二十世纪中医之精华

中医临床家

主编 张文康

张 李
舜 济
华 仁

李梢 主编

中国中医药出版社

责任编辑　罗会斌
封面设计　董玲萍

临家中医床

ISBN 7-80156-595-9
9 787801 565952 >

定价：16.00元

中国百年百名中医临床家丛书

李济仁　张舜华

主　编　李　梢

中国中医药出版社

·北　京·

图书在版编目（CIP）数据

李济仁、张舜华/李梢主编．－北京：中国中医药出版社，2004.6

（中国百年百名中医临床家丛书）

ISBN 7－80156－595－9

Ⅰ．李…　Ⅱ．李…　Ⅲ．中医学临床－经验－中国－现代

Ⅳ．R249.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2004）第 042632 号

中国中医药出版社出版

发行者：中国中医药出版社

（北京市朝阳区北三环东路28号易亨大厦　电话：64405750　邮编：100013）

（邮购联系电话：84042153　64065413）

印刷者：北京泰锐印刷有限公司

经销者：新华书店总店北京发行所

开　本：850×1168 毫米　32 开

字　数：383 千字

印　张：11.5

版　次：2004 年 6 月第 1 版

印　次：2004 年 6 月第 1 次印刷

册　数：5000

书　号：ISBN 7-80156-595-9/R·595

定　价：16.00 元

如有质量问题，请与出版社发行部调换。

HTTP：//WWW．CPTCM．COM

中国百年百名中医临床家丛书

主　编　张文康
副主编　佘　靖　李振吉

出版者的话

祖国医学源远流长。昔岐黄神农，医之源始；汉仲景华佗，医之圣也。在祖国医学发展的长河中，临床名家辈出，促进了祖国医学的迅猛发展。中国中医药出版社为贯彻卫生部和国家中医药管理局关于继承发扬祖国医药学，继承不泥古，发扬不离宗的精神，在完成了《明清名医全书大成》出版的基础上，又策划了《中国百年百名中医临床家丛书》，以期反映近现代即20世纪，特别是建国50年来中医药发展的历程。我们邀请卫生部张文康部长做本套丛书的主编，卫生部副部长兼国家中医药管理局局长佘靖同志、国家中医药管理局副局长李振吉同志任副主编，他们都欣然同意，并亲自组织几百名中医药专家进行整理。经过几年的艰苦努力，终于在21世纪初正式问世。

顾名思义，《中国百年百名中医临床家丛书》就是要总结在过去的100年历史中，为中医药事业做出过巨大贡献、受到广大群众爱戴的中医临床工作者的丰富经验，把他们的事业发扬光大，让他们优秀的医疗经验代代相传。百年轮回，世纪更替，今天，我们又一次站在世纪之巅，回顾历史，总结经验，为的是更好地发展，更快地创新，使中医药学这座伟大的宝库永远取之不尽、用之不竭，更好地服务于人类，服务于未来。

本套丛书第一批计划出版140种左右，所选医家均系在中医临床方面取得卓越成就，在全国享有崇高威望且具有较高学术造诣的中医临床大家，包括内科、外科、妇科、儿科、骨伤科、针灸等各科的代表人物。

本套丛书以每位医家独立成册，每册按医家小传、专病论治、诊余漫话、年谱四部分进行编写。其中，医家小传简要介绍医家的

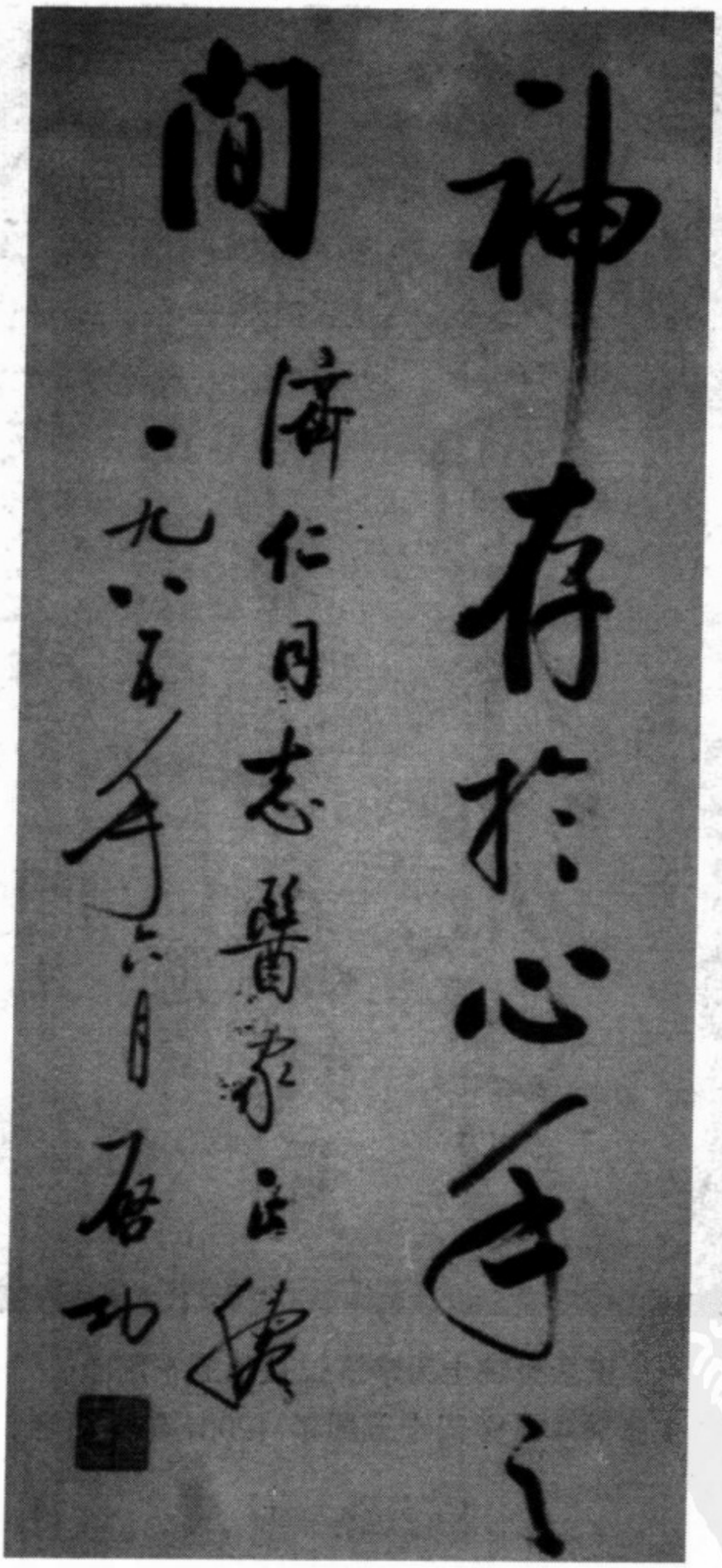
生平及成才之路；专病论治意在以病统论、以论统案、以案统话，即将与某病相关的精彩医论、医案、医话加以系统整理，便于临床学习与借鉴；诊余漫话则系读书体会、札记，也可以是习医心得，等等；年谱部分则反映了名医一生中的重大事件或转折点。

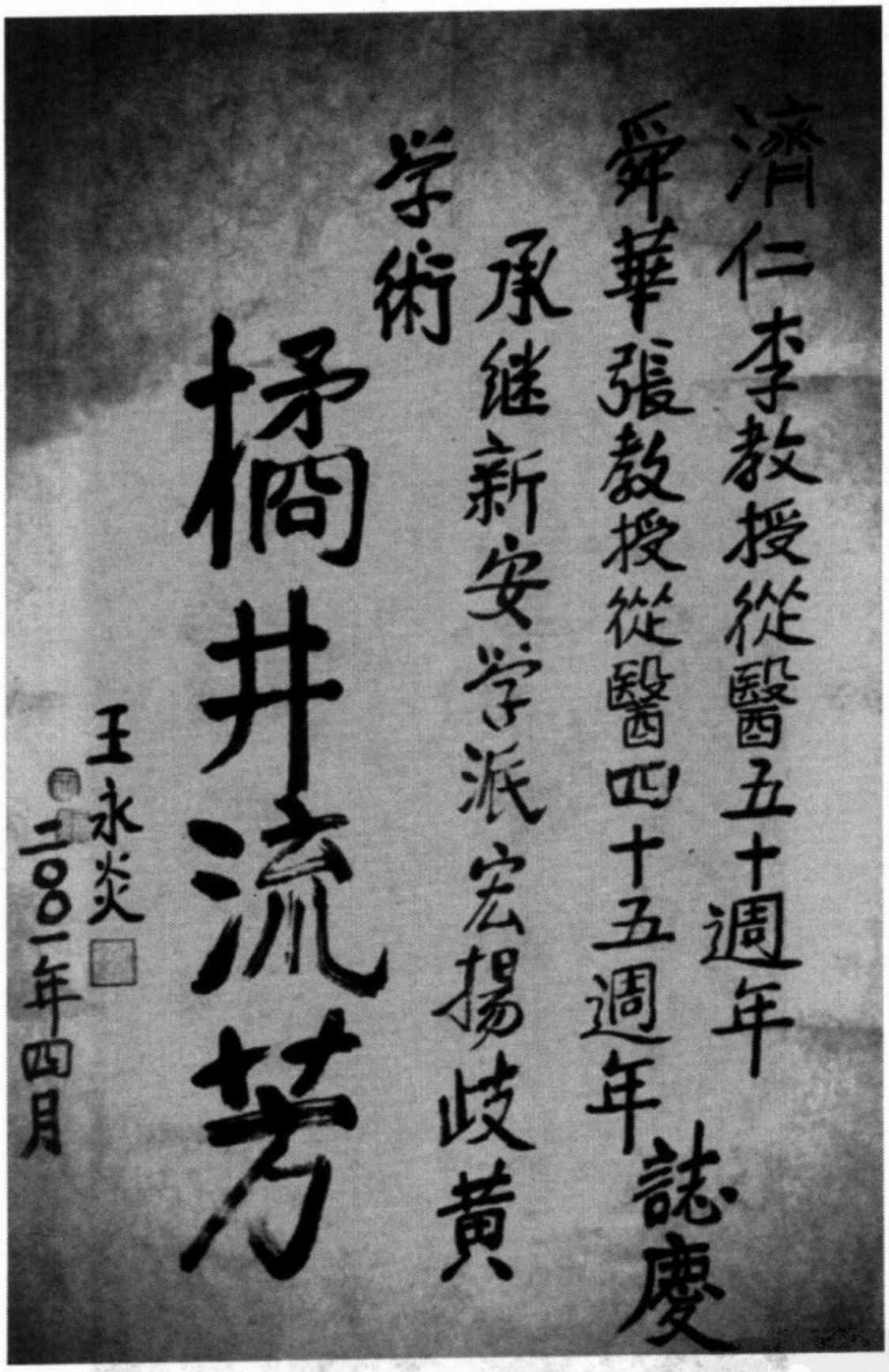
本套丛书有两个特点是值得一提的：其一是文前部分，我们尽最大可能的收集了医家的照片，包括一些珍贵的生活照、诊疗照以及医家手迹、名家题字等，这些材料具有极高的文献价值，是历史的真实反映；其二，本套丛书始终强调，必须把笔墨的重点放在医家最擅长治疗的病种上面，而且要大篇幅详细介绍，把医家在用药、用方上的特点予以详尽淋漓地展示，务求写出临床真正有效的内容，也就是说，不是医家擅长的病种大可不写，而且要写出“干货”来，不要让人感觉什么都能治，什么都治不好。

有了以上两大特点，我们相信，《中国百年百名中医临床家丛书》会受到广大中医工作者的青睐，更会对中医事业的发展起到巨大的推动作用。同时，通过对百余位中医临床医家经验的总结，也使近百年中医药学的发展历程清晰地展现在人们面前，因此，本套丛书不仅具有较高的临床参考价值和学术价值，同时还具有前所未有的文献价值，这也是我们组织编写这套丛书的由衷所在。

中国中医药出版社

2000 年 10 月 28 日


神存于心手之间
启功先生题赠
“神存于心手之间”



王永炎院士为李济仁从医五十周年、
张舜华从医四十五周年（2001 年）题字

新安名醫張一帖先生第十四代傳人

李濟仁大醫師張聲華教授「中國百年

家學淵源傳

薪火真傳

代有發展

百名中醫臨床家」丛书出版誌禧

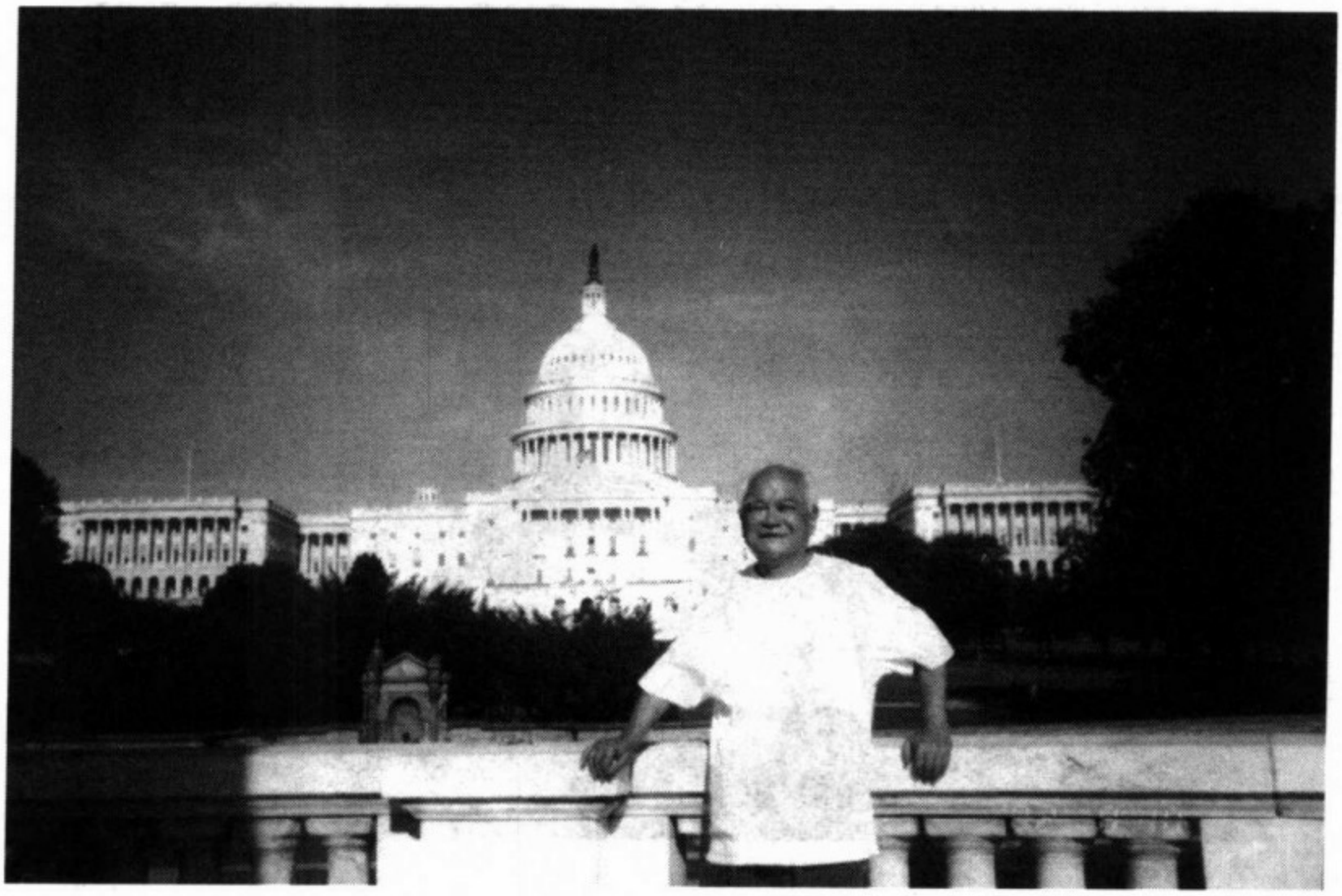
中國中醫研究院 路志正 題

癸未六月

路志正教授为本书题词

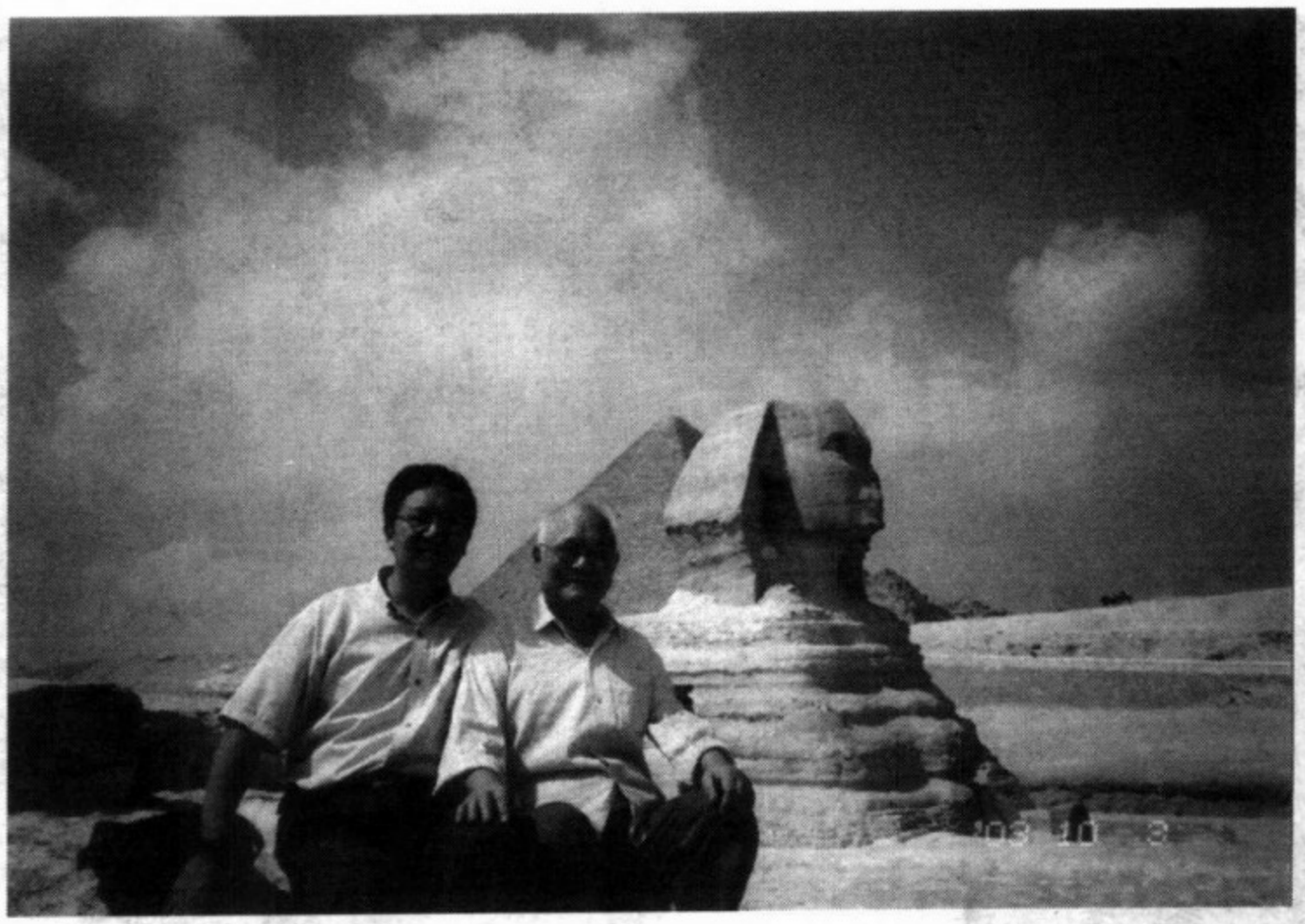
李济仁、张舜华先生在弋矶山医院江畔

张舜华先生研读医籍



李济仁先生在美国华盛顿国会山庄前

参加南京中医学院“七五”攻关科技成果鉴定会时与董建华院士合影



李济仁先生与长子张其成在埃及考察

李济仁先生寿辰时全家合影

内容提要

李济仁、张舜华先生为流传400余年的新安著名世医“张一帖”第十四代传人，亦为当代医林佳侣。从医五十余载，在内、妇、儿科众多疑难杂病的治疗上积累了丰富的经验，尤擅痹病、痿病、肾病、肝胆病等，创立效方达药，其验甚广；对中医治则、治法多有发挥，在辨证用药上制定了择时施治等原则，具有重要临床价值。对于进行性肌营养不良、类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮及其他各科顽疾，均颇多创获，疗效显著。该书集其医验精华，适于中医临床、科研、教学工作者参阅。

中国百年百名中医临床家丛书

（按姓氏笔画排列）

丁光迪　　于己百　　干祖望

万友生　　马光亚　　马新云

王文彦　　王云铭　　王任之

王合三　　王伯岳　　邓铁涛

韦文贵　韦玉英　　田乃庚　　史沛棠

叶心清　　叶橘泉　　石筱山　石仰山

刘云鹏　　刘仕昌　　刘冠军

刘炳凡　　刘弼臣　　朱良春

米伯让　　许玉山　　邢子亨

杜雨茂　　何　任　　何世英

何炎燊　　余无言　　宋祚民

宋爱人　　张子琳　　张珍玉

张梦侬　　张　琪　　张云鹏

张　缙　　张镜人　　李今庸

李玉奇　　李仲愚　　李克绍

李寿山　　李斯炽　　李聪甫

李翰卿　　杨甲三　　杨志一

杨继荪　　汪逢春　　肖龙友

邱茂良	邹云翔	陈苏生
单健民	周仲瑛	周次清
周筱斋	孟澍江	岳美中
承淡安	林如高	林沛湘
欧阳锜	罗元恺	郑守谦
俞慎初	姚国美	姜春华
施今墨	查玉明	胡天雄
胡希恕	赵　棻	赵心波
赵炳南	赵绍琴	赵锡武
哈荔田	夏桂成	徐志华
徐恕甫	耿鉴庭	袁鹤侪
贾　堃	高辉远	郭士魁
钱伯煊	梁剑波	盛国荣
章真如	黄竹斋	黄宗勋
黄坚白　傅方珍	董廷瑶	董建华
蒲辅周	蔡小荪	裘笑梅
路志正	潘澄濂	颜德馨
魏长春	魏龙骧	魏指薪

目 录

医家小传 …… (1)
专病论治 …… (19)
痹病治验 …… (19)
一、痹病的诊断与分类 …… (19)
二、痹病的内治方药 …… (23)
三、痹病的外治方法 …… (26)
四、辨治顽痹四法 …… (28)
(一) 顽痹从虚辨治 …… (28)
(二) 顽痹从瘀辨治 …… (28)
(三) 顽痹从痰辨治 …… (29)
(四) 痹痿同病从肝肾辨治 …… (29)
五、痹病病案十则及验方 …… (29)
痿病治验 …… (46)
一、痿病的主要症状辨证分析 …… (46)
(一) 肢体瘫痪 …… (46)
(二) 四肢拘急 …… (51)
(三) 肢体麻木不仁 …… (53)
(四) 四肢瘦削 …… (56)
(五) 皮毛枯槁 …… (60)
二、痿病治法概要 …… (63)
三、进行性肌营养不良症病案四则 …… (67)
胃肠病治验 …… (74)
一、萎缩性胃炎证治经验 (附病案四则) …… (74)

二、消化性溃疡证治经验（附病案四则） …… (80)
三、消化道出血病例 …… (86)
四、慢性浅表性胃炎伴肠上皮化生病例 …… (87)
五、慢性肠炎病例 …… (89)
肝胆病诊治经验 …… (90)
一、治疗黄疸型肝炎的基本方“灵茵退黄方” … (90)
二、肝病病案二则 …… (91)
（一）重症黄疸型肝炎病例 …… (91)
（二）无黄疸型肝炎病例 …… (92)
三、胆病病案五则 …… (94)
（一）胆石症案 …… (94)
（二）化脓性总胆管炎病例 …… (94)
（三）慢性胆囊炎病例 …… (96)
（四）胆道蛔虫病例 …… (97)
（五）胆道蛔虫合并感染案例 …… (98)
肾脏病的治疗及验方（附病案九则） …… (99)
一、自拟李氏蛋白转阴方 …… (99)
二、益气活血治慢肾 …… (104)
三、养阴固肾除隐血 …… (106)
四、肾病综合征须辨证用药 …… (107)
五、治肾衰宜攻补兼施 …… (109)
六、尿毒症重在解毒、排毒 …… (110)
冠心病诊治经验（附病案五则） …… (111)
一、心脾阳虚，气滞痰阻 …… (113)
1. 气虚、阳虚型 …… (113)
2. 气滞型 …… (114)
3. 痰浊阻滞型 …… (115)

二、心肾阴虚，血瘀阻络…… (115)
1. 血虚、阴虚型 …… (115)
2. 血瘀型 …… (116)
脑病（中风）证治经验（附病案六则） …… (117)
一、益气活血法治疗脑梗塞…… (119)
二、补阳还五汤治疗中风偏枯…… (120)
三、培补真元以固本，开窍豁痰以治标…… (122)
四、风痰阻络者宜祛风化痰、养血通络…… (123)
五、营卫亏虚者宜调和营卫、补气生血…… (124)
肺系疾病证治…… (125)
一、肺系疾病验案四则…… (125)
二、虚喘宜肺肾同治及验方“固本定喘汤” …… (129)
乳糜尿治验及系列方…… (130)
一、以苦参为主治疗乳糜尿…… (130)
二、脾肾不足为本，湿热下注为标…… (131)
三、乳糜尿系列方五首（附病案十则） …… (132)
1. 苦参消浊汤 …… (132)
2. 加减苦参消浊汤 …… (133)
3. 加味萆薢分清饮 …… (134)
4. 消浊固本丸 …… (136)
5. 乳糜食疗汤 …… (137)
肿瘤的治疗经验（附病案十一则） …… (143)
一、胃癌…… (144)
二、肺癌…… (148)
三、肝癌…… (155)
四、鼻咽癌…… (162)
五、乳腺癌…… (164)

六、结肠癌……（168）
七、直肠癌……（170）
癫痫的诊治经验……（173）
一、阳痫经验方“阳痫汤”和“加减止痫丹”
……（174）
二、阴痫经验方“涤痰开窍饮”……（174）
三、病案二则……（175）
“凉血消癜汤”及血小板减少性紫癜治验……（177）
一、验方“凉血消癜汤”……（177）
二、血小板减少性紫癜病案一则……（178）
小儿急惊风的诊治经验……（179）
一、小儿急惊风病因病理……（179）
二、小儿急惊风临床证候……（180）
三、小儿急惊风常用治法及护理措施……（182）
四、病案二则……（183）
高血压病的治疗经验……（186）
一、肝肾的生理性关联……（186）
二、肝肾的病理性关联……（187）
三、从肝肾相关辨治高血压病病案三则……（188）
妇科、男科诊治经验……（191）
一、闭经病案二则……（191）
二、无精子症病案一则及验方“三仙种子汤”
……（193）
三、男性乳房发育症病案一则……（195）
疑难杂症病案……（196）
一、顽固性失眠诊治经验……（196）
二、精神分裂症治验……（198）

三、高热病例二则…… (199)
诊余漫话…… (203)
治痹用药心得…… (203)
一、常用治疗痹病药物的应用经验…… (203)
二、常用有毒治痹药物的中毒及解救…… (233)
论痹病与痿病的相关性…… (240)
一、痹病、痿病的概念及范畴…… (241)
二、痹痿合论的基础…… (243)
三、痹病与痿病的鉴别…… (245)
四、痹病与痿病的辨证论治…… (254)
五、痹病与痿病的预后及护理…… (259)
中医因时诊断、用药与辨治谈（附病案三则）…… (260)
一、根据疾病发作周期因时诊断…… (260)
二、因季用药与施治…… (265)
三、冬病夏治法…… (271)
四、月经病的时间周期用药法…… (273)
五、根据昼夜节律施治用药…… (282)
用方和服药的经验介绍（附病案二则）…… (295)
一、选择方药剂型，重视作用特点…… (295)
二、强调服药时间，提出动静宜忌…… (296)
三、推崇数方并用，注意定时分服…… (297)
水肿病的辨证治疗…… (298)
一、水肿病五脏分类…… (299)
二、五脏水的病因病机…… (302)
三、五脏水的辨证论治…… (305)
四、五脏水的基本治法及方药…… (308)
气证治血发挥…… (315)

一、气证的产生及气证治血的理论依据…… (315)
二、气证的分类及代表方剂中治血药物的分析
…… (316)
中医治则契要…… (319)
一、中医治则的基本特征…… (319)
二、治则与治法的区别与联系…… (320)
三、七项治则内容阐解…… (323)
年谱…… (327)
李济仁年谱…… (327)
张舜华年谱…… (340)

医家小传

一、岁月之痕

李济仁教授、主任医师，原名李元善。1931 年农历庚午年的初冬时节出生于一个秀木成荫、风景如画的小山村——安徽徽州歙县小川的桥亭山。父亲李荣珠、母亲洪聚娣操持着一个清苦却温暖的家。古老的徽州，曾被文人们尊称为“文化圣地”，每一片山川都弥漫出一种宁静、悠远而浓厚的文化气息。也许是禀受了徽歙的地灵之气，少时的李元善勤勉聪颖，七岁入私塾，善文，喜读经史之书，培养了良好的国学基础和乐于思索、取法乎上的品质。但动乱年代，报国无门，民众为病患所苦，遂从“天下之至变者，病也；天下之至精者，医也”之古训，立志于以医道济人济世。1943～1948 年，他从儒入医，师从新安名医张根桂（张舜华之父）、汪润身等系统学习、诵记中医经典著作，并临证随诊。

而后，医技渐成的少年李元善改名济仁，以偿其高远的志向。年甫弱冠，负笈他乡，开启了日后漫漫50余年的行医疗疾生涯。20世纪50年代初，李济仁在歙县小川自主开办了联合诊所，任所长；不久因医技精湛，声誉远播而崛起于歙南地区，同时合并其他乡属诊所，规模扩大，成立了歙县街口区大联合诊所，仍任所长。当时的中医工作正处于举国初创的时期，因为中医理论、临床成绩颇为显著，李济仁于1955～1956年被选派到安徽中医进修学校（安徽中医学院前身）的师资班学习，并于1958年2月调入歙县人民医院工作。

1959年后，李济仁被选拔参与了安徽中医学院的筹建工作，任学院内经教研组组长、大基础教研室主任之职。时隔未久，又在安徽中医学院附属医院的筹建中兼任秘书职务。正值青壮年的李济仁为安徽省中医药事业的奠基工作作出了重要的贡献。

那时，从乡村步入高等学府的殿堂，并参与其创建与教学工作，成为同侪中的佼佼者，其跨度之大、路途之艰是可以想见的。1961年5月13日《光明日报》署名“闻育”的专门述评文章“要善于向年长教师学习”中这样写道：“安徽中医学院有一位青年教师李济仁，原来教课比较吃力，后来，得到一位七十多岁老中医的指导，他努力进修，刻苦钻研，业务上进步较快，现在已能独立开课，效果较好。”因为善于转益多师，加之精勤不倦，成就日新，李济仁成了当时举国各个领域中高校青年教师的模范人物之一。

1965年，李济仁被推选为安徽省青年联合委员会第三届委员会常务委员，并获“安徽省社会主义建设先进教师”荣誉称号。1965年10月～1966年5月，他又代表安徽省到

北京中医学院（现北京中医药大学）、中国中医研究院参加编写《中医基础理论》等首批卫生部高校规划教材。1970年前后，中医学院被撤并，李济仁转入安徽医学院（现安徽医科大学）工作，任内科医疗组组长。

十年浩劫，风雨如晦。一场人生与人性的考验没有行业、地域之分，也洗出了壮年李济仁的铮铮铁骨。这是一段煎熬与正直作伴、折磨与气节为邻的岁月。在此期间，酷刑与迫害是李济仁坚持真理、实事求是的代价，也是他作为“铁杆老保”，保护他人而牺牲自己的真实写照。劫难过后，尽显李济仁人格之高贵；劫后的一笑泯恩仇，则益见其宽阔之胸襟与气度。

合肥与皖南隔了一条浩浩的长江。为了能够照顾家乡歙县的妻小，1972年底，李济仁主动请调，从省会合肥过江至位于芜湖的皖南医学院及附属弋矶山医院工作，任学院学术与学位委员会委员、中医教研室主任、附院中医科主任等职，并数次婉拒了复校后安徽中医学院的盛情函调。1978年晋升为副教授，并开始招收硕士研究生；1985年晋升为教授、主任医师。弋矶山医院成立于1888年，原为美国教会医院，现为安徽省医疗中心之一。在这个至今（2003年）已有115年历史、葱葱郁郁、长江环流而过的三级甲等医院里，李老辛勤工作至今已30余载。李老和著名的神经内科专家刘贻德教授、定量药理学专家孙瑞元教授、本草文献专家尚志钧教授被推举为皖南医学院的“四大支柱”、“四大元老”；并与弋矶山医院建院以来的吴绍青、沈克非等专家并列为“一代名医”。

时光逐日流逝，人生如阅书卷。青年的李济仁如今已遍染白发，成了中医界的一方重镇，成了品谊高洁、和蔼可亲

的李老。岁月的波折与磨砺，并没有消减他对于中医药学术、对于精神与品格的探求，反而更加深了他一贯严谨、求实的思考。他在临床、教学和科研的第一线，也依然辛勤地工作。有生之年，多为病家造福，多为祖国医学作贡献的愿望，令先生“老骥伏枥，壮心不已”。

二、成就如烛

（一）临床

李济仁先生从医 50 余载，其临床、教学、科研方面业绩昭于海内外。可谓是：济人济世，惠泽病患遍及宇内；仁术仁心，著作等身誉满杏林。

先生精于中医内科，临床屡起大症重疴，疗救疑难奇险。经先生救治而获新生的各种病例，则是不胜枚举。如对于“良医不能措其术，百药无所施其功”的世界性顽疾——进行性肌营养不良症、多发性硬化等，先生依据《内经》“治痿独取阳明”、“足受血而能步”和肾经充则骨不软之理，系统提出益肾填精、健脾和胃、养血舒筋等法，率先治愈多例。

先生辨治杂病，重视培补肾本，主张辨证与辨病相结合，辨证应灵活机变，处方熔经方、时方、验方于一炉而精心化裁。先生同时精于风湿病、肾病的治疗，对消化系疾病倡导“和、降、温、清、养、消”六法，并创立了卓具疗效的治疗冠心病的“归芎参芪麦味方”、治疗慢性乙肝的“乙肝转阴方”、治疗乳糜尿的“苦参消浊汤”等效方达药。对于中医临证，先生从长期的临床实践中还提出了“选择方药剂型，重视作用特点”、“强调服药时间，注重动静宜忌”、“推崇数方并用，主张定时分服”等精辟论见，对于临床疗

效的提高、祖国医学魅力的展现颇有助益。

由于医名远播，疗效精到，自祖国各地、港台地区，乃至于马来西亚、新加坡、欧美等多个国家慕名求诊者，纷至沓来，络绎不绝。先生总是予以悉心诊治，并且为患者考虑至微，建议部分远道患者首诊后可来函复诊。不意间引起的效应是：从20世纪80年代以来，先生在繁忙的医、教、研工作之余，还为国内外近4000余人次的患者提供了“无偿函诊服务”。

被中国医学神奇魅力迷住的马来西亚人张新生，从马六甲给李老寄来一封言辞恳切的信，一是拜师，二是为他妻子久治不愈的妇科病求治，结果数次鸿雁往来，不仅他妻子的病如愿康复，还幸运地成为李老在异国的十余名“函授生”之一。

先生这种高尚的医德经《健康报》《工人日报》等采访报道后，来函求诊的患者便越发地多了。但对待每一位病家的来信，先生和他的夫人都不稍怠慢，总是舍弃自身的休息时间，以换来一个个患者的健康。

（二）著述与科研

对于《内经》这部集医学、哲学、天文、地理、数学、气象、社会学之大成的巨著，先生浸淫其中数十载，已谙熟于胸。同时，以《内经》为宗，先生又溯其源流，淹贯百家，理论与临证互作阐发，从而在中医理论与临床的研究上取得了累累硕果。如确立起中医医学地理学、中医时间医学、医疗气象学等新的学术生长点，以及体质学说、养生学、五体痹病、五脏痿病等研究专题，对中医界产生了较为深远的影响。

先生也是“新安医学”研究领域的奠基人之一。“新安

医学”在祖国医学的构建与发展中起到了不可磨灭的作用，是中医学历史上的“敦煌”。正是在先生及其学生们常年的努力与走访中，尘封在岁月和历史中的668位新安医家、400余部新安医籍得以清晰起来；古医家们对于急、危、难、重病症的诊疗经验、以及富有特色的诊疗规律得以厘清阐明。这对于当今中医学术的继承与发扬具有重要的理论与应用价值。“新安医学”现在受到国内外传统医学界的广泛重视，这与先生的努力也是分不开的。

先生对于中医药学术、临床以及科学研究，孜孜以求，经年不辍。所谓立德、立功、立言，凡有所悟、所想、所得，先生均述诸笔端，50余年来聚沙成塔，为祖国的医学事业奉上了12部各有创获的学术专著：《内经知要通俗讲义》（合著，1959年，安徽人民出版社）；《中国医学史》（专著，1959年，安徽中医学院教材）；《杏轩医案并按》（专著，1986年，安徽科技出版社；1990年，台湾蓝灯文化事业股份出版公司再版），获首届全国中医医史文献图书及医学工具书银奖；《痹证通论》（专著，1987年，安徽科技出版社；1990年，台湾蓝灯文化事业股份出版公司再版）；《新安名医考》（主编，1990年，安徽科技出版社），获首届全国中医医史文献图书及医学工具书优秀奖；《名老中医肿瘤验案辑按》（主编，1990，上海科技出版社）；《中医时间医学》（合著，1990年，安徽科技出版社）；《临床治疗学研究与应用集成》（主编，1996年，中国中医药出版社）；《新安医籍丛刊》（共15册，54部医籍，900多万字，主编之一，1985～1996年，安徽科技出版社），获第九届华东六省一市优秀科技图书一等奖；《痿病通论》（主编，1996年，人民卫生出版社）；《济仁医录》（专著，1996年，安徽科技

出版社)；《大医精要－新安医学研究》(1999年，华夏出版社)。

此外，先生还担任了《现代名医医案选析》《中国传统养生学辞典》《中医时间治疗学应用全书》等多部著作的主审。先生的思想、经验特色也被《名医名方录》《中医奇证新编》《中医人物荟萃》《中华名医特技集成》《名医特色经验精华》《中医疑难病例分析》《当代妙方》《中国当代名中医秘验方临证备要》《中国中医专家临床用药经验和特色》《现代中医学术思想、验方、医案集锦》《中国当代名医妙方精华》《现代名中医内科绝技》《长江医话》《当代中国科技成就大典》等著述收载。

与此同时，从20世纪60年代至今，先生在《中医杂志》及其英文版、日本《汉方临床》等学术刊物发表论文近百篇。其文融会新知，别有心悟，众多本正源清而又观点鲜明的新认识交织其间。

先生主持的科研项目“新安医家治疗急危难重病症经验的研究”获2000年安徽省高校科技进步二等奖，2002年安徽省科学技术奖三等奖；“新安名医考证研究”获1994年安徽省高校科技进步二等奖、1997年安徽省自然科学三等奖；“中医时间医学系统理论与应用研究”获1994年安徽省科技进步三等奖；“名老中医治疗肿瘤的经验和理论研究”获1997年安徽省科技成果奖。

(三) 教学

李济仁先生为1981年全国首批具有硕士学位授予权的硕士研究生导师之一，也是全国七名《内经》专业导师之一，方向是《黄帝内经》的理论及其治疗学研究。至今先生共培养了研究生22名，指导高级学徒2名。

诲人不倦、令人如沐春风是学生对于先生的共有评价。先生的学生来自于四川、吉林、山东、江苏、北京、河北等各个省市，毕业后又走向了全国各地以及英、美、日等国家。其中有的已成为博士研究生导师，有的担任厅级领导，有的从事中药产业化研究，有的任出版社编审，有的在异国弘扬中医药学……，都成了祖国中医药事业发展的栋梁之才。在先生“从心所欲不逾矩”之年，部分学生从四面八方、中医药界的各个岗位上走来，自发为先生恭贺寿辰。把酒忆往，其情陶然。

（四）学术活动

先生参予过数十次中医药界的一些重要学术活动，如在邹云翔教授、周仲瑛教授 1986～1994 年间的历次博士论文答辩委员会任主席或委员，1983 年“广西计算机中医诊断鉴定会”（任副组长），1987 及 1988 年朱良春先生的“顽痹（类风湿性关节炎）从肾论治的研究”，“益肾蠲痹丸治疗顽痹（类风湿性关节炎）临床与实验研究”等成果鉴定会，1991 年周仲瑛先生国家自然科学基金项目“温病气营两燔证的本质和清气凉营法的作用原理研究”科研鉴定会，以及多届安徽省高级职称评审委员会（任中医评议组组长），国际及全国中医风湿病学术研讨会等。一些中医药界的耆宿也云聚会场，其乐融融。

（五）任职

先生是我国《内经》学、风湿病学的学科带头人之一，“新安医学”研究的奠基人之一。同时为全国首批 500 名老中医之一，1991 年获国务院政府特殊津贴。他陆续担任了安徽省中医药学会副理事长，省新安医学会名誉会长，省高

级职称评审委员会委员兼中医评议组组长，省中医药高等学徒教学指导组组长，省中医医疗事故技术鉴定委员会副主任，芜湖市中医药学会名誉理事长，英国剑桥国际传记中心及美国 ABI 终身研究员等职。先生也是中国中医药学会风湿病学会的“五老”之一。

先生的业绩曾被载入 1991 年英国剑桥国际传记中心、美国 ABI 编撰的多版《世界名人录》，并被评为 1991～1992 年“国际风云人物”、“世界领先 500 人”，授予“终身成就金质奖章”、“卓越学术领导金奖”等。也被收入《96’中国人物年鉴》《中国当代名人录》《中国当代人物荟萃》《中国当代医学专家集萃》《中国当代中医人物荟萃（第一辑）》《当代名老中医风采》等辞书。

先生的记忆中，还有一个特殊而倍受鼓舞的日子，那就是 1995 年 7 月的全国继承老中医药专家学术经验出师大会召开期间，他作为首批全国 500 名老中医的 10 位代表之一，在人民大会堂受到了中央领导同志的亲切接见，中央电视台《新闻联播》播出了会见实况。这让先生更加切身地感受到了党和国家对于中医药事业的支持。激动和欣慰是必然的，但期待和激励更是长久地铭刻在先生的心间。

三、伉俪情深

1957 年农历十二月初三，曾问学于“张一帖”第 13 代传人张根桂，并得其激赏，已成为徽歙医界青年俊彦的李济仁，与“张一帖”第 14 代传人、医技精良、兰心蕙质的青年张舜华，缔结姻缘。虽然不久之后他们又各自奔赴相隔数百里的工作岗位，直到 1980 年方得在芜湖团聚，但分别时灵犀相通，聚首后学业上切磋琢磨，生活中相辅互助，相伴

偕老。一路上，他们为祖国医学所作出的贡献，已非一家一族所私有。

张舜华，1935 年 1 月 28 日出生于安徽徽州歙县定潭。现为皖南医学院弋矶山医院中医科主任医师、副教授。

“定潭向有车头寺，半夜敲门一帖传”。张舜华为流传 400 余年、一剂药可起沉疴的新安名医“张一帖”14 代传人。她祖上的医术，民间有随地拔草一根使危急患者向愈的种种神奇传说。著名经学家吴承仕之痼疾经乃父张根桂治疗痊愈后，由衷地赞叹:“术著岐黄三世业，心涵雨露万家春。”作为新安临床医家之翘楚，作为当今较为罕见的传代久远且代系清楚的医学家族链，现安徽中医学院新安医学文化馆专门开辟了传代至张舜华的“张一帖”专栏，以示彰扬。有关“张一帖”的研究论文也被国际权威的医学数据库 Medline 收录。

张舜华 1955 年悬壶济世；1959 年在歙县中医进修学校学习；1980 年底调至皖南医学院弋矶山医院中医科，任副主任医师；1986 年晋升为主任医师。

出身于世医之家的张舜华，自幼即在家学熏陶下，以医道为念愿。但按照“张一帖”家规，医道只能传男不能传女。父亲张根桂因膝下独子早殇而心情抑郁。童年的张舜华是在成人式的劳作中度过的：她日出而作，日落之后，每遇间隙，就埋首于家中的那些艰深的医学古籍，或站在父亲身旁不远处随诊，劳乏在致知中得到舒展。

张舜华以其一贯的诚孝与勤奋，以及对医药的刻苦自学，其情其景，终于深深地感动了父亲，于是张舜华得到了父亲的悉心指授。然而，在“传男不传女”的思维系缚和破除家规这两难间徘徊、郁闷日久的父亲，终于还是带着一些

困苦，一些释然，过早地谢世了。留给张舜华的只有祖上的医术、已见破败的家、两个年幼懵懂的妹妹和心绪消沉、体弱多病的母亲。父亲甚至没有等到女儿出嫁的那一天。

生存的压力、举家的重荷就这样蓦然摆在了刚满 20 岁的张舜华面前。为了维持生计，乃至重振祖业，张舜华只能尽力支撑，愈挫愈奋。同时，张舜华更加努力地究心医术，深研《神农本草》《黄帝内经》《难经》《伤寒》等医籍，出诊不辞劳苦，采药不虑险远，疗疾不计富贫，持家但知忘我，勤俭、坚韧、精进、朴实之风，数十年如一日。其精湛的医术也在皖、浙、赣数省地的病家中赢得了普遍声誉。关于张舜华，当地至今流传有两句话，一是“赶定潭”，形容病患自四方云集定潭张门的景象；二是“孝女香”，指的是张舜华苦苦支撑整个家庭，令人感佩至深。

尤为难能可贵的是，张舜华在 1958 年响应国家的号召，将祖传秘方之一无偿献出，此举受到中央领导以及安徽省政府的高度重视与表彰，并参加了省医药卫生成果展览。1959 年 5 月 15 日的《安徽日报》对此专门以“歙县中医献方采风，发掘祖国医学珍宝”为题，进行报道与表彰。1980 年，张舜华调至皖南医学院弋矶山医院中医科工作，继续奋斗在临床一线，当时当地，民众会集张门，自发相送，依依惜别。而每年春夏之际，先生夫妇也总会抽出时间回到家乡，为家乡记挂着他们的患者精心医治，造福乡里。

可以说，在李济仁的各项成就中，均离不开张舜华的支持、参与和心血付出。就临床诊疗方面而言，张舜华的经验与心得，较李老不仅不逊色，且对于急性伤寒、妇科疾病、消化系疾病、癫狂症等，张舜华有着自身的独到体会，临证经验尤为丰富，掌握了一系列临床久经验证的有效方药。

张舜华的临床特色在于：以认证准确为基础和前提，用药猛、择药专、剂量重，取重剂以刈病根。医治外感病、急症往往一剂奏效。治疗湿温伤寒证，注重健脾宣渗；治疗虚寒证，喜用大剂附子以壮阳，后则调治气血津液，标本兼顾，以求根治；治疗急症提倡针药并施，针灸以应其急，汤药以治其本。并依据《素问》“脏气法时”的思想，针对不同时间机体脏腑、气血功能状态的各异而摸索制订了一套择时服药的规则，使疗效益彰。

张舜华同时擅长医治肝病、胃病、风湿、癫狂、妇科等疑难病症，擅用金石药、虫类药，并常辅以新鲜草药，收效显著。改进了“十八罗汉”祖传末药秘方，对外感病、肠胃病的医治独具神功。在长期临证基础上，张舜华精益求精，还创制了治疗狂证（精神分裂症）的“重镇定狂汤”、治疗血瘀型痛经的“艾红汤”、适用于春温（流感、流脑）等病症见高热不退之“玉女解毒汤”、用于治疗伤寒外感病的“加减羌活冲和汤”等具有很高临床疗效的方剂。

张舜华参与撰写、出版了《名老中医肿瘤验案辑按》《新安名医考》等著作，主持校注的《医津一筏》《素问灵枢类纂约注》由安徽科技出版社出版后，获得第九届华东六省一市优秀科技图书一等奖，并获得 3 项省科技成果奖。在临证之余，张舜华单独撰写了“益阴清肝，治愈青盲”、“风湿病的辨证治疗与专方治疗”等 10 余篇学术论文，在《中医杂志》等国家级刊物以及全国第四届痹病学术研讨会等会议上刊发、宣读后，颇受医界好评。同时，她与李老在中医学术的研究中相互切磋应答，也合作发表了众多的学术论文，取得了丰硕科研成果。

张舜华的传记及业绩被收入中国名人协会编撰的《中国

人物年鉴》，以及《中国当代中医名人志》《中国中医人名辞典》《中国当代医学专家集粹》《安徽省高等学校教授、副教授名录》等辞书。

相机摄下了他们相依走过祖国首都北京的天安门、万里长城，领略祖国美好的日子。但美好的旁边，更多的时光是这样度过的：李济仁艰难创业在外，张舜华独自在歙县定潭的老家，既要黎明即起，出诊以救治病患，又需操持家计，顾护年迈的母亲，抚育待哺的幼子，养育年幼的妹妹。每每忙碌至深夜，还要在煤油灯下一边缝补，一边研读古代医籍，撰述临证及研读医案之体会。不时还要跋山涉水，为病家采集各种草药。

当家业初成，偏又罹文革之难。彼时家中接连被抄，新置的家当，乃至祖传“张一帖”的一些珍贵器物、医籍心得等散失殆尽。老母徒自落泪，幼者稚气未除，举家居无所，食无粮，书尽焚毁，物尽盗亡。张舜华独力苦苦支撑，给省城亦在劫中的李济仁捎去的，却都是平安的讯息。这又是怎样的一番困苦与重生？真可谓是“不经一番寒彻骨，哪得梅花扑鼻香”。

医学的事业、家庭的重担和几个子女轮流伏在忙于出诊、采药、持家的张舜华的背脊上。张舜华便是以这样一种“背负”的姿势，一步一步走过坎坷，走到了皱纹初起、鬓染霜雪、架着一副厚厚眼镜，却依然朴素勤俭的中年。

用难以数计的心血和汗水，“相夫教子”在张舜华身上得到了新的诠释。艰难成就人生，在李济仁、张舜华的艰苦创业下，一个家如同一棵日渐茁壮、茂盛的翠柏，经历的磨难都留在遒劲的枝干与欲滴的青翠中了。1995 年《人民日报·海外版》对他们的专访，记录了他们“术著岐黄，心涵

雨露”的人生篇章。当生命之树已立于山石，他们重游了祖国的首都，既是对似水年华的追忆，又是对未来生活的憧憬。

生、长、壮、老，每个人都走在这样的自然规律中。但归结在这些名词下的每一个人生，或多或少又都有其特别之处。李济仁、张舜华二老以其不变的坚毅、奋发、无私，书写了一段段感人至深的篇章，取得了一项项医界注目的成就。2001 年，一个新世纪的开始，也正值李济仁从医 50 周年、张舜华从医 45 周年之际，这对世医后裔、医林佳侣已是相顾白发，相互扶持，但一笑间依然会心。

四、芳菲满堂

李济仁、张舜华育有 4 子 1 女。长年含辛茹苦，把子女们一个个抚养长大，又一个个送出去读书。如今儿孙绕膝，子女们也均日新其学，学有所成。如今两代人中，“五子三博士，两代七教授”。有人以一幅古联，稍加整饰，正成了二老晚年心境的写照：“三博后两学士堪称五子登科，七教授八大夫乃是一帖传人”。

长子张其成（原名“张其枨”），1959 年 10 月 20 日出生，从母姓。北京大学博士，北京中医药大学博士后。现为北京中医药大学教授，博士生导师，图书馆馆长，中医文化研究中心秘书长，北京大学哲学系博士指导组成员，南京大学客座教授，中央民族大学客座教授，兼任中国中医文化学会常务副会长、东方国际易学研究院学术委员、中国周易学会常务理事等职。

张其成出版专著 10 余部，主编《医古文》《中医哲学基础》两部国家级规划教材；发表学术论文 100 余篇。曾获第

四届（1993年）国家教委霍英东基金会青年教师奖、中华中医药学会优秀著作奖、江苏省高校优秀青年教师、安徽省自然科学三等奖等奖励。多次应邀赴台湾、香港、韩国、新加坡、美国等大学讲学，主办了4次国际学术会议。

长女李艳，1961年农历正月十五出生，1987年毕业于安徽中医学院。现任皖南医学院弋矶山医院副主任医师，讲师，中医科副主任，目前为该院风湿病专科的学术带头人。李艳长期从事临床一线的诊疗工作以及研究，参加撰写《新安名医考》《名老中医肿瘤验案辑按》《大医精要——新安医学研究》等著作，并作为主要研究人员，获安徽省自然科学三等奖、安徽省科技成果奖等奖励。

次子李梃，1963年生。1989年毕业于中国农业银行安庆电大金融专业，后在歙县深渡农业银行工作。同时随侍父母，刻苦习医、临证，并于1997年7月毕业于安徽中医学院函大中医学专业。为传承“张一帖”祖业，为了皖、浙、赣数省地民众病患400余年来对“张一帖”的信仰，李梃自愿留在歙县定潭，开办了“世传张一帖诊所”，并将祖传“末药”改制为丸剂，以便患者服用。李梃对肝胆病、脾胃病、风湿病等疑难病症疗效独到精良，深受民众赞誉，也使得被誉为“赶定潭”的张家世医韶光依然。

三子李标，1967年7月出生。中国科学院博士（师从汤定元院士），28岁时在中科院上海技术物理所破格晋升为副研究员。然后赴香港科技大学作高级访问学者，从事微电子机械系统领域的研究，1999年在美国MEMS'99会议上作口头报告。同年被遴选为德国洪堡学者，赴德国慕尼黑技术大学及奔驰汽车公司工作，2000年曾受德国总统的接见。2001年赴美国纽约州立大学、波士顿大学从事博士后研究，

现在美国法朗霍夫公司任经理，负责研究课题5项。

李标在国际性刊物上发表论文60余篇，其中已被SCI收录30余篇；据2000年统计，其SCI论文引用率在中国科学院系统列第6位。1996年被聘为JAP，APL杂志的审稿人，1997年任《红外与毫米波学报》编委。

幼子李梢，1973年10月22日出生。北京中医药大学中医内科学博士（师从王永炎院士），清华大学生物信息学研究所博士后（合作导师李衍达院士）。现在清华大学生物信息学教育部重点实验室工作。主要从事生物信息学与中医药现代化研究。李梢兼任中国中医药学会生命科学学会常务委员、国家自然科学基金委员会评议专家等职。

李梢目前主持国家自然科学基金等国家级、部级课题4项，曾获全国百篇优秀博士论文奖、北京市科学技术奖、安徽省高校科技进步二等奖、安徽省科学技术奖等奖励；在国内外刊物发表论文30余篇，被SCI、EI、Medline收录近10篇。临床通晓风湿类疾病、消化系疾病、脑血管疾病等的中医药治疗。

李梢同时也喜爱艺术。16岁入中国书法家协会安徽分会，19岁独自著成我国首部系统论述篆刻艺术的专著——《篆刻通论》，大哲张岱年题该书“金石不朽”，《读书》《中国书法》《中国图书评论》等对该著作均有高度评价。

五、陶情鉴藏　踵迹山河

对于书画、古玩的雅爱，仿佛清风朗月，构成了先生人生中一抹特有的风景。所谓“医为艺海第一门”，祖国传统医学其实也内含了部分技艺的特质，并同归于东方文化“道”的厚重背景。自古名医如傅山、薛雪等，便也兼工诗

画，与其医术有霞鹜齐飞之致。

先生在工作之余，往往乐于以其医术与艺界人士相唱和，先后与丰子恺、黄宾虹、林散之、吴作人、启功、程十发诸家过从，并曾为黄梅戏演员严凤英治疗失眠痼疾。一些当代的著名书画家也陆续成了先生的业外之友，所赠墨痕画影，品读间常令先生沉浸其中，神与俱远。

先生兼精书画鉴藏，乃至砚、瓷、木、铜、牙诸器以及古籍等，缀集众美，陶冶性灵。先生因而遣句："江声画韵伴医书"。先生所藏，不乏佳品，如古籍中所藏《神灸经纶》四册，上海何时希先生即评为："以六十四馆所藏衡之，则此书殆为海内孤本，……李君其善藏之"。后先生将该本捐出，供中医古籍出版社出版，嘉惠后学。

医、艺之外，李先生有感于傅雷《观画答客问》的名言："览宇宙之宝藏，穷天地之常理，窥自然之和谐，悟万物之生机。"对祖国山河，尤寄予一片深情。从青年而至老骥，在先生人生中的各个阶段，他都会抽暇偕家人走出去，登临名山大川，寄情玄阔天地。祖国的每一省地，包括回归后的香港、澳门，先生都已亲历其境，唯有祖国的宝岛台湾尚付阙如。虽然先生的数部著作已在台湾再版发售，长子其成亦往台湾讲学，代偿夙愿，但先生仍希望以自身的足迹，描画出一幅完整的中国版图。

无论境遇如何，岁月递迁，对于生活中的每一新生事物均怀抱好奇、博爱、探索的心绪，这是先生的性格所向，并因此而造就了一个多姿、灵动、富含底蕴的人生。以至于先生的知交、同样"好人名山游"的著名书法家葛介屏先生，对先生有如此倾叹："登五岳名山足迹园林继洪祖，精岐黄鉴古手披图籍踵青莲"。

千禧年的夏、秋，先生是在欧洲德国、法国、意大利、梵蒂冈、奥地利、比利时、荷兰、卢森堡等8国度过的。在旅德的三子李标陪同下，先生亲历了卢浮宫的瑰丽、海德堡深秋的静美、巴黎圣母院的奇异、古罗马斗兽场的悲壮、梵蒂冈圣彼得大教堂的宏伟、水城威尼斯的自由与安宁、音乐之都维也纳空气中流动的乐符……。

2002年以来，先生又相继赴美国、加拿大、澳大利亚、土耳其、埃及等地域考察风情，品味文明，足迹遍布世界五大洲。

昭彰于世界的名地胜迹、民俗风情、文化艺术，一一走过，一一品味，一一比堪，先生心潮不时为之激荡。行走于异域的途中，有一个景象是先生尤为感触并乐于宣扬的，那就是在德国汉诺威举行的世界博览会上，航空航天事业、中医药事业是中国贡献于世界的两个杰出代表，雄浑凝重的“中国馆”内，张仲景、华佗、孙思邈、李时珍的塑像、著作，以及针灸铜人像等，在异国的天空下璀璨夺目，吸引了来来往往的各色人群驻足、仰慕、惊叹。先生也久久地注视着这一场景，从中仿佛望到了祖国的中医药为世界各地的人们提供福祉的那一天。

专病论治

痹病治验

（李济仁先生经验）

痹病是临床常见病之一，其病程长，易复发，治愈率低，严重地影响人们的身体健康。中医学认为痹病是由于风、寒、湿、热等外邪侵入人体，抑或内生，闭阻经络、气血运行不畅而致。临床表现以肌肉、筋骨、关节疼痛重着、麻木不仁、屈伸不利为主，或有关节红肿灼热，或有骨节肿大挛缩等症。先生通过长期临床，对于痹病一类疾患积累了丰富的经验，理论上也每多阐发。

一、痹病的诊断与分类

痹病的临床诊断在组织部位及临床表现上具有较明显的

特征，一般医生均能识别无误。然而中医诊断痹病，并不仅仅停留在判断某病人所患系“痹病”，还必须弄清其“痹病”之病因如何？病性如何？病位在何？厘清此点，指导辨证用药，关系甚为密切。因此明确痹病的分类诊断相当重要。

《素问·痹论》关于痹病的分类主要有三：①按病因分类，有因风、寒、湿三邪所致之行、痛、着三痹；②按五体病位分类，有皮、肌、脉、筋、骨五体痹；③按五脏病位分类，有心、肝、脾、肺、肾五脏痹。三种分类互相联系，密不可分。以病因分为三痹而言，其每一病因所致痹均将在一定部位体现，如行痹，其痹在皮抑或骨，在肌抑或肉等。若以病位五体痹而言，其痹又有属行痹抑或属痛痹，而与病因相关等。因此，《内经》所谓三痹、五痹之说，其旨在阐明诊断痹病要从病因、病位及脏腑等方面加以考虑。目前，临床上多注意从病因去诊断痹病，虽有一定意义，但不够全面，易使医生习惯地从祛风、胜湿、除寒等方面选方用药，对部位常欠考虑。先生认为病因诊断固属重要，病位诊断也不可忽视，因药物作用的部位有其一定的趋向，只有明确痹病的病因、病位，方能恰到好处地组方用药：即在针对病因用药的同时，结合参入对某局部疼痛有特异作用的引经药物，如上肢用片姜黄、桂枝；下肢用独活、怀牛膝等。处方中还可酌加止痛、消胀、活络等药。另外，在诊断痹病时，还应与痿证相鉴别。痿证以肢体痿软不用、肌肤消瘦为特点，关节一般不痛，这是鉴别的要点。

由于痹病的形成非单一之因，故其症状也表现为多个部位症状的综合，这给临床诊断为何种痹病带来了困难，那么怎样把握诊断关键？虽痹病的成因及部位有错综之态，但总有其倚重之处，如病因有偏风、偏湿的临床表现，病位则有

以骨或以皮肤等为主之异，症状则有酸痛、胀痛、刺痛、红肿热痛、关节肿大、畸形等不同。临床需抓住主症，参考辅症，方可作出正确诊断。

痹病诊治大法可从病因入手，首先需明其纲要，其次究其条目。先生主张应先分寒热（因痹有寒、热两大类），而后再据此分为寒痹偏风型、偏湿型及单纯寒型，热痹偏风型、偏湿型及单纯热型等。

热痹的主症为关节肌肉红肿热痛，其痛及皮、及骨，轻按重按均不可耐，运动障碍，得冷则舒，舌质红，苔黄厚干，脉数。偏风者则骨节间似风走窜，有许多关节的病变，恶风，汗出，舌质红，苔薄黄，脉浮数；偏湿者则关节肿大较多见，按之痛剧，下肢为甚，活动障碍明显，舌质嫩红，苔黄厚腻，口渴而饮水不多，口粘口淡；单纯热型则无偏风、偏湿的症状，而出现一派纯热证候。

寒痹的主症为关节肌肤触之冰冷，疼痛部位较深，喜按打叩击，关节活动障碍，特点是体位变换之初均不利，畏寒，关节疼痛，得热则舒，纳少便溏，舌质淡白，苔薄白，脉沉弦缓。偏风者则恶风，遇风刺痛，疼痛走窜不仅限于骨节间，还在关节周围肌肤，舌质淡白，苔薄白而干，脉缓；偏湿者见骨节皮肤酸胀疼痛，疼痛部位以肌肉为主，舌质淡白，苔薄白而腻；单纯寒型则无偏风、偏湿的症状，而出现一派纯寒证候。

以上主要从五体局部、舌脉言及寒、热痹及其各偏风或偏湿等不同类型的主要症状进行诊断。除此之外，临床还当结合全身情况以辅助诊断。例如，治疗关节痹病还需要对各病型作进一步分析论证：同一病因有时贯彻始终，但其作用轻重及时间长短如何？关节有无畸形？涉及皮、肉、筋、

骨、脉情况如何？是否牵涉内脏，出现五脏病变等。总之，诊断既可相对固定，又须不断变化。既需从总的、大的方面区别归类，又应对局部症状条分缕析，以应不变中之变与变中之不变等多种情况。为适应复杂多变的病情变化，施治既要有相对固定的主方主药，又要善于针对局部症状之异、病性之不同而辨证加减变化。如仅将治痹病药物罗列堆砌，临床往往难以取得预期的效果。近几年治痹药研究较多，诸如雷公藤、川乌、草乌、乌梢蛇、白花蛇等。有的医者则每人必用，每方必用，但因未能辨明证属何痹及何阶段，如此虽有可能治愈一二例患者，但若欲提高诊治水平，则难上难矣。

先生曾治一65岁的男性，系退休工人，西医诊断为类风湿性关节炎。初用强的松等激素可控制病情，近年来则病情加重，关节冷痛，呈游走性，涉及皮肤，喜叩打，面黝黑微浮肿，蹲下则难立起，站立则难坐落。舌质偏暗，苔薄白而干，脉弦缓。曾服用一年轻中医之中药约70余剂，自诉未有任何改变。细观所服之方，皆系雷公藤、川草乌、二蛇以及温肾活血化瘀之品。先生仔细诊察，属寒痹偏风重型，故以阳和汤合蠲痹汤加减，虽未用雷公藤、川草乌、二蛇等，却3剂痛减，5剂病除。

后询年轻中医组方之由，其曰：温肾药有类激素样作用，用之可增强患者所服强的松之作用，而雷公藤等药药理证实可祛风湿、抑制变态反应，故组方亦用之。由此可见，该医生仅注重辨病用药而忽视辨证用药，故疗效不佳。可见治痹病时诊断务必要细，要深入，不能仅仅诊知病情属痹即可，辨病一定要与辨证相结合，发挥中医诊治优势。著名中医学家施今墨先生也认为：粗工往往不知热痹之理，循例屡

进辛燥祛风之药，火势日燔，血气沸腾，致症有增，临证务当洞悉秋毫，明审病机。

二、痹病的内治方药

关于痹病的治疗，应采取内治与外治相结合的办法。现在一般对痹病外治法有忽视的倾向，先生认为在内治的同时辅以适当外治，对疾病的缓解、痊愈有很大裨益。痹病的治疗，首先应胸有大法，先生很欣赏张石顽所论："行痹者，痹处行而不定，走注历节痛之类，当散风为主，御寒利气仍不可废，更须参以补血之剂，盖治风先治血，血行风自灭也；痛痹者，寒气凝结，阳气不行，故痛有定处，俗称痛风是也，当散寒为主，疏风燥湿仍不可缺，更须参以补火之剂，非大辛大温不以释其凝寒之害也；着痹者，肢体重着不移，疼痛麻木是也，盖气虚则麻，血虚则木，治当利湿为主，祛风散寒亦不可缺，更须参以理脾补气之剂"（《张氏医通》）。张石顽的论述提示了治痹时不仅应重视痹病成因中的"杂气合至"特点，还应注重从人体内脏功能、气血功能入手，综合施治，以助祛除邪气。但这只指一般情况，遇特殊情况，在一定的时间内可攻其一邪为主。

先生发现，痹病很难在短期内完全治愈，故治疗时应以某方为主，大法基本不变，辅药随证加减，以体现变中不变、不变中有变的规律，守方守法是相当重要的，切不可主方、大法变动不休。先生常针对痹病的每一证型，均确定了大法主方。

热痹，以白虎汤为主。偏热者多用白虎桂枝汤加地骨皮、丹皮、丹参；偏风者多用桂枝芍药知母汤加羌活、独活、豨莶草、威灵仙、当归、川芎；偏湿者多用苍术白虎汤

加黄柏、山栀、防己、木瓜、白术、茯苓等。

寒痹，以桂枝附子汤为主。偏寒者加巴戟天、补骨脂、仙灵脾、片姜黄等；偏风者，以桂枝附子汤合蠲痹汤加减，其中必用川芎、当归、丹参；偏湿者则用桂枝附子汤合防己黄芪汤加细辛、苍术、白术、山药等。

对于痹病的组方，先生认为附子、川乌、草乌是不可缺的。但此三味药峻猛且有毒性，犹如奇才怪癖，一般人不敢轻易动用，这是很遗憾的事情。附子辛温大热，有毒，走而不守，性烈力雄，有补火回阳，通经散结之功。善治一切沉寒痼冷之证，为祛散阴寒的首选药物。先生认为附子用量必须视病情，一般要量大，量小则疗效不显，常用量 15 克以上。此外，附子还有“坚肌壮骨”、“好颜色”的美誉。川、草乌的作用基本相同，均具有明显镇痛和局麻作用。临床上以疼痛为主的痹病，先生认为不论其属寒、属热均可在基本方上加用制附子，制川、草乌。此 3 味药，川、草乌善于止痛，附子优于散寒。要注意的是服药期间不要饮酒，因乙醇能促进乌头碱的吸收，从而加强附子及川、草乌的毒性，导致中毒；亦不可与麻黄同用，以免产生不良反应；可伍以秦艽，以增强镇痛之功。

鸡血藤、活血藤均有强筋壮骨、调经活络、祛瘀止痛之功。鸡血藤养血之功优于活血藤，而活血藤更适于活血。故先生喜二味并用，于血虚而兼瘀者的痹病，二药相得益彰，以冀补血而不滋腻，活血而不伤气。

对痹病偏风者，川芎一药不可缺。因该药为血中之气药，可行血通经，又有祛风作用，疗效甚好。中医治法中有通因通用、塞因塞用、寒因寒用、热因热用之反治法，先生认为还应有如川芎祛风行血之“行因行用”法，痹病偏风则

疼痛游走不定，可谓行因；川芎作用行而不守，可谓行用。川芎“行因行用”有利风邪的祛除。

近年来对于雷公藤治疗痹病的报道很多，有效率为87.74%～98.4%，已被公认为是治疗痹病的有效药物。雷公藤有清热解毒、祛风除湿、消肿止痛的作用，对疼痛以关节周围组织，尤其是肌肉酸痛不止，疗效较好。先生对该药的体会是对肌肉、筋脉疼痛的缓解效优于骨节间者。对于顽痹或伴有关节挛缩变形者，祛风之品当灵活加用，先生常加蜈蚣一条，或用乌梢蛇一条，除去头部与外皮，酒制后，研成粉末分吞，疗效较满意。

此外，部位引经药的应用，往往对痹病获效起着很大的作用。如上肢疼痛，先生常用片姜黄、桂枝；下肢疼痛常用独活、怀牛膝、宣木瓜、五加皮；腰背疼痛可加川断、杜仲、狗脊、功劳叶；骨节疼痛可加威灵仙、补骨脂；肌肉疼痛，可加雷公藤等。

临床中病人最感痛苦的，是病灶局部的痛、酸等感觉异常。因此在祛除痹病病因的同时，适当加入止痛、止酸（痠）药物，不仅可解除病人痛苦，还可增强患者愈病信心，主动配合治疗。上述组方中如气虚先生常加黄芪、党参；血虚常用当归、鸡血藤、活血藤；阴虚加桑寄生、枸杞子；阳虚加仙茅、补骨脂等。亦可适当加香附、没药、泽兰等。若关节周围组织酸痛不适时，用雷公藤较好，该药对肌肉、筋脉疼痛的缓解效果明显优于骨节间疼痛者。

若辛热散寒、除风燥湿之品用之过多，疼痛非但不止反而加重，这时应重视全身情况，即气血阴阳的盛衰，而适当加用补气养血、滋阴和阳的药物，则疼痛能够减轻。

若出现皮肤瘀斑、关节周围结节等症时，往往说明存在

瘀血因素，应适当增以活血之品，亦可另服活血方剂，可与治痹方药交替使用。

痹病后期，常见筋脉失荣，或骨节僵硬拘急，或骨节肿大畸形。一方面可能因邪伤日久而久服辛温燥烈之品，伤阴耗气致使筋脉骨节失荣；另一方面可能因邪痹日久，气血瘀滞，络道受阻，病损筋骨，失去气血濡养。此时即应注意养阴柔筋，尤其宜从滋补肝肾之阴着手，以六味地黄汤、一贯煎等方药加减调治，亦宜择用活血祛瘀、软坚化结之品以舒筋活络、祛瘀通络。

痹病的服药时间最好是在早晨与夜睡前各服 1 次，因痹病患者活动障碍以晨起为甚，其疼痛夜间加剧。晨、晚分服中药，意在病作前及时截治，有利于药效的发挥，控制病情发展。同时宜注意环境的冷暖，防止外邪侵袭，而且还应长期进行功能锻炼，以防止关节挛缩、变形，加快功能的恢复。

三、痹病的外治方法

关于痹病的外治法，因外用药物可直接对病灶发挥作用，且多可舒筋活血止痛；性味辛温香窜，可使局部气血活动加强，此又有助于内服药物作用的发挥，所以临床上先生常在内治法的基础上辅以外治。常用的有巴豆饭外敷法、止痛擦剂、解痛布、熏洗法等，此外还有按摩、针灸等法。

1. 巴豆饭外敷法

取巴豆（干品）10～15 克，捣烂成泥，加入适量热大米饭混匀，置厚纱布或芭蕉叶上敷于患处（以不烫伤皮肤为宜），用纱布绷带或其他布条固定即妥（注意时间不超过 8～10 小时；出现过敏性皮疹可服抗过敏药，以睡前服为好；

洗净配药食具及工具，以免中毒)。据先生经验，塑料布与中药易起化学反应，造成皮肤损伤，且药力不易透过。当以纱布、芭蕉叶之类为好。

2. 止痛擦剂

生半夏、生南星、生川乌、生草乌各 30 克。用 50%酒精 500 毫升浸泡 1 周后，以脱脂棉擦肿痛处，每日 2～3 次(不可内服)。功用：止痛、消肿。

3. 熏洗法

水蓼 50 克，透骨草 20 克，川芎 25 克，炙麻黄 20 克，桂枝 15 克，羌、独活各 30 克，冰片 3 克，香白芷 9 克，葱白 40 克，生姜 10 片。将前七味加水 3 升，待煮沸后 15 分钟加入后四味；再待 5 分钟连药带汤一并倒入大口茶缸中，将茶缸四周用棉絮包裹保温，缸口对准疼痛部位熏蒸（用毛巾将缸口四周封好，勿使泄漏，以耐受为宜)，时间约半小时；然后以药液擦洗患部，每日 1 次。本方可开毛窍、发腠理、逐风湿、通经活络。

4. 解痛布

肉桂、附子、川乌、大黄、当归各 12 克，半夏、白芷各 9 克，地龙、僵蚕、白芍、乳香、没药、木香、川芎、独活、秦艽各 6 克，细辛 3 克。共研细末，用高粱酒调如薄糊状，加生姜汁，用脱脂棉浸透，晒干或烘干。将浸透晒干的药棉外包纱布一层，左右两边用松紧带套在关节上或其他痛处。此法对四肢关节疼痛效果最佳。

5. 外用通药

当归、穿山甲、皂刺各 15 克，透骨草 30 克，桂枝、桃仁、红花、三棱、莪术各 20 克，川、草乌各 10 克，共研粗末，装入纱布口袋，加水蒸 1 小时，取出后稍放片刻。用干

毛巾垫于痛处，将蒸药布包放于毛巾上，置半小时左右。每晚1次，每剂药可用4～6次。

还有外灸、发泡等等方法，临床可选择使用。另外，加强体质锻炼，注意环境冷暖，防止外邪侵袭，对预防痹病的发生亦有一定作用。

四、辨治顽痹四法

“痹”者，痹阻不通之意。痹病乃为风、寒、湿三气杂至而成。“顽痹”是对痹病屡发不愈，形成肢体关节变形，难以屈伸，步履艰辛，甚则卧床不起，骨肉瘦削，身体弱羸者之称。先生用四法辨治取效颇佳，现概而论之。

（一）顽痹从虚辨治

俗称“久病必虚”。久痹邪深，则相应脏腑受累。顽痹病程演变复杂，其外因有风、寒、湿、热等外邪侵袭；内因则责之于与五体相合的脏腑、经络气血功能障碍。顽痹形成与正气不足、禀赋体质、脏腑气血之分布亦关系密切。气血虚弱，阴阳失调，这是顽痹发生的先决条件。

从虚辨治，凡阳虚体质患者应从脾肾论治；素体阴虚则需肝肾同治；气血虚弱，宜气血双补。辨阴阳、气血、禀赋体质的偏颇是从虚辨治的关键。

（二）顽痹从瘀辨治

顽痹发病，始因外邪侵袭，邪阻经络，气血瘀滞不通，终致经络久痹，气血不达，不能荣养肢体而诸症蜂起。正如王清任所谓：“元气既虚，必不能达于血管，血管无气，必停留而瘀”（《医林改错》）。然顽痹之瘀，乃多虚瘀，法当从补气活血着手。

（三）顽痹从痰辨治

古人说："顽痰多怪症。"顽痹亦多有痰浊内蕴而发者。此痰一是因气血瘀阻日久，生理津液转化成病理之痰浊；二为久痹，脏腑受累，功能失调，痰从内生。治痰应着重于治生痰之源，当健脾化痰通络。脾为生痰之脏，脾健则湿祛痰化、瘀通痹消。

（四）痹痿同病从肝肾辨治

痹病、痿病名殊但多类同。古今医籍痹、痿合论撰文颇多，临床上痹、痿同病亦很常见。凡痹痿同病，多有阴虚体质的内在倾向。顽痹转痿当有肌肉瘦削、痿弱不用的临床表现。无论是痹痿同病或由痹转痿者，素体阴虚乃为其潜在的发病因素。其治法又当以培补肝肾为主。肝肾同源、精血同源、乙癸同源都是指肝、肾二脏相互滋生、相互依赖和影响的关系。故顽痹与痿病同时存在的阶段，重点调治肝肾，取效满意。先生调理肝肾治愈多例痹痿同病者，进一步说明了痹痿同病与阴虚体质的内在发病关系。

五、痹病病案十则及验方

例 1：痛痹（风湿性关节炎）

杨某，男，46 岁，教师。

1984 年 8 月 2 日初诊：患者全身关节酸痛，以肘、膝关节为剧，延今 5 载。经某医院确诊为风湿性关节炎，屡服中西药罔效，病情逐渐加重。经他院建议转先生处诊治。时值炎热酷暑，患者竟身着棉衣，自觉恶风畏寒，四肢不温，肘、膝关节肿胀酸痛，屈伸不利，精神倦怠，纳谷寡味，便稀溲清。脉象沉细，苔白腻，舌质淡。查体温 38.8℃。血

象检查：白细胞总数 12200/立方毫米，分类：中性 72%，淋巴 28%。红细胞沉降率 60 毫米/小时。抗链球菌溶血素 O 为 1200 单位。此属寒湿蕴于经络肌表，气血不畅，营卫失和而成痛痹（西医诊断：风湿性关节炎）。治宜以除寒渗湿、通络和营为法。自拟三仙汤合三妙丸加味进治。

处方：仙灵脾 20 克，仙茅、威灵仙、怀牛膝、鸡血藤、活血藤、干地龙各 15 克，制附块、制川乌、制草乌、川桂枝各 12 克，苍术、黄柏各 9 克。另用小乌梢蛇 1 条，除去头部与外皮，酒制后研成细末分吞。外用解痛布。

8 月 17 日二诊：肘、膝关节剧痛减轻，余恙如前。仍以原方增大温阳药量，制附块、制川乌、制草乌、川桂枝均加至 20 克再进。

9 月 1 日三诊：药后四肢转温，不恶寒，肘、膝关节活动自如，疼痛消失，精神亦振，纳谷明显增加。实验室各项有关检查均已在正常值范围。再拟前方去附块、川乌、草乌、黄柏，加秦艽、当归、丹参各 15 克，川芎 12 克。以白蜜为丸。日服 3 次，每服 15 克。

9 月 20 日四诊：临床症状消失，实验室检查仍在正常值范围。嘱停药追访 5 年，病情稳定，未有复发。

【按】本案痹病，关节以疼痛为主，又有在炎暑之季身着冬衣，肢冷畏寒，便稀溲清，脉象沉细，苔白质淡诸症，可谓痛痹。但患者又有关节肿胀、活动欠利、神困、苔白腻等湿邪为患之象，而知湿邪在本案病变形成的作用仅次于寒邪。故本案三邪致病中以寒邪为主，湿邪其次，风邪又次之，故以“三仙汤”（仙灵脾、仙茅、威灵仙）温肾壮阳而祛寒，温通经络而止痛；三妙丸祛湿为辅，又可通络；增制附块、川乌、草乌、川桂枝、鸡血藤、活血藤以加强其温经

通络止痛的作用。兼以干地龙、乌梢蛇祛风止痛。全方虽对风、寒、湿三邪均兼顾施治，但主次有别，从而较快地治愈了疾病。

例 2：幼年型类风湿性关节炎

陶某，女，5 岁。

1999 年 5 月 4 日初诊：1. 家人代诉病起于 1997 年 6 月 6 日，因注射未冷藏的白百破保健针后引起发热，体温 39.5℃，伴全身皮疹，遂至我院儿科门诊就诊。血检 Rt 示：WBC 14.4×10^9/L，N 30%，L 70%。予青霉素、扑尔敏后仍高热不退，高烧时皮疹明显，不咳，不吐，于 1997 年 6 月 11 日收入小儿科病房。入院后体检：体温 39.8℃，全身散在性红色斑丘疹，高出皮面，以双上肢、胸部为甚，咽部充血，双侧扁桃体Ⅱ°肿大，双肺呼吸音粗。入院后血检 Rt 示：RBC 2.5×10^9/L，WBC 14.0×10^9/L，ASO 625U，RF（-），ESR 22mm/h。予先锋 V 抗炎后，改为头孢噻肟钠 1.0 克注射，仍发热，以夜间为甚，建议转院治疗。遂转上海第二医科大学附属新华医院，入院时主要症状及体征仍为反复发热伴皮疹，查体：T 39.3℃，P 120 次/分，R 30 次/分，BP 18/14kPa。神志清楚，头面部及四肢散在陈旧性皮疹，部分为红色斑丘疹，双侧颈部及腹股沟可触及数枚绿豆大小的淋巴结，心肺（-），腹平软，肝右胁下 2cm，质软，肝未触及，四肢关节无畸形。入院后血检 Rt 最异常时为：WBC 30.0×10^9/L，N 95%，L 3%，M 2%，Hb 70g%，BPC 521×10^9/L，ESR 64mm/h，粘蛋白 67ng/m，CRP 169.3ml/h。骨髓像（BM）检查示：骨髓呈感染改变，培养（-），肥达氏反应阴性，补体 C 31.48/L。入院后予抗组织胺药（非那更、苯海拉明）及巴米尔水杨酸制剂、抗感

染药，仍高热不退。9月26日开始用氢化考的松治疗，后热峰有所减退，减量HC，口服强的松1.5mg/KS/d，后热渐退，但细胞数、粘蛋白仍高，皮疹时有反复。从10月21日开始加用免疫抑制剂硫唑嘌呤25mg/d口服，体温才趋正常，皮疹消失，实验室指标正常，随后出院，出院诊断为：幼年型类风湿性关节炎。嗣后一直用强的松、免疫抑制剂及抗炎药维持治疗，病情不断反复，呈阶段性发热，伴皮疹，全身关节酸痛。于1999年5月4日首次来先生处就诊，症见发热，体温最高达40.9℃，头面、四肢见红色丘疹，手、足小关节红肿灼痛，关节屈伸不利，口干不欲饮。舌质红，苔薄黄，脉细数。检血Rt示：WBC 21.3G/L，L 6.5G/L，M 1.6G/L，血沉68mm/h。此乃湿热入侵，流注经络，脉络不和。治以清热利湿、宣痹通络：

细生地15克，干地龙10克，蝉蜕6克，金银花15克，净连翘12克，蒲公英15克，板蓝根15克，忍冬藤15克，秦艽15克，青风藤9克，海风藤10克，炒黄柏6克，蛇床子8克，地肤子8克。

药后诸症好转，手、足小关节灼痛减轻，红色斑疹渐退，仍痛痒不止，体温在37.5℃～38℃之间，饮食尚可，颈项两侧可触及肿大淋巴结，质软无压痛，唇角仍有破烂，小便呈黄色，大便正常，脉细数。中药守上方去连翘、板蓝根，加凤丹皮12克、地骨皮10克、威灵仙10克、鲜鸭跖草20克、芦柴根15克，以增凉血退热之功。

药后复查血Rt示：WBC 14.7G/L，L 4.0G/L，M 0.8G/L，血沉20mm/h。病情好转，四肢小关节疼痛明显减轻，活动自如，双手及足部皮肤渐脱落，瘙痒减轻，体温在37.5℃以下，余无明显不适。舌质淡红，苔薄白，脉滑。

中药守上方去蛇床子、地肤子，加青蒿 15 克，白薇 15 克，鸡血藤、活血藤各 10 克，以增清热凉血活血之功。

续服。复查血常规、血沉均在正常范围。皮疹全消，瘙痒作罢，四肢小关节时酸痛，局部不红肿，昨日晨起体温 37.4℃，今晨体温 36.5℃。舌质红，苔薄白，脉细。为病久耗气伤阴，此病情缓解期，宜扶正固本。改用益气养阴、强筋健骨之剂以固其根本。处方如下：

生黄芪 20 克，南、北沙参各 10 克，凤丹皮 10 克，地骨皮 10 克，苍术 9 克，银柴胡 8 克，制鳖甲（先煎）15 克，紫丹参 10 克，秦艽 10 克，川牛膝 10 克，骨碎补 10 克，金狗脊 10 克。

上方辨治 2 个月余，病情稳定。

近因天气暑热难熬，地气熏蒸，外邪引动内火致发热，体温 39℃，周身又现皮疹，四肢关节时疼痛，局部不红肿，小便黄，大便偏干。舌质红，苔薄黄，脉数。治以清暑退热、益气养阴之法。遵原方意出入：

青蒿 15 克，香白薇 10 克，石膏（先煎）25 克，芦柴根 20 克，鲜鸭跖草 20 克，黄芪 15 克，肥玉竹 10 克，肥知母 10 克，凤丹皮 10 克，地骨皮 10 克，藿香、佩兰各 10 克，甘草 8 克。

药后体温逐渐下降，精神饮食尚佳，再拟上方化裁。守上方去石膏，加金银花 12 克、银柴胡 10 克。服 7 剂后热除。

宗前法滋阴清热、活血凉血、宣痹通络意，继续辨治 1 年余，诸症悉除。于 2002 年元月赴上海第二医科大学附属新华医院复查，结果一切正常。

例 3：筋痹（风湿性关节炎）

袁某，男，57 岁。

1999 年 5 月 17 日初诊：主诉：周身关节疼痛多年，加重 1 个月。患者长年水上作业，罹风湿性关节炎多年。平素每届冬春季节病情易作。近因气候连日阴雨，致宿恙复萌。症见周身关节疼痛，双手握拳功能下降，头昏沉，步履欠稳，纳呆，小便正常，大便时稀。舌质淡红，苔白腻，脉弦滑。5 月 12 日在医院检查血抗“O”825U，血沉 25mm/h，类风湿因子阴性，血液流变学示：高粘滞血症Ⅲ级。证属风湿阻络，脉络不和，故予祛风胜湿、活血通络，冀能应手为吉。

处方：羌、独活各 15 克，制川、草乌各 9 克，生、炒苡仁米各 15 克，防风、防己各 10 克，赤芍 15 克，生黄芪 25 克，宣木瓜 15 克，川牛膝 15 克，川桂枝 10 克，片姜黄 15 克。

5 月 20 日二诊：药后周身关节疼痛减轻，右手握拳功能欠佳，步态欠稳。中药守上方加伸筋草 15 克，制乳没各 9 克，土鳖虫 9 克。

5 月 29 日三诊：上药服后，全身关节疼痛明显减轻，右手握拳功能接近正常，步履稳健。舌质淡红，苔薄白，脉弦滑。方已奏效，勿须更张，上方续进 1 周。

6 月 10 日诸症悉除，复查血抗“O”＜500U，血沉 10mm/h，血液流变学检查无异常。

【按】此病缘于长年潮湿侵凌，风、寒、湿邪客入筋脉，发为筋痹。筋痹之病理产物为痰与瘀，故经利湿、化痰、祛瘀之剂治疗后，痰除瘀消，筋痹自愈。西医检查血液粘滞度高，亦属中医之“痰”、“瘀”范畴，故痰消则高粘滞血症亦

除。

例 4：热痹，浊瘀痹（痛风）

郑某，男，45 岁。

1996 年 9 月 9 日初诊：主诉：左足踝关节及双膝关节红肿疼痛 6 年，加重 1 个月。患者双膝关节及踝关节、足大趾趾关节反复发作性红肿、疼痛 6 年余，曾在我院及解放军 105 医院等多次检查，血尿酸高达 810μmol/L。诊断为“痛风”。曾服用嘌呤醇、布洛芬等药物，病情好转，但易复发。患者常年在啤酒厂工作，有潮湿环境接触史。自诉每次发作间隔时间为 1 个月左右。此次病作缘于饮酒过量，嗜食厚味。刻下症见：双膝关节及左足踝关节红肿，疼痛较甚，夜间加剧，步履困难（1 年前左足大趾趾关节僵肿处曾破溃，流出白色脂膏），时伴恶寒发热，饮食及二便正常。舌质红，苔薄黄，脉弦滑。入院后西医检查：形体丰腴，双膝关节及左足踝关节红肿灼手，血尿酸 725μmol/L，抗“O”625U，血沉（ESR）41mm/h，左耳翼摸至 2 枚痛风石结节。血尿素氮（BUN）12.5mmol/L，类风湿因子阴性。1996 年 9 月 8 日在门诊检查血 Rt 示：WBC 80×10^9/L，Hb 110×10^{12}/L，N 72%，L 27%，抗“O”625U，ESR 41mm/h，类风湿因子阴性，BUN 12.5mmol/L，血尿酸 725μmol/L。治宜泻热化浊、通络止痛。

处方：土茯苓 20 克，川萆薢 20 克，忍冬藤 15 克，连翘 15 克，赤、白芍各 15 克，秦艽 15 克，徐长卿 20 克，威灵仙 15 克，干地龙 15 克，白芥子 15 克，白僵蚕 10 克，虎杖 15 克。

9 月 13 日二诊：病有反复，昨日起左足大趾趾开始红肿疼痛，伴恶寒发热，体温 38.8℃。舌质红，苔黄，脉弦

滑。中药守上方，土茯苓改为30克，忍冬藤改为25克，加生地20克、寒水石20克、肥知母15克、水牛角（先煎）25克，以增清热泻浊通络之功。

9月20日三诊：上药服后自觉关节疼痛明显减轻，足大跗趾局部红肿基本消退，步履略艰。复查血沉21mm/h，抗“O”＜500U，BUN 8.5mmol/L，血尿酸516μmol/L。上方奏效，继服。

9月27日四诊：病情继续好转，疼痛基本消失，局部皮色不红，关节处略肿胀。上方加炮山甲15克、露蜂房10克，以增破结开瘀、软坚消肿之功。

10月5日五诊：诸症悉除，复查各项指标降至正常范围，继服上方以巩固疗效。

【按】此乃西医学之“痛风”，属中医之“历节病”范畴，湿浊瘀滞内阻乃为其主要病机。患者长年在啤酒厂工作，嗜好烟酒，喜食厚味，致脏腑功能失调，升清降浊无权，痰湿阻滞于血脉之中，难以泄化，滞留于经脉则骨节肿痛、关节畸形。先生治疗痛风喜用土茯苓、川萆薢、威灵仙、泽泻、秦艽，并重用土茯苓以泻浊解毒；配用地鳖虫、赤芍、鸡血藤、活血藤等活血祛瘀之品，可促进湿浊的泻化，推陈致新，增加疗效，降低血尿酸。本案属急性发作期，偏于热证，故用生地、寒水石、肥知母、水牛角以除热通络，用药恰当，病患自除。

例5：痹病

刘某，男，38岁，农民。

1988年10月2日初诊：周身关节疼痛5年余。病缘于劳累过度，伤及营血，疼痛曾反复发作。近3个月来关节疼痛增剧，伴神疲乏力，形体消瘦，面色无华，纳差。舌质淡

红，苔薄白，脉沉细。1988年9月查血沉示：77mm/h，抗“O”625U。证属风寒湿痹，乃营血不足，复感外邪，痹阻经络所致。治以益气养血、散寒祛湿、活血通络。

处方：生黄芪30克，赤芍15克，当归15克，仙灵脾15克，桂枝10克，鸡血藤、活血藤各15克，鹿衔草30克，制川乌、草乌各10克，苍、白术各15克，炙全蝎6克，焦三仙各15克，青风藤10克。

10月12日二诊：药后疼痛减轻，食欲渐增，舌脉同前。方已奏效，原方加威灵仙15克，续服。

10月22日三诊：周身关节疼痛明显减轻，精神渐加。复查血沉18mm/h，抗“O”＜500U。病情逐渐缓解，正气渐复，痹闭已获宣通。原方损益，以善其后，加秦艽15克，继服30剂而获痊愈。

【按】此患者病起于劳累过度，气血亏虚，腠理不固，感受风、寒、湿邪而致痹。故治疗亦应攻补兼施，扶正与祛邪药物并重，则邪去正复，病去体安。

例6：心痹（风湿性心脏病，二尖瓣关闭不全）

胡密山，女，32岁。

1997年11月10日入院。主诉：心慌、胸闷伴下肢凹陷性浮肿2年，加重10天。病史：素来体虚，易感外邪。本病缘于2年前感冒后调摄不当，继续劳作，遂出现心慌、胸闷，伴下肢浮肿。曾在当地县医院住院治疗，诊为：风湿性心脏病，二尖瓣狭窄。服消心痛、肠溶阿斯匹林和利尿剂后，病情稳定。今年8月又罹外感致宿恙复萌。症见心慌，胸闷，活动后加重，伴双下肢高度浮肿，按之凹陷不起，腹膨，口唇青紫，面部紫绀，肌肤少华，神疲乏力，纳差，小便量少，大便日行一次，咽喉疼痛，鼻塞，流清涕。舌质暗

红，苔薄白，脉促。实验室检查：1997 年 10 月 9 日在门诊作心电图示：1. 异位心律；2. 心房快速颤动；3. 中度逆钟向转位，电轴右偏，提示双室肥大可能。心功能示：1. 异位心律——房颤室早；2. 左室收缩功能中度异常。心脏 B 超示：1. 风湿性心脏病，二尖瓣关闭不全；2. 后心包少量积液（19mm），血沉 45mm/h，抗“O”＞800U。西医体检：两颧紫红，呼吸较促，活动后加剧，腹部膨隆。叩诊：呈移动性浊音，双下肢凹陷性水肿。听诊：心尖搏动向左下移位，心尖部可闻及Ⅲ级收缩期杂音，向左腋下及背部传导，

诊断：心痹（风湿性心脏病，二尖瓣关闭不全）

治疗：健脾养心，温阳利水，佐以化瘀通络。

生黄芪 30 克，炒白术 15 克，潞党参 20 克，桂枝 10 克，炙甘草 10 克，紫丹参 15 克，当归 15 克，猪、茯苓各 20 克，葶苈子 15 克，泽泻 20 克，威灵仙 15 克，双花 15 克，连翘 10 克。

二诊：药后浮肿大消，胸闷减轻，咽痛愈，外邪基本消除。舌质暗红，苔薄白，脉略促。方已奏效，守上方加全瓜蒌 12 克、干薤白 15 克，以增理气宽胸之效。

三诊：药后胸闷较舒，双下肢浮肿基本消失，面部紫绀色淡，食欲增，精神渐振。舌质紫暗见化，促脉已缓。此佳象也。效不更方，继进之，上方去双花、连翘。服用 7 剂。

四诊：诸象续有好转，唯口微干。苔薄，质偏紫，脉细。阳虚渐复，阴血略耗，治宜兼顾之。上方去桂枝，加麦冬 15 克、五味子 10 克、肥玉竹 10 克。连服 7 剂。

五诊，口干已润，胸闷除，精神大振，浮肿全消。舌质紫暗稍淡，脉细。病情已见稳定，复查血沉：抗“O”正

常。心脏B超示：1.二尖瓣狭窄伴轻度关闭不全；2.心包少量积液（8ml）。患者要求出院，准予出院治疗。

1998年5月随访：近半年来颇感畅适，能坚持正常工作。

【按】风湿性心脏病是指风湿热后遗留的以心瓣膜为主的心脏病，属中医“心痹”、“水肿”等范畴。究其因，乃风、寒、湿邪三气杂至，入营及血，使营卫气血运行失常，气虚血瘀，脉络痹阻，发为心痹。

本案患者素体虚弱，抗病力差，稍事劳累则外邪乘虚而入，卫虚邪郁，流注筋脉关节，往往不易速愈，羁延进展，由浅入深，内舍于心，导致心痹。治疗宜标本兼顾而以补虚治本为主。同时重视阳气对心脏病患者的重要性，凡水饮泛滥，瘀血留着，皆因阳气不足之故，故方用黄芪、潞党参益气固表、强心利尿；少佐桂枝，取其补少火以生气；因浮肿较甚，故用猪苓、茯苓、葶苈子、泽泻利水消肿治其标；紫丹参、当归活血生血；威灵仙走四肢，通络脉；加双花、连翘解表。如此标本兼顾，补泻并施，庶可奏功而康复。

例7：类风湿性关节炎病例

刘某，女，40岁，农民。

1992年6月22日初诊：痹病羁延，久而不愈，刻下全身关节酸痛，尤以肘、膝关节为甚，局部隐约显红色，痛而拒按，抬手举足皆感困难，时而发热，口渴不欲饮，纳谷寡味，大便时结。舌质红，苔黄腻，脉细数。化验检查：血抗“O”1250U，血沉40mm/h，类风湿因子（+）。

诊断：痹病（体虚郁热型）。

治法：清热通络，祛风胜湿。

处方：生石膏（先煎）60克，知母15克，苍术15克，

威灵仙 15 克，秦艽 15 克，鸡血藤、活血藤各 15 克，忍冬藤 30 克，络石藤 20 克，海桐皮 12 克，宣木瓜 15 克，赤、白芍各 15 克。

二诊：药进 7 剂，疼痛顿减，关节局部皮色正常。复查血沉已降至 18mm/h，抗“O”625U。纳谷仍觉乏味，胃气尚未苏醒，当增健脾化湿之力，上方加白术 15 克。带皮苓 15 克，生、炒苡仁各 25 克，续服。

三诊：疼痛除，食欲振，前方续进，以奏全功。

【按】类风湿性关节炎（rheumatoidarthritis）是一种难治性自身免疫性疾病，可导致关节疼痛、肿胀、僵硬、功能丧失及关节畸形等。在类风湿性关节炎中，免疫系统会不明原因地攻击关节囊内的自体细胞，并导致急、慢性滑膜炎及血管翳等病变。红、肿、热、痛是急性炎症期的典型症状。在炎症过程中，滑膜细胞异常增生和分裂，使得正常情况下很薄的滑膜变厚，导致关节肿胀，摸上去有浮肿感。此例类风湿性关节炎患者证属热痹。患者素体亏虚，又值暑季，湿邪当令，湿热交阻，注于经络，阻碍气机，血行不畅，则见关节疼痛红肿；湿困热炽中焦，则纳呆、舌红、苔黄腻。方中重用石膏、知母，既解暑热，又清内热，一举双效；另选用威灵仙、忍冬藤、络石藤、海桐皮、苍术、白术、宣木瓜，均为清热、利湿、通络之良药，用药恰当，见效亦速。

例 8：风湿性关节炎病例

杨某，男，46 岁，教师。

1984 年 8 月 2 日初诊：自觉恶风畏寒，四肢不温，肘、膝关节肿胀酸痛，屈伸不利，精神倦怠，纳谷寡味，便稀溲清。脉象沉细，苔白腻，舌质淡。查体温 38.8℃，白细胞总数 12.2×10^9/L，中性 0.72，淋巴 0.28；血沉 60mm/h；

抗“O”1200U。时值炎热酷暑，患者竟身着棉衣。追向病史得知，患者全身关节酸痛，以肘、膝关节为剧，延今五载，今由某医院确诊为风湿性关节炎，屡服中、西药罔效，病情逐渐加重。经他院建议来先生处诊治。

诊断：痹病（寒湿型）。

治法：祛寒渗湿，通络调营。

处方：仙灵脾 20 克，仙茅 15 克，制川乌、草乌各 12 克（先煎），威灵仙 15 克，地龙 15 克，桂枝 12 克，怀牛膝 15 克，苍术 9 克，鸡血藤 15 克，制附块 12 克，黄柏 9 克。

另用小乌梢蛇 1 条去头和皮，酒制研末分吞。

8 月 17 日二诊：肘、膝关节剧痛减轻，余恙如前，宗原意加大温阳药剂量：制附块、制川乌、制草乌、桂枝均加至 20 克再进。

9 月 1 日三诊：药后四肢转温，不恶寒，肘、膝关节活动自如，疼痛消失，精神亦振，纳谷大增，实验室各项有关检查均已在正常范围。再拟前方去附块、川乌、草乌、黄柏，加秦艽、当归、丹参各 15 克，川芎 12 克。以白蜜为丸，日服 3 次，每服 15 克。

9 月 20 日四诊：诸恙均除，实验室各项有关检查均在正常值范围。嘱停药追访至今，病情稳固，未见复发。

【按】《素问·痹论》曰：“风、寒、湿三气杂至，合而为痹。”痹病是由风、寒、湿三邪相合所犯人体而致，但因三邪犯体有偏重，临床表现各异，故人们又分痹病为痛（寒邪相对较重）、行（风邪相对较重）、着（湿邪相对较重）三类。本案痹病关节以痛为主，又有在暑热之季身着冬衣、肢冷畏寒、便稀溲清、脉象沉细、苔白舌淡之症，当属痛痹。痹病系风、寒、湿三气杂至而成，本案以寒为重，兼夹风、

湿二邪，主次应当明辨，以便施治切中病机。患者关节肿胀、固定于肘膝、着而不移、活动不利、苔腻、神困等均为湿邪为患之象，可见湿邪在本案痹病形成中其影响又大于风邪。据此，先生以祛寒渗湿兼祛风通络止痛为法，施以自拟“三仙汤”。该方由仙灵脾、仙茅、威灵仙三药组成，功效为温肾壮阳而祛寒，温通经络而止痛；增以附块、川乌、草乌、川桂枝、炮姜、鸡血藤以加强其温通经络止痛的作用；二妙丸方清燥其湿以为辅；兼以干地龙、乌梢蛇祛风。全方既兼顾风、寒、湿三邪，又主以散寒，辅以渗湿，佐以祛风，主次有别，侧重不同，终使病瘥。本例提示临床辨治痹病要注意风、寒、湿三邪以何为主，分清主次，方能提高疗效。

例 9：风湿性关节炎病例

方某，女，42 岁，农民。

1987 年 11 月 12 日初诊：肢体关节疼痛难忍，昼缓夜剧，遇寒痛甚，虽经多方医治，病情未能控制。曾查血抗“O” 1250U，血沉 35mm/h。时值冬令，病情加重。刻下症见：其肘、膝关节呈针刺样痛，痛处固定，活动受限，面色㿠白，畏寒倦卧，胃纳不佳，夜寐不宁，二便尚调。舌质淡，苔薄白，脉弦。

诊断：痹病（风寒型）。

治法：温经散寒，活络止痛。

处方：羌活、独活各 15 克，炙麻黄 6 克，宣木瓜 15 克，伸筋草 12 克，五加皮 15 克，制川乌、草乌各 9 克，桂枝 10 克，秦艽 10 克，寻骨风 15 克，鸡血藤、活血藤各 15 克。

二诊：药后痛已大减，夜寐酣畅，胃纳亦增，惟头昏神

倦依然，久病之体，一时难复。宗前法加黄芪 30 克、当归 12 克以增补气活血之功。

三诊：叠进温通、益气、补血之剂调治 3 个月余，病告痊愈。复查抗“O”、血沉皆已正常。上方再进 10 剂，以固疗效。

【按】此系痛痹，由风、寒、湿邪侵袭经络所致。盖络隧空虚，寒湿蕴阻，深入肌骨间，气血不得宣通，筋无所养，不能束骨，故肢体关节疼痛难忍，行走不便，自拟“温经羌独汤”，具祛风散寒、通络止痛之功，正对其因，故获佳效。

温经羌独汤方由羌活、独活、炙麻黄、宣木瓜、伸筋草、五加皮、制川乌、草乌、桂枝、秦艽、寻骨风组成。方中羌活、独活为祛风湿、止痹痛的首选药物，虽有“羌活治上，独活治下”之说，但二药同时应用相得益彰，则疗效更著，故为此方主药；川乌、草乌、桂枝性温，功专温经散寒、通络止痛，能辅主药以增加温经止痛之力；宣木瓜、五加皮、伸筋草舒筋活络，尤宜于关节屈伸不利、拘挛麻木之症，此处用之能佐主药以活络通经；秦艽、寻骨风则祛风湿、通经络，亦有较强的止痛作用。诸药共用，达到温经散寒、活络止痛的目的。

例 10：系统性红斑狼疮证治经验

系统性红斑狼疮（SLE）是一种原因不明的累及全身结缔组织，表现为多脏器损害的自身免疫性疾病。临床表现以发热、皮损、关节疼痛为主要症状，随着病情的发展可累及多脏器。本病相当于中医学“阳毒发斑”或类似于“鬼脸疮”，其中以关节疼痛为主症者可归入“痹病”范畴，急性发作时多属“热痹”，稳定期多属“行痹”。伴有较多脏腑证

候者，较难明确地划属于中医某一种病症。其发病原因则多是先天禀赋不足，肝肾阴亏，精血不足，加之情志内伤、劳倦过度、六淫侵袭、阳光长时间暴晒等，致瘀血阻络，血脉不通，皮肤受损，渐及关节、筋骨、脏腑而成。

慢性活动期 SLE 病人以阴虚内热为主要表现，阴虚内热又常与血热、瘀热相互交结，较易为外邪诱发而急性发作，故用药宜以滋阴清热、益气养阴、健脾补肾、调整阴阳为基本治疗原则，而滋阴清热法的应用可贯穿在整个辨证治疗过程中。具体用药时还应选用具有免疫调节作用、使抗体生存期延长的生地、麦冬、黄芩等，以及能刺激网状内皮系统、增加白细胞吞噬功能的白花蛇舌草、半枝莲等药物。实践证明，长期应用这些药物能逐步改善机体的免疫状态，有利于递减激素，减少疾病的反跳率。

徐某，女，31 岁，芜湖师范学校老师。

2001 年 4 月 10 日初诊：诉病缘于 1999 年 8 月，出现发热（T 38℃～39℃之间），面颊部红斑，周身关节肿痛为对称性，大、中、小关节受累，有雷诺氏现象，心慌胸闷。遂赴上海第二医科大学附属仁济医院就诊。当时体检：双手指皮肤血管炎，红斑明显，双足趾皮肤有出血点及栓塞、红斑，双上眼睑少量点状红斑，心率（HR）102 次/分，心前区可闻及奔马律。免疫学检查：LE 细胞阳性，抗 nDNA 抗体阳性，丙反应蛋白 9.69mg/L，免疫球蛋白 G（IgG）17.80g/L，免疫球蛋白 M（IgM）2.31g/L。血沉 94mm/h，类风湿因子（RF）浓度 36.10mg/L。心脏彩超示：少量心包积液。经抗感染、激素及免疫抑制剂治疗后，病情好转出院。2001 年 3 月 18 日因关节复发肿痛，发热半个月（体温 39℃），住入本院。当时双眼睑及眼角外侧、手指末端可见

红色小丘疹及冻疮样皮损，无脱皮及鳞屑。免疫全套示：抗双链 DNA、抗 KNP、CIC 均阳性。全胸片示肺部感染。心脏 B 超无异常。入院后经抗感染、昆明山海棠、强的松等对症治疗，病情稳定而出院。因前日感冒后引动宿恙，故来复诊。见其极度疲乏，严重病貌，由家属搀扶就诊。

刻下症见：胸闷，胸痛，心悸怔忡，动则气促，倦怠乏力，午后低热，口渴欲饮，烦热不安，满月脸，面部潮红而有黯紫斑片。舌中瘀点累累，舌质暗红，苔黄腻，脉滑数、偶有结代。此乃瘀热痹阻，气阴两伤。治以凉血散瘀，益气养阴。

处方：细生地 20 克，玄参 15 克，麦冬 15 克，五味子 15 克，黄芩 10 克，知母 10 克，红藤 20 克，紫丹参 15 克，黄芪 30 克，白术 15 克，绞股蓝 15 克，生甘草 10 克，白花蛇舌草 20 克，半枝莲 20 克。

2001 年 4 月 18 日二诊：药进 7 剂，诸症平稳，胸闷减轻，仍感乏力，气促，口干欲饮。舌质暗红，腻苔略退，脉滑数。方已奏效，勿须更张。上方加南、北沙参各 15 克，潞党参 15 克，增养阴益气之功。进 10 剂。西药激素减量。

2001 年 4 月 29 日三诊：药后胸闷、心慌明显好转，体力渐增，自行就诊，低热除，口渴减轻，轻度满月脸。复查血沉 17mm/h，类风湿因子阴性。上方去知母，加赤芍 10 克增活血之功。服 10 剂。西药激素再次减量。

2001 年 5 月 10 日四诊：诸症继续好转，面部红斑渐淡，胸闷、心慌基本消除。舌质转红，苔薄黄，脉滑略数。嘱原方继服 10～20 剂。

2002 年 10 月 20 日五诊：上方辨证治疗半年余，临床症状完全消失，无满月脸，皮疹阴性，指掌关节（－），心

率整齐，90 次/分钟，下肢不浮肿，激素用维持量。复查免疫全套阴性，血常规 + 血小板计数正常。患者现已考取安徽师范大学生物系 2002 年度研究生。

【按】本案患者发病后屡用西药激素及免疫抑制剂治疗，病易反复，并出现了满月脸、水牛背等副作用。而使用中药后病情逐渐稳定，基本治愈，体现出中医治疗 SLE 在控制病情、防止复发和长期维持疗效方面明显优于西医，表明中西医结合治疗 SLE 亦为一条有效途径。

痿病治验

（李济仁先生经验）

痿病是中医学对临床常见一类疑难病症的命名，多因邪热灼伤阴液，筋脉失于濡养，或因湿热浸淫肌肉，弛张不同，或因体虚久病，肝肾亏虚，精血不足，不能濡养肌肉筋骨，或因浊痰败血瘀阻脉络而成。《素问·痿论》指出其主要原因是内热伤津，宗筋失润，以致痿软弛纵，遂发为痿。并根据肺主皮毛、心主血脉、肝主筋膜、脾主肌肉、肾主骨髓等五脏五体相合关系，提出“痿躄”、“脉痿”、“筋痿”、“肉痿”、“骨痿”等不同名称。先生对痿病的理论与临床多有创获，今整理如下。

一、痿病的主要症状辨证分析

（一）肢体瘫痪

“瘫痪”或称“摊缓”，是指肢体软弱无力，肌肉弛缓不

收，难于活动或完全不能而言。《圣济总录》释曰："摊则懈惰而不能收摄，缓则弛纵而不能制物，故其证四肢不举，筋脉关节无力，不可动者，谓之摊；其四肢虽能举动，而肢节缓弱，凭物方能运动者，谓之缓。或以左为摊，右为缓。"古代医籍所称的"四肢不用"、"四肢不举"、"足不收"、"痿躄"等皆属本症范畴。

下面从常见证候和鉴别分析两方面来对肢体瘫痪这一痿病主要症状进行辨证分析。

1. 常见证型

(1) 肺胃津伤型瘫痪

外感发热期或发热后见上肢或下肢软弱无力，手不能持物，足不能任地，甚则瘫痪，渐致肌肉瘦削，皮肤干枯，心烦口渴，咳呛痰少，手足心热，两颧红赤，咽干唇燥，尿短赤热痛，舌红而少津，苔黄，脉细数。

(2) 肝肾阴虚型瘫痪

病势缓慢，逐渐下肢或上肢痿弱不用，腰脊酸软不举，久则骨肉瘦削，有时麻木，拘挛，筋惕肉瞤，头晕耳鸣，两目昏花，遗精早泄，潮热盗汗，两颧潮红，低热咽干，尿少便干，舌红绛少津，脉弦细数。

(3) 湿热浸淫型瘫痪

四肢或下肢痿软无力乃至瘫痪，肢体灼热，得凉稍舒，身热不扬，脘闷纳呆，面黄身困，首如裹，颜面虚浮，口干苦而粘，小便赤涩热痛，舌红，苔黄腻，脉濡数或滑数。

(4) 寒湿浸淫型瘫痪

颜面水肿，虚浮晦滞，四肢困重，行动笨拙，乃至瘫痪，腰脊酸楚，脘闷纳呆，泛恶欲吐，女子带下，或有肌肤瘙痒，足跗微肿，舌体胖大有齿痕，苔白腻，脉滑缓。

(5) 脾胃气虚型瘫痪

渐见下肢痿软乏力，以至瘫痪，少气懒言，语声低微，神疲倦怠，面色淡白无华，头晕肢困，便溏，食少纳呆，舌淡苔薄，脉细软。

(6) 肾阳虚衰型瘫痪

四肢痿瘫，面色苍白，目眩耳鸣，倦怠乏力，腰酸腿软，足跗微肿，四肢冰冷，阳痿遗精，皮肤毛发脱落，出汗异常，舌淡白，尺脉弱。

(7) 瘀血阻络型瘫痪

多于外伤后立即出现下半身瘫痪，二便失禁或秘结，不知痛痒，足跗水肿、苍白，皮肤枯而薄，继而肌肉瘦削，肌肤甲错，四肢不温，胸腰或肌肤刺痛，舌质红，或有瘀斑点，脉沉细涩。

(8) 肝郁血虚型瘫痪

病人多愁善感，喜悲伤欲哭，一遇刺激则突发四肢瘫痪，然四肢肌肉虽久病亦多不瘦削，肌肤润泽，伴两胁胀痛，嗳气纳呆，口苦，舌淡红，脉弦细。

2. **鉴别分析**

(1) 肺胃津伤型瘫痪与肝肾阴虚型瘫痪

肺胃津伤型瘫痪多由温热病邪犯肺，或病后余邪未清，肺热熏灼所致。《素问·痿论》曰："肺热叶焦，则皮毛虚弱急薄，著则生痿躄也"。张子和亦云："大抵痿之为病，皆由客热而成。"温热病邪最易耗伤津液，肺朝百脉而为娇脏，胃为水谷之海，津液之化源，热邪客于肺胃，中焦无以布化精微，百脉空虚，肌筋失养，致手足瘫痪。此证多由外感温热之邪引起，故常见发热及津液耗伤的症状，如高热，面红目赤，口渴喜冷饮，咽干唇燥，尿黄便干，舌红少津，脉细

数。

肝肾阴虚型瘫痪则每因禀赋不足或房劳过度，导致肝肾亏虚，精血不足，无以濡养骨髓、筋脉而成。此证主要表现为腰酸腿软，头晕目眩，耳鸣遗精，四肢麻木，筋惕肉瞤，兼见阴虚内热之症状，如颧红唇燥，低热盗汗，五心烦热，舌红少津少苔，脉弦细数而无力。

二者虽均有阴津不足的表现，但致病因素不同，前者因外感所致，临床表现以实热为主；后者因内伤所致，临床表现以虚热为主。前者当祛邪保津，治宜清热润燥、养肺益胃，方用清燥救肺汤加减；若燥热伤胃，可加玉竹、沙参。后者应滋补肝肾、育阴清热，方用知柏地黄丸加减；日久阴阳皆虚者，方用虚潜丸为主加味。

(2) 湿热浸淫型瘫痪与寒湿浸淫型瘫痪

湿热浸淫型瘫痪因外感湿热病邪，或久居湿地，或汗出入水，或遇雨跋涉，以致湿郁化热，湿热互结，浸淫筋脉，造成四肢弛缓不用；亦可因醇酒厚味饮食失节，生湿化热，蕴结经脉，气血无以濡养百脉而造成四肢瘫痪。《素问·生气通天论》曰："湿热不攘，大筋緛短，小筋弛长，緛短为拘，弛长为痿。"寒湿浸淫型瘫痪多为外感寒湿之邪，或久居湿地，以致寒湿浸淫筋脉积渐而成；亦可因饮食生凉，饥饱无度，致脾失健运而寒湿内停，湿邪浸渍肌肉而致四肢瘫痪。《素问·痿论》云："有渐于湿，以水为事，若有所留，居处相湿，肌肉濡渍，痹而不仁，发为肉痿。"此证之发生，多先有肢困、乏力，以后渐致瘫痪。然少数可因劳累出汗，寒湿乘虚而袭，突然出现四肢瘫痪的。

前者表现为湿热证之症状：身热不扬，面虚浮晦滞，口粘而干，肢困，脘闷纳呆，舌胖大，苔黄腻，脉多濡数或滑

数；后者主要为寒湿证之症状：面色虚浮而晦滞，纳呆脘冷，形寒肢冷，舌胖大有齿痕，苔白厚腻，脉缓。前者当清热燥湿，方用二妙散加和营通络之品；后者当健脾燥湿、温散寒邪，方用胃苓汤加和营通络之品。

(3) 脾胃气虚型瘫痪与肾阳虚衰型瘫痪

脾胃气虚型瘫痪多因脾胃素虚，受纳运化失职，食少纳呆，水谷之气无以化生精微，生化之源枯涸，四肢肌肉筋脉失养，日久而致瘫痪。肾阳虚衰型瘫痪多因禀赋不足，久病阳气耗损，肌肉筋脉失于温煦所致；前者辨证要点为：四肢瘫痪，脾胃虚则食少纳呆，便溏，神疲乏力，面色淡白，四肢瘦削，舌淡白，脉虚弱；后者之辨证要点为：四肢瘫痪，肾虚则耳鸣、遗精、脱发、腰脊酸痛等，阳虚则形寒肢冷、面白目清、尿清便溏、脉沉迟等，可资区别。前者治以补益脾胃法，《素问·痿论》曰："治痿者，独取阳明……阳明者，五脏六腑之海，主润宗筋，宗筋主束骨而利机关也。"故调摄后天脾胃极为重要，临床上常用补中益气汤或益胃汤加减；后者当治以温补肾阳法，方用金匮肾气丸加减。

(4) 瘀血阻络型瘫痪与肝郁血虚型瘫痪

瘀血阻络型瘫痪多由外伤引起，也可由于久病瘀血留着，或气滞血瘀，经脉运行不畅，肌筋失养所致；而肝郁血虚型瘫痪则多由情志所伤引起，起病前病人有明显的情志不舒病史，肝郁则疏泄功能失调，肝血不能濡养筋脉，筋脉失养则四肢瘫痪不用。前者因外伤所致者，病情较重；久病瘀血停着者，病情较轻，且伴有局部肌肤刺痛，其瘫痪常因不同阶段而呈现弛纵或拘挛，若迁延 2 年以上则难以恢复。后者调理情志可迅速恢复，不留后遗症状，然易受情志影响而常复发。前者可见外伤瘀血证候，如有明显的外伤部位，或

肌肤甲错，舌质瘀紫，脉细涩；后者可见肝郁气滞证候，如胸胁胀满，纳呆嗳气，口苦，脉弦细。前者用活血化瘀、通经活络法，方用桃红四物汤加牛膝、鸡血藤、狗脊、地龙等；后者则须用疏肝养血法，方用甘麦大枣汤合逍遥散加减。

肢体瘫痪是痿病的最主要症状，较难治，临床上须仔细辨别。辨证准确，早期治疗，方可取得疗效。如初期误治、迁延时机则多难以恢复。至于瘫痪日久，久病必瘀，正气亦虚，临床治疗常须参以活血化瘀、和营通络及补气之品，可提高疗效。

（二）四肢拘急

四肢拘急是指手足拘紧挛急、屈伸不利的症状。此症在《内经》中已有较多的论述，如“拘急”（《素问·六元正纪大论》），“筋挛”（《素问·示从容论》），“骨行急挛”（《素问·厥论》），“挛节”（《素问·逆调论》）。《伤寒论》中亦有“四肢拘急”、“两胫拘挛”、“脚挛急”等记载。

拘急与强直、抽搐、振颤不同。强直为肌肉坚硬、伸直而不能屈伸；抽搐为四肢伸缩相引；振颤为四肢振颤抖动，临床应加以区别。

1. 常见证型

（1）外感风寒型四肢拘急

发热，恶风寒，项背强几几，四肢拘急，有汗或无汗，头身痛，舌苔薄白而润，脉浮紧。

（2）寒湿蕴结型四肢拘急

首如裹，四肢困重，脘闷纳呆，面虚浮而晦滞，手足逆冷，四肢拘急，或伴骨节、肌肉重着酸痛，舌淡胖，苔白腻，脉沉迟。

(3) 湿热浸淫型四肢拘急

身热肢困，头重如裹，脘闷纳呆，泛恶欲呕，四肢拘急挛紧，手足心热，溲色黄，舌质红胖大，苔黄腻，脉滑数。

(4) 热盛阴亏型四肢拘急

发热壮盛，颈项牵强，四肢拘急，甚则抽搐，尿短赤，便燥结，或昏狂，谵语，目上视，头动摇，唇红咽干，舌红，苔黄燥，脉弦数。

(5) 亡阳液脱型四肢拘急

呕吐，泻利，漏汗不止，恶寒，四肢厥冷而拘急，舌淡白，苔薄白，脉沉或微细。

(6) 肝血亏虚型四肢拘急

目视昏花，头晕耳鸣，肌肤麻木，筋惕肉瞤，四肢拘挛，指甲淡白，舌质淡，脉弦细。

2. 鉴别分析

(1) 外感风寒型与热盛阴亏型四肢拘急

前者多因风寒之邪入侵太阳经脉，经气失宣，寒性收引，故发为四肢拘急，项背强几几，头痛而关节酸痛；后者多因外感温热病邪，或五志过极，劳倦内伤，脏气不平，阳胜火旺，灼伤阴液致筋脉挛缩，甚则引动肝风、抽搐不已。外感风寒型四肢拘急的辨证以恶寒、苔白润、脉浮紧为要点，治宜祛风散寒、舒筋和络，寒甚无汗者方用葛根汤，有汗则方用瓜蒌桂枝汤；热盛阴伤型四肢拘急的辨证以高热抽搐、神昏谵语、尿黄便干、舌红苔黄燥、脉数实为要点，治宜清温泻热、平肝熄风，方用清宫汤合羚角钩藤汤加减。

(2) 寒湿蕴结型四肢拘急与湿热浸淫型四肢拘急

前者多因寒湿乘袭，或素体阳虚湿盛，寒性收引，湿性粘滞，筋脉为寒湿所侵，气血不和，故四肢拘急收引；后者

多由感受湿热病毒，或脾虚湿盛，湿郁化热，湿热蕴结，筋膜干则筋急而挛。临床虽有湿象，然一偏于寒，故见面虚浮而晦滞，手足逆冷，舌质淡胖，苔白腻，脉沉迟，治宜温阳利湿，方用胃苓汤加减；一偏于热，故见手足心热，溲色黄，舌红胖大，苔黄腻，治宜清热燥湿，方用二妙散加味。

(3) 亡阳液脱型四肢拘急与肝血亏虚型四肢拘急

前者多因呕吐、泻利、漏汗不止导致亡阳液脱，亡阳则筋失温煦，液脱则脉失濡养，故筋脉收引，四肢拘急；后者多因失血过甚，或脾虚不能转输水谷精微，生化无源，筋脉失充，故四肢拘急挛曲。鉴别要点：亡阳液脱为阳气衰微，其病也危，治宜回阳救逆，方用四逆汤加人参；肝血亏虚乃营养不足，其来也渐，治宜补血养肝，方用四物汤加味。

拘急一症的鉴别，首先在于区分外感与内伤。外感风寒、温热、寒湿、湿热皆可致病；而内伤则多因阴血不足，或阳气衰微，应从病因及临床症状详加辨别。

某些结缔组织病如风湿、类风湿性关节炎，初期受累关节疼痛而采取某一保护性姿态以减轻疼痛感，但这不属于中医痿病范畴。而在晚期受累关节面遭到破坏，结缔组织增生，进而关节活动明显受限，关节周围肌肉萎缩所造成的肢体拘挛性强迫体位则属于痹病、痿病范畴。

（三）肢体麻木不仁

肢体麻木不仁是指肢体肌肤知觉消失、不知痛痒的一种症状。麻者，非痛非痒，肌肉内如有虫行，按之不知，掐之不觉；不仁指不知痛痒，不知寒热。

麻木在《内经》及《金匮要略》中称“不仁”，隶属于“痹病”、“中风”等病范畴。《诸病源候论》言“不仁”之状为“其状搔之皮肤，如隔衣是也。”刘完素《素问病机气宜

保命集》始有麻木症名。朱丹溪云："曰麻木，以不仁中而分为二也。"可见古医籍中麻木与不仁同义，故以下简称肢体麻木。

1. 常见证型

(1) 风寒入络型肢体麻木

四肢麻木伴有疼痛，遇天阴寒冷加重，兼有恶风寒，手足发凉，腰膝酸沉，舌质紫黯，苔白润，脉浮或弦。

(2) 气血失荣型肢体麻木

四肢麻木，抬举无力，面色萎黄无华，伴有气短、心慌、头晕失眠、健忘等，舌质淡红，苔薄白，脉细弱。

(3) 气滞血瘀型肢体麻木

肢体麻木伴有郁胀疼痛，按之则舒，面色晦暗，口唇发紫，舌质可见紫色瘀斑，舌苔薄偏干，脉涩。

(4) 肝风内动型肢体麻木

肢体麻木伴有震颤，并有头晕、头痛、烦躁、易怒、失眠、多梦等，舌质黯，苔少，脉弦劲有力。

(5) 风痰阻络型肢体麻木

肢体麻木伴有痒感，或兼见不时震颤，并有头眩，肩背沉重，或见呕恶、痰多等，舌质偏黯，苔薄腻，脉弦滑或濡。

(6) 湿热郁阻型肢体麻木

下肢麻木，伴有灼热疼痛感，患肢扪之发热，甚则两足欲踏凉地，舌质黯，苔黄白而腻，脉濡数或滑数。

2. 鉴别分析

(1) 风寒入络型肢体麻木

本证由腠理疏松，风寒外袭，经脉失荣，气血不和所致。发病有明显的感受外邪病史，但临证有风邪偏盛与寒邪

偏盛之分。风邪偏盛者呈走窜性麻木，无固定患处，或伴有轻度的口眼歪斜，脉多浮象，治宜祛风护卫法，方用黄芪桂枝五物汤；寒邪偏盛者多伴有疼痛，患处固定，手足发凉，恶寒与腰膝酸沉明显，脉多弦紧，治宜温经散寒法，方用当归四逆汤。

(2) 气血失荣型肢体麻木

多发生于劳倦失宜后，或见于吐泻伤中，或失血过多，或生育频接，或热病久羁，或出现于其他虚损疾患之后。气血双亏，脉络空虚，四肢无有所禀，遂可发生麻木。偏于气虚者面色㿠白，四肢软弱，抬举无力，伴有心慌气短，脉弱，舌质淡红；偏于血虚者面色无华，皮肤偏干，伴有头晕目眩，失眠健忘，脉细或兼有数象，舌质嫩红。两者的共同点是：皆为虚证，一为气虚，一为血虚，麻木而无疼痛，呈现一派虚象。气虚四肢麻木，治宜补气养血，方用补中益气汤；血虚肢体麻木，治宜养血理气，方用神应养真丹；若气血虚亏无所偏重者，可用八珍汤双补气血。

(3) 气滞血瘀型肢体麻木

气为血帅，气滞即可导致血瘀，但也有因血瘀而致气滞者，虽然气滞与血瘀常相并而见，但临证则有气滞偏重与血瘀偏重之分。气滞偏重的多责之于情志失调，气机不利；血瘀偏重的多见于外伤及病久入络者。气血郁滞，壅塞经络，营阴失养，卫气失温，故见肢体麻木。两者的共同点为：麻木兼有郁胀，按之则舒。两者的关系是：初病在气，病久入血，由气滞而发展到血瘀。辨证要点为：气滞偏重的麻木时轻时重，但少有疼痛，脉弦不柔，舌淡黯无瘀斑；血瘀偏重的麻木则兼有疼痛，无有轻时，皮色发黯，口唇青紫，脉沉涩，舌质必有瘀斑。气滞者治宜行气通络法，常用羌活行痹

汤加减；血瘀者治宜活血通络法，常用桃红四物汤加减。

（4）风痰阻络型肢体麻木与肝风内动型肢体麻木

肢体麻木伴有震颤是两者的共同点。风痰阻络型麻木为痰饮久伏，风邪引动，风痰搏于经络而发病。辨证要点为：麻木多伴有痒感，并有头眩、背沉、舌苔腻等。治以祛风化痰。方选导痰汤合玉屏风散化裁。肝风内动型麻木为肝阳素旺，又遇喜怒失宜，阳动生风而发病。辨证要点为：麻木伴有明显震颤，并有头晕、头痛、烦躁、易怒、脉弦有力等。治宜清肝熄风。方选羚角钩藤汤加减运用。

（5）湿热郁阻型肢体麻木

此证由于湿热郁阻，脉络壅塞，气血不能达于肢端而致。辨证要点为：下肢麻木，且有灼热疼痛感，尤以两足灼热明显，甚则必踏凉地而缓解，脉兼数象，舌苔偏黄腻。治宜清热利湿通络。方用加味二妙散。

临床上四肢俱见麻木者不多，而以双上肢或双下肢或单侧肢体麻木者多见。临证鉴别要分清寒热虚实，其中尤当首辨虚实。虚证麻木者患肢软弱无力，实证麻木者患肢疼痛郁胀，这是两者的主要区别。治疗上应遵虚者补之、实者泻之。补法宜补气血、健中焦为主；对实证有祛风、散寒、化痰、活血、行滞、熄风等治法。但在实证症状解除后还是应当采取补法，因为实邪祛除后，患部气血营卫受邪实病理因素遗留的影响而运行仍不通畅，故当及时益气行气、滋补营血。至于虚实夹杂证，则当辨别轻重，权衡缓急，辨证施治。

（四）四肢瘦削

四肢瘦削是指上、下肢由于某种病因引起的肌肉萎缩的症状。

《内经》有“脱肉”、“肌肉削”、“肌肉萎”、“破胭脱肉”、“大肉陷下”的记载，即是指肘、膝、髀等高起处肌肉严重萎缩，以及腿、臂、臀部肌肉明显消瘦的病症。《素问·阴阳别论》中尚有“风消”之证，系指因热极生风，阴精亏损，肌肉消铄，发为全身消瘦而不独指四肢瘦削的病症。

《金匮要略》一书中亦有“消铄肌肉”的记载，乃指热盛伤津而致肌肉消铄。其中“酸削”是指肌肉萎缩又有酸软的症状。

瘦削与肉痿又有不同，瘦削乃专指肌肉萎缩；肉痿则以肢体瘫痪或痿软无力为主要表现。当然，肉痿后期因瘫痪所致肌肉萎缩亦可出现肢体瘦削现象。后世文献常论及的“羸瘦”、“尪羸”乃指全身瘦削、神形俱衰之症状，不独指四肢而言。

1. 常见证型

(1) 脾胃虚弱型四肢瘦削

多见于青少年，四肢瘦削，以肩、臀部为明显，上肢无力，下肢行走如鸭步，足踝内翻或外翻，足背呈弓形，面色苍白，神疲倦怠，纳食少馨，少气懒言，语声低微，舌淡苔白边有齿痕，脉细软。

(2) 肾精不足型四肢瘦削

多见于婴儿，肌肉瘦削，手不能举，足不能立，发育迟缓，智力低下，常伴五迟（立、行、发、齿、语皆迟）、五软（头项、手、足、口、肌肉皆软）症，舌淡苔白，脉沉细。

(3) 肝肾阴虚型四肢瘦削

肌肉瘦削，四肢乏力而颤抖，步履踉跄，筋惕肉瞤，甚则语言謇涩，吞咽时见呛咳，腰酸腿软，头晕目眩，五心烦

热，夜寐不安，舌红少苔，脉细数或弦细。

(4) 脾肾阳虚型四肢瘦削

肌肉瘦削，四肢无力，肢冷形寒，大肉脱陷，耳鸣耳聋，腰酸腿软，遗精阳痿，溲清便溏，舌淡胖，苔薄白，脉沉迟。

(5) 气血两虚型四肢瘦削

肌肉瘦削，伴面色苍白，神疲困惫，头晕眼花，心悸气短，自汗盗汗，纳食少进，舌淡少苔，脉微细。

2. **鉴别分析**

(1) 脾胃虚弱型四肢瘦削与肾精不足型四肢瘦削

脾胃虚弱型四肢瘦削多因饮食不节，后天失调，脾胃虚弱，气血生化乏源，以致水谷精微不能充养四肢肌肉而造成。《素问·太阴阳明论》曰："四肢不得禀水谷之气，气日以衰，脉道不利，筋骨肌肉，皆无气以生，故不用焉。"脾主四肢，脾运失健，不能为胃行其津液，故纳食少馨，四肢无力。中气不足，故神疲乏力，少气懒言，语声低微，舌淡苔白，边有齿痕，脉细软。治宜补中益气、健脾和胃。方用补中益气汤合香砂养胃丸加减。

肾精不足型四肢瘦削多因先天禀赋不足，后天哺养失宜，导致肾精不足，髓海空虚，正气亏损，影响婴儿生长发育，造成四肢瘦削、五迟五软、智力低下等症。治宜补肾填精。方用加味六味地黄丸加减。

脾胃虚弱与肾精不足而致四肢瘦削不难鉴别。前者主要是后天失调，多发于青少年，辨证治疗着眼于脾胃；后者主要是先天不足，多发于婴儿。但必须指出，肾精不足型四肢瘦削若后天调摄得当，注意护养，积极治疗，配合锻炼，常常可取得较好效果。

(2) 肝肾阴虚型四肢瘦削与脾肾阳虚型四肢瘦削

肝肾阴虚型四肢瘦削多因素体阴虚，或其他疾病后重伤阴血，或嗜欲不节，以致肝肾不足。肝藏血而主筋，肾藏精而主骨，肝肾阴虚则筋肉骨痿，四肢肌肉瘦削无力，肝阴不足，肝阳上亢，化风掉动，故筋惕肉瞤，四肢颤抖；足少阴肾经之脉循喉咙、夹舌本，故肾阴亏损造成语謇而吞咽困难，肾亏则腰府亏虚，阴虚则生内热，故腰酸腿软，五心烦热，夜寐不安，舌红苔少，脉细数。治宜滋补肝肾、育阴潜阳。方用知柏地黄丸或大补阴丸化裁；若阴损及阳，则用壮骨丸加减。

脾肾阳虚型四肢瘦削多因素体虚弱，或其他疾病后重伤阳气，以致脾肾阳虚。脾主运化，肾主温煦，脾运失司，则无以输布津液，肾阳不足则无以蒸腾、温煦津液，不能化生精气以滋养四肢肌肉筋骨，造成肌肉瘦削或大肉脱陷，四肢无力，耳鸣耳聋，阳痿遗精，腰酸腿软。阳虚则外寒，故形寒肢冷，溲清便溏，舌淡胖，脉沉迟。治宜温补脾肾。方用金匮肾气丸加人参、白术、淮山药等。

肝肾阴虚与脾肾阳虚型四肢瘦削的相同点是肾亏，但一以阴虚为主，重在肝肾，一以阳虚为主，重在脾肾，且多见于青少年，这和肾精不足型四肢瘦削之禀赋不足发于婴儿有明显区别。而脾肾阳虚型与脾胃虚弱型的辨证，前者可见形寒肢冷、小便清长、阳痿遗精等阳虚表现，后者则是纳减神疲、声低懒言等气虚的表现。

气血两虚型四肢瘦削则多系上述指征的进一步发展，即气虚及血，阳虚及阴。由于阴阳互根，气血相关，后期常气血两虚而见肌肉瘦削、四肢无力、头晕眼花、神疲困倦、心悸气短、自汗盗汗、舌淡少苔、脉微细等症。治以大补元

气、滋养阴血。方用人参养荣汤。

四肢瘦削以虚证为主，体虚则外邪易侵，往往形成虚中夹实的证候。不及时清除外邪，亦可加重本症的发展。

（五）皮毛枯槁

是指皮肤较正常变薄，其表面纹理消失或异于正常，体表毛发稀少焦枯而言。古典医籍中对此无明确记载。《素问·痿论》中“肺热叶焦，则皮毛虚弱急薄”之描述，似与本病相似。

生理和病理变化均可导致毛皮枯槁，如衰老等生理变化即可引起皮毛枯槁。此处只讨论痿病伴发毛皮枯槁的有关问题。

1. 常见证候

(1) 寒凝血瘀型皮毛枯槁

皮毛枯槁多呈带状，开始在手足背，然后逐渐扩展到前臂或下肢胫前部。其皮肤薄而光滑、凹陷，色浅灰或灰暗，摸之较石硬。兼见四肢不温，尺肤寒凉，舌淡紫或黯红，苔薄白，脉沉迟。

(2) 肝肾阴虚型皮毛枯槁

患肢或面部皮肤菲薄，呈线条形萎缩，失去光泽，松弛而失去弹性，皱纹消失，容易起较大皱折，表面干燥，有轻度脱屑，色灰褐红，常伴有腰酸腿软、头晕目眩、耳鸣遗精、筋惕肉瞤、五心烦热、颧红唇燥、低热盗汗等症状，舌体瘦干，红而少津，脉沉细。若见于中年人，则其面容常较苍老，易伴发老年性雀斑和血管瘤，男性毛发稀疏，女性出现胡须。

(3) 肺胃津伤型皮毛枯槁

皮毛薄急干枯，起病急，是肺胃热盛津伤型痿病的一个

伴发症状。常见有高热、面红目赤、口渴喜冷饮、尿赤、便干等症状，舌红少津，脉细数。

2. 鉴别分析

(1) 寒凝血瘀型皮毛枯槁与肺胃津伤型皮毛枯槁

此二证均与感受外邪关系较为密切。

寒凝血瘀型皮毛枯槁系寒邪外袭，脉络涩滞，气血不得畅行，瘀于局部皮肤所致。故本证皮毛枯槁始于四肢末端，逐渐向上发展扩延，枯槁面呈带状光滑，色淡或灰暗，摸之较硬，且有四末不温、尺肤寒凉、舌淡、脉沉迟等阴寒之象，以资鉴别。其治疗以温经散寒、活血通络为法，可选用当归四逆汤。

肺胃津伤型皮毛枯槁乃由于外感风温、燥邪、热毒、疫气，易致高热吐泻，熏灼肺胃，劫伤阴液，或由于情志内伤，调养失当，五脏失和，导致肺胃热灼阴竭。肺为娇脏，不耐寒热，热灼则肺叶焦枯，不能宣散布化水谷精津以滋养皮毛；胃为水谷之海，胃受热灼则但消谷而不化津，胃液干枯，土不生金，则皮毛肌肤滋养无源。《类经·瘘论》曰："肺瘘者，皮毛瘘也。盖热乘肺金，在内则为叶焦，在外则皮毛虚弱而为急薄。若热气留着不去而及于筋脉骨肉，则病生瘘蹙。"这里的"急薄"二字即指皮肤干燥无光泽，萎缩而失去弹性。故本证皮毛枯槁症状发展一般较快，面积较大，以双下肢较为常见，也可波及全身，常继发于肺胃热盛津伤瘘证之后，出现患肢皮肤进行性干燥、瘙痒，肤色浅红，皮肤萎缩变薄，失去弹性，表面脱屑，正常纹理逐渐消失或残存轻度皱纹，受累皮肤汗毛逐渐焦枯脱落，初期可伴有发热、咳嗽、口干口渴、尿赤便干、舌红苔黄、脉数等肺胃热盛证象，后期则以阴伤虚热证象为主。治疗方面，初期

邪热未清阶段应清热润燥、养肺益胃，方用清燥救肺汤加减；后期则以养肺胃之阴为主，即在前方的基础上加减部分寒凉清热药，加入玉竹、沙参等滋养胃阴之品。

(2) 气血虚弱型皮毛枯槁与肝肾阴虚型皮毛枯槁

此二证均以脏腑功能失调为突出病机，发病缓慢。

气血虚弱型皮毛枯槁乃由于气血化源不足，环流贯注不力，皮肤失于气血濡养而致，辨证要点为：枯槁可累及肌肉，甚而至骨，患处塌陷，枯槁处色淡并失去正常纹理。若发生于面部，则口、眼、鼻歪斜，可有脾胃虚弱之兼见症。治以补益脾胃、益气养血为法。可选用补中益气丸、十全大补丸等以缓缓图治。

肝肾阴虚型皮毛枯槁多见于中青年患者。盖肾藏精，肝藏血，肝肾乙癸同源，精血相互化生。若久病缠绵或形乐志苦，繁劳负重，以致肝肾亏虚，精血不足，肌肤皮毛失于滋荣，故日见枯槁。辨证要点为：皮肤薄呈线条形，皱纹消失，由于皮肤变松弛，故而容易起大的皱折，多而深，色灰褐或褐红，皮肤干燥有细碎脱屑，呈未老先衰之态。治宜滋补肝肾。方用六味地黄丸。

皮毛枯槁系多由于先天或后天的某些因素所造成的一种皮肤退行性改变，治疗比较困难。从上面的分析可以看出，皮毛枯槁的关键病理机转是由于各种原因造成了患处皮毛失去了营卫气血正常的温煦滋养，所以在治疗时就应在审证求因、辨证治疗的同时，又要注意补肺养阴，以增强肺的宣化布精功能，从而达到病邪除、营卫调、气血复、运行畅的正常良好状态；另一方面也应认识到，正因为这一关键病理的存在，治疗时就应既有信心，又有耐心，所谓“邪易除，正难复”，正说明了皮毛枯槁的恢复是极为缓慢甚至有所反复

的过程，只能缓缓图治以收功，否则欲速而不达。

二、痿病治法概要

痿病的症状以痿弱不用为主，病机以虚弱亏损为本，或夹有标实。但虚损有气血亏虚、肺阴亏耗、真精乏匮、肾阳虚衰、中土不足及脉气虚损之不同，标实又有湿热浸淫、情志化火、瘀血内停、气机郁滞、积痰内伏、虚火内炽之各异，故当谨守病机，孰虚孰实，秉情而施。归纳起来，痿病的治疗法则概括有以下条目：

1. 清金保肺法

本法适用于外感热邪燥气，灼伤肺阴，或情志化火，木火刑金，灼伤肺叶；或饮食不当，中焦积热，母病及子，导致肺脏蕴热，肺胃之阴亏耗之痿证。症见外感发热期或发热后出现肢体软弱无力，手不能提物，足不能任地，渐致肌肉萎缩，皮肤干枯，心烦口渴，呛咳痰少，手足心热，两颧红赤，咽干唇燥，尿短赤热痛，舌红而少津，苔黄，脉细数等。常用药物有：沙参、人参、麦冬、生地、石膏、知母、黄芩、桑叶、杏仁、麻仁、天花粉、山药、玉竹、甘草等。

2. 补益肝肾、壮健筋骨法

本法适用于由于后天调养不力，形体过用所致的肝肾两亏证，肝不养筋，肾不主髓，肢体不用。症见缓慢起病，肢体逐渐痿弱不用，腰背酸软不举，久则骨肉瘦削，时有麻木拘挛，筋惕肉瞤，头晕耳鸣，两目昏花，遗精早泄，潮热盗汗，两颧潮红，低热，咽干，尿少便干，舌红绛少津，脉弦细数。常用药物有：牛膝、锁阳、枸杞、菟丝子、肉苁蓉、当归、熟地、白芍、黄柏、知母、龟板等。

3. 清热利湿法

本法适用于外感湿热之邪，或寒湿入里化热，或湿邪内生，蕴而生热，湿热互结，浸淫筋脉所致的痿病。症见四肢或双下肢痿弱无力乃至瘫痪，肢体灼热，得凉稍舒，身热不扬，脘闷纳呆，面黄身困，首如裹，颜面虚浮，口干苦而粘，小便赤涩热痛，舌红，苔黄腻，脉濡数或滑数。常用的药物有：黄柏、苍术、牛膝、萆薢、防己、车前子、苡米、蚕砂、木瓜、泽泻等。

4. 补益脾胃法

本法适用于脾胃素虚或大病、久病后脾胃受伤、中土不振、气血乏源所致的痿病。症见下肢渐见痿软无力以至瘫痪，少气懒言，语声低微，神疲倦怠，面色淡白无华，头晕肢困，食少纳呆，便溏，舌淡苔薄，脉细软。更为重要的是，由于脾胃受损在痿病的整个进程中都不同程度地存在，脾胃功能的健全与否直接影响痿病的康复进程，故前人有“治痿独取阳明”之说。历代医家对补益阳明都相当重视，补益脾胃法不仅应用于脾胃虚弱型痿病，也广泛应用于其他各型痿病实邪已去、正气未复者的治疗。常用药物有：党参、白术、茯苓、黄芪、陈皮、人参、甘草、大枣、山药等。

5. 温化寒湿法

本法适用于外感寒湿之邪，或其人真阳素亏、寒湿内生，致寒湿浸渍筋脉之痿病。症见颜面水肿或虚浮晦滞，四肢困重，行动笨拙，乃至瘫痪，腰背酸楚，脘闷纳呆，泛恶欲吐，女子带下，或有肌肤瘙痒，足跗微肿，舌体胖大有齿痕，苔白腻，脉滑缓。常用药物有：附子、肉桂、苍术、白术、干姜、木瓜、豆蔻、茯苓、泽泻、黄芪、党参等。

6. 填精补髓法

本法适用于小儿先天禀赋不足，后天喂养不当所致的发育迟缓之五软证。症见小儿出生后头项渐见软弱倾斜，东倒西歪，遍身羸弱，足软弛缓，不能站立，兼见口软唇薄，不能咀嚼，口常流涎，手软下垂，不能握举，肌肉松弛，活动无力，舌淡苔少，脉沉细尺弱，指纹淡。治宜温阳益气，填精补髓。方用补肾地黄丸或补天大造丸以及人参养荣丸加减。常用药物有：紫河车、鹿茸、龟板、补骨脂、肉苁蓉、山茱萸、人参、当归、熟地、菟丝子、牛膝、枸杞子、山药、五味子等。

7. 温肾助阳法

本法适用于真阳亏损，肌筋失于温煦之痿病。症见四肢痿厥，面色苍白，眩晕耳鸣，倦怠乏力，腰酸腿软，足跗微肿，四肢冰冷，阳痿遗精，汗毛脱落，出汗异常，小便清长，舌淡白，尺脉弱。方用右归丸加减。常用药物有：鹿茸、鹿角胶、附子、肉桂、当归、杜仲、菟丝子、山药、山茱萸、熟地、仙灵脾、巴戟天等。

8. 活血化瘀法

本法适用于外伤或产后瘀血内停不散，经脉气血闭阻，肌筋失养所致之痿病。症见外伤后或产后不久即出现肢体瘫痪，以下半身为多见，二便失禁或干结癃闭，不知痛痒，足跗水肿、苍白，皮肤枯而薄，继而肌肉瘦削，肌肤甲错，四肢不温，胸腰或肌肤刺痛，舌质红或有瘀血斑点，脉沉细涩。治宜活血化瘀、通经活络。常用药物有：乳香、没药、当归、赤芍、桃仁、红花、鸡血藤、牛膝、狗脊、地龙、活血藤、川芎等。

9. 疏肝解郁法

本法适用于肝郁不舒、疏泄失职、肝经气血不调、筋脉失养之痿病。症见病人常多愁善感，悲伤欲哭，一遇郁怒则突发四肢瘫痪，然四肢肌肉虽久病亦多不瘦削，肌肤润泽，伴胸闷不适，两胁胀痛，喜叹息，嗳气纳呆，口苦，舌质淡红，脉弦细。治宜疏肝解郁、调理气血。方用逍遥散加减。常用药物有：柴胡、白芍、茯苓、白术、枳壳、陈皮、当归、川芎、香附等。

10. 镇心安神法

本法适用于由于突然受惊吓，伤及心肾，心无所主，肾不作强之痿病。症见突受惊恐后下肢痿软，轻则步履无力，甚则不能行走，或心悸不安，甚则男子精液时出、面色苍白、冷汗频出、二便失禁、四肢冰冷等，舌质淡或红，苔薄白，脉细弱数。治宜镇心安神、益气升阳，方用妙香散合补中益气汤加减。常用药物有：茯苓、茯神、远志、朱砂、山药、麝香、黄芪、人参、桔梗、甘草、木香、升麻等。

11. 燥湿化痰法

本法适用于素体肥盛之人，因元气虚损，不能运化痰湿，致痰湿内停，客于经脉所引起的痿病。症见腰膝麻痹，四肢痿弱，胸闷纳呆，舌质淡苔白腻，脉滑。治宜燥湿化痰。方用二陈汤为主，适当配伍通络、强腰膝之品。常用药物有：半夏、茯苓、陈皮、南星、薏米、续断、桑寄生等。

除了以上 11 条法则外，若由于督脉亏损、冲任空虚、带脉失调、跻维不和等奇经八脉病变引起的痿病，治疗大法不外调补冲任、升补八脉、交通阴阳等。治疗手段以针灸、推拿、按摩为主，配合内服药物对证治疗以加速康复进程。此外还可配合活血通络的药物外用熏洗、穴位注射等。

三、进行性肌营养不良症病案四则

进行性肌营养不良症是一组遗传性肌肉组织退行性变性疾病。主要表现为缓慢起病、逐渐进展的肌肉无力和萎缩，受累肌群呈进行性、对称性无力和萎缩，部分患者肌群有假性肥大，最后完全丧失运动能力。该病至今尚无确切有效的疗法，病情重，预后差，大多数患儿在 20 岁前死于呼吸道感染或心力衰竭。

进行性肌营养不良的主要致病原因可能是由于遗传异常引起。至于遗传因素何以造成肌肉变性的机理，则始终未明。近年来对这一机理有多种假说，其中以肌膜学说最为引人注意。肌膜学说认为先有肌膜通透性改变，使肌酶流失，从而使肌肉变性。运用这一学说可以解释致病基因携带者也有血液中肌酶升高的现象。

进行性肌营养不良症典型的病理改变包括：①肌纤维大小不均；②肌核向中心移位；③肌纤维退行性改变、坏死和被吞噬；④肌束间结缔组织增生，在假肥大中，脂肪亦有增加，心肌可有类似变化；⑤疾病早期的肌纤维再生现象，表现为肌浆的嗜碱染色体和肌核与肌仁的增大。

本病因其遗传特点、起病年龄、病肌分布、病程进展与预后各有不同，临床可见以下几种类型：假肥大型、肢带型、面－肩－肱型以及其他类型。

进行性肌营养不良症验案：

例 1：王某，男，15 岁。

初诊：患者 10 岁时感觉步履欠稳，不时跌跤，经长期服用激素、维生素等西药和苦寒滋阴等中药无效。13 岁以后病情逐渐加重，举步困难。至上海第二军医大学进行多方

面检查，确诊为“进行性肌营养不良症”，但未给予治疗。患者从《中医杂志》看到先生治愈本病的验案报道，不远千里，前来就诊。刻下症见：形瘦神疲，步履艰辛，呈鸭行步态，翼状肩胛，胸骨微突，两大腿和两臂肌肉萎缩，腓肠肌反而肥大，蹲卧难起，手足痿废不用。舌苔白腻，脉来微弦，左弱右强。上属痿病无疑矣。

诊断：痿病（肝肾两虚型）

治法：补肾益肝，舒筋活络。

处方：熟地黄 20 克，甘枸杞 15 克，炒杜仲 15 克，制黄精 20 克，肉苁蓉 15 克，锁阳 12 克，仙灵脾 20 克，仙茅 9 克，鸡血藤 15 克，红藤 15 克，宣木瓜 12 克，五加皮 15 克，威灵仙 12 克。

二诊：上方连续服用 20 剂，自述四肢较前有力，平路行走鸭步不显。仍宗上方加金狗脊 15 克，以增温肾之力。又服 20 剂，患者神振形丰，两手运动自如，两大腿肌肉已显丰满，小腿腓肠肌由硬粗变软细，翼状肩、鸭态步大有好转，药既对证，效不更方。原方再进 20 剂，同时加服桂附地黄丸。

后患者来信称：由于按时服药，坚持锻炼，病情大有好转，臂力增，腿力强，将近如常人。拟上方去锁阳、威灵仙，加巴戟天 15 克、补骨脂 15 克，仍服 20 剂，以资巩固。另晨起服芡实、薏苡仁、胡桃仁，以使火土相生，脾健肉丰，肾坚骨强，肝健筋舒，早日恢复健康。

【按】痿病首见载于《内经》。《素问·痿论》曰：“五脏因肺热叶焦，发为痿。”《素问·生气通天论》曰：“湿热不攘，大筋纵短，小筋弛长，纵短为拘，弛长为痿。”《素问·脏气法时论》又曰：“脾病者，身重善肌肉痿，足不收行。”

认为痿病主要是由肺热、湿热、脾虚所致，而在治疗上仅提出“独取阳明”。后世医家在此基础上不断有所发展。李中梓把痿分为湿热痿、湿痰痿、血虚痿、阴虚痿、血瘀痿、食积痿等型。在治疗上专重于肝肾，因肾主骨而藏精，肝主筋而藏血，故肝肾虚则精血竭，致内火消灼筋骨为痿，治当补养肝肾。张景岳也说：“元气败伤，则精虚不能灌溉，血虚不能荣养。”朱丹溪指出：“痿之不足，阴血也。”清代林珮琴“参而酌之”，将痿病之因概括为湿热蕴阻、阳明脉虚、肝胃阴虚、肝肾阴虚、肾督阳虚、瘀血留著等六类，辨证而各立治法方药，甚为全面。

本病诊断要点是手足软而无力，精神疲乏，肌肉瘦削，鸭步形态，甚则肢体痿废以致瘫痪，属症状典型者，诊断并不困难。其中虽有湿热为患者，但至痿弱症状出现时，则外邪多已不显，主要矛盾当是精血不足、筋脉失濡、脾虚不主四肢肌肉。所以治疗当以大剂填补肝肾精血为要，兼顾健脾利湿，活血舒筋。

《素问·上古天真论》曰：“男子……二八而肾气盛。”少年之际，生机旺盛，须有充足精血以供骨脉筋肉生长之需要，今病者步履艰辛，乃骨软筋弱之象，故先用熟地、枸杞、黄精填精补血，然“善补阴者，必于阴中求阳”，且肾之阳气能促进阴精的化生。补阴而不温阳，则独阴不生，是以投炒杜仲、肉苁蓉、仙灵脾、仙茅、锁阳等温肾阳之品，诸味虽温肾而不刚燥，无动阴之弊，且有强筋骨利机关之功；“足受血而能步，手受血而能握”，手足不用，血不濡也，所以不但要补益肝肾之精血，还应活血通络以舒筋，鸡血藤活血且养血，乃为理想之药物，用量宜大；加木瓜、五加皮、威灵仙，以增强舒筋活络之功，更可防湿邪阻滞经

络。综全方之义，重在“补”、“运”二字。虽以补益肝肾为主，也不忽略活血舒筋之辅佐。20 剂后，竟初见成效，故当守方继进。复诊时先后加用狗脊、巴戟天、补骨脂，增服桂附地黄丸，均为加强肾气所施。治疗后期，虑及经过补益，肝肾精血渐生，臂腿力增，但萎缩之肌肉仍恢复较慢，即嘱服芡实、薏苡仁、胡桃仁等健脾、益气、养阴平和之味食疗，意在缓收全功。

例 2：季某，男，17 岁，中学生。1978 年 7 月 3 日入院，同年 8 月 4 日出院。

主诉及现病史：双下肢进行性痿软无力 40 天，不能步履 1 个月。

患者于 1978 年 5 月底出现鼻塞流涕，伴下肢酸痛。三四天后鼻塞流涕自然消失，两下肢疼痛加重，遂用草药外敷，10 余天后疼痛好转，但四肢渐觉麻木乏力。1 个多月后，肢体麻木虽失，下肢乏力却渐加重，并双大腿肌肉萎缩，双小腿肌肉肥大，步履困难，动辄跌倒，食欲下降，余无异常，住本院神经科治疗。

体格检查：消瘦，一般情况尚可，心、肺、肝、脾检查未见异常，血压 14.7/9.3kPa（110/70mmHg），脊柱生理性弯曲存在，全身肌肉萎缩，双下肢大腿肌肉萎缩最为明显，翼状肩，行走似鸭步。

神经系统检查：神清，对答切题，无定向障碍；面部痛觉存在，嚼肌和颞肌有力，抬额、鼓腮、咬齿良好，口角无下垂；颈软；两上肢肌力、肌张力对称减弱，两上肢桡骨膜反射及肱二头肌、肱三头肌反射存在，但减弱；两下肢肌力 2～3 级，肌张力减退，两下肢膝反射、跟腱反射消失；腹壁反射消失，病理反射未引出；全身痛、触觉、位置觉、音

叉振动等感觉正常。

实验室检查：血色素 145g/L；白细胞 14×10^9/L，中性 0.78，淋巴 0.22；血沉 6mm/h；血清钾 7.0mmol/L；血肌酐 176μmol/L，肌酸 45μmol/L；脑脊液：透明无色，潘氏试验（－），糖 1.6～2.2mmol/L，氯化物 123.12mmol/L，蛋白质 0.38g/L。

病理检查：镜下可见肌间质小血管充血，部分肌纤维束变细，肌肉普遍呈颗粒变性，横纹不清楚，并有部分肌浆溶解。病理诊断：符合肌营养不良性改变（病理检验号：36531）。

西医诊断：进行性肌营养不良症。

治疗经过：患者入院后经激素、胰岛素和多种维生素（包括维生素 E）治疗半个月，肌肉萎缩无好转，仍行步不稳欲仆。患者及家长焦虑不安，要求中医药治疗。

7 月 18 日会诊：察其面色苍晦，形体消瘦，两腿肌肉萎缩，步履蹒跚，姿似鸭步。问之，两腿时感麻木疼痛，足跟疼痛，纳呆食少，耳鸣作响，夜尿增多，大便如常。按脉沉濡，舌淡苔薄。证属肝肾不足。

诊断：痿病（肝肾不足型）

治法：补益肝肾，壮健筋骨，舒活关节。

处方：千年健 15 克，桑寄生 15 克，补骨脂 15 克，熟地 15 克，当归 15 克，木瓜 15 克，枸杞 15 克，怀牛膝 15 克，鸡血藤 15 克，伸筋草 15 克。水煎服。5 剂。

7 月 23 日复诊：药后身体舒适，感觉良好，肌力似增，脉舌同前。再拟壮筋骨、益肾和营之品。前方加肉苁蓉、五加皮各 15 克。又服药 10 剂，能自行在庭院短时间散步，鸭态步明显改善，脉象较前有力。效不更方，又服 5 剂，病情

好转并稳定出院。

出院后通过信函处方，8月11日患者来信：两下肢较前更有力，能步行1公里，肌力略有增长，但食欲不振。斟酌病情，患者素有食欲减退，乃为脾虚之征，故在原方基础上加入健脾益气之品。

药用：苍术、白术、桂枝各10克，太子参、木瓜、怀牛膝、五加皮、千年健、肉苁蓉、枸杞、鸡血藤、伸筋草各15克。嘱服20剂。

同年9月13日来信称：现已步行上学读书，每天走7.5公里，能参加一般体育活动，食欲恢复正常，耳鸣消失。但走路时间过长足跟仍感疼痛。仍继以补肾健脾、舒筋活络之品长服，以达愈病之目的。

药用：炒杜仲、炒续断、伸筋草、鸡血藤、淮牛膝、木瓜、五加皮、金狗脊、巴戟天、枸杞子、制黄精各15克，苍术、白术、桂枝各10克，生、炒苡仁米各20克。

间服上方30剂，身体完全恢复健康。

【按】进行性肌营养不良症是由遗传因素引起的肌肉进行性消瘦无力的一种肌肉疾患。中医学虽病名有异，但症状相同，当属“痿病”范畴。“痿”同“萎”，指肌肉萎缩无力，四肢枯废不用。《素问·痿论篇》专论痿病，根据五脏五合的理论，将痿病分为痿躄、脉痿、筋痿、肉痿、骨痿五种，认为因五脏有热所致，主要为肺热叶焦。故张景岳说：“痿病之意，《内经》言之详矣。观所列五脏之证，皆言为热，而五脏之证，又总由肺热叶焦，以致金燥水亏，乃成痿证……又曰悲哀太甚则胞络绝，传为脉痿；思想无穷，所愿不得，发为筋痿；有渐于湿，以水为事，发为肉痿之类，则又非尽为火证，此其有余不尽之意，犹有可知。故因此而生

火者有之，因此而败伤元气者亦有之，元气败则精虚不能灌溉，血虚不能营养者，亦不少矣。若概从火论，则恐其真阳亏败及土衰水涸者，无不能堪。故当酌寒热之浅深，虚实之缓急，以施治疗，庶得治痿之全矣。”

因此，对于痿病的治疗，不能拘泥于《内经》“治痿独取阳明”之法，须辨证论治，有其证必有其法。当然，五脏六腑皆禀气于胃，胃司纳谷而化生精微，胃的功能健旺，则肺津充足，脏腑气血旺盛，肌肉、筋脉、骨髓得以濡养，痿病自有恢复之机。此例患者面色晦暗，足跟疼痛，耳鸣多尿，肌肉萎缩，脉沉舌淡，乃元气败伤、肾虚精亏、肝血不足所致。盖肾藏精，主骨，为“作强之官”；肝藏血，主筋，为“罢极之本”。精血充盛则筋骨坚强，肌肉健壮，活动正常；肝肾亏损，精血虚弱则面色无华而晦暗；肾亏则足跟痛而耳鸣多尿，不能濡养肌肉则四肢痿软。

又患者罹病以来，食欲减退，为脾胃虚弱所致。故在治法上恒以补肾为主，佐以健脾益气，方用右归饮合三妙丸化裁。枸杞、补骨脂、桑寄生、肉苁蓉、杜仲、续断、狗脊、巴戟天以补肾填精；千年健、木瓜、五加皮、伸筋草、鸡血藤以益肝肾、壮筋骨、舒筋活络；熟地、当归以滋肾养血；苍术、白术、太子参、黄精以健脾益气、濡养肌肉；怀牛膝既补益肝肾，又引药下行，运药力直达病所。诸药合用，守方守法，故取得满意效果。

先生以此法共治 20 余例此种病人，均获得良效。

例 4：李某，男，19 岁。

双下肢进行性痿软载余。宿恙关节炎。近出现双下肢痿弱无力，步履艰辛，下肢疼痛，曾诊为痹病。经用化湿通络之法治疗疼痛减轻。但双下肢肌肉渐见萎缩，经各种生化、

病理检查，诊为“进行性肌营养不良”，属中医痿病。服用多种维生素、激素等西药治疗无效。今求诊于先生。舌苔黄，舌质红，脉细弦。

治痿不拘泥于独取阳明，此痹病转痿，痹痿同病。故拟用益肾养肝、舒筋活络之法。方用虎潜丸加减。

肥知母 10 克，黄柏 10 克，干地黄 12 克，虎骨（缺），怀牛膝 12 克，锁阳 10 克，炙龟板 10 克，杜仲 10 克，当归 10 克，白芍 15 克，鸡血藤、活血藤各 15 克。

此方以怀牛膝、锁阳、杜仲、龟板益肾强筋骨；当归、芍药养血柔肝；知母、黄柏、地黄滋阴清热；鸡血藤、活血藤补血活络。服药 20 余帖，药符病机，诸症好转，肌萎控制，行走得力。再守原轨损益，内服知柏地黄丸，以巩固疗效。

胃肠病治验

（张舜华先生经验）

一、萎缩性胃炎证治经验（附病案四则）

萎缩性胃炎（Atrophicgastritis）多见胃腺萎缩、分泌胃酸减少，其基本病理变化是上皮细胞变性，固有膜炎性反应和固有腺体萎缩，常伴有肠上皮化生及非典型增生。非典型增生是一种癌前病变，它是介于单纯性增生与肿瘤性增生之间的一种病变，尤其是中、重度非典型增生，导致胃癌的可

能性很大，可视为癌前病变，应引起高度重视。

萎缩性胃炎在中医学中属“胃脘痛”、“嘈杂”、“痞证”等范畴，为临床常见脾胃病之一。

胃为阳腑，实证居多。萎缩性胃炎初起一般多表现为湿热内蕴之实热证，治疗上多从清热祛湿入手。然而，如若病久不愈、正气渐耗，或清利过度、正气损伤，或素体虚弱、正气不足，都可出现虚象而形成虚实夹杂之候，其治较为复杂。特别是出现了阴虚夹湿之证，治疗就更为棘手，滋阴则助湿，使邪更盛，燥湿则伤阴，使正气更为虚损，互为影响，互为因果。为此，医生应详为辨证，根据虚实孰重、孰急而决定治则、选用方药，并随时观察病情变化，灵活化裁。张舜华先生根据数十年的临床治疗经验，凡见病理切片报告有肠上皮化生者，均应加用刺猬皮、穿山甲以软坚散结、消息肉、化瘀滞；凡脾气虚损、胃脘作痛者，宜用黄芪配莪术、三棱以益气消瘀，用药剂量视病情而增减，药后胃痛多趋缓解或消失，坚持服用，病变常可消匿于无形；疼痛甚者，加用活血化瘀、散结止痛之失笑散，该方不仅善于止痛，还能改善微循环，调节代谢失常和供给病变的神经血管以营养，从而使肠上皮化生和增生性病变得以转化和吸收；舌质红、脉弦者，可再用白花蛇舌草、石斛等；脘胀甚者徐长卿必不可少，以其善于行气消胀、缓急止痛。以上药物用于治疗慢性萎缩性胃炎、消化性溃疡，屡获佳效。现择先生治验数例，述诸如下：

例 1：陈某，女，35 岁。

1988 年 4 月 10 日就诊：胃病数载，虽经多方治疗不愈而不堪其苦，遂来我院就诊。症见形体消瘦，两胁攻胀，面色不华，烦躁易怒，胃脘部隐痛，时有灼热感，嘈杂不适，

纳谷欠馨，若得食则胃胀更甚，伴神疲乏力，大便溏薄，每三五日一行。舌质红，苔黄腻，脉细数。乃脾胃素弱，纳化失常，阴虚津少，胃络失养之象；脘闷嘈杂、苔黄腻又为湿热内蕴之征；两胁攻胀、烦躁易怒乃木旺克土、肝用过亢所致。证属脾胃阴虚，湿热蕴结，肝用有余。治以清化湿热为先，柔肝养阴辅之。

药用：藿香、佩兰各 9 克，苏梗 10 克，苍、白术各 10 克，怀山药 15 克，佛手片 10 克，谷、麦芽各 15 克，绿萼梅 10 克，云苓 15 克，白芍 12 克，甘草 6 克，炒蒲黄 10 克，五灵脂 10 克。

嘱其忌食生冷油腻及辛辣动火等刺激性食物，另忌过度思虑及忧郁，注意调养情志。

4 月 22 日再诊：服药 10 剂，胃部灼热感已失，脘胀嘈杂感减轻，唯纳谷欠馨，时有头晕，精神欠振。舌质暗滞，苔薄黄、微腻，脉濡数。湿热基本已去，病有好转之势，法宜养气养阴、柔肝和胃。更方如下：

北条参 10 克，麦冬 10 克，肥玉竹 9 克，白扁豆 15 克，怀山药 15 克，白芍 10 克，绿萼梅 9 克，陈皮 15 克，甘草 6 克，焦三仙各 15 克，炒蒲黄（包煎）10 克，五灵脂 10 克。

4 月 30 日三诊：进上方 7 剂，胃脘隐痛消失，偶见食后脘胀，纳谷见增，嘈杂未作，大便仍不成形，但能每日一行。苔白腻，脉细弱。方已奏效，依上方去玉竹加藿香、佩兰各 10 克，服用 7 剂。后迭经三诊，诸症均杳。为巩固疗效，守方不更，再进 7 剂。

6 月 15 日六诊：诸症未作，食欲增，大便成形，形体见丰，2 年来随访，一直工作，未见病复。

【按】本例属脾胃虚弱，胃阴不足，湿蕴久而化热，既

有胃阴不足，又有脾虚肝旺，既有湿热中阻，又兼后天失常虚实夹杂之候。其中，湿热之邪为标，脾胃虚弱为本。故当先祛湿邪，湿祛则热孤，继则柔肝养阴，甘凉濡润，益胃阴以增强胃之腐熟功能。法宜宣化、渗利、疏理三法合用，标本并治，药证合拍，脾胃纳化正常，沉疴得平。

例2：李某，男，45岁。

2000年5月11日初诊：上腹部不规则疼痛10余年，伴腹泻，食欲减退，嗳气频频，曾先后2次住院。1999年6月2日胃镜检查示："慢性萎缩性胃炎。"刻下症见：胃脘疼痛，与饮食无关，纳谷不香，时时泛恶，频频嗳气，形容萎顿，大便溏薄。舌质淡红，苔薄白，脉弦。乃肝郁不舒，横逆犯胃，胃失和降，脾失健运。治以疏肝和胃以降逆，健脾益气以止泻。

药用：潞党参10克，炒白术15克，云苓15克，姜半夏9克，广陈皮15克，黄芪20克，三棱10克，莪术10克，广木香10克，佛手柑10克，绿萼梅8克，旋覆梗10克，代赭石（先煎）20克。

二诊：药后诸症减轻，脘痛得减，腹泻好转，偶见嗳气。仍守上方出入，去旋覆梗、代赭石，加煅瓦楞（先煎）18克、海蛤粉（分2次吞服）9克。

以上加减方共服50余剂后，饮食恢复正常，腹泻亦止，舌色红润，体重增加，胃镜复查亦基本痊愈。

【按】萎缩性胃炎由胃腺萎缩，分泌胃酸减少而产生。西医治疗常以补充胃酸增加酸度为主，中医亦有以大剂量乌梅为主的方法以补充胃酸，但中医治疗应该强调辨证为主，治病求本。本案方中何以再用乌贼骨、海蛤粉之制酸药？意在通过胃酸分泌的减少，予机体以激励，促进机体本身的代

偿作用，并在健脾养胃的基础上逐渐增加胃酸的分泌。若单纯依靠外源性补充增加胃酸，其结果将更加抑制胃自身酸液的分泌，造成胃腺进一步萎缩，无益于治病。故萎缩性胃炎加用乌贼骨、海蛤粉等，乃治病求本之反佐法。

例 3：严某，女，43 岁。

1987 年 5 月 10 日初诊：素患胃疾，屡治未愈，近半年来形体消瘦，脘痛加剧。曾于去年上半年在我院作胃镜检查报告示："慢性萎缩性胃炎伴中度肠上皮化生。"刻诊：神疲乏力，胃脘胀痛，食后更甚，嗳气稍舒，纳谷不馨，口干欲饮，偶感嘈杂，大便干燥，每二三日一行。舌边尖红，苔薄白，脉细弦。乃胃阴亏耗、肝气郁滞所致。治以益气养阴、疏肝和胃，佐活血止痛。

太子参 15 克，广木香 10 克，炒白术 15 克，云苓 15 克，南、北沙参各 15 克，麦冬 15 克，石斛 10 克，鸡内金 15 克，穿山甲 10 克，刺猬皮 12 克，制乳、没各 10 克。

二诊：药后胃脘胀痛、嗳气嘈杂皆减，大便已调，纳谷渐增，苔脉同前。予上方略作增损，辨治两月余后，诸症悉除。遂予散剂巩固之。

处方：潞党参 40 克，炒白术 20 克，广木香 15 克，云苓 15 克，佛手片 15 克，南、北沙参各 20 克，麦冬 20 克，鸡内金 15 克，怀山药 20 克，穿山甲 10 克，刺猬皮 12 克。

上药共研极细末。每日 3 次，每次 3 克，饭前半小时服用。

服散剂半年余，患者体重明显增加，面色红润。复查胃镜示慢性浅表性胃炎。病已去其大半，再经调理三月余而愈。

【按】萎缩性胃炎阴伤者十之八九，临床上应据伤肝阴、

胃阴、脾阴、肾阴之不同，以及受害程度的深浅，辨证用药，恰如其分。若病重药轻则无济于事，但亦不宜过猛，急于求成。

本案乃胃之气阴两伤、肝郁不舒之候。方中沙参、麦冬、石斛养胃制肝；鸡内金有健脾开胃、消积化食之功，现代药理研究证实口服鸡内金后胃液的分泌量、酸度及消化力三者均见增高；案中慢性萎缩性胃炎的病理改变除胃粘膜腺体萎缩外，还伴肠上皮化生，故在养阴清胃剂中加入穿山甲、刺猬皮、制乳香、制没药以活血行瘀、散结止痛。药证合拍，故获良效。

例 4：伍某，男，48 岁。

胃痛年余，口干欲饮，齿龈常出血，食欲不振，神疲乏力，面色萎黄，夜寐欠安，大便秘结，两日一行。经本院胃镜检查示：萎缩性胃炎，血常规示 RBC 3.0×10^9/L，WBC 4×10^9/L，Hb 65g%，轻度贫血。经中、西药治疗，效果不显。患者性情抑郁、闷闷不乐，尤恐癌变，故来门诊求治。诊其舌红少苔，脉细数。治以滋阴养血、健脾和胃。

处方：生当归 15 克，白芍 15 克，细生地 15 克，粉丹皮 12 克，石斛 20 克，北沙参 15 克，麦冬 15 克，炒白术 15 克，川楝子 15 克，制元胡 15 克，广郁金 15 克，绿萼梅 9 克。

嘱其注意精神调摄，忌食辛辣煎炸食物。

7 剂药后大便通畅，口干大减，胃纳渐香，齿衄已止，病情基本稳定，唯偶感胃痛。守上方去细生地、粉丹皮，加鸡内金 15 克，制乳、没各 9 克。继续调治两月余，诸症消失。

【按】萎缩性胃炎久治效差，患者心情忧郁，多见舌红

口干、牙龈出血、纳呆便秘等血枯阴亏之象。思虑伤肝，心脾相连，血枯脾弱，致失司职，不能转输，故药用当归、白芍、生地、北沙参、麦冬、炒白术等药，以益营养血，阴液自复则脾胃健运，诸症悉除。

二、消化性溃疡证治经验（附病案四则）

消化性溃疡是一种常见的慢性胃肠道疾病，简称溃疡病。通常指发生在胃或十二指肠球部的溃疡，分别称之为胃溃疡和十二指肠溃疡。

本病为常见病、多发病，若防治不当可引起消化道大出血、胃穿孔或幽门梗阻等严重并发症。

消化性溃疡临床上以长期、周期性发作并有节律性的上腹部疼痛为特点，可伴有泛酸、流涎、恶心、呕吐、嗳气等，属于中医的“胃脘痛”、“吞酸”等症范畴。其病位在胃，但与脾、肝、胆等脏腑有密切关系。其病因主要与情志所伤、饮食劳倦、脾胃虚弱等因素有关。病机方面：忧思恼怒，七情刺激，肝失疏泄，横逆犯胃；或肝气郁结，运化失常，饮食失节或偏嗜，损伤肝胃；或湿热蕴结中焦，胃膜受损，均可导致本病发作、发展。若长期脑力劳累过度，耗伤脾气，运化迟滞，气血失畅，胃腑失养，亦易发本病。

在病机转化方面，本病具有由气及血、由实转虚、寒热转化、或寒化伤阳、或热化伤阴等特点。临床治疗多以疏肝和胃、温中健脾、养阴益胃、化瘀活血、清热解毒、调理寒热为主。

本病病位在脾胃，与肝、肾等脏有密切联系，因此，在本病的急性发作期得以控制后，仍需一段时间以健脾益气法巩固疗效，以期达到“四季脾旺不受邪”的状态，提高机体

抗溃疡病复发的能力。

现代药理研究表明，许多抗溃疡方药如黄连、蒲公英、积雪草、黄芪、党参，以及补中益气汤、半夏泻心汤、左金丸、柴胡疏肝散等方，均能抑制胃酸分泌，降低胃蛋白酶的活性，从而改善胃内高酸状态。其作用虽不及 H_2 受体拮抗剂，但中药的抑制胃酸分泌作用较为持久，亦未见停药后的反跳性分泌现象。此外，黄芪建中汤及以黄芪为主的系列方药均能提高溃疡患者的细胞和体液免疫功能，加强溃疡的修复且防止复发；半夏泻心汤及其类方还能调节胃肠粘膜前列腺素（PGE_2）的分泌，从而达到保护胃粘膜的作用；行气活血方药可抗凝，改善胃肠粘膜微循环障碍，从而增加胃粘膜的血流量，加强胃粘膜屏障功能；黄连、大黄等中药能有效地杀灭幽门螺杆菌（Helicobacterpylori，H.pylori，Hp），且长期服用无抗药性产生。总之，中药抗溃疡的作用机理与单纯制酸药不同，它能针对消化性溃疡复发的各个环节而调整，从而为抗溃疡复发创造了条件。

另外在调摄护理方面，因本病初起多与情感不遂、饮食不节、劳役过度等有关，因此，要重视精神与饮食的调摄，患者要精神愉快、开朗，饮食切忌暴饮暴食，或饥饱不匀。一般可少食多餐，以清淡易消化的食物为宜。疼痛持续不已者，应在一定时间内进流质或半流质饮食。

例 1：盛某，女，38 岁，农民。

1999 年 4 月 23 日初诊：胃脘疼痛 3 年有余。主诉病起于烧炭炉取暖，中毒后大量呕吐酸苦水，加之情感不遂，嗣后胃脘隐痛，连绵不断，虽经中、西药治疗，收效甚微。于 1998 年 12 月 8 日在本院作胃镜，报告示：1. 慢性浅表性胃窦炎（活动期），十二指肠球部溃疡。2. 胆汁返流性胃炎。

刻下症见：胃脘胀痛，牵掣后背，饥时痛甚，嘈杂不适，得食痛缓，常感胸骨后灼热疼痛，嗳气频频，泛恶酸水，大便干结。舌质暗红，苔薄黄，脉沉细。此乃肝病及脾，胃气失降，胆气上犯。治以疏肝利胆、健脾和胃。

处方：金钱草 20 克，柴胡 9 克，绵茵陈 20 克，蒲公英 20 克，旋覆梗 10 克，代赭石（先煎）20 克，姜半夏 9 克，陈皮 15 克，云苓 15 克，炒白术 10 克，川楝子 10 克，制元胡 15 克，煅瓦楞（先煎）20 克，乌贼骨 20 克。

嘱避免七情内伤，保持性情愉快，劳逸结合，忌食辛辣刺激性食物。

上方服 7 剂，脘痛减轻，大便通畅。守方加减，续进 30 剂后，诸症悉减，痛止，胸骨后灼热感消失，舌苔正常。继续调治半年，病情稳定，胃镜复查，胃窦部炎症较前明显好转，未见胆汁返流。

【按】本患者为慢性浅表性胃窦炎（活动期）、十二指肠球部溃疡伴胆汁返流性胃炎病例。其中返流性食管炎虽然病变部位在食管，但其病因病理多和胃部病变结合在一起。西医学认为胆汁返流可以损伤粘膜屏障能力，肝胃不和、胆汁返流与自主神经失调所致的胃肠功能障碍表现相似，因此，肝胃不和与胆汁返流关系密切。而疏肝利胆和健脾益气药物可以调节胆汁的排泄，故治疗时必须兼顾脾胃和肝胆。本案患者病虽多种，但病机相同，故药证合拍，诸恙悉除。

例 2：赵某，女，42 岁，工人。

2001 年 5 月 30 日初诊：胃脘疼痛已 4 年有余，反复发作，苦楚难言，多方迭治，收效甚微。1999 年 10 月在某市医院作胃镜检查示：慢性胃炎（中度），并见 3 处糜烂。刻下症见：胃脘疼痛，甚如针刺，胀满不舒，嗳气频作，面晦

无华，形体消瘦，肢软乏力，纳谷呆顿，大便稀溏，每日一行，曾有便血1次。舌质紫暗，苔薄白，脉细弦。病由中虚已久，瘀阻胃络，气机失调所致。治以益气化瘀，调气和中。

药用：生黄芪30克，炒白术15克，云苓15克，广木香10克，姜半夏10克，九香虫10克，八月札12克，徐长卿15克，三棱10克，莪术10克，炒蒲黄（包煎）12克，五灵脂10克，刺猬皮10克，血竭末（研吞）2克。

二诊：服药7剂，神疲渐复，胃痛显减，唯食后仍感腹胀，纳谷欠馨。守上方去炒蒲黄、五灵脂，加焦三仙各15克、制香附10克，续服。

三诊：调治1个月，病情已趋平复，自觉甚适，胃痛已除，偶感食后脘胀，纳谷渐增，大便由溏转实。舌质紫暗渐消，苔薄白，脉细。此乃中气渐复、瘀阻已化、胃气调畅之佳象。前药合拍，毋庸更张。继续调治三月余，复查胃镜示：慢性浅表性胃炎，3处糜烂面已愈合。

【按】叶天士云："胃痛久而屡发，必有凝痰聚瘀。"本案胃病既久，耗气伤津，气虚无力推动则血行瘀滞，不通则痛，故胃痛不已。投益气和胃、化瘀通络之剂以求补气而不壅中，攻伐而不伤正，破中有补，补中有行，相辅相成，共奏推陈致新、健脾运中之功。补气药常用黄芪、党参、白术；活血药除用三棱、莪术、失笑散、九香虫、八月札外，还兼用血竭以行瘀止痛、和血生肌。上药对胃萎缩及溃疡之愈合均有裨益，病理变化亦随之改善而臻恢复。

例3：倪某，男，50岁，干部。

2001年10月2日初诊：胃痛数载，时发时止。近来疼痛增剧，痛如针刺，脘部时有灼热感，嗳气频频，口苦口

臭，泛恶酸水，食后脘腹作胀，大便稀溏，夜寐欠安。舌质淡红，苔薄黄腻，脉细弦。曾作胃镜检查示：慢性糜烂性胃炎，十二指肠球部溃疡。病理诊断为：胃粘膜慢性炎症，伴轻度肠上皮化生。曾服西药乐得胃、胃复安、痢特灵等药乏效，辗转而来我院求治。证乃病久木郁化火，热客于胃，胃络受阻，气机失畅所致。治以疏肝调气、清热和胃。

处方：广木香 10 克，苏梗 8 克，制香附 10 克，白术 15 克，平地木 15 克，蛇舌草 30 克，九香虫 9 克，炒黄芩 6 克，赤、白芍各 15 克，佛手片 9 克，丹参 15 克，炙甘草 5 克。

上方加减，服药 2 周，腹痛大减。3 个月后诸恙均消。继续辨治半年后，作胃镜复查示胃窦炎糜烂已消失，病理检查见炎细胞浸润由中度转为轻度。

【按】中医胃脘痛一证泛见于多种西医的消化系统疾病。寒热辨治是有效途径之一。临床上因寒致痛者固然较多，但在慢性胃炎中，因热所致者亦不少见。本案病已数载，屡治乏效，则胃络受阻，瘀血停滞，故脘痛如刺。木郁化火，热客于胃，久必灼伤胃阴，于是口干、舌红、脉数种种阴虚之象渐现。辨证清楚，用药准确，则虽属久疾，亦获良效。

例 4：章某，男，42 岁，芜湖烟厂干部。

1974 年冬初诊：素有胃病，经常脘腹阵痛，伴有胸膺窒闷不展，嗳气吞酸，小溲短涩觉热，大便溏酱不爽，曾经呕血 2 次。今纳谷不慎，致瘀血盈口而出，突然晕倒，不省人事，经抢救后，神识稍苏，仍呕血不止。曾经钡剂检查，确诊为“十二指肠球部溃疡”。因有穿孔之势，建议从速手术治疗。但患者禀赋素亏，多次失红后，体质愈馁，惟恐手术时发生意外，故邀先生诊治。按脉细弱，右关尤弱，苔白

腻，舌质淡。

诊断：呕血（脾失统血型）。

治法：实脾截血。

处方：潞党参 15 克，炙黄芪 15 克，炒侧柏 15 克，紫珠草 15 克，炒当归身 12 克，炒大、小蓟各 15 克，炒白术 9 克，炙刺猬皮 9 克，白及粉（分吞）6 克，田七粉（分吞）6 克，陈灶心土 60 克（煎汤代水）。

复诊：服前方 2 剂，颇中病机，呕血渐止，胃痛亦减。惟仍腹胀嗳气，再从原意增进一筹。按上方去紫珠草、田七粉。加延胡索 9 克，制乳、没各 9 克，佛手片 15 克。

三诊：又服 3 剂，呕血、便血均止，腹胀亦宽，惟纳谷寡味，仍宗原轨进退。按前方去灶心土、炒大蓟、炒小蓟，加去壳乌贼骨 18 克、浙贝母 9 克、炒白芍 15 克。

四诊：共进 10 剂，恙情各节均睹上举，再宗原方续进 5 剂。

五诊：诸恙悉平，纳谷增加，精神亦振。脉转缓和，苔薄，舌边尖露绛。改拟乌贝及甘散缓图，冀望入其佳境。

处方：去壳乌贼骨 500 克，贝母、白及 90 克，甘草 60 克。上药共研极细末。日服 3 次，每服 9 克，温开水徐徐咽下为宜。

六诊：进服乌贝及甘散两月余，纳增，神振，体重增加。后经 X 线钡剂复查，溃疡已愈。当循前方续进 1 剂，以善其后。

【按】本例胃病久痛，病久入络，恰逢暴食、伤络而致呕血便血。诊得舌淡脉弱，右关尤甚，乃脾气虚馁，统摄失职，故用归脾、黄土、侧柏叶等方剂加减治之，以助脾统血、益气摄血；辅之以白及、刺猬皮、紫珠草、三七等品祛

瘀止血；出血停止后用乌贝及甘散缓图。3个月后X线钡剂摄影复查，龛影消失。5年后随访，一切正常。

三、消化道出血病例

张某，女，35岁，农村社员。

1957年6月28日初诊：患者因暑令于田间作劳而发病，高热灼手，便下紫血量多，一日四五行，持续十余日。就诊时见其头汗冷粘，四肢厥逆，神困肢软，间或神识欠清。舌质红，苔少，脉数而细软无力。

诊断：暑温（阳随阴脱型）

治疗：回阳救逆，益气止血。

处方：制附块（先煎）15克，炮姜炭10克，北五味子15克，炙黄芪15克，炒蒲黄（包煎）15克，炒地榆15克，炙甘草10克，细生地15克。

另：红参15克炖服。

6月30日二诊：服上药2剂后，其便次减少，血少汗敛，四肢转温，高热见退，神志已清，诉其心烦口渴，不思纳谷。舌红，苔少，脉象仍细软而数，但较前缓而有力。治转清热止血。

处方：北五味子15克，麦冬10克，藿石斛10克，细生地15克，炙黄芪15克，炙甘草10克，炒二芽各20克，青蒿10克，生苡仁米20克，制远志10克，炒大力子10克。

上药10剂，嘱其服后自行调理。

【按】温病便血临床鲜有报道，而本例血汗双夺、阴阳离绝之危重证，则更是罕见。究其因乃暑邪侵扰，强力作劳，阳热上浮，脉络受伤被灼，血海失藏所致。《灵枢·百病

始生》云："用力过度则络脉伤……阴络伤则血内溢，血内溢则后血。"《灵枢·营卫生会》曰："夺血者无汗，夺汗者无血，故人有两死而无两生。"今病家高热迁延，亡血失津，阳随津脱，阴从血去，已发展到神困肢软，间或神识欠清，头汗冷粘，四肢厥逆的危险境地。其高热先由暑热所致，后为阳浮使然。阴绝于下，阳气无主而浮于上，此刻阴阳相离，险象环生。辨其脉虽数却细软无力，其病变已由实证转为虚实夹杂、以虚为主之证。此时非补气不能益其津，非回阳不能攘其热、救其脱。苦寒攻伐之品不可妄用，故投生地、麦冬、五味子等凉血滋阴平和之品，而仅以牛蒡子疏散热邪，以附块回其阳，红参、黄芪益其气津，以炮姜炭、炒蒲黄、炒地榆止其血，功效立见。一俟阳回热退即撤附块、炮姜，一见血止即停止血之剂，改以石斛、二芽、苡米等益阴和胃之品调之，以候其平，竟收全功。

四、慢性浅表性胃炎伴肠上皮化生病例

范某，女，49岁，工人。

1986年12月17日初诊：患者频年胃脘作痛，得食稍安，遂来先生处诊治。1986年7月5日胃镜检查并病理活检示：慢性浅表性胃（角、窦）炎，十二指肠球炎中～重度，具活动性，有糜烂，伴肠上皮非典型增生。大便隐血试验（＋＋）。近日因家务操劳，又兼饮食不慎，胃痛复发，形容憔悴，眠食俱废，嘈杂不适，酸水频吐，口燥咽干，身倦乏力，大便不行。舌红少津，苔薄，脉细数。

诊断：胃脘痛（阴虚型）

治法：育阴养胃。

处方：麦冬12克，肥玉竹12克，石斛12克，当归12

克，炒白芍12克，焦三仙各12克，蒲公英15克，乌贼骨20克，浙贝母10克，广木香8克。

1987年4月28日二诊：上方服后，脘痛减轻，口和，饮食已觉馨香，唯嘈杂吐酸亦然，从原轨加减，去焦三仙，加煅牡蛎（先煎）20克、佛手片9克，以疏肝和胃、抑木扶土。

1987年5月10日三诊：药后颇中病机，诸症稳定，大便隐血试验阴性。虑其病理检查有“肠上皮非典型增生”，故增白花蛇舌草20克，清热解毒以防其变。

1987年6月10日四诊：胃痛已止，胃气未醒，口淡无味，知饥而纳食不多，头昏乏力。舌红，脉细弦。素亏之体，正气一时不易全复，再予悦脾和胃之法治之。前方增无花果、绞股蓝各15克，杵砂仁（后下）6克。

1987年9月10日五诊：诸恙悉减，胃气亦和，纳谷馨香而知饥，精神振奋，病情基本痊愈，脉象和缓。体质素弱，尚须善事珍摄，徐加调治，以冀巩固。

处方：北条参15克，怀山药15克，杵砂仁6克，广木香10克，川朴花10克，苍、白术各10克，木莲果12克，鸡内金12克，焦三仙各12克，制黄精12克，绞股蓝20克。

1987年12月2日六诊：调理以来，病情趋于稳定，精神日见充沛，体重亦有增加。再次复查，“肠上皮非典型增生”消失。

【按】患者素体瘦弱，夙有胃疾，此次病发，西医诊断为慢性胃炎重度（伴肠上皮非典型增生），实属难治病例。先生据其胃痛日久，嘈杂不适，舌红，脉细数，乃断为胃阴不足、脉络失养所致，故拟以育阴养胃之药为主，随症施治

而收效。说明临床应辨证与辨病相结合，不能拘于西医检查。只要临证善于加减变通，即可获得良效。

五、慢性肠炎病例

石某，女，16岁。

1984年10月15日初诊：患者便溏日行3～4次，已半年余，进食细腻时加重，便夹粘液，多方治疗不效。西医检查诊为慢性结肠炎。刻下症见：纳呆，腹胀隐痛，体倦，面色萎黄，唇舌淡红。舌苔白腻，脉象濡细。大便常规检查：白细胞（＋＋）。

诊断：腹痛（脾胃虚弱、湿浊留滞型）。

治法：健脾益气、和中化湿。

处方：苍、白术各15克，太子参15克，炒苡仁15克，炒扁豆15克，云茯苓12克，怀山药15克，广木香10克，黄连9克，炙甘草9克，砂仁（后下）6克，红枣10克，生姜6克。

二诊：进上方10剂，大便渐干，粪检正常。上方加焦三仙各15克，改黄连为3克，继进10剂。

三诊：诸症消失，改用参苓白术散以善其后。

【按】《素问·阴阳应象大论》云："湿盛则濡泻。"泄泻无不由于脾弱。本案因久泻，使脾气大损，运化失司，清浊相混，滑脱而下。所幸正值发育之年，阳气尚未大衰，故仅予参苓白术汤化裁，健脾渗湿、降浊升清而获效。如年迈或阳衰者，不参入附子、干姜，则难望见效矣。

肝胆病诊治经验

（张舜华先生经验）

一、治疗黄疸型肝炎的基本方“灵茵退黄方”

黄疸是以目、身、小便黄为主症的一种常见病。黄疸是临床的一个症状，很多肝胆疾病乃至血液疾病都可引起黄疸。中医学以症立病，《卫生宝鉴》将黄疸分为阳证、阴证两大类，后世多称“阳黄”、“阴黄”。急黄多指阳黄中的急重症。论阳黄之病因，皆因湿从热化，熏蒸肝胆，致胆汁不循常道、熏染肌肤而发病。故急黄治疗大法当以清热利湿为主，投药再据湿、热之轻重而化裁。

1. 退黄经验方“灵茵退黄方”

灵茵退黄方是治疗各型黄疸的基本方。其组成是：

威灵仙 15～30 克，茵陈蒿 30～60 克，大黄（后下）9 克，龙胆草 9 克。

全方以威灵仙、茵陈为主药，两味药的配伍规律是药量比例 1:2。威灵仙味辛、咸，性温，有毒，性猛急，走而不守，能宣通十二经络，以走窜消克为能事，凡积湿停痰、血凝气滞诸实之症皆宜之，临床报道治急性黄疸型传染性肝炎效佳，实为治黄之要药；茵陈味辛、苦，性凉，善利胆、利尿、退黄，《别录》曰：“茵陈……治通身发黄，小便不利，除头热，去伏瘕。”二药配伍，寒温并用，消利合剂；佐以

大黄苦寒攻逐之品，泻热毒，破积滞，行瘀血；配龙胆草苦寒清泻肝火，并擅长清湿中之热，与主药相伍可泻热中之湿。四味共剂，温、清、消咸宜，共奏利胆退黄、解毒分消之功。

2. 审病求因，辨病分型，施治灵活

退黄验方，变通灵验。辨病分型、加减如下：

凡因胆石症致黄疸酌加芒硝（冲服）9 克，枳实 10 克，生鸡内金 12 克，金钱草 60 克，以软坚化石、荡除积秽。

凡胆道蛔虫而致黄疸，验方中加用苦楝根、皮各 10 克，乌梅 30 克，槟榔 10 克，玄胡索 10 克，以增强驱蛔安蛔、解痉缓痛之功。

凡胆道感染致黄疸，验方中酌增金银花 20 克，蒲公英 20 克，丹皮 10 克，黄芪 20 克，香白芷 10 克，以利解毒清热、托毒排脓。

因肝炎所致黄疸，酌加贯众 10 克，平地木 10 克，板蓝根 12 克，虎杖 10 克，荔枝核 10 克，以养肝护肝、排除病毒。本方睡前服用较佳，此乃取“人卧血归于肝”之理，以利药达病所，吸收利用。此类患者还应注意休息和隔离。

二、肝病病案二则

（一）重症黄疸型肝炎病例

朱某，男，29 岁，工人。

1983 年 4 月 16 日初诊：患者 4 天前浑身不爽，恶寒发热，神困肢软，食欲不振，欲呕不出，厌恶油腻，面目肌肤黄染，溲黄便结。脉滑数，苔黄腻。检查：体温 38.4℃。血压 18.1/12kPa（136/90mmHg）。腹软，肝于肋缘下 2 厘米可触及，质软，有压痛。化验：麝香草酚浊度 6 单位，谷

丙转氨酶520单位，凡登白试验呈双相反应，黄疸指数66单位。

诊断：黄疸（湿热型）。

治法：清热祛湿，通腑利胆。

处方：绵茵陈40克，制大黄（后下）9克，广郁金9克，紫丹参15克，板蓝根20克，龙胆草9克，炒柴胡15克，平地木15克，虎杖15克。

4月20日复诊：服药5剂，肤黄见淡，呕恶已止，热退身爽，食欲渐增，余恙同前，仍宗原轨加猪苓9克，药服后即卧。

4月24日三诊：黄疸消退，胁痛亦除，食欲大增，溲清便畅，脉舌如常。复检：肝肋缘可触及1厘米，化验指标在正常范围。拟原意稍去渗湿药，以防苦寒伤胃，略增扶正之品，以获脾健营和之效。原方去平地木、龙胆草、虎杖，加太子参15克，当归12克，赤、白芍各9克。服10剂，诸症悉除。

【按】本例患者系重症“黄疸型肝炎”，故重用茵陈，意在急则治标，使湿热之邪迅速从小便而解。在服法上，先生根据“人卧则血归于肝”理论，认为药力溶入血中，入于肝，肝血流量愈多，药物在肝内有效浓度相应增高，疗效也就愈大，故嘱其睡前服或药后即卧。

（二）无黄疸型肝炎病例

宋某，男，38岁，干部。

1984年2月8日初诊：患者宿恙“胁痛”延已3载，复发者再，现右胁掣痛，游走不一，胸闷不舒，精神倦怠，怯寒战慄，厌食恶心，便通色淡，溲赤而少。脉弦细，苔白腻。肝功能检查示：麝香草酚浊度20单位，谷丙转氨酶

500单位，其余指标正常。体检：巩膜及皮肤无黄染，肝于肋下触及，轻微触痛。西医诊为“无黄疸型肝炎”。

诊断：胁痛（肝郁脾虚型）。

治法：疏肝健脾，行气活血。

处方：醋炒柴胡、赤芍、白芍、浙于术、茯苓、广郁金各9克，丹参、党参、木莲果各15克，延胡索、当归各9克。

另加越鞠丸9克。

2月15日复诊：胁痛见轻，脘闷觉宽，余恙如斯。守原意进退，防反复变端，去茯苓，加制香附15克。

2月22日三诊：恶寒已愈，纳增呕减，惟身重神倦依然，此体质亏乏，病邪留恋，当扶正祛邪，原方去木莲果，加五味子9克，生、炒苡仁各20克继服。

3月20日四诊：身重乏力改善，精神亦振。原方续进7剂，以观进止。

4月7日五诊：药后颇中病机，恙情各种，均睹上举。复查麝香草酚浊度12单位，谷丙转氨酶120单位。再宗前法加制首乌15克，肥玉竹15克。

4月14日六诊：胃纳不香，夜卧欠酣，全身乏力，邪去体亏，当调摄之。处方：当归、北条参、玉竹、丹参、木莲果各15克，川芎、赤芍、白芍、酸枣仁、五味子各9克。

4月20日七诊：诸病悉平，舌脉如常，化验检查肝功能恢复正常。拟上方10剂，炼蜜为丸，日服3次，每服5克，缓图可冀入其佳境。近期追访，体健神振，一切良好。

【按】肝病胁痛日久，缠绵失治，势必耗伤土气，治疗不宜妄施攻伐，故疏肝之剂中加健脾养血之党参、白术、当归为辅，渐见效果。以后又用养血、活血之剂善后，意在扶

正固本，气血并治，则胁痛自可告愈。

三、胆病病案五则

（一）胆石症案

吴某，女，30岁。

1991年9月20日初诊：右胁痛甚3天，伴面目黄染，右胁胀痛，拒按，纳差，呕吐，溲黄便结。苔黄腻，舌红，脉弦滑。B超检查示：胆囊结石（泥沙样）。

中医诊断：阳黄（肝胆湿热型）。

西医诊断：胆石症。

治则：清热利胆，软坚缓痛。

药用：灵茵退黄方加金钱草60克，枳实10克，生鸡内金12克，芒硝（冲服）9克。

患者为30岁女性，形体丰腴，证实体壮，故于验方中加用通降之品。3剂药后，颇符病机，痛失，黄退。再守方守法，改投丸剂服用月余。B超复查胆石已除。并嘱节制饮食，随访年余，未再复发。

（二）化脓性总胆管炎病例

鲍某，男，51岁，工人。

1979年4月3日初诊：患者反复发作性右上腹痛5年。1978年5月突然右上腹阵发性绞痛，伴有寒战、高热（T：39.2℃）、恶心、呕吐、全身黄疸（黄疸指数120单位），某医院拟诊为“阻塞性黄疸，急性结石性总胆管炎”。急诊入院，行胆囊切除术及总胆管探查，术中在总胆管取出黄豆样大小结石3枚。但1978年11月又急性发作，保守治疗无效，再次急诊手术。见总胆管纤维化，直径仅0.4厘米，内有大量脓液外涌，取出瓜子样大小结石1枚。术后诊断为化

脓性总胆管炎，再次给予“T”管引流，仍有大量脓性液体，黄疸未消。1979年3月作“T”管碘油造影，胆管结石可疑。患者1年来共住院5次，治疗无效，遂来就诊。患者身目黄如橘色，发热口渴，上腹疼痛，不思饮食，大便秘结，小便黄赤，脓液臭秽，脉象洪大。舌质红，苔黄腻。

诊断：黄疸（湿热交阻、热蕴化脓型）。

治法：清热燥湿，利胆退黄，排脓消肿。

处方：绵茵陈60克，苍术、白术、厚朴、青皮、陈皮、猪苓、茯苓各12克，山栀、黄柏、滑石（后下）、生大黄（后下）、香白芷各9克。

二诊：服5剂后，大便通，小便利，遂去大黄。

三诊：继服5剂，脉象乃平，舌苔稍化，黄疸渐退，食欲始增。

四诊：上方加生黄芪20克，服20剂，以托毒排脓，服后“T”管引流胆汁清晰，无脓性液体。

五诊：又服10剂后，拔除“T”管，黄疸消退，诸症基本消失。随访半年未复发，现已恢复工作。

【按】中医学虽无化脓性总胆管炎病名，但从症状看，可属“黄疸”、“胆胀”、“痈证”范畴。《素问·通评虚实论》曰：“黄疸，久逆之所生也。”《灵枢·胀论》曰：“胆胀者，胁下痛胀。”胆为中精之府，储输胆汁，其功能以通降下行为顺；逆之则肝胆气滞，胸胁胀痛，湿热壅阻；胆汁排泄不畅，不通则痛，湿热熏蒸，胆汁溢于肌肤，发为阳黄；病程日久则气血阻滞，湿热不散则化为脓，胆汁凝结则为砂石。

此例湿热壅塞胆道，郁而发黄，积而成脓，凝而为石，故以茵陈、山栀、猪苓、茯苓、滑石、大黄清热利湿、退黄排石；苍术、白术、厚朴、黄柏、青皮、陈皮燥湿浊、除胀

止痛；黄芪益气固正、托毒排脓；白芷除湿辟秽、活血排脓。据先生体会，黄芪与白芷同用对各种痈证具有较好的排脓作用。此例即在大剂清利湿热和燥湿之剂中，加入黄芪、白芷而奏效。

（三）慢性胆囊炎病例

张某，女，40岁，农民。

1988年5月6日初诊：患者面目肌肤一身尽黄，色滞面垢已有月余。头胀胸闷，右胁掣痛，高热不退，夜来烦躁，大便秘结，溲短色赤。舌质红，苔黄腻，脉弦而数。化验检查血常规示：白细胞总数1.3×10^9/L，中性0.8，尿胆红素阳性。B超检查为胆囊炎。

诊断：黄疸（湿热型）。

治法：清热祛湿，通腑利湿。

处方：绵茵陈30克，虎杖20克，板蓝根20克，大黄10克，金铃子15克，白芍25克，焦山栀10克，青黛10克（包），炒枳壳10克，甘草10克，车前子（包）15克。

复诊：药进4剂，面黄见淡，胁痛减轻，烧退，惟纳谷欠馨，守上方去青黛，加广郁金12克、佛手片9克，以疏肝和胃。

三诊：右胁掣痛去其七八，饮食大增，胸闷觉舒，惟小溲仍黄。积蕴之邪，湿从下泄，而络隧之滞未撤，再从原意进退。去炒枳壳，加白茯苓15克、木通9克，绵茵陈增至50克。

四诊：胁痛已愈，溲便亦渐正常，惟胃纳不香，夜寐不酣。积伏之邪已撤，但余邪尚存，肝脾未和，当再分清，佐以和中。

处方：绵茵陈30克，白茅根20克，车前子10克

(包)，新会皮 12 克，蒲公英 15 克，薏苡仁 15 克，炒枳壳 10 克，焦三仙各 15 克，金铃子 12 克，炙甘草 9 克。

五诊：胃纳已增，心荡寐不实，一身无力。邪去体乏，当调摄之。上方加当归 12 克、丹参 15 克，继服 10 剂。邪去正安，随访 1 年未见病复。

【按】胆囊炎属于中医之“黄疸”、“胁痛”范畴。该病由湿得之，但有虚实和脏腑之别。本患者面目肌黄，伴高热不退，烦躁不安，苔黄，脉弦，当属阳黄无疑。因此治当清热祛湿、通腑利胆。方中重用茵陈，因该药既能清热祛湿，且利胆退黄之功颇佳；大黄亦为通腑利胆清热之良药。药已对证，效如桴鼓。

(四) 胆道蛔虫病例

杨某，男，40 岁。

1984 年 5 月 17 日初诊：脘胁阵发性剧痛，乍痛乍止，痛作手足厥冷，汗出呕恶。收住病房，诊为“胆道蛔虫症”。西药治疗 1 天，无效，病家请求中医治疗。舌质淡红，苔黄厚腻，脉象弦滑。

诊断：胁痛（虫阻气机型）。

治法：安蛔驱虫，行气缓痛。

处方：乌梅 30 克，广木香 9 克，鹤虱 15 克，使君子 15 克，细辛 6 克，南瓜子 20 克，槟榔 15 克，炒枳壳、枳实各 15 克。

二诊：2 剂药后，痛失，神爽，唯脘痞纳差。舌质暗红，苔黄微腻。拟理气和中之剂如下：绿梅花 9 克，乌药 12 克，广木香 9 克，川朴 12 克，制香附 12 克，槟榔 15 克，使君子 15 克，砂仁（后下）6 克，焦三仙各 15 克。调服而愈。

【按】本案为“蛔厥”重证，乃虫扰动致阴阳之气不相顺接，手足厥冷，大汗出，甚则痛剧致神昏。盖虫居胆道，常因窜动或纠结成团而使胆道气机运行受阻，致嗳逆恶心，呕吐苦水，不通则痛；肝胆之气火横逆犯胃，使胃失和降，发为诸症。方中重用乌梅安蛔止痛，佐以鹤虱、使君子、南瓜子驱虫，又加木香、乌药等行气缓痛，从而取效迅捷，至今未萌。

（五）胆道蛔虫合并感染案例

杨某，男，40岁。

1984年5月17日初诊：胃脘部阵发性绞痛3天，黄疸发热1天。已服颠茄片等治疗未愈。纳呆，脘痛或作或止，痛则汗出，拒按，痛甚则吐，呕吐蛔虫1条，目睛微黄，小便短赤，大便干结。苔黄腻，脉滑数。现发热38.5℃，查肝功能示：黄疸指数略升高，余正常。

中医诊断：阳黄（湿热内蕴型），胃脘痛（虫居胆道型）。

西医诊断：胆道蛔虫合并感染。

治法：清热利胆，驱蛔缓痛。

药用：威灵仙15克，茵陈蒿20克，大黄（后下）9克，龙胆草9克，金银花20克，蒲公英20克，苦楝根、皮12克，玄胡索10克，乌梅30克，细辛3克。水煎服。每日1剂。

进上方3剂后，黄疸已退，痛失，热平，神爽，大便调。唯纳差、脘痞，再予和中理气之剂，调补中州而愈。

肾脏病的治疗及验方（附病案九则）

（李济仁先生经验）

一、自拟李氏蛋白转阴方

蛋白尿是急、慢性肾炎及肾病综合征的一个常见临床症状，中医学中虽没有对蛋白尿的专门论述，但由于体内蛋白的大量丢失而使血浆蛋白降低，则可出现全身浮肿、气短乏力、腰痛等症状，故亦属中医“水肿”、“虚劳”、“腰痛病”范畴。慢性肾炎患者如何改善肾脏功能和消除蛋白尿，直接关系着本病的发展和预后。为控制蛋白尿，患者要常使用激素及免疫抑制剂等药物，这样就不可避免地会带来一定的副作用，甚至引起严重的并发症，使病情加重。

肾病综合征是多种肾小球疾病所引起的一组临床症象群，并非独立的疾病。其临床特征为：大量蛋白尿（≥3.5g/24h）、低蛋白血症（＜30g/L）、高脂血症和高度水肿。大量蛋白尿和低蛋白血症为其诊断的必备条件，严重的蛋白尿（≥3.5g/24h）是肾病综合征的标志。如此大量的蛋白尿，在其他肾小球病不会见到。长期丢失大量蛋白尿，终会造成低蛋白血症。同时，水肿的出现及其严重程度与低蛋白血症呈正相关，当血浆白蛋白浓度下降时，机体通过一系列自我调节，以避免水肿发生，只有当血浆胶体渗透压严重下降时，方酿为水肿。水肿常渐起，多见于踝部，严重者可有胸水和腹水。

据蛋白尿的特点及相关病因病机发挥而伸之，中医认为脾气散精，灌注一身。脾虚则不能运化水谷精微上输于肺而布运全身，水谷精微更与湿浊混杂，从小便而泄；肾主藏精，肾气不固，气化蒸腾作用因而减弱，致精气下泄，出于小便而为蛋白尿。据此二端，可见脾肾不足是产生慢性肾炎蛋白尿的关键。故临床以辨证论治为主，并结合针对这一病理机转的专方专药，是治疗慢性肾炎蛋白尿的一条重要途径。为此，李济仁先生拟定了“蛋白转阴方”，药用十二味：黄芪 50 克，潞党参 20 克，炒白术 15 克，川断 15 克，金樱子 15 克，诃子肉 15 克，覆盆子 15 克，乌梅炭 15 克，川萆薢 15 克，石韦 20 克，白茅根 20 克，旱莲草 15 克。

方中重用黄芪、党参、白术健脾益气为主药，治其本；辅以川断、金樱子、诃子肉、覆盆子、乌梅炭补肾壮腰、收敛固涩，以防蛋白的大量流失；川萆薢、石韦利湿清热，分清泌浊；白茅根、旱莲草凉血止血治其标。全方共奏健脾补肾、收敛固涩之功。临床应用时再结合具体病情化裁治之。先生应用此方为主辨证加减，治疗百余例慢性肾炎尿蛋白增多者，屡获良效。

典型病例

例 1：陶金花，女，26 岁，农民。

2000 年 1 月 21 日初诊：诉病起于妊娠 37 周时，周身高度浮肿，遂至宣城地区医院住院，检尿 Rt 示：蛋白（＋＋＋＋），红细胞（＋＋），白细胞少许，颗粒管型（＋＋）。血液生化试验检查示：血浆总蛋白降低。血脂分析示：胆固醇 7.23mmol/L，甘油三酯 2.4mmol/L，血压 160/90mmHg。经利尿药、激素、卡托普利、潘生丁等对症治疗后浮肿减轻。足月自然分娩后血压正常，但尿检蛋白仍为

（＋＋＋＋），红细胞（＋＋），颗粒管型（＋）。后来先生处就诊，见其全身浮肿，尤以双下肢为甚，按之凹陷不起，小便不利，腰膝酸软，纳呆腹胀，便溏。舌质淡红，苔薄白，脉沉细。方用“蛋白转阴方”加猪、茯苓各 20 克，绞股蓝 20 克，煅龙牡各 20 克，车前草、子各 15 克，辨证治疗 20 余剂，尿检转阴。继续治疗 30 余剂后，诸症全消。复查尿常规、血脂分析一切正常，完全治愈，随访 1 年未复发。

例 2：杜某，女，28 岁，银行职员。

1996 年 6 月 17 日初诊：患者于 1992 年患急性肾炎，经住院治疗，临床症状消失。近 4 年来，浮肿反复发作，尿蛋白（＋）～（＋＋＋），红细胞（＋）～（＋＋），时有颗粒管型。屡经中西药治疗，顽固性蛋白尿不能消除。近因劳累过度，复感外邪，症见咽喉疼痛，咳嗽黄痰，畏风怕冷，颜面浮肿，腰膝酸软，神疲乏力，食欲不振，小溲短赤。舌质红，苔薄黄，脉濡。血压 150/100mmHg。尿检：蛋白（＋＋＋），红细胞（＋），脓球（＋），上皮细胞少许，颗粒管型少许。诊为风热犯肺，湿热交蒸，脾肾两虚，水液不行。治以疏风宣肺、清利湿热、健脾补肾，佐以消肿。

药用：炙麻黄 5 克，杏仁 10 克，双花 15 克，桔梗 6 克，连翘 10 克，黄芪 20 克，炒白术 15 克，石韦 15 克，焦三仙各 15 克，鹿衔草 15 克，益母草 15 克，土茯苓 15 克，赤小豆 20 克，5 剂。

上药服后，外感诸症悉除，小便清长，浮肿亦消，纳食增进，仍时感腰酸乏力。脉细弦，舌质淡红，苔薄白。血压 140/90mmHg。尿检：蛋白（＋＋），上皮细胞少许，余阴性。外邪已除，宜从根本治疗。方用“蛋白转阴方”加减：

黄芪 50 克，潞党参 20 克，炒白术 15 克，川断 15 克，

诃子肉 15 克，金樱子 15 克，川萆薢 20 克，乌梅炭 10 克，小叶石韦 20 克，白茅根 20 克，女贞子 30 克，菟丝子 15 克，土茯苓 20 克。

以上方出入，服药 120 余剂，并常用水母鸭炖冬虫夏草佐餐，尿蛋白消失。已于 1998 年生一健康女孩，至今未病复。

例 3：尹某，男，54 岁，干部。

1993 年 4 月 20 日初诊：罹患慢性肾炎 5 年，尿蛋白常年在（＋＋）～（＋＋＋＋）。虽经中、西药治疗，仍缠绵未愈。是日就诊，自诉平日常感腰部酸痛，倦怠肢软，偶见颜面浮肿，纳谷寡味，极易感冒，大便时稀，口和不渴，面色皖白。舌质淡，苔薄白，脉细。尿常规检查示：蛋白（＋＋＋＋），红细胞少许，白细胞少许，颗粒管型偶见。

诊断：腰痛（脾肾阳虚型）。

治法：益气健脾，温阳利水。

处方：生黄芪 50 克，土茯苓 20 克，车前草、子各 15 克，山萸肉 15 克，金狗脊 15 克，仙灵脾 12 克，石韦 15 克，净蝉衣 8 克，益母草 15 克，川萆薢 15 克，墨旱莲 15 克。

二诊：药服 10 剂，浮肿消失，腰酸亦见减轻，仍纳差乏力。尿检：蛋白（＋＋＋）。乃脾阳被阻，致运化失常。宜温运中宫，以期三焦气化流畅则佳。上方加白术 12 克、制附片 9 克继服。

三诊：叠进益肾、健脾、温阳、利尿之剂，诸症大为改善，自觉症状消失，尿蛋白降为（＋）。继用上方调治月余而功竟。

【按】中医认为慢性肾炎蛋白尿一般是脾肾两虚引起。

脾胃之生化是由肾之元阳所鼓舞，元阳以固密而贵，又赖脾胃生化阴精以涵育，故方中用黄芪、白术、狗脊、山萸肉、附片对因治疗，又用土茯苓、旱莲草、石韦专消蛋白尿，收效迅速。

例 4：紫癜性肾炎病例

朱某，女，12 岁。

1986 年 3 月 20 日初诊：患者 1 个月前因皮肤发现散在性紫癜，伴腰腹酸痛，尿检蛋白（＋＋＋）、红细胞（＋＋＋）而被我院小儿科收住。经进一步检查确诊为“紫癜性肾炎”。西药治疗两月余，效果不显，特来先生处求诊。见其下肢多处散在紫癜，颜面略浮肿，纳谷寡味，面色㿠白、神疲肢软，小溲夹血，伴发热恶寒，咽喉疼痛。舌质红、苔薄黄，脉浮数。尿检：蛋白（＋＋＋），红细胞满视野。

诊断：血证（风热型）。

治法：疏风散热，凉血化瘀。

处方：银花 15 克，连翘 10 克，生地 15 克，薄荷 6 克，黄芪 30 克，女贞子 15 克，旱莲草 20 克，田七 6 克（研末分吞），仙鹤草 25 克，土茯苓 15 克，车前草、子各 15 克，石韦 15 克，炒侧柏 15 克。

二诊：药服 10 剂，外邪透，尿转清，紫癜减，腹痛除，脉转细数。复查小便：蛋白（＋＋），红细胞少许。上方去银花、连翘、薄荷，加新鲜玉米须 15 克、杜仲 12 克以增强补肾利水之力。

三诊：继用凉血散瘀、补肾法调治，半年竟获全功，至今体健。

【按】紫癜性肾炎是指过敏性紫癜引起的肾损害，其病因可为细菌、病毒及寄生虫等感染所引起的变态反应。临床

表现除有皮肤紫癜、关节肿痛、腹痛、便血外，主要为血尿和蛋白尿，还可伴有肾功能减退。如不及时治疗，最终导致慢性肾功能衰竭。故及时纠正血尿、蛋白尿是治疗该病的关键。先生认为仙鹤草、旱莲草（既能止血，又能消除蛋白尿）当为首选。同时不可忽视辨证用药，如证属血热，可加炒蒲黄、炒地榆、白茅根；气虚则加黄芪等。蛋白尿的治疗则是一个较为棘手的问题。先生经过多年的临床实践，认为以下药物的疗效颇佳：黄芪、旱莲草、土茯苓、车前草、车前子、石韦、玉米须等。

二、益气活血治慢肾

慢性肾炎非肾病型患者病程日久，除具有面色萎黄、形体虚衰、疲惫无力、食欲不振等气虚症状外，还常见血尿和蛋白尿长期并存。此类患者的病机在气血虚衰、络脉瘀阻，是虚中夹实之证。在治疗上仅用凉血止血法与辨证并不熨贴，理应在益气补虚方中辅佐活血行瘀之品。因长期血尿不止者，必有瘀血阻络，所谓久病入络，久漏宜通，所以活血行瘀为治疗所必需。若将活血行瘀药与益气药相伍，则气行血亦行，瘀血除，新血生，循经归络，则血尿自止，蛋白亦消。

例 5：吴某，男，40 岁，工人。

1999 年 5 月 10 日初诊：诉罹慢性肾小球肾炎 10 余年，迁延日久，迭治未愈，遂来先生处就诊。诊其颜面虚浮，食后脘胀，时感恶心，大便溏薄，入暮足肿，腰酸乏力，口干尿少，易于感冒。舌质暗，苔薄白，脉细弦。肾功能检查示：尿素氮（BUN）10.2mmol/L，肌酐（CRE）121μmol/L；血压 150/100mmHg；小便常规示：蛋白（＋＋＋），红

细胞（+），白细胞（+）。此乃久病气虚血瘀，湿热羁留。治以益气活血、清利湿热。

药用：黄芪30克，潞党参20克，炒白术15克，云苓15克，川断15克，金樱子15克，诃子肉15克，川萆薢15克，石韦20克，白茅根20克，紫丹参15克，当归15克，益母草15克，甘草10克。7剂。

5月18日二诊：药后恶心减轻，小便次数减少，仍感腰酸乏力，口干尿少。苔白，脉细弦。血压140/95mmHg；尿检蛋白（PRO）（++），白细胞（WBC）少许，红细胞（RBC）少许。守上方加车前草、子各15克，女贞子15克，旱莲草15克。7剂。

6月7日三诊：复检肾功能正常，血压120/90mmHg；尿检PRO（+），余正常。仍时恶心，腰酸乏力，纳差，下肢不浮肿，大便一日一行。苔薄，舌质暗色渐淡，脉细略弦。

原法出入：生黄芪30克，潞党参20克，炒白术15克，云苓15克，川断15克，桑寄生15克，川萆薢15克，紫丹参15克，当归15克，白蔻仁6克，焦三仙各15克。

6月28日四诊：药后恶心除，食欲增，时感两腿无力，腰酸神疲。苔薄脉弦。复查尿蛋白（+）。前法损益，上方加鹿衔草20克、泽兰15克。20剂。

7月20日五诊：上方服后病情稳定，体力渐增，腰不酸。舌质暗红转淡，苔薄，脉弦。尿检PRO阴性。前法巩固继服30剂。

此后病情一直稳定，浮肿亦未再作，尿蛋白持续阴性。嘱其继续巩固服药3个月，至今未见病复。

三、养阴固肾除隐血

适用于急性或慢性肾炎水肿消退后，蛋白尿、血尿持续不退者。盖肾精宜藏不宜泄，宜固不宜升，宜敛不宜散，若肿去阴伤，肾精不藏，精血亏损，则以养阴固肾为要。代表方如：六味地黄汤加女贞子、旱莲草、金樱子、菟丝子、白茅根、丹皮炭等。

肾炎在不同阶段有不同的治法，病人不同，治法亦异。所谓法中有法，各有变通，应灵活地辨证应用，才能屡获良效。如理气泄浊与养阴固肾法合用以攻补兼施，清热解毒与养阴固肾法合用以清补治之，救逆固脱合理气泄浊法以标本同治等。故在急、慢性肾炎的治疗过程中，有用一法取效，有数法合用而获效者，贵在辨证论治耳。

例 6：李某，女，23 岁，护士。

1999 年 8 月 5 日初诊：久患化脓性扁桃体炎，平素易感冒。1 个月前因发热、咽痛后出现肉眼血尿，全身浮肿，遂住院治疗。尿检：红细胞满视野，蛋白（＋＋＋），颗粒管型（＋＋），肾功能正常。予抗炎、利尿等对症治疗后，尿量增多，浮肿消退明显，但有反复，尿检结果无明显好转，伴腰酸乏力，手足心热，尿黄，眼睑及下肢轻度浮肿。舌质红，苔薄黄，脉细滑。中医辨证为气阴两损、湿热蕴结。当治以益气养阴、清利湿热。

处方：黄芪 35 克，党参 20 克，石韦 20 克，仙鹤草 25 克，女贞子 15 克，旱莲草 20 克，金樱子 15 克，白茅根 20 克，丹皮炭 15 克，焦山栀 10 克，大、小蓟各 15 克。

8 月 13 日二诊：上药服 7 剂后，肉眼血尿消失，尿色转清，舌红稍润，脉滑，不似以前有力。尿检：红细胞（＋

＋＋），蛋白（＋），颗粒管型（＋＋）。热象已减，守前方增减，另加细生地 20 克、蒲黄炭（包煎）15 克。

8 月 25 日三诊：服药 10 剂后，诸症减轻，腰已不酸，手足心热基本消失。舌质淡红，苔薄白，脉细略滑。尿检：红细胞（＋＋），尿蛋白阴性。下焦热减，血热初平，继用上方辨治，以巩固疗效。

9 月 10 日四诊：继续好转，刻下无明显不适感，尿常规示红细胞（±），尿蛋白阴性。上方再服 50 余剂，病获痊愈，随访未复。现已怀孕三月余。

四、肾病综合征须辨证用药

例 7：蒋颖，男，12 岁，学生。

2001 年 6 月 15 日初诊：1 个月前因感冒发热后出现全身乏力，高度浮肿，尤以腹部及下肢为甚，阴囊肿如葫芦，行如鸭步，皮肤光亮，伴纳呆腹胀，小便短赤，大便溏薄。住本市第二人民医院治疗，检尿 Rt 示：蛋白（＋＋＋＋），红血球：（＋＋），颗粒管型（＋＋）；血脂分析示：胆固醇 8.02mmol/L，甘油三酯 2.40mmol/L，血沉 45mm/h。诊断为肾病综合征。予强的松、环磷酰胺及利尿药治疗鲜效。患者自动出院后来先生处就诊。诊其舌质淡红，苔薄白，脉细弦。证属脾肾两虚、湿热蕴盛。治以健脾益肾、清利湿热。

处方：黄芪 25 克，党参 15 克，白术 15 克，土茯苓 10 克，川萆薢 15 克，石韦 12 克，车前子（包煎）15 克，葶苈子 10 克，白花蛇舌草 12 克，黄柏 9 克，知母 9 克，细生地 15 克，桂枝 6 克，附子 6 克。7 剂。

另服六味地黄口服液，每次 1 支，每日 3 次。嘱注意休息，无盐饮食。

2001年6月25日二诊：上药服后，浮肿大减，阴囊肿处全消。唯晨起面部轻度浮肿，口干欲饮，汗多，怕热。尿检蛋白（++），余阴性，血沉正常。方已奏效，勿须更张，守上方加青蒿15克、白薇15克，以求滋阴退热。

7月20日三诊：前方辨证治疗近1个月，诸症悉除，尿检正常，血脂分析亦正常。继服巩固治疗1个月，随访至今，未见病发。

【按】肾病综合征属中医“水肿”范畴，中医认为本病的发生与外邪侵袭、内伤脾肾有关，但外因必须通过内因而起作用，因此脾肾虚损为发病基础。中医中药治疗注重辨证施治，不宜一味强调利水，以免阴伤水停，利水则伤阴，滋阴则助湿，给组方用药带来困难。

本案方中药用生黄芪、党参、白术健脾益气，气行则水行；车前子、葶苈子利水通淋；土茯苓、川萆薢、石韦利水渗湿；少用桂枝、附子温肾助阳；六味地黄丸口服液滋补肾阴，乃阴中取阳之意。肾病综合征病本在肾，故用药时必须以益肾为主，抓住根本，方可打破恶性循环，扭转病机。肾病综合征，尤其是难治性肾病综合征（NS）发病机制复杂，目前糖皮质激素仍是首选治疗药物。在NS开始治疗阶段，必须用大剂量激素，且疗程也很长，但激素的不良反应发生率高，如何减少激素不良反应而增加疗效是NS治疗成功的关键。在激素治疗的初始阶段，多有引起肾上腺皮质功能亢进的症状，如面色潮红、五心烦热、舌红无苔、脉象细数，这些症状均属中医阴虚火旺的证候。滋阴清热药白花蛇舌草、黄柏、知母、生地的应用，可明显改善服用糖皮质激素所出现阴虚内热的副作用。本方补肾气而不滞邪，制湿浊而不伤正，实为治疗肾病综合征水肿之良剂。

另外，已有实验证明温补肾阳的中药具有保护肾上腺皮质免受外源性激素抑制而萎缩的作用。因此，当激素减量时，每出现不同程度的激素撤减综合征，如头晕、耳鸣、尿清长、舌质淡胖、脉象细微等，这些改变属于中医肾阳虚证候，可酌用肉苁蓉、菟丝子、补骨脂等补肾温阳之品。

五、治肾衰宜攻补兼施

中医认为慢性肾衰的病因可由外感、内伤和他病转化。慢性肾衰的病程较长，病机错综复杂，既有气血阴阳不足，又有湿浊瘀血内蕴，属本虚标实、虚实夹杂之证。本病病位在脾、肾，但常波及肝、心、肺、膀胱、三焦、胃等脏腑。慢性肾衰的临床表现皆属本虚标实或虚实夹杂，正虚有气、血、阴、阳之不同，邪实则有外邪、湿浊、热毒、瘀血、动风、蕴痰之各异。因此，治疗必须抓住标本缓急，标本并重，攻补兼施，方可获效。经多年临床观察，一般慢性肾衰在病变进展或感受外邪促使病变加剧时，以邪实为主；病变在稳定阶段，则表现为正虚为主。另外，在慢性肾衰的整个治疗过程中应注意调理脾胃，因脾胃为后天之本，气血生化之源，不论从饮食上还是用药方面，都宜顾护胃气，否则食药难进，预后必然不佳。

例 8：刘某，男，34 岁。1988 年 4 月 5 日初诊。

罹慢性肾炎多年，初起症见恶寒发热，腰痛尿少，一身悉肿。经某院诊为肾炎，用激素等治疗后诸症缓解。近一年来症有反复，病情加重，遂来先生处住院治疗。查体：形体消瘦，面色晦黯，目窠浮肿，下肢凹陷性浮肿；尿检蛋白（＋＋＋），颗粒管型（＋＋）；肾功能示：尿素氮 45mg/dl，肌酐 8.4mg/dl，血压（BP）165/105mmHg。刻下症见：头

昏乏力，腰酸膝软，夜寐梦扰，口苦心烦，时时欲呕，不欲饮食，小便量少，大便偏干。舌质红，苔黄腻，脉沉缓无力。证属脾肾两虚、湿热内蕴。治以健脾益肾、清热化浊。

处方：黄芪 30 克，白术 15 克，石韦 15 克，土茯苓 20 克，泽泻 20 克，姜半夏 9 克，广陈皮 15 克，竹茹 10 克，白花蛇舌草 20 克，山栀 10 克，菟丝子 15 克，枸杞子 15 克，生大黄（后下）10 克，益母草 20 克。

本方加减迭进治疗 3 个月，浮肿消失，精神日觉健旺，呕吐止，饮食佳，形体逐渐恢复，小便增多，大便微溏。舌质略红，苔薄白，脉沉缓。化验检查示：尿检蛋白（±），血压正常；复查肾功能：尿素氮 22mg/dl，肌酐 1.4mg/dl。

上方加女贞子 15 克、旱莲草 15 克、紫丹参 15 克，以增养阴、生津、活血之功，标本兼顾，攻补兼施。予服 30 余剂，病情稳定，欣然还里。

六、尿毒症重在解毒、排毒

尿毒症在“急则治其标”的原则下，首先要考虑如何解毒和排出毒素的问题。要结合全面的辨证治疗和恢复肾功能等治疗措施，并按轻重缓急，合理地使用药物，才能取得近期和远期的疗效。李济仁、张舜华先生在临床上常用的排毒方药为：

土茯苓 30～60 克，防己 15～30 克，生大黄 10～20 克，丹参 15～30 克，川芎 10～20 克，甘草 10 克。

此方意在解毒、排毒。尿毒症为水湿之毒蕴积，故首用土茯苓以解毒利尿、补益脾肾；防己能泻血中之湿热，通其滞塞，亦能行大肠，通小肠，泄阴行阳，用之意在泄邪解毒；川芎、丹参活血化瘀，改善外周循环，促使毒素排出；

甘草解毒；生大黄能延缓肾功能的恶化，改善肾功能，又能使毒素从大便排出体外。此方可以单独使用，亦可与辨证论治的其他方剂配合化裁使用，以收全功。

例 9：宋某，女，40 岁。1997 年 4 月 5 日初诊。

浮肿乏力 3 年余，近半年来浮肿加重，腰酸尿少，时作鼻衄。西医诊断为：慢性肾功能不全。检尿 RT 示：蛋白（＋＋～＋＋＋），红细胞少许，颗粒管型（＋＋），尿素氮 80mg/dl，血色素 6g，血压 155/105mmHg。遂来就诊。刻下症见：面色晦滞，纳呆泛恶，腰膝酸软，浮肿尿少。舌质淡暗，少量黄白苔，脉细弦。

用上述排毒解毒方加杜仲 15 克，黄芪 30 克，车前草、子各 15 克。

治疗 1 个月后，尿素氮降为正常，血压仍偏高：160/110mmHg。对症加用干地龙 15 克、双钩（后下）12 克、珍珠母（先煎）25 克、石决明（先煎）25 克等镇肝潜阳之剂后，血压恢复正常。遂改用扶正培本之补肾药善后，服药 3 个月，复查尿蛋白阴性，红细胞、管型均消失，血色素上升至 11.5g，浮肿全消，亦无其他症状，脉舌如常。观察至今，情况良好。

冠心病诊治经验（附病案五则）

（张舜华先生经验）

冠心病通常是冠状动脉粥样硬化性心脏病的简称。本病是由于冠状动脉粥样硬化，使血管腔狭窄或堵塞，导致心肌

缺血缺氧而引起。冠状动脉是环绕心脏的血管，负责给心肌供应血液，使心脏得到日常所需的氧气及营养。若冠状动脉狭窄，甚至闭塞，致使冠状动脉循环发生功能或器质性的改变，引起冠状动脉血流和心肌需求之间的不平衡，则导致心肌缺血性损害，随之产生一系列的症状，即冠心病。高脂血症、糖尿病、高血压病常与本病的发生有关。

临床上本病可有心绞痛、心律失常、心力衰竭、心肌梗塞等表现，甚至可发生猝死。据世界卫生组织（WHO）的分型标准，冠心病的临床类型包括心绞痛、心肌梗塞和猝死。心绞痛又可分为劳力性心绞痛和自发性心绞痛。

冠心病属中医学“胸痹”、“心痹”、“真心痛”等范畴。其病机多为本虚标实，虚实夹杂。其本为心脾肾亏损，其标为瘀血痰浊。

对多种类型的冠心病，先生均以自拟“归芎参芪麦味汤”加减施治，每收良效。此汤组成：

当归、潞党参、紫丹参各 15 克，川芎、五味子各 10 克，黄芪 20 克，麦冬 12 克。

方中当归专擅补血，又能行血，养血中实寓活血之力，与川芎配伍，益增活血祛瘀、养血和血之功，故推为主药；党参、黄芪益气补中，实为治本求源之施，辅主药以共同扶正；丹参长于治瘀治血，于冠心病确有佳效；麦冬养阴益肾、润肺清心；又取五味子以益气生津。故临诊常以“归芎参芪麦味汤”为基本方，兹就其具体用法，结合辨证，分述如次：

一、心脾阳虚，气滞痰阻

1. 气虚、阳虚型

因心失肾阳温煦所致，为隐型冠心病，可发心绞痛。症见心悸心慌，心中惕惕而动，阵发性气喘，体乏无力，畏寒胸闷，气短自汗，舌淡或有瘀点，苔薄白，脉细弱或虚大无力。治当益气温阳、开痹通络。基本方加大黄芪用量，潞党参易为红参，阳虚征象明显者则加肉桂、附子。若阳虚甚重，或寒邪复袭，则致气机痹阻，引发心肌梗死及急性循环衰竭、急性左心功能不全。症见心前区或胸骨后卒然疼痛而剧烈，伴冷汗烦躁，面色苍白，胸闷气短，四肢逆冷，甚则昏厥，脉细数或弦滑或结代，舌暗紫，苔微黄。当先急服苏合香丸以温通开窍，再以基本方加失笑散、四逆汤化裁。厥证之治稍有延迟，则易致厥甚汗出而心阳暴脱，即心源性休克。症见心前区持续剧烈疼痛，伴有喘闷气短，心悸冷汗，面色苍白，四肢厥冷，唇指青紫，恐惧不安，脉沉细或结代或脉微欲绝，舌质紫暗而干，苔少或无。治当速以固脱救逆，以四逆汤、独参汤应其急，病缓阳回则用基本方合四逆散调治固本。

例 1：张某，男，50 岁。

1988 年 6 月 2 日初诊：冠心病史 5 年余。1985 年 12 月 3 日检查情况为：心电图示“冠状动脉供血不足，陈旧性心肌梗塞，左心室劳损”；胸片示“主动脉增宽”。曾经中、西医治疗，效果均不显。刻下症见：心痛彻背，胸闷气短，伴有心慌，汗出，背寒肢冷，面色不华，夜卧不安。舌质淡，苔薄白，脉沉细。诊为胸阳不宣，乃投补气益阳、温经通络之品以冀其安。予基本方加味。

药用：当归、潞党参、紫丹参各 15 克，川芎、五味子、附子、枳壳、枳实各 10 克，黄芪 30 克，麦冬 12 克，肉桂 6 克。

药进 5 剂，心痛、胸闷略减，然活动后仍觉心慌、纳少。知其久病体亏，胃气亦见衰弱。守方再增大补气之力，潞党参易为红参 10 克（炖服），又加炒白术 10 克，以健脾益胃。服药 5 剂，心慌已止，胃气苏，纳增，再进 10 剂以善其后。旬后随访，病情控制，复查心电图较前明显好转。

2. **气滞型**

胸阳不振或情志、寒邪所伤等均可引起气机郁滞。症见胸痛走窜或刺痛，胸胁满闷，气短，每因情绪波动而增减，纳食少，喜太息。舌暗，苔薄，脉多弦。当以开胸理气为治疗大法。基本方加金铃子散、广郁金、枳实调治。

例 2：高某，女，53 岁。

1986 年 9 月 5 日初诊。主诉：胸闷、胸痛延已月余，心电图示虽基本正常，然二级梯运动试验发现“ST 段压低，T 波平坦及 Q 波低电压”。提示心肌缺血，诊为“冠心病”。近因情志不畅，致病情加重，心胸痞塞不舒，心悸，气短，伴嗳气频频，胁肋窜痛，纳谷乏味，更衣不畅。舌质暗红，苔薄白，脉弦。病由气机郁滞、络脉不通所致。治以理气解郁、开胸通络。方用基本方增味。

药用：当归、潞党参、紫丹参各 15 克，麦冬、郁金各 12 克，川芎、香附、五味子、枳壳、枳实各 10 克，黄芪 20 克。

药服 5 剂，胸闷减轻，嗳气好转，唯纳呆神倦，大便尚秘，乃中宫通降之机未和。守方增全瓜蒌 10 克、生山楂 12 克，以理气宽中。上方服 5 剂后，诸症状均缓和，又连进

10剂，病已近愈，复查心电图正常。随访2年，未见病发。

3. 痰浊阻滞型

心脾亏虚、痰浊阻络则见胸中痞塞闷痛，心悸气少，虚里脉动应衣或动乱不定，喘咳频作，痰呈粉红泡沫状，呼吸急促，不得平卧。舌淡，苔厚腻，脉滑。治宜宣痹通阳、活血化痰。药用基本方合瓜蒌薤白汤加枳实调治。

例3：丁某，男，53岁。

1989年11月2日初诊。患者体丰，素嗜膏粱，1985年始发冠心病。每届劳累及阴雨时节宿证易作。心电图示“前侧壁心肌梗塞，ST段压低，异常Q波”。刻下症见：胸间极闷，痞满胀痛，气短喘促，纳呆少寐。舌质淡红，苔白腻，脉弦滑。此乃痰浊壅塞、心脉失畅所致，拟蠲饮化痰、活血通络之剂为治。用基本方增味。

药用：当归、潞党参、紫丹参各15克，川芎、五味子、全瓜蒌各10克，薤白、姜半夏各9克，麦冬12克，黄芪20克，檀香6克。

5剂服毕，心胸舒适，余症稍减，是为痰浊之邪未能全化，脾气亦未尽复，遂宗上方再加葶苈子10克、白术10克，以增蠲饮健脾之力。方进7剂，诉胸间已适，无其他自觉症状。视之腻苔尚存，断为络中痰气未净，当再宣络利气，上方增陈皮10克。调治1个月，复查心电图基本正常。

二、心肾阴虚，血瘀阻络

1. 血虚、阴虚型

年高中气虚衰，或病程延久，气血双亏，心失肾阴润养则现阴虚诸症，另肝阴失养、肝阳上亢亦可致病。症见眩晕，心悸而烦，惊惕不安，失眠怔忡，心中灼热似饥，肢

麻，口干面赤，舌质绛，苔少或无，脉细数或结代。阴虚阳亢者血压往往偏高。治以滋阴养肝、补肾安神。用基本方并早晚分服柏子养心丸。高血压者酌加何首乌、白芍、干地龙调治。

例4：王某，男，63岁。

1989年3月5日初诊：患者血压一直偏高，屡发心前区闷痛并有紧缩感，偶遇风寒或情志不遂时更著，唯以含服硝酸甘油片暂缓。曾作心电图示“左室高电压”，符合慢性冠状动脉供血不足之象。血脂分析：胆固醇385mg/dl；B脂蛋白750mg/dl；诊为高血压冠心病。刻下症见：心中胀痛，惊惕不安，眩晕肢麻，夜寐梦扰，面赤口干。舌绛苔少，脉细数。是因心肾不交，阴虚阳亢，血脉凝阻。当育阴清热、行血活络。以基本方增味治之。

药用：当归、潞党参、紫丹参、夜交藤各15克，川芎、五味子各10克，麦冬、何首乌各12克，黄芪20克。

前进药饵，颇符病机，症状悉减，唯口干依然，舌仍绛。当守上方再增育阴清火之品，加细生地20克，鲜石斛10克，以尽退虚火。服上方7剂，阴分渐旺，虚火清而血行畅，夜寐亦安。虑其多梦，心肾交而不固，乃守方继服，并嘱早晚吞服柏子养心丸。月余后病安，血压稳定。

2. **血瘀型**

气滞日久不愈或阳虚血行不利，均可致瘀血阻络为病。症见胸痛如针刺，痛有定处或牵引掣背，拒按，夜痛甚，心悸气短呈阵发性，舌质紫暗，脉沉涩。常伴心绞痛，甚则心肌梗塞。患者内结为瘀，可致血行失度而心脉瘀阻。当活血祛瘀、通络止痛。以基本方加失笑散及红花、甘松，若见结代脉则加苦参、甘松调治。

例 5：丁某，男，55 岁。

1987 年 9 月 12 日初诊：冠心病经年未愈。平素长服乳酸心可定、烟酸肌醇酯及中药等，一直未好转。心电图示“陈旧性前壁梗死，T 波倒置，ST 段压低”。血脂分析：胆固醇 250mg/dl；B 脂蛋白 600mg/dl。就诊时心前区及胸骨后有压迫感，甚或刺痛、绞痛，发作时短至瞬间，长至半小时以上，并觉心悸，怔忡，胸闷气短，夜寐不宁。舌暗苔薄，脉沉涩。先生诊其证由气滞日久、血流不畅阻络所致，治当活血通络、祛瘀止痛。以基本方合失笑散加味。

药用：当归、潞党参、紫丹参各 15 克，川芎、五味子各 10 克，生蒲黄（包煎）、五灵脂、甘松各 9 克，黄芪 20 克，麦冬 12 克，红花 6 克。

药进 5 剂，心胸宽畅而痛轻，仍有气短，夜寐欠酣。上方加生晒参 10 克，以增益气扶正之力。服 7 剂后，精神大振，气短已失，夜寐亦安，加以复方丹参片善后。后复查心电图正常。

脑病（中风）证治经验（附病案六则）

（李济仁先生经验）

脑血管疾病是一类严重危害人类健康的危急重症，其特点为三高（发病率高、死亡率高、病残率高）。其中脑梗塞、脑血栓形成是常见的缺血性脑血管疾病。随着社会的发展，脑梗塞、脑血栓形成已成为当前的常见病、多发病，因其致残率高，其诊治也日益受到人们的重视。虽然目前在急危重

病的抢救中，西医具有某种主导地位，但在整个治疗过程中，中医仍有着不可替代的作用。

脑血栓形成系在脑动脉壁病变的基础上形成血栓，引起受其供应的脑组织急性缺血而发生坏死，是急性缺血性脑血管病中常见的类型。所造成梗塞的范围和程度决定于血管闭塞的快慢、部位及侧支循环能提供代偿的程度。最常见的病因是脑动脉粥样硬化，常伴有高血压。同时，高血压、高血脂或糖尿病常可加速动脉硬化的发展。其他如各种脑动脉炎、结缔组织疾病、先天血管畸形、真性红细胞增多症、血压降低和血液凝固性增高等亦为病因。本病的发生多以血管壁病变为基础，当处于睡眠、失水、心力衰竭、心律失常、红细胞增多症等状态下，引起血压下降、血流缓慢、血粘度增加或血凝固性异常等，导致血栓形成。中医文献中多将脑梗塞归入“中风”范畴，但因其症状多样，亦散见于眩晕、头痛、痹病等病，《黄帝内经》中有“偏枯”、“偏风”、“痱”之名。其发病内因在于平素气血亏虚、痰湿内盛与脏腑功能失调，外因多为忧思恼怒、五志过极、恣食肥甘、外邪侵袭等。病机为气血运行受阻，脑脉闭塞而发病。其病位在脑，与心、肝、脾、肾关系密切，病情以本虚标实、肝肾不足、气血亏虚为本，痰浊、邪热、瘀血为标。急性期常以标实为主，恢复期多为虚实夹杂或以虚为主。对脑梗塞、脑血栓等缺血性脑病的治疗，目标就是避免个体或脑细胞死亡，促进缺损脑功能的恢复。

李先生之实践证明，中医的益气养阴、活血通络、化痰开窍法在治疗脑血管疾病及其后遗症方面，能明显改善症状，防止病情复发，提高病人的生存质量。

一、益气活血法治疗脑梗塞

例1：孙某，男，73岁，干部。

2001年8月7日初诊：诉去年5月患脑梗塞后，现走路时两腿发抖，坐久则乏力，全身抖动，语言謇涩，形体肥胖，神疲，头昏如蒙，纳食尚可，大便干燥难解。舌质暗红，苔腻微黄，脉滑数。证属气虚血滞、脉络瘀阻，治以益气活血、化瘀通络。

处方：黄芪40克，当归15克，川芎12克，丹参30克，血竭10克，田三七10克，泽泻15克，葛根15克，杜仲15克，干地龙10克，苍术15克，乌元参15克，绞股蓝15克。服7剂。

二诊：药后诸症好转，步履渐稳，久坐时全身抖动明显减轻，大便仍不畅，舌脉同前。中药守上方加干地龙15克、桃仁（杵）10克、红花6克、赤芍15克以增活血通络之力。继用7剂。

三诊：上药服后，诸症大减，腿及全身抖动已除，言语不清亦有好转，大便一日一行，舌质暗红较前色淡，苔薄，脉略滑。方已奏效，勿须更张，原方干地龙改为20克。

四诊：按以上方案继续辨治20余剂后，病情稳定，口齿清楚，头昏已除，唯行走时觉乏力，喉中近日有痰，咳之不出，余无明显不适。守上方去乌元参，加炙水蛭6克，制南星12克，煅牡蛎（先煎）20克。

2002年1月6日复诊，前方辨治三月余，诸症悉除，基本如常人，生活能自理。随访半年，病情稳定。

二、补阳还五汤治疗中风偏枯

例 2：汪某，男，45 岁，干部。

1996 年 3 月 10 日初诊：病人素有脑动脉硬化病史，10 天前感觉右侧上肢酸麻软弱，不能持重物。2 月 20 日夜间，睡醒后出现右侧半身不遂，口眼歪斜，饮水发呛，舌强，语言謇涩，血压 105/100mmHg。经某医院诊断为脑血栓形成，曾用低分子右旋糖酐、维脑路通等治疗后，患侧肢体肌力略有恢复，但不明显。3 月 10 日邀先生会诊，症状同前。舌质红，无苔，脉弦滑。此乃气阴两虚，络脉瘀阻，以致舌喑不能语，足废不能用。治以益气养阴、活血通络。

黄芪 50 克，赤芍 15 克，川芎 15 克，当归 20 克，干地龙 15 克，桃仁 10 克，红花 10 克，石斛 15 克，石菖蒲 15 克，制远志 10 克，泽泻 10 克，双钩（后下）10 克，川牛膝 15 克，川断 15 克。

3 月 16 日复诊，连服中药 15 剂后，患肢不遂明显好转，能扶杖行走十余步，上肢可上下活动，仍软弱无力，舌较笨重，口齿不清，脉弦略滑。药已对症，继以前法治之。

4 月 5 日复诊：继服前方 20 剂，患侧肢体功能进一步恢复，能扶杖步行百余步，言语基本恢复正常，饮水不呛，口眼已不歪斜。唯头时昏，夜寐梦扰，血压 140/75mmHg。守前方加潞党参 20 克、蔓荆子 10 克、夜交藤 30 克以益气养血安神。

4 月 16 日复诊：服上方 10 剂，夜寐已香，诸症稳定。守前方意，继续辨治三月余，其言语及肢体活动功能基本恢复。

例 3：何某，女，56 岁，工人。

1999年4月10日初诊：2个月前夜半睡眠时先感右侧肢体不灵活，继而偏枯不用。迄今知觉运动功能极差，患肢酸痛，肌肉萎缩，言语不清，口喎流涎，面色㿠白。舌质淡紫，苔白而腻，脉沉迟。此乃阳气不足，气虚不能助血上升，瘀阻脑络，恣淫肢体。治以益气养血、祛瘀通络。

处方：生黄芪60克，当归尾10克，赤芍15克，川芎10克，干地龙10克，桃仁6克，红花6克，乳香9克，没药9克，细生地20克，石菖蒲15克，制远志10克。

初服5剂未效，续用10剂，瘫痪侧知觉及运动功能稍为好转，疼痛减轻。守上方黄芪改为35克，加桑枝10克，桂枝9克以祛风逐邪。又服20余剂，右手已能握筷，右足亦可拄杖慢步，舌强口喎诸症复常。继用原方，每隔日一剂，连治月余，基本治愈。

【按】《医学衷中参西录》云："气血虚者，其经络多瘀滞……以化其瘀滞，则偏枯痿废者，自易愈也。"指出瘀血阻滞经络每由气虚所致。因此大剂补气以生血，即化其瘀滞之法。中风患者可见半身不遂，肢体痿废，或单肢不用，口眼喎斜，舌强语謇，并有眩晕心悸，胸闷气短，或唇甲青紫，舌紫而胖或有瘀斑，脉沉细涩等征象。则可治以补阳还五汤，以益气生血、活血通络。

李济仁先生在临床上运用该剂多年，认为补阳还五汤确为临床上治疗多种中风、偏枯属气虚血瘀者之良方。随证加减，其效更显。如兼语言不利者，加石菖蒲、制远志以化痰开窍；口眼歪斜明显者，加牵正散以祛风除痰、镇痉通络；兼肢体疼痛者，加紫丹参、制乳香、制没药以活血行气止痛；若上肢偏废为主者，加桑枝、桂枝、羌活等以祛风逐邪；下肢瘫软无力为主者，加川牛膝、金狗脊等以补肾壮

骨；若瘫痪日久，还应酌加全蝎、蜈蚣、水蛭、虻虫等以搜风剔邪、破瘀活血。

三、培补真元以固本，开窍豁痰以治标

本法适用于中风后遗症之肝肾阴亏，阴损及阳，虚风内动者，症由肾气不能上荣，痰浊循心肾二经上泛闭阻窍络所致。临床症见舌强不语，肢体麻木弛软，偏废不用，口眼歪斜，舌淡脉虚。治宜补肝肾之阴为主，辅以助阳固本，豁痰治标，标本兼顾，以治本为主，使水升火降，内风自熄。

例4：张某，男，56岁，工人。

1988年5月2日初诊：脑动脉硬化多年，形体肥胖。平素经常头晕耳鸣，于3天前头晕加重，口唇麻木如蚁走感，逐渐口眼歪斜，舌强，言语不清，右侧半身不遂，血压150/80mmHg。经某医院诊断为“脑血栓形成”。刻下症见：舌质红，苔薄白，脉虚弦。此属肾元虚衰，虚风内动，痰浊上泛，闭阻窍络。治以滋肾阴、温肾阳以固本，豁痰开窍以治标。

处方：熟地30克，山萸肉15克，石斛15克，肉苁蓉20克，巴戟天15克，滁菊花10克，石菖蒲15克，双钩藤（后下）10克，制远志15克，麦冬20克，五味子10克，泽泻15克，紫丹参15克。

5月12日复诊：连用前方10剂，口唇麻木及口眼歪斜明显好转，舌见软，语言较清，患侧上、下肢较前有力，尤以下肢好转明显，能下地扶杖行走几步，脉稍有力。遵前方续进。

5月20日复诊：前方服后，唇麻眼斜及语言功能基本恢复，半身不遂明显好转，脉渐有力。继续用上方辨证治疗

半年余，获全效。

四、风痰阻络者宜祛风化痰、养血通络

五志过极，心火暴盛，也可使肝阳暴张，或聚湿生痰，风痰阻络，蒙闭清窍而致类中、偏枯。此类患者平素常头晕目眩，或头痛面赤，风阳上亢，气道血菀，易突发口眼歪斜，舌强语謇，半身不遂，或肢体拘急，骨节酸痛，甚则神志昏迷等。常见舌质红，苔黄腻，脉弦滑。治以熄风化痰，养血通络。

例 5：李某，男，52 岁，工人。

高血压病史多年，平时常头晕目眩，烦躁易怒。旬前因情志不遂，突发右侧眼目瞤动，口眼歪斜，舌强语謇，继则右半肢体不遂，瘫软不用。曾一度神志昏迷，2 天后转醒。患者面红易躁，形体肥胖，喜食膏脂厚味。舌质红，苔黄腻，脉弦滑。血压 170/100mmHg。此乃风阳挟痰火上扰清空、走窜脑络所致。治以凉肝熄风、涤痰开窍。

处方：双钩（后下）15 克，明天麻 10 克，干地龙 15 克，滁菊花 10 克，川牛膝 10 克，杜仲 15 克，桑寄生 15 克，黄芩 10 克，甘草 10 克，益母草 30 克，白附子 10 克，白僵蚕 10 克，生石决明（先煎）30 克，龙胆草 9 克。

嘱其低脂、低盐饮食。

服药 5 剂，稍有改善，续方 7 剂，颜面瞤动、口眼歪斜、舌强语謇均大有好转，右肢不遂渐能活动，血压已降至 145/90mmHg。继以熄风豁痰为主，加活血通络之剂，以冀肢体功能早日恢复。

守上方去白僵蚕、白附子、滁菊花、龙胆草，加鸡血藤、活血藤各 20 克，赤芍 15 克，川芎 10 克，胆星 10 克，

续治半月，病情若失。右手已能握拳携物，弃杖漫步，唯有感觉右侧肢体酸胀麻木。继以上方略作增损，再服月余而愈。

五、营卫亏虚者宜调和营卫、补气生血

《灵枢·刺节真邪》篇云："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。"临床上由于营卫亏虚，气血不足，复受外感之邪，血行不畅，阳气痹阻而引起偏枯的病例亦不少见。此类证型，临床上往往以肢体或局部麻木不仁为特点，初属血痹，继而发为偏枯。常兼有眩晕、易汗、畏风、乏力、舌质淡红、苔薄、脉小细濡等气血两虚证候。治宜温阳行痹、益气护卫，方宗黄芪桂枝五物汤意，随症化裁治之。若兼身体不仁，筋肉酸痛，状如痹病，可加秦艽、羌活、防风以祛风通络；兼面色少华，爪甲苍白，舌淡露底，加干地黄、当归、女贞子、旱莲草以养血和营；如见偏枯不遂，则加胆南星、干地龙、归尾、川芎等以活血涤痰通络；如肢体抽搐明显，可加天麻、钩藤、全蝎以镇肝熄风；口眼歪斜，舌强语謇者，加牵正散；颈项拘紧麻木者，加葛根、瓜蒌以祛痰解痉。

例 6：胡某，女，49 岁。

素来肢节常酸痛，头晕乏力，恶风，动辄汗出，面白不华。半年来常感右侧肢体欠灵活，麻木不仁，虽多次发病，经治皆愈。近半月来右侧肢体痿弱酸痛，近于偏枯，知觉、运动均现障碍。刻下症见：口齿不清，语言謇涩。舌质淡红，苔薄白，脉沉细弱。血压 130/85mmHg。此乃气血双亏、阳气不足、营卫失和所致，治以益气养血、温阳行痹、活血通络。

处方：生黄芪 30 克，川桂枝 10 克，当归 15 克，赤芍 15 克，白芍 15 克，川芎 10 克，鸡血藤、活血藤各 15 克，秦艽 10 克，白僵蚕 10 克，全蝎 6 克，甘草 10 克。

服药 7 剂，诸症减轻，右肢握力、动作均见好转，酸痛麻木减轻。守方再服 20 余剂，已基本恢复正常。再予补中益气丸，日服 2 次，每次 6 克；小活络丹，日服 2 次，每次 3 克，巩固 1 个月而治愈。

肺系疾病证治

（张舜华先生经验）

一、肺系疾病验案四则

1. 咯血病例

丁某，男，35 岁，农民。

1983 年 3 月 7 日初诊：咳嗽、咯血，血随痰嗽而出，量中等，色红艳，口渴，胸闷易怒，溲黄，便结，面红目赤。舌红，苔黄，脉弦数。X 线胸片查示无异常，血压正常。

诊断：咯血（热伤肺络型）。

治法：清肝泻肺，凉血宁络。

处方：青黛拌海蛤粉（包）15 克，干藕节 15 克，仙鹤草 15 克，黄芩 10 克，大黄炭 10 克，桑白皮 10 克，丹皮 10 克，白茅根 10 克。

二诊：服药 7 剂，血止。仍有轻咳，痰黄，胸闷不舒。

舌红，苔薄黄，脉弦。再拟清肺宁咳。

处方：桑白皮 15 克，炙兜铃 15 克，炙冬花 15 克，全瓜蒌 15 克，芦根 15 克，白茅根 15 克，五灵脂炭 15 克，杏仁 10 克。

三诊：进药 3 剂，血止嗽宁。予逍遥丸日服 3 次，每次 6 克，连服 3 天，诸症皆除。

【按】患者素体肝旺，在春三月发陈之季，更易致木火循厥阴之经上逆炎蒸而刑金，损伤肺络，迫血妄行，发为咯血。故用能直折肝经气火且能凉血止血的青黛，伴最能清化痰火的海蛤壳组成黛蛤散为君；辅以黄芩、大黄炭、桑白皮、丹皮而益增平肝凉血之效；再佐仙鹤草、干藕节、白茅根直接止血，以顾其标。全方以平肝为主，重在治本，略参清肺止咳以顾其标，刑金之木火既平，肺经之余热得清，则络脉自可弥合而咯血止矣。

2. 上呼吸道感染病例

江某，男，30 岁，工人。

1956 年 10 月 15 日初诊：患者头痛身热，呛咳不已，口渴喜饮，鼻干唇燥，咽喉干痛，胸满气逆，精神困倦，纳食不馨。舌绛，苔黄燥，脉细而数。

诊断：秋燥（温燥型）。

治法：清肺润燥。

处方：桑叶 10 克，杏仁 10 克，南、北沙参各 10 克，贝母 10 克，全瓜蒌 10 克，麦冬 6 克，阿胶（烊化）6 克，玉苏子 10 克，梨皮 10 克，炙杷叶 10 克，焦山栀 10 克，石膏（先煎）20 克。7 剂。

二诊：服药后呛咳已减，渴饮亦轻，咽痛、胸满等症均较前减轻，但头痛未瘳，纳呆如故。上方去阿胶，加白扁豆

10克，焦三仙各15克，干荷叶10克。

三诊：头痛稍愈，知饥能食，其热已平，但咳嗽未能尽除，有痰，舌略绛。原方去玉苏子、白扁豆、干荷叶，加生、熟苡米各15克，前胡、炙冬花、炙兜铃各10克。5剂药尽病痊。

【按】本案诊断依据可分三点：

①病发于9、10月间，正值秋燥之时。

②临床有呛咳、鼻干唇燥、咽喉干痛、舌燥等燥象。

③亦可见身热、渴饮、舌质绛、苔黄、脉数等热象。

综合各点，故诊断为温燥证。

先贤周慎斋言："肺为华盖主皮毛，金体由来畏火烧。"燥热之邪袭肺，金体被灼，津液受损，肺叶失润而干鸣。桑杏汤外能清解燥热，内可凉润金体，适用于温燥外袭之证，清燥救肺汤亦乃治温燥之有效名方。故先生以二方为基础化裁，药用虽然平淡，疗效却甚为显著。

病初要害在于燥热灼肺，津液亏损，故用山栀、生石膏、桑叶清解热邪，用南北沙参、麦冬、阿胶、梨皮养液生津，杏仁、贝母、炙杷叶、全瓜蒌宣肺止咳。7剂药尽，病情大有好转，唯纳呆如故，头痛未尽除；去阿胶之滋腻，加白扁豆、焦三仙、荷叶健脾和胃。三诊时患者咳嗽有痰，表明肺津已复，脾运渐健，故加入前胡、炙冬花、炙兜铃，增强化痰止咳之力。治疗过程中，虽选用古方但未泥于古方，却能根据病情变化灵活化裁。服药10余剂，使诸症全除。

3. 支气管炎病例

李某，男，12岁。

1988年12月1日初诊：患者自幼体胖，素体欠安，动则气促。时届冬令，冒雨感寒。初起发热恶寒，头痛鼻塞，

继则咳逆气喘，喉中痰鸣，日甚一日，终至鼻翼煽动，倚息不得卧，咳吐痰饮，稀薄色白，面青唇暗，四肢欠温。舌质暗淡，苔薄白，脉沉。心率100次/分，律齐，无杂音，两肺听诊有湿啰音及哮鸣音。化验检查：白细胞7.5×10^9/L，中性0.72。胸透两肺纹理增多。

诊断：喘证（风寒袭肺型）。

治法：散寒，宣肺，平喘。

处方：麻黄5克，细辛5克，炙紫菀10克，法半夏10克，射干9克，款冬花12克，炙兜铃12克。煎药时待水沸后加生姜3片，红枣5枚。

复诊：3剂药后，外邪已尽，咳喘好转，稍能平卧，四肢转温。惟喉中痰鸣音依然，痰浊未清，上方加炒葶苈子、杏仁各10克，干地龙12克，以祛痰利肺、平喘。

三诊：连投散寒、宣肺、平喘之剂后，喘证悉除。虑其年幼体亏，肾气未充，予平时常服胎盘丸、六味地黄丸以平补肾中阴阳，增强体质。随访2年，疗效巩固。

【按】喘证虽为临床常见之病，但欲获良效，确为不易，须全面权衡标本缓急。本案患者虽为年幼质亏之体，病发时却喘甚难卧，若不急治其标则病难速愈。故以祛痰平喘为先，标除后缓图其本，予胎盘丸、六味地黄丸平补肾阴肾阳，待肾气充沛，体质增强，病愈岂能复萌。

4. 慢性支气管炎病例

汪某，女，39岁。

2000年8月7日初诊：患慢性支气管炎10余年，开始每逢冬季病情发作，发则咳嗽气喘。以后逐渐加重，发病不分季节，用中、西药治疗初则有效，久则失效。每次病作，必用激素类药配伍氨茶碱以及气喘灵等吸雾剂方可维持。近

因外感暑热而病作，用前药及抗生素仍不能缓解。症见喘息不得卧，张口抬肩，动则喘甚，伴有微咳，痰粘色白难出，时时恶风，不欲饮食，面部虚浮如满月。舌质淡红，苔薄白，脉沉细略数。此乃肺肾俱虚，伏饮由外感而诱发，治以补肺益肾、化痰平喘，以冀标本兼顾。

处方：党参 20 克，炒白术 15 克，五味子 10 克，姜半夏 9 克，葶苈子 15 克，白芥子 10 克，生龙牡各 25 克，白茯苓 15 克，杏仁 10 克，桑白皮 15 克。水煎服。

服药 5 剂，喘证已缓，咯痰略畅。继用上方加款冬花 10 克，服 7 剂，喘哮大减，咯痰通畅，已能平卧。

二诊：原方增减，再服 20 余剂，喘哮已平，虚肿全消，饮食日增，诸症消失。嘱服丸剂善后。

药用：西洋参 50 克，蛤蚧 2 对，冬虫夏草 10 克。

上药共为细末，炼蜜为丸。早、晚各服 3 克，连服 3 个月。随访 1 年，未见病发。

二、虚喘宜肺肾同治及验方“固本定喘汤”

实证哮喘，其病在肺，宣肺、化痰、降逆最易平息。虚证哮喘，病久肺病累肾，且痰饮内伏，宿根难除，治疗颇为棘手。盖久病哮喘，本虚标实，虚则肺肾俱虚，实则夹痰伏饮，因而缠绵难已。近年来，西医常用激素之类平喘，初则效如桴鼓，久则失效，且依赖激素而难以停药。另激素用久，莫不伤肾，病人常有背寒畏冷、颜面虚浮之特征，给治疗带来一定困难，因此治虚证哮喘必须标本兼顾、肺肾同治。李济仁、张舜华先生临床常用自拟方“固本定喘汤”加减治疗。

药用：党参、五味子、葶苈子、怀山药、杏仁、白芥子、生龙牡。

有寒饮者加细辛、干姜；痰热加鱼腥草、桑白皮；痰多加半夏、海蛤粉，每获佳效。对激素依赖者取效亦显。

乳糜尿治验及系列方

（李济仁先生经验）

乳糜是由脂肪微粒组成，乳糜尿是多种疾病发展至后期的临床表现：①淋巴管阻塞，常见于丝虫病。丝虫在淋巴系统中引起炎症反复发作，大量纤维组织增生，使腹部淋巴管或胸导管广泛阻塞，由于肾的淋巴最脆弱，故易于肾盂及输尿管处破裂，出现乳糜尿，如为丝虫病引起的，尿沉渣于显微镜下可见到微丝蚴。先天淋巴管畸形、胸骨结核、肿瘤压迫等也可以出现乳糜尿。②胸腹创伤、手术伤及腹腔淋巴管或胸导管也可出现乳糜尿，但少见。③过度疲劳、妊娠及分娩后、糖尿病高脂血症、肾盂肾炎、疟疾等也偶见乳糜尿。西医采用硝酸银冲洗的方法，然而一段时间常有反复。

乳糜尿或血尿同中医的淋、浊症状相似。淋为小便淋沥涩痛，因其症状不同，故有气淋、血淋、劳淋、石淋、膏淋之分。浊为小便混浊、溺而不痛，其色或白或赤，白者为白浊，赤者为赤浊，乳糜尿或血尿则又近似五淋中的膏淋和尿浊之症。先生以苦参为主治疗乳糜尿具有丰富经验。

一、以苦参为主治疗乳糜尿

李先生认为乳糜尿的病机特点在于脾肾不足为本，湿热

下注为标，因此自拟治疗乳糜尿的基本方如下：

药用：苦参 15～30 克，熟地、山萸肉各 25 克，山药 50 克，萆薢 20 克，石菖蒲 10 克，乌药、益智仁各 15 克。

上述基本处方以苦参为主，对一般乳糜尿症均适用。但临床上还必须结合辨证，随证加减。如见尿浑如膏，甚则如涕，溺时涩痛，此为膏淋，当加赤苓、石韦利水通淋；如小溲色红，状如膏糊，淋涩不畅，此为赤浊，当加白茅根、炒蒲黄（包煎）、琥珀末（分吞），以清热止血、活血祛瘀；如见小溲浑浊，色白如米泔水，此为白浊，当重用萆薢，另加煅龙牡以分清固涩，达到填阴固精的目的。

用上述基本处方随症加减，先生于门诊治疗乳糜尿 28 例（服药 5～45 剂，平均 15 剂），除 1 例因工作调动、情况不明，1 例服药中断、疗效不显外，其余患者经查血、尿检均属阴性，恢复健康。

二、脾肾不足为本，湿热下注为标

根据中医理论，引起乳糜尿的原因不外两个方面：一是脾肾不足；一是湿热下注。前者是本，后者属标，先生所拟的基本处方就基于此。它由下述三个方面组成：

1. 主药苦参

苦参既能益肾养精，又能清热祛湿杀虫，标本双顾，可谓治乳糜尿之要药。历代本草均载其杀虫之功，李时珍说："苦参补肾……治风杀虫。"由先生以其为主治数十例丝虫病引起的乳糜尿来看，苦参确有杀灭丝虫之效，因治数例患者，前服多剂中药无效，后加此药即获效机。

2. 取六味地黄丸中三味补药作基础

其中熟地滋腻补肾，养阴益血；山萸肉止遗精，固浊

窍，使阴气不得下流，为关键要药；重用山药双补脾肾，使脾健肾强，以固其本。

3. 以萆薢分清饮温肾化气、祛浊分清

方中萆薢利湿清浊；石菖蒲通窍而分利小便；益智仁温补脾肾，固精止泻而缩小便；乌药温肾缩尿、理气散寒、止痛。

以上三组中药相合，则使本方成为治阴虚白浊尿频的主要方剂。先生在此基础上又进一步研制系列效方数首。

三、乳糜尿系列方五首（附病案十则）

1. 苦参消浊汤

组成：苦参 20 克，熟地、山萸肉各 15 克，怀山药、萆薢、车前子各 20 克，石菖蒲、乌药、益智仁、炮山甲各 10 克。

功能：益肾养精，清热祛湿。

主治：膏淋，尿浊。症见小便浑浊不清，白如泔浆，积如膏糊，腰膝酸软。

用法：水煎温服，每日 1 剂，早、晚 2 次分服。忌油腻及辛辣饮食。若病程长而体壮者，可加大用药剂量。

加减运用见上。

方歌：李氏苦参消浊汤，怀山萸肉甲珠藏。车前萆薢兼乌药，益智菖蒲熟地黄。此为本方基础剂，膏淋尿浊效偏长。

【按】此为治疗乳糜尿的基本方，用之于治疗乳糜尿屡获良效。方中选用苦参为主药，是因该药既能益肾养精，又能清热祛湿杀虫，标本双关，为治乳糜尿之要药。

典型病例

高某，男，41岁。

1952年8月就诊。尿浊经久，屡治不效，1951年6月经地区医院确诊，系血丝虫引起的乳糜尿，遂用海群生等药物治疗，鲜效，血检仍有丝虫。转邀先生诊治。症见小溲浑浊似泔浆，日间尿频，淋沥不尽，食荤及辛辣之物，症即加重，腰酸背楚，神困肢软。苔黄厚腻，脉象濡数。小便检查：蛋白（＋＋＋），脂肪（＋＋＋），红细胞（＋）。乙醚试验阳性。乃肾气不固、脾失健运致湿热蕴结于下，气化不利，无以分清泌浊，脂液下流而成斯证。予苦参消浊汤益肾养精、健脾渗湿、清热分利三法同进，得药尿清神振，腻苔减退。后随症略加变更，调治两月余即告痊愈。复查血象，未见丝虫。3年后随访，未见病复。

2. 加减苦参消浊汤

组成：苦参20克，怀山药、萆薢、车前子、黄芪各20克，石菖蒲、乌药、益智仁、炮山甲各10克，翻白草15克，琥珀末（分吞）8克，白术12克。

功能：健脾益气，补肾固涩。

主治：乳糜血尿，脾虚失统型。症见：小溲赤浑，甚则血块阻于尿道，溲行不畅，伴体瘦神倦，面色萎黄，纳谷寡味。舌淡，苔薄腻，脉细弱。

加减运用：此型小便出血量多时，可单用翻白草30克煎汁，吞服琥珀末9克，待溲血止再服加减苦参消浊汤；尿道涩痛明显，则加重萆薢、车前子用量达30克，以增其分利之功。

方歌：加减苦参消浊汤，方源基础酌更张。偏湿熟地改生地，萸肉酸温亦应删。溲红琥珀加翻白，脾虚增术入芪

当。

【按】本方乃苦参消浊汤化裁所得。方中之翻白草能止血、凉血、清热解毒。现代研究发现其化学成分含可水解鞣质及综合鞣质，作用于破裂的淋巴管粘膜后，使蛋白质凝固，形成薄膜，则乳糜液能按正常的淋巴道流至血液中。其收敛之性可使血液凝固，达到止淋止血作用。

典型病例

吴某，男，39岁。

1974年就诊。病作年余，屡治罔效。1974年经县医院检查血中有丝虫，确诊为乳糜尿，用海群生治疗4个月有余，尿浑转清，血中丝虫消失。近日因劳病复，再用原药治疗无效，遂求诊于先生。先生见其面白神疲，乃断其必为病困日久，果诉久为小溲浑浊不清而苦不堪言。现不但小溲色浑，且有血块堵于尿道，排尿不畅，腰酸背楚，纳不知味。舌质淡，苔薄白腻，脉细而无力。

先生施治，先予翻白草30克、车前子20克二味煎汁，吞服琥珀末6克，以清下止血治其标。药服3天，溲血已止，再用加减苦参消浊汤加煅龙牡以健脾益气、补肾固涩，调治其本。药服7剂，腰酸痛减，尿浑见清，排尿得畅。惟纳谷仍欠馨香，增鸡内金健脾和胃。调治月余，竟收全功。10年追踪，病未复发。

3. 加味萆薢分清饮

组成：萆薢、乌药、益智仁、车前子、射干、苦参、翻白草各15克，炮山甲9克。

功能：清热利湿，分清化浊。

主治：乳糜尿湿热蕴结型。

症见：小溲浑如米泔，置之沉淀似絮，心胸痞满，口

渴，舌苔黄腻。

用法：①用萆薢分清饮服法。②阴虚患者服用本方，注意中病即止，不宜久服。

加减运用：出血较多者加炒蒲黄、琥珀末；热象明显、口渴欲饮者用上方加黄芩、知母。

方歌：加味萆薢分清饮，苦参翻白台乌灵。益智固精能缩尿，车前利水又通淋。射干除热兼蠲毒，山甲疏经络亦清。湿热蕴藏宜炙服，乳糜尿祛效如神。

【按】是方由萆薢分清饮加味所得。方中射干、翻白草不仅清热解毒之功颇佳，且具消肿、抗菌等综合消炎作用，有利于淋巴组织慢性炎症灶的消除。

典型病例

张某，男，42岁。

1989年6月20日初诊：小便浑浊如米泔水1年有余，曾经检查乙醚试验阳性，血中未找到丝虫。服中西药治疗，鲜效。而今病发于恣食膏粱厚味之际，小溲色浑，置之沉淀如絮，大便偏稀，日行2次，心胸痞满，食欲不振，口渴不欲饮。舌质红、苔黄腻、脉濡数。尿检：蛋白（++），脂肪球（+++），红细胞（++），白细胞少许。复查尿乙醚试验仍为阳性。此因湿热搏结于下，州都之官气化不利所致。投予清热利湿、分清化浊之剂。方宗加味萆薢分清饮出入（萆薢15克，乌药10克，车前子10克，射干10克，炮山甲12克，石菖蒲15克，苦参15克，翻白草15克，黄芩9克）水煎温服，并嘱其善事珍摄，暂禁油腻。[illegible]剂服后，小溲转清，心胸觉舒，唯脾气尚未全复，纳不知味，口渴依然。前方增白术12克、知母9克以醒脾清热，[illegible]本，调治2个月，症除病愈，康复如初。

4. 消浊固本丸

组成：山萸肉 12 克，怀山药 20 克，粉丹皮 12 克，续断 15 克，熟地黄 15 克，黄芪 20 克，白术 12 克，甘草 9 克，苦参、射干各 15 克。

功能：益肾健脾，补虚固涩。

主治：乳糜尿迁延日久，肾虚不固，湿浊未尽。症见小便浑浊，淋沥不尽，腰酸腿软，身疲乏力，烦热口干，遇劳加重，舌红脉细。

用法：上药共研细末，炼蜜为丸，每次 6～9 克，每日 2～3 次，温开水送服，亦可水煎服，用量按原方比例酌减。

方歌：李氏消浊固本丸，山药地黄丹续和。燥湿苦参须重用，射干清热酌增多。健脾术草芪升陷，萸肉补肾逐病魔。

【按】本丸药是在效方的基础上蜜制而成。制成丸剂后服用方便，易为患者接受。

典型病例

凌某，女，45 岁。

1988 年 10 月 3 日初诊：尿浊 10 年，经久不愈，遇劳病发，终无绝期。近因家务劳甚，引发宿恙。诉小便色浑，淋沥不尽，腰膝酸软，神疲乏力，烦热口干。舌质红，少苔，脉细。尿检：乙醚试验阳性，尿蛋白少许，红细胞（+）。此乃肝肾两亏，日久劫阴，湿热未净，虚实错杂之证。拟予益肾健脾、育阴清热之剂（黄芪、川萆薢、怀山药各 15 克，丹皮、续断、生地、萸肉各 12 克，射干 10 克）。10 剂服后，尿浊十去七八，但腰酸神疲依然。患病日久，正气馁虚，草木奏功非易，先生以自制固本消浊丸缓图，可冀入其佳境。半月后复诊，诉小便转清，腰已不酸，精神大

振。复查尿乙醚试验阴性，尿常规检查亦属正常。原法应手，毋须更张，再服本丸巩固，患者至今未发此病。

5. 乳糜食疗汤

组成：薏苡仁、芡实、红枣、芹菜、怀山药、莲子。

功能：健脾补虚，清热渗湿。

主治：乳糜尿，脾虚湿热型。症见小便浑浊如米泔水，面色不华，腰酸。

用法：熬粥吃，或当菜肴，或煎汤服。

方歌：苡仁芡枣乳糜疗，尿浊脾虚效更高。芹菜煎汤当水饮，清除湿热病邪消。怀山莲肉熬成粥，长服养生胜醴醪。

【按】食疗汤对乳糜尿有一定的辅助治疗作用，经用于临床多例，与不食此汤的对照组相比，疗效提高明显，病程缩短，特列出以示同道。

典型病例

王某，女，35岁。

1989年8月5日初诊：素体瘦弱，劳则尿浑，已历多年。近因家务操劳，又不慎饮食，旧恙复萌，小便浑浊，时如泔浆，时如炼脂，眠食俱废，神疲乏力，面容憔悴。舌质淡，脉沉细。先生以此为肝肾不足、湿热下注故见小溲色浑也。病久质亏，其症神疲腰酸，面容憔悴。当拟健脾益肾、清热祛湿，以冀标本兼顾。投之“苦参消浊汤”：苦参、山萸肉、怀山药、车前子、萆薢、益智仁、菖蒲、熟地、乌药。并嘱其将苡仁、芡实、红枣熬粥服食。三餐皆炒芹、荠二菜。

7天后复诊，诉小溲转清，神振纳增，唯腰酸如故。患者上班无暇，熬药不便，乃嘱其遵乳糜食疗汤意，日日熬粥

为饮，餐餐炒菜为食。如此善后调理，1个月后形体渐丰，病告痊愈。随访1年，疗效巩固。

附：乳糜尿案例5则

案一：方某，男，成年。

1975年8月初诊：3年前患尿浊症，经医院确诊，系血丝虫引起的乳糜尿。经用海群生治疗后，症状未见减轻，血检仍有丝虫。后转中医以石莲子汤加减治愈，未过三月旧恙复萌，仍请原中医按前方治疗一月余，未见好转。于1975年8月来我院诊治，见尿浑浊如米泔水，小便频数，且有间断，淋沥不尽，食荤及辛辣物病情即加重，腰酸腿软，形羸神疲，纳呆欠运。脉微弦濡，苔黄腻。经检查：小便蛋白（+++）、脂肪球（+++），红细胞7～8个/高倍视野，白细胞偶见。中医辨证属脾虚不能运化水湿，下焦蕴郁湿浊，肾气不固，以致湿浊与精液下流而成白浊之症。经上述基本方加白术、煅龙牡服药10剂，病情大有好转。原方继服10剂，病症痊愈，尿检正常。后又到医院检查，未找到丝虫，3年后随访未复发。

案二：朱某，男，38岁。

1975年9月初诊：于1973年秋发现小便如米泔水，经县医院检查血中有血丝虫，用海群生治疗3个月后，尿浑转清，复查未见丝虫。1974年冬季上症又作，复至该县医院以西药治疗，效果不显，血检仍见丝虫。1975年8月来我院就诊，小便化验：蛋白（+++）、脂肪（+++）、红细胞（+++），白细胞少许。患者体瘦神倦，腰酸背楚，纳谷寡味，得食腹胀，尿浊如膏，色赤，排尿时涕状粘液堵塞尿道，涩痛难耐，不易尿出。脉细数，苔薄黄。此为膏淋之症迁延日久，脾肾两虚。脾主运化水湿、输布水谷之精微，

脾虚则气陷，不能运化水湿，迫使湿热下注，致成淋证；肾主藏精，又为封藏之本，肾虚则约束无权，精不能固，致精液外流，肾热移于膀胱，煎灼真阴，则为膏淋。

萆薢分清饮为膏淋主方，熟地、山药、山萸肉又是益肾健脾之圣药，更有苦参补肾水而制相火，清湿热又能杀虫，如此组方能达事半功倍之效。故用上述基本方，另加白茅根、炒蒲黄、琥珀末（吞服）清热止血，合入赤苓、石韦，以助利水渗浊通淋之功，通则不痛。

患者服药 5 剂，尿浊减轻，排尿亦畅，已无涩痛感。原方继服 5 剂，病情好转。去所加之药味，按原方再服 7 剂而获全功，小便化验正常，血检未见丝虫。数次追踪观察，未见复发。

案三：袁某，女，23 岁。

1980 年 7 月 15 日初诊：半年多来，小便浑浊如米泔水，解之如油，泻下如膏，尿时常觉有异物堵塞尿道感，努力解后则见乳白色粘液块状物渗出，病情每因过劳或过食油腻物而加重，伴见精神困倦，腰酸膝软，纳谷寡味。曾经上海某医院诊为乳糜尿，中、西医治疗三月余无效。近日又增小便频急、尿道灼热疼痛、少腹拘急不适等症。脉弦数，舌质略红，苔黄腻。

诊断：膏淋（脾肾亏虚、下焦蕴热型）。

治法：益肾健脾，清利湿热。

处方：山药 30 克，砂仁（后下）3 克，炒熟地 18 克，泽泻、炒杜仲、石莲子、车前子、萸肉、苦参各 15 克，萆薢、石菖蒲、益智仁各 10 克。

服用 10 剂后，小便清澈，无粘液状物阻塞尿道感，腰酸膝软症减。尿道涩痛、小便频迫之感若失。再予原方继服

5剂，诸恙悉平，实验室检查均正常。随访至今已5年，病情稳定，未见反复。

【按】小便浑浊见于“淋”、“浊”证，淋证与浊证的鉴别在于前者尿时疼痛，后者尿时无痛。现本案初无尿痛，应属尿浊；后增尿痛，是为尿淋。有曰：先病者为本，后病者为标。本案淋、浊并见，但尿浊为本、尿淋为标。见症有腰酸膝软，过劳病情加重，是乃肾虚不足所致；纳谷寡味，或多食油腻则增病情，此系脾虚不健所致。肾主藏精，脾主运化。肾虚不能固藏人体之精，脾虚不能运化水谷，反变生为浑浊之物，二者相合由尿路外排成尿浊证。浑浊久蕴下焦，郁化为热，湿热相合注于前阴，使尿道涩痛，小便频数急迫，继成尿淋。本案实乃脾肾不足、下焦蕴热所致。

本案淋、浊俱见，浊为本，淋为标，因标证不急，且治疗本证需利湿泻浊，有利于标证的解除，故标本同治。治本则以益肾健脾为法，治标则以清利湿热为法。肾盛则精固，脾健则湿化。方中地黄、杜仲、益智仁、山药、石莲子、萸肉益肾健脾；益智仁、山萸肉、石莲子兼有固涩肾精作用；泽泻、车前子、萆薢、苦参清热利湿泻浊；菖蒲开通尿窍。全方补泻兼施，标本同治，故能取速效也。

乳糜尿为常见病证，中医药疗效尚可，但本案经中、西药治疗3个月未效，又增尿路感染，证情趋于复杂，经标本同治，补泻兼施，获得佳效，说明治疗本证固然不可忽视正亏之治，也应重视邪实之除。

案四：许某，女，51岁，工人。

1988年3月7日初诊：乳糜尿已届20余载，遇劳即发，屡经治疗，缠绵难愈，近来因夹劳饱餐，病发增剧。症见小溲浑浊，夹带血块，面白神疲，日渐消瘦，头昏乏力，

腰膝酸软。舌质淡，苔薄黄，脉细数。小便检查：乳糜试验阳性，尿蛋白（＋＋），红细胞（＋＋＋），白细胞（＋＋），血检未见丝虫。

诊断：尿浊（脾肾亏虚，下元不固型）。

治法：益肾健脾分渗。

处方：苦参 15 克，淮山药 30 克，生、熟地各 15 克，山萸肉 9 克，川萆薢 12 克，白茅根 20 克，穿山甲 9 克，墨旱莲 15 克，仙鹤草 15 克，车前子 20 克。7 剂。水煎服。每日 1 剂，分 2 次服，并忌辛辣油腻之物。

复诊：前服药饵，诸恙渐减，惟小溲浑浊夹带血块依然。湿热未净，上方增琥珀末（吞服）6 克、翻白草 15 克，增清热止血之力。

三诊：再用益肾健脾、清热止血法，小便血块消失，复查小便：蛋白（－），红细胞（－），乙醚试验（－）。体质亏乏，尚感头昏乏力，腰膝酸软。原方增川断 12 克、乌药 10 克以善后调理。

四诊：调理以来，病情稳定，精神日见充沛，面色见红，以自制固本消浊丸服之，以竟全功。2 年后随访，未见病发。

【按】乳糜尿属中医“淋”、“浊”范畴，发病率高。先生据多年之临床经验，认为该病应在辨病的基础上重视辨证，证型不同，治疗亦异。用药时苦参不可少，因苦参既能益肾养精，又能祛湿杀虫，标本双关，是治疗乳糜尿的要药。

案五：林某，男，37 岁，工人。

1985 年 8 月 13 日初诊：小便淋浊如膏伴腰酸已半载有余，食油荤明显加重，多方治疗罔效。患者形体消瘦，面色

少华。舌质光红，苔黄微腻，脉虚弱。血检丝虫（－），尿检乳糜试验（＋）。

诊断：尿浊（肾虚湿热型）。

治法：益肾清利，扶正祛邪。

处方：山萸肉 15 克，山药 20 克，熟地 12 克，苦参 12 克，萆薢 12 克，石菖蒲 10 克，益智仁 12 克，乌药 12 克，生苡仁 12 克。

二诊：进药 7 剂，尿色转清，查尿乳糜试验（±），诸症悉减，原方出入再进。

处方：山萸肉 15 克，山药 15 克，熟地 12 克，萆薢 10 克，苦参 10 克，益智仁 12 克，党参 15 克，生苡仁 12 克，怀牛膝 12 克。

另加六味地黄丸口服，每次 6 克，每日 3 次，进服 1 个月而痊愈，乳糜试验（－）。

【按】此例尿浊，西医诊断为乳糜尿，证属虚实夹杂。然肾之气阴双虚为病之本，而炎夏所罹患之湿热为病之标，肾气虚未有脾气不亏者，且湿热又最易伤困脾阳。故在用熟地、萸肉补肾的同时，还取山药、益智仁健脾升清，复佐萆薢、石菖蒲、苡仁清利下焦湿热。尤妙在取用一味苦寒沉降，既能清热燥湿又能杀虫收敛之苦参，作治尿浊之君药，使全方补泻同行，涩清并举，共奏奇功。

肿瘤的治疗经验（附病案十一则）

（李济仁先生经验）

肿瘤是严重危害人类健康和生命的一种常见病、多发病，特别是恶性肿瘤对人类的生命危害极大。近年来，国内外在肿瘤防治研究工作虽已取得了不少进展，治疗方法有手术、放疗、化疗等。但对整体损伤太大，疗效不够理想。尤其是对于晚期肿瘤患者，往往因体质虚弱而不能接受治疗，因此对中、晚期癌症患者，还有待进一步提高治疗效果。中医在肿瘤的治疗过程中，既虑及整体，又顾护局部，在某些方面有着其他治疗方法所不及的优点。

中医学有着与疾病作斗争的丰富经验和理论知识，对肿瘤的防治也有颇多文献记载，如《难经·五十六难》曰："在胃脘，覆大如盘，久不愈，令人四肢不收，发黄疸，饮食不为肌肤。"又如《诸病源候论·恶核肿候》中所说："恶核者，肉里或有核，累累如梅李，小如豆粒……"在多年治疗各种不同类型肿瘤的过程中，先生认为首先必须注意以下几点：

1. 扶正与祛邪并用

凡肿瘤患者正气必虚，加之西药、化疗、放疗等必耗正气，故用药时必须加扶正药物以增强机体的免疫力，如：养阴药沙参、知母、枸杞子、菟丝子、女贞子、天门冬、麦门冬等；益气药黄芪、人参、灵芝、党参等，十全大补丸、补中益气丸亦可用。为防扶正有闭门留寇之虞，黄连、鳖甲、茜草、马齿苋、绞股蓝等亦当酌情施用。

2. 辛温大热可抗癌

如肉桂、仙茅、菟丝子、锁阳、黄精等。

3. 软坚散结、活血化瘀药不可少

如莪术、三棱、鳖甲、川芎、地龙、三七、牛膝等。

4. 随症加减

①术后高热可用银花、连翘、菊花、天葵子、蒲公英等。

②伤口不愈：加用黄芪、当归、赤芍、丹参、川芎等。

③疼痛明显，加制乳没、元胡、郁金、丹参、桃仁、红花、徐长卿等。

一、胃癌

胃癌是最常见的恶性肿瘤之一，其发病占我国消化道恶性肿瘤的一半，占全身癌肿的10%。发病年龄以40～60岁为多见，约占2/3，40岁以下者约占1/4，其余大于61岁，男多于女，约为3.6∶1。胃癌的好发部位以幽门区最多(48.8%)，贲门区次之（20.6%），胃体部再次之(14.0%)，广泛者较少（7.8%）。胃癌按病理组织学分类，绝大多数为腺癌，还常见粘液癌和低分化癌（包括髓样癌和硬癌）。

胃癌的早期诊断对预后有很大意义。对可疑病例应及时进行粪便隐血检查、X线钡餐、纤维胃镜及活体组织检查、胃液细胞学检查和四环素荧光试验等，以明确诊断。西医学对胃癌的有效治疗方法仍是早期根治手术辅以化疗。胃癌的病因尚未明确，一般认为与遗传、血型、体质、种族等内在因素和生活习惯、职业、饮食种类、饮水、嗜好、环境土壤等外界因素有关，其中似以生活、饮食习惯和遗传素质最重

要。

胃癌属于中医的“胃脘痛”、“伏梁”、“反胃”、“噎膈”等病范畴。关于胃癌的病因病机，中医认为多由长期的饮食不节、情志忧郁，渐致痰火胶结，或脾胃虚寒，或津液干枯、气滞血瘀而成，或食积、气结、热结、痰凝、血瘀、脏虚所致。故凡治此者，必宜以扶助正气、健脾养胃为主。若饮食未消，则兼祛其滞；逆气未调，兼解其郁；热邪未去，兼清其热；痰结未散，兼化其痰；瘀血未祛，兼行其瘀；病久衰弱，则专用补养。不可标本杂进，以致重伤胃气，难能奏效。但其证确有气血、痰火、瘀积之实邪，又见机体正气尚盛，则当祛邪以养正，亦不可忽也。

先生常用治胃癌拟定方：

方一：白花蛇舌草 60 克，苡仁 30 克，黄药子 10 克，乌梅 6 克，龙葵 30 克，威灵仙 20 克，田三七 15 克。水煎服。可缓解症状，本方亦宜治食道癌。

方二：太子参 20 克，姜半夏 10 克，石斛 10 克，丹参 15 克，广郁金 15 克，赤、白芍各 12 克，炒蒲黄 15 克，五灵脂 15 克，山甲珠 15 克，夏枯草 10 克，薜荔果 15 克，广木香 15 克，生牡蛎（先煎）30 克。水煎服。

另服攻坚丸，每日 20 丸，分 3 次服。

攻坚丸处方：马钱子 15 克，活蜗牛 15 克，蜈蚣 10 克，乳香 30 克，蜂房 15 克，全蝎 10 克。上药油炒黄，研末，乳香粉为衣，每 5 克做 20 丸。

方三：乌贼骨、枯矾各 210 克，白及 180 克，二丑 210 克，小苏打 240 克，蛤粉 90 克，瓦楞子 90 克，陈皮 60 克，香附 60 克，研细末。每日服 3 次，每次服 6～9 克，饭前服用。用于溃疡型胃癌。

方四：龙葵 30 克，白英 30 克，蛇莓 25 克，金桔叶 30 克，铁树叶 25 克，急性子 30 克，石见穿 25 克，川楝子 10 克，铁扫帚 15 克。水煎服。

方五：菝葜（根部）2500 克，鲜、干均可，洗净切碎，文火浓煎，去渣，得液 4 升；加肥猪肉 250 克（切碎），再浓煎，得药剂 2500 毫升。每天服 125～250 毫升，服后再重复煎服。

例 1：许某，男，40 岁，工人。

1992 年 10 月初诊：患者于 1992 年 9 月因幽门梗阻症到本市某医院门诊就诊，行胃肠钡剂摄片示：胃窦部充盈缺损。诊断：胃窦癌。遂住该院外科，行剖腹探查及病理活检示：胃窦部癌块如鸭蛋大，与胰腺粘连，腹腔大网膜及胃小弯淋巴结有如蚕豆及花生米或黄豆等不同大小的转移癌。取大弯淋巴结活检，病理证实为转移性腺癌，未能切除，仅作胃肠吻合术。

术后精神不振，神疲乏力，面色萎黄，形体消瘦，脘腹作胀，只能进流质饮食，二便尚可。舌质淡红，苔薄白，脉细弱。此乃癌毒犯胃，脾胃不和，正气大亏。治以健脾益气，理气和胃，兼攻癌毒之法。

方药：

方一：黄芪 25 克，潞党参 15 克，茯苓 15 克，白术 15 克，阿胶（烊冲）10 克，绞股蓝 20 克，广木香 9 克，南沙参 10 克，神曲 15 克，陈皮 15 克，鸡内金 10 克，白花蛇舌草 20 克，龙葵 20 克，石见穿 20 克。水煎服，每日 1 剂。

方二：菝葜（根部）2500 克，洗净切碎，加水 12.5 升，文火浓煎，去渣。得液 4 升，加肥猪肉 250 克（切碎）再浓煎，得药液 2500 毫升，每天服 125～250 毫升，服完复

煎。

服方一3周后，诸恙好转，脘腹作胀明显减轻，已能进半流质饮食。改服方二，3个月后，体力增强，体重增加，肤色转红润，精神好转，能操劳家务。服药半年后症状消失，体力、精神恢复如前，能参加正常工作。此后间歇服药有5年，临床症状消失。

2000年3月复查钡剂摄片示：原胃窦部充盈缺损症消失。触胃脘柔软，腹部无肿物，全身未见异常体征，直肠指诊阴性。治后现已存活10年。

【按】民间早有莪蒁治愈癌症的验例，本案治疗除用扶正祛邪兼攻癌毒之法外，与久服莪蒁亦有关。经抑瘤试验证明，莪蒁对S180、脑瘤22有抑制作用，对体外筛选法、噬菌体法也见活性，可见莪蒁确有治癌良效。

例2：章某，男，45岁。

1995年8月20日初诊：诉今年元月份因急腹痛而在南京市某医院行剖腹探查示：胃小弯有2cm×1.5cm急性穿孔。病理切片报告：胃腺癌。乃予缝合修补。术后迅即产生腹水，曾用化疗（具体药物不详），鲜效，遂来我院就诊。患者症见腹部膨满而胀，形体消瘦，面色萎黄，疲倦乏力，神靡头昏，大便干结，小便短少。舌质淡，苔黄厚腻，脉细缓。体检：患者体重49千克，腹围68cm，腹部有移动性浊音及波震感，肝、脾未触及，两侧锁骨上有蚕豆大肿大淋巴结，左腋窝有核桃大肿大淋巴结，不活动，无压痛。此乃水湿互结，正虚邪留，病在中焦。治以健脾利湿、解毒散结。

方药：白花蛇舌草、黄元耳草、喜树果、苡仁、党参各30克，半枝莲60克，炒白术、茯苓、鸡血藤各20克，泽泻、枳壳各12克，制附片10克，莪蒁30克。

患者坚持服上方中药加减治疗 4 年余，症状逐渐减轻，体力增加，腹水消失，临床无腹水症。腹围由 68cm 减到 62cm，腹部 B 超检查腹水阴性，颈部及腋窝淋巴结未触及，体重由 49 公斤增至 54 公斤。

续服中药，随访观察。现临床症状基本消失，恢复正常工作，治疗至今已存活 7 年 4 个月。

二、肺癌

肺癌发生于支气管粘膜上皮，亦称支气管癌，或支气管肺癌，是最常见的肺部原发性恶性肿瘤。本病发病年龄大多在 40 岁以上，并随年龄增长而增加，50～60 岁上升特别显著，患者以男性为多，男女比例约为（4～8）:1。但近年来男女性别发病差距有缩小趋势。

根据肺癌的生长部位及方式，可分为中央（中心）型（约占 3/4）和周围（边缘）型（约占 1/4）两种，病理组织学分为鳞状细胞癌（约占 40%～50%，男性多见，常为中央型）、未分化癌（约占 1/3 强，男性较多，属中央型）、腺癌（约占 1/3 弱，女性较多，为周围型）和细支气管—肺泡细胞癌（约占 2%～5%，好发于中年人，男女相近，结节型和弥漫型）四型。肺癌可经 X 线片、痰细胞学检查、纤维支气管镜、肺放射性核素扫描及活体组织检查确诊。西医学对肺癌的治疗采取以手术切除为主，放疗、化疗、免疫治疗为辅的综合治疗方法。本病病死率极高，平均 5 年生存率不到 10%，其预后取决于早期发现和及早治疗。

肺癌的病因迄今亦尚未完全明确。目前公认与吸烟特别与吸纸烟关系密切；物理化学致癌因子（有烟草的加热产物、石棉、砷、铬、镍、铍及放射性铀、镭等）可诱发肺

癌，此外还与大气污染有关。慢性肺疾患、病毒感染、黄曲霉素、维生素 A 缺乏、机体免疫机能低下、内分泌失调及家族遗传等因素对肺癌的发生可能起综合性作用。

在中医学文献中，与肺癌类似的记载散见于“咳嗽”、“哮喘”、“痨瘵”、“咯血”、“胸痛”、“痰饮”、“积聚”、“肺积”、“息贲”、“肺萎”、“肺疽”等病症的资料中，尤与“肺积”、“息贲”相似。肺癌的成因乃外感六淫邪毒犯肺，内有七情饮食所伤，并脏腑正气虚损，则肺气郁，宣降失司，津液不布，积聚成痰，痰凝气滞，血行受阻，瘀血留结，积成息贲。因邪正盛衰有异，故宜详审。治宜攻补兼施，攻邪而不伤正，养正而不助邪，乃治积之要也。

先生治疗肺癌，临床上常根据不同的证型选用不同的药物：

1. 气阴两虚型

症见：咳嗽胸痛，痰中带血，低热不退，精神萎靡，形体消瘦，面色如常或灰暗，头昏食少，口干欲饮，脉细弦数或沉细数，舌质红，苔薄白或舌红光剥；病理检查或见纵隔淋巴结转移。证属气阴两虚、热毒痰瘀，治宜益气养阴、清热解毒、化痰消瘀。

常用药物：大剂生黄芪（60 克）、北沙参、五味子、秦艽、知母益气养阴、润肺除热；半枝莲、半边莲、白花蛇舌草清热解毒；瓜蒌薤白散合消瘰丸（玄参、牡蛎、贝母）加夏枯草、白芥子、昆布、海藻、杏仁、桔梗、郁金清热消痰、软坚散结；鸡血藤、仙鹤草补血行血、凉血止血。药中病机则热退血止、痰消肿散而愈。

2. 肺脾两虚型

症见：面色萎黄，形体消瘦，呼吸气短，四肢倦怠，纳

谷不香，咳嗽频作，胸闷气喘，甚则咳呛呕吐，痰红或略黄稠痰，或白粘痰，或痰中带血，舌质淡红，苔薄白或黄腻，脉弦缓无力，或濡滑，或沉细；病理检查或有纵隔淋巴结转移。此乃肺脾两虚、痰热蕴结之证，治以健脾清肺、清热化痰为主。

常用药物：北条参、冬虫夏草、人参、黄芪、土茯苓、白术等健脾补肺固其本；白英、土贝母、海蛤粉、白及、三七、莪术、木瓜、蒲公英、鱼腥草、夏枯草等清热化痰、散瘀止血而治其标。

3. 阴虚痰热型

症见：持续发热，或低热缠绵，干咳，痰粘或黄，或咳嗽不止，痰多带血，胸闷胸痛，气急声嘶，形体消瘦，神疲无力，呈重病容，纳呆食少，便干溲赤，舌质红，苔薄白或黄燥，脉弦数，或弦滑，或脉弱无力；病理检查或有锁骨上淋巴结转移。此肺热壅盛，消灼肺阴，痰热互结所致。治以滋阴救肺、清热解毒、化痰散结之法，佐以凉血止血。

常用药物：沙参麦冬汤加百合、五味子、石斛滋阴救肺；加龙葵、半枝莲、白花蛇舌草、鱼腥草、水杨梅根清热解毒；加百部、苡仁、昆布、海藻、紫菀、橘络、杏仁、山慈菇化痰散结。上药可酌加高丽参、黄芪、蛤蚧、獭肝为丸，久服以冀益气增液，补肺扶正，正胜邪安而愈。

4. 表里俱热型

症见：畏寒发热，体温较高，体温 38℃以上，精神萎靡，面色微赤，咳嗽痰黄，痰中带血，舌质红或绛红，苔薄黄，脉弦数，两寸关脉洪。证属表里俱热，痰血瘀结，兼有阴虚，治以表里双清，化痰凉血，滋阴养肺。

方先用桑菊饮解表清热，加黄芩、杷叶、牛蒡子、瓜

蒌、贝母、前胡、鱼腥草、黄芩以清肺化痰，生地、仙鹤草以凉血止血；待热降血止脉平，遂改弦易辙，去桑、菊，加白花蛇舌草、半枝莲、龙葵清热解毒，增紫草、白及、蒲黄凉血散瘀，百合固金汤以滋阴养肺而收全功。

5. 腑结脾虚型

症见：发热起伏，咳嗽胸痛，痰血咯血，形体消瘦，呼吸气促，神疲乏力，不思饮食，腹胀便秘，舌红，苔黄腻，脉细滑数。此痰热壅肺，肺气不降则腑气不通，脾失健运。治以通腑泻浊、清热解毒、消痰软坚、健运中舟为法。

首用小承气汤以釜底抽薪；继以六君加沙参、石斛之属以健脾养胃；终以山海螺、半枝莲、白花蛇舌草、牡蛎、莪术合失笑散、石见穿等清热解毒、消痰软坚；再拟养正祛邪于一方，庶乎万全。

6. 肺肾阴虚型

症见：咳嗽声嘶，痰少粘稠，痰中带血，面色无华，形体消瘦，肢倦乏力，语声低弱，口干咽燥，舌红少津，脉细数。证属肺肾阴虚，痰热互结。治以滋肾养肺、清热消痰之法，则可力挽危候。

常用方如麦门冬汤、百合固金汤、贝母瓜蒌散等。以麦冬、天冬、百合、熟地滋养肺肾之阴；党参、半夏益气化痰；黄芩、元参、贝母、全瓜蒌、甘草开胸散结，清肺化痰。并可选用沙参、玉竹、天花粉等，以增养阴清热之力；紫花地丁、紫背天葵等，以加强解毒散结之功；咯血难止者加白茅根、仙鹤草凉血止血之属；低热盗汗者加地骨皮、白薇、五味子育阴敛汗之属，其他抗癌效药亦可酌选，以期佳效。

7. 痰热血瘀型

症见：咳嗽胸痛，咯血不止，量少色暗，夹有膜状物，

痰多黄稠而浑，面容苍晦，舌质暗红或有瘀斑，脉弦滑。证属痰热壅盛，瘀血凝结，治宜清热化痰、凉血祛瘀。

方用千金苇茎汤清肺化瘀、逐瘀排脓，加白花蛇舌草、土茯苓、野荞麦加强清热解毒之力；加紫草、羊乳根、丹参以增凉血活血、逐瘀祛痰之效。则痰热得清，瘀血得祛，咯血自止，肺积自消矣。

例 3：陈某，男，40 岁，司机。

1999 年 12 月 26 日初诊：宿疾咽干音哑，近半年来经常咳嗽，吐少量白色粘稠泡沫痰，并伴左侧季肋部不适。9 月 10 日晚咳嗽时曾吐鲜血两口，血随痰出。遂在当地某市医院就诊，X 线胸透示：左下肺靠膈肌处有片状模糊阴影，边缘不清，诊为“左下肺炎”。用抗生素等对症治疗无效。又按“结核病”治疗旬余，仍未见效。1999 年 10 月 3 日来我院，X 线片、支气管镜及病理检查均报告为：“支气管肺癌”。患者决定住院手术治疗。11 月 5 日开胸后见支气管肺癌已经扩散，手术无法进行而关胸，仅取少许组织再送病检，报告为“鳞状上皮细胞癌”。遂予化疗，但病情日渐恶化。要求出院后改用中医药治疗。

刻下症见：面色萎黄无光泽，形体瘦弱，疲倦乏力，痰内仍时夹血丝，语声低弱嘶哑，纳谷欠馨，小便正常，大便干燥难解。舌质红赤，苔薄白少津，脉细数。证属肺肾阴虚，火盛刑金。治以壮水清金，泻火凉血，佐解毒抗癌。

方药：

一方：夏枯草、元参、旱莲草、生地、半枝莲、半边莲、猫爪草、藕节、鱼腥草、沙参各 30 克，天花粉、玉竹、冬虫夏草、麦冬各 15 克，五味子、石斛各 12 克，川贝母 10 克。水煎温服。每日 1 剂，分早、中、晚 3 次服下。

二方：夏枯草、元参、生牡蛎、白茅根、蒲公英、南北沙参、鱼腥草、藕节、白花蛇舌草、黄芪各30克，炙百合、黄精各20克，生鳖甲、麦冬各15克，五味子10克。煎服法同前。

2000年元月17日二诊：一方服后，诸症减轻，咳嗽轻微，痰中已无血迹，食欲增加，大便转软，一日一行。舌质红，苔薄白转润，脉细略数。药证合拍，原意出入，予服二方。

3月5月三诊：二方服后，自觉诸症若失，面色渐变红润，体力日有增加，已在办公室做轻微工作。方已奏效，毋庸更张，再按前方继续，以冀巩固。

以上方药续服年余，病情稳定，未见复发。2001年2月10日复查X线胸片，示两肺野清晰，至今已存活3年。

【按】本案属中医“咳血”、“息贲”范畴，乃肺肾阴虚之候。阴虚则火盛，日渐煎熬则液涸痰凝、毒邪内结而成癌；火盛刑金，损伤肺络则血随痰出，或痰挟血丝。肾脉从肾上贯肝膈入肺中，循喉咙挟舌本，可见其咽干音哑久羁，为肾阴久虚之征。方中生地、元参、旱莲草、玉竹、黄精、五味子、百合、沙参、石斛、麦冬、冬虫夏草、天花粉壮水益肾以制内干气分之火，清金养肺以补金受火克之损；蒲公英、鱼腥草、半枝莲、半边莲、白花蛇舌草清内结之热，解血中之毒；猫爪草、夏枯草、鳖甲、牡蛎益阴除热、散结解凝；藕节凉血止血；茅根导热下行；诸药合用，共奏壮水清金、泻火凉血、解毒抗癌之功。药证合拍，故获佳效。

例4：张某，女，56岁，营业员。

2000年4月9日初诊：罹咳喘病史20余年，近3年来病情加重，屡服中、西药不见缓解。于2000年元月3日在

合肥省立医院摄X线正侧位片示：右肺门区有直径9.0cm大小片状影。诊断为：右中心型肺癌。患者不愿手术治疗，遂来先生处就诊。

刻下症见：咳嗽喘促，无痰，右侧胸背部疼痛，纳呆食少，声音嘶哑，疲倦乏力，小便正常，大便干燥难解，舌质红，苔薄黄，脉弦数。乃肺热壅盛，宣降失司，气郁痰凝，治以清肺益气、开痰软坚。

方药：

一方：白花蛇舌草50克，夏枯草、鱼腥草、天花粉、重楼、沙参、海浮石各30克，枇杷叶、瓜蒌各25克，大贝、杏仁、五味子、桔梗、干地龙各15克。水煎服。每日1剂，每剂分3次服。

二方：蜈蚣、壁虎各20条，重楼50克，土地龙30克，加黄酒3斤，浸泡7天后取酒。每次服20毫升，每天服3次。

用一方、二方治疗半年，病情日见好转，胸背疼痛减轻，纳谷增，大便软，一日一行。

继按一方加麦冬20克，露蜂房5克，绞股蓝20克，以滋阴润肺，二方同服。现临床症状基本消失。于2001年2月10日复查X线正侧位片，示右肺门区肿块影缩小2/3，疗效明显，现仍在继续治疗中。

【按】肺癌在临床上所表现出来的咳嗽、胸痛或痰血诸症，往往与其他呼吸系统疾病不易鉴别，加之验痰阳性率不高，故发现每多晚期，在治疗上很难控制。从以上验案来看，用清肺益气、开痰软坚法坚持治疗，尚有满意疗效。

三、肝癌

肝癌分原发性和继发性（转移性）两种。原发性肝癌是指肝细胞或肝内胆管细胞始发生的癌肿，为我国常见的恶性肿瘤之一，其发病率约占所有癌瘤的1%～7%左右，尤以东南沿海地区多见。死亡率在恶性肿瘤中列第三位，仅次于胃癌和食管癌。本病可发生于任何年龄，以40～49岁为多，男女之比为（3～5）:1。其病因和发病机理尚未确定，目前认为与肝硬变、病毒性肝炎、黄曲霉素和其他化学致癌物质有较密切的关系。

本病早期诊断、早期治疗是提高疗效的关键，故临床上应对可疑病例进行甲胎蛋白测定（AFP），血液酶学检查，放射性核素扫描，A型和B型超声波检查，X线肝血管造影，CT，腹腔镜和肝穿刺活检，以明确诊断。西医学施行早期手术切除仍是最有效的治疗方法，一年存活率为20%左右，5年存活率很少超过20%。但本病目前在临床确诊时，中晚期病例约占90%左右，其中以中医药治疗为主或中西医结合方法治疗者约占92%以上。据报道，Ⅱ期肝癌患者中医药治疗组一年生存率为36.5%，因此，中医疗法已成为肝癌的基本治疗方法之一。

原发性肝癌属中医学的“癥瘕”、“积聚”、“肥气”、“息贲”、“脾积”、“痞气”、“黄疸”、“肝积”、“癖黄”等范畴，历代中医著作中多有类似肝癌症状、体征和成因的记载。本病常见临床表现为胁下肿块、疼痛、纳差乏力、黄疸、消瘦、腹水及恶病质。其病因病机为：外感寒湿，或湿热之邪侵袭人体，加之饮食不节，损伤脾肾，或因情志失调，肝气郁滞，气滞血瘀，水湿内停，著而成积，蓄为腹水；内因正

气不足，脏腑气血亏虚，湿困脾阳，湿蕴化热，郁蒸发黄。其主要病机为正气虚弱，肝气郁结，气滞血瘀，水湿痰凝，热毒结聚。病属正虚邪实，治宜攻补兼施，以补为主，以攻为辅。但亦应根据不同病程的不同表现，具体辨治，不可拘泥。若大积大聚，不搜而逐之，日进补汤无益。故李中梓言积证治法“初者受攻，中者且攻且补，末者受补”，此之谓也。

先生认为，肝癌的临床治疗可辨证分为以下类型施治：

1. 肝郁脾虚型

症见：上腹右部肿块，胀满疼痛，压之痛甚或不明显，胸闷叹息，或呕血黑便，或有黄疸，纳呆食少，大便溏泄，疲倦乏力，面色萎黄，或苍白，或晦暗，形体消瘦，精神萎靡，舌质红或淡红，脉细弦。证属肝气郁滞，脾虚不健，瘀毒内蕴。治宜疏肝健脾。

常用药物：佛手、郁金、柴胡、香附疏肝理气；苡仁、鸡内金、香砂六君或四君以健脾补中；气郁则化火，故用半枝莲、大青叶、茵陈、马齿苋清火解毒；气滞则血瘀，故用丹参、赤芍、三七、仙鹤草之属活之祛之；肝肾阴虚则阳亢，故以女贞子、枸杞子、首乌、生地、石斛之属滋之涵之。

2. 湿热瘀滞型

症见：肝区肿块质硬，按之则痛，或腹胀膨隆，或全身黄疸，或有发热，或便黑如酱，纳谷尚少，形体消瘦，肢体疲软，面色暗黑，形容憔悴，肌肤甲错，舌质红，边有瘀斑，苔黄腻，脉弦滑或弦涩。证属肝经湿热，气滞血瘀，邪毒内结。治宜清解湿热、行滞祛瘀。

常用药物：半枝莲、半边莲、白花蛇舌草、虎杖以清利

湿热解毒；柴胡、青皮、郁金、石见穿、三棱、莪术、牡蛎、鳖甲等疏肝理气、行滞祛瘀，并有软坚散结之功。如见腹水，可用茵陈蒿汤加茯苓、商陆、车前子、泽泻等清利湿热；俟湿热瘀滞得解，再用“八珍”、“人参养荣”之剂以扶正善后，则腹水肿块消失而愈。

3. 脾肾两虚型

症见：形寒肢冷，神倦消瘦，动则气促，面色萎黄，肝区肿块疼痛，脘腹作胀，口溃纳差，大便溏泄，小便清长，舌质暗红，苔薄白或黄腻，脉细软无力。证属脾肾阳虚，气血两亏，兼有湿热瘀滞。治宜健脾温肾，气血双补，佐以清热行滞。

常用药物：党参、炒白术、茯苓、黄芪、白芍、山楂、制首乌等健脾开胃、益气补血；若阳虚里寒，加附子，佐白花蛇舌草、藤梨根、郁金、山甲、牡蛎等清解湿热、行滞祛瘀；若疼痛明显则加枳壳、素馨花、延胡索、丹参、鳖甲以行滞化瘀、软坚止痛。

4. 脾虚湿热型

症见：肝区肿块，质硬时痛，脘腹作胀，或有腹水及下肢浮肿，形体消瘦，精神不振，面色苍暗，或有低热起伏，纳呆食少，二便如常或便溏溲黄，舌质红，或边有瘀斑，苔黄腻，脉细弦。证属脾失健运，湿热瘀滞。治宜健脾益气、清利湿热、行滞化瘀。

常用药物：党参、山药、厚朴、半夏、焦三仙以健脾化湿和胃；夏枯草、金钱草、虎杖、半枝莲、龙葵、白英、蛇莓、猪苓以清热解毒利湿；三棱、莪术、赤芍、鳖甲、丹参、紫草、山慈菇、牡蛎、石见穿、乳香、没药、三七、水红花子等行滞祛瘀消积，则脾健而湿热瘀滞缓解获效。若兼

见腹水肢肿，乃脾虚不健、水湿内停所致，故用参苓白术散，茯苓易猪苓，加黄芪以健脾温肾消水，加葶苈子、桑白皮以宣利肺气，增行水之功。

5. 肝肾阴虚型

症见：肝区肿块坚硬，压痛明显，恶心欲吐，不思饮食，咽干口苦，形体消瘦，面色青黄，精神萎靡，周身乏力，头晕目眩，两目干涩，两耳失听，舌质红绛发紫，边有齿印，舌苔薄黄而干，脉细弦数。证属肝肾阴虚、热毒瘀滞。治以滋肾柔肝、清热解毒、行滞化瘀。

常用药物：生地、丹皮、女贞子、当归、白芍、麦冬、沙参、制首乌、枸杞子等滋阴养血柔肝；土茯苓、龙胆草、山栀、败酱草、夏枯草、漏芦、金银花清热解毒；三棱、莪术、赤芍、丹参、牡蛎、鳖甲、三七等行滞化瘀；外用软坚消肿之剂煎膏外敷，可使病情好转，肿块软小。

6. 瘀毒凝结型

症见：面唇晦暗，肝区肿块，质硬压痛，腹部膨隆，青筋暴露，全身浮肿，不思饮食，大便秘结，舌质紫暗，脉沉涩。证属气滞血瘀、癌毒结癥。治宜行滞化瘀、解毒消癥。

药用枳实、大黄、牛膝、桃仁、红花、水蛭、雷丸行气导滞、破血逐瘀；当归、白芍养血柔肝；用斑蝥烧鸡蛋，合蟾蜍内外并用，以解毒抗癌，鸡蛋以顾护胃气（参见例6处方）；并用逍遥散以及六味地黄汤交替服用，以疏肝益肾、滋水涵木，防止毒火复燃；再辅以人参、胎盘等益气扶正，多方施治，总以扶正、祛邪为鹄。

例5：赵某，男，23岁，工人。

1984年10月2日初诊：患者于1981年5月始觉脘腹不适，上腹部经常疼痛。自服胃舒平后缓解。尔后形体消

瘦，疼痛延至右肋，且右肋及剑突下可扪及一巨块，按之坚硬疼痛。1984 年 9 月出现全身黄疸，腹水。在南京市某肿瘤医院作放射性核素肝扫描示：肝占位性病变；甲胎试验：阳性。诊断为肝癌。邀先生诊治。

患者症见：面色灰暗，形体消瘦，肌肤枯槁，中脘癥块隆起，大如覆盘，坚硬不移，按之痛剧，腹大如鼓，中下腹按之荡漾，身目皆黄，每日食量 150 克，小溲短黄，尿量 480 毫升/24 小时，大便时结时溏。舌苔白厚，质暗，脉涩滞。证属气机不畅，血瘀积聚，脾不健运，土不制水，发为“癖黄”。治以行气消瘀、软坚散结、健脾利水、解毒抗癌之法。

药用：茵陈、白花蛇舌草、半枝莲、半边莲、醋鳖甲（先煎）各 30 克，茯苓、丹参各 25 克，白术、北条参、昆布、海藻各 15 克，当归、白芍、泽泻、活蝼蛄、枳实各 12 克，土鳖虫、三棱、莪术、鸡内金各 9 克。水煎服，每日 1 剂。

二诊：服上方 10 剂后，纳食增加，脘腹胀痛较前减轻，精神略振，舌脉同前。继服上方。

三诊：上方共服 30 剂后，脘腹癥块明显缩小，凹凸不平征象难以扪及，食欲增，纳食由每日 150 克增至 600 克，腹水消退，诸症显好。然气滞瘀结，痼疾难拔，邪实正虚。续以上方加黄芪 30 克、绞股蓝 20 克以扶正祛邪。

四诊：按原意继续辨治 1 年余，临床症状消失，肿块明显缩小。1985 年底在南京市某肿瘤医院复查放射性核素肝扫描示：肝硬变；甲胎试验：阴性。1986 年 5 月起恢复工作。存活 5 年后，1989 年 7 月因患感冒，自服 ABC、非那根糖浆后于夜间暴亡。

【按】本案肝癌，腹部癥块巨大，坚硬不移，缘于气机不畅，血瘀积聚中焦，瘀毒内陷肝脏脉道，故患者早有癖积存在。而癖积之凝成，更使脾胃健运失职，土不制水，水饮停聚，形成水臌。瘀毒内攻，水热逼蒸，因而出现黄疸。此与《诸病源候论》所论“气水饮停滞，结聚成癖；因热气相搏，则郁蒸不散，故胁下满痛而发黄，名曰‘癖黄’”之机理颇为合拍。病势迭驱险途，邪实正虚，乃攻补兼施而奏效。

例 6：秦某，男，54 岁，教师。

1980 年 10 月 20 日就诊：患者嗜酒 30 余年，既住曾有肝功能异常史，于 1980 年 8 月 20 日突觉右上腹部疼痛，经当地医生治疗后疼痛缓解。尔后每隔数日发作一次，伴神疲乏力。后到地区医院就诊，诊断为肝脓肿。经抗炎等对症治疗无效而来我院就诊。检 A 型超声波示：肝波始于第 5 肋间，剑突下 6cm，密集微小波，丛状波，波型迟钝，出波衰减；同日血 AFP（+）。又于 9 月 12 日在本院作肝扫描示：肝图像欠佳，肝影增大，肝左叶肿大，肝内放射性分布欠均匀，肝左叶下部放射性较稀疏，脾脏显影轻度肿大。诊断：原发性肝癌。后曾用活血、清热解毒、健脾等中药及 5－FU 静脉注入治疗后病情一度稳定。近因肝脏进行性肿大，病情进展，遂来先生处求治。

病家唇面晦暗，全身浮肿，腹部膨隆，青筋暴露，肝脏明显突起如盆，触之表面凹凸不平，右叶伸至脐旁，质硬而有压痛，全身皮肤粘膜及巩膜未见黄染，无蜘蛛痣和肝掌，全身淋巴结不肿大，自觉神疲乏力，纳差，右上腹时胀痛。舌质紫暗，苔薄白，脉沉涩。乃癌毒内袭，气滞血瘀，结为癥积。治以活血化瘀、解毒抗癌、散结止痛。方用：

一方：黄芪、党参、白术、雷丸、红花、枳实、白芍、牛膝各10克，当归15克，桃仁10克，三棱10克，莪术10克；痛剧加罂粟壳9克，便秘加生大黄9克。水煎服，每日1剂。疼痛缓解后隔日1剂。

二方：斑蝥烧鸡蛋：鲜鸡蛋1只，打开一小孔，另取斑蝥虫3只，去头、足及翅，放入蛋内，一层纱纸封包，再裹以湿泥，置灶火中煨熟。去虫吃蛋，每天1只。

三方：取癞蛤蟆1只，去头及内脏，剥皮，煮熟，汤肉并吃，每天1只。肝痛剧时取蛤蟆皮敷贴痛处。

服用上方两月余，肝痛消失，浮肿消退，食欲大增。

改以逍遥散及六味地黄汤交替内服。1年后复诊，肝大缩小至肋下3cm，无任何不适感，食欲旺，精神佳，能下地劳动。本案治疗存活3年5个月后，因患者自行停药，迨至1984年5月突然复发而死亡。

【按】本案属中医学之血臌，其病因复杂，绝非单纯血瘀所致。故治疗上应从多方考虑，既要活血化瘀、逐秽解毒，又要护元扶正、顾护正气。先生方用破瘀通络、消胀除积药物作为血中开导；斑蝥虫味辛，性热，有大毒，所含斑蝥素有抗癌作用，口服吸收入血，直达病灶，能攻毒散结，活血祛瘀；配以鸡蛋，可缓和其毒性，以免损伤胃气；蟾蜍味甘、辛，性凉，有毒，功专解毒止痛、利尿消肿，生皮敷贴肝痛处，患者可顿时出现凉感而痛减。在治疗过程中，还适当服用人参、胎盘，静注能量合剂等以扶正。另强调精神调摄、生活节制、远隔房事等，以调整人体内部机能活动，增强抗病能力而获显效。

四、鼻咽癌

鼻咽癌为我国多发肿瘤之一，发病率占头颈部恶性肿瘤的首位，以华南地区为高，在某些高发地区，发病率已居恶性肿瘤之首。发病年龄在30～60岁之间，男多于女，男女之比为2.35∶1。病理上以低分化鳞状上皮细胞癌为最多(占85.6%)，未分化癌和较高分化癌都较少见。大体形态可是结节型、菜花型、粘膜下型、浸润型和溃疡型。本病早期即可发生颈淋巴结转移，晚期可出现血行远处转移，如肺、肝、骨、关节转移等。对可疑病例须及时施行活检以确诊。由于鼻咽癌患者的EB病毒远较其他恶性肿瘤及正常人为高，VCA－IgA抗体测定已作为普查及治疗监护的手段。西医学对本病以放射治疗为主，放疗后5年存活率为50%左右。本病病因尚未明确，经研究表明与遗传、病毒及环境因素有关，特别是与EB病毒有密切关系，从癌肿活体组织培养的淋巴母细胞中可分离出EB病毒。

中医学中有许多类似鼻咽癌各阶段不同症状的描述。如鼻渊、鼻衄、鼻鼽、耳鸣、控脑痧、上石疽、失荣等。临床主要表现为不同程度之鼻衄、鼻塞、头痛、耳鸣及颈项肿块等。

鼻咽癌主要病机为肺热痰火及肝胆毒热上扰，痰火瘀血互结。盖肺主气，其经手太阴之脉也，开窍于鼻，肺和则鼻气通利，肺气不和则上焦热盛，肺热乘于太阴之经而蕴积于鼻，迫血离经而鼻衄；气血凝滞，津液停结，变生疮疽，则鼻塞成鼽。肝足厥阴之脉，循喉咙之后，上入颃颡，忧思恚怒则致肝气郁结，肝火上逆，熏灼颃颡，又肝胆之脉相连，肝病则胆必受累，肝胆毒热移行于脑，则为鼻渊、控脑痧。

胆足少阳之脉下耳后循颈至肩上，其支者，从耳后入耳中，郁火灼津液为痰，痰火上结，郁于耳中，则出现耳鸣闷塞；痰火搏于少阳，阻塞经络，日久血瘀，痰火瘀血互结，形成肿块而成上石疽、失荣。故先生认为，本病治疗应以清消为主。

先生常用抗鼻咽癌的有效药物有：菝葜、山慈菇、石上柏、垂盆草、蛇莓、天葵子、葵树子、蛇舌草、半枝莲、南五味子、土牛膝、半边莲、苍耳草、蚤休、茅根、穿破石、白芷、辛夷花等。

例 7：顾某，女，50 岁，烟厂干部。

1987 年 10 月 5 日初诊：患者于 1986 年底无意中发现右颈部包块，遂至省立医院就诊，病理活检示：鼻咽部上皮样癌。经放疗后，包块由鸭蛋大小而消失。半年来包块复现，且逐渐增大。近 3 个月右鼻常出血，伴消瘦、乏力。复去省立医院肿瘤科诊治，建议中医药治疗。遂求治于先生。

患者刻下症见：面色少华，形体消瘦，气短乏力，食少眠差，包块疼痛，近 1 个月来长大明显，伴鼻衄。舌质淡红，苔薄白，脉细弦。此乃气血两虚，血瘀毒凝，发为失荣。治以补益气血、和营解毒，佐软坚散结之法。

方药：

黄芪、党参、淮山药、半枝莲、半边莲、牡蛎各 30 克，茯苓、当归、大蓟、小蓟、赤芍、淡海藻、淡昆布各 15 克，白术、陈皮、地龙各 10 克，仙鹤草、元参各 20 克，甘草 3 克。水煎服，每日 1 剂。

二诊：服上方 10 剂后，纳谷渐增，疼痛减轻，鼻出血减少，余症同上，方已奏效，故不更张。守上方加山慈菇 10 克、白花蛇舌草 20 克，以增抗癌解毒之功。

三诊：继续服药 20 剂，鼻衄已止，包块未再增长，精神较前明显好转，面部仍苍白少华。守上方去大蓟、小蓟，加绞股蓝 20 克续服。

四诊：按上方意，继续辨治半余年，临床症状及包块消失。2 年后曾复发，继用中药施治获效。带病存活至今。

【按】本案放疗后病情复发，右颈肿块明显增大，伴有鼻衄，面色少华，形体消瘦，声低乏力，食少不寐，舌淡苔薄，脉弦细，乃气血两虚、血瘀毒凝之证。故拟补益气血、和营解毒、软坚散结之法为治。方拟“八珍”加黄芪、山药、玄参补益气血、养阴和营；大蓟、小蓟、仙鹤草化瘀止血；牡蛎、昆布、海藻、地龙、山慈菇软坚散结；半枝莲、半边莲、白花蛇舌草解毒抗癌；绞股蓝既能抗癌解毒，又能扶助正气，为肿瘤病人常用药。全方重在补益扶正，少佐抗癌攻伐，故能长期服用，达“法正、药缓、力均”之效而病愈。又因肿瘤形成非一日之功，癌毒蕴积日久，必大量耗伤人体气阴，故抗癌消瘤亦非一日之力，需长期用药。因此，“留得一分正气，则有一分生机”，扶正祛邪不失为治癌第一要法。

五、乳腺癌

乳腺癌又名乳癌，是女性乳房最常见的恶性肿瘤。在乳癌中，女性占 99%，男性占 1%。我国女性乳腺恶性肿瘤的发病率仅次于子宫颈癌，居第二位（在欧美则占第一位）。乳癌在我国占全身各种恶性肿瘤的 7%～10%。发病年龄以 40～60 岁居多，其中又以 45～49 岁（更年期）和 60～64 岁为最多，20 岁以下患者极少。西医学对本病的治疗仍是早期手术，或手术加放疗。乳癌根治切除术为其主要手段，

5年生存率约有50%，10年生存率约为30%。乳癌的病因尚不明确，一般认为与卵巢功能和性激素变化有很大关系。雌、雄激素产生过多都可引起乳房腺体上皮细胞过度增生而癌变。独身妇女，婚后未生育、晚生育、未哺乳或哺乳不正常（过短或过长）的妇女患乳癌者较一般妇女为多（但有些学者认为生育和哺乳可促进乳癌的发生），还与遗传和乳腺良性肿瘤转化有关。另外，现代医学研究发现一种B型RNA病毒能引起小白鼠乳腺癌，近年在人类乳腺癌患者乳汁中也发现有B型RNA病毒颗粒，但因其传染而产生乳腺癌的情况尚未获得证实。

中医学对乳腺癌的记载有“乳石痈”、“石乳”、“乳岩”、“妳岩”等名。中医学认为：乳房属阳明经，乳头属厥阴经。乳腺癌每由外、内因所合致。外因即感受风寒之气，乘阴明经气虚弱所袭，胃足阳明脉直者，从缺盆下乳，血气郁滞于乳而成乳石痈；内因则由“忧郁伤肝，思虑伤脾，积想在心，所愿不得者，致经络痞涩，聚结成核”（《外科正宗》）。另外，乳癌多见于更年期及绝经后妇女，故冲任失调、气血紊乱亦为其发病内因之一。因此，寒袭阳明，郁伤肝脾，冲任失调，则脏腑功能紊乱，邪毒蕴内，郁而化热，气滞血瘀，痰浊交凝，结滞乳中，则致乳岩。晚期气血亏损，阴极阳衰，乃至脏腑俱衰。故治疗应以疏肝化痰、调理冲任、清热解毒、化瘀解凝、扶正祛邪为要。清代吴谦强调指出：“若患者果能清心涤虑，静养调理，庶可施治。”说明精神因素对提高本病的疗效起重要作用。

先生常用的抗乳腺癌药物有：藤梨根、猪殃殃、败酱草、老菱壳、天葵子、白英、龙葵、蒲公英、蛇莓、泽泻、半枝莲、留行子、山慈菇、蚤休、野菊花、山甲珠、羊乳、

金不换、漏芦、猫眼药、土贝母、紫地丁、蛇舌草、山豆根、桔梗、南星、醋柴胡等。

例8：张某，女，45岁，工人。

1995年11月20日初诊：患者曾于1993年10月发现左乳房上方肿块，在本院作病理活检，诊断为“乳腺癌”。同年11月行左乳腺癌根治术，术后放疗2年余。近月来，旧恙复萌，症见手术部位疼痛，伴恶心呕吐，食欲不振，神疲乏力，大便不畅，干燥难解，触其胸部仍有肿块，坚硬拒按。舌质偏暗，苔黄腻，脉弦滑。证属气郁痰凝，脉络瘀阻。治以理气降逆、化痰软坚、解毒抗癌之法。

方药：

一方：旋覆梗、陈皮、桔梗、姜竹茹、法半夏、赤芍、川楝子、元胡索各10克，代赭石（杵，先煎）20克，夏枯草、蒲公英、海藻、牡蛎各15克，白花蛇舌草30克，龙葵20克。水煎服，每日1剂。

二方：夏枯草、蒲公英、海藻、牡蛎、当归、丹参、山慈菇各15克，陈皮、桔梗、法半夏、赤芍、元胡、川楝子、贝母、三棱、莪术各9克，白花蛇舌草30克，龙葵、全瓜蒌、留行子各15克。水煎服，每日1剂。

二诊：一方服药7剂后，诸症减轻，恶心呕吐已止，纳食已思，手术部位时隐痛。遂服二方，增软坚散结之功。

三诊：服二方半月余，诸症明显减轻，疼痛止，肿块已软，腻苔亦退。续服二方。

四诊：按前方意，继续辨治三月余，肿块全消，无其他不适之症。恢复工作，治疗存活7年余，现仍健在。

【按】本案例为乳腺癌根治术加放疗后复发，肿块坚硬，疼痛拒按，乃肝郁热毒、痰凝血瘀所致，为其本；又见恶心

呕吐，纳呆不食，则肝气犯胃、胃气上逆、痰浊上泛为其标；脉弦滑，苔腻，亦为痰浊之征。故首方即用旋覆代赭合温胆汤加减，以和胃降逆为主，先治其标；辅元胡、川楝子以疏肝理气止痛；蒲公英、白花蛇舌草、龙葵清热解毒抗癌；夏枯草、海藻、牡蛎化痰软坚。方已对证，仅服5剂，呕吐即止，纳谷已思。

遂改二方，去旋覆梗、代赭石，加山慈菇、贝母、瓜蒌以增化痰散结之力；三棱、莪术、当归、赤芍、丹参、王不留行子以破气化瘀，治其病本。故服药仅三月余，癌消症除而愈，存活7年仍健在。

乳腺癌转移病例

例9：史某，女，47岁，纺织工人。

1988年3月5日初诊：左乳腺癌于1987年10月9日行根治术，术后放疗3个月，半年后又发现左腋下有棋子般大小肿块，经检查确诊为乳腺癌转移，遂行二次手术。刀口边缘疼痛，自认为乳癌难愈之症，故而忧虑万分，形容日渐消瘦，肤黄憔悴，神困肢软，纳谷寡味，夜不安寐。舌质淡，苔白腻，脉濡细。血象检查各项指标均低于正常。

诊断：乳岩（气血双亏型）。

治法：益气养血，固正和营。

处方：太子参15克，黄芪20克，炒白芍15克，怀山药15克，黄精15克，焦三仙各15克，紫丹参15克，当归15克，绞股蓝20克，无花果15克，川芎9克。

二诊：疼痛减轻，纳食渐增，此为佳象，嘱其放宽怀抱，怡养性情，庶可根治。上方加半枝莲、半边莲各15克以清热解毒，防患未然。

三诊：心胸稍安，肤色转润，但神倦乏力，正气尚未痊

复，再宗前法加减。去丹参，加肥玉竹 12 克、鸡血藤 15 克、活血藤 15 克养阴补血。另增五加皮以益气扶正。

四诊：叠进前法，颇合病机。刀口边缘疼痛止，精神渐复，胃纳亦旺，腻苔已除。近日复感外邪，鼻塞，咳嗽，恶寒发热，大便妥而复秘，此正馁邪袭、液耗肠燥之故。宗前法增固正润肠之品图之。去焦三仙、黄精，加生首乌 15 克、全瓜蒌 12 克。另增服感冒退热冲剂以祛外邪。

五诊：乳癌手术后调治 5 个月有余，基本趋于痊愈，血象检查：白细胞 4×10^9/L，红细胞 4.2×10^{12}/L，趋于正常。因体质素弱，易觉疲乏，幸饮食已达正常，再予前法服药 15 剂，以调整善后。

【按】此例乳癌患者，屡经手术、放疗必定耗伤正气，故首诊即投益气养血、固正和营之品而获效。《素问·刺法论》曰："正气存内，邪不可干。"特别是癌症患者，扶正至为重要，方中所选黄芪、当归、绞股蓝、无花果能益气补血，且药理研究证明其防癌作用颇佳；半枝莲、半边莲二药相伍，清热解毒之力方显，亦有抗癌作用。所选药物均标本兼顾，扶正祛邪合理应用，终获满意疗效。现患者存活 3 年余，坚持上班，未见其变。

六、结肠癌

结肠癌是胃肠道常见的恶性肿瘤，属大肠癌之一。大肠癌最常见于结肠下段，约 60% 位于直肠，25% 位于乙状结肠，其余依次见于盲肠、升结肠、降结肠及横结肠。其发病率和死亡率在消化系统恶性肿瘤中仅次于胃癌、食管癌、原发性肝癌等。结肠癌男性多于女性，男女比例约为 2:1，以 41～50 岁年龄组发病率最高。本病病因尚未十分明确，但

有些病如家族性息肉病，已公认是癌前期疾病，结肠腺瘤、溃疡性结肠炎及结肠血吸虫病、肉芽肿与结肠癌的发生有较密切的关系。目前，本病的早期诊断仍有困难，对可疑病例应进行乙状结肠镜、X线钡剂灌肠或气钡造影、纤维结肠镜检查、病理活检，以明确诊断。血清CEA检测亦可提供诊断参考。西医学对本病的治疗采取以早期手术切除为主加化疗的综合性疗法，术后5年生存率约为50%。中医学古籍中类似于结肠癌的记载散见于“肠澼”、“伏梁”、“肠覃”、“癥瘕”、“积聚”等疾病中。临床上常表现为腹泻、腹痛、脓血便、腹部肿块等；晚期可出现不完全梗阻性腹胀、腹部肿块坚硬不移、浮肿、黄疸、消瘦及腹水等症。结肠癌的病因病机分外因和内因，外因为饮食不节，起居不时，寒温失节，风寒客肠，损伤肠胃，运化失司，湿热内生，热毒蕴结，流注大肠，结而成癥；内因为忧思喜怒，脏腑失调，正气内虚，湿热邪毒乘虚下注，浸淫肠道，气滞血瘀，凝结成积。故解毒化痰、清利湿热、理气行滞及补虚扶正等法为结肠癌的常用治疗法则。

例10：沈某，女，45岁。

1998年5月2日初诊：患者腹泻多年，腹痛时作，头晕乏力，近半月来曾便血1次，其量可畏。一日自己在左侧腹部扪及一拳头大小肿块，即来我院就诊。疑为恶性肿瘤，遂行剖腹探查术示：结肠肝区有6cm×12cm大小之肿瘤，表面不光滑，质极硬，已浸润邻近网膜，肿瘤与胃只相离1.5cm。分离至十二指肠下降部，见已被肿瘤浸润，粘连带较硬，水肿。病理诊断：结肠腺癌，淋巴结转移。于1998年5月2日来先生处诊治。

患者形体消瘦，面色萎黄，神情倦怠，不欲饮食，腹部

疼痛，大便干秘。舌质淡红，苔少，脉细微弦。证属癌毒瘀阻，脾不健运，气血两虚。治以解毒抗癌、健脾养血之法。

一方：蟾蜍酒，每隔2天服1次，每次服100毫升。

二方：水杨梅根、藤梨根、菝葜、半枝莲、白花蛇舌草、白英各30克，党参、白术、茯苓、当归各15克，虎杖、生苡仁、红藤、红枣各20克。水煎服，每日1剂。

二诊：两方同用，共服3个月。药后体重增加，面色好转，精神亦振，纳谷增加，腹痛已瘥，大便转软。舌质淡红，苔薄白，脉细。

三诊：继续上方辨治1年余，1年内服蟾蜍酒1个月。患者体重增加并已上班。以后隔日服二方1剂，每年服蟾蜍酒1个月，以巩固疗效。

经治患者基本痊愈，体重显增，一直上班。随访身体健康，现已存活4年零5个月。

【按】本案系结肠腺癌淋巴结转移后接受中医治疗。热毒蕴肠则腹痛便秘；脾不健运则神疲乏力；纳差、苔少、脉细亦为脾虚之征。邪不去则正不安，故先生以祛邪扶正为治。方用蟾蜍酒合汤剂水杨梅根、藤梨根、菝葜、半枝莲、白花蛇舌草、白英、红藤、虎杖以清热解毒，抗癌而祛邪；四君加苡仁、红枣、当归以健脾养血而扶正，合而用之则邪去正安，恙情转佳，生活质量明显提高。

七、直肠癌

直肠癌发病率在大肠癌中居首位（占60%左右）。直肠癌多见于男性，男女之比为（2～3）:1。发病年龄多在40岁以上，20岁左右也有所见。病理组织学分类为腺癌（占75%～85%）、粘液癌（占10%～20%）、未分化癌和其他

癌（包括鳞癌等）四类。病因尚不明晰，目前认为与直肠癌发生有关的因素有：局部慢性炎症，如溃疡性结肠炎、日本血吸虫病等；致癌物质多环烃增加（高蛋白饮食引起胆酸分泌增加，后者被肠内厌氧菌分解为不饱和的多环烃）等。

直肠癌位置较浅，易于诊断，经常性大便隐血检查是早期发现本病的有效措施。还应进行直肠指检、X 线钡剂灌肠、直肠镜或乙状结肠镜检查、病理活检以确诊。早期手术根治性切除治疗的 5 年生存率为 50% 左右。但因癌肿深入盆腔之中，范围狭小，且与肛门括约肌接近，不易根治，局部复发率高，多数手术不能保留肛门，成为临床之难题。

关于直肠癌临床表现和病因病机的论述可见于中医学的“肠覃”、“下血”、“脏毒”、“锁肛痔”等疾病中。直肠癌梗阻时临床可出现腹痛，大便困难、变形，晚期可引起尿频、尿痛。中医学认为本病多由火热蕴毒、阴虚湿热所致。中医学对直肠癌病因病机的认识与结肠癌基本相同，亦有外因和内因，病机为湿热蕴毒、阴虚火热、胃肠虚衰，治则当知虚实之要。

先生常用治肠癌药为：菝葜、猕猴桃根、龙葵、薜荔、蟾皮、喜树、八角莲、野百合、水杨梅根、凤尾草、白花蛇舌草、半枝莲、黄药子、核桃枝、猪殃殃、白英、红藤、皂角刺、蚤休、白蔹等。

例 11：余某，55 岁，干部。

1999 年 3 月 5 日初诊：诉大便脓血 3 个月余。患者于 1998 年即发现大便次数增多，有脓血便，遂在当地医院按“痢疾”治疗，无效，遂来我院消化内科就诊。于 1998 年 11 月作纤维直肠镜检查，发现距肛门 5～7cm 处有一包块，约 3cm×3cm，病理报告示：直肠腺癌。于 12 月 20 日行手

术治疗，因包块在直肠前壁，术中出现并发症，患者又不愿改道，故求诸中药治疗。

症见患者面部无光泽，消瘦，大便3～5日一行，脓血便，量少，纳可，厌油，夜寐欠香，舌质淡红，苔薄黄微腻，脉弦细。乃癌毒久蕴，湿热下注，热毒结块。遂立除湿解毒、软坚散结之法。

方药：

一方：蟾蜍酒，每隔2天服1次，每次服100毫升。

二方：水杨梅根、藤梨根、半枝莲、白花蛇舌草、龙葵各30克，广木香、炒白术、茯神、郁金、刺猬皮各12克，槐花、地榆、夏枯草、昆布、海藻各15克，甘草9克。

二诊：两方交替服用。停服一方时，每天服二方1剂。药用2个月后，大便次数减少，每月2～3次，脓血亦少，饮食增加，已不厌油，舌质淡红，苔薄白，脉弦细。守二方去炒白术，加生黄芪30克、鸡血藤20克，再进。

三诊：上药服2个月，大便通畅，每日1～2次，脓血偶见，体重增加，饮食如常，面色微红，有光泽，无明显不适感觉，舌质淡红，苔薄白，脉弦。仍守前方再进。

四诊：继续服用5个月。检查肿块未增大，脓血消失。再服上药，并临床观察。1年后检查肿块仍同样大小，2002年2月随访，已带癌生存近3年，未见不适。

【按】本案直肠癌，因手术中并发症而改用中医治疗。患者湿热下注，瘀结肠道，熏灼络脉，则便下脓血；气血瘀阻，传导失司，脾气不通，则便次增多，不通则痛；苔黄腻，脉弦数均为湿热之征。方用水杨梅根、半枝莲、白花蛇舌草、龙葵清利湿热；蟾蜍酒内服以解毒抗癌；广木香、炒白术、茯神健脾和胃；木香、郁金、刺猬皮行滞止痛；槐

花、地榆凉血止血；夏枯草、昆布、海藻祛瘀散结。因癌症多有消瘦正虚，故佐黄芪、鸡血藤益气养血，效亦满意。

癫痫的诊治经验

（张舜华先生经验）

癫痫（Epilepsies），又名“痫病”或“羊角风”，是一种突然发生的、短暂的、不定期反复发作的大脑功能失调综合征，具有特征性的惊厥抽搐表现。临床以反复发作的短暂意识丧失、肢体痉挛、抽搐、感觉异常、植物神经功能紊乱及精神异常为症状，具有发作性、复发性及通常能自限的特点。癫痫可分为全身性（涉及整个大脑）和局部性（起源于大脑一个区域的异常电释放）。根据病因，又可分为原发性、继发性两种。癫痫的发生是由遗传因素、脑内癫痫性病理改变和促发因素三者相互结合所产生，而非单因素所致。

癫痫不论病因如何，均以病程中有反复发生的大脑神经元过度放电、大脑电脉冲失去平衡所致的暂时性中枢神经系统功能失常为特征，以肌肉抽搐和（或）意识丧失为其重要表现，另外还可表现为感觉、行为、自主神经（即植物神经）等方面的障碍。中医学认为癫痫是一种发作性神志失常的病症，其病机为风、火、痰、瘀以及先天因素等导致心、肝、脾、肾脏气失调，从而引起一时性阴阳紊乱，气逆痰涌，火炎风动，蒙闭清窍，导致突然发作，临床表现以卒然昏仆、强直抽搐、移时自醒、醒后如常人为特征。癫痫通常缠绵难愈，目前缺乏有效的根治方法。张老诊治该病颇多，

积验颇丰，确有独得之处。

一、阳痫经验方“阳痫汤”和“加减止痫丹”

张老治疗痫证，先分阴阳。阳痫多呈大发作，成年人居多，急则治标，治以镇肝熄风、清热化痰，常用自拟“阳痫汤”治疗。

药用：石决明（先煎）30 克，代赭石（先煎）30 克，青礞石（先煎）30 克，石菖蒲 20 克，制远志 20 克，夜交藤 40 克，广郁金 15 克，干地龙 15 克，天麻 15 克，双钩 30 克，生大黄 15 克，生铁落 50 克。水煎服，每日 1 剂。

症状缓解，发病次数减少后，继服验方“加减止痫丹”。

药用：广郁金 15 克，胆南星 15 克，清半夏 15 克，血竭 15 克，全蝎 15 克，蜈蚣 15 克，朱砂 5 克，天竺黄 15 克，琥珀 8 克。共研细末。成人每服 3 克，早、晚各 1 次，儿童酌减。

二、阴痫经验方“涤痰开窍饮”

阴痫多呈小发作，少年患者居多，治以化痰开窍、安神定惊，常用“涤痰开窍饮”加减。

药用：珍珠母（先煎）20 克，石菖蒲 15 克，制远志 15 克，煅龙牡（先煎）各 20 克，明天麻 10 克，双钩藤 10 克，白僵蚕 15 克，白芍 12 克，制南星 10 克，琥珀（研吞）6 克，广郁金 15 克，干地龙 15 克，夜交藤 20 克，紫丹参 15 克。水煎服，每日 1 剂。

待发病次数、症状缓解后，继服“愈痫丸”。

药用：全蝎、白僵蚕、紫丹参、广郁金、蜈蚣、石菖蒲各等分，研细末。每次 3 克，早、晚各 1 次，儿童酌减。

三、病案二则

例 1：吴某，男，18 岁。

初诊主诉：幼年即有癫痫发作史。近几年来病情加重，每 6～7 日大作一次，甚则昼夜发病 1～2 次。发病前有头痛幻视，继则突然昏倒，不省人事，惊叫如羊吼，抽搐吐沫，目睛上视，牙关噤急，常咬破唇舌。持续约 3～5 分钟后，渐醒如常人，仅感倦怠无力。发病来一直服西药苯妥英钠，但仍时有发作。平素性情急躁，心烦失眠，口苦咽干，便秘。舌质红，苔薄黄，脉弦略滑。证属阳痫，肝风痰火较盛，治以镇肝熄风、清热化痰，方用“阳痫汤”化裁，药用如下：

石决明（先煎）30 克，代赭石（先煎）30 克，青礞石（先煎）30 克，石菖蒲 20 克，制远志 20 克，夜交藤 30 克，广郁金 15 克，干地龙 15 克，天麻 10 克，双钩 30 克，生大黄 15 克，紫丹参 20 克，全蝎 6 克。水煎服，日进 1 剂。

二诊：药进 15 剂，诸症大减，服药期间仅发作 1 次，时感口苦、咽干。守上方加龙胆草 10 克、柴胡 10 克，以增泻肝之力。

三诊：上方再进 15 剂后，未见病发。停汤剂，续服验方“加减止痫丹”，早、晚各服 3 克。服药后 2 个月未发病，同时苯妥英钠逐渐减量至停服，间服“加减止痫丹”，一年未发病。停药观察，随访 10 年，一切正常。

例 2：杨某，11 岁。

初诊主诉：儿时因高热复受惊吓后，6 岁始发病。常在昼间一时性失神，持物落地而不知，约 1 分钟后即如常人。平素胆小易惊，烦躁不安，夜眠易惊醒，不欲饮食，大便偏

稀。用西药治疗1年后，唇周汗毛加重似小胡须，遂来先生处就诊。诊脉细弦，舌淡红，少苔，面色不华，神志正常。证属阴痫，乃痰浊内伏、心脾气虚之故。药用“涤痰开窍饮”加减：

珍珠母（先煎）15克，石菖蒲10克，制远志10克，煅龙牡（先煎）各15克，明天麻8克，双钩（后下）10克，白僵蚕10克，白芍10克，制南星10克，琥珀（研吞）5克，广郁金10克，夜交藤15克，紫丹参10克，炒白术10克，鸡内金10克。

进药10剂，仅发病1次，发作轻微。续服15剂，未再发病。停汤剂，服“愈痫丸”，每次2克，早、晚各1次，连服1个月后病未发，并逐渐减服西药后唇周汗毛退。后又予六君子汤加菖蒲、远志及甘麦大枣汤研末，炼蜜为丸，每丸3克，早、晚各服1丸，以健脾宣窍、养心安神，巩固疗效。连服3个月未再发病。停药观察半年，一切正常。

【按】治疗本病的体会有三点：

1. 癫痫证是一种发作性病症，临证时需辨明病因与证候属性，分清寒热虚实、标本缓急。发作期以阳痫表现为肝风痰浊为主的邪实证候，当平肝熄风、清热化痰；阴痫以痰浊内伏、心脾失调为主，当涤痰化浊、开窍醒神，旨在中止或减轻发作；间歇期以肝肾不足、气血亏虚为主，当补益肝肾、调气和血，以冀阴平阳秘、气血平和而防止其发作。

2. 常服抗癫痫西药的患者，用中药治疗的同时，不能立即停用西药，因中药尚未奏效，停药会引起频发和大发作。宜渐减量，尔后停药，或服维持量。

3. 癫痫完全控制后，应注意诱发因素。饮食不节及情感不遂易诱发本病。平素应注意起居有节，情绪稳定，可减

少其发作，以至完全控制病情，达到根治。

“凉血消癜汤”及血小板减少性紫癜治验

（张舜华先生经验）

血小板减少性紫癜是常见的血液病，是由于血小板减少所引起的以皮肤、粘膜、内脏和其他组织出血为特征的疾病。本病分为原发性和继发性两种。前者又称免疫性血小板减少性紫癜，是一种与免疫反应有关的血小板减少综合征，多见于儿童和青年，尤以女性青年居多。后者的病因多与感染、药物中毒、放射线损伤和某些肿瘤等损害有关。本病的主要临床表现为皮肤和粘膜的瘀点、瘀斑或内脏出血，血小板数目绝对减少。

血小板减少性紫癜属于中医“肌衄”、“血证”、“发斑”范畴，症状主要为自发性皮肤瘀点和瘀斑，粘膜和内脏出血，血小板减少和出血时间延长。西医学对该病的病因从免疫学方面研究有一定进展，但疗效不佳。张舜华先生在临床上治疗此病采取西医辨病定量、中医辨证分型的方法，疗效颇显。

一、验方“凉血消癜汤”

先生自拟验方“凉血消癜汤”，方药组成为：

细生地 15 克，粉丹皮 15 克，炒山栀 10 克，地骨皮 15 克，仙鹤草 20 克，女贞子 12 克，旱莲草 15 克，茜草炭 15

克，炙黄芪25克，当归15克，甘草10克。

二、血小板减少性紫癜病案一则

丁某，男，10岁，小学生。

2000年元月10日初诊：诉2个月前因感冒发烧后出现鼻衄，下肢多处散在性紫癜，遂在当地医院就诊。检查示：BPC 1.9万，予口服强的松40mg/d，静脉滴注丙种球蛋白后，血小板升至10万。但停用丙种球蛋白半个月后，血小板急剧下降。就诊时血小板已降至1.9万，下肢又出现多处片状出血，鼻衄，伴头昏，神疲乏力，纳呆，面色㿠白，舌质红，苔薄白，脉细数。诊断为原发性血小板减少性紫癜，予先生自拟“凉血消癜汤”治疗，连服15剂。

服后鼻衄止，下肢紫癜减少，血小板计数升至5万。

半个月后二诊：头昏乏力明显好转，唯纳差，口时干。继用凉血消癜汤加焦三仙各15克、石斛10克，连服10剂。

三诊：下肢紫癜基本消失，食饮增，口渴减轻。续用上方加三七粉6克，服用共30剂，血小板上升至9万，紫癜及鼻衄消失。半年后随访无出血倾向，血小板计数升至10万。

【按】血小板减少性紫癜之发生，中医认为因实热之邪迫血妄行，或因脾气虚损，统摄无权，或因阴虚内热，损伤脉络而致。离经之血溢于肌肤则成瘀血；瘀血阻塞脉道，致血不循经，又加重出血。故对该病施治应着重于热、气、血三个方面。治疗则以清热凉血、益气摄血、活血化瘀为关键，“凉血消癜汤”中以生地、丹皮、山栀、地骨皮凉血清热、活血化瘀，为主药；仙鹤草、女贞子、旱莲草、茜草炭凉血止血，为辅药；黄芪、当归益气补血。诸药合用，相辅

相成，使清热凉血而不损脾气，收敛止血而不留瘀，共收气血同治之效。

小儿急惊风的诊治经验

（张舜华先生经验）

惊风为儿科常见病症。惊是惊厥，风是抽风。凡病而出现惊厥抽搐者统称为惊风。临床一般分为急惊风和慢惊风两类。其中以热性、急性病引起的急惊风尤为多见。慢惊风多由急惊风经久不愈、病邪留连、真阴耗损、虚风内动而致。此处重点讨论急惊风。该病多罹患于1～4岁的婴幼儿，以发病急、变化快、死亡速为其特点。古人有“小儿疾之最危者，无越惊风之证，吉凶反掌，变生瞬息”之说。现结合先生临床经验，对该病的因、机、症、治探讨如下。

一、小儿急惊风病因病理

幼儿为稚阴稚阳之体，血气未充，神气未实，脏腑娇嫩，腠理不密，易受内外病因袭扰，每因外邪侵袭、惊恐刺激、痰积食滞而发生急惊风。根据古人经验，结合临床实践，先生认为本病病因病理大体有以下四点：

1. 外邪感染

吴鞠通认为六淫之邪皆能致痉。孙思邈说：“乘马远行，当沐浴更衣，然后方可近于婴儿，否则多为天吊急惊之候。”钱钟阳说：“步履粪秽之气，无使近于婴儿，令儿急惊风搐也。”这说明不正常的气候变化和外邪感染是导致急惊风的

重要途径。盖小儿腠理不密，卫外功能薄弱，护理不慎，易为风寒侵犯太阳之表，循经脉由表入里化热，内传心包，引动肝风而导致发热惊厥。或口鼻吸入温热疫毒，毒热内闭经络孔窍，可突然出现壮热、抽风、神昏谵语等症。

2. 内脏气血不和

《千金要方》云："少小所以有痫病及痉病者，皆由脏气不平故也。"《巢氏病源》说："小儿惊者，由气血不和，实热在内，心神不定，所以发惊。"盖气血调和，百病不生，气血失和，不能濡养筋脉，致肝风内动而发抽风惊厥。

3. 痰火积滞

《景岳全书》说："急惊者，阳证也，实证也，乃肝邪有余，而风生热，热生痰，痰热客于心膈间，则风火相搏，故其形证急暴而痰火壮热者，是为急惊。"盖小儿消化机能较弱，若喂养失宜，容易造成乳食积滞，郁积肠胃，阻碍气机，郁久生热化火，火能生痰，痰火激动肝风，闭塞清窍，酿成本病。

4. 大惊卒恐

《医宗金鉴》说："急惊风一症，有因目触异物，耳闻异声，神气散乱而生者……"盖婴儿神气怯弱，痰热尤多，偶受外界强烈刺激，如忽见异物、耳闻异声或不慎跌仆等暴受惊恐，都可引起急惊风症。

二、小儿急惊风临床证候

小儿急惊风的主要临床征象是突然高热惊厥，烦躁不安，神识昏迷，目直视或上转，摇头弄舌，咬牙齿，面部或四肢肌肉强直或阵发性痉挛；久之则见大量出汗，二便失禁，呼吸微弱，节律不整，皮肤爪甲青紫等。正如《婴童百

问》所说："急惊之候，牙关紧急，壮热涎潮，窜视反张，搐搦颤动，唇口眉眼眨引颊动并口中热气，颊赤唇红，大小便黄赤，其脉浮数洪紧，盖由内有实热，外夹风邪，心经受热而积惊，肝经生风而发搐。"《小儿药证直诀》亦说："小儿瘈疭不定，翻眼戴睛，状如神祟，头目仰视，手足抽掣，如鱼之上钩，故曰天钓，甚者爪甲亦青。"古人根据临床实践将小儿惊风扼要地归纳出"四证八候"。"四证"即：痰（痰多气促），热（高热口渴），惊（神识不清，昏睡惊叫），风（手足抽搐，角弓反张）。"八候"即：搐（肘臂伸缩抽动）；掣（两肩拽动），颤（手足震颤），搦（两手握拳或十指开合不已），反（角弓反张），引（臂若开弓，手如挽弓），窜（目睛上视），视（眼睛斜视，睛露不活）。

鉴于小儿生理病理的特点和临床证候的特征，四诊的运用与成人不尽相同。盖婴儿肌肤嫩薄，反应灵敏，内在变化应于体表，比成人明显，故望诊在诊断上占有重要地位。如见婴儿烦躁不安、两目直视、上视、伸手握拳、呕吐喜欠、身热颊赤、面色青暗、头发逆上、鼻干口燥、二便不利等证候，乃欲作急惊风之兆。

观察虎口指纹是儿科一种独特的诊断方法。急惊风时指纹多为青紫色，青者为惊积，紫者为惊热，青紫相伴为惊积风热俱有。若色红者为风热轻，鲜红者为感受外邪重。指纹见于风关为病轻，透至气关为病重，若过命关病更重。

小儿脉搏部位很短，不能容其三指以候寸、关、尺，只能以一指定三关。一般婴儿脉浮数、洪紧为急惊，反之沉迟、散缓为慢惊。

惊风发作之时，手散眼闭，口张囟陷，两足摆跳，肚腹搐动，鱼口气急，神昏不省，二便失常，心中热痛，忽而大

叫，药不能下。凡见此类证候，皆属难治。

三、小儿急惊风常用治法及护理措施

盖急惊风属实属热，临床上往往热、痰、惊、风四大主证同时出现，不过表现有轻重缓急，必须掌握每一证候的突出点，分清主次，抓住主要矛盾。因此，治疗应以清热、利痰、镇惊、熄风为原则。有表证者，兼以解表；里实热盛者，兼以通便泻热；有食滞者，兼以消导；痰涎壅盛者，佐以豁痰。临床施治大抵不外以下四法：

1. 清热疏表法

因感温邪而发热不久，症见摇头咬牙，两目上视，欲作搐搦，烦躁口渴，舌质红，苔黄燥，脉浮数，指纹浮紫。此时虽见惊症，可以不服惊药，但以辛凉解表如银翘散、导赤散之属治之。然需慎发汗不可太过，引起汗多血虚亡阳险证也。

2. 利痰泻火法

因痰火积滞，症见腹满呕吐，便秘，继而痰热上涌，激动肝风，蒙蔽清窍，故见痰鸣气粗，神昏抽风，舌苔黄厚，脉实纹紫。可用二陈汤加竹沥、天竺黄、胆南星之类利痰；若热甚火结，便秘舌燥，需用大黄、元明粉、瓜蒌仁、枳实、生地以通便泻火。但对巴豆等峻下剂，切须慎用。

3. 镇惊安神法

因惊恐激发，心肝两经受损，症见四肢抽动，角弓反张，神昏谵语，或不语，睡时惊惕不安，面色青赤，大便色绿，舌苔焦黑，指纹青紫。可用安神镇惊丸或苏合香丸加减。

4. 平肝熄风法

因劫液动风，内扰厥阴，症见壮热面赤，口渴引饮，烦躁谵妄，神昏抽风，二便赤结，舌红苔黄，脉数有力，可予羚羊钩藤汤增删，或用回春丹、抱龙丸之类图治。

急惊风病势暴急，虚实易变，往往在实热内闭的同时突然出现虚脱，临床必须注意，当很好把握用药时机为要。

根据急惊风的临床证候，采取适当的护理措施很有必要。如当小儿惊搐时，不可强行紧捆身体，以免扭伤肢体，造成残疾。但又不能任其抽搐不理，否则亦会发生意外。又如见小儿烦热不安、睡卧惊啼、咬牙弄舌等先兆症状时，要尽快寻因治疗，以制止惊风发生。否则贻误病机，或再受外感时邪、惊骇等时，势必导致急惊风的暴发。另外，当小儿需要休息时，一定要好好让其静养，绝不能张惶惊恐，频唤扰动，影响休息，以致恶化病情。《临证指南医案》曰："小儿痫痉厥本属险证。……灌药之后，斯时正元气与病邪交战之际，若能养得元气一份，即退一份病邪。此际小儿必有昏昏欲睡，懒与言语，气怯神弱，身不转动之状，此正当养其元神，冀其邪退正复，乃病家父母偏于此际张惶惊恐。因其不语而呼之唤之，因其鼾睡而频叫醒之，因其不动而摇之拍之，或因微有昏谵而必详诘之，或急欲以汤饮进之，或屡问其痛痒之处，哓哓不已，使其无片刻安宁，如此必轻变为重矣……"。

四、病案二则

例 1：张某，男，4 岁。

初诊：壮热 1 天，突然神志昏糊，有时烦躁谵妄，两目斜视，牙关紧闭，颈项强直，四肢搐搦，痰鸣气粗。舌质

红，苔黄厚腻，纹透气关，指纹色青紫，脉数有力。此温邪内扰、乘犯心包、肝风妄动之候，证属急惊。拟清热平肝、化痰开窍法，方用银翘散合钩藤饮出入，当否再候机宜。

处方：连翘、银花各 9 克，薄荷（后下）、黄芩、炒白僵蚕各 3 克，钩藤（后下）12 克，远志 6 克，菖蒲、防风各 4 克。

另用牛黄至宝丹 1 粒，分 3 次化服。

二诊：前进药饵颇中病机，搐搦已止，项强亦舒，神志较清，惟壮热未攘，痰鸣未除，两目依然斜视。舌质稍红，苔黄薄腻，脉数，指纹青紫。邪有退舍之象，再从原有基础上增进一筹。前方去牛黄至宝丹、薄荷、远志、菖蒲，加玉泉散（荷叶包）9 克，鲜芦根（去节）20 克，元明粉（分冲）、天竺黄各 3 克。

三诊：神志已清，目视正常，痰鸣大减，惟余热未清，神倦肢软，纳食寡味。苔微黄不腻，脉滑不数，指纹颜色基本正常。再拟固正清化，以善其后。处方：滁菊花、净连翘各 6 克，济银花 8 克，瓜蒌皮、天冬、麦冬各 4 克，川贝母 3 克，太子参 5 克，鸡内金 2 克。疗后病痊。

例 2：胡某，女，3 岁。

初诊：患儿高热无汗，昏睡不醒，颈项强直，痰鸣气粗，一遇触动则四肢抽搐、角弓反张。今日喷射性呕吐 4 次，经化验等检查，已确诊为流行性乙型脑炎（重型）。今按脉弦数，指纹透过命关，纹色红，苔白腻。此暑温挟湿，内闭心窍，证属急惊。姑拟清暑开窍、利痰泻火为治，慎防他变。

处方：香薷、瓜蒌仁各 4 克，连翘、竹茹、菖蒲各 6 克，鲜芦根 20 克，西瓜翠衣 9 克，天竺黄、元明粉（分冲）

各 3 克。

二诊：服药 2 剂，气粗痰鸣好转，呕吐略平，身见微汗，惟患儿仍昏睡，四肢频搐，目闭不开，眼球上吊，舌苔脉象如前。此肝风内动、温热炽盛之故，改拟平肝熄风为治。

处方：珍珠母（先煎）20 克，龙胆草 5 克，炙蜈蚣 4 条，生白芍、双钩藤（后下）各 9 克，白僵蚕、菖蒲各 6 克，菊花 4 克。

三诊：翌日抽风缓解，四肢不僵，口能自开，神志较清，眼能睁开看人，舌苔如前，脉象转沉缓。内风趋止，湿热未除，法当化湿清热、平肝熄风。

处方：藿香、佩兰各 9 克，清半夏 4 克，白蔻仁 5 克，山栀子、杭菊花、白僵蚕各 6 克，炙蜈蚣 4 条，珍珠母（先煎）25 克。

四诊：服药 5 剂，诸恙均见平复，体温正常，精神渐复，神识清楚，惟手指时有颤动，食欲较差。此邪去阴虚胃弱之故，再拟益阴健胃治之。

处方：肥玉竹、双钩藤（后下）、生谷芽、生麦芽各 9 克，生白芍、鲜石斛、鸡内金、甘草各 6 克，杭麦冬 4 克。

五诊：又服药 5 剂，手指已不颤动，食欲大增。经西医检查，均恢复正常。依前方续服 5 剂后追访，未见任何后遗症。

【按】小儿乃稚阴稚阳之体。阴气未盛，阳气柔弱。辛香走窜之热药宜少用或暂用，以防伤阴损阳。又因小儿多属纯阳之体，故本病宜重用清凉之剂，少用或不用辛温香燥之剂，以免助阳增热。一般小儿用药多取轻灵，药味宜少，剂量宜小。但也不能拘泥，如果患儿病在初期，邪实体壮，正

气尚充，病势又重，则宜重剂驱邪，绝不可执轻灵而弃良机，贻误病机，影响济危救险。本文所举病例药量较重，取其病重药亦重，力取克邪，其中亦有少量的香窜温药，如香薷等，取其辛散，以助驱邪，但需和清热泻火药同用，而且必须适可而止。

小儿疾病变幻多端，需要根据辨证论治精神，证变则法变，灵活用药，不可拘于一法一方，方能达到应变愈病的目的。本文所举病例说明了此一问题。案一属温邪痰热内扰心包、肝风欲动之证，故先用清热平肝、化痰开窍法而奏效，再拟固正清化而收全功。案二属暑湿挟表，热重于湿，先治暑热，后治湿热；先祛其邪，后扶其正。因药证相应，故疗效较速，又无后遗之证。

高血压病的治疗经验

（李济仁先生经验）

一、肝肾的生理性关联

中医学认为五脏属阴，六腑属阳，阴阳之中又分阴阳。就肝肾而言，肝为阳，肾为阴。《素问·金匮真言论》云："腹为阴，阴中之阴，肾也；腹为阴，阴中之阳，肝也。"《灵枢·顺气一日分为四时》云："肝为牡脏……肾为牝脏。"牝牡本指鸟兽的雌雄，古人用以比喻肾肝，因肝以阳为主，肾以阴为主。故叶天士又称"肝为风木之脏，因有相火内寄，体阴用阳，其性刚，主动主升，全赖肾水以涵之"。故

临床常有“滋肾水以涵肝木”之说，并被后人广泛应用。

在生理方面，肝藏血，肾藏精，精生血，血养精。肾精充足，肝血旺盛，肝脏功能才能正常；肝血充盛，使血化为精，肾精充满，肾脏功能亦能正常。若肾精亏损，血乏精化，可导致肝血不足；肝血不足，乏血化精，也可引起肾精亏损。可见二者互相滋生、彼此依赖、密切影响，所以常有“精血同源”、“肝肾同源”、“乙癸同源”之说。

十二经脉分属于十二脏腑，在经络上肝肾也互为联属相通。《灵枢·经脉》云：“肾足少阴之脉……其直者，从肾上贯肝膈。”而奇经八脉与肝、肾的关系亦为密切。冲、任、督脉皆起于“胞中”；督脉的循行与足太阳脉、足少阴脉相通而络属于肾；带脉则从督脉、足太阳脉分出；阳跷、阳维脉也与足太阳经相通；任脉、冲脉、阴跷、阴维脉则与足少阴经相通，这样八脉都与肾相联系。同时，督脉又与任脉相通，与肝经相会于头部。故叶天士在《临证指南医案》中说：“奇经之脉，隶于肝肾为多。”后来吴鞠通也说：“盖八脉隶于肝肾，如树木之有本也。”强调了肝肾与经脉关系及其在人体的重要作用。

二、肝肾的病理性关联

在病理方面，常常表现为肝肾之间的阴阳失调或肝血、肾精的亏损。如肾阴不足，不能涵养肝木，则引起肝阴不足，导致肝阳上亢，症状如眩晕目赤、急躁易怒等；肝阳妄动，又可下动肾阴，形成肾阴不足，症状如头昏耳鸣、腰膝酸软、阳痿遗精。临床上肝阴虚和肾阴虚，肝阳上亢和肾火妄动，往往分别同时出现，故肝、肾两脏之阴阳常常盛则同盛，衰则同衰。肝血虚和肾精虚亦是如此，并且互为因果。

三、从肝肾相关辨治高血压病病案三则

上述之肝肾关系的理论，用以指导临床，其疗效价值是十分显然的。先生据以治疗高血压病，则每有应验，现举验案三则以证之。

例 1：宋某，男性，58 岁。

1980 年 5 月 3 日初诊：主诉眩晕头胀，如立舟车，旋转不定，烦躁易怒，肢体作麻，失眠多梦，素嗜烟酒，宿有咳喘。诊见面色红赤，脉象弦劲，舌质红，苔薄黄。血压 25.3/15.7kPa（190/118mmHg）。此肾阴不足，肝阳上扰，气亢血燥，阳盛风动，气与血并走于上之候，故血压升高。治宜平肝潜阳降压。方拟自制之平潜降压汤。

药用：磁石（先煎）30 克，珍珠母（先煎）30 克，炒决明子 30 克，天麻 12 克，钩藤（后下）12 克，怀牛膝、夏枯草、白芍各 12 克，干地龙 9 克，青木香各 9 克。

5 剂后眩晕大减，肢麻好转，血压下降为 21.3/13kPa（160/98mmHg）。再投刺蒺藜、野菊花出入其间。25 剂后，目眩头晕症状悉除，血压恢复正常，失眠亦见好转，惟咳喘旧恙依然。再宗原方去磁石、珍珠母，加肥知母、马兜铃、夏枯草各 9 克，以顾其本而善其后。经几次访问，该病至今未见复发。

例 2：陈某，男性，42 岁。

1979 年 9 月 14 日初诊：患者先天禀赋不足，经常自感眼冒黑花，耳鸣如蝉声，头额及后脑胀痛，不能左右顾盼，坐立不宁，精神萎靡，腰膝酸软，多梦遗精，稍劳则感头面发热，血压随即升高。脉细数，舌质绛，苔黄腻。血压 24.8/14.7kPa（186/110mmHg）。

此肝肾素虚，复因烦劳过度，肝肾之阴益耗，风阳上袭，故血压高；又以肝开窍于目主筋，肾开窍于耳主骨，肝肾亏虚故眼花耳鸣，转侧起坐不利；肾失藏精封髓之职，故神疲梦遗；腰为肾府，虚则腰膝酸软。法当滋肾养肝以降其压。方用自制滋养降压汤化裁。

药用：山萸肉、炒杜仲、桑寄生、怀牛膝、泽泻、淫羊藿、巴戟天各 15 克，丹皮、玄参、栀子、青葙子各 9 克。

5 剂后头脑胀痛略减，余症同前。

按原方再服 10 剂，血压下降为 22.1/13.3kPa（166/100mmHg），惟头部转侧仍感不舒。原方去玄参、泽泻，加干地龙、臭梧桐、豨莶草各 15 克。

再进 30 剂，血压趋于正常，头能左右顾盼，眼花耳鸣大有好转，精神亦振，夜寐见安，腰膝如常，惟夜间有遗精现象。再按上方增制首乌、刺蒺藜炼蜜为丸，以尽全功。

服成药 1 个月后复查，诸恙均愈。至今 2 年，几次追访，一切正常。

【按】上述两例高血压之所以获得较好疗效，正是以肝肾关系的理论指导临床的结果；反过来，从这二则病例的临床治愈，也验证了理论的正确性。

高血压病的发生，其病变在肝，根源在肾。而冲任失调则多为女子高血压病（或症状性高血压）之诱因。盖“八脉隶乎肝肾”，冲任自在其中；肝藏血，为女子之先天；肾藏精、精生血，为女子之后天。

现代科学研究证实，在有降压效果的 80 余味中药中，一半以上均入肝经、肾经或肝肾二经。本文所举的两例高血压病，就是根据其病机在肝、肾，选药多用降压药中的入肝肾二经者，如磁石、珍珠母、天麻、钩藤、干地龙、制首

乌、牛膝、青木香、刺蒺藜、野菊花、丹皮、山萸肉、杜仲、桑寄生、泽泻、淫羊藿、巴戟天、玄参、栀子、青葙子、豨莶草、臭梧桐等。再根据辨证，属肝阳上亢者如案一，则重用平肝潜阳降压药；属肝肾阴虚者如案二，则重用滋养肝肾降压药，故能每获良效。

例3：丁某，女，45岁，教师。

1984年4月3日初诊：头痛数年，作辍无常。痛甚欲呕，心烦少寐，纳呆，便结。舌质淡红，苔薄黄，脉弦细。血压24.8/13.3kPa（186/100mmHg）。

诊断：头痛（阴虚阳亢型）。

治法：养血柔肝，平肝潜阳。

处方：生龙牡各20克（先煎），当归15克，石决明（先煎）各20克，川芎15克，生、炒白芍各15克，竹茹12克，延胡索15克，焦栀子10克，双钩藤（后下）15克，夜交藤15克。

二诊：服药7剂，诸症皆瘥，投珍合宁片调理。血压值稳定在正常范围。

【按】头痛一症有外感、内伤。内伤头痛多责之肝、脾、肾。盖肝脏体阴而用阳，本例系肝体阴血不足，遂致肝阳木火易亢而循经上逆，头痛作矣。本例高血压患者症见头痛，遂方用四物汤去生地，加夜交藤，以养血柔肝；合以大剂鳞介类重镇潜降之石决明、生龙牡等，使当归、川芎辛散窜肆之弊受其遏制，而止痛之功却借以发挥，阴阳相燮，升降从顺，则痛若失，血压亦得以控制。

妇科、男科诊治经验

（张舜华、李济仁先生经验）

一、闭经病案二则

例1：杜某，女，26岁，农民。

1983年1月13日初诊：经闭载余，胃纳不馨，神困肢软。服中西药无效。脉沉细，苔薄白。究其病因，乃肝脾气郁。

诊断：闭经（肝脾气郁型）。

治法：疏肝行气，活血调经。

处方：制香附9克，台乌药9克，青、陈皮各6克，煨川楝9克，制首乌12克，当归12克，川芎9克，炒白芍9克，广郁金9克，益母草15克。6剂。

二诊：药后恙情如期，但觉两侧少腹隐痛。盖气滞必兼血瘀，前方行气有余，活血尚嫌不足。宗前方，加强活血之药：

当归15克，川芎12克，丹参15克，泽兰12克，白芍9克，益母草、子各15克，怀牛膝9克，制香附9克，红花6克。6剂。

三诊：经血已来潮，但量少色淡。腰酸肢软神困依旧。此为郁久暗耗肝阴，气血不足之象。宜培补气血，通利经脉。以桃红四物汤合四君子汤化裁投之。6剂后病告痊愈。

【按】闭经是妇科常见的一种症状，可因全身或局部性

病变引起。先生长于以气血辨治各型闭经。本案患者，证虽属气郁经闭，无明显血瘀见症，然而气郁必兼血滞，有郁必有瘀，故郁瘀并治，行气而获郁开经通之效。理气开郁药中适当佐以活血之品，效果理想。行气药与活血药有许多共同的药理效应，很难截然分开。故前人提出了“气中之血药”和“血中之气药”。活血药物能够增强气血流行，气郁之证即使无明显的血瘀见症，亦可放胆用之，并无“致虚”之弊。

例 2：张某，女，35 岁，工人。

1999 年 8 月初诊，主诉：月经停止 1 年余。病史：2 年前曾行人工流产术，术后月经能正常来潮，遂口服“复方甲地孕酮”避孕药避孕。共服药半年，停药后经闭不行。曾在某医院做人工周期治疗，月经尚可来潮。此后继续做人工周期治疗，停药后月水杳无汛息，迄今已届 1 年余。带下一般，腰时酸，饮食正常，二便自调，余无明显不适，舌质淡红，苔薄白，脉细弦。妇科检查正常。

此乃肾虚精亏，冲任不足，治以补肾益精、调理冲任，佐以益气养血。

药用：菟丝子 20 克，覆盆子 20 克，枸杞子 15 克，五味子 15 克，车前子 15 克，潞党参 15 克，炒白术 15 克，当归 15 克，白芍 15 克，熟地 15 克，茺蔚子 10 克，紫丹参 15 克。

水煎服，每日 2～3 次。

二诊：上方连服 10 剂，感乳房胀痛，腰时酸，白带量多色白，余无明显不适，苔薄白，脉细弦。守上方加仙茅 15 克、仙灵脾 15 克、柴胡 10 克，以平补肾阴肾阳，少佐柴胡以疏肝。

三诊：上药再服 10 剂后，月经于 9 月 10 日来潮。今经行第三天，量始少，经色红，无血块，腰时酸，苔薄白，脉平缓。仍遵前法调治善后。随访半年，完全正常。

【按】口服避孕药所致闭经多无明显苦楚，或所苦甚微。先生诊治此候，每责之于肾，用补肾法治疗多获良效。盖肾主水，受五脏六腑之精而藏之，肾精为天癸、经水之源。《素问·上古天真论》曰："女子七岁，肾气盛；二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下，故有子。"已明确提出了女子之月经正常与否与冲任关系密切。本病例西医常以人工周期治疗使经行，最终逾年余而不复来潮。五子衍宗丸由菟丝子、枸杞子、五味子、覆盆子、车前子五味药物组成，皆为植物种仁，味厚质润，既能滋阴补血，又蕴含生生之气，实为填补精气、益肾固涩之良方。

本案用五子衍宗丸为主补肾填精，又用巴戟天、仙灵脾、葫芦巴等补肾之阳，冀平补肾阴肾阳，则肾气渐充。又虑患者年已五七，阳明脉始衰，阳明脉乃多气多血之经，故于补肾之中佐以益气健脾之参、术，以资化生水源，少佐柴胡、香附理气调经，当归、白芍补血养血，共奏滋肾益精、健脾益血之功，故而效速。

二、无精子症病案一则及验方"三仙种子汤"

郑某，男，34 岁，已婚，工人。

1984 年元月 23 日初诊：患者婚后 10 载未育。平素经常头晕腰酸，手足欠温，会阴坠痛，神困肢软，体检正常，睾丸、附睾均无异常发现。精液检查：色灰白，质略稀，量约 2 毫升，5 次查找无精子。经中西医多次治疗，罔效。患者配偶健康无恙。按其脉濡细，审其舌质淡，苔薄白。

诊断：不育证（肾阳虚型）。

治法：温补肾阳，育精养血。

处方：仙灵脾30克，仙茅15克，威灵仙9克，枸杞子25克，覆盆子15克，酒炒菟丝子20克，石楠叶15克，制首乌15克，肉苁蓉15克，山萸肉15克，潼蒺藜15克。15剂。

2月7日二诊：药后头晕腰酸好转，精神略振。宗原轨加锁阳12克、狗脊15克。15剂。

2月21日三诊：四肢渐暖，阴部坠痛大减。拟原方继服15剂。

3月5日四诊：复查精液常规：量约3毫升，色灰白，质稠，精子数7000万个，活动率74%以上。宗原意加巴戟天15克，继服15剂。

3月20日五诊：病愈神振，依上方删锁阳，增五味子12克、车前子9克。15剂。炼蜜为丸，日服2次，每次服15克。

时隔两月，患者偕同爱人一道登门报怀孕之喜。翌年产一男孩。

【按】男性无精子患者临床并不鲜见，此证多属肾亏范畴，尤以肾阳虚者为多。据此，先生自拟“三仙种子汤”益肾生精，曾治疗多例，均获显效。三仙中仙灵脾、仙茅为补肾阳、助命火、益精气之要药，配以威灵仙宣经通络，三者合作，促使精子生长。石楠叶、制首乌、肉苁蓉、巴戟天、山萸肉、潼蒺藜为治疗内伤阴衰、肾亏髓耗之上品。更有古今种子良药枸杞子、覆盆子、菟丝子相伍，其生精种子大有望耳。

本案因无精子致男性不育症，中西医长期治疗无效。今

辨其证属肾阳虚损，命门火衰，无力生精；论其治应温肾填精，自拟三仙种子汤图治获效。二诊加锁阳、狗脊以兴阳通络，故很快使四肢转温，会阴部坠痛减轻。后拟丸方去锁阳，盖虑其久服滑肠之弊；加五味子、车前子以助滋水益精之功而符五子衍宗丸之旨。可见，治疗无精型男性不育症，温补肾阳为根本之法，三仙、五子等确属种子良方，值得推广应用。

三、男性乳房发育症病案一则

李某，男，40岁，干部。

1990年9月8日初诊：患“乙肝”已三载，经中、西药迭治，虽“乙肝”得以控制，但近4个月两侧乳房渐发育长大如碗口，且胀痛不适，纳差神疲，浑身酸软。舌淡红，苔薄黄，脉细滑。肝功能异常。

诊断：乳病（湿热蕴结肝胃型）。

治法：清热利湿，疏肝散结。

处方：绵茵陈20克，焦栀仁12克，贯仲20克，夏枯草15克，荔枝核15克，广郁金15克，大黄（后下）9克，白花蛇舌草15克，黄芪30克，焦三仙各20克。

二诊：服上方20剂，乳房肿大消失，肝功能检查正常。效方继服10帖，以巩固疗效。

【按】乳房为肝、胃两经所过之处，湿热蕴结，以致两经不和，气血壅滞，发为肿块。西医学认为，患者肝功能异常，肝脏受损，其对激素灭活功能减退，故致男性乳房发育。方用茵陈蒿汤清利肝胆，辅以夏枯草、荔枝核、白花蛇舌草消肿散结，广郁金理气疏肝，并佐黄芪、焦三仙实脾扶正。由于诸药邪正兼顾，标本并治，故服药不久即乳房肿大

消散，肝功能亦恢复正常。由此观之，健脾益气、清利湿热法所组成之方剂，可能对激素的灭活功能有一定促进作用。

疑难杂症病案

一、顽固性失眠诊治经验（李济仁先生经验）

严某，女，成年，演员。

1965年冬初诊：患者因创作新戏目，竭尽心计，用脑过度，严重失眠1年有余。现竟日夜目不交睫，屡服进口高效安眠药及中药鲜效，遂求诊于先生。见其头昏烦躁，腰膝酸软，口渴咽干，大便秘结，眼眶四周青黑凹陷。脉弦数，两寸尤显，舌绛少苔。

诊断：不寐（肾虚肝旺型）。

治法：镇肝纳肾，阴阳并调。

处方：生牡蛎（先煎）30克，细生地30克，白芍药15克，黑玄参20克，杭麦冬15克，莲子心12克，酸枣仁15克，生竹茹15克，合欢花、皮各15克，夜交藤20克，灯心草3克。

日服1剂，水煎分2次服，午后、睡前各服1次。

二诊：服7剂后得睡4小时，腑气已行，头昏减轻，眼眶青黑色渐淡。惟仍心烦，睡时梦多，舌脉同前。拟前法增制远志12克、茯神15克，继服7剂。

三诊：上方服5剂后能很快入寐，睡时酣香，极少梦扰，眼眶青黑色淡，精神转佳，脉弦，舌起薄白苔。守方去

竹茹、夜交藤，加柏子仁 10 克、蒸百合 12 克，以滋养心阴，再进 10 剂以冀疗效巩固，随访半年，未见复发。

【按】不寐之症，病因多端，临床现多分为心脾不足、心肾不交、心胆气虚、胃失和降四型。

本案无心胆气虚又无胃失和降之证候，前医又曾拟心肾不交、心脾不足证治无效。故上述四型似难概括本案病变。患者眼眶四周青黑凹陷，是否系血瘀所致不寐？盖清·王清任认为血瘀可致不寐而用血府逐瘀汤施治。但本案患者除眼眶青黑凹陷外，无其他瘀血征象，故若以此案为瘀血不寐，似无充足临床根据。

因患者系著名黄梅戏演员，国内外声誉很大，每逢演出均日夜筹划，过度谋虑，以求锦上添花，此实乃不寐之因。《素问·灵兰秘典论》曰："肝者，将军之官，谋虑出焉。"谋虑过度，必损肝木，而肝色青，主弦脉，经脉布胁走眼，患者症见胁肋酸胀、眼眶青黑凹陷、脉弦等，显然与肝相关。又有头晕眼花、口渴咽干、脉弦数、舌绛少苔等阴虚之征象。明·张景岳有言："寐本于阴，神安则寐，神不安则不寐。其中所以不安者，一由邪气之扰，一由营气之不足。"可见无论何种病因所致不寐，均涉及于神。故先生认为本案不寐为因肝而起，病机在于肝阴不足，酿生虚火，火性炎上，上扰心神。心神不安，故成不寐顽证。

治疗采用滋阴养肝，以除虚火产生之源，清火宁心安心神，以抑虚火妄动之标。方中细生地、白芍药、玄参、麦冬等滋阴养肝、清虚火；夜交藤、酸枣仁、合欢花、合欢皮益肝宁心、解郁安神；莲子心、竹茹、灯心草既能清心除烦，又可引热下行。因见多梦依然，故增用远志、茯神、柏子仁，以加强宁心安神之效，用百合意在清热除烦。

本案施治还注重了服药的时间安排，即在午后及晚睡前各服1次，此因人体阴阳昼夜消长变化规律，凡属病本在阴者，每于午后、夜晚加重，故嘱于其时服药，以便药效及时发挥。

本案失眠时久顽固，诸治不应，经从肝论治，以滋肝阴为主，辅以安神，并注意服药时间，使顽疾终获痊愈。

二、精神分裂症治验（张舜华先生经验）

吕某，女，45岁，农民。

1975年10日5日初诊：患者精神病延今载余，经治疗后病有好转。近因情志不遂，旧恙复萌，而且病情较前增剧。据家属述其平素心胸狭窄，每多疑猜忌，遇事抑郁不舒，前几日因怒而突发精神失常，无端啼笑，喃喃独语，幻视，幻听，时而恐惧，时而狂妄，通宵不寐。自称肩背酸痛，口渴喜饮，大便欠畅。经某县人民医院和上海某医院确诊为“精神分裂症”。服镇静安眠药一月余少效，故来求诊。

先生观其精神抑郁，脸红目赤，舌质绛，苔黄厚腻，脉滑有力。认为此属肝郁化火。

诊断：狂证（痰火上扰型）。

治法：镇静安神，开窍祛痰。

处方：珍珠母（先煎）60克，生铁落（先煎）60克，生龙骨（先煎）20克，柏子仁12克，酸枣仁12克，茯苓15克，炒枳壳5克，风化朴硝（后下）9克，广郁金12克，石菖蒲12克，制远志15克。

10月10日二诊：服药5剂，意识稍清，恐惧狂妄好转，大便亦通。惟睡眠仍欠安，偶有幻听，舌脉如前，从原轨进退。

去朴硝、枳壳。加合欢皮、花各 15 克，忘忧草 20 克。

10 月 19 日三诊：续服 5 剂，精神基本正常，肩背酸痛大减，幻听亦不明显，脉转细缓，舌质转淡红，苔转薄黄。惟纳谷呆钝，偶有多疑，神困肢软。再守原方，佐以扶正和胃，以竟其功。

去铁落、龙骨。加元参 15 克，麦冬 12 克，建曲 20 克。

11 月 6 日四诊：服药 15 剂，患者基本恢复健康，已能参加家务劳动。效不更方，嘱将原方续服 15 剂，并嘱其亲属多方开导，解其隐曲，乐其意志。

经追访，得知 5 年来未见复发。

【按】根据患者的脉搏、舌苔、症状表现，非大剂量的珍珠母、铁落、龙骨重镇之品不能安其神、镇其惊。方中用二仁、麦冬、郁金、忘忧草、合欢皮、合欢花等药物，助其宁心、解郁、安神之功。菖蒲、远志以交通心肾、涤痰开窍，茯苓渗湿化痰，枳壳宽肠行气，朴硝润下软坚，使痰去窍开，肩背酸痛自除，殆亦治病求本之意。

三、高热病例二则（李济仁先生经验）

例 1：手术后高热不退病例

黄某，男，53 岁，干部。

1981 年 7 月 6 日初诊：手术后高热（41℃），无汗烦渴，头痛如裹，神识欠清。

诊断：暑温（外感暑温型）。

治法：解表祛暑，芳香化湿。

处方：香薷 6 克，佩兰 9 克，生甘草 9 克，藿香 9 克，连翘 9 克，大青叶 15 克，银花 15 克，丹参 15 克，知母 9 克，薏苡仁 18 克，板蓝根 30 克，鲜芦根 30 克。

复诊：翌晨，微汗出，高热渐解，神识渐清。暑湿之邪将从外泄。当再因势利导，原方去丹参、甘草，加白蔻仁 6 克、扁豆衣 9 克、六一散（荷叶包）15 克。

三诊：服药 3 剂，热尽退。惟神倦肢软，纳谷呆钝。邪去体馁，当调养之。

处方：太子参 18 克，淮山药 15 克，炙黄芪 15 克，薏苡仁 24 克，板蓝根 18 克，金银花 15 克，建曲 18 克。

【按】患者手术后体温竟达 41℃，西医认为非刀口感染，施用冰敷不能凉其体，青、链霉素等不能退其热，邀先生会诊。先生认为长夏暑湿当令，暑多夹湿，暑湿交蒸，故高热不解。方用新加香薷饮透表清暑渗湿；加减白虎汤清气退热；兼用板蓝根、大青叶、金银花等清热解毒之品，药进效应。

例 2：高热病例

沈某，男，22 岁，工人。

1982 年 3 月 7 日初诊：患者高热、头痛、咳嗽已 3 日，检查体温 39.5℃，白细胞偏高，在当地某医院拟诊为上感、高烧待查。经注射青、链霉素及口服四环素等，未见好转。遂邀先生会诊。患者症见目赤，身热灼手，心烦躁扰，夜间尤甚，神志欠清，时有谵语，双目喜闭，四肢厥冷，手足颤动，口唇干裂，腹痛便闭，不思饮食，得食则呕，溲短色黄。脉象滑数，苔黄舌绛。

诊断：春温（气营两燔型）。

治法：清气化营，清热解毒。

处方：生石膏（先煎）30 克，杭麦冬 15 克，细生地 12 克，元参 9 克，肥知母 9 克，地骨皮 9 克，青蒿 9 克，赤、白芍各 6 克，川黄连 3 克。6 剂。

二诊：病情大有好转，高热已退，唯津液未复，精神困倦，脉舌同前。从原方增损，去川黄连、鲜青蒿，加真柿霜12克、人参叶6克、北杏仁6克。继服3剂，疾病痊愈。

【按】本案病发于春季，病初即呈高热，在疾病的发展过程中又以伤阴耗津、出现神志证候为特点，通过分析这些季节因素与证候特征，不难拟诊为春温。

春温发病急骤，病情较重，相当于西医之重型流感、流脑等病，处理失妥，易招致严重后果。本例发病初起侵害肺脏之时，未能及时有效地控制温热之邪的发展，致使温邪鸱张亢盛，气热未罢而营热又起，形成了气营两燔的危厄局面。故其既有高热、便秘腹痛、溲短色黄、脉滑苔黄之气分热证，又有身热夜甚、烦渴舌绛之热伤营阴证，还有神昏谵语、两目喜闭等热陷心包证，及心烦躁扰之热扰心神见症；由于高热动风，故有手足颤动，热深则厥深而见四肢厥冷。通过以上分析，本案例病机特点在于邪热弥漫气营、损阴耗津。

本案例热邪炽于气营，故治拟清气凉营、益阴养津。《温病条辨》云："太阳温病、气血（营）两燔者，玉女煎去牛膝加玄参主之。"《素问·至真要大论》云："热淫于内，治以咸寒，佐以苦甘。"本案例以玉女煎去牛膝加元参方为主，加用黄连、连翘等苦寒之品；方中石膏配知母有白虎汤之义，具清热生津之功，并清泄气分邪热；元参、生地、麦冬、赤芍、青蒿、地骨皮滋营阴、清营热；黄连、连翘苦寒清热，但苦寒之品有化燥伤阴之虞，故小用其量。上药配合可清泄气营、养阴生津、扶正培本，充分调动机体抗病能力，从而使旬余高热重症数剂尽退。

PDG

诊余漫话

治痹用药心得

李济仁、张舜华二先生对于痹病的治疗，常择以下药物组方遣用，每奏佳效。兹取其要，并考诸药性，加以心得，以述二先生治痹之意旨。

一、常用治疗痹病药物的应用经验

1. 独活（附：羌活）

独活又名独摇草，为伞形科植物重齿毛当归等的根及根茎。性温，味辛、苦。功能祛风渗湿、散寒止痛。

《药品化义》说："独活，能宣通气道，自顶至膝，以散肾经伏风，凡颈项难舒，臀腿疼痛，两足痿痹，不能动移，

非此莫能效也。”《本草正义》说：“独活气味雄烈，芳香四溢，故能宣通百脉，调和经络，通筋骨而利机关，凡寒湿邪之痹于肌肉、着于关节者，非利用此气雄味烈之品，不能直达于经脉骨节之间，故为风痹痿软诸大证必不可少之药。”以独活为主组成的治痹方剂有《千金方》的独活寄生汤、独活酒等。

现代药理学研究证明，独活具有明显的镇痛、镇静、抗炎作用。独活寄生汤灌服对大鼠甲醛性脚肿有一定抑制作用，能使炎症减轻，肿胀消退加快。有报道用绵毛独活制备之挥发油注射液肌注治疗各类软组织损伤112例，显效率为76.5%，能使疼痛明显减轻，肿胀消退，功能恢复。

羌活为伞形科植物羌活、宽叶羌活或川羌活的根及根茎，与独活功用相似而有异。

先生以为，羌活药力雄厚，比较峻猛，能直上巅顶、横行手臂，善治游风；独活药力稍缓，能通行胸腹、下达腰膝，善理伏风。痹在上宜羌活，配桂枝、姜黄；痹在下宜独活，配牛膝、木瓜；上下俱病则羌、独同用。痹初邪浅多用羌活，取其发散解表之力宏；痹久邪深多用独活，取其祛风除湿之力缓。血虚之痹不用或少用羌活，以防其发散太多，耗伤气血，或伍以当归、地黄、鸡血藤等养血之品。

2. **薏苡仁**

本品为禾本科植物薏苡的种仁。性凉，味甘、淡。功能清热利湿舒筋，为治疗湿热型痹病之要药。

《神农本草经》曰：“薏苡仁……治筋急拘挛，不可屈伸，风湿痹，下气。”《本草新编》曰：“薏仁最善利水，不至损耗真阴之气。凡湿盛在下身者，最宜用之，视病之轻重，准用药之多寡，则阴阳不伤，而湿病易去。故凡遇水湿

之症，用薏仁一二两为君，而佐之健脾去湿之味，未有不速于奏效者也。倘薄其气味之平和而轻用之，无益也。”以薏苡仁为君组成的治痹方剂有《张氏医通》的薏苡仁汤等。

薏苡仁生用则利湿舒筋，炒用则健脾利水。先生常生、炒薏米同用，一般用量为各 15 克。据病情可用至各 25～50 克。久服无副作用。湿热盛者常配土茯苓、土牛膝、五加皮等，寒湿盛者常配川乌、麻黄、桂枝、细辛等，取其利湿之用而去其寒凉之性。

3. 五加皮

本品为五加科植物五加或无梗五加、刺五加、糙叶五加、轮伞五加等的根皮。性温，味辛。功能祛风除湿、利水消肿、强筋壮骨。

《药性论》说：“五加皮……能破逐恶风血……主多年瘀血在皮肌，治痹湿内不足。”《本草经疏》曰：“五加皮，观《本经》所主诸证，皆因风寒湿邪伤于（足少阴、厥阴）二经之故，而湿气尤为最也。……此药辛能散风，温能除寒，苦能燥湿，二脏得其气而诸证悉瘳矣。”以五加皮为主组成的治痹方剂有《奇效良方》治筋痹的五加皮酒等。

现代药理学研究表明：无梗五加具有抗炎及镇痛、解热作用；刺五加能增强机体抵抗力，调节病理过程，使其趋于正常化。

先生体会，五加皮与木瓜，一偏于利湿行水，一偏于舒筋活络，两药合用有协同作用。特别是关节肿胀、屈伸不利者，在方剂中用五加皮 15 克、宣木瓜 20 克，消肿作用理想。此外，五加皮“主多年瘀血在皮肌”，皮痹可用其以皮行皮，常与地骨皮、海桐皮、刺猬皮等同用。

4. 木瓜

本品为蔷薇科植物贴梗海棠的果实。性温，味酸，入肝、脾二经。功能祛湿舒筋活络。主用于筋痹、骨痹之关节拘挛、筋脉拘急者。

《本草正》说："木瓜，用此者用其酸敛，酸能走筋，敛能固脱，得木味之正，故尤专入肝，益筋走血。疗腰膝无力，脚气。引经所不可缺，气滞能和，气脱能固。"木瓜随其配伍之不同可益肝补肾，亦可祛湿舒筋。以木瓜为主组成的治痹方剂有《张氏医通》之木瓜散、《杨氏家藏方》之木瓜丸等。

现代药理学研究表明，木瓜煎剂对小鼠蛋清性关节炎有消肿作用。筋痹、骨痹以下肢为主者无论其虚实均可酌用木瓜。湿盛邪实者常配以五加皮、薏仁米、伸筋草、威灵仙、海风藤等；肝肾亏虚者常配以炒杜仲、怀牛膝、熟地黄、续断、桑寄生等。木瓜入肝、肾二经，可作为筋痹、骨痹的引经药，一般用量为9～15克。

5. 土茯苓

本品为百合科植物土茯苓的根茎。具有解毒除湿、通利关节之功。主用于湿热及热毒型痹病。

《本草正义》曰："土茯苓，利湿去热，能入络，搜剔湿热之蕴毒。"《本草纲目》称其能"健脾胃，强筋骨，去风湿，利关节，止泄泻，治拘挛骨痛，恶疮痈肿"。《浙江民间常用草药》载：用"土茯苓一斤，去皮，和猪肉炖烂，分数次连滓服"，治风湿骨痛；《万氏家抄方》用土茯苓酒治风气痛，方为"土茯苓（不犯铁器）八两。石臼内捣为细末，糯米一斗，蒸熟，白酒酿造成醇酒用，酒与糟粕俱食"。

先生用土茯苓治疗湿热和热毒型痹病疗效满意，但用量

要大，一般为 50 克，多用可达 200 克，无不良反应。

6. 地黄

本品为玄参科地黄属植物地黄和怀庆地黄的根茎。鲜地黄经不同的加工炮制就成了生地黄、干地黄、熟地黄、地黄炭。生地黄和干地黄均有清热养阴、除痹止痛之功效，但生地黄较干地黄性寒。

《神农本草经》曰："干地黄……主治折跌绝筋，伤中，逐血痹，填骨髓，长肌肉。作汤除寒热积聚，除痹。生者尤良。"《本草纲目》用生地黄治老人风湿久痹，筋挛骨痛，方为"牛蒡根一升（切），生地黄一升（切），大豆二升（炒），以绢袋盛，浸一斗酒中，五六日，任性空心温服二三盏，日二服"。今人有用干地黄一味治疗风湿性、类风湿性关节炎者，方法是：干地黄 90 克切碎，加水 600～800 毫升，煮沸约 1 小时，滤出药液约 300 毫升，为 1 日量，1 次或 2 次服完。儿童用成人量的 1/3～1/2。除个别病例连日服药外，均采取间歇服药法，即 6 天内连续服药 3 天，间歇 3 天，经 1 个月后，每隔 7～10 天连续服药 3 天。治疗 12 例风湿性关节炎及 11 例类风湿性关节炎，多数患者疗效显著，关节疼痛减轻、肿胀消退，肢体活动障碍好转，血沉也有所降低。

现代药理学研究证明，地黄具有良好的消炎作用，以地黄水煎剂和醇浸剂 10 克/公斤每日灌服，连续 5 日，对大鼠实验性甲醛性脚肿有显著消肿作用。在地黄、穿山龙、草乌、白花蛇、苍术与透骨草的酒浸剂对甲醛性关节炎的治疗作用观察中，发现地黄的作用最强。现代名老中医姜春华教授用生地黄治疗顽痹常投以大剂量，最多可达 150 克。他认为生地黄具有免疫双向调节作用以及保护肾上腺皮质功能的

作用。大剂量生地黄加入温经通络复方中可温痹清营、扶正祛邪、刚柔相济，疗效较西药激素加抗风湿药为胜，而且无副作用。

先生认为，新病邪实、热毒炽盛者可在清热解毒药中加生地黄 50～100 克；久痹虚羸、精血亏损者可用熟地黄 15～20 克，为防止其久服腻膈可用砂仁拌炒。生地性寒滑肠，脾虚及寒湿型痹病不宜应用。

7. 秦艽

本品为龙胆科龙胆属植物秦艽、麻花秦艽等的根。性平，味苦。功能祛风除湿、舒筋通络、清热止痛。

《神农本草经》曰："秦艽……主寒热邪气，寒湿风痹，肢节痛，下水，利小便。"以秦艽为主组成的治痹方剂有治疗皮痹的秦艽地黄汤（《类证治裁》）、治疗血虚筋痹的大秦艽汤（《医学发明》）等。

现代药理学研究证明，秦艽具有抗炎作用，是通过神经内分泌系统以兴奋垂体－肾上腺皮质功能而实现的。并具有镇痛作用，若与天仙子、延胡索、草乌等伍用可使镇痛作用增强，作用时间延长。据报道，用秦艽注射液肌注治疗风湿性、类风湿性关节炎，在镇痛、消肿、关节功能的恢复和退热方面都有显著作用。

秦艽长于除下肢风湿，常与独活、木瓜、牛膝、伸筋草等伍用。常用量为 9～15 克。

8. 防己

本品为防己科植物粉防己、木防己及马兜铃科植物广防己、异叶马兜铃的根。粉防己又名汉防己。性寒，味苦。功能利湿祛风、通络止痛。

李杲曰："《本草》十剂云：'通可去滞，通草、防己之

属是也。’夫防己大苦寒，能泄血中湿热，通其滞塞……至于十二经有湿热壅塞不通及下注脚气，除膀胱积热而庇其基本，非此药不可，真行经之仙药，无可代之者。”历来将防己分为汉防己、木防己，认为二者功用各有所长，如《本草拾遗》说：“汉防己主水气，木防己主风气，宣通。”

现代药理学研究证明，汉防己具有较强的镇痛、消炎及抗过敏作用，木防己有降温作用。

一般说来，汉防己偏于除湿利水，木防己偏于祛风止痛。关节肿胀可用汉防己、宣木瓜、五加皮、薏仁米、泽泻等。一般用量为6～15克。

9. **寻骨风**

本品为马兜铃科植物绵毛马兜铃的根茎或全草，别名猴耳草、清骨草、猫耳朵等。性平，味苦。功能祛风活血、消肿止痛。

《饮片新参》曰：“寻骨风……散风痹，通络，治骨节痛。”据报道用寻骨风制成流浸膏、浸膏片、注射液等多种剂型治疗风湿性、类风湿性关节炎，观察306例，总有效率75%。还有用寻骨风汤剂治疗类风湿性关节炎者，方法：寻骨风30克（鲜草60克），红糖60克，米酒60克，此为1日量。先将寻骨风用文火浓煎后置入红糖与米酒，待药液沸腾后即可离火。将煎好的药液滤出，以不烫嘴为度，分成2份，在上、下午热服。

现代药理学研究证明，寻骨风水煎醇沉液可抑制大白鼠蛋清性关节炎和棉球肉芽肿的形成，对甲醛性关节炎有一定的治疗消肿作用，对小白鼠腹腔注射醋酸所致疼痛扭体反应有显著抑制作用。

先生常用寻骨风治疗关节肿痛之骨痹，汤剂用量为10

～30克，洗剂、熏剂用量可酌情考虑。

10. 乌头

乌头为毛茛科乌头属植物的块根，附子是其多年生宿根的子根。其由四川栽培者名“川乌”，而各地野生者称为“草乌”。乌头具有祛寒逐湿散风、温经止痛之功，为治疗痹病的要药。

乌头与附子最早记载于《神农本草经》。张仲景《伤寒论》《金匮要略》中计有乌头、附子及其加减方54个，李时珍《本草纲目》附方中应用乌、附者已达177个。足见历代医家运用乌、附有着丰富的实践经验。云南、四川等地尚有以之作冬令温补剂食用者。以乌头为主组成的治痹方剂颇多，有《本事方》的川乌粥、《丹溪心法》的龙虎丹、《太平圣惠方》的川乌贴剂等，有报道用草乌注射液作肌肉注射，成人每次2毫升（含总生物碱2毫克），每日1次，治疗风湿性关节炎、腰痛、神经痛，总有效率为95%以上，大多于治疗6～10日后疼痛即见减轻，对重症风湿性关节炎，止痛效果尤为明显。

现代药理学研究证明，草乌与川乌作用基本相同，前者生物碱量达0.425%，后者为0.5991%，均具有明显的镇痛和局麻作用。乌头与秦艽配伍，其镇痛效力可互相增强。先生体会对以疼痛为主的痹病，不论其属寒属热，均可在基本方基础上加用乌头，止痛作用强大而迅速。常用剂量为3～9克。即使热毒型痹病在大队清热解毒方药中配以乌头，去其性而存其用，亦并无助热之弊。

乌头具有较强毒性。因体质差异，其中毒剂量相差悬殊，并与药物的炮制和配伍关系很大。已故老中医祝味菊素有“祝附子”之称，善用附子，最多用至90～120克。也有

报道将附片 9 克水煮汤 3 小时后连药渣服下而中毒者，这说明个体中毒差异很大。敏感者小剂量即可中毒，耐受性强者使用大剂量亦无妨。据研究，乌头的总生物碱含量与其毒性强度间无平行关系，而与药物配伍有关。日本花村训充报道附子与麻黄合用中毒。国内何永田氏亦有类似报道，在 6 例因附子与麻黄相配伍而发生的中毒者之中，他选择了 4 例，并将所配伍的麻黄去掉，继续让他们服用原剂量的附子，服后并未再发生中毒；同是此 4 例，再服用原剂量麻黄而去掉配伍的附子，服后亦不发生中毒。报道者认为，产生中毒的原因是附子与麻黄的配伍，其机理有待阐明。何氏还选择了 5 例因服附子兼以饮酒（用约 10～25 毫升的白酒作药引）发生中毒者，让他们停止饮酒后继续服用原剂量附子，则不发生中毒。由此推论，酒能增强附子的毒性而导致中毒。盖为乌头碱乙醇中的溶解度较大，乙醇能促进乌头碱吸收的缘故。药理实验证明，草乌经甘草、黑豆法炮制后，毒性降低而不影响其镇痛效力。甘草、蜂蜜对草乌有解毒作用，甘草、干姜与附子同煎也可减低附子的毒性。

因此，如法炮制、合理配伍可以有效地防止乌头中毒。

11. 苍术

苍术为菊科植物南苍术或北苍术等的根茎。其味辛、苦，性温，能芳香化浊、祛风辟秽、燥湿健脾，常用于痹病之湿盛者。以苍术为主组成的著名治痹方剂有《丹溪心法》的二妙散、《医学正传》的三妙散以及《丹溪治法心要》的上、中、下痛风方等。

《神农本草经》只有术，而不分苍术、白术。苍术、白术之分始于仲景。《医学启源》说：“苍术，主治与白术同，若除上湿发汗，功最大，若补中焦除湿，力少。”《玉楸药

解》曰："白术守而不走，苍术走而不守，故白术善补，苍术善行。"现代药理研究亦证明，二者所含成分和药理作用确有不同。一般说来，苍术味苦，偏于燥湿，以治外湿为长；白术味甘，偏于健脾，以治内湿为善；内外湿邪并盛则苍、白术同用。常用量为6～9克。

12. **麻黄**

本品为麻黄科植物草麻黄、木贼麻黄或中麻黄的草质茎。味辛、苦，性温。功能发表散寒、平喘利水。主用于寒湿型痹病。

《药性论》说："麻黄……治身上毒风顽痹，皮肉不仁。"《日华子本草》说："麻黄……通九窍，调血脉。"以麻黄为主组成的治痹方剂有《金匮要略》的麻黄杏仁薏苡甘草汤、《三因极一病证方论》的麻黄左经汤等。

痹病初起，寒湿阻络，可冀麻黄一汗而解；但久痹、顽痹因气血亏耗则不宜大剂量应用麻黄，以防耗血散血。先生对痹病疼痛甚者，常嘱病人用汤剂冲服九分散（乳香、没药、麻黄、马钱子），消肿、止痛效果明显。

13. **桂枝**（附：肉桂）

本品为樟科植物肉桂的嫩枝，性温，味辛、甘。功能发汗解肌、温经通脉。主治上肢痹病，尤以风寒、寒湿型为切当。

《长沙药解》曰："桂枝，入肝家而行血分，走经络而达荣郁。善解风邪，最调木气。……舒筋脉之急挛，利关节之壅阻。入肝胆而散遏抑，极止痛楚，通经络而开痹涩，甚去湿寒。"《药品化义》称桂枝"专行上部肩臂，能领药至痛处，以除肢节间痰凝血滞"。

现代药理学研究证明，桂枝有降温、解热作用。此作用

系通过中枢及末梢神经而使皮肤血管扩张，调整血液循环，使血液流向体表，有利于散热与发汗，并能加强其他活血化瘀药的功效。

桂枝配刺猬皮、五加皮、地骨皮、制山甲等可软皮行皮、活络化瘀，以治皮痹；配葛根、麻黄、马钱子、制乳香、制没药等能发表解肌、行瘀止痛，以治肌痹；配川芎、地龙、水蛭、归身等可活血逐瘀、通脉解结，以治脉痹；配伸筋草、牛膝、木瓜、五加皮等能舒筋活络，以治筋痹；配透骨草、寻骨风、川乌、威灵仙、独活等能逐寒祛湿，以治骨痹。因其横行手臂，故为上肢痹病之引经药，常与片姜黄并用。

肉桂与桂枝的来源均是樟科植物肉桂，嫩枝为桂枝，干皮及桂皮为肉桂，但功用各有所长，一偏于发汗解肌，一偏于温阳逐寒；一偏于表，一偏于里。肉桂香气浓烈醇厚，用熏洗法治疗痹病，欲其透达力专，肉桂较桂枝为上。

14. 威灵仙

本品为毛茛科植物威灵仙的根。性温，味辛、咸。功能祛风除湿、通络止痛、消痰散积。其性走窜，无处不到。主用于风湿、痰湿型之痹病。

《药品化义》说："灵仙，性猛急，盖走而不守，宣通十二经络。主治风、湿、痰壅滞经络中，致成痛风走注，骨节疼痛，或肿，或麻木。风胜者，患在上；湿胜者，患在下，二者郁遏之久，化为血热，血热为本，而痰则为标矣，以此疏通经络，则血滞痰阻，无不立豁。"古已有用威灵仙一味治疗痹病者，如《太平圣惠方》的威灵仙散。今人有用威灵仙注射液治疗肥大性脊椎炎和腰肌劳损者，穴位注射取肥大椎体旁的华佗夹脊穴，一般取 2～4 穴，每穴注射 1 毫升，

每日或隔日1次。据报道治疗脊柱肥大100余例，有效率为83%～93.81%；治疗腰肌劳损32例，显效14例，有效18例。还有用天南星0.25克，白芷、威灵仙各1克，制成浓度为62.5%的2毫升新方威灵仙注射液，肌肉注射，每日或隔日1次，每次4毫升，治疗类风湿性关节炎。有报道用威灵仙叶作“冷灸”发泡法治疗鹤膝风。因此法和艾叶直接灸相似，但不用火燃，故定名为冷灸。方法是采取威灵仙叶（以嫩为佳）捣成泥状，再加入少量的红糖，捣融。如冬日无嫩叶，可在深秋时采来备用。或是将干黑的威灵仙叶用水泡透再捣烂，即可。以患侧的内外膝眼为冷灸点，当局部有风行蚁动感后，在5分钟内必须除去“灸料”。

风湿盛者，威灵仙常配羌活、防风、苍术、秦艽；痰湿盛者，常配白芥子、制南星、云茯苓、晚蚕砂、九节菖蒲等。威灵仙善走窜消克，故久痹虚羸、气血衰弱者用时宜慎。常用量为6～12克。

15. **鸡血藤**（附：活血藤）

鸡血藤又名血风藤，为豆科植物密花豆、白花油麻藤等的藤茎。性温，味苦、甘。具有养血活血、祛瘀舒筋止痛之功。临床常用于血虚、血瘀之痹病。

本药始载于《本草纲目拾遗》，其论曰：“鸡血藤……每岁端阳日携带釜甑入山斫取，熬炼成膏，泡酒饮之，大补气血……鸡血藤胶治风痛湿痹，性活血舒筋。”后世据此制成鸡血藤膏，主治血不养筋而致的筋骨酸痛、手足麻木。《饮片新参》曰：“鸡血藤……祛瘀血，生新血，流利经脉，治暑痧、风血痹症。”现代药理研究认为：鸡血藤酊剂给大鼠灌胃（40%，0.5毫升/100克）对甲醛性关节炎有显著疗效。

活血藤亦称血藤、气藤，为木兰科植物翼梗五味子或华中五味子的藤茎或根。能通经活血、强筋壮骨。论养血，鸡血藤优于活血藤；论活血，活血藤胜于鸡血藤。对血虚而兼瘀者，二药并用则相得益彰，补血而不滋腻，活血而不伤气。寒瘀可用鸡血藤、活血藤配淡附片、炙麻黄、川桂枝、北细辛、巴戟天等；虚瘀可配以当归、干地黄、川芎、赤芍、白芍、党参等。一般用量为鸡血藤、活血藤各 15 克。

16. 鹿角胶

鹿角胶，又名白胶。为鹿科动物梅花鹿或马鹿的角煎熬而成的胶块。味甘、咸，性温。入肝、肾、督脉。功能补血益精、温通督脉。

《神农本草经》曰：白胶“治伤中、劳绝、腰痛、羸瘦，补中益气，妇女血闭无子，止痛，安胎。”《本经逢原》曰：“鹿角，生用则散热行血、消肿辟邪，熬胶则益阳补肾、强精活血，总不出通督脉、补命门之用。但胶力稍缓，不能如茸之力峻耳。……茸有交通阳维之功，胶有缘合冲任之用。……非龟、鹿二胶并用不能达任脉而治羸瘦腰痛；非辅当归、地黄不能引入冲脉而治妇人血闭胎漏。”著名的阳和汤、龟鹿二仙胶即以鹿角胶生精补血、温通督脉。

先生对腰脊变形的强直性脊柱炎或腰间盘突出症等常龟、鹿二胶合用，疼痛有瘀者加炙山甲通督开瘀，疗效满意。久痹骨弱虚羸可嘱其长服鹿角胶丸，方法：鹿角胶一斤，鹿角霜、熟地黄各半斤，牛膝、茯苓、菟丝子、人参各三两，当归四两，白术、杜仲各二两，炙虎胫骨（用猪骨代替）、制龟板各一两，为细末；另将鹿角胶用好酒烊化，共为丸梧桐子大，每服一百丸，空腹姜盐汤送下。

鹿角胶常用量为 6～12 克，开水或黄酒烊化内服，或入

丸、散、膏剂。

17. **狗脊**

本品为蚌壳蕨科植物金毛狗脊的根茎。性温，味苦、甘。功能补肾壮腰、祛风除湿。主用于肝肾不足、年老体虚之筋痹、骨痹。

《神农本草经》曰："狗脊……主腰背强，机关缓急，周痹寒湿，膝痛。颇利老人。"《本草经疏》称："狗脊，苦能燥湿，甘能益血，温能养气，是补而能走之药也。"《太平圣惠方》用狗脊丸治五种腰痛，利脚膝。

先生对日久不愈、骨节变形之骨痹，常在应用虫类药搜风剔络的同时，配用狗脊、熟地、川断、杜仲、鹿角胶、龟板胶等以益精养血、强腰补肾。尤其是对年老体弱之人，祛邪时不忘扶正。

18. **桑枝**

本品为桑科植物桑的嫩枝。性平，味甘、辛。功能祛风湿、利关节、行水气。主用于治疗四肢拘挛之筋痹、骨痹。

《本事方》载："治臂痛，桑枝一小升。细切，炒香，以水三大升，煎取二升，一日服尽，无时。"

桑枝与桂枝、片子姜黄合用能横走手臂，疗上肢痹痛；与牛膝、木瓜、五加皮同用能解下肢拘挛；与竹沥、姜汁、白芥子同用能化痰开结；与赤芍、桃仁、乳香、没药、红花同用能活血行瘀。先生常以桑枝 30 克、干葛藤根 15 克、杜仲 15 克、鹿衔草 30 克、猪脊骨 250 克合炖，每日 1 剂，治疗腰脊强痛，寒湿痹于腰府之骨痹。

19. **路路通**

本品为金缕梅科植物枫香的果实。性平，味苦。功能祛风通络、利水消肿。

《本草纲目拾遗》称："其性大能通十二经穴，故《救生苦海》治水肿胀用之，以其能搜逐伏水也。"并记载了用路路通烟熏治疗痹病的方法，"周身痹痛，手脚及腰痛，焚之嗅其烟气，皆愈。"

水湿下注，关节肿胀，可以路路通配福泽泻、云茯苓、汉防己消肿利水；络脉瘀闭，屈伸不利，可以路路通配丝瓜络、桑枝、橘络、木瓜、红花等舒筋活络。一般用量为9～15克。

20. **钻地风**（附：钻石风）

本品为虎耳草科植物钻地风的根皮。性凉，味淡。功能祛风除湿、活血止痛。主用于痹病初起风气盛者。

民间有用钻地风为主治疗四肢关节酸痛：钻地风根或藤750克，八角枫、五加皮、丹参各250克，白牛膝180克，麻黄15克，切细，入黄酒6000克，红糖、红枣各500克，装入小坛内密封，再隔水缓火炖4小时。每天早晚空腹饮酒120克左右。头汁服完后，可再加黄酒5000克，如上法烧炖，服用。

先生临床常与防风、穿山甲、羌活、海风藤、威灵仙、秦艽等配伍使用。煎汤一般为9～15克，也可用至30克，或浸酒内服。

钻石风为清风藤科植物，别名铁牛入石、女儿藤、清风藤，与钻地风作用大致相同。但钻石风性温，适于寒湿盛者，偏治筋骨；钻地风性凉，适于风湿、湿热盛者，偏治皮肉。

21. **当归**

本品为伞形科植物当归的根。性温，味甘、辛。功能补血活血，温经通络，散瘀消肿。五体痹凡属血瘀、血虚者均

宜用之。

《别录》称当归能“温中止痛，除客血内塞，中风，痉，汗不出，湿痹，中恶，客气，虚冷，补五藏，生肌肉”。《本草正》曰：“当归，其味甘而重，故专能补血，其气轻而辛，故又能行血，补中有动，行中有补，诚血中之气药，亦血中之圣药也。……大约佐之以补则补，故能养营养血，补气生精，安五脏，强形体，益神志，凡有形虚损之病，无所不宜；佐之以攻则通，故能祛痛通便，利筋骨，治拘挛、瘫痪、燥涩等证。”说明当归既能补又能通，关键在于配伍。以当归为主组成的治痹方剂有《太平圣惠方》的当归散、《医学发明》的当归拈痛汤、《医学衷中参西录》的活络效灵丹等。据报道，用当归制成5%～25%的当归注射液，可于穴位、棘突、棘间韧带、关节腔、神经干、交感神经干、动脉或静脉，注射治疗骨关节、肌肉、神经、血管及其他软组织等20多种病，均取得不同程度的疗效。沈阳军区总医院内二科用复方当归注射液静滴治疗缩窄性大动脉炎（脉痹）15例，治疗后自觉症状改善，血管搏动能扪到力度增强，血压能明显测到脉压差增加，肢体血流图有不同程度改善。用当归及毛冬青注射液治疗皮病（皮痹），也取得了较好效果。

痹每兼瘀，久瘀必有虚，当归既养血又活血，通补兼备，实为补虚祛瘀的理想之药。特别是虫类破瘀之药，易伤气破血，尤应注意配伍当归、地黄、芍药等药。一般说来，“归身主守，补固有功，归尾主通，逐瘀自验”，补血用归身，活血用归尾，攻补并施可用全当归。常用量为6～12克。当归滑肠，用量不宜过大，脾虚者尤应慎用。

22. 络石藤

本品为夹竹桃科植物络石的茎、叶。性凉，味苦。功能祛风通络、止痛消肿。适用于筋脉拘急、关节肿胀、腰膝酸痛之筋痹、骨痹。

《要药方剂》云："络石之功，专于舒筋活络。凡病人筋脉拘挛，不易伸屈者，服之无不获效，不可忽之也。"《本草正义》云："此物善走经脉，通达肢节。"《本草纲目》云："络石，气味平和，其功主筋骨关节风热痛肿。……服之当浸酒耳。"

治疗关节红肿热痛可用络石藤 20～30 克配以石膏、知母、土茯苓、地龙等；筋屈不伸可与其他藤类药并用，如鸡血藤、青风藤、天仙藤、忍冬藤、海风藤、宽根藤、丁公藤等。

络石藤与丁公藤均能利湿舒筋，但丁公藤性温有毒，偏治寒湿，用量为 3～6 克（煎汤）；络石藤性凉平和，偏治湿热，汤剂可用至 30～60 克。

23. 川芎

本品为伞形科蒿本属植物川芎的根茎，古称芎藭，因四川所产质量最优，故名川芎。性温，味辛。功能活血行气、祛风止痛，为血中之气药，走而不守。

《本草正》云："芎、归俱属血药，而芎之散动尤甚于归，故能散风寒，治头痛，破瘀蓄，通血脉，解结气，逐疼痛，排脓消肿，逐血通经。"《普济本事方》以川芎为主组成的方剂芎附散主治五种痹。

现代药理学研究证明，川芎及川芎红花注射液等能扩张外周血管，使脑、股动脉及下肢血流量增加。

川芎性温，其通脉行血之力强，为治疗脉痹之要药，常

与地龙、活血藤、归尾、桂枝、水蛭等相配伍。但川芎性善走窜，易耗伤气血，故用量不宜过大，一般为3～9克，也不宜久服，“久服则走散真气”（《本草品汇精要》）。

24. **丝瓜络**（附：橘络）

本品为葫芦科植物丝瓜老熟果实的网状纤维或粤丝瓜的枯老果实。性平，味甘。功能清热化痰、通经活络。主用于筋、骨痹。

《本草便读》云：“丝瓜络，入经络，解邪热。热除则风去，络中津液不致结合而为痰，变成肿毒诸证，故云解毒耳。”

治疗痰凝阻络之筋骨痹，常配以淡竹沥、生姜汁、姜半夏、橘络、路路通、露蜂房、白芥子等。常用量为6～12克。

橘络为芸香科植物福橘或朱橘等多种橘类果皮内层的筋络。能理气疏筋，通经活络，驱皮里膜外积痰，常与丝瓜络并用。

25. **牛膝**（附：土牛膝）

本品为苋科植物牛膝的根。味甘、苦、酸，性平。生用活血祛瘀、通经止痛；熟用补益肝肾、强筋壮骨。

《神农本草经》云：“牛膝……主治寒湿痿痹，四肢拘挛，膝痛不可屈……”朱震亨曰：“牛膝能引诸药下行，筋骨痛风在下者，宜加用之。”《本草经疏》曰：“盖补肝则舒筋，下行则理膝，行血则痛止。”《太平圣惠方》用牛膝叶一斤切，以米三合，于豉汁中煮粥，和盐酱空腹食之，治气湿痹痛、腰膝痛。

现代药理学研究证明，牛膝具有抗炎及镇痛作用。对于大鼠的甲醛性脚肿，牛膝酒剂有明显的治疗作用。腹腔化学

刺激法实验表明，牛膝煎剂腹腔注射对酒石酸锑钾或醋酸所致的“扭体反应”有抑制作用，表明牛膝具有镇痛作用。

牛膝入肝、肾二经，能引药至下半身，故常作为引经药，凡痹在下半身均可酌用。川牛膝偏于活血祛瘀、通经止痛；怀牛膝偏于补益肝肾、强筋壮骨。取其活血通痹，常用川牛膝，配以当归、川芎、活血藤、桃仁、红花、乳香、没药、丹参等；取其补肾强筋，常用怀牛膝，配以杜仲、鹿角胶、肉苁蓉、熟地、白芍、木瓜等。

土牛膝又名野牛膝，为野生牛膝的干燥根茎及根。能活血散瘀、祛湿利尿、清热解毒。民间有用鲜土牛膝 18～30 克（干品 12～18 克）和猪脚 1 个（7 寸），红酒和水各半煎服治疗风湿性关节炎的方法。先生于湿热型和热毒型之痹病，在方剂中加土牛膝 15～30 克，土茯苓 50～100 克，清热利湿解毒效果理想。

26. 姜黄

本品为姜科植物姜黄或郁金的根茎。片姜黄又名片子姜黄，为植物郁金的干燥切片。性温，味辛、苦。功能活血行气、通经止痛。主治痹在上肢和肩背。

《医林纂要》曰：“姜黄……治四肢之风寒湿痹。”《要诀》曰：“片子姜黄能入手臂治痛，其兼理血中之气可知。”《赤水玄珠》用姜黄散治臂背痛。可见，片姜黄为治疗上肢痹痛之要药。

现代药理学研究证明，姜黄素对角叉菜胶引起的大鼠和小鼠足肿有明显的抗炎作用。

临床治疗上肢痹痛常将片子姜黄与桂枝同用，引药直达上肢。先生常以自拟肩宁散治疗肩关节周围炎。处方为：片姜黄 15 克，川桂枝 9 克，羌活 9 克，归尾 12 克，炙山甲 6

克，蕲蛇 15 克，干地龙 15 克，红花 9 克，威灵仙 12 克，川芎 9 克，生地黄 25 克，白芥子 12 克，共为细末。每服 6 克，黄酒送下，每日 2 次。

27. **芍药**

芍药分白芍、赤芍。白芍为毛茛科植物芍药（栽培种）的根；赤芍为毛茛科植物芍药（野生种）或草芍药、川赤芍等的根。二者来源有别，功效亦异。白芍养血柔肝、缓急止痛，偏重于补；赤芍行瘀消肿、凉血止痛，偏重于通。

《本草求真》云："赤芍与白芍主治略同。但白则有敛阴益营之力，赤则有散邪行血之意；白则能于土中泻木，赤则能于血中活滞。故凡腹痛坚积，血瘕疝痹，经闭目赤，因于积热而成者，用此（赤芍）则能凉血逐瘀，与白芍主补无泻，大相远耳。"以芍药为主组成的治痹方剂有《儒门事亲》的愈风丹，治诸痹寒热交作；《本草纲目》中提到："芍药二分，虎骨一两，炙为末，夹绢袋，盛酒三升，渍五日。每服三合，日三服，治风毒骨痛。"日本学者将芍药的药理作用归纳为 9 个方面，即：镇痛作用、镇静作用、抗痉挛和解痉作用、血管扩张作用、抗炎作用、对子宫的特异作用、祛瘀血作用、利尿作用、解热作用。

白芍用于肝肾亏虚所致关节拘挛疼痛之筋痹、骨痹，配甘草名曰芍药甘草汤，有良好的缓急止痛效果，先生对关节痛甚者，大剂量应用白芍 30～50 克；赤芍用于脉痹、筋痹、骨痹以血瘀为主者，一般用量为 9～15 克。

28. **鹿衔草**

本品为鹿蹄草科植物鹿蹄草或圆叶鹿蹄草等的全草。性温，味甘、苦。功能补虚益肾、祛风除湿、强筋壮骨。对肝肾不足所致骨节变形之骨痹最为适宜。配鸡血藤、活血藤、

熟地黄、肉苁蓉、骨碎补、莱菔子、鹿茸、千年健等治疗骨质增生，如刘柏龄氏的骨质增生丸。民间有以鹿衔草为主治疗风湿性、类风湿性关节炎者。其处方为：鹿衔草、白术各12克，泽泻9克，水煎服。一般用量：煎汤内服15～30克，或入丸散剂。

29. **胡桃肉**

胡桃肉即胡桃仁，为胡桃科植物胡桃的种仁。性温，味甘。功能补肾强腰、温阳养血。用于久痹肾虚。

《医学衷中参西录》说："胡桃，为滋补肝肾、强健筋骨之要药，故善治腰腿疼痛，一切筋骨疼痛。"《局方》用青娥丸治肾气虚弱所致之腰痛如折，或腰间似有物重坠，起坐艰辛，其方为"胡桃肉二十个（去皮膜），破故纸（酒浸，炒）八两，蒜四两（熬膏），杜仲（去皮，姜汁浸，炒）十六两。上为细末，蒜膏为丸。每服三丸，空心温酒下，妇人淡醋汤下"。

肾虚骨痹，若腰脊冷痛、四末不温，可用胡桃肉配以巴戟天、淡附片、肉桂、炒杜仲、菟丝子、鹿茸等；若发枯齿槁、腰脊空痛、身体尪羸，可用胡桃肉配以熟地黄、淮山药、鹿角胶、龟板胶、当归、枸杞子等。常用量为9～15克。

30. **防风**

本品为伞形科植物防风的根。味辛、甘，性温。功能发表祛风、胜湿止痛。《长沙药解》称其能"行经络，逐湿淫，通关节，止疼痛，舒筋脉，伸急挛，治肢节，起瘫痪……"《太平圣惠方》以防风散治疗白虎风，走转疼痛，两膝热肿；《宣明论方》用防风汤治行痹，行走不定；《杂病源流犀烛》用防风天麻丸治白虎历节风。以上均是以防风为主的治痹方

剂。

现代药理学研究证明，防风具有解热、消炎、镇痛、抗病原微生物等多种作用。

痹病初起、风气胜者，关节游走性疼痛，常以防风配羌活、威灵仙、桂枝、天麻、川芎、葛根、麻黄等。一般用量为6～9克。久痹血虚气弱者不宜用。

31. 海桐皮

本品为豆科植物刺桐的干皮。性平，味苦、辛。功能祛风除湿、通经活络、解肌行皮。

《海药本草》云："海桐皮……主腰脚不遂，顽痹腰膝疼痛。"《日华子本草》载："治血脉麻痹疼痛。"《贵州草药》载："解热祛瘀，解毒生肌。"以海桐皮为主的治痹方剂很多，如治风湿痹不仁、肢体疼痛的海桐皮汤；治腰膝痛不可忍，似肾脏风毒攻刺的海桐皮酒；治风湿两腿肿满疼重、百节拘挛痛的海桐皮散等。取其以皮行皮之意，与五加皮、刺猬皮、露蜂房、地骨皮、炙山甲等配合治疗皮痹；与桑枝、牛膝、木瓜、五加皮、伸筋草等配合治疗筋痹。一般用量为9～15克，也可于熏洗剂中随症加入。

32. 透骨草

本品为大戟科植物地构叶或凤仙花科植物凤仙的全草。味甘、辛，性温。功能祛风除湿、透骨舒筋、活络止痛。

《本草纲目》云："治筋骨一切风湿疼痛挛缩，寒湿脚气。"《本草纲目拾遗》载："透骨草二两、穿山甲二两、防风二两、当归三两、白蒺藜四两、白芍三两、豨莶四两（去茎用叶，九蒸九晒）、海风藤二两、生地四两、广皮一两、甘草一两。以上为末，用猪板油一斤炼蜜为丸，梧子大，早晚各五钱，酒下。治风气疼痛，不拘远年近日。"

透骨草透达之力颇强，内服可透筋骨之伏邪外达，外洗可引诸药直达筋骨。先生常用六草汤治疗筋骨痹。处方为：透骨草、伸筋草、鹿衔草、老鹳草、豨莶草各 30 克，苍耳草 25 克，煎汤熏洗痛处，每天 1 次，每次半小时，每剂药可连用 4 次。

33. 伸筋草

伸筋草为石松科植物石松的带根全草。性温，味苦、辛。功能祛风散寒、除湿消肿、舒筋活血。

凡筋脉拘急、关节肿痛、僵硬不舒、屈伸不利之筋痹、骨痹，无论何型，均可酌情用之。湿热型常配土茯苓、薏米、土牛膝、川萆薢、汉防己、忍冬藤等；肝肾不足型常配熟地、山萸肉、鹿角胶、龟板胶、当归、白芍等；痰瘀互结型可配白芥子、淡竹沥、鲜姜汁、法半夏、炙南星、橘络、干地龙、桃仁、红花、乳香、没药等。一般用量 15～25 克，也可用至 50 克。

34. 刺猬皮

本品为刺猬科动物刺猬或短刺猬的皮。性平，味苦。功能降气定痛、软化皮肤。主要用于皮痹。

《证治准绳》用猬皮丸治疗肤变黑、痛痒如虫行、手足顽麻或两肘如绳缚的乌癜病，《医宗金鉴》用苦参酒治疗乌癜，均取刺猬皮以皮行皮、软化皮肤之性。皮痹常以刺猬皮配地骨皮、五加皮、海桐皮等，亦配伍活血化瘀之品，如穿山甲、桃仁、红花、川芎、地龙等。煎汤内服，一般为 6～9 克，亦可入丸、散剂。

35. 蛴虫

本品为鳖蠊科昆虫地鳖或姬蠊科昆虫赤边水蛴的雌性全虫。性寒，味咸，有毒。功能逐瘀破积、通络开闭。

《神农本草经》曰："蠡（廯）虫……主心腹寒热洗洗，血积，癥瘕，破坚，下血闭。"《分类草药性》曰："治跌打损伤，风湿筋骨痛，消肿……"《金匮要略》用大黄廯虫丸治疗虚劳腹满，内有干血，肌肤甲错。近人有用此方加减治疗皮痹。皮痹属痰瘀凝结者可伍用鳖甲、海藻、昆布、丝瓜络；属瘀血阻络者可伍用活血化瘀之品，如丹参、红花、当归、炙山甲等。日久不愈之骨痹、骨节变形者可与其他虫类药合用，如露蜂房、全蝎、蜈蚣、地龙、蛴螬等。煎汤内服，一般为3～6克；亦可入丸、散剂。孕妇忌用，年老体弱者应用时伍用养血之药。

36. **全蝎**

为钳蝎科动物钳蝎的干燥全虫。性寒，味咸、辛。功能搜风剔络、解毒止痛。其性善于走窜，穿筋透骨，为治久痹、顽痹之要药。

《太平圣惠方》治疗风痹肢痛、营卫不行，用"川乌头二两炮、去皮，以大豆同炒，至汁出为度，去豆焙干；全蝎半两，焙为末。酽醋熬稠，丸绿豆大。每温酒下七丸，日一服"。《仁斋直指方》载："治风淫湿痹，手足不举，筋节挛痛……次以全蝎七个，瓦炒，入麝香一字，研匀，酒三盏，空心调服。如觉已透则止，未透再服。"清代叶天士善用虫类药，尤善用全蝎，在《临证指南医案》痹门用虫类药的7案中，6案用全蝎。著名老中医朱良春谓："全蝎……走窜之力最速，搜风定痉，开瘀通络，内而脏腑，外而经络，皆能开之，通则不痛，故为治顽痹之要药。"

先生体会，全蝎不但能搜风剔络，用于久痹顽痹，还能化瘀解毒，故热毒型痹病用之亦佳，可与蜈蚣、地龙、犀角、生地黄、土茯苓相伍用。一般用法：全蝎研末，每服1

～2克；若入汤剂，可用6～9克。

37. 蜈蚣

为大蜈蚣科动物少棘巨蜈蚣或其近缘动物的干燥全虫。性温，味辛，有毒。功能祛风止痉、攻毒散结。

《医学衷中参西录》云："蜈蚣，走窜之力最速，内而脏腑，外而经络，凡气血凝聚之处皆能开之。"《疡医大全》用蜈蚣散治蛇头疔红肿发热疼痛。可见其解毒之力颇强。日本民间用蜈蚣内服治疗神经痛、风湿性关节炎、浆液性关节炎等。用法是：1日10条，以文火煎2小时，1日3次分服。要注意根据体质调整剂量和用药时间，体质弱者应当减量。一般数日可见效果。朝鲜用法是用鸡炖食。男病人用雌子鸡、女病人用雄子鸡，去内脏后入蜈蚣10条，加高丽参3支（约40克）入布袋内，另加粳米一合，加适量水炖10～12小时，至干，3～4日分服，有时加甘草、大枣。蜈蚣对遇冷即发的神经痛效果较好，闪腰亦常用之。朱锡祺医师认为，蜈蚣之性最猛，其镇痛作用较其他虫类药为强，故常用于风湿、瘀血等引起的剧烈疼痛。散剂效果好，但剂量宜小，每天不超过0.9克，否则可能出现皮肤过敏之红色斑块，奇痒难忍。

蜈蚣攻专力雄，开瘀破结，搜风定痛，为治久痹、顽痹之要药。但要防其耗血散血，尤其是证实体虚之人，要适量配伍党参、黄芪、当归、熟地等补气养血之品。常用剂量：散剂0.5～1克，汤剂1～2条。

38. 露蜂房

本品为胡蜂科昆虫大黄蜂或同属近缘昆虫的巢。性平，味甘，有毒。功能祛风攻毒、散肿止痛。

《乾坤生意秘韫》用露蜂房治手足风痹，方法是：黄蜂

窠大者1个，小者3～4个（烧灰），独头蒜1碗，百草霜4.5克，同捣敷上。忌生冷荤腥。朱良春氏认为："蜂房……对顽痹之关节肿僵疼痛，甚则变形者，乃必用之药。"常与全蝎、蜈蚣、蛴螬虫、地鳖虫、地龙、乌梢蛇等虫类药配伍应用。汤剂用量为3～6克，亦可入丸、散剂。

39. **白僵蚕**

本品为蚕蛾科昆虫家蚕蛾幼虫感染白僵菌而僵死的干燥全虫。性平，味辛、咸。功能活络通经、化痰散结、驱风开痹。主治痰凝血滞型之皮痹、骨痹。

《神农本草经》曰："白僵蚕……灭黑黯。"《本草经疏》说："辛能祛散风寒，温能通行血脉，故主如上诸症也。肺主皮毛，而风邪客之，则面色不光润，辛温入肺，去皮肤诸风，故能灭黑黯及疮瘢痕也。"

皮痹痰凝血瘀型以白僵蚕配软坚化痰、软皮行皮之品，如海藻、昆布、鳖甲、刺猬皮等；骨痹关节变形者可配熟地、当归、鸡血藤、活血藤、鹿衔草、骨碎补、怀牛膝等益肾强腰壮骨之品及搜风剔络、逐瘀开痹的虫类药物。一般煎剂用量5～10克；散剂0.5～1克，白水或黄酒送服。

40. **地龙**

本品为巨蚓科动物参环毛蚓或正蚓科动物背暗异唇蚓等的全体。性寒，味咸。功能清热活血、通络止痛。

现代药理研究证明，蚯蚓能治"大热"。其解热成分蚯蚓解热碱及蚯蚓水浸剂对大肠杆菌内毒素及温热刺激引起的人工发热均有良好的解热作用，而且具有镇静抗惊厥作用，与中医传统的认识相一致。因此，地龙常被用于热毒型和血瘀型痹病。《兰室秘藏》用地龙散治腰脊痛或跌仆损伤，坠落伤，瘀血积于太阳经中，或胫腨臂股中痛不可忍，说明地

龙活血通经止痛功效卓著。热毒型痹病常用地龙配犀角、生地黄、双花、连翘、丹皮、土茯苓等；关节变形者可用地龙配其他虫类药；肌痛难忍者可在九分散基础上加用地龙。一般煎汤内服 6～12 克，散剂 2～3 克。

41. 白花蛇（附：乌梢蛇）

白花蛇又名蕲蛇，为蝮蛇科动物五步蛇或眼镜蛇科动物银环蛇幼蛇等除去内脏的全体。味甘、咸，性温，有毒。功能搜风逐湿、通经活络、透骨舒筋。主要用于血瘀顽痹。

《本草经疏》曰："蛇性走窜，亦善行而无处不到，故能引诸风药至病所，自脏腑而达皮毛也。"有报道用枫蛇酒治疗腰腿疼痛：千枫荷梨根 150 克，蕲蛇、乌梢蛇各 100 克，金钱白花蛇 3 条，置容器中，加白酒适量，略高于药面 10 厘米左右，密封，浸 1 个月左右饮用（服完后可用白酒浸 1 次），每次 30～50 毫升（可根据酒量大小适量增减），每日 3 次。不善饮酒或畏恶腥味者，亦可改将三蛇研粉装入胶囊之中，每次 4～5 丸，日 3 次，用千枫荷梨根 30 克水煎送服，同样可以收效。

乌梢蛇为游蛇科动物乌风蛇除去内脏的干燥全体。功用与白花蛇类同。有用蛇肉治疗类风湿性关节炎：活乌梢蛇去头、尾、皮及内脏后放砂锅中加水煮熟（可加少许葱、姜、酒），每周吃 1～2 条，10 条为 1 个疗程，两疗程之间隔 1～2 周。502 蛇粉：用活蛇（不论何种）杀后或泡酒后的蛇（均去内脏）焙干、磨粉，每日服 3 次，每次 1.5～3 克。个别人服后出现皮疹，可作对症处理。

治疗血瘀型顽痹可用白花蛇、乌梢蛇与其他活血化瘀药配伍应用。以服散剂为佳，日服 0.5～1 克；煎剂一般用 3～9 克，亦可入丸剂、酒剂。

42. **穿山甲**

本品为鲮鲤科动物鲮鲤的鳞甲。处方常写作炮甲珠、炙山甲或炒甲片。功能通经化瘀、搜风祛湿。

《医学衷中参西录》云:“穿山甲,味淡,性平,气腥而窜。其走窜之性,无微不至,故能宣通脏腑,贯彻经络,透达关窍。凡血凝血聚为病,皆能开之。”故五体痹之湿痰坏血凝聚,非一般活血化瘀开痰之药所能奏效者,皆可用山甲透达。《德生堂经验方》载:“凡风湿冷痹之证,因水湿所致,浑身上下强直不能屈伸,痛不可忍者,于五积散加穿山甲七片,炮熟,同全蝎十一个炒,葱、姜同水煎,入无灰酒一匙,热服取汗,避风。”现代名老中医焦树德治疗病程较长、病情较重的风湿性关节炎、类风湿性关节炎时,常在应证汤(丸、散)中加入适量的炙山甲,认为除加强通脉活血之力外,并有引药“直达病所”的作用。

穿山甲用于治血瘀痰凝之皮痹,可配刺猬皮、地骨皮、川芎、桃仁、红花、橘络、海藻、昆布等,用于治疗骨节变形之骨痹,可配用补肾壮骨和虫类搜剔之品。一般用量为汤剂 6～9 克,亦可入丸、散、熏剂。

43. **天仙藤**(附:天仙子)

天仙藤又名马兜铃藤、青木香藤,为马兜铃科植物马兜铃的茎叶。功能行气止痛、活血化瘀。

《本草汇言》曰:“天仙藤,流气活血,治一切诸痛之药也。”《本草求真》曰:“即其所治之理,亦不过因味苦主于疏泄,性温得以通活,故能活血通道而使水无不利,风无不除,血无不活,痛与肿均无不治故也。”《仁斋直指方》创制天仙散治痰注臂痛,方为天仙藤、羌活、白术、白芷梢各三钱,片姜黄六钱,半夏(制)半两。上锉,每服三钱,姜五片煎服。间下千金五苓丸。先生对筋痹、骨痹痰湿重、疼痛

甚者常加用天仙藤 15 克，有良好的止痛效果，可与其他藤类药如络石藤、忍冬藤、海风藤、鸡血藤、活血藤等配伍应用。

天仙子为茄科植物莨菪的种子，与天仙藤名近实异。其主要成分为莨菪碱、阿托品及东莨菪碱，具有较强的镇静止痛作用。《圣济总录》治风痹厥痛，用天仙子三钱（炒），大草乌头、甘草各半两，五灵脂一两为末，糊丸梧子大，以螺青为衣。每服十丸，男子菖蒲酒下，女子芫花汤下。天仙子止痛作用迅速强大，肌痹、筋痹、骨痹以痛为主者均可酌情使用。用法：天仙子 0.9 克、闹羊花 0.6 克研末，用汤剂送服，痛减即停药。因本品有毒，不可过剂，用时宜慎。

44. 雷公藤

雷公藤又名黄藤根、菜虫药、蝗虫药、断肠草，为卫矛科植物雷公藤的根、叶及花。功能祛风除湿、消肿止痛、通经活络。主用于筋痹、骨痹。

《本草纲目拾遗》记载雷公藤用于清热解毒、祛瘀接骨。近年来，各地将雷公藤试用于治疗类风湿性关节炎、慢性肾炎、系统性红斑狼疮、白塞氏病和麻风病等，收到明显效果，有效率均在 90% 左右。服药后关节疼痛、肿胀、功能障碍等有不同程度的好转或减轻，血沉下降，部分病人测定类风湿因子或乳胶凝集试验阴转，对活动期病人疗效尤佳。目前应用雷公藤主要有以下剂型：

煎剂：用去净两层皮的根木质部分 15～25 克，文火水煎 2 次，共成 400 毫升煎液，每日分 2 次饭后服用，7 天为 1 个疗程，停药 3～4 天再服下一疗程。

浸膏剂：将本品干浸膏或干浸膏的乙醇提取物做成 25% 的药液，每次口服 20～40 毫升，每日 3 次。

片剂：将本品浸膏加入赋形剂做成。每片含生药 1.5 克，每次 3～4 片，每日 3 次。

合剂：雷公藤 250 克，生川、草乌各 60 克，当归、红花、桂皮、川牛膝、羌活、杜仲、地骨皮各 18 克，加水煎至 1000 毫升，滤渣后加入红糖 250 克溶化，冷后加入白酒 1000 克。内服，成人每次 30～50 毫升，每日 3 次，老年人、儿童酌减。

酒剂：雷公藤 60 克，浸入白酒 500 克中 7～10 天，成人每次饮 10～15 毫升，每日 3 次。

雷公藤毒性较大，内服宜慎。

45. **苍耳子**

苍耳子为菊科苍耳属植物苍耳的果实。性温，味辛、苦，有毒。功能散风止痛、除湿瘙痹。

《神农本草经》曰："枲耳实……主风头寒痛，风湿周痹，四肢拘挛痛，去恶肉死肌。"《本草正义》称："苍耳子，温和疏达，流利关节，宣通脉络，遍及孔窍肌肤而不偏于燥烈，乃主治风、寒、湿三气痹著之最有力而驯良者。"取其镇痛消肿之功，《杂病源流犀烛》以苍耳子为君组成定痛散；《食医心镜》用苍耳子三两，捣末，以水一升半，煎取七合，去滓呷，治疗风湿痹痛、四肢拘挛。中国人民解放军 159 医院用自制的苍耳子注射液治疗 163 例慢性腰腿疼患者，有效率为 89%，认为对扭伤和风湿痛疗效较好，对坐骨神经痛和肥大性腰椎炎的疗效较差。

苍耳子对关节肿胀疼痛之骨痹和肌肉酸胀疼痛之肌痹均有较好的治疗效果，一般汤剂用 6～9 克。本品有毒，不宜久服或过量，年老体弱之人勿服。

46. 马钱子

马钱子又名番木鳖，为马钱科植物马钱的成熟种子。性寒，味苦，有毒。功能通经络、止疼痛、散血热、消肿毒、祛风湿、强筋骨。常用于以疼痛、肿胀为主的肌痹、筋痹、骨痹。

以马钱子为主药组成的治痹方剂很多，如《救生苦海》的马钱散："番木鳖（入砂锅内，黄土拌炒焦黄为度，石臼中捣磨，筛去皮毛，拣净末）、山芝麻（去壳，酒炒）、乳香末（箬叶烘出汗）各五钱，穿山甲（黄土炒脆）一两，共研末。每服一钱，酒下，不可多服，服后避风，否则令人发战慄不止；如人虚弱，每服五分。"黄伟康氏用马钱子300克，牛膝、甘草、苍术、麻黄、僵蚕、乳香、没药、全蝎各35克，配制成粉，每服1克，白酒冲服，每晚1次，20天左右为1个疗程，治疗肥大性腰椎炎20例，显效18例。

先生于肌痹、筋痹、骨痹寒凝血瘀疼痛者，常嘱病人用汤剂冲服九分散1～2克；若肌肉松弛、缓弱无力，可用汤剂冲服马钱子粉0.6～0.9克。马钱子毒性较大，应严格如法炮制并掌握用量。

二、常用有毒治痹药物的中毒及解救

在常用治痹药物中，有些药物具有毒性。患者可因服法不当或服量过大、过久而中毒。这些病例若得不到及时抢救，就会造成严重后果甚至死亡，故治疗应尽早尽快。

一般说来，西医的一些急救方法简便、速效，而某些中药则具有特异性的解毒作用。因此，对中毒患者目前多采用中西医结合的方法进行抢救，以各取所长，配合应用。

中毒处理的基本原则概括起来为：排毒、解毒、对症治

疗。

1. 排毒

排毒就是采用催吐、洗胃的方法将毒物排出体外，然后采用延缓毒物吸收及导泻等措施。当估计胃内尚有大量食物或所用剧毒中药的量较大时，先行催吐比洗胃更恰当。催吐后，不论效果显著与否，都应给予洗胃。

催吐的最简易方法是用压舌板、筷子或鸡毛甚至手指等洗净后刺激病人的咽喉部，以引起呕吐；也可用盐汤探吐法，即在每碗开水里放食盐 2 汤匙，烊化后让患者连服数碗，然后医者用干净鸡毛、鹅毛或筷子之类刺激患者咽后壁，使其呕吐，反复数次；亦可用白矾 6 克，研末，开水冲服以催吐。

常用的西药催吐剂及催吐方法是：①硫酸铜：每次用量为 0.25～0.5 克，溶于 100～200 毫升水中，口服，可引起反射性呕吐。药后 15～30 分钟如仍未呕吐，可照半量再服 1 次。②吐根糖浆：每次用量为 20～30 毫升，或取吐根散 1 克溶于水一杯中，口服（有心脏病者忌用）。③吐酒石：即酒石酸锑钾，每次用量为 0.1 克，溶于一杯水中，口服（有心脏病者忌用）。④必要时可使用盐酸阿朴吗啡，该药是一种兴奋延髓呕吐中枢的强烈催吐剂，于皮下注射，每次用量为 2.5～5 毫克，一般于用药后数分钟即出现剧烈的呕吐。由于该药催吐作用强烈，故年老体弱、孕妇、高血压及冠心病患者原则上禁用；已昏迷或有严重呼吸抑制的患者忌用。本品于贮存期间变为绿色者不应再用。

洗胃一般多在服下剧毒中药 4 小时内进行。常用 1∶4000 高锰酸钾溶液，每次灌下洗胃液约 500 毫升，待病人产生呕吐后再灌。如插入胃管洗胃，灌下洗胃液可稍多些，

但也不宜一次灌下太多，以免过多的洗胃液进入小肠，反使毒物加速吸收。如果是具有较强烈腐蚀作用的剧毒药，要注意保护胃粘膜，可适量服用豆浆、牛奶、蛋清、稠米汤、面糊等保护剂。

导泻、灌肠可使停留于肠腔内的毒物尽快地排出体外。常用硫酸镁 20～30 克或硫酸钠 10～15 克，溶于一杯水中服用；也可以元明粉（或朴硝）15～30 克冲服，或用生大黄末 9～15 克冲服，或用番泻叶 15 克泡水服，或用当归 90 克、大黄 30 克、白矾 30 克、甘草 15 克，水煎分数次服。

为了增强身体解毒功能，加速毒物排出，可给病人口服、静脉注射或静脉滴注药物。一般而言，在心、肺、肾功能较佳的情况下，可输给葡萄糖液，除具有营养肝脏、增强肝脏解毒的功能外，还可起到稀释毒物的作用；由于尿量的增加，又可促使毒物尽快地排出体外。当心肺功能不好时，输液量过大则容易发生肺水肿，故应严格控制输液量。在口服、输液量较多的情况下，为了尽快使毒物排出，也可酌用利尿药物。中药可用车前草、白茅根各 30 克水煎服。

2. **解毒**

主要是运用解毒药物，尤其是特效解毒药进行解毒。此外，还应根据中毒药物的不同尽早选用。中药可服“绿豆甘草解毒汤”：绿豆 120 克，生甘草 15～30 克，丹参、连翘、草石斛、茅根各 30 克，大黄 20 克（后下），用清水煎熬，早、晚各服 1 剂（必要时可 6 小时服 1 剂），口服或插胃管鼻饲。如能进食时，可尽量让患者多饮绿豆汤。其他尚有几种简便易行之法可供参考：①“取甘草叹咀，浓煎，多饮其汁，无不生也，又食少蜜佳。”②“煮桂（肉桂），多饮其汁，并食葱叶中涕也。”③“煮荠苨浓汁饮之，秘方。卒不

及煮，便嚼食之。”④“煮大豆令浓，多饮其汁。无大豆，豉亦佳。”⑤“蓝青蓝子亦通解诸毒，常预储之。”

3. 对症治疗

急性中毒时，医者一时难以明确中毒系何种中药所为，而具特效解毒功用的药物也不多，加之中毒病情发展迅速，患者会很快出现一系列中毒症状，故务须对症处理，以挽救病人生命。

病人呼吸、循环系统的危象是对症处理的依据和关键。呼吸衰竭时常用25%尼可刹米1.5～3毫升或山梗菜碱3～6毫克作皮下、肌肉或静脉注射；循环衰竭，如血压骤降应用血管活性药物，常用间羟胺（阿拉明）20毫克或去甲肾上腺素1毫克加入5%葡萄糖100毫升中静滴。用量多寡应根据血压情况掌握。病人伴有心力衰竭或肺水肿时，可用去乙酰毛花甙丙（西地兰D）0.4毫克于25%葡萄糖液40毫升中缓慢静脉注射。病人烦躁不安者，可给予苯巴比妥钠0.2毫升肌肉注射；狂躁者给予氯丙嗪25～50毫克，加入5%葡萄糖溶液或生理盐水500毫升静脉滴注，滴注速度每分钟2～3毫升，每日1次，连续数天。本品高浓度使用有局部刺激作用，使用时不可接触皮肤。亦可用副醛注射液或水合氯醛灌肠。剧烈呕吐不止者，可用硫酸阿托品0.5毫克肌注；剧烈腹泻者，可口服复方樟脑酊2～5毫升。

常见的治痹药物中毒主要见于乌头、威灵仙、苍耳子、马钱子、雷公藤等。现分述如下：

1. 乌头类中毒

乌头一般为草乌，药用其根块，主根为乌头，旁根为附子，附子变形而无稚根者为天雄，生于附子根旁的块根为侧子。乌头和附子所含的生物碱为乌头碱、新乌头碱、次乌头

碱等。其中以乌头碱的毒性最强，毒理作用是引起中枢神经及周围神经的兴奋，而后抑制；并能直接作用于心肌，造成心律失常。近代研究亦证明乌头碱的致死量为2.5毫克。引起中毒的常见原因是用量过大或服法不当。

【中毒表现】

消化系统症状为口腔、咽喉烧灼感，大量流涎，恶心呕吐，腹痛腹泻，肠鸣；神经系统症状为头痛眩晕，口唇、肢端麻木，皮肤灼热，肌肉疼痛，抽搐，言语不清；循环系统症状为心慌气短，出汗，面色苍白，心律过缓，心音弱，血压下降。心电图检查主要出现室性早搏、房室传导阻滞。严重者可出现瞳孔散大，休克昏迷，呼吸衰竭或出现急性心源性脑缺血综合征。

【急救处理】

（1）1%鞣酸充分洗胃，以除去乌头碱。除病人已有严重吐泻外，洗胃后服5%硫酸镁40～60毫升与活性炭混合液。

（2）阿托品可抑制平滑肌的过度紧张状态，阻断迷走神经对心脏的影响，并能消除或缓解流涎、恶心呕吐、心律失常等中毒症状。每次用1毫克，酌情多次应用。

（3）对症处理，如给氧、补液、复温、人工呼吸等。

（4）中药

①肉桂刨丝5～7克，沸水冲入200～300毫升，焖5分钟，分3次小心灌服，约每10分钟1次。

②生姜汁，每次1汤匙缓缓灌入，半小时1次，服2次以后视好转情况，改用党参、干姜、炙甘草煎汤内服。

③白蜂蜜，每次1～4汤匙，温开水冲服。

④甘草15克、犀角1.5克、川连3克或加生姜、芫荽、

红糖适量，水煎服。

【参考方】

(1) 葛洪《肘后备急方》卷七："中附子、乌头毒，大豆汁、远志汁并可解之。"

(2) 孙思邈论云："有人中乌头、巴豆毒，甘草入腹即定。方称大豆解百药毒，尝试之，不效，乃加甘草为甘豆汤，其效更速。"

(3)《药鉴》："服附子后，身目红者，乃附毒之过，急用萝卜捣汁一大碗，入黄连、甘草各五钱，犀角三钱，煎至八分，饮之，其毒即解。如解之迟，必然血从七孔中出，决死何待。若无生萝卜汁，用子亦可。用生黄豆浸透，捣烂取汁一盅饮之，亦可。或用澄清泥浆水饮之，亦可。"

2. 威灵仙中毒

【中毒表现】

茎叶的水液与皮肤接触引起皮肤发泡溃疡；误食或用药量过大刺激消化道出现呕吐、腹痛、腹泻、黑粪，类似石龙芮的中毒症状。重者出现呼吸困难，瞳孔散大，10 余小时内死亡。

【急救处理】

西医处理：排毒、解毒、对症治疗。

中药：红糖、甘草煎汁内服。

3. 苍耳子中毒

【中毒表现】

轻度：只有头痛、恶心、呕吐、腹痛等。

中度：较为剧烈的头痛、倦怠无力、烦躁不安、嗜睡、肝大、黄疸、谷丙转氨酶增高、广泛出血、尿少及排尿困难等。

重度：昏迷，强直性痉挛，呼吸、循环衰竭。

【急救处理】

（1）西医处理：排毒、解毒、对症治疗。

（2）中药

①板蓝根 120 克水煎服或服绿豆甘草汤。

②小野鸡尾草片，一次量可达 300～400 片。

③鲜菊花苗根捣碎挤汁，每日 2 次，每次 4 大碗。

④紫金锭，磨成稀浆，每次用半锭或 1 锭。

4. 马钱子中毒

【中毒表现】

先有颤抖，胸部有压迫感，知觉过敏，继则咬肌及颈肌抽搐，有时呕吐。痉挛时神志清楚，脸部苦笑露齿，双目凝视，渐至呼吸痉挛，全身发绀，瞳孔散大，脉搏加快。中毒者受外界声、光、风等刺激，立即引起再度强直性痉挛，每次可持续几分钟。

【急救处理】

（1）有效地控制惊厥，保护延髓中枢。

（2）避免声光刺激，各种检查及治疗应轻，减少对病人的刺激。

（3）静脉注射戊巴比妥钠 0.3～0.5 克，也可用水合氯醛、乙醚等制止惊厥。

（4）对症处理。

（5）中药

①香油一盏加白砂糖适量，混匀灌服。

②甘草 120 克，煎汤即服。每小时 1 次，可连服 2～4 剂。

③轻度痉挛用肉桂煎汤内服。惊厥严重者用蜈蚣 3 条、

全虫6克研末，1次冲服。

④黄芩60克水煎服。

⑤蜂蜜、绿豆、甘草水煎服。

5. 雷公藤中毒

【中毒表现】

局部胃肠道刺激症状，如心窝不适、头昏头晕、恶心呕吐、腹痛腹泻等；中枢兴奋损害；后期引起心、肝、肾损害，发生心悸、胸闷、气短、紫绀、急性肾衰等，严重者在24小时内死亡。如能度过5天，预后较好。

【急救处理】

(1) 西医处理：排毒、解毒、对症治疗。

(2) 中药

①凤尾草90克，田螺60个，鲜乌桕嫩芽10个(或根皮90克)，捣烂取汁内服，或鲜凤尾草500～1000克煎水内服。

②金粉蕨叶120克，捣成糊状，纱布包裹，在300毫升冷开水中绞取其汁内服。

③取枫杨嫩枝一握，洗净，捣碎，滤汁口服，每次约50毫升。

④新鲜鸡、鸭、羊血200～300毫升或兔的胃粘膜浸出液内服。

⑤鲜萝卜汁120克，内服。

论痹病与痿病的相关性

痹病和痿病是临床上常见、多发并严重影响健康的疾

病。早在《内经》一书中就有两病的记载，《素问》设专篇较系统地论述了两病的病因、病机、症状、辨证、治疗原则、治法及预后。《内经》虽有痹、痿分论，但历代典籍亦见痹、痿合称之处。古代文字学著作如《说文》称："痹，湿病也。痿则称痹疾"，即认为痿属痹的范畴。《汉书·哀帝记》注痹、痿之意，称"痿亦痹病也"。历代医学文献也常痿、痹并称，并有痹病传痿之说。如《素问·玉版论要》云："搏脉痹躄。"《太平圣惠方》专载治痹痿方。《儒门事亲》有痹病传痿之说的记载："肌痹传为脉痿，湿痹不仁传为肉痿，髓竭足躄传为骨痿。"清·张璐《张氏医通》、吴鞠通《医医病书》、曹伯仁等的医案均见痹、痿合称之论。

考之临床，相当于中医痹病范畴的进行性系统性硬化症、皮肌炎、类风湿性关节炎等病，以及相当于中医痿病范畴的多发性神经炎等病，都同时表现出痹、痿两病的特征。鉴于两病在病位、病因、病机、辨证施治等方面多有相同，症状也错杂互见，难以截然分开，历代医籍虽见有痹痿合论，但均不全面，故应详于分辨，察其异同，以便有效地指导临床辨证施治。

一、痹病、痿病的概念及范畴

从古至今，多数医家及医书称痹、痿为"痹病（或证、症）和痿病（或证、症）"。"证"反映的是疾病某一阶段机体的整体状态及其本质，"症"是机体病理变化的外部表现。而"病"是从总的方面反映人体机能和形质异常变化或病理状态的诊断学概念，是对某种疾病矛盾运动全过程的综合概括，这种过程往往具有一定的独立性和比较规则的演化发展轨迹，且在演化发展的过程中表现为若干相应的证候。鉴于

此，本文称为“痹病”和“痿病”。

1. 痹病的概念及范畴

李济仁先生在《痹证通论》（安徽科技出版社出版）一书中，概括古医籍“痹”字的含义主要有四：

一指病名。痹作为病名（即痹病）有广义、狭义之分，前者是一切痹的总称，泛指病邪闭阻肢体经络和脏腑气血所致的各种痹病，包括肢体痹、脏腑痹、食痹、喉痹、耳痹、胸痹、血痹等；后者是指人体营卫失调，风、寒、湿、热等外邪侵袭人体，或日久正虚，内生痰浊、瘀血、郁热，正邪相搏，使肌肤、血脉、筋骨、关节、经络闭阻，气血运行不畅，失于濡养，以肢体疼痛、酸楚、重着、麻木、肿胀、屈伸不利或红肿灼热，甚则僵直变形、累及脏腑为主要临床表现的一类疾病的总称，包括肢体痹和脏腑痹。

二指体质。是指不同体质的人具有易罹患不同类型之痹病的内在倾向性。如阳气少阴气多的寒盛体质者，易患寒痹；素体阳气偏盛，内有蕴热或痹病日久，缠绵不愈者，或“脏腑经络，先有蓄热，而复遇风寒湿气客之，热为寒郁，气不得通，久之寒亦化热”（《金匮翼》），则易患热痹。

三指症状或感觉。如喉痹指发不出声音，耳痹示听不清声音等。

四指病因病机。痹作为病机，表示脏腑气机郁闭或经络气血阻闭不行。所谓“痹者，闭也，以血气为邪所闭，不得通行而病”、“五脏六腑感于邪气，乱于真气，闭而不仁，故曰痹。”西医学所称的风湿热、风湿性关节炎、类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、硬皮病、皮肌炎、大动脉炎、骨性关节炎、坐骨神经痛、肩周炎、系统性红斑狼疮等，相当于痹病。

本文所论重在肢体痹，《金匮要略·中风历节病篇》所称之白虎历节以及《慎斋遗书》所称的鹤膝风等均属此范畴。

2. 痿病的概念及范畴

痿作为症状，表现为软弱无力或萎缩，甚至功能丧失。痿作为病名，即指痿病，是指筋脉弛缓，软弱无力，不能随意运动，甚则肌肉萎缩的一类疾病。痿病也有广义与狭义之分，前者包括肢体痿、阳痿、肺痿等，后者仅指肢体痿而言。西医学所称的重症肌无力、肌营养不良、急性脊髓炎、周期性麻痹、多发性神经炎、小儿麻痹症等，相当于痿病。

本文讨论肢体痿，因其以下肢痿废为多见，故又称之为“痿躄”。躄就是下肢软弱无力，不能步履之意。明·龚廷贤《寿世保元》又称之为“软风”。

二、痹痿合论的基础

痹痿合论的基础主要可概括为四个方面。

1. 体质内虚是患痹、痿病的共有因素

历代论患“痹”、“痿”证之内因，多从虚而论，认为致痹成痿的主要原因是正气不足。古医籍记有“元精内虚，三气所袭，不能随时祛散，流注经络成痹”。《景岳全书》说：“痿……则又非尽为火证……因此而败伤元气者亦有之。元气败伤则精虚不能灌溉，血虚不能荣养，亦不少矣。”痿病之虚多是阴血不足，肺热叶焦，《内经》皆言五脏虚热，张介宾则认为痹病总由真阴虚脱所致，他说：“诸痹者皆在阴分，亦总由真阴虚弱，精血亏损，故三气得以乘之而为诸证。”所以阴虚是痹、痿共有的潜在发病因素。

2. 淫气客袭由不达致不荣是痹、痿病的类同病机

邪气客袭，指痹病主要是遭受风、寒、湿、热等邪气的

侵袭，并各以其时而重感。外伤瘀血也是患痹的一个因素，其病理机制为外邪痹阻，客于五体，气血壅滞而不达，营卫之气不能和调于五脏，洒陈于六腑，脏腑不荣而内舍之。

内热成痿是病之本。然《证治汇补》记有“痿夹标”，所夹有湿热、痰湿、血瘀、食积、痢后痿等。《景岳全书》云：“有渐于湿，以水为事，发为肉痿。”《证因脉治》记有外感痿病，并分别列风湿痿软、湿热痿软、燥热痿软等，以症、因、脉、治分述，颇为详尽。《叶选医衡》云：“夫皮毛筋脉三痿为内因，而骨肉二痿又属外感。”《医学入门》提出：“五痿旺时病易安”，随各症旺月调补则易。《儒门事亲》曰：“痿之作也，五月、六月、七月皆其时也。”可见淫气客袭，发病各应其时，气血壅滞不达，精血不能灌溉营养，脏腑不荣，实为导致二病之类同病机。

3. 痹久成痿是痹、痿病变的发展规律

体质因素是决定痹、痿证候的内在条件之一。阳气多，阴气少，病气胜，二病相类同。痹久成痿是从病程长久方面说明二病的统一基础。《证治汇补》谈痹久成痿说：“虚之所至，邪必凑之。邪入皮肤血脉，轻者易治；留连筋骨，久而不痛不仁者难治。”辨其病，则始感淫气以湿热为同。当见肌肉痿弱、瘦削枯萎之时，病已久矣。五体痹、五脏痹与痿躄、筋痿、肉痿、骨痿、五脏痿等以病位分类，二者是一致的，均为邪入五体，久则内舍五脏。临床上常见痹病日久不愈的患者，由于经脉血气长期闭阻不畅，加之肢体关节因活动受限长期得不到必要的功能锻炼，从而逐渐出现患肢肌肉萎缩，失去运动能力而最终变成痿病。

《素问·本病论篇》曰：“大经空虚，发为肌痹，传为脉痿。”《圣济总录》亦云：“痹害于身，其为疾也，初若无足

治，至其蔓而难图，则偏废弗举，四肢不随。”金·张子和亦说：“肌痹传为脉痿，湿痹不仁传为肉痿。”这是由于痹久脉络血气壅滞不达，精血不能灌溉营养四肢诸末而致，加之痹久不愈，邪气入里，内客脏腑，导致脏气内伤，气血化源进一步匮乏，从而导致了痹病向痿病的发展。

4. 治则与治法的共同性

治痿独取阳明。《三因极一病证方论》云：“诸治痿法，当养阳明与冲脉，阳明主胃，乃五脏六腑之海，主润宗筋，束骨以利机关。冲脉者，诸经之海，主渗灌谿谷，与阳明合养于宗筋，会于气冲，属于带脉，络于督脉……治之，各补其荥而通其俞，调其虚实，和其逆顺，致筋脉骨肉各得其旺时，病乃已矣。”

先生在《痹证通论》中提出治疗痹病的主要治则，治痿亦常用之。其法则是以“通”为主，但多配以外治法。该法可直接对病灶发挥作用，然久病不得捷取，宜用综合方法。内服药主“通”与“补”，辅以外用药、针灸、推拿、按摩、自身功能锻炼等。通法可祛其邪，补法可扶其正，这是痹、痿二病的共同有效治法。

三、痹病与痿病的鉴别

从历代医籍论述可知，痿病发作可因久痹所致，痹、痿可分，但不可强分，二者常同病或转化。

先生认为，可通过病变外现的形色变化、寸口脉与遍身诊脉选择脉位的比较、患部的感觉以及对各种刺激的反应来辨证分析。

1. 对痿痹疼痛的认识

有谓：“痹病均有疼痛”。其实不然，疼与不疼主要反映

所受淫气与病位之不同，与邪正关系相关。《素问·痹论》云："痹，或痛，或不痛，或不仁，或寒……痛者，寒气多也，有寒故痛也。其不痛不仁者，病久入深，营卫之行涩，经络时疏，故不通，皮肤不荣，故不仁。"又如肌痹有"肌肤尽痛"，也有"在于肉则不仁"的相异症状。

有曰："痿病肢体关节一般不痛"，此也不尽然。《橘泉传》示痿亦有痛。《汪石山医案》就成功治愈一例"痛痿"，并说："人只知痹痛而痿不痛，但此案由于热多筋急而作痛。"《慎斋遗书》记有："痿有风痿之别，痛则为风，不痛则为痿"，"盖痛为实，不痛为虚。"可见古籍中关于痿病见痛的记载，每常有之。

2. 痿痹脉象的诊察

《明医指掌》论痿病之脉说："痿因肺燥，脉多浮弱，寸口若沉，发汗则错，足痛或软，专审于尺，滑痰而缓，或沉而弱。"《素问·邪气脏腑病形篇》说："肺脉微缓为痿……脾脉缓甚为痿厥，微缓为风痿……肾脉微滑为骨痿……。"古医籍记有："风湿寒气合而为痹，浮涩而坚，三脉乃备。诊其自微涩在寸口，而关上小紧血痹也。"总之痹、痿辨脉应注意诊脉方法。先生曾用寸口诊脉与遍身诊脉选择脉位对比诊治痿、痹，通过辨脉，可察知所病为何邪，邪之浅深，病之转归，并识别痹、痿。

3. 肌肉萎缩分证

痹病后期，由于肢体关节疼痛，不能运动，肢体长期废用，亦有似痿病之瘦削枯萎。应注意肌肉萎缩的部位、程度、局部形色、运动障碍等情况，综合分析以辨痹、痿。

4. 筋脉拘急与弛缓

《景岳全书》引证《素问》句而论痿病云："经曰：'湿热不攘，则大筋纵短，小筋弛长。纵短为拘，弛长为痿。'

此《内经》言筋病之概，乃举隅之谈，以启人自反耳。有言痿多肢体筋脉弛缓，痹多筋脉拘急，亦未必然，当知于痿痹之外，瘛疭等病亦有拘急、弛长者。应得《内经》之意，以分辨寒、热、燥、湿、虚、实。”

5. 痹病、痿病的病位

痹病的范围相当广泛。按其病变部位，则分为皮、肌、筋、脉、骨五体痹。有关痹病临床表现的阐述，《素问·痹论》记载：皮痹表现为“在于皮则寒”、“为不仁”、“隐疹”；肌痹表现为“肌肤尽痛”；筋痹表现为“筋挛节痛，不可以行”、“胁满”、“屈不伸”；脉痹表现为“血凝而不流”、“骨痛”、“骨重不可举，骨髓酸痛”、“卷肉缩筋，肋肘不得伸”。

对于痿病的阐述，历代医书记载不少，然而均未逾越《内经》之藩篱，《素问·痿论》即将痿病分为皮、肌、筋、脉、骨五痿。其中皮痿表现为“皮虚弱急薄”；脉痿表现为“枢折挈，胫纵而不任地”；肉痿表现为“渴，肌不仁”；筋痿表现为“筋急而挛”、“颈筋急”、“不能久立”；骨痿表现为“腰脊不举”、“精时自下”和“坐不能起，起则目无所见”。

综上所述，痹、痿两病虽名殊，但是病位相仿，都是表现于皮、肌、筋、脉、骨的症状，而且病症多有相似，诸如皮痹与皮痿，筋痹与筋痿等。

6. 痹病、痿病的病因病机

疾病的发生总是由一定因素所导致，而疾病一旦形成，就必有其一定的发展演变规律。痹病、痿病也不例外。

1. 营卫不和

营气属阴而“营行脉中”，卫气属阳而“卫行脉外”。营气和卫气协调运行，不失其常，则分肉鲜利，皮肤柔润，腠

理致密。若禀赋营阴不足，则卫阳失去濡养而不固，营卫不和，皮毛空疏，腠理不充。此时稍有不慎，冲寒冒雨，或居处潮湿，或露卧当风，则外邪乘虚而侵袭人体，痹着经络，遂致气血运行不畅，发为痹病；或体失濡养而发为痿病。《素问·逆调论》曰："营气虚则不仁，卫气虚则不用，营卫俱虚则不仁且不用。"巢元方亦云："人腠理虚者，则由风湿气伤之，在于肌肉之间，血气不行则不宣，真邪相击，在于肌肉之间，故其肌肤尽痛……若伤诸阳之络，阳气行则迟缓，而机关弛纵，筋脉不收摄，故风湿痹而复身体手足不随也。"总之，营卫不和，轻则致痹，重则致痿。

2. **气血不足**

气主温煦，血主濡润，五脏六腑，四肢百骸，肌肤筋骨，皆赖气血之温养才得以发挥正常的生理功能。若机体失血未复，或久病不愈，耗伤气血，或产后血虚，或劳累过度暗耗气血，或脾胃虚弱，气血生化不足，则会导致气虚失于温煦，难以充泽腠理，血虚而上下内外络脉俱虚，百体不受气血温养则发为痿病；气血虚则外邪随乘而发为痹病。正如《灵枢·阴阳二十五人》所云："血气皆少则无毛，有则稀枯悴，善痿厥足痹。"

3. **脏腑功能失调**

藏于体内的肝、心、脾、肺、肾五脏，必有形于外。五脏的生理功能正常，则五体得养，筋骨健强，肌肉满壮。若七情内伤，劳逸过度，或饮食不节等影响脏腑功能，使脏腑气血阴阳偏盛偏衰，机体的平衡健康状态不能维持，则可发生痿病；外邪随虚而入，或内生毒邪，则可发生痹病。

（1）肝与痹痿

肝为藏血之脏，调节着全身的血液分布；主疏泄而调和

畅达全身气机，推动血液和津液的运行；在体合筋，主全身肌肉关节的屈伸运动。“食气入胃，散精于肝，淫气于筋”，筋赖肝血滋养，肝血充足，肝气调达，则筋膜得养，肢体活动轻健自如；若魂伤恼怒，肝郁火旺，耗伤阴血，筋失濡滋，则肢体不荣而成痿，即“肝气热……发为筋痿”；或不荣则痛，筋痛麻木，屈伸困难，痉挛拘急发为痹；或再感外邪，而“风寒暑湿之邪入于肝，则名筋痹”。

（2）脾与痹痿

脾与胃为人后天之本，共同主管饮食物的消化、精微的吸收输布和饮食及糟粕的传送，为气血生化之源。全身的肌肉，人体的四肢有赖于精微物质的供养，才能维持其正常的功能活动。若饮食不节、嗜食膏粱厚味，或思虑过度而伤脾；或素体脾弱，致脾失健运，清阳不升，精微不布，四肢不充，日久则肢废不用。如《素问·太阴阳明论》云：“四肢皆禀气于胃，而不得至经，必因于脾，乃得禀也。今脾病不能为胃行其津液，四肢不得禀水谷气，气日以衰，脉道不利，筋骨肌肉，皆无气以生，故不用焉。”这里指出了痿发于脾胃的病理机制。此外，脾气不足，营卫之气因之生化乏源，卫气不能温煦肌肉腠理，充泽皮肤，六淫之邪乘虚袭人肢体，也可发为痹病。如华佗云：“脾者肉之本。脾气已失，则肉不荣；肉不荣则肌肤不滑泽；肌肉不滑泽，则腠理疏，则风寒暑湿之邪易为人，故久不治则为肉痹也。”另外，脾为湿土之脏，喜燥恶湿。脾不健运，则水谷不化，反生湿痰，湿痰内生，最易招引外湿侵袭人体，阻闭经络，气血循行不畅而发痹病。

（3）肾与痹痿

肾主藏精，精能生髓。人体腰以下为肾所主，只有肾中

精气充盈旺盛，才能滋养骨骼使之强壮。若素体不惜，嗜欲无度，或禀赋不足，精伤气耗，髓乏化生之源，则骨骼失其滋养而骨软无力，且以两下肢为多见。《素问·四气调神大论》所谓“冬三月，此谓闭藏……逆之则伤肾，春为痿厥”就说明了肾精流失而致痿的病机。另一方面外邪可随虚而乘袭人体，发生痹病。正如龚信《古今医鉴》所云：“由元精内虚，而为风寒湿三气所袭，不能随时祛散，流注经络，入而为痹。”西医家朱良春先生根据多年实践，亦认为痹之邪入机体与肾关系至为密切。因肾为一身阳气的根本，“卫出于下焦”，肾阳虚馁，卫阳益疏，屏障失调，邪气乘虚而入，而机体无力抗争、祛之外出，因此阻碍气血阴阳对肌肤筋骨的温煦濡养，正虚邪滞，发为痹病。

（4）肺与痹痿

肺为主气之脏，调节着全身的气机，其位居于上焦，为华盖之脏，“上焦开发，宣五谷味，熏肤、充身、泽毛，若雾露之溉”。肺在体合皮，肌表是人体抗御外邪入侵的屏障，卫气循行其间，肺主气属卫，因此肺司其气。肺主持治节则腠理皮肤固密，抵御外邪侵袭的能力就强，反之因久病、重病或过度悲伤导致肺气耗伤，则气不布津，水谷精微亦不能被布散到肌表，四肢百骸失于濡养而发为痿躄。所以吴氏云：“肺主气，气者万物之父，肺者五脏之天，所以出纳天地冲和之气，而百骸资始者也。肺病百骸失其天，而无以资始矣，故令人手足痿躄。”肌表因气虚而防御外邪能力下降，六淫外邪因之而袭入人体，阻闭经络血气而发为痹病。若素体阴津亏乏，虚火上炎，或七情内伤，情怀不畅，郁火内生，热邪内炽，灼津耗液，致肺热叶焦，无津以布，亦发痿躄。如清·费伯雄所云：“诸痿起于肺。肺气空虚，金不伐

木，肝火郁结，大筋短缩，小筋弛长，故成痿症。”

4. 外感六淫

六淫之邪不仅可致痹，而且可以导致痿病的发生。如李杲云：“盖湿热相搏，而风热郁而不得伸，随着于有形也……或生痿，或生痹。”邪之袭人，经络阻闭，气血运行则为之不畅甚或不通，则痛，而发为痹病；或气血运行不通，肢体失却濡养，则发为痿病。

外感风寒湿：若居处卑下潮湿，或涉水淋雨，或气候变化，冷热交错，长期反复如此，则风寒湿之邪侵入机体，经络为邪郁闭，气血因之运行不畅，邪着不解，痹病乃发；或肢体失却气血濡养，发生痿躄。六淫为痹病的病因，这已成为众医家的定论。而六淫为痿病的发病原因，今人提之甚少，其实除《内经》所云湿热之邪致痿外，秦皇士在《症因脉治》和张锡纯在《医学衷中参西录》中亦明确指出风寒湿热是致痿之因。

外感湿热：雨湿淫溢，湿邪侵入人体，郁久化热，湿热交阻，经络气血运行不畅，形成湿热痹；或邪气蒸脾，流于四肢形成湿热痿。

5. 饮食不节

饥饱失常或饮食辛辣肥甘，损伤脾胃，酿湿化热，浸淫经脉，水谷精微不得输布至四肢百骸，而致肢体失却濡养，遂成痿废。如明·方谷云：“痿之一症全在湿热……热伤于气，在气不能舒畅其筋，故大筋软短而为拘挛者矣。湿伤其血，则血不养筋而筋不束骨，故小筋弛长而为痿弱者矣。”

6. 七情失调

喜、怒、忧、思、悲、恐、惊七种情志变化，是机体对外界事物刺激的正常反应，但过度或长期反复的某一情志变

化，却会影响相应脏腑的气机，影响人体的正常生理平衡状态。同样，七情失调也是痹、痿病的原因或诱因。清代罗美《内经博义》有云："凡人七情过用，则亦能伤脏气而为痹"、"神伤思虑则肉脱，意伤忧愁则肢废，魂伤悲哀则筋挛，魄伤喜乐则皮槁，志伤盛怒则腰脊难俯仰"。李中梓亦说："惟喜怒劳色，内藏虚耗，使皮肤血脉肌肉筋膜骨髓无以运养，故致痿躄。"诸说均认为痹、痿病可因情志失常而发生。

7. 痰浊、瘀血

痰浊和瘀血都是机体在致病因素作用下的病理产物，又可成为新的致病因素作用于机体，使机体发生新的病理变化。由于饮食不节，或过食生冷、膏粱厚味，或饥饱无度，损伤脾胃，水谷不得生化为机体所需的精微物质，反而聚湿生痰；或疾病日久，邪阻络脉，气血津液运行不畅；或因正虚，气血津液运行迟涩，痰瘀内生；或跌仆内挫外伤、术后产后等导致瘀血停留体内。一旦体内痰、瘀形成，则滞留局部，机体抗御外邪的机能愈趋低下，易感外邪，从而痰瘀与外邪交结，内外相援而导致痹病的发生；或肢体因痰瘀的阻碍而失于气血津液的濡养而发生痿病。李中梓论痿说："血瘀痿者，产后恶露不尽，流于腰膝，或跌仆损伤，积血不清，四肢痛而不能运动也。"赵氏对痿病的治疗也证明痰瘀为致病因素。此外在痹、痿病程中，尤其是在久痹、久痿中，致病因素的作用和脏腑功能的失调可以产生痰和瘀而使痹、痿病夹痰夹瘀，故痹病日久不愈，必有湿痰败血瘀滞经络。

近年来随着医学科学的发展，进一步证明痹、痿存在着共同的病理基础。有人从 72 例格林－巴利综合征（GBS，相当于中医的痿病）甲皱微循环观察到：GBS 急性期全身

微血管痉挛，口径变细、袢数减少、畸形增多、长度缩短而血流缓慢，红细胞聚集，提示微循环障碍是 GBS 病理改变的重要原因之一，也就是说痿病存在瘀血的病理。有学者采用红外热相仪观察到矿泉浸浴后类风湿性关节炎患者热相图中甲皱温度低于正常人，提示微循环障碍，亦说明痹病存在瘀血的病理基础。西医学所称的循环免疫复合物等概念，类似于中医所称的痰浊概念。诸如此类报道近来较多，表明痹、痿均存在着痰浊、瘀血等病理因素。

不仅营卫不和、气血不足、脏腑功能失调、七情失调、饮食不节、外感六淫及痰浊、瘀血等在痹、痿发病中各有作用，同时，人是一有机的整体，生理上脏腑气血营卫密切相关，病理上亦相互联系。气血不足、外感六淫可致营卫不和，七情不调可致脏腑功能失常，而脏腑功能失调又可致气血不足、痰浊瘀血内生，痰浊、瘀血又可夹杂在痹、痿病的过程中，其病机常复杂多变而非单一。

对于痹病来说，非感受六淫而不为病，外感六淫在痹之发病中占重要的作用，风、寒、湿、热均是常见的致病因子。由于人之禀赋不同，遗传易感性有异，脏腑偏盛偏衰有别，因而不同的人感邪后会发为不同的痹病。然“邪之所凑，其气必虚”（《素问·评热病论》）、“风雨寒热不得虚，邪不能独伤人”（《灵枢·百病始生》），营卫不和、气血不足、脏腑功能失调是其发病的内在因素。从总体上看，痹病以外感六淫、正虚不足为多见，痹久者才以正虚为著，但仍存在邪毒因素。病变所涉及的脏腑以肝、脾、肾为主。

对于痿病来说，以湿热淫邪致痿较多，而且非外感六淫也可致病，其强调的更是内因的作用。痿病的本质是体失濡养，肢体营养的供奉全赖内脏的化生，所以脏腑功能失调、

正气虚羸是痿病的主要病机，病变涉及的脏腑又以肺、脾、肝、肾为主。

痹、痿两病共同的病机特点均以正虚为本，常是内、外因相合所致。脏虚是两病的内在因素和根本原因；外感六淫是其外在条件；气血不足、营卫不和、痰浊瘀血既是致病因素，又是病理结果；七情不和是影响内脏功能的直接原因。

四、痹病与痿病的辨证论治

1. 辨病

痹病以肢体、关节、筋骨及肌肤的疼痛、酸楚、重着、麻木、活动障碍为主要临床表现，各痹的共同特点表现为不同程度的疼痛和肢体活动障碍。痹病呈反复发作和渐进性发展，病程一般比较缓慢，多数患者起病并不明显，部分患者开始出现发热、咽红痛、口渴、汗出、全身不适、脉数，继之出现关节症状。疾病的发展常由外而内、由表入里。

痿病以肢体软弱无力、功能活动障碍、肌肉萎缩为主要临床表现，各痿均以软弱无力为特征。内因引起的痿病，常形成缓慢，多逐渐发展成肢体的痿软消瘦；外因引起的，则起病急，常突然出现肢体痿废，且多见于温热病中或病后。

痹病和痿病之间一般都以有无肢体疼痛作为鉴别要点。痛者为痹，不痛为痿。清代医家翁藻云："痿病手足痿软而无力，百节纵缓而不收，通身不痛。痹病通身肢节疼痛，或四肢拘急。"但是痹和痿都是筋脉皮骨肉的病变，二者的临床表现常相互错杂，难以截然分开。痹病过程可见有痿病之症，如清·沈金鳌云："痹本气闭不通，或痛或痒，或手足缓弱。"《中藏经》亦云："肉痹之状，其先能食而不能充悦，四肢缓而不收持者是也。"临床所见类风湿性关节炎患者，

日久气血渐耗，痰瘀深痼，不仅表现为关节的疼肿，还见有肢体关节的无力、肌肉软弱萎缩等症。再如坐骨神经痛，多同时并见下肢无力、久则肌肉萎缩等症。再如皮肌炎疾病，在表现肌肉疼痛为主症时，也见有肌肉无力。有人在对32例皮肌炎患者的中西医结合治疗中观察到肌无力最普遍，约占59%，且40%的患者有肌萎缩。也有135例皮肌炎报告发现，肌无力占74.8%，肌痛占69.63%。

痹病日久也可以转为痿病，《圣济总录》云："痹害于身，其为疾也，初若无足治，至其蔓而难图，则偏废弗举，四肢不随。"金·张子和亦说："肌痹传为脉痿，湿痹不仁传为肉痿。"另一方面痿病也可以见痹病症状，如多发性神经炎表现为肢体远端弛缓无力、肌肉萎缩的同时亦见有疼痛。以药测证，痹、痿两病存在着同样的病机，如用马钱子散，既可治愈痹病，也可用以治愈痿病。

2. **辨证**

痹与痿相比较而言，痹多实，痿多虚；痹必有风寒湿侵袭才成，痿非外感亦可致；痹多寒而痿多热；痹多湿而痿多湿热。痹合痿病多为病情加重，有正虚存在；痿合痹病多夹实邪。二病初起多为邪实，久则正虚，或久病入络，湿聚为痰，血涩为瘀，而成虚实夹杂之候。

3. **治疗**

一般而言，治痹以攻法为多，而治痿补法多用。痹病的治疗应根据正邪的盛衰、标本的缓急以及邪之偏盛而采取先攻后补，或先补后攻，或攻补兼施，以及急则治其标祛邪为主，缓则治其本扶正为主的原则。具体治法有：祛邪常用祛风、散寒、利湿、清热、化痰、祛瘀等法；扶正常用益气血、补肝肾、健脾胃等法；舒筋通络则为通用治法。

痿病的治疗应分清外感与内伤，确立祛邪与扶正法度的使用。再者，应辨明脏腑病位，有的放矢地用药，尤其是注重从肺、脾、胃调治。肺是水之上源，职司治节，其功能若雾露之溉，润养他脏，而胃为阳明，是“五脏六腑之海，主润宗筋，宗筋主束骨而利机关”（《素问·痿论》）。

由于痹病和痿病的病位、病因、病机等多方面有相同之处，因此临床治疗也多有相通。比如舒筋通络之法，不仅用于治痹病，也常用治痿病，因为经络是气血循行的通路，经络闭阻乃痹病病机，而痿病肢体活动减少，经络易于瘀滞或积血不消，影响气血的运行，可更致筋骨失却濡养，关节不利，肌肉萎缩。“治痿独取阳明”是强调从脾胃着手，或健脾胃，或清湿热以治痿，并重视脾胃功能的健运，时时顾护胃气。而治痹也要重视治脾，因为无论风、寒、热邪都需夹湿邪方可致痹，而风可骤散，寒可速温，唯以湿邪害人最痼，脾虚生内湿最易招引外邪入侵，攘外必先安内，治湿必治脾。因此前贤认为“风寒湿痹，虽证在经络……补气以培脾虚……乃治本之法。”治痿常用滋阴润肺法，而吴鞠通氏治痹的一个显著特点就是重视治肺。因此，治痹多用风药，治痿不拘于用风药。补益肝肾则是痹、痿的共同治法。痹、痿常同时为患或转化，则必须治痹不忘治痿，并防其转为痿，而治痿的同时亦不忘治痹。

4. 分型论治

（1）湿热型

湿热痹：关节或肌肤疼痛，得冷稍舒，局部红肿灼热重着。

湿热痿：肢体痿软，身体重着，或麻木微肿，足胫热气上腾，首如裹，面壅肿。

共同表现：发热，口渴饮不多，烦闷不安，小便黄赤，舌质红，苔黄腻，脉濡数。

治法：清热利湿，通利经络。

方药：二妙丸加味（根据邪之偏盛而加味应用）。

（2）风湿型

风湿痹：关节肌肉酸痛，重着无定处，肌肤麻木不仁，恶风。

风湿痿：小筋弛长，手足瘫痪，痿弱不能举动，皮肤不仁，关节重痛。

共同表现：舌质淡红，苔薄腻，脉浮缓。

治法：祛风除湿。

方药：风湿痹用羌活胜湿汤；风湿痿用苍防五皮饮。

痹病常是风、寒、湿复合致病。其风胜者，以关节游走性疼痛为特点，用防风汤；湿气胜者，以关节重着而痛为特点，用薏苡仁汤；寒气胜者，以关节疼痛剧烈为特点，用乌头汤；风寒湿之气偏胜不明显者，用蠲痹汤。在此基础上再根据病变的部位，分别加用引经药以增强疗效。

（3）燥热型

燥热痿：手足痿软，不能行动，口燥唇焦，皮毛干枯，舌质红，少苔，脉细数或洪大而数。

治法：滋阴润燥。

方药：滋燥养荣汤。

单纯的燥热痹病较少见，但热痹或日久化热者可表现燥热阴虚证。

（4）气血两虚型

痹病表现：关节肌肉酸痛无力，时轻时重，活动后加剧，病程较久。

痿病表现：病后或产后、失血后肢体痿软无力。

共同表现：体质瘦弱，面色萎黄，气短乏力，头眩自汗，舌质淡，苔薄白，脉细。

治法：补益气血。

方药：八珍汤。

(5) 肝肾亏损型

痹病表现：关节肌肉疼痛甚或变形，筋脉拘急，屈伸不利，肌肤麻木不仁，形体消瘦。

痿病表现：起病缓慢，下肢痿软无力，甚至步履全废，腿胫大肉渐脱。

共同表现：腰膝酸软，头晕目眩，发落耳鸣，遗精遗尿，月经不调，舌红少苔，脉细。

治法：滋补肝肾，强筋健骨。

方药：虎潜丸。

(6) 脾胃虚弱型

痹病表现：关节肌肉疼痛肿胀，全身乏力，四肢困倦，纳食不香，面色萎黄，舌质淡或胖嫩。

治法：健脾益气，化湿和中。

方药：芪术苡苓汤。

痿病表现：肢体痿软无力，食少，腹胀，便溏，面色萎黄无华，气短，神疲乏力，舌质淡，苔薄，脉细。

治法：补益脾胃。

方药：参苓白术散。

(7) 痰瘀型

痹病表现：久痹，肌肉疼痛，痛定不移，关节肿胀变形，屈伸不利，肌肤紫暗，痰核硬结。

痿病表现：久痿，肢体痿软无力，肌肉萎缩，肤有紫

斑。

共同表现：外伤史，舌质紫暗，苔白腻，脉细涩。

治法：活血化瘀，化痰通络。

方药：桃红四物汤合二陈汤。

以上虽然列出痹、痿病的各型证治，但痹病以外感证多见，久痹则表现虚证或虚实夹杂证，而痿病以虚证较多。痹转为痿者多病机复杂，邪实的同时，并见气血脏腑不同程度的亏损。二者在临床上可多证同见，而且痹、痿常同病，所以临证应灵活变通，辨证施治。在治法上除用内服药外，还应结合外治法，如药物的熏洗、熏蒸、敷贴、针灸、按摩、气功、药物的穴位注射、离子透入疗法等。总之，综合疗法是治疗二病的可靠途径。

五、痹病与痿病的预后及护理

痹病初起，病邪轻浅，多为实证，较易获愈；病程日久，则全身状况差，而且可以转为痿，或与痿同病，使病情更为复杂；反复发作则病邪深入筋骨、血脉，痰瘀交结，关节变形，功能障碍，不能自由活动，甚或损害内脏，出现心悸怔忡、腰膝酸软、遗精等，则预后差。痿病初起实证者，及时而多方面的正确治疗则可望痊愈；初起即为虚证以及老年患者则预后差。虚证日久病情迁延，较为深重，治疗效果差，功能恢复也较困难。总之痹易治而痿难疗，两病初起易治而病久难痊。

痹病发作期，全身症状明显者，应以静为主，适当卧床休息。痹病的稳定期和痿病均应以动为主，坚持主动锻炼与被动锻炼结合，尤其对痿病主动活动差的病人，更应勤换体位，局部按摩以防褥疮的发生。两病均应避免寒湿侵袭，勿

淋雨涉水、触冒寒露，居室寝卧之处应清洁干燥、通风、保持空气新鲜，防止跌仆外伤。饮食应进高蛋白、高热量、易消化的食物，勿偏嗜膏粱厚味而宜清淡，以免伤脾生湿酿痰，并可适当配合食补疗法。在生活上还宜清静寡欲，保护肾精。长期服药者宜汤丸间服。减轻病人的精神负担，帮助树立治愈疾病的信心，争取亲属的配合，增强治疗效果。总之，要从多方面调整患者脏腑机能，助长正气，驱除病邪，直至尽快康复。

中医因时诊断、用药与辨治谈（附病案三则）

“因时制宜”是中医学独特而渊远的重要内容，属“三因制宜”之一。先生与弟子胡剑北合撰的《中医时间医学》是国内这方面较早的专论。先生上承《灵枢》《素问》，结合临床，对中医学中的时间治疗特征长期探究，溯源追流，思绪深入，积验良丰，并总结、发展了一套因时诊断、因时用药的有效方法。

一、根据疾病发作周期因时诊断

1. 了解疾病昼夜，分清阴阳虚实

人体阴阳气血活动旺衰与分布部位有昼夜之异，合之自然外界阴阳盛衰的变化影响到疾病，则可使不同阴阳属性的病变在不同的时间周期中发生、发展、转变。因此，观察疾病病情加重或减轻的时间，有助于判断疾病的阴阳属性。

阴阳虚实不同属性疾病在昼夜不同周期中加重或减轻的

一般规律是：

凡属阳盛类病变，多在白昼午后加重，如肝阳上亢、肝火上炎等。凡属阴盛类病变多在上半夜加重，如痰饮、水臌、热入营血、热入血室等。凡属阳虚类病变多在白昼，主要是上午、中午之时减轻，而在夜间，尤其是下半夜病情有加，如脾肾阳虚之夜尿、五更泻，中阳虚寒之胃脘痛，老年肾阳不足之寒喘等。凡属阴虚类病变多在午后加重，夜间主要是子夜以后减轻，如阴虚潮热等。

华佗《中藏经》对阴阳不同属性病变在昼夜不同时间发病，归纳为“阳（虚）病则旦静，阴（虚）病则夜宁，阴阳运动得时而宁。阳虚则暮乱，阴虚则朝争，朝暮交错，其气厥横”，可谓经验之谈。李东垣在《医学发明》中论之更详，是临床因时诊断阴阳不同属性病变的重要参考内容。他说：“夫百病昼则增剧，遇夜安静，是阳病有余，乃气病而血不病也。百病夜则增剧，昼则安静，是阴病有余，乃血病而气不病也。昼则发热，夜则安静，是阳气自旺于阳分也。昼则安然，夜则发热烦躁，是阳气下陷于阴中也。昼则发热烦躁，夜亦发热烦躁，是重阳无阴也，当极泻其阳，峻补其阴。夜则恶寒，昼则安静，是阴血自旺于阴分也。夜则恶寒，昼也恶寒，是重阴无阳也，当极泻其阴，峻补其阳。夜则安静，昼则恶寒，是病气上溢于阳中也。”

上述不同阴阳属性的病变在昼夜之中病情变化时间不同的机理主要是夜间无论人体或自然外界均属阴盛，阴虚病性因而得到缓解，阴盛病性则可加重，阳虚病性因阴盛所制约而症加；白昼自然界及人体阳旺，故阳虚病缓解，阴虚病加重，阳盛病也增重。其规律可归纳为：阴阳虚证患者可因自然界、人体生理性阴阳功能旺盛时，同性相求，得到补益而

症减；阴阳实证患者因自然界、人体生理性阴阳旺盛时，两盛相加而症加。

2. 注重子午卯酉，诊断阴阳失调

子、午、卯、酉是昼夜之中的四个不同时辰，在此四个时辰中，自然界、人体阴阳活动处于相互转换的剧烈变动状态。子时由阴盛而转为阳始旺、阴渐衰；午时由阳旺而转为阴始盛、阳渐衰；卯时阳与阴持平；酉时阴与阳持平。人体在自然界长期影响下，顺应了自然界阴阳转换波动，通过自我调节，机体阴阳也逐渐有了相应的昼夜变更。在病变时，机体自我调节功能降低，对外界适应能力也有所下降，难以因时而有相应变动，患病机体病情变化即会出现明显而具特征性的表现。阴阳失调的患者病情发作就具有好发于昼夜之中子、午、卯、酉的时间特性。注意观察子、午、卯、酉四个时辰的病情波动，有助于诊断阴阳失调病变。

一般临床经验是：子时发病，以痛证、精神神志病变、心血管病变为多，中医辨证多属胆系病变，阳虚患者以温胆汤、正胆汤（温胆汤加酸枣仁与代赭石）、枣仁甘草汤以及温阳诸方效高。在子、午两时辰均发病的多属少阳证，阴阳不相调和，主方多用小柴胡汤加减，以协调阴阳。

3. 气血因时流注，脏腑病位不同

气血在人体脏腑中按时循序依次流行灌注，使得脏腑功能活动在一日之中有旺衰之时，这对机体病变也产生影响。根据气血流注与脏腑功能活动盛衰，观察分析疾病变化时间，将有助于诊断。如诊治妇人崩漏，见崩漏血量若在上午10时（巳时）、中午12时（午时）、下午（6时）（酉时）左右量最多，根据发病时间分别在脾、心、肾三经当令之时，则结合脉证，可分别诊断为脾虚不能统血、心气虚不能控

血、肾气虚不能摄血证，酌用归脾汤、养心汤、六味地黄丸等方药治之，可期佳效。

又如一病人夜半 2～3 时突发腹胀，自小腹上至大腹，每晚如此，至天明则病舒。此乃肝火内郁、肝气旺盛以致横逆犯脾所致。腹胀虽病所在脾，而病本实在肝，其诊断思路是：夜半 2～3 时为丑时，系肝经旺盛之时，少腹系肝经所主，肝木又有横逆犯脾之性，是以有从少腹渐上至大腹胀大之症。注重发病时间结合脉证，可较快而准确地得出诊断。再如夜半子时发作心悸气短，胸闷如堵，头晕目眩，颜面虚浮，四肢不温，脉迟缓。因夜半子时为心气最衰之时，心气虚弱，以致血运不畅、心脉痹阻，结合临床表现可诊为心阳不足之证。

根据子午流注，即气血因时流注脏腑经脉学说诊断疾病，则脏腑气血旺盛时，属实证者，可因脏气与病气相旺而病情加重，如腹胀例。在脏腑气血衰减时，属虚证者，因无脏气补益而病增，如心悸气短例。而脏气值令之时当旺不旺，往往致虚证发作，如崩漏例。此外，虚证在与之相关的其他脏经旺时，因虚受克制而发病，也值得临床重视。

4. 结合四季更替，观察舌脉常异

受四时寒暑变化的影响，正常脉象有春浮、夏洪、秋毛、冬沉的生理性变化。《素问·平人气象论》云："脉得四时之顺，曰病无他。"其意为疾病变化影响及脉，若有四时之脉象显露，如春季有数、滑等病脉，但只要见有微浮弦之春脉征象，虽病难治，因机体尚有顺应时气而调节的能力，提示机体尚有向愈希望。反之，春应浮而反沉，是谓脉逆四时，预后欠佳，因已表现出人体生理机能极度低下，不能因天时而调节。根据四时变化观察脉象还可区别正常脉象与病

脉。一般认为，常脉应是不浮不沉，不大不小，不数不缓等，实则因于天人相应，人体常脉在四时各有不同；若不加区分，见春脉微浮、冬脉微沉即判为病脉，则将误诊。

舌象在四季中因受气温、湿度、气压、饮食、起居等自然环境与人体活动等变化及不同的影响而有所变易。一般春季多见舌尖偏红，舌苔薄白而少，干湿适中，舌体偏瘦小。夏季则有几种变化，夏初多见舌质偏红，苔薄白而满布舌面，干湿适中，舌体偏胖；梅雨季节时，舌质嫩红多见，苔白略厚而微腻；夏末秋初，舌质略见淡白，苔薄白根微黄腻，舌体偏胖，多见齿印。秋季舌质淡红，苔薄白而略干，舌体适中。冬季舌质淡红，苔薄白而湿润，津液较多，舌体适中。因此观察舌、脉，先生多重视四时之变，以区分常象与病象。

5. 掌握四时发病，有利准确诊断

《素问·金匮真言论》有言："春善病鮅衃，仲夏善病胸胁，长夏善病洞泄寒中，秋善病风疟，冬善病痹厥"。四时各有好发病证，临证应结合四时发病规律诊视疾病。以小儿发热为例，冬末春初小儿发热伴有皮肤丘疹，应多考虑麻疹；夏季发热烦渴，多饮多尿，绵延时长，应多虑及小儿夏季热；秋季发热而有浮肿、尿赤，应多考虑是否系肾炎；冬末春初发热，面颐肿大疼痛，应多考虑腮腺炎。

对慢性病变的因时诊断还有助于进一步判别其阴、阳、虚、实病性。如阳虚阴盛者，其病冬重而夏轻；阴虚阳盛者，其病夏重而冬轻。其他还有根据疾病变化的特殊周期而因时诊断，如疟疾等。

二、因季用药与施治

无论何种治疗方法，如药物治疗、针刺疗法以及其他一些方法等，均需通过机体发挥作用。而外环境四季变化比较明显，人体亦受其波动影响，并发生相应改变，故先生十分重视根据季节变化施治，以“四时为宜，补泻勿失，与天地如一”为宗旨。据先生长期实践，归纳总结，中医学中因季施治用药的原则主要有：

1. 用寒远寒，用热远热

人体体质有偏寒、偏热之波动，疾病病性亦有寒、热偏重等周期性特性。“用寒远寒，用热远热”之法则依据四季寒热更替对人的影响而制定，首见于《素问·六元正纪大论》，其基本含义为：寒冷季节用大寒药、炎热季节用大热药必须慎重。因人体生理阴阳的趋向是“春夏则阳气多而阴气少，秋冬则阴气盛而阳气衰”（《素问·厥论》）。人体在春夏阳热之季则“人气在外，皮肤缓，腠理开，血气减，汗大泄，肉淖泽”（《灵枢·刺节真邪》），病变多为热病伤阴，机体阴阳失调一般呈现出阴气虚而阳气盛；人体在秋冬阴寒之季表现为“人气在中，皮肤致，腠理闭，汗不出，血气强，肉坚涩”（《灵枢·刺节真邪》），病变多为寒邪伤阳，机体阴阳失调一般呈现的是阴气盛而阳气衰。而温热药属动药，多损阴，主升发开泄；寒凉药属静药，多伤阳，主沉降收闭。春夏多用重用大热药，秋冬重用多用大寒药，则与时气及人体生理阴阳活动变化、病理阴阳失调特点相悖，结果非但病不能愈，且可导致不良后果。如《素问·六元正纪大论》曰：“不远热则热至，不远寒则寒至，寒至则坚否腹满，痛急下利之病生矣。热至则身热、吐下霍乱、痈疽疮疡、瞀郁注

下、睾痿、肿胀、呕、鼽衄、头痛、骨节变、肉痛、血溢血泄、淋閟之病生矣。”故施治“时必顺之”，“热无犯热，寒无犯寒”，如此方能“无失天信，无逆气宜，……是谓至治”，即最优化治疗。

“用寒远寒，用热远热”治则已经历代医学家在临床进行了广泛运用，并总结出许多宝贵经验。如汉代名医张仲景《伤寒论》168条白虎汤方后注云：“此方立夏后，立秋前乃可服，立秋后不可取”。此因白虎汤属寒凉之剂，秋后冬寒之际，人体阳气内收，用之有伤阳气之虞。金元四大家之一李东垣也主张冬不用白虎汤，复谓“夏不用青龙”。小青龙汤属辛温祛寒之剂，可治风寒束表、胸有寒饮内停之证，然于夏季炎热之时用之，则可能助阳发越，有损阴液。明朝万密斋也阐述了与李东垣相近的观点，并应用“用寒远寒，用热远热”治则指导临床应用。如一小儿六月病泻，医不知用热远热之戒，用理中汤，治之不效，反加大热大渴；万氏接诊后，应用寒水石、滑石、甘草制成的玉露散，以解时令之热，冷水调服，一剂而安。本案显示了前医因不知用热远热，多服理中汤致火热加重，而万氏则应季采用玉露散，清解获效。罗天益对玉露散治小儿吐泻曾倡言：“立夏以后、立秋以前宜用，余月不可用。”可见万氏治验决非偶然。又，今一风疹病人，秋季病作时，医用玉屏风散加附子、赤芍、白芍、陈皮、甘草等药服之而愈。后再次犯病，恰逢盛夏，病家沿用秋季所用原方原量治之，结果药用一剂即病证加剧，并增腹满、心热、口干、头昏等症。后经先生将附子、白芍减量而获效。本案提示有时因病之需在春夏温热时用热药，秋冬寒凉时用寒药，在剂量与药物配伍上要适当控制，以免违逆四时，影响治疗效果。

2. 春宜吐，春夏宜汗，秋宜下

汗、吐、下是三种重要的治疗方法，其作用的发挥也受季节变化的影响。张仲景首先提出“春宜吐，春夏宜汗，秋宜下”等因季立法治疗观点，主要根据人体阳气因春季而生长升发，有助于吐法作用的发挥，且吐法春季应用也无干扰人体正常生理活动之弊。春夏用汗法，因汗法是通过发汗经体表达到祛邪愈病的目的。春夏阳气升发向外，有助于汗法作用发挥，同时出汗是春夏常见生理现象，春夏用汗法亦有助于生理作用不因药物而削弱。秋季用下法乃因秋令主收主降，用下法可借秋季人体沉降之气发挥作用。李东垣对此阐解，有谓：“时者，必本四时升降之理，汗、吐、下、利之宜。大法春宜吐，像万物之发生，耕、耨、科、斫，使阳气之郁者易达也。夏宜汗，像万物之浮而有余也。秋宜下，像万物之收成，推陈致新，而使阳气易收也。冬周密，像万物之闭藏，使阳气不动也。”在此李东垣对张仲景所论又有发展，提出了“冬闭藏”的治法。罗天益进一步指出春季服泻下药的错误和严重后果，“当少阳（春季）用时，万物向荣生发之时，惟当先养脾胃之气，助阳退阴，应乎天道以使之平。今反以北方寒水所化，气味俱厚，苦寒之剂投之，是行肃杀之令于奉生之月，当升反降，伐脾胃而走津液，使营运之气减削，其不能转精皮毛经络必矣，奉长之气从何而生?”其所著的《卫生宝鉴》中就记载了9例“违时”施治而致误的病案。其中，冬季误汗1例，误下1例；春季误汗2例，误清1例；夏季误下3例，秋季误汗1例。说明了根据季节确定治法具有重要的临床实践意义。对于因季立法，明朝万密斋对张仲景、李东垣的认识亦多有研讨分析，实践验证，其顺天时调气血以施治的方法在医案中随处可见。

上述两种因季施治立法原则更多地体现在古代医家临床选方用药的过程中，并总结出初步的规律性。如李时珍提倡“顺时气而养天和”之说，在《本草纲目》中专列《四时用药例》篇，总结归纳前人因季加减用药的经验：

“升降浮沉则顺之，寒热温凉则逆之。故春月宜加辛温之药，薄荷、荆芥之类，以顺春升之气；夏月宜加辛热之药，香薷、生姜之类，以顺夏浮之气；长夏宜加甘苦辛温之药，人参、白术、苍术、黄柏之类，以顺化成之气；秋月宜加酸温之药，芍药、乌梅之类，以顺秋降之气；冬月宜加苦寒之药，黄芩、知母之类，以顺冬沉之气。所谓顺时气而养天和也。”

与李时珍“四时用药例”类似因季加减药物，李东垣据患病季节不同，对同一疾病的药物加减描述如下：

表虚自汗：春夏加黄芪；秋冬加桂枝。

腹痛：夏月加黄芩；秋冬去芍药，加半夏、生姜或益智仁、草蔻仁。

腹满闭塞，膈咽不通：冬月加吴茱萸；夏月加酒洗黄柏，六七月间加五味子、麦冬。

噎塞：冬月加吴茱萸；夏月加青皮、陈皮、益智仁、黄柏，或以消痞丸合滋肾丸。

气涩滞、食不下：三春之月，多用陈皮，少用青皮，更加风药。

痰嗽：春夏大温，加佛耳草三分、款冬花一分；夏月加五味子三十二枚、麦冬二分或三分；冬月加去节麻黄五分；初春犹寒，少加辛热之益智仁、草豆蔻；秋月加槟榔、草蔻仁、砂仁或白蔻仁。

又有对同一方剂因四时不同而加减药物不同。如李东垣

《医学发明》提及羌活愈风汤的四时加减用药：

望春、大寒之后，加半夏二两、柴胡二两、人参二两；望夏之月半，加石膏二两、黄芩二两、知母二两；季夏之月，加防己二两、白术二两、茯苓二两；初秋、大暑之后，加厚朴二两、藿香二两、桂枝一两；霜降之后望冬，加附子一两、官桂一两、当归二两等。

对同一病症在不同季节罹患，用方亦有不用。如罗天益认为：溲而便脓血者，小肠泄也，立秋至春分宜服香连丸；春分至立秋宜服芍药柏皮丸。太阴下利于春夏时，用桂枝汤以升阳止泻；于秋冬时，则用理中汤等，以温守中阳，燠土止泻。

此外，李东垣还据四季变化不同及好发病制定了四季时方，即：

春季时方——补中益气汤，长夏时方——清暑益气汤，秋季时方——升阳益胃汤，冬季时方——神圣复气汤。

叶天士在临床上也常遵循因季用药的原则，此在《临证指南医案》中有丰富的案例记载。归纳之可有以下基本观点：

①冬为阴，苦寒之剂勿过度；夏属阳，辛热药物莫过量。

②夏三月必佐脾胃药。叶氏认为长夏脾胃当令，崇其生气，体旺病可全好。即使阴精亏损之人，每当夏令，阳气易于发泄，此时仍应在养阴的前提下，兼益胃气。如叶氏治疗董氏吐血案（《临证指南医案》吐血门董案），此案董氏夏三月血吐后肌肉麻木，应当益气（健脾），大忌肺药清润寒凉。

先生在临床也颇多因季用药体会，每届八九月时，患者每见舌质嫩红、舌苔白厚腻等湿象，处方中往往酌加苡仁、

蔻仁、砂仁、苍术、白术、陈皮等药，疗效较好。药后患者每有体困乏力减轻、食欲增加、精神好转等佳象。

此外，先生根据春夏宜汗的原则及机理，对于皮肤疾患、肌肉、骨关节以及毛发病变等，往往亦乘春夏人气向外、药物宜于宣泄体表之时进行施治。

3. 春夏养阳，秋冬养阴

上述因季制宜施治原则主要在于被动地顺应季节变化治疗，《素问·四气调神大论》首先提出的春夏养阳、秋冬养阴，则是主动利用季节变化特点，对某些病变择季施治与预防。该原则主要内涵有二：一方面重视顺应四时阴阳变化，在春夏注意养护人体阳气，在秋冬养护人体阴气；一方面要求医家借助自然界春夏阳旺阳升，人体阳气有随之欲升欲旺的趋势，对阳虚者用助阳药；秋冬阴盛阴降（收），人体阴气有顺之欲盛欲降（收）之势，则对阴虚者用滋阴药，以求更好地达到扶阳助阴的目的。

春夏养阳：该法则经临床应用证实有较高的价值，尤其对阳虚不足、阴寒内凝等证，效果理想。诸如老年慢性支气管炎、支气管哮喘、慢性结肠炎、类风湿及风湿性关节炎等有一定的疗效。

秋冬养阴：秋季气候肃杀，天高物燥。若人体津液耗散太过，或素有阴津亏乏之患，则易感燥而生“燥病”。若燥邪伤及肺阴，则可出现口鼻、咽喉、皮肤干燥，干咳无痰或少痰等症状，亦可引发燥伤胃肠、燥伤肝肾等内燥证。因而，所谓燥证，多为阴虚所伤，不离于阴。治疗上，《素问·至真要大论》曰：“燥者濡之”，治燥总不离乎滋润一法，而滋润实质是养阴。养阴药诸如生地、沙参、麦冬、天冬、石斛、桑椹子、旱莲草、太子参等均具有滋润作用。故凉燥

者，治当辛润；温燥者，治以甘寒滋润；内燥者，辨其脏腑精血之燥而濡养之等，均需选用养阴药以滋阴润燥。秋季易患燥证，常用清燥救肺汤、桑杏汤、麦门冬汤、增液汤等，此即秋冬养阴法则体现之一。

至于冬季养阴法则，似乎难解。冬季严寒，寒则伤阳，何以养阴？然从生理角度论，秋冬是阳气内藏、阴气滋生之时，防治疾病，不仅要针对病性、病邪施以相应治法，也需注意不扰乱而顺从人体生理活动之势，扶正祛邪。冬季养阴既可寓从阴中补阳，温阳方药中增入滋阴药，以治疗寒邪伤阳之意，还可为春夏阳气生旺之时储备物质基础，使人体在春夏之际生长顺利。倘若只知冬寒伤阳而“勿扰乎阳”，则有忽阴盛而有阳生之理。秋冬一味专投温燥之辈，则有“攻寒日深，而热病更起”之弊。至春亦将因阴气不足、阳气更动而有血出、低热、气虚等见症。鉴此，先生认为，秋冬之时应注意服用一些滋阴膏剂，以符“秋冬养阴”之旨。

三、冬病夏治法

“冬病”指某些好发于冬季，或在冬季加重的病变，如支气管炎、支气管哮喘、风湿与类风湿性关节炎、慢性结肠炎、老年畏寒症，以及属于中医脾胃虚寒类疾病。“夏治法”指在夏季择时施治。冬病夏治法即冬天好发病，其治在夏季，这是中医重要的择时施治法则之一，属于“缓则治其本”的治疗原则。

冬病夏治法源于《素问·四气调神大论》中提出的“春夏养阳”治疗法则。根据中医阴阳四时消长变化之观点，人体阳气春夏多生发而旺盛，秋冬多收敛而衰弱。这是人与自然相应的结果，是受自然界春夏阳热影响而产生的。即使人

体处于病理状态之下，亦时时受到自然界变化的影响，以及人体活动处于长期与自然相应而形成的阳气变化年节律的调控中。故阳虚者，尽管四季均为不足，但因受夏季自然界阳气隆盛的影响与促动，和人体阳气在夏季处于年节律变化的峰值，虚阳有欲动而趋于好转之态势，体内凝寒之气也因此有易除易解之可能，乘其势而治之，往往可收事半功倍之佳效。反之，在自然界阳气失旺，人体亦处于阳气年节律变化的谷值、虚阳失却变化之动力的冬季，即使补之，疗效亦难尽如人意。体内凝寒之气在自然界冬季严寒之气隆盛及体内虚阳不足的状态下却之亦难。

由上可见，冬病夏治法基本思想是：一方面借助自然界夏季阳旺阳升、人体阳气有随之欲升欲旺之趋势，体内凝寒之气易解的状态，对阳虚者用补虚助阳药，或内寒凝重者用温里祛寒药，以求更好地发挥扶阳祛寒的治疗功能。一方面为秋冬储备阳气，阳气充足，则冬季不易被严寒所伤。

古代医家虽未正式提出冬病夏治法名称，临床中却已经实施应用。清代医家张璐所著《张氏医通》中即已提到夏季采用敷贴法治疗哮喘病，所谓："冷哮灸肺俞、膏肓、天突，有应有不应，夏月三伏日用白芥子涂法，往往获效"。

先生采用冬病夏治法，临床主要用于老年性慢性支气管炎、支气管哮喘、喘息性支气管炎等，如采用夏季服用桂附八味丸、补骨脂、紫河车等方药的内治法。同时，根据张璐的方法，参考《医学入门》"凡药之不及，针之不到，必须灸之"，《金匮要略》"病痰饮者，当以温药和之"等经验，以及人体夏季腠理疏松、气血畅通的特点，先生也常使用辛温药制成各种敷贴膏，在夏季贴于人体定喘相关穴位，以防治痰饮、咳喘。

应用冬病夏治法治疗风湿、类风湿性关节炎、慢性结肠炎、老年畏寒症等，先生亦多有积验。如风寒湿痹、寒腿之类夏季打“伏针”；冬季手足皲裂者夏天浸药等；脾胃虚寒患者则在夏季进行温中补阳的培本治疗；老年畏寒症于夏日服用金匮肾气丸等，均能使病情缓解，疾病向愈。

四、月经病的时间周期用药法

月经的月周期节律性是人体重要而明显的生理节律之一。利用月经周期不同阶段的生理病理变化特点因时组方用药已在临床得到广泛应用，收到较好的疗效。

月经的生理周期变化通常分为四个阶段：经前期、行经期、经后期、经间期。各阶段变化互相联系，各有特点。任一阶段的生理改变均将导致妇人月经病变的发生，甚至整个月经周期的紊乱。而各阶段的病变又自有特点，这为临床择时用药施治提供了依据。据月经周期节律因时施治，主要目的在于恢复失调的月经生理节律变化。

中医学认为肾为先天之本，主藏精气，月经生理现象与肾关系密切，诚如《素问·上古天真论》所谓：“女子七岁，肾气盛。二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下”。妇女以血为本，血是构成月经的物质基础之一，血的生成、统摄、运行均有赖于气的生化与调节，同时，气又依靠血的营养。在肾气的作用下，气血协调，血脉畅通，则血海按时满盈，月经如期来潮。由于气血来源于脏腑，心主血，肝藏血，脾统血，肾藏精、精化血，故月经生理上主要与心、肝、脾、肾四脏相关。胞宫是经血汇聚、释放的场所，冲任是气血运行调节的机构，因此，冲任二脉及胞宫等组织结构与月经密切相关。所谓月经周期四个阶段的生理变化，主要

就表现在心、肝、脾、肾四脏的功能，气血的生成、统摄与运行，以及胞宫、冲任的畅调等。

经前期：月经周期的第 15～28 天为经前期。此期气血汇集冲任血海，胞宫气血偏实，肾精充盈，有利胎孕。

行经期：月经周期的第 1～4 天为行经期。此期在血海满盈后，经血由于肝肾功能作用而下泄，定时排出，即为月经。冲任胞宫气血半虚半实。

经后期：月经周期的第 4～14 天为经后期。由于经血来潮后阴血耗损，新血尚未及时充盈，冲任胞宫气血偏虚，精血初始滋长。

经间期：月经周期的第 14 天左右。此阶段精血逐渐恢复，肾精进一步发展充实，冲任胞宫逐渐恢复充盛。

不同的月经病变虽与整个月经周期变化有关，但又有某阶段病理变化之侧重。月经病的节律周期治疗方法正是根据月经各阶段生理特点及其紊乱失调而成特征性的病理改变，来确定不同的方药施治。

1. 闭经的周期调治法

月经第一、二周，滋肾健脾为主。

药用：党参、女贞子、白芍各 15 克，菟丝子、首乌各 20 克，枸杞子、白术、川续断、麦冬各 12 克，五味子 10 克。

全方可使精血充盈，血海按时满溢，为月经准备物质基础。

月经第三周，补肾健脾益气为主。

药用：党参、白芍各 15 克，菟丝子、首乌各 20 克，川续断、锁阳、白术、麦冬各 12 克，五味子、淫羊藿各 10 克。

此方在前方基础上去女贞子、枸杞子等滋阴药，加入淫羊藿、锁阳等补肾阳药，以助阳生，促进卵泡成熟及排卵。

月经第四周，益气养血为主，助以活血下行，促进月经来潮。

药用：党参、白术、牛膝各 12 克，当归、益母草、白芍各 15 克，熟地 20 克，川芎、枳壳各 10 克。

上述各方每剂服 2 天（头煎当天服，二煎次日服），第一方用 6 剂，服 12 天，其余用 3 剂，各服 6 天。三方共服 24 天为 1 个周期，停药后观其月经有无来潮。若经潮者，则于经净后再行下一周期治疗，方法同上；若未潮，可进行第二周期，仍未潮可加用西药人工周期，以诱发月经来潮。待月事来潮后，则停用西药人工周期，继续中药周期调理。

本法主要用于继发性闭经中属中医分型为虚性经闭者。与西药人工周期比较，西药常停药则经复闭，本法则疗效巩固，一般持续用中药调整几个周期后，月经即按期而潮。本法较西药人工周期还有副作用少、长期服用不会抑制卵巢功能、可改善体质等优点。

2. 经前期紧张症的周期调治法

经前期紧张症为妇科临床常见的一种症候群，是指周期性地出现在行经前的一系列症状，主要如乳房胀痛，性躁易怒，倦怠嗜睡，抑郁忧虑，心悸失眠，精神异常，头晕头痛，面肢浮肿，纳少便溏，腰酸腹胀，身痛或关节痛，也偶见发热恶寒、喉痛声嘶、口疳、面部痤疮、荨麻疹或皮肤瘙痒等。中医学中属于月经前后诸症范畴，在古医籍中尚无系统阐述。一般按其不同表现分别称为经前乳胀、经行头痛、经行浮肿、经行泄泻、经行身痛或经行发热等。其特征是症状出现于经前黄体期，行经后即消失或骤减。

周期调治法则为：卵泡期（经后期）滋肾补血益冲为主，兼顾肾气；排卵前期（经间期）在滋养精血的基础上，益以助阳理气活血之品；黄体期（经前期）以助肾阳为主，阴中求阳，调整阴阳；黄体退化阶段（经前期）及月经期因势利导而活血调经。治疗关键在经前期，结合周期立法基本原则辨证施治，调节经前脏腑与冲任的功能失调。此期用药可据中医辨证分型采用相应方药。

1. 肾虚肝郁型　治宜益肾解郁、调理冲任。方用益肾解郁汤：

熟地 12 克，淮山药 15 克，柴胡 6 克，当归 9 克，白芍 9 克，鹿角片 12 克，仙灵脾 12 克，菟丝子 15 克，川断 12 克，制香附 9 克，八月札 9 克，茯神 12 克，玫瑰花 3 克。

2. 肝脾不调型　治宜疏肝健脾、调理冲任。方用加减逍遥散：

柴胡 6 克，炒当归 9 克，焦白芍 9 克，炒白术 9 克，茯苓 9 克，制香附 9 克，佛手柑 6 克，青、陈皮各 3 克，炙甘草 3 克，红枣 7 枚。

3. 肝郁气滞型　治宜疏肝理气调冲。方用加减柴胡疏肝汤：

柴胡 9 克，枳壳 6 克，白芍 9 克，香附 9 克，郁金 6 克，当归 9 克，川楝子 9 克，元胡 9 克，陈皮 3 克，炙甘草 3 克。

4. 肝郁化热型　治宜疏肝清热调中。方用加减丹栀逍遥散：

柴胡 6 克，当归 9 克，生白芍 12 克，生白术 6 克，丹皮 9 克，黑山栀 9 克，生地 12 克，川楝子 9 克，绿萼梅 5 克，生甘草 4.5 克。

5. 阴虚肝旺型　治宜滋阴平肝调中。方用杞菊地黄丸加减：

杞子 12 克，菊花 9 克，生地 15 克，山萸肉 9 克，丹皮 6 克，女贞子 15 克，旱莲草 12 克，生白芍 12 克，炙龟板（先煎）12 克，生牡蛎（先煎）30 克，知母 9 克，酸枣仁 12 克。

6. 脾肾阳虚型　治宜温补脾肾调中。方用加减右归汤：

砂仁 2 克，熟地 12 克，炒山药 15 克，山萸肉 9 克，杞子 12 克，菟丝子 15 克，鹿角片 12 克，淡附片 4.5 克，肉桂 3 克，仙灵脾 15 克，仙茅 15 克，炒党参 15 克，黄芪 15 克，炒当归 9 克。

从以上分型及立法用药可见经前期用药以治肝为主，兼顾他脏。结合周期阶段其他调治法施治。

3. 痛经的周期调治法

实证痛经有气滞、血瘀、实寒、郁久化热四型。其周期调治法分别是：

1. 气滞型　经前 7 天至经期开始，治以行气开郁、通经止痛。方用加味乌药汤加减：

乌药 20 克，砂仁、川楝子、元胡、郁金、香附各 15 克，槟榔片 5 克，红花、青皮各 10 克。经期开始后 5 天治以疏肝解郁、养血和血。方用逍遥散加陈皮、荔枝核各 15 克。经后则以四物汤加香附、陈皮各 15 克，续断 20 克。

2. 血瘀型　经前 7 天至经期开始，治以活血祛瘀、通经止痛，方用琥珀散加减：

熟地 20 克，莪术、当归、刘寄奴、丹皮、元胡、赤芍、乌药、灵脂、桂枝、川楝子各 15 克，三棱 10 克。经潮开始后 5 天治以养血活血，佐以行气，方用桃红四物汤加元胡、

川楝子各 15 克。经后则以四物汤加丹参 15 克、续断 20 克。

3. 实寒型　经前 7 天至经潮开始，治以温经通络、活血止痛，方用温经汤加减：

当归、肉桂、小茴香、莪术各 15 克，炒白芍 20 克，川芎、吴萸、丹皮、半夏各 10 克。经潮开始后 5 天治以温经暖宫、养血和血，方用艾附暖宫丸。经后以四物汤加肉桂、艾叶各 10 克，续断 20 克。

4. 郁久化热型　经前 7 天至经潮开始，治以活血清热、通经止痛，方用清热调血汤加减：

当归、赤芍、黄芩、香附、红花、元胡、丹皮、莪术各 15 克，红藤、生地各 20 克，桃仁、川芎各 10 克。经潮开始后 5 天治以养血清热，方用芩连四物汤加丹皮 15 克。经后以四物汤重用生地、白芍，加黄芩 15 克。

从经前 7 天开始至经后 5 天停药为 1 个疗程，一般用药 3 个疗程。

实证痛经每因病邪与血相搏结，阻碍了血的运行，因而痛经患者多在经前 5～7 天出现小腹痛等不适。此期除了针对各型证候特点应用不同药物外，通经止痛是通用大法。经期冲任胞宫因气血下注已形成月经而相对空虚，但胞中仍有余血，故又有实，此期治疗则宜调理气血、虚实并调，既不可多用通法，也不可不通。故养血和血是各证配合应用的主要治法。经后因冲任胞宫气血偏虚，治疗固宜和气血、调肝肾以滋助之。各证型均宜以四物汤加减为治。总之，对于本证经前不可滥补，经后不可蛮攻。

至于虚证痛经因其气血俱虚，经期调理气血自宜重视，而平素补养气血尤属重要。

除以上按月经周期四阶段因时用药施治外，也可重点抓

住经后期、排卵期（经间期）施治，可在辨证施治原则指导下选方用药，于月经来潮第5天开始服药3剂，再待到排卵期即月经前15～16天服药3剂，亦可收到较好疗效。如一29岁患者，月经先后不定期，周期为15～45天不等，经来腹痛，牵引两胁疼痛，经量多，有血块，证属肝郁气滞所致月事不调，曾施治1年余未效。后以丹栀逍遥散分别于月经来潮的第5天及15天各服药3剂，守方治疗2个月，月经周期稳定在30天，腹痛除，后得一子。此法优点是用药少而方便，病人一般能坚持。

关于月经周期调治各法要注意的是用药最好以连续3个月经周期为好，这与月经节律逐渐恢复有关。否则，月经节律虽经药物诱导调整刚刚恢复后即停药，疗效则难以巩固。

4．根据月亮相位调治月经病

对于妇科病的调治，可根据月亮与月经的相关关系，随月亮盈缺的相位变化因时用药。其方法是：

上弦调经，温养补益为主。此时可采用益气养阴、温经养血、滋补肝肾等法，治疗因血虚、血寒的月经后期，血虚或肝肾阴亏的痛经，气虚的月经先期，肾虚的月经先后无定期，以及属于虚寒者的月经过多、过少、闭经等。

月望逐瘀，理活通消为法。此期可采用温经活血、理气化痰、祛瘀通经等法，治疗寒凝、气滞、血瘀、痰阻等引起的月经后期、闭经、错经以及“癥瘕”等，疗效优于其他时间。

下弦安胎，固摄安保为重。此期可采用补气摄血、温经养血、固肾安胎等法，治疗月经淋漓不断，不孕证，或孕后胎动下血。

朔时止带，除湿健脾补肾。此期可采用升阳健脾除湿、

清热利湿，以及补肾束带、填补冲任等法，治疗冲任受损、带脉失约而出现的腰痛、带下、少腹胀痛等。

随月亮相位调治月经病等妇科病主要适用于月经周期近似月亮相位周期变化时间者，即月望左右经潮者。若不是以月亮盈满为潮者，可借助西药人工周期疗法，有意地改变一次月经来潮，使之在望月时来潮，再以本法调治（应用此法须视患者体质）。

5. 利用月经周期变化的其他治疗方法

（1）月经周期服药法治疗女性痤疮

三皮四物汤：地骨皮、白鲜皮、丹皮、生地、赤芍、当归、川芎、川牛膝。挟湿者加黄柏、苍术、薏仁；挟风者加防风、蝉蜕。

治疗女性痤疮，在月经净后 12～15 天排卵期左右服药，每日 1 剂，连服 6～9 剂，共服 3 个月经周期。闭经者服完 9 剂间隔 20 天后再服 9 剂。服药期间禁食辛辣，停用其他药物，忌用香粉或化妆品，面部油腻者可用硼酸皂洗脸。

（2）月经来潮期治疗妇女尿路结石

妇女尿路结石成因与“虚、热、瘀”有关，故治女性尿路结石宜补肾、活血、清利法合用，并在月经来潮时开始服用，以趁月经来潮时冲任脉通、气血骤盛而迅速外排之势使药力因势利导，促使输尿管蠕动排石。方以桃红四物汤加牛膝、益母草、金钱草为主方，一般 1～5 剂即可排石。运用此法排石要具备的条件是：①月经周期正常。因月经按期而潮说明肾气盛、冲任脉通，气血充盈，可助药力排石。②月经来潮时应有腰酸疼痛难忍、经血色暗量小、兼挟瘀块等瘀血症状，以免活血药物的服用使月经量超常增加，使妇女气血亏虚。

病案 1：陶某，女，21 岁，未婚。

1985 年 1 月 24 日因双侧腰部绞痛 1 周，拟诊“淋证”入院。入院时右腰痛显，伴恶心，呕吐，口苦，不思饮食，舌质红，苔黄腻，脉弦细。X 线腹部平片确诊为“右侧输尿管结石”。治宜清热利湿、通淋排石。方以三金汤加味：

金钱草 30 克，鸡内金 10 克，海金沙（包煎）20 克，瞿麦 10 克，车前子（包煎）10 克，白茅根 30 克，怀牛膝 10 克，石韦 10 克，甘草 8 克。

上方每日 1 剂，分 2 次服，每次约 200 毫升，共用 50 余剂未见排石。3 月 24 日月经来潮，腰及少腹胀痛难忍，经色暗红量少，并有瘀血流出，故将上方合桃仁四物汤加减：

桃仁 8 克，红花 8 克，当归 12 克，生地 10 克，赤芍 12 克，川芎 8 克，金钱草 30 克，海金沙（包煎）20 克，怀牛膝 10 克，益母草 30 克，栀子 10 克。

上方仅服 1 剂，排出黄豆样大小结石 1 枚，诸症随之消失。X 线片复查示“右侧输尿管结石阴影消失”，病愈出院。

病案 2：某女，20 岁，未婚。

患者腰痛 2 余年，1983 年 4 月突然腰腹痛剧，并向会阴部放射，尿血。舌质暗红，苔薄黄，脉细涩。尿检示：红细胞（＋＋＋）、蛋白（＋＋），X 线腹部平片与肾图检查均示“右侧输尿管上段结石”，收住院。入院后经用西药疗效欠佳，继用清热利湿、排石通淋方连服 5 剂未效。4 月 19 日病人月经来潮，经色暗红量少，挟有少许瘀血块，腰痛甚，以桃红四物汤加减：

桃仁 3 克，红花 6 克，当归 10 克，白芍 10 克，川芎 6 克，怀牛膝 10 克，益母草 15 克，香附 10 克，党参 10 克，

白术 10 克，山楂 10 克，茯苓 15 克，甘草 5 克。

上方每日 1 剂，连用 5 剂，排出黄豆大小结石 1 枚，腰痛止。X 线片复查示结石阴影消失，病愈出院。

五、根据昼夜节律施治用药

在自然环境周期变化影响下，人体阴阳气血的消长盛衰呈现出某些昼夜变化节律性，人体病变也可有一定的时间变化，机体的这种生理活动与病理变化的昼夜节律性是择时施治的重要基础。先生据此而总结的择时施治方法主要可归纳为顺势施治法和迎病截治法两种，另再介绍择时按摩法、择时服用中药拮抗西药副反应法及时差治疗法。

1. 顺势施治法

顺势施治法是顺从人体生理活动变化的节律性，施治用药力求与其同步。其目的有：①不扰乱人体生理活动节律。②利用与促发人体生理活动对病理变化的影响，达到药物调整之效。本法可望使药物与生理活动发生协同作用。由于顺势施治法着眼于人体生理活动的节律性，因此对一般无明显病理变化节律的疾病，以及某些有病理变化节律的病变均适用。

本法产生的萌芽最初出现在《黄帝内经》。如《灵枢·顺气一日分为四时》云："朝则人气始生，日中人气长，夕则人气始衰，夜半人气入脏。黄帝曰：治之奈何？岐伯曰：顺天之时，而病可与期，顺者为工，逆者为粗。"所谓天者，大自然也；所谓顺者，顺其自然之性之势也。《内经》强调顺从大自然阴阳消长变化施治，实则要求顺应人体阴阳消长变化施治。因人体阴阳消长受自然界阴阳消长变化的影响而与之息息相应。古人利用人体与自然界阴阳变化同步的关

系，借用自然界昼夜变化明显、易于观察的特点，掌握人体阴阳昼夜变化的时间性而择选时机，顺势施治。

《内经》的观点受到历代医家的关注，他们纷纷从理论上、实践中去论证此种治法的机理与运用价值，积累了丰富的临床经验，提出了很多独特见解，不仅使顺势施治法有了具体的内容，也推动了中医治疗学的发展，丰富了治疗方法的内容。根据历代医家的临床体会与理论探讨，顺势施治法又可分为因病位不同用药有昼夜之分，以及据病性特征服药应早晚有异两个方面。

①因病位不同用药有昼夜之分

早在马王堆汉墓出土的医学竹简《五十二病方》中，就有针对病变的不同部位选择药物服用时间的记载。如《五十二病方》记载了治疗“白处”（有皮肤色素消失症状的皮肤疾患，类似现在的白癜风类病变），内服药物要求“旦服药”，即清晨服；外用药物“以旦未食敷药”，即在清晨未进食前敷用，提供了皮肤病治疗用药宜在早晨（旦时）内服外敷的经验。《五十二病方》目前研究已确认其成书年代早于《内经》，可见《内经》提出的顺势疗法思想实是对《内经》前时代医家顺势施治经验的总结与归纳，有切实有效的实践基础。《内经》还提出“日未出时吐之”，要求吐法施用于清晨太阳尚未出之时。清代王燕昌《王氏医存》提出了病变在四肢施治用药宜在清晨午前（旦时），病变在骨髓施治用药宜在午后暮夜。《王氏医存》所谓病在四肢、病在骨髓可理解为病在表、里之分。“骨髓”，古人常喻人体较深部位，并非仅指西医学的“骨髓”。说明了病位表里不同，用药也要有晨午暮夜之分。

王好古对汗、下二法的应用提出了最佳时间：“汗无太

早，非预早之早，乃早晚之早也。谓当日午以前为阳之分，当发其汗。午后阴之分也，不当发汗。故曰：汗无太早，汗不厌早，是为善攻。”“下无太晚，非待久之晚，乃当日午以后为阴之分也，下也。谓当午（以）前为阳之分也，不当下。故曰：下无太晚，下不厌晚，是为善守。”王好古认为汗法宜在午前采用，下法宜在午后采用。王好古针对外感热病施治用药“汗不厌早”、“下不厌迟”的论述，是从时间医学观点和临床实际出发作出的解释，不仅有独创性，而且有运用价值，引起古今医家的重视。王好古的论述亦为对前代医家经验的归纳。如金元四大家之一张子和对导水丸、禹功散、通经散、神祐丸等攻下药均提出要在临卧时服。所谓临卧时，多在午后酉、戌时辰，说明张子和已在临床中认识到午后用攻下法有利于药效的发挥，方有攻下药临卧服的经验。

汗、下二法主要是针对不同病位采用的不同治法，汗法多用于病变在表，用汗法使表邪外祛；下法多用于病变在里，用下法可使内里之邪得以泻下而除。王好古提出的午前宜汗、午后宜下的观点，反映了不同病位采用不同治法应在不同的时间。先生在应用方药治疗肝炎等病变时，每要求晚上临卧服，收效亦佳，说明施治用药注重时间性很有必要。

因病位不同用药有昼夜之分是参考与依据了人体阴阳气血升降出入的活动特点。一般旦时阳气初生，气血趋向于外，散布四肢肌表，药力可藉此期气血趋外的变动特点，乘其势而作用于体表病灶。如《五十二病方》旦用药物治疗“白处”等皮肤病变，《王氏医存》旦用药治疗四肢病变等，均意欲借用人体旦时阳气通达作用，使药物直达病所。王好古要求午前用汗法以祛除在表之邪，安徽中医学院张玉才在

临床验证之。他对 10 例典型太阳中风患者分甲、乙两组，每组 5 人，于不同时间服用桂枝汤，甲组上午 11 时服药，乙组晚 8 时服药，两组均为每日 1 剂。疗效比较结果：甲组药后平均 1 小时内生效，3 小时症状基本消失，3 剂痊愈；乙组药后效果与时间关系不大，平均 5 剂痊愈。该实验初步表明，桂枝汤解表宜在上午服药。据此，治疗外感、皮肤病、软组织损伤、四肢病变、痈疽疮疖及咽舌毛发等病，无论内服、外敷药物或其他治疗方法，均宜在午前（包括中午）与清晨运用。一般夜晚阳气内藏，阴气隆盛，气血趋向于里，输布内脏组织，此时用药可乘势入里，治疗病位深里的疾患。如《王氏医存》要求夜晚用药治疗骨髓病变，王好古要求午后用下法及张子和对攻下药要求临卧服，均寓有此意。先生在治疗肝炎等肝胆病变时常要求临卧服，也是受古代医家顺势施治法的启示。《内经》认为“人卧血归于肝”，子午流注学说认为夜晚子时、丑时是肝胆经脉气血流注旺盛之时，临卧服药，趁肝中血流量增多（据现代研究，肝脏在卧时血流量可增加 45%，夜晚迷走神经兴奋，肝脏血管扩张，有利于血液灌注），使肝脏血药浓度增加而有利于药物作用的发挥。这与夜晚用药治疗病变位于内里的含意相吻合，于临床收效甚可。上述经验与论述启示：临床对慢性结肠炎、便秘等肛肠病变用下法及对肝胆、肾等内里病变用药，可在午后暮夜施用。

②据病情性质服药应早晚有异

疾病性质有寒热虚实之不同，而不同性质的疾病在昼夜不同阶段、人体阴阳气血节律的不同变化时施治，可乘人体生理变化之势发挥作用，达到事半功倍之目的。归纳古今医家的经验，凡属阳虚、阴盛、寒性病变，服药宜在平旦、午

前；凡属阴虚、阳亢、热性病变，服药宜在午后暮夜。

阳虚、阴盛、寒性病变用药宜于平旦午前服。因平旦、午前阳气渐生而盛，阴气渐衰，故阳虚者用温热药，可乘阳气升发之势而温阳，阴盛者因其时自然势衰而用药促其更加衰减，寒性之患用温热药亦可得阳温之助，减少阴寒阻抑之势而寒除疾平。如李东垣对清阳下陷、脾气不足之中焦虚寒证，常要求在平旦早、午饭之间应用诸如补中益气汤、升阳益胃汤等。明代薛己《校注妇人良方》中亦认为补中健脾的补中益气汤、益肾壮阳的金匮肾气丸、益气之六君子汤等温阳、益气、健脾方药，应在清晨、上午服。明代杨瀛州曾提出补肾药宜晨服。清代叶天士则进一步明确为晨时宜服温补肾阳之品，他还提出利尿药宜中午服，以借自然阳盛而温阳化气、利尿消肿。《证治准绳》所载鸡鸣散可温宣降浊，除去肾家所感寒湿之毒气，服该药时间则定在平旦鸡鸣时，为使医者与病家均不忘其用药之时机，竟以服药之“鸡鸣”时间名方，足见该药服药时在平旦之重要。清乾嘉年间安徽新安地区著名医家程杏轩，对平旦、午前应用方药治疗阳虚等证极其重视，积验甚丰，其所著《杏轩医案》中此类记载甚多。当代名医施今墨临床用药择时经验类似。有人在临床治疗一男子腰膝酸软无力，不得登高上梯，用壮腰补肾、健脾益气之剂，晨服后自觉腰膝活动有力，无不适感，但于晚上服此药则有恶心、烦躁不安的反应。这又表明午前服用温阳药不仅提高了疗效，也减少或避免了其他时间应用药物可能带来的不良反应。故凡欲借阳气发挥作用的药物，诸如补阳益气、温中散寒、行气活血、散结消肿等剂可于清晨或午前服。

阴虚、阳亢、热性病变用药宜于午后暮夜服。因午后、

暮夜阴气渐生而盛，阳气渐衰，故阴虚者用甘凉药可乘阴气隆盛之势而滋阴，阳亢者用潜阳药可乘阳衰阴盛之际而平抑。某些热性病用清热药亦可在阳气衰减之夜间，以失其资助之势，阴气上升，热除病安。如《校注妇人良方》中凡治阴分、血分病变，用具有滋阴养血、滋养肝肾作用的方药，多主张黄昏、夜晚时服，如滋肾水、生肝血、抑肝火、疏肝郁之滋肾丸、生肝散、逍遥散、六味地黄丸、四物汤、芦荟丸、龙胆泻肝汤等。叶天士则在其著述中多次提及对肝阳上亢证用平抑肝阳药宜暮服；胃阴不足者服滋胃阴药应在晚上；阴虚生燥者用纯甘清燥之品应黄昏服药；肾阴被铄、阳不潜藏而失寐者晚上临卧服滋阴安神丸等。所用方药如生脉散、补心丹，均明示按上述规律择定午后、暮夜使用。由于午后、暮夜有利于滋阴清热之类借阴气发挥作用的药物疗效的充分发挥，故凡滋阴补血、收敛固涩、重镇安神、定惊熄风之品，可在午后或晚上服。

上述据病位、病性择时服药方法可单独应用，亦可合并用之。如病位表浅又需服用温阳祛寒或行气活血或消肿散结之药时，则择定在清晨、午前应用。若因病位、病性用药时间难以统一时，可据病情，辨析主次，决定据病位抑或病性择时用药。

此外，在应用顺势施治法时，还应结合药物作用的昼夜节律选药。如大黄为攻下药之一，大黄作用及毒性具有显著的昼夜差异。据有关研究表明，白昼用药的动物对大黄毒性的耐受力较夜间明显增强，临床应予以重视。

2. 迎病截治法

迎病截治法，顾名思义即为在疾病发作前或刚刚发作时就用药施治以截止病变的发作。诚如《素问·玉机真脏论》所

谓:“凡治病……乃治之无后其时。”强调了治病宜在病情发作前或正在发作时治之,不要错过最有效的时机而延误至发作后施治。《内经》还以疟证的治疗为例具体阐发了迎病截治法思想。《素问·刺疟篇》曰:“凡治疟,先发如食顷乃可以治,过之则失时也……十二疟者,其发各不同时,察其病形,以知其何脉之病也,先其发时如食顷而刺之”。《内经》认为治疟证宜在发作前约一顿饭的时间用针用药,以截止疟作。后世称治疟为“截疟”,其意源于此。因此对于“截疟七宝饮”等治疟药,其“截疟”方名亦应认为是服药时间的告诫,而不仅为以方剂功效的强调。应当指出的是中医“疟证”指的是临床有寒热往来、发作定时的一类病证,它包括了西医学中疟原虫所致的“疟疾”,但并不局限于此。因此,对于《内经》关于“疟证”施治时机的论述,就可以理解为中医对包括疟疾在内的一类病证的治疗。为什么要“迎病截治疟证”?《素问·疟论篇》指出:“夫病之未发也,阴未并阳,阳未并阴,因而调之,真气得安,邪气乃亡。”意在趁邪气未盛之时用药以攻邪,有利于制止邪气对人体的损害与影响。此外,《素问·脏气法时论》还详细论述了按照疾病昼夜变动节律及时截治的方法与用药,对后世有很大启发。

迎病截治法因需根据疾病变化的周期性而择时施治，故主要应用于临床发作有时的疾病。这种发作有时的病变有两个方面：一是生理活动节律的改变，如夜晚入睡是正常生理节律变化现象，失眠者即其反常，应睡而不能入睡，至于其在白天也难以入眠则应视为正常。一是病情变化有时，如午后潮热、五更泻、子时胃痛、夜间哮喘等，无论何时其热、泻、痛、哮等均为病态，而此病态发作有时。可见，迎病服药法也可分为两类：

(1) 据生理节律周期服药法

如治疗失眠，即应在正常人睡前用药，以使之安然入寐，截止不寐病象的发生。曾用此法治疗124例不寐症，采用入夜一次服药法，即将煎好的汤药在晚睡前约23:00时一次服用。另有102例不寐症，采用传统服药法作对照，即将每日一剂所煎的药在上午与下午各服其一半。两组病人均以服完15剂后作治疗对照，结果是治疗组124例中治愈36例，占29.0%；显效58例，占46.8%；好转27例，占21.8%；无效3例，占2.4%。对照组102例中治愈14例，占13.7%；显效26例，占25.5%；好转58例，占56.9%；无效4例，占3.9%。以上可以看出治疗组在治愈率和显效率方面都明显地超过了对照组，说明采用入夜一次服药法治疗不寐症优于采用每剂上、下午各服其半的习惯服药法。一般而言，治疗不寐症之方剂多有滋阴效能，入夜时人体迫切需要阴气维持某些生理抑制，若阴气不足或阳不入阴则可致不寐，故滋阴养血药通常是治疗不寐常用药物之一。而入夜服药治不寐，一则恰适应人体对阴气的需要，二则可借营卫之气行阴之际，助药引阳入阴，达到导神入舍的作用，这样适应了人体睡眠节律便易入寐。而传统的上、下午分服药物法中上午所服之药却正好和人体在上午需阳气上升这种情况相对抗，不仅起不到治疗作用，反而会抑制人体阳气上升，干扰人体的阴阳消长节律，导致病人白天也精神不振，这是一般服药法治疗不寐症效果较差之原因。

(2) 据病理节律周期服药法

即在病作前提前用药，以制止或减轻疾病发作。其优点主要是充分、有效地发挥药物的治疗作用，因药物在体内的代谢速率与作用高峰有一定的时间性，而疾病发作时，机体

对某些药物作用敏感性增高，使药物的调理作用更为明显。如用一般退热药的剂量与人体异常体温高低成反比可说明之。根据病情变化的周期性而择时施治，可综合二者加以考虑，既使药效得以正常发挥，又可相应减少药物剂量及毒副反应，实践已经证明这种施治方法有较高临床运用价值。先生对夜间哮喘发作者及五更泻病人，于临卧时服补肾止喘及健脾温肾之品，可制止或减轻哮喘发作、晨间腹泻。苏州现代名医黄一峰先生针对湿温证午后病情渐甚而于上午热势未张之际服用清热化湿、调和营卫药物，效果显著。有患者胃痛，每至子时发作，曾经多次中西药治之，疗效不显，经用中药改为迎病服药治愈。原南京中医学院孟景春教授曾治疗一例每至夜间 2～3 点即腹大胀满 10 年的患者，该患者多年来求治多方无效。孟氏参考子午流注学说诊断处方，采用临晚 6 时服头煎药，晚 9～10 时服二煎，2 剂后症减，再 10 剂而愈。此法用于妇科病的治疗尤为临床推崇，如经前期紧张症，有人报道以此法治疗 102 例，痊愈 81 例（占 79.4%），显效 12 例（占 11.8%），有效 9 例（占 8.8%），没有无效病例。应用迎病截治法要求明辨疾病变化的时间节律、掌握药物作用发挥的时间进程，如此方有利于指导施治用药时间的安排。

西医学亦有据疾病变化周期而运用迎病截治法初获成效的报道。如高血压所致急性左心衰多在晚间 11 时至凌晨 1 时发病，晚 10 时左右投以适量扩血管药及小量利尿药可防止夜间左心衰的发生。又如肿瘤组织细胞在分裂代谢最旺盛时对化疗、放疗最敏感，易被杀伤。印度、意大利等国根据肿瘤组织生长周期中代谢最旺盛而发展较快时瘤体组织局部温度上升的特征及时进行放疗，对头颈部癌肿、乳房肿瘤、

口腔癌等疗效较好，说明了迎病截治的择时施治法有切实的运用价值。

3. 择时按摩法

按摩是通过对人体穴位施以按、揉、摩、擦等手法，达到治疗疾病的目的。穴位是将按摩所产生的温热、压力等刺激传导人体的通道。机体感应刺激，从而使按摩局部气血灌流增加，产生一定的生物磁场效应，并通过经络传递使气至病所，达到健身愈病的目的。

由于穴位是按摩作用的部位，穴位的状态如何对按摩效果影响较大。根据子午流注学说，穴位的气血旺衰有时间变化，不同时间按摩可借助穴位“开、闭”的不同变化达到不同的治疗目的。临床可据辨证的虚实进行穴位补泻点揉，配合常规按摩操作。择时按摩可选“纳子法”开穴，结合疾病变化的周期选取治疗的最佳时机。临床实践已证实此法较单纯的不择时按摩疗效明显为优。

病案 3：范某，女，28 岁。

1984 年 10 月 9 日初诊：患者于 1979 年春季感冒后常感右侧头痛，初局限于右颞部，继则扩张至患侧眉棱骨和前额部。疼痛以每天清晨 7 时为重，至 9 时后渐减轻，严重时患侧皮肤苍白，伴恶心呕吐。患者形体虚弱，面色萎黄，纳差，舌淡，苔薄白，脉缓弱。经中西药、针灸治之无效，遂予常规按摩操作法施术 10 日，收效不显。于是，遵循子午流注纳子开穴法，取穴择时按摩，约患者每日上午 9 时（辰时）来诊，根据虚则补其母的原则，点揉双侧解溪穴 5 分钟。次日复诊，诉当晚睡眠很好，偏头痛已明显减轻。如法治疗 10 余日，病愈。随访 3 年，头痛未复发。

4. 择时服用中药拮抗西药副反应法

大量临床事实已经证明，很多西药具有副作用，有的甚至很严重。择时服用中药可拮抗部分西药副作用。

如长期大量应用皮质激素治疗类风湿性关节炎、再生障碍性贫血、系统性红斑狼疮等病，可造成人体肾上腺皮质废用性萎缩、内源性皮质激素分泌不足等副作用。产生此后果的原因是人体肾上腺皮质激素的分泌由脑垂体分泌的促肾上腺皮质激素（ACTH）来调控，而 ACTH 又受血液中皮质激素浓度影响，当血中浓度高时，则反馈性抑制脑垂体，使 ACTH 释放减少，从而导致肾上腺皮质激素分泌减少。长期大量应用外源性皮质激素类药物，使血中皮质激素浓度升高，同样导致 ACTH 分泌减少，肾上腺皮质激素分泌下降，久而久之，肾上腺皮质因分泌活动受到抑制而逐渐萎缩。经实验研究证明，脑垂体对血浓度反馈抑制作用的敏感性具有昼夜节律，白天不敏感，夜间尤其是午夜 12 时左右最为敏感。在清晨垂体分泌 ACTH 较多，需较大剂量的地塞米松才能使之抑制，而夜间 10 时后，较小剂量的地塞米松即抑制次日 ACTH 的高峰出现。为此，沈自尹等采用生地、知母、甘草等三药组方煎服，以对抗地塞米松的反馈抑制，取得较好的效果。

鉴此，对长期大量应用皮质激素患者可采用清晨 8 时左右一次服完全天剂量以减少对脑垂体分泌 ACTH 的抑制。对必须在夜间应用皮质激素者，如抗感染、抗过敏时，可在夜间加服生地、知母、甘草组方，以保护脑垂体，使之对反馈抑制作用敏感性下降。该方剂还可减少激素引起阴虚阳亢的副作用，且激素药效不受影响。不仅如此，生地通过促进肾上腺的增生和促进肾上腺皮质分泌皮质激素而具有皮质激

素样功能。甘草因其所含甘草次酸与皮质激素结构类似，在肝脏中有竞争性抑制作用，使盐皮质激素在肝中的灭能受到抑制，而表现为去氧皮质酮样作用等。

可见，夜晚服用生地、知母、甘草等中药，可拮抗夜间服皮质激素药物所致体内第二天内源性皮质激素分泌大大减少的副反应，若夜间仅服中药一次，还能达到节省药材及省去多次服用中药的麻烦，值得推广。

因此，择时服用中药是拮抗西药副作用的新方法，深入研究可望获得较大的成功。

5. 时差治疗法

所谓时差治疗法就是利用人体生理、病理活动节律制定的一种不用任何药物、针刺等，仅仅通过改变作息、进餐时间来调整人体节律从而愈病的方法。临床现已用于失眠、减肥、预防心脑血管病变发作、消化道溃疡，以及试用于治疗哮喘、严重支气管炎等。

（1）失眠的时差疗法

失眠是人体睡眠节律周期的紊乱，通常失眠患者为使自己有更多的争取入睡机会，常常提前睡卧，以求延长睡眠时间，但事与愿违，往往是越提早就寝越难以入眠，反增加心烦不安、思虑焦躁之不适。根据人体生物节律，时差睡眠疗法有利于失眠患者入睡。方法是每日就寝时间可参照平时就寝时间向后顺延 2～3 小时。据日本学者介绍，疗效较好，可免除服用安眠药所带来的各种不良反应。

（2）减肥的时差疗法

吃饭时间的选择对于体重的增加与减少，要比人体摄入热量的数量及质量显得更为重要。因为人体生理活动节律是早晨要强于下午，下午又比晚上强，人体的新陈代谢峰值时

间在上午 7 时至中午 12 时。因此，肥胖者将进餐时间避开新陈代谢高峰就能达到减肥的效果。方法是早晨可在 5～6 时左右吃早餐，并尽量少吃，或不吃。午饭可推迟到下午 1～2 时左右食用，晚饭可在傍晚 5～6 时进食。将吃饭时间提前或推迟，即可在进食量减少的同时，降低人体对食物的吸收与利用，达到减肥的目的。

（3）预防心血管病发作时差疗法

心血管病变多在夜间发作，如心肌梗塞、脑血栓形成等。已经发现夜餐时进食量过多、油腻物过重是诱发病作因素之一。因夜餐时油腻物过重可导致血脂暂时性异常升高，血液粘滞度增大，血流缓慢，尤其是已有狭窄、痉挛、内膜粥样硬化的血管可使症状加重，或易发生栓塞，使心脑组织缺血缺氧。夜餐进食较迟而量大，就寝时因胃肠内食物未来得及消化吸收，合之睡卧姿势，膨隆的胃可对横膈膜直接产生作用，使胸腔内压改变，影响心肺功能活动与血液回流，从而成为心脏病、脑溢血等病发生的诱因之一。针对此种情况，现已发现晚餐时间提前在下午 4～5 时进食，结合量少、油腻物少可预防或减少心脑血管病变发作。俗话说“晚餐吃少”不无道理，但还应加上“晚餐吃早”，此即预防心脑血管病变发作的饮食时差疗法。

用方和服药的经验介绍（附病案二则）

一、选择方药剂型，重视作用特点

方药剂型古今多种，虽运用之妙在乎一心，但临床上必须取决于治疗要求与药性特点，因剂型不同，其所发挥之作用亦异。临证据具体病情，或汤、或散、或膏、或丸等灵活选用，不可千篇一律，唯“汤”是从。如先生在治疗胃部疾患时，对炎症、溃疡等喜用散剂。因这些病变病灶均在胃内壁，散剂在胃内停留时间较长，且可直接粘附于病灶，渐渍而散解，发挥局部性保护与治疗作用，尤如体表部位痛肿疮疖、溃烂破损等局部外敷散剂治疗一样，可提高治疗效果。方剂多以乌贝及甘散和黄芪建中汤改散交替使用，或同时空腹服，药后 2 小时内以不进饮食为善。临床证明疗效甚佳。

典型病例

谢某，男，58 岁，干部。

胃脘痛已 8 年余。发作时上腹胀痛，空腹及夜间尤甚，喜温喜按，嗳气吞酸，困倦乏力，四肢欠温，大便色黑。苔白质淡，脉濡细。大便隐血阳性，钡餐透视检查示：十二指肠球部溃疡。以黄芪建中汤改散，加服乌贝及甘散为治，2 日后大便即由黑转黄，隐血试验阳性。继用两月余，再次钡餐透视检查，原溃疡病灶已不明显，临床诸症基本消失。在此之前，患者曾多次接受中西药治疗，亦服过黄芪建中汤，疗效均不理想，而此次功效明显，显然与改汤剂为散剂有

关。

二、强调服药时间，提出动静宜忌

《素问·生气通天论》曰："阳气者，一日而主外，平旦人气生，日中而阳气隆，日西而阳气已虚，气门乃闭。"《灵枢·顺气一日分为四时》曰："夫百病者，多以旦慧昼安，夕加夜甚。"精辟地阐明了人体脏腑气血阴阳之生理活动与病理变化无时不处于动态之中，故服用方药亦应结合人体之动态和药物作用之特点，选择最适宜时间，以充分发挥其功效。如治疗肝脏病变，常嘱患者睡前服药，或药后即卧，宜静忌动。此本于"人卧血归于肝"之论，药物有效成分吸入血中，流入于肝，肝血流量愈大，药物在肝内有效浓度相应增高，疗效也就愈彰。

典型病例

陈某，男，36岁，工人。

患病毒性肝炎近2年。肝功能长期不正常，自觉神疲肢软，乏力纳差，食后则饱胀不适，矢气较多，胁肋胀痛及背，肝肋下一指，质中，触痛，大便初硬后溏。舌质淡，苔白，脉弦。

以紫丹参30克、广郁金10克、败酱草20克、怀山药20克、焦白术10克、炒枳壳10克、杭白芍9克、炒柴胡6克、粉甘草6克为基本方，随症加减。嘱药后卧床休息2小时以上。

共服药20剂，肝功能恢复正常，除胁肋偶有不适外，余症悉平。

又如治一急性黄疸型肝炎病人，初用茵陈蒿汤加减为治，服药多剂，黄疸虽有减轻，但其他症状与肝功能均未好

转。加大药量，并告患者服药期间卧床休息。续服 10 剂，病情迅速减轻，再服 20 剂，诸症尽失，肝功能恢复正常。

上述两例肝炎固有急、慢性之不同，所用方药当然有异，但就以前各自的用药而言，与本次用药出入不大，为何前治效微，今治速愈？显均与“睡前服药或药后卧床休息”有关。可见“肝藏血”、“人卧血归于肝”之理论确有指导临床之意义。

对于排石方药，结合现代医学研究其作用主要在于松弛、扩张结石所在的管道平滑肌，使管腔增大，利于结石下移外排之机理，先生复提出药后宜动少静。因为白天活动较多，有助于药力推动结石。且泌尿系结石病人白天服药，还可给予大量饮水配合排石，故特别强调白天服药。临床证明据此服药疗效满意。

由于先生重视服药时间和注意药后动静宜忌，故常在病人前治无功情况下，用方虽无大异，取效却能较捷。

三、推崇数方并用，注意定时分服

数方并用、定时分服之法为清朝程杏轩所创造，此法能达到针对复杂病情，运用数种方剂而可避免药物配伍之间的相杀、相恶、相反、相畏等作用；又可异其剂型，各取服用机宜，获取良效。如治一妇人崩漏，日久不愈，辨其证属留瘀，治须攻瘀，瘀去血始可止。但妇人病已久，气血早虚，单纯攻瘀则体不能任，若单纯补益则出血未止。惟攻其瘀而止血、补气血而扶虚，二法同举，方为妥贴。因此，以八珍汤补气益血（煎服），失笑散祛瘀止崩（另吞服），终使瘀去血止，正亦未伤。其所以不将汤、散合一，原因则在于八珍汤中之人参与失笑散中之五灵脂相畏，分服后既可各尽其

能，又不犯相畏之戒。

对既有寒痰溃肺、气道受阻之实证，又有下元不足、肾不纳气之虚证的老年性慢性支气管哮喘，可吞服金匮肾气丸的同时煎服射干麻黄汤治疗，每每获效甚捷，此实系数方并用、异其剂型服用之收获。先生从临床实践中认识到，“老慢支”患者虚实夹杂之证较多，而肾虚又为老年人常见之病变，其位在下焦，治宜缓图，故用金匮肾气丸以补肾纳气；同时，肾虚之体又易外感风寒而有寒痰溃肺、气道受阻之证，病情较急，病位在上焦，治宜急取，故与射干麻黄汤并用，标本同治。临床证明较之单法独进疗效高而疗程短。

此外，先生常拟程氏之法，以早服健脾丸、晚服桂附八味丸治愈脾肾两亏之腹泻多人。以早、晚分服麻子仁丸，上、下午分服补中益气汤治愈老年性虚秘患者甚众。此又乃数方并用、补泻兼施、各按相宜时间服用而取得的效果。

总之，灵活多变，不泥于古，力求其验，或用丸散，或按膏汤，加减取舍，各随所宜，此其大法也。

水肿病的辨证治疗

水肿可见于多种疾病，如心、肝、肾等脏器病变，营养不良，内分泌功能失调等，引起体内水湿运行障碍均可引起全身或局部浮肿，称为水肿。西医学中水肿（edema）的概念是指人体组织间隙有过多的液体积聚所致的组织肿胀。当液体在体内组织间隙呈弥漫性分布时，可称为全身性水肿，常为压陷性；液体积聚在局部组织间隙时，呈局部性水肿；

发生于体腔内称积水（dydrops），如心包积水、腹腔积水、胸腔积水等。一般情况下，水肿不包括脑水肿、肺水肿等内脏器官局部的水肿。

先生对水肿往往从“五脏水”立论施治，临床每获佳效。五脏水为心水、肝水、肺水、脾水、肾水的总称，是水肿病的中医学分类法之一，最早见于《内经》。兹将先生之辨治思想与临证经验梳理如下。

一、水肿病五脏分类

1.《内经》水肿病五脏分类与历史沿革

虽然《内经》对水肿的论述较散乱，但经系统整理归纳，不难看出以五脏分类之意绪。如《素问·大奇论》曰：“肝满、肾满、肺满，皆实，即为肿。”指出如果肝疏泄失常，则因气滞而满胀致水肿。《素问·水热穴论》又言：“肾者，胃之关也。关门不利，则聚水而从其类也。”及“肺为水之标”等，又论及了肾、肺二脏与水肿形成的关系。而在《阴阳别论篇》中又指出“三阴结，谓之水。”此三阴者，乃脾与肺也，可知脾失运化、肺失宣降亦能致肿。另《内经》不仅在《素问·经脉别论》中进一步言及“饮入于胃，游溢精气，上输于脾。脾气散精，上归于肺。通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行”，认为水液代谢与肺、脾、膀胱均密切相关，还在《素问·逆调论》和《灵枢·邪客》中进一步论述了心与水肿的关系。《素问·逆调论》曰：“夫水者，循津液而流也。”《灵枢·邪客》曰：“然营气者，泌其津液，注之于脉，化以为血，以营四末，内注五脏六腑，以应刻数焉。”又曰：“心主身之血脉”，故心之推动血脉功能降低，血流缓慢或瘀滞，水必渗于脉外而泛溢成肿。以上论述为后

世医家对水肿病的分类研究奠定了基础。

如张仲景在《金匮要略·水气篇》中将水肿从三方面进行分类：

其一，按发病的主要器官分类，即五脏水分类法。但因未论及病因、病机及方药，故未引起后世足够重视；

其二，按症状分类，则有风水、皮水、正水、石水、黄汗等五水分类法；

其三，按病机分类，有“经水前断，后病水，名曰血分……先病水，后经水断，名曰水分”的血分、水分分类法。

隋代巢元方在《诸病源候论·水肿病诸候》中，也基本按脏腑分类，曰：“十水者，青水、赤水、黄水、白水、黑水、悬水、风水、石水、暴水、气水也。”其中青、赤、黄、白、黑五水，则分别代表肝、心、脾、肺、肾之五水，虽别具一格，但思路上仍同五脏分类法类似。

南宋严用和鉴于前人对水肿的分类过于繁杂，不易掌握辨证要点，便根据阳病兼见阳证、阴病兼见阴证的现象，提出了阴水、阳水分类法。云：“阴水为病，脉来沉迟，色多青白，不烦不渴，小便涩少而清，六腑多泄，此阴水也；……阳水为病，脉来沉数，色多黄赤，或烦或渴，小便赤涩，六腑多闭，此阳水也。”由于此种分类简单易掌握，故延用至今。此后，明代张介宾又提出以水气为纲、虚实为目的分类法：“余察之经旨，验之病情，则惟在水、气二字。故凡辨证者，不在气分，则在水分。能辨此二者，而知虚实，无余蕴矣。”

综观各家对水肿的分类，尽管均有其立论依据，但并无统一标准。相比较而言，仍以五脏分类法较为完善，因水肿之成由于五脏功能失常，气化失调。五脏系统之间既相互联

系，又相互影响，故水肿既成之后，其变化与五脏密切相关，而水肿症状的出现，又是以五脏系统功能失常为基础。因此，临床辨治水肿当以五脏立论最为妥当。从另一方面看，津、血、水、气之生成、运行、转化，亦均以五脏系统为基础。五脏之中各有阴阳虚实，从五脏着手，则津、血、水、气之变化，阴、阳、虚、实之动态，必有所归。只是阴、阳水分类法可在五脏水分类之前提下，对各脏水的性状作一初步鉴别，有利于施治大法的确立而已。

2. 水肿病五脏分类的意义

分类法是一种归纳概括的方法，要求简单明了，更需要在一定程度上与病因、病机、证候等相联系，便于审证求因，辨证施治。《内经》对于疾病分类虽有脏腑、五体、经络、病因、证候等法，但若论切合实用，仍以五脏分类法较佳。由于人体以五脏为中心，以脏带腑，并与自然界相联系，从而形成了以五脏为主体的五个功能系统。各系统间的相互联系、相互影响又以五脏为媒介。疾病的产生则是以五脏机能、形态失常为关键。五脏的生理与病理变化，反映了疾病的主要矛盾和矛盾的主要方面。大多辨证方法终需落实于具体脏腑；疾病的治疗亦应与具体脏腑相联系。故五脏分类法在辨治水肿时可正确探讨该病机理，并把握疾病的本质。《素问·至真要大论》在讨论司天淫胜之病变时，就以五脏举例来说明病因与辨证的关系，其中均有水肿证。

然而，自张介宾在《景岳全书·肿胀篇》提出“水为主阴，故其本在肾；水化于气，故其标在肺；水惟畏土，故其制在脾”的理论后，使水肿成因由乎“肝、脾、肾”三脏，盛行至今。五脏水之论渐趋淹没，导致无论理论、临床，论及水肿，多认为系“肺、脾、肾”之病变。数百年来，张氏

三脏说在指导临床治疗水肿病方面确有一定作用，但因水肿的形成与心、肝二脏也有着密不可分的关系，故弃心、肝二脏而仅从肺、脾、肾三脏立论诊治该病，有时难取佳效。如有从肺、脾、肾立论施治未效，改从肝治而愈的典型病案；还有从心治疗数例水肿亦获佳效。因此，张氏三脏说有一定的片面和局限性，有必要恢复《内经》水肿关系五脏的原貌，从五脏角度全面系统地进行探讨，以利进一步提高疗效。

五脏皆可致水肿，且因各脏生理特点和病因、病机有异，各脏必有异于其他脏的证候，因而以五脏分类最为恰当。诊疗时，若以五脏分类为纲，以阴阳统率的八纲辨证为目，则能很好地判断病位与病理。将辨证与辨病相结合，既可把握疾病的主要矛盾，针对病源，消除病因，又可抓住疾病矛盾的主要方面而条理井然。使临床上种类繁多、错综复杂的症象趋于系统化，有利于医生提纲挈领、执简驭繁地调整脏腑机能，使得病体早日痊愈。

在中西医结合研究、治疗水肿过程中，虽中医和西医有各自的理论体系，对疾病有各自的基本定型和分类标准，然中医对水肿病的五脏分类对于探索该病的病因、病理，进一步提高临床疗效，在众多学说中有不容忽视的现实意义。

二、五脏水的病因病机

《素问·脉解篇》认为："阴气下而复上，上则邪客于脏腑间，故为水也。"指出五脏水的病因病机是人体阳衰阴盛，经气逆乱，邪侵脏腑。五脏系统功能失常，气化失调，使水液不能遵循正常的代谢途径而下趋，反溢于肌肤，或潴留于腹部，甚至上犯上焦（即胸水）所致。其基本病机为五脏系

统功能失常，气化失调。可见在水肿产生的过程中有两个密不可分、相互作用的重要环节：其一系致病因素作用于五脏，致使五脏功能失常，为始动因素；其二由五脏功能失常导致气化失调，进而促使水肿的产生。

1. 五脏功能失常

《素问·汤液醪醴论》在探讨本病的病因病机时曰："其有不从毫毛而生，五脏阳以竭也。"《素问·调经论》亦指出："五脏之道，皆出于经隧，以行血气。"五脏虚损，经络气血随之而亏，水肿亦由之而生。当然，其他疾患也可损伤五脏功能，日久成肿。张锐在《鸡峰普济方》中认为："此病多从久患气急不瘥，或从消渴，或从黄疸，或从支饮，或从虚损大病瘥后，失于时治，或因产后，或因脚气肿满，或因久患癖瘕，久经利下"，或因"饮水不即消，三焦决漏，小便不利，变成此疾。"

外因当责之邪从外侵，《素问·至真要大论》"诸腹胀大，皆属于热"、"诸病胕肿，疼酸惊骇，皆属于火"、"诸湿肿满，皆属于脾"，《素问·阴阳应象大论》"寒胜则浮"等经文，均认为六淫侵袭扰乱五脏会引起水肿，而成为该病的外因，进而说明水肿的发生与自然界气候变化有密切的关系。

六淫之邪侵犯人体，常与各脏的生理特点相联系。如湿邪和寒邪犯人所致肿，则分别和脾喜燥恶湿、肾阳常易虚馁有关；而外邪犯心引起的水肿，大多伴有明显的紫绀症状，这无疑是心主血脉的生理功能受到影响所致。至于外邪究竟通过何脏而发病，当视各脏的机能状态和具体症状而定，并非某邪仅侵扰相关之脏（如火侵心、湿侵脾等）而不侵犯其他脏。

同时《灵枢·刺节真邪》还指出："饮食不节，喜怒不

时，津液内溢……血道不通……，此病荣然有水。”说明饮食情志既是本病的诱因，也可直接致肿。再者《内经》还认识到多种因素综合作用于人体亦可致肿，如《素问·水热穴论》曰：“勇而劳甚，则肾汗出。肾汗出逢于风，内不得入于脏腑，外不得越于皮肤，客于玄府，行于皮里，传为胕肿。本之于肾，名曰风水。”这些都说明在辨治本病时，一定要综合症状，细问病因，全面考察，才能制订出符合实际的治疗方案。总之，脏腑气血之亏虚，外感六淫，或饮食起居不慎，情志不调或其他疾病影响传变，皆可导致水肿的发生。

2. **气化失调**

气化有广义、狭义之分。广义的气化是指物质代谢的全过程，而狭义的气化仅指三焦、膀胱输布水液，使清者上输于肺、浊者排出体外的过程。《素问·灵兰秘典论》曰：“三焦者，决渎之官，水道出焉。”《灵枢·本输》又曰：“三焦者，中渎之府，水道出焉。”其实“决渎之官”与“中渎之府”意义相同，皆肯定了三焦有通调水道的作用。就水液代谢而论，三焦功能是五脏系统全部功能的概括。通过三焦的联系，把参与水液代谢的各个器官组成一个完整的系统。而三焦的功能实际包含在这些脏腑的功能之中，故有“上焦如雾，中焦如沤，下焦如渎”之说。而“膀胱者，州都之官，津液藏焉，气化则能出矣”（《素问·灵兰秘典论》）中膀胱所藏的津液，包括生理代谢过程中的水分、养料和废物。其津液经膀胱气化作用后，清者供人体再利用，浊者变为溺而排出体外。从现代生理学来理解膀胱的气化作用，除了相当于西医学的膀胱贮尿、排尿作用外，还包涵着肾单位的过滤、重吸收等生理过程。而三焦的气化则相当于人体水液代谢的

调节。故此可认为，三焦、膀胱的气化失调，是导致水肿发生的基本因素。

另外，张景岳在阐述阳气盛衰与水肿形成的关系时指出："阳旺则气化，水即为精；阳衰则气不化，而精即为水。"其通过大量实践所作出的这一精辟论断，又从临床角度证实了阳虚气化失调是导致水肿发生的基本因素。

三、五脏水的辨证论治

1. 辨主症以求病源

《内经》首次提出水肿病的辨证，主张寻其病源，将辨证与辨病相结合来指导施治。如《素问·五常政大论》曰："无积者求其脏，虚则补之，药以祛之，食以随之，行水渍之，和其中外，可使毕已。"考诸原文，"无积者"原意指"病在中"、"不坚不实"、"且聚且散"而无积之腹水者。对此类病，当须"求其脏"，即通过辨病之法寻求病变起源于何脏，再将辨病与辨证结合，以达到和其中外，既消除病源（中），又消除症象（外）的目的。若仅辨证治疗，虽水肿可消退，但必须结合辨病治疗，消除病源，方无复发之机。

任何水肿病都有固定的病源。多数为一脏起源，如脾水、心水、肝水、肾水的病源分别在脾、心、肝、肾。也可见多脏起源，如部分肺水（类似肺心病者）即由肺及心，方可致肿，故其病源在肺、心两脏。由于脏腑间的相互影响及疾病症状表现的复杂性，存在着源同症异或源异症同的现象，这时就需把握疾病的主症，透过某些症状所反映的现象，寻求病源的真谛。

主症是反映病变主要方面的症状。就水肿病而言，全身或肢体部分浮肿为其共同表现。然肿势之快慢、浮肿出现的

先后部位、病程长短、病情轻重和各脏特异性的病理反应，共同构成了五脏水在主症上的差异性，故可根据主症判断病位，弄清病源。比如心水、肝水、脾水，无论起病多慢，病程多长，心水必先见心悸、怔忡，继见下肢浮肿，渐而上行，病情较重；肝水大多先见两胁下痛、食少乏力、溏泄，肿先见于腹部，继而足胫、全身、腹部可见蜘蛛痣、毛细血管扩张，病情亦重；脾水先见纳呆、便溏、泄泻、乏力、气短、肢体瘦削，肿由足渐而上行，或身体虚肿，反复出现肢面浮肿，病情轻重不一；肺水起病快慢不一，病程长，先有寒热咳喘痰，不得平卧，日久见足胫肿，渐而上行，病情较重；肾水起病快慢不一，先有外感症状，迅即见面目浮肿，并漫及全身等。对病程较长、症象复杂而实难分辨者，可结合西医学检查协助诊断，以确定其病源。

2. 辨阴阳水以定病性

辨清水肿性质（即阴水、阳水）是提高疗效的关键之一。自南宋严用和提及阴水、阳水的各自详细症状后，张景岳又进一步指出“阳证多热，热证多实；阴证多寒，寒证多虚。”即阳水多实，外邪侵袭者多；阴水多虚，内脏虚损者多。若能辨清阴水或阳水，则可进一步确诊病情之虚实、寒热，这无疑对拟方用药大有裨益。

水肿病可分阴、阳。细分析之，五脏水也各有阴阳。辨清五脏水的阴阳，将明显提高治疗效果。比如，心水中属心气、心阳虚损或阴竭阳脱型者，属虚，为阴水；而心脉瘀阻所致者，多与心气、心阳不足有关，虽亦属阴水，但却虚中挟实（瘀血），其治则和纯虚的阴水有异。再如肝水者，若系肝气郁滞或湿热蕴结所致，则属阳水；但肝气亏损或肝血匮乏引起的水肿，则系阴水；而肝脉瘀阻、虚实挟杂之水，

或属阴水，或属阳水，又需详辨。前贤虽曰“肾无实”，临床大多数肾水均缘于内脏虚损、阳气渐衰，辨证属于阴水；然若系猝受风邪或湿热，诱引里水泛滥，遍身很快浮肿，病热急速者，又当按阳水而急则治标。

综上所述，只有结合辨病源，分清外感或内伤及阴阳水相互转化等情况，方可准确辨明五脏水的性质。

3. 辨兼挟证以明标本

《素问·标本病传论》曰：“知标本者，万举万当；不知标本，是谓妄行。”对水肿病而言，标、本则可理解为先病者为本，后病者为标；亦可理解为正气为本，病邪为标；还可理解为水邪为本，其他兼挟之邪为标等，当随证而定标本之异。如标本不同，则治疗亦相应而变化。在五脏水形成过程中，每伴有痰饮、瘀血等见症。痰饮、瘀血形成后，影响气血的运行和水液气化而又加重了肿势。同时，水肿病又常与其他疾病（如咳嗽、哮喘、心悸等）互为因果，产生复杂多变的症象，给准确辨证带来了一定的困难。然而，不管所兼为何病证，由于必有相应的症象出现，这就要求首先把握水肿病的病理变化特点和主要的症象，以利区别兼挟证。再根据症象出现的先后，结合脏腑系统的生理病理特点，推断所兼病证与五脏水的先后因果关系，即病的标本关系进行治疗。明代王纶的《明医杂著》曾对此举例说明如下：“喘与胀二证相因，必皆小便不利，喘则必生胀，胀则必生喘，但要识得标本先后，若先喘而后胀者，主于肺；先胀而后喘者，主于脾。……肺受邪而上喘，则失下降之令，故小便渐短，以致水溢皮肤而生胀满者焉。此则喘为本而胀为标，治当清金降火为主，而行水次之。……若脾土受伤，不能制水，则水湿妄行，浸渍肌肤，水既上溢，则邪反侵肺，气不

得降而生喘矣。此则脾为本，而喘为标，治当实脾引水为主，而清金次之。”颇值参考。

四、五脏水的基本治法及方药

对五脏水的治疗，《素问·汤液醪醴论》提出的“微动四极，温衣”、“缪刺其处”及“开鬼门，洁净府，去宛陈莝”等治疗大法，迄今仍为医家广泛使用。现代对本病的诸多治法，均可归入《内经》的上述范畴。结合现代研究，可探求《内经》有关五脏水治法的范围、作用、途径、适应证，并在此基础上讨论五脏水的基本治法及方药。

1. 有关《内经》五脏水治法的讨论

（1）开鬼门

此为宣肺发汗法。因肺主一身之皮毛，为五脏之华盖，水之上源，故运用此法可通过使肺气宣发，达到发汗或通调水道，从而消除水肿之目的。

对此法的运用，《素问·阴阳应象大论》指出：“其有邪者，渍形以为汗”，“其在皮者，汗而发之”。由此可知，水肿如兼有表证，皆可用汗法。现代对表证的研究认为：表证多指急性感染性疾病的开始阶段（亦可指《金匮要略·水气病篇》所言的风水、皮水）。因此，水肿兼有表证者，可理解为由于感染而引起或因为感染而加重者。

《素问·阴阳应象大论》还认为“辛甘发散为阳”，说明发汗药辛味为多。现代药理分析认为，汗法所用的辛味药多数含有挥发油，有刺激局部血管扩张的作用。故汗法的作用途径可能为：①抗菌，即消减致病菌对机体的作用，以消除病源；②改善体表循环，增加机体抗病能力，增加肾血流量、肾小球滤过率及肾排泄量。因此，对兼有表证的一脏之

水，汗法均为首选之法。

（2）洁净府

该法是通过利小便的方法，将水液排出体外，以消除水肿。无论西医或中医治水肿，普遍喜用此法。

此法亦是根据《素问·阴阳应象大论》“其下者，引而竭之”而制定的。对“其下者”可有多种理解。既可指病邪的侵袭途径，亦可指病变的主要部位，还可指浮肿的主要部位。若认为此法仅适用于下肢浮肿者，则未免过于局限。西医学治疗水肿病也将利尿法作为一常规治法。中医对此法的应用，每在辨证的基础上加几味利水药，所以本法可广泛应用于对各脏水肿的治疗。

中医认为利小便当以淡味药为主，这是缘于《素问·至真要大论》之“淡味渗泄为阳”、“湿淫于内，…以淡泄之”这一理论而制定的。具体药物有猪苓、茯苓、苡米、滑石、车前子等。现代药理研究发现，这类药均具有利尿和平衡电解质作用。然必须视具体病情之异，和其他药组成不同的治疗方法，如温肾利水、健脾利水、养阴利水、清热利水等。以上均属于“洁净府”的范畴。另因“膀胱者，州都之官，津液藏焉，气化则能出矣”（《素问·灵兰秘典论》），故在此法的应用中，还需配入适当的宣化膀胱气机的药物，如肉桂、乌药、石菖蒲等，与利水药相须为用，可明显提高利尿效果。

①温肾利水：此指温肾药与利水药的配伍应用。有学者研究认为：温肾利水法中温肾药与血浆蛋白代谢关系较小，可能是通过促进肾血管扩张，使血流加速，从而提高肾小球滤过率，产生利尿作用。利尿药作用于肾小管的回吸率而与温肾药起协同作用。单用利尿方四苓散、五皮饮及单用温肾

药治疗肾阳虚患者的水肿，均无明显利尿作用，将二者合用则效果颇为理想，故主张温肾药与利水药应合用为佳。虽《黄帝内经》十三方中没有这类方剂，但张仲景在《伤寒杂病论》中创制了真武汤、肾气丸等著名方剂治水，后贤亦多有进一步发挥。

②健脾利水：此指健脾药与利水药配合使用之法。《丹溪心法》曰："水肿因脾虚不能制水，水溢妄行，当以参术健脾，使脾气得实，则自健运，自能升降运动其枢机，则水自行，非五苓、神佑之行水也。"有人经中西医结合研究认为：低蛋白血症所致水肿的原因，首先是由于大量蛋白丢失或吸收不足，以后恢复之快慢更与脾胃的消化吸收功能有关。脾胃功能强者，低蛋白血症多易恢复。同时，也有人认为脾与神经－内分泌－免疫系统有关。

③养阴利水：此指养阴药与利水药的合用之法。素有阴虚又伴有水肿研究的患者，因利水难免伤阴，滋阴又每对利水有碍，故将利水与滋阴巧妙配合，常收相反相成之效。随着中西医结合诊治水肿研究的逐步深入，此法亦日益受到重视。如治疗肾病水肿时，有时应用激素则疗效更显，但较长时间应用，往往使患者产生对激素的依赖性，激素撤减时症状"反跳"，或产生"撤减激素综合征"，这些症状与中医阴虚兼湿热颇为类似，若及时投以养阴利水方药，可较好控制。此法对肾炎水肿并发高血压症者疗效亦较好；而五脏水证在过用利水药后出现阴伤症状，灵活运用此法，每可收利水而不伤阴之佳效。

④清热利水：此指清热药与利水药合用之法。清热药既可宣肺发散、透汗消肿，又能消除因水肿溲少而导致的毒素淤积，还对养阴药的扶助正气功效有一定协同作用而收协调

阴阳之效。现代药理研究认为：清热药具有抗感染而消灭致病动因的作用，又能兴奋网状内皮系统而增强白细胞的吞噬能力，加强对致热物质的灭活。另外，有时利尿药本身亦具有清热作用。清热利水法不仅可帮助消除病源，调整脏腑机能，又可直接产生利尿排水作用，故此法是临床治疗水肿较常用且有效的方法之一。

（3）去宛陈莝

张介宾解释“去宛陈莝”为：“宛陈则除之者，出恶血也”，“去其水气之陈积”。而刘河间则认为是“疏涤肠胃也”。说明此法包括攻逐水饮、活血化瘀等多方面。

①攻逐水饮：指用峻猛之药促使水液不仅由小便，且多数从大便迅速排出的一种治法。是根据《素问·阴阳应象大论》“中满者，泻之于内”的理论而制定的中医学独特疗法之一。因之对正气有一定攻伐，故南宋后对此法的应用争议颇大。如张介宾曰：“古法治肿，大都不用补剂，……不知随消随肿，不数日而复肿，必愈甚”，若“察其果系实邪，则此等治法，诚不可废，但必须审证的确，用之详慎也。”现代已故名医秦伯未亦认为，在利尿药效果不显，患者情况又容许用泻水药时，当以泻水为主法，以促使腹水消失。这些均说明此法不可不用，但切不可滥用。体质较差者妄用之，常致肿消而正亦亡散之危。从西医学分析，攻逐水饮药的作用途径主要是通过泻下作用来排出大量水分，在身体某一部分造成人为失水，使另一部分的停留积液通过机体的自然调节作用去补偿某一部分的体液消耗，从而达到消除水肿的目的。也可以理解为，攻逐水饮即是祛邪，将破坏或削弱机体动态平衡的种种不利因素加以消除，从而调整机体，恢复动态平衡。此法主要适用于治疗肝水、肺水、肾水等。

②活血化瘀：人体之中，水、血密切相关，水停必由气滞，气滞必致血郁或瘀滞。巢元方所曰“经脉闭塞，故水溢于皮肤而令水肿也”，正是对《素问·调经论》“孙络水溢，则经有留血”的最好注释。唐容川认为“水病可以累血，血病可以累水”，进而提出“治水即以治血，治血即以治水”的著名论点。究其实质，由于脏腑气机失调，致蓄水与瘀血相互影响，形成了水肿病中水与血互为因果的恶性病理循环，从而更加重了肿势。故此，将活血化瘀法运用于五脏水的治疗，可直接恢复脏腑机能，调整水液代谢，还可直接改善水液运输和代谢障碍的状况。瘀血如若得除，则恶性的病理循环得以切断，可促使病体向愈。现代亦有不少医家在治水肿时喜用此法，如关幼波教授治肝硬化腹水则强调活血化瘀；有人认为以真武汤加桃仁、红花治充血性心力衰竭性水肿效果较好；还有人应用益气活血法和清热解毒、活血化瘀法治疗肺心病急性发作，均获较好效果，等等。故此法可视作治五脏水的常法之一。

上述所论五脏水治法的主要途径，既包括了调整脏腑机能（指从水液代谢的各脏关系上治疗五脏水），又包括消除病理性的有害产物（指清除因水液代谢失常而积聚于脏腑组织肌肤的水、痰饮、瘀血等物质）两个方面。故对临证治疗五脏水有较大的启迪作用。

五脏水的治疗关键在于掌握各脏水的基本治法，以便举一反三，变通使用。如前所述，治疗五脏水的主要途径在于调整脏腑机能和清除病理产物。但近年来临床实践证明，还应该注意寻求病源，针对病脏治疗，以消除五脏水的根本原因，降低复发率。在辨证治疗过程中，诸治法需兼而顾之。

现根据各脏水的主要病机，联系前述，选择某一或几种

治法作为各脏水的基本治法略陈于后，以冀对疗效的提高有所裨益。

1. 心水的基本治法及方药举略

主要病机：心气、心阳的虚损，以致运血无力、瘀水相合而肿，多属阴水。

基本治法：益心气，壮心阳，温经利水。

常用方药：附子汤或苓桂术甘汤。可根据辨证加丹参、川牛膝、汉防己、葶苈子等。若血脉瘀阻明显，佐理气活血、祛瘀通络之品，或可改用血府逐瘀汤加减；若心阴耗竭明显，当佐养阴填精之品，如加生脉散（以大剂麦冬配西洋参）；如阴阳并虚，则改用炙甘草汤；而阴竭阳脱的垂危病者，可予参附龙牡汤合生脉散，收敛心、肝、肾阴津的山萸肉亦当配入重用。

2. 肝水的基本治法及方药举略

主要病机：若系肝气郁滞、疏泄失职、气不条达致津液难布，壅而为肿，则此水多表现为热、实之证，因肝用为阳，多属阳水。若由于肝血虚损、肝阳不足，影响脾土运化，致湿浊壅积为水，或肝血瘀滞、血停为水而形成之水肿，又多表现为寒、虚之证，即为阴水。

基本治法：阳水多用疏肝理气、清化消肿法；阴水宜用养血柔肝、温通利水或活血化瘀、温通利水法。

常用方药：阳水以茵陈蒿汤合四逆散为主，或以甘露消毒丹加柴胡、枳实等；若兼有外感者，佐泻肺行水，可参入越婢汤；肿势颇剧且体质较壮者，可予十枣汤峻攻水邪。阴水若由于肝阳、肝血亏馁影响脾运而成者，可用柴胡疏肝散合胃苓汤；若系血瘀化水，可用膈下逐瘀汤加槟榔、苡米、猪苓、茯苓、大腹皮等。

3. 脾水的基本治法及方药举略

主要病机：脾为外袭之湿热所困，或脾虚运化失职、水液失制外溢而成。前者大多发病较快，正气尚旺，故呈现实证为主，属于阳水；后者则多为慢性过程，邪恋体虚，多属阴水。

基本治法：阳水予燥湿运脾、和中利湿之剂，而阴水则当健脾益气、温散利水。

常用方药：阳水用中满分消丸去人参、干姜；若体质较好，肿势颇甚者，可予疏凿饮子合己椒苈黄丸损益。阴水用实脾饮合五皮散加减。

4. 肺水的基本治法及方药举略

主要病机：若肺气失宣，致水液输布乏权而泛溢肌表所致，肿由颜面而起，其发急速，正气未虚，为阳水；若系皮肤疮毒浸淫，致水肿急发，伴恶风发热，亦属阳水。如因心脉瘀阻，影响肺的宣发肃降致水肿，且病程较长，体质偏虚，则为阴水。

基本治法：阳水予宣肺利水；若因疮毒所致，可配清热解毒法。阴水当益气活血、强心利水。

常用方药：阳水用越婢加术汤；疮毒致肿者，以麻黄连翘赤小豆汤合五味消毒饮。阴水用黄芪桂枝五物汤合葶苈大枣泻肺汤；如气虚瘀甚，可加人参、附子、丹参、当归、红花等；若喘息自汗，不得卧，可加入蛤蚧、核桃、补骨脂等。

5. 肾水的基本治法及方药举略

主要病机：多因肾阳虚衰，命门火微，使膀胱不能气化行水，致水湿泛滥而肿。因肿偏于下部，伴明显畏寒，病程较长，故为阴水。

基本治法：补肾温阳，化气行水。

常用方药：济生肾气丸加减。若同时伴心阳衰竭，可加人参。如后期现神昏、呕恶、口有尿味等浊阴上逆之症，宜用附子合半夏、大黄等口服以温阳泻浊或保留灌肠。

气证治血发挥

气是流动于人体内温煦脏腑、经脉，推动血液运行，抵御外邪的一种功能物质，通常称之为正气。所谓气证是指由于各种原因导致正气失常而产生的病证。血证治气，前人论述极详，已成定法，而气证治血则言者甚少。但许多著名医家所创制的方剂中已经自觉或不自觉地运用并体现了这一治则。结合临床体会，先生对气证治血亦有所发挥。

一、气证的产生及气证治血的理论依据

正气，亦称真气、原气、精气。随其所在部位不同，其名亦异。位于上焦者名曰宗气，位于中焦者名曰中气，位于下焦者名曰元气，位于经络者名曰经络之气，位于五脏六腑者名曰脏腑之气。运动是气的根本属性，而它的运动形式是升降出入。因此，气的生理特性贵通、贵和、贵充。通即畅达，不通则滞；和即调和，不和则乱；充即充盈，不充则虚。由此可见，气证是生理功能失调的病理反映。

气与血相互依存。气之行载于血，血之运赖于气，气滞则血不和，血不和则气益滞。气与血相互资生，血为气之母，血旺则气充，血虚则气亏；气为血之主，气旺则化血有源，气虚则生血不足。气与血相互转化，气可为血，血可为

气。故《内经》曰："血之于气，异名而同类。"气血息息相关，气逆则血乱，气郁则血滞，气虚则血弱，气陷则血下，气温则血滑，气寒则血凝。总之，未有病气而不病血者。

气证治血法则最早见于《内经》。《素问·阴阳应象大论》说："阳病治阴，阴病治阳。"此句有两种含义，一是从阳引阴，从阴引阳；二是补阳以配阴，补阴以配阳。《血证论》指出："人之一身，不外阴阳；而阴阳二字，即是水火；水火二字即是气血。"因此阳病治阴实际上就是气病治血。仲景最先将这一治则运用于临床。如治中气不足之小建中，补气与和营并驱；治气郁之四逆散，调肝与补血两顾；治肾气虚之八味丸，求阳于阴血之上。其后，历代医家多有发挥。而于此发明最多、阐述最透者莫过于张景岳。他说："善治气者，能使精中生气"，"善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷"。他反对那种阳能生阴而阴不能生阳的片面认识，指出："《内经》'精化为气'，得非阴亦生阳乎?"在他创制的180余首新方中，熟地黄占1/4以上。景岳阴中求阳的思想于此可见一斑。晚清医家雷少逸之高足程曦、江城等对这一治则亦有所阐发。《医家四要》说："气为血之帅，血为气之配。气即病矣，则血不得以独行，故亦从而病焉。是以治气药中必兼理血之药。"

由上观之，气病治血不但有理论依据，而且有历代医家的实践基础，从不同侧面论证了气与血的辨证关系。

二、气证的分类及代表方剂中治血药物的分析

气之生理特性贵在通、和、充。反之，病理上就有郁、逆、虚。故气证可大体分为气虚、气郁、气逆三类。下面将治疗三类气证的代表方剂中治血及气血双治药物的运用情况

列表分析如下。

治疗气证代表方剂中治血及气血双治药物运用一览表

气证分类	方剂名称	药物组成	治血药	气血双治药
气虚	肺气虚 补肺阿胶汤	阿胶、黍粘子、甘草、马兜铃、杏仁、糯米	阿胶	
	脾气虚 补中益气汤	黄芪、党参、炙甘草、当归、陈皮、升麻、柴胡、白术	当归	党参
	心气虚 补心汤	紫石英、茯苓、人参、远志、当归、茯神、甘草、紫菀、麦冬、赤小豆、大枣	当归、麦冬	人参、大枣
	肾气虚 金匮肾气丸	干地黄、山药、山萸肉、泽泻、茯苓、丹皮、桂枝、炮附子	干地黄、丹皮、山萸肉	山药
气郁	肝气郁 逍遥散	柴胡、当归、白芍、白术、茯苓、炙甘草、煨姜、薄荷	当归、白芍	
气逆	肺气逆 苏子降气汤	苏子、半夏、当归、甘草、前胡、厚朴、肉桂、陈皮、生姜、大枣	当归	
	肝气逆 奔豚汤	甘草、川芎、当归、半夏、黄芩、生葛根、芍药、炙甘草、生姜、生李根、白皮	白芍	
	肾气逆 桂枝加桂汤	桂枝、芍药、炙甘草、生姜、大枣	芍药、桂枝	大枣
	胃气逆 麦门冬汤	麦门冬、半夏、人参、甘草、粳米、大枣	麦门冬	人参、大枣

如表中所示，治疗气证的代表方剂中均有治血或气血双治之药。说明古人在遣方用药时已经运用了气证治血法则。现就表中主要治血药物作一概略分析。

当归，为理血之要药。《本草正》说："当归，其味甘而重，故专能补血，其气轻而辛，故又能行血。补中有动，行中有补，诚血中之气药，亦血中之圣药也。……凡有形虚损之病，无所不宜。"当归虽为血药，但不限于血证。运用得手可益气、可行气、可生血、可活血。故一切气证均可酌而用之。

熟地黄，补血生精，滋肾养肝。与当归相比，当归补血其性动，地黄补血其性静。因其味纯力厚，医有嫌其腻膈碍胃而不善用之者。《本草纲目》云："干地黄，姜汁浸则不泥膈，酒制则不伤胃，或用砂仁拌，即可留其纯补之力而祛其腻膈之弊。气虚之证可选用之。"

白芍，养血柔肝，缓急止痛，敛阴收汗。肝秉刚强，无阴液以涵濡则暴戾恣肆。肝郁之证，暗耗肝阴，一味攻伐，以刚克刚，反致变本加厉。故肝郁之证，白芍理当首选。而当归主动，白芍主静，二药合用可冀互纠其偏。

党参，健脾益胃，益气润肺。《汤液本草》说："党参力能补脾养胃，润肺生津，健运中气，本与人参不甚相远。其尤可贵者，则健脾运而不燥，滋胃阴而不湿，润肺而不犯寒凉，养血而不偏滋腻，鼓舞阳气，振动中气而无刚燥之弊。"可见，党参乃气血双补之品。气虚必兼血弱，补气兼能补血，党参实为理想之药。

通过上述分析可以概括出气证治血药的一般规律为：一切气证，当归均可选用。气逆酌加牛膝、白芍、玄参等；气郁酌加川芎、白芍、莪术、姜黄、红花等；气虚酌加阿胶、

沙参、麦冬、党参、地黄等。

此外，景岳“阴中求阳”、“精中生气”的思想对治疗气虚证亦有普遍的指导意义，并不仅限于肾气虚。故治疗气虚之证，均应适量加用养阴血之品，或选用党参之类气血双补之品。而行气药与活血药有许多共同的药理效应，很难截然分开，故前人提出了“气中之血药”和“血中之气药”的认识。活血药物能够增强气血流行，气郁之证即使无明显的血瘀见症，亦可放胆用之，并无“致虚”之弊。气逆之证，则以气血失和为本，单纯降气则往往药停即发，故当从调理气血着眼，气血和则逆自止。

总之，治血不治气，非其治也。同样，治气不治血，亦失之全面。气虚者要立足于“精中生气”，气郁者要兼顾其阴耗血滞，气逆者要着眼于气血失和，这是治疗气证的重要法则。

中医治则契要

中医治则，即中医临床辨证论治的基本准则，对指导临床制定治疗方法、选择方药起着重要的作用。研究治则是为了更好地指导临床治疗，发展中医治疗学。尤其当今对中医治则的认识聚讼分歧，内容杂乱，因此，有必要对中医治则加以梳理。

一、中医治则的基本特征

中医治则是在中医理论指导下，根据中医对疾病发生、

发展规律的认识而制定，在长期临床实践中，从反复施行的众多临床治法中总结而成。它具有以下特征：

1. 反映中医整体观的理论特点

如“三因制宜”治则，反映的是人与自然为一整体，人体本身是一整体的中医整体观，指导临床综合时间、空间与体质等因素以立法施治。

2. 反映疾病的发生发展是病邪与人体正气相互斗争的结果

如“补虚泻实”治则，反映了疾病是由于正邪相搏导致的机体内平衡失调。失调的后果要么因邪盛而成“实证”，要么因正亏而成“虚证”，治疗时对虚证则施以补法，实证则施用泻法。

3. 反映中医学辨证论治的治疗特点

如“治病求本”治则，反映了中医施治重视通过对病变证候的分析，即辨证，求其本质，再针对“病本”采取适宜的治疗方法。

4. 对中医临床治疗有普遍指导意义

如临床对阳虚外感证用助阳解表法，对肝郁脾虚证用疏肝健脾法等，均是在补虚泻实治则指导下制定的。

二、治则与治法的区别与联系

治法，即临床治疗疾病时采用的具体方法。如温肾利水、养阴润肺、宁心安神、助阳解表等法。

1. 治法与治则的区别

①治法必须在治则指导下制定；

②治法是针对具体病变采取的治疗措施，治则是对疾病治疗规律的概括；

③由于具体病变必然涉及病性、病因、病位，因此治疗

方法应反映对病变的病因、病性、病位的针对性。如“温胃散寒”即显示出病位在胃、病性为寒的特点；“祛暑解表”则示病因为“暑邪”，病位在表。而治则是治疗疾病的原则，具有一般指导性，较治法抽象而不具体。如“治病求本”、“三因制宜”等就无法表明所治疗病变的病因、病性、病位等。

2. **治法与治则的联系**

治法是构成治则的基础，徜无治法，治则的作用也无法体现；治法的选择是在治则的指导下进行的，若无治则指导，治法的运用也会混乱。一般而言，一种治法的确立往往是多项治则指导的结果。如治疗“热结旁流证”，采用清热通腑泻结法，既是“标本缓急”治则的体现，也包括了“正治反治”、“三因制宜”等治则内容。同样，多种治法可在同一治则指导下确立，如补气养血、滋肝养肾、活血化瘀、清肺化痰等法均为“补虚泻实”治则指导的结果。可见，治则与治法的联系是多项综合的，并非单一而就。

目前在治则的认识方面存在以下问题：①对治则的概念、治法的特征，以及二者之间的区别与联系阐述较少；②各中医学教材所载治则、治法内容各异，多者列出 10 条原则，少者仅列出 2 条原则，内容几乎无全部相同者；③有些治则内容互相重叠，甚至治则与治法内容混淆。以上疏漏影响了中医治则的应用与研究，在一定程度上也有碍于指导临床治疗。

现将各书所载治则内容相并而论，并加以分析、探讨。

1. 治病求本；
2. 三因制宜；
3. 正治反治；

4. 补虚泻实；
5. 扶正祛邪；
6. 标本缓急；
7. 治未病；
8. 同病异治，异病同治；
9. 知常达变；
10. 辨证立法；
11. 寒者热之，热者寒之；
12. 调整阴阳；
13. 调整脏腑机能；
14. 调整气血关系；
15. 寒热攻补同用；
16. 用药不可偏执；
17. 实则泻其子，虚则补其母；
18. 充分发挥人的主观能动性；
19. 局部与整体；
20. 饮食宜忌；
21. 辨证论治与辨病治疗相结合。

以上21项中按照上述关于治则、治法概念的认识，不难看出，“知常达变”表达了辨证施治时应具灵活性，“充分发挥人的主观能动性”强调了人在治疗中的作用，但此两条并不完全符合上述治则的基本特征，对治法的确定无具体的指导意义，故不能列为治则。“局部与整体”已寓于“三因制宜”治则中，因时、因地、因人制宜就是从整体上考虑对人体局部病变的治疗。“辨证立法”实际抛弃了治则，直接通过辨证去制定治法，故不能作为治则存在。

治则是辨证与立法之间的桥梁，辨证后应当通过治则来

指导制定治法。“用药不可偏执”提出了在治法制定后用药时应注意的问题，作为治则显属不当。“寒者热之，热者寒之”是属“正治反治”治则中“正治”范畴，作为治则显然不妥。“寒热攻补同用”既包含在“正治反治”治则中，又体现在“补虚泻实”治则中，若作治则，则与“正治反治”、“补虚泻实”内容重叠，而“调整阴阳”、“调整气血关系”、“调整脏腑功能”等项均属补虚泻实治则。因人体阴阳、气血、脏腑功能失调不外虚、实两种，调整的方式非补即泻，三项内容实际与“补虚泻实”等同而共存于此项治则之中。“实则泻其子，虚则补其母”亦是在“补虚泻实”治则指导下，运用脏腑五行生克关系进行补泻治疗的一种方法，不能作为治则。至于“扶正祛邪”，参照《内经》“邪气盛则实，精气夺则虚”的理论可知，中医的“虚”指正气虚，“实”指邪气实，所以补虚即是“扶正”，泻实即是“祛邪”，为避免内容重叠，二者宜取其一。

其他如“饮食宜忌”既不能指导立法，也不能对选方用药施加影响，故不属治则。

为何出现上述治则内容的混杂现象？盖因对治法、治则的概念不清所致。依据先生对治则治法概念的理解，特提出以下七项基本治则，供同道参考。

三、七项治则内容阐解

七项治则为：

1. 治病求本；
2. 标本缓急；
3. 补虚泻实；
4. 正治反治；

5. 三因制宜；

6. 寓防于治；

7. 病证合参。

其中“补虚泻实”、“正治反治”，“三因制宜”三项内容明确，各种中医教材与书刊已作了较为翔实的介绍，亦为一般从医者所理解，故不赘述。其余各项则有必要予以阐解互辨。

“治病求本”与“标本缓急”：治病求本是指在治疗疾病过程中必须研究分析出疾病的本质，给予针对性治疗。如水肿病人，若出现腰痛肢冷，神倦畏寒，面色灰黯，舌质胖，苔白滑润，脉沉细者，其病本在于肾阳衰弱，治宜温暖肾阳、化气行水，可用真武汤；若出现脘腹闷胀，纳减便溏，神倦肢冷，舌淡苔滑，脉沉缓者，其病本在于脾阳不振，治宜温运脾阳、化湿行水，用实脾饮等。解决了水肿的根本原因，则可达到水退肿消的目的。

而在标本缓急治则指导下，治疗虽然并不一定首先治本，但先治标的目的却在于为治本创造条件，赢得时间。因在某种情况下标病较急，危及人体生命，既可加重“本”病，又可影响治“本”措施的实行，故此时宜治标而不宜治本，或标本同治。再以水肿为例，若水肿较甚，严重影响机体生理活动及治本方药作用的发挥，临床则宜急用利水消肿法，使水肿暂时减轻，而后再温肾或健脾，采用治“本”法。可见标本缓急是根据临床具体情况具体对待的原则，体现治病求本之精神。二者既有联系，又有区别，既不矛盾，又不重叠，故可作为治则共存。

“寓防于治”：此条治则主要指早期治疗与治疗过程中终止病情恶化与传变的内容，不包括无病预防。因所谓治则，

即治疗时应遵循的法则，而治疗是在发病之后进行的医疗活动，以针对机体病变的性质、部位、程度而采取相应措施为基本内容。无病何以称“治”呢？预防疾病属于预防医学、流行病学、公共卫生范畴，与治疗学不同，二者不可混淆。之所以不用“治未病”作治则而用“寓防于治”，意即在于局限“防”的含义，强调治疗疾病过程中的“防”。“寓防于治”治则的理论是：人是一个不可分割的整体，某脏腑病变可通过人体整体联系，对机体其他脏腑组织产生影响。这种影响有一定的趋向性和规律性。如外感疾病有循着机体组织的不同层次逐渐深入的传变趋向，这种传变一方面可能由于疾病自然发展所致，一方面由于误治所致。早期及时正确的施治可能阻止病变的深入与恶化，此即“寓防于治”治则的内容。姜春华老大夫“截断扭转”法，以及《金匮要略》“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”的传统治法等，即属其临床常用之例。

“病证合参”：辨病与辨证相结合已成为当今中医临床经常采用的诊治方式。当然，此处所言之病不仅指西医概念之病，也指中医概念之病。盖疾病与证候，为反映该病本质内容之一花两叶也。辨证治疗时兼顾其病，往往较舍病施治疗效要高，因此在临床治疗中一般不宜无视疾病特征。即使采用同病异治、异病同治法则时也是如此。如异病同证时并不完全同治，而是同中有异，此异即异在对“病”的治疗上。如哮喘、慢性肠炎、心力衰竭等病变，可能均有肾阳虚的证候，临床可以温补肾阳为共同疗法。但是哮喘尚应纳气，肠炎尚须固涩，心衰宜温心阳，此为因病不同而同中有异。同样在同病异证时，根据不同证候采用不同治法，也因证系同病之证，治疗亦异中有同，此同也同在“病”上。如寄生虫

病患者临床上可表现为不同证型，寄生虫为主要矛盾，因此在治疗上需综合驱虫杀虫与辨证论治，此为因病相同而异中有同。

如今现代中药药理研究日渐深入，中药治病的一些新的特点不断被揭示。如五味子、垂盆草降转氨酶，青木香、杜仲、天麻、黄芩降血压，金钱草、海金沙排除结石，白花蛇舌草、半边莲、半枝莲抗肿瘤等。临床辨证论治的同时，因“病”适当增入这些针对性强、疗效确切的药物，实践证明是临床治疗的新途径，值得提倡与研究。

综上可见，病证合参既包括有同病异治、异病同治的内容，又符合中医治疗学的发展趋势，故“病证合参”可代替“同病异治、异病同治”而成为临床治疗所应遵循的高度概括的治则之一。

要言之，以上七项治则从不同角度、不同程度上体现了中医整体观、辨证论治的特点，基本上概括了中医对疾病发生、发展规律的认识，注重了中医治疗学的特点，并反映了当前中医治疗学的临床应用状况与发展趋势。

年 谱

李济仁年谱

1931 年　1 月 24 日，农历庚午年十二月初六（己卯日）生于安徽省歙县桥亭山。原名李元善。

1943 年　至 1948 年，随新安名医张根桂、汪润身等临床应诊，并系统学习中医经典著作。

1948 年　在歙县桥亭山、小川、三阳坑开业行医。

1950 年　组建歙县小川联合诊所，任所长。

1955 年　参加安徽中医进修学校（安徽中医学院前身）师资班学习，至 1956 年。

1957 年　组建歙县街口区大联合诊所，任所长。
农历十二月初三，与张根桂之女张舜华成婚。

1958 年　2 月，调入歙县人民医院工作。
6 月，参加安徽中医学院《内经》师资班学习，至 1959 年。

11月28日参加歙县中医中药献宝献方大会，并贡献验方数首。

1959年 3月，调入安徽中医学院，任《内经》教研组组长、前期大教研室主任。

11月，教材《内经知要通俗讲义》（合著）由安徽人民出版社出版；《中国医学史》（独著）由安徽中医学院出版。

1960年 参与筹建安徽中医学院附属医院，任秘书职。

8月2日，加入中国共产党。

1961年 2月，父李荣珠病故，时年68岁。

4月，母洪聚娣病故，时年68岁。

5月13日，《光明日报》长篇综合报道："要善于向年长教师学习"，记载了李济仁勤奋钻研的事迹。

1965年 9月，任安徽省青年联合会第三届委员会常务委员，并获"安徽省社会主义建设先进教师"荣誉称号。

10月24日至北京中医学院、中国中医研究院，参加《内经》教学研究班学习，并参与编写《内经》《中医基础理论》等首批卫生部高等学校规划教材。当时全国共18位教师参加，为期半年余，至1966年5月结束。

在此期间，曾见中央领导毛泽东、刘少奇、周恩来、邓小平、郭沫若等。

1970年 任安徽医科大学内科医疗组组长，至1972年。

文革期间，由于坚持真理，实事求是，保护了一大批专家、领导，被称为"铁杆老保"，并因此受

到迫害。

1972 年　年底调至皖南医学院，任中医教研室主任，附属弋矶山医院中医科主任；1978 年任副教授，1985 年任教授、主任医师。

1978 年　2 月，在《新医药学杂志》发表“以苦参为主治疗乳糜尿的体会”论文。

1979 年　开始招收硕士研究生。自彭光谱、程宜福（第一届）、仝小林、胡剑北（第二届）等开始，至今共指导内经、中医基础理论、中医治疗学、中医时间医学等方向的硕士生 20 余名。

1980 年　10 月，应邀赴陕西咸阳陕西中医学院进行学术报告。会后参观药王庙、黄帝陵、轩辕庙。并游历革命圣地延安。

1981 年　7 月下旬，经国务院学位委员会评议及复审通过，任国务院首批具有硕士学位授予权的硕士研究生导师。

10 月，任皖南医学院学术、学位委员会委员。

1982 年　4 月 6 日，受长春中医学院、吉林大学、吉林省卫生厅、吉林省教育厅、吉林省医药管理局等五单位邀请，赴长春参加“经穴治疗仪”科研成果鉴定会议，并任大会副主席。会后由程绍恩、陈泽林二先生陪同在吉林、辽宁、黑龙江各地进行学术交流与访问。回程时参观山东泰山、曲阜孔庙。

7 月 12 日，至山西太原参加“全国中医妇科学术会议”，天津中医学院哈荔田院长及全国妇产科专家均到会一叙。赴会期间在河南中医学院院长孙纲处恰遇 1979 年报考研究生的一位同学，欢谈了

一阵。会后参观五台山佛教圣地及晋祠。

8月，被聘为中共安徽省委保健委员会保健医师。

12月，将收藏多年的清初著名书画家程邃（穆倩）隶书四条屏等珍品无偿捐赠给安徽省博物馆，“此种精神殊堪嘉许”，受到省博物馆表彰。

1983年 2月27日，受广西科学院、广西中医学院、广西医学院邀请，赴南宁市参加“广西计算机中医诊断鉴定会”，任鉴定委员会副组长。会议在广西壮族自治区计算中心召开。

3月7日，应邀在广西中医学院作报告：“学习《内经》必须联系临床”，约500余人前往听课，该院院长主持。同时米伯让先生谈了如何学习中医。

3月17日，转道赴贵阳、云南、成都中医学院进行学术交流。抽暇至黄果树瀑布、杜甫草堂、长江三峡等地。在成都受到所培养研究生、四川省卫生厅中医管理局彭光谱的热情接待。

1984年 10月27日，与研究生仝小林赴安徽亳州参加“全国华佗学术讨论会议”。吕炳奎、李经纬、于文忠、裘沛然诸先生与会。并谒见“华祖庵”。

11月7日，转道谒见河南南阳张仲景“医圣祠”、“医圣墓”；湖北蕲州李时珍墓；河北扁鹊墓。

10月29日，《安徽日报》长篇报道：“中医基础理论的探索者——访皖南医学院李济仁副教授”。

12月，在《中医杂志》发表“以补肾法为主治愈进行性肌营养不良症的体会”，在海内外引起较大反响。日本《汉方临床》杂志1985年第22号6

期译为“进行性肌营养不良症治验”刊发。

1985年 5月26日，与研究生胡剑北赴京参加全国中医内科分会第三次痹证专题会议，并进行“《内经》五体痹证探讨”的大会报告。胡熙明、董建华、陈绍武等全国20省、市、自治区54名代表参会。会上修订了全国痹证科研协作方案，并为中国残疾人福利基金会进行了募捐、义诊活动。

6月9日，至内蒙古，与中蒙医院王鹏宁主任及有关蒙医专家进行中、蒙医理论临床学术交流。深感中、蒙医学理论基本相同，但处方用药颇有不一，似一花两叶也。

6月，“治疗进行性肌肉萎缩案”收入《中医奇证新编》。

12月，任安徽省新安医学会副会长；1999年任名誉会长。

1986年 3月，专著《杏轩医案并按》（与胡剑北合著）由安徽科技出版社出版。王个簃先生题签，邹云翔、班秀文先生为序。余瀛鳌、龚维义、胡世杰等为该书撰写书评。

4月，任安徽省高等学校教师职务学科评议组成员。后历任评审委员会临床医学科成员、副组长，直至1998年。

5月，《中医杂志》及其日文版刊发“胆囊炎证治”的论文。

10月，任安徽省卫生技术高级职务评审委员会委员，兼中医学科评议组组长，直至1998年。

1987年 1月，赴南通参加朱良春先生与中国中医研究院基

础理论研究所合作完成的“顽痹（类风湿性关节炎）从肾论治的研究”科研成果鉴定会。

3月，参加南京中医学院邹云翔先生之博士生章永红的论文答辩会。

5月，专著《痹证通论》（与仝小林合著）由安徽科技出版社出版。林散之先生题名，王玉川、朱良春先生序。

10月，被皖南医学院老年医学研究所聘为研究员。

11月，任安徽省医史学会副会长；1990年任名誉会长。

12月，参加南京中医学院邹云翔先生之博士生王钢论文答辩会。

1988年 8月，任安徽省中医管理局《中医临床与保健》编委会副主任。

11月，赴江苏南通参加朱良春先生“益肾蠲痹丸治疗顽痹（类风湿性关节炎）临床与实验研究”成果鉴定会。路志正、焦树德、王安民、陆广莘等群贤毕至。

12月，应邀参加南京中医学院周仲瑛先生之博士生仝小林（原为李老的硕士生，现在中日友好医院工作）、熊宁宁论文答辩会。此后历任1990届博士生（周珉）、1991届博士生（罗陆一）、1991届博士生（施建勇、过伟峰）、1992届博士生（沈洪）以及1994届博士生等答辩委员会委员或主席。

12月，任安徽省中医医疗事故技术鉴定委员会副主任。

1989年　被安徽省中医管理局聘为省中医药学徒教学指导专家委员会副主任，兼高等学徒教学指导组组长。

10月10日，在江西庐山参加并主持全国痹病、脾胃病学术会议。被聘为首届全国中医痹病专业委员会委员。后与路志正、焦树德、朱良春、陈之才并称为中国中医风湿病学会“五老”之一。

12月，主审的《现代名医医案选析》由内蒙古人民出版社出版。

1990年　4月，与胡剑北合著的《中医时间医学》由安徽科技出版社出版。

4月，赴福建参加并主持华东六省一市痹病、脾胃病学术会议。

6月，主编的《名老中医肿瘤验案辑按》由上海科技出版社出版。亚明先生题名，吕炳奎、钱伯文先生序。谢海洲撰写书评文章。

7月，主编的《新安名医考》由安徽科技出版社出版。吴作人先生题名，李梢篆刻书名，裘沛然、高尔鑫先生作序。余瀛鳌、谢海洲等为该书撰写书评。

8月，赴南京中医药大学，与董建华院士等共同参加国家科委“七五”攻关科技项目“中医药治疗病毒感染性高热的研究”、“中医药治疗厥脱证的研究”科技成果鉴定会。

8月，专著《痹证通论》《杏轩医案并按》由台湾蓝灯文化事业股份有限公司再版发行。

9月，北京亚运会期间，李济仁7本著作在中国中医药文化博览会参展。《新安名医考》作为安徽展

厅的礼品之一馈赠给中外专家、领导。

11月9日，《中国中医药报》“名医名方录”专栏介绍。

11月，《中医杂志》及其英文版刊发“痹证用药经验谈”。

12月3日，《老年报》以“他把最难懂的《内经》讲活了”为题专题报道。

1991年 1月25日，《中国中医药报》长篇报道：“心存仁济育桃李——记皖南医学院李济仁教授”。

2月，载入《中国中医人名词典》。

7月，根据国家人事部、卫生部、国家中医药管理局文件精神，被确立为全国继承老中医专家学术经验指导老师。同时，被安徽省中医管理局聘为省中医药专家学术经验继承工作导师、专家指导委员会成员。现已指导高级学徒2名（李有伟等）。

7月，参加编著的《现代中医内科学》由中国医药科技出版社出版。

8月，任皖南医学院临床医学学科评议组组长。

9月，获国务院政府特殊津贴。

10月，参加南京中医药大学国家自然科学基金项目“温病气营两燔证的本质和清气凉营法的作用原理研究”科研成果鉴定会。

10月，治疗痹病、肝病、男性不育证等疑难杂病的经验被收入中国科学技术出版社的《中医人物荟萃（第一卷）》。

10月，载入英国剑桥国际传记中心、美国ABI多

版《世界名人录》；并被聘为英、美国际传记中心终身研究员。

11月，业绩载入《中国当代医学专家集萃》。

11月，对《内经》病证研究的成果被载入《当代中国科技名人成就大典》。

11月13日，《黄山日报》长篇报道："名扬海外，情系故乡——记歙藉著名中医专家李济仁"。

12月，主编的《杏轩医案并按》《新安名医考》分别获中华医史学会等主办的"首届全国优秀医史文献图书及医学工具书"银奖、优秀奖。

12月，传记及治疗乳糜尿之系列方收入《名医名方录》(中医古籍出版社出版)。

1992年 3月24日，《安徽工人报》专题报道："李济仁教授以医济人惠及四方"。

5月，在芜湖市与路志正、焦树德先生共同主持全国第二届第六次痹病学术会议。

5月15日，《工人日报》专题报道"十年无偿函诊，三千病人康复"。

7月，受聘为安徽中医学院附属医院技术顾问。

9月23日，赴亳州参加首届国际中医药文化节，与李德生、杜宜瑾、余瀛鳌、顾伯康等共同主持会议。

10月受聘为安徽省中医肝脾病证专业委员会顾问。

10月，在首届国际中医心病学术会议进行大会报告："诊治冠心病的学术经验"。

10月，被英国剑桥国际传记中心、美国ABI评为1991～1992年度"国际风云人物"、"世界领先

500人”；并被授予“终身成就金质奖章”、“卓越学术领导金奖”。

1993年 1月22日，《健康报》“医苑人杰”专栏报道：“拳拳仁济心——记皖南医学院教授李济仁”。

5月，传记及验方“灵茵退黄方”等载入《中华名医特技集成》。

7月，“择时服药治慢支”收入《现代名中医内科绝技》。

8月，验方“苦参消浊汤”等载入《中华当代名医妙方精华》。

11月，主审的《中医时间治疗学应用全书》由华夏出版社出版。

1994年 5月，治疗淋证的系列验方载入《当代中国名医高效验方1000首》。

7月，由三子李标陪同，应邀赴甘肃、青海、新疆、宁夏等省市访问，相继与藏医、维医、回医有关专家晤谈，交流心得。并在敦煌等地考察中医药有关古迹。

9月，主持的“对新安医家治疗危、急、重、难病证经验的研究”课题获安徽省科委重点立项资助。

10月，在《芜湖日报》开展“一个医生的故事”征文活动中，由于医德医风高尚被报道表彰。

11月，业绩载入《中国当代名人录》。

12月，主持的“中医时间医学系统理论与应用研究”科研成果获安徽省科学技术进步三等奖。

任主编之一的《新安医籍丛刊》（安徽科技出版社）获第九届华东六省一市优秀科技图书一等奖。

1995年 1月，任安徽省中医文献研究所客座研究员。

3月，任安徽省高等学校科学技术进步奖评审委员会医学类学科评审组成员。

7月1日，《人民日报·海外版》长篇报道："术著岐黄，心涵雨露——记新安医学传人李济仁、张舜华教授"。

7月，主持的"新安名医考证研究"科研成果获安徽省高校科技进步二等奖，省自然科学三等奖。

7月，作为全国首批500名老中医的10位代表之一，在北京人民大会堂受到中央领导亲切接见，中央电视台《新闻联播》播出了会见实况。

9月，任安徽省中医药学会第三届理事会理事、常务理事、副理事长。

10月，在芜湖市主持召开全国西医院校中医药教育临床科研学术研讨会，任副会长。

11月，主编的《痿病通论》由人民卫生出版社出版，陈大羽先生题写书名。余瀛鳌先生撰写书评，在《中国中医药报》发表。

11月，在无锡参加全国风湿病会议，为主持人之一。

1996年 2月，为纪念从医50周年，由安徽科技出版社出版《济仁医录》。全国人民代表大会副委员长田纪云题写书名，董建华院士、周仲瑛教授作序，吕炳奎先生及吴作人、林散之、启功、程十发、费新我诸先生题赠妙墨佳画，点缀其间。该书付梓后，余瀛鳌、谢海洲等先生撰写了书评文章，在《中华医史杂志》《中国中医药报》发表。

2月，任芜湖市中医学会第六届理事会名誉理事长。由于在担任芜湖市中医学会第五届理事会理事长期间贡献突出而被授予荣誉证书。

10月，传记及业绩载入《96中国人物年鉴》。

10月，在黄山市主持首届全国中医、中西医结合治疗学学术研讨会。

10月，主编的《临床治疗学研究与应用集成》由中国中医药出版社出版。

10月，在首届国际中医风湿病学术会议进行大会报告："诊治顽痹的学术经验。"

11月，主审的《中国传统养生学词典》由广西教育出版社出版。

1997年 4月，被评为首届安徽省名老中医。

4月，"李济仁诊治顽痹的用药经验"收入《中国中医专家临床用药经验和特色》一书。

主持的"名老中医治疗肿瘤经验和理论研究"科研成果获安徽省科技成果奖。

10月中旬，赴湖南参观马王堆汉墓，考证中国医学史。并至张家界景区，此处中草药甚多。

1998年 12月，由女儿李艳陪同，经海南、广州、深圳，赴香港科技大学、澳门进行学术交流及会诊。

1999年 1月，主编的《大医精要——新安医学研究》由华夏出版社出版，此书为当代名医论著丛书之一。余瀛鳌先生以"宣明德范，昭示来学——荐阅李济仁《大医精要——新安医学研究》"为题在《中国中医基础医学杂志》撰写了书评，谢海洲先生在《北京中医药大学学报》撰写了书评。

5月，被聘为安徽中医学院新安医学文化馆顾问。

8月，“明病因病位，重内外合治”一文收入《古今名医临证金鉴·痹证卷》。

10月，传记及事迹收入《当代名老中医风采》。

2000年 6月，黄山市卫生局局长胡守治来芜，提议在家乡黄山市建立“李济仁张舜华医艺馆”。陈大羽先生题写馆名，安徽省中医药管理局局长邓大学在有关会议上予以表彰。

主持的安徽省重点项目“新安医家治疗危、急、重、难病证经验的研究”科研成果获安徽省高校科技进步二等奖，省科学技术三等奖。

7～11月，由三子李标陪同，赴德国、意大利、法国、奥地利、荷兰、比利时、卢森堡等欧洲八国参加学术交流与访问。在梵蒂冈受红衣主教接见。

2001年 1月，《家庭中医药》报道了“心涵雨露万家春——记著名中医内科专家李济仁、张舜华教授”。

4月，担任学术顾问的《中国风湿病学》由人民卫生出版社出版。

10月，兴办“从医50周年纪念会”（夫人张舜华从医45周年）。各届领导、专家学者及病友来贺，谓为当代医林佳侣。

2002年 4月，在芜湖家中接受日本中医药参观访问团山本胜旷、戴昭宇教授以及南京中医药大学黄煌教授的专访。

7～10月，应邀赴美国、加拿大进行参观，与旅外医家进行了学术交流，并诊治国际友人。

2003年 1月，弋矶山医院全院职工大会荣誉表彰该院自

1888年以来的数位“一代名医”，包括我国防痨事业创始人之一吴绍青，中国外科学的先驱者之一、中央卫生署副署长沈克非，著名儿科专家陈翠贞，著名神经内科专家刘贻德，著名骨科专家陈启光，著名中医药专家李济仁，著名本草专家尚志钧等。

10月，与长子张其成赴土耳其、埃及考察观光。

张舜华年谱

1935年　1月28日，农历甲戌年十二月廿四日（甲辰日）八时生于安徽省歙县定潭。

1950年　时有“孝女香”之称。由于诚孝，加之聪颖灵悟，勤奋刻苦，是年父亲张根桂破除“传男不传女”的家规，悉授家学。张舜华因此成为明嘉靖以来流传四百余年的新安著名世医“张一帖”（“一帖”者，谓药证相符，常一帖药而愈病）的第14代传人。

1953年　6月，在定潭开业行医。研读祖传及历代医籍的同时，注重民间单方、验方的采集与创制。经常出诊救治病患，还常接济贫寒患者。

8月，独自赴浙江淳安县出诊，救病患于危殆。

1957年　农历九月初八，父张根桂病故，年四十九岁。

农历十二月初三，与李济仁成婚。

1958年　2月，时任上海市委书记的柯庆施在听歙县贾长厚书记汇报工业、农业工作进展时，重点问询了“张一帖”的情况，引起当地部门的高度重视。

4月，为响应国家建设的号召，张舜华将祖传秘方之一无偿献出，以造福民众，并参加安徽省医药

卫生成果展览。

6月1日，进定潭联合诊所工作，任业务副所长。后改为定潭卫生院，任业务副院长。

1959年 4月1日，赴歙县中医进修学校学习，至12月止。

5月15号，《安徽日报》以“歙县中医献方采风，发掘祖国医学珍宝”为题进行表彰。

10月20日（九月十九日凌晨三时廿分），生长子张其枨（成）。

12月，夫李济仁调至省城合肥工作。

1960年 因水患而移民拆屋，无家可归，故日夜出诊，不辞劳苦，重建家园。

5月，怀女儿李艳，出生于1961年3月1日（正月十五上午五时许）。

1963年 7月30日（六月初十上午十时许），生次子李梃。歙县卫生会议表彰张舜华背子出诊、深夜出诊的先进事迹。歙县卫生局局长评价其工作作风是“一片漂白面布”。

1966年 赴北京进行参观，与众多同仁交流医技心得。

1967年 7月13日（六月初六下午三时廿分），生三子李标。家中因文革而抄家，祖传的医籍、家当散失殆尽。

1971年 歙县各级领导及群众被张舜华的事迹及勤劳所感，“铁打的身体，马不停蹄，上到北京，下跑遍农村”之谚自此传开。

1973年 8月，由于医术神奇，赢得了皖、浙、赣群众的普遍信赖。省、市、县均有请调意向，然因当地民众再三挽留而婉拒，依旧留在定潭卫生院工作，

仍坚持跋山涉水，在周围各县、地出诊。被誉为“女张一帖”。

10月22日（九月廿七日中午十二时整），生幼子李梢。

1976年　12月，母姚玉梅病故，年68岁。

1980年　4月10日，调至安徽芜湖市皖南医学院弋矶山医院中医科工作，任副主任医师。调离时徽州地委书记程寿娣等以及当地民众均自发依依相送。在新的工作岗位上，其工作兢兢业业，屡受领导及病家赞誉；1986年晋升为主任医师，副教授。此后，每年春、冬之际，张舜华均抽暇回家乡诊治病患。心系两地，至今依然。

1984年　3月，在《皖南医学院学报》发表“肝病的辨证论治”一文，论述了“把握主要证候”、“根据舌象、脉象、面色”进行肝病辨证论治的方法，并介绍经验方药。

1985年　4月，在《安徽中医学院学报》发表“青盲治验一则”。

1988年　5月，赴北京中医学院进行学术交流。在长子张其成的陪同下，与王玉川、钱超尘等专家进行中医药理论与临床的经验交流。

10月，在《中医杂志》发表“张根桂经验鳞爪”论文。

1990年　4月，在《中医临床与保健》杂志刊发的“张守仁世承考”，阐述了“张一帖”家族的师承及其在新安医学流派中的重要地位。

4月，赴福建参加华东六省一市痹病、脾胃病学术

会议，并进行学术报告。

6月，与李济仁合著的《名老中医肿瘤验案辑按》由上海科技出版社出版。

7月，与李济仁合著的《新安名医考》由安徽科技出版社出版。

8月，传记收入《安徽高级专家人名词典（第一分册）》。

9月，参著的《新安名医考》在中国中医药文化博览会参展，并作为安徽展厅的礼品之一馈赠给中外专家、领导。

1991年 2月，载入《中国中医人名词典》。

10月，对湿温伤寒证、虚寒证的治疗方法及验方心得被收入中国科学技术出版社出版的《中医人物荟萃（第一卷）》。

11月，业绩载入《中国当代医学专家集萃》。

12月，作为主要研究人员撰著的《新安名医考》获中华医史学会等主办的“首届全国优秀医史文献图书及医学工具书优秀奖”。

1992年 9月23日，与李济仁共赴亳州参加首届国际中医药文化节，并主持有关会议。在座有中顾委常委李德生、副省长杜宜瑾及中医药专家余瀛鳌、顾伯康等。张舜华文章在大会交流，颇得好评。

10月，父亲张根桂收入《安徽人物大辞典》。

1994年 4月7日，《安徽日报》专题报道：“佼佼学者集一家”。

主持校注的《医津一筏》《素问灵枢类纂约注》（安徽科技出版社出版）获第九届华东六省一市优

秀科技图书一等奖。

1995年 7月1日，《人民日报·海外版》长篇报道：“术著岐黄，心涵雨露——记新安医学传人李济仁、张舜华教授”，记载了张舜华高超的医技、高尚的医德，以及其他德艺双馨之事迹种种。

7月，作为主要研究人员完成的“新安名医考证研究”科研成果获安徽省高校科技进步二等奖，省自然科学三等奖。

1996年 10月，传记及业绩载入《96中国人物年鉴》。

1997年 参与主持的“名老中医治疗肿瘤经验和理论研究”科研成果获安徽省科技成果奖。

1998年 4月4日，积劳成疾，患脑出血。

7月，赴中国康复研究中心北京博爱医院治疗，凭顽强毅力康复。期间曾受邓朴方接见，并为韩国友人等治病。

1999年 5月，安徽中医学院新安医学文化馆成立，开辟“张一帖”专栏，宣扬了张守仁、张根桂医术，并重点介绍了张舜华的业绩。

9月，依惯例，回家乡歙县应诊，病家四方来迎。

10月在歙县定潭创办“世传张一帖诊所”，由次子李梃任所长。

11月，捐助家乡小学。

当年，《恋爱·婚姻·家庭》杂志以“博士兄弟和他们的中医世家”为题、《安徽日报》以“一门三博士”为题进行长篇纪实报道。《文摘周刊》《文萃》《中国剪报》《向建国五十周年献礼——安徽日报新闻作品选》等转载。

2000 年　6 月，黄山市卫生局胡守治局长前来提议：在家乡黄山市建立“李济仁张舜华医艺馆”。陈大羽先生题写馆名，安徽省中医药管理局局长邓大学在有关会议上予以表彰。

10 月，《中华医史杂志》刊登“新安名医张一帖源流考”，认为“张一帖”是当今较为罕见的、代系清楚的重要医学家族，而医学流派、医学家族链为传统中医学发展的重要形式。该家族至今韶光益盛，实有赖于张舜华、李济仁等的功绩。

12 月，关于“张一帖”的研究被美国 Medline、英国 Wellcome Trust Archive 等国际权威数据库收录。

2001 年　1 月，《家庭中医药》报道：“心涵雨露万家春——记著名中医内科专家李济仁、张舜华教授”。

8 月 9 日，与李济仁、次子李梃、幼子李梢等共赴南海普陀山礼佛。

10 月，举办“张舜华从医 45 周年纪念会”。著名中医药学家、中国工程院院士王永炎题词“橘井流芳”，陈大羽先生题词“济世为怀”。

12 月，赴家乡应诊，直至次年 2 月返回芜湖。

2002 年　4 月，日本中医药参观采访团山本胜旷、戴昭宇教授等专程来访，南京中医药大学黄煌教授陪同。

9 月，日本东洋学术出版社社长、日本《中医临床》杂志总编山本胜旷先生来函：“我们惊叹您一家都是教授，子女全是博士，更惊叹贵府在新安医派中的重要地位与后继有人、越发繁盛的喜人景象。……结合我们在北京采访到的有关您的长

子张其成先生秉承乾嘉徽学传统，于中医学研究再续新篇的事迹，在我们有关采访的报道中，以您的家族为新安医学流派中的个例典范，重点加以了介绍。”

9月，日本东洋学术出版社《中医临床》杂志详介“张一帖家系”。

2003年　7月7日，《中国中医药报》“群星璀璨话新安”专题报道中，将“张一帖——新安医家家族链的典型代表”与“胡雪岩——儒贾合一的药店经营者”等并举为新安医学之典范。同时认为“张氏代有传人，长盛不衰也，在吉林传为佳话”。

8月，香港浸会大学“中医大讲堂”（http://www.tcmforum.com）之专家论坛刊发“新安医学研究概述”，文中推“歙县世医张一帖”等，为影响至今的新安家族链世医名家。

2004年　4月22日，中央电视台10套（科技·教育频道）记者对李济仁、张舜华及其家庭进行专访。

封面
书名
版权
前言
目录
医家小传
专病论治
痹病治验
一、痹病的诊断与分类
二、痹病的内治方药
三、痹病的外治方法
四、辨治顽痹四法
（一）顽痹从虚辨治
（二）顽痹从瘀辨治
（三）顽痹从痰辨治
（四）痹痿同病从肝肾辨治
五、痹病病案十则及验方
痿病治验
一、痿病的主要症状辨证分析
（一）肢体瘫痪
（二）四肢拘急
（三）肢体麻木不仁
（四）四肢瘦削
（五）皮毛枯槁
二、痿病治法概要
三、进行性肌营养不良症病案四则
胃肠病治验
一、萎缩性胃炎证治经验（附病案四则）
二、消化性溃疡证治经验（附病案四则）
三、消化道出血病例
四、慢性浅表性胃炎伴肠上皮化生病例
五、慢性肠炎病例
肝胆病诊治经验
一、治疗黄疸型肝炎的基本方“ 灵茵退黄方 ”
二、肝病病案二则
（一）重症黄疸型肝炎病例
（二）无黄疸型肝炎病例
三、胆病病案五则
（一）胆石症案
（二）化脓性总胆管炎病例
（三）慢性胆囊炎病例
（四）胆道蛔虫病例
（五）胆道蛔虫合并感染案例
肾脏病的治疗及验方（附病案九则）
一、自拟李氏蛋白转阴方
二、益气活血治慢肾
三、养阴固肾除隐血
四、肾病综合征须辨证用药
五、治肾衰宜攻补兼施
六、尿毒症重在解毒、排毒
冠心病诊治经验（附病案五则）
一、心脾阳虚，气滞痰阻
1．气虚、阳虚型
2．气滞型
3．痰浊阻滞型
二、心肾阴虚，血瘀阻络
1．血虚、阴虚型
2．血瘀型

脑病（中风）证治经验（附病案六则）
一、益气活血法治疗脑梗塞
二、补阳还五汤治疗中风偏枯
三、培补真元以固本，开窍豁痰以治标
四、风痰阻络者宜祛风化痰、养血通络
五、营卫亏虚者宜调和营卫、补气生血
肺系疾病证治
一、肺系疾病验案四则
二、虚喘宜肺肾同治及验方“固本定喘汤”
乳糜尿治验及系列方
一、以苦参为主治疗乳糜尿
二、脾肾不足为本，湿热下注为标
三、乳糜尿系列方五首（附病案十则）
1．苦参消浊汤
2．加减苦参消浊汤
3．加味草薢分清饮
4．消浊固本丸
5．乳糜食疗汤
肿瘤的治疗经验（附病案十一则）
一、胃癌
二、肺癌
三、肝癌
四、鼻咽癌
五、乳腺癌
六、结肠癌
七、直肠癌
癫痫的诊治经验
一、阳痫经验方“阳痫汤”和“加减止痫丹”
二、阴痫经验方“涤痰开窍饮”
三、病案二则
“凉血消癜汤”及血小板减少性紫癜治验
一、验方“凉血消癜汤”
二、血小板减少性紫癜病案一则
小儿急惊风的诊治经验
一、小儿急惊风病因病理
二、小儿急惊风临床证候
三、小儿急惊风常用治法及护理措施
四、病案二则
高血压病的治疗经验
一、肝肾的生理性关联
二、肝肾的病理性关联
三、从肝肾相关辨治高血压病病案三则
妇科、男科诊治经验
一、闭经病案二则
二、无精子症病案一则及验方“三仙种子汤”
三、男性乳房发育症病案一则
疑难杂症病案
一、顽固性失眠诊治经验
二、精神分裂症治验
三、高热病例二则
诊余漫话
治痹用药心得
一、常用治疗痹病药物的应用经验
二、常用有毒治痹药物的中毒及解救
论痹病与痿病的相关性
一、痹病、痿病的概念及范畴
二、痹痿合论的基础
三、痹病与痿病的鉴别

四、痹病与痿病的辨证论治
五、痹病与痿病的预后及护理
中医因时诊断、用药与辨治谈（附病案三则）
一、根据疾病发作周期因时诊断
二、因季用药与施治
三、冬病夏治法
四、月经病的时间周期用药法
五、根据昼夜节律施治用药
用方和服药的经验介绍（附病案二则）
一、选择方药剂型，重视作用特点
二、强调服药时间，提出动静宜忌
三、推崇数方并用，注意定时分服
水肿病的辨证治疗
一、水肿病五脏分类
二、五脏水的病因病机
三、五脏水的辨证论治
四、五脏水的基本治法及方药
气证治血发挥
一、气证的产生及气证治血的理论依据
二、气证的分类及代表方剂中治血药物的分析
中医治则契要
一、中医治则的基本特征
二、治则与治法的区别与联系
三、七项治则内容阐解
年谱
李济仁年谱
张舜华年谱