

中国现代

百名中医临床家 丛书

“十一五”国家重点图书

◎ 主编 余靖

陆永昌

陆维娜
陆峰
编著



中国中医药出版社



责任编辑 范吉平
特约编辑 王秀辉
封面设计 刘霞

汇读名家经验 汲取临床精华 提高临床水平

中医界多位院士联合推荐

继 “中国百年百名中医临床家丛书”
后的又一套临床巨著

ISBN 978-7-80231-224-1



9 787802 312241 >

定价：16.00 元

『十一五』国家重点图书

中国现代百名中医临床家丛书

陆永昌

陆维娜 陆峰 编著
张陆 协编



中国中医药出版社·北京

ISBN 7-302-11523-1
 定价：16.00元
 网址：www.cptcm.com
 如有质量问题请与本社出版部联系
 销售热线：010 64402720
 读者服务部电话：010 64062412 010 84042123
 书店网址：cslu.net/dkzd/

图书在版编目(CIP)数据

陆永昌/陆维娜等编著. —北京:中国中医药出版社,2007.8
中国现代百名中医临床家丛书
ISBN 978-7-80231-224-1

I. 陆… II. 陆… III. 中医学临床-经验-中国-现代
IV. R24

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 112960 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 9.125 字数 197 千字
2007 年 8 月第 1 版 2007 年 8 月第 1 次印刷
书号 ISBN 978-7-80231-224-1 册数 5000

*

定价: 16.00 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/



“十一五”国家重点图书

中国现代百名中医临床家丛书

主编 余 靖

专家审定委员会(以姓氏笔画为序)

王永炎 石学敏 史常永

朱良春 任继学 李今庸

陈可冀 周仲瑛 路志正

颜德馨



中医学博大精深，是中华民族智慧的结晶，是世界传统医学的重要组成部分。中医学有着系统整体的哲学思想，内涵深厚的理论基础，行之有效的辨证论治方法，丰富多样的干预手段，以及注重临床实践的务实风格，既是中医药长期发展的宝贵历史积累，也是未来系统医学的重要发展方向，受到了海内外各界的广泛关注。中华民族五千年的繁衍生息，中医药的作用功不可没。当前，中国政府从构建和谐社会、推动经济社会协调发展、加快自主创新战略高度，确定了进一步加强科技创新，全面推进中医药现代化发展的战略方针，已将中医药现代化作为科技发展的优先领域列入了国家中长期科技发展规划。但是，要发展中医首先是继承，继承是发展的前提和基础。准确把握中医药的发展精髓和深刻内涵，继承其宝贵知识和经验，并使其不断发扬光大是我们的重要使命和共同责任。

继承包括书本经验的继承（前人经验）与临床经验的继承（现代人经验）两部分。中国中医药出版社是国家中医药管理局直属单位，是唯一的国家级中医药专业出版社，中医药出版社始终按照国家中医药管理局领导所要求的，要把中医药出版社办成“弘扬中医药文化的窗口，交流中医药学术的阵地，传播中医药文化的载体，





培养中医药人才的摇篮”而不懈努力着。中国中医药出版社在《明清名医全书大成》、《明清中医临证小丛书》、《唐宋金元名医全书大成》、《中国百年百名中医临床家丛书》编辑出版后，又策划了《中国现代百名中医临床家丛书》。

《中国现代百名中医临床家丛书》医家的遴选本着“著名”、“临床家”的两大原则。“著名”以国家中医药管理局公布的3批全国老中医药专家为标准。“临床家”是指长期从事中医临床工作，具有丰富临床经验、有医疗特色与专长者。

本丛书正文主要分4部分，即医家小传、专病论治、诊余漫话及年谱。

医家小传主要介绍医家经历，着重介绍从医的经历及学术思想的形成过程。

专病论治以中医的病证或西医的病名统医论、医话、医案几部分内容，以病统论，以论统案，以案统话，即把与某一病证相关的医论、医话、医案放在一起，使读者对这一病证的经验有清晰全面的了解，从不同侧面、不同角度了解这一病证辨证、治疗的独特经验。

本丛书的最大特点是把笔墨重点放在医家最擅长治疗的病种上面，而且独特经验不厌其详、大篇幅地介绍，医家的用药、用方特点重点介绍，写出了真正临床有效的东西，写出了“干货”。

诊余漫话则主要是医家们的读书体会、用药心得等。

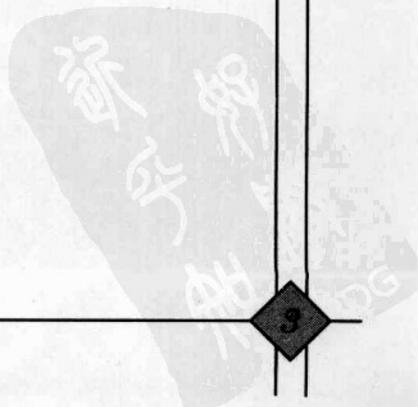
年谱则按照时间顺序，将医家经历中具有重要意义的事件逐年逐月列出。



本丛书较为系统地总结了现代著名临床家的临床经验，并介绍了其从医过程，是现代中医学术发展概况的反映，它带有浓浓的时代色彩。本丛书的编辑出版是对现代著名临床家经验的梳理，也为人们学习、继承乃至发展中医学学术奠定了基础。

中国中医药出版社

2006年1月





陆永昌照片

山东中医学院附属医院

科别 内

日期 88.6.17

门诊处方笺

门诊号

姓名 孙为民 性别 男 年龄 33 住址 济南 济经路

病员同志：请将处方右下角之“取药号”自己撕下以便等候取药。

焦白朮 12g	白芍药 18g	猪苓 15g	炒白朮 9g
茯苓 9g	白芍药 9g	青陈皮 9g	青陈皮 12g
公丁香 6g	云茯苓 15g	姜半夏 12g	大腹皮 9g
研仁米 9g	生甘草 6g	生熟地	

水煎服

剂数	6	制药费		医师	陆永昌
单价		合计		调剂	
发药人		计价员		No	316950
				发药	

取药号

No 316950

陆永昌手迹

永昌同志雅正

建承传统
并驾齐驱

丁卯春

苏毅然

原山东省委书记苏毅然题字

中国现代百名中医临床家丛书

(第一辑)

(按姓氏笔画排列)

王乐旬

史常永

李士懋

李乾构

邵念方

周耀庭

贺普仁

徐宜厚

郭振球

韩冰

王法德

刘嘉湘

李寿彭

邹燕勤

郁仁存

段富津

班秀文

徐景藩

曹恩泽

管遵惠

石景亮

张子维

李振华

陆永昌

周信有

洪广祥

夏翔

郭子光

屠金城

谭敬书

中华医药
PDG



目 录

医家小传

学艺生涯	(3)
初出医庐	(6)
师承授受	(7)
耕耘杏林	(8)
风范长存	(15)

专病论治

中风病	(21)
水肿	(90)
淋证	(106)
癃闭	(112)
老年消渴	(113)
老年呆症	(116)
老年眩晕	(117)
胃脘痛	(121)

陆永昌



目 录

呃逆 (125)

呕吐 (128)

泄泻 (130)

老年便秘 (135)

痔疮 (138)

血小板增多症 (139)

再生障碍性贫血 (141)

尿崩症 (144)

遗溺 (147)

红斑狼疮 (148)

长期高热 (150)

病毒性心肌炎并早搏 (153)

失眠症 (154)

咳嗽 (159)

荨麻疹 (166)

银屑病 (167)

瘦瘤瘰疬 (169)

滑胎 (174)

不孕不育 (176)

五软 (180)

遗精 (182)

强中 (183)

(SII)

(EII)

(dII)

诊余漫话

中风病的病证病名溯源 (187)

中风病的病因病机探究 (191)

陆永昌





中风病的证治方药概览	(207)
张介宾学术观点简论：对中医补法之贡献	(217)
治则与治法辨析	(223)
从临床治验谈辨证论治	(230)
活血化瘀源流简述	(236)
活血化瘀法治疗冠心病的体会	(243)
滋肾安神流膏方证辨析	(247)
对“肾”与“肾病”的认识	(252)
泌尿系统感染的标准化辨证论治方案	(256)

年 谱

年谱	(261)
后记	(271)

医
家
小
传





学艺生涯

陆永昌，男，号盛五，1917年7月8日出生于山东省文登市文登营村。兄妹共七人，行二。

小学毕业后被文登县立中学录取，因家中无力同时供给两个中学生，为保长兄学业，父亲让他辍学谋生。1931年正月初三早晨，不满14周岁的他辞别亲人，跟随堂伯父步行80多华里，到威海乘船去大连同德药房，学习中药生意兼学中医。

同德药房是一家大药房，享有盛誉，规矩也多，有两条店规，他记得最清：一是“丸散簿子”不允许转抄；二是店面上不允许看书。那时柜上有一本广录众家名方的“丸散簿子”，店规严令只许照方配药，不许抄录。这本“簿子”白天放在柜台上，晚间由掌柜亲自收管。店里还有规矩，有活干活，无事也不许离开门市，更不准外出。如有空闲，只能练习写毛笔字和打算盘，不许看书。掌柜认为看书容易入迷，会慢待顾客，耽误生意。如有违规，开除勿论。时值乱世，学徒授艺，十分不易。老堂伯求人托友找担保，他才得以被收做徒弟，规定三年之内白干，不许回家，仅管吃住。机会已属难得，老堂伯千叮万嘱，切不敢违规。

年少的他明白长辈的良苦用心，并很快对中医中药产生兴趣。学徒生涯十分艰辛。吃苦受累自是常事，想家思亲更是难耐。名义是学徒，其实无人带教，学与不学尚且无人过问，其他更不必说。学徒在店里地位最低，谁都可以指使你。干活要勤，苦脏累活儿要抢先干。扫地、打水、生炉

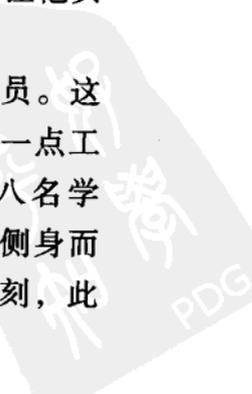




子，甚至给东家铺床、倒痰盂也得干，通常每天的干活时间不少于十四五个小时。不该知道的装作没见，那叫“紧睁眼慢说话”。师傅不想教的问也白搭，想长本事靠自己留心。老师傅炮制药材时眼看心记，边学边悟。由于他循规守矩，加之平时尊敬师傅和师兄，不欺负新徒弟，勤快好学，得到厚爱，师傅和师兄们既乐于传授指教中药炮制窍门或要领，又能放心放手，自己不辞辛苦，中药知识与炮制技术长进很快，一年后就已经可以熟认中药材并能识别优劣，两年后就会加工炮制饮片和丸散。

药方也全靠自学甚至“偷学”，白天配药时看“丸散簿子”，边看边背，晚上回去记在本子上，第二天再查看有无遗漏。这样，每天记住三两首药方，进店不到一年就背完了整本方子。此后两年时间里，白天继续当药工，利用夜晚他背熟了“汤头歌”和“药性赋”等数本中医药学典籍。每逢雨雪天不能晾晒饮片，柜上生意少，只能打算盘，练毛笔字，其时大家经常比赛算盘（陆老打算盘又快又准，还有一手好毛笔字，他说大多得益于那时的练习）。堂伯父给找来的医书，白天不能看就晚上看。一尺来宽的柜台，到晚上就是床，直到瞌睡得熬不住了才睡觉。有时候睡熟了，不知怎么，早晨醒来才发现自己睡在了地上。有时师兄弟们互相闹着玩，等躺在柜台门上的人睡熟了，将柜台门放下让他头朝下，居然也能睡到天亮。

三年学徒期满，东家说是块好料，就留下他做店员。这才熬到了可以站柜台抓药，住阁楼有床，还可以领到一点工钱。说是住“床”，其实阁楼狭小，硬是塞满了七八名学徒，除大师兄外，大家只能互相拥挤，多数时候只能侧身而卧，想入睡也难。或许是这段学徒经历的印象过于深刻，此





后他竟养成了奇特的终身习惯：如是侧身卧床，必未入睡；如是平躺卧床，必是熟睡。

他终生无抽烟、饮酒和喝茶三种嗜好，自少年时代即嗜好购藏医书。当年的阁楼上没有电灯，点油灯照明。有一次，看书至下半夜，不知不觉入睡，直至手中医书被油灯燃着，烧手痛醒，赶快扑打，并亏得几个伙伴们帮忙，才免于着火。所幸人缘极好，无人走漏风声，否则一准要卷铺盖走人，为此他还请大家吃了一包从不舍得买的桃酥果子（注：我辈小时尚见过这本被烧残的线装书——《医宗金鉴·内科心法要诀》，后被人转借丢失）。

在大连学徒期间，他还拜坐堂名医王象三等三位先生为师学医，崇敬有加，时时请教，老先生也乐意对他启发指点。由于刻苦学习，又有名师指点，虽然同时做店员和学中医，学问仍大有进境，相继学习了《医学三字经》、《濒湖脉学》等。

“九一八”和“七七”事变时，他被迫两次返回原籍，又在其父教谕下重读《四书》和精读《古文观止》等，使古文学识大有长进。

晚年他曾多次回忆当年经历的细节，常谓“学徒住药铺年代，虽然规矩繁多，生活清苦，但养成的习惯，打下的基本功，一生受益”。他常教诲我辈，学习中医真功夫，要做到“眼勤、手勤、嘴勤”。“眼勤”指多读古今医书，多学他人经验，所谓“博采众长”；“手勤”指多写读书笔记，多记所见所闻，多动手操作，所谓“集腋成裘”，他终生习惯于读书时随笔记录心得、经验和秘方，现存笔记仍不下数十万字，即使已至耄耋之年仍是如此；“嘴勤”指多问常问，真正能做到不耻下问，不懂就问，所谓“学自好问





始”，学问之道，学与问总是相联，问了学了记住了才是个人的“学问”，其贵在持之以恒。

初出医庐

陆永昌于1938年考入大连西岗区汉医公会，正式获得行医资格。1940年前后，有原籍乡邻宋氏患“滑胎”（习惯性流产），连续多次小产，经他辨治处方，不久胎安人平，如期顺产。当时“滑胎”在寻常百姓看来充满了神秘色彩，各种各样的说法广为流行，甚至多与风水神道等迷信观念掺合，而出道不久的“小陆先生”竟能出手治愈，一时传为美谈。此后接连治好几例“奇病”、“老病”，使他在当地名声渐起。

1949年胶东革命老区政府开始筹建早期的医疗卫生机构，他参加了原籍松山区医药部的筹建工作，并在1950年初开业后任中医师（当地称为中医先生）。那时医生又坐堂又出诊，还要抽空种植中药。出诊多是急重症，也不分内外妇儿科，赶上谁的班谁就要去。往返一二十里，有马车就很难得，步行爬坡淌河是常事。他以良好的工作精神和医疗技术得到领导和群众的肯定与好评，获得过“一等模范奖”。

1957年被莱阳专区卫生局选送到著名的山东省中医进修学校（时位于灵岩寺）学习。他珍惜难得的机会，刻苦认真学习，1958年结业时各科成绩均为5分，在同学中名列前茅，与其他4人同被留校任教。1960年抽调到建校不久的山东中医学院担任针灸教员。



在1959年和1960年期间，他与钟岳琦、孙重三等同事合作，有大量著作问世，其中以推拿、针灸和为广大农民服务的实用性书籍最多，对推广针灸推拿技术以及解决农村缺医少药难题，起到了积极的作用。当时，他们的数部书籍由山东人民出版社出版，发行量均在30000册以上，《通俗针灸手册》先后3次印刷共80000册，《简易针灸学》先后7次印刷共149000册。

师承授受

1960年至1965年，陆永昌受组织委派，跟随全国著名老中医、山东省卫生厅副厅长、山东中医学院兼山东省立中医院院长刘惠民先生学习，继承和整理经验，为嫡传弟子之一，深得其传。刘惠民老先生德艺双馨，闻名国内外，曾为多位老一辈无产阶级革命家、党和国家领导人以及省内外的老干部、老红军诊病，1957年作为保健医师跟随毛主席到莫斯科访问，还为多位苏联领导人诊病。当年毛主席问他“你认为西医学习中医好，还是中医学习西医好”，刘老先生认真回答“西医学习中医好”。毛主席赞赏他的回答，并加以指示。1959年党中央发出了“继承发扬祖国医学遗产”和“提倡西医学习中医”的号召，在全国范围内形成了一个西学中的热潮。山东中医师承班应时而生。刘老为指导老师，共有四名徒弟，后被山东省中医药界称为刘老先生的“四大高徒”。由于山东省卫生厅的重视和支持，创造了较好的条件，师徒们教得认真、学得勤奋，称得上是建国以来全国较早的名老中医带徒学习的典范。





“文化大革命”开始之前，中医师徒传承班被解散，四名徒弟被分到山东中医学院附属医院（原山东省立中医院）和中医药研究所，后来都成为山东省中医界的学术骨干和业务领导。他被分配到附属医院内科任副主任，主管肾病病房。不久，刘老先生即被当成资产阶级权威受到了冲击。

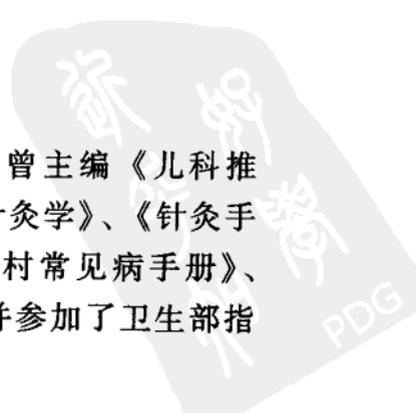
他曾讲过一事：“在那段刘老被隔离的日子里，一天深夜，他身边唯一的亲人，他的孙子悄悄来敲门，哭着说：‘陆叔，我爷爷病得快不行了。’在那种特殊的年月，与资产阶级权威不能划清界限，很可能受到牵连。那时我只想到他是我的老师，赶快过去一看，刘老先生高烧神昏，腹胀难忍，极似罹患急性阑尾炎。没有别的办法，只好摘下屋门板，让老人躺上，我们俩人连拖带抬地将他送进医院。外科主任和值班人员很不错，不避风险，给他做了急症手术。开刀时阑尾已经化脓，经抢救转危为安。”

他始终说，师承授受，受益非浅；有幸跟师临诊和出诊会诊，增进了医术和见识，业师的高超医技和高尚医德永远是心中的榜样。

耕耘杏林

一、技术成果

他毕生勤于中医临证、科研和教学，曾主编《儿科推拿疗法简编》、《儿科推拿手册》、《简易针灸学》、《针灸手册》、《针灸经穴挂图》，参编《山东农村常见病手册》、《山东中草药手册》、《灵枢经语释》等，并参加了卫生部指





定古籍《黄帝内经素问校释》、《针灸甲乙经校释》等的审稿及定稿工作。曾先后发表学术论文 20 余篇，在《中医杂志》发表的《老年便秘证治》、《泄泻证治》、《病毒性心肌炎证治》等专题论述被译成日文，发行国外。

60 年代，在内科工作期间，始终坚持按时出诊和查管病房，即使在十年动乱的年月，也风雨无阻。医疗技术得到了充分的发挥和提高，治好了如血小板增多症、尿崩症、再生障碍性贫血、慢性肾功能衰竭等许多疑难杂病，不少省内外病人来诊，还有海外归国探亲的华侨慕名而来。

70 年代，医院建立保健科，被任命为主任，工作重心转为老年病。干部保健事业既要求技术精湛，更要求服务周到，他深知工作分量，对每个病例都做到认真观察，详细记录，审慎为之。经他治疗的病员，疗效满意，心情舒畅。此后，还曾经多次应邀去北京为高级首长诊病。

作为山东省中医界代表，先后参加全国中西医结合规划工作会议、全国科学技术协会第二次代表大会、全国中医医院和高等中医教育工作会议（即著名的“衡阳会议”），曾受到邓小平等党和国家领导人的亲切接见。

从医最后十余年，他致力于中风病的中医药防治研究，成绩卓著。1983 年 7 月，作为山东中医学院附属医院学术带头人参加在烟台成立的中华全国中医学会（现称中华中医药学会）内科学会“全国中风病科研协作组”，首次提出以“中风病”作为脑血管疾病所致卒中的中医病名，以区别于其他“中风”，得到与会专家认同。他作为协作组山东分组负责人参与制定了《中风病中医诊断、疗效评定标准》，经过全国试用观察及修订，1987 年在全国中医急症工作会议上通过专家论证，经国家中医药管理局批转全国应





用。从此，“中风病”成为脑卒中的中医诊断专用名词，为中医诊断的科学化和规范化研究作出了贡献。

1985年之后，他将中风病的研究带入山东中医学院附属医院急诊科，先后参加了全国中风病协作组的卫生部课题和国家科委“七五”重大科技攻关课题，已近耄耋之年的老人，坚持每周查房，指导中青年医师，共同圆满完成了科研观察任务，得到全国课题组的好评。作为主要研究者参加的“中风病中医诊断疗效评定标准”获得1986年度卫生部重大科研成果乙等奖，“清开灵注射液治疗中风病的临床与实验研究”获得1989年度国家中医药管理局科技进步二等奖，“清开灵注射液治疗中风病痰热证的临床与实验研究”获得1991年度国家科委科技进步三等奖；其指导的“中风病中医护理规范及临床研究”获得1990年度国家中医药管理局科技成果进步三等奖。1992年全国中风病协作组扩展为全国脑病急症协作组，仍被任命为协作组顾问和山东分组负责人，继续参加了国家“八五”攻关课题的研究工作。

他是山东中医学院第一批副主任医师和主任医师，历任山东中医学院附属医院内科副主任、保健科主任、副院长、名誉院长；中国人民政治协商会议第四、五、六届山东省委员会委员；山东省科学技术协会第二届和第三届常务委员、山东省科学技术协会第四届荣誉委员；中华全国中医学会内科委员会委员；中华医学会科普委员会委员；山东中医学会第二届理事会副理事长、中华全国中医学会山东分会第三届内科委员会主任委员兼顾问委员会副主任、中华医学会山东分会内科委员会副主任委员；中华全国老年医学会山东分会常务理事；中华全国中西医结合研究会山东分会顾问；山东省卫生高级技术职务评审委员会委员；山东省国际文化交流



中心理事等。1991年被国家卫生部、人事部、国家中医药管理局授予首批老中医药专家学术经验继承工作导师，1992年开始享受国务院颁发的首批政府特殊津贴，1994年5月离职休养。

二、学术思想

1. 重视“治病必求其本”，长于温补

临证素循“治病必求于本”和“治外感如将，治内伤如相”之明训。力践外感贵在急图驱邪，使邪去则体自安；内伤宜于缓治扶正，使正气复则邪自退；强调“必先五脏，疏其血气，令其条达而致和平”。

深受先贤张景岳和业师刘惠民学术思想之影响，论医首重辨别阴阳虚实，“胜者责之、虚者责之”，特别重视“肾为先天之本”，奉《景岳全书》“为人不可不知医，以命为重也；而命之所系，惟阴与阳，不识阴阳，焉知医理？”“阴阳之理，原自互根，彼此相须，缺一不可。无阳则阴无以生，无阴则阳无以化之为圭臬。”结合个人实践经验，认为杂病无论七情、六淫、饮食等病因，可起于心肺肝脾，但“及其甚也，则四脏相移，必归脾肾”，“虚邪之至，害必归阴；五脏之伤，穷必及肾”。在临床上重视虚损证，以“肾为五脏之本”为纲领，以治肾为“此源流之必然，即治疗之要着”，治法多从补肾入手调补阴阳，多以温补阳气为重，然并非仅执温补，不求辨证，其重在温补而不忘养阴，并擅长填补精血以治形，最为推崇“善补阳者，必欲阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷；善补阴者，必欲阳中求阴，则阴得阳升而泉源不竭”和“善治精者，能使精中生气；善治气者，有使气中生精，此自有可分不可分之妙用”。





2. 强调辨证论治，注重灵活变通

主张师学古方古法，重视诵习四大中医经典，讲授和临证均做到典有出处，方有溯源，认为无继承则无以发展；又以“创新不离宗，师古不泥古”自勉，重视四诊合参，强调辨证论治，主张审证求因，“谨守病机、各司其属”。

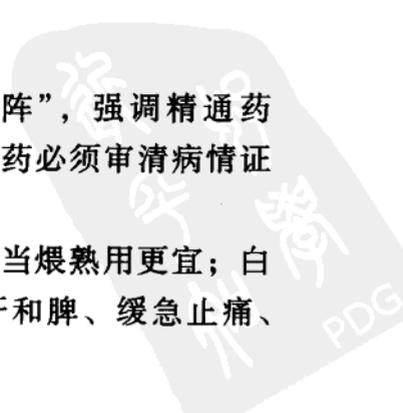
主张临证以理统法统方而后投药，并极力抨击“一方通治”之弊，力倡知常达变、防微杜渐和把握病机、不失其时，注重实践之中活用定规，“有是证，用是药”，疾病变化万千，当不具成见，不以个人所好而为温补寒凉。

如对中风病急性期之痰热腑实证，主张调气以先，从整体上纠正气血之逆乱，促进神明之复清，待风火痰瘀涤清之后始论其肝肾虚实，从“六腑”和“络脉”入手，既力倡“釜底抽薪”、“以急应急”，注重通腑泻下，又谨防虚损，以祛邪为首务，中病即止，“以知为度，不必尽泻”，刻顾免伤已弱之正气。强调因人而异，明辨通腑：初期痰热腑实俱盛，多用生大黄、枳实通腑泄热，畅利中焦，调畅气机；若痰减热消、瘀血阻络为主则改用酒大黄，以助活血化瘀，缓缓通腑。如属气虚腑气不通，则以补阳还五汤加炒枳实、火麻仁等；阴虚腑气不通，用生地黄、当归、桃仁等；阳虚腑气不通则选肉苁蓉、生黄芪等，总使正气得助，邪有出路，正所谓“气得上下，五脏安定”。

3. 辨证用药，力倡医精必明药性

毕生践行“用药如用兵，处方如布阵”，强调精通药性，推崇选用地道药材，主张临证选择用药必须审清病情证候阴阳和把握中药药性，二者缺一不可。

如辨治久泻，肉豆蔻、诃子肉、木香当煨熟用更宜；白芍苦酸微寒，炒用略减其寒性，存其柔肝和脾、缓急止痛、





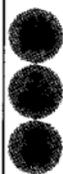
止泻之效；泽泻味甘性寒，炒用去其寒凉之性，存其利水渗湿之用，与健脾和胃之炒神曲、补火生土之炒故纸并用，有开有合，既有止泻之功，又无碍中之弊；罌粟壳醋炒不仅能增固肠止泻之效，且能避其成癮之弊；胡桃仁甘温入肾而质润，炒用去脂皮，为免涩肠之弊等等。

又如，他认为“清开灵”组方脱胎于安宫牛黄丸，尽管剂型改良为针剂，仍属于中药范畴，其功效取决于药性。清开灵注射液是中药复方针剂，相对于传统汤药剂型的突出优势是能方便和迅速应用于急危重症病人，如果脱离对疾病和证候演变规律的正确认识，一味地只抓“适应证”，盲目扩大应用指征，必然适得其反。为此，探究清开灵注射液的合理运用仍必须从安宫牛黄丸药性着手，体现辨证用药思路，先议病后议药，在扩大治疗范围的同时，严格掌握其证候，既要参考现代药理研究，更要遵循辨证施治原则，严防“中药西用”。

他自入医门即下苦功夫辨清百草真伪，对性味归经、升降浮沉和配伍宜忌均了如指掌，多年来空暇常亲历加工炮制，对诸如熬制膏药、配制丸散等得心应手。著名的济南建联药店即曾聘请他为开业技术顾问。

4. 临证无小事，医者当用心

他常以“心欲细而胆欲大，行欲圆而智欲方”言传身教，于门诊或查房时，对每名病人特别是首诊病人，查看询问详细，处方完成总要叮咛交代各种煎服忌口或调摄养生方法。他的毛笔和钢笔书法均出众，病历书写认真，特别是每味药品均尽可能书写三字或四字，如公丁香、青竹茹、粉葛根、嫩桑枝、子黄芩、台党参、川杜仲、淮山药、焦白术、姜半夏、炙紫菀、川黄连、白扁豆花、九节菖蒲等，常谓如





此则即便误笔，也能前后对照而不致错配误入，至今仍有病人保存他所写的病历和处方作为纪念。无论忙闲，有关诊病事宜他从不草率敷衍，甚至对来信问病求方者，总是亲笔回复，时有写至深夜。

三、医术特色

他毕生致力中医临床，尤为擅长对中风病、老年病、肾病以及胃肠病的辨治，对针灸、儿科推拿及妇科病也颇有研究。

1. 谨遵古训，而不拘泥于古人之方

遣方用药自成一格，精于配伍。其审证精详，辨证细腻，处方多由数个古方化裁而成，时用原方，时采方意，立法严谨，主次分明，配合巧妙，浑然一体，药味繁多而不杂乱，药性搭配法度森严而无不相合，善用“对药”，绝无堆砌，特别注重随证加减。例如他善用归脾汤治疗心脾两虚所致失眠症，若因肝郁化热、上扰胸胁，症见烦躁疑虑者，加柴胡、香附以疏肝除烦、清利胸胁，其意在取香附之性疏而消散；因肝阴亏虚，症见躁动心烦惊悸者，加柴胡、白芍以疏肝柔肝、行气解郁，其意在取白芍之性疏而柔解。药虽一味之差，药性一散一柔，对促进病机之转化，实有不同效用。

2. 执药平治，寓理法于深意

擅长以貌似平淡之品或有悖常理之味斩获佳效，调和寒热阴阳以药性中庸，习用不温不燥、性味平和之药。如长于温补而力忌峻补，制方用药重视精血与阴阳互根互用，补益精血除常用当归、枸杞子、山茱萸、山药等柔润养阴之品，认为鹿胶、菟丝子、肉苁蓉、杜仲、巴戟天等甘温之品亦有



柔润填精功效，然对所谓血肉有情、补肾填精之品仅常用龟胶、紫河车、阿胶、羊睾丸等。平素亦少用耗气破血、逐水峻下及大寒大热之品。

又如，对“十八反”主张更可能是有条件下的相对配伍禁忌，应当谨慎合用，合理利用配伍矛盾，借反药以相激，相反相成，增效减毒，或缓其药性，使其滞留病所，利于局部治疗等。在辨治瘰疬瘰癧之时，主张“有斯证，用斯药”，当用则用，不受“十八反”成说之约束，赞同“海藻玉壶汤”用海藻与甘草以协同调和药力，以治颈部淋巴结结核、甲状腺功能亢进症、甲状腺瘤、单纯性及地方性甲状腺肿大等，屡获良效而未见毒副作用。

风范长存

他毕生实践“为患者解除病痛，为同志排忧解难”和“雍容大度，虚怀若谷”的做人宗旨，留下了一代儒医精神。

一、仁心仁术，慈爱为怀

他从事中医药事业 60 余年，从未离开医疗第一线，坚持临床工作直至 79 岁高龄，终生视病患为亲人，从不以“名医”自居，不管严寒酷暑、昼夜晨昏，对求诊者不分身份地位、亲疏远近，一视同仁，全心全意服务，态度历来亲切和蔼，诊治极端仔细耐心，生前身后均赢得社会各界的一致好评。

名医面前病人多，无论怎样繁忙，他从不拒绝来诊者。





20世纪60、70年代，每逢他回乡探亲，都有乡亲上门看病，还有人从上百里地外推车来诊。有时自己饭都顾不上吃，还拿出仅有的细粮，让远道候诊者在家中吃饭。60年代中期，乡亲中有连生“五软儿”者，经他治疗后痊愈，所生三个子女个个健康，并且都考上大学，成为人才，在当地传为佳话。他早年治愈的“滑胎”及不孕症患者所生子女，现今已60多岁，儿孙满堂。在故乡，乡亲们说他是大名医，可从不摆架子，更不欺贫爱富。他的诊室内外常常挤满慕名而来的患者，但他从不敷衍，总是耐心倾听患者对病情的陈述，细致诊脉，审慎处方。有危重病人，他会优先安排诊疗。即使已经挂满号，外地患者他仍然可以不顾休息继续耐心诊疗。其门生弟子侍诊时拖班早成惯例，推迟餐时习以为常。70年代后，他的高级干部保健任务繁重，很多普通病人门诊时间排不上号，就业余时间上门看病，有时在家中吃饭时登门求医之人接二连三，夜里也常有人敲门，他总是热情接待，认真诊治，常常令患者感动得热泪盈眶。相邻群众都说，陆老的病号上至高级干部，下到拉车工人，他都一律相待。时至今日，仍有病人记忆犹新。

二、不计名利，甘当人梯

他常以业师刘老先生的医术医德勉励后学和子女，不因名利所累，更不为金钱所动，恪守“医乃仁术，济世为怀”，并赋小诗一首自律：“医乃仁术德为先，莫嫌此道生财艰，能治病人起沉痾，一生清贫乐自然”。他推崇温补养阴，却终生很少开贵重药材，常谓要让大多数老百姓看得起病。即使有病人主动要求开所谓贵重补药，如不宜进补或峻补，他也耐心开导，常谓“药补不如食补，食补不如神补”



或“药重方证相契，而非价高则效强。”

他毫无保留地培养了一大批中医学学术骨干，传道解惑，知无不言，言无不尽，为门生弟子修改论文书稿多时能达近百处、不惜为一字一句遍查群书，为标点符号斟酌修订。他为提携后学呕心沥血，他将以自己整套理论和处方的科研获奖项目的主要名次让给中青年学术继承人，仅具以顾问而不计排名。他自己从不去争名夺利，还说领导和人民给他的荣誉已经够多了。他尽可能想方设法帮助同志们解决工作和生活上的困难，解除他们的后顾之忧。他为医院的建设劳碌奔波，现在医院的门诊和病房大楼都是建成于计划经济时期，为跑建材，找车皮，不管当时自己发烧，冒雨乘车去东北伊春，木材运回来，自己却病倒了。直到晚年他还在为医院争取建设用地。所有这些，至今一些老同志仍念念不忘。

他一生生活俭朴，廉洁自律。80年代，曾有一位济南市主要领导，出于关心，看到他的住房条件太差，主动提出为他更换一处大房子，说：“帮助老知识分子改善生活条件，尤其是像你这样德高望重的人，是我的责任。老百姓不会责怪我，更不会说这是走后门”。他十分感谢领导的关怀，但婉言谢绝：“省中医院的职工大都住得不好，我个人住上好房子，心中难安”。在那所旧屋里，他一直住到生命终点。

三、宁静淡泊，实事求是

他为人忠厚，与人为善，与世无争，从不搞是非，不论是60余年的从医诊病生涯，还是出任行政领导的近20年岁月，从没有与病人或同事红过脸，更没有闹过任何医疗或工作纠纷。一生清名，在他故去多年，始终为人所共誉。



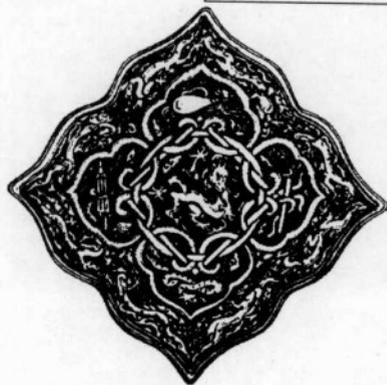


遇到现代医学技术的难题时，他历来主张学术民主和畅所欲言，每次都会和同事、弟子们共同讨论，从不端所谓“权威架势”。

陆永昌以平和慈善的性格，勤奋严谨的学风，不遗余力地工作，走过了他 82 年的人生路——1998 年 3 月 14 日 15 时 40 分，因心搏骤停，抢救无效，不幸逝世。噩耗传开，无数人为之悲痛。唁电从全国各地四面八方传来，花圈摆满门前的街道，给他发来唁电的有全国各地的医疗卫生单位和中医药名家，也有省市自治区的机构和领导。为他送行的群众，排成了长长的队伍，其怀念哀悼之情令人感动，久不能泯。

原山东中医学院附属医院党组织和群众给予他的评价是：“陆永昌同志忠于党的中医事业，具有坚定的共产主义信念和高尚的革命情操。他一生致力于中医临床、教学和科研工作，几十年如一日，勤勤恳恳，兢兢业业，鞠躬尽瘁，死而后已。他医术高明，医德高尚，视病人如亲人，从不草率敷衍。他工作认真，一丝不苟，治学严谨，学验俱丰。虽已年过八旬，仍不遗余力地工作。陆老的学术成就在学术界有很高的声誉，在社会上有很大的影响。为继承和发展党的中医事业，培养了大批高级人才，做出了突出的贡献。他一生光明磊落，为人正派，严于律己，宽以待人，团结同志，助人为乐，在群众中享有很高的威信。他生活俭朴，廉洁奉公，一生保持优良的工作作风和生活作风，为医院的建设和发展做出了很大贡献，连续多年被评为优秀党员”。

專
病
論
治





中风病

陆老耕耘杏林 60 余载，医理娴熟，学验俱丰，擅长于中医内科。20 世纪 80 年代后的 10 余年间，他致力于中风病的研究，取得显著成绩。陆老毕生重视临证实践。在潜心研究医代医家有关中风病的古籍文献之后，结合个人 50 余年的临证体验，根据中风病病情演变的过程和特点，总结为四期诊察防治要法。

一、先兆期——治“未中”之先，早察早防

中风病发病急骤，变化多端，证候纷繁、病势凶险，预后较差，死亡率与致残率高。但中风病的发生并非偶然，而是有可知的病因危险和规律的演变进程，在诱发因素的作用下，其病因危险可进一步演化为疾病进程，其疾病进程可进一步加速发展为严重后果，最终表现为脏腑气血阴阳失调，风、火、痰、瘀，互结为患，发为中风病。中风先兆就是在这一演变过程中最先表现出的证候群，是中风病的前驱症状，可出现于中风发病前数日、数月乃至数年，其病因病机与中风病大体雷同，仅是程度较轻，时间短暂而已。如发现有一过性头晕目眩、肢体麻木、舌强言謇等症状，即可能为中风病将发之兆。

近年来，随着对中风病防治研究的深入，大量临床资料表明对于出现中风先兆证的病人，并非必然发展为中风病，其中有相当部分患者经过积极有效地治疗和调护，可延缓中风病发生，甚至可以不发病。

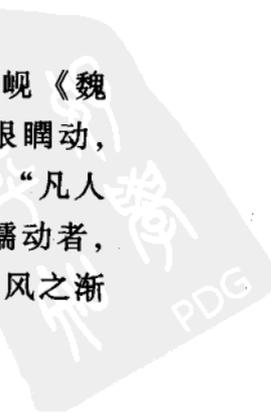


实际上,《内经》早已指出:“圣人不治已病治未病,不治已乱治未乱,夫病已成而后药之,乱已成而后治之,譬犹渴而穿井,斗而铸锥,不亦晚乎?”并告诫:“邪风之至,急如风雨,善治者治皮毛,其次治肌肤,其次治筋脉,其次治六腑,其次治五脏。治五脏者,半死半生也”。张山雷所说:“内风类中,顷刻变生。当其未发之先,其人固举动如常,何遽如暴风急雨之骤至,造乎此极,实则病根潜伏,藏气变化,酝酿者深,乃能一触危机,不可收拾……倘得治疗于未病之先,当亦收事半功倍之效”。然而,尽管古人对中风先兆症状有丰富论述,但对系统的选方用药治疗却很少专著论及。

陆老认为,先兆为中风之初渐,中风是先兆之终归;对于中风病“治”莫胜于“防”,与其治疗于“既中”之后,不如预防于“未中”之先。要做到防患于未然,关键在于强化对中风先兆证的认识,做到早期诊断和及时有效干预,此所谓“未雨绸缪”胜于“亡羊补牢”也。因此,陆老在“治未病”和辨证施治思想的指导下,在分析和总结先哲近贤对中风先兆证论述的基础上,系统探索了中风病先兆期的综合预防和干预方法,以期降低中风病的发病率和减少其致残率,发挥临床意义。

(一) 中风先兆证历代认识

古代医籍中不乏对中风先兆证的论述。宋朝魏岷《魏氏家藏方》说:“人有患头晕目眩,或湿或风,口眼瞤动,非痰,乃风之渐也”。金代刘河间《河间六书》说:“凡人如觉大拇指及次指麻木不仁,或手足不用,或肌肉蠕动者,三年内必有大风之至”。朱丹溪则明言“眩晕者,中风之渐





也”。明·吴球《诸证辨疑》说：“中风者，人本气血两虚，或有形盛气衰，或指节不时麻木，或手足间酸痛，或头眩眼吊，或虚跳，痹于半身，或周身有如虫行，此中风之兆也，人未之觉，不谨调护者多”。明·吴嘉言《医经会元》说：“大凡见眩晕之渐，劳即耳鸣，目眩，背膊酸痛，有时腰酸者，此中风之履霜也，是病之缓也”。张三锡《医学准绳六要》说：“中风症必有先兆，中年人但觉拇指时作麻木或不仁，或手足少力，或肌肉微掣，三年内必有暴病”。不难看出，上述医家对眩晕、耳鸣、手指麻木是中风先兆证候，已有较明确的认识。

清代以后医家在前人认识的基础上，对中风先兆证的认识更臻完备。如吴谦《医宗金鉴》说：“此病之来，必有朕兆，如神短忽忽，语言失常，上盛下虚，头眩脚软，皆痰火内发之先兆也”。姜天叙《风劳臑膈四大证治》说：“予每验中风之人，于未中之先，必有先征，或十指麻痹，或肌肉蠕动，或语言謇涩，或肢体不遂，或平时脉滑大不和、弦紧无根，诸多隐微，见于一二年前，人多不觉，直至一时触发，忽焉倒仆”。王清任在《医林改错》中列举中风先兆症状 34 种，如提到“有偶尔一阵头晕”、“有头无故一阵发沉”、“有一只眼渐渐小”、“有睡卧口流涎沫”、“有平素聪明，忽然无记性”、“有胳膊无故发麻”、“有腿无故发麻”等等。以上论述补充了前人之所未备，说明已逐渐认识到一过性言语不利和神志障碍，也是中风先兆症状。

张锡纯《医学衷中参西录》说：“凡病之来，皆予有朕兆，至脑充血（中风）证，其兆之发现，实较他证尤为显著，且有在数月之前，或数年之间，而其朕兆即发露者”。如他列举了 5 种朕兆：“其脉必弦硬而长，或寸盛尺虚，或





大于常脉数倍，而毫无缓和之意；其头目时作眩晕，或觉脑中昏聩，多健忘或常觉疼，或耳聋目胀；胃中觉有气上冲，阻塞饮食不能下行，或有气起自下焦，上行作呃逆；心中常觉烦躁不宁，或心中时发热，或睡梦中神魂飘荡；或舌胀，言语不利，或口眼喎斜，或半身似有麻木不仁，或行动脚踏不稳，时欲眩仆，或目觉头重足轻，脚底如踏棉絮。所列之证，有一二发现，再参以脉象之呈露，即可断为脑充血（中风）之征兆也。”张氏之论可谓对中风先兆作了比较全面的概括。

（二）中风先兆证病因病机

1. 病因类聚

（1）五志过极，气机失畅：尤以心肝气机失调为著。如《素问·举痛论》所说：“怒伤肝”，“怒则气上”，“喜伤心，心动则五脏六腑皆摇”。

（2）饮食不节：过食甘，甘能生湿，湿生痰，痰湿瘀阻。可影响气机升降，或阻于脉络；过食咸则心气受损，如《素问·生气通天论》曰：“味过于咸，大骨气劳，短肌，心气抑。”饮酒过度则能助心火，蕴湿生热；嗜肥腻之品，能化湿生痰。

（3）劳役过度：过劳则损耗阳气，如《素问·生气通天论》：“阳气者，若天与日，失其所则折寿而不彰”。气既不足，无以化生精血津液以充养四肢百骸。再者，过于忧思烦劳，既能损伤心气心血，又能导致气血运行紊乱，《素问·生气通天论》：“阳气者，烦劳则张，精绝，辟积于夏，使人煎厥”；“大怒则形气绝，而血菀于上，使人薄厥”。总之，过劳能损伤气血津液，使气血升降失常。



中华医药
PDG



(4) 房劳失节：房事太过则伤肾，致肾精不足。肝肾同源，肾伤及肝，则肝阴不足，肝阳上亢，化火生风。精血同源，精伤则血虚，血虚则亦不能濡养四肢百骸。

(5) 它病诱发：合并患病可伤气血、阴精、津液，气血不足，阴精津液内亏，可化热生风。如久患风眩（高血压病）、消渴病（糖尿病）、脱疽（外周动脉闭塞硬化症）或心悸胸痹（心房颤动、冠心病）等，更易诱发中风病。

(6) 气候变化：气血运行，随气候而变化。天暖则气血运行流畅，天寒则气血运行缓慢。白昼阳气主之，血行于外；夜晚阴气主之，血行于内。脏腑阴阳气血的生理变化，如与相应致病因素相吻合，则致病因素的危害性加剧。如冬季多因寒凝而致气血缓滞，夜晚血归于阴而血行缓慢，故使中风病多发骤发。

综合上述病因，不难看出，外因入中，或使气血瘀滞，或使气血逆乱，或使气血衰少，或使精亏阴虚，或使痰湿壅塞，内风具备，内外因相结合，则发为中风先兆证象。

2. 病机演化

就中风先兆证的临床进程而言，其病证虚实夹杂，乃脏腑阴阳气血亏虚在前，内生痰、火、风、瘀于后。但二者不是决然分开的，是互为条件，互为因果，互相转化。

(1) 脏腑功能失调：本病初发，主要是心、肝、肾功能失调，久之则见肺、脾、命门及奇经八脉功能失调，临床可见心肝火旺、阴虚阳亢，气血两虚、奇经八脉失调等，多表现为标实证。

(2) 气血津液运行不畅：脏腑功能失调，气机不利，气血津液运行不畅，导致内生气滞血瘀、痰热腑实、痰瘀互结，多表现为本虚证。





中风先兆证则由脏腑功能失调与内生实邪相互交织，形成本虚标实的恶性循环，肝风欲动而未动或虽动犹微，气血欲瘀而未成或暂瘀暂滞，痰浊上蒙清窍但为时短暂或可自清，从而形成了一过性的功能失用。

(三) 中风先兆证诊察要点

(1) 年逾四旬。

(2) 形体肥胖或素体阳盛，或喜嗜烟酒、肥、甘、咸、辣，或七情偏胜。

(3) 既往有肝阳上亢眩晕或虚损病史（包括既往有高血压病、糖尿病、血脂异常、外周动脉硬化闭塞症、冠心病、心房颤动等病史或早发家族病史）。

(4) 近日无外界动因，1小时或数小时内反复突然发作可逆性征象：①眩晕昏冒，或真头痛，或头胀面赤，或恶心呕吐，或乏力；或胸膈痞闷，或焦躁不已；②偏身手足渐觉麻木不遂，或举止徐缓，或步履不稳，或力弱偏瘫，或强握摸索，或黑蒙昏仆，或神昏抽搐；③音暗，或视歧，或目瞽，或幻视，或偏盲，或口舌偏斜，或舌强语謇，或吞咽不利，或失语失读失忆；④血压剧增。

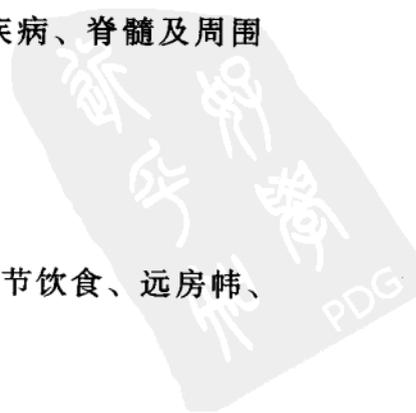
(5) 六脉弦滑或虚软无力，或脉弦硬而长，或大于常脉数倍，或暴疾外越而无和缓之象，或沉涩坚滞。

(6) 排除耳源性眩晕、颈椎和腰椎疾病、脊髓及周围神经病变等。

(四) 中风先兆证综合防治

1. 自重养慎

李用粹《证治汇补》说：“慎起居、节饮食、远房帙、





调情志”。沈金鳌《杂病源流犀烛》说：“防房劳，暴怒郁结，调气血，养精神”。张三锡《医学准绳六要》说：“急屏除一切膏粱厚味，鹅、肉、面、酒、肥甘生痰及动火之物，远色戒性，清虚静摄”。

经临床数百例发病因素的调查，认为“七情”失调、劳逸失度、气候变化、贪婪酒色、嗜食肥甘咸味、形体肥胖、大便秘结与本病密切相关，若及时调节情绪和改变不良生活习惯，就可减少中风先兆证的发生。因而提出“慎起居、节饮食、调情志、适劳逸”等预防措施。同时特别强调，对形体肥胖、有中风病家族史者，不必拘泥有无症状，从中、青年期就应注意养生，积极预防。

2. 控制高危因素

对已有的高血压病、糖尿病、冠心病、血脂异常、脑血管病或周围动脉硬化等易诱发中风病的疾病，强调应用非药物和药物方法，严格控制血压、血脂、血糖、糖基化血红蛋白等指标。

对公认的中风病发病危险因素，如直系亲属有大血管病变早发病或早病死者、40岁以上男性或绝经后女性、家族性高脂血症病史、肥胖及吸烟等，强调早期干预，防患于未然：如量力而行，持之以恒，保持适度和规律的体育锻炼；控制体重；戒烟，戒酒或限制每日饮用酒精量少于20g，减少食盐摄入或使用代用盐，限制烹调用油，减少酱油用量；增加副食品种，增加钙摄入量，食物多样，以谷类为主，多吃蔬菜、水果和薯类，常吃适量鱼、蛋、瘦肉、奶类、豆类及其制品，少吃肥肉和动物油；食量与体力活动要平衡；吃清洁卫生不变质食物等等。





(五) 中风先兆证辨证论治

陆老认为，中风病先兆期不可因虚而蛮补，亦可不因实而妄攻，补宜轻清而不宜重浊，通宜宣化而不宜攻伐，务使脏腑安和，升降通调。在辨证论治的指导原则下，对中风先兆证分子“镇肝潜阳法”、“豁痰开窍法”、“益气活血法”、“育阴熄风法”四法防治，并自拟中风先兆证1~4号方，嘱病人定期常服。

此外，对合并血脂异常患者，常给降脂代茶饮（生山楂片、草决明子、枸杞果）开水冲泡（此方已被后学员们传往韩国）；肝热上犯者，给平肝代茶饮（菊花、草决明）开水冲泡；痰热壅盛者，给鲜竹沥水，30ml，每日3次。以上数方，服用方便，疗效可靠，可以长期服用，以防微杜渐。

1. 肝阳上亢证

主证：反复突发一过性或可逆性眩晕耳鸣、言语謇涩、目眩视歧或黑蒙、偏身麻木或无力，伴头痛头胀，目赤口苦，烦躁易怒，舌红苔黄，脉弦数有力。多有高血压、脑动脉硬化史。

治法：镇肝熄风，滋阴潜阳。

处方：中风先兆1号方。[明天麻9g，双钩藤15g，杭白芍12g，怀牛膝18g，代赭石15g，生龙骨18g、生牡蛎18g，龟板18g，全蝎6g（研粉冲服），制首乌18g，枸杞子12g，怀山药18g]

用法：水煎两遍取汁约250ml，分上午9时、下午4时温服，忌烟酒辛辣食物。

方解：本方是由天麻钩藤饮、镇肝熄风汤合建瓴汤加减化裁而来。



新学如海
PDG



天麻味甘性温，古有“定风草”之名，颠顶之上非风药莫及，本药可效，其有平肝熄风，通络止痛作用，故为陆老治疗肝虚眩晕头痛常用之品；钩藤味甘性寒，能平肝熄风而止痉；白芍苦酸微寒，能柔肝敛阴而平肝阳；怀牛膝味苦酸而性平，能活血而利关节，又能补益肝肾，走而能补，性善引血下行，以降上炎之火；代赭石味苦性寒而质重，故可镇逆气、平肝阳、除血热；生牡蛎性平微咸，能潜阳固涩，治阳气浮越所致之眩晕、耳鸣等证；生龙骨性味甘涩，为千百万年之龙骨化石，故能镇肝潜阳；龟板性味甘平，乃血肉有情之品，能滋阴潜阳，益肾健骨；全蝎性味辛平，本草记载有小毒，然临证常用尚未发现毒性，且经验表明其尾功效尤捷，具有熄风镇痉，通经活络的作用；制首乌性味甘温，为补肝肾益精血之良药，李时珍谓“此物……不寒不燥，功在地黄、天门冬诸药之上”，陆老认为本药补而不腻，兼地黄、当归之效，故用其颇多；枸杞味甘性平，乃滋补肝肾、补虚益精之品，常与首乌同用；怀山药性味甘平，用之补脾胃，益肺肾，助消化，以防久服养阴滋腻之品碍胃之弊。

全方柔肝滋肾，熄风潜阳。若患者大便秘结，腑气不通，适当加大黄粉、草决明，通腑泄热，以利为度；若形体肥胖，痰浊内盛者，加菖蒲、远志，以祛痰化浊；若瘀血内阻较甚，可酌加当归、红花、桃仁、赤芍，以活血化瘀通络。

【医案一】

王某，女，51岁，干部。因“反复头痛头晕2年，伴一过性肢麻语蹇半年”，1992年5月15日初诊。

患者2年来常感头痛头晕，每于情绪激动或劳累时加重，头痛剧烈时伴视物模糊。近半年来，工作紧张劳累后，



常感左侧偏头痛，血压较高时连及右侧。此外还出现一过性右侧肢体麻木伴语言蹇涩，右手用力时出现手指僵硬、活动不灵，伴心烦易怒，失眠多梦，健忘恍惚，口苦口臭，大便秘结。查体：血压 180/120mmHg，中年女性，形体略胖，面色红润，情绪亢奋，焦躁不安，神经系统检查未见异常。颅脑 CT 未见异常。舌质红，苔黄，脉弦而稍数。高血压病史近 10 年，常服降压药物，平时自测血压 150 ~ 170/85 ~ 95mmHg，最高血压 195/115mmHg；否认脑血管病、糖尿病、血脂异常、冠心病等病史。平素性情急躁，争强好胜。

诊断：中风先兆证；短暂性脑缺血发作，高血压病（Ⅱ期）。

辨证：肝阳上亢，风火上扰，痰浊瘀血，痹阻脉络。

治法：镇肝潜阳，熄风活络，佐以活血化瘀、祛痰开窍。

处方：中风先兆 1 号方加减：明天麻 12g，双钩藤 24g，赤白芍各 12g，怀牛膝 18g，代赭石 18g，生龙牡各 24g，制首乌 18g，枸杞果 12g，红花 12g，炒桃仁 12g，石菖蒲 12g，全蝎 6g（研粉冲服），广地龙 15g，南远志 12g，大黄粉 3g（冲服），水煎服，日 1 剂。嘱其调畅情志，避免急躁；适劳逸，注意休息。

1992 年 5 月 28 日二诊：服药 12 剂后，自感头痛头晕大减，肢麻和手指活动失灵均消失，未再出现视物模糊，心烦失眠较前好转，二便通调，舌质淡红，苔薄白，脉弦细滑，血压 150/85mmHg。原方加用当归 15g，守方继用，以巩固疗效。

此后患者间断服用上方约半年余，血压稳定在 135 ~ 145/80 ~ 85mmHg，诸证均消失。随访 2 年未复发。



中华医药
PDG



【按语】《内经》云：“年过四十而阴气自半”。患者年过五旬，肝肾渐亏，且平素性情急躁，争强好胜，情怒伤肝，久之肝阳渐亢，化火生风，循经上扰，故时感头痛头晕，生气或劳累加重。肝开窍于目，肝阴亏虚，目失所养，加之时有风痰上扰清空，故甚时视物模糊。半年来过劳积损，使阴精亏耗，遂成上盛下虚，阴不潜阳之势，致风阳内动，挟痰走窜经络，脉络不畅，故出现一过性肢麻语謇、手指僵硬不灵。肝火亢盛，扰乱心神，则心烦易怒，失眠多梦。肝胆郁热，气机不畅，腑气不通，则口苦口臭，便干便秘。肝肾阴亏，脑失所养，则出现健忘恍惚。舌红苔黄，脉弦稍数，均为肝经有热之象。给予镇肝潜阳法之中风先兆1号方加减，取得良效。

方中取镇肝熄风汤中怀牛膝、代赭石、生龙牡、杭白芍以柔肝潜阳；取天麻钩藤饮中天麻、钩藤，伍入全蝎、地龙以熄风通络；加赤芍、红花、桃仁、当归以活血化瘀；加石菖蒲、远志祛痰开窍；制首乌、枸杞滋补肝肾，使补而不膩。

2. 痰浊阻络证

主证：一过性眩晕黑蒙、语言謇涩、单侧肢体麻木沉重，伴头沉如裹或头胀，胸腹痞满，多痰纳呆，多梦易惊，眼睑虚肿，手足发胀，舌体胖大，苔白膩，脉弦滑。多为形体肥胖，嗜烟酒喜肥甘之人。

治法：健脾燥湿，豁痰开窍，化瘀通络。

方药：中风先兆2号方。（白术12g，茯苓15g，陈皮9g，半夏9g，枳实6g，胆南星9g，远志9g，菖蒲12g，郁金12g，竹茹6g，生甘草6g，竹沥水30ml分2次服）

用法：水煎两遍约250ml，分上午9时、下午4时温





服，忌烟酒及肥甘油腻。

方解：本方以《济生方》涤痰汤之豁痰开窍方意为主，合半夏白术天麻汤之健脾燥湿方意，化裁而成。

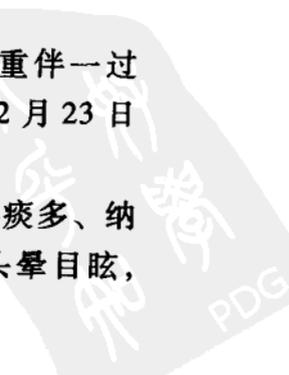
白术甘苦温，能健脾益气、燥湿利水，与健脾补中、利水渗湿之茯苓同用，其健脾渗湿功效有协同之用；半夏辛温，能燥湿祛痰、降逆止呕，胆南星苦辛凉，能熄风化痰定惊，两药常相须同用，为治中风痰厥的常用药；陈皮味辛苦而性温，能燥湿化痰、理气健脾，与半夏、茯苓同用，可增强化痰功效；枳实性苦微寒，专主降气，长于破滞气、行痰湿、消积滞、除痞塞，为调理脾胃中焦气机不畅之要药，在本方中发挥行气除痰、通腑调气之功效；远志苦辛温，能养心安神、豁痰利窍，与芳香开窍、和中辟浊之菖蒲相伍，能益智慧、聪耳目；郁金辛苦寒，辛开苦降，芳香宣达，入气分可行气解郁，入血分能凉血破瘀，与菖蒲共用，具清心开窍，祛痰活血之用；竹茹和鲜竹沥性寒味甘，均有清热除烦、涤痰开郁之功。诸药同用，可治脾虚痰盛、脉络阻滞之中风先兆证。

若有痰瘀互阻，舌质黯或有瘀点、瘀斑，酌加水蛭、红花、当归、川芎，以活血化瘀；若大便秘结，苔黄厚腻，可加大黄粉6g（二次冲服）、改枳实为9~12g，以通腑化痰，调气畅中。

【医案二】

顾某，男，53岁，干部。因“头晕半年，加重伴一过性眩晕、语蹇伴右侧肢体麻木3天”，于1992年12月23日初诊。

患者近半年来无明显诱因常感头晕、倦怠，伴痰多、纳呆。4天前进行体力活动，次日清晨起床时突感头晕目眩，





站立不稳，右侧上下肢体麻木，酸软无力，站立或行走时身形向右歪斜，伴言语不清、口角左歪，静坐休息约30分钟后诸症消失。当天上午共有类似症状反复发作3次，即去某市级中心医院就诊。当时测血压180/112mmHg，颅脑CT检查未见异常，疑诊短暂性脑缺血发作或脑梗死，给予静脉脑活素、胞二磷胆碱、甘露醇，口服卡托普利等治疗。此后仍时有发作，每次发作无明显诱因，以右侧肢体麻木为主，上肢明显，伴头晕、言语不利、口角左歪，一般30分钟左右症状可基本消失，小便稍频，大便调，舌质淡红，舌体稍胖，苔白腻，脉弦滑。发病以来无头痛、恶心呕吐、抽搐及神志改变。查体：血压150/114mmHg，壮年男性，形体肥胖，神志清，精神可，语言流利，右鼻唇沟略浅，伸舌无偏斜，其他神经系统检查均未见异常。既往有高血压病史2年，未规律服用降压药，平时自测血压150~170/85~90mmHg，最高血压不详。平素嗜烟（约20支/天）喜酒，纳食喜肥甘偏咸，性情急躁。

诊断：中风先兆证；短暂性脑缺血发作，高血压病（Ⅱ期）。

辨证：痰湿阻络。

处方：中风先兆2号方，水煎服，日1剂。嘱饮食清淡，忌酒戒烟，进食以半饱为宜，多吃新鲜水果、蔬菜，适当休息，避免过劳，放松情绪，避免精神紧张和忧虑。

服药第1周内，曾出现1次发作，约10分钟左右症状消失，此后守方坚持服药。

2个月后，多痰、头晕均消失，食欲增，又间断服药约3个月，随访2年未再复发。

【按语】患者素喜肥腻甘咸，嗜烟酒，损伤脾胃，聚湿





生痰，痰湿浊邪蕴结，久之形体肥胖。年逾五旬，肝肾渐亏，加之痰湿内阻，故近半年来常有头晕、倦怠、痰多、纳呆等。复因过劳，使脏腑阴阳失调，气机紊乱，挟痰湿上扰清窍，则头晕目眩；阻滞脉络则肢体麻木；阻于舌本，机窍不利，则言语蹇涩。舌体胖，苔白腻，脉弦滑，亦为脾虚失运，痰湿内阻之象。其病位在脑，与脾、肝、肾密切相关。由于眩晕、语蹇、肢麻等均为一过性反复发作，神经系统检查基本正常，故诊为中风先兆证，证属痰湿阻络，脾虚运化失职，应用具有健脾燥湿、化痰通络之中风先兆 2 号方治疗，药证相符，取得良效。

3. 气虚血瘀证

主证：一过性头晕目眩、视歧黑蒙、语言蹇涩、肢体麻木或软弱无力，伴全身疲乏，少气懒言，面色晦黯或萎黄，记忆减退，舌质淡黯或紫黯或有瘀斑、瘀点，苔白，脉沉细涩或弱。多为年老，素体多病体弱之人。

治法：健脾益气，活血通络。

方药：中风先兆 3 号方。〔黄芪 30g，党参 15g，赤芍 12g，川芎 9g，炒桃仁 9g，全蝎 6g（研末冲服），九节菖蒲 12g，远志 12g，枸杞 12g，白菊花 12g〕

用法：水煎两遍约 250ml，分上午 9 时、下午 4 时温服，忌烟酒、辛辣。

方解：本方是以补阳还五汤加味而成，其立意为大补宗气，活血化瘀。

制方遵“血为气之母”、“气为血之帅”、“气行则血行”、“气滞则血瘀”、“治风先活血”、“血行风自灭”等经旨，重用黄芪补气为主，取其力专性走、周行全身之效，配以当归、赤芍、红花、桃仁、川芎、地龙，以活血化瘀通



络，使气盛血行、气血通畅；加党参以补中益气、养血生津，与黄芪共用，具健脾益气之相须功效；用九节菖蒲、远志，芳香化痰浊、开清窍、明耳目、出声音；用枸杞滋补肝肾，菊花清肝明目；另用熄风止痉活络之全蝎，助地龙祛风通络。全方益气活血、补肝肾、开清窍，对气虚血行不畅，脉络瘀阻之中风先兆证用之颇宜。

【医案三】

刘某，女，63岁，家庭主妇。因“一过性右手持物不能，伴面部抽动1月余，加重5天”，于1993年3月2日初诊。

患者家中儿孙较多，平素家务繁忙。近1月来自感右侧肢体沉重，倦怠乏力，每于劳累时则突然右手持物掉落，活动不灵，伴右侧面部抽动，一般数分钟后上述症状可基本缓解，伴腕痞纳呆。近5日来发作次数增频，每日约3~5次。今日午餐时突然持筷掉落，口歪流涎，20分钟左右后恢复正常，故来诊。查体：血压136/82mmHg，老年女性，少气懒言，面色晦黯，散在老年斑，神经系统检查未见异常。舌质淡黯边有瘀点，舌体胖边有齿痕，苔薄白稍腻，脉细弱。心电图：慢性冠状动脉供血不足。颅脑CT检查无异常。既往有冠心病史12年，常于劳累后胸闷憋气心悸气短，休息数分钟后缓解，否认高血压病史。其母以70余岁故于中风病。

诊断：中风先兆证，胸痹心痛；短暂性脑缺血发作，冠状动脉粥样硬化性心脏病。

辨证：气虚血瘀，胸阳不振。

处方：中风先兆3号方合瓜蒌薤白半夏汤加减：生黄芪30g，台党参15g，赤芍药12g，川芎9g，红花12g，桃仁





12g, 当归尾 12g, 炒地龙 15g, 全蝎 6g (研末冲服), 全瓜蒌 18g, 薤白 12g, 清半夏 12g, 砂仁 6g, 陈皮 9g, 水煎服, 日 1 剂。嘱注意休息, 避免操劳, 调情志, 节饮食等。

守方连服 1 月余, 自感纳食转佳, 肢体沉重, 倦患乏力均消失, 未再出现持物失灵和面肌抽动等症, 病情稳定。继给消栓口服液调治 2 个月, 随访 5 年未复发。

【按语】《内经》云：“年四十而阴气自半”。患者年逾六旬, 肝肾俱亏, 平素家务繁忙, 加之适逢春节, 过劳耗气, 故感肢体沉重, 倦怠乏力; 脾气虚健运失司, 故而脘痞纳呆; 劳累后气虚更甚, 以致帅血无力, 血瘀脉络, 筋脉失养, 故而肢体活动欠灵, 持物掉落, 面肌抽搐, 口歪流涎; 心气虚胸阳不振, 故而胸闷憋气, 心悸气短; 舌体胖, 边有齿痕, 脉细弱均为气虚之象; 舌质黯淡边有瘀点, 面色晦暗及散在老年斑, 均为瘀血之征。故投以益气活血、宽胸和胃之剂, 疗效显著。

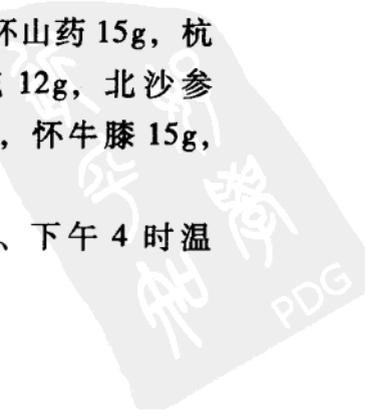
4. 阴虚风动证

主证：一过性头晕目眩、视歧、黑蒙、言语謇涩、肢体麻木或软弱无力, 伴双目干涩, 口干喜饮, 心烦易怒, 腰膝酸软, 失眠多梦, 舌光红少苔, 脉弦细数。多素有高血压、糖尿病史。

治法：滋补肝肾, 育阴熄风。

方药：中风先兆 4 号方。[熟地黄 18g, 怀山药 15g, 杭黄肉 12g, 粉丹皮 9g, 枸杞子 12g, 白菊花 12g, 北沙参 15g, 麦门冬 12g, 生石决明 30g, 莲子芯 6g, 怀牛膝 15g, 全蝎 9g (研末冲服)]

用法：水煎两遍约 250ml, 分上午 9 时、下午 4 时温服, 忌辛辣醇酒。





方解：本方由杞菊地黄丸合天麻钩藤饮加减化裁而成。

熟地黄甘温味厚质柔润，滋补肝肾，填精益髓而生血，为补益肝肾之常用要药，为本方之主药；怀山药性平味甘，具健脾益肾之功，既能补气又可养阴，使补而不滞，滋而不膩；杭萸肉酸涩微温而质润，能补益肝肾，收敛精气；枸杞子性味甘平，可补肾生精、养肝明目，为平补肝肾常用之品。上药四味共用，大补肝肾、滋阴生精、补气养血。

粉丹皮苦辛微寒，其气清芬，既能入血清热而化滞，又善清透阴分之伏火，既可凉血行瘀，又可清肝泻火，故而阴虚风动、虚火上炎者用之尤宜；菊花性味甘微苦寒，轻清凉散，可平肝明目、疏散风热，与丹皮同用具相辅相成作用；茯苓、泽泻则因其淡渗利湿，故去之不用，加用味甘而润的沙参、麦冬，以育阴生津而润燥；莲子芯性味苦寒，清心热，除烦躁，吴鞠通云：“莲子芯由心走肾，能使心火下通于肾，又回环上升，能使肾水上潮于心”，从而心肾相交，水火相济，是为治心烦之最常用药；石决明味咸微寒，入肝经，体重镇潜，与养阴药同用，可清热镇肝而滋阴滋阳；怀牛膝苦酸平，能活血通经，引血下行，既可补益肝肾，又能强壮筋骨；全蝎性味辛平，可熄风活络又止痛。

诸药共成补益肝肾、育阴熄风、清心除烦之方，以预防中风病发生。另若伴有头痛头胀、面红目赤等阳亢表现者，可加用天麻、钩藤，以助石决明平肝熄风；若大便秘结者，可加当归、麻仁、郁李仁、杏仁，以养血润肠通便；失眠不寐者，可加炒枣仁、远志，以养心安神。

【医案四】

张某，女，62岁。因“双目干涩1年，一过性眩晕黑蒙，伴左侧面部麻木、口角流涎半年余，加重1周”，于





1993年1月28日初诊。

近1年来无明显诱因常感双目干涩、视物昏花、口干喜饮、心烦易怒、健忘失眠、腰膝酸软。半年来由于家务烦劳，经常突然出现一过性头晕目眩、视物不清，伴阵发性左面部麻木、口角流涎，发作时身体向左倾斜之感，数分钟后上述症状可基本缓解。近1周来，上述症状多次发作，每日约5~7次，来诊。查体：血压165/120mmHg，老年女性，神志清，精神可，语言流利，反应尚可，左面部浅感觉略低，脑神经及四肢运动神经检查均正常，未引出病理反射，舌质红、少苔，脉弦细。既往有颈椎病史10余年；高血压病史约8年，未规律服用降压药，平时自测血压140~160/90~110mmHg，最高血压不详，劳累后时有头晕头胀；Ⅱ型糖尿病病史6年，平时空腹血糖约7~9mmol/L，未服用降糖药物。无烟酒嗜好。

诊断：中风先兆证，风眩，消渴病；短暂性脑缺血发作，高血压病（Ⅲ期），Ⅱ型糖尿病。

辨证：肝肾阴亏，肝风内动，虚火上扰。

处方：中风先兆4号方加减：熟地黄18g，怀山药15g，枸杞果12g，山萸肉12g，粉丹皮9g，白菊花12g，沙参15g，麦门冬12g，生石决明30g，莲子芯6g，怀牛膝15g，全蝎9g（研末冲服），炒枣仁30g，远志9g，水煎服，日1剂。

1993年2月5日二诊：服药6剂，自诉仅出现1次短暂头晕，伴左侧面麻，数秒钟后即缓解，目涩眼花、口干心烦较前减轻，睡眠较前有改善，舌脉同前。陆老认为服药有效，一般应守方不变，但考虑熟地久用碍胃，故改为制首乌18g。



1993年3月7日二诊：上方继服30剂，诸症大半消失，惟仍睡眠欠佳，时有心情急躁，劳累后偶有头晕，血压150/104mmHg，舌质淡红，苔薄白，脉弦细。因久服汤剂不便，要求服中成药，故给杞菊地黄丸合本院自制“滋肾安神流膏”长期服用。随访2年未复发。

【按语】本患者年老体弱，肝肾不足，髓海空虚，脑失所养，故平素头晕头胀，近来健忘、失眠。肝开窍于目，得血而能视，肝阴亏虚，肝血不足，目失所养，故双目干涩、视物昏花，甚则视物不清；腰为肾之府，腰膝以下为肾所主，肾阴亏虚，腰府失养，故腰膝酸软；肾阴虚，肾水不能上承于心，水火失济，心阳独亢，心肾不交，故失眠多梦；肝肾亏虚，阴不潜阳，浮阳上越，扰动心神，故心烦易怒；肝合于筋，肝气足则筋力劲强，肝气衰则筋失所养，故面部麻木、口角流涎、身体左倾，时作时止。口干喜饮，则为阴虚津亏之征。舌红苔少，脉弦细，为阴虚有热之象。综观舌、脉、症，其病以肝肾阴亏，阳热风动为主。遵“治风先治血”之法，治疗重在滋补肝肾、育阴养血以治本，合以清心泻火、熄风通络以治标。因切合病机，故服药有效，即“血行风自灭”。

二、急性期——以调气为先，风痰瘀并治

陆老认为，中风病急性期病情危急、凶险，性命攸关，治疗和抢救措施极为重要。医者首当辨明病之所中经络或脏腑，分清虚证、实证、闭证、脱证，尤其对于某些非典型的急重病症患者，要特别注意辨证与辨病相结合，临床症状与各种现代检查结果相互参照，采用病证合参、中西互补方法，尽快作出诊断，及早采取多种综合治疗措施，尽快抢救





生命。如果一时尚且不能明确诊断者，医者应根据现有临床资料，辨证分析，得出当时优选方案，尽最大可能，挽救患者生命。

中风病急性期中经络者，一般起病相对较缓慢，无神志障碍，多表现为舌强言蹇、口眼喎斜、单侧肢体活动受限等，病情较轻，实证多见。对中风病中经络之实证，常用平肝泻火、祛痰熄风、活血通络、通腑化痰等法，分别自拟平肝泻火汤、化痰通络饮和通腑化痰汤以祛其邪；中风病中经络属虚证者相对较少见，常用益气活血、育阴熄风法，自拟益气活血汤和育阴熄风汤以补其虚，使正复而不恋邪，正气得扶而邪气自去。

中风病急性期中脏腑者，多起病急骤，伴不同程度神志障碍，病情危重，死亡率较高。强调辨证要及时分清闭证与脱证，抓紧施治。闭证者，牙关紧闭、两手握固、面红或潮、气息粗重，乃痰涎壅盛、邪正俱实也，首当醒神开窍、清化痰热。当酌情立即灌服或鼻饲安宫牛黄丸、局方至宝丹、紫雪丹等，每日2~3次；同时静脉滴注清开灵注射液60ml或醒脑静注射液20~40ml，每日1~2次。脱证者，昏仆不语、眼合（肝绝）、口开（心绝）、手撒（脾绝）、鼾声（肺绝）、遗尿（肾绝），或四肢发凉汗出如油（阳绝）或面如妆红（阴绝），脉浮大无根（阳气外越）或沉细欲绝（阴阳欲竭）。通常认为，凡“五绝”俱全者，纵有丸丹，唯天命而已，如再加汗出如油、四肢清冷，则危在顷刻；若“五绝”尚未全现，急投大剂量参附静脉针剂，以益气回阳固脱，尚能可望转机。陆老认为，根据多年临床抢救经验，加之各项急救和监护措施日趋完备，目前即使中风病“五绝”证候俱全，亦应积极救治，而非拘泥古训，轻言放弃。



关键是辨证精准果断，投药胆大心细，切忌犹豫不决，坐失良机，中医药参与危重中风病的救治大有可为。

(一) 中风病诊断标准 (国家中医药管理局脑病急症协作组. 1995. 10)

中风病是在气血内虚的基础上，遇有劳倦内伤，忧思恼怒，嗜食厚味、烟酒等诱因，进而引起脏腑阴阳失调，气血逆乱，直冲犯脑，形成脑脉痹阻或血溢脑脉之外，临床以突然昏仆，半身不遂，口舌歪斜，语言蹇涩或失语，偏身麻木为主症，并且具有起病急、变化快，如风邪善行数变的特点，好发于中老年的一种常见病。按病理分为出血性中风和缺血性中风。

主症：半身不遂，神识昏蒙，言语蹇涩或不语，偏身感觉异常，口舌歪斜。

次症：头痛，眩晕，瞳神变化，饮水发呛，目偏不瞬，共济失调。

起病方式：急性起病，发病前多有诱因，常有先兆症状。

发病年龄：多在 40 岁以上。

具备 2 个主症以上，或 1 个主症 2 个次症，结合起病、诱因、先兆症状、年龄即可确诊；不具备上述条件，结合影像检查结果亦可确诊。

(二) 中风病辨证要点

陆老认为，中风病病情具有一定演变规律，一般发病 2 周内（病情危重者 4 周内）为急性期，发病半年以内为恢复期，发病半年以上进入后遗症期，当分期论治。





因急性期发病急、变化快、病情重，抢救是否及时有效直接影响预后，故为治疗中风病之关键，医者当首先分清病位深浅和病情轻重缓急，即辨明经络脏腑，分清虚实闭脱，尤其对某些非典型临床表现的急重病人，应辨证与辨病相结合，症状与颅脑 CT 等现代检测手段相结合，病证合参。

1. 辨经络与脏腑

陆老认为，凡卒中而神志正常者，均为病邪窜扰经络而成，病情相对较轻，起病相对较缓，故称为中经络；出现神志障碍者，皆由病邪上扰清窍所致，病情一般较重，起病大多急骤，故称为中脏腑。因此，中经络与中脏腑以神志状况作为基本证类鉴别要点。

(1) 中络：一般以一侧肢体麻木或肌力下降、口舌歪斜为主症，此邪中轻浅，病情最轻。

(2) 中经：一般以半身不遂、口舌歪斜、言语謇涩、偏身麻木为主症，病情较中络者为重。

(3) 中腑：一般具有较轻神志障碍，如神志恍惚、迷茫、嗜睡，同时伴半身不遂、口舌歪斜、言语謇涩、偏身麻木等。

(4) 中脏：突然昏仆，神志障碍明显，多为神昏，甚则昏聩无知，伴半身不遂、口舌歪斜、言语謇涩，此邪中最深，病情危重。

2. 辨闭证与脱证

陆老认为，中脏腑为中风病之危候，但有闭证、脱证之别，两者病机迥然有别，治法不可混同，临证必须详辨细析。

闭证者，为邪闭于内，症见牙关紧闭、口噤不开、两手握固、肢体强痉、二便秘结。闭证多实，急宜祛邪开闭。

脱证者，为阳脱于外，症见目合口开、鼻鼾息微、手撒





遗尿、脉微欲绝。脱证为五脏之气欲脱将绝之候，危在顷刻，急宜扶正固脱，以冀挽救于万一。

3. 辨病势及预后

陆老认为，若中风病起病即见神昏，经救治后神志渐清，半身不遂等症未再加重或渐有轻复，是由中脏腑向中经络转化，病位由深变浅，病势顺转，预后较好。若先中经络而后现神昏，或先中腑而继有神昏加重，乃至昏聩不语，是由中经络向中脏腑或是由中腑向中脏演进，均为病位由浅入深，是病势逆传，预后不良。中脏腑重证如仅见神昏、偏瘫，一般仍属顺境；但若呃逆频频，伴四肢抽搐不已，或腹背骤然灼热而四肢发凉，甚或四肢厥冷，或见戴阳证、呕血证，亦均属病势逆传，救治多难，预后可虞。

4. 辨体质、宿疾、诱因

陆老认为，体质、宿疾、诱因各异，导致中风病的发病证类不同，临床辨证时应详问审慎，不可忽视。

若素嗜肥甘醇酒、痰湿壅盛之人发病，多属窍隧经络之壅塞。其中脏腑者，则为痰湿蒙塞心神或痰热内闭心窍；中经络者，则为痰浊阻络或痰热腑实。

若素体气虚血滞或有怔忡动悸之宿疾发病，多属气虚不利，经络瘀阻，灵机失用。

若平素肝阳上亢、眩晕耳鸣或上盛下虚之体发生中风病，多属肝阳暴亢，风火上扰，气升火逆，内风鸱张之证。

中风病之发病诱因和起病形式，须区分动静之不同。安然或睡眠中起病者，属静、属阴，多为缺血性中风病；行动或暴怒、努责用力中发病者，属动、属阳，多为出血性中风病。临证初辨后，可结合颅脑 CT 检查以进一步明确诊断，且有利于尽早拟定干预措施而不错失时机。





以上乃中风病急性期预判病情走势和早定辨治决断的要根据，应全面考虑。

(三) 中风病辨证方法

1. 中经络

主病机：痰浊瘀血阻滞经络，或虽有气机逆乱上扰而清窍未蒙。

主证候：具备除神志障碍外的中风病四大主症：半身不遂、口舌歪斜、舌强言蹇或不语、偏身麻木。

(1) 肝阳暴亢风火上扰证

特异症：兼见肝经实火证候如眩晕头痛，面红耳赤，口苦咽干，心烦易怒，溲赤便干，舌质红绛，苔薄黄，脉弦而有力等。多素有高血压病史，性情急躁易怒或争强好胜。

治法：平肝泻火，熄风通络。

处方：平肝泻火汤。（钩藤 30g，杭菊花 30g，夏枯草 30g，丹皮 15g，赤芍药 15g，怀牛膝 18g，珍珠母 30g）

方解：方中钩藤性寒味甘，入肝、心包经，肝主风，心包主火，故而能平肝泻火、熄风解痉。钩藤与平肝、祛风、散热兼可益阴之菊花相伍，尤宜于风火相煽之患。夏枯草苦辛性寒，苦寒泄热，辛能散结，长于宣泄肝脏之郁火，畅利气机，故可清肝解郁泻火。怀牛膝善引血下行，兼有补益肝肾，故与平肝潜阳、清热化痰之珍珠母相伍，共奏镇肝潜阳、引亢逆下行之效。丹皮、赤芍性寒味苦，可清肝凉血、活血通络。诸药合奏平肝潜阳、清热熄风、活血通络之功。临证若以阳亢头痛眩晕为主，陆老常加天麻、代赭石、生龙牡、蔓荆子等，以增平肝熄风之功；若肝火炽盛，便干难解，陆老常加大黄、生决明子，以清肝泻火而通肠腑；若心



火上炎，烦躁不宁，陆老常加栀子、豆豉，以清心除烦。

陆老认为，本证常由中风先兆期肝肾阴虚、肝阳上亢证失治而来，或突遇劳累，情志刺激，阳亢化风化火，挟痰瘀阻滞脉络所致。一般发病后一周内变化较多，若调治得当，风火平熄，病情稳定，肢体瘫痪逐渐好转，约2周后进入恢复期，预后较好。若遇重证，或治疗不当，病情急进加重，甚则神志转为昏迷，此由中经转为中腑，而见风火上扰清窍证，急需消热熄风，醒神开窍。另因火盛最易伤阴，若病人头痛头晕，烦躁失眠，口干口渴加重。舌苔变少或无，为阴虚风火欲动之象，应更为育阴熄风汤治之。

【医案五】

刘某，男，54岁，干部。以“头痛头晕5年，加重1个月，突发左侧肢体活动不灵伴语謇半天”，于1991年8月21日初诊。

近5年来反复发作头痛头晕，伴心烦易怒，口苦咽干。1个月来因工作繁忙感头痛头晕加剧，数次测量血压在150~175/90~105mmHg，时有耳鸣心烦。今日晨起后发现左侧上下肢活动不灵，言语不清，口角流涎，吞咽略有呛咳。查体：血压165/105mmHg，神志清，精神可，形体粗壮，面红目赤。不完全性运动性失语，左鼻唇沟变浅，伸舌左偏，左软腭动度差，吞咽反射迟钝。双肺听诊阴性，心率84次/分，律不齐，可闻早搏，心音有力，心尖区闻Ⅱ/6级收缩期杂音，不传导。腹软，肝脾肋下未触及。左上肢肌力Ⅰ级，左下肢肌为Ⅱ级，肌张力可，左腱反射增强，左浅感觉明显减退，左Babinski's征和左Hoffmann's征阳性，脑膜刺激征阴性。舌质红，苔黄腻，脉结。颅脑CT示：右基底节放射冠区脑梗死。心电图：左室面高电压并ST-T改变，





多发性房性早搏。既往有高血压病史 20 年，近一年血压波动于 140 ~ 160/80 ~ 90mmHg，最高血压达 190/115mmHg，间断服降压药。有中风病家族史。平素嗜烟酒，喜肥咸，脾气暴躁。

诊断：中风病（中经络）；急性缺血性卒中（脑血栓形成），高血压病（Ⅱ期）。

辨证：肝阳暴亢，风火上扰，络脉瘀阻。

治法：平肝泻火，熄风通络。

处方：平肝泻火汤加减治疗：钩藤 30g，杭菊花 30g，夏枯草 30g，生龙牡（先煎）各 30g，丹皮 15g，赤芍药 12g，怀牛膝 18g，珍珠母 30g，栀子 9g，水煎服，日一剂。

服药 3 天后，测血压 150/90mmHg，自感头痛头晕减轻，言语较前流利，患肢可轻微抬动，诸症均有好转。惟大便已 4 日未行，伴腹胀纳呆，原方中加用大黄粉 6g（冲服），以清热通下，而利中焦气机。

连续服药治疗半月余，患者已能下床被人搀扶缓行，患肢肌力达Ⅳ级，进入恢复期治疗。

（2）风痰瘀血痹阻脉络证

特异症：兼见痰湿内盛证候如头晕目眩，舌质暗淡苔白腻，脉弦滑等。患者多形体肥胖，嗜肥甘。

治法：化痰熄风，活血通络。

处方：化痰通络饮。（法半夏 12g，生白术 12g，明天麻 12g，胆南星 6g，紫丹参 30g，醋香附 15g，酒军 6g）

方解：方中半夏辛温，燥湿祛痰、和胃降逆；白术健脾燥湿化痰；天麻熄风通络；胆南星熄风化痰止痉；丹参活血化痰通络。重用香附，取其辛散、苦降、甘缓、性平，芳香走窜，通行三焦，长于疏肝理气、解郁止痛之特性；与丹参





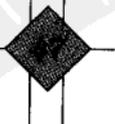
配伍，可达行气活血、化痰通络之功。佐以酒军善能祛除积滞，畅利中焦，升清降浊，祛痰泻热，以防腑实，正合调畅气机、“以通为顺”之法则。

陆老认为，本证常由中风先兆期痰浊阻络证演变，引致内风旋动，挟痰浊瘀血痹阻经脉而成。治疗时应着重疏畅气机，以利于浊痰瘀血之消除，庶免痰瘀互结随化随生，耗伤正气。若治疗得当，病情稳定，通常半月左右可进入恢复期。若调治失宜，进而痰浊瘀血化热阻滞中焦，可演进为痰热腑实证；或因气机逆乱，内风挟痰瘀上蒙清窍，出现神识昏蒙，由中经转为中腑，进为痰湿蒙塞心神证，急需温阳化痰，醒神开窍。

【医案六】

周某，男，64岁，住院号47828。以“一过性右侧肢体麻木1个月，右半身不遂伴言语蹇涩1天”，于1988年12月3日入院。

1个月前始感头晕目眩，伴一过性右肢麻木无力，约10分钟左右缓解，其后共发作3次未予诊治。1天前晨起外出取奶，自觉头晕目眩，言语不利，2小时后出现右侧上下肢体活动不灵，渐至完全失用。于某省级医院行急诊颅脑CT示“左额顶颞脑梗死”，曾行静脉甘露醇、胞二磷胆碱等治疗。患者因不耐静脉注射之苦，要求中药治疗。查体：血压150/90mmHg，神志清，精神萎靡。混合性失语，咳吐白痰，流清涎，口角略向右侧歪斜，吞咽呛咳，右侧鼻唇沟略浅，伸舌不出。右上下肢肌力0级，肌张力可，右腱反射活跃，右Babinski's征阳性。舌质黯淡，苔白厚，脉弦滑。既往有高血压史20余年，因无明显自觉症状未系统治疗，近1个月血压波动在140~160/80~90mmHg。平素有吸烟约





40年，慢性支气管炎10余年，常咳嗽吐痰。

诊断：中风病（中经络）；急性缺血性卒中（脑血栓形成），高血压病（Ⅱ期）。

辨证：风痰瘀血，上扰清空，痹阻脑脉。

治法：化痰熄风，活血通络。

处方：化痰通络饮加减：法半夏12g，生白术12g，天麻12g，胆南星6g，石菖蒲12g，南远志12g，广郁金12g，醋香附15g，紫丹参30g，酒军6g，水煎鼻饲，日1剂。

服药3剂后，头晕目眩、呛咳减轻，吐痰减少，精神好转，可发单音，听懂问话。查右上肢肌力Ⅰ级，右下肢肌力Ⅱ级，肌张力略低，舌质黯淡，苔白，脉弦滑。大便两日一行，难解。陆老认为，原方虽有效，但大便两日一行，且排出困难，乃气机调理尚欠，中焦不畅，腑气失于通降之顺，加用枳实9g、瓜蒌30g畅调气机而通腑化痰。

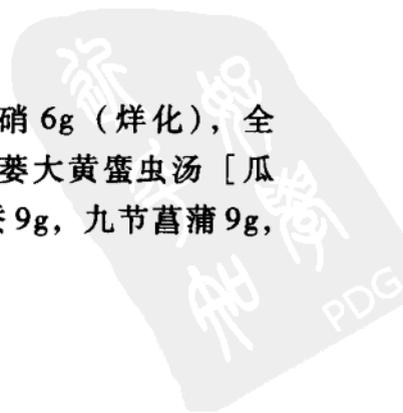
28剂后再诊，病人吞咽好转，鼻饲已除，可说单词，感全身倦怠，动则气短。查右上肢肌力Ⅲ~Ⅳ级，右下肢肌力Ⅳ~Ⅴ级，舌质淡，苔薄白，脉弦细。陆老认为病机已转为气虚络脉瘀阻证，进入恢复期治疗。

（3）痰热腑实风火上扰证

特异症：兼见脘腹胀满、大便燥结之阳明腑实及眩晕痰多之痰湿证候，舌质黯红或黯淡，苔黄或黄腻，脉弦滑或偏瘫侧弦滑而大。

治法：清热化痰，通腑泄浊。

处方：通腑化痰汤〔生大黄9g，芒硝6g（烊化），全瓜蒌30g，胆南星6g，紫丹参30g〕或瓜蒌大黄蜜虫汤〔瓜蒌24g，大黄9g，蜜虫9g，全蝎9g，僵蚕9g，九节菖蒲9g，郁金6g〕

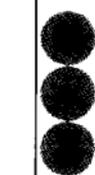




方解：①通腑化痰汤：方中大黄苦寒峻下，长于入中焦，利脾气，泻热通腑，荡涤肠胃，推陈致新，又可清热凉血、除痰利水，首选为君药；瓜蒌辛甘性寒，能清热化痰、宽胸散结，并能润肠通便，与大黄并用，辛开苦降，使肺气得宣，腑气得降，气机流畅，是为臣药；芒硝咸寒，软坚散结，助大黄通腑导滞；胆南星熄风解痉，且有清热化痰之用，与全瓜蒌相伍，清化痰热，散结宽中；另以丹参为使，可活血凉血养血。五药合用，药味虽少，药力宏足，使腑气通畅，中焦得利，气机升降有序，则诸症向安。

②瓜蒌大黄蜜虫汤：瓜蒌上清肺胃之热，以涤痰导滞，下润肠道，散结而通大便；大黄清浊荡涤肠胃积热，泻火通便兼除痰实；蜜虫功专破血逐瘀，治舌强、流涎；全蝎熄风通络，治厥阴风痰，肢体麻木不仁；僵蚕治风化痰，散结行经；九节菖蒲开心窍，除痰浊；郁金功能行气解郁，治浊邪蒙闭清窍。以上诸药相伍，有泻热通便、涤痰导滞、醒神开窍、熄风活络、行气解郁、调畅气机之功，故对中风病卒仆神昏、偏身不仁不用、舌强言謇、大便燥结、气机不利者，每收良好效果。

陆老认为，本证可由风痰瘀血痹阻脉络证失治转化而来，若痰浊瘀血化热，阻滞中焦，升降失职而腑气不利；亦可因肝阳素亢，兼有饮食不节、嗜酒无度、过食肥甘厚味，或劳倦内伤，致脾失健运，聚湿生痰，痰郁化热，外遇诱因，肝阳化风内动，挟痰火窜扰经络，阻滞中焦，扰使枢机，腑气不通而成痰热腑实证。本证常为中经与中腑之过渡阶段，是治疗上的关键时期。如调治得当，腑气得以及时通利，症状改善，病情稳定，预后较好，一般2周左右即可进入恢复期。反之，如若痰热邪实较重，或调治不当，痰热随





风阳上攻，扰乱神明，郁闭清窍，病势逆转为痰热内闭心窍重症，见神昏聩乱。其更甚者因痰热中阻，耗伤胃气而现呃逆频频，此乃胃气将败，病情恶化之危候，一般预后极差。

因此，对急性中风病患者，无论所中经络或是中脏腑，凡有大便秘结、脘腹胀满、舌苔黄腻、脉弦滑等腑实证候时，必先予通腑泻下。一般轻症可选用通腑化痰汤加减，重症当投以瓜蒌大黄蜜虫汤之重剂，然须谨记以腑气畅通、黄腻苔渐化为度，不宜久服，庶免伤其正气。痰热腑实重症服瓜蒌大黄蜜虫汤2剂后，大便仍燥结不通，仍可加芒硝6g（后人烔化），以求泻热软坚、润滑肠道，助大黄泻下燥屎；若喉中痰鸣，咯痰不爽，可加胆南星9g，以化痰熄风，并将全瓜蒌加至30g，助胆南星清热化痰，助大黄、芒硝通腑泻下。

【医案七】

裴某，男，73岁，住院号47310。因“突发半身不遂，言语蹇涩4天”，于1988年10月14日入院。

患者4天前中午如厕后，突发右侧肢体麻木、沉重无力，继而活动不灵，言语不清，被送入本院急诊室。颅脑CT检查：双侧基底节及放射冠区见条索及斑点状模糊低密度灶，脑室饱满，轻度扩张，脑沟裂增宽，中线结构无移位。经给予静脉甘露醇、活血化瘀针剂等观察治疗3天，病情稳定后收入病房。自述大便已4日未行，脘腹胀满，不思饮食，口臭口苦。舌质黯红，舌苔黄厚腻，脉弦滑。查体：血压128/82mmHg，老年男性，神志清，右侧鼻唇沟变浅，伸舌右偏，不完全性运动性失语。心肺阴性，腹部检查阴性。右上肢肌力0级，肌张力略高，右下肢肌力Ⅱ级，肌张



力正常；左上、下肢肌力Ⅳ级，肌张力正常。右侧浅感觉减退，双 Babinski's 征阳性。否认既往有高血压、糖尿病病史。

诊断：中风病（中经络）；急性缺血性卒中（脑血栓形成）。

辨证：内蕴痰湿，痰郁化热，外加怒责用力，化风内动，枢机不利，腑气不通而成痰热腑实，兼有风火窜扰。

治法：清热化痰，通腑泄浊。

处方：通腑化痰汤，水煎服，日 1 剂。

服药 1 天后大便即通。服药 3 天，大便每日两行，腹满消减，胃纳好转，语言较前清晰。查右上肢肌力Ⅱ级，右下肢肌力Ⅲ级。舌质红，苔黄腻，脉弦滑。陆老认为，服药后中焦疏利，腑气得通，腑实已有缓解，肢体功能障碍及语言均有恢复，但目前舌质仍红、苔黄腻、脉弦滑，是为痰热未清。因大便日行两次，故于通腑化痰汤原方去芒硝，加清半夏 12g，水煎服。配合鲜竹沥 30ml，一日两次，以增清化痰热之力。

继服 6 剂后，右上下肢肌力均为Ⅲ～Ⅳ级，病人已可在床边活动。舌质淡红，苔白而稍腻，脉弦滑。大便日 1～2 次，便不干。改用化痰通络饮原方水煎服。

1 月后，病人四肢肌力均达Ⅳ～Ⅴ级，语言基本正常，生活部分自理而出院。

【医案八】

于某，男，44 岁，干部。以“右侧肢体活动不利 2 年，再发半个月”于 1991 年 10 月 14 日初诊。

两年前曾患右侧肢体活动失灵，当时颅脑 CT 检查结果不详，经西药治疗后逐渐恢复。半月前，因劳累过度加之情志不遂，右侧肢体再次瘫痪不用，并伴有神志朦胧、失语、





张口困难、咯痰不爽、大便秘结。颅脑 CT 检查示“左额顶颞脑梗死”。在当地医院应用原方案治疗无效，遂来济求医。刻诊舌质稍红，苔黄腻，脉弦滑。素嗜烟酒。否认高血压病史，糖尿病病史 2 年。

诊断：中风病（中经络）；急性缺血性卒中（脑血栓形成）。

治法：清热化痰，熄风通络。

处方：瓜蒌大黄蜜虫汤，水煎服，日 1 剂。

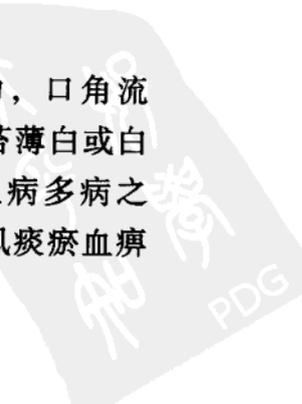
服 6 剂之后，神志清，精神可，咯痰较爽，纳食佳，大便调畅，每日一行，患肢活动范围扩大。仍感舌强，语言不利。效不更方，按上方大黄改 6g，瓜蒌改 20g，全蝎增至 12g，加鸡血藤 24g，广地龙 10g，以增其调和气血、熄风通络之功。

连服 12 剂，病情续见好转，可说出简单语句，由人搀扶，能在室内行走，纳寐均佳。在原方基础上，加减调理日趋稳定出院。

【按语】中风病发之初，应取急则治标的法则，以调畅气血而利气机，防止病情发展，本方即合此意。待病情好转或稳定以后，再根据患者之病情随证调治，或拟益气养阴熄风法，或拟活血通络开窍法，或两法酌情配伍运用，总以药证合拍为宜。

（4）气虚血瘀证

特异症：兼见气虚证候如面色白，气短乏力，口角流涎。自汗出，心悸便溏，手足肿胀。舌质暗淡，苔薄白或白腻，脉沉细、细缓或弦细等。多为高龄、素体久病多病之人。一般首次起病时即为本证者相对较少，多由风痰瘀血痹阻脉络证或其他诸证转化而来。





治法：益气活血，化瘀通络。

方药：益气活血汤。（生黄芪 30g，桃仁 12g，南红花 12g，赤芍药 12g，当归尾 12g，广地龙 12g，川芎 9g）

方解：本方以补阳还五汤为基础化裁而成。

方中黄芪性温味甘，大补中气为主药，因其具有升阳作用，故一般急性期不宜大量应用；配以当归、赤芍、红花、桃仁、川芎、地龙，益血化瘀通络。其中当归甘辛苦温，入肝、心、脾经，与黄芪同用，既能补气养血，又可行气活血；桃仁、红花，有活血通经，破瘀行血的作用；川芎辛温香窜，性善升散通行，走而不守，能上行颠顶，下达血海，外彻皮毛，旁通四肢，具有活血行气，散风止痛等作用，与黄芪同用，能通达气血，使之补而不滞，助气帅血行之力；赤芍味苦微寒，入肝经血分，可清肝火，凉血热，散瘀血，通经脉；地龙咸寒体滑，下行降泄，具清热止痉，熄风通络作用。诸药相伍，可使气血行，脉络通。

加减：陆老在临床上若遇患者脾气虚甚者，常加党参，补中益气养血生津；若血瘀较甚者，常加丹参、水蛭、三七以增强活血祛瘀之力；若肢体疼痛或僵硬者，常加醋元胡、制乳香、没药，并酌选鸡血藤，海风藤，丝瓜络，伸筋草，六路通等，以养血通络止痛；同时，常用全虫、僵蚕助地龙祛风通络；另外，因桃仁、当归均有润肠通便作用，对大便溏泄者，则不宜应用。

【医案九】

董某，男，69岁，住院号：47250。因“头晕乏力1年，加重伴右侧肢体活动不灵1周”，于1988年11月22日入院。

患者近1年来时感倦怠乏力，动则气短，精力不支。1





周前劳累后又感头晕乏力，心悸气短，次日晨起床后感右侧肢体麻木，活动欠灵，在某医学院附属医院行急诊颅脑 CT 示“左豆状核区脑梗死”，予维脑路通、脑嗝嗪、潘生丁、藻酸双酯钠等治疗 6 天，无明显疗效。今日转诊。查体：血压 142/60mmHg，老年男性，神志清，精神不振。右鼻唇沟略浅，伸舌不偏。心率 80 次/分，心音略低，律规整，未闻及杂音。双肺听诊阴性。右上肢肌力Ⅲ级，右下肢肌力Ⅳ级，肌张力略低，左腱反射亢进，右 Babinski's 征阳性，脑膜刺激征阴性。舌质暗淡，舌体胖，边有齿痕，舌苔薄白微腻，脉沉细。既往有冠心病病史 10 年，曾两次发生心肌梗死。心电图示：Ⅱ、aVF、V_{7,8} 见 Q 波，Ⅱ、Ⅲ、aVF、V₄₋₆ ST 压低 0.05~0.1mV。

诊断：中风病（中经络），胸痹心痛；急性缺血性卒中（脑栓塞），陈旧性心肌梗死（下壁并正后壁，心功能 NY-HA 2 级）。

辨证：心脾气虚，血行不畅，脑络瘀阻。

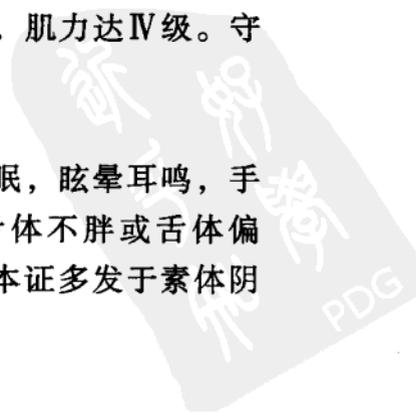
治法：益气活血，化瘀通络。

处方：益气活血汤加味：黄芪 30g，当归 12g，桃仁 12g，红花 12g，赤芍 12g，川芎 6g，地龙 12g，党参 24g，全蝎 9g（研末冲服），瓜蒌 18g，薤白 12g，水煎服，日 1 剂。

服 6 剂后，头晕消失，肢体较前有力，肌力达Ⅳ级。守方又服月余，肢体活动基本正常而出院。

（5）阴虚风动证

特异症：兼见阴虚风动之象如烦躁失眠，眩晕耳鸣，手足心发热，舌质红、或红绛、或黯红，舌体不胖或舌体偏瘦，舌苔少或无苔，脉细弦或细弦数等。本证多发于素体阴





虚之人，或年老体衰肝肾阴亏较甚，遇劳倦内伤，情志刺激等诱因，致内风旋动，虚风上扰；或由肝阳暴亢风火上扰、痰热腑实风火上扰证等，引致风火相煽，伤阴耗血；或应用过量脱水剂治疗，阴液丢失过多等原因转化而来。部分病人既往有糖尿病史。

治法：育阴熄风，活血通络。

方药：育阴熄风汤。（生地黄 24g，玄参 15g，女贞子 15g，钩藤 30g，杭白芍 15g，桑寄生 30g，紫丹参 15g）

方解：方中生地黄甘苦性寒，入心、肝、肾经，能清热凉血，滋阴生津；玄参苦咸微寒，入肾、肺经，性善降泄，故能壮肾水以制浮游之火，有清上澈下之功，且可润燥除烦，素为滋阴降火之要药，与地黄配用，可滋阴养血，清热降火除烦；女贞子甘苦性凉，补中有清，能滋肾益肝，乌发明目；钩藤甘而微寒，入肝，可平肝熄风解痉，入心包可清心泻火，凡肝风内动，心火上炎，风火相煽之证，用之尤宜；杭白芍酸能收敛，苦凉泄热，长于入肝，养血柔肝，还可助钩藤平肝解痉；桑寄生苦甘性平，能养血祛风而通络；紫丹参苦而微寒，既可行血活血，又能养血凉血，还可清心除烦，祛瘀生新。全方合成滋水涵木、补肾养肝、敛阴熄风、活血通络之功。

加减：若患者纳食欠佳，火热不甚，或需较长时间服用，陆老常将生地黄易为制首乌、枸杞果，以防其滋腻碍胃；若患者阴虚阳亢，眩晕耳鸣，可加龟板、怀牛膝、灵磁石，以滋阴潜阳；若虚烦不寐，常加栀子、豆豉、知母、炒枣仁、莲子芯等，以清心除烦、养心安神；若口渴多饮，酌加天花粉、沙参、麦冬、石斛等，以生津止渴；若大便秘结者则加当归、火麻仁、肉苁蓉，以润肠通便。





【医案十】

贾某，女，70岁，住院号：46194。因“一过性视物不清伴左上肢麻木1周，突发视物不清伴失语、左侧肢体活动不灵5天”入院。

1周前家中来客，身心劳累，曾出现一过性视物不清，左上肢麻木，约数分钟后缓解，此后常感头晕耳鸣，心烦寐差。5天前晨起后发现视物模糊，左上下肢麻木无力，语言窘涩，入某医学院附属医院急诊。当时测血压188/105mmHg，颅脑CT示“左基底节放射冠区多发腔隙梗死”，给予脱水、扩血管及脑细胞代谢剂等治疗5天，除视力改善外，自感肢体活动不灵较前加重，遂转来我院。查体：血压162/90mmHg，老年女性，神志清，精神差，形体消瘦。左鼻唇沟略浅，伸舌稍左歪，语言欠流利，左上下肢肌力均为Ⅲ~Ⅳ级，肌张力稍高，腱反射活跃，浅感觉减退，病理征阳性。舌质红，苔少，脉弦细。随机血糖10.8mmol/L。既往有高血压病史10余年，糖尿病史6年，平素口渴多饮，小便频多，每于劳累时感头晕眼花，心烦耳鸣。

诊断：中风病（中经络），风眩，消渴病；急性缺血性卒中（脑血栓形成），高血压病（Ⅱ期）。

辨证：罹患消渴，素体阴虚，兼年老体衰，肝肾阴亏，遇劳倦内伤，致虚风上扰，又加之脱水，阴津更亏。

治法：滋补肝肾，育阴熄风，佐以活血通络。

处方：育阴熄风汤加减：生地黄30g，玄参18g，女贞子15g，桑寄生30g，白芍15g，丹参24g，钩藤15g，当归12g，水煎服，日1剂。

服药3剂后，因虚烦失眠，大便干，加用炒枣仁30g，火麻仁12g，肉苁蓉15g，栀子12g。



中华医药
PDG



服药 15 剂后，心烦失眠均有减轻，患侧肢体活动有改善，肌力达 IV 级。为防久服滋腻，去生地、栀子，加制首乌 30g、枸杞 15g、鸡血藤 18g、全蝎 6g（研末冲服）、怀牛膝 18g，进入恢复期治疗。

又服 20 剂后，肌力恢复至 V 级，语言流利，生活可自理而出院。

2. 中脏腑

主病机：气机升降失常，气血逆乱于头，蒙闭清窍。

主证候：起病急骤，神志障碍，伴半身不遂、口舌歪斜、舌强言蹇或不语，偏身麻木。

陆老根据其病机的不同分为：扰、蒙、闭、脱四证辨治。

(1) 风火上扰清窍证（扰证）

特异症：神志障碍较轻，仅见神识恍惚或迷蒙，兼见便干便秘，眩晕麻木，舌红绛、苔黄腻，脉弦滑，其瘫痪肢体多为强痉拘急。

治法：平肝熄风，清心开窍。

急救：清开灵注射液 40 ~ 60ml 入液静脉滴注，每日 1 ~ 2 次。

方药：天麻 12g，钩藤 12g，生石决明 30g，黄芩 9g，山栀子 12g，天竺黄 9g，怀牛膝 18g，丹皮 12g，生大黄 6g（后入），水煎服，日 1 剂。

加减：若伴有肢体抽搐者，可于汤剂中加全蝎、僵蚕、蜈蚣等以熄风止痉；若肝火亢盛者可加龙胆草，以助清肝泻火；若头晕耳鸣，加龟板、磁石、制首乌、枸杞子，以滋阴潜阳；若痰多昏睡，加石菖蒲、远志、郁金、胆南星、鲜竹沥等，以祛痰开窍。





陆老认为，本证可由中经络之肝阳暴亢风火上扰证演变而来，亦可因患者平素阴精亏虚，肝阳偏亢，遇情志刺激、劳累过度、或酗酒等，病势骤剧，肝阳骤亢，化火生风，风火相煽，上扰清窍而致，总为中脏腑之轻症。若治疗及时得当，1周内可神志变清，转为中经络；但若调治不当，风火挟痰瘀内闭心窍，而演变为痰热内闭心窍证，预后则不良。他认为，辩证关键，常在于调畅之中焦气机，应注重通腑泻下。

【医案十一】

孟某，男，63岁。因“神志恍惚，右肢活动不灵，语謇半天”，1992年11月17日急诊。

昨晚与人争吵后感头痛头晕，夜寐较差，晨起神志恍惚，右侧肢体活动不灵，言语不清，口角流涎，即被送来急诊室。查体：血压188/102mmHg。谵妄状态，不完全性运动性失语，双瞳孔等大同圆，对光反射好，右鼻唇沟略浅，伸舌稍右歪，颈稍硬。右侧上下肢肌力Ⅰ级，肌张力略高，腱反射活跃，右浅感觉减退，右Babinski's征和Chaddock's征阳性。舌质红，苔黄腻，脉弦滑有力。急诊颅脑CT检查示：左外囊基底节出血，脑萎缩。既往有高血压病30余年，近1年血压波动在150~170/92~100mmHg，时感头痛头晕，未系统治疗。平素脾气暴躁，喜肥甘，嗜烟酒。

诊断：中风病（中脏腑，急性期）；出血性卒中（高血压性脑出血），高血压病（Ⅲ期）。

治法：平肝熄风，清心开窍。

急救：立即给清开灵60ml加入生理盐水250ml静脉滴注，每日1次。

方药：天麻12g，钩藤20g，石决明30g，生龙牡各



30g, 黄芩 12g, 栀子 12g, 天竺黄 9g, 丹皮 12g, 怀牛膝 18g, 菖蒲 12g, 郁金 12g, 水煎服, 日 1 剂。

服药 2 剂, 病情同前, 因大便秘结, 数日未行, 加用大黄 9g (后入)。

继服 3 剂, 大便通, 日 2 行, 神志转清, 能简单回答问题, 患肢肌力达 II 级。陆老认为, 此由中脏腑转为中经络之肝阳暴亢风火上扰证, 病情有好转, 故继用清开灵静滴, 又服上方 3 剂后, 改用平肝泻火汤治疗 28 天后, 复查 CT 血肿完全吸收, 语言基本流利, 肌力恢复达 IV 级, 进入恢复期治疗。

(2) 痰湿蒙塞心神证 (蒙证)

特异症: 神识不清程度较“扰证”为重, 但仅为神昏, 尚未达闭证或脱证; 兼见四肢逆冷, 面白唇黯, 痰涎壅盛, 舌质黯淡, 苔白腻, 脉沉滑或沉缓。其半身不遂多为松弛瘫软且不温。常见于素体阳虚痰盛。

治法: 涤痰化浊, 醒神开窍。

急救: 清开灵注射液 60ml 入液静脉滴注, 日 2 次; 灌服或鼻饲安宫牛黄丸 1 丸, 每日 2 次。

方药: 制半夏 10g, 陈皮 9g, 枳实 12g, 竹茹 9g, 茯苓 18g, 生姜 8 片, 水煎服或鼻饲, 日 1 剂。

加减: 若湿痰较重, 可加白术、白蔻仁、砂仁等, 以健脾燥湿化浊; 便秘者加瓜蒌、酒军, 以祛除积滞, 调理中焦气机, 祛痰通便。

陆老认为, 本证多由素体阳虚, 痰湿内蕴, 痰浊上壅, 闭阻清窍, 蒙塞心神所致; 亦可由中经络之风痰瘀血痹阻脉络证逆转而来, 多见于大面积或多发性脑梗死。本证虽较风火上扰清窍证为重, 但神志障碍尚未达深昏迷, 表现为嗜睡





或神昏，若救治得当，在1周内神志可逐渐转清，半月后逐渐进入恢复期，预后一般较好。若救治不当，或邪盛正衰，致使阳气虚脱，神昏加重，转为元气败脱心神散乱证，预后不良。

【医案十二】

吴某，女，80岁。因“右侧肢体偏瘫经治好转10年，再发3年，神昏2天”，于1991年6月25日入院。

10年前右侧肢体瘫痪，经治疗好转。3年前复中，遗有右侧半身不遂，可扶杖行走，但生活不能自理，伴健忘，痴呆，语謇。2天前黎明时，家人发现昏迷，呼之不应，喉中痰声辘辘，小便失禁，被送来急诊。经静注脱水剂、脑细胞保护剂等治疗无明显疗效，请陆老会诊。查体：血压105/68mmHg。老年女性，形体偏胖，昏睡状态，喉中痰鸣，双瞳孔等大同圆，对光反射迟钝，颈部有抵抗感。右鼻唇沟变浅，右侧肢体肌力0级，肌张力降低，腱反射降低，左侧肢体可见自主运动，右 Babinski's 征和 Kernig's 征阳性。舌质黯，舌体胖，苔白腻，脉沉滑。心电图示：广泛 ST-T 改变。颅脑 CT 示：多发性脑梗死。既往有高血压病约30年，近2年血压波动在140~160/90~100mmHg；冠心病史30余年。

诊断：中风病（中脏腑，急性期）；急性缺血性卒中（脑栓塞），高血压病（Ⅱ期）。

治法：涤痰化浊，醒神开窍。

急救：醒脑静注射液20ml加入生理盐水250ml静脉滴注，每日2次。

处方：法半夏12g，陈皮9g，枳实9g，胆南星9g，茯苓18g，石菖蒲12g，远志9g，川贝9g，郁金12g，酒军9g，





水煎后鼻饲，日一剂。同时鼻饲鲜竹沥 30ml，每日 3 次。

经上述综合救治后 5 天，神志渐清，能发单音，喉中痰少，肢体活动仍如前。陆老认为，神昏转清，危象缓解，由中脏腑向中经络演变，改用化痰通络饮原方继服。

半月后患侧肌力达 II 级，改用益气活血汤，进入恢复期治疗。住院 2 个月后，肢体活动能力恢复到本次发病前状况。

【医案十三】

程某，女，56 岁，于 1988 年 4 月 20 日会诊。

平素有高血压病史。4 月 10 日夜半，突发右侧肢体不用，神志朦胧不清，呼之不应，仅能示意，继而左侧肢体亦偏废不遂，神志昏蒙，不省人事。急诊入某省级医院，CT 诊断为“多发性小灶脑梗死”，经静脉低分子右旋糖酐及降低颅内压等药物治疗，无明显效果，于 4 月 20 日请陆老会诊。刻诊：喉中痰声辘辘，舌红苔黄厚，脉弦数而滑。家人代云：患者于发病前 3 日未解大便至今，10 日来虽进流质饮食不多，但按其脘腹胀满。

诊断：中风病（中脏腑）；急性缺血性卒中（脑血栓形成）。

治法：清热化痰，通腑急下。

处方：星萎承气汤（全瓜蒌、胆南星、生大黄、芒硝），急煎鼻饲，日 1 剂。

服药 2 剂半时，大便连下 2 次，量虽多但成型，便色黑褐相间，大便潜血试验阴性。当日下午大便得通，患者神志即转清，仍失语，问之可示意，并能进少量米汤和奶汁。嘱停用中药鼻饲，改用清开灵针剂 40ml 入液静脉滴注，每日 1 次。





【按语】中风病之病机，主要乃气机逆乱，上蒙清窍。大便多日不解，腑气失其下降之顺，神识昏蒙，予以通腑泻下之法，使腑气得通，则气机升降有序，故病有转机。然通腑泻下之法当以通为度，不宜久用，庶免伤其正气。因此便下之后，即嘱改用清开灵针剂，以清脑醒神而治其本。

王永炎院士等认为化痰通腑法主要用于中风病急性期之中经、中腑证。星萎承气汤（又名化痰通腑饮）方中全瓜蒌清热化痰、理气散结；胆南星熄风化痰清热，合全瓜蒌之清热化痰，共去中焦之浊邪；生大黄后人，峻下热结，荡涤肠胃，通腑化浊；芒硝软坚散结，配生大黄通降腑气。四药相配，化痰热而通腑气，势宏力专。但该法旨在迅速祛除浊邪，不宜久用，应注意掌握时机，保持大便略稀，每日2~3次，使用2~3天后黄厚腻苔渐去或虚证日彰者，不宜继用本法。

（3）痰热内闭心窍证（闭证）

特异症：其神志昏迷较重，多有昏聩，并有鼻鼾痰鸣，项强身热，躁扰不宁，甚则手足厥冷，频繁抽搐，偶见呕血，瘫痪肢体多见强痉拘挛。舌质红绛或黯红，舌苔黄褐色，少津，脉弦滑数。

治法：清热化痰，开闭醒窍。

应急处理：立即给清开灵注射液60ml入液静脉滴注，每日2~3次。同时灌服或鼻饲醒脑健神丹8粒，每日3次。

方药：羚羊角粉1g（冲），珍珠粉0.6g（冲），钩藤15g，半夏9g，竹茹9g，天竺黄9g，菖蒲12g，郁金12g，远志9g，夏枯草12g，丹皮9g，水煎服或鼻饲，日1剂。

加减：若痰热壅盛，可酌加胆南星、全瓜蒌、鲜竹沥；如有抽搐加蜈蚣、全蝎；若大便秘结不通者，给大黄粉6~



9g (冲服), 不效时可加芒硝、枳实, 亦可用大承气汤灌肠, 总之尽快使大便通下为度。

陆老认为, 本证多由肝阳暴亢, 化热生风, 挟痰浊瘀血并逆而上, 冲犯于脑, 致痰热内闭脑窍所成, 亦可由痰热腑实风痰上扰证逆转而来, 多见于脑出血。本证病情危重, 若能及时有效抢救, 在三五日内大便通利, 神志逐渐清晰, 预后多好; 一般待到神志完全转清多需 10~15 天, 其后则转入中经络, 1 月之后多可进入恢复期。反之, 若神昏日久, 或因年老体衰正不胜邪, 或因治疗不力, 风火痰热灼阴耗津, 损伤正气, 而转变为元气败脱心神散乱证, 预后则差。

【医案十四】

刘某, 女, 59 岁。住院号 22544。因“一过性左侧肢体麻木伴头痛眩晕半年, 加重伴神昏、呕吐、肢瘫 3 小时”入院。

半年前曾因一过性左侧肢体麻木伴头痛、眩晕在本院急诊室诊断为“短暂性脑缺血发作”, 经中西医结合治疗 20 天, 症状完全缓解后出院。因离别 40 余年亲人欲来探亲, 近日心情激动并多有操劳。3 小时前正行家务劳作, 突感剧烈头晕头痛, 出现口角歪斜, 左肢活动失灵, 随即昏仆, 呼之不应, 小便失禁, 伴喷射状呕吐数次, 被急送入院。查体: 体温 38.5℃, 脉搏 64 次/分, 呼吸 18 次/分, 血压 196/120mmHg。形体肥胖, 浅昏迷状态, 面红气粗, 鼾声呼吸, 双瞳孔不等大, 右侧大于左侧, 对光反射迟钝, 球结膜明显水肿。左鼻唇沟浅, 口噤不开, 右肢可见不自主运动, 左侧肢体肌力 0 级, 肌张力增高, 腱反射未引出, 左侧 Babinski's 征、Brudzinski's 征、Kernig's 征和 Chaddock's 征均为阳性, 舌质红绛, 苔黄腻稍褐而干, 脉弦滑稍数。急诊颅





脑 CT 示“右丘脑内囊出血，破入第三、四脑室，估算出血量 84ml”。既往有高血压病史 10 余年，多数血压测量值在 160 ~ 180/100 ~ 110mmHg，最高血压 200/120mmHg，未系统诊疗。

诊断：中风病（中脏腑，急性期）；出血性卒中（高血压性脑出血），高血压病（Ⅲ期）。

辨证：肝阳暴亢，风火上亢，痰浊瘀血并逆冲犯于脑，痰热内闭脑窍。

治法：清热化痰，醒神开窍。

急救：清开灵注射液 60ml 入生理盐水 250ml 静脉滴注，每日 2 次。配合内科基础治疗如 20% 甘露醇 125 ~ 250ml，每日 2 ~ 4 次，脱水降颅压等。

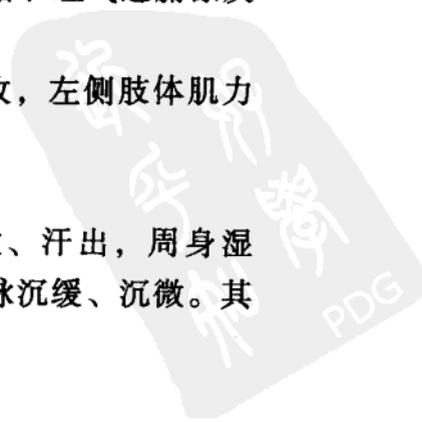
2 天后转为昏睡状态，双瞳孔等大等圆，大小正常，对光反射灵敏，但大便一直未行。加用中药：羚羊角粉 1g（冲），珍珠粉 0.6g（冲），钩藤 15g，半夏 9g，胆南星 9g，天竺黄 9g，九节菖蒲 12g，郁金 12g，远志 9g，丹皮 9g，怀牛膝 18g，代赭石 30g，瓜蒌 30g，大黄粉 6g（冲），水煎鼻饲，每日 2 次。服药后，大便当日晚间即随之通利，神志逐渐转清。

9 天后神志基本清醒，左侧肢体肌力达Ⅱ级，考虑由中脏腑转为中经络，续按平肝潜阳、祛瘀和络、理气通腑涤痰法治疗，给予瓜蒌大黄蜜虫汤原方继服。

28 天后复查颅脑 CT 示血肿已完全吸收，左侧肢体肌力达Ⅲ级。病情稳定，进入恢复期治疗。

（4）元气败脱、心神散乱证（脱证）

特异症：神志昏聩，并见手撒、肢软、汗出，周身湿冷，二便自遗，舌痿，质紫黯，苔白腻，脉沉缓、沉微。其





肢瘫多为软瘫，并可见抽风、呕血、戴阳等变证。

治法：益气固脱回阳救逆。

急救：参附注射液 20 ~ 40ml 或生脉注射液 60 ~ 100ml 入液静脉滴注，每日 2 ~ 3 次。

方药：野山参 10g，制附子 9g，甘草 9g，五味子 9g，急煎浓缩至 100ml，一次鼻饲灌入。若汗出不止者，可加黄芪 30g、生龙牡各 30g（先煎）。

（四）中风病辨病经验

1. 清开灵注射液方论

“清开灵”由北京中医药大学中药系曹春林教授于 20 世纪 70 年代领衔组织研制，在 80 年代初期投产，最初药品名称为“安宫注射液”，是自驰名中外的“温病三宝”之一“安宫牛黄丸”精减化裁而来的中药复方改良剂型，取治疗神志昏迷的“清开”之意，后演化而直称“清开灵注射液”，为我国较早开发的中药复方注射剂。

安宫牛黄丸首见于清代吴瑭的《温病条辨》，原方由牛黄、郁金、犀角、黄连、朱砂、梅片、麝香、珍珠、山梔、雄黄、黄芩等组成，辨治太阳温病之神昏谵语。后世医家将安宫牛黄丸用于治疗温热病之热邪内陷心包，证见高热烦躁、神昏谵语、舌红或绛、脉数以及于痰热内闭所致小儿惊厥，其对乙型脑炎、流行性脑炎、中毒性痢疾、尿毒症、脑卒中、中毒性肺炎等属痰热内闭之昏厥的疗效为世所公认。

清开灵注射液不仅保留了原方的独到功效，更拓宽了其临床适应证，而药物剂型的改革也使中药在急诊科室的大规模应用成为可能。清开灵注射液最显著的特点在于其对急性出血性和缺血性脑卒中的双重疗效，广泛运用于治疗各种类





型脑卒中（包括缺血性卒中和出血性卒中）和抢救脑卒中危重并发症，被国家中医药管理局指定为首批“全国中医医院急诊科（室）必备药”，成为中风病急性期的首选静脉注射中药，在中医急诊医学中发挥了重要作用。

陆老自 80 年代初期参加“全国中风病急症协作组”开始，首先在山东省运用清开灵针剂，此后陆续使用了清开灵的口服剂型如口服液和冲剂，积累了丰富的临证经验。

〔主要成分〕胆酸、熊去氢胆酸、水牛角、黄芩苷、金银花、栀子、板蓝根、珍珠母等。

〔方药解析〕牛黄（主要成分为胆酸和去氢胆酸），用为君药，功效清热、镇惊、开窍、降压等；水牛角于 1975 年被确定为犀角的代用品，功效强心、镇静、解热等；珍珠母清热解毒、安神益阴，有药理实验证明其具有短暂利尿作用；黄芩（主要有效成分为黄芩苷）具有抗炎、抗过敏、抗菌、解热降压、利尿、降脂、利胆、解痉、镇静等多种作用；金银花（主要有效成分为绿原酸）在本方中主要辅助胆酸类和混合氨基酸而发挥清热解毒作用；栀子（含藏红花素）功效利胆、清热、泻火、除烦，同时具有镇静及较持久的降压作用；板蓝根（有效成分为靛苷及数种氨基酸），功效清热解毒，与本方中其他药物相须为用。

〔功效主治〕清热解毒，化痰通络，醒神开窍。

〔用量用法〕常规用法为清开灵注射液 20 ~ 40ml 以 10% 葡萄糖注射液 200ml 或生理盐水注射液 100ml 稀释后静脉滴注，每日 1 次。

陆老认为，清开灵注射液虽能醒神开窍，但对痰热内闭心窍等重症中风病中脏患者，常规每日 1 次用药，仍有病重药轻和病久药少之感，可尝试每日 2 ~ 3 次给药，以提高疗





效，但不主张肌肉注射。

2. 清开灵注射液的合理运用

陆老毕生强调辨证论治，重视审证求因，“谨守病机，各司其属”，辨别阴阳虚实，“胜者责之，虚者责之”，常谓“用药如用兵”，“有是证，用是药”，主张临证选择用药必须审清病情证候阴阳和把握中药药性，二者缺一不可。

陆老认为，“清开灵”组方脱胎于《温病条辨》中安宫牛黄丸原方的前半部分，尽管药味加减和剂型改良使丸剂变成静脉针剂，但药物组成成分的差异不明显，仍属于中药范畴，而中药功效取决于药性，饮片、中成药如此，注射剂也不例外。为此，探究清开灵注射液的运用仍必须从安宫牛黄丸着手，并遵循辨证论治法则，体现辨证用药思路。

安宫牛黄丸原方功效为清热开窍、豁痰解毒，主治高热烦躁、神昏谵语、中风昏迷以及小儿惊厥属邪热内闭者，方中牛黄、犀角、黄连、山梔、黄芩等皆属寒凉辛开之品。吴鞠通称“此芳香化秽浊而利诸窍，咸寒保肾水而安心体，苦寒通火腑而泻心用之方也”，“大抵安宫牛黄丸最凉，紫雪次之，至宝又次之”，提示如此寒凉之品，临证应用更当慎重。

诚如《温病条辨·上焦篇》曰：“太阴之为病，脉不缓不紧而动数，或两寸独大，尺肤热，头痛，微恶风寒，身热自汗，口渴或不渴而咳，午后热甚者，名曰温病”，“太阴温病，不可发汗，发汗而汗不出者，必发斑疹；汗出多者，必神昏谵语……神昏谵语者，清宫汤主之，牛黄丸、紫雪丹、局方至宝丹亦主之”，“邪入心包，舌蹇脉厥，牛黄丸主之，紫雪丹亦主之”，“手厥阴暑温，身热不恶寒，神清不了了，时时谵语者，安宫牛黄丸主之，紫雪丹亦主之”。叶天士《临证指南医案》亦明确指出：“温邪上受，首先犯





肺，逆传心包。肺主气属卫，心主血属营……”“在卫汗之可也”，“到气才可清气”，“入营由可透热转气，如犀角、元参、羚羊角等物”，“入血就恐耗血动血，直须凉血散血，加生地、丹皮、阿胶、赤芍等物”。因此，温热之邪或顺传递入营血，或逆传直入心包，值心窍被闭之时，见神昏谵语或身热不恶寒（非在表之发热）之症，方可用牛黄丸、紫雪丹、安宫牛黄丸之辈醒神开窍。

“清开灵”既属寒凉之品，所治病证应具有热证之特性。热证有湿热、温热、暑热之分，不可混为一谈；中风病亦有风、火、痰、瘀之别，临证应予以详辨。清开灵注射液对证属肝阳暴亢风火上扰、风痰瘀血痹阻脉络、痰热腑实风痰上扰的中经络病人和证属风火上扰清窍、痰湿蒙塞心神、痰热内闭清窍的中脏腑病人均有显著功效，说明痰热内郁、痰瘀痹阻、清窍闭塞所致中风病痰热证是“清开灵”的适应主证，其主治证候可被概括为“高热烦躁”和“神昏谵语”。若病家并不具备热证的基本证候特征，或为湿热而非痰热证候，则不应视为符合清开灵注射液之适应证。

中风病的基本病机为本虚标实，尤其在急性期病机以标实更为突出，脏腑失调，阴阳偏胜，气血升降逆乱直冲犯脑，迫血妄行溢出脑脉或风火痰瘀蒙蔽清窍，风火痰瘀窍是主要病机，祛风清热、化痰活血、醒神开窍是治疗关键，故早期选用具有清热化痰、活血祛瘀、醒神开窍的清开灵治疗，药证契合。陆老指导的山东中医药大学附属医院神经内科，通过观察“清开灵”治疗过程中证候的转化情况，发现中风病急性期发病初起，证候虽多，但多属风火痰瘀之实证，一般应用清开灵注射液治疗15~20天，风火痰瘀等火热实邪伴随病程延长日益消退，正虚之象日益显著，而转为



PDG



痰瘀痹阻或阴虚风动，继则痰浊瘀血之象亦渐去，阴虚气虚之候却渐增。故主张清开灵注射液以早期应用最为对证，既可对中风病危重急症作为急救用药，又可对痰热瘀血偏重者作为长期治疗用药；在用药过程中，应注意观察证候变化转归，酌定用停时机，应用清开灵注射液治疗急性出血性中风病一般选择以15~20天为一疗程比较适宜。

当前，清开灵注射液被应用于临床各系统疾病的“广泛适应证”存在认识误区。已有的临床观察文献报道清开灵注射液可导致各种不良反应或过敏反应（包括严重过敏反应如过敏性休克、急性喉水肿、过敏性哮喘和过敏性间质性肾炎等问题）。但是，文献仅报道了发生不良反应或过敏反应病例在接受治疗时的临床表现及西医诊断，对病人的证候属性和清开灵注射液的药性均未谈及，未完全阐明导致药物不良反应的证候本质，从而忽视了医师在临床诊疗中选择或应用清开灵注射液的药证不符问题。

综合分析清开灵注射液的应用现状，药物选择或应用不当可能是导致不良反应的重要原因，并可能是当今多数临床医师所忽视的重要问题，其主要原因即在于对中药复方注射剂的选择或应用未遵循辨证用药原则，甚或有部分临床医师尚未明了中药复方注射剂亦有药性。因此，尽管作用机制有待进一步深入研究，但选择或应用中药复方注射剂必须遵循中药药性要求和辨证论治原则，只有药证相符方能确有疗效，才能减少药物不良反应。

总之，清开灵注射液是中药复方针剂，相对于传统汤药剂型的突出优势是能方便和迅速应用于急危重症病人，如果对脱离疾病和证候演变规律的正确认识，一味地只抓“适应证”，盲目扩大应用指征，有可能适得其反，即产生所谓



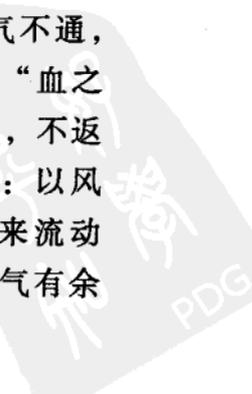


的“药物不良反应”或“过敏反应”。正如叶天士所说，“虑其动手便错，反致慌张矣”。对其合理运用的认识是必须从中药药性着手，强调辨证论治，先议病后议药，在扩大治疗范围的同时，严格掌握其适应证，既要参考现代药理研究，更要遵循辨证施治原则，严防“中药西用”。

3. 调气法则的临证价值

陆老认为，自确立“中风病”命名定义以来，对其病因病机和治则治法等认识已与古代有所不同：中风病病机从“内虚邪中”治以“补益气血、祛风化痰”，逐步认识到“肝风内动”治以“滋阴养血、平肝熄风”，已发展到现代“痰热腑实”治以“通腑化痰、活血化痰”。中风病是在素体气血阴阳亏虚的基础上，风、火、痰、瘀等多种因素共同作用，导致脏腑功能失调、气血逆乱于脑，脑脉痹阻或血溢脉外而发病。由于脏腑功能失调，脾胃升降失常，中焦输转不利，痰浊内生，瘀血内阻，腑气不通，故其证候表现为痰热腑实者居多。认识的演化，体现了现代医家重视“痰瘀互阻”的发病机制，确立了“痰热腑实”在中风病急性期病机中的重要作用，通腑化痰法因此被广泛应用。

陆老通过总结历代医籍和多年临证实践体会到的重要经验，进一步强调了气机逆乱在中风病急性期发病进程中的核心地位及其重要作用：①中风病急性期病机转归之关键乃是脏腑功能失调，气血升降逆乱，而致痰瘀中阻、腑气不通，正所谓“大怒则形气绝，而血菀于上，使人薄厥”，“血之与气，并走于上，则为大厥，厥则暴死，气复返则生，不返则死”。中风病发病的标实因素无外风、火、痰、瘀：以风居首位，风之形成究于气之疏泄太过，即“气之往来流动谓之风”；气机逆乱导致气机郁结，进而生火，即“气有余





便是火”；痰瘀之形成，责于平素各种致病高危因素作用而引起津聚成痰，血滞为瘀；而气机逆乱则又急剧加重了痰瘀生成，致使痹阻络窍。②中风病急性期发病病理之关键在于风痰瘀相兼为患。风痰瘀为津气血之病理产物，而津气血之运化依赖于心肝脾之机转。由于心肝脾存在生理上的互相联系及气血津液的生则同生、行则同行，故三脏腑功能失调则一发而动全身，任一环节发生病变则必互为影响，导致气机郁滞、痰浊内蕴、瘀血新生，使气郁、痰浊、瘀血和兼为病。陆老多从“六腑”和“络脉”入手以调理气机：

(1) “釜底抽薪”，调理六腑之气

适于痰热腑实、腑气不通者。如《素问·五常政大论》云：“气反者，病在上，取之下”，正切合中风病之病位在脑脉，通腑法之功治在胃肠，乃上病下治之验。

中风病各期均可见腑实证候，见是证当及早运用通腑之法以调达气机：一则通畅腑气，气行则血行，进而使全身血运循经输布，以通痹达络，促进半身不遂向愈；二则涤除胃肠宿浊积滞，浊邪不得上扰心神，则可不致气血逆乱，防止内陷神昏日渐；三则急下存阴，以防阴劫于内而阳脱于外之抽搐、戴阳等变证。

中风病非急性期，虽以本虚为主，然虚损日渐，亦可见由虚致实或因虚邪犯之虚实夹杂证候，正如张子和《儒门事亲》所云：“《内经》一书，惟气血流通为贵，世俗庸工，惟以闭塞为贵，只知下之为泻，又岂知《内经》之所谓下者，乃所谓补也。陈莖去而肠胃洁，癥瘕尽而荣卫昌，不补之中，有真补者存焉”。是故虚证但有可下之症，亦可及时运用通腑泻下，腑通脏调则“阴平阳秘”，以达“以通为补”，正合“客垢不除，真元难复”之理。





中风病急性期，则无论中经络或中脏腑，凡有大便秘结、脘腹胀满，舌苔黄腻、脉弦滑者，务必先予以通腑泻下，即所谓“釜底抽薪”、“以急应急”。陆老常选用自拟“瓜蒌大黄蜜虫汤”或星蒌承气汤 [大黄 10~15g，瓜蒌 30g，胆南星 10g，芒硝 5~6g（后入烊化）]，水煎服，鼻饲或保留灌肠。如果有前列腺肥大或前列腺炎导致的小便滞于膀胱，则应立即导尿。

临证诊察，投上方后大便通利者，多有神志障碍和半身不遂等证候的明显好转，其预后较好；而服药数剂仍通利不畅，甚则硝黄加量后仍不能通利者，预后不良。如中络中经时在辨证方药中加用通腑药，以防病势向中腑发展；在中脏时运用通腑药，可减轻或防止中风之变证如厥脱、吐血、便血、呃逆等。药物根据具体病机酌情选用。初期痰热腑实俱盛，多用生大黄、枳实通腑泄热，畅利中焦，调畅气机；若痰减热消，瘀血阻络为主则改用酒大黄，以助活血化瘀，缓缓通腑。如属气虚腑气不通，则以补阳还五汤加炒枳实、火麻仁等；阴虚腑气不通，用生地黄、当归、桃仁等；阳虚腑气不通则选肉苁蓉、生黄芪等，纵使正气得助，邪有出路，中焦通畅，气血津液失常趋于平和，经脉渐通，正所谓“气得上下，五脏安定”，而中风歪僻不遂亦常随之改善。陆老经验是，缺血性中风和出血性中风均可应用大黄，其用量一般为 15~30 g/d；急下宜汤剂顿服，缓下宜丸剂分服，呕吐者频服，昏迷牙关紧闭者可鼻饲或煎汁保留灌肠，也可用肠道滴注。

医者当详慎，临证应谨查，通腑泻下虽为好法，终属治标时策，应注意：①以祛邪为首务，中病即止，以大便泻下而腑气畅通和黄腻舌苔渐化而燥热消导为度，当因人而异，



其泻下应“以知为度，不必尽泻”，绝不宜贪图畅快，过用久服。须谨防虚损，切记刻顾免伤已弱之正气。如有利下太过之虞，可酌情同予生津养液之品。②仅针对病因病机的某个关键环节和病理过程（即阳明腑实阶段），故应始终不离辨证论治体系，明辨病邪属性，配合他法应用。一般容易忽视的是，临证之时须注意腑实证与腑气不通的鉴别：腑实证以胃腑燥实为主，治以泻下通便、润燥软坚为主；腑气不通以胃腑痞满为主，治疗以行气导滞、消痞除满为主，在选药的侧重方面二者有所不同。

（2）“提壶揭盖”，疏通经络之气

适于气行不畅、痰瘀痹阻络脉者。

中风病病人发病前后均可有气机郁滞不畅进而逆乱上窜之兆，当责之肝失疏泄、气失条达，故陆老善用自拟“化痰通络饮”合柴胡疏肝散之意，佐以苏梗开宣肺气，柴胡升发肝之清气，枳实辛行苦降肝郁之逆气。盖因“肺朝百脉”，肺气开则百脉通，经络之气畅达，血运无阻，进而使痰得化、瘀得祛，乃取其“提壶揭盖”、相反相成之意，使气郁得除，络脉得通。

陆老早在 20 世纪 80 年代末期即已首倡关于中风病的“络脉病变”学说，并指导研究生对中风病的“络脉病变”学说进行了专题研究，可惜其观点并未受到广泛重视。中风病“络脉病变”学说使中风病作为“脑病”病位的“中风在上”认识得到进一步深化，有利于统一对中风病病位认识的学术争鸣。

总之，气机逆乱是中风病发病的首要因素及其先导，辨治当以调气为先，其法重在通腑泻下、调肝和络，后当分而治之，既注重风火痰瘀并治，又辨别证候主次，分清用药





轻重。

4. 活血化瘀固当早用，风火痰瘀更宜并治

陆老在吸收先贤和同道经验的基础上认为，无论缺血性中风或者出血性中风，其发生与发展都是在多种因素相互作用下，致使脏腑失调、阴阳偏胜、气血逆乱的结果。气机逆乱又易诱发肝风内动，气痰热相兼可以导致风痰瘀互相为患，其不同病程阶段的证候表现不尽相同。因此，不宜针对某种病因和局部病变采用单一方法，而应在辨证论治思想的指导下，针对内风、火热、痰浊、瘀血等诸多病因以及脑脉痹阻、络破血溢、清窍蒙塞等多种病机，进行综合治疗。中风病急性期多起病急剧，其脉象多为弦、滑、数等阳候，其舌色多为红、紫、绛或有瘀斑而苔色燥黄等热相，多为痰热之实证。

因此，陆老主张，中风病急性期的发病早期应突破传统治法，首当从风火痰瘀论治，应在重视综合运用熄风清热、化痰祛瘀、活血通络、醒脑开窍等治法的前提下，以“急则治其标”为准绳，尤宜早用和重用熄风化痰、活血祛瘀、调气清脑之法，务使热清痰化，瘀清络通，从整体上纠正气血之逆乱，促进神明之复清，可待风火痰瘀涤清之后始论其肝肾虚实。

所谓早用活血化瘀：①对缺血性中风病人，于发病当日即用，以补阳还五汤和桃红四物汤为主辨证化裁。急性期黄芪用量不宜过大，避免温燥之性太过而更耗阴津多以两周为期。②对出血性中风病人，一般在发病当日早期使用醒神开窍之品如静脉清开灵注射液、口服或鼻饲安宫牛黄丸，大抵在发病后三五日，仍以补阳还五汤和桃红四物汤为主辨证化裁。



对中风病急性期高颅内压状态，行脱水疗法以降低颅内压力是当务之急，且有可能阻断脑水肿发展的恶性病理生理循环。脑血管病病灶的血块、水肿、血肿与“瘀血”相吻合。如唐容川云：“既是离经之血，虽清血鲜血，亦是瘀血”。活血化瘀法有利于病灶周围血块、血肿和水肿的吸收，从而改善临床症状，缩短急性期进程。高渗透性脱水剂与活血化瘀药物合用，可进一步有效限制和缩小缺血性中风的梗死区面积，有效促进出血性中风的血肿带和水肿带的吸收，从而加快病灶的消除。

所谓风火痰瘀并治：①勿忘醒神清脑。无论缺血性或出血性中风，只要有痰热实证，特别是出现“高热烦躁”和“神昏谵语”证候，均应在发病早期给予醒神开窍之品——出血性中风的血肿带和水肿带的吸收，还有利于涤除内热而达到清脑之目的。清代之口服或鼻饲用安宫牛黄丸，现代之用静脉清开灵注射液治疗中风，均为此意。需强调，出血性中风病人应从发病当日尽早给予醒神开窍之品，可加快脑部证候的改善。②谨记通腑化痰。中风病急性期由于气机升降逆乱，中焦腑气不通极为常见。中风病之病变在脑脉，通腑化痰之治法在胃肠，上病下治，釜底抽薪，以通降阳明胃腑之势及泻下肠腑之力，推陈致新，既能急下存阴，排“毒”护“脑”，利于神志清醒，又能推动枢机，畅通血脉，促进肢体康复，共奏祛邪以为顾正之效。目前临床常用的中成药或中药注射剂多以活血化瘀、醒神开窍为主，如清开灵注射液、醒脑静注射液、安宫牛黄丸等适用于中风急性期痰热蒙闭清窍证，华佗再造丸、中风回春片、步长脑心通等适用于气虚血瘀、痰瘀阻络证。因此，针对中风病急性期痰热腑实证，清开灵注射液虽有清热化痰、活血祛瘀、醒神开窍之





功，却少通腑泄热、导滞通便之力，如合用星萎承气汤、通腑化痰汤、瓜蒌大黄蜜虫汤之辈，顺应中风病证候演变，体现以通腑化痰为主，兼以活血化瘀、熄风通络、清热解毒，藉以弥补“清开灵”之不足，切中病机，可提高显效率，减轻病残程度。

三、恢复期——标本兼治，多法活用

中风病急性期是病人生命的抢救关键，一般经过 15 ~ 30 天的救治之后，病人病情稳定。如中脏腑者神智逐渐转清，中经络者语言能力和肢体活动亦趋于好转。此时风火扰动之势渐减，痰瘀痹阻之象日彰，气阴亏虚之证更显，标实轻而本虚甚，标实仍不断演化，可认为进入恢复期。中风病恢复期之综合辨治乃病人康复关键，此期辨治是否得当，直接影响预后。

根据病情转归，首当拟用祛风化痰、活血通络之法，并时时调畅气机以兼顾治标；继而依病机转化，或益气养阴，或开窍通络，或滋补肝肾，或活血熄风，标本兼治。

为降低病人的致残率，陆老主张早期进行功能锻炼。一般病情稳定时，即可开始在专业神经康复医师指导下进行瘫痪肢体的床上被动锻炼和器械锻炼。陆老根据临证经验，拟定了中风病恢复期常用的“息风康”系列方药，临证效果满意。陆老还专门创造了一整套的中风病针灸恢复期和后遗症期针灸和推拿康复方案。针药中药配合施用，对病人肢体功能恢复有良好的促进作用。



(一) “息风康”系列方药

1. 息风康1号

主证：风痰瘀阻脉络。

证候：半身不遂，口舌歪斜，舌强语謇或不语，偏身麻木，伴头晕目眩或头昏头沉、咳痰、流涎、恶心呕吐，舌质淡红或黯红、苔薄白或白腻，脉弦滑。

治法：祛风化痰，活血通络。

处方：清半夏 12g，全当归 18g，南红花 12g，九节菖蒲 12g，广郁金 15g，广木香 9g，僵蚕 15g，全蝎 9g（研末冲服），水蛭粉 6g（冲）。

方解：陆老对由急性期转入恢复期治疗的病人，除表现有气虚、阴虚之证者外，一般均用本方加减。

方中清半夏降逆止呕、燥湿祛痰、宽中散结；全当归补血和血、活血通络，且有润肠通便之功；红花活血祛瘀而通经络；九节菖蒲芳香开窍、和中辟浊，如《本草从新》云：“本品芳香而散，开心孔，利九窍，明耳目，发声音，祛湿除风，逐瘀消积”，清朝王学权《重庆堂随笔》云：“石菖蒲舒心气，畅心神，怡心情，益心志……故清解药用之，赖以祛痰秽之浊而卫宫城，滋养药用之，藉以宣心思结而通神明”；郁金辛酸苦降，可行气而解气郁，凉血而破瘀血，与芳香开窍之菖蒲等配伍则可以清脑醒神，善治头昏眩晕；木香辛温，李时珍谓：“乃三焦气分之药，能升降诸气”，在方中用之调理气机，以利于化痰散瘀；全蝎性味辛平而入肝经，可熄风止痉，活络止痛；僵蚕咸辛性平，入肝肺二经，有祛风化痰，解痉散结之用，为治风痰之要药；水蛭味咸苦而性平，能破血逐瘀，通经活络。





加减：陆老认为，本方中三味虫类药同用，既可祛痰熄风解痉，又可破血逐瘀通络，伍入祛风化痰活血通络药中，对风痰瘀阻脉络诸证的治疗相辅相成，效果益彰。临床若伴有头痛头胀，烦躁易怒等阳亢表现者，他常加天麻、钩藤、菊花、生龙牡、代赭石等，以平肝潜阳熄风；若痰热壅盛，加胆南星、瓜蒌、竹沥水等，以清化痰热；若伴有口苦咽干，便干便秘，腹胀，舌红，苔黄腻者，加大黄粉3~6g（冲服），以调气通腑。他认为，大黄粉泻热导滞，直降下行，走而不守，既能荡涤痰浊，又能逐瘀通便，在本方中是既通利大便秘结，又为痰浊不畅而设，可收一举两得之功，应用时视大便秘结情况，酌情增减用量，不必据守原量，以免贻误病机。

【医案十五】

吕某，女，64岁，住院号59650。因“右侧肢体活动不利，语言蹇涩20天”入院。

20天前，患者午睡后突感头晕头痛，恶心呕吐，伴右侧肢体麻木，活动不利，语言蹇涩，神志尚清，被急送某医学院附属医院急诊，当时测血压186/116mmHg，颅脑CT示“左放射冠区腔隙性脑梗死”，给予20%甘露醇、胞二磷胆碱和神经生长因子等治疗5天，疗效不明显，转入我院急诊科，经中西医结合治疗15天，病情稳定后收入院。现症见右肢体活动不利，语言蹇涩，头晕，耳鸣，口苦咽干，心烦易怒，纳可，溲黄，大便干硬，数日一行。查体：血压166/96mmHg，形体肥胖，不完全性运动性失语，右鼻唇沟变浅，伸舌右歪。右侧上下肢肌力Ⅲ级，肌张力可，右侧腱反射亢进，右侧浅感觉减退，右Hoffmann's征、Babinski's征和Chaddock's征阳性。舌质红，苔黄腻，脉弦滑。既往有



高血压病史近 20 年，平时血压一般在 140 ~ 160/80 ~ 90mmHg，曾间断口服卡托普利、硝苯地平等治疗，否认糖尿病病史。

诊断：中风病（恢复期）；缺血性卒中（脑血栓形成），高血压病（I 期）。

辨证：风痰上扰，瘀血痹阻脑络于上，六腑气郁于下。

治法：祛风化痰，活血通络，佐以通腑调气。

处方：息风康 1 号方加减：清半夏 12g，全当归 18g，红花 12g，郁金 15g，九节菖蒲 15g，木香 9g，全蝎 9g（研末冲服），僵蚕 15g，生水蛭 4.5g（研末冲），大黄粉 6g（冲），水煎服，日 1 剂。

服药 7 天，大便通畅，日行一次，诸症基本消失，语言流利，惟仍动则气短，肢体无力。右上、下肢肌力 IV 级，有人搀扶可行走。舌质稍黯红，苔白，脉弦细。陆老考虑此时病情已由痰瘀阻络向气虚血瘀转化，遂改为益气活血、化痰通络的息风康 2 号方，治疗近 3 个月，基本痊愈而出院。

2. 息风康 2 号

主证：气虚络窍瘀阻。

证候：半身不遂，口舌歪斜，舌强言謇或不语，偏身麻木，伴心悸气短，自汗乏力，面白无华，手足肿胀，或肢体松懈瘫软，大便稀薄，舌体胖或舌边多齿痕，舌质黯淡，苔薄白或白腻，脉沉细。

治法：益气活血，祛痰通络。

处方：生黄芪 60g，全当归 12g，川芎 9g，广地龙 15g，红花 12g，赤芍药 12g，鸡血藤 24g，威灵仙 12g，九节菖蒲 12g，南远志 9g，全蝎 6g（研末冲服），水蛭粉 6g（冲服）。

方解：本方是由王清任《医林改错》补阳还五汤加减





而成。补阳还五汤是医者共知之补气活血、舒筋通络，辨治中风病半身不遂、喎僻言謇、大便干燥的名方。但方有成方，病无成病。本方所治诸症与补阳还五汤大致同，惟大便稀薄与之不同。

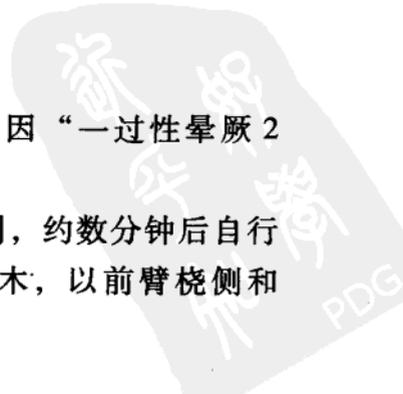
组方时，陆老去原方中润燥滑肠之桃仁，重用健脾益气之黄芪，配以活血化瘀之当归、赤芍、红花和活血行气之川芎，以益气活血。用咸寒体滑，下行降泄，具清热止痉，熄风通络作用之地龙，伍入熄风止痉活络的全蝎和破血逐瘀、通经活络的水蛭，三味虫类药相须为用，共达熄风活络、破血逐瘀。用鸡血藤既可舒筋活络，又可助当归、赤芍、红花补血行血。用辛散善走，通行十二经之威灵仙祛风通络行气消痰，周行全身；用远志、九节菖蒲，祛痰利窍，安神益智。诸药相伍，共成一方，有益气活血，祛瘀通络之功。

陆老认为，本方是针对老年人体虚气衰，脏腑阴阳失调，气虚无力率血而行，致血滞脉内，发为中风病而设。一般用于恢复期，患者病情稳定，邪实已减，气虚血瘀之象渐趋明显。若合并有肝肾阴虚之象，可加制首乌、枸杞子，以补肾柔肝；若伴头痛头胀，常加用明天麻、钩藤，以平肝熄风；若伴肢体疼痛，活动不灵而筋脉不利者，常酌加丝瓜络、怀牛膝、伸筋草、桑寄生、木瓜、桑枝，以舒筋活络、壮腰补肾；若肢体肿胀，则应用自拟息风康洗剂，水煎外洗患肢，以达通经化瘀，利水消肿的作用。

【医案十六】

王某，女，75岁，住院号：60801。因“一过性晕厥2个月，左侧肢体活动不利14天”入院。

患者2个月前曾因一过性黑蒙而摔倒，约数分钟后自行苏醒，未予诊治。14天前又感左上肢麻木，以前臂桡侧和





拇、食二指为甚，伴左下肢沉重无力，全身倦怠，并感头晕，动则心悸气短。查体：血压 135/75mmHg，老年女性，神志清，反应迟钝。左上肢肌力Ⅳ级，左下肢肌力Ⅲ级，肌张力可，腱反射减低，浅感觉减退，双病理反射未引出。舌体胖，质略黯淡，苔薄白，脉沉细。颅脑 CT 检查示“右基底节及放射冠区腔隙性脑梗死”。既往有高血压病史 20 余年，冠心病史 10 年。

诊断：中风病（中经络，恢复期）；缺血性卒中（脑血栓形成），高血压病（Ⅰ期）。

辨证：年老气衰，率血无力，致血滞脉内气虚络窍瘀阻。

治法：益气活血，祛风通络，佐以祛痰开窍。

处方：息风康 2 号方，水煎服，日 1 剂。

服药 6 剂，患者仍具心悸气短，左侧肢体乏力，加党参 24g 以助黄芪补气健脾，加丝瓜络 9g、伸筋草 18g 以助舒筋通络，共守方继服 60 余剂，治疗两月余，患侧肌力恢复到 V 级，生活基本自理。

3. 息风康 3 号

主证：肝肾阴虚风动。

证候：半身不遂，口舌歪斜，舌强言謇或不语，偏身麻木，伴眩晕耳鸣，腰膝酸软，口渴喜饮，心烦不宁，失眠多梦，手足心热，舌体瘦，舌质红或红绛，少苔或无苔，脉弦细。

治法：滋补肝肾，熄风通络。

方药：制首乌 30g，枸杞子 15g，玄参 15g，知母 12g，白芍药 18g，全当归 12g，红花 12g，鸡血藤 24g，怀牛膝 18g，全蝎 6g（研末冲服），水蛭粉 6g（冲）





方解：一般中风病人经急性期抢救治疗后，病情稳定，进入恢复期，临床逐渐表现出腰膝酸软，头晕耳鸣、口渴喜饮等肝肾阴虚证候者，陆老多用本方治之。

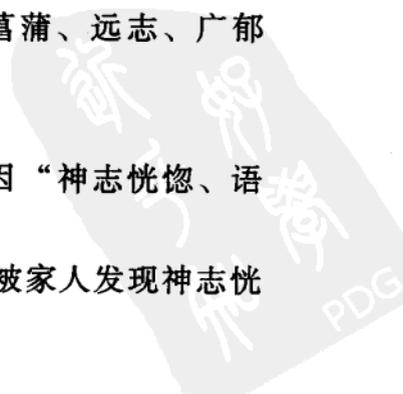
方中制首乌味甘苦涩，微温，入肝、肾二经，制熟则能补肝肾、益阴精，李时珍谓“此物……能养血益肝，固精益肾，健筋骨，乌髭发，为滋补良药，不寒不燥，功在地黄、天门冬诸药之上”；枸杞性味甘平，入肝、肾经，《本草纲目》云：“甘平而润，性滋而补，……”能补肾生精益气，治肝肾阴虚之腰膝酸软，头晕目眩等证；玄参味甘微苦，色黑属肾而性寒，故能除肾经浮游上升之火，为滋阴降火之要药，伍入知母清热除烦，泻肺滋肾，共治阴虚火旺；白芍药苦酸微寒，可补血敛阴，柔肝熄风；怀牛膝能滋补肝肾，引血下行；全蝎、水蛭既可熄风活络，又可破血逐瘀。遵古人“治风先治血，血行风自灭”之说，配以当归、红花、鸡血藤，以活血养血、熄风通络。全方共为滋补肝肾、熄风活络。

加减：若心烦不宁、手足心发热等阴虚火旺证候较甚者，陆老多加山栀子、豆豉、丹皮，以清热泻火，清心除烦；若失眠多梦者常加炒枣仁、合欢皮、夜交藤，以养心安神；若头晕、头痛、耳鸣等阴虚阳亢之证明显者，一般常加天麻、钩藤、石决明、代赭石、灵磁石、生龙牡等，以平肝潜阳熄风解痉；若兼语言不利者，加石菖蒲、远志、广郁金，以祛痰开窍。

【医案十七】

王某，男，74岁，住院号：61365。因“神志恍惚、语言蹇涩伴右侧肢体活动不利2天”入院。

患者3天前因家事生气，次日晨起时被家人发现神志恍





惚，右肢活动不灵，言语不清，随即出现呕吐、烦躁，被送入某医学院附属医院。急诊颅脑 CT 检查为“左丘脑出血”，治疗 22 天，症状无改善，继而体温升高达 38.5℃ 以上，咳嗽咳痰加重，大便 3 日未行，转来我院。查体：体温 38.3℃，血压 166/114mmHg，脉搏 90 次/分，呼吸 20 次/分。神志时清时昧，呈嗜睡状态，精神不振，面色晦黯，喉中痰鸣，运动性失语，右鼻唇沟浅，伸舌不出，右软腭动度低，吞咽反射迟钝。桶状胸，右肺中下野可闻及细小水泡音，心音遥远， $A_2 > P_2$ ，腹部饱满，双下肢无水肿。右上肢肌力 0 级，右下肢肌力 I 级，肌张力减低，右侧腱反射和浅感觉减退，右 Babinski's 征阳性，脑膜刺激征未引出。舌质红，舌苔黄厚，脉弦滑。既往有慢性阻塞性肺病病史 20 余年，高血压病史 10 年。

诊断：中风病（中脏腑），咳嗽；出血性卒中（高血压性脑出血），慢性阻塞性肺病急性发作。

辨证：痰热腑实、热痰上扰清窍。

治疗：通腑化痰，清热开窍。

处方：通腑化痰汤加减：生大黄 6g（后入），芒硝 4.5g（烊化），瓜蒌 30g，胆南星 10g，枳实 10g，九节菖蒲 12g，广郁金 12g，知母 12g，水煎服，日 1 剂。同时给予静脉抗感染治疗。

服药 1 周，大便通调，神志随之转清，右侧肌力 I ~ II 级，仍失语，咳嗽、痰多难咯，伴口干心烦，舌红绛，苔黄厚，脉弦滑。陆老认为，本证已由中脏腑转为中经络，虽经治疗中焦腑气渐通，大便得以通下，但因其长期咳喘有痰，日久化热壅于肺中，痰热仍未得以化解，且有肺热伤阴之势，故去软坚通便之芒硝，减其泻下作用，加用天竺黄





12g，以增清化热痰之力，加百合 30g 与知母同用，既可清心安神除烦，又可清热润肺养阴。

继服 12 剂后，再次会诊，患者肢体功能有好转，右上肢肌力达Ⅱ级，下肢肌力达Ⅲ级。语言较前流利，可成句表达，咳嗽减轻。痰少难出。口干口渴，心烦躁热。舌体瘦，舌质红绛，苔少中间光剥，脉弦细。陆老认为，病情已由急性期转为恢复期，证属阴虚郁热，痰瘀阻络之象，遂改用息风康 3 号方：制首乌 30g，枸杞子 15g，玄参 15g，知母 15g，白芍 18g，当归 12g，红花 12g，鸡血藤 24g，怀牛膝 18g，全虫 6g（研末冲服），水蛭粉 6g（冲服），水煎服，日一剂。

继服 1 月余，右侧肢体肌力达Ⅳ级，可下床活动，心烦已消，情绪稳定，带方出院，回家继续调治。

【按语】本例首以通理腑气为治，腑气畅通则气机升降出入有司，清气得升，浊气得降，中风诸症向愈，此即“治风先调气，气顺风自熄”之意。根据证候之转化，及时改用滋补肝肾、熄风通络之法，在调气之时，酌加化痰祛瘀之品，以风痰瘀并治。至病证后期，邪实渐减而不显，本虚渐著而日彰，如重用益气养阴之品，以调补五脏气血阴阳，则有望告愈。

4. 息风康洗剂

临证发现，部分中风病人发病后除半身不遂、患侧肢体肌力降低外，常伴有患侧肢体不同程度肿胀或关节疼痛。陆老认为，“血有余便是水”，此为经脉瘀阻不通，水湿停聚于肢体，或痰瘀留滞于关节所致，严重影响肢体功能的恢复。因而，陆老经过长期临证实践，除辨证给予息风康系列汤剂口服外，同时给予息风康洗剂外用，以达温通经脉、行



气活血、祛痰利水而消肿止痛之功效，其功效有三：①促进患肢的功能恢复；②减轻患肢的肿胀和疼痛；③预防褥疮的发生。

处方1：吴茱萸 12g，红花 12g，汉防己 30g，川牛膝 30g，豨莶草 30g，鸡血藤 30g，伸筋草 30g。

处方2：桂枝、防己、川牛膝、豨莶草、鸡血藤、伸筋草、桑枝各 30g，红花 12g，吴茱萸 20g。

治法：温通血脉、舒筋活络，消肿止痛。

用法：水煎 1 剂约 300ml，先以热气熏蒸患侧肢体，待药汤水温适宜，以细纱布泡洗肿胀或疼痛局部，每日 2~3 次，每次约 30 分钟。

注意：患侧肢体多有皮肤浅感觉减退或消失，应切实叮嘱病人及家属，注意熏泡水温适宜，以免造成烫伤。同时，在熏泡过程中，最好由专业神经康复医护人员帮助病人做适当的摇动、按摩，促进瘫痪肢体的血运流畅。注意应朝向心方向推运血流，而不是向远端末梢方向，以免加重末梢的瘀滞。另外，瘫痪或水肿肢体皮肤弹性差，无韧力，手法应轻柔，不可用蛮劲，以免瘫肢皮肤破损。

方解：本方吴茱萸性味辛温，温能散寒止痛，辛能理气消肿，故能温通经脉，行气活血；红花可活血祛瘀止痛，通经活络消胀，为活血化瘀最常用之药物；汉防己苦寒泄降，利水清热，味辛能散，兼可祛风；故具利水祛风，通络止痛的作用；豨莶草辛苦寒入肝肾二经，可祛风湿利筋骨；伸筋草辛苦温，祛风而舒筋通络；鸡血藤苦甘且可活络；川牛膝苦酸而平，性善下行，能活血通脉，舒筋利痹，消肿止痛。诸药相伍，能散寒祛湿，活血通络，而化瘀止痛，消水退肿。





(二) 针灸疗法

陆老早年曾专业从事针灸、推拿教学工作，并有专著刊行，故对针灸推拿疗法亦有丰富的临证经验。他认为，中风病恢复期患者语言和肢体功能的尽快恢复，是减少致残率的关键。根据经络内联脏腑、外络肢节、“经络所通，主治所在”的理论和所属经穴（包括经外奇穴）的主治作用，创建了一组中风病恢复期针灸推拿治疗方案。临床观察本方案配合中药早期应用，对于促进病人早日康复，确有较好疗效。

1. 口舌歪斜舌强言謇针法

主穴：地仓、颊车、哑门、合谷。

备用穴：通里、廉泉、承浆、风池。

针法：先针健侧穴，强刺激，后针患侧穴，弱刺激。患侧穴位针后用艾条行鹤啄术灸法，各灸3~5分钟，或艾柱灸3~5壮，取其补患侧泻健侧之意。

哑门穴禁灸，不宜深针。《循经考穴编》注：“承浆穴禁灸”。

方解：地仓、颊车均属足阳明胃经之穴，前者为手足阳明、颊脉之会；哑门（又名舌根）属督脉经穴，督统诸阳，同时又为督脉、阳维之会，入系舌本；合谷属手阳明大肠经穴，为本经之原穴。以上主穴可每次必用，或若以口舌歪斜明显者，主取地仓、颊车；若以舌强言謇明显者，主取哑门、合谷。备用穴中，通里穴属手少阴心经，为本经之络穴，入心中舌本；廉泉属任脉经穴，为阳维、任脉之会；承浆属足少阳胆经之穴，为手、足少阳、阳维之会。以上备用诸穴可轮换选用，与主穴相伍，具有调阴阳、通经络、活血开窍之功，用于治疗口舌歪斜，舌强言謇，其效益彰。



2. 半身不遂针法

主穴：曲池、肩髃、阳陵泉、风市。

备用穴：手三里、足三里、绝骨、环跳。

针法：先针健侧穴，强刺激，只针不灸；后针患侧穴，弱刺激，针后加灸。同上法。

方解：曲池、肩髃属手阳明大肠经穴，曲池为本经之合穴；肩髃为手阳明、阳砭之会；阳陵泉属足少阳经，为本经之合穴，筋之会穴，取为主穴，每次必用。备用穴中，手三里属手阳明大肠经穴，足三里为足阳明胃经之合穴；绝骨属足少阳胆经，为足三阳经之大络，且髓会绝骨；环跳为足少阳胆经之合穴，又为足少阳、太阴、太阳之会。以上穴位配伍应用，可调和经脉，疏通气血，促进肢体恢复，而治半身不遂。

3. 中风预防灸法

陆老对中风先兆证患者常用艾条，以鹊啄法灸曲池、风市、足三里、绝骨，每穴灸3~5分钟。临证检验，确有一定的辅助预防功效。

【按语】陆老认为，针灸治疗中风病是通过经络（包括经筋、经别）联系脏腑、阴阳及各经在体表所属穴位的主治，作用于整体而发挥其效能。由于经络内联脏腑，外络肢节，上下左右、交叉会合，因而本经穴位，多可治他经病症，特别是肘膝以下穴位，可治躯干四肢及头面诸症。因此，他注意选用各经的会穴、合穴、原穴、络穴等，亦常选自肘膝以下和经脉交会部位的俞穴。

此外，由于风邪为病，多犯阳经，阳明为多气多血之经，阳明经气血通畅调和则正气得以扶助滋养而强盛，肢体功能则易于逐渐恢复，故以选用阳经俞穴尤其是阳明经穴位





为多。

《灵枢·经脉》云：“经脉者，所以能决生死，处百病、调虚实，不可不通也”。实践证明，积极尽早实施综合治疗包括针药并用是进一步提高中风病疗效的关键所在。

（三）推拿疗法

1. 揉头面

揉运百会：患者头靠椅背而坐。医者立于椅背左侧，以左手扶患者前额部，右手拇指揉运百会穴，开始用力较轻，可逐渐加力，但不宜过重。自前方向患侧旋转，运 50 ~ 60 次。

揉运太阳：患者头靠椅背仰面坐位，医者站其椅后，用两手托患者两侧颞部，两拇指按于两太阳穴，向前向下运之 50 ~ 60 次，运时手法轻重要适宜，不应用力过重。

推运耳后高骨：患者俯椅背坐位，医者站其后，以两手中指按患者双侧太阳穴，两拇指在耳后高骨自下而上推之 50 ~ 60 次，然后再向前、向后方向各运 30 ~ 40 次。

2. 摇上肢

患者靠椅背坐位，医者站其前。若患者右侧肢瘫不利，医者则以右手握患者右手施术（如患者左侧肢瘫不利，医者则以左手握患者左手施术）。医患两手虎口相对，若患者手指挛缩内收，需将其手指慢慢扳开。医者以拇指掐患者合谷穴，另以左手拇指掐患者曲池穴，以食指掐少海穴，将患肢抬至约 $40^{\circ} \sim 50^{\circ}$ ，自内向上向外和自内向下向外摇动，各 50 ~ 60 次。应用时先轻渐重，注意向肩部（向上方）轻轻用力顶抬，不要向下拽扯，以免肩关节脱位。

中华医药
PDG



3. 摇动伸屈下肢

摇动下肢：患者仰卧位，医者站其患侧，以一手拇指、食指掐患者内膝眼、外膝眼穴，以另一手托患者足跟，食中二指掐照海、昆仑穴，将患肢抬至40度左右，自内向外摇动30~40次，摇动时宜缓慢旋转，并注意向髋部轻轻用力顶靠，以防髋关节脱位。

伸屈下肢：患者仰卧屈膝。医者站其患侧，以一手拇指、食指掐患者内、外膝眼穴，以另一手握住患者足趾，同时以掌根部按压涌泉穴，将患肢抬起，做膝关节伸屈运动30~40次。

上述各法可联合运用，亦可选择运用，其中摇动上肢和摇动伸屈下肢法，简便易学，可教给患者家属或陪人，协助进行，一般每天做3次为宜。

【按语】本疗法中手指按、掐、推、揉所选用的穴位，百会穴属督脉，为手足三阳、督脉之会，治中风病半身不遂；耳后高骨治口舌歪斜；合谷、曲池、少海属手少阴心经，为本经之合穴，治四肢不举和肘关节活动不利；内、外膝眼属足阳明胃经穴，治膝及下肢麻木不仁；涌泉属足少阴肾经，为本经之井穴，治筋挛膝不可屈伸。

中风病恢复期，医者常嘱病人进行功能锻炼，其方法多样，形式各异，但大都是单纯进行关节、肌肉、肢体的机械运动。陆老根据治疗中风病的多年经验，参考针灸循经取穴方法，配合以有针对性地按、掐、推、揉相应穴位，达到通经络、调阴阳、和气血、利关节之功效。为总结经验，曾采用以上手法，对中风病恢复期患者进行了治疗前后的对比观察。其中，门诊病人（将推拿手法教授患者家属操作）有效率70%以上，住院病人显效率接近95%，尤其宜于因循





环不良所致的肢体肿胀，疗效十分显著。

四、后遗症期——守方调理图治，重在益气养阴

经过半年治疗以后，中风病人仍有语言蹇涩，半身不遂等症状，即为后遗症期。此期邪实已去，脏腑虚衰、气血阴阳失调，以本虚为主，无外脾肺气虚及肝肾阴虚。肝肾阴虚，脑失所养，可伴有腰膝酸软、眩晕耳鸣、健忘多梦；或心脾阳（气）虚，肢失所用，脉络阻滞，语窍不通，可出现智力低下甚至痴呆等。尽管在后遗症期的不同阶段，脾肺气虚或肝肾阴虚可各自为主，但纵观病程皆呈现气阴两虚证候。因此，治疗应以益气养阴为主，多采用健脾益气活血法、补肾养阴通络法，方选补阳还五汤和六味地黄汤为基础，药以黄芪、党参、白术、生地、知母、百合、当归、元参等为常用，加减化裁，守方图治。临证宜分清气虚和阴虚的主次，把握组方用药的侧重，酌情配伍化痰祛瘀通络之品。在药物治疗的同时强调采用针灸、推拿、理疗、康复锻炼、心理调适和饮食养护等综合措施。临床证明，综合措施对于加快康复、降低致残率和减少复中率，均有积极作用。

水 肿

《素问·藏气法时论》曰：“肾主水”，“肾者水脏，主津液”。《素问·阴阳别论》曰：“三阴结谓之水。”人体之水液代谢主要依赖肺、脾、肾三脏，气化运行，开合有度，排泄存留，相互协调，相互适应。若肾之为病，则开合失司。如水液排出过少，则出现水肿。



陆老认为，所谓水肿，主要因为感受外邪，导致肾、脾、肺三脏气化运行失调，体内水液潴留，泛于肌肤，引起头面、眼睑、四肢、腹背甚至全身浮肿而成。历代医家根据水肿发生的部位和缓急之不同，对水肿的分类分型各不相同。他本人推崇《丹溪心法》的“阳水”与“阴水”分类方法和《医学入门》所谓“外感邪气者多阳证，内伤正气者多阴证”的辨证思维，认为：阳水发病急且水肿明显，一般从头面部开始，渐至全身，多伴有表邪证候，属阴虚者多，阳虚者少见；阴水发病较缓慢，水肿一般由双下肢渐向腹部漫延，多伴有气血不足或虚寒证，一般表现为阳虚，阴虚者较少。主张不论阴水或阳水，其病之本均为肾虚，其病之标均在水泛，病机转化与脾之运化和肺之肃降紧密相关。辨证应紧抓补肾、健脾、利水三环节。

总体而言，补肾健脾是治本，利水消肿则是治标。阳水者，以滋肾、利水、健脾为法，佐以清热凉血。阴水者，则以补肾、健脾、利水为主，佐以活血化瘀。临证须谨记“善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助，而生化无穷。善补阴者，必于阳中求阴，则阴得阳升，而泉源不竭”。临证虽见为“阳水”，亦不应过用滋阴寒凉之品，以免耗伤肾阳。除阴虚甚者，一般应稍佐温中健脾之品，使邪去而不伤正。在应用清利药物的同时，适量加用行气活血或温肾健脾药。不论阴水或阳水，利水均不应操之过急，要循序渐进。阳水者，正气尚存，可滋肾利水并行。阴水者，正气已虚，若利水太速，斫伐正气，有犯虚虚之诫，欲速则不达。因此，要着重补肾健脾，使先天之本与后天之本互为温濡，脾肾阳气充足，则水气自化。此时加用缓利活血之药，水肿自会消退，正气日渐康复。此“益火之源，以消阴翳”也，





正合治内伤宜缓图之意。

一、阳水（急性肾小球肾炎和急性肾盂肾炎）

陆老认为，水为至阴，水泛肌肤则阳气被遏。急性肾小球肾炎和急性肾盂肾炎所致水肿，多属“阳水”；急性过敏反应等所致水肿或可称为“风水”，也应归为“阳水”范畴。急性肾小球肾炎和急性肾盂肾炎所致水肿，多以肾阴亏虚为主，兼有阳虚。病因多以感受外邪或劳累过甚，损伤肾气，致肾之主水失调，脾之运化不健，聚水不出，浊湿内停，泛于肌肤而成。盖津血相关，积水成瘀，瘀而生热，郁热迫伤肾络，肾络损伤出现血尿或尿浊。

陆老主张，此类阳水辨治需分成人和小儿之别：成人侧重滋肾行水，小儿偏于健脾行水，然均须合用清利凉血之品，谨记小儿酌情减量且不可过于寒凉。成人除合并发热、咽痛、全身瘙痒皮疹者加用祛风解毒之品收效较好，一般不宜从风论治；小儿不论是否合并皮疹等，均宜佐以祛风解毒之品。有时患者无典型下焦湿热证候，然尿常规有较多白细胞即应以下焦湿热论治，辨证与辨病相结合。常以六味地黄汤为主随证加减：加白茅根、小蓟凉血止血；用车前子、金钱草、茯苓皮、桑白皮利水消肿；坤草既能利水消肿，又兼活血化瘀，对消尿蛋白也有良效，所以常用多用；合芡实、苡米、萆薢可增强控制蛋白尿；如兼有发热或咽痛不适者，加射干、金银花；并有下焦湿热者，加蒲公英、地丁、栀子；伴有瘙痒者加荆芥、地肤子；健脾药常用党参、白术、砂仁。

【医案一】

李某某，男，10岁，黑龙江省华南县大巴浪乡人，



1992年6月16日初诊。

患儿平素体弱，4月25日感冒后出现咽痛发热（ $T 38.3^{\circ}\text{C}$ ）。4月27日晨起后全身浮肿。在当地医院查尿常规示尿蛋白4+、红细胞3+，血压145/95mmHg（ $1\text{mmHg} = 0.133\text{kPa}$ ），其他项目检验结果不明，诊断为“急性肾小球肾炎”，住院半月余，经西医西药加中药“偏方”（不详）治疗无效，来济南投奔亲戚，由姑母带患儿到某省级西医院住院半月，水肿无明显改善，多次尿常规检查均示尿蛋白4+、红细胞3+~4+。患儿家属拒绝“肾穿刺”检查，转求中医诊治。来诊时纳寐及大便尚可，小便频少，无灼痛感，伴双侧扁桃体红肿，眼睑及双下肢轻度浮肿，血压128/87mmHg。舌质红，少苔，脉细数。

辨证：脾肾两虚，外感风邪引致化气行水不利，故水泛肌肤。

诊断：水肿（阳水）；急性肾小球肾炎。

治法：健脾利水，凉血止血。

处方：焦白术9g，党参12g，茯苓9g，熟地12g，山药9g，杭黄肉9g，仙鹤草9g，炒苡米12g，车前子12g，芡实米9g，小蓟9g，甘草梢9g，水煎服，日1剂。

1992年7月14日患儿姑母来诊代述：因经济条件所限，患儿之母取中药回东北家乡治疗。近日从东北打来长途电话，说给患儿用药20余剂，水肿完全消退，精神好，纳寐均佳，仍有咽部不适。查尿常规示尿蛋白2+、红细胞1+。按其姑母所述病情，前方去车前子，加射干12g，续服。强调避免过于劳累。

9月11日，其姑母又来述：患儿之母又来电话，近2个月在县医院多次查尿常规均完全正常，患儿已正常上学，





家长表示感谢。

【医案二】

刘某某，男，12岁，学生，新疆乌鲁木齐市某棉纺厂职工之子，1973年6月6日来诊。

半年前患儿感冒后发热（ $T 38^{\circ}\text{C}$ 以上），伴咽痛咳嗽，未诊治，2日后体温降至正常，数日后发现晨起时眼睑浮肿，逐渐出现全身水肿。在乌鲁木齐市某区级医院诊断为“急性肾小球肾炎”，住院治疗2个月，好转出院。回家半个月再发全身水肿，再次入院已近4个月，应用青霉素、强的松等治疗。强的松用量达 $40\text{mg}/\text{d}$ ，尿常规检查维持红细胞 $1+$ 、尿蛋白 $2+$ ，如强的松用量减至 $30\text{mg}/\text{d}$ ，则红细胞 $1+ \sim 3+$ 、尿蛋白 $2+ \sim 4+$ 。现患儿呈胖圆脸，面红多汗，疲乏无力，血压逐渐升高至 $180/120\text{mmHg}$ 左右。患儿家长担心旅途劳顿，病情加重，屡经斟酌，决定带患儿病历回山东老家，请陆老治疗。

根据病历及家长的叙述，处方：熟地 15g ，山药 9g ，杭芎肉 9g ，焦白术 12g ，党参 12g ，茯苓、皮各 15g ，炒苡米 12g ，金银花 20g ，车前子 12g ，桑皮 12g ，大腹皮 12g ，芡实米 9g ，白茅根 20g ，小蓟 9g ，甘草梢 9g ，水煎服，日1剂。嘱咐逐渐给患儿减量糖皮质激素。

1个月后，患儿家长来信说，患儿全身水肿已经消退，2次查尿常规红细胞阴性、尿蛋白 $+$ ，血压基本正常。根据来信叙述，原方减去大腹皮、茯苓皮、金银花、小蓟，加砂仁 9g ，水煎服。

3个月后，患儿家长来信说，患儿多次尿常规检查均正常，外观与健康儿童无异，问是否需要继续服药，下学期可否上学。回信说可以上学，注意半年内减少体育活动，并嘱



将第二方6倍量研细粉，打小水丸，每日两次，每次6g，白开水送服，再服3个月。

患儿家长于当年春节来信贺年，告知患儿完成疗程，刻下身体健康，激素已全部停用，正常上学。

【医案三】

刘某，女，17岁，历下区羊头峪某中学学生。1992年6月5日初诊。

患者于半月前学校集体野营时，自感极度疲乏无力，伴腰痛。翌日晨起时，面睑及双下肢浮肿明显，到某省级医院就诊，检查尿常规示尿蛋白3+、白细胞4+、红细胞1+，其他检查无异常，诊断为“急性肾盂肾炎”，住院用糖皮质激素等西药治疗2周，无明显疗效，自动转入我院。既往无花粉或食物过敏史。月经已来潮5年，月经周期及色、量大致正常。纳寐及大便尚可，小便量少，无频、急、灼、疼痛感，尿色多如浓茶。查血压113/75mmHg，眼睑及双下肢明显凹陷性水肿，腹部皮肤发紧。舌质红、苔少、脉弦细。

辨证：肾阴亏虚，过劳伤肾。

诊断：水肿（阳水）；急性肾盂肾炎。

治法：滋肾行水，佐以健脾、清热凉血。

方用：熟地18g，怀山药15g，山萸肉12g，丹皮12g，泽泻12g，茯苓皮18g，芡实15g，炒苡米18g，小石韦18g，车前子15g（包），白薇15g，坤草24g，冬瓜皮15g，甘草梢6g，水煎服，日一剂。

服药六剂，水肿完全消退。复查尿常规示尿蛋白、红细胞、白细胞均微量。效不更方，续服六剂，复查尿常规正常，原方加砂仁9g，以资巩固疗效，且防碍胃。嘱患者继续坚持服药4周以上，3次尿常规检查阴性后停药。患者用





原方连续服用1个月，多次复查尿常规均正常。随访2年未复发。

【医案四】

陈某某，女，47岁，槐荫区某厂职工。1992年9月6日初诊。

自述半月前因家务劳累，心情烦躁，加之连续数日饮水过少，渐感疲乏无力，伴腰痛尿浊。2日前晨起时面脸及双下肢浮肿，到某市级医院就诊，检查尿常规示尿蛋白3+、白细胞3+、红细胞2+，血压140/100mmHg，诊断为“急性肾盂肾炎”，住院用西药治疗2周，检查尿常规示尿蛋白2+、白细胞2+、红细胞2+，自动出院，转请中医治疗。血压：150/95mmHg，双下肢轻度水肿。舌质红，苔薄黄，脉弦细。既往有青霉素、虾皮过敏史。

辨证：肝肾阴虚，过劳伤肾。

诊断：水肿（阳水）；急性肾盂肾炎。

治法：滋肾行水，佐以健脾、清热凉血。

方用：熟地18g，怀山药12g，山萸肉12g，丹皮12g，泽泻12g，茯苓皮18g，芡实15g，炒苡米18g，车前子15g（包），竹叶9g，栀子10g，蒲公英20g，金银花15g，坤草24g，甘草梢6g，水煎服，日一剂。

服药六剂，水肿完全消退。复查尿常规示尿蛋白、红细胞、白细胞均微量。原方继服十二剂。三诊复查尿常规正常，嘱继服三剂后改用知柏地黄丸一周。

二、阴水（慢性肾小球肾炎）

陆老认为，营养不良或慢性衰竭状态、慢性肝硬化、慢性心力衰竭、慢性肾脏病等所致水肿则多属“阴水”。慢性



肾小球肾炎（慢性肾炎）多病程绵长，临床表现比较复杂，多见阳虚，应根据“损者益之”、“损其肾者，益其精”的理论，采用扶正为主、清利为辅治则。盖因“津血同源”，水肿日久必致血瘀，若要利水勿忘活血。故治宜补肾健脾行水为主，佐以活血祛瘀、温肾又可活血之药是为上选。常用济生肾气丸合四君子汤化裁：制首乌（或熟地）18g，五味子（或山萸肉）12g，茯苓皮18g，丹皮12g，山药15g，泽泻12g，车前子15g，川断18g，红花9g，附子6g，党参15g，苡米18g，芡实18g，砂仁9g，石韦18g，甘草梢9g。临证常以附子、肉桂配伍，温肾阳而助气化；健脾则加用砂仁或肉豆蔻、炒枳壳。常用利水药有猪苓、金钱草、坤草、桑白皮、冬瓜皮；常用活血药为赤芍、红花。习用坤草、芡实、苡米清利下焦以消除蛋白尿，并配合外用偏方。

（1）鲜鲫鱼方：活鲫鱼一条，约半斤重，除去鱼鳞及内脏。将砂仁12g、松箩茶12g、陈皮12g、红皮蒜7瓣，置于鱼腹中，用棉线将鱼腹缝合，放砂锅中加清水煮成半熟，再加红糖30g、米醋30g，将鱼继续煮之烂熟，喝鱼汤，食鱼肉，每日一尾（为保证疗效，强调依法炮制，糖尿病患者慎用）。

（2）猪膀胱白酒暖脐方：真麝香0.3g，置于患者肚脐中。热白干酒2斤，装入新鲜猪膀胱中，放于脐上，猪膀胱上放热水袋，待酒收尽时取下（剩下的是水）。每日一次，消腹水极有效。注意白酒不可过热，大约40℃~50℃较宜。

“鲜鲫鱼方”（健脾行水法）和“猪膀胱暖脐方”（温肾利水法）均为陆老遵从业师刘惠民老先生之经验方，外用协同消肿利水，对水肿严重或服药困难者，或口服方中不宜加用温补药者，作用不应低估。



(3) 羊肾方：羊肾一只，加三七粉 3g，清水煮食，每日一次。

【医案五】

牛某，男，18岁，青岛市高三学生，1989年9月24日初诊。1987年春初，患者因为眼睑浮肿并蛋白尿，在青岛市某医院诊断为急性肾小球肾炎，近3年以来间断治疗，疗效不佳，病情时轻时重。曾于1988年9月、12月入住青岛市某医院分别治疗2个月和5个月，好转出院。住院过程中多次检查尿常规，大多为尿蛋白+~3+。近20余天前感冒后再次出现眼睑浮肿，双下肢水肿至膝，伴乏力、腰酸、四肢发凉，查尿蛋白3+、红细胞+。因患者正值高考之前，拒绝住院。经人介绍，专程来济南求陆老医治。刻诊眼睑及双下肢明显凹陷性浮肿，舌淡，苔薄白，脉弦滑。

诊断：水肿（阴水）；慢性肾小球肾炎。

辨证：脾肾阳虚。

治法：补肾健脾，利水消肿。

处方：制首乌 18g，山萸肉 9g，茯苓皮 18g，泽泻 15g，芡实 18g，苡米 24g，山药 18g，车前子 18g，金钱草 30g，附子 6g，川断 15g，冬瓜皮 18g，党参 18g，赤芍 12g，水煎服，日一剂。

患者回青岛服用中药。1989年10月4日下午，来人代述，患者服药10剂，水肿基本消退，无自觉不适症状，今晨查尿常规，尿蛋白阴性，白细胞+，询问是否需要调方。根据述说情况，陆老认为可去消肿利水药，加健脾调胃之品；白细胞+，暂不为虑，患者脾肾之气逐渐康复其即会自愈。嘱初诊方去冬瓜皮，改党参 24g，加焦白术、砂仁各 9g，续服。



PDF



1991年7月30日，其父来济代述，患者服用上方1个月，诸证悉除。此间多次检查尿常规均正常，为巩固疗效又继续服药10剂，其后复查尿细菌培养和尿细胞计数正常。患者于1990年考取大学后日常生活正常，坚持上体育课，至今未再发病。本次来济，专程求方，希望配成丸药服用，以防复发。陆老将上方略作调整，去车前子、金钱草，加大健脾理气药量，配成小水丸一料约2000g，嘱每次9g，每日2次，白开水送服。

6年之后，当年介绍牛某来诊的本院老领导，代患者之父转告陆老，其子一直未再犯病，全家人对陆老念念不忘，特委托代致谢意。

【按语】陆老强调，慢性肾小球肾炎并非独立性疾病，只是任何原发或继发性肾小球肾炎在进入终末期肾衰前的进展阶段，如不能及时控制，肾损害呈不可逆性，进入终末期肾功能衰竭的风险较大，应充分考虑长期守方辨治。曾经向陆老求教，为何在该患者尿常规有白细胞时，不加用清热解毒药？陆老说：本证出现少量白细胞不必特别用药。一是因为前方疗效满意，就不应轻易调方，这就是所谓“效不更方”；二是患者体力日渐增强，自身免疫力康复之后，尿中少许白细胞自然会消失，这就是常说的“不治自愈”。

附：慢性肾盂肾炎方

处方：党参15g，白术12g，茯苓、茯苓皮各18g，生地18g，山药15g，牡丹皮9g，泽泻15g，菟丝子24g，车前子12g，篇蓄15g，瞿麦15g，萆薢18g，金银花18g，坤草30g，白茅根30g，甘草梢9g。

功效：健脾补肾，清热通淋。

主治：慢性肾盂肾炎和慢性膀胱炎证属脾肾两虚、湿热





内蕴者。

【按语】慢性肾盂肾炎和慢性膀胱炎多属脾肾两虚、下焦湿热未尽。故方中用四君子汤以健脾，用六味地黄之类以补肾，再加篇蓄、瞿麦、茅根、坤草、萆薢、车前子、茯苓皮、金银花等以清热通淋。诸药共收标本兼治之功。

三、关格（肾功能衰竭）

陆老认为，“关格”一词最早见于《黄帝内经》，如《素问·脉要精微论》：“阴阳不相应曰关格”。《伤寒论》也说：“趺阳伏而濡，伏则吐逆，水谷不化”。明《景岳全书》又指出“关格”实为“虚劳”之别名。清代李用粹在《证治汇补·癯闭》中说：“既关且格，必小便不通，旦夕之间，陡增呕恶，此因浊邪壅塞三焦正气不得升降。所以，关应下而小便闭，格应上而呕吐。阴阳闭绝……最为危候”。也有人说，大小便俱不通为关格。总之，“关格”是上不得入（呕吐不能进食），下不得出（小便不通或二便不通）之证。近代医家多以少尿或无尿伴头晕乏力为“关格”，符合急性和慢性肾功能衰竭的临床表现。

急性肾功能衰竭乃因外伤或湿邪热毒入里伤肾，致膀胱气化失司，肾主水便无权，下既不得出，浊湿之邪留于体内，致三焦壅塞，决渎失司，表现为下不得出（二便不通），上不得入（恶心呕吐），上下不通，病机复杂，乃危重棘手之证候。当大胆心细，审慎处之，以冀挽救于万一，稍有疏忽，危情难料，人命攸关。此证表虚里实，在少尿期最为危急，应急通其下，使邪浊从二便出，通腑泻浊利尿最为关键。

慢性肾功能衰竭病因多为邪毒伤肾或久病及肾，肾气虚



衰，累及脾肺及其他脏腑，阴阳气血俱虚，为正虚邪实之证。因正气已亏，痰瘀湿邪累积，补（温）肾健脾行水为大法，即温肾化气、健脾行水，佐以泻浊祛瘀，标本兼顾。如水肿甚者，则急用利水泻浊之剂，可将口服与灌肠法（导泻方或加赤芍、桂枝）并用。如病情较缓，应补肾益气、健脾行水，佐以泄浊祛瘀，以图其本。此证首当通腑利水、解毒泻浊、理气降逆止呕。为达快速通腑之效，必要时可采取中药灌肠导泻法，待二便通利后，再行调理脾胃，兼顾清热利湿。至病情稳定，则以补肾益气利水之剂善其后，徐缓图治。如二便已达预期效果，患者烦躁失眠，应考虑腑气不通及肾之气化不利，必致气血瘀滞，注意加用疏肝理气、活血化瘀之药。

“癃闭”与“关格”现今分而论之，两者可分又不易分：均有小便不通或不畅等证候，故不易分。但“癃闭”仅有小便滴沥不畅或不通，“关格”是溺澀不通与呕吐并见，故“癃闭”“关格”又易分。此外，“癃闭”与“关格”在汉朝之前多有混淆，近年出版的《简明中医词典》仍认为“关格”是“癃闭”的危重阶段，“癃闭”如不及时治疗，可能拖延而成“关格”。但需注意，“关格”病因是多方面的，不仅由“癃闭”迁延发展而成。

【医案六】

潘某，女，56岁，济南市某医药商业单位职工。1987年2月14日由山东省某商业医院请会诊。

患者因进行性双眼、肩背伴双下肢疼痛4周，于1987年2月2日以“颈椎病”住院。入院后第3天开始头痛、衄血、恶心，无大便，小便量少，血压170/100mmHg，给予西药对症治疗。2月13日上午查血尿素氮70.0mg/dl，血沉





137mm/h，诊断为“尿毒症”。当天下午，第二次查血尿素氮升至 95.0mg/dl，血沉 147mm/h。会诊时，患者精神萎靡、嗜睡，头晕心烦，恶心呕吐，不能进食，自述两下肢不适，面色萎黄，舌淡胖，苔白滑腻，脉弦细数。查面部及两下肢明显凹陷性水肿。

诊断：水肿（关格）；急性肾功能衰竭。

治法：通腑利水，解毒泄浊，降逆止呕。

方用：金银花 24g，连翘 15g，地丁 18g，车前子 15g，蒲公英 15g，生大黄 7.5g，白茅根 24g，淡竹叶 9g，炒枳壳 9g，生地 18g，竹茹 9g，陈皮 9g，砂仁 9g，焦白术 12g，水煎服约 100ml，日一剂。兼用导泻方（丹参 25g 或丹皮 15g，蒲公英 25g 或生栀子 15g，水煎 100 ~ 150ml，冲生大黄粉 12 ~ 15g）保留灌肠，日 2 次。

2月18日第2次会诊。经治医师及家属介绍，患者服用上方第一剂，边服边吐，边吐边服，勉强服完；服第二剂，已不呕吐。共服药4剂，大便已通，小便量日渐增多，下肢水肿逐渐消退，已有食欲，无呕吐，仍恶心，自觉头皮发麻，四肢不适，下肢为甚，伴心烦难寐。

患者二便得通，水肿渐退，已思饮食，说明病有转机，危候已解。追问病史，患者述素日心情不畅，考虑其有肝气郁滞，加上腑气不通，膀胱气化无力，因而气滞必兼血瘀，所以加疏肝柔肝、活血化瘀之品：赤白芍各 12g，丹参 18g，改白茅根 30g，以增活血清利之功；腑气已通，生大黄减为 4.5g（后入），水煎服，日一剂。

2月21日第3次会诊。病情续有好转，精神食欲渐佳，尿量续增，但排尿时有热灼感，大便稀，每日数次，下肢轻度水肿，皮肤发痒，时感下肢不适。2月20日检查尿素氮





65.0mg/dl。前方去生大黄加生山栀 9g，坤草 30g，水煎服，日一剂。

2月28日第4次会诊。患者全身水肿已经基本消退，近两日每天可进食六两，小便量 1800ml/d 左右，大便每日两次，偏稀。处方：金银花 24g，连翘 12g，地丁 12g，车前子 15g，篇蓄 12g，瞿麦 12g，生地 18g，丹皮 12g，赤芍 12g，生栀子 10g，竹叶 9g，白茅根 24g，枳壳 12g，白术 12g，砂仁 10g，坤草 18g，甘草梢 9g，水煎服，日一剂。

3月4日第5次会诊。患者全身水肿已完全消退，日可进食六七两，小便量 1800ml/d 左右，大便每日两次，质略稀，惟仍感全身皮肤瘙痒。处方：金银花 24g，连翘 12g，地丁 12g，车前子 15g，丹皮 12g，赤芍 12g，生栀子 10g，竹叶 9g，白茅根 24g，白术 12g，砂仁 10g，坤草 18g，陈皮 9g，荆芥 10g，防风 10g，白鲜皮 12g，白蒺藜 10g，甘草梢 9g，水煎服，日一剂。

3月10日第6次会诊。患者自觉好转明显，皮肤无瘙痒，精神佳。3月9日查尿素氮 53.0mg/dl。前方去荆芥、防风、白鲜皮、白蒺藜，加小石韦 15g，枳壳 12g，水煎服，日一剂。

此后用此方稍做加减，连续服用1个月，病人情况逐渐好转。

4月9日查尿素氮 36.0mg/dl，血红蛋白 9g/L。此后改用济生肾气丸加坤草、砂仁、甘草，水煎服，日一剂。半月后以滋阴利水、和胃理气通络为法，加用丝瓜络 9g，钩藤 18g。

5月30日查尿素氮 28.0mg/dl，血红蛋白 8.3g/L。

7月25日查尿素氮 26.5mg/dl，血红蛋白 9.8g/L。无自



觉不适，出院回家调理。

当年春节，患者来看望陆老。自述回家后又继续间断服用上方一月余，身体逐渐恢复，各项血液检查指标均正常，现在体健如常人。

【医案七】

王某某，男，45岁，天津市人。1988年7月6日会诊。

慢性肾小球肾炎、肾功能不全病史2年。在当地住院效果不佳，经人介绍转入济南某部队医院，用西药治疗数日未见好转。因患者病情危重，急请陆老会诊。当时患者双下肢水肿发亮，压之没指，腹部膨隆如鼓，头晕，呃逆，口中有尿味，大便稀，小便少，舌淡胖，苔少，脉沉细弱。血尿素氮82mg/dl。

诊断：关格，虚劳水肿；慢性肾功能不全。

辨证：脾肾阳虚。

治则：急则治标，徐图其本。

治法：温肾健脾行水。

处方：金银花24g，连翘18g，金钱草24g，车前子15g，白茅根24g，地丁18g，蒲公英18g，小石韦18g，瞿麦18g，茯苓皮18g，冬瓜皮18g，坤草30g，甘草梢9g，水煎服，日一剂。配合鲜鲫鱼方口服和膀胱白酒热敷暖脐方外用。

7月18日第二次会诊。患者全身水肿明显消退，皮肤可见皱褶，精神佳，纳寐及大便可，小便量2300~2400ml/d。舌淡红，舌体略胖，苔薄白，脉弦细。上方有效，仅做微调：改金银花、金钱草各30g，车前子18g，加制首乌24g，水煎服。口服鲫鱼方和热敷肚脐方续用，并加香砂养胃丸4.5g，每日2次。



PDF



7月26日第三次会诊。患者全身水肿均已消退，纳寐均可，大便调，小便量约2100~2400ml/d。中药原方续服。热敷肚脐方停用，鲜鲫鱼方隔日一剂。

8月5日第四次会诊。续有好转，唯大便偏干，每日一行。前方加大黄9g（后入），便调去之。

此后，病情续有好转，加附桂地黄丸与六味地黄丸间隔服用。共住院3个月，症状消失，血尿素氮降至32mg/dl，患者出院回家疗养。一年后转托熟人告知，患者身体康复，各项血液检查无异常，已正常上班。

【按语】陆老说，慢性肾功能衰竭虽属慢性病，但时有标证或急症，临证缓急并不能决然分开。以上病例“本”在脾肾阳虚，“标”象水肿泛滥，近乎危及患者生命，此时水肿就是急症。及时采取各种可行方法治疗水肿，乃“急则治其标”；待水肿消退之后，再用附桂、六味之类来调补，乃“缓则治其本”。

附：“三黄冲剂”

为陆老治疗慢性肾功能衰竭的习用偏方。

方法：先将熟鸡蛋黄2个，用文火炒出蛋黄油，后用砂锅将黄酒200ml烧热煮沸，热烧酒冲鸡蛋黄油，再加入生大黄粉12g搅匀，趁热一次服用。服后掩被而卧，直至全身汗出，2小时后待汗消起床。如服药有效，可于5天后再重复1次，但不可长用。

方解：大黄能凉血解毒、攻积逐瘀、泄下通便，鸡子黄油能滋阴温阳，黄酒能温阳散寒、活血通络。诸药合用，既可清除下焦湿热，又能活血祛瘀，共奏调理下焦枢机之功。





淋 证

一、湿热淋（泌尿系统感染）

（一）病因病机

陆老认为，湿淋证（泌尿系统感染）病机关键在于脾肾亏虚和膀胱积热。如《素问·至真要大论》曰：“诸转反戾，水液浑浊，皆属于热。”《气厥论》曰：“胞移热于膀胱，则癃、溺血。”《灵枢·经脉》曰：“足少阴之别，名曰大钟……实则闭癃，虚则腰痛。”历代医家根据临床实践，也都认为本病是脾肾亏虚和膀胱、下焦积热所致。如张仲景《金匱要略》中云：“热在下焦者，则尿血，亦令淋秘不通。”巢元方《诸病源候论》中说：“淋之为病，由肾虚而膀胱热也……”张介宾《景岳全书》中曰：“淋之初病，则无不由乎热剧，不容辨矣……又有淋久不止，及痛涩皆去，而膏液不已，淋如白浊者，此惟中气下陷及命门不固之证也。”又如朱丹溪说：“淋虽有五，皆属于热。”张路玉说：“诸淋所发，皆肾虚而膀胱生热也。”结合小便急频短涩、滴滴刺痛、尿意不尽、小腹胀痛、尿道不利以及腰痛等症状，与脾肾亏虚、膀胱下焦蕴热相符合。膀胱位于下焦，与肾相表里，其尿液之排出，有赖于肾之气化和三焦之通调水道。若肾虚气化不及州都，或三焦决渎无权，通调水道的功能失职，即可出现小便淋漓不畅，点滴涩痛等。或外感湿邪，郁而化热，湿热之邪循经下注，蕴结于肾，移于膀胱，水与热结，形成湿热内盛，导致膀胱气机不畅，则可出现下



焦不利，小便短赤，灼热涩痛，或下肢浮肿等。腰为肾之府，若湿热蕴结于膀胱而波及于肾，亦可导致湿热腰痛。

因此，脾肾亏虚和膀胱或下焦湿热，互相转化，互为因果，是本病的辨证依据。

(二) 理法方药

根据临床表现可分为急性感染（含慢性感染急性发作）和慢性感染两大类。急性感染者，多为湿热蕴积于肾或膀胱而致气化功能失常的湿热症，急则治标，以祛除病邪为主，重在清热利湿；慢性感染急性发作者，则为急性患者迁延失治，或治未彻底，复感湿热之邪，使症状急剧发作，治疗方法与急性感染者相同。慢性感染者，多为久病不愈，下焦余热未尽，导致脾肾气虚，治宜补虚为主以治其本，兼顾清利以治其标。急性者常宜凉血止血，慢性者多需益气活血。

1. 急性泌尿系统感染

主证：尿频、尿急、尿痛，尿道灼热，小便短赤，淋漓不畅或有脓血，尿液浑浊，或腰部痠疼，小腹胀坠，或伴有发热恶寒，舌质稍红，苔薄黄或黄厚而腻，脉滑数。

治法：清热解毒，利湿通淋。

方药：八正散合小蓟饮子加减：金银花 30g，连翘 12g，淡竹叶 9g，车前子 15g（包），山栀子 9g，白茅根 30g，篇蓄 12g，瞿麦 12g，地丁 24g，小蓟 12g，坤草 30g，甘草梢 9g，藕节 15g。加水适量煎两遍，混合一起，分 2 次温服（以下煎服相同）。

方解：金银花、连翘、地丁清热解毒；车前子、淡竹叶、篇蓄、瞿麦清利下焦；白茅根、小蓟、栀子、藕节清利湿热，凉血止血；坤草利水清肿，李时珍谓其能治尿血、小





便不通；甘草梢生用清热解毒，直达下焦，去茎中痛，临床用之与坤草相伍治淋症之尿道刺痛，其效相得益彰。

随证加减：湿热内盛，症见发热恶寒者，加防风 9g，薄荷 9g；发热较甚者，加大青叶 30g；湿热蕴结下焦，热伤络脉，迫血下溢，小便溺血而刺痛者，加炒蒲黄 12g（包），海金沙 12g，生地 18g，仙鹤草 18g，并酌情加重白茅根、小蓟之用量；如湿热下注而致膀胱气化无力，小便淋漓难出或小便浑浊较重者，加金钱草 30g，萆薢 24g，小叶石韦 18g；若肝郁不疏，小腹拘急胀坠者，加柴胡 9g，芍药 12g，香附 12g；如肾虚而腰痛者，加川续断 15g，杜仲 12g（或狗脊 18g），浮肿较甚者加冬瓜皮（或茯苓皮）18g；若食欲不振者加砂仁 9g，白术 12g；如舌红苔黄而大便秘结者，加大黄 9g，生地 18g。此外，败酱草、马齿苋、土茯苓、蒲公英等，能清热解毒，除湿排脓，临床亦可酌情选用。

急性期临床治愈后，再服知柏地黄丸或本院自制清利膏 4~6 周，以巩固疗效。

清利膏方：金银花、白茅根、车前草、篇蓄、坤草、甘草梢、生地黄、知母共熬两遍，取汁浓缩成流膏，15~20ml/次，每日 2 次。

2. 慢性泌尿系统感染

(1) 脾虚兼下焦湿热

主证：有急性感染病史，但尿急、尿频、尿痛等症状较轻，且素有或同时伴有较明显的食少、腹胀、肢体沉重、面色萎黄、倦怠乏力、少气懒言、便溏，舌淡苔白，脉缓而无力。

治法：健脾益气，清利下焦。

方药：党参 18g，白术 12g，茯苓 15g，银花 24g，白茅





根 30g, 瞿麦 15g, 车前子 12g (包), 甘草梢 9g, 坤草 24g。

(2) 肾虚兼下焦温热

主证：有急性感染病史，但尿急、尿频、尿痛等症状较轻；且素有或同时伴有明显的腰膝痠软或腰痛、眩晕、耳鸣、面目及四肢浮肿，舌红（或淡红）苔少（或薄白），脉细数（或弦细）。

治法：滋阴补肾，清利下焦。

方药：生地 24g, 丹皮 9g, 淮山药 12g, 山萸肉 12g, 泽泻 9g, 金银花 24g, 白茅根 30g, 瞿麦 15g, 车前子 12g (包), 甘草梢 9g, 坤草 24g。

(3) 脾肾两虚兼下焦湿热

主证：有急性感染病史，但尿急、尿频、尿痛症状很轻，且素有或同时伴有明显腰痠乏力、头晕耳鸣、胃呆纳少、腹胀便溏、肢体沉重，或面睑及四肢浮肿、小便黄赤或浑浊，舌质淡红、苔薄黄（或薄白），脉细滑稍数。

治法：健脾补肾，清利下焦。

方药：党参 18g, 白术 12g, 茯苓 12g, 生地 24g (纳呆便溏者不用), 淮山药 12g, 山萸肉 12g, 丹皮 9g, 泽泻 9g, 金银花 24g, 白茅根 30g, 瞿麦 15g, 车前子 12g (包), 甘草梢 9g, 坤草 24g。

方解：慢性感染者均用金银花、白茅根、瞿麦、车前子、甘草梢、坤草以清热利湿而通淋，治下焦湿热未尽之标；用四君健脾益气，六味滋阴补肾，以治脾肾亏虚之本，诸药相伍，可达到标本兼治，健脾补肾，清利下焦之效。

随证加减：脾虚健运无权而腹胀纳呆甚者，加大腹皮 12g、炒枳壳 9g、砂仁 9g、焦三仙各 12g、鸡内金 9g，以健





脾运而助消化；如水湿不化浮肿明显者，将方中茯苓改用茯苓皮 18g，另加冬瓜皮 18g；肾阳虚、脾失温煦而大便溏者，加炒补骨脂、炒神曲各 12g，改用炒泽泻 15g；肾虚腰痛腿痠者，加桑寄生 24g、川牛膝 18g、川续断 12g、狗脊 18g。

3. 临证体会

陆老认为，泌尿系统感染虽可属于中医学的“淋证”、“湿热淋”范畴，但不能将中医学“淋证”泛指或等同于泌尿系统感染，更不能将“淋病”和中医学“淋证”相混淆。中医认为，凡是小便灼热刺痛，排尿不畅而有下坠感的均可称之为淋证，因此它与西医所指的由于淋球菌感染所致的淋病不尽相同。

此外，“血淋”是热结膀胱、迫血从小便溢出，故症见血尿，小腹坠胀疼痛，小便热涩尿道刺痛。若只有尿血而无热、涩、痛，则是“尿血”，不应按“血淋”论治。

陆老强调，泌尿系统感染在急性期应该彻底治疗。许多病人在尿急、尿频、尿痛等症状明显时求医心切，症状减轻后，就往往疏忽大意而不予积极治疗，结果迁延失治，转为慢性感染而缠绵难愈。故急性期病人临床症状好转或消失后，应嘱咐病人继服知柏地黄丸或本院自制清利膏 4~6 周，以巩固疗效。慢性感染急性发作病人多为脾肾亏虚，待其下焦湿热治愈后，根据其临床表现，亦应酌情给予健脾补肾中成药继服 4~6 周以资巩固。治疗时还要注意休息，预防感冒，避免过度疲劳，以防复发。女性平素尤应注意外阴清洁卫生。

另外，淋证治法，古人有忌补、忌汗之戒。如《张氏医通》淋证门记载：“制剂之法，并宜流行滞气，疏利小水，清解热邪……最不可用补气之药，气得补而愈胀，血得



补而愈涩，热得补而愈盛。”《金匱要略》又有“淋家不可发汗，发汗则必便血”之说。临证表明，淋病如兼有外感表证，辛温发散之剂确应慎用，否则会引起耗气伤阴之弊。至于补法，在急性期正气未虚而热邪方盛之时，自然不宜轻易使用，以免触犯“实实”之戒；但对慢性期患者表现为脾肾两虚时，则宜补虚为主，兼顾清利。正如张石顽所说：“惟劳淋则宜补气，但须兼利州都，则水道之热方化。”

二、石淋（泌尿系统结石）

陆老说，《中藏经》曰：“虚伤真气，邪热渐强，结聚成砂。又如水煮盐，火大水少，盐渐成石之类”，可见前人早已认识到石淋乃由肾阴亏耗、邪热灼熬而成。其病多由过食醇甘，或饮水过少，或择食不利，致下焦气化失司，湿热蕴结，尿中杂质结聚成砂，伤及肾络，进而可致气滞血瘀，甚至伤及脾肾。其治应注意分辨缓急，多数患者因剧痛来诊，此时砂石移动，先急治其标，宜清利下焦、排石通淋、行气止痛，待标象缓解，再行气排石，以顾其本。临证习用“三金加味汤”[海金砂 15g，金钱草 24g，鸡内金 12g，冬葵子、胡桃仁各 12g，大黄 6g，车前子（包）15g，萹蓄 12g]，多有良效。标象缓解后，多用知柏地黄、济生肾气或者四君子汤之类加减。

【医案】

邓某某，男，45岁，济南军区某军分区干部，1975年7月15日请会诊。

因双肾及输尿管结石，反复腰痛难忍，入住济南军区某大医院，疗效不佳。请陆老会诊，予三金加味汤水煎服，日一剂。嘱其服药排尿后，细心留意有否排出结石。患者服三





剂后，排尿时剧痛，尿道有阻塞感，排出米粒状结石 7~8 块，并有肉眼血尿，此后拍腹部平片双肾及输尿管结石消失。

陆老说，平素的饮食习惯及家族遗传与本病有关。应注意预防发生结石，饮食要讲科学。大于 1cm 的结石，较难排除，可用三金排石汤合木香顺气丸加减或四君子汤配合耳穴压豆疗法，可能使结石化小排出。

癃 闭

《景岳全书》曰：“小水不通是为癃闭，此最危急症也。”陆老说，“癃”与“闭”原分开而论：即言小便不畅，点滴屡出而短少，病势较缓者为“癃”；以欲解不得解，胀急难通，病势较急者为“闭”。实则是一种病的不同阶段，现均作一种病论。明·李中梓《医宗必读·小便闭癃》曰：“闭与癃两证也。新病为溺闭，盖点滴难通也。久病为溺癃，盖屡屡而短少也。”孙一奎在《赤水玄珠·癃闭》中说：“闭者，小便不出，塞而不通也；癃者，……淋淋漓漓，点滴而出，或涩或痛，一日数十或数百次，俗名淋病是也。闭是急病，癃是缓病。”

【医案】

赵某某，男，82 岁，郊区农民，1993 年 3 月 23 日初诊。

3 年来排尿不畅，近半月来小水点滴而出，下腹坠胀。经省级西医院行 B 超诊断为“重度前列腺肥大并感染”。来诊前，在当地郊区医院导尿后近 24 小时滴尿未出，刻下患



者痛苦不堪，下腹部胀痛，小便难出，伴尿道灼热涩痛，面红微汗，舌暗红，苔黄腻，脉弦数。立即给予门诊导尿，急查尿常规示白细胞、红细胞满高倍镜野，并有少量脓细胞、尿蛋白。

诊断：癃闭；前列腺肥大并泌尿系统感染。

辨证：下焦湿热，气化不利。

治疗：清热坚阴，行气利水，活血消结。

处方：金银花 24g，地丁 18g，生地 15g，丹皮 9g，泽泻 12g，茯苓 15g，山萸肉 9g，车前子（包）15g，知母 12g，黄柏 12g，川牛膝 15g，金钱草 24g，穿山甲 9g，桃仁 9g，水煎服，日一剂。

患者仅服一剂后自觉症状明显减轻，小便可点滴自出，连续用药症状逐日好转，服六剂后可自行排尿如常，无尿路灼热疼痛，仍有频数。原方稍做加减，嘱继服六剂后，用知柏八味丸 1 丸，每日三次。1 个月后复查基本痊愈。

老年消渴

“消渴”一证早在《素问·奇病论》即有记载：“甘者令人中满，故其气上逆，转为消渴”。巢元方《诸病源候论·内消候》称为“内消”。朱震亨《丹溪心法》将消渴分为上、中、下三消。《宣明方论·消渴论》首倡“肾消”即下消。宋朝严用和《济生方·消渴论》中说：“消渴之疾皆起于肾。”明《景岳全书·消渴·干渴》说：“肾火烁阴精而为下消者，是皆真阴不足，水亏于下之消症也”。《杂病广要》说：“肾水已虚，则无水以制余火，火旺不能扑灭，





煎熬腑脏，火因水竭而愈烈，水因火旺而益干，阳盛阴衰，构成此症。”治消渴之法，张景岳认为应滋肺阴，清胃热。李梴《医学入门》说：“肾气丸为治消渴良方也，然肾皆通于脾。养脾则津液自生，参苓白术散是也”。赵献可《医贯·消渴论》中则认为：“人之水火得其平，气血得其养，何消之有？其间摄养失宜，水火偏胜，津液枯槁，以致龙雷之火上炎，煎熬既久，肠胃和消，五脏干燥……故治消之法，无分上、中、下，先治肾为急。”提出“唯六味……及加减八味丸随证而服，降其心火，滋其肾水，则渴自止矣。”

陆老认为，消渴病因，早期多为肾阴亏虚。盖肺为肾之上源，肾阴虚则耗损肺阴，表现为口渴、咽干、多饮之上消；肾阴不足，水不涵木，肝阴不足则导致肝阳亢盛，肝阳灼伤脾土，致脾亢胃热，表现为多食易饥之中消；肾阴亏虚则阴不恋阳，阳失所依，化源无权，则表现为多尿之下消。若迁延失治日久，肾阴渐耗，相火偏亢，灼阴耗津，阴津枯竭，阳无化源，渐成阴阳气血俱虚之象，表现为既有口干舌燥，手足心发热之阴虚证，又有四肢不温，双足发凉怕冷，甚则阳痿等阳虚证。

陆老认为，消渴病早期应抓住滋肾阴、生津液、清胃热，根据三消的主次辨证治之：如口渴多饮为上消，治宜滋阴生津以润其肺，兼清其胃；多食易饥者为中消，治宜清其胃，兼滋其肾；多饮多尿者为下消，治宜滋其肾，兼补其肺。还应注意滋阴是治其本，清胃补肺是治其标，临证应根据病情，或先治标，或先治本，或标本同治，灵活变通。属上消者，以知柏合麦味地黄汤去泽泻、加石斛、花粉、黄芩，随证化裁。属中消者，以六味地黄汤去泽泻、茯苓加石膏、知母、黄连、葛根等治之。属下消者，以大补元煎加黄



芪、沙苑子、花粉、当归，去炙甘草治之。

消渴病至晚期，常兼有气虚血瘀，临证时应视病情灵活辨证，加用益气活血药。气行则血行，血行则气随，气血通畅，病则随之而减。益气多用黄芪、党参、太子参；活血药常选丹皮、赤芍、当归等。

另外，陆老从多年的治疗经验中发现，治疗消渴兼治它病时，合用清热解毒药，采用凉血活血解毒法常可增强疗效。

【医案】

彭某某，男，81岁，省直机关干部，1991年8月22日来诊。

自述平时生活较宽裕，进食多肥甘厚味，既往高脂血症近20年。近年来，口渴、多饮、多尿，无明显多食症状。体重渐轻，明显乏力，动则气短，在某省级医院查空腹血糖8.9mmol/L。其后多次查尿糖3+~4+，空腹血糖>9mmol/L，拒服西药，自动来找陆老，要求用中药治疗。患者体形较既往消瘦，稍动则气喘，舌质偏红，苔少，脉弦滑。

诊断：消渴病（上、下消）；Ⅱ型糖尿病。

辨证：肺肾津亏，气阴两虚。

治法：滋阴生津，益气补肾。

处方：生地24g，山萸肉12g，枸杞子12g，天花粉12g，沙参12g，石斛12g，玄参12g，五味子9g，黄芪18g，水煎服，日一剂。注意调节饮食。

用药12剂，空腹血糖降至6.7mmol/L，原方续用20余剂后，反复查尿糖消失，空腹血糖稳定在6.0~6.8mmol/L。

【按语】患者平素饮食肥甘参补，导致消渴。虽空腹血糖不太高，但尿糖达4+。其年高80有余，肾气之亏虚日





甚，或许可推断为：老年人肾气亏虚可能导致肾糖阈下降。

老年呆症

老年呆症是老年期逐渐出现的善忘、淡漠、迟钝或语无伦次，行动怪癖，甚至苦笑无常或不避羞耻等表现的病证。张景岳对痴呆之病因，归于情志不舒或猝发强烈神志刺激，如《景岳全书》曰：“痴呆症，凡平素无痰而或以郁结，或以不遂，或以思虑，或以疑虑，或以惊恐而渐致痴呆”。清代王清任在《医林改错》中说：“灵机记性不在心而在脑”。

陆老认为，老年呆症是因为人至老年，肾阴肾阳渐衰，不能生髓以填充髓海，脑不得濡养，灵机记性自然衰退；肾阴不足，水不涵木，肝木郁而化火，上扰神明，致烦躁恼怒，性情暴躁；肾阴亏损，肾水不能上济于心，心气不能下通于肾，心肾不交，则神不安，志不明；肾阳不足，命火衰微致脾阳不振，脾之运化失健，湿痰存内，痰浊蒙蔽清窍。

陆老说，对于老年呆症，首先要以预防为主。中年后无论男女均应注意调整情绪，尽量做到心理平衡，使之与环境相适应，然不应过于悠闲，避免心理空虚。此外，适当服用补肾健脑（如杞菊地黄丸）和活血化瘀之品，有利于预防肾气亏虚，防止早衰；适当服用清心开窍之品（如大活络丹、牛黄清心丸）和保持大便通畅，可清除痰浊瘀阻，使人心清脑明，体轻步健。

陆老根据业师刘惠民老先生治疗老年呆症善用羊睾丸（男患者）、羊卵巢（女患者）的经验，加减化裁而成补肾健脑方：





男患者：首乌 20g，枸杞子 12g，淫羊藿 9g，山萸肉 9g，五味子 9g，远志 12g，半夏 12g，党参 15g，山药 12g，生龙牡各 18g，川芎 12g，石菖蒲 12g，黄连 9g，红花 15g，枳壳 18g，水煎服，日一剂。羊睾丸一只，焙干研粉冲服。如长期服用，将上药（除淫羊藿外）5~10 倍量，共研细粉；淫羊藿改成 12g，同倍量煎水，与上药细粉打成小水丸，每次 6g，每日 2~3 次。

女患者：首乌 20g，枸杞子 12g，山萸肉 9g，五味子 9g，远志 12g，半夏 12g，党参 15g，山药 12g，生龙牡各 18g，当归 15g，川芎 12g，石菖蒲 12g，黄连 9g，红花 15g，枳壳 18g，水煎服，日一剂。羊卵巢一只，焙干研粉冲服。如长期服用，将上药（除红花外）5~10 倍量，共研细粉；红花同倍量煎水，与上药细粉打成小水丸，每次 6g，每日 2~3 次。

老年眩晕

陆老推崇《素问·至真要大论》中“诸风掉眩，皆属于肝”和《灵枢·海论》中“髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒”等经旨和张景岳“眩晕一证，虚者居其八九，而兼火兼痰者不过十中之一二”的观点，结合临证经验，指出：人到老年，肾阴亏虚，肾气渐衰。因“肾主骨生髓”，肾虚生髓无力，髓海不得填充，脑失所养，故眩晕耳鸣；腰为肾之府，腰膝以下为肾所主，肾虚则腰膝酸软，头重脚轻。肾阴素亏，木失水涵，久之则肝阴内耗，浮阳肝风上扰清窍，故头晕目眩，耳如蝉鸣，伴有烦躁易怒，健忘失眠，





舌红苔黄等证。因此，凡老年眩晕，总兼有肾气亏虚，仅程度不同而已。至于临证见肝阳上亢而头晕目眩，也多为肾阴不足，木失水涵所致。故陆老治老年眩晕，多从肝肾阴虚论治。

此外，老年人脏腑气血不足，水谷精微不能上荣于脑或痰浊闭阻清阳，亦是导致眩晕之原因。

老年眩晕之辨治：肝肾阴虚证当以滋肾柔肝、清利头目，佐以镇潜浮阳为法，方用自拟“滋肾定眩汤”；气血两虚证当以健脾益气、补血养心为法，方用自拟“益气定眩汤”；痰浊中阻证当以祛痰浊、健脾运、清利头目为法，方用自拟“祛痰定眩汤”。

【医案一】

张某，男，65岁，省直机关干部。1991年10月11日初诊。

患者自述头晕目眩伴间断发作耳如蝉鸣8年，近3年来日渐加重，伴腰膝酸软，头重脚轻，烦躁易怒，健忘失眠，纳食尚可，二便正常。平素血压多在170/110mmHg左右。舌质较红，苔薄微黄，脉弦稍数，两尺沉且弱。

辨证：肾阴素亏，木失水涵，久之则肝阴内耗，浮阳挟肝风上扰清窍。

治法：滋肾柔肝，镇潜浮阳，清利头目。

处方：滋肾定眩汤（制首乌24g，枸杞果12g，白菊花12g，霜桑叶9g，石决明24g，明天麻12g，川芎9g，石菖蒲12g，远志9g，怀牛膝18g，生龟板15g，生白芍12g，生山栀12g），水煎服，日1剂。

服6剂后，头晕目眩、耳鸣均减轻，仍失眠、烦躁。原方加炒酸枣仁24g、淡豆豉12g，以增安神除烦之功。继服



12 剂，上症痊愈，多次复查血压在 140/90mmHg。

【按语】陆老师承刘惠民老先生经验，认为：制首乌滋补肝肾，功同熟地黄，但无熟地黄腻膈碍中之弊，故凡在滋肾养肝、益髓填精方中，大都用制首乌而不选熟地黄。如证属肝肾阴虚兼大便秘结者，仍用熟地黄，取其滋阴润便，以收两得之功。若兼脘腹胀满，纳呆食少，可用砂熟地（即砂仁粉拌熟地黄）。

【医案二】

沈某，女，60 岁，1991 年 12 月 17 日初诊。

反复心悸、失眠 2 年，头晕目眩 1 月余。平素纳食欠佳，气短懒言。近月来纳食渐减，失眠尤甚，动则气短眩晕加重。大便稀溏，排泄无力，小便正常。血压正常或偏低。望其面色少华，精疲力倦，目不欲睁，神志清，懒言语，舌质淡，苔白薄，脉细弱。否认高血压、糖尿病及心脑血管病史，曾数次行体检均未见异常。

辨证：脾胃俱虚，健运失司，气血亏虚，加之久病及肾，肾气不足。

治法：健脾益气，补血养心兼益肾气。

处方：益气定眩汤 [黄芪 24g，党参 18g，白术 12g，砂仁 9g，当归 12g，川芎 9g，阿胶 9g（烊化），龙眼肉 12g，炒枣仁 24g，远志肉 9g，九节菖蒲 12g，炙甘草 6g]，水煎服，日 1 剂。

6 剂后复诊，述胃纳量增加，心悸气短明显减轻，仍有眩晕、失眠。原方加制首乌 18g、菊花 12g、珍珠母 24g，以补肾潜阳清头目。

又服 6 剂，诸证均减，效不更方，嘱守方继服 6 剂再诊。





第4周时患者家人来述：病人诸证基本消失，精神体力基本恢复，嘱其再取药6剂，并注意饮食调摄。

【按语】陆老认为，此类病人其病虽为头晕目眩，然非阳亢风动所致，实属脾胃虚弱、气血亏虚，加之年老久病，肾气不足。

盖脾胃为水谷之海，气血生化之源。患者久病体弱，脾胃俱虚，健运失司，无力运化水谷精微以生气血，致气血两虚。血虚则面色少华，心悸失眠；气虚则神疲体倦，气短懒言，目不欲睁；气血两虚，脑失荣养，故头晕目眩；肾气不足则清阳不能上达头目，清阳不展，故动则眩晕加重。纳呆食少、大便稀溏、排泄无力，以及舌质淡、脉细弱，均属气血两虚之象。

【医案三】

姜某，男，73岁，1991年12月27日初诊。

头晕目眩伴胸胁满闷2月余。否认高血压病史，但时有轻微头晕，因纳寐尚可，未予调治。入秋以来，小受风寒，延误治疗，致轻咳频作，且吐白色黏痰，渐感胸胁满闷，头晕目眩，头重如裹，偶有耳鸣、恶心，甚则呕吐痰涎，视物模糊，纳少，多寐，舌淡红，苔白腻，脉浮滑无力。体格检查：虚胖体态，血压105/60mmHg。

辨证：痰浊中阻，气机不利，痰扰清空，湿困脾阳。

治法：祛痰化浊，健脾调气，清利头目。

处方：祛痰定眩汤（明天麻12g，清半夏12g，白术12g，陈皮9g，茯苓12g，胆南星9g，枳实9g，九节菖蒲12g，荷叶12g，川芎9g，桑叶12g，菊花12g，甘草6g），水煎服，日1剂。

上方连服12剂，诸症大减。按原方白术、茯苓各加





3g，胆南星、枳实各减3g，另加制首乌18g，连服1月，诸症悉除。

【按语】陆老认为，此老年患者虽然血压不高，时有轻微头晕说明平素已露肝肾阴虚之象。因感受风寒，引致咳嗽咯痰，逐渐胸胁满闷，头晕目眩，头重如裹，甚则恶心、呕吐痰涎，是为痰浊中阻，气机不利，上扰清窍；纳呆，多寐，舌体淡胖，苔白腻，脉浮滑无力，均为痰浊内蕴、湿困脾阳、阻于中焦之象。

自拟“祛痰定眩汤”为《医学心悟》健脾化痰之“半夏白术天麻汤”合《济生方》祛痰化湿之“导痰汤”，加菖蒲、川芎、桑叶、菊花清头目、开心窍，而止头痛眩晕；加荷叶升清醒脾而辟秽浊。临证用于健脾调气、祛痰定眩。然眩晕暂定，还当治本，故本案加制首乌滋补肝肾，稍调原方用量而收效。

胃脘痛

胃脘痛也称“胃痛”，是胃脘部近心窝处常发疼痛为主的病症，早在《黄帝内经》和历代医籍中就有论述，但多称之为“心痛”，除少数真心痛之外，实指胃痛而言。如明·虞抟《医学正传》说：“古方九种心痛，详其所由，皆在胃脘而实不在于心。”由于心脏病变所引起的心痛，如《灵枢·厥论》指出：“真心痛，手足青至节，心痛甚，朝发夕死，夕发旦死。”与所讨论的胃脘痛有严格区别。患者中至今仍有人将胃痛说成“心痛”的。临证应当详问病史，切不可混为一谈，以免贻误病情。





陆老认为，凡消化性溃瘍所致胃脘痛者，大多有情志不舒、肝气郁滞病史，或过量进食生冷、暴饮暴食，表现为胃脘胀痛、呃气泛酸、恶心呕吐，且病情绵长（除应激性溃瘍外）。故胃脘痛病因病机大多由于烦躁恼怒、肝气郁滞、横逆犯胃，致胃气滞结，不通则痛；或因饮食不节，饥饱无常，致脾失健运之权、胃失和降之顺。临证多以疏肝理气、健脾和胃为法，使肝气条达，中气得行，气行则血行，血行滞自散，滞散瘀自化，无瘀则通，从而“通则不痛”。此即所谓“治肝可以安胃”之说。如无其他兼症，常用自拟“溃瘍平”方。

组成：党参 15g，苍白朮各 9g，姜半夏 9g，陈皮 9g，厚朴 9g，炒枳壳 9g，木香 9g，醋元胡 12g，海漂峭 12g，炒黄连 9g，砂仁 12g，茯苓 12g，甘草 9g。

功效：疏肝理气，健脾和胃。

方解：本方以平胃散与香砂六君子汤加减组成。平胃散健脾和胃、行气导滞，合香砂六君子汤芳香醒脾、调气畅中，用以治本。醋元胡（或用醋香附）、海漂峭、炒黄连既能止痛制酸，又能清胃燥湿，用以治标。全方标本兼顾而药性平和。

加减：本方以理气和胃为主，佐以制酸止痛之品。胃脘痛并发它症者，则灵活加减化裁，使之主症兼症并治。如合并出血，加用白及或三七；如伴有呃逆呕吐，加用代赭石、柿蒂；胃脘痛并心下闷、吐酸，加丹参、良姜、香附；合并慢性泄泻，加白头翁，改用川连。甘草在本方中既能调和诸药，亦能抗酸止痛。

方中醋元胡亦可改用醋香附，拟祛瘀止痛时用醋元胡，拟温中止痛时用醋香附，两药用以止痛时均强调醋炒，其作



用明显优于生品。

【医案一】

刘某某，男，38岁，济南市运输公司职工，1992年5月21日初诊。

患者家族中两代男性成员5人均患慢性胃溃疡，其中有2人死于胃溃疡出血。本人胃脘痛7年，反复发作，逐年加重。发作与季节无关，食生冷常可诱发，平素喜吃热饭热汤，得温亦不觉痛减，进碱性食物可缓解。时感胃痛恶心、泛腐吐酸，空腹时上症加重。半年前在某市级医院做上消化道钡透，诊断为“胃小弯处溃疡，十二指肠球部变形”。近月来因情志不舒，病状加重，切伴有腹胀。经服抗酸西药、抗生素及中成药20余天，效不佳。因为有家族病史，自感此病难愈，恐成不治之症，情绪低落，睡眠不好，转请中医诊治。望其面色不华，舌淡红，苔微黄腻，脉沉细。

诊断：胃溃疡。

辨证：肝气郁滞，脾胃不和。

治法：疏肝理气，健脾和胃。

处方：党参15g，苍术12g，白术12g，陈皮9g，厚朴10g，木香9g，枳壳9g，砂仁10g，浙贝15g，海螵蛸15g，元胡15g，白芍12g，川楝子12g，香附9g，水煎服，日一剂。详细解释病情非不治之症，嘱其注意调节情志，规律饮食，不吃生冷、辛辣及过酸过烫的食物。

10天后二诊，患者述服药1剂，胃痛即大减，服完6剂仅感右肋下隐隐不适，原方加柴胡9g，续服6剂，以巩固疗效。

3个月后，患者来述，服二诊方效好，共用药18剂，诸证消失，未再复发。近日出差，为防止胃病发作，又去市





某医院钡透复查：胃溃疡已愈合。嘱咐病人出差时服用香砂养胃丸 6g，每日二次，以防复发。

1年后，患者主动来述，病未复发，表示感谢。

【按语】求问陆老，此例所患疾病亦为消化性溃疡，方中并无“溃疡平”原方之黄连、蒲公英，疗效很好，所为何意？陆老说，该患者病已多年，有家族病史，平时每逢发作必然自服各种抗酸西药，本次发病后已经用西药（包括抗生素）和中成药 20 余天，目前主要矛盾是患者心理压力太大，害怕变成不治之症，肝郁气滞而肝胃不和是症结之所在，加大疏肝理气、和胃止痛药用量，佐以浙贝化痰止酸，所以收效。

【医案二】

曹某某，男，42岁，病历号 432289，鲁南某化工公司职工，1994年1月12日初诊。

患者因工作需要，长年饮食无规律。近4年来时感胃脘胀痛，伴恶心，泛吐清涎，痛无定时，喜温喜按。今年冬季因受凉咳嗽、吐白痰近2个月，咳剧时则呕吐不止。曾用过中药10余剂，症状未减，经人介绍来诊。刻诊患者干瘦，面色黄，口唇黯，舌淡苔白滑，脉沉细。

诊断：十二指肠球部溃疡。

辨证：寒凝中州，肝气犯胃。

治法：温中健脾和胃，疏肝理气降逆，佐以止咳化痰。

处方：“溃疡平”方减木香、炒黄连、砂仁、茯苓，乌贼骨减为 9g；加青竹茹 9g，浙贝母 9g，高良姜 6g，百部 12g，炙紫菀 12g，水煎服，日 1 剂。

患者服药 6 剂后复诊，自述诸证消除。嘱按上方续服 6 剂，未复发。



中华医药
PDG



【按语】陆老治疗胃脘痛以“溃疡平”为基本方，乃用平胃散与香砂六君子汤芳香醒脾、调气畅中，以治病之本；加用醋元胡或醋香附、海螵蛸、炒黄连，既止痛制酸，又清胃燥湿，用以治其标，疗效显著。

合并有兼证者，陆老在原方基础上灵活加减。如胃脘痛并咳嗽有痰，所加浙贝母既可制酸又可化痰止咳，所加百部既可止咳又兼清胃热；去木香防肺燥；换成高良姜，既不减温胃止痛之效，且可有助竹茹、百部之功。

此外，以祛瘀止痛时用醋元胡，以温中止痛时用醋香附。陆老所用元胡和香附强调醋炒，他认为醋元胡和醋香附治疗胃脘痛的作用明显优于生品，这是经过长期临床实践证明的。例如1976年元月，住院病人荀某某，女，43岁，济宁地区某机关职工，因上腹痛腹胀1年，诊断为胰腺癌，住我院准备手术治疗。开腹后发现病已至晚期，腹腔内大小包块数以百计，胰头大于拳头，并与腹膜严重粘连，已经无法切除，于是缝合。术后病人疼痛剧烈，且对度冷丁类等西药强烈过敏，只能用中药止痛。开始用30g生元胡粉冲服就有效，逐渐用50g以上也无效，改用醋炒元胡30~50g又有效，再改用生元胡又无效，再次换成醋炒元胡又有效。病人对于中药是否醋炒，一无所知。后来临床上也有类似病例验证，说明元胡经过醋炒加工之后，确实可以提高止痛效果。

呃 逆

呃逆是胃气上逆喉间，呃呃连声，嗝声短促且难以自控的病症。其病在于肝气郁滞，横逆犯胃，以致胃失和降，胃



气上逆。

陆老治疗呃逆，习用舒肝降逆和胃法，自拟“降逆止呃汤”。

组成：姜半夏 12g，橘皮 9g，公丁香 6g，竹茹 9g，代赭石 12g，甘草 6g，生姜 6g，上药加水浸泡 2 小时，以文火煎两遍，取汁约 200ml，于上午 9 时、午后 3 时各服 100ml，每日一剂。如呃逆发作严重，可每日煎药两剂，每隔 6 小时，如法服用一次。病势缓和后，仍如原法服用 3 剂，以资巩固疗效，预防复发。

功效：平肝和胃，降逆止呃。

主治：肝气郁滞，横逆犯胃，以致胃失和降，胃气上逆而成呃逆之证。

用法：上药加水浸泡两个小时，再以文火煎两遍，共取汁 200ml，分两次温服，上午 9 时，下午 3 时各 1 次，日 1 剂。若呃逆严重可依前法日煎两剂，每隔 6 小时服 1 次。服 1~2 天，病势缓和，可依前法煎服 2~3 剂，症状减轻，或呃逆止住，仍需继 2~3 剂，以资巩固，不可忽视，以防复发。

方解：呃逆，俗称“大呃忒”，是胃气上逆喉间，呃呃连声，声音短促且难以控制的一种病症。本病《内经》称之为“哕”。唐宋以后对本病和哕的概念含糊不清，如孙思邈以哕为逆；王海藏、刘河间以哕为干呕，以咳逆为噫等等。直至明代张景岳对以上诸说作了详细辩解和分析：“哕者呃逆也，非咳逆也；咳逆者咳嗽之甚者也，非呃逆也；干呕者无物之吐……非哕也；噫者饱食之息也，即暖气也，非咳逆也。”张氏此说，至今仍应用于临床。

本方系参考《伤寒论》旋覆代赭汤、《金匱要略》橘皮





竹茹汤和《证因脉治》丁香柿蒂汤等之意，融合临证经验化裁而成。方中姜半夏，辛微温，入肺胃经，温脾和胃，止呃降逆，姜制后其效尤著；陈皮辛苦温，入脾肺经，理气健脾，燥湿化痰，李时珍谓“疗呕哕反嘈杂”；柿蒂涩平，入肺胃经，降逆止呃，为治呃要药；公丁香辛温，入肺脾肾经，温中降逆，为治虚寒呃逆之要药，黄宫绣云：“柿蒂与丁香同为止呃之味，然一辛热而一苦平，合用深得兼济之妙”；竹茹甘微寒入胃经，伍入本方既可用于胃虚呃逆属于热症者，亦可用于虚证呃逆偏寒者；赭石苦寒，入肝、心包经，镇逆平肝，止呕吐呃逆；甘草甘平，入十二经，补脾益气，调和诸药；生姜辛温，和中温胃止呕。诸药共达平肝和胃、降逆止呃，随证稍做加减，屡试效佳。

加减：本方为临床治呃通用方。热温平并用，但不偏于大寒大热，故能相得益彰，收效良好。若病情危重，则必须在辨证施治的原则指导下，针对病情，慎重考虑。如治虚证呃逆而偏于寒盛者，用竹茹微寒之品，需加人参大枣以顾其虚，加肉桂、吴茱萸，并增生姜、丁香之用量，以温其寒，标本兼顾，使正扶邪去，呃逆自安。临床经验证明，服药两三剂，呃逆止或症状减，仍需续服两三剂，以资巩固。

方歌：降逆止呃通用方，半夏橘皮公丁香，
竹茹柿蒂代赭石，甘草生姜止呃良。

【医案】

范某某，男，62岁，山东省某厅厅长，1977年5月12日初诊。

因情志不畅，致频频作呃，连续数日不断，影响吞咽及睡眠，经西药治疗2个月，无明显疗效，痛苦难堪，请陆老治疗。刻诊患者形体消瘦，面黄失荣，呃呃连声，说话语句





间断，舌淡红，苔薄白，脉细涩。自述素体虚弱，近期常住厅职工医院休息治疗。

辨证：肝气郁滞，气郁化火，横逆犯胃，胃气失降，胃气失于下降之顺，上冲喉间而发呃逆。

治法：舒肝降逆和胃。

处方：给予“降逆止呃方”原方2剂，水煎服。嘱其悦情志，慎起居。

1977年5月14日二诊。自述服药1剂后呃声减少，服2剂后症状大减，仅偶尔轻呃。效不更方，嘱继服3剂，痊愈。嘱其悦情志，慎起居，药膳调养，善自珍重。半年后患者来访，见其体健步矫，面色红润，喜形于色，并述用药后不但呃逆治愈，未再复发，且食欲大增，纳寐均佳，身体强壮，表示谢意。

呕 吐

呕吐又称吐逆，是上消化道之常见疾病，但顽固性呕吐则较少见。

在正常生理情况下，脾胃之气一升一降。胃主降，胃气以降为顺，胃气下降，食物得以消化下行。脾主升，水谷精微赖脾气清升，才得以输布周身。脾胃升降调和，气机通畅，则纳佳便调，营养丰富。如胃气不降反而上逆，则发生呕吐，病因多为肝气犯胃或浊饮内停，积久化热而致。临床表现为胃脘胀痛，呕吐酸腐，噎气厌食，或食后即吐，大便溏泻或干结，脉象弦滑等。

陆老主张治以理气和胃、降逆制酸、兼清胃热，临证习



用香砂六君汤合乌贝散加减。

【医案】

赵某某，女，65岁，济南市历城区遥墙镇家庭妇女，1993年12月31日初诊。

因胃脘痛伴发作性呕吐6年，加重半月来诊。其子述自1988年开始，患者常感胃脘痛，反复呕吐泛酸，呕净胃中食物，则痛减呕止。在本市某市级医院钡餐透视，诊为“胃黏膜脱垂”。既往曾有3次呕吐大作，食后不久即呕，每次半个月至1个月，在当地用西药治疗无效，均由陆老用中药治愈。半月前又感胃脘胀痛灼热，呕吐，泛酸，不欲饮食，食进即呕。在某区级医院静脉应用庆大霉素、维生素B₆等，疗效不佳，自动出院而来诊。刻诊患者脱水貌，精神萎靡，舌质黯红，苔黄腻，脉弦滑。

辨证：肝气犯胃，胃失和降，浊湿中阻，上逆而吐。

治法：健脾理气，清胃止酸，通腑降逆。

处方：焦白术12g，陈皮9g，茯苓12g，姜半夏12g，竹茹12g，炒枳壳9g，广木香9g，炒莱菔子12g，黄连9g，海螵蛸12g，浙贝母9g，生大黄6g（后入），甘草6g，水煎服。

患者服上方1剂，诸症大减，服3剂，诸症痊愈。加党参12g，续用3剂巩固疗效，后数年未再复发。

【按语】陆老说，降逆理气制酸是为呕吐泛酸之通用治法。呕吐频作，是因气机不畅，必致血瘀。浙贝与大黄合用，既可制酸，又能去瘀；生大黄既祛瘀又清胃，兼以通腑降逆。胃清酸止，腑通瘀祛，呕吐必会自止。





泄 泻

一、急性泄泻

《内经》云：“饮食自倍。肠胃乃伤”。“诸呕吐酸，暴注下迫，皆属于热。诸病水液，澄澈清冷，皆属于寒”。前人有说：“夫泄泻之本，无不由于脾胃。盖胃为水谷之海，而脾主运化……若饮食不节，寒湿不调，以致脾胃受伤，则水反为湿，谷反为滞，精华之气不能输化，乃至合污下降，而泄泻作矣”。“脾恶湿……湿盛则濡泄”。“长夏善病洞泻寒中”。可见急性泄泻的原因，多数属于“病从口入”，即饮食不节所致。而夏令暑热之时，人们常图一时之快，暴进生冷，或不洁之品等等，是导致急性泄泻的最重要原因。

陆老治疗急性泄泻，常用自拟“加减芩连葛根汤”：黄连 10g，炒黄芩 10g，蒲公英 30g，金银花 30g，茯苓 20g，白术 12g，葛根 15g，炒苡米 20g，枳壳 12g，佩兰 6g，甘草 9g，水煎服，日一剂。

方中黄连、黄芩、蒲公英、金银花合用，是为涤荡肠道热毒；茯苓、白术、枳壳、炒苡米，健脾利湿，理气合胃；葛根退热生津、升阳止泻；佩兰芳香化湿，以解暑湿止呕吐，夏季泄泻多用；甘草既可清热解毒缓急止痛又可调和诸药。

【医案一】

李某某，女，23岁，济南市某银行干部，1993年8月22日初诊。

因腹痛泄泻伴发热1天来诊。就诊当天早晨进食成品熟





食，食后感腹部隐隐不适，上班后又吃解暑冷饮，食后不久开始腹痛腹泻，连续10数次，体温最高达39℃，在某市级医院检验血、粪常规等诊断为“急性肠炎”，因既往多次于静脉应用抗生素后出现过敏反应，要求中药治疗。刻下T 38.8℃，上腹部、左下腹轻微压痛，舌绛红，苔黄少津，脉细数。

处方：黄连 10g，炒黄芩 12g，蒲公英 30g，金银花 30g，茯苓 20g，白术 15g，葛根 15g，炒苡米 30g，枳壳 12g，甘草 9g，3剂水煎服，日1剂。

患者服用1剂后体温降至37.4℃，服用2剂后止泄，服用三剂后痊愈。

【医案二】

曲某某，女，53岁，济南市机关干部，1993年6月20日初诊。

因腹痛腹胀泄泻3天，低热1天来诊。3天前进食冰箱储存食品，食后渐感上腹部胀满、隐隐疼痛，未予注意。第3天开始腹泻，日泻5~6次，每次便量不多，有里急后重感。在某市级医院诊断为“细菌性痢疾”，拒绝静脉输液治疗，院外口服黄连素和庆大霉素2天，疗效不佳，转请中医治疗。刻下体温37.8℃，左下腹轻微压痛，舌红苔黄，脉细数，腹胀。

处方：黄连 10g，炒黄芩 10g，蒲公英 30g，马齿苋 30g，茯苓 20g，白术 12g，葛根 15g，炒苡米 20g，枳壳 12g，佩兰 6g，甘草 9g，3剂水煎服，日1剂。

第3天患者来电话，诸症痊愈，已正常工作生活，不必复诊。





二、慢性泄泻

陆老认为，慢性泄泻又称“久泻”，乃是由泄泻早期失治，迁延而成，病因多为脾胃虚弱、饮食不节。古人云：“肾者，胃之关也。”脾胃虚弱，久病及肾，肾阳不足，命门火衰，脾土不得温煦，寒湿困脾，致关门不固，大便失司；另外，寒湿久困脾土，必致气血瘀滞，进一步加重脾气虚弱。所以，凡久泻者多属脾肾虚寒，命门火衰而不能生土所致，少有湿热之邪久留不去而久泻者。

朱丹溪在《脉因证治》中说：“五泻治虽不同，其湿一也。有化寒化热之异也”。陆老治疗久泻，尊古法，承师意，融以己见，常用温肾健脾、固肠止泻法治之，尤宜于年老体虚者，自拟“温肾健脾止泻方”。

组成：台党参 18g（可用 15~24g），焦白术 12~15g，茯苓 12~15g，白扁豆 18g（花尤佳），焦山楂 15~18g，破故纸 12~18g，炒神曲 9~12g，炒泽泻 9~12g，炒吴茱萸 6~9g，五味子 9g，炒白芍 9~15g，煨诃子肉 9~12g，煨肉豆蔻 6~9g，广木香 6g，砂仁 6~9g，炙甘草 6g。

功效：温肾健脾，固肠止泻。

主治：脾肾阳虚，火不生土之久泻。

主治：肾阳虚衰，命门火微，脾失温煦，健运无权，以致胃之关门不固、大肠传导失司之久泻。

用法：上药加水浸泡 2 小时，再加水文火煎两遍，共取药汁 250ml，上午 9 时、午后 3 时分 2 次温服，日 1 剂，服 3 剂后停药 1 天再服。忌生冷。

方解：久病体弱，肾阳亏虚，脾失健运，胃失和降，则水反为湿，谷反为滞，精华之气不能传输，此乃久泻病机之



关键。故温肾、健脾、调胃以图其本，固肠、化湿、止泻以治其标，标本兼顾是治疗之上策。

方中台党参味甘性平，炒白术甘苦性温，茯苓味甘而淡，三味性平和，均为健脾益气、渗湿止泻之品。炒山楂酸甘微温，消肉食，止泄泻，与健脾化湿之白扁豆（用扁豆花效更佳）同用，对急慢性泄泻疗效均佳。泽泻味甘性寒，渗湿化气，利水泄浊，炒用去其寒凉之性，存其利水渗湿之用，与健脾和胃之炒神曲、补火生土之炒故纸并用，有开有合，既有止泻之功，又无碍中之弊。此三药为先师刘惠民老先生治疗泄泻必用之品，共收温补脾肾、助火生土、暖中固涩而止泄泻之功。

煨肉豆蔻味辛性温，煨诃子肉味苦酸性平，二药均能固肠止泻，与健脾药相伍，治疗脾胃虚寒之久泻，效果益彰。白芍苦酸微寒，炒用略减其寒性，存其柔肝和脾、缓急止痛、止泻之效。此三药相须为用，以固肾涩肠，取酸收止涩之意。

砂仁、木香均能醒脾调胃，行气止痛，疗胸腹胀满而治泄泻。惟木香若用于止泻，当煨熟用更宜。五味子性温质润，补中寓涩，长于益气固脱、涩肠止泻，善治脾肾虚寒。甘草甘平，调和诸药，炙则温中，能益气健脾。

全方共奏温肾阳、健脾运、益中气、固肠道、止久泄之效。

加减：如患者素体虚弱，形寒肢冷，服上方12~15剂后，泄泻虽止，而仍腹痛者，加醋炒罂粟壳、炒干姜、川附子各6~9g，并酌情加重台党参、炒白术、炒白芍、炙甘草之用量，以增其温肾暖脾、固肠止泻、缓解腹痛之功。无形寒肢冷，或大便中有红白细胞、脓细胞者，酌加白头翁、秦皮9~12g，并酌减煨豆蔻、煨诃子肉、五味子。





方歌：温肾健脾止泻方，参苓术草煨木香；
故纸神曲炒泽泻，焦楂扁豆用花良；
肉蔻芍砂吴朱萸，诃子炙草共煎尝。

【按语】本方系在《惠民和剂局方》“参苓白术散”、“真人养脏汤”和《证治准绳》、《内科摘要》“四神丸”等基础上，结合师承授受的临床经验化裁而成。临证表明，治疗久泻，既要辨证准确、遣方用药恰当，还要守法守方多服，方可显效、久效。

陆老治疗久泻因人因时而施治方法不同：对于老年或小儿患者，将上方减量，药用三分之二。如服汤剂不便，可用灸法治之：大鲜生姜切片约1分厚，放于脐部，用艾条灸姜片（雀啄灸法），灸之热度以皮肤可以忍受为度。或者用生姜捣成泥，捏成2分厚的饼，放于脐部、龟尾部，各加艾条灸之，每穴灸5~10分钟，每日1~2次。或将大礞粗盐，加温后装入厚布带中，暖脐，每次10分钟，每日两次，此法亦适用于急性虚寒性泄泻。另外，还要嘱咐患者，忌食辛辣生冷及不洁食物。

陆老曾说：“先师刘惠民先生常道：‘栗壳醋炒不仅能增加固肠止泻之效，且能避其成癮之弊’。余经数十年临床验证，屡经运用，信哉斯言！”

【医案三】

张某某，男52岁，烟台人，1973年12月初诊。

反复泄泻2年余。日泄4~5次，每清晨起床即感肠鸣腹痛，急于如厕，便如鸭溏。饭后又欲如厕，仍肠鸣便溏，腹痛得暖则减。平时偶有便秘。在当地医院数次查大便常规无异常，曾行肛诊和钡灌肠检查均无异常，给予黄连素、普鲁苯辛、止泻剂等西药治疗，效不显著。适陆老出差烟台，



患者闻知而就诊。

问其病史，伴有纳呆食少，小便清长。望其面白乏泽，神疲体瘦，舌质淡，苔薄白，脉细弱。

诊断：久泻；肠易激综合征。

辨证：肾阳虚衰，脾运无权，大肠传导失司。

处方：温肾健脾止泻方加醋炒粟壳 9g。

12 剂后，二诊叙述症状明显减轻，诊其舌脉亦有好转。陆老归济前，嘱其上方加炒干姜、川附子各 6g，继续依法煎服。1 年后该患者因公来济，云及两方共服药 30 剂，诸症痊愈。

老年便秘

陆老说，老年便秘为常见病，患者大便干结，努挣难下，苦不堪言，而医者常以此为小恙，不予重视而疏于精心论治，或信手以硝黄泻叶之类而通之，使患者以泻为快。然老年人多有肾阴不足，肾气衰微，气血两虚，津液枯少。盖因“肾主五液”，“主二便，司开合”，肾虚则五液不足，二便失司；“血为气之母”，“气为血之帅”，血亏气必虚，气虚血不行。血亏则津液不足，肠道无以润滑；气虚则脾失健运，大肠传送无力，而发便秘。

因此，老年便秘乃属“虚秘”范畴，其病机多为肾阴不足、气血两虚、津液枯少，或相兼为病者，治疗应以滋阴培元、益气养血、润滑肠道之法，仿“增水行舟”之意，方为合拍。若以硝黄之剂予之，虽得一时之快，却使津液愈亏，肠道更涩，此乃“欲速则不达”，于病无益。





陆老治疗老年便秘，除大便燥结多日未行而急需通下者用灌肠法之外，强调不图一时之快，以免耗散真阴，而犯虚虚之戒。主张遵古法而不泥古方，总以虚者补之，燥者润之，滋肾生津为法治之。师承其业师刘惠民老先生常用之方药，结合个人临证经验，自拟“滋肾润肠通幽汤”。

组成：熟地黄 12~15g，肉苁蓉 15g，全当归 12g，炒郁李仁 12g，炒火麻仁 12g，黑芝麻 12g，炒胡桃仁（去脂皮）9g，玉竹 9g，知母 9g，枳壳 6g，缩砂仁 9g，水煎服，日一剂。

功效：滋阴生津，益气养血，润肠滑燥。

主治：老年性便秘，证属肾阴不足和气血两虚。

方解：肉苁蓉咸寒质润苦降，滋肾而润肠道，对老年虚不可攻之便秘，用之颇宜；熟地黄甘温入肾、质润而滋阴养血；当归为血中之气药，性动而滑，得质润之熟地黄以滋化源。以上三药，相辅相成，凡血虚肠燥，用之均宜，尤其对老年肾虚津枯之便秘，每为必用之品。郁李仁、火麻仁、黑芝麻性味甘平，加之质润而滑，能滋养肝肾、生津润燥，善治大肠气滞、燥涩不通之症；玉竹善能滋阴生津，号为补剂之上品，亦取性味甘平而质润之用以滋补肝肾；胡桃仁甘温入肾而质润，炒用去脂皮，为免涩肠之弊；知母性寒味苦，入肺肾两经，既滋肾阴又可润肠，凡肾虚肠燥者多用之。少用枳壳、砂仁行气健脾，宽中和胃，消食而利肠胃，用为佐使药，以防滋润碍腻之品太过而滞碍胃纳；但形羸气怯者，枳壳不宜久用。以上诸药共奏滋肾阴、益气血、润肠道而通宿便之功。

煎服：上药加水约 300ml，浸泡半小时后，以文火煎取药汁 100ml。二煎加水 200ml 左右，仍以文火煎取药汁



中华医药
PDG



100ml，两煎相合，分为早晚两次于饭前温服。忌食辛辣刺激之品。

用此方6剂时，一般患者大便可润滑通畅，仍按原方继续服10剂，再按原方数倍量，制成9g蜜丸，根据大便情况，每日服用2~3丸，以巩固疗效。如用上方6剂，大便仍干结不畅或努挣难下者，可于方中加酒大黄4.5~6.0g或加元明粉3~6g（烱化），但应以知为度，不宜久服。

如患者羸弱或年高气虚，排便无力，可加黄芪18~24g、生何首乌12~18g，当归加量至15g，以益气润肠。枳壳宽中下气，若病久体弱，气虚甚者，可不用或少用；如患者寐少烦躁，酌加炒枣仁18~24g、炒柏子仁12~18g、焦山栀9g、淡豆豉12g，既可安神除烦，又可润肠通便；如系血燥气滞而便秘者，可于方中酌加行气理气、活血生津之品（如佛手、香橼、桃仁、木香、陈皮、桃仁），也可将熟地黄加量或改用生地黄。

此外，应嘱患者注意饮食调节，适当进食蔬菜和富含纤维素的食品，及时补充水分，定时排便，进行适度运动，特别强调老年人避免滥用预防性抗生素，以免造成肠道菌群失调，润滑液减少，大便干涩难行。

如服药并调整饮食，仍不能奏效，可加用腹部自我按摩法（但此法只适用于双上肢尚有正常活动能力的患者）：每日晚睡和起床之前，取仰卧位，将两手重叠平放于脐上，左手在下，右手按于左手背上，按顺时针方向，自脐部开始，从右而左逐渐向全腹旋转按摩，约10圈为1遍，反复10遍，共100圈。只要认真坚持，长期不懈，对于老年性便秘有良好的预防和配合治疗作用。此手法亦适于呃逆或胃肠消化不良。





痔 疮

陆老擅治内科疾病，又兼治它科常见病。自70年代初开始，近30年来，治疗内痔、外痔、混合痔、疗效显著。常用自拟痔疮方：金银花、连翘、茯苓、漏芦、防风、郁金、当归、秦艽、地榆、大黄各9g，甘草3g，水煎服，日1剂。小儿酌减量，药渣煎水熏洗或坐浴。

方解：金银花解热毒散疮痍，清热凉血；连翘清热解毒，消痈散结；防风散滞胜湿，祛肠风；秦艽退虚热，祛风湿及肠火；当归补血和血，润肠通便；茯苓利水渗湿，健脾补中；郁金行气解郁，凉血破瘀；漏芦清热解毒，消恶疮疽痔；地榆凉血止血，收敛，清血热，消痈肿疮疡，尤治下焦血热；大黄攻积导滞，泻火凉血，逐瘀通经；甘草调和诸药。

此方对于内痔、外痔、混合痔，均有较好疗效。尤其内痔便血，疗效明显。痔疮患者平素每月服用上方1~2剂，能达到预防复发的作用。对于长期便秘，大便带血，亦有较好疗效。

加减：如合并发热者，加大金银花、连翘的用量；痔核肿大，肛门周围水肿，加大茯苓用量；如痔核破溃有感染，则去茯苓改土茯苓12g；出血多，地榆改地榆炭，或者加棕榈炭12g；大便通畅以后，渐减大黄用量或改制大黄。

【医案】

苟某某，女，57岁，1972年10月28日初诊。

患者有痔疮病家族史，罹患混合痔病史50余年，每于



劳累、久蹲、受凉或生气后发作，严重时便血成滴、痔核环绕肛门，肿如小苹果。1972年初曾住某省级医院准备手术治疗。经过医生讨论认为，患者为严重的环状混合痔，不宜手术，因而采用保守治疗。陆老予“痔疮方”，水煎服并熏洗，5剂后症状消失。

此后为防止复发，患者每月服上方2剂，曾连续10多年未复发。近7年来，年事已高，未能坚持服药，曾有过3次发作，每次均以痔疮方3~5剂治愈。

1992年1月28日再诊：因外出未能及时服药，加之冷天乘车，旅途劳碌而发病。肛诊见肛周环型肿胀，大便三日未行，虽有便意，干结难解，努挣用力，疼痛如割。处方：金银花12g，连翘12g，茯苓12g，漏芦9g，防风9g，郁金9g，当归18g，秦艽12g，地榆12g，枳壳15g，生大黄9g（后入），甘草3g，水煎服，日1剂，前两煎取汁内服，第三煎熏洗。

用药5剂后，上述症状完全消失。守方继服10剂，肛诊显示痔核基本消失。

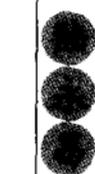
血小板增多症

血小板增多症为临床少见的出血性疾病，陆老曾治愈1例。

【医案】

李某某，女，31岁，教师，1976年5月3日初诊。

因产后流血过多而贫血，头晕乏力，全身肌肉酸痛，曾突然晕厥数次，后逐渐发现双下肢皮下散在紫斑伴静脉曲张





张，月经量减少，时感手足心发热。在某省级医院检查：血小板（Plt） $794 \times 10^9/L$ ，出血时间1分，凝血时间6分，24小时血块退缩不良。骨髓片：巨核系显著增生，血小板密集成堆，可见畸形血小板。诊断为“原发性血小板增多症”。曾拟应用马利兰治疗，因白细胞偏低（ $3 \times 10^9/L$ ）而未行，给予多种维生素等支持性治疗，无明显疗效，症状渐重，转来我院治疗。

入院检查：皮肤、口唇及睑结膜苍白，双下肢多片紫斑及毛细血管扩张，腹软，肝不大，脾侧位可触及、质软。舌淡红，苔薄白，脉细弱。Plt $1120 \times 10^9/L$ ，血红蛋白（HGB） $110g/L$ ，白细胞（WBC） $7.8 \times 10^9/L$ 。

诊断：虚劳，血极；原发性血小板增多症。

辨证：脾肾双亏，气血两虚。

治法：健脾补肾，益气养血，佐以活血化瘀。

处方：十全大补汤加减：台党参30g，焦白术12g，云茯苓15g，黄芪24g，当归12g，赤白芍各12g，生地24g，木香9g，陈皮9g，鸡血藤18g，桑寄生18g，玫瑰花9g，红月季花9g；生龟板18g，牡丹皮12g，阿胶珠9g，甘草6g，水煎分两次服，每日一剂，每服6剂停药1天。

患者共住院192天，除感冒稍微调方外，基本按原方服用，Plt逐渐降至 $600 \times 10^9/L$ ，守上方继服，出院时Plt $318 \times 10^9/L$ ，疲劳、头晕、全身疼痛等症状显著改善，下肢紫斑及毛细血管扩张等消退，月经趋于正常。嘱患者继续服用原方。

1981年9月14日随访。患者自述出院后又间断服用原方数月，已自行停药1年余，体力和精力充沛，已恢复正常的全日工作，并提为学校校长，日后无疲劳感，未再出现瘀



血斑点，多次检查 Plt 均在 $300 \times 10^9/L$ 以下，最近检查 Plt $180 \times 10^9/L$ 。

【按语】血小板增多症应为中医“虚劳”或“血证”范畴。盖因“肾藏精，主骨生髓”，精髓亏虚，源于肾气不足。脾为气血生化之源，气血俱虚，源于脾运不健。治则应以扶正祛邪为主。凡“离经之血均为瘀血”，“瘀血不去，新血不生”，所以方中所用月季花、玫瑰花均可活血化瘀，使祛瘀血，生新血。丹皮可清热凉血活血。所以全方益肾健脾，化瘀生新。

该患者住院期间，恰逢美国友人到我院参观，他们对此纯用中药治疗的血小板增多症病例极感兴趣，对中医中药之奥妙，惊叹不已。

再生障碍性贫血

【医案一】

景某某，女，22岁，陕西宝鸡市某工厂职工，1968年12月30日初诊。

因“反复牙龈出血和皮肤瘀斑半年”，经骨髓穿刺检查诊断为“再生障碍性贫血”，在当地医院给予强地松、丙酸睾酮、维生素K及 B_{12} 、叶酸和中药（不详）等治疗，无明显效果，每7~10天要输血200ml。慕名而来我院求治。

患者在来我院前查血常规示 HGB 3.8% (38g/L)，红细胞 (RBC) $110 \text{ 万}/\text{mm}^3$ ($1.1 \times 10^{12}/L$)，网织红细胞 < 1%，WBC $2000/\text{mm}^3$ ($2.0 \times 10^9/L$)，Plt $12 \text{ 万}/\text{mm}^3$ ($120 \times 10^9/L$)，2天前启程时已输血400ml。因为病情危重，





急收住院。刻诊头晕耳鸣，心慌乏力，动则加剧。望其面白无华，眼结膜及口唇苍白，口腔黏膜及全身散在出血点，双下肢浮肿。舌质黯淡，舌苔薄白，脉细弱。实验室检查：HGB 7.8% (78g/L)，红细胞 (RBC) 210 万/mm³ (2.1 × 10¹²/L)，WBC 2100/mm³ (2.1 × 10⁹/L)，Plt 3 万/mm³ (30 × 10⁹/L)。骨髓片检查：多部位增生降低或重度降低。

诊断：虚劳；慢性型再生障碍性贫血（重型）。

辨证：气血阴阳俱虚。

治法：益气养血，育阴扶阳。

处方：归脾汤合鹿茸散、二至丸加减：生黄芪 30g，焦白术、茯神、当归、元肉、女贞子、阿胶（捣碎烊化）各 12g，生地、熟地、旱莲草各 15g，女贞子 12g，广木香、炙甘草各 9g，水煎温服。另用鹿茸 1.5g、人参 2g 共研细粉，每日各服 1 剂，分 2 次冲服。

服上方 24 剂，因牙龈出血，时有耳鸣，活动后仍感心慌，原方去人参、黄芪，加仙鹤草 15g。

守方服药至 5 月中旬，发现口腔及皮下有散在出血点，考虑为瘀血阻滞脉络，血行不畅。根据“瘀血不去，新血不生”的理论，于前方加红月季花、玫瑰花、粉丹皮各 9g，丹参 15g，白茅根 18g，以活血化瘀、凉血止血。

服上方后，病情日趋好转，皮下及口腔黏膜出血点很快消失。周围血象先后检查 6 次，各项日趋正常。

次年 10 月 21 日查 HGB 13.4% (134g/L)，RBC 390 万/mm³ (3.9 × 10¹²/L)，网织红细胞 2.2%，WBC 4700/mm³ (4.7 × 10¹²/L)，Plt 15 万/mm³ (150 × 10⁹/L)。病情稳定，于 1969 年 10 月 31 日出院。

经过近 12 年多次随访，病未复发，始终坚持工作。





【医案二】

王某，男，83岁，山东省直机关离休干部。1989年6月29日初诊。

近2年无明显原因出现全身乏力，逐渐出现面色黄白无华，伴纳呆食少。半年前在某医学院附属医院行骨髓穿刺检查诊断为“再生障碍性贫血”，经过半年西医治疗，无明显疗效，转入我院诊治。经过治疗疗效不明显。约10余天前最后一次血液检查，血常规：HGB 36g/L、WBC 1.1×10^9 /L、RBC 2.0×10^{12} /L、Plt 40×10^9 /L，网织红细胞 1.8%。刻诊：倦怠乏力，行懒声低。面白无华，形体消瘦，全身未见出血点，舌质淡，舌苔薄黄，脉细数。

辨证：阴阳气血俱虚。

诊断：虚劳，血极；慢性再生障碍性贫血。

治法：益气养血补肾。

处方：生黄芪 30g，党参 18g，焦白术 15g，陈皮 9g，当归 15g，熟地黄 18g，月季花 9g，玫瑰花 9g，广木香 9g，西洋参 3g，赤白芍各 12g，砂仁 9g，阿胶 11g（烔化），水煎服，日一剂。

服药6剂后复诊。自述全身明显较前有力，食欲增加，查血常规：HGB 66g/L、WBC 3.3×10^9 /L、RBC 3.3×10^{12} /L、Plt 100×10^9 /L，网织红细胞 2.1%。用原方稍做加减，继服治疗2月余。其家人来诊代述，患者症状继续好转，亦无明显不适，周围血常规检查已接近正常。患者自动停药，约半年后复查周围血常规为 HGB 90g/L、RBC 4.1×10^{12} /L、WBC 4.7×10^9 /L、Plt 156×10^9 /L，网织红细胞 2.5%。

【按语】再生障碍性贫血属疑难病，中医无此病名。根据患者的临床表现，本病属于中医学“虚劳”、“血极”范





疇，其病因病机与心、肝、脾、肾、气血精髓有关，与脾肾的关系尤为密切。主要可见气血精髓不足、阴阳两虚之证。病因在于先天禀赋不足，后天失养、劳倦内伤或外邪入侵，导致脾肾虚衰而成。肾为先天之本，藏精、主骨、生髓，为气血生化之根。脾为后天之本，运化水谷精微，是气血生化之源。精亏不能生血，血虚无以化气。气虚者，阳必不足，血虚者，阴亦必虚。阴损及阳，阳损及阴，直至气血阴阳俱虚而发病。

治疗本病应依“损者益之”、“寒者温之”和“形不足者温之以气”、“精不足者补之以味”的原则，着重补肾健脾、益气养血，是为治其本。临床常见再生障碍性贫血伴有出血，表现为舌头有瘀斑或皮下有出血点等等，因“瘀血不去，新血不生”，治疗时应佐以活血祛瘀之药，以治其标。此所谓标本兼治。

陆老说，补肾健脾、益气养血法治疗再生障碍性贫血，虽有效但不为著；通过案例一之后体会到，再生障碍性贫血如见出血，就必先行化瘀，祛瘀才能生新。此后，凡见再生障碍性贫血有出血或舌有瘀斑者，均在补肾健脾益气养血的同时，佐以活血化瘀、凉血止血药，如月季花、玫瑰花、丹皮、丹参，疗效显著提高。

尿崩症

【医案】

胡某，男，30岁，长清县某村教师，因“口渴、暴饮、多尿约1年”，1966年9月16日初诊后入院。





患者近1年来口渴难忍，家中需常备温凉开水解渴，如无温开水则需即刻饮用生水，估计每日尿量均10000ml以上，夜尿较多。发病后逐渐出现失眠、乏力、眩晕、耳鸣、咽干、纳少、大便干。经多方求医并在当地住院2次，治疗效果不佳。曾在某省级综合性医院检查尿常规示低比重尿、肾功能正常，诊断为“原发性尿崩症”，曾应用垂体后叶素3天，因药物过敏被迫停用。否认既往有肾脏疾病、糖尿病、创伤或手术、神经精神等病史。

刻诊：患者形体消瘦，舌质鲜红，少苔，脉弦细数。查体：体温36.5℃，血压：114/70mmHg。尿常规检查：尿比重1.008，白细胞0~1/HP，尿糖阴性，尿氯化物：15g/7500ml；血生化：糖89mg%（4.94mmol/L），钾15.6mg%（3.99mmol/L），钠270mg%（117.4mmol/L），氯590mg%（166.4mmol/L），非蛋白氮35mg%（12.5mmol/L），二氧化碳结合力56%（25.2mmol/L），其他相关检查均正常。入院总入量11400ml/24h，总出量14350ml/24h。

诊断：消渴症（下消）；原发性尿崩症。

辨证：肺肾阴虚。

治法：滋肾固阴，清热润肺，生津止渴。

处方：生地24g，丹皮9g，茯苓9g，山药15g，知母12g，花粉24g，天冬15g，麦冬18g，党参12g，五味子12g，黄芩9g，生熟枣仁各15g，甘草3g，水煎服，日一剂。

入院后第一周，患者饮水量很大，每日专用两个暖水瓶供水还不足其饮，只好为他专备一个大水桶。为避免患者饮用生自来水，保证及时供给凉开水，需数名医护人员轮流用水杯兑制凉开水备用。服用上药1周后，方小见效果，其后症状逐渐减轻。





1966年10月7日，入院第3周。计算总入量7600ml/24h，总出量6700ml/24h。上方加桑螵蛸9g，改山药24g，每日含化乌梅3~5枚。

1966年12月19日，计算总入量3700ml/24h，总出量3600ml/24h。患者口渴、烦躁、乏力均明显减轻，自觉口黏、纳差、大便偏干，舌红苔黄厚腻，脉弦细稍数。治法改以滋阴清热为主，兼以理气和胃。处方：天麦冬各18g，沙参15g，五味子9g，生地18g，山药24g，知母18g，黄柏9g，花粉12g，覆盆子12g，桑螵蛸9g，白芍9g，竹茹15g，砂仁9g，炒枣仁粉24g（冲），水煎服，日一剂。

1967年1月3日计算总入量3600ml/24h，总出量3450ml/24h。

1967年1月20日计算总入量和总出量均约3000ml/24h。

1967年1月30日痊愈出院。

【按语】陆老说，原发性中枢性尿崩症相对少见，以口渴、多饮、多尿、低比重尿和肾功能正常等为临床特征，故属于“消渴”范畴，虽与传统认识的“消渴病”貌似而实非，命名为“消渴症”或有合理性。临证时可借鉴和运用三消辨证法则加以调治。其既以多尿为著，当归为三消之“下消”，究其病机则为肾阴亏耗，阴不敛阳，阳浮于外，化火伤津，失于濡养，即以阴虚为本，以燥热为标。本例尿崩症辨证为肾阴亏、肺津涸，总以滋肾阴而生肺津为治法，守方常服，以待阴津回复。辨治过程中注意兼顾脾胃，佐以理气和胃安神之品，使运化有源，利于后天之本，故收到预期之效。



遗 溺

《素问·宣明五气篇》曰：“膀胱不利为癃，不约为遗溺”。《诸病源候论》曰：“有睡觉不觉尿出者，是其禀质阴气偏盛，阳气偏虚也”，“夜卧则阳气衰，不能制于阴，所以阴气独发，水不禁，故于睡眠而不觉尿出也”，“小便不禁者，肾气虚，下焦受冷也。肾主水，其气下通于阴，肾虚下焦冷，不能温制其水，故小便不禁也”。

陆老说，遗溺是因先天禀赋不足，肾阳虚弱，或后天久病致脾肾阳虚而成，应以温肾、益气、固涩为法辨治。陆老曾用上法治愈长期遗溺患者多例。

【医案】

郑某某，女，13岁，学生，1991年8月6日初诊。

先天智力较差，并患先天性隐性脊椎裂。自幼至今每晚尿床，白天亦常小便频数，或感尿急、尿疼、腰痛。平素纳少，寝可，大便秘结。曾在某省级综合性医院按“急性肾盂肾炎”给予抗菌药物等治疗，症状有时可缓解。4个月前劳累后症状加重，该医院腹部B超检查发现“右肾及右侧输尿管结石、双肾盂及膀胱积水”，经住院治疗数周后尿路刺激症状好转，但遗尿始终无明显改善。因患者家长不愿意接受长期挂尿袋的建议，转求中医治疗。初诊时检查患者发育不良，智力较差，右肾区叩击痛阳性，舌尖红，舌苔根部黄腻，脉细滑稍数。

诊断：遗溺；右肾及右侧输尿管结石、双肾盂及膀胱积水，先天性隐性脊椎裂。





辨证：先天不足，肾气亏虚，复因热移膀胱，下焦湿热，热久耗阴，州都气化无力，尿液凝结，而成石淋，淋漓不尽。

治法：滋肾清利，佐以健脾以助膀胱气化。

处方：制首乌 15g，枸杞子 9g，杜仲 12g，肉苁蓉 12g，车前子 12g（包），白茅根 15g，淡竹叶 6g，鸡内金 9g，小石韦 12g，海金沙 9g，金钱草 15g，坤草 24g，焦白术 9g，砂仁 6g，陈皮 9g，炒枳壳 6g，鹿角胶 6g（烊化），水煎服，日一剂。

上方服用 12 剂后，白天排尿可基本自行控制。

守方再服 18 剂后，夜尿开始减少，有时也可以自行控制。遗尿次数明显减少。

第 2 个月调方：熟地 18g，枸杞 12g，桑寄生 15g，夜交藤 15g，益智仁 9g，生黄芪 18g，桑螵蛸 9g，杜仲 12g，坤草 24g，白茅根 18g，车前子 12g（包），石韦 15g，肉苁蓉 15g，焦白术 12g，砂仁 9g，鹿角胶 6g（烊化），甘草梢 9g，水煎服，日一剂。

守方继服约 1 个月，白天基本无遗溺，夜尿基本可自行控制，每夜因自感有尿意而起床排尿 1~2 次。此后守方稍作加减，共调理服药约半年，上述症状完全消失，其家人颇为满意。

红斑狼疮

【医案】

赵某某，女，19 岁，山东文登人，1991 年 3 月 15 日因“鼻周红斑伴反复低热 1 年，加重半年”初诊。





1990年4月初，因劳累出汗，急用凉水洗脸后发现鼻周及两颧出现红色斑点，数日后颜色渐转为暗紫，局部轻微发痒，合并低热（体温38.0℃）。在当地医院疑诊为“红斑狼疮”，给予强的松口服（40~100mg/d）约1周后，红斑和低热逐渐消退，但停药数日后即复发。近半年来病情加重，口服强的松加量后改善不明显。1990年3月6日到某省级综合医院检查“抗DNA抗体42.3%”，并查见“狼疮细胞”，血常规、尿常规、肝肾功能、胸部X光片等无异常，确诊为“盘状红斑狼疮”。因服药后体重剧增，拒绝服用糖皮质激素，经过同乡介绍，转诊于陆老。刻诊：体态略胖，鼻周呈明显蝶形斑片，口干欲饮，纳可，大便偏干，小便时有灼热刺痛感，舌质暗红、苔薄黄，脉弦滑稍数。平素性情较急，喜食辛辣腥荤，月经按月来潮，血色暗红、有块。经过仔细追问，发病前受过强烈的精神刺激。否认药物过敏、化学毒品接触和家族病史。

诊断：蝴蝶丹；盘状红斑狼疮。

辨证：湿热内蕴，外邪侵袭，气机不畅，血瘀成斑。

治法：活血化瘀，清热解毒；祛风胜湿。

处方：全当归12g，南红花12g，赤芍15g，金银花24g，连翘15g，白蒺藜12g，荆芥9g，蝉衣9g，清风藤15g，苍术9g，甘草6g，水煎服，日1剂。严忌腥辣发物。

服用上方3剂，痒止热退，脸部斑块消失，体力大增。

守方继服40余剂，上述症状基本消失，纳寐及二便正常，仅感口干唇燥。复查抗DNA抗体25.9%，血常规及肝、肾功能正常，尿蛋白定量阴性。原方加丹皮9g、生地15g，续服。

1993年3月20日随访，患者按调方续服3个月（隔日





一剂)，自觉全身无不适之感，纳寐及二便正常，复查抗DNA抗体20%左右，其后自动停药，正常上班，病未复发。

陆老认为，盘状红斑狼疮可归为“蝴蝶丹”、“马缨丹”、“日晒疮”之类，按全身状况和脏腑损害，又可归为“虚劳”、“血尿”等。此病好发于20~40岁的青壮年女性，发病者多为血热气盛，常伴有口干、烦躁、易怒等阴虚阳盛证。其发病则多由外邪引起，如风邪、寒邪、热邪或日光暴晒等，外邪与内热相搏，气机循行不畅，血瘀凝滞，发于肌表，可见斑疹；发于脏腑，可见错综复杂的多脏器功能损害症状。本例患者正值青春年茂之时，平素性情急躁，阴津不足，虚阳浮越；汗后急用凉水洗脸，若如风寒袭表；加之强烈神志不遂，并遇下焦湿热，寒邪与湿热交争，致发本病。治以活血化瘀、清热解毒为法，佐以祛风胜湿，因药证合拍，虽属于疑难之病，亦收如期之功。

长期高热

【医案一】

张某某，女，12岁，东营市人，学生。因“反复高热2月余”，于1991年6月24日会诊。

患者平素性情急躁，2个月前因情志不遂，致目赤口干，身热体倦。次日又微受风寒，体温升至39.5℃，自服解热镇痛药2日无效。在当地某大型企业医院以“高热待查”收入院。查血WBC $3.6 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞分类偏高（具体不详），经静脉滴注多种抗生素加糖皮质激素，体温暂降复升，常达39℃~40℃或以上，持续1月余。因治疗



无效转某省级综合性医院，诊断为“变应性亚败血症”，静脉给予广谱抗生素加糖皮质激素、免疫调节剂、对症支持疗法等，并由该院中医科会诊服用中药“清营汤”等治疗20余天，仍无效。转请陆老诊治。刻诊：精神萎靡，情绪烦躁，面红唇干，无汗，大便偏干，舌质红，苔薄黄少津，脉细数，体温39.0℃。

辨证：肝气郁结，外邪入里，邪热交蕴。

治法：滋阴凉血，清热解毒，佐以和解表里。

处方：生地18g，元参18g，金银花24g，连翘12g，大青叶15g，银柴胡15g，地骨皮12g，蚤休15g，青蒿15g，败酱草15g，甘草6g，水煎服，日一剂。

上药连服4剂，体温降至37.5℃以下，精神明显好转，再查舌质淡红、苔薄黄、脉细，胸前新发数个鲜红小丘疹。前方去地骨皮，加白薇15g、红花9g，又进3剂，体温降至37.5℃以下，停用中西药物观察1周，未再复发，出院。

【按语】陆老说，此患者病程较长，究其病机，发热之初为肝气郁滞而致内热生，内热未除，又复受风寒，外邪入里化热，内外之热交错互蕴，表里俱实，热无去处。一诊处方以凉血解毒药为主，用之使热势顿挫，不日大减。二诊时加用白薇、红花，意在助其清解热毒之力，借以透营转气之品，使外邪得解，气机调达，方可热去有门。尤其红花一味既能活血化瘀、祛风退疹，又能减上药苦寒之弊，有时一味药即可使病情大有转机。

【医案二】

姚某某，女，60岁，内科医师，因“反复高热3年余”，1991年9月16日初诊。

1988年7月与家人至野外游玩，散步于松林时，因出





汗脱掉上衣，不多时即发现全身起皮疹，色红并瘙痒难忍，必欲抓破而痒略解，皮疹破后有少量淡黄色渗液，约数小时后开始自觉发热，测体温 39℃。即到某省级综合性医院急诊。当时查血常规示 WBC $12 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞 79%，淋巴细胞 6%，单核细胞 5%，经用糖皮质激素、钙剂、非那根及抗生素静脉滴注 1 周后体温降至正常。此后每隔 1 ~ 2 个月，必发高热 1 次，体温在 38℃ ~ 41℃，并伴全身瘙痒难忍。患者自述，3 年来发高烧约 20 次以上，每次均须住院 7 ~ 10 天，静脉滴注抗生素和糖皮质激素方可退热。曾做过血液生化、血尿痰培养、免疫功能等多项检查均未见明显异常，未能确诊。某省级综合性医院疑诊为“变应型亚败血症？”、“胶原性疾病？”。半月前又发热 40℃，住院 8 天热退，出院 2 天。患者为此痛苦不堪，为防止再发高热，转求中医诊治。刻诊：老年女性，神志清，面色潮红，体态略胖。舌质红，舌苔薄黄，脉沉细缓。

辨证：风挟邪毒，入里化热。

治法：清热解毒，凉血祛风。

处方：生地 24g，元参 18g，丹皮 12g，银花 24g，连翘 15g，蚤休 24g，红花 12g，防风 12g，白薇 15g，白蒺藜 12g，白鲜皮 15g，薄荷 9g，荆芥 9g，甘草 6g，水煎服，日一剂。

45 天后二诊，共服上方 20 余剂，自觉精神好，体力增。期间感冒 1 次，亦未发热或发作肌肤瘙痒，每日自测体温均未超过 36.9℃，纳寐及小便正常，大便偏干。患者十分欣喜，并屡表心迹：“作为同道，亲身体会到中医之深奥。”要求继续服药以资巩固。上方加肉苁蓉 18g、百部 12g、改白薇 18g，续服 12 剂。6 个半月后随访，患者未再





出现发热和瘙痒。

【按语】此患者病程逾三年，反复高热达40℃以上，究其病因为三年前感受风邪热毒，未及时清解，蕴入体内，蕴久生热，热助风邪，风乘热势，热邪交蕴，故反复高热瘙痒。陆老处方以清热解毒为主，加用凉血、活血、祛风之药，使风邪热毒俱行散解，且无耗伤气血之弊，故热痒悉退，并能久不复发，说明宿根得除。

病毒性心肌炎并早搏

慢性病毒性心肌炎就其临床表现应属祖国医学的“惊悸”、“怔忡”、“虚劳”等范畴，临床常见心悸、自汗、体倦乏力、胸闷、气短、脉细弱结代等症状，其病因病机多责之于气虚阴亏。陆老运用益气养阴法，临证常选炙甘草汤随症加减化裁，治疗慢性病毒性心肌炎并早搏患者，疗效颇为满意。所用益气养阴药物常为炙甘草、党参、麦冬、熟地（或首乌）、桂枝、阿胶等，酌加理气宽胸之品如瓜蒌、枳壳、苏子、苏梗之类，使心阳宣通，心血充盈，阴气内守，阳气有所依附，则心得所养，心气得复，“早搏”得除。临证见心悸不安者，加茯神、远志、朱砂、琥珀，以定志安神，则原方之效更增。

【医案】

彭某某，女，33岁，1986年12月8日初诊。

病人于1984年患“病毒性心肌炎”，经多种西药治疗2年余，效不明显，故来我院求用中药治疗。入院时患者自述近两年来反复发作心悸、胸闷、气短，体力活动或精神刺激





后明显加重，体倦乏力，口干，怕热，舌淡红、苔根部微黄，脉细弱，时有间歇。心电图示：“频发室性过早搏动；广泛 ST-T 波改变”。

诊断：惊悸，怔忡；慢性病毒性心肌炎，室性早搏。

治法：益气养阴，佐以宁心安神，宽胸理气。

处方：炙甘草 9g，生黄芪 24g，台党参 18g，麦门冬各 15g，北沙参 15g，天花粉 18g，制首乌 18g，枸杞子 12g，南远志 9g，云茯苓 15g，全瓜蒌 18g，苏子梗各 15g，东阿胶 9g（烔化），水煎服，日一剂。

依上方随症稍有加减，服药 40 余剂，症状消失，复查心电图见早搏及 ST-T 改变消失。半年和 1 年后分别随访，未再复发。

失眠症

失眠在中医典籍中亦称为“不寐”、“不得卧”、“不得眠”，轻者入睡困难，或睡中易醒，或时寐时寤，重者可彻夜不眠。昼为阳，夜为阴，卫气昼行于阳，夜行于阴，夜间阳入于阴，阴阳相交，处于相对安静状态，故入睡。如果阴虚不能纳阳，或阳盛不得入于阴，则阴阳不能相交，就会形成失眠或彻夜不寐。正如《灵枢·大惑论》云：“病而不得卧者……卫气不得入于阴，常留于阳。留于阳则阳气满，阳气满则阳斫盛，不得入于阴则阴气虚，故目不瞑矣”。此外，心藏神而主血，脾主思而统血，劳倦思虑过度，劳伤心脾，脾虚无以化生精微则血少，血少则心失所养，神无所依，神魂无主，亦可形成食少不寐。张景岳论不寐时指出：



“盖寐本乎阴，神其主也，神安则寐，神不安则不寐……凡思虑劳倦，惊恐忧疑及别无所累，而常多不寐者，总属真阴精血之不足，阴阳不交，而神有不安其室耳……”“盖心藏神为阳气之宅也，卫主气司阳气之化也，凡卫气入阴则静，静则寐，正以阳有所归，故神安而寐也”“心为事扰则神动，神动则不静，不静是以不寐也”。如肝虚火旺，上扰清窍，心肾不交，水火失济，胃中不和，气机受阻，痰火忿怒，邪气之扰等等，均为少寐多梦的病因、病机。

陆老认为，失眠一症，有虚实之分，有病机之别，有证候之异，故治法不尽相同。归脾汤为养心健脾，益气补血的常用方剂，始载于宋代严用和所撰《济生方》，功能养心脾、益气血，清朝汪切庵《医方集解》谓：“此手少阴、足太阴药也”。陆老善用归脾汤加减化裁，以治虚损劳伤所致心脾两虚、气血不足之失眠主症，颇有心得。

失眠可单独出现，但常与心悸、怔忡、健忘、自汗、盗汗、食少、倦怠等证同时并见。因此，各种慢性病以失眠为主症，以忧思太过、劳伤心脾所致的心脾两虚为主病机者，均为归脾汤适用范围。妇人脾虚气弱，统血无权而见崩漏等证，应用本方亦常收良效，此亦属异病同治之义。

【医案一】

于某某，女，29岁，1968年6月26日初诊。

反复头晕、心慌，失眠多梦2年余，伴烦躁多疑、易惊、纳呆，倦怠乏力。月经前期，量中等，色正红，白带不多。刻诊：发育营养一般，精神不振，舌质淡红、苔薄白，脉细弦。

辨证：心脾两虚，气血不足，肝气郁滞。

治法：健脾养心，补益气血，疏肝解郁，佐以固带。





处方：炒枣仁 30g，远志 9g，柏子仁 12g，茯神 15g，石菖蒲 9g，台党参 24g，广木香 9g，黄芪 15g，白术 12g，醋香附 12g，柴胡 9g，海螵蛸 12g，当归 9g，生甘草 6g，水煎服，日 1 剂。另配以珠珀散（朱砂 1.2g、琥珀 1.8g 研粉）每日分两次冲服。

7 月 17 日二诊：连服上药 10 余剂，睡眠转佳，头晕减轻，精神好转，纳食正常，唯仍觉心慌、易惊、寐后多梦，烦躁多疑，舌淡红、苔薄白，脉弦细。按前方加龙齿 15g，郁金 9g，焦山栀 9g，淡豆豉 12g。

9 月 21 日随访，再服调方 20 余剂，睡眠已基本正常，上述诸证基本消失。

【按语】本例病机为心脾两虚、气血不足，且兼有肝气郁滞化热，上扰胸膈，以致证见失眠、多梦、烦躁、疑虑等，主方选用归脾汤以益气血、养心脾，加郁金、柴胡、香附以疏肝理气解郁而利胸膈，加焦山栀、淡豆豉、生龙齿，以清热除烦、安心宁神，诸药伍入归脾汤中，相辅相成，各尽其用，故服药 20 余剂，睡眠正常，诸证悉除。这说明中医治病要从整体观念出发，审证用药，既要考虑治本，又要照顾治标，既要有原则性，也要有灵活性，方为圆机活法，不能胶柱鼓瑟，贻误病情。

【医案二】

高某某，女，67 岁，1967 年 11 月 30 日初诊。

近 1 年反复发作头晕、失眠、心慌、惊悸、烦躁，伴体倦无力，纳呆食少，常因情绪紧张时症状加重。刻诊：体瘦神疲，面色不泽，舌淡红、苔薄白，脉弦细。

辨证：心脾两虚，气血不足，肝郁气滞。

治法：补心脾，益气血，疏肝柔肝，行气解郁。





处方：白术 12g，茯苓 9g，茯神 9g，台党参 18g，当归 12g，木香 9g，远志 6g，炒枣仁 24g，黄芪 24g，白芍 9g，柴胡 9g，甘草 6g，醋香附 12g，大枣 3 枚，水煎服，日 1 剂。另配以硃珀散每日分两次冲服。

12 月 16 日二诊：其子来述，连服上方 10 剂，诸证均减，寝食好转。嘱其再服 6 剂，并取归脾丸、舒肝丸各 30 丸，待煎剂服完，再服药丸，每次各服一丸，每日 2 次。

1 月后随访，诸证痊愈，嘱其饮食调养，注意心情舒畅，以资巩固。

【按语】本例亦属劳伤心脾、气血两虚，但患者年老体弱，阴精暗耗，故每当情志不遂之时，则更易躁动，故而失眠、惊悸、心烦、体倦等证随之加重。治法则遵循张景岳“若思虑劳倦伤心脾，以致气虚精陷而为怔忡、惊悸、不寐者，宜……归脾汤”之意旨，应用归脾汤以健脾养心、补益气血。

医案一乃因肝气滞、善疑虑而用香附之性疏而消散；本例乃因肝阴虚、易躁动而加入柴胡、白芍以疏肝柔肝行气解郁，其意在取白芍之性疏而柔解。两案虽同属心脾两虚，但兼证有别，故选择用药各异。药虽一味之差，药性一散一柔，对促进病机之转化，实有不同效用。

【医案三】

姜某某，男，45 岁，1965 年 3 月 18 日来诊。

3 年来时有眩晕、失眠、多梦。近 1 月来，时有彻夜不寐、心悸、烦躁，伴记忆力减退，注意力不集中，体倦乏力，纳食欠佳，大便溏，日二次。检查：精神疲惫，面色不泽，痛苦貌，舌质淡，苔薄白，脉细弱。

辨证：心脾两虚，气血不足。





治法：补血养心，健脾益气。

方药：党参 24g，白术 15g，茯神 15g，黄芪 24g，炮姜 9g，炒破故纸 12g，焦三仙各 9g，远志 9g，炒枣仁 24g，土炒当归 12g，木香 9g，炙甘草 6g，大枣 3 枚，水煎服，日 1 剂。

4 月 5 日二诊：连服上方 10 余剂，大便已成形，日一次，体倦神疲好转，纳食亦增，睡眠较好，面色稍红润，舌淡红，苔薄白，脉细弱。按上方去炮姜、破故纸，加焦山栀 9g、淡豆豉 12g，水煎服。另配以珠珀散（朱砂 1.2g、琥珀 1.8g 研粉），每日分两次冲服。

4 月 20 日三诊：再服上药 12 剂，睡眠转佳，梦亦较少，心悸、烦躁减轻，唯记忆力仍差。

效不更方，续服 12 剂，诸证基本痊愈。嘱其再服人参归脾丸，日二次，每次一丸，以资巩固。

【按语】其病机虽亦属心脾两虚、气血不足，但伴有脾肾阳虚、火不生土之大便溏泻和食欲不振之症。故用归脾汤以补心脾而益气血，另加炮干姜、炒破故纸以温命火而生脾土。当归改用土炒，取其同气相求，润燥相济，既能收健脾补血之效，又能去其滑肠之性，取其长而截其短。这是已故业师刘惠民老师经验之谈，临床证明效果良好。

综观以上举例，虽皆病在心脾，同为劳伤心脾虚证，但兼证有所不同，并有轻重微甚之差异。故医者临床必须时时刻刻审病求因，知常达变，必要时应因中求因，务使辨证精准，法圆方活，立方遣药方可适得其宜而奏效。归脾汤中之龙眼肉，功能补心安神，益脾养血，为本方必须之品，但因长期缺药而未用也。



咳 嗽

咳嗽为临床常见证候，可由多种疾病引起。陆老说，明代医家张景岳所谓“咳嗽之要，止唯二证……一曰外感，一曰内伤，而尽之矣”，“外感之咳，其伤在肺……内伤之咳，先伤它脏”实为经验之谈，颇有临证指导意义。陆老治疗咳嗽，首重辨清外感、内伤。他认为，急性咳嗽多以外感为先，慢性咳嗽则为内伤所致或由外感咳嗽迁延失治而成，故首应审证求因，而后辨证施治。外感咳嗽为外邪犯肺，肺气壅遏所致，治以宣肺祛邪为主，根据外邪之不同，选用自拟的三首宣肺止嗽汤治疗。内伤咳嗽，虽有肺、脾、肾之不足，然而肺失清肃，痰浊上壅之邪实仍为主因，治宜宣清补益兼施，视病情给予固本宣肺止嗽散或培本宣肺止嗽丸长期服用。

总之，陆老治疗咳嗽的主要特点在于重视宣清肃降、调理气机，尤其对久病体衰正气亏虚者，不仅止于扶正固本，更投以宣清补益兼施之法，是屡收疗效之所在。

一、外感咳嗽

陆老认为，此为感受外邪，肺卫清肃之令失宣，肺气壅遏不畅所致。风为六淫之首，外感咳嗽多为风邪兼它邪为病，有风寒、风热、风燥之分。故外感咳嗽之辨治当首重风邪，并详分其所属寒、热、燥性。



1. 风寒咳嗽

【医案一】

于某，女 28 岁，1977 年 1 月 25 日初诊。

1 周前患者外出受凉后，恶寒、头痛、鼻塞、流大量清涕，咳嗽频作，痰白质稀量多，伴全身酸楚不适。伴胸闷憋气，食纳欠佳。应用抗生素治疗数日无效，日趋加重，夜间因剧咳不得眠，全家被扰。刻诊舌质淡红，苔白，脉浮紧稍滑。

诊断：急性支气管炎。

辨证：外感风寒袭肺，肺气壅遏不得宣通；肺气不宣，水津不布，凝聚为痰；肺主皮毛，肌表被束，玄府闭塞，邪无出路，全身痠楚；肺窍不利，致鼻塞流大量清涕。

治法：疏风散寒，宣肺止咳。

处方：宣肺散寒止咳汤：麻黄 9g，炒杏仁 9g，苏叶、苏子各 9g，薄荷 9g，橘红 9g，清半夏 9g，百部 9g，前胡 9g，荆芥 9g，桔梗 9g，紫菀 12g，川贝母 9g，炙杷叶 9g，甘草 6g，水煎服，日 1 剂。

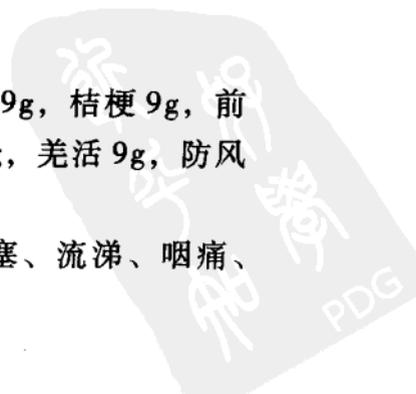
服药 1 剂后即汗出津津，自感症状大减，3 剂诸症悉除。

方解：本方是由温散风寒宣肺化痰之杏苏散，解表宣肺止咳祛痰之三拗汤，宣肺疏表止咳化痰之程氏止咳散，相伍增减而成，可宣肺窍、散风寒、清咽喉。

附：宣肺散寒通窍汤

处方：紫苏叶 9g，炒杏仁 9g，薄荷叶 9g，桔梗 9g，前胡 12g，牛蒡子 12g，荆芥穗 9g，蔓荆子 6g，羌活 9g，防风 9g，苍耳子 9g，白芷 12g，甘草 6g。

主治：感冒后身热、恶寒、头痛、鼻塞、流涕、咽痛、





咳嗽等症。

制法与用量：上药水煎两遍，各取汁约 100ml，两煎相合，分两次早晚温服。初服时令微汗出。

疗效：陆老曾用本方治疗风寒感冒数以百例，均一至三剂而愈，效果良好。

【按语】本方以杏苏散、苍耳子散、九味羌活汤加减化裁而成。方中之紫苏叶、前胡、苍耳子疏散表寒，轻宣发热；杏仁、桔梗宣肺理气而治咳嗽；薄荷叶、荆芥穗、蔓荆子祛风散寒，清利头目；羌活、防风、白芷发汗解表，疏散表邪；牛蒡子功能清热而利咽喉，配甘草以清热解毒；甘草又能调和诸药，与前药相伍，共奏发散风寒、宣通肺窍之效。

2. 风热咳嗽

【医案二】

胡某，男，63岁，1979年11月27日初诊。

4天前因外出受风，头痛、身热、恶风、鼻流黄涕、咳嗽频剧，痰黄黏稠，不易咳出，口干咽痛，声音嘶哑，全身痠楚，倦怠乏力。自服犀羚解毒片无效。刻诊舌质红，苔薄微黄，脉浮数而滑。

诊断：急性支气管炎并急性扁桃体炎。

辨证：风热犯肺，清肃之令不行，肺热伤津。

治法：疏风清热，宣肺止咳，佐以生津。

处方：宣肺清热止咳汤：桑叶 12g，菊花 12g，苏叶 9g，炒杏仁 9g，薄荷 9g，桔梗 9g，桑白皮 12g，炙杷叶 12g，百部 12g，川贝 6g（研粉分 2 次冲服），山豆根 12g，牛蒡子 12g，甘草 6g，水煎服，日 1 剂。

服 3 剂后，自述诸症减轻，微感胸闷憋气。于原方中加





前胡 12g、瓜蒌 24g，继服 4 剂，诸症痊愈。

方解：桑叶、菊花、薄荷、桔梗、山豆根、牛蒡子，疏风清热利咽喉，治风热咳嗽、咯痰，黏稠不爽及风火上扰咽喉肿痛；百部、川贝母、杏仁，宣肺泻热化痰，为肺热咳嗽常用之品；桑白皮、枇杷叶，清肺止咳化痰；生甘草清热润肺止咳，调和诸药。复诊又加前胡、瓜蒌，乃专除胸闷憋气之用。

3. 风燥咳嗽

【医案三】

郭某，女，30 岁，1986 年 11 月 18 日初诊。

患者 3 个月前感冒，经治疗诸症好转，惟咳嗽不愈，痰少难咯，咽干喉痒，口渴喜饮。曾服麦迪霉素、复方新诺明、蛇胆川贝液及肌注青霉素等，效果不显。刻诊舌质较红，苔薄少津，脉弦细。

诊断：慢性支气管炎。

辨证：外感表证已除，肺气仍未宣畅，清肃之令不行，故呈刺激性干咳；郁久化热伤津，则咽干喉痒、口渴喜饮。

治法：清肺润燥，宣肺止咳。

处方：润肺清燥止咳汤：北沙参 18g，麦门冬 15g，桑白皮 12g，枇杷叶 12g，炒杏仁 12g，桔梗 9g，前胡 12g，紫菀 9g，川贝母 9g，瓜蒌 24g，甘草 6g，鲜竹沥水 60ml（分 2 次兑入），水煎服，日 1 剂。

服上方 3 剂后，诸症减轻，又服 6 剂痊愈。

方解：沙参、麦冬养阴润肺生津，用桑白皮、枇杷叶清热化痰止咳，为主药；杏仁苦泄润降、桔梗既升且降，均入肺经，宣肺止咳；前胡、紫菀宣肺降气，性温而不热，质润而不燥，治咯痰黄稠，与川贝母相伍，其效益彰；瓜蒌清热



化痰，宽中散结，治肺气不宣，燥热咳嗽，胸中闷痛；甘草治痰热，调和药性；竹沥水甘凉滑润，涤痰除烦。相伍之药清宣肃降，润肺生津，治燥热咳嗽，自收良效。

二、内伤咳嗽

内伤咳嗽为脏腑功能失调，内伤客肺所致，老年人常见，多是外感咳嗽迁延失治，日久累及脾、肾，连及心脏，故为本虚之证。医者多以补肾健脾、益肾纳气治之。

陆老则认为，此类病人之本虚虽是主要矛盾，但其病机仍是长期肺气壅遏、肃降无权、痰湿内停所致。故既有肺、脾、肾之不足，又有肺失肃降，痰浊止壅之邪实，所以治疗时不可一味进补，而应宣补兼施。由于病人大都咳嗽日久，病情缠绵，数剂中药难愈沉痾，而长期煎服汤剂，又多感不便，故陆老常以丸药、散剂，嘱其久服，以巩固疗效而达长期控制病情和提高生活质量的最终目的。

辨治内伤咳嗽，陆老常用麻黄、细辛、荆芥、桔梗、苏子等清宣肺气；以紫苑、冬花、百部、瓜蒌、桑白皮、枇杷叶等祛痰止咳；用人参或太子参、白术、茯苓、冬虫夏草、五味子、蛤蚧、砂仁等补肺健脾、益肾纳气；用沙参、麦冬、玉竹滋阴润燥。以上四组药对可根据病情选用为伍，具宣肺而不伤气、扶正而不滞邪的特点。

1. 固本宣肺止嗽散

组成和用法：炙麻黄 18g，炒杏仁 30g，川贝母 60g，人参 60g，蛤蚧 1 对（去头足），茯苓 60g，胡桃仁 60g（炒去脂皮），五味子 30g，北沙参 60g，麦门冬 45g，冬虫夏草 30g，炙甘草 60g，上药共研细粉，瓶装收贮，每次 3g，每日三次，温水送下。



方解：本方乃陆老取人参蛤蚧散、定喘散、人参胡桃汤三方加减化裁并参以己见而成。方中应用人参、蛤蚧以补气定喘，冬虫夏草以补肾纳气；杏仁、甘草、川贝母三药能宣肺止咳化痰，与它药配伍入，补中有宣，久服其效显著。

【医案四】

孔某某，男，69岁，山东省某局干部。1977年8月30日初诊。

患者因咳嗽、吐痰30余年，动则心慌气喘10余年，诊断为“慢性支气管炎、阻塞性肺气肿、慢性肺源性心脏病”。曾多次住院，每次均为期半年余。出院后仍畏风怕冷、神疲乏力，极易感冒。稍遇外邪则发作咳喘、呼多吸少，气短不足以息，动则加重，语言低微，少气懒言，神疲乏力，动作缓慢，畏风怕寒。病情反复，逐年加重，以至动则气短不得续，生活基本不能自理。查体：老年男性，面色晦暗，腰背略弯，端坐呼吸，呼多吸少，动则喘促、口唇紫红、语音低微，舌质黯红，苔薄白，脉细弱。

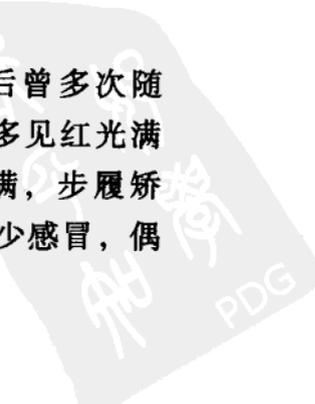
诊断：内伤咳嗽；慢性阻塞性肺病，慢性肺源性心脏病。

辨证：久咳不愈，多治不效，肺之气阴两伤，脾之生化无源，久病及肾而肾不纳气，肺脾肾俱虚。

治法：润肺生津，补肾纳气。

处方：固本宣肺止嗽散。

患者服用当年即感诸症大减，未住院。此后曾多次随访，患者10余年来坚持服药，病情逐年减轻，多见红光满面，腰背挺直，呼吸均匀，语音洪亮，精神饱满，步履矫健。自称现已离休在家，承担主要家务劳动，很少感冒，偶有咳嗽，与当年相比，判若两人。





2. 培本宣肺止嗽丸

组成和用法：炙麻黄 18g，炒杏仁 30g，苏薄荷 15g，炙紫菀 30g，炙百部 30g，炙白前 30g，玉竹 30g，北沙参 30g，葶苈子 15g，清半夏 30g，胡桃仁 30g，北细辛 30g，人参 30g，海浮石 30g，南远志 30g，炙冬花 24g，桔梗 30g，酒黄芩 30g，炙甘草 15g，化橘红 24g，瓜蒌仁 24g，麦门冬 30g，生石膏 45g，五味子 30g，茯苓 30g，苏子、梗各 18g，川贝母 24g，蛤蚧 2 对（去头足炙）。上药共研细粉，以桑白皮、枇杷叶、南荆芥各 30g，大红枣 30g，煎水打小丸，每次服 4.5g，日服 3 次，温开水送下。

方解：本方是陆老在 60 余年临证实践中，从温肺、清肺、宣肺、敛肺、化痰止咳、平喘降逆方剂中，选择其常用有效配伍，融合而成，用于治疗肾阴亏虚，肺气不足之慢性咳嗽痰喘。其特点在于配伍适宜，相辅相成，燥而不伤阴，润而不助湿，宣而不伤其正，补而不恋其邪。故久服不湿不燥，不膩不碍，渐祛其邪，常补其正，屡获良效。

【医案五】

丁某，男，71 岁，干部。1981 年 10 月 2 日来诊。

既往有慢性支气管炎病史 30 余年，伴支气管扩张症病史 20 余年。平素体格尚健，然每年冬季前易发。陆老每于秋后冬前，嘱其配固本宣肺止嗽丸，依上法服之。

患者自 1981 年至 1992 年，每冬坚持服用 1~2 料，效果良好。10 余年间，患者冬季少有感冒和咳嗽，身体健壮，仍能坚持工作和日常活动。





荨麻疹

陆老认为，荨麻疹来去匆匆，犹如风之善变。临证中，他依据“治风先治血”的理论，以凉血活血、解毒祛风立法，常收立竿见影之效。

【医案】

夏某，女，43岁，山东省公安系统职工，以“反复夏季全身发作皮疹4年”于1991年7月24日初诊。

4年前夏季在单位仓库搬迁时负责旧书整理和捆扎，连续工作数日后于颈部和四肢出现皮疹，伴喘憋气短。当时皮疹发红发痒，高出皮面，搔抓后形状不规则，或呈团状。在某省级综合性医院皮肤专科诊断为“过敏性荨麻疹”，经静脉葡萄糖酸钙、地塞米松和口服扑尔敏等3天治愈。停药2天后即复发，再次用原法有效。此后每年夏季均无原因反复多次出现皮疹，瘙痒难耐，阴雨潮湿天更甚。上述药物治疗效果逐渐下降，皮疹渐年增多，发作时喘憋明显加重，伴心烦意燥。今年入夏以来已经发作3次，由本单位同事介绍来诊。本次来诊时已发作5天，自觉痛苦不堪。刻诊：面部潮红，喘憋气短，全身皮疹成片，抓痕有浅黄色渗出液。舌质红、苔黄腻，脉细数。

诊断：风疹；过敏性荨麻疹。

治法：解毒活血，祛风平喘。

处方：麻黄9g，炒杏仁9g，防风12g，荆芥9g，蝉蜕9g，白蒺藜12g，苦参12g，红花9g，金银花18g，白鲜皮12g，地肤子15g，当归12g，甘草6g，水煎服6剂，日



1 剂。

二诊：喘憋已愈，皮疹大部消退，仍有抓痕，微感发痒。前方加生栀子 10g，继服 6 剂。

三诊：症状均愈，又带来同病患者求治。嘱其再进 6 剂，以尽除体内之毒，避免复发。

第二年和第三年连续随访，均未复发。

银屑病

银屑病以其难治缠手，被视为顽症。陆老治疗此病善用凉血解毒祛风法，临床疗效较好。

【医案一】

高某，男，19 岁，山东省济南市人，青岛某技校学生，因“全身散在红色瘙痒皮疹近 1 年，加重 1 周”于 1985 年 8 月 10 日经人介绍初诊。

1 年前由济南去青岛读书，不久四肢开始出现红色皮疹，略高于皮肤，瘙痒，抓挠后有少许红色渗出液，继而结痂、脱屑，反复不断。在山东省某皮肤病专业防治机构诊断为“银屑病”，应用多种口服或外洗西药，疗效不佳。1 周前放假回家，进食羊肉后症状明显加重，全身瘙痒难耐，抓挠亦不解痒。刻诊舌质红，舌苔黄，脉细稍弦。

辨证：湿热内蕴，湿热风毒相搏于皮表。

治法：凉血解毒，散风祛湿。

处方：生地 24g，赤芍 15g，丹皮 15g，当归 15g，金银花 20g，连翘 12g，土茯苓 12g，黄柏 12g，茜草 12g，白鲜皮 15g，地肤子 12g，蝉衣 9g，甘草 9g，水煎服 6 剂，日





1 剂。

二诊：皮疹明显消退，瘙痒减轻，原方加荆芥 9g，续服 6 剂。

三诊：皮疹基本消退，守方续用 12 剂后痊愈。

当年春节来访感谢，述未再复发。

【医案二】

王某某，男，27 岁，山东省文登市人，因“全身散在红色皮疹半年”于 1989 年 6 月 18 日初诊。

半年前访亲饮酒后于路上受风，四肢出现红色抓痕，略高于皮肤，瘙痒难忍，抓挠后有少许红色渗出液。此后不久，全身逐渐出现红色皮疹，抓挠后结痂、脱屑，反复不断。在烟台市某市级医院皮肤科诊断为“银屑病”，曾用数种西药洗剂和中药偏方，疗效不佳。近半月来进食鱼虾后症状明显加重，全身瘙痒难耐，因恐传染家人，特地来济诊治。刻诊舌质淡红，舌苔黄，脉细弦。

辨证：湿热之毒内蕴，外风入侵互扰，湿热风毒相搏于皮表。

治法：祛风凉血，解毒祛湿。

处方：生地 24g，赤芍 15g，丹皮 15g，当归 15g，荆芥 12g，防风 9g，金银花 20g，连翘 12g，生栀子 10g，黄柏 12g，茜草 12g，白鲜皮 15g，地肤子 12g，茯苓 15g，甘草 9g，6 剂水煎服，日 1 剂。

二诊：皮疹明显减轻，原方续服 12 剂。

2 个月后来信，全身皮疹完全消退。第二年夏天随访，未复发。





瘰疬癭病

陆老认为，“瘰疬”、“癭病”的病因病机多由于情志抑郁、肝火暴盛、气郁痰湿、气血凝滞所致，治宜化痰软坚、疏肝散结消瘰为法，习用自拟“化痰散结消瘰方”为通治方，随证化裁，多有良效。

处方：玄参 18g，浙贝母 12g，清半夏 9g，海藻 18g，昆布 18g，生牡蛎 24g，夏枯草 15g，黄药子 9g，橘皮 9g。

方解：玄参清热解毒，治瘰疬，散颈下结核；浙贝母苦寒，清半夏辛温，二者均能化痰散结，因性味有苦寒、辛温之别，故治有清热化痰、燥湿化痰之异；海藻、昆布皆能消痰核、散瘰疬；生牡蛎消瘰、化痰、软坚；夏枯草清热散结，而治瘰疬；黄药子消瘰解毒；橘皮燥湿理气，健脾化痰，与上药相伍，如为君药能燥湿而化痰核，为佐使之品，能健脾运而理气滞。诸药合用，共成化痰软坚、散结消瘰之功。

体会：陆老曾言道，《药性赋》和《儒门事亲》均记载了“本草言明十八反，半蒺贝藜及攻乌，藻戟芫遂俱战草，诸参辛芍叛藜芦”的“十八反”歌诀，早已是深入人心。医者多在习艺之初即已背诵精熟，惟恐临证处方触反药大忌。由于自幼即在药铺习药学医，“十八反”乃学徒配药禁忌之金科玉律，偶有医者处方中有“十八反”之药，总被掌柜、师兄和坐堂先生高声斥责，久加教诫，并引为笑柄，其印象之深刻虽经近 70 年而难以磨灭。此后，初出茅庐行医之时，以为反药同用则有剧毒药性之反应，故时时刻刻、



战战兢兢，其处方之谨慎，审阅之严格，每有如临深渊、如履薄冰之感。其后多年临证不辍，实践经验日益丰富，陆老开始认识到，被历代医家奉为圭臬的“十八反”歌诀确有待商榷。

首先，“十八反”歌诀在古往今来被广为传颂，但并非在原文中即有详解明析，更没有大量病案加以论证。“十八反”当然不止此数：昆布、海带与海藻同属，也反甘草；诸参除人参、党参、太子参、沙参外，尚有丹参、玄参、海参、玉竹参、苦参，均反藜芦；附子、天雄和乌头同类，也反半夏、瓜蒌、贝母、白蔹、白及。《本草纲目》更补翼“藜芦反狸肉，河豚反荆芥、防风、菊花、桔梗、乌头、附子，蜜反葱，柿反蟹，犬肉反商陆”等。此言既出，难有人敢迎风而上再同用此药，结果使“十八反”范围日益增加，禁忌自然更多。“十八反”认为，半夏能燥能润，辛通气，能化液，故润燥；栝楼、贝母、白蔹、白及均能化痰、开窍、清热；乌头辛热有毒，能去寒湿，散风邪，助阳退阴，其所以反半夏、栝楼、贝母、白蔹、白及者，寒热之性不同也。海藻大寒消肿毒，甘遂、芫花、大戟开瘀利水，乃下药之峻剂，与甘草同用则使上药之毒性增加。诸参皆能补气，芍药能收能敛；细辛虽能宣散风邪，但又补肝润肺而主治咳嗽上气，说明药性下行；上药与专司涌吐之藜芦，药性相反相克。陆老认为，所谓相反，主要是药性相反，更大的临证意义应是警示医者在处方配伍之时，应当尽量使药物减少相互矛盾。

其次，“十八反”歌诀中除甘草反海藻的药对外，其余配伍皆为有毒中药药对，因此其可能产生的毒性乃有毒之品本身所致，抑或是两两配伍之后的毒性相加，时至今日，仍





难以确定。

第三，有关“十八反”的现代研究涉及了所有组对，但几乎所有组对均出现了相互矛盾的研究结果。原因包括配伍剂量、配伍比例、给药途径和实验模型等均直接影响毒性的有无、大小以及持续时间。

第四，更有意义的可能是两种相反药物合用会产生不良反应而在复方药物配伍中却没有不良反应出现，甚至会产生更良好的治疗效果。因为复方药物之间相互影响，相互协调，相互拮抗，能使药性改变，毒性减少，疗效得以充分体现。这说明，如果运用得当，在某些条件下，“十八反”药对组合不仅可降低毒性，还可能产生特殊的治疗效果，即所谓的“减毒增效”学说。这又是医家梦寐以求的配伍结果。

历代医家对“十八反”之谓亦早有、多有持不同见解者，可谓众说纷纭。临证实例如古方“附子粳米汤”中附子反半夏；仲景方“甘遂半夏汤”中甘遂与甘草合用，“赤丸方”中乌头与半夏合用；《医宗金鉴·外科心法》引《外科正宗》的著名方剂“海藻玉壶丸”中海藻与甘草并存，等等。李时珍云：“张仲景治心下留饮（甘遂）与甘草同用，取其相反而立功也”。另有胡洽治痰癖用十枣汤加甘草、大黄，取甘草与甘遂、芫花、大戟之反；东垣治结核用消肿溃坚汤加海藻，取草藻之反；丹溪治癆瘵用莲心饮，取芫花与甘草之反等等。陶弘景云：“古方亦有相恶相反，并乃不为害，非妙达精微者，不能知此理”。尤怡云：“甘遂、甘草同用，欲其一战而留饮去，因相激而相成也”。王好古云：“芫花与甘草反，而胡居士方治痰癖饮癖，以甘遂大戟芫花大黄同用，盖欲其大吐以泄湿，因相反相激也”。《药治通义》引张志聪语：“考《伤寒》、《金匱》、《千金》诸





方，相畏相反者多并用”。李时珍说：“古方多有用相恶相反者。盖相须相使同用者，帝道也；相畏相杀同用者，王道也；相恶相反同用者，霸道也。有经有权，在用者识悟耳”。

据统计，在《伤寒论》、《金匱要略》、《千金翼方》、《外台秘要》、《圣济总录》等古方医籍中，“十八反”同用处方多达 565 首。国内有学者仅从 10 部清代方书中即发现含十八反配伍的处方 85 首，分别主治痈疽、癭瘤、瘰疬、中风、惊痫等疑难杂病。现代出版的中医方书如《全国中成药处方集》中也有 34 首内服方和 68 首外用方均属相反药同用。

由此可见，“十八反”更可能是一定条件下的配伍禁忌，是有条件的和相对的。“十八反”药物并非完全禁止合用，而应当谨慎合用。深入研究十八反的应用，合理利用配伍矛盾，使其相反相成，借反药以相激，增效减毒；或缓其药性，使其排泄不速，多停留病所，有利于治疗某些局部病变等等思路，有可能为解决某些疑难重症提供新思路和新手段，并可能对中药配伍和方剂运用产生巨大推动作用。

有鉴于此，70 年代后的近 20 年来，陆老于辨治癭瘤瘰疬之时，主张“有斯证用斯药”，当用则用，不受“十八反”成说之约束，突破限制，大胆配伍，同用海藻与甘草以协同调和药力，以治甲状腺功能亢进症、甲状腺瘤、单纯性及地方性甲状腺肿大等，屡获良效而未见任何毒副作用。此外，据临床观察所见，用于治疗甲状腺病疗效好于治疗颈部淋巴结核。正如余听鸿（1847 ~ 1907）在《外科医案汇编·雷疔》中所言：“海藻甘草之反，古人立方每每有之，甘遂甘草取其反者，可攻盘踞之坚痰，海藻甘草取其反者，



中华医药
PDG



攻其凝外之坚痰也”，早已提示海藻配甘草，可能有其独特效用和适应方证。

当然，对古人总结的“十八反”，也不能一概加以简单地否定或肯定。十八反的提出，肯定有其临证实践依据。

为此，陆老认为，为慎重起见，对反药的合用和配伍，既要重视先贤的传统经验，更应在科学研究的基础上，在长期临证实践中，探究所然，去伪存真。海藻甘草之反药合用，当属个人经验，目前还不能广泛倡用，仅供参考，故未在“化痰散结消瘿方”中明文标示。

【医案】

刘某，女，39岁，山东省济宁人，因“烦躁、乏力、多汗、消瘦2月余”于1982年3月24日初诊。

近2个月来，自觉全身倦怠乏力，伴烦躁、口干、恶热、多汗，纳食同前但体重减轻约10公斤，大便日行4~6次。自觉颈部变粗，在当地医院查 I^{131} 摄取率升高，高峰前移，考虑诊断为甲状腺功能亢进症，因服用抗甲状腺药物丙基氧嘧啶和他巴唑后出现严重过敏反应（剥脱性皮炎），故来我院要求中医治疗。查体：一般情况好，眼球轻度突出，甲状腺Ⅱ度肿大，呈弥漫性。心律齐，无杂音，手震颤阳性。本院查血清 T_3 、 T_4 均升高，TSH降低。刻诊：诊舌质淡红，苔微黄少津，脉弦稍数。

诊断：瘿瘤；甲状腺功能亢进症。

治法：健脾疏肝理气，化痰软坚散结。

处方：化痰散结消瘿方加白术12克，砂仁6克，醋香附12克，生甘草9g。

守方共服药80余剂，诸症消失，体重恢复，复查血清 T_3 、 T_4 和 I^{131} 摄取率均正常，甲状腺肿大消失。随访8年末





复发。

【按语】方中用玄参、浙贝母、清半夏、夏枯草，清热化痰，疏肝散结；海藻、昆布、黄药子，化痰软坚，消瘿散结；生牡蛎既敛浮越之阳，治潮热、汗出，又能软坚散结，治瘰疬结核；橘皮伍入以上诸药，可为理气化痰、消除瘰瘤之主药，又可燥湿健脾，以防上药滞脾碍胃而为佐使之品，故用本方治疗瘰瘤（甲亢），疗效可靠。

滑 胎

陆老认为，对男女不育不孕之症，首当辨清阴阳虚实，除下焦湿热所致之不孕外，多应从补肾论治；而在补肾同时，应注意健脾，脾肾相互为用，健脾亦属补肾，脾健则肾气易复。治疗男性阳痿遗精不育，应以补肾滋阴为法，多用“助阳方”、“羊睾丸方”；治疗男子精冷不育，以温肾填精、脾肾双补为法，方用“五子衍宗丸”合“右归丸”化裁，加仙灵脾、紫石英、砂仁等；治疗男子遗精，以滋阴固精法，用自拟“固精方”；治疗“强中”，以滋阴敛阳、凉血泻火法，用六味地黄丸加滋阴泻火药；治疗女性肾虚滑胎，先用补肾养血法主之，方用右归丸合十全大补丸，待肾气充足后受孕，再用保产无忧散加味，以固冲任而安胎；治疗女子肾气虚寒不孕，以补肾健脾、养血调经法，用四物汤合四君子汤，加紫石英、阿胶、红月季花、红玫瑰花、凌霄花。

陆老的多年临证经验表明，男女肾阳虚证均可选用紫石英，尤以女性疗效更好。凡女子子宫发育不良，方用滋补肾气、活血养血之品，同时加用紫石英亦多有显效。凡治疗女





子月经延后，月经晚潮，月经量少等，红月季花、红玫瑰花、凌霄花等花类中药，均可用于妇女养血调经，促进女性卵巢发育，增加受孕机会，疗效可靠。

【医案】

1940年前后，有乡邻宋氏，16岁结婚，婚后3年曾先后5次受孕，均于2~3个月时“小产”，适逢陆老探亲回家而来诊。此人身体羸弱，面黄，怕冷，月经稀少，双尺脉沉弱。诊其为肾气不足、气血亏虚、冲任不固。嘱其先调养自身，待身强体健后再图受孕。方用右归丸合十全大补丸加减，水煎服，两天一剂，连服调理4月余，面色转好，体重增加，体力渐强。半年以后怀孕，患者又来求方。陆老予以自拟保产无忧散，方为：黄芪9g，川续断9g，当归身9g，杜仲10g，白术10g，菟丝子10g，川贝6g，艾叶6g，黄芩6g，枳壳6g，厚朴3g，荆芥穗6g。水煎服，隔日一剂，服2个月；5天1剂服2个月；10天1剂服1个月；6个月后，不再服药。患者孕期平稳，如期顺产一健康女婴。其后又连续生育二男二女，均顺产健康。

【按语】此患者身体羸弱，平素怕冷，是为肾气亏虚之象。加之结婚过早，婚后虽可怀孕，但因肾气不足，冲任不固而滑胎，3年间形成习惯性流产，未能调养恢复，更加血亏气虚，胎失所养，无以安固。应先补肾气（右归丸主之），调血气（十全大补丸主之），使肾气旺盛、气血充足方可怀孕。因为已经连续5次流产，滑胎已成习惯，每到妊娠两月时患者即产生心理恐惧，害怕小产。所以滑胎（习惯性流产）是生理与心理两方面的因素所致。因而不要等出现滑胎征兆，而是提前应用保胎药，一可安固胎气，二能调整心态。虽然并未应用畅调心志之品，但是只要患者坚持



服用保胎药，自己就减轻了对“小产”的担心，心理压力小了，自信心大了，加上本身体力增强，肾气充足，所以就能心平胎安，如期如愿。

不孕不育

《素问·上古天真论》曰：“女子七岁，肾气盛，齿更发长。二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下，故有子。三七肾气平均，故真牙生而长极……丈夫八岁，肾气实，齿长发更，二八肾气盛，故能有子……”人之生，是秉受父母之精血而成，如《灵枢·经脉》曰：“人始生，先成精，精成而脑髓生。”《素问·金匱真言论》曰：“夫精者，身之本也。”由此可见，古人早已认识到人之所以孕育而生，乃是有“精”而成。张景岳云：“元阴元阳，所谓先天之气也。”元阴是指阴精，元阳是指阳气，元阴元阳之气，如同水火，寓于肾中，故肾又称“水火之宅”，说明了肾与生殖繁衍及性功能的关系。因此，有关男女生育及性功能病患，多与肾气相关。如男子肾气不足，可致阳痿、早泄、遗精等；女子肾气不足，可致经血不调、月经不潮、阴冷不孕等。所谓肾气旺盛，指肾之阴阳动态平衡，无偏盛或偏虚，即“阴平阳秘”，乃人体无病。若肾之阴阳失去动态平衡，即是病态。当此类病患临证时，陆老必从肾之盛衰论治。

【医案一】

于某，女，28岁，文登县机关职工。1968年1月22日以“婚后3年，夫妻同居未孕”来诊。男方精液检查正常。



患者经西医妇科检查示：子宫发育不良，伴月经稀少，需注射黄体酮才有月经来潮。平素常感下腹寒凉，四肢不温，冬天怕冷。曾在西医院治疗近2年，效果不佳。经人介绍转求陆老诊治。平素纳寐尚可，大便偏稀，每日1~2次，小便正常。舌质淡红，苔薄白，脉沉细。

诊断：子宫发育不良。

辨证：肾气虚寒，冲任不足。

治法：补肾、养血、调经，佐以健脾。

处方：四物汤合六君子汤，加阿胶、月季花、玫瑰花、凌霄花水煎服，每日一剂，平时适当饮用乌鸡当归汤，冬秋季用人参汤。不用黄体酮。

连续服药半年余，月经自行来潮，妇科检查示子宫基本正常，1年后怀孕，如期顺产男孩，阖家欢喜。

【按语】《圣济总录》曰：“妇人所以无子，冲任不足，肾气虚寒也”“妇人所重在血，血能构精，胎孕乃成。欲查其病，惟于经候见之。欲治其病，惟于阴分调之……所以凡补命门，则或气或血，皆可谓之补。而补阴之法，即培根固本之道也。”

陆老说，凡妇女子宫发育不良，月经稀少，小腹凉气游窜而不孕者，是属胞宫虚寒，血海不足，阴阳俱虚。冲为血海，任主胞胎，与肝肾关系密切，对此不应偏于补阴或偏于补阳，应阴阳双补。而补妇人之肾气，又当先从调理冲任入手。调经即为治血，血家百病当先用四物；脾为后天之本，气血生化之源，四君子健脾益气；菟丝子补益肝肾，紫英石补温命门，阿胶滋阴补血、养血。平素常饮当归乌鸡汤，补血活血温肾。故此用药经年，诸证痊愈而孕。





【医案二】

1967年冬季，陆老诊治婚后24年不育1例。

患者陆某，男，43岁，转业复员军人。其妻丛某，42岁，务农。双方于男19岁、女18岁时结婚，婚后不久男方即参军抗日，此后转战南北，11年后方才转业回家。其后夫妻同居12年余，一直未育。其妻身体强壮，性格开朗外向，月经按月来潮，经量及颜色正常。追问男方病史，战争年代劳累紧张，渐成阳痿。转业后生活安宁，但阳事不举，或举而不坚，常有遗精早泄，腰膝酸软。因恐女方不满，病情更重，加之思想封建，耻于求医。夫妇均已年过40有余，自感生育无望，已领养孩子。后来经亲友劝说，夫妇二人前来求治。县医院检查：男方精液常规精子数为0.2亿/ml，畸形15%，活动度差；女方妇科检查无异常。考虑不能怀孕病因主要在男方。

辨证：肾阴不足，肝失疏泄。

治法：补肾滋阴，舒肝解郁。

处方：“助阳方”（熟地18g，枸杞12g，五味子9g，菟丝子15g，韭菜子12g，巴戟天12g，淫羊藿12g，川杜仲12g，仙茅12g，锁阳12g，山药18g）水煎服，每日一剂。

期间再配制“羊睾丸”方，长期服用。“羊睾丸”方：鲜羊睾丸6对（洗净去脂皮，切成薄片，用陶瓷瓦焙干），制首乌60g，熟地黄48g，枸杞36g，山萸肉36g，五味子30g，肉苁蓉36g，阳起石60g，锁阳36g，巴戟天36g，鹿角胶36g，川附子30g，肉桂24g，黄精36g，焦白术45g，砂仁30g，木香30g，陈皮30g，上药烘干后共研细粉，以淫羊藿45g煎水，打小丸，干燥装瓶备用，4.5~6g/次，每日3次，白开水送服。



PDF



口服汤剂 60 余剂和“羊睾丸”方半年后男方症状痊愈，其妻怀孕，次年产一健康女婴，当时男方已过 44 岁，女方已过 43 岁。

【按语】阳痿又称“阴痿”、“阳事不举”。《素问·五常政大论》曰：“气大衰而不起不用”，《灵枢·经筋》说：“热则经筋弛纵不收，阴痿不用。”《诸病源候论·虚劳阳痿候》说：“劳伤于肾，肾虚不能荣于阴器，故萎弱也。”《景岳全书·阳痿篇》说：“多由命门火衰，精气虚冷，或以七情劳倦，损伤生阳之气……亦有湿热炽盛，以致宗筋弛纵……凡思虑焦劳，忧虑太过者，多致阳痿；凡惊恐释世，亦致阳痿。”

陆老分析该患者素来体弱，性格内向。因战争年代长期奔波劳累，经历紧张惊恐，罹患阳痿。后恐配偶不满，加之性格内向，致心情不畅、忧思焦虑伤神。日久则成惊恐伤肾，致宗筋松弛而不举。诸多病因相互交结，而致肾虚并肝郁。辨证时，陆老不仅用补肾填精、温暖下元之法，结合“思虑焦劳，忧郁太过者多致阳痿”之古训，考虑患者有抑郁忧虑等肝气不舒之证，加用舒肝解郁之品如柴胡、白芍等，的是斯证，故患者陈年顽疾，一方而愈。

陆老治疗阳痿患者，一般先用汤剂“助阳方”，同时配羊睾丸方 1 料，待丸药制成，停用汤剂，改服丸剂，按照此序贯方法治愈患者已经难以计数。羊睾丸方是陆老依据业师刘惠民老先生常用方，结合自己 40 余年临证经验加减而成，最适于阳痿并有遗精或精子稀少患者。

【医案三】

冷某，男，30 岁，济南某中学教师。1968 年 3 月以“婚后夫妻同居 4 年未孕”初诊。

患者平素纳少，便溏，四肢怕冷，性欲低，舌淡红，苔





白滑，脉象浮而涩。查精液常规：精子数少，活动力差。女方月经及妇科检查正常。曾用多种中成药和西药无效。经人介绍就诊，要求服用汤剂治疗。

辨证：素体亏虚，纳少便溏，肢寒怕冷，性欲减退，为脾肾阳虚之象。

治法：脾肾双补，温阳填精。

处方：五子衍宗丸合右归丸化裁，加仙灵脾、韭菜子、紫石英、砂仁、焦白术，水煎服，日一剂。

用药数月后，其妻怀孕，生一子。数年之后，又想生二胎，再次求于陆老，按前方加减服用四个月，其妻又孕。再隔数年，又打算生三胎，仍用原方化裁，其妻再孕。前后共育三子，均健康聪明。此后多年春节患者均来看望陆老。

【按语】《金匱要略语释》曰：“男子脉浮弱而涩，为无子，精气清冷。”此患者素体亏虚，肾阴肾精不足则精气清冷，先天之本失于温煦，后天之本又无力摄取水谷精微以濡养，故表现为脾肾阳虚之象。而大凡治疗男性不育，不论肾阳虚或肾阴虚者，在补肾的同时均应注意健脾，脾健胃康则能气血充足，精血同源，血盈才能化精。肾得后天之水谷精微滋养，又得益肾填精之品治之，肾气自当充足，精血充盈，阴阳调和，而能有子。

五 软

【医案】

1965年2月5日，亲睹陆老治愈育软胎（五软儿）病例。





王某某，男，29岁，文登县草庙子乡某庄农民。婚后3年余，其妻连生两胎，均为“五软儿”。胎儿出生后哭声低弱，肢体痿软，似有肉无骨，无力吮奶，须用小勺喂奶喂水。长至11个多月时，还不会爬坐，颈不能抬，双目呆滞，口流涎水，不辨声音。两胎均不足周岁（一个差10天，一个差8天）夭亡，为此男方家族抱怨其妻，似乎原因全在女方。其妻找到陆老求治。

先嘱夫妻双方同赴医院检查原因。结果女方妇科检查正常；男方精液常规：精子畸形50%以上，活动度差。追问夫妇双方病史：该男平素多烦易怒，性情较急；查体：体瘦，双太阳穴前青筋突鼓，自汗手抖。舌质红，舌苔少。女方性情文弱，内向少言。分析男方患者肾阴亏虚，肾精不足。肝火亢盛，致肝阴耗损，肾阴亏虚。虽可使女方受孕，然女方体弱情郁，胎元失养，胎儿先天不足，肾之阴阳俱亏，故出生后成为发育不良的“五软儿”。

辨证：肾精亏虚，相火内动。

治法：滋肾填精，兼以柔肝。

处方：巴戟天、肉苁蓉、怀山药、焦山栀子、枸杞子、菟丝子、何首乌、盐知母、黄柏、白芍药、生牡蛎、羊睾丸，共研细粉，以淫羊藿煎水，打小水丸，每日两次，每次9g，用猪骨头汤送服。嘱女方服用十珍益母膏、保母荣片，平素亦适量服用猪骨头汤及其他含钙食品。双方慎起居，节房事，半年内避孕。

男女双方用药半年后，其妻再孕，足月顺产正常女婴，后又生二子，均健康聪明。80年代两个子女大学本科毕业，一子中专毕业后又上大学。当时此病例在当地方圆数十里极有影响，一时求医者络绎不绝。





遗 精

【医案】

周某，男，21岁，外地打工者（籍贯不详）。1994年1月28日以“失恋后手淫遗精3个月”初诊。

自述已交女友2年，3个月前女友突然提出分手，且不知去向。患者难耐失恋痛苦而手淫，每日数次，频有遗精，伴失眠焦躁，头晕头痛，腰酸，尿频，纳可，二便正常，舌质红，苔薄黄，脉弦细。

辨证：相火亢盛，精关不固，水火失济。

治则：滋阴固精，交通心肾。

处方：“固精方”（制首乌18g，枸杞12g，芡实15g，莲须15g，金樱子12g，沙苑子9g，盐知母9g，锁阳12g，砂仁9g，甘草6g）加炒枣仁24g，莲子心6g，杜仲12g，水煎服，日一剂。

复诊告知，连服6剂后诸症痊愈。

【按语】遗精又称滑精，以青壮年男性多见，常因相火亢盛、湿热下注（也有因惊恐之故）而致肾气亏虚，精关不固。有梦而遗者为梦遗，无梦而遗者为滑精。多见肾阴亏耗，心肾不交。若阴虚日久，阴精过耗，亦能导致肾阳不足。陆老多以自拟之“固精方”为基础，随证加减。如腰酸加杜仲；失眠加炒枣仁；阴虚甚者去制首乌，改用生地；阳虚加附子、肉桂；口舌生疮加麦冬、玄参或灯心草；尿浊加芡实、萆薢等等。同时强调应设法了解患者的心理状况和发病诱因，积极说服调适。





强 中

【医案】

李某，男，20岁。1994年2月18日，因“阳强不收，数日不得入睡”初诊。

追问病史，患者话未出声先流泪。自述有手淫史4年，每于观看黄色书籍及录像后有阴茎挺长。本次看完黄色录像片，阴茎勃起已持续3天未收，因下部胀痛难忍，衣裤摩擦痛似刀切，不敢直腰，不能大声咳嗽。羞于求医，已经忍耐三天。自查阴茎颜色变深，心中恐惧，害怕溃烂，来求中医诊治。其舌边尖红，苔少，脉弦稍数。

辨证：阴虚阳亢，相火妄动。

治法：滋阴敛阳，凉血泻火。

处方：生地 24g，柴胡 15g，赤白芍各 12g，龙胆草 12g，生栀子 9g，黄芩 9g，知母 9g，川楝子 12g，枳壳 9g，车前子 12g，泽泻 12g。予 6 剂水煎服，日一剂，并揉掐其足三里，对其进行心理疏导，分散其注意力，患者当时即感情绪稳定，下部胀痛减轻。

嘱咐患者，服药两剂后，虽症状缓解，亦不可停药，为清除下焦瘀血和湿热，应将 6 剂中药如数服完。1 周后患者复诊已痊愈。

【按语】《灵枢·经筋》称阳强为“纵挺不收”。《诸病源候论·强中候》曰：“强中病者，茎长兴盛不萎，精液自出”。说明历代医家对此病早有认识。《石室秘录·男治法》说其病机：“强阳不倒，此虚火炎上，而肺金之气不能下行



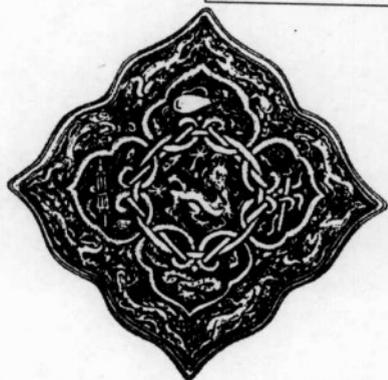


故耳。”

陆老认为，发此病者多为未婚青年，淫欲过度，或犯手淫，肾阴耗伤，不能制阳，相火亢盛，宗筋失润，而呈阳强不收；或因壮阳之药，耗伤肾阴，致阴不潜阳，相火妄动；或因贪图色情及淫秽书刊、录像，思念无穷，而发此病。临床上本病虽不多见，但是凡遇此证，不可不慎，盖因患者背负生理与心理双重压力，易生变故。治法首宜滋阴敛阳、凉血泻火。如阴茎挺长为时过久，瘀血阻于经络，致胀痛发热，则应佐以清热解毒、凉血活血之品。而言语疏导，安抚情绪，分散注意力，辅以推拿或者针刺，可快速缓解或减轻症状。临诊时手法揉掐足三里简便可行，有时可能收当即之效。



診
余
漫
話





中风病的病证病名溯源

中风病发病急骤、变化多端、证候纷繁、病势凶险，素为中医“风、痲、臛、胀”四大难症之首，被历代医家所重视。在长期的医疗实践中，其理论认识逐步深化，治疗经验不断提高，诸家论述各遵其道，在长期的理论争辩与临床实践中逐渐形成了中医药防治本病的独特优势。

自20世纪80年代初陆老充分整理了历代医家对中风病的有关论述，结合临证经验，形成了对中风病的系统认识。他认为，总体而言，中风病之病理基础是气血两虚，在劳倦内伤，忧思暴怒，过食膏粱厚味，嗜烟酗酒等因素之诱发作用下，进而引起脏腑阴阳失调，气血逆乱，直冲犯脑，形成风痰瘀阻脑脉，或血不循经溢出脑脉之外的本虚标实证。其以气血内虚，脏腑阴阳失调为本，以风、火、痰、瘀互结为标，以气机升降逆乱为主要病机，以突然昏仆、半身不遂、口舌喎斜、舌强言謇或不语、偏身麻木为主症，并具有起病急、变化快、如风邪善行数变的特点。

一、“中风”病名沿革

我国最早的医学典籍《内经》中已出现“中风”之名，如有《素问·风论》“饮酒中风……人房汗出中风……新沐中风……”和《灵枢·邪客脏腑病形》“五脏之中风乃何？曰：阴阳俱感，邪乃得往”等记载。《难经》说：“伤寒有五，有中风，有伤寒……”《伤寒论》则描述了太阳病桂枝汤证之中风。以上经文所论之中风，均为“风邪袭表，



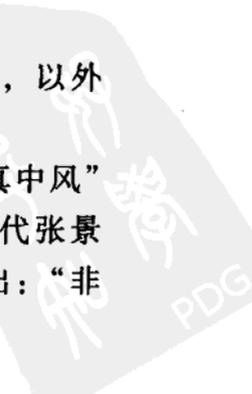


病在肌腠经络”，其病机与今所称之“中风病”决然不同。正如近代张山雷《中风斟诠》说：“《素问》之所谓中风者，只是风邪袭表，病在肌腠经络……”但纵观《内经》所记载的“煎厥”、“薄厥”、“颠疾”、“击仆”、“仆击”、“偏枯”、“偏风”等，则与今之所谓“中风病”有相似之处。

《内经》已下历代医家，由于各自所处的历史条件和临床体会不同，对中风病证名称的认识各行其道。如汉代张仲景《金匱要略·中风历节篇》云：“夫风之为病，当半身不遂，或单臂不遂者，此为痹。脉微而数，中风使然”，“邪在于络，肌肤不仁，邪在于经，即重不胜，邪入于腑，即不识人，邪入于脏，舌即难言，口吐涎”，成为后世诊断中风病邪之浅深和辨证论治的依据。晋朝皇甫谧《甲乙经》中有：“暴病猝死、击仆、偏枯是偏重于邪风的论述。”隋朝巢元方《诸病源候论·风病诸候上》有：“中风候、风瘖候、风口噤候、风舌强不得语候、风失音不语候、风口喎候，风痲候、风偏枯候、风身体手足不随候、风半身不遂候、偏风候、风不仁候……”等名称。唐代孙思邈在《备急千金要方·卷第八》列述了中风大法有四：“一曰偏枯，二曰风痲，三曰风懿，四曰风痹”等病名。并且列述了症状。王焘《外台秘要·卷十四》有“卒中风”之名，并提出卒中风的症状是“四肢不仁，喜笑不息”。

以上先贤所述隋唐前“中风”病名，多遵经旨，以外风立论。唐宋以后逐渐形成新的认识。

如元朝王履（字安道）《医经溯洄集》提出“真中风”和“类中风”之说，至今还被广泛应用于临床。明代张景岳力倡“非风”之说，如《景岳全书·卷十一》指出：“非





风一证，即时人所谓中风证也”。同时代医家李中梓则根据中风发病时所见之证候分为“闭证”和“脱证”二类，对指导临床诊断与治疗提供了重要依据。近贤张锡纯《医学衷中参西录》第七卷《内外中风方》“镇肝熄风汤”条下有“内中风证，亦名类中风，即西人所谓脑充血证”的记载。如张山雷又说：“金元以前无所谓真中类中也”，“自河间、东垣、丹溪诸家之论出……于是以古书之中风谓之真中，而即以……痰中、气中谓之类中。”但张氏认为，以“类中风”名之，不如名之曰“内风”较为恰切，如《中风斠论·卷一》说：“与其仍类中之名，泛而不切，不能得其要领，毋宁以内风二字，揭橥天下，而顾名思义，易得旨归。”

纵观上述，“中风”一词始见于《内经》，立论于《金匱》，后世多有阐发，出于不同的认识角度，历代医家对“中风”所立之病证名称，论述不一，学说纷纭而语义概念更迭。有从病因学认识而定名，如“真中风”、“类中风”、“内风”、“非风”、“卒中”和“内中风”等；有从证候和病位认识而定名，如“偏风”、“偏枯”、“偏身不用”、“风痺”、“暗痺”、“风癱”、“风癱候”、“风懿”、“风痺”、“颠疾”等；有从病情之轻重、病邪之所中和病位之浅深等认识而定名，如中络、中经、中腑、中脏、“阴中”、“阳中”与闭证、脱证等；也有从发病情况急骤，犹如“风之疾速，矢石之中的”认识而定名，如“仆击”、“大厥”、“薄厥”、“卒中”、“卒仆”、“卒中”、“中风候”、“脑卒中”等。近人还有结合现代医学观点，按病理学分类定名，如“缺血性中风”（包括脑栓塞、脑血栓形成等）和“出血性中风”（包括脑出血、蛛网膜下腔出血等）。





总之，“中风”病名含义基本有二：一为阳虚外受风寒所致，如《难经》“伤寒有五，有中风，有伤寒……”和《伤寒论》太阳病桂枝汤证之中风；二为肝阳化风内动，证见突然昏仆，口眼喎斜，舌强言蹇，偏身麻木，半身不遂等，由内因所致之中风，相当于脑血管病变，即“中风病”。为进一步深入研究与加强学术交流，有必要加以明确统一进而标准化。

二、“中风病”命名规范

陆老认为，历代医家对“中风”病证名称的抒见，各有千秋。但繁多的名称，既不规范，又易混淆，给医疗、教学、科研带来诸多不便，应该统一规范病证名称。

1983年在烟台举办的全国中风病协作组会议上，他首先倡议应将脑血管病导致中风定名为“中风病”，以区分于其他“中风”。确定“中风病”为规范病名，既与古人先贤的认识保持一致性，又有利于与现代医学的认识相衔接。同时，当前现代医学对本病也称之为“脑卒中”，中西医名称统一，更有利于融会贯通，取长补短，更便于加强中西医学的学术交流和科学研究。他的提议得到与会全国著名中医专家的普遍认同。在全国中风病协作组积极倡导下，自1983年以来，经多次讨论研究，制定了《中风病中医诊断、疗效评定标准》，并于1988年6月在山东泰安通过专家鉴定。《标准》中将脑血管病导致的中风，统一定病名为“中风病”，又名“卒中（内中风）”，从而对本病名称的内涵和外延作出了明确界定，取消了其他不规范的名称，对提高疾病的防治水平，无疑产生了积极的推动作用。





中风病的病因病机探究

一、内外风说

陆老认为，“中风病”病因观的形成大体经历了“外风”学说和“内风”学说两个发展阶段。

1. 唐宋前的外风致中说

陆老认为，《内经》对“中风”病因病机的认识存在四种学说：

(1) 外风致中说。目前普遍认为，唐宋以前的学说多以“内虚邪中”立论，以外风学说为主，其理论根源应归溯于《内经》，形成于《金匱要略》。如《灵枢·刺节真邪论》“虚邪偏客于身半，其入深，内居营卫，营卫稍衰，则真气去，邪气独留，发为偏枯”和《素问·风论》“风中五脏六腑之俞，亦为五脏之风。各入其门户所中，则为偏风”等记载，均认为“中风”是由于人体正气不足，又被风邪所中而致。

(2) 情志与气血逆乱致中说。如《素问·生气通天论》曰：“阳气者，大怒则形气绝，而血菀于上，使人薄厥”。《素问·调经论》曰：“血之与气，并走于上，则为大厥，厥则暴死，气复反则生，不反则死”。《素问·通评虚实论》曰：“暴厥而聋，偏塞闭不通，内气暴薄也”。

(3) 饮食所伤致中说。如《素问·通评虚实论》曰：“凡治消瘴，仆击偏枯，……肥贵人则高粱之疾也”，指出过食肥甘，酿痰蕴湿，积热生风，可导致猝然昏仆，半身





不遂。

(4) 内夺肾虚致中说。《素问·脉解篇》说：“内夺而厥，则为暗瘖，此肾虚也”。

继《内经》后，张仲景提出络脉空虚、风邪外乘的观点，在《金匱要略》中详细论述。如《脏腑经络先后病脉证》中说：“客气邪风，中人多死……一者经络受邪入脏腑为内所因也”；《中风历节病脉证并治》则曰：“夫风之为病，当半身不遂……脉微而数，中风使然”，“寸口脉浮而紧，紧则为寒，浮则为虚，寒虚相搏，邪在皮肤。浮者血虚，络脉空虚，贼邪不泄，或左或右，邪气反缓，正气即急，正气引邪，喎僻不遂。邪在于络，肌肤不仁；邪在于经，即重不胜；邪入于腑，即不识人；邪入于脏，舌即难言，口吐涎”。

陆老认为，以上所述提示，张仲景已明确指出中风的主症为“喎僻”、“半身不遂”，并根据邪中之深浅分为“中络”、“中经”、“中腑”、“中脏”，而有无神志障碍已被作为区别中经络或是中脏腑的鉴别要点。这种观点既是诊断邪中深浅和辨证论治的依据，也符合临床病机变化，对判断中风病的演变与预后有着重要指导作用，因而沿用至今，仍为不少医者所采用。

隋朝巢元方承袭仲景之说，亦主“内虚邪中”，在《诸病源候论》之《风病诸候》中说：“中风者，风气中人也”；《风失音不语候》曰：“喉咙者，气之所以上下也；会厌者，音声之户；舌者，声之机；唇者，声之扇。风寒客于会厌之间，故卒然无音，皆由风邪所伤，故谓风失音不语”；《虚劳偏枯候》曰：“夫劳损之人，体虚易伤风邪”。巢元方又在《风偏枯候》中提出了风湿客于身半和情志致病之说，曰：

中华医药
PDG



“风偏枯者，由血气偏虚，则腠理开，受于风湿。风湿客于半身，在分腠之间，使血气凝涩，不能润养，久不瘥，真气去，邪气独留，则成偏。”“又左手尺中，神门以后脉，足太阳经虚者，则病恶风偏枯，此由愁思所致，忧虑所为。”同时，在《风癘候》中较为详细地论述了中脏之候：“风邪之气，若先中于阴，病发于五脏者，其状奄忽不知人，喉里噫噫然有声，舌强不能言”。《风半身不遂候》还指出：“风半身不遂者，脾胃气弱，血气偏虚，为风邪所乘故也”。

陆老认为，巢氏提出“愁思忧虑”等情志因素致病说及其对中脏之候的论述，大大丰富和发展了仲景“内虚邪中”学说。

宋朝陈无择虽然也主“外风致中”，但对中脏也有一定见解，如他在《三因极一病证方论》中说：“夫风为天地浩荡之气，正顺则能生长万物。偏邪则伤害品类。人或中邪风，鲜有不致毙者，故入脏则难愈。如经络空虚而中伤者，为半身不遂。手脚瘫痪，涎潮昏塞，口眼喎斜，肌肤不仁，痹痒擎僻，随其脏气所为不同。”严用和亦主“内虚邪中”，对内因的认识更为深入和确切，他在《济生方》提出，中风“或因喜怒忧思惊恐，或饮食不节，或劳役过伤，遂致真气先虚，荣卫失度，腠理空疏，邪气乘虚而入”。另外，他还指出“头面青黑，汗缀如珠，眼闭口开，声如鼾睡，遗尿不知人者，皆不可治”，对中风脱证的症状及预后提出了有意义的认识。

因此，由于《内经》、《难经》、《伤寒论》、《金匱要略》均立有“中风”之名，而且均以风邪外中为主，所以唐宋以前的医家，囿于经旨，所论之“中风”，其病因、病机均以“阳虚风邪外中”立说。对此，张山雷氏作了较详

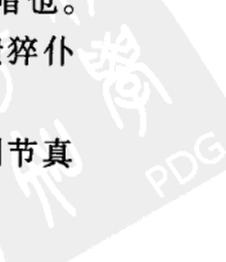




细的评述：“《甲乙经》以击仆、偏枯、猝然暴死，指为偏中邪风，而《金匱》之中风篇又以喎僻不遂，身重不仁，昏不识人，舌强吐涎，指为贼邪之在经在络，入腑入脏，于是内风暴动之病，均指为外感之邪风……”“而后《巢氏病源》亦以内因诸证作外因说解。如《中风候》云：‘中风者，风气中于人也……’《风失音不语候》：‘……会厌者，音声之户……风寒客于会厌之间，故卒然无音，皆由风邪所伤，故风失言不语’。《风偏枯候》：‘……风偏枯者，由血气偏虚……风湿客于半身……使血气凝涩……久不瘥，真气去，邪气独留，则成偏枯……’”张山雷还说：“《千金》、《外台》诸方，亦惟以解表祛风之法，通治内风诸证，相沿成习……”

陆老特别指出，《内经》对中风病因，并非单从外风入中立论。但今人所谓由内因所致之中风，证见昏聩猝仆，半身不遂、言謇、喎斜等证的病因病机内容，《内经》是在“大厥”、“薄厥”、“煎厥”、“颠疾”、“偏枯”、“偏风”、“暗瘵”等条中论及，而未列在“中风”条下，故因病名之不同，使后人产生误解，而自谓多遵经旨，单以外风致中立论。正如《素问·生气通天论》云：“阳气者，烦劳则张，精绝，辟积于夏，使人煎厥……阳气者，大怒则形气绝，而血菀于上，使人薄厥”。《调经论》云：“气之与血并走于上，则为大厥，厥则暴死；气复返则生，不返则死”。《气交变大论》云：“岁木太过……甚则忽忽善怒，眩冒颠疾”。《脉解篇》云：“所谓入中为暗者，阳盛已衰，故为暗也。内夺而厥，则为暗瘵”。张山雷也说：“若内因之昏聩猝仆者，《素问》自有大厥、薄厥等条，而并不谓之中风”。

《内经》对“偏枯”的论述较为深入。《灵枢·刺节真





邪》云：“虚邪客于身半，其人深……发为偏枯”。《素问·风论》云：“风之伤人也……或为偏枯”。《素问·生气通天论》云：“汗出偏沮使人偏枯”。《阴阳别论》云：“三阴三阳发病，为偏枯痿易……四肢不举”。《素问·邪气脏腑病形篇》云：“微缓为风痿，四肢不用……太甚为击仆”。《素问·通评虚实论》云：“击仆，偏枯、痿厥……肥贵人则高粱（膏粱）之疾也”。《邪气脏腑病形篇》又云：“肺脉……微缓……为偏风”。《素问·风论》云：“风中五脏六腑之俞，亦为脏腑之风，各入其门户所中，则为偏风”。偏风乃偏枯之别称，即半身不遂。如宋·刘元宾《神巧万全方》云：“指风则为偏风，指疾则为半身不遂。”为此，楼英《医学纲目》释曰：“中风……其卒然仆倒者，经称为击仆，世又称为卒中。……口眼喎斜、半身不遂者，经称为‘偏枯，世又称为左瘫右痪……’”明朝方贤《奇效良方》说：“暗瘖之状，舌暗不能语，足废不为用”。谢观在《中国医学大辞典》明确指出：“偏枯，半身偏废无用也”。

2. 金元后的内风致中说

唐宋以后，随着对中风病认识的逐步深化和临床经验的不断积累，至金元医学争鸣时期，中风病因学说有了新的认识，对“外风致中”的经典理论提出了各种不同意见，突出以内风为主而立论，具有代表性的有“因火”、“因气”、“因痰”、“因虚”等内伤致中学说。

金代刘河间从“火热”立论，力主“心火暴甚”致中。在《素问玄机原病式微·火类》中说：“凡人风病，多因热甚，而风燥者为其兼化，以热为其主也……所以中风瘫痪者……由乎将息失宜，而心火暴甚，肾水虚衰而不能制之，则阴虚阳实，而热气怫郁，心神昏冒……而卒倒无所知也……”



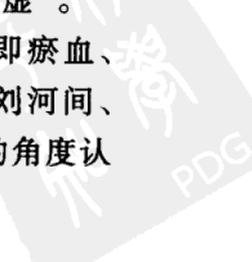


五志有所过及而卒中者……皆为热甚故也”，“所以中风瘫痪者，非谓肝木之风实甚而卒中也，亦非外中于风尔；由乎将息失宜，而心火暴甚，肾水虚衰，不能制之，则阴虚阳实，而热气怫郁，心神昏冒，筋骨不用，而卒倒无所知也。多因喜怒思悲恐五志有所过极而卒中者，由五志过极，皆为热甚故也”，指出“然汗偏不出者，由怫热郁结，气血壅滞故也。人卒中，则气血不通而偏枯也”，“或言肥人多中风，由气虚，非也，所谓腠理致密而多郁滞，气血难以通利，若阳热又甚而郁结，故卒中也”，“所谓中风口噤，筋脉紧急者，由阳热暴甚于内，亢则害，承乃制，津液涌溢，聚于胸膈，热燥以为痰涎……放为病筋脉劲强紧急而口噤也”。

补土派代表李东垣则从气虚着手，提出“本气自病”，认为正气自虚、形盛气衰为病之本。他在《医学发明》卷第九中云：“人之气，以天地之疾风名之。故中风者，非外来风邪，乃本气病也。凡人年逾四旬，气衰者，多有此疾。壮岁之际，无有也。若肥盛者，则间有之，亦形盛气衰”。同时，他又说“中风为百病之长，乃气血闭而不行，此最重痰”，已注意到了痰浊致中的重要作用。

滋阴派朱丹溪则力主痰湿，认为“痰湿生热”是致中之本。《丹溪心法·中风门》中说：“按《内经》已下，皆为外中风邪，然地有南北之殊，不可一途而论……由今言之，南北二方，亦有真为风所中者……东南之人，多是湿土生痰，痰生热，热生风也”，并明确提出“半身不遂大率多痰，在左属死血（一作少血）；在右属痰有热，并气虚”。

陆老认为，朱丹溪所说的“死血”、“少血”即瘀血、缺血之意，与出血性卒中和缺血性卒中极为吻合。刘河间、李东垣、朱丹溪分别从火热、气虚、痰湿三个不同的角度认





识中风病的病因病机，强调内在因素为致病之本，其见解互为补充，实为中风病病因学的重大突破与发展。

元代王履分析归纳唐宋以前所论由外因所致之中风为“真中风”（亦称“真中”），将金元以后所说由内因所致之中风称为“类中风”（亦称“类中”）。他在《医经溯洄集·中风辨》中明确指出：“因于风者（指外因），真中风也”，“因于火，因于气，因于湿（指内因），类中风也”。陆老认为，王氏此论虽被部分学者认为是“折衷”或“有赘叙之嫌”，但对中风病病因学的发挥确是一大进步，这是无可非议的。

明朝张景岳认为本病之病机乃“内伤积损颓败”所致，力倡“非风”之说。《景岳全书》卷十一提出：“非风一证，即时人所谓中风证也。此证多见卒倒，卒倒多由昏聩，本皆内伤积损颓败而然，原非外感风寒所致……竟以非风名之”，以便与前人外邪所致中风有所区别。同时，他进一步阐明：“凡病此者，多以素不能慎，或七情内伤，或酒色过度，先伤五脏之真阴，此致病之本也……或以年力衰迈，气血将离，则积损为颓，此发病之因也”，“阴陷于下而阳浮于上，以致阴阳相失，精气不交，所以忽而昏聩，卒然仆倒，此非阳气暴脱之候乎？故其为病而忽为汗出者，营卫之气脱也；或为遗尿者，命门之气脱也；或口开不全者，阳明经气之脱也；或口角流涎者，太阴脏气之脱也；或四肢瘫软者，肝脾之气败也；或昏倦无知、语言不出者，神败于心，精败于肾也。凡此皆冲任气脱，形神俱败而然”，并指出：“凡瘫痪、瘖痲、半身不遂等证，皆伏痰留滞而然”。张景岳还引申《素问·调经论》“血之与气并走于上则为大厥，厥则暴死，气复返则生，不返则死”之义，认为“气血并





走于上，则阴虚于下，而神气无根，是即阴阳相离之候，故致厥脱而暴死，复返者轻，不返者甚，此正时人所谓卒倒暴仆之中风，亦即痰火上壅之中风”。此论颇得张山雷氏的称赞，说景岳有“真知灼见”，“盖景岳有类经之作其于内经用力最深，故能有此神悟”。

李仲梓首次将中风病的中脏腑证根据发病情况和证候表现，分为闭证、脱证。《医宗必读》说：“凡中风昏倒……最要分别闭与脱二证明白：如牙关紧闭，两手握固，即是闭证……若口开心绝，手撒脾绝，眼合肝绝，遗尿肾绝，声如鼾肺绝，即是脱证（更有吐沫，直视，肉脱，筋骨疼，发直，摇头，上窜，面赤如妆，汗出如珠，皆脱绝之证）”。陆老认为，闭脱之说，现在仍为临床所沿用，但应注意也有闭脱兼见和内脱外闭之候，宜详慎之。

清朝喻昌在“邪之所凑，其气必虚”的理论指导下，结合临证经验，在《医门法律卷三》中认为中风的病因病机是：“阳虚邪害空窍为本，而风从外人者，必挟身中素有之邪，或火或气或痰而为之标耶？”

姜天叙认识中风病病因病机，既不同意外中于风为真中和非因外风而猝然仆倒为类中之说，也不同意河间主火、东垣主气、丹溪主痰等一字起见立论，“三子者各出心裁，亦指证中之所有而言之也”，而认为风、火、气、湿、虚等应综合考虑，指出：“中风之邪，其有无夹杂风火气湿之来，岂可划然分耶？但当以何有何无，孰浅孰深，以求确然之治，斯为当矣”。所以他提出“中风之来，无不本之阳虚矣”，引述为“中风之人……必有先征……必中年以后，或肥盛之躯”，明确指出：“则中风之证，非特外风所中也明矣”，进一步强调“中风之为疾，未有不因火、因气、因痰





而勾引深入者也”，“中风之为病……因虚猝仆，不挟外邪者则有之，若但云客邪而本不虚者，则未之有也”。

清朝吴谦等宗《金匱》之说，内伤外感兼论，提出中风病的病因，有风从外中者，有痰火内发者。其病机，风邪从外而中则伤人肢体，证见肢体麻木不仁或瘫痪不用；痰火从内而发则病心主之官，证见神昏卒仆，言謇失语。如《医宗金鉴·杂病心法·风门》云：“风从外中伤肢体，痰火内发病心官，体伤不仁与不用，心病神昏不语言……”其说乃将偏枯不用的中风病，以风从外中所伤而立论。他对邪中之深浅作了更详细的描述，如《医宗金鉴·杂病心法要诀》云：“盖口眼喎斜，肌肤不仁，邪在络也；左右不遂，筋骨不用，邪在经也；昏不识人，便溺阻隔，邪在府也；神昏不语，唇缓涎出，邪在藏也。”

叶天士认为，中风病的病因为内风，其病机乃肝肾阴虚身中阳气之变动，精血亏耗，水不涵木。在《临证指南医案》中指出，中风“乃身中阳气变动，肝为风脏，因精血衰耗，水不涵木，木少滋荣，故肝阳偏亢，内风时起”，提出了“肝血肾液内枯，阳扰风旋乘窍”之论。华岫云在案后说：“叶氏发明内风，乃身中阳气之动变……精血亏耗，水不涵木……故肝阳偏亢，内风时起”，进一步提示了叶氏对本病病因病机的认识，是肝肾阴亏，木失水涵，肝阳偏亢，化风内动，上扰空窍，以致内风时起而发病。陆老认为，叶氏之论较前贤诸家又有显著进步，对于中风病病因病机的认识有着重要的指导意义。

清代中叶，王清任在总结前人经验的基础上通过临床观察，认为本病病机是“元气亏虚”，以“气虚血瘀”立论。在《医林改错》下卷中指出：“半身不遂，亏损元气，是其





本源”，“若元气一亏，经络自然空虚，有空虚之隙，难免其气向一边归并，如右半身二成半，归并于左，则右半身无气；左半身二成半，归并于右，则左半身无气，无气则不能动，名曰半身不遂”，并明确提出外风不能致中。陆老认为，王氏既提出气虚血瘀之论，又认为外风不能致中，确是中风病研究的重大突破，其“亏损元气”之说，可为致发半身不遂的因素之一，值得借鉴，但其“半身不遂乃半身无气”之说，仅供参考，不应拘泥。

近代中西汇通派医学家三张“张伯龙、张山雷、张锡纯”，结合现代医学知识，探讨中风病的发病机理，认为本病的发生主要在于肝阳化风，气血并逆，直冲犯脑。如张山雷在《中风斟论》中评述蓬莱张伯龙《类中秘旨》论内风之病机：“其论内风昏仆，谓是阴虚阳扰，水不涵肝，木旺生风，而气升、火升、痰升、冲激脑脉所致，是以顷刻瞀乱，神志迷蒙……皆为脑神经之神扰，而失去功用之病，西医谓之血冲脑者，正如《素问·调经论》所谓‘血之与气并走于上则为大厥’之旨相吻合”，并称赞此为“两千年来破天荒之第一名论”。张锡纯则在《医学衷中参西录·内外中风方》中云：“风名内中，言风自内生，非风自外来也”，“证名内中风，所以别外受之风也”，“内中风证（亦名类中风，即西人所谓脑充血症），其脉弦长有力（即西医所谓血压过高），或上盛下虚，头目时常眩晕，或脑中时常作痛发热，或目胀耳鸣，或心中烦热，或时常噫气，或肢体渐觉不利，或口眼渐形歪斜，或面色如醉，甚或眩晕，至于颠仆，昏不知人，移时始醒，或醒后不能复原，精神短少，或肢体痿废，或成偏枯”，提出：“内中风之证……《内经》初不名为内中风……而实名之为煎厥、大厥、薄厥”，并引证





《脉解篇》、《调经论》、《生气通天论》等有关经文为佐证，明确阐述了内中风的病因、病机与肝风内动的关系：“《内经》谓诸风掉眩皆属于肝，盖肝为木脏……木（肝）火炽甚，亦自有风。此因肝水失和，风自肝起；又加肺气不降，肾气不摄，冲气、胃气又复上逆，于斯，脏腑之气化皆上升太过，而血之上注于脑者，亦因之太过，致充塞其血管而累及神经”。张锡纯还提出内中风与脑充血的发病机制相吻合：“若气上升者过少，又可使脑部贫血，无以充养其脑髓神经，亦可至于昏厥。”是以《内经》又谓：“上气不足，脑为之不满，耳为之苦鸣，头为之倾，目为之眩。观《内经》如此云云，其剧者，亦可至于昏厥，且其谓脑为之不满，实即指脑中贫血而言也”。“读此节经文（《调经论》），内中风之理明，脑充血之理亦明。”陆老认为张锡纯力主“肝风内动”之说，提出肝风内动，“挟气血而上冲脑部”为致病之本，且认识到“血菴于脑”和“脑中贫血”，对中风病认识的发展具有指导意义。

综上所述，陆老认为历代医家由于所处的时代环境不同，因而从不同的角度去认识阐发了中风病的发病机理，他们对风、火、气、痰、瘀等致病因素都分别做了有益的探讨，虽各属一家之言，但对中风病的研究都有一定的参考价值和指导意义。正是由于各抒己见，越辩越明，才使中风病病因学说日臻完善，对全面认识中风病的发病机理具有深远的意义，而且至今对中风病临床研究仍有较高的参考价值。

二、病因辑要

通过对历代文献的整理分析，结合数十年临证实践的体会，陆老认为，中风病的成因，既与情志因素、房室劳倦及





脏腑气血功能失调等内在因素密切相关，也有饮食不节、嗜好烟酒和气候环境变化等外部因素的重要影响，外因通过内因作用，二者均不可忽视。

1. 情志失调

七情内伤是中风病中最为常见的诱发因素，七情之中又以忧、思、郁、怒为最甚。盖思虑劳神过度，常损伤心脾，导致心脾气血两虚或气机郁结阻滞。若阴血暗耗，心神失养，则心悸、健忘、失眠、多梦或眩晕、耳鸣；若气机郁结则脾运失司，水谷不化精微，日久而变为痰浊等。正如《素问·举痛论》所说：“思则，心有所存，神有所归，正气留而不行，故气结矣”，“怒气则上”，郁怒过度可致肝气横逆上冲，血随气逆，并走于上（脑），临床出现气逆胸闷，面红目赤，胸胁胀疼，头痛头晕，甚则可因肝阳暴亢，气火俱浮，迫血上涌，引动内风，而致昏厥、卒倒。即《素问·生气通天论》所谓之“大怒则形气厥。而血菀于上，使人薄厥”。此外，“悲则气消”、“恐则气下”、“惊则气乱”，均可影响脏腑气机，升降出入失司，亦常为本病的诱因。

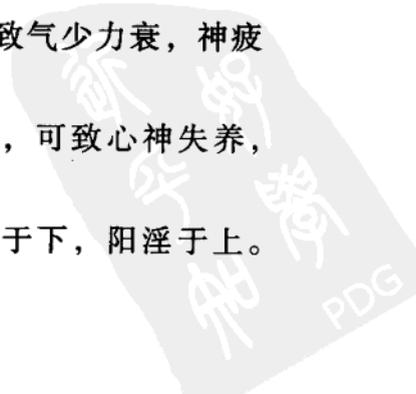
2. 积损正衰

陆老认为，正气虚衰是中风病主要的致病因素，其成因不外有三：

一是劳力过度，耗阴伤正，久之则导致气少力衰，神疲乏力。

二是劳心过度，心脾，耗伤心脾气血，可致心神失养，脾不健运。

三是劳房过度，耗伤肾精，以致阴亏于下，阳淫于上。正如《内经》云：“阳气者，烦劳则张。”





此外，中风病一般多发于40岁以上，正如《素问·阴阳应象大论》所谓：“年四十，而阴气自半也，起居衰矣；年五十，体重，耳目不聪矣；年六十，阴痿，气大衰。九窍不利，下虚上实，涕泣俱出矣”。

因此，中风病之发生，与长期过劳或年老体衰，脏腑气血失调，耗伤阳气，阴血亏虚，下元不固，而致肝阳偏亢、虚阳化风、内风萌动密切相关。若平素思虑烦劳过度，气血亏损，真气耗散，复因将息失宜，致使阴亏于下，肝阳鸱张，阳化风动，气血上逆，上蒙清窍，则更易发生脑卒中。

3. 饮食不节

从古今文献的研究及个人的临证观察，陆老认为饮食偏嗜的确也是不容忽视的重要致病原因。早在《内经》即已对进食咸甘的危害有所阐述，提出五味过极能损伤脏腑，令人早衰，折人寿命。如《素问·生气通天论》中说：“味过于咸，大骨气劳，肌短，心气抑；味过于甘，心气喘满，色黑，肾气不衡……是故谨和五味，骨正筋柔，气血以流，腠理以密，如是则骨气以精，谨道如法，长有天命”。张山雷则明确指出：“肥甘太过，酿痰蕴湿，积热生风，致为暴仆偏枯……名以膏粱之疾”。目前的临床流行病学调查资料已证实，过食高脂肪、高糖、高盐食物，尤其是嗜酒过度之人，常可导致肥胖、高血压病、糖尿病、冠心病的发生，从而成为脑卒中的高危因素。

陆老认为，若饮食五味有所偏嗜，或过食膏粱醇酒、肥甘咸味，或饮食失宜如饮食不节、饥饱无度，均可伤伐脾胃，升降失常。脾失健运，聚湿生痰，痹阻脉络，阻塞清窍；或痰郁化火，痰火上攻，横窜经络，均可扰乱神明，发为卒中。





4. 环境气候

陆老认为，本病虽四季均可罹患，但其发病似与季节气候变化有关。一般人冬骤然降温变冷，寒邪入侵，寒凝血涩，血脉循行不利，易患本病。若早春气温骤然转暖，正值厥阴风木主令，内应于肝，风阳暗动，若素体卫气虚弱，腠理不固，气血不足，络脉空虚，风邪入中经络，气血闭阻，筋脉失养；或引动肝风，兼夹痰湿，闭阻血脉，而致喎僻不遂。因此，多见秋末冬初和早春发病。

三、病机析义

1. 肝风内动

多因平素情志所伤，郁而不畅，或精神紧张，操劳过度，耗伤肝肾之阴；加之年老体衰，阴液亏虚，以至阴虚阳亢，水不涵木，浮阳不潜，如遇过度情志刺激、劳累、酗酒等，使阳愈浮而阴愈亏，终成阴不制阳，肝阳亢盛而化风。其证候轻则筋惕肉瞤，肢麻震颤，眩晕欲仆，或为口舌歪斜，或为半身不遂；甚者可致肝阳暴亢，内风旋动，气血逆乱并走于上，直犯清窍，或停积脉内，或充溢脉外，而致络窍闭塞，筋脉失养，出现突然昏仆、喎僻不遂、舌强言蹇或不语等症，发为卒中。

陆老认为，肝阳化风乃日渐积累的进程，其前期多为肝肾阴亏、阴虚阳亢，临床可见典型“上盛下虚”之象，既有眩晕、耳鸣、面红、目赤、情绪易于激动或烦躁易怒、脉弦数等阳亢之象；又有腰膝酸软、两足萎弱无力等阴亏之象，属本虚标实之证。此时若不及时调治，使之早复“阴平阳秘”，迁延日久则阳亢过极，更易致肝风暗动，升腾无制，发为卒中。





2. 五志化火

喜、怒、忧、悲、恐五志过极，皆可化火。“火为热之极，热为火之渐”。若情志内伤，抑郁不畅，常可致肝郁气滞、郁久化火，发为肝火，肝火亢盛则致肝阳上亢，可见头痛头胀、面红、目赤、急躁易怒、眩晕耳鸣，甚则“血菀于上”，发为“薄厥”；若思虑劳心过度，耗伤心阴心血，日久发为心火，心火亢盛则躁扰心神，出现躁动不安、心烦不宁、失眠多梦、言语过多等诸症，同时心火过亢可引动肝火，出现肝火上炎诸症；若火热之邪郁伏体内，可耗灼阴津，致肝肾之阴液愈亏，同时可灼血为瘀，炼液为痰，致痰瘀交阻，闭阻脉络，遂发卒中。

陆老认为，临床常见中风病急性期患者出现不同程度的火热之象，如头晕胀疼、面红目赤、息粗口臭、大便秘结，舌红苔黄少津，脉弦滑而数等。若经降火泄热辨治后火热渐退，往往病情渐轻，日趋好转；若邪热愈加鸱张，脉来洪大急疾，则病势发展，病情加重，多预后不良。

3. 痰浊内阻

陆老认为，素有肝肾阴亏、脏腑阴阳失调之人，若遇诱因，当致内风旋动，触发伏痰，横窜经络，蒙蔽清窍，即可发为中风病。例如，患者平素饮食不节，偏食肥甘厚味，或嗜酒无度，则聚湿生痰，痰郁化热，阻滞中焦，每遇情志刺激，肝阳暴张，致气机逆乱，升降失常，肝风挟痰上扰清窍，由于清阳不升，浊阴不降，清窍被蒙，故可见眩晕、昏仆，甚则昏聩；若风痰流窜经络，痹阻脉络，气不得行，血不能濡，则发为肢体麻木、半身不遂；若风痰阻于舌本，机窍不利，脉络不畅，则引为舌强言謇或不语。因此，风痰内阻是中风病发生、发展、转变过程中最基本的病机之一。





4. 瘀血阻滞

陆老认为，凡气机郁滞而致血行受阻，或气虚无力率血而行，或痰浊阻于脉络，或火热灼伤阴液，或阴虚阳亢、气血逆乱而血行异常，或溢于脉外，或停滞脉中，或五志化火而热迫血溢、停蓄于脑，均可形成瘀血，最终血脉瘀阻或清窍闭塞，发为中风病。故瘀血阻滞既可成为缺血性中风病的主要病机变化，亦可为出血性中风病不可忽视的致病原因。

5. 气机逆乱

人身之气周流全身，无处不到，脏腑升降出入合更是无不赖于气化。如气机升降有序，出入衡常，则五脏六腑阴阳交泰，气血和畅；若气机升降无序，波及表里，四肢百骸，五官九窍，脏腑变生百端。正如《素问·六微旨大论》云：“出入废则神机化灭，升降息则气立孤危。故非出入则无以生长壮老已，非升降则无以生长化收藏，是以升降出入，无器不有。”中风病常因年迈衰老，将息失宜，酒色过度，情志相激等多因混杂，致脏腑损伤，阴阳失和，进而发展为气机失调，升降逆乱，造成气血津液运行失常。若血液运行异常，或血不循经溢出脉外，或血流缓慢停滞脉中，均可为瘀；若津液运行异常，则停聚而为痰为饮。若气行异常，不畅者则为郁为滞，太过者则为风为火；痰湿、气郁、瘀血又均可化火，形成风、火、痰、瘀并至为患。

陆老认为，风、痰、瘀血诸端，非有脏腑阴阳失调、气机升降逆乱，方可发为中风病；而中风病之发作虽与五脏损伤均有相关，但主要在肝脾。因脾居中焦，通上联下，为升降之枢纽；肝主疏泄，为风木之脏，其性刚，主动主升。临床所见中风病急性期常有肝气升发太过，肝阳暴亢，气血上逆，而致头痛头晕、面红目赤，甚则血随气逆，壅遏清窍，





突然昏仆，发为“薄厥”；或为气机逆乱，气血津液不循常道，痰浊瘀血痹阻脉络，筋脉失于濡养，而致偏身麻木、半身不遂；或因阻于舌本，则口舌歪斜，舌强语蹇。亦常见脾胃升降失司，中焦气血壅塞，表里内外闭阻，四肢九窍不通，在下腑气不通而见便秘、腹胀，在中胃气上逆而见恶心、呕吐、呃逆，在上浊犯清窍而致脑脉痹阻或血溢脉外，发为卒中。临床对中风病急性期病人，宜尽早、及时采用通腑降逆、清热化痰、熄风通络之法，患者多随腑气畅利而神识转清，病情趋好。为此，陆老强调，脏腑阴阳失调、气机升降逆乱是中风病发病的主要病机所在。

综上所述，陆老认为，中风病乃好发于中老年人，内因于气血内虚，外因于劳倦内伤、忧思恼怒、嗜食厚味烟酒，进而内外合病，气血逆乱直冲犯脑，风痰瘀阻于脑脉之中或败血溢于脑脉之外的本虚标实证。以气血内虚、阴阳失调为本，以风火痰瘀内动为标，以气机升降逆乱为主要枢机，以起病急、变化快等风邪善行数变为主要病证特点。

中风病的证治方药概览

历代医家对中风病的病因病机认识不同，因而辨证思路和遣方用药各有己见。如前所述，辨证有真中、类中之分，火、气、痰湿之别，有正虚邪中外风说和肝阳化风上扰清窍内风说之争。

唐宋以前，中风猝仆等证均作外风论治，故遣方则多以大小续命、排风，用药则多为麻、桂、羌、独、防风，正如张山雷所说：“汉魏隋唐之言中风者，无不以昏仆不遂等





证，一概作为外风。所以千金、外台中风方论，各成巨帙，论证则昏迷欲死，皆是邪风，论治则麻、桂、羌、防，千方一律，乃致内风猝动之病情治法，几不可得之于汉魏六朝隋唐诸名医之言论……”

金元之后，对中风病病因病机的认识开始异于前人，其辨治也有所不同。如刘河间认为中风是由于“将息失宜，心火暴甚”，故在《素问·玄机原病式》中提出用“至宝丹”治“卒中急风不语”，“灵宝丹”治“手足不遂，言语蹇涩”，“地黄引子”治“暗瘕……厥逆，语言不出，足废不用”。然而，河间虽有主火之论，用药有“至宝”、“灵宝”、“地黄引子”等，但还没有完全摆脱唐宋以前的论点，仍沿袭风邪外风之说，根据六经之形证，以小续命汤加减论治中风之中腑中脏。他说：“凡中风不审六经之加减，虽治之不能去其邪也”。如《素问·病机气宜保命集》云：“若风中腑者，先以加减续命汤随证发其表……今具六经续命汤，通治八风、五痹、痿、厥等疾……春夏加石膏、知母、黄芩，秋冬加桂、附；又如六经别药随证细分加减，自古名医不能越此”。他提出的六经随证加减是：“中风无汗恶寒，麻黄续命汤主之；中风有汗恶风，桂枝续命汤（桂枝、芍药、杏仁）主之……，中风无汗，身热不恶寒，白虎续命汤主之，中风有汗，身热不恶风，葛根续命汤主之……中风无汗身凉，附子续命汤主之……中风有汗无热，桂枝续命汤（桂枝、附子、甘草）主之……此证少阴经中风也；中风六证混淆，系之于少阳、厥阴……宜羌活连翘续命汤主之”。“中风外无六经之形证，内无便溺之阻格，……大秦芎汤主之；……中风外有六经之形证，先以加减续命汤随证治之。内有便溺之阻格，复以三化汤主之”。





李杲在《东垣十书》提出中风有中血脉、中腑、中脏之别，三者证候由轻而重，治法各不相同。虽有创新，但东垣对猝仆暴病之中风的治疗仍沿袭前人治外风之论述，并未完全摆脱用风药主治内风暴动之证，如“中血脉，则口眼喎斜；中腑，则肢节废；中脏，则性命危急，此三者，治各不同”，“如中血脉，外有六经之形证，则从小续命汤加减及疏风汤治之。如中腑，内有便溺之阻隔，宜三化汤或《局方》麻仁丸通利之；外无六经之形证，内无便溺之阻隔，宜养血通气，大秦芫汤、羌活愈风汤治之。中脏痰涎昏冒，宜至宝丹之类镇坠。若中血脉、中腑之病，初不宜用龙、麝、牛黄……恐引风深入骨髓。”

朱震亨治疗中风主张以祛痰为先，其次是补血补气。如《丹溪心法》提出：“中风大率主血虚有痰，治痰为先，次养血行血……又须分气虚、血虚”；“半身不遂，大率多痰，在左属死血、瘀（少）血，在右属痰有热并气虚。左以四物汤加桃仁、红花、竹沥、姜汁，右以二陈、四君子等汤加竹沥、姜汁”；“痰壅盛者，口眼喎斜者，不能言者，皆当用吐法，一吐不已，再吐。轻者，用瓜蒂一钱，或稀涎散……重者用藜芦半钱或三分，加麝香少许，齏汁调吐。若口噤昏迷者，灌入鼻内吐之，虚者不可吐”；“初昏倒，急掐人中至醒，然后用痰药，以二陈汤、四君子汤、四物汤加减用之”；“遗尿属气虚，以参、芪补之”。丹溪治中风之治法，不谓不是一途，但其谓“半身不遂，在左属死血、瘀血，在右属痰有热并气虚”之说，似属牵强难通，临证实践未能完全验证之。

明代名医辈出，对中风的治疗提出了诸多治法和方药，可滋临证参考应用。如戴思恭《证治要诀》说：“……喎





斜、瘫痪、不遂、舌强、语涩等症，治之之法，调气为先。经云：‘善治风者，以气理风。气顺则痰消，徐理其风，庶可收效。先用麻油调苏合香丸，或用姜汁，或用白汤调……灌之。稍苏，则进八味顺风散’；“诸中……昏沉不省人事，口噤不可进药，急以生半夏为末，吹入鼻中；或以细辛、皂角为末，吹入喉，喷嚏则苏。此可以验其受病深浅，则知其可治、不可治……”方贤也赞同治风先调气，如《奇效良方》云：“大凡治中风之药，必先顺气。后以疏风，其功可获”。吴昆《医方考》提出治疗初患中风病人的急救方法：“病人初中风，筋急，口噤不开……宜用乌梅肉擦其牙关，牙关酸软，则易开矣……”“暴仆痰涎涌盛，稀涎散与之。频吐涎沫，壅塞少疏，续进他药”“初中风不知人事，口噤不能开，用通顶散（方略）……吹入鼻中，有嚏者，肺气未绝，可治”“喉中痰塞，水饮难通……世人用苏合香丸于初中之时每每取效”等等，并引丹溪“辛香走散真气，脑麝能引风入骨……医者但可用之以救急，慎毋令人多服”之说，告诫医林同道。吴昆还提出“中风，二便数日不利，邪气内实者，以三化汤微利之……此方惟实者可用，虚者勿妄与之。若实者不用，则又失乎通达之权……非内安之道也”。王肯堂《证治准绳》提出急救法如“或有中风便牙关紧急，浆粥不入，急以三一承气汤灌入鼻中，待药下则口自开矣，然后按法治之”，并告诫“有元气素弱，或过于劳役，或伤于嗜欲，而猝然厥仆状类中风者，手必撒，口必开，非大剂参、芪用至斤许，岂能回元气于无何有之乡哉！亦有不仆而但舌强语涩、痰壅、口眼喎斜、肢体不遂者，作中风治必殆……”

张介宾力倡“非风”之说，在《景岳全书》提出：“治



PDF



此之法，只当以培补元气为主……若无兼证，也不宜攻补兼施……徒致无益，能复其元，则庶乎可望其愈”“初病卒倒……而息微色白，脉弱暴脱者，急以独参汤或淡姜汤灌之俱可……”对有痰甚者，他在《论治痰》中提出：“祛痰之法，凡非风初病……若果痰涎壅塞，填塞胸膈，汤液俱不能入，则不得不先开其痰，……而开痰之法，惟吐为捷，如古方之独圣散、茶调散、稀涎散之属，但恐元气大虚，不能当此峻利之物，或但用新方之吐法（指《景岳全书》新方八阵之吐法）为妥，或用牛黄丸、抱龙丸之类，但使咽喉气通，能进汤饮即止，不可尽攻其痰。致令危困，则最所当慎……”“用淡盐姜汤，徐徐灌之，然后以中、食二指，探入喉中，徐引其吐，若指不能入，则以鹅翎蘸汤，代指探吐亦可，如此数次，得吐气通，必渐苏矣。然后酌宜可以进药，此治实痰壅滞之法也”。

张介宾论中风时，既对河间、东垣、丹溪主火、主气、主痰之说表示赞赏，如“东垣年逾四旬气衰之说，其发明病机切中病情，诚出诸贤之表者，余深服之……”但对先贤的某些论点又提出不同意见。如对丹溪“半身不遂……在左属死血与无血……在右属痰属气虚……”之说即有质疑：“人身血气本不相离，焉得以左为血病，右为痰气耶”，在阐明其义理的同时还指出：“若为左必血病，右必痰气，则未免非痰治痰，非血治血，而诛伐无过，鲜不误矣”。又如论续命汤等方剂时提出：“按历代相传，治中风之方，皆以续命等汤为主……夫续命汤以麻黄为君，而以姜桂并用，本发散外邪之佳方也……其他无论，独怪乎河间、东垣、丹溪三子者，既于中风门皆言此病非风矣，而何于本门皆首列小续命汤而附以加减之法……若此诸法，但用治外感则可，





用治内伤则不可，而三子之卷卷不舍者，皆此诸方，又何前后之言不相应耶……吾不知用此法者果出何意”。他还力主“凡治风之法，宜察浅深虚实及中经、中脏之辨……倘不知此则未有不致败者”。

李中梓治中风法与前人所述大致相同，也主张先顺气、后治风，但主张最为紧要者是分清闭证脱证，提出闭证宜开、脱证宜固的治疗法则，强调治闭证、脱证遣方用药必须严谨。如《医宗必读》说：“凡中风昏倒，先须顺气，然后治风……最要分别闭与脱二证……闭证，用苏合香丸或三生饮之类开之；脱证，宜大剂理中汤灌之及灸脐下……若误服苏合香丸、牛黄、至宝之类，即不可救矣……世人蹈此弊而死者，不可胜数，故特表而出之”，明确说明脱证和闭证之治法须当分清，不应混同。《医宗必读》还详细论述了对口噤、不语、半身不遂、痰涎壅盛、昏冒等证的治疗。

清朝《医宗金鉴·杂病心法》虽列中风于篇首，但选用方药，均系集清以前医家之大成，故不再赘述。

程钟龄对中风的认识和辨治，既遵前人之法，也有主见。如《医学心悟》中风门说：“中风者，真中风也，有中腑、中脏、中血脉之殊”；“中腑者……外有六经之形症，与伤寒六经之传变无异也”，提出其治法“悉具伤寒门”；“中脏者，中在里也……宜分脏腑寒热而治之”；“其人素有积热，或郁火暴发……而风为热风……多见闭证”；“其人素挟虚寒，或暴中新寒……而风为寒风……多见脱证”。闭证治法“当疏风开窍，先用吹鼻散吹之，次用牛黄丸灌之。若大便闭结，腹满胀闷火势极盛者，以三化汤攻之”。脱证治法“当温补元气，急用大剂附子理中汤灌之……间亦有寒痰阻塞，介乎闭脱之间，不便骤补者，用半夏、橘红各一





两，浓煎至一杯，以生姜自然汁对冲，频频灌之，其人即苏，然后按其虚实而调之”。程氏主张“中血脉者，中在经络之中也……大秦苳汤主之，偏在左，倍用四物汤，偏在右，佐以四君子汤，左右俱病，佐以八珍汤……此治真中之大法也”，其论点本源于丹溪之说，他虽然提出这是“治真中之大法”，然观其方药乃治今人所指的内中风，虽有可供取法之处，须待于见仁见智。

尤再论治中风也主张有闭脱虚实之分，并论述了四者的相互机转，同时将辨治要领概括为八法，如《金匱翼》中所说：“中风之病……病虚者，气多脱；病实者，气多闭。脱者欲其收……闭者欲其通……约言治要，盖有八法：……一曰开关；二曰固脱……三曰泄大邪……四曰转大气……五曰逐痰涎……六曰除热风……七曰通窍隧……八曰灸膻穴”。此外，他还拟“五脏中风分治之方”有“肾风苳蓉丸”、“肺风人参汤”、“脾风白术汤”、“心风犀角丸”、“肝风天麻散”。

沈金鳌论中风方药证治，多是前贤所言，例如在《杂病源流犀烛》中提出的“中风条款根由方治”“一曰口噤不开……二曰口眼喎斜……三曰语言謇涩……四曰四肢不举……五曰身体疼痛……六曰痰涎壅盛……七曰遗尿不禁……八曰小便不利……九曰善饥善食……十曰自汗盗汗……十一曰神气昏瞢……十二曰左瘫右痪……”此外，他还提出“中风之人气必虚，气道必多滞”，也主张“治中风大法，猝然昏倒，必先顺气，然后治风”。因此，对杨仁斋《直指方》中“治风良剂，小续命汤为上；排风汤次之”的说法，提出不同意见：“二药主风不主气，须以人参顺气散，乌药顺气散佐助。气一流行，则风疏散矣。据此可知，单用





风药为非宜也，然人参顺气散，所以补气虚，乌药顺气散所以宣气滞，临时调剂，又不可混用”。然沈氏所论虽对杨仁斋之说有所修正，但对中风之治仍以人参顺气散和乌药顺气散为小续命、排风汤之佐助，也是未能摆脱以风药为主的治法。

姜天叙根据前人理论结合个人经验，提出中风治法首要辨阴中、阳中和闭证、脱证。如“中风卒倒……仓促之际先辨阴中、阳中……大率阴中重而阳中轻”“中风卒仆……必先辨其闭证、脱证……”治“闭证，法宜开关通窍，急用通窍散……搐毕，有嚏可治，无嚏难治……或以破根散……擦牙根……随用姜汁、竹沥、麻油化苏合丸，或用三生饮……煎好灌下。……如热阻关窍，痰盛昏迷者，用牛黄清心丸煎涤痰汤……化下。脱证，若不全见者速宜大剂参附煎浓汁频灌，及灸脐下虽曰不治，亦有得生者……若不分闭、脱，妄投苏合、牛黄不救”。他告诫说：“脑麝、牛黄，惟中脏闭证，暂借开窍……至脱绝之证误投之，是速其死也”。他论述中风不语、偏枯不遂等证的治法，也多是据前人所论参以己见而成：“舌本强硬而不语……资寿解语汤……心经蕴热，舌蹇不语，用转舌膏……若痰迷心窍，舌强不语，当涤痰为先……先调化牛黄清心丸。若风涎壅塞，舌本难转，语言不正者，正舌散……因肾虚……不能言……以地黄饮子主之……若肝肾虚而涎潮壅塞不语，当用三因白散子……”“中风不语，龟尿少许点舌上神效”。《医宗金鉴》亦云：“龟尿舌下点难言。”论半身不遂时说：“偏枯之证……为治之初，亦先顺气。次辨风、火、痰、虚、何有何无，要当以养正为本，而兼以治标之药，若筋骨疼痛……痰火风气流注经络，又当先以通经活络之味，然后治本可也”；“故治偏枯者，但当补养血气”。他还对偏枯等证的先





兆、治疗及其预后，阐述了个人经验：“偏枯瘫痪……其痛者反轻，不痛者为重也，言不变，志不乱者，为轻；甚者不能言者，不可治也。故其用药，有顾本以兼标者，有治标不重本者，因证以详治也。其方中有助参、芪为主者，重于虚者也；有用乌、附、羌、独为主者，取其流通经络，盖痰、火、风、湿、瘀、滞，若非先以雄健之品为之向导，莫能开也”。从以上所述可见，姜氏对中风偏枯的治疗也用风药，但并不赞同本病是由外风所致。如他强调说必须“因证以详治”，指出：“不可因见风药奏功，认为外风，肆行不忌而伤人也。智者思之”。又如他谈中风先兆的临证体会时说：“余每验中风之人……必有先征，或十指麻痹，或肌肉濡动，或语言謇涩，或肢体不遂，或平时脉滑大不和，弦紧无根，诸多隐微……人多不觉，直至……触发，忽然倒仆。其果为外中风邪，何以预为若是也？”“每见中风之人，必中年以后，或肥盛之躯。岂外风之来，必中年肥盛者方感之耶？若此，则中风之证非特外风所中也明矣”。

王清任是一位长于运用“补气活血，逐瘀活血”的医家，如他创造性拟成的补阳还五汤、黄芪赤风汤、黄芪桃红汤等十余首方剂，均重用黄芪以补气，配以活血化瘀之品组成。其中，补阳还五汤自问世以来被同道公认为治疗中风病（特别是后遗症期）气虚血瘀证的有效方剂。王氏在方后归纳的加减法，虽未阐述其增损之义理，但证之于临床确然有效。陆老认为，值得指出的是，王清任所说“方内黄芪不论何处所产，药力总是一样皆可用”可能与他所处的时代背景和地理环境有关。据现时临证所见，黄芪混乱品种颇多，不应视为“药力总是一样”而不加选择，否则有影响疗效之虞。





近代张山雷氏在辨证论治的理论指导下，结合前人经验及其个人临证实践，分析和归纳了对内风暴动、卒仆、痰塞之症的治疗，如他在《中风斟论》卷二提出论治八法：“闭证宜开，脱证宜固，肝阳宜于潜镇，痰涎宜于开泄，气逆宜于顺降，心液肝阴宜于培养，肾阴渐宜滋填”。对“通经宣络法”的应用有更深刻的理解和评论，如“究竟活血通络以疗瘫痪，亦仅可施之于旬月之间，或有效力，若其不遂已久……虽有神丹亦难强起矣”。他还在文后按语中提出：“六禁：肝阳浮越，气焰横肆之时，禁风药升散，以助其气火之猖狂；禁表药疏泄，以速其亡阳之汗脱；禁芳香走窜，以耗散正气；禁温补刚燥，以消烁真阴；禁滋腻养阴，以窒塞痰浊；禁呆笨补中，以壅遏气化”。他在卷三《古方平议》对前人治内风常用“开关之方”、“固脱之方”、“潜阳摄纳之方”、“化痰之方”、“顺气之方”、“清热之方”、“滋养之方”、“通络之方”，结合个人临证心得，旁征博引，评论有理有据。

陆老认为，张锡纯《内外中风方》有“镇肝熄风汤，治内中风证”，据其方下所记，参照其所用药物，临证以治未中之前的血压偏高、头晕目眩、眼胀耳鸣等证，效果尚属满意；用治已中之后的卒仆、昏不知人，或肢体痿废，或成偏枯，移时始醒，精神短少者，庶可收效。如系内风暴动，卒然仆倒，昏厥、痰塞、喎斜、偏枯之候俱见，需先辨清闭证、脱证，酌定开法、固法，采取应急措施，挽救于垂危之际，不能全靠此方收功。

建国以后，特别是自80年代初期以来，国家卫生部为进一步发展和振兴中医药事业，提出要从抓好中医急症入手，为开创中医工作的新局面打下良好基础。在卫生部的领





导和支持下，由中华全国中医学会内科分会组织，北京中医学院附属东直门医院牵头，于1983年8月在山东省烟台市召开了有22个省市参加的中风病和热病学术交流会，分别成立了全国性的学术协作组织。在这次会议上，中风病学组讨论和制定了对中风病的诊断和疗效评定（试行）标准。其后，据卫生部1984（04）号文件精神，中风病协作组由北京中医学院等8个单位组成，于1984年3月在咸阳召开首次会议，交流了当前中风病的研究动态和进展情况，修订和补充了中风病的诊断和疗效评定标准。1985年6月和10月中风协作组又分别在北京、长春召开了学术会议，提出中医诊断、治疗要规范化，进一步讨论了协作组对中风病的研究范围、入选标准、治疗方药，使协作组的研究目的更加明确，工作更臻完善。陆老全程参与了上述各次会议，为中医药防治中风病的现代研究发挥了积极作用，其学术思想在全国范围内产生影响和共鸣。

张介宾学术观点简论： 对中医补法之贡献

《内经》明确提出了“虚则补之”，历代医家又对此屡有发扬，故补法内容日趋完善，尔今已成为治疗虚损的专门学问。其中，明代张介宾氏所作贡献卓著，引人注目。

张介宾生于公元1563年（明末），幼年随父至京师，学医于金英（字梦石），尽得其传。壮岁投身幕府，晚年回归故里，致力于岐黄之学，医道日进，名声日彰，成为当时名医。张氏在医学理论和临床经验上均有精深造诣，一生著





有《类经》三十二卷、《类经图翼》十一卷、《类经附翼》四卷、《质疑录》一卷、《景岳全书》六十四卷，其中的“阳不足再辩”、“三焦包络命门辩”、“大宝论”、“真阴论”是其学术见解的代表篇章。

—

金元以来，诸子蜂出，百家争鸣，如刘河间立“诸病皆属于火”论，朱丹溪创“阳常有余阴常不足”说等等，医界的学术讨论思想甚是活跃。张介宾早年颇信丹溪之说，中年以后随自身学识经验的精进，尤其在看到同时代学者多有不辨虚实，拘执其说，滥用寒凉攻伐，遗患颇多之时，逐渐对丹溪之说持有怀疑，以至反对。诚如所谓“予自幼年常读朱丹溪阳有余阴不足论，未尝不服其高见，自吾渐立以来则疑信相半矣，又自不惑以来则始知其大谬矣。”“自予有识以来，目睹苦寒之害人者已不可胜纪，此非时医之误，实二子传之而然，……使刘、朱之言不息，则轩歧之泽不彰，是诚斯道之大魔，亦生民之厄运也”。他认为刘河间以“六气皆从火”立论，是由于“不能通察本经（指内经，作者注，以下同）全旨，遂单采十九条中一百七十六字写为二百七十七字，不辨虚实，不察盛衰，悉以实火言病”，“自原病式出，而丹溪得之定城，遂目为至宝。”“自刘河间出，以暑火立论，专用寒凉伐此阳气，其害已甚。赖东垣先生论脾胃之火必须温养，然尚未能尽斥一偏之谬，而丹溪复出，又立阴虚火动之论，制补阴、大补等丸……寒凉之弊又复盛行。夫先受其害者既去而不返，后习而用者犹迷而不悟，嗟乎！法高一尺，魔高一丈，若二子者，谓非轩歧之魔乎？”“刘、朱之徒动辄言火，莫可解救，多致伐人生气，败人元阳，杀人于冥冥之中而莫觉也，诚可悲矣。”





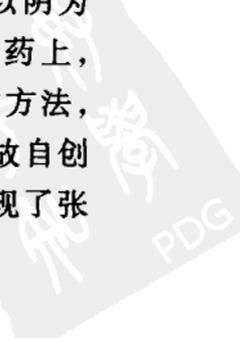
张氏驳刘、朱之说，是否言之过激，姑且不论，其学术观点确有独到之处。他继承发挥了《内经》“阴平阳秘，精神乃治，阴阳离决，精气乃绝”的有关理论，比较全面地阐述了阴阳互根、相互依存、相互制约的辩证关系，从而创立了命门阴（元阴、真阴、元精）阳（元阳、真阳、元气）学说，从人体生理机能的角度阐发了阴阳变化的奥秘。他在总结自身经验的基础上，质疑丹溪“引日月之盈亏，以为‘阳常有余，阴常不足’”，提出了“阳非有余而阴常不足”的论点，指出“物之生也生于阳，物之成也成于阴，此所谓元阴元阳，变曰真情真气也”，“阴以阳为主，阳以阴为根”，“阴不可以无阳，非气无以生形也；阳不可以无阴，非形无以载气也”，“阴阳二气最不宜偏。不偏则气和而生物，偏则气乖杀物”。张氏在强调阴阳互根的同时，根据“天癸未至，本由乎气，阴气自半，亦由乎气，是形虽属阴，而气则从阳也……故经云（指《素问·生气通天论》）：‘阳气者，若天与日，失其所则折寿而不彰，故天运当以日光明’，可见人之生，只此一息真阳为运动。”“凡阴阳之要，阳密乃固”等学说，进一步提出在阴阳的动态协调平衡关系中阳居主导地位的论点：“可见天之大宝，只此一丸红日；人之大宝，只此一息真阳。凡阳气不充，则生意不广……凡万物之生由乎阳，万物之死亦由乎阳，非阳能死万物，阳来则生，阳去则死矣”，“人是小乾坤，得阳则生，失阳则死”，“阴之所恃者惟阳为主也”，“阳气不充则生意不广，而况于无阳乎。故阳惟畏其衰，阴惟畏其盛，非阴能自盛也，阳衰则阴盛矣”，“欲有生者可不以此阳气为宝，即曰虑其亏亦非过也，而余谓阳常不足者，盖亦惜寿之杞人耳”。因此，他告诫人们“不可将不足之元阳认作有余而云





火，妄以寒药折伐”。对于阴，他认为：“凡阴气本无有余，阴病惟皆不足”，“今人之病，虚者十常八九”，“虚火为病者十中常见六七……虚火者真阴之亏也”。他在“大宝论”、“真阴论”、“阳不足再辨”等著作中，反复论述真阴（元阴）、真阳（元阳）对人体的重要性，同时进一步把两者归根于肾命的水火，认为真阴真阳是造化之源泉、性命之根本，从而把“阳非有余”和“阴常不足”这两种观点统一起来，提出了命门水火学说，成为中医学中肾命学说的中坚。如他指出“命门总主乎两肾，而两肾皆属于命门，命门者为水火之府，为阴阳之宅，为精血之海，为死生之窦，若命门亏则五脏六腑皆失气恃，而阴阳病变无所不至”，“命门之火谓之元气”（即真阳），“命门之水谓之元精”（即真阴），“命门之火即十二脏之化源”，“即如阴盛于下者原非阴盛，以命门之火衰也，阳盛于标者原非阳盛，以命门之水亏也，水亏其源则阴虚之病迭出，火衰其本则阳虚之证迭生。”

有鉴于此，张氏认为虚损类疾病的发生，亦当责之于水火并具的肾命，是肾命水火（真阴、真阳）动态平衡关系失调的结果。因此在治疗上，他主张观察肾命水火的虚损所在，而采用阴阳互济、有所侧重的方法，提出“善补阳者必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷；善补阴者必于阳中求阴，则阴得阳升而泉源不竭”，“欲治真阴而舍命门，非其治也”，“治水治火皆从肾气，此正重在命门而阳以阴为基也”等治则，对临证具有独特的指导作用。在用药上，他推崇薛立斋和赵献可用八味丸补火、六味丸滋阴的方法，但嫌二方中茯苓、泽泻渗利太过，有碍补力之发挥，故自创“左归”、“右归”等方药以代之。上述认识均充分体现了张





氏重视肾命阴阳互根，尤重肾阳的主导思想。

二

以薛立斋、赵献可，特别是张介宾为代表倡导的温补学说，不仅使当时医界大为震动，而且对后世医家也有深远影响。张氏的温补学说与朱丹溪的滋阴学说，从不同角度充实、丰富了中医学的理论和临证宝库，给补法增添了光辉的篇章。后代医家高鼓峰、张石顽等人均依据张介宾之说而立论，从而形成了中医学中独具一格的温补学派，张氏由此必然被视为该派的中心人物。

温补方法治疗虚损诸证，诚有独到之处，但需辨证精确，用之恰当，方药对证，即所谓当补而补，才能收事半功倍之效。但不善学者，常不掌握病机病情，动辄施补，即不当补而误补，必然会引致相反结果，甚至延误病情，犯实实之戒。加之一些世俗庸医以温补之说，奉迎病家恶攻喜补的心理而滥用补药，由此引起明末清初部分医家对以张氏为代表的温补学派的非议和抨击。如徐灵胎认为此派主张乃是“魔道”，说：“今乃相率而入魔道，其始于赵养葵、张景岳辈，全不知古圣制方之义，私心自用，著书成家”。主张寒凉的章虚谷则批判张氏为代表的温补学说“论外邪证治，不切于理，而偏于补……对内伤诸证治，偏热扶阳”，是“不识阴阳六气之变化，虽有发明之处，亦是功过参半”。尊经崇古的陈修园也不同意张介宾自创之“新方”，认为“新方有碍经方”，并著《景岳新方砭》，对张氏加以批驳。

上述批评虽对纠正某些滥用补法的不良医风有一定作用，但在某些方面也不尽公正。之所以如此，主要是其未能理解温补学说是为治疗阴阳虚损诸证而立论的本意。明朝末年，政治腐败，民不聊生，病多虚寒。从张介宾自述中可以





看出，他临证所遇多为适合温补之证，因而亦多采用温补之药，立论亦多温补之说，是势所必然。至于世俗庸医顺迎病者畏攻喜补之心理，滥用补药，其过当不应归咎于张氏学说。

客观上，无可讳言，张氏对于虚证之治，确有偏于温补的辨治取向。如他所说：“虚实之治，大抵实能受寒，虚能受热。所以补必兼温，泻必兼凉……即有火盛气虚宜补以凉者，亦不过因火暂用，火去即止，终非治虚之法也”，“而虚弱者，理宜温之补之，补乃也用于常……凡临证治病，不必论其有虚证无虚证，但无实证可据而为病者，便当兼补以调营卫精血之气；亦不必论其有火证无火证，但无热证可据而为病者，便当兼温以培命门脾胃之气……今人之虚者多实者少”。但不能据此而认为张介宾是全盘温补论者。他在《景岳全书》中首先讨论阴阳六变，系统分析《内经》和《伤寒》的辨证论治理论，其中多数论述仍为今日辨证论治的绳墨。例如对阴阳寒热表里虚实的阐述，无所偏倚。另外，他施用方药也局限于温补，如“八阵方”中就设有“寒阵”、“攻阵”，其中载有白虎汤、人参竹叶石膏汤、抽薪饮、绿豆饮等寒凉之剂。因此可知，张介宾并未将其“阳非有余而阴常不足”的论点，无原则地搬用于临床，认为任何疾病均属不足而绝无有余之证，而是十分强调“脏有阴阳，药有宜否……用药当如盘珠，勿若刻舟求剑”的辨证用药原则。

张氏虽在学术上抨击过刘、朱之言，但对具体疾病的辨证施治仍能兼采温凉攻补诸家之长，无所偏废，且运用得当。如在中风证治中极其赞同刘、朱二家所论中风病因并非外来风邪之说。他在治疗方面也受丹溪影响而重视从气血痰



新加坡
PDF



着手。又如他论三消证，也推崇丹溪之说而不尊薛己。论喘促亦援引东垣、丹溪两家学说为多。其余各证引用丹溪之说亦复不少，甚至间或采用张子和的主张。由此可见，张介宾虽以温补见长而成一家，但他在学术上并非自以为是，故步自封，而是能打破门户之见，根据实际需要，采纳诸家长。上述所长是使他能在学术上取得显著成绩的重要因素。

总之，张介宾的学识渊博丰富、思想解放，敢破前人之说，故在理论探究和临证实践方面均多有创见，其倡导的命门学说和人之生气以阳为主难得易失，又如温补元阴、元阳等学说，论理透彻，颇有胜前人之处。张介宾的学术观点不仅对当时医学界有重要影响，即使是在今天对祖国医学的研究也有重要参考价值。

当然，张介宾的某些理论属于封建伦常的糟粕，还沿用了前人一些不切实际的说法等，但这与其学术成就相比，毕竟是次要的，也无损于他作为一位具有代表性的著名中医学家的光辉形象。

治则与治法辨析

“治则”是中医学理论的重要组成部分，是在“四诊”“八纲”等整体观念和脏腑、气血、三焦、卫气营血等辨证理论指导下，通过“以常衡变，揆度奇恒”、“辨证求因”、“审因论治”等辨证思维，对疾病本质进行分析、归纳而制定的治疗原则，是中医临证辨治必须遵循的规律性法则，对立法、制方、用药等方面均发挥至关重要的指导作用。“治法”是在“治则”指导下采用的具体治疗方法。任何治疗





疾病的具体方法，都是在治疗原则的指导下制订并从属于相关连的治疗原则。因此“治则”和“治法”是有差异的，二者的概念有别，不应混淆。

一、扶正祛邪和阴平阳秘

祖国医学认为，疾病发生是正邪相争的表现。疾病发展过程中所表现的症状，则是正邪之间相互消长的反映。但是对正邪相争消长过程产生决定作用的因素是人体正气的强弱，正如“正气存内，邪不可干”，“邪之所凑，其气必虚”。因此在治疗疾病时，不仅要重视消除致病因素——邪气，更要重视增强人体抗病能力——正气，所以前人提出“扶正祛邪”即“正足邪自退”的治疗原则。然而正气的强弱，是疾病发展过程中正邪盛衰的具体表现。如果出现“邪气盛则实，精气夺则虚”的病理现象时，前人又提出“祛邪扶正”即“邪退正自安”的治疗原则。

总之，扶正祛邪和祛邪扶正的最终目标都是要使人体的正气康复，阴阳偏盛偏衰达到动态平衡，如“调节阴阳，以平为期”，“阴平阳秘，精神乃治”。因此，“扶正祛邪”、“祛邪扶正”和“调节阴阳”、“阴平阳秘”均属于治则。

二、治病求本和标本缓急

“治病必求于本”是最基本的中医治则。一般治疗规律均是先治其本、后治其标。所谓治病必求其本，就是求其发病原因。疾病的发生，或因于阳，或因于阴，但总不外乎阴阳之偏盛与偏衰。然而，导致阴阳偏盛偏衰的原因很多。所以治疗时，首先应详察阴阳之偏盛偏衰，客观分析病因，正确掌握病机之枢转、症状之主次、发病之先后，而后加以调



治，才能使气血通调，正气充盈，阴阳盛衰恢复动态平衡，从而达到治愈疾病目的。即所谓“审其阴阳，以别柔刚；阳病治阴，阴病治阳；定其血气，各守其乡”，“谨察阴阳所在而调之……谨守病机，各司其属……疏其血气，令其调达，而致和平”。

“治病求本”和“先治其本，后治其标”是临床治疗理应遵守的原则。但是，原则并非一成不变地机械运用，而应根据病证之轻重缓急和发病之先后，通权达变，因人因证而异。因此，“急则治标”、“缓则治本”或“标本同治”等不同治则就是原则性的灵活运用。

如临证常见的风寒感冒，其病因以感受风寒为本，而以发热、恶寒、头痛、鼻塞、脉浮等为标，辨治时采用“辛温解表以散风寒”的方药，使表邪得解，其他症状即可随之而愈，这是先治其本，也是“病在本而求之于本”治则的具体运用。如先有其他疾病而引起胸腹撑胀的中满证，治疗时要先消中满，而后治他病，这是“先治其标”，也是“病在本而求之于标”治则的具体运用。若因中焦虚寒脾失健运而发生泄泻，则泄泻为标，治宜健脾温中，使脾运得健，中焦得温，则泄泻自愈，这是“先寒而后生病者，治其本”，也是“病在标而求之于本”治则的具体运用。又若证见二便不利，不论是起于何因何病，或为原发或为继发，都应该先治二便不利；如二便不利和中满证同时出现，应先解其危急或同时并治，即是“急则治标”和“病在标而求之于标”治则的具体运用。

此外，若患者同时出现两种以上证候，病情又比较复杂，就要通过辨证思维的方法，从中找出其主要证候，权衡其轻重缓急，根据“急则治其标，缓则治其本”法则，选





择治标和治本之孰先孰后，或“标本同时并治”。例如《伤寒论》中的“麻黄附子细辛汤证”，由于表证、里证俱急，故用麻黄发汗以解表邪，附子、细辛温经助阳以散里寒。这种温中散寒和发汗解表并用的治法，属于“标本同治”的治疗原则。

又如，疾病在发展过程中的不同阶段，表现有主证、兼证之不同，临床辨治须加以审别。外感风寒引起的身热和腹痛、下利，此时表邪身热为主证，腹痛下利则为兼证，治疗时应先表散风寒、除其身热为主，辨治腹痛下利之里证为次，这是“必伏其所主，而先其所因”治则的具体运用。若病久而寒邪入里，证见腹痛、下利、四肢厥逆，或下利清谷，为里寒已甚，此时虽有表邪未解，仍当以温中回阳治里为主，解表散寒为次，属于“先寒而后生病者，治其本”的治则。

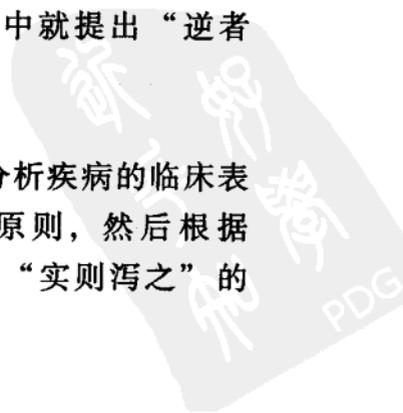
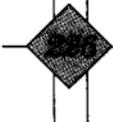
以上是在临证中应遵循的治疗原则。应注意，治疗原则的运用必须根据患者所表现的证候，详细辨别其轻重缓急、先后主次，进而采取相应的具体治疗方法，遣方用药，才能收到预期的效果。

三、正治和反治

“正治”和“反治”又称“逆治”和“从治”，是中医治疗学中两种不同的治则，早在《内经》中就提出“逆者正治”和“从者反治”的学说。

1. 正治

正治法是在辨证论治的理论指导下，分析疾病的临床表现，辨明其性质的寒热虚实，拟定治疗原则，然后根据“寒者热之”、“热者寒之”、“虚则补之”、“实则泻之”的





治疗方法，补偏救弊，使疾病趋向痊愈。这种与证候表现和疾病性质相逆的治则，是常用的一种正常法则，所以叫做“正治法”（也称“逆治法”），此即“正者正治”之谓也。正治法虽然是常用的治疗法则，但在具体运用上也要通过辨证思维对疾病进行全面的认识，拟定出具体的治疗方法，应用于临证，方可获得满意的疗效。诸如寒证用热药、热证用寒药、实证用攻法、虚证用补法等等，都是正常的治疗法则。寒证、热证均有表里之别，因此在治疗上则有辛温解表、辛热温里、辛凉解表、苦寒攻里等不同的具体治疗方法。若推之于虚证和实证，也均有表里之不同，因此应当在补虚泻实的总体治则指导下，根据其不同见证拟定出相应的具体治疗方法。

2. 反治

反治法是对病情复杂，病势严重，证候和病机不相符合而出现假象的情况下，采用与表现证象相顺从的药物进行治疗，所谓“从者反治”。这种顺从其临床症状表现假象的治疗法则，通常是指“热因热用”、“寒因寒用”、“塞因塞用”、“通因通用”。

“热因热用”适用于疾病本质为阴寒内盛，格阳于外，发生阴极似阳的假热证象。此时，顺从其表现的假热证象而运用温热药物辨治其本质的真寒证，使里寒消散，阳气回复，则其表现的假热证象自然随之消散。因此，“以热治热”、“热因热用”的反治法，是适用于内有真寒、外有假热病证的治疗法则。

“寒因寒用”适用于疾病本质为里热炽盛，格阴于外，发生“热深厥深”、四肢厥冷的假寒证象。此时，顺从其表现的假寒证象而运用寒凉药物治其本质的真热证，使内热得





清，阳气外达，则其表现的假寒证象自然随之消散。因此，“以寒治寒”、“寒因寒用”的反治法，是适用于内有实热、外有假寒病证的治疗法则。

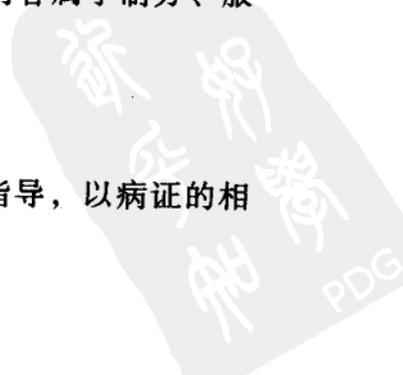
“塞因塞用”专指以补益药物治疗闭塞不通病证。如脾肾虚寒、中气不足、脾失健运的腹胀，久病气血不足、津液亏虚、大肠传导失职的便秘等证候，虽然采用健脾、固肾、益气、养血、补虚等法以治其闭塞证象，但归根结底还是治其脾肾虚寒和气血不足的本质。因此，“塞因塞用”即所谓“以补开塞”的反治法，是适用于内有虚损、外有壅堵病证的治疗法则。

“通因通用”专指用通利方法治疗通泄不止病证。通泄的病证，用正治法治疗，应当固涩、收摄。如果由于宿食留滞肠胃而发生的泄泻，则应用消导的方法，使肠胃食滞得消，则泄泻自止。又如用清利湿热法治疗尿频急迫之湿热、淋病；用泻下的方法治疗肠中燥屎内聚、水液旁渗所致的“热结旁流”的下利证，这些都是属于“通因通用”的反治法。

此外，还有“反佐法”。前人也常把它列为“反治法”之一。反佐法有两种意义：一种是方剂组成中药物配伍的反佐法：如在大队的寒凉药中，加少量的热药，以制其寒凉太过；一种是汤剂服法中的热药凉服、寒药热服。这两种方法都是为了防止病机和药物发生格拒，但其内容属于制方、服药的具体方法，应在方剂学里讨论。

四、同病异治，异病同治

同病异治、异病同治是以辨证论治为指导，以病证的相异相同为前提，决定治疗时的异治或同治。





相同的疾病，由于病因、病机和机体反应性质不同，而表现为不相同的证候，就当用不相同的方法治疗。如同为“失眠”证，因劳伤心脾，证见少寐多梦者，治当补养心脾为主；因心肾失交，水火不济，证见虚烦不眠者，治当交通心肾，壮水制火为主；因宿食停滞中焦，或积为痰热，气机升降受阻，而影响睡眠，即所谓“胃不和则卧不安”者，治当消导和胃为主，佐以化痰清热。又如，同为感冒，其病因有风寒风热之不同，在治疗时即有辛温解表、辛凉解表之分。以上所举，就是属于“同病异治”之例证。

不同的疾病，由于病因、病机相同，在发展过程中，出现同一性质的证候，可用相同的方法治疗。如临床常见的冠心病、心绞痛、消化道溃疡、肝硬化、脑卒中等病，凡其临床表现有瘀血证候可据者，均可采用活血化瘀法治疗；又如因中气不足所致的脱肛、久泻、久痢、因其病机相同，所以均可用补中益气的方法治疗。上边这些治法是属于“异病同治”的例证。

如上所述，中医的一切治则，均服从于“治病必求于本”的总原则。如扶正祛邪和祛邪扶正，其目的是使人体的正气康复，阴阳失调达到平衡；“急则治标”是为制本创造有利条件；“从者反治”只是顺从其表现的假象所采取的通权达变的治则，其最终目的还是治疗疾病的本质；“同病异治”、“异病同治”则是在辨证论治和治病求本的理论指导下从病因、病机着手的一种治疗原则。

总之，中医的一切治则均是辨证论治的特点在临床上的具体体现，对立法、制方、遣药具有普遍的指导意义。所以它是中医临床治疗疾病必须遵循的原则。也说明了治疗疾病的具体方法，都要从属于一定的治疗原则。





从临床治验谈辨证论治

辨证论治是通过归纳四诊所收集的证候资料，发现疾病的主要矛盾，进而辨别疾病的病因、病机、病位、证候，为处方用药提供可靠依据。疾病的痊愈或预后均与辨证论治密切相关，辨证论治是中医临证实践的关键所在。

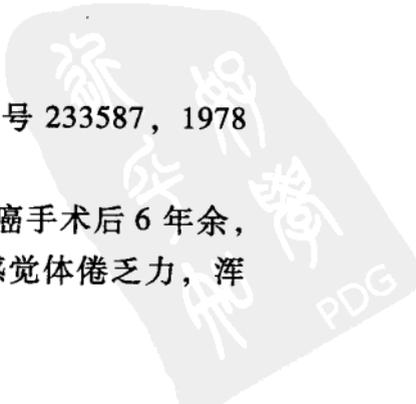
辨证既明，即当论治。辨证是论治的理论根据，而论治又是辨证的具体体现。所以辨证论治是一个整体的两个方面。中医临证辨治的主要法则，乃是“治病必求其本”。但病有轻重主次之不同，治有先后缓急之迥异，因此有舍本从标，有舍标从本，有标本兼顾等具体选择，所谓“急则治其标，缓则治其本”。由此可见，治标和治本是为临证目标服务的，“治病必求其本”既有原则性，又有机动性和灵活性。这就进一步提示在临证辨治时，需要针对病情的轻重缓急，灵活对待标本的取舍。

在多年临证实践中，始终坚持以辨证论治为诊治一切疾病的主要指导理论，曾治愈的右肺炎症患者，可为生动例证之一。兹就本例肺炎患者的治疗过程，分析辨证论治实践过程中的原则性、机动性和灵活性。

一、病历简介

患者李某某，男，57岁，干部，住院号233587，1978年8月24日会诊。

既往有慢性气管炎史20余年，右上肺癌手术后6年余，有多年失眠史。今年8月上旬，患者开始感觉体倦乏力，浑





身酸痛，继而发热，咳嗽，咯黏痰不爽，喘息气促，憋气较甚。当时查血红蛋白 15g/L，白细胞 $9.2 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞 0.90，淋巴细胞 0.09，大单核细胞 0.01，血沉 32mm/h。多次查痰均未找到癌细胞。结合肺部 X 光片及肺部听诊，诊断为“右肺炎症”，收住某省级医院。住院期间，应用各种抗菌药物等西药治疗半月，效果不佳，且出现尿路真菌感染。会诊时刻诊：体温 37.8℃，咳嗽频频，咳吐较多黄白黏痰，且不易咯出，伴喘息气急、胸闷、憋气，气息不畅，以夜间尤甚，口唇紫绀，纳食欠佳，二便正常，舌质较红，苔白兼黄而厚，脉弦细。

二、证候分析

患者既往有长期咳嗽病史，且已行右上肺癌手术 6 年之久，其素体亏虚，已无疑义。此次延余治疗时，乃寒邪犯肺郁久化热，闭阻肺卫，以致肺失宣降，清肃之令不行而为病。盖肺为娇脏，不耐寒热，主气而司呼吸，居于高位，外与皮毛相合，感受寒邪，由皮毛而入，上犯高位，导致肺气失宣，气机不利而发生咳嗽频频、喘息气急、胸闷、憋气、口唇紫绀等证。盖肺乃脏腑之华盖，为阳中之太阴，阴盛于夜；寒邪外袭，而郁于内，阳气不能布达，故病以夜间为甚。肺为贮痰之器，寒邪犯肺，郁久化热，热烁津液而为痰，痰热内阻，肺失清肃之常，故吐痰白黄相兼、黏稠不易咯出。体倦乏力、午后低热，乃寒邪入里化热耗气伤阴，阴虚而生内热之征。至于纳食欠佳，乃素体亏虚，脾胃健运无力之候。苔白兼黄而厚，脉弦细，此气阴两虚兼有内热之象。





三、辨证论治

辨证：脉证合参，患者乃寒邪入里化热耗气伤阴，肺失宣降，清肃之令不行，证见咳嗽憋气均重。根据病有轻重主次、治有先后缓急和外感咳嗽“其来在肺……此肺为本”之说，拟养阴清热、宣肺散邪、止咳为主，佐以化痰平喘，治其标兼顾其本，先治其咳嗽喘促，以缓其胸闷憋气，呼吸不畅之急。

处方：元参 18g，北沙参 18g，麦门冬 15g，肥知母 12g，银花 24g，连翘 12g，板蓝根 18g，薄荷 9g，射干 12g，百部 15g，桑皮 12g，全瓜蒌 18g，川贝母 9g，苏子 9g，苏叶 9g，炒杏仁 9g，甘草 6g，水煎两遍，共取汁约 200ml，混合分两次温服。

方解：元参、北沙参、知母养阴清热，兼能润肺止咳，银花、连翘、射干、苏子、苏叶、薄荷、板蓝根、百部、全瓜蒌、炒杏仁清热散邪，宣肺止咳，且能平喘，川贝、甘草、桑皮清肺润肺，止咳化痰，使肺清痰去，则咳嗽自止。诸药相伍，共成养阴清热、宣肺散邪、止咳化痰平喘之功。

复诊（8月26日）

两天连服初诊处方三剂，咳嗽、喘促、胸闷、憋气明显好转，白天稠痰减少，且易咯出，但仍有低热，食思欠佳，口干苦而黏，苔灰黄而厚腻，六脉弦细。

辨证：低热不退，食思不振，口干苦而黏，苔灰黄而厚腻，是阴虚内热未退，秽浊之气欲进之势。

处方：守前方意旨，改量为元参 30g、银花 36g、板蓝根 30g、连翘 18g，加黄芩 9g、白薇 9g、青蒿 15g、佩兰 12g，余药如前，相伍以助其养阴清热、宣肺止咳而退秽浊



之功。因射干缺货故加白前 12g 代之。甘草味甜，虑其对口黏、苔腻不利，故去而不用。

三诊（9月2日）

服二诊处方六剂，咳嗽减，吐痰少，喘息气急已基本平和，自觉体力稍增，午后仍出现低热，但持续时间较短，有时上半身一过性发热，口仍干涩，纳食稍佳，二便正常，舌淡红，苔黑乏津，脉弦细稍数。

辨证：咳痰减少，喘憋近愈，惟仍出现低热，苔见灰黄乏津，此清肃之令得行，阴虚内热尚未消净，秽浊之气渐进之象。故再按养阴清热兼除秽浊为主，佐以宣肺止咳平喘，以防肺热咳嗽复发。

处方：按上方去银花、连翘、桑皮、黄芩、竹沥膏（患者因气味异常不欲服，故去之），加苦桔梗 12g、鳖甲 18g、地骨皮 12g、银柴胡 12g、金石斛 12g，如前法煎服。

方解：所加之桔梗，辛散苦泄，治痰嗽喘息，与清肺去痰之药同用，其效益彰；地骨皮、银柴胡均有退虚热之功，故配入石斛、鳖甲等滋阴清热药中，对阴虚发热，效果颇佳；且白薇、地骨皮又能治发热喘嗽，与止咳化痰药相伍，故可使热去，清肃之令得行，而咳嗽喘息自愈。此外，石斛清热滋阴生津，用之于阴虚而见口干，烦躁或阴虚发热患者，效果亦佳。

四诊（9月6日）

服上方三剂后，体温已降至正常，咳嗽极轻，吐痰极少，且易咯出，体力较增，精神较爽。惟口仍干涩，纳食欠佳，舌脉如三诊。按效不更方，仍守原方续服。

五诊（9月11日）

1 周来患者体温稳定在 36.5℃ ~ 36.8℃，黑苔渐退，惟





仍觉体倦乏力，口干舌涩，偶有咳嗽，吐痰，食思、睡眠欠佳，大便稍稀、日行二次，舌质淡红，苔薄白，中部灰黑、少津，脉弦细。

按前方减元参为 18g，以防其性寒凝滞、大量久用而碍脾胃之运化，改沙参为 24g，以润肺燥而止咳；加橘红、竹茹、五味子，既化痰浊，又兼顾止咳。至于舌苔边白、中部灰黑、少津，此秽浊之气有渐退之象，因去佩兰，以防久用辛燥伤津。大便稍稀，且日行二次，故去杏仁、桔梗和润滑之瓜蒌，而加炒苡仁上清肺金，下益脾土。西洋参，性凉而味甘苦，能补肺生津，养阴固本，可用于肺气阴不足，虚热咳嗽等证，故对本例患者用之颇为相宜。

六诊（9月16日）

患者体温自用 9 月 6 日方之后稳定在 36.6℃ 左右，咳嗽、吐痰继续好转，黑苔明显减退呈微褐色，纳食欠佳，大便仍稍稀，脉弦细。

守五诊处方加白术 15g、白蔻仁 9g、藿香 12g，以芳香化湿，健脾开胃，而助消化。因大便仍稍溏，故去石斛、元参，改麦门冬为 15g、知母为 12g，以增其润肺止咳祛痰之效。

七诊（9月19日）

病情稳定，舌苔已恢复正常，不咳嗽，吐痰极少，纳食较前增多，大便已成形，午后上半身仍自感微热，体倦乏力，睡眠欠佳，舌质淡红，苔薄白而润，脉弦细。

按语：续以益气养阴退热、交通心肾水火为主，佐以芳香醒脾化湿法治之。

处方：制首乌 15g，麦门冬 12g，五味子 9g，炒枣仁 30g，夜交藤 18g，合欢皮 15g，生黄芪 24g，党参 18g，焦白



术 15g, 白叩仁 9g, 青蒿 15g, 银柴胡 12g, 地骨皮 12g, 炒苡仁 24g, 藿香叶 12g, 竹茹 12g, 西洋参 2g (研粉两次冲服), 水煎服法同前。

方解: 黄芪、党参、麦门冬、五味子、青蒿、地骨皮、银柴胡, 益气养阴退热; 制首乌、炒枣仁、夜交藤、合欢皮, 交通心肾; 焦白术、白蔻仁、藿香叶、炒苡仁、竹茹, 芳春化湿、健运脾胃; 西洋参之功用同前。

八诊 (9月22日)

患者自觉体倦乏力好转, 纳食续增接近往昔, 上半身未再有热感, 大便成条, 舌诊正常, 脉弦而有力。复查血沉和血常规均在正常范围, 胸部 X 片显示肺内炎症基本吸收。

因其肋肋素有微痛, 加川楝子 12g、广郁金 9g, 以疏肝理气而止痛。咳嗽咯痰均愈, 乃痰热已清, 减去竹茹。嘱其带药六剂, 出院后隔日服一剂, 以资巩固。

10月4日随访, 上述症状未再复发, 患者与其家属均很满意并表示感谢。

四、医案体会

由于病有轻重主次, 治有标本缓急, 因此审证求因、标本取舍就成为临床辨证论治的中心环节。文中所举的例证就是在辨证论治思想指导下, 抓住每一环节中的主病机, 采取急则治标、缓则治本和标本兼顾的治疗法则, 从而解决了一个又一个的主要矛盾, 并且兼顾到次要矛盾, 取得了较为满意的效果。

因此, 中医治病决不能“见头痛医头, 见脚痛医脚”, 更不能离开辨证论治法则, 只求一方一法而期望使变化多端的病证归于痊愈, 而必须是在辨证论治理论指导下, 首先准





确辨别证候，审明病因和疾病的部位，从而抓住疾病关键所在，“有者求之，无者求之”，“盛者责之，虚者责之”，予以审因施治，有的放矢，才能使错综复杂的病情由重而轻，由轻而愈。这就是辨证论治的独特之处。

活血化瘀源流简述

活血化瘀是在瘀血学说基础上形成的以活血化瘀药物为主构成的治疗大法，源于《内经》，后世历代医家又多有发挥。

一、秦汉时期

对“瘀血”和“活血化瘀”已有一定的认识。

1972年11月在甘肃省武威县汉墓出土的一批记载百病方的《医简》中，治“血瘀”方包括干当归、弓穷（川芎）、漏庐（漏芦）、桂、蜀椒和蛇（虻，与菑通），上药六味为散，以淳酒和饮一方寸匕，日三饮。《尔雅》注：菑，贝母。《诗经·卫风》：“陟彼阿丘，言采其蛇”。陆玑曰：“蛇，今药草贝母也”。从此方组成看，确有养血活血、解郁散结之功效，特别是用淳酒和饮，其作用当必相得益彰。

《内经》虽然未有“瘀血”和“活血化瘀”的明确词语，但已有“寒独留则血凝泣，凝则脉不通”、“无令恶血得入于经，以成其疾”和“血气扬溢，络有留血”、“孙络水溢，则经有留血”等经文论述。

《神农本草经》共总结了365种药物的性味和功用，其中具有活血化瘀、破血消瘀作用的药物约40余种，反映了



早在两千余年前，我国人民运用活血化瘀药物治疗病证已有成熟经验。

东汉张仲景在《内经》理论上，结合临证实践，对瘀血学说作了进一步地发挥，其在《伤寒论》和《金匱要略》中多有阐述发挥，确立了“蓄血”、“瘀血”和“干血”等病名，并创立多首辨治瘀血方剂。如“阳明证，其人喜忘者，必有蓄血，所以然者，本有久瘀血……宜抵当汤下之”，“太阳病身黄，脉沉结，少腹硬，小便不利者，为无血也。此辨少腹硬是水是血。同一身黄，脉沉结，小腹硬，而以小便利为蓄血，以小便利为溺结……小便自利，其人如狂者，血证谛也，抵当汤主之”等。

程林解释下瘀血汤之说颇得仲景组方之意：“蜜虫主开血闭，大黄主攻瘀血，桃仁主破死血。三药相合，以攻脐下干血”。下瘀血汤不仅能治产妇腹中有干血著脐下而痛和经水不利，凡小腹有痛块，疼痛难忍而拒按，其人肌肤甲错，脉沉弦或结涩，舌质绛紫，或有瘀斑，不论男女均可以本方主之。如陆渊雷在注释本方时引《腹证奇览》云：“脐下有瘀血，小腹急痛不可忍，甚则不可近手者，本方所主也”，说明下瘀血汤不是专为产后病所设。

仲景的桃仁承气汤是破血化瘀，治“下焦蓄血，其人如狂，小腹急结胀满”的方剂；抵当汤是攻逐蓄血的峻剂，治蓄血热在下焦，其人如狂或发狂，小腹鞭满拒按，小便自利，大便易而色黑，脉沉结者；大黄蜜虫丸是祛瘀生新，缓中补虚之剂，治五劳虚极羸瘦，腹满不能食，内有干血，肌肤甲错，两目黯黑，舌有瘀点，脉弦涩者。清朝尤在泾论大黄蜜虫丸的组成说：“此方润以濡其干，虫以动其瘀，通以去其闭，而仍以地黄、芍药、甘草和养其虚，攻血而不专主





于血”，阐明了仲景祛邪不忘扶正之意。桂枝茯苓丸是治疗“妇人宿有症病”之方，《汤本求真》说：“本方应治男女有瘀血，而腹拘挛，上冲，心下悸者，为定义”。陆渊雷引“方函口诀云，此方主去瘀血所成之癥瘕，故可治用于瘀血所生诸证”，提示临床要着眼于灵活运用，不必为“妇人宿有症病”所拘泥。

上述仲景所制之方剂，均为治疗瘀血证而设。但病有久暂间甚之别，药有峻缓汤丸之分，临床运用时，应当根据病情之新久、轻重、缓急遣方用药，见仁见智，存乎一心，才能行园智方，适得病机。

晋代葛洪在《肘后备急方》中，也有用当归、桃仁、干漆等活血化瘀药治疗心痛和心腹癥坚的记载。

二、隋唐时期

由于中外交通和经济贸易的日渐发达，药物流通日益频繁，活血化瘀药物宝库也得到了进一步丰富和充实，如血、苏木、玄胡索、乳香、没药等均是在此时期进入中国。其中，乳香、没药是唐永徽年间由阿拉伯国家赠送于大唐帝国。

隋唐时期有代表性的医著如《诸病源候论》、《备急千金要方》、《外台秘要》等，在论述蓄血证治时皆宗《内经》、仲景之旨，并在此基础上有所发挥，发展了活血化瘀的理论和方剂。如《诸病源候论》记载：“夫人先瘀结在内，因伤寒病，若热搏于久瘀则发热如狂，若有寒则小便满，小便反利，此为血瘀宜下之，其脉沉结者，血证谛也”。《备急千金要方》说犀角地黄汤是“治伤寒及温病应发汗而不汗之内蓄血者，及鼻衄、吐血不尽内余瘀血，面





黄，大便黑消瘀血方”，其论述不仅对瘀血证和活血化瘀方剂有所发展和扩充，也为后世温病学家治疗血热搏结伤阴而为瘀血者开创了先声。《外台秘要》载有治瘀血方 20 首，其中有 16 首是通过内服方法治疗从高处坠下所致瘀血及骨折的方剂，还用川芎、丹参、牛膝、五加皮等活血化瘀药组成了治疗水气肢肿的方剂。

三、宋元时代

宋代方书中介绍了较多的活血化瘀药物和治疗瘀血证方剂。如《太平惠民和剂局方》的“失笑散”，《宋人医方三种·全生指迷方》的“当归丸”、“三棱煎”等。从《宋人医方三种·史载之方》中还可看出史堪氏善用三棱、莪术。

金元四大学派对于活血化瘀方药的应用也有发挥。如张子和提出“气血流通为贵”，认为下法与理气活血法同用，可以使“陈莖去而肠胃洁，瘀癥尽而营卫昌”。李东垣重视“补土”，亦倡导“调和气血”，如“通幽汤（又称导气通幽汤）”、“散滞气汤”、“破血散痛汤”、“川芎肉桂汤”、“独活汤”、“地龙汤”、“清阳汤”等等，均选用了桃仁、红花、当归、川芎、苏木、水蛭等活血化瘀和破血消瘀药物。又如，李东垣治心腹胀满之“三棱消积丸”是用破血消积的三棱、莪术伍入神曲、茴香、青皮、陈皮、丁香皮、益智、巴豆等研末为丸。再如，他以活血化瘀为主组成的“复元活血汤”，是专治瘀血病证的方剂，至今在临床上还被广泛应用。朱丹溪也很重视“解郁散结”，创六郁（气、血、痰、湿、食、热）之说，并且认为六郁之中，气郁、血郁是基本，他治疗血积的“五积丸”，就是在五积丸的基础上加入仲景的抵挡丸。《丹溪心法》中还记载了以桃仁、





红花、川芎、青黛、香附等组成的“血郁方”。

四、明清时期

明朝对活血化瘀法也很重视。

《普济方》提出：“人之一身，不离乎气血。凡病经多日，疗治不痊，须当为之调血……用药川芎、莪术、桃仁、灵脂、生地黄、北大黄为要……以此先利其宿瘀”。李中梓治疗痿证提出可用“桃仁、红花、莪术、穿山甲、四物汤”。

张景岳对“血证”的论治，颇为精确，认为“血有蓄血而结者，宜破之逐之，以桃仁、红花、苏木、玄胡，三棱、蓬莪术、五灵脂、大黄、芒硝之属”，“血有虚而滞者，宜补之活之，以当归、牛膝、川芎、熟地、醇酒之属”等等，还提出“补血行血无如当归……行血散血无如川芎”。

张璐治疗血瘀滞不行，按上、中、下三焦论治，认为血蓄在上焦，用犀角地黄汤；血蓄在中焦，用桃仁承气汤；血蓄在下焦，用抵当汤（丸）。他还提出：“虚人虽有瘀血……宜兼补以去其血，桃仁承气汤加人参治之”。

清代对活血化瘀法的运用有了进一步发展。

如叶天士综合前人经验，通过临证实践总结出卫气营血辨证论治学说，在分析温热病邪入于血分的病机与治疗时指出：“温热病邪入血，就恐耗血动血，直须凉血散血”；在论舌时说：“热传营血，其人素有瘀伤宿血在胸膈中，挟热而搏，其舌必紫而暗，扪之湿。当加入散血之品，如琥珀、丹参、桃仁、丹皮等。不尔瘀血与热为伍，阻遏正气，遂变如狂发狂之证”。吴鞠通论治热邪内传，血热搏结伤阴而为瘀血时说：“时欲漱口，不欲咽，大便黑而易者，有瘀血



也。犀角地黄汤主之”，“少腹坚满，小便自利，夜热昼凉，大便闭，脉沉实者，蓄血也，桃仁承气汤主之，甚则抵挡汤”。朱武曹先生评论说：“以上二条法稍变，一则为阴亏蓄血而设，补中有泻；一则为邪多蓄血而设，重手攻邪，以泻为补”，可谓得鞠通立法之意。

王清任是清代一位理论和实践相结合的医学家。他在《内经》“定其血气，各守其乡，血实宜决之”的理论指导下，创制了以活血或逐瘀为名的 8 首方剂，并且叙述了其中某些方剂的主治范围，如《医林改错》中说：“立通窍活血汤治头面四肢周身血管血瘀之症；立血府逐瘀汤治胸中血府血瘀之症；立膈下逐瘀汤治胸腹血瘀之症”以及“少腹逐瘀汤治少腹积块疼痛……或少腹胀满”等共 50 多种病症，从而扩大了活血化瘀法的适应范围。他根据“气虚宜掣引之”和“气为血之帅”的理论，在以活血化瘀药为主组成的补阳还五汤、身痛逐瘀汤、黄芪桃红汤等，重用黄芪，增强了活血化瘀的作用。他还联系临床见证，根据活血化瘀药“少用则活血，多用则破血”的理论，对具有活血化瘀共同特点的通窍活血汤、血府逐瘀汤、膈下逐瘀汤三方中赤芍和川芎的用量予以增损，对其他药物作了加减，因而使三方的作用则又各有侧重，说明王氏在应用活血化瘀药物方面有丰富的实践经验。

唐容川的《血证论》在论瘀血时指出：“凡系离经之血……其在经脉中而未入于胃者，急宜用药消除，或化从小便出，或逐从大便出，务使不留，则无余邪为患……故凡血证，总以祛瘀为要”。他较为详细地论述了瘀血在经络脏腑、上中下三焦、腠理、肌肉等部位的主要病机和证候，在治疗方面创制多首活血化瘀方剂，如“瘀血攻心……用归





芎失笑散加琥珀、朱砂、麝香治之……瘀血乘肺……葶苈大枣汤加苏木、蒲黄、五灵脂、童便治之……瘀血在经络脏腑……佛手散加桃仁、红花、血竭……瘀血在上、中、下三焦，分别用通窍活血汤、血府逐瘀汤、失笑散加醋军、桃仁治之，膈下逐瘀汤亦稳……瘀血在腠理……小柴胡汤加桃仁、红花、当归、荆芥治之……瘀血在肌肉……犀角地黄汤加桃仁、红花治之，血府逐瘀汤加醋炒大黄亦可治之”等等。他还批驳说：“世谓血块为瘀，清血非瘀。黑血为瘀，鲜血非瘀，此论不确”，提出：“离经之血，虽清血、鲜血，亦是瘀血”。他根据“气为血之帅，血为气之守”的道理，对血证进一步阐述发挥，申述“古人所欲言”，补充“前贤所未备”，是一位对论治血证有卓越贡献的医学家。

近代名医张锡纯对瘀血证的论述，亦有发挥，他创制的“治气血郁滞肢体疼痛方”（如金铃泻肝汤、活络效灵丹、活血祛寒汤、健运汤、振中汤、曲直汤等）选用乳香、没药、三棱、莪术、当归、丹参等药物，随证加减，常用药物有牛膝、桃仁、五灵脂。他善用三七，说：“三七善止血妄行，又善化瘀血而不伤新血……”又说：“三七为止血妄行之圣药，又为化瘀之圣药……恒用以消积久之瘀血皆能奏效”。

已故业师刘惠民先生当年给张锡纯先生之信中也曾说：“治一女，年七岁，患疝疾兼大便下血……肌肤甲错，毛发焦枯，审证辨脉，如系瘀血为恙也……忆及《医学衷中参西录》见先生论用三七……不但善于止血，且更善化瘀血，遂俾用三七粉……服至五日，而大便下血愈，又服数日，疝疾亦愈”。结合数十年的临证实践，亦深信张氏赞三七之言不谬也。





五、建国后

诸家学者根据辨证论治原则结合临证实践，对活血化瘀药物提出了许多分类法。

如方正沅按药性强弱分为活血药和破血药，华兆新进一步分为活血破瘀药、破血理气药、活血消肿药。周祖球根据活血或破血药的特点，归纳为养血活血药、祛瘀生新药、攻瘀散血药、破瘀祛瘀药四类。翁维良将较常用的活血化瘀药分为养血活血、活血化瘀、化瘀止痛、破血散结四类。魏喜保的四分类法，前二者与翁氏分类相同，后二类提出：“行血祛瘀、破血攻瘀”。孙平抚根据药物作用的缓峻，分为活血通络药和破血祛瘀药。郝朴认为活血化瘀药，可包括活血行血、活血祛瘀、破瘀攻坚三类，并提出：“活血行血药有流通血脉，推动血行和活血补血的作用；活血祛瘀药有开瘀通阻、活血通络、祛瘀生新的作用；破瘀攻坚药有破血祛瘀，攻坚散结的作用。”

罗元恺将妇科常用活血化瘀药分为行血活血、活血止痛、祛瘀散寒、攻逐瘀血、清热化瘀五类，不仅适用于妇科，临床证明用于其他各科，也有一定的参考价值。

活血化瘀法治疗冠心病的体会

一、对冠心病病因病机的认识

冠心病当属“胸痹”、“心痛”、“心悸”、“怔忡”和“厥心痛”、“真心痛”等范畴，大量古代典籍文献对有关





“胸痹”、“心痛”的描述无不与冠心病的临床表现极为相似，如“心中坚满”、“胸中幅幅而满”，是冠心病最常见的心前区压榨感与紧迫感；“胸膺两乳间刺痛……”指发病部位常在胸骨中上段后；“绞痛如刺”、“不得俯仰”多是指阵发性压榨痛。明代王肯堂《证治准绳·心痛胃脘痛》明确指出心痛、胸痛、胃脘痛之别，对胸痹心痛的诊断是一大突破。

冠心病病势发作多责之气血亏虚和脉络凝滞，其病机转化又与肾之阴阳盛衰密切相关，所谓“不通则痛，不荣亦痛”。不通则痛是实痛，不荣致痛为虚痛，临证上不可不辨。

心主血脉，脉乃血之府。如心阳不振，心气失于温运，无力鼓动血脉以帅血运行，有形之实邪阻于心脉，进而脉络凝滞，运行失畅甚或痹塞不通，气机滞而瘀血生，即所谓“不通则痛”，症见胸痹、心痛，是冠心病的共性。如《素问·痹论》篇说：“心病者，脉不通”，“痹……在于脉则血凝而不流”；《素问·举痛论》说：“寒气入经而稽迟，泣而不行，客于脉外则血少，客于脉中则气不通，故卒然而痛”；《素问·脉要精微论》说：“脉者……血之府也……涩则心痛”，强调心痛病位在心，病机关键在于血脉瘀阻。

此外，“心本于肾”、“肾为先天之本”。如心肾相交，水火相济，则“阴平阳秘，精神乃治”而无病；肾阴（水、精）不能上承于心，心阳（火、气）不能下交于肾，则心肾不交，水火失济，则“阴阳离决，精气乃绝”而为病。正如冠心病出现虚脱危候，症见脉微欲绝、四肢逆冷、无神、乏力、喘促、气短等。冠心病之发病亦多在40岁后肾气渐衰之时，可作为佐证。因此，冠心病病机与肾气亏虚颇



相攸关，特别在辨治救护心源性休克、泵衰竭、合并高度房室传导阻滞和低血压状态等危重症时，大有用武之地。

为人所轻视的是，心脾阴血亏虚，脏腑经脉而失于濡养，也可致痛，正如《长沙方歌括》云：“以病人正气大亏，无阳以宣其气，更无阴以养其心，此脉结代，心动悸之所由来也”。

综上所述，血行经脉，有赖于营卫气化，即心肾之阳气和心脾之阴血相互为用，“心气”之鼓动，又全赖于“心阳”之温运。“人年四十，阴气自半”、“五八肾气衰”，说明人逾四十尤其是六十岁之后，肾气日渐衰退而现“本虚”——并非冠心病，亦是老年病的共性；因体质、危险因素等个体差异，有肾气、肾阴、肾阳之不同。因此，冠心病总属本虚而标实之证，以心肾阳气式微和心脾阴血亏虚为本，以心脉瘀阻、血行失畅为标（寒邪凝滞、痰浊郁阻等亦属标象，因不属活血化瘀法治疗范围，故不在此讨论）。就脏腑而言，如清代名医张九峰在怔忡、惊悸医案中所言：“心为致病之标，肾为受病之本”。

二、活血化瘀法辨治冠心病的临证经验

历代医家对活血化瘀法辨治“胸痹”、“心痛”积累了丰富的临证经验。《证治准绳·心痛胃脘痛》认为，心痛系“血因邪泣在络而不行”，导致“血不流则心痛”。《证治准绳·诸痛门》用失笑散及大剂量红花、桃仁、降香，活血理气止痛，治死血心痛。《金匱翼·血瘀心痛》将“血瘀心痛”证型单列一章进行论述，并记载有“‘奇效’拈痛散、手拈散、经验失笑散”等以活血化瘀之品组成的有效方剂。明朝龚信《古今医鉴》云：“心脾痛者，亦有顽痰死血……”





种种不同”。王清任在《医林改错》中提出，胸痛使用“木金散”、“瓜蒌薤白白酒汤”治疗无效时，可服血府逐瘀汤“痛立止”。唐容川《血证论》则指出：“心瘀血，急以祛瘀为要”。

陆老认为，一般就冠心病的主病机而言，无论心脉瘀阻之不通而痛或心失所养之不荣而痛，或两者并见，其所致胸痹、心痛等症，多为邪气仍盛而正气未衰之邪实证，即使有正气不足之象，也多责之邪实雍盛。治则当以祛邪为主，佐以扶正，治法选用活血化瘀、通络止痛，“以通为补”，“邪去正自安”。然而，冠心病辨治不能执一方一法而应万变，应“虚则补之，瘀则通之”，活血化瘀法之适用还须有瘀血证候可据方为合拍。

有鉴于此，在标本同治原则指导下，宣痹通阳、活血化瘀、理气止痛治其标，补肾养心、调和阴阳、益气养血治其本，以制首乌 18g、枸杞 12g、瓜蒌 18g、薤白 9g、半夏 9g、丹参 30g、红花 12g、赤芍 12g、降香 12g、香附 12g、郁金 9g、生黄芪 24g 为基本方，随证加减，效果满意。用活血化瘀法治疗冠心病，虚证实证皆可用，实证著可配伍桃仁、山甲珠；虚证著可配伍当归、生晒参或党参。

总之，结合临证实践，可预见活血化瘀法治疗冠心病大有前途，但并非唯一治法，必须是在辨证施治原则指导下，结合兼证，与芳香温通、温中益气、回阳救逆等其他治法配合应用，随证加减，做到立法遣方谨守病机，方能左右逢源。如寒邪凝滞者，与温中益气法同用（小建中汤或黄芪建中汤加减化裁）；痰浊郁阻者，与芳香温通法、泄浊化痰法相伍（枳实薤白桂枝汤合温胆汤加减化裁）；真心痛与急性心肌梗死颇相符合，多属危重之证，急宜温肾回阳救逆，





用四逆汤加人参，重用附子以救其垂危之阳而苏其将绝之气。凡此种种等，不一而足，运用之妙，贵乎一心。

滋肾安神流膏方证辨析

山东中医药大学附属医院自制中成药“滋肾安神流膏”（现剂型名：滋肾安神合剂）原处方，是山东中医药大学附属医院（原名“山东省立中医院”）首任院长刘惠民老先生的经验方。刘老作为毛主席保健医生中唯一的中医而闻名全国，其大胆高明的用药被广为称道，尤以善用酸枣仁和桑椹子独树一帜。他曾以一方一剂治好了毛主席缠绵数日的感冒，并向毛主席献策：“还是西医学习中医好”。60年代初，刘老先生将自己治疗失眠、健忘的经验方，制成“桑椹补脑汁”，成为本院最早的三种自制中成药之一，进而以其是自方、自制、院内自用，被山东省卫生厅树为先进典型，广为宣传。

60年代中期后，由于当时的社会政治状况，刘老先生被冲击，已经熬制的两大缸“桑椹补脑汁”也无人分装，搁置日久，眼看就会变质被弃。刘老先生弟子陆永昌对原方中的5味药物进行加减化裁，将原药汁与新方之药共熬成膏，改名为“滋肾安神流膏”，分装成500ml瓶装，在门诊和病房使用。此药一出，以其疗效可靠、方便服用，无毒副作用等突出特点，大受欢迎，服用者从普通群众到高级干部，莫不认同。历经40年，治愈患者不计其数，经常供不应求，可谓经久不衰，始终被临床医师所肯定。





一、处方组成

桑椹子 丹参 制首乌 首乌藤 炒酸枣仁 枸杞子
合欢皮 陈皮 五味子 炒柏子仁 当归 葶苈仁 冰糖

二、组方依据

睡眠障碍，属中医学之“不寐”范畴，主证为失眠，伴多梦、头痛、眩晕、心悸、健忘等，尤为常见于中、老年人群，对人类的工作效率和生活质量带来严重影响。现代医学治疗睡眠障碍，一般采用巴比妥类药物，短期疗效较好，长期应用副作用较多。因此，中医药治疗失眠前景广阔。

陆老认为，“不寐”多由五志过极，劳逸失调，素质不强或病后体虚、饮食不节等所致，常伴有多梦、头痛、健忘、眩晕、心悸等证，与心、肾、肝、胆、脾均有相关，劳心耗神、心肾阴虚、阴阳失交是主因，临床证候虚实夹杂，所见属虚证为多，属实证为少，阴虚火旺、心肾不交是最常见证候，尤见于中老年人。

陆老在遵循业师刘惠民老先生辨治神经衰弱症“用药重视滋补”之经验的基础上，结合本人临证实践，集古方天王补心丹、安神丸、首乌延寿丹等名方之精要，谨守病机，抓住心血不足、心肾失交、肝肾阴虚等主证，以“治病必求其本”治则指导临证，重在调整阴阳，拟用滋补肝肾、养心安神、交通心肾为治疗大法，实乃融合两代名医经验之方。

三、功效主治

滋补心肾、养脑安神，用于阴虚火旺证之失眠、多梦、



中华医药
PDG



头痛、眩晕、惊悸怔忡、健忘等。

《内经》云：“心主神明”，“心藏神，主火”，“肾为髓海”，“肾藏精，主水”，“髓海空虚则脑转耳鸣”。如心阴亏虚，心不藏神，则神明无主，心悸怔忡；肾精亏虚，肾阴不足，髓海不充，脑转耳鸣则眩晕健忘，耳鸣不聪。古人云：“肝藏魂”，“肝藏血”，“人卧则血入肝”，“若魂不入肝，则不寐”。“肝肾同源”，肝郁化火，扰动心神。肝火必致肾亏，肾水不能上济心火；心血亏虚，心阳无以振奋，心阳衰微，心火不能下温肾水，水火不济，心肾不交，则难寐多梦、头晕目眩、心悸不宁。

朱震亨《删补名医方论》云：“阴常不足，阳常有余。宜常养其阴，阴与阳齐，则水能治火，斯无病矣”。柯韵伯《名医方论·论天王补心丹》云：“心者主火，而所以主者，神也。神衰则火为患，故补心者，必清其火，而始神安……清气无如柏子仁，补血无如酸枣仁，其神存耳……五味之酸以收心气，当归之甘以收心血……丹参之寒以清血之火……心血足而神自藏矣……和诸药入心而安神明，以此养生则寿，何有健忘、怔忡、津液干涸，舌上生疮，大便不利之虞哉”。罗谦甫《删补名医方论·论酸枣仁汤》：“经云：肝者，罢极之本……罢极必伤肝……则虚劳虚烦不得卧明矣。枣仁酸平，应少阳木化而治肝，以生心血养肝血，所谓以酸收之，以酸补之是也……将水壮而魂自宁，火清而神且净矣”。叶中坚：“经云：神气舍心，精神必具。又曰：心者生之本，神之舍也，且心为君之官，主不明则精气乱，神太乱则魂魄散，所以寤寐不安、淫邪发梦，轻则惊悸怔忡，重则如痴妄癫狂也……心主血，用当归之甘温，归心血也”。





四、方药解析

方中重用桑椹子、丹参为君药，滋肾阴、清心火。桑椹子与熟地黄均能补肝肾、养阴血，但熟地甘温且滋补力强，善于填精；桑椹子甘寒而滋补力弱，兼能熄风，唯用量宜大。丹参配炒酸枣仁、柏子仁、何首乌等，养血安神之效更佳。

以炒枣仁、制首乌、首乌藤、合欢皮、枸杞子为臣药，滋补肝肾、养心宁心。制首乌制后更益于补肝肾、益精血兼可收敛，且不寒、不燥、不腻，为滋补良药。故有“首乌一味功二物（熟地、当归）”之说。合欢皮在《千金方》记载“单味煎汤服，可治肺热咳嗽、心膈烦满”。

佐以蕤仁、五味子、柏子仁滋肾除烦、益肝养心、安神解郁；当归补血活血，陈皮健脾理气而为使药，以养后天。

按：《摄生秘剂》天王补心丹有“酸枣仁、柏子仁、当归、丹参、五味子……”用于心悸不宁、思虑烦热、少寐多梦、头晕目眩、耳鸣口干、面颊红热等阴虚火旺证；《世医得效方》十味温胆汤有：“炒酸枣仁、柏子仁、北五味子、甘草……”用于心虚胆怯，易惊多梦、气郁生痰；《证治准绳》养心汤有：“酸枣仁、柏子仁、北五味子、制甘草……”用于心悸不宁、气血两虚，偏于气虚者；当归养心汤（《景岳全书》）中有：“当归、甘草……”用于气血两虚、偏于血虚之心悸；《理渝骈文》养心安神汤有：“熟枣仁、柏子仁、当归、五味子……”功效：清虚火、安心神；《慈熹光绪医方选议》养心延龄益寿丹有“炒枣仁、柏子仁、当归、丹参……”功效：滋补肝肾、养心安神，主治心躁口干，耳中鸣响，噩梦惊怖、醒后筋惕，心神恍惚；





《御药院方》神明补心丹有“柏子仁、当归、丹参……”功效：益气养心，镇静安神；《御药院方》镇心丸有“柏子仁、枸杞子……”功效：补益心气，宁心安神；《医醇腾义》清火涤痰汤有“柏子仁、丹参……”功效：清火化痰、熄风安神，主治心悸失眠、头晕目眩、心神不宁等；《古今医鉴》高枕无忧散有：“炒酸枣仁、甘草……”用于治疗心气不足、痰阻胆怯，昼夜不眠等证；《世补斋医书》首乌延寿丹有“何首乌、桑椹子……”功效：滋补肝肾、养心安神，主治胸痹、肝肾不足、头晕目花、耳鸣重听、腰膝无力等证。

陆老介绍，《金匱要略》酸枣仁汤和《正体类要》健脾汤均用炒酸枣仁配甘草，以治虚烦难寐、心悸眩晕，后世医家代有阐述发挥，一致认为酸枣仁之宁心安神、镇静安眠功效确切，并被现代药理实验证实。唯业师刘惠民老先生所用酸枣仁之剂量远超前贤，除体质羸弱、病情轻微、病程短少者，成人用量一般均在30g以上，甚者用量倍于常规剂量数倍达90g。刘老先生推崇《名医别录》记载：“（酸枣仁）补中、益肝气、坚筋骨、助阴气，能令人肥健”，认为本品乃安五脏、强精神、健脑海、明智慧之要药，久服无毒，确有滋补强壮之功。

陆老对刘惠民老先生应用酸枣仁的临证经验推崇备至，并身体力行，切实体验，疗效确切。陆老之治不寐、健忘、呆症等，必用、重用酸枣仁，且多喜炒用之熟酸枣仁。

现代中成药如“健脑补肾丸”的历史悠久、疗效亦可，但药味偏多，似有偏补肾阳之虞；“健脑丸”则偏重于补脑，安神作用偏轻；近年的新品种“七叶神安片”，为益气安神药，作用偏于气虚者。“滋肾安神合剂”以滋补心肾为





主、以肾水滋心火，心火温肾水，而达肾壮心宁、脑灵智明之效，其治疗失眠症的疗效显著，加之组方全面，善于治本，近十余年来已被临床广泛应用于各类健脑之症如老年性痴呆、神经衰弱症等。

对“肾”与“肾病”的认识

陆老认为，中医所谓“肾”，不应该看成是一个具体的形态，更不可只将解剖形态的“肾脏”作为中医学“肾”的总体去理解。从历代医籍论述直至现代中医肾病学说，对于“肾”，都是从广义上去认识，从功能上去理解，其侧重点则在水液代谢以及性与生殖两方面。“夫精者，身之本也”，“肾为先天之本”。人在出生之后，“先天之本”就依赖于“后天之本”——脾胃以摄取水谷之精微来濡养；而脾胃运化之强弱，亦受肾气盛衰之制约，如肾阳不足则脾土不得温煦，脾气不健，脾胃则失于摄取水谷精微，难以濡养四肢百骸。因此，先天之本与后天之本，相互为用，相辅相成。

人从胚胎新生到衰老病死的各个阶段，肾始终发挥主导作用。人之生长、发育、衰老的过程，也就是人之肾气由旺盛到衰减直至凋败的过程。肾气旺盛，则发育正常，体魄强壮，智力聪慧，反应敏捷，性及生殖功能和体液代谢正常。人至老年，肾之元阴元阳日渐衰减，则渐感腰膝酸软乏力，筋骨不健，肢体活动缓慢；性功能逐渐减弱甚至消失；髓海空虚而致记忆思维功能减退，表现为记忆力下降、反应迟钝、头发变白脱落；更可见牙齿不固，排泄障碍，腑气不畅



等等。故“肾为先天之本”贯穿于人的生长、发育、衰老以至死亡的全过程，乃人生自然发展规律。陆老说：“善养生者，必会养肾，衰老不能抗拒，然可以延缓”。所以，他从不主张应用中医中药“抗拒衰老”，而常谓中医中药可以“延缓衰老”，“养生健身”。

《素问·上古天真论》曰：“肾者主水，受五脏六腑之精而藏之”。《素问·逆调论》曰：“肾者水脏，主津液。”《素问·六节脏象论》曰：“肾者，主蛰封藏之本，精之处也。”《素问·宣明五气篇》曰：“肾主骨。”《素问·阴阳应象大论》曰：“肾生骨髓。”《灵枢·海论》曰：“髓海有余，则清劲有力，自过其度；髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒，目无所见，懈怠安卧。”《素问·奇病论》曰：“有病庞然如有水状，切其脉大紧，身无痛者，形不瘦，不能食，食少……病生在肾，名为肾风。”《内经》关于养生之道的论述提到：“以酒为浆，以妄为常，醉以入房，以欲竭其精，以耗散其真，不知持满，不时御神，务快其心，逆于生乐，起居无节，故半百而衰也。”

此后，历代医家对于肾病的论述很多，并且臻完善。如《扁鹊仓公列传》中记述病案 15 例，有 7 例有关肾病。医圣张仲景在《金匱要略·水气病脉证并治》中对水肿病做了详细的阐述，成为后世对水肿病辨证论治的基础，其创制的真武汤和肾气丸，至今仍为临床所常用效方。隋朝巢元方《诸病源候论》中对泌尿、生殖系疾病，关于病因病机病证记载极详，如“肾劳者，背难以俯仰，小便不利，色赤黄而有余沥，茎内痛，阴湿囊生疮，小腹满急。”唐代孙思邈在《千金要方》中记载用葱叶为导管导尿，成为世界上最早的导尿术发明者，并已认识到消渴病可以致痈。王冰提出





了“益火之源，以消阴翳；壮水之主，以制阳光”的理论，对中医肾病学的发展有着重要的启迪作用。宋代的《太平惠民和剂局方》中记有大量的治疗肾病的方剂，如八正散、五淋散、石苇散治疗淋证，青娥丸治疗肾虚腰痛，至今实用价值不减。钱乙《小儿药症直诀》中记载的六味地黄丸，成为滋肾名方，后世补肾派诸多方剂由此衍生而来。金元时期滋阴派朱丹溪，提出“阳常有余，阴常不足”的理论，他创制的“大补阴丸”，是治疗肝肾阴虚的代表方剂。

陆老说，纵观上文，表明从远古时代，中医就认识到肾与人的生殖繁衍、生长盛衰及水液代谢密切相关；同时也可见中医养生学的理论，从最初开始就重视“养肾”，也可以说，养肾是中医养生学的基本理论和核心。

陆老常谓，“肾为先天之本”、“作强之官”、“寓真阴真阳”、“藏精、主骨生髓”，均是古人对肾之功能的高度概括。肾病作为中医学的一门重要学科，不论其理论探讨或临床实践的研究，均有其悠久历史。只有认真深入地学习领悟中医典籍，在首先全面继承的基础上加以创新发展，才能全面理解肾和肾病，进而指导辨证论治。中医所谓“肾病”是指以“肾”的病机变化为主的一组疾病之总称，包涵范围不仅指现代医学的泌尿系统疾病，还有机体的生长、发育、衰老、水液代谢、内分泌以及性与生殖等系统的疾病，并与心、肝、脾、肺等各脏紧密相关。

陆老对明代张景岳的学术思想推崇备至，常谓于阳中求阴、于阴中求阳，阴阳相互为用、相互消长，先人早有卓见。他常举例《景岳全书·新方八阵·略》：“善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷；善补阴者，必于阳中求阴，则阴得阳升而泉源不竭。”认为其学术思想，与





“益火之源，以消阴翳；壮水之主，以制阳光”的观点不谋而合，对辨治肾阴肾阳之病，提供了理论基础，产生了深远影响，可以说是阴阳双补、阴阳互补理论的进一步深化。

陆老认为，临证所见肾病多以虚证为主（尤其是长病久病患者），最常见证候为肾阴虚，次之为肾阳虚、阴虚内热、阳虚外寒或者阴阳两虚。有时临证虽表现为肾阳亢盛、相火过旺，但究其原因仍为肾阴不足，阴精亏乏，导致阴不恋阳，不是阳有余，而是阴不足。加之“肾为先天之本”，“受五脏六腑之精而藏之”，由肾之为病累及它脏者，最为多见，如肝肾阴虚、脾肾阳虚、肾不纳气、心肾不交、肾虚耳鸣、肾虚眩晕、肾虚腰痛等等。见它脏之证，尚需辨别是否与肾相关，尤其老年患者，常因肾气衰弱导致其他脏功能失调，在治疗上注意调补肾气、平秘阴阳，常可收到事半功倍之效。

陆老进一步发展了“肾病多虚证”学说。他认为，所谓肾病多虚证，并非说肾病绝对没有实证。肾与膀胱相表里，肾为脏，膀胱为腑，凡是在腑之证，此时多为实证；如从腑及脏，病传入肾，又见虚证为主。在临床上虚实夹杂、阴阳兼病者亦有之，阴损及阳，阳损及阴，阴阳难辨者亦有之。如要辨证精当，一要脉证合参，二需缜密思考。再者，现代实验室检测方法的发展，确实丰富和完善了中医学“四诊”特别是“望诊”手段，客观上对于“证”的认识也应更全面、更确切，但还要切记辨证与辨病相结合。如肾结石症均可见腰痛、血尿等症状，究属虚实，就须认真辨别，还是应归为实证为主。

陆老遵承其师刘惠民老先生的传授，补肾善用制首乌、桑椹子、酸枣仁等。如我院自制剂“滋肾安神合剂”，就是





陆老传方，包含上述药味，已应用逾40年，疗效确切。

陆老说，“为医之道，只有精心钻研，仔细琢磨，才能见仁见智，治法方圆”，“有成方无成病，不宜泥守古方治今病。不能用一方一法应千变万化之病，而应从千变万化之病情中梳理规律，辨别异同，才能理法分明，方药对证。”

泌尿系统感染的标准化 辨证论治方案

陆老认为，凡为淋者，总以湿热为标，其治应先以清热通淋为主，急治其标，标证得除后再缓图其本。临证应依下焦湿热、下焦湿热兼脾虚、下焦湿热兼肾虚、下焦湿热兼脾肾两虚等不同证候，以清利下焦湿热之标为主，兼顾其本，主要应用自拟“清利方”随证加减，常用金银花、白茅根、坤草、车前子、瞿麦、生地等。他根据多年的临证经验，总结归纳了泌尿系统感染的标准化辨证论治方案。

1. 下焦湿热

辨证：

主证：尿急，尿频，尿痛，尿热（尿路刺激征）。

或有证：小便黄赤，排尿不畅，尿浑浊，舌质淡红或红，舌苔薄白或薄黄、或黄腻，脉象弦滑或细。

实验室检查：①尿常规：蛋白0~2+；白细胞或脓细胞阳性。②尿培养阳性；爱迪氏计数超过正常值。③尿常规阴性但尿培养阳性，或爱迪氏计数阳性，或阳性病史。

治法：治以清利下焦湿热为主，兼顾其本。

方药：金银花30g，连翘15g，淡竹叶9g，车前子15g



(包) (或车前草 30g), 山栀子 9g, 白茅根 30g, 篇蓄 12g, 瞿麦 12g, 地丁 24g, 小蓟 12g, 坤草 30g, 甘草梢 9g, 水煎服, 每日 1~2 剂。

加减: 发热恶寒加防风 9g、薄荷 4g 或板兰根 30g; 小便浑浊者, 加萆薢 18g (或刘寄奴 24g); 排尿不畅者, 加海金沙 12g; 小腹拘急胀痛者, 加柴胡、芍药、香附各 12g; 食欲不振者加砂仁或白蔻 12g、或白术 12g; 大便秘结加大黄 6g 或 9g; 浮肿重加冬瓜皮或茯苓皮 18g; 腰痛重加川断 15g, 狗脊 18g; 舌质红者加生地 18g; 舌苔黄腻者加龙胆草或黄芩 9g, 苡米仁 24g (如有便秘不用); 尿蛋白 2+~4+ 者加石苇 18g 或山药、芡实各 24g, 小石苇 18g; 尿中有脓细胞加用蒲公英 24g; 尿中有红细胞加仙鹤草或藕节炭 15g。

2. 脾虚兼下焦湿热

辨证: 经过治疗后尿路刺激症状消失, 仍食少腹胀, 肢体沉重, 大便溏薄, 面色萎黄, 倦怠乏力, 舌淡苔白, 脉缓无力。

治法: 清利为主, 佐以健脾。

方药: 金银花 24g, 白茅根 30g, 瞿麦 15g, 车前子 12g (包), 甘草梢 9g, 坤草 24g, 党参 18g, 白术 12g, 云苓 15g, 水煎服, 日一剂。

3. 肾虚兼下焦湿热

辨证: 腰膝酸软疼痛, 眩晕, 耳鸣, 面浮或肢肿, 舌质红或淡红, 苔少或薄白, 脉细数或弦细。

治法: 以清利为主, 佐以补肾。

方药: 金银花 24g, 白茅根 30g, 瞿麦 15g, 车前子 12g (包), 甘草梢 9g, 坤草 24g, 党参 18g, 白术 12g, 云苓 12g, 生地 24g, 丹皮 9g, 山药 12g, 山萸肉 12g (或枸杞子





12g, 五味子9g), 泽泻9g, 水煎服, 日一剂。

4. 脾肾两虚兼下焦湿热

辨证: 具备脾虚兼肾虚证候。

治法: 以清利为主, 兼补脾肾。

方药: 金银花24g, 白茅根30g, 瞿麦15g, 车前子12g (包), 甘草梢9g, 坤草24g, 党参18g, 白术2g, 云茯苓12g, 生地24g, 丹皮12g, 山药12g, 山萸肉12g (或枸杞子12g, 五味子9g), 泽泻9g, 水煎服, 日一剂。

加减: 腹胀明显, 加大腹皮12g (或槟榔9g), 炒枳壳9g (或炒枳实9g或紫厚朴9g); 便溏加炒故脂12g, 改炒泽泻12g, 不用生地, 如仍不减轻应加焦山楂15g, 扁豆花15g或白扁豆24g; 乏力甚者加黄芪24g; 腰痠甚者加桑寄生24g, 牛膝18g; 腰痛重者加川断12g, 狗脊18g, 如复诊时不效再加杜仲12g; 眩晕重者加菊花12g; 耳鸣重者加磁石18g, 柴胡12g; 面浮肢肿者, 加冬瓜皮18g, 改茯苓为茯苓皮18g, 改车前子15g; 食少、纳呆明显者, 加砂仁9g (或白蔻9g), 焦三仙各12g。

中成药在临床症状及化验检查均正常之后, 还要服用3~4周, 以巩固疗效。脾虚兼下焦湿热者, 可加服人参健脾丸 (或六君子丸, 或补中益气丸); 肾虚兼下焦湿热者可加服知柏地黄丸或六味地黄丸, 兼有面浮肢肿者可加服济生肾气丸; 脾肾两虚者, 则人参健脾丸加知柏地黄丸合用。



年

谱



新
知
船
齋
PDG



年 谱

1917年，1岁

公历1917年7月8日（农历五月二十日），出生于山东省文登市文登营村。

父陆尧山，当地文人名士，文笔均佳，善木艺雕刻，略通中医，曾任文登营小学校长，后随长子移居北京清华，故于海淀中关村。他注重品行，教子有方，有五子二女，个个成才，永昌排行第二。七岁以前随父识字。

1924年，7岁

入文登营完小读书，学习成绩一直名列前茅，课余随父读过《三字经》、《百家姓》、《千字文》等，常帮助家里干农活。

1930年，13岁

12月，小学毕业后被文登县立中学录取，因家贫无力同时供给两个中学生，为保其长兄学业，父亲让他辍学谋生。

1931年，13岁多

正月初三早晨，跟随堂伯父远涉大连，在同德药房随师学药习医。学徒生涯十分艰辛，三年白干，不许回家。由于年少懂事，产生学习兴趣，尊师刻苦，深得先生喜爱，乐于传授要领，技艺日进。此期的学习积累，为日后成长打下了良好的基础。

1934年，17岁

满师出徒，成为同德药房的店员，白天站柜台，业余继





续随师学医。

1937年，20岁

8月，大连被日本占领后，因为不学日本话、不挂日本旗，同德药房被强迫关门停业。

9月，返回原籍，与荀瑞英结婚，亦农亦医，复习所学。

1938年，21岁

11月，考取大连西岗区汉医公会会员，获得正式行医资格，在大连同庆药房做店员。

1940年，23岁

5月，在天津泉祥药庄做店员。

12月，在大连公合隆药行坐堂行医。新手初试常有妙笔，同行中传为美谈。

1944年，27岁

8月，鉴于长兄在西南联合大学求学，三位弟弟先后参加八路军和新四军抗日，家中老小无人照顾，只得再次回原籍半农半医。期间为乡亲治愈一些疑难杂病，在家乡名气渐起。

1947年，30岁

3月，应当年师兄之邀，到大连隆昌药行做店员。此时业务熟练，技艺自如。

1949年，32岁

8月，返回家乡，参与筹建文登县第五区（松山区）供销社医药部，正式参加革命工作。

1950年，33岁

6月，文登县松山区供销社医药部开业，时为全区最大的医疗中心，从此成为新中国的中医师，全身心地投入到他



所热爱的中医事业。当时医生又坐堂又出诊，步行往返几十里、爬坡趟河是常事，还要抽空种植中药。他以良好的工作精神和医疗技术得到领导群众的一致好评，多次获得“一等劳动模范奖”。

1956年，39岁

10月，由文登县卫生局选派至莱阳专区第一期中医进修班学习。

1957年，40岁

1月，莱阳专区第一期中医进修班合格结业。

2月，由莱阳专区选派进入山东省中医进修学校举办的山东省中医研究所第一期研究班深造。

1958年，41岁

1月，山东省中医进修学校研究班各科结业成绩均为5分，在约200名同学中名列前茅，与孙重三、张哲臣等4人留校。任教期间曾获得“一等跃进奖”。

9月，与钟岳琦共同主编的《简易针灸学》、《针灸挂图》由山东人民出版社出版，《简易针灸学》再版后7次印刷共149000册。

12月，与钟岳琦共同主编的《通俗针灸手册》由山东人民出版社出版，先后3次印刷共80000册。

1959年，42岁

6月，加入中国共产党。

9月，参与编写的《山东中医验方集锦》由山东人民出版社出版。

12月，与孙重三共同主编的《儿科推拿疗法简编》由山东人民出版社出版，再版后3次印刷共30000册。

1960年，43岁





2月，调任山东中医学院助教、讲师。

4月，与孙重三共同主编的《通俗推拿手册》由山东人民出版社出版，再版后3次印刷累计30000册。

1961年，44岁

9月，受组织委派，与顾振东、戴岐、俞昌正跟随全国名老中医刘惠民（时任山东省卫生厅副厅长、山东中医学院院长、山东省立中医院院长、山东省中医药研究所所长）继承学习，后被山东省中医界称为刘老先生的“四大高徒”。

1962年，45岁

7月，与宋洛川、崔新斋、钟岳琦等十位同道合编的《灵枢经语释》由山东人民出版社出版。

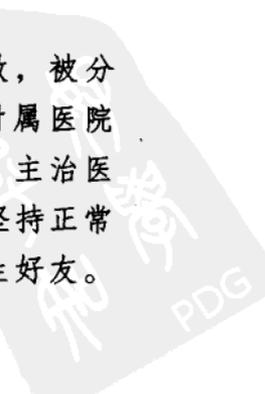
1964年，47岁

6月至9月，陪同刘惠民先生到天津、北戴河、西安等地给省市领导诊病，刘老先生的医技收到奇效，引起轰动。当时的陕西省委领导专程陪同拜谒黄帝陵，师徒在此留影并题词明志“要做人民的好医生”。

国庆节期间，陪同刘惠民先生参加第三届全国人民代表大会，有幸见到毛主席和周总理，现场观看了大型音乐舞蹈史诗《东方红》的首次演出。在京期间还陪同刘老先生为多位中央领导同志和劳动模范诊病。

1966年，49岁

5月16日，在当时的政治背景下，师承班解散，被分配到山东省中医药研究所，并担任山东中医学院附属医院（当时医院和研究所由同一党委领导）内科副主任、主治医师，分管病房。不论当时的形势与环境如何，始终坚持正常的门诊和查房，与许多经他救治痊愈的病人成为终生好友。





1970年，53岁

6月，与戴岐等共同编写的《山东中草药手册》，由山东人民出版社出版。

改进研制了山东中医学院附属医院最早的自制剂之一“滋肾安神流膏”（现称“滋肾安神合剂”），沿用至今。

1972年，55岁

4月，与戴岐、尚德俊等共同编著的《农村常见病防治手册》由山东人民出版社出版；落实知识分子政策，受组织照顾，批准家眷来济，从此结束了分居之苦，解决了后顾之忧，工作更加努力。

1973~1976年，56岁至58岁

3年间两次带领下乡支农医疗队巡回医疗，运用中草药和针灸、推拿、手法复位为公社农民解除病痛，指导当地的赤脚医生，受到当地农民的欢迎和称颂。

1977年，60岁

7月至8月，作为山东省代表，参加了全国中西医结合规划工作座谈会，受到邓小平等党和国家领导人的接见。

山东中医学院附属医院成立保健科，被任命为首任科主任。

12月，当选为中国人民政治协商会议第四届山东省委员会委员。

1978年，61岁

6月，开始参加卫生部指定的中医经典《针灸甲乙经校释》审稿和定稿工作。

被聘任为《山东中医杂志》常务编委和《山东医药》第二届编委。

当选为中华全国中医学会内科委员会委员、山东中医学





会第二届理事会副理事长、中国康复医学会高级会员等。

1979年，62岁

被任命为山东中医学院附属医院副院长。

10月，晋升为副教授、副主任医师。

1980年，62岁

3月，参加全国科学技术协会第二次代表大会。

6月，重新修订的《儿科推拿疗法简编》由山东卫生出版社再版。

1981年，64岁

4月，被选为山东省第二届科学技术协会常务委员。

10月，晋升为教授、主任医师。

1982年，65岁

4月，参加卫生部在湖南省衡阳市召开的全国中医医院和高等中医教育工作会议（即著名的“衡阳会议”）。

1983年7月，66岁

4月，当选为中国人民政治协商会议第五届山东省委员会委员。

7月，参加中华全国中医学会内科学会烟台会议，本次会议成立了“全国中风病科研协作组”。他首次提出以“中风病”做为脑血管病所致中风的专用病名，以区别于其他“中风”，得到与会专家的认同。作为山东分组负责人，参与制定的《中风病中医诊断疗效评定标准》，经过广泛试用及后续修订，1987年在全国中医急症工作会议通过专家论证，经国家中医管理局批转全国应用，为中医诊断科学化和规范化研究作出了贡献。

11月，论文“试论张介宾的学术观点及其对中医补法的贡献”及“活血化瘀法的源流简述”同时获得“中华全





国中医学会山东分会优秀论文”；参加全国中医医院急症工作座谈会（重庆）。

12月，当选为中华全国中医学会山东分会第三届内科委员会主任委员兼顾问委员会副主任、中华医学会山东分会内科委员会副主任委员。

1985年，68岁

1月30日，担任山东中医学院附属医院名誉院长。

5月，参加《黄帝内经素问校释》审稿定稿工作。

6月，担任山东中医学院内科教研室顾问、山东中医学院附属医院保健科顾问；被遴选为硕士研究生导师，共招收三届研究生。

获得山东中医学院颁发的“从事中医事业40年”荣誉证书。

1986年，69岁

作为全国中风病科研协作组山东组负责人参加的“中风病中医诊断疗效评定标准”、“缺血性中风病辨治规律及运用通腑化痰法诊治的临床研究”获得卫生部重大科研成果乙等奖。

12月，论文“慢性泄泻证治”获得“山东中医学会1982~1986年度自然科学优秀论文奖”。

1987年，70岁

2月，担任山东省科学技术协会第三届常务委员。

1988年，71岁

1月，参加山东省振兴中医代表大会；当选为中国人民政治协商会议第六届山东省委员会委员。

8月，《中医杂志》“专题笔谈”论文“病毒性心肌炎证治”、“老年便秘证治”、“慢性泄泻证治”被译成日文发





行国外。

获得山东省教育厅颁发“从事教学工作30年”荣誉证书。

1989年，72岁

担任《山东医药》第三届编委会顾问。

作为全国中风病科研协作组山东组负责人参加的国家“七五”攻关项目“清开灵注射液治疗中风病的临床与实验研究”，获得国家中医药管理局科技进步二等奖。

12月，论文“活血化瘀法的源流简述”被评为山东省科学技术协会第二届优秀学术成果二等奖。

1990年，73岁

4月，被国家人事部、卫生部、国家中医药管理局确定为全国首批老中医药专家学术经验继承工作导师。

10月，被国家人事部、卫生部、国家中医药管理局评定为全国首批500名老中医药专家。

指导的“中风病急症中医护理规范及临床研究”课题，获国家中医药管理局科技进步三等奖。

1991年，74岁

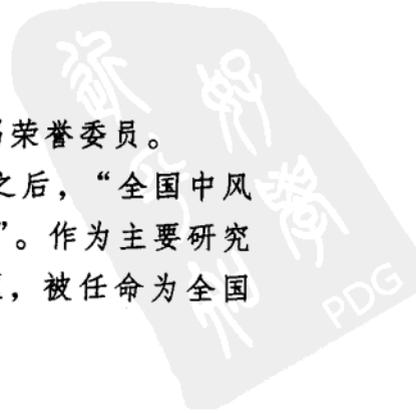
5月，被评选为山东中医学院优秀共产党员。

作为全国中风病科研协作组山东组负责人参加的“清开灵注射液治疗中风病痰热证的临床与实验研究”，获得国家科委科技进步三等奖。

1992年，75岁

1月，担任山东省科学技术协会第四届荣誉委员。

3月，继国家“七五”科研课题完成之后，“全国中风病协作组”扩展为“全国脑病急症协作组”。作为主要研究者之一，继续中标国家“八五”攻关课题，被任命为全国





脑病急症协作组顾问和山东分组负责人。

10月，享受国务院颁发的首批政府特殊津贴。

1993年，76岁

4月，完成名老中医带徒工作三年，2名继承人以优良成绩结业。

1994年，77岁

5月，办理离休手续。仍有不少病人求医上门，为满足病人，坚持上门诊。

10月，长期应用的“补肾方”经由长春药品检定所开发，由吉林通化白山制药厂生产出品，药品名称为“神威补肾胶囊”。

11月2日，《山东经济日报》刊文“愿做良医为众生——记著名内科专家陆永昌教授”。

1995年，78岁

3月14日，获得山东省卫生厅颁发的“老中医药专家学术经验继承工作优秀指导老师”证书。

12月，指导课题“息风康系列方药治疗中风病恢复期的临床和实验研究”通过山东省中医管理局鉴定。

1996年，79岁

1月，自认年事已高，恐脑力不足、思考不周，在家人协助下，主动谢拒求诊者。重新操起毛笔，书写自幼喜爱的书法。有时边写边说：“年老手硬，笔力远不及40年前”。所书作品，多被友人收藏。常好题写自作小诗：“医乃仁术德为先，莫嫌此道生财艰，能救病人起沉疴，一生清贫乐自然”。

12月，个人简记被收录于《文登市志》。

1997年，80岁

5月，相伴60年的老伴荀瑞英去世，老年丧偶之痛，





——年 谱

使他陡显苍老。幸有老同事、老朋友们常来看望和相叙，数月之后，心情逐渐平复。

1998年3月14日15时20分，81岁
与好友相聚时，突发心脏骤停，辞世。

陆
永
昌

270





后 记

陆永昌教授是全国著名老中医刘惠民先生的嫡传弟子之一和全国首批名老中医学学术经验继承导师，在全国享有学术名望。他从事中医事业 60 余载，具有深厚的学术造诣和丰富的临床经验，对中医内科、妇科、针灸和儿科推拿均有研究和著述，尤其擅长内科杂病，特别是对中风病、肾病、胃肠病及老年病的研究，成绩卓著。诚如当代中医大家任继学先生评价所说：“陆老涉研中医数科，且均有成就，实为少见”。

本书仅涉及陆老的内科学术思想和临床经验，其他学科的著述早已印行于 20 世纪 60 年代初叶。

作为陆老的女儿，在全国首批名老中医学学术经验继承工作中，我有幸被批准为继承人。父亲威严而慈祥的性格、严谨而平和的医风、精湛而妙效的医术、仁厚而高尚的医德，于耳濡目染中，敬重和爱戴早已深深植根于我心。久已渴望能将师父（导师、父亲）业医 60 多年的经验总结汇集，感谢中国中医药出版社集中出版《中国现代百名中医临床家丛书》，使我辈夙愿得偿。

本书主要依据陆老生前发表的论著、保存的临床医案以及全国首批名老中医学学术经验继承工作时期的出师论文，遵循丛书要求的体例整理而成，力求原本，朴实无华，讲求实效。出师论文是在跟师继承学习期间，整理导师传授的内科临床经验，并搜集和整理有关资料，经过导师亲自指导修改而成。





后 记

我辈后学，临证日久，日渐体会到导师的学术思想确有独到之处，遣方用药常于细微中见奥妙，每有所得，常思之念之，感诚哉斯言，谓永当铭记。然限于水平和悟性，究难窥导师医术经验之全貌。如有不当之处，敬请专家和同道不吝指正。

山东中医药大学附属医院 山东省中医院
陆永昌名老中医学术经验继承人 陆维娜
丙戌年于泉城济南



[General Information]

书名=陆永昌

作者=陆维娜,陆峰编著

页码=272

定价=¥16.00

SS号=11925456

dxNumber=000004930450

出版时间=2007

出版社=中国中医药出版社

试读地址=<http://book.duxiu.com/bookDetail.jsp?dxNumber=000004930450&d=00E9CDE17A3BF0635B873E520085AD9E&fenlei=160505&sw=%D6%D0%B9%FA%CF%D6%B4%FA%B0%D9%C3%FB%D6%D0%D2%BD%C1%D9%B4%B2%BC%D2%B4%D4%CA%E9>