前出现倦怠无力，食欲下降，脘腹胀满，口苦胁痛，恶心，低热；查体温 38.3℃，检查肝在肋下 2cm，质



软，肝区叩击痛明显；肝功：黄疸指数 6 单位，锌浊 21 单位，麝浊 18 单位，谷丙转氨酶 >120 单位，查两对半、HBsAg、抗-HBe 均为阳性。诊断：乙型肝炎。先后服用维生素、云芝肝泰、灭澳灵、联苯双酯及肌酐片，治疗 3 个月，症状不减，复查肝功仍不正常，复查两对半持续阳性，转来我科。

刻诊：慢性病容，精神萎靡，纳呆，腹胀便溏，口苦胁痛，心烦失眠，腰膝酸软，舌质红，苔薄黄，脉弦数。

中医诊断“胁痛”。证属脾虚湿热，肝肾阴虚。当健脾益气，柔肝补肾，清热利湿。拟四君茵虎柴芩汤加味。

处方：南沙参、黄芩、枸杞子各 15g，麦冬、女贞子、茯苓、茵陈、虎杖各 12g，白术、五味子、柴胡、甘草各 10g。

此为基础方，随症加味。连服 3 个月后，症状体征基本消失，肝功正常，产生 HBsAg 抗体，但 HBsAg、抗-HBe 均为阳性。继续治疗 3 个月，症状体征完全消失，B 超检查正常，HBsAg、HBsAg、抗-HBe 全部转阴。随访半年未见复发。

30. 暑温案

曹某，女，41 岁，陈家坝办事处干部，1986 年 6 月 15 日初诊。

患者 1 周前因天气炎热，劳累过度，自感头晕而闷，恶寒发热汗出，全身酸痛，以肩背部为甚（有颈椎骨质增生病史），自服扑炎痛后恶寒发热略减（体温 37.6℃），但汗出尤



著，口渴思饮，气短乏力，手足心热，胃中空虚，不思饮食，胸腹胀闷，尿频，尿急，尿痛，小便黄赤，舌质红，舌根部苔黄腻，前半部无苔，脉细弱。

《温病条辨·暑温》注云：“按温者热之渐，热者温之极也。温盛为热，木生火也。热极湿动，火生土也。上热下湿，人居其中而暑成矣。”《仁斋直指方·暑·中暑论》有“暑能消气”的病机认识。夏季气候炎热，加之劳累过度，暑热之邪乘虚内袭阳明、太阴。病之初为暑热之邪兼有风寒外束，卫外之阳不能达于肌表，则恶寒发热、汗出、身痛。自服扑炎痛以解热镇痛，风寒之邪得以表散，但暑热盛于阳明，故恶寒，身痛略减，仍发热，汗出，口渴思饮，手足心热，胸闷腹胀，尿频，尿急，尿痛，皆为暑邪挟湿内滞之象；暑热伤气则气短乏力；热盛伤津则胃中空虚，不思饮食。综合舌脉分析，该患者证属暑热伤及气阴。

治宜益气生津、渗湿益脾。方选王孟英清暑益气汤合生脉散，并随症加减。

处方：太子参 15g，北沙参 15g，麦冬 10g，五味子 10g，知母 10g，黄连 5g，石斛 10g，滑石 18g，薏苡仁 20g，金银花 10g，连翘 10g，荷叶 10g，甘草 5g。

6月18日二诊：服上药3剂后发热恶寒、汗多、口渴思饮、尿频、尿急、尿痛、小便黄赤已愈，气短乏力稍减，仍胸闷腹胀，不思饮食，舌根部黄腻苔已退，舌淡红，脉仍细弱。此为脾虚气滞，运化不及。治以益气健脾、消食助运，佐以清热解毒法。

处方：太子参 20g，苍术 10g，白术 10g，茯苓 15g，广木香 10g，砂仁 6g，建曲 10g，山楂 15g，麦芽 30g，蒲公英 12g，甘草 5g。



31. 湿 温 案

范某，女，56岁，万州区新城路417号居民，1998年3月15日初诊。

患者半月前即病胁痛腹胀，胸闷不思饮食，倦怠乏力，头身重痛，夜间低热，小便黄，大便稀溏。去某院检查，B超提示肝、胆、脾、胰、肾未见明显异常，上消化道钡餐示心肺未见异常，诊为胃窦炎。查血常规各项指标亦在正常范围之内。服药后症状有加剧之势。就诊时更加少气乏力，面色萎黄，两足疼痛，行走不便，饮食减少，进食则呕恶，大便不爽，舌苔白腻微黄，脉弦细而濡数。

《温病条辨·湿温寒湿》云：“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。”究其临床表现分析，与此证颇为相似，故本例应属湿温范畴。

探其病机，为湿热阻滞，脾胃升降失司，气机郁滞，胸阳闭阻，故胸闷腹胀，不思饮食，进食则呕恶；湿滞中焦，土壅木郁，故胁痛；《素问·阴阳应象大论》云：“湿胜则濡泻”。湿滞脾胃，清阳不升，故大便稀溏，或大便不爽；脾主四肢肌肉，脾为湿困，故倦怠乏力，身体重着而痛；《素问·生气通天论》云：“因于湿，首如裹，湿热不攘，大筋软短，小筋弛长，软短为拘，弛长为痿。”故头重痛，两足疼痛，行走不便。综合舌脉分析，本例应属湿热内蕴、肝脾失调之证。

治法应清利湿热，调和肝脾，舒畅三焦气机。用三仁汤



为主化裁，随症加入柴胡、枳壳、郁金疏肝理气，黄芩清热燥湿。

处方：柴胡 10g，黄芩 12g，杏仁 10g，红豆蔻 10g，厚朴 15g，法半夏 10g，薏苡仁 30g，木通 6g，竹叶 1g，郁金 15g，枳壳 12g，滑石 15g。

3月18日二诊：服上方3剂后胸闷、腹胀略舒，头身重痛若失，精神稍振，纳食增加，但胁痛如故，虑及湿热伤阴，故去柴胡、黄芩，加刺蒺藜、橘络、白芍等疏肝理气而不伤阴之品。

3月26日三诊：继服7剂，诸症大减，略有饮食稍差，腰膝酸软，口干不思饮，胁闷胀，进食后胃脘欠舒，苔薄白，脉弦细。目前湿热已基本消除，但肝脾仍未调和，治疗重点在于调理肝脾，兼顾滋阴润筋之法。

处方：橘络 10g，枳壳 10g，郁金 15g，丹皮 12g，太子参 15g，白芍 12g，赤芍 10g，山药 10g，白术 10g，茯苓 10g，山楂 10g，麦芽 30g，牛膝 10g，麦冬 10g，鸡血藤 15g，甘草 5g。

守方又服12剂，诸症消失。

32. 湿热案

刘某，女，45岁，九池乡政府干部，1996年7月25日初诊。

患者1周前高热，体温39.4℃，服中西药物治疗，发热稍退，体温38℃，仍感头痛，头重如裹，周身酸痛，恶寒，汗多，口苦，心烦，脘腹胀痛，大便不爽，恶心呕吐，饮食



减退，小便黄赤，舌苔黄腻，脉弦滑。

本证似属湿温，但病变仅局限于中焦脾胃为主，兼湿遏卫阳而不深入营血，故与湿温有异而命名为湿热病。湿为阴邪，易伤阳气，卫阳为湿所遏则恶寒；湿性重浊，上蒙清阳则头痛、头重；脾主四肢肌肉，湿阻经络则周身酸痛；湿郁化热，火热上扰则口苦心烦；湿热阻滞脾胃，升降失司则脘腹胀痛、大便不爽、恶心呕吐、纳差；小便黄赤、舌苔黄腻、脉弦滑亦为湿热之征。治宜升降脾胃、化湿清热。用连朴饮加减，以行气开郁、宣通气机，苦燥湿热淡渗清利治之。

处方：黄连 6g，厚朴 10g，栀子 10g，姜半夏 10g，藿香 10g，茯苓 15g，通草 5g，白豆蔻 10g，苍术 10g，甘草 5g。

7月30日二诊：服上方4剂，诸症减轻，略见心烦口苦，胸闷不舒，腹满便溏，小便不利，苔白腻，脉微弦缓，仍守前法。

处方：黄连 6g，杏仁 10g，白豆蔻 10g，枳实 10g，厚朴 1g，法半夏 10g，茯苓 15g，通草 6g，泽泻 10g，山楂 5g，甘草 5g。

8月4日三诊：又服5剂，觉倦怠乏力，饮食欠佳，舌淡红，苔白腻，脉细弱。此为湿热尽除，用益气健脾除湿法，以善其后。

处方：党参 10g，白术 15g，茯苓 15g，法半夏 10g，陈皮 10g，黄连 5g，藿香 10g，通草 3g，建曲 15g，甘草 3g。3剂，水煎服。

33. 气虚发热案

程某，女，45岁，原万县市飞亚公司工人，1992年10



月 15 日初诊。

患者 3 年来不时发热，体温最高可达 38℃。近 1 周因感冒而发热、咳嗽，经用抗生素及对症治疗，咳嗽消失，仍发热，体温 38.4℃，查血常规除血色素 89g/L 外，其余指标均在正常范围以内，转服中药治疗。

诊见发热，脘腹胀痛，口干而不思饮，呕恶厌食，倦怠乏力，面色不华，舌淡红少苔，脉弦细数。据其脉证，属余热未清，气阴两伤，肝胃不和。治以清解余热，补益气阴，调和肝胃。用竹叶石膏汤。

处方：生石膏 20g，竹叶 1g，太子参 15g，麦冬 10g，姜半夏 10g，麦芽 30g，白芍 12g，紫苏 10g，甘草 5g。

10 月 19 日二诊：服上方 4 剂，发热稍退（体温 37.8℃），口干、呕恶消失，脘腹胀痛减轻，仍气短倦怠，舌淡，苔薄白，脉弦细。余热已清，脾胃气虚，中气下陷之本未复。治疗补中益气，以升举下陷之清阳。正如《证治准绳·杂病·发热》所说：“饮食劳倦为内伤元气，此则中气下陷，内生虚热，故东垣提出补中益气之论，用人参、黄芪等甘温之药，大补其气而提其下陷，此用气药以补气之不足也”。

处方：太子参 25g，黄芪 25g，当归 10g，柴胡 10g，升麻 10g，白术 15g，陈皮 10g，谷芽 20g，白芍 12g，甘草 5g。

10 月 27 日三诊：服药 7 剂，已 4 日未发热，气短乏力大减，饮食增加，惟脘腹胀痛，舌淡，苔薄白，脉弦细。此乃肝脾失调。取调和肝脾法。用逍遥散。

处方：白芍 15g，当归 10g，白术 15g，柴胡 10g，茯苓 15g，太子参 15g，厚朴 10g，木香 10g，延胡索 12g，麦芽 15g，甘草 5g。



继服 3 剂而停药。随访半年，发热病未再发作。

34. 丹莱虎山泽葛汤治疗高脂血症

基本方：丹参、山楂各 10~15g，虎杖、泽泻各 15~20g，莱菔子 8~10g，葛根 10~20g，每日 1 剂，水煎服，1 个月为 1 个疗程。胸痛加桃仁、红花、玄胡；心悸口干加生脉散；失眠加枣仁、五味子；烦躁加丹皮、栀子。

病案一

熊某，女，46 岁，干部，住万县市武装部。1986 年 2 月 7 日初诊。

胸部有压迫感、肢软无力 1 周，伴头昏头痛、心悸，动则加重，烦躁易怒，饮食尚可，月经正常，脉弦，舌质红，苔薄白。血压 170/110mmHg；胸透两肺未见异常，可见主动脉弓伸长迂曲；心电图基本正常。未予处方，嘱查血脂、胆固醇。2 月 11 日见报告：胆固醇 7.3mmol/L，甘油三酯 2.87mmol/L， β 脂蛋白 8g/L。西医诊断：高脂血症，高血压病。中医诊断：胸痹。患者拒服西药，即拟丹莱虎山泽葛汤，先服 5 剂，继续观察。

2 月 16 日复诊：自述服药后胸闷减轻，头昏头痛、烦躁易怒均有好转，继续服药。

3 月 16 日复查：胆固醇 6.08mmol/L，甘油三酯 2.07mmol/L， β 脂蛋白 6.1g/L。症状基本控制，再服上方巩固效果，随访 1 年，无不适，全勤上班。

病案二

黄某，男，38 岁，万县市电力公司工人，1986 年 11 月





4 日初诊。

形体较胖，常感胸闷，时有头昏，单位体检查胆固醇 8.8mmol/L，甘油三酯 4.63mmol/L， β 脂蛋白 8.6g/L。心电图、血压检查均属正常，诊断为高脂血症。先后服用烟酸肌醇酯、脉通、维生素 E、肌苷片 2 个月。复查结果：胆固醇 9.3mmol/L，甘油三酯 4.52mmol/L， β 脂蛋白 9.4g/L。因服药无效，患者遂来中医治疗。给予丹莱虎山泽葛汤，并停服一切降脂西药及中成药，每日 1 剂，1 个月为 1 个疗程。3 个月后复查，胆固醇 4.9mmol/L，甘油三酯 3.16mmol/L， β 脂蛋白 4.2g/L，自觉症状完全消失。随访 1 年，无不适，全勤上班。

按：高脂血症多兼有高血压病、冠心病、糖尿病、肥胖病等，近年来发病率有增加趋势。方中丹参、山楂活血化瘀，扩血管而降压降脂；虎杖、泽泻清热除湿，降脂降压；莱菔子祛痰降压；葛根重用，意在扩冠降压和降胆固醇。运用本方可抑制外源性胆固醇及甘油三酯的吸收，影响内源性胆固醇代谢，抑制甘油三酯的合成；有溶解纤维蛋白使血液黏稠度降低的抗凝作用；有明显的扩张血管而降压的作用；并可改善脂质代谢、降血清胆固醇、降甘油三酯。本方多次重复运用，效果确切。李师曾用本方观察 124 例，总有效率达 95.6%，且安全、价廉、简便，易于推广应用。

35. 冠心病案

王某，男，60 岁，2003 年 10 月 5 日初诊。

患者自诉患冠心病 21 年，经多方医治，服药无数，总



觉失眠多梦，心悸气短，胸闷痛，肢软乏力，头晕，烦躁，口干。诊时见舌红少苔，脉弦细无力。据此分析，证属气阴两虚，治以益气养阴安神为主。

处方：酸枣仁、知母、茯苓、丹参各 12g，太子参、麦冬、黄芪、葛根、川芎各 15g，五味子、延胡索各 10g，甘草 6g。每日 1 剂，水煎服。

10 月 9 日二诊：服上方 3 剂，自觉夜梦减少，心悸减轻，精神好转，但仍时有烦躁之感。效不更方，告之将上方继服，并保持心情舒畅。

10 月 25 日三诊：患者各种不适感明显好转或消失，偶见心悸胸闷，但持续时间短暂。继以前方增减调理而愈。

按：冠心病虽有“隐匿型”、“心绞痛型”、“心肌梗死型”、“心力衰竭型”和“猝死型”之不同类型，但总以“心绞痛型”和“心肌梗死型”较为普遍。根据临床表现，本病与中医文献记载的“胸痹”或“胸痹心痛”颇相类似。本例属久病耗伤阴血，李师在养血安神、清热除烦之酸枣仁汤基础上加太子参、麦冬、葛根、黄芪、丹参、五味子、延胡索以改善心功能而取效。虽经治例数不多，但也足见李师用药经验之一斑。

36. 眩晕案一 (高血压病)

汪某，女，64 岁，住原万县市三马路 78 号，退休干部，1994 年 2 月 26 日初诊。

患者有高血压病史 10 余年，经常眩晕肢麻，服卡托普利片，虽偶见咳嗽，自认为效果较好，血压比较移定。近半





月眩晕加剧，服药后症状不减，转服中药欲改善临床症状。

就诊时头眩而痛，肢麻，胸闷，口干，夜寐多梦，舌质红，苔薄黄，脉象弦大重按无力。颈椎侧位片提示颈椎轻度骨质增生，血压 180/110mmHg。证属肝阴不足、肝阳偏亢。治拟清肝养阴，以平风阳之上亢。

处方：生石决明 30g，珍珠母 30g，天麻 10g，白蒺藜 1g，白芍 15g，菊花 12g，生地 10g，夏枯草 10g，钩藤 12g，麦冬 12g，牛膝 10g，桑寄生 15g，甘草 5g。

3月1日二诊：3剂后眩晕已减，仍感口干、胸闷，失眠，舌红苔薄白，脉细弦，血压 150/92mmHg。继用原方加夜交藤 30g。

3月6日三诊：继服 5 剂，眩晕已瘥，余症消。嘱其常服杞菊地黄丸合天麻胶囊巩固疗效。

按：高血压病以阴虚阳亢者较为多见。主要病机为阴虚津亏，风阳易动，其动在肝，其根源在肾。平肝滋阴使血压渐平，后以滋肾柔肝治本，以防反复。此乃李师治疗阴虚阳亢所致眩晕的一般用药规律。

37. 眩晕案二 (内耳眩晕症)

蔡某，女，38岁，住原万县市王家坡正街 287号，工人，1991年11月4日初诊。

患者经常眩晕，甚则仆倒，仆倒时神志尚清醒，曾作脑电图、脑地形图未见明显异常，诊断为内耳性眩晕。

就诊时眩晕，恶心，纳差，舌质淡，苔白腻，脉弦滑。证属痰湿阻滞，升降失司，治以健脾除湿、化痰熄风止眩。



方用半夏白术天麻汤合泽泻汤。

处方：法半夏 10g，白术 15g，天麻 12g，陈皮 6g，茯苓 15g，泽泻 20g，藿香 6g，白芍 15g，白蒺藜 15g，甘草 3g。

11月7日二诊：服药3剂，诸症减轻，继服3剂而安。

按：《丹溪心法·头眩》说：“无痰则不作眩，痰因火动；又有湿痰者”。脾主运化水谷精微；脾虚不运，聚湿生痰，痰湿交阻，中焦脾胃升降之机闭塞，致清阳不升、浊阴不降则头晕目眩。故用半夏白术天麻汤健脾除湿化痰。正如《兰室秘藏·头痛》所言：“足太阴痰厥头痛，非半夏不能疗；眼黑头眩，风虚内作，非天麻不能除。”痰湿中阻，肝失条达，风阳上扰，则加白芍、白蒺藜平肝潜阳。如此则痰湿化，升降复常，肝阳得藏，眩晕自愈。

38. 震颤案

丁某，女，61岁，天城塘坊小学退休教师，1996年9月13日初诊。

患者2年前突发左手臂震颤，时轻时重，反复不已，经某院颅脑CT扫描提示“颅脑未见异常改变”，血压120/85mmHg，神经科予以西药及中成药治疗效果不显，建议服中药治疗。

症见左手臂震颤，每于情志激动时加重，平素性急易怒，胸闷胁胀，善叹息，两眼干涩，倦怠乏力，头晕目眩，心悸，口干燥，舌质淡，苔薄白，脉弦细。证属肝气郁结兼肝阴不足。治以条达肝气、养阴熄风。

处方：柴胡 6g，白芍 15g，枳壳 10g，生地黄 10g，麦



专病论治

冬 10g, 天麻 10g, 钩藤 12g, 蝉蜕 10g, 丹皮 10g, 太子参 15g, 龟板 15g, 牡蛎 20g, 地龙 10g, 甘草 5g。

9月20日二诊：服药6剂，手臂震颤减轻，头晕、胸闷胁胀改善。效不更方。

7月27日三诊：继服6剂，手颤已控制，余症消失，又服6剂巩固疗效，随访3个月无复发。

按：《素问·至真要大论》云：“诸风掉眩，皆属于肝”。《证治准绳·杂病》亦云：“颤，摇也；振，动也。筋脉约束不住而莫能任持，风之象也。”指出人体肢体正常运动与肝的关系至为密切，肢节的正常运动有赖于肝血对筋脉的滋养。若肝之阴血不足，筋失所养，则筋脉拘急。阴虚不能潜阳，阳动生风则见手足震颤。该患者性急易怒、胸闷胁胀属肝失疏泄证候，伴见两眼干涩、倦怠乏力、头晕目眩、心悸、口干燥、脉弦细属肝阴不足征象。肝气郁滞与阴虚风动是本病的主要病机。故用四逆散疏肝理气，加太子参、麦冬、生地、丹皮滋阴养肝，配天麻、钩藤、蝉蜕、龟板、牡蛎、地龙以平肝熄风止颤。方中平肝与养肝同用，如此则气机通调，筋脉得养，风熄颤止，血脉运行，故手颤渐止。

39. 中风案

苏某，男，42岁，原万县市电池厂工人，1990年4月17日初诊。

患者1年前因患脑溢血，经某医院住院治疗后遗留左侧肢体偏瘫，足不能行，手不能握，生活不能自理。经服华佗再造丸及针灸治疗病情未见明显好转。



症见左侧上下肢运动不灵活，肌肉疼痛，温度明显低于右侧，走路时左足摆动，口眼向左歪斜，口角流涎，吐字不清，舌质暗淡，苔白腻，脉弦滑。证属风痰流窜经络，血脉痹阻，经隧不通，气血不能行，血不能濡，故肌体废而不用。成半身不遂。用益气活血、化痰开窍法。方选《医林改错》补阳还五汤化裁。

处方：黄芪 18g，赤芍 12g，川芎 6g，桃仁 10g，红花 10g，当归 10g，蜈蚣 1 条，石菖蒲 12g，远志 10g，甘草 5g。

4 月 22 日二诊：服上方 5 剂，自感手足运动稍灵活，舌质仍淡，脉细涩。于上方加桑枝 30g、牛膝 15g，以增强舒筋活络之功。

5 月 3 日三诊：上方继服 10 剂，手足更加灵活，口角不流涎，吐字较前清晰，自觉疲乏无力，舌淡暗，苔薄白，脉细涩。原方加重补气药物。

处方：太子参 15g，黄芪 20g，白术 10g，茯苓 15g，川芎 10g，桃仁 10g，红花 6g，当归 10g，赤芍 12g，地龙 10g，蜈蚣 1 条，甘草 5g。

5 月 14 日四诊：上方服 10 剂，自觉手足关节疼痛，手足运动灵活，双侧手足温差无异，口眼歪斜大为改善，精神转佳，舌质淡红，脉弱。仍用前法继进，注重通络止痛。

处方：黄芪 18g，川芎 6g，桃仁 6g，红花 6g，当归 10g，太子参 12g，桑枝 30g，牛膝 10g，威灵仙 10g，姜黄 10g，地龙 10g，赤芍 10g。

守方服药 20 余剂。随访 2 年，一直坚持全天工作，未见反复。





40. 面 瘫 案

何某，女，27岁，万县市清泉中学教师，1984年12月7日初诊。

患者1个月前因外出学习，旅途疲劳受凉，次日口眼歪斜，经西医诊断为面神经麻痹，服药病情不减，建议针灸治疗。因惧怕针灸，时继时续，治疗10余日未见起色，转服中药治疗。

就诊时口眼向右歪斜，右眼闭合困难，右侧面部肌肉不能活动，左侧面部知觉迟钝，头痛头晕，口干苦，舌红，苔薄黄，脉弦数。证属肝经郁热，外风内袭而口眼歪斜。治以清热敛肝、祛风缓急。

处方：黄芩12g，刺蒺藜12g，菊花12g，白芍15g，僵蚕10g，蝉蜕10g，全蝎6g，钩藤12g，桂枝6g，防风10g，葛根12g，生地10g，甘草5g。

12月13日二诊：服上方5剂，头痛头晕消失，口眼歪斜减轻，但右眼仍不能闭合，右侧面部仍不能活动，口苦，小便黄。此肝经郁热渐除，风热渐熄，外风渐去，应防有阴伤之变。于上方加花粉10g。

12月21日三诊：服药7剂，右眼已能闭合，口眼已不歪斜，右侧面部肌肉已能活动。又服7剂诸症消失。

按：《医学纲目·口眼喎斜》曰：“凡半身不遂者，必口眼喎斜，亦有无半身不遂而喎斜者。”口眼喎斜兼半身不遂未为真中风，多属于内风所致；单纯口眼喎斜者为口僻，多属于外风引起。正如《诸病源候论·偏风口喎候》曰：“偏风



口喎是体虚受风，风入于夹口之筋也。足阳明之筋上夹于口，其筋偏虚，而风因乘之，使其经筋急而不调，故令口喎僻也。”该患者头晕、口干苦、舌红苔薄黄、脉弦数为肝经郁热，风阳上扰，复因外风侵袭，内外相合，入中于经脉，气血痹阻而为口眼喎斜诸症。故用刺蒺藜、生地、白芍、黄芩、菊花清肝敛肝；僵蚕、蝉蜕、全蝎、钩藤、桂枝、防风、葛根祛风通络；用白芍佐少量桂枝意在刚柔相济、缓急柔筋。

41. 盗汗案

廖某，男，72岁，住万县市胜利路17号，退休工人，1987年9月30日初诊。

患者夜间出汗3个月余，曾用当归六黄汤、麦味地黄汤、牡蛎散等方加减，服药20余剂无效，又用补血养心、调气活血法治疗，效果亦不显。

诊见盗汗以午夜为甚，伴见胸闷，有时胸痛，有冠心病史，口干不思饮，心烦失眠，舌质暗，苔薄白，脉细弦。证属心血瘀滞，血行不畅，兼夹郁热。治以活血祛瘀、行气止痛，兼清郁热。方用血府逐瘀汤。

处方：当归10g，生地10g，白芍12g，赤芍10g，川芎10g，牛膝10g，柴胡6g，枳壳10g，桔梗10g，桃仁10g，红花10g，栀子12g，甘草5g。

10月6日二诊：服药5剂后盗汗止，胸闷痛除，用血府逐瘀汤合生脉散继服5剂巩固疗效。随访1个月未复发。

按：《景岳全书·汗证》指出：“自汗盗汗亦各有阴阳之



证，不得谓自汗必属阳虚，盗汗必属阴虚也。”李师临证必详问病史，细审病情，了解疾病的治疗用药情况，深思熟虑，然后处方用药，多有一举两得之功。李师博览群书，熟谙经典，其在门诊病历上载云：“《医林改错》说：‘不知血瘀亦令人自汗、盗汗，用血府逐瘀汤’”。李师功底之深，可见一斑。

42. 耳鸣耳聋案

张某，女，52岁，天城举安小学教师，1980年1月24日初诊。

患者1个月前右耳听力逐渐下降，耳胀轰鸣，在当地用多种中西药物治疗罔效，遂来院检查。外耳道正常；鼓膜标志正常；音叉测听：双耳骨气导比较试验（RT）阳性，骨导偏向试验（WT）→左。测血压135/75mmHg。因有冠心病史，无法行高压氧治疗，试治于中医。

就诊时伴见鼻塞不通，偶见咳嗽，咯痰量多，色黄质稠，咽部不爽，舌红苔黄腻，脉滑数。证属痰热壅肺，肺失宣肃，闭阻清窍。治以清热化痰，宣肺止咳，活血通窍。

处方：枳壳10g，桔梗10g，法半夏10g，陈皮6g，茯苓15g，辛夷10g，白芷12g，川芎10g，细辛3g，石菖蒲10g，路路通12g，桑叶12g，菊花12g，黄芩15g，甘草3g。

1月30日二诊：服药5剂，听力好转，耳鸣、鼻塞减轻，咯痰量少，惟气短乏力，原方去枳壳、白芷、细辛、黄芩，加丹参10g、黄芪15g、党参12g、白术15g。

2月6日三诊：继服1剂，诸症若失，按原方再进7剂。



2月14日四诊：听力检测恢复正常，随访8个月无复发。

按：中医认为肺开窍于鼻，肾开窍于耳，其实肺与耳也有一定关系，正如《明医杂著·卷三》所述：“耳鸣证或鸣甚如蝉，或左或右，或时闭塞，世人多作肾虚治不效，殊不知此是痰火上升，郁于耳中而为鸣，有甚则壅闭矣”，尤在泾《医学读书记》亦说：“愚谓耳聋治肺者，自是肺经风热，痰涎闭郁之证，肺之络会于耳中，其气不通，故令耳聋，宜治其肺，使其气行则耳愈。”该患者正属痰热壅肺，风热上扰，肺失宣降，清窍不利而致耳鸣、耳聋伴有鼻部症状。故用枳桔二陈汤加桑叶、菊花、黄芩、白芷疏风清热化痰，辛夷通鼻窍，川芎、路路通、石菖蒲活血通耳窍，邪去正未复则加益气健脾之药。如此配伍，药中肯綮，故获佳效。

43. 病毒性心肌炎案

万某，男，22岁，1993年10月12日初诊。

1周前患带状疱疹，经治而愈，昨日发生头痛身疼，发热恶寒，服维C银翘片。今晨突发心悸气短，胸痛胸闷，头晕乏力，继发呼吸急促，口唇发绀，查体温38.7℃，血压82/60mmHg，叩诊心界扩大，听诊心音低钝，心律不齐，心电图提示：房室传导阻滞，ST-T改变，偶发房性早搏；WBC $7.6 \times 10^9/L$ ，N 0.87，L 0.13，血沉41mm/h。心肌酶值增高。确诊为病毒性心肌炎。据舌质嫩红，苔白质干，脉细数，辨证为热毒侵心，火化伤阴，治当清热解毒、益气养阴，投加味生脉散。





外方：太子参 20g，黄芪 15g，麦冬、五味子各 10g，丹参、银花、连翘、生地各 12g。每日 1 剂，水煎分 4 次服，10 天为 1 个疗程。心悸加酸枣仁；胸闷加薤白；频发早搏加玄胡；发热加青蒿。服药半个月诸症消失，半年随访未见复发。

按：中医学认为本病病位在心，涉及肺、脾、肾等脏。正气不足、热毒侵心是本病发生的关键。外感风湿之邪袭表，肺卫不宣，内含心包；热毒侵心，耗伤心阴，阻遏心气，致心气虚衰，脉道瘀阻。李师以加味生脉散为主治疗临床疗效确切，曾观察 42 例，总有效率达 90.5%。

44. 加味通窍活血汤治疗脑外伤后精神失常

基本方：赤芍、川芎、桃仁、红花、白芷各 12g，生姜 10g，大枣 7g，生葱 20g，生大黄 15g，白酒 20g。

先将桃仁、红花、赤芍、川芎、白芷用冷水浸泡 10 分钟后煎熬 10~14 分钟，取汁约 600ml。分 3 次温服，每日 1 剂。服药后可见腹痛、泻稀便，此属正常现象，继续再服则腹泻多不明显。

张某，男，27 岁，已婚，万县天城乡周家村农民，1989 年 3 月初诊。

其妻代诉：1 个月前被倒下的木方打伤右侧额顶，头皮裂伤。经住院头部摄片示：额骨线形骨折。经治疗后痊愈出院。10 天前因房屋纠纷暴怒后头昏头痛，不吃不睡，时狂骂乱叫，不知羞耻，随地小便，送某精神卫生中心，诊断为



脑外伤后精神失常，用氯丙嗪、泰尔登等治疗1周无效。

就诊时患者敞衣露胸，烦躁不安，表情紧张，情绪恐惧，低声自语，重复不停，夜不能寝，两眼无神，尿少，大便几日未解。舌质暗红少津，舌边尖瘀点明显，脉弦数。脑电图提示：局灶性异常。症属瘀血闭结，胸膈湿热。治宜活血消瘀以通窍，清热泻火以除湿。方拟通窍活血汤加生大黄。

服药3剂，腹泻日5~8次，粪便色黑量多。狂骂乱叫消失，躁扰大减。但仍有悲愤感，语无伦次，不能对答，食不知饱。能睡3小时左右。

原方再进5剂，腹泻已不甚，神志恢复，对答如常。惟尚感精神疲乏，睡眠梦多。查脉细无力，舌质嫩红，苔薄白。此为病后体弱，气阴两虚，拟沙参麦冬饮加四君子汤补气养阴以善其后。随访半年，健如常人。

按：通窍活血汤出自清代名医王清任《医林改错》一书。功能活血通窍、逐瘀止痛。李师用本方加味治疗5例男性脑外伤后精神失常患者，最小年龄15岁，最大年龄32岁，其中3例颅骨骨折，2例头皮挫裂伤。均在3个月至半年内因情绪影响诱发精神失常。3例经用本方治疗10~60天后症状消失，无后遗症，1年随访未见复发，为临床治愈；2例症状明显减轻，偶有头昏头痛及失眠，为好转。

45. 吴茱萸汤治愈顽固性头痛案

魏某，女，56岁，万县市布鞋厂工人，1989年8月4日初诊。



自述头痛7年多，头顶痛最甚，头部发冷，暑热天也要戴帽子，有时发生呕吐和四肢发凉，饮食减少，曾在我院作脑血流图、脑电图检查均属正常，我院神经内科诊断为“丛集性头痛，组胺性头痛。”先后服维生素、谷维素、镇静剂、扩血管药、抗组胺药无效果。只有服“头痛粉”可暂缓头痛，每天服2~6包，多时一天服24包，常年不断，早已成癮。近因感冒头痛加剧，伴呕吐不食、畏寒肢冷、睡眠不好，前来求治。诊其脉弦细，舌质淡，苔薄白，查白细胞总数 $2.1 \times 10^9/L$ ，中性 0.54，淋巴 0.46。诊断为风寒头痛，拟用祛风散寒止痛的川芎茶调散加味治疗。

8月7日二诊：服药3剂，效果不显，头痛依旧，仍靠一次服头痛粉4包方可暂时缓解。鉴于患者体质较差，白细胞减少，服头痛粉已久，且反复感冒，嘱患者尽量克制，停用头痛粉。经过详细辨证，细审脉象，改用温肝和胃、降逆止呕之法，试拟吴茱萸汤加味，用吴茱萸6g、党参18g、大枣15g、生姜5片、半夏10g。

8月12日三诊：头痛减轻，呕吐已止，精神好转，仍服头痛粉2包，嘱其停服头痛粉，再服上方3剂。诸症消失、舌脉正常而告痊愈。随访1年未见复发。

按：患者为头痛7年之顽疾，且服头痛粉已成癮，每日必服，剂量渐增，导致白细胞减少，抵抗力下降而经常感冒的恶性循环。初诊为风寒头痛，投以祛风散寒的川芎茶调散，其效不显，乃辨证已误。改用经方，试投3剂则效，细思教训，要辨证准确，审脉要细。此例头痛头顶痛甚，是厥阴肝经为寒邪所侵，清阳被扰；畏寒肢冷为阳气不宣；呕吐不食为胃气上逆；脉弦细、舌质淡苔薄白为肝经有寒。吴茱萸汤治厥阴头痛，加半夏降逆健脾而获良效。





46. 血管神经性头痛案

赵某，男，35岁，奉节县人民政府干部，2002年6月15日初诊。

患者自述5年前因患感冒而出现头痛，此后每次遇寒则先见头痛，服解热镇痛药后症状可缓解。近年头痛反复发作，遇感冒后则加剧。其疼痛有时可持续1~2个月，时作时止。偶见呕吐、头晕、失眠、记忆力减退等。查体未见明显异常，彩超检查提示：大脑前、后动脉及左、右动脉痉挛，血流增快，右侧尤为突出。舌质绛而见少许瘀斑，脉弦而紧。证属寒凝血瘀，清空失养，拟投川芎茶调散加减。

处方：川芎15g，白芷、荆芥、防风各10g，白芍15g，细辛6g，羌活、桃仁、红花、藁本、蔓荆子、骨碎补各12g，甘草6g。每日1剂，水煎服。

2002年6月20日二诊：连服上方3剂，多数症状减轻，仍以前方加减治疗1周，症状全部消失，彩超检查未发现异常，随访1年未见复发。

按：本病属中医偏头痛范畴。头为清阳之府，三阳经脉之汇聚处。其致病之因虽有虚实之分，但每实多虚少。本案持续时间长，根据舌脉仍有瘀阻之象。川芎茶调散虽是治疗风邪头痛之常用方，但祛瘀作用不足。李师在此基础上加桃仁、红花等味意在增强祛瘀通络之力，故而收效显著。





47. 川芎茶调散治疗性交时头痛

性交时头痛是指性交或手淫将要达到高潮时出现的头痛。此种现象临床比较多见，因检查时多无器质性病变，治疗颇感棘手。经临床观察，用古方川芎茶调散改汤剂服用效果较为满意，曾用该方治愈5例。

基本方：川芎 15g，羌活、白芷各 12g，防风、荆芥、薄荷各 10g，细辛、甘草各 6g，茶叶少许。

每日 1 剂，先用冷水浸泡全药 3~5 分钟，再煮沸 5~10 分钟后立即去渣取药汁浸泡茶叶，3 次共泡取汁 600ml，分 3 次温服。

谢某，男，43岁，工人，1989年1月初诊。

自述半年前某夜正在性交时因故生气，勉强性交，当性高潮时头痛难忍，被迫停止性交。以后每次性交必发头痛，尤以左侧头痛较甚，伴有恶心，被迫终止性交，休息半小时后头痛自然缓解，但有肢软嗜睡感，次日如常人。曾作脑血流图、脑电图检查，均无异常，曾服维生素、谷维素、镇静剂、止痛剂等效甚微。颇感苦恼，惧怕性交，因而影响夫妻感情。专请中医治疗，舌脉无异，即拟川芎茶调散 5 剂，服药后自述好转，再服 5 剂即告痊愈。随访 1 年未见复发。

按：性交时头痛并非少见，但因查不出任何原因，检查多无器质性病变，亦无特效疗法。一般服去痛片、谷维素、心得安效果不理想，李师用川芎茶调散治疗效果满意。性交时头痛其痛常发于头部两侧或一侧，持续时间为数秒至 2 天，多呈搏动性跳痛或胀痛，常伴有恶心、眩晕、呕吐，甚



则可出现短暂性意识障碍。此病男女都有，男性多于女性，可能因男性较女性容易达到性高潮所致。其发病机理可能为性交时过度兴奋，反射性引起头部血管痉挛和随后的血管被动扩张。中医学认为外感六淫之邪与脏腑上逆之气蔽其清明、瘀塞经络而发头痛。川芎茶调散可活血络，祛风散寒，清热除湿。邪气清除，清阳得升，浊阴得降，头痛自止。

48. 植物神经功能失调治验三则

病案一

张某，男，34岁，万县市七一水泥厂干部，1995年4月7日初诊。

左侧面部出汗、左上肢麻木、抖动1周。收住家庭病房，诊断为“植物神经功能失调”。服谷维素、维生素、颠茄合剂、安定片治疗3天，其效不显。请中医会诊。

见患者左面渗出豆大汗珠，擦干又出，左上肢抖动，检查痛、温、触觉正常。另有左上肢麻木感、畏寒怕风、头昏心慌、肢软、纳差等症状，舌质淡，苔薄白，脉沉细。

中医辨证属阳虚自汗，卫外不固。宜温阳补气、调营敛汗。拟桂枝加龙骨牡蛎汤、玉屏风散加真武汤治疗。

服药3剂后汗出减少，抖动减轻，余症尚存。再拟上方3剂，借玉屏风散固护卫外，桂枝加龙骨牡蛎汤调营敛汗，真武汤壮脾肾之阳，温经散寒以止麻木，方中桂附同用与白芍共使阳生阴长，肌肉筋骨得以温养，抖动自除。药后诸症消失，舌脉复常。随访半年未见复发。



病案二

周某，女，24岁，万县市和平商场营业员，1995年3月因右侧肢体闪电样疼痛，伴有酸、痒、胀感，遇冷及夜间加重，以“风湿病”收入病房。心电图、血沉、抗“O”、尿酸、肝功能、X线检查均属正常，免疫球蛋白值正常。先后服消炎痛、强的松、维生素治疗均不见好转。后用谷维素、维生素、镇静剂诊断性治疗，症状有所缓解。病员怕西药副作用而以“植物神经功能失调”转我科。

见患者右侧肢体肌肉拘急紧张，闪电样的阵痛时有发生，偶有酸、麻、胀感，口苦纳呆，渴不欲饮，小便短黄，大便燥结，舌质红，苔厚腻，脉滑数。

此乃湿热阻滞、肝失所养。当清热除湿、柔肝缓急。拟芍药甘草汤合龙胆泻肝汤加减。服药3剂后痊愈。为求彻底，原方再服3剂。

病案三

毛某，女，37岁，工商银行干部，患者于1995年7月11日被倒下门板打伤头部，但未昏迷，亦无呕吐，局部无血肿及伤口，门诊诊断为“头皮软组织挫伤”，服止痛片、安定片。次日患者感头昏头痛、心悸失眠、头部发凉，继则出现小便失控，脑电图、脑血流图、超声波检查、小便化验均属正常。膀胱镜检查示“低张力型膀胱”。余无异常，诊断为“植物神经功能失调”。服西药效果不显，转中医治疗。

患者除上述症状外尚有食欲下降，肢软无力，大便稀溏，舌质淡，苔薄白，脉细数。

脉证合参，乃心脾气虚，摄纳失约。当补益心脾、缩泉固摄。拟归脾缩泉汤。

处方：黄芪20g，党参、没药各12g，白术、益智仁、





桑螵蛸、覆盆子、茯苓、枣仁、远志各 10g，砂仁、台乌各 6g。

服药 3 剂诸症俱减，再服 3 剂痊愈。

按：植物神经功能失调是一种常见病、多发病，从临床实际情况看，女性发病多于男性，且常伴有倦怠乏力，失耐心悸，头痛汗多，纳差呕吐，喉部有异物感，全身瘙痒等。由于患者体质不同，症状各异，临证时须详细辨证后遣方才能取效。

49. 顽固性失眠案

李某，女，51岁，2003年7月8日初诊。

患者自述长期失眠多梦，心烦，时有心慌气短、头昏肢软，常自觉有所失，不思饮食。诊时见患者形体瘦削，神情欠佳，舌质绛，脉弦细无力。证属肝血虚兼脾气弱。治以养肝血、益脾气。

处方：酸枣仁、茯苓、知母、川芎、白术、菊花各 10g，太子参、白芍、夜交藤各 15g，甘草 8g。每日 1 剂，水煎分次饮服。

7月12日复诊：服用上方 3 剂后自感症状明显好转，饮食有所增加，夜梦明显减少。继用原方调理 2 周获愈。

按：中医学认为人的正常睡眠由心神所主，阳气由动转静时即可产生入睡状态，反之即可出现不寐。能导致失眠的原因很多，但总与心、肝、胆、脾、胃、肾等功能失调有关。本例既有虚的一面，又有实证表象，李师采取补虚泻实法，用酸枣仁汤加味治疗而收效。



50. 血小板减少性紫癜案

向某，女，36岁，工人，住原万县市明镜滩52号，2002年5月7日初诊。

患者自述半月前因劳累后发现皮肤及四肢有瘀斑点，大小不等，分布不均，四肢斑点尤多。瘀斑时退时现，过劳则加重，无压痛。近来神疲乏力，气短懒言，食少纳差，时见鼻出血，经量多。

诊时见患者面色苍白，体温、呼吸、血压均正常，脉细弱，舌淡苔薄。证属气虚脾弱，气血不足。拟补气摄血，健脾开胃。用归脾汤加味。

处方：南沙参15g，白术12g，黄芪20g，当归10g，远志10g，木香10g，茯苓12g，仙鹤草12g，地榆12g，益母草15g，枣仁10g，每日1剂，水煎服。

2001年5月12日二诊：服上方5剂后皮肤、四肢未见新的瘀斑，原有斑点逐渐减少，食欲好转。嘱原方再服7剂。

2001年5月22日三诊：患者面色红润，瘀斑消失，未再见鼻出血，月经正常，血小板较前有所上升。继用原方加茅根15g。3个月后血小板复查已恢复正常，提示病情已痊愈。

按：本病属中医“血证”范畴。究其原因，与外感和内伤有关。本案属脾气虚弱、气不摄血、血失所统而致。李师根据病情，大胆施以归脾汤，足见临证识病功底。方中南沙参、白术、黄芪补气健脾，以充气血生化之源；当归补血生



血；茯苓、远志、枣仁合用，彰显益脾养心之功；木香理气醒脾，补而不滞；仙鹤草、益母草、地榆清热凉血止血，并能调经。诸药合用，共达补血统血之效。

51. 慢性肾小球肾炎案

李某，女，37岁，1999年7月6日初诊。

患者自述腰痛1年，反复发作，伴浮肿1周。查尿常规提示：血尿(++)，蛋白(+)，可见管型。曾服阿莫西林胶囊、金钱草冲剂等，病情虽稍有好转，但时轻时重，1周前因劳累而诱发。

诊时见患者面部、眼睑及下肢浮肿，按之凹陷，肉眼血尿，伴纳差、肢软乏力，大便每日一行，小便少，面色晦暗，舌质淡胖，苔厚，脉沉细。血尿和蛋白尿均为(+++)；血常规提示低色素贫血、血脂增高，血压150/100mmHg。西医诊断为慢性肾小球肾炎，中医辨证属水湿浸溢、肾阴虚衰。拟利水渗湿、通阳化气，兼补肾阴。投六味地黄丸合五苓散加味。

处方：生地、茅根各15g，山药、枣皮、猪苓、白术、金樱子、益母草各12g，泽泻、丹皮、仙鹤草、茯苓皮各10g，黄芪20g。每日1剂，水煎分3次服。另加用西药双氢克尿噻片25mg，每日1片，每日3次，10%氯化钾液10ml缓慢静滴，每日3次。

1999年7月11日二诊：服上方5剂，水肿减轻，血压恢复正常，食纳转佳，舌苔变薄，脉较前好转。继用前方去猪苓、白术、生地、仙鹤草，加熟地15g，川芎、黄精各



10g，共研细末，每日10g，饭前用适量蜂蜜吞服，口服3次。

1999年8月16日三诊：症状明显好转，告之病家继用前方巩固治疗3个月，服药次数改为早、晚各1次，经调治3个月后告愈。

按：慢性肾炎水肿多属阴虚水肿范畴，病性为本虚标实。李师治疗此病着眼于以滋补脾肾之阴为主，冲破常人见肿治肿、见水治水法，可资借鉴。

52. 急性肾盂肾炎案

汪某，女，27岁，万棉厂职工，1994年5月6日初诊。

患者五一节结婚，婚后3日出现尿频、尿急、尿痛，因不愿服西药，转服中药治疗。

就诊时伴见身热，小便频短，尿时灼热刺痛，腰痛，肾区叩击痛，舌苔黄腻，脉滑数。体温38.6℃，尿常规：脓细胞(+++)，红细胞(+)，蛋白微量。B超检查双肾及输尿管见异常。

证属湿热下注，肾与膀胱蕴热。治以清热解毒、利尿通淋。用白头翁汤加味。

处方：白头翁30g，黄连6g，黄柏12g，秦皮12g，车前草15g，车前仁20g，土茯苓30g，柴胡12g，甘草6g。

5月13日二诊：服上方7剂，除腰痛、口苦外，余症均消失，尿常规检查仅见白细胞少许。遂于上方加杜仲15g、续断15g。又服7剂，诸症消失。

按：《诸病源候论·诸淋病候》提出：“诸淋者，由肾虚



而膀胱热故也。”巢元方亦谓：“热淋者，三焦有热，气搏于肾，流入于胞而成淋也。”白头翁汤是仲景为“厥阴热痢”而设，历代用于治疗小便淋浊者极少。本案病机属于湿热下注，且热重于湿，故可按异病同治之原则，借用治疗湿热痢的白头翁汤以治疗本证。方中用白头翁、黄连、黄柏、秦皮清热燥湿，加车前仁、车前草、土茯苓利尿通淋，柴胡和解退热、疏利三焦，甘草调和诸药。共奏清热解毒、利尿通淋之功。

53. 中医治疗肾病综合征的点滴体会

肾病综合征的临床特点是全身性高度水肿、大量蛋白尿、低蛋白血症、高胆固醇血症。其病因至今未明。

在中医学中此病属于水肿病，是水液代谢失调或障碍，水液不能化津，停蓄于体内所致，其病理机制为肺、脾、肾三脏功能失调。张景岳曾说：“凡水肿等证，乃肺脾肾三脏相干之病，盖水为至阴，故其本在肾；水化为气，故其标在肺；水惟畏土，故其制在脾。今肺虚则气不化津而化水，脾虚则土不制水而反克，肾虚则水无所主而妄行。”肺为水之上源，肺有宣发肃降、通调水道的作用；脾有运化水湿的功能，其运化之职失常可致水湿停滞、泛滥肌肤，发为水肿，故有“诸湿肿满皆属于脾”之说；但肾主水，肾的气化失常、开阖不利是关键，一方面肾阳能温脾阳，助脾以运气化水湿，另一方面肾的气化功能可助膀胱气化，若久病失调，肾阳虚损，不能蒸腾温化水液，则水液积聚于体内，泛滥于肌肤而成水肿病。



根据肾病综合征的主要症状，全身高度水肿是水浊之邪内闭，治当温阳健脾、益气利水，常用真武汤、五苓散；大量蛋白尿为人体精微物质漏出所致，是肾虚不藏精、脾虚不敛精所致，可用益精健脾、填精补气、清利水湿之法，常用六味地黄汤、四君子汤加仙茅、金樱子、黄芪、益母草、白茅根等药。

此病另一特点是反复发作，为正虚卫外无力，治当益气固卫，常用玉屏风散、四君子汤、补中益气汤。

本病亦有湿邪羁留，郁而化热，热入营血而出现湿热见证。所以清热解毒法也常用，在六味地黄汤中加入黄芩、旱莲草、槐米等药。

本病多是阴阳俱虚、气血两亏，往往出现津液不得上承，浊阴不得下泄，清浊相混、升降失常而造成痰积、血瘀，因而本病有用祛痰除湿、活血化瘀法而提高临床疗效者。有报道活血化瘀药物具有抗变态反应，可减轻肾脏的变态反应性炎症，降低肾小球毛细血管通透性，并可促进肾脏病变恢复和改善肾脏血液供应，增强肾小管排泄功能，促进疾病痊愈。

病案一

张某，男，2岁半，住万县长江制药厂宿舍，1983年3月20日初诊。

患儿发烧3天，全身高度浮肿，以急性肾炎收住我院小儿科。住院号43043，住院期间小便化验蛋白(++)，上皮细胞少许，红细胞少许，白细胞少许，颗粒管型少许，血胆固醇257mg%，住院期间曾用青霉素、双氢克尿塞、强的松等药治疗，症状缓解，好转出院。

4月8日患儿出现少尿，高度水肿，咽部疼痛，3日不



进饮食，小便化验蛋白(+++)，红细胞少许，白细胞少许，颗粒管型少许。以肾病综合征再次住院，仍用抗生素、利尿剂、激素等药物，症状缓解，但小便化验持续蛋白尿(++++)，经病家要求转院。

4月27日患儿纳差、呕吐、尿少、浮肿，小便化验蛋白(++++)，红细胞少许，白细胞少许；血胆固醇530mg%，血球蛋白3.28%，白蛋白2.34%；血沉88mm/h；血白细胞 $1.0 \times 10^9/L$ ，中性54%，淋巴46%；血钾4.2mg%，血钠144mg%，氯化物610mg%；免疫球蛋白：IgG 5.4mg/ml，IgA 0.36mg/ml，IgM 1.83mg/ml，以肾病综合征收住院（重医儿科医院住院号80831），住院期间使用强的松45mg/d，并用细胞毒性药环磷酰胺、血管扩张剂潘生丁，但激素药量稍减患儿则烦躁不安、尿少浮肿、食差、蛋白尿增加，因大剂量激素服用日久，已出现明显的激素副作用，出现库欣综合征（满月脸、多毛症、水牛背、向心性肥胖），且抵抗力低下，经常感冒，治疗2个月余，效果不显，医者劝告其患儿父母可再生一胎，家属也失去治疗信心，于7月13日出院回万县市，以试一试的态度求中医治疗。

7月20日就诊，患儿全身浮肿，尿少，食差，伴有呕吐，双下肢、阴囊均水肿，精神差，舌质淡胖，苔薄白，指纹淡红、流利。小便化验：蛋白定性试验(+++)，红细胞少许。此属脾肾阳虚，湿邪内闭。治宜健脾补肾，利尿除湿。拟六味地黄汤、五苓散加减。

处方：熟地10g，山药10g，茯苓皮10g，猪苓16g，白术10g，枣皮10g，泽泻10g，车前草12g，旱莲草12g，丹皮6g，益母草12g，白茅根15g。每日1剂，煎服。

服药5剂，并嘱注意休息，不要受凉，低盐饮食，每周



诊治 1 次，并化验小便，再嘱西药激素渐减量，每周减去 5mg，停用其他西药。

以后一直连续治疗，处方以上方为基础，根据患儿症状及小便情况随证加减。尿蛋白多加用金樱子、山药、五味子；水肿甚则加用黄芪；感冒咳嗽加用桑叶、菊花、桔梗；汗多加用玉屏风散；呕吐、食少加用半夏、藿香、山楂、谷芽。

用药月余激素用量减半，尿检蛋白定性及生化检查均属正常，再用中药以巩固疗效。追访患儿未再复发，家属高兴并送锦旗一面、感谢信一封到二门诊部。

病案二

周某，男，2 岁，住万县市宿舍，1983 年 7 月 2 日初诊。

患儿尿少、浮肿、食少 5 天，门诊部化验尿蛋白(++)，红细胞(++)，白细胞少许，上皮细胞少许，颗粒管型少许，以急性肾小球性肾炎收住我院儿科。住院期间经用青霉素、双氢克尿塞、维生素等药治疗，患儿尿量增加，浮肿减退，但尿蛋白定性常是(++) ~ (+++)，加用强的松 40mg/d，尿蛋白仍未完全控制，家属要求转院。

5 月初在上海，患儿因少尿、浮肿、蛋白尿以单纯性肾病收住院，住院期间化验尿蛋白(++) ~ (+++) 反复，尿量少；化验血胆固醇 248mg%。用强的松 30mg/d，ACTH 静滴，口服抗炎剂消炎痛以及利尿药，并用昆明山海棠片，治疗月余仍未好转出院，建议回当地中药治疗。

7 月 2 日，患儿全身浮肿、尿少、蛋白尿伴低烧、食少，大便时结时溏，舌质红，苔黄厚。此为湿邪羁留，郁而化热。当清热利湿，健脾补肾。拟五苓散加味。



处方：猪苓 10g，泽泻 10g，黄芩 10g，茯苓皮 10g，苍术 10g，益母草 10g，白茅根 12g，泡参 10g，黄柏 6g，山药 10g，车前草 12g。

以后根据患儿症状、小便化验情况随症加减。食差加用谷芽、山楂、莱菔子；肿甚加黄芪；尿蛋白加金樱子、连须、五味子、枣皮等。并嘱患儿每周来诊 1 次，以便观察病情进展情况。

接受治疗 5 个月余，病情稳定，化验检查趋于正常。为巩固疗效，续服健脾补肾中药月余病愈。

按：用中医益气健脾、补肾利湿的方法治疗肾病综合征疗效肯定，使症状、体征明显改善，各项化验指标恢复正常，且病情稳定，复发率低。

用中药扶正固本补肾有恢复和调整机体免疫功能的作用，能防止西药激素停药后的反跳和减少激素、细胞毒性药物的副作用。

冬瓜、车前仁、木通治疗肾病综合征虽有利尿作用，但有碍功能的恢复。有报道木通利尿宜慎用，可导致肾衰，供参考。

治疗肾病综合征应考虑脾、肾两脏关系密切，补肾切莫忘记健脾，因补肾填精药物多滋腻壅滞，当配芳香除湿的健脾药。

54. 水肿案

王某，女，45 岁。1997 年 8 月 15 日就诊。

恶风发热，咽部不利，晨起眼睑浮肿 1 周，肌注抗生





素、口服银翘散加减效差，且浮肿逐渐浸淫全身，小便不利，大便秘结，心烦失眠，口苦而腻，舌边尖红，苔黄腻，脉浮数。查尿常规见尿蛋白(+++)，少许管型，尿中红细胞(+++)。西医诊为急性肾小球肾炎。中医诊为水肿，证属风热浸淫，湿毒壅滞。予麻黄连翘赤小豆汤加减。

外方：麻黄、大黄各10g，连翘20g，赤小豆30g，椒目4g，防己、桑白皮各15g。

服上方2剂，微有汗出，大便稀溏，1日2次，但小便次数增多，口苦口腻好转，头面四肢浮肿减轻。上方麻黄、大黄均减为6g，加石韦、瞿麦各15g、金钱草30g以加强清热通淋之功。

服2剂后浮肿基本消退，查尿蛋白为(++)，少许红细胞，管型消失。续以余药调理善后。

按：李师治水肿注重抓住其病机关键，认为其标在肺，其本在肾。麻黄与大黄同用既可散水气、消肿胀，又可畅气机、降肾浊。李师在治疗水肿为肺肾实证者时常于麻黄连翘赤小豆方中加入大黄等味。肺为水之上源，麻黄开提肺气，提壶揭盖则水自下；肾主水液调节，且肾为胃之关，用大黄主要在于通降开郁、泄浊解毒。二药协同作用，正合《内经》“去宛陈莖”之意。

又有情志不遂，气郁化火，上冲于头而见头昏胀痛、心烦失眠者，李师常予麻黄、大黄各6g水煎，服之即可见效；或取二者开水泡服亦可。此时麻黄宣郁开达，大黄降气泻火，临床观察服后既不会汗出，亦不会伤津，唯大便稍稀软而已。



55. 癃闭案

魏某，女，74岁，万县市胜利路418号居民，1984年11月20日初诊。

患者8个月前因股骨颈骨折，一直在家卧床不起，2个月前开始小便癃闭。

诊见小便量少，点滴而出，但便时不痛，面色不华，舌淡，苔薄白，脉细弱。证属中气虚弱，州都气化无权。拟升清降浊、化气利水法。方用补中益气汤合春泽汤。

处方：红参15g（另炖冲服），黄芪30g，白术10g，当归10g，陈皮5g，升麻5g，柴胡5g，肉桂3g，猪苓10g，茯苓10g，泽泻10g，甘草5g。

11月21日二诊：其家属述服药8小时开始自排小便，要求再予处方。仍处原方2剂巩固疗效。

按：《素问·宣明五气论》云：“久卧伤气”。《景岳全书·癃闭》亦云：“夫膀胱为藏水之府，而水之入也，由气以化水，故有气斯有水；水之出也，由水以达气，故有水始有溺；经曰气化则能出矣！盖有化而入，而后有化而出。无化而出，必其无化而入，是以前入其出皆有气化。此即本经气化之义，非单以出者言气化也。然则水中有气，气即水也；气中有水，水即气也。今凡病气虚而闭者必以真阳下竭，水火不交，阴阳离隔，所以气自气而气不化水，水自水而水蓄不行。气不化水则水腑枯竭者有之，水蓄不行则浸渍腐败者有之；气既不能化而欲强为通利，果能行乎？阴中已无阳，而再用苦寒之剂能无甚乎？”此患乃中气下陷，州都气化无权



所致。故用补中益气汤举气升陷；少佐肉桂温阳化气；猪苓、茯苓、泽泻利水，一升一利，一补一泄，岂小便有不利者乎？

56. 淋证案

王某，男，76岁，开县中学退休教师，2003年10月6日初诊。

患者2000年4月发现排尿异常，同月被某医院诊为前列腺增生症。因患者有冠心病、糖尿病病史，未能手术治疗。服盐酸特拉唑嗪药物副反应重而停用，常服前列康片，加服中药维持，近半年病情加重，服用多种药物效果不显。

就诊时尿频、尿急，有时尿湿内裤，尿细流，淋漓不尽，夜尿3~4次，腰痛，小腹坠胀，口渴饮水不多，小便黄赤，大便偏干，舌淡红，舌边紫暗，苔薄黄，脉细数。证属湿热下注，气滞血瘀。治宜清热除湿通淋、活血化瘀、软坚散结。方用四妙散合消癥丸。

处方：苍术15g，黄柏12g，薏苡仁30g，牛膝12g，玄参15g，浙贝母12g，牡蛎15g，王不留行10g，炮山甲10g，乌药10g，车前草12g，甘草5g。

10月10日二诊：自述服药3剂，病状略有减轻，效不更方，继服原方。

10月13日三诊：继服3剂，排尿异常大减，惟腰仍痛，伴精神不佳，于上方加制首乌30g、太子参15g、茯苓15g。继服10剂，临床症状消失。

电话随访1年，告曰：“只要排尿异常，服上方便可慢



慢缓解。”

按：李师告诫，老年性排尿异常不要动辄用补肾药，要全面分析病情，结合现代检查了解前列腺情况，合理处方用药。消癥丸出自《医学心悟》，习用之治疗癥病、瘕病。李师用治前列腺增生症多加活血化瘀、攻坚散结的牛膝、王不留行、炮山甲，并随症用药，每获佳效。

57. 血淋案

程某，男，61岁，陈家坝大石4组农民，1986年3月6日初诊。

患者尿血1年，近半年加重。曾在某医院膀胱镜检仅见膀胱三角区炎症，尿常规：蛋白(+)，白细胞(+)，红细胞(++++)。用消炎止血药效果不显；用清热解毒、利尿通淋药则腹胀厌食；服滋阴止血方药则尿血更甚。

就诊时面色不华，气短懒言，饮食欠佳，面及双踝部浮肿，小便血红色带块、频数，劳累后更甚，舌质淡，苔薄白，脉弱。证属脾气虚不统血，血瘀则血不归经。拟益气摄血、化瘀止血。方用补中益气汤。

处方：黄芪30g，太子参30g，白术15g，泽兰10g，当归10g，柴胡6g，升麻6g，陈皮5g，白茅根30g，仙鹤草15g，旱莲草15g，甘草5g。

3月14日二诊：服药7剂尿血好转，查小便常规：红细胞(++)，尿频缓解，精神稍好，纳食增加。继用原方20剂，查小便常规未见异常，余症消失。随访1年半未复发。

按：患者劳累过度、失治已久而致脾不统血，气虚下



陷，气虚运血无力而瘀滞，血不归经而尿血。故用补中益气汤益气摄血、升举阳气；当归、泽兰、白茅根、仙鹤草、旱莲草活血止血，方中病机，故能获效。

58. 膏淋案

段某，男，43岁，万县农机校教师，1993年3月4日初诊。

患者尿浊4个月余，经某医院诊为乳糜尿，一直服西药治疗，病情时轻时重，终难根除，转服中药治疗。

就诊时尿浊时作时止，发则尿色混浊，白如米泔，小腹坠胀，尿意不畅，精神疲乏，劳作及食油腻厚味后则加重，口苦，舌淡，苔白腻，脉濡滑。证属脾虚气陷，湿热不化，精微下注则尿浊。治以健脾益气，升清固涩，兼清湿热。

处方：黄芪20g，党参20g，白术12g，茯苓15g，苍术15g，陈皮10g，升麻6g，柴胡6g，黄柏10g，萆薢12g，芡实15g，牡蛎20g，甘草5g。

3月9日二诊：服上方5剂病情减轻，继服原方5剂巩固疗效。

按：该患者脾虚气陷，谷气下流，故见尿浊，精神疲乏，劳作、进食油腻后尿浊加重；气滞则小腹坠胀；脾虚则无力运化水湿，湿郁化热则口苦、苔腻。故用黄芪、党参、白术、升麻、柴胡补中益气、升阳举陷；苍术、陈皮燥湿行气；萆薢、黄柏清热除湿；芡实、牡蛎收敛固涩。诸药合用，补涩同施，敛散结合，脾健而复固涩之职，故尿浊自止。



59. 导赤土茯苓银花汤治疗淋病

基本方：生地、土茯苓、银花各 12g，淡竹叶、木通各 10g，栀子、甘草各 6g。发烧者加青蒿、柴胡；呕吐加藿香、半夏；尿血加白茅根，重用栀子；水肿加车前草。每日 1 剂，水煎分 3 次服，5 天为 1 个疗程。

病案一

张某，男，34 岁。个体商贩，住万县市胜利路 152 号。1988 年 3 月 7 日初诊。

自述尿频、尿急、尿痛 2 天，承认有不洁性交史。检查：尿道口红肿、流白色脓性分泌物。体温 37.4℃。舌红，苔黄腻，脉弦数。血象：WBC $11 \times 10^9/L$ ，中性 0.78，淋巴 0.22；尿常规：外观混浊，蛋白 (+)，红细胞 (+)，白细胞 (++)，上皮细胞少许。尿道分泌物镜检查到革兰阴性淋球菌。

中医辨证属膀胱湿热，邪毒内壅。治以清热解毒、利尿通淋。方用导赤土茯苓银花汤。

处方：生地 12g，土茯苓 12g，银花 12g，淡竹叶 10g，木通 10g，栀子 6g。水煎，1 日分 3 次服。

3 月 15 日复诊：服药 3 天后症状减轻，5 剂服完后症状消失，小便化验正常，仍拟上方 5 剂巩固疗效，嘱其禁止不洁性生活。追访半年未见复发。

病案二

向某，男，31 岁。万县地区运输公司驾驶员。1988 年 7 月 14 日初诊。





专病论治

自述尿道口红肿痒痛，流黄色脓性分泌物，伴发热，小便频急，点滴刺痛。夜间有阴茎勃起性疼痛，有不洁性交史。舌质红，苔薄白，脉弦数。体温 38.4°C ，血象 WBC $13.2 \times 10^9/\text{L}$ 。中性细胞 0.86，淋巴细胞 0.14。小便常规检查：外观混浊，蛋白 (++)，红细胞 (+)，白细胞 (+ +)，尿道口分泌物涂片镜检发现革兰阴性淋病双球菌。

中医辨证属下焦湿热。治以清热解毒、利尿通淋。方用导赤土茯苓银花汤。

处方：生地 15g，土茯苓 15g，野菊花 10g，淡竹叶 10g，甘草 10g，柴胡 15g，黄芩 15g。

7月16日复诊：服前方2剂，发热已退，诸症均减，但仍有尿急、尿频、尿痛。尿道口脓性分泌物减少。予前方去柴胡、黄芩。加车前草、麦冬各10g。

7月19日三诊：服前方3剂诸症消失，实验室检查正常。再用导赤土茯苓银花汤3剂，以巩固疗效，并嘱禁止不洁性生活。随访3个月未见复发。

按：淋病系西医学病名，其临床表现与中医学的热淋、血淋、青淋等相近。导赤土茯苓银花汤系由导赤散与土茯苓银花汤合并组成。导赤散见于《小儿药证直诀》，主治心经热盛移热于小肠所致之小便赤痛，后世以此方化裁治疗热淋、血淋等。土茯苓银花汤系原成都中医学院验方，原用以治疗梅毒之属下焦湿热者。李师合二方为一方，用以治疗淋病之属下焦湿热者，确有一定疗效。由于本资料病例不多，尚难对该方治疗淋病的疗效高低作出准确具体的评价。不过，它可以作为进一步开展淋病防治研究工作的参考。



60. 输尿管结石案

主诉：孙某，女，31岁，1997年4月16日初诊。

主诉：左下腹部疼痛，伴尿频、尿血2周。患者自述2周前开始左下腹部疼痛，尿频、尿血，由于曾患过肾盂肾炎，便照例自服三金片、氟哌酸周余，病情未减，遂来我院检查治疗。

刻诊：左下腹部持续性疼痛，小腹胀痛，尿频、尿急、尿血，乏力，口干苦不思饮，舌红，苔薄黄，脉沉弦。检查：左下腹叩击痛，牵拉至腹股沟处掣痛。尿常规示：蛋白(+)，白细胞(+)，红细胞(+++)。B超发现左输尿管中段有一0.4cm×0.4cm强光点，后方伴声影。

诊断：左输尿管结石。辨证属肝郁气滞，血行不畅，膀胱湿热。治以理气活血、利尿通淋。

处方：柴胡12g，枳壳15g，白芍20g，黄连6g，吴茱萸3g，木香10g，王不留行10g，牛膝10g，石韦20g，金钱草30g，木通10g，甘草6g，每日1剂，多饮水，勤活动。

服药3剂后腹痛消失，加服肾石通冲剂，又服6剂，突然左上腹痛如刀绞，排尿困难，约2小时后用力排尿时有一绿豆大的结石从尿中排出。复查B超和尿常规均未见异常。

按：输尿管结石属中医石淋范畴。本案左下腹部及小腹胀痛，为肝经所过之处，检查为输尿管结石，辨证结合辨病，诊为肝气郁结，血行不畅；尿频、尿急、尿血为膀胱湿热壅遏所致。故用“腹痛灵”疏肝理气，加王不留行、牛膝活血化瘀，引石下行；石韦、金钱草、木通利尿通淋。全方



使气机舒展，血脉流通、湿热得除而病愈。

61. 加味生脉地黄汤治疗糖尿病

基本方：太子参、山药各 15~20g，生地、枣皮、麦冬各 12~15g，五味子、泽泻、丹皮、茯苓各 10~12g。每日 1 剂，水煎 500ml，分 3 次服，7 剂为 1 个疗程。血糖持续不降者加石膏、知母；疔痈者加银花、连翘、蒲公英；皮肤瘙痒者加地肤子、白鲜皮、蝉蜕；低烧者加青蒿、黄芩、地骨皮；肺结核加百部、白及；高血压加石决明、夏枯草；冠心病加葛根、丹参。

胡某，男，45 岁。1986 年 7 月 5 日诊。

3 个月来烦渴多饮，饥饿多食，尿频量多，消瘦乏力，失眠心悸。查舌质红而少津，脉弦数。尿糖定性(++++)，空腹血糖 17.4mmol/L。诊断：消渴病（糖尿病）。拟养阴补气、固肾敛阴治之。用加味生脉地黄汤，并嘱饮食禁忌。

服药 7 剂后诸症俱减，空腹血糖为 9.8mmol/L，尿糖定性 (+)；再服 7 剂，症状消失，体重增加，空腹血糖降至正常，尿糖阴性。嘱再服 1 个月，以巩固疗效。随访 1 年未复发。

按：糖尿病属中医消渴病范畴，病理变化是燥热阴虚、津伤气耗，阴虚为本，燥热为标。肺燥则口渴多饮，舌质红，脉数；脾损则不能消食化津而多食善饮，形体消瘦，四肢无力；肾损不能固涩水液则尿多而频。本方中生脉散益气养阴、润燥生津，地黄汤有益阴壮水、补肾填精、固涩津液的作用。两方合用使阴液足、元气充、燥热去，消渴自愈。



李师曾用本方治疗21例，总有效率达85.9%。

62. 睾丸炎案

梁某，男，31岁，龙宝高峰4组农民，1997年8月21日初诊。

患者1周前在烈日下劳作，夜间在露天而卧，次日左侧睾丸肿胀疼痛，自认为是内裤太紧所致，未在意。尔后病情逐渐加重，某医院诊为睾丸炎。服西药效果不显，转服中药治疗。

就诊时睾丸肿痛，痛引少腹，行走不便，形寒肢冷，舌淡，苔白腻，脉弦滑。证属寒湿凝滞肝经。因肝脉络阴器，抵少腹。寒湿停滞厥阴之络则睾丸肿痛。治宜温阳散湿、行气止痛。方选橘核丸合苓桂术甘汤。

处方：橘核15g，木香10g，川楝子10g，桂枝10g，桃仁10g，枳实10g，乌药10g，延胡索15g，小茴香10g，苍术15g，茯苓15g，甘草6g。

8月24日二诊：用药3剂，睾丸肿痛已消，仍用原方3剂巩固疗效。

按：《儒门事亲·痼本肝经宜通勿塞》曰：“岂知诸痼，皆归肝经……故阳明与太阴厥阴之筋皆会于阴器，唯厥阴之筋，故为痼者，必本厥阴。”究其病因，《景岳全书》明确指出：“必因先受寒湿或犯生冷，以邪聚阴分，此其肇之始，则未有不因寒湿而致然者。”故用苓桂术甘汤温化寒湿；橘核、桃仁、延胡索活血化瘀止痛；木香、川楝子、枳实、乌药、小茴香行气止痛。用诸行气药，源于张景岳“治痼必先





治气”。药对病机，取效甚捷。

63. 阳痿案一

张某，43岁，1996年12月10日初诊。

患者自述半年前出现阳痿、早泄，多次服用三鞭丸、男宝等药未见好转，毫无性欲。诊时见患者情志抑郁，心烦不乐，善太息，胃脘胀满，舌质暗红，苔白腻，脉弦滑。证属肝郁血瘀。治以疏肝解郁、活血化瘀。用当归、白芍、茯苓、柴胡、白术、枳壳、白蒺藜各15g，月季花、郁金香各10g，甘草6g。每日1剂，水煎服，并嘱其做到精神振作，保持心情愉快。

服上方5剂后症状明显好转，阴茎时有勃起，但举而不坚。证明已见初效，效不更方。再进5剂，阳物易举，余症皆除。继以上方加肉苁蓉为丸善后。至今追访未见复发。

按：中医学认为性欲的产生是由神、气、血的调和而发，肾主生殖及元阳之气，心主血脉而藏神，肝藏血而主疏泄。一般认为本病的发生不外乎虚实两端。虚者多因命门火衰，肾精不足，或心虚胆怯而致；实者则多为肝气郁结，或痰湿内阻，气机不畅而致。本案属肝郁血瘀之实证，李师用逍遥散加枳壳、郁金、川芎等解郁之品而获愈。





64. 阳痿案二

胡某，男，22岁，1990年4月初诊。

患者自述3年前常手淫，久致阳事不举，或举而不坚，经多方治疗，投补肾壮阳之品无效。婚后导致夫妻感情不和，情志不舒，多忧多虑，性欲更加减退，无法完成正常性交。自服男宝、雄狮丸无良好效果。查阴茎萎缩色黯，会阴部时有胀痛感觉，性欲冲动时尤为明显，其余一切正常，体质强壮，无明显阴阳亏损之表现，舌质正常，脉弦滑。

诊为阳痿，证属肝脉不通，瘀血阻络。治以活血化瘀、疏肝通络为主，佐补肾壮阳之品。投自拟活血化瘀汤。

处方：丹参20g，当归15g，牛膝20g，蜈蚣2条，柴胡15g，白芍30g，香附12g（或枳壳15g），桂枝12g，阳起石30g。

连服10剂，病情明显好转，自述能进行房事，但阴茎硬度较差。后自行停药，2个月后复发，症状如初。继续服用上方，并加红花10g，服药1个月，阴茎已勃起有力。为巩固疗效，嘱暂禁房事，继续服用上方加养肝阴、补肾壮阳之品，如男宝等，连服2个月恢复正常。半年后随访，妻子有孕在身。

按：《灵枢·经脉》篇载：“肝足厥阴之脉，起于大趾丛之际、循股阴……入毛中，过阴器，抵小腹，挟胃，属肝，络胆……”《素问·痹论》曰：“前阴者，宗筋之所聚也……”由此看来，其位在肝，肝肾同源。肝主疏泄，主藏血，主诸筋，经路过阴器。而阳痿患者多忧多虑，又羞于就医，日久





常导致血瘀气郁，瘀阻经络，血行不畅而宗筋失养，阴茎血供不足使阳痿随之加重。用补肾壮阳之品无效是因瘀血未去，经脉未通。故先用活血化瘀、疏肝通络之品是治疗阳痿的关键所在。但后期也不能忽视用补肾壮阳药巩固疗效。

65. 遗精案

万某，男，21岁，三峡学院中文系学生，2001年5月14日初诊。

患者遗精7个月余，曾在某医院泌尿科诊为前列腺炎，用罗红霉素、荡涤灵治疗未见明显效果。近1个月加重，服汇仁肾宝及中药补肾固精之剂，病亦甚，转请我科治疗。

症见遗精，初起每周1~3次，近1个月每周均在3次左右，伴见头晕倦怠，腰膝酸软，记忆力减退，心烦易怒，失眠多梦，口苦，舌苔黄腻，脉滑数。证属肝胆湿热下注兼肾虚不固而遗精。治以清利肝胆之热，配合补肾涩精之法。

处方：龙胆草6g，栀子10g，黄芩10g，柴胡6g，车前草10g，泽泻10g，山萸肉12g，女贞子12g，金樱子15g，龙骨20g，牡蛎20g，甘草5g。

5月17日二诊：服上方3剂，仅遗精1次，余症若失。效不更方，原方继进3剂而安。随访4个月，每月遗精2~3次，无不适感。

按：《景岳全书·遗精》篇论及：“遗精之证有九……有因湿热下流，或相火妄动而遗者，此脾肾之火不清也。”《类证治裁·遗泄》篇亦说：“有阴虚不摄，湿热下注而遗者，宜泄热导湿。”该患者为肝胆湿热上扰下注，上扰则心烦易怒、



失眠多梦、口苦；下注则扰动精室，遗精频作。湿热不攘，遗精日久，久病及肾，肾精亏损则头晕倦怠、腰膝酸软、记忆力减退；肾虚精关不固则遗精。此乃虚实并见，前医仅用补肾固涩之品，助湿热为虐，使遗精加重。故取龙胆泻肝汤清利肝胆湿热，加山茱萸、女贞子、金樱子、龙骨、牡蛎补肾涩精。如此标本同治，恰中病机，故遗精止而余症愈。

66. 银翘地黄二至汤治疗血精

血精属中医血淋范畴，表现为男性交媾或手淫时排出精液呈血性红色，精液常规化验可见红细胞。常因用避孕套同房或手淫后发现排出的精液呈血性，伴有少腹、会阴及睾丸坠胀疼痛。部分病例有腰膝酸软，头晕耳鸣，虚烦不眠，舌质淡红苔薄黄，脉细数。采用银翘地黄二至汤加味治疗血精12例，年龄最小者14岁，最大者60岁；病程最短者1年，最长者3年。总有效率达91.7%。

基本方：银花、连翘、生地、白芍各12g，女贞子、旱莲草各15g，丹皮10g。遗精加金樱子、莲须、黄柏；睾丸坠胀加橘核、小茴香；腰膝酸软加杜仲、续断；头晕失眠加枣仁、五味子。每日1剂，水煎服。

张某，男，41岁，已婚，万县地区粮油加工厂工人。1989年4月初诊。

反复血精1年，加剧1个月。西医诊断：急性精索炎，服止血敏、维生素K、肌注安络血无效，前来中医诊治。自诉近月来性欲亢进，少腹及睾丸坠胀痛甚，交媾排出血精后胀痛缓解，但又怕同房后病情加重，因而精神紧张，异常痛





苦。伴有头昏耳鸣，腰膝酸软，心烦失眠。舌质淡红，苔薄黄，脉细数。精液常规报告：量约 3ml，红色，镜检红细胞(++++).

中医诊断：血精。此为阴虚火旺，灼伤脉络。宜滋阴清热，收敛止血。用银翘地黄二至汤加味。

外方：银花、连翘、生地、白芍各 12g，女贞子、旱莲草各 15g，丹皮、橘核、杜仲、枣仁、金樱子各 10g。

服药 5 剂后头晕耳鸣、心烦失眠好转，紧张焦虑情绪消失，但性欲仍强。上方去杜仲加黄柏 15g 以泻相火。

继服 5 剂后诸症消失。复查精液：量约 3ml，灰白色，镜检未见红细胞，精子数 $10 \times 10^7/\text{ml}$ ，活动度 60%，形态正常。改服知柏地黄丸调理治疗。1 年后随访，未见复发。

按：血精常见于急性精索炎、精囊炎。中医辨证其病位在下焦肝肾，多属虚热。其病机是肾虚摄纳无权与肝阴虚热火灼伤脉络导致营血妄动。李师临床立滋阴补肾、清凉收涩之法，自拟银翘地黄二至汤，是取犀角地黄汤清热凉血止血之法，犀角价贵物稀，因而用银花、连翘以代替犀角。方中银花、连翘、生地、丹皮、旱莲草清热凉血止血；白芍、女贞子、金樱子滋阴补肾收涩，随症加味而收良效。所治 12 例中无效者 1 例，后确诊为精原细胞瘤。

67. 经行头痛案

谭某，32 岁，1997 年 3 月 11 日初诊。

患者自述 3 年前开始出现月经来潮时头痛，每日发作 4~5 次，痛时视物昏花，平时心烦易怒，睡眠欠佳。曾去



某医院作妇科检查，诊断为“经前期综合征”，经多方治疗不愈，十分苦恼，故前来求治。诊时舌质淡红，苔薄白，脉弦细。

此属肝郁血虚、风阳上扰之证。治以疏肝解郁、养血熄风。

处方：用当归、柴胡、白术、菊花、怀牛膝、僵蚕各12g，白芍、茯苓、丹参、生地各15g，川芎10g，生石膏、生龙牡各30g，甘草6g。每日1剂，水煎服，7天为1个疗程，并于经前7天开始服药。

经3个周期治疗，诸症悉除。

按：本病的主要发病机理是气血、阴津不足，经行之后气血阴津更亏，清窍失养所致。或由痰、瘀之邪值经期冲逆于上，邪气上扰清窍而致痛。治以调理气血为大法。

李师根据本案经行头痛痛时视物昏花且头部呈胀痛之状，用逍遥散合四物汤疏肝养血，加菊花、僵蚕、生龙骨、生牡蛎、怀牛膝以平上亢之风阳，因药中病机，故而显效。

68. 经前期综合征案

张某，42岁，2002年8月5日初诊。

患者自述每次月经来潮之前自觉心烦失眠，头痛心悸，且经期延后，量少而色淡，并兼腹痛，不思饮食，肢软发麻。诊时舌质偏淡，脉弦细而弱。

按照中医辨证，此属肝郁血虚兼心脾气虚。治以解郁养肝、补益心脾。



处方：酸枣仁、知母、茯苓、川芎、枳壳各 12g，柴胡、薄荷各 6g，丹皮、栀子、香附、当归、菊花、白术各 10g，白芍 20g，甘草 6g。每日 1 剂，每次月经前 1 周开始服药。

按方服用 3 个周期后患者前来告知症状已完全消除，且随访至今未见复发。

按：经前期综合征中医虽无此病名，但根据临床表现，与散见于文献的“经行头痛”、“经行身痛”等颇为相似。其发病与肝、脾、肾诸脏功能失调有关，且常累及于心。在治疗上，西医以对症和性激素治疗为主，但疗效不持久且副作用大。李师通过辨证，以酸枣仁汤、丹栀逍遥散合方化裁，使肝脾得调、阴血得养而获效验。

69. 围绝经期综合征治验

绝经是每一个妇女生命进程中必然发生的生理过程，人们一直用“更年期”来形容这一渐进的变更时期。由于更年期定义含糊，1994 年 WHO 提出废弃“更年期”一词，推荐选用“围绝经期”一词。中医文献中虽无此病名，但根据其临床表现，与中医的“脏躁”、“百合病”等相似。这类病人临床十分多见，由于患者职业、环境不同，病程与疗效也不尽相同。就证型而言，虽有阴虚、阳虚之分，但总以阴血不足见之最多。

赵某，50 岁，2003 年 5 月 6 日初诊。

患者自述虚烦不眠，手足心热，心悸，面部有烘热感，肢麻震颤。诊时见舌质红而少苔，脉沉细。证属肝血不足致



虚烦内扰。治以滋阴养血降火。用酸枣仁汤加白芍、麦冬、大枣、夜交藤、枸杞子煎服。经服药半个月，症状消失。

70. 乳腺增生伴痛经案

刘某，40岁，1997年2月11日初诊。

患者自述1年前发现双侧乳房有包块且胀痛，月经期及经前数日腹痛加剧，经后腹痛减轻。1996年7月去重庆某医院检查，确诊为“乳腺增生症”，曾服“乳癖消片”2个月，但出现月经周期缩短至21天以下，遂自行停药。近半年来乳房胀痛加剧，乳房包块增大，并出现经期腹痛，每次需使用镇痛剂并休息2天以上疼痛方能缓解。因不堪其苦，故前来求治。

诊见患者精神抑郁，心烦易怒，左侧面颊有黑斑，双侧乳房胀痛，月经色暗红夹有瘀块。摸其双乳可见多个结节包块，边界清楚，有压痛。舌质暗红，苔薄白，舌下脉络青紫，脉弦细。此属肝郁血虚，治以疏肝解郁、活血化瘀。

处方：当归、赤芍、白芍、柴胡、白术、浙贝母、鸡内金、三棱、莪术、五灵脂各13g，茯苓、丹参各15g，生蒲黄、甘草各6g，每日1剂，水煎服，20剂为1个疗程，并嘱患者此药在月经后1周内服用。

服上方4剂后月经来潮，且血块明显减少，疼痛也减轻，能坚持正常工作。继以上方治疗2个疗程，前后共服药40剂，乳房胀痛消失，包块消散。追访2年，未见复发。

按：痛经又称“经行腹痛”，究其原因，多为情志所伤或起居不慎引起。根据患者有舌下脉络青紫之见证，血瘀表



现典型，本“不通则痛”之理，李师以逍遥散为基础，加入活血化瘀的丹参、赤芍、三棱、莪术与消痰散结的浙贝母、鸡内金而取效。此举正好印证了中医学“通则不痛”之理。

71. 乳腺增生伴月经量多案

张某，39岁，1996年11月21日初诊。

患者自述5年前发现左侧乳房有包块并胀痛，此种现象以经前5~6日为甚。经西医病理检查排除癌变，X线摄片提示“左侧乳腺纤维增生”。经服“乳癖消”等药，至今不见好转。近1年来乳房胀痛加剧，同时出现月经量多而前来求治。

诊时见患者心烦易怒，双侧乳房胀痛，左侧乳房可摸得硬结状包块2个，边界清楚，压之活动而疼痛加剧，月经量多，舌质暗红，苔薄白，脉弦细。根据自述和诊时的证候情况，辨为肝气郁结、冲任不固。治以疏肝散结，佐以固冲化痰。用逍遥散加味。

处方：当归、赤芍、白芍、柴胡、白术、昆布、荔枝各12g，茯苓、丹参、鹿角霜各15g，浙贝母、白芥子、鸡内金各10g，穿山甲、甘草各6g。每日1剂，水煎分2次口服，20剂为1个疗程。

患者在服药3小时后即觉乳房胀痛减轻，经服用3个疗程，乳房包块及胀痛消失，经量正常而愈。

按：乳腺增生是一种既非炎症又非肿瘤的疾病，而是乳腺间质的良性增生。现代临床研究认为乳腺增生的病因多为内分泌激素的失调，属于中医的肝气郁结、冲任失调范畴。



在治疗过程中密切注意结块的变化，尤其不能以为疼痛消失就认为肿块消失，即使自己觉得病愈了也要到医院作详细复查，不要被假象所迷惑，李师在这方面特别留心。

72. 继发性不孕案

李某，30岁，1996年7月25日初诊。

自述5年前结婚，4年前孕后流产，流产后未采取避孕措施，至今始终未孕。平日精神抑郁，胸闷胁胀，暖气则舒，腰膝酸痛，白带量多，月经每次推后（45~55日一行），经前乳房胀痛。诊时见舌质暗红，苔薄黄。妇科检查示：双侧附件增厚，有压痛。证属肝郁血瘀兼肾虚挟湿热。治以疏肝解郁、活血化瘀、清热除湿。用逍遥散加味。

处方：当归、赤芍、柴胡、三棱、莪术、王不留行、鸡内金各12g，麦芽、紫河车各15g，茯苓18g，甘草6g。每日1剂，水煎服。另配合服用妇炎康片，每次4片，每日3次，饭后服。

用上方治疗半月，诸症减轻，继服半月，月经周期缩短。经上方治疗2个月，共服药40剂而怀孕，并顺产一男婴，且产后月经正常。

按：本病在文献中称“无子”或“断绪”。究其原因，与肾气不足、冲任气血失调有关。临床有虚实之分，虚者多为肾虚或气血两虚，实者则见肝郁、痰湿和气滞血瘀。本例患者主要为实证，且因婚后日久不孕导致情绪不快，精神抑郁，故李师以古方逍遥散加味取效。这一用法是教科书中所没有的，可资借鉴。



73. 加味失笑散热熨治疗痛经

基本方：生蒲黄 15g，五灵脂 12g，柴胡 12g，香附 10g，玄胡 10g，小茴香 10g，白芍 15g，甘草 6g。

上药焙干，共研细末，于月经来潮前 1~2 日取药粉 20~30g，加生姜片、葱节、白酒共炒烫后用布包熨痛处；亦可选用穴位，如关元穴。至布冷却为止，早、晚各 1 次，直至月经基本干净。下次月经周期照此法续用，3 个月经周期为 1 个疗程。

朱某，女，17 岁，万县市丝厂工人。自述痛经 5 年，12 岁月经初潮，以后每次月经来时小腹剧痛难忍，放射至腰骶部，曾两次痛至昏厥、人事不省，并有恶心呕吐，水食不进，靠静脉补液支持，肌注安痛定止痛。每当经前便产生惧怕、紧张等情绪。

刻诊：月经周期基本正常，量少，经血紫黑有块，正值经期，少腹及腰骶剧痛难忍，恶心呕吐，伴头晕胀痛，胸闷叹息，胁痛口苦，二便正常，舌质淡，脉沉弦。当行气止痛、活血化瘀。用加味失笑散热熨关元及腰骶痛点。

热熨当天疼痛缓解，坚持治疗 2 天后经净痛止，诸症消失，下次月经始潮或腹痛腰痛即用此药热熨。治疗 3 个月经周期，未见复发。

按：西医学认为经期腹痛系内分泌功能紊乱导致子宫肌肉及血管痉挛性收缩而产生疼痛。中医则认为情志抑郁，肝气不疏，血行瘀阻，或冒雨涉水，感寒饮冷，寒邪伤于下焦，客于胞宫，经血为寒所滞，导致气血运行不畅，不通则



痛。失笑散可活血化瘀、行血止痛。柴胡、香附、小茴香理气调肝；白芍、甘草缓解痉挛、调和诸药；姜、葱引药渗透，酒炒可加强热熨渗透之力，使血管扩张，灼热之药气直达腹中。诸药合用，共奏活血行瘀、疏肝行气之功。热熨胞宫为治其外作用于内，取效迅速，具有简、便、验、廉、使用安全的优点，尤其对不便服药及不能服药者更具有优势。因为热熨可改变中枢神经及植物神经系统对机体的调节作用，提高痛阈值而使疼痛消失。李师曾用该方法治疗 44 例，均在 1~2 天内止痛。

74. 崩漏验案三则

病案一

曾某，45 岁，已婚，万县驸马小学教员。

患者 1983 年冬感身冷，常炖附片羊肉汤食用。今春出现月经紊乱，经期提前，量多色红，一月两次，自认为是月经要回之前的不规则现象，未治。3 月中旬阴道突然大量出血，来院诊断为“功血”，行刮宫术后血止。其后连续 3 个月月经未至。7 月下旬月经来潮，势猛量多，沿腿而流，经用安络血、黄体酮等药治疗无效，不愿再行刮宫，遂请中医会诊。

初诊：月经量多，色红，无块，腹不痛，伴头晕耳鸣，舌质红，苔薄，脉细数。辨证：气虚血热。治当清热凉血以塞流。方药：生地、丹皮、黄芩、黄柏、茅根、地榆、仙鹤草、黄芪、党参、白术、炒刺猬皮、石榴皮、乌贼骨，3 剂。





专病论治

二诊：血量大减，余症依旧，再拟原方继服 3 剂。

三诊：血止，精神好转，仍有头晕耳鸣、眠差等症，舌红，苔薄白，脉细。改用归脾汤加二至丸，用党参、黄芪、白术、白芍、茯苓、女贞子、枣仁以澄源，5 剂。服药后无不适，唯阴道有水样分泌物。恐大出血，要求再诊，其舌脉无变化，继以六味地黄丸合二至丸补肾固冲、清热复旧，以善其后。随访得知未再出现大量出血。

按：本例因服热药不当致经期提前，月经量多，出现崩漏。当清热塞流。又因流血时间较长，血不归经，故以归脾汤合二至丸引血归经以澄源。还因刮宫损伤冲任，肾虚不固，故当用六味地黄丸合二至丸补肾固冲、复旧固本，充分体现了塞流、澄源、复旧的三大治则，故崩症得愈。

病案二

刘某，44 岁，已婚，万县市糖果厂工人。

初诊：患者曾因安避孕环而致月经提前、量多，被迫取环。1983 年以来经常心情抑郁，出现月经不规则，经来半月不净，淋漓不断，曾用激素、黄体酮、止血剂，仍时止时流，量时多时少，伴腰痛、畏寒肢冷、全身浮肿，此次断续出血 40 余天。小便化验正常，妇科检查示：“功能性子宫出血”、“子宫颈糜烂”。诊见舌质正常，苔薄白，脉沉细。辨证：肝脾失调，冲任受损。拟越鞠二至丸加收涩之品。方药：栀子、建曲、香附、苍术、女贞子、旱莲草、茜草根、地榆、柴胡、白芍、刺猬皮、炒蒲黄。

二诊：服药后效果不显，症状基本同前。改用温肾止血、收敛固涩之品。方药：右归饮加附片、女贞子、旱莲草、石榴皮、炒蒲黄。

三诊：血止，精神好转，嘱上方再进 3 剂。



四诊：同房后次日又见出血，量多，色红，腰酸痛，舌脉无改变。再拟桂附地黄汤加止血之品。方药：生地、山药、旱莲草、茯苓、泽泻、丹皮、枣皮、女贞子、肉桂、附片、仙鹤草、炒蒲黄、刺猬皮，并嘱忌房事。随访未见复发。

按：此例因安避孕环后失血较多，又因房事较频，故致气血不足，肝肾损伤，冲任不固，所以气郁不舒只是其标，用越鞠丸效果不显。改用调肝肾、补冲任、收敛固涩之剂以治本，收效较快。因此临证时应审证求因，辨证施治。

病案三

赵某，35岁，本院护士。

患者素有风湿性关节炎，长期服用激素类药物，致内分泌功能失调，出现月经不规则，时前时后，量多色红，质淡，伴腰痛肢软，纳差，大便溏，面色㿠白，形体消瘦。因月经淋漓不断50余天，门诊治疗无效，遂收入本院中医病房。

诊见舌质淡，边有齿痕，苔薄白，脉细弱无力。辨证：脾阳不足，气虚下陷。治当补气摄血。方药：熟地、黄芪、党参、白术、石榴皮、刺猬皮、旱莲草、仙鹤草，3剂。

服后症减血少，继服3剂血止。但仍腰痛、纳差、便溏，改用补中益气汤、参苓白术散健脾和胃，继以八珍地黄汤补益肝肾，以善其后。治疗后症状控制，随访10年月经基本正常。

按：患者体弱多病，形体消瘦，有长期大量服用激素类药物史，使冲任受伤，肝肾失养，遂出现崩漏。由于伴有食少便溏、畏寒肢冷等脾阳不足之征，治当补气摄血、调补肝肾，标本兼顾，故收到较好的效果。



75. 卵巢囊肿案

刘某，41岁，1996年12月5日初诊。

患者自述3个月前开始下腹部隐痛，每逢经期加重，自服逍遥丸、延胡止痛片等可缓解，近1周复发，服药乏效，前来我院求治。

刻诊：下腹胀痛，以右侧为甚，矢气则舒，腰骶坠胀，带下量多色白，月经量少色黑夹块，舌淡红，苔白微腻，脉弦。B超示右侧卵巢有一肿块，约5cm×5cm大小，肿物内为液性暗区，边界清楚。

诊断：右侧卵巢囊肿。辨证属肝郁气滞、痰瘀互结。治以疏肝理气、祛痰化瘀消癥。用“腹痛灵”合失笑散化裁。

处方：柴胡12g，枳壳15g，白芍15g，木香10g，郁金15g，吴茱萸3g，白芥子10g，五灵脂10g，生蒲黄12g，益母草15g，甘草6g。每日1剂，水煎服。

服药8剂后腹痛消除，白带仍多，倦怠乏力，后以益气活血、祛痰消癥兼除湿善后调理。

按：卵巢囊肿应属中医癥瘕范畴。本案腹痛兼见月经量少、色黑夹块，脉症合参，证属肝郁气滞、痰瘀互结之癥瘕。故用四逆散合郁金、木香、吴茱萸行气解郁，再配以失笑散合益母草、白芥子祛痰化瘀止痛。待腹痛止后再用益气活血、祛痰消癥、除湿清热法，以期彻底根除。



76. 席汉氏病案

病案一

刘某，女，35岁，本院检验师，1986年5月18日初诊。

8年前因流产行清宫术后阴道出血半个月，色红量多，甚则沿腿而流，不能起床。经住院治疗，症状控制，但相继出现闭经，毛发脱落，神疲乏力，气短嗜睡，纳差畏寒，腰酸膝痛，皮肤干燥，体重下降，工作困难。先后在重庆、北京等地检查，确诊为席汉氏病。每月用黄体酮、乙烯雌酚致月经行、症状减。但药停后症状加重。诊见舌质红苔白，脉沉。此冲任受损，肝肾不足。治疗用补肾固冲之法。拟苁蓉丸加味。

处方：熟地 15g，党参 10g，当归 10g，川芎 10g，淫羊藿 15g，枣皮 12g，杜仲 12g，黄芪 20g。

服药 7 剂，无变化。原方再用 7 剂，自觉食欲增加，精神好转，腰膝有力，白带增多，乳房时有胀痛感。又服原方 7 剂月经来潮，但量少色黑。共服药 21 剂，有一定效果。用原配料碾为细末，蜂蜜调服。服药 5 个月后毛发生长，月经基本正常，后健生一子。追访无不适，全勤上班。

病案二

陈某，女，40岁，云阳县渠马乡村民，1987年4月11日初诊。

患者停经3年，日渐消瘦，伴食差肢软，腰酸背痛，畏寒怕冷，毛发脱落，反应迟钝，当地诊断为“肠结核”。





“继发性闭经”、“贫血”。曾服多种中西药，均不见效。转来我院后从病史中得知 1970 年 6 月因生小孩大量失血，并发高烧、昏迷，经住院诊断为“感染性休克”，用抗生素、激素静滴，服中药消炎止血，症状控制，好转回家。半年后食欲渐减，体重下降，精神不好，月经停闭，毛发脱落，性欲消失。诊其舌质淡，脉沉细，胸透（-），查血常规正常。

诊为席汉氏病。此为血枯经闭。当补肝肾、固冲任。拟肉苁蓉丸加味，共碾细末，淡盐水冲服，每次 10g，1 日 3 次。连服半年，随访已康复，能够料理家务，参加一般农活。

按：席汉氏病又称脑垂体机能减退症，属于中医学的血枯经闭，为冲任损伤、肝肾不足所致。用《圣济总录》中补肾固冲的肉苁蓉丸加味治疗本病收效好，今录之，供同仁参考。

77. 青柴石知二黄汤治疗小儿发热

基本方：青蒿 6~12g，柴胡 6~10g，石膏 10~30g，知母 6~10g，生大黄 5~10g。用法：先将前 5 味药煮沸 10 分钟，滤出药汁入生大黄浸泡，温后频服，以泻为度。

病案一

黄某，女，3 岁。1985 年 1 月 10 日就诊。其母代诉：发烧 3 天，腹痛 2 天，额烫身热，四肢不温，不思饮食，便秘难解，小便量少，呈高热痛苦病容，腹痛拒按，肌紧张，阑尾点压痛及反跳痛明显，体温 40.5℃，血象：白细胞 $12.7 \times 10^9/L$ ，中性 85%，淋巴 13%，嗜酸性粒细胞 2%。西医



诊断：急性阑尾炎。病家拒绝手术，要求中医治疗，指纹紫红欠流利，舌质红，苔黄厚。诊为肠痈。

拟用青蒿、柴胡、黄芩各 6g，知母 5g，生大黄 3g（另包用煎剂泡服）。服 1 剂后腹泻 4 次，便色黑而量多，腹痛缓解，精神好转，能吃流质饮食。体温降至 37℃，白细胞 $4.3 \times 10^9/L$ ，中性 53%，淋巴 38%，嗜酸性粒细胞 8%，舌苔转薄黄，改用清热解毒、活血化瘀的五味消毒饮、大黄牡丹皮汤加减。煎服 2 剂而愈。

病案二

夏某，男，1 岁半。1985 年 5 月 15 日就诊。高烧 1 天，体温 38.8℃~40.2℃，烦躁夜啼，大便干结，拒食拒饮，面赤唇红。检查：两侧扁桃体 II 度肿大、充血，右侧扁桃体满布脓点。血象：白细胞 $16.2 \times 10^9/L$ ，中性 81%，淋巴 19%。西医诊断：急性化脓性扁桃体炎。

处方：青蒿、柴胡、知母各 6g，石膏 8g，黄芩 5g，生大黄 3g（另包用煎剂泡用）。

服药 1 剂，腹泻 3 次，体温降至正常，再服普济消毒饮 2 剂，治愈。

病案三

陈某，女，11 个月。1985 年 2 月 26 日就诊。反复高烧 20 天，烦躁啼闹，食少便结，午后及夜间咳嗽气急。胸透示“右肺下叶可见少许边界模糊阴影”。血象：白细胞 $4.1 \times 10^9/L$ ，中性 42%，淋巴 53%，但体温持续在 38.5℃~39.5℃。某院诊断：病毒性肺炎。经用抗生素、激素等治疗，体温不降，转来我科会诊。体温 39℃，患儿咳嗽气急，唇红面赤，指纹青紫流利，舌质红，苔薄白。

处方：青蒿、柴胡、黄芩各 5g，知母 3g，石膏 8g，生





大黄 3g (另包用煎剂泡用)。

服 1 剂后腹泻 2 次，体温降至 38.8℃。去掉生大黄，仅服煎剂，仍有低热、咳嗽食差。改拟桑叶 6g，菊花 5g，黄芩 5g，知母、桔梗、甘草各 3g，山药 5g，白术 3g。服 2 剂后痊愈。胸透示炎变完全吸收。

按：青柴石知二黄汤是李师经多年临床实践总结出来的经验方，方中石膏、知母清热生津，用石膏性寒以清热，辛散以解肌，大清气分之热；知母苦寒以泻火，质润而养阴；取柴胡、黄芩和解退热；再仿小承气汤之法用生大黄釜底抽薪，通腑泻火，急下存阴，毒随便解；再加退。热作用明显的青蒿，轻清透发。运用时石膏用量宜偏重，生大黄要另包，用药汁浸泡。待腹泻停止、体温降至正常后，必须辨证拟方以治本，否则体温可能再度复升。李师曾用本方观察治疗 178 例，药后 36 小时内体温降至正常者占 97.2%。

78. 高热案

赵某，女，13 岁。1996 年 7 月 16 日就诊。发热 3 日，汗出涔涔，面红目赤，日晡热甚，烦躁不宁，口渴饮冷，予银翘散、静滴抗生素等治疗效差。查体温 38.6℃，双侧扁桃腺红肿，腹满拒按，口苦臭秽，脉滑数有力，舌红，苔黄腻。此为阳明发热，予验方“青柴石知二黄汤”加减。

处方：青蒿、柴胡各 15g，石膏 30g，麻黄 6g，知母、黄芩各 12g，大黄 10g，甘草 3g。2 剂药后下燥屎数枚，余为胶黑黏液便，热退神清，腹满拒按消失，舌红，苔黄腻。续以白虎汤加银花、连翘之类善后调理。



按：《内经》有言：“体若燔炭，汗出而散。”汗法在治疗高热时固然有其重要作用，但临床所见高热属肺胃实热之证者颇多，辛凉解表、辛寒清胃之品固不可少，但此时似有势单力薄之嫌。由于高热常伴有胃肠功能紊乱，患者每每腑气不通而热结便秘，甚至有的高热本身即可因此而起。李师此时常于银翘、白虎之类方中加入麻黄、大黄，既助宣肺发汗，又助泻胃导滞，其效较单用解表清热之剂又胜一筹，且用后不会出现过汗伤正。但李师同时也告诫：此时麻黄、大黄之用量宜适度，且用过西药解热之剂者不可用此法，否则可致汗出不止，耗气伤阴。

79. 通腑泻热法治疗小儿高热惊厥

高热惊厥是小儿神经系统常见病。由于发病率高，传变迅速，也是儿科急重症之一。究其病性，多属实证、热证。发病时由于高热而出现全身痉挛性抽搐，意识不清，牙关紧闭，两目直视，角弓反张或口渴心烦，鼻扇气喘，睡中惶惶。多次或持续发作可引起惊厥性脑损伤、脑缺氧性损害、脑水肿，轻则可造成偏瘫，导致智力减退；重则可发生呼吸、循环衰竭，危及生命。治疗的关键是控制体温，急挫热势，截断病邪传变。根据六腑以通为顺的原则，用釜底抽薪的通腑泻热法治疗效果满意。

曾用此法治疗小儿高热惊厥 13 例，年龄均在 4 岁以下。其中男性 8 例，女性 5 例；上感 6 例，扁桃体炎 3 例，肺炎和支气管炎急性发作各 2 例。服经 1~2 剂后热势下降，惊厥控制，再辨证施治，均获痊愈。





病案一

李某，女，3岁。1987年5月24日就诊。患儿发烧1天，咳嗽，流清涕，身热肢凉，烦躁口渴，食差倦怠，大便未解，小便短涩而黄。

诊前1小时突发惊厥，意识丧失，眼球上翻，四肢痉挛性抽搐，呼吸暂停，面色发青，嘴唇发绀。急按人中穴，约1分钟后惊厥停止，但昏睡不醒。查体温 39.4°C ，舌质红绛而干，脉数，腹部拒按。白细胞 $4.7 \times 10^9/\text{L}$ ，中性粒细胞0.46，淋巴细胞0.48。嗜酸性粒细胞0.06。西医诊断为上感、高热惊厥。速拟加味小承气汤：青蒿、柴胡各8g，枳实、厚朴、蝉蜕、生大黄各5g。除生大黄外，其余五味药先煎10分钟，滤出药渣再加入生大黄浸泡，待温后频服。

1剂未服完，腹泻3次，体温降至正常，惊厥控制。再拟银翘散调理而愈。

病案二

张某，女，2岁6个月。1987年3月11日就诊。发烧5天，3天前出现惊厥抽搐，持续1~2分钟自行缓解。经抗感染、退烧治疗后，患儿汗出热退，继则体温复升，再次出现惊厥，频频抽搐。

诊时患儿身热肢凉，昏睡惊厥，谵语，鼻干唇裂，小便量少色黄，大便2日未解，腹拒按，舌质红绛少津，苔黄厚而干，指纹青紫已过命关。检查：体温 41°C ，咽部充血，扁桃体Ⅱ度肿大，有脓点。血白细胞 $18 \times 10^9/\text{L}$ ，中性粒细胞0.84，淋巴细胞0.16。西医诊断：化脓性扁桃体炎，高热惊厥。中医诊断：乳蛾，急惊风。予以小承气汤加味。1剂服完后腹泻5次，精神好转，体温下降，惊厥未再出现。再拟普济消毒饮继续治疗而愈。



80. 青黄南白散外敷治疗疥腮

基本方：青黛、生大黄、天南星、白芷、天花粉各等量，共研细末，过 80 目筛，贮瓶备用。

用法：先将患儿肿胀部位清洗消毒，取药末适量，加醋调成糊状摊于塑料纸上敷贴患处，然后盖上纱布，以胶布或绷带固定。每日敷贴 1 次，3~5 次可愈。

杨某，男，7 岁，1993 年 3 月 5 日初诊。

发烧伴耳下肿痛 2 天，精神差，食量减，咀嚼即痛甚，轻度恶心呕吐，头痛身疼。开始诊为风热外感，投银翘散 1 剂，药后无效。次日腮部肿胀明显，小便黄，舌质红，苔薄白，脉浮数。诊断为疥腮，用青黄南白散外敷，仅用药 2 次即肿消热退痛止，诸症消除。

按：本方为李师经验方，方中生大黄、青黛、天花粉清热解毒、凉血消肿；白芷、天南星活血清热、祛风消肿。共奏清热解毒、消炎止痛、凉血消肿之功。李师曾以本方观察治疗 128 例，总有效率达 100%。本方药源广，制作简单，价格低廉，有利推广。

81. 加味银翘地黄汤治疗川畸病

基本方：银花、连翘各 6~12g，赤芍、丹皮各 3~5g，青蒿、生地、玄参各 5~10g，石膏 10~20g，每日 1 剂，水煎频服。



谭某，男，8个月，1996年7月14日就诊。

其母代述，患儿发烧1周不退，四肢末端出现红斑，咽部充血，咳嗽流泪。初诊为“上感”，予解热镇痛药，静滴抗生素，体温降而复升，大便燥结，尿短涩而黄，唇干裂，转入我科。查：体温39.4℃，球结膜充血，咽部及口腔黏膜发红，四肢末端有红斑，颈下淋巴结大如黄豆。舌红绛，指纹紫暗。当清热凉血、滋阴解暑。用加味银翘地黄汤。

处方：银花、连翘、石膏、生地各10g，玄参、青蒿各6g，知母5g，赤芍、丹皮各3g。

频服2剂，症状缓解，体温下降，食量增加，精神好转，但唇红、喜饮且烦躁，四肢指趾甲床与皮肤交界处可见膜样脱皮。复查血象：中性粒细胞0.68，淋巴细胞0.26，嗜酸性粒细胞0.06。此热病后津液未复，改拟生脉散2剂而收功。

按：川疳病又名皮肤黏膜淋巴结综合征，为儿童期所特有的发疹性热病，属中医暑温范畴。中医学认为，温热邪毒侵入营血，正邪交争则出现持续高热；内迫营血，血热妄行则发为皮疹；热毒内炽、心营受灼而见杨梅舌；肺胃热毒上逆，故见唇红干裂、口腔黏膜弥漫性发红；温热邪毒搏结则致淋巴结肿大；炽热邪火上逆于肝则发为两目红赤；热毒流注经脉致四肢末端红斑、浮肿、膜样脱皮。治当清营凉血透热，用犀角地黄汤。方以大剂银花、连翘替代昂贵之犀角，增强透热转气之功，再配伍养阴增液的玄参、麦冬等共同组成加味银翘地黄汤。李师曾用此方治疗7例，均获很好效验。



82. 补气缩泉汤治疗小儿遗尿

基本方：黄芪、红参、山药各 10g，白术、益智仁、覆盆子、桑螵蛸、金樱子各 6g，升麻、柴胡、五味子、台乌药各 5g。若面白肢冷、小便清长加制附片 3~5g；汗多易惊加龙骨、牡蛎各 5~10g；食差、消化不良、腹胀加建曲 3~5g、厚朴 5~10g；小腹疼痛加玄胡 5~10g。

先用冷水将药浸泡 10 分钟，再煮 10 分钟，共煮 3 次，取汁 300~500ml。6 岁以下者每次 50ml，7~10 岁者 100ml，均于饭前 30 分钟温热口服，每日 3 次，每日 1 剂，7 天为 1 个疗程。治疗期间停用一切其他药物。

病案一

蔡某，女，8 岁，住万县市和祥街，1996 年 10 月 3 日初诊。反复尿床 5 年，几经治疗效果不好。体检：面色㿔白，精神不佳，食少便溏，夜眠多汗，唇舌质淡，苔白，脉细数。中医辨证为脾肾阳虚、下元虚寒。治当温肾健脾、缩泉固摄。拟补气缩泉汤加制附片 5g，龙骨、牡蛎各 10g。水煎服。

经治 5 天，明显好转，诊前 2 日未作。原方去龙骨、牡蛎，再服 5 剂，遗尿停止。随访时见患儿面色红润，体重增加，半年未见尿床复发。

病案二

张某，男，12 岁，住万县市鸡公岭，1996 年 11 月 14 日初诊。尿床 6 个月，伴有腰膝酸软，疲倦乏力，畏寒食少，心悸健忘，注意力不能集中，经服谷维素、安定片、维



生素 B₆ 片均无效果。体检：精神差，面白无华，舌质淡，苔薄白，脉细无力。中医辨证为病后体虚，脾肾阳虚，膀胱摄纳失权。治当温肾补气、健脾涩尿。拟补气缩泉汤。

服药 1 周，尿床基本控制。继服 1 周巩固效果。半年后随访诸症皆无，遗尿未复发。

按：遗尿的原因虽很多，但总以肾气或肾阳不足、肺脾气虚为多见，用温补肾阳加益气健脾的补气缩泉汤治疗该病往往收到满意的效果。李师曾用该方观察 64 例，总有效率 90.6%。方中红参、黄芪、山药、白术、升麻、柴胡用以补中益气、升阳健脾；益智仁、覆盆子、桑螵蛸、五味子、金樱子则温补脾肾、收涩小便，共奏补中益气、温脾补肾之功，另加台乌理气散寒，助膀胱气化，下焦得温而寒去，肾与膀胱功能恢复则遗尿自愈。当然还需注意小儿护理，治疗期间应避免过于劳累、过度兴奋，应少饮水，家长应在夜间定时叫醒患儿排尿，配合治疗，效果更佳。

83. 肩周炎案一

张某，女，61 岁，万县市布鞋厂退休工人（本院家属），1969 年 10 月 18 日初诊。

患者左肩关节疼痛近 2 个月，抬举、梳头等均感困难，动则疼痛加剧，尤其是夜间因疼痛而难以入眠，但局部无红肿。曾用针灸和封闭治疗，效果不明显。经人介绍前来要求用中药治疗。

患者平素体健而形体胖，偶有短气，脉弦，舌质淡，余无不适，也无明显血瘀体征，但有气虚见证。拟补气与活血



药同用。用补阳还五汤加味，每日1剂，水煎服。

处方：黄芪20g，赤芍、川芎、桃仁、红花各12g，地龙、桂枝、甘草、大枣各10g，生姜3片。

服药5剂后疼痛缓解，功能障碍有所好转，按上法续治半个月告愈，后未见复发。

按：补阳还五汤系益气、活血、通络的代表方，原方主要用于中风后遗症。现代研究表明，本方除用于心血管疾病外，对于颅脑损伤后后遗症、坐骨神经痛、周围神经麻痹、脑瘤、面神经麻痹、多发性神经炎、神经性耳聋以及消化和泌尿等多个系统的病症都有较好的治疗作用。本案例虽无明显血瘀征象，但患者自觉肩关节疼痛难忍，本着中医“通则不痛，不通则痛”之原理，故投补阳还五汤加味而取效。

84. 肩周炎案二

汪某，男，48岁，万州陈家坝办事处干部，1999年8月12日初诊。

患者因天气炎热，在空调房中露臂而卧，左肩关节疼痛，活动困难，经某医院诊为肩周炎，先后服扑炎痛、芬必得，并进行局部理疗及贴膏药等治疗，无明显好转。

就诊时左肩关节疼痛剧烈，左肩峰部压痛明显，左上肢外展、后伸、旋转受限，受凉更甚，舌质淡，苔白腻，脉弦紧。证属风寒外束，血行不畅，不通则痛。治以祛风散寒除湿、通络止痛。方用麻黄加术汤加减。

处方：麻黄10g，桂枝10g，苍术15g，威灵仙12g，姜黄12g，桑枝15g，炮山甲10g，蜈蚣2条，甘草10g。8月





17日二诊：服药5剂，诸症减轻。继服药5剂而安。

按：肩痹属风寒湿三气杂至者，用麻黄加术汤实属正治，李师治疗肩痹每加炮山甲、蜈蚣又为临证经验所得。肩痹属于中医痹证范畴，多因风寒之邪滞于肌肉，闭阻经络，不通则痛而发病。治非搜剔品则力所不及。《医学衷中参西录》云：穿山甲“气腥而窜，其走窜之性无微不至，故能宣通脏腑，贯彻经络，通达关窍，凡血凝、血聚为病皆能开之”；蜈蚣“走窜之力最速，内而脏腑，外而经络，凡气血凝聚之处皆能开之，用与不用此二味疗效迥异故也”。

85. 腰椎骨质增生

刘某，男，46岁，修理工，1987年9月13日初诊。

患者1个月前冒雨更换轮胎后即发腰痛，自服扑炎痛、外贴伤湿止痛膏效果不显。B超检查双肾未见异常，腰椎正侧位片提示腰椎骨质增生，服中药四妙丸加减5剂无效。刻诊：腰痛，弯腰曲背时痛甚，行走不便，双膝关节疼痛，口苦，小便黄，舌红苔黄腻，脉滑数。

证属湿热下注，肾脏亏损，经络不通。本不通则痛之理，治以清热除湿、补肾强腰、通络止痛。

处方：黄柏10g，苍术15g，薏苡仁20g，牛膝15g，杜仲15g，续断15g，桑寄生15g，白芍20g，延胡索15g，细辛15g，独活10g，甘草6g。9月17日二诊：自述上方服3剂后诸症消失。嘱其继服3剂以巩固疗效。

按：李师认为此患者久居潮湿之地，湿热本重，复因阴雨侵袭，湿热交结，留滞经络，不通则痛。前医用四妙丸加



味，似属对证。详其所由，思其所变，湿为阴邪，郁遏阳气，应少佐细辛温通阳气；湿郁化热，湿热不攘，耗伤阴液，然不宜率用养阴碍湿之品，取芍药甘草汤酸甘化阴、缓急止痛，配延胡索行气活血止痛，方能提高临床疗效。

86. 脱发案

游某，男，48岁，长江制药厂工人，1987年2月5日初诊。

患者自述因脂溢性脱发半年，多方求治，曾服胱氨酸、维生素E、B₁、B₆、地黄丸、补肾生发药毫无效果，并出现眉毛、胡须、阴毛、腋毛全部脱落，人们误以为“大麻风”，故敬而远之，病人曾一度失去信心，不再治疗。经友人介绍，前来就诊。

患者久病，他药不效，虽无明显血瘀表现，亦可用活血祛瘀法。拟王清任通窍活血汤。

处方：桃仁、红花、川芎、赤芍各12g，白芷、生姜各10g，生葱、白酒各20g，每日1剂，水煎服，30天为1个疗程。

经2个月治疗，头部及眉部长出细绒新发和细眉。继用右归饮、当归补血汤为主，佐以活血的桃仁、红花共研细末，淡盐开水早、晚送服5~10g，以巩固疗效。经半年治疗，已长出稀疏的毛发。

按：发为血之余，引起脱发的原因很多，诸如血虚气弱、情志抑郁、肝肾不足等都可形成脱发症。本例患者疑似瘀血阻络、清窍失养所致，故采用活血通窍法改善局部血循





环、促进毛发生长而见功。

87. 中医药治疗跟痛症

跟痛症是指跟骨跖面疼痛，有时伴有骨刺，常与跟骨跖面结节的慢性损伤有关，是骨外科临床常见病之一。西医治疗此病多采用氢化考的松痛点注射，虽有一定疗效，但在消毒和注射部位的选择方面要求很严，难以在基层推广应用。用自拟经验方内服配合《金匱要略》矾石汤外洗更具有优势，曾用此法治疗 38 例，治愈率为 63.16%，总有效率达 92.11%。

内服药方：羌活、川芎、杜仲各 15g，独活、防己、防风各 10g，细辛 6g。有外伤史者加桃仁、红花或苏木；有跟骨刺痛者加骨碎补、鸡血藤与威灵仙。每日 1 剂，水煎 3 次，每次煮沸 15 分钟，共取药液 600ml，分 3 次温服。

外用药方：明矾 80~100g，米泔水 2000ml，内服药方去汁后的药渣。诸药混合，共同煮沸 15 分钟，去渣取汁趁热熏洗和揉搽患处，直到药液冷却为止。药液可重复应用，但每次用时必须煮沸。

张某，女，50 岁，原万县市某医院职工家属，1988 年 3 月初诊。

患者自述右足跟反复疼痛已 1 年，经 X 线摄片证实“右跟骨轻度骨质增生。”曾先后服用强的松、扑炎痛、安定片及痛点注射地塞米松等，症状虽有缓解，但停药后常复发。1 年来因长期接受激素治疗而导致水钠潴留和抵抗力下降，不得已又停用激素，其足跟痛又再次复发，故求治于中医。



诊时患者右足跟疼痛，站立和步行时疼痛加剧。面色萎黄，颜面浮肿，头昏眼干，舌质淡，舌苔薄白，脉弦。此乃肝肾不足又为风寒湿邪所伤之证。治以调补肝肾、祛风除湿、散寒止痛。用上述内服方和外治法治疗1个月，疼痛逐渐消失，腰膝酸软好转。又治1个月，诸症全消，活动如常，追访半年未见复发。

按：造成足跟疼痛的常见疾病有足跟脂肪纤维垫炎、跖腱膜炎、跟部滑囊炎、跟腱周围炎、跟骨骨刺等，跟痛症主要是因为外伤、劳损、受风着凉、寒冷潮湿等所引起的炎症迁延不愈而形成。

根据临床观察和对跟痛症形成原因和临床表现的分析，李师认为跟痛症之病机为肝肾不足，复感风冷寒湿。所拟内服方中杜仲补肝肾、强筋骨；羌活、独活、细辛、防风、防己祛风散寒除湿，川芎通络。诸药合用，共奏祛风散寒、除湿通络之功。

明矾加米泔水浸足出于《金匱要略·中风历节病脉证并治第五》，原方主治“足气冲心”证。根据《本草从新》对明矾药效及性味的认识，即：“辛，大热，有毒。治坚癖痼冷，寒湿风痹”，用此方与内服药渣同煎浸足，亦取其散寒除湿、通络止痛之意。

88. 加味左金四逆散治疗带状疱疹后疼痛

基本方：白芍 20g，柴胡、枳壳、玄胡各 12g，川芎、郁金各 10g，甘草、黄连、吴茱萸各 6g。气虚加黄芪；血虚加当归；血热加丹皮；胸闷加枳壳。上药用冷水浸泡 10 分





钟，加温煮沸熬 15 分钟，3 次取汁约 600ml，分 3 次温服，每日 1 剂，5 天为 1 个疗程。

常某，女，32 岁，1995 年 2 月 15 日初诊。

3 个月前右乳旁开始出现瘙痒、微痛，第 2 天出现密集水泡。破后溃烂疼痛，经皮肤科诊断为“带状疱疹”。后溃烂结痂，约 1 周后痂脱而愈，但疼痛不减，呈烧灼样痛，阵发性加剧，触之更甚，沿右侧 4~5 肋间放射，夜间不能入睡，在神经科服止痛片及封闭治疗，暂缓解，时而复发，痛苦病容，精神不佳，伴口苦、烦躁、便秘、尿黄，舌质红，苔薄黄，脉弦数。西医诊断为“带状疱疹后遗神经痛”，中医诊断为“胁痛”。

此为邪毒未尽，肝胆火盛，湿热郁积，瘀滞不通。当清热泻火解毒，活血行气通络。服加味左金四逆散。服药 2 天后疼痛缓解，再服 5 天疼痛停止，症状消失，舌脉复常，随访半年未复发。

按：带状疱疹的病因多为肝胆湿热郁积化火，常用中药龙胆泻肝汤或西药甲氧咪胍配合维生素及激光治疗，效果显著，一般不留后遗症。但有部分患者出现带状疱疹后疼痛，给患者带来痛苦。如持续时间过长，可为不可逆性，所以应予以重视，及早治疗。

目前治疗带状疱疹后疼痛西医常用止痛剂、维生素、封闭疗法，常可使疼痛缓解，但不彻底。中医认为带状疱疹后疼痛为邪毒未尽，郁火入络，经络瘀阻，滞涩不通，不通则痛，故出现刺痛，烧灼样痛，阵发性痛剧，缠绵难愈，且病位固定，触之尤甚。加味左金四逆散中左金丸清热止痛、泻肝胆实火，吴茱萸疏肝解郁、行气止痛，黄连清热解毒泻火；四逆散具有升降气机、疏肝行气止痛之功，再加郁金行



气解郁、凉血破瘀，川芎、玄胡活血理气止痛。全方共奏清热解毒、活血通络、行气止痛之功。曾用本方观察 25 例，总有效率达 92%。

89. 红斑狼疮案

程某，女，31 岁，万棉厂工人，1987 年 5 月 16 日初诊。

患者 3 个月前因低热（体温 38℃ 左右）伴双下肢轻度浮肿到某院就诊，血中查及狼疮细胞，血沉 34mm/h，诊为系统性红斑狼疮，用强的松治疗，病情得以控制，因畏激素副作用，转服中药治疗。

症见形体消瘦，面色㿠白，腰痛，耳鸣，两颧蝶形红斑，纳差浮肿，脱发，舌质红，苔薄，脉沉弱。小便常规：蛋白 (+++)，红细胞 (+)。

红斑狼疮的病因尚未明了，其为自身免疫性疾病。目前西医用激素控制症状，但副作用大，往往一病未愈他病又生。中医对于该病的治疗亦无典籍所载，不能套用成规。根据临床表现见形体消瘦，面色㿠白，两颧蝶形红斑，为气阴两虚之象；腰痛、耳鸣为肝肾两虚之征；纳差、浮肿又为脾虚水湿不化的临床表现。综合舌脉，证属肝肾亏损、气阴两虚。治以益气养阴、补益肝肾。方用参芪地黄汤。

处方：太子参 15g，生地 12g，枣皮 12g，山药 20g，泽泻 12g，丹皮 12g，茯苓 15g，女贞子 15g，旱莲草 15g，白茅根 30g，续断 15g，赤芍 12g，甘草 3g。

5 月 24 日二诊：上方进 2 剂，诸症减轻，惟饮食尚差。





于上方加建曲12g、山楂 15g、麦芽 15g。

6月1日三诊：继服2剂后精神转佳，两颧蝶形红斑消退，饮食尚可，腰痛、耳鸣稍减，走路多时双踝轻度浮肿。小便常规：蛋白(+)。因天气炎热，要求改服丸剂。

处方：鸡血藤、生地、玄参、太子参、枣皮、茯苓、山药、泽泻、女贞子、旱莲草。

嘱其减少日晒，忌辛辣香燥之品。坚持服丸3年，能从事日常工作，病情未见反复。

90. 老年性皮肤瘙痒案

段某，男，68岁，龙宝区青泉中学退休教师，1995年12月1日初诊。

患者1年前感觉双胫前皮肤发痒，其后痒感波及躯干部，以背部为甚，曾用钙剂治疗乏效，服凉血祛风及养血祛风中药效果均不显。

诊见胫前和躯干线状抓痕，皮肤干燥，有少许糠秕状鳞屑和血痂，伴见心烦失眠，大便干结，舌质暗红，中部有裂纹，脉细数。证属阴虚血燥。治宜养阴润燥、祛风止痒。

处方：栀子12g，生首乌20g，白芍15g，当归12g，生地15g，玄参15g，白蒺藜12g，刺蒺藜12g，钩藤15g，珍珠母30g，熟地12g，乌梢蛇10g，甘草5g。12月6日二诊：服上方5剂，痒感明显减轻，大便通畅，失眠好转，继服3剂而安。

按：老年性皮肤瘙痒症临床甚为常见。老年人肝肾阴虚而生内热，故心烦失眠；热性灼阴，肌肤失养，故皮肤干



燥，有鳞屑状如糠秕；肝肾阴虚阳亢，复因风邪外袭，故作瘙痒；阴津亏损，肠道失润，故大便干结。用生首乌、当归、生地、熟地、玄参、刺蒺藜滋养肝肾；白芍、白蒺藜、钩藤、珍珠母平肝熄风；乌梢蛇祛风通络；栀子清热除烦。如此肝肾之虚得补，内风得熄，经络之风得祛，邪去正复而痒感自除。

91. 关节炎兼胃溃疡治验

钟某，男，47岁，新田水泥厂工人，1982年8月4日初诊。

患者2年前因双膝关节肿痛，医生给予阿司匹林、强的松等西药，病情缓解。以后经常复发，服药后仍有效。2个月前双膝关节及踝关节疼痛，服药后出现胃痛、解黑便，遂来院检查治疗。

就诊时双膝及踝关节肿痛灼热，胃脘隐痛，泛酸，口干苦，大便色黑略干结，苔黄中厚，脉弦数。查血沉46mm/h，上消化道钡餐检查诊为胃溃疡。证属湿热内蕴，经络瘀阻，肝火内郁，胃失和降。治以清热除湿、活血通络、泻肝和胃，制酸止痛两相兼顾。

处方：苍术15g，黄柏12g，薏苡仁30g，牛膝12g，威灵仙12g，白芍15g，吴茱萸3g，厚朴10g，延胡索15g，乌贼骨20g，白及15g，木香10g，甘草10g。

8月9日二诊：服上方5剂，胃脘隐痛、泛酸、口干苦减轻，双膝及踝关节肿痛灼热，大便干燥似无变化。于上方加银花藤20g、生地10g、姜黄10g，继服5剂。





专病论治

8月15日三诊：胃痛、泛酸、口干苦若失，双膝及踝关节肿痛减轻，大便转软，黑便除，黄腻苔渐化，倦怠乏力。此乃湿热渐化，经络得疏，肝胃调和，惟脾虚未复。治宜益气健脾除湿为主。

处方：苍术10g，黄柏10g，薏苡仁15g，牛膝15g，威灵仙10g，姜黄10g，黄芪10g，太子参15g，茯苓15g，乌贼骨20g，白及12g，白芍15g，延胡索15g，甘草10g。

1984年3月21日因头痛就诊时，自述以后又服10剂而停药，关节痛和胃痛一直未复发。

诊
余
漫
话





1. 谈王清任对活血化瘀治法的贡献

活血化瘀是中医学治疗疾病的重要法则之一，其临床运用十分广泛。在历代医家中，首推清代王清任贡献最大，所创制的体现活血化瘀法的方剂也很多，代表作《医林改错》充分体现出了王氏活血化瘀法学术思想。

对于王氏《医林改错》的科学价值和学术价值，后世医家推崇者众，并有效地指导着临床。但也有少数持《医林改错》越改越错之说。由于当时的历史条件和受封建势力的束缚，王氏为了探寻真理，冲破阻力，亲赴刑场或掘坟墓观察死者的脏腑形象，王氏当时所见到的场景有的尸体已被犬扯破，有的已经腐烂，在那种情况下绘出的脏腑图难免有错。但是，仅此缺陷也丝毫不能减少王氏在医学领域的贡献，相反，他的求实求学、注重实践、敢于疑古、锐意创新的治学态度应为后人所继承和发扬。

王氏首重气血，治病以气血为辨证论治的纲领，气为血帅，尤重于气。他认为气是人的生命之源，如他在“半身不遂本源”篇中云：“人行坐动转，全仗元气，元气足则有力，元气衰则无力，元气绝则死矣。”他还认为元气虚可造成血瘀，如云：“元气既虚，心气不能达于血管，血管元气必停留而瘀。”在元气学说的指导下，他创立了重用黄芪的名方十首，如补阳还五汤、黄芪赤风汤、黄芪防风汤、黄芪甘草汤、黄芪桃花汤、保元化滞汤、止泻调中汤等。他创立了补气与活血同用的补气消瘀法，其中以治疗中风后遗症的补阳还五汤最为著名，应用最广。



在活血化瘀方的创制方面，书中载有22首，最为常用的是血府逐瘀汤、通窍活血汤、膈下逐瘀汤、少腹逐瘀汤等。

在临床辨证方面，王氏提出有瘀则祛瘀的观点。所言之瘀是指患者有瘀血症状和体征。他还提出“久病怪病血瘀、他药无效多血瘀”的论点，如治年久耳聋用通窍活血汤；治口中出气臭用通窍活血汤；治不孕症及流产用少腹逐瘀汤；治胸不任物、干呕、顽固性头痛、盗汗等症均用血府逐瘀汤等。

总之，王氏的医学思想丰富了中医药学的理论体系，加深了后世医家对血瘀证的认识，扩大了活血化瘀法的临床应用范围，提高了对血瘀证的治疗效果，值得后人加深研究和推广。

2. 忆吴棹仙应用经方验案

吴棹仙老中医学识渊博，经验丰富，善用经方治疗疑难杂证。忆举验案两则。

1963年秋，吾母亲患左上肢疼痛，功能障碍，抬举困难半年，加重1个月。曾按肩周炎施治，投补阳还五汤、九味羌活汤，其效甚微。后请吴老诊治，拟甲己化土汤2剂：白芍60g，甘草24g。服药后疼痛大减。

二诊：原方加山药24g，又服2剂，疼痛消失，功能恢复，唯恐复发，要求再诊。

三诊：用二诊方再加熟地24g。服2剂后疼痛消失，功能恢复，未再复发。

按：吴老认为该病属经络气血不调，阴液不足，难以养



筋，用甲己化土汤以使木疏土平肝缓急。白芍、甘草柔肝和脾，酸甘敛阴，调和经络气血，缓解筋脉拘急，符合“诸痛者皆属于肝”的理论。复诊加山药以补土，加熟地以补肾，脾肾得健，肝气条达，其病则愈。

张某，女，42岁，成都市金牛区印刷厂工人。反复呕吐半年，因怕吐而拒食，日渐消瘦，不能坚持工作，曾诊断为“胃肠神经官能症”、“神经性呕吐”。服中西药物，时缓时剧，仍呕吐难止。请吴老诊治，问其症伴有渴喜冷饮、大便秘结、虚烦不眠。审其脉为弦数。拟《金匱》大黄甘草汤加味：生大黄 18g，甘草 9g，生姜 5 小片。服药 1 剂后大便轻泻，顿觉全身轻松，呕吐停止。

复诊：自觉精神好转，时有烦躁，原方加炒栀子、淡豆豉各 9g，2 剂。服完病愈。随访半年，呕吐未复发。

按：呕吐频发、渴喜冷饮乃胃热火盛之征；虚烦不眠、脉弦而数为胃肠积热之征。生大黄通腑泻热，甘草和胃护中，生姜、大黄一热一寒，具有升散之功。六腑以通为顺，升降之机得以调复，呕吐自止。复诊加炒栀子、淡豆豉即为栀子生姜豉汤，两方合用既治呕吐又治虚烦不眠，其病得愈。

3. 以导赤散为主治疗儿科病的体会

导赤散为儿科临床广为应用的名方，系北宋儿科名家钱乙创制，由生地、木通、竹叶、甘草组成，以清热通淋、导心热从小便出为功效。以本方为主治疗儿科病收效较好，现介绍如下。





①尿路感染：急性偏热者症见尿急、尿痛、尿频、身热、烦躁不安、尿赤、脉数等。用导赤散加车前子、青蒿、柴胡、黄芩。水煎服，一般用药7天均见效。

②急性肾炎：多出现浮肿、血尿、血压高等征象。其苔厚、脉数，验尿有红细胞。证偏热者用导赤散加车前草、栀子、白茅根、黄芩、茯苓，水煎服。进药6天获效，10天症状可大减。

③尿路结石：以腹痛、尿血为临床特征。证偏热者用导赤散加金钱草、白芍、竹叶、白茅根、玄胡，水煎服。用药3天症减，治疗8天排出尿石而愈。

④口腔炎：以口腔炎性改变为特点。偏热者用导赤散加黄芩、石膏、车前草、麦冬、知母，水煎服。一般用药3剂则愈。

⑤鹅口疮：口内见有白屑者多属热性。用导赤散加黄芩、车前草、麦冬，水煎服，一般用药3剂则愈。

4. 小柴胡汤临床运用体会

小柴胡汤出自《伤寒论》，由柴胡、黄芩、人参、半夏、甘草、生姜、大枣七味药物组成。本方为伤寒少阳证往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕，口苦，咽干，目眩等症而设，具有和解少阳之功效。

少阳柴胡证除上述主症外，《伤寒论》98条还列举了一些或然症，说明少阳病会影响致其他脏腑功能失调。《素问·六节脏象论》云：“凡十一脏取决于胆。”李东垣解释曰：“胆者，少阳春生之气，春气升则万物化安，故胆气春升，



则余脏从之，所以十一脏取决于胆也。”反之，其他脏腑的某些病变由少阳病所致者调治重在少阳，疾病很快会得到痊愈。现举如下数则，以示一斑。

(1) 心悸

《丹溪心法》谓：“悸者怔忡之谓。”《清代名医医案精华·凌晓五医案》谓：“肝为心母，操用神机，肝木与心火相煽动，肝阳浮越不偃，彻夜不寐，心悸怔忡，有不能支持之候。”肝经郁热，胆失疏泄，上扰于心，则见心悸、胸闷、胁痛、暖气、呕恶、口苦、舌淡红、苔薄白或薄黄，脉弦。此证多于胆系炎症或结石等病变引起的心悸。治宜疏肝利胆，健脾和胃。常用小柴胡汤加枳壳、白芍、郁金、金钱草等。若失眠多梦，酌加枣仁、五味子；胆系结石加鸡内金、牛膝。

钟某，女，53岁。自述1993年4月因胆结石行胆囊切除术，术后恢复良好，但偶因饮食不慎则肝区闷胀不适。1996年2月开始常见心悸，至今已有半年余，曾作心电图示V₁、V₅、aVL导联S-T段下移未超过0.05mV，偶见房性早搏。B超提示胆管壁欠光滑。诊为胆心综合征，服药效果不显著。于1996年8月31日来我处就诊。

患者自述心悸，右胁胀痛，失眠多梦，口苦不渴，小便黄，舌淡红，苔薄黄，脉弦数。辨证为肝胆郁热，上扰心神。治以疏肝清热、行气止痛。方用小柴胡汤合四逆散加减。

处方：柴胡10g，黄芩10g，栀子10g，金钱草15g，太子参10g，法半夏10g，枳壳12g，白芍15g，郁金15g，甘草5g。

服药8剂，诸症消失。





(2) 咳嗽

《素问·咳论》曰：“肝咳不已，则胆受之，胆咳之状，咳呕胆汁。”叶桂曰：“少阳郁热，上逆于肺，证见两寸脉大，咳甚脘闷，头胀，喉痒，应先解木火之郁。”均说明胆附于肝，与肝相表里，同为相火之脏，主升发之气，受邪后常易使气上逆冲肺而致咳。余治此疾有咳嗽兼口苦、呕恶者便用小柴胡汤加止咳药物而取效。

如治张某，女，28岁，咳嗽月余，用中西药物治疗咳嗽仍不止。余诊其咳嗽无痰，喉痒，胸闷，口苦，恶心，乏力，舌淡红，苔薄白，脉弦。用小柴胡汤加蝉蜕、瓜蒌壳、杏仁、桔梗、枇杷叶，6剂而愈。

(3) 淋证

《素问·灵兰秘典论》曰：“三焦者，决渎之官，水道出焉。”邪郁少阳而致水道通调失职，则见寒热往来，心烦欲呕，口干口苦，胁胀，胸脘痞闷，舌红苔黄，脉弦滑。治宜疏利肝胆、清热利湿。方用小柴胡汤合八正散。

曾治喻某，女，25岁，尿频、尿急、尿痛周余，服诺氟沙星、金钱草冲剂未效。化验尿白细胞(+++)、红细胞(++)、蛋白(+)。患者不愿输液，转服中药治疗。

症见尿频、尿急、尿痛，发热，体温37.8℃，口干口苦，小腹作胀，恶心，舌红，苔薄黄，脉弦数。证属少阳郁热、湿热下注。治宜和解少阳、清利湿热。

处方：柴胡15g，黄芩15g，半夏10g，白茅根20g，车前草15g，蒲公英15g，篇蓄10g，瞿麦12g，茯苓15g，银花12g，野菊花12g，枳壳10g，甘草5g。

服药6剂诸症消失，小便常规仅见少许白细胞。



(4) 胃痛

《素问·至真要大论》曰：“木郁之发，民病胃脘当心而痛。”《沈氏尊生书·胃痛》曰：“胃痛，邪干胃脘病也……唯肝气相乘为尤甚，以木性暴，且正克也。”脾以升为顺，胃以降为和。胃气不降就会出现胃脘疼痛、胀满等症，胃气反而上逆，则可见呃逆、呕吐等症。按照中医理论，胃主受纳，脾主运化，其功能的正常与否，除依赖脾胃之气外，与肝胆之疏泄密切相关。肝气疏泄条达，则脾胃升降正常；肝失疏泄，横逆犯胃，则胃失和降，便会产生肝胃不和之证。肝气郁结化火，可见嘈杂、口干、口苦、苔黄、脉数等肝胃郁热之象。

基于上述认识，认为本病重点在于肝失疏泄，治疗应以疏肝和胃立法，以达到肝胆调畅、胃痛自止的目的。小柴胡汤具有疏解肝胆、补气和胃的作用。2003年余用小柴胡汤加蒲公英观察治疗胆汁反流性胃炎60余例，都取得了满意的临床效果。但临床上可根据患者的不同证型随症加减。如气滞而胀者加枳壳、厚朴等；血瘀而痛者加延胡索、白芍等。

(5) 耳鸣

手少阳三焦经从耳后进入耳中，出走耳前；足少阳胆经从耳后进入耳中，出走耳前。少阳经脉与耳相联络。《伤寒论·辨少阳病脉证并治》说：“少阳脉，两耳无所闻。”若邪郁少阳，热邪循经上壅于耳，则见耳鸣。余治耳鸣，不管病程久暂，只要见口苦、目眩，或见呕恶等症，虚象不明显者，都选小柴胡汤加石菖蒲、路路通，并随症化裁。余近3年收集此类病例17例，除2例失访外，其余15例均获痊愈。





(6) 悬饮

悬饮为饮停胸膈的病变，或停于右胸，或停于左胸，甚则两侧胸膈俱见。悬饮病因复杂，病机各异，治则、选方亦不同。胸膈属上焦，然饮停胸膈的某些病变属于三焦决渎失职、水道不利者，仍可采用和解少阳、疏利三焦之治法，使饮消病愈。

如治某男，32岁，1989年6月4日初诊。1周前感冒咳嗽，服我院自制肺炎合剂，病情不减，渐至壮热口渴思冷饮，咳嗽气急，咯痰黄稠量多，汗少，胸闷，右肋疼痛，小便黄赤，大便干结，2日未行，舌红苔黄腻，脉滑数。胸透提示右侧渗出性胸膜炎(中等量积液)，超声波检查示右第七肋间可探及2.5cm液平，体温39.6℃，白细胞 $17.2 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞0.88，淋巴细胞0.07，嗜酸性粒细胞0.05。患者对青霉素过敏。证属邪郁，痰热壅肺，腑气不通。治以和解少阳、化痰宣肺、清热攻下、活络止痛。用小柴胡汤合宣白承气汤化裁。

处方：柴胡15g，黄芩15g，半夏12g，郁金15g，连翘15g，杏仁12g，麻黄10g，桃仁12g，全瓜蒌30g，金银花30g，生石膏40g，生大黄10g(后下)，甘草10g。

服药2剂后大便通，热势稍挫，体温38.4℃，但午后和夜间发热较甚，于上方减生大黄至6g同煎，再进6剂。体温正常，仍咳嗽气喘，咯痰稠黏不爽，口干苦，饮水不多，右肋胀痛，舌红，苔黄而干，脉滑数。恐有伤阴之变，故用小柴胡汤合葶茎汤加減。

处方：柴胡10g，黄芩10g，芦根30g，薏苡仁30g，冬瓜仁15g，郁金15g，花粉15g，大枣12g，桃仁12g，白芥子10g，葶苈子10g，杏仁12g，桔梗10g，枳壳10g，甘草5g。





又服 12 剂，诸症悉平。胸透复查无异常。

5. 通法治疗脘腹胁肋疼痛的体会

脘腹胁肋疼痛发病的基本病理是肝郁气滞，脾胃纳运升降失常，气血瘀阻不畅，即所谓“不通则痛”。治疗上多采用通法，使气血调畅，纳运复常，则其痛自已。但当辨其虚实寒热，分别施治。实则攻之，虚则补之，热者寒之，寒者热之，滞者通之，积者散之。正如高士宗《医学真传》所说：“通之之法，各有不同，调气以活血，调血以和气，通也；上逆者使之下行，中结者使之旁达，亦通也；虚者助之使通，寒者温之使通，无非通之之法也。”

足厥阴肝经布胁肋，抵少腹，绕阴器，肝与胆互为表里，肝胆病变多见胁肋痛、少腹痛。如《素问·脏气法时论》载：“肝病者，两胁下痛引少腹，令人善怒。”脾胃同居中焦，脾气主升，胃气主降，为气机升降出入之枢纽，脾胃受病，升降失调，多见胃痛、腹痛。如《顾氏医镜·胃脘痛》说：“阳明中土，万物所归，故世人之患胃病，腹痛者甚多。”肝属木，主疏泄，性喜条达，肝失疏泄，每易乘脾犯胃，兼见胃痛、腹痛；脾胃升降失调，土壅木郁，可兼见胁痛。所以，脘腹胁肋疼痛可以单独出现，亦可相互并见。治肝胆、治脾胃须有主次，但更多的是肝胃同治或肝脾并调。现就一般通法治痛的治则作一简要的概述。

(1) 疏肝理气、和胃止痛法

适用于忧思恼怒，久郁不解，伤及于肝，肝气不舒，横逆犯胃，胃失和降所致的两胁、胃脘胀痛，遇情志不遂则加





重，嗳气，吐酸，善怒而太息，纳食量少，苔薄白，脉弦。治宜疏肝理气、和胃止痛。方选柴胡疏肝散合左金丸。药用柴胡、枳壳、白芍、吴茱萸、黄连、木香、延胡索、香附、甘草。若气郁化火，耗伤胃阴，胃失润降，见胃脘灼痛、口干苦者，酌加生石膏、栀子、石斛；胃气上逆，恶心呕吐者，加姜半夏、竹茹；气机郁滞，“久痛入络”，脉络失和，气血瘀滞者，酌加郁金、丹参、五灵脂；便血加白及、藕节。

如治朱某，男，41岁，1999年7月24日诊。患者1周前因工作关系与同事争执，遂发胃痛，痛连两胁，恶心，口苦泛酸，嗳气频繁，舌质红，苔薄黄，脉弦数。不愿作有关检查，要求服中药治疗。此即《临证指南医案·木乘土》篇所云：“情志不遂，肝木之气，逆行犯胃，呕吐膈胀……凝滞血药，乃病之对头也。”证属肝气不疏，郁而化火，胃失和降。治宜疏肝泻火、和胃降逆。药用：柴胡10g，枳壳12g，白芍15g，吴茱萸3g，黄连6g，栀子12g，木香10g，延胡索15g，香附12g，竹茹12g，甘草5g。服药5剂而痊。

(2) 补中益气，调中止痛法

适用于脾胃气虚，运化不及，升降失调，气机郁滞，血行不畅之证。症见脘腹隐痛，饥饿时加重，进食后痞胀不适，饮食减退，气短倦怠，舌淡，苔薄白，脉弦细弱。治宜补中益气、调中止痛。方宜香砂六君子汤。药用广木香、砂仁、半夏、陈皮、党参、白术、茯苓、白芍、延胡索、甘草。方中六君子健脾和胃，取广木香、砂仁调畅气机，使郁结之气得以调畅，以行补药之滞，两相兼顾，不可单用“虚者助之使通”法。加白芍以敛肝，延胡索行气活血止痛，以治气滞血瘀之变。若泛酸者加左金丸、乌贼骨；厌食者加焦



三仙；气虚甚者加黄芪；气虚阳微者加桂枝；气滞明显者加厚朴、木香。究其临床，痛症纯虚者少，虚实夹杂者多见，总以攻补兼施之法为要。

如治张某，男，54岁。1998年10月14日初诊。患者素嗜烟酒，1997年3月因胃痛作胃镜检查，诊为胃炎、十二指肠球部溃疡，经用阿莫西林、雷尼替丁、硫糖铝治疗症状消失。2个月前胃痛复发，作胃镜检查后仍诊为十二指肠球部溃疡。症见胃脘隐痛，痛及右肋，饥饿时痛甚，进食后饱胀，嗳气，泛酸嘈杂，饮食尚可，舌淡红，苔薄黄，根部微腻，脉弦细。诚如《医家心法·吞酸》所言：“凡是吞酸尽属肝木，曲直作酸也……脾气不运而酸者，是指郁之极，湿热蒸变，如酒缸太热则酸也，然总是木气所致。”证属脾虚气滞，木郁不达，兼挟湿热。治宜补中益气、调畅气机、清热除湿。药用：广木香12g，砂仁6g，陈皮10g，党参12g，苍术10g，茯苓15g，白芍15g，延胡索15g，吴茱萸3g，黄连6g，乌贼骨20g，厚朴10g，甘草10g。守方并随症加减，服药35剂而安，随访3年未复发。

我的临床体会是：治疗脘腹胁肋疼痛时，气滞者行气、血瘀者治血、痰阻者化痰、湿滞者除湿属于实证治疗的常用法则。对于虚证，包括气虚、阴虚、阳虚所致的疼痛，多由于脏腑虚损，功能不足，多兼气滞、血瘀或痰滞、湿停，可以根据疼痛之不同部位及脏腑的相互关系，适当加入调气活血、化痰除湿之品。但应特别注意的是：气虚者行气不可太过，以免耗气；阴虚者不能过于香燥，以防阴液重伤。





6. 消化性溃疡的诊治体会

消化性溃疡属于西医病名，可分为胃溃疡、十二指肠溃疡和混合性溃疡。根据消化性溃疡的临床特点，属于中医学的“胃脘痛”、“吐酸”、“便血”、“嘈杂”等范畴。就某一特定病人而言，可能只表现为1个中医病种，但更多的出现2个或2个以上的中医病种。临床医生很难找到成规来辨治之。故消化性溃疡有其特殊的诊治规律，有待临床不断总结，加以提高。

(1) 病因病机特点

消化性溃疡多以饮食不节，损伤脾胃，或劳倦内伤，或素体脾胃虚弱为其发病之因。历代医家认为，该病以脾虚为本。正如李东垣《脾胃论》所说：“若胃气本弱，饮食自倍，则脾胃即滞，而元气不能充而诸病由所生也。”

病位主在脾胃，但与肝的关系至为密切。肝属木，为刚脏，喜条达，主疏泄，七情刺激可使肝之疏泄失职，肝气横逆，木旺乘土；或脾胃虚弱，升降失调，中土壅滞，木郁不达，故病多关乎肝。这一点早在《内经》就有足够的认识。如《素问·至真要大论》云：“厥阴司天，风淫所胜，民病胃脘当心而痛。”后世医家对此亦多有阐述。如《临证指南医案·木乘土》篇说：“情志不遂，肝木之气，逆行犯胃，呕吐膈胀……凝滞血药，乃病之对头也。”《杂病源流犀烛·胃病源流》亦说：“胃痛，邪干胃脘病也……惟肝气相乘为尤甚，以木性暴，且正克也。”对“吐酸”、“嘈杂”有关肝、脾（胃）的病理影响，历代医家也有深入的论述，在此不再



赘述。

脾胃虚弱，或肝郁乘脾，脾运化水湿功能减退，则湿滞为饮，饮聚为痰；气机郁滞，血行不畅，或气虚运血无力，血液迟滞，形成瘀血。这是病变的进一步发展，也是疾病难以根除的重要原因之一。正如《临证指南医案·胃脘痛》所说：“胃痛久而屡发，必有凝痰聚瘀。”

（2）治疗原则

消化性溃疡病人多以胃脘痛为主要临床表现。基本病理是脾胃纳运升降失常，气血瘀阻不畅，即所谓“不通则痛”。治疗上多采用通法，使气血调畅，纳运复常，则其痛自止。通法并非只用通泻之法，应辨病之虚实寒热，分别施治。正如高士宗《医学真传》所说：“通之之法不同，调气以活血，调血以和气，通也；上逆者使之下行，中结者使之旁达，亦通也；虚者补之使通，寒者温之使通，无非通之之法也。”这是对中医学通法治痛学术思想最为全面而深刻的阐述，示人以规矩。

（3）组方原则

我综合多年的临床体会及众多临床病例分析，认为消化性溃疡均为虚实夹杂证，单纯的虚证、实证实属罕见，而虚证以气虚、阳虚者多见，阴虚者较少。脾虚为本，湿阻、痰凝、寒热、气滞、血瘀为标，此为消化性溃疡的基本病机，临床亦多基于此立法处方。

①主用益气健脾法

根据临床症状适当选用黄芪、党参、白术、茯苓、甘草。黄芪补气升阳、生肌敛疮，有促进溃疡愈合功能；甘草补中益气，有抗胃酸、保护溃疡面及缓解胃肠平滑肌痉挛作用，故二味中药尤为首选。益气健脾药物的使用可强壮身





体，提高胃、十二指肠局部的抵抗力，有“正气存内，邪不可干”之作用，利于邪气的消除，可防止邪气的再次入侵和疾病的复发。酌配厚朴、木香、吴茱萸等调畅气机；配黄连、蒲公英等清热解毒，即便为寒证，亦可应用。从微观辨证看，消化性溃疡有充血、水肿，类似疮疡的红肿，少佐清热解毒药每能提高临床疗效。

②择用活血化瘀药

一般选用延胡索、郁金、丹参等行气活血止痛之品，若效果不显则加入破血逐瘀的三棱、莪术。《医学衷中参西录》中认为三棱、莪术“若与参、术、芪诸药并用，能开胃进食，调血活血。”又说：“三棱、莪术者，诚以其既善破血，尤善调气。补药剂中以为佐使，将有瘀者瘀可速消，即无瘀者亦可借其流通之力，以行补药之滞，而补药之力愈大也。”据临床观察，即使无瘀证表现，适当配伍活血化瘀之品也能迅速改善临床症状，减少溃疡的复发。

(4) 剂型选择

治疗消化性溃疡时剂型的选择至关重要。一般而言，临床症状表现突出者用汤剂，使其迅速吸收而发挥药效，随时调整药物以照顾每一个病人的特殊病情。一旦临床症状缓解，便用散剂，最好在餐后2小时左右冲服，服药后平卧，左右翻转2~3次，方能提高临床疗效。

(5) 溃疡散方药

溃疡散由黄芪、黄连、白芍、延胡索、三七、白及、乌贼骨、厚朴、炙甘草等组成。方中黄芪益气健脾、生肌敛疮；白芍合甘草缓急止痛；三七、延胡索祛瘀生新、消肿止痛；黄连清胃热、燥脾湿；厚朴辛开苦降，苦以降气，解郁消闷，调整胃肠道蠕动功能；白及消肿生肌、清热止血；乌



贼骨收涩生肌、制酸止痛。诸药相配，有补中益气、调气活血、辛开苦降、制酸止痛功效，用于治疗消化性溃疡能收到较好疗效。

(6) 防止溃疡复发

活动性溃疡病人通过接受科学治疗达到高质量愈合后，必须进行阶段性抗复发治疗。这充分体现了中医学防患于未然的学术思想，而不是简单地痛止病愈而停药。抗溃疡复发要消除溃疡病诱因，如饮食不当、情志因素、饮酒、吸烟、药物副作用等。还应接受正规的药物治疗，调理胃、脾、肝等相关脏腑功能，这是中医药抗溃疡复发的主要着眼点。

典型病例

朱某，男，45岁，开县岳溪镇居民。患者1997年6月出现胃痛，经检查诊断为胃溃疡，用阿莫西林、雷尼替丁、硫糖铝片治疗月余，溃疡愈合而停药。2000年1月胃痛复发，作胃镜发现胃小弯有 $0.8\text{cm} \times 0.7\text{cm}$ 溃疡面。转服中药治疗。

患者自诉胃脘痛，泛酸，嘈杂，大便稍干结，口干不思饮，倦怠乏力，舌淡红，苔薄黄，脉弦。辨证为肝胃郁热，气血运行不畅，不通则痛，兼脾胃虚弱。治宜调和肝胃、行气活血止痛，兼益气健脾。

处方：吴茱萸 3g，黄连 6g，蒲公英 15g，厚朴 10g，木香 10g，延胡索 15g，乌贼骨 20g，白及 15g，太子参 15g，白术 15g，茯苓 15g，白芍 20g，甘草 10g。

5剂后胃痛、泛酸大减，仍倦怠，大便干，于原方加黄芪 15g、生地 15g。再服5剂，诸症若失。后服溃疡散剂1个月，未作胃镜复查。随访3年未复发。





7. 治疗胃脘痛六法

胃脘痛是临床常见病，从其临床表现看，西医学的急、慢性胃炎、胃下垂、胃痉挛、胃及十二指肠溃疡、胃神经官能症等疾患都可归属于中医学胃脘痛范畴。近 20 年来，我在逐步摸索中也积累了一些成功经验，今录之，或许对年轻人有所帮助。

(1) 健脾温胃法

饮食不节、居处不宜均可导致脾胃损伤，日久渐使脾胃阳气虚弱，寒从内生，见胃脘隐痛喜按，食欲不振，呃逆嗳气，脘腹胀满，面色无华，四肢无力，大便稀溏，畏寒肢冷，舌淡苔腻，脉沉弱无力等。治以温胃健脾。选黄芪建中汤加味，用炙黄芪、桂枝、党参、白术、茯苓、白芍、陈皮、半夏、生姜、大枣之类。若见气滞胀痛，加木香、枳壳、佛手；冷痛用玄胡索配吴茱萸；泛酸加海螵蛸、苏叶等。记得在 1984 年 10 月治一男性工人刘某，就是采用此方获愈的，以后每遇虚寒性胃脘痛即投此方，屡试屡效。

(2) 祛湿健胃法

湿邪最易困扰脾胃，致使脾胃运化功能失调，且缠绵难愈。临床常见口淡无味或口渴不欲饮，肢困倦怠，大便溏薄，头重如裹，舌淡苔腻，脉沉细而濡。治以健脾胃、祛湿邪，方宜二陈汤加味，选半夏、陈皮、茯苓、甘草、苍术、厚朴、藿香、川芎等。二陈汤本为燥湿祛痰止咳之良剂，但用以治疗胃脘痛效果也很不错，特别是苍术、厚朴、藿香、川芎都属于芳香之味，用于治疗脾湿能增强芳化之力，以利



湿浊化解。

(3) 泄热清胃法

能引起胃中积热的原因很多，既有外来的，也有内生的。临床常见胃脘灼痛，心烦易怒，嘈杂泛酸，咽干口苦，舌红苔黄，脉弦而数。治以泄热清胃。用《景岳全书》化肝煎和《丹溪心法》左金丸合方加减。方中陈皮、青皮、丹皮、栀子并用能增苦降泄热、凉血安胃之功；吴茱萸取其辛散开郁；白芍、甘草酸甘化阴。若兼见呕恶，酌加姜半夏、竹茹；泛酸重则加海螵蛸、煅瓦楞子等。

(4) 化滞开胃法

多饮暴食，饮停食滞可致胃中气机阻塞，产生胃脘疼痛。临床常表现为胃脘胀满疼痛，噎腐吞酸，恶心呕吐，吐后痛减，或大便不爽，舌苔厚腻，脉弦滑。治以消食导滞、开胃止痛。用保和丸加枳壳、砂仁、槟榔之味可以收效。

(5) 疏肝和胃法

肝主疏泄，调畅气机，协助脾胃之气升降，因而疏肝和胃法是临床治疗胃脘痛的基本方法之一。肝胃不和引起的胃脘疼痛以胀痛为主，或攻窜两胁，或胃脘痞满，每因情绪变动或恼怒生气而发作，甚或加重，胸闷叹息，纳呆腹胀，嗳气则舒，舌质舌苔大多无变化，但脉弦有力。方选柴胡疏肝散为主。方中柴胡能散能升，长于疏解郁结；枳壳与柴胡相配，一升一降，可疏肝胃、导壅滞；白芍配柴胡柔肝缓急、调肝护阴，刚柔相济，相辅相成，体用兼顾，互为制约；白芍与甘草相伍，缓急和中止痛；陈皮、香附行气疏肝理脾；川芎为血中之气药，长于行散开郁止痛。诸药合用，共达疏肝和胃之功。又因肝为刚脏，肝气郁结极易化火，气火上逆则兼头痛头胀、口苦目赤、胁肋灼痛、急躁易怒等症，可予





左金丸加丹皮、山梔等品。

(6) 养阴益胃法

胃病日久，郁热伤阴，胃失濡养，渐致胃脘疼痛。其临床主要表现为胃脘隐痛或灼痛，嘈杂暖气，咽干口渴，大便秘结，舌红少津或剥苔、少苔，有的患者还可能会出现舌面小裂纹，脉细数而弦。治以养阴益胃，方选益胃汤合芍药甘草汤加减，药用麦冬、生地、玉竹、沙参、石斛、白芍、甘草。若胃中嘈杂泛酸较重，可与左金丸配用以增强制酸之力；若见呕恶，加竹茹、芦根、半夏；大便艰涩加槟榔、大黄、瓜蒌等。

8. 记 3 例家族性何首乌过敏

李某，女，62岁，干部。1988年因失眠多梦伴头昏，诊断为“神经衰弱”，来门诊求医，处以酸枣仁汤加味：枣仁、知母、茯苓各12g，川芎、五味子各10g，甘草6g，何首乌15g。服药2小时后患者出现憋气、心慌、上腹部隐痛，烦躁不安，呼吸急促，身有发痒的红疹，经急诊静滴地塞米松，口服扑尔敏、维生素C、含糖钙片，2小时后症状消失，次日试服以上中药少许，30秒后又出现上述症状，但较轻微，未服西药，自行缓解。患者自述以前也服过这些药，效果很好，就是没服过何首乌。后家属将第2剂未熬的生药弃去何首乌，再服，果然不出现上述过敏现象，确认为何首乌过敏。

张某，女，40岁，是上一例患者李某的女儿。1990年5月因贫血其爱人购得何首乌60g回家煮荷包蛋吃，以求补



血。吃后 2 小时出现恶寒发热，烦躁不安，恶心呕吐，头昏眼花，胸闷气促，阵发腹痛，送急诊观察，T 39℃，P 64 次/分，R 24 次/分，BP 90/45mmHg，静滴氢化可的松 100mg，30 分钟后症状控制，经休息而愈。1991 年 2 月因月经不调门诊开得中药 2 剂，服药 2 小时后出现肢软无力，恶寒发热，体温 40℃，烦躁不安，阵发性腹痛。查其处方中有何首乌 20g，因有何首乌过敏史，诊断为“何首乌过敏症”，经过抗过敏治疗而愈。次日将所剩 1 剂中药弃去何首乌再服，未见不适。

陈某，男，14 岁，李某的外孙。1992 年春随同学春游，扯了野花，挖了何首乌，满手粘有何首乌浆汁，下午回家后出现发热恶寒，恶心呕吐，肢软无力，身上有散在红疹。初诊为胃肠型感冒，服藿香正气水及解热镇痛药无效，疑为何首乌过敏，试用抗过敏治疗而愈。

按：何首乌具有益肝肾、补精血作用，对须发早白、阴虚便秘、虚烦不眠有较好效果，但使用时当注意产生药物热、过敏疹、恶心呕吐、呼吸急促、憋气等，切不可忽视。此种现象虽不多见，但也应引起足够重视。

9. 谈白芍的临床用法

白芍性味苦酸微寒，是一味用途广泛、功效卓著的常用药物。现代研究表明，本品含挥发油、苯甲酸、鞣质、芍药苷等多种成分，水煎剂对痢疾杆菌、溶血性链球菌、肺炎双球菌、大肠杆菌、绿脓杆菌、伤寒杆菌等有抑制作用。对胃及子宫平滑肌有抑制作用。芍药苷对中枢神经系统有抑制作





用。我认为白芍对各种平滑肌痉挛所致的腹痛（如肠痉挛、慢性胆囊炎、慢性胃炎、胰腺炎）及各种抽搐、痉挛性疾病（如面神经麻痹、腓肠肌痉挛等）都有较好的治疗作用。用量一般可考虑 5~10g。如果用于慢性胆囊炎、慢性胰腺炎、肠痉挛者，白芍可用至 18g，另加柴胡、枳实各 12g，甘草 10g。但是，对于横纹肌性疼痛（如风湿性肌炎、外伤、运动系统疾患）不宜使用。痛风误用此药后会使血尿酸略有增高。

10. 谈黄芪的临床运用

大凡学习中医的人都知道，黄芪味甘而微温，是补气升阳、益卫固表之佳品。据汉代《名医别录》载：“补虚损，五劳羸瘦，止渴，疗腹痛、泻痢，益气，利阴气。”现代研究证实，本品含糖类、胆碱、叶酸和数种氨基酸，能兴奋中枢神经系统，能增强网状内皮系统的吞噬功能，提高抗病能力等。我在临床中用本品治疗再生障碍性贫血、脑卒中、多汗症效果满意。在用量上，清代王清任治半身不遂虽用至 80g，但我一般用 30~60g，并配伍当归、赤芍、川芎、桃仁、红花等品。但是，对于肝阳上亢而血压升高、烦躁多怒者不宜用，因本品具有升提作用，若误用会使病情加重。点滴体会，仅供参考。

11. 漫话当归的补血止痛作用

众所周知，当归味甘辛性微温，功能补血调经、活血止



痛、润肠通便，为补血活血的首选药物。历代文献对本品的作用载述颇多，议论尤详。如《名医别录》云：“温中止痛，除客血内塞，中风痉，汗不出，补五脏，生肌肉”等；《本草纲目》载：“治头痛、心腹诸痛，润肠胃、筋骨、皮肤。治痈疽，排脓止痛，和血补血。”解放后对本品进行了深入研究，并有“当归注射液”和“复方当归注射液”等新剂型，为临床医生应用提供了方便。

我在多年的临床观察中体会到，选用本品时必须具有贫血面容才能用。如果是治疗再生障碍性贫血，选含有当归的当归补血汤或八珍汤；治乙型肝炎选逍遥散加味，用量一般考虑 5~15g，根据病情需要也可用至 20g。据观察，本品在大出血时不宜用，用后反而会使出血量增加。

12. 淫羊藿补阳强壮效果

淫羊藿性味辛温，功能补肾壮阳、强筋健骨、祛风除湿、止咳平喘。三峡库区民间常用本品煎水治外感风寒感冒，若与苏梗、竹叶共煎效果更佳。记得在 20 世纪 70 年代末，有人用本品浸膏片治疗慢性支气管炎，经治 182 例中 168 例有效。据实验研究证实，本品对实验动物狗有促进精液分泌的作用，能使动物交尾力增强。

我在临床中治疗再生障碍性贫血全血减少情况下必用该药，用量 10~30g，并配黄芪加八珍汤；治阳痿不举、神经性衰弱症本品用量 15~30g，并常与右归饮相配。但在选用时也应注意禁忌，凡阴虚阳亢者慎用。阳强不倒、精液自流者用之应更慎。





13. 药方小议

药和方是临床治病的工具，两者既有独立性又有统一性。单味药治病具有针对性强、作用专一的特点。使用得当后效果显著者即称为单方。《肘后方》《千金方》均有单方治病见奇效的案例。仅《金匱要略》一书中就有单方 55 个，占全书总方的 1/5。《本草纲目》载：“华老年五十余，病下痢，腹痛垂死，已备棺木，予以此散（玄胡末）三钱，米饮调服之。痛即减十之五，調理而安。”近代医家用夏枯草治淋巴结核，用车前草治淋病，用白茅根治尿血，用白及治肺结核咯血均收到很好的效果。随着对中药药理作用的深入研究，单味药以针剂、冲剂、粉剂、片剂、胶囊剂形式的临床应用范围逐渐扩大。如柴胡注射液退热，板蓝根冲剂治甲肝，川贝粉止咳化痰，玄胡粉止腹痛，效果都比较好。所以单味药的开发、研究、推广使用具有广阔的前景，因为它用药少而精，符合简、便、验、廉的原则。

两味药以上根据病情不同、体质差异、症状的轻重、时间的久暂、男女各殊、老幼各别，按照法度和规律，既识药性之专能，又合君臣之配偶，组成复方，应用于临床。如张仲景使用 170 余味中药组成《伤寒论》112 方、《金匱要略》262 方治疗疾病，至今仍有很强的指导性。

方药的应用既有原则性又有灵活性，随着方中药味的增减而临床适应证也随之而异。但也有一定法度可循，应组方严谨而不拘泥、随证化裁而不杂乱。如《伤寒论》中桂枝汤可加减为很多方。另外，方药中药物剂量不同而疗效各异



如厚朴三物汤与小承气汤药味相同但剂量不同，治疗适应证也不同。如果不按君臣佐使的原则，仅是一些药物的堆积，此为有药无方。临床确有医头痛者既用川芎、白芷、羌活又用藁本、蔓荆子、骨碎补；治消化不良既用山楂、建曲、淮山药又用内金、谷芽、莱菔子，这就属于头疼医头、脚疼医脚之类，没有重点没有层次，杂乱无序，很难收到满意的效果。

近临床所见医方越来越大，药味越来越多，药量越来越重，价钱也越来越贵，临床效果却令人忧虑。我见一肝病患者每天服药 8 种之多，有西药、中药汤剂，还有中成药，结果肝病不愈，反而增加肝肾负担，造成肝肾功能衰竭。另见一处方用药 64 味，仅黄芪一味就 200g，且每日 1 剂，煎汤口服。如此多的药味，如此重的药量，如何分得出君臣佐使的法度呢？大包围、杂乱、拼凑的处方多失方意，层次难分，结构不清，相互牵制，治疗效果难以使人相信。复方中药物的多重杂乱往往造成毒副作用，如小剂量的木通有利尿、通奶的作用，而大剂量则损害肾功能。

临床实践中处方应当精炼。《伤寒论》《金匱要略》的处方为佳方，方法严谨，药味不多，效果显著。《伤寒论》112 方平均 4.8 味药，《金匱要略》262 方平均 4.6 味药，如茵陈蒿汤仅 3 味药治疗黄疸型肝炎，效果极佳。近来研究出治疗心绞痛、心肌梗死的苏冰滴丸，具有剂量小、效果好、成本低、易服用、易携带等优点，它就是从苏合香丸 15 味药中精简为冠心舒合丸 6 味，再精简为 2 味。又如治白血病的靛玉红就是当归芦荟丸中青黛的提取物。当然，我也不反对应用效果很好的时方，如九味羌活汤、桑菊饮、银翘散等名方。但我更主张大力推广药味单纯、效果确切、配方精炼





的药方，因为只有这样才更符合于简、便、验、廉的原则，同时又节省药源。

14. 小儿食积防胜于治

余临证多年，患食积者不胜枚举，其虽为小恙，但治之亦颇费心机。何然？小儿年龄愈小其脾胃功能愈薄弱，所患食积亦多。尤其现在独生子女在乳食调护及生活管理方面均有特殊，由于食量太过、食味过腻等因素，使薄嫩之脾胃难以纳化，阻滞中焦气机，以致成疾。

此积之治以保和丸为灵，积虽消去，但胃伤难复，久者及脾，对健康发育颇有影响。所谓小疾何以难医，岂不知此积消去，饮食、生活不知谨节，伤之因不除，胃积不断叠起，日久者成为痼疾。积久化热，热伤胃气，胃失其机则厌食、脘痛等病随之而起。俗谓积为疳之母，亦示积之治失宜则他病必至。

因此，治小儿食积易，防小儿食积难。如今养小儿饥者甚少，而饱食过养逐渐伤者鲜为人知，此害甚矣。为此强调小儿食积应重防，《济阴纲目》记有：“惜儿须惜食”，《诸病源候论》很早告诫：“小儿食不可过饱，饱则伤脾”，元代曾世荣《活幼心书》指出：“殊不知忍一分饥，胜服调脾之剂”，故曰：“孩提之童，食不可过伤”，书中还用歌赋概括小儿常安，其谓：“四时欲得小儿安，常要一分饥与寒，但愿人皆依此法，自然诸疾不相干。”可见小儿食积之防在于把好饮食关，做到《医宗金鉴》所说的“乳贵有时，食贵有节”，小儿无积胃何以伤。



15. 应重视对便秘的防治

便秘是消化道疾病的常见症状，也是一个常见病症。随着人们饮食的精细化，运动量的减少，以及精神压力的增大，导致便秘的发病率呈上升趋势。长期便秘使体内代谢毒素不能及时排除，可促进人体衰老，诱发炎症或肿瘤，给健康造成危害，严重影响人们的生活质量。因此，研究便秘的防治是保障人们健康的重要方面。

从流行病学角度看，在正常人群中有 20% 曾经有过便秘史，我国北方便秘的患病率高于南方，女性高于男性，老年人高于中青年人，但青少年患者也不少见，尤其是在校青年女学生由于追求苗条，节食减肥而导致便秘者更为常见。另据北京、广州、成都、西安等六大城市 8252 名 60 岁以上老人调查结果显示，老年便秘患病率为 11.5%，而北京高达 18.2%，且随年龄的增大患病率也增高。

要预防便秘，首先应做到生活有规律，养成良好的饮食卫生习惯，做到不强忍便，应定时排便，多饮水，多进食一些粗纤维类蔬菜瓜果，增加户外活动，多做自我腹部按摩，尽量减少心理压力等。严重者可选择润肠道药帮助排便，西药如硫酸镁、中药如番泻叶或生大黄等都具有良好的泻下作用。但是，在选用泻下药时一定要视体质而定，特别是孕妇更应引起高度注意，以免对胎儿不利。



16. 表里同治法临床运用拾零

表里同治法适用于既有表证又有里证的表里同病患者。究其治法，自《伤寒论》而下，有“先治表，后治里”，或“先治里，后治表”之争。亦有表里同治者，如《小儿药证直诀》的败毒散、《伤寒六书》的再造散、《外台秘要》的葱白七味饮、《通俗伤寒论》的加减葳蕤汤、《伤寒六书》的柴葛解肌汤、《宣明论方》的防风通圣散、《太平惠民和剂局方》的五积散、《外台秘要》的石膏汤等都为表里同治法开了先河，但终未成体系。吾辈根据临床所得谈点体会。

(1) 辛温解表、益气健脾法

本法适用于素体脾胃虚弱，复感外邪者。气虽来源于先天，但与后天的充养关系至为密切。脾胃为后天之本，脾主运化，胃主受纳，为人体气血生化之源，正如《灵枢·营卫生会》篇所说：“人受气于谷，谷入于胃，以传与肺，五脏六腑，皆以受气，其清者为营，浊者为卫，营在脉中，卫在脉外，营周不休，五十而复大会，阴阳相贯，如环无端。”气有护卫肌肤、抗御邪气的功能，这就是我们常称的正气之一。人体正气强外邪不易入侵，正气虚弱则外邪易于侵袭而为外感病证，如《灵枢·百病始生》所说：“风雨寒热，不得虚邪，不能独伤人。此必用虚邪之风，与其身形，两虚相得，乃客其形。”脾胃虚弱而复感外邪者，临床上除有外感表证外，每兼倦怠乏力、饮食减退等症。治宜辛温解表与益气健脾双管齐下，方能提高疗效。如此则外邪除，正气复，疾病易于康复。



如治刘某，男，54岁。1周前因外出劳累，复感外邪，症见恶寒、头身疼痛，自服九味羌活丸，头身疼痛稍减，仍感恶风寒，头痛以前额为甚，周身酸痛，流清涕，乏力，舌淡苔薄白脉细缓。证属脾胃气虚，风寒外袭。治宜辛温解表、益气健脾。方用九味羌活汤合四君子汤化裁。

处方：党参 15g，白术 15g，茯苓 15g，黄芪 15g，川芎 10g，白芷 12g，防风 12g，细辛 6g，甘草 5g。

服药 2 剂，除肩背痛甚外，余症若失。继于原方加威灵仙 10g、姜黄 10g，又服 2 剂而安。

(2) 辛温解表、温中散寒法

本法适用于素体脾胃虚寒，复感外邪所致者。中医治病非常注重每一个体的体质因素，如同感某种邪气，因个人的体质因素不同，治法亦异。如《医宗金鉴》说：“人感邪气难一，因其形藏不同，或从寒倾，或从虚化，或从实化，故多端不齐也。”章虚谷亦提出“邪气因人而化”的观点。若素体脾胃虚寒，复感风寒之邪，临床除风寒表证外，每兼脘腹疼痛，遇寒加重，肢体倦怠，或腹痛，大便不实，不思饮食，口淡不渴等症。临床宜辛温解表、温中散寒两相兼顾。

如治邓某，男，43岁。患者 2 个月前因胃脘痛作胃镜检查，诊为慢性胃炎、十二指肠球部溃疡，服用雷尼替丁、阿莫西林、硫糖铝片，病情时轻时重。3 天前因感冒，服药后胃痛加重，转服中药治疗。刻诊：恶寒、发热、头痛不甚，胃脘隐痛，喜温喜按，口渴思热饮，舌质淡胖，苔白微腻，脉迟无力。证属脾胃虚寒，外感风寒。用黄芪建中汤加減。

处方：黄芪 20g，桂枝 10g，白芍 18g，大枣 10g，鹿角霜 12g，白芷 2g，乌贼骨 20g，白及 15g，延胡索 15g，炙甘





草 10g。

用药 3 剂，诸症若失。于原方加蒲公英 12g，寒温并用，继服 20 余剂，胃镜复查十二指肠溃疡愈合。

由此说明，桂枝、白芷之类辛温解表药既可用治感冒，配伍得当亦可治疗胃痛之疾。

(3) 辛温解表、清胃凉血法

本法适用于素体胃热偏盛，或嗜食辛辣香燥之品，胃火偏亢，复感风寒之邪，或风寒外袭，入里化热，表证仍在者。临床上有表证，亦有口渴、口臭、牙龈肿痛等胃热偏盛之里证。治宜辛温解表、清胃凉血。

如治王某，女，36 岁。患者牙龈肿痛 5 天，用抗生素治疗效果不显。就诊时牙龈肿痛，口渴思饮，口臭，上腹不适，两侧前额疼痛，恶寒，大便稍干，舌红，苔薄黄，脉滑数。证属胃热上冲，寒邪外束。治宜清胃凉血、散寒止痛。方选清胃散加减。

处方：升麻 10g，黄连 6g，生地 20g，丹皮 12g，生石膏 30g，牛膝 10g，白芷 10g，细辛 10g，赤芍 12g，薏苡仁 30g，枳实 10g，甘草 5g。

服药 5 剂而痊。

(4) 辛温解表、润肠通便法

适用于素体津枯肠燥，大便秘结，又感外邪的患者。临床上既有恶寒身痛的表证，又兼腹胀便秘之里证。用辛温解表、润肠通便法才能使表解便通而愈。

如治彭某，男，76 岁。患者有便秘史 10 余年，服麻仁丸无济于事，服番泻叶、大黄等泻药后腹痛难忍。曾作纤维结肠镜检查，诊为乙状结肠炎。近 3 个月因感冒转服中药治疗。就诊时恶寒，头痛，颈项强痛，无高血压病史，周身酸



痛，大便干结，两日一行，便时苦恼，小腹胀痛，以右侧为甚，口不渴，舌淡红，苔薄根部微腻，脉弦。证属外感风寒，津枯肠燥，腑气不通。治宜解表散寒、行气消胀、润肠通便。方用九味羌活汤合麻子仁丸。

处方：防风 12g，白芷 12g，细辛 12g，苍术 15g，川芎 10g，葛根 20g，杏仁 10g，白芍 18g，枳实 15g，厚朴 15g，火麻仁 30g，生首乌 20g，当归 10g，茯苓 15g，甘草 5g。

服药 6 剂，诸症消失。后以麻子仁丸合增液汤加味巩固疗效，以解便秘之苦。

(5) 解表散寒、行气止痛法

适用于素有胃炎、胃及十二指肠溃疡等疾病，或感冒服用某些对胃有影响的药物，导致表证与脾胃气滞病证相兼出现。临床多表现为恶寒或头身疼痛等症。治宜解表散寒、行气止痛，才无顾此失彼之虑。

如治蔡某，女，36 岁。患者有慢性胃炎病史 5 年余，经常胃脘胀痛，服心胃止痛胶囊效果较好。8 天前因感冒四肢关节疼痛，自服扑炎痛片后关节疼痛减轻，胃痛复发。就诊时头痛恶寒，鼻塞，流清涕，胃脘痞胀疼痛，噎气，咽部不适，微咳，口干苦，舌淡红，苔薄白，脉弦。证属外感风寒，肺失宣肃，脾胃气滞。治宜解表散寒、宣肺通窍、行气止痛。

处方：紫苏 12g，白芷 12g，辛夷 10g，桔梗 10g，黄芩 12g，蒲公英 15g，厚朴 15g，木香 12g，白芍 15g，延胡索 15g，甘草 5g。

服药 3 剂，胃脘部微胀，纳差乏力，有时噎气，舌质淡，苔薄白脉弦细。用益气健脾、行气消胀、消食健胃法而善后调治。





(6) 发汗解表、燥湿和胃法

适用于素体脾胃不和，运化失常，水湿不化，湿滞脾胃，复因风寒湿邪外感，内外相合的病证。正如叶天士《临证指南医案》所说：“又有酒客，里湿素盛，外湿入里，里湿为合。”似属此类。临床见恶寒发热无汗，肢体酸楚疼痛，头痛项强，脘腹胀满，不思饮食，口淡无味，舌苔白腻而厚，脉缓或滑。治以发汗解表、燥湿和胃，使表解里和，气机调畅，湿邪得除而愈。

如治周某，男，53岁。患者素嗜烟酒，形体肥胖，2日前穿衣不当而见恶寒发热，头痛无汗，肢体酸痛，倦怠乏力，胃脘胀满，口淡无味，纳食减少，舌苔白腻，根部较厚，脉濡缓。证属风寒湿邪外感，寒湿伤于经络，气血运行不畅，湿滞脾胃，运化失司，气机郁滞。宜发汗祛湿以治外，燥湿运脾、行气和胃以治内。用九味羌活汤合平胃散加减。

处方：羌活 10g，防风 10g，白芷 12g，细辛 6g，苍术 15g，草豆蔻 10g，茯苓 15g，川芎 10g，厚朴 15g，太子参 10g，甘草 60g。

服药 3 剂而病除。

(7) 解表散寒、清热化痰宽胸法

用于邪袭肺卫，表证尚存，痰热互结，肺失宣肃，胸膈不快之证。症见头痛恶寒，或身体酸痛，胸脘痞满或痛，咳嗽痰多，质稠色黄，舌淡苔黄腻，脉滑数。治宜解表散寒、清热化痰宽胸。

如治汪某，女，27岁。患者1周前开始发烧，经静脉滴注青霉素，发烧虽退，渐出现咳嗽，摄胸片未见明显异常，服西药咳嗽未消，转服中药治疗。刻诊：咳嗽不甚，痰



多质稠色黄，胸闷，咳则胸痛，前额闷胀而痛，恶寒，口干苦，小便黄，舌质红，苔黄微腻，脉滑数。证属风寒袭表，痰热壅肺，肺失肃降，胸膈痞结。治宜解表散寒、清热化痰、宽胸散结、宣肺止咳。

处方：瓜蒌壳 10g，法半夏 10g，黄芩 12g，防风 12g，白芷 12g，桑叶 12g，菊花 12g，杏仁 10g，桔梗 10g，枳壳 12g，郁金 15g，丝瓜络 10g，甘草 5g。

服药 3 剂后头痛消失，余症减轻，惟倦怠乏力。上方去白芷，加太子参 15g、白术 15g、茯苓 15g。继服 3 剂，诸症消失。

(8) 散寒通络止痛、清热利湿法

用于风寒外束，经络不通，血行不畅，兼下焦湿热之证。临床表现为恶寒身痛，或肩背疼痛，腰膝痛，或足膝红肿热痛，或带下色黄，小便黄赤，舌苔黄腻等。宜用散寒通络止痛、清热利湿法。

如治黄某，女，48 岁。患者有风湿性关节炎病史 6 年，近日因感冒加重。就诊时头痛，肩背疼痛，左肩尤甚，活动后加剧，恶寒，腰膝酸痛，黄带量多，口苦，舌淡红，苔黄微腻，脉滑。证属风寒外束，湿热下注，经脉不利，血行不畅。治宜疏风散寒、通络止痛、清热除湿止带。用九味羌活汤合四妙丸化裁。

处方：苍术 15g，黄柏 12g，车前仁 15g（包煎），牛膝 12g，金樱子 15g，威灵仙 12g，姜黄 10g，蜈蚣 1 条，防风 10g，白芷 10g，细辛 6g，鸡血藤 30g，杜仲 15g，白芍 15g，延胡索 15g，甘草 5g。

服药 5 剂，诸症若失，惟精神欠振。于上方去车前仁、白芍、延胡索，加黄芪 20g、党参 12g、茯苓 15g。1 年后因





胃病再次就诊，述其将上方继服 10 余剂后而安。

(9) 温阳散寒、益气通脉法

适用于阳气亏损，心脉不振，复感寒邪之病证。若心气不足，心阳不振，阳气不能鼓动血液运行，复因寒邪侵袭，寒性凝滞，血液运行不畅而瘀阻，可致心悸不安，同时伴有恶寒之表证。宜温阳散寒、益气通脉法治之。

如治熊某，女，74 岁。患者有心悸病史 10 余年，曾检查诊断为高度房室传导阻滞，心内科建议安心脏起搏器，由于价格昂贵，无力接受治疗。近 10 天因感冒加重，试治于中医。就诊时心悸，心率 46 次/分，气短乏力，有时胸闷，四肢欠温，恶寒身痛，舌淡苔白，脉细而迟。证属阳气不足，血行不畅，外受寒邪。治宜温阳散寒、益气通脉。用当归四逆散加减。

处方：黄芪 30g，当归 10g，桂枝 12g，白芍 12g，细辛 10g，大枣 10g，丹参 20g，枳实 10g，薤白 6g，甘草 5g。

服药 3 剂，仍四肢欠温，恶寒大减，余症减轻。于上方加制附片 12g，继服 12 剂，诸症若失，心率 54 次/分。

(10) 疏肝解郁、散寒止痛法

适用于慢性肝炎、胆囊炎、郁证同时感受寒邪的患者。临床既有肝气郁结之胁肋胀痛的表现，又有恶寒头痛或周身酸痛等感受寒邪的症状。宜用疏肝解郁、散寒止痛法，使表解里和，疾病得愈。

如治唐某，女，31 岁。患者有胆囊炎病史 7 个月，饮食不慎或情志不遂后复发或加重，10 天前因工作不顺，渐觉肝区痛，服金胆片稍舒，近日复因受凉，加服维 C 银翘片等效果不理想，转服中药治疗。症见肝区胀痛，痛引右侧肩胛部，上腹不适，嗝气，头痛恶寒，口干苦不思饮，倦怠



乏力，舌淡红，苔薄白，脉弦。证属肝郁化热，脾失健运，外感风寒。治宜疏肝行气、健脾和营、散寒止痛。方选逍遥散、四逆散、川芎茶调散加减。

处方：柴胡 2g，枳壳 15g，白芍 15g，白术 15g，茯苓 15g，威灵仙 12g，姜黄 10g，延胡索 10g，黄芩 12g，川芎 10g，白芷 15g，防风 12g，甘草 6g。服药 5 剂，诸症消失。

17. 《伤寒论》方临床运用一得

东汉张仲景“勤求古训，博采众方”，著《伤寒杂病论》，创造性地融理、法、方、药于一体，后人尊为“方书之祖”。《伤寒论》以六经辨证为特色，以外感热病为基本内容，同时涉及多种内伤杂病。“其言精而奥，其法简而详”（《伤寒论》序，宋·孙奇等），注家甚多，要全面、准确地理解实非易事。现就《伤寒论》六经主症确定、方药的配伍规律、掌握量效关系、经方需要发展和煎药方法五个方面，谈点个人体会，就正于同道。

（1）六经主症确定

《伤寒论》以太阳、少阳、阳明、太阴、少阴、厥阴六经立论，组方用药。要运用《伤寒论》方于临床，首先要确定六经主症，换句话说，临床上必须具备哪些症状就可使用某方。

① 太阳病

分为中风、伤寒、温病三种。温病虽属广义伤寒范畴，但其病性、病位、疾病的转归与中风、伤寒不同，此处不再阐述。太阳病分伤寒和中风，《伤寒论》第一条言太阳病提





纲：“太阳之为病，脉浮，头项强痛而恶寒。”伤寒为风寒之邪侵袭肌表，寒性凝滞、毛窍闭塞则头身疼痛；风寒外束肌表，卫气受遏，不能“温分肉”则恶寒；外邪袭表，正气抗邪于外，故脉象浮；肺主一身皮毛，风寒外袭，毛窍闭塞，肺失宣肃则咳嗽气喘；肺主呼吸，开窍于鼻，外邪袭肺，窍道不利，则鼻塞声重、喷嚏、流清涕等。太阳统摄营卫，主一身之表，外感风寒，太阳首当其冲，正气抗邪于毛窍，从这个意义来讲，咳喘、鼻塞、喷嚏、流清涕等症为太阳伤寒证的派生症状。由此可知，太阳伤寒证的主症为恶寒、头身疼痛、脉浮紧。

中风是与伤寒相对而言，中风为感邪轻浅，而伤寒则为邪甚而深。正如《景岳全书·伤风》所论：“伤风之病，本由外感，但邪甚而深者，遍传经络，即为伤寒；邪轻而浅者，只犯皮毛，即为伤风。”风为阳邪，其性开泄，风邪外袭，腠理不固，故脉浮缓。所以太阳中风的主症为汗出恶风、脉浮缓。

②少阳病

《伤风寒》第263条“少阳之为病，口苦，咽干，目眩也。”为少阳病的提纲。第96条“伤寒五六日，中风，往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕，或胸中烦而不呕，或渴，或腹中痛，或胁下痞硬，或心下悸，小便不利，或不渴，身有微热，或咳者，小柴胡汤主之。”为少阳病主方小柴胡汤证。《伤寒论》方只要辨证准确，用之得当，既可用治外感热病，又可用治内热杂症。小柴胡汤证罗列了主症，又列举了7个或然症，结合临床分析，大概说明了两个问题。一是不同的患者感受同一邪气，由于个体敏感性，临床表现不完全相同；二是随个体差异及疾病的转归，便可使



用小柴胡汤。与小柴胡汤相同，其他病症主方亦然。后世有关《伤寒论》方临床新用的报道不少，体现了经方有较强的生命力，历用不衰。方书既有少阳病提纲，又有少阳病主方小柴胡汤的主症和或然证，仲景怕混淆视听，特别警示后人：“伤寒中风，有柴胡证，但见一证便是，不必悉具”（《伤寒论》第101条）。后世对这“一证”又争论不休。其实，我们临床运用小柴胡汤，只要舌苔不厚腻，有口苦的症状，伴见小柴胡汤主症和或然证之一，都可应用小柴胡汤加减治之，并可获得较好的临床疗效。

③阳明病

阳明经为胃经和大肠经之通称，有阳明经证与阳明腑实之不同。《伤寒论》第180条言及阳明病提纲：“阳明之为病，胃家实是也。”阳明为多气多血之腑，又主津液之所生，故邪入阳明多从燥化。阳明经证亦是胃热证。阳明经证主以白虎汤。白虎汤证《伤寒论》第176条云：“伤寒，脉浮滑，此为表有热，里有寒”，余以为此论不甚确切，而《温病条辨·上焦篇》所论甚详：“太阴温病，脉浮洪，舌黄，渴甚，大汗，面赤，恶热者，辛凉重剂白虎汤主之。”伤寒化热传入阳明之经，里热盛，故发热；热灼津伤则烦渴引饮；阳明热盛则脉洪大有力或滑数。临床上只要见烦渴引饮、脉洪大有力或滑数都可用白虎汤，不必拘泥有无发热、热汗自出等症。

阳明腑实证为阳明燥热之邪与肠中糟粕搏结不解，以致燥屎阻滞，腑气不通，出现腹满硬痛、大便不通、脉沉实，此三证便是阳明腑实证的主症。

④太阴病

《伤寒论》第273条云：“太阴之为病，腹满而吐，食





不下，自利益甚，时腹自痛。若下之，必胸下结硬。”若外感寒湿之邪直犯本经，或内伤生冷，或三阳病失治误治，损伤脾阳，运化失职，升降失调，则为吐利腹痛，不思饮食。仅凭此四症不能诊为太阳虚寒证，很多病因所致的胃肠炎症都可出现类似临床表现。故余认为胃脘冷痛或胃脘隐痛，遇寒加剧，脉缓无力才是太阴病的主症。

⑤少阴病

少阴为水火两脏，故少阴病有少阴寒化证和少阴热化证两种。《伤寒论》第 281 条云：“少阴之为病，脉微细，但欲寐也。”少阴属心肾两脏，心主血脉属火，肾藏精主水，内寓真阴真阳。病及少阴则心肾虚衰，阴阳气血俱不足，故精神不振而思睡；心肾阳虚，不能鼓动血脉，则脉微弱无力；阴血虚少，脉道不充，则脉细；阳气不足则可见畏寒，或四肢欠温。所以畏寒或四肢欠温、精神疲乏、脉微细为少阴寒化证的主症。

《伤寒论》第 303 条云：“少阴病得之二三日以上，心中烦，不得卧，黄连阿胶汤主之。”本证多由肾阴不足之体复感外邪，邪入少阴，从阳化热；或外感热邪，热入下焦，灼伤肾阴所致。肾阴亏于下，不能上济心火，则心火亢于上，故见心烦失眠，临床还须见舌红少苔、脉细数才能诊为少阴热化证。

⑥厥阴病

《伤寒论》第 326 条论及厥阴病提纲：“厥阴之为病，消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食，食则吐蛔，下之利不止。”厥阴属肝，肝为风木之脏，内寄相火，主疏泄。厥阴病的病机为“阴阳气不相顺接。”其症状不一，有上热下寒、厥热胜复、热厥、寒厥等不同，此处无需一一列举。



(2) 方药配伍规律

《伤寒论》六经主方，仲景的本意是以药对配伍，构成方剂的主干，再根据疾病的生理病理或兼证择药配伍而成，真可谓药简而效宏。如治太阳表实证的麻黄汤，用麻黄发汗解表、宣肺平喘，配桂枝温经散寒、透营达卫，组成药对，治疗伤寒表证。再伍以杏仁降肺气，治疗咳喘兼证；炙甘草调和宣降的麻黄、杏仁，又能缓和麻黄、桂枝的峻烈之性，使汗出不致过猛而耗伤正气。

治疗太阳中风的桂枝汤用桂枝解肌发表、散外感风寒；配芍药益阴敛营，二药相须为用，有调和营卫之功；再伍以生姜助桂枝解肌，又能暖胃止呕；大枣、炙甘草益气补中，滋脾生津，助正达邪；炙甘草亦能调和药性。该方仅五味药物，但配伍严谨，滋阴和阳，调和营卫，解肌发汗，不但治疗太阳中风，亦可治疗内伤营卫不和。正如尤怡《金匱要略心典》中引徐氏所云：“桂枝汤，外证得之，为解肌和营卫，内证得之，为化气和阴阳。”柯琴所著的《伤寒论附翼》中亦赞曰：“为仲景群方之魁，乃滋阴和阳，调和营卫，解肌发汗之总主也。”

治疗少阳病的小柴胡汤用少阳专药柴胡轻清升散，疏邪透表；黄芩苦寒，清少阳相火，二药相配，一散一清，共解少阳之邪；伍以半夏和胃降逆、散结消痞，以治少阳之邪犯胃所致之呕恶；少阳病的特点为感邪不甚，邪气不能内入，正气不足，无力驱邪外出，邪正相争于半表半里，故再以人参、甘草、生姜、大枣益胃气、生津液、和营卫，既扶正以助祛邪，又实里而防邪入。

治疗阳明经证的白虎汤用石膏辛散表邪，清胃腑实热，正如《医学衷中参西录·石膏解》所言：“石膏……其性凉而





能散，有透表解肌之力，为清阳明胃腑实热之圣药，无论内伤、外感用之皆效，即他脏腑有实热者用之亦效。”配以苦寒质润的知母，助石膏清胃热，又能滋阴，二药相须为用，有清热生津之效；热易伤阴液，脾胃为阴液生化之源，故再配甘草、粳米益胃护阴，又可防止石膏大寒伤中之偏。

治疗阳明腑实证的承气类方用大黄泻热通便、荡涤肠胃，已结之硬便非通下能除，必配以软坚润燥的芒硝方能中的。二药相须为用，有峻下热结作用。仲景根据燥实内结程度而制调胃承气汤、大承气汤、小承气汤三方。因大承气汤所主之证为痞、满、燥、实俱备，大黄、芒硝虽能峻下热结，但调畅腑气、除痞满之力似嫌不足，再配枳实、厚朴以行气破滞、消痞除满。小承气汤所主之证以痞、满为主，燥、实次之，故在大承气汤的基础上减少枳实、厚朴的用量，去芒硝。而调胃承气汤所主之证以燥、实为主，痞、满次之，故而芒硝之量重于大黄，意在泻热润燥软坚，去枳实、厚朴，并加甘草和胃气，并缓和药性。足见仲景制方严谨，丝丝入扣，有一定规律可循。

治疗太阴病的理中丸用干姜温中焦脾胃而祛里寒，人参大补元气，助脾胃运化而复升降之职。二药相配，有温中祛寒、补气健脾之效；脾主运化水湿，中焦虚寒则水湿不化，配白术健脾燥湿，以复脾运；炙甘草益气和中。四药配合，中焦之寒得辛热而去，中焦之虚得甘温而复，清升浊降，运化健而中焦治，故曰“理中”。

治疗少阴病的四逆汤用大辛大热的附子补益命门真火以回阳救逆，干姜温中阳，助附子伸发阳气。二药为伍，有回阳救逆作用。生附子有大毒，与干姜同用其性峻烈，配炙甘草益气温中，既能解附子毒性，又能缓解附子、干姜辛烈之



性。如此之论，可见仲景制方原则之一斑。

(3) 掌握量效关系

目前，有少数中医医师随意加大用药剂量，试图以重剂提高临床疗效，其实不然。又见仲景制方用药，某一方剂的君、臣药习惯称为主药，其中某一味药剂量增加，其主方的适应证就会随之发生变化；而两个方剂合用组成复方时，即将两个方剂中的药物按比例减少，以组合成轻剂。根据仲景原意，举例数则以示一斑。

治疗太阳中风的主方桂枝汤，有解肌祛风、调和营卫之功。桂枝与芍药的比例关系是 1:1，即桂枝 3 两（9g）、芍药 3 两（9g）。而桂枝加桂汤中桂枝用 5 两（15g），芍药用 3 两（9g），其用量比例关系为 5:3，生姜、甘草、大枣剂量不变，具温通心阳、平冲降逆之殊效，用治心阳虚所致的奔豚证。桂枝加芍药汤中桂枝用 3 两（9g），芍药用 6 两（18g），其用量比例关系为 1:2，生姜、甘草、大枣剂量亦不变，有通阳和脾、缓急止痛之功效，用治太阴腹满时痛证。

再如桂枝麻黄各半汤，取桂枝汤、麻黄汤原剂量的各 1/3 合并而成；桂枝二麻黄一汤取桂枝汤原方剂量的 5/12，取麻黄汤原方剂量的 2/9 合并而成，分别治疗较麻黄汤证轻的病证。桂枝二越婢一汤取桂枝汤原方剂量的 1/4、越婢汤原方剂量的 1/8 组成复方而为表里双解的轻剂。柴胡桂枝汤取小柴胡汤、桂枝汤各半量组成而为太少表里双解的轻剂。诸如此类的范例不少，仲景诚图阐明方药之间的量效关系，示后学组方用药于规矩。

(4) 经方需要发展

《伤寒论》方属于经方之一，经方亦需发展。下面仅就《伤寒论》方需加减、《伤寒论》方药需补充、方药制剂需





改革三个方面谈谈个人的肤浅认识。

①《伤寒论》方需加減

《伤寒论》理、法、方、药一线贯通，制方严格按《素问·至真要大论》“主病之为君，佐君之为臣，应臣之为使。”君、臣、佐、使齐备，给后世带来诸多方便。然临床所治之病病机复杂，兼症亦多，很难用一方胜任，故临床需要进行药物加減。仲景所著的《伤寒论》给我们很多提示，如桂枝汤加減就有十余方，实为我们学习的典范。临床观察到《伤寒论》中主方进行合理的配伍后能提高临床疗效。如小陷胸汤主治的小结胸病加枳实、厚朴、木香等调畅气机之品效佳。

②《伤寒论》方药需补充

伤寒有广义和狭义之分。广义伤寒是一切外感热病的总称，即《素问·热论》所言：“今夫热病者，皆伤寒之类也。”《难经·五十八难》亦言：“伤寒有五，有中风，有伤寒，有湿温，有热病，有温病。”《伤寒论》对广义伤寒虽有涉及，但对湿温、热病、温病的病因病机的认识极不全面，治疗方药也不能满足临床。后世叶天士、吴鞠通、薛生白、陈平伯等医家对此有颇多论著，对疾病的病因病机、治则方药的认识渐趋完善。科学的发展是没有止境的，需不断地认识、总结、提高，特别是对有效方药的研究，扩充中医对外感热病治疗的方药。

③方药制剂需改革

《伤寒论》有汤剂、散剂、丸剂之分，散剂、丸剂服药方便，但应付复杂的病症和重危症抢救存在的问题颇多。目前已将中药复方研制成注射液，如参附注射液、生脉注射



液、柴胡注射液等，对中医急重症的治疗提供了有效方法，以后还应该加强这方面工作。应对历代验证行之有效的方剂和各单味药物进行有效成分的提炼，制成颗粒剂或冲剂，实行分别包装，便于临床配伍，如此则不失中医辨证用药精髓，又具服用方便之特点。

(5) 煎药方法

《伤寒论》根据药物性能，提出对某些药不同的煎法。如含麻黄的方药应先煮麻黄，去上沫，然后入诸药同煎服用。关于仲景用麻黄的煎法，注家的观点有二：一是解其烦逆，方有执《伤寒条辨》曰：“(麻黄)必须先煮掠去上沫者，恐令人烦，以其轻浮之气，过于引气上逆也。”二是缓其发表之猛性，张锡纯《医学衷中参西录》曰：“麻黄发汗力甚猛烈，先煮之去其浮沫，因其沫中含有发表之猛力，去之所以缓麻黄发表之性也。”

再如含大黄的方药，大黄与诸药同煎为缓下之剂，大黄后下则为峻下之品。柯韵伯所著的《伤寒来苏集》对大、小承气汤不同煎药法的意义阐述曰：“大承气汤之先后作三次煎者，何哉？盖生者气锐而先行，熟者气纯而和缓，欲使芒硝先化燥屎，大黄继通地道，而后枳、朴除其痞满也。若小承气三物同煮，不分次第，只服四合，但求地道之通而不用芒硝之峻，且远于大黄之锐，故称微和之剂云。”

18. 怔忡从五脏论治的体会

怔忡是指病人自感心中急剧跳动，不能自主，或脉见参伍不调的一种证候。《素问·平人氣象论》曰：“胃之大络，





名曰虚里，贯膈络肺，出左乳下，其动应衣，脉宗气也。”怔忡多由心脏本身的病变引起，如心之气阴两虚、气虚血瘀、气滞血瘀、心阳不振等。怔忡其病变在心，但又不止于心。《灵枢·邪客》云：“心者，五脏六腑之大主也，精神之所舍也。”《素问·灵兰秘典论》亦云：“心者，君主之官，神明出焉……故主明则下安，……主不明则十二官危。”阐述了心脏与其他脏腑间的关系。脏腑之间是互相制约、互相促进的关系，血液的正常运行、心脏的正常搏动都是人体气的正常活动的结果。肺、脾、肝、肾任何一脏的功能失调都可影响心气正常活动而发生怔忡。

(1) 心气不足

心脏赖心气维持其正常的生理功能，鼓动血液的运行。若久病正虚或年老体衰等导致心气亏损，心气不足则无以保持血脉的正常活动，致心失所养而作悸。心气虚进一步发展则阳微，甚则出现心阴虚。阳气不足，血行迟滞致瘀，心脉瘀阻，亦可发为本病。临床表现为心悸气短，精神疲倦，活动后加重，面色不华，或有自汗，舌质淡嫩，苔薄白，脉虚。用五味子汤（五味子、麦冬、黄芪、人参、甘草）。若兼畏寒肢冷等阳虚者加桂枝；若兼渴不饮水、尿少、苔腻等饮停心下者加桂枝、白术、茯苓；若兼心悸失眠等心神不宁者加酸枣仁、合欢皮、夜交藤；若兼口唇紫绀、舌质紫暗或有瘀斑、脉涩等血瘀者加丹参、桃仁、红花、赤芍等治之。

如治万某，男，47岁。心悸短气半年，作心电图检查提示“偶发室性早搏”，对症治疗略有好转，近1周因工作劳累而加重，转服中药治疗。就诊时心悸，胸闷动则尤甚，倦怠乏力，夜眠欠佳，二便尚可，舌质淡红，苔薄白，脉细弱，八九息见一止。证属心气不足，心神失养。治宜补益心



气、养心安神。方用五味子汤加味治疗。

处方：党参 15g，黄芪 20g，五味子 10g，麦冬 10g，酸枣仁 20g，合欢皮 15g，夜交藤 30g，丝瓜络 10g，甘草 6g。嘱其戒烟酒，以安心静养为宜。药进 12 剂，心悸失眠大减，惟觉畏寒。于上方加桂枝 10g，又服 20 剂，诸症消失。多次复查心电图未见异常。

(2) 痰热壅肺

肺与心同居上焦，位于胸腔内，而在脏腑中肺的位置最高，为脏之长，心之盖，正如《灵枢·九针》所言：“于脏之应天者肺。肺者，五脏六腑之盖也。”《血证论》亦言：“肺为乾金，象天之体，又名体盖，五脏六腑受其覆冒”。心在经络上也与肺相连。《灵枢·经脉》言：“心平少阴之脉，……其直者，复从心系却上肺。”从心肺的功能来论，心主血，肺主气；心主血脉，上朝于肺，肺主宗气，贯通心脉。所以说气为血帅，气行则血行；血为气之母，血至气亦至。血的运行虽为心所主，但必须依赖肺的推动。因此，痰热壅肺，肺失宣肃，气机郁滞，心脉不畅，有碍心脏的搏动功能而发怔忡不安。临床表现为心悸，胸闷，咳嗽，痰多质稠，口干口苦，小便黄，舌质红，苔薄黄或黄腻，脉滑数或时有中止。方用小陷胸汤加味（全瓜蒌、黄连、法半夏、杏仁、桔梗、苦参、茯苓、甘草）。若兼恶寒发热者加桑叶、菊花、防风疏风解表；兼胸痛者加郁金、丝瓜络通络止痛；兼神疲乏力者加太子参、白术益气健脾，以绝生痰之源；兼血瘀者加赤芍、丹参等治之。

如治杜某，女，21 岁。患者半个月前开始咳嗽，继则怔忡不安，西医诊断为病毒性心肌炎。住院治疗后症状减轻，作心电图检查仍示心动过速，偶见早搏。要求出院转服





中药治疗。刻诊：心悸，胸闷，咳则胸痛，咯痰量少，色黄质稠，口苦，微恶风，舌质红，苔薄黄，脉滑数，偶见中止。证属风热外袭，痰热壅肺，络脉不利。治以疏散风热、化痰止咳、通络止痛。方用小陷胸汤加味。

处方：全瓜蒌 15g，黄连 5g，法半夏 10g，杏仁 10g，桔梗 10g，苦参 6g，茯苓 15g，桑叶 12g，菊花 12g，防风 10g，郁金 15g，丝瓜络 10g，甘草 5g。

服药 8 剂，咳嗽咯痰消失，余症大减，惟夜卧不佳，倦怠乏力，食欲欠佳。改用宽胸利肺法以除余邪，配合益气健脾、养心安神法。

处方：全瓜蒌 10g，法半夏 10g，苦参 6g，太子参 15g，白术 15g，茯苓 15g，桔梗 10g，炙远志 6g，丝瓜络 10g，枣仁 15g，连翘 10g，甘草 6g。

又服 7 剂，诸症消失。后服归脾丸 1 个月余，1 年后复查 24 小时动态心电图未见明显异常。

(3) 肝郁神伤

心主神明，为生命活动的主宰。心脏功能正常五脏六腑活动才能协调。如《灵枢·邪客》云：“心者，五脏六腑之大主也。”《医学源流论》亦云：“心为一身之主，脏腑百骸皆听命于心，故为君主。心藏神，故为神明之用。”反之，五脏之一的肝脏失于疏泄则影响于心。如《薛氏医案》所云：“肝气通则心气和，肝气滞则心气乏。”若所愿不遂，肝失疏泄，上犯心神，久则肝、心阴血不足，心失所养，则发心悸不寐。临床表现为怔忡不安，心烦失眠，精神抑郁，喜悲伤欲哭，数欠伸，舌红，苔薄白，脉弦细。临床治疗应疏调肝气。如《薛氏医案》云：“凡心脏得病，必先调其肝肾二脏……此心病先求于肝，清其源也。”方择逍遥散合甘麦大枣



汤（白芍、当归、柴胡、白术、茯苓、薄荷、生姜、大枣、浮小麦、甘草）。若气滞甚者酌加郁金、香附、佛手、枳壳行气解郁；失眠甚者加酸枣仁、合欢皮、夜交藤养心安神；血瘀证明显者加丹参、郁金、川芎、赤芍活血化瘀；兼倦怠乏力者加党参、黄芪补气治之。

如治柴某，女，41岁。患者10年前患过病毒性心肌炎，经住院及服中药治疗控制，之后未见任何不适。2年前因单位被兼并，工作不顺，渐觉胸闷心悸，24小时动态心电图有早搏2000余次，曾用心律平等效果不显，转服中药治疗。就诊时胸闷叹息，抑郁寡欢，心烦失眠，面色不华，月经紊乱，月经不畅色紫，经前乳房胀痛，舌红，苔薄白，脉弦细。证属肝气郁结，血行不畅，心失所养。治以疏肝理气、养血活血、养心安神。方用逍遥散合甘麦大枣汤化裁。

处方：白芍15g，当归10g，丹参15g，酸枣仁10g，合欢皮12g，夜交藤30g，甘草6g。

5剂后诸症有所减轻。继用原方，先后加枸杞、益母草、党参、黄芪等，服药54剂，诸症消失，24小时心电图复查未发现早搏。

（4）中阳不足，饮停心下

脾胃为气机升降的枢纽。脾胃主运化水谷，饮食入胃，依赖于脾的磨谷消食作用才能将水谷化生为精微。水谷精微又靠脾的转输和散精作用上输于肺，由肺脏注入心脉及全身各组织器官，滋养全身。同时又把各组织器官利用后多余的水液在五脏相互作用下转送膀胱，排泄于外。正如《素问·经脉别论》所云：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱。水精四布，五经并行，合于四时五脏阴阳，揆度以为常也。”若中阳不足，





失于温运，则水湿停聚于心下，水气乘而逆犯心，致心气不宁。临床表现为胸闷，心悸，头晕，气短，或口腻纳呆，泛恶欲呕，口淡不渴，舌质胖，苔白或腻或滑，脉弦滑。治之宜用《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》“病痰饮者，当以温药和之”之法。方用苓桂术甘汤（茯苓、桂枝、白术、甘草）。若兼小便不利者加猪苓、泽泻淡渗利湿；兼气短乏力，脉虚无力者加党参、黄芪补中益气；兼汗出者加龙骨、牡蛎以止汗；有血瘀征象者加丹参、川芎、桃仁、红花治之。

如治邱某，女，58岁。患者胸闷、心悸年余，多次作心电图提示ST-T改变，服用银杏叶片、通心络胶囊、活血通脉片等效果不显，转服中药治疗。就诊时胸闷，心悸，胃脘胀满，呕恶厌食，头晕，饮食减退，腹中肠鸣，苔白厚腻，脉弦滑。证属中阳不足，饮停心下，气郁不宣。治宜温阳化饮、健脾利湿、调畅气机。方用苓桂术甘汤加味。

处方：茯苓30g，白术15g，桂枝10g，法半夏10g，枳实12g，炙甘草6g。

药仅6味，患者疑惑，当时并未取药。又求他医治疗周余，仍无疗效，购药3剂试服，服药后效果不凡。仍用前方5剂，诸症若失，惟感气短乏力。于前方加黄芪15g、党参10g，又服10余剂症状消失。

(5) 肾阳不足，水气凌心

心居胸中，属阳，在五行属火；肾在腹中，属阴，在五行属水。心肾之间为阴阳、水火相互依存，相互制约，上下交通，相互既济。正如《格致余论》所云：“人之有生，心为之火，居上；肾为之水，居下；水能升而火能降，一升一降，无有穷已。故生意存焉。”在病理情况下，肾阳不足，不能化气行水，水气泛滥，上逆凌心则心悸不宁。临床表现



为心悸，胸闷，心慌，失眠，舌质淡，舌体胖，苔白润，脉沉迟。用真武汤（茯苓、芍药、白术、生姜、附子）。若兼浮肿者加猪苓、泽泻利水消肿；兼失眠者加枣仁养心安神；兼脾阳虚者加干姜温中等治之。

如治王某，男，35岁。患者3个月前自觉胸闷、心慌、失眠，经服中西药物见效甚微，前来就诊。就诊时胸闷不适，心悸失眠，舌质淡，舌体胖，苔白润，脉沉滑而弱，两尺尤甚。检查：心率82次/分，心律不齐，闻及早搏7~10次/分，无病理性杂音，心脏无扩大。心电图检查示：窦性心律不齐，频发室性早搏。证属肾阳不足，水气凌心，心气不宁。治以温阳化气、宁心安神。用真武汤加味。

处方：熟附片15g，白芍12g，白术15g，茯苓20g，干姜6g，枣仁15g。

守方服药18剂，诸症消失，随访3年未复发。

19. 浅谈外感咳嗽的诊治心得

外感咳嗽为临床常见病、多发病。咳嗽虽为小疾，但要治愈并非易事，有句俗语云：“咳嗽是医生的对头”，就是讲这个道理。若失治或误治，经久不愈，每易发展成为慢性，符合西医学慢性支气管炎标准者，治疗更为棘手。因此，只有在明辨外感咳嗽病因病机的基础上确定恰当的治疗原则，选取有效的治疗药物，才能提高临床疗效。

(1) 外感咳嗽的病因

外感咳嗽多由风、寒、暑、湿、燥、火“六淫”所致。如《素问·咳论》云：“皮毛者，肺之合也。皮毛先受邪气，





邪气以从其合也。其寒饮食入胃，从肺脉上至于肺则肺寒。肺寒则外内合邪，因而客之，则为肺咳。”明确指出形寒饮冷而为肺咳。《素问·阴阳应象大论》云：“秋伤于湿，冬生咳嗽”。此为湿邪致咳。《素问·气交变大论》云：“岁火太过，炎暑流行，金肺受邪，民病疟，少气咳嗽。”此为暑邪致咳。《素问·至真要大论》云：“少阳司天，火淫所胜，则温气流行，金政不平，民病头痛……咳”，此为火邪致咳；又云：“阳明司天，燥淫所胜……，民病……咳。”此又为燥邪致咳。至于风邪，《内经》认为风邪是外感病的先导，挟寒、湿、燥、火之邪犯肺，但由于四时气候变化的不同，人体所感受的致病邪气亦有区别，临床上多出现风寒、风热和燥热等不同咳嗽。

(2) 外感咳嗽的病机

肺主气，为五脏之华盖，上连喉咙，开窍于鼻，司呼吸，为气机升降出入之道。肺合皮毛，主一身之表。肺的形质是“虚如蜂巢”，清轻肃静而不耐邪侵。所以外邪犯肺不外两种途径，一是从鼻窍直接吸入，由喉咙至于肺；二是从皮毛侵入，因皮毛为肺之合，病邪从所合而至于肺。一般而言，风热和燥热之邪从口鼻而入，首犯上焦肺卫。正如叶香岩《外感温热篇》所言：“温邪上受，首先犯肺”。华岫云注曰：“邪从口鼻而入，故曰上受。”风热犯肺，外则卫气郁阻，皮毛开合不利；内则肺气不宣，肃降失职，以致产生发热重、恶寒轻、咳嗽等肺卫失宣的证候。风寒咳嗽邪多由肌表侵入。《外感温热篇》亦云：“盖伤寒之邪留恋在表，然后化热入里。”风寒入侵的途径亦为肺系卫表，其病变部位也常局限于肺卫。《杂病源流犀烛》指出：“风邪袭人，不论何处感受，必内归于肺”。风寒袭肺，窍道不利，则见鼻



塞声重、喷嚏、流清涕、咳嗽等症状；肺合皮毛，风寒客于皮毛，寒为阴邪，其性凝闭，卫外之阳被遏，营卫失和，故有恶寒重、发热轻、无汗、头痛身疼等临床表现。燥热咳嗽由燥热犯肺、耗伤津液而成。正如《素问·五运行大论》所说：“其在天为燥，在地为金，在体为皮毛，在脏为肺”。以咳嗽少痰，或略有黏痰不易咳出，或痰中带血丝，咽干，咽痛，鼻唇干燥为主要临床表现。

(3) 外感咳嗽的治则

外感咳嗽的病位在卫表，治疗上应因时利导，使邪从外解，肺复宣肃之职。具体而言，风寒咳嗽宜发汗解表，以开毛窍，驱邪于外；风热咳嗽宜清轻透解，此即《温病条辨》所云“治上焦如羽，非轻不举。”燥热咳嗽宜清肺润燥、疏风清热。

(4) 外感咳嗽的组方用药

风寒咳嗽用自拟疏风散寒止咳方。方用防风、前胡疏风散寒；杏仁、桔梗宣肺止咳；枳壳、法半夏、陈皮、茯苓理气化痰；甘草止咳。诸药共奏解表宣肺之功。若表邪较重者酌加紫苏、羌活；咳嗽甚者酌加百部、枇杷叶、紫菀；咳而气急者酌配麻黄、苏子、桑白皮；气虚者可加党参、白术；有化热征象者配伍黄芩、银花、连翘、鱼腥草。

风热咳嗽用自拟疏风清热止咳方。方选桑叶、菊花、薄荷疏风散邪、宣透风热；知母、黄芩清泄肺热；杏仁、桔梗、甘草轻宣肺气、祛痰止咳。诸药合用有疏风清热、宣肺止咳之功。若痰多者，加法半夏、茯苓；咳嗽甚者加百部、前胡、枇杷叶；胸闷者加瓜蒌壳、法半夏、枳壳；外邪较甚者酌加荆芥、防风；咽痛者加板蓝根、大青叶。

燥热咳嗽用自拟清肺润燥止咳方。方用桑叶清透肺经之





热；菊花清散上焦风热；薄荷疏散风热；杏仁、桔梗、枇杷叶宣肺止咳；知母、麦冬清热养阴润燥。如此配方有清肺润燥、疏风清热之功。咽痛明显者加玄参、马勃；痰中带血或鼻衄者加白茅根。

值得一提的是，外感咳嗽出现的几个常见症状需选用恰当的药物配伍以提高临床疗效。如喉痒而咳宜配蝉蜕搜剔络脉之风；咳则胸痛宜伍郁金、丝瓜络通络止痛；咳嗽外邪不甚，痰量不多者，宜早加五味子、乌梅收敛止咳，临床须注意观察，以防闭门留寇之虞；痰多而黏者宜加使支气管黏膜分泌增加的远志，以稀释痰液而达到迅速祛痰的目的。

(5) 典型病例

病例 1：程某，男，41 岁，干部，住万州区新城路 981 号，2003 年 11 月 23 日初诊。患者 3 天前开始咳嗽，恶寒，自服银柴冲剂、复方甘草合剂效果不显，就诊于中医。就诊时咳嗽痰多，质稀薄色白，动则气喘，恶寒无汗，舌淡苔薄白，脉浮紧。证属风寒犯肺，肺失宣肃。治宜疏风散寒、止咳平喘。用自拟解表散寒止咳方加味。

处方：炙麻黄 10g，苏子 12g，桑白皮 15g，防风 12g，前胡 15g，杏仁 10g，桔梗 10g，枳壳 15g，法半夏 12g，陈皮 10g，茯苓 15g，甘草 6g。

服药 2 剂，诸症消失。

病例 2：周某，女，61 岁，住万州区王牌路 359 号，2004 年 8 月 4 日初诊。患者 1 周前开始咳嗽，自服阿莫西林、肺力咳胶囊，咳嗽加剧，静滴青霉素 3 日效果亦不显，转服中药治疗。就诊时咽痒咳嗽，咳吐稠痰方舒，胸闷，时有发热，恶风，口干口苦，小便黄，舌质红，苔黄微腻，脉滑数。证属风热犯肺，痰浊内蕴，肺失清肃。治宜疏风清



热、化痰止咳。用自拟疏风清热止咳方合小陷胸汤加味。

处方：桑叶 12g，菊花 12g，薄荷 10g，知母 12g，黄芩 12g，杏仁 10g，桔梗 10g，法半夏 10g，枳壳 10g，五味子 10g，乌梅 10g，甘草 10g。

服 2 剂诸症大减，效不更方，原方再进 3 剂而愈。

病例 3：张某，男，28 岁，三峡学院教师，2004 年 9 月 25 日初诊。患者咳嗽 20 余天，先后摄两次胸片均未见异常，服西药及中成药效果不显，试治于中医。就诊时喉痒，干咳无痰，咳则胸痛，大便干结，舌红，苔薄黄而干，脉细数。证属燥热犯肺，耗伤津液，肺失清肃。治宜疏风清热、宣肺止咳。用自拟清肺润燥止咳方。

处方：桑叶 12g，菊花 12g，薄荷 10g，蝉蜕 10g，杏仁 10g，桔梗 10g，枇杷叶 15g，知母 10g，麦冬 10g，玄参 15g，郁金 15g，丝瓜络 10g，五味子 10g，乌梅 10g，甘草 5g。

服药 3 剂，咳嗽时已不胸痛，余症大减，惟精神尚差。于上方去郁金、丝瓜络，加太子参 15g。继服 3 剂，诸症悉平。

20. 谈如何有效运用科研成果

目前，中医药界科研热潮高涨，许多新方法、新技术、新成果不断问世。临床医务工作者在积极总结自己医疗经验的基础上，善于借鉴他人成果也是使自己成功的捷径之一。

如当前乙肝患病率高，采用传统治疗方法效果大多不是很好，我借鉴五味子提取物质“联苯双酯”和女贞子提取物





“齐墩果酸”降酶，猪苓提取物“猪苓多糖”来改善肝功能，苦参提取物“苦参素”排除乙肝病毒等。将这些成果用于复方中治疗乙肝收到很好效果。

另外，心律不齐用炙甘草汤能取得一些效果，如果配加参麦散、玄胡、甘松、黄芪等效果会更好。据报道，葛根、泽泻、丹参、山楂降脂效果显著，我认真体验总结，得出了自拟“丹莱虎山泽葛汤”治疗高脂血症，取得显著效果。所以，学习中医学既要继承，又要发扬，做到继承不泥古，发扬不离宗。

21. 如何提高临床辨证能力

中医辨证是将临床所搜集的资料进行去粗取精、去伪存真，形成证候系统，作为识别疾病、探求病因、审察病机、确定病位和疾病发展趋势的一种诊断方法。随着科学技术的进步和发展，疾病的扩大和亚健康人群的出现，需要毒副作用相对较小的中医药治疗的不断涌现。这对传统的四诊八纲手段获取信息进行诊治疾病的方法提出了严峻挑战。要提高中医临床辨证能力，我个人认为应继承传统的四诊方法和脏腑、经络、气血、津液、六经等中医辨证学术体系，更有效地指导临床处方用药。就此提出个人观点供参考。

(1) 熟谙中医典籍

应该充分肯定几千年来中医学对人类的健康做出了巨大的贡献。无数医家在与疾病作斗争的过程中积累了丰富的临床经验，著述浩如烟海，形成了较为系统的中医诊治疾病的学术思想，给后世学习、研究中医留下了宝贵的财富。如张



仲景《伤寒杂病论》的六经辨证、八纲辨证、脏腑辨证；叶天士《温热论》的卫气营血辨证；吴鞠通《温病条辨》的三焦辨证等都需要我们系统学习，重点条文还需背诵，只有这样才能有效地指导我们临床辨证。

(2) 精通高校教材

中医典籍甚众，就拿《伤寒论》来说，有关的著作有千余种，700余家之多，要求每个临床医生去细读很不现实，而且文字古奥，研究亦难，恐怕读后不知所云。建国以来全国各地相继成立了中医院校，为了满足教学和学习的需要，将古典医籍理论进行了总结、归纳，编著了较为系统的《中医诊断学》，这对学习和掌握中医辨证方法提供了有利条件，而且也是每个临床医生需要掌握的基本知识。

(3) 博览中医期刊

中医期刊根据各自的办刊特点，分综合性期刊、专业性期刊等。综合性期刊如《中医杂志》《中国医药学报》《中医药学刊》等；专业期刊如《中国中西医结合消化杂志》《中国中西医结合肝病杂志》《中国针灸》等。对众多的中医期刊应根据所从事的专业不同，有选择性地了解中医对某种或某些疾病的诊疗进展，对提高我们临床辨证能力有裨益。

(4) 辨识症状表述的准确性

由于个人文化修养的不同，对某一特定症状的表述也不一样。对文化水平较低或不识字的人群而言，对疾病症状的表述比较朴实，这就要求医生去体会、归纳、翻译；文化水平较高，特别是懂点医学常识的人，对疾病症状的表述有夸张之“嫌”，这就要求医生去鉴别。

另外，中医辨证主要依据症状和舌、脉，症状界定亦有





模糊之处，如嘈杂的特点是指胃中空虚，似饥非饥，似辣非辣，似痛非痛，胸膈懊恼，莫可名状。“莫可名状”就比较含混，病人言不清，医生也无法体会，只有结合其他临床表现才能判断究竟是胃热、胃虚亦或血虚了。就以比较客观的舌、脉而言，目前由于抗生素和激素的广泛使用，有部分患者出现镜面舌，据其兼症与阴虚不符，用养阴药效果亦不好；而脉象的干扰因素亦多，诸种原因都要求医生不断学习，提高对临床症状的认知力，才能提高临床辨证水平。

(5) 识别症状的真假

表现疾病本质的症状辨别不难。某些疾病在发展过程中，尤其是病情危重阶段，出现一些与疾病本质相反的假象而掩盖了疾病的内在本质，必须认真辨别，抓住疾病的本质，作出正确的诊断，有效地指导临床用药，才能使病情转危为安。

如寒热真假，真寒假热是指导内有真寒、外见假热的寒极似热的证候，其表现为身热、面色浮红、口渴、咽痛、脉伏等，似乎是热证，但身虽热反欲近衣被；面色浮红如妆，并非满面通红，持久不消散；口虽渴反欲进热饮；咽喉痛，但不红肿；脉大却按之无力，同时伴见四肢厥冷、尿清、便不干结、舌淡、苔白等症状，故热象是假，阳虚寒盛才是疾病的本质。真热假寒是指内有真热、外见假寒的热极似寒证候，其临床表现为恶寒、手足逆冷、大便不利、脉沉等，似乎是寒证，但其恶寒却不欲近衣被；手足虽逆冷，但胸腹灼热，体温亦高；大便虽不利，但气味特别臭秽；脉虽沉，但按之甚实而有力，且见口渴思冷饮、舌质红绛、唇干、小便黄赤等症状。故寒象是假，内热才是疾病的本质。

又如虚实真假。病证有虚实之分，而虚证与实证之间是



相互联系的，有的病人在同一时期出现虚实夹杂证，有原为实证而后转为虚证的，有原为虚证而后转为实证的，有本为实证而表现为虚证的，有本为虚证而表现为实证的。此所谓“大实有羸状”、“至虚有盛候”。在这种情况下，必须四诊合参，找出关键性的指标，结合病人的年龄、体质、病史、病程等多方面去找线索，才能做到诊断无误。

(6) 把握证候表现的个体差异

同一种病因侵袭不同的个体，临床表现不尽相同。如外感风寒，有的患者以头痛为主，有的以咳嗽为主，有的以周身疼痛为主。但只要有病程短，身体壮实，兼有恶风寒、苔薄白、脉实有力的共性，都可诊断为风寒感冒。根据主症的不同而选用川芎茶调散、麻黄汤或三拗汤、九味羌活汤治之。但由于个体有差异，气、血、阴、阳有不同，因此感受同一种病邪临床表现不同的范例又当别论，此处不一一列举。

(7) 中医四诊缺陷

中医望、闻、问、切四诊是收集临床资料、获得病情信息的手段。正如《医宗金鉴·四诊心法要诀》所言：“望以目察，闻以耳占，问以言审，切以指参，明斯诊道，识病根源。”这种诊病的方法主要源于人是一个整体，表里相连，内部的变化必然反映到表面神、色、形、态、感觉的异常，“有诸内必形诸外”。这对于有症可辨的疾病而言，时至今日仍有效地指导着临床实践，并取得了显著效果，值得我们学习研究、总结提高。随着科学技术的不断发展，医技检查或检验设备不断更新，技术不断提高，对某些无症状可辨的疾病有了新的认识，这就需要现代中医医生充分利用现代医技检查来诊断，进行辨病论治。





22. 浅谈药膳食疗

中医药学源远流长，内容丰富，自古就有药食同源之说。中药 1892 种中有 299 种药物是可以作药膳用的。

随着社会的进步，人们的生活水平不断提高，对各种危害人们健康的因素认识逐渐深入，对健康长寿的愿望迫切。药膳是中医药的优势，在历史上就曾有《饮膳正要》和《食疗本草》等专著。当归生姜羊肉汤、茯苓包子、人参汤圆等在民间广为运用。又如豆浆可以平喘，海带减肥，荞麦面防高脂血症，百合稀粥对肺结核的治疗有帮助，天麻鱼头汤能补脑益智，芦荟炖汤服能清热消炎等。药膳不仅在国内备受欢迎，国外也掀起了药膳热，如在巴黎、罗马、旧金山等地菊花茶、木瓜酒、枸杞酒、人参面等大受欢迎。法国流行大黄酒，认为饭前饮此酒可以开胃，饭后能消食，次日通便，起到保健防病作用。以柏子仁为原料制成松子酒有很好的养心安神作用，被称为“健酒”，在欧美一些国家很受欢迎。其实，凡药物可食部分大都含有糖、蛋白质和脂肪，也含多种微量元素，只要自身体质适应药膳，不时饮服，对身体是有好处的。从市场角度讲，其开发前景广阔。

23. 带教体会

近 20 年来，在我这里进修和实习的学生是每年不间断，少则一人，多则两三人。如何让他们能在我处真正学到东



西，使之将来能独立接诊，我是费尽心思考虑的，并从中摸索出了一些带教经验，效果不错。

第一个月为纯见习期，此时学生主要是观察带教老师如何接待病人，如何望、闻、问、切，如何书写病历，如何辨证立法，如何处方用药，特别是药物的用量用法等。如果发现老师所用药方自己不太熟悉，休息时就应当多去查阅文献，加深记忆，便于日后自己运用。

第二个月是抄方和书写病历，逐步熟悉老师的用药规律和药物剂量，从中体会，加深印象，建立选方用药的基本概念。

第三个月为自己诊病期，在实际接诊病人时不图快，只图细，学会自己独立思考，得出立法处方，然后交带教老师复查，并作适当修改，直至带教老师满意为止。作为带教老师，此时应多树立学生的威信，不要当着病人的面指责学生，要充分利用一切办法激发学生的临床兴趣。

通过让学生看和练的实习过程，学生就会很容易掌握老师的诊病规律，为将来独立诊治奠定良好基础。

24. 医药保健谚语

我国劳动人民在与疾病和衰老作斗争的长期实践中，逐步形成了“保健为重，预防为先”的科学理念。同时，基于这种理念，经过总结、提炼，形成了医药保健谚语。其语言生动形象，精炼深刻，通俗易懂，朗朗上口，在民间广为流传，对增强人民体质起到了积极作用。

今将收集的部分医药保健谚语分列于后，以飨读者。





(1) 保健谚语

心宽体胖，气为百病之源。
笑一笑十年少，愁一愁白了头。
每天转一转，疾病常不见。
要想长寿，天天活动。
要想身体好，天天起得早。
睡前洗脚，当吃补药。
头要凉，脚要稳，当吃十分吃七分。

(2) 预防谚语

要想一身安，“三里”常不干（指常灸足三里）。
四时欲得小儿安，常带三分饥和寒（宋元时期医家语录）。

鼻子不通，吃点大葱。
吃肉不吃饭，营养减一半。
冬吃萝卜夏吃姜，免得医生开处方。

25. 喝水也要讲科学

当人们感到口渴时，实际上人体的细胞都已经处于不同程度的脱水状态，此时细胞的新陈代谢紊乱，血液中毒素增加，免疫力减退。这些生理反应刺激大脑感受器，便产生口渴感。按健康的要求，此时渴才喝水已经晚了。

成人每天需要 2200ml 水。我们每天所需要的水从食物和人体代谢中可以获得 1000ml 左右，另外 1200ml 水就需要靠饮水来补充。当然这是个大概数据，或发烧、腹泻，或天气太热，或运动量大，劳动强度大，出汗多，还需适当加水。



补充。水在人体中的流动把营养和氧气输送到全身脏器和组织，又将废物带到肺、肝、肾排出体外，因而喝水补液是非常重要的。

我们经常可以看到烈日当头、汗如雨下的劳动者，一大碗一大碗凉水暴饮而下，也经常看到农民劳动后用手捧起溪沟水、秧田水大口大口地喝。这确实是痛快了一时，但给肠胃带来很大的损害，往往引发肠炎、胃痛、痢疾等疾病，这样喝水是极不科学的。

喝水要讲科学，重要的是喝水要讲究时段性。早晨起床喝一杯白开水可以补充夜间呼吸的失水，可以对脏器组织进行一次洗涤；夜间睡前喝一杯白开水可以稀释血浓度，防止冠心病发作，预防脑血栓形成；饭前喝一碗汤可以增强饱胀感，少进食物有利于减肥和预防高脂血症和糖尿病，正如俗话说“饭前一碗汤，苗条又健康”。总之，科学地多喝点水对人体健康大有裨益。

目前，市场上可供饮用的水品牌极多，有纯净水、矿泉水、蒸馏水、磁化水、电解水等等，可谓琳琅满目。那么，我们到底喝哪种水好呢？首先要认识喝水不仅是为了解渴，而且有重要的保健作用。古人说“药补不如食补，食补不如水补”，讲的就是这个道理。中国医疗保健国际交流促进会健康饮用水专业委员会李复兴主任提出“自然界不存在的水不是好水”，当然就谈不上有营养价值和保健作用。然而有人认为水越纯越好，因此便出现了“纯净水”、“超净水”、“太空水”、“蒸馏水”，还有人认为水中的矿物质种类越多越好，矿物质含量越高越好。实际上这些观点都有失偏颇，纯净水中缺乏微量元素。有的泉水中却含有对人体有害的矿物质。因此，我认为最好的饮用水就是白开水和茶水。





白开水经过烧沸，水的密度和水的导电率都明显改变，生物活性最好，最容易通过细胞膜，可以促进新陈代谢，是既经济又方便的饮用水，具有明显的保健作用。茶水中则含有抗病毒作用的茶氨酸，能增强人体免疫功能，并有强心利尿、扩张血管、松弛支气管平滑肌、抗炎抗菌作用。茶水中还含有茶多酚，具有抗辐射、抗癌作用。同时，茶叶中的生物碱具有兴奋神经、消除疲劳、调节体温、降低血脂的作用。所以饮茶具有保健和一定的药理作用，我们何乐而不为呢！

26. 三峡库区伏早期痢疾的防治措施



长江三峡库区地处渝东山区，由于地理位置决定每年伏旱已成规律，或迟或早，或长或短，对人们健康带来极大威胁。以 1990 年为例，从 7 月中旬至 11 月下旬持续高温，久晴无雨，特别是库区内的云阳、奉节、巫山、巫溪四个县 7 月上旬至 9 月上旬气温一直持续在 38°C 以上，极端温度近 42°C ，且日照时间长，水分蒸发大，再加上库区土质多为石灰岩结构，蓄水性差，因而加剧了旱情，促成沟、渠、塘、库进一步干涸断流，草木枯死，300 多万人饮水极度困难。

由于水源严重不足，受灾地区人民群众只好被迫饮用脏水保命，导致水源性传播细菌性痢病大面积暴发流行。仅 9~11 月，痢疾发病率高达 20%，有的村民小组发病率高达 100%，仅 4 个县发病 8 万余人，死亡 238 人，病死率高达 2.99%，有的乡村死亡率高达 3.7%，人民健康受到极大威胁。



回想当年情景，为减少或控制疫病流行，必须做到三点：一是加强防病防疫卫生知识的宣传教育，必须引起高度重视；二是各级卫生部门严格按照国家卫生法规为人民群众健康保驾护航。三是积极治疗，控制疫情。在此期间，乡村有许多药物资源，可就地取材，而且效果也很不错，如马齿苋、蒲公英、马蹄草、凤尾草、地锦草、白头翁等都可单用或合用煎水服，也可选择具有抗炎杀菌作用的中成药或西药对症治疗，每天吃几粒生大蒜也可起到预防作用。总之，办法很多，因地制宜即可。

27. 怎样当好一个医生

俗云“医者仁也”，说的就是当医生首先要有良好的医德。医生和教师都是受人尊敬的神圣职业，一是健康卫士，一是人类灵魂工程师。在此，我只想谈谈怎样当好一个合格医生。

一是不想发横财，不要图谋暴利。华佗、李时珍、张仲景没发财，李斯炽、龚去非、郑惠伯没发财。当医生有饭吃、有衣穿，生活水平保持在中上就可以了。要想发财就不要当医生，想发财去做生意罢了。

二是切忌吹嘘包医百病，什么病都敢医。时下游医遍地，危害多多。就我个人看法，当一个指路医生比当包医百病的医生好，人命关天，一定要实事求是。

三是要心细，善于积累。近年来，医疗卫生行业作风每况愈下，原因虽是多方面的，但医者自身的素质是主要的。在我国古代对医生的选拔和任用标准是非常严格的，非医德





高尚者不得行医，如晋代杨泉在《物理论》中道：“夫医者，非仁爱之士，不可托也。非聪明达理，不可任也；非廉洁淳良，不可信也”唐代孙思邈在《备急千金要方·大医精诚》中云：“凡大医治病，必当先安神定志，无欲无求，先发大慈恻隐之心，誓愿普救含灵之苦，医人不得恃己所长，专心经略财物，但作救苦之心”。一句话，当医生，凡是对病人有利的就尽力而为之，反之则忌矣。



年

谱





李寿彭老中医年谱

1946 年秋至 1952 年夏，成都市茶店子小学读书。

1952 年秋至 1958 年夏，成都市第七中学读书。

1958 年秋至 1964 年夏，成都中医学院（现为成都中医药大学）医疗系学习中医，六年制本科毕业。

1964 年秋至 1965 年夏，参加四川省万县地区社教工作团开展社教工作。

1965 年秋至现在，重庆三峡中心医院（原四川省万县地区人民医院）从事临床和教学工作。

1981 年至 1986 年，连续六年被医院评为先进工作者。

1982 年，晋升为主治中医师，并被聘为医院中医科副主任，兼任四川省中医学会理事、儿科专业委员会委员。

1983 年 7 月，被聘为四川省万县地区中医药专业中级技术职称评委。同年 10 月，被四川省卫生厅评为四川省卫生先进工作者。

1985 年 2 月，由农工民主党四川省委批准加入中国农工民主党。同年 12 月任农工民主党万县市委员会委员、万县市政协委员、医院中医科主任。同年撰写的“中医治疗肾病综合征的体会”一文获四川省万县地区科协优秀学术论文奖。

1986 年，任四川省万县市中医学学会副会长兼内、妇、儿科专业委员会主任委员。同年总结并撰写的“自拟青柴石知二黄汤治疗小儿发热的体会”一文获四川省万县地区科协优秀论文奖。同年 11 月被万县地区科协评为先进个人。

1987 年 4 月参加万县地区各界人士两个文明建设经验交流大会。9 月被晋升为副主任中医师。





1989年3月被万县市委、市政府评为先进个人。5月撰写的“加味香连山药厚朴汤治疗小儿泄泻”被《重庆中医杂志》刊发，同时获得论文三等奖。8月完成的“退热液治疗小儿呼吸系发热”科研课题获四川省万县地区科技进步奖。同年被聘为万县地区医疗事故鉴定委员会委员兼中医药专业组组长。

1990年，总结撰写的“导赤土苓银花汤治疗淋病14例”获万县地区科协优秀论文奖。

1991年，撰写学术论文两篇，一篇为“丹莱虎山泽葛汤治疗高脂血症127例临床分析”，获四川省中医学会二等奖；另一篇为“通腑泻热法治疗小儿高热惊厥”，被《巴蜀中医文论》收录，评为三等奖。同年被四川省万县地区科协评为先进个人。

1992年，光荣加入中国共产党，被医院评为先进工作者，撰写的“中药治疗肺心病缓解期32例”和“贴脐治疗小儿泄泻”分别获万县地区科协优秀论文奖。

1993年，总结撰写的《中医药分组治疗乙肝240例临床观察》被《实用中医药杂志》评为优秀论文。被万县地区卫生局聘为万县地区中医医院达标升级评审委员会委员，同年晋升为主任中医师，授予万县市有突出贡献的中青年专业技术拔尖人才，获国务院政府特殊津贴，当选为中国中医儿科学会理事，被《实用中医药杂志》聘为通讯编委。

1994年，被医院评为优秀共产党员和先进工作者。

1996年，“金黄含漱液治疗复发性口腔溃疡的临床研究”课题获万县市人民政府科技进步奖，“伏早期库区的痢疾防治对策”获“我为库区建设添光彩”奖。同年被医院评为优质服务明星、先进工作者，任农工民主党万县市委副主



委，任万县市政协委员。

1997年，参与重庆市科委软科学课题“重庆市中医药发展战略研究”，获市科技进步二等奖，被重庆市职称改革领导小组聘为中医药高级技术职称评审委员会委员，被万县中医药保健产品研究所聘为高级技术顾问。“青黄南石散外敷治疗腮腺炎”获医院新技术、新项目三等奖，被医院评为精神文明标兵和优秀共产党员，当选为重庆市万州区科协一大委员。被国家人事部、卫生部、国家中医药管理局确定为全国老中医药专家学术经验继承指导老师。

1998年，当选为重庆市中医药学会理事和中国中医儿科学会理事。

1999年，撰写的“补气缩泉丸治疗小儿遗尿64例”获重庆市万州区1999年度医学科技论文三等奖。被医院评为模范工作者和建国50周年两个文明先进工作者。

2000年，被农工民主党重庆市委评为先进个人。

2001年，“腹痛宁合剂治疗腹痛的临床研究”课题获重庆市万州区人民政府科技进步三等奖，同时获万州区卫生系统2001年度医学科研成果三等奖。

2002年，被聘为重庆市医疗事故鉴定委员会成员，万州区中医药学会学术顾问，万县中医药学校附属医院技术顾问和客座专家。获重庆市万州区科协先进工作者称号。

2003年，再次被国家人事部、卫生部、国家中医药管理局确定为全国老中医药专家学术经验继承指导老师，被重庆市万州区医疗事故鉴定委员会聘为专家组成员，被农工民主党万州区评委为建功立业先进个人。同年被重庆市万州区关心下一代工作委员会科技顾问团聘为科技顾问。

2004年，当选为重庆市中医药学会理事。



[G e n e r a l I n f o r m a t i o n]

书名 = 李寿彭

作者 = 陈代斌, 王恩元主编

页数 = 191

SS号 = 11856652

出版日期 = 2006.2

封面

书名

版权

目录

医家小传

医家小传

专病论治

- 1．急性支气管炎案
- 2．咳喘案
- 3．麻桑大黄汤治疗小儿实热哮喘
- 4．四君四白散治疗肺结核
- 5．中药治疗肺心病缓解期
- 6．鼻渊案
- 7．鼻衄案
- 8．胸痛案
- 9．失音案
- 10．胃痛治疗经验
- 11．腹痛宁煎剂治疗慢性胃炎
- 12．慢性胃窦炎案
- 13．胆汁反流性胃炎案
- 14．痞满案
- 15．十二指肠球部溃疡案
- 16．胃切除术后呕吐案
- 17．老年肠胀气案
- 18．老年性便秘案一
- 19．老年性便秘案二
- 20．慢性结肠炎案
- 21．急性肠炎案
- 22．益气健脾升阳法治疗霉菌性肠炎
- 23．贴脐法治疗小儿久泻
- 24．加味香连厚朴汤治疗小儿泄泻
- 25．直肠脱垂案
- 26．肝硬化案
- 27．加味四逆散治疗术后肝胆管残余结石
- 28．胆囊结石案
- 29．益气养阴清热法治疗乙型肝炎

- 30. 暑温案
- 31. 湿温案
- 32. 湿热案
- 33. 气虚发热案
- 34. 丹莱虎山泽葛汤治疗高血脂症
- 35. 冠心病案
- 36. 眩晕案一（高血压病）
- 37. 眩晕案二（内耳眩晕症）
- 38. 震颤案
- 39. 中风案
- 40. 面瘫案
- 41. 盗汗案
- 42. 耳鸣耳聋案
- 43. 病毒性心肌炎案
- 44. 加味通窍活血汤治疗脑外伤后精神失常
- 45. 吴茱萸汤治愈顽固性头痛案
- 46. 血管神经性头痛案
- 47. 川芎茶调散治疗性交时头痛
- 48. 植物神经功能失调治验三则
- 49. 顽固性失眠案
- 50. 血小板减少性紫癜案
- 51. 慢性肾小球肾炎案
- 52. 急性肾盂肾炎案
- 53. 中医治疗肾病综合征的点滴体会
- 54. 水肿案
- 55. 癃闭案
- 56. 淋证案
- 57. 血淋案
- 58. 膏淋案
- 59. 导赤土茯苓银花汤治疗淋病
- 60. 输尿管结石案
- 61. 加味生脉地黄汤治疗糖尿病
- 62. 睾丸炎案
- 63. 阳痿案一
- 64. 阳痿案二
- 65. 遗精案

- 66. 银翘地黄二至汤治疗血精
- 67. 经行头痛案
- 68. 经前期综合征案
- 69. 围绝经期综合征治疗
- 70. 乳腺增生伴痛经案
- 71. 乳腺增生伴月经量多案
- 72. 继发性不孕案
- 73. 加味失笑散热熨治疗痛经
- 74. 崩漏验案三则
- 75. 卵巢囊肿案
- 76. 席汉氏病案
- 77. 青柴石知二黄汤治疗小儿发热
- 78. 高热案
- 79. 通腑泻热法治疗小儿高热惊厥
- 80. 青黄南白散外敷治疗疳腮
- 81. 加味银翘地黄汤治疗川崎病
- 82. 补气缩泉汤治疗小儿遗尿
- 83. 肩周炎案一
- 84. 肩周炎案二
- 85. 腰椎骨质增生
- 86. 脱发案
- 87. 中医药治疗跟痛症
- 88. 加味左金四逆散治疗带状疱疹后疼痛 & (1
- 89. 红斑狼疮案
- 90. 老年性皮肤瘙痒案
- 91. 关节炎兼胃溃疡治验

诊余漫话

- 1. 谈王清任对活血化瘀治法的贡献
- 2. 忆吴棹仙应用经方验案
- 3. 以导赤散为主治疗儿科病的体会
- 4. 小柴胡汤临床运用体会
- 5. 通法治疗脘腹胁肋疼痛的体会
- 6. 消化性溃疡的诊治体会
- 7. 治疗胃脘痛六法
- 8. 记3例家族性何首乌过敏
- 9. 谈白芍的临床用法

- 10．谈黄芪的临床运用
 - 11．漫话当归的补血止痛作用
 - 12．话淫羊藿补阳强壮效果
 - 13．药方小议
 - 14．小儿食积防胜于治
 - 15．应重视对便秘的防治
 - 16．表里同治法临床运用拾零
 - 17．《伤寒论》方临床运用一得
 - 18．怔忡从五脏论治的体会
 - 19．浅谈外感咳嗽的诊治心得
 - 20．谈如何有效运用科研成果
 - 21．如何提高临床辨证能力
 - 22．浅谈药膳食疗
 - 23．带教体会
 - 24．医药保健谚语
 - 25．喝水也要讲科学
 - 26．三峡库区伏旱期痢疾的防治措施
 - 27．怎样当好一个医生
- 年谱

李寿彭老中医年谱