

「跟名医做临床」

内科难病(四)

名医的学术思想和临床经验是一个时代医学成就的典型体现。中医临床贵在实践，读经典是师法古人，跟名医是师法今人。上海开埠至今，沪上名医流派之多、人数之广、成就之高一直居于江南乃至全国前列，影响远达海外。本丛书通过沪上名医学术继承人的讲述，真实再现名医的临床思辨过程。

传承名医临证秘诀 体悟行医真知

上海市中医文献馆〔编〕

◎ 张镜人

◎ 张云鹏

◎ 马贵同

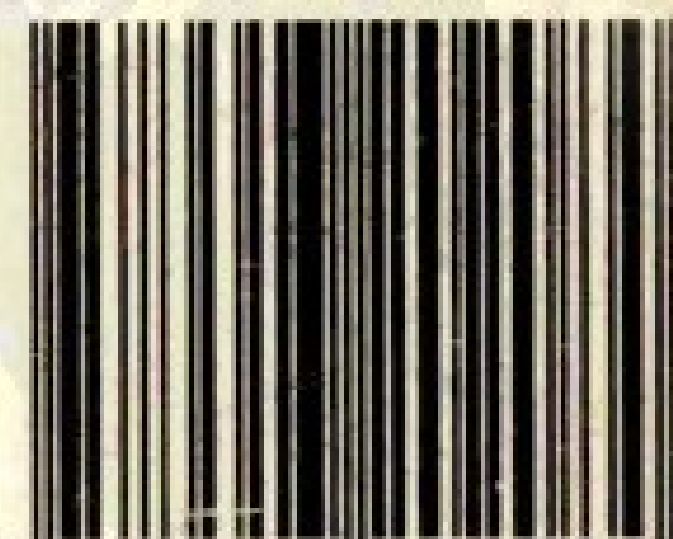
◎ 蔡 淦

全国百佳图书出版单位
中国中医药出版社



本书介绍擅长治疗消化系统疾病的张镜人、张云鹏、马贵同、蔡淦四位中医内科专家。对各位名医的主要学术思想、临床经验特色，尤其是名医独特的辨证心得，选方、配伍、用药经验，疑难杂症诊疗体会等进行了深入的阐述。跟师临床部分以先医案后问答的方式体现“跟”和“做”，生动再现了名医的临证思辨过程，使读者有身临其境、随师侍诊之感。

ISBN 978-7-5132-0208-4



9 787513 202084 >

上架建议：中医临床

定价：45.00元

跟名医做临床

——内科难病(四)

©上海市中医文献馆编

中国中医药出版社
·北京·



图书在版编目 (CIP) 数据

跟名医做临床·内科难病 (四) /上海市中医文献馆编. —北京: 中国中医药出版社, 2011. 1

(跟名医做临床丛书)

ISBN 978 - 7 - 5132 - 0208 - 4

I. ①内… II. ①上… III. ①中医内科 - 疑难病 - 中医学临床 IV. ①R25

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 218531 号

中国中医药出版社出版
北京市朝阳区北三环东路 28 号易亨大厦 16 层
邮政编码 100013
传真 010 64405750
北京时代华都印刷厂印刷
各地新华书店经销

*

开本 787 × 1092 1/16 印张 23.5 字数 360 千字

2011 年 1 月第 1 版 2011 年 1 月第 1 次印刷

书号 ISBN 978 - 7 - 5132 - 0208 - 4

*

定价 45.00 元

网址 www.cptcm.com

如有印装质量问题请与本社出版部调换

版权专有 侵权必究

社长热线 010 64405720

读者服务部电话 010 64065415 010 64065413

书店网址 csln.net/qksd/

《跟名医做临床》

· 专家指导委员会 ·

顾 问 裘沛然 颜德馨

名誉主任 沈远东

执行主任 方松春 黄素英

执行委员 (按姓氏笔画排序)

王春艳 王海丽 毕丽娟 苏丽娜

张 进 张 利

跟名医做临床·内科难病(四)

编委会

主 审 何立人
主 编 张亚声 陈理书 龚雨萍 练 慧
编 委 (按姓氏笔画排序)
田 芸 丛 军 杨 勤 余恒先
张亚声 陈晓蓉 陈理书 练 慧
柳 文 胡鸿毅 徐 瑛 龚雨萍
程悦蕾

醫 術 傳
魂 承 名
 中 醫

施杞

己丑夏



傳承創新
鑄就華章



為跟名醫做臨床書題
己丑年季夏張明書



裘序

QIU XU

中医学是一个广泛集结历代医家的学说、经验而形成理论体系的伟大宝库，是一门实践性很强的医学科学，为中华民族的繁衍昌盛作出了巨大贡献。然而，中医学发展到今天，也存在不少问题，如中医治疗范围、临床阵地逐渐缩小；中医人才队伍的素质在降低；甘于寂寞、潜心中医科研的人不多……因此，中医学必须要加快发展的步伐，培养更多优秀的中医临床人才，其中中医传承最为重要。首先，要继承前人的经验，继承名老中医临证思辨的思路与方法、经验特色、用药技巧等。近年来，上海市中医文献馆在中医师承教育方面做了较多的工作，今天又组织编撰《跟名医做临床》丛书，力争真实地反映名老中医诊疗的过程，提炼名老中医的学术思想及临床经验，对传承名老中医学术经验、培养中医临床人才具有一定的意义。

医学是一门应用科学，疗效是否确切是衡量其价值的标准。中医事业的发展，任重而道远，希望能对更多的名老中医经验进行整理、研究，同时希望在有选择的继承基础上以更多的创新形式来研究名老中医经验，把中医传承工作做得更好，由此来推进中医事业的发展。



2009年9月

颜序

YAN XU

在中医学发展的长河中，历代名医辈出，促进了中医学的发展。然而，当今中医药事业发展的瓶颈正是高层次中医临床人才的缺乏，名老中医学术传承则是造就新一代中医人才的重要途径。

上海市中医文献馆长期以来在中医师承、中医人才培养方面做了大量的工作，积累了丰富的经验。这次组织编写的《跟名医做临床》源于临床，高于临床，充分体现名老中医的学术观点、临床思路、临床技能、临床特色优势，注重临床诊疗中的热点、重点、难点，为培养中医临床人才做了件大好事。

希望广大中医工作者在中医学理论的指导下，弘扬中医的特色和优势，运用中医独特的诊疗技术和手段，不断提高救治疑难危重疾病的信心和能力。

颜德真

2009年9月

前言

QIAN YAN

名老中医是一个时期中医药学术和临床水平的主要体现者、继承者和发扬者，是将中医药学基本理论、前人经验与当今实践相结合，解决临床疑难问题的典范，代表着当前中医学学术和临床发展的最高水平，是当代中医药学术发展的杰出代表。他们的学术思想和临证经验是中医药学伟大宝库中的一笔宝贵财富，学习、研究和传承他们的学术思想和临证经验是时代赋予我们的责任。

近几年我们做过一些探索，总结出不同的传承形式，长期的临床实践使我们感到最直接、最有效的传承方法是亲身侍诊抄方，“跟名医做临床”是传承中医的一种较好的形式。然而，有限的师资无法满足每一位年轻医生跟名医侍诊的需求。因此，我们组织上海市各科名老中医的高徒编写了本系列丛书。

本丛书以专科分册，在同一科中重点选取具有不同特色和优势的医家。每册包括四五位专家，分别由名医简介、学术思想、经验特色、跟师临床四部分组成。“名医简介”介绍名医简历与主要学术成果；“学术思想”主要反映名医独特的学术见解、学术思想、临证思路、思辨方法和最具个人特点的辨证心得；“经验特色”主要反映名医最具优势、特色的临床经验，包括验方、配伍、用药经验、疑难杂症诊疗体会；“跟师临床”采取学生问、老师答的形式，原汁原味地再现继承人随师抄方的过程，再现名医的临证思辨过程。书中重点体现“跟”和“做”。以医案为切入点，但对医案选择不求面面俱到，而是着重挑选名医在临床上最具心得及临床疗效最突出的病案。采取问答形式，使读者仿佛身临其境，

聆听名医的讲解，以充分体悟其思辨过程、思辨特点及用药技巧。

本丛书的撰写者均为长期跟随名医临证，对名医的学术思想和临床经验有深入研究和体悟的名老中医学术继承人。

希望本丛书的出版能为中医学术传承作出一定的贡献。

《跟名医做临床丛书》编委会

2009年9月

张镜人

名医简介

学术思想

- 一、重视温热病证研究 /6
- 二、重视后天之本——疗杂病崇尚脾胃学说 /10
- 三、主张气血贵在流通——重视活血化瘀法的应用/12
- 四、宏观结合微观——延伸中医四诊 /12

经验特色

- 一、外感热病的诊治经验 /14
- 二、慢性胃炎的诊治经验 /17
- 三、昏迷的诊治经验 /20
- 四、慢性肾炎的诊治经验 /25
- 五、慢性肾功能不全的诊治经验 /28
- 六、冠心病的诊治经验 /31
- 七、病毒性心肌炎的诊治经验 /33
- 八、系统性红斑狼疮的诊治经验 /34

跟师临床

- 一、热病 /37
- 二、心病 /42
- 三、肺病 /46
- 四、脾胃病 /48
- 五、肝胆病 /65
- 六、脑病 /69
- 七、杂病 /76

张云鹏

名医简介

学术思想

- 一、伤寒入门，探索源流 /89
- 二、重视系统，多元辨证 /91
- 三、明察邪正，果断攻补 /92
- 四、汲取新知，为我所用 /93

经验特色

- 一、高血压病的诊治经验 /95
- 二、冠心病的诊治经验 /98
- 三、中风的诊治经验 /105
- 四、热病的诊治经验 /108
- 五、肝病的诊治经验 /115
- 六、经方临床应用举隅 /126
- 七、本草精要发微 /128

跟师临床

- 一、高血压 /139
- 二、冠状动脉粥样硬化性心脏病 /141
- 三、心律失常 /144
- 四、风湿性心瓣膜病，心力衰竭，慢性肾衰 /146
- 五、不寐 /148
- 六、中风 /151
- 七、中风偏瘫 /153
- 八、中风中经络 /155
- 九、传染性非典型肺炎 /157
- 十、柯萨奇病毒感染 /161

| | |
|-----------|------|
| 十一、肠梗阻 | /162 |
| 十二、急性胰腺炎 | /164 |
| 十三、黄疸 | /166 |
| 十四、甲型肝炎 | /169 |
| 十五、乙型肝炎 | /171 |
| 十六、丙型肝炎 | /174 |
| 十七、脂肪肝 | /176 |
| 十八、结节性肝硬化 | /179 |
| 十九、肝硬化腹水 | /182 |
| 二十、肝癌 | /184 |

马贵同

名医简介

学术思想

| | |
|----------------------|------|
| 一、强调脾胃为后天之本，补通结合贯穿始终 | /192 |
| 二、重视胃肠瘀血，治疗毋忘祛瘀 | /194 |
| 三、调治胃肠疾病，倡重情志 | /196 |
| 四、法宗仲景、东垣，灵活运用经方 | /198 |
| 五、辨证注重整体，用药有的放矢 | /199 |

经验特色

| | |
|----------------|------|
| 一、慢性萎缩性胃炎的诊治经验 | /201 |
| 二、溃疡性结肠炎的诊治经验 | /204 |
| 三、肠易激综合征的诊治经验 | /206 |
| 四、反流性食管炎的诊治经验 | /208 |
| 五、消化性溃疡的诊治经验 | /211 |
| 六、功能性便秘的诊治经验 | /214 |
| 七、功能性消化不良的诊治经验 | /217 |

八、胃癌术后的诊治经验 /219

跟师临床

- 一、慢性萎缩性胃炎 /223
- 二、消化性溃疡 /227
- 三、胃食管反流病 /233
- 四、胆汁反流性胃炎 /238
- 五、贲门失弛缓症 /239
- 六、胃癌 /241
- 七、溃疡性结肠炎 /245
- 八、克罗恩病 /251
- 九、肠易激综合征 /252
- 十、功能性便秘 /254
- 十一、脂肪肝 /258
- 十二、中枢性呃逆 /259
- 十三、粘连性肠梗阻 /260
- 十四、人牙囊原虫病 /262
- 十五、小肠血管畸形出血 /264

蔡 淦

名医简介

学术思想

- 一、深化中医内科识病辨证理论 /273
- 二、中医内科疑难杂病诊治须分外感内伤 /275
- 三、三观辨治——应用脾胃学说指导内科杂病的治疗 /276
- 四、食疗亦须辨证，生活讲究调摄 /278

经验特色

- 一、溃疡性结肠炎的诊治经验 /280
- 二、肠易激综合症的诊治经验 /283
- 三、慢性便秘的诊治经验 /287
- 四、慢性胃炎的诊治经验 /290
- 五、内伤杂病的诊治经验 /301

跟师临床

- 一、便秘 /308
- 二、溃疡性结肠炎 /312
- 三、急性胰腺炎 /323
- 四、胃癌术后 /326
- 五、消化性溃疡 /329
- 六、胃癌晚期 /334
- 七、肝硬化腹水 /337
- 八、肠易激综合征 /340
- 九、胃癌前病变 /343
- 十、慢性萎缩性胃炎 /347
- 十一、心律失常 /353
- 十二、哮喘 /354
- 十三、慢性肾功能不全 /355
- 十四、2型糖尿病 /357
- 十五、血小板减少性紫癜 /359

张镜人

· 名 医 ·



【名医简介】



张镜人（1923 - 2009），名存登，男，汉族，上海市人，中国共产党党员，主任医师，终身教授，全国著名中医理论家、中医临床学家，全国继承名老中医药专家学术经验指导老师。历任上海市第一人民医院中医科暨中医气血理论研究室主任，上海医科大学教授，上海市卫生局副局长、顾问；全国中医药学会副会长，上海市科学技术协会委员，上海市中医药学会理事长、顾问；上海中医药大学、上海市中医药研究院专家委员会顾问，上海市中医文献馆、上海市中医药情报研究所顾问等职。曾任全国政协第七、八届委员会委员，政协上海市第六届委员会常务委员，中国民主同盟中央委员会委员，民盟上海市委员会副主任委员。享受国务院政府特殊津贴待遇。1994年荣获首届上海市医学荣誉奖；1995年获首届“上海市名中医”称号；1996年荣获中央保健委员会优秀保健奖；2009年5月，国家人力资源和社会保障部、卫生部、国家中医药管理局授予张镜人“国医大师”荣誉称号。

张镜人出生于名医世家，张氏家族自十四世祖君调

公于明朝末年弃儒从医以来，聚族繁衍，绵延350余年。家族之中历代名医辈出，高祖玉书，曾伯祖晓云，曾祖竹云，曾叔祖蔚云、骧云，祖衡山，父益君等，均继承家学，医名藉盛，尤以玉书、骧云乔梓，擅治伤寒热病，且医德高尚，称誉社会。在《上海县志》等地方志中，记载有张氏一门7代11人以医而名的事迹，可谓门楣光耀，名重一方，传及张镜人已达第12代。



张教授幼承庭训，立志杏林，其治学之路与常人迥然不同，从小即由家族中人延请名师精心教导。四岁时，进入家族私塾习诵《三字经》《千字文》等入门书籍，并开始练习书法。9岁起，父亲张益君聘请陈琴溪老师教授其古籍文学，3年内修毕《幼学琼林》《大学》《中庸》《论语》《孟子》等著作。12岁时开始接触医学，家中延请老师分别教授文学和中医学。上午跟随徐慕郭（清代贡生）学习《尚书》《礼记》《春秋》等书籍，下午则由沈墨仙（中医学专家）教读《医学三字经》《药性赋》《汤头歌诀》《本草便读》《成方便读》《濒湖脉学》《医宗金鉴》等医学古籍，并深得张氏内科家传之秘。



张教授18岁随父张益君侍诊；1945年，独立应诊，医名渐起；1946年，他以家传医师身份参加“民国”政府举办的抗战胜利后首届全国中医考试，荣登榜首，声名日起，很快在沪上中医界崭露头角。

1954年7月27日，张教授接到由上海市人民政府第一任市长陈毅署名，请其担任市卫生局医疗预防处中医科副科长的委任状，便毅然关闭了自己繁忙的私人诊所，义无反顾地投身到政府领导的中医药事业中，成为沪上中医界



加入公共医疗机构的第一人。他与中医巨匠陆渊雷、程门雪等主持筹建了上海市中医学会、上海市卫生工作者协会、上海市首家公费医疗中医门诊部、上海市首家中医专科医院——市第十人民医院，他是当代上海中医药事业的“开业奠基人”。

张教授从事中医工作 70 余载，医德高尚、医理渊博、医术精湛、仁心敬业、学验俱富，盛名于国内外。他一生潜心钻研医术，对中医理论有深邃的造诣。能集思广益、博采众长、学贯中西、不断吸取新知识、精益求精。擅长中医药治疗内科疑难杂症，具有丰富的临床经验，用药颇多创新且独具特色，特



别是在热病和脾胃病诊治方面更有独到之处，在海内外享有盛誉，深受中医同道的爱戴与尊重，被香港报刊誉为“沪上中医第一人”。

张教授不但医术精湛，医德更是为人称道。唐代医家孙思邈《大医精诚》之“凡大医治病，必当安神定志，无欲无求，先发大慈恻隐之心，誓愿普救含灵之苦……”就是他的座右铭。他常教导学生，望闻问切，探病求源，更要注意悉心辨证，首先须有视亲之想，把病人当亲人，这样才能认真诊治，切中病机。

张教授又十分重视科研，他创导了“宏观以辨证，微观以借鉴”的学术思想，主张“借助微观检测手段，为我所用”。先后获各级科研成果奖十余项，主编、参编了 20 余部学术专著，先后发表科研论文 100 余篇。古稀之年，张教授患青光眼，目力不济，仍笔耕不辍，著书立说，为后人留下了丰富的著述和无限启迪。

张教授偏爱文学，诗词歌赋，长卷短篇，爱不释手，也很喜欢挥毫泼墨，行书作画，尤其是古诗词方面造诣颇深。他每有感而发，思绪如潮，涌向笔端，佳篇天成。“国医大师”裘沛然赠诗《庆张镜人医师四秩寿辰》七律，其中“借问江东吟咏者，风流人物属张生”，便是赞他能诗之名。

【学术思想】

一、重视温热病证研究

《温病条辨·上焦篇》：“温病者，有风温，有温热，有温疫，有温毒，有暑温，有湿温，有秋燥，有冬温，有温疟。”自注：“暑温者，正夏之时，暑病之偏于热者也。湿温者，长夏初秋，湿中生热，即暑病之偏于湿者也。”暑温与湿温均属温病范畴，是夏令季节的常见病。张教授认为需要指出的是，暑温与湿温在临床证治上异中有同，同中有异。

（一）暑温之因气虚伤暑，其变迅速

张教授谓暑温的病因是夏伤于暑，古代称伤暑或中暍。吴鞠通《温病条辨》始创立暑温的病名。《素问·生气通天论》：“因于暑，汗，烦则喘喝，静则多言。”《灵枢·刺志论》：“气虚身热，得之伤暑。”由于“暑乃夏月之炎暑，盛热之气火”（朱丹溪），暑热之邪，传变甚急，且易伤气，往往从手太阴气分迅即转入阳明气分。《温病条辨·上焦篇》对这一点讲得非常透彻：“形似伤寒，但右脉洪大而数，左脉反小于右，口渴甚，面



赤，汗大出者，名曰暑温，在手太阴，白虎汤主之，脉芤甚者，白虎加人参汤主之。”凡病温者，始于上焦，虽暑热亦必先犯手太阴，因其热变最速，发病几天，便自卫袭气，而出现面赤、口渴、汗多、脉洪大等阳明之证。故主以白虎汤，气虚脉芤则加人参。但吴氏曾云：“伏暑、暑温、湿温证本同源，前后互参，不可偏执。”暑温初起，手太阴证尚显著者，同样可宗银翘散加减，白虎的应用还需更进一层，叶香岩《三时伏气外感篇》认为“夏暑发于阳明”与“卫之后方言气”的论点自相矛盾，是不足凭信的。此外，夏月乘凉涉水，阳气被表寒阻遏，形成暑邪夹寒湿的证候，临床亦非罕见，即张景岳所谓的阴暑。《景岳全书·杂证谟·暑证》谓“阴暑者因暑而受寒者也”。

（二）暑温证治，首用辛凉，继用甘寒，终用酸泄酸敛

张教授认为暑温临床以高热为特征。初期偏温热者，发热口渴微汗，宜银翘散去牛蒡子、玄参、芥穗，加杏仁、石膏、黄芩方。夹寒湿者，发热恶寒无汗，宜新加香薷饮。然而暑温化热必侵阳明气分，则热势壮盛、汗出烦渴，宜白虎汤，脉芤甚加人参。如耗气伤津，口渴自汗，息高肢怠，脉虚无力，宜王氏清暑益气汤。《温病条辨·下焦篇》：“暑邪深入少阴，消渴者，连梅汤主之。入厥阴，麻痹者，连梅汤主之。心热烦躁，神迷甚者，先与紫雪丹，再与连梅汤。”张教授认为：“肾主五液而恶燥，暑先入心，助心火独亢于上，肾液不供，故消渴也。再心与肾均为少阴主火，暑为火邪，以火从火，二火相搏，水难为济，不消渴得乎？以黄连泻壮火，使不烁津，以乌梅之酸以生津，合黄连酸苦为阴，以色黑沉降之阿胶救肾水，麦冬生地合乌梅酸甘化阴，庶消渴可止也。肝主筋而受液于肾，热邪伤阴，筋络无所秉受，故麻痹也。再包络与肝均为厥阴，主风木，暑先入心，包络代受，风火相搏，不麻痹得乎？以黄连泻克水之火，以乌梅得木气之先，补肝之正，阿胶增液而息肝风，冬地补水以柔木，庶麻痹可止也。”

（三）湿温之因湿热合邪，由募原直走中道

张教授认为湿温的致病因素为湿热合邪。湿热入侵的途径多自口鼻，每

由募原直走中道，如夹风寒亦可伤表，但终归于脾胃。《温病条辨·中焦篇》：“湿热受自口鼻，由募原直走中道，不饥不食，机窍不灵，三香汤主之。”所谓募原，指的是胸膈部，也就是三焦气分。中道，则是概括脾胃而言。《湿热病篇》自注：“膜原（即募原）者，外通肌肉，内近胃腑，即三焦之门户，实一身之半表半里也，邪由上受，直趋中道，故病多归膜原。”

由于湿性黏滞，热性氤氲，热寓湿中，湿困热外，两邪相合，侵扰募原，弥漫中道，故常淹缠难解，且湿热之病邪，不无偏胜，虚实之体质，总有素禀。如湿重于热，而患者“中气虚”，“阳气衰”，每转属太阴脾；热重于湿，而患者“中气实”，“阳气旺”，每转属阳明胃。

（四）湿温必有胸痞之证，辨证须衡湿热轻重，治疗当循卫气营血

张教授认为，湿温，临床以身热不扬，午后转盛，四肢倦怠，胸脘痞闷，口渴不欲饮，舌白苔腻，脉濡缓为主症。胸痞为湿热必有之症，四肢倦怠、肌肉烦疼，亦必并见。因为，热甚阳明则汗出，湿蔽清阳则胸痞，故湿宜化，温宜清。湿与温合，徒清热则湿不退，徒祛湿则热愈炽。必须权衡湿与热的孰轻孰重，运用宣气化湿，清温泄热，兼佐淡渗分利等法。但无论湿偏重还是温偏重，留恋气分，久必化热侵营入血，其传变仍离不开卫气营血的辨证规律。所不同于暑温者，是湿邪夹热，弥漫三焦募原，既难达表，亦遽难入里，故中焦气分的证候比较突出。从湿温的整个病程来说，这一阶段最长，或出现白痞，或引起战汗，病情十分复杂。湿温虽易化燥伤阴，然湿属阴邪，如其人中阳素虚，亦可不从热化而从寒化，导致变证。

实践体会，湿温临证，关键全在于辨明湿、热的偏胜。湿重于热的病机，责之太阴；热重于湿的病机，责之阳明。凡湿热郁遏卫分，发热微恶风寒，头蒙身重，胸闷纳呆，舌白不渴，脉濡缓，宜三仁汤或藿朴夏苓汤。邪入中焦气分，湿遏热伏，三焦升降失司，脘腹胀满，大便不爽或溏泄，身痛苔白，宜藿香正气散加减。如湿热两伤，脉缓身痛，渴不多饮，胸闷腹胀，呕吐溺赤，舌淡黄而腻，宜黄芩滑石汤或甘露消毒丹。如湿热郁蒸，胸腹布发白痞，宜薏苡竹叶散。如湿热痰浊蒸熏，清窍受蒙，神识似明若昧，宜菖蒲郁金汤。



气分湿热不解，化燥内传，则伤营血，营分的病变在手厥阴心包经，血分的病变在足厥阴肝经。如心包受邪，肝风内动，神昏谵语，四肢抽搐，舌红绛，宜清宫汤合牛黄丸或至宝丹，酌加羚羊角、生地、钩藤等。如热伤阴络，大便下血，色黯黑，宜犀角地黄汤。如下血过多，气虚欲脱，颜面苍白，汗出肢冷，脉象细微，宜先进独参汤，并配合救逆汤、桃花汤或黄土汤加减。

(五) 斑疹病机“热闭营中”，急透为要

暑温热邪内炽，气血两燔，多夹斑带疹。其病机是“热闭营中”。《外感温热篇》：“若夹斑带疹，皆是邪之不一，各随其部而泄。然斑属血者恒多，疹属气者不少。斑疹皆邪气外露之象，发出宜神清气爽，为外解里和之意。如斑疹出而昏者，正不胜邪，内陷为患，或胃津内涸之故。”

凡发斑疹，“急急透斑为要”，透斑之法，不外清营凉血，泄热解毒，方用化斑汤，神犀丹加丹皮、赤芍等味，甚者可微下通腑，实热得泄则斑疹易透。《温病条辨·中焦篇》：“斑疹阳明证悉具，外出不快，内壅特甚者，调胃承气汤微和之，得通则已，不可令大泄，大泄则内陷。”《温热经纬》神犀丹，方论：“雄按温热暑疫诸病，邪不即解，耗液伤营，逆传内陷，痉厥昏狂，谵语发斑等证，但看病人舌色干光，或紫绛，或圆硬，或黑苔，皆以此丹救之。”

(六) 湿温白痞，郁于气分，失于轻泄

张教授认为湿温以白痞为主，如热重于湿，交遏气分，疹或相间而作，但从未见斑者。白痞是一种晶莹的白色小点，形如肌粟，摸之触手，微痒，系“湿热之邪，郁于气分，失于轻清开泄”（王孟英），因此，湿热倘透泄适时，可避免发痞。反之，湿遏热伏，就一定而且也必须布发白痞，湿邪方获外达。白痞起于颈项，继及胸腹与腰侧，四肢和背部是极少的。色泽明亮饱满者最佳，称“晶”；枯燥如虱壳或含浆者，称“枯”，或“浆”，预后皆不良。布前，病人身热转盛，并感胸脘痞闷；痞布后，则热势减退，胸宇舒畅，三四天左右逐渐收没；甚至连发四五次，身热和症状随着白痞的出没而起伏。但只要是色润泽，颗粒均匀，布发一次，病情就减轻一分。治需微汗养，宜辛凉淡渗配合芳香透达，切忌表散，方宗薏苡竹叶散加清水豆卷、佩兰、青

蒿等味。

至于“枯”与“浆”，乃天气溽暑与湿热蒸罨，逼汗伤阴，元气暗耗之征，在清化法中应加孩儿参、川石斛、南沙参，并用谷露代水煎药，谷露有生津液、益元气的功效。如与疹点杂见，则酌入丹皮、赤芍气营两清。《外感温热篇》：“再有一种白痞，小粒如水晶色者，此湿热伤肺，邪虽出而气液枯也，必得甘药补之，或未至久延，伤及气液，乃湿郁卫分，汗出不彻之故，当理气分之邪，或白如枯骨者多凶，为气液竭也。”

总之暑温与湿温是夏季的两种多发病证，暑为阳邪，湿为阴邪，所苦不同，治法自异。但二者均属温邪致病，卫气营血的病机传变亦同。一是温与暑合，一是温与湿合，而暑必夹湿，湿易化燥，因此，异中有同，同中有异，必须纵横相参。联系临床实践，辨其异同，以利鉴别，析其方药，以明功效，期对暑温与湿温的辨证论治，获得融会贯通。

（七）主张“伤寒”、“温病”宜合不宜分

热病历来有伤寒和温病之争。张教授在“上海张氏家族对伤寒热病临证治薪传”一文中指出：“伤寒与温病之争是不必要的，叶天士、吴鞠通分别倡导‘卫气营血辨证’和‘三焦辨证’，二家的理论和经验，也完全是《伤寒论》辨证论治具体运用的发展和补充。吴又可定三消饮，叶天士辨卫气营血，苟非深入仲景堂奥，何能有此领悟。毫无疑问，温病学说离不开《伤寒论》的理论指导，《伤寒论》得温病学说的结合，才更丰富和扩大了热病辨证论治的内容。”二者宜合不宜分，关键是如何掌握和应用，绝非争论的问题，故一贯主张熔伤寒温病于一炉，灵活地运用伤寒方和温病方，可谓深得古人之奥秘，领悟家传之要诀。

二、重视后天之本——疗杂病崇尚脾胃学说

张教授认为“人以水谷为本”，人之始生本乎精血之源，人之既生由乎水谷之养。非精血无以立形体之基础，非水谷无以成形体之壮实。而胃主受



纳，脾主运化，脾胃为气血生化之源，为“后天之本”。对脾胃生理病理的认识，张教授推崇吴鞠通“中焦如衡，非平不安”之说。盖胃属腑而为阳，脾属脏而为阴；脾气宜升，胃气宜降；脾性喜燥，胃性喜润；二者相反相成，才能较好地完成饮食的受纳、消化、吸收功能。所以其升降、润燥、寒温等均须平衡协调，这就如称物之“衡”——平则不病，不平则病。张教授在长期的临证实践中体会到重视脾胃的重要性和必要性，“脾胃强则诸脏强、脾胃弱则诸脏弱”，无论养生或治病都应重视脾胃，这在其临证实践中，特别是治疗疑难杂病中多有所体现。诊治慢性胃炎，依此确立了升降并调、燥湿相适、寒温同用的治疗原则，获得了满意的疗效。

张教授在对其他系统的一些疾病的诊治上更是非常重视脾胃。如对慢性肾炎的治疗，张教授亦重视对脾胃的调治。《内经》指出：“诸湿肿满，皆属于脾。”脾土健旺，协调于肺肾之间，则津液精微当升则升，当降则降，敷布周身，滋养躯体；反之则清不升、浊不降，精微或随小溲排泄，出现蛋白尿、低蛋白血症等变化，饮食反成痰湿水浊，见高脂血症或氮质潴留，治疗上应强调健脾以补土、益肾以壮水，二者不可偏废。在论治高脂血症、肥胖症等疾病时，亦强调饮食不节与脾运不健两方面互为因果。脾胃运化不健，痰湿瘀浊滋生，出现脂质代谢紊乱，导致高脂血症或形体肥胖，治疗时应先立足于健脾化痰，脾运健旺，痰浊自蠲，脂质代谢从根本上恢复正常。在诊治肺系疾病时，如哮喘缓解期、慢支恢复期、肺结核吸收期、肺炎恢复期等，在治疗肺部疾病的同时，从“土为万物之母”，“土生金”的五行生克理论出发，重视脾土对肺金的资生作用，强调培土生金法，以党参、白术、茯苓、甘草、山药、扁豆、莲肉之类益气健脾，助生化之源，滋养肺金，从而加速肺部疾病的痊愈，临床每获显效。

张教授在临床遣方用药过程中，十分强调保护胃气。胃气一败，百药难进，而胃气来复，诸脏才得转机。因此，切忌一味追求中病，而大剂、重剂妄投，顾此失彼，非远见之举。对于一些峻利之药，宜峻药缓投之法，即通过改变给药途径以取其效。如治疗氮质潴留时，采用大黄煎汤保留灌肠之法。在处方时又经常配伍谷芽、甘草之味，和胃安中、醒脾悦胃，并且协调诸药。此外在治疗一些杂病的同时，告诫患者要节制饮食。诸多疾病的形成往往与

饮食不节有密切关系，同时诸多疾病的康复亦离不开合理的饮食调养。

三、主张气血贵在流通——重视活血化瘀法的应用

张教授认为人体气血，贵在流通，一受病邪，气血必碍。《素问·调经论》谓：“气血不和，百病乃变化而生。”可见，保持气血运行畅利，病邪才无稽留之害，可以防病于前。保持气流畅通，还可以促使疾病向愈。至于血流凝涩，成为“恶血”、“蓄血”、“干血”等血瘀病变时，莫不壅塞气道，阻滞气机，那就更须采用活血化瘀的治法。所以活血化瘀法在内科有非常广泛的应用。

造成血瘀的病因很多，有气滞不畅而致血瘀的；有气虚血运无力而致血瘀的；有寒邪凝泣而致血瘀的；有热伤血络或煎熬血液而致血瘀的；有痰浊内蕴而致血瘀的。临床体会，活血化瘀法的应用绝不应是单一的，需根据“必伏其所主，而先其所因”的原则，结合清除形成血瘀的致病因素，这样才可以充分发挥活血化瘀的治疗作用。否则，活而不行，化而又滞，徒劳无功。因此，张教授在临床上常以活血化瘀与行气相结合，活血化瘀与补气相结合，活血化瘀与散寒相结合，活血化瘀与清热相结合，活血化瘀与祛痰相结合。许慎《说文》：“瘀，积血也。”段玉裁注：“血积于中病也。”盖凡瘀血留着，即成瘀疾，总以祛瘀为要。然“恶血当泻不泻”，定有所致之因。是知瘀非病之本，而唯病之标耳。若见瘀治瘀，不图其本，无异引指使臂，灌叶救根，欲求愈病难矣。就气血言，气为血帅，血随气行，故气滞与气虚均可引起血流瘀阻。从病邪论，则寒结、热灼、痰凝尽是致瘀之重要因素，临证如能审因施治，自必事半功倍。

四、宏观结合微观——延伸中医四诊

“借助微观检测手段，为我所用”，“宏观以辨证，微观以借鉴”是张教



授开展临床工作和科研工作的一贯主张。治疗疾病不受西医病名的局限，辨证论治从整体出发，诊病时细问病情，详察舌苔，除传统的观察舌苔方法外，还十分重视舌下静脉的观察。舌下静脉瘀紫、曲张、增粗，均为血瘀证的辨证提供了客观依据。遵循“持脉有道，虚静为保”的教导，三部九候，反复推敲，脉证相合，重脉重舌，各有所主。四诊合参，力图透过现象去探求疾病的本质，为八纲辨证、脏腑辨证、气血辨证提供一定依据，这种宏观辨证的诊病方法，既具有中医传统特色，也有很大的优越性。

随着医学科学的迅猛发展，现代的客观化检测手段不断提高，中西医学要相互渗透、互相借鉴，现代微观检测手段可以延伸中医四诊并有效拓展四诊的广度及深度。张教授认为，中医更要善于汲取新的信息和知识，借助于此，可以加深对“病”和“证”的认识。在临床上，有诸内者，未必尽形诸外，隐匿的、疑似的迹象无法完全依靠宏观辨证洞悉一切，因此，对中医学的研究，尤其是临床研究和科研工作，尚应借鉴微观检测方法，积极运用现代科学技术、仪器设备及理化实验手段。这样做，一方面弥补了直观、宏观之不足，同时可不断充实四诊内涵，有助于提高疾病的诊断效率，也可为临床及科研提供客观指标，对于整理研究、继承、发扬中医学则可开拓更广阔的领域。比如诊治慢性胃炎时，借助胃镜直观及病理组织活检的微观所见，了解胃黏膜病变情况，指导辨证用药，取得比较满意的疗效。胃黏膜苍白色淡，当为脾虚；胃黏膜充血、水肿甚至糜烂，当为胃热；黏膜下血管纹显露，当为胃体受损，胃阴不足；黏膜颗粒样增生，则为血瘀痰浊阻滞。将微观所见增入中医辨证之中，使中医望诊获得延伸和发展。

【经验特色】

一、外感热病的诊治经验

(一) 辨证要点

对外感热病的辨证，祛邪为要务，注重“表”与“透”，以卫气营血为纲，结合伤寒六经辨证，同时对受病脏腑要有定位。

1. 定病位

卫分证（太阳证）以形寒、恶风，或已发热，或未发热等为主症，宗温病“有一分恶寒便有一分表证”之说。气分证是但热不寒，口渴烦热，或见里结阳明的胃肠道症状。热入营血则见身热不解，耗血动血等症。对高热神昏者，参照热病重症辨证，配合清热开窍药物。同时，必须结合脏腑辨证，如发热伴咳嗽、胸痛，或见痰中带血，病位在肺；如寒战高热伴右上腹疼痛，病位往往在胆（肝）；发热，伴腹痛、腹泻，病位在胃肠；发热，伴腰酸、腰痛，小便异常，病位在肾与膀胱。



2. 辨热型

恶风、恶寒伴发热，表证为多；外感病初起，热势嚣张，高热不退，热在气分，阳明经证；寒热往来，属少阳证；身热缠绵，身热不扬，午后低热，湿温证为多见；日晡潮热，腹胀，腹痛，便秘，阳明腑证；身热早轻暮重，伴盗汗，消瘦，疑为痨病。

3. 重望诊

望舌苔，区分病邪性质，推测病情进退。黄苔主热，白苔主寒；黄腻垢腻均为热与湿互结；灰腻而厚或苔腻罩灰均在湿热交阻较重阶段出现。在病程发展过程中，如厚腻苔转薄腻为病退；腻苔逐渐加重，薄腻→厚腻→灰腻为病进病重，预后欠佳。望舌质以辨津液、正气之盛衰。热病最易伤津，用药时需顾其津液，热病患者红舌为多，淡红而润为佳象，红而绛为热甚，舌光红无苔为热甚伤津，舌干而有裂纹乃伤津之重症。

4. 分阶段

遣方用药对热病各个阶段的治疗，主张“解表或透里，祛邪为要务”，遵循“表”与“透”为主，兼顾其津液的原则。初则疏风解表发汗，进而清泄里热为主，透热转气，兼湿者必佐以化湿之品，热入营血者清营泄热，进一境，立一法，遣一药，有规有章，但“表”与“透”贯穿始终。如邪在卫表，以葱豉汤加味，微辛微温，发汗不伤阴。盖南方多湿而无北地的寒邪阴凝，故不用麻、桂的辛温反助邪热，不宜芩连的苦寒，恐遏邪湿。伤寒初起，邪在卫分者，用之每一剂知，二剂已。若表邪较重，发热、头痛、骨楚，速拟表散，入柴胡、干葛、桑叶、杭菊之类。春冬季节的风温证，邪客于肺，常并发咳嗽气逆，两胁或一侧胁肋引痛，俗称“插肋伤寒”，因瘀留于肺肝血络之中，络道深邃，宜通络化瘀泄热之法，葱豉之外，须增入当归、新绛、旋覆花等行气血、疏经络之品，或葱管易葱白，借其通阳利气之功。每当邪热过卫入气阶段，应用梔豉汤加味，每多应手，盖豆豉的透达解肌表，山梔的轻清泄膈热，合之表里双解。如表邪犹重，合柴胡、牛蒡、荆芥，里热较盛则加知母、连翘、芦根等。发现红斑隐隐不显，佐蝉衣、西河柳、樱桃核。

此外，若有阳明气分证，大热、大烦、口渴、脉洪大，白虎汤也是中的之剂，可加入表透之品。若遇湿热留恋气分，身热不扬，化湿以助清热，三仁汤加味，或增入银柴胡、香青蒿、清水豆卷之类。邪入营分、血分，选用黑膏方加减。黑膏方出自《肘后备急方》，由生地、豆豉、猪脂、雄黄、麝香等药物组成，主治温毒发斑。临床常用生地、豆豉同捣，结合凉血散血、息风、清热、祛痰之品，治热邪已入营分或血分，劫烁真阴，神昏谵语，肝风煽动之证，妙在育阴而不滞邪，透邪而不伤正。正如柳宝诒所说：“鲜生地为此证清营泄热必用之药，欲兼疏散之意，重则用豆豉同打，轻则用薄荷叶同打，均可。”这是贯彻透表原则的另一种治法。

以上三方中均有豆豉一味，亦表亦透，贯穿始终，乃至当不易之品。缪希雍曰：“豉，诸豆皆可为之，唯黑豆入药。有盐淡二种，唯江右淡者治病，经云‘味苦寒无毒’，然评其用，气应微温，盖黑豆性本寒，得蒸晒之气必温，非苦温不能发汗开腠理，治伤寒发热及瘴气恶毒也。”葱豉着重于发汗解表，犹叶氏《温热论》“在卫汗之可也”的原则；栀豉着重于轻清泄热，表里双解，犹叶氏“到气才可清气”之意；黑膏方着重于育阴达邪，犹叶氏“乍入营分，犹可透热转气，入血……直须凉血散血”的原则。由上可见，豆豉以不同的组合，可以贯穿外感热病的始终，用之巧当，其妙无穷。临床体会，无汗取豆豉，有汗取豆卷，热甚取生地，津伤取石斛，邪热内炽、劫夺津液并取生地、石斛，随证损益，确为张教授多年临证之结晶。

（二）临证体会

张教授治疗伤寒过程中欲去黏腻或焦燥苔的关键，主用生地、豆豉外，兼投竺黄、胆星。南星虽经胆汁制过，犹微带苦温之性。当大部分有形之邪已化成无形的燥热，大剂育阴清热，固可屏退炎蒸，然剩下无多的湿邪，必借豆豉的透达，胆星的苦温，才能与痰热尽消。没有生地的柔润，竺黄的甘寒，焦燥的舌苔脱不掉；没有豆豉的透达，胆星的苦温，糙腻的舌苔也化不净，这是张教授数十年经验积累所得。

玉雪救苦丹的运用：玉雪救苦丹相传为张教授的高祖玉书公制订，后载入《良方集腋合璧》，主伤寒时行瘟疫、寒热头痛、身热神昏、谵语气逆、



痰涎涌塞等证，全方共 48 味药。该药无苏合香丸的偏于温，无至宝丹的偏于镇，无牛黄丸、紫雪丹的偏于凉，独具“开、泄、疏、托”的作用。凡伤寒时邪，湿遏热蕴，不能透达，壮热无汗，胸中烦闷，神昏谵语，舌苔厚腻，非玉雪救苦丹不为功，轻则半粒至一粒，重则二粒，真有“体若燔炭，汗出而散”的灵效。临床体会，应用玉雪救苦丹的指征，首应抓住热势、脉象、舌苔、体质 4 个基本条件，关键在于一个“汗”字。合与不合，取决于有汗与无汗；效与不效，也取决于有汗与无汗。至于剂量的权衡，则体壮邪盛的每服 1 粒，可分 2~4 次；体弱邪轻的每服半粒，可分 2~3 次，或先服半粒，不验再服半粒，防药过病所；若服 2 粒而病势仍无转机，或服后湿从热化，就当考虑改易治疗方针。

二、慢性胃炎的诊治经验

浅表性胃炎和萎缩性胃炎，虽然可以见到相同的证候，但不同阶段亦有各自不同的病情特点。张教授在临床上分阶段辨病与辨证结合论治。

(一) 辨病论治

1. 慢性浅表性胃炎——辨证侧重“气滞热郁”，治疗以“清热和胃”为主

张教授认为慢性浅表性胃炎与“胃热”的关系较为密切。其一，是因热而引起的胃黏膜炎症居多，如恣食辛辣、喜饮烈酒，或情志不遂，气滞郁久而化热，肝热夹胆火上乘，以致蕴热炽盛，内扰于胃。或感受六淫之邪，化热内传胃腑，热壅脉络，气血升降失调，均可引起胃黏膜的炎症。其二，是浅表性胃炎的临床表现以热象居多，如胃脘疼痛伴有灼热感、口干、口苦、嗝气、泛酸、嘈杂易饥、舌红、苔黄等，胃镜下可见黏膜充血、糜烂，辨证属热无疑。慢性浅表性胃炎往往肝郁气滞和郁热犯胃并见，故辨证侧重“气滞热郁”。在治疗上，针对病机特点，予以“清热和胃”为主，药用柴胡、黄芩、白芍、炙甘草、连翘、铁树叶、白花蛇舌草、香谷芽等。胃脘疼痛加

玄胡、九香虫；胃脘胀满加八月札、枳壳、地枯萎；暖气加旋覆花、代赭石、陈香橡皮；泛酸加煨瓦楞、象贝母、白螺蛳壳；湿阻加陈佩梗、制半夏、生熟米仁；阴虚加川石斛、南沙参；血瘀加血竭、赤芍、丹参；泛酸加焦山楂、陈木瓜、炙乌梅；便溏加防风炭、炮姜炭；肠腺化生加白英、蛇莓。

2. 慢性萎缩性胃炎——辨证侧重“气虚血瘀”，治疗以“调气活血”为主

张教授认为慢性萎缩性胃炎通常由浅表性胃炎逐渐发展而成，气滞热郁日久，气血俱累，煦濡不周，胃络失养，逐渐形成胃黏膜腺体萎缩。从临床表现及舌脉变化分析，也以气虚血瘀为多见，如胃脘部隐痛或刺痛，多食则胀，嘈杂易饥，神疲乏力，便溏，舌质暗，边有齿印等。胃镜下常表现为黏膜苍白，血管纹显露等。故慢性胃炎在胃黏膜腺体萎缩阶段，脾胃气虚常与胃络瘀阻同见，其辨证侧重“气虚血瘀”。萎缩性胃炎合并重度肠腺化生或异型增生者，胃镜下常见黏膜颗粒样增生，当从瘀毒辨治。治疗萎缩性胃炎以“调气活血”法为主，调气者融益气、理气、降气等法为一体，同时配合活血养血，随证加减。方用孩儿参、白术补益脾胃之气；白芍、甘草甘酸化阴，解痉和胃；香附、柴胡疏利气机；赤芍、丹参、徐长卿、血竭活血通络，化瘀生肌，增快胃黏膜血流，有利于胃黏膜腺体再生；更佐以白花蛇舌草、白英等清化瘀热。临床实践证实，以上述药物为主加减，对萎缩性胃炎或伴肠腺化生或轻度异型增生等病理改变者，往往可收理想疗效。

（二）辨证论治

脾胃中焦，乃人体气机之枢纽，张教授以《温病条辨·治病法论》中提出的“中焦如衡，非平不安”作为治疗慢性胃炎的准绳。主张治胃当责于肝、胆及脾，欲调升降，先疏肝胆；欲和脾胃，需适润燥；欲安胃气，宜调气血；欲助运化，寓补于通。中虚当益气，中满当理气，络瘀当活血，阴亏当养阴，热盛当清热，湿阻当化湿。临床症状不一，病机变化多端，治疗当执其要点，善于随机应变，令胃气通顺为度。根据多年的经验，总结出治疗胃炎十法，在辨病分阶段论治的基础上，或一法独用，或数法合参，辨证识病，圆机活法，屡见功效，可谓胃炎治疗之要诀。



一曰清热和胃：如黄芩、连翘、铁树叶、芙蓉叶、平地木、白花蛇舌草之属，以清泄阳明，热去则胃安也。

二曰疏肝和胃：以四逆散加减，如柴胡、白芍、甘草、枳壳、香附等疏调肝胆郁滞之气，木达则土安矣。

三曰益气养胃：如孩儿参、炒白术、怀山药、香扁豆之属，脾运健则胃气自调矣。

四曰养阴益胃：川石斛、怀山药、白芍、甘草、乌梅、木瓜、焦山楂之属。能奏酸甘化阴之功，具缓急止痛之效。养阴以润燥，益胃以助运，亦有助于胃酸之分泌。

五曰清化瘀热：如丹参、血竭、赤芍、白花蛇舌草、白英之属，瘀化热清则胃自安和。可改善胃黏膜血流灌注，促进胃黏膜腺体恢复。可阻断肠腺化生、不典型增生。

六曰调气活血：调气者，益气、理气、降气皆是也。如孩儿参、白术、柴胡、香附、丹参、赤芍之属。脾气健，肝木调，气调血行，则腺体萎缩能复。

七曰寒温相配：采用辛香和胃，行气宽中，温而不燥的苏梗与苦寒清热的黄芩、连翘同用，寒温相配，适脾胃之性，则气机舒而脾胃和，胀痛自可缓解。

八曰升降并调：如柴胡与旋覆花、代赭石配合，升清阳之气，降胃气上逆。胆热液泄尤需柴胡以畅达厥阴，升少阳清气，兼佐黄芩以苦降而泄胆热，皆升降并调之法也。

九曰化湿和中：湿热重宜用陈佩梗、生熟米仁；寒湿重宜用半夏、陈皮。湿化则胃醒矣。

十曰消导悦胃：宜六曲、谷芽之属。消食化积，健脾和中，食化积消则脾胃之气平和矣。

(三) 临证体会

张教授认为慢性胃炎的辨证要重视舌诊。望舌，对寒热、虚实、气血的辨证均有不可忽视的作用。除望舌质的色泽外，更当注重舌苔的变化。舌苔

禀胃气而生，正常舌苔为胃津上蒸，凝聚舌面而成。推究脾胃本脏的疾病，望舌苔尤为重要，黄苔主热，白苔主寒，如见腻苔，必是夹湿，黄腻主湿热，白腻主寒湿，厚腻、灰腻主湿浊与邪热交阻，如反复腻而不化，要考虑与幽门螺杆菌感染有关，必要时做相关检查。有胃络瘀阻的病理变化，往往舌质暗或有瘀点、瘀斑，舌下静脉可见增粗、曲张，这也是萎缩性胃炎血瘀证辨证要点之一。

慢性胃炎的治疗要守法坚持，不可朝令夕改。慢性胃炎，特别是萎缩性胃炎的发生是一个长期的过程，因此，其治疗也非一日之功。在治疗过程中病情容易受到各种因素的影响而出现反复，如果因为患者症状反复而经常变更治疗原则和治法，就难以取得满意的疗效。应在守法守方的基础上加减，同时积极消除导致患者病情反复的诱因，如饮食不节、情绪异常、环境改变、气候变化等，医患密切配合，守法继进，最终使病情得以改善或治愈。

三、昏迷的诊治经验

昏迷是指神识障碍的症状。心主神志，昏迷总属心的病变。病因当分虚实二端，实证不外乎“热”与“痰”，虚证当属“阳脱阴竭”。临床上，昏迷和厥逆应有区别，厥逆的神昏必兼四肢厥冷，而昏迷主要为神识障碍，包括昏愤迷蒙，谵语烦躁，或伴有手足抽搐。其证治如下。

1. 热传心包

此多由温邪内陷，神明被蒙所致。心络受邪，清窍堵闭，临床表现为发热神昏，谵语烦躁。营分郁热外窜，风火相煽，故皮肤斑疹，手足抽搐，舌苔黄，质红绛，示热灼心营。脉数，示里热鸱张。治法：清心开窍、平肝息风，宜清宫汤合紫雪丹加减。临床上，无论风温、暑温及湿温等证，邪热内传于心，必致神昏谵妄，但传变的途径可有逆传与顺传的不同。叶天士只曾提到“温邪上受，首先犯肺，逆传心包”。然从“卫之后方言气，营之后方言血”的观点看，则卫、气、营、血的循序传变，当为顺传，自无疑义。王



孟英指出“彼犯肺之邪，若不外解，原以下传于胃为顺，故往往上焦未罢，已及中焦。唯其不能下传于胃为顺，是以内陷膈中为逆传”。实践证明，逆传每因失治、误治或平素心虚有痰，痰浊夹热，阻遏包络，常见神识昏愤，不语默默；顺传则是在阳明气分燥热不解的基础上传入营分，郁热窜扰，逼乱神明，煽动风阳，常见昏瞽斑疹、烦躁抽搐。治疗均应着重清热开窍。前者尚宜配合化痰泄浊；后者必须配合凉营息风。

2. 湿热蒙蔽

此多由湿邪夹热，郁阻气分所致。气分湿热上蒙，神机不运，故临床表现为身热不扬，昏昧少清。《温病条辨》：“湿之中人也，首如裹，目如蒙，热能令人昏，故神识如蒙，此与热邪直入包络，谵语神昏有间。”湿蔽清阳，胃失和降，故胸痞呕恶；舌苔黄腻，示热蒸湿聚；脉濡滑，示痰湿并重。治法：宣气畅中、化湿清热，宜三仁汤合菖蒲郁金汤加减。湿乃黏腻之邪，温属氤氲之气，两者蕴结中焦，心神坐困于浊邪，意识常似明若昧，呼之有时能应，这与热传包络的昏迷，殊不相同，芳开易引邪入里，凉润又遏邪不达，俱非所宜。吴鞠通制三仁汤宣展气机，气化则湿热亦化，胸廓清旷，不治其昏而神情可获爽慧。但热蒸湿翳，痰浊必多，还需仗菖蒲、郁金及玉枢丹祛痰涤浊。

3. 阳明热结

此多由伤寒化热，或温热传里，蕴结胃腑所致。阳明燥火实热上冲心包，故临床表现为高热昏瞽；火动风生，筋脉挛急，故发痉撮空；腑气闭塞，故便秘不通。《伤寒论》：“伤寒若吐若下后不解，不大便五六日，上至十余日，日晡所发潮热，不恶寒，独语如见鬼状，若剧者，发则不识人，循衣摸床，惕而不安，微喘直视，脉弦者生，涩者死，微者，但发热谵语者，大承气汤主之。”《湿热病篇》：“湿热证，发痉神昏笑妄，脉洪数有力，开泄不效者，湿热蕴结胸膈，宜仿凉膈散，若大便数日不通者，热邪闭结肠胃，宜仿承气微下之例。”舌苔老黄带黑，干裂起刺，示热结津伤，脉洪数，示里实热盛。治法：凉膈通腑、泄热存阴，宜大承气汤合凉膈散加减。伤寒阳明腑证，或

温热入胃，燥实内结，都会引起神昏谵语，笑妄痉厥。治疗宜急下存阴，决非芳香开窍而能奏效。诚如《温病条辨》所谓：“有邪在络居多，而阳明证少者，则从芳香……有邪搏阳明，阳明太实，上冲心包，神迷肢厥，甚至通体皆厥，当从下法。”唯伤寒下不嫌迟，必待化热屎燥，始可议下。温多兼秽，蕴阻阳明，症见识乱神迷，发痉撮空，阳明之邪，仍假阳明为出路，亦宜凉膈撤热，合承气以通降，热退则神识自清。值得注意的是，“温热为阳邪，火必克金，故先犯肺，火性炎上，难得下行，若肺气肃降有权，移其邪由腑出，正是病之去路”（《陈平伯外感温病篇》王孟英按）。因此说下不厌早，临床上脏热移腑的迹象初显，即应及时濡润利导，轻用萎杏，重用硝黄。防患于未然，庶几免“垢浊熏蒸，神明蔽塞，腐肠烁液”（《湿热病篇》36条王孟英按）的后患。但温病最易伤津，枳朴的辛燥，尽需慎避。

4. 热毒熏蒸

此多由湿热邪毒壅遏所致。热毒燔灼厥阴，逼乱心神，木火升腾，胆液泄越。故临床表现为壮热昏谵，全身黄疸。络损血溢，故衄血便血。《诸病源候论·因黄发血候》：“此由脾胃大热，热伤于心，心主于血，热气盛，故发黄而动血。”《余师愚疫病篇·疫证条辨》：“心主神，心静则神爽，心为烈火所燔，则神不清而谵语。”肝阳化风，故两手震颤。舌苔黄，质绛，示湿重热淫。脉细弦数，示火旺阴伤。治法：凉血祛瘀、清热醒神，宜犀角地黄汤加减。阳明太阴，湿热久郁，郁甚则少火皆成壮火，热毒乘心，兼侵肝胆，肝失疏泄，胆液不循常道，浸溢肌肤，形成高热昏谵，发黄动血，症重病危，急宜进服安宫牛黄丸以化秽浊而复神明，由于邪热充斥，脉络瘀凝，牛黄丸的芳香利窍，还需配合犀角地黄汤的清营泄热。《医宗金鉴·删补名医方论》称：“此方虽曰清火，而实滋阴，虽曰止血，而实祛瘀，瘀去新生，阴滋火熄，可谓探本穷源之法。”尝览《证治准绳》举生干地黄、干荷叶、丹皮煎汤调生蒲黄末治狂言谵语。因取干荷叶一味通心，托邪外出，生蒲黄甘凉入血，二味与犀角、生地、赤芍、丹皮同用，颇有祛瘀清神的效验。



5. 邪入厥阴

此多由暑湿入侵，心主阻遏所致。热邪夹湿不得外泄，胶固血脉，厥阴灵气不通，故临床表现为发热壮盛，昏迷默默。《湿热病篇》：“湿热证七八日，口不渴，声不出，与饮食亦不却，默默不语，神识昏迷，进辛香凉泄，芳香逐秽俱不效，此邪入厥阴，主客浑受。”营气蒸腾，故口不渴饮。舌苔黄，边尖红绛，示湿从热化。脉细涩，示气钝血滞。治法：破滞通瘀、泄络搜邪，宜三甲散加减。暑湿合邪，先伤阳分，病久及阴，阴阳两困，气钝血滞，热邪夹湿不能外泄。深入厥阴与营血相结，所以神不清而昏迷默默，患者必有他证尪羸，或因失治，遂成痼疾，主客交浑，最难得解。薛生白仿吴氏三甲散，用柴胡引鳖甲入厥阴，以达阴中之邪；用桃仁引鳖虫入血，以泄血分之邪；用僵蚕引山甲入络，以散络中之邪。匠心独运，可补辛香凉泄、芳香逐秽诸法的不逮。

6. 风痰内闭

此属中风闭证。《证治汇补》对中风的论述：“中脏者，内滞九窍，故昏沉不语，唇缓痰壅，耳聋鼻塞，目合不开，大小便闭，乃邪滞三阴里分，为闭证。”偏重于痰湿的称阴闭，偏重于痰热的称阳闭。阴闭：多由于肝风骤起，痰湿阻滞所致，湿邪痰浊突受肝风逆壅，神机闭塞，故临床表现为霎时倒仆，不省人事，喉间痰涎上涌，口噤，两手握固。《证治汇补》：“凡卒仆暴厥，须分闭脱，牙关紧闭，两手握固，即是闭证。”阳失温运，故四肢寒冷。《杂病源流犀烛》：“阴中者，或青或白或黑，昏乱眩冒，多汗，甚者手足厥冷。”舌苔白滑，示风痰兼湿。脉沉，示脏寒。治法：辛温通窍、祛痰除湿，宜导痰汤合苏合香丸加减。阳闭：多由阳升风扰，痰热内闭所致。风阳引动痰热，蔽障心窍，故临床表现为眩晕昏仆，面赤气粗。《类证治裁》：“风阳上升，痰火阻窍，神识不清。”《杂病源流犀烛》：“阳中者，面赤唇焦，牙关紧闭，上视强直，掉眩烦渴。”肝经风火走窜，筋脉拘挛，故牙关紧急，肢强握拳。腑气不利，故二便秘结。舌苔黄燥，示里热。脉弦滑数，示热痰相搏。治法：辛凉开闭、豁痰潜阳，宜清热化痰汤合至宝丹加减。阴闭即浊阴痰湿的内闭。闭证宜开，且中风猝倒，必先顺气，随后治风，一般主张用

苏合香丸，集大队辛香阳药以通之。然徒恃行气开窍，不除痰湿，仍难开其闭阻，还需配合导痰汤的化湿祛痰。湿去痰消，气顺窍利，神志当能回苏。阳闭是“痰火内发病心官”的证候。痰火内发，必然引动肝阳化风，风煽火炽，痰迷气闭，则仓猝晕跌，神昏无知，口噤肢强。喻嘉言说：“风者，外司厥阴，内属肝木，上隶手经，下隶足经，中见少阳相火，所以风自内发者，由火热而生也。”（《成方切用》“风引汤”喻嘉言注）此际开闭醒神，实为急务。应有别者，阳闭远辛温而取辛凉，至宝丹最是对证，同时可仿清热化痰汤法加羚羊角、钩藤以屏退痰热，并息风阳。

7. 阳脱阴竭

此即脱证。《临证指南医案》：“夫脱有阴脱阳脱之殊，《内经》论之最详。”阳脱者称亡阳，阴竭者称亡阴。亡阳：多由汗、下过度，或虚人中脏，耗伤元阳所致。阳气浮越，不附于阴，故临床表现为神愤昏晕。《灵枢·通天》：“阴阳皆脱者，暴死不知人也。”脏腑虚极，故目合口张，鼻鼾息微。手撒肢冷，汗出如油，大小便失禁。《杂病源流犀烛》：“脱绝者何，经曰：‘口开者心绝，手撒者脾绝，眼合者肝绝，遗尿者肾绝，声如鼾者肺绝，皆虚极而阳脱也。’”舌淡白，示气弱阳衰。脉微细，示真阳散败。治法：回阳温里、益气固脱，宜参附汤加减。亡阴：多由邪热销铄，劫阴耗液所致。气随津脱，精神离决，故临床表现为神情烦躁，昏糊不省，呼吸短促，汗多肢温。《温病条辨》：“温病误表，津液被劫，心中震震，舌强神昏，宜复脉法，复其津液，舌上津回则生，汗自出，中无所主者，救逆汤主之。”舌干红，示癸水内涸。脉虚大，示正气虚竭。治法：扶正敛阴，滋液复脉，救逆汤加减。脱证的特征，昏迷汗多，二便遗失，亡阳则肢冷而脉微细，亡阴则肢温而脉虚大，据此为辨。阳亡阴竭，常脱变于瞬间，病情的危急不言而喻。临床抢救，分秒需争，治疗较之闭证尤难。李用梓说：“闭者，邪气闭塞于外，元气犹然在内，但与开关利气，则邪自散，故治易。脱者，元气泄于外，邪气濶于内，虽与峻补，而脏已伤残，故治难，诸症皆然，不独中风也。”（《证治汇补·提纲门·中风》）确属经验之谈。救逆固脱，首先益气守神，唯人参“能回阳气于垂绝，却虚邪于俄顷”。因此，亡阳与亡阴均非人参莫



属。但阳脱宜用红参配姜附以温阳，阴竭宜用白参配地麦以滋阴。且阴阳相互依存，温阳当兼敛阴，滋阴当兼摄阳，务使阳潜阴固，不致离决。

四、慢性肾炎的诊治经验

(一) 病因病机

慢性肾炎，部分可由急性肾炎演变而来，多数无明显的急性病史，待发现浮肿、乏力、腰酸、尿液变化时，已成慢性。

推究其病因病机不外乎两端。①外邪侵袭。《素问·水热穴论》：“勇而劳甚则肾汗出，肾汗出逢于风……本之于肾，名曰风水。”可见风水的病因是“逢风”。部分患者，虽未诉及风水史，然详询时，亦往往可追溯曾有感染外风与湿热的经历，客风易散，湿热难清，病邪隐匿，戕害脾肾，日久而成。②脏腑虚损。感染风邪湿热，无疑是引发急性肾炎的外因。唯正气是否充沛，脏腑功能是否健全，则是更为重要的内因。倘先天不足，饮食失节，七情内伤，房劳或其他慢性病，削弱了脾肾之气，再罹外邪，乘虚内舍，遂形成肾脏慢性炎症的病理变化。故归属于中医学“肾劳”范畴。

(二) 辨证论治

根据慢性肾炎的特点，临床分为三个主要证型。

1. 脾失健运，肾气不固，湿邪夹热

临床症状：面无华色，目睑及下肢浮肿时减时甚，腰酸疲乏，胃纳呆钝，小便少利，色深。舌苔薄腻或薄黄腻，质偏红，脉濡细带数。实验室检查：尿蛋白一般（+ ~ ++）。24小时尿蛋白定量往往 < 3.0g，可见少量红细胞及管型。治则方药：健脾益肾、化湿清热，宜防己黄芪汤合参苓白术散加减，酌入化湿清热之品。药用生黄芪、木防己、白术、香扁豆、茯苓皮、炒山药、枸杞子、制狗脊、川续断、厚杜仲、泽泻、米仁根、石韦、大蓟根等。尿红

细胞(+)以上,加荠菜花、贯众炭。管型尿,加扞扞活。脾肾之气既虚,湿热之邪不去,水肿持续存在,每兼见颜面白,食欲减退,腰酸、乏力,溺少色深等脾运失健,肾气不固,湿热相搏的证候,这与《诸病源候论·疸水候》“水病无不由于脾肾虚所为,脾肾虚则水妄行,盈溢皮肤而令全身肿满”的论述相符。《景岳全书·肿胀》曾云:“水不能化,因气之虚。”气虚得复,水湿乃除,精微可摄,精气能固,愈出自然。故临床治疗,宜宗《金匱要略》防己黄芪汤,配合《和剂局方》参苓白术散加减,酌入化湿清热之品。方中生黄芪、白术、扁豆、山药益气健脾;枸杞子、川断、狗脊、杜仲补肾固腰;木防己、茯苓皮、泽泻行水消肿;米仁根、大蓟根、石韦清热利湿。

2. 热伤气阴,脾肾俱虚,水湿逗留

临床症状:颜面及肢体浮肿,头晕且胀,血压正常或偏高。腰部酸楚,精神疲惫,溲溺量少,舌苔薄腻,质微胖、稍红,脉细沉或细滑。实验室检查:尿蛋白一般(++~+++),24小时尿蛋白定量多>3.0g,或见红细胞及管型,血浆白蛋白降低,血胆固醇增高。治则方药:益气养阴、行水利湿,宜黄芪人参汤合六味地黄丸加减。药用生黄芪、党参、苍白术、生熟地、制首乌、山萸肉、炒山药、赤白芍、炒滁菊、炒丹皮、莲须、芡实、黑大豆、赤猪苓、通草、泽泻等。腰酸较甚,加川续断。舌苔黄腻,尿蛋白(+++)以上,24小时尿蛋白定量>4.5g,去熟地、山萸肉,加米仁根、大蓟根、石韦。红细胞(+)以上,去苍白术,加女贞子、旱莲草。管型尿,加扞扞活。

慢性肾炎,日久病深,无形之邪热和有形之水湿结合,遏阻三焦,中侵伤脾,下注伤肾,湿愈困则脾愈弱,热愈甚则阴愈耗,脾肾气阴俱虚,导致“升降”、“开阖”失常,当升不升,当降不降,当藏不藏,当泄不泄,于是大量蛋白尿丢失,血浆蛋白降低。湿浊滞留,引起血胆固醇高。里热烁阴,络脉受灼,虚阳上扰,引起高血压及血尿。肾府失养,故腰部酸楚。临床治疗宜宗《脾胃论》黄芪人参汤合《小儿药证直诀》六味地黄丸加减。方中黄芪、党参、苍白术益气健脾;制首乌、山萸肉、生熟地滋阴补肾;莲须、芡实味甘固涩;黑大豆、怀山药性平和养;赤猪苓、通草、泽泻行水利湿;赤



白芍、滁菊、丹皮清热凉肝。《证治汇补·水肿》引丹溪云：“大法，宜补中健脾，脾气实，自能升降运行，则水湿自除，此治其本也。”坚持调治，庶几缓缓图功。

3. 气阴亏损，血不养肝，湿浊下注

临床症状：面色淡白，两足踝部浮肿，头晕疼痛，血压升高，舌苔薄黄，质淡红，脉细弦。实验室检查：尿蛋白（+ ~ +++），24小时尿蛋白定量1.5~3.5g，或见管型尿，肾功能轻度损害。治则方药：补肾调营、和阴潜阳，宜黑地黄丸合五阴煎加减。药用生熟地、山萸肉、枸杞子、苍白术、炒党参、炒归身、生白芍、炒山药、制首乌、炒杜仲、制狗脊、茯苓皮、晚蚕砂、生石决、滁菊花等。舌苔黄腻，尿蛋白（+ ~ +++），去熟地，加米仁根、大蓟根、石韦。管型尿，加扞扞活。血压较高，加羚羊角粉冲服。小便不利，加泽泻。

慢性肾炎发展至后期，脾肾气阴亏损，脾之转输与肾之固摄功能日益衰退。水邪湿浊集聚，饮食精微无以升运吸收，下趋外泄，营养匮乏，故面色淡白，小便不利，足胫踝部浮肿，尿蛋白持续，肾功能轻度损害。阴损及血，血不养肝，故血压增高。临床治疗宜宗《病机气宜保命集》黑地黄丸合《景岳全书》五阴煎加减。方中生熟地、山萸肉、制首乌补肾滋阴；苍白术、党参、山药健脾运中；当归、白芍药养血柔肝；狗脊、厚杜仲坚脊固腰；茯苓皮、晚蚕砂行水泄湿浊；滁菊花、生石决清热息风阳。《证治汇补·水肿》：“脾病则津液不化，不特肾精损削，且湿热下注，足跗浮肿者有之，必土强而后肾水收摄，以归隧道。”《临证指南医案·头痛》按：“如厥阴风木上触，兼内风而为头痛者，用首乌、柏仁、稽豆、甘菊、生芍、杞子辈，息肝风，滋肾液为主。”临床若能体会斯旨，思过半矣。

（三）临证体会

对于慢性肾炎的治疗，张教授认为需宏观辨证参机变，临证加减重微观，这样往往会收到更满意的效果。

（1）血尿：多由气阴俱虚，湿热伤络所致。治疗可选用补肾养阴的炒生

地、旱莲草。结合清热止血的炒赤芍、炒丹皮、荠菜花、乌莓、小蓟草、白茅根、仙鹤草、炒藕节等。

(2) 蛋白尿：多由湿热内扰，脾虚不能摄取精微，肾虚不能固密精气所致。治疗可选用健脾固肾的黄芪、山药、山萸肉、莲须、芡实。结合化湿清热的米仁根、大蓟根、石韦等。

(3) 管型尿：多由脾肾气阴不足，湿热夹瘀所致。可选用祛瘀利水的扞扞活、益母草等。

(4) 低血浆蛋白：多由肾脾两亏，生化乏源，气血虚弱所致。可选用黄芪、党参、山药、黄精、黑大豆等。

(5) 高胆固醇：多由脾失健运，清不升而浊不降，痰湿夹脂质沉积所致。可选用健脾化湿，除痰泄浊的苍白术、茯苓、制半夏、生米仁、炒陈皮、晚蚕砂、泽泻等。

五、慢性肾功能不全的诊治经验

慢性肾功能不全的早、中期应该是中医中药治疗最能发挥作用的阶段，应以分期辨证为主。即使进入尿毒症期，辅助灌肠对减轻患者的临床症状，延缓病情进展，延长患者生命仍有一定的意义。

(一) 病因病机

导致慢性肾功能不全的原发病十分复杂，所以其病机亦必然十分复杂。但不同疾病进入肾功能不全阶段时，又有其共同的一面。根据临床体会，此时脏腑亏虚已由脾及肾。肾损则分清泌浊无能而致湿浊潴留，脾损则生化精微乏源，水谷反成湿浊。日久湿浊蕴热化毒，病理产物又成致病因素，导致升降出入紊乱。脏腑衰败与浊邪壅阻互为因果，形成恶性循环。于是脾应升而反降泄，胃应降而反逆上。生化无权，精元愈亏。肝肾阴亏则风阳浮动，心肾阳衰则水湿内停。气机乖乱，血脉瘀滞，痰浊上蒙，心神扰乱。终于形成一个寒热错杂，虚实并见，甚至阴阳离决，五脏俱败的局面。



(二) 辨证论治

慢性肾功能不全的病情时时变化发展，正虚邪实兼夹，因此，辨证治疗比较复杂。扶正要分清何脏为主，何脏为次，气血阴阳之虚又以哪一方面为侧重。祛邪则要辨明寒热，辨明湿浊痰瘀中哪些邪实偏胜，从而灵活论治。根据本病常见的临床表现，常可见到脾肾虚损、气血两虚、阴阳两损、湿浊犯胃、瘀血阻滞、肝风内动、痰浊上蒙、水气凌心等不同证型。上述诸证一般错杂出现，治疗时扶正祛邪兼而施之。根据疾病发展的不同阶段，张教授将本病分为早、中期和疾病后期两个基本阶段，再参照各种变证灵活论治。

1. 早、中期

早、中期从“湿热蕴阻，耗伤气阴”辨治。临床症状：头晕耳鸣，口干唇燥，咽嗝疼痛，面目浮肿，腰酸脊楚，夜寐欠安，溲少色赤，舌苔薄黄或黄腻，质偏红，脉象濡数或细弦滑。尿检蛋白增多，尚有管型及红细胞，肾功能检查已有轻、中度减退，部分病人可见血压偏高。治则方药：补脾益肾、化湿清热，方宗“保真汤”化裁。药用生黄芪、党参、白术、大生地、丹参、赤白芍、石斛、知母、黄柏、川断等。如脾气偏虚，去生地、石斛，加生晒参；肾阴偏虚，去黄芪、党参，加南沙参、枸杞子、二至丸；血尿，选加仙鹤草、贯众炭、乌莓、蒲黄炭、赤石脂等；尿蛋白高，选加米仁根、石韦、大蓟根、蝉衣；出现管型尿，选加莲须、芡实、扞扞活；血压波动，可酌加平肝潜阳的羚羊角粉、石决明等。或同时用丹参注射液等活血中药静滴，以扩张局部血管，祛除瘀滞，改善肾脏有效循环血量，减轻肾缺血状态，这不仅有利于促进肾功能的恢复，且对水肿、蛋白尿、高血压等都有一定疗效。但如见出血倾向，则不采取此法。

2. 后期

该阶段从“正气亏损，邪浊内盛”辨治。临床症状：面色晦滞，神情萎靡，呕恶厌食，口气秽臭，浮肿，尿少或尿闭；进而出现头痛嗜睡，甚至昏迷，出血，肢体抽搐等危象。治则方药：益气养营、化湿清热、和胃泄浊，

方宗“黄连温胆汤”加减。药用生晒参、生白术、赤白芍、川连、半夏、陈皮、竹茹、枳壳、晚蚕砂、黑大豆、土茯苓、六月雪等。此际正气已趋衰惫，而湿浊弥漫中宫，又亟待宣化，故选择补而不膩，凉而不润的生晒参另煎代茶，寓扶正于祛邪之中。如湿浊较重，苔膩满布，可少加苍术，助白术、黄连化湿清热。黄连兼能止呕，最为理想。黑大豆利中带补，与晚蚕砂、土茯苓、六月雪都具有降尿素氮的作用。如出现神昏，则仿“菖蒲郁金散”意，酌加干菖蒲、炙远志、广郁金、胆星、竺黄等。在治疗邪浊内盛，上格下关的尿毒症时，常配合采用中药灌肠。药用生川军9g，生牡蛎30g，六月雪30g，徐长卿15~30g，皂荚子9g，浓煎100ml，保留灌肠，以导滞泄浊。对因肾气开阖无权，水湿泛滥，高度浮肿的少数患者，亦可暂投五苓散以入肾启阳，温通阳气，一俟肿退利尿，病还其本，仍宜转入健脾益肾，继续耐心守治。

（三）临证体会

分阶段论治之法，更易掌握，但本病终究是一极复杂的病证，临证仍需根据病情变化灵活论治。尽早治疗对于慢性肾衰竭十分关键，适当治疗可使肾功能恶化获得逆转，保护了肾单位，对延缓肾功能的减退起到重要作用。在慢性肾功能的治疗中，应审慎使用如下两法。

1. 慎用温法

本病的病机主要是湿热久稽，以至气阴及营血的耗竭，气损虽可及阳，然亦处于从属地位，气阴复则阳虚自复，妄投桂附等刚燥药物，欲期温补，反更伤阴血，误助邪火，临床上可见到部分病人出血症状加重。即使兼见阳虚征象，而需增用补阳之品，自应效“善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷”的法则，选加仙灵脾、巴戟天、肉苁蓉等以求温润两顾。

2. 泻法慎用

尿毒症期，一般主张投温阳祛浊的“温脾汤”，冀从肠道排除氮质代谢物。临床体会患者虽然湿浊内盛，但中气日益虚陷，阴血已趋衰竭，大黄破



气伤正，附子耗阴助邪，愈虚虚，愈实实，非徒无益，抑且有害。唯临床观察，患者进服大黄，必致泻下，开始几天，神清气爽，诸症缓和。每在一周后转入嗜睡状态，旋即昏迷突变。大黄确能导滞解毒，问题是口服峻猛，诛伐过甚，虚体难支。因此，改变给药途径，配入灌肠方内，并兼以生牡蛎的收涩敛阴可能更为合适。实践证明，大黄与其他四药相合，保留灌肠，峻药缓用，便行1日至多2~3次，溏而不泻，利而不伤，从而可获排除氮质代谢物的功效。

六、冠心病的诊治经验

(一) 病因病机

心主血脉，脉者血之府。血在脉中的运行，需要通畅的脉道，还依赖于“心气”的鼓动，心阳的温运，二者紧密配合才使得营血运行并濡养周身。一旦心气不足，心阳不振，鼓动温运不利，或脉道痹阻不畅，则气滞血瘀，心脉失养，即可出现胸闷、胸痛、心悸、短气，脉细涩、结代，舌色紫暗或有瘀斑瘀点等症状。现代医学认为，冠心病的产生是由于冠状动脉产生了粥样脂质斑块，引起冠脉狭窄，心肌的血流供应受阻，心肌缺氧所造成。根据中医理论，脂质斑块大都属于中医“痰”的范畴，其产生主要与脾胃相关，脾胃运化失健，饮食不化精微，聚湿成痰。另外，如果肝胆失于疏泄，气郁化火，郁热亦可煎熬津液，变生痰浊。痰性黏滞，故痰浊潴留，或痰热胶固，流注脉络，与冠脉粥样斑块的形成密切相关。可见，脏腑功能失常，痰浊内生或痰热内蕴，痹阻脉道，气滞血瘀，心脉失养是冠心病发生发展的主要病机特点。

(二) 辨证论治

痰湿偏重的冠心病患者，大多体质肥胖，血脂偏高。痰湿凝阻，其气必滞，故证候表现以胸闷为主，诸阳受气于胸中而转行于背部，故阳气不运则

胸痛彻肩背。痰热偏重的患者，大多肝阳偏旺，形体略瘦，血压较高。郁热损伤脉络，渗血成瘀，故证候表现以心前区刺痛或绞痛为主。从发病来说，寒冷气候或多食高脂类食物，对痰湿偏重的患者有较大影响。痰湿和痰热是影响脂质代谢的病变基础，而气滞血瘀则是脂质沉积的病变结果，因此，气滞血瘀是冠心病病变中必备且共有的中心环节。治疗当以理气血为主，兼清痰热。基于上述病机认识，制定了冠心病的主要治疗原则，即以宣痹理气、活血化瘀为基础辨证施治。拟定了“冠通汤”方，以此为基础加减治疗冠心病，取得了比较满意的疗效。药用丹参、炒赤芍、桃仁、降香、生香附、广郁金、全瓜蒌、玄胡、炙远志、清炙草等。气虚加党参，兼脉结代者加川桂枝；阴虚加生地，兼脉结代者，再加党参、麦冬、五味子；痰湿加制半夏、炒陈皮；痰热加川贝粉、炒竹茹；胸室闷较甚，加砂仁、佛手或檀香、薤白头；心前区疼痛较甚，加川楝子、炙乳没；刺痛或绞痛再加红花、失笑散；心前区疼痛者还可加三七粉或冠心苏合香丸；心悸加炒枣仁、茯苓、茶树根；血脂高属湿热瘀滞者加茵陈、泽泻、生山楂、麦芽或指迷茯苓丸；属肝肾阴虚者加桑寄生、制首乌、制黄精；高血压加罗布麻叶、决明子等。

（三）临证体会

气滞血瘀是冠心病的基本环节，而痰浊则是气滞血瘀的基础，因此，对于冠心病的治疗，化痰应贯穿于整个治疗过程中。宣痹理气、活血化瘀，只不过是“急则治其标”的方法，调整脏腑功能，和营软坚通络，才是治本之法。选用治本之药进行治疗，对于预防冠心病的发生和发展有重要的意义。

冠心病中医临床用药，主要有两大类：宣痹化痰和活血化瘀。宣痹，即宣通痹阻的心气和心阳，包括通阳药和理气药。宣痹化痰的代表方有瓜蒌薤白白酒汤、瓜蒌薤白半夏汤和枳实薤白桂枝汤。重点代表药物有桂枝、薤白、瓜蒌、半夏和枳实等中药。活血化瘀药基本分为两类：一类是行气以化瘀，如降香、乳香、郁金、川芎、玄胡等；另一类是活血以化瘀，如丹参、红花、没药、赤芍、桃仁、三七、蒲黄、五灵脂等。活血药首推丹参，“一味丹参，功同四物”，能养血活血，合营通脉。在症状缓解期，则应采用丹参饮、芍药甘草汤、香砂六君子汤、指迷茯苓丸等加减，疏通心络，调整气血，改善



脾胃功能，祛除痰湿和痰热，控制病情，巩固疗效。此外，心动过缓而脉见结代，宜仿桂枝甘草汤方意，取桂枝、甘草配合党参以益气养营；心动过速而脉见结代，宜仿生脉散方意，取北沙参、麦冬和枸杞子以养阴血。二者均可加苦参。

七、病毒性心肌炎的诊治经验

(一) 病因病机

病毒性心肌炎乃外邪侵袭所致，虽然风邪易散，但余邪、郁热难清，若素体心气不足则邪气内舍于心，犯及心脉，心神受扰则惊悸怔忡，邪热久羁则心阴暗耗，脉道失于宣畅则血流瘀滞。因此，除了极个别的病例属于外邪直中，来势凶猛，病情危笃外，本病的主要病机是心气心阴两虚，郁热血瘀互阻，病情反复，淹缠不解。

(二) 辨证论治

根据上述病机认识，治疗宜以益气养阴，清热活血，宁心安神为主。张教授结合自己的临床用药心得，创“复方四参饮”，以其为代表方进行治疗。复方四参饮由孩儿参、丹参、南沙参、苦参、水炙甘草、炒枣仁、水炙远志、广郁金、莲子心等组成。方中孩儿参益气生津，健脾和中，功同人参而力薄，是补气药中一味清补之品，气虚而兼阴分不足者尤宜。丹参，古有“一味丹参，功同四物”之说，且苦能降泄，微寒清热，入心肝两经以除烦安神。南沙参有滋润之作用，其力虽薄，但不恋邪为其优点。苦参，古人曾提到“专治心经之火，与黄连功用相近”，现代药理亦证实其具抗心律失常的作用，对湿热郁火明显之心悸作用尤佳。甘草为“可上可下，可内可外，有和有缓，有补有泄”之品，此处取其和中养心。枣仁养心安神，调肝和脾，是治疗虚烦惊悸不眠之良药。远志有安神定志，散郁化痰之功。上药配合乃组成一张以孩儿参益心气、南沙参养心阴为君，丹参调心血、苦参清心热、甘草

缓心脉、郁金通心滞为臣，枣仁宁心神、远志定心悸为佐，莲子心除心烦为使的方剂。临床以复方四参饮为基础方辨证加减，对于病毒性心肌炎，特别是病毒性心肌炎后遗症期心律失常，疗效颇为满意。

（三）临证体会

病毒性心肌炎的恢复期、慢性期及后遗症期患者往往以心律失常为主要表现，以气阴两虚、瘀热兼夹为主要病机，进一步发展可以表现为营血亏虚或痰凝气滞。

治疗应以养阴清热，益气和络，宁心安神为主。用药需主方固定守病机，灵活进退愈有期，从而协调阴阳，改变内环境，改善心肌代谢，抗心律失常，坚持中药治疗，临床疗效满意。另外，在临床上亦有部分患者以心动过缓为主要表现，症见胸闷、心悸，脉细迟而结，当属心气亏虚，心阳不振，心血运行不利，此时应佐入附子、麻黄等温通心阳之品。临证有守有变，灵活圆括，方能不失其要。

八、系统性红斑狼疮的诊治经验

系统性红斑狼疮，据中医辨证，当属“阴阳毒”范畴。其病因，与“热、毒、瘀三因相关”。主要是湿热侵袭，导致体内阴阳平衡失调。气血运行不畅，瘀凝脉络，若湿从热化，热毒久稽，必然会累及心、脾、肝、肾，损伤气阴，耗血动血，形成“本虚标实”。治疗首应着眼其“三因”，并注意护阴益气，标本兼顾。可归纳为7种证候。

1. 风湿热痹

症见低热，关节游走痛楚，肌肉酸痛，或伴局部关节红肿、渗出。舌苔黄糙、质红，脉滑数、细数。血沉增快。治以祛风通络，清热和营。独活寄生汤加减。



2. 热毒炽盛

症见高热持续不解，面部红斑，其他部位皮肤亦有损害，全身关节、肌肉疼痛，神昏、谵语，口干欲饮，吐血、衄血、便血、尿血。舌质红或紫暗、苔黄腻或光红如镜，脉细数或滑数。血沉增快，血中多可找到狼疮细胞。治以清热解毒，凉血护阴。犀角地黄汤合清营汤加减。

3. 邪毒攻心

症见胸闷、气短，心悸、怔忡，烦躁失眠，或见面色苍白，四肢厥冷。舌质淡或紫暗、苔薄白，脉细弱或结代。心电图变化包括心肌炎、心包炎等。治以益气温阳，镇心利水。真武汤合桂枝加龙骨牡蛎汤加减。

4. 邪蒙清窍，肝风内动

症见癫狂谵语，伴抽搐、面瘫、偏瘫或截瘫，大便秘结，尿失禁或潴留。舌红少苔，脉弦。包括脑或脊髓侵犯。治以豁痰开窍，平肝息风。涤痰汤加减。

5. 脾肾亏损

症见面色少华，面目四肢浮肿，腰膝酸软乏力，足跟痛，肢冷面热，口干咽燥，尿少。舌质淡微胖，苔腻带黄，脉细数。尿常规或肾功能改变，包括狼疮性肾炎，尿毒症等。治以健脾益肾，清热化湿。参苓白术散合知柏八味丸加减。

6. 瘀热伤肝

症见黄疸，胁痛，腹胀，纳呆，头晕，失眠，月经不调，肝、脾肿大，皮肤有瘀斑，或鼻衄，吐血。舌红、质紫暗，脉细弦。肝功能损害，白细胞及血小板减少， γ -球蛋白升高。包括狼疮性肝炎。治以柔肝理气，活血化瘀。三黄四物汤加减。

7. 气阴两虚

症见低热神倦，头晕心烦，脱发目糊，口干盗汗，关节及腰部酸楚。舌

质偏红、苔花剥或光剥，脉细数。治以益气养阴，凉瘀泄热。秦艽鳖甲散合五阴煎加减。

需指出，上述7种证候，并非截然分割，而是互有联系与转化的。初诊发热伴皮疹及关节痛很明显，为风湿热痹的证候，每见于早期。继之可转趋瘀热伤肝或脾肾亏损。此阶段，病情迁延，又往往会产生两个方面的转化，一是转趋热毒炽盛，来势虽凶，治疗尚易取效；一是转趋邪毒攻心，或邪蒙清窍，肝风内动，预后均不佳。若邪退正虚，则呈气阴两虚之候。

张教授特别提出某些“清热”、“解毒”、“祛瘀”中药的临床意义。

清热的中药如鹿含草、野葡萄藤、白花蛇舌草。

鹿含草：性平，味苦涩。能除湿，祛风，止血，退热。治腰酸，关节痛。

野葡萄藤：性平，味甘。能清热，消肿，止血。治红斑皮损。白花蛇舌草：性寒，味苦、甘。能清热，利湿，解毒。治炎症，抗肿瘤。

解毒的中药如六月雪、龙葵、漏芦、晚蚕砂、升麻。

六月雪：性凉，味苦、辛。能清热解毒，祛风消肿。治关节痛，降尿素氮。龙葵：性寒，味苦。能清热解毒，活血消肿。治肾炎水肿，抗肿瘤。漏芦：性寒，味苦、咸。能清热解毒，凉血软坚。治红斑皮损。晚蚕砂：性温，味甘、辛。能祛风除湿，化浊解毒。治关节痛，降尿素氮。升麻：性凉，味辛、微苦。能清热解毒。治阳毒发斑。

祛瘀的中药如扞扞活、鬼箭羽、茅莓根、鸡屎藤。

扞扞活：性平，味甘、苦。能活血止痛，祛风利湿。治关节痛，消管型。鬼箭羽：性寒，味苦。能活血祛瘀，通络散结。治关节痛。茅莓根：性凉，味甘、苦。能清热消肿，活血祛瘀。治红斑皮损，降血沉。鸡屎藤：性平，味甘、酸。能祛风活血，消肿止痛。治肌肉关节疼痛，肝脾肿大，红斑皮损。

这类中药或侧重清热，或侧重解毒，或侧重祛瘀，用之恰当，颇获效验，供进一步探索。



【跟师临床】

一、热病

案一 王某，男，9岁。1974年4月8日初诊。

发热4天。4月4日起发热，T 38℃，经服感冒片、四环素治疗，身热略退，5日下午体温又见上升，6日晨高达39℃，用抗生素治疗，但身热不解，伴有咳呛。体检：T 39℃，神清，面色潮红，眼结膜略有充血，口腔两侧黏膜出现粟粒状小点。胸透正常。诊断为麻疹。舌苔薄腻，脉滑数。辨证：风温时邪外客，肺经蕴热内阻。治则：疏邪透疹。处方：

清水豆卷9g 炒牛蒡5g 薄荷梗(后下)3g 西河柳
9g 桑叶9g 杭菊9g 前胡6g 白杏仁9g 炙紫
菀9g 炒米仁12g

二诊：4月10日。服上方2剂后，麻疹先见于两颊，逐渐布及颈项及背部，身热较减，咳呛减而未止。体检：T 38℃，精神疲乏。舌苔薄腻，脉数。治以疏风泄热，宣解透疹为要。处方：

清水豆卷9g 炒牛蒡5g 薄荷梗(后下)3g 西河柳
9g 桑叶9g 杭菊9g 前胡6g 白杏仁9g 炙紫

菴 9g 炙款冬花 9g 炒米仁 12g 香谷芽 12g 宁嗽
丸（包煎） 9g

三诊：4月12日。麻疹遍发，面部疹点已逐渐隐退，咳呛亦缓，精神较振，略能思纳。舌苔薄腻，脉虚数。再拟肃肺清热方治之。处方：

桑叶 9g 杭菊 9g 前胡 6g 白杏仁 9g 炙紫菴 9g
炙款冬花 9g 炒米仁 12g 香谷芽 12g 宁嗽丸（包
煎） 9g

案二 袁某，女，33岁。1979年12月3日初诊。

患者持续高热6天，咽喉疼痛，头痛，四肢酸楚，恶心，上腹部不适。体检：T 39℃，神志清晰，面赤，巩膜轻度黄染，咽部充血，扁桃体I度肿大，口唇干燥。化验：白细胞 $(0.35 \sim 0.8) \times 10^9/L$ ，丙氨酸氨基转移酶 95U/L，1分钟胆红素 1.80mg/dl，总胆红素 2.05 mg/dl，新鲜尿找到巨细胞病毒包涵体。诊断为巨细胞病毒感染。舌根白腻，前半苔黄少润，脉细数。辨证：风温时邪，夹湿交阻，有化热转气之象。治则：清温泄热。处方：

清水豆卷 12g 炒牛蒡 5g 桑叶 9g 炒杭菊 9g 炒黄
芩 9g 连翘 9g 银花 12g 野荞麦根 30g 瓜蒌皮 9g
广郁金 9g 炒枳壳 9g 益元散（包煎） 9g 钩藤（后
下） 9g

二诊：12月6日。热势壮盛，起伏不解，汗出不畅，头痛口干，巩膜色黄，胸闷不畅，右肋下按之疼痛。舌苔黄腻满布，舌质边红，脉细滑数。邪湿交遏，瘀热在里，少阳气郁，胆液外溢，拟予清温达邪，化湿泄热。处方：

清水豆卷 12g 茵陈（另煎冲入） 30g 平地木 15g 大
青叶 12g 炒山栀 9g 连翘 9g 银花 30g 瓜蒌皮 9g
白花蛇舌草 30g 炒黄芩 9g 甘露消毒丹（包煎） 12g

三诊：12月9日。热势朝衰暮甚，头痛，无汗，巩膜色黄，胸闷不畅。舌苔黄腻，质红，脉虚弦而带滑数。湿热熏蒸，气阴受烁，邪盛正虚，拟仿白虎加人参法。处方：



皮尾参(另煎冲入) 9g 生石膏(先煎) 30g 银花藤
30g 杏仁 9g 炒黄芩 9g 炙远志 3g 茵陈(另煎冲
入) 15g 猪殃殃 30g 炒赤芍 15g 左秦艽 9g 广郁
金 9g 白花蛇舌草 30g 连翘 9g 甘露消毒丹(包
煎) 12g

四诊：12月12日。得汗热势大减，口干较缓，头痛胸闷亦瘥，唯巩膜仍黄染。舌苔黄腻渐化，质红已淡，脉转濡数。温邪虽获透达，湿热逗留未彻，再守原方，3剂，宜慎饮食，以防反复。

五诊：12月14日。身热已退，巩膜黄染渐淡。舌根黄腻未化净，质偏红，脉濡数带滑。法当清理湿热余邪而和胃气，以竹叶石膏汤加味调治。处方：

皮尾参(另煎冲入) 9g 生石膏(先煎) 9g 茵陈(另
煎冲入) 15g 广郁金 9g 连翘 9g 银花藤 15g 秦
艽 9g 炙远志 3g 猪殃殃 30g 炒桑枝 12g 淮小麦
15g 白杏仁 9g 淡竹叶 15g 白花蛇舌草 30g 盖元
散(包煎) 9g 香谷芽 12g

随访：患者住院两周，身热逐减，乃至退尽。体检：巩膜无黄染，咽部(-)。化验：血白细胞上升至 $4.4 \times 10^9/L$ ，肝功能恢复正常，尿检未找到巨细胞病毒包涵体，痊愈出院。



释疑解惑

问：风温施治的要点是什么？风温变证如何辨治？

答：案一麻疹患者系风温之邪外束，热毒内伏，肺气郁闭，发热咳呛，疹见而不透，治以疏邪清解，透发麻疹为要，选用辛凉轻剂桑菊饮加减。方中桑叶、菊花甘凉轻清，合薄荷疏散上焦风热；前胡、杏仁宣肺化痰；豆卷既具透表之功，又能清利湿热；西河柳味甘性平，《本草汇言》谓其能解血分之毒，李士材用治痧疹热毒，本品乃透发麻疹之专药。本案治疗，抓住“表”与“透”的关键，药少力专，见效甚速，麻疹透发顺利而治愈。

温病学家陈平伯称：“风温为病，春月与冬季居多。”吴坤安亦谓：“几

天时晴暖，温风过暖，感其气者，即是风温之邪。”由于风温属阳邪燥热，燥热从金，热归阳明，常先犯肺胃，症见身热、咳嗽、烦渴。然案二初起并无咳嗽，临床表现高热口干、巩膜黄染、右肋下疼痛，显系少阳、阳明湿热交遏，客邪再至，内外相引，煽动木火燔灼，胆液溢泄，致热势鸱张，面赤目黄，乃风温之变证。复以湿邪夹热内郁，耗伤气阴，故身热逾旬不解，脉见虚弦。实验室检查：白细胞仅 $(0.35 \sim 0.8) \times 10^9/L$ ，提示邪盛正虚，预后堪虑。证变则论治亦更，遂仿白虎加人参法，增入化湿泄热之品，3剂而热衰，6剂而热平黄退，效如桴鼓。夫医者必须知常达变，深思果断，毋失时机。若唯务按图索骥，因循贻误，又安能咎药石之无灵耶！

案三 陆某，女，38岁。1983年7月31日初诊。

持续高热旬日。患者有2型糖尿病病史。十天前突然发热， $T 39^{\circ}\text{C} \sim 40^{\circ}\text{C}$ ，持续不退，伴畏寒、口渴、咽干、有汗、全身酸楚，无胸痛咳嗽，用抗生素治疗无效。体检： $T 39.5^{\circ}\text{C}$ 。化验：白细胞 $7.6 \times 10^9/L$ ，胸透正常。诊断为暑病发热。舌红苔薄黄腻，脉滑数。辨证：暑热外侵，兼有湿阻。治则：清暑泄热，宣气化湿。处方：

清水豆卷 12g 连翘 9g 银花藤 30g 青蒿梗 9g 鸭
跖草 30g 鲜佩兰 9g 生米仁 12g 白蔻仁（后下） 3g
白杏仁 9g 鲜芦根 30g 鲜荷叶一方 鸡苏散（包煎）
9g 炒桑枝 12g

随访：药后体温渐趋下降，二诊以原方去鸭跖草加黄芩 9g，3剂。后热退身凉，诸症均平。

案四 王某，男，55岁。1981年7月28日初诊。

低热半月。患者近半月来，低热午后为甚，持续不退（ $T 37.7^{\circ}\text{C} \sim 38.2^{\circ}\text{C}$ ），头胀胸闷，精神疲乏，口干而喜热饮。化验：白细胞 $6.2 \times 10^9/L$ ，肝功能正常，胸透正常，B超示肝、胆、脾无异常。诊断为低热待查（湿温）。舌苔黄腻，脉濡细。辨证：暑湿交阻，困遏气机。治则：清热化湿。处方：



清水豆卷9g 水炙银胡6g 苍白术(各)9g 白豆蔻
3g 白杏仁9g 生熟米仁(各)9g 佛手片6g 香
青蒿9g 通草3g 香谷芽12g 甘露消毒丹(包
煎)12g

二诊：8月4日。患者身热朝衰暮甚，低热退而未尽，头胀胸闷，困倦乏力，渴而欲饮。舌苔白腻中部带黄，脉濡细。证属暑湿交阻，湿中夹热，仍拟宣气化湿，佐以清热。处方：

清水豆卷9g 水炙银胡6g 苍白术(各)9g 藿佩梗
(各)9g 炒黄芩9g 制半夏5g 炒陈皮5g 白豆蔻
3g 白杏仁9g 生米仁12g 泽泻15g 通草3g
香谷芽12g 六一散(包煎)9g

随访：患者以上方加减，共治疗20天，低热退尽，胸闷头胀均愈，余无不适。



释疑解惑

问：暑湿与湿温如何辨治？

答：时值盛夏，天暑下逼，地气上蒸，感受暑热之邪，身热炽盛，有汗不解，口渴咽干，证属气分热盛，即“夏暑发自阳明”。暑必兼湿，案三患者舌苔黄腻，湿与热合之象，治疗遵循“暑病首用辛凉，继用甘寒”之旨，仿银翘散、三仁汤增入鲜佩兰、鲜芦根、鲜荷叶以倍增清暑泄热之功；豆卷外可解表邪，内可化水湿，具表透之功，身热有汗不解，湿热并重者更为相宜；鸡苏散即六一散加薄荷，对暑湿而兼表证者，清暑利湿，发散表邪，融为一体，即“辛凉轻剂以治暑热”之意。

盛夏之时，暑热当令，因暑多夹湿，湿热留恋三焦，热势缠绵，身热不扬，朝衰暮甚，症见头胀胸闷、困倦乏力、舌苔腻而黄白相间，均为湿热交阻，湿重于热，郁遏气机，邪热不得透达所致，治疗重点是化湿清热，舒展气机，使邪热外达而热退，仿三仁汤加减合甘露消毒丹、六一散以图其功。三仁汤，方出《温病条辨》，为治湿温证名方。案四患者，以此方出入，治湿温低热，疗效确切，即以芳香苦辛，轻宣淡渗之法，宣畅气机，渗利湿热。

方中杏仁苦辛，轻开上焦肺气，盖肺主一身之气，气化则湿亦化；白蔻仁芳香苦辛，行气化湿；米仁甘淡，渗利湿热；半夏、陈皮行气消痞，又能除湿；配合藿香、佩兰、银胡、青蒿益增芳香化湿退热之功。诸药相合，宣上畅中渗下，使湿化热清，诸恙均平。

二、心病

案一 陈某，女，37岁。1990年5月18日初诊。

胸闷、心悸，发现早搏13年，加剧3个月。患者于1976年8月25日突感畏寒，头痛，全身酸楚，咽痛不适，继则发热，T 39.7℃。经治疗后热退，但感胸闷，心悸。查心电图示心律不齐，频发室早，当时体检早搏15次/分，后经辅酶A和大仑丁治疗，病情一直反复，直至后来用慢心律后早搏才稍改善。今年2月5日患者疲劳后又出现频发室性早搏，用慢心律、心律平至今已近3个月，病情仍未控制，时感胸闷、胸痛、心悸，早搏每分钟少则5~6次，多则16~17次，头晕纳差，夜寐少安，乃收治入院。检查：乳酸脱氢酶83 U/L，门冬氨酸氨基转移酶11U/L，肌酸磷酸激酶25U/L，心脏彩超检查正常，心功能检查正常，抗心肌抗体（-），B超示慢性胆囊炎。诊断为病毒性心肌炎。苔薄腻，脉细促。辨证：营血不足，心气失宣。治则：调营养心，宣利气机。处方：

丹参12g 孩儿参12g 苦参9g 南沙参9g 水炙远志3g
淮小麦30g 制黄精9g 紫石英15g 炒枣仁9g
生香附9g 广郁金9g 炙玄胡9g 赤白芍（各）9g
水炙甘草3g 香谷芽12g 12剂

二诊：6月1日。心悸稍平，仍感胸闷，胃脘胀满少舒。苔薄腻，脉细数促。拟上法续进。上方加八月札15g，徐长卿15g，夜交藤30g，茶树根30g，10剂。

三诊：6月22日。心悸已宁，夜寐亦安，胃脘胀满渐平。苔薄腻，质略红，脉细偶促。拟前方再进。处方：



丹参 9g 孩儿参 15g 苦参 9g 南沙参 9g 水炙远志
 3g 淮小麦 30g 制黄精 9g 紫石英 15g 生香附 9g
 郁金 9g 白术 9g 白芍 9g 炒枳壳 9g 水炙甘草 5g
 香谷芽 12g 夜交藤 30g

随访：住院1月余，抗心律失常药逐渐撤减而予中药治疗，心悸、胸闷好转，早搏减少乃至消失而出院。在门诊随访数月早搏一直未出现，以后正常生活、工作。偶尔仍有少许早搏出现，但不明显且很快消失。仍不定期地服用中药。

案二 周某，女，25岁。1981年4月16日初诊。

心悸胸闷近日加剧。患者1974年患病毒性心肌炎，伴Ⅱ度房室传导阻滞。7年来，经常心悸胸闷，甚则晕厥、抽搐。去年12月曾住院治疗，疗效不明显。近半月来，胸闷心悸加剧，胃纳少馨，面色少华，形体瘦弱。心电图示Ⅱ度房室传导阻滞，文氏现象，脉率46~56次/分，快慢不一，有时早搏频繁出现。诊断为病毒性心肌炎后遗症、心律不齐、Ⅱ度房室传导阻滞。舌淡，苔薄腻，脉细迟而结。辨证：心阳心气两虚，营血运行不利。治则：温通心阳，补益心气，兼调营血。处方：

熟附块 6g 丹参 12g 炒当归 9g 炒白芍 9g 生白术
 9g 炙远志 3g 生香附 9g 砂仁(后下) 3g 孩儿
 参 12g 枸杞子 9g 茺蔚子 9g 香谷芽 12g 14剂

同时予丹参注射液8支静脉滴注。

二诊：4月30日。药后心率有所增快，脉率56~74次/分，但夜间胸闷较明显，精神稍振作。苔薄黄腻，脉细迟而见结。仍守上法。上方加清炙草6g，佛手片6g，14剂。

三诊：5月7日。头晕，时感胸闷，晨晚心率缓慢，夜寐梦多，大便尚调。苔薄腻，脉细缓偶见结。再守上法。处方：

熟附块 5g 丹参 12g 炒当归 9g 蜜炙麻黄 5g 炒白
 术 9g 赤白芍(各) 9g 炒党参 9g 枸杞子 9g 麦冬
 9g 生香附 9g 砂仁(后下) 3g 炙远志 3g 香谷芽

12g 21剂

四诊：5月28日。心率渐增，坐位心率76~80次/分，卧位心率60次/分，夜间有时仍见缓慢，余症尚平，心悸胸闷明显好转。苔薄腻，脉细。再拟上法调治。处方：

熟附块 5g 丹参 10g 炒当归 9g 蜜炙麻黄 3g 炒白
木 9g 炒白芍 9g 枸杞子 9g 制黄精 9g 麦冬 9g
炙远志 3g 炒党参 9g 砂仁（后下） 3g 生香附 9g
清炙草 5g 广郁金 9g

随访：出院时心电图示窦性心律，心率71次/分，I度房室传导阻滞。病情较前明显好转。

案三 王某，男，52岁。1976年1月22日初诊。

突然胸闷，心前区疼痛。有高血压史5~6年，服降压药，血压维持稳定。当日中午因与家人争吵，情绪波动，突然胸闷，心前区刺痛，伴有左侧肢体麻木、面色苍白、出冷汗。即送市第一人民医院急诊，收住入院，中西医结合治疗。检查：神清，肢体活动可，心率56次/分，心音稍弱，心律齐，偶有早搏，BP 160/90mmHg。心电图示急性膈面心肌梗死，并发完全性房室传导阻滞。诊断为急性心肌梗死。舌质紫暗，边有瘀点，苔白腻，舌下静脉曲张，脉虚弦而迟。辨证：气滞血瘀，心脉痹阻。治则：活血祛瘀，宣通心痹。处方：

丹参 15g 川芎 5g 炒当归 9g 炒党参 9g 赤芍 15g
桃仁 9g 红花 3g 全瓜蒌（打碎） 15g 炙远志 5g
淮小麦 30g 制半夏 9g 炒白木 9g 生香附 9g 广郁
金 15g 清炙草 5g 砂仁（后下） 3g 3剂

二诊：1月24日。心前区闷痛较减，汗出亦止，精神疲乏，大便已行，脉虚弦而缓（66次/分）。舌质紫暗，苔薄腻，脉虚弦而缓。证属痰湿夹瘀，阻滞心脉，气机不畅。再拟益气养心，活血化瘀，通脉宽胸之方治疗。处方：

党参 9g 丹参 15g 川芎 5g 炒当归 9g 赤芍 15g



桃仁 9g 红花 3g 全瓜蒌(打碎) 15g 炙远志 5g
 生香附 9g 广郁金 15g 清炙草 5g 淮小麦 30g 炒
 白术 9g 砂仁(后下) 3g 3剂

冠心苏合丸 1粒(分2次化服)。

随访：患者因急性心肌梗死入院，中西医结合治疗后，病情逐渐稳定。半月后胸闷心痛症状明显改善，共治疗 39 天。出院前心电图示膈面心肌梗死(完全性房室传导阻滞完全消失)；血压稳定，心率 72 次/分。



释疑解惑

问：上述病案的辨证施治是怎样的？

答：病毒性心肌炎的恢复期、慢性期及后遗症期患者，以心律失常为主要表现。长期临床实践体会，本病以气阴亏虚，瘀热兼夹为主要病机，进一步可表现为营血亏虚或痰凝血滞。治疗应以养阴清热，益气和络，宁心安神为主。既协调阴阳、改善内环境、调整免疫功能，又改善心肌代谢、抗心律失常。从几方面综合发挥作用是中医药治疗本病的优势。

案一病程已长，营亏气滞，故在基本治则的基础上，又佐以和营理气之品，取得较好疗效。病毒性心肌炎主要损害传导系统，表现以心动过缓为主，兼有期前收缩，属心阳不振。阳气亏损，心脏搏动乏力，心血运行不利，故见胸闷、心悸、脉细迟而结。治疗当以附子、麻黄温通心阳，当归、茺蔚子和血通脉。案一以气阴两虚为主，脉见细数促，案二以心阳不振为主，脉见细迟结；案一选沙参、苦参以养阴清火，案二选附子、麻黄以温通心阳。两案虽同为病毒性心肌炎，但病机阴阳有别，脉象促结有异，用药凉温不同，足见中医辨证之至要，遣药之精微也。案三患者以情志激动为诱因，心气失宣，心脉痹阻，瘀血与痰浊交阻，气滞则血行少畅，心肌缺少温煦和濡养而引起梗死，症见心前区疼痛。《素问·脏气法时论》：“心病者，胸中痛，胁支满……”《金匱要略》：“胸痹心中痞气，气结在胸……”患者入院病情危急，乃瘀血痰浊闭阻心脉，急以活血化瘀，宣闭化浊以通心脉，经两天综合治疗，化险为夷，继服汤药巩固。方中丹参、川芎活血行瘀，瘀化则痛定；赤芍行血中之瘀滞；桃仁、红花配合以助破血化瘀之力；香附、郁金理气止

痛，使气行则血行；瓜蒌、远志、冠心苏合丸化痰浊而宣闭；党参、当归益气调营；淮小麦、炙甘草宁心缓急。药后血行渐畅，脉率渐增，病情稳定。

三、肺病

案一 李某，女，65岁。1989年9月22日初诊。

咳嗽气促，不能平卧。有慢支喘息病史，时值初秋，寒暖失常，咳嗽加剧，痰多泡沫黏稠，伴有气促，不能平卧。检查：两肺呼吸音较粗，闻及散在哮鸣音。胸透示：两肺纹理增多，慢性支气管炎，肺气肿。诊断为慢性支气管炎（喘息型），肺气肿。舌淡红，苔薄腻，脉滑数。辨证：痰热内阻，肺气肃降无权。治则：化痰清热，降气平喘。处方：

水炙桑皮 12g 炙苏子 9g 杏仁 9g 海浮石 15g 旋覆花（包煎） 9g 炙款冬花 9g 黄芩 9g 佛耳草 15g 生甘草 3g 制半夏 6g 炒陈皮 6g 生白木 9g 水炙麻黄 6g

二诊：9月25日。上药3剂后，咳减痰少，气促胸闷较减，夜间仍有哮鸣，不能平卧。苔薄腻，脉滑数。年高肺肾两虚，痰热内阻，肺气失降，肾不纳气，于前方中佐以补肾纳气之品。处方：

水炙桑皮 15g 水炙苏子 9g 旋覆花（包煎） 9g 海浮石 15g 佛耳草 15g 炙款冬花 9g 甜杏仁 9g 制半夏 5g 白木 9g 紫石英 15g 补骨脂 9g 香谷芽 12g

随访：患者药后咳喘均见减轻，夜间尚能平卧。体检：两肺未闻及哮鸣音。胸透示：慢性支气管炎，肺气肿。调治半月，临床症状基本缓解。

案二 陶某，女，63岁。1981年1月22日初诊。

咳嗽气促加剧1周，神志欠清2天。有慢性支气管炎、肺气肿病史20余年，每值冬季，咳喘反复发作。近1周来咳嗽胸闷气促加剧，前天因神志不清，口唇发绀收住院。检查：神志蒙眬，面色暗滞，口唇及指甲略紫，精神



恍惚，时有谵语，喉间痰声辘辘，咳嗽气粗，左下肺闻及湿啰音。诊断为慢性支气管炎，肺气肿，肺性脑病。请中医会诊，舌体短缩，质紫暗，苔黄干燥，脉细滑带数。辨证：年逾花甲，心肺素亏，痰湿瘀热交阻，蒙闭包络，津液受烁。治则：清热护津，豁痰开窍，清心醒脑。处方：

南沙参 12g 川石斛 12g 水炙桑皮 15g 干菖蒲 9g
水炙远志 5g 广郁金 9g 天竺黄 5g 陈胆星 3g 竹
叶卷心 30 针 连翘心 9g 银花 12g 川贝末 (冲入)
3g 2 剂

浓煎取汁，鼻饲。万氏牛黄清心丸（化服）1 粒。

二诊：1 月 24 日。T 38.2℃，前投清心豁痰，开窍醒神之剂，神志尚清，呼之能应，身热头痛，但精神萎靡，嗜睡，口渴引饮，咳嗽较减，气促稍平。伸舌已能出关，舌质暗红，少润，脉细滑而数。属痰热内蒙，肺阴受烁，津液耗伤，治拟上法出入。处方：

鲜生地 30g 鲜石斛 30g 炒赤芍 15g 炒丹皮 9g 干
菖蒲 9g 炙远志 5g 广郁金 9g 天竺黄 5g 陈胆星
3g 水炙桑皮 15g 连翘心 9g 竹叶卷心 30 针 3 剂

浓煎取汁。万氏牛黄清心丸（化服）1 粒。

随访：患者服上方 3 剂后，热退神清，神萎、咳嗽气促已缓，口唇发绀好转，口渴引饮，头痛偶作，再以原方去牛黄清心丸，加强清营泄热，豁痰清心，养阴生津。调治 2 旬，病情好转而出院。



释疑解惑

问：中医对哮喘病虚实不同如何辨证用药？

答：哮喘须辨虚实。《景岳全书》：“盖实喘者有邪，邪气实也，虚喘者无邪，元气虚也；实喘者，气长而有余，虚喘者，气短而不续……”本病较难根治，临床上未发时以扶正为主，既发时以攻邪为主，对虚实夹杂之证，须掌握轻重缓急，虚实兼顾。《丹溪心法·喘》指出：“凡久喘之证，未发宜扶正气为主；已发用攻邪为主。”如案一素有喘疾夙根，感邪之后，外邪引动痰饮，留恋于肺，肺气肃降无权，痰热交阻，随气而逆上，咳喘频作，故

治当化痰清热，降气平喘以驱除外邪而复肺气肃降之权。方中桑皮、黄芩、佛耳草清肺泄热；杏仁、制半夏、陈皮化饮除痰，痰除则气道通畅；苏子、旋覆花、海浮石、紫石英均有平喘纳气之功。故二诊之后，病情渐见平稳，夜间哮鸣音消失而能平卧。盖治疗哮喘之疾，须按病情之轻重缓急而施治之，大凡“发则治上，缓则治下，在上治肺胃，在下治脾肾，未发宜扶正，已发则攻邪，若欲除根，必须坚持服药，倘一曝十寒，终无济于事也”。

问：案二的辨证施治有什么特点？

答：案二患者入院时病情危重，证属邪热夹痰，蒙闭心窍。盖心主神明，邪热入侵，包络代之受病，而见神昏谵语等症，正如叶天士在《外感温热篇》中指出：“温邪上受，首先犯肺，逆传心包，肺主气属卫，心主血属营……”在治法上又云：“……包络受病也，宜犀角鲜生地连翘郁金石菖蒲等，延之数日，或平素心虚有痰，外热一陷，里络就闭，非菖蒲郁金等所能开，须用牛黄丸、至宝丹之类以开其闭，恐其昏厥为痉也。”故选用清心凉营，豁痰开窍之法，急以透发邪热，不使内陷；同时清化痰热，以醒脑开窍。因里热炽盛，阴液受烁，故须护养津液，乃宗治温病须“刻刻顾其津液”之训。方中合沙参、石斛、菖蒲、郁金、连翘、竹叶、万氏牛黄清心丸等于一炉，二诊之后，见效甚速，化险为夷，为治疗热病重症之范例。

四、脾胃病

案一 徐某，女，26岁。1981年8月31日初诊。

有胃痛史2年余。平素饮食不节，饥饱失常，时感胃脘隐痛，食后腹胀，嘈杂灼热，暖气频频，泛恶口干，形瘦乏力，面色少华。经查胃镜，并做病理检查，拟诊重度慢性浅表性胃炎。苔薄，舌质红，脉细。辨证：郁热伤阴，胃失和降。治法：清热养阴，和胃降逆。处方：

南沙参9g 川石斛12g 炒赤白芍(各)9g 铁树叶
30g 平地木15g 旋覆花(包煎)9g 代赭石(先煎)



15g 制香附 9g 八月札 15g 大腹皮 15g 九香虫 5g
炒楂曲 (各) 9g 佛手片 5g

随访：上方随证加减服至 1 月余，脘痛消失，仅感胀满不适，至 4 个月后诸恙均平，面色转红润，体重亦增，纳谷较馨。复查胃镜，病理报告提示炎症明显减轻，转为中、轻度，改服清胃冲剂，以资巩固。

案二 高某，男，67 岁。1991 年 5 月 8 日初诊。

有胃病史 3 年余，平时喜食辛辣。近来饮食不慎，脘痛反复发作，伴有烧心、灼热感，有时痞满不适，以西药治疗，症状未能改善。1991 年 4 月某医院胃镜示：疣状胃炎，浅表性胃炎；病理示：胃黏膜轻、中度慢性炎症，局灶肠化伴中度不典型增生。诊断为疣状胃炎。舌质红，体胖，苔薄黄，舌下静脉瘀紫，脉弦细。辨证：肝郁气滞，郁热犯胃，久则胃络瘀阻。治法：清热理气，和胃安中，兼以行瘀。处方：

熟柴胡 6g 黄芩 9g 连翘 9g 芙蓉叶 15g 赤白芍
(各) 9g 水炙甘草 3g 丹参 9g 制香附 9g 炙玄胡
9g 徐长卿 15g 平地木 15g 白花蛇舌草 30g 白英
15g 菝葜 15g 香谷芽 12g 知母 9g

随访：药后胃脘灼热疼痛逐渐减轻，上方稍有出入，续服 2 月余，症状明显改善，原方增入太子参、山药、白术益气健脾之品，巩固疗效，病情稳定。1991 年 9 月 30 日，某医院胃镜复查：慢性浅表性胃炎（未见疣状隆起）；病理示：黏膜中度慢性炎症（肠化及不典型增生消失）。



释疑解惑

问：请简单分析一下上述案例的辨治？

答：慢性胃炎，中医学见于“胃脘痛”、“腹胀”等门。因热致病，历代医家早有论述，如《素问·至真要大论》指出：“少阳之胜，热客于胃。”《张聿青医案》中记载：“木郁土中，中脘作痛，胃脘之间时有烘热之象，脉细关弦，肝经之气火冲侮胃土。”今观案一多由木郁化火，横逆犯胃所致，治疗当以调气清热和胃为主。病者平素饮食不节，伤及脾胃，土虚木乘而致

胃痛，气郁化火则胃脘灼热，口干欲饮，胃阴受烁故舌红，治拟清热养阴和胃为主。方中铁树叶、平地木以清泄胃热；沙参、石斛养阴和胃；参以香附、八月札、旋覆花、代赭石疏肝解郁，和胃降逆。铁树叶性凉味甘，《本草纲目拾遗》谓本品“平肝，统治一切肝气痛”，又谓“治一切胃及气痛”；《中药大辞典》认为其“攻能散瘀”。平地木，又名紫金牛，性味苦平，能治“胃气痛”。二味相配，可平肝理气，清热和胃，对于脘痛灼热，病理炎症之改善，常获显效。疣状胃炎又称痘疮样胃炎、糜烂性胃炎，由胃黏膜炎性增生所引起。参阅古代文献，认为胃病属寒者居多，《景岳全书·心腹痛》指出：“胃脘痛证，多有因食，因寒，因气不顺者……因寒者十居八九，因热者十唯一二。”然而，从胃炎的病机分析，未必尽然。早在《内经》就有“少阳之胜，热客于胃”、“火郁之发，胃痛呕逆”之说；皇甫中在《明医指掌》一书中提出“胃脘湿热痛”的论点。案二的辨证当从热着手，一是因热而引起胃黏膜的炎症，如恣食辛辣，情志不遂，气滞郁久而化热，肝热挟胆火上乘，蕴热炽盛，内扰于胃；二是其临床表现以热象居多，如胃脘灼热疼痛、口干、舌红等症，故辨证属热无疑。治胃方中以清热药为主，选用黄芩、连翘、知母、芙蓉叶等清热和胃。热去则胃安也，治疗3月余，胃镜及病理复查疣状隆起及不典型增生均消失，收到满意疗效。可见抓住“胃热”的辨证论治，控制了胃黏膜炎症的进展，是治愈疾病的根本。《本草便读》称知母“清阳明独胜之热”，芙蓉叶性平气凉，散热疗疮最为有效，故对胃黏膜糜烂者每多选用之。

案三 冯某，女，59岁。1983年1月30日初诊。

胃病十余年，脘痛反复发作，近日加剧。胃脘隐痛，缠绵不愈，口苦，暖气频作，纳谷呆滞。检查：中上腹轻度压痛。1983年11月17日曾在某医院做胃镜检查，发现胃窦大弯侧有一黄豆大小息肉，当即电灼。胃窦黏膜粗糙，呈细颗粒状增生，胃体黏膜较薄，见黏膜下网状血管和静脉显现。诊断：慢性萎缩性胃炎。舌质红，苔薄腻。辨证：肝失条达而气郁，胃失和降而气逆，久病入络而瘀阻，证属肝胃不和，兼夹瘀热。治法：调肝和胃，清化瘀热。处方：



熟柴胡 6g 炒黄芩 9g 生白术 9g 赤白芍 (各) 9g
 清炙草 3g 铁树叶 15g 平地木 15g 八月札 15g 旋
 覆花 (包煎) 9g 代赭石 (先煎) 15g 香附 9g 佛手
 片 6g 炒枳壳 6g 浮枝莲 30g 炙乌梅 5g 白花蛇舌
 草 30g 香谷芽 12g 14 剂

二诊：1984年8月16日。胃脘胀满隐痛已减，暖气亦平，纳谷增进，但食后2小时有嘈杂感。舌苔薄，脉细弦。属肝胃渐调，脾弱气虚。再治以疏肝和胃，健脾安中。处方：

熟柴胡 6g 炒黄芩 9g 生白术 9g 怀山药 9g 香扁
 豆 9g 制香附 9g 佛手片 6g 赤白芍 (各) 9g 清
 炙草 3g 铁树叶 15g 平地木 15g 八月札 15g 炒枳
 壳 6g 白花蛇舌草 30g 香谷芽 12g

随访：患者坚持服药1年，胃脘胀痛大减，唯饮食不慎时仍稍见胀痛，平时食纳已馨，精神亦振。1984年12月6日在某医院胃镜复查，诊断为浅表性胃炎，萎缩性胃体炎。症状缓解，胃镜及黏膜病理变化观察均见好转。

案四 孙某，男，74岁。2004年6月2日初诊。

反复中脘胀痛十余年，加剧1个月。患者有慢性胃炎病史十余年，时有中上腹胀痛。近来中脘胀满、疼痛加剧，形瘦乏力，胃纳欠佳，大便不实，次数增多。2004年5月13日某医院胃镜提示：萎缩性胃炎；病理：萎缩性胃炎中度肠化，中度异型增生。曾服用铝碳酸镁片（达喜）、多潘立酮片（吗丁啉）治疗。患者面色暗滞，形体较瘦。诊断为萎缩性胃炎伴中度肠化，中度异型增生。舌体胖，边有齿印，舌下静脉增粗，苔薄腻，脉濡细。辨证：脾胃虚弱，胃络瘀阻，气机不和，运化失司。治法：调气活血，理气和中，清化瘀热。处方：

孩儿参 9g 白术 9g 丹参 9g 赤芍 9g 白芍 30g
 炙甘草 6g 山药 9g 香附 9g 苏梗 9g 玄胡 9g
 白花蛇舌草 30g 白英 15g 蛇果草 15g 徐长卿 15g
 香谷芽 9g 佛手片 6g 平地木 15g 广郁金

9g 14剂

水煎服，1日1剂，早晚分服。忌生冷、辛辣、油炸、海鲜。

二诊：6月16日。药后中脘疼痛有所好转，但仍感中脘饱胀，食后更甚，略有暖气、便溏。舌体胖，边有齿印，舌下静脉增粗，苔薄腻，脉濡细。证属脾运少健，气机少畅，胃失和降，瘀热交阻，再拟前法出入。处方：

孩儿参9g 白术9g 山药9g 赤白芍(各)9g 炙
甘草6g 丹参9g 八月札15g 苏梗9g 香附9g
徐长卿15g 白花蛇舌草30g 白英15g 蛇果草15g
防风炭9g 香谷芽9g 平地木15g 炮姜炭9g 广郁
金9g 14剂

三诊：7月6日。中脘胀满，略有暖气，便溏，胃纳稍增，进酸奶或米醋中脘稍舒。舌体胖，边有齿印，舌下静脉增粗，苔薄腻，脉濡细。证属脾胃气虚，运化失司，胃气不和，瘀热久留，再拟前法出入。上方加旋覆花(包煎)9g，枳壳9g，乌梅9g，减平地木、炮姜炭、广郁金，14剂。

四诊：7月15日。中脘胀满、暖气均有改善，便形不实，次减。舌体胖，边有齿印，舌下静脉增粗，苔薄腻，脉濡细。证属脾胃气虚，胃络瘀阻，气机失调。于6月16日方中加乌梅9g，减平地木、广郁金，14剂。

随访：经中药前后数月治疗，症状逐渐得到改善，先是疼痛缓解，继之胀满、暖气、便溏等症相继减轻。2004年10月26日复查胃镜：萎缩性胃炎；活检病理：萎缩性胃炎(中度)伴重度肠化(中度异型增生消失)。

案五 钱某，男，43岁。1990年8月4日初诊。

中脘反复隐痛，食后更剧半年。患者有胃病史20余年，近半年来中脘反复隐痛、胀满，进食后更剧，纳少，体重减轻，曾服三九胃泰、枸橼酸铋钾(德诺)等药物，未见改善。检查：面色少华，中上腹轻压痛。1990年6月15日某医院胃镜示：慢性萎缩性胃炎；病理：重度萎缩性胃炎，重度肠腺化生，中度不典型增生。胃液分析：正常范围。诊断为重度萎缩性胃炎，重度肠腺化生，中度不典型增生。舌质暗红，舌根黄腻，舌下静脉瘀紫，脉细弦。辨证：肝胃不和，湿热中阻，脾运少健，胃络瘀阻。治法：调气活血，和胃



安中，清化湿热。处方：

炒白术 9g 柴胡 9g 黄芩 9g 赤芍 (各) 9g 丹
参 9g 陈佩梗 9g 炙玄胡 9g 九香虫 6g 刺猬皮 9g
徐长卿 15g 平地木 15g 八月扎 12g 白花蛇舌草 30g
白英 15g 香谷芽 12g 7剂

随访：患者因胃脘疼痛入院，经中药治疗，脘痛明显好转，胃纳亦增，苔腻已化，继以上方去陈佩梗、刺猬皮，加入太子参、山药，续服14剂，病情好转而出院。门诊随访，仍以调气活血法巩固治疗，后又服用成药（萎胃安冲剂、血竭粉胶囊），持续治疗10月余，病情稳定，便溏亦瘥，体重增加4公斤，症状无反复。1991年7月16日，某医院复查胃镜：胃窦炎（轻度）；病理：萎缩性胃炎（轻、中度），中度肠化（无不典型增生）。随访至今，病情稳定。



释疑解惑

问：治疗慢性萎缩性胃炎，如何辨证、辨病相结合？

答：慢性萎缩性胃炎，病程长，病机以脾胃虚弱，胃络瘀阻，气机失调为主，所以立调气活血，清热理气的治疗原则。《杂病源流犀烛》曰：“胃病，邪干胃脘病也……唯肝气相乘为尤甚，以木性暴且正克也。”从案三病例临床表现的脘痛、胀满、口苦、噯气等症状分析，均属肝胆郁热犯胃，久痛入络之证，故取四逆散合旋覆代赭汤疏肝和胃，升降并调，再增入黄芩、赤芍、平地木、白花蛇舌草清热消肿，活血化瘀。尝见《本草纲目拾遗》载铁树叶有“平肝，统治一切肝气痛”的功能，因默志之，并常采用以配芍药、甘草，治肝气相乘而引起的胃脘疼痛，颇获灵验。赵氏之说，洵不诬也。案四病例血瘀证候明显，舌暗、边有瘀点、舌下静脉曲张，用药以活血药丹参、赤芍等贯穿全程，再辅以对症处理的药物组合，先后使痞满、嘈杂、噯气等症状均得到改善。坚持服药半年左右，复查胃镜，胃黏膜腺体萎缩已被逆转，肠化生亦已消失，取得较好的疗效。案五病例属胃癌前期病变，属难治病症，因防其癌变，必须边治疗边随访，调气活血、清化瘀热的治疗贯穿始终，同时用芍药、甘草缓急止痛，酸甘化阴缓解症状。清化瘀热以养胃生

肌，使异型增生的病理改变得到逆转，是中药治疗癌前期病变的有效案例，但还需继续巩固治疗。叶天士《临证指南医案·胃脘痛》载：“初病在经，久痛入络，以经主气，络主血，则可知其治气治血之当也……辛香理气，辛柔和血之法，实为对待必然之理。”大多治胃之法责之于气，而久病毋忘从血辨治，方中用丹参、赤芍、血竭活血和营，丹参一味功同四物，配血竭、赤芍更倍活血之功。血竭甘，性平，具活血化瘀、消肿止痛之能；赤芍凉血活血、和营通络，血流通畅使热无所依，又能改善胃黏膜血流，促使胃黏膜腺体修复。由于慢性萎缩性胃炎病程较长，每多从浅表性胃炎发展而成，气滞热郁日久，导致络脉损伤，加之病情迁延，戕伤中气，气血俱累，煦濡不周，逐渐引起胃黏膜腺体萎缩；瘀热郁久还可导致肠化及不典型增生的病理改变。临床体会，以白花蛇舌草、白英、菝葜清瘀热、消痈肿、祛热毒，对逆转肠化、不典型增生，确有实效。

案六 周某，女，38岁。1991年5月21日初诊。

胃脘胀满伴嗳气、嘈杂2年。萎缩性胃炎病史2年，反复中脘胀满，食后更甚，嗳气无泛酸，嘈杂便溏，口干引饮。胃镜示：浅表性胃炎；HP快速试验（+）。病理示：中度萎缩性胃炎，重度肠化。HP涂片（+），幽门螺杆菌血清抗HP抗体（+）。诊断为慢性萎缩性胃炎伴重度肠化生。舌质红少润，苔少，脉细。辨证：肝胃不和，气滞热郁，脾气虚弱，胃阴受烁。治法：调肝和胃，理气清热，益阴健脾。处方：

川石斛 9g 炒山药 9g 香扁豆 9g 炒白术 9g 赤白
芍（各） 9g 水炙甘草 3g 连翘 9g 黄芩 9g 八月
札 15g 玉蝴蝶 5g 炒枳壳 9g 徐长卿 15g 白花蛇
舌草 30g 白英 15g 香谷芽 12g 30剂

二诊：7月24日。胃脘胀满稍减，嗳气，嘈杂，便形不实，胃纳较馨。舌红润，苔薄黄，脉细。再拟前法加减。上方去白术、枳壳，加旋覆花 9g，代赭石 30g，荷叶炭 9g，30剂。保和片，每次3片，每日3次。

随访：患者服药3月余，临床症状消失，体重略增，大便尚调，于9月初复查胃镜示：胃窦炎，萎缩性胃炎；HP快速试验（-）。病理示：轻度萎



缩性胃炎。HP 涂片 (-)，血清抗 HP 抗体 (-)。疗效显著，继续巩固治疗数月，嘱注意饮食调摄。



释疑解惑

问：慢性胃炎伴幽门螺杆菌感染中药如何治疗？

答：幽门螺杆菌 (HP) 感染与慢性胃炎的发病密切相关。治疗应立足于清热理气，疏调肝胃，健脾养阴，不仅使脾胃功能得到协调恢复，同时具有清除幽门螺杆菌的作用。方中黄芩、甘草、旋覆花经动物实验证实对 HP 有体外抑制作用；案六，治疗前 HP 检查均为阳性，经治疗数月后，不仅临床症状明显改善，复查 HP 涂片、培养及血清 HP 抗体，均已转阴。可见，清除 HP 是控制胃黏膜炎症活动，使腺体恢复、肠化逆转的重要环节，也为运用中药清除 HP 的进一步研究，开拓了思路。

案七 孙某，男，33 岁。2005 年 6 月 2 日初诊。

中脘及胸骨后灼热疼痛 2 月余，暖气泛酸，有时嘈杂。2005 年 5 月 20 日胃镜检查示：反流性食管炎 (A 级)，慢性浅表性胃炎伴胆汁反流，HP (-)；5 月 23 日病理示：慢性浅表性胃炎。诊断为反流性食管炎，胆汁反流性胃炎。舌红，苔黄，脉弦。辨证：肝胆疏泄失司，郁热犯胃，胃失和降。治法：清热理气，和胃降逆。处方：

旋覆花 (包煎) 9g 代赭石 (先煎) 30g 炒黄芩 9g
制半夏 9g 连翘 9g 芙蓉叶 9g 知母 9g 赤白芍
(各) 9g 炙甘草 6g 乌贼骨 (先煎) 20g 煅瓦楞
(先煎) 15g 白螺蛳壳 (先煎) 9g 香橼皮 9g 铁树
叶 15g 白花蛇舌草 30g 香谷芽 9g 7 剂

水煎服，每日 1 剂，早晚分服。忌辛辣、甜食，戒酒。

二诊：7 月 20 日。服上药后，胸骨后灼热疼痛、泛酸、暖气略减。舌红，苔黄，脉弦。证属肝胆失疏，胃经蕴热，气机壅滞，升降失司。再治以清热理气，和胃降逆止酸。上方去芙蓉叶、煅瓦楞，加象贝 9g，枳壳 9g，广郁金 9g，14 剂。

三诊：8月27日。服上药后诸症均好转，有时仍感嘈杂，泛酸明显减少，口干引饮。舌红少润，苔黄，脉弦。胃酸得制，胃气稍和，郁热内留，阴液受烁，治拟上法，兼佐健脾养阴生津。处方：

炒白术9g 山药9g 扁豆9g 川石斛15g 炒黄芩9g
旋覆花（包煎）9g 代赭石（先煎）30g 连翘9g 知母9g
赤白芍（各）9g 炙甘草6g 乌贼骨20g 象贝9g
香附9g 铁树叶15g 白花蛇舌草30g 香谷芽9g 14剂

随访：患者反流性食管炎、胆汁反流性胃炎，经中药治疗后病情渐见减轻，尤其中脘灼热、嘈杂、嗳气等症，改善明显。继续服药治疗，后又改用清胃冲剂（本院自制制剂）治疗，予以巩固。随访3月余，病情好转，长期服用“清胃冲剂”清热、理气、降逆和胃，因病情稳定，患者推迟胃镜检查。



释疑解惑

问：胆汁反流性胃炎中医辨证中肝胆与胃的关系是什么？

答：胃居中焦，与脾以膜相连。脾气宜升，胃气宜降，脾性喜燥，胃性喜润，二者相辅相成，犹如称物之“衡”。平则不病，不病则平。不平之病机，主要是升降的失调，燥润的不适。然需指出脾胃升降的生理活动，全赖肝胆的疏泄功能。肝胆疏泄失司，木郁化热，郁热犯胃，胃酸内扰，兼有食滞、湿热，均会导致胃气上逆，出现烧心、嘈杂等症，治疗宜顺脾胃之生理，从气滞热郁辨治，以降逆和胃为主，佐以疏肝利胆，宜旋覆代赭汤加味。据临床体会，酸多往往主热，泛吐清水往往主寒，胃镜所见胆汁反流入胃，久则损伤黏膜，导致炎症加重，黄稠的胆汁亦属热象。治疗重在清热、制酸。案七方中旋覆花、代赭石降胃气；黄芩、连翘、知母、铁树叶、白花蛇舌草清郁热；香附、广郁金、赤白芍疏肝胆；乌贼骨、象贝、白螺蛳壳制胃酸。诸药相合，共奏其效，同修其功。

案八 赵某，女，55岁。1972年1月18日初诊。

胃癌术后年余，胃痛，纳差，时见黑便。1970年11月16日因持续胃痛



伴频繁呕吐2天，赴某医院急诊，拟诊“溃疡病合并幽门梗阻，胃癌待排除”收住入院，经胃镜检查确诊为“胃癌合并幽门梗阻”，转外科手术。术中见肿瘤已无法切除，术后右上腹持续疼痛，并经常出现黑便。近来病情加重，胃脘疼痛，引及胁肋，纳呆寐差。检查：面色苍白，形瘦神萎，行走需人扶持，中上腹有压痛。诊断为胃癌合并幽门梗阻。舌苔花剥，脉细弦。辨证：胃部癥积，虽做手术，但瘤体未除，气阴匮乏，脉络瘀滞。治法：益阴和胃，清热消积。处方：

北沙参9g 川石斛12g 孩儿参9g 炒山药9g 旋覆花(包煎)9g 枸橼叶9g 广郁金9g 川楝子9g 炙玄胡9g 白英15g 龙葵15g 蛇果草15g 夜交藤30g 生牡蛎(先煎)30g 香谷芽12g

二诊：2月23日。服上方30余剂，精神稍振，脘痛转轻已能独自行走，唯心悸寐差。舌苔花剥，脉细。药证尚合，再宗原旨，佐以养心定悸。处方：

北沙参15g 川石斛12g 孩儿参9g 炒山药9g 旋覆花(包煎)9g 枸橼叶9g 川楝子9g 炙玄胡9g 蛇果草15g 夜交藤30g 淮小麦15g 生牡蛎(先煎)30g 茶树根15g 白花蛇舌草30g 香谷芽12g

三诊：11月23日。服中药历时10个月，寐食均佳，脘痛大减。苔薄，脉细。病情已有起色，效不更法。处方：

孩儿参12g 川石斛12g 炒山药9g 生米仁30g 炒川断15g 女贞子9g 炙远志45g 茶树根15g 淮小麦30g 香谷芽12g 铁树叶15g 白英15g 龙葵15g 桑寄生15g 白花蛇舌草30g

随访：患者坚持服药2年，气阴得复，诸症均平，形体渐佳，乃间断服药调治。十余年多次随访，病情稳定。

案九 侯某，男，54岁。2001年10月19日初诊。

胃癌术后1月余，第一次化疗结束。现感胃脘胀满，纳食不馨，时有暖气，动则汗出，畏寒，口干，神疲乏力。检查：面色萎黄，形体偏瘦。无特

殊不良嗜好及过敏史，无相关疾病家族史，否认家族性遗传性疾病史。诊断为胃癌术后，化疗中。舌淡红，舌根苔薄黄腻，前半少苔，脉细弱。辨证：术后脾胃气虚，营阴不足。治法：健脾和胃，调气养营，兼清瘀热。处方：

太子参 9g 川石斛 9g 炒白芍 9g 炙甘草 3g 制黄
精 9g 灵芝草 9g 制香附 9g 广郁金 9g 地枯姜 15g
佛手片 5g 香扁豆 9g 怀山药 9g 白英 15g 蛇果草
15g 白花蛇舌草 30g 香谷芽 12g 猪殃殃 30g 稽
豆衣 15g 14 剂

饮食宜清淡、易消化，适当活动。

二诊：11月2日。化疗之后仍有泛恶，甚至呕吐，纳后腕部胀满，神疲乏力，口干，夜寐尚安。苔薄腻，脉濡细。化验：白细胞 $3.7 \times 10^9/L$ ，血小板 $110 \times 10^9/L$ ；肝功能：丙氨酸氨基转移酶 80U/L，门冬氨酸氨基转移酶 69U/L。胃癌术后癥积虽去，但正气受损，脾胃不足，热毒未净，加之化疗对人体的损害，故使脾胃愈加虚弱，肝气失于疏泄。治拟健脾和胃，疏肝清热。处方：

炒白术 9g 杭白芍 9g 炙甘草 3g 连翘 30g 炒黄芩
9g 浮枝莲 15g 八月札 30g 制香附 9g 广郁金 9g
川石斛 9g 制黄精 9g 灵芝草 9g 白英 15g 蛇果草
15g 白花蛇舌草 30g 怀山药 9g 香扁豆 9g 猪殃
殃 30g 香谷芽 12g 14 剂

三诊：11月16日。胃纳尚馨，多纳胃部略感疼痛，呕吐酸苦，胃脘灼热。苔黄腻，脉细。化验：白细胞 $4.9 \times 10^9/L$ ；肝功能：丙氨酸氨基转移酶 30U/L，门冬氨酸氨基转移酶 46U/L。胃癌术后，脾胃虚弱，湿热交阻，胃失和降，治拟健脾和中，清热化湿。处方：

生白术 9g 炒白芍 9g 炙甘草 3g 川石斛 9g 炒黄
芩 9g 制香附 9g 广郁金 9g 制半夏 5g 炒陈皮 5g
炒竹茹 5g 炒枳壳 5g 佛手片 5g 猪殃殃 30g 制黄
精 9g 灵芝草 9g 白英 15g 蛇果草 15g 香谷芽 12g
白花蛇舌草 30g 八月札 30g 14 剂

四诊：2002年3月29日。上药加减服用至化疗全部结束。症见头晕，



伴有疼痛，胃纳少馨，动则气短心慌，胃脘时感嘈杂。舌胖，苔薄腻，脉细弱。化疗之后，脾胃受损，气血生化乏源，脾运失健，湿热内生，与瘀热交阻，治拟益气血，和脾胃，佐以清热祛瘀。处方：

太子参9g 生白术9g 炒白芍9g 生甘草3g 猪殃殃30g
 川石斛9g 制黄精9g 灵芝草9g 八月札30g
 凤凰衣9g 香扁豆9g 怀山药9g 明天麻9g
 制香附9g 广郁金9g 白英15g 蛇果草15g 香谷芽12g
 白花蛇舌草30g 制首乌9g 14剂

随访：患者坚持服药2年余，气血得复，诸症均平，形体渐丰，仍间断服药调治，随访3年，病情稳定。

案十 朱某，男，59岁。1989年8月2日初诊。

胃窦部肿瘤术后月余，化疗1个疗程后，患者因反复泛酸、暖气不解，胃脘部饱胀，伴恶心呕吐而行胃镜检查，提示胃窦部近幽门处肿瘤。予胃大部切除（毕Ⅱ式），术中见胃窦部小弯处肿块3cm×2.5cm×2cm。病理提示：腺癌，小网膜及腹主动脉旁淋巴结转移性癌。术后给予阿霉素、丝裂霉素、5-氟尿嘧啶等化疗。目前神疲乏力，偶有恶心，纳差，夜寐少安，梦扰纷纭。诊断为胃癌术后，化疗中。舌苔薄黄，质红，脉细弦。辨证：脾运不健，心神少安。治法：健脾调中，佐以安神。处方：

炒白术9g 赤白芍（各）9g 水炙甘草3g 八月札15g
 麦冬藤30g 炒枣仁9g 抱茯神9g 香谷芽12g
 炒桑枝15g 炒牛膝9g 炒山药9g 水线草30g 14剂

水煎服，每日1剂，早晚分服。

二诊：10月20日。中药服用至今，按计划定期化疗中。略有泛恶，心悸，乏力，夜寐少安。苔薄，质红，脉细弦。证属气阴不足，胃气失和，治拟益气阴佐以和胃。处方：

孩儿参9g 川石斛9g 赤白芍（各）9g 水炙甘草3g
 制黄精9g 猪殃殃30g 水炙远志3g 淮小麦30g

夏交藤 30g 山药 9g 生米仁 15g 连翘 9g 佛手片
6g 香谷芽 12g 炒陈皮 6g 炒竹茹 6g 干芦根
15g 14剂

三诊：1990年6月19日。胃癌术后，病情尚稳定，定期化疗顺利。目前自觉头晕乏力，下肢酸软，时有衄血，腹中隐隐不适。苔薄黄，质红，脉细弦。再予益气养阴，健运安中。处方：

炒白术 9g 赤白芍（各）9g 丹参 9g 仙鹤草 30g
枸杞子 9g 制黄精 9g 灵芝 5g 珍珠母 30g 香扁豆
9g 炒川断 15g 制香附 9g 水炙甘草 3g 炒楂曲
（各）9g 香谷芽 12g 夏交藤 30g

随访：本例胃癌患者有淋巴转移，手术后按常规进行化疗。通过中药的配合治疗，化疗顺利完成，病情控制较好，术后较快参加工作。术后一直中药治疗，随访4年，一切正常。



释疑解惑

问：上述胃癌术后是如何辨证施治的？

答：案八胃癌姑息术后，癌体内存，隐害未除，辨证属“癥积”范畴。此时气阴亏虚，瘀热蕴结，正虚邪盛，攻补两难。三棱、莪术之攻克，水蛭、虻虫之破逐，弱质岂受戕伐；黄芪、党参之温补，枸杞、熟地之滋养，纳呆亦应审慎。进退维谷，用药棘手，爰从健脾和胃，清热散结着手，用药轻灵，清、补、消、化并进，随证加减，缓图功效，得以带瘤存活十余年。案九患者为胃癌术后，癥积已去，但正气受损，脾胃不足，运化失司，气机不利，故神疲乏力，中脘胀满，辨证属“痞满”，加之化疗对人体的损害，使营阴愈加不足，脾胃愈加虚弱，致胃失和降，肝失疏泄，湿热中阻，而出现泛恶、纳差、脘部胀满、神疲。当治以健脾和胃，疏肝清热。方中白术、怀山药、香扁豆健脾益气，白术兼有燥湿之功，与脾喜燥恶湿相合，为补脾要药；制黄精配灵芝补中疗虚；制半夏、陈皮、竹茹和胃降逆兼化湿浊；黄芩、连翘、半枝莲、白花蛇舌草、蛇果草、蜀羊泉清热解毒而散瘀结，以防烟火未熄，宿疾复发；枳壳、佛手、香附、郁金、八月札疏肝理气；太



子参其味甘性平入脾经，乃补气药中轻补之品，健脾运而不燥热，益胃阴而不滋腻，对脾胃虚弱而不受峻补者较为适宜。概而论之，术后宜扶正为主，调理脾胃，祛邪为辅，清化瘀热，用药宜轻灵，清、消、补、化并进，随证加减，缓图功效。案十患者肿瘤术后，气阴亏虚，辨证属“虚劳”范畴，瘀热未清，加之化疗所伤，则气阴更伤，脾胃运化受累，因此，健脾和胃尤其重要，特别胃大部切除术后，保护胃气更为重要。有一分胃气就有一分生机，胃气一败，药食难进，治疗十分棘手，所以选药亦当审慎。本例始终注意固护胃气，配合益气养阴，宁心安神等治疗，疗效较为满意。

案十一 张某，男，66岁。1991年7月7日初诊。

两个月来反复腹泻，腹痛，大便日行3~4次，呈血性黏冻，神疲乏力，曾服抗生素治疗，症状仍有反复。检查大便常规：红细胞3~5/HP，黏冻(++)，大便培养(-)。纤维肠镜示：溃疡性直肠炎。诊断为溃疡性直肠炎。舌根黄腻，脉细。辨证：湿热蕴阻大肠，络脉受损，胃肠气机不和，运化失司。治法：清热化湿，健脾助运。处方：

炒白术 9g 赤白芍 (各) 9g 水炙甘草 3g 蚂蚁草
30g 马齿苋 15g 秦苍炭 9g 银花炭 9g 仙鹤草 30g
侧柏叶 15g 煨木香 9g 大腹皮 9g 炒楂曲 (各) 9g
香谷芽 12g 7剂

二诊：7月14日。大便日行1~2次，便形较结，脓血、黏冻已消失，小腹有时隐痛，精神疲乏。脉细，苔薄腻。再拟前法加减。处方：

太子参 9g 炒白术 9g 炒山药 9g 建莲肉 9g 蚂蚁
草 30g 马齿苋 15g 秦苍炭 9g 仙鹤草 15g 炒枳壳
9g 地榆炭 9g 台乌药 9g 煨木香 9g 香谷芽
12g 7剂

随访：药后腹泻已止，脓血、黏冻便消失，坚持服药。1个月后处方以益气健脾，清肠泄热为主，去除止血之品，病情稳定。经中药治疗3月余，大便次减，黏冻血便已消失。4月份经肠镜复查，溃疡愈合，疗效显著，停

服西药。随访1年，未见复发。

案十二 周某，男，49岁。2004年2月15日初诊。

腹痛、大便伴有黏冻脓血半月。患者有溃疡性结肠炎病史2年（肠镜证实），中西药治疗后病情稳定。近半月来症状又见反复，大便日行3~4次，里急后重，大便伴有黏冻脓血，左下腹部隐痛，乏力。2004年2月3日肠镜检查示：溃疡性直乙结肠炎。病理示：（乙状结肠）黏膜急慢性炎症伴隐窝脓肿形成，结合临床，符合溃疡性结肠炎改变；（直肠）黏膜慢性炎症伴间质纤维组织增生。嗜烟十余年。无过敏史，无相关疾病家族史，否认家族性遗传性疾病史。诊断为溃疡性结肠炎、直肠炎。舌胖，色淡红，苔薄黄腻，脉濡细。辨证：脾气虚弱，运化不健，肠道湿热内蕴，清化失司。治法：健脾助运，清化肠道湿热。处方：

炒白术 9g 黄芩炭 9g 山药 9g 苍术梗（各） 9g
蚂蚁草 30g 马齿苋 9g 白头翁 9g 煨葛根 9g 广木
香 9g 仙鹤草 15g 槐花炭 15g 防风炭 9g 大腹皮
9g 香谷芽 9g 7剂

水煎服，每日1剂。饮食清淡，忌油腻生冷。

二诊：2月22日。药后大便次减，日行2~3次，黏冻血便减少，仍感腹部隐痛，舌胖淡红，苔薄黄腻，脉濡细。脾运少健，湿热内蕴，胃肠气机不和，大肠传导失司。再拟前法兼以缓急止痛。处方：

炒白术 9g 黄芩炭 9g 山药 9g 苍术梗（各） 9g
白芍 30g 炙甘草 6g 陈皮 6g 防风炭 9g 蚂蚁草
30g 马齿苋 15g 白头翁 9g 银花炭 9g 广木香 9g
槐花炭 15g 大腹皮 9g 香谷芽 9g 焦楂炭
15g 7剂

三诊：3月1日。大便日行1~2次，黏冻脓血明显减少，腹痛较缓，舌脉如前。脾肾两虚，胃肠运化失司，兼有湿热阻于肠间。治以益脾肾，化湿热，助运化。处方：

炒白术 9g 山药 9g 补骨脂 9g 黄芩 9g 苍术 9g



白芍 15g 炙甘草 6g 防风炭 9g 炮姜炭 9g 蚂蚁草
15g 白及片 9g 五倍子 9g 广木香 9g 大腹皮 9g
香谷芽 9g 马齿苋 15g 14 剂

四诊：3月16日。服上药后病情明显改善。精神尚佳，大便次减，便形较结。舌胖淡红，苔薄，脉濡细。处方：

炒白术 9g 山药 9g 补骨脂 9g 黄芩 9g 白芍 15g
炙甘草 6g 防风炭 9g 蚂蚁草 15g 马齿苋 15g 五
倍子 9g 白及片 9g 大腹皮 9g 广木香 9g 香谷芽
9g 孩儿参 15g 30 剂

五诊：4月16日。服上药后，病情稳定，大便基本成形，腹痛已缓解。舌胖，苔薄净，脉濡细。4月15日复查纤维肠镜示：慢性直肠炎。脾肾两虚，湿热兼化，治拟补益脾肾为主。处方：

孩儿参 15g 白术 9g 山药 9g 扁豆 9g 建莲肉 9g
白芍 15g 陈皮 6g 防风炭 9g 炮姜炭 9g 补骨脂 9g
五倍子 9g 广木香 9g 香谷芽 9g 大腹皮 9g 14 剂



释疑解惑

问：溃疡性直结肠炎中医如何辨治？

答：溃疡性直肠炎属非特异性炎性肠病，一般认为与自身免疫有关，其主要症状为腹泻伴有黏液脓血便，易反复发作。案十一中医辨证属“泄泻”、“下利”、“脏毒”范畴。其因乃脾胃虚弱，运化失司，水谷不化而为湿热夹滞交阻肠道，清浊不分，混杂而下，热灼络损而见黏液脓血便。故有言：“泄泻之本，无不由于脾胃”，“湿胜则濡泄”，“凡泄皆兼湿”。临床立健脾补土、益气助运为治泻之正法，选用太子参、白术、山药、扁豆、建莲肉等，补而不膩，助运化之能；因湿热蕴滞大肠，络脉受损，必用清肠泄热、凉血止痢之法，选用蚂蚁草、马齿苋、黄芩炭、银花炭、仙鹤草等，脾气健，湿热除，则腹泻次减，血便亦止，因是直肠溃疡所致，症状可见反复，必须服药久治，注意饮食调摄，予以巩固。案十二病位在大肠，与脾肾相关，中医辨证本虚标实，虚乃脾肾之虚弱，运化失健，传导失司所致，实乃兼有湿热

蕴于大肠。夹滞交阻肠道，清浊不分，混杂而下，热灼络损而见黏液脓血便。本病易于反复，或为情绪影响，或为饮食所伤，或为冷暖不适，病情缠绵，间歇发作的又称为“休息痢”。发作期以清肠泄热、化湿导滞为主，佐以健脾之品，脾运健则湿易化、热易清，故选用蚂蚁草、马齿苋、白头翁、黄芩炭、仙鹤草、槐花炭清肠泄热，凉血止痢；炒白术、怀山药健脾补土，益气助运；大腹皮、广木香理气以宽胀。当病情缓解，则侧重于健脾益肾予以巩固，故加用补骨脂、炮姜炭、太子参。因东垣有“中气不足溲便为之变”之论，《内经》有“肾主二便”之说，此乃治本之法。

案十三 陈某，男，52岁。1981年7月15日初诊。

黑苔1年反复不愈。有慢性肠麻痹史，平素习惯性便秘，1年来发现舌苔发黑，反复不愈，咽喉干燥。诊断为肠麻痹。舌苔黑腻，脉细弦。辨证：湿热阻遏，痹而不畅。治法：燥湿清热，疏通腑气。处方：

苍白术（各）9g 炒黄芩9g 陈佩梗9g 炒黄柏9g
全瓜蒌（打碎）30g 望江南9g 生米仁9g 连翘9g
银花藤30g 野荞麦根30g 香谷芽12g 甘露消毒丹
（包煎）9g 12剂

二诊：7月28日。黑苔已见减退，舌质红，咽干，脉细弦。仍拟清化湿热，佐以养阴生津。处方：

苍白术（各）9g 炒黄芩9g 陈佩梗9g 炒黄柏9g
知母5g 全瓜蒌（打碎）30g 望江南9g 赤芍15g
连翘9g 银花藤30g 野荞麦根30g 川石斛9g 干
芦根30g 香谷芽12g 甘露消毒丹（包煎）9g 6剂

三诊：8月4日。黑苔化而未尽，痰稠而燥，时有暖气，脉细弦，治守上法。上方去佩梗、望江南，加旋覆花（包煎）9g，代赭石（先煎）15g，7剂。

四诊：8月11日。黑苔虽减，尚未化尽，暖气已缓，脉虚弦。仍守前法，兼以引火归元。处方：

苍术5g 白术9g 玄参9g 知母9g 黄柏9g 连翘



9g 银花藤 30g 旋覆花 (包煎) 9g 代赭石 (先煎)
 15g 香谷芽 12g 全瓜蒌 (打碎) 30g 望江南 9g 炒
 赤芍 15g 川石斛 9g 附桂八味丸 (包煎) 5g 14 剂

五诊：9月15日。黑苔已化，舌质带红，脉虚弦。前法加减。处方：

生白术 9g 玄参 9g 川石斛 9g 知柏 (各) 9g 赤
 白芍 (各) 9g 银翘 (各) 9g 全瓜蒌 (打碎) 30g
 望江南 9g 旋覆花 (包煎) 9g 代赭石 (先煎) 15g
 怀牛膝 9g 香谷芽 12g 附桂八味丸 (包煎) 9g 麻仁
 丸 (吞服) 9g

随访：以后病情一直平稳，随访数月，未见反复。



释疑解惑

问：习惯性便秘伴黑苔一案是如何辨证论治的？

答：黑苔满布而舌质红，口咽干，此由湿热阻遏所致。湿愈困遏，热愈炽盛，进而津液暗耗，腑气不行。故治拟先投燥湿，冀湿遏或有化解。二诊起再佐养阴生津，以黄芩、佩梗与石斛、芦根为伍，进一步苍术配玄参共进。并由咽干、舌红、脉来虚弦，可知热由肾虚，相火上炎所致，故以附桂八味丸引火归元，且自始至终保持便行通畅。六腑以通为用，湿热难留，病情渐渐趋愈，后期湿邪渐蠲，乃渐撤燥湿之品，以免耗损真阴。

五、肝胆病

案一 陈某，男，57岁，印尼华人。1993年9月29日初诊。

有肝硬化病史多年。身目俱黄，形瘦，神疲，胃脘作胀，暖气，夜寐不安，肤痒。诊断为肝硬化。舌胖，舌下静脉瘀紫，苔黄腻，脉细弦数。辨证：脾胃虚弱，肝胆湿热内蕴。治法：治拟健脾化湿，调气和中，佐以养血安神。处方：

炒白术 10g 苏梗 5g 炙香附 10g 八月札 15g 首陈

30g 鸡骨草 15g 炒枣仁 6g 藜蘆藤 30g 抱茯神
10g 合欢皮 10g 炒枳壳 10g 白花蛇舌草 30g 青
龙齿 (先煎) 30g 制半夏 5g 玉蝴蝶 5g 徐长卿 15g
北秫米 (包煎) 10g 7剂

水煎服，每日1剂，早晚分服。

二诊：10月9日。黄疸略见减轻，肤痒，小便色深，头胀，纳谷尚佳，两胁时感刺痛，夜寐已安。舌胖，舌下静脉瘀紫，脉弦带数，苔黄腻。证属脾胃尚调，湿热未尽。拟调肝理气、清化湿热。处方：

茵陈 30g 金钱草 30g 荷包草 15g 岩柏 15g 广郁
金 10g 炙玄胡 10g 八月札 10g 生米仁 30g 佛手
5g 炒枳壳 10g 玉蝴蝶 5g 鸡骨草 15g 炒楂曲
(各) 10g 香谷芽 12g 半枝莲 15g 白花蛇舌草
30g 21剂

三诊：10月30日。黄疸已退，肤痒减，小便色淡，纳谷近来少馨，时有暖气。舌胖，舌下静脉瘀紫，脉细弦，苔黄腻少润。治守前法。处方：

茵陈 30g 金钱草 30g 黄柏 15g 川石斛 10g 黄芩
10g 广郁金 10g 炒白术 10g 炒白芍 10g 鸡骨草
30g 田基黄 15g 炒楂曲 (各) 10g 玉蝴蝶 6g 连
翘 30g 香谷芽 12g 佛手 5g 半枝莲 15g 白花蛇舌
草 30g 7剂

四诊：1994年4月5日。黄疸消退，药后精神睡眠均佳。舌胖，舌下静脉瘀紫，苔黄腻，脉濡细。B超示：慢性肝病，早期肝硬化；慢性胆囊炎；脾未见异常；腹膜后淋巴结肿大1个。处方：

茵陈 30g 连翘 30g 金钱草 30g 炒白术 10g 炒黄
芩 10g 广郁金 10g 赤白芍 (各) 10g 枸杞子 10g
岗稔根 30g 鸡骨草 30g 田基黄 15g 八月札 30g
炒楂曲 (各) 9g 炙鳖甲 15g 半枝莲 15g 白花蛇舌
草 30g 香谷芽 12g 14剂

五诊：8月18日。患者病情平稳，黄疸未见反复。舌脉如前。治守前



法。处方：

柴胡 50g 黄芩 100g 平地木 100g 六月雪 100g 菴
 巴草 100g 八月札 100g 广郁金 100g 赤白芍 (各)
 100g 炙鳖甲 150g 炒白术 100g 枸杞子 100g 炒
 楂曲 (各) 100g 陈皮 50g

上药研细末。用茵陈 150g, 岗稔根 150g, 半枝莲 150g, 金钱草 100g, 田
 基黄 150g, 白花蛇舌草 300g, 煎水泛丸, 每次 3g, 每日 3 次, 温开水送服。

随访：患者间断服用中药, 随访数年, 病情稳定。

案二 薛某, 男, 24 岁。1981 年 2 月 9 日初诊。

脘腹胀满, 黄疸进行性加深半个月。慢性肝炎, 肝硬化病史多年。近半
 月来出现腹水, 黄疸进行性加深, 腹部胀满, 进一步出现肝性脑病而入院,
 经抢救, 现神志虽清, 面目身黄, 脘腹胀满疼痛, 小溲不利, 腹部膨隆, 形
 体消瘦, 口唇干燥。检查：巩膜肌肤黄染, 腹部膨满, 有移动性浊音。诊断
 为肝硬化腹水、黄疸、脾亢。舌质红, 苔黄, 脉弦数。辨证：肝经湿热壅阻,
 气机失调, 疏泄失司。治法：清肝泄热, 理气行水。处方：

茵陈 15g 金钱草 30g 鸡骨草 30g 炒赤芍 15g 炒
 丹皮 9g 大腹皮 9g 炒枳壳 9g 赤猪苓 (各) 9g
 广郁金 9g 炙远志 5g 八月札 15g 腹水草
 15g 10 剂

另, 陈葫芦 30g, 陈麦柴 30g, 冬瓜皮 15g, 三味煎汤代水以煎药。

二诊：2 月 19 日。黄疸未见加深, 左肋疼痛, 面色晦暗, 腹胀溲少, 大
 便泄泻稀水, 脉细滑数, 苔薄黄腻。肝肾阴虚, 三焦气化失调。仍治以清泄
 调肝而化水湿。处方：

茵陈 30g 金钱草 30g 海金沙藤 30g 八月札 15g
 生牡蛎 (先煎) 30g 广郁金 9g 平地木 15g 大腹皮
 9g 广木香 9g 生白术 9g 赤猪苓 (各) 9g 泽泻
 15g 炒楂曲 (各) 9g 香谷芽 12g 20 剂

另, 陈葫芦 30g, 陈麦柴 30g, 萱草根 30g, 三味煎汤代水以煎药。

三诊：3月12日。神志尚清，鼻衄较少，但黄疸未见减退，萎靡无力，上肢震颤，腹胀膨满，两肋隐痛，溲便均少。苔黄腻，边红，脉弦滑数。证属湿热熏蒸，肝胆络脉瘀滞，三焦气化不利，正虚邪实。治以清泄湿热，利水退黄，仍防昏迷之变。处方：

茵陈 30g 金钱草 30g 八月札 15g 炒赤芍 15g 炒
丹皮 9g 赤猪苓（各）9g 葶苈子 9g 大腹皮子
（各）9g 广木香 9g 广郁金 9g 炒黄芩 9g 水炙远
志 3g 泽泻 15g 干荷叶 9g 生蒲黄（包煎）9g 律
矾丸（包煎）9g 牛黄清心丸（吞服）1粒 7剂

另，陈葫芦 30g，陈麦柴 30g，半枝莲 15g，三味煎汤代水以煎药。

随访：住院治疗1月余，病情有所改善，神志清晰，黄疸、腹水有所改善，但尚未稳定，3月下旬自动出院。



释疑解惑

问：肝硬化中医如何辨证用药？

答：鼓胀属中医内科“风、癆、鼓、膈”四大难治痼疾之一。此时湿、热、毒、气、血、水胶结在一起，而肝、脾、肾俱损。本虚标实，症情错杂。治疗时宜参照病因，结合症情、病程以及体质之迥异而分别对待之。伴黄疸者是以目黄、身黄、小溲黄为主要症状的一种病证。《素问·平人氣象论》中指出“目黄者，曰黄疸”；到元代罗天益根据黄疸的性质分为阳黄和阴黄两类，使临床辨证由繁而简，至今仍被广泛采用。案一病例主要由于脾胃虚弱，湿热中阻，影响肝胆疏泄而致黄疸，先以健脾和中、化湿治法为主，进而治以调肝利胆、清化湿热，取得了良好的疗效。案二已是肝脏损害之晚期，随时有生命危险，从理气行水化瘀解毒着手，使病情暂时获得缓解，尚须修身养性，注意生活宜忌，或可带病延年。



六、脑病

案一 章某，女，72岁。1991年6月10日初诊。

突然昏倒，进行性意识减退伴左侧肢体偏瘫。患者于4周前突然昏倒，随即神志转清，但左侧肢体不能运动。头颅CT检查示：右侧基底节血肿。给予脱水、止血等治疗，无改善，意识渐差，于5月12日局麻下行钻孔血肿引流，并多次以尿激酶冲洗。3天后患者神志转清。复查头颅CT示：颅内血肿已消失。6月4日头颅CT平扫示：右基底节血肿引流术后，血肿已消失，残留长条状低密度影，右基底节腔隙灶，脑室系统较扩大。但患者左侧肢体仍偏瘫，语言艰涩，喉痒痰稠，口干，二便尚调。检查：左上下肢肌张力减退，肌力0级，左Babinski征(+)。诊断为脑出血，右侧基底节血肿。舌质红而光，质胖，脉细弦而滑。辨证：高年气阴亏虚，风中经络，经气痹滞。治法：益气阴而和络脉，兼调营化痰。处方：

川石斛9g 孩儿参9g 赤白芍(各)9g 炒桑枝15g
路路通9g 广郁金9g 干菖蒲5g 水炙远志3g 茯
苓9g 山萸肉9g 炒牛膝9g 炙僵蚕9g 陈胆星3g
香谷芽12g 17剂

二诊：6月28日。左手指稍能活动，痰稠口干，大便干结，小溲频数，小腹坠胀。舌干质红，脉细弦带滑。前法加减。处方：

川石斛9g 孩儿参9g 南沙参9g 赤白芍(各)9g
水炙远志3g 广郁金9g 炙僵蚕9g 竹沥半夏9g
连翘9g 银花藤30g 台乌药9g 蒲公英30g 白茅
根30g 全瓜蒌(打碎)15g 望江南9g 炒桑枝15g
香谷芽12g 14剂

随访：服药月余，左侧肢体渐渐能活动，二诊时合并尿路感染。尿常规检查：白细胞(+++)，服药后亦逐渐好转，乃出院门诊继续治疗。

案二 张某，男，65岁。1980年8月16日初诊。

口眼歪斜，半身不遂，嗜睡3天。患者于8月13日清晨7点半突然呻吟，神清，但说话含糊，口齿不清，口角及双眼向右侧偏斜，左侧肢体瘫痪。既往有冠心病，高血压病史。现尚有身热，嗜睡昏沉，呼之能应，喉间痰鸣，呃逆频频，无二便失禁。检查：目及口均偏向右侧，伸舌不能，瞳孔等大，对光反射存在，左侧肢体瘫痪，肌力0~1级，双侧病理反射(+)，左侧明显。诊断为脑血管意外(脑出血)。苔干黄，质红短缩，脉濡滑，重按无力。辨证：风痰痹阻络脉，内蒙心神，虚气上逆。治法：扶正醒神而祛风痰。处方：

皮尾参(另煎代茶) 9g 鲜石斛 15g 南沙参 15g 干
菖蒲 5g 炙远志 5g 广郁金 9g 老竺黄 5g 陈胆星
3g 炒柿蒂 7枚 刀豆子(切碎) 9g 炙枇杷叶(包
煎) 9g 川贝粉(冲入) 5g 旋覆花(包煎) 9g 代
赭石(先煎) 30g 淡竹沥(冲入) 1支 生姜汁(冲
入) 2滴 12剂

二诊：8月28日。身热逐渐减退，神志尚清，对答切题，痰少略有咳呛，仍嗜睡，昨日大便溏泄3次，溲多。苔白腻较润，脉右细滑，左虚弦。证属风痰尚未尽撤，正气已见亏损，仍拟扶正固本而祛风痰。处方：

皮尾参(另煎代茶) 9g 鲜石斛 30g 南沙参 15g 干
菖蒲 5g 水炙远志 3g 广郁金 9g 老竺黄 5g 生白
术 9g 炒赤芍 15g 水炙银柴胡 6g 炒桑枝 12g 川
贝粉(冲入) 5g 炙枇杷叶(包煎) 9g 淡竹沥(冲
入) 1支 生姜汁(冲入) 2滴 钩藤(后下)
9g 6剂

三诊：9月4日。神志清晰，左侧肢体偏瘫，二便尚调。舌红苔黄，左脉弦滑，右脉濡。仍拟益气阴祛风痰，佐以平肝清热。处方：

皮尾参(另煎代茶) 9g 鲜石斛 30g 南沙参 15g 老
竺黄 5g 陈胆星 5g 干菖蒲 9g 广郁金 9g 炙远志
5g 川贝粉(冲入) 5g 生石决(先煎) 15g 钩藤



(后下) 9g 瓜蒌皮 9g 炒桑枝 12g 炒赤芍 15g 淡

竹汤 (冲入) 1支 生姜汁 (冲入) 2滴 12剂

随访：药后病情稳定，出院继续门诊治疗。



释疑解惑

问：中风如何辨证用药？

答：中风乃“身中阳气之变动”，因此病势急骤，治不及时，危在旦夕。然风阳升扰，每夹痰火以为之援，痰火壅塞，必致络隧瘀凝，于是舌强语蹇，喎僻不遂。初起宜参钩藤饮、涤痰汤及指迷茯苓丸等方意，先予平肝潜阳、化痰清热；待症稍缓解，则须活血和营，消除经隧之瘀，风阳息，痰火平，营血调，络脉通，则枯者荣，废者起，庶免后遗之患。治病重在辨证，但辨证当审主次，论治宜分先后，如能指挥若定，常可化险为夷。中风一病有中脏腑、中经络之分，其间神志不清与清是两者区别的分水岭。中脏腑者常伴有中经络，中经络者亦可转化为中脏腑。案一为邪中经络，虚实相兼，气阴亏损为虚，痰瘀交阻为实，高年体弱为本，经络痹阻为标。益气阴，化痰瘀，乃标本同治，虚实兼顾也。案二为中风急证，意识不清，当属中脏腑重症，首应化痰开窍以明心神，乃宗菖蒲郁金汤法为主加减。但舌干质红短缩，可知阴液已显亏枯，其时又忌滋腻，故急投皮尾参、石斛、南沙参之类清润以护阴固本。重病而兼见呃逆，是胃气已败，亦为凶险证候，配合柿蒂、刀豆子、旋覆代赭降逆止呃，全局统筹，病情逐步好转，神志渐清，呃逆亦平。峰回路转，治疗进入坦途，乃增入平肝清热，和营通络之品继续治疗。

案三 孙某，女，20岁。1978年11月1日初诊。

头痛十余载。自幼罹头痛之患，无外伤史，曾脑电图检查未见异常，神经内科检查未见明显异常。近2年来头痛偏右，发作时颌厌及眼眶部钝痛，有抽掣感，夜寐欠安，纳谷欠馨，经行如期，但量少，色暗成块，而伴腹痛。诊为血管神经性头痛。舌苔薄腻，左边见瘀点，脉濡细。辨证：营血不充，木少滋荣，肝胆气郁化热，兼以痰热上扰，络脉瘀阻。治法：养血柔肝，化痰清热。处方：

炒当归 9g 炒川芎 5g 生白芍 9g 炒白术 9g 陈胆
星 5g 泽泻 12g 制半夏 5g 生米仁 15g 白蒺藜 9g
炒黄芩 5g 夜交藤 30g 钩藤（后下）9g 14剂

二诊：11月15日。食纳略增，夜寐较安，是脾运稍健，化源渐充之象。唯偏头痛仍作。苔薄腻，左边瘀点未消，脉细。立斋云：“久头痛多主痰。”天士则谓：“久痛入络。”治以清厥少二经痰瘀郁热，佐以平潜。处方：

丹参 9g 桃仁 5g 炒川芎 5g 羌蔚子 9g 炒滁菊 9g
陈胆星 3g 徐长卿 15g 景天三七 15g 炒白芍 9g
钩藤（后下）9g 生石决（先煎）15g 炒黄芩 9g 白
蒺藜 9g 14剂

三诊：1979年1月3日。偏头痛已减，足跟及腩内筋胀掣引疼痛。舌苔薄，左边瘀点，脉细。厥少二经郁热已得清泄，痰瘀渐化。然肝主筋，肝血不足，则血不养筋而挛痛。前法酌加舒筋通络之品。处方：

丹参 9g 桃仁 5g 川芎 5g 羌蔚子 9g 炒白芍 9g
清炙甘草 3g 生白术 9g 陈胆星 3g 徐长卿 15g 景
天三七 15g 生石决（先煎）15g 钩藤（后下）9g
白蒺藜 9g 炒牛膝 9g 炒桑枝 12g 陈木瓜
9g 14剂

四诊：3月8日。头痛旬日未作，夜寐得安。原看书两页即觉头胀目糊，现阅读1小时亦无不适。经行未见腹痛，量较前多，血块亦少。舌苔薄，边有瘀点，脉细。仍用原方巩固。

随访：患者经中药治疗7个月，偏头痛痊愈，食纳增进，精神亦振，但舌边瘀点依然。随访3年，未见复发。

案四 陈某，女，47岁。1980年3月25日初诊。

外伤后头痛伴手足抽搐月余。1个月前不慎从三楼高处坠落，外伤头部。X线示右枕骨、颅底骨骨折。眼底检查：乳头边缘模糊。经医院救治脱离险境，但遗留阵发性头痛，且有沉重感，痛甚则如锥如刺，泛恶频频，时或手足抽搐，左侧肢体麻木。诊断为脑外伤后遗症。舌苔白腻，脉细而涩。辨证：



颅骨外伤，脑海震动，气血瘀痹，兼以痰湿内盛，阻遏清阳。治法：活血祛瘀，涤痰除湿。处方：

丹参 15g 炒川芎 6g 炒赤芍 12g 桃仁 6g 红花 3g
生白术 9g 泽泻 15g 制半夏 5g 陈胆星 3g 炒陈皮
6g 炒竹茹 6g 景天三七 15g 蔓荆子 9g 白茯苓 9g
钩藤（后下）9g 5剂

二诊：3月30日。投上方后，头痛减其大半，泛恶、抽搐均平，唯感头目沉重，左侧肢体麻木。舌苔白腻，化而未净，脉细而涩。再宗前法，增以和中芳化。处方：

丹参 15g 炒川芎 6g 炒赤芍 12g 桃仁 6g 红花 3g
生白术 9g 泽泻 15g 制半夏 5g 陈胆星 3g 景天三
七 15g 钩藤（后下）9g 佩兰梗 9g 白蔻仁（后下）
1.5g 生米仁 12g 炒桑枝 15g 羌蔚子 12g 10剂

随访：服药15剂后，头痛已平，泛恶亦止，抽搐未作。眼底检查：乳头边缘清。连续服药月余，诸症痊愈，随访1年病情稳定。



释疑解惑

问：头痛中医如何辨证施治？

答：头为诸阳之会，精明之府。案四患者坠楼损伤颅脑，蓄瘀未消，络气阻滞，复湿盛痰凝，清阳失展，故头部疼痛且兼泛恶，肢体麻木而兼抽搐。《灵枢·厥病》云：“头痛，不可取于膺者，有所击堕，恶血在于内。”《医宗金鉴·杂痛心法》亦说：“因痰而痛晕者，则呕吐痰涎。”临床需活血调营，祛瘀通络。《灵枢·经脉》曰：“足少阳之脉，起于目锐眦，上抵头角……是厥阴之脉……连目系，上出额。”案三患者偏右头痛，痛连目眶，部位固定，迁延日久，尚兼见经期腹痛，量少，色暗成块，舌边瘀点，显与肝胆二经瘀瘀有关。昔贤谓：“若夫偏正头风，久而不愈，乃由挟痰涎风火，壅遏经络，气血壅滞。”即指此等证候。然痰之所由生，在于脾弱湿盛；瘀之所由凝，在于木郁热灼。临床应补脾以杜痰湿，平肝以清瘀热。痰湿蠲则脾运益健，而生化获源；瘀热除则肝气能疏，而冲任亦调。此可一举两得，头痛及经行

腹痛，宿疾均疗。

案五 姚某，男，38岁。1976年1月27日初诊。

左侧面瘫伴左侧肢体肌肉萎缩8年，吞咽困难1个月。患者1968年起左侧面瘫呈进行性发展，并伴左侧上下肢乏力，尤以下肢严重，乃至需拄拐行走。近1个月来，左侧头痛，呼吸气短，进食缓慢，吞咽发呛。外院神经科检查：左侧面神经、吞咽神经、迷走神经、舌下神经麻痹，舌肌及左侧面部肌肉、左侧肢体肌肉萎缩，左上肢肌力3~4级，左下肢肌力1~2级。肌电图检查提示：神经源性损害。拟诊为运动神经元疾病，脑干肿瘤可能。刻下形瘦面苍，动则喘促不已。苔薄，舌肌萎缩伴有颤动，伸舌左斜，脉细。辨证：肝肾两虚，精血内夺，脾运失健，肌肉失养。治法：补益肝肾，填补精血，益气健脾。处方：

生熟地（各）9g 当归9g 赤白芍（各）9g 炒川芎
4.5g 醋党参9g 炒白术9g 炙甘草3g 制黄精9g
枸杞子9g 炙龟板15g 鹿角片9g 青陈皮（各）9g
香谷芽12g 怀牛膝9g 14剂

随访：上方连服月余，自我感觉好转。此后原方略略有加减，继续服用。半年后，左侧上下肢肌力逐渐好转，1年后弃拐行走，2年后逐渐恢复工作，其后十余年多次随访，患者骑车上班，行动一如常人。

案六 王某，男，49岁。1991年11月25日初诊。

上肢肌肉萎缩，震颤1年余。头晕乏力，肌肉萎缩颤动，上肢震颤，口干便溏，胃纳少馨，曾住院。神经科诊断为运动神经元病变，进行性脊肌萎缩。舌尖部萎缩，苔薄腻，脉细弦。辨证：肝肾亏损，脾运失健。治法：养肝肾，助脾运。处方：

炒归身9g 制黄精9g 楮实子9g 孩儿参15g 炒山
药9g 炒白术9g 炒白芍9g 水炙甘草3g 枸杞子
9g 钩藤（后下）9g 山萸肉9g 香谷芽12g 14剂

随访：服药半年后随访，患者肌肉萎缩未见发展，能够正常上班，舌肌



萎缩有所改善，但仍感乏力明显。

案七 乐某，男，18岁。1979年1月24日初诊。

左侧上、下肢肌肉萎缩1月余。患者1个月来左侧上、下肢肌肉萎缩，呈进行性，胸肌亦见萎缩，遇寒则手指挛急，肢体乏力，痰稠。本院神经科诊断为进行性脊肌萎缩症，某医院诊断为侧索硬化症。舌苔白腻，脉濡细而滑。辨证：痰湿中阻，气血不足，营血运行不利，筋脉失养。治法：和营通络而化痰湿。处方：

生黄芪 9g 炒党参 9g 炒当归 9g 赤白芍 (各) 9g
 炒白术 9g 楮实子 9g 炒川芎 15g 枸杞子 12g 制
 狗脊 15g 指迷茯苓丸 (包煎) 9g 陈胆星 3g 制半夏
 5g 炒陈皮 5g 20剂

二诊：2月14日。病情尚稳定，手指挛急较减，痰略减少，乏力。苔薄白腻，脉濡细。再守前法，上方加杜仲9克，20剂。

随访：服药3个月，手指挛急已减，下肢较前有力，肌肉萎缩有所控制，上法减少化痰之品，增入补骨脂、仙灵脾、陈木瓜、红花、丹参等补益肝肾、活血通络之品续服。



释疑解惑

问：请谈谈中医论治运动神经元疾病的经验？

答：运动神经元疾病，中医当从“痿证”论治。此为肝、脾、肾三脏俱虚，精血内夺，督脉空虚而致。案五患者面瘫，肢体肌肉萎缩呈进行性发展，累及筋骨，行走艰难。故以补肝益肾健脾为治。方中潞党参、炒白术、制黄精、炙甘草皆益气健脾，配生熟地、当归、芍药、怀牛膝、枸杞子以补益肝肾，滋养精血，复加龟板、鹿角之善通任督两脉、调补阴阳的血肉有情之品，增入理气的青陈皮，活血的川芎，和胃的香谷芽，以使其补而不滞。脾胃健则能化生水谷之精微，输布四肢百骸，充养肌肉。肝肾盛则髓海充，精血足，筋骨健壮，痿证渐愈。痿证有因于热者，有因于湿者，有因于虚者。来势急者多因热与湿，来势缓者多因虚与湿。案六病症渐缓而来，因此治从虚着手，

而其虚主要责之于肝肾，故以补养肝肾立法。脾主肉，肌肉萎缩，治当佐以健脾助运。肌肉颤动，上肢震颤，此动风之征，故当佐以酸甘柔养，平肝息风。肝、脾、肾三脏同治，方能奏效。案七病起缓慢，由气血不足，肝肾亏虚，痰湿阻络所致。故以参、芪、归、术、芍等益气和营，楮实、枸杞、川断、狗脊补益肝肾，配合二陈、胆星、指迷茯苓丸以化痰通络。后期进一步加入丹参、红花活血通络，病情获得控制。

七、杂病

案一 杨某，男，33岁。1986年2月21日初诊。

全身反复出现红色肿块、结节，伴发热已近3年。患者于1983年5月左眼眶周围出现肿块，局部皮肤稍红，经抗过敏治疗无效，改用抗生素和激素治疗后，肿块缩小，但1周后激素减量时肿块又见增大，波及面颊。同年9月，肿块病理活检示：脂膜炎。又出现持续性高热2周（T 39℃~40℃），采用强的松静脉滴注，35~60mg/d，治疗3个月后体温基本恢复正常。继而又反复发热，面部及双下肢出现结节，伴心悸、气急。1984年1月检查X线胸片示：胸腔积液；心电图示：房颤。继续采用强的松静脉滴注，55~60mg/d，治疗时间长达9个月。1985年10月，体检时又发现肝大。近2个月来，发热，两下肢浮肿加剧伴局部皮肤红肿热痛，尿常规出现蛋白、红细胞。乃拟诊脂膜炎收入病房。检查：T 38.4℃，P 92次/分，BP 140/80mmHg，两颌下可扪及数个淋巴结，两肺呼吸音清晰，心率92次/分，律齐，肺动脉瓣区可闻及Ⅱ级收缩期杂音。肝肋下3指，质软，有触痛。脾肋下未及。两下肢浮肿明显。面部、四肢和躯干部，尤以臀部以下大腿处皮下散在结节、红斑，部分融合成片状团块。目前患者身热起伏，热前畏寒，晨起略有咳呛，胸闷心悸，暖气腹胀，肝区疼痛，下肢焮肿，皮下结节按之略感疼痛。舌质红，苔黄腻，脉滑数。辨证：肝主筋膜，脾主肌肉。肝阴不足，无以濡养筋膜，脾运失健，水湿浸淫肌肉。阴分久虚，湿郁化热，夹痰瘀交阻。治法：滋益肝阴，清化湿热。处方：



炒生地 12g 地骨皮 9g 赤白芍 (各) 9g 炒丹皮 9g
 炒知柏 (各) 9g 银花藤 30g 连翘 9g 八月札 15g
 茯苓皮 15g 炒牛膝 9g 生牡蛎 (先煎) 30g 香谷芽
 12g 佛手片 6g 白花蛇舌草 30g 水炙甘草 3g 7剂

二诊：2月28日。身热减而不解，心悸，肝区痛，下肢焮肿沉重。舌苔薄黄腻，脉滑数。仍守前法。上方减地骨皮、佛手片、炒牛膝、生牡蛎、水炙甘草，加赤小豆 30g，水炙远志 3g，7剂。

三诊：3月7日。下肢肿胀已见减轻。苔脉同前。再予滋阴清热化湿之法治之。处方：

炒生地 12g 炒知柏 (各) 9g 炒丹皮 9g 赤白芍
 (各) 9g 银花藤 30g 连翘 9g 赤小豆 30g 生米仁
 12g 川草薢 12g 炒牛膝 9g 水炙远志 3g 八月札
 15g 茯苓皮 15g 香谷芽 12g 白花蛇舌草 30g 7剂

四诊：3月14日。身热已除，下肢肿胀明显消退。苔薄黄腻，脉滑数，治当再守前法。上方去八月札，加苍白术 (各) 9g，7剂。

随访：上药加减继续治疗，体温正常，两下肢浮肿消退，皮下结节消失，胃纳尚佳，二便正常，乃出院继续治疗，巩固疗效。



释疑解惑

问：脂膜炎中医如何辨证施治？

答：脂膜炎又名回归型发热性结节性非化脓性皮下脂炎，本病以脂肪组织的非化脓性炎症及发热、皮下结节为特征，病程长，且可累及肝、脾、肾、胸膜、心包等脏器及组织。以中医论治，与“恶核”、“皮痹”有相似之处。究其病机，多由正气虚弱，卫外不固，气血失和，外邪痹阻于皮下，脉络不通，营卫不调；又因脾虚失运，痰湿内生，痰瘀交阻，郁而化热，乃成结节。本病可从三期论治：急性炎症期，热毒壅盛，治疗注重清热解毒；巨噬细胞期，痰核阻滞，治疗注重化痰软坚；后期纤维化期，瘀血凝结，治疗注重活血化痰。本案长期发热，阴液耗损，肝失疏泄，腹胀胁痛。故治以清热解毒，凉血和营、利湿化痰，同时佐以养阴、疏肝、健运之品，坚持治疗，终于热

退肿消，结节、红斑亦愈，诸症均安，取得满意效果。

案二 刘某，女，64岁。1980年6月9日初诊。

腰背两肋及骶髂疼痛6月余。1979年11月下旬起常感腰痛，引及背骶部及两肋，疼痛难忍，影响行动，转侧不利，面色日渐苍白，低热，精神疲乏，胃纳不馨，经X线摄片示：头颅骨、肋骨、髌骨均呈多发性骨髓瘤改变，并伴肋骨骨折，胸腰椎骨质稀疏脱钙。诊断为多发性骨髓瘤，收入中西医结合病房。检查：血红蛋白65g/L，血沉40mm/h，人血白蛋白30.5g/L，球蛋白76.7g/L，锌浊度>40U；血清蛋白电泳：γ-球蛋白62.9%，IgG 107.5g/L，本周蛋白(-)；骨髓检查：浆细胞明显增生，占21.5%，并且形态异常。诊断为多发性骨髓瘤。在西药化疗(CCOP方案)的同时，给予中药治疗。舌苔薄，少润，脉象弦大而数。辨证：年逾花甲，肝肾阴虚，外邪夹瘀热互阻，经络之气失和。治法：清瘀热，通络脉而益肝肾。处方：

丹参 15g 赤白芍(各) 15g 陈胆星 5g 鸡屎藤 30g
炒桑枝 12g 制狗脊 15g 炒川断 15g 补骨脂 9g 川
石斛 9g 白英 15g 桃仁 9g 徐长卿 15g 香谷芽 12g
白花蛇舌草 30g 14剂

二诊：11月3日。低热已退，腰肋及背骶部疼痛明显好转，脉虚弦，舌苔黄腻。仍治以养肝益阴，补肾强骨，清热通络。处方：

孩儿参 9g 炒当归 9g 生白术 9g 赤白芍(各) 9g
炙甘草 3g 炮六谷(先煎) 15g 制寄生 9g 生米仁
9g 炒牛膝 9g 炒川断 15g 制狗脊 15g 补骨脂 9g
炒陈皮 6g 佛手片 6g 香谷芽 12g 白花蛇舌草
30g 14剂

随访：患者经中药治疗1个半月后，血红蛋白升至10.4g/L，血清蛋白电泳：γ-球蛋白54.1%，IgG 50.6g/L，血清球蛋白50.5g/L。低热退尽，骨痛减轻。于是逐渐加强益肝补肾之品，至11月初出院，继续门诊治疗，并定期化疗巩固。1年后X线摄片复查示：头颅、骨盆、肋骨等骨质结构已基本正常。



释疑解惑

问：多发性骨髓瘤属中医何病？如何配合中药治疗？

答：多发性骨髓瘤与中医所谓的“骨蚀”颇相似。本病内因肝肾气阴亏损，外因邪热夹痰瘀阻络，证情虚实错杂，故治应扶正与祛邪并重。西医化疗对异常浆细胞起到抑制或部分杀灭作用，但患者本身免疫功能已紊乱，化疗则免疫功能更趋低下，易并发感染、出血等，配合中药治疗，给予养肝肾、益气阴、清热毒、化痰瘀、通络脉、蠲痹痛之剂，取得较好疗效，尤其被破坏之骨质竟获好转，骨折愈合较好，这是纯用西药化疗难能获得的。

案三 郑某，男，61岁。1983年7月18日初诊。

舌体出现肿块4月余。舌体左侧缘出现隆起肿块，约0.4cm×0.3cm，已逾4个月。局部无疼痛感，伸舌无困难。上罩白腐，边缘清楚。据述为咬伤后所致。经上海市某医院口腔科检查，拟诊为舌体海绵状血管瘤。伴有心烦，口苦。苔黄腻，脉细弦带滑。辨证：舌为心之苗，心火旺盛，火热灼津，炼津为痰，痰热上阻舌本，脉络瘀结。治法：清热消结，化痰和络。处方：

连翘9g 银花藤30g 水炙远志3g 广郁金9g 干菖蒲6g 紫草9g 海藻12g 沙氏鹿茸草30g 昆布12g 牡丹皮9g 生白术9g 赤白芍(各)9g 香谷芽12g 白花蛇舌草30g 20剂

二诊：8月8日。舌体左侧缘肿块渐见平坦，局部白腐已除，边缘清楚，口苦亦减，唯时有暖气。苔薄黄腻，脉细弦。上法获效，宜守原方，佐以和中降逆，缓缓图治。上方加旋覆花(包煎)9g，代赭石(先煎)30g，20剂。

随访：前方稍作加减，连续服药2个月后，舌体肿块逐渐缩小。治疗过程中曾因咀嚼不慎，咬伤舌体，肿块又见隆起，坚持服用中药，共进157剂，肿块消失，竟得全功。随访2年稳定。



释疑解惑

问：舌体海绵状血管瘤中医是如何辨证施治的？

答：舌体海绵状血管瘤除先天性者外，多为慢性炎症刺激而引起的血管炎症性增生物。舌体肿块增生，在中医文献中亦早有记载。明·薛己《口齿类要·舌症》曰：“若痰盛作渴，口舌肿痛，为上焦有热。”《医宗金鉴·外科心法要诀》曰：“痰核舌上一核生。”舌为心之苗，脾经上夹舌本，故心火旺盛，脾经蕴热，最易炼津为痰，痰热瘀结于舌，引起舌体肿块。患者平素情绪抑郁，思虑过度，常感心烦不宁，甚则夜寐难安，这是造成痰热稽留，上结于舌的内因；由于舌体脉络凝瘀而致肿胀，时被齿角摩擦或咬伤，则是形成舌体肿块的外因。临床治疗重在清心脾之积热，化脉络之痰瘀。方用连翘、银花藤、赤白芍、牡丹皮、紫草、沙氏鹿茸草、白花蛇舌草以清瘀热而凉营血；配远志、菖蒲、郁金、海藻、昆布以通心络而消痰结；佐白术、谷芽以助脾运而布津液，务使心火降，痰热清，脾运健，水津布，瘀结自能消散。方中沙氏鹿茸草，《本草》中未见记载，《浙江中草药学》称其味苦性寒，能凉血解毒，愈乳痈肿痛。民间用治血管瘤，颇有良效，盖取其清血热，祛瘀滞之功也。

案四 曹某，女，10岁。1981年9月9日初诊。

口腔黏膜及两唇斑样皮损5月余。今年4月份起，口腔两侧黏膜及上下唇际出现紫红色萎缩斑多个，大小不一，无疼痛感，经本市某医院口腔科拟诊为扁平苔癣。伴有午后低热，形体瘦弱，胃纳少馨，大便溏泄。舌苔薄黄腻，质偏红，边有齿印，脉濡细。辨证：口为脾窍，唇乃脾之外候，心脉又系于舌本。髫龄脾弱湿胜，湿郁化热，挟心火循经上烁，日久损及气阴。治法：清火泄热，健脾化湿。处方：

| | | | | |
|----------|----------|-----------|---------|----|
| 水炙银柴胡 9g | 知母 9g | 地骨皮 9g | 连翘 9g | 银花 |
| 藤 30g | 野葡萄藤 30g | 白花蛇舌草 30g | 淡竹叶 9g | |
| 鹿含草 15g | 生白术 9g | 香扁豆 9g | 生米仁 30g | 干 |
| 芦根 30g | 香谷芽 12g | 14剂 | | |



二诊：9月23日。低热已退，口腔黏膜及上下唇皮疹渐见好转，口渴欲饮，大便溏薄。舌苔薄腻，脉濡细。证属气阴两虚，湿热不清，再宗前法出入。处方：

生白术 9g 川石斛 9g 南沙参 9g 香扁豆 9g 炒山
药 9g 知母 9g 连翘 9g 银花藤 30g 野葡萄藤 30g
淡竹叶 9g 白花蛇舌草 30g 鹿含草 15g 生米仁 30g
香谷芽 12g 14剂

随访：服药2月余，口腔黏膜苔藓样变消退，上下唇红疹好转，局部留有皮损痕迹，低热亦净，胃纳较馨，便溏转实。经口腔科复查已痊愈。随访4年，未见复发。



释疑解惑

问：扁平苔癣是属“口疮”范畴吗？本案如何辨证施治？

答：扁平苔癣是一种丘疹鳞屑性皮损疾病，常发生在口腔黏膜及唇舌等处。中医辨证应属“口疮”范畴，此病顽固难愈。童年之体稚阳未充，稚阴未长，脾失健运而生湿，心火易炽而蓄热，湿热郁蒸，熏灼于上，遂致口唇疮变。治宜清火泄热，健脾化湿，标本兼顾。方中野葡萄藤、白花蛇舌草、银花藤、连翘清热解毒；白术、扁豆、米仁、鹿含草健运除湿；再以竹叶引火下泄，则热清毒解，湿去脾安，故获良效。

案五 沈某，女，35岁。1981年6月8日初诊。

患者有盘状狼疮病史，近2个月来，面部皮损加重，伴有低热，口干自汗，关节略感酸楚。诊断为盘状狼疮。舌红，苔薄腻，脉细数。辨证：肝肾不足，营分瘀热阻滞。治法：凉营泄热，兼益肝肾。处方：

炒生地 9g 赤白芍（各） 9g 野葡萄藤 30g 炒丹皮
9g 绿豆衣 15g 连翘 9g 银花藤 30g 浮小麦 30g
茅莓根 30g 鹿含草 15g 白花蛇舌草 30g 香谷芽
12g 14剂

水煎服，每日1剂，早晚分服。

二诊：6月22日。服上方后面部红斑皮损减退，胸闷，胃纳少馨。舌淡，苔黄腻，脉细。证属湿热交阻，营分受烁，气机不和。仍治以化湿理气，清营泄热。处方：

生白术 9g 陈佩梗 9g 白豆蔻（后下） 3g 炒生地 9g
赤白芍（各） 9g 绿豆衣 15g 紫草 15g 茅莓根 30g
鹿含草 15g 银花藤 30g 连翘 9g 生米仁 12g 白花
蛇舌草 30g 香谷芽 12g 14剂



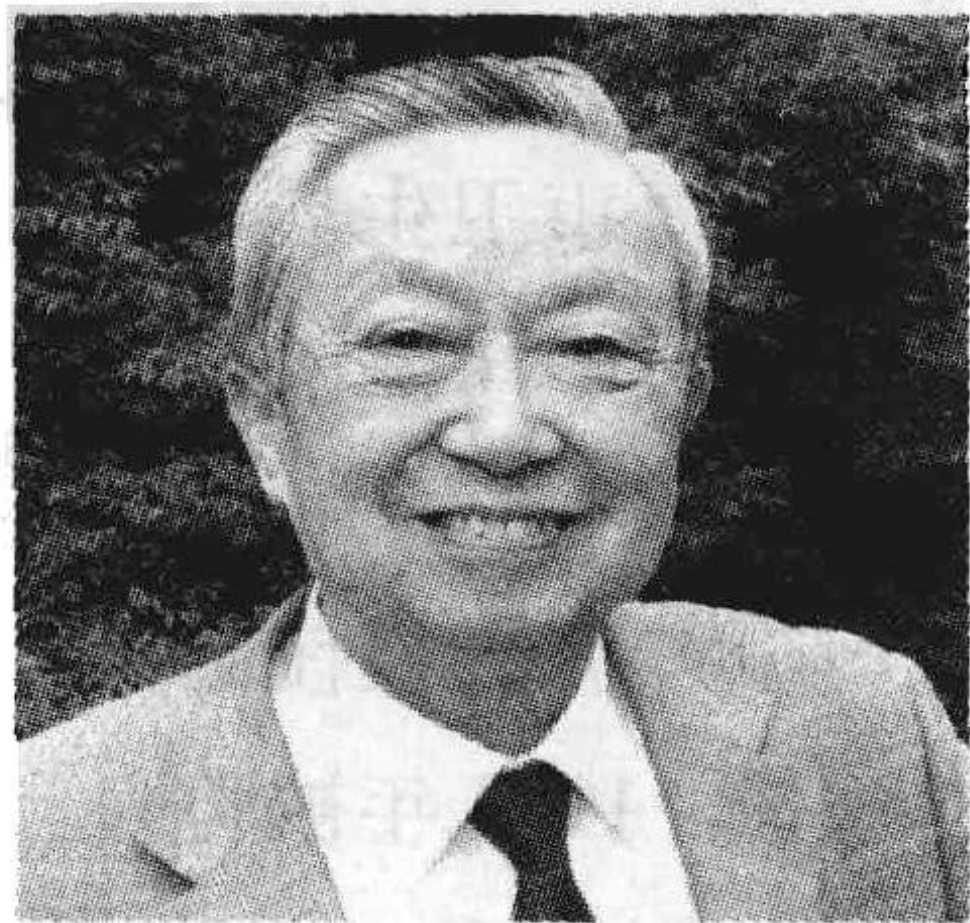
释疑解惑

问：中医“蝴蝶斑”的病机是什么？如何治疗？

答：盘状狼疮属自身免疫性疾病，属中医“蝴蝶斑”、“阴阳毒”等范畴。此病病情虚实夹杂，且易反复。此乃素体亏虚，肝肾不足，邪毒蕴伏，侵及营血，发于肌肤，治拟凉营泄热为主。方中生地合赤芍、丹皮、野葡萄藤清营血分之蕴热；连翘合银花藤、绿豆衣透气分之邪热；白花蛇舌草、鹿含草、茅莓根清热解毒，兼有通络停血之功；佐以浮小麦以除热止汗。因发病正值长夏湿热当令，湿邪困遏，营热更难外达，故二诊增入陈佩梗、白豆蔻、米仁等化湿宣透之品，且加紫草凉血清营，药后湿化热散，营分蕴伏之邪毒得以外达，故胸闷纳呆得到改善，皮疹随之而消退。

张云鹏

·
名
医
·



【名医简介】

张云鹏，男，生于1930年，江苏启东市人。主任医师，博士研究生导师，首届上海市名中医，享受国务院政府特殊津贴。为第三、四批全国老中医药专家学术经验继承指导老师，全国优秀中医临床人才研修项目上海督导组专家。曾获上海市老有所为精英奖、全国老有所为奉献奖，全国首届中医药传承特别贡献奖，“全国老中医药专家学术经验继承工作优秀指导老师”光荣称号。2006年9月经上海市卫生局批准组建上海市张云鹏名老中医工作室。

张教授自幼仰慕名医，能以仁心和医技起沉痾，愈痼疾，普度众生是他的理想。其早年就读于江苏董氏中医学校，之后又师从吴安庆先生主攻《伤寒论》与临床，并参加了上海市第五中医进修班学习，1954年起在上海市开业医师医学进修班系统学习现代医学知识达3年。后在上海市公费医疗第五门诊部工作。张教授曾拜多位名医学习，如向陈大年老师学习妇科，向章次公老师学习内科，经名师指点，学识大增。1956年7月张

教授调至上海市公费医疗医院（上海市华东医院北楼前身）筹建中医病房，建立中医科。在医疗工作实践中又拜姚揖君与曹惕寅为师。后又进入上海市卫生局中医内科进修班及上海中医学院深造，并得到章巨膺、金寿山、



沈济苍的指导。1970年张教授任昆明市延安医院中医科主任；1980年任昆明市中医医院内科主任。1988年被聘为上海市中医文献馆馆长助理，兼老中医经验及民间医药研究室主任。历任上海市中医文献馆学术委员会主任、顾问等职。

张教授先后被聘为上海中医药大学、上海市中医药研究院专家委员会委员，南通市良春中医药临床研究所名誉董事及专家委员，全国中医药学名词审定委员会委员，中华中医药学会脑病分会学术顾问，上海市中医药学会脑病分会顾问，“全国中医、中西医结合肝胆疾病诊疗指南”课题组顾问，上海市中医药学会肝病（感染病）分会顾问，上海市防治传染性非典型肺炎中



医药科研协作组专家，上海市突发公共卫生事件应急专家组成员，上海市甲型H1N1流感中医药防控专家顾问组成员，上海市中医药防治艾滋病专家组顾问，上海市高等学校教师高级职务评审委员会中医学科评议组成员，上海市卫生局卫生系列高级专业技术职务任职资格评审委员会名老中医评议组成员，中国近代中医药期刊汇编学术委员会委员，复旦

大学附属上海市公共卫生临床中心、国家中医药管理局中医药防治传染病重点研究室（临床基地）学术委员会主任等职。



在临床医疗实践的同时，张教授在上海、北京、云南、山东等地担任《伤寒论》、温病学、中医诊断学、中医内科临床、中医妇科临床等科目的教学任务和讲学活动，为培养国内外中医、西医学习中医人才，作出积极贡献。经他培养的学生遍及国内（包括台湾地区）、美国、日本、韩国、澳大利亚等地。1987年张教授获得云南中医学院“教书育人优秀教师”光荣称号。

40多年来，张教授还倾注了极大热情参与国际间的中医学术交流。如在首届中韩学术研讨会上交流论文，在美国旧金山交流“肝病辨治心法”，在美国洛杉矶交流“脂肪肝防治思路新探”，在马来西亚槟城交流“脂肪肝防治要领”。2001年应日本



东京临床中医学研究会、广岛中医研究会特邀作为中国首席代表赴东京参加“第十六届中日传统医学学术交流会”，作“四逆汤类及其主证主药的研究”专题学术报告，与日本学者探讨有关附子的临床应用。2008年应台湾长庚大学邀请，并在台中、彰化、花莲等地作了“《伤寒论心悟》十讲”系列学术讲座，受到热烈欢迎。

张教授在人生道路上遵循“唯物求是，以和为贵，精诚服务，旨在奉献”的主张。以“宽容，至诚，创新，求效”八字为座右铭。在逾半个世纪的中医临床、科研、教学、文献研究实践中，逐步形成了“以仲景学说为经，诸家论述为纬，兼收并蓄，融合汇通，坚持发展，重在实效”的治学思想。

张教授主编了《中国百年百名中医临床家丛书——张云鹏》《中国中医独特诊断大全》《中风病》《张云鹏内科经验集》《张云鹏肝病学术经验集》等著作10部；协编《心脏病基本知识》《中医脑病学》《名中医成才之路续集第一辑》等著作22部；发表论文130篇。参与国家级科研项目2项，先后

获得各级科技成果奖 18 项。目前正主持“十一五”国家科委支撑计划项目、国家中医药管理局主管项目“名老中医临床经验、学术思想传承研究”子课题“张云鹏临床经验学术思想研究”及上海市科委名老中医学术经验传承研究项目“张云鹏临床经验、学术思想研究”等课题的研究工作，进行指导与审核，即将完成。

张教授悉心钻研中医学术与临床，成绩显著，引起国内外医学界、学术界的重视，深受广大病员的欢迎和赞扬。



【学术思想】

一、伤寒入门，探索源流

张教授在从事中医临床、科研、教学、文献研究逾半个世纪的实践中，逐步形成了以仲景学说为经，诸家论述为纬，兼收并蓄，融合汇通，坚持发展，重在实效的学术思想。20世纪60年代，鉴于中医学学术界对《伤寒论》与《素问·热论》的关系有争论，张教授有感而作，于《上海中医药杂志》上发表“对《伤寒论》与《内经·热论》关于六经问题的我见”一文，指出《伤寒论》与《素问·热论》之间既有联系又有区别。所谓联系，是从历史发展上来认识；所谓区别，是指从内容实质上来考虑。仲景运用《内经》六经的名称，而赋予其新的意义和新的内容，因此，在实质上和《素问·热论》有了原则性的区别。该文得到了《伤寒论》专家章巨膺、沈济苍的赞同，还得到了研究《伤寒论》的学者的引述。20世纪80年代，张教授发表了长达数万字的“《伤寒论》要义”、“《伤寒论》阐微”、“《伤寒论》述要”等文，以独特视角对《伤寒论》作了阐述和研究。张教授认为，仲景在阴阳、经络、脏腑、气化学说基础上，从整体观念出发，创建六经辨证，既有

主证主脉，又有合病并病，有纲有目，知常有变，知常达变，揭示疾病的复杂变化；在分析疾病时，辨证细微，审证求因，凭证辨脉，以脉合证；立法必求其本，论治权衡先后缓急，组方严密，药味精简；类方汤证，同中有异，异中有同，有方似相同而实异，一方自有一方之妙用。故被历代医家尊为方书之鼻祖，奉为辨证论治之典范。《伤寒论》对中医学的发展，起着承先启后的伟大作用。仲景学说的精髓亦成为张教授临床实践的准绳。

张教授学宗仲景，旁及诸家，既悟经方之旨，也集时方之长。对汉唐以后的各家学说，善于吸收，研究各家学说不先存成见，而是独立思考，临床验证，为我所用。金·张子和强调汗、吐、下三法，张教授认为，其以汗、吐、下专治疾病很独特，但有缺陷。然对张氏的“良工之治病者，先治其实，后治其虚”之论，颇为赞同，后成为其临床上“祛邪为先”的理论依据。

明代杰出的传染病学家吴又可，创立“杂气”学说，主张祛邪以宣通为主，急症急攻，善用下法，喜用大黄。张教授认为这是对仲景学说的发展，十分欣赏，常在黄疸、中风、肠梗阻、中毒性休克、肝胆疾病的治疗中予以使用，得心应手。

张教授在临床实践中不断推敲总结叶天士的温病学说，并结合《伤寒论》的理论。如治昏迷、谵语病人，他既遵《伤寒论》阳明腑实证予以攻下通腑，又从温病逆传心包理论，配以芳香开窍之药；如治邪热壅肺，既用麻杏石甘汤清泄肺热，也加用银花、连翘清热解毒。在大量临床实践基础上，张教授提出“伤寒温病统一融合论”。

20世纪70年代张教授在总结100例发热病例的基础上，提出外感热病五期八类辨证纲要的创见，从而将外感热病的治疗纳入了系统化、规范化的轨道。近年来，在从事传染病的研究治疗中，张教授遵循“天人合一，整体观念，审证求因，辨证论治”的精神，提出中医疫病证治通则，共分18个证候，列举18个治法，这是张教授对热病研究的延续。

张教授很赞赏《临证指南医案》中有关中风的论述，结合《内经》“薄厥”、“大厥”、“煎厥”的著名论断，提出中风发病重在“气血逆乱”。

张教授佩服王清任的勇气和创新精神，尤其是他创立的活血化瘀法。曾



撰写“王清任瘀血学说与常见心脑血管病的临床探讨”一文，参加全国王清任学术思想讨论会。他在临床用活血化瘀法治疗中风后遗症、高脂血症、心血管疾病、瘀滞型肝炎黄疸、肝硬化腹水及各种疑难杂症，很有心得。

清·陈士铎的《辨证录》，张教授非常推崇。指出陈氏辨证细致，用药精当，某些药物应用剂量较大，有异军突起之妙，符合抓住事物主要矛盾，解决主要方面的辩证思维逻辑。张教授在用药构思时，某种程度上引进了陈氏的观点。

总之，张教授尊重历史，更注重时代的变迁，从实际出发，融合汇通，形成坚持发展，重在实效的治学思想。

二、重视系统，多元辨证

张教授善于勤求古训，博采众方，从先贤的论述中汲取中医学无比深厚的精华，同时也从系统科学中找到了有效的认识、观察问题的方式及方法。

张教授非常重视系统科学的发展及其与中医学理论的相关性。认为在系统科学中占有重要地位的“整体性”、“巨系统”、“母系统”、“子系统”、“多层次观念”、“综合性原则”等理论，在中医学的“整体观念”、“天人相应”、“三因论”、“藏象论”、“元气学说”、“辨证论治”等理论中，几乎都可以找到某种原始的体现。早在20世纪80年代，张教授就撰写过“中医学理论与现代科学发展总趋势相适应”的文章。系统观念也包括生物圈的概念，医学气象学研究的兴起，使天人相应的观点得到重视。20世纪80年代，张教授与上海中医学院有关专家合作，进行了日全食对人体有无影响的观察研究，主要负责观察日全食对心血管疾病患者心电图、血压、症状的影响，客观地揭示了天人相应观点的正确性。此项研究，获得了科研奖。

张教授从系统观念出发，主张多元辨证，提出从多层次、多侧面、多因素、多变量、多方位考虑疾病的始因与变化，运用系统观念的“关系”，辨人、辨时、辨地、辨病位、辨病因、辨病态、辨病机等，对疾病的认识不但要看到现在的症状，还要了解过去的症状，同时要预测未来的症状。就辨证

而言，中医有八纲辨证、病因辨证、气血津液辨证、脏腑辨证、经络辨证、六经辨证、卫气营血辨证、三焦辨证、七情辨证等。医者，必须从整体出发，全面审察，统筹考虑，优化选择，不能执一而论，失之偏颇。在多项式的辨证过程中，必然要运用综合调节原则。疾病是复杂多变的，证候的显现有真象也有假象，故有“舍脉从证”和“舍证从脉”的理论。此外，在治症、治病、治人上，何者为先，何者为急，都必须在系统整体观念上，采用综合的原则去认识疾病、分析疾病、处理疾病。《素问·阴阳应象大论》说“治病必求其本”，这个“本”是造成疾病的一切因素的综合性名称，“治其本”也就是综合调节，使生命回到一定的轨道上。

张教授对病毒性肝炎的分期诊治、脂肪肝的辨证治疗、肝硬化及肝硬化腹水的诊治过程都鲜明地体现了这种思路。

三、明察邪正，果断攻补

人体是一个有机整体，构成人体的各个组成部分，以各自不同的功能在生理上相互依赖又相互制约。如一旦外感六淫之邪，上受时行疫疠，或内伤七情郁结，或气化功能障碍，产生痰、饮、水、湿、浊、瘀等病理产物（也可称为“内毒之邪”），导致脏腑、三焦、气血、经络功能失调，则疾病应变而生。疾病是逐渐向愈，还是日趋严重，取决于医者是否洞察人体的邪正变化态势，正确掌握驱邪与扶正的关系。张教授正是善于从众多的症状中抓住要领，分清邪正盛衰，主次关系，不失时机地运用有效的攻与补，治愈了很多疑难杂症。

张教授认为“邪去则正乃安”，非常赞同张从正在《儒门事亲·汗吐下三法该尽治病论》中“良工之治病，先治其实，后治其虚”、“无积无邪之人，始可议补”之说，以及在《儒门事亲·凡在下者皆可下式》中特别提出的“陈莖去而肠胃洁，癥瘕尽而营卫昌，不补之中，有真补存焉”的观点。

如甲型病毒性肝炎，发病急，来势凶，有强烈的传染性，张教授认为是感受时行疫疠之邪，具有外感热病中瘟疫病的特征。肝胆湿热，热毒内盛是



甲型病毒性肝炎的主要病机。因此，治疗着眼于消除疫毒，疏理肝胆。急性期以祛邪泄热为先，而稳定期以调整机体为主。主张祛邪不要太猛，扶正不宜蛮补，理气防止过分香燥，疏肝注意耗伤阴液。

又如，肝硬化后期，邪毒久恋，痞塞中焦，脾不运化，肝失疏泄，气郁血凝，肝络痹阻，三焦壅塞，气化失司，水湿内停，出现肝功能损害、门脉高压症、腹水，以及多系统受累，是虚实夹杂、寒热交错的复杂重症。临证要根据患者的寒、热、虚、实，气滞、血瘀、兼湿、夹痰及脏腑虚损的不同，结合肝功能生化指标，应用解毒、扶正、软坚的综合理念。分清主次先后，何时可攻，何时则补，做到攻补有序。

“驱邪为先”、“先治其实”，并不意味着不要扶正。如治一位肺炎患者，先予麻杏石甘汤治疗，患者服药后症状有所好转，但发现患者面色苍白，汗出较多，脉细无力，表现为阳气不足之证。张教授认为，此患者有邪实的一面，但不能忽视阳气虚的另一面。故于麻杏石甘汤中加入附子治疗，果然药到病除。

张教授在半个世纪的临床实践中，比较推崇“祛邪为本”、“邪去则正乃安”、“祛邪即是扶正”的思想。这充分反映了其治病如用兵，主动出击，掌握有利时机，进退有节，积极进取的战术决策。

四、汲取新知，为我所用

张教授有很深的中医学理论造诣，是中医领域的专家，但他从不满足，而是不断学习一切时代新知，为临床所用。张教授在综合性医院当过多年的中医科主任，与西医同道密切合作，经常中西医联合大查房，治愈了很多疑难疾病。张教授在治疗中风中脏腑、肝性脑病及尿毒症病人时，经常使用鼻饲、高位保留灌肠的西医给药途径，来保证药物的有效摄入。现代医学实验室检查为诊断疾病提供了依据，张教授常说，在中医传统的辨证论治基础上领悟现代医学诊断疾病的手段，对开拓诊治思路是有启发的。

在重视中药性味、归经、配伍功效的同时，张教授也一直关注中药药理

研究及其新发展。如威灵仙治痛风，蒲公英治胃炎及胆囊炎，石韦治蛋白尿，葛根治脑血管疾病，水红花子和马鞭草抗肝纤维化，黄芩降血压，水牛角解毒保肝，苦参治心动过速、抗病毒，桂枝治心动过缓，泽泻降血脂，土茯苓治痛风等。临床实践中，张教授还关注民间野生草药的功效，如研究云南小红参治疗心血管疾病，用江西与福建的叶下珠治乙肝等。张教授还发现，外感热病的各阶段均存在程度不等的微循环障碍，如肺炎，在卫气同病阶段，每每加入活血药就会加强肺炎的吸收，缩短疗程。他还将这种思路用于慢性病的治疗，对肺源性心脏病、糖尿病以及一些难病和怪病，在临床尚未发现明显的血瘀征象前，即加入活血化瘀药，果然提高了疗效，缩短了病程。近年来，随着生活水平的提高，不良的生活习惯和恶化的生存环境都造成了高脂血症、脂肪肝的高发。张教授发展了古人有关“毒”的理论，认为此是典型的内毒引发的病证，提出毒伤肝络为其因，从毒论治是其要。在采用降脂药物治疗的基础上，以清热解毒为治疗大法，为难治的脂肪性肝炎开创了治疗途径，收到较好的临床疗效。

· 继承不泥古，创新不离宗，立足于中医，立足于临床，立足于疗效，为中医事业不断作出贡献，这是张教授一贯的主张和信念。



【经验特色】

一、高血压病的诊治经验

有关高血压病发病的理论，历来有数说，从《内经》角度看，认为与“风”有关；从河间学派的观点看，与“火”有联系；按丹溪主张，则与“痰”不无关联；根据东垣论点则应想到“虚”等问题。这是从各个角度来阐述其发病原理，都为高血压的辨证论治奠定了基础，但都有不足之处。从临床实践观察，张教授认为，高血压病发病原因，大体是先天不足，七情郁结，嗜食肥厚，内伤虚损，肝风内动，郁而化火，痰湿化热，气病及血，导致人体阴阳失调，气化升降失常，机体内外环境失衡。本病病变在肝，病源在肾。阴虚为本，阳亢为标，阴虚与阳亢往往先后同时出现，阴虚主要是肾阴虚，阳亢主要是肝阳亢。日久气病及血，可见瘀血阻滞之象。本病虽以阴虚为主，其间也有夹风、夹火、夹痰等证，形成本虚标实之象。早期以实证或本虚标实为主，晚期以虚证为主。

(一) 高血压病辨治

1. 肝肾阴虚，水不涵木

症状：头昏，耳鸣，视物模糊，腰腿酸软，舌质红或绛，苔少，脉细或细弦。本证可见于高血压病Ⅰ～Ⅱ期，眼底动脉硬化Ⅰ～Ⅱ级。

治法：滋养肝肾，平肝清火。

方药：杞菊地黄丸（《医级》）加减。

2. 肝郁化火，火邪上炎

症状：头痛头胀，面红目赤，口苦咽干，急躁易怒，胸中烦热，小便短赤，大便秘结，舌质红，苔黄，脉弦数有力。本证可见于高血压病Ⅰ～Ⅱ期，亦可见于高血压危象和急进型高血压。

治法：清肝泻火，养阴通利。

方药：龙胆泻肝汤（《医方集解》）加减。

3. 阴虚肝旺，内风时动

症状：头目时常眩晕，目胀耳鸣，心中烦热，情绪激动，舌质红，苔薄白，脉弦长有力。本证可见于高血压病Ⅱ期，眼底动脉硬化Ⅱ级。

治法：滋阴潜阳，镇肝息风。

方药：镇肝熄风汤（《医学衷中参西录》）加减。

4. 痰湿郁阻，肝风内动

症状：眩晕头重且痛，胸闷泛恶，心悸，痰多，舌质淡红，苔白腻或黄腻，脉弦或滑。本证可见于高血压病Ⅱ期，眼底动脉硬化Ⅱ级，血脂偏高。

治法：健脾除湿，化痰息风。

方药：半夏白术天麻汤（《医学心悟》）加减。

5. 冲任不调，上盛下虚

症状：头部烘热，升火出汗，腰酸失眠，烦躁不安，浮肿，月经不调，



舌质淡红，苔薄腻，脉细弦或细数。本证多见于高血压病合并妇女更年期综合征。

治法：调理冲任，补肾泻火。

方药：二仙汤（上海曙光医院）加减。

6. 瘀血阻滞，脉络失和

症状：眩晕，头痛，麻木，胸闷或痛，舌质紫或有瘀斑，苔薄白，脉细或涩，或细结。本证可见于高血压病Ⅱ～Ⅲ期，或左心室肥厚，有靶器官损害表现。

治法：活血化瘀，清肝和络。

方药：通窍活血汤（《医林改错》）加减。

7. 阴损及阳，阴阳两虚

症状：头晕，耳鸣，腰酸，健忘，肢冷，尿频，阳痿，或气促、浮肿，舌质淡，苔薄白，脉细或结。本证可见于高血压病Ⅱ～Ⅲ期，眼底动脉硬化Ⅱ～Ⅲ级，有靶器官损害表现。

治法：温补肾阳，养阴活血。

方药：右归丸（《景岳全书》）加减。

（二）中医辨证与现代医学分期的关系

中医辨证分型是根据症状、舌苔、脉象而归纳出来的，而现代医学分期，则主要根据血压、器官的病理改变来区分。张教授认为，阴虚阳亢，肝肾阴虚，似可认为以早期为主，而阴阳两虚，病为阴损及阳，心肝肾阴阳俱病，与现代医学心、脑、肾器管及功能性损伤，似有相吻合之处。冲任不调，临床症状变化较多，而又散见于各期，无相似之点。痰湿郁阻，可见于早期，而瘀血阻滞，则多见于Ⅱ、Ⅲ期，符合中医学初病在气，久病累血，初病在经，久病入络，亦符合现代医学高血压病后期血液循环和血管功能障碍，以及组织缺氧等病理变化。两种分类法，既有互相一致的一面，又有互相不平行的一面，不呈绝对平行的关系，但在临床上采用中医辨证与西医分期相并

列的方法，对于患者症状差异性、机体反应性、病情严重性及其相互关系的深入了解，是有积极意义的。

（三）高血压病治疗一得

绝大多数高血压病的演变过程，表现为“阳常有余，阴常不足”的征象。因此，治疗以滋阴、平肝、息风、降火为主。

滋阴养阴之品，可以贯穿治疗高血压病的全过程。如龟板、女贞子、熟地、黑芝麻、白芍等。

平肝、息风、降火之药，可见效于一时，但不宜长期服用。如龙胆草、黄芩、山栀，还要注意苦寒伤胃。

阴阳两虚，偏于阳虚者，温阳药亦可用，如附子。水气泛滥，亦可用真武汤之类。

治疗高血压病的总原则：要以调节人体阴阳，促使恢复自然调节功能为出发点。

大便秘结，应充分应用润肠攻下之药，务必保持大便通畅。

小便不利或小便短少，应加强分利小便之品。

在降压过程中，如遇疗效不满意，多考虑用活血化瘀药物。运用指征：①舌质有瘀点，色紫暗；②脉象涩、结；③口唇发紫；④胸片示左心室扩大；⑤心电图示左心室肥厚，心肌劳损。以上5项出现任何一项即可。

老年性高血压病，应注意“虚”与“瘀”，进行辨证用药。

血压相对稳定后，用平补肝肾之药，巩固其疗效。

二、冠心病的诊治经验

冠状动脉粥样硬化性心脏病（简称冠心病）是常见的心血管疾病之一。在中医学文献中，厥心痛、真心痛、心痹、胸痹等与现代医学的冠心病、心绞痛、心肌梗死的发病部位、症状的性质和表现，包括放射部位以及严重的预后等都有不同程度的吻合，它们可能同为心脏疾患的表现，但不能把其中



的任何一个病名，简单地、绝对地与冠心病画等号。张教授在治疗冠心病时，强调从整体出发，注意变化；看到共性，不忽略个性；既从中医观点分析，又考虑现代医学的成就，主张以辨证与辨病相结合来探讨冠心病的治疗法则与途径。

（一）络病学说与冠心病的相关性

络病学说是中医理论体系中的一个重要组成部分，也是经络学说中的一个核心部分。其渊源始于《内经》，发展于张仲景《伤寒杂病论》，兴起于叶天士《临证指南医案》，是历代医家长期医疗实践的经验结晶。

所谓络病，是指邪入十五别络、孙络、浮络而发生的病变，是以络脉阻滞、络虚不荣为特征的一类疾病。络脉病变，是因瘀、痰、毒、虚等诸因素，导致络脉痹阻，经久难愈，渐成痼疾。

《杂病源流犀烛·心病源流》中说：“心痛，包络病，实不在心也。”明确提出心痛是心包络病变的论断，属于络病的范畴。叶天士提出“久病人络”，“久痛入络”是有创见的。在《临证指南医案·心痛》中有“通络以和营”、“辛香以开通”、“辛甘以化阳”，《临证指南医案·胸痹》中有“温通阳气”、“流通上焦清阳为主”等论述，与现代治疗冠心病的法则是相通的。

（二）冠心病发病原委的多元性

全国各地的医家对冠心病的发病原委，有不同的看法。大多数学者认为是气虚血瘀，以气虚为本，血瘀为标，本虚标实；也有人认为是气滞血瘀为标，脏腑虚弱为本；或提出“痰瘀相关”痰浊瘀阻心脉；或提出胸痹从肝论治。

张教授认为本病是以饮食、情绪、寒邪、邪热为诱因，以心、肾、肝、脾、四脏功能低下为本，以痰凝、气滞、血瘀为标，心为发病的场所，肾虚为发病的基础。

1. 心为发病场所，肾虚为发病基础

在发病的机理上，心的功能低下以及心阳和心阴相对的平衡失调占重要的地位。心主血、主脉，如心阳衰微或心气不足，则血液失去心力的推动。心阴虚则不能濡养，而血液循行受阻，亦即所谓“气行血亦行，气滞血亦滞”，而见血液凝滞，心脉不通，不通则痛，也就是《素问·痹论》所指出的“心痹者脉不通”。气虚、气滞、阳虚，可能是心对血液的推动力不足和冠状动脉缺血的病理变化，血瘀可能是冠状动脉阻塞血栓形成的病理变化。

肾虚为发病的基础，正如金代刘完素说的“诸心痛者，皆少阴厥气上冲也”。指出肾在冠心病的发病中起着很大的作用。①首先从经络关系上来看，心与肾同属少阴，两者是相互联系的，且“同气相通”。②从生理上来看，肾为先天，为真阴真阳之所在，又是精神所舍和元气所系的脏器，特别是肾阳式微，命门火衰，与心气不足，痰凝、气滞、血瘀的形成有很大的关系。③从临床症状上来看，可有腰痛脚软，乏力头晕，发白或早脱，尺脉细弱等肾虚的表现。④从治疗上来考察，我们采用补肾药物后，可以提高疗效。总之，从经络关系、生理功能、临床表现、治疗效果来看，肾虚是本病的发病基础。

2. 发病之因，寒热为患

寒邪因素，很早就有记载，如《素问·举痛论》：“寒气客于脉外则脉寒，脉寒则缩卷，缩卷则脉绌急……故卒然而痛。”晋代王叔和指出：“厥心痛者，乃寒气客于心包络也。”说明了无论外来的寒邪或内生的阴寒，都会影响血液的流通而凝涩，同时感寒还可以使血管缩卷、拘挛，阻碍血流，形成凝血症或导致血栓形成。血流不畅，“不通则痛”。临床实践中，冠心病心绞痛在冬季较其他季节高发且重。

邪热也能引发本病，如《素问·刺热》说：“心热病者，先不乐，数日乃热，热争则卒心痛。”说明本病与邪热也有关系。陈士铎在《辨证录》中更明确指出：“夫真心痛，原有两症：一寒邪犯心，一火邪犯心也……但同是心疼，何以辨其一为寒而一为热。盖寒邪舌必滑，而热邪舌必燥耳。”因此，冠心病的临床表现除寒证外，热证也有。有的以热证为主，有的以热证



为兼证，还有一些寒热错杂证。现代人过食肥甘，喜食煎炸之品，往往痰热内蕴；因工作烦劳，肝气郁结，久郁化热；外感热邪，内舍于心，所以在辨治时，应注意有无热象，适当运用清热药，有利于冠心病的治疗。邪热为患的观点与现代医学新的研究——炎症反应可能在冠状动脉粥样硬化的发生、发展、斑块活动或破裂中起作用，是有些吻合的。

3. 饮食因素与脾不健运

饮食因素对本病的发生有一定的作用，如金代张子和的《儒门事亲》明确指出：“夫膏粱之人……酒食所伤，胀闷痞膈醉心。”中医学认为，脾主运化，又为生痰之源，脾胃由于饮食失调，如经常摄取膏粱厚味，则运化失常而使痰浊内生，痰涎滞结则阻遏心阳，心阳痹塞或痰热伤络遂导致冠心病。这与现代医学认为高脂肪饮食，可致脂质代谢紊乱而引起动脉粥样硬化的看法是一致的。中医的“痰凝”也可能是高脂血症斑块形成的病理变化。

4. 情绪激动与肝失疏泄

情绪激动容易诱发本病。肝主疏泄，有舒通调节血管的作用，如长期精神受到刺激，情志变化导致郁怒伤肝，肝气郁结，肝阳上亢，脉络失养，气血运行不畅，可致气滞、血瘀、痰浊内阻心脉，也有肝郁日久，久必化火，郁热伤络而发生心痛。这与现代医学观点——高级神经系统活动障碍和体液内分泌紊乱影响脂质代谢和冠状动脉舒缩功能的看法相似。

(三) 冠心病证治要领

冠心病的中医证候分类，各地学者看法不一。张教授认为，证候分类以临床实践为基础，通过四诊所获得的资料，结合阴阳脏腑、病机八纲学说，加以综合分析，提出以下12个证候及其代表方，作为冠心病证治要领。

1. 心气不足，脉络不和

症状：精神疲乏，少气懒言，偶有心慌感，无胸痛表现，舌质淡或胖，

苔薄白，脉细或缓。本证多见于无症状性心肌缺血。心电图有心肌缺血表现或运动试验阳性。

治法：补养心气，活血宁神。

方药：养心汤（《傅青主女科》）加减。

2. 气阴两虚，心络瘀阻

症状：胸闷发憋或心前区疼痛，心悸，气短，乏力，口干，腰酸，舌质淡红，或胖，或暗红，或暗紫，苔薄白，脉细而弱。本证多见于单纯性心绞痛、心绞痛缓解期。心电图多为ST段、T波变化。血压一般不高。

治法：益气养阴，补肾通络。

方药：生脉饮（《内外伤辨惑论》）加减。

3. 肝失疏泄，气滞心络

症状：胸闷不适，隐隐作痛，痛无定处，心悸怔忡，时欲太息，忧虑重重，情绪不畅，夜寐不安，容易疲劳，舌质淡红，苔薄微腻，脉细弦。本证可见于心绞痛缓解期或兼有抑郁症倾向者。心电图有ST段、T波变化。血压不高。

治法：调理气机，活血和络。

方药：柴胡疏肝散（《景岳全书》）加减。

4. 心阳不振，心脉痹阻

症状：胸闷或痛，心动有间歇感，喜欲自按，气少不足以息，舌质较淡或淡红，苔薄白，口唇发紫，脉细迟，或结或代。本证多见于冠心病有传导阻滞者。心电图可见房室传导阻滞或心室内传导阻滞或缓慢型房颤，或冠心病介入治疗后再狭窄。血压一般不高。

治法：温扶心阳，活血宣痹。

方药：桂枝甘草汤（《伤寒论》）合瓜蒌薤白白酒汤（《金匱要略》）加减。



5. 心阴不足，瘀热内留

症状：心前区疼痛时作，或胸闷，心悸怔忡，头晕，夜寐不安，口干盗汗，面红升火，大便干燥，舌质红少津，苔薄或剥，脉细数，或促、代。本证多见于心绞痛或心律失常。心电图 ST 段改变，或室性早搏，或快速型房颤。血压可能偏高。

治法：滋阴养心，活血通络。

方药：天王补心丹（《摄生秘剖》）加减。

6. 阴虚阳亢，瘀阻心络

症状：胸部闷痛，头晕且痛，烦躁易激动，四肢发麻，手足心热，舌质红，苔白或薄黄，脉弦，或细弦，或紧。本证多见于冠心病合并高血压病者。心电图多为 ST 段变化。血压多升高。

治法：育阴潜阳，活血化瘀。

方药：天麻钩藤饮（《杂病证治新义》）加减。

7. 寒凝心脉，阳虚阴盛

症状：心前区疼痛如绞，寒冷季节或遇风寒则心痛发作，形寒甚则手足不温，心悸气短，舌质淡红，苔薄白，脉紧。本证多见于心绞痛发作，心肌梗死。心电图 ST 段改变或异常 Q 波。血压不稳定。

治法：通阳宣痹，散寒活血。

方药：四逆汤（《伤寒论》）加味。

8. 邪热郁结，心络受损

症状：心前区疼痛，气粗咽干，烦躁不安，痰稠口渴，舌质红，苔黄或糙，脉数，或促。本证多见于心绞痛、心律失常，或冠心病介入治疗后再狭窄。心电图有 ST 段变化，或快速型房颤。

治法：清热泻火，散结活血。

方药：救真汤（《辨证录》）加减。

9. 痰瘀互阻，壅滞心络

症状：心前区疼痛，脘腹胀满，夜寐不安，大便不畅，舌质暗红，或有瘀斑，苔厚腻或黄腻，脉弦滑。本证可见于心绞痛、心肌梗死。心电图 ST 段缺血性改变或异常 Q 波。

治法：化痰活血，通络宣痹。

方药：小陷胸汤（《伤寒论》）合丹参饮（《时方歌括》）加减。

10. 心肾阳虚，正虚水泛

症状：胸闷或痛，头晕耳鸣，气急足肿，腰痛肢冷，舌质淡，或有瘀斑青紫，脉沉细，或迟，或散。本证多见于冠心病心力衰竭，或心律失常。心电图 ST 段变化或伴有左心室肥厚，或房颤。

治法：温养心肾，回阳利水。

方药：真武汤（《伤寒论》）加减。

11. 气滞血瘀，心络痹塞

症状：胸部窒闷重压感，或突然急剧疼痛或放射至臂背，面色苍白，情绪恐惧，舌质有紫色或瘀点，苔白，脉细涩或微弱。本证可见于重度心绞痛，或心肌梗死倾向。心电图多有 ST 段变化，或心肌梗死可能。血压一般偏低。

治法：活血化瘀，芳香开窍。

方药：血府逐瘀汤（《医林改错》）合苏合香丸（《太平惠民和剂局方》）加减。

12. 心阳暴脱，正不胜邪

症状：胸痛剧烈，烦躁暴喘，面色青紫，冷汗淋漓，四肢厥冷，舌质紫暗，苔白，脉微欲绝，或散，或屋漏，或雀啄。本证可见于心肌梗死休克，心律失常，缺血性猝死前期。心电图示心肌梗死、心律失常。血压下降。

治法：急救回阳，扶正救逆。

方药：回阳救急汤（《伤寒六书》）加减。



三、中风的诊治经验

中风又名卒中，临床表现以猝然昏仆、不省人事、口眼喎斜、舌强语蹇、半身不遂、肢体不仁为主要特征。中风二字，“中”为打击之意，又为矢石之中的；“风”为善行而数变，又如暴风之疾至。说明本病是起病急骤，变化迅速的危重证候。张教授对中风病的诊治积累了丰富的经验，不论是中风病的卒中阶段还是康复时期都有独到的见解和体会。

(一) 证候划分考虑经与纬

中风是一复杂多变的病种。《内经》虽无中风之名，但有“厥证”、“煎厥”、“大厥”、“薄厥”、“暗瘵”、“偏枯”的记载，颇与中风病相似。《金匱要略·中风历节病脉证并治》将中风分为中络、中经、中腑、中脏四类。孙思邈《千金方》将中风分为偏枯、风瘵、风懿、风痹四类，但风痹一证，则属风湿关节为病，与现所称中风无关。至于元代《医经溯洄集·中风辨》将中风分为真中风与类中风两类，与唐宋以前主张外风说，金元以后多持内因论有关，实质上是将两论作调和折中之说。由于内因得到普遍重视，故类中风之称，亦为医者运用。

近有人主张以病机来划分证候类型，如分为阴虚阳亢类、肝阳生风类、血虚生风类、阴阳两虚类，但往往不能反映本病的特征。因此，张教授认为，以中经络、中脏腑为经，以痰、瘀、风、闭、脱为纬，来划分证候类型，是切合临床实际的。

(二) 卒中救治围绕清与宁

中脏腑者以神志不清为特征，抢救之法应围绕清与宁，使“不清”转化为“清醒”与“安宁”。根据临床实践，体会有四法。

1. 芳香开窍法

中风闭证是以邪实壅盛为主，此因风阳暴张，气血上逆，挟痰浊蒙闭清窍，遂突然神志不清；横窜经络，络道瘀阻，则见偏瘫、口眼歪斜等症。按热象之有无，又分为阳闭与阴闭，治当分凉开与温开，正如尤在泾所说：“风邪中人，与痰相搏，闭其经隧，神暴昏，脉暴绝者，急与苏合、至宝之属以通之。盖唯香药，为能达经隧通神明也。”

如风阳挟痰火内闭，治以辛凉开窍，可用安宫牛黄丸、至宝丹、牛黄清心丸，醒脑静注射液或麝香 0.1g，牛黄 0.3g，冰片 0.3g 研末送服，佐以清肝息风之品，如钩藤、羚羊角、石决明、黄芩、菊花等。

如肝风挟痰湿上壅内闭，见面白唇青、痰涎壅盛、舌苔滑腻、脉沉滑，此为阴闭。治以辛温开窍，可用苏合香丸，佐以息风豁痰之药如天麻、钩藤、菖蒲、郁金等。

2. 通腑攻下法

卒中大多见肝阳暴亢，风痰上扰，血随气逆，血菀于上，正如《素问·调经论》曰：“血之与气，并走于上，则为大厥。”治应急使血与气向下并走，方能急流挽舟。临床上往往可见便闭不通，口有浊味，舌苔黄腻或黄燥。此时浊气上熏，肝火更盛，心神受蒙难清，急与承气汤攻下，亦可用生大黄 30g 水煎 150ml，保留灌肠，每日 1 次，直至得便为度，番泻叶亦有效，以使腑通热泄，引血下行，气随血下，亦即釜底抽薪之意。下其燥结，热即孤立，风即自消，邪热燥结去，中焦气机通，气血运行条达，则中风诸症可随之缓解。

3. 豁痰开窍法

朱丹溪论中风“有气虚，有血虚，有痰盛”，“西北二方，真为风所中者有之，东南之人皆是湿土生痰，痰生热，热生风也”。尤在泾说：“或因风而动痰，或因痰而致风，或邪风多附顽痰，或痰病有如风病，是以掉摇，眩晕倒仆，昏迷等证。”故提出“逐痰涎”一法，涤痰汤和清心散二方，治痰迷心窍之证。

中风者常见喉中痰鸣，痰瘀壅盛，常用竹沥、莱菔汁。如风痰寒痰，可



用白附子、制南星、半夏、白芥子、皂荚。如痰热则用贝母、竹茹、瓜蒌、天竺黄、青礞石、黛蛤粉等。亦可用猴枣散0.5g冲服，姜汁频频饮服，还可与菖蒲、郁金同用，使痰浊除而心窍清，神明出而智慧爽。

4. 回阳固脱法

中风脱证是以正不胜邪，阴阳离决为主，按阴阳离决之情，又分阳脱与阴脱以及失血气脱之证，但以元气衰微、阳气虚脱更为险恶。症见神昏不语、二便自遗、气息低微、冷汗淋漓、目合口张、脉沉细欲绝，治当回阳固脱。速用人参、附子、龙骨、牡蛎、黄芪、五味子或四逆汤注射液。阴脱者，神志不清、目合口张、面赤、足冷、心烦不宁、脉大无根，可用人参、黄芪、熟地、山萸肉、山药、枸杞、茯神、枣仁、龙骨、牡蛎、甘草等化裁，生脉散注射液静滴。

由于中脏一证，病情复杂，变化多端，闭证脱证既有真假之分，又有浅深之别，有实闭似脱，实脱似闭；闭证和脱证可以互相转化，又可以同时互见，如内闭外脱者，可人参、附子与羚羊角、竹沥、姜汁、至宝丹、导痰汤等同用，应全面辨证，审证精确。

四法者，言其要领也，有一法独用，有数法并进，还有凉血清热、凉肝息风、滋阴潜阳、活血化瘀诸法，亦当推究其因，辨别虚实，分清缓急，参合用之。

(三) 康复始终抓住痰瘀虚

无论是缺血性中风还是出血性中风的后遗症，均由气血逆乱，气血相并，血菀于上，瘀滞脑络，气机升降失调所致。气血逆乱是本病的始发病机，痰瘀阻络是本病的病理基础，化痰化痰是本病的治疗关键。

痰瘀同治治疗中风源远流长，早在汉代，张仲景就有“侯氏黑散治大风”的记载，其后朱丹溪、王纶、喻嘉言、唐容川等都有论述。近年来，痰瘀同治已取得众多医家的共识。芳香醒脑与化痰活血并举，可谓别具一格。需要指出的是，当瘀阻脉络，痹塞不畅之时，选择加用虫类药物，取其行走攻窜，通经达络，驱逐搜剔之性。这是远非草木所能及的，临床确有显著疗

效。张教授常说，蜈蚣有祛风活血之功，凡气血凝集之处皆能开之；水蛭破血瘀，通经脉，破瘀血而不伤新血，专入血分不伤气分；地龙有舒经通络之功效，且有降血压的作用；全蝎有息风解痉通络之用，还有显著的逐瘀作用。在药物配伍时，对出血性中风，应在虫类药物的基础上，配伍止血药如茜草、蒲黄等，以防止再出血；对缺血性中风，则应加重益气养血之品。虫类诸药研粉吞服，才能提高疗效，水蛭三七合用，有出血者止、缺血者活、瘀血者散的特点。活血化瘀法可以作为中风病中药康复的重要手段，但必须处理好血与气的关系。王清任补阳还五汤是益气活血通络的代表方，张教授认为，既用补阳还五汤，生黄芪剂量宜大，在30~100g之间；服药时间以30剂为1个疗程。对于肝阳上亢，肝风内动等标实证突出者，补阳还五汤要慎用。由于中风多发生于中老年人，以40岁以上者居多，而40岁以上又以肾虚者为多。肾主骨生髓，主藏精，通于脑。脑为髓海，髓由精生，中风后遗症绵绵难愈者，往往侧重于本虚，故康复期求本溯源，益肾补脑很重要。补肾以治虚，填精以充脑，是中风病康复的一大法门；然本病往往虚中夹实，痰瘀内蕴，尚须论虚时不忘实，治本时不遗标，标本兼顾，方能相得益彰。

张教授说，治疗中风病，辨证论治是从整体观念着眼，化痰化痰是从病理基础出发；选用虫类药物，取其行走攻窜、通经达络之功，可谓灼见；采用益肾补脑之法，是宗景岳之说；然虚中夹实，尚须标本兼顾。

四、热病的诊治经验

张教授在半个世纪的临床实践中，对发热疾病的研究倾注了极大的心血，从20世纪60年代提出“伤寒温病统一融合论”，到20世纪70年代对100例发热病例的分析而创“热病五期八类辨证纲要”，至2003年4月作为非典专家组成员亲临隔离病房为香港非典患者用中医中药诊治，以及其后受有关部门委托起草“中医疫病证治通则”。张教授对外感热病的研究一步步深入，理论日臻成熟，形成了自己的学术观点和临床经验。



(一) 创热病五期八类辨证纲要

张教授学宗仲景，旁及诸家，对温病学说，亦有深入研究。主张“伤寒温病统一融合论”。

张教授说，过去伤寒学说与温病学说长期争论不休，如前者强调六经，后者强调卫气营血；前者强调用药必须辛温，后者强调用药必须辛凉；前者强调阳虚，后者强调伤阴等。其实，这些认识都是从临床实践中来的，两种学说各有所长，各有所短。因此，应该全面地看问题，取其所长，补其所短，在临床实践中，把伤寒学说与温病学说统一起来，综合运用。

张教授在临床实践中，对体温在 38°C 以上的100例急性发热者进行了比较系统的观察，根据资料分析，结合六经、卫气营血与三焦辨证的内容，将伤寒温病统一融合起来，初步提出外感热病的辨证分期分类纲要。

恶寒期：外感热病初期，一般多见表证。表寒类如太阳病；表热类如卫分证、上焦手太阴肺经证。本组恶寒期24例，其中表寒类3例，表热类21例。

化热期：病邪由表入里，即转入化热期。半表半里类，如少阳病；气热类如阳明病经证、气分证、中焦证；里实类如阳明病腑证、气分证、中焦证。本组化热期63例，其中半表半里类5例，气热类39例，里实类19例。

营血期：如病情严重，可进入营血期。血热类，出现营分证、血分实热证、上焦厥阴心包证。本组营血期血热类4例。

伤阴期：外感热病后期，邪留正虚。可出现阴虚类，如厥阴病、少阴病、血分虚证、下焦证。本组伤阴期阴虚类5例。

阳虚期：外感热病后期，亦可转化为阳虚类，如少阴病、太阴病、下焦证、中焦证。本组阳虚期阳虚类4例。

对于急性发热的伤阴与亡阳，在历代医家中，有人主张伤寒亡阳，温病伤阴；张教授认为，说热病由表入里，则不必分为伤寒与温病。伤阴与亡阳的转化，取决于患者的体质与邪气的强弱。若素质阳虚则阳易亡，素质阴虚则阴易伤。在阳虚与阴亏之间，应首先注意伤阴，但不能忽略阳气，因阳气

易脱，稍缓莫救，故亦宜重视。

（二）传染性非典型肺炎治疗思路

传染性非典型肺炎，从其因感受外邪出现急性发热的临床特点来看，属于中医“温病”、“疫病”范畴。从张仲景的《伤寒论》开始，中医就已经有了防治流行性外感热病的经验。明清时期，又有了吴又可的《温疫论》、叶天士的《温热论》和吴鞠通的《温病条辨》等著作的问世，形成了中医独特的温病学说。2003年传染性非典型肺炎流行期间，中医积极参与了治疗，温病学说起着极其重要的指导作用。张教授结合临床经验，总结 SARS 治疗思路如下。

1. 清热解毒贯穿 SARS 治疗始终

SARS 的基本病机系疫邪、热毒、痰湿内蕴，壅阻肺络，由气及血，下注胃肠，累及心肾，邪盛正虚，耗气伤阴。其中疫邪热毒是病之本，痰湿瘀血是病之变。变是由本派生而来。重用清热解毒之品，可直接对抗病毒，是从 SARS 源头上进行治疗的策略。如病之初期，邪犯肺卫，可用银翘散加减，重用鱼腥草、大青叶、菊花。病之中期，疫毒壅肺，可用麻杏石甘汤加黄芩、蒲公英；若咳嗽气促，口渴欲饮，发热不甚，大便溏薄，舌质红苔黄腻者，可用桑白皮汤加银花、连翘、鱼腥草、芦根等。疫毒入营，可用清营汤加鱼腥草、蒲公英。疫毒扰血，可用犀角地黄汤加大青叶、银花、连翘等。总之，重用清热解毒之品是要着，可贯穿 SARS 治疗全过程。

中医治疗 SARS 不能拘泥于一家之说，要熟识吴又可、叶天士、吴鞠通、陈平伯等著名医家学术思想，应博采众长，为我所用，强调以辨证论治为主导，方能发挥良效。

2. 重视气分环节积极治疗是上策

“治温良机在气分”，张教授强调抓住气分证候是治疗热病的良机，以防病人营血，变为重症。SARS 一病有发展快、变化速、来势凶、病势重、威



胁大等临床特点。卫分证是病之开始，但是疫病卫分证时间往往很短，或不见，集中表现在气分证或称为中期，或称为高峰期。此时，应及时正确地积极大胆地用药，快速控制病情，阻止疾病的发展，避免冠状病毒造成多器官损伤。清热解毒、凉血活血、化湿祛痰、通腑攻下等法，要不失时机，早用、重用、多用。截断疾病传入营分、血分，这与现代医学理论相吻合。若病涉营血，热入心包，神志昏愤，不省人事，即使用犀角地黄汤、紫雪丹、安宫牛黄丸等凉血清热芳香开窍之品，或肺绝、心绝、肾绝、阴阳离决用参附之辈，亦难治疗矣，深有错失良机之憾。

3. 摆正祛邪与扶正的关系是关键

大凡温病、瘟疫多为时行疫毒，温热湿浊，痰瘀互阻，肺气壅塞。先期亟予祛邪，即邪气退正乃安，如妄加滋补，则助邪为虐，遗患无穷。正如吴又可所说“客邪贵乎早逐”，“早拔去病根为要耳”，祛邪之法如清热解毒、祛痰活血、化湿辟秽、攻下通腑等，可以辨证选用。

病之后期应当扶正，即正气足邪自退，扶正是为了清孽，一般可用冬虫夏草补肺益肾以善其后。如气阴两虚者可用生脉饮合沙参麦冬汤化裁；或肺脾两虚可用参苓白术散合香砂六君子汤化裁，取“培土生金”之义。应该指出，病之后期，还需注意余邪未尽，正如叶天士所说“炉烟虽熄，灰中有火也”，吴又可所说“暴解之后，余焰尚在”。因此，祛邪与扶正孰轻孰重，自当明辨，正确把握祛邪扶正是治疗的关键。

(三) 中医疫病证治通则初议

张教授反复思考，“传染性非典型肺炎”、“禽流感”、“流行性感冒”、“流行性乙型脑炎”、“流行性脑脊髓膜炎”等，从现代医学病原学的角度分析，各有不同，但从中医角度来看，则统称为“疫病”，因此，可从证候学研究出发，探讨疾病的属性、病位、传变，进行辨证论治。这些疫病的发生发展，是否存在共同性与规律性呢？由此，张教授遵循“天人合一，整体观念，审证求因，辨证论治”的精神，应用六经辨证、卫气营血辨证、三焦辨证的方法，明确疫病、疠气所具有的热、毒、湿的共性，依据疫病的传变规

律及预后，提出“中医疫病证治通则”，这是张教授从事热病研究的延续。现分为18个基本证候及基本治法阐述如下。

1. 疫毒犯卫

症状：发热或发热微恶寒，头痛，关节肌肉酸痛，口微渴或干咳少痰，舌边尖红，苔薄白，脉浮数。

治法：疏散时邪，清热解毒。

方药：银翘散（《温病条辨》）加减或桑菊饮（《温病条辨》）加减。

2. 疫毒夹寒

症状：发热恶寒，鼻塞流涕，无汗头痛，舌质淡红，苔薄白，脉浮。

治法：解表散寒，驱邪外出。

方药：荆防败毒散（《摄生众妙方》）加减。

3. 疫毒夹湿

症状：发热，头身困重，胸闷思睡，咽痒，渴不引饮，间有咳嗽，溲黄，舌质淡红，苔白腻，脉濡数。

治法：解表化浊，渗湿祛邪。

方药：藿朴夏苓汤（《医原》）加减。

4. 疫及表里

症状：发热，表里大热及头痛眩晕，骨节酸痛，胸膈胀闷，心腹疼痛，其证不可名状者，舌质红，苔黄腻，脉浮洪或弦数。

治法：升清降浊，消解疫毒。

方药：升降散（《伤寒瘟疫条辨》）加减。

5. 疫伏膜原

症状：先憎寒而后发热，继之但热而不憎寒，头痛身痛，或胁痛耳聋，或腰背项痛，舌质淡红，苔白如积粉，脉数。

治法：开达膜原，辟秽化浊。



方药：达原饮（《温疫论》）加减。

6. 疫毒壅肺

症状：高热，烦渴引饮，咳嗽，胸满气急，痰黏不爽，舌质红，苔黄，脉数或滑数。

治法：泻肺清热，化痰解毒。

方药：麻杏石甘汤（《伤寒论》）加减或桑白皮汤（《景岳全书》）加减。

7. 肺毒移肠

症状：身热咳嗽，心烦口渴，下利色黄热臭，舌质红，苔黄腻，脉数。

治法：苦寒清热，解毒止利。

方药：葛根芩连汤（《伤寒论》）加减。

8. 肺热腑实

症状：痰涎壅滞，喘促不宁，潮热便秘，舌质红，苔黄腻或黄滑，脉右寸实大。

治法：宣肺化痰，泄热通腑。

方药：宣白承气汤（《温病条辨》）加减。

9. 疫漫三焦

症状：发热烦躁，头痛不已，口燥咽干，或吐衄，舌质红，苔黄，脉数有力。

治法：清热解毒，泻三焦之火。

方药：黄连解毒汤（《外台秘要》）加减。

10. 疫入气分

症状：大热，汗大出，口大渴，喜冷饮，口干舌燥，头痛面赤，舌苔黄而燥，脉洪大。

治法：大清气热，甘寒生津。

方药：白虎汤（《伤寒论》）加减。

11. 疫毒迫血

症状：头痛项强，身体灼热，烦躁不安，皮肤发斑或吐血，鼻出血，舌质红绛，脉数。

治法：凉血散血，清热解毒。

方药：犀角地黄汤（《备急千金要方》）加减。

12. 疫扰气血

症状：大热渴饮，头痛如劈，干呕狂躁，神昏谵语，四肢抽搐，舌质绛唇焦，脉沉数或沉伏细数。

治法：清热解毒，清气凉血。

方药：清瘟败毒饮（《疫疹一得》）加减。

13. 疫传阳明

症状：高热神昏，手足抽搐，胸腹胀满，大便秘结，或头痛，角弓反张，舌质红，苔黄燥起刺，或焦黑燥裂，脉沉实。

治法：峻下热结，釜底抽薪。

方药：大承气汤（《伤寒论》）加减。

14. 疫陷心包

症状：身灼热，肢厥，神昏谵语，舌謇，舌绛红而干，脉细数。

治法：清心解毒，芳香开窍。

方药：清宫汤（《温病条辨》）加减，送服安宫牛黄丸（《温病条辨》）。

15. 疫盛动风

症状：身热头痛，手足躁扰，神昏，甚则颈项强直，角弓反张，舌干绛，脉弦数。

治法：凉肝息风，清热开窍。

方药：羚角钩藤汤（《通俗伤寒论》）加减，送服紫雪丹（《温病条辨》）。



16. 疫闭外脱

症状：身体灼热，神昏谵语，或汗多气短，脉细无力，或面色苍白，汗出淋漓，脉微细欲绝。

治法：芳香开窍，扶正固脱。

方药：安宫牛黄丸（《温病条辨》），或苏合香丸（《太平惠民和剂局方》），或参附汤（《妇人良方大全》）。

17. 气阴两伤

症状：低热或身热已退，口干或干咳不已，舌红少苔，脉细。

治法：甘寒生津，滋养肺胃。

方药：沙参麦冬汤（《温病条辨》）加减。

18. 肺脾两虚

症状：面色萎黄，四肢无力，饮食不化，胸闷暖气，苔薄白腻，脉缓。

治法：益气健脾，培土生金。

方药：香砂六君子汤（《医方集解》）加减。

中医疫病证治通则，适用于现代医学“传染性非典型肺炎”、“禽流感”、“流行性感冒”、“流行性脑脊髓膜炎”、“流行性乙型脑炎”等的辨证论治。当然，具体应用时，还应注意因地制宜，进行个体化治疗、辨证加减和中西医结合治疗。

五、肝病的诊治经验

张教授擅长肝病的治疗，早在20世纪50年代，即从事肝病的临床研究。他撷中医历代先贤之理论，积60余载临床之经验，形成了自己治疗甲型肝炎、乙型肝炎、脂肪肝、肝硬化等的系统理论见解与辨证遣药特色。

（一）甲型肝炎

甲型病毒性肝炎简称甲型肝炎，是由甲型肝炎病毒（HAV）引起的一种

肠道传染病。属于“湿热”、“疫证”、“黄疸”、“胁痛”范畴。其病因以“毒”为本，以“瘀滞”为基本病机。

甲型肝炎多为热重于湿，由于具有传染性，因此，并非一般湿热，乃为天地间一种疫气所感，因此，必用疫毒的概念，方可认识和揭示其本质。湿热疫毒同侵，蕴积中焦，气血瘀滞，则表现为黄疸、胁痛、肝脏肿大等症。张教授指出，甲型肝炎是由于感受时行疫邪，饮食不当，肝胆湿热，热毒内蕴，气血失调所致。疾病的演变，是一个由实致虚的过程。

对肝病的治疗，要抓住其共性。《内经》提出用“甘缓”、“辛散”、“酸泻”等法治肝；张仲景提出“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”的治疗原则；王旭高提出治肝30法。张教授从甲肝为时行疫邪，肝胆湿热，热毒内盛，气血失调的病机出发，抓住疾病的共性，着眼于消除病毒、恢复肝功能、改善肝脏病理三个基本环节，综合考虑，提出清解活血法为基本治疗原则。

本法主方药物：黄芩，有清热燥湿解毒之效，可降酶，能减轻肝实质炎症，中和毒素；山栀，清肝泻火，清热利湿，凉血解毒，有利胆退黄降酶的作用；连翘，果实含有齐墩果酸，可清热解毒，消痈散结，对急性肝炎损伤有治疗作用，使肝脏解毒功能增强，减少肝细胞脂肪变性和坏死；丹参，凉血活血，消痈除烦，可降酶、降浊，对已沉着的免疫复合物有促进吸收和清除的作用；郁金，行气解郁，凉血活血，利胆止痛，有降浊退黄的作用，能防止免疫复合物的形成，改善微循环以及结缔组织代谢；金钱草，除湿退黄，清热利水，有促进胆汁从胆管排出和降酶、降浊的作用；车前草，清热解毒，利水通淋，有退黄的作用。以上诸药，清泄肝胆之湿热，解消时令之疫毒，活散瘀热之互结，改善气血之流畅，促进肝脏的全面恢复而向愈。

清解活血法的主方，是针对甲肝的主要矛盾而拟定的，但患者受邪有轻重，个体有差异，因此，还需辨证加减。如口苦、口干显著，大便秘结，舌质红，脉弦数，为湿热疫毒炽盛，腑气不通，加大黄、大青叶、虎杖以通腑逐邪，清热解毒，活血凉血。如黄疸鲜明，持续不退，小便深黄，为肝胆湿热，瘀热而结，重用赤芍、胡黄连、大黄、玄明粉以凉血热，行瘀热，泄热毒，荡积滞，退黄疸，疗效显著。如身倦肢重乏力，纳呆痞满，小便深黄，舌苔腻，脉弦滑，为湿困脾胃，加米仁、猪苓、苏梗，以利水渗湿，行气宽



中。如胃脘不适，纳呆，恶心呕吐，为胃气不和，加竹茹、藿香、姜半夏以清热和胃，芳香化湿，降逆止呕。如肝区胀痛，胸闷不舒，不欲饮食，脉弦或弦细，为肝气郁结，加柴胡、枳壳、赤芍以疏肝解郁，和血止痛。如胸胁刺痛，腹胀不舒，脉弦，舌暗红或青紫，为肝络不和，瘀血阻滞，加玄胡、泽兰、甘松以行气活血，醒脾通络。

根据临床实践，病之后期，可见虚实夹杂的现象，如大便溏薄、腹胀纳呆，为中阳不振，运化失司，加干姜、木香、鸡内金以温中祛寒，行气健胃，取《伤寒论》栀子干姜汤之义。如神疲乏力，胁隐痛悠悠不止，为中气不足，加太子参、生黄芪以补益中气，取《伤寒论》半夏泻心汤、《医宗金鉴》黄连消毒饮之义。如夜寐不安或心悸，脉细或细数，心神不安者，加枣仁、远志、琥珀以宁心安神，活血化瘀，取《杂病源流犀烛》安神补心汤之义。如腰酸肢软，头晕，口干舌燥，舌质红或苔少，为肝肾阴虚，加生地、枸杞子、白芍以滋养肝肾，取《医宗己任编》滋肾清肝饮之义。上述化裁，实为清中寓补、补中有散、寒热并用、清补兼施之方，以应虚实夹杂之证。

(二) 乙型肝炎

乙型病毒性肝炎简称乙型肝炎，是由乙型肝炎病毒（HBV）引起，通过血液与体液传播，具有慢性携带状态的传染病。临床表现多样化，包括急性、慢性、淤胆型和重症型肝炎，容易发展为慢性肝炎和肝硬化，少数病例可转变为原发性肝细胞癌。属于“胁痛”、“郁证”、“疫证”、“黄疸”范畴。

张教授认为乙型肝炎的发生是湿热疫毒隐伏血分，疫毒病邪，性似湿热，具有阴阳双重性，既伤阳气又伤阴津，人体感受此邪，若正气不足，无力驱邪，则邪留体内，隐伏入血，长期为患，这是乙型肝炎慢性化的最基本病机。乙型肝炎受累的脏腑主要是肝、胆、脾、胃、肾。“肝肾同源”在慢性肝病患者的临床表现和病机方面都有体现。培补脾肾即增强免疫，在慢性肝病的治疗上是非常重要的方面。

张教授认为，感染乙型肝炎病毒，是乙型肝炎发病的主要病因。消除乙型肝炎病毒，是治疗本病的方法之一。但乙型肝炎的组织损伤，并不是肝炎病毒在肝细胞内增殖的直接后果，而是通过一系列免疫反应产生的。因此，

调控免疫是治疗乙肝的主要环节之一。由实致虚，虚中夹实，虚实错杂是乙肝总的病机。所以，治疗也必须清补兼施，清中寓补，补中有散，做到祛邪不伤正，扶正不留邪，审证求因，辨证论治。对有乙肝表面抗原（HBsAg）阳性，或核心抗体（HBcAb）阳性，或e抗原（HBeAg）阳性者，可根据不同的临床表现，采取不同的方法。

1. 疏肝健脾，解毒活血法

用于肝脾不和，湿毒内蕴的病人。症见肝区胀痛，精神抑郁，食欲不振，腹胀不舒，小便色黄，脉弦，舌质淡红，苔薄白或白腻。可选用柴胡、赤芍、黄芩、丹参、郁金、佛手、板蓝根、败酱草、叶下珠、白花蛇舌草等。

2. 补气活血，清热解毒法

用于气虚血瘀，湿热稽留的病人。症见肝区疼痛，神疲乏力，少气懒言，自汗，脉细或弱，舌质淡红或有瘀斑，苔薄白。可选用黄芪、党参、黄精、赤芍、丹参、连翘、蒲公英、板蓝根、叶下珠、白花蛇舌草等。

3. 滋养肝肾，清热活血法

用于肝肾阴虚，余热未清的病人。症见肝区隐痛，头晕目眩，腰膝酸软，五心烦热，口燥咽干，脉细数，舌质红或有裂纹，苔少。可选用生地、麦冬、沙参、玄胡、枸杞子、银柴胡、当归、白芍、栀子、丹参、叶下珠、白花蛇舌草等。

4. 补肾利湿，活血解毒法

用于肾气不足，湿毒未净的病人。症见面色少华，腰膝沉重而痛，耳鸣乏力，肝区时有隐痛，脉沉细或沉弦，舌质淡或夹青，苔白腻。可选用仙灵脾、桑椹子、旱莲草、菟丝子、贯众、丹参、郁金、叶下珠、白花蛇舌草等。

5. 健脾补肾，化瘀解毒法

用于脾肾两虚，湿瘀内阻的病人。症见面色晦滞，四肢不温，腰膝痛，腹胀便溏，饮食不佳，中脘痞满，小便不利，脉沉细无力或沉迟，舌质淡，



舌体胖，或有齿痕，或夹青，苔白或腻，或滑。可选用党参、黄芪、白术、茯苓、仙灵脾、仙茅、巴戟天、干姜、半枝莲、黄柏、川芎、郁金、金钱草、叶下珠等。

在调控免疫方面，张教授也挖掘了许多有效的中药。

具有提高吞噬细胞功能的药物有黄芪、党参、白术、甘草、山药、黄精、人参、灵芝、仙灵脾、女贞子、龟板、鳖甲、牡蛎、丹参、赤芍、川芎、桃仁、莪术、鸡血藤、白花蛇舌草、鱼腥草、金银花、蒲公英、黄连等。

能增加T细胞功能的药物有黄芪、党参、白术、人参、灵芝、仙灵脾、菟丝子、鹿茸、桑寄生、茯苓、猪苓、米仁等。

能诱生干扰素的药物有黄芪、当归、红花、太子参等。

能抑制体液免疫功能的药物有紫参、茵陈、黄芩、黄柏、栀子、龙胆草、银花、连翘、甘草、半边莲、生地、玄参、丹皮、丹参、泽兰、桃仁、红花、当归、川芎、赤芍、益母草、大黄、紫草、白茅根、莪术、地龙、水红花子、柴胡、桑白皮、车前草等。

有的可直接抑制抗原产生，如当归、桃仁；有的凉血活血药可清除循环免疫复合物；有的可清除血中过剩抗原，防止免疫复合物的形成，如郁金、丹参。

由于机体的免疫功能具有复杂的多级自适应调控系统，其失调不单纯只限于某一环节，因此，应从多个环节调整。乙肝慢性期，往往既有湿热毒瘀蕴结不解，又有脏腑气血功能失调和衰退。所以，治疗也必须考虑到各个方面。中医辨证组方应是既解毒祛邪，扶助正气调整脏腑功能，疏通气血流畅，又能改善肝脏功能，促进蛋白代谢，增强T细胞功能，促进干扰素的生成，降低亢进的体液免疫，清除循环免疫复合物。

(三) 脂肪肝

脂肪肝是指各种原因引起的肝脏脂肪蓄积过多的一种病理状态。正常肝脏所含脂肪约占肝重的3%~5%，若含量超过肝重的5%，即称脂肪肝。所以脂肪肝并非临床上一个独立性疾病。脂肪肝属于中医痰证、瘀证、痞证的范畴。由于脂肪肝与动脉硬化的相关性，目前已引起了人们极大的关注。

结合长期的临床实践，张教授认为脂肪肝是一种可逆性的病理状态，只要从整体出发，控制病因，多向调节，综合施治，病情是会得到改善和康复的。

脂肪肝患者，大多形体肥胖，无临床症状，或表现为腹胀、乏力、肝区胀痛、腰酸耳鸣、嗜睡或失眠，表现很不一致。B超、CT或肝穿刺检查均能确诊脂肪肝。伴发疾病以肝炎、胆囊炎、胆结石、高血压病、冠心病、糖尿病、妇女内分泌失调最为常见。临床上运用祛邪法为主治疗脂肪肝，效果好，“邪”有毒、痰、瘀、热之分，故有解毒、化痰、祛瘀、清热等祛邪之法。因痰瘀互结为其基本病机，故化痰活血应贯穿始终。脂肪肝的防治重在“去除病因，合理膳食，适当活动，降脂理肝”四个基本环节。用中药可化痰清源，活血化瘀，疏肝通络。张教授自创降脂理肝汤为基本方治疗脂肪肝，该方由泽泻10g，决明子30g，丹参10g，郁金10g，海藻30g，荷叶10g组成。方中泽泻利水泄热降脂，丹参活血化瘀理肝，二药共为主药；决明子清肝化浊通便，海藻消痰软坚利水，二药同有降血脂作用，助主药泄浊降脂，为辅药；佐以郁金行气化瘀通络，助丹参活血化瘀理肝，并能消除胁痛；荷叶升清降浊通便，为使药。如此化痰浊沉积，散瘀血积聚，则肝内脂肪得以消除，血中脂浊得以清降，疾病向愈。

张教授采用辨证与辨病相结合治疗脂肪肝，提出“整体出发，寻找病因，研究病机，观察病期，掌握证候，分清主次，防治结合，多向调节，综合施治”的新思路。常分为下述8个证候进行辨治。

1. 痰瘀互阻，肝络不和

症状：形体肥胖，肝区胀痛，乏力，腹胀，血胆固醇、甘油三酯升高，舌质暗红，苔薄腻，脉细弦。相当于脂肪肝，无炎症，无伴发症者。

治法：化痰活血，疏肝通络。

方药：降脂理肝汤。如胁痛，加玄胡15g，八月札20g；大便不畅，加生大黄（后下）6g或芦荟2g。



2. 痰瘀互阻，毒邪犯肝

症状：形体肥胖，肝区胀痛，乏力纳呆，口苦且干，血胆固醇、甘油三酯升高。相当于脂肪肝伴丙氨酸氨基转移酶升高者。

治法：化痰活血，清热解毒。

方药：降脂理肝汤加垂盆草 30g，六月雪 30g，平地木 30g 等。

3. 痰瘀互阻，肝胆湿热

症状：形体肥胖，肝胆区胀痛，巩膜黄染，口干溲黄，或大便秘结，血脂与胆红素均高。舌质暗红或尖红，苔白腻或黄腻，脉弦或弦数。属脂肪肝胆红素增高或伴发胆囊炎、胆结石者。

治法：化痰活血，疏肝利胆。

方药：降脂理肝汤加茵陈 30g，田基黄 30g，金钱草 30g，猪苓 15g，黄芩 15g 等。

4. 痰瘀互阻，肝络痹阻

症状：肝区胀痛或刺痛，面色黧黑，精神疲乏，头晕，腰酸，或见肝掌，或见蜘蛛痣，血脂偏高，血浆白、球蛋白比例失调， γ -球蛋白增高。舌质暗红或有瘀斑，苔白腻，脉细弦，或弦涩，或细涩。属脂肪肝球蛋白升高，或有肝硬化表现者。

治法：化痰活血，疏肝软坚。

方药：降脂理肝汤加炙鳖甲 10g，马鞭草 15g，水红花子 15g，鸡血藤 15g 等。

5. 痰瘀壅肝，阴虚阳亢

症状：形体肥胖，肝区胀痛，时有烘热，头昏项背不适，易怒易躁，血脂与血压均高，舌质红或暗红或边尖红，苔白腻，脉弦，或弦滑，或细弦。属脂肪肝伴有高血压病者。

治法：化痰活血，滋阴潜阳。

方药：降脂理肝汤加黄芩 15g，夏枯草 15g，钩藤 15g，山栀 10g，枸杞

子 10g，女贞子 15g 等。

6. 痰瘀壅肝，心脉失和

症状：肝区胀痛，胸闷或痛，或夜间刺痛，或心悸，精神疲乏，血脂偏高，心电图有心肌缺血或心律失常表现。舌质暗红，或有紫气，或淡红，苔薄白，脉细，或细弦，或细涩，或结，或代，或促，或散。属脂肪肝伴有冠心病，或心律失常者。

治法：化痰活血，养心通脉。

方药：降脂理肝汤加檀香 9g，砂仁 3g，水蛭 6g 等。

7. 痰瘀壅肝，肺肾不足

症状：肝区胀痛，消渴引饮，腰酸尿多，神疲乏力，血脂与血糖均高，舌质淡红，或暗红，苔薄白，脉细或细弦。属脂肪肝伴发糖尿病者。

治法：化痰活血，滋补肺肾。

方药：降脂理肝汤加玉米须 15g，地黄 15g，怀山药 30g 等。

8. 痰瘀壅肝，冲任不调

症状：形体肥胖，肝区胀痛，腹胀不适，心烦，腰酸背痛，月经不调，或月经量少，或更年期，血胆固醇、甘油三酯等偏高，舌质暗红或淡红或边尖红，苔薄腻，脉细或细弦。属脂肪肝伴有内分泌失调者。

治法：化痰活血，调理冲任。

方药：降脂理肝汤加女贞子 15g，巴戟天 15g，仙灵脾 15g，黄柏 10g 等。

张教授指出，内毒是脂肪肝发生发展的关键，由于长期嗜食肥甘厚味，食滞内停，肝郁气滞，胆失疏泄，气病及血，酿生内毒，肝络遭损。现代医学认为，脂肪肝是一种继发于肝细胞脂肪变性和细胞损伤的炎症，并有进入纤维化状态的基础，临床表现为血清丙氨酸氨基转移酶（ALT）、门冬氨酸氨基转移酶（AST）反复升高。张教授提出“从毒论治”的新观点，认为瘀毒、痰毒为患，且从热化，因而脂肪性肝炎单纯降脂治疗是不够的，要以清热解毒为治疗大法，佐以化痰活血。张教授喜用垂盆草、紫花地丁、败酱草、



六月雪、银花、连翘、水牛角片、虎杖等清热解毒药。此外，张教授强调，良好的生活习惯、合理的饮食、适度的运动也是防治脂肪肝非常重要的一环。

(四) 肝硬化

肝硬化是一种常见的慢性、进行性、弥漫性肝病，由一种或几种病因长期反复作用引起。临床上有多系统受累，以肝功能损害和门脉高压为主要表现。晚期常出现消化道出血、肝性脑病、继发感染等严重并发症。本病的病因主要为乙型肝炎、血吸虫病、酒精中毒，在我国以乙型肝炎所致为主，国外以酒精中毒多见。属于“积证”、“聚证”、“血证”、“鼓胀”范畴。

肝硬化的发生，正如张教授所说的“毒邪与湿热共存，痰浊与瘀血交阻，气滞与水停相兼，肝络因之而痹结，气机由此而失调”。正虚邪恋，气滞血瘀为其本，湿热毒邪稽留血分，痰浊水停为其标。其病位在肝，涉及脾、肾、胆、三焦，病变多见虚实夹杂，本虚标实。

肝硬化的治疗，张教授强调以解毒软坚活血为主，兼以利胆化湿，扶正调控免疫。

1. 议病分期，辨证立法

张教授认为，肝硬化活动期主要是肝功能异常，ALT升高，表现为面色垢浊，心烦口干，食欲不振，四肢困倦，肝区胀痛，皮肤有瘀斑，小便黄赤，苔黄腻，舌质红，脉细弦。属疫毒稽留，湿热内伏，血分有热。ALT升高与湿热毒邪的进退有一定联系。邪进则酶升，邪退则酶降，湿热去而复返，则酶降而复升。疫毒湿热余邪稽留不清，则酶持续难复。故ALT不仅是现代医学诊断肝炎的重要指标，也是中医衡量疫毒湿热在人体为患的客观指标。治以解毒活血，扶正软坚之法。宜解毒软肝方（莪术、当归、水红花子、赤芍、郁金、马鞭草、白花蛇舌草、苦参）加垂盆草、龙胆草、六月雪、水牛角片或粉。方中白花蛇舌草、垂盆草、六月雪清热解毒，疏肝活血，消痈利湿；苦参清热燥湿，祛风杀虫利尿；龙胆草泻肝火，清湿热；水牛角片（粉）清热凉血解毒。

肝硬化静止期肝功能正常，张教授指出，需坚持“缓则治其本”的原则，以解毒活血软坚，扶正调控免疫为主。肝气郁结证（含肝胃不和、肝脾

不调),以解毒软肝方加柴胡、枳壳、白芍、丹参;脾虚湿盛证,以解毒软肝方加茯苓、白术、米仁、陈皮;肝肾阴虚证,以解毒软肝方加生地、桑椹子、枸杞子、旱莲草、女贞子;脾肾阳虚证以解毒软肝方加巴戟天、仙灵脾、附子、干姜。

2. 掌握证候,防病突变

张教授指出,肝硬化属顽症痼疾,如并发昏迷为凶险急证。他曾救治一女性患者,60岁,肝硬化腹水,并发肝性脑病,住中山医院,神识昏蒙,口干,大便不通,舌质红,脉细数。辨证为疫毒内伏,血分有热,应用解毒软肝方合犀角地黄汤、安宫牛黄丸,重用水牛角(先煎)60g,加强解毒凉血活血之功而起效。

肝硬化,一旦出现黄疸,即意味着病情加重,须高度重视。黄疸一症的辨治,无论从理论到实践,张教授均有独到见解。肝胆疾病中出现的黄疸,多为疫毒、湿热、瘀血等实邪所致。疫毒不解,热毒炽盛,湿热互结,不得泄越,则肝失疏泄,胆失通利,胆汁分泌不循常道,溢而见黄疸;若湿热煎熬,灼炼成石,阻滞胆道,胆汁外溢,亦可发为黄疸。病程日久,瘀血阻滞的黄疸,可见其黄色晦暗,舌见瘀斑或瘀点或夹青见紫,分布于舌体两侧;更有甚者,热入营血,而致衄血、发斑等。黄疸之证,实多虚少,故治疗针对疫毒湿热为主,重剂大方,直驱其邪。张教授多以《伤寒论》茵陈蒿汤为基础,加用紫花地丁、连翘、败酱草、虎杖、黄芩、金钱草、郁金等清热解毒,除湿利胆。对壅实之邪,要驱之有路,茵陈蒿汤中大黄用量要大,必要时可配合玄明粉以荡涤泻实。若见有齿衄、鼻衄等出血之象,舌质红绛而热盛者,当加用赤芍、水牛角粉等清热凉血,防邪进一步入血劫血。

黄疸迁延,病程缠绵,张教授认为此时之黄,须从血论治,主张以活血、化瘀、凉血、行气与清热解毒相结合。根据结合胆红素、总胆红素指标升高的程度和辨证结果,湿热重者选用茵陈、山栀、金钱草、胡黄连、生大黄(生大黄一味,根据体质不同,可用4~25g);日久瘀血阻络者选用水蛭、地鳖虫、莪术、赤芍(赤芍一味,可用至10~60g);血瘀日久而结滞不化者选用炙山甲、皂角刺、丝瓜络、石见穿、牡蛎(牡蛎一味,可用至20~40g)。



并发腹水是肝硬化失代偿期的表现，较为棘手。命名“鼓胀”，是言其发病有“凸出膨大”之表现。正虚是病之本，瘕块、水鼓是病之标，辨证治疗时，应治其本，兼治其标，标本兼顾。如本病初起，疫毒内伏，气滞血瘀多为邪实，正虽伤但不甚，治疗应以解毒疏利为主，活血化瘀、疏肝理气，佐以消痞散结。病至中期，毒邪稽留，气滞血瘀日久，脾胃运化失健，正气亏虚，水湿停留，邪盛正衰，治疗则以攻补兼施，即解毒利水为主，健脾益气佐以活血化瘀，软坚消痞。后期由于腹水反复出现，正气虚惫至极，邪浊壅滞日甚，故采用“急则治其标，缓则治其本”的原则，急拟宽中行气、峻下逐水之方，佐以益气健脾、活血通络之品，水退几分，再议扶正治本。

张教授将具体治法归纳为十法。

- (1) 清热解毒：常用的药物有板蓝根、大青叶、败酱草、虎杖。
- (2) 利水祛湿：湿困中焦，宜芳香化湿，如藿香、佩兰、玉米须；继而脾虚湿盛，宜健脾燥湿，如白术、苍术、厚朴；再则利水消鼓，如茯苓、泽泻、车前子。
- (3) 疏肝理气：宜用柴胡、广木香、枳壳、郁金等。
- (4) 活血化瘀：要选用那些既活血又养血，既活血又利水的药物，如丹参、当归、王不留行、泽兰叶、益母草等。
- (5) 软坚散结：单纯活血化瘀不能消散，必须兼以软坚散结之剂，如鳖甲、山甲、牡蛎之类。
- (6) 健脾补气：常用黄芪、党参、白术、茯苓等。
- (7) 滋补肝肾：常佐以生地、黄精、枸杞、鳖甲、女贞子之类。
- (8) 温补脾肾：常以仙灵脾、制附子、覆盆子与黄芪、党参、白术相配。
- (9) 杀虫化积：杀虫是治疗虫鼓的主要方法，常用槟榔、雷丸、白矾、苦参等。
- (10) 攻下逐水：如甘遂、芫花、大戟、黑白丑等。在应用攻下时，必须考虑到病者的体质与邪势的缓急，或先攻后补，或先补后攻，或攻补兼施，或朝攻暮补等适当的措施，绝不可孟浪从事，滋生偏弊。

必须指出，逐水攻下法为治标的重要手段之一，虽属权宜之计，但有积

极的治疗作用。某男，39岁。腹胀2个月，下肢浮肿明显，尿少，口干，牙宣，大便日行1次。查HBsAg(+)，抗-HBc(+)，球蛋白32g/L，B超示：肝硬化腹水，脾大。脉细弦，舌质微红，苔薄白。西医诊断：乙型肝炎，肝硬化腹水。中医辨证：邪毒久恋，瘀阻络脉，水湿停滞。治宜逐水攻下，活血化瘀，扶正祛邪。处方：生大黄(后下)10g，葶苈子30g，黑白丑10g，莪术20g，丹参15g，郁金15g，炙鳖甲10g，穿山甲10g，地鳖虫10g，石见穿30g，大腹皮30g，陈葫芦30g，白花蛇舌草30g，玉米须30g，紫河车6g，生黄芪15g。服药2个月，腹已不胀，复查B超示：腹水消退。腹水明显时，葶苈子用至30g，兼以黑白丑、陈葫芦等。腹水退，逐步减其量，如葶苈子减至10g，转为加强扶正之品，如太子参、黄芪、枸杞子等，以期正气之来复，关键在于掌握分寸。此方中因瘀而予丹参、郁金、地鳖虫；因水而予黑白丑、陈葫芦；因肺为水之上源而予葶苈子；因坚积而予鳖甲、莪术、牡蛎；因热而予白花蛇舌草；扶正之中有益气之太子参、黄芪，补肾养阴之枸杞子、龟板，以求攻补兼施。

3. 内服外敷，协同消水

中医理论认为，人体是一个统一的整体，经络有内属脏腑，外络肢节，沟通表里，贯穿上下的传递作用。通过配合外敷体表穴位的皮肤给药途径，可以加快机体对药物的吸收。肝区的期门穴、章门穴、日月穴为足少阳胆经、足厥阴肝经之要穴，其经气与肝胆相通，任脉之神阙穴是经络的枢纽，经气汇聚之海，用中药解毒消痞散、化瘀逐水散外敷期门、神阙诸穴，可使中药之性味直入病所。即“外治之理，亦即内治之理，所异者法耳”。外敷须注意保护皮肤，不能用力擦洗，以免损伤表皮，妨碍外治。采用内服加外敷兼治的方法，既减轻了患者的脾胃负担，又起到了作用直接、见效快的效果。

六、经方临床应用举隅

经方是指张仲景《伤寒杂病论》中的方剂，临床应用恰当往往会收到显



著的疗效。张教授崇尚仲景学说，深悟经方之旨，善用经方于临床，既遵传统又结合临床经验，扩大了经方的使用范围。如桂枝汤用于治外感风寒表虚证、营卫不和自汗，还用于慢性下肢溃疡、风寒湿痹、颈椎病以及雷诺综合征、冻疮等的治疗。

桂枝麻黄各半汤治汗出不彻，外邪不解证及身痒；芍药甘草汤治胃肠痉挛、肠粘连及肌肉挛急；小陷胸汤不仅可治胃肠的痰热互结证，也可治肺部炎症的痰热互结证。

小柴胡汤常治寒热往来半表半里少阳证，也曾加大剂量用于肾周围脓肿之寒热往来而取效，临床还可用于头痛、胃痛、肋间神经痛、胸膜炎、慢性肝炎、突发性耳鸣等的治疗。

大柴胡汤治胰腺炎、胆囊炎、腹膜炎，还治肝脓肿；茵陈蒿汤治阳明发黄，肝胆湿热所致的阳黄，临床常用于治疗急性黄疸型肝炎、亚急性肝萎缩型肝炎、胆汁性肝硬化、胆囊炎等。白虎汤为阳明经证之主方，治病毒性脑炎、乙型脑炎有效。

大承气汤攻下通腑，临床多用治急腹症，常收到意想不到的满意效果。张教授认为大承气汤对中风闭证有釜底抽薪之妙。清肺名方麻杏石甘汤泻肺热平喘逆，用于热毒犯肺证，还对支气管哮喘合并时邪有效。

复脉圣方炙甘草汤调和阴阳，扶正复脉，常用于各类心脏病、心律失常及低血压、神经衰弱的治疗。

真武汤温阳行水暖肾健脾，可治脾肾阳虚水气内停的病症。张教授用此方治疗心肾水肿、慢性肝病浮肿、腹水、慢性肠炎、甲状腺功能低下、特发性水肿、梅尼埃综合征收到满意疗效。

张教授非常推崇四逆散，认为此方是柴胡疏肝散、逍遥散的祖方，以疏肝解郁、升降气机、调和透邪见长，可治肝郁气滞、月经不调、邪热内郁以及情志不遂等多种疾病，如肝胆病、胰腺炎、肠炎、胃炎、乳腺增生等。

四逆汤回阳救逆，治少阴阳虚而阴寒内盛之证。张教授临床常在虚弱证、低血压、亡阳证、急性心肌梗死、周围循环衰竭、休克中应用，并认为可用于各种疾病发展到阳气虚脱阶段的治疗。

七、本草精要发微

下述8味是张教授临床常用、喜用且深有心得的中药，特予以介绍。

(一) 桂枝

《本经疏证》言桂枝应用有六：“曰和营，曰通阳，曰利水，曰下气，曰行瘀，曰补中。”可见应用之广泛，外感内伤悉可用之。临床以桂枝与生脉散配伍，治疗心阳不足，气阴两虚之心悸，使心阳得振，心气得补，心阴得养，心血得运，则心气有所依，心神有所归，心悸诸症自可宁。桂枝能温蒸气化，通利三焦，振阳而消阴，故常与不同的药物配伍，治疗肝硬化腹水、心源性腹水、风心病水肿、肾性水肿等，均有良效。

1. 运用心得

(1) 冠心病（胸痹）：桂枝9g配伍枳实9g，薤白9g，全瓜蒌9g，丹参9g，白檀香6g等。

(2) 心律失常、不整脉（心悸）：桂枝12g配伍炙甘草6g，党参15g，麦冬10g，五味子6g，丹参15g，生黄芪15g等。

(3) 各种原因引起的腹水（鼓胀）：桂枝10~15g配伍水蛭10g，地鳖虫10g，大腹皮30g，车前草30g，黑白丑10g等。

(4) 血栓闭塞性脉管炎（脉痹）：桂枝15~20g配伍当归30g，细辛3g等。

(5) 风湿性关节炎、类风湿性关节炎（痹证，风湿相搏）：桂枝10~20g配伍白芍10g，知母10g，地龙10g，乌梢蛇10g等。

(6) 普通感冒（外感发热）：桂枝9g配伍麻黄9g，白芍9g，杏仁9g等。

(7) 疲劳综合征（虚劳，中气不足）：桂枝10g配伍白芍15g，党参10g，炙甘草10g，红枣12枚等。

(8) 遗精（阴阳两虚）：桂枝10g配伍龙骨30g，牡蛎30g，芡实15g等。

(9) 闭经（瘀阻胞宫）：桂枝10g配伍当归15g，泽兰15g，益母草



30g 等。

(10) 自汗（营卫不和）：桂枝 10g 配伍白芍 10g，炙甘草 6g，生姜 5g 等。

(11) 偏枯（经络痹阻）：桂枝 15~20g 配伍地龙 30g，鸡血藤 15g，乌梢蛇 9g。

(12) 小便不利（气化不行）：桂枝 10g 配伍白术 10g，茯苓 15g，猪苓 15g，泽泻 10g。

2. 剂量研究

最大剂量 45g，最小剂量 6g。外感用量宜轻，杂病剂量可重。

3. 临床发挥

桂枝功能颇多，贵在通阳。通阳以激发和提升阳气，可治疗阳气不足的病症，如治疗心阳不足的胸闷胸痛、心悸、脉结代；通阳以助气化，利水气，如治疗水气内停的水肿、鼓胀；通阳以舒筋活络，温经祛湿，如治疗风湿入络的关节疼痛；通阳以助经脉流通，活血化瘀，如治疗经脉痹阻的肢体麻木，闭经。

总之，在阳气式微，经脉痹阻，气血不和时必用桂枝。而在阳盛时不宜用桂枝，误用后出现咽痛、鼻衄、热甚。

（二）附子

陆渊雷说：“附子为兴奋强壮药，能兴奋全身细胞生活力，起机能之衰弱，救体温之低落。”虞抟说：“附子秉雄壮之质，有斩关夺将之气，能引补气药行十二经，以追复散失之元阳，引补血药入血分，以滋养不足之真阴，引发散药开腠理，以驱逐在表之风寒，引温暖药达下焦，以祛除在里之冷湿。”由此可见，附子的用途甚广，但附子是大辛大热大毒之药，用之不当，祸不旋踵。恽铁樵说：“附子为最有用亦最难用的药物，要能洞彻病理，辨证真确，才能取其疗效而祛其弊害。”先太师章次公先生指出：“应用附子的目的，在振起功能之衰减——不限定处所——故病必具有机能衰减之症状，譬如脉现沉微迟弱等象，心脏机能疲惫已甚，用附子可以振起之……附子之用，即在振起机能之衰沉，此为用附子之必要条件，若病人任何器官之机能

并不衰减，则无用附子之必要，勉强用之，其祸立见。”张教授认为，临床应用附子的主要指征有恶寒，四肢不温；脉沉、迟、微、细；舌质淡、胖，苔白。参考指征有面色晄白，精神萎靡，但欲寐；小便清长，下利完谷不化；腰膝酸冷，下肢浮肿；舌质紫，口不渴，口中和；关节冷痛。

1. 运用心得

(1) 再生障碍性贫血（气血两虚）：制附子 10~15g 配伍党参 15g，当归 10g，大熟地 15g 等。

(2) 低血压（肾阳不足）：制附子 30g 配干姜 9g，炙甘草 6g，黄精 30g 等。

(3) 慢性肺源性心脏病（肺肾两虚）：制附子 15g 配代赭石 30g，蛤蚧 1 对等。

(4) 支气管哮喘（肾阳不足）：制附子 10g 配茯苓 15g，炙苏子 10g 等。

(5) 风湿性心脏病（心肾阳虚）：制附子 90g 配肉桂 15g，葶苈子 10g，茯苓 60g 等。

(6) 病态窦房结综合征（阳气衰微）：制附子 15~30g 配桂枝 10g，细辛 3g 等。

(7) 慢性胃炎（脾胃阳虚）：制附子 10g 配白芍 15g，木香 6g 等。

(8) 慢性过敏性结肠炎（脾肾阳虚）：制附子 30g 配干姜 10g，白术 15g 等。

(9) 风湿性关节炎（风寒痹）：制附子 10~15g 配白术 15g，乌梢蛇 10g 等。

(10) 慢性肾炎尿毒症（浊阴上逆）：制附子 30g 配大黄 10g，桃仁 10g 等。

(11) 虚人感冒（阳虚受寒）：制附子 6g 配麻黄 6g，细辛 6g 等。

(12) 肺炎（阳气不足）：制附子 10g 配麻黄 10g，生石膏 30g 等。

2. 剂量研究

最大剂量 90g，最小剂量 6g。



3. 临床发挥

附子禀雄壮之质，有斩关夺将之气，通行全身十二经脉，驱除阴邪，回阳救逆，确有主帅之力，故喜用之。然应用附子时，要留意耐药性与当地用药惯例，掌握辨证要点，注意配伍恰当。附子可以温阳救逆，如邪盛正虚时，亦可以寒温并用。临证时，务必注意阳气的消亡，用药当机立断，方能挽死亡于顷刻之间。

热盛、阴虚、肝阳偏亢者及孕妇，不宜使用附子。如辨证欠妥，炮制失误，煎药不当，可引起中毒反应。轻者舌麻肢麻、恶心呕吐、眩晕，重者影响心脏功能甚至死亡。

(三) 人参

1. 运用心得

- (1) 冠心病（阳虚所致胸痹）：人参 3~10g 配干姜 3~12g。
- (2) 休克（心肾阳虚，阳气欲脱之证）：人参 3~10g 配附子 6~10g。
- (3) 慢性肠炎（脾阳虚所致腹痛腹泻）：人参 3~10g 配干姜 3~12g。
- (4) 肺心病（肺胃气阴两虚的咳嗽、喘逆）：人参 3~10g 配麦冬 15g。
- (5) 胃神经官能症、食道病（胃虚之呕吐呃逆）：人参 3~10g 配代赭石 15~30g。

2. 剂量研究

最大剂量 15g，最小剂量 3g。研末吞服每次 0.5~1g。保健剂量宜小，抢救虚脱剂量宜大。

(四) 黄芪

1. 运用心得

- (1) 病毒性心肌炎（气阴两虚）：黄芪 15g 配麦冬 15g，莲子心 3g 等。
- (2) 慢性肾炎（脾肾两虚）：黄芪 15~50g 配党参 15g，石韦 30g 等。
- (3) 乙型肝炎（实中夹虚）：黄芪 15g 配白花蛇舌草 30g，丹参 10g 等。

- (4) 慢性支气管炎（肺虚咳喘）：黄芪 15g 配紫菀 10g，陈皮 10g 等。
- (5) 失眠（气血两虚）：黄芪 30g 配当归 15g，龙眼肉 10g 等。
- (6) 胃下垂（中气下陷）：黄芪 30g 配枳壳 30g，升麻 10g 等。
- (7) 中风偏瘫（气虚血瘀）：生黄芪 15~100g 配水蛭 10g，地龙 30g 等。
- (8) 汗症（气虚不固）：黄芪 10g 配生白术 10g，太子参 10g，牡蛎 15g 等。
- (9) 疲劳综合征（脾肾气虚）：黄芪 15g 配枸杞子 15g，丹参 15g，太子参 15g 等。
- (10) 月经过多（脾不统血）：黄芪 15g 配党参 15g，阿胶 10g 等。
- (11) 手术后创口愈合迟缓（气血不足）：黄芪 30g 配党参 10g，川芎 10g 等。
- (12) 肢体微循环障碍（血痹）：黄芪 15g 配桂枝 15g，白芍 15g，鸡血藤 10g 等。

2. 剂量研究

最大剂量 150g，最小剂量 10g。

3. 临床发挥

以一切气虚血亏、中气下陷、三焦不利之证为使用黄芪的指征。少气、倦怠、自汗、水肿必使用黄芪。

黄芪一般生用，补虚时方用蜜炙。虚证用之，以黄芪能补心及诸虚不足；实中夹虚者用之，因寓攻补兼施之意。有微邪者，亦可用之，因能扶正祛邪也。

黄芪浚三焦之根，利营卫之气，故凡营卫间阻滞，无不尽通，所谓源清流自洁。

表实邪盛、食积、阴虚阳亢不宜使用黄芪。误用后助邪为虐，阳亢益甚，病反不除。



(五) 肉苁蓉

1. 运用心得

(1) 冠心病(肾气不足): 肉苁蓉 15g 配制首乌 30g, 丹参 15g, 白檀香 6g 等。

(2) 乙型肝炎(肾虚邪伏): 肉苁蓉 15g 配白花蛇舌草 30g, 生黄芪 15g 等。

(3) 直立性低血压症(髓海空虚): 肉苁蓉 15g 配巴戟天 15g, 黄精 30g 等。

(4) 不育(肾精不足): 肉苁蓉 15g 配仙灵脾 15g, 当归 15g, 肉桂 6g 等。

(5) 骨质增生性疾病(肝肾不足): 肉苁蓉 30g 配川芎 10g, 鹿含草 15g 等。

(6) 缺血性脊椎病(脾肾两虚): 肉苁蓉 20g 配鹿角片 10g, 巴戟天 10g 等。

(7) 闭经(肾虚宫寒): 肉苁蓉 20g 配陈艾 8g, 红花 6g 等。

(8) 精血(肾虚失固): 肉苁蓉 30g 配生地 30g, 山萸肉 10g, 旱莲草 30g 等。

(9) 老年性痴呆(肾脾两虚): 肉苁蓉 20g 配枸杞子 15g, 远志 6g 等。

(10) 肌营养不良症(痿证): 肉苁蓉 15g 配大熟地 15g, 黄芪 15g, 当归 20g 等。

2. 剂量研究

最大剂量 30g, 最小剂量 10g。

3. 临床发挥

肉苁蓉入肾、大肠经, 为平补之品, 有“黑司令”之称, 温而不燥, 补而不膩, 滑而不泄。有填精益髓, 强筋健身, 延缓衰老的功效。肾气不足, 精血亏损之证均可使用肉苁蓉; 头昏空虚感, 耳鸣已久, 腰酸痛, 下肢痿软

等症必使用肉苁蓉。

实证、热证、相火偏旺、大便滑泄、实热便结者不用。误用后热邪炽盛，高热烦躁或下利。

（六）大黄

大黄其性沉而不浮，其用走而不守，其力猛而下行，具有荡涤胃肠实热、清除燥结积滞、清热解毒、泻火逐秽、凉血止血、活血化瘀、推陈出新、延缓衰老之功。大黄的药理作用超越了传统功用，应用范围正日益扩大，远远突破了攻泻药所能解释的范围，不仅在急、危、重症的治疗中起着重要作用，而且在虚证的治疗方面也显示出良好的作用，值得重视。如张仲景《金匱要略》中的大黄廬虫丸用于治疗血痹虚劳；《医方考》用百劳丸（主药大黄）治疗劳瘵积滞；《千金方》中治疗阴虚吐血，有生地汁与大黄末同用的记载。这些都是大黄治疗虚证的先例。《本草正》在大黄的用法中明确指出：“气虚同以人参，血虚同以当归。”由于大黄有推陈出新、安和五脏、以通为补的作用，遇到虚不受补的病人，若加用少量大黄会有较好效果。

1. 运用心得

- (1) 病毒性脑炎（暑温）：生大黄（后下）10g 配牛黄清心丸2粒等。
- (2) 急性胆道感染、中毒性休克（热厥）：生大黄（后下）20g 配银花30g，黄芩15g等。
- (3) 胆囊炎（胆热郁结）：生大黄（后下）15g 配蒲公英30g，黄芩15g。
- (4) 胆结石（胆热郁结）：生大黄（后下）15g 配山甲片10g，威灵仙30g。
- (5) 急性肠梗阻（肠结关格）：生大黄（后下）30g 配枳壳15g，川朴10g等。
- (6) 中毒性肠麻痹（肠热及肺）：大黄（后下）10g 配桑白皮10g，枳实10g，黄连10g等。
- (7) 阑尾包块（肠痈）：大黄（后下）15g 配红藤30g，败酱草30g。



(8) 败血症(热入营血): 大黄(后下) 20g 配水牛角粉 15g, 六神丸 30 粒等。

(9) 中风(闭证): 大黄(后下) 15g 口服或生大黄 30g 灌肠。

(10) 黄疸型肝炎(肝胆湿热): 大黄(后下) 10g 配茵陈 30g, 山栀 15g 等。

(11) 脂肪肝(痰证): 大黄(后下) 10 ~ 30g 配决明子 30g, 莱菔子 30g。

(12) 肝脓肿(邪壅肝络): 大黄(后下) 12g 配柴胡 6g, 赤白芍各 10g, 郁金 30g 等。

(13) 肝硬化(水与气结): 大黄(后下) 10g 配大腹皮 30g, 白术 10g 等。

(14) 原因不明发热(三焦有热): 大黄(后下) 10g 配蝉衣 6g, 僵蚕 8g 等。

2. 剂量研究

最大剂量 50g, 最小剂量 3g。

3. 临床发挥

大黄, 主通利泄满, 攻逐邪毒, 能下一切癥瘕积聚, 去陈垢而安五脏, 犹如戡乱擒贼而平天下, 故有将军之称。凡症见大便秘结, 腹胀满痛, 脉实, 舌苔黄, 必定要使用大黄。

大黄攻下既要得其时, 还要得其法。得其时, 谓不宜失下, 不宜妄下; 得其法, 谓审证候之缓急, 度邪正之虚实。邪实而正不虚者, 可用攻下, 邪实而正虚者, 宜扶正攻下并举。剂量由小到大, 但亦有极量。遵循果断与谨慎相结合的原则。

大便溏薄, 脾胃虚弱者不宜使用大黄。误用后可见脾肾两虚, 严重者脱水。

(七) 石膏

1. 运用心得

(1) 内外诸热（阳明胃经实热，乙脑、流脑等属气分热者）：生石膏 48g 配知母 18g，甘草 6g，粳米 12g。

(2) 肺炎（风温）：生石膏 30g 配麻黄 9g，杏仁 9g，甘草 6g。

(3) 牙痛（胃火上炎）：生石膏 30g 配生地 15g，麦冬 15g，知母 12g，牛膝 9g。

(4) 风湿性、类风湿性关节炎（风湿热痹）：生石膏 30g 配桂枝 10g，白芍 12g，知母 12g。

(5) 口疮（脾经郁热）：生石膏 30g 配防风 12g，栀子 9g，藿香 9g，甘草 6g。

(6) 外感发热无汗：生石膏 30g 配炙麻黄 9g，桂枝 6g，杏仁 10g。

(7) 中风、痫证（风火交煽）：生石膏 30g 配大黄 9g，寒水石 15g，龙骨 15g，牡蛎 15g。

(8) 流行性乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎、败血症（气血两燔）：生石膏 60g 配生地 15g，水牛角片 30g，黄连 9g。

(9) 慢性支气管炎急性发作：生石膏 30g 配厚朴 10g，麻黄 9g。

(10) 发热后期（气阴两虚）：生石膏 15g 配竹叶 6g，麦冬 9g，半夏 9g，党参 10g。

2. 剂量研究

最大剂量 90g，最小剂量 15g。发热病宜重，杂病宜轻。

3. 临床发挥

石膏功能颇多，贵在清阳明火热，可治一切与阳明火热有关的病证。凡瘟疫流行，多传入阳明，现胃热燥之证，而石膏为主要之品，邪热亢盛，有亡阴之虞，得石膏清热生津，有起死回生之效。石膏辛凉之性，最清心肺之热而除烦躁，泄郁热而止烦渴，可治内外诸热、热性咳喘、牙痛、口疮、风



湿热痹等。

总之，凡属阳明胃火实热者均可用之，具体使用指征：发热口渴，舌质红，苔薄黄干或苔黄燥，脉大有力。然本品毕竟为寒凉之品，脾胃虚寒或阴虚有热者应慎用或禁用。

(八) 葶苈子

1. 运用心得

- (1) 喘证（寒热错杂）：葶苈子 5~15g 配麻黄 3~12g 等。
- (2) 胸膜炎（水逆证）：葶苈子 10g 配大枣 12 枚。取葶苈子清肺泄热、平喘下气，大枣培土生金，两药配伍，泄中有宣、涤邪和正。
- (3) 肺炎（肺热肠结）：葶苈子 6g 配桑白皮 10g，玄明粉 6g 等。
- (4) 风湿性心脏病心衰（水邪泛滥）：葶苈子 10g 配肉桂 15g，五加皮 15g 等。
- (5) 慢性肺源性心脏病（痰壅肾虚）：葶苈子 20g 配巴戟天 10g，仙灵脾 10g 等。
- (6) 水肿（瘀血内阻）：葶苈子 40g 配地鳖虫 10g，木香 15g 等。
- (7) 肝硬化腹水（络痹水停）：葶苈子 30g 配莪术 10g，炙鳖甲 10g 等。

2. 剂量研究

最大剂量 40g，最小剂量 5g。邪实正气充宜重，体寒正虚宜轻。

3. 临床发挥

葶苈子为肺经之药，亦入膀胱经、肝经。大陷胸汤用之，开痹泻饮；葶苈大枣泻肺汤用之，泻肺去壅；己椒苈黄丸用之，治肠间有水气；鳖甲煎丸用之，化瘀利水；牡蛎泽泻散用之，治腰以下有水气。临床无论寒热喘证，均可用葶苈子配麻黄。若热喘，用葶苈子 15g，配麻黄 3g；若寒喘，用葶苈子 5g，配麻黄 12g。

清泄肺热，用葶苈大枣泻肺汤，要掌握葶苈子与大枣的量比，比例失常可留恋邪气（大枣量太过），或克伐正气（大枣量过小），只有妥善配伍，才

能达到治疗目的。

胸水可用，腹水也可用。肺属金，主皮毛，膀胱属水藏津液，肺为水之上源，肺气壅塞则膀胱失司，上窍闭则下窍不通，下窍不通则水湿泛滥。葶苈子逐水消饮为首功，配伍不同，变化有异。

葶苈子，肺、脾、肾虚衰者慎用。久服令人虚。



【跟师临床】

一、高血压

郭某，男，57岁。1998年9月4日初诊。

头晕头痛加重1周。高血压病史10年，血压经常波动（180~205）/（110~120）mmHg，经常头晕头痛，1周来加重，而且伴有手足麻木，耳中鸣响，口干欲饮。测血压180/110mmHg，心率84次/分，律齐。眼底动脉硬化Ⅱ级。实验室检查：血总胆固醇6.0mmol/L（正常值3.0~5.7mmol/L），甘油三酯3.8mmol/L（正常值0.5~1.7mmol/L）。舌质红，苔薄白。脉细偏弦。辨证：肾水不足，肝木偏亢。治则：滋水涵木，降火潜阳。处方：

黑芝麻 30g 甘枸杞 30g 女贞子 30g 菟丝子 15g
川牛膝 15g 桑椹子 15g 白菊花 10g 嫩钩藤（后下）
30g 淡子茶 10g 粉葛根 30g 紫丹参 30g

随访：上方服用1个月后，眩晕、头痛、肢麻均消失，耳鸣口干减轻，舌质红改善，脉弦得缓。血压稳定在135/90mmHg。复查血总胆固醇4.2mmol/L，甘油三酯3.2mmol/L，均较治疗前改善。



释疑解惑

问：能讲解一下本案患者的处方用药吗？

答：方中黑芝麻调五脏，补肝肾，滋阴养血柔肝；黄芩苦寒，能清上焦之火，凉下焦之热，兼泄肝经之热，两者标本同治，共为君药。另用甘枸杞、桑椹子、菟丝子以加强滋养肾水，而用钩藤、菊花以助平肝。加丹参、葛根活血通络以治头痛肢麻。全方补中有泻，清中有养，使得肾水得滋，肝木得养，阴阳得调，病人机体内环境协调，疾病自然告愈。

问：为何治高血压病要用活血化瘀药？运用指证有哪些？

答：一方面高血压病日久可气病及血，见瘀血阻滞之象；另一方面在降压过程中，如遇疗效不满意，多考虑用活血化瘀药物，会提高疗效。应用活血化瘀药物的指征是：①舌质有瘀点，紫暗；②脉象涩、结；③口唇发紫；④胸片左心室扩大；⑤心电图：左心室肥厚、心肌劳损。以上五项出现任何一项即可。

问：我们注意到您的病人中高血压患者居多，治疗中有何共性？

答：临床观察绝大多数高血压病的演变过程表现为“阳常有余，阴常不足”，因此治疗高血压病的总原则，要从调节人体阴阳，促使恢复自然调节功能为出发点，以滋阴、平肝、息风、降火为主。

滋阴养阴之品，可以贯穿治疗高血压病的全过程，如龟板、女贞子、熟地、黑芝麻、白芍等。平肝、息风、降火之药，见效明显，但不宜长期服用，如龙胆草、黄芩、山栀，性味苦寒，久服伤胃。此外，如患者大便秘结，要充分应用润肠或攻下之药，否则，若用力大便，会使血压在瞬间升高，严重者甚至会发生意外。

问：能谈谈您治疗高血压的经验方吗？

答：降压饮1号方是我自创的。组成：黑芝麻30g，黄芩10g，夏枯草30g，天麻10g，葛根30g。功能：育阴清肝，息风降压。主要用于原发性高血压病早期。方解：高血压病多为阴不制阳，肝阳亢盛，火升风动所致，以阴虚为本，阳亢为标，故治疗应从滋阴柔肝，清肝降火入手。本方以黑芝麻甘平，调五脏，滋阴养血柔肝；黄芩苦寒，既清上焦之火，又凉下焦之热，



兼泄肝经之热，标本同治，共为君药。夏枯草苦寒，清肝凉血降压，助君药之力。天麻息风平肝止惊，又可治头目眩晕，肢体麻木等症。葛根解肌升津，舒经柔脉，其葛根黄酮能增加脑及冠状动脉的血流量，与天麻合用，共为佐使之品。全方补中有泻，清中有养，能调整阴阳而趋平衡，达到降压之目的。

二、冠状动脉粥样硬化性心脏病

周某，女，87岁。2003年9月18日初诊。

胸闷反复近30年。1999年冠脉造影提示：冠状动脉狭窄。随即置入2个支架，术后1年又感胸闷不适，情绪紧张，失眠，精神不振。心电图提示：心肌损伤。舌质暗红，苔薄白。脉弦细。辨证：气虚血瘀，脉络失和。治则：益气活血，疏肝解郁。处方：

黄芪 10g 丹参 15g 郁金 10g 枸杞子 10g 炒枣仁
30g 茯神 30g 合欢皮 30g 佛手 15g 柏子仁 30g
青龙齿（先煎）15g 八月札 15g 玫瑰花 5g

二诊：10月16日。胸闷减轻，夜寐稍安，畏寒，舌质暗红苔薄白，脉弦细。守上方，加巴戟天 10g。

服上药2个月，诸症减轻，心情尚好，无明显胸闷，病情稳定。



释疑解惑

问：冠心病的病因病机是怎样的？

答：冠心病的发病原委，大多数学者认为是气虚血瘀，以气虚为本，血瘀为标。也有人认为是“痰瘀相关”，痰浊瘀阻心脉；或提出胸痹从肝论治。我认为，冠心病是以饮食、情绪、寒邪、邪热为诱因，以心、肾、肝、脾四脏功能低下为本，以痰凝、气滞、血瘀、郁热、毒邪为标。病机多为脏气衰弱，瘀凝心脉。冠心病是本虚标实之病，气滞血瘀为标，脏腑虚弱为本。

问：治疗冠心病的法则有哪些？

答：共有四点。治以补肾养心为先，活血应与益气并用，既从寒邪论治

又从热邪论治，疏肝解郁不容忽视。

问：能具体说说为何要以补肾养心为先吗？

答：我认为，冠心病以心为发病的场所，心肾虚为发病的基础。心、肾在本病的病机和起源上是有很大的关系的。首先从经络关系上来看，心与肾属少阴，心属手少阴，肾属足少阴，两者是贯穿联系的，而且是“同气相通”的。其次从生理上来看，肾为先天之本，为真阴真阳之所在，又是精神所舍和元气所系的脏器，特别是肾阳式微，命门火衰，对心气不足、痰凝、气滞、血瘀的形成有很大的影响。《素问·上古天真论》说：“女子五七，阳明脉衰，面始焦，发始堕……丈夫五八，肾气衰，发堕齿槁……”临床观察，冠心病多见于中年以上的人，而女性的发病年龄较男性为小，这与中医所说的女子五七、男子五八肾气开始衰退的趋势，是有密切联系的。再从临床症状上看，可有半数以上病人有腰痛脚软，乏力头晕，发白或早脱，尺脉细弱等肾虚的症状。而且，从治疗上来考察，我们采用补肾药物后，可以提高疗效。因此，从经络关系、生理过程、临床表现、治疗效果来看，肾虚是本病发病的基础。补肾为治本之重要大法，在一定意义上补肾即是养心。

问：冠心病从寒邪论治好理解，为何还要从热邪论治呢？

答：从寒热辨证角度来看，《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证治》将胸痹的病因病机归纳为“阳微阴弦”，但我们不能忽视热邪，《素问·刺热论》有“心热病者，先不乐，数日乃热，热争则卒心痛”，提示本病与热邪也有关。《医学入门》曰：“厥心痛者……或因七情者，始终是火。”《辨证录·心痛门》也谓：“夫真心痛原有两证，一寒邪犯心，一火邪犯心也。”因此，冠心病中临床表现除寒证外，热证也有。有的以热证为主证，有的以热证为兼证，还有一些寒热错杂证。邪热为患，与现代医学研究认为炎症反应可能在冠状动脉粥样硬化的发生、发展、斑块活动或破裂中起作用的观点，有吻合之处。此外，都市人过食肥甘，喜食煎炸之品或饮酒、吸烟，伤及肺胃，痰热内蕴；或因工作烦劳，肝气郁结，久郁化热；或外感热邪，内舍于心。所以在辨治中应注意有无热象，适当运用清热药，对治疗冠心病是有利的。临床我常用黄连、连翘、莲子心、淡竹叶等，起到了一定的效果。



问：为什么冠心病的治疗中疏肝解郁不能忽视？

答：有不少冠心病病人伴情志不遂，且病情每随情绪波动而变化，此患者就是如此。正如《薛氏医案》所说：“肝气通则心气和，肝气滞则心气乏。”心与肝为母子之脏，木火相生，有病可以相互影响。心主血脉，肝主疏泄，气血运行，有赖于肝气的条达。古人早就认识到胸痹与肝经有关，《灵枢·厥病》有记载：“厥心痛，色苍苍如死状，终日不得太息，肝心痛也。”在治疗中充分认识情志不遂是冠心病的重要因素之一，加强疏肝解郁常获良效。这与现代医学观点认为的高级神经系统活动障碍和体液内分泌紊乱影响脂质代谢和冠状动脉舒缩功能的看法相似。

问：能讲解一下本案患者的辨证用药吗？

答：患者为冠心病置入支架后，又感胸闷不适，再加情绪紧张，失眠，虽有心血瘀阻，但兼肝郁气滞，以致脉络失和。由于情绪紧张加重了冠心病的症状，治以疏导，调理气机，疏通心脉，而取得明显治疗效果。从多因素考虑，用黄芪、枸杞子、巴戟天益肾养心气；丹参、郁金活血化瘀；八月札、玫瑰花、佛手疏肝理气。气血并重，通补兼施。也反应了补肾、益气活血、疏肝解郁三者并重的治疗方法。

总之，在治疗中要注重整体，注意变化；要看到共性，也要看到个性；既要从中医观点分析，又要考虑现代医学的成就，两者结合起来，探讨冠心病的治疗法则与途径。治疗冠心病应全方位、多因素考虑，不单纯治其心，而是推求其本，审证求因，有治心、治肝、治肾之别，治寒治热之分，用药恰到好处，扶正祛邪，标本同治，这是临床经验积累所得。

问：听说您治疗冠心病有一经验方，能说说吗？

答：冠心病方的组成：女贞子 20g，桑寄生 15g，灵芝 10g，丹参 15g，黄芪 15g，白檀香 3~6g。功能：补肾养心、益气和血。主治：冠心病心绞痛轻型者。方解：冠心病多为心肌缺血，不荣则痛。表现有胸闷、心悸，可伴心前区压榨样疼痛。中医认为，心肾同属少阴，经气相通，水火相济，精血互生，从而使心脉得以荣养。临床观察，从肾论治冠心病，往往能获得较好疗效。本方女贞子、桑寄生补肾益阴，上充心之血脉，是为主药。灵芝宁心安神，丹参养血活血，二药能改善心肌供血，缓解心绞痛，纠正异常心律；

黄芪益心气，推动营血运行，与灵芝、丹参合用，益气和血，共为辅药。白檀香，理气快膈，宽胸止痛，为佐使之用。全方共奏补肾养心，益气和血，理气止痛之功。

三、心律失常

雷某，男，40岁。1986年10月24日初诊。

心悸乏力1个月。胸闷心悸时作数年，近1个月来发作频繁，头昏乏力，有呼吸欠畅之感，纳食一般，二便尚调。心电图检查示：频发室性期前收缩，呈三联律。舌质暗，苔薄白。脉时结时代。辨证：阴阳两虚，心失所养。治则：振心阳，养心阴，兼以益气活血。处方：

桂枝 12g 炙甘草 6g 党参 15g 麦冬 10g 五味子 6g
丹参 30g 生黄芪 30g 茯苓 12g

心悸胸闷甚时加全瓜蒌，夜寐多梦加远志。随证加减，前后共50剂，心悸、胸闷消失，心电图复查基本正常，脉无结代之象。



释疑解惑

问：能讲解一下本案的辨证用药吗？

答：心律失常属中医心悸范畴，乃心阳不足，气阴两虚，阴阳两虚，心脉失于温运，心神失于濡养所致。用桂枝振奋心阳，温通血脉，与炙甘草合用，为桂枝甘草汤之意。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》第64条云：“发汗过多，其人叉手自冒心，心下悸，欲得按者，桂枝甘草汤主之。”以桂枝甘草汤与养心之阴、敛心之神的生脉饮同用，共复心之阴阳。加用黄芪、茯苓补益心气，丹参兼以补血活血。如此心阳得振，心气得补，心阴得养，心血得运，则心气有所依，心神有所归，心悸诸症自可宁。

问：结脉、代脉的病因病机分几类？

答：脉结者，滞也，是形容脉搏有停隙、阻碍之势。结脉形成，大抵有三：一由痰食、饮邪、瘀血积滞不散，阻碍血行；二由心肾两虚，气血渐衰，



推动无力；三由久忧暴惊，七情郁结，气机受阻所致。脉代者，替代也，如力不支，欲求代也。代脉的形成，多因脏气衰微，气血两虚，不能推动血行而致脉来歇止。此患者是心阳不足，气阴两虚，心脉失运而现时结时代脉。

问：治疗心律失常您创了哪些经验方？

答：共有3张方。

(1) 加味麻附细辛汤。组成：制附子（先煎）5~10g，生黄芪20g，炙麻黄5g，细辛2g。功能：温阳益气，鼓动心脉。主治病态窦房结综合征。该病属中医“不整脉”范畴。以心动过缓为主要表现。阳微气虚，心阳不振，是本病的基本病机。故治疗上，以温阳益气为大法，振奋心阳，鼓动血脉，以冀心律复常。方中制附子，归心肾之经，大辛大热，回阳救逆，振奋心肾之阳，为温阳散寒之要药；黄芪益气助阳，鼓动血脉，推动营血，与附子合用，温阳益气强心，共为主药。麻黄辛温散寒，炙用可制其发汗之性，取其辛温之用，能兴奋心脏和中枢神经，增强主药之功效，用为辅药。细辛辛温，入心肾之经，佐附子散诸疾之冷，并为手少阴引经药，用为佐使之品。诸药合用，取温热之性，补益之功，振奋心肾阳气，逐散阴霾，鼓动脉率。

(2) 养阴复脉汤。组成：太子参10g，麦冬10g，生地10g，玄参20g，五味子10g，苦参10g，连翘30g，莲子心6g，黄连6g。功能：益气养阴，清心复脉。主治快速型心律失常。本病多呈本虚标实之象。虚则心肾阴虚，水不济火，心脉失养；实则水虚不能制火，心火偏亢，火炎脉速。故治多以滋阴益气补其虚，清心宁神治其实。方中太子参、麦冬，益气养阴，充养血脉为主药。生地、玄参助主药养心肾之阴，滋补心脉，其性甘凉可清虚热；连翘、莲子心、黄连共为清心制火之用，与前药合而宁心复脉，共为辅药。五味子、苦参收敛心气，宁心安神，减缓心率，用以为佐药。全方诸药，共奏益气养阴，清心安神之功，标本同治，以复脉律。

(3) 温阳复脉汤。组成：制附子10g，党参15g，黄芪20g，桂枝10g，赤芍10g，炙甘草10g，黄精20g。功能：温阳通脉，补中益气。主治缓慢型心律失常。本病多为久病劳损，心肾阳气亏耗，心阳不振，而致心脉运行受阻。治以温阳通脉，补中益气。方中附子大热为主药，振奋心阳，温通血脉，鼓动心脉，强心复脉律。党参、黄芪，益心气，补脾肺，合甘

草并续脾胃气血生化之源，助百脉运行流畅。桂枝辛温，温经通脉，入心助阳，与甘草合用，以辛甘化阳，通心脉而和血气，取仲景桂枝甘草汤之意，桂枝、黄芪且可通阳化气行水，以减轻心脏负荷。以上四药合为辅药。黄精、赤芍，益气养阴，散瘀通脉，与上述辛温之品相伍而用，既可防辛热过燥伤阴耗血，又冀其“阴中求阳”，相辅相成。全方温通心阳，益气强心，增血流，鼓血脉，以恢复心律。

四、风湿性心瓣膜病，心力衰竭，慢性肾衰

胡某，女，51岁。1981年5月6日初诊。

浮肿加重，气促，不能平卧半月余。1965年诊断为风湿性心脏病二尖瓣狭窄，近半个月来浮肿加重，已5天无尿，腹胀难忍，腹水日增，神情淡漠，呼吸急促，昼夜不能卧床，扶坐床边，呻吟不已，心悸，烦躁不安，四肢不温。检查：端坐呼吸，不能卧床，腹部移动性浊音（-），肝肋下5cm，剑突下7cm，口唇指趾发绀，肝颈静脉回流征（+），两下肢明显凹陷性水肿。心电图提示：心房纤颤。5月5日实验室检查：非蛋白氮45.7mmol/L，肌酐208.6 μ mol/L。舌质暗红，苔少。脉沉细而散。辨证：心肾阳衰，水邪泛滥，脉络瘀阻，阳气欲绝。治则：温阳逐水，理气化瘀，攻补兼施，中西同治。处方：

制附子（先煎）90g 肉桂 15g 葶苈子（包煎）10g
黑白丑 15g 黄芪 50g 木香 10g 大腹皮 20g 益母
草 30g 丹参 50g 茅根 50g 白术 15g 砂仁（后下）
10g 桃仁 10g 五加皮 15g 茯苓 60g 红枣 5枚

西药给予抗菌、利尿、强心药物治疗。

5月7日服中药后，解出小便200~300ml，但腹仍胀满，脉仍沉细而散，小便涩而不畅。守上方加吉林红参15g，以扶正益气固脱；加石韦20g，琥珀末6g，以通利水道。

5月9日，近2天日尿量约200ml，胸闷，腹胀，舌质暗红，苔少，肝脏



瘀血明显，故加地鳖虫 10g 以活血软坚。

5 月 16 日，日尿量增为 500ml，水肿有好转，制附子剂量逐步减少。

5 月 23 日化验：血非蛋白氮 28.6mmol/L，肌酐 176.5 μmol/L。上方加减，连服 17 剂后，下肢浮肿消失，每日尿量约 700ml，精神转佳，食欲增进，已脱险境。



释疑解惑

问：请分析一下病情。

答：水肿与心、肺、脾、肾诸脏功能障碍有关。风心病后期，可见心力衰竭，严重者可导致肾衰。中医认为，本病多属阳气衰微，水湿泛滥，气机升降失常。症见全身浮肿，胸腹痞满，呼吸急促，小便不利，为本虚标实之证。急予扶正兼祛邪，温阳与逐水并用，挽生命于顷刻。本案为绝病类的心绝、肾绝。“绝”乃体内精气、真阳、阴血等消耗殆尽，脏腑及其所司之功能已完全衰竭所致。古人曾将其具体归纳为“五绝”。今心肾阳虚，水邪泛滥，犯肺及脾，肝脉瘀阻，心肾阳气将绝，非用大剂不能挽回其临绝之境。

问：能讲解一下本案患者的辨证用药吗？

答：心肾阳衰，水邪泛滥，非大温重剂，不能还阴阳于顷刻，故急予附子、肉桂，温补心肾之阳，当机立断。尤其附子用量达 90g，剂量极大，以此鼓动人的阳气，回阳救逆；葶苈子、大枣以泻肺逐水；黄芪、白术、茯苓益气健脾利水；黑白丑、五加皮、大腹皮逐水消胀，木香、砂仁调畅气机，桃仁、丹参、益母草化瘀利水。而且，吉林红参 15g 与大剂附子相伍，益气温阳固脱，力挽危症。本方为攻补兼施，扶正不碍邪，攻邪不伤正，扶正以温阳为先，祛邪以逐水为主，两者并行而不悖，各司其道而奏效。

问：能重点说一下为何附子用 90g 吗？

答：治水肿之法，早在《素问·汤液醪醴论》就提出“开鬼门，洁净府，去苑陈莖”治水三法，但多属治标之举。本案为心肾阳衰，绝病之类，危在旦夕。曾投制附子 50g，未见动静，“益火之源”大剂温补肾阳，才是图本之策。附子虽大辛大热大毒，但禀雄壮之质，有斩关夺将之气，通行全身

十二经脉，驱除阴邪，回阳救逆，确有主帅之力，故用大剂量附子。

问：怎样正确运用附子呢？

答：要全面认识附子的功效。附子的正确应用，离不开中医辨证论治的法则；附子炮制久煮的传统，有其科学价值；附子的应用剂量，要因病、因人、因地、因时而异。总之，要洞彻病理，辨证准确，才能取其疗效而祛其弊害。

根据现代药理学研究可见，附子有强心、抗炎、抗休克、改善循环、镇痛、抗寒冷和兴奋垂体-肾上腺皮质激素样作用。在临床治疗中，运用附子较多的疾病为心血管疾病，如冠心病、风心病、心肌炎、高血压病，部分病例伴有心力衰竭或心律失常。其他疾病有溃疡性结肠炎、慢性胃炎、风湿性关节炎、慢性肾炎、尿毒症、肝硬化黄疸、阑尾包块、肺炎、特发性水肿、缺血性脊椎病等，具有阳虚阴盛，全身功能衰退之证。

附子是温里法的主药，临床应用主要指征：恶寒、四肢不温；舌质淡、胖，苔薄白；脉沉、迟、微、细。参考指征：面色苍白，精神萎靡，但欲寐；小便不利或小便频数，下利完谷不化；腰膝酸冷，下肢浮肿，心悸，眩晕；口不渴，口中和；胸痛，心痛，腹痛，关节冷痛；舌质青紫，脉结、代。适应证：阴盛阳虚，全身机能衰退之证，尤以心肾虚衰为主。即先哲所谓，附子能益火之源以消阴翳。慎用证：阴虚阳亢证；里热实证；内热外寒、真寒假寒证；脉实洪大，舌质红、绛，苔黄、焦黄、干燥。

五、不寐

张某，男，30岁。2003年3月17日初诊。

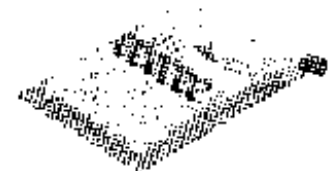
失眠多年。平时工作繁忙，2001年12月外院Holter提示：多源性室早，1472次/24小时。近来胸闷心悸，心烦失眠，头晕乏力，下肢酸楚，目赤口苦，虽经多方治疗，效果不显。舌质暗，苔白腻。脉细数。辨证：痰热内扰，胆胃失和，心失所养。治则：化痰清热，和胃清胆，养心安神。处方：

陈皮 10g 姜半夏 10g 茯神 30g 竹茹 8g 黄连 10g
吴磁石（先煎） 15g 苦参 10g 炒枣仁 30g 天麻 10g



柏子仁 30g 丹参 10g 生黄芪 10g 合欢皮 30g

3月31日，夜寐转安，精神也明显好转，头晕，口中腻，舌质暗苔薄腻，脉细弦。上方黄连改为12g，加佩兰10g，再进14剂后失眠基本消失。



释疑解惑

问：能讲解一下本案的辨证用药吗？

答：此温胆汤方出自唐·孙思邈《备急千金要方·卷十二》，由半夏、陈皮、茯苓、甘草、枳实、竹茹、生姜等药物组成，其后有《三因极一病证方论》温胆汤，《世医得效方·卷九》十味温胆汤。本方功能清胆和胃，除痰止呕，临床上应用广泛。主治虚烦失眠或呕吐呃逆，以及惊悸不宁等症。怪病多痰，在病机上抓住一个“痰”字，从“痰”论治。本病久不愈，胸闷口苦，舌苔白腻是其特点，为痰湿内阻，故用温胆汤加减治疗，加用酸枣仁、柏子仁养血安神而取得疗效。

问：能具体谈谈您针对神经衰弱不寐提出的治疗十五法吗？

答：(1) 交通心肾安神法：用于肾虚火旺，心肾不交。症见心中烦热，口干舌燥，健忘耳鸣，腰膝酸软，舌红苔少，脉细数；或心烦不安，下肢不温，不能入睡。可用黄连阿胶汤或交泰丸加减。

(2) 疏肝解郁宁心法：用于肝气郁结，气机不畅。症见夜不能寐，胸胁脘闷，喜太息，嗝气频作，舌淡红苔白，脉弦。可用四逆散或逍遥散加减。

(3) 和胃清胆宁神法：用于胆胃不和，痰热内扰。症见睡卧不宁，心烦易惊，胸闷多痰，恶心头苦，舌淡红苔黄腻，脉滑数。可用黄连温胆汤加减。

(4) 养肝清热安魂法：用于肝血不足，虚火内扰。症见虚烦不得眠，怔忡，头目眩晕，口干舌燥，舌质红苔少，脉细弦。可用酸枣仁汤加减。

(5) 健脾益气养心法：用于心脾两虚，心失所养。症见不易入睡，睡时易醒，醒后难眠，头晕目眩，心悸，健忘，乏力倦怠，舌淡苔薄白，脉细。可用归脾汤加减。

(6) 滋补肝肾补脑法：用于肝肾阴虚，髓海空虚。症见睡眠不安，不易入睡，睡时易醒，健忘，头晕，耳目失聪，舌质淡红苔薄，脉弦细。可用七宝美髯丹合孔圣枕中丹加减。

(7) 泻肝利湿清脑法：用于肝经实火上扰。症见目赤头痛，多梦不寐，甚至通宵失眠，口苦善怒，舌质红苔少，脉弦。可用龙胆泻肝汤去木通治之。

(8) 宣透郁热清心法：用于邪热蕴郁，余热未尽，扰于胸膈。症见反复颠倒，不得眠，心中懊恼，烦闷郁窒，舌质淡红苔白腻，脉稍弦。方用栀子豉汤加减。

(9) 滋阴潜阳镇心法：用于阴血不足，肝阳上僭。症见少寐惊悸，神志不宁，头目眩晕，舌质红苔少，脉细弦。可用珍珠母丸、大定风珠加减。

(10) 滋阴养血补心法：用于阴亏血少，心阴不足之不寐。症见虚烦不眠，心悸怔忡，健忘多梦，口舌生疮，大便干燥，舌红苔少，脉细数。方用天王补心丹加减。

(11) 活血化瘀通窍法：用于瘀血内阻，魂神失养而致不寐。症见头痛，痛如针刺而有定处，胸痛，内热烦闷，心悸失眠，急躁易怒，入暮潮热，舌黯红或有瘀斑，脉涩或弦紧。可用血府逐瘀汤或通窍活血汤加减。

(12) 温补脾肾益脑法：用于年老体弱，肾气渐亏。症见夜寐难眠，心悸气短，神疲倦怠，纳谷不馨，大便不实，腰酸膝软，耳鸣健忘，舌淡苔薄，脉细。可用附子理中汤合养心汤加减。

(13) 滋养心肺安魄法：用于心肺阴虚内热，心神不宁。症见心烦易疑，多思寡断，欲卧不能卧，意欲饮食复不能食，失眠多梦，舌质淡或边尖红苔薄白，脉弦细或细数。可用百合地黄汤加味。

(14) 调养心胃润燥法：用于由于脏阴不足，心神失养，躁扰不宁之不寐。症见心烦不得眠，恍惚多梦，坐卧不安，呵欠频作，喜怒无常，悲伤欲哭不能自主，舌质红苔少，脉细或细数。可用甘麦大枣汤加味，如枣仁、茯神、龙齿、玫瑰花。

(15) 调和阴阳镇逆法：用于阴阳两虚之不寐。症见神疲倦怠，目眩，夜寐易醒，不安，男子失精，女子梦交，虚热盗汗，舌质淡苔薄白，脉细软或虚大。可用桂枝加龙骨牡蛎汤加味，如五味子、淮小麦、合欢皮。



六、中风

彭某，男，63岁。2001年4月4日初诊。

2001年2月19日突然右侧肢体活动不利，伴言语含糊，以“多发性脑梗死”住院治疗，病情有所缓解。检查：右侧鼻唇沟浅，右手肌力Ⅵ级，右上肢肌张力减弱，右下肢肌力下降，右下肢巴氏征(+)，血压148/100mmHg。B超提示：右侧颈动脉峰值偏高，左侧正常，双侧颈动脉内膜增厚。心脏彩超示：左室舒张功能低下。脑部MRI提示：双侧基底节区及顶叶小缺血灶。西医诊断为动脉硬化性脑梗死。刻诊：语言尚不流利，右侧肢体活动受阻，伴麻木感，走路有失平衡稳定，需有人陪同，手杖相助，夜寐不安，头昏，下肢略有浮肿。舌质淡红，苔薄白，脉细弦。辨证：气血逆乱，血菀于上，肝阳偏亢，脉络瘀阻。治则：活血通络，养阴平肝。处方：

丹参 15g 乌梢蛇 10g 蜈蚣 1条 地龙 30g 水蛭 10g
 枸杞子 15g 菊花 10g 杜仲 10g 葛根 30g 伸筋
 草 20g

服14剂后，右半身麻木减轻，右腿步行仍感无力，舒张压持续在100mmHg。5月9日在原方中加天麻10g，钩藤30g。其后间断服药至10月31日，全身已无不适，步履如常人，自己能单独乘公交车往返，血压平稳在(130~120)/(90~80)mmHg之间。



释疑解惑

问：如何划分中风病的证候？

答：中风病是一个复杂多变的病种，目前还没有一个统一的分类方法及辨证分型的标准。《金匱要略·中风历节病脉证并治》将中风分为中络、中经、中腑、中脏四类。孙思邈叙述中风有四类之分：一曰偏枯，二曰风痲，三曰风懿，四曰风痹。但风痹一证，其云“风寒湿诸痹类风状……”，则属风湿关节为病，与现所称中风无关。唐宋以前主张外风说，金元以后多持内

风论。元代《医经溯洄集·中风辨》将中风分为真中风与类中风两类。我们通过178例临床实践进行证候分析，主张以中经络、中脏腑为经，以痰、瘀、风、闭、脱为纬，来划分证候类型，初步认为是符合临床实践的。

问：临床如何鉴别中经络与中脏腑？

答：中风的治疗当根据病位的深浅，病情的轻重，证候的寒热虚实，病势的顺逆而予以区别对待。在急性期的救治中，当首辨中脏腑与中经络，分清闭、脱二证。神志清与不清是中脏腑与中经络的分水岭，其中，又以神识障碍的轻重来区分中腑和中脏的不同。一般认为，中经络多见于缺血性中风及出血性中风轻者，中脏腑多见于出血性中风及重症缺血性中风。

问：如何鉴别闭证和脱证？

答：明代李中梓在《医宗必读》中提出：“如牙关紧闭，两手握固，即是闭证；用苏合香丸，或三生饮之类开之。若口开心绝，手撒脾绝，眼合肝绝，遗尿肾绝，声如鼾肺绝，即是脱证。更有吐沫、直视、肉脱、筋骨痛、发直、摇头上蹿、面赤如妆、汗出如珠，皆脱绝之证。宜大剂理中汤灌之，及灸脐下。”

问：请讲解一下本案的病机、治则与用药。

答：本案病机是气血逆乱，血菴于上。脉络瘀阻则肢体活动障碍；血郁于脑则舌窍失灵。治之大法，一要及时，二要准确。活血通络，可谓基本法则；虫类药物，当属首选之品。方中蜈蚣有祛风活血之功，地龙有舒经通络之效，水蛭破瘀血而不伤新血，乌梢蛇疏通经络以宣痹止痛，取抗偏瘫方加减。患者素有肝阳偏亢，阴阳失调，血压上升，故养阴平肝调整阴阳平衡，必须同时应用。

问：为什么临床治疗中风病虫类药物应用较多？

答：清代医家唐容川在《本草问答》中说：“动物之攻力，尤甚于植物，以其动物之本性能行，而又具有攻性。”明确指出了虫类药的特性是行走攻窜。全蝎、蜈蚣、地龙、穿山甲、白花蛇具有息风通络的作用，针对肝阳暴张，风阳升动，冲逆犯脑之病机，可息风定风；且其性行走攻窜，又能搜剔留滞经络间之邪风，可活血祛瘀、化痰散结、通络和络，作用力强，功效全面，具有植物药无法比拟的优势。先大师章次公治中风常用僵蚕、蝎尾、地



龙等。现代中药药理研究表明，全蝎、地龙、蜈蚣、水蛭具有抗惊厥、抗血栓形成的作用，水蛭还有抗凝血的作用，地鳖虫、穿山甲和水蛭都有改善血液流变学的作用，地鳖虫还具有抗凝血及溶栓的作用，白花蛇具有凝血酶样作用。虫类中药能够有效地改善卒中病人的血黏度，对降低脑血管病的危险因素具有积极作用。虫类药的使用，应注意避免长期大剂量应用，以免出现毒副作用。虫类药是异体蛋白，还要注意观察患者是否过敏。

七、中风偏瘫

张某，男，56岁。1996年10月14日初诊。

2个月前因头晕头痛，口眼歪斜，肢体麻木，左半身不遂而住院，诊断为缺血性中风、动脉硬化性脑梗死。刻诊：左侧肢体肌肉痿软无力，偏枯不用，多汗，语言謇涩，面色不华，夜寐不酣，舌体右斜，舌质淡红，苔薄白，脉沉细不足。辨证：瘀血阻络，气血不足，肢体失养。治则：益气养血，活血化瘀，温运通络。处方：

桂枝 6g 黄芪 30g 当归 10g 川芎 10g 党参 10g
 鸡血藤 10g 地鳖虫 10g 赤芍 10g 红花 10g 桃仁
 10g 五味子 6g 茯神 12g

上方服7剂后，患侧手指略感有张力，汗出改善，余症同上。上方加续断 15g，桑寄生 18g，葛根 30g，桂枝增至 12g，10剂。病人舌体基本转正，语言清楚，患肢力增，活动时可自觉支撑。夜寐尚差。上方加合欢皮 15g，全蝎 6g。前后服药 46剂，病人左侧偏瘫基本得以纠正，生活能够自理。



释疑解惑

问：为什么治疗中风病要始终抓住气与血呢？

答：清代汪廷珍云：“血虚者补其气而血自生，血滞者调其气而血自通，血外溢者，降其气而血自下，血内溢者，固其气而血自止。”中风病的卒中后期，多为气血逆乱，肝风狂越，气升、血升、火升、痰升，直冲巅顶，或损

伤脑络，或瘀滞神明之府而危证丛生。气有余便是火，气横逆必及血，故药用清气降火，折其肝风之源；潜阳凉血，有降逆止血之功。气为血之帅，血为气之母，气行则血行，气滞则血瘀。气滞而血瘀者，当以理气而化瘀。又有气虚而血瘀者，当以益气而活血；有痰壅互结者，豁痰化瘀则有疏通经脉之力；还有血虚生风者，治风先治血，血行风自灭。采用活血祛风，通经活络之法，尤为恢复期常用之法。

问：治疗中风偏瘫是否都用补阳还五汤？

答：对半身不遂的治疗，当首推清代王清任的益气活血法，予补阳还五汤，重用生黄芪。对补阳还五汤的适应证，近年来略有争论。我们认为，既用补阳还五汤，生黄芪剂量宜大，在30~100g之间。服药时间以30剂为1个疗程。如肝阳上亢、肝风内动等标实证突出者，补阳还五汤要慎用，应辨证应用为是。

问：本案治疗用药有什么特点？

答：本案因气虚血滞，血脉不得温通，肢体肌肉失于濡养而成软瘫。故用桂枝温运通脉，鼓其动力，通其血络之道。配黄芪、党参益气以助行血之力，以桃仁、地鳖虫活血通络以助其经络通畅。再加补肾之品，图其强骨壮筋，综合调节，患者诸症悉除。

问：您的抗偏瘫方临床如何运用？

答：抗偏瘫方是我自创的。由生黄芪15~60g，丹参10~30g，水蛭6~15g，地龙10~30g和蜈蚣1~2条组成。功能补气，活血，通络。主治出血性中风或缺血性中风出现偏瘫，属气虚血瘀、经脉痹阻者。方中重用黄芪，益气温运，气旺则能运血、行血，有助祛瘀起废，用为主药；气虚血瘀，本虚标实，故辅以丹参、水蛭养血活血，破瘀行血又不伤正；地龙、蜈蚣通经活络，借其走窜之性，携诸药周行全身，则为辅佐之用。瘀去络通，气旺血行，诸筋脉肌肉得以濡养，则偏瘫废痿得以匡正。临床如见下肢肌痿无力甚者，可加川牛膝、杜仲；如伴有肢冷欠温者，加鸡血藤、桂枝；如语言障碍则加郁金、天竺黄。



八、中风中经络

庄某，女，52岁。1998年6月24日初诊。

3个月前，渐感言语不能流畅表达，且头面麻木。曾就诊于上海第一人民医院，诊断为动脉硬化性脑梗死、脑供血不足，转诊中医求治。检查：右侧头面部触觉迟钝，四肢活动正常，血压正常。第一人民医院MRI提示：双侧基底节区小缺血灶。刻诊：言语欠流利，伴有右侧头面部麻木，偶有头痛呈针刺状，夜寐欠安，纳可，二便正常。舌质暗红，苔薄腻，脉细弦。辨证：痰浊上扰，气血瘀滞，脑络不和。治则：化痰宣窍，活血化瘀，调和脑络。处方：

菖蒲 10g 郁金 10g 天竺黄 10g 天麻 10g 陈皮 10g
 丹参 30g 地龙 30g 川芎 10g 蜈蚣 1条 水蛭 10g
 葛根 20g 炒枣仁 30g 生黄芪 20g

二诊：服药7剂后，语言较前清晰，面部麻木改善，夜寐转安。效不更方，继守前法，加全蝎3g，水蛭增至15g，继服2周。

三诊：语言已流畅，基本无碍。前方中黄芪、葛根增至30g，天麻增至20g，嘱继服14剂以巩固疗效。



释疑解惑

问：中风如何分期治疗呢？

答：中风治疗可分期立法。中风一般分为先兆期、卒中期、偏瘫期和恢复期。先兆期突出一个“和”字，卒中期围绕一个“清”字，偏瘫期抓住一个“通”字，恢复期坚持一个“补”字。在先兆期，肝阳上亢者以平肝息风为法，痰浊内阻者以化痰泄浊为法，气虚血瘀者以益气活血为法，肝肾阴虚者以补肾养肝为法。其中化痰法、活血法、补肾法应列为重点研究。卒中期的救治围绕清与宁。恢复期可宗叶天士滋液息风、濡养营络、补阴潜阳之法，亦可从陈士铎补气、助阳、养血诸法。

问：本案如何辨证分析？

答：人的语言与五脏六腑的生理有着密切的关系。若脏腑功能正常，气血调和，阴平阳秘，则意识清明，思维敏锐，语言流利。语言与心、脑、肾的关系最为密切。心主神志，开窍于舌；肾藏精，足少阴之经脉系于舌本；脑为元神之府，脑髓充盈则语言正常。若肾精亏损，津液不能上承，或痰血互结，蒙闭心窍，舌窍失灵，或血郁于脑，神失所主，均能导致语言功能的障碍，轻者语言不利，重者失音不语。本案是由于痰浊上扰，血郁于脑，痰瘀互结，阻于脑络而发病。

问：中风病语言不利一般如何用药？

答：中药治疗以祛风除痰开窍为原则，常选《医学心悟》解语丹加减。方中以天麻、全蝎、白附子息风除痰兼平肝；制南星、天竺黄豁痰宁心；菖蒲、郁金芳香开窍；远志交通心肾；茯苓健脾化湿。

问：请讲解一下本案的处方。

答：患者为中风中经络，治以化痰宣窍，活血化瘀，调和脑络。方中天竺黄、陈皮、菖蒲、郁金，以化痰宣窍；川芎、水蛭活血化瘀；天麻、地龙、蜈蚣、全蝎息风通络；葛根能治项背强，现发现有改善脑血流量的作用；枣仁可安神定志；生黄芪益气以助血行。总之使气血调畅，脑络得和，脑部供血改善，舌本恢复灵活为要。

问：本案患者是中风中经络，那么，中风中脏腑中医该如何救治呢？

答：中脏腑者以神志不清为特征，抢救之法应围绕清与宁，积极采取措施，使“不清”转化为“清醒”与“安宁”。临床实践体会会有以下四法。

第一，芳香开窍法。如风阳夹痰火内闭，治以辛凉开窍，可用安宫牛黄丸、至宝丹、牛黄清心丸、醒脑静注射液或麝香0.1g，牛黄0.3g，冰片0.3g研末送服，佐以清肝息风之品，如钩藤、羚羊角、石决明、黄芩、菊花等。如肝风夹痰湿上壅内闭，见面白唇清，痰涎壅盛，舌苔滑腻，脉沉滑，此为阴闭，治以辛温开窍，可用苏合香丸，佐以息风豁痰之药如天麻、钩藤、菖蒲、郁金等。

第二，通腑攻下法。《素问·调经论》曰：“血之与气，并走于上，则为大厥。”治应急使血之与气向下并走，方能急流挽舟。临床上往往可见便闭



不通，口有浊味，舌苔黄腻或黄燥。此时浊气上熏，肝阳火更盛，心神受蒙难清，急予承气汤攻下，亦可用生大黄 30g 水煎 150ml，保留灌肠，每日 1 次，直至得便为度，番泻叶亦有效。腑通热泄，引血下行，气随血下，亦即釜底抽薪之意。下其燥结，热即孤立，风即自消，邪热燥结去，中焦气机通，气血运行条达，则中风诸症可随之缓解。

第三，豁痰开窍法。朱丹溪论中风“有气虚、有血虚、有痰盛”，“西北二方，真为风所中者有之，东南之人皆是湿土生痰，痰生热，热生风也”。尤在泾说：“或因风而动痰，或因痰而致风，或邪风多附顽痰，或痰病有如风病，是以掉摇，眩晕倒仆，昏迷等证。”故提出“逐痰涎”一法，以涤痰汤和清心散二方，治痰迷心窍之证。中风者常见喉中痰鸣，痰瘀壅盛，我们用竹沥、莱菔汁。如风痰寒痰，可用小白附子、制南星、半夏、白芥子、皂荚；如痰热则用贝母、竹茹、瓜蒌、天竺黄、青礞石、黛蛤粉等。亦可用猴枣散 0.5g 冲服，姜汁频频饮服，还可与菖蒲、郁金同用，使痰浊除而心窍清，神明出而智慧爽。

第四，回阳固脱法。中风脱证，症见神昏不语，二便自遗，气息低微，冷汗淋漓，目合口张，脉沉细欲绝，治当回阳固脱。速用人参、附子、龙骨、牡蛎、黄芪、五味子或四逆汤注射液。阴脱者，可用人参、黄芪、熟地、山萸肉、龙眼肉、山药、枸杞、茯神、枣仁、龙骨、牡蛎、甘草等，或生脉散注射液静滴。

四法者，言其要领也，有一法独用，有数法并进；还有凉血清热、凉肝息风、滋阴潜阳、活血化瘀诸法，亦当推究其因，辨别虚实，分清缓急，参合用之。

九、传染性非典型肺炎

郑某，男性，32岁。2003年4月18日初诊。

患者为美籍华人，在传染性非典型肺炎（SARS）流行期间从香港到沪，于4月7日入肺科医院住院治疗。体温曾超过 39℃，咳嗽咳痰，气急，X线

提示：两肺部阴影。诊断为传染性非典型肺炎。经用激素、抗生素、胸腺素、呼吸机等多种治疗，体温降为低热（37.5℃），但X线提示两肺部阴影继续扩大，遂请本市中西医专家会诊，在西医治疗的基础上加用中药治疗。张教授诊得患者面色正赤，微热不恶寒，口渴引饮，唇干而燥，有汗，咳嗽气急，细察咳出痰涎，色白而黏，并稍有泛恶，大便日行2次。舌质红，苔黄腻，脉细弦。辨证：热邪疫毒，直犯肺胃，肺热壅盛，宣降失司。治则：清热解毒，泻肺和胃，芳香化浊。处方：

桑白皮 10g 黄芩 10g 黄连 10g 山栀 10g 银花 15g
连翘 15g 芦根 30g 鱼腥草 30g 佩兰 15g 苏子 10g
陈皮 6g 半夏 10g

二诊：服药3剂后，肺部炎症开始吸收，气急减轻，低热已退。上方减苏子，加赤芍10g，仍以清热解毒为主，凉血活血为辅。

三诊：再服4剂后，患者气急已平，肺部炎症病灶较前吸收，出汗已明显减少，精神倦怠，大便日行1次，病情趋向稳定，激素减量。中医辨证：邪气受挫而退，正气被遏而惫。治宜扶正为主，兼以祛邪，扶正治以益气养阴，祛邪治以解毒清热，佐以活血通络。处方：

生黄芪 15g 太子参 15g 芦根 30g 鱼腥草 30g 赤
芍 10g 丹参 10g 丝瓜络 6g 冬瓜子 15g 陈皮 6g
炙鸡内金 10g 玉竹 10g 石斛 10g

四诊：上方服用第2天，停止使用呼吸机。胸片复查示：肺部阴影面积已明显缩小。上方共服4剂。刻诊：不咳嗽，无痰，不气急，口干好转，二便正常，舌质淡红，苔薄白，脉细稍弦。病已步入恢复期，当治以扶正，然恐余邪未尽，故酌以祛邪，又虑肺络不和，增以活血。处方：

生黄芪 15g 太子参 15g 芦根 30g 鱼腥草 15g 赤
芍 10g 丹参 15g 丝瓜络 6g 陈皮 6g 炙鸡内金 10g
玉竹 10g 石斛 10g 黄精 10g

患者病情稳定，经两次检查，冠状病毒抗体均呈阳性结果。5月8日胸片复查，见肺部病灶完全吸收。于5月16日痊愈出院。



释疑解惑

问：能讲解一下本例患者的辨证治疗方法吗？

答：此病案为传染性非典型肺炎，从其因感受外邪出现急性发热的临床特点来看，属于中医“温病”、“疫病”范畴。系热邪疫毒，直犯肺胃，肺热壅盛，宣降失司所致，病情凶险。病人咳嗽、流汗、体温不高，因为中医要看舌苔，还要根据痰的性质来决定用药，我当场让病人取下口罩，一看舌苔是白的，但很腻，让患者吐出一口痰，像黏胶一样稠厚，由此判断有痰热。治疗全过程重用清热解毒之品，在西医基础治疗的同时共服用中药16剂，终于转危为安，痊愈出院。凡温病热邪疫毒为患，选用清热解毒之品为要着。清热解毒药不仅有抗病毒、细菌的作用，还有调节人体免疫功能的作用，是不可忽视的一类药物。

问：中医古籍文献在 SARS 的防治中起到了什么作用？

答：从一千七百多年前张仲景的《伤寒论》开始，中医就已经有了防治流行性外感热病的经验。其后巢元方《诸病源候论》有“温病诸侯”、“疫病诸侯”等。明清时期，又有了吴又可的《温疫论》，提出“杂气论”之说；叶天士的《温热论》，首创“温邪上受首先犯肺，逆传心包”；杨栗山的《伤寒温疫条辨》，提出升降散治表里三焦大热；余师愚的《疫疹一得》，创清瘟败毒散治疗疫病热病，以及吴鞠通的《温病条辨》。以上这些著作的问世，形成了中医独特的温病学说。中医积极参与了 SARS 的治疗，其中中医学的温病学说起着极其重要的指导作用。治疗感染性疾病重用清热解毒药是值得把握的正确方向。这一观点是从临床实践中逐步形成的，也是吴又可、杨栗山、余师愚等温病学家思路与方法的继承和发展。

问：您认为中医治疗 SARS 的治则是什么？

答：在 SARS 的中医药治疗中，清热解毒法贯穿治疗始终。因为 SARS 的基本病机系疫邪、热毒、痰湿内蕴，壅阻肺络，由气及血，下注胃肠，累及心肾，邪盛正虚，耗气伤阴。其中疫邪热毒是病之本，痰湿瘀血是病之变，变是由本派生而来。重用清热解毒之品，可直接对抗病毒，是从 SARS 源头上进行治疗的策略。如病之初期，邪犯肺卫，可用银翘散加减，重用鱼腥草、

大青叶、菊花。病之中期，疫毒壅肺，可用麻杏石甘汤加黄芩、蒲公英；若咳嗽气促，口渴欲饮，发热不甚，大便溏薄，舌质红，苔黄腻者，可用桑白皮汤加银花、连翘、鱼腥草、芦根等。疫毒入营，可用清营汤加鱼腥草、蒲公英。疫毒扰血，可用犀角地黄汤加大青叶、银花、连翘等。总之，重用清热解毒之品是要着，它可贯穿 SARS 治疗全过程。

问：在运用清热解毒法治疗 SARS 的过程中，您认为什么阶段最关键？

答：在 SARS 治疗中，重视气分环节，积极治疗是上策。“治温良机在气分”，强调了抓住气分证候是治疗热病的良机，以防病入营血，变为重症。SARS 一病有发展快、变化速、来势凶、病势重、威胁大等临床特点。卫分证是病之开始，但是疫病往往卫分证时间很短，或不见，集中表现在气分证或称为中期，或称为高峰期，际此，应及时正确地积极大胆用药，快速控制病情，阻止疾病的发展蔓延，避免冠状病毒造成多器官损伤。清热解毒、凉血活血、化湿祛痰、通腑攻下等法，要不失时机，早用、重用、多用，截断疾病的传营入血，这与现代医学理论相吻合。总之，抓住气分环节，大胆积极治疗，不使疫邪传入营分、血分，方为上策。若病涉营血，热入心包，神志昏愤，不省人事，即使用犀角地黄汤、紫雪丹、安宫牛黄丸等凉血清热、芳香开窍，或肺绝、心绝、肾绝、阴阳离决用参附之辈，亦难治疗矣。深有错失良机之憾。

问：在 SARS 的中医防治中还要注意什么？

答：摆正祛邪与扶正的关系是关键。大凡温病、瘟疫多为时行疫毒，温热湿浊，痰瘀互阻，肺气壅塞。先期亟予祛邪，即邪气退正乃安，如妄加滋补，则助邪为虐，贻害无穷。正如吴又可所说“客邪贵乎早逐”，“早拔去病根为要耳”，“邪不去则病不瘳，延缠愈固，不死不休也”。《丹溪心法》认为“气有余便是火”。祛邪者如清热解毒、祛痰活血、化湿辟秽、攻下通腑等，可以辨证选用。病之后期，当扶正，即正气足邪自退，扶正是为了清孽，一般可用冬虫夏草补肺益肾以善其后。如气阴两虚者，可用生脉饮合沙参麦冬汤化裁；或肺脾两虚者，可用参苓白术散合香砂六君子汤化裁，取“培土生金”之义。应该指出，病之后期，还需注意余邪未尽，正如叶天士所说“炉烟虽熄，灰中有火也”。因此，祛邪与扶正孰轻孰重，自当明辨，正确把握祛邪扶正是治疗的关键。



十、柯萨奇病毒感染

漆某，男，36岁。2002年2月20日初诊。

1998年3月2日，B超检查示肝脏轻度损害。其后，肝功能检查示丙氨酸氨基转移酶反复增高，发现柯萨奇病毒感染。2001年8月13日，柯萨奇病毒B1~B6混合型抗原检测阳性，柯萨奇病毒B1~B6混合型抗体检测弱阳性；乙肝病毒表面抗原、e抗原、核心抗体均阴性。9月7日丙氨酸氨基转移酶113IU/L，门冬氨酸氨基转移酶43IU/L，球蛋白31g/L，余正常。西医诊断为柯萨奇病毒感染。刻诊：鼻腔燥热，口干，疲乏，时有腹胀，舌质红，苔薄白，脉弦细。辨证：疫毒犯肝，肝络受损，延及血分。治则：凉血泄热，清解疫毒，疏肝理气。处方：

水牛角片（先煎）15g 赤芍 10g 丹皮 10g 生地 10g
 龙胆草 10g 垂盆草 30g 大青叶 30g 黄芩 15g 紫
 花地丁 30g 白花蛇舌草 30g 金银花 30g 郁金 15g
 丹参 15g 陈佛手 10g

药后病情稳定，其后3月18日实验室检查示丙氨酸氨基转移酶39IU/L，5月15日为53IU/L，9月13日为31IU/L，均在正常范围内，球蛋白亦为正常。柯萨奇病毒抗原阴性，抗体阳性。患者无不适症状，鼻腔发热消失，舌质不红。随访至2005年3月，肝功能检查一直正常，余未见异常。



释疑解惑

问：请谈谈本案的特点。

答：本案是柯萨奇病毒感染所致的肝脏损害。柯萨奇病毒属于肠道病毒，可分为A组与B组，在人与人之间传染。传染源为病人及无症状的带菌者，传染主要通过粪至口途径，偶尔也可从空气传播。柯萨奇病毒感染，往往是隐性感染，可以表现为肝炎，也可以表现为心肌炎。柯萨奇病毒A组及B组感染，表现在肝炎方面，与传染性单核细胞增多症有类似症状。本案系柯萨

奇病毒 B 组感染，因具有传染性，可统称为“疫病”，亦可称为肝疫。

问：请分析一下本案的辨证论治。

答：本案疫毒犯肝延及血分是关键。舌质红是血热的辨证眼目，鼻腔发热、口干、脉弦细为疫毒炽盛之象，故用犀角地黄汤加味。方中水牛角凉血清热，泻火解疫毒；生地甘寒，凉血清热而滋阴液，有养阴生津之功；赤芍清肝凉血，清血分郁热；丹皮泄血中之伏热；加龙胆草、垂盆草、大青叶、黄芩、紫花地丁、白花蛇舌草、金银花泻肝清热解毒；以郁金、丹参、陈佛手舒肝活血理气相助，其效相得益彰。

十一、肠梗阻

石某，男，36岁。1974年10月31日晚（急诊）初诊。

患者今日下午感上腹部疼痛，旋即脐周围也疼痛，呈阵发性加剧，腹胀满难忍，伴恶心欲呕。今晚就诊前频繁呕吐共3次，均为胃内容物、胃液、胆汁。伴有发热恶寒，大便未行。即来院急诊，予以留诊观察。X线检查：高位小肠梗阻。血常规：白细胞 $23.7 \times 10^9/L$ 。西医诊断为高位肠梗阻。急邀会诊，中西医共同治疗。检查：体温 38.5°C ，腹壁肌肉紧张，有明显压痛，肠鸣音低下，血压 $70/50\text{mmHg}$ ，舌质淡红，苔薄白，脉象实。辨证：阳明腑气不通，肠结阻格，通降失常。治则：通里攻下，理气开结，佐以清热解毒。处方：

生大黄（后下）15g 玄明粉（冲服）6g 枳实 15g
厚朴 15g 乌药 6g 莱菔子 15g 黄连 6g 蒲公英 30g
黄柏 12g 赤芍 9g 桃仁 9g

服药1剂后（即第2天），大便4次，有矢气，不呕吐，腹痛腹胀明显减轻。续服1剂（即第3天），梗阻解除。



释疑解惑

问：本案如何进行辨证论治？

答：本案患者腹痛剧烈，大便秘结，体温升高，血象白细胞异常升高，



是由于阳明里热炽盛，热结肠胃，气机升降失调所致，符合阳明腑实证的“痞、满、燥、实”四大症状。此时当峻下热结，急下存阴。

问：您是如何运用攻下法治疗急症的？

答：明代吴又可可在《温疫论·上卷》首先提出“急症急攻”的主张，又说：“此一日之间，而有三变，数日之法，一日行之，因其毒甚，传变亦速，用药不得不紧。”我对此颇有领悟，深表赞同。急症时邪气实，急则治其标，用攻下法可荡涤肠胃、攻实祛瘀、泻热逐邪。急症用攻下可起到攻实、排毒、泻火、开郁、祛瘀、利水、存阴、折暴逆、解除梗阻的作用，有“陈莖去而肠胃洁”之功。但临床还必须根据病情与其他治法配合应用。

我在临床实践中曾用下法获得很好疗效。如理气攻下法治疗肠梗阻，开窍攻下法治疗病毒性脑炎，通腑攻下法治疗出血性中风，清热攻下法治疗急性胆道感染中毒性休克，泻肺攻下法治疗肺炎并发中毒性肠麻痹，活血攻下法治疗尿毒症，温阳攻下法治疗风心病心衰并发肾衰，逐水攻下法治疗肝硬化腹水，利胆攻下法治疗黄疸型肝炎，解毒攻下法治疗乙型肝炎活动期。急症攻下应掌握时机，当机立断。还要确认是可攻之证，以及具备可攻之体。如药力峻猛，应注意中病即止，以免攻伐太过。攻下后尚需注意整体调理以复正气。

问：请您解说一下本案是如何运用攻下法治疗的。

答：理气与攻下同用，可加强泻下的作用，如大小承气汤中应用厚朴、枳实，舟车丸中有青皮、陈皮、木香、槟榔。本案所述急性肠梗阻，是由于肠腑气机痞塞，升降失度，水谷精微不得上升，糟粕浊物不得下降所致，可见痛、胀、吐、闭的临床表现。正如《医学入门·外集》说：“关格死在旦夕，但治下焦可愈，大承气汤下之。”今宗其法而加强清热解毒、润肠除胀之力，亦即复方大承气汤之意。本案予复方大承气汤通里攻下、行气活血，加入乌药以增行气止痛之力。黄连、黄柏、蒲公英清热解毒，实验研究表明有抗菌消炎作用。全方行气开结与攻下通里同用，以通肠腑、开肠结为主要目的，以便下快利，矢气频转为主要标志。本案为急诊病例，仅用两剂，效如桴鼓。

问：各承气汤在临床应用上有什么不同？

答：大承气汤、小承气汤、调胃承气汤三方通称“三承气汤”，三方均以大黄为君。大承气汤大黄生用、后下，取其攻积破坚之锐气，重用枳朴以

行气除痞满，芒硝同大黄后下以软坚润燥，全方攻下力最为峻猛；小承气汤不用芒硝，大黄与枳朴同煎，且枳朴量减，为轻下剂；调胃承气汤不用枳朴，大黄与甘草同煎，后纳芒硝且“少少温服之”，为缓下剂。复方大承气汤由大承气汤加炒莱菔子、桃仁、赤芍而成，重用厚朴，取其消食下气之效，且活血祛瘀作用增强，有通里攻下的作用，尤其适用于气胀较重的肠梗阻。现代药理实验亦表明，承气汤类可明显增加胃肠道推进功能，改善胃肠道血液循环，降低毛细血管通透性，并有抑菌作用。

十二、急性胰腺炎

李某，女，48岁。1998年8月26日初诊。

患者2周前因腹痛，血淀粉酶升高，在当地医院按胰腺炎治疗，症状一度缓解。2天前因饮食不慎，左侧脘腹疼痛伴轻微发热，纳谷尚可，大便偏干，日行1次，色淡黄。血淀粉酶1157IU/L（正常值<500IU/L）。西医诊断为：急性胰腺炎。检查：体温38℃，腹部按之痞满触痛，无明显包块。舌质偏红，苔淡黄腻，脉弦细。辨证：湿热壅滞中焦，气血运行受阻，气机升降失调。治则：清热化湿，理气攻下，活血止痛，调理气机。处方：

柴胡 10g 黄芩 20g 白芍 20g 枳壳 20g 姜半夏 10g
生大黄（后下） 12g 连翘 30g 败酱草 30g 蒲公英
30g 生米仁 20g 玄胡 20g 郁金 15g 丹参 15g
当归 10g

二诊：服药1周，患者因自觉疗效明显，故自续药1周，刻下自诉左侧腹痛已完全消失，仅在大便前稍感脘腹作胀，大便干稀不调，便后则缓。效不更方，予前方加佩兰15g，改枳壳30g，大黄（后下）18g，续服14剂。

9月20日复查血淀粉酶正常。



释疑解惑

问：如何用中医学理论来指导胰腺炎的辨证？



答：胰腺炎是通过微观指标诊断的，中医根据症状可归为“胁痛”、“腹痛”、“呕吐”等。中医治病讲求整体观。胰腺炎的疼痛部位多在中上腹，也可在左上腹（左季肋部）或脐部。胰腺位于少阳经循行部位。少阳病，主半表半里，为病邪已脱离太阳之表而尚未进入阳明之里。张仲景在《伤寒论》96条云：“伤寒五六日，中风，往来寒热，胸胁苦满，默默不欲饮食，心烦喜呕，或胸中烦而呕，或渴，或腹中痛，或胁下痞硬，或心下悸，小便不利，或不渴，身有微热或咳者……”明确“往来寒热，胸胁苦满，默默不欲饮食，心烦喜呕”四大主要症状。101条又云：“但见一证便是，不必悉具。”阳明腑实证是由于热盛伤津，津伤化燥，因燥成实，邪热和阳明糟粕相结所致，以里热内盛和腹满痛、绕脐痛、腹大满不通、腹胀满疼痛拒按的实证表现为特征。本案患者体温升高，胸胁苦满，脉弦，符合少阳病的诊断。患者在腹痛的同时，又见大便偏干，符合阳明腑实证的表现。故本案为少阳阳明同病。

问：请讲解一下本案的治法。

答：患者脘腹疼痛、发热、舌质偏红、舌苔淡黄腻，为湿热壅滞于少阳阳明，脾胃气机升降失常，血液运行受阻所致。治疗宜用清热化湿，理气攻下，活血止痛，调理气机法。方取大柴胡汤加减而成。

问：本案用药有什么特点？

答：汪昂在《医方集解·表里之剂》中云：“少阳固不可下，然兼阳明腑实则当下。”大柴胡汤系小柴胡汤去人参、甘草，加大黄、枳实、芍药而成，亦是小柴胡汤与小承气汤两方加减合成，是和解为主与泻下并用的方剂。小柴胡汤为治伤寒少阳病的主方，因兼阳明腑实，故去补益胃气之人参、甘草，加大黄、枳实、芍药以治疗阳明热结之证。方中重用柴胡为君药，配臣药黄芩和解清热，以除少阳之邪；轻用大黄配枳实以内泻阳明热结，行气消痞，亦为臣药。芍药柔肝缓急止痛，与大黄相配可治腹中实痛，与枳实相伍可以理气和血，以除心下满痛；半夏和胃降逆，配伍大量生姜，以治呕逆不止，共为佐药。大枣与生姜相配，能和营卫而行津液，并调和脾胃，功兼佐使。今加连翘、败酱草、蒲公英、生米仁，加强清热化湿之力；增玄胡、郁金、丹参理气活血，调畅气血之运行，寓“通则不痛”之义。

问：大柴胡汤可用于哪些病症的治疗？

答：大柴胡汤适用于少阳阳明合病，见往来寒热，胸胁苦满，呕不止，郁郁微烦，心下痞硬，或心下满痛，大便不解或协热下利，舌苔黄厚，脉弦有力者。以和解少阳为主，泻下之力较缓，更适宜于少阳初入阳明之证。现代常用于急性胰腺炎、急性胆囊炎、胆石症、急性肝炎、急性胃肠炎、胃及十二指肠溃疡、胃肠型感冒等具有少阳证兼有阳明里实热证者。

十三、黄疸

葛某，男，60岁。2003年12月20日初诊。

目黄、总胆红素反复升高20年， γ -谷氨酰转肽酶偏高，在德国医院诊断为“肝内胆管结石”，2003年10月12日因胆结石在香港行“胆囊切除术”。11月25日检查肝功能：总胆红素 $45.6\mu\text{mol/ml}$ ，1分钟胆红素 $36.7\mu\text{mol/ml}$ ，丙氨酸氨基转移酶 206IU/L （正常值 $<64\text{IU/L}$ ），门冬氨酸氨基转移酶 87IU/L （正常值 $<42\text{IU/L}$ ）， γ -谷氨酰转肽酶 121IU/L （正常值 $7\sim64\text{IU/L}$ ），碱性磷酸酶 124IU/L ，乙肝病毒表面抗体阳性。西医诊断为胆囊切除术后胆红素持续升高。刻诊：肝区不痛，大便一日2~3次，量少，精神疲乏，夜寐不安，溲黄，舌尖红，苔薄腻，脉弦细。辨证：湿热内蕴，肝络痹阻，疏泄不利。治则：清热解毒，疏肝通络，活血化瘀。处方：

垂盆草 30g 六月雪 30g 平地木 30g 丹参 15g 郁
金 10g 龙胆草 15g 紫花地丁 30g 败酱草 30g 首
陈 30g 胡黄连 8g 连翘 30g 陈皮 10g 莪术 15g
赤芍 20g 黄柏 10g 苏梗 10g

二诊：投药2周，服药后第一天大便2次，不成形，第二天腹痛一次，胃部不适，夜寐不安，舌尖红，苔薄白，脉弦细，治从原法，上方增入佛手20g，八月札20g，合欢皮20g。

三诊：上方服用1周，大便日1次，偶有腹胀，精神疲乏，皮肤干燥，夜寐不安，舌质尖红，苔薄白，脉弦细，原方去苏梗加石斛15g。

四诊：上方服用7剂，大便日1次，偶有腹胀，夜寐多梦，舌尖红，苔



薄白，脉弦细。处方：

丹参 15g 郁金 10g 垂盆草 30g 六月雪 30g 平地
 木 30g 龙胆草 30g 紫花地丁 30g 败酱草 30g 茵
 陈 30g 田基黄 30g 连翘 30g 生大黄（后下） 6g
 義木 15g 赤芍 20g 炙鸡内金 20g 茯苓 30g 山栀
 10g 佛手 20g 八月札 20g 合欢皮 20g 石斛 15g
 芦根 20g 生甘草 6g 炒枣仁 30g

五诊：服药2周，胀气较多，胃纳尚可，舌尖红，苔薄白，脉弦细，原方加陈香椽 15g，木香 8g，夜交藤 15g。

上药再服2周，无不适主诉。2月2日查肝功能：总胆红素 25.1 μmol/ml，1分钟胆红素 16.7 μmol/ml，丙氨酸氨基转移酶 24IU/L，门冬氨酸氨基转移酶 26IU/L，γ-谷氨酰转肽酶 58IU/L，碱性磷酸酶 134IU/L。黄疸消退，接近正常。丙氨酸氨基转移酶、门冬氨酸氨基转移酶均正常。



释疑解惑

问：如何认识黄疸的病机？

答：中医学认为，胆为清净之腑，受盛胆汁，其性刚直，与肝为表里，亦喜柔顺条达。无论外感内伤之因，影响到肝胆，使其失于疏泄，扰动胆汁外溢，出现面目、肌肤、小便俱黄，黄疸遂成。我在多年临床实践中发现，黄疸初起，多为疫毒熏蒸肝胆，黄疸后期，恒为瘀毒痹阻肝胆。黄疸病变脏腑主要为肝、胆、脾、胃，有时往往由脾胃而涉及肝胆。邪毒蕴结、气机不畅、血瘀痹阻也是主要病理因素。

问：如何将黄疸与萎黄、黄胖相鉴别？

答：萎黄，类似阴黄，但与胆汁外溢发黄不同，萎黄是以肌肤干黄、无泽为主症，而目与小便均不发黄，多因虚劳、脾胃衰弱、气血亏虚不荣肌肤所致。尚有黄胖，多见于钩虫病、营养不良或其他慢性疾病引起的贫血，见全身肌肤萎黄，但目睛不黄。而黄疸以目黄、身黄、溲黄为诊断依据，尤以目黄为特征。可伴有食欲不振、恶心、乏力、胁痛、小便不利等症。

问：请问本案如何进行辨证论治？

答：胆为“中精之腑”，内藏胆汁，若湿热郁蒸，热毒内盛则气机壅滞，影响胆腑的通降，使胆汁横溢，则出现黄疸。本案黄疸已有20年，久病入络，胆腑瘀热滞留，胆汁运行受阻，外溢为黄，遵“六腑以通为用”的原则，选用利胆化瘀法。患者腹胀、久病、舌尖红，为气滞血瘀又有热象，立清热解毒，疏肝通络，活血化瘀法。药用丹参、郁金、赤芍、莪术凉血活血，行瘀通络；垂盆草、六月雪、平地木、紫花地丁、败酱草、连翘、黄柏清热解毒降酶；龙胆草、茵陈、田基黄、胡黄连、黄柏清热利胆退黄；陈皮、苏梗以疏肝和胃，理气降逆。久病必瘀，肝络不和，方中加入莪术破血行气，散结止痛。患者腹胀明显，为气机不畅所致，复诊中加入佛手、八月札、香椽、木香等，意在疏肝理气。

问：为什么要加大赤芍的用量？

答：刚才已经说过，本案患者有20年黄疸病史，《伤寒论》125条：“太阳病身黄，脉沉结……血证谛也。”提出瘀血发黄之说。叶天士也在《临证指南医案》中多次提及“初病在经，久病入络，以经主气，络主血”，“初为气结在经，久则血伤入络”，“病久、痛久则入血络”。黄疸久发，则成瘀血发黄证，这在临床中每多忽略。因此，在治疗中，除利湿退黄外，还要加强利胆化瘀作用。赤芍，性味酸、苦、凉，入肝脾经，具行瘀、止痛、凉血、消肿作用。《本草备要》亦云赤芍可“泻肝火，散恶血”。现代研究表明，赤芍具有抗菌、抗炎、解热、解痉镇痛、降门脉高压、轻降压、扩张内脏血管等作用。在治疗肝脏疾病时，赤芍能起到促进胆红素代谢、减轻肝损伤、抑制和消除肝炎病毒及其代谢产物等作用。目前尚未观察到赤芍有任何毒副作用。在退黄治疗中，可用30~60g。

问：黄疸的治疗能用活血化瘀法吗？

答：当然，尤其是黄疸后期，如胁痛，或刺痛、黄疸反复发作，则久痛入络，久病必瘀。临床如见舌质暗红，面色灰暗，均为瘀血之征。若见此种体征可用桃仁承气汤、下瘀血汤合四逆散化裁，意在活血化瘀，疏理肝胆，通腑败毒。



十四、甲型肝炎

姜某，男，35岁。1968年1月2日初诊。

胁痛肤痒反复2月余求诊。2个月前患者患急性黄疸型甲型肝炎，病情一度改善。但近月来口干肤痒加重，纳谷不佳，大便不畅，小溲黄赤。ALT 253U/L（正常值<40U/L），麝香草酚浊度试验30U（正常值0~6U），硫酸锌浊度实验40U（正常值2~12U），黄疸指数31U（正常值4~6U）。体检：巩膜黄染，舌质红，苔薄腻，脉弦细。辨证：湿热熏蒸，腑气不通。治则：清热利湿，通腑解毒。处方：

茵陈 30g 黄柏 10g 栀子 10g 大黄 6g 丹参 15g
 郁金 10g 土茯苓 15g 炙鸡内金 10g 米仁 10g 越
 鞠丸 10g（包煎）

其后，鼻衄加茅根、牛膝、牡丹皮；不寐加枣仁、夜交藤。每周改服5剂。1月23日ALT下降至126U/L，黄疸指数下降至11U；3月19日ALT与黄疸指数均下降至正常；4月8日、5月10日肝功能指标，包括球蛋白均正常。



释疑解惑

问：甲型肝炎的病因病机是什么？

答：甲型肝炎病因以“毒”为本，以“瘀滞”为基本病机。甲型肝炎多属热重于湿，因为又具有传染性，因此，并非一般湿热所能说明，乃为天地间一种异气所感。因此，必用疫毒的概念，方可认识和揭示其本质。急性甲型肝炎之因，当以邪毒为主，此种毒邪多属湿热性质，故湿热邪毒是急性肝炎的基本病因，湿热疫毒同侵，蕴积中焦，气血瘀滞，则表现为黄疸、胁痛、肝脏肿大等症。疾病的演变，是一个由实致虚的过程。

问：甲型肝炎的辨证分型及治则是什么？

答：甲型肝炎分黄疸型和无黄疸型。黄疸型又分阳黄、急黄和阴黄。阳

黄：湿热熏蒸者，宜清热化湿，佐以泻下；湿热潴留者，宜利湿化浊，佐以清热；急黄宜清热解毒，凉营开窍；阴黄宜健脾和胃，温化寒湿。无黄疸型：湿热内蕴，脾胃不和者，宜健脾和胃，利湿清热；气郁血虚，脾胃失调者，宜疏肝理气，健脾养血；肝郁脾虚，气滞血瘀者，宜疏肝健脾，化瘀通络；肝脾不调，水湿困阻者，宜健脾柔肝，渗湿和中；肝肾阴虚，气滞不运者，宜养血柔肝，滋阴理气。

问：本案如何辨证论治？

答：《伤寒论》第260条云：“伤寒七八日，身黄如橘子色，小便不利，腹微满者，茵陈蒿汤主之。”本案患者身黄肤痒，大便不畅，小溲黄赤，证属阳明发黄，瘀热在里，热重于湿，故以茵陈蒿汤为主方，用米仁、土茯苓以渗湿，越鞠丸、鸡内金以助运，丹参、郁金以活血，共奏清热利湿活血解毒之效。

问：记得您在上海甲肝大流行期间，曾用清解活血法治疗患者240例，取得高达96.7%的临床治愈率，能给我们谈谈吗？

答：清解活血法当时是用于肝功能持续异常者，据统计，临床治愈者232例半年后随访，均稳定。从甲肝为时行疫邪，肝胆湿热，热毒内盛，气血失调的病机出发，从抓住疾病的共性，着眼于消除病毒、恢复肝功能、改善肝脏病理三个基本环节综合考虑，从而提出清解活血法为基本治疗原则。

方药组成：黄芩10g，山栀10g，连翘30g，郁金15g，丹参15g，金钱草30g，车前草30g。黄芩有清热燥湿，解毒降酶作用，能减轻肝实质炎症，中和毒素；山栀，有清肝泻火，利胆退黄作用；连翘，果实含有齐墩果酸，能增强肝脏解毒功能，减少肝细胞坏死；丹参、郁金，具有解郁活血，降浊退黄作用，能改善微循环以及结缔组织代谢；金钱草有除湿退黄利水的功效，有促进胆汁从胆管排出和降酶、降浊的作用；车前草有清热利水退黄的作用。以上诸药，共奏清泄肝胆之湿热、解消时令之疫毒、活散瘀热之互结、改善气血之流畅的功效，促进肝脏的全面恢复而向愈。



十五、乙型肝炎

朱某，男性，23岁。2001年12月1日初诊。

患者于1999年8月体检时，发现肝功能异常，ALT 80U/L（正常值 < 40U/L）。1999年10月化验乙肝两对半：HBsAg（+），HBeAg（+），抗-HBc（+）。2000年1月查得HBV-DNA（+），即服拉米夫定（贺普丁）100mg 抗病毒治疗，每日1次。2001年6月复查HBV-DNA（-），乙肝两对半中HBeAg（-），HBsAg及抗-HBc（+），遂将拉米夫定改为100mg，2日1次。2001年8月7日复查两对半：HBsAg（+），HBeAg（+），抗-HBc（+），HBV-DNA 3.03×10^5 copies/ml，又将拉米夫定改为100mg，每日1次。2001年11月5日化验，HBV-DNA及两对半与8月7日相同，同时提示乙肝病毒有变异。家属不得已，于11月20日令患者停药拉米夫定，改延中医治疗。诊得乏力口干，偶有鼻出血，有时腰酸。舌质红，苔薄白，脉弦细。辨证：疫毒内伏，热入血分，肝络不合，正气受损。治则：清热逐邪，凉血解毒，疏肝和络，兼以扶正。处方：

紫花地丁 30g 败酱草 30g 大青叶 30g 连翘 30g
 白花蛇舌草 30g 水牛角片（先煎）15g 生地 10g 赤芍 10g
 牡丹皮 10g 龙胆草 10g 丹参 15g 郁金 15g
 玄参 30g 生黄芪 10g 杜仲 10g 陈皮 10g

药后精神好转。口干减轻，鼻出血已无，舌质仍红。2002年1月22日化验：肝功能正常，乙肝两对半 HBsAg（+），HBeAg（+），抗-HBc（+）；HBV-DNA 2.71×10^5 copies/ml，其后仍用原方，生地改为30g，加银花30g，小蓟草30g。2002年3月12日化验：HBV-DNA（+），两对半中HBeAg阳性效价由治疗前11月5日的240.32S/Lo降至3月12日的10.12S/Lo。患者自觉精神进一步好转，已无腰酸，唯尚有口干，舌质见红，脉弦细。继服上方治疗。



释疑解惑

问：请您介绍一下中医经典著作有关病毒性肝炎的论述。

答：病毒性肝炎在中医学文献上没有它的病名记载，但从本病的证候和转归来，有类似本病的叙述，如《内经》中指出“目黄”、“溺黄赤”，《伤寒论》载“伤寒瘀热在里，身必发黄”，晋代《肘后备急方》中提到“时行发黄”、“热毒入内”，《医门法律》载“癥瘕、积块、痞块、即是胀病之根”等。此外还有“肝疫”、“肝热”之说。

问：如何认识乙型肝炎的病因病机？

答：关于乙型肝炎的病因病机有以下几种学说。

(1) 湿热致病说：感受湿热之邪，湿遏困脾，导致脾胃运化、升降失常，热蕴肝胆，气机受阻，胁痛纳呆；湿热内盛，熏蒸肝胆，胆汁外溢而成黄疸；湿伤脾而脾虚，导致免疫功能低下。

(2) 肝郁致病说：乙型肝炎患者自身的病因与肝郁有关，外感湿热之邪，阻遏气机；内因七情，可导致肝郁，郁则生百病。“肝喜条达而恶抑郁”，因此人的精神活动、自我心理暗示，忧郁以及不良的情绪均对疾病转归和免疫状态有影响。

(3) 饮食不节说：饮食不节、饮酒过度损伤脾胃，以致运化功能失职，湿浊内生，郁而化热，熏蒸肝胆，胆汁不循常道，浸淫肌肤而成黄疸，此即可谓“谷疸”、“酒疸”。酒精中毒与乙肝病毒感染相加导致的乙型肝炎常常呈慢性化。

(4) 气滞血瘀说：瘀血既是病理产物又是致病因素，在慢性肝炎时，由于情志抑郁，肝气不畅，气机郁滞，血行不畅，气滞导致血瘀；又因脾胃运行不健，阳气虚损无力，血行迟滞，气虚导致血瘀。慢性肝炎、肝硬化患者面色黧黑、晦暗，肝脾肿大，肝区刺痛，肝掌，蜘蛛痣，齿衄等症状均与气滞血瘀相关。

(5) 疫疔之气说：乙型肝炎病毒一旦经血液感染，可以长期为患，病邪难以尽除，潜伏体内，间歇发病，日益严重。不论老幼皆可染病，属于中医疫病的范畴，因此，中医学认为乙型肝炎的发生是湿热疫毒隐伏血分。疫毒



病邪，性似湿热，具有阴阳双重性，既伤阳气又伤阴津，人体感受此邪，若正气不足，无力驱邪，则邪留体内，隐伏入血，长期为患，这是乙型肝炎慢性化的最基本病机。

上述致病因素作用于人体，当邪气亢盛时主要表现为一派湿热之象，好似实证。当气、血虚损时，表现为虚证，邪正消长交争贯穿疾病全过程，决定着疾病的转归。受累的脏腑主要是肝、胆、脾、胃、肾。临床上湿热为患，蕴阻中焦常见，多是慢性肝炎反复发作的表现。脾肾亏虚证次之，见于慢性肝炎，久病体虚患者，如乏力、肢冷、腰膝酸软、神疲体倦、纳少、腹胀便溏等。“五脏之伤，穷必及肾”，肝与肾的经脉有多处交会联系，肝病日久每多及肾。“五脏之真，唯肾为根”，肾气是人生命之本，正气之源，是免疫功能的集中体现。肾气虚衰多见于晚期病人，“肝肾同源”在慢性肝病患者的临床表现和病机方面都有体现。培补脾肾即增强免疫，在慢性肝病的治疗中是非常重要的方面。

问：本案是如何进行辨证论治的？

答：本案患者 HBsAg、HBeAg、抗-HBc 三项阳性，HBV-DNA（乙型肝炎病毒脱氧核糖核酸）阳性，提示病毒仍在复制。患者经西医抗病毒治疗一年半后，一度 HBV-DNA 转为阴性，乙肝两对半 HBeAg 转为阴性，但药物减量 2 个月后病情反复，后药物虽恢复原剂量仍无效，且病毒出现变异，治疗非常棘手。观患者舌质红、口干、鼻出血，为疫毒侵入血分之征，大剂清热逐邪、凉血解毒，已为刻不容缓。方中大剂紫花地丁、败酱草、大青叶、连翘、白花蛇舌草、龙胆草清热解毒，水牛角片、生地、赤芍、丹皮清热凉血。脉弦者为肝经受邪，肝主疏泄，又为藏血之脏，故用丹参、郁金疏肝活血和络。患者脉又细，时有腰酸，乃正气不足，又用黄芪、杜仲补气益肾。本案特点是疫毒内盛为源，正气不足为流，病毒变异为害，故重在驱邪。本案大剂量清热解毒凉血药的使用使病毒变异得到遏制。

问：能谈谈您的“清除病毒，调控免疫”治乙肝的学说吗？

答：感染乙型肝炎病毒，是乙型肝炎发病的主要病因。消除乙型肝炎病毒，是治疗本病的重要方法之一，如本案患者即是如此。但乙型肝炎的组织损伤，并不是肝炎病毒在肝细胞内增殖的直接后果，而是通过一系列免疫反

应产生的。因此，调控免疫是治疗乙肝的主要环节之一。我主张调控免疫应从多个环节着手。乙肝慢性期，往往既有湿热毒瘀蕴结不解，又有脏腑气血功能失调和衰退。所以，中医辨证组方应是既解毒祛邪，扶助正气调整脏腑功能，疏通气血流畅，又改善肝脏功能，促进蛋白代谢，增强T细胞功能，促进干扰素的生成，降低亢进的体液免疫，清除循环免疫复合物。总之，乙肝由实致虚，虚中夹实，虚实错杂是总的病机。所以，治疗也必须清补兼施，清中寓补，补中有散，做到祛邪不伤正，扶正不留邪，审证求因，辨证论治。

问：能谈谈您的经验方“解毒调控免疫方”吗？

答：本方有白花蛇舌草30g，丹参15g，郁金15g，生黄芪15g，水牛角粉（包煎）10g，叶下珠30g，以清除病毒与调控免疫为主治。方中白花蛇舌草苦寒，清热解毒，利尿祛邪，以清除邪实，抗肝细胞之炎症；生黄芪甘温益气托毒，扶助正气，增强机体抗病免疫功能，抑制病毒繁殖。二药一祛邪实，一扶正气，共为主药。丹参活血凉血，郁金行气解郁，祛瘀止痛，二药均入血分以促进免疫复合物的吸收与清除，改善肝脏病理，恢复肝脏功能，共助黄芪调控免疫。水牛角粉、叶下珠，清热凉血解毒，助白花蛇舌草祛邪而抗肝炎病毒。全方共奏清热解毒，益气活血，抑制病毒，调控免疫之功。

十六、丙型肝炎

徐某，男，37岁。2004年2月17日初诊。

患者因肝区疼痛5个月求诊。患者1993年9月因丙型肝炎于某区中心医院就诊，ALT及总胆红素经常反复升高，1993年11月19日B超示：肝炎，肝脏光点密。近5个月来肝区疼痛，晨起口苦，巩膜黄染，暖气不适，腰酸腿软，舌质暗红，苔薄白，脉细弦。2月3日查ALT 239U/L（正常值<40U/L），总胆红素30 μ mol/L（正常值2~18 μ mol/L）。既往有胃病史。辨证：疫毒内炽，肝络不和。治则：解毒凉血，疏肝和络。处方：

紫草15g 水牛角片15g 丹参20g 郁金15g 白花



蛇舌草 30g 垂盆草 30g 茵陈 30g 胡黄连 6g 虎杖
30g 青黛(包煎) 10g 米仁 30g 苦参 20g

共 14 剂，每日 1 剂。

其后或因纳谷不佳，加炙鸡内金 10g，焦六曲 10g；或因口苦甚，加栀子 15g；或因暖气多加八月札 30g；或因腰背痛加制狗脊 10g。上药连服 3 月余，4 月 19 日复查结合胆红素 $<4\mu\text{mol/L}$ ，总蛋白 69g/L，白蛋白 44g/L，球蛋白 25g/L， γ -谷氨酰转肽酶 16U/L，ALT 及 TBIL 均正常。4 月 20 日门诊：肝区疼痛明显好转，仍稍感不适，口苦不甚，尚有腰酸，暖气未除，舌质淡红苔薄白，脉细。于原方中去茵陈、胡黄连，加甘松 10g 以醒脾开胃。

释疑解惑

问：丙型肝炎有哪些肝外表现？

答：肝外临床表现可能是机体异常免疫反应所致，包括类风湿关节炎、干燥性结膜角膜炎、扁平苔癣、肾小球肾炎、混合型冷球蛋白血症、B 细胞淋巴瘤和迟发性皮肤卟啉症。

问：丙型肝炎的病因及病机是什么？

答：丙型肝炎多由湿毒之邪所致。该邪气具有湿滞、阴凝、毒聚、阻络、伤气、血瘀的性质。如患者年事已高，病邪潜伏较深，病理反应缓慢，病势缠绵，邪毒瘀结，耗伤正气，因此易于瘀毒阻络。丙型肝炎病机的转化过程，可遵循以下规律：由实（湿热之毒邪犯血）致虚（肝脾胃受累）致瘀（气滞血痹）。急性丙型肝炎以湿热为基本病机；慢性活动性肝炎则表现为虚实夹杂，以气血瘀久化热，暗耗营血，加之有肝郁，其始在气，继则及血，使气血两伤。

问：丙型肝炎的辨证分型和治则有哪些？

答：热重于湿者，宜清热利湿；湿重于热者，宜利湿解毒，健脾和中；疫毒内陷者，宜清热解毒，凉血救阴；肝郁气滞者，宜疏肝解郁，行气活血，解毒祛邪；痰湿热结者，宜化痰利湿，泄热散结；气滞血瘀者，宜解毒活血，化瘀软坚；气阴两虚者，宜益气养阴，扶助正气。

问：本案应当如何辨证论治？

答：丙型肝炎多由湿热之毒邪侵犯血分所致，关键要抓住毒入血分。疫毒内盛，肝胆受损则血清转氨酶及总胆红素升高。因此，应先抓主要矛盾。舌质暗而红，口苦，黄疸，脉细而弦，皆为湿热之毒，袭肝及胆，延入血分，治当解毒祛邪为先，和胃补肾次之。然解毒祛邪之中，尤以凉血解毒为首选，故重用紫草与水牛角片。和胃补肾之药，相机加入。黄疸已退，减茵陈、黄连必也。鉴于病情经常反复，解毒凉血基本之药尚留，乃巩固也。中医治病之要，贵在整体着眼，探求病机，分清主次，综合施治耳。

十七、脂肪肝

陈某，男，44岁。2002年12月9日初诊。

患者2年来时有右胁作胀，倦怠乏力，夜寐尚安，时有胃脘隐痛。平时工作繁忙，缺少运动，形体肥胖。B超检查提示：脂肪肝。2002年12月2日肝功能示：ALT 184U/L（正常值 < 64U/L），AST 111U/L（正常值 < 40U/L）， γ -GT 153U/L（正常值 < 58U/L），血胆固醇 6.81mmol/L（正常值 < 5.7mmol/L），甘油三酯 3.51mmol/L（正常值 < 1.7mmol/L），甲、乙、丙、戊型肝炎病毒学指标（-）。舌质红苔薄白，脉细弦。辨证：热毒犯肝，痰瘀互结。治则：清解热毒，化痰活血。处方：

垂盆草 30g 六月雪 30g 平地木 30g 小蓟草 30g
莱菔子 30g 生山楂 30g 银花 30g 连翘 30g 黄芩
20g 紫花地丁 30g 决明子 30g 泽泻 10g 丹参 15g
郁金 10g 陈皮 6g 苏梗 10g

二诊：2003年1月23日。患者服药后精神尚可，右胁作胀好转。1月22日复查肝功能：ALT 69U/L，AST正常， γ -GT 88U/L。舌质红，苔薄白，脉细弦。

后随症变化略作加减，治疗至2003年2月25日，复查肝功能完全正常。



释疑解惑

问：请您介绍一下中医经典著作有关脂肪肝的论述？

答：《素问·通评虚实论》曰：“肥贵人则膏粱之疾也。”汪昂提出：“肥人多痰而经阻，气不运也。”脂肪肝热毒内盛、痰瘀互结、肝络受损是其病机关键所在，它又属于络病范畴。叶天士认为：“病久气血推行不利，血络之中，必有凝瘀，故致病气缠绵不去。”林珮琴《类证治裁》载有“初为气结在经，久则血伤入络”，“久病入络”提示了脂肪肝的形成规律。

问：如何认识脂肪肝的病机？

答：我认为脂肪肝多由膏粱厚味、酒食内积、肝郁气滞、脾不健运、痰湿内蕴、代谢障碍、冲任失调、气血不和、瘀阻肝络所致，脂肪肝脂质的积聚与痰瘀有关，总的病机是脏腑功能失常，痰瘀互阻，肝络不和。

问：请问本案如何辨证论治？

答：本案患者有脂肪肝史2年，目前出现肝功能异常，系脂肪性肝炎，毒邪犯肝、痰瘀互结是其病机的关键所在。治疗重在清热解毒，佐以痰瘀并治，标本兼治，旨在排毒解毒。ALT升高，多为热毒内盛所致，故用垂盆草、六月雪、平地木、小蓟草、银花、黄芩、紫花地丁等药清肝解毒；连翘不仅有清热解毒之功，而且有通络之效，《医学衷中参西录》谓“连翘具升浮宣散之力，流通气血，治十二经血凝气聚”；决明子、泽泻、丹参、郁金、莱菔子、生山楂化痰活血以降脂；兼用陈皮、苏梗醒脾运脾，调畅气机，实为“治脾胃以治肝胆”之义。本案治疗融清热解毒、化痰活血、理气健脾于一体，共奏奇效。

问：本案治疗的思路是什么？

答：脂肪肝，我主张从毒论治。由于内毒是脂肪肝发生发展的关键，此时瘀毒、痰毒为患，且常从热化，单用传统的降脂治疗是不够的，故提出清热解毒为治疗大法。此时清热解毒，祛痰活血，疏肝理气，使肝络得和，即是某种意义上的“补肝”。

虽然通常认为脂肪肝是无痛性的良性病变，但其肝纤维化的发生率高达约25%，且1.5%~8.0%的患者可进展为肝硬化，近年来发病率不断升高，

应引起足够重视。

问：治疗脂肪肝您常用哪些药物？

答：清热解毒我常用垂盆草、紫花地丁、败酱草、六月雪、小蓟草、银花、连翘、水牛角片、虎杖等；化痰活血常用决明子、泽泻、丹参、莱菔子、海藻、郁金、莪术等；健脾运脾常用鸡内金、生山楂、苏梗、陈皮等。治疗时还应照顾兼证，右胁胀痛加八月札、佛手、玄胡等；腰酸肢软加杜仲、桑椹子等。

问：对于脂肪肝的治疗，您为什么强调要“多向调节”呢？

答：脂肪肝并非临床上一个独立性疾病。是由多种原因引起的肝脏脂肪蓄积过多的一种病理状态。所以，临床要辨证与辨病相结合，从整体出发，寻找病因，防治结合，多向调节，综合施治。多向调节是治疗本病的关键，具体措施有四个方面。

(1) 抓住痰瘀互结进行调节。治以中药化痰清源，以降低血脂；活血化痰，以疏理肝络。

(2) 分析实验室指标进行调节。实验室指标反映了肝脏及相关的内在病理变化。脂肪肝出现 ALT 轻度升高而持续不降者多为热毒内盛，气血失调所致，热盛者用垂盆草、六月雪等清热降酶；血热者用水牛角粉、小蓟草凉血降酶。脂肪肝出现胆红素增高者，多为湿浊郁蒸，胆失疏泄所致。如湿重兼热者，用茵陈、金钱草、猪苓、黄芩等利湿清热退黄；如热重腑气不通者，用山栀、龙胆草、生大黄等泄热通腑退黄；如血分有热者，用胡黄连、赤芍等凉血退黄；瘀滞郁结者，用莪术、水蛭等活血退黄。

(3) 重视伴发病症进行调节。脂肪肝伴乙型肝炎者，可用白花蛇舌草、叶下珠、生黄芪等解毒扶正。伴高血压者，可用黑芝麻、黄芩、羚羊角粉等益肾平肝。伴冠心病者，可用桑寄生、生黄芪、丹参等补肾益气活血。伴心律失常者，快速型可用苦参，缓慢型可用桂枝，以求心阴心阳的平衡。伴糖尿病者，可用地黄、玉米须等补肾降糖。妇女内分泌失调者，可用女贞子、巴戟天、黄柏等调理冲任。

(4) 通过饮食作息进行调节。脂肪肝应该早防早治，合理饮食是防治脂肪肝非常重要的一环。脂肪肝患者，应该避免进食含脂肪或胆固醇较高的食



物，如动物内脏、蛋黄、肥肉、无鳞海鱼等；禁饮含有乙醇（酒精）的饮料；多吃豆制品、蔬菜、水果等，也可常吃米仁、绿豆、山楂，尤其要常吃海带、蘑菇、西红柿、胡萝卜等。保持适度的运动。

根据长期的临床实践观察，我认为脂肪肝是一种可逆性的病理状态，只要从整体出发，控制病因，多向调节，综合施治，是会得到改善和康复的。

问：注意到您临床治疗脂肪肝是以“降脂理肝汤”为基础方进行化裁的，能谈谈吗？

答：降脂理肝汤是我自创的，由泽泻 10g，决明子 30g，丹参 10g，郁金 10g，海藻 30g，荷叶 10g 组成。方中泽泻降脂，丹参活血化瘀理肝，以二药为主；决明子清肝化浊通便，海藻消痰软坚，利水清热，二药同有降血脂作用，助主药泻浊降脂，为辅药；佐以郁金行气化瘀，通络止痛，助丹参活血化瘀、疏理肝络，并能消除胁痛；荷叶升清降浊，为使药。如此化痰浊沉积，散瘀血积聚，则肝内脂肪得以消除，血中脂浊得以清降，而疾病向愈。

十八、结节性肝硬化

郑某，女，52岁。2000年11月27日初诊。

肝炎病史已有10年，3年前检查为乙型肝炎，表面抗原、e抗体、核心抗体阳性。肝功能反复异常。近1年右胁肝区经常疼痛，面色晦涩，夜寐较差，容易感冒，大便通畅，日有1~2次。舌质尖红，苔薄白，脉细弦。2000年11月20日仁济医院B超检查：肝硬化，结节样改变，脾肿大，胆囊结石。实验室检查：门冬氨酸氨基转移酶 44IU/L（正常值 < 40IU/L），碱性磷酸酶 169IU/L（正常值 < 142IU/L），丙氨酸氨基转移酶正常，球蛋白 36.5g/L（正常值 < 30g/L）， γ -球蛋白 19.3g/L（正常值 < 18g/L）。西医诊断：乙型肝炎，肝硬化（结节性），胆囊结石。中医诊断：肝疫，肝积。辨证：疫毒内着，肝络痹阻，胆失通利，正气不足。治则：活血化瘀，软坚散结，舒肝利胆，清热解毒，兼以扶正。处方：

山甲片（先煎）10g 炙鳖甲（先煎）10g 地鳖虫 10g

水红花子 15g 莪术 30g 石见穿 30g 金钱草 30g
炙鸡内金 30g 丹参 15g 郁金 15g 白花蛇舌草 30g
黄芩 30g 紫花地丁 30g 茯神 30g 当归 30g 黄精
15g 生黄芪 10g

药后右肋疼痛好转，夜寐较安，大便日1次。2001年2月9日化验：丙氨酸氨基转移酶正常，门冬氨酸氨基转移酶41IU/L，碱性磷酸酶下降至136IU/L（属正常范围），球蛋白36.3g/L， γ -球蛋白下降至17.1g/L（属正常范围）。B超检查示：肝损图像（未报告肝硬化），胆囊多发性结石；肝门脉内径12mm。

2月12日诊得右肋偶有不适，纳谷尚可，舌质尖红好转，苔薄白，脉细弦。原方水红花子改为30g，加马鞭草30g，继续服药。

2001年4月23日，B超检查示：肝脂肪浸润，胆结石；肝门脉内径10mm。肝功能检查：总蛋白74g/L，白蛋白41.4g/L，球蛋白下降至32.6g/L，白球比例属正常范围。余皆正常。诊得面部晦涩减轻，右肋肝区不痛，无不适，夜寐正常，舌质尖红进一步好转，苔薄白，脉细稍弦。原方去茯神、黄芪，加虎杖30g，威灵仙15g以加强疏通胆腑之力。

其后随访至2004年，B超检查、CT检查，均未见肝硬化。



释疑解惑

问：肝硬化的病机是什么？

答：肝硬化是一种常见的慢性、进行性、弥漫性肝病。本病的病因主要为乙型肝炎、血吸虫病、酒精中毒，在我国以乙型肝炎所致为主，国外以酒精中毒多见。我认为，毒邪与湿热共存，痰浊与瘀血交阻，气滞与水停相兼，肝络因之而痹结，气机由此而失调，遂致聚证、积证、鼓胀、血证丛生。正虚邪恋，气滞血瘀为其本，湿热毒邪稽留血分，痰浊水停为其标。其病位在肝，涉及脾、肾、胆、三焦，病变多见虚实夹杂，本虚标实。

问：您认为肝硬化的治疗要重视哪些方面？

答：（1）重视生化指标与辨证选药。肝硬化在病变过程中，有寒、热、虚、实、气滞、血瘀、兼湿夹痰、脏腑虚损的不同，而肝功能生化指标亦因



之而不同。所以在辨证同时，重视生化指标的变化，相应的选用不同的药物，才能提高疗效。

退黄：肝硬化，一旦出现黄疸，即意味着病情加重，须高度重视。根据结合胆红素、总胆红素指标升高的程度和辨证结果，湿热重者治以清热利湿退黄结果，选用茵陈、山栀、金钱草、胡黄连、生大黄。生大黄一味，根据体质不同，可用至4~25g。日久瘀血阻络，重在活血化瘀退黄，选用水蛭、地鳖虫、三棱、莪术、赤芍。其中赤芍一味，根据热毒入侵程度，可用至10~60g。血瘀日久而结滞不化，用散结通瘀退黄法，选用炙山甲、皂角刺、丝瓜络、石见穿、牡蛎。牡蛎一味，可用至15~45g。

降酶：肝硬化出现丙氨酸氨基转移酶升高，属疫毒稽留，湿热内伏，血热伤络。邪进则酶升，邪退则酶降，湿热去而复返，则酶降而复升。湿热余邪稽留不清，则酶持续难复。故丙氨酸氨基转移酶不仅是现代医学诊断肝炎的重要指标，也是中医衡量湿热毒邪在人体为患的客观指标。故治疗中自拟花参降酶汤（白花蛇舌草、苦参、垂盆草、龙胆草、六月雪、水牛角片）。

临床上除乙肝三阳之外，同时兼见生化指标单项或多项异常者，一定要分清主次先后。治疗时，首先是退黄，然后依次是降酶、降球蛋白、升白蛋白、转阴。

(2) 采用外敷药物与保护胃气。肝硬化患者的脾胃常因病情绵延而受损，常规的治疗方法如内服汤、丸、散剂等，或多或少加重了患者的消化吸收障碍。采用内服兼外敷的方法，既减轻了患者的脾胃负担，又起到了作用直接、见效快的效果。外敷药物以疏肝活血、散结逐水之品为主。中药外敷期门、神阙诸穴，可使中药之性味直入病所。故拟解毒消痞散和化瘀逐水散。前者具有清热解毒，活血化瘀，散结消痞的功能；后者具有活血化瘀，逐水利尿的功能。外敷须注意保护皮肤，不能用力擦洗，以免损伤表皮，妨碍外治。

问：请问本案如何辨证论治？

答：本案是乙肝后肝硬化。疫毒内著；瘀血阻络，肝络痹阻，胆失通利是其基本病机，故用山甲片、炙鳖甲、地鳖虫、水红花子、莪术、丹参、石见穿等活血化瘀，软坚散结；郁金、金钱草、炙鸡内金疏肝利胆；白花蛇舌

草、黄芩、紫花地丁以清热解毒；黄芪、黄精、当归、茯神以扶正宁神。从临床表现、B超检查、实验室结果，以及长达4年的随访，均证明中药解毒、活血、软坚、扶正有明显效果。

问：谈谈您治疗肝硬化的经验方好吗？

答：解毒软坚方是我自创的。组成：白花蛇舌草30g，苦参10g，鳖甲10g，穿山甲片6g，莪术10g，水红花子30g，石见穿15g。我认为，肝纤维化乃至肝硬化，其病变过程，始终贯穿着气郁血凝，肝络瘀阻，毒邪内蕴的病理，只是在各阶段中存在主次、程度上的差异而已。本方以解毒化瘀，软坚散结为主体，兼以行气、通络扶正。方中鳖甲咸寒入肝脾肾经，软坚散结，是为君药。白花蛇舌草、苦参清热解毒，穿山甲、石见穿，二药善走经络，活血消肿，行散消结，以增君药之功，用以为臣。莪术、水红花子行气消积，活血止痛，加强君臣诸药之效力，以为佐。全方共具解毒软坚散结，扶正护肝之功。

十九、肝硬化腹水

邵某，女，40岁。1996年7月28日初诊。

腹胀伴尿少2个月求诊。患者既往有乙肝肝硬化病史8年，近2个月腹胀膨隆，腹大如箕，呼吸、饮食均受累，面色晦，四肢不温，尿少，便溏而量少。曾服西药利尿剂，但腹水消退不明显。B超提示：肝硬化，腹腔积液，门静脉内径15mm，舌质暗红，苔薄白。辨证：气血壅滞，三焦闭阻，阳虚水停。治则：活血软坚，通阳利水。处方：

丹参30g 郁金10g 地鳖虫10g 石见穿30g 莪术
20g 水蛭15g 桂枝10g 黄芪15g 大腹皮30g
槟榔10g 九香虫6g 车前草30g 生大黄（后
下）15g

嘱服6剂。二诊来言，药后二便俱增，腹胀顿松，腹围缩小，面色、精神明显好转。效不更方，上方桂枝增至15g，加灵芝15g，炙鸡内金30g，枳壳15g，猪苓30g，巴戟天20g，出入加减，共服药20剂。B超复查：腹腔积



液完全消失，门静脉内径降至11mm。

释疑解惑

问：本案如何辨证论治？

答：肝硬化腹腔积液，为肝脾受损，气血瘀结日久，三焦水道壅塞，水液不行，渐积日聚而成。然水为阴邪，凝聚日久，非温不化，非通不行，桂枝辛温，通阳消阴，重用通阳以化气，消阴以复离照，与益气利水的黄芪伍用，增强其化气行水，通利三焦之功。更有槟榔、车前草、生大黄等行气利水通便诸药以助其用，使水邪前后分消有出路。病来已久，顽垒难摧，故用水蛭、地鳖虫、石见穿、丹参、莪术等破血散结、活血化瘀诸品，攻气血久积，开水液之通道，后加巴戟天以温肾暖水之下源，蒸腾气化，水液得以正常温化、传输、敷布，则无液聚水积之灾矣。

问：请讲一下肝硬化腹水的辨治经验。

答：肝硬化腹水属中医“鼓胀”范畴，是肝脏的晚期疾病，久病必虚，故正虚是病之本，癥块、水鼓是病之标，本病是虚实夹杂之证。辨证治疗时，应治其本，兼治其标，标本兼顾。本病演变过程始终存在气滞血瘀，只是在各个阶段中存在着主次、程度上的差异。如本病初起，气滞血瘀多为邪实，正虽伤但不甚，治疗应疏利为主，用活血化瘀、疏肝理气，佐以清热解毒、消痞散结。病至中期，气滞血瘀日久，脾胃运化失健，正气亏虚，水湿停蓄，邪盛正衰，治疗则以攻补兼施，即用健脾益气、化湿利水为主，佐以活血化瘀、软坚消痞。后期由于腹水反复出现，正气虚惫至极，邪浊壅滞日甚，邪浊既耗伤正气，更阻碍气机正常运行，故根据“急则治其标，缓则治其本”的原则，急拟宽中行气、峻下逐水为主，佐以益气健脾、活血通络，水退几分，再议扶正治本。关键在于权衡标本缓急，辨证施治。

在治疗过程中，应该注意不宜攻伐过猛，须遵守《素问·至真要大论》所言“衰其大半而止”的原则。因逐水之方，多为攻逐水邪之峻剂，逐水太过不仅有损伤脾胃之弊，且对正虚邪实，隧道阻塞，又有明显出血倾向者，如攻逐不慎，或活血破瘀过猛，常易引起脉络破裂，导致上则吐血，下则便血，更使病情恶化，后果严重。

问：请您讲解一下“扶正逐水方”的应用。

答：扶正逐水方是我自创的，组成：丹参 15g，穿山甲 10g，生黄芪 15g，葶苈子 10~30g，黑白丑 10g，沉香曲（包煎）9g，腹水草 30g。肝硬化腹水是肝病失代偿期，虚实夹杂之证，辨证治疗时应标本兼顾，攻补兼施。本方为扶正与逐水并举之法，方中丹参、穿山甲活血通络散结，丹参入血分活血养血，穿山甲通经络、善行走窜，二药为伍，消瘀散结，针对肝病血瘀之病理过程，又可防水邪停结，阻滞气血之虞；与生黄芪益气扶正，利水退肿合而用之。葶苈子泻肺利水，上能宣泄肺气之闭，下能通调水道，利水消肿，是为“提壶揭盖”之法。黑白丑行气逐水，更借助沉香曲之下气，腹水草之消水，使水湿分消排泄。全方扶正逐水，使瘀滞、腹水得以消散，正气不足得以兼顾。逐水不伤正，扶正不碍水。

二十、肝癌

高某，男，51岁。2002年7月10日初诊。

肝区隐痛反复2年余求诊。患者因原发性肝癌于1999年12月在东方肝胆医院行肝癌手术切除，现肝区隐痛，大便溏薄，神疲乏力。7月2日肝功能：ALT 74U/L（正常值<64U/L），AST 53U/L（正常值<40U/L）， γ -GT 60U/L（正常值<40U/L），AFP 25.04 μ g/L（正常值0~10.9 μ g/L）。B超提示：肝癌术后，门静脉宽12.6mm。舌质微红，苔薄白，脉细弦。辨证：湿毒内蕴，瘀血阻络，中虚不振。治则：清热解毒，活血化瘀，温中利湿。处方：

| | | | | |
|---------|----------|-----------|---------|-----|
| 丹参 15g | 郁金 15g | 白花蛇舌草 30g | 龙胆草 6g | 紫 |
| 花地丁 30g | 水牛角片 30g | 赤芍 15g | 牡丹皮 10g | |
| 生地 30g | 炮姜 5g | 黄连 10g | 石见穿 30g | 山甲片 |
| 10g | 地鳖虫 10g | 半枝莲 30g | 败酱草 30g | 金钱草 |
| 30g | 马鞭草 30g | 垂盆草 30g | 平地木 30g | 六月雪 |
| 30g | 连翘 30g | | | |



二诊：7月22日。复查肝功能正常，AFP 22.54 $\mu\text{g/L}$ ，精神渐振，稍感腹胀，上方加八月札30g。

半年后复查 AFP 8.98 $\mu\text{g/L}$ ，已属正常范围，效果满意，中药改隔日1剂。



释疑解惑

问：请问本案如何辨证论治？

答：本案系肝癌手术之后，肝功能及甲胎蛋白异常，代表肝细胞的损伤，治疗上采取祛邪与扶正相结合。清热解毒是中医治疗癌症的重要法则之一，动物实验证明，清热解毒药物有防止或抑制癌细胞生长的作用，能明显抑制肝癌的增殖；治疗肝癌时适当加用活血化瘀药物，能改善微循环，增加肝脏血液供应，既减轻了肝脏负荷，又能促进肝脏的修复和代偿。方中石见穿、山甲片等消癥积、通经脉，具有增强免疫力，防突变，抗肝纤维化，抗肿瘤作用，活血而不伤正；生地清热养阴护肝；炮姜温中醒脾。诸药合用，共奏良效。

问：请问治疗肝癌的常用中药有哪些？

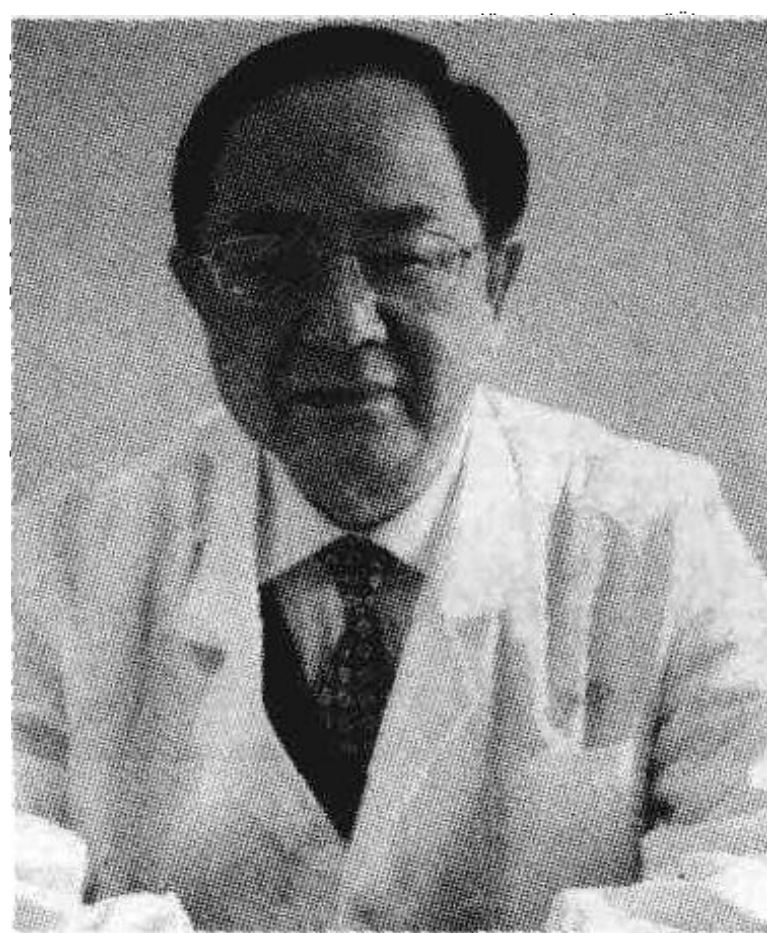
答：清热解毒用半枝莲、白花蛇舌草、龙葵、白英、败酱草、夏枯草、银花、连翘、蒲公英、六月雪、马鞭草、栀子等；扶正根据辨证结果用黄芪、太子参、玉竹、生地、玄参、黄精、白术、当归、鸡血藤、桑椹子、女贞子、菟丝子、仙灵脾、灵芝、冬虫夏草等；活血化瘀药物不宜过多；以毒攻毒药物也应当善于选用。

马贵同

· 名 矣 ·



【名医简介】



马贵同，男，江苏海安人，生于1938年3月。上海市名中医，上海中医药大学教授、主任医师、博士生导师，龙华医院终身教授。曾担任中华中医药学会脾胃病分会委员，中华中西医结合学会消化系统分会委员，上海市中医药学会理事、脾胃病分会主任委员，老年病分会副主任委员，上海市中西医结合学会消化病分会副主任委员。现任中华中医药学会脾胃病分会顾问、上海市中医药学会顾问、上海市中医药学会脾胃病分会荣誉主任委员、上海市中西医结合学会消化分会顾问、上海中医药大学专家委员会委员、龙华医院专家委员会委员、上海市溃疡性结肠炎中医特色专科主任、上海中医药大学脾胃病研究所顾问、上海市名中医工作室及龙华医院名中医工作室指导老师，《中国中西医结合消化杂志》编委、《中国中医药年鉴》编委、《上海中医药大学学报》及《上海中医药杂志》常务编委等职。享受国务院特殊津贴。

马教授于20世纪70年代师从著名中医脾胃病学

家、原上海中医学院院长黄文东教授。黄教授对中医经典有着很高的造诣和



见解，遣方用药精而不奇、效如桴鼓，马教授潜心向学，尽得黄教授真传。在长期临床工作中又深受吴圣农、苏万方等前辈名家的学术思想影响。同时，利用担任全国第一届中医高级师资进修班辅导老师和参加《医学百科全书·中医内科学》编写及统稿工作的机会，博览

各种古代医案、名著，刻苦钻研，从而打下了扎实的中医经典理论和辨证思维功底，为其以后的医学道路奠定了坚实的基础。

马教授在临床工作中始终坚持继承创新的发展理念。继承是基础，没有继承的发展等于无根之木，也无从谈创新。自1984年起，马教授转以中医中药治疗胃肠道疾病为主攻方向，他在继承发扬黄文东教授脾胃病学术思想的基础上，结合自己多年临床



诊治经验，复又精读《脾胃论》《景岳全书》《临证指南医案》《丁甘仁医案》等经典医籍和名家医案，从中深刻领悟先贤理论精髓。同时，随着时代变迁，疾病特点和种类也有发展变化，马教授在继承中求创新、谋发展。在胃病治疗上，结合李东垣、张景岳、叶天士等各家观点，主张脾胃当分析而论，一脏一腑，生理功能和病机病理各有特点，治法上亦有区别并当相互结合，提出补通结合的治疗法则，如运用补脾通降法论治慢性萎缩性胃炎伴癌前病变，创制胃祺饮，取得较好疗效。在肠病治疗上，尤其是溃疡性结肠炎，马教授结合古今有关痢疾、泄泻、腹痛等病症的中医理论，创造性地提出本病病机特点为上寒下热、本虚标实、寒热错杂、瘀热互结，采用分期治疗、内外合治的治疗方法，并根据我国本病发病部位以左半结肠为主的特征，在



全国西药栓剂尚未上市之时，首创中药栓剂“清肠栓”，经过多年临床观察，近期缓解率超过了柳氮磺胺吡啶栓。在中医脾胃病领域，马教授带领他的学术团队，先后获得国家中医药管理局科技进步三等奖、中华中医药学会科技进步三等奖、上海市科技进步三等奖及上海市卫生局科技成果三等奖。



马教授在 40 余年的医疗工作中，不仅精通医术，而且勤于思考总结，焚膏油以继晷，恒兀兀以穷年，著书立说，40 余年来著述颇丰。先后主编或参编专业书籍 27 部，如主编《实用中医脾胃病学》《中国医籍大辞典·综合分册》《中医内科临床

手册》《腹泻的自测与治疗》《慢性胃炎患者必读》《中医膏方治病百问》等，担任编委、编审的有《中医胃肠病学》《临床中医内科学》等多部著作。并且发表专业学术论文 50 余篇。近十余年来，还一直为《中国中医药年鉴》撰写内科概述。

此外，马教授还先后赴美国、马来西亚、日本、中国台湾、新加坡等地讲学、交流和工作，他不仅以丰富的诊治经验、卓越的临床疗效及渊博的知识而深获赞誉，而且扩大提高了古老而不失时代特色的中医学在海外的影响。

【学术思想】

一、强调脾胃为后天之本，补通结合贯穿始终

马教授诊治疾病时，在重视整体观的同时，尤其注重“脾胃为后天之本”的思想。治疗各种疾病处处不忘顾护脾胃，遣方用药绝不妄施攻伐之品，并适当加用和胃助运药物，每多应手而效。

（一）辨证首重脾胃

《医宗必读》曰：“谷入于胃，洒陈于六腑而气至，和调于五脏而血生，而人资之以为生者也。故曰后天之本在脾。”王肯堂在《医学津梁》中又说：“五脏之有脾胃，犹五行之有土也。五行无土不能成五行，五脏无脾胃不能资五脏。脾胃者，五脏之本也，饮食入脾胃而精气行。”马教授深领此旨意，临床辨证首重脾胃，认为疾病的发生、转归多与脾胃密切相关，强调“凡病



之生，多由脾胃”。正如《辨证奇闻》曰：“脾胃居于中而运化精微，以灌注于五脏。是五脏之所仰望者，全在脾胃之气也。倘脾胃一伤，则四脏无所取资，脾胃病而四脏俱病矣。”《医林绳墨》又曰：“脾胃一虚，则脏腑无所禀受，百脉无所交通，气血无所容养，而为诸病。”《脾胃论》也道：“元气之充足，皆有脾胃之气无所伤”，“内伤脾胃，百病由生”。反之，“百病之成，皆伤脾胃”，临床可见肺咳不已，子盗母气；心血不足，心脾两虚；肝木妄行，戕伐脾土；脾肾阳虚，土不制水等证。正如《慎斋遗书》曰：“诸病不愈，必寻到脾胃之中，方无一失。”《弄玩心法》曰：“脾胃居中而应乎四旁，四旁之邪必趋之，故百病之成，必伤脾胃。”所以，马教授强调凡察病者，必先察其脾胃之强弱，凡治病者，当先调其脾胃之升降。

（二）治病当先实脾

马教授主张不论何脏之病，皆宜首先调护脾胃，施以实践，颇有效验。盖脾胃乃五脏之本，实则气血生化不断，元气充盈有源，四体安康，百病易除，反之，则气血生化乏源，元气渐离，正不胜邪，病损难复，即所谓“脾通四脏，一荣俱荣，一败俱败”，“善治病者，唯在治脾”，“治脾胃以安五脏”。另外，久病之人，每多从脾胃入手，待脾胃功能复苏，方可顾及其余。若脾胃虚与他脏同病，常两者兼顾，多用健脾养肺、运脾制水、补脾养心、扶脾抑肝诸法，屡起沉疴。再则，药物入胃之所以能够生效胜邪，也有赖于脾胃之气所施化，若脾胃虚弱，不能行其药力，则药亦不能治病也。正如《本草纲目拾遗》曰：“土为万物之母，凡物得土之精气者，均入脾胃而能扶正气，正气足，则百病自除。”《医宗必读》曰：“胃气一败，百药难施。”确具至理。

（三）用药忌伤脾胃

古人云“用药如用兵”。马教授提倡要熟知药物性能气味，选方用药时刻不忘顾护脾胃受纳与运化之功，处处留意勿伤脾胃之气，以免影响后天生化之本。主张药当适量，既要避免杯水车薪，也不能药过病所。药不在多，用之宜当；补偏救弊，中病辄止，以尽量减轻脾胃负担。同时，辨证用药也

总以利于脾胃为前提，并注意药物配伍，选药讲究润燥相适，寒温有制，组方常入陈皮、半夏等健脾醒胃之品，其效倍捷。对于苦寒峻攻之剂应慎之又慎，不可妄施，以防败胃，故强调攻伐外邪，中病辄止。即使应用补益之剂，也当宗清代名医叶天士“胃以喜为补”之旨，以“喜”为界，力求避免阳刚太过，以伤胃阴，阴柔滋腻，以碍脾土，补气升阳，以防中满。一味蛮补，有害无益。

（四）补通贯穿始终

《医经余论》曰：“脾以健而运，胃以通为补。健脾宜升，通胃宜降。故治脾以燥药升之，所谓阳光照之也；治胃以润药降之，所谓雨露滋之也。”马教授受其恩师，著名脾胃病学家黄文东先生学术思想的影响，治疗脾胃病既注重“脾胃为后天之本”，临诊善于补脾益胃，又强调“脾宜升则健，胃宜降则和”，“胃以通为补”，时刻保持脾胃升降有节，故无论为胀为痛、属寒属热、偏虚偏实、在气在血，均应在辨证基础上投以通降之品，且常常升提与和降并施，补通结合，贯穿始终。脾主升，胃主降，脾胃只有保持舒畅通降之性，才能奏其纳食运化之功。

二、重视胃肠瘀血，治疗毋忘祛瘀

脾胃乃气血生化之源。脾胃功能正常，则脾气健旺，气血充沛，运行流畅。由于饮食不节、感受外邪、情志所伤或久病劳伤等原因，使脾胃功能受损，则气血亏虚。脾气虚弱，气机阻滞，进而导致血瘀，而血瘀又可以影响脾胃功能。胃肠黏膜的完整性依赖于良好的黏膜血流，而血瘀状态即血流运行不畅，微循环障碍，使黏膜缺血、缺氧，导致黏膜出现炎症、糜烂、溃疡、萎缩、出血等，因而，血瘀是许多胃肠疾病的基本发病机制之一，主要临床表现为腹痛有定处、积块、出血等。适当使用活血化瘀药物可以获得较好的临床疗效。



(一) 因虚致实，瘀阻胃络

胃为六腑之一，传化物而不藏，位居中焦，以通为用，以降为和，为气机升降之枢纽。足阳明胃经为多气多血之经。气为血之帅，血为气之母，气行则血行。《临证指南医案》曰：“盖胃者汇也，乃冲繁要道，为患最易，虚邪、贼邪之乘机窃发，其间消长不一……凡气既久阻，血亦应病，循行之脉络自痹。”提出“大凡经主气、络主血，久病致瘀”，“病久入络”。《景岳全书·胁痛》亦曰：“凡人之气血犹源泉也，盛则流畅，少则壅滞。故气血不虚则不滞，虚则无有不滞者。”故胃病日久，脾虚气滞，胃失通降，气血运行失畅，而致胃络瘀阻之证。

马教授认为，慢性萎缩性胃炎患者病程缠绵，反复难愈，正气亏虚，久病入络，气血运行受阻，以致因虚致实，虚瘀并存，瘀阻胃络，出现胃脘疼痛，痛如针刺，痛有定处而拒按，或痛处可触及包块，食欲减退，食后腹胀痞闷，或吐血便血，形体消瘦，舌质紫暗或有瘀斑，脉细涩等症。胃镜下可见胃黏膜变薄、血管纹显露，伴有出血点或瘀斑。胃黏膜活组织病理检查可见炎症、萎缩、肠上皮化生或不典型增生。治疗予益气化瘀，和胃止痛，即在补气、行气的基础上，选用活血化瘀之品，如失笑散、丹参、玄胡、莪术、路路通、炙刺猬皮和郁金等。通过改善胃黏膜微循环状态，增加胃黏膜血流，纠正病变局部的缺血、缺氧和营养代谢障碍，促进炎症吸收，以及逆转黏膜腺体萎缩、肠上皮化生和不典型增生等病变。

(二) 湿热蕴结，肠络瘀滞

溃疡性结肠炎是以腹泻、黏液脓血便、腹痛及里急后重等为主要症状，以结肠黏膜慢性炎症和溃疡形成为病理特点的肠道炎症性疾病。结肠镜检查可见黏膜充血水肿、糜烂、溃疡和出血，并且存在血液高凝状态。马教授认为本病迁延难愈，反复发作。湿热、血瘀和脾虚是溃疡性结肠炎的基本病理状态，湿热蕴结于大肠，导致肠道气血凝滞，瘀阻肠络，血败肉腐，内溃成疡，日久损及于脾，导致脾气虚弱，乃至脾肾阳虚。多治以健脾益气、清热化湿和活血化瘀，在香砂六君子汤、参苓白术散和白头翁汤的基础上加用失

笑散、参三七、赤芍等活血化瘀、祛腐生肌之品。能够促进血液循环，改善病变组织缺血、缺氧状态，减少病变组织的充血水肿和炎性渗出，促进溃疡愈合，以及调节肠道黏膜免疫功能。

马教授应用活血化瘀方法治疗胃肠疾病主张：①慎用破血、散血药物。胃喜润而恶燥，在胃体虚弱的状态下，使用破血药和散血药如乳香、没药、水蛭、三棱、虻虫、地鳖虫、蜈蚣等，多辛香温燥，易耗气伤血和动血，会损伤胃气，甚至损伤胃络，导致或加重出血。②化瘀不忘扶正。胃肠疾病多见脾胃虚弱，运化功能低下，在气、血、阴、阳虚的同时夹杂血瘀证候，所以应该扶正化瘀，两者相得益彰。③活血还需理气。气的推动作用使血液循行的动力，气滞则血瘀，气行则血行，配伍理气药如枳壳、苏梗、陈皮、佛手、制香附、木香等，以加强理气止痛、活血化瘀之功。

三、调治胃肠疾病，倡重情志

马教授认为，胃肠疾病有一个特点，就是容易反复，因此，也容易引起患者的疑虑和情绪波动。反之，情志因素本身也是胃肠疾病发生的原因和症状加重的诱因之一，尤其如功能性消化不良、肠易激综合征等和情志的关系更为密切，即便如溃疡性结肠炎、慢性胃炎这类器质性疾病，也往往伴有功能性病变，与情志因素有着一定的关系。《灵枢·口问》说：“悲哀愁忧则心动，心动者五脏六腑皆摇。”朱丹溪有“气血冲和，万病不生，一有怫郁，诸病生焉，故人身之病，多生于郁”之言，张景岳亦有“因病而郁，因郁而病”之说，实际上反映了疾病与情志之间的关系。因此，马教授在临床治疗胃肠疾病时，注重调节情志，并认为这也有助于某些消化系统症状的改善。根据自己多年的临床经验，马教授认为，调情志重点在于调节心、肝二脏。

（一）养心以安五脏

中医认为心为君主之官，神明出焉，人的精神思维活动和“心”有着密切联系，《灵枢·邪客》曰：“心者……精神之所舍也。”心神不安，人的精



神情志必然会出现异常，从而影响到其他脏腑，产生病变。这在《内经》中早有论述，《素问·灵兰秘典论》云：“故主明则下安……主不明则十二官危。”后世名家进一步发挥，如元代罗天益《卫生宝鉴·中风门》云：“故心乱则百病生，心静则万病息。”清代郑寿全《医理真传·内伤说》曰：“凡属内伤者，皆心气先夺，神无所主，不能镇定百官，诸症于是蜂起矣。”由此可见，心神不安对其他脏腑功能有着一定的影响，对脾胃亦然。反之，胃肠病反复日久，脾胃必伤，气血生化乏源，而难以补养心气心血，又易产生心神不安之象。两者在胃肠病中的相互影响颇为多见，因此，临证常有不少患者可伴见多思多虑、心烦紧张、夜寐不安，甚则神思恍惚、表情淡漠、悲忧善哭等心神不安之症。对此，马教授在其治疗中多予以养心安神之法，使五脏安和，以助脾胃功能的恢复。处方用药首推甘麦大枣汤，其他如茯神、远志、黄连、百合、龙骨、牡蛎等亦常选用之。马教授认为甘麦大枣汤具有很好的养心气、益心阴、安心神的作用，对于情志之病颇有效验。

（二）疏肝以调脾胃

马教授认为，精神情志活动，除由心所主之外，还与肝的关系极为密切。从肝的生理功能来看，主疏泄而调情志，性喜条达，具刚柔曲直之性，能斡旋敷布一身之阴阳气血，肝木冲和，气机畅达，则能气血平和，情悦神安。一旦情志波动，失其常度，势必影响到肝，使其疏泄失职，气机郁滞，并由气郁可致湿、食、痰、火、血诸郁，变生多端。而肝与脾胃之间关系十分紧密，五行中属木与土，功能上肝能促进脾胃的运化。因此，肝木之气郁结，势必乘伐脾胃之土，而致脾胃受纳、运化失司，痛、胀、呕、泻诸症迭起，正如《医学正传·胃脘痛》所言：“木气被郁，发则太过，故民病有土败木贼之候。”清代林珮琴《类证治裁·肝气》亦云：“肝木性升散，不受遏郁，郁则经气逆，为噎、为胀、为呕吐、为暴怒胁痛、为胸满不食、为飧泄……皆肝气横逆也。”因此，马教授在胃肠病的治疗中十分注重情志对肝脾的影响，常采用疏肝之法，以解郁缓急，调理脾胃气机，促进脾胃运化功能。疏肝之品喜用柴胡、郁金、香附、八月札、佛手、枳壳之类，肝体阴而用阳，故又配以味酸之白芍柔肝敛肝。

四、法宗仲景、东垣，灵活运用经方

马教授治疗脾胃病，十分推崇仲景制方的精妙以及东垣的脾胃观点，在临证时又往往将两者相互参用。如马教授尤喜用黄芪建中汤辈，认为该方除能温中补虚、缓急止痛外，其制方更有辛甘温通、升降平调之妙，因此也适用于东垣所论的胃气下溜、清浊相干、五脏气乱之证。该方除治疗消化性溃疡属脾胃虚寒所致胃脘疼痛外，马教授也将其作为治疗癌症化疗后胸闷恶心、纳差面黄、体虚气短证的核心处方。他认为化疗后出现的上述证候与东垣描述的脾胃虚弱、营卫气逆一证颇为相似。癌症患者浊邪久盛，脾胃气血多已有耗伤，而化学疗法在抑杀肿瘤细胞的同时，多有抑制正常机体免疫的毒副作用，用药后更伤脾胃之气，导致清浊之气相干，乱于肠胃，虽不至于挥霍缭乱，但已发为上述郁滞之证。东垣对此虽未列具体方药，但指出当以甘温益元、辛散升发、微苦降逆的“同精导气”法为主，而黄芪建中汤则辛甘温通、升降平调，与大法相合。马教授多以此方少佐麦冬、半夏、八月札、半枝莲等甘寒、苦降之品以清凉导浊，既不伤脾胃又有助抑瘤，而极少用大毒大苦之品，以防胃气久伤不复。马教授用之治疗此类患者甚多，大多经1个月左右的守方治疗，有促进胃纳、改善体质之效，为下一步的治疗创造了条件；有部分不耐进一步化疗的消化道肿瘤患者，单以此方加减调治，竟能带瘤生存两年以上无碍。同样，对于慢性萎缩性胃炎合并不完全大肠化生和（或）轻中度不典型增生等癌前病变的患者，也用此法结合久病人络理论，创用益气活血之胃祺饮，临床有效率达90%以上，病理逆转率达86%，实验证明有良好的抗氧化损伤和下调某些癌基因表达、抑制病变组织增殖、诱导细胞凋亡的作用。这些都显示了马教授用药平和又切中病机的处方功力。

马教授用经方治疗现代多发病，绝非简单地见症套用，而每每根据疾病的现代发病特点，有分析地对适用经方进行化裁，存其要义，补其未足，加以发明。马教授常告诫学生，经方固然精妙，但须从实践出发，因时、因地、因人制宜，东垣、叶天士等大家的可贵之处就是能结合当时的疾病特点，创



立新论，推动当时的医学进步。现代人的生活和心理状态与古人大相径庭，同一证候其病机本质必然有微妙的变化，学用经方也需灵活变通，不能拘泥不化。如对于功能性消化不良（FD）患者，大多属中医痞证范畴，临床表现为心下脘腹痞满胀痛、呕逆暖气、食入即饱、脉来多弦，与《金匱要略》橘枳姜汤证、桂枝生姜枳实汤证及枳术汤证相似，多数医家以实痞论治，临床报道常用此类方药有一定的疗效。但临床发现，FD患者病情缠绵，用上述方药治疗虽可见一时之效，而停药后多有反复，有相当一部分患者单用消痞导滞方药后反觉胃中不适，甚至痞满呕逆加剧。同时，此类患者发病前多经受精神压力之苦，或长期饮食冷热饥饱不节，已有脾气损伤征象，《伤寒论》有“病发于阴而反下之，因作痞”，《兰室秘藏》有“脾胃久虚之人，胃中寒则胀满”，《脾胃论》亦有“……饮食劳役所伤，腹胁满闷短气……常如饱，不喜食冷物”之论，《医学正传》更言“故胸中之气，因虚而下陷于心之分野，故心下痞。宜升胃气……痞甚而反下之，气愈下降，必变为中满鼓胀，皆非其治也”。因而，以“虚痞”或虚实夹杂论治，取东垣治脾以升清为要和先强胃后消痞的观点，在枳术丸、木香人参生姜枳术丸的基础上，加生黄芪甘温健脾升阳以治根本，易枳实为枳壳，既可宽中消痞又免过于苦寒下气，少佐白芍以济上药温燥助火之偏，如是则补消兼顾，升降共调，合东垣制方之方圆。马教授以此方为主治疗FD患者，经过临床对照观察，临床有效率显著高于西药胃肠动力药物，也较一般以理气药为主的方剂为优。

五、辨证注重整体，用药有的放矢

马教授十分强调临床辨证功夫，他认为中医的灵魂和生存的优势就在于辨证。马教授用药灵验，一个最主要的原因，是他不仅能辨清同一症状的不同特点，还善于从病家的整体情况出发，确立治则，选方施治。尤其脾胃盛衰与五脏的病机转化和节气变化密切相关，亦反映于营卫四肢肌肤的强弱，辨治脾胃病更应与整体互参，才能把握其病变根本。如对肠易激综合征（IBS）等慢性泄泻患者，总要仔细了解患者大便的时间、性状、气味、排便

时的感觉、排便顺畅与否以及腹痛、与饮食的关系、诱发因素等情况，或健脾淡渗，或散寒化湿，或温肾固涩，或清热宽肠，或平肝缓急，但有时虽然有辨证依据，却仍嫌药力不佳，方不切证。由此，马教授从《脾胃论·凡治病当问其所便》“当临事制宜，以反常合变”的观点中得到启发，对顽固患者，在上述辨证的同时，还参照体质强弱、腠理疏密、气候环境、形寒形热、苔脉等情况，整体分析，以便去伪存真，用药更为准确到位。如临证曾遇一中年女性患者，长期痛泻便溏，急迫难忍，甚而每日十余次，西医诊断为IBS。治疗数年，医家虑其痛泻为主，肠鸣急迫，潮热汗出，口苦苔黄腻，脉弦，多以清肝宽肠、缓急止泻应对，但鲜有疗效，患者痛苦不堪。马教授诊之，见其虽有肝旺征象，但腠理不坚，语音轻微，潮热之余常有畏寒肢冷；追问发病情况，答曰早春乍暖还寒时发频。因而，马教授认为还属《普济方》中所言的脾虚不运，痼冷内结之证，肝旺等恐仅为表象，转用健脾温中、通阳散寒之剂为主，5剂见效，后以疏肝化气为配，一月而顽疾衰半，再以益气助运方治疗半年，大便渐调，经年未作。马教授反常合变，整体辨证之优势可见一斑。



【经验特色】

一、慢性萎缩性胃炎的诊治经验

(一) 基本病机——脾虚失于健运，中焦气机阻滞，久则由气及血

慢性萎缩性胃炎是慢性胃炎的一种，为临床常见病、多发病。由于其可伴有肠上皮化生和不典型增生，特别是重度不完全性大肠化生或中度以上不典型增生，有引起癌变的可能，故称其为胃癌前病变。根据其临床表现多以胃脘作胀或疼痛等为主，因此属于中医“胃痞”、“胃脘痛”等范畴。病机主要与脾、胃、肝等脏腑有关。

马教授认为脾与胃一脏一腑，胃主受纳，脾主运化，五谷入于胃，有赖脾之运化。若脾气虚弱，运化无权，导致气机阻滞，胃纳受限，因此在临床上最常见到食入作胀，抑或胀痛，因胀而纳少等症，因久病入络，最终导致瘀血阻滞。

肝属木，胃为阳土，二者为相克关系，肝木过旺，则乘伐胃土，亦可引起胃脘胀痛。然则仍以脾虚气滞者居多，治疗则以健脾益气，疏通气机为主。

或二者兼而有之。

(二) 治疗大法——通补兼施，气血平调，病证结合

马教授说，就临床而言，该病证情变化多，错综复杂，或虚或实，或寒或热，在气在血，多有不定。以虚实而言，则以虚痞居多，约占十之八九，在虚痞中又以气虚为主，约占十之八九，单纯阴虚者仅居十之一二。而且多为虚实夹杂，虚中夹实，以虚为本，以实为标，总以脾虚气滞者居多。

在治疗方面，马教授既推崇《景岳全书》“非大加温补不可”的理论，又主张通补并施，标本兼顾，二者不可或缺，即便是实痞，亦多夹有虚象，而予健脾理气、通降活血，用药切忌偏颇。

临床处方，气虚者则以党参、黄芪、白术等为主；阴虚者则以白芍、乌梅、甘草、北沙参等为主，抑或生地、麦冬、石斛等；气滞者多以枳壳、八月札、香附、木香等为主；血瘀者则以莪术、丹参、郁金等为主；湿重者予苍术、厚朴等；湿热重者予黄连、黄芩等；胃中灼热者加蒲公英等，随证选用。一般补气药剂量较大，黄芪常用至30g，同时配以大剂通降之品。有说大剂黄芪有碍胃之嫌，既然已有胃脘胀满，何以又大补哉？马教授认为，此等虚痞，其本为气虚，非大加温补不足以治其本，同时为避免虚不受补，则配以大剂理气和胃之品，则可缓其满中之弊。如此时仅用通降之品，往往或可取效于一时，不足以断其根。阴虚者则可视大便情况而选择用药，便溏者则多选用酸甘化阴之品，因酸者多可收涩，药如前述，便秘者多选用增液汤之生地、玄参、麦冬等，乃取其甘寒滑润之意。理气药之选用亦需看是否有阴虚而定。如伴有阴虚者则应避免或少用香燥之品，而选用如佛手、八月札、绿萼梅等理气不伤阴之品。因慢性萎缩性胃炎多病程较长，马教授往往遵循久病人络之说，酌加活血通络之品。

对于肠上皮化生和（或）不典型增生者，目前尚无有效的西药加以逆转，如能坚持服用中药，多有逆转的可能。马教授治疗这类患者仍强调以辨证论治为主，而且特别重视扶正祛邪的治疗原则。他认为，之所以产生这种病理改变，主要是人体正气虚弱，以致正不胜邪，因此，在治疗时不可一味



攻邪，而应标本同治。由于这类患者临床仍以气虚或气阴两虚者居多，因此，马教授施以健脾益气或益气养阴为主，适当选用具有一定防癌、治癌作用的清热理气活血之品，如半枝莲、藤梨根、石见穿、八月札等。并自制胃祺口服液，长期应用于临床，取得较好的疗效。

对于幽门螺杆菌检测阳性者，马教授亦多在辨证论治的基础上酌加经体外筛选对幽门螺杆菌具有一定抑杀作用的中药。他认为，中药治疗即时疗效虽不如西药，但绝不能完全用西医的观点来看待。因为中医强调的是整体观，中药对幽门螺杆菌的作用，除对其直接抑杀外，更重要的是扶正祛邪，提高胃黏膜的抗病能力。何况一部分正常人也可能存在幽门螺杆菌阳性，如果能使其处于一种生态平衡状态，并不一定会致病，正如《内经》所说“正气存内，邪不可干”。

马教授认为，慢性萎缩性胃炎是一种慢性病，不可能一蹴而就，要坚持较长时间的治疗，才有可能使病理变化获得改善。

(三) 经验方——党参、黄芪、莪术、枳壳、木香、八月札、蒲公英

此为马教授治疗慢性萎缩性胃炎常用的经验方。其中党参、黄芪健脾益气，为治本之品；枳壳、木香、八月札理气通降，其中八月札虽属木通科植物，然其为细木通，而非关木通，不含有马兜铃酸，故对肾功能不会有影响，本品除疏肝理气作用外，尚有防治肿瘤的作用；莪术除破血消瘀作用外，还可行气消食止痛，同时，该药亦有一定的治癌作用；蒲公英有清热解毒，消肿散结的作用，可入胃经，其性味甘苦而寒，故可清热而不伤胃。

二、溃疡性结肠炎的诊治经验

(一) 基本病机——湿邪热毒蕴积大肠，灼伤肠络，久则伤及脾肾

溃疡性结肠炎是炎症性肠病之一，迄今病因尚未完全明了。目前认为多与免疫、遗传及多种细胞因子、炎症介质等因素有关。由于临床尚无特殊的治疗方法，且有癌变可能，因此被世界卫生组织列为难治性疾病之一。近年来，该病在我国的发病率有明显升高趋势。由于临床上大部分病例属于慢性反复发作型或慢性持续发作型，而且从发病部位来看，又多位于直肠、乙状结肠，因此，马教授在治疗时多采用整体与局部用药相结合的方法。由于临床就诊的病例多病程较长，除肠道湿热、热瘀蕴结于大肠而见脓血便之外，尚有脾虚失运的表现，出现神疲乏力、面色萎黄，大便溏薄等症状。因此，中医辨证多属于上虚下实，本虚标实，寒热错杂，热瘀互结。

(二) 治疗大法——标本同治，寒热并用，内外兼施

1. 标本同治

治本以健脾益气为主，抑或温振脾阳、温补脾肾。健脾益气常用党参、黄芪、白术、茯苓等；温补脾肾常用炮姜、煨肉果、补骨脂、益智仁等。治标则以清热解毒，清化湿热，凉血活血止血为主。清热解毒常用马齿苋、秦皮、穿心莲等；清化湿热多用黄连、黄芩、制大黄等；凉血活血止血则用生地榆、白及、失笑散、银花炭、参三七等。

2. 寒热并用

该病往往病程较长，且频繁发作，故患者常见面色萎黄、大便溏薄、畏寒、舌淡等症，同时又见大便夹有红白黏冻之上寒下热，寒热错杂之象。前



人曾称之为“腑阳有热，脏阴有寒”。马教授在辨证论治时，除急性暴发型专以治标外，对于绝大部分患者，在病程中多施以寒热兼顾，温清同用，避免用药过于偏颇，过寒则伤脾阳，过热则邪无出路，病情不易控制。

3. 内外兼施

马教授根据多年的临床经验，体会到对溃疡性结肠炎的治疗采用内外兼施、上下同治的方法，不但可提高近期疗效，而且对于提高机体的抗病能力、防止复发大有裨益。如病变位于降结肠以下，特别是直肠、乙状结肠型者（此类病例约占90%左右），则以自制的栓剂（以清热解毒、凉血活血止血为主的中药制成，取名为清肠栓）局部纳肛外用，以治其标，局部用药可使药物直达病所，达到较好的治疗作用，同时可内服标本兼顾的中药，这样内外兼施，既可使病情较易得到控制，又可防止复发。马教授曾用清肠栓前瞻性治疗溃疡性结肠炎30例，并以柳氮磺胺吡啶作为对照，结果治疗组显效率达48.7%，总有效率达92.18%，均明显优于对照组；并回顾性地总结了253例用清肠栓的病例，疗效亦相仿。实验提示，该栓剂有预防溃疡形成，促进溃疡愈合及炎症吸收的作用；并能对多种炎症介质、细胞因子等致病因子起作用。如病变部位在横结肠以上或全结肠型者，则仍以中药灌肠加口服中药汤剂予以治疗，目前正在研制新的制剂以提高对这一部分病例的疗效。

马教授认为，由于该病病程较长，不易完全缓解，或容易复发，因此，疗程亦应延长，即使病情缓解时间较长的患者，仍不能掉以轻心，以逐步减药为宜。

（三）经验方——党参、黄芪、马齿苋、生地榆、白及、参三七、木香、陈皮

上方乃马教授治疗溃疡性结肠炎常用的口服基本方。该方上下同治，寒热并用，标本兼顾，用于轻、中度反复发作或持续发作的患者。方中党参、黄芪为君药，益气健脾以扶正治本；马齿苋、生地榆、白及、参三七为臣药，清热解毒，凉血活血止血以治其标；木香、陈皮为佐使，理气止痛。补气往往重用黄芪。马教授认为该类患者往往病延日久，正虚邪实，只有使其正气

旺，方可却邪。马齿苋为治痢之要药，溃疡性结肠炎多属于中医“休息痢”范畴，该药除清热解毒、凉血治痢功效外，尚有散血消肿之功，《本草纲目》曰：“马齿苋所主诸病，皆只取其散血消肿之功也。”用于预防和治疗炎症性息肉亦有一定作用；白及性涩而收，含有黏液质，除收敛止血外，尚可消肿生肌，对肠黏膜具有一定的保护作用；地榆乃治肠出血之要药，目前多以生用为主，疗效较炭剂为佳；参三七为祛瘀止血之良药，马教授认为大凡出血之人必夹瘀，如单纯一味地用止血药，往往有留瘀之弊，故常用参三七粉吞服或入煎剂，以达到止血而不留瘀之目的。

三、肠易激综合征的诊治经验

（一）基本病机——牵及肝、脾、心、肾

肠易激综合征是一种临床常见的功能性疾病，而且随着现代生活节奏的加快，工作压力的增大，发病率还有不断升高的趋势，有报道，该病可占到消化科门诊就诊人数的25%以上。其发病原因尚不清楚，目前认为与精神因素、胃肠动力异常、肠神经功能异常及脑-肠轴异常等有关。临床可有腹泻、腹泻与便秘交替及便秘等不同表现，但一般以腹泻为主的居多。因此，可按中医泄泻进行诊治。

马教授根据临床经验认为，该病确实与精神因素有很大的关系。某些病人不但紧张时容易发病，而且在休息状态或乘车时，思想过分集中于该病，或害怕发生腹泻，即可出现便意，甚至急不可待。有些人也可能对该病产生一些焦虑、恐惧心理。因此，认为该病的发病除与肝、脾、肾三脏相关外，还与“心”有着密切的关系。

（二）治疗大法——抑肝扶脾，升清降浊，调摄情志

对以腹泻为主的肠易激综合征患者，根据其多餐后腹痛即泻，泻后则安的临床表现，中医辨证当属脾虚肝旺，木旺乘土。马教授治疗该病也和传统



的方法相似，常予痛泻要方合参苓白术散加味，以抑肝扶脾，升清降浊。他认为痛泻要方的关键药是白芍，见腹痛者为必用之品，以柔肝抑肝止痛，可配合甘草同用，取芍药甘草汤缓急止痛之意；防风乃疏风之要药，且有升提之功，可祛风止痛。再配以参苓白术散健脾渗湿。

马教授认为，肠易激综合征是一种功能性疾病，由于该病与精神因素有较明显的关系，因此，在辨证论治时既要注意患者的泄泻情况，也要注意其精神状态。对于那些主诉特别多，对病情特别担心并反复叙述病情者，或抑郁多思，或焦虑躁动者，则应在施治时兼顾情志的调摄，或养心安神，或疏肝解郁，或和胃化痰安神，或镇静安神，根据病情加以选用，同时予以心理疏导。

（三）基本方——党参、白芍、生熟米仁、白术、防风、益智仁、陈皮、甘草

上方以党参、白芍为君药。一为健脾之主药，一为抑肝之主药，二者不可或缺，且往往重用白芍，少则 15g，多则 30g。白术、生熟米仁、益智仁、防风为臣药。白术健脾化湿；防风疏风止痛；益智仁乃补益脾肾之药，且有收涩止泻作用，用之可增强补益止泻之功，《本草纲目》曰：“脾主智，此物能益脾胃故也”，“益智大辛，补阳退阴之药也，三焦、命门气弱者宜之”；生熟米仁乃健脾化湿、淡渗分利之常用药，用之利水而不伤正。陈皮理气止痛，甘草助白芍缓急止痛，为佐使药。

如久泻气虚甚，或伴脱肛者，则加黄芪以增强益气升清止泻之力，同时可酌加升提之品，除防风外，另选葛根、升麻、柴胡、羌活等，以升举下陷之清阳，即所谓陷者举之之意。如大便溏，或如水样者，可加茯苓、泽泻以淡渗分利。对于一般便次虽多，但解而不畅者，此乃气机阻滞，不能一味予以收敛固涩，此时应注意通塞同用，使其塞而不滞，只有在泄泻日久，脾肾阳虚，大便滑脱不禁时，始可增入较多温肾固涩之品，诸如菟丝子、芡实、赤石脂等，甚或罂粟壳之类，但即便如此，也还应适当配以通利之品。

肠易激综合征患者往往半夜或清晨即欲登圜，中医辨证一般属于五更泄，或称肾泄，为肾阳虚衰之表现，传统均予以四神丸为主，温补脾肾、固涩止

泻。但马教授认为，五更泄不能单纯责之于肾阳虚衰，肝木过旺、乘伐脾土者亦有之，或二者兼而有之。诚如《张聿青医案·泄泻》所说：“肾泄又名晨泄，每至黎明，辄暴迫而注者是也。然肝病亦有至晨而泄者，以寅卯属木，木气旺时辄乘土位也。”因此，在临床上不可拘泥于肾阳虚衰一说，而应仔细辨证。《张聿青医案·泄泻》又说：“疑似之症，将何以辨之哉。盖肾泄是命火衰微，而无抑郁之气，故暴注而不痛，肝病而木旺克土，则木气抑郁，多痛而不暴注，以此为辨，可了然矣。”该说可参。马教授认为，两者之别，不在乎痛与不痛，就临床所见，两者均可伴有腹痛，只不过痛的性质和程度有差别。肾虚者之痛，往往腹痛绵绵，且伴有肾阳虚之证候；肝旺者之痛，往往腹痛较剧，且来势较速。他曾治疗病延十余年之五更泄患者，既往虽遍服大剂益肾固涩之剂，但效均不显，察其脉，左关弦，患者虽大便溏薄，日行5~6次，且多于清晨及早餐后排便，然年已近花甲，而身体犹健，并无肾虚之象，腹痛即泻，泻后则安。马教授即以大剂柔肝抑肝扶脾之剂，调治2个月而获愈。事后得知，半年余未复发。

马教授认为，久泻之人最易伤及脾阳，或导致脾肾阳虚，但亦可伤及脾阴，或致阴阳两虚。脾阳不足者常以辛甘化阳之品为主，如桂枝、党参、黄芪等，或加温肾固涩之品，一般情况下不宜过用温燥香窜之药，以防耗伤气阴，只有阳虚较甚时，始加附子、肉桂等。脾阴不足者，多施以酸甘化阴或清养气阴之品，如乌梅、白芍、甘草、石斛、沙参等，使之补而不腻。成无己曰：“酸以收之，甘以缓之，故酸甘相和，用补阴血。”此时切忌妄投生地、阿胶等腻补之品，即使甘寒滑润之药，如玄参、麦冬等也应慎用，否则易使脾阳进一步受损，反有滋长阴邪之虞，泄泻反可加剧。

四、反流性食管炎的诊治经验

（一）基本病机——胃失和降，气机上逆

反流性食管炎（RE）属中医学“吐酸”、“反胃”、“胃脘痛”及“嘈



杂”等范畴。马教授认为，胃失和降，气机上逆是本病的基本病机；气滞湿阻，热瘀脉络为本病的主要致病特点。RE 病位虽在食管，却关乎中焦脾胃。食管的功能是通过蠕动将食团送至胃中，为传化物而不藏，以通降为顺，故应属“胃”的范畴。中焦脾胃为气机升降的枢纽，叶天士认为“脾宜升则健，胃宜降则和”。外邪入侵、饮食辛辣、情志不畅均可使脾不升清，胃失和降。一方面气滞血瘀，湿阻食积，痰结火郁，从而发为实滞；另一方面损伤脾胃，运化失司，升降失调，清浊相干，从而发为虚滞，两者均可郁而不通，上犯食管而发为本病。另外，本病的发生也与肝、肺有关，肝的疏泄功能正常可协助胃土运化而升清降浊，胃酸的分泌排泄维持正常，即所谓“土得木而达”。《四明心法》中说：“凡为吐酸者，尽属肝木，曲直作酸也。”若肝失疏泄，气机阻滞，横逆犯胃，导致胃失和降，使胃酸分泌过多，并随胃气上逆至食管而导致吐酸、胸痛、烧心等症。肺主气，主肃降，肺气之肃降有利于胃之通降；肺气上逆可影响中焦气机升降，胃气不和则酸水上泛，故朱丹溪云：“吞酸者，湿热布积于肺，而出于肺胃之间。”

综上所述，RE 的病位在食管，属胃所主，与肝、脾、肺三脏关系密切；其基本病机为胃失和降，酸水上泛；其病理特点为虚实夹杂，经久不愈，痰、气、瘀互结于食管是其最终结局。

（二）治疗大法——着眼于“通降”，和胃降逆为主

马教授治疗 RE，主张抓住发病之关键，以和胃降逆、抑肝制酸为主要治则，再依据其发病机理，即气、血、寒、热、痰、食、湿互结，视其轻重缓急，相互兼夹证，结合疾病的分期，个体差异等综合治疗。张景岳主张“治吞酸吐酸当辨虚实之甚微，年力之盛衰，实者可治其标，虚者必治其本”，以此指导临床，获得良效。

1. 和胃降逆抗反流

脾胃为气机升降之枢纽，胃主和降，司受纳，胃气以和降为顺，若肝气犯胃或肝郁脾虚均可影响胃气和降，而致胃失和降，胃气上逆而发为本病。胃肠动力学研究发现，胃气上逆证患者中大约 56.8% 存在 LES（食管下段

括约肌静息压) 低下, 胃气上逆证与食管的蠕动功能异常相关, 成为食管炎发生的重要原因之一。据此, 马教授提出以和胃降逆法为主治疗 RE, 旨在抗胃食管反流。

2. 清热化湿以制酸

现代研究已证实, 胃酸分泌过多对 RE 的影响较胃酸分泌正常时明显增强, 故制酸药是治疗 RE 不可或缺的一环。有人主张, 即使轻度 RE 也应选用质子泵抑制剂作为初始治疗。RE 患者气机郁滞, 郁久而化热, 加之脾虚生湿, 酿成湿热之证。《景岳全书·嘈杂》中已有“其为病也, 则腹中空空, 若无一物, 似饥非饥, 似辣非辣, 似痛非痛”的记载。马教授常将黄连、乌贼骨及煅瓦楞合用以清解胃热, 收敛制酸。现代药理已证实, 黄连有中和胃酸之作用, 白术、乌贼骨、煅瓦楞等药抑制胃酸分泌, 使胃液 PH 值增加, 利于阻滞胃酸反流。

3. 健脾益气护黏膜

RE 患者内镜下早期主要表现为食管局部黏膜充血、水肿、出血甚至糜烂, 中后期见食管广泛发红、糜烂、融合呈全周性、溃疡形成或表现为 Barrett 食管。马教授认为, RE 时发生的黏膜上皮的基本病变与脾的功能失调密切相关, 故临床治疗时多加入健脾益气之中药, 如四君子汤等。现代药理研究证实, 健脾类中药具有抗乙酰胆碱及抗组织胺的作用, 故不仅能抑制胃酸分泌, 还可促进食管蠕动, 改善微循环, 促进炎症吸收及组织修复。

4. 疏肝理气调激素

精神因素对 RE 发病、复发和疗效影响较大。RE 患者大都存在抑郁、焦虑、心神不安等心理问题。故马教授在临床中除细心劝慰患者外, 方药中还常佐以轻清疏肝之剂, 常收到事半功倍的效果。疏肝理气药物主要是调畅情志, 疏理气机, 影响和改变 RE 患者的个性特征, 且能调节胃肠激素水平。现代研究证实, 胃动素可增加食管括约肌压力, 从而减少胃食管反流, 血管



活性肠肽是一种胃肠运动抑制性递质，能引起食管括约肌松弛。RE 时患者大都有胃肠激素异常，尤其是血管活性肠肽较正常人升高而胃动素则低于常人。疏肝理气类药物如柴胡、半夏等能提高机体血清胃动素水平而降低血管活性肠肽水平，通过调节胃肠激素水平来改善食管括约肌功能状态，促进胃排空，减少胃食管反流。

基于上述对 RE 病因病机和辨证治疗规律的认识，马教授认为，由于 RE 与一般脾胃病不同，有着自己的病因病机特点和病情演变规律。因此，治疗应体现辨病与辨证相结合的原则。所谓辨病，即针对 RE 的共同病机特点，治疗着眼于“通降”，大法为和胃降逆，据此拟定基本方。在此基础上，结合辨证，即根据患者病程中不同阶段的具体证型及兼夹症状，灵活加减。

(三) 基本方——旋覆花、代赭石、陈皮、半夏、白术、枳壳、白芍、甘草、降香、乌贼骨

上方中旋覆花降气宽胸；代赭石重镇坠下，兼有收敛胃壁，保护黏膜功效，张锡纯谓“降胃镇冲非赭石莫属”；半夏化痰开结，和胃降逆；陈皮行气宽中；白芍缓急止痛而敛逆气；降香行气降逆；乌贼骨收敛制酸。现代药理研究表明，白术、枳壳及半夏等药物对胃肠平滑肌有一定的兴奋作用，使胃肠运动节律增强，增强消化道输送功能，白芍配甘草可降低迷走神经兴奋性，提高括约肌张力。

五、消化性溃疡的诊治经验

(一) 基本病机——脾胃虚寒为主，兼有瘀滞

消化性溃疡主要临床表现为胃脘痛，可呈慢性周期性节律性隐痛、胀痛、灼痛，伴有嗝气、泛酸等症状。属中医学“胃脘痛”、“泛酸”、“嘈杂”等范畴。其发病多与感受外邪、饮食劳倦、情志失调等有关。不少患者溃疡的

发生与情绪紧张、忧郁恼怒有明显的关系，证属中医学“肝气犯胃”范畴。鉴于患者多有胃痛、饥嘈、喜温喜按，甚则有黑便，马教授认为该病以脾胃虚寒为主，伴气滞者多见，结合内镜检查所见，胃、十二指肠溃疡面与中医“疮疡”类似，并提出瘀滞是溃疡的主要病理基础之一，即溃疡面渗出坏死，使炎性感染发生，故消化性溃疡的病理特点是脾虚、气滞、血瘀三者互为因果。现代研究结果表明，胃、十二指肠病变黏膜的瘀血导致局部黏膜血流量减少而缺血、缺氧，使胃组织中和胃酸能力及免疫力降低，促使溃疡形成。研究还发现，黏膜炎症与溃疡的各种病变都是瘀血或瘀血的病理产物。因此，瘀血是本病的一个基本致病因素。

（二）治疗大法——温中健脾，疏肝和胃，活血化瘀

1. 治重脾胃

马教授治疗消化性溃疡特别重视脾胃，强调温中健脾，缓急止痛。喜用黄芪建中汤合芍药甘草汤。《素问·脏气法时论》曰：“脾欲缓，急食甘以缓之。”芍药配甘草可解除胃肠平滑肌痉挛，且甘草中所含的甘草次酸可促进溃疡愈合，也为现代研究所证实。

2. 治肝安胃

消化性溃疡的发生不少与患者情绪紧张、忧郁恼怒有明显的关系，证属中医学“肝气犯胃”范畴。正如《沈氏尊生书·胃痛》所云：“胃痛，邪干胃脘也，唯肝气相乘为尤甚，以木性暴且正克也。”根据“治肝可安胃”之说，常加用柴胡、郁金、制香附等疏肝理气，和胃止痛。

3. 擅用活血化瘀药

胃、十二指肠溃疡迁延失治，病久成为难治性溃疡，其病机主要是气滞血瘀。正如《临证指南医案·胃脘痛》曰：“胃痛久而屡发，必有凝痰聚瘀。”治当化瘀通络，可予失笑散、丹参饮等治疗。失笑散能活血止痛，祛瘀止血；丹参对溃疡部位的坏死部分有较快的消除作用，能促进细胞的再生，



因而对溃疡病有促进愈合的作用。

4. 辨证与辨病结合

原本消化食物的胃酸和胃蛋白酶对自身胃壁和十二指肠壁的消化，从而损伤黏膜组织是引发消化性溃疡的原因之一，质子泵抑制剂和 H_2 受体拮抗剂仍是目前治疗消化性溃疡的主要药物。马教授主张辨证与辨病相结合，在辨证施治该病的基础上，常选用乌贼骨、煅瓦楞、益智仁、煅白螺蛳壳以制酸止痛，效果颇佳。幽门螺杆菌（HP）感染是导致消化性溃疡的一个重要发病因素，也是容易复发的一个病根。经临床研究证实，单味中药，如大黄、黄芩、黄连、丹参、甘草、生地、蒲公英、半枝莲、金银花、连翘、玄胡、白花蛇舌草等均有杀灭 HP 的作用；木香、厚朴、枸杞、党参、陈皮、柴胡、石斛、知母、吴茱萸、香附等均有抑制 HP 的作用。复方中药，黄连解毒汤、半夏泻心汤、香砂六君子汤、参苓白术散、四逆散等，都有不同程度的抗 HP 作用。对于不能耐受西药或西药治疗失败的 HP 感染者，加用杀灭或抑制 HP 的中药，既能减少西药的不良反应，又可使疗效得到保证，促进溃疡的愈合，收到相当好的效果。

总之，马教授治疗消化性溃疡，推崇补中益气、温养脾胃，并配合疏肝清热和胃、活血化瘀等法，既从整体出发，强调辨证，又从溃疡形成的局部着手，重视辨病，有效地促进了溃疡的愈合。

（三）基本方——炙黄芪、党参、桂枝、白芍、炙甘草、白及、玄胡、煅瓦楞、蒲公英

方中重用甘温之炙黄芪、党参以益气健脾；桂枝温通阳气，白芍补益阴血，两者调和阴阳；炙甘草甘温益气，与白芍相合，缓急止痛，与桂枝相合，辛甘化阳而温补中虚；白及收敛止血、消肿生肌，抗溃疡，促进疮面肉芽组织新生，并能抑制胃酸分泌；玄胡理气活血止痛；乌贼骨制酸以减少酸性胃液对胃黏膜的侵蚀；蒲公英清热消炎和胃，且能抗幽门螺杆菌。

六、功能性便秘的诊治经验

(一) 基本病机——肝郁脾滞，气机不调；气虚津伤，传导失司

功能性便秘是指临床上持续存在或间歇发作，而又缺乏可解释的器质性病变和生化学基础的便秘症状，现代医学将其归为功能性胃肠疾病范畴。马教授根据患者年龄、体质、便质、伴随症状及舌脉的不同，将其辨为气秘、虚秘两大证型，病位虽在大肠，但与脾、胃、肺、肝、肾等脏腑功能失调有关。

气秘患者多为青壮年，忧思多虑或抑郁恼怒，易致“思则气结”、“怒则气上”，从而出现胸腹胀满，嗳气频作，食少纳呆，肠鸣矢气，舌苔薄腻，脉弦等症状，不少患者还可见面部痤疮、夜寐不安。气秘患者的大便可为干结或不甚干结，欲便不能或便而不爽，但无明显腹痛拘急、口干口臭、手足不温或面红身热等症，肠镜或钡剂灌肠多无异常。究其病机多属肝郁脾滞，气机不调，肠腑传导失司，通降失常，糟粕内滞而成便秘，正应《金匱翼·便秘》所言：“气秘者，气内滞，而物不行也。”

虚秘虽有气血阴阳不足导致肠失温润，传导失司之分，但就诊者以脾失健运，生化乏源而致气虚津枯血少者居多，好发于年老体弱或素体羸弱者，其肠镜或钡剂灌肠偶有“慢性结肠炎”表现或无异常发现。此类患者常常3~7天甚至更长时间不得排便，便质干结或不甚干硬，排便困难，临厕虚坐努责，多数伴有气虚血少之症，如便后乏力，易汗气短，头面欠华，失眠健忘，倦怠懒言，纳呆易饱，舌淡苔薄白，脉细弱等。

(二) 治疗大法——虚实有别，以通为要

1. 气秘以顺润为通，从肝脾论治

治疗气秘，马教授深知调畅肠腑气机之要，谨遵《内经》“土得木则达”之义，尤重疏肝健脾，润肠顺气。药选柴胡、枳壳（实）、香附、郁金、白



芍、槟榔、八月札、大腹皮、厚朴、白术、陈皮、鸡内金、莱菔子等。若噎气频作，胸中胀满，泛酸，则加旋覆花、代赭石、半夏、川连、黄芩之类；若见面部痤疮、夜寐不宁、心神烦躁等肝郁化火或心肝火旺征象，则加丹皮、栀子、生地、玄参、黄芩、黄连、茯神等；处方最后常会酌加瓜蒌仁、郁李仁、火麻仁、桃仁、柏子仁等仁类润肠通下之品。气秘虽属便秘实证，但马教授一般不轻易选用芒硝、大黄、番泻叶之类或西药以求一时峻攻之效。峻下药物初用尚可通便，继用非但效减且徒伤正气，除非患者顽疾难下，才酌情间歇选用，但往往中病即止。另外，马教授常易枳壳为枳实，且重用至30g，以增强破气行胀、消积导滞之功，临床使用未见明显不良反应。上述诸药经合理配伍，辨证施治，患者连服1~2周即可奏效，连续调服2~3个月，多能保持大便每天1~2次，便通质软，同时改善伴随症状，基本消除长期便秘所致的困扰。

2. 虚秘以补润为通，从脾肾论治

临床每见虚秘，马教授总以健脾补气、润肠通便为重，并少佐滋肾之品，以鼓舞一身之元阴元气。组方常选炙黄芪、党参、白术、怀山药、茯苓神、陈皮、甘草等为基本药，并根据气血津液亏虚的不同，酌加相应药物。若气虚较甚，常加大炙黄芪用量，如30~45g，甚至60g，党参加至30g。当重用炙黄芪、党参等补气之品时，马教授善加莱菔子12~15g消胀行滞以防中满气阻。若见津枯血少，则加当归、生地、赤芍、玄参及诸仁之药以养血润燥。少数老年患者可见肾阳不足或肾精亏虚之证，则习惯用肉苁蓉、生首乌、女贞子、旱莲草等以滋肾补精，润肠通便。对于年老体弱或素体羸弱，中气不足以推动所致的虚秘，自当强调顾护胃气，慎用峻下以免过下伤正，唯以健脾滋肾、润补通秘为要，所以马教授治疗此秘更不轻用硝黄强行攻下，而是坚守“治病求本”、“缓则治本”等治则，待气益幽通，肠腑自顺。

3. 治秘不忘理肺

肺为华盖，与大肠互为表里，与大肠传导密切相关。肠腑通降既赖脾胃

之传输，又赖肺气之清肃，上窍闭则下窍不通，肺失清肃则肠腑闭塞不通。前人所谓“开上窍以通下窍”、“开天气以通地气”、“提壶揭盖”之法，指的就是以微辛微苦之品辛开苦降，宣肃肺气，调畅气机，肠腑得通而便秘自除。临床上因肺气闭塞而见喘咳、胸闷伴便秘者，用苏子（梗）、麻黄、杏仁、瓜蒌仁、桔梗、枳壳、厚朴、紫菀之类宣肃肺气，自能痹开喘平而便通。胃肠病专科门诊中肺气闭塞明显的患者毕竟是少数，但在以顺润、补润治疗上述气秘、虚秘的同时，马教授总不忘酌加苏子（梗）、枳壳、厚朴、杏仁、瓜蒌仁等开肺降气药物，临床验用效良。

4. 重视摄生得宜，强调心理因素

功能性便秘的发病往往与性格脾气、生活习惯、社会压力息息相关。平居之人，摄生得宜，五脏之气通顺，肠胃濡润，大肠传导气化正常而免受便秘之苦。摄生乖戾、起居无常、饮食偏嗜、喜坐懒动、善思多虑、忧愁恼怒等不良习惯，均可导致肠腑传导气化失司而成诸秘之患。此外，马教授特别强调心理因素在功能性便秘发病、防治中的重要作用。心理因素在功能性便秘中的重要作用，足以使之像其他许多功能性疾病一样，被列入心身疾病的研究范围。

（三）基本方——枳壳（实）、八月札、路路通、大腹皮、莱菔子、火麻仁、瓜蒌仁、柏子仁

上方是马教授治疗功能性便秘的基本用药，气秘、虚秘皆可用之。其中枳壳（实）、八月札、路路通理气消胀除满，大腹皮、莱菔子破气消积导滞，火麻仁、瓜蒌仁、柏子仁润肠通便下气。若为气秘应加用疏肝解郁、顺润通下之品；若为虚秘当联合滋阴益气、补润滑肠之品；总之，功能性便秘的治疗虽然虚实有别，但以通为要。



七、功能性消化不良的诊治经验

(一) 基本病机——脾气亏虚，气机升降失常

功能性消化不良(FD)是消化系统常见疾病之一，患病率高达20%~40%，以持续或反复发作性上腹部胀满、隐痛、早饱、嗝气、烧心、厌食、恶心、呕吐、反胃等症状群为主要临床表现。

本病发病多因饮食不节、劳倦过度和情志不遂所致。《内经》谓：“饮食自倍，肠胃乃伤。”《素问·太阴阳明论》说：“饮食不节，起居不时者，阴受之……阴受之，则入五脏……入五脏则腹满闭塞。”此外，随着生活工作节奏的加快，精神压力增加，导致情志失调，恼怒伤肝，肝气郁结，横逆犯胃，如《景岳全书·痞满》所谓“怒气暴伤，肝气未平而痞”；同时，因“脾在志为思”，“思则气结”，思虑忧愁又可直接损伤脾胃，最终都可导致脾胃之气受损。本病病位在胃，同时又涉及肝脾二脏，病机总属本虚标实。本虚者，饮食、劳倦、七情皆可损伤脾胃而致脾气亏虚，运化失司，这是病之根本；气滞、血瘀、食积、痰湿等邪气壅盛，此为标。马教授认为，FD当属于中医“痞满”的范畴，脾气亏虚，气机升降失常，中焦运化失职，脾不能为胃行其津液，胃肠弛缓无力，排空缓慢，是本病的病机关键。正如《伤寒论》说：“病发于阴而反下之，因作痞。”《兰室秘藏》：“脾胃久虚之人，胃中寒则胀满。”《医学正传》：“故胸中之气，因虚而下陷于心之分野，故心下痞。”临床上脾虚的征象在FD患者中相当多见，如脘腹饱胀以餐后尤甚、纳呆、倦怠乏力、大便溏薄、舌质淡胖苔白、脉细或濡细等。“四季脾旺不受邪”，若脾虚气弱，则易致邪气侵袭；而气滞、血瘀、食积、痰阻、湿热等邪气侵犯，会更加重脾虚。因此，脾虚是FD发病的根本病机。

(二) 治疗大法——健脾补虚，调气畅中

在临床诊治疾病时，马教授善于运用中医四诊合参、辨证论治的精髓，

特别重视对痞满虚实的辨证，认为张景岳在《景岳全书·痞满》中对本病的辨证十分恰当：“痞者，痞塞不开之谓；满者，胀满不行之谓。盖满则近胀，而痞则不必胀也。所以痞满一证，大有疑辨，则在虚实二字。凡有邪有滞而痞者，实痞也；无物无滞而痞者，虚痞也。有胀有痛而满者，实满也；无胀无痛而满者，虚满也。实痞、实满者可散可消；虚痞、虚满者，非大加温补不可。”虽然临床上FD有脾虚气滞、肝脾不和、寒湿困脾、湿热内壅等不同证型，分别可予健脾益气、行气导滞，或疏肝理气、健脾和胃，或温中健脾、散寒祛湿，或清热泄腑、化湿通降，但马教授除灵活运用辨证论治外，尤其注重健脾补虚，认为脾胃乃水谷受纳、运化的场所，最易受到不洁饮食及饮食不规律的影响，脾又与精神因素关系密切，情志不调极易影响脾胃的功能，很容易导致脾胃的虚弱，而FD患者大多有脾虚的表现，所以在临床治疗时，要特别注重健脾补虚。而且，当疾病缓解以后，更应该以健脾之药善后，以巩固疗效。诚如张景岳所说：“然脾胃强壮者，即滞亦易化，唯其不能化者，则最有中虚之证。”（《景岳全书·卷十七·饮食门》）用大剂量的健脾益气药物治疗FD，证之临床，效如桴鼓。

（三）基本方——黄芪、党参、白术、茯苓、陈皮、半夏、枳壳、八月札、路路通

方中黄芪、党参、白术、茯苓益气健脾，行气助运；陈皮、半夏和胃降逆，调畅气机；枳壳、八月札、路路通理气畅中，除满消滞。肝脾不和者加柴胡、香附、郁金、白芍、大腹皮疏肝理气；寒湿困脾者加苏梗、砂仁、良姜、萆薢、苍术温中健脾，散寒祛湿；湿热内壅者加黄连、黄芩、厚朴、生米仁清热泄腑，化湿通降。

马教授在运用中医辨证论治的同时，还密切关注现代医学研究进展，吸收最新成果，开拓思路，提高疗效。现代医学研究发现，FD的病因和发病机制涉及多种因素。关于FD患者的胃酸分泌，现多认为并不是单纯的增多，有的患者可能只是对酸的敏感性增加，因而，除用西药制酸剂以外，还可结合中药内服，从整体上调节机体对酸的敏感性；研究还发现，FD与胃肠动力障碍以及胃排空的关系密切，存在胃排空迟缓或节律紊乱，因此，在治疗中



常用较大剂量的行气药以促进胃肠蠕动，并结合大剂量的健脾益气药，以改善胃排空节律的紊乱；还有研究发现，FD的发病与植物神经功能紊乱和精神心理障碍有关，所以在用药时常加用一些安神定志的药物，并嘱患者调畅情志，保持心情开朗。此外，HP感染与FD的关系研究的也比较多，虽然HP在FD发病中的作用还不太明确，但对有HP感染的FD患者进行HP的根治后，FD的复发率有所下降，因此，对有HP感染的FD患者主张进行HP的根治治疗。通过临床实践，采取这些措施确能提高疗效。

八、胃癌术后的诊治经验

(一) 基本病机——正气虚损，阴阳失衡，脏腑功能失调，以致痰凝毒聚互结

胃癌是原发于胃部的消化道常见恶性肿瘤，好发于中年以上男性，40~60岁高发，男女之比为3:1~4:1。中国的胃癌发病率和死亡率都较高。目前，选择手术的占多数，术后放、化疗者也很多，大大提高了患者的生存机会。但是，术后瘤体是摘除了，滋生肿瘤的内环境却没有发生根本改变，这样，就存在复发的可能。同时，还存在一个改善生存质量和延长生存年限的问题。马教授通过对消化道疾病的多年临床研究发现，大多数消化道肿瘤术后，病人存在气阴两虚、痰湿内阻、血瘀热郁的病机。恶性肿瘤的发生、发展主要是由于正气虚损、阴阳失衡、脏腑功能失调，以致痰凝毒聚相互胶结，蕴郁成肿块，癌瘤的生长又会进一步耗损正气，手术本身再一次损伤正气。马教授认为，胃癌的发生发展是个因虚致实，因实更虚的恶性发病过程。

(二) 治疗大法——调理脾胃，扶正为主，兼以祛邪

在癌肿尚未切除时，其治疗当着重于实证，即以攻击癌肿为主；若癌肿已切除，恶性发病过程也随之改变，所以治疗当着重于虚证，即以扶助正气为主。手术后，痰毒瘀热已除去大半，若仍以峻猛之药攻之，虽曰除恶务尽，

恐害多益少。一则癌瘤生长，正气本衰；二则手术所伤，正损尤甚。绝大多数肿瘤病人在经过病邪的消耗和手术的创伤后，处于精血不足的状态，而要改变这一状态，必须从补脾胃化源开始。《杏轩医案》指出：“精藏于肾，非精生于肾，譬诸钱粮，虽储库中，然非库中自出，须补脾胃化源。”是谓饮食增则津液旺，自能充血生精，故补脾胃、滋化源为首要治疗任务。马教授在治疗中重视调理脾胃，以扶助正气。通过扶助正气，培植本元以达到“养正除积”之目的。

癌肿是全身性疾病的局部表现，通常是全身属虚，局部属实的本虚标实病证。所以，在治疗过程中，不但要重视整个机体的抗病能力，也不能忽视局部病灶的消除。病灶的消除或控制可以改善全身状况，而全身状况的好转及抗病能力的增强又可抑制肿瘤细胞的增殖、浸润与转移。因此，马教授指出，中医学的整体观对胃癌术后的治疗同样具有重要的指导意义。即使肿瘤已经切除，局部通常仍然有残胃炎、吻合口炎等发生。从胃镜下表现来看，残胃组织及吻合口黏膜充血、水肿，甚则瘀斑、糜烂，按中医辨证是热毒蕴结，瘀血凝滞的表现，是局部存在着瘀血、痰结、热毒等种种病邪。因此，治疗时就不能仅强调“补中”，而必须针对局部，不忘祛邪。在治法上，祛邪多用活血化瘀，行气解郁，清热解毒，除湿化痰等。

（三）基本方——黄芪、党参、白术、茯苓、木香、玉竹、石斛、莪术、白花蛇舌草、半枝莲、藤梨根、八月札、米仁

方中黄芪、党参、白术、茯苓益气健脾，扶助正气；玉竹、石斛养阴益胃；木香、八月札理气畅中；米仁健脾化湿；白花蛇舌草、半枝莲、藤梨根清热解毒，抑瘤抗癌。现代药理研究证实，许多益气健脾，温阳补肾类药物均可增强细胞免疫功能，促进血液细胞量的增加。马教授在临证中常用黄芪、党参、白术、茯苓、木香等药，这类药不但能促进术后组织创伤的康复，还可提高机体免疫功能，重振正气，也能促进干扰素的产生。马教授特别强调要重用黄芪。黄芪性甘、温，归肺、脾经，用于肺气虚、中气下陷之证，有补中益气、升阳、固表止汗、托毒生肌、利水消肿之功，《本草纲目》称之为“补药之长”。历代医家将其列为补脾胃的第一要药，但用量过大则有满



中之弊。故马教授提出在运用过程中应当伍以木香、砂仁等香燥醒脾之品，以除其满中之弊，使补而不滞。同时指出，应注重其炮制方法，兼表虚自汗者生用，脾虚便溏者蜜炙，使药证得宜。

再者，脾喜刚燥，胃喜柔润，术后病人也以气阴两虚者居多，故而马教授在补气健脾的同时，兼养脾胃之阴。运用麦冬、北沙参、玉竹、石斛、太子参等品，温润合用，并行不悖，但强调养阴以清润为主，不要过分滋腻，不主张频用熟地黄、阿胶等品，以免碍胃，影响正常饮食。马教授还常常运用山楂、神曲、谷芽、麦芽、鸡内金等健脾胃，助运化，增进食欲以滋化源。

癌症病人的血液中往往存在着癌细胞或微小癌栓，在随血液流动时，不易附壁着床生长。当血液黏稠度增高，血流缓慢，微循环功能障碍时，瘀血停滞，这样癌细胞就易着床生长。清代王清任在《医林改错》中就提出，腹腔内的肿瘤与血瘀有关，为现代肿瘤治疗中应用活血化瘀法提供了理论依据。马教授基于以上认识，临床上对于有瘀者，酌加丹参、莪术、赤芍、红花、桃仁等。但强调攻邪祛毒不可过于猛烈，过则正气耗伤。服用活血化瘀药物而有出血倾向者，可与茜草、三七等同用，以达到活血止血的目的。同时配合化疗药物治疗，具有抗凝抑瘤，改善微循环以及抗转移的作用。

消化道疾病患者，脾胃功能较差，脾失健运，痰浊内生，痰浊与瘀血为伍，朱丹溪谓“痰夹瘀血，遂成巢囊”，在癌症的形成与发展过程中更是起到了推波助澜的作用。马教授在临床中对有痰结者常用半夏、胆南星、茯苓、猪苓等化痰导浊之药，不仅能清除病理垃圾，深捣癌瘤巢穴，有的还可直接杀伤和抑制癌细胞，提高人体免疫功能。许多胃癌术后患者由于器官结构的改变，多出现嘈杂、吞酸、灼热、烧心等症状，结合胃镜下红、肿、瘀的表现，一般认为属热象，治当清热解毒，常选用白花蛇舌草、半枝莲、蒲公英、夏枯草等。药理研究证明，上述清热解毒药能促使细胞分化，抑制癌细胞的增殖，临床广为使用。马教授还主张用药不可过分寒凉，以免伤胃，治疗不易收效。强调临证仍应以辨证论治为法，即便是烧心，也有部分是寒性的，若有虚寒之舌脉表现，则用温热药为主治疗，但投参、芪、姜、桂无妨，不可囿于“清”之一法。

总之，马教授在治疗胃癌术后患者的过程中，提倡整体观及辨证论治。

总原则是扶正祛邪，并根据辨证，考量正虚邪实之孰轻孰重而有所侧重，强调顾护正气为主。就患者个体辨证，多为全身属虚，局部属实。就病程进展辨证，多为术前属实，术后属虚。如术后、化疗后往往正虚为甚，湿（或湿热）甚，此时应当以扶正为重以恢复胃气，并祛湿化痰（或清化），绝不应只用药治疗癌瘤。待胃气来复，湿浊清除后，再予扶正祛癌瘤同时并进。另外，辨证用药时，既要符合辨证要求，又要尽可能根据药理研究结果，选用具有抗癌作用的药物，如猪苓、莪术、白花蛇舌草、半枝莲、藤梨根、八月札、米仁等。



【跟师临床】

一、慢性萎缩性胃炎

案一 李某，男，62岁。2003年7月2日初诊。

胃脘隐痛，餐后作胀，暖气泛酸，反复发作十余年，5年前GI检查提示为“胃窦炎”，平时不规律服用吗丁啉、硫糖铝等药物，症状略有改善。近半年来胃痛频作，空腹尤显，得食痛减，多食胃胀，大便溏薄，日行三四次，神疲乏力，面色少华。舌质暗红，苔黄腻，脉弦细。一个月前胃镜及病理检查报告：慢性中度萎缩性胃炎，伴中度不完全性肠化生及轻度不典型增生。幽门螺杆菌（HP）阴性。辨证：脾胃虚弱，中焦气滞，兼有瘀热。治则：健脾理气，和胃畅中，清化瘀热。处方：

炙黄芪 20g 炒党参 15g 白术 12g 茯苓 15g 半夏
10g 陈皮 10g 川朴 12g 八月札 20g 薤白梗（各）
15g 煅瓦楞 30g 焦楂曲（各） 15g 莪术 15g 菝
蓂 30g 藤梨根 15g 蒲公英 30g

二诊：7月16日。服药14剂，胃痛减轻，偶有泛酸，胃脘略胀，胃纳欠佳，大便仍溏，日行二三次。舌质暗红，苔薄黄腻，脉弦细。予原方加赤

石脂 30g，禹余粮 30g，14 剂。

三诊：7 月 30 日。胃痛胃胀及泛酸消失，乏力减轻，大便偏溏，日行一二次。舌质暗红，苔薄白，脉弦细。予原方去川朴、藿苏梗，炙黄芪、炒党参均加量为 30g，21 剂。

四诊：8 月 20 日。胃脘已舒，便软成形，精神渐振，面色好转。舌质偏暗，苔薄白，脉细。再守原意，原方 21 剂。

之后，患者又以上方加减治疗 2 月余，病情稳定，自觉良好。11 月 18 日胃镜及病理复查显示：慢性浅表性胃炎，HP（-）。

案二 陶某，女性，73 岁。2008 年 5 月 5 日初诊。

胃脘作胀反复半年。患者近半年来时觉胃脘作胀，伴泛酸嘈杂，偶见便血，日前在外院胃镜检查，诊断为“慢性萎缩性胃炎”，病理示：慢性炎症（+++），活动性（++），萎缩（++），肠化（+++），HP（-）。肠镜检查示“肠息肉”。息肉摘除后，便血渐止。刻下：胃脘作胀，灼热嘈杂，时有泛酸，纳谷尚可，大便尚调，日行 1 次。苔薄白，舌质偏红，脉弦细。辨证：中虚气滞，脉络瘀阻。治则：健脾理气，活血通络。处方：

炙黄芪 30g 太子参 30g 白术 15g 半夏 9g 陈皮 9g
枳壳 30g 八月札 30g 莪术 15g 半枝莲 15g 芙蓉
叶 15g 蒲公英 30g 天龙 6g 藤梨根 30g 乌贼骨
30g 白芍 15g 生甘草 6g

二诊：5 月 19 日。服药 14 剂，胃脘作胀见减，仍有灼热或嘈杂，泛酸减少，胃纳尚可，大便不畅。舌质偏红，苔薄白，脉弦细。治宗原意，原方加莱菔子 15g，14 剂。

三诊：6 月 2 日。胃脘胀感已平，泛酸亦少，偶见嘈杂灼热，纳可便调。舌脉同前。守 5 月 5 日方去天龙，28 剂。

四诊：7 月 28 日。患者诉停药半月后，嘈杂、灼热、易饥加剧，胃脘作胀，心烦口渴，无噎气泛酸，大便尚调。苔薄，舌质红，脉弦细。此乃病程既久，胃火内炽，气阴两虚之象。治拟清泄胃热，益气养阴为主。处方：

知母 12g 生石膏（先煎）15g 生地 15g 麦冬 15g



炙黄芪 30g 太子参 30g 枳壳 30g 義木 12g 白芍
 15g 八月札 20g 乌贼骨 30g 煨瓦楞 30g 蒲公英
 30g 芙蓉叶 15g 莱菔子 15g

五诊：8月11日。服药7剂，病情改善不明显，口渴甚。上方改生石膏（先煎）30g，芙蓉叶30g，加寒水石15g，降香9g，继服7剂。

药后胃脘灼热明显减轻，嘈杂亦瘥，偶有胃脘作胀，大便尚可。舌红苔薄，脉弦细。续予上方加减，服药1月余，病情基本缓解。于2008年10月29日复查胃镜示：慢性萎缩性胃窦炎；病理：慢性炎症（+），活动性（+），萎缩（+），肠化（+），HP（-）。患者因症状消失且胃窦炎症、萎缩、肠化明显减轻而心情愉悦，寐纳俱佳。

案三 刘某，男，52岁。2007年11月27日初诊。

患者胃脘隐痛、嘈杂1月余。1个月前开始胃脘隐痛，餐后梗阻，暖气频繁，嘈杂，无泛酸，纳可，大便溏薄，日行1次，易痛泻，怕冷，手汗多，夜寐尚可，有抑郁、焦虑病史。脉弦，苔薄。2007年11月13日胃镜检查：慢性隆起糜烂性胃窦炎；病理示：（胃窦）慢性萎缩性胃炎伴部分肠上皮化生及中度异型增生；肠镜无异常。另有胃下垂及小肠功能紊乱史。辨证：脾胃虚寒，气滞血瘀。治则：健脾温中，理气活血。处方：

炙黄芪 30g 党参 15g 白术 15g 半夏 9g 陈皮 9g
 旋覆花（包煎）12g 苏梗 12g 枳壳 30g 八月札 30g
 桂枝 12g 義木 15g 佛手 15g 白芍 18g 防风 12g
 益智仁 12g 乌贼骨 30g 天龙 4.5g

上方加减，连服4月余。胃痛缓解，久而未作，稍胀偶嘈，左下腹略有不舒，大便1次。脉弦细，苔薄白。2008年4月1日复查胃镜示：慢性浅表性胃炎伴糜烂，十二指肠球炎；病理取5块经特殊染色示：胃角、胃窦黏膜慢性炎，轻度肠上皮化生。



释疑解惑

问：慢性萎缩性胃炎伴胃癌前病变的主要病机是什么？

答：上述慢性萎缩性胃炎案例均伴中、重度肠化或不典型增生，可视为胃癌前病变，属中医“胃痞”或“痞满”等证。从该病多长久缠绵，常伴纳呆、神疲和易向虚损、胃癌发展的临床特点，结合胃镜下黏膜苍白粗糙、变薄、充血、血管显露等表现，可将其归入“虚痞”范畴。同时，胃又为多气多血之腑，若气虚不足以推血，或气虚及阳，血无温煦而凝泣，皆可形成瘀血阻络之势，表现为胃黏膜肠化、不典型增生之象。因此，我认为气虚与血瘀共同构成了胃癌前病变的主要病机。

问：针对上述三例患者，您是如何进行辨证治疗的？

答：案一患者年逾花甲，胃脘隐痛，餐后作胀，嗳气泛酸，反复发作十余年，伴便溏疲乏，面色少华，乃脾胃气虚，运化失司，气滞中焦，不通则痛，故予参芪、苓术、半夏、陈皮以益气健脾，助运消滞；舌苔黄腻，脉弦细为脾虚湿热之象，加川朴、八月札、藿苏梗理气化湿，和胃畅中；患者时有泛酸，饥时胃痛，进食痛减，多属胃酸偏多，故用煅瓦楞以制酸止痛；慢性萎缩性胃炎，伴中度不完全性肠化及轻度不典型增生，属胃癌前病变，与气虚血瘀有关，故用八月札、莪术、菝葜、藤梨根等化瘀散结，防其癌变；方中蒲公英虽性味苦寒，却不败胃，还可养胃，实乃清胃消炎之佳品，如有幽门螺杆菌更宜加用；焦楂曲则为便溏泄泻患者消食止泻而投，二诊时便溏依旧，故又入赤石脂、禹余粮以涩肠止泻。上方随症加减，共治疗4月余，胃痛胃胀等症均除，胃黏膜腺体萎缩、肠化及不典型增生消失，胃癌前病变逆转。

案二病初表现为中虚气滞，瘀阻胃络，故用黄芪、太子参、白术、陈皮、半夏、枳壳、八月札调气理脾；莪术活血散瘀；天龙、半枝莲、藤梨根、蒲公英、芙蓉叶清热散结抗肿瘤而达到既病防变的目的；乌贼骨、煅瓦楞和胃敛酸止嘈；白芍、甘草酸甘化阴以防过燥。但与案一不同的是，病程中患者出现心烦口渴，嘈杂灼热易饥加剧，舌红苔薄，此乃病程日久，气阴两伤，胃火炽盛之象，故以生石膏、寒水石为方之主帅，清泄胃火。初时剂量较轻，



未见显效，但因辨证正确，未予更张。其后加大生石膏用量至30g，又复增入寒水石以助石膏之力。配伍生地、知母、麦冬以治阴虚胃热，以消烦热口渴；配伍太子参、炙黄芪、降香以治气津两伤，以消胃热嘈杂、心烦气逆之症。续服7剂，病情明显减轻，又连服月余，诸症均除，且胃镜下及病理检查均获显效。我们在处方用药时，不仅要“先其所因，伏其所主”，还要注重权衡标本缓急，孰轻孰重，以调整补泻温清，随病情之变化而灵活运用。

案三患者每月由深圳飞赴上海就诊，就是担心萎缩性胃炎伴中度异型增生发生恶变，进而寻求中医帮助。该病的中医病机特点为虚实夹杂。虚，重在脾胃气虚；实，主要是气滞、血瘀。临床尤以脾胃虚弱型多见，且大多兼有血瘀。脾胃气虚，胃络血瘀是慢性萎缩性胃炎的病理基础，也是导致慢性萎缩性胃炎→肠化→异型增生→胃癌多步骤转化的主要环节。针对这一病机，以黄芪为君，党参、白术为臣，益气健脾；以莪术、半枝莲、天龙活血化瘀；以八月札、枳壳、苏梗理气消胀；桂枝、益智仁温中。全方共奏健脾温中，理气活血之功。盖气为血帅，气行则血行，气虚则瘀阻络脉。故重用黄芪、党参，辅以莪术、天龙等，令气充血行，瘀阻自消，切中病机关键。

问：中药治疗慢性萎缩性胃炎疗程多久为好？

答：对于慢性萎缩性胃炎伴癌前病变的逆转治疗，西医目前尚无特效的药物，只是强调定期检查，一旦怀疑癌变就转外科手术。中医则主张早期用药，坚持治疗。一般3个月为1个疗程，可连续用药2~4个疗程。通过辨证处方，一方面治疗胃病，一方面调理身体，由于萎缩、肠化、异型增生的逆转比较缓慢，往往疗程愈长疗效愈好。

二、消化性溃疡

案一 陈某，男，57岁。2005年3月4日初诊。

近半月余胃脘隐隐作痛，伴嘈杂、泛酸，间有嗝气，半夜时有痛醒，无明显胃胀，畏冷，喜热饮，纳佳便调，夜寐欠安。未曾接受检查及任何治疗。脉弦细，苔薄。辨证：脾胃虚寒，胃络失养。治则：健脾益气，温中止痛。

处方：

炙黄芪 30g 桂枝 12g 白芍 12g 炙甘草 12g 浮夏
10g 陈皮 10g 良姜 3g 香附 10g 茯苓 15g 黄
精 15g 乌贼骨 30g 玄胡 15g 蒲公英 30g 白及 3g

另：健胃愈疡片，每次5片，每天3次，口服；温胃舒，每次1包，每天3次，冲服。同时申请胃镜检查。

二诊：3月12日。服药7剂，胃痛稍有减轻，半夜未见疼痛，仍有嘈杂，泛酸，畏冷，大便日行1次。3月8日胃镜示：食管炎，胃角溃疡（A1），慢性萎缩性胃炎，十二指肠球部溃疡（S1），HP（-）；病理报告：慢性胃炎（+~++），活动性（+），萎缩（+），肠化（+）。舌脉同上。治守原法，上方改黄精30g，14剂。中成药续服。

三诊：4月20日。上方续服月余，因患者不愿服西药，故一直坚持服中药治疗。刻下：胃痛间作，以空腹时为甚，时有泛酸，畏冷显减。脉弦，苔薄。再宗原方增味，守3月4日方改黄精30g，白芍20g，加煅瓦楞30g，党参15g，14剂。温胃舒，每次1包，每天3次，冲服。

四诊：5月19日。服药至今，胃痛基本已瘥，偶有饥时不适，无暖气泛酸，大便正常。舌脉如前。上方已见显效，毋庸更张，以4月20日方续服14剂。

五诊：7月2日。病情平稳，无胃痛，无泛酸暖气，大便1次，欠实，唯夜寐欠安。脉弦细，苔薄。守3月4日方改茯苓30g，黄精30g，去良姜，加党参12g，益智仁12g，14剂。健胃愈疡片，每次5片，每天3次，口服。

六诊：9月10日。患者因天气炎热未来就诊，但坚持服用上方。刻下：病情稳定，胃不痛，无嘈杂泛酸，大便偶有不实。脉弦细，苔薄。9月1日复查胃镜示：慢性萎缩性胃炎，HP（-）；病理示：慢性胃炎（+~++）。再守原方，以资巩固，守3月4日方去良姜，改黄精30g，加煅牡蛎30g，益智仁12g，14剂。健胃愈疡片，每次5片，每天3次，口服。

案二 李某，男，53岁。2004年6月18日初诊。

原有“胃角溃疡”病史1年，经用西药治疗而愈。近1个月来，胃脘不



适，胃纳呆滞，无明显胃痛胃胀及嗝气泛酸，大便间溏，日行二三次。10天前胃镜检查提示：复合性溃疡（胃角小弯处1个约0.4cm×0.3cm溃疡，覆有薄苔；十二指肠球部前壁2个约0.5cm×0.6cm溃疡，覆有厚苔），幽门螺杆菌（+）。舌红苔薄黄，脉弦细。辨证：脾胃虚弱，湿热内蕴。治则：健脾养胃，清热化湿。处方：

炙黄芪30g 党参15g 白术12g 茯苓15g 半夏10g
 陈皮10g 山药30g 生熟米仁（各）15g 谷麦芽
 （各）12g 煨瓦楞30g 乌贼骨30g 砂仁（后下）6g
 川连3g 蒲公英30g

二诊：7月2日。服药14剂，大便成形，胃纳仍差，余无不适。舌红，苔薄黄，脉弦细。守原方加炙鸡内金15g，白及3g，21剂。

三诊：7月23日。胃纳增加，大便尚调。舌红苔薄黄，脉弦细。守7月2日方，21剂。

四诊：8月3日。稍有恶心，胃纳欠佳，大便成形，日行一二次。舌红，苔薄黄，脉弦细。守7月2日方加姜竹茹12g，21剂。

五诊：9月3日。胃纳增加，恶心缓解，大便成形，日行一二次。舌红，苔薄黄，脉弦细。守原方改川连4.5g，21剂。

此后，患者坚持服上方治疗1月余，病情稳定。2004年10月20日复查胃镜结果显示：十二指肠球部前壁2个溃疡完全愈合，胃角小弯仅留溃疡疤痕。1年后随访未复发。

案三 曹某，女，32岁。2009年1月5日初诊。

患者因胃痛作胀伴嗝气，于2008年12月外院检查胃镜提示：胃窦溃疡（3.5cm×3cm），慢性浅表-萎缩性胃炎；病理：胃窦部炎症坏死组织伴见灶性异型细胞增生，HP（+）。建议手术治疗。患者因恐惧手术，抗幽门螺杆菌治疗1周后，慕名前来就诊。刻下：胃脘作胀，偶有隐痛，泛酸少许，嗝气时见，无明显灼热，胃纳尚可，大便偏干，夜寐尚安，面色偏黄，精神欠振。苔薄白，脉弦细。辨证：脾虚气滞，胃络瘀阻。治则：健脾益气，化瘀通络。处方：

炙黄芪 30g 党参 15g 白术 12g 猪茯苓 (各) 15g
陈皮 9g 半夏 9g 八月札 30g 生米仁 30g 莪术 30g
半枝莲 15g 白及 6g 蒲公英 30g 白芍 15g 炙甘草
15g 枳壳 15g 藤梨根 30g 海蝶蛸 30g 石见穿 15g

二诊：1月12日。服药7剂，胃脘作胀见减，疼痛未作，仍有少量泛酸，时暖气，无灼热，大便日行1次，已畅，纳可，寐安。苔薄白，脉弦细。予原方去猪苓，加天龙6g，当归12g，再7剂。

三诊：1月19日。胃脘胀痛缓解，无泛酸，暖气亦少，纳可便调。苔薄白，脉弦细。守1月5日方去石见穿、猪苓，加天龙6g，当归12g，象贝12g，14剂。

四诊：2月16日。患者病情稳定，无胀痛，无泛酸暖气，纳可便调，寐安，舌脉同前。守1月5日方去石见穿、猪苓，加天龙6g，熟地12g，象贝12g，14剂。并嘱复查胃镜以观疗效。

五诊：3月2日。患者病情稳定，无胀痛，无泛酸暖气，纳可便调，寐安，面色转红润，舌脉同前。胃镜复查示：胃窦部溃疡（H1），反流性食管炎。病理：胃窦部慢性炎症（++），活动性（++），萎缩（+），肠化（+），异型增生（-），HP（-）。予1月5日方去石见穿、猪苓，加天龙6g，熟地12g，阿胶（烊服）9g，14剂。目前患者正在继续治疗。



释疑解惑

问：中医治疗消化性溃疡为何除了辨证还要辨病？

答：消化性溃疡多以胃痛、胃胀、嘈杂、泛酸等为主要症状，可归属于中医“胃脘痛”、“痞满”、“吐酸”、“嘈杂”等范畴。其多本虚标实之证，尤其以脾胃虚弱，中阳不振为本，是形成消化性溃疡的中医病理机制，也是该病容易复发，难以根治的基础。本着“治病必求其本”的原则，在治疗中强调扶正祛邪，首重健脾益胃、温阳补中，兼以祛除寒凝、气滞、郁热、血瘀、湿浊等邪。同时，为提高中药疗效，应注意辨病辨证相结合，常予煅瓦楞、乌贼骨、象贝等制酸之品抗溃疡；合芙蓉叶、蒲公英等消炎和胃，抗幽门螺杆菌感染；加白及，取其黏性保护胃黏膜。



问：请分析上述三例病例的辨证用药思路？

答：案一患者因胃痛，入夜尤甚，有时被痛醒，伴嘈杂吞酸，前来就诊。根据中医辨证，当属脾胃虚寒之胃痛，故予黄芪建中汤增味，以健脾益气，温中止痛。因其未做检查，故予申请胃镜检查，以明确西医诊断。根据初诊之临床表现，颇像十二指肠球部溃疡。但胃镜检查显示球部溃疡已进入疤痕期，另有胃角溃疡仍处于活动期，且伴有慢性萎缩性胃炎及食管炎。嗣后仍根据中医辨证用药，因患者不愿服西药，故从开始治疗直至胃镜复查，始终单纯使用中药。方中黄芪健脾益气，配黄精以增强补益之力；桂枝、白芍、甘草温中缓急止痛；良姜、香附、玄胡温中理气止痛；半夏、陈皮和胃降逆；茯神健脾安神；乌贼骨制酸；白及取其质地黏稠而有保护胃黏膜作用，且可防止出血；蒲公英性味甘苦而寒，清热解毒而不伤胃。另配合中成药温胃舒，取其温散之力。经数月治疗，不但胃角溃疡得以治愈，慢性萎缩性胃炎及肠上皮化生亦消失。

案二患者为胃、十二指肠复合性溃疡，虽无明显胃痛泛酸，但胃镜检查提示3个溃疡均为活动期，患者未服西药。根据中医辨证属脾胃虚弱，湿热内蕴。药用炙黄芪、党参、白术、茯苓、半夏、陈皮、山药健脾益胃，助运化湿；生熟米仁、砂仁、川连、蒲公英化湿清热，消炎和胃；煅瓦楞、乌贼骨和胃制酸以抗溃疡；谷麦芽、炙鸡内金消食开胃。二诊时加用白及和血护胃以愈溃疡。四诊时因恶心予姜竹茹和胃降逆止呕。患者经健脾益胃，清热化湿之中药加减调治4个月而痊愈，且随访1年未发。说明中药能提高溃疡愈合质量，从而降低溃疡复发率。

案三患者胃窦巨大溃疡伴有异型增生，不予积极有效的治疗，癌变的可能性较大。四诊合参，考虑由脾胃虚弱，中焦气滞，血行不畅，脉络瘀滞所致。处方中以六君子汤益气健脾和胃，较大剂量的黄芪健脾补气，托疮生肌；陈皮、八月札、枳壳理气消胀，调畅气机；白芍、甘草缓急止痛；海螵蛸制酸止痛；米仁、莪术、半枝莲、藤梨根、天龙、石见穿化瘀通络，防止癌变；白及生肌敛疮，促进溃疡愈合；并用既能泻火，又不损土的蒲公英清解胃热，抗幽门螺杆菌感染。治疗近2个月，胃镜复查胃窦部溃疡愈合。此时，在继续应用轻灵走窜，健脾益气药的同时，投入熟地、阿胶之沉凝迟缓、纯入血

分之品，以达到扶助正气之目的，有相得益彰之妙。体现了在治疗中注重整体观念，强调辨证，重视辨证与辨病相结合的治疗思路。

问：慢性胃病常用健脾补中法，如何区别温补与平补？

答：温补法，即健脾温中法。主要用于脾胃虚寒证。临证应注意养胃的重要性，尤其是脾胃虚寒者，则需要温养。虽然诚如《临证指南医案》所说——“胃喜柔润”，但这是指一般常态而言，是与脾比较而言，我们绝不能囿于此说。实际上，脾胃虚寒之胃痛在临床上并非少见，因此，予以健脾温中，和胃止痛之剂，则可达到温补止痛的目的。十二指肠球部溃疡、十二指肠球炎及部分慢性胃炎，往往可出现脾胃虚寒证，可见胃痛隐隐，喜温喜按，每于饥时、夜间或清晨疼痛发作，嘈杂吞酸，或泛吐清水，神疲乏力，胃脘或周身畏寒，手足欠温，大便溏薄，苔薄白，舌淡胖，或有齿印，脉细弱。常用药如黄芪、党参、白术、桂枝、高良姜等，可与理气止痛药同用。代表方如小建中汤或黄芪建中汤等。临证有时可见到一般药物难以缓解之证，此时宜加大甘温填补之力，正如《临证指南医案》所说：胃脘痛“若素虚之体，时就烦劳，水谷之精微，不足以供其消磨，而营气日虚，脉络枯涩，求助于食者，甘温填补之法，所宜频进也”。此话乃经验之谈。根据证情需要，可适当选加黄精、阿胶、饴糖等。

平补法，即健脾益气法。主要用于脾胃虚弱引起的胃脘痞满不适等。症见脘腹痞满不适，食之尤甚，或食入有下坠感，神疲乏力，或大便溏薄等，苔薄，舌淡或胖，或舌边有齿印，脉细弱。这些证候多见于慢性胃炎，尤其是慢性萎缩性胃炎，亦可见于功能性消化不良、胃下垂等病。常用药如黄芪、党参、白术、茯苓、黄精等。代表方如香砂六君子汤、补中益气汤、枳实消痞丸等。如同时出现胃阴不足者，可加养阴药，以达气阴双补的目的；如在气虚的基础上出现脾胃虚寒证，则应与温中药同用。



三、胃食管反流病

案一 谷某，女，52岁。2004年1月9日初诊。

反复胸脘灼痛，烧心泛酸5年，加剧1年，曾两次在当地医院行胃镜检查，均提示为“反流性食管炎”，服用奥美拉唑后症状缓解。1年前举家来沪艰苦创业，因工作紧张，压力过重而胃痛频作，烧心泛酸，甚则恶心，多食胃胀，嗳气则舒，大便干结，3~4日1行，口干口苦，心烦焦虑，夜寐梦扰。舌质偏红，苔薄黄腻，脉弦细。再服奥美拉唑仍有效，但停药即发，为求中医治疗而来我院特需门诊。辨证：肝气郁结，横逆犯胃，胃失和降，气滞上逆，兼有湿热。治则：疏肝理气，和胃降逆，清化湿热。处方：

旋覆花 12g 代赭石（先煎） 30g 半夏 10g 陈皮 10g
 枳壳 30g 降香 9g 川朴 12g 八月札 20g 大腹皮
 30g 煅瓦楞 30g 乌贼骨 30g 生熟米仁（各） 15g
 芙蓉叶 15g 蒲公英 30g

二诊：1月23日。服药14剂，胃痛烧心减轻，偶有泛酸，胃脘略胀，胃纳欠佳，大便不畅，情绪好转，夜寐欠安。已停服奥美拉唑1周。舌质偏红，苔薄黄腻，脉弦细。予原方加莱菔子30g，14剂。

三诊：2月6日。胃痛烧心、泛酸等症消失，胃纳尚可，大便转畅，夜寐进步，时觉乏力。舌苔薄白，脉弦细。予2004年1月9日方去川朴、生熟米仁，加黄精15g，党参15g，21剂。

四诊：2月27日。自觉无特殊不适，纳可寐安，情绪平稳。舌苔薄白，脉细。再守原意，原方21剂。

之后，患者未再服用奥美拉唑，坚持以上方加减调理半年，复查胃镜，结果为浅表性胃炎，未见明显食管病变。

案二 董某，女，56岁。2006年12月29日初诊。

患者右胁胀痛十余年，咳嗽数月不已。患者十余年前因患胆道结石症而行胆囊摘除术。术后未久，右胁肋始现胀满不舒，时而隐痛，缠绵反复。近两年来，胀满之感尤甚，暖气、胃脘疼痛亦时有之。恐其有变，遂于2005年4月至上海某医院就诊，行胃镜检查示：慢性胃炎伴胆汁反流，十二指肠溃疡（愈合期）。予达喜、吗丁啉等药物，病情一度好转而停药。半年前，患者因家中琐事与丈夫争吵不休，心情懊恼，始觉咽部不适，未予重视。后渐咳嗽，1周末已，入夜尤甚，伴有低热，先后在他院就诊，皆诊断为呼吸道感染，经抗生素治疗热退，但咳嗽不减。其间曾因人夜咳逆喘急而去外院急诊，予以氨茶碱等静脉滴注，效亦不佳，至今未愈。自诉发病以来一直无痰。刻诊：患者每觉有气自下而上攻冲咽喉，咳嗽继之而作，夜间尤甚，干咳无痰，右胁胀痛，胸背灼热，暖气频频，时有咽痛，咽干口苦，便干不爽。脉小弦滑，苔薄白。复查胃镜：胃内胆汁反流，食管未见异常。辨证：肝郁气滞，胃气上逆。治则：疏肝理气，和胃降逆。处方：

香附 10g 白芍 15g 枳壳 30g 甘草 15g 旋覆花
(包煎) 12g 代赭石 (先煎) 15g 浮夏 9g 陈皮 9g
降香 9g 姜竹茹 12g 莱菔子 30g 瓜蒌仁 12g 蒲公英
30g 芙蓉叶 15g 乌贼骨 30g 杏仁 12g 海金沙
(包煎) 30g

并嘱其调摄饮食，忌油腻辛辣之物，舒畅情志。

二诊：2007年1月9日。患者喜诉：诊治半年无效之咳疾，自服上药5剂后竟咳消咽爽，气逆上冲感已无。胸背部灼热亦减轻，唯右肋仍有胀闷不适。大便尚畅，每日1行。脉小弦，苔根白微腻。治续前法，原方去代赭石，加川朴 12g，续服14剂。

嗣后，患者服上方加减1月余，病情稳定，遂停药。2007年9月，患者因贪食凉饮，胃脘不适，再度就诊，顺问咳嗽之疾，云：再无复发。



案三 周某，女，71岁。2005年7月18日初诊。

近四五个月来，每于进食干饭时胸骨后有阻塞感。2005年6月22日胃镜示：食管下段糜烂，胃窦炎（充血渗出型，中度）。病理示：胃窦浅表性胃炎，未见肠化。食道下段鳞状上皮增生伴局灶性中度异型增生。刻下：胃纳尚可，不能进食干饭，食则胸骨后有阻塞感，多食则胃脘作胀，无泛酸，无明显疼痛，大便日行1次。有胆囊手术史。脉弦细，苔薄。辨证：痰气交阻，脾虚气滞。治则：降气化痰，开郁散结，健脾理气。处方：

旋覆花（包煎）12g 代赭石（先煎）15g 半夏10g
 陈皮10g 八月札30g 炙黄芪30g 党参15g 莪术
 15g 穿山甲15g 石见穿30g 蒲公英30g 藤梨根
 30g 蛇舌草15g 天龙2条 生甘草6g

二诊：11月7日。上方出入连服数月，病情明显减轻，咽部无不适感，进食油腻之物易泻。脉弦细，苔薄白。10月25日复查胃镜示：食道下段炎。病理示：食道浅表性黏膜慢性炎，伴鳞状上皮增生。仍拟上方出入。上方去代赭石，加海金沙（包煎）30g，香附10g，14剂。

三诊：2006年2月20日。上方续服至今，上述诸症均已向愈，胃纳可。无吞咽受阻，无胃痛，亦无胃脘作胀，大便尚调，唯神疲乏力，嗜睡。患者于2006年1月11日复查胃镜示：胃窦炎（充血渗出型，中度）。病理示：胃窦轻度慢性浅表性胃炎，未见肠化。食道黏膜正常。脉弦细，苔薄。前方已效，再宗原意，守2005年7月18日方去代赭石，改天龙1条，加石菖蒲12g，14剂。

四诊：3月20日。病情稳定，咽部及胸部均无异样感，无吞咽不顺，无胃脘痛胀，大便正常。脉弦细，苔薄。续方再进，以资巩固。守2005年7月18日方去代赭石、天龙，加生米仁15g，芙蓉叶15g，14剂。



释疑解惑

问：中医如何治疗反流性食管炎？

答：根据内镜下表现的不同，胃食管反流病（GERD）分为非糜烂性（内镜下表现正常）和糜烂性胃食管反流病，后者包括轻、中、重度反流性食管炎（镜下黏膜充血、水肿，或糜烂，或溃疡）及 Barrett 食管（病理显示柱状上皮替代鳞状上皮）。反流性食管炎，是一种较常见的胃食管反流病，可归属于中医“胃痛”、“呕吐”、“食痺”等范畴，该病多由于情志不畅、忧郁恼怒而使肝气不能正常疏泄，或因多食辛辣刺激及酸性食物、过度吸烟饮酒，热郁中焦，最终导致脾胃升降失调，胃气上逆，从而引起食后反胃、烧心泛酸、吞烟不利等症，若肝气郁滞，气滞痰结，还可出现胸咽部堵塞不适之感。因此，治疗应注意疏肝胆，调升降，和脾胃，清郁热。

问：胃食管反流病常与精神因素有关，如何进行辨证用药？

答：案一患者就是典型的与精神紧张有关的胃食管反流病。因工作压力而影响肝之疏泄，以致肝胃不和，气滞中焦而心烦焦虑、胃痛胃胀、嗝气则舒，故予陈皮、枳壳、川朴、八月札、大腹皮疏肝解郁，理气消胀；脾胃升降失调，胃气上逆致烧心泛酸，甚则恶心，则用旋覆花、代赭石、半夏、降香疏肝和胃，降逆止呕；气机不畅，肠道传导失司而大便秘结，予大腹皮、枳壳倍量，配以降香降气通腑；烧心泛酸加煅瓦楞、乌贼骨和胃制酸；口干口苦、舌红苔黄腻、脉弦为湿热内蕴之象，用生熟米仁、芙蓉叶、蒲公英清化湿热，消炎和胃。二诊时便秘未除，故加莱菔子以破气消导。三诊时苔腻化净，但已显虚象，故去化湿药物而加益气扶正之黄精、党参。该病较难控制，容易反复，疗程宜长，治疗半年左右才使肝气得疏，胃气和降而诸症皆平未发。

问：胃食管反流病可以引起咽炎咳嗽，中医辨证又有何不同？

答：胃镜表现阴性的非糜烂性胃食管反流病，其诊断主要依靠症状，可予诊断性治疗。案二患者由于缺乏典型的泛酸、胸痛等特征性反流症状，而以咳嗽为主要临床表现，故易被漏诊和误诊。仔细询问病史，斟酌其病因，患者咳嗽数月，抗感染治疗未获效验。虽见咳喘，氨茶碱用之亦无效。且咳



之发作以夜间平卧入睡尤甚，发病以来未见有痰，故疑其病因并非呼吸道感染。患者咳甚即吐，每于咳嗽发作之时，必有胁痛、暖气、口苦，且胃镜提示胆汁反流，胸片及血常规未见异常。故考虑其咳喘乃由胃内容物经食管反流至呼吸道所引起。中医辨证为肝郁气滞，胃气上逆所致。肝经本病，郁滞为多，症见口苦，胸胁胀满，甚则为痛；肝郁气逆，木胜侮金，肺失肃降，上冲咽喉，发为咳逆；木旺伐土，肝胃失和，暖气脘痛时作。今病之咳，非为肺之变，而责之于肝。本病当属中医之“脏咳”，正如《素问·咳论》云：“五脏六腑皆令人咳，非独肺也……肝咳之状，咳则两胁下痛，甚则不可以转，转则两胠下满。脾咳之状，咳则右胁下痛，阴阴引肩背，甚则不可以动，动则咳剧……”此病之证候，乃与经言相符，辨之有据。治以疏肝理气、降逆和胃为务，佐以肃肺。方用旋覆代赭汤与柴胡疏肝散化裁。方中香附、枳壳理气疏肝；白芍柔润养肝，与炙甘草相合，乃芍药甘草汤，以缓急止痛；海金沙利胆调肝；旋覆花、代赭石、降香下气止逆；半夏、陈皮、姜竹茹和胃降逆；并大剂量蒲公英、芙蓉叶、乌贼骨清热解毒，制酸护胃；杏仁降肺气，合莱菔子、瓜蒌仁行气润肠通便。诸药合用，共奏调肝、和胃、降逆以治咳之功。复诊之时，因其咳逆诸症已消，唯胁胀隐痛，苔白微腻，故去代赭石，加川朴以增强行气理滞化湿之功。

问：食管炎伴异型增生，用药有何特点？

答：案三患者食管糜烂严重且伴中度异型增生，因进食干饭时胸骨后有阻塞感，即中医所述之“噎膈”证，辨为痰气交结，瘀阻食管。复因食入胃脘作胀，乃脾气虚弱，中焦气滞，故治以降气化痰、开郁散结为主，兼以健脾理气。因考虑到病理检查见食管黏膜有中度异型增生，可能发生癌变，故在辨证论治的基础上，加用活血散结、清热抗癌之品。该案处方中旋覆花、代赭石、半夏化痰降气；八月札、陈皮理气消胀，八月札尚有抗癌作用；莪术、石见穿、天龙活血散结，配合半枝莲、白花蛇舌草、藤梨根等清热解毒药以治疗异型增生，防止癌变；黄芪、党参健脾益气以治本。

四、胆汁反流性胃炎

王某，女，46岁。2004年2月20日初诊。

近2个月来，时觉胃脘胀闷，餐后尤甚，伴暖气纳差，泛吐苦水，大便干结，3~5日一行，自服吗丁啉效果不显。1周前胃镜检查提示：胆汁反流性胃炎；病理报告：慢性活动性胃炎，伴灶性肠化。舌红苔薄黄，脉弦。辨证：肝胃不和，湿热蕴胆。治则：疏肝利胆，和胃化湿。处方：

柴胡 12g 郁金 12g 枳壳 30g 竹茹 12g 半夏 10g
陈皮 10g 降香 9g 炙鸡内金 12g 八月札 30g 義木
12g 菝葜 30g

二诊：2月27日。服药7剂，胃胀暖气好转，大便数日一行，余症同前。舌红苔薄黄，脉弦。守原方加生大黄（后下）9g，14剂。

三诊：3月13日。胃胀暖气缓解，胃纳亦增，泛吐苦水不显，大便偏溏。舌红苔薄白，脉弦。守2月27日方去竹茹、降香，改生大黄（后下）6g，加金钱草20g，14剂。

四诊：3月27日。自觉胃脘尚舒，纳可便调。舌红苔薄白，脉细。再守原意，守3月13日方，21剂。

上方加减治疗半年余，复查胃镜结果为浅表性胃炎，无胆汁反流，病理报告肠化消失。



释疑解惑

问：胆汁反流性胃炎的中医发病机制是什么？

答：胆汁反流性胃炎在临床上主要表现为持续性或频发性上腹胀闷、灼痛，餐后不缓解或加重，反复口干，或恶心，吐苦汁，吐后症状缓解不明显，伴暖气、纳差等症状。属于中医“胃脘痛”、“痞满”、“呕吐”、“胆瘴”等范畴。《灵枢·本输》曰：“胆者，中精之府。”内藏清净之液，名胆汁，其味苦，色黄绿，由肝之精气所化生，汇集于胆，泄于小肠，受约于肝。若肝



失疏泄，势必导致胆汁不循常道，上逆入胃，或肝气犯胃，胃气上逆，胆汁随之上行。如此肝胃不和，气机逆乱，湿热蕴胆，日久生瘀，遂成此病。《灵枢·四时气》所云“善呕，呕有苦，邪在胆，逆在胃，胆液泄则口苦，胃气逆则呕苦”，较为贴切地描述了本病的发病机制。

问：如何对本案进行辨证施治？

答：本例患者乃肝胃不和，中焦气滞，故见胃脘胀闷；湿热蕴胆，气机逆乱，则噯气，泛吐苦水，舌红苔薄黄，脉弦；肠道气滞，传导失司，则大便干结。治宜疏肝利胆，和胃化湿。予柴胡疏肝散加减。药用柴胡、郁金、枳壳疏肝利胆；陈皮、半夏、降香和胃降逆；黄芩、竹茹清热化湿；八月札、莪术、菝葜化瘀散结，抗肠化，防癌变。二诊时大便仍干，予生大黄以泻肝通腑。三诊时大便偏溏，则生大黄减量，加金钱草疏肝利胆。经过半年多中药调治，患者病情完全缓解，胆汁反流及肠化均瘥。

五、贲门失弛缓症

吴某，男，60岁。2005年6月6日初诊。

患者有吞咽困难史数年，曾在台北某医院行食道吞钡摄片，诊断为“贲门失弛缓症”，服用西药效果不显。刻下：进食不顺，有梗噎感，只能进食流质。如进食过快或进半流质，稍有不顺，即有泛吐、胸闷不适或疼痛，胃纳尚可，大便1~2日一行，量少，口干苦。苔根黄腻，脉小弦。辨证：湿热中阻，气机阻滞。治则：清化湿热，调畅气机，和胃降逆，兼以养心安神。处方：

川连4.5g 半夏10g 陈皮10g 茯苓15g 姜竹茹
12g 枳壳30g 八月札15g 郁金15g 白芍30g
炙甘草15g 淮小麦30g 大枣5枚 降香9g 旋覆花
(包煎)12g 玄胡15g

二诊：6月20日。服药14剂，进食后阻塞感稍缓，偶有泛吐泡沫样液体，无胸痛，大便尚调。脉小弦，苔根黄腻。再拟上方增入燥湿之品，即上

方去玄胡，加苍白术（各）12g，沉香3g，14剂。

三诊：7月4日。进食时已比较顺畅，未见呕吐，偶有气上冲，大便日行1~2次，欠实。苔脉同上。再守原意，守6月6日方去玄胡，加苍白术（各）12g，沉香3g，炒扁豆12g，改白芍45g，14剂。

四诊：7月25日。因无大变化，续服7月4日方，14剂。

五诊：8月8日。进食偶有不顺，或气上冲，腹稍胀，矢气则舒。苔脉同上。续方再进，守6月6日方，去玄胡、茯苓，改川连6g，炙甘草10g，加苍白术（各）12g，藿佩（各）12g，沉香3g，代赭石（先煎）15g，14剂。

六诊：8月22日。病情基本如前，苔脉同上。续服8月8日方，14剂。

七诊：9月5日。近来进食已顺畅，已能进干饭，未见泛吐及梗阻感，胃不痛，亦无灼热感，大便正常，苔根薄黄，脉小弦。仍拟上方增损，以资巩固。因欲回台湾，要求多带些药。守6月6日方，去玄胡、茯苓，加沉香3g，代赭石（先煎）15g，30剂。



释疑解惑

问：贲门失弛缓症临床比较少见，请您谈谈对该病例的治疗体会？

答：贲门失弛缓症的确较少见，其病因迄今尚未完全明了。它是一种由于吞咽食物后，食管下端括约肌不能松弛，压力升高，以致食物滞留于食管，以吞咽困难、胸部疼痛或阻塞感、泛吐食物等为主要临床表现的疾病。属于中医“噎膈”范畴，早在《临证指南医案·噎膈反胃》中就指出：“……食管窄隘使然。”本例患者吞咽困难，初诊时仅能进食流质，稍有不顺，即欲泛吐，因其口干口苦，舌苔黄腻，故辨证为湿热中阻，气机不畅。治拟清化湿热，调畅气机，和胃降逆为主。方取黄连温胆汤加减。方中黄连清化湿热；半夏、陈皮、茯苓、姜竹茹、旋覆花、郁金化痰开郁，降逆和胃；枳壳、八月札、降香降逆下气；白芍、甘草缓急解痉。考虑到患者久病情志抑郁，故加甘麦大枣汤养心安神。服14剂即见效验，后经患者坚持服药，终获缓解。



六、胃癌

案一 俞某，男，75岁。2007年3月21日初诊。

患者有慢性萎缩性胃炎史多年，1周前胃镜复查病理示：胃黏膜炎症(+)，肠化生(+++)，黏膜上皮见小堆印戒样细胞，诊断为胃印戒细胞癌。因合并帕金森病未行手术治疗，亦未做化疗。现双手颤抖，胃纳欠佳，食后稍胀，无明显胃痛，大便质干，3日一行。目前仍服小剂量抗帕金森病西药。脉沉细，苔薄白。辨证：脾胃虚弱，痰瘀凝滞。治则：益气健脾，化痰通腑。处方：

炙黄芪 30g 太子参 30g 白术 15g 猪茯苓 (各) 15g
 半夏 9g 陈皮 9g 八月札 30g 莱菔子 30g 莪术 15g
 瓜蒌仁 30g 火麻仁 30g 藤梨根 30g 枳实 30g 肉
 苁蓉 15g 天龙 3g 白花蛇舌草 30g 生米仁 30g 灵
 芝 15g 炙鸡肉金 12g

二诊：4月10日。服药7剂，患者胃纳增加，暖气减少，胃不痛，胃胀亦瘥，口干，大便2~3日一行，质偏干。脉沉细，苔薄白。治拟上方增入养阴润肠之品，即上方加麦冬15g，决明子15g，10剂。

三诊：4月22日。患者胃纳尚可，暖气少，不痛，多食稍胀，咽干，大便仍2~3日一行，偏干。脉沉细，苔薄。患者仍服小剂量治疗帕金森病药。再守原意，3月21日方加麦冬15g，决明子30g，生大黄(后下)3g，改天龙为4.5g，7剂。嗣后，因大便始终不畅，在处方中又增入生地、桃仁、生首乌、望江南等。生大黄改至6~9g，续服。大便渐至1~2日一行，稍畅。

四诊：11月13日。患者胃纳一般，无明显作胀，大便量多，2日一行，渐畅，口干，夜尿多。脉沉细，苔薄。仍宗原意。处方：

炙黄芪 30g 太子参 30g 茯苓 15g 猪苓 15g 半夏
 9g 陈皮 9g 八月札 30g 枳实 30g 莱菔子 30g
 莪术 15g 瓜蒌仁 30g 火麻仁 30g 藤梨根 30g 天

龙 4.5g 白花蛇舌草 30g 生首乌 30g 灵芝 15g 生
大黄（后下） 6g 望江南 30g 蚕茧 9g

五诊：2009年3月1日。上方加减服药至今。患者纳可，仍较乏力，胃无胀痛及其他不适，大便2日一行，尚调，双手仍有轻微震颤。脉沉细，苔薄。病情稳定，毋庸更张，仍拟上方增入化痰散结、息风定惊之品。处方：

炙黄芪 30g 太子参 30g 半夏 9g 陈皮 9g 八月札
30g 枳实 30g 莱菔子 30g 莪术 15g 火麻仁 30g
瓜蒌仁 30g 决明子 30g 大腹皮 30g 肉苁蓉 15g
天龙 4.5g 藤梨根 30g 白花蛇舌草 30g 生米仁 30g
灵芝 15g 生大黄（后下） 6g 生首乌 15g 炙僵蚕 9g
生南星 9g

案二 冯某，女，76岁。2006年5月29日初诊。

患者半年前行胃窦管状腺癌根治术，术后因白细胞偏低未行辅助放化疗。既往有高血压病、糖尿病、脑梗死史。刻下：头晕、汗出、乏力明显，纳欠佳，胃不胀，大便日行2次，多成形，偶偏溏。查血常规：白细胞 $3.0 \times 10^9/L$ 。舌质紫暗，有瘀斑，苔薄白，脉弦细。辨证：脾胃虚弱，痰阻血瘀。治则：健脾益气，化痰活血。处方：

生黄芪 15g 党参 12g 白术 12g 猪茯苓（各） 12g
怀山药 30g 半夏 10g 陈皮 10g 防风 12g 瘪桃干
12g 丹参 30g 莪术 15g 红花 10g 八月札 30g
枳壳 15g 炙鸡内金 12g 焦楂曲（各） 12g 砂仁
（后下） 6g 木香 10g 藤梨根 30g

二诊：6月5日。服药7剂，纳稍增，头晕减，仍汗出，胃不胀，大便可。舌质紫，苔薄白，脉弦细。守方，生黄芪加大剂量为30g，另加生米仁15g，再服14剂。

三诊：6月19日。病情大减，间有不适，纳可，大便正常。查血常规：白细胞 $3.5 \times 10^9/L$ 。舌质边暗紫，苔薄，脉弦细。5月29日方去瘪桃干、防风、红花，加茜草30g，菝葜15g，续服14剂，以继前功。



目前，病情稳定，定期随访中。

案三 王某，女，62岁。2005年3月4日初诊。

患者半年前行胃癌根治术，此后即反复呕吐不止，日吐十余次，或夹食物，或为清水，甚则食入即吐，饮食难进，消瘦明显，精神萎靡，乏力口干，情志抑郁，大便不畅，夜寐梦扰。舌红，苔少而滑，脉弦细数。辨证：脾胃气阴亏虚，痰饮内停，气郁伤神。治则：健脾益胃助运，化饮降逆止呕，理气解郁安神。处方：

太子参 15g 白术 12g 茯苓 12g 半夏 10g 陈皮 10g
 麦冬 12g 石斛 15g 郁金 15g 八月札 15g 枇杷叶
 (去毛包煎) 9g 竹茹 9g 旋覆花 (包煎) 9g 干姜
 3g 炙甘草 9g 淮小麦 15g 大枣 9g

二诊：3月11日。服药7剂，呕吐未有明显好转，纳谷不馨，余症同前。谨守病机，击鼓再战。上方加谷麦芽(各)12g，14剂。

三诊：3月25日。药后每日呕吐6~7次，能少量进食，余症基本如前。舌红，苔少，脉弦细数。仍守原法，上方再进14剂。

四诊：4月8日。呕吐次数又见减少，日吐3~4次，饮食仍少，精神抑郁稍缓，夜寐稍安。苔脉同前。治宗原意。处方：

太子参 15g 炙黄芪 15g 白术 12g 茯苓 12g 半夏
 10g 陈皮 10g 麦冬 12g 石斛 15g 郁金 15g 竹
 茹 9g 旋覆花 (包煎) 9g 谷麦芽 (各) 12g 砂仁
 (后下) 6g 炙甘草 9g 淮小麦 15g 大枣 9g

谨守证治，调治半年余，患者呕吐基本已止，仅偶发，进食量逐步增加，口干乏力好转，体重增加，精神转佳。

释疑解惑

问：案一患者因身体原因不考虑手术，用扶正药物是否会助长其胃部癌细胞发展？

答：治疗胃癌应提倡整体观念及辨证论治。总的原则是扶正祛邪，并根

据辨证考量正虚邪实的孰轻孰重而有所侧重，强调顾护正气为主。胃癌的发生发展，是个因虚致实，因实更虚的恶性斗争过程，绝大多数肿瘤患者在经过病邪的消耗和（或）手术的创伤后，处于一种精血不足的状态。因而，补脾胃、滋化源成为治疗此类病人的第一要务。扶正药物不仅不会助长癌细胞发展，还有抑制实体瘤的作用。黄芪，《本草纲目》称之为“补药之长”，历代医家将其列为补脾胃的第一要药。这里特别强调要重用黄芪为君，用量一般在30g以上。通过大剂量益气健脾药物的运用，以达到扶助正气、培植本元、“养正除积”的目的。

癌肿是全身性疾病的局部表现，通常是全身属虚，局部属实的本虚标实之病证。所以在治疗过程中，不仅要重视整个机体的抗病能力，也不能忽视局部病灶的消除。治疗时除了强调“补中”外，还要针对局部，不忘驱邪。在治疗上多用天龙、莪术、白花蛇舌草、藤梨根、八月札等活血化瘀，行气解郁，清热解毒；对有痰结者常用半夏、南星、茯苓、猪苓、米仁等化痰导浊。

此外，患者有帕金森病史，开始虽有震颤，但为了抓主要矛盾，故未用药。患者自己因担心抗帕金森病药物可能对胃造成影响，故中间自行停药。经过两年治疗，胃癌病情尚属稳定，为改善震颤症状，而加炙僵蚕、生南星等息风之品。

问：胃癌术后正气亏虚明显者，如何兼顾施用扶正与祛邪药物？

答：胃癌多正虚邪实，手术之后则以正虚为主。案二患者所诉主症，皆为脾胃气虚之表现，而查其舌脉，表现为瘀血内结，瘀久而热毒渐生，阻碍气机的流通。故方中以黄芪、党参、白术、茯苓、怀山药健脾益气；八月札、藤梨根、丹参、红花、莪术等清热活血；枳壳、砂仁、木香、陈皮理气畅中；鸡内金、楂曲消积导滞。扶正佐以攻邪，相辅相成，做到补而不滞、滋而不腻、清而不寒、行而不散，最终取得显著疗效。

问：案三患者胃癌术后反复呕吐，是否考虑与情绪有关而用甘麦大枣汤？

答：对。本案胃癌手术后，病程日久，脾胃亏虚之象显见，同时因久病致郁，病及心肝，而见精神抑郁、夜寐梦扰等肝郁不舒，心神失养之证。故当脾、胃、心、肝同治，用药宜轻疏灵动，以使脾胃恢复纳谷运化之机。组



方参合麦门冬汤、小半夏汤、橘皮竹茹汤、甘麦大枣汤化裁。本案二诊、三诊时病情改善并不明显，但辨证准确，不宜频频更迭，当谨守病机治法，终获良效。

七、溃疡性结肠炎

案一 邵某，男，40岁。2001年11月22日初诊。

反复腹痛，解黏液脓血便2年余，加剧1个月。患者2年多来，反复左下腹痛，排便欠实，日行1~2次，时有黏冻及少量脓血，便后腹痛尚减，无里急后重，不发热。曾于1999年12月14日在外院做肠镜检查，结果提示为“溃疡性结肠炎（左半结肠）”。口服柳氮磺胺吡啶（SASP）治疗已1年，目前用量为每次4g，1天4次，但效果不显，病情时轻时重。近1个月来腹泻加剧，每日3~4次，便质稀薄，夹有黏冻及脓血，便前腹痛，便后则减，胃纳一般，神疲乏力，舌质红，苔根薄黄腻，脉细带弦。辨证：脾胃虚弱，运化失司，湿热蕴肠，气机不畅，络脉损伤，血溢于外。治则：健脾助运，清肠化湿，理气消滞，凉血止血。处方：

炙黄芪30g 党参12g 白术12g 茯苓15g 陈皮10g
木香10g 黄连4.5g 马齿苋30g 生地榆30g 槐花
12g 白及4.5g 枳壳12g 白芍12g 生甘草6g

外用清肠栓，每天1次，每次2支，临睡前纳肛。并嘱SASP逐渐减量。

二诊：12月14日。服药14剂，腹痛减轻，腹泻次数减至每日1~2次，大便糊状，偶有黏冻，无脓血，肠鸣间作，纳可寐安，仍觉乏力，舌质偏红，苔薄腻，脉细弦。SASP已减至1天3g。予原方，改白芍20g，加益智仁12g，芡实12g，14剂。外用清肠栓，每天1次，每次2支，临睡前纳肛。并嘱SASP继续减量。

三诊：2002年1月11日。便软成形，日行1次，偶有腹痛，无黏冻及脓血，神疲乏力好转，舌苔腻渐化，脉细，余症同前。SASP已减至1天2.25g。治守原法，予11月22日方去槐花，改白芍30g，加益智仁12g，补骨脂30g，

怀山药 30g，14 剂。外用清肠栓，每天 1 次，每次 2 支，临睡前纳肛。

四诊：2 月 22 日。大便 1 次，成形，无腹痛，无黏冻及脓血，精神尚可，舌苔薄白，脉细。SASP 减至 1 天 1.5g。再予 11 月 22 日方去槐花，改白芍 30g，加益智仁 12g，补骨脂 30g，生熟米仁各 15g，14 剂。外用清肠栓，每天 1 次，每次 2 支，临睡前纳肛。

此后，患者又坚持服用上方并外用清肠栓 4 个月，SASP 逐渐减量最后停药，始终稳定未发。6 月 21 日肠镜复查，显示溃疡性结肠炎缓解。

案二 林某，女，52 岁。2005 年 6 月 1 日初诊。

反复便血 5 年，2005 年 5 月在浙江台州某医院做肠镜提示：直肠黏膜多处出血点伴糜烂，诊断为溃疡性直肠炎。予口服柳氮磺胺吡啶（SASP），每日 3g，并以该药 1g 每晚灌肠，刻下大便日行 2~3 次，尚成形，但仍伴黏液血便，血色鲜红，胃纳可，有肾结石病史。因口服上药后胃痛而欲改用中药。脉弦细，苔薄。辨证：脾气虚弱，湿热蕴结于肠，肠络受损。治则：健脾益气，清热化湿，凉血止血。处方：

炙黄芪 30g 党参 15g 白术 12g 半夏 10g 陈皮 10g
白芍 15g 生甘草 10g 马齿苋 30g 秦皮 15g 生地
榆 15g 白及 3g 金钱草 30g 石韦 15g 枳壳 30g
木香 10g 苦参 15g

另：清肠栓 20 支，每晚 1 支，纳肛。停用 SASP 口服及灌肠。

二诊：6 月 15 日。服药 14 剂，同时停用西药，便血已止，大便日行 4~5 次，溏薄，伴腹部隐痛，纳可。脉细弦，苔薄白。再予上方出入，即守上方去金钱草，改白芍 30g，枳壳 15g，加益智仁 12g，21 剂。清肠栓 30 支，每晚 1 支，纳肛。

三诊：7 月 6 日。便血未见，大便日行 3~4 次，不成形，腹痛已缓解，但稍有腹胀，肛门不适。脉弦细，苔薄白。仍守原意，守 6 月 1 日方去金钱草、石韦，改白芍 30g，加益智仁 12g，大腹皮 12g，28 剂。清肠栓 30 支，每晚 1 支，纳肛。

四诊：8 月 10 日。大便日行仍有 3~4 次，不成形，无血便，腹不痛，



肛门有下坠感。脉弦细，偶结代，苔薄白。再守原方增损。处方：

炙黄芪 30g 党参 15g 白术 12g 半夏 10g 陈皮 10g
白芍 15g 马齿苋 30g 苦参 15g 益智仁 12g 赤石
脂(包煎) 15g 生地榆 15g 白及 3g 葛根 15g 芡
实 12g 木香 10g 砂仁(后下) 6g

另：清肠栓 30 支，每晚 1 支，纳肛。

五诊：9 月 9 日。服药 28 剂，大便日行 1~2 次，成形，无脓血，无腹痛。患者于 8 月 31 日在台州某医院复查肠镜，结果提示：正常肠黏膜。脉弦细，偶结代，苔薄。再守原意，守 8 月 10 日方去赤石脂，加枳壳 15g，良姜 4.5g，28 剂。清肠栓 30 支，每晚 1 支，纳肛。

案三 吴某，女，61 岁。2006 年 7 月 5 日初诊。

便秘、腹痛 3 年余。患者平素时有大便干结，排便不畅。3 年前，上述症状加重，大便 2~3 日 1 行，干结难出，时有脐周腹痛，遂于 2004 年 5 月 21 日到某医院就诊，做肠镜示：全结肠糜烂，散在多发性大小不等溃疡，覆有脓苔。诊断为溃疡性结肠炎。口服柳氮磺胺吡啶(SASP)治疗 1 年余，便秘、腹痛症状未见明显改善。去年年底于某医院复查肠镜示：全结肠充血、糜烂，散在溃疡，结肠多发性息肉(未摘除)。续服 SASP 抗感染治疗，便秘症状仍未得到改善。近 3 个月来，患者服 SASP 后出现周身皮肤瘙痒难忍，日夜无休，痛苦不堪。患者因不能耐受上述西药治疗，遂来我院就诊。刻诊：患者神情倦怠，大便 2 日一行，质地干结，临厕无力，并诉昨日脐周腹痛不已，皮肤干燥，瘙痒尤甚，夜寐不宁。自云发病以来，未曾有腹泻、黏液脓血便。脉细弦，苔薄黄。辨证：热毒内蕴，气虚肠燥。治则：清肠解毒，益气润肠。处方：

炙黄芪 30g 党参 15g 半夏 10g 陈皮 10g 枳实 30g
莱菔子 30g 火麻仁 30g 瓜蒌仁 30g 决明子 30g
莪术 15g 马齿苋 30g 苦参 12g 地肤子 15g 白芍
20g 茯苓 30g 枣仁 30g 生甘草 6g

另：清肠栓 1 支，每晚纳肛。

二诊：8月4日。患者服上方加减用药1个月，大便已畅，量不多，1~2日一行，偶有下腹胀。未曾出现腹痛及黏液脓血便，皮肤瘙痒亦渐好转。守初诊方，去苦参，加大腹皮15g；清肠栓，每晚纳肛。嘱择期行肠镜复查。2006年8月23日肠镜回报示：慢性结肠炎、结肠多发息肉。当日进行肠镜下电灼治疗，手术顺利。

三诊：2007年9月21日。患者经用中药间断性调理1年余，病情平稳。大便如常，每日一行，质软通畅，无黏液脓血便，未诉腹痛诸不适。时口干，脉细弦，苔薄白边有瘀斑。并嘱行肠镜复查，回报：全结肠未见异常改变。守初诊方，去莪术、地肤子，改白芍15g，加麦冬15g，28剂，以巩固疗效。并续以清肠栓每晚纳肛。患者欢喜言谢，遂返崇明农家。



释疑解惑

问：溃疡性结肠炎中医辨证是否多为脾虚湿热兼瘀？如何治疗？

答：对，溃疡性结肠炎临床最常见的中医证型是脾虚湿热兼瘀型。比如案一患者中医辨证属脾胃虚弱而肠中湿热瘀滞，复因脾弱肝旺，肝气犯脾，乃虚实夹杂之证。此类患者临床颇为多见。治宜健脾助运、清肠化湿、理气消滞、凉血止血，虚实兼顾，扶正祛邪并施。予六君子汤、痛泻要方、香连丸诸方配合加减，疗效显著。可用党参、白术、茯苓、甘草益气健脾，和中化湿。气虚明显，故重用黄芪，但兼有气滞湿阻而腹痛腹胀，苔腻纳少者，则需同时加枳壳破气消胀，以免满中。对于便前腹痛，便后则减之肠易激现象，多考虑为脾虚肝旺所致，一般予痛泻要方、芍药甘草汤，常可获效。理气则用陈皮、木香之类，以助脾胃之运化。若肠中湿热留恋，便下夹有黏冻，当选香连丸、葛根芩连丸等，以苦化湿热，清肠止痢。久泻便有脓血，可加马齿苋或白头翁、黄连以清热解毒。凉血止血首选生地榆、槐花。白及乃收敛止血之品，无论虚证实证，属寒属热均可使用，该药不仅止血力强，还可保护胃肠黏膜。益智仁、芡实有收敛止泻之功，一般腹泻，均可用之。本案初诊用白芍12g，柔肝抑肝，酸以缓急，二、三诊时逐渐加量至30g，则酸缓力宏，痛泻速止。三、四诊时湿热之邪渐退而加强扶正，故用补骨脂、怀山药、生熟米仁，旨在健脾益肾，补虚而不碍邪。



问：治疗溃疡性结肠炎一定要口服给药联合直肠给药吗？

答：溃疡性结肠炎病变虽可累及全结肠，但如果病变仅在右半结肠，只要口服给药即可。但约80%甚至更多的溃疡性结肠炎患者病位往往局限于直肠、乙状结肠，此类患者口服用药有时效果不及局部用药，因为直肠给药药物直达病所而疗效好、起效快。因此，以清热解毒，凉血止血为主要作用的纯中药自制栓剂，即清肠栓，局部纳肛治疗左半结肠以下的远端溃疡性结肠炎，效果理想，总有效率约90%左右，明显优于柳氮磺胺吡啶片。但是用药的时间应较长，即使完全缓解了，肠镜复查后肠黏膜基本恢复正常，仍不能掉以轻心，必须维持治疗，然后逐步递减，以防止复发。在局部用药的同时，予以口服中药，取标本兼顾，内外同治之意。比如案二患者为溃疡性直肠炎，局部治疗尤其重要，配合汤药疗效更佳。处方中黄芪、党参、白术健脾益气以扶正；马齿苋、秦皮清热解毒；生地榆、白及凉血收敛止血；苦参清化湿热；白芍、甘草缓急止痛；枳壳、木香、半夏、陈皮理气和胃；同时配以排肾结石之金钱草、石韦。口服中药不但具有治疗作用，而且对于预防该病的复发也具有很重要的意义。

问：溃疡性结肠炎不一定都会腹泻，也会有便秘者，该如何治疗？

答：溃疡性结肠炎的典型临床表现为腹泻、腹痛、黏液脓血便伴有里急后重，同时可有不同程度的全身及肠外症状，如贫血、关节炎、口腔复发性溃疡等。虽然腹痛、黏液脓血便是本病的重要表现，但偶尔少数患者只有便秘，并以此为就诊主诉，这是病变引起直肠排空功能障碍所致，故对于这部分患者易于误诊或漏诊。案三即属于较为少见的便秘型溃疡性结肠炎。

溯本求源，溃疡性结肠炎当隶属于中医学“肠澼”、“肠泄”、“大瘕泄”等范畴。如《素问·太阴阳明论》中提出：“饮食不节，起居不时，则阴受之。阴受之则入五脏，入五脏则胀满闭塞，下为飧泄，久为肠澼。”又如《难经》中云：“大肠泄者，食已窘迫，大便色白，肠鸣切痛；小肠泄者，溲而便脓血，少腹痛；大瘕泄者，里急后重，数至圜而不能便，茎中痛。”我认为，本病的发生与六淫邪气、饮食不节、起居不时及先天禀赋不足所致脾气虚损有关，其中尤以饮食、起居最为重要。诸因素导致脾气受损，运化失司，水谷不能化生精微，反为湿浊下趋于肠，为泄为利；湿热内蕴，气血凝

滞，瘀阻肠道，血败肉腐，成痈成疡，下痢赤白脓血；气机不畅，腑气不通，而为腹痛，里急后重。若湿热瘀毒留伏不去，耗伤气阴，以致津枯肠燥，传导失司，亦可导致便秘。如是病证反复，缠绵难愈。故本病病位在大肠，发病与脾胃尤为密切，并涉及肝肾。究其病机总属本虚标实，脾虚为本，而湿浊、热毒、瘀血诸邪相合而为病之标。治疗本病应注重辨病与辨证相结合，衷中参西，融会贯通，治疗有的放矢。诚如张锡纯在《医学衷中参西录·自序》中所云：“然斯编于西法非仅采用其医理，恒有采其化学之理，运用于方药中者，斯乃合中西而融贯为一。”

案三患者以耕田务农为生，年已六旬，以致气阴两伤，肠道津枯，故大便日渐干结。又家住崇明海岛，海风吹袭，湿邪尤甚，加之喜食海鲜蚌蟹，脾胃之气倍伤。肠道本已津枯，湿邪乘虚而入，久之湿热内蕴，更伤气阴，传导失司，气血失畅，故便秘与腹痛交作，甚于先前。患者服西药两年不效，又出现药物过敏症状，徒伤已耗之气阴，故见神疲乏力、口干、皮肤皴干、瘙痒难忍。综上所述，本病证辨之当属热毒内蕴，气虚肠燥。治以清肠解毒，益气润肠。处方重用黄芪，合党参共奏健脾补气之效，陈皮合半夏共奏和胃理气之功，茯神配枣仁健脾安神，如是脾得升清，胃得降浊，中州健安，气血方生，湿邪自化。火麻仁、瓜蒌仁、决明子润燥通便，更配枳实、莱菔子行气运肠，白芍合生甘草缓急止痛，又蕴酸甘化阴之功，如是阴血得生，肠道得润，气血得通，则便秘腹痛得解。莪术、苦参、马齿苋共清肠道湿热瘀滞，加用地肤子化燥止痒。治疗该病，本人倍赏马齿苋清肠解毒之功，剂量宜大，多用至30g以上。从临床疗效来看，马齿苋清热解毒止痢之功尤佳，且较芩、连苦寒败胃之弊为弱。全方扶正与祛邪兼顾，温清共用，通补兼施。究其缘由，是把握住溃疡性结肠炎的病机属本虚标实，脾虚为本，而湿浊、热毒、瘀血诸邪相合而为病之标。用药则标本兼顾，有所侧重，尤其注重培补脾胃运化之源，否则纯用苦寒祛邪之品或行气消导之物，则脾胃之气更伤，湿热瘀毒必不能化。而在后续随诊过程中，无不根据病情之变化，用药随证加减，如患者腹胀，则去苦寒滞胃之苦参，加行气消胀之大腹皮；口干阴伤明显，则加用麦冬益胃生津。



八、克罗恩病

尹某，女，47岁。2006年1月18日初诊。

反复腹泻、便血2月余，大便日行3~4次，质溏，夹有暗红色血及黏液，伴有腹部胀痛较甚，低热，消瘦，乏力，胃纳不佳，面色苍白，舌偏红，苔薄黄腻，脉弦细滑。肠镜检查示：结肠克罗恩病。血常规示：血红蛋白62g/L，红细胞 $2.86 \times 10^{12}/L$ 。辨证：脾气亏虚，湿毒内蕴。治则：健脾化湿，清热解毒，凉血止血。处方：

炙黄芪30g 党参15g 白术15g 带皮茯苓30g 浮
 夏10g 陈皮10g 生熟米仁(各)15g 马齿苋30g
 生地榆30g 白及6g 枳壳30g 大腹皮15g 木香
 10g 砂仁(后下)6g 白芍15g 生甘草6g 玄胡
 15g 五味子9g

二诊：1月27日。服药7剂，血便减少，仍有黏液，夜间大便次数较多，时有便意，腹部疼痛缓解，但仍胀满。舌偏红，苔根薄黄，脉弦细滑。治宗原意。原方去生熟米仁、玄胡、五味子，加败酱草15g，秦皮15g，煨葛根30g，肉果12g，14剂。

三诊：2月10日。血便基本消失，偶夹黏液，大便日行3次，不实，腹部胀满减轻，胃纳转馨。舌淡红，苔薄白，脉弦细。谨守病机，原法续进，1月18日方去带皮茯苓、生熟米仁、玄胡、五味子，加茯苓15g，煨葛根30g，肉果12g，益智仁12g，14剂。

上方加减连续服药2个月后，血便及黏液消失，大便成形，日行1~2次，腹部偶有胀痛，乏力缓解，体重增加。复查血常规示：血红蛋白92g/L，红细胞 $3.65 \times 10^{12}/L$ 。续以健脾益肾清肠方调治，巩固疗效，防止复发。



释疑解惑

问：克罗恩病的治疗是否比溃疡性结肠炎更难？

答：对。无论用中药还是西药，治疗克罗恩病所需的疗程往往比溃疡性结肠炎更长，且起效更慢。克罗恩病在中医学中可属“便血”、“腹痛”、“痢疾”、“泄泻”等范畴，病变涉及脾、胃、肾、大小肠等诸脏腑，其病机关键为本虚标实，本虚为脾虚或脾肾亏虚，标实为湿、毒、瘀。虽然在疾病的不同阶段，虚实主次地位不同，而有治标治本之别，但除非湿毒征象十分明显，即便是发作期，在治疗上亦当攻补兼施。本案见便血及黏液、低热、舌红苔黄腻等标实之象明显，但同时脾虚之象迭现，当属本虚标实，标本并重。故治宜健脾化湿，清热解毒，标本同治。患者虽便次较多，但此时不宜过分收涩，以免“闭门留寇”。本病病位在肠，“腑以通为用”，湿毒蕴积，必然影响肠腑通降，故每多结合行气之品，一则缓解腹部胀痛之症，二则恢复肠腑通降之职，亦有利于腹泻诸症的缓解。病情得以控制后，当转为治本为主，长期调治。但应注意本病特点为湿、毒、瘀等病理产物不易尽除，常缠绵潜伏，而成为病情反复的重要病理因素，故处方用药尚需酌情兼顾。

九、肠易激综合征

案一 王某，男，56岁。2005年6月10日初诊。

近两年来反复腹泻，每于晨起而作，日行3~4次，或便次更多，尤以外出时为甚，大便稀溏，甚如水样，无脓血，便前肠鸣，腹痛间作，胃纳欠佳，多食作胀。舌淡红，苔花剥，根部薄腻，脉弦细。曾查肠镜未见明显异常。西医诊断为“肠易激综合征”。辨证：脾虚肝旺，木乘阴土，运化失司，久则脾阴受戕。治则：健脾化湿，柔肝抑肝，酸甘化阴。处方：

炙黄芪 15g 太子参 30g 炒白术 15g 茯苓 15g 熟
米仁 15g 白扁豆 15g 怀山药 30g 白芍 15g 防风
12g 陈皮 10g 半夏 10g 炒枳壳 15g 炙乌梅 9g



益智仁 12g 生甘草 6g

二诊：6月17日。服药7剂，大便次数减少，日行2次，便溏好转，肠鸣腹痛减轻，胃纳仍不佳。舌淡红，苔花剥，脉弦细。方证相宜，治宗原意，上方出入续进。处方：

炙黄芪 15g 太子参 30g 炒白术 15g 茯苓 15g 熟
米仁 15g 怀山药 30g 白芍 15g 防风 12g 陈皮 10g
半夏 10g 炒枳壳 15g 炙乌梅 9g 益智仁 12g 焦楂
曲(各) 12g 生甘草 6g

三诊：7月1日。服药14剂，大便日行1次，成形，肠鸣腹痛消失，胃纳转佳。舌淡红，苔花剥，脉弦细。守原法，上方加石斛30g。

连服1个月后，患者病情稳定，大便基本保持正常。

案二 余某，男，31岁。2006年5月22日初诊。

患者有慢性腹泻病史1年余。结肠镜检查未见肠道器质性病变，西医诊断为“肠易激综合征”。每遇工作繁忙或者精神紧张时易发作，腹泻多发生于晨起及餐后。便前少腹拘挛疼痛，便意急迫，排便后腹痛缓解。每日排便3~4次，先实后溏，甚则如水样。舌红，苔薄白，脉弦细。辨证：肝气乘脾 治则：抑肝扶脾。处方：

白术 15g 白芍 15g 防风 15g 陈皮 9g 柴胡 9g
玄胡 15g 炙乌梅 9g 益智仁 12g 五味子 15g 葛根
15g 党参 10g 怀山药 15g 生甘草 6g

二诊：5月29日。服药7剂，腹痛基本已除，大便每日1~3次，仍溏。舌红，苔薄，脉弦细。原方去玄胡，改白芍30g，炙甘草15g，加大枣9g，淮小麦30g，14剂。

三诊：6月5日。无腹痛，大便每日1~2次，糊状，夜寐欠安。苔薄白，脉弦细。仍宗前法加减。

随访数月，病情尚稳。



释疑解惑

问：肝脾失调是腹泻型肠易激综合征的主要病机吗？

答：是。腹泻型肠易激综合征归属中医学“泄泻”范畴，临证常见痛泻并作，泻责之于脾，痛责之于肝，肝责之于实，脾责之于虚，肝实脾虚，肝脾失调是本病的主要病机。故治疗重在抑肝扶脾。

问：案一患者表现为五更泄，为何不用四神丸？

答：一般认为五更泄就是肾阳亏虚而予四神丸治疗，殊不知五更泄不能单纯责之于肾阳虚衰，肝木过旺，乘伐脾土者亦有之，临证不能不详加辨析。本案患者并无肾虚之象，当属肝旺乘脾，故以疏肝健脾立法处方，而仅以益智仁一味，以收温涩之功。本案脾阴有伤，但脾湿在先，用药机巧在于化湿不用温燥，以免伤阴；补阴不用滋腻滑润，以免碍湿滑肠，反使泄泻加剧。而施茯苓、米仁淡渗利湿，石斛甘平养阴厚肠，乌梅、白芍、甘草酸甘化阴，且乌梅尚有收敛之功。

问：案二辨证用药有何特点？

答：案二患者为青年白领，平时工作紧张，精神压力较大，每次腹痛腹泻发作皆与之有关，其腹痛均以少腹为主。少腹为足厥阴肝经所循行之处，加之脉弦细，这些都为肝气郁结的表现。肝木之气乘脾，脾失健运，清阳不升，精微流注大肠，表现为便溏，甚则水泻。故属于肝气乘脾之泄泻，所以治疗当以抑木扶土为主，方用痛泻要方加减。方中以白芍柔肝缓急；柴胡、玄胡疏肝理气；白术、党参、怀山药健脾扶土；配以乌梅、五味子酸敛收涩之品以涩肠止泻；甘草合白芍能缓急止痛。二诊合以甘麦大枣汤更增养血安神之效，起到舒缓紧张情绪的作用。

十、功能性便秘

案一 吴某，男，74岁。2005年4月8日初诊。

患者大便秘结5年余，多为4~5日一行，质干，甚如羊屎状，努挣乏



力，少有便意，腹满，胃纳不佳，食后腹胀，时有口苦。舌淡红而干，苔薄黄，脉弦细。曾查肠镜未见异常。辨证：气阴不足，气机郁滞，兼有化火。治则：益气养阴，行气通便，佐以清火。处方：

炙黄芪 30g 太子参 30g 生白术 12g 生地 15g 麦冬 12g 玄参 15g 枳壳 30g 木香 10g 陈皮 10g 降香 9g 莱菔子 15g 知母 12g 望江南 30g 火麻仁 30g 全瓜蒌 30g

二诊：4月15日。服药7剂，大便已能2日一行，初硬后软，仍努挣乏力，腹部胀满减轻，口苦缓解。舌淡红，苔薄黄，脉弦细。证属气阴两亏，气机不畅。治宜益气养阴，调气润肠通便。原方去知母，加升麻6g，生首乌30g，14剂。

三诊：4月29日。大便已畅，1~2日一行，质不干，无腹胀。舌淡红，苔薄白，脉弦细。治宗原意。4月8日方去莱菔子、知母、望江南，加升麻6g，生首乌30g，14剂。

续治2个月，巩固疗效，并嘱其注意日常调摄，大便基本正常。随访过程中，偶有便秘反复，续进汤剂即豁然而解。

案二 周某，男，86岁。2007年10月29日初诊。

患者诉8年来大便始终干结难下，3~4日一行，如栗样，每自服果导、芦荟粉方解。大便前后腹部隐痛，胸脘痞闷，形瘦纳减，晨起口苦口干，夜寐欠安，常年服用安眠药助眠。舌红苔黄腻，脉弦细。原有糖尿病史。辨证：阴液亏虚，胃肠湿热。治则：养阴增液，清热化湿。处方：

生地 15g 麦冬 15g 玄参 15g 太子参 15g 苍术 9g
白术 15g 川朴 12g 半夏 9g 陈皮 9g 枳实 30g
黄芩 12g 决明子 30g 莱菔子 30g 当归 12g 瓜蒌仁 30g 夜交藤 30g

二诊：11月5日。服药7剂，胃纳渐增，然大便仍干结难解，1~2日一行，晨起口苦，胸闷不显，上腹稍胀，下半夜偶有烧心感，无泛酸，胃时隐痛，夜寐梦扰。苔薄黄，脉弦。守方去苍术、川朴，改白术30g，加蒲公英

30g, 制军9g, 百合12g, 桃仁12g, 14剂。

三诊: 11月19日。服上方后大便已通畅, 日行1次, 欠畅, 有不尽感。胃纳欠佳, 苔薄白, 脉弦。守11月5日方去制军, 加生熟米仁(各)15g, 肉苁蓉15g, 鸡内金9g, 7剂。

药后胃纳转旺, 大便通畅, 每日一行, 夜寐仍差。治从原法, 兼以安神, 以资巩固。

案三 王某, 女, 47岁。2006年5月12日初诊。

患者诉腹痛、便秘2月余。自今年3月起出现便秘伴有腹痛。自服泻药后, 绞痛难忍。肠镜及钡剂灌肠均示: 结肠痉挛。后服西药, 大便得以解出, 腹痛仍不减。刻下见下腹胀痛, 大便2日一行, 干结难出, 神疲乏力, 口干, 纳尚可, 脉细, 苔薄白。辨证: 脾气虚弱, 气机郁滞。治则: 健脾益气, 润肠通便, 行气止痛。处方:

炙黄芪 30g 生地 12g 瓜蒌仁 30g 火麻仁 30g 当归 12g
枳实 30g 莱菔子 30g 桃仁 12g 木香 10g
白芍 30g 白术 12g 防风 12g 陈皮 10g 半夏 10g
玄胡 20g 决明子 30g

二诊: 6月9日。服药7剂, 腹痛渐减, 大便日一行, 遂自停中药。不久, 又发腹痛、便秘。刻下: 患者下腹胀痛, 大便复又2日一行, 干结难出。脉细, 苔薄。守原方, 改白术30g, 加带皮槟榔15g, 14剂。

三诊: 6月23日。患者就诊时, 表情痛苦。下腹胀痛, 时呈刀绞样难以忍受。大便1~2日一行, 不畅。诉昨日腹绞痛作, 大便竟至3次, 多不实。脉细, 苔薄。守6月9日方, 去防风, 加大腹皮20g, 党参12g, 改白芍45g, 14剂。

四诊: 8月15日。患者服上方后, 腹痛瘥, 大便日一行, 通畅, 略干。唯诉平日时烘热、汗出, 尤易盗汗。脉细弦, 苔薄。守5月12日方, 去决明子、防风、白术, 改生黄芪30g, 白芍45g, 加知柏(各)12g, 珍珠母(先煎)30g, 大腹皮30g, 14剂。



释疑解惑

问：老年功能性便秘是否属虚实夹杂者较多见？

答：对，功能性便秘大多病程较长，尤其是老年患者，便秘往往更为顽固，因而病机较为繁复，虚实错杂，阴阳交错，治疗需从多方考量，气血并调，标本兼顾，方获良效。

问：大黄有显著的通便作用，为何案一不用大黄？

答：案一患者便秘5年有余，干如羊屎而努挣乏力，气阴不足之象立现；“六腑以通为用”，大肠传导失常，气机必然郁滞不畅，故见腹满腹胀，少有便意；日久气郁化火，而有口苦、苔黄之象，故治以益气、养阴、行气、清火、润肠而通便。处方参合黄芪、增液、六磨、五仁等诸汤剂，再佐知母、望江南清火通便。便秘成因虽多端，但共同的病机是气机不畅，肠道传化失职，糟粕不下，所以临证治疗时应重视对气机的调畅，总当参用理气通降之品以助行滞，气虚甚者又当配以升提，寓先升后降之妙。而大黄之类攻下之品多不适宜，除非有热结肠腑，方可权宜暂用，中病即止，否则易犯“虚虚之戒”，而且常用有导致结肠黑变之虑。

问：案二患者高龄久病，形体羸弱，又有多种基础疾病，用枳实、决明子、莱菔子等导泻药物是否会伤正气？

答：案二患者高龄久病，形体羸弱，医者多喜补而忌泻。殊不知随着生活条件的改善，老人合并有实证者也不少见，本例患者就是属于阴虚湿热的虚实夹杂证，临证的关键在于辨证，而不必泥于成见。治疗当分标本缓急，有邪当急逐其邪，否则炉中有火，补之恐会星火燎原。待实邪渐清，再缓图治本。该患者既有胃肠湿热的标实一面，又有阴虚脾胃不足的本虚一面。从脉证可知，患者标实为急。然患者虽有腹痛，却以隐痛为主，无拒按表现，舌苔虽黄而无芒刺，故未至承气汤之急下存阴证，只宜清化通腑，兼以扶正。故以增液承气汤与平胃散清热化湿通降。方中太子参、白术健脾益气；生地、麦冬、玄参育阴增液；黄芩、苍术、川朴、半夏清热燥湿；决明子、制军润肠通便；莱菔子、鸡内金消食化滞；夜交藤、百合养血安神。根据现代研究，大剂量白术有促进胃肠分泌，增强胃肠蠕动的功能，用于便秘效果颇佳。

问：案三患者正值中年，近2个月来便秘突现，肠镜及钡剂灌肠均未提示器质性病变，能否予以苦寒泻下？

答：该患者病史不长，但症状严重，需服用酚酞、硫酸镁等刺激性泻药始能排便，腹痛难忍，深为所苦。治疗此类便秘，往往第一反应是苦寒泻下，部分患者也能取得较好疗效，然而，导致便秘的病因有很多，相应的治疗法则也不一样。《谢应庐医案·便闭门》中指出：“治大便不通，仅用大黄、巴霜之药，奚难之有？古人有通气之法，有逐血之法，有疏风润燥之法，有流行肺气之法，有补中益气之法，有开冰开冻之法，且有导法、熨法。无往而非通也。”此案即是以补中益气之法治疗便秘的范例。据其神疲乏力、脉细、苔薄白之表现，辨证当以气虚为主；腹胀则揭示其在气虚基础上还存在气滞；而口干、烘热、自汗、盗汗则为肾阴不足之象。气虚则肠道传送无力；气虚而滞则下腹胀痛；服用导泻类药物，有伤阴液，兼以年近知命，肾阴暗亏，肠道失润而更行干槁。针对这一病机，我以大剂量黄芪为君补脾胃之气；白芍、玄胡缓急止痛；火麻仁、瓜蒌仁、桃仁润肠通便；陈皮、木香、枳实、莱菔子理气，效如鼓桴。惜其未能坚持而致病情反复，后再依前法治疗又渐至缓解。特别是加入大剂量白术，增加了健脾补气之力，且能促进胃肠蠕动，加快肠道传输。

十一、脂肪肝

张某，女，48岁。2005年4月10日初诊。

患者主诉右肋闷胀半年。素喜甜食，半年来自觉右肋闷胀，腹部B超提示：脂肪肝；肝功能及血脂检查未见异常。就诊时症见右肋闷胀，进食后脘腹不适，暖气，大便偏溏，神疲体倦，形体肥胖。舌淡胖，边有齿痕，苔白腻，脉小弦。辨证：脾虚肝郁，湿浊内结。治则：健脾化湿，疏肝理气。处方：

党参 15g 炒白术 12g 茯苓 15g 陈皮 6g 半夏 10g
柴胡 10g 枳壳 12g 白芍 15g 郁金 10g 姜黄 10g



生熟米仁(各) 15g 荷叶 10g 泽泻 12g 炒麦芽 15g
焦山楂 12g 炙甘草 6g

同时嘱咐患者少进甜食及肥腻之品，适当增加运动。投上方出入治疗半年后，患者精神好转，胁腹闷胀及暖气消失，纳食及大便正常，复查B超示肝脏恢复正常。



释疑解惑

问：脂肪肝多见于肥胖之人，与过食肥甘，缺少运动有关，为何要用补药？

答：中医治疗脂肪肝应强调辨证论治，有虚则补，实则泻之。《内经》曰“甘入脾”，是指甘味之食物或药物能补益脾脏。但久食或过食甘味之品，则能碍脾伤脾，使脾失健运，湿浊内生，故见食后脘腹不适，便溏，神疲体倦，形体肥胖，肝内脂肪超重；损及于肝，肝郁气滞，则见胁胀，暖气。舌淡胖，边有齿痕，苔白腻，脉小弦，系脾虚肝郁，湿浊内结之征。本例患者虽由过多摄入甘味食物而致脾虚，仍需投甘味之药物如党参、白术、茯苓、米仁、陈皮、半夏、炙甘草以健脾化湿；配合柴胡、枳壳、郁金、姜黄疏肝理气，白芍柔肝；佐以炒麦芽、焦山楂消食，荷叶降脂，泽泻利湿。经六君、四逆化裁治疗半年，而取得理想效果。

十二、中枢性呃逆

董某，男，81岁。2003年2月10日初诊。

患者因脑梗死、老年性痴呆于2003年1月18日入住我院。当时患者失语，咳嗽少痰，大便失禁，吞咽困难，反应迟钝，无明显偏瘫。予鼻饲流质，留置导尿。1月28日在无明显诱因下出现呃逆，呃声连连。曾予哌甲酯、氯丙嗪等肌注，效果不显，病情依旧。今日(2月10日)仍呃声连连，失语，呼之不应，反应迟钝，大便1次，欠畅。脉弦，苔薄白。辨证：气机郁滞，胃气上逆。治则：和胃降逆，调畅气机。处方：

旋覆花 12g 代赭石（先煎）15g 半夏 9g 陈皮 9g
公丁香 9g 柿蒂 12g 白芍 30g 生甘草 6g 五味子
9g 枳壳 15g 火麻仁 12g 白术 12g

二诊：2月13日。上方每日分数次鼻饲，3剂后，呃逆完全消失，舌脉如前。前方既效，续予巩固。守上方，7剂。

此后病情一直稳定，未见呃逆再次出现。



释疑解惑

问：该例患者为何用旋覆代赭汤合丁香柿蒂汤加减？

答：患者耄耋之年，因脑梗死、老年性痴呆住院治疗，由于失语，吞咽困难，反应迟钝，故予鼻饲流质。后在无明显诱因情况下突然出现呃逆，且呃声连连，曾用哌甲酯、氯丙嗪等西药治疗，均未能获效，病延旬日以上。初诊时仍呃声连连，终日不止，因考虑其始终卧床不起，虽鼻饲流质，但总因量少而腑气欠畅。盖胃气宜降则和，今不降反上逆动膈，以致膈肌挛缩而作呃，治疗则以降逆和胃止呃为主，故用旋覆代赭汤合丁香柿蒂汤加减。方中旋覆花、代赭石、半夏、陈皮和胃降逆；公丁香、柿蒂为止呃之专药；白芍、五味子合甘草酸甘缓急，解膈肌痉挛；白术健脾化湿；枳壳、火麻仁下气润肠通腑。由于白芍剂量较大，再配五味子之酸以缓急，故可获得较好的疗效。

十三、粘连性肠梗阻

陆某，男，72岁。2008年1月10日初诊。

患者13年前因胃窦部良性肿瘤行手术切除，半年后出现粘连性肠梗阻，此后至今反复多次发作。先后十余次住院治疗，曾两次因肠梗阻行手术治疗，但效果均不佳。患者反复发作腹部剧痛、腹胀、恶心呕吐、便秘等，痛苦不堪。此次又于1周前因粘连性肠梗阻发作住院治疗，稍见缓解后于昨日出院。刻诊：患者形体瘦弱，面色萎黄灰暗，自觉神疲乏力，腹胀，矢气多，无腹



痛，大便不畅，服泻药始能解，纳呆，少量暖气，口苦。舌淡苔黄腻，脉弦细。辨证：脾胃气虚，湿热中阻，气滞血瘀。治则：益气活血，行气导滞，清化湿热。处方：

党参 15g 苍白术（各） 15g 茯苓 15g 白芍 30g
 半夏 9g 陈皮 9g 黄芩 12g 枳实 30g 莱菔子 30g
 八月札 15g 川朴 12g 火麻仁 30g 皂角刺 12g 路
 路通 12g 莪术 15g 炙鸡内金 12g

嘱：少食多餐，保持情绪舒畅。

二诊：1月17日。服药7剂，腹胀减轻，大便日一行，初干，不畅，胃纳可，口苦。黄腻苔已化，脉弦细。治续前法，去苍术、川朴、黄芩，加知母12g，瓜蒌仁15g，大腹皮15g，续服14剂。

三诊：1月31日。腹胀显减，有气攻窜，矢气多，未见腹痛，口干，大便1次，已畅，纳可，胃稍胀，暖气，无泛酸，脉弦细苔薄白。效不更方，原1月17日方加桃仁12g，续服14剂。

随访复诊：2009年7月30日。患者每月复诊1次，依照前法，随病情变化，加减治之已逾一年半，自诉服中药以来，粘连性肠梗阻未见复发。患者精神饱满，体重明显增加，大便保持每日一行，排便尚畅。纳增，腹部稍胀，夜寐尚安。近因经常服用蜂王浆，见乳房胀痛。脉弦细，苔薄黄。仍守原法处方，以资巩固。处方：

党参 15g 炙黄芪 30g 白术 15g 茯苓 15g 白芍 30g
 枳实 30g 莱菔子 30g 八月札 30g 火麻仁 15g 半
 夏 9g 陈皮 9g 皂角刺 15g 路路通 12g 莪术 15g
 夏枯草 12g 虎杖 12g 肉苁蓉 12g 海藻 15g



释疑解惑

问：肠梗阻是否属于中医“关格”范畴？

答：本例患者是由腹部手术后所致的粘连性肠梗阻，属不完全性肠梗阻。根据其临床表现，可归属于“腹满”、“关格”、“腹痛”、“便秘”范畴。“肠为传化之腑”，司饮食传化，以通降下行为顺。腹部手术创伤致肠腑经络受

损，气血瘀滞，从而肠腑通降失调，腑气不通，传化障碍，逐渐形成本病。根据“六腑以通为用”的原则，临床常投以攻逐通利之品。但此例患者年老体弱，病程缠绵，又见纳差、腹胀、神疲乏力等脾胃气虚表现，实属虚实夹杂证，治疗宜攻补兼施。治以益气活血，行气导滞，清化湿热，方用平胃散合六君子汤化裁。方中党参、白术健脾益气；苍术、半夏、陈皮、八月札化湿行气；川朴、枳实破气散结，消痞除满；莱菔子消食降气，合鸡内金助运化；火麻仁气味甘平，滋阴补虚而润燥，有滑肠、补中益气之功；久病入络，故以皂角刺、路路通、莪术活血通络；郁久化热，佐以黄芩清热化湿；白芍缓急止痛，防止攻伐伤阴。诸药合用，使肠胃通畅，腑气下行，梗阻自除。二诊之时，患者腹胀诸症减轻，唯大便初干，不畅，口苦。故去苍术、川朴、黄芩燥湿之品，加知母、瓜蒌仁、大腹皮以增润肠、行气导滞之功。三诊腹胀显减，故效不更方，加桃仁更增祛瘀润燥之力。依上法加减调理逾一年半，患者精神好转，体重增加，病情稳定，未见复发。

十四、人牙囊原虫病

夏某，男，28岁。2002年6月8日初诊。

患者因4个月前到“日本料理”吃海鲜，次日出现发热腹痛，排水样便，日行4~5次，自服思密达、得舒特、米雅后效果不明显。5月底开始出现果酱样便，于6月1日至中国医学科学院寄生虫病研究所，行粪便化验，结果提示：人牙囊原虫阳性（>5/HP），确诊为人牙囊原虫病。曾在外院先后用多种抗生素及甲硝唑等治疗，未见效验。昨日来我院就诊，收住病房。刻诊：腹痛即泻，泻后稍安，大便日行3~5次，呈果酱样，夹有黏冻，轻度里急后重感，伴低热，纳减，乏力。舌质淡，苔薄黄腻，脉细小数。辨证：湿热痢。治则：清热解毒，化湿杀虫。处方：

口服方：白头翁 30g 黄连 6g 黄柏 9g 秦皮 12g
苍白朮（各）12g 半夏 10g 陈皮 10g 木香 10g
炮姜 4.5g

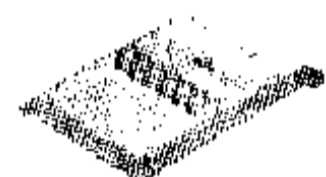


灌肠方：白头翁 30g 黄连 9g 秦皮 12g 使君子 15g
苦楝根皮 30g 雷丸 15g 浓煎成 100ml，每晚 1 次，保留灌肠

二诊：6月15日。经上药治疗1周，腹痛、腹泻症状减轻，每日大便2~3次，果酱样便略减少，无黏冻，低热已退，神疲乏力。舌质淡，苔薄黄，脉细。再守原意，口服药守方去苍术，加马齿苋30g，白芍18g，7剂。灌肠方同上，7剂。

三诊：6月22日。药后大便日行1次，果酱样便续减，无黏冻，无里急后重，腹痛减轻，胃纳增。舌淡，苔薄，脉细弦。上方续服。

四诊：6月29日。大便每日1次，已成形，无腹痛，无果酱样便，精神转佳，胃纳可，夜寐安。舌质淡，苔薄，脉细弦。临床基本痊愈。继服上方14剂。1个月后随访，未见复发。



释疑解惑

问：肠道寄生虫病很少见，请谈谈治疗体会。

答：人牙囊原虫病为新发现的一种寄生虫病，是由人牙囊原虫致病，多由进食不洁海鲜等引起。发病时可表现为发热，腹痛，急性腹泻，大便水样或果酱样，失水，恶心呕吐，失眠，体重减轻和不能坚持工作等，个别病例可见粪便中带血。一般医院尚无法检验。该病例经几家医院诊断，均未能确诊，后经寄生虫病研究所粪检确诊。在治疗方面，目前尚无特效西药。我们曾治疗数例肠道寄生虫病患者，采用辨证论治的方法，均可使病情获得缓解，镜检寄生虫数也可大大减少，但还未能达到转阴。即使如此，患者除大便等均正常，生活质量明显改善，可如常人一样工作学习。该病例初诊时腹痛腹泻、大便如果酱样、低热、舌苔薄黄腻等临床表现与中医湿热痢颇相似，故以清热化湿解毒为主，以白头翁汤加减。方用白头翁、黄连、黄柏、秦皮清热化湿，凉血解毒；苍白术燥湿；半夏、陈皮、木香和中理气止痛；炮姜配黄连、黄柏等辛开苦降，且有收敛止泻作用。后加入白芍、马齿苋等以增强清热解毒，缓急止痛之力。同时以清热化湿之品配以使君子、苦楝根皮、雷丸等杀虫药灌肠治疗，内外合治半月余，临床症状均见消失。

十五、小肠血管畸形出血

田某，男，58岁。2003年2月21日初诊。

患者于2个月前曾一度因反复便血，由黑龙江至北京就诊。后仍不能治愈，转至上海某医院继续诊治。经血管造影，诊断为“小肠血管畸形”。于1月24日行手术治疗。术后第8天，又见出血，且量多，先后用垂体后叶素、生长抑素、立止血、止血敏等多种药物，均未能达到止血目的，靠输血维持生命，每日输血量在600~1200ml之间，血红蛋白仍只能维持在4.1~7.1g/L。因应用各种西药未能达到止血目的，且医药费已花去20万元，在此情况下，病人家属抱着试试看的想法来我院门诊。由于病人体质虚弱，仅能询问家属有关病情。诉大便每日量多，色棕褐色，稀溏，大便隐血试验(++++)，血常规：白细胞 $2.3 \times 10^9/L$ 。舌苔薄白，但胃纳尚可。辨证：脾虚气弱，统摄无权。治则：益气摄血，活血止血。处方：

党参30g 炙黄芪30g 白术12g 茯苓15g 白芍30g
生甘草10g 怀山药30g 生熟米仁(各)15g 炮姜
6g 茜草30g 生地榆30g 白及10g 银花炭15g
失笑散(包煎)15g 五味子10g 焦楂曲(各)12g

另：参三七粉，每日3次，每次6g，吞服。白及粉，每日3次，每次3g，吞服。

二诊：2月26日。患者家属代诉：2月21日停用垂体后叶素后，又出现大出血，21~22日两天共输血3200ml。22日起服中药后，刻下大便已成形，每日1次，色黑，便前胃脘不适，时有泛酸，胃纳尚可。每日仍输血600ml，尿量多。前方初见效验，再予上方增味，即上方加煅龙牡(各)30g，半夏10g，陈皮10g，7剂。另：参三七粉，每日3次，每次6g，吞服；白及粉，每日3次，每次3g，吞服。

三诊：3月5日。近日大便1次，昨起初黑后黄，成形，偏干，大便隐血仍(++++)，已停用一切西药，胃纳尚可，面色无华，夜尿较多。脉



虚弦，苔薄白腻。前方既效，毋庸更张，再守原意增损。处方：

党参 30g 炙黄芪 30g 苍白术（各） 12g 半夏 10g
 陈皮 10g 白芍 30g 生甘草 6g 川朴 12g 炮姜 6g
 茜草 30g 白及 10g 银花炭 15g 失笑散（包煎） 12g
 生地榆 30g 五味子 10g 枣仁 15g 火麻仁 15g 蚕
 茧 10 只

另：继续吞服参三七粉和白及粉。

四诊：3月12日。因便血已止，大便隐血转阴，目前已出院返回当地。来电谓：大便色黄，大便隐血（-），白腻苔渐化。当地银花炭、失笑散均无货。续守原意。守3月5日方去苍术、银花炭、失笑散，14剂。继续吞服参三七粉和白及粉。

五诊：3月24日。来电谓：病情稳定，大便未再见出血。排便已畅，血红蛋白升至81g/L，胃纳尚可，唯感乏力神疲。续守原意，以善其后。守3月5日方去苍术、银花炭、失笑散、火麻仁，改生地榆15g，加当归12g，14剂。另：参三七粉，每日3次，每次3g，吞服；复方阿胶浆，每日3次，每次1支，口服。



释疑解惑

问：此例便血病情严重，病因罕见，您能大胆予以中药治疗，并取得了可喜的效果，有什么经验和我们分享？

答：便血的原因很多，除去比较常见的病因外，某些情况下则需经多种检查始能找到其致病原因，同时其轻重程度亦有很大差别，轻者不日可获痊愈，重则可置人于死地。可谓天壤之别。本案例则属于罕见之血管畸形，后经血管造影始确诊，而且其出血程度之严重亦属罕见，每日需输数百乃至数千毫升血液始能勉强维持生命。本案例初诊时家属并不抱有希望，只想以中药一试，了却心愿而已，医生同样亦无一丝把握。

初诊时虽未见患者，但考虑到其家属所诉之病情，中医辨证应为气虚不能摄血，故以益气摄血为基本治则，又因大出血后必然留有瘀血，故在凉血收敛止血之同时，再增入活血止血之品，以防留瘀之弊。方中党参、黄芪、

白术、怀山药健脾益气化湿，且参、芪具有益气摄血的作用，所谓“血脱者，益其气”是之谓也；茯苓、生熟米仁健脾淡渗利湿；生地榆、银花炭凉血止血；炮姜、白及收敛止血，炮姜又具温涩止泻止血作用；茜草、参三七活血止血；白芍、生甘草缓急以减少肠蠕动；五味子酸敛止泻且安神；焦楂曲消导止泻。虽未用奇药，但因辨证论治合拍，故能力挽狂澜。

蔡 淦

• 名 矢 •



【名医简介】



蔡淦，男，1938年8月生于上海。主任医师，终身教授，博士生导师，上海市首届名中医，享受国务院特殊津贴。曾担任曙光医院科教副院长。现任上海中医药大学附属曙光医院消化科首席，上海中医药大学内科学教授、博士后流动站导师、专家委员会委员，兼任上海市中医脾胃病医疗协作中心主任，国家中医药管理局脾胃病重点学科学术带头人，国家第三、第四批老中医学术继承班导师，国家自然科学基金评委，上海市科技进步奖评委，中华中医药学会内科分会顾问，上海市中医药学会常务理事，中医内科学会副主任，上海中医药大学“名师工作室”负责人，“十一五”国家级规划教材、全国高等教育中医药类精编教材《中医内科学》主编等。

蔡教授1962年毕业于上海中医学院六年制本科医疗专业，是该校的第一届毕业生，同年受聘于该校附属曙光医院。蔡教授早年跟随童少伯、程门雪开展慢性肾炎的研究；继则协助张伯臬、黄文东进行临床教学，编

写全国教材《中医内科学》；嗣后又师从张羹梅学习脾胃病的诊疗，深得沪上诸名家栽培。



蔡教授从事中医内科的医疗、教学、科研工作48年，在沪上乃至全国享有很高声誉，被中医前辈任继学先生评价为“新中国培养的第一批名中医”。蔡教授为人处世谦和大度，为学行医严谨精专，时时不忘继承发扬传统医学精髓，处处体现“大医精诚”精神，并言传身教，教导学生们“从医先学做人”，即严以自律、宽厚待人、勤于钻研、甘于奉献。

近50年的临床实践中，蔡教授在中医脾胃病及内科杂病方面形成了自己独特的学术特色，临证遵循李东垣脾胃学说和吴鞠通“治中焦如衡”的学术思想治疗各种疑难疾患，尤其擅长胃肠疾病的治疗和研究。蔡教授认为，中医治疗脾胃病应强调“三观”，即整体观、动态观、平衡观，具体包括：重视脾胃与其他脏腑之间的密切关系，脾胃有病可影响其他脏腑，其他脏腑有病也可影响到脾胃，运用脾胃学说可以指导心、肝、肺、肾等疾患的治疗；强调辨证论治，药方随患者的病情变更而变化，即“药随证转”；论治注重平衡，用药配伍不偏不倚，每多虚实兼顾、寒温得宜、升降并调、气血同治、刚柔相济、动静结合。蔡教授学贯中西，学验俱丰，率先规范病、证、症的含义，强调辨证要密切结合辨病，深化中医内科识病辨证的理论，并提倡运用现代科技为辨证辨病服务，临证平正通达，屡获良效。蔡教授博采古代和近代名医的学术理论，继承与创新结合，总结出对慢性胃炎、慢性结肠炎、肠易激综合征等一系列疾病的治疗经验，研制出主要针对慢性



教授博采古代和近代名医的学术理论，继承与创新结合，总结出对慢性胃炎、慢性结肠炎、肠易激综合征等一系列疾病的治疗经验，研制出主要针对慢性



萎缩性胃炎胃癌前病变和肠易激综合症的“莪连颗粒”、“乐胃颗粒”、“胃圣合剂”、“肠吉泰”等院内制剂，以及“胃一方”、“胃二方”、“新胃方”等协定处方，经临床验证，疗效卓著。



作为国内著名的中医教育家，蔡教授在中医教育和人才培养方面作出了突出的贡献。通过对多年临床教学实践的总结，蔡教授创立了“三阶段案例教学法”，即在临床带教中根据见习期、实习期分阶段教学的不同要求，精选出一系列病案，有目的、有步骤地施教，与学生一起讨论、分析，掌握辨证要领，提出治疗法则及方药。通过这种教学法的组织实施，使学生举一反三，逐渐掌握中

医辨证施治的精髓，同时也大大增强和提高了中医临床思维能力和处理各种疾病的能力。在临床教学中，蔡教授十分重视加强医德教育，提出教师在临床带教中要把医德教育和业务教育紧密结合，有目的、有计划、有针对性地用自己所见所闻和切身体会对学生进行医德教育。同时，教师应身教重于言教，做到语言美、行动美、心灵美，在向学生传授临床知识和技能的同时，要以自己的世界观、思想品德和工作作风、治学态度等直接或间接地影响学生。

经过近 50 载的辛勤耕耘，蔡教授在医、教、研各方面赢得了多项殊荣，硕果累累。蔡教授至今共培养博士 26 名、硕士 18 名，1995 年 8 月获“上海市名中医”称号，2006 年 6 月获“上海中医药大学教学名师”称号，两度荣获上海中医药大学优秀博士生导师称号，2007 年被评为上海市高等院校教学名师。蔡教授共主持局级以上课题 12 项，获省部级以上科技进步奖 6 项，其中“慢性胃炎中医证实质研究”、“从病理形态和细胞动力学角度观察乐胃煎治疗慢性萎缩性胃炎胃癌前病变作用机制”、“腹泻型肠易激综合征从肝脾论治的临床实践及其作用机制”等 3 项获上海市科技进步三等奖。撰写论文 50

余篇，主编或参编教材、专著，如《中医内科学》《实用中医脾胃病学》《当代中医内科学新论》等共 28 部，其中《高等中医院校教学参考丛书·中医内科学》获国家科技进步奖。鉴于对该书的突出贡献，1997 年蔡教授出席了国家科技奖励大会，受到党和国家领导人的亲切接见。



【学术思想】

一、深化中医内科识病辨证理论

(一) 率先规范病、证、症含义，强调辨证要密切结合辨病

蔡教授从事中医学教育及临床工作近 50 年，对于中医学的规范应用所作贡献功不可没。在 20 世纪 80 年代编写的《高等中医院校教学参考丛书·中医内科学》总论篇中，蔡教授首先规范了中医内科病、证、症的含义。“症”是指症状，只作为疾病的临床表现来解释；“证”是指证候，是疾病发展过程中，在致病因素及其他有关诸因素的共同作用下，机体所产生的临床综合表现，并经过分析、综合、归纳而得出的证据；“病”是由一组具有临床特征的症状构成，并各有其不同的演变规律，包括发生、发展、结局的全过程。

蔡教授自 20 世纪 60 年代以来，积极倡导中医临证应注重辨证和辨病的结合。认为任何一种疾病，无论其证候如何变化，但证候的性质、特征均可反映该病的本质，治疗时兼顾其病，往往疗效更高。蔡教授认为，辨病是对疾病发生、发展全过程的纵向认识，有助于抓住贯穿于整个疾病过程中的基本病理变化（基本矛盾）；辨证是对疾病发生、发展过程中某一阶段的横断

面认识，便于找出发生于特定个体的某一疾病在其所处一定条件下的主要矛盾和矛盾的主要方面。由此引申开来，不难发现，就同一疾病而言，辨病是求其共性，而辨证是求其个性；对不同疾病来说，辨病则是求其个性，辨证反而是求其共性。辨病与辨证是相辅相成的，是在辨病的范围内辨证，在辨证的基础上辨病。临证如能交叉运用病证并辨的方法，无疑可以从不同侧面更好地揭示疾病的本质。

由于辨病是对疾病全过程的了解，因此，对治疗具有整体性的指导意义，而辨证是对疾病发展过程中不同阶段、不同类型的辨析，以便为治疗确立具体的治法。辨证总是从属于病的基本矛盾，离开辨病而辨证，治疗就缺乏针对性，疗效也不会满意，因此，辨病在疾病治疗中具有纲领性的作用。辨证施治，兼顾其病，疗效更高。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、癃闭在其病程中均会出现“肾阳虚弱”的证候，当用温补肾阳的共同治法时，哮喘需兼顾纳气，癃闭需兼顾通利，这就是因病不同，而同中有异了。同病异证，根据不同证候采用不同治法时，因证是同病之证，治疗也要异中有同，此同即同在对病的治疗上。如癃闭的治疗，根据证候不同，虽有清湿热、散瘀结、利气机、补脾肾诸法，但由于同属癃闭，病位在膀胱，应根据“腑以通为用”的治疗原则，着重于通利。

（二）提倡运用现代科技为辨证辨病服务

过去因客观条件所限，构成中医病与证的症状、体征等，全凭病人的主观感觉及医者用感官（不用仪器设备）直接获得的数据，即通常所说的望、闻、问、切四诊资料，因此，辨病与辨证仅停留在宏观的唯象辨识，前人称为“因发知受”。近年来，随着科学技术的迅猛发展，中医诊察疾病已逐步采用了实验室检查、X线检查、超声波检查、CT、MRI等各种现代科学技术手段，从而使中医不断深化对疾病的认识。如石淋病的诊断，过去必须见到小便排出砂石之症状才可确定，而现今即使临床没有这一症状，只要X线腹部平片有结石的征象，也可确定。同时，传统的中医辨证由于运用现代多学科、多途径的探索，也正在不断地深化，从宏观的唯象辨证，向微观、微量



的方向发展,并为阐明“证”的实质,提供了许多新的物质基础和新的客观指标,如“瘀血证”、“肾阳虚证”等都有许多客观的指标。这些指标,可以反映中医“证”的本质,但并不能代替疾病的诊断。辨证的客观化、微观化还必须与辨病相结合,要病证合参,才能全面地认识疾病,从而正确指导治疗。

二、中医内科疑难杂病诊治须分外感内伤

蔡教授早年师从于程门雪、黄文东,后跟随张伯臾、张羹梅老中医学习,治学平正通达。临证治法用药不求峻险,以调整阴阳、扶正祛邪为法,时时顾护胃气,徐缓图之。其中缘由,他在《中医治疗疑难杂病·内科分卷》中指出,内伤杂病多缠绵难愈,或因病邪峻厉,或因正气不支,或因病情复杂,宿疾而兼新病,内伤又兼外感,寒热错杂,虚实互见,多种因素,凑合而成,针对不同情况,应采取不同的治疗对策。诚如喻嘉言所说:“病千变,药亦千变。”但这个“变”绝不是漫无边际的乱变,“万变不离其宗”,要有“准绳”。

对外感热病的治疗,应采取“扭转”、“截断”的方法。所谓“扭转”,即因其势而导之;所谓“截断”,即“先安未受邪之地”。其目的是使疾病不再继续发展,从而迅速得到控制。所谓“治外感如将,兵贵神速,机圆法活,祛邪务尽,善后务细”。对内伤杂病的治疗应采取“调养”、“调整”的方法,所谓“调养”,即扶助正气,使正气得充而驱邪有力;所谓“调整”,即调整人体的阴阳,使之归于平衡,因病久缠绵,根深蒂固,治疗切不可操之过急,只要辨证不误,治疗方向正确,方药能切中病机,就不必轻易改弦更张,应守法守方,缓缓图之。所谓“治内伤如相,坐镇从容,神机默运”。如上所述,外感热病与内伤杂病的治法虽有不同,但两者又有联系,内伤容易感受外邪,而外感又进一步促进内伤,所以在治疗疑难杂病时,应遵循王孟英之旨,外感病宜“实中求虚”,内伤病宜“虚中求实”。

三、三观辨治——应用脾胃学说指导内科杂病的治疗

蔡教授经过近50年的临床实践，在中医脾胃病及内科杂病方面形成了自己独特的学术特色，临证遵循李东垣脾胃学说和吴鞠通“治中焦如衡”的学术思想，提倡以“三观（即整体观、动态观、平衡观）”治疗脾胃病。

（一）治脾胃大法，宗东垣之说

脾胃居于中焦，灌溉四旁，为气血化生之源。脾胃病变多由饮食劳倦、情志失调、寒温失宜所引起，患病率高，反复发作者众多，备受历代医家重视。由于脾胃为人体气机升降的枢纽，其功能失常影响到其他脏腑，而一旦脾胃发生病变，往往涉及多个脏腑，病机表现复杂，可兼夹诸多病理因素，给临床辨证和治疗带来一些认识上的难度。观近现代医家治疗脾胃病的经验，有擅长从六经辨识，用四逆、诸泻心汤者；有沿丹溪解郁之法，用越鞠丸、逍遥散者；有用叶香岩之甘凉益胃或泻肝安胃之法，用益胃汤等加减者；有选缪仲淳养脾阴之法，用参苓白术散、资生丸者。方法众多，初学者往往难以取舍。

蔡教授治疗脾胃病，以脾胃为中心，宗东垣之说，擅长应用“补脾胃泻阴火”之法。他指出，饮食劳倦，脾胃损伤，此种认识《内经》早已明述。《素问·调经论》说到：“有所劳倦，形气衰少，谷气不盛，上焦不行，下脘不通，而胃气热，热气熏胸中，故内热。”李东垣在《兰室秘藏·劳倦所伤论》中进一步明示：“夫喜怒不节，起居不时，有所劳伤，皆损其气。气衰则火旺，火旺则乘脾土，脾主四肢，故困热无气以动……”治疗宜用健脾补中之法，健脾益气，同时根据伤于饮食、伤于情志的不同，佐以甘寒或甘苦，或辛通开泄。《兰室秘藏·中满腹胀门》之中满分消丸、《兰室秘藏·心腹痞门》中消痞丸、失笑丸，虽无辛甘发散之风药以升提中气，但均是补脾胃、泻阴火之变法。据此，蔡教授研制乐胃煎、胃一方、胃二方、新胃方等协定处方，随证加减，在临床中取得了良好疗效。



(二) 治中焦如衡，非平不安

清代医家吴鞠通创三焦辨证，将六经辨证和卫气营血辨证与三焦内分布的脏腑相结合，先以三焦为纲，分部位之上下，继用六经分脏腑经络，再从卫气营血分病邪之浅深，创立了立体的温病辨证体系，并进一步提出了上、中、下三焦不同部位的治疗原则，倡导“治中焦如衡，非平不安”。蔡教授深谙此说，并加以阐释。

因脾胃居于中焦，脾气主升，胃气主降，两者升降相因，互相协调，只有保持平衡，才能做到脾主升清、胃主降浊，确保水谷的受纳、消化、吸收、排泄过程正常进行。若因外感内伤等因素，使脾胃升降失常，势必导致消化功能异常。

在治疗上，对于内伤虚损涉及脾胃之病，吴鞠通在《医医病书》中具体指出，“必究上、中、下三焦，所损何处”；“五脏之体为阴，其用皆阳，六腑之体为阳，其用为阴”，“补中焦以脾胃之体用，各适其性，使阴阳两不相兼为要”；且主张用药分刚柔，治内伤杂病以顾护胃气为要。

蔡教授根据吴鞠通以上论述，认为脾胃一阴一阳、一升一降，一“喜燥而恶湿”，一“喜润而恶燥”，“太阴湿土，得阳始运，阳明燥土，得阴始安”，二者相反相成。正因为如此，脾胃病往往多见兼病，在治疗慢性脾胃病时，就需要考虑脾胃体、用不同，以平为要，两不相害。用药应虚实兼顾，寒温得宜，升降并调，气血同治，刚柔相济，动静结合，做到补勿过腻，泻勿过峻，寒勿过苦，热勿过燥。

(三) 治脾胃，安五脏

人体是一个有机的整体，脾胃有病，可影响到其他脏腑，其他脏腑有病，也可影响到脾胃。若脾失健运，气血生化不足，或统摄无权而失血过多，均可导致心血亏虚；另一方面，若思虑劳神过度，不仅暗耗心血，且可影响脾的运化。脾虚运化功能减退，生气不足，则肺不能得到脾胃的资助而气虚；肺气久虚，亦可影响气的生成而致全身气虚，引起脾气亦虚。若肝失疏泄，气机不畅，可横逆犯胃克脾，而形成肝胃不和及肝脾不调的病变；反之，若

脾失健运，生湿蕴热，熏蒸肝胆，也可影响到肝的疏泄。脾为后天之本，肾为先天之本，互相滋养，相互为用。脾虚化源衰少，则五脏之精少而肾失所藏；肾虚阳气衰弱，则脾失温煦而运化失职。以上是应用脾胃学说指导心、肝、脾、肺、肾诸病治疗的理论依据。

在实际工作中，蔡教授经常应用以上理论指导临床实践。如对于久病肺虚之慢性肺系疾患，往往以“肺脾两虚”概之，祛邪同时，予以健脾益肺，选择用生脉饮、香砂六君子汤、补中益气汤等不同方剂；对于心血不足或心脾两虚者，辨识准确，擅长用归脾汤加减治疗，疗效卓著；对于脾虚痰浊内生，痹阻心络者，用顺气导痰汤、十味温胆汤等加减治疗。脾胃病的发生、发展及转归与肝的功能状态密切相关。对于肝失疏泄的患者，重视肝病传变规律，临证组方，重在疏肝理气，不忘健脾，用方如柴胡疏肝散、逍遥散，同时根据气郁程度不同，选用郁金、玄胡、香附、佛手、八月札、木蝴蝶等，合用白术、茯苓等；对于肝脾不和，肝郁脾虚的患者，肝脾同理，应用四君子汤的同时，选用疏肝理气药物，平衡配伍；对于脾虚肝旺的患者，用痛泻要方为主，以抑木扶土。

在脾胃病诊治及慢性内科杂病膏方调理中，蔡教授应用脾肾同治之法尤为广泛。患脾胃病若兼见目糊、耳鸣、腰膝酸软、头晕乏力等症状者，在健脾益气的同时往往合用左归饮、右归饮等加减治疗，以健脾补肾。蔡教授围绕脾胃论治内科疑难病症，使纷杂之病机条理清晰，且辨证用药丝丝入扣，方药看似简单，实是举重若轻。仔细揣摩，获益良多，为学习者奠定了良好的治疗内科杂病的理论和实践框架。

四、食疗亦须辨证，生活讲究调摄

除了运用药物治疗脾胃病，蔡教授还善于运用食疗的方法进行脾胃病的调护。但是，食疗也需“辨证施食”，即根据各人平素的体质和病情来选择饮食。如平素脾胃虚寒的人，或寒证的胃痛、腹痛、泄泻等，宜多食性味辛热的葱、姜、韭、蒜、胡椒等；如寒性胃痛患者可食用生姜粥、肉豆蔻煨猪



肚，或丁香、肉桂炖鸭；脾胃虚弱的人，宜以红枣、山药、扁豆、芡实、莲子肉等为辅助食品，例如脾虚腹胀、食欲不振者可食用炒扁豆、扁豆粥、山药炖鱼汤、山药饭或粥（山药、莲肉、米仁、扁豆与粳米同煮）等食物；若胃热素盛的人，宜食梨、藕、甘蔗、荸荠、蜂蜜等甘寒生津之品；气机阻滞之人，应多食萝卜、佛手、金橘或用橘皮做成的调料，例如糖醋萝卜、佛手粥、橘红糕等。

此外，蔡教授针对脾胃为病的特点，还指出了此类患者在生活上的调摄。

①调畅情志：情志舒畅在脾胃病的预防和辅助治疗中起着重要作用，应调情志，忌郁怒。②劳逸结合：《素问·举痛论》“劳则气耗”，是指劳力过度而损伤脾气，而思虑劳心过度亦可伤脾，因此，应注意劳逸结合，避免劳力过度或思虑过度。

【经验特色】

一、溃疡性结肠炎的诊治经验

溃疡性结肠炎是一种慢性非特异性结肠炎症，病变主要位于结肠黏膜层，其病因及发病机制迄今未明，一般认为与遗传、感染、环境因素和肠道免疫异常密切相关。在中医学则属于“痢疾”、“腹痛”、“泄泻”、“便血”、“滞下”等病证范畴，该病最为常见的症状是腹痛、腹泻、脓血便、里急后重反复发作，病程较长，迁延难愈。

（一）审证求因，病机遵从“脏阴有寒，腑阳有热”理论

本病初起多因饮食不节，损伤脾胃；或素体湿热内蕴，复因过食辛辣、肥甘、生冷、不洁之物；或感受暑湿、热毒之邪；或因情志所伤，肝失疏泄，横逆犯脾，从而导致脾气亏虚，运化失司，肠道分清泌浊功能失常，水湿内生，郁而化热，湿热蕴结大肠，熏灼脉络，血溢脉外，或气血凝滞，壅而化脓，于是脓血俱下。病情反复发作，迁延不愈，脾气益衰，难以化生气血精微，肌体失养，则消瘦、乏力；脾虚清阳不升则中气下陷，下利无度，脾阳



虚损，病更难愈。脾病及肾，致脾肾两虚，阳气衰微，出现下利清谷、五更泄泻、形寒腹冷、腰膝酸软、脉象沉迟等征象。故本病总属本虚标实、寒热交错之证。本虚为脾肾亏虚，标实乃湿热毒邪蕴结肠道，湿阻气机，热伤血络，气滞、血瘀与湿热相互搏结；寒因阳气温煦不足，热为湿热熏蒸肠腑。

根据以上的发病过程，蔡教授提出溃疡性结肠炎的病机当遵从清代叶天士“脏阴有寒，腑阳有热”的理论，即脾肾虚寒为本，大肠湿热为标，寒热虚实错杂。由于病情迁延日久，反复发作，“久病入络”，肠络瘀滞，常导致气虚、血瘀、湿热、气滞相互影响。

(二) “三观” 辨治，标本缓急、寒热虚实各有所施

蔡教授治疗溃疡性结肠炎时主张以“三观”辨证，即整体观、动态观、平衡观。所谓整体观，即是认为人体与外界环境是一个统一的有机整体，人体本身也是一个统一的有机整体，需从整体观来认识疾病的病机。动态观则是强调辨证论治，治法方药随着患者病情的变化而更换，不能机械地固定方药，而是应该“法随证转”、“药随法变”，灵活运用。用药时则遵循清代吴鞠通“治中焦如衡，非平不安”的学术思想，虚实同理，寒温相适，气血兼施，以平为期。

基于以上观点，本病在急性发作期病机以标实为主，治疗重在祛邪，以清热燥湿、行气解郁、化瘀止血为主；慢性迁延期病机以本虚为主，治疗重在固本，以调补脾肾，固涩止泻为法。治疗则根据患者病情，补虚泻实，寒热兼顾，温清同用，气血兼施。比如，在炎症急性发作期，见利下赤白、里急后重、腹痛等症状，舌苔黄腻或白腻，脉濡数，属湿热壅滞大肠为主，湿阻气机，热伤血络，一般治以清利大肠湿热，佐以调气行血，诚如刘河间所谓：“调气则后重自除，行血则便脓自愈。”选方常用芍药汤、葛根芩连汤加减。其中利下赤多白少，舌苔黄腻者为热重于湿，用药当以清热燥湿为主；利下白多赤少，舌苔白腻者为湿重于热，应适当减少方中性味苦寒的清热药物。此外，蔡教授针对肠腑湿热选药时喜用凤尾草、马齿苋，认为两药与苦参、秦皮、白头翁等清热泻火燥湿药比较，具有苦寒不伤正的优点。以便血为主要症状的患者应凉血止血、化瘀止血、收敛止血等方法结合使用，切忌

单纯收敛固涩，以防瘀血内存，变生他证。若患者病情属于慢性缓解期，症见一派脾虚征象，大便脓血消失，伴有黏冻或见不消化食物，面色不华，神疲乏力，或见肢冷便溏，苔薄腻，脉濡细，则以脾气虚寒为主，运化无力，湿浊内盛，仿中医之“休息痢”辨治，予以健脾温中、益气扶正为主，可予理中汤、参苓白术散合连理汤之类方剂加减。而病情迁延，久病及肾的患者，尚需温补脾肾，益气养血，酌加四神丸、附子理中汤等。

（三）内外兼治，肠外表现不可忽视

根据肠镜检查结果，本病一般见有结肠局部黏膜组织充血、水肿、出血、血管纹理模糊、脓性分泌物附着等表现，与体表溃疡相类似，因而对于病变范围在降结肠以下的患者尚应配合灌肠疗法，仿中医外治法之旨，用药液直接作用于病变局部，使药物的有效成分更能充分发挥作用。常用参三七、白及、马齿苋、鸡冠花等药物组方，煎汤灌肠，合用中成药锡类散、云南白药（或参三七粉），内疡外治，祛瘀止血，清热利湿，消肿生肌，促进局部黏膜修复。

溃疡性结肠炎尚可见有诸如关节、口、眼等部位的肠外表现，如关节疼痛、口腔溃疡反复发作，以及虹膜、结膜炎等，由于这些症状不是本病的典型表现，较为少见，有时容易被忽视或误诊为其他疾病。蔡教授非常重视对本病肠外表现的诊治，主张应按照“急则治标”、“缓则治本”的原则，从中医整体观念出发，突出辨证论治的特色。如关节疼痛固定不移者属中医“痹”范畴，《类证治裁·痹证》指出：“诸痹，良由营卫先虚，腠理不密，风寒湿乘虚内袭，正气为邪所阻，不能宣行，因而留滞，气血凝涩，久而成痹。”基本病机为脾虚日久，气血生化乏源，正气亏虚，卫外不固，寒湿外邪侵袭，痹阻经络气血，不通则痛。常以《金匱要略》乌头汤或乌头桂枝汤加减，通阳开痹，祛寒胜湿，缓急止痛。游走性关节疼痛的患者，辨证属“行痹”、“历节”的范畴，《景岳全书·杂证谟·风痹》云：“历节风痛，以其痛无定所，即行痹之属也……”其病机多为久病脾虚，气血不足，肢体失养，风邪夹寒湿等邪气侵袭，痹阻经脉，血气不行。由于病邪以风邪为主，所谓治风先治血，故祛风散寒除湿的同时养血祛风，以治其本，多选用大秦



芫汤加减。而有虹膜、结膜炎等肠外表现的患者，则从肝肾不足，阴血亏虚，风热上扰出发，佐以滋养肝肾、祛风清热之剂，如二至丸、杞菊地黄丸之类。

(四) 重视情志因素，调摄生活起居，提高机体免疫力

溃疡性结肠炎的发病和治疗与情志因素密切相关，临床治疗中常见患者因情志刺激而使病情加重或反复发作缠绵难愈的情况。因此，蔡教授常嘱咐患者尽量减少或消除诱发因素，如保持乐观情绪，学会自我调控；建立有规律的良好生活习惯，注意劳逸结合；适当进行体育锻炼，以增强体质，提高免疫力。

二、肠易激综合征的诊治经验

肠易激综合征（IBS）是一种常见的胃肠功能紊乱性疾病，其特征为持续或间歇发作的腹痛、腹胀、排便习惯改变和大便性状异常而无特异的生物化学或形态学异常。发病机理目前尚不十分明了，一般认为与精神心理因素、胃肠激素分泌失调、免疫功能紊乱、胃肠动力异常、内脏高敏感性等因素有关，是一个多因性、多态性疾病。习惯上将 IBS 分为腹泻型和便秘型两大类，还有人提出腹痛型、黏液型或腹泻便秘交替型。其临床特征主要有：腹痛以脐腹部为主，易在进食后出现，夜间少出现，腹泻后腹痛多能缓解，腹泻粪便量少，腹胀白天加重，夜间睡眠后减轻；肠外症状发生率高，如呃逆、嗝气、早饱、疲倦以及抑郁、焦虑等；症状出现或加重往往与精神因素、遭遇应激状态有关。

根据 IBS 的这些临床表现与特征，可以归属到中医“泄泻”、“便秘”病证范畴，与“大肠泄”、“气秘”、“痛泻”关系最为密切，与“郁证”也有一定联系。大肠传导脾胃下输的糟粕，吸收津液，一旦为内外因素所伤，则可见泄泻、便秘等相关病证的发生。《素问·举痛论》：“怒则气逆，甚则呕血及飧泄。”《灵枢·邪气脏腑病形》：“大肠病者，肠中切痛而鸣濯濯，冬日重感于寒，即泄，当脐而痛，不能久立。”《难经·五十七难》：“泄凡有五，

其名不同，有胃泄，有脾泄，有大肠泄，有小肠泄，有大瘦泄……大肠泄者，食已窘迫，大便色白，肠鸣切痛。”这里的描述与 IBS 腹泻型临床表现颇为相似。《证治要诀》：“气秘者，因气滞而重迫痛，烦闷胀满，大便结燥而不通。”“气秘由气不升降，谷气不行，其人多噫。”气不升降往往与肝气不舒、气机壅滞关系密切。噫为肠外表现，加上便秘的症状，基本符合 IBS 便秘型的概念。

（一）详审病因，突出肝郁脾虚的发病机制

情志失调导致肝木乘脾是本病的一个主要病因与病机。IBS 有一个重要的特点，即其致病和诱发均与情志因素关系密切。中医理论中，七情包括喜、怒、忧、思、悲、恐、惊，其中，肝与情绪变化关系最为密切，因肝为将军之官，不受郁遏，主疏泄气机，易为情志所伤。一旦肝木有病，则气机怫郁，脾运受制。如叶桂所云：“肝病必犯土，是侮其所胜也，克脾则腹胀，便或溏或不爽。”因此，“善怒多思之体，情志每不畅达，怒则气结于肝，思则气并于脾，一染杂症，则气之升降失度，必加于呕恶、胸痞、胁胀、烦怨”，若气壅于大肠，结滞不行，则大便秘结，排出不畅。木郁不达，风木冲击而贼脾土，则痛于脐下，从而见到腹痛、腹泻、便秘以及情志异常等症状的发生。

脾气虚弱是导致 IBS 发生的另一主要病因病机。正气的强弱是机体是否发病的一个决定性内因，因此，尽管肝郁是发生的一个重要因素，但脾之强弱也是本病发生的另一个重要因素，即脾强则不受木侮。IBS 脾胃虚弱大致有以下因素：大多数 IBS 患者有过胃肠损伤史，如曾患过“痢疾”或急性“泄泻”，致使脾胃正气受损；由于生活紧张、过度劳累等情况，而“形体劳役则脾病”（《脾胃论·脾胃胜衰论》）；思虑过度，耗伤脾血，损伤脾胃。在脾胃损伤的情况下，一旦为外界环境所扰，情志所伤，肝气不调，则肝脾同病，导致疾病的发生。正如张景岳所说：“凡遇怒气便作泄泻者，必先以怒时夹食，致伤脾胃，故但有所犯，即随触而发，此肝脾两脏病也。盖以肝木克土，脾气受伤使然。而脾气本强，即有肝邪，未必能入，今即易伤，则脾气非强可知矣……”由上可知，患者过度思虑、紧张劳累等可导致脾虚，而



精神因素刺激，或平素性情抑郁，又可导致肝气郁结。肝气横逆则腹痛，脾气虚弱则泄泻，当患者机体处于脾虚肝郁、肝脾不和情况下时，则易导致IBS“痛泻”的发病；若患者以气滞状态为主，肝不能为大肠行疏泄之职，则又可见便秘的发生。气滞脾虚日久则生湿、食、痰、瘀诸邪，或病变累及他脏，导致疾病辗转难愈。

IBS的发病及症状加重与情绪紧张密切相关，忧思恼怒，久郁不解，导致肝气不舒，日久横逆犯脾，脾气渐虚，形成肝脾不和而发病。近年来，有关IBS的研究也表明，心理因素是发病的主要原因。严重焦虑、抑郁、激动的心理变异，可导致植物神经功能紊乱，引起结肠分泌运动功能障碍。在有精神症状的IBS患者中，约65%的患者精神症状比肠道症状出现早。情绪变化亦常导致本病复发或加重，出现一系列脾胃症状如腹泻、腹痛、腹胀等。蔡教授认为，这些多与中医肝脾不调有关。“肝为起病之源，脾为传病之所”，盖肝脾两脏在生理上相互协调，相互为用，在病理上则相互影响。脾为阴土，主运化，其性阴滞，须依赖肝之疏泄，始能运化有度，此为“土得木而达”；肝为刚脏，体阴用阳，其性疏泄条达，且有赖于脾生化气血以滋养，才能刚柔相济，即“脾土营木”。IBS之腹泻常以情志不遂为诱因，以腹痛急迫、痛而欲泻、排便不畅、泻后痛减为特点，患者亦常出现肝脾不调、气机郁滞之脘胁满闷、急躁易怒、四肢倦怠、精神不振等症。近年来研究提示，肝疏泄功能与神经内分泌功能关系密切，即参与消化系统神经-体液功能的一部分。而对IBS发病有重要意义的胃肠激素、免疫调节功能在脾虚患者体内都有改变，也反映出中医学和西医学在发病及病因学认识上具有一致性。

（二）治则以调和肝脾为主，擅用痛泻要方

蔡教授在长期临床实践中认识到，IBS的腹痛、腹泻与土虚木乘、肝脾不和、脾虚肝旺的痛泻之症颇为相似。正如《医方考》说：“泻责之于脾，痛责之于肝；肝责之实，脾责之虚，脾虚肝实，故令痛泻。”其病机也主要在于肝脾不和、脾虚肝旺，故用痛泻要方正合病机。原方仅4味药，其中白术苦甘性温，能健脾燥湿和中；白芍酸微寒，柔肝缓急止痛，《汤液本草》

中曾有“腹中虚痛，脾经也，非芍药不能除”的说法，更被认为是治疗脾虚的引经药，蔡教授亦认为该药味酸能柔和肝体，符合“肝苦急，急食酸以缓之”的理论；防风辛温，可散肝醒脾，升阳气而醒脾，散肝气而疏肝，且有风能胜湿之功，李东垣曾谓防风“若补脾胃，非此引用不能行”；陈皮辛温理气燥湿醒脾，尚能行气止痛。全方用药精当，实为抑肝扶脾、缓急止痛之良方。蔡教授临证多喜用该方加味治疗肠易激综合征，认为痛泻要方虽为泄泻立方，但法为抑肝扶脾，能起到调节肠道功能之用。使用时不可拘泥，亦可用于治疗便秘型肠易激综合征。因肝郁则气机不畅，脾虚则运化无权，肝脾不和可导致升降失调，肠之传导失司，大便内停，发为便秘，即“气内滞则物不行”，患者在便秘的同时伴有胸胁胀满、暖气、纳少、脉弦等肝郁脾虚之证，长期用本方能起到顺气导滞、解郁通便之功。

（三）运用时随证加减，灵活处方

肠易激综合征临床表现腹痛较甚者，重用白芍，并合用甘草，此乃芍药甘草汤之意，酸甘并用，入营和阴，以养其筋脉，和中缓急。胁腹胀满较甚者，加柴胡、枳壳疏肝达气，理气止痛，或用青皮、木香疏肝醒脾，理气散结。腹泻较甚，且伴有腹坠胀肠鸣者，为脾之清阳不升，湿浊滞留肠道，加葛根配合防风以升发脾胃清阳之气以止泻。部分患者大便呈糊状，伴有大量白色或透明黏液，属小肠吸收或分泌功能障碍，可加泽泻、茯苓、生米仁以利湿化浊。对于腹泻日久，伴有大便溏薄、次数较多、腹中冷痛等脾肾阳虚者，可在痛泻要方中加用炮姜、吴茱萸、肉豆蔻、补骨脂温补脾肾、收涩固肠。此外，蔡教授常加用乌梅以固摄止泻，乌梅与防风相伍，更具抗过敏作用，在此运用可起到减轻肠道易激状态的作用。肠易激综合征中的便秘症状亦属常见，且较为顽固。若肝郁日久，化火伤津，肠道津少，失于濡润，患者可出现大便硬结难下，状若羊屎或卵石状，3~4天1次。蔡教授认为其病机仍以肝脾失调为主，不可盲目采用攻下荡涤之法，以图一时之快。此为肝气郁结，气机不畅所致，虽有腹胀便秘，大便艰涩难下，但无明显寒热偏胜，与热结肠中的腹满痛、拒按、苔黄腻者不同，治宜顺气降逆，通便导滞。可用痛泻要方加木香、郁金、乌药、槟榔以加强行气解郁之功，肝郁日久有化



热之势，大便干结难下，伴口干口苦、胁痛、舌红者，加沙参、麦冬、生地黄以配合方中白芍养阴清热，必要时加桃仁、苦杏仁、火麻仁润肠通便。若患者病久，脾肾亏虚者，加肉苁蓉、生首乌、桑椹子、黑芝麻、核桃仁以补益脾肾、养血润肠。

(四) 从整体出发，重视身心调理

现代医学已从生物医学模式转变为社会-心理医学模式。肠易激综合征是一种典型的身心性疾病，患者常有情绪紧张的生活经历，在治疗中最主要的是在医师和患者之间建立良好的关系。蔡教授认为“因郁致病，郁去则病除”。临诊时，常向患者耐心解释所患疾病的性质、病因、发病机制以及转归预后，说明本病属良性疾病，同时简单介绍肠道运动规律，使其明了症状起源，消除对本病不必要的恐惧感，使患者建立对医生的信任和治疗信心，帮助患者正确面对自身心理矛盾和情绪紊乱，此时用药往往事半功倍。对于有可能引起症状的过敏食物如海鲜及产气食品、高脂肪食品等，嘱患者尽量避免，以减少病情复发，在有条件的情况下，参加体育锻炼，保持生活规律及良好的心境，增强体质，整体调理以利于疾病痊愈。

三、慢性便秘的诊治经验

便秘即大便秘结不通，在古代文献中有“后不利”、“大便难”、“脾约”等多种名称。《素问·厥论》云：“太阴之厥，则腹胀后不利。”汉代张仲景称其为“脾约”，提示了便秘与脾的关系。

蔡教授认为，便秘有骤缓急慢之分，若为急症，当参外感热病论治，予《伤寒论》《温病条辨》中承气汤族治之。慢性便秘则属内伤杂病，患者一般病程较长，其中部分还有长期服用大黄、番泻叶无效的病史，需慢性调理数月乃至数年，以待肠道功能恢复，不宜使用峻猛攻下的将军药。大黄等蒽醌类药物初用时虽可达到通便效果，但停药后往往便秘复作，不能根治，甚至引起肠黑变病等。蔡教授认为便秘之病因，以饮食结构改变、精神心理情绪

影响、劳逸失当为主，病机主要责之脾、肝、肾与大肠。

（一）病机

1. 脾虚肝郁，肠失濡润

大肠为传导之官，以“通降”为用，其功能的正常发挥有赖于气机升降的调畅和津液的滋润。“肝者，将军之官，谋略出焉”（《素问·灵兰秘典论》），肝主疏泄，调畅气机和情志。情志不遂则肝郁，气机不畅。脾主运化，在志为思。饮食不规律，劳逸不节，思虑过度则脾虚。脾主为胃行其津液，脾虚则津液运化障碍不能输布，以致肠失濡润，传导不畅，故大便秘结，有如河床干涸，舟船不行。肝气疏泄失职，气机升降失常，以致“诸气怫郁，则气壅于大肠，而大便乃结”（《症因脉治·大便秘结论》）。肝郁与脾虚常可相互影响，出现“木旺乘土”或“土虚木贼”的情况。肠道气机壅滞日久，郁而化热，热邪灼伤营阴，使肠道津液更加亏虚。因此，根据慢性便秘同时具有脾气亏虚、肝气郁滞、阴津不足等病机特点，蔡教授在临床诊疗中将其概括为“脾虚肝郁，肠失濡润”的核心病机。

2. 肺肾亏虚，痰瘀互结

肾为先天之本，主水藏精，开窍于前后二阴，大肠传导功能的完成有赖于肾阳的温煦气化作用；肺主气，通调水道，与大肠相表里，肺气的宣发肃降对于大肠传导功能的发挥和体内水液的输布产生重要影响；胃肠虚实更替，协调运动，完成水谷运化和排泄过程，也是排便功能正常的基本条件之一。因此，本病还常常涉及肺、肾、胃的脏腑病变。由于患者年龄、体质、病理因素的差异，还可产生不同的病理产物。痰湿壅肺、肺失宣肃可致大便闭塞不通；大肠腑气不通也可影响肺之肃降而见胸闷、咳喘等症。肾阴肾阳互根为用，肾阳不足则推动无力，肾阴不足则大肠津亏；便秘日久，津液耗伤，又可演变为肝肾阴亏。脾虚水液输布失调，或素食肥甘，则易聚湿化痰，痰阻气滞，肠腑气机不畅，郁久化热，也可导致胃肠郁热。痰热壅滞，日久更可入络成瘀。



(二) 治法

1. 健脾疏肝，滋阴润肠

围绕慢性便秘“脾虚肝郁，肠失濡润”的核心病机，蔡教授施治常予健脾疏肝，滋阴润肠通腑。基础方：太子参 15g，南北沙参（各）15g，生地 30g，决明子 30g，连翘 12g，蒲公英 30g，桃杏仁（各）10g，柏子仁 15g，火麻仁 15g，路路通 10g，枳实 15g，柴胡 10g，白芍 15g，广郁金 10g。方中太子参“补脾土”（《本草再新》），益气生津；柴胡、郁金疏肝理气解郁，调畅气机；白芍养阴柔肝；南北沙参、生地养阴生津；决明子清肝润肠通便；路路通、枳实行气通腑；连翘、蒲公英清胃肠积热，蒲公英尚有轻泻作用；桃杏仁、柏子仁、火麻仁油腻滋润，利于运舟前行，杏仁尚能肃肺以利气化。全方合用，共奏健脾助运，疏肝行气，滋阴润燥，清热通便之功。神疲乏力，大便不实，排便不尽者酌加黄芪、生白术；呃逆、暖气明显，肝郁甚者常酌加佛手、制香附、八月札、旋覆花、木蝴蝶等。

2. 兼顾他因，综合调治

根据患者临床表现，本病往往非单一证型，而多诸证兼夹的特点，蔡教授强调在治疗中既要围绕核心病机，也须兼顾他因，综合调治。脘腹痞闷胀满，气滞明显者，加槟榔行气消积，兼见寒象加乌药；中脘饱胀，暖气频作，舌苔厚腻加川朴、苍术；咳嗽加桔梗、紫菀，寓“提壶揭盖”之义；痰黏加冬瓜子、鱼腥草、莱菔子、牛蒡子；口气秽浊加佩兰；郁热明显加知母、虎杖；面部痤疮加丹皮、赤芍、半枝莲；咽干鼻燥，口干舌光红者加用麦冬润养肺胃之阴；腰酸目糊，肝肾阴虚加桑椹子、生首乌、枸杞子、怀牛膝等补养肝肾；形寒肢冷，面白腹冷，肾阳不足加肉苁蓉、胡桃肉；病久腹痛固定，舌黯脉涩则加莪术、当归等；大便秘结，数日不解者，加芦荟 1g 通便，中病即止。蔡教授遣方用药时，还常叮嘱学生，对于便秘患者慎用石斛，因此药性味甘平，“久服，厚肠胃”，适用于胃阴虚口干舌红，大便不实的患者，对于便秘的患者则有加重症状之虞，即使有阴虚症状亦不宜使用。

综上所述，蔡教授治疗慢性便秘，围绕“脾虚肝郁，肠失濡润”的核心病机，予以健脾助运、疏肝理气、滋阴润肠，并审证求因，兼以调肺、补肾、导滞、活血、清热等法，取得良好疗效。同时，蔡教授临证还强调治疗慢性便秘，首先要排除器质性病变，并叮嘱患者注意饮食、情志和劳逸调节，以配合治疗，提高疗效。

四、慢性胃炎的诊治经验

慢性胃炎虽有多种分类方法，但以慢性浅表性胃炎、慢性萎缩性胃炎最为多见。蔡教授经过长期临床观察，认为慢性胃炎病位虽在胃，但其病机与肝脾的关系甚为密切。慢性浅表性胃炎的核心病机为脾虚肝乘，湿热内蕴；慢性萎缩性胃炎的病机为脾虚瘀热。对于慢性胃炎的辨治，蔡教授强调三观，即整体观、动态观、平衡观。

（一）强调整体，明辨虚实

所谓整体观，即人体与外界环境是一个统一的有机整体，机体的局部与整体存在辩证的统一。因此，对于慢性胃炎的病机须从整体上认识。

1. 肝脾并治

脾与胃同居中焦，以膜相连，经脉互为表里。脾主升清，司运化，喜燥恶湿；胃主降浊，司受纳，喜润恶燥。《素问·厥论》云：“脾主为胃行其津液。”二者共同完成水谷之受纳、腐熟、运化、输布，从而滋养全身，为“后天之本”、“生化之源”。脾胃在生理上纳运相协，相互为用，在病理上则相互影响。若饮食不节，或饥饱不匀，或烟酒热毒等均可导致胃失和降，继而影响脾之升清与运化；劳倦或思虑过度则伤脾，脾失健运，中气受伐，清气不升，又可导致胃之受纳、腐熟、通降功能失职。因此，脾胃同病，症见中脘胀闷，纳谷不馨，食后胀甚，暖气等。正所谓“饮食不节，则胃先病，脾无所禀而后病；劳倦则脾先病，不能为胃行气而后病”（《脾胃论·脾胃胜



衰论》)。“阳化气，阴成形”，脾胃虚弱，生化乏源则气血不足，不能温煦濡养胃体，胃络失养则发展为萎缩。

脾胃的升降功能与肝的疏泄功能密切相关。“土得木而达”，肝主疏泄，调畅气机，其性刚强而喜条达；肝木疏土，助脾胃运化。如《血证论·脏腑病机论》所云：“木之性主于疏泄，食气入胃，全赖肝木之气以疏泄之，而水谷乃化；设肝之清阳不升，则不能疏泄水谷，渗湿中满之症，在所不免。”忧思恼怒，肝失疏泄或横逆太过，易引起脾胃纳、化、升、降失司。肝郁“木旺乘土”易脾虚；脾虚又常导致肝乘，即“土虚木贼”。肝郁脾虚往往同时并见。

目前，导致慢性胃炎发生的常见原因有思虑过度、情志不遂、工作压力大、暴饮暴食、烟酒过量，与李东垣所处时代的病因不尽相同，如因于饥饿、寒温失调、劳役过度就相对较少。思虑可以伤脾，郁怒可以伤肝。因此，肝、脾与慢性胃炎的发生、发展关系至为密切。因此，蔡教授认为，治疗慢性胃炎应该肝脾同治。

2. 明辨虚实

脾、胃、肝功能失调，气机升降失常则气血津液的输布运行异常，产生气滞、血瘀、湿热内蕴等病理变化。瘀热之邪留恋胶结，耗伤营阴，亦致胃膜失养；络脉瘀滞迁延不解，瘀与热搏结胃络，渐成有形之积，进一步影响脾胃功能。故气滞、湿热、痰凝、血瘀等实邪常与脾胃气虚兼夹，诸病机因果循环。因此，蔡教授认为，慢性胃炎为虚实夹杂的疾病，即正虚邪实。所谓正虚，为脾胃气虚；所谓邪实，为阴火上乘。李东垣在《脾胃论·饮食所伤始为热中论》中说：“若饮食失节，寒温不适，则脾胃乃伤，喜怒忧恐，损耗元气……火与元气不两立，一胜则一负。”而前述慢性胃炎常见的病因均可导致脾胃受损、脾胃气虚发生。脾胃之气，即中气，为元气之别名，脾胃气虚，又可导致阴火上乘。阴火的含义在慢性浅表性胃炎和慢性萎缩性胃炎上又有所不同。慢性浅表性胃炎之阴火，为湿热，其产生的原因如下：东南之地，地处沿海，多雨潮湿，此其一；全球气候变暖，此其二；民殷物丰，多食肥甘醇厚，此其三。一旦伤于饮食、情志或劳累，损伤脾胃，脾胃气虚，

则湿热内生，火乘土位，导致疾病发生。而慢性萎缩性胃炎之阴火为瘀热，多由于湿热内蕴，辗转日久，气机不畅，气滞导致血瘀，瘀血阻络，营阴耗损，胃膜失于滋养，引起萎缩，在脾胃气虚的同时，突出表现为瘀热内结。因此，治疗慢性胃炎宜虚实同理，补其元气，泻其阴火。

（二）分期论治，法随证转

慢性胃炎→胃黏膜萎缩→肠化→异型增生→胃癌，这一病变演化模式揭示了胃黏膜由正常细胞到萎缩、肠化、癌变的动态过程，与清代叶天士“初病在气，久必入血，以经主气，络主血……”（《临证指南医案·胃脘痛》）的论述相似。慢性浅表性胃炎和慢性萎缩性胃炎之间也可互相转化，往往可见两者同时存在。

蔡教授认为，慢性胃炎存在患者禀赋差异、生活环境及诱发原因不同的情况；在病变过程中易于受到情绪、气候变化等因素影响；病变脏腑主要涉及脾、胃、肝；病理因素有湿、热、食、痰、气滞、血瘀等。因此，患者的临床表现较为复杂。动态观即强调辨证论治，随着患者病情的变化而调整用药，不可拘泥于沿用一個固定的方药，而应该“药随证转”，圆机活法，除掌握其核心病机之外，还应分阶段辨证论治，各有侧重，所谓“药贵合宜，治当权变”。蔡教授根据慢性胃炎不同阶段证候与胃镜病理检查的表现特点，创立了慢性胃炎分期论治法。

1. 疾病初期

疾病初期，病机多为脾虚肝郁。脾虚则运化失司，气血生化乏源，血不养肝，或情志抑郁，均可导致肝失疏泄，气机不畅，郁而气滞，气郁化热。本阶段多见气滞热郁，属于“初病在气”、“自气成积”的阶段，症见中脘胀满、乏力、纳谷不馨、噎气、大便不实、苔薄腻、色白或略黄、脉细弱。结合现代检查结果，此阶段胃黏膜病变程度较轻，多为浅表性胃炎，或浅表性胃炎与萎缩性胃炎并见的状态，胃镜示浅表性胃炎或浅表-萎缩性胃炎，病理检查可无萎缩，或萎缩（+），或合并肠化（+）。本病初期，治疗以益气健脾，疏肝和胃为宜，兼以理气，清热解郁。常用方药为香砂六君子汤合四



逆散，并加用黄连、蒲公英、连翘清热，加用佛手、郁金、木蝴蝶、八月札等加强疏肝理气功效。

2. 疾病中期

疾病中期，病机仍以肝郁脾虚为主，肝郁易气滞，脾虚则气虚，日久易致血瘀，气虚不能行其津液，遂生痰湿。本阶段“由积成痰”，并常见痰瘀并存，临床症状可见中脘胀闷、胀连胁肋、食后加重、纳呆、暖气呕恶、倦怠乏力、便溏或秘结、口干或口苦、苔黄腻、脉细弱。此阶段胃黏膜病变程度加重，胃镜示浅表—萎缩性胃炎或慢性萎缩性胃炎，病理检查示萎缩(++)，多合并肠化(+~++)。治疗时以健脾疏肝为主，增强正气，使气机调畅；兼以理气化痰，活血化瘀，及时清除病理产物，以防痰湿、瘀血等邪再次致病，达到保护正气的目的。蔡教授用药，常于前阶段疏肝健脾、理气清热基础上，酌加玄胡、香附、水红花子等行血理气，浙贝母、瓜蒌等散结化痰，苍术、厚朴、佩兰、石菖蒲等醒脾除湿化痰。

3. 疾病后期

疾病后期，体内正气渐虚，内生痰、瘀，酿热蕴毒，灼伤胃阴，可导致胃阴不足；或瘀血不去，新血不生，致气血两虚，正气耗伤。此阶段属久病入血，多见正气亏虚与痰瘀互结兼夹热毒共存，痰、瘀、热交互为患，搏结胃络，积久不散，变生有形之疾。临床症状，在脾胃气虚的同时，突出表现为瘀热内蕴，可见脘腹胀闷，时有隐痛，痛有定处，倦怠乏力，不思饮食，苔黄腻，舌质暗或有瘀斑，脉细涩。本病后期胃黏膜病变程度进一步加重：胃镜示：慢性萎缩性胃炎；病理检查示：萎缩(+++)，多合并肠化(++~+++)，或并见轻、中度异型增生。本阶段治疗宜健脾化痰活血，佐以清热解毒，常酌加莪术、石见穿等破血通络，木馒头、藤梨根、蜀羊泉、白花蛇舌草等清热解毒。

综上所述，可见胃——湿热(食、痰)、瘀热，脾——脾气虚弱，肝——气机郁滞，三者慢性胃炎过程中常合并出现，或在不同阶段三者的主次不同。如因于饮食，先见湿热(食积、痰热)，后见气滞脾虚；因于情志，

先见气滞，继见湿热或脾胃亏虚；因于过劳，脾气先虚，继则湿热内蕴，气机郁滞。应根据不同阶段的不同情况，予以施治。

（三）遣方用药，注重平衡

蔡教授认为，对慢性胃炎的治疗应遵循清代吴鞠通“治中焦如衡，非平不安”的学术思想，遣方用药通补兼施，寒热并投，刚柔相济，气血兼顾，升降并调，注意补勿过腻，泻勿过峻，寒勿过苦，温勿过燥，以平为期，体现了“平衡观”。

1. 补虚泻实，通补兼施

李东垣在《脾胃论·饮食所伤始为热中论》中说：“若饮食失节，寒温不适，则脾胃乃伤，喜怒忧恐，损耗元气……火与元气不两立，一胜则一负。”蔡教授认为，本病以脾虚肝乘，湿热或瘀热内蕴为核心病机，具有本虚标实，正虚邪实的特点，脾胃之气为元气，湿热、瘀热为阴火。脾胃气虚即正虚、本虚，阴火上乘即邪实、标实。且本病脾胃同病，脾脏宜升则健，胃腑以通为用，以降为和，正所谓“实则阳明，虚则太阴”。治疗当兼顾邪正关系和脾胃脏腑生理病理特点，补其元气，泻其阴火，通补兼施，以轻疏灵动为贵，补益不碍脾胃，祛邪不忘扶正。

蔡教授认为，在虚实同理治疗慢性胃炎时，首先当辨证求因，明确主要矛盾，分清虚实的侧重。若患者见脘痛喜按、倦怠乏力、懒言少气、大便溏薄、舌淡、脉细，虚大于实，重在补脾；反之，若患者脘痛拒按、口气秽浊、口苦、大便秘结、苔腻、脉滑、实大于虚，则重在降胃。

蔡教授十分重视补益药物的搭配和选择，以清补、疏补为要，反对壅补、漫补。当患者主要表现为脾胃虚弱时常用党参、白术、黄芪等，若脘腹胀闷明显，以中满为主时，则改党参为太子参，后者为补气药中清补之品。又如黄芪甘温，蔡教授常以黄精与之相伍，后者味甘性平，《本草逢源》谓其“宽中益气”，两者同用补中有疏，又可制约黄芪甘温之性。所谓“通”，非独攻下泄利而言，而是包括疏肝、理气、活血、清热、燥湿、祛痰等法。蔡教授临证通补并用，常在健脾益气基础上，酌用柴胡、佛手、香橼、香附、



郁金、木蝴蝶等疏肝解郁；枳实、川楝子、苏梗、木香等理气宽中；槟榔、路路通等行气导滞；水红花子、丹参、桃仁、王不留行、莪术、片姜黄、赤芍等活血化瘀；陈皮、半夏、全瓜蒌、浙贝母等化痰散结；黄连、黄芩、蒲公英、连翘、白花蛇舌草等清热解毒；苍术、厚朴、佩兰、砂仁、藿香等醒脾燥湿；焦楂曲、谷麦芽、鸡内金等消食除积；火麻仁、柏子仁、决明子等润肠通腑。诸法随证灵活运用，补中有通，通中寓补，正所谓“调气以和血，调血以和气，通也；下逆者使之上行，中结者使之旁达，亦通也”（《医学真传·心腹痛》），邪实外出而不伤正，脾胃中州元气得复而无壅滞滋腻之虞。

2. 寒热并投，刚柔相济

脾胃一阴一阳，喜恶相反：脾为阴土，喜燥恶湿；胃为阳土，喜润恶燥。“太阴湿土，得阳始运；阳明燥土，得阴自安。以脾喜刚燥，胃喜柔润故也。”（《临证指南医案》）由于慢性胃炎发病为脾胃同病，不能截然分开，故治疗忌温燥太过以劫胃阴，又忌过用苦寒以碍脾阳。蔡教授临证常法半夏泻心汤之方义寒热并投，常用党参、白术、甘草之温补，配伍黄连、蒲公英、白花蛇舌草之寒凉，以求脾胃制衡，相得无碍。又如湿热偏重，将半夏、干姜、吴茱萸与黄芩、黄连、藤梨根等同用，辛开苦降，运脾化湿清热，或在用黄连、黄芩、蒲公英等苦寒药物时，加用苍术、厚朴、砂仁、白豆蔻、陈皮等温燥之药，以冀湿去热消，不助病邪。

针对瘀热内蕴的病机，轻则以水红花子化瘀清热，重则加川芎、红花等温性活血药以加强通络功效，并配伍清热药物。

刚柔相济，首先体现在蔡教授对养胃阴的重视上。他运用健脾燥湿等刚药的同时，酌情加用芦根、天花粉、玉竹、石斛、沙参等甘凉生津、养阴不滋腻之品以濡润胃阴。其次体现在对柔肝的重视上。本病与肝失疏泄关系密切。肝为刚脏，体阴用阳，蔡教授常以柴胡、香附等疏通肝气、条达气机，配伍白芍、甘草敛阴柔肝。若患者泛酸症状明显，则去味酸之白芍，予枸杞子、女贞子养阴柔肝。而香橼、佛手、绿萼梅、木蝴蝶等药性平和，理气不伤阴，无论新恙久病，均可久服。

3. 气血兼顾，通络除积

王清任云：“治病之要诀在明白气血。”（《医林改错·气血合脉说》）慢性胃炎患者，突出的症状往往是中脘疼痛和胀闷不适，这些症状常严重干扰患者的情绪，影响患者的生活质量。脾胃为气机升降枢纽，胃为“水谷气血之海”，多气多血之腑。脾胃功能失常则气机不畅，为痞为满，临床表现为脘闷胁满，得暖气或矢气则减；脾胃属土，肝属木，七情内伤，肝气郁结失于疏泄，横逆犯胃则木遏土壅，为痛为胀，症见胀痛时轻时重，胀甚于痛，痛处游走不定，脉弦。《临证指南医案·胃脘痛》云：“凡气既久阻，血亦应病，循行之脉络自痹。”气为血帅，气滞则血因之而瘀阻，凝滞胃络，则痛处固定不移，久痛难愈，舌暗有瘀斑。脾胃受损，运化不健，气血推动、温煦乏力，亦致血凝络阻，正所谓“虚则无有不滞者”（《景岳全书·胁痛》）。尤其在慢性萎缩性胃炎中，气滞与血瘀常可并见，治疗当气血共调，注意分清虚与滞、气滞与血瘀的主次轻重，在治疗中有所侧重。若因虚致气滞血瘀者，须如唐容川所言“治血者必以脾为主，乃为有要。至于治气，亦宜以脾为主”（《血证论·阴阳水火气血论》），重用健脾益气药物以立中州，酌加丹参、当归等养血活血。若以气滞为主，则重用行气导滞，疏肝理气药物，兼以玄胡、广郁金等理气活血。血瘀为主者，酌减气药，加重活血药物，如石见穿等。气滞血瘀并重，血凝胃络成积者，予路路通、莪术、姜黄、王不留行等行气破血。

4. 升降并调，中焦舒畅

“脾宜升则健，胃宜降则和”。脾虚生湿，湿阻中焦，凝聚成痰；或因气虚气滞而血行不畅，痰湿瘀热交阻，碍其升降之机，清气当升不升，浊气当降不降，则为痞为满，飧泄、脘胀、呕逆、暖气诸症悉作，故《临证指南医案》云：“脾胃之病……其于升降二字，尤为紧要。”蔡教授认为治疗时要顾及脾胃气机升降，常视脾升胃降失常情况，予升阳、降气与补益、祛邪相合，使脾胃升降协调，以达中焦平衡。降浊药常予半夏、旋覆花、代赭石、枳壳等。升提药则常施以升麻、桔梗、柴胡等。此外，风药尚具“升、散、透、窜、通、燥、动”多种特性，可祛风、胜湿、利脾气升发。李东垣云，对于



湿邪，“必用升阳风药即瘥”。蔡教授临证组方，常配伍防风、羌活、白芷、葛根等，药量不在多，一般1~2味，剂量轻，多用6~9g，取其风药除湿与升阳双重功效。

(四) 衷中参西，病证结合

蔡教授认为，近年来随着科学技术水平的迅猛发展，现代科技手段有助于深化中医对疾病的认识。在临床诊疗中须处理好症、证、病的关系，治疗宜辨证论治与辨病治疗相结合。在慢性胃炎的诊治中，蔡教授认为应宏观辨证与微观辨证结合，充分利用胃镜、病理等检查结果作为辨证依据，进行针对性治疗。若黏膜变薄，以色白为主，腺体萎缩，患者兼有面色萎黄、纳谷不馨、倦怠乏力、便溏、脉细等表现，此属脾气虚弱，当健脾益气；若胃镜下见黏膜充血水肿，有黏液渗出，或有糜烂、出血，病理显示炎症活动，患者临床又见口气秽浊、便秘、苔黄腻、脉弦滑，可辨证为湿热壅滞，当清化湿热；若见胃黏膜颗粒状增生隆起、皱襞粗大、息肉，均可视为病理性块状物，根据王清任“结块者，必有形之血也”的理论，可辨为血瘀，选用活血消积药物；若病理检查为不完全性肠化和异型增生，结合脘腹胀闷，胃脘灼热，舌暗红或紫暗，舌边有瘀点或瘀斑则考虑瘀热日久，蕴热生毒，蔡教授常伍用现代药理证明具有抗癌作用的蜀羊泉、石见穿、木馒头、藤梨根、白花蛇舌草等以清热解毒，活血散结。

(五) 心身同治，重视调护

思虑伤脾，郁怒伤肝，现今社会生活节奏快，工作压力大，情志不遂成为影响疾病发生、发展、演变的重要因素。尤其慢性萎缩性胃炎患者，因有癌变倾向又多顾虑重重，情绪抑郁或焦虑。因此，蔡教授临证常心身并治，“安养心神，调治脾胃”，“语之以其善”、“导之以其所便”、“开之以其所苦”，每每于疏肝解郁同时予以语言疏导，化解心理负担，叮嘱患者注意劳逸结合，适时缓解压力，避免紧张情绪，如《医宗金鉴·内景》曰：“胃病治法……澄心息虑，从容以待真气之复常也。”此外，脾胃病发病与气候、饮食关系亦极为密切。蔡教授还常常劝告患者应注意饮食调养及季节调摄，引导其戒除不良

生活习惯。如此身心调养，配合药物治疗，以协助提高临床疗效。

（六）常用方药，临证心悟

1. 香砂六君子汤

出自《医方集解》，原系六君子汤加香附（现代多用木香）、砂仁，具健脾和胃，理气止痛之功。方中四君子汤为培补脾土基本方，立脾胃中州之义，即“气虚者，补之以甘。参、术、苓、草，甘温益胃，有健运之功，具冲和之德，故为君子”（《名医方论》）。加半夏、陈皮化湿理气，即为六君子汤，如《名医方论》云：“若合之二陈，则补中微有消导之意。”木香味辛、苦，性温，归脾、胃、大肠、胆经，《本草纲目》谓其“乃三焦气分之药，能升降诸气”，与补虚药同用，则补而不滞，蔡教授处方用量常为9g。砂仁常与蔻仁同用，二者均入脾胃二经，共奏醒脾和胃之功，常用剂量为各3g，后下；若遇中焦湿阻气滞难除，脘腹胀痛，不思饮食，呕吐泄泻反复发作者，则增至各6g。

2. 白术、苍术

《本经》但言“术”而无苍、白之分。陶弘景指出术有白术、赤术之分，赤术即苍术。白术味甘、苦性温，归脾、胃经，能和中益气，健运脾胃，乃补脾之要药。李中梓称：“白术，补脾胃之药，更无出其右者。”《本草汇编》云：“脾恶湿，湿胜则气不得旋化……用白术以除其湿。”苍术则“能健胃安脾，诸湿肿非此不能除”（《珍珠囊》）。可见二药均兼具燥湿、健脾功效，故为蔡教授所喜，常苍、白术同用。同时，二术功用又各有偏重，《本草崇原》曰：“凡欲补脾，则用白术；凡欲运脾，则用苍术；欲补运相兼，则相兼而用。”蔡教授用此二药常剂量相等，同为10g，视湿邪轻重，有时苍术可加至15g，二术相须则补运兼施而不滋腻，能健脾运，化湿浊，从而疏通中焦气机。

3. 半夏、厚朴

厚朴苦燥辛散，温能祛寒，长于行气燥湿，东垣谓其“苦能下气，故泄



实满；温能益气，故散湿满”。半夏辛温，有毒，归脾、胃、肺经，可燥湿化痰、降逆散结，“消痰，下肺气，开胃健脾，止呕吐，去胸中痰满”（《药性论》），“力能下达，为降胃安冲之主药”（《医学衷中参西录》）。《金匱要略》之半夏厚朴汤可见二药配伍，功可散结降逆、化痰除湿。蔡教授临证若见湿阻脾胃，常以朴、夏相伍投用。然半夏有毒，虽用炮制之品，用量亦应在9g之内。厚朴一味，张锡纯引叶香岩之语谓其“多用则破气，少用则通阳”，故剂量常在6g左右。

4. 茯苓、米仁

茯苓药性平和，利水而不伤气；米仁味甘淡性微寒，归脾、胃、肺经，健脾利湿，功似茯苓。《本草汇言》曰：“补而不滞，利而不克，至和至美之品也。”“最善利水，不至耗损真阴之气。”（《本草新编》）二药均为淡渗利湿兼能健脾之品，相伍共奏利湿助运之功。

5. 柴胡、枳实（或枳壳）

柴胡苦、辛、微寒，疏肝解郁、升阳。蔡教授常将其与枳实（或枳壳）相伍，一升一降，取“四逆散”疏肝理气、条达气机之义。枳壳行气宽中除胀，枳实破气消积，有“枳壳利胸膈，枳实利肠胃”之说。蔡教授临证见胸脘满闷，大便通畅者常以柴胡、枳壳相须使用，枳壳用量常为15g；见脘腹胀闷，腑行不畅者常以柴胡、枳实同用，后者常用剂量为15g。

6. 黄连、连翘

黄连苦寒，“泻心脏火……去中焦湿热”（《珍珠囊》），“调胃厚肠”（《名医别录》）。连翘苦、微寒，李东垣谓其“泻心火，除脾胃湿热”，“连翘，总治三焦诸经之火”（《药品化义》），《神农本草经百种录》云：“连翘气芳烈而性清凉，凡在气分之郁热皆能已之……”二药相伍，清热解毒散结。

7. 佩兰、荷叶

佩兰气味芳香，能化湿醒脾开胃；荷叶气清芬性轻灵，名医俞长荣谓其

“长于升清降浊”。若遇湿阻中焦，清阳不升，浊阴不降，浊气上泛，见口气秽浊、暖气泛恶、胸脘闷胀、舌苔厚腻等症，蔡教授常投以二药辟秽化浊，屡屡见效。

8. 玄胡、郁金

玄胡具辛散温通之性，能活血行气止痛。郁金辛、苦、寒，“行气、解郁；泄血、破瘀。凉心热、散肝郁”（《本草备要》）。二药相伍，寒温相适，可增强活血理气功效。

9. 水红花子

始载于《名医别录》，原名茈草、茈草实，又名川蓼子，性寒、味咸，具有散结消癥、消积止痛的功能，主要用于癥瘕痞块、肿痛、食积不消、胃脘胀痛等症。针对慢性萎缩性胃炎“瘀热”之病机，蔡教授谓其尤为适用。

10. 木蝴蝶

脾经经脉“上膈，挟咽”，胃经“上循咽出于口”。木蝴蝶始载于《滇南本草》，原名千张纸，有的少数民族地区称之为“三百两银药”。该药性味苦、甘、凉，入肺、肝、胃经。蔡教授常将其用于治疗肝胃不和，伴咽梗症状者，剂量仅投6g，取其清肺利咽、止咳、舒肝和胃之功效。

11. 蒲公英

蒲公英，苦、甘、寒，归肝、胃经。《本草纲目》称其“散滞气、化热毒”，李东垣称其为“足少阴肾经君药”，朱震亨则认为“此草属土”。《本草新编》：“蒲公英，至贱而有大功……阳明之火，每至燎原，用白虎汤以泻火，未免太伤胃气。盖胃中之火盛，由于胃中之土衰也，泻火而土愈衰矣……蒲公英亦泻胃火之药，但其气甚平，既能泻火，又不损土，可以长服久服而无碍。”蒲公英具清热散结之功，泻火不伤胃，且有轻微通便作用，为蔡教授临床常用之药，剂量为30g。



12. 浙贝母

浙贝母味苦性寒，开泄力大，主清热散结化痰，“疗腹中结实，心下满”（《名医别录》），既开散郁结又制胃酸止痛，蔡教授常将其用于治疗脘腹痞满、泛酸等症。

13. 木馒头

又名薜荔果、木莲，首载于《本草拾遗》，味甘、涩，性平，入肾、胃、大肠经，功效补肾固精、清热利湿、活血解毒。瘀热互结又伴见腰膝酸软等症的患者尤为适用。

五、内伤杂病的诊治经验

蔡教授运用东垣脾胃学说指导内伤杂病治疗的学术渊源，主要来自对李东垣《脾胃论》学说的继承、阐发和创新。蔡教授临证常运用东垣脾胃学说的观点指导辨证立法、遣方用药，重视脾虚在内伤杂病发病、发展过程中的影响，治疗常以健脾益气、调理脾胃为主要法则，随证化裁，疗效卓著。

蔡教授结合自己多年临床经验，将《脾胃论》的现代临床应用进行理论发展和提炼，认为脾胃内伤的病机主要为气、火关系失常，脾胃气虚，阳气不升则阴火上乘为病，即“火与元气不两立，一胜则一负，脾胃气虚则下流于肾，阴火得以乘土位”（《脾胃论·饮食劳倦所伤始为热中论》）；气机升降失调；脾胃虚弱，清窍失养；脾胃有病必然影响其他脏腑。因此，蔡教授不仅善于治疗脾胃疾病，对于其他脏腑病证也每从脾胃入手，以健脾为要。论治则予升阳气与降阴火并进，扶脾阳与养胃阴兼顾，升清阳与降浊阴同施。遣方用药注重顾护脾胃，药量宜轻不宜重；药味少而精，尽量选用可兼顾诸症的药物；避免黏腻重浊碍脾胃运化之品；对于嘈杂、泛酸患者慎用乌梅、芍药等味酸药物，以免加重病情。

蔡教授还提出，李东垣治疗脾胃病，并非固执于气虚下陷，仅用升阳温补一法，而是将六种截然不同的治疗方法，诸如升与降、温与清、燥与润、

补与泻巧妙地有机地结合在一起，殊途同归。蔡教授认为，应全面看待李东垣的学说，改变对李东垣偏重升燥、补益，忽视降润清泄的片面理解。

（一）心系病证

心与脾五行中属母子关系。心主血脉，脾主统血，血脉充盛有赖脾胃运化水谷精微化生气血。脾胃与心通过经络相连，正如《素问·平人气象论》所说“胃之大络曰虚里，贯膈络肺，注于心前”。《内经》《金匱要略》《医林改错》等多部文献均有心系疾病从脾胃论治的记载。李东垣在《脾胃论》中说：“以甘温及甘寒之剂，于脾胃中泄心火之亢盛，是治其本也。”（《脾胃论·脾胃胜衰论》）阐述了健脾在心病论治中的重要作用。

蔡教授认为，脾气虚弱，运化失司，则血液生化之源不足，血不养心，则心脉失养，见心悸、怔忡、失眠等症；宗气“贯心脉”，与中焦脾胃关系密切，脾胃虚弱，运化无权，则宗气匮乏，推动无力，血运不畅，瘀阻脉络；脾虚输布失职，聚湿成痰，痰阻血瘀，痰瘀交阻，阻滞脉络，不通则痛，可见胸痹等病症，所谓“中焦不治，胃气上冲，脾气不转，胃中为浊，荣卫不通，血凝不留”（《伤寒论·辨脉法》）；脾阳虚阴寒内生，寒主收引，血脉凝滞甚至痹阻，发为真心痛。因此，本病常虚实夹杂，心脾失养与痰瘀交阻共为病机，当以养心健脾、祛痰除瘀为主要治则。蔡教授从脾胃论治心系病证常用治法如下。

补益心脾：为心脾两虚及其变证的基本治法。症见心悸健忘，夜寐不安，倦怠乏力，腹胀便溏，纳食不馨等，舌淡，苔薄，脉细。常以归脾汤化裁。常用黄芪、黄精、太子参等补益心脾；茯苓、茯神健脾安神；赤芍、丹参养血活血；麦冬、天冬、苦参、莲肉益阴养心。

温阳健脾：用于脾阳亏虚，水湿内停，凌心射肺而见心悸气短，喘促动輒尤甚，尿少，腹胀便溏等。常用实脾饮合五苓散加减。

理脾活血：用于气滞血瘀，心脉失畅者，可见胸痹心痛，胸胁胀满等症。方剂常用丹参饮加减，药物常选用桃仁、水红花子、枳壳、香附、郁金、玄胡、赤芍理气活血。兼见脾虚者酌加黄芪、党参。

健脾化痰：用于脾失健运，痰浊阻络者，可见形体肥胖，胸前区憋闷胀



满，乏力纳呆等证。常用《证治准绳》之十味温胆汤加减，常用药物为半夏、枳实、陈皮、茯苓、党参、石菖蒲、远志、瓜蒌等。若痰热内扰，心烦口苦，则予黄连温胆汤。

(二) 肝系病证

肝藏血而主疏泄，脾统血而主运化。肝与脾胃在气机升降，血的生成，贮藏及运行等方面均有密切联系。脾胃虚弱，水谷精微不能化生营血，肝失所养，则见肝风内动。脾土虚易招致肝木相克。湿困脾土易反侮肝木，影响肝之条达。肝病可以传脾，脾病也可以及肝。据临床观察，慢性肝病时，脾虚一证，不仅出现得最早，而且具有持续时间长，病情缠绵的特点。故曰“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”，以慢性乙型肝炎辨治为例述之。

蔡教授认为，乙型肝炎的发生系湿热或疫毒所致，正气亏虚乃本病发病的内在因素。若脾土健旺，则正气充盛，可驱毒外出，呈急性肝炎表现，为一过性感染。若脾失健运，则正虚邪恋，相持日久，迁延不愈，则病势缠绵而为慢性肝炎，脾虚生湿化热，又可致湿热更甚，造成病情缠绵或加重。如陈复正在《幼幼集成》中云：“脾土强者，足以捍御湿热，必不生黄。唯其脾虚不运，所以湿热乘之。”脾虚肝郁湿阻继续加剧，病理产物气滞、血瘀、水停，互结腹中，可进而发为鼓胀。肝脾病久及肾，肝脾肾俱病，鼓胀难消，而成顽症。

蔡教授临证辨治慢性乙型肝炎与乙肝后肝硬化，常以健脾法为主要治则。以四君子汤为基础方加减，予黄芪、黄精、太子参、白术健脾益气，茯苓、山药、米仁淡渗健脾，兼养脾阴。诸药合用，先安脾土，脾胃之气健运，则消化、吸收、转输等功能旺盛，气血生化有源，元气营血充沛，方可驱邪外出。

慢性乙型肝炎病机复杂，各种证型常错综并见。蔡教授常结合临床，以健脾为主要治则，视肝郁、脾虚、湿阻、热郁、血瘀、水停的程度合用疏肝、柔肝、化湿、清热、活血诸法随证加减。如清热解毒燥湿，常用虎杖、黄芩、黄连、苦参、茵陈、田基黄等；疏肝理气常用柴胡、香橼皮、木蝴蝶、枳壳、八月札等；活血化瘀常用丹参、赤芍、郁金、丹皮等；利水常用大腹皮、车

前子、将军干、虫笋、陈葫芦瓢等。

(三) 肺系病证

脾肺母子相生，肺主气，与宗气密切相关，脾胃为气血生化之源。脾胃虚弱，肺失生化之源，则土败而金衰。《素问·经脉别论》云：“饮食入胃，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。”揭示了肺与脾在水液代谢上的协同关系。脾气散精，上归于肺，若脾虚不能健运，则水谷不能化为精微上输以养肺，反而聚为痰浊，上贮于肺，导致肺气壅塞，上逆为病，所谓“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”。脾虚可聚湿生痰而壅肺，肺虚痰气为患，也可影响脾胃，“故善治痰者，不治痰而治气，气顺则一身之津液亦随气而顺矣”（《证治要诀·停饮伏痰》）。

脾为肺之母，虚则补其母，临床常以培土生金法，通过健脾益气达到治肺的目的，如古方六君子汤、甘草干姜汤、补肺阿胶汤等。李东垣在《脾胃论·肺之脾胃虚论》中予升阳益胃汤治“脾胃之虚……兼见肺病”，并认为“脾胃虚则肺最受病”。因此，蔡教授临证常以健脾为主，合用燥湿、化痰、止咳、化饮诸法治疗肺系疾患。

健脾益肺法（即培土生金法）：本法常用于咳喘日久，肺脾俱损，或饮食不节，劳倦伤脾，不能输精于肺者。常用方剂为六君子汤加减，常用药物为党参、白术、茯苓、炙甘草、陈皮、法半夏、紫菀、款冬花、苏子、怀山药等。

健脾化痰法：本法常用于脾胃虚损，脾失健运，痰浊内蕴而致的脾虚痰湿证。症见反复咳嗽，咳声重浊，痰白清稀，或带泡沫，量多易咳，伴见身重胸闷，纳谷不馨，口淡乏味等，舌苔白腻，舌体胖，脉濡滑。蔡教授临证常予健脾燥湿、化痰理气，常用方剂为六君子汤、三子养亲汤、平胃散，常用药物为半夏、茯苓、苍术、厚朴、陈皮、苏子、白芥子、莱菔子、白前等。

健脾利水法：可用于喘咳日久，迁延不愈，出现脾阳虚衰证者。症见反复咳喘，痰白清稀，伴见畏寒肢冷，肢体困重，甚至浮肿，大便溏薄，舌胖嫩，苔白腻或白滑，脉沉细。常用方剂为五苓散合实脾饮加减，常用药物为



党参、附子、桂枝、干姜、草果、厚朴、大腹皮、茯苓、苍术、白术、泽泻、葶苈子、桑白皮、生米仁等。

(四) 肾系病证

近年的临床研究表明，湿热与肾脏疾病的发生、发展、预后和治疗关系密切。

蔡教授认为，脾胃为水谷之海，气血生化之源，为后天之本，主运化水谷与水湿，为土脏；肾藏精，为先天之本，五行中属水脏。肾之藏精功能需赖脾运化之水谷精气以滋养，脾之运化功能有赖肾阳温煦，故曰“脾阳根于肾阳”。人体内的水液代谢依靠二脏的相互协调共同完成。脾胃运化水谷精微以化生气血，肾藏精生髓主骨，精血之间亦存在相互化生与滋养的关系。两者在五行关系中属脾克肾，即土克水。病理上，肾阳不足不能温煦脾阳而致脾阳不足，脾失健运不能制水，溢为水肿，即“诸湿肿满，皆属于脾”。脾失健运，饮食不能化生精微反而转为湿浊，郁久易于化热。脾不散精，则水谷精微下流，随尿外泄，“中气不足，溲便为之变”（《灵枢·口问》），出现尿浊。由于脾胃功能在三焦水液代谢中所起的作用最为明显，故由内伤脾胃而致脾胃湿热者为多，大多数慢性肾病患者多见有中焦湿热之象，症见口干不欲饮，纳食减少，恶心呕吐，腹胀，大便干结，数日一行，或溏泄秽臭。

根据“火与元气不两立，一胜则一负，脾胃气虚则下流于肾，阴火得以乘土位”的理论，结合多年来临床治疗经验的总结，蔡教授对于脾虚湿热型肾病，常采用补脾胃（益气）、降阴火（或散阴火）的治疗原则。形成的验方：于补脾胃泻阴火升阳汤中，人参易党参、黄芪以健脾益气；黄连、黄芩易大黄，佐以苍术、草果以清湿热、降阴火。本方药的配伍特点是集清热、淡渗、和中为一体，用于治疗脾虚湿热型肾炎、肾衰所致之水肿、尿浊，可共奏健脾益气、清热化湿之功。

(五) 消渴

胃主受纳，为水谷之海，脾主运化，为胃行其津液，使饮食水谷精微通过脾的运输运化布达全身。正如《素问·经脉别论》所言：“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。”蔡教授认为，脾失健运则致水谷精微不能输布、滋养五脏，津不上承则肺生燥热致消渴；脾运失常，不能为胃行其津液，则胃中积热而消谷善饥；水谷精微不得转输而直驱下焦致多尿；脾主肌肉四肢，脾虚肌肉失养而致消瘦。脾胃运化失调，水湿停聚可致湿浊内蕴，郁久化热，消灼津液，津液涸竭，亦致消渴。

因此，本病应从脾论治，以益气健脾为要，复其升降转输之职，根据李东垣《脾胃论》中“火与元气不两立，一胜则一负”的理论，以“补脾气，降阴火，升阳气”为治法，从脾入手，创立健脾清化方。该方是蔡教授几十年诊治糖尿病的经验方，系《脾胃论》首方“补脾胃泻阴火升阳汤”化裁而来。方中黄芪味甘、性微温，归脾肺经，《本草备要》谓其“生用固表，无汗能发，有汗能止，温分肉实腠理，泻阴火，解肌热；炙用补中，益元气，温三焦，壮脾胃”，为君药，能大补元气；太子参，《名医别录》谓其“调中，止消渴，通血脉”，《珍珠囊》谓其“泻心肺脾胃中火邪，止渴生津液”，益脾气，黄精补脾阴，二者共为臣药；黄连、黄芩清泻阴火，葛根，《本经》谓其“主消渴，身大热，呕吐”，《名医别录》谓“生根汁大寒，疗消渴，伤寒壮热”，升提阳气，共为佐使。全方选药精当，体现了“治病不宜损人脾胃，克伐元阳”的要旨。

（六）血液病

血液病属于中医“虚劳”、“血证”范畴，与脾胃关系密切。血液化生有赖于脾胃，《景岳全书·传忠录·藏象别论》曰：“血者，水谷之精也，源源而来，而实生化于脾。”人体受谷食之气，入胃经脾运化，吸收精微物质，化生血液。正如《灵枢·营卫生会》所云“中焦亦并胃中……泌糟粕，蒸津液，化其精微，上注于肺脉，乃化而为血，以奉生身，莫贵于此”，又如《灵枢·决气》所云“中焦取汁，变化而赤是谓血”。因此，精生于谷，脾胃健顺，纳运五谷之功能正常，水谷之气充足，自能生血化精，精血充盛。若脾胃虚弱，饮食少而血不生，阴不足以配阳，则五脏齐损。此外，脾主统血，“五脏六腑之血，全赖脾气统摄”（《金匱要略注》）。脾虚运化失司，则气血



生化无源，气的固摄功能减退，脾不统血而导致出血。对于紫斑，有“内伤发斑……乃胃虚火游于外”之说（《医学入门·斑疹门》），亦揭示了脾胃与肌衄发病的密切关系。

蔡教授治疗血液病，若辨证属脾虚，临床见倦怠乏力，面色无华或萎黄，食欲不振，或见便血、鼻衄等症状者，常以健脾益气、养血止血为主，常用党参、黄芪、黄精、白术、白芍、山药等益气健脾；伴便血色鲜红者，常加侧柏叶、地榆、茜草等；伴便血色暗红者加阿胶、地黄、白及等；伴尿血者酌加小蓟草。

综上所述，蔡教授运用东垣脾胃学说治疗内伤杂病的学术渊源，来自其对李东垣“内伤脾胃，百病由生”理论和“补脾胃，泻阴火，升阳气”治则的阐发与应用，在长期临床实践中继承与创新，形成独特的学术思想。同时，蔡教授明确指出，上述辨治思想主要用于内伤杂病以脾虚为主证时，但尚须根据疾病在寒热、虚实、脏腑、气血方面的症状，辨证论治。

【跟师临床】

一、便秘

案一 何某，男，77岁。

大便秘结3~4年，腹胀10日。患者3~4年来大便秘结，干结如栗，3~4日一行，依赖药物通便，近10日觉腹胀，食后尤甚，纳差，恶心，呕吐胃内容物一次，入院查腹部立卧位平片：未见明显异常。头晕，倦怠乏力，咳嗽少痰，畏寒怕冷，夜难入寐，夜尿2~3次。面色潮红，口唇热疮，舌质红而干，苔薄黄，有裂纹，脉弦带数。既往有高血压病史多年。辨证：肾精亏虚，腑气不通，胃失和降。治则：补肾填精，润肠通腑，和胃降逆。处方：

生地 30g 当归 15g 桃杏仁（各）10g 火麻仁 15g
枳实 15g 厚朴 10g 制川军 9g 木香 10g 槟榔 15g
太子参 15g 半夏 10g 南北沙参（各）15g 路路通
10g 决明子 10g 生首乌 30g 桑椹子 30g 谷麦芽
（各）30g



释疑解惑

问：患者便秘伴有口唇热疮，面色潮红，舌质红而干，苔薄黄，脉数，是否属于肠胃燥热，津液不足所致的脾约证？

答：《内经》云：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行。是脾主为胃行其津液者也。”脾与胃互为表里，燥湿相济，以维持阴阳平衡。所谓脾约证，《伤寒论》谓：“趺阳脉浮而涩，浮则胃气强，涩则小便数，浮涩相搏，大便则硬，其脾为约，麻子仁丸主之。”浮因阳气偏盛，涩主阴液偏衰，故其病乃阳明胃气强，太阴脾阴弱，脾之转输功能为胃热所约束，不能为胃行其津液，津液难以还入胃中，胃肠失润而大便秘结；胃气强，燥热逼迫津液偏渗于膀胱，小便反见频数。患者目前虽有脾虚的表现，如腹胀，食后尤甚，头晕，倦怠乏力，但阳明胃气亦弱，有纳差，恶心呕吐的症状，故病机与该证不符，不属脾约所致。

问：此证既非脾约，上述热象应如何解释？请您明示。

答：乃阴虚火旺之故，患者年老体虚，精血已亏，肾阴不足，虚热内生，循经上扰，症见口唇热疮，面色潮红，夜难入寐；舌质红而干，脉数亦为阴虚内热之象。

问：患者尚有畏寒怕冷，夜尿2~3次等症状，是否存在肾阳亏虚的病机？

答：《内经》云：“肾开窍于二阴。”肾主二便，二便的通利有赖于肾精的充足。患者肾精亏虚，肾中阴阳皆不足，病机中既有肾阴虚肠失濡润，又有肾阳虚气化无力，开合失司；但阳虚表现较轻，仅见畏寒怕冷，夜尿多，故目前以阴精亏虚为主。

问：患者尚有脾虚、健运失常的表现，是否考虑予以四君子汤之类健脾益气助运治疗？

答：患者目前病情虚实夹杂，虽以脾肾亏虚为本，但以肠内积滞为标，既有肾精不足，肠失濡润，又有脾虚运化无力，传导失司，腑气不通。故治疗当消补兼施，四君子汤对于本例，偏于温补，不利于通便，可稍予太子参

补气生津，谷麦芽健脾消食和中，配合六磨汤通腑导滞，行气降逆。

问：尊生润肠丸主治血虚便秘，患者肾精亏虚，您为何不予左归丸之类补肾填精？

答：所谓“精血同源”，精不足者，血亦亏虚，而当归、桃杏仁、火麻仁、首乌、桑椹子之类除滋养精血外，尚有润肠通便的功效。左归丸之类补肾填精方药，专于滋补肝肾阴精，较为滋腻，患者已有脾虚，胃失和降，恐不耐受，虽肾精不足，但程度尚轻，不需过于滋补，且方中还有偏于收涩的药物，如山药、山萸肉，不利于通便，故不选用。

问：生大黄通腑导滞作用较强，为何本例中您反而采用制大黄？

答：患者年老体弱，不耐攻伐，生大黄泻下作用峻猛，恐其损伤正气，故使用制大黄。

问：南北沙参在功效上有何区别，临证如何选择？

答：沙参本无南北之分，明代以前所用均为今之南沙参，至《本草汇言》始见“真北沙参”之名。北沙参滋阴作用较佳，用于肺燥干咳，虚劳嗽血，胃阴不足，津伤口干；南沙参兼有祛痰功效，主治阴虚久咳，癆嗽痰血，燥咳痰少，虚热喉痹，津伤口渴。张秉成谓：“清养之功，北逊于南，润降之性，南不及北。”（《本草便读》）。

问：六磨汤中尚有乌药、沉香以调气、降气，您为何弃之不用？

答：六磨汤配伍能顺气导滞，主治气秘。患者便秘以精血不足，肠失濡润为主，气滞表现不十分明显，有木香、枳实行气通腑即可，不需太多理气、降气的药物。

案二 王某，女，37岁。2007年10月24日初诊。

大便秘结1年余。患者平时工作紧张，压力较大，饮食起居失调，1年前出现大便秘结，2~3日一行，依赖药物通便，腹胀，纳少，腰酸痛，咽干，痰黄，夜寐不安，倦怠乏力，肛门坠胀。舌红且胖，边有齿印，苔薄黄，脉小弦。辨证：脾虚肝郁，肠失濡润。治则：健脾疏肝，润肠通腑。处方：

南北沙参（各）15g 生地20g 桑椹子30g 生首乌
30g 枸杞子15g 连翘12g 木蝴蝶6g 桔梗6g



枳实 15g 大力子 15g 柴胡 6g 制香附 10g 玄胡
 15g 广郁金 10g 路路通 10g 仙灵脾 10g 谷麦芽
 (各) 30g 柏子仁 15g 黄芪 15g 黄精 15g 14 剂

二诊：11月7日。胃纳较增，大便二三日一行，矢气频作，苔薄黄，舌质红，脉弦。处方：守方加蒲公英 30g，鱼腥草 30g，继服 14 剂。

三诊：11月21日。诸症悉减，守方继服 14 剂。

随访：守方加减，前后调理 3 个月，停药后排便基本正常。后继服膏方调治，药后随访 6 个月未复发。



释疑解惑

问：患者症见腰酸痛、咽干、夜寐不安，腰为肾之府，足少阴肾经循行部位经过咽喉，其病机是否存在肾阴不足？

答：肾阴虚证多由久病伤肾、先天禀赋不足、房事过度或过服温燥伤阴之品所致。证候表现为腰膝酸痛，眩晕耳鸣，失眠多梦，妇女经少经闭，或崩漏，以及形体消瘦，潮热盗汗，五心烦热，咽干颧红，溲黄便干，舌红少津，脉细数等征象。该患者既无明显诱因，也未见肾阴虚证基本表现，仅凭借一两处症状辨证未免有些牵强。

问：患者既然大便秘结不通，治则当以降气通腑为主，老师使用桔梗、柴胡等升提药物是否有碍腑气的通降？

答：患者倦怠乏力、肛门坠胀，是脾气亏虚，清气下陷的表现，使用桔梗、柴胡一方面能升清阳，另一方面降中有升，气机通畅，可加强通便之效，犹如济川煎中亦用升麻，使清阳升则浊阴自降。

问：本案中患者便秘既有脾气亏虚，又有肝气郁滞，还有阴液不足，如何辨证分析？

答：患者工作节奏快，压力大，饮食起居失调，易伤肝脾二脏。肝主疏泄、调畅气机和情志。情志不遂则肝郁，气机不畅；脾主运化，在志为思，饮食不节，劳逸不均，思虑过度则伤脾，脾主为胃行其津液，脾虚则不能输布津液，以致肠失濡润，传导不畅，故大便秘结。

问：请您讲解本案的处方思路。

答：本案便秘属肝郁脾虚，肠失濡润，治疗宜健脾疏肝，润肠通腑。方以黄芪健脾益气助运，黄精相须为用，补脾滋阴；南北沙参合生地养阴益胃；柏子仁、大力子润肠通便，利于运舟前行；路路通、枳实行气助大肠传导之力；柴胡、制香附、玄胡疏肝理气，调畅气机；桔梗、柴胡升阳举陷；连翘清胃肠郁热。因其证尚有舌红、苔薄黄等热象，初诊用药后效果不明显，遂于复诊时加入鱼腥草、蒲公英清热通便。诸药合用，共奏健脾疏肝、清热滋阴、润肠通便之功。

二、溃疡性结肠炎

案一 杜某，74岁。

腹痛、腹泻反复发作3年，脓血便7天。患者近3年来反复腹痛腹泻，每日大便2~3次，匍前腹痛，便后痛缓。7日前进食饮料、油腻后左少腹疼痛，夜间痢下赤白脓血3~4次，里急后重，腹胀肠鸣，口渴引饮而饮水量不多。来我院门诊查血常规：WBC $11.5 \times 10^9/L$ ，N 74%；肠镜提示：溃疡性结肠炎。入院后给予康复新、SASP等抗感染治疗，配合中成药葛根芩连丸清肠止泻，脓血便消失。刻下：大便色黄质稀，每日2~3次，左下腹痛，喜温喜按，脘腹胀闷，泛酸，嗝气，乏力，舌体胖，质暗红，苔薄黄腻，脉弦滑数。既往有胃溃疡病史3年，否认其他慢性病史。辨证：脾虚，湿热下注大肠，气滞血瘀。治则：健脾清肠，佐以调气行血。处方：

炒白术 15g 炒白芍 15g 炒党参 10g 茯苓 15g
生甘草 6g 黄芩 9g 川连 3g 木香 6g 地榆 12g
吴萸 2g 焦楂曲（各）15g 生米仁 15g 苍术 10g



释疑解惑

问：痢疾之病名，中西医皆有，区别何在？

答：西医学中痢疾一病属于传染病的范畴，其诊断需要以实验室检验为



依据，即大便中检出痢疾杆菌或阿米巴原虫，一旦其诊断成立应立即进行传染病报告。而中医病证的痢疾包括的范围较为广泛，并非仅仅局限于西医学具有传染性的痢疾（如细菌性痢疾、阿米巴痢疾），还包含西医学中溃疡性结肠炎、克罗恩病等疾病。中医痢疾只要符合“腹痛、里急后重、下痢赤白脓血”这三个症状即可诊断，此外，肠道恶性肿瘤、放射性肠炎的病人亦常见到腹痛、腹泻、里急后重、黏液脓血便等症状，应做肛门指诊，以明确诊断。

问：患者发病由来已久，虚实错杂，如何明辨病机？

答：患者因饮食生冷肥甘，酿生湿热，以湿热蕴结肠腑为主要病机，具体表现为腹痛，里急后重，痢下赤白，舌苔黄腻，脉弦滑数，口渴引饮而饮量不多；结合血常规检查，白细胞、中性粒细胞的升高，也属于中医湿热表现。患者病程长，脾气亏虚，表现为舌胖、乏力、腹胀、泄泻反复发作，因而属本虚标实证，脾虚为本，湿热为标。久病入络，气滞血瘀，而见舌质暗的表现。综合以上证候，本案病机为脾虚，湿热蕴结肠道，气滞血瘀。

问：患者发病似乎以泄泻为先，如何进一步演变为痢疾？

答：患者3年来腹痛腹泻反复发作，已有脾虚湿阻气滞的病理基础，气滞日久，郁而化热，酿生湿热；7日前饮食不节，进食油腻肥甘之物，导致积滞内停，湿热食积壅阻肠腑气机，气滞血瘀，与肠中腐浊相搏结，化为脓血，发为痢疾。《证治汇补·下窍门》指出：“饮食不节，起居不时……闭塞滞下，为飧泄肠澼。滞下者，谓气食滞于下焦；肠澼者，谓湿热积于肠中，即今之痢疾也，故曰无积不成痢，痢乃湿热食积三者。”

问：白头翁汤亦主治热痢，能否用于本例？

答：白头翁汤偏重于清热解毒，主治以赤痢属热为主，乃热毒深陷血分适用；而芍药汤主治痢下赤白之湿热痢，因肠腑气血瘀滞而成，故重在调气行血，气血并治。患者目前并无“毒”的症状，故应根据湿热内蕴的辨证结果，而采用清热化湿之法，兼以健脾理气化瘀。刘河间提出治痢总则为“调气则后重自除，行血则便脓自愈”，与西医抗菌、除寄生虫的思路不同。我们不能混淆中西医学中的痢疾的概念，不加辨证便使用清热解毒之法。

问：如何从中西医结合的角度理解本病的辨证治疗？

答：根据患者的病史、主症、实验室检查及肠镜结果，西医诊断为溃疡性结肠炎，该病与克罗恩病统称为炎症性肠病，是一种慢性非特异性结肠炎症；病因未明，认为与机体免疫调节异常有关，属全身性疾病；而免疫功能的低下，中医现代研究认为与脾虚有关，所谓正虚宜补，因而不能单纯清湿热，往往加以健脾益气扶正治疗。这也是我们以整体观辨证治疗疾病的体现。

问：愿闻您的处方深意。

答：参、术、苓、草四君，能健脾益气助运，固本扶正以杜内湿之源。苓、连之苦寒清热燥湿；白芍合甘草酸甘化阴，并能解痉止痛；吴萸配黄连，辛开苦降兼以制酸，可制苓连之寒；加焦楂曲消食导滞，苍术、生米仁化湿，地榆清热止血。脘腹胀满不适，故以木香调气畅中。此外尚可适当加一些活血药，如少腹逐瘀汤中的蒲黄、五灵脂（失笑散），以化瘀止痛；但不可用血府逐瘀汤之桃仁，因其有润肠之弊。

问：治痢之法尚有通因通用，您因何舍大黄不用？

答：所谓通因通用，为治痢之初起，邪毒积滞蕴结肠间，乃以大黄荡涤邪滞。本例患者属慢性迁延发作，且脾虚明显，大黄过于苦寒不宜使用，否则重伤脾胃之气，悔之晚矣。

问：芍药汤中槟榔、当归两味药同样具有调气、行血的作用，为何不用？

答：槟榔破气作用过重，患者年老体虚，不宜使用；当归虽善活血但能滑肠，且其气辛散，患者本来已经有长期腹泻，因而不用。

案二 黄某，男，35岁。

腹泻、腹痛伴有脓血便1月余。患者1个月前在无明确诱因下开始出现腹泻，大便不成形，伴有黏液、脓血，血色鲜红或暗红，多则每日十余次，少则3~4次，有时伴有腹痛、肠鸣，便后减轻；肛门灼热，里急后重。曾于他院就诊，2009年12月23日检查肠镜提示：升结肠近肝区段溃疡性质待查，直肠溃疡性质待查，阑尾内膜炎。病理提示：黏膜慢性炎。拟诊为溃疡性结肠炎，给予中药口服加灌肠治疗，病情有所减轻，大便次数基本为每日3~4次，不成形，仍伴有黏液、脓血。患者为求进一步诊治，来我院就诊。



刻下：大便每日3~4次，伴有黏液、脓血，白多赤少，腹部隐痛，口苦、口干，肢体倦怠，夜寐梦多。舌质淡红，苔薄腻，脉小弦。既往有胆囊结石及肾结石病史。患结肠炎，近2个月来患支气管炎，受凉则咽痒、咳嗽，平素嗜食辛辣。辨证：湿热下注大肠，湿重于热，伴有气滞。治则：清热化湿，佐以调气行血。处方：

赤白芍（各）15g 当归 10g 黄连 6g 木香 6g 黄
 芩 9g 槟榔 12g 葛根 15g 地榆 15g 槐花 10g
 生米仁 30g 苍术 9g 白术 9g 肉桂 3g 陈皮 6g



释疑解惑

问：患者腹泻、便脓血反复发作，自觉肢体倦怠，夜寐梦多，是否存在脾虚的病机？

答：患者病程较短，仅1月余，腹痛、里急后重等症状均于便后减轻，皆为实证表现，平素亦无身体虚弱征象，故目前以实证为主，未见明显的正气损伤。脾主运化，为气血生化之源，脾虚证首先要有运化功能失常的表现，如纳呆、腹胀、消瘦、便溏等，然后由于气血生化乏源，还应出现面色不华、少气懒言、唇舌色淡、舌胖、脉细等征象，患者皆不具备，因而脾虚证不明显。

问：患者目前便血白多赤少，腹痛、里急后重感不明显，亦无舌质红、苔黄腻、脉数等典型的热象，您如何辨为湿热痢，而非寒湿痢？

答：辨痢疾之寒热所属，主要在于区分痢色、质地，并参以舌、脉及整体表现。痢下色白，或纯为黏冻者，一般属寒、属气；痢下赤色或纯血鲜红者，一般属热、属血，常为热迫血溢；痢下赤白相间者，一般属热者多，为气血俱受邪，下痢白多赤少者，以湿邪伤及气分为主，赤多白少者，乃热邪伤及血分为重。本例目前虽赤少白多，却如脓血状，血色鲜红或暗红，当属热。寒湿痢多伴有腹痛拘急、口淡不渴、头身困重、舌淡、苔白腻、脉濡缓等表现，患者均不符合；反而见口干、口苦、肛门灼热等湿热症状，舌脉的热象不典型，为其病机中湿重于热之故。此外，患者饮食偏嗜辛辣，最易酿生湿热，促使本病的发生。

问：患者有时情绪不畅，腹痛、里急、肠鸣均在便后减轻，脉弦，以上是否属于肝郁气滞表现，存在肝木乘侮的病机？

答：患者疾病发作及加重与情绪变化并无明显关系，其腹痛、里急的症状乃因湿热壅滞肠腑，气机不畅，传导失司所致，非肝郁气滞之故。由于便后湿热得泄，气机暂畅，故腹痛、里急、肠鸣有所缓解。

问：泄泻重者也可见有腹痛、里急、黏液便等症状，痢疾也见有便次增多、肠鸣的表现，二者如何鉴别？

答：痢疾大便次数增多而量少不爽，以痢下赤白黏冻或脓血，里急后重为主症；泄泻则以大便溏薄，泻下爽利，或如稀水，完谷不化，甚则滑脱不禁为特点。泄泻之腹痛多与肠鸣同时出现，常无便脓血表现；痢疾腹痛多与里急后重并见。故张景岳谓：“泻浅而痢深，泻轻而痢重，泻由水谷不分，出于中焦，痢以脂血败伤，病在下焦。”

问：患者症见便脓血，已有出血，为何还要行血，是否有动血之虞？

答：刘河间指出，治疗痢疾“调气则后重自除，行血则便脓自愈”，即本病多由湿阻气机，热伤血络所致，肠腑气血壅滞，腐败化为脓血，则见痢下赤白。清热化湿可解除病因根本，调气、行血以祛肠中积滞，气机恢复，血行通畅，肠腑血络得安，则疾病向愈。此外，本例治疗除行血和血外，尚需加以凉血止血，促进肠腑血络的修复，二法并用，既可止血而不留瘀，又能消除动血之忧。

问：白头翁汤的药物组成中有黄连、黄柏、秦皮，皆有清热燥湿的功效，本例是否可选择该方治疗？

答：白头翁汤的组成药物功效以清热解毒为主，一般适用于治疗热毒痢。该证以感受时疫毒邪，热毒壅滞肠道，燔灼气血所致，症见发病急骤，壮热口渴，呕吐恶心，腹痛剧烈，后重尤甚，下利脓血色紫红，甚至昏迷惊厥等危重证候。本例证属湿热痢，且湿重于热，当以芍药汤为主清热化湿最为合适，根据湿重于热的程度，尚需加用部分化湿药物，如苍术、白术、生米仁之类。

问：本例当属痢疾之初期，为何仍不用大黄？

答：大黄清热泻下，荡涤积滞，用于痢疾里急后重者，以达通因通用之



效，患者目前里急后重的症状已不明显，故暂不考虑。

问：可否予小蓟草止血？

答：小蓟因凉血止血，兼可利尿，故偏重于治疗尿血；便血则多用侧柏叶、地榆、槐花之类归属大肠经的药物治。

问：苍术健脾化湿，其作用偏重于中焦还是下焦，与白术功效侧重有何不同？

答：苍术主要能运脾化湿，而非健脾，且侧重于化湿功效，作用于中焦，湿重者，舌苔较腻，用苍术较宜；白术能健脾化湿，其健脾作用较佳，一般脾虚湿不重，舌苔不腻，白术即能奏效。《本草崇原》谓：“凡欲补脾，则用白术，凡欲运脾，则用苍术，欲运补相兼，则相兼而用。”本例患者虽舌苔不是很腻，但辨证属湿重于热，故苍术、白术并用。如本方化湿力量仍未奏效，可进一步考虑加草果，该药化湿作用最强。

问：本案辨证属湿热下注大肠，用药应清热化湿为治，而肉桂性温，缘何在处方中出现？

答：肉桂性温，可协助当归、芍药行血，且可制黄芩、黄连苦寒之偏，以免寒凉凝滞而碍邪，为反佐法。

案三 某女，50岁。

痢下赤白脓血伴腹痛、里急后重反复发作5年，近半月又作。患者既往有溃疡性结肠炎5年，腹痛、里急后重及痢下赤白脓血反复发作。半月前过食肥甘，痢下赤白脓血又作，日行8~9次。经服用柳氮磺胺吡啶治疗，病情减轻。刻下：大便日行4~5次，黏液较多，便血消失，腹痛明显，里急后重。经汛半载未至，潮热，盗汗，口干不欲多饮，夜寐欠安。舌胖，质暗红，苔白腻，脉沉弦。辨证：脾虚，湿阻化热，蕴结大肠。治则：健脾燥湿清肠，佐以调气行血。处方：

| | | | |
|---------|-------------|---------|---------|
| 党参 15g | 苍白术 (各) 10g | 茯苓 15g | 生甘草 6g |
| 川连 3g | 扁豆衣 10g | 炮姜 6g | 生米仁 15g |
| 凤尾草 15g | 白芷 6g | 椿根皮 15g | 木香 6g |
| (各) 15g | 乌药 6g | 马齿苋 15g | 红花 10g |



释疑解惑

问：湿热蕴结者多见舌苔黄腻，今患者苔白腻，如何辨为湿阻化热？

答：张景岳谓：“凡治痢疾，最当查虚实，辨寒热。”初痢多实，久痢多虚，反复发作之休息痢，多见本虚标实证。患者久痢伤正，脾气亏虚，水谷不化，湿浊内生，饮食肥甘则助湿生热，湿热蕴结肠腑，气机受阻，故腹痛明显，里急后重；热伤肠络，气血瘀滞，化为脓血，则痢下赤白，虽舌苔白腻，乃化热较轻，湿重于热之故。

问：患者口干、盗汗，是否因久痢伤阴，变生为阴虚痢？

答：阴虚痢应有下鲜血黏稠，脐腹灼痛，舌红少苔或光红乏津，脉细等征象。患者虽口干却不欲多饮，舌质偏暗，舌苔反腻；其病虽经久难愈，但伤阴并不明显。故口干为湿热内蕴所致。患者痢疾时发时止，正虚邪恋，本虚标实，当属休息痢。

问：既非阴虚内热，潮热、盗汗当如何解释？

答：患者年过七七，天癸已竭，潮热、盗汗乃冲任亏虚，阴阳失调之故。

问：湿热痢多用芍药汤治疗，并以调气行血为主，患者既有湿热病机存在，为何不用该方而立此法为辅？

答：芍药汤配伍特点以调气行血为主，针对气血瘀滞的赤白痢而设，意在治其致痢之本，且其药物性多寒凉，治疗湿热痢，以清热为主。本例患者痢疾经久不愈，正虚明显，且目前便血已止，白痢为主，湿重于热，故当以健脾化湿为重，佐以清热，调气行血。

问：藿香正气散以化湿为主，在此是否可用？

答：该方治证偏重于上、中二焦，用于外感风寒，内伤湿滞者较为适合。

问：参苓白术散与归脾汤药物组成相近，患者潮热盗汗、夜寐欠安，可否选用后者治疗？

答：归脾汤适用于心脾两虚证，其盗汗、失眠等症乃血不养心所致，患者心血虚表现不明显，故不适合；参苓白术散则力专于健脾渗湿止泻，患者目前脾虚湿盛，此方较宜。



问：患者既然存在阴阳失调，是否可予以调和阴阳？

答：患者急需解决的问题是腹痛里急、黏液便，而潮热、盗汗等阴阳失调表现非主要矛盾，故治疗时当分轻重缓急，宜分步处理。

问：休息痢既为久痢正虚，能否以桃花汤、真人养脏汤之类方药固涩止痢？

答：患者虽为久痢，但时发时止，非为下痢滑脱不禁；且其体内尚有湿热余邪，不宜温中固涩，以免闭门留寇。如属脾肾阳虚，下痢无度者，可考虑以之温中涩肠固脱。

问：患者有湿热内蕴，缘何不用黄芩、黄柏之类清热燥湿？

答：其药性过于苦寒，患者以湿邪为主，热象不重，脾虚明显，故不宜使用。

问：马齿苋、凤尾草二药性亦寒凉，是否有伤正之虞？

答：二药之特点即在于性寒而不伤正。因其皆能清热燥湿，凉血止痢，临床多用以治疗湿热痢。

问：乌药性温，是否不利于清利湿热？

答：此仿驻车丸中黄连、干姜寒温并用，乃反佐之意。以乌药之温，制约马齿苋、凤尾草之寒；并以红花之温，制约赤白芍之凉。且患者腹痛明显，乌药擅长调气止痛，甚为适用。

问：白扁豆与扁豆衣作用有何不同？

答：二者作用相当，但白扁豆有可能导致胀气，故以扁豆衣替代。

问：椿根皮多用来燥湿止带，白芷素以祛风解表、止头痛为用，此处是何用意？

答：椿根皮虽为妇科常用药，白芷亦为外感病所取，但二药皆有除湿之效，此处用以加强化湿之力。

问：本例可否加用凉血止血药？

答：患者目前以痢下黏冻为主，便血已止，故暂时不宜用凉血止血药。如病情加重，见便脓血者，可加用地榆、侧柏叶等；此外活血止血之三七亦可考虑。

案四 某女，52岁。

反复腹泻3月余。患者3个月来腹泻反复发作，每日大便十余次，水样便，无黏液及脓血。查肠镜示：溃疡性结肠炎。经西药柳氮磺胺吡啶灌肠治疗好转。2个月前复查肠镜：未见器质性病变。现大便日行3~4次，水样便已消失，完谷不化，神疲乏力，口干喜饮温水，情志不畅，容易激动，肛门下坠。舌质红，有裂纹，舌体胖，苔薄腻，脉弦细。辨证：脾胃虚弱。治则：健脾止泻，益气养阴。处方：

太子参 15g 炒白术 15g 茯苓 15g 生甘草 6g 山药
15g 扁豆衣 10g 生米仁 15g 湘莲肉 15g 桔梗 6g
石斛 6g 乌梅 10g 金樱子 15g 大枣 15g 升麻 6g



释疑解惑

问：溃疡性结肠炎一病，中医常以清热解毒药治疗，本例是否当从湿热泄泻辨治？

答：湿热泄应以腹痛、泻下急迫或泻而不爽，肛门灼热等为主症，由湿热下注大肠，气机不畅所致，舌脉表现当见苔黄腻，脉濡数或滑数，乃湿热熏蒸之象。患者上述诸症皆无，故而不能辨为湿热证。其治自然不可生搬硬套清热解毒之法。

问：患者情志不畅，容易激动，脉见弦象，皆为肝郁表现，泄泻之病机应是木郁乘土，肝脾不和，缘何辨为脾胃虚弱？

答：患者确有情志不畅等肝气郁结表现，但其泄泻是否由肝气乘脾，肝脾不和所致，主要取决于情绪不佳与泄泻的发生是否密切相关。肝气乘脾泄泻的特点是每遇情志不畅或恼怒时发生，围前腹痛，痛则欲泻，便后痛除，该患者并无上述表现。《景岳全书》谓：“泄泻之本，无不由于脾胃。”慢性泄泻亦多属脾胃虚弱。本患者的主要病机为脾虚生湿，脾虚运化失司，水反为湿，谷反为滞，清浊不分，混杂而下，遂致泄泻完谷不化；脾虚不能升清，则见神疲乏力，肛门下坠，舌胖，脉细，皆脾虚之象。



问：余闻“湿多成五泄”，愿闻其详。

答：《临证指南医案·泄泻》曰：“经云：湿多成五泄，曰飧，曰溏，曰鹜，曰濡，曰滑。”并进一步阐释：“飧泄之完谷不化，湿兼风也”，“溏泄之肠垢污积，湿兼热也”，“鹜溏之澄清溺白，湿兼寒也”，“濡泄之身重软弱，湿自胜也”，“滑泄之久下不能禁固，湿胜气脱也”。本例患者泄泻完谷不化，即古之所谓“飧泄”。

问：患者喜饮温水、泄泻完谷不化，是否兼有脾肾阳虚？

答：阳虚之象，首先要有畏寒怕冷、腹部冷痛，患者表现并不明显，可见仅为脾气亏虚，尚未虚及脾阳；肾阳虚泄泻多为五更泄，兼有腹冷、腰酸膝冷，患者亦无此症。

问：您说肾阳虚泄泻“多为五更泄”，难道其他证型也有五更作泻者？

答：非独肾阳虚证于五更作泻，肝郁乘脾之泄泻亦可发在黎明时分。《张聿青医案》中即载有“木郁不克条达，气分攻撑不平。土被木克，运化无权，寅卯之交，依然便泻内热”之病案，并明确指出两证病机和鉴别要点：“肾泄又名晨泄，每至黎明，辄暴迫而注者是也。然肝病亦有至晨而泄者，以寅卯属木，木气旺时辄乘土位也。疑似之证，将何以辨之哉？盖肾泄是命火衰微，而无抑郁之气，故暴注而不痛。肝病而木旺克土，则木气抑郁，多痛而不暴注。”

问：患者口干舌红，乃伤阴之象，舌为心之苗，可否属心阴亏虚？

答：舌质红不单为心阴虚独有，其他阴虚证也可见到。心阴虚证尚应有心悸、失眠等症状。本例为脾气虚弱，兼见脾阴亦虚。

问：脾阴虚当如何辨证？其与胃阴虚如何鉴别？

答：脾阴亏虚主要表现为口燥，食少，食后作胀，大便溏而不爽，或便秘、泄泻交替出现，消瘦乏力，舌红少津，是在脾气虚弱的基础上兼有阴虚见症。而胃阴虚证主要表现为干呕，嗳气，食少，食后胃脘隐痛不适，大便干结，舌光红，必须具备胃气不降和阴虚有热的见症。胃阴虚证和脾阴虚证的临床表现虽有许多相似之处，但脾阴虚证是气阴两虚，阴虚不严重，热象亦较轻，胃阴虚证多为邪热伤阴，热象较重，阴虚也比较严重。

问：“泄泻之本无不由于脾胃”，治疗多健脾止泻，为何健脾能达到止泻的效果？

答：中焦脾胃，皆属土脏，脾主运化，胃主受纳，脾为胃行其津液，二者共同完成水谷之受纳、腐熟、运化、输布，故而并称“后天之本”、“生化之源”。东垣谓“饮食伤胃，劳倦伤脾”，长期调摄失宜，可导致脾胃虚弱，不能受纳水谷和运化精微，以致水反为湿，谷反为滞，湿滞内停，清浊不分，混杂而下，遂成泄泻。所谓“土德不慚，水邪不溢”（《医宗必读》），健脾助运，使仓廩得职，水谷善分，精微得化，泄泻自止。

问：余闻治泻有九法，参苓白术散用药属于其中何法？

答：《医宗必读》提出治泻九法，即淡渗、升提、清凉、疏利、甘缓、酸收、燥脾、温肾、固涩。参苓白术散方中即体现了甘缓、淡渗、升提、燥脾诸法。以四君甘温，平补脾胃之气为主，《医宗必读》：“甘能缓中，善禁急速，且稼稽作甘，甘为土味，所谓急者缓之是也。”配以扁豆、米仁、山药之甘淡，莲子之甘涩，辅助白术之苦温燥湿，既可健脾，又能渗湿而止泻。桔梗一味，引药上行，并有升提之作用。

问：患者久泻，是否可以赤石脂、禹余粮之类涩肠固脱？

答：患者发病之初曾有水样便症状，此时单以参苓白术散治疗，效果可能不佳，应加收涩药物，以“急则治标”。目前患者水样便已消失，便次不多，再予收涩之力较强之赤石脂、禹余粮，用药未免过重；可予乌梅、金樱子一类酸味药。《医宗必读》谓：“酸之一味能助收肃之权，经云散者收之是也。”

问：本案辨证有脾阴虚，可否加用地黄、石斛、黄精、当归、沙参、麦冬等养阴之品？

答：生地性寒凉，可导致大便次数增多，不宜使用；熟地滋腻碍胃，亦不适合；沙参性偏凉，麦冬在增液承气汤中亦可通便，二者均不适用；当归补血、活血，质润而滑肠，更为不适。唯石斛一味，独具养阴、厚肠之功，不会加重泄泻。此外，尚可采用酸甘化阴之法。

问：何谓酸甘化阴法？

答：中医认为，酸味药与甘味药配合能达到化生阴液的作用，常使用该



法以补充阴液之不足，临证每以乌梅、芍药、木瓜等酸味药，与甘草配伍。本病例可选用乌梅、金樱子配合甘草，酸甘化阴。且乌梅、金樱子尚有涩肠止泻之功。

问：处方中用升麻之意何在？

答：患者久泻，气虚下陷，升举无能，见肛门下坠，乃清阳不升之故，此处予升麻，仿补中益气汤之意，升举下陷之清阳。

问：补中益气汤中尚有柴胡以升阳举陷，本案为何不用？

答：《本草正》谓柴胡“性滑，善通大便，凡溏泄脾薄者当慎用之”，本患者脾虚泄泻，故而不用。

问：余闻柴胡之用量不同，功效各异？请详述。

答：柴胡具有解表退热，疏肝解郁，升举阳气的作用。其升提之效，剂量宜小，3~6g即可；疏肝之用，常以中量，且宜醋炒；而用之退热，多采用大剂量，30~60g为宜。

三、急性胰腺炎

胡某，女，63岁。

上腹痛伴呕吐1周。春节期间进食油腻后，上腹疼痛偏右，拒按，伴呕吐胃内容物，便秘。于某医院查血常规：WBC $12.0 \times 10^9/L$ ，N 82%，血淀粉酶60U/L，尿淀粉酶149U/L；腹部CT：胆总管扩张，壁略增厚，胆总管下段密度欠均匀，胆囊术后。平素口苦，口黏，中脘饱胀，时有暖气泛酸，乏力，纳少，大便时溏时秘，有时痛则欲便，便后痛除，皮肤瘙痒。刻下：腹痛缓解，脘腹痞闷，口渴欲饮，饮水量不多，夜寐欠安，小便短赤，大便稀溏。舌质淡，体胖，苔厚腻微黄，脉小弦数。既往有反流性食管炎病史多年，10年前曾因胆囊结石反复发作行胆囊切除术。辨证：湿热夹滞互结中焦，肝胆气机不利。治则：清热化湿导滞，佐以疏泄肝胆，理气畅中。处方：

枳实 15g 苍术 10g 川朴 10g 干姜 3g 黄芩 10g
川连 3g 柴胡 10g 半夏 10g 山楂 15g 六曲 15g

莱菔子 15g 连翘 12g 陈皮 6g 茯苓 15g 鸡内金
10g 郁金 10g 砂蔻仁（各，后下） 3g



释疑解惑

问：患者一派湿热之象，但学生未明其湿热在脾胃，抑或在肝胆？

答：既有脾胃湿热，又有肝胆湿热。湿热蕴结脾胃，而见脘腹痞闷，纳少，呕恶，口干口黏，便溏尿黄，舌苔黄腻等征象；湿热熏蒸肝胆，则有口苦泛恶，皮肤瘙痒，大便不调，小便短赤，脉弦数等表现。

问：请细述病机之要。

答：患者病机以脾虚为本，脾虚运化不力，故而平素纳少，稍食油腻即中脘饱胀、嗳气；脾失健运，生湿化热，湿热互结，内蕴中焦，故见脘腹痞闷、口黏、口渴欲饮而饮水不多；湿热熏蒸肝胆，肝失疏泄，气机不畅，胆液上溢则口苦，外溢肌肤而皮肤瘙痒。此次发病正值春节期间，患者进食油腻肥甘较多，不但助湿生热，而且食滞内停，气机受阻，不通则痛；升降失司，胃气不降而呕吐，脾气不升即泄泻。湿热夹滞，互结中焦，成为腹痛发作的主因；肝胆气机不利，疏泄失常，亦加重中焦气机阻滞。食积不消，湿热不化，故大便稀溏；热壅气阻，腑气不通，则大便秘结。舌脉亦为湿热、食滞内停之象。

问：患者刻下腹痛缓解，症状以脘腹痞闷为主，诊断是否当以胃痞为先？

答：患者前来就诊的主要痛苦乃腹痛急作，目前虽经治疗，腹痛较前缓解，但其病机尚未解除，故仍当属首要诊断。胃痞病证，患者确实存在，且由来已久，可以作为次要诊断。

问：患者病机以脾虚为本，且症状明显，为何不以健脾为先？

答：患者脾虚的症状长期存在，病机虽以脾虚为本，但此次急性腹痛发作，乃因湿热夹滞互结中焦，肝胆气机不利，《内经》云“急则治其标”，当以标实为急，故祛邪在先；而其本虚之症，宜邪去之后再缓图之，否则固本反助其邪。

问：除肝胆湿热首选龙胆泻肝汤，本案缘何不用该方？

答：患者虽有肝胆湿热病机，却无明显实火上炎表现；龙胆泻肝汤以龙



胆草为君药，配合多味清热药，泻肝胆实火，若施治于兼有脾虚的患者，用药未免过于苦寒。因而仅取其中部分药物，如柴胡、黄芩以和解清热即可。

问：急性胰腺炎多见腹痛、胀满、发热、大便秘结等阳明热结症状，本例是否当采用攻下通利之法治疗？

答：典型的急性水肿型胰腺炎患者，表现为一派闭塞不通之实证，可以大承气汤、调胃承气汤、大柴胡汤之类以攻下积滞，张伯臾教授即以上述三方通下治疗。但本例患者兼有脾虚症状，胰腺炎表现不甚典型，故不能套用通下之法，以免导致“虚虚”之戒。

问：那么“通之之法”在本例治法中如何体现？

答：治疗腹痛，虽以“通则不痛”为原则，但通之之法各有不同，非独攻下为“通”。《医学真传》谓：“调气以和血，调血以和气，通也；下逆者使之上行，中结者使之旁达，亦通也；虚者助之使通，寒者温之使通，无非通之之法。”本例采用清热化湿、疏泄肝胆、行气导滞等法，使中焦气机升降得复，亦可谓“通”。

问：枳实消痞丸有四君以健脾，半夏泻心汤中亦有人参、大枣、甘草以补虚，本案为何皆弃之不用？

答：患者内有湿热、食滞等实邪，舌苔厚腻明显，若此时予四君等甘缓补益之剂，恐助湿生热，更加重气机壅塞。故刻下暂以祛邪为主，待湿化热清，积滞消退之后，再予四君、香砂六君之类健脾扶正。

问：愿闻老师处方深意。

答：枳实行气消积，配以山楂、神曲、莱菔子，擅消一切饮食积滞；苍术、川朴、茯苓取平胃散之意，配合芩、连清热化湿；半夏、陈皮和胃降逆，柴胡配芩、连疏利肝胆，佐以干姜辛开苦降，宣通气机；其中茯苓淡渗利湿，尚能给邪以出路；连翘清热散结；鸡内金消食导滞，并能利胆；郁金加强清热利胆之功；砂仁、蔻仁加强理气消胀之力。

问：此方如何加减化裁？

答：患者如恶心、呕吐，可加吴萸、竹茹，前者与方中黄连配合，可辛开苦降，后者清热止呕；茯苓给邪出路，如药力不足，尚可加用车前子、泽泻、米仁等；热不除，可进一步加山栀；如腹胀明显，可重用消胀理气药，

如砂仁、蔻仁增至各6g，再加用木香、槟榔。

问：湿邪侵犯三焦，其治疗各有不同，请细述。

答：湿在上焦，宜芳香化湿，以藿香正气散为代表方；湿蕴中焦，以苦温燥湿为主，予平胃散之类；湿阻下焦，应淡渗利湿，用五苓散以利水渗湿。如三焦皆有湿者，则予三仁汤，方中杏仁、蔻仁、米仁，分别清化上、中、下三焦湿邪。

问：腹痛常以白芍柔肝止痛，玄胡活血止痛，本例是否可用？

答：白芍性质阴柔，患者脾虚不能耐受；刻下腹痛已经缓解，亦不需使用玄胡止痛。

问：患者舌苔厚腻，湿邪较重，可否予佩兰加强化湿作用？

答：佩兰化湿之功，较苍术力量轻，如本方效果欠佳，苔腻不化，可进一步考虑加草果，该药祛湿力强，但性燥伤阴，宜慎用。

问：胰腺炎治疗除上述方法外，是否还有其他治法？

答：急性胰腺炎反复发作，胰腺腺泡大量破坏，胰腺外分泌功能不全，可迁延为慢性胰腺炎，发生脂肪泻、血糖升高或糖耐量异常等变化，乃脾虚运化失司所致，此时宜以健脾为主治疗；如慢性胰腺炎有胰腺假性囊肿形成，属气滞血瘀，则要采取活血化瘀方法治疗，可用血府逐瘀汤。

问：患者服药有何宜忌？

答：患者目前脾胃功能尚未恢复，脘腹痞闷，故药宜浓煎，少量频服。

四、胃癌术后

某男，66岁。

胃癌术后，中脘、少腹作胀、隐痛20余日。患者于2005年1月出现呕血伴黑便，赴长宁区中心医院检查，原因未明，遂于同年5月行剖腹探查，诊断为胃癌，予以胃大部切除手术；术后化疗5次，继服中药治疗。2008年8月因贫血（Hb 65g/L）反复住院，输血治疗无效，进一步检查发现残胃癌、脾脏转移。2009年4月在我院西医外科行全胃、全脾、胰尾切除手术。术后



中脘、少腹作胀，多食尤甚，得矢气较舒，饥饿时隐痛，伴乏力、纳差、口苦、自汗盗汗、口干引饮、喜饮凉水。平素怕热，常有低热，大便不成形，量少，夜尿频多。舌质光红，脉弦。既往有高血压病史多年。饮酒、吸烟史30余年。辨证：胃阴耗伤，脾气亏虚，瘀热内蕴，气机不畅。治则：养胃健脾，化瘀清热，理气畅中。处方：

北沙参 15g 太子参 30g 石斛 15g 天花粉 10g 黄
精 15g 生地 15g 桃仁 10g 赤芍 15g 丹参 10g
義木 15g 柴胡 10g 枳壳 15g 桔梗 6g 川牛膝 15g
佛手 10g 香橼皮 10g



释疑解惑

问：患者年老体弱，又承受两次胃癌手术，术后贫血、乏力、纳差，气阴两虚，是否可诊断为虚劳？

答：患者虽有诸虚的表现，但尚未达到脏腑亏损的程度，虚劳的诊断范围较大，其病变过程一般先由一脏的气血阴阳亏损，渐至累及他脏，终成五脏六腑皆损。而本例主要是脾气亏虚，胃阴耗伤，尚未导致其他脏腑虚损。此外，目前患者并非单纯虚证，还有瘀滞化热等实邪存在，属于本虚标实，虚实夹杂，而且脏腑定位明确，诊断胃癌术后、胃痞。

问：患者年逾花甲，当有肝肾不足，又见夜尿频多、口干、盗汗，是否属于肾阴、肾阳亏虚？另外患者胃癌手术后曾中度贫血，可否辨为血虚？

答：血虚当有面色皤白、唇甲色淡、心悸不宁、夜寐不安、舌淡、脉细等表现，患者皆不具备；肾阴亏虚常见腰酸膝软、眩晕耳鸣、失眠多梦，以及潮热盗汗、咽干颧红、舌红少津等阴虚内热征象，患者目前仅有阴虚内热表现，而肾病的主要症状并不明显；夜尿频多虽属于肾气不固，但肾阳虚当有畏寒怕冷、腰膝酸软，或久泻不止，或浮肿等症状，患者均未见，仅凭夜尿频多不能辨为肾阳虚。

问：请细述病机。

答：患者久患胃癌，两次手术，气阴耗伤，主要为脾气亏虚，胃阴耗伤，故纳运失司，症见中脘、少腹作胀，多食尤甚，饥饿时隐痛，纳差，大便不

成形，量少，乏力；术后多有留瘀，瘀血内存常阻碍气机，瘀阻气滞，故腹胀得矢气较舒；瘀滞化热，气阴益伤，气虚则自汗，阴虚内热，而致盗汗，口干引饮，喜饮凉水，常有低热；舌质光红，乃胃阴耗伤之象。

问：患者口苦、少腹作胀，又有胃癌病史，是否存在肝郁的病机？

答：口苦的症状并非都见于肝郁，瘀热内蕴，气机不畅，亦可有口苦。患者虽身患恶性肿瘤，尚无明显精神抑郁表现，情绪较为乐观，因而目前肝郁的病机并不存在。

问：血府逐瘀汤组成中有四逆散，该方有疏肝解郁的功效，患者既无肝郁病机，为何还用此方治疗？

答：腹部手术后病人多见腹胀、二便不畅等症状，从经络辨证讲，属于肝气失于疏泄所致，因为足厥阴肝经循行的部位绕阴器，循行于少腹部，因而治疗时多予以疏肝理气。

问：患者平素怕热，并时常有低热，是否可用补中益气汤甘温除热，或考虑以竹叶石膏汤养阴清热治疗？此外，患者存在气阴两虚，阴虚内热，生脉散、左归丸、六味地黄丸之类方药是否可用？

答：患者虽有气阴两虚，但以胃阴虚为主，脾气虚次之，治疗当偏重于养胃阴，兼以健脾气，且瘀热内蕴，不宜用甘温药物，故补中益气汤不适宜本例。石膏大寒，其清热功效常用治外感热病，竹叶石膏汤即适于伤寒、温热、暑病之后，余热未清者；有胃病的患者应尽量避免使用石膏，如确需使用则用量务必要轻，而在外感病中常无禁忌，且用量宜大；本例中如甘寒养阴清热无效，可进一步考虑使用竹叶、连翘等药物以清内热。生脉散虽能益气养阴，但偏重于养心阴；而左归、六味丸之类偏重于补肾阴，对于本例均不相宜。

问：本例治疗用药有何注意点？

答：首先，患者因患胃癌，全胃切除术后，脾气亏虚，胃阴耗伤，虽有瘀热内蕴，但养阴清热当少用苦寒药物，而以甘寒养阴为主，目前抗癌中药多为清热解毒药物，苦寒败胃易伤正气，切勿滥用；其次，活血化瘀药应选用凉性药物，不宜辛温，故血府逐瘀汤中虽有川芎、当归、红花，性皆偏温而未选用，代以生地、赤芍、丹参等性凉药物则较为适宜；再者，选择理气



药要时刻注意顾护阴液，如木香、香附之类较香燥，当选用佛手、香橼皮、绿萼梅等理气而不伤阴的药物，木蝴蝶一药目前多用于利咽，其实该药亦有较好的疏肝理气功效，且无伤阴之弊，沪上名医张镜人教授治疗胃病时常用此药，每获良效。

问：莪术亦属于辛温的活血药，本例为何还要使用？

答：莪术一药具有破血祛瘀、消癥散结的功效。现代药理研究表明，其有效成分榄香烯具抗癌作用，多用于肿瘤患者，此处去性存用。

问：麦冬甘寒而长于养胃阴，又是沙参麦冬汤中主药，本案为何弃之不用？

答：因麦冬较滋腻，胃癌患者多不能耐受，患者已有明显的纳差，故不适用。

问：党参、黄芪、太子参、黄精等补气药在使用时如何选择？

答：党参、黄芪均甘温偏热，一般用于气虚偏于阳虚，或体内无热邪的患者；太子参、黄精则益气养阴，适合气阴两虚的患者，其中太子参力轻，用量宜重；而黄精略偏滋腻，如体内湿热较重亦当斟酌应用。

五、消化性溃疡

案一 陈某，男，56岁。

黑便1周，伴呕血1次。患者于2010年2月28日因头痛自行服用芬必得治疗，次日清晨即解柏油样大便，每日2~3次，并呕吐鲜血1次，量较少，伴心悸、头晕乏力。3月2日赴某医院急诊，查大便隐血(++++);血常规：WBC $24.4 \times 10^9/L$ ，N 88.3%，HGB 66g/L，ALB 23g/L。给予抗感染、抑酸护胃及止血治疗3天，患者大便转黄，呕血及黑便未作，头晕乏力好转，仍头痛不适。患者为求中西医结合进一步治疗，遂来我院就诊，收入病房。2010年3月11日查胃镜提示：食管静脉曲张，幽门管、十二指肠球部溃疡(A2)，胃体溃疡疤痕期(S1)；B超提示：脾大。刻下：进食油腻容易腹泻，大便色黄，基本成形，每日1~2次，食后中脘痞塞，偶有暖气，前

额胀痛，晨起时较剧，劳累后易发，输血治疗后好转，头晕且重，面色不华，夜寐不酣，口干口苦，喜饮温水。舌红少苔，有裂纹，脉弦细微数。既往有长期大量饮酒史，已戒；20年前血压升高1次，原因不详，之后未作；2008年4月曾大量呕血1次，经西药治疗好转，2009年8月，因胃溃疡出血穿孔，行手术修补。辨证：气血两虚，脾阴不足。治则：益气补血，健脾养阴。处方：

太子参 30g 黄芪 30g 炒白术 15g 茯苓 15g 生甘草 6g
川芎 9g 炒当归 9g 熟地 15g 炒白芍 15g
川石斛 15g 扁豆衣 9g 山药 15g 砂仁（后下） 3g
佛手 9g 凤凰衣 9g



释疑解惑

问：患者头胀痛较剧，不同于虚证头痛绵绵的表现，是否应属于邪实内阻所致？

答：头痛辨证当分外感、内伤。外感头痛多因起居不慎，感受风、寒、湿、热等外邪，侵袭经络，上犯巅顶，清阳受阻，气血不畅所致，属实邪内阻，不通则痛，常伴有表证，一般发病较急，痛势较剧，痛无休止。内伤头痛以虚证为多，特点以隐痛、空痛、昏痛为主，痛势悠悠，遇劳则剧，时作时止，如肾精亏虚，脑髓失养，脾虚生化不足，或失血之后，营血亏虚，脑髓脉络失荣所致；或见虚中夹实，如肝肾阴虚，肝阳上亢，扰动清空之肝阳头痛，或脾虚失运，痰湿内生，上蒙清窍之痰浊头痛，以及头部外伤后或久痛不愈，脉络瘀阻，不通则痛之瘀血头痛。本例患者并无外感征象，头痛且晕，时作时止，遇劳加重的表现符合虚证头痛的特点，且有反复失血病史，营血亏虚明显，输血治疗后好转，当属血虚头痛。

问：本例脾阴亏虚如何体现？为何不是胃阴亏虚？

答：脾阴虚的实质是脾的气阴两虚，临床表现一般同时具有脾气虚弱、阴虚和热象三种征象，又都不太严重，比如食少、食后作胀、消瘦、乏力、大便溏或秘结、口燥唇干、口渴而饮水不解、舌红少津或舌光无苔、脉细带数。患者因久病脾气亏虚，统血无力，血溢脉外，故出现呕血、便血的症状，



如《灵枢·经脉》曰：“阴络伤则血内溢，血内溢则后血，肠胃之络伤，则血溢于肠外。”由于多次失血，阴血亏虚，遂形成气阴两虚的证候：进食油腻容易腹泻，食后中脘痞塞，口干，舌有裂纹，少苔，脉弦细；同时患者有长期大量饮酒史，酒乃辛热之物，能助体内生热，因而具备轻微的热象——口苦，舌红，脉微数。胃阴亏虚常见于热病后期，本质是邪热伤阴，热象及阴虚都比较严重，而本例热象与阴虚均较轻。

问：养脾阴常用什么方药？可否予沙参麦冬汤、益胃汤之类？

答：养脾阴不同于养胃阴，一般胃阴亏虚者常用甘寒的药物以滋润胃阴，使“阳明燥土得阴则安”，故常用沙参麦冬汤、益胃汤之类，所用药物兼能清肃肺卫余热，方中天花粉、沙参之类药物还有通便的作用，不可应用于便溏的患者；而脾阴亏虚者应用甘淡的药物补养脾阴，由于其证本质是脾的气阴两虚，故临床治疗常以甘养脾阴法与健脾益气法并用，使脾阴得以恢复，常用参苓白术散加减。本例用八珍汤补益气血，方中已有四君健脾益气，尚可加用黄精、山药、扁豆之类补养脾阴，此外，石斛亦可养阴厚肠，适用于阴虚而便溏的患者。

问：归脾汤益气补血，健脾养心，本例是否适用？

答：归脾汤也可应用，但患者心血亏虚的表现不太明显，无心悸气短，仅见夜寐不安，以气血亏虚的表现为主，故八珍汤更合适，可合参苓白术散健脾养阴。

问：本例能否使用阿胶补血？

答：阿胶性质黏腻，有碍消化，方中已有四物汤滋补阴血，无需再加阿胶。

问：您平素使用熟地时也较谨慎，常权衡患者的脾胃功能能否承受，本例有无此顾虑？

答：熟地养血滋阴，还可补精益髓，患者由于长期失血，精血不足，脑髓失养，尤其适合用熟地治疗；此外，方中尚有砂仁同用，可减轻熟地滋腻碍胃的副作用。

问：患者有消化性溃疡出血，可否给予煅瓦楞、煅牡蛎之类收敛止血？

答：患者目前正在使用西药质子泵抑制剂，其抑酸护胃止血的作用较中

药更为强大，因此，本例无需再加用上述药物。

问：患者目前有食后脘痞，偶有嗝气的表现，如症状加重如何治疗？

答：可予佛手、木蝴蝶之类药物疏肝理气，程度较重者可加旋覆花、代赭石之类降逆气。

问：患者脾阴亏虚，有少许热象，本方用药似乎略偏于辛温，可否加用清热药物？

答：张璐指出便血的治疗“不可纯用寒凉，必加辛散为主，久之不愈，宜理胃气，兼升举药，故大便下血多以胃药收工，不可徒用苦寒也”。本例由于热象并不严重，无须使用清热药物，方中益气养阴补血药物俱全，自然可以杜绝生热之源。

问：凤凰衣有何作用？

答：凤凰衣即附着于鸡蛋壳内的一层薄膜，具有保护黏膜、促进溃疡修复的功效，内服常用于消化性溃疡，外用尚可治疗褥疮。

问：本例中使用太子参、黄芪为何用量尤其重？

答：患者多次大量出血，阴血亏虚严重，如吴鹤皋指出“以有形之血不能自生，生于无形之气故也”（《名医方论》），故加大补气药的用量，加强益气生血的作用。

问：患者刚刚大量出血，又有食道静脉曲张，随时有出血的危险，使用当归、川芎之类是否有所顾虑？

答：消化道大出血的病人体内常容易留有瘀血，瘀血不去亦会导致出血不止，故在出血急性期度过，病情较为稳定时，适当应用少量活血药。当归、川芎之类由于活血作用不太峻猛，可以使用。此外，当归活血补血兼顾，川芎上行头面，善治头痛，故较为适于本例。

案二 某男，54岁。

患者9天前无明显诱因解柏油样便，大便每日1次，基本成形。查血常规：血红蛋白73g/L，大便隐血（++++）。住院予止血敏、奥克等药物治疗。刻下：头晕，乏力，口干，大便两日未行，夜寐欠安。面色苍白无华，舌质黯淡，有瘀斑，苔薄腻，脉细弦。既往史：30年前曾因十二指肠球部溃



疡出现呕血，行胃次全切除术。诊断为便血（远血）。辨证：脾气亏虚，气不摄血，兼瘀血留蓄。治则：健脾益气，活血止血。处方：

黄芪 15g 党参 15g 当归 10g 白术 10g 茯苓 15g
 远志 3g 龙眼肉 10g 木香 6g 地榆 12g 仙鹤草 15g
 大枣 5 枚



释疑解惑

问：本例病机如何？

答：患者有十二指肠球部溃疡病史，已行胃次全切除手术 30 年，因久患胃疾，加之长期营养吸收不良，导致脾胃虚弱。面色苍白无华，即脾气亏虚之象。由于“气为血之帅”，“脾主统血”，《金匱要略注》（沈目南）云：“五脏六腑之血，全赖脾气统摄。”故出血原因乃气不摄血，脾不统血，致血液不循常道而溢于脉外，随大便而下。因气虚无力行血，滞留为瘀，或出血后离经之血尚未排出体外，致瘀血内留，舌质黯淡，有瘀斑，脉细弦，皆为瘀血表现。而瘀血不去，新血不生，气血虚弱，无以荣养清窍，则头晕；四肢肌肉不充，而见乏力；血不养心，故夜寐欠安。

问：便血之远血常用黄土汤治疗，您为何予以归脾汤？

答：黄土汤乃《金匱要略》中治疗远血之名方，其使用指征为出血伴有畏寒怕冷、腹痛喜按症状，辨证属中气虚寒，脾阳不运。该方主要作用为温脾止血，故方中有灶心土、附子等药温中止血。现患者病情稳定，大便两日未行，说明已无活动性出血，主要表现为脾气虚弱，气血两虚，而无畏寒怕冷症状，不适宜用黄土汤，当以归脾汤健脾益气养血为主。

问：活血是否有再次出血之虞？

答：患者体内既存瘀血，单纯止血治疗，则有加重瘀血之弊；而且瘀血存内，反而有出血不止之虞。因此，活血、止血应同时并进，缺一不可。但所用药物当相互制衡，不得过用活血药，以免引发再次出血。

问：患者口干，大便两日未行，说明出血之后阴液损伤，可否予养阴药治疗？

答：由于阴血同源，出血必定导致一定程度的阴液损伤，然患者尚有苔

腻表现，养阴治疗恐滋腻生湿；此外，益气养血亦有助于阴液的恢复，故暂时不考虑予养阴药。

问：愿闻处方深意。

答：本例以归脾汤加减治疗，该方出自宋代严用和《济生方》，原用治思虑过度，劳伤心脾之证；元代危亦林在《世医得效方》中有所发挥，增补了治疗脾不统血而妄行之吐血、下血；明代薛立斋《校注妇人良方》又增加当归、远志两味，而一直沿用至今。本方取其中参、术、芪、草、枣甘温补脾益气；当归辛温，活血养肝而生心血；龙眼肉、茯苓，养心安神；远志交通心肾而定志宁心，因远志气味重、刺激胃，可导致恶心、呕吐，故用量宜小；木香理气，以防益气补血药滋腻壅滞，有碍脾胃运化功能。原方尚有酸枣仁，因其味酸，刺激胃酸分泌，患者有溃疡病及胃次全切除手术史，不宜使用。另加地榆、仙鹤草凉血止血。

问：活血止血当选用三七、蒲黄之类，您为何不用？

答：治血之道，活血可以止血，凉血亦可以止血。血证治则当遵循唐容川《血证论》所倡，除止血、消瘀、补血之外，尚重宁血。张景岳谓：“血动之由，唯火唯气耳。”故凉血止血乃宁血之要。归脾汤中已有当归养血、活血，无需再用活血药物，而予地榆、仙鹤草之类凉血止血药物，以达宁血止血之目的。

六、胃癌晚期

沈某，男，89岁。

黑便3天。患者长期便秘，依赖通便药物，近1年来渐进性消瘦伴右下腹不适。曾赴某医院就诊，行肛指检查发现肿块，建议查肠镜明确性质，患者拒绝。2009年12月11日晚，患者服用通便药物后解大量糊状黑便，当时无头晕、黑矇及心悸、汗出，次日来我院急诊，查大便隐血(-)，血红蛋白58.4g/L，给予抑酸护胃、止血等治疗。查下腹部增强CT提示：直肠壁局限性增厚。急诊留观期间，患者出现口齿含糊，急查头颅CT发现：两侧基



底节多发腔隙性梗死灶。患者为求进一步诊治，转入消化科病房。检查胃镜提示：胃癌（食管贲门连接处）。刻下：面色少华，爪甲苍白，倦怠乏力，偶有暖气、泛酸，口微渴，咯吐黏痰量多，食欲尚佳，进食固体食物吞咽困难，饮水及半流质饮食无碍。夜寐欠安，大便色黄，2~3日一行，较通畅。舌质偏红，苔根薄腻，中剥，脉弦紧。辨证：脾气亏虚，胃阴不足，痰瘀交阻。治则：健脾益气养胃，化痰祛瘀。处方：

炙黄芪 30g 当归 9g 白术 9g 茯苓 30g 生甘草 6g
 半夏 9g 義木 15g 浙贝母 10g 生米仁 15g 连翘
 12g 北沙参 15g 丹参 15g 广郁金 10g 陈皮 6g
 杏仁 10g 天花粉 10g 太子参 30g 藤梨根 30g 白
 花蛇舌草 30g 仙鹤草 30g



释疑解惑

问：患者胃阴不足如何体现？

答：患者有长期便秘病史，乃阴津亏虚，肠失濡润之故，目前又见口微渴，吞咽困难，苔中剥，皆为胃阴不足的表现。而且患者胃癌位于食管贲门连接处，已有轻度的噎塞症状，并以进食固体食物困难为主，亦由胃阴亏耗，食道失于濡润所致。

问：患者并未见腹部肿块、刺痛、舌质瘀斑、脉涩等瘀血的典型征象，为何辨为痰瘀交阻？

答：从症状、体征上分析，患者并无上述明显瘀血表现，但结合现代医学检查手段得出的证据，已明确胃癌诊断，在中医学范畴中乃属于癥积，所谓“积”乃有形，固定不移，病属血分，多因血瘀日久所成。而患者头颅CT检查结果提示有多发腔隙性梗死灶，从现代医学角度上看，亦存在血液高凝状态。以上皆可作为中医辨证的依据。

问：请详释病机。

答：患者病情虚实夹杂，既往长期便秘乃脾虚、运化不健、大肠传导失司所致，脾气虚弱，统血无能，血溢肠内，随大便而下，则便血色黑；出血之后气血亏虚，故有面色少华，爪甲苍白，倦怠乏力，夜寐欠

安等征象；脾为生痰之源，脾虚，水液运化失常，津液不归正化，水湿凝聚为痰，故见咳吐黏痰量多，苔根薄腻；正虚瘀结，痰瘀交阻，日久结块，胃阴耗伤，食道失于濡润，则见口渴、吞咽困难、消瘦、舌苔中剥等噎塞表现。

问：本案处方似乎以健脾化痰、益气补血为主，患者病机既然存在瘀血内阻，是否考虑予以活血化瘀方药治疗？

答：患者便血刚止，不宜过用活血化瘀方药，否则容易再次出血。但活血亦可止血，可考虑与启膈散合用，在运用活血药时，亦可加用止血药物。

问：患者胃阴不足，如何滋养胃阴？

答：六君子汤中人参可易为太子参，并予以大剂量，益气养阴兼顾；天花粉既可清胃，又能生津止渴；北沙参有养阴益胃生津的功效，本例皆可考虑使用。

问：麦门冬汤、沙参麦冬汤皆以滋养肺胃为主，本例可否应用？

答：二方均以麦冬为主药滋养肺胃阴津，但患者以胃阴不足为主，尚未累及肺阴，且麦冬较滋腻，患者脾胃虚弱，纳运失健，服之恐不适。故不拟予原方，仅选其中部分药味养胃阴。

问：您前面说可与启膈散合用，该方中如何体现？请解释一下。

答：方用丹参、郁金化瘀理气开郁，北沙参、象贝母、茯苓润燥化痰以散结，可体现启膈散的法义，即开郁、化痰、润燥。

问：莪术活血化瘀作用较强，与三棱同为破血药，本例应用是否有动血之虞？

答：莪术虽能破血祛瘀，但其活血功效较之三棱为逊，本例采用莪术主要是基于现代药理研究结果，即该药含有榄香烯，具有抗肿瘤作用。此外，又加用仙鹤草以益气止血，该药别名“脱力草”，大剂量使用可治疗劳力过度所致的脱力劳伤，故得名，本例使用既有助于体力恢复，又能制约莪术、丹参的活血作用。

问：您平素用茯苓多在15g左右，本例中为何用量倍于平常？

答：现代药理研究证实，茯苓、米仁等药物均有抗肿瘤的功效，患者因有胃癌，故用量大。



七、肝硬化腹水

案一 陈某，男，59岁。

腹胀伴气急2月余。患者有饮酒史30年，每日饮黄酒约1斤。2007年10月体检发现肝功能异常，逐渐腹胀如鼓，查B超示：肝硬化，大量腹水。住院予保肝、利尿消肿等治疗。刻下：消瘦，腹大如鼓，皮色苍黄，脉络显露，腹胀乏力，动则气促，两胁胀痛，口干，纳差，夜寐欠安，小便短少，大便时溏，日行3~4次，目黄鼻红，手掌赤痕，舌红，苔薄，脉弦细数。辨证：肝肾阴亏，脾虚水停，湿热夹瘀内蕴。治则：滋养肝肾，健脾利水，清热化湿，佐以活血。处方：一贯煎合四君子汤、茵陈五苓散加减。

太子参30g 黄芪30g 黄精15g 石斛15g 枸杞子
15g 白术15g 白芍15g 茯苓30g 带皮槟榔15g
茵陈15g 半边莲30g 虫笋15g 泽泻15g 義木15g
丹参15g 玄胡20g



释疑解惑

问：患者肝硬化，胁痛，是否可诊断为肝积？

答：患者目前腹胀大如鼓，皮色苍黄，脉络显露，符合鼓胀之特征，症状典型，当诊断为鼓胀。如无腹水胀大，仅有腹内肋下结块疼痛之表现，则诊断为积证更适合。

问：湿热夹瘀如何能辨？

答：《内经》谓：“诸腹胀大，皆属于热。”患者长期饮酒，肝脾俱伤，体内酿生湿热，壅阻气机，气滞血瘀，水湿瘀滞停于腹中，日久及肾，开阖不利，渐至腹胀大如鼓。患者舌红、目黄、鼻红皆湿热内蕴之象。鼓胀之病机乃肝、脾、肾三脏功能失调，导致气滞、血瘀、水停，患者胁痛，腹部脉络显露，手掌赤痕，皆为血瘀表现。

问：肝肾阴虚如何体现？

答：患者虽疾病发现时日较短，但究其病因，乃长期饮酒，湿热内生，发病已有多多年，刻下已属晚期，湿热之邪耗气伤阴，肝脾肾三脏俱虚。患者腹胀大、皮色苍黄、脉络显露，兼见消瘦、口干、夜寐欠安、小便短少，舌红、脉弦细，皆为湿热久蕴，伤及阴血，肝肾阴虚之象。

问：患者刻下病情属本虚标实，并以标实为急，可否予舟车丸之类峻下逐水以治其标？

答：患者目前已属疾病晚期，正气渐虚，不耐攻伐，治疗应以扶正为主，兼以祛邪。故治法以柔肝健脾，滋养肝肾为要。舟车丸之类逐水攻伐药一般用于正气未衰，形证俱实之际，因其损伤脾胃，戕伐元气，只可“衰其大半而止”（《素问·阴阳应象大论》）。

问：虫笋是一味什么药？

答：虫笋即虫蛀竹笋，有利水消肿作用，常与陈葫芦、蟋蟀干配合使用，其效甚佳。

问：一贯煎中有生地、沙参、麦冬养阴，当归养血活血，本案为何皆未用？

答：患者脾虚，大便时溏，次数增多，生地、沙参、麦冬之类养阴药性凉碍脾，可加重便溏，不宜使用；当归滑肠，故亦不应用。唯有石斛能养阴厚肠，为便溏患者养阴之首选。

问：五苓散中尚有桂枝以助膀胱气化，为何亦不用？

答：患者体内尚有湿热之邪，桂枝性温助热留邪，故弃之不用。

案二 周某，女，56岁。2007年5月25日初诊。

腹胀、脚肿反复发作4年，加重1周，伴尿少。舌质暗红，苔薄腻，脉弦偶结。有慢性乙肝病史。B超：腹水，脾大。血常规：白细胞、红细胞、血小板均低于正常值，血氨、碱性磷酸酶（AKP）均高于正常值。辨证：脾虚气滞，血瘀水停。治则：健脾理气，化瘀利水。处方：

黄芪 30g 白术 15g 茯苓 30g 枸杞子 15g 北沙参
15g 车前子 30g 川牛膝 12g 虫笋 10g 陈葫芦瓢



60g 半边莲 30g 丹参 15g 泽兰叶 15g 附子 10g
大腹皮 15g 木香 10g 丹皮 10g 泽泻 15g 14剂

复诊：服药14剂后尿量增多，腹胀缓解，口干，舌暗红，苔薄腻，脉弦。守方，陈葫芦瓢改为30g。守方调治，病情稳定。



释疑解惑

问：患者症见脚肿、尿少，肾主水、司二便，本例是否存在肾气亏虚？

答：鼓胀之病变脏腑虽与肝、脾、肾相关，但其发病过程并非三脏均能涉及。一般来讲，初起总由肝脾先伤，气滞湿阻，以实为主；久则气血凝滞，隧道壅塞，瘀结水留更甚，正气耗伤，虚实兼夹；后期肝脾日虚，病延及肾，开合失司，气化不利，病势日益深重，以虚为主。患者目前尚属于疾病中期，虚实各半阶段，肾虚表现还不明显。

问：请细述本案病机要点。

答：本例患者素患肝病，肝主疏泄，司藏血，肝病日久，疏泄不及，气滞血瘀，所谓“见肝之病，知肝传脾”，进而横逆乘脾，故其劳累后易发作、纳少、乏力等表现又具脾虚特点。《风劳鼓膈四大证治》云：“劳倦所伤，脾胃不能运化而胀。”脾居中焦，为运化水湿之枢机，脾虚运化失司，则水湿不能泄利，气、血、水互结而腹部胀满。因此，本案以脾虚为本，气、血、水之邪蕴于腹为标，属本虚标实，虚实错杂。

问：本案处方配伍用意何在？

答：本方大剂量运用黄芪、茯苓、白术等健脾益气药物，培补脾土，渗泄水湿；车前子、大腹皮利水消胀；木香、丹皮、丹参、川牛膝、泽兰叶行气活血；附子温补脾肾以助气化；半边莲清热利水；北沙参平补胃阴，枸杞子滋阴养肝，二药相合，以防利水伤阴。方中虫笋为虫蛀之竹笋，利尿作用强，持续时间短，陈葫芦瓢利尿时间长，药效较弱，二者为治腹水利尿常用药对，并有清热作用，但宜遵照《素问·至真要大论》“衰其大半而止”的原则，中病即减，以免清利太过，耗伤营阴，因此，于二诊时将陈葫芦瓢减半，改为30g。全方健脾助运与利湿行水、理气活血合用，佐以养阴，攻补兼施，祛邪安正。

问：患者预后如何？

答：前贤将本病列为风、劳、鼓、膈四大疑难证之一，说明鼓胀在治疗上较为艰巨，如能及早发现并治疗，效果尚好，或可带病延年。本例目前病程已属中期，如不及时控制，进一步发展为阳虚水盛或阴虚水停的阶段，以致出现腹大如瓮，脉络怒张，脐心突起，便如鸭溏，四肢瘦削者，极易变生危证，如呕血、便血、昏迷等，则使病情急剧恶化，预后不良。因此，当前阶段尚属疾病转折点，要积极辨治，谨慎用药，争取控制病情的进展，保持长期稳定。

八、肠易激综合征

张某，女，35岁。2007年5月12日初诊。

泄泻反复发作十余年。患者十余年来泄泻反复发作，每于受凉、进食油腻生冷或精神紧张时易作，围前腹痛，便后痛除。大便每日3~4次，先实后溏，伴有不消化食物及黏液，口干，倦怠乏力，苔薄腻，脉弦细。曾查肠镜提示：轻度结肠炎。西医反复投以得舒特、米雅、马来酸曲美布汀、培菲康、谷参肠安、黛力新等多种药物治疗无效。辨证：脾虚肝乘，肝脾不和。治则：健脾疏肝，调和肝脾。处方：

炒白术 15g 炒白芍 15g 炒防风 15g 陈皮 6g 炙乌梅 9g
生甘草 6g 煨葛根 15g 炮姜 6g 焦山楂 15g
焦六曲 15g 木香 6g 7剂

水煎服，日1剂。

二诊：5月26日。大便成形，每日1次，腹痛未作，倦怠乏力，后背疼痛，畏寒，苔薄黄腻，脉小弦。治守原方，加黄芩9g，14剂。

三诊：6月9日。大便偏干，每日1次，后背仍有疼痛，苔薄黄腻，脉小弦。治守上方，加徐长卿18g，14剂。

四诊：诸症悉减。守方续服14剂。

近2年内随访，偶有饮食不当时泄泻发生，自行赴门诊抄方治疗，7剂



即愈，病情未再反复。



释疑解惑

问：患者泄泻反复发作已有十余年，慢性泄泻可有脾泻、肾泻和肝泻之不同，本例患者病机如何？

答：此案患者为青年女性，病史十余年，曾多方就诊求医疗效欠佳，泄泻发作日益频繁。张景岳云：“泄泻之本，无不由于脾胃。”慢性泄泻患者多以脾虚为本，脾乃气血生化之源，肝为刚脏，体阴而用阳，脾虚气血生化乏源，肝血亏虚则肝体失养，木气怫郁，疏泄失常，克犯脾土，脾气益虚，运化失常，气机紊乱，故每遇情绪不佳之时肝气抑郁益甚，进食油腻、生冷则脾胃更伤，痛泻易作，伴有不消化食物及黏液。法当抑木扶土为主，佐以温中理气助运。

问：所谓“久病及肾”，“久泻伤阳”，患者亦症见进食生冷或受凉后泄泻易发作、畏寒，其病机是否存在脾肾阳虚？

答：脾肾阳虚证的辨证要点一般为腰膝、下腹冷痛，久泻不止，浮肿等与面色㿔白，畏寒肢冷，舌淡苔白滑，脉沉迟等寒证并见；脾阳虚一般见下利清谷，肾阳虚常为五更泄泻。上述典型的症状患者皆不具备，虽泄泻反复发作十余年，但其腹泻发作的程度较轻，每日大便次数最多不过3~4次，亦无明显的水样便，因而，从其大便性状上仅体现出脾气亏虚之证，如先实后溏，伴有不消化食物及黏液；此外患者寒证表现也不明显，没有典型的阳气亏虚导致的温煦不足征象，故不存在脾肾阳虚的病机。

问：肠易激综合证的辨证为何属于脾虚肝乘、肝脾不和？

答：从肝脾两脏的生理功能讲，肝主疏泄，脾主运化。脾主运化的功能必须在肝主疏泄功能作用下才能完成，肝之疏泄条畅，则脾胃升降适度，健运不息，也就是说，脾胃只有依赖肝木，才能发挥正常生理功能，即土得木而达；而肝为刚脏，体阴而用阳，其疏泄条达有赖于脾生化气血以滋养，才能刚柔相济，即脾土营肝木，脾将水谷精微转化为气血等重要物质，为肝发挥正常功能提供物质基础。肝脾在生理功能上相互协调、相互为用，在病理上则相互影响。肝常有余而脾常不足是其常见的病理特点。肝气郁结，木气横逆乘土或脾气先虚，肝木乘虚伐脾都能形成常见的肝旺脾虚证，该证最具

特征性的症状是腹痛即泻，泻后痛缓，常随情绪的变动而发作或加重，古之医家称之为“痛泻”，刘草窗更创“痛泻要方”专治此证，其症状与腹泻型肠易激综合征的临床表现十分吻合，因而本病辨证常参考“痛泻证”。

问：肠易激综合征患者的典型症状即情绪不畅时诱发或加重病情，当如何理解？

答：中医认为人有“七情”，即喜、怒、忧、思、悲、恐、惊七种情绪变化，其中每一种情绪的过度异常，都可以损伤人体的脏气，导致体内环境的平衡失调，从而招致疾病的发生，即所谓情志致病。现代社会生活节奏逐步加快，平常情绪过于紧张，工作压力较大，导致心理承受能力较差，容易发脾气，即“怒”的情绪体现，“怒伤肝”，因而容易导致肝气疏泄失常，人体内部气机郁滞不畅，久之亦能抑制脾脏的生理功能，造成饮食消化吸收障碍、胃肠蠕动功能紊乱，随之出现腹泻。早在《素问·举痛论》中就有“怒则气逆，甚则呕血及飧泄”的记载，张景岳在《景岳全书》中也提到“凡遇怒气便作泄泻者，必先以怒时夹食，致伤脾胃，故但有所犯，即随触而发，此肝脾两脏病也”。我们通过实验研究也发现，脑与肠之间的生理病理有着密切的联系，而促成二者之间连带作用的称为“脑-肠轴”，佐证了情感变化与消化系统功能之间的密切关系。通过干预患者的心理活动进行情志治疗，是功能性疾病治疗的一个重要手段。

问：“泄泻之本，无不由于脾胃”，您在治疗本病时为何不用参苓白术散之类健脾止泻？

答：在治疗本病时单纯用常法止泻往往难以奏效。因其病机乃肝气乘脾，治疗应考虑肝气的太过，故除健脾止泻之外，尚要重视疏肝、柔肝的方法。中医理论中的肝脏具有调畅人体情志的作用，因而柔肝、疏肝的治疗能达到调节情志的效果。

问：患者慢性泄泻反复发作十余年，治疗是否可以使用固涩止泻的药物？

答：本例不可过多应用具有收敛性质的药物。虽然患者腹泻发病由来已久，但并非每日十余次类似于水样便的发作；并且患者有胁肋胀痛、胃脘胀闷、喜叹息、脉弦等体内气机不畅的表现，如果应用类似于罂粟壳、煨诃子、石榴皮等具有收敛性质的止泻药，虽然可能止泻效果立竿见影，但却能壅塞



体内气机，加重胀痛等症状的程度。应遵从李中梓“治泻九法”中疏利之法，如同大禹治水，当以疏解为主，而不能依赖补塞解决问题。

九、胃癌前病变

案一 季某，男，46岁。2009年3月27日初诊。

中脘胀闷隐痛反复发作1年余。患者于2008年春节前后开始中脘胀闷隐痛反复发作，伴有暖气、泛酸、嘈杂，多食则加重，得暖气或矢气略减。遂赴医院就诊，查胃镜提示：慢性浅表-萎缩性胃炎，HP(+)；病理：萎缩(+)，肠化(+)，异性增生(-)。西医予抗幽门螺杆菌三联治疗以及对症处理，并常服胃复春治疗肠化，症状无明显好转。2009年3月来我院就诊，复查胃镜提示：浅表性胃炎伴糜烂，十二指肠球炎，反流性食管炎I级；病理结果：萎缩(+)，肠化(+)，异型增生(++)。遂转来蔡教授处诊治。刻下：中脘饱胀，时有隐痛，伴有暖气，嘈杂，纳食减少，倦怠乏力，面色少华。苔薄黄腻，有裂纹，舌质偏暗，脉弦。辨证：脾虚肝乘，瘀热内蕴。治则：健脾疏肝，清热化瘀。处方：

太子参 10g 炒白术 10g 云茯苓 15g 生甘草 6g 制
 半夏 10g 新会皮 6g 广木香 10g 西砂仁(后下) 3g
 白豆蔻(后下) 3g 广郁金 10g 玄胡 15g 素莪术
 15g 白花蛇舌草 30g 煨瓦楞 30g 海蝶蛸 30g 川
 雅连 3g 大建菴 12g 水红花子 15g 江枳壳 15g 石
 见穿 15g 象贝母 9g 路路通 15g 藤梨根 30g 7剂

水煎服，日1剂。

二诊：4月3日。暖气减少，清晨嘈杂，中脘隐痛减轻，食后饱胀，苔薄黄腻，有裂纹，舌质偏暗，脉弦。治守原方，加木馒头 15g，蜀羊泉 15g，生米仁 15g，14剂。

三诊：4月17日。中脘偶有隐痛不适，晚餐后饱胀，咽梗有痰，苔薄腻，有裂纹，舌质偏暗，脉弦。仍守上方，加桔梗 6g，21剂。

预后：患者坚持服药半年余，症状基本消失，精神已振，面色转华。2009年10月我院门诊复查胃镜：浅表性胃炎伴糜烂；病理结果：萎缩（+），肠化（++），异型增生（-）。仍守方加减治疗。



释疑解惑

问：本例患者病机如何演变？

答：此案患者为中年男性，病史1年余，西医诊断慢性浅表-萎缩性胃炎、胃癌前病变，中医诊断胃痞。患者平素饮食不节，脾胃受损，脾虚失运，则肝木乘侮，横逆犯胃，气机不畅，不通则痛，故见中脘胀闷隐痛，纳食减少；胃失和降则噎气频作；气郁化火，熏蒸湿土，湿热蒸变，则泛酸饥嘈。肝脾胃同病日久，脾虚益甚，清阳不升，生化乏源，则倦怠乏力，面色少华；气滞不行，血瘀痰阻，热毒痰瘀互结胃络，胃膜损伤，则成痞疾，熏蒸于上则见薄黄腻苔，舌质偏暗。

问：从患者症状分析，瘀热的表现并不明显，仅见舌暗苔黄，您为何认为本例有瘀热内蕴？

答：治疗慢性胃炎要宏观辨证结合微观辨证，胃镜、病理所见也可提供辨证的依据。例如，胃镜下见黏膜充血水肿，有黏液渗出，或有糜烂、出血，病理显示炎症活动，患者临床又见口气秽浊、便秘、苔黄腻、脉弦滑，可辨证为湿热壅滞；胃镜下散见不规则颗粒或结节，病理检查见肠腺化生、异型增生等改变，多属瘀热内结，选用活血散结的药物治之；若黏膜变薄，色白，腺体萎缩，患者兼有面色萎黄、倦怠乏力、便溏、脉细等表现，此属脾气虚弱，又当补益。本例患者胃镜表现有轻度糜烂，病理又提示轻度萎缩和肠化，以及中度异型增生，因而辨证既有脾虚为本，又存在瘀热为标。

问：治疗慢性浅表性胃炎与萎缩性胃炎方法有何不同？

答：慢性胃炎为虚实夹杂的疾病，即正虚邪实。所谓正虚，为脾胃气虚；所谓邪实，为阴火上乘。李东垣在《脾胃论·饮食所伤始为热中论》中说：“若饮食失节，寒温不适，则脾胃乃伤，喜怒忧恐，损耗元气……火与元气不两立，一胜则一负。”阴火的含义在慢性浅表性胃炎和慢性萎缩性胃炎有所不同，慢性浅表性胃炎之阴火为湿热，而慢性萎缩性胃炎之阴火为瘀热。我



经过几十年的临床观察总结，慢性胃炎病位虽在胃，但其病机与肝、脾的关系至为密切，因此，慢性浅表性胃炎的核心病机为脾虚肝乘，湿热内蕴；而慢性萎缩性胃炎的核心病机为脾虚瘀热。诊治慢性胃炎，首先应从整体上把握其基本病机；继则，注意寒热、虚实之间的动态变化，临床治疗当虚实同理，补其元气，泻其阴火。治疗慢性浅表性胃炎，在应用党参、白术、甘草健脾益气的同时，酌情加用黄连、黄芩、连翘、蒲公英、陈皮、半夏、石菖蒲、砂仁、白豆蔻、生米仁、佩兰、茯苓等清热化湿之品，以泻阴火；治疗慢性萎缩性胃炎，在应用健脾益气药物的同时，随症选用莪术、水红花子、白花蛇舌草、蜀羊泉、赤芍药等以清热化瘀，从而达到补虚泻实的目的。

问：请问本案处方的组方思路？

答：本例治疗宜健脾疏肝，化瘀清热，选用太子参易党参合白术、茯苓、生甘草以健脾，太子参补而不腻，对于热毒内蕴的患者颇为适宜；半夏、陈皮以燥湿化痰，木香、砂蔻仁理气畅中，合郁金、莪术、玄胡疏肝理气，活血止痛，助其通降，使补中有通，升中有降，痞满自除；象贝母、煅瓦楞化痰散结；川连、连翘清解郁热；根据胃镜的病理结果，加用石见穿、水红花子清热活血，米仁健脾化湿，藤梨根、白花蛇舌草、木馒头等清热解毒。

案二 郁某，女，56岁。2007年3月13日初诊。

胃脘痞塞不适十余年。脘痞反复发作，饱食后加重，曾在西医院门诊检查发现有慢性浅表-萎缩性胃炎，HP(+)，予反复杀菌及对症治疗，脘痞未减，纳少，消瘦。2005年12月，于某医院检查胃镜，结果提示：慢性萎缩性胃炎(中度)；病理活检提示：肠化(+++)，萎缩(++)。服用奥美拉唑、达喜、耐信之类效果不佳。刻下：中脘痞塞，暖气，嘈杂，咽梗有痰，苔薄黄，舌质红，脉沉弦。辨证：脾虚肝乘，瘀热内蕴。治则：健脾疏肝，清热化瘀。处方：

| | | | | |
|---------|--------|------------|--------|-------|
| 太子参 10g | 白术 10g | 茯苓 15g | 生甘草 6g | 半夏 |
| 10g | 陈皮 6g | 玄胡 15g | 木香 10g | 川连 3g |
| 12g | 郁金 10g | 砂蔻仁 (各) 3g | 莪术 15g | 枳壳 |

15g 桔梗 6g 木蝴蝶 6g 浙贝母 10g 路路通 15g

藤梨根 30g 白花蛇舌草 30g 蜀羊泉 15g 7剂

水煎服，日1剂。

二诊：3月27日。症如前述，苔薄黄，脉沉弦。守方，加川朴10g，苏梗15g，白螺蛳壳60g，14剂。

三诊：4月10日。嘈杂消失，余症如前，苔薄黄，脉沉弦。守方14剂。

疗效：患者坚持服药2年。2008年3月17日复查胃镜：胃食管反流病，慢性萎缩性胃炎伴轻度疣状变化；病理活检：萎缩（++），肠化（++）。2009年10月15日，复查胃镜：慢性萎缩性胃炎（轻度）伴隆起糜烂，反流已消失；病理活检：萎缩（+），肠化（-）。



释疑解惑

问：您对胃癌前病变的研究已有20余年，许多患者慕名前来就诊，对于患者急迫的心情当如何对待？

答：接诊每一位患者，都要首先给予其一个客观的评价，调整患者的心态。胃癌前病变如果持续发展确实有一定的癌变率，尤其是中度异型增生或中度肠化的患者，几率更大。但本病经中医药治疗可以逆转，因此，虽然要引起足够重视，但不能有过度的思想负担，天天琢磨病情更加不利于康复。目前的状况等于是站在一个十字路口，往哪一方面发展并不确定，我们运用中医药的手段，有希望控制或逆转疾病的发展，只是需要较长时期的治疗，一般来讲至少半年才能见效。我们的临床研究结果显示，有效率达70%以上，但是也有超过20%无明显效果。患者要有信心，但不要过于急躁，胃镜复查不必过勤，应积极配合治疗，调整饮食规律，保持轻松的心情，这些都很重要。

问：慢性萎缩性胃炎及胃癌前病变患者的病机有何特点？如何治疗？

答：本病具有本虚标实、虚实错杂的特点，病变以脾胃为中心，脾胃虚弱、气阴不足为本，痰湿热毒、气滞血瘀为标。脾与胃以膜相连，互为表里，均为中土，然脾为阴土，喜燥而恶湿；胃为阳土，喜润而恶燥；脾主升清，胃主降浊。二者一阴一阳，一脏一腑，一升一降，一燥一润，共同完成水谷之受纳、腐熟、运化、输布的过程，为人体后天之本，气血生化之源。若饮



食不节，或饥饱失常，或烟酒热毒，或忧思恼怒，或劳倦过度等，均可使中气受伐，气机失调，胃失和降，生化乏源。生化乏源可导致气血不足；气机升降失调又可导致气血津液的输布运行异常，形成气滞、血瘀、痰湿、热毒等病理变化。因脾胃同居中焦，纳运相协，升降相因，润燥相济，故胃病日久，必延及于脾，致使脾胃同病。此外，肝随脾升，胆随胃降，肝木疏土，助其运化之功；脾土营木，成其疏泄之用。肝气横逆，可乘脾土；脾胃不健，土虚木贼，诸病机因果循环，终使本病成痼疾难愈。因此，本病的治疗原则为扶正祛邪、标本兼治，即健脾益气以治本，活血行气、祛湿化痰、清热解毒以治标。常选用党参、白术、茯苓健脾益气，杜绝痰湿来源，使气血津液得以输布，胃膜得以滋养；半夏、陈皮、浙贝母化痰；黄连、连翘、蒲公英清热，其中黄连常配伍吴茱萸，与半夏同用，有辛开苦降、消痞散结之作用，蒲公英擅长清泄阳明，连翘可通行十二经，清热散结，适用于本病痰湿蕴久，化热酿毒的治疗；香附、枳壳、木香、木蝴蝶、佛手等行气；玄胡、莪术、郁金等行气化瘀，瘀血重者可用穿山甲、水红花子、桃仁、石见穿等以破结消瘀；如属于慢性萎缩性胃炎癌前病变，除用上述方法外，还常用一些具有抗癌作用的药物，如藤梨根、白花蛇舌草、蜀羊泉、龙葵等。在具体用药中，应根据气滞、血瘀、痰湿、热毒的轻重主次及脾气（阴）亏虚程度的不同，药随证转，机圆法活，辨证论治。同时应遵循清代吴鞠通“治中焦如衡，非平不安”的学术思想，在虚实同理、升降并调、刚柔相济、动静结合的同时，注意寒温相适、气血兼施，以求补勿过腻、泻勿过峻、寒勿过苦、热勿过燥，充分考虑到脾胃生理与病理特点的不同，兼顾用药。

十、慢性萎缩性胃炎

案一 徐某，女，53岁。2007年1月10日初诊。

中脘胀闷反复发作1年，伴暖气，时有胀痛，进食后加重。伴灼热感，暖气，矢气频多，泛酸，口干，口气重。舌红，苔薄黄腻，脉小弦。胃镜示：

慢性萎缩性胃炎，全胃炎胃窦为主（中度）。病理检查：胃窦慢性炎症（+），萎缩（+）。辨证：脾虚肝郁，湿热内蕴。治则：健脾疏肝，清热化湿。处方：

太子参 9g 白术 9g 茯苓 15g 生甘草 6g 半夏 9g
陈皮 6g 木香 9g 砂蔻仁（各） 3g 川连 3g 连翘
12g 玄胡 15g 郁金 9g 煅瓦楞子 60g 海螵蛸 30g
柴胡 10g 黄芩 10g 浙贝母 10g 白螺蛳壳 60g 木
蝴蝶 6g 石菖蒲 10g 14 剂

二诊：1月24日。中脘胀闷减轻，口干，口气重，舌红，苔薄黄腻，脉小弦。守方加天花粉 10g，佩兰 10g，继服 14 剂。

三诊：2月7日。中脘灼热，暖气，余症均减。舌红，苔黄，脉小弦。守方，黄芩改为 15g，加苏梗 10g，继服 14 剂。

四诊：2月21日。诸症均除，舌红，苔薄黄，脉小弦。守方调治。复查胃镜：慢性萎缩性胃炎，全胃炎胃窦为主（轻度）。病理检查：胃窦慢性炎症（+），萎缩（-）。



释疑解惑

问：请问本案湿热的表现是什么？其病机如何？

答：本例可从两个方面来分析：其一，患者证见中脘灼热，泛酸，口干，口气重，舌质红，苔薄黄腻，皆为湿热所致；其二，胃镜提示有浅表-萎缩性胃炎，病理结果属于轻度炎症，现代研究表明多属于中医之湿热内蕴。本案为病初在经属气。《临证指南医案·木乘土》指出“肝为起病之源，胃为传病之所”，患者肝失疏泄，气机郁滞，土虚木旺，肝气横逆，中焦受损，脾失健运，水湿不化，湿困脾胃，郁久化热，湿热内阻，胃失和降，诸症悉作。故病位在胃，病机涉及肝、脾二脏。

问：此类湿热当如何治疗？

答：针对中焦湿热常用黄芩、黄连苦寒清热燥湿；湿阻气滞，常配用砂仁、蔻仁温中行气、化湿止痛，以及石菖蒲加强化湿之效。由于湿邪性质黏腻，迁延难愈，难求速效，故二诊又加入佩兰化湿，三诊增加黄芩用量以循



序渐进，并增加行气药以加强化湿之力。倘若上述药物仍难以奏效，可进一步加草果，由于该药过于香燥，容易伤阴，故多中病即止，不可久用。如本案中二诊考虑患者有口干症状，属胃阴不足，故加用天花粉以清热养阴。

问：您在治疗慢性胃炎时常用玄胡、郁金两味药，不知用意何在？

答：慢性胃炎在中医属于胃痞、胃痛等病症范畴，病机多以脾虚肝郁为基础，导致中焦气机紊乱而出现痞满、胀痛等症状。因此，在治疗时除以健脾疏肝为本，尚要兼顾理气止痛，由于“气为血之帅”，“气滞则血瘀”，长期的气机不畅也能出现血行滞涩。因此，对于病程较长久治不愈的患者可从这一角度出发进行辨治，佐以活血化瘀。郁金、玄胡二药皆可行气活血，且有良好的止痛作用，多用于气滞血瘀之脘腹病变。根据我多年的临床经验，用于慢性胃炎之中脘胀痛疗效较好。

问：请详释处方深意。

答：《证治汇补》云：“脾虚正气不行，邪着为病，当调理中州，复健运之职则浊气降而痞消除。”方中太子参、白术、茯苓、生甘草健脾益气；半夏、陈皮、石菖蒲燥湿化痰；砂仁、蔻仁芳香化浊；川连、连翘、黄芩清热燥湿；玄胡、苏梗行气止痛；柴胡、郁金、木蝴蝶疏肝解郁；浙贝母化痰散结；煅瓦楞子、海螵蛸、白螺蛳壳制酸止痛。本方重在治气，肝脾共调，寒热同施，通补兼顾，辛开苦降，除湿化热，使土木和调，以顺脾升胃降。

案二 施某，女，52岁。2008年8月20日初诊。

患者中脘胀闷反复发作2年余，暖气频作，形体消瘦，纳谷不馨，大便干结如栗，排便不畅。舌红，舌体胖，苔薄白腻，脉小弦。胃镜示：十二指肠球炎，糜烂性胃炎（伴胆汁反流，萎缩）。病理检查：慢性炎症（+），萎缩（++），肠化（++）。辨证：脾虚肝郁，痰瘀互结，肠失濡润。治则：健脾疏肝，化痰祛瘀，佐以润肠。处方：

太子参9g 白术9g 茯苓15g 生甘草6g 半夏9g
 陈皮6g 木香9g 砂蔻仁（各）3g 川连3g 连翘
 12g 玄胡15g 郁金9g 煅瓦楞子60g 海螵蛸30g
 義木15g 枳实15g 蒲公英30g 路路通10g 藤梨

根 30g 14 剂

二诊：9月3日。中脘胀闷减轻，大便欠通畅，矢气多。舌红，苔薄有裂纹，脉小弦。守方去路路通，加火麻仁 15g，知母 12g，继服 14 剂。

三诊：9月17日。药后便溏，余症均减。舌红，苔薄，脉小弦。守方去知母，火麻仁改为 10g，继服 21 剂。

四诊：10月8日。诸症均减。舌红，苔薄白，脉弦。守方调治。复查胃镜：浅表性胃炎。病理检查：慢性炎症（+），活动性（+），萎缩（+），肠化（-）。



释疑解惑

问：按照慢性萎缩性胃炎分期论治的方法，本病例应该属于何期？

答：本例患者病程两年，中脘胀闷、嗳气、纳谷不馨，苔薄白腻，胃镜提示萎缩和肠化，属疾病中期。病机以肝郁脾虚为主，肝郁易气滞，脾虚则气虚，日久易致血瘀，脾虚易生痰湿，而致痰瘀并存。

问：这个阶段该如何治疗？

答：本阶段的治疗以健脾疏肝为主，增强正气，使气机调畅；兼以理气化痰、活血化瘀，及时清除痰湿、瘀血等病理产物。本案就是以四君子汤健运中州；半夏、陈皮燥湿化痰；砂仁、蔻仁理气宽中；木香、枳实、路路通增强行气功效，畅通气机；玄胡、郁金调气活血；黄连、连翘、蒲公英清热散结；火麻仁润肠通便；莪术祛瘀消积；藤梨根清热解毒。全方补而不滞，润而不腻，能升能运，使邪去正安，肝气得舒，脾升胃降，枢机运转如常。

问：方中莪术是您治疗慢性萎缩性胃炎的常用药，请问用药深意？

答：莪术用于治疗本病，其因有二。首先，《医学衷中参西录》认为莪术为“化瘀血之要药”。而脾胃为气机升降枢纽，胃为“水谷气血之海”，多气多血之腑。脾胃升降功能失司日久，必然造成气滞血瘀，甚至内生癥积，出现久痛难愈，胃脘痛处固定不移，舌暗有瘀斑等症状。所以，“胃病久而屡发必有凝痰聚瘀”，即“久病入络”。《本草新编》称莪术“专破气中之血”，说明莪术辛则能散，苦则能泻，性温能通，兼具行气、逐瘀的功效，对于脾胃病日久胃络瘀阻者尤为适用。此外，莪术还具有开胃健胃的功能。



《药性论》称其能“治一切气，开胃”，《药性解》则认为其可“开胃消食”。可见，莪术能通过其行气消积的功能实现开胃化食的作用。莪术祛瘀消癥，具开胃行气止痛的功效，可广泛用于脾胃病辨证为气滞血瘀的患者，并不局限于慢性萎缩性胃炎一种疾病。

问：莪术在使用时是否有需要注意之处？

答：莪术性温，治疗瘀热内蕴证时，应与清热解毒药配伍。莪术又属活血化瘀药中峻猛之剂，所谓“破血”也。脾胃病常见虚实夹杂的病机，因此，莪术应与补益药同用，使其得补气之资，通络不损气，破血不伤血，对于正虚体弱或病程较长者，久服而无碍。

案三 张某，男，54岁。2008年9月17日初诊。

患者中脘胀闷1月余。刻诊：中脘胀闷，暖气，无中脘疼痛，无恶心呕吐，纳便均可。舌暗，苔薄腻，有裂纹，脉小弦。胃镜示：慢性糜烂性胃炎，反流性食管炎（轻度）；病理：慢性炎症（++），萎缩（+++），肠化（+++），异型增生（+）。辨证：脾虚肝乘，瘀热内蕴。治则：健脾疏肝，清热化瘀。处方：

太子参9g 白术9g 茯苓15g 生甘草6g 半夏9g
 陈皮6g 木香9g 砂蔻仁（各）3g 川连3g 连翘
 12g 玄胡15g 郁金9g 煨瓦楞子60g 海螵蛸30g
 莪术15g 水红花子15g 浙贝母10g 石见穿15g
 生米仁15g 蜀羊泉15g 14剂

患者服14剂后，自行续方又服28剂。

二诊：10月29日。症如前述，时有中脘隐痛，苔薄，舌暗，脉弦。守方加藤梨根30g，木馒头15g，14剂。

三诊：11月12日。症如前述，苔薄，舌暗，脉弦，守方加白花蛇舌草30g，14剂。

四诊：11月26日。诸症悉减，苔薄，舌暗，脉弦，继以守方调治。2009年3月复查胃镜示：慢性浅表性胃炎。病理：萎缩（+），小肠化生（+++），异型增生（-）。



释疑解惑

问：本案与案一诊断同为胃痞，胃镜检查均有慢性浅表—萎缩性胃炎，缘何辨证此为瘀热内蕴，波属湿热内蕴？

答：两案主症、诊断虽同，胃镜检查病理结果却各异，案一仅有轻度的萎缩和炎症，结合中脘灼热、泛酸、口干、口气重、舌质红、苔薄黄腻等征象，应属于湿热为患；而本案舌质暗，胃镜病理结果有中度炎症、重度萎缩和肠化以及轻度不典型增生，此为瘀热毒邪互结胃络，胃膜损伤，形成痞疾，属重度胃癌前病变。

问：请详细解释本例的辨治要点。

答：《素问·痹论》云：“病久入深，营卫之行涩，经络时疏，故不通。”胃为多气多血之腑，贵在气血调畅。本案脾胃虚弱、肝木乘侮，疏泄失常，气机不畅，久则瘀阻胃络，胃膜失养；瘀久化热，酿热成毒，为慢性萎缩性胃炎重症患者，自觉症状的轻重与胃黏膜的病变程度不一致。辨证当宏观与微观结合，“结块者，必有形之血也”，证属脾虚瘀热内蕴。东垣云：“若饮食失节，寒温不适，则脾胃乃伤，喜怒忧恐，损耗元气……火与元气不两立，一胜则一负。”本例脾胃元气虚弱，瘀热即为阴火，当遵从东垣“补脾胃、泻阴火”理论，治以健脾清热化瘀。

问：本案处方意义何在？

答：本案处方以香砂六君子汤健脾益气为基础；生米仁和健中土，以化脾湿；配以郁金疏肝解郁，玄胡行气止痛；莪术、水红花子、石见穿化瘀通络，得补气之资，通络不损气，破血不伤血；蜀羊泉、藤梨根、木馒头、白花蛇舌草消肿散结、清热解毒，得补气之功，散结消肿而不伤形。诸药合用，培补脾胃元气，清泻瘀热阴火，气血兼顾，中焦自安。



十一、心律失常

唐某，男，37岁。2007年12月5日初诊。

心悸、乏力加重一个半月，伴胸闷，口干，舌尖红，苔薄黄腻，脉弦且结。心电图：室性期前收缩。辨证：心脾两虚，湿热内蕴。治则：养心健脾，清热化湿。处方：

太子参 15g 麦冬 12g 半夏 9g 川连 3g 连翘 12g
瓜蒌皮 12g 蒲公英 30g 茯苓 15g 佩兰 12g 陈皮
6g 14剂

复诊：诸症悉减，守方调治。



释疑解惑

问：炙甘草汤是治疗“心动悸，脉结代”的名方。本例患者心悸、脉结，您为何不选用炙甘草汤呢？

答：炙甘草汤在《伤寒论》中用于治“心动悸，脉结代”之证，但究其病机，为阳虚不能宣通脉气，阴虚不能荣养心血所致，药用炙甘草、人参、大枣益气补心脾，生地、麦冬、阿胶、麻仁甘润滋阴、补血养心，姜、桂、酒通阳复脉，全方功效为益气复脉、滋阴补血。而本例病机则以脾胃虚弱为本，湿热内蕴为标，为阴火，所谓“既脾胃气衰，元气不足，而心火独盛”，治疗当以“补脾胃、泻阴火”。炙甘草汤对于本案过于温热滋腻，故不可用。

问：请详细解释本例的病机要点。

答：脾胃虚弱，气血生化乏源，心脉失养，则心脾两亏，故见心悸；心主血脉，脾胃气虚，推动无力，血行不畅则见结脉；脾虚生湿，郁而化热，湿热交阻，则苔黄腻，口干。

问：请详释本案遣方用药之深意。

答：本案方用太子参甘平清补、健脾益气；麦冬甘寒泻火、滋阴清心；

茯苓淡渗利湿，助太子参健脾之功；瓜蒌皮甘寒而润，化痰利气宽胸，所谓“以甘温及甘寒之剂，于脾胃中泻心火之亢盛，是治其本也”；半夏、陈皮燥湿化痰理气；黄连、连翘、蒲公英清泄郁热；佩兰化湿，辛平而不温燥，可清脾经湿热。湿热得除、脾运得健，则运化有权，血脉充盛。全方补泻兼施，寒热并用，燥润相济，既体现“补脾胃、泻阴火”的宗旨，又寓辛开苦降之义。

十二、哮喘

陈某，女，60岁。2008年8月27日初诊。

气喘反复发作5年余。多在春秋季节发作，外院诊断为支气管哮喘，发作时，予喘定、氨茶碱治疗能缓解。就诊时哮喘未作。平时易感冒，大便秘结，腑行不畅。舌淡红，舌胖，苔薄腻，有裂纹，脉小弦滑。胸片：两肺纹理增粗。辨证：肺脾两虚。治则：补肺益气固表，健脾助运化痰。处方：

炙黄芪 15g 防风 10g 白术 10g 半夏 10g 陈皮 6g
茯苓 15g 大力子 15g 炙紫菀 15g 桃杏仁（各）10g
浙贝母 10g 射干 10g 肉苁蓉 15g 桑椹子 30g 枸
杞子 15g 远志 3g 石菖蒲 10g 广郁金 10g 路路通
10g 21剂

二诊：大便秘结较前缓解，排便通畅，一日一行，苔薄腻，舌胖、淡红，脉小弦滑，守方调治。随访，感冒频率较以前减少。



释疑解惑

问：本案的病机如何？

答：李东垣云：“脾胃虚则肺最受病，故因时而补，易为力也。”肺脾母子相生，肺为娇脏，肺虚则表卫不固，易被外邪侵袭，脾虚则运化不健，水液输布失常，生湿化痰，所谓“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”。春秋之际，



气候变化，新邪引动伏痰，痰随气动，聚于肺系，肺失宣降，则气喘反复发作。脾虚运化无力，中气不足，则纳少、乏力。肺与大肠相表里，肺失肃降，腑气不通，则大便秘结。

问：治疗思路如何？

答：治疗哮喘缓解期病人，常以健脾为主，通过健脾益气达到治肺的目的，并合用燥湿、化痰、止咳等法祛除实邪、缓解症状。脾为后天之本，当先培补，故方中予黄芪、白术、茯苓、陈皮等健脾益气，中气旺则肺有所养，实卫固表，寓“培土生金”之义；远志、石菖蒲、半夏燥湿化痰；大力子、射干、紫菀、浙贝母等清化留恋于肺的痰浊；予肉苁蓉、桑椹子、枸杞子润肠通便，腑气通畅，传导有序，助肺气肃降。

问：患者平素大便秘结，腑行不畅，是否存在阴液亏虚，肠失濡润的情况？

答：此为肺失宣肃、脾失健运，以致大肠传导失司，非阴液亏虚肠失濡润。阴虚便秘多表现为大便干结，状如羊屎，并伴有潮热盗汗、形体消瘦、腰膝酸软、心烦少寐、眩晕耳鸣、口干舌红、苔少或无苔、脉细数等征象，患者皆不具备，故不属于阴虚；其便秘的特点是腑行不畅，常由肠腑气机郁滞或气虚传导无力所致。

十三、慢性肾功能不全

李某，男，63岁。

发现肾功能减退2年，下肢水肿半月。患者2年前因工作劳累，体检时查尿常规：蛋白(+)，血肌酐130mmol/L；血压130/(85~90)mmHg。无发热，无腰痛，无尿频急痛、血尿，外院诊断为“慢性肾功能不全”。曾予开同、肾衰宁、肾八味、包醛氧化淀粉等口服，随访肾功能异常(具体数值不详)。半个月前，无明显诱因出现下肢轻度水肿，伴尿有泡沫，无明显腰酸乏力，寐差。舌暗红，苔黄腻，脉沉滑。理化检查：尿常规：蛋白少量，

血肌酐 139mmol/L。辨证：脾失健运，湿浊内蕴。治则：健脾化湿泄浊，佐以清热。处方：健脾清化方加减。

党参 30g 生黄芪 30g 赤白芍（各） 15g 姜半夏 9g
当归 15g 制大黄 15g 单果仁 10g 汉防己 12g 桃
仁 12g 红花 9g 丹参 30g 苍术 30g 黄连 6g 青
风藤 30g 薏苡根 30g 鬼箭羽 30g 酸枣仁 15g 远
志 9g 7 剂

二诊：仍有泡沫尿，腰酸，乏力，双下肢轻度水肿，纳可，寐差，大便畅。体检：神清气平，两肺呼吸音清，心率 76 次/分，双下肢轻度水肿。舌暗红，苔白腻，脉沉滑。复查尿蛋白（+），RBC 1~3/HP。仍守前方，去汉防己，加川断 15g，杜仲 15g，14 剂。

三诊：少量泡沫尿，腰酸乏力较前好转，双下肢稍水肿，寐差。体检：神清气平，两肺呼吸音清，心率 76 次/分，双下肢轻度水肿。舌暗红，苔白腻，脉沉滑。复查尿蛋白少量，RBC 2~3/HP，血肌酐 124mmol/L。仍守前方，去川断、杜仲，14 剂。

四诊：少量泡沫尿，无明显腰酸乏力，无双下肢浮肿，夜寐较安。体检：神清气平，两肺呼吸音清，心率 78 次/分，双下肢无浮肿。舌暗红，苔薄黄，脉细数。复查尿蛋白（++），RBC 3~4/HP，血肌酐 117mmol/L。仍守前方不变，去黄连、鬼箭羽、酸枣仁、远志，加女贞子 15g，覆盆子 15g，益智仁 15g，14 剂。

随访：患者少量泡沫尿，无明显腰酸乏力，无双下肢浮肿，纳可寐安，二便调。肾功能检查肌酐已正常，尿检以蛋白尿为主。



释疑解惑

问：患者为慢性肾功能不全，为何以健脾之法治疗？

答：水肿是本例最主要的症状。《内经》云：“诸湿肿满，皆属于脾。”《景岳全书》也说：“其本在肾，其制在脾。”这是因为，脾胃乃后天之本，主运化水谷与水湿；肾藏精，为先天之本。人体内的水液代谢依靠二脏的相互协调共同完成。脾失健运不能制水，溢为水肿。脾失健运，饮食不能化生



精微反而转为湿浊，郁久易于化热。脾不散精，则水谷精微下流，随尿外泄，出现尿浊，所谓“中气不足溲便为之变”。结合患者工作劳累而发病的诱因和舌、苔、脉，辨证为脾失健运，湿浊内蕴，故以健脾化湿之法治疗。

问：本例病机虚实夹杂，且呈动态变化，治疗中如何做到“药随证转”？

答：根据本例脾失健运，湿浊内蕴，并见化热的病机，确立健脾益气、化湿清热的治则，主方药用党参、黄芪健脾益气，大黄合以苍术、草果清湿热、降阴火，集清热、淡渗、和中为一体。在主方不变之基础上，又加丹参、红花、桃仁等活血化瘀，并随证灵活加减。初诊时，寐差，加酸枣仁、远志宁心安神。二诊时患者自觉腰酸乏力，加川断、杜仲补益肝肾、强筋骨，去汉防己防苦寒太过。三诊时大势已平，血肌酐下降，水肿明显好转，去川断、杜仲以防壅滞。至于善后方，因湿浊渐去，寐差改善，去黄连、鬼箭羽、酸枣仁、远志，加女贞子补肝肾之阴，覆盆子、益智仁健脾益肾固涩，冀邪正消长之机，继续向有利于机体的方面转化。

十四、2 型糖尿病

孙某，男，34岁。2009年3月11日初诊。

口干、多饮半年，自觉乏力，时常腹胀，大便2~3日一行，晨起口苦。舌红，苔薄白，脉弦细。尿糖(++++)，空腹血糖11.2mmol/L。辨证：肺燥胃热。治则：健脾润燥清热。处方：

黄芪15g 太子参15g 黄连6g 黄芩9g 葛根15g
柴胡3g 黄精15g 山药15g 桑叶9g 14剂

二诊：空腹血糖9.7mmol/L，腹胀减轻，大便2日一行，成形，口苦症状消失，舌红，苔薄黄，脉细濡。守方，黄连改为3g，继服14剂。

三诊：空腹血糖7.2mmol/L，无腹胀，大便成形，1~2日一行，舌色淡红，苔薄微黄，脉细濡。守方，太子参改为30g，加玄参15g，苍术15g，继服14剂。

四诊：空腹血糖 7.1mmol/L，餐后 2 小时血糖 8.2mmol/L，无明显不适，舌淡红，苔薄黄，脉细濡，守方调治，病情稳定。



释疑解惑

问：本案辨证为肺燥胃热，为何治疗却以健脾为主？

答：本案之肺燥胃热，为水谷精微运化失司而致。饮食水谷精微有赖于脾的运输运化而布达全身，如《内经》云：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行。”根据本例的病史、症状、舌脉，病机属劳倦过度，脾气陷于下，津液输布失常，阴火上乘，阳气不升，应从脾论治，以益气健脾为要，复其升降转输之职，根据李东垣《脾胃论》中“火与元气不两立，一胜则一负”的理论，以“补脾气、降阴火、升阳气”为治法，因此，治疗以健脾为主。

问：治疗这类病人，如何选方用药？

答：治疗本病的主方系由《脾胃论》首方“补脾胃泻阴火升阳汤”化裁而来。方中黄芪为君药，大补元气，如《本草备要》所说“生用固表，无汗能发，有汗能止，温分肉实腠理，泻阴火，解肌热；炙用补中，益元气，温三焦，壮脾胃”。太子参，《名医别录》称其“调中，止消渴，通血脉”，《珍珠囊》谓其“泻心肺脾胃中火邪，止渴生津液”，益脾气；黄精补脾阴，与黄芪相须健脾益气，又可制约黄芪之甘温，二者共为臣药。黄连、黄芩潜降阴火；葛根，“生根汁大寒，疗消渴、伤寒壮热”，升提阳气，共为佐使。山药助黄芪、黄精补益脾气；柴胡助升发元气；桑叶清热，并经现代研究证实有降糖作用。诸药合用，中州得健，纳运有常，清阳得生，浊阴得降，则消渴得愈。

问：治疗时还有哪些注意点？

答：患者脾胃已虚，治疗虽须润燥，但不可投以滋腻之品，以免进一步阻碍脾胃之运化，在用药时更应注意时时顾护脾胃，药量不宜过多，药味宜轻，牢记“治病不宜损人脾胃，克伐元阳”的要旨。



十五、血小板减少性紫癜

张某，男，67岁。2009年11月9日初诊。

半天内便血3次，发现血小板减少13年，有周期性腹痛、便溏已3载。就诊时便血，面色不华，乏力，食欲不振，形体消瘦，苔薄舌淡，脉细弦。2005年，外院诊断为“特发性血小板减少性紫癜”。2009年3月复查血常规提示三系降低：血红蛋白90g/L左右，白细胞 $(1\sim2)\times 10^9/L$ ，血小板 $(8\sim9)\times 10^9/L$ 。辨证：脾虚不能摄血。治则：健脾益气，升阳助运，佐以固涩止血。处方：

炙黄芪 30g 炒白术各 (各) 15g 茯苓 15g 生甘草
6g 党参 15g 炒防风 9g 炙乌梅 6g 山药 15g
扁豆衣 9g 升麻 6g 芡实 15g 补骨脂 15g 仙鹤草
15g 葛根 15g 14剂

复诊：患者便血已止，乏力缓解，纳食尚可，无腹痛。复查血常规：血红蛋白73g/L左右，白细胞 $2.2\times 10^9/L$ ，血小板 $9\times 10^9/L$ 。守方去芡实、乌梅，继服。



释疑解惑

问：脾不统血之便血常用黄土汤治疗，本案能否应用该方？

答：黄土汤功能温阳健脾，养血止血，主治脾阳不足，中焦虚寒，统血无力导致的各种出血病证。故其方药组成以灶心土、附子、白术温补固涩为主，配生地、阿胶滋阴补血止血，并加黄芩苦寒清热，制约附子的温燥之性，以防动血。本案患者虽有脾气亏虚，统摄无权导致出血，但无四肢不温，腹部冷痛，舌淡苔白，脉沉细无力等虚寒的表现，故未至阳虚的地步。因此，黄土汤对于本案过于温补，不可使用。

问：请详述对血小板减少性紫癜的辨治思路。

答：本案病机关键在于脾胃虚弱。脾胃为后天之本，气血生化之源，脾主统血，“五脏六腑之血，全赖脾气统摄”（《金匱要略注》）。脾虚运化失司，则气血生化无源，气的固摄功能减退，中气不足，统血无力，血溢肠内而导致便血。《景岳全书·传忠录·藏象别论》曰：“血者，水谷之精也，源源而来，而实生化于脾。”精生于谷，脾胃健顺，纳运五谷之功能正常，水谷之气充足，自能化生精血，精血充盛。脾失健运，饮食少而气血不生，血虚而呈血象三系降低。治疗以健脾益气为主，以资气血生化之源。方中重用黄芪为君药，配以四君子汤，健脾益气，培补中州；山药能“健脾补虚……治诸虚百损”（《本草正》），扁豆衣增强补脾益气功效；防风、葛根升阳举陷；芡实、补骨脂固涩；乌梅酸平涩肠；仙鹤草收敛止血。全方重在补益固涩，使脾运得健，气血生化充盛，中气得复而血止。此外，收敛固涩之药在于急则治标，故二诊时血止则予停用，治疗以健脾益气、固本扶正为主，缓图其本。

[G e n e r a l I n f o r m a t i o n]

书名 = 跟名医做临床 内科难病 4

作者 = 上海市中医文献馆编

页数 = 360

SS号 = 12719100

出版日期 = 2011.01