

著名中医学大家经验传薪

ZHU MING ZHONG YI XUE JIA JING YAN CHUAN XIN

石
石
集

总策划

肖鲁伟
叶真

BIANSHIJI 第7集

中国中医药出版社



责任编辑 王淑珍
封面题字 邓铁涛
封面设计 吴蕊

扁
石
集

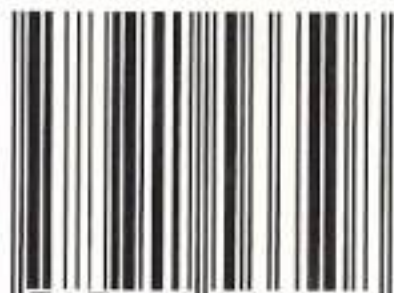
BIANSHIJI

BIANSHIJI

BIANSHIJI

BIANSHIJI

ISBN 7-80156-650-5



9 787801 566508 >

定价:14.00元

礞石集

(第7集)

——著名中医学家经验传薪

总策划 肖鲁伟 叶真

执行策划 王坤根 王玲

沈堂彪 陈学奇

中国中医药出版社

北京

图书在版编目(CIP)数据

礞石集 (第7集) ——著名中医学专家经验传薪 / 肖鲁伟等
总策划. —北京: 中国中医药出版社, 2004.10
ISBN 7-80156-650-5

I. 礞… II. 肖… III. 中医学临床—经验—中国—现代
IV. R249.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 095791 号

中国中医药出版社出版

发行者: 中国中医药出版社

(北京市朝阳区北三环东路 28 号易亨大厦

电话: 64405750 邮编: 100013)

(邮购联系电话: 84042153 64065413)

印刷者: 北京泰锐印刷有限公司

经销者: 新华书店总店北京发行所

开本: 850 × 1168 毫米 32 开

字数: 276 千字

印张: 11

版次: 2004 年 10 月第 1 版

印次: 2004 年 10 月第 1 次印刷

册数: 3000

书号: ISBN 7-80156-650-5/R · 650

定价: 14.00 元

如有质量问题, 请与出版社发行部调换。

[HTTP://WWW.CPTCM.COM](http://www.cptcm.com)

《碚石集》第七集序

邓铁涛

2003年一场21世纪的瘟疫SARS，震惊了世界，使人类又一次接受新传染病的考验！在这一次史无前例的疫症中，中医药又一次显示其优势，为人类健康立新功。

中医药在抗击SARS的战斗中，帮助世界人们提高了对中医药学的认识，端正了那些认为中医治不了急、危、重症的人们的错误认识。最重要的是重新振作了中医对自己的认知与信心。

许多中青年中医，不知在解放以前，传染病、感染性疾病的治疗，西医远远落后于中医。自第二次世界大战后抗生素的发明与推广之后，在治疗某些细菌感染性疾病方面，西医才有一定的优势。但并不是全面的优势。特别是滥用抗生素，使病菌的抗药性的发展快于新的抗生素的产生。外国医药有识之士，已在担心将来会出现无药可治的细菌性疾病。而对于病毒性疾病，20世纪以来直到今天中医药一直处于领先地位。如果对1956年~1958年石家庄、北京、广州三次流行性乙型脑炎中医取得远远超过西医的疗效不予承认；对南京与江西中医治疗流行性出血热的疗效高出西医视而不见，没有引起卫生行政领导部门的重视的话，那么，2003年的SARS，经过世界卫生组织专家肯定中医药疗效，就给卫生行政部门一个要清醒看待中医药学的教训。

返观我们自己，不少人都忘记了中医能治急性发热性流行性病了！不少中医面对一个发热病人往往首先考虑是什么感染，什么抗生素最敏感。中医对此应如何辨证论治？对不起，已经忘记了！！

原因何在？在于中医高等教育把《伤寒论》、《金匱要略》、《温

病学》等经典课程，先是错误地当作基础课，然后又作选修课，最后又定为临床学基础。基础课老师不能搞临床，教师坐在教研室，不到临床第一线，照本宣科，从理论到理论。有一天要老师去面对发高烧的病人，最方便的方法就是找西医《实用内科学》之类参考书寻出路了！中医的宝贵理论与经验从此可以休矣！

是时候了，中医教育必须改革，中医院一定要改革。教育方面四大经典的教学要提高到应有的重视高度。除“内经”教研室之外，“伤寒”、“金匱”、“温病”教研室统统搬到医院去。医院的广大中医，实行大温课，并先从钻研四大经典开始。理论联系实际钻研学习。如果能照此实行三至五年，全国的中医药就会出大成果。这就把中医能治急危重症的信誉重新树立起来了。

回顾中医的几千年的历史，是沿着《内经》、《难经》、《神农本草经》、《伤寒论》、《金匱要略》等经典著作的教导不断发展的。唐、宋、元、明、清所有名医，都是在学习经典著作的基础上不断继承、发展的。对《内经》、《伤寒论》、《金匱要略》缺乏修养而成名医能写成名著者，未之有也。到了明、清几百年间孕育了“温病”学说，使清代中医的临床水平达到世界的顶峰！天花、鼠疫、白喉、猩红热、麻疹肺炎、婴幼儿破伤风……早在清代已有治法了。

几千年来中国瘟疫流行次数不少，却从来没有像欧洲传染病一次流行就病死一、二千万人的灾难性的惨痛历史。为什么？因为我们有《伤寒论》、《瘟疫论》及叶、薛、吴、王等温病学家的科研成果在指导临床故也。如果我们丢掉这些国宝，我们便成为历史的罪人，成为全世界人民的罪人了！你想继承和发扬这些宝贵遗产，你必须虚心、努力钻研，并在实践中反复研究。

今后抗一切病菌、抗一切病毒的重担，将落在中国青年中医的肩上。预祝青年中医同志们胜利成功！！

2004年8月2日

目 录

邓铁涛	(1)
为中医药之发展架设高速公路	(3)
论中医诊治“非典型肺炎”	(19)
登革热与登革出血热	(31)
朱良春	(42)
内科急症应用“六神丸”的探讨	(43)
浅谈益肾化痰法治疗老年期痴呆	(50)
颜德馨	(54)
急性热病诊治经验	(56)
鼠疫中医证治探讨	(65)
何任	(71)
《金匱要略》臟腑篇说略	(74)
湿温证治述要	(82)
治肿瘤之经验心得	(88)
久治难治病案探要	(110)
路志正	(127)
肾心痛辨治	(128)
焦树德	(139)
治愈痞气(肝大)的临床经验	(140)
治咳七法	(147)
张琪	(162)
疫毒痢	(163)
任继学	(172)
时行感冒	(173)

梅毒证治	(183)
花柳毒淋	(191)
周仲瑛	(197)
咳嗽辨治十要	(199)
“清温异”治高血压病验案	(210)
吉良辰	(214)
风疹	(215)
水痘	(223)
张学文	(230)
时疫霍乱	(231)
烂喉痧	(243)
晁恩祥	(256)
中医防治慢性肺原性心脏病的治法运用	(258)
肺癆	(271)
从“SARS”疫情防治谈中医药的临床	(289)
李乾构	(299)
功能性消化不良中医治疗思路	(301)
胃、食管反流病的诊断与治疗	(306)
王永炎	(312)
完善辨证方法体系的建议	(313)
石学敏	(320)
“醒脑开窍针刺法”治疗中风的临床及实验研究	(322)
张伯礼	(330)
中西医结合治疗“SARS”若干问题探讨	(331)
健脑益智颗粒治疗血管性痴呆的随机双盲临床研究	(339)

邓铁涛



邓铁涛，男，名锡才，广东开平人，1916年10月11日出生于一个中医家庭。中共党员。广州中医药大学终身教授、博士研究生导师。1990年获政府首批专家津贴。

中华中医药理事会终身理事。

国家中医药管理局中医药工作咨询委员会委员。

香港浸会大学荣誉博士、荣誉教授。

香港大学名誉教授。

华南师范大学客座教授。

广西中医学院名誉教授。

1932~1937年就读并毕业于广东中医药专科学校，从医70余年。在临床上擅于治疗心血管病、重症肌无力，擅于运用中医脾胃学说论治西医多个系统的疾病以及疑难杂症。

1962、1979年两次获广东省政府授予“广东省名老中医”称号。

1989年载入英国剑桥世界名人录。

1990年获国家中医药管理局遴选为“全国继承名老中医专家学术经验指导老师”，代表全国500位导师在北京的拜师大会上提出“学我者必超过我”的承传口号。并于1994年获颁荣誉证书。

1991年获国家中医药管理局科技进步一等奖，1992年获国家科委科技进步二等奖（于1986年主持的国家七五公关课题“重症肌无力”的临床研究）。

1993年获中共广东省委、广东省政府授予的“南粤杰出教师特等奖”。

2001年由卫生部副部长、国家中医药管理局局长佘静主持在北京人民大会堂召开“全国著名老中医邓铁涛教授学术思想研讨会暨邓老八十五诞辰庆祝活动”。

2003年获中国科学技术协会授予“全国防治非典型肺炎优秀科技工作者”。

2003年获中华中医药学会颁授“中医药抗击非典特殊贡献奖”。

为中医药之发展架设高速公路

——国家科技部219次北京香山
科学会议报告

(一) 时代背景

21世纪一开始，美国的9.11事件震惊了世界，接着是阿富汗之战及伊拉克之战，炮火硝烟笼罩着世界。今天的世界与我国战国时代有些相似，可以说我们现在处于“世界的战国时代”。

这世界战国时代的形成是西方文化统治的结果。要扭转这一局面，应向东方文化寻出路，特别是大力发扬中华文化会使世界达到和谐与进步之目的。

中华文化的精粹是——天人合一，与大自然的和平相处观；世界大同，和而不同，与世界人民和平共处观；老吾老以及人之老，幼吾幼以及人之幼的社会观。中华人民共和国成立后我国就是贯彻这几个方面，如和平共处五项原则是周恩来总理解决世界纷争的一个很有力的武器，它的来源就是传统文化。我们十六大三中全会提出五个统筹：①统筹城乡发展；②统筹区域发展；③统筹经济发展；④统筹人与自然的和谐发展；⑤统筹国内外的统一发展。其中第①～③与第④个统筹就是老吾老以及人之老思想和天人合一思想的发展。

还有最近的《珠海宣言》，这个世界经济发展宣言写了三年还没有取得统一的意见，从纽约、新德里、赞比亚到珠海，到中国的珠海才解决了。《光明日报》文章说：“纷纷扰扰的世界将在中国的声音里找到平衡，多少年的难解难分的国家集团和利益集团将在有跨时代意义的《珠海宣言》中取得共识，人们期待着一个由中国倡导，建立在平等、诚信、合作、发展的基础上，平等互惠，相互依

存和共同发展的世界经济新秩序，给饱经沧桑的人类带来福音。”“中华文化教育要参与到世界文化和世界文化合流才能够更好地让世界人民幸福和谐。所以我们国家我们的科学界必须认识这个问题，过去自从鸦片战争后我们失去了对本国文化的信心，现在21世纪了，我们必须对我们优秀的中华文化树立信心并加以发扬和发展造福于世界人类，这是我们的责任。过去对传统文化批评过了头，所以我们现在必须重新去认识我们的传统文化，而且要发展传统文化。

中医学是中华文化的瑰宝，发扬中医以造福于全人类。中西医互补，互相不能取代，经历一二百年可能会走到一起，这是历史发展的必然规律。

中华文化大发展始于战国时代，如果说今天是“世界战国时代”的话，估计中华文化的爆炸式的新发展将起始于21世纪，中医学的发展亦将同步。中医学之腾飞的条件已开始具备了，那就是中医学与世界第二次科学革命相结合，走自己的路，中国医学就会走在世界的前头了。但必须得到政府的大力支持，为中医药的发展架设一条高速公路，实为当务之急。

对于世界科技发展，有人这样说：“第二次科学革命正在到来，自20世纪末期开始，世界科学正在发生一场全新的革命，它是继400多年前开始的西方科学革命后，人类历史上第二次重大的科学革命。……第二次科学革命的思想与方法与中国古代科学一脉相承。一些现代科学家发现，中国传统科学思想中关于和谐的思想，有机论的思想，演化发展的思想、相反相成的思想与第二次科学革命的新思想十分吻合。令人惊讶的是，第二次科学革命不仅在思想上，而且在方法上也源于以‘解决实际问题’为特点的中国古代实用化科学方法。……东方科学与西方科学、东方文明与西方文明应当而且必然结合在一起，共同为经济发展和社会进步提供动力”。他还说：“高科技革命正在和即将出现四次浪潮。在未来50年内，

正在和将要先后以信息技术、生物技术、纳米技术和航天技术为核心的第四次浪潮。”^①

我认为以上的观点是符合21世纪的发展现实的。21世纪中医学将以崭新的面貌出现在世界科学之林。

如果认为上述的意见是正确的话，那么目前最流行的一个口号——“向世界接轨”应予改正。什么都向世界接轨的话就把自己处于从属地位了。21世纪是重新评价中华文化，发掘中华优秀传统文化的时期，世界文化的发展不能缺少中华文化的参与，东西方文化是互补性很强的两种文化，我们不应妄自菲薄，把中华文化处于“自我从属”的地位。该口号应改为“中华文化与世界文化双向接轨”，简称为“与世界双向接轨”。

中国科学家有志气、有骨气、有智慧、有能力，创造中华民族更美好的未来。

（二）中医科研的历史回顾

现代中医的科研，通常要借鉴西医的实验研究方法。其实，历史上中医也有过实验研究，《本草纲目》转述8世纪陈藏器关于脚气病的病因，认为本病与食白米有关，并说：“小猫、犬食之，亦脚屈不能行；马食之足重。”这其实就是一种验证病因的动物实验。古代也有对照研究，如据文献记录，鉴别党参真假时，以两个人嘴里嚼着党参跑步，看谁坚持得久则嘴里的党参就是真的。这就是对照实验。最早的实验诊断方法也出现在中国，晋唐时代，医生为了观察黄疸症状的变化，逐日用白布浸染病人小便后晾干，加以比较就可以知道黄疸病情每日的进退。应该说，在实验研究方面，古代中医有很多创造是走在世界前面的。

不过，中医后来的发展，并没有沿着动物实验这条路走下去。是不是不走实验研究的道路，中医学就没有发展呢？历史证明不

是。中医历史上的每一次突破都有赖于新的科研成果出现。当然对科研的理解，我们不能局限于实验一途，不能说不搞实验的中医就不是科学研究。下面不妨从科学研究的角度，回顾一下中医学的发展历史。

众所周知，汉代名医张仲景被称为“医圣”，他对临床医学作出了重大贡献。张仲景的主要著作《伤寒杂病论》，可以说就是他的科研成果，这一科研成果是如何得出来的？张仲景的科研方法，用他本人的话来说是“勤求古训，博采众方”。在汉代以前，医学有四大流派，分别是医经、经方、神仙和房中。张仲景主要继承前两家的学术，以医经家的理论结合临床实践（平脉辨证）去整理经方家的方药。《汉书·艺文志》记载当时有医经九家，经方十一家，所谓“勤求古训”，“训”就是理论；“博采众方”就是整理众多经方家的方药。张仲景在前人的基础上研究出的成果，主要是确立了辨证论治这一中医精华，并整理出“以脏腑论杂病”和“以六经论伤寒”两大临床辨证系统，这使中医临床医学有了一个完整的学术体系。到今天我们还要深入学习《伤寒》和《金匮》的理、法、方、药，可见其影响深远。

晋代医家王叔和，在《脉经》中把晋代以前中医关于脉学的研究作了一次整理和探讨，整理出24种脉象，至今仍在应用，并没有过时，这也是很了不起的科学成就。到了隋代，巢元方研究病因学、病理学，著《巢氏病源》，这也是一种研究。唐代的王冰，专门研究《内经》，做了很多订正工作，整理出现在最流行的版本，另外还补充了七篇大论，中医理论的很多精华都出自这七篇大论，这也是了不起的科学研究。

唐代著名的药典《新修本草》，宋代的本草巨著《证类本草》，还有宋代官定的方典《和剂局方》，都是众多学者悉心研究的成果。宋代还有一项更重大的科研工程，就是点校医书。点校，即把错字校正，句子理顺，然后加以注解。政府组织了一批文人和医家，成

立了专门机构来开展这样一个系统工程,至今我们所看到的古代医学经典,多数是经宋代点校后流传下来的优良版本,这对医学的普及和发展是有重要意义的。过去有人认为点校不是科研成果,实际上为了点断一句话、校正一个字,往往要查阅大量资料 and 比较各种版本,而且单纯文字比较还不行,还要用医理来推理。所以点校并不是一个简单的工作,它要花费大量心血,其结果往往影响到对中医理论的正确理解。好的注解也是有创造性的劳动,所以点校等文献整理应该属于科研工作。

宋代的医学普及,和哲学上的争鸣,带来了金元时代的医学争鸣,刘、张、李、朱四大家出现,对后世影响很大。以李东垣为例,他可以说是创立脾胃学说的鼻祖,广州中医药大学现在设有脾胃研究所,研究脾胃学说,这反映出李东垣的研究成果是很有价值的。李东垣是怎样取得研究成果的?他所处的时代,由于宋金元对峙,战乱连年,社会上常见的疾病,跟过去的认识不完全一样。例如《伤寒论》时代出现的发热,多为伤寒,用六经辨证;但李东垣所见的发热,多属内伤,他经过临床研究,对外感和内伤发热作了鉴别,认为内伤发热不能用黄芩、黄连、黄柏等苦寒之药,而是要用黄芪、党参、白术这些甘温的药来除大热。即所谓“甘温除大热”,是退39度以上的热,吃黄芪、党参能退烧。举例如我校一位毕业生的母亲,膝关节手术后发热,每天38~39℃,曾用各种最新最贵的抗生素和其他药物治疗近一个月,发热如故。邀我会诊,我按甘温除热法,用李东垣的补中益气汤。该生不敢与服,晚上电话询问,我让她先服半剂,2小时无不良反应再服半剂。第二天来电话,睡眠较好,精神略佳。嘱其日服两剂,体温逐步下降,上方加减调理,半月后治愈出院。现代一些年青医生受到西医的影响,碰到发烧,就按感染处理,上抗生素,或用中药的清热解毒药。实际上有的病人不适合这样处理,反而用补中益气汤或其他补益药能退热,这种“甘温除大热”的成果,到现在还是超过世界医学水平的。李东垣

的科研，完全立足于临床，取得的成果能突破前人理论禁区，有效指导临床。

中医发展到明清，出现了温病学说，这是一个伟大的成就。真正把温病学说树立起来的医家是吴鞠通，他的著作有《温病条辨》。吴鞠通又怎样研究并写成本书的呢？从《温病条辨·序言》可知，他受到刘河间、朱丹溪和吴又可《温疫论》的影响，而影响他最大的则是叶天士。叶天士对温病有重大的创见，但没有十分系统的著作，主要思想和经验反映在《温热论》和《临证指南医案》中。象《临证指南医案》，是他的学生收集他的医案，加以整理和评论而成，这个工作也是科研成果，既整理了老师的经验，也有自己深入的体会。吴鞠通进一步发展叶天士的学术，他的《温病条辨》不但确立了使温病自成体系，而且整理了叶天士很多临床处方成为名方，使温病的方药得以丰富。他能够以叶天士的学术与经验为材料构建新的大厦，是有创造性的科研成果。温病学说的理论，在今天治疗各种传染性、感染性疾病，包括SARS，处处在发挥作用，这一含金量极高的成果也是科学研究实践的产物。

明代还有世界性的药物巨著《本草纲目》出现。李时珍一生用30年的时光研究中药，写成《本草纲目》，流传世界各国。他的成就的取得，除了来自深入的文献检索和广泛的实地调查外，也不能忽视李时珍的临床实践，他常常根据临床应用的反馈来订正药物的药效说明。李时珍的成就超越了医药学的范畴，是一个百科全书式的博物学家。

清代有革新精神的王清任（1768~1831），使人敬佩。他认为治病不明脏腑，有如瞎子夜行。他30岁时遇疫症流行，不避臭秽到荒野观察尸体研究脏腑，他说：“犬食之余，十人之内，看全者不过三人，连视十日，大约看全者不下三十余人。”因而著《医林改错》一书。但可惜其解剖部分，对后世除了“灵机记性不在心在脑”之外，其余无何影响。该书3/4的篇幅论祛瘀法之运用，共30

多张独创之方剂却影响深远。这几十张新方充满中医传统理论的内涵。如他祛瘀不忘益气，就源于《内经》气血之论，他说“治病之要诀，在明白气血”，从而又发展了传统理论。反之当今之研究血瘀证者，却把“气”丢了，因此虽做了不少费力的研究，但仍然未有超过王清任也！反而自王清任之后用王清任之方药治病取得很大的成绩，至今仍可以说是超过世界之水平。例如民国时期治天花、鼠疫^③，解放后治出血性、缺血性中风、腹部肿瘤、不孕症、战伤之血胸……等。足见中医之系统理论并未过时，离之则事倍而功半，从之则事半功倍。

从历史的经验看，中医学的发展必须按照自身的发展规律，以我为主，就是以中医的系统理论为主导，以临床实践为依据，在辩证唯物论指导下，多学科相结合以求发展。传统中医的研究方法，是宏观的，但也取得了伟大的成就，说明不只是微观研究才是科研。当然现在我们应该宏观加上微观，那就不同于往日了。

（三）道路坎坷中医仍发展

中医就象和氏璧。和氏拿着和氏璧送给厉王，专家鉴定说是石头，砍掉了他一只脚。武王在位了，和氏又去献宝，专家还说是石头，他又被砍掉一只脚；文王在位了，他抱着和氏璧在楚山下哭了三天三夜，眼泪流干继之流血，感动了文王，把石头打开，发现了和氏之璧。后来还有完璧归赵的故事，证明它确是国宝。中医就象这块玉，中华人民共和国成立以前国民党要消灭中医，砍掉了中医的左脚；中华人民共和国成立后王冰要改造中医，又砍掉了中医的右脚，幸好党中央毛泽东主席发现了问题，制定了中医政策。直到1986年12月国家中医药管理局成立的时候，中医才喘了一口气，才有了娘，有了单列的财力、物力、人力。但是，虽然近百年来试图消灭中医是失败了，但改造中医实际上成功了。表面上中医发展很

兴旺，凡西医有的中医都有，职称有教授、副教授，学位有硕士、有博士，机构有大学、研究院，有大医院，但真正中医的内涵却日渐缩小，西医的成分越来越多。对这一现象，我名之曰“泡沫中医”！此乃按西医之模式以改造中医之结果也。如不深化改革，则中医将名存而实亡矣！！不过无论如何中医是有生命力的，在坎坷的道路上仍然发展。试举例以证之。

1. 抗 SARS，中医之作用

21世纪SARS突然袭击，使人类措手不及，中医药发挥了无可取代的效力，受到国际卫生组织两位专家的称赞，认为值得研究推广。现在SARS暂时过去了，但在国内仍然有人认为中医药只起辅助的作用，怀疑单纯中医不能治SARS！要经过循证医学的论证才行。除了吴仪副总理对中医治“非典”加以肯定之外，各种报导与总结，很少有称赞在这场战斗中中医所起的作用。真是“常使中医泪满襟”！

WHO有如下一个统计数字：

全球共有32个国家共出现8400多例SARS患者，其中中国（包括香港和台湾）有7700多例。全球死亡率为11%，香港为17%，台湾为27%，中国大陆为7%（注：广东非典死亡率为3.8%，广州非典死亡率为3.6%，这一数字在全球是最低的）。

广州与香港地理气候、生活习惯都有可比性，为什么差别那么大呢？其差别在于有无中医参与治疗。香港卫生署经过两次到广东省中医院调查，确认中医的作用，最后请广东省中医院派两位女专家参与治疗SARS严重之患者及新病人，并一再延长其预定之留港日期。

再看看我校第一附属医院，没有用类固醇，本院60例、院外会诊几十例均无1例死亡。全院服中药预防药，医护人员无1例感染。如此看来，对香港及北京的西医生大剂量激素治疗方案，是否应重新检讨呢？台湾、加拿大的病死率及新加坡的病死率之高，我认

为亦与缺乏中医之参与有关。

请看看广州呼吸病研究所潘俊辉等中医写的《中医药介入SARS71例临床研究》一文，该文统计5月30日以前收治确诊患者88例，其中中医介入治疗71例，病死率较低，只有1例。据查该所88例共计死亡有好几例（见2003年8月18日《中国中医药报》）。

有人说没有西医，没有中西医结合中医就治不了非典，错了。中日友好医院全小林教授主持的课题组对该院第十二病区收治的16例新发病的SARS病人进行了单纯中医中药治疗观察，结果显示：中药在SARS治疗中不仅有退热快、不反复、有效缓解症状的特点，而且中医药早期干预在这一疾病的发展中对减轻肺损害程度有一定作用。单纯中医中药治疗期间，无1例病情发生恶化。治疗结果：16例患者应用中药后在1~7天内退热，平均退热时间为 4.44 ± 1.46 天，且热退后体温一直保持在相对稳定的水平，临床观察没有发现反复的现象。11例入院时有咳嗽的患者在3~8天内全部缓解，平均缓解时间为 5.27 ± 1.49 天。7例入院时呼吸急促的患者在3~7天内缓解，平均缓解时间为 5.15 ± 1.87 天。全部患者在2~10天内全身不适症状基本缓解，平均时间为 6.37 ± 2.49 天。16例患者影像学改变在6~16天内完全吸收或明显好转，其中9例完全吸收，7例明显好转，平均吸收或好转时间为 10.87 ± 2.92 天。16例患者无一人使用抗生素、激素及其他西药。这是能否单独用中医药治疗SARS的一个最好的回答。

如果对非典前期用药对了，它根本就到不了肺严重病变的程度。西医对病人上来就用激素，按中医理论来说激素是入里的药，它能引邪入里，到病情重了还要上呼吸机。不到这样的程度下不了诊断，就说中医治的不是非典，这是不客观的。我有个学生，太太是广东省中医院急诊科的护士长，感染了非典，开始也是用大剂量的激素，但是没有效果，我让他赶紧把这些西药停掉用中医治疗，果然停了西药后换成中医治疗，病情得到了控制，3天烧就退了。

另一个护士长感染非典是用西医方法治疗的，后来牺牲了。我这个徒弟的太太却好了。所以说现在的很多标准是以西方的游戏规则为准的，按西方的那些标准，我想我的研究要进入自然科学基金，难矣！因为我没有进入基因水平，也不搞分子生物学、动物模型。问题的关键是游戏的规则是西医的不是中医的，西医是微观的，我们是宏观的，我们把人放在大自然中观察。举个例子，为什么经络研究来研究去都没有结果？我肤浅的看法认为，在经络的研究中，好比是用有线电话的模式去研究手机，手机会响能通话，但是找不到连线，你说它不科学！中医的经络研究问题就出在这里。

中医还能预防SARS。广州中医药大学的终身教授刘仕昌89岁了，仍然去传染病医院会诊病人，可能有人说他“无知所以无畏”，可是他不但制订了有效的治疗方案，本人也没有感染。因为他吃中药预防。现在世界上对冠状病毒的疫苗的研究还要搞一年、两年，我们广州一开始就预防了。我也出了一个药叫做“邓老凉茶”，我的学生在香港大学教书，他替人买了这个药供应了2000人的预防，其中包括香港的五六个西医，喝了这个凉茶无一例发病。北京有个工地老板拿着这个药方到同仁堂花了40万元买药，发给工地的工人，原来已经有两个职员发病了，但是发给工人这个药之后无一例再发病。所以说我们为什么不投大力量去研究预防流感，预防这些病的药呢？一定要跟外国去搞，争那个冠状病毒。冠状病毒的金牌已经被加拿大、德国拿走了，有人写文章：常使英雄泪满襟，说这个金牌应该是我们中国得的。为什么治疗上的金牌那么大就没有人看见？！这次SARS显示了中医的潜在威力，传染病不少都是病毒性的，治疗上都是中医药处于领先地位，但是我们的国家就没有大力投放人力、财力去研究。不着力去研究我们已经领先的这些，而是跟着外国的研究去搞其它的微观研究，不沿着中医的宏观思路去走，而是光想怎样去追赶西方，这是“从属思想”之典型例子。

2. 50年代以来中医之成就

自1958年毛泽东对西医学习中医的报告作了批示：“中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高。”掀起了全国西医学习中医、研究中医的高潮之后，几十年来虽有反复，但成果仍然十分显著。如：

(1) 传染病方面，如乙型脑炎、钩端螺旋体病、流行性出血热、麻疹合并肺炎等病毒类传染病，都取得超世界水平的效果。病毒性肝炎，传染病院也要用中药治疗。

(2) 非手术治疗急腹症之研究，如胃穿孔、急性胰腺炎、肠梗阻、麻痹性肠梗阻、宫外孕……等急腹症可以采用中医药治疗不用开刀，这是世界医学所不能的。

(3) 针麻与中药麻醉。用针刺代替麻醉药，可以进行胸腹部手术。这也是世界的创举，手术时麻而不醉，在手术中病人可以和医生对话。由于针麻之成就，20世纪70年代以来在世界形成针灸热，现在所有发达国家都有针灸师为人治疗并纳入保险医疗。

特别值得表彰的是我国生理学家研究了针麻之原理是针刺之后大脑产生“脑啡肽”故能止痛，为针刺之推行世界奠定基础。但世界各国现在仍未完全学会中医之针灸学术。

与针麻同样成功的是中药麻醉，一味洋金花提炼的中药麻醉剂，因为它能提高血压，因而填补了世界麻醉药对休克患者禁用之空白。

(4) 重症肌无力是难治之病，当重症肌无力出现呼吸危象时，死亡率相当高。如詹国华报道广东省人民医院抢救重症肌无力危象14例，死亡6例，死亡率为40%。^④

章成国等文章统计1981年以来国内重症肌无力危象抢救之报告195例，死亡71例，死亡率为36.2%。^⑤

我们课题组于1999~2003年共抢救21例，无1例死亡，近期疗效100%。出院后随访，半年内死亡2例，为再发危象在当地医

院抢救无效或放弃抢救死亡；随访1年后，再死亡2例（1例因其他疾病死亡，1例在外院行胸腺瘤手术诱发危象抢救无效死亡），其余17例患者健在，生活能自理，可从事轻工作。远期疗效为80.95%。

重症肌无力西医学以神经学说指导诊疗，我们则是以中医的脾胃学说指导诊疗的。

（四）战略与策略

当前我国正沿着邓小平同志指引的“建设有中国特色的社会主义”道路前进。文化科学必须随着这一指引前进，发展中医药亦不例外。发展中医药不是为科学而科学，不是中西学术之争。发展中医药首先是为保证13亿人民人人享有医疗保健的权利的重要依靠。发展中医药是为中国社会发展的服务的。

中医药是最具中国特色的医学，必将为社会主义中国的建设发挥巨大之作用。

按照“三个代表”的要求和我国宪法规定，必须贯彻中西医并重的方针，必须加大对中医药事业的投入，为中医药的发展架设高速公路。因为中医药的特色是简、验、便、廉，乃解决目前“因病致贫”、“因病返贫”的特效良方。医学研究的目的如果首先放在13亿中国人民保健事业这上面来，就非得提倡发展中医药不可。“非典”就是一个很好的例子，香港治疗一个非典病人少则几万，多则几十万，我们第一附属医院治疗费最贵的一个非典病人才5000元。

从学术本身来看，中医学具有独特的理论体系。西医是微观医学，中医是宏观医学，西医在现代科学扶持下飞速发展，中医有几千年的精华积淀，它没有停滞不前，而是与时俱进。中医学将与21世纪的新科学技术革命相结合，会得到象战国时代那样的又一次飞跃的发展。那么中医药学的发展又不仅为13亿人民的健康，将为世界人民的健康作出伟大的贡献。中医药学将无愧于“中国第五大

发明”之荣誉。

中医药学几千年来，不断在发展，但只是“量变”的发展，在21世纪的今天，世界科学已进入第四次浪潮的今天，世界科学将帮助中医来一次“质变”的飞跃发展，而在发展中医的同时，因为吸取了中医的精华，会反过来给世界科学以创新和发展。

兹就几个具体问题分述如下：

1. 与临床相结合

中医的理论，早期在古代哲学的影响下形成，然后形成理论与临床紧密结合的特点。中医古代是不分基础学科与临床学科的。中医的理论对实践进行指导，反过来实践又给理论加以提高，没有临床实践就不容易体会中医理论的正确与科学性。这一点在现代的中医实践中依然没有改变，所以中医基础理论的研究一定不能脱离临床。当代名中医的临床经验总结，是一个既宝贵又丰富的矿藏。

2. 基础研究使中医学飞跃发展

上述强调中医研究必须与临床相结合，而和几千年以来的各家学说相结合也很重要，这就要进行深入的发掘、整理。文献研究不能忽视，这是中医学独有的特点。中医的各家学说，值得去验证，并在验证中继续发展。

若论中医要飞跃发展，则必须在上述的基础上进行实验研究，实行多学科相结合，沿着中医的系统理论进行研究，中医学才能有突破性的“质”的飞跃发展。

深入挖掘中医理论之精华，与新科学技术革命的成就相结合，是中医药“质变”的必由之路。

3. 要解放思想，走自己的路

西医是医学，中医也是医学，西医的发展与现代科学同步，而中医近百年来受尽打击，在形式上三个指头加草根树皮，容易被世人误解。我们要多学科相结合，那么要求各科参与研究的学者，必须解放思想，尤其是西医学者。必须承认：检验真理的唯一标准是

实践。必须认识微观是科学，宏观也是科学，最终使宏观与微观相结合，产生“介观医学”。这要求先在研究方法上走出新的路来。

4. 要以科学的哲学为指导思想

科学重实践，但也要有正确的指导思想。正确的指导思想，我认为就是马克思主义的哲学。用历史唯物主义与辩证唯物主义作为我们进行研究的指导思想，这样会少走弯路，事半功倍。马克思的哲学思想帮助毛泽东打败蒋介石，毛泽东的《矛盾论》与《实践论》足以说明毛泽东又是一位哲学家。我相信在以科学的哲学研究中医药学的同时，可能反过来丰富马克思主义哲学。

5. 对重点研究项目的意见

(1) 对中医学术的系统整理。

在现代的认识论条件下，对中医的基本概念、理论学说进行历史的、逻辑的整理是基础研究重要的工作。同样一个概念，在不同医家的理论中有不同含义，其前提条件是什么，其实质内涵有什么区别，分别应用于什么样的不同情况下……这属于中医学术史、概念史研究，是研究中医理论的基础性工作，只有把这些内容继承好才能进一步发扬。这个系统性工程有必要组织队伍认真进行。

(2) 对核心理论的深入研究。

象阴阳、五行、脏腑和经络，都是中医理论的核心，百年来也有不同的争议。有必要在总结近数十年研究成果的基础上，进一步研究。象心主神明还是脑主神明？经络是否存在？这些问题离开中医临床就不能作出准确的评价。又如五行学说，被视为玄学，为什么中医还在用？实际中医五行学说的实质是五脏相关理论，这些都要结合临床进行阐释。

(3) 对辨证论治的研究。

不少人将辨证与辨病相对立，甚至贬低辨证论治的重要性。实

际上，中医的辨证论治包含了“辨证—辨病—再辨证”这样一个综合的过程。对辨证论治的实质内涵应有一个统一的认识，并解决与辨理化指标、发展微观辨证以及与辨现代医学之病的关系。

(4) 中药的研究。

未来临床医学很多难题的解决要靠中药。但是，中药的研究一定要以中医理论的指导为基础，不要一味走分离、提取有效成分的植物化学研究道路。中医中药不分家，要认真研究中药的药性理论与中医理论的关系，以及临床应用的规律。

(5) 养生保健理论的研究。

中医提倡“治未病”，养生保健理论很丰富，包含了免疫防病、颐养益寿等预防医学、健康教育的内容。对这一部分内容不仅要从文献上整理，还应加以现代研究。中医优秀的养生文化应该在我国的公共卫生事业与学术中有所体现。

结 语

21 世纪的中医药学已踏入千载难逢的机遇之途，发展是必然的，但其发展之快慢取决于有无一条高速公路。这条高速公路架设之权在人民政府手中、在国务院决策之中，关键在于党的领导也。中医药学之发展不仅是中医药人员独有的职责。中医药之发展是中华民族的健康事业，事关中华文化之再创辉煌也。

参 考 文 献

1. 杨连成，刘箴. 世界在倾听来自中国的声音——写在《世界经济发展宣言》发表之际. 光明日报，2003 年 11 月 7 日：A3 版
2. 姜岩. 世界科技发展九大展望. 望新闻周刊，2003 年 2 月 3 日，第 5~6 期：86~88。
3. 清光绪二十三年（1897）医家罗汝兰著. 鼠疫汇编. 仿照王清任法，以活血祛瘀消肿散结主治鼠疫取得成效。

4. 詹国华。抢救14例重症肌无力危象的经验与教训。广东医学, 1993, 14 (2): 79
5. 章成国, 陈理娥。重症肌无力危象抢救体会 (附国内资料196例报告)。临床神经病学杂志, 1992, 5 (2): 93

论中医诊治“非典型肺炎”

邓铁涛 邱仕君 邹旭

中国中央电视台的开播格言——传承文明，开拓创新。可以看成是中华民族复兴的导言，中医振兴的指针。千万不能丢掉中医的精华，空想创新。当然世界各国文明也在传承之内，但世界人民都希望我们把中华优秀传统文化传给世界。

（一）战胜非典型肺炎我们有个武器库

非典型肺炎是全新的疾病，为20世纪以前所未见。无论中医与西医都遇到新问题，中医不能袖手旁观。我认为对病毒性疾病的攻克，中医自有其优势。从历史可以上溯至仲景时代，他宗族素多，十年不到却死亡了三分之二，伤寒十居其七，这个“七”就包括流行性病毒性疾病。故1956年北京流行乙型脑炎，蒲辅周师仲景法用白虎汤疗效超世界水平，并不因为中医无微生物学说而束手无策。1957年石家庄乙脑流行，白虎汤效果不明显，蒲辅周改用温病之法，疗效又达90%。1958年广州流行乙型脑炎，我曾参加救治，为暑热伏湿之证，凡舌苔转厚者必不死，暑湿得外达故也。统计中医之疗效亦达90%，且无后遗症。20世纪60年代广东麻疹流行，番禺等地麻疹肺炎死婴不少，我校医疗队所到之乡村，用透疹清热之法，死亡病例便被制止。广州20世纪60年代亦曾流感流行，用吴又可法——达原饮，又收到良好的效果。

这些事例说明中医的理论，不把着力点放在对病原体的认识上，而在于病原体进入人体，邪气与正气斗争所表现的证候以辨证论治，这些辨证论治的理论及方法历传二千多年，的确是战胜“非典”的武器库。

（二）战胜非典型肺炎的理论依据与特色

世人多不理解中医没有细菌学说，却能治疗传染病，对病毒性传染病的治疗效果甚至处于世界领先地位，其故安在？因为中医走的是另一条道路。

中医虽无细菌学说，但细菌早已被概括于“邪气”之中。吴又可的戾气、厉气、杂气学说，已非常接近对微生物的认识，惜明代无光学上的成就，致未能进一步发展耳！但温病的病原说发展到吴瑭，却使中医理论从另一角度认识发热性传染性 & 流行性疾病，提出独特的温病的病因理论。这一理论，今天看来科学性极高，足以破解中医虽无细菌学说，仍然能治疗急性传染病之道理所在。

吴瑭《温病条辨·原病》篇专门论述温病的病因、病机、证候、诊断、治疗与预防等方面的问题。其中关于病因理论的论述共三条。吴瑭曰：“叙气运，原温病之始也，每岁之温有早暮微盛不等，司天在泉，主气客气相加临而言也。”吴氏继承传统之理论，承认气运的变化是温病发生的原因之一。他承认吴又可厉气之病因，但温病不能统由于厉气所致。他最后补充流行病发生的微与其，还与凶荒兵火之后有密切的关系。即是说他承认大自然的变化规律与发病有密切的关系，大自然的变化既作用于人体，也影响致病物质的生长与广泛为害，又创造性地提出地理气候及社会因素与发病有密切的关系。

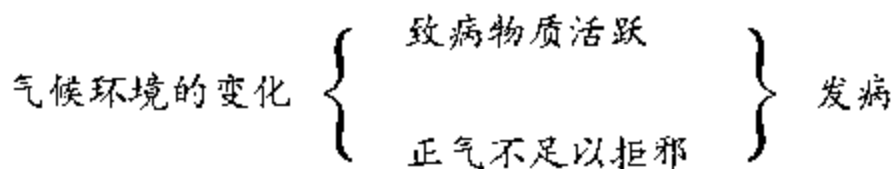
《温病条辨·原病》篇：“《阴阳应象大论》曰：喜怒不节，寒暑过度，生乃不固。故重阴必阳，重阳必阴。故曰：冬伤于寒，春必病温。”吴瑭注曰：“上节统言司天之病，此专言人受病之故。”瑭接伏气为病，如春温、冬咳、温疟，《内经》已明言之矣。亦有不因伏气，乃司天时令现行之气，如前所列《六元正纪》所云是也。此二者，皆理数之常者也。更有非其时而有其气，如又可所云戾气，间亦有之，乃其变也。温病之形成有内因与外因两大因

素。“喜怒不节，寒暑过度”而致“生乃不固”，说明正气内存的重要性。“冬伤于寒，春必病温”，是说明“重阴必阳，重阳必阴”。冬天属阴，寒亦属阴，两阴相重，与正气相持（伏气）不即发病，至春天乃发，便成温病。总之用以说明邪正相争的观点。吴塘承认吴又可的戾气这一致病物质的存在，承认戾气与司天时令现行之气同为致病物质，而区分引发疾病之轻与重，一般与特殊的发热性流行性疾病。

《温病条辨·原病》篇：“《金匱真言论》曰：夫精者身之本也，故藏于精者，春不病温。吴塘注：《易》曰履霜，坚冰至，圣人恒示戒于早，必谨于微。记曰：凡事预则立。经曰：上工不治已病治未病，圣人不治已乱治未乱。此一节当与月令参看，与上条冬伤于寒互看，盖谓冬伤寒则春病温，惟藏精者足以避之。……不藏精三字须活看，不专指房劳说，一切人事之能动摇其精者皆是。即冬日天气应寒而阳不潜藏，如春日之发泄，甚至桃李反花之类亦是。”这一条强调“内因”在发病上的重要性。其冬不藏精须活看之说，是吴氏的创见，吴氏把冬伤于寒与冬不藏精互看，统归之为内在致病因子，并处于重要之地位。吴氏之论符合唯物辩证法的内因与外因的辩证关系，即内因是物质变化的关键，外因是变化的条件。

总括言之，吴氏之病原说为：

- (1) 岁气、年时（气候与环境因素）
- (2) 藏精、冬伤于寒（人体内在因素）
- (3) 戾气、时行之气（致病物质）



这样的病原说比之只重视病原体的现代医学理论似略胜一筹。

当然吴氏对于微生物的认识与现代微生物学相比，就有天壤之别了。如果我们今天把微生物学的知识，取代比较含糊的戾气与时行之气，那就是比较系统的传染病流行病的病因学说了。

我们的治疗不在只知与病毒对抗，而是既注意祛邪，更注意调护病人的正气，并使邪有出路。正如叶天士所说，或透风于热外，或渗湿于热下，不与热相结，势必孤矣。这是一个多么高明的战略啊！

中医注意祛邪或透邪，不是杀病毒。所谓祛邪，叶天士认为可以汗解，也可以从小便去，而仲景早就有三承气汤之法以祛邪，吴鞠通又将三承气汤扩而广之，还有杨栗山升降散之法，可谓丰富多彩。西医知道发汗可以退热，今天不少青年中医也学了西医用退热针退热，而不知应该以微汗出才能祛邪，大汗淋漓病必不除。大汗能一时退热，过后又热。西医还有一个理论就是高热会损脑，故一遇高热使用冰敷，不知一冰便使邪气内伏，邪无出路，病必缠绵或有后遗症，特别是乙脑之类属暑热之证。前人说：“暑当予汗出勿止”，故中暑证冰敷者多死也。中医之三宝是高热护脑的圣药，但今天的药监部门又认为三宝有重金属！药监部门无中医药之才，中医则无权，可悲又可叹！

我们的中青年中医，学了不少西医这应是好事，但欠缺独立思考，更因中医教育把四大经典作为选修课，便放弃了中医的辨证思维，以西医理论为指导，对非典型肺炎之发热病人，不敢不用抗生素，还认为可以对抗继发感染之类，而现在的新抗生素强力杀菌也强力抑制病人的正气，使人体菌群失常。而中医若辨证准确，因势利导，增强正气后邪可拒。故非典不宜随便使用抗生素，白细胞偏低便是正气不足的表现之一。中医有扶正驱邪之法应注意善用之。故非典后期往往可用人参以培其根本也。仲景的人参白虎汤早就启示我们了。

(三) 非典型肺炎属于春瘟病（伏湿）

根据广东省中医院收治本病患者 112 例的临床观察和初步总结，认为该病属于中医春瘟湿热疫病的范畴，病机以湿热蕴毒，阻遏中上二焦，并易耗气夹瘀，甚则内闭喘脱为特点。我认为可以定名为春瘟病伏湿之证。我同意广东省中医院所订之辨证论治方案。

非典型肺炎中医治疗方案：

1. 早期

多在发病后 1~5 天左右，病机以湿热遏阻，卫气同病为特点；治疗上强调宣透清化。常见证型有湿遏肺卫、表寒里热夹湿 2 型。

(1) 湿热遏阻肺卫证

症见发热，微恶寒，身重疼痛，乏力，口干饮水不多，或伴有胸闷脘痞，无汗或汗出不畅，或见呕恶纳呆，大便溏泄，舌淡红，苔薄白腻，脉浮略数。

治法：宣化湿热，透邪外达。

方药：三仁汤合升降散加减。

药用：杏仁 12g，滑石 15g，通草 6g，白蔻 5g(打碎、后煎)，竹叶 10g，厚朴 6g，生苡米 20g，法半夏 10g，白僵蚕 6g，片姜黄 9g，蝉衣 6g，苍术 6g，青蒿 10g(后下)，黄芩 10g。

湿重热不明显，亦可选用藿朴夏苓汤加减化裁。

(2) 表寒里热夹湿证

症见发热明显、恶寒，甚则寒战壮热，伴有头痛，关节痛，咽干或咽痛，口干饮水不多，干咳少痰，舌偏红，苔薄黄微腻，脉浮数。

治则：辛凉解表，宣肺化湿

方药：麻杏石甘汤合升降散加减。

药用：炙麻黄 6g，生石膏 30g(先煎)，炒杏仁 10g，炙甘草 6g，白僵蚕 10g，片姜黄 9g，蝉衣 6g，薄荷 6g(后下)，连翘 15g，银花

15g, 黄芩 10g, 芦根 15g, 生苡仁 20g。

2. 中期

多在发病后 3~10 天左右, 病机以湿热蕴毒、邪伏膜原、邪阻少阳为特点; 治疗上强调清化湿热、宣畅气机。

(1) 湿热蕴毒

症见发热、午后尤甚, 汗出不畅, 胸闷脘痞, 口干饮水不多, 干咳或呛咳, 或伴有咽痛, 口苦或口中粘腻, 苔黄腻, 脉滑数。

治则: 清热化湿解毒。

方选: 甘露消毒丹加减。

药用: 生石膏 30g(先煎), 炒杏仁 10g, 茵陈 15g, 虎杖 15g, 白蔻 6g(打碎、后煎), 滑石 20g, 法夏 10g, 僵蚕 10g, 蝉衣 6g, 苍术 6g, 姜黄 10g, 石菖蒲 10g, 柴胡 12g, 黄芩 10g。

(2) 邪伏膜原

症见发热、恶寒, 或有寒热往来, 伴有身痛、呕逆, 口干苦, 纳差, 或伴呛咳、气促, 舌苔白浊腻或如积粉, 脉弦滑数。

治则: 疏达透达膜原湿浊。

方选: 达原饮加减。

药用: 厚朴 6~9g, 知母 10g, 草果 1~3g(后下), 黄芩 12g, 柴胡 15g, 法半夏 10g, 杏仁 10g, 生薏仁 30g, 滑石 20g。

(3) 邪阻少阳

症见发热, 呛咳, 痰粘不出, 汗出, 胸闷, 心烦, 口干口苦不欲饮, 呕恶, 纳呆便溏, 疲乏倦怠, 舌苔白微黄或黄腻, 脉滑数。

治则: 清泄少阳, 分消湿热。

方药: 蒿芩清胆汤加减。

药用: 青蒿 10g(后下), 竹茹 10g, 法半夏 10g, 赤茯苓 15g, 黄芩 10g, 炒杏仁 10g, 陈皮 6g, 生苡米 30g, 滑石 20g, 青黛 6g(包煎), 苍术 6g, 郁金 10g

3. 极期(高峰期)

本期多在发病后7~14天左右,临床的突出表现为气促喘憋明显,或伴有发绀,病机以湿热毒盛、耗气伤阴,瘀血内阻为主要特点,少数可表现为邪入营血,气竭喘脱;治疗在祛邪的同时必须重视扶正,可选用白虎加人参汤、清营汤、犀角汤等加用活血化瘀之品,并静脉使用参附针、参麦针、丹参针等。

(1) 热入营分,耗气伤阴

症见身热夜甚,喘促烦躁,甚则不能活动,呛咳或有咯血,口干,气短乏力,汗出,舌红绛,苔薄,脉细数。

治则:清营解毒,益气养阴。

方选:清营汤合生脉散加减。

药用:水牛角30g,生地15g,元参15g,银花15g,西洋参5g(另炖服),麦冬10g,山萸肉15g

并可静脉点参麦针以益气养阴。

(2) 邪盛正虚,内闭外脱

症见发热不明显,喘促明显,蜷卧于床,不能活动,不能言语,脉细浅数,无力,面色发绀;或汗出如雨,四肢厥逆,脉微欲绝。

治则:益气固脱,或兼以辛凉开窍。

药用:大剂量静点参麦针或是参附针,并用参附汤或生脉散(汤)送服安宫牛黄丸或紫雪丹。

4. 恢复期

多在发病后10~14天以后,病机以正虚邪恋,易夹湿夹瘀为主要特点。主要证候有气阴两伤、气虚夹湿夹瘀。治疗强调扶正透邪,并重视化湿、活血。

(1) 气阴两伤证

症见热退,心烦,口干,汗出,乏力,气短,纳差,舌淡红,质嫩,苔少或苔薄少津,脉细或细略数。

治则:益气养阴。

方选：参麦散或沙参麦冬汤加减化裁。

药用：太子参 15g，沙参 10g，麦冬 10g，白扁豆 12g，炙甘草 3g，山药 10g，玉竹 10g，法半夏 6g，芦根 15g。

(2) 气虚夹湿夹瘀证

症见气短、疲乏，活动后略有气促，纳差，舌淡略暗，苔薄腻，脉细。

治则：益气化湿活血通络。

方选：据虚实不同可分别选用李氏清暑益气汤、参苓白术散或血府逐瘀汤等加减化裁。

药用：太子参 15~30g，生白术 15g，云茯苓 15g，白扁豆 10g，生薏仁 30g，佩兰 10g，郁金 10g，法半夏 10g，桃仁 10g，丹参 12g，当归 10g，赤芍 12g，忍冬藤 30g。

(四) 典型医案

患者邓某某，女性，33岁，广东省三水籍，医务人员，因“发热伴恶寒2天”于2003年1月25日入院。

两天前自觉无明显诱因出现发热，入院当天自觉症状加重，测体温 38℃，微恶寒，神疲乏力，口稍干，纳差，面红，无头痛，无流涕，无咳嗽、咯痰，无咽痛，无汗，无鼻塞流涕，睡眠一般，二便调。查体：T：38℃；P：68次/分；R：20次/分；BP：90/60mmHg，神志清，全身皮肤、黏膜无出血点、亦无黄染，咽无充血，双侧扁桃体不大，气管居中，双肺呼吸音正常，未闻及干湿啰音；白细胞(WBC)： $5.0 \times 10^9/L$ ；中性粒细胞：63.9%；红细胞： $4.31 \times 10^{12}/L$ ；血红蛋白：131g/L；血小板： $95 \times 10^9/L$ ；行胸片检查示：右下肺少许模糊阴影。

诊见：发热，微恶寒，干咳，无痰，动则心慌气短，头痛，微感胸痛，口干口苦，纳差，神疲乏力；舌淡红，苔薄白，脉濡细。

西医诊断：右下肺炎(非典型肺炎)。

中医诊断：春瘟伏湿。

治法：清凉解毒，透热达邪。

处方：青蒿15g(后下)，黄芩15g，柴胡12g，大青叶20g，板蓝根30g，法夏12g，枳壳10g，浙贝12g，紫菀12g，天竹黄12g，杏仁10g，炙甘草6g。每日1剂，水煎服。配合清开灵静滴加强清热。西药则投以泰能、稳可信。

2诊：1月27日，仍发热，热势上升，以夜间及午后为甚，T：38.6℃。肢体困倦，纳食减少，舌脉未变，二便通畅。化检：白细胞： $2.9 \times 10^9/L$ ；中性粒细胞：57.7%；血小板： $90 \times 10^9/L$ ；胸片与24日比较右下肺感染病灶明显扩大，大片灶。为湿热蕴毒，阻遏中上二焦之表现。治宜：清热解毒达邪，解表宣肺化湿。处方：炙麻黄8g，杏仁10g，石膏20g(先煎)，甘草10g，柴胡10g，黄芩10g，半夏10g，竹茹10g，茅根15g，前胡15g，桑枝10g，苡仁20g，滑石18g，藿香6g，佩兰6g。

3诊：1月28日，热势仍未遏止，反有上升之势，T：39.2℃，症状未减，疲倦加重，双肺呼吸音粗，肺底闻及少许湿啰音，舌淡红，苔薄白，脉濡细。化检：白细胞： $2.5 \times 10^9/L$ ；中性粒细胞：50.96%；血小板： $67 \times 10^9/L$ 。邓老意见：湿热蕴毒，毒势盛，并易耗气夹瘀，毒瘀互结，且变证多端，有入营之势。治宜加重清热凉血解毒，化瘀软坚散结，少佐益气之品。原方继续服用，加服安宫牛黄丸，并加服仙方活命饮、西洋参10g(另炖服)。方药如下：

金银花30g，浙贝15g，赤芍15g，白芷12g，陈皮3g，升麻6g，防风12g，当归6g，虎杖20g，皂角刺12g，穿山甲12g(先煎)，乳香6g，没药6g，连翘18g，五爪龙15g。根据西医观点，此时属于炎症渗出期，需要注意肺纤维化的问题，而运用仙方活命饮以化瘀软坚散结，甚为合拍。西药则停用泰能、稳可信，改用可乐必妥、

复达欣。至1月30日，应用可乐必妥后出现头晕，故停用所有抗菌素，停用后头晕等症状大减，体温降至37.5℃。

4诊：1月31日，体温降至正常，但神疲、乏力、头晕，偶有咳嗽，白粘痰，无口干，舌淡，苔薄白腻，脉濡细。白细胞： $2.3 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞50.2%；红细胞： $3.12 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白：97g/L，血小板： $90 \times 10^9/L$ 。胸片：病灶增多，密影。热势已退，胸片虽病灶增多，强弩之末势也，未足为虑，此乃正虚邪恋。治当清热养阴，扶正透邪。此时舌苔呈现白腻，为伏湿外达之象，治疗上并重视化湿、活血。处方：炙麻黄8g，杏仁10g，甘草10g，黄芩10g，半夏10g，竹茹10g，茅根15g，桑枝10g，苡仁20g，太子参20g，五味子20g，麦冬15g，藿香6g，佩兰6g。仍加服仙方活命饮方，并加大补气而性温和之五爪龙至30g。热势既退，停用清开灵，改以参麦针益气生津。

5诊：2月4日，已无发热，乏力，偶咳嗽，未闻及干湿啰音，舌淡，苔厚微腻，脉濡细。胸片示：有所吸收；白细胞： $2.4 \times 10^9/L$ ；中性粒细胞：47.8%；红细胞： $3.62 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白：131g/L；血小板： $191 \times 10^9/L$ 。病势渐衰，但湿性缠绵，如油入面，且易伤气，又易夹瘀为患。治宜：清热利湿，益气活血。

处方：杏仁12g，甘草6g，青皮6g，桃仁12g，当归6g，苍术9g，五爪龙30g，太子参20g，橘红6g，升麻10g，白术10g，神曲12g，麦冬10g，加服：太子参15g，土茯苓30g，茯苓12g，枳壳6g，陈皮3g，威灵仙20g，杏仁10g，苡仁30g，苍术9g，大枣3个。

2月8日6诊：自觉身轻体爽，舌苔腻转淡，脉细。白细胞 $6.5 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞：46.2%；红细胞： $3.62 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白：131g/L；血小板： $161 \times 10^9/L$ 。2月12日胸片示：右肺炎症全部吸收。守方加山药20g运脾除湿。治愈出院。

总结：该病案有以下发病和病机特点：起病有接触同类病患者的病史，感受戾气，即邪气，具有传染性；初期即有肢体酸痛湿重

的表现，为伏湿所致，较之普通的风温不同，故诊断为春瘟伏湿。起病后进展较快，2天左右下肺即出现大片阴影，毒力强，出现白细胞、血小板下降表现；患者神疲乏力、发热加重，为毒盛伤正的表现；患者初期之所以感邪受传染发病，是因为先有正气不足，邪乃干之，感受毒邪之后，热、毒、湿使正气更损，内因外因共同导致的结果。此外，患者神倦较重，与抗生素的使用损人正气有关。根据上述病机，治疗上注重祛邪，所以初期注重透邪，给以清热解毒达邪，解表宣肺化湿，结合伏湿特点自始至终注意利湿渗湿使邪有去路。后期注重增强正气，益气养阴，因势利导，扶正驱邪。

本病由戾气、湿、瘀、毒、虚致病，随证而治之：早期应用安宫牛黄丸，防邪毒内陷心包，防传变；中期应用人参扶助正气，及时停用抗菌素；晚期应用活血软坚散结，防止肺纤维化，防止病灶扩散，以及加快病灶早日吸收。效果满意。其一：发热至退热仅用6天，比之同类病患者，退热较快，另外如自1月27日，热势较高（T：38.6℃）开始计算，至1月30日，体温降至37.5℃，历时仅4天。其二：症状改善快，整体调理后，较之同类病人，纳食始终正常，大便通畅，胃气未受影响。其三：多数病例终至演变为双肺炎症，而本例未蔓延至双肺，且较低的白细胞、血小板迅速恢复正常，肺部病灶吸收快，应归功于扶正祛毒之法。

（五）治疗非典型肺炎的中医参考书目

1. 《伤寒论》 东汉·张机 著
2. 《温疫论》 明·吴有性 著
3. 《温热论》 清·叶天士 述
4. 《广温疫论》 清·戴天章 撰
5. 《温病条辨》 清·吴瑭 著
6. 《温热经纬》 清·王孟英 撰
7. 《温热逢源》 清·柳宝诒 撰

8. 《温疫论补注》 清·郑重光 补注
9. 《疫疹一得》 清·余霖 撰
10. 《寒温条辨》 清·杨栗山 著

(2003年4月20日)

登革热与登革出血热

广州中医药大学第一附属医院

邓铁涛 钟嘉熙

登革热 (dengue fever) 是由登革病毒经伊蚊传播的急性传染病。其临床特征为突起发热，头痛，全身肌肉、骨骼和关节疼痛，疲乏，出皮疹，淋巴结肿大及白细胞减少。病死率极低。而登革出血热 (dengue hemorrhagic fever) 是登革热的一种严重类型，临床特征为发热2~3天之后突然加重，发生出血和休克，血小板减少，白细胞增高，病死率高。

本病是一个古老的传染病，20世纪内，世界曾经多次发生过大流行，发病人数可多达百万以上。在上世纪40年代，我国东南沿海一带曾报道有类似登革热的流行，后一直未见有报道，1978年于广州、佛山等地发生流行，随后华南各省发生过不同程度的流行。我们以温病理论指导治疗登革热50余例全部治愈。

本病发于夏秋季，发病急骤，传变迅速，多是广泛流行，故中医归属于温病学中“温疫”的范畴。另有俗称本病为“断骨热”、“蝶鞍热”和“疫疹”等，是根据本病的某些临床表现而定的。

(一) 病因病理

登革病毒通过伊蚊叮咬进入人体，在单核-吞噬细胞系统增殖至一定数量后进入血液循环（第一次病毒血症），然后再定位于单核-吞噬细胞系统和淋巴组织中复制至一定程度，再释放于血液中，引起第二次病毒血症。体液中的抗登革病毒抗体可促进登革病毒在上述细胞内复制，并可与登革病毒形成免疫复合物，激活补体系统，导致血管通透性增加；同时抑制骨髓中的白细胞和血小板系统，导致白细胞、血小板减少和出血倾向。

中医认为本病的发生乃因素体正气不足，复感疫疠毒邪而致病。疫疠毒邪从肌肤入侵，先犯卫气或侵犯膜原；内可破溃入胃，或可熏蒸全身；疫毒炽盛则传入营血，耗损营阴，扰乱心神，故见烦躁，神志昏蒙；疫毒灼伤血络，则出现斑疹；迫血妄行则出现各种出血证；瘀滞脉络而致毒瘀交结；疫毒内闭心脑则神志昏迷；热毒亢盛可引动肝风而出现痉厥；若因疫毒亢盛，耗伤元气或因出血过多，气随血脱，则可致厥脱；病变后期，疫毒渐退，每表现为余邪留恋。概而言之，本病的病机为：疫毒内侵，充斥内外，迫血妄行，毒瘀交结，耗伤津液、气血，导致脏腑功能失常或实质损害而出现一系列病证。

（二）临床表现

登革热潜伏期3~14天，一般4~8天，常见临床表现有发热、恶寒、头痛、全身疼痛、疲乏不适、胃纳差等。主要临床特征为突然起病、迅速高热、“三红征”（颜面潮红、颈红、胸背红）、多样性皮疹、束臂试验阳性、白细胞和血小板减少等。根据世界卫生组织分型标准，将登革热分为典型登革热、登革出血热和登革休克综合征3型。

1. 典型登革热

起病急骤，恶寒，迅速高热（一般24~36小时内体温可达40℃），少数呈双峰热，头痛，眼球或眶后痛，全身肌肉、骨关节疼痛，腰痛，少数患者出现腹痛。患者极度疲乏，纳差，颜面潮红，结合膜充血，胸、背皮肤潮红，表浅淋巴结肿大，束臂试验阳性。白细胞和血小板减少或正常。热程通常为3~7日退热，患者可在全身、四肢、胸背或头面部出现多形性皮疹，可有痒感，少数有出血倾向。

一般发热时间短，有轻度头痛及全身痛，皮疹少或不出皮疹，无合并症者，可诊为轻型典型登革热。

2. 登革出血热

具有典型登革热的临床表现，2~3日后于四肢、面部、腋窝、黏膜可见散在性出血点，迅速融合成瘀斑，病情进展后有鼻衄，牙龈出血，消化道、子宫、阴道、泌尿道等一个以上器官出血，形成气血两燔重证。常见肝肿大而极少黄疸，红血球容积增高20%以上（由于血浆外溢，脱水而造成血液浓缩，浓缩程度越重者病情越重），血小板低于 $100 \times 10^9/L$ 者。

3. 登革休克综合征

登革出血热病人少数在持续发热或退热后病情突然恶化，出现皮肤变冷、湿润、烦躁不安、嘴唇发绀、脉搏快而弱、脉压低（脉压差在2.7kPa或以下），血压下降甚至不能测出等正气暴脱表现。休克期一般很短，如不及时抢救，可于12~24小时内死亡。病程中还可出现脑水肿，预后严重。但如能及时正确处理，渡过危险期后可迅速恢复。

（三）诊断要点

1. 流行病学资料

本病在东南亚呈地方性流行，在夏秋两季，伊蚊容易孳生的地区更要注意。在本病流行季节、流行地区出现大量高热病例时，应想到本病。

2. 临床特征

主要为急性发病、高热、全身酸痛、皮疹、出血、淋巴结肿大。

3. 实验室检查

（1）白细胞大多显著减少，从病程第2天开始降低，第4~5天降至最低，至退热后1周才恢复正常。分类中性粒细胞也减少。部分病例血小板减少，束臂试验也可阳性。部分病例有蛋白尿和红细胞尿。脑型病例脊液压力升高，白细胞和蛋白质正常或轻度增加，糖和氯化物正常。

(2) 血清学检查：单份血清补体结合试验滴度超过 1/32，红细胞凝集抑制试验滴度超过 1/1280 者有诊断意义。双份血清，恢复期抗体滴度比急性期升高 4 倍以上者，可以确诊为登革热。此外，ELISA 法检测特异性 IgM 抗体亦有助于诊断。

(3) 逆转录聚合酶反应：敏感性明显高于病毒分离，可用于早期快速诊断登革热病毒感染及血清型鉴别。

(4) 血液病毒分离阳性。

(四) 一般处理

患者应隔离于防蚊病室至完全退热，卧床休息，注意口腔和皮肤清洁，保持大便通畅。高热时先用物理降温。由于止痛退热药往往可在 G-6PD 缺乏的患者中诱发溶血，应谨慎使用。可用柴胡注射液 2~4ml 肌注，或口服新雪丹 1 支。非必要时不滥用静脉补液，因脑水肿者往往发生于静脉补液过程中。

有出血倾向者可选用安络血、止血敏、维生素 C 及 K 等止血药，中药可选用田七末、云南白药等，上消化道出血可口服紫地合剂 50~100ml，每日 3 次。脑水肿者应及时使用脱水剂及激素。

目前，西医尚缺乏较佳对因治疗方法，应发挥中医中药优势积极治疗。

(五) 辨证治疗

疫疠毒邪，先犯卫气，用透表解肌、清暑化湿、卫气同治；邪困中焦者用清热化湿；邪遏膜原者用疏利透达，辟秽化浊治疗；邪热燔灼气营（血）者，用清气凉营（血）解毒；瘀毒交结者用凉血化瘀解毒治疗；若邪陷心包，引动肝风者用清心开窍，镇痉熄风治疗；正气不支，真气暴脱者，用益气固脱治疗；后期余邪未净者用清除余邪治疗。

1. 卫气同病

证候：发热恶寒，无汗或少汗，头痛，身骨疼痛，颜面潮红，红疹初起，四肢倦呆，口微渴，舌边尖红，苔白或黄，脉浮数或濡数。

治法：清暑化湿，透表解肌。

方药：新加香薷饮合柴葛解肌汤加减。

葛根 15g，金银花 12g，连翘 10g，柴胡 10g，黄芩 10g，淡竹叶 10g，香薷 6g，甘草 6g，白扁豆 15g。

若见肌肉，关节疼痛较甚者，可酌加秦艽 10g、桑枝 20g、薏苡仁 25g；若热盛，汗多、口渴者，宜去香薷，加生石膏 30g、知母 12g、天花粉 12g。

中成药：九味羌活冲剂 9g，1 天 3 次；抗病毒口服液 1 支，1 天 3 次。

2. 卫营同病

证候：发热恶寒，无汗或少汗，头痛，身骨疼痛，颜面潮红，身发红疹，口微渴，舌边尖红，苔白或黄，脉浮数。

治法：清暑透邪，凉营透疹。

方药：银翘散去豆豉加生地、丹皮、大青叶、玄参方加减。

连翘 12g，银花 12g，桔梗 12g，薄荷 6g（后下），竹叶 12g，生甘草 6g，荆芥穗 6g（后下），牛蒡子 12g，鲜苇根 30g，细生地 15g，丹皮 12g，大青叶 15g，玄参 15g。

中成药：抗感解毒颗粒 1 包，1 天 3 次。

3. 邪困中焦

证候：壮热，烦渴，汗多，面红目赤，或身发红疹，脘痞身重，恶心呕吐，尿赤，舌红苔腻，脉洪数。

治法：清热化湿。

方药：白虎汤加苍术汤加减。

生石膏 30g，知母 12g，苍术 10g，葛根 30g，薏苡仁 30g，大青叶 15g，玄参 15g，芦根 30g，滑石 30g，甘草 6g。若呕吐较甚

者可加竹茹 12g、藿香 12g、苏叶 12g；腹胀加大腹皮 12g；身重痛加川木瓜 12g、蚕砂（包煎）12g。

中成药：抗感解毒颗粒 1 包，1 天 3 次。

4. 邪遏膜原

证候：畏寒（或寒战）壮热，继而但热不恶寒，头痛而重，面目红赤，或身发红疹，肢体沉重酸楚，纳呆，胸脘满闷，呃逆或呕吐，秽气喷人，腹满胀痛，腹泻或便秘，小便短赤，舌赤，苔白厚腻浊或白如积粉，脉濡数。

治法：疏利透达，辟秽化浊。

方药：达原饮加减。

槟榔 6g，黄芩 10g，白芍 10g，青蒿 10g（后下），知母 10g，厚朴 6g，草果 2g，制半夏 6g，金银花 12g，大青叶 15g，玄参 15g。

中成药：小柴胡冲剂 1 小包，1 天 3 次；柴胡针 2ml，1 天 2 次肌注。

5. 气营（血）两燔

证候：壮热，头痛如劈，周身肌肉、骨节疼痛如被杖，口渴，恶心呕吐，烦躁不安，甚或昏谵，肌肤斑疹，衄血、吐血、便血、尿血，妇女子宫、阴道出血，舌红绛，苔黄，脉数。

治法：清气凉血解毒。

方药：清瘟败毒饮加减。

水牛角 30g（先煎），生石膏 60g，生地黄 20g，黄连 10g，栀子 10g，黄芩 10g，知母 12g，赤芍 10g，大青叶 15g，玄参 12g，连翘 10g，甘草 5g，丹皮 6g。

中成药：穿琥宁 500mg，加 250ml 液体中静滴，1 天 1 次。

6. 瘀毒交结

证候：发热，头晕乏力，纳呆欲呕，腹痛拒按，肌肤瘀斑，便血或并见其他出血证，舌暗红，苔少，脉细涩。

治法：凉血化瘀解毒。

方药：犀角地黄汤加减。

水牛角30g(先煎)，红花6g，生地黄12g，赤芍10g，紫草15g，丹皮6g，大黄6g(后下)，白花蛇舌草30g，茜根12g，枳壳6g，紫珠草30g。

中成药：清开灵针40ml，加入生理盐水或5%葡萄糖液500ml中静滴，1天1次。

7. 邪陷心包，引动肝风

证候：身灼热，肢厥，神昏谵语，颈项强直，面红目赤，身见红疹，牙关紧闭，两目上视，手足抽搐，呕吐频作，舌质红绛，脉细数。

治法：清心开窍，镇痉熄风。

方药：清宫汤加味送服安宫牛黄丸或紫雪丹。

水牛角30g(先煎)，羚羊角骨30g(先煎)，竹叶卷心12g，连翘12g，金银花12g，知母12g，麦冬12g，玄参15g，大青叶15g，赤芍12g，天竺黄12g，钩藤12g。

中成药：安宫牛黄丸1个或紫雪丹1支。并可配合用醒脑净注射液20ml加入生理盐水或5%葡萄糖液500ml中静滴。

8. 正气暴脱

证候：身热骤降，面色苍白，气短息微，大汗不止，四肢湿冷，烦躁不安或神昏谵语，肌肤斑疹或见各种出血，血压下降，舌质淡红，脉微欲绝。

治法：益气固脱。

方药：生脉散合四逆汤加减。

红参15~30g(另煎兑入)，麦冬15g，五味子6g，熟附子10g，干姜10g，肉桂3g。

中成药：生脉针20ml加入生理盐水或5%葡萄糖液250ml中静滴。

9. 余邪未净

证候：低热，头目不清，皮疹渐退，疲倦乏力，腕痞纳呆，小便短少，舌苔未净，脉细略数而弱。

治法：清涤余邪。

方药：薛氏五叶芦根汤加减。

藿香 10g，薄荷叶 10g，荷叶 10g，枇杷叶 10g，佩兰 10g，芦根 15g，冬瓜皮 12g，扁豆花 10g，生苡仁 30g。

中成药：玉屏风散冲剂 1 包，1 天 2 次。

（六）其他疗法

1. 应急措施

（1）高热

① 成药选用参考：

新雪丹：每 6 小时服 1 支。

安宫牛黄丸：每服半粒，每日 1~3 次（适于高热伴神志异常者）。

紫雪丹：每服 1~1.5g，每日 2~3 次（适于高热伴痉厥者）。

② 针剂选用参考：

柴胡针：每次 2~4ml，肌注，每日 2 次。

板蓝根注射液：每次 2~4ml，肌注，每日 2 次。

蒿甲醚注射液：每次 2ml，肌注，每日 1~2 次。

醒脑静注射液：每次 4ml，肌注，每日 2~3 次；或每次 10~20ml，加入 5% 葡萄糖氯化钠 500ml，静脉滴注，每日 1~2 次。

清开灵：20~40ml，加入输液 500ml 中静滴，1 天 1 次。

（2）出血

可选用：紫地合剂（紫珠草、地稔等分）：每次 50~100ml，口服，每日 3~4 次。

云南白药：每次 0.15~0.5g，口服，每 4~6 小时 1 次。

鼻衄者，可用消毒棉球蘸上马勃粉填塞鼻腔。

2. 验方

(1) 白花蛇舌草 30g, 知母 15g, 葛根 30g, 柴胡 10g, 成人每日 2~3 剂, 小儿酌减。

(2) 青蒿 25~30g, 微煎。成人每日 1~3 剂, 小儿酌减 (适用于一般典型登革热)。

(3) 大青叶 30g, 水煎服。成人每日 2 剂, 小儿酌减。

(七) 预防

灭蚊、防蚊是本病的主要预防措施。流行期间可用板蓝根 30g, 牛筋草 30g, 地胆头 30g, 甘草 3g。水煎服, 每日 1 剂。

(八) 临床报道

1. 梁氏运用温病卫气营血辨证治疗登革热 136 例, 全部 4~4.5 天治愈。主要分如下几种证型辨治:

(1) 邪遏膜原: 用达原饮加减透达膜原。厚朴、藿香、槟榔、法半夏各 10g, 柴胡、黄芩各 12g, 甘草 3g。

(2) 气分兼卫: 用三消饮加减。柴胡、黄芩各 12g, 葛根、板蓝根各 20g, 金银花 15g, 生石膏 40g, 知母、羌活、藿香各 10g, 甘草 3g。

(3) 胃热亢盛: 用白虎银翘加减。生石膏 45g, 金银花、连翘各 15g, 板蓝根 25g, 葛根 20g, 知母、竹叶、黄芩各 12g, 甘草 3g, 新雪丹 2g (先服)。

(4) 气营(血)两燔: 用清温败毒饮加减以清热解毒, 凉血救阴。水牛角、生石膏各 50g (均先煎), 知母、丹皮、赤芍、连翘、黄柏、竹叶、黄芩、黄连各 12g, 玄参、生地、金银花各 15g, 栀子 10g, 板蓝根 25g, 甘草 3g, 新雪丹 2 支 (先冲服) 高热抽搐者加安宫牛黄丸或紫雪丹等冲服。

(5) 津气暴脱: 用加味生脉散补敛津气, 回阳救逆。红参 (另

炖)、山萸肉、五味子各10g,熟附子、麦冬各12g,阿胶15g(烱化),煅龙骨、煅牡蛎各20g。

(6)善后则根据不同情况选用清泄余热、养阴生津、健脾化湿、滋阴养血等治疗。[梁仁.登革热治验摘介.新中医,1983,(4)26~28]

2.彭氏治疗本病408例,其中405例痊愈,平均时间4.24天。主要分初期、极期、恢复期三期。各期亦按温病卫气营血辨证治疗:

初期属卫气同病,又分湿重于热和热重于湿两证,湿重于热者用宣透膜原法:厚朴10g,槟榔10g,藿香12g,法半夏12g,黄芩10g,甘草5g,草果1.5g,生姜1.5g;热重于湿者用清热利湿透邪:连翘20g,金银花15g,竹叶10g,板蓝根25g,北杏仁15g,神曲15g,葛根30g,藿香15g,青蒿10g(后下)。

极期分气分热盛、气血两燔两型。气分热盛用白虎加苍术汤加减:生石膏45g,苍术10g,知母10g,连翘20g,金银花20g,板蓝根25g,葛根30g。气血两燔者用加减清瘟败毒饮。

恢复期根据不同情况选用养阴生津,或清解余邪,或健脾醒胃等方法调治。[彭玉林.辨证治疗登革热484例.新中医,1980,(3)37]。

3.王氏用加减甘露消毒丹治疗登革热属湿热型的16例,全部治愈。方药:青蒿、石菖蒲、板蓝根、藿香、薏仁、射干、木通各12g,法半夏、薄荷、黄芩各10g,甘草3g,滑石30g。[王乃春.登革热治验摘介.新中医,1983,(4)26]

4.翟氏报道用宣毒化湿、清营凉血的中药汤剂,配合南板蓝根注射液肌注,治疗登革热20例,结果全部治愈,体温最快恢复正常8小时,最迟者64小时,24小时内体温恢复正常者12例。中药组方:蒲公英15g,土茯苓20g,藿香10g,法半夏10g、木瓜12g,水牛角20g(先煎),银花12g,连翘12g,丹皮10g,紫草15g,大青叶12g,紫花地丁15g。15岁以下病者,减量1/3。每日1剂,清

水 1200ml 煎至 600ml，分 2 次服。认为登革热发病状况及传变规律与一般的温病不同。登革热发病之始，即卫、气、营、血兼见。且本地发病者常夹湿邪较重，故选用宣毒化湿、清营凉血的方剂效果较好，治疗中尽量少用滋腻药。[翟洪. 中医药治疗登革热 20 例报告. 中医杂志, 1996, (4)233]

朱 良 春



朱良春,男,生于1917年,江苏镇江人。早年拜孟河御医世家马惠卿先生为师。继学于苏州国医专科学校,并于1938年毕业于上海中国医学院,师事章次公先生,深得其传,从医已65载。历任南通市中医院首任院长,中国中医药学会理事暨江苏省分会副会长,江苏省政协常委暨南通市委委员会副主席等职。现任南通市中医院首席技术顾问、主任医师、中国癌症研究基金会鲜药研制学术委员会主任委员,南京中医药大学兼职教授,兼职博导,广州中医药大学第二临床医学院及长春中医学院客座教授,中国中医研究院基础理论研究所技术顾问,沪、港、台当代中医技术中心顾问,中国中医药研究促进会常务理事,新加坡中华医学会专家咨询委员等职。1987年12月被国务院批准为“杰出高级专家”,同年被卫生部授予全国卫生文明建设先进工作者称号。1990年被国家确认为首批全国继承老中医药专家学术经验导师。1991年7月,国务院颁予政府特殊津贴证书。1993年10月江苏省人民政府授予“中医药系统先进工作者”称号。朱良春教授是全国著名中医内科学家,治学严谨,医术精湛,对内科杂病的诊治具有丰富的经验,先后研制了“益肾蠲痹丸”、“复肝丸”、“痛风冲剂”等中药新药。主要学术著作有《虫类药的应用》、《章次公医案》、《现代中医临床新选》等10余部,发表学术论文160余篇。曾先后应邀赴日本、新加坡、法国、马来西亚等国作学术演讲。

内科急症应用六神丸的探讨

六神丸由苏州雷允上诵芬堂创制，是一种著名的清热解毒、消肿止痛的成药。擅治咽肿、喉痛、白喉、痈疽、疔疮等症。其实，它的适应症绝不仅止于此。通过临床实践，证实它对热病引起之休克及心衰、肺源性心脏病合并心衰、早期呼吸衰竭等危重证候有独到之功，对于哮喘、冠心病、癌肿、流行性出血热、急性肾炎、白血病等症，亦有一定疗效。确是仓卒救急的妙方，扶危拯脱的良药。在深入探讨运用中医中药治疗内科急症的今天，此丸有认真研究、推广应用的必要。

(一) 方义简析

组成：犀牛角 4.5g、麝香 3g，雄黄 3g，珍珠 4.5g，蟾酥 3g，冰片 3g。上药分别研极细末，以烧酒化蟾酥，和匀为丸，如芥子大，百草霜为薄衣。(100粒约重 0.3g)

用量：成人每次 10~15 粒，不可超过 20 粒。1 日 3~4 次。过量须防中毒，但天津市中医院用此治白血病，每日用量达 90~120 粒，分 4 次服。每日 90 粒以下，效果不明显，但每日如超过 150 粒，每出现腹痛、腹泻、恶心、呕吐等副作用，可供参考。

方义：牛黄，《神农本草经》早有记载，一直作为名贵的芳香开窍、清热解毒、利痰镇惊药。它含有胆固醇、麦角固醇，并含丙氨酸等 7 种氨基酸，不仅有镇静、抗惊和强心之功，且有促使红细胞新生的作用，所以日本医家用作“强壮药”。

蟾酥，有很强的攻毒消肿、辟恶通窍、强心定痛之功。《本草纲目》称其治“一切恶肿”。近年来发现它在组织培养的癌细胞、动物肿瘤模型及临床应用均有不同程度的抗癌作用，值得重视。它的辟恶通窍作用，可用于和其它药物相伍，治疗痧疫昏厥、霍乱吐泻

等症。据药理分析，它含有蟾酥甙和蟾酥灵等，能强心升压及兴奋呼吸，其兴奋呼吸之作用比尼可刹米、戊四氮、洛贝林还强。十分有意义的是，蟾酥的强心作用，与它能显著增加心肌蛋白激酶活性有关，而对其它内脏蛋白激酶活性几乎没有影响，它没有类似心得安一类的副作用。最近由有关单位研制成功的“蟾力苏注射液”，是用从蟾酥中进一步提取出来的有效成分之一“脂蟾毒配基”制成的新型急救药，兼有兴奋呼吸、强心、升压的效应。由于其升压作用迅速，持续时间较长，并无血压过度升高的现象，对于新生儿窒息，对于麻醉、镇痛、镇静等药物引起的中枢性呼吸抑制，都有较好的治疗效果；对于肺心病、肺炎等引起的呼吸、循环衰竭，也有治疗效果。

麝香，有香窜透络、开窍化痰之功，它已被分离出香味成分——麝香酮，是一种挥发油，能使呼吸和心跳增加。本品少量可增进大脑机能，大量反有麻痹作用；又能促进各腺体的分泌，有发汗和利尿作用。世俗皆知麝香为散气通窍之药，而忽略其强心健脑作用，诚为憾事。陶节庵以参、附、桂等品与麝香组成“回阳救急汤”，实有卓见。

冰片，《本草纲目》称其“通诸窍，散郁火”，并能消肿止痛，其开窍回苏功类麝香，但作用稍逊，主要用于温热病的神昏痉厥以及中风痰厥、中恶、卒然昏倒等内闭证候。

珍珠，能镇惊坠痰，含有大量钙素及多种氨基酸，与牛黄合用具抗霉菌之效。

雄黄，能解毒辟秽，含有三硫化二砷，可以抑制巯基酶系统以影响细胞代谢。诸药配合，共奏清热解毒、消肿止痛、强心安神、镇痉回苏之功。还应当提及的是，六神丸的药物配伍是很精当的，药物之间相辅相成的协同作用，使它能以很小的剂量获得很高的疗效。例如：麝香配冰片，其开窍回苏作用增强；牛黄配麝香，其强心作用增强；牛黄配蟾酥，抑制作用不仅不相互抵消，反而大大增

强；麝香、牛黄合用，或麝香、牛黄、蟾酥合用，在抑制大鼠肉芽肿形成的作用上，均呈相乘效果。三者合用，似以原方比例（2:3:2）作用最好。足见此方是经过千锤百炼而确定的。古人的实践经验与今之科学实验遥相符合，真令人惊叹不已。

（二）临床应用

1. 热病引起之休克及心衰

热性病由于邪毒高热消耗体液，损伤正气，以致周围循环衰竭，而出现休克，这是临床上常见的一类危急重症。如热病并发心肌炎，或宿有心脏疾患，则易引起心衰，其病情更为严重。从中医学的角度来说，热病引起之休克或心衰是病情迅速加剧的征兆，证候由实转虚，最后演变成“亡阴”、“亡阳”、“阴阳离决”的危局。因此，在肺炎、乙脑、伤寒等温热病邪毒炽盛、高热鸱张时，必须注意休克及心衰这一潜伏的危机，偶一疏忽，便是憾事。当高热病人出现乍清乍昧、谵语等神志症状时，必须提高警惕。亦有热病汗后、下后、清后，体倦不支，神由倦而渐昏，或郑声错语，面色苍白，四肢厥冷，均为休克或心衰之候。这里要特别提及的是诊脉对休克及心衰的发现有特殊意义，因为心主血脉，脉者，血之波澜也，若热虽壮，而脉见软弱，示心气不足；脉见虚数，示心之气阴两虚；脉涩或结，示心气不足，血瘀脉痹；脉代或散，示心气大伤，病已危急。总之，只要有休克或心衰之端倪，即当及早防范。前辈医家，对风温一类重症，因其来势汹汹，传变迅速，极易伤阴劫津，喘闭厥变，有开始即用牛黄、珍珠、三鲜（鲜生地、鲜石斛、鲜沙参）者，大能截夺邪热，阻遏病势，防止“内陷”。这些经验，殊堪重视。须知热病休克或心衰乃因高热邪毒所引起，故强心必兼解毒，六神丸有“防”、“治”休克或心衰的两重意义，值得参用。先师章次公先生认为：“六神丸并可兴奋心肌与脑神经”，“热病心力衰竭，用桂附则人畏惧，用六神丸，既能强心，又不遭谤”，故较为稳当。

例：张某某，男，54岁，工人。患伤寒兼旬，热势缠绵，朝轻暮重，神志时明时昧，入暮则谵语吃喃，有时撮空，汗多肢冷，大便溏酱臭秽。苔厚腻，脉濡数，重按无力。此邪仍亢盛，而正已虚馁，心气尤感衰惫，时虞脱变。治当清温化湿，扶正强心并进。

太子参20g，苍术10g，苦参片15g，生地榆20g，石菖蒲8g，生黄芩12g，甘露消毒丹20g（包煎），六神丸30粒（分3次吞服）。

按：药后病情显见稳定，神志转慧，脉亦较振。守原方损益，调治旬余而瘥。此为曩年之病案，引用之以观六神丸强心之功。

2. 慢性肺源性心脏病合并心衰

慢性肺源性心脏病（简称肺心病），多由慢支、阻塞性肺气肿而导致肺心病，最终合并心衰，属于中医喘证、痰饮、心悸、水肿、肺胀等之范畴，《灵枢·本脏》：“肺高则上气肩息”，《金匱·痰饮咳嗽病》：“心下支满，咳逆倚息，短气不得卧，其形如肿。”描述很生动，并提出温阳利水、活血化瘀等治则。本病全过程辨治较为复杂，应随证用药，但肺心病合并心衰时，六神丸之应用，甚为合拍。因该丸具有抗炎、强心作用，能抑制毛细血管通透性的增高，减少炎性渗出，又能改善血液循环，促使局部组织营养的改善和修复，因此对本病有较好的疗效。

例：陈某某，男，48岁，农民。宿有慢支、肺气肿病史，经常咳喘、气促、心悸，动则尤甚，面肢浮肿，纳减便溏，苔白腻，质衬紫，脉沉细。证属肺、脾、肾俱虚，阳不敷布，水饮内凝，上凌心肺则咳喘、心悸，泛溢于肌肤则肿胀。治宜温肺脾，纳肾气，利水湿。

①六神丸，每次8粒，1日3次。

②真武汤加水蛭粉3g，分2次吞。

药服1剂，病情显著改善，继服4日而缓解。后以附桂八味丸善后巩固。

3. 早期之呼吸衰竭

呼吸衰竭是病入极期所呈现的十分危重的证候，属于“喘”、“脱”范畴。《仁斋直指方》说：“汗出发润而喘者为肺绝”，“汗出如油而喘者为命绝”。这些论述与此症极为相似。病变至此，往往既可见气营俱损、肺肾气绝的正虚恶候，又可见邪热弥漫、痰涎壅盛、气机窒塞的邪实征象。此时正不胜邪，患者缺氧严重，形成恶性循环，促使呼吸衰竭加重。现代医学应用脱水剂、呼吸中枢兴奋剂、吸氧、插管等抢救措施，有较好的作用。关于中药的应用，扶正则碍邪，同时缓不济急，若予清热涤痰之剂，又恐邪未去而正先脱。斯时唯有通神明，开机窍，兴奋中枢，强心升压，始克有济。六神丸对早期之呼吸衰竭有一定的效果。

例：何某某，男，5岁。暑温闭证，面色苍白，昏迷惊厥，唇指发绀，逐步加重，呼吸困难，节律不整。此乃乙脑极期，将出现呼吸衰竭之征。苔厚腻，脉沉细而数。除中西医结合对症治疗外，再予六神丸，每次8粒，开水溶化鼻饲之，每3小时1次。

按：连服2次后，呼吸困难好转，心律已整，即改6小时1次，次日渐趋稳定，调治而愈。

4. 哮喘（包括慢支喘息型）

哮喘，概言之可分虚、实两候。虚证多由肾不纳气所引起。此证若反复发作，往往虚实互见，很难截然划分。如心肾不足之人，痰浊内蕴，一触外邪，肺胃失顺降之职。肾气即为奔逆，于是哮喘发作，咯痰不爽，兼见心慌、气急，甚则白汗淋漓，必须宣肺开闭，温阳镇逆兼施。六神丸服后可以迅速顿挫其喘逆，俟喘定后再行随证调理。丸中蟾酥能平喘、镇咳，其作用可能与其具有缓解气管痉挛和抗过敏作用有关。

例：成某某，女，61岁。患哮喘已近20载，入冬为甚，发作则喘促不能平卧，冷汗淋漓，形神困惫，苔薄质淡胖，脉虚大，重按无力。此肺肾两虚，气失摄纳之重候，有肾气竭绝之端倪，亟当温摄纳气。

①六神丸，每服15粒，1日3次。

②黑锡丹，每服5g，1日2次。

按：服后喘促即见好转，冷汗渐敛，翌日哮喘已定，改予温肺补肾之汤剂，调理而安。

凡属哮喘发作，喘逆不平者，六神丸均可服之。

黑锡丹，出于《和剂局方》，由黑锡、硫黄各60g，制附子、胡芦巴、补骨脂、阳起石、小茴香、沉香、肉豆蔻、川楝子、木香各30g，肉桂15g组成，共研细末，酒糊为丸，每服3~5g，1日2次。凡下元虚冷，肾不纳气，胸中痰壅，上气喘促，四肢厥冷，舌淡苔白，用之均有温肾纳气、定喘之功。但不宜久服，以防铅中毒。

5. 冠心病

六神丸具有较好的强心止痛之功，所以亦可用于冠心病之心绞痛较剧之证。日本有“救心丹”用治冠心病，即系以六神丸加减而成，被誉为“心脏灵药”。其方为：麝香、牛黄、蟾酥、熊胆、犀角、珍珠、人参、龙脑。他们认为该药：作用于心室，使心脏活动更加旺盛，一方面扩张冠状动脉而使心脏之营养状态转佳，同时更进一步促进新陈代谢而活化细胞组织，增强各器官之机能，加强心脏而使身体在不知不觉之间健康起来。用于“心脏不适（心跳、气结、晕眩、呼吸困难、心绞痛、心肌梗塞）、盗汗、关节疼痛、胃肠不安以及偶因过于剧烈之运动、突然之惊愕、食物中毒、中暑、晕眩、脑贫血等不测之事故发生而至人事不省时。

救心丹系六神丸去雄黄，加人参、熊胆、犀角而成。人参补益心气，熊胆清热镇痉，犀角凉血解毒，诸药相伍，扶正、强心、解毒、化瘀，面面俱到。近年来对冠心病的治疗，有的侧重活血化瘀，有的侧重益气通脉，有的侧重通阳宣痹，但我认为冠心病如病程较长，往往虚实互见，似宜疏养结合为妥。在这方面，救心丹还是值得借鉴的。

例：李某某，男，59岁，干部。数年来心区经常憋闷而痛，劳

累、拂逆或天气阴沉时，易致诱发。确诊为冠心病心绞痛。顷以情绪激动，突然剧烈心绞痛，四肢厥冷，苔白质紫黯，脉微欲绝。此心阳式微，心脉闭阻，阳虚欲脱，有“心肌梗塞”之趋势。急服六神丸15粒，并于独参汤缓缓饮服，服后疼痛即有所缓解，10分钟后，续服10粒，心绞痛即定。

此外，六神丸对白血病、流行性出血热、肿瘤的治疗也有一定作用。天津市中医院报道，用六神丸治疗白血病10例，获得一定的近期疗效，其中完全缓解者2例，部分缓解者1例，进步者5例。在治疗过程中，虽然也有一些副作用，但无一例发生骨髓抑制。这似与一般抗癌药有所不同，值得深入研究。[天津医药，1976，(3)：135]个人在临床上也曾多次应用，六神丸每服10~15粒，1日3次，对肿瘤有较好的止痛作用，这方面值得进一步探索。

六神丸具有强心、调节冠状动脉、升高血压、兴奋呼吸中枢、抗炎、抗癌（抑制细胞代谢）、抗霉菌感染及抑制血管通透性等多种复合作用。但其中蟾酥用量如太大，可致心脏、呼吸麻痹而致死，所以使用剂量要控制，不可过量。据报道有初生儿服六神丸以除胎毒而引起中毒者，故不可不慎。

浅谈益肾化痰法治疗老年期痴呆

由于人类社会物质文明日益发达，福利保健工作愈趋完善，人类的寿命不断延长，不少国家成为长寿国，我国也是其中之一，这是可喜的。但老龄化也带来一些老年性疾病，特别是老年期痴呆的发病率，成倍地增长。据联合国世界卫生组织报告，65岁以上老年有10%智力障碍，其中1/2发生痴呆。有关资料表明，到2000年我国60岁以上的老人已增加到1.3亿，占总人数的11%，现在是更多了。为此，有学者指出：如此发展下去，21世纪老年期痴呆将成为社会灾难，这不是危言耸听，而是需引起重视，积极采取相应措施，以控制其发病率。这是全民性的工作，需多方面跨学科的协作，开展防治工作，才能收效。

兹就采用益肾化痰法治疗老年期痴呆，谈一点体会。

老年期痴呆临床上主要有两类。一为老年性痴呆，一为血管性痴呆，而以前者居多数。两者之病理进程虽有所不同，但其结局为脑细胞萎缩则一。“脑为髓之海”，而“肾主骨生髓”，其病变之中心，则为“肾虚”。根据姚培发氏等对20岁以上的235例人群进行的调查结果显示，从30岁起已有一定的肾虚百分率，40岁以上组可达70%以上，老年组肾虚百分率随年龄增加呈递增现象。还发现，70岁以上肾虚率占95%。陈庆生氏对94例90岁以上健康老人五脏功能做了初步分析，发现全部对象均有不同程度的肾虚表现，肾虚率占100%。由此可见，老年人均有肾虚的存在。肾既虚，则气化无源，无力温煦、激发、振动脏气，“髓渐空”，使脏腑、四肢百骸，失其濡养，从而出现三焦气化不利，气机升降出入失常，血失流畅，脉道涩滞，而致血瘀。所以老年期痴呆的主要病因，是年老肾气渐衰。肾虚则髓海不足，脏腑功能失调，气滞血瘀于脑，或痰瘀交阻于脑窍，脑失所养，导致智能活动障碍，脑力心思为之

扰乱，而成痴呆。

中医的肾是对下丘脑—垂体—靶腺之神经、内分泌、免疫、生化代谢等生理病理的概括。肾虚是以神经、内分泌紊乱为主的机体内环境综合调控机能的障碍。这些障碍既导致衰老的出现，也是血瘀的根源。肾虚可促进血瘀的发生发展，血瘀又加重肾虚的病情，二者相互影响，互为因果。因此，老年期痴呆的病因病机，是肾虚为本，血瘀为标，虚实夹杂，本虚标实。所以“益肾化痰法”是治疗老年期痴呆的主要法则，我据此治疗本病，颇为应手。

病案举例：张某某，男，66岁，离休干部。

1993年5月4日初诊：原有高血压史，经常头眩、肢麻，近年来记忆力显著减退，头目昏眩，情绪不稳，易于急躁冲动，有时又疑虑、消沉，言语欠利，四肢困乏，腰酸，行走不爽，经常失眠。血脂、血压偏高。CT检查示：脑萎缩、灶性梗塞。诊为“脑血管性痴呆”。苔薄腻，舌衬紫，舌尖红，脉细弦尺弱。此肾虚肝旺，痰瘀阻窍之“呆病”也。治宜益肝肾、化痰瘀、慧脑窍。

杞、菊各10g，天麻10g，地龙15g，生、熟地各15g，丹参15g，赤、白芍各10g，桃、红各10g，枣、柏仁各20g，制胆星8g，仙灵脾15g，炙远志8g，桑寄生20g，生牡蛎20g，甘草4g。10剂，每日1剂煎服。

1993年5月15日二诊：药后头眩、肢麻、失眠均见轻减，自觉言语、行走较前爽利，情绪有所稳定，记忆力略有增强，甚感愉快，并能积极配合体育锻炼。苔薄，脉细弦。前法继进之。

上方加益智仁10g，继进10剂。

1993年5月24日三诊：诸象均趋好转，遂以上方10倍量制为丸剂，每服6g，每日3次，持续服用以巩固之。

半年后随访：一切正常。

按：本例系“脑血管性痴呆”之轻者，故收效迅速，如重症需耐心坚持服药，并适量运动，如太极拳、散步等，言语疏导，改善

生活环境，使之心情舒畅，消除孤独和疑虑，适当增加高蛋白、低脂肪之饮食，并多吃蔬菜、水果，是有益于康复的。肾虚血瘀证是老年病的病理基础，所以益肾化瘀法是本病的主要治疗法则。因为补肾药是通过调节“脑—髓体轴”而发挥作用的，能使脑功能改善和恢复。据宫斌氏实验，补肾中药可通过调整神经递质含量、神经递质受体数量、促性腺及性激素含量、单胺氧化酶（MAO）、超氧歧化酶（SOD）等含量而产生明显的延缓脑组织衰老的作用。梁晓春等实验证明，补肾方既能增强自由基清除剂如SOD活性，也能降低过氧化脂质代谢水平，以减少自由基堆积对细胞、组织的损害。所以，补肾是老年期痴呆的主要治则之一。本例处方中枸杞子、地黄、白芍、桑寄生、仙灵脾、益智仁等均有补肾作用，其它如人参、山萸肉、何首乌、山药、菟丝子等，亦可选用。

活血化瘀药物能改善血液循环，防止血栓形成，调节细胞代谢和免疫功能，促进组织修复和抗炎。具体地说，它能降低血液黏稠度，改善血液成分和微循环，增加全身组织、器官血流量，特别是增加脑组织血流和营养，从而改善和延缓脑的衰老，提高其功能。本例处方中之地龙、丹参、赤芍、桃仁、红花都有很好的活血化瘀作用。其他如胆南星熄风化痰；远志补心肾、宁神志、化痰滞；菊花清肝明目，止头痛眩晕；龙牡镇摄肝阳，宁心安神；枣、柏仁宁心安眠，这些药物均有助于症状之改善，利于痴呆之恢复。天麻长于熄风镇痉，善治头痛眩晕，《本经》谓其“久服益气力，长阴肥健”，《甄权》称其能治“瘫痪不随，语多恍惚，善惊失志”，《开宝》更指出它“利腰膝，强筋力，久服益神”，对老年期痴呆是既治标又治本的一味佳药。据日本丰桥市野依福村医院院长山本孝之等临床证实，天麻治本病有显效，可以改善脑部血液流通，有恢复“缄默症”的说话和“假面具症”的展露笑颜的功能，连服3个月，获得殊效，可以相互印证。

当然，临床还需因证制宜，气虚者可重用黄芪、党参；阴虚者

加石斛、麦冬、龟板；躁狂风动者加羚羊角粉、灵磁石；火旺者加生大黄、黄连；脾虚纳呆者加白术、山药、木香等。随症损益，始奏佳效。

此外，我在70年代初曾制订“健脑散”，原为脑震荡后遗症而设，因其有健脑补肾、益气化痰之功，后来移治老年期痴呆，亦奏佳效。

处方：红人参15g，地鳖虫、当归、枸杞子各20g，制马钱子、川芎各15g，地龙、制乳香、没药、炙全蝎各12g，紫河车、鸡内金各24g，血竭、甘草各9g。上研极细末，每早晚各服4.5g，开水送服，可连续服2~3月。

其中马钱子，又名番木鳖，有剧毒，其炮制确当与否，对疗效很有影响。一般以水浸去毛，晒干，放在麻油中炸，但是油炸时间太短，则呈白色，服后易引起呕吐等中毒反应；油炸时间过长，则发黑炭化，以致失效，因此在炮制中，可取一枚用刀切开，以里面呈紫红色，最为合度。附此，以供参用。

颜德馨



颜德馨，男，祖籍山东，1920年出生于江苏丹阳中医世家，尊翁颜亦鲁为名中医。幼承家学，1939年毕业于上海中国医学院，1956年调入上海铁路中心医院主持中医业务，1992年创建上海铁路中医技术中心。历任中国中医药学会理事、国家中医药管理局科技进步奖评审委员会委员、上海师范大学、长春中医学院、成都中医药大学、上海中医药大学特聘教授、博

士生导师及上海市中医药工作咨询委员会顾问、上海市医学领先专业专家委员会委员、国家自然科学基金评委等职，现任同济大学中医药研究所所长。历年来获得“上海市名中医”、“全国名老中医”、第三届“上海市医学荣誉奖”等多项荣誉称号。

颜德馨教授在学术上开拓创新，倡导“久病必有瘀”、“怪病必有瘀”，提出“衡法”治则，为医林所瞩目。颜教授多年来从事生命科学研究，主持“瘀血与衰老”科研项目，提出瘀血实邪乃人体衰老之主因的新观点，荣获国家中医药管理局科技进步二等奖。此外如“颜德馨治疗心脑血管病专家系统”、“颜德馨治疗疑难病的经验总结”、“脑梗灵治疗脑梗塞的临床与实验研究”、“衡法新药调节血脂功能的研究”等多项科研成果均获得各级科技进步奖。

颜德馨教授长期从事疑难病证的研究，根据疑难病证的缠绵难愈、证候复杂等特点，以“气为百病之长”、“血为百病之胎”为纲，创立“衡法”观点，为诊治疑难病证建立了一套理论和治疗方法。尤其是运用于心脑血管病领域，颇有成效，并于2001年在上海市卫生局领导下组建上海市中医心脑血管病临床医学中心。中心标志

性学术专著《颜德馨中医心脑血管病学》120万字，即将付梓。

颜德馨教授历年来发表论文200余篇，出版著作《餐芝轩医集》、《活血化瘀疗法临床实践》、《医方囊秘》、《气血与长寿》、《中国中医抗衰老秘诀》、《颜德馨医艺荟萃》、《颜德馨诊治疑难病秘笈》、《中医外治法》、《颜德馨临床经验集》、《颜德馨膏方真迹》等多部，并著有《衰老合瘀血》一书英文版在全世界发行。曾多次赴美国、法国、加拿大、泰国、印尼及港、台等地讲学，为中医走向世界作出了贡献。

在非典流行期间，颜德馨教授以84岁高龄，担任上海市中医防治专家组顾问，上海市中医治疗指导组组长及华东地区防治非典首席科学家。因而在“非典”得到初步控制后，颜教授分别被中国科协和中华中医药学会授予“全国防治非典型肺炎优秀科技工作者”、“中医药抗击非典型肺炎特殊贡献奖”。并取得上海市科委关于急性热病的重点资助科研项目。

颜德馨教授热心中医事业的建设，重视下一代中医接班人的培养，于1999年个人捐资设立“颜德馨中医药人才奖励基金”，每2年评选1次以鼓励后学。

鉴于颜德馨教授为中医事业做出的卓越贡献，2003年中华中医药学会特授予其终身成就奖，并聘为该会终身理事。并于2004年荣获中国医师协会首届“中国医师奖”。

急性热病诊治经验

急性热病是指以发热为主要表现的急性病，中医学对此有着丰富的诊治经验。

（一）急性热病辨证要领

发热的病因现代医学分为感染性和非感染性两大类。感染性发热见于各种传染性疾病和感染性疾病，非感染性发热见于血液病、变态反应病、恶性肿瘤、结缔组织病、物理性及化学性损害、神经源性以及其他疾病。前者可大致归属于中医急性热病范畴。

急性热病，从病机分类，以邪正相争的态势可分为郁热、结热、蕴热、伤阴致热或气阴两伤发热。发热是机体对热邪的一种全身性反应，一般说，初、中期由于正邪剧争，阳热亢盛。若有寒邪外束，或有痰、痰、湿内滞，热必郁而不发，留结为患。及于末期，邪热久羁，阴虚而阳热仍炽，常呈虚实夹杂之候，其热蕴伏，邪无正气推送，或热久耗气伤津，劫精涸液，转为虚家发热。随着不同的病理机转，发热表现亦不尽相同，要正确鉴别各种发热性质，必须结合全身症状表现进行。

1. 壮热

多见于肺卫之邪顺传阳明的阶段，或由外邪阻滞羁绊。此时患者多恶寒罢，发热转甚，灼灼炽手，蒸蒸汗出，是表邪入里达于气分的标志，其时由于里热蒸迫，同时伴有汗多烦渴等症。

2. 日晡潮热

为热结阳明腑实的热象表现，日晡为阳明经气值旺之时，正邪相争益甚，患者午前开始发热至日晡热象明显上升，伴有大便秘结、腹满硬痛。

3. 身热不扬

发热时有起伏，为湿中蕴热，热为湿遏，多见于湿温病湿热蕴阻气分阶段，伴有胸中窒闷、泛恶、神呆、面垢等象。

4. 身热夜甚

入暮以后，热势上升，为邪热及于营分之征。营血属阴，邪热消烁阴液，其发故在阴盛之际，发则身热如炽，因营阴不足，故当无汗。舌质绛红，脉细数。若有汗，当察看颈部有否红疹透漏，有则为邪气已显外泄之机，倘无汗必深入血分。

5. 身热肢厥

热伏于血分，阳气不能通达四末，邪热郁伏愈深，肢厥愈甚，所以有“热深厥亦深，热微厥亦微”之说。常继发于阳明热盛、阳明热结、郁闭心包之后。其时多伴有胸腹灼热，烦躁不已，脉数，苔焦黄或灰黑干燥。

中医病机分类，确实有其优越性。检测体温的高低，只能探明发热的轻重程度，不能代表邪热的轻重程度；免疫机能及白细胞的化验，只能说明机体反应性的状态，作为正气抗邪能力的佐证，不能取代邪正相争态势的总体判断；病原学的检测有助于中医对因治疗选用药物时参考，不能替代中医外感六淫病因辨证。中医学术上这些独到之处，来源于独特的理论体系，中医急性热病的辨证论治必须保持中医特色，同时吸取和利用现代检测手段，“为我所用”，而不是西化。

(二) 急性热病治法方药心得

1. 卫表先汗 变通有四

治邪在表卫的原则，归纳为八字：“风从表解，热从汗泄”。非汗则邪无出路，《素问·调经论》谓：卫气不得泄越。故外热卫气郁阻，肌腠失却温养则恶寒，表皮开合失司则无汗，于是头痛、咳嗽并作。然而有用表散而热仍不解者，即当考虑其热之所“附丽”。所谓“附丽”总括为瘀、食、痰、郁四端。

(1) 夹瘀血

素有血瘀病人，一旦受温热毒邪侵袭，毒邪最易与瘀相互依附，着于血脉之中，其证候除卫分见证外，必兼舌暗、舌上瘀点、舌下脉络粗胀或瘀丝满布。本来温热毒邪郁卫不解可致营卫凝涩、血流不畅。其时最多见者为鼻衄，皮肤红晕加深渐变为红斑。此时宜于疏表透汗，清热解毒之中，加入活血化瘀药物，如银翘散去豆豉，加生地、丹皮、大青叶、玄参等，疏达营分血滞，卫邪易于透发。

(2) 夹食滞

卫分证兼食滞，临床颇为多见，或由感受外邪后甘肥不禁，变生食滞；亦有素来胃失健运，复感外邪、邪郁表卫、食停中焦，热难骤解，证除卫表之证外多兼恶食、吞酸、噎腐、脘痞、舌苔白腻而厚。汗法中当参以消食如平胃、保和之类，甚则除积，可配厚朴大黄汤。

(3) 夹痰湿

卫分兼痰湿，多系平素痰饮宿疾之躯，复感温热毒邪。辨证时见昏冒、眩瞽、痞闷满急，脉象滑盛，舌苔黏腻者，常于宣表透汗剂中加温胆汤。

(4) 夹郁结

一般以女子多于男子，临床见证每多周身倦怠，胸胁苦满，舌燥咽干，五心烦乱，舌红少苔，脉细数无力，热象高时可见惊惕肉跳，宜疏表透卫之中加入丹皮、山栀、薄荷、青橘叶、绿萼梅。

2. 重剂石膏 择方而从

我主张里热始盛即用生石膏，剂量宜大，鉴于急性热病的主要病机是：毒随邪入、热由毒生、热毒相搏、瞬息传变。石膏能迅速祛除病原，杜绝热势的蔓延。

热在气分，出现热、渴、咳、喘，可投麻杏石甘汤，开宣肺气，辛凉泄热，但化痰之力尚嫌单薄，每配伍葶苈子以劫肺实痰壅。如

从上呼吸道下行感染，可合肺炎方（开金锁、鱼腥草、虎杖、百部、鸭跖草、半枝莲）同服，治肺炎高热其效神速。若痰热壅阻，肺气失肃，腑道为之秘结，热难泄越，常用宣白承气汤，以杏仁、瓜蒌皮宣肺化痰，大黄、石膏清热攻下。

阳明热盛，烦渴引饮，面赤恶热，汗出舌燥，脉红有力或滑数者，投白虎汤。阳明壮热不衰，疹出累累，加羚羊角、金线重楼、薄荷、连翘、蝉蜕、僵蚕。热势内逼营血则加玄参、犀角、紫草、大青叶以防斑毒内侵。热伤液涸加鲜生地、玄参、麦冬。伤暑高热，气液大伤加洋参、麦冬、芦根、竹叶。

表里俱热，邪热鸱张，面赤目红，躁扰不安，谵语声洪，脉大，斑疹隐隐，三石膏汤用大剂石膏，佐三黄、栀子、豆豉、麻黄，治热郁营卫气盛三焦，此方洵为良剂。

身壮热，头痛如劈，烦躁若狂，神昏谵语，大渴引饮，唇焦舌绛，六脉沉伏而数，属风毒大疫，往往热不为汗衰，发疹发斑，余师愚清瘟败毒饮、白虎汤、黄连解毒汤、犀角地黄汤方合而为一，具清热败毒退瘟、凉血救阴透邪之功。石膏可重达90~250g，热淫所胜，非此莫属。

温燥伤肺，时时高热，干咳无痰，体表如炽，咽干舌燥，喻嘉言清燥救肺汤，石膏清热，复以润肺滋液之品，其方沃焦救焚，列为首推。或与百合地黄汤同用，治发热无定时，借此二味甘苦之性，以敛燥气之游弋。

暑湿弥漫三焦，身热面赤耳聋，胸闷脘痞，下利稀水，小变短赤，蒸淫之气上迫清窍，时时昏闷，湿热蕴阻中焦，热逼汗濡，身形拘急。新方三石汤，石膏配滑石、寒水石、杏仁、银花、通草、赤苓以清利湿热，宣通三焦。

3. 气血燔灼 釜底抽薪

表证渐罢之际，主用大黄荡涤腑热，患者得汗后，恶寒头痛体疼等表证有所改善或已解除，但发热仍不清不解，“得汗后”与“热

不退”是两个重要指征。在这种情况下可以说明它非一般传染病，而且可以预计到病势有可能还会进一步发展。急取凉膈散方，一面清解肌表无形之热，一面清导肠胃有形之积，免得毒邪入里，胶结不化，酿成难分难解之势，以成气血两燔之候，急于两清气营，解毒护阴，能及时清涤腑道，坚壁清野，热势必孤，大黄在所必用，三承气汤量其症势轻重而定，若遇便下色深如酱，其味恶臭者，仿热结旁流例，投大承气汤，极有效验。

我非常推崇“客邪贵乎早逐”，“逐邪勿拘结粪”，“无拘于下不厌早”之说，下法用之得当，各种病理损害情况都可随通腑泄热而缓解。从临床角度看，某些温热病传变至速，采用卫气营血按步就班，往往只能追随病势疲于奔波，而早用大黄是遏制病情向纵深发展的有效措施。气血两燔证候若不能得到及时控制，将会在短期内，快则一二小时（常发生于儿童及老人）病人即可见风动痉厥的神经中毒症状，不可不慎防。我于急性热病中运用大黄，总结出三条经验：急下护阴存阳，急下疏沦气机，急下热、毒、瘀并消。

4. 清营泄热 旨在保阴

伤阴是急性热病的基本病理变化之一，阴液耗伤程度的轻重，直接关系到疾病的转归和预后。防止阴液损耗，对伤阴进行正确治疗是提高疾病疗效的重要环节，从防止伤阴的原则和保津主要措施分析，清营与清气同等重要，温邪直入营血，高热外伤气液，烦躁内耗阴液。撤营分邪热，喜用清营汤加紫草、大青叶、天冬、原金斛，清营汤清营宫之热有余，救离位之阴不足，故又瞩病人不时呷服洋参汤、鲜生地汁、地粟汁、藕汁、鲜苇茎汁、雪梨浆等以液救液。如有大便不畅，取玄参、麦冬、生地、生首乌、怀牛膝、虎杖滋血中之燥，润肠道之枯。温热病末期，肺胃阴伤尚易恢复，养胃汤、沙参麦冬汤加鲜稻叶、川百合，至肝肾阴亏则堪虑，真阴不足，虚阳亢奋，每用三甲复脉介类潜阳、咸寒救阴取效。

温邪无论在卫在气入营入血，顿挫邪毒就可避免伤阴的发生，

卫气失治误治或自身机能的失衡都为入营入血大开方便之门。祛邪撤热作为去除伤阴的原始动因，邪在气分亟宜清透，入营之后阴津损伤主要表现在暗耗，故尔清热解毒、通腑逐热都非最佳选择，“泄”是比较切合病机的疗法，泄中兼透黑膏汤加味，泄中兼清安宫牛黄，泄中兼潜至宝丹。临床证实这类方剂都有清营泄热、护津保阴作用，疗效肯定。

（三）感冒诊治经验

感冒之名，见于北宋《仁斋直指方·诸风》中，然类似感冒之描述，在《素问》中即有。如：“风邪百病之始也……风从外人，令人振寒汗出、头痛、身重、恶寒。”至清代温病学说兴起，不少医家认识到本病与感受时行之气有关，《类证治裁》更明确指出“时行感冒”之名，然治疗总不外乎祛邪解表之法。

我以为，风邪虽为六淫之首，但在不同季节，往往夹四时不正之气而入侵，春季之温、夏季之暑、秋季之燥、冬季之寒和霉雨之湿，固是自然界之变化，但在四时之中，又有气候失常之时。如春应温而反寒，夏应热而反凉，秋应凉而反热，冬应寒而反暖，非其时而有其气，人感乖戾之气，都能入侵人体而致病。另又有感受“疫气”者，则高热、口渴、阵阵剧咳，甚则呼吸困难、发绀、咯血、舌红、脉数，更不可以作“伤风”治，故曰：四时感冒务明时气疫气。

我治四时感冒，首辨寒热虚实，总不忘乎时气疫气，故喜用清热解毒，但常灵活变通。若风寒遏表，证见高热无汗、形寒、头痛、鼻塞流涕等，则用宣肺开泄腠理，倡以寒温并用，如羌活汤（羌活、大青叶、蒲公英）发汗退热，亦可用于风热不著者，投之辄效。若风热袭肺，证见高热面赤、汗出气粗、咽痛等象，投银翘散、抗毒饮常效。银翘散可日服2~3剂，抗毒饮为经验方，由羌活、大青叶、黄芩、白芷、苦参、蛇床子等组成，具有抗病毒作用，尤其适

用于流行性感冒。发汗用药首推羌活、清水豆卷，加柴胡可促使发汗退热。若高热长盛不衰，上病下取、釜底抽薪亦为良策。外邪闭肺，热不得泄，出现高热、气粗、张口抬肩，用泻腑之法，常能使邪从下走，以达到退热祛邪之目的。

然老人感冒，又当别论。盖老年肺虚，外感时邪，易伤肺阴，且常反复不愈。古方人参败毒散、参苏饮虽治虚人感冒，但药性偏于温燥，仍非所宜。而陈士铎《辨证录》中加味补中汤一方，临证用之则多验。该方由黄芪、白术、麦冬、当归、党参、柴胡、花粉、陈皮、茯苓、升麻组成，主治虚人感冒，持续不愈，或易于感冒，时作时辍，头痛鼻塞，畏寒倦怠，午后低热，咳嗽胸满。若表邪重者可酌加荆芥、防风、苏叶。此皆经验之谈，可资参考。

(四) “非典” 诊治经验

非典病机病理复杂，疫疠之气夹痰、夹瘀、夹湿、夹经络闭阻、夹气阴亏虚等诸多病理因素，错综交杂，可以单独出现，也可合并诸项出现在某一病程阶段，因此，在治疗上必须个体化辨证施治，不可拘泥一方一药。

1. 清热法

清热法在本病治疗中应用甚广。早期要注重“透”“表”“宣”“达”四字。病邪由表入里，早期犹可以辛凉之剂逐邪外出，慎勿失表。方选银翘散，1日服2剂。病将由表入里，则用麻杏石甘汤，或可试用肺炎方（开金锁、鱼腥草、虎杖、百部、鸭跖草、半枝莲）。病状若如阳明腑证，大便不行，热势较高，当用釜底抽薪之法，方选诸承气汤、升降散，大黄在所必用。若老年体弱之人，虽腑气不通，又当慎用峻下之品，可用大黄研粉，酒精调敷神阙。高热不退，口渴引饮，为疫毒炽盛，可用紫雪丹0.6g口服，1日3次。有的病人出现烦躁等精神症状，是热扰清宫，可用牛黄清心丸口服。

2. 豁痰法

豁痰最欣赏葶苈子一味。以往治咽痒、久咳或痰热作喘每用麻杏石甘汤加葶苈子一味辄效；若治寒痰壅塞，气道痹阻，每将三子养亲汤与葶苈子为伍。在“非典”呼吸窘迫的治疗中提倡用葶苈子清热豁痰，用量每至30g。生半夏也为习用之品，经验表明生半夏与生姜先煎30分钟，非但无毒，而疗效远胜制半夏。若患者神志昏糊，痰蒙清窍，还常用白金丸、礞石滚痰丸。前者治寒痰，后者清热痰。

3. 燥湿法

患者表现出的湿盛之象可能是疾病本身的表现，也可能是应用大量抗生素、激素造成的。对此常用苍术，既能燥湿，又可运脾，力大效宏，标本同治，量常用至15g。并多配伍黄连、厚朴、菖蒲、佩兰等品。达原饮之草果仁也颇有效。若正治不效，可试用旁治之法，所谓“治湿不利小便非其治也”，虽无小便不利、下肢浮肿等症，也可用五苓散旁敲侧击。玉枢丹、辟瘟丹对湿热内蕴造成的胸脘痞闷有较好的缓解作用，临床也可选用。

4. 化痰法

治疗“非典”，适当加用清热化痰之赤芍、丹皮、丹参，有助于促进非典病情的康复，减少或减轻并发症。本病后期热入营血，肺气郁闭，邪盛阴伤，熬津成痰，清泄痰热则考虑犀角地黄汤加减。对“非典”发病中产生的肺纤维化，倡用化痰软坚法治疗，虫类搜剔之品可获一定疗效。经验药物有：生蒲黄、穿山甲、生牡蛎、海藻、昆布。

5. 补虚法

本病的发生、发展过程是邪与正斗争的过程。素体不足之人易感外邪，而患者后期又每因实而致虚。故补虚之法，一当用于预防（见后），一当用于后期。由于患者体质和地理、气候因素的差异，后期正气的情况也不一样。湿盛者多易伤阳，热盛者多易伤阴。常川李东垣清暑益气汤养阴，清热化湿，用于后期患者多能中的。若

阳虚厥脱，当机立断选用参附注射液静脉滴注，汤方则附子必用；气阴两虚厥脱则宜生脉注射液。

6. 重视预防

中医学历来提倡“不治已病治未病”，某种意义上说防重于治。如传说三国时诸葛亮发明“诸葛行军散”，用于军队长途跋涉于瘴疫之地，可取预防时疫之效。至于本病，“正气存内，邪不可干”，扶助正气有助于预防。临床拟定的“扶正祛邪颗粒”，以玉屏风散为基础，加贯众、银花、陈皮而成。本方目前已制成颗粒剂，用于高危人群的预防，正在按照临床流行病学的规范开展研究。

鼠疫中医证治探讨

(一) 概述

鼠疫是由鼠疫杆菌引起的自然疫源性烈性传染病。临床主要表现为高热、淋巴结肿痛、出血倾向、肺部特殊炎症等。

本病潜伏期一般为2~5日。临床上有腺型、肺型、败血型及轻型等四型。

1. 腺鼠疫

除全身中毒症状外，以急性淋巴结炎为特征。腹股沟淋巴结炎最多见，其次为腋下、颈及颌下。也可几个部位淋巴结同时受累。局部淋巴结起病即肿痛，病后第2~3天症状迅速加剧，红、肿、热、痛并与周围组织粘连成块，剧烈触痛，病人处于强迫体位。4~5日后淋巴结化脓溃破，随之病情缓解。部分可发展成败血症、毒血症及心衰或肺鼠疫而死。

2. 肺鼠疫

起病急骤，发展迅速，除严重中毒症状外，在起病24~36小时内出现剧烈胸痛、咳嗽、咯大量泡沫血痰或鲜红色痰；呼吸急促，并迅速呈现呼吸困难和发绀；肺部可闻及少量散在湿啰音、可出现胸膜摩擦音；胸部x线呈支气管炎表现，与病情严重程度极不一致。如抢救不及时，多于2~3日内因心衰、出血而死亡。

3. 败血型鼠疫

又称暴发型鼠疫。常突然高热或体温不升，神志不清，谵妄或昏迷。无淋巴结肿。皮肤黏膜出血、鼻衄、呕吐、便血或血尿、DIC和心力衰竭，多在发病后24小时内死亡，很少超过3天。病死率高达100%。因皮肤广泛出血、瘀斑、发绀、坏死，死后尸体呈紫黑色，俗称“黑死病”。

4. 轻型鼠疫

又称小鼠疫，发热轻，患者可照常工作，局部淋巴结肿大，轻度压痛，偶见化脓。血培养可阳性。多见于流行初、末期或预防接种者。

(二) 源流

鼠疫的正式记载，我国的史料直到清代才有，但从古代记载的类似鼠疫症状的疫病资料来看，明代万历、崇祯年间爆发的很多大疫很可能就是鼠疫。

如明万历十年沁州“大疫流行，俗名大头风，有一家全没者”，大头风很可能是腺鼠疫患者颈部或耳后淋巴肿大的别称。又如万历三十八年“太原府人家瘟疫大作，多生喉痹，一二日辄死，死者无数。即治疗得生者，俱发斑疮退皮，十家而八九，十人而六七。”喉痹可能是肺鼠疫的症状，且发病一二日即死，与肺鼠疫完全相同。斑疮退皮者，可能患的是皮肤鼠疫。

崇祯年间，鼠疫在华北大肆流行，山西、河北、京师、天津、河南疫病蔓延。如顺天府通州疫病流行，“名曰疙疸病，比屋传染，有阖家丧亡竟无收敛者”。“疙疸”就是一个个肿块，指鼠疫患者淋巴肿大。崇祯十六年京师大疫，死亡20多万人。徐树丕《识小录》云：“初京师有疙疸瘟，因人身必有血块，故名。甲申春，吴中盛行，又曰西瓜瘟，其一吐血一口，如西瓜状，立刻死。”

乾隆年间，全国很多地方发生的疫病，很可能就是鼠疫。云南赵州大疫，有怪鼠白天窜入人家，立即伏地呕血死亡，人染之者，无不立即死去。当时的诗人师道南写《鼠死行》：“东死鼠，西死鼠，人见死鼠如见虎，鼠死不几日，人死如圻堵。”

清后期，同治、光绪年间，鼠疫已经成为为害最烈的一种传染病了。特别是光绪年间，呈全国大范围流行之态势，东北、华北、华南、西南、西北不断发生或流行，还包括香港、台湾。如香港疫

情始于1894年，死亡2547人。台湾鼠疫流行持续了22年(1896~1917)，患病人数达30101人，死亡24104人。

中医学历史上公认的最早的防治鼠疫的著作是光绪十七年吴宣崇编撰的《鼠疫治法》，以后罗芝园据吴宣崇著作，并把王清任医治北京霍乱时的解毒活血汤变化加减而成治鼠疫主方，编为《鼠疫汇编》。光绪二十六年，《温疫条辨摘要》在厦门出版，此书附录有《鼠疫原起》；光绪二十八年(1902)，福建名医郑肖岩在福州出版《鼠疫约编》；宣统二年(1910)，余伯陶所著《鼠疫抉微》在浙江付梓。按照余伯陶的说法：“吴川吴君始辑鼠疫治法，暨岭南罗君增订之《鼠疫汇编》，八闽郑君厘定之《鼠疫约编》，其良方善法，固已经验于闽粤间。”另外，何廉臣编撰的《全国名医验案类编》中，载有鼠疫验案十余则，从另一侧面反映了中医治疗烈性传染病的水平。

(三) 病机

本病缘于感触病鼠，秽气疫毒侵入血分所致。疫毒由毛孔侵入血脉，血壅而不行，渐红渐肿，结核如瘰疬，多见于颈、胁、大腿间；邪正相争则发热，疫毒热盛则大热大汗作渴；热毒愈深而瘀血愈甚，泛见于外则核溃，逆而妄行则衄血、咯血；感毒最甚者，忽手足抽搐，不省人事，面身红赤，不见结核，坏人最速。故《鼠疫约编》将本病病机指为“热沸毒聚，瘀凝血壅”。故本病之基本病理因素可归纳为：疫毒、瘀热。

(四) 论治

论治本病当根据病机，解毒、泻火、凉血、散瘀。因鼠疫之毒，盘踞血分为巢穴，传染甚易，转变甚速，死亡率极高，故其治疗之要领在于“病重药重、病峻药峻”，非寻常药物可为功。

1. 疫毒恶血，凝结成核

主症：全身尤以腋、胯起核，发展迅速，遍及全身，核块红、肿、热、痛，继而化脓，溃破。相当于腺鼠疫。

治法：清热凉血，散结化瘀。

方药：

(1)王孟英治结核方合神犀丹加减：

金银花60g，蒲公英60g，皂角刺4.5g，赤芍9g，丹皮9g，山慈菇9g，夏枯草30g，甘草3g。水煎服。吞服神犀丹。

(2)驱瘟化核汤加减：

西牛黄0.5g，人中黄9g，金银花30g，大青叶30g，蒲公英30g，紫花地丁30g，鲜菊叶9g，鲜石菖蒲30g，鲜竹茹15g，象贝15g，僵蚕9g，赤芍9g，丹皮9g，皂角刺4.5g。

外治法：山慈菇9g，青黛3g，生黄柏6g，象贝6g，赤小豆6g。研细末，调麻油涂，每日4次。

2. 疫毒攻心，瘀热蕴结

主症：高热寒战，咳嗽，咯血，胸痛，喘促。相当于肺鼠疫。

治法：清热解毒，凉血清心。

方药：

(1)大黄黄连泻心汤合葶苈大枣泻肺汤加减

大黄9g(后下)，黄连6g，黄芩9g，葶苈子30g(包)，大枣6枚。高热者，宜重用石膏90~250g。

(2)清瘟败毒饮加减

生石膏90~250g，知母15g，黄连6g，黄芩9g，栀子9g，水牛角30g(先煎)，鲜生地30g，赤芍9g，丹皮9g，玄参15g，连翘9g，竹叶9g，甘草3g。

外治法：本证疫毒攻心，气随血逆上干于清道，可用生大黄粉与鸡蛋清调敷两侧太阳穴，对一切血涌向上之证，能折其逆上之势。

3. 疫毒败血，血热妄行

主症：突然遍身红赤兼有紫块，衄血、咯血、便血、烦躁、神

昏、谵语、腹痛。相当于败血型鼠疫。

治法：清营解毒，凉血散瘀。

方药：

(1)犀角地黄汤合黄连解毒汤加减

水牛角30g(先煎)，鲜生地30g，赤芍15g，丹皮15g，丹参30g，黄连6g，黄芩9g，黄柏9g，栀子9g，紫草15g。

(2)王清任解毒活血汤加减

连翘15g，葛根9g，柴胡9g，当归9g，鲜生地30g，赤芍15g，桃仁24g，红花9g，枳壳9g，甘草3g。

(3)急救通窍活血汤加减

升麻9g，青蒿9g，藏红花6g，桃仁15g，水牛角30g(先煎)，生鳖甲30g，麝香0.15g(绢包)，鲜石斛15g，鲜芦根30g。

外治法：可用刮法。细磁杯盖，涂茶油，顺手自上而下，先刮肩颈脊背，次刮胸前肋肋，次刮两手弯曲池穴，次刮两腿弯委中穴，见有红紫色绽即止。还可进行药浴法：将数剂药渣煎水，为患者洗浴，以宣通毛窍，解散瘀滞，肢体流畅，病易痊矣。

(五) 预防

《鼠疫汇编》提出，预防鼠疫要做到“庭堂房屋洒扫光明，厨房沟渠整理洁净，房间窗户通风透气，凡黑湿处，切勿居住。”《鼠疫抉微》指出染疫之鼠“质坚毛松，眼赤睛突，每于夜间，觅水恣饮，阳光照射，毒发即死。”及早发现疫鼠便意味着及早发现鼠疫。

《鼠疫约编》还介绍了预防鼠疫的验方12则。如采用千金雄黄散“涂五心：额、鼻、人中及耳门”以避瘟气，或将千金太乙流金散“用三角绛袋，盛挂心前”，“或悬户上，或焚中庭，或烧薰瘟病之人”。

(六) 探讨

1. 中医对鼠疫的论治经验主要反映在清末涌现出来的鼠疫专著以及各家医著如《全国名医验案类编》等，总结先哲经验可以增加当代中医战胜急性热病的信心。

2. 根据近代对热病论治的认识，可以扩展当代中医对高热、痲、血证以及预防传染病等多方面的视野，并进一步加强对梅花点舌丹、抵当汤、升麻解毒汤等有效经验方的研究，有助于提高应对公共卫生突发事件的能力。

何 任



何任，男，浙江杭州人，1921年出生于中医世家。父何公旦，当时名医，誉满江南。何老医学得自家传，并于1941年毕业于上海中国医学院。

历任浙江中医学院院长、杭州市中医协会主委、省中医学会会长、全国中医药学会常务理事、高等中医院校教材编审会副主委、国家中医药管理局成果评审委员、浙江中医学院学术委员会主任、《中医报》社社长、何任中医基金会会长、浙江名中医馆馆长等职。曾任省第四届政协委员、五及六届省人大常委会委员、七届全国人民代表。现为浙江中医学院终身教授、主任医师、全国中医药学会顾问、浙江省中医药学会名誉会长。

何老为我国著名的中医教育家、临床家，为全国中医药专家学术经验指导老师、首届国务院特殊津贴获得者。对张仲景学说研究造诣精深，1982年出席卫生部第一次“中日伤寒论学术讨论会”，代表中国学者作“《伤寒论》的博涉知病、多诊识脉、屡用达药”的学术报告，深得赞誉。1985年应日本汉方医界和东京医校邀请，去日本讲学。作“《金匱要略》之研究”学术报告，被日本学者誉为“中国研究《金匱要略》的第一人”。又应日本东洋学术出版社的要求，将所著的《金匱要略新解》译成日文出版，作为日本学者学习《金匱》之教材。1997年应香港医事技术学会等邀请，去香港访问讲学，载誉而归。1999年获美国世界传统医学科学院“传统医学荣誉博士”证书。1999年获中国中医药学会“国医楷模”称誉，事迹载入剑桥世界名人录。

半个多世纪以来，何老在培养学生方面，从进修生、本科生、研究生乃至函授生等都讲学教课。还应邀为北京中医药大学、中国中医研究院研究生班和长春、黑龙江、上海等中医学院讲学。

他承担了卫生部部级课题《金匱要略校注》，于1990年出版，获部级科技成果二等奖。《金匱要略高等中医学校教材函授讲义》于1986年出版。

1985年出版的《何任医论选》获省卫生厅成果二等奖；1988年出版的《湛园医话》获省教委高校科技进步成果二等奖。

何老著作《金匱要略新解》于1982年出版，日本东洋学术出版社出版了《金匱要略新解》日文版，成为日本学习《金匱》之教材。

《金匱通俗讲话》于1958年出版，至今已发行10万余册。

此外，尚有《金匱提要便读》(1985年出版)、《金匱百家医案评议》(1992年出版)、《何任临床经验辑要》(1998年出版)、《诗意流年》(2001年出版)、《何任医案》(1978年编印)、《何任医案选》(1983年出版)、《金匱归纳表》(1960年出版)、《实用中医学》(一、二、三集，1947年由杭州中国医学函授社出版)、《医宗金鉴四诊心法要诀白话解》(1966年出版)、《金匱要略语译》(1990年出版)、《金匱燃犀录》(书稿分期在上海刊出)等。

数十年来，撰写学术论文200多篇，1977年《浙江中医学院学报》创办至今，从第一期起每期都有学术论文刊出，26年来从未间断。

何老的科研项目“何氏心悸I号方对培养心肌细胞保护作用的研究”获1995年省中医药科技进步二等奖。其经验方“中华鳖精”、“舒胃宝”、“腕腹宁”、“抗癌冲剂”先后供厂家研究开发，“消痰丸”获准医院制剂。

何老临床诊病，做到潜心研究，务求疗效高、治程快捷，遇重病大证，常以“经方”取效；遇杂病、疑难症，则“经方”、历代

各家方选而用之。治疗肿瘤采用扶正祛邪法，并探索出“不断扶正，适时祛邪、随证治之”治疗原则。妇科宗陈素庵、傅山，以健理法治经、带；以益调奇经法治崩漏；以运利经脉法治瘀癥。对时病则善用江南温病学派法则，以轻清渗解。为“中国百年百名临床家”之一。中央、浙江、杭州电视台多次对他采访，录制了大量资料。

何老是1956年入党的老党员，1999年被学院评为优秀共产党员。浙江中医学院党委领导高度评价何老：“医德、医风、医术”三者何老身上完美的统一起来，是我们广大医务人员的楷模。”。

《金匱要略》臟腑篇要義說略

(一) “上工治未病”——整體觀和預防思想

《金匱要略》第一條原文，就開宗明義提出了“上工治未病”。总的提示諸病當預防於早，勿等病成再治。程云來說：“治未病者，謂治未病之臟腑，非治未病之人也”。

“上工”又稱“大醫”、“良工”，是指良醫。醫有“上工”、“中工”、“下工”庸劣之分。

上工即醫之能“見色知病，按脈知病，問病知處”的高明醫生。張隱庵說：“能參合而行之者，可以為上工。”所謂“參合而行之”，是指臟腑陰陽、色脈氣血，皮膚經脈內外相應，能參合而行之。即周詳診察，精細判斷，能洞悉色脈、皮膚、異氣、順逆、生克制約的。這樣認真負責的醫生，治療效果高。所謂“上工十全九”即是。較遜的為中工，所謂“中工十全七”。下工所知更少，所謂“下工十全六”。至於庸劣者，即是指醫術低劣，“粗工凶凶”，責任心差，品質亦不良的人。

所謂“治未病”，多數注釋“未病”為“無病”。然則無病之人，即常人，有何治之必要。可見此“未病”與平常健康之人“無病”有別。即有患病的因素存在，或是有將病未病之象。高明的“上工”，能夠預見和分析出“將病”的各方面因素，從而防其病作。故而“治未病”，“未病”二字，應理解為“病將作”，或“將病”方為確切。

臟腑之間，有相互聯繫，互相制約的作用。一臟有病，可以影響他臟。治病時必須照顧整體，治其未病之臟腑，以防止疾病之傳變。如見肝之病，應該認識到肝病最易傳脾，在治肝的同時，當先調補脾，這就是治其未病。其目的在使脾正氣充實，不受侵襲。如脾本氣旺盛，即不必實脾。這說明任何治病方法，必須靈活運用，

不能一成不变。反过来说，见肝之病，不知道实脾，惟治其肝，这是缺乏整体观的治疗方法，自然不能得到满意的效果。

“见肝之病，知肝传脾，当先实脾。”这是“上工治未病”原文治法的举例。治病在于迅速、及时。要做到“见微得过，用之不殆”。就是指在疾病初起的时候，便能知道病邪之所在，及时进行治疗，就不致使病情发展到沉重或危险的境地。亦即《素问·四气调神论》所说的：“不治已病治未病，不治已乱治未乱。病已成而后药之，乱已成而后治之，譬犹渴而穿井，斗而铸锥，不亦晚乎。”肝病传脾的机理，宜与《难经·十二难》、《七十七难》、《八十一难》全面合参。

临床上以此理论为指导时，一般要按照五行生克的关系，又须分清虚实。举个例子：我诊治一凌姓病人，女，32岁，主诉平素常有四肢乏力，指头不温，饮食少而不知味，大便溏薄，甚则大便次数多，腹泻。近日因事思虑，不遂于心，时感头痛、目眩、心悸、失眠、烦闷、脉沉而弦，舌苔淡薄白。诊为肝阴不足，肝阳上扰，营液虚，水不涵木，火动痰升，则头痛目眩诸症出现。结合其平素脾阳不足，肢倦便纳少诸象，认为宜滋肝阴并理脾阳，不使肝病而引起脾虚痼疾复发。乃用熟地黄、白芍、杞子、伏神、枣仁、牡蛎、淮小麦、红枣，复配以理中汤，即同时加党参、炮姜、炙甘草。病人服药3剂，睡眠安，头痛目眩愈，自感精神佳爽，大便正常，饮食知味矣。这个病案，也可说明“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”的一个实例。这一例子并不是专指一种病或一脏而言。而是说明应该以“治未病”这一整体观和预防思想来全面看待各种疾病。

“不遗形体有衰，病则无由入其腠理”。

人体本身不衰，就能防御疾病。《金匱》原文说：“……若五脏原真通畅，人即安各。客气邪风，中人多死……若人能养慎，不令邪风干忤经络，未流传脏腑，即医治之……不遗形体有衰，病则无由入其腠理。”这段文字既说明了人与自然的关系和天人相

应这个整体观；同时也指出了疾病的原因，既是有外界自然的原因，更有人自身盛衰的原因。

自近百年西学东渐以来，研究疾病的发生、发展的规律和预防措施，消除环境中有害于健康的各种因素，以达到防病保健目的的科学。包括卫生学、流行病学、免疫学、社会学等内容，总的称为预防医学(Preventive Medicine)。而早在二三千年之前我们的祖先，在《内经》里，就有“邪之所凑，其气必虚”“正气存内，邪不可干”说明了预防疾病，人不是无能为力的，疾病是可以预防的。只要五脏真气充实，营卫通畅，有抗病的力量，这就是“正气内存，邪不可干。”只有在正气不足的情况下，致病因素、客气邪风才能乘虚而入，为害人体，造成疾病灾难。若人能注重养生防病，邪气无从侵犯经络；倘一时不慎，邪气入中经络，即应乘其未传脏腑之时，及早施治。比如说四肢才觉重滞，即用导引、吐纳、针灸、膏摩等方法治疗，不使九窍闭塞不通。并且防制灾伤，节制房室，注意冷暖，正当饮食，使身体保持健康，则一切致病因素自然无从侵犯。古人认为腠理是具有防御疾病的能力（此说尚待研究）。总的说是要把握人体五脏相关并天人相应的关系。真正做到无病先防，有病早治，不使传变。

（二）临床四诊之辨

《金匱·臟腑經絡病脈証并治篇》，后人对其中整体观、天人相应、预防观、五行生克，疾病治则、纲领等瞩目较多。而对篇中所论“望”“闻”“问”“切”之探索，不如前者之多。然其临床意义，实不可没。

1. 望色

举例说：“鼻头色青，腹中痛”“其目正圆者，死不治”。张仲景以鼻为望色的主体，这是对《内经》学说之开拓。它主要按鼻为面王，属土。所谓五脏之中气所聚也。故五脏之色，皆能望鼻而知

之。余诊治庞女，17岁。初诊由其母陪同来诊，攒眉不语。其母代诉，每月总有几天日夜不宁。诊之，瘦削，脉弦细，两目周围明显青色，牵连鼻梁亦青苍色。乃思“鼻头色青腹中痛”。询之，始点头说：“每月经来腹极痛，不想说话。”经四诊合参后，乃投以舒肝调经之药而见效。又忆余于若干年前，去农村诊病时，遇一中年病人，初时头痛、汗多、肌肉抽搐。不数日，进食不能张口，面容痛苦。继而症状加重，角弓反张，目瞪口闭，张口困难。询其家人，方知于10日前上山刨笋，赤足被泥土中竹节削面刺伤，深及于骨。察其伤口血肉夹泥土，尚未清除干净。乃初步诊为破伤风。当地处山乡僻地，难取得破伤风抗毒血清。即先处以中药方，一面由同去之某医予作创口清理，予西药抗菌素等。同时嘱其家人转送县医院。此即“其目正圆者，死不治”之类也。

2. 闻声

举例：《金匱·臟腑經絡病脈証并治篇》所述聞診之法，及于三焦。包含了骨、筋、髓、頭、心、肺、肝、腎等病証。文曰：“在上焦者，其吸促；在下焦者，其吸遠。此皆難治。呼吸動搖振振者，不治。”余見一肺氣腫病人，呼吸困難，只是迫促的吸氣，乃致胸如圓桶，整日作脹。不能彎腰腹部，坐則必高凳挺直，不勝其苦。此吸促二字，明確提示聞診之要點。以肺氣腫而言，呼氣時支氣管縮小，妨礙呼出氣體。積聚于肺泡內，引起肺泡過度膨脹，肺彈力減退，終于破裂成肺大泡。肺泡周圍毛細血管受壓迫，肺循環阻力增高，增加右心負擔，最後發展為肺心病。此類病人就外觀聽聞，明顯聞迫促之吸氣聲，却難以觀察到其順利之呼氣。為此，一吸又一吸，出現“吸促”。若并发肺部急性感染，可发生呼吸衰竭，故是“难治”之症。

3. 问诊

举例，文曰：“五脏为各有所得者愈，五脏为各有所恶、各随其所不喜者为病。病者素不应食，而反暴思之，必发热也。”说明

五脏疾病各有其适应与不适应。医生必须通过细微探问，注意了解。其适应与不适应，包括饮食、药治、护理、居住处所各方面而言。《素问·脏气法时论》、《宣明五气论》、《灵枢·五味》等均有具体说明。例如：“肝色青，宜食甘；心色赤，宜食酸；肺色白，宜食苦；肾色黑，宜食辛；脾色黄，宜食咸。”这是说明与五脏相适应的饮食。又如：“心病禁温食、热衣；脾病禁温食、饱食、湿地濡衣；肝病禁寒饮食、寒衣；肾病禁焯煖（烧灼之类）、热食、温炙衣。”这是说明五脏不相合的饮食、衣着、居所而言。医生注意问诊，在诊断用药方面尽可能避免给予不相合的东西，尽可能给他与之相合之品。有些病例在病中，由于多食、暴饮、暴食或勉强进食等也往往促使病势反复或加重，原来不发热的，也有引起发热的可能。我们在临床上常见到疾病刚倾向痊愈，只可先进半流质如稀粥等，以养胃气，不可忽视，否则容易复发。正如《伤寒论·辨阴阳易差后劳复篇》说：“病人脉已解，而日暮微烦（热），以病新差，人强食谷，脾胃气尚弱，不能消谷，故令微烦，损谷即愈。”这就是说明病后必须注意护理、饮食，以适应疾病自然归复，不可疏忽。这些都要通过问诊来了解。

4. 切脉

举例：切脉随气疾而变，古人有较深的经验。四时得正脉则平，得反脉则病，这是理之常。《金匱》说：“师曰：寸口脉动者，因其旺时而动。假令肝旺色青，四时各随其色。肝色青而反色白，非其时色脉，皆当病。”这段文字指出医生切脉极应重视，并说明什么脉什么病，也不能机械对待，还要注意当时时令。古人有“春弦、夏洪、秋毛、冬石”之论。就是说明切脉并不呆板。比如春季是肝旺的时令，如果病人在春天面色微带青而脉弦，一般是正常的、无病的，这就称为“当令”，如果春天见到面色白，脉迟，这就称为“非其时”色脉，应认为可能有病。从这里说，脉固然有其脉立某证的不同，但掌握它也须灵活。由于脉和色还有随着时令转换而变

化的这一种情况，所以临床上还必须望、闻、问、切四诊合参，不能单凭切脉即下诊断。明·孙一奎说：“认证必合色脉，问动止，聆音声，察饮食。”四诊结合，互相参考，才能全面掌握病人病情及其细节，为辨证施治提供可靠的、翔实的依据。

（三）太过不及 时令不正可致病

时令转移，有常有变。天时气候亦有太过不及的关系。本来年、月、时间有恒常的顺序，所以每年都有二十四个节气，把春夏秋冬四季划为有前后的顺序。比如说春季的时节已到，气候应该温和起来，但是气候仍然像冬季一样，这就叫作“至而不至”。又比如春季的时节未到，而气候已温和如春，这叫作“未至而至”。再比如春季的时节已到，而气候不但不温和，反而比冬季还要冷，就叫“至而不去”。又如春季的时节已到，而气候非常暖热甚至象盛夏五六月的光景，人们称它为“至而太过”。由于时节和气候常会有这种互有盈缩，这种太过或不及，改变了常态，因而人在这样不正常时气之中，往往容易得病；有病的人也往往会使病转变或加深。所以医生对这种异常的时气变化应该很好的认识它，掌握它，正确地控制住它，为病人做好保养、防治工作，以适应时令变幻。并告诫医生，既看到时令之常，也注意时令之变。

（四）“厥阳独行”

《素问·生气通天论》谓：“阴平阳秘，精神乃治。阴阳离决，精气乃绝。”根据这个道理，人在正常情况下，也就是说阴精充沛，阳气固密，阴阳两者互相调节，维持着相对平衡。这是进行正常生命活动的基本条件，不可偏失。假如缺失了阴，那末孤阳就无所依傍，向上腾越，临床上就出现气逆凌上，足冷而厥等“厥阳”的危险现象。从这里说明阴阳协调的重要。联系到上面讲到的“不遗形

体有衰，病则无由入其腠理”一节中提到的“若五脏原真通畅，人即安和”的精神，人身首先要注意内部阴阳的相对协调，那不但不会出现阴阳偏缺的病证，即外面的病邪毒害也就不致侵袭了。

厥阳就是孤阳的意思，这是“有阳无阴”，反之，如果“有阴无阳”同样是阴阳失调的重症之一。《素问·厥论》说：“阳气衰于下则为寒厥，阴气衰于下则为热厥。”这些都说明“阴平阳秘”的重要。临床上所见的肝阳上亢、面赤、眩晕、甚至跌仆一类的病证，正是阳气偏胜，有升无降、有阳无阴的“亢则害”的现象。

（五）从“卒厥”“脉脱”判断预后

《金匱》说：血气入脏即死，入腑即愈，此为卒厥”，“脉脱，入脏即死，入腑即愈。”

“卒厥”（卒读如猝）是一种突然昏仆倒下的证候。“脉脱”是脉搏乍伏不见，是邪气阻遏正气所致。与“卒厥”相似，若阻遏在脏，难以恢复；若阻遏在腑，则较浅而易于通泻，也较容易恢复。例如：卒厥见气血壅滞于心肺，突然昏仆，倘见唇口青，身冷，此血滞不利，阳气涣散之内闭外脱，即所谓“入脏”。如见身和、汗自出，是血气逐渐恢复正常之征兆，谓之“入腑”。脉脱亦类似。

由此而看各种疾病，一般亦是在外可治，入里难治。因为由里到外，表示病邪由深到浅，多为好转之象。相反，由外转里，表示病邪由浅到深，乃系恶化之表现。从而说明临床上同一脉象、同一证候，由于病证的部位、深浅不同，就有两种不同程度的归转。所谓病在脏，病位深，病势重，由外向内难治。病在腑，病位浅、病势轻，由内达外易治。各种疾病都如此。说明这是一般疾病的进退规律，亦是预测疾病预后转归的着眼处。

（六）治疗疾病，当注意缓急先后

疾病的复生，情况各异。既有表里之分，又有新旧之别等等。

亦往往有表里同时发病，或新病、旧病合并发生。因而在治疗步骤上亦须分辨清楚。譬如开始是表病，医生错误的用下法，使病人表病未解，而发生正虚的里证，使得在症状上既有身体疼痛的表证，同时也有下利清谷的里证。按身体疼痛，是表证实邪，应当以逐邪为主。但是下利清谷是里证正虚，如不急救其里，为害亦不小。遇到此类情况，就应该先救里，否则正气不固无以御外邪。救里之后，正气恢复了，大便也正常了，然后再尽快的来治疗身体疼痛的表证。假如大便正常以后，身体疼痛等表证久不处理，势必亦能入里增加病患。这是一种治表里同病的先后步骤。

另一种，就是素来有旧病痼疾患者，再感受了新病，那么应该先治疗他的新病，新病解除，然后再治疗他的痼疾，因为新病较浅，容易治好，旧病根深，难以拔除。

（七）“当随其所得而攻之”

病邪危害，要根据病因、病情予以适当的治疗。所谓“所得”是说病邪的依附。所谓“攻”，古意是指治疗，不完全是专指攻下。

病邪多是无形的，它侵及人体，必须要有所依附，才能归聚致病。人体里的“水”、“血”、“痰”、“食”都是病邪归聚的所在。比如渴病，是热邪依附人体里的“水”，结合归聚而成病。所以医生治疗渴，用猪苓汤，主要是利水，水利之后，热邪无所依附，渴就解了。其他疾病照此类推。如热邪和体内的“食”结合，成为肠胃热积之病，医生用大、小承气攻治食积，食去而热邪无所依附，热就解了。又如热邪和体内的“血”结合，就成了瘀结蓄血之证。医生用桃仁承气汤去除瘀结，热亦就能解除。据此，可见体内没有失了常态的“水”、“血”、“痰”、“食”，那么病邪无所依附，无处归聚，就不致成病。

这只是以猪汤治渴的举例。指出临床辨证施治是灵活而深刻的，诊治疾病先当探究其源，然后审因论治。

湿温证治述要

湿温证，夷考其名，始见于《难经·五十八难》，而《难经》乃阐发《内经》之述作。它根据《素问·热论》：“今夫热病者，皆伤寒之类也”的说法，分伤寒为五，曰中风、伤寒、湿温、热病、温病。故湿温亦属于广义伤寒之中。金元前后医家，虽遇有湿温之病，然终难脱伤寒窠臼。至明清，名医辈出，如吴又可、章虚谷、叶天士、薛生白、吴鞠通、王孟英等，对湿温之论述，从理论到证治，探精抉微，渐臻完善。

湿温多见于暑雨炎蒸，氤氲而化生湿热，人在气交之中，感而为病。其发病缓慢，病程较长，初时恶寒身重，头胀而痛，胸闷身热。初则热势不扬，舌苔粘腻或白或黄，脉多濡缓，继则但热不寒，湿热郁而成痞。病责在太阴脾、阳明胃。对照湿温症状特点及多发季节，颇与西医所说之伤寒、副伤寒相类似，属急性传染病。其它沙门氏菌属感染、流行性感冒、钩端螺旋体病等，若表现为湿热证候者，亦可采取湿温证的辨证处理。此病在我国解放以前，由于饥荒战乱，生活贫困，不讲卫生，故多流行。医生随处可见湿温患者，当时抗生素均赖进口（且如氯霉素药尚未问世），民间未能普遍采用。其时患湿温证者若以西医一般药品治疗，实属乏善可陈，故本病多由中医诊治而所愈极多。余初行医时，正值兵燹战乱，疫疠流行，所见所治，诸如天花、疟、痢、霍乱、鼠疫、伤寒，温病为数甚多。而诊治湿温，亦复不少，例案颇能忆及。多年来积累实践体会若干，故略陈本病之症治与见，或有裨益。

（一）湿温之辨证

吴鞠通说：“温病由口鼻而入。鼻气通于肺，口气通于胃，肺病逆传，则为心包；上焦病不治，则传中焦，脾与胃也；中焦病不

治，即传下焦，肝与肾也，始上焦，终下焦”。指由温病发展、病程、病变之所在。

湿温乃湿热之邪所致的热病，故其辨证亦以卫气营血与三焦为要点，一般同温病辨证。即：疾病初起，邪在上焦和卫分，尚属轻浅。随着病证演变，则入中焦与气分，其病情渐见转重，若病邪进而深入下焦或营血分，此时病已深沉。这是一般温病正常进程，即顺传，然而亦有从上焦肺卫直入营血者，即是逆传。

湿温总离不开上述温病之辨证要点，但本病初起，邪困卫阳，故亦有卫分见证，但为时甚短，且多同时伴有湿邪蕴脾的气分见证，而呈卫气同病。随着表证消失，则气分湿热逐渐转盛。但是就湿温病的一般演变过程而言，初起阶段湿中蕴热，多表现为湿重于热；病程渐进，湿热逐渐化燥，出现湿热并重现象，甚则转化为热重于湿。湿热郁蒸气分，病变虽以太阴脾、阳明胃为主，但其病邪亦可弥漫三焦，波及其他脏腑，而出现多种证象。

湿温之偏重于湿者，见足太阴脾经症状；偏重于热者，则见足阳明胃经症状。脾胃位于中焦，故湿温见证，虽亦有上焦、下焦之见证，但以笔者临诊所见，多以中焦证为主。足阳明病见证是：发热不恶寒，反恶热，日晡益甚，语声重浊，呼吸气粗，大便秘，小便涩，苔黄，甚则焦黑起刺；足太阳病的见证是：身热不扬，午后较甚，体痛且重，胸闷不欲食，或见泛恶，大便溏薄，苔腻脉缓。此等见证，均为常见。

（二）湿温的治法

湿温既为湿热所致，其治法有所谓：“如湿胜者，当清其湿；热胜者，当清其热。湿胜其热，不可以热治，使湿愈重，热胜其湿，不可以湿治，使热愈大也。然则初谓其湿，当以利水清湿为要，使其湿不得以成其热也。久而湿化为热，亦不得再利其湿，使热反助其胜也”（《医林绳墨》）。此虽反指湿热诸病而言，然湿热证之湿重

于热、热重于湿等之治疗虽有参考意义，但湿温之临床诊治，自当湿热具清为宜。至于兼病，如发疹、痞，如化燥燔灼津液；以及变病，如神昏、谵妄躁狂、大便下血、谵乱痉厥等，则按卫气营血及各自病机论治。

由于湿温为湿热之病，故虽有卫气营血之不同，而治法总离不开分消湿热，既治湿又治热，即治湿不遗忘治热，治热不忽视治湿。其中又得分析其湿重于热、热重于湿等病情侧重兼各种变证。大体上，初起内外合邪，湿遏卫气时，宜芳香宣透以化表里之湿，表证解除后，则宜宣化气分湿浊，并视症状兼佐清热。湿渐化热，湿热症状俱现，则既化湿，又清热；湿邪化热而出现热重于湿，自以清热为主，兼及化湿。湿热完全化燥化火，即以化燥化火论治。至于热炽气分、腑实燥结、络伤便血、气随血脱等症，则分别以清热生津、通腑清热凉血止血、补气固脱施治。

总之，湿温起病缓慢，病势缠绵，整个病程以气分时间比较长，兼证、变证甚则到恢复阶段，亦须谨慎地重视余邪是否清除。各阶段各时期总以按其病机所在，辨证施治为要。

（三）湿温病病案举例

齐某某，男，19岁，学生，某年暑假返乡，旅途劳顿，饮食不洁，始则微寒身倦，头痛，食欲不振，1周不解。其时未加治疗，兹将诊治经过记述如下：

一诊：1周后感身热，初时 37°C ，每日递次升高。头疼肢重不解，纳呆，口渴，胸闷，舌苔厚腻，脉象濡数，睡中易醒，大便数日未下，小溲黄少。乃以淡豆豉、桑叶、柴胡、葛根、焦六翘、山楂肉、鸡内金、滑石、通草、郁李仁、大豆卷等进服。以其早期违和，故既解表邪，又消导利湿。以上方药，加减出入，共服四五日。

二诊：药后虽得微汗而身热不解，朝轻暮热重达 39°C ，头痛，少言语。夜不安寐，口渴，腹胀，数日来得大便1次，量甚少而稀

溇，小便短黄，苔厚，脉数。乃以葛根黄芩黄连汤酌加焦六 麴、大腹皮、薏仁、杏仁、厚朴、鲜芦根及益元散等药加减进服数3日。

三诊：因前后服药10余剂，身热不除，乃延请西医同时诊治，某西医诊为肠伤寒，每日注射退热针及葡萄糖等数日。其时身热不除，大便秘结不下，口中气秽，胸部红疹隐隐，烦躁，夜寐妄语，苔厚燥，脉数无力，此阶段数日中，曾以葛根芩连汤、苍术白虎汤、三仁汤、益元散，酌加玉枢丹等，逐日更迭进服。

四诊：自患病至今，已近3月余。晨间身热稍有下降，入暮又高，红疹已退，颈下胸前有白痞。舌苔渐化，舌质露红，唇口干裂，脉缓无力。惟神识时清时昏，喂以糙米汤，但不知为何物，时感腹胀思大便终不能得。乃以竹叶石膏汤、增液汤、安宫牛黄丸，玉枢丹，辨证进服，又二三日。

五诊：神志昏蒙，至第3天午后，突然呼急欲大便，家中数人缓缓扶病人于净桶上，即闻泄泻之声，病人口说：“大便解出了，舒服，舒服”。语声方落，随即闭目，手足厥冷，全身微战，家人惊扶之卧床上，面如白纸，呼之不应。转视便桶中有鲜血小半桶并夹稀粪。按脉细如丝急以别直参汤冲童便灌之。约经1小时后，病人张目，魄汗淋漓。遂继以黄连阿胶鸡子黄汤合犀角地黄汤加西洋参、童便进服，以后连续2天均有血便。

六诊：三四日后，便血止，神志渐渐转清，惟闭目少语，唇干，手足抖动，苔少，舌质红，脉虚细，乃以三甲复脉汤加鸡子黄、五味子，共服数日。

七诊：身热渐退，神识转清，疲顿甚极，脉缓弱，舌苔微干。随以养阴生津之西洋参、炙甘草、天花粉、五味子、石菖蒲、麦冬、生地、石斛、玉竹、茯神、白芍等善后。

八诊：病入坦途后，胃纳渐展，乃以健脾益气血，防其食复。后又曾患每夜盗汗透衣，数月后脱发几尽，全身皮肤落屑，又数日，始转健壮。

(四) 湿温证治体会

1. 湿温证包括西医所说之多种疾病，很多急性传染病，可以采取湿温的诊治方法加以治疗。若将湿温仅说成是伤寒、副伤寒还是有一定局限的，但伤寒、副伤寒包括在湿温证内，已如上述。

关于湿温的诊断，吴又可《瘟疫论》说：“证有迅速轻重不等……感之轻者，舌上白苔亦薄，热亦不甚，而无数脉，其不传里者，一二剂自解。”又说：“感之重者，舌上苔如积粉，满布无隙，服汤后不从汗解，而从内陷者，舌根先黄，渐至中央……如舌上纯黄色，兼见里证，为邪已入胃。”这明确指出了病邪浅深，病势增进，舌苔亦因而转变，这在诊断湿温是非常重要的。叶天士《外感温病热篇》论舌诸条更为详尽，不但指出其形成舌苔之病机，还指出各种不同的治法及禁忌，当为学习诊断湿温之不可不读之书。我于临床上见湿温之舌苔，初为白腻，白如积粉表明湿重；舌苔转黄腻表示热重，甚则黄褐乃至焦黑。若舌苔黄燥而舌质红绛，则湿邪化燥。至湿温后期，苔亦有逐渐剥脱，舌尖先现红色。舌苔是随病之进退而起变化。多见热甚高，有时达40℃以上而脉不过略显滑数者有之。常视兼症而异，或缓滞，或弦疾，或有模糊难辨之形。然便血衰虚，脉多细小近无。湿温证之大便，亦为诊断辨治之重要依据。吴又可说：“热结旁流，协热下利，大便秘结，大便胶闭，总之邪在里，其证不同者，在乎通寒之间耳”。又说：“况多有溏粪矢气，但蒸作极臭，如败酱如藕泥，临死不结者”及“……虽结粪后瘀而润下。结粪虽行，真元已败，多至危殆。”这种对大便之细致阐述，确为诊断治疗湿温之有益参考。

在湿温之诊断上，应注意四诊合参，做到诊断清楚，而于舌象、脉象、大便更当十分重视。此外如面争、口秽臭、汗臭等亦为湿温之诊断要点。

2. 湿温的辨治，应该严格做到“谨守病机”。而病机之判断首

须辨证。如湿温化热，燔灼营分，血分热扰，上溢下决，或为吐衄，或为便血。若血外夺而里热降泄，自是吉象，若血既外夺而反昏烦躁。证不轻减，即是重证，必使血止而热亦渐解，方为顺手。

湿温证顺逆之辨别，有与一般温热病类同之处。如身热甚高，能有轻减之时，口渴能饮水，夜能安眠，热势虽高，多为顺象。若见湿温证初起目糊不清，往往有昏厥之变。《灵枢·热病》篇有“目不明，热不已者死”。故温病之初即目不明，是病进邪陷阳伤之前兆。临诊时亦不可忽略。

3. 临诊中所见湿温病人，若其人平时无病壮健，能知保养者，即使证候深重，亦能化险为夷。例如上面所举之湿温病例，齐某，病症不可谓不重，但能于肠出血虚脱之险境中挽救过来，主要是未婚之青年。体质素健。在当时亦有患湿温证而平时体虚欠健，虽未见肠出血，而死亡者亦有之。《素问·玉版论要篇》谓：“病温虚甚死”。此即指其人阴气先虚，邪热内证，阴精先涸，一发燎原，是不可治愈也。

湿温初愈之时，往往余邪缠留不尽，其时既需药治，亦须谨慎饮食。《素问·热论》说：“病热少愈，食肉则复，多食则遗，此其禁也”。在临床上湿温初愈，其时胃纳转佳，由于饮食过多，或进厚味过早，往往病情反复，甚至导致死亡，故患湿温重症后，只可进清淡稀粥之类，经过一段恢复过程，始可酌增饮食。

湿温之证，变化较多，惟能知常，方能识变，贵在临诊时细察体验。

治肿瘤之经验心得

(一) 论肿瘤的扶正祛邪治法

肿瘤是一种常见的疾病,恶性肿瘤更是严重威胁人们的健康和生命。当处在目前继往开来的伟大时代里,为了尽快实现四个现代化,我们从医学的各个方面去探讨防治肿瘤的方法是每个医生的应有职责。近年来,人民生活文化水平提高很快,国际交往增多,有关防治肿瘤的资料、方法也十分丰富。笔者试从中医药这一角度,以扶正祛邪这个具体治则出发结合本身临诊中的点滴体会,探讨对肿瘤的治疗方法。一得之见可有助于展视中医学防治常见病的作用。

我国关于肿瘤的文字记载,早在《说文》、《尔雅》等书中,都谈到有关类似肿瘤的问题。《灵枢·痈疽》篇中所描述某些症状,很多与现在某些肿瘤相似。《诸病源候论》描述“石痈”时说:“折于血气,结聚所成,其肿结确实,至牢有根,核皮相亲”。后世各医籍叙述的噎膈、积聚、癥瘕、反胃等都可能包含肿瘤在内。姑不论较早的医书,即以清《临证指南·积聚门》王案中,有:“初病胀痛无形,久则形坚似梗,更初为气结在经,久则血伤入络,盖经络系于脏腑外廓,犹堪勉强支撑,但气钝血滞,日渐瘀痺,而延癥瘕”。此项叙述病情、分析病机都可见前人于积聚、癥瘕理论上都有可通之处,寻求中医学上对肿瘤的阐述似可由此推论。

中医学对疾病发生之认识都是在“邪之所凑,其气必虚”、“正气内存,邪不可干”的基本理论上加以发挥的。我们讲的扶正祛邪也是立足于这一基本观点的。所谓“扶正”,是扶助人体对“邪”的防御能力,使人体达到正常功能,即所谓培“本”。明·李士材根据《内经》治病必求于本的说法提出“善为医者,必责根本。而本有先天后天之辨,先天之本在肾,后天之本在脾。”这样就明确地

使“扶正”的具体措施在一定程度上落实在培补脾、肾这个方面。“正”得到扶助，使达到正常功能就能防御病邪，因而“怯邪”之功一方面可以从“扶正”间接地得到，而用药直接抗病制邪也是“祛邪”的另一方面措施。

“先天之本在肾，后天之本在脾”。

肾者，“作强之官，伎巧出焉”。意味着肾为人体对内外环境的变化能起一定效率的生理反应。《难经·三十六难》说：“肾两者，非皆肾也，其左者为肾，右者为命门。”强调了肾中阳气之重要。明·张介宾说：“命门为精血之海，脾胃为元气之根，水火之宅，五脏之阳气非此不能滋，五脏之阳气非此不能发。命门有火候，即元阳之谓也，即生物之火也。”这都说明“命门”是生命关键之处，是先天之气蕴藏之所在，是人体生化的来源，是生命的根本。就整个肾的概念来看，它还具备了“藏精”、“主水”、“纳气”、“主骨”、“生髓”、“开窍于耳及二阴”的广泛功能。精是构成人体的基本物质，也是人体多种机能活动的物质基础。肾精化生肾气，它包含了“元阴”、“元阳”、“真阴”、“真阳”。它提示出肾是节制人体的生长、成熟、防御、应激、平衡、代谢等各项重大作用的所在。由此而使我们明确：不是从解剖而是从整个肾的功能来看它极为重要的作用。

脾为后天之本。《内经》说：“脾为仓廩之官，五味出焉，能化糟粕，转味，而出入者也。”又谓“脾与胃，以膜相连，而能以胃行其津液。”脾、胃、肝、胆、小肠、大肠都属消化系统。脾主运化，主肌肉，主升清降浊，主四肢，开窍于口，其华在面，脾又有统血之功。故脾有运化水谷精微和水湿，统摄血液，使其能正常循行于经脉，不使外溢的作用，主四肢、肌肉之濡养和活动。脾与胃既相为表里，又为营血生化之源，故为后天之本。这足以说明脾对全身的协调活动，特别是对饮食物的消化、吸收、合成、代谢都有着十分重要的作用。它还对全身气血的充盈和虚衰、肌肉四肢之健旺和怠乏、面色唇口的润泽和萎枯都有极大的影响。

从上面的探索可以看出，中医对脾肾于全身的影响视为“脾肾为本”是有根据的。我们扶正祛邪的治则总的就是扶脾、补肾为重点。当然这中间包括了对气、血、阴、阳的扶助补益在内。在运用扶正的补养方法时，首先照顾脾胃，因为这个后天生化之源不能好好运化，那么任何补养都不能起到应有的作用。故而扶正法对脾胃的注意应放在首位。脾肾两者没有衰败，则抗病祛邪就有了本身的基础。笔者对防治肿瘤，按其不同病情或以补脾为主，或以补肾为主，或脾肾双补。在扶正的同时，并配以祛邪制病（抗癌）药。选用比较针对的药物，将扶正的补益药与抗病（癌）药同用，比单纯地用抗癌药似乎更为有益，副作用更少。

以下举出几个医案说明：

例一：王某某，女，20岁，1979年1月2日初诊。

患者于沐浴时感到腹部膨大异常，至妇女保健院检查，发现大量腹水，即入院。于1978年9月5日手术，病理切片证实为右侧卵巢无性细胞瘤。由于腹水多，另侧卵巢目视也远较正常为大。征得家属同意进行子宫及双侧附件全切。手术后作过5-Fu等化疗并放疗各1个疗程。出院时医院认为病人年轻及病的恶性程度较高，估计生命维持不能久长，约活半年。初诊时病人极度消瘦，精神差，胃纳差，失眠，头发脱落严重，腰酸，不能坐。白细胞数减少，血沉高。面色苍黄，口咽干燥，脉软，苔薄舌红。乃以补气血、益脾肾并抗癌药为法。处方：太子参12g，丹参12g，茯神12g，炙甘草9g，白术9g，黄芪12g，干地黄15g，鸡血藤18g，天冬12g，猫人参24g，半枝莲12g，薏苡仁30g，炒麦芽18g。服药半个月以后，面色渐正，胃纳展，睡眠亦安，腰酸减轻，白细胞数正常，乃仍以扶正祛邪为主。以党参易太子参，北沙参易天冬，酌加猪苓、平地木，并以杜仲、川断、六味地黄丸包煎代干地黄。以后复诊处方大致在此范围加减，1年后，检查血沉等均属正常。病人恢复工作，服药至今。历时20年有余，健复如常（注：2004年，此病人仍全日

上班工作)。

例二：黄某某，男，58岁，1978年5月8日初诊。

于1977年12月以无痛性血尿，于某院作膀胱镜检查为膀胱肿瘤。行膀胱部分切除手术，病理切片为膀胱移行上皮乳头状癌Ⅱ级。手术后曾服过中药。来年后于1978年5月5日膀胱镜检查为复发，并作电灼处理。初诊脉濡微数，苔薄，以扶正祛邪为主。处方：太子参12g，茯苓12g，白术12g，炙甘草9g，淡竹叶6g，白花蛇舌草9g，薏苡仁30g，黄柏4.5g，六味地黄丸30g（包煎）。以上方为基础，适当作一些加减，在扶正方面增加或更用党参、沙参、黄芪、天冬、平地木、黄精、红枣、炙鳖甲等；在抗癌方面加猪苓、半枝莲等。治疗3个月后作膀胱镜检查，未见肿瘤复发。半年后又作检查，亦未见复发。以后隔日服用上方，并每日煮食薏苡仁30g不间断，已恢复全日工作。

上项案例均据扶正祛邪治则，以补脾肾、益气血并与抗癌药同用，平稳无副作用而取效。

以上补脾、益气药有四君子汤、红枣、黄芪、薏苡仁等；补血养阴药有当归、鸡血藤、丹参、天冬、麦冬、沙参等；补肾有地黄、杜仲、川断、六味地黄丸等，均视病情而选择。抗癌药中猫人参，为猕猴桃之根，多用治麻风及肿瘤。薏苡仁，药理实验对某种癌瘤有抑制作用及治扁平疣有效，并有健脾渗湿作用。每日煮食30g，空腹代早餐，效用颇为理想。白花蛇舌草，药理实验对癌瘤、白血病有抑制作用并能促进抗体形成，增加白细胞吞噬力。半枝莲，药理实验对癌瘤有抑制作用。少数病例服用本品后略有大便次数增多之副作用。

扶正药中有些也有抗癌作用，如白术，药理实验能抑制某些癌瘤并有免疫促进作用。甘草对实验动物骨髓瘤等有抑制作用。茯苓、猪苓等也有抑瘤、增加抗体等功能。这里举例的药物也只是从一个方面来看。中医中药治肿瘤方法较多，用药亦有各种学术见解

之不同。

治疗肿瘤的资料和临床报道方法虽多，总的来看：一是单纯用扶正的方法治疗肿瘤，如日本矢数道明氏治子宫肌瘤用归脾汤而痊愈（见《汉方治疗百话摘编》），但这样的例子极少。二是以攻邪的方法抑制肿瘤，这是比较多见常用的方法，如活血化瘀、清利湿热、软坚散结、通络解毒等都属这类。用方选药上如草药龙蛇羊泉汤治肿瘤就是祛邪很有代表性的名方。至于从现时抗癌中草药制剂看，几乎都是以祛邪为主的。如三尖杉、喜树、山慈姑、斑蝥、山豆根、农吉利、蟾酥、黄独等制剂都是例子。三是扶正祛邪合并使用的，如以红参配合抗肿瘤中草药的制剂及上面举的医案也是扶正祛邪同时施用的例子。

笔者认为以上几种方法，用单纯扶正补益药来治肿瘤，如确证能提高机体免疫功能，对减少肿瘤转移和减少复发将会起到一定的作用，但目前尚少例证。二是以攻邪为主的方法，一般是值得大力推广采用的，也是无数案例证实有效的果断做法。如果邪实明显，正气不衰，防止复发转移，攻坚散结宜急，药量可适当用重；若一般肿瘤手术、放疗、化疗以后，病邪趋于缓解，正气有恢复倾向，但气阴损伤还明显存在时则攻邪之药宜适当减量并逐渐配合一些扶正、培本之品为妥。三是扶正祛邪同时合用的方法，如果病例选择恰当，本方法是可取的。面对邪正的矛盾，要做到“祛邪不伤正，扶正助祛邪”。至于扶正与祛邪以何者为主，二者是有区别的，但也不能截然分割。机体情况差异很大，邪正力量对比亦各不相同，不能笼统说以何为主。大体早中期，体力未衰，气血未损，可偏重攻邪。若晚期，气血衰败，应以扶正为主，但也不能疏忽攻邪。像肿瘤这样一种比较复杂而病程又迂回曲折的病证，要摸出一个精确平稳而又有效的治疗方法，确实要细致体味和探索。“玉石俱焚”的做法并不可取。要做到既不伤正，又不助邪，探讨恰当的扶正祛邪同时进行的做法可能是另辟蹊径的，这是以“无虚虚”、“无实实”

为根据的。不至于“故疾未已，新病复起”。肿瘤固然铲动而病人已奄奄一息，这是医生病人都不希望的事，因而用药要视病证而施，当用峻猛就用峻猛，如病人能承受，且有所见效，就得坚持守方，不可辍药。若是药后病人明显出现副作用，就应该调换措施。“粗工凶凶，以为可攻”的蛮干，是欠妥当的。而扶正祛邪同时进行的做法，可以减少或者避免这种不足之处。在我国目前条件下，遇到明确诊断为肿瘤而又可适当作手术的，尽量使之手术，力争做得早，做得好，手术切除后，结合服中药治疗比较妥当。有些病人畏惧手术，或不具备手术指征的，要求单独用中医中药治疗，则要慎重对待。笔者也曾治疗2例老年妇人子宫癌，畏惧手术而坚决要求服中药，虽然用扶正祛邪治疗多年，至今尚存活的例子，但是癌毕竟是癌，在现代医学条件下，单纯一种治法能延缓多久，很难简单估计，需要加倍地注意，严密地观察，定期检查，果断处理，决不能掉以轻心。

扶正祛邪的另一侧面就是饮食要恰当。有目的地摄取有扶正祛邪的作用的食物，亦是有助复健的。笔者曾遇一多发性肠息肉患者，经X摄片证实，但又不具备手术指征，乃嘱每日食薏米50~100g代早餐，未服其他药，连服半年以后，再摄片而肠息肉已不明显。即使是癌瘤患者日服薏米、茯苓，对防止复发亦有益而无害。其药理作用、机转如何应该进一步探索。

笔者不是专搞肿瘤的，但平时所治肿瘤病人较多。个人所见片面局限之处必然很多。管窥蠡测，只是为中医中药防治肿瘤提供设想而已。

（二）肿瘤医案选

余诊治各种肿瘤病人为数甚多，其中有手术切除后者，有放疗、化疗后者，亦有未经任何治疗即要求服中药者。虽多能见效，但难作比较观察。故选择了10余例，都为较典型的手术后复发病

例，经中医中药治疗，疗效较为满意者作为介绍。

余所治癌肿病人，处方中最大特点，即十之八九为薏苡仁（米仁）一味。用量为30~100g，另包。嘱煮烂，于每晨空腹时，食用半碗至一碗，或以之代早餐。必须坚持，不可间断。实践证明，凡照此办者，于癌肿患者之康复，大有裨益。

1. 纵膈淋巴肉瘤

朱某某，女，38岁，某百货商厦职工。1992年3月9日初诊。

患者因右腋下淋巴结肿大4月，伴右胸肋外侧刺痛1月，于1991年10月经某医院检查，被确诊为纵膈恶性淋巴瘤，即住某肿瘤医院作手术治疗，手术后又进行4次化疗。1992年初作CT等复查，仍见病灶。患者要求中医治疗。右胸侧时有针刺样痛，右颈侧有1.5cm×1.5cm的淋巴结肿，腰背牵掣，疲乏，面色萎黄，苔薄白略腻，脉虚。正虚邪毒内着。治拟扶正固本，祛邪抗癌。

西洋参3g（另煎），黄芪20g，绞股蓝18g，猪苓15g，七叶一枝花18g，白花蛇舌草15g，瓜蒌仁12g（杵），蒲公英30g，威灵仙15g，猫人参30g，延胡12g，薏苡仁60g（每日另煮空腹连渣服食）。

3月22日复诊：上药服14剂，右胸侧刺痛及腰背部牵掣明显减轻，纳食常，疲乏仍见，苔薄，脉濡。原方加杞子20g，女贞子15g。

4月9日复诊：右胸侧刺痛腰背牵掣基本消失，右颈淋巴结肿缩小，面色有好转，体力有所恢复（血象检查：白细胞 $3.8 \times 10^9/L$ ，血红蛋白105g/L，血小板 $110 \times 10^9/L$ ，中性分叶0.70），饮食、二便基本正常。上方去延胡，西洋参改用北沙参。

7月27日复诊：上方服用3月，体征消失，体力恢复良好。7月15日经CT等复查，病灶消失，无异殊。后续以上方加减调治年余，稳定巩固，经CT等2次复查，均正常。患者于1993年7月初上班工作，追访至今，康复如前。

按：恶性淋巴瘤，其发病机理可能与病毒、机体免疫功能损害、长期慢性感染及某些物理化学物质的长期刺激等因素有关，属于中医学“恶核”、“瘰疬”等范畴。中医认为与邪毒内结，或风热血燥痰凝及气滞血瘀，积而成结，日久正气虚亏而发有关。对本病的治疗，现代医学主要采取手术或放疗、化疗。而中医则多以扶正祛邪，消肿解毒，散结抗癌为主。

本例案患纵膈恶性淋巴瘤，经手术及化疗后病灶未消失，要求中医治疗。笔者对此类手术，或放疗、化疗后，病灶未除，症状仍存的癌症患者，治疗多以扶正祛邪为治。扶正以固其本元，提高其抗病能力。在扶正固本的基础上，配用祛邪抗癌之品，此乃治疗肿瘤之大法和根本。故方用西洋参、黄芪、杞子、女贞子、薏苡仁等滋阴补益气血之品，以扶正固本，提高机体免疫功能和抗病能力。佐以七叶一枝花、白花蛇舌草、蒲公英、猫人参、威灵仙等清热解毒，消肿散结之品，以祛邪抗肿瘤，合而成方，加减出入，共奏扶正祛邪，固本抗癌之功效。服用4月，病灶消失，续服1年，康复而上班工作。

2. 腮腺癌

王某某，女，50岁，工人。1990年10月15日初诊。

患者1988年患左腮腺癌，住某肿瘤医院进行手术切除治疗。手术后1年余，左腮部又发现2cm×2.5cm大小肿块，质地偏硬，有胀感，无疼痛，面、足浮肿，口干，血沉26mm/h。经原治疗医院复查，诊为复发。患者心情极为紧张，不愿再次手术，要求中医治疗。诊时：左腮部肿明显，面足浮肿，左腮酸胀，咀嚼尤甚，疲乏，纳不振，苔黄而薄腻，脉濡。（血象：血红蛋白85g/L，血小板 $80 \times 10^9/L$ ，白细胞 $8.9 \times 10^9/L$ ，中性分叶0.78，血沉32mm/h）。正虚邪实，热毒内蕴。治拟扶正祛邪，清热解毒。

北沙参20g，西洋参3g（另煎），黄芪18g，生地黄18g，藤梨根20g，银花15g，连翘12g，白花蛇舌草15g，苦丁茶12g，夏枯

草 15g, 冬瓜皮 30g, 薏苡仁 60g (另煮熟服食), 地枯楼 15g。

1990年11月12日复诊: 上药服21剂, 左腮及面颊部牵掣, 酸胀消失, 面浮肿, 口干等减轻, 左腮肿块、颈淋巴结肿有所缩小。上方加赤茯苓 15g。

11月26日复诊: 病情稳定, 面足浮肿消退, 颈淋巴结肿消失, 左腮肿块明显缩小。血象: 白细胞 $5.1 \times 10^9/L$, 血红蛋白 110g/L, 血小板 $100 \times 10^9/L$, 中性 0.67, 血沉 22mm/h。体力渐见恢复, 纳食正常。上方去地枯楼、冬瓜皮, 改银花为忍冬藤, 加半枝连 15g。

1991年2月15日复诊: 左腮肿块缩小至 0.5cm^2 大小, 余症已愈。血象均在正常范围。续以上方加减调治1年余, 诸症悉愈, 血象及CT等复查, 均正常无殊。后仍间断服药, 追访至今稳好康复。

按: 腮腺癌是发生于腮腺的恶性肿瘤, 现代医学对本病的发病原因, 目前尚未明确。有学者认为与病毒或感染有关。治疗主要采用手术切除或辅加放射治疗。本病属于中医学的“腮疮”、“流痰”等范畴。其发病多因正气内虚, 热毒内蕴, 气滞血瘀, 痰湿积聚所致。治疗应以扶正祛邪为原则。而本例手术后仍复发, 正气已亏, 邪毒内留, 治当扶正祛邪。方以西洋参、北沙参、生地黄、黄芪等益阴补气以扶正固本, 增其抗病能力; 用七叶一枝花、藤梨根、白花蛇舌草、银花、连翘、苦丁茶等, 清热解毒, 消肿散结, 以祛邪抗癌。经治1年, 诸症消失, 续服2年, 至今稳好。

3. 扁桃体癌

宓某某, 女, 44岁, 工人。1989年9月12日初诊。

患者1989年初患扁桃体癌, 经某肿瘤医院作放射治疗。4个月后, 扁桃体两侧又见复发灶, 吞咽感隐痛。医院要其继续作放射治疗。患者不愿再作放疗, 要求中医治疗。诊时咽部肿痛, 口干燥, 咳嗽, 汗多, 寐差, 头晕, 苔薄, 舌质红, 脉濡。血象检查: 血红蛋白 85g/L, 白细胞 $3.2 \times 10^9/L$, 血小板 $110 \times 10^9/L$ 。正气内虚, 痰火毒邪内蕴。予扶正祛邪, 益阴清热解毒。

西洋参 3g (另煎), 生地黄 18g, 玄参 18g, 川石斛 15g, 黄芪 20g, 绞股蓝 60g, 七叶一枝花 15g, 白花蛇舌草 15g, 夏枯草 15g, 山豆根 9g, 连翘 12g, 薏苡仁 60g (另煮熟, 每日空腹服)。

9月27日复诊: 上药连服14剂, 咽红肿、后咽部时感隐痛、口干、咳嗽等症状感明显减轻, 上方加半枝莲 15g。

10月27日复诊: 上方自感有效, 连服30剂, 咽喉红肿、口干、咳嗽、多汗等基本消失, 寐渐安, 精神大振, 饮食、二便正常 (血象检查: 血红蛋白 120g/L, 白细胞 $4.5 \times 10^9/L$, 血小板 $115 \times 10^9/L$, 血沉 15mm/h), 效不改方, 原剂再进。

12月12日复诊: 诸症消失, 血象检查均在正常范围。喉镜检查, 两侧扁桃体未见异常, 体力恢复较好。上方略作加减续服, 以期巩固。

1990年5月15日复诊: 病情控制、稳好, 血象及喉镜等检查, 均示正常。后继续服药, 一切稳好, 遂于1991年2月上班工作。至1993年底停药, 追访至今, 康复稳好。其间经多次复查, 未见异殊, 均属正常。

按: 扁桃体癌是发生在扁桃体的恶性肿瘤。现代医学目前对本病的病因尚不清楚, 一般认为与吸烟、接触有害粉尘及口腔卫生欠佳有关。治疗主要采用手术、放疗和化学治疗。其发病机理, 中医学认为系正气内虚、痰火邪毒内结于咽喉所致。而本例患者虽经西医放疗, 但癌肿未消而复发。此正气日趋虚衰, 邪毒仍内蕴于咽喉所致。故治宜扶正祛邪, 解毒抗癌为大法。方中西洋参、生地黄、玄参、川石斛、黄芪等滋阴生津, 补气益血以扶正固本; 七叶一枝花、山豆根、夏枯草、白花蛇舌草、连翘等清热解毒, 散结消肿以祛邪抗癌。本标兼顾, 终使复发之症得以治愈。

4. 卵巢内胚胎瘤

杨某某, 女, 29岁, 干部。1992年7月13日初诊。

患者因小腹两侧持续性剧烈疼痛10天, 伴发热 39°C , 于1992年

6月5日到某妇保医院急诊。经妇科等检查,确诊为:右侧卵巢肿瘤扭转伴感染。即住院作手术治疗。术中发现为右卵巢内胚胎瘤破裂,大出血,伴感染。手术后作化疗1次,体力明显不支。血象检查:白细胞 $1.2 \times 10^9/L$,血红蛋白 $78g/L$ 。甲胎球蛋白试验(AFP):大于 $3000 \mu g/L$ (正常值小于 $40 \mu g/L$)。医院认为暂不宜再化疗,要求中医治疗。

一诊:腹胀,少腹疼痛,虚乏,口干,纳滞,夜寐不安,神倦,面色灰白,苔中厚腻,脉濡。正虚邪滞。治则为扶正祛邪,消癥抗癌。

西洋参3g(另煎),黄芪18g,冬虫夏草4g(另炖),生地黄18g,川石斛5g,猪苓18g,半枝莲15g,七叶一枝花15g,蒲公英30g,藤梨根30g,石见穿15g,延胡9g。

7月27日二诊:上药14剂后,腹胀、腹痛减轻,口干、寐差、面色不华等好转(血象检查:白细胞 $3.2 \times 10^9/L$,血红蛋白 $105g/L$,AFP $600 \mu g/L$),药已奏效,加薏苡仁60g(另煮空腹服)。

8月31日复诊:自感效果较好,连服31剂,体征明显改善(血象检查:白血球 $4.2 \times 10^9/L$,血红蛋白 $110g/L$,AFP $40 \mu g/L$)。效不更方,略作加减续服。

10月8日复诊:体征基本消失,身体恢复较佳,血象检查均已正常。原方续服,以期巩固。

1993年3月5日复诊:体征消失,体力恢复良好。血象及CT、B超等检查均正常。坚持服药,于1993年11月初作再次复查,一切正常,即于1993年11月中旬上班工作。1994年3月又作复查,稳好无殊。至今治愈康复,并成为抗癌组织中之佼佼者。其激动、高兴之情,无法用语言表达。

按:卵巢癌是发生于卵巢表面体腔上皮和其下方卵巢间质的恶性肿瘤。其发病特点是发现晚,扩散快,疗效差。早期一般无自觉症状,通常要到肿瘤长得很大时,才被病人或医生发现。此时可打

及下腹部肿块，多为双侧性，或出现疼痛，并可产生各种压迫症状，或出现腹水。其发病病因现代医学认为可能与环境、生活条件及营养因素有关。其治疗主要采用手术切除或放射治疗、化学治疗。本病一旦被发现或确诊时，约有60%-70%的患者已属晚期，所以疗效较差，5年生存率约为30%，晚期病人尚不足10%。

本病属于中医学“癥瘕”范畴，其发病属于寒温失节，正气内虚，气血滞瘀，邪毒内蕴所致。治疗主要以扶正祛邪，消肿散结为大法。本案例手术后症状较重，AFP大于3000 $\mu\text{g/L}$ ，血象偏低，体力不支。此乃正气日衰，病邪稽留。倘再化疗，恐由于身体亏虚而导致病情的进一步恶化。对此，笔者以扶正与祛邪并重治疗，即用西洋参、冬虫夏草、黄芪、生地黄等气血双补，扶助正气，以增强机体抗病能力；用猪苓、半枝莲、七叶一枝花、蒲公英、石见穿等，消肿解毒，祛邪抗癌。立法正确，配伍得当，用药精良，故疗效显著，使患者转危为安，直至康复。

5. 直肠癌

吴某某，女，37岁，工人。1990年6月20日初诊。

患者于1990年4月初患乙状结肠癌，经某肿瘤医院作手术切除并进行化疗。半月后，因体力虚弱明显（血象：血红蛋白62g/L，白细胞 $1.3 \times 10^9/\text{L}$ ），恶心，呕吐，乃终止化疗，请求中医治疗。诊时，腹痛，腹泻（日15次左右），浑身乏力，面色苍白，头晕，神怠，毛发稀少枯黄，苔白薄腻，脉濡。乃正气虚衰，邪毒未尽。治则：扶正健脾，祛邪抗癌。

生晒参6g（另煎），黄芪20g，苍术、白术各15g，白芍18g，黄连4g，广木香9g，七叶一枝花15g，白花蛇舌草15g，猫人参30g，蒲公英30g，马齿苋30g，薏苡仁100g（分次煮熟，每日晨空腹服食）。

6月27日二诊：服药7剂，腹痛减轻，腹泻次数减少，日7~10次。药后见效，原方再进。

7月12日复诊：大便基本正常，日1~2次，已成形。腹痛基本消失，头晕、虚乏好转，恶心除，精神渐朗。血象检查：白细胞 $3.8 \times 10^9/L$ ，血红蛋白98g/L。饮食渐增，面色略有佳转。原方去马齿苋、广木香，加淮山药15g，绞股蓝30g，归脾丸30g（包煎）。

9月5日复诊：病情稳好，大便正常，纳食展，夜寐较安，血象检查正常，惟下肢软乏。上方去黄连，加川断9g、川朱膝9g。

11月20日复诊：体征消失，二便正常，体力恢复较快，血象及B超、CT等检查均正常。续以上方加减，调治年余，再次复查均正常，病得治愈康复。自感恢复良好，于1992年1月3日上班工作。后又坚持继续服药2年，其中又经3次复查，未见异殊。随访至今，康复如常，坚持上班工作。吴某还介绍其胞妹（患乙状结肠多发性息肉，医院要其住院手术，其不愿手术，经笔者诊治半年而痊愈）及其他癌患者到我处求诊，皆获得良好效果。

按：直肠癌是常见的恶性肿瘤之一，其发病率仅次于胃癌和食道癌。本病起病较缓慢，早期症状主要是大便习惯改变，大便次数增多，腹泻或大便不畅，大便中带血或便血。随着病情发展，大便时可伴有腹痛，并常有里急后重、肛门坠痛、消瘦、便血等症状呈进行性加重。晚期因癌肿转移至不同部位而出现肝肿大，肠梗阻，腹块，腹部持续性疼痛等症状。其发病原因现代医学尚不明确，可能与大肠慢性炎症（主要是溃疡性结肠炎等）、大肠息肉和腺瘤有关。此外，近年资料表明，食物中致癌物质如长期摄高脂肪、高蛋白、低纤维食物，较易产生大肠癌。其治疗，现代医学主要采用手术切除及化学治疗、放射治疗等。

本病属于中医学“脏毒”等范畴，其发病主要与肠胃失和，湿浊内生，郁而化热；或饮食不节，损伤肠胃，酿成湿热，浸淫肠道，肠道气血运行不畅，日久蕴结化为热毒，致使正气内耗，邪毒内盛而发病成癌。中医治疗本病主要运用扶正祛邪与辨证施治相结合的原则。本案肠癌虽经手术切除，但症状未改善，又因化疗而正气日

虚，体力不支。若继续化疗，或加速恶化重笃。至此，西医及患者要求中医治疗。笔者则视病情辨证施治，以扶正祛邪为大法，随证略作加减。共调治2年，得以治愈康复。

6. 喉癌

李某某，女，49岁，工人。1992年7月15日初诊。

患者因声音嘶哑2年进行性加重3月，经某医院检查确诊为：声门型喉癌。住医院进行手术切除治疗。术后2月，声音仍嘶哑，语声低，咽痛痒明显。作喉镜复检：声门处有肉芽样肿物2个，疑为复发病灶。右颌下淋巴结肿，伴右臂作痛。拒绝再次手术，前来我处诊治。喉痛，淋巴结痛，咽喉部有异物梗阻感，声低，音嘶哑，时有咳呛，倦乏，苔薄白，舌黯红，脉细弱。为正气不足，阴液亏虚，痰火邪毒结聚喉部所致。治则为扶正祛邪，予清热解毒，利喉消肿。北沙参20g，玄参15g，麦冬15g，桔梗6g，蒲公英30g，蝉衣9g，苦丁茶15g，七叶一枝花18g，半枝莲15g。

7月22日二诊：服药7剂，咽喉痛痒、右肩痛、喉呛等减轻。上方加白花蛇舌草15g。

9月12日复诊：服药后自感效果较明显，连服45剂，音嘶哑有好转，咽喉痛痒、喉间有异物梗阻感均明显改善，右颌下淋巴结肿明显缩小，饮食正常，二便调畅，精神大振。原方续服。

11月25日复诊：诸症基本消失，喉镜复查喉肉芽样肿物明显缩小，身体恢复较好。继予上方略作加减调治，半年后体征消失。经喉镜等复查，喉间肉芽样两肿物消失，其他检查均正常，未见异殊。病得治愈。为巩固疗效，现仍坚持服药。

按：喉癌是头颈部常见的恶性肿瘤，其主要临床表现为声音嘶哑，并呈进行性加重，咽喉部有异物感，吞咽不适，咽下疼痛，或伴有刺激性咳嗽，痰中带血，严重时有呼吸困难及颈部肿块等。现代医学认为，本病的发病原因不明，一般可能与吸烟、接触有害粉尘、口腔卫生不佳、维生素D代谢失调、内分泌失调及放射或病毒

等因素有关。对本病的治疗，现代医学主要放疗或手术治疗。

中医学认为，本病属于中医学“喉疔”、“喉菌”等范围。其发病多因情志不畅，忧思郁怒，肝肾不足，或阴虚阳亢，痰火蕴结，日积久聚喉部而成。治疗多从清热解毒与补益正气并重着手。本案喉癌手术后复发，且症状未减，病属正气已伤，邪毒留聚，阴津不足，痰火蕴结。治当扶正祛邪，益阴泄火与解毒消肿并用。故方用北沙参、玄参、麦冬、川石斛、黄芪等益气滋阴以扶正；用连翘、银花、苦丁茶、蒲公英、七叶一枝花、半枝莲等清热泻火，解毒消肿以祛邪毒。辨证确证，治法正确，用药得当，疗效显然。

7. 乳腺癌

王某某，女，42岁，教师。1990年9月5日初诊。

患者于1988年12月因患左侧乳腺癌在某肿瘤医院作手术切除并作附近淋巴清扫。术后4月余，腋下发见2粒肿块，按之痛，右乳有4~5个粒肿，左颈侧有1个2.5cm大小肿块。精神紧张，前来诊治。诊时，其颈部、腋下、右乳肿块，质地硬，按之痛。寐差，疲乏，背、肩胛尖作痛，面色萎黄，苔薄，舌黯，脉细。诊为正气虚弱，邪毒内留。治宜扶正祛邪，消肿散结。

党参15g，黄芪15g，藤梨根30g，七叶一枝花18g，蒲公英30g，青橘叶20g，王不留行12g，郁金9g，薏苡仁60g（另煮成粥状空腹服食），延胡12g。

10月10日复诊：上药连服21剂，腋下、右乳肿块有所缩小，痛亦有减轻。原方再服。

11月14日复诊：药后腋下、颈部及右乳肿块缩小较明显，疼痛消失，按之活动，精神渐振，夜寐亦渐安。上方去延胡，加天冬20g。续服。

1991年5月8日复诊：右乳及腋下肿块消失，左颈部肿块已缩小至黄豆大小，体力基本恢复。经胸部X线拍片及CT等复查，未见异殊。后以上方略作加减，调治近年，颈部肿块消失，余均正常。

为巩固疗效，仍嘱坚持服药，经多次胸部X线及CT等复查均示正常。遂于1993年6月初，上班恢复工作。追访至今，康复稳好。

按：乳腺癌是女性常见的恶性肿瘤之一，其主要症状表现为乳房肿块，肿块部位以乳房处上方较常见，质地坚硬，边界不清，绝大多数为单发，如侵及皮肤，则乳房外形改变，皮肤变粗，增厚，呈橘皮样，乳头内缩，或乳头血性渗液，癌性湿疹等改变。现代医学对本病的病因尚未完全清楚，认为可能与遗传因素、内分泌失调、慢性刺激等有关。此外，尚与过食高脂肪饮食，甲状腺机能减退，哺乳少，婚后未育等因素有关。

本病属中医学之“乳岩”、“乳石痈”等范畴。其发病多与情志失调，肝气郁结，或因冲任失调，气血运行不畅，气滞血凝，经络阻塞，瘀结乳中所致。而本案例手术后，正气已亏虚，邪毒未消尽，滞留而复发。对此，中医治疗宜扶正祛邪并适时随证加减，故方用党参、黄芪、玄参等，益气滋阴以扶正固本；用山慈姑、半枝莲、七叶一枝花、夏枯草、藤梨根、蒲公英等，清热解毒，消肿散结，以祛邪抗癌。在临诊中，笔者常以上方加减治疗乳腺癌，经治者数以百计，多获良好效果。

8. 子宫颈癌

顾某某，女，74岁，教师。1993年11月4日初诊。

患者1993年5月因阴道出血3月，经某医院妇科检查，病理切片，阴道镜检等，确诊为子宫颈癌Ⅲ期，即住院作放射和化疗。1个疗程后，白细胞 $1.8 \times 10^9/L$ ，血红蛋白78g/L，头晕，恶心呕吐，虚乏，体力不支。暂停放射和化疗。阴道浆液性渗液较多，会阴部有山核桃大小肿块，不能坐。患者及其家属要求中医治疗，前来诊治。就诊时，面色苍白，下身渗出液较多，有恶臭味，乏力，恶心，纳差，苔白，脉濡。证属正气虚衰，邪毒滞留。予扶正祛邪，解毒抗癌。

西洋参3g（另煎），黄芪20g，党参20g，白术30g，淮山药30g，

升麻3克，猪苓15g，黑蒲黄9g，蒲公英30g，猫人参30g，白花蛇舌草15g，半枝莲15g，七叶一枝花15g，薏苡仁40g（另煮粥状，空腹服食）。

11月12日二诊：药后下身渗出液减少，原方再续。

12月2日复诊：阴道渗出液明显减少，会阴部肿块亦缩小，恶心、呕吐消失，头晕、疲乏渐解。血象检查：白细胞 $3.3 \times 10^9/L$ ，血红蛋白102g/L。上方去升麻、黑蒲黄，加芡实15g、苍术15g。另配：野菊花30g，蛇床子20g，银花20g。每日1剂，煎汤外洗阴部。

1994年3月10日复诊：会阴部肿块明显缩小，阴道渗出液基本消失。头晕解，身体渐渐恢复（血象检查：白细胞 $4.2 \times 10^9/L$ ，血红蛋白115g/L，血小板 $110 \times 10^9/L$ ）。饮食二便正常。续以原方加减，调治半年，会阴肿块消失，阴道已无渗出液，血止未发，日趋康复。后几次复查，未见异殊。

按：子宫颈癌是妇女中最常见的恶性肿瘤之一。其临床表现早期一般无症状，或症状不明显，一旦出现症状多已是中、晚期。本病常见的症状是白带增多和阴道出血。白带可为浆液性、米汤样或洗肉水样，有恶臭味。阴道出血开始多见于性交或检查后，量常少而能自止，以后则可能有经期间或绝经后少量而不规则出血，晚期则出血较多。疼痛则多见于晚期患者。现代医学认为本病的发病与早婚，早育，多产，宫颈糜烂，宫颈裂伤，性交过频，包皮垢及精神刺激等因素有关。最近研究发现，与单纯疱疹病毒Ⅱ型感染有关。

中医学认为，本病多属于“崩漏”、“五色带”等范畴。其发病与正气内虚，冲任亏损有关。盖崩漏、带下是冲任虚损，督脉失司；或外受湿热，毒邪凝聚，遏阻胞脉；或肝气郁结，疏泄失调，气血凝滞，瘀血蕴结；或脾虚生湿，湿郁化热，湿毒下注，遂成此疾。中医对本病的治疗常以清化湿浊、解毒抗瘤与补益冲任兼治为大法。本案例年事已高，正气本渐衰，患病后经放、化疗，症状未减，

病灶仍存，体力明显不支。此乃正气大伤，邪毒未尽所致。治疗宜益气育阴，调补冲任以扶正固本为主，配以清热解毒，渗化湿浊以祛邪抗癌。故方用黄芪、党参、白术、山药、西洋参等，补益气血，滋阴生津，以复元固本，扶助正气，增加抗病能力；用蒲公英、猫人参、白花蛇舌草、半枝莲等，清热化湿，消肿解毒，以祛邪抗癌。笔者以上方加减治疗宫颈癌未手术者，或经手术后又作放、化疗，病情仍未见明显改善等病例，多取得明显治疗效果。

9. 卵巢癌、直肠癌

张某某，女，49岁，工人。1992年6月29日初诊。

患者1992年5月28日因便血3月，经省某医院检查，诊断为直肠癌，即住院行手术切除。在手术中发现右卵巢曾行切除手术，并化疗1次。6月23日，因少腹疼痛较甚，经复查发现，腹部及膀胱有转移灶。最后确诊为，卵巢浆液性乳头状腺癌Ⅲ期，伴结肠、淋巴结及脂肪纤维结缔组织转移性腺癌。患者拒绝再次手术，要求中医治疗。经病友介绍，前来诊治。诊时少腹部阵发性疼痛，胀满，头晕乏力，纳差，面色苍黄，夜寐不安，神怠，行走乏力，需由家属二人扶持，苔白腻，脉虚。血象检查：白细胞 $3 \times 10^9/L$ ，血红蛋白 $82g/L$ ，血小板 $80 \times 10^9/L$ 。诊为正气亏虚，邪毒内滞。予扶正祛邪并进。药用：西洋参3g（另煎），黄芪18g，制黄精15g，猪苓15g，半枝莲15g，七叶一枝花18g，白花蛇舌草15g，蒲公英30g，延胡索15g，白芍15g，川朴9g，淮小麦30g，红枣30g。

7月11日二诊：药后阵痛明显减轻，腹胀消失，饮食略有增加，自感体力略有恢复，行走亦能自主。

7月25日三诊：腹阵痛消失，纳食、二便正常，体力恢复较好，精神大振。血象检查：白细胞 $3.8 \times 10^9/L$ ，血红蛋白 $105g/L$ ，血小板 $100 \times 10^9/L$ 。药效已显，上方去延胡，再服。

8月29日复诊：病情稳好，寐安，饮食、二便如常，血象检查同上。原方加归脾丸30g（包煎）。另配服“扶正消瘤合剂”（系根

据笔者数十年临床经验研制而成的纯中药制剂)。

10月25日复诊：诸症基本消失，体力恢复良好，血象检查正常。经原住院医院B超、CT等复查，病灶消失，未见异殊。续以上方略作加减，先后共调治近2年（期间自练气功3个月，后终止），其病基本治愈。为巩固疗效，尚在间断服药，一切稳好。

按：卵巢癌、直肠癌属于中医学“癥瘕”、“肠覃”等范畴，其发病原因尚不明确。前者可能与环境、生活条件及营养因素等有关；后者可以与大肠慢性炎症、息肉和腺瘤有关。中医学认为，多由脏腑虚弱，正气不足，湿浊内生，或气滞血瘀，邪毒蕴结肠道或胞宫所致。

本案例既患卵巢癌Ⅲ期，又伴发直肠癌及腹腔淋巴转移性癌，先后二次手术。术后不久又见腹部及膀胱转移病灶。正气亏虚，元气大伤，邪毒稽留不去。此时若再作手术或放、化疗，其正气必将衰败，病呈危象或一蹶不起。对此，中医治疗先以扶正固本为主，辅以祛邪抗瘤治之。待正气渐复，病情较稳定，则可继以扶正祛邪并重，随证加减而治。方能控制病情，乃至改善、治愈、康复。

10. 急性粒细胞型白血病

章某，女，18岁，学生。1993年11月10日初诊。

患者因头痛、身热、月经出血不止，于1993年6月25日经某医院检查，确诊为急性粒细胞性白血病（白细胞 $12 \times 10^9/L$ ，血红蛋白 $95g/L$ ，中性分叶 0.80 ，血小板 $40 \times 10^9/L$ 以下）。住院治疗4月余，病情改善但不明显，要求中医治疗。诊时，面色不华，神疲乏力，心悸，身热 $38^{\circ}C$ ，鼻塞，声音略哑，苔薄黄，脉细数。血象：白细胞 $8.3 \times 10^9/L$ ，中性分叶 0.76 ，淋巴细胞 0.21 ，单核细胞 0.04 ，血红蛋白 $98g/L$ 。证属“急劳”。正气虚衰，邪毒内伏，治宜清热解毒，补益气血。

银花15g，连翘12g，大青叶15g，七叶一枝花15g，白花蛇舌草15g，水牛角15g（先煎），赤芍15g，丹参20g，白术20g，山药

20g, 归脾丸 30g (包煎), 当归 15g。

11月24日二诊: 身热渐退 (37.2℃), 纳食渐香, 疲乏有所好转。血象检查: 白细胞 $4.6 \times 10^9/L$, 中性分叶 0.60, 淋巴细胞 0.20, 单核细胞 0.02, 血红蛋白 112g/L, 血小板 $85 \times 10^9/L$ 。上方加鸡血藤 20g。

12月29日复诊: 热除, 饮食、二便正常, 夜寐安宁, 声哑愈。血象检查均在正常范围。惟感疲劳, 脉软。邪毒渐去, 正气待复。治宜扶正为主, 佐以祛邪。处方: 太子参 20g, 黄芪 30g, 丹参 20g, 当归 15g, 猪苓 15g, 杞子 15g, 鸡血藤 20g, 赤芍、白芍各 15g, 七叶一枝花 15g, 炙甘草 9g, 红枣 30g, 薏苡仁 40g (另煮成稀粥, 空腹服食)。续以上方为主调治半年余, 体征消失, 体力恢复良好。血象检查正常。并于1994年参加高考, 以优异成绩被某大学录取, 立志从医。至今稳好。

按: 白血病是一种造血组织的恶性肿瘤, 本病的病因至今尚未完全明确, 但与电离辐射, 化学物质的刺激, 遗传因素及病毒感染等因素有关。对本病的治疗, 现代医学主要以化学疗法为主, 能使较大部分的急性白血病得到缓解, 而缓解后必须维持治疗3年以上。

本病属于中医学的“急劳”、“虚劳”、“血证”等范畴。其发病机理多由正气内虚, 邪气侵入, 内伏机体, 若正不胜邪, 则发而为患。本病属本虚标实之证, 治疗以扶正祛邪为主。而本案患急性粒细胞性白血病, 虽住院治疗病情有所改善, 但未能明显好转。可见其正气日虚, 余邪留伏。然初诊时, 其人复感外邪而有身热等症, 故先以祛邪清解为主, 佐以扶正。方用银花、连翘、大青叶、七叶一枝花等药清热解毒以祛邪; 用当归、白术、淮山药、归脾丸等, 补益气血以扶正。邪去正渐复后, 则以扶正为主, 佐以祛邪之品, 以资巩固疗效。故后转方用太子参、黄芪、当归、丹参、枸杞子、鸡血藤等气血双补之品, 重在扶正固本复元。少佐猪苓、七叶一枝花、薏苡仁等清解之药, 以祛邪抗病。时时服之, 病愈、康复得以

巩固。

11. 胆囊癌慢性肝浸润

沈某某，男，45岁，职工，1991年6月6日初诊。

患者因右上腹持续性疼痛4月，伴恶心、呕吐、发热，于1991年4月13日住当地医院检查、治疗。经B超、CT等检查，初诊为肝癌晚期。半月后在硬麻下作剖腹探查，确诊为胆囊癌晚期肝浸润(癌肿12cm×10cm)。并认为已无法医治，未作切除手术，缝合后4天送上海某医院，检查结果完全一样。亦认为晚矣，无法医治。并预言只能存活20天左右。患者与其家属深感绝望，回家后准备后事。无奈中其在杭州的亲戚在朋友介绍下，怀着试试看心情，前来代患者求诊。笔者根据其亲属代诉及综合嘉兴、上海二地医院的病案记录、检查结果，经熟虑后，诊断：证属肝郁气滞，血瘀热毒内积，日久正虚不胜邪而发。治则蠲痛祛邪，佐以扶正。

处方：白芍15g，炙甘草9g，延胡10g，川楝子9g，金钱草20g，海螵蛸9g，石打穿15g，半枝莲15g，猪苓18g，白花蛇舌草15g，党参15g，黄芪15g。

10月21日复诊：患者一人亲自来杭州复诊，谓服上药7剂后，疼痛、恶心等减轻，自感有效而用原方连服3剂，体征消失，精神振奋，饮食、二便正常，体力渐复，并于10月12日、10月15日先后到当地及上海原检查诊断医院进行复查。经B超、CT等检查，2个医院结果一样：癌肿未见。当时，当地及上海医院的医生们感到很惊讶，认为这不太可能。但看到患者与原来检查时判若两人，身体恢复得这样好，也随之为其感到高兴。并谓“你遇到了一位医术高明的医生”。现未感到任何不适，效不更方，续以原方续服。

12月12日，沈某专程来杭州道谢，服药后一切稳好。经嘉兴及上海两地医院再次B超、CT等复查，癌肿消失，未见异殊。病得治愈，于12月2日上班工作。其家属及其单位领导和同厂职工，无不为之感到高兴。沈某真诚地说：“是何任教授给了我第

2次生命！”追访至今，沈某全日上班，康安无恙。

按：胆囊癌是死亡率较高的恶性肿瘤之一，有80%患者于诊断后1年内死亡。本病的发病原因，现代医学一般认为与慢性胆囊炎、胆石症有密切关系。本病的临床表现，其起病隐袭，早期大多无症状，主要表现为疼痛，位于中上腹或右上腹，可呈间隙性或持续性，钝痛或绞痛，进行性加重。消瘦、黄疸也是主要表现，并可有食欲不振、乏力、恶心呕吐等。现代医学对本病的治疗主要采用手术切除，或手术后配以化疗等。

本病属于中攻医学“癥积”、“肝积”、“黄疸”等范畴。其发病多由情志抑郁，气机不畅，肝胆失于疏泄，气滞血瘀，或湿郁化热，热毒内蕴，日积成癥，而正气内耗，邪盛正虚则发此病。治疗主要采用扶正祛邪与辨证施治相结合。本案例患胆囊癌晚期伴肝浸润，病属重笃。析其尚未作手术切除，且原来身体尚可，正气尚未虚甚，故治疗以攻补并施，攻邪兼扶正，辨治确切，用药精当，虽非峻猛之剂，却收效显然。如此绝症，竟奇迹般治愈康复。

久治难治病案探要

1. 何谓“久治难治病”

为什么我在标题上用了“久治难治病”而不称之为疑难病，因为疑难病者，是指诊断没有肯定，难以确定的病。当症状描述、检查资料似是而非，在疑似之间，因为诊断没有明确，治疗就难以正确进行，这是一种情况。再是诊断虽明，但目前的医药还不能很好的治疗，如帕金森氏症、肥胖病、阿狄森氏病、肝硬化、“再障”、白血病、某些恶性肿瘤等，虽不是疑症，却是难治之症。本文所说的久治难治病案，实际上多是常见病、多发病一类，由于种种原因，没能治愈。而经过进一步的探索，用辨证论治方法，四诊合参手段，分析其病因和患者所处环境情况，或是透过其所见症状，辨证明确，经治痊愈者。本文所指的多属这一类病案。

通过以下病例，使我们进一步对中医辨证论治这一诊疗规律，从认识证候到适当治疗，其包含着完整的极其丰富的知识和经验。当然，辨证论治是在中医理论基础产生的一种方法，离开了中医基本理论，就无法来进行中医的治疗。

过去中医诊病，没有或缺少物理、化学、生物学等先进技术检查方法来帮助，它几千年来所依靠的只有望、闻、问、切四诊。所注意的是医生直觉掌握病人的症状。本质决定现象，现象反映本质。现在虽然有了和懂得了各种先进的检测方法，但如果离开了或不熟悉中医本身的“四诊”、“八纲”，我们即使了解和掌握了完整的检测化验资料，试问，我们又凭什么来分析处理呢？

我写本文的目的是，即使在目前的科技条件下，也还是要熟练掌握和完善提高中医本身的理论和诊断治疗水平。

2. 病案举例

(1) 腕胁痛久治不愈案

患者，男，45岁，1990年7月5日初诊。

上腹部胀痛已五六年。发作时从胃脘部连胁肋一片均痛。经某医院X线钡餐诊断为十二指肠溃疡。B超诊断肝、胆、胰、脾均无异常。曾服中西药，少见疗效。有时服药后脘痛稍稍缓解，但胁肋胀痛依然，且出现呕恶、吐酸、口苦等症，其人消瘦。自谓发作起来连续几天痛连脘肋，口苦口干，烦躁不安，大便数日不下，苦不堪言。经诊舌质红而下，脉象弦数而虚。从病历上看已服中西药甚久。除西药外，中药大致服过辛甘助阳的六君汤加吴茱萸、高良姜，甘温和中的小建中汤加味，祛瘀止痛的失笑散加芍药、甘草之类。细察所服处方，虽方有所宗，但病痛并未缓解。

脘肋痛一症，首先以其作痛部位而言，当在心下，即胃脘部处。一般以饮食、烦劳、冷热等病因，导致气、血、痰、食停滞作痛。或肝气犯胃及肾寒厥逆皆能致痛。此例痛连胁肋，当然首先应与真心痛（如心绞痛等）相区别。此患者从未有冠心病、心绞痛类疾病，亦未有真心痛病史，钡餐诊断为十二指肠溃疡，并有胃经本病如胀满、噎噎、食少、便难等症状。故其病在中脘当无可疑。再细推诊，病人虽在运输轮上工作，但是并不是甲板上潮湿的地方，而是在轮船舱里极为燥热之动力间操作。平时饮食肥甘较多，食蔬菜鲜果较少。且每次出航运输，归时不能预期，思妻念子，情志郁结，气郁化火，自然犯在胃肝。按四诊所得，此脘痛病者，肝郁气结，气郁化火，当是火郁及情志所伤之症。病人长期工作场所高温高热，平时饮食又多膏粱炙烤，症已伤津。原服中药方之少见疗效者，盖六君汤系主治气虚痰饮、痞闷呕吐，由脾胃不和所生之胃脘诸疾；而吴茱萸及姜为温中止逆之品，对此病人并非对症；小建中汤者，主治虚劳里急，腹中痛，喜得温按，治心悸虚烦，虽方中有芍药甘草之缓急解痛，但属辨证欠确，自不能见效。至于失笑散，为活血祛瘀止痛之品，治少腹瘀痛为主，心腹疼痛由瘀血阻滞所致者，方可一投，此亦与本案主症未合。

诊断既明，方可论治，其治当以解郁清火、疏肝柔肝、泄热和胃。然此病人病期已久，舌红少津，其阴已伤，则宜以养阴疏肝更为恰当。乃处方：北沙参 10g，麦冬 15g，生地黄 20g，当归 10g，枸杞子 10g，川楝子 10g，黄连 3g，瓜蒌仁 20g，石斛 10g。7 剂。此方以魏玉璜一贯煎加味。一贯煎有滋阴疏肝之功效。对肝气不舒，肝阴失养，脘胁胀痛，吞酸吐苦，口干舌燥，舌红少津，脉虚弦而数者非常对证。所加减者，以病人口苦、干燥加黄连、石斛。大便艰结而加瓜蒌仁。服药 2 剂以后，大便润顺，口干略减，脘胁痛未作，服完 7 剂，则诸症明显轻减。又续服 7 剂。

复诊，在原方上加炙甘草 10g，淮小麦 30g，大枣 30g。以后即以本方为主续服，乃至痊愈。

按：本例久病数年未能治愈，在于诊断时未能四诊合参，而望、问两诊尤其未尽细致。故辨证欠确，以前所用方药虽方有所据，药有所投，但似是而非者，在于诊断未清，辨证未确，故投药亦均少效。其中有些辛燥之品，甚则还有伤阴增症之弊。仅此案而言，不可不细察个别特殊病人的心情、环境等各方面情况，若光靠闭目切脉，偏离了问诊这一重要手段，辨证既错，论治自不能准确。

(2) 久发眩晕不愈案

患者，84 岁，1997 年 1 月 5 日初诊。数人扶持病人而来，入坐后，目不能睁，谓张目则屋宇旋转，即思呕吐。经诊视，病人虽属高年，素体尚较健常，略丰腴。平时血压基本正常（约在 18.7/10.7kPa 之间），偶有波动亦不大。夙有痰饮证，眩晕时时发作，1 年中发作多次，发则头胀头痛，神情烦躁不安。旬日前烦恼、耳鸣响、目闭不能睁、起身时一阵眩晕、呕吐甚多痰涎、小便黄赤、大便干结。并谓这次发作曾服中药 7 剂，眩晕并未止。又去另一医院再服中药至今亦无效果，眩晕至今，经人介绍前来就诊。望其舌，舌质红而苔黄，脉象弦数。病人提供以前所服药方，有天麻钩藤汤（天麻、钩藤、生石决明、栀子、黄芩、川牛膝、杜仲、益母草、桑寄生、夜

交藤、朱茯神)及温胆汤(姜半夏、竹茹、枳实、陈皮、生甘草,生姜)。

按:眩晕一证,其病因病机,各种学说甚多。刘河间主风主火,朱丹溪主痰,张介宾主虚等。综观历代诸家论述,眩晕多以内伤为主。故有风眩、痰眩、火眩、虚眩种种。而华云岫所谓:“头为诸阳之首,耳、目、口、鼻皆系清空之窍。所患眩晕者,非外来之邪,乃肝胆之风上冒耳。”故一般高年所见眩晕,总以痰浊中阻,肝阳上亢,气血亏虚或肾精不足者为多见。此病人虽在耄耋之年,但见症一派肝胆实火之象,故头痛头眩、耳鸣不闻声响、大便干结,以及肝经湿热下注而小便黄赤。望其舌、切其脉乃取以泻肝胆实火、清肝经湿热之龙胆泻肝汤(《兰室秘藏》方):龙胆草10g,栀子10g,黄芩10g,柴胡10g,木通6g,车前子10g,泽泻10g,当归10g,生甘草6g,生地黄20g。7剂。服用1剂以后,头眩渐止,目已能张,渐思进食矣。观前医所处之方:用千金温胆汤者,该方原为清胆和胃,除烦止呕,见虚烦不眠、惊悸、胸闷、口苦、呕涎所设,虽对此病人亦有某种适用之处,但原为大病以后有上述见症者方为适宜。而名曰温胆者,在于一“胆”字。盖胆为奇恒之府,藏清净之汁,内寄相火。故病后胆虚所宜。本例病人为肝经实火,既非大病之后,又属肝经实邪,故投方不效。至于天麻钩藤汤,功能清肝热、潜阳熄风,主治肝经有热、肝阳上亢所致的头痛头晕、耳鸣眼花、手足震颤、烦躁失眠,甚或半身不遂,舌质红,脉弦。此方之功效,与龙胆泻肝汤大体上亦有类同之处。但天麻钩藤汤除平肝清热外,重在熄风,故用天麻、钩藤、石决明等,且本方亦有降血压之作用。本例病人为肝经实热,虽属高年而素体丰健,其见症除眩晕外,尚有小便黄赤之下焦湿热之状而并无震颤手抖动风之象,而且血压并不高。其失可谓毫厘之差,其方未能解其眩晕也。进龙胆泻肝汤而见效迅速,尽7剂而痊愈。以后此老妇人一遇头眩发作,即自行购服本方,屡屡见效。

从此案中可体现到辨证宜细，特别是虚实之分，邪之性质，病情症状，邪在何处，方与证从原则上合拍，用药必须丝丝入扣，才能奏效，张仲景《伤寒论》各篇均为“辨××病脉证并治”，《金匱要略》也是“××病脉证并治”，可见其对辨证之重视。他的特殊贡献，在于明确指出了“阴、阳、表、里、虚、实、寒、热”八个被后世称为“八纲”的证型。由此可见要针对性的治好疾病，“四诊”、“八纲”一定要强调，这是绝对必需的。

(3) 崩中案

患者，女，44岁，1996年4月16日初诊。

月经量极多，色淡，已行20天未净。以前曾有月经期不准，或停经2~3个月，经期亦不规则。此次由于工作、经济、家庭纠葛情绪不好，引起月经暴下血崩，迁延至今。病人面色苍黄，憔悴消瘦，气短懒言，心悸乏力，便溏纳少，舌质淡、苔薄，脉细缓无力。为心脾气血俱虚之证。处方：白术15g，党参30g，炒当归10g，炙甘草10g，伏神20g，远志10g，焦枣仁10g，黑蒲黄10g，阿胶珠10g，棕榈炭10g，血余炭10g，制香附10g。7剂。

患者病历记载：数月前曾因停经服过丹栀逍遥散，以后在月经崩下前服过益母膏。西医妇科检查中，诊为功能性子宫出血病，经西药内服和注射，止血1~2天后又见崩下不止，故请中医治疗。功能性子宫出血，乃由内分泌失调引起的异常性子宫出血，为功能失调性子宫出血，简称“功血”。因精神过度紧张、环境和气候改变、营养不良或代谢紊乱等等机体内外因素，通过大脑皮层干扰丘脑下部—垂体—卵巢轴的相互调节和制约而致病。卵巢功能失常，子宫内膜受影响，从而引起月经周期紊乱，经期延长和经量增多。治疗“功血”的基本原则是止血，调整周期和纠正贫血。

崩漏者，来势急迫，出血量多为“崩”；来势较缓，出血淋漓不断为“漏”。两者虽有血量多少和病情缓急之不同，然病机则一。在发病过程中，可以互相转化。如崩之后，病延成漏；久漏不止，

变而为崩。西医所谓功能性子宫出血属此范畴。一般崩漏以虚证多而实证少；热者多而寒者少；虚火多而实火少，如量多色鲜质稠，脉数者为热；色淡质稀薄，脉濡细者为虚寒；色紫有块，小腹作痛者为瘀血证等。一般辨证有血热崩漏、血瘀崩漏、气虚崩漏、肾虚崩漏之分。其治当分标本缓急，以调节脏腑功能为主。其治法次第，初用止血以塞其流，中用清热凉血以澄其源，末用补血以还其旧。本例患者，崩中之前辨证不确，一度月事混乱，数月闭止不行，曾用丹栀逍遥散以调经。用益母膏者，原为治气血不和，经期不准，行经腹痛，产后血瘀不净之用，与此证亦不相合。故崩前经不曾调准，崩作则止血无功。此例崩症久不愈者，首先应当止血塞流。据脉症为气血俱虚、心脾不足之崩证。故治宜塞流与澄源结合。处方以益心脾之归脾汤加止血塞流诸药。服药2剂后，崩止。服完7剂，则心悸气促有所改善，胃纳渐增。乃续予归脾汤数剂，以资巩固。

按：本例患者，从精神上之负担，情绪上之紧张，及经济条件之所限，营养不良，心脾衰乏。此《素问·阴阳别论》所谓：“二阳之病发心脾，有不得隐曲，女子不月，其传为风消，其传为息贲者，死不治。”王冰注谓：“肠胃发病，心脾受之。”肠胃有病，则不得隐曲，化源少而月经不至。营养差而肌肉消瘦。此病人原于精神、经济双重负担，神消导致形消，体弱消瘦，憔悴苍黄。虽未形成息贲，但已气短心悸。从“二阳之病发心脾”着眼，投与归脾汤以养心脾，而崩者首在塞流，故以黑蒲黄、阿胶珠、棕榈炭、血余炭摄止，复以制香附帅导之。服2剂即崩止神复，尽7剂而症瘥。近时有资料介绍：归脾汤对多种血液病，主要为再生障碍性贫血和血小板减少性紫癜，用归脾汤或加味归脾汤有效。动物实验证明，归脾汤有直接促进骨髓增殖之作用；归脾汤对血压有双相调节作用，可作临床参考。

(4) 癫狂病案

患者，女，42岁，1997年8月24日初诊。

由病人丈夫及女儿陪来，衣衫不整，表情淡漠。据病人丈夫告：病人对家务活动非常被动，一改其原先素有好洁状态，不知污秽，曾有多次夜间独自出走，走入邻家，被别人当作窃贼殴打多次，头面可见新旧伤痕多处。曾去精神病院诊治，诊为精神分裂证。至今近2年，消瘦萎靡，在家常独坐自语。服西药后情况有好转，但不久又故态复萌，生活不能自理。也曾服过中药逍遥散、四物汤、温胆汤等。细察病人两睛有红丝隐现，皮肤干皱。询其月经行期不准，行则色紫黯，腹痛多瘀块，善忘不寐，苔厚舌质黯，有瘀斑，舌下纹紫，便艰溲少，脉涩。此为气血凝滞、扰及神明。处方：桃仁24g，柴胡10g，制香附10g，木通6g，赤芍15g，姜半夏10g，陈皮6g，大腹皮10g，青皮6g，桑白皮10g，苏子10g，生甘草6g，生大黄4g。7剂。

半个月以后，病人由其女儿陪来复诊。自谓服7剂以后，渐感头目清爽，较能安寐，大便已畅下。又自服7剂，病情见稳好。察舌紫黯瘀斑已少，舌下纹紫亦较淡，脉涩。乃于上方中去大腹皮，加淮小麦40g，红枣30g。再服14剂。以后病人女儿来换方，谓服中药1个多月后，病人神情日见正常，已自整衣衫。略减西药药量，已在某单位工作矣。

按：癫狂病者，癫症以精神郁抑，表情淡漠，痴呆，语无伦次，静而少动为特征。多由痰气郁结，蒙蔽心窍所致。与狂症之动而多怒者有别，由于两症在临床上可以互相转化，故常癫狂并称。

癫狂病症状与精神分裂症同。精神分裂症为常见的精神病。多数人起病缓慢，早期表现为感情淡漠，病人变得日益孤僻。对外部事物不感兴趣，学习和工作效率下降，生活懒散。衣衫不整，污秽不堪；或离家出走，盲日游荡；独坐呆想，自言自语。有些病人精神萎靡，自诉头痛头昏，失眠心烦，类似神经官能症。本病早期常被误认为“性格问题”或“神经衰弱”而不予注意。亦常有幻觉、幻听。病人情绪亦常受幻觉影响，喜怒哀乐，变化无常。根据病人

主要症状表现，常可分单纯型、青春型、紧张型、妄想型等，各型亦能转化。常用抗精神病药有氯丙嗪、奋乃静、氟哌啶醇、泰乐登等。对此类病人要有人照顾，以防发生意外。

癫症多因痰气互结而成，若痰浊壅盛，郁久化热，则可能转化为狂病。狂病多出痰火扰心而起，若治疗后郁火得以宣泄而痰气留滞，亦可能转化为癫病。此外，气血凝滞者多见狂病，若病久气虚而血瘀者，则可能为癫病。在治疗上癫病之痰气郁结者，宜疏肝解郁、化痰开窍，如逍遥散合涤痰汤之类；气虚痰结者，宜益气健脾、涤痰宣窍，四君子合涤痰汤之属；气血两虚者，宜益气健脾、养血安神，用养心汤。而治疗狂病上，若痰火扰心者，以涌吐痰涎；阴虚火旺者，以滋阴降火、安神定志，如二阴煎、定志丸等；而气血凝滞者，宜活血化瘀、理气解郁，用癫狂梦醒汤送服大黄蟾虫丸。

本例病人，初时以癫病见证为多。但以后多次夜间出走，进入邻家，则又是狂病之表现。且四诊合参，睛有红丝，皮肤干燥，舌黯纹紫，月经情况，均可证明气血凝滞，扰及神明所致。王清任所谓：“癫狂一症，哭笑不休，詈骂歌唱，不避亲疏，许多恶态，乃气血凝滞，脑气与脏腑气不接，如同做梦一样。”即是所谓的灵机混乱，神志失常矣。此例所处方者，即癫狂梦醒汤全方酌加大黄通腑去瘀。本方以重用桃仁配以赤芍活血化瘀，柴、附理气解郁，青皮、陈皮、大腹皮、桑白皮、苏子行气降气，半夏和胃，甘草调中，木通为防其蕴热而没。此例病人瘦少，此方尤为适宜。上药组合，主次有序，佐配细致，确为一治癫狂病疏气化瘀之良方。故服用以后，气血凝滞渐渐疏解，神志亦渐渐清朗。复诊之时，病人之女询问：“我母亲生病至今，消瘦甚多，现在已经渐渐治好，想给她吃些补品是否可以？”余思及《素问·灵兰秘典》曾曰：“心者，君主之官也，神明出焉”，“主不明则十二官危，使道闭塞而不通，形乃大伤”。此病人以神明不清，则脏腑不接，使道不通，形体消瘦。于是告病人女儿：病人神志渐渐好转以后，脏腑之气通达就能气血

有养，不再消瘦。目前还是继续服药治疗，如条件允许，饮食上可多进营养鲜软易消化之物，就能日见康复。但仍要服药一段时间，以求巩固，免其复发。

(5) 尿路感染案

患者，女，38岁，1997年5月18日初诊。

小便频数，初始排出有涩痛和灼热感，尿色黄赤，量不多。首次发作是在2年以前，曾服磺胺类药物有效，但胃脘不舒服，改服抗菌素及中药以后，每次身体感到疲乏或月经净后就要复发，发作时尿意频急，解后仍想解。口干咽燥，腰酸，手足心发热，要求服中药。观其舌质红，苔薄，脉数沉细。乃诊为湿热蕴结而肾阴不足，予滋阴补肾、清热利湿。处方为：生地黄20g，牡丹皮10g，山药15g，茯苓20g，山茱萸10g，泽泻10g，杜仲10g，黄柏10g，知母10g，马齿苋30g，蒲公英30g。7剂。

此病例西医诊为尿路感染。泌尿系统感染包括肾、肾盂、输尿管、膀胱、尿道等细菌感染。由于这个系统各部位联系密切，故某一部分的炎症容易沿尿路扩散，但局限性的炎症多是短暂的。如初是膀胱炎，很快就会上行侵犯肾盂及肾实质，而发生肾盂肾炎。患者初起有排尿涩痛和灼热感，尿频尿急，小便短黄，颇似急性膀胱炎。症状主要是尿频尿急、腰酸及口干舌燥等较典型的尿路感染症状，其病历和化验单记载连续多次定量尿培养结果，中段尿培养菌落数 $> 10^5$ ml，尿白细胞检查，亦 > 5 /HP，故诊断是可以确定的。经过磺胺类药物、呋喃坦定、卡那霉素等治疗病情一时好转，过后又复发。

此病例属“淋”、“癃”之证。历代诸医家多认为诸淋皆为肾虚膀胱生热，故小便涩而不利。其治法原则上，初起宜清解结热，疏利水道，不用补涩。淋而渴，属上焦气分宜淡渗轻灵，清肺气而滋水之上源。淋而不渴，属下焦血分，宜味厚阴品，以滋肾阴泄水之下流。比如肺燥不能生水者，可以生脉散加减：心火及小肠热者，

可用导赤散；肺脾积热，移于膀胱者，可以黄芩清肺饮；肾水亏，小便赤涩者，用加减一阴煎等等。目前，中医临床上治疗本病，大致是用清热解毒、泻热通淋、滋阴益肾法。根据四诊所得加以分别处理。此患者还经过中药八正散（瞿麦、扁蓄、木通、车前子、滑石、栀子、炙甘草、煨大黄）、导赤散（生地黄、甘草、木通）等对症治疗，由于没能坚持中西药继续治疗，以致病情反复发作。

二诊：患者自服5月18日方7剂以后，尿频尿急明显减轻。腰酸亦解，手足心热减轻。原方再服7剂，舌质红已不明显，诸症悉解。处方：知柏地黄汤加黄芪，1日1剂，续服2个月。检尿正常，至今未再复发。初诊处方以六味地黄汤加杜仲以滋阴补肾并清利，加知、柏在于清热利湿；而马齿苋味酸寒，有清热利湿、凉血解毒作用，一般用于治淋、治带、痢疾、疮毒颇见功效；蒲公英甘苦寒，清热解毒，为治乳痈疮疖常用药，目前用治尿路感染亦甚有效果。初诊方服14剂后，改服知柏地黄汤加黄芪2个月，主要从补肾着眼，并结合补气。按《素问·宣明五气篇》说：“膀胱不利为癃”。吴昆谓：“癃，不得小便也，癃而一日数十溲，由中气虚衰，欲便则气不能传达，出之不尽，少间又欲便，而溲之亦出无多也。”张景岳则谓：“膀胱为津液之府，其利与不利，皆由气化，有邪实而膀胱之气化不利而为癃者，有肾气下虚，津液不化而为癃者，此癃闭之虚实也。若下焦不能约束而为遗尿者，以膀胱不固，其虚可知。”尿路感染虽与癃闭症状不尽全同，但反复发作，膀胱气化不利，其虚则一。故初起时不用补，如复发频作，则又当以补肾补气为主，酌加清热利湿之品。而补肾补中气方剂，决不是服几剂就可阻止复发，必须继续服用1~2个月，方能巩固疗效。《灵枢·口问》篇谓“中”气不足，则便溲为之变。”尿路感染之防止其复发，最终还当以补肾补气为主的方法治疗。

(6) 阳痿案

患者，男，40岁，1998年10月16日初诊。

素体颇壮，经商操劳，近年来得阳痿之证，房事时初则阴茎勃起不坚，渐至不能勃起。曾全身体检，除血压偶尔略高外，无其他异常。曾用过西药雄性激素口服及注射较长时期，初起尚有效验，但以后即无效。为了急于治好，曾购服市场上治疗男性性功能不全的成药及进口西药育亨宾。服用育亨宾时，有较强的功效，但造成面色发红、头昏头胀等症，故亦忧心忡忡，心存疑虑。就诊时携来多种中西成药样品，要求代其选用。诊其脉弦数，舌质红，苔薄，神情焦急，乃以安心神为第一步。处方：党参 15g，茯神 20g，石菖蒲 10g，生甘草 6g，陈皮 6g，酸枣仁 10g，山药 15g，当归 10g，柴胡 10g。7 剂。并嘱其暂停服中西成药，先戒躁宁神，调整情绪，以后再进一步用药。

复诊时谓服上方以后心情比较宁静，只同服育亨宾一种，但阳痿依然，并无功效。诊其面色黯红，口苦口干，手足心热，腰酸阳痿，舌质红，少苔，脉细而数。乃补肾养阴为主。处方：生地黄、熟地黄各 20g，龟板 30g，山药 10g，枸杞子 10g，茯苓 15g，山茱萸 10g，牡丹皮 10g，炙甘草 6g。服 14 剂。半个月后，患者手足心热已解，口苦口干渐渐好转，阳痿比前已有好转。观其面色已不如前之红黯，舌质正常，脉微数。于是再以本方加菟丝子续服 15 剂以期巩固。

阳痿之证，为常见男子性功能障碍，不能进行正常的性生活。其原因是多方面的，多数是由于神经系统功能失常而引起。一般体检时没有明显体征，生殖器发育和第二性征方面都正常。此类患者通常往往有神经衰弱症状，如头昏脑胀、腰背酸痛、乏力或盗汗等，此外神经系统器质性病变，如肿瘤、损伤、炎症等可以引起神经功能紊乱而影响性功能。内分泌系统的疾病，如双侧隐睾、睾丸发育不全和外生殖器本身的损伤或疾病，如尿道下裂、阴茎局部病变等都可引起障碍。

《内经》称阳痿为阴痿。《灵枢·邪气脏腑病形》篇谓：“阴器

不用”，“宗筋弛纵”。《灵枢·经筋》篇谓：“热则筋弛纵不收，阳痿不用”。认为虚衰邪热均可引起阳痿。后世医家多从劳伤、肾虚立论。如《外台秘要》在阳痿治疗上多选用菟丝子、蛇床子、肉苁蓉、续断、巴戟天等温肾壮阳、填精补髓之品。《景岳全书·阳痿》篇之论说清楚而精辟。它说阳痿“多由命门火衰，精气虚冷，或以七情劳倦，损伤生阳之气”；“亦有湿热炽盛，以致宗筋弛纵”；“凡思虑焦劳，忧思太过者，多致阳痿”；“凡惊恐不释者，亦致阳痿”。对阳痿的治疗，也比较完备，如对命门火衰，精气虚寒而致阳痿者，用右归丸、赞育丹等；对血气薄弱者，用左归丸、斑龙丸、全鹿丸之类；对思虑惊恐伤脾肾者，用七福饮、归脾汤之类；对肝肾湿热以致宗筋弛纵者，清火以坚肾，然必有火证火脉内外相符者，方是其证，宜滋阴八味丸或丹溪大补阴丸、虎潜丸之类。至清代，对阳痿的成因，如沈金鳌、林佩琴更是阐述精细，而《临证指南》在论阳痿的多种治法之后，还说：“惟有通补阳明而已”。

本例患者，中年，平时体健无病，经商，整日操心，息养机会极少。平日宴饮应酬，心脑多有损伤，七情劳倦而渐成阳痿。初时病急乱投医，购服中成药，多为温助元阳之品，一度还自购单方雄蚕蛾、韭菜子、海马、海狗肾之类，没有医生指点，盲目食用。同时常用育亨宾，虽见效于一时，但日久天长，肾阴渐伤，焦忧烦患，乃致血压波动，阳痿未能治愈复添心神不宁之症。故初诊先予宁神安心之品，先解除其不正常的心境状态。复诊时，所见征象，显示出真阴不足之象，如腰腿酸、掌心热、口干口苦、面色黯红、舌红、脉细数等。之所以损及真阴，一则经营操持伤及心肾，再则久服温补肾阳助火之药及温热药单方。复诊处方，系取张景岳左归饮为主，而同时用生地黄者，使之生津清火之功更好些。并参左归丸之用龟板（不用鹿角胶），更助其养阴之效。故本方用后阳痿渐瘳，诸症悉解。从此中得出治阳痿不能单用补阳助痿之药。因阳痿病，并非全由肾阳虚造成，亦有肾阴亏虚等多种原因。这类患者绝不能概

以补肾壮阳治之。所谓：“善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷。”徐洵溪治阳痿，避刚燥用柔润亦是此意。若遇阴损及阳者，宜柔剂养阳，如以《金匱》肾气丸即是。以左归饮为主者，亦是用纯甘壮水之一法也。

(7) 胆囊炎

患者，女，45岁，1998年6月初诊。

时作腹痛，位在右上腹部，痛则放射至右肩胛部，曾有溲黄及胆红素阳性，血转氨酶轻度增高，经B超诊为胆囊炎伴少量小结石。曾因进食油腻等物反复发作多次，发作时住院治疗，药用阿托品、阿莫西林及服中药胆石冲剂、小柴胡汤等。现胸间闷阻，腹痛并有热灼感，泛泛欲吐，纳滞厌食，大便偏溏，舌苔黄腻，脉弦。

处方：党参15g，黄连6g，炙甘草6g，桂枝6g，姜半夏10g，干姜6g，红枣10g。7剂。

复诊：服药后，胸闷腹痛减轻，泛漾亦平，大便渐成形，胃纳有增加。乃再续原方14剂，以后较长时间未再复发。

按：胆囊炎、胆石症分急性和慢性分别治疗。急性发作期有发冷、身热、血中白细胞增高者，应进行抗感染治疗。如以阿莫西林、头孢菌素等静脉滴注，并选用解痉剂阿托品等。慢性者常有右上腹疼痛，时作时止，虽无身热等症，但因饮食不慎而引起。本病案实为慢性胆囊炎。

中医辨证，胆囊炎之主要症状属“胁痛”、“腹痛”、“胆胀”、“癖黄”之类。凡饮食失当，情绪失调，或受外邪，湿热蕴结，肝气郁滞，升降失司，胆汁阻滞，可以见身热、胁痛、黄疸等症。肝胆之气失和又常致脾胃受病而厌食、呕吐等。常见之“胁痛”，其病机总包括在肝气郁结或瘀血停着，肝阴不足，外邪侵袭诸端。而此四端又可互相影响，互相兼见，可据而辨治。其处方如小柴胡汤、柴胡疏肝散、旋覆花汤、复元活血汤、一贯煎、逍遥散等等，为习见常用者。

《伤寒论》谓：“伤寒，胸中有热，胃中有邪气，腹中痛，欲呕吐者，黄连汤主之。”其方为“黄连3两，炙甘草3两，干姜3两、桂枝3两（去皮），人参2两，大枣12枚（擘），半夏半升，七味煮去滓，温服，昼三夜二”。本方证是由胸中有热、胃中有寒、升降失调、表里失和所致，故立方以寒热并投，上下兼治。本例病案见症为黄连汤证，为张仲景升降阴阳之治法。成无己谓：“湿家下后，舌上如苔者，以丹田有热，胸上有寒，是邪气入里，而为下热上寒，此伤寒邪气传里，而下寒上热也。胃中有邪气，使阴阳不交。阴不得升，而独治于下，为下寒腹中痛；阳不得降，而独治于上，为胸中热欲呕吐。与黄连汤升降阴阳之气”。从黄连汤之配合而论。汪庵说：“黄连苦寒泄热以降阳，姜、桂辛温除寒以升阴，人参助正祛邪，半夏和胃止呕，甘草、大枣调中止痛。上中二焦寒热交战，以此和解之”。按黄连汤实为小柴胡汤之变方，以桂枝代柴胡，黄连代黄芩，干姜代生姜，所谓“从中而和之法”，故其能收平调寒热，升降阴阳，和胃逆之功。正如喻嘉言所说的：“不问下寒上热、上寒下热，皆可治也。”

胆囊炎见证，多为寒热错杂，阴阳失其升降。以六经分证，当在少阳范畴，和法是可以用的。在急性发作时，有畏寒、身热、胁腹疼痛、呕恶、大便失调者，当视表、里证而和之。慢性胆囊炎，其证正如柯韵柏所谓：“虽无寒热往来于外，而有寒热相传于中。”是上下，不是表里。故虽亦可以用小柴胡解少阳，但小柴胡为和表里之方，不如用黄连汤以和上下、升降阴阳更为恰当。余遇慢性胆囊炎或伴有胆石症，症见胸中有热，胃中有邪气胁腹痛欲呕者，即用黄连汤为首选方。用以升降阴阳、寒热并投，上下兼治、寒散热消、胃和逆降，其证自速愈，且愈后复发亦不多见。黄连汤用于临床，不仅胆囊炎可得显效，而对急慢性肠胃炎，某些溃疡病以及其他肠胃疾患，只要见证有胁痛，心下痞满，恶心呕吐，腹痛，食少，或大便利下，辨证属于阴阳失调，寒热上下者，均可用以和调升降。

然则黄连汤固以调达上下为主，但汪沅庵说：“上下未有不分表里者。大概上焦属表中下属里，胸中与太阳为近，故用桂枝。”此为对上、下、表、里之另一种认识，颇可作为理解分析黄连汤用法之参考。

(8) 不孕症

患者，女，38岁，1996年2月18日初诊

结婚4年来未孕。经当地妇院检查无任何器质性疾病。平时月经准期，行经正常，4~5日而净。除偶有头痛肢倦乏力外，胃脘部食后欠舒，大便溏薄。舌苔薄白，脉微弦。先疏气健脾和胃。处方以泻心汤加味，7剂。

复诊：服完7剂，胃脘已舒，大便亦较成形。因求子心切，乃要求治疗不孕症。

按：结婚同居2年以上未孕，为原发性不孕。从女方来说，不孕之原因主要是：①卵巢不排卵。由于内分泌失调，精神紧张或过度焦虑、重度营养不良、慢性疾病引起或由于卵巢发育不全、功能早衰。②输卵管不通。由于炎症粘连、管腔阻塞。③子宫不正常。如子宫发育不全、子宫内膜结核、肌瘤等。④其他如严重阴道炎或宫颈炎时，炎性分泌物影响精子活动力等。本病例经当地妇院检查无上述情况，基础体温测试亦基本正常。其丈夫到有关专科检查亦均属正常。据此，乃为之处方如下：制香附40g，制苍术40g，藿香40g，防风40g，前胡40g，苏叶40g，薄荷40g，厚朴40g，草果仁20g，姜半夏40g，乌药40g，陈皮40g，焦麦芽80g，春砂壳20g，炒枳壳40g，焦山楂40g，白蔻仁10g，木香30g，茯苓50g，川芎20g，羌活20g，白芷20g，甘草20g，当归40g。制法：以上药各研细末，和匀，再研极细，水泛为丸。每日服2次，每次服12g，温开水吞送。嘱其先服此一料以观察。约于1997年底，患者来长途电话告我，她已怀孕，经医院检查，妊娠已4个月。

不孕症，中医有“无子”、“断绪”、“绝产”等名称，为女子婚

后不孕，或育孕后未能再次怀孕。一般除先天缺陷外，后天原因常见有肝郁、血虚，痰湿、肾虚、胞寒、血瘀等引起冲任失调，难以摄精受孕。此例不孕症，经西医妇科各种检查，并未有任何器质性疾病，基础体温亦属正常（男方亦无不正常情况）。视其所能见到者，略有脾虚气血失调，乃不予汤药，只予丸剂，以缓图之。按此丸方为《萧山竹林寺妇科秘方考》之“秘制太和丸”原方，余略调整其药量。该方治妇女月经不调、经行腹痛、腰酸带下、骨节疼痛、胸闷食少、停经腹胀、腹虚泄泻、积年不孕等症。而其可治之“脾虚泄泻、积年不孕”则为投用本方之唯一可据之处。余用本方治无器质性病不孕症之妇女已多例，均有意想不到之治疗效果，此例亦如是。

“秘制太和丸”用药24味，有祛表者，有温益健脾者，有和胃理气者，有益气调经者，具有阴、阳、表、里、虚、实多种药物组成。其总体有调整阴阳、疏表达里、理气和血之效益。故于“积年不孕”尤见功效。但是要进一步说明太和丸中各药的具体作用和它在方中的主、次作用是困难的。这使人想到很多有确实治疗效果的名方，其药味组合庞杂难解，比如《金匱要略》鳖甲煎丸治疟母、消癥瘕有它一定的疗效。近时有人以鳖甲煎丸治肝脏纤维化亦有明显效果。像这种用药庞杂的方子，很难完全说清它的道理和作用。又如胡庆余堂的名牌成药辟瘟丹，几十年来被千万人用治疗痧症、急性胃肠炎真是价廉效宏的，它也是几十味药组成，也是“庞杂”的。这在古代方书中例子很多。后世医生对历代名著中这些庞杂费解的处方多有诟语，认为处方中寒、热、温、凉、气、血、攻、补等药都备，使人费解，这确是一个极为复杂的问题。当然也可以将方中某味药、某味药的性能来分析，加以阐述，但它合成一起的作用，恐怕难细致的说得清楚。它之所以有显著效果，这个“庞杂”可能是一个关键。这个问题从古到今很多钻研方药深刻的学者，也是有同感的。孙思邈著《千金方》，他的学识渊博。对他所收载药

味庞杂的方剂，自己也深深怀疑过。如在“芫花散”方下说：“吾始得之于静智道人，将三纪于兹矣。时俗名医，未之许也。然此用之，极有效验。其用药殊不伦次，将服节度，大不近人情。至于救急，其验特异。”孙思邈也明白从一般常规用药来说是讲不通的，但他还是相信实践经验，而不拘常制把它收载于《千金方》中，因为他试过有显著的效果。由此可见我上面所说的“秘制太和丸”治不孕症，多数患者都得到治验，但对其方庞杂，只好像上面的大致概括的阐述分析，却难说得细致深透。实践是检验真理的标准。这种在理论上目前尚难解决的问题远不在少数，留待进一步探索。

路志正



路志正，男，1921年12月出生于河北藁城。幼承伯父路益修学中医，继拜孟正巳为师，1939年毕业于河北中医专科学校。

现任中国中医研究院广安门医院内科主任医师，内科研究室副主任、教授，中国中医研究院资深研究员，全国中医风湿病学会主任委员，国家中药品种保护审评委员会顾问。

历任中华医学会中西医学学术交流委员会委员，《北京中医》《中医杂志》编辑，全国内科学会副主任委员，内科心病专业委员会副主任委员，内科痹病专业委员会主任委员，北京中医学学会理事，北京中医药学会副理事长、顾问，北京老年康复医学研究会副会长，卫生部国际交流中心理事，北京中医药大学名誉教授、客座教授，马来西亚马中厦大中医学院名誉院长，伦敦中医学院名誉教授，长春中医学院客座教授，广东省中医研究所客座研究员。

精通中医典籍，崇尚脾胃学说和温病学说。擅长中医内科、针灸、妇科、儿科。对于中医疑难病症，主张综合治疗，常内外同治，圆机活法，因证而施，并特别重视食疗。对于眩晕、风湿和类风湿性关节炎、萎缩性胃炎、胆石症、甲亢和甲状腺瘤、白塞氏综合征、干燥综合征、冠心病、糖尿病等，均有自己的独到见解、积累了丰富的经验。曾提出中西医结合治疗血吸虫病晚期肝硬化腹水的方案，总结中医治疗流感的经验，率先运用中医温病学理论治疗钢水大面积灼伤，参加编写《中国针灸学概要》，主编《中医内科急症》《实用中医风湿病学》，“路志正调理脾胃法治疗胸痹经验的继承整理研究”获国家中医药管理局中医药基础研究二等奖。

肾心痛辨治

“肾心痛”是中医病名，始见于《内经·灵枢·厥病》篇，提出：“厥心痛，与背相控，善噤，如从后触其心，伛偻者，肾心病也。”本病的发生与心肾阴阳虚衰、精血失于资生、手足少阴经脉失调、水火不能相济有关，其病位在心，病本在肾。本虚标实是发病的基础和条件，其结果是心脉痹阻，发为肾心痛。本文着重论述我在辨治因肾虚所致心痛的临床思路与方法。

一、定义与范围

因肾阴肾阳虚损，心阴心阳失于濡养温煦，而致心脉痹阻引起心痛者，称之为“肾心痛”。证见心痛彻背，背痛彻心，胸背拘急，畏寒肢冷，腰膝酸软，伛偻不伸，足跗浮肿；或面色苍白，惊恐不安，冷汗自出等。舌体胖，质淡，或紫暗有瘀点，苔白滑润；脉沉涩、细弱或结代，或头晕耳鸣、咽干、腰酸、五心烦热、夜热盗汗，舌红苔少，或有裂纹，脉沉细小数，或虚大无力。

肾心痛相当于冠心病心绞痛的部分临床表现。而兼有肾经证候。

二、发病机理

1. 肾虚是致病的主要原因

《素问·上古天真论》曰：丈夫……五八肾气衰，发堕齿槁。六八阳气竭于上，面焦，发鬓斑白。七八肝衰筋不能动，天癸竭，精少，肾脏衰，形体皆极……。人过中年肾气渐衰，病后失养等皆为致虚的原因。若肾阳虚，心君失于温煦，阳不胜阴，寒凝涩滞，心脉收引挛急，发为心痛。命门火衰致阳不化气，水气凌心，痰凝血瘀，心脉运行失畅，引起心痛。若肾阳虚气化失职，不能上济心阴，

心脉失于濡养，虚风妄动而心脏络脉痉挛而发生心绞痛。若。肾精亏虚，精不生髓，髓不生血，血脉失充，心脉失荣而发为心病。

2. 阳微阴弦是致病的主要病机

《金匱·胸痹心痛短气病脉证治》曰：“夫脉当取太过不及，阳微阴弦，即胸痹而痛，所以然者，责其极虚也。今阳虚知在上焦，所以胸痹，心痛者，以其阴弦故也”。“阳微”是本虚，是发病的基础；“阴弦”是结果，是发病的机制。上焦胸阳不振，下焦阴寒偏盛，有如大地雪封冰冻，天空黑云密布之象。下焦水饮痰涎之阴邪上乘阳位，致痰浊、瘀血、气滞、寒凝等搏结，阻塞气机，心脉痹阻而发心痛。

3. 少阴经脉失调，是心脉阻滞的关键所在，少阴经循经路线是肾心痛临床表现部位。

心肾同属于阴经。手少阴心主火，居上焦；足少阴肾属水，居下焦。心肾借经络之通道上下连络，心火下蟄于肾，肾水上奉于心，水火既济，心肾交泰，则心火不亢，肾水不寒，经维持正常机体阴阳水火相对的动态平衡。精生髓，髓生血，肾精虚则血无从所生；血化精，心血虚，精无从所化。血虚则经脉失于流畅，精少则经脉涩滞。手足少阴经脉失于流畅，阴阳偏颇，水火未济，心肾不交，阳虚阴盛，心痛由然而生。

肾心痛发作，临床表现部位与手足少阴经脉的分布密切相关。手少阴心经出心系，络小肠。支脉从心系上夹咽，联目系，至小指末端桡侧，与手太阳小肠经相接。足少阴经从足小趾始，斜走足心，出舟骨粗隆下……支脉出肺，络心，入胸中，与手厥阴心包络经相接。肾心痛临床表现于心肾经所主病候和循行部位有关。如：①咽干，咽喉发紧，咽痛(局部无红肿)。②肩痛，腋下痛，上肢内侧痛。③胸憋窒闷，心痛，背痛，腰脊痛。④气虚善恐，心惕惕，如人将捕之。⑤下肢内侧痛，足踝痛。这些临床特征与现代医学所称变异性心绞痛近似。

4. 惊恐致情志所伤，是发病的一大诱因

惊则气散，恐则气下。若肾虚失其封藏固摄之权，突如其来之惊吓恐惧，神明受伤，心脉挛缩而痛。现代医学研究亦证实，精神紧张恐惧、愤怒，恶梦及突然响声可使肾上腺交感反应明显增加，儿茶酚胺分泌量明显增高，交感活性物质的骤增引起Q—T间期延长以及冠状动脉痉挛，甚至引起心肌坏死。

临床还应提请注意：有部分病人发病时只有轻微疼痛或仅表现为颈部发胀、嗓子发憋、吞咽困难。甚或毫无疼痛的感觉，只表现为呼吸困难或恶心欲吐、上腹部胀痛等胃肠道症状。少数患者，特别是高龄老人或体质很衰弱的人，发病后往往毫无疼痛感觉。故对于无典型心绞痛表现的患者，需要特别注意辨证，以免贻误治疗时机。

三、辨证论治

肾心痛可由肾虚及心，或心病及肾，心肾同病。肾阴虚不能上济心阴，肾精虚不能化生心血，肾阳虚不能温煦心阳，水火失济，心肾不交。五脏损伤，终必及肾，其病位在心，病本在肾，本虚标实，虚实夹杂。其疼痛多表现在手足、少阴二经循行路线部位，并应参考这二经是动、所主病候，并伴见肾阴虚或肾阳虚、阴阳并虚等的兼证。其治以滋肾阴或壮肾阳为主，辅以和血化瘀或温化痰饮，或燮理阴阳，交通心肾。抓住肾虚的本，兼顾心痛的标，心痛急性发作时治标，缓则补肾，或心肾并调。要特别警惕有部分年老体虚、命门火衰的病人，其心病症状表现不明显，而病情却十分凶险。

1. 肾气虚心痛证

人体的生长发育到衰老死亡是肾气由盛转衰的结果，这个过程主要通过肾之精气所产生的一种“天癸”物质所完成，“天癸”动态变化的过程也是肾气变化的过程。《素问·上古天真论》说：“丈

夫……二八肾气盛，天癸至，精气溢泻，阴阳和故能有子。七八……天癸竭，精少，肾脏衰，形体皆极”“女子……二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下，故有子。……七七任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，地道不通，故形坏而无子也”。人到中年，肾气渐衰，阴阳俱损，天癸渐少，形体趋于老化，脉络趋于僵化，血流缓慢滞涩甚或瘀阻不通，而出现心痛等证候。

临床表现：胸闷不舒，阵发心痛，心悸怔忡，健忘气怯，腰膝痿软，精神萎靡不振，阳萎滑精，畏寒肢冷；或见呼多吸少，喘促汗出；或见睡中遗尿，小便失禁；或见面色苍白，滑精频作；舌质淡，苔白；脉沉细无力，或间歇。

治宜补肾气、滋肾阴、壮肾阳。方用《景岳全书》右归丸(熟地黄、山药、山茱肉、枸

杞子、菟丝子、鹿角胶、杜仲、当归、肉桂、制附子)加减，气虚血瘀酌加黄芪、人参、丹参、桃仁等益气活血；乌药、桑螵蛸等以固摄肾气，相火旺加知柏，滑精加龙骨、牡蛎、莲须、芡实等以固涩肾精。

2. 肾阴虚心痛证

心阴靠肾阴不断地补充、滋养，才能血脉流畅，维持其正常的功能活动。肾阴虚、心阴失养可出现：①心阴虚，心血津液亏乏，脉道涩滞，心脉瘀阻，心机失养而发心痛。②心肾阴虚、相火妄动，热炼津亏，血液粘缩，堵塞心脉，血流失畅，引发心痛。③心肾阴虚相火偏亢，心脉失于濡养，虚风上扰，致心脉痉挛而引起阵发性心绞痛。

临床表现：心胸灼痛，头昏目眩，耳鸣，口干咽干，五心烦热或潮热，或骨蒸劳热，盗汗遗精，失眠，易做惊梦，小便短赤，舌质红，少苔或光剥无苔。少数病人阴虚内热伤及血分伴见齿衄或尿血。肾阴虚夹湿热则伴见膏淋下消(糖尿病性冠心病心绞痛)。

治宜壮水滋肾，清热相火。方用《景岳全书》左归丸(熟地黄、

山药、山茱萸、枸杞子、菟丝子、鹿角胶、龟板胶、牛川膝)合《症因脉治》知柏天地煎(知母、黄柏、天门冬、生地黄)加减应用。考虑到心主血脉的生理特点,应适当加丹参、川芎、赤芍、桃仁、郁金等

养血活血药物。伴有眩晕耳鸣加石决明、灵磁石;遗精加金樱子、复盆子等收敛固涩药。伴有血尿加女贞子、旱莲草、茜草、阿胶珠等凉血止血药。伴见下消症加黄芪、山药、苍术、枸杞、生地、元参等。

3. 肾阳虚心痛证

肾阳对人体各脏腑起着温煦生化作用,是推动各脏腑生理活动的原动力,正如《难经》所说:“命门者,诸神精舍之所舍,原气之所系也”。若肾阳亏虚,不能温煦心阳,致心阳不振,形成心肾阳虚。阳虚则生内寒,胸阳失于温煦鼓动,寒凝心脉,瘀阻本滞,不通则痛。如阳虚复感寒邪,阴寒凝结胸中,胸阳不得伸展,心脉痹阻。《素问·调经论》指出:“寒气积于心中而不泻,不泻则温气去,寒独留则血凝泣,凝则脉不通”。如阳虚不能化气行水,水湿内聚,致水气凌心。或水湿蕴结,凝为痰浊,阻闭心脉,气血失于正常流通;若命门元阳衰微,心阳失去鼓动的原动力,血流缓滞;则心痛猝然发作。多见于老年体衰病人,心痛虽不明显,但病情险恶,常危及生命,应严密观察,先为防治。

临床表现:心痛彻背,呈阵发性绞痛,心悸气短,畏寒肢冷,神倦阳萎。舌质淡胖,苔白或腻;脉沉细或结代。或面浮足肿,阴下湿冷,或见五更泻,或突然昏仆,不省人事,目合口开,手撒遗尿之脱证。

治宜温肾壮阳,益气活血。方用金匱肾气丸(干地黄、山药、山茱萸、泽泻、茯苓、牡丹皮、桂枝、炮附子)合《景岳全书》保元汤(人参、甘草、肉桂、黄芪、糯米)加减。兼水肿者酌加温阳化气行水之药。兼见五更泻者,酌加《证治准绳》四神丸(补骨脂、肉

豆蔻、五味子、吴茱萸、生姜、大枣)以温阳厚肠。若见肾心痛的脱证,先益气回阳固脱,及中西医结合救治;兼见心律衰竭,脉数疾,气短,口唇紫绀等症,属中医心肾阳衰,水气凌心者,选用真武汤、人参汤、五苓散等方加减应用。兼见心律失常,病窦综合征者,酌用生脉散、人参养荣汤、麻黄细辛附子汤等。如频发早搏属湿邪阻滞者,在温阳的同时,加用祛湿化浊法,选藿朴夏苓汤三仁汤灵活加减运用。

4. 肾精虚心痛证

《素问·六节藏象论》曰:“肾者主蛰,封藏之本,精之处也”。《上古天真论》曰:“肾者主水,受五脏六腑之精而藏之。”肾藏先后天之精,精充则肾气旺。肾精不足,则不能生髓,髓不能生血,而精虚衰,心脉失营,而发心痛。

临床表现:心胸隐痛,或阵发隐隐作痛,腰膝酸软,精神萎靡,健忘怔忡,眼花耳鸣,面色黧黑,毛枯发脱;阳痿,过早衰老,舌淡,苔白,脉多沉细无力,或细数,或结代。

治宜填补肾精,养血活血。方用还少丹(熟地、山药、牛膝、杞果、山萸肉、茯苓、杜仲、远志、五味子、楮实子、小茴香、巴戟天、肉苁蓉、石菖蒲)合四物汤(当归、川芎、白

芍、熟地)加减。可酌加紫河车、龟鹿胶、阿胶等血肉有情之物。

5. 心肾不交心痛证

心主火,肾主水心火下降,肾水上升,水火既济,心肾交泰。阴平阳秘,精神乃治。如肾阴虚不能上济心阴,致心火独亢于上,反而下汲肾水,久则肾阴肾精不足,先天告匮,心阴心血更亏,而形成恶性循环,手足少阴二经经脉功能失调,心脉失养,心神不安,心痛频作。

临床表现:心胸憋闷灼痛,心烦懊恼,失眠多梦,腰膝酸软,烘热盗汗,五心烦热,咽干口干;舌红少苔,脉细数等症。治宜交通心肾,养血通络。方用《伤寒论》黄连、阿胶、鸡子黄汤合《韩

氏医通》交泰丸,(黄连、肉桂)或《摄生秘剖》天王补心丹(生地黄、五味子当归、天门冬、麦门冬、柏子仁、酸枣仁、人参、玄参、丹参、茯苓、远志、桔梗、朱砂),根据临床不同病情,灵活加减应用。

6. 惊恐伤肾心痛证

《阴阳应象大论》曰:“恐伤肾”,《素问·举痛论》曰:“惊则气乱,……惊则无心所倚,神无所归,虚无所定,故气乱矣”。恐则气下,……恐则精却,却则上焦闭,闭则气还,还则下焦胀,故气下行矣。《宣明五气论》曰:五情所并:……并于肾则恐”。《类证治裁》说:“惊恐伤神,心虚不安。”大惊卒恐,则精神内损,肾气受伤,气陷于下。肾气损则精气怯,致惶惶然不可终日,惕惕然如入将捕之。现代法医,对因受惊吓死亡的人,尸检发现心肌断裂。

临床发现:心痛频作,精神紧张,焦虑恐惧,濒死感,恶闻响声,心悸不安,失眠,恶梦频作多,或用二便失禁。舌红,苔薄白,脉弦紧小数,或细弦。

对此类证候治疗,务使病人消除顾虑,使其精神有依托,避免情绪紧张,改善周围环境,避免突然响动及暗示性语言。再治以补益肾气,安神定志。方用《普济本事方》茯神散(茯神、熟地黄、白芍、川芎、白茯苓、桔梗、远志、人参、大枣)酌加珍珠粉、琥珀粉、生龙齿、紫石英、灵磁石等镇潜安神药。

四、病案举例

例一:

张某某,男,62岁,退休工人。1993年4月7日初诊。

患者三年来常感心悸,乏力,咽中阵发性紧缩感,曾到多家医院检查,确诊为“冠心病”,经用药疗效不显。现主要证候:咽喉部反复出现发紧发憋感,同时胸闷隐痛亦加重,伴见心悸怔忡,腰酸痛,精神不振,乏力倦怠,阳痿,肢冷。舌质淡红,苔白、脉沉涩、结代。心电图示:左束支传导阻滞,频发早搏,心肌供血不足。

诊断为：冠心病心绞痛，中医辨证为肾心痛，治以温肾助阳，益精填髓，佐以行气和血。处方：熟地 12g、山药 10g、鹿角胶 6g、烩化、菟丝子 10g、枸杞子 10g、制附片 6g、仙灵脾 12g、当归 10g、丹参 15g、玉蝴蝶 12g，6 付，水煎服。

服上方后，精神好转，嗓子发憋感次数减少，但仍有心悸、乏力、脉搏间歇频作。上方加细辛 3g、太子参 12g 以益气通阳。在此基础上，先后加减用生龙牡、肉苁蓉、桂枝尖、炒桑枝、绿萼梅等。共治疗四个月，服药百余付。临床证状消失，心电图改善。嘱甚慎起居，避风寒、节饮食，继以“金匮肾气丸”善后。

例 二：

任某某，女 53 岁，干部。1992. 年 4 月 15 日初诊。

胸闷、阵发性胸痛、浮肿三年余，加重 5 个月，患者于 1988 年春节期间，因突受寒冷刺激，出现胸部憋闷，伴左侧胸痛，并放射至左臂内侧，剧痛难忍，伴窒息感；几分钟后疼痛自行缓解，但周身瘫软，出大汗，因上述现象连续发作而去“医院”诊治，确诊为：冠心病心绞痛，给予“消心痛”、“心痛定”静脉滴注丹参注射液，治疗一月余，症状缓解。此后胸痛连及后背等证间断性发作，并有面部及下肢浮肿，便溏，恶寒肢冷等证。今年春节再度胸痛大发作而住院治疗，经中西医诊治疼痛缓解，病人要求出院来本院门诊求治。现主要证候：神疲乏力，精神萎靡，面部虚浮；语言低微，心悸短气；阵发胸部憋闷，疼痛连及胸痛及左臂腰膝酸软，下肢凹陷性浮肿，四末欠温。大便溏，小便频、尿少，舌淡红，质胖，有齿痕，苔白滑；脉沉细小数。心电图示：下壁心肌梗塞，伴心房纤颤，诊断为冠心病心肌梗塞，心房纤颤，心绞痛。中医诊断：肾阳虚心痛，治以温肾壮阳，益气健脾。真武汤合四君子汤加减：制附子 6g、干姜 6g、白芍 10g、白术 10g、太子参 12g、丹参 15g、川芎 9g、巴戟天 15g、桑寄生 15g、上油桂粉 4g、(冲服)2、檀香(后下)6g。7 付水煎服。

服上方后，胸痛发作次数明显减少，怯冷减轻，浮肿消退大半。法契病机，守法不更，继服上方。后在上方基础上加减进退，用过西洋参、黄芪、当归、泽兰、杜仲、狗脊等药，共服70余剂，患者自我感觉良好，心绞痛未再发作，心电图示：陈旧性心肌梗塞。嘱其慎风寒，勿劳累，常服：“金匱肾气丸”或“济生肾气丸”以防复发。

例三：

吴某某，男59岁，1994年7月29日初诊。

患者患有冠心病，不稳定型心绞痛十二年余，失眠，阳痿5年。每年因心绞痛反复发作而住院，本年6月24日出院后，坚持服用消心痛等药物，但病情如故。近两月愈来愈烈，近日发作次数频繁，发作时服用硝酸甘油、消心痛等药尚能缓解一时，但不能根除，随来我院求治。就诊时见胸闷气短，胸部刺痛，固定不移，有时突然发作，胸痛彻背，心痛如绞，心悸不宁，肢冷汗出昼轻夜甚，面色胱白，少气懒言，夜寐不安或不寐，唇甲色暗，手足麻木，腰酸膝软，尿频量少，大便不成形，下肢轻度浮肿，舌质紫暗，边有瘀点苔薄白，脉左沉细小数，右沉细小滑尺弱，测BP21/13kpa，心电图示：“心房纤颤，呈缺血性S-T段Ⅱ，ⅢavF，V4～V8均压低改变，提示：心率失常，心肌缺血。四诊合参为肾阳衰新奇不足之候，属厥心痛中的肾心痛。治宜温肾阳，益心气为法。方拟：淡附子（先煎）6g，仙灵脾15g，肉苁蓉10g，熟地（先煎）12g，紫丹参15g，太子参12g，白术12g，茯苓20g，芍药12g，麦冬10g，五味子4g，生牡蛎（先煎）20g。

煎服方法：淡附子、熟地、生牡蛎，先煎30分钟，后入诸药，文火煎30分钟取汁200~250ml，去渣过滤将一、二煎药液混合，分2次温服。

医嘱：

1. 注意起居、饮食有节，忌辛辣、刺激性及肥腻不易消化之

食物。

2. 调解心身，保持情志舒畅。

3. 服药期间，若有感冒发热时暂停服药。

4. 对疗效要有信心，要了解本病病情复杂，需较长时间调治。

5. 服药半个月后病情若见好转，可继续服3个月。古人云：“延久之病而虚弱者，理宜温以补之，补乃可用于常……不可求速效”。

1994年12月22日复诊，经4个月服药，目前胸痹疼痛已完全消失，偶有心悸；但不寐症状明显改善。唯四肢欠温，两下肢下午浮肿，舌略暗，苔薄白，脉沉细，本人根据古人：“命门动气为生不息之根”“运气足则运化有常，水道百利”的理论，既见效，继守原方缓缓调之，患者经3个月余的继续服药治疗，所有肾心痛之症状未见发作，失眠阳痿亦见痊愈。

1996年5月3日作者亲去随访，至今未见患者自述心绞痛发作。失眠、阳痿已愈，并给予心电图复查示：窦性心率，S—T，Ⅲ avF，V4略压低，测BP20/13kpa，多年顽疾霍然，现恢复如常。

按：冠心病，心绞痛均属疑难病之一，复发率较多，治愈难。而本人在此患者治疗上综合分析，认为属命门火衰，不能上济于心。缘心肾同属少阴，经脉相连，阴阳相贯，君火必赖相火之温熙，始能离照当空，心君泰然。若命门火衰，则失于气化而不能上济于心，致阴盛阳微，气血滞涩，痹而不通，而成肾心痛重证。明·赵献可命门学说作了生动譬喻：“余有一譬焉，譬之元宵之鳌山走马灯，拜者、舞者、飞着，无一不具，其中间惟是一火耳。火旺则动速，火微则动缓，火息则寂然不动，而拜者、舞者、飞者、走者，躯壳未尝不存也。”以上形象地说明了十二官的功能活动，都必须以肾间命门火为原动力。肾心病的病位虽在心，而其本却在肾，治病必求于本。经本人温补命门之火，使周身气学得到调和，犹如走马灯一般活跃起来。方中取淡附子，味辛大热而走命门，纯阳之味，补先天命门真火；仙灵脾，温补肾阳为君，配熟地养血滋阴，以制

附子之刚而济其勇，生脉饮合白芍药以益气养阴为臣，在补心肾的同时不忘扶脾。因脾为后天之本，气血生化之源，先天之精和命火，均赖后天水谷精微之充养，故以白术、茯苓，益气健脾，利湿泄水寒之气为佐，生牡蛎宁心安神，敛阴潜阳而为使。诸药合用共奏温肾阳，益心气之功。使十余年的顽疾霍然。不寐，阳痿等症亦相继而愈。

焦 树 德



焦树德，男，1922年5月出生。早年向外祖父学习中医，1941年开业行医，1950年通过卫生部高级医师考试。现任中日友好医院学术顾问委员会委员、专家室副主任、教授、主任医师、学位审评委员会委员，国家中医药管理局专家咨询委员会委员，北京中医药大学名誉教授，美国中医药研究会、新加坡中医学院毕业医师协会学术顾问，全国图书奖、科技进步著作奖评委会评委，全国中医药学术顾问，中华中医药学会心脏专业委员会主任委员、风湿病专业委员会副主任委员、内科学会副主任委员，中药学会理事，中国医学基金会理事，被收录于英国《剑桥国际名人辞典》。享受政府特殊津贴。

擅治危急疑难重病，提出“继承前人学术，博采今人之长，突出中医特色，立足创新发扬”的学术观点；在诊治类风湿关节炎、强直性脊柱炎等方面，创立了“尪痹”、“大傴”等新病名及诊治规律；创制了“尪痹冲剂”“尪痹康复I号”“尪痹康复II号”等治疗尪痹的新药；曾多次应邀到世界各地讲学；主要著作有《用药心得十讲》、《方剂心得十讲》、《从病例谈辨证论治》、《医学实践录》、《焦树德临床经验辑要》等，发表论文60多篇。

治愈痞气（肝大）的临床体验

中医古典医籍中，虽然没肝大这一名词的记载，但有腹中有“积”块的论述。我在临床上运用中医“脾之积，名曰痞气”的理论和方药，治愈了几例肝大的病人。今结合两个肝大病例，谈谈个人的体会与经验，供同道们临床参考。

（一）病例报告

（1）史某，男，30岁，工人。初诊日期：1962年4月5日

病史摘要：1958年6月曾患肝炎。1961年8月因痢疾住入北京某某医院，发现肝大、肝功能不正常，诊断为早期肝硬化。11月出院后，虽经治疗肝病，但肝功能一直不正常，肝大不消退。近来各种症状又见加重，特来我院就诊。

现症：胃脘发胀，两胁胀痛，有时刺痛，左侧较重。胃脘部有一大积块，如覆盘（肝大）。腹鸣，大便溏，1日2行。两眼眶疼痛，经常有鼻衄。周身倦怠乏力。脊柱上半段疼痛。下午五心烦热，夜难入睡，且多梦，面色晦暗。舌质边、尖绛红，苔白。右手脉弦滑，左手脉弦。查体：心肺（-）；肝大，横径（左肋弓下缘和左胸骨旁线交点处与右肋弓下缘和右乳中线交点处）12.5cm；直径（剑突下正中线）8cm。质较硬，表面光滑，压痛（±）。脾未触及。腹水征（-）。肝功能化验：血清蛋白总量72g/L，白蛋白38.5g/L，球蛋白33.5g/L。麝浊20单位，麝絮（++++），谷丙转氨酶290单位。

辨证：根据病人最突出的症状是肝脏明显肿大，与前人关于“脾之积名曰痞气，在胃脘，覆大如盘……”的论述相一致，故可以诊为“痞气”积块。再据其两胁胀痛，有时刺痛，兼见左手脉弦，知为肝经气血郁滞。肝郁犯脾，故见胃胀，腹鸣，便溏；脾胃气血痰食久滞不化，故胃脘处形成大积块如覆盘；阳明之脉行于眉

骨近处而过，阳明胃脘有积块，久久不消，经气运行失畅，故目眶疼痛，右脉见弦滑，舌苔白等。中焦受克，运化欠佳，气血生化不足，再兼久病入血，致血虚内热而经常鼻衄，下午五心烦热，舌质红绛，面色晦暗。正气渐虚，而现身倦乏力，脊柱疼痛等象。综观脉症，诊断为肝郁犯脾，久生痞气积块之证。

论治：痞气为年积月累渐积所成，治疗也须渐渐消磨，不能朝夕可去，如若攻之太急，则反伤正气，正伤则积愈痼。所以日前不能用大毒、峻烈的药去大攻大泻。应先用调肝和中，佐以软坚化积之法，疏达气血，使积块渐渐消散。

处方：生石决明15g（先煎），生牡蛎15g（先煎），焦神曲12g，夏枯草9g，炙鳖甲15g（先煎），地骨皮9g，银柴胡9g，乌贼骨9g，茜草根9g，三棱4.5g，莪术4.5g，海藻6g。

方解：本方用生石决明、生牡蛎平肝潜阳，抑肝以助脾；用神曲助消化，健运中焦；又以银柴胡、地骨皮清虚热，疏肝胆以退下午烦热；乌贼骨、茜草根和血祛瘀；鳖甲、夏枯草、海藻软坚散结；少佐三棱、莪术以消积块。

二诊（4月12日）：上方服6剂，症状减轻，肝略有缩小。仍以上方稍事加减，进行治疗，共服用20剂。曾加减使用过香附、枳壳、赤芍、山楂核。并同时加服“烂积丸”（北京中成药，其组成是：黑丑、山楂、陈皮、枳实、青皮、大黄、莪术、三棱、槟榔、红曲，醋和水泛为小丸），每日2次，每次3g，晨起及睡前各1次，白开水送服。

三诊（5月5日）、四诊（5月25日）：均以上方稍事加减（加重健脾和胃之品）。自觉症状日渐减轻，肝功能化验各项均有好转，积块（肝大）亦见缩小，横径11cm，竖径6cm（横径渐向右缩，竖径渐向上缩）。

根据前人经验，认为“汤者，荡也”，适用于快速解决问题，对于慢慢消积块则不相宜，“丸者，缓也”，适用于缓缓消积。但烂

积丸药味过于克消，不适于久服、单服，因而改用脾胃病大师李东垣先生的“痞气丸”方，随证加减，配制丸药，以便常服。处方如下：川黄连 15g，厚朴 9g，吴茱 4.5g，白术 6g，黄芩 6g，茵陈 9g，茜草根 3g，炮姜 4.5g，砂仁 3g，人参 3g，茯苓 5g，泽泻 3g，制川乌 2.5g，川椒 2.4g，巴豆霜 1g，莪术 6g，三棱 6g，皂角 3g，海藻 6g，大腹皮 6g，昆布 6g，生牡蛎 9g，焦神曲 9g，枳实 7.5g。共为细末，炼蜜为丸，每丸 3g。每日两次，每次 1~2 丸。配制丸药期间，仍服三诊时的汤药方，以后即改服丸药为主。

五诊（6月14日）、六诊（7月16日）、七诊（9月7日）：连服自制的丸药（六诊时去大腹皮、川椒、川乌，加山楂核、红花、木通），已百余日，食纳已增加，偶尔有些腹胀，精神、面色明显好转，鼻衄很少发生，有时背部有微痛，舌苔尚白，脉略弦，肝功能又有好转，血清总蛋白 68g/L，白蛋白 40.6g/L，球蛋白 27.4g/L，麝浊 9 单位，麝絮（+++），谷丙转氨酶 141 单位（130 单位以下为正常）。肝再见缩小，横径 9cm，竖径 4cm。再加减前方，配服丸药，处方如下：川黄连 30g，厚朴 15g，白术 9g，枳实 30g，人参 9g，黄芩 18g，茵陈 24g，茜草根 15g，砂仁 6g，茯苓 18g，三棱 27g，莪术 27g，皂刺 7.5g，生牡蛎 24g，红花 15g，香附 21g，巴豆霜 1.2g，山楂核 15g，乌贼骨 15g，桂枝 12g，泽泻 12g，木通 6g，炙鳖甲 15g。制法、服法仍同前。

八诊（10月9日）：病容已退，食纳大增，目光明亮，衄血一直未再发生。再投上方丸药，续服 2 个半月。

九诊（12月21日）：精神好，无病容，因尚感腰酸，故把原来方中的木通改为杜仲 21g、牛膝 12g，继服此丸药 4 个月，再来就诊。

十诊（1963年4月26日）、十一诊（6月7日）、十二诊（8月6日）：一直服用上述丸药，面色光润，舌红转淡，舌上白厚苔已化，已生薄白新苔，脉象已转和缓，症状已不明显，一切情况均好。肝功也好转，肝大已明显缩小，横径 7.2cm，竖径 3.1cm。据此病情，

又遵照前人“大积大聚，衰其大半乃止”的论述，调理中焦，健运脾胃，其所余积块不攻自能逐步消除的经验。故又加服香砂养胃丸（北京中成药。药物为：党参、白术、茯苓、香附、砂仁、苍术、厚朴、陈皮、甘草、木香、山楂、神曲、麦芽、藿香、莱菔子、枳壳、半夏曲。为末，水泛小丸），每服6g，每日两次。另外，再按第七诊丸药方，配制丸药1料，服完后，即停此种丸药，可单服香砂养胃丸2~3周。

十三诊（9月10日）：已无明显的自觉症状，精神、体力均佳，肝逐渐变柔软，仍在逐渐缩小。肝功能化验检查：血清蛋白正常，麝浊5单位，麝絮+，谷丙转氨酶124单位。正在服用上次所配丸药和香砂养胃丸。嘱其服完后即停药，休息一二周，可试做半日工作。具体情况可自己掌握。

1968年秋追访：早已停药，参加全日工作已经数年，一般体力劳动皆能胜任。肝脏仅可触及，质地柔软，无压痛，身体健壮。

1971年10月，再次追访：数年来一直参加正常工作，肝已不大。

1975年5月追访：面色红润，身体健壮。十多年来一直全天工作，并且是以体力劳动为主，肝病未再作。查体摸肝正常。

（2）穆某某，男，40岁，干部。初诊日期，1970年5月20日。

病历简介：慢性肝炎两年多，近来发现早期肝硬化。现症：右胁隐痛，胃脘部堵胀，心口下有一大病块，食欲不振，腹部重胀，饭后迟消，小便较少，大便不爽，1~2日一行。查体摸肝：肝在剑突下四横指（约7cm），质较硬，无明显压痛；有中等量腹水。面暗不泽，舌质略红，苔薄白，脉弦细。

辨证：肝郁犯脾，中运不健，痰食湿浊停滞不化，渐生“痞气”之积；中运久衰，水湿不运，停留蓄积，欲作水臌。脉证合参，诊为肝郁犯脾，渐成痞气，水湿停蓄，欲作水臌之证。

论治：痞气之积已数年，近几个月才出现中量腹水，根据先治

卒疾后治痼疾的论述，须先治腹水，以免酿成水臌。俟腹水消退后，再治痞气积块。治以调肝舒郁，运脾利水，佐以消积之法。

处方：柴胡9g，黄芩9g，炒川楝子9g，半夏6g，皂刺4.5g，红花9g，白蒺藜9g，茯苓30g，猪苓15g，泽泻15g，水红花子9g，枳实9g，白术6g，冬瓜皮30g，车前子12g，生牡蛎25g（先煎），莪术4.5g。水煎服。

上方服用60剂后，腹水全消，食纳增加，精神好转（服用过程中曾有时稍事加减）。改投丸药，以消痞气之积。丸药方仍按李东垣痞气丸方，随证加减，其方如下：川黄连45g，厚朴30g，吴茱萸24g，枳实12g，白术18g，黄芩18g，茵陈15g，干姜12g，砂仁12g，党参36g，茯苓21g，川芎18g，川椒（炒）18g，桃仁18g，香附24g，肉桂9g，三棱12g，莪术12g，炒神曲15g，巴豆霜6g。共为细末，炼蜜为丸，每丸3g。每日服3次，每次1~2丸，温开水送服。刚开始时每周可配合用3~4剂，应证汤药，二三周后，可只服丸药。积块缩小到只剩1/3时，加服健脾丸。

1973年追访：服丸药约1年半，病已痊愈，并说其余3个病友，未服用中药（曾会诊，但未坚持服中药），已于1971年相继故去。我坚持了常期服用中药，尤其是丸药，曾配制好多次。现在已上整日班工作，在铁工厂任领导职务。

1975年6月追访：精神健旺，身体壮实，判若两人，并又已调到百货公司做领导，能胜任工作。肝病未再发生。

（二）体会与点滴经验

1. 不是所有的肝大都叫痞气

中医虽然没有肝大之说，但有不少医籍却有于腹中积块的论述，例如《难经》第五十六难中说“脾之积，名曰痞气。在胃脘，覆大如盘。久不愈，令人四肢不收，发黄疸，饮食不为肌肤。”“肺之积，名曰息贍，在右肋下，覆大如杯，久不已，令人洒淅寒热，

咳喘，发肺壅。”“肝之积，名曰肥气，在左胁下，如覆杯，有头足，久不愈，令人发咳逆……。”这些记载，包括了肝脾肿大在内。但只有积块（肝大）在正中胃脘处为主者，才能诊断为痞气。痞有中焦之气运行不畅而痞塞的意思。本文病例的肝大均以左叶肿大明显，以痞塞正中胃脘处为主，故可诊断为痞气。如果在右胁下则可诊断为息贲或后世医书中所称的癖积。所以对西医学中所说的肝大，不能一概叫痞气，须经运用辨证论治的理论去分析辨别，最后才能确定为中医的何病何证。如不具备痞气特征的肝大，则不应诊断为痞气。

2. 注意攻积不可太急、太过

前人治积，多遵《内经》“坚者削之”、“留者攻之”、“结者散之”等治则，有时用消散法，有时用攻破法，有时用补养正气法，有时先攻后补，有时先补后攻，有时攻补兼施，等等。通过无数的临床实践，积累了许多用药的宝贵经验，认识到治积须要较长时期的服药，才能渐渐削化，不可太急。例如明·李中梓在《医宗必读》中说：“盖积之为义，日积月累，匪伊朝夕，所以去之亦当有渐，太亟则伤正气，正伤则不能运化而邪反固矣。”在治积药剂上，也创制了不少丸剂，以便于常服而使积块渐渐消除化散。例如明·王肯堂在《医镜》中说：“惟丸子入胃，徐徐而化，径至所患之处潜消嘿（同默）夺，日渐损削，其块自小，亦不宜消尽其块，假如鹅卵大者，消至如弹丸即止，不必再服。”这些经验既指出了治积宜用丸药常服，又体现了《内经》“大积大聚，其可犯也，衰其大半乃止”不可太过的治则精神。本文第1例，在积块消到一定程度时，即改用香砂养胃丸扶助中焦正气，以壮运化之功，果然痊愈。第2例在消积丸药服到一定程度时（即消其大半后），嘱其加服健脾丸，服一段时期以后，即停消积丸药，以健脾丸收功，最后果然积块全消（肝大恢复了正常）得到治愈。实践证明前人的治积经验和理论，确有可靠的良好效果，是非常宝贵的，我们

应该很好的继承与发扬光大。

3. 服攻积丸药，以微泻为度

服本文所介绍的丸药，以大便呈现微泄（溏软，1日1~2次）为合适，不可使之成泻（稀便1日2~3次）。主要是加强中焦运化，调理气血，使积块渐渐消除。第1例曾在第十二诊时说，自己为了加快消积而主观地加服了烂积丸，结果出现胃部饱胀、隐痛，食纳不甘，有时吞酸，舌苔中部又白又腻，大便1日轻泻1~2次。我特别嘱咐，令其立即停服烂积丸，并且加服了香砂养胃丸，才取得了满意的效果。总之要注意不伤中气，才能使积渐化，如中气受损，则积块会痼而不去。

4. 治积块要注意运用辨证论治

运用痞气丸方（包括前人的各种治积块的方剂），必须要运用辨证论治的理论与方法，进行随证加减，决不可死搬硬套。本文介绍的两个病例，虽然都是痞气，都是肝大，但从辨证论治的角度来看，证情有所不同（即同中有异），所以加减也不同，正是根据证候进行了不同的加减，所以都得到了治愈。另外，我还治愈几例肝大、脾大的病人，都是在前人方剂的基础上，根据具体证候进行了不同的加减而治愈的。所以，我认为吸取前人的理论与经验，要遵其法而不泥于法，重要的是要运用辨证论治的法则做为指导思想，结合具体病人的具体证情，灵活变化，才能提高疗效，治愈疾病。

治咳七法

“咳嗽”是临床上常见的症状，它虽然不是一个独立的疾病，但确有不少病人以咳嗽为主诉来就医。况且，历代医家皆认为：“肺为娇脏，怕寒而恶热，故邪气易伤而难治”，“肺受病易，药入肺难”。再观古人医学著作中，对咳嗽之症，亦多议论详垦其用心良苦可知。由此可见，肺者，病易而治难。所以，对咳嗽的诊治规律，进行研究探讨，是很有必要的。

中医学认为肺主咳。如《素问·阴阳应象大论》说：“肺……在变动而为咳”；《素问·脏器法时论》说，“肺病者，喘咳逆气”；《素问·咳论》说，“此皆聚于胃，关于肺”。但是，《素问·咳论》又明确指出：“五脏六腑皆令人咳，非独肺也”。说明不但肺本身受邪时可以发生咳嗽，而五脏六腑有了病，波及到肺时，均可以发生咳嗽。清·程钟龄把前人关于咳嗽的论述进行了归纳，结合自己的治疗经验作了一简明的譬喻，他说：肺“譬若钟然，钟非叩不鸣。风寒暑湿燥火六淫之邪，自外击之则鸣；劳欲情志饮食炙煨之火，自内攻之则亦鸣。医者不去其鸣钟之具，而日磨铓其钟……钟其能保乎。”这一譬喻，对咳嗽之由和治咳之法，均作了扼要的阐述，后人多从其说。清·陈修园又对咳嗽的标本先后，作了简明的阐述。他说：“外感之咳，其来在肺，故必由肺以及他脏，此肺为本而他脏为标也。内伤之咳，先伤他脏，故必由他脏以及肺，故他脏为本而肺为标也”。可见咳嗽一症，包括很广，牵涉面很大，治疗时如不辨病因病机，不探求标本表里，不运用辨证论治的方法，而只用所谓止咳、止嗽的药物去对症处理，则会耽误病情，轻则迁延难愈，重则变症百出。所以治疗咳嗽，必须运用辨证论治的方法，分辨外感、内伤、虚实、寒热、才能收到满意的疗效。

中医学对咳嗽的诊治，积有丰富的经验，但文献浩如烟海，方

药杂多，初学之人常因无所适从而感到不易掌握，疗效亦常不理想。因此，在学习前人论述的基础上，结合个人临床体会，把治疗咳嗽的方法概括为：宣、降、清、温、补、润、收七大法则。现在谈谈它们的临床运用和变化方法，谨供同志们参考，缺点错误一定不少，敬希批评指正。

（一）宣

1. 定义

宣，寓有宣散、宣发、宣通、宣畅、开宣、通宣、疏宽等意思。宣法是用宣散发表、疏宣肺气、宣通郁壅的法则治疗咳嗽的方法，亦含有前人所说“宣可决壅”之意。

2. 机理

肺窍清虚，喜宣通而恶壅塞。肺感于寒，邪搏于气，气壅不得宣发，故咳喘上气。《诸病源候论》说，“肺主气……气得温则宣和，得寒则否涩，虚则气不足而为寒所迫，并聚上肺间，不得宣发，故令咳而短气也。”朱丹溪亦曾说：“肺主皮毛，人之无病之时，荣卫周流，内气自皮肤腠理普达于外。一或风寒外束，则内气不得外达，便从中起，所以气升痰上，故咳嗽。宜用辛温辛凉之剂以发散风寒，则邪退正复而嗽止也。”李中梓也曾说：“自表而入者，病在阳，宜辛温以散邪，则肺清而咳愈。大抵治表者，约不宜静，静则留连不解，变生他病。故忌寒凉收敛，如五脏生成篇所谓肺欲辛是也。”

另外，肝气不舒，情志不遂，气机久郁，可致肺气贲郁，不得宣畅，而胸闷胁胀，郁气上逆作咳。正如《内经》所言“诸气贲郁，皆属于肺”，亦须治以宣畅气机，以除郁壅而咳自止。

3. 宣法方药举例

（1）辛温宣化法

适用于治疗外感风寒，皮毛束闭，肺气不宣所致的咳嗽。常兼有头痛、身痛、恶寒、发热、无汗、咳吐白痰，脉浮等症。常用的

方剂如杏苏散：杏仁、苏叶、桔梗、枳壳、前胡、半夏、陈皮、茯苓、炙草；止嗽散：荆芥、白前、桔梗、甘草、百部、陈皮、紫菀、生姜；三拗汤：麻黄、杏仁、甘草、生姜。

(2) 辛凉宣肺法

适用于感冒风温、风热，温邪袭肺，使肺气失宣所致的咳嗽，常兼有微恶风寒、发热、口渴、脉浮数等症。常用的方剂如桑菊饮：桑叶、菊花、薄荷、杏仁、桔梗、甘草、连翘、芦根；加减银翘散：银花、连翘、桔梗、薄荷、芥穗、牛蒡子、浙贝、杏仁、豆豉、生甘草。

(3) 宣郁理气法

适用于情志不遂，肝气郁滞，胸中气机不得宣畅，影响到肺气失宣所致的咳嗽。症见咳嗽胸闷，脘胁痛胀，生气则加重，喜长吁，性急躁，脉弦等。常用方如加减疏气饮子：厚朴、苏梗、青皮、陈皮、大腹皮、瓜蒌皮、桔梗、枳壳、半夏、茯苓、香附、炙草；加减七气汤：厚朴、半夏、茯苓、白芍、紫苏、橘皮、杏仁、桔梗、地骨皮、桑皮、贝母、黄芩。

余常用的疏肺、开肺、宽胸理肺、通宣理肺等也都属于“宣”的范畴，甚至吐涌、取嚏亦宣法也。不一一详举。

宣法最常用的药物一般有桔梗、荆芥、苏叶、马勃、防风、陈皮、前胡、麻黄、桂枝、细辛、银花、薄荷、牛蒡子、浙贝、射干、生姜、葱白、豆豉等。

(二) 降

1. 定义

降，寓有下降、下顺、下气、下痰、肃降、降火、降痰、降逆等意思。降法是用肃降下气、降气化咳、降火肃肺、肃降祛痰等方药治疗咳嗽的方法。

2. 机理

肺主秋令，有肃降功能，喜清虚和降，苦气上逆。如《内经》说，“肺苦气上逆，急食苦以泻之。”“苦”即有降下之意。肺中如有逆气、痰浊、逆火、瘀血等阻滞气道脉络，导致肺失清肃，气逆不降而生咳嗽，治宜用降法。《心法附余》中曾说：“肺为华盖，凡饥饱劳役、喜怒、忧恐，与夫饮醇醪，食厚味，则火升痰上而伤于肺，亦作咳嗽，宜降火豁痰之剂，则火降痰消而咳止也。”《诸病源候论·久咳逆候》中说：“夫气久逆不下，则变身面皆肿满，表里虚气往来乘之故也。”《仁斋直指方》说：“江流滔滔，日夜无声，狂澜激石，不平则鸣。所以咳嗽者，痰塞胸膈，气逆不下，冲击而动肺耳。”《心法附余》说：“肺主气，运行血液，周流一身……有升无降，为咳为喘。”

另外，用力过度，努责伤肺，或胸受跌打，可致肺部瘀血，气道瘀阻，肺失肃降而生咳嗽，治疗亦须肃降祛瘀之法。

3. 降法方药举例

(1) 降气化痰法

适用于肺气贲郁，痰浊不降，肺失肃降而致的气逆咳喘诸证。常用方如苏子降气汤：苏子、厚朴、陈皮、半夏曲、前胡、沉香、当归、甘草、生姜；加味沉香降气汤：香附、陈皮、苏子、桑皮、砂仁、沉香、桔梗、莱菔子、炙草。

(2) 豁痰肃降法

适用于咳嗽多痰，胸闷懒食，痰涎壅盛诸症。常用方如三子养亲汤：炒苏子、炒白芥子、炒莱菔子；加味半夏丸：半夏、瓜蒌仁、贝母、桔梗、枳壳、知母、杏仁、橘红、葶苈子。

(3) 祛瘀肃肺法

适用于胸背扑跌损伤，瘀血内阻所致的咳嗽。这种咳嗽往往久咳不愈，夜间较多，胸背受伤部隐痛等。常用方如桃仁散：桃仁、桑皮、茯苓、橘络、紫苏梗、紫苏叶、槟榔；加味当归饮：大黄、当归、苏木、生地、赤芍、桔梗、贝母。

另如：通腑降痰、泻痰逐饮等，亦均属降法，不一一详举。

降法最常用的药物有：苏子、杏仁、桃仁、旋覆花、白前、沉香、半夏、川贝、枇杷叶、瓜蒌、地骨皮、槟榔、莱菔子、青礞石等。

（三）清

1. 定义

清，寓有清凉、泄热、清燥、泻火的意思，清法即是用清泄肺热、清气化痰、清肺泻火、清燥救肺等方药治疗咳嗽的方法，亦兼有前人所言，“寒可胜热”、“泄可去闭”之意。

2. 机理

肺为娇脏，其性凉，畏热怕火，易被热邪所伤。如《内经》所说：“……在脏为肺，其性为凉、其德为清……”。故温热、火邪、燥热、暑热、痰热等邪气伤肺，肺体不清，肺失肃降，而致咳嗽者，须用清法清泄肺热、清肃上焦去治疗。朱丹溪曾说：“若夫气动火炎，久咳无痰，又当以清热润燥为先……世人徒知肺主皮毛，外感风寒为寒，殊不知传里郁久变为热也，况肺为华盖，而五脏六腑，火自内起，熏蒸焚灼，作咳嗽者，亦良多矣。”《医学入门》中说：“新咳有痰者外感，随时解散无痰者便是火热，只宜清之。久咳有痰者，燥脾化痰，无痰者清金降火。”《嵩崖尊生书》说：“肺金本清，虚则温，甘苦清之。”

3. 清法方药举例

（1）清热化痰法

适用于肺热痰多的咳嗽。症见咳嗽，咽痛口渴，痰黄稠难出，便秘脉数等。常用方如清咽宁肺汤：桔梗、山栀、黄芩、桑皮、前胡、知母、贝母、生甘草；清肺汤：黄芩、桔梗、茯苓、桑皮、陈皮、贝母、天冬、栀子、杏仁、寸冬、生甘草、当归；清肺化痰汤：黄芩、山栀、桔梗、麦冬、桑皮、贝母、知母、瓜蒌仁、橘红、茯苓、甘草。

(2) 清燥养肺法

适用于肺燥咳嗽。症见干咳少痰，咽干，咽痒，少津，甚或痰中有少量血丝，舌干唇燥等。常用方如桑杏汤：桑叶、杏仁、沙参、象贝、豆豉、栀子皮、生梨皮；四汁膏：雪梨汁、藕汁、生萝卜汁、生薄荷汁，加糖慢火熬膏。

(3) 清泻肺火法

适用于火热咳嗽，症见咳嗽声高，痰黄粘稠，甚或味臭，口渴牙痛，唇裂鼻干，咽喉肿痛等。常用方如二母宁嗽汤：生石膏、知母、贝母、栀子、黄芩、瓜蒌、茯苓、陈皮、枳壳、生甘草，可去陈皮加元参；清肺降火汤：陈皮、杏仁、桔梗、贝母、茯苓、黄芩、前胡、瓜蒌仁、生石膏、枳壳、生草，可把陈皮改为桑皮；石膏散：生石膏、炙甘草，共为细末，冷开水送服9g。可酌加枇杷叶、贝母、桑皮、桔梗、黄芩、栀子等。兼有大便秘结者，可重用瓜蒌，并把杏仁捣碎，同时加用生大黄、槟榔、元明粉等。

(4) 清暑益肺法

适用于暑热伤肺，咳嗽气短，脉数烦热等症。常用方如加减洗肺散：天冬、麦冬、五味子、沙参、杏仁、桑皮、杷叶、六一散；加味玉露散：生石膏、滑石、寒水石、天花粉、生甘草、桑皮、杷叶、寸冬、竹叶、五味子、桔梗；清肺白虎汤：生石膏、知母、竹叶、党参、桑皮、地骨皮、桔梗、甘草、乌梅。

余如清化、清肺、清金、泻白，甚至通下泻火、清肺抑火等，亦属清法，不一一详举。

清法最常用的药物有：桑皮、栀子、生石膏、寒水石、黄芩、知母、青黛、滑石、青果、桑叶、连翘、大青叶、板蓝根、山豆根、锦灯笼、芦根等。

(四) 温

1. 定义

温，寓有温肺、温化、温中、温纳等意思。用温肺化痰、温肺理气、温阳化饮、温中化痰、温肾纳气等方药治疗咳嗽的方法，即称温法。前人亦有“热可去寒”之意。

2. 机理

肺性本凉，易受寒邪侵袭，形寒饮冷皆可伤肺而致咳嗽；脾肺阳虚，痰饮不化，水饮犯肺亦可导致咳嗽；肾阳不振，也可使肺中寒冷，肾不纳气，致肺气逆上而不降，均可发生咳嗽。这均须用温法治疗。《素问·至真要大论》说：“劳者温之”、“寒者热之”；《外台秘要》说：“冷嗽者，年衰力弱，体气虚微，如复寝食伤冷，故成冷嗽。此亦但将息以温，兼进温药，则当平复。”《医心方》中说：“若有本性非热，遇诸冷缘而得嗽，触冷便发，遇热即可，此是冷嗽也；”《痰火颞门》说：“大抵咳证只宜温平，肺号娇容，药味少凉即寒，稍燥即热，治咳方禁用辛燥，学者不可不知”；《医说》说：“寒嗽痰薄，宜服热药”；《杂病广要》引《治病治法密方》说：“伤冷咳嗽，身不憎寒发热，得之脾胃受寒，传入于肺，遂成寒嗽，嗽甚则吐白沫而多呕，此当先用温药，温其脾胃……”。肾阳虚者，也可使肺中寒冷，肾不纳气，肺气不降，水饮上犯而咳嗽，治宜温肾纳气，温阳化饮之法。

3. 温法方药举例

(1) 温肺化痰法

适用于肺寒咳嗽，吐痰白稀或凉。常用方如温肺汤：干姜、半夏、杏仁、陈皮、甘草、细辛、阿胶、生姜、大枣；八味款冬花散：桑皮、苏叶、麻黄、冬花、紫菀、五味子、杏仁、炙甘草；苏子汤：苏子、干姜、半夏、桂心、人参、橘皮、茯苓、甘草等。

(2) 温肺行气法

适用于肺寒、气机不畅而咳嗽上气，胸膈不利。选方如加减三奇汤：陈皮、桔梗、青皮、紫苏、半夏、杏仁、枳壳、厚朴、干姜、沉香；九宝饮：陈皮、杏仁、麻黄、桂枝、桑皮、薄荷、苏叶、大

腹皮、甘草，酌加旋覆花、苏子等。

(3) 温中化痰法

适用于形寒饮冷，脾肺俱寒，咳嗽吐凉痰稀涎。常用方如半夏温肺汤：半夏、茯苓、细辛、干姜、桂心、桔梗、陈皮、旋覆花、党参、白术、甘草；加味理中汤：党参、白术、干姜、甘草、茯苓、半夏、陈皮、细辛、五味子、款冬花等。

(4) 温肾纳气法

适用于肾虚寒不能温阳化气，寒邪上犯，肾虚不能纳气而产生的咳嗽气喘。症见吸气不能深纳丹田，呼气较易，吸气较难，夜间咳喘加重，腰膝冷，面色发黑等症。常用方如金匱肾气丸：熟地、山萸、山药、茯苓、泽泻、丹皮、肉桂、附子，可加五味子；加味补肺汤：熟地、肉桂、人参、蜜炙桑皮、紫菀、黄芪、五味子、黑锡丹等。

余如温脾安肺、温肾化饮、温肾益气等法，亦均属于温法，不一一详举。

温法最常用的药物有：白芥子、干姜、紫菀、冬花、桂心、白薏仁、百部、薤白等。

(五) 补

1. 定义

补，就是补法，用补肺补气、健脾益气、补肾纳气等方药治疗咳嗽，就是本篇所谈的补法。但前人有“肺无补法”之说。意思是告诫后人，治疗咳嗽不可骤然用补法。所以补法主要用于久咳肺虚，确无实邪之证。

2. 机理

《素问·至真要大论》说：“衰者补之”；《诸病源候论》说：“久咳嗽者，是肺极虚故也，肺既极虚，气还乘之，故连年积月久不瘥”；张景岳说：“外感之嗽，可温可散，其治易；内伤之嗽，宜补，宜

和，其治难”；《锦囊秘录》说：“如久咳脉涩，或虽洪大，按之不鼓属肺虚，宜五味、款冬、紫菀、兜铃之类，敛而补之”。肺虚又与肾虚脾虚兼见，更有阳虚、阴虚之分。所以运用补法，又须与“虚劳”、“癆瘵”的治法相互参照。但是《沈氏尊生书》中又曾说：“有久咳经年，百药不效，余无他证，与劳嗽异者。”可见补法的应用比较复杂，难度较大，用时必须详细辨证，多方参考，方为全面。

3. 补法方药举例

(1) 培补肺气法

适用于肺气虚的咳嗽。症见面白，气短，咳声低，言少气低，神疲，脉虚等。方如补肺汤：党参、黄芪、紫菀、五味子、熟地、桑皮、蜜少许；黄芪汤：黄芪、白芍、麦冬、五味子、前胡、党参、细辛、当归、茯苓、半夏、大枣、生姜等。

(2) 补阴保肺法

适用于肺阴虚咳嗽。症见潮热少痰，盗汗，颧红，夜间咽干口渴，声哑，痰中带血，脉细数等。选方如加味生脉地黄汤：人参、麦冬、五味子、熟地、山药、山萸、茯苓、丹皮、泽泻、冬虫夏草、蜜紫菀；宁嗽膏：天冬、白术、茯苓、百合、款冬花、百部、杏仁、贝母、紫菀、阿胶、饴糖、蜂蜜，熬为膏剂。

(3) 补肾益肺法

适用于肾阴虚损而致咳嗽咽干。五心烦热，盗汗，干咳少痰，下午颧红，腰酸腿软，梦遗滑精，尺脉弱等症。方用加减地黄汤：生熟地、山药、山萸、麦冬、川贝、茯苓、炙草、丹皮、枸杞子、五味子、知母、地骨皮；加减紫菀汤：紫菀、前胡、麦冬、天冬、桔梗、知母、百合、甘草、杏仁、生熟地、女贞子、阿胶等。

(4) 补脾益肺法

适用于脾肺俱虚，咳嗽食少，短气虚怯，四肢懒倦，方如加味人参黄芪汤：人参、黄芪、白术、陈皮、茯苓、炙草、当归、五味子、麦冬、紫菀、款冬花；加味白术汤：党参、白术、橘红、半夏、

茯苓、贝母、炙草、前胡、附片、神曲等。

余如益气养肺、生津保肺、培土生金等，亦皆属补法，不多举。收敛肺气之法，也寓有一定的补意，请参看“收”法。

补法最常用的药物有黄芪、党参、人参、白术、山药、冬虫夏草、蛤蚧、石钟乳、甘草、太子参等。并可参看润法、收法的一些药品。

（六）润

1. 定义

润，寓有濡润、润养、润燥、滋润的意思，润法是运用甘凉清润、润燥养肺、清金润燥、滋阴养肺、清燥润肺、生津润肺等方药治疗咳嗽的方法。前人有“湿可去枯”之剂，湿即有润的意思。

2. 机理

《内经》说：“燥者润之”、“燥者濡之”，濡亦即润的意思。肺属秋金，其性本燥，燥邪最易伤肺。秋季初凉，空气干燥，秋风肃杀，易伤皮毛，感之受病，多为凉燥。若时值燥令，秋阳暴烈，久晴无雨，尘埃飞腾，感之受病，多为温燥。久病、大病伤耗津液，或房劳耗精，或久服金石热性补药而致燥血，皆为内燥。燥邪伤肺而生咳嗽，须用生津养阴的药品，滋濡津液，润养肺阴，以除燥邪。《医宗必读》中说：“自内而生者，病在阴，宜甘以壮水、润以养金，则肺宁而咳愈。”《医门法律》咳嗽论中说：“……乃至肺金日就干燥，火入莫御，咳无止息，此时亟生其津，亟养其血，亟补其精水，犹可为也。”《杂病源流犀烛》中说：“故夜咳必用知母，切忌生姜，以其辛散，恐复伤阴也。古人多以六味地黄丸加知、柏、天冬、贝母、橘红治之，所以滋化源也。”运用润法必须按照“治病必求其本”的要求，进行辨证论治，不要只考虑用润肺剂治咳，而是要用整体观念去全面考虑。正如喻嘉言所说：“凡治燥病，不深达治燥之旨，但用润剂润燥，虽不重伤，亦误时日，只名粗工，所当戒也。”

此虽指治燥病而言，用润法治咳者，亦当深思。

3. 润法方药举例

(1) 甘凉滋润法

适用于温燥咳嗽，气喘咽痒，痰少难出，口渴，声哑，脉细而数。常用方如清燥救肺汤：桑叶、生石膏、甘草、麻仁、阿胶、党参、麦冬、天冬、杏仁、杷叶；加减安嗽汤：天冬、麦冬、阿胶、黄芩、杏仁、五味子、生草、川贝、桑皮、梨皮、花粉、蜜杷叶等。

(2) 养阴润肺法

适用于肺燥阴虚，津液不布所致的咳嗽。症见声哑、干咳、盗汗、口渴饮水不解渴，甚或咯少量血丝、口鼻干、皮肤干燥、脉涩等。常用方如紫菀散：蜜紫菀、阿胶、白人参、麦冬、川贝、甘草、茯苓、桔梗、五味子，可加元参、地骨皮；二冬膏：天冬、麦冬、蜂蜜等，熬膏服用。

(3) 甘寒生津法

适用于热病以后，热伤肺胃阴分而致的咳嗽少痰，口渴引饮，唇舌干燥，舌红瘦，苔剥脱，食少便燥，消瘦，四肢倦怠，饭后迟消，脉细数等证。方如沙参麦冬汤：沙参、麦冬、玉竹、生草、桑叶、生扁豆、天花粉；玄霜雪梨膏：雪梨汁、藕汁、生地汁、麦冬汁、生萝卜汁、茅根汁，煎炼适度加入白蜜、柿霜收膏，再用姜汁少许。

余如滋肾以润肺、润肠以降气、养血润燥、滋阴清化等，均属润法，不一一详举。

润法最常用的药物有麦冬、沙参、阿胶、蜂蜜、天冬、梨、梨皮、生地、元参、杏仁泥、藕、柿饼、柿霜等。

(七) 收

1. 定义

收，寓有收敛、收涩、合敛、敛肺、敛气等意思。收法是用收

肺敛气、合敛益肺，敛补肺气，敛阴清气等方药治疗咳嗽的方法。但因收法也有补的意思，故只可用于久咳，肺中确无实邪者。

2. 机理

《内经》说：“肺欲收，急食酸以收之，以酸补之，以辛泄之。”《嵩崖尊生书》中说：“肺喜清敛，以酸收之，以酸补之。”久咳则肺张叶举，肺气浮散，治宜收敛肺气，使肺合降。《古今医统》中说：凡治咳嗽，当先各因其病根，伐去邪气，而后以乌梅、诃子、五味子、罂粟壳、款冬花之类，其性燥涩，有收敛劫夺之功，亦在所必用，可一服而愈，慎毋越其先后之权衡也。”《病机汇论》说：“敛者，谓收敛肺气也；散者，谓解散实邪也。宜散而敛，则寒邪一时敛住，为害非轻；宜敛而散，则肺气弱，一时发散，走泄正气，害亦匪一。”故须注意，凡外感咳嗽及有实邪者，切勿使用，千万记住。正如《医门法律》所说：“凡邪盛，咳频，断不可用劫涩药。咳久邪衰，其势不脱，方可涩之，误则伤肺，必至咳无休止，坐以待毙，医之罪也。”

3. 收法方药举例

(1) 敛肺化痰法

适用于咳嗽日久，声哑失音，痰少气逆。方如润肺丸：诃子肉、五味子、甘草，蜜丸噙化；加减人参冬花散：诃子、人参、冬花、贝母、乌梅等。

(2) 收肺敛气法

适用于久咳不止，肺张叶举，肺气浮散呛咳气短之症。方如九味散：党参、冬花、桔梗、桑皮、五味子、阿胶、贝母、乌梅、罂粟壳、姜、枣；加味诃黎勒丸：诃子、海蛤粉、葵仁、青黛、杏仁、香附、马兜铃、百合、乌梅、五味子。

余如收合肺气、合肺敛气、收涩敛肺、收气润养等，均属收法，不一一列举。

收法最常用的药物有五味子、乌梅、罂粟壳、百合、马兜铃、

诃子、五倍子、白及、白果、白敛等。

以上七大法则，必须根据病人的具体情况，按照辨证论治的法则去灵活运用，不可乱用。如果当“宣”反“润”，可致咳嗽久久难愈，痰腻难出，胸闷少食。如果当“收”反“宣”，可致咽燥干咳，甚或咳血失音……这是要求注意辨证论治不可乱用的一个方面，另一方面根据病情需要，又常把两个或两个以上的法则，合并起来使用。例如宣降合用、润收合用、清中加润、补而兼收、宣降加清润补收等，并且还可以酌情而调整用量的轻重，例如在组织药方时可用七分宣三分降、三分润七分收、四温六补、八补二收、五宣二降三清、三清五润二降……这样，七大法则又可以变化出许多法则，以应疾病的变化。正如前人经验所谈：“病有千端，法有万变，圆机活法，存乎其人。”

【验案举例】

(1) 赵某某，女，20岁。初诊日期，1976年6月15日。

数年来咳嗽，渐渐咳喘并作，发作时不能安睡。每年5、6、7三个月都连续发作，秋季渐凉爽时，则渐好转，至冬季则平稳而不咳喘。但次年热季又发作。咳喘时心悸，吐粘痰，不能平卧，喉有痰鸣声，难以入睡，痰难咯出，胸闷、胸痛，痰多时则色白，痰少时则色黄。二便尚调。舌苔白，脉滑略数。

辨证：四诊合参知初病时未及时宣肺，致肺邪久郁而渐化热（年青阳气盛也易化热），肺中郁热，肃降失职而发咳喘。肺为娇脏，至热季则内外合邪而致咳喘加重。

治法：清宣肺热，降气化痰。

处方：生麻黄9g，杏仁9g，全瓜蒌25g，桔梗6g，旋覆花10g（布包），化橘红10g，葶苈子10g，炒苏子10g，桑白皮10g，生石膏20g（先煎）。5剂，水煎服。

二诊（6月21日）：上方进第一剂后，即症状减轻，第2剂后则能安睡。服完药，咳嗽气喘已基本消除，再来求治以除病根。舌苔

基本正常，脉象略滑。上方去生石膏，加知母6g、川贝母6g。再投5剂。

3周后追访，已上班工作，咳喘未再作。嘱服二母宁嗽丸，1日2次，1次1丸，温开水送服。共服2周，以防再发。

又两周后追访，已停药，正常上班，咳喘未作。

按：本病初病时未及时用宣法宣散肺邪，致肺久郁化热，而成肺热咳喘。故用清法以除热，宣法以散邪，又兼用降气化痰以肃肺故很快治愈。方中以麻黄、桔梗宣肺散邪，以杏仁、瓜蒌降气化痰，生石膏、桑白皮清肺热，旋覆花降气善治粘痰如胶，炒苏子、化橘红降气化痰兼能和胃以治生痰之源，再用葶苈子消痰下气，使肺得宣通肃降，气顺痰消，则咳喘自止。

此即清、宣、降合用之例。

(2) 赵某某，女，42岁。初诊日期1967年1月7日。

自昨天发烧咳嗽，周身疼痛，体温39.2℃，头痛，无汗，咳吐白痰，右胁痛。舌苔薄白，脉象浮滑数。查血白细胞计数 $26 \times 10^9/L$ 。X线胸片：右肺下部阴影。

辨证：内有伏火，风寒外袭，皮毛束闭，肺气失宣，发为外感咳嗽。西医诊断：大叶性肺炎。

治法：解表宣肺，清肃肺热。

处方：生麻黄10g，杏仁10g，生石膏45g（先煎），生甘草4.5g，薄荷9g（后下），荆芥9g，银花10g，连翘10g，黄芩9g，豆豉6g，鲜芦根25g。2剂，水煎服。

二诊（1月9日）：药后热已退，尚咳，吐铁锈色痰，尿黄，右胁痛。舌苔薄白，脉略数。病已减轻，再守前方加减。上方减薄荷为6g（后下），去荆芥，加竹叶6g。再两剂。

此后，诸症渐除，又投上方4剂（薄荷减为3g），16日X线胸透，右肺阴影消失，17日痊愈出院。

按：此为宣清合用之例。方中以生麻黄、薄荷、荆芥、豆豉、

银花、辛温辛凉同用以解表宣肺，生石膏（重用）、黄芩、连翘、鲜芦根清肃肺热，杏仁降气化痰，生甘草调和诸药。因怕重用生石膏而影响麻黄解散之力，故特加薄荷 9g、豆豉 6g，以助发散解表透热外出之力。兼之荆芥解表治头痛，银花轻清芳透，故两剂即解表退热。以后减轻薄荷用量，去掉荆芥，加竹叶引心肺之热下行，杏仁、黄芩、连翘兼有苦降之力。由于解表宣肺之力全，透邪外出之效捷。故肺中阴影很快消除，不但热退咳止，而且肺炎亦全消。共服药 10 剂而全愈，可见中医学治法之精妙。

张 琪



张琪，男，出生于1922年12月，河北省乐亭县人。现任黑龙江省中医研究院研究员，主任医师，兼任黑龙江中医药大学教授、博士生导师。历任黑龙江省祖国医药研究所副所长（黑龙江省中医研究院前身），中国中医学会常务理事，黑龙江省中医学会副理事长，第五、六届全国人大代表，第七、八届黑龙江省政协常委等。现为黑龙江省中医学会名誉会长，中国

中医学会终身理事，中国医师协会黑龙江分会名誉会长，为首批国务院有突出贡献专家津贴获得者。1990年被国家确认为首批继承老中医药专家学术经验指导老师。

张琪研究员为全国著名中医学家，精于仲景学说，对金元四大家及明、清各家亦多有涉猎，尤以对温病学研究精深，更服膺中西汇通学派，如王清任、张锡纯等家，善治多种疑难病症，如肾病、心病、痹病、消渴、肝病等。从60年代即从事肾病研究，如对慢性肾小球肾炎、肾盂肾炎、肾功能不全等的研究取得较高的疗效，有较深造诣，为黑龙江省肾病学科奠基人。其组建的肾病中心现为全国中医治疗肾病中心之一，科研成果累累，曾获得省部级科技成果奖多项，被黑龙江省授予劳动模范，中华人民共和国卫生部先进工作者称号，中华医药学会成就奖，首届中国医师协会医师奖。

代表著作有《脉学刍议》、《临床经验集》、《张琪临证经验荟要》、《张琪临证经验辑要》等，发表学术论文700余篇。

疫毒痢

疫毒痢为痢疾之一，概括在痢疾之中。痢疾古称肠澼，如《素问·通评虚实论》：“肠澼便血，……身热则死，寒则生。”《伤寒论》、《千金》、《外台》、《诸病源候论》皆与下利、痢疾混称。疫痢之名始见于《丹溪治法心要·痢》谓：“时疫作痢一方一家之内，上下相传染者相似。”清·李用梓《证治汇补》谓：“疫毒痢，天行厉毒，凡阖门上下传染，长幼相似，是疫毒痢也，当察运气之相胜，以发散疫邪。”明确提出了疫毒痢之名，并指出具有较强的传染性，它既不同于一般湿热痢、寒湿痢，又不同于噤口痢等，其传染源多属于感受天地疫厉之气及不洁食物和污染之水源的传染，如《重校痢疾论·疫痢》：“疫气乃异气也，不在六气正化之中。……疫痢之一方独盛者，疫气独盛于一方故也……至其先后续发，有似互相传染也。”人在气交之中，感受疫厉之气，及通过食物及水经口传染于胃肠而发病，如清代医家汪蕴谷在《杂证会心录》说：“夫痢证即时疫中浊邪中下……邪毒入胃脘之上焦，则浮越于肌表，而恶寒发热，邪毒中胃脘之下焦，而走入大小肠，则剥脂膏之脓血，而后重里急。”可见本病为疫毒经口传染于胃肠，外证则出现恶寒发热，里证则下利脓血，里急后重，轻者可以及时治愈，重者则预后险恶不良，如该书指出：“疫痢之恶，能绝人之谷，削人之脂，损人之脾，伤人之胃，耗人之气血，正气为邪毒败害若是……。”明确论述了本病邪毒重者正气不支，预后的严重性。

本病多发于夏秋季节，成人可发生，儿童较为多见，其特点为发病急，发展快。初起外证可有寒战高热，精神不振，面色青暗，四肢厥逆，也可出现惊厥，神志不清，严重可出现抽搐，呼吸衰竭等症。如《疫疹一得》谓：疫疹之症“毒火注入大肠，有下恶垢者，有下利清水者，有直注者，有完谷不化者，此邪热不杀谷非脾虚

也……考其证，身必大热，气必雄壮，小水必短，唇必焦紫，大渴喜饮，四肢时而厥逆，腹痛不已。”又《薛生伯·湿热病篇》：“湿热证，壮热烦渴，舌焦红或缩，斑疹，胸痞，自利，神昏，痉厥，热邪充斥表里三焦。”所论之厥逆自利神昏痉厥，皆疫毒痢重症常见之证，属于疫毒深重，邪犯心包营血所致。此外疫毒痢临证所见有初则下利清水或污垢，继则见脓血后重里急，利下无度，亦为本病常见特征之一。

本病是一种严重危害人体健康的传染病之一，尤以儿童发病率最高。但其流行往往只限一个区域，为食物、水被污染经口传染，多见于夏秋季节（7~9月），预防暑湿疫气流行，宜早期发现早期治疗，与病员隔离，避免接触，注意饮水、食物卫生。

（一）病因病机

疫毒痢，一为感受时疫暑湿之气，人在气交之中，感而成病。如《痢症汇参·疫痢》：“疫痢之症，运气所致，或……雨湿连绵；或二火司令……湿热大作；或燥金司令，燥火时行。三者皆成疫痢。”说明本病病因之一为外受暑湿疫气，二为饮食所伤，多为水及食物污染经口侵犯胃肠，尤以大肠灼伤气血脂膏血络而致。如《诸病源候论·温病诸候》：“热毒甚者伤于肠胃，故下脓血如鱼脑，或如烂肉汁，此由温毒气盛故也。”故本病之病因外为感受疫疠之气，内为饮食所伤，二者互相关联，往往密不可分。

温毒疫邪侵犯胃肠尤以大肠为本病之主要病机。其特征为由于疫毒之邪其性猛烈故发病急骤，初起外侵肌表卫分，故出现憎寒壮热（高热），热伤津液口渴引饮，热邪循经上犯于脑故头痛剧烈如劈，热毒侵犯胃肠，上则呕吐不食，下则邪热灼伤大肠，气血壅阻腹痛不已，窘迫里急后重，灼伤脂膏则下利脓血或赤或白，或赤白相兼。此外亦有暴注下迫，下利清水，继之则出现脓血，此属热毒炽盛，下迫大肠，倾肠直下，不同于脾虚不化，下利清谷。正如《疫

疹一得》余霖所谓：“毒火注入大肠，有下恶垢者，有下清水者，有完谷不化者，此邪热不杀谷，非脾虚也……。”张仲景《伤寒论·少阴篇》：“自利清水色纯青，心下必痛，口干燥者，急下之，宜大承气汤。”亦属热毒灼伤大肠，燔灼气血，耗伤津液，如不急下其热毒，则阴竭阳绝，厥脱立见，故必急下存阴，化险为夷，可见《伤寒论》虽无疫毒痢之名，而实际已囊括治疗疫毒痢方法在其中。

如热毒内陷心包，心藏神，心包代心用事，则出现昏聩不语，神志不清，或热毒扰乱心神，出现神昏谵语，妄言妄见。如《重校痢疾论》谓：“有感疫毒痢，初得病时先发寒热，忽头痛壮热，思入冷室，想吃冷水，狂言狂走……。”此热毒入营侵入心包，热毒炽盛，扰乱神明，则出现谵妄有似狂症。舌质红绛无苔，唇焦口干面赤或面垢，脉象滑数，乃属邪热入营耗伤津液之候。若热毒炽盛引肝风内动，则呈现四肢抽搐，两目上翻，角弓反张，痉厥之证。所谓热极风动，上犯于脑，病势危重宜及时救治。

疫毒痢重症常见暴痢导致脱厥，由阳转阴，病人昏不识人，面色苍白，四肢厥逆，冷汗淋漓，气促脉微欲绝，为少阴心肾阳气衰微厥脱垂危之候，急用大剂参附回阳益气固脱（详见辨证论治）。

本病之轻重，当取决于正气邪气双方对比之强弱，如疫邪感染轻，人体正气强，则一药而愈或不治而愈；如疫邪重，来势猛，但人体正气旺盛，防御力强，邪虽盛正气亦盛，病虽重，及时治疗可转危为安；如疫邪重侵入人体，人体正气弱，正不胜邪则预后险恶。因此，考虑正邪对比之强弱，在权衡病势之轻重，判断预后，辨证论治皆具有重要意义。

（二）诊断与鉴别诊断

〔诊断〕

1. 症状：发病急骤，发热多为高热恶寒，头痛如劈，腹痛剧烈，里急后重，下痢脓血，或先下血水状，继则脓血，重者则出现痉厥，

昏迷，厥脱等严重表现。舌脉：唇焦舌红绛，苔黄燥，脉滑数；出现厥脱则脉微细，面色苍白，四肢厥冷。

2. 流行季节一是在夏末秋初；二是有饮食不洁，或暴饮暴食史；三是多在流行病区域；四是与病人有接触史。

〔鉴别诊断〕

1. 痢疾

腹部疼痛，下利赤白粘液脓血，初起多为水泻，继则里急后重，便下赤白脓血，舌苔腻或黄腻，脉滑数。但无发病急骤，高热神昏痉厥，唇焦舌绛，腹痛剧烈，下痢急剧紧迫，日数十行，可与一般痢疾有所不同。

2. 泄泻（热泻）

泄泻有多种，其中湿热泄泻可与疫热痢鉴别。

湿热泄：泄泻急迫腹痛，泻下不爽，粪便粘秽滞下，肛门灼热，小便赤，舌苔厚腻，脉象濡数。疫毒痢高热、下痢窘迫、里急后重、下脓血、神昏痉厥，可资鉴别。

3. 霍乱（热霍乱）

症状发病急骤，吐泻剧烈，发热，口渴引饮，腹绞痛，吐泻有腐臭味，下泻无度，肛门灼热，小溲黄赤，脉濡数，严重者则出现手足厥逆，大汗，昏厥，脉象沉伏。与疫毒痢发病急，口渴，腹绞痛，下利有相似之处，但疫毒痢下利脓血，里急后重，无吐泻有腐臭及呕吐交作现象，可与热性霍乱鉴别。

（三）辨证论治

本病之发生发展规律，初起为感受时疫，外有表邪内侵胃肠，当以解表邪、清热解毒为治疗原则。如失治误治，热毒壅盛灼伤肠胃气血，尤以燔灼损伤大肠脂膜，腹痛剧烈，里急后重，下痢脓血，此时治疗原则为清热解毒止痢，尤须用攻下法下夺其毒热，通因通用则邪去正安。若毒热入营内陷心包，出现神昏谵妄，当以清营凉

血开窍通络法治疗。如疫毒深重正气不支，可使病情恶化，由阳转阴出现脱厥危证，当回阳固脱。总之当根据病情演变情况，知常达变随机辨证论治，方不致误。

1. 表邪不解，热毒内侵

主症：恶寒、发热、头痛、腹痛、下痢脓血、里急后重、小便赤，舌苔白质红，脉象浮数。

治法：解表清热，解毒化滞止痢。

方药：加味葛根黄芩黄连汤。

葛根、柴胡、黄芩、黄连、甘草、金银花、白头翁、苦参、山楂、枳实、白芍。水煎服。

本方为《伤寒论》葛根黄芩黄连汤加味而成，治疫毒痢初起，表邪不解，邪热内侵肠胃。方用葛根、柴胡解肌表邪气，葛根既解表邪又能止痢，柴胡疏解表邪又有“除肠胃中结气……寒热邪气，推陈致新”（见《神农本草经》）之功；黄芩、黄连苦寒清泄肠胃热毒，表里双解；白头翁凉血清热解毒，为治热毒血痢之要药；苦参苦寒燥湿清热解毒止痢；金银花甘寒清热解毒，治温毒热疫又善治热毒痢。三药与芩、连合用，具有较强的清热解毒，治疗疫毒痢作用。芍药甘草合用，平肝气疗里急腹痛；山楂肉、枳实行气化滞，疫毒得清化蠲除则气血调和而愈。

2. 热毒壅盛，燔灼气血

主症：壮热，头痛，口渴，恶心不食，腹痛剧烈，里急后重特甚，下痢脓血呈紫红，或如血水，次数频多，舌红绛苔燥，或黄燥，脉象疾数有力。

治法：清热解毒，凉血化滞。

方药：加味白头翁汤。

白头翁、黄柏、黄连、秦皮、大黄、枳实、厚朴、犀角、生地、川芎、生地榆、白芍、甘草。水煎服。

仲景白头翁汤为治疗热痢下重之方，凡热痢热泻用之皆有良

效，疫毒痢为毒热侵入大肠，损伤血络，燔灼气血，重则由血分播散全身，毒邪入侵血络，呈现全身中毒症状，故必以清血分热毒为首务。白头翁入大肠足厥阴肝经，肝藏血，味苦寒善清血分热毒凉血止痢；黄连、黄柏苦寒清热解毒，燥湿止痢；秦皮味苦性寒入大肠经，功能清热燥湿止痢；生地黄、犀角、生地榆皆具凉血解毒之功。但此类热毒壅盛，单纯清热解毒恐难胜任，必须与小承气汤合用，大黄、枳实、厚朴通因通用以下泻其热毒，使热毒疫邪从大肠顺流而下，邪有出路则病可霍然而愈。方中用白芍药、甘草平肝气之横逆以解除肠中痉挛，治疗里急后重，相辅相成，其效尤佳。

3. 热毒深重，邪陷心包

主症：神昏谵语、妄闻妄见，或昏不知人，舌绛紫少苔，伴见身热肢厥、唇焦面垢，或手足抽搐，脉象滑数或洪数。

治法：清热凉营，开窍通络。

方药：犀角地黄饮子。

犀角、生地、玄参、麦冬、山栀子、生石膏、丹皮、黄连、金银花、连翘。安宫牛黄丸。

疫毒痢，热毒深重邪陷心包，出现高热神昏谵语等症，宜用清热凉血开窍通络法治疗。安宫牛黄丸为解毒凉血通络开窍之首选药物。另用汤剂犀角地黄饮加味，犀角性寒入心肝二经，功能清热解毒凉血止血；生地、黄连、牡丹皮、山栀子入血分清热解毒凉血；金银花、连翘清热解毒；玄参、麦冬养阴生津，邪热火盛则耗伤阴液，故在大剂清热凉血解毒药中佐以养阴生津之品；生石膏性寒为清热解毒之要药。《疫疹一得》清瘟败毒饮为治疗热毒疫之名方，重用生石膏有奇效（包括热毒痢在内），《医学衷中参西录》张锡纯用白头翁汤加石膏治愈极重之热痢。笔者经验，凡瘟病热极谵妄，手足抽搐，必须用大剂量生石膏，以清热解毒熄风止痉；如见抽搐，再伍以羚羊角、珍珠母、钩藤以平肝熄风，其效尤佳。

犀角地黄饮，全方具有清热解毒凉血开窍之功效，与安宫牛黄

丸合用治疗热毒痢热陷心包有良效。如伴下痢脓血滞下不通，此为阳明腑实，热毒不下，可于方中加大黄以通利之，热毒由肠道而下，则神志可复，下痢亦随之痊愈。

4. 亡阳厥逆，气虚欲脱

主症：疫毒痢正不胜邪，常可导致由阳转阴，呈现冷汗淋漓、神志昏愦、手足厥逆，脉微细欲绝。

治法：回阳救逆，益气固脱。

方药：参附汤。

人参、附子。

人参功能大补元气，固脱生津；附子大补元阳，温阳散寒，主治大汗亡阳，吐利厥逆，二药合用有益气回阳固脱的作用，若汗出不止可于方中加入龙骨、牡蛎以敛汗固脱；如吐利亡津液，口干舌燥可于参附汤中加入麦冬、五味子，生脉饮与参附汤合用，其效更佳；如出现阴盛格阳，纯用热药则格拒吐逆不受，可用《伤寒论》白通加入尿猪胆汁汤——附子、干姜、葱白、猪胆汁、人尿（童便）。本方为治阳气衰微，阴寒太盛，阳气被格拒不纳，因而在附子、干姜大补阳气、葱白通阳气中加入人尿、猪胆汁以咸寒苦寒反佐，开胸中痞塞以治格拒上逆。此方治吐利厥逆脱证、垂危之证有良好疗效。笔者昔年在农村巡回医疗时，曾用此方治愈多人。人尿须用健康儿童的童便。服法：汤药煎后，加入二药，温服。用此方加入西洋参或人参，其效更佳。

（四）临床权变

1. 本病发生于夏秋季节，疫毒多夹暑湿之气，临证察其舌红兼有白腻苔者，当属热毒夹暑湿之邪，宜在清热解毒止痢方中加入芳化湿浊之药如草果仁、紫苏、香薷等，同时可服玉枢丹以除暑湿秽浊之邪。笔者昔年曾用周氏回生丹其效甚佳，其药味组成与玉枢丹大致相同，此药来自于北京，可惜现时亦罕见。

2. 本病为热毒侵于胃肠，尤其是大肠，但与足厥阴肝经有密切关系。暑湿热毒壅滞肠间，肝经受累，肝为刚脏，风木易动，失于疏泄条达，故在清热解毒方中加入疏达行气理血之品，如白芍药、川楝子、枳壳、川厚朴、桃仁等以行气化滞，则气血通调，毒热易于排出，可选用之。

3. 本病多见噤口不食，审其舌红苔白宜在清热解毒方中加川黄连、紫苏、半夏、竹茹、芦根、陈皮以和胃降逆。

4. 呕吐频繁，舌红绛而干，为胃阴亏耗，谨防阴液耗竭宜用麦门冬、大生地、玄参、沙参、石斛、西洋参以益气养阴生津，呕吐不止，药不能入口，可另用生赭石胶囊口服，温水送下。此药降逆止吐效果甚佳，笔者用之以治呕吐不止，屡见奇效。

(五) 预防

1. 本病是一种急性肠道传染病，由疫疠病毒之气及饮水食物不洁所引起，多发于夏秋季节，应杜绝传染源，避免食用不洁饮食，如水及食物、生冷瓜果、腐败变质食物等，以防微杜渐。

2. 在流行期避免与病人接触，病人粪便宜及时消毒处理。

3. 本病流行多在夏秋季节，卫生条件不良而发生，因此应注意在环境卫生不良地区减少活动。

4. 加强身体锻炼，提高机体防病能力，《内经》谓“正气存内，邪不可干”。

5. 为避疫疠侵袭，夏秋之季节多暑湿疫气，应做好防暑降温防湿工作以减少发病诱因。

6. 为贯彻“不治已病治未病”这一原则，已经发现吐泻胃肠症状应及时治疗，以截断病势发展。

《吴鞠通医案》：肠癖身热，本所大忌，又加温疹，难就一边。现在斑疹已过四日，未有渐化之机。但身壮热如火，谵语烦躁，起卧不安。滞下红积，后重太甚，欲便先痛，便下痛减，责之积重，

不得不借乎于一下，所以网开一面也。

黄芩、生大黄、红曲、白芍、安边桂、归须、广木香、广皮、川连、乌梅肉。水煎服。

按：吴氏此案即疫毒痢，身壮热如火，谵语烦躁，起卧不安，滞下红积，后重太甚，即为疫毒痢之主症。吴氏用大黄、黄连、黄芩以攻下其毒热，辅以白芍、当归、木香、广皮以调其气血，佐以边桂温脾，使热毒温通而下所谓网开一面。

王孟英医案：朱某患痢于越，表散、荡涤、滋腻药备尝之矣，势濒于危，始返杭迄孟英。诊之神气昏沉，耳聋腕闷，口干身热，环脐硬痛异常，昼夜下五色痢者数十行，小溲涩痛，四肢抽搐，时时晕厥。曰：此暑热之邪，失于清解，表散荡涤，正气伤残，而邪乃传入厥阴，再以滋腻之品，补而锢之，遂成牢不可拔之势，正虚邪实，危险极矣。与白头翁汤加芩、连、梔、芍、银花、楝实、苡蓉、石斛、桑叶、羚羊角、橘叶、牡蛎、海蜇、鳖甲、鸡内金等药，大剂频灌，一帖而抽厥减半，四帖而抽厥始息。旬日后，便色始正，溲渐清长，粥食渐进。半月后脐间硬始得尽消，改用养阴调理，逾月而康。

按：此案亦疫毒痢失治误治，暑热邪毒内陷厥阴，引动肝风呈现抽搐昏厥。孟英以白头翁汤加味清热解毒，用羚羊角、牡蛎、橘叶、鳖甲以平肝熄风，石斛、苡蓉、海蜇等以补肾摄纳，几经治疗后使如此重症转危为安。

任 继 学



任继学(1926~),吉林省扶余人,长春中医学院终身教授,历任长春中医学院内科教研室主任,脑病、心病、热病硕士、博士、研究生导师,广州中医药大学客座教授,内科博士研究生导师,北京中医药大学脑病研究室顾问,国家中医药管理局中医药工作专家咨询委员会委员,全国高等中医药专业教材建设专家指导委员会委员,世界中医药学会联合会高级专家顾问委员会委员,

员,中华中医药学会终身理事,1990年被国家确认为首批、二批、三批全国继承老中医药专家学术经验导师,享受国务院政府特殊津贴,吉林省英才奖章获得者,吉林省荣誉省管优秀专家。中华人民共和国人事部、卫生部、国家中医药管理局白求恩奖章获得者。主要学术贡献:从医59年,从教48年,科研20余年,临床以急诊为主,兼顾内科疑难杂症,在“六五”期间,在本院建立中医急诊科室和脑病病区;从“六五”至“九五”期间先后承担了国家科委、国家中医药管理局“中医药治疗急性缺血性中风病临床及实验研究”,“中医药治疗急性出血性中风病临床及实验研究”等重大攻关课题。应邀赴朝鲜、泰国、马来西亚、美国等国家和澳门、香港地区讲学及学术交流。培养内科硕士25名,博士3名,师带徒8名。主编我国第一部规划教材《中医急诊学》,并主编《全国名老中医经验集萃》、《汉英双解中医大辞典》、《建国四十年中医药科技成就》等著作,著有《悬壶漫录》、《任继学经验集》等专著,发表论文百余篇。“七五”获国家科委三等奖,“八五”获国家科委科技攻关重大科技成果证书,国家科技进步三等奖,国家中医药管理局一等奖。

时行感冒

时行感冒，古称时行伤寒，今名之曰流行性感冒（“流行”二字早见于《素问·气交变大论》）。“时行”二字释义有三：①“时”是指发病有严格的季节性；“行”是言气候失宜，引起疫毒的流行。可见时行感冒是以严密的科学理论为基础的。本病是临床常见的外感传染性疾病，是由热疫、寒疫病毒侵入人体而致病。正如晋·葛洪所说：“总名伤寒，也俗因号为时行。”②是指隋·巢元方对时行的解释，即其所言“时行病者，是春时应暖而反寒，夏时应热而反冷，秋时应凉而反热，冬时应寒而反温，非其时而有其气，是以一岁之中，病无长少率相似者，此则时行之气也。”③此病又名“时行伤寒”，所谓时行者，即是时疫。时疫者，是谈传染之性。故《素问·刺法论》说：“五疫之至，皆相染易，无问大小，病状相似。”又说：“如此天运失时，三年之中，大疫至矣。”巢元方亦说：“从春分以后，至秋分节前，天有暴寒者，皆为时行寒疫也。”所谓天运失时，是指岁气变迁产生之候，即春应温而反寒，冬应寒而反温，疫邪丛生，本病易于流行。人在气交之中，疫气从呼吸道而入，人感之，轻者尤不适之感，正气盛之使然；重则感而即病，病则正虚于内，不能抗邪外出，故呈现发病急、短暂恶寒、头痛如破、颜面潮红、口鼻气热、憎寒壮热、乏力、全身酸痛、尺肤热、舌红、苔薄淡黄、脉数有力。也可有一过性的鼻塞流涕、咽喉肿痛等症。

本病一年四季皆可流行，以冬春二季为多，因“春有余寒，热疫易行；冬有烈风，寒疫易行”。轻则引起小的流行，重则引起大流行，其传播多沿铁路交通干线，先城市后农村，先集体后散居。集体以厂矿、机关、学校等发病率最高。由于五运六气的变迁，每隔二三年本病便出现一个流行波。吴又可说：“疫者感天地之疠气，在岁运有多寡，在方隅有厚薄。在四时有盛衰，此气之来，无论老少强弱，触之者即病。”便是此义。

本病虽较其他传染病危害浅，但在流行期间，病程虽短，也能严重影响人们的身体健康，因此，必须积极防治。

（一）病因病机

伤寒多从肌表玄府侵犯人体，以风寒为主，“风为百病之长，寒为百病之总”（《雪潭居医约》）。本病是以时疫为患，时疫者分为热疫、寒疫、燥疫、火疫、湿疫、暑疫，但本病是以热疫、寒疫侵犯为主，可见六淫之邪犯人必夹时疫病毒，正如清·徐延祚在其《医医琐言》中所论：“六淫之邪无毒不犯人。”时疫多从呼吸道而入，其邪所客，始于卫气，卫气为邪所束，不能御邪于外，遂由气道损伤于肺，由肺之络脉波及于胃，“胃者卫之源”（《卫生宝鉴》），重则由荣及血，荣卫失调，不能拒邪，由血道伤于神明。神明者，脑髓也。病邪伤及人体，能否发病，取决于正气之盛衰、疫毒之多寡和毒气之强弱。

若机体“正气稍衰者，触之即病”。病始于卫，卫为气之标，其性热，热为阳，由气道、营卫之路布散于表，温分肉，肥腠理，以行卫外之功。邪气内侵，卫气与之抗争，争则卫郁气结，而生憎寒壮热，颜面潮红，口鼻气热，全身酸痛。

若病邪盛，卫气弱者，不能托邪外出，则邪必犯于肺，之所以犯肺，是由“卫气之道”（《灵枢·营卫生会》）犯肺，肺主气属卫，肺伤则肺气贲郁，肃降无权，治节失常，致使清气不得入，浊气不得出，肺气焦满，络脉受伤，症见高热、喘咳、胸闷、血痰、口唇青紫等。

也有正衰邪盛，不经肺卫，直犯营血者。营为血之徒，血为营之本，为心所主。因此邪犯营血，必然内传心包。心包为神明所司，故心包受邪，必波及神明，导致脑髓窍络不利，症见头痛如裂、神志模糊、高热不退、谵语狂躁、惊厥之候。

更有中焦气化不利，病邪上受，直趋中道（中道者，脾胃也），

伏于膜原者。脾胃与膜相连，内则脾胃受损，运化失调；肠胃为邪毒所扰，扰于胃者，其气上逆，故有恶心呕吐；扰于肠者，受盛失职，传导不利，腹痛、腹泻。外则卫气受困，腠理不开，正邪分争，热淫之气浮越于表，故有发热恶寒之症。

总之，时疫病毒之邪，侵犯人体，途径有三：一是邪由上受，侵卫犯肺；二是直犯营血，逆传心包，神明受累，脑髓不利，机窍受阻；三是邪虽由上受，但直趋中道，伏于膜原，内则脾胃呆滞，外则卫气受困。发病与否，决定于正邪分争的结果。

（二）诊断与鉴别诊断

本病诊断依据：一是流行季节；二是接触史；三是起病急、憎寒壮热、口鼻气热、颜面潮红、头痛如破、四肢关节酸痛、全身乏力、尺肤热、左脉盛于右等典型症状。

本病需与下列疾病鉴别：

1. 伤风

咳嗽、鼻塞、流涕、喷嚏、头晕痛、喉痒为主，但全身症状轻或无，舌白，脉浮或浮数。

2. 暑温

有明显的季节性，但发热头痛剧烈，恶心呕吐，项背强直，甚则神志不清、角弓反张、手足抽搐，多见于晚夏深秋。

3. 春温

头痛身痛，无汗恶寒，发热目赤，口渴，舌白少津，脉浮数。多见于春季。

4. 冬温

头痛无汗，恶寒发热，口渴鼻干，舌质红苔白，脉浮数。多见于冬季。

5. 伤寒

头痛、项强，恶寒无汗，身痛，舌滑润，脉浮紧。

(三) 辨证论治

本病发生发展的规律是：既伤卫又伤气，也能伤肺，更能波及于神明，扰乱于肠胃。因此，必以表卫受束，热毒闭肺，逆传心包，扰乱肠胃为其辨证准绳。伤寒是由风寒之邪，由表入里，故应以辛温解表为主。然本病之时疫病毒，既犯卫又犯气，肺胃并犯，故在病理上，既有表阳被郁，又有毒热内炽。火热自内出，经气先虚，虽汗多不解。所以治法上，不能单纯解表，也不能单纯清里，初则必以表里通解为法；邪气内陷者，必以清热解毒透表为主，使邪气外出，以缩短其病程，促使机体阴阳恢复平衡。营卫调和，邪不传中，是为善法。

1. 表卫证

主症：微恶风寒，壮热，腰背、四肢酸楚，口微渴，面红目赤，舌红，苔薄白，脉浮数有力。

治法：表里双解。

方药：表里通解散（笔者方）。

白僵蚕、蝉蜕、大青叶、薄荷叶、防风、荆芥穗、金银花、连翘、生石膏、金荞麦、大力子、金莲花。水煎服。

药用僵蚕之味，辛苦气薄，清热解郁，能除一切怫郁之疫邪；蝉蜕一味用其气寒无毒，味咸且甘，以导热邪由表而解，佐以薄荷、荆芥穗、防风之辛，搜出外在之邪，使其不留于表；生石膏甘寒清热，其寒能清热降火，辛能发汗解肌，使毒从外解；大青叶、金银花、连翘，善治疫毒，使表里透解，热解毒去；伍用金荞麦、金莲花，清热解毒、消肿散结、清咽利喉（金荞麦，又名金锁银开，亦称野荞麦，古代本草记载甚少，清代赵学敏学习民间草医的经验将其载入《本草纲目拾遗》中，谓“俗用治一切喉症”，并引孙玉庭云：“其根专治喉闭，故得此名。喉风喉毒，用醋磨嗽喉，涎痰去而喉闭自开矣”。当代中医学专家耿鉴庭家传喉科，言“先辈向草医

学得，用治急性喉症，确能开关，有起死回生之功”。其味酸、苦，性寒，清热解毒、消肿散结，清咽利喉，而使肺卫得伸，邪去正安。金莲花“味滑苦，性寒，善清上焦热疫之毒，故用治咽喉肿痛有良效）。

总之，本方之功，在于上行头面，下达足膝，外通毛窍，内通脏腑、经络，驱逐邪气，无处不到。

2. 毒郁腠理证

主症：壮热不退，胸胁苦满，口苦咽干，耳聋，目赤，或呕吐，或口渴，大便燥结，或胸胁汗出，舌红赤，苔薄。

治法：辛凉和解通腑。

方药：增损大柴胡汤。

柴胡、薄荷、陈皮、黄芩、黄连、黄柏、栀子、白芍、枳实、大黄、广姜黄、白僵蚕、全蝉蜕、生姜。水煎去渣入冷黄酒30g，蜜15g，和匀冷服。

药用柴胡、黄芩、白芍、薄荷、僵蚕、蝉蜕，辛甘而苦，以开腠理，和解少阳，去怫郁之热；用黄柏、黄连、栀子，清热解毒除烦；大黄、姜黄、枳实，通宣腑气，以涤热邪；用陈皮、生姜；和中降逆止呕。

总之，本方既能开发腠理，又能宣通腑气，外邪得解，内热得出。

3. 热毒闭肺证

主症：突然高热不退，胸闷，剧烈咳嗽，呼吸困难，血痰。口渴，口唇紫暗，烦躁，溲黄赤而短，舌深红，苔黄而干，脉浮数。

治法：清热解毒，宣肺止咳。

方药：加味神犀汤。

犀角、双花、连翘、杏仁、紫草、桔梗、大青叶、黄芩、生石膏、枳实、羚羊角。水煎服。

方用羚羊角、紫草，清热解毒，通利九窍，以除疫病之邪；选

用双花、连翘、大青叶、黄芩、生石膏大队清热解毒之剂，以护肺津；桔梗、枳实，宣肺降逆而平喘。

总之，本方是泄热解毒以清上，降逆平喘而有镇静之功。

4. 热陷心包证

主症：持续性高热，剧烈头痛，神昏谵语，循衣摸床，烦躁不安，惊厥抽搐，小便赤涩，舌红赤，苔黄厚而干，脉洪数。

治法：开窍通络，解毒泄火。

方药：玳瑁郁金汤（《重订通俗伤寒论》）。

生玳瑁、生山栀、细木通、淡竹沥、广郁金、青连翘、粉丹皮、生姜汁、鲜石菖蒲汁、紫金片、野菰根、鲜竹叶、灯芯。水煎服。

药用玳瑁、郁金、紫金片，通窍开郁，泄热解毒；连翘、木通、山栀子、野菰根，直达包络，诱导热毒层层下行，由小便而去；佐以丹皮之辛窜，善清络热以散火；使以姜、沥、石菖蒲汁，辛润流利，善利络痰，配以竹叶、灯芯，轻清透络；大便秘者可加大黄、芒硝。

总之，本方妙在通脏腑、经络，驱逐邪气，无处不到，促使内陷包络之邪热，即弥漫脑髓之邪一举而清之，为开窍透络之良剂。

若神识狂乱不安，壮热烦渴，必配以牛黄安宫丸治之。

5. 热犯膜原证

主症：发热，或微恶风寒，恶心呕吐，腹痛腹泻，尿少色黄，舌淡红，苔白腻，脉浮滑而数。

治法：清热和胃，行气解毒。

方药：达原饮。

槟榔、厚朴、草果、知母、芍药、黄芩、甘草。水煎服。

药用槟榔、厚朴、草果，行气散满导滞，共除秽浊疫毒，以调整肠胃之功；黄芩、厚朴相伍，开郁泄热解毒；芍药、甘草、知母，调中和血，使其燥而不烈，以护津液。

总之，本方能舒达膜原，调整肠胃，泄热调中。

(四) 临床权变

1. 本病在治疗过程中，多因久有肺热之疾或有心脏之患，由于肺气受伤，肺络瘀滞，卫气不得循行于外；或心气受损，营血内瘀，正不胜邪，造成时疫病毒内犯于肺，肺气闭塞，肺血瘀结，再呈现肺热之疾。临床上表现为：持续高热，呼吸气急，阵咳或咯血，颜面红赤，口唇发绀，舌赤，苔黄，脉数疾。法宜：宣肺解毒，通经透络。药用：羚羊角、金荞麦、桔梗、金银花、连翘、赤芍、人中黄、丹皮、生地，水煎服。同时送服牛黄安宫丸或紫雪散，也可送服紫金散。症兼便秘者，加大黄、风化硝，以通便泄热，宣通肺气；症兼心衰者，药用炮附子、炮姜、葱白、人工牛黄、童便，水煎服，同时送服琥珀粉、羚羊角粉；下肢浮肿者，是因缠络，毛脉瘀滞不通，宜加用通脉利水药，如丝瓜络、金星草、防己、柴胡、泽泻、地龙之类。

2. 也有病将愈之时，因外在卫气未复，营气未通，里邪未解，招引时行病毒，侵犯肌腠，肌腠者，卫气通行之处，由于卫气郁结不伸，营气与卫气不和，病毒与营气相结，陷于腠理，而发蛇缠疮亦称火赤疮（现代医学称为带状疱疹）。法宜：清热解毒，透络达原。必须内外合治，是为正治之法。

内治方：大青叶、金银花、连翘、野菊花、蒲公英、地丁草、天葵子，水煎服。外用药：马兰叶、木芙蓉叶，共为细面，兑入少许冰片、雄黄，以蜂蜜调和敷于患处。

3. 时疫病毒，由于治疗不当，引邪内陷脾胃，导致脾气不升，胃气不降，胃气上逆。症见：恶心呕吐者，药用藿香梗、制苍术、姜厚朴、陈皮、半夏曲、白蔻、旋覆花、淡竹茹、制枇杷叶，水煎服。

4. 症见暴喘者，急用五虎汤（麻黄、杏仁、生石膏、生甘草、茶叶）水煎，送服一捻金，其病可痊。

(五) 预防

本病是一种流行性传染病。必须贯彻预防为主方针，即《内经》所说的“不治已病治未病”。具体方法是：

加强体育锻炼，提高机体防病能力，作好防寒保温工作，减少发病诱因。经常开展爱国卫生运动，正如王孟英所说：“人烟稠密之区，疫疠时行者，以地气即热，秽气亦盛也。故住房不论大小，必要开爽通气，扫除洁净，庶清气徐来，疫气自然消散。”《湿温时疫治疗法》亦说：“衣被宜洁净也，洁净为各病所不可缺少之要件。”更要宣传防疫知识，做到五早，即早发现、早诊断、早隔离、早治疗、早预防，以及对公共娱乐场所加强管理，减少活动。在药物预防方面可用贯众、板蓝根、大青叶水煎服，或投以紫金锭，或用大蒜汁滴鼻等。

(六) 文献摘录

《类证治裁》：时行感冒，寒热往来——参苏饮、人参败毒散、神术散。

《医学碎金录》主按：重伤风即流行性感冒，其病源为虑过性病毒，潜伏期一日至三日。此病起病急剧，畏寒发热，周身疼痛，背部、头部、四肢痛得更厉害，体温上升很快（ $38^{\circ}\text{C} \sim 41^{\circ}\text{C}$ ），上呼吸道炎症也很快发生，如鼻流清涕、干咳、喉痛、胸骨疼痛、结膜充血、全身衰弱，甚至虚脱。血象：白血球减少。血液培养：无细菌发现。预后良好，病程亦短，约五日退热。以上所谈，是单纯性流行性感冒，另一种称为“有并发症的”，继发于单纯型流行性感冒三四天之后，那时诸症本可向愈，因为感染了细菌，病势仍复向前发展，咳嗽剧烈，痰浓而粘，体温中度上升，痰内可检得流行性感冒嗜血杆菌及肺炎球菌、链球菌，病程约一星期。我们看了上述关于流行性的概况，和聂氏所谈的两相对勘，就可知聂氏所称的

“传染性伤风感冒”是包括单纯性流行性感胃和继发的化脓性支气管炎而言，因为聂氏说，此病每须延至十余日，这十余日病程，是流行性感胃和支气管炎两者相加的总和。聂氏又说，此病初起四五日，热度极高，以后热度低平，但病未愈，如痰咳、鼻涕、身疼、头疼、胁痛等，诸症杂出，这是流行性感胃的继发性传染，病愈日期，要比单纯的流行性感胃延长一星期，如果支气管炎迁延不愈，就变为慢性病（慢性支气管炎）了。

现在我们要分析聂氏的重伤风标准方，对流行性感胃发生何种功效？治那种流行性感胃？把聂氏方所列12味药品，每种的作用分列如下：

黄芩：为清凉解热药，对肺炎高热有效。

连翘：对数种细菌如溶血链球菌、A型及B型肺炎双球菌、葡萄球菌等有抗生作用。

竹茹：为清凉解热药，有镇咳止血之效。

薄荷：为清凉性矫味药，有发汗解热作用。

蝉衣：为解热镇痉药，用于感胃之头痛及喉头炎、咳嗽失音。

桑皮：为利尿镇咳药，有平喘镇咳祛痰之效。

象贝：含甲乙二种象甲素，为镇咳祛痰药，治气管炎及肺结核的咳嗽。

杏仁：含苦杏仁苷、苦杏仁酵素，为镇咳药，治气管炎之咳嗽喘息。

枇杷叶：含枇杷叶皂素，为清凉性止咳药，对慢性气管炎久咳不止者有效。

枳壳：为芳香性苦味健胃药，治胃部胀满压重。

白芍：为镇痛通经药，治腹痛及胃痉挛。

桑叶：祛风，明目，清热，止盗汗。

此方总的功效，是发汗解热，镇咳祛痰，用于单纯性流行性感胃，热高发炎症状较重者，确是一个好药方。

《中国古今医案类编·温病类·章次公医案》：

1. 马男。伏温亦是流行性感冒。苔腻、欲呕是肠胃型感冒，故难速效；寒热有起伏，可予达原饮。

厚朴3g（研细末），煨草果6g，白芍9g，酒炒黄芩6g，槟榔9g，知母9g，粉草3g，姜半夏9g。

2. 王女。其舌尖红，流行性感冒之的证。古籍以时令定病名，有称为冬温者。得汗不解，法当凉散。

薄荷5g（后下），豆豉9g，桔梗5g，浮萍草5g，前胡6g，杏仁泥16g，桑叶、皮各9g，菊花9g，粉草3g，全瓜蒌9g，枇杷叶3片（去毛、包）。

梅毒证治

(一) 概述

梅毒是通过性交、接吻、接触梅毒患者的衣物或患者污染的食物、哺乳、输血而感染梅毒秽浊之邪，或胎儿经胎盘感染而成，是一种性传播疾病，也是一种慢性传染病。本病的感染属于全身性感染，但在其发生发展过程中，由于人之正气不足，邪气偏盛，梅毒秽浊之邪可通过气道、血道、经络之道、五脏之道而侵犯任何组织器官，引起各种不同症状。也可长期潜伏于人体而无任何临床症状，此即属于伏邪。

在我国16世纪以前的医史文献中无梅毒相关记载。考梅毒病源发于美洲，大约1505年，由葡萄牙商人至中国经商途经印度来我国广东传染而致。在我国广东省首先有梅毒病的流行，所以也称作“广东疮”（亦称广疮）；医家陈司成认为此病首发于广东温暖潮湿之域，是霉变引起之疾患，故又称为“霉疮”；又根据本病发生在皮肤，其病变形态呈现似杨梅状，所以后世医生又称之为“杨梅疮”或“杨梅大疮”。张景岳曰：“毒甚而大者，斑斓可畏，形如棉花”，故又名“棉花疮”。

关于梅毒的文献记载始于清光绪十一年，陈司成著有《霉疮秘录》，书中有总例七则，或问二十四则，治验二十九则，方法四十九条，宜忌十七条。至于梅毒的诸多名称，兹不赘述。

关于梅毒的临床证候，由于本病感染途径不同，发病部位又异，病程进展不一，形态各异，临床病象各有特点，兹纳入分期论治以详述之。

(二) 病因病机

本病病因是秽毒污浊、梅毒邪气侵犯人体所致，其感染方式有

三：一是通过男女性交直接传染；二是通过接吻、患者的衣物、患者污染的食物等或因医源性因素（如防护不严格、患者用品消毒不严格等）而间接感染梅毒邪气；三是因父母患有梅毒，父精母血，内蕴梅毒之邪，二者交融之后，形成氤氲孕气，胚浑兆象，邪毒与胚相结，生化胎元，胎结毒生，直接感染于胎儿。

其病机核心是由于人体禀赋的强弱不同，所以人体的正气有盛有衰，营卫之气有和谐有失调，其发病症状也异。外在肤腠卫气不固，经络血脉营气失守，内在脏腑经络生理气化失常，引发五脏之道不通，元气循行障碍，所以内无托邪外出之能，梅毒之邪乘虚侵犯人体，伏于内外之膜原。膜原者卫气营气游行之所，又有屏障气血之功，但膜原内通脏腑，外通肌腠经络，由于有屏障气血之功，邪伏膜原，卫气衰少，营气不足，抗邪能力低下，梅毒邪气得以内蕴毒强，因而造成邪气透经传络，损肌肤，伤筋骨，穿骨髓，害五脏，伤六腑，透脑毁面。梅毒邪气入于人体，有始终只在一经者，有越经而传者，有间经而传者，有毒伏本经者，形证多端。

阴器属足厥阴肝经，为任脉之会；而督脉者，其络循阴器，合篡间。故初起梅毒邪气由经络之道或气血之道入于肝经，浸染督任二脉，督脉起于肾下胞中，男子循经下至篡（前后阴），女子络阴器合篡间，督脉行于身之后，任脉行于身之前，二者是阴阳互化之处，水火升降之用，子午交接之地，二脉通，百脉皆通。毒伤督任二脉，人身血气往来循行受阻，气阻内郁则生热，血阻荣气不通，逆于肉理，热郁则肉腐。

本病在初期经治疗，下疳虽愈，但人体正气未复，抗毒功能缺损，又因梅毒残余之邪，蕴结聚毒，毒伤正气，损伤营卫御邪之能，梅毒之邪先入营然后入血。因肝有藏血、调血之能，而司肌腠，又开窍于目，眉毛肝之所荣，又因肺为五脏之华盖而朝百脉，百脉者为气血循环之路，而行治节之权、呼吸之能，司皮毛、布营卫之功，所以梅毒邪气侵犯肺肝，肝不疏泄，少阳升发之气受遗；二是肺主

皮毛、司营卫，毒伤于卫，卫气被郁，所以在发疹之前，常有寒少热多的微热状态。

营卫失调则毒邪上犯于心，毒结日久则心体受损，心气受伤，“一舒一缩以行经络之血”功能不畅，引起母脏受损，母脏者肝心也，肝失疏泄之机、条达之性，肝体刚而不柔，藏血而不能疏布于外，血结于内，肝气滞则心气乏，乏则心气脱，无力推动血之循环，血瘀于心，早期只有轻微的心悸、气短，重则呼吸困难，不能平卧，下肢浮肿。瘀血内结于肝，则肝成肥气而肿大，藏血、调血功能障碍，因肝开窍于目，血少不得上荣于目，则见目盲多泪；筋脉失养则拘急、活动不利，手不能握，足不能任地。

病久不愈，毒伤正气，卫气不得固护经络于血脉之外，营气不得护守经络于血脉之中，梅毒邪气失约，由经入络，由络浸入血脉，由血脉进入气液之道，浸伏骨髓，遏郁于内，浸淫髓海，髓以脑为主，邪害脑髓，膜络受损，累及脑髓，元神受迫，神机不得流畅，神经传导不得舒展，故临床上见头痛、项强之症。毒抑骨髓，髓虚不能生血，骨损则骨质不坚，关节肿大变形，活动受限。

梅毒邪气循经犯肺，肺体受伤，肺气不利，水津不得内布外施，菴而为痰为饮，痰饮阻肺，肺气郁闭，肺血不利，积而为瘀，导致痰血津相结不散，造成肺体肿胀，肺气不利，不利则气道涩，故见喘咳、胸痛，痰血相见。

前阴者，宗筋之所聚，太阴、阳明之所合，故又属脾胃。梅毒邪气犯脾扰胃，毒伏胃膜，损伤胃体，营气不从，逆于胃膜之腠理，腠理阳气不得外泄而生热，热则血肉腐坏。络主血，阴络受损，不能约束血液，则生便血；阳络受伤，则血随气逆，而为呕血；久久不愈，则胃膜透脂，穿破体表，形成穿腹内疝。脾胃受伤则津血不利，营卫不清，转化为痰，痰结则血瘀，外则肌肉失养，而致肌萎。

（三）证治

梅毒一证，属毒盛正衰，梅毒邪气穿经透络达血，伤脏害腑，透骨入髓，病变呈蚕食样发展，全身症状相继出现。初起外在皮肤肌腠，以男子阴茎龟头、女子阴户大小阴唇、肛门为发病之始，逐渐侵及全身。也有少数病者先由咽喉而发，临诊时也应与咽喉其他疾病加以鉴别，是为上治。因此本病治疗法则应以扶正透毒为先，辅以清热化痰、祛腐化浊、防邪内攻，是为大法。因此本病在辨证上必以初、中、末为辨治的准绳。病至杨梅结毒者，是因梅毒之邪方张，继用药水熏蒸，或轻粉内服，造成毒邪沉于骨髓、官窍之中，积久外攻，此法戒之。

1. 初期（一期）梅毒

证候：约在染邪后3周左右发生，皮损数目很少，常为单个病变，初起患处呈微红色或肉红色，3~5天后逐渐变为粟米样丘疹或硬结，颜色转为粉红色、红色、深红色或红铜色，圆形或椭圆形，触之硬韧，推之可移，不痛不痒，逐渐增大，表面糜烂，四周坚硬凸起，中间凹陷，边缘整齐，可有少量黄色脓汁，约经1月虽未治疗而疮面愈合。通常见于男女前后阴任何部分，如男子的冠状沟及其邻近部位，女性的阴唇，亦偶见于尿道、肛门、唇舌、乳房、眼睑等部位。

治法：滋阴清热，凉血透毒。

方剂：解毒汤（《霉疮秘录》）。

药用：连翘、荆芥、川木通、黄连、生地、牛膝、忍冬花、滑石、甘草、何首乌。

另以保身散外擦患处：黄柏、乳香、水粉、孩儿茶、百草霜、冰片。各为末，猪脂调擦。

2. 中期（二期）梅毒

证候：约在染邪后8~10周左右发生，先有身热（常在37.5~38.5℃之间）、头痛、头晕、骨节疼痛、乏力、纳差。2~3日后上述渐退，出现皮疹，皮疹数目多，可达数百或数千个，疹出左右相

对，形态各异，可见圆形、椭圆形、片形、环形或不规则形，可呈丘疹、斑块、鳞屑、糜烂、溃疡及皲裂等；皮疹大小不一，由粟米至黄豆或更大；颜色可呈红色、紫红色、红铜色、黄褐色或褐色等，且颜色稳定不变；分布范围广，或稠密，或稀疏，常见于躯干、四肢、颜面，也见于前后二阴。一般无痛痒感觉，或有轻微瘙痒。如不予治疗，皮疹多可自趋好转，表面痊愈，不留瘢痕，但在数年后可发为二期梅毒。

治法：扶正祛风，解毒化腐。

方剂：解毒天浆散（《外科正宗》）。

药用：天花粉、防风、防己、皂角刺、白鲜皮、连翘、川芎、当归、风藤、木瓜、金银花、蝉蜕、薏苡仁、甘草、土茯苓、牛膝。

另以蜗牛柏霜散外擦患处：黄柏、没药、粉霜、雄黄、冰片、丹砂、孩儿茶、枯矾、蜗牛。各为末，猪胆调擦。

3. 末期（三期）梅毒

证候：约在染邪后2年左右发生，不仅伤及皮肤，更可侵及脏腑，危及生命。皮损部位不限，发无定处，以颜面、四肢伸侧多见，分布不对称，排列成环形或多环形，或均匀分布，或堆积成簇；结毒肿起或呈斑片状，小如橄榄，大如胡桃，呈褐色、红铜色、暗红、棕红或青红色，溃后疮口凹陷，有少量黄色或黄褐色脓水，边缘整齐，腐臭不堪。如侵及口咽，可见言语不利、声音嘶哑、咀嚼困难；如侵及眼鼻者，可见视物不清、目盲多泪，鼻塌、硬腭穿孔与鼻腔相通；如侵及骨节者，可见筋骨疼痛，夜间或寒冷时发作或加重；如侵及于心，可见胸闷气短、心悸不宁，甚则呼吸困难、不能平卧，下肢浮肿；如侵及脑髓，可见耳鸣、耳聋，头痛，恶心呕吐，四肢抽搐，颈项强硬，语言不利，半身不遂等症；如侵及于肺，可见喘咳，胸痛，痰血相见；如侵及脾胃，可见胃痛，纳差，恶心呕吐，甚则呕血、便血，久则血极、肌萎；侵及肝胆可见胁胀胁痛，腹大如鼓，黄疸等。

治法：扶正培元，利湿化浊。

方剂：加味十全大补汤（《洞天奥旨》）。

药用：人参、当归、白术、茯苓、生甘草、黄芪、肉桂、川芎、熟地、柴胡、上茯苓。

另以粉霜神丹外擦患处：粉霜、人参、生甘草、冰片、丹砂、石膏、槐米。各为末，猪胆调擦。

（四）临床活套

由于本病感染途径不同，发病部位又异，病程进展不一，至末期变证叠出，故此病治疗困难，在用药上，医者可根据证选方，不可执一而御变。

症见结毒肿痛将作脓者，用内托散治之。药用地榆、黄芪、粉草、忍冬花、川山甲、白芷。水煎服。

症见有脓未破作痛作胀者，用透脓散治之。药用皂角刺、黄芪、牛膝、川芎、当归尾、川山甲、忍冬花、汉防己。水煎服。

症见梅毒筋骨作痛者，内用解表散治之，外以熨烙方敷熨。解表散药用麻黄、紫苏、桔梗、川芎、升麻、当归、忍冬花、僵蚕、蝉蜕，水煎服。熨烙方药用川乌、草乌、肉桂、干姜，以糯米饭和药捣匀热敷患处。

如梅毒邪气侵及口眼者，用丁字化毒丸治之。药用牛黄、珍珠、蜈蚣、犀角、牙皂、月月红、白鲜皮、朱砂、雄黄、乳香、川山甲、琥珀、贝母、血竭、郁金、制大黄，共研为丸。

如梅毒邪气侵及脾胃者，用促脾饮治之。药用石斛、薏苡仁、忍冬花、山药、茯苓、牡丹皮、陈皮、人参、甘草、木香，水煎服。

如梅毒邪气侵及于肺者，用益卫散治之。药用人参、贝母、白及、百合、阿胶、桔梗、天门冬、山药、木香、甘草，水煎服。

如梅毒邪气侵及肝胆者，用乙字化毒丸治之。药用牛黄、丁香、牙皂、琥珀、郁金、朱砂、雄黄、月月红、白鲜皮、乳香、川山甲、

制大黄、僵蚕，共研为丸。

如梅毒邪气侵及于心者，用安神散治之。药用人参、茯苓、黄连、甘草、远志、石菖蒲、柏子仁、生地、赤芍、川木通，水煎服。

若见心衰，以白通加猪胆汁人尿汤治之，药用炮附子、干姜、葱白、童子尿、猪胆汁（可以人工牛黄代之）。

（五）文献摘录

《证治准绳》：便毒生于小腹下，两腿合缝之间，其毒初发寒热交作，腿间肿起疼痛是也。夫肾为作强之官，所藏者精与智也，男女大欲不能直遂其志，故败精搏血，留聚经隧，乃结为便毒矣。盖腿与小腹合缝之间，精气所出之道路也，或触景而动心，或梦寐而不泄，既不得偶合阴阳，又不能忘情息欲，故精与血交滞而成肿结也。初起切不可用寒凉之药，恐气血愈滞，不得宣通，反成大患，惟当开郁散气，清利热毒，使精血宣畅，则自然愈矣。

《洞天奥旨·卷十·杨梅瘡》：此乃女子感染男子余毒而生者也，或前已生疮，用药既痊，偶食牛肉，或洗浴当风、抓痒，或行房事，以虚其皮肤，毒结不散，乃生瘡矣。或血干而起白屑，或肉碎而流红水，以致淋漓臭秽者有之，用蜗牛柏霜散原易奏功，然内不服药以补虚，则气血双亏，外难即愈。必须内外兼治，否则日久不痊，必生虫蚀，反难速瘥也。

《外科证治全书·卷四·杨梅瘡》：杨梅瘡一名广瘡，因其毒出岭南；一名时瘡，以时气乖变，邪气湊袭之故；一名翻花瘡，因其缠绵不已，形如棉花；一名翻花杨梅，因窠粒破烂，肉反突于外，色如黄蜡；一名天泡瘡，因其夹湿而生白泡；有形如赤豆，嵌于肉内，坚硬如铁，名杨梅豆；有形如风豆作痒，名杨梅疹；有先起红晕后发斑点，名杨梅斑；有色红作痒，其圈大小不一，二三相套，名杨梅圈。附方：方用大蛤蟆一个，肚上剖开，将雄黄一两填入用黄泥包好，放炭火内锻炼以泥红为度，取出埋土中一夜，将黑灰分

作三服，黄酒送下，每日空心服一次，毒气尽除。

《外科正宗·卷之三·杨梅疮治验》：一男子小便白浊作痛，次出疔疮，发肿作烂，筋骨微痛。予曰：欲发时疮。彼不为信，请他医以熏药照之，虽然疔疮稍愈，而筋骨更疼，头胀欲破，又复请治。其时红点满面，此火气郁遏难出，先用黄连解毒汤二服泻其火毒，次以蟾酥丸发汗，使毒透出肌表，已后红点渐渐为疮，筋骨头疼，从此渐减。以加味遗粮汤服至两月，疮始出尽，骨疼方止。又以解毒天浆散相兼服至百日，其疮始退，又百日而平。

（六）常用方选

九龙丹：穿山甲、没药、青木香、血竭、滴乳香、儿茶各一钱，共为末，用当归尾三两、红花三两，酒煎膏丸如桐子大，用于鱼口便毒、骑马痛横痃，初起未成脓者。

消鱼口便毒横痃奇方：红芽大戟一钱、贝母三钱，白水煎服。

加味遗粮汤：川芎、当归、防风、薏苡仁、木瓜、金银花、木通、白鲜皮、苍术、威灵仙各一钱，甘草五分，皂荚子五个（切片微炒），仙遗粮二两，人参（疮久气虚者加）。

归灵汤：川芎、当归、白芍、熟地、米仁、木瓜、防己、天花粉、金银花、白鲜皮、人参、白术各一钱，甘草五分，威灵仙六分，牛膝（下部加）五分，土茯苓二两。用于杨梅不论新久，但元气虚弱者。

花柳毒淋

(一) 概述

花柳毒淋(张锡纯曰:“毒淋原不在五淋之内”)多由性交感染而成,而中医之五淋不由嫖娼所致,花柳毒淋有别于中医五淋之称,二者不能混为一谈,其中医命名也应实事求是。花柳毒淋在世界上广泛流行,在我国也流行已久,是性传播疾病(STD)中发病率最高的一种,其中以欧美及非洲的一些国家尤其。美国1991年发病率为249/10万,1996年为123/10万;我国1997年发病率为18.15/10万,1999年为27.54/10万。就目前来看,花柳毒淋是在我国流行的性病中发病人数最多的性病之一。日前,花柳毒淋患者中以中青年为多,他们活动范围广,在性病中成为主要的传播者。

我国《黄帝内经》中有“膀胱不利为癃”的记载,《诸病源候论》将“淋”区分为五淋,又进一步分为石淋、气淋、膏淋、劳淋、热淋、血淋和寒淋七种。宋代以后,关于淋证的名称分类更为繁多,如沙淋、湿淋、暑淋、白淋、赤淋、冷淋、急淋、虚淋、疾淋、老人淋、妊娠淋、产后淋等等,然而占人所记载的淋病是指小便淋漓而言,将许多疾病包括在内,且不通过性行为传播,与西医学所谓的淋病有本质的区别。

(二) 临床病象

临床病象取决于病位、感邪时间长短和邪气的盛衰。正盛邪衰者多无临床症状,邪盛正气不足,可见尿道红、肿、热、痛、痒,并有浊液流出。一般感邪2天以后尿道口溢脓,脓液呈深黄或黄绿色,并有尿痛,小便淋漓不断,夜间阴茎常有疼痛性勃起,也有化脓破溃者。因此临床表现多样、多变。

(三) 病因病机

本病发生发展主要是以有生命的花柳污秽浊毒为发生之源,其传播途径是通过不洁性交传播,也有通过污染的床上用品、毛巾、浴品等间接感染。孕妇感染此病,可感染胎儿。

本病的病机核心主要在下焦,男性主要是尿道脂膜内正气不足、营气不通、卫气不固,花柳浊毒侵犯经络之道,血液之道不通,因此形成毒郁、血滞、湿痰,阳气不得宣通,生热化腐而成。更由于正气不足,或失治误治,致尿道或精液之道阻塞,造成不可逆之病。也有男子感染,而致精道郁热、精宫受扰而生血精;也可通过气道或血道形成附睾红肿发热、睾丸肿大等。女子感染此病,邪结于下焦,侵入子宫脂膜,脂膜内有细络、缠络、横络、斜络,由于络脉不通,卫气不行,抗邪能力低下,花柳浊毒肆虐,通过气道、血道、经络之道,可侵犯前尿道、后尿道、子宫颈、膀胱等部位。邪伤正气,阳气不能宣散于外则生热,热胜则瘀,膀胱失约,尿道涩滞,造成尿频、尿急、尿痛;也有热盛则肉腐,导致化脓;甚则正气不支,营卫失调,脏腑三维防御系统功能低下,正衰邪盛,通过五脏之道、经络之道,既能犯心,又能犯肺,侵肝损肾,终则形成难医之患。

(四) 诊断

1. 多数患者有野游史。

2. 有不洁性行为后1~14天,常为2~5天,出现典型症状,初则尿道口色微红,继则尿道内皮肿胀,尿道口阻塞,有白色液体流出,小便艰难,尿流分两歧排出,周身不适。

3. 实验室检查:尿道或宫颈分泌物涂片、培养有助于本病的诊断。

(五) 辨证论治

本病既有局部症状，又有全身不适，其发病机理主要是花柳秽浊毒侵及下焦，波及生殖系统，既犯膀胱，又损尿道，也涉及肝肾。因为肝肾居于下焦，肾主二便，肝司下焦气化之能，由于毒盛，正不能束邪，造成热郁、血结、津聚，导致热、血、痰、湿、浊、毒互结为病。就目前而言，中医对本病未见报道，西医治疗又不甚理想，因此治法必以清热除秽、宣散解毒、化瘀通络，是为治疗本病的大法。治疗宜早不宜晚。

1. 早期证

症状：初起由于接触淋病之患，性接触后四五日，始觉尿道内微痛、涩滞，继则龟头、尿道口红、肿、热、痛，排尿涩痛，有白浊流出，妇人阴户内涩滞不舒，腰痛，舌质红，苔白厚腻，也有淡黄者，脉数。

治法：清热透解，解毒通络。

方剂：三黄丸（《马氏外科传薪集》）。

药用：熟大黄、乳香、没药、雄黄（水飞）、黄连、酒芩、滑石、甘草梢、通草、虎杖，水煎服。

也可选用“将军蛋”（《卫生鸿宝》），药用生大黄2g，鸡蛋1个（顶上敲一孔，入大黄末），纸糊煮熟，空心黄酒送服。

外治法：药用木芙蓉叶、苍耳叶、牛蒡根、忍冬藤、土瓜根、金星草，水煎熏洗。

2. 中期证

症状：尿道所排尿液颇稠似脓，色或绿或红，男性夜间阴茎时有勃起硬痛，尿道口损伤，包皮肿胀如水泡状，女子尿道口肿胀疼痛，阴道不适，舌质红赤，苔黄厚腻，脉弦数。

治法：清热散结，通络化瘀。

方剂：毒淋汤（《医学衷中参西录》）。

药用：金银花、海金沙、石韦、牛蒡子、甘草梢、生杭芍、三七、鸦胆子（去皮），水煎服。（笔者意见：去鸦胆子，加干蟾皮）。

外治法：药用赤芍、金银花、金莲花、山慈姑、苍耳叶、五爪龙、天葵子、防风、艾叶、律草、大青叶，水煎熏洗。

3. 末期证

症见：外阴生疮，可致穿孔，股间结块肿大，时或穿破而成鱼口，睾丸肿胀疼痛，尿道浊液排出可逾年不止。毒损于心者，可见胸闷、心悸；毒损于肝者，可见右胁疼痛、恶心呕吐、黄疸；毒损于脑者，可见头痛、颈项强硬，舌质淡红，苔黄，脉沉弦无力。

治法：益气透毒，消壅散结。

方剂：十一味千金托里散（《万氏秘传外科心法》）。

药用：制乳香、制没药、甘草梢、荆芥、羌活、独活、连翘、柴胡、生黄芪、金银花、绿豆粉、雄黄（水飞），共为细末，口服。

外治法：虎杖、土木别子、生地、重楼、赤芍、苍耳叶、地骨皮、漏芦、虫白蜡、桃叶、白芷、升麻、忍冬叶，水煎熏洗。

本期治疗效果欠佳，有待进一步深入研究。

（六）临床权变法

临床权变法是指治疗随临床病变而有所变化，以适应病情改变（以下方剂均选自《医学衷中参西录》）。

花柳毒淋无论初起或患病日久，凡有热者，用清毒二仙汤治之。药用：野菊花30g，鸦胆子40粒，将野菊花煎汤送服鸦胆子仁。

兼有血淋者，可用小蓟根汤治之。药用：鲜小蓟根30g，水煎服。

兼有小便频数，遗精白浊，或兼痛涩，其脉弦数无力，或咳嗽自汗，或阴虚作热者，用澄化汤治之。药用：生山药30g，生龙骨15g，生牡蛎15g，牛蒡子10g，生杭芍15g，粉甘草5g，生车前子10g。水煎服。

兼有小便频数痛涩，遗精白浊，脉洪滑有力，属实热者，用清肾汤治之，药用：知母 15g，黄柏 15g，生龙骨 15g，生牡蛎 10g，海螵蛸 10g，茜草 10g，生杭芍 15g，生山药 15g，泽泻 5g。水煎服。

毒损于肝，症见黄疸者，用祛黄汤治之。药用：苍耳子 10g，薄荷 10g，姜汁炒木通 10g，绵茵陈 10g，陈黄酒 40ml，水煎成 100ml，冲砂仁末 6g 服。

毒犯于心及肾者，目前尚无人提出有效的治疗方法，这有待于进一步深入研究。

（七）预防

本病的预防应从以下几方面着手：

1. 遵循我国公民应遵守的道德规范，正确处理恋爱、婚姻和家庭关系。
2. 加强性知识和性病宣传教育工作。
3. 做好病人管理工作，以使病人得到妥善治疗，并防止通过各种方式再传染他人。
4. 积极开展疾病检测工作，努力发现病人，以掌握其流行动态。

（八）文献摘录

《医学衷中参西录·第十卷·淋浊方》：鲜小蓟根汤，治花柳毒淋，兼血淋者。鲜小蓟根一两，右一味，用水煎三四沸，取清汤一大茶盅饮之，一日宜如此饮三次。若畏其性凉者，一次用六七钱亦可。曾治一少年患此证，所便者血溺相杂，其血成丝成块，间有脂膜，疼痛甚剧，且甚腥臭。屡次医治无效，授以此方，连服五日全愈。

《增订花柳指迷·第六章》：白浊症，此症因宿娼起，自宿娼后四五日始觉，是乃溺管内皮发炎，或妇人阴户内皮发炎而成。症状：

此症分三级。第一级，在男溺管头略痛，其色微红，溺管内皮肿，管口略塞，有白色之水流出，小便艰涩，流势分为两线，微有身热，周身似不舒服，腰骨疼痛，睾丸亦略见痛。第二级，上文症状略见重些，溺管所出之水颇稠似脓，变为绿色，或变成红色，夜间阳物时或硬挺甚痛，硬时弯曲者则尤痛，时有溺管头发炎，皮略损，或包皮发炎，肿起如水泡然，包皮肿起，时或变为小便头包皮不能褪下，或反上不能落回，阳物生疮，有时由外面穿，有时由内面穿，大髀罅吸核，时或肿大，时或穿破。

辨症：此症是因花柳而起，然亦有因别的原因而致者，如溺管打伤，或用探条探过，均能令溺管发炎。此症之形状，与白浊之形状所差无几，初始甚难分别，但此症极疏。起此症四五日或六七日，可以治之，若真白浊症，则须设法医治，至四礼拜之久，乃能治愈。凡染此症，首先查系由花柳得来否，并查此妇人系患白浊症，抑患白带症，若系白带症，则男人所患者，不过溺管内皮发炎耳。治法：初起时病人宜服朴硝以利大便，并用水洗，每日数次用药水射入溺管。一方，用白矾五厘，清水八钱和匀入溺管。

周 仲 瑛



周仲瑛，男，1928年生，汉族，江苏如东县人。家世业医，幼承庭训，随父周筱斋教授学习中医，曾就读于上海中国医学院(中医师进修班)，1947年毕业后，悬壶桑梓，1955年入南京中医进修学校进修(南京中医学院前身)，次年毕业，留附属医院工作，后任该院副院长，1983~1991年任南京中医学院院长(现更名为南京中医药大学)。现任教授、主任医师、博士生导师、

国家中医药管理局中医药工作专家咨询委员会委员、中华全国中医药学会终身理事、江苏省中医学学会名誉会长、江苏省中医药科学技术委员会副主任委员、《中医杂志》顾问、《江苏中医》编委会常委等职。为全国著名中医学家，江苏省名中医，国家首批继承老中医专家学术经验指导教师，是首批政府特殊津贴获得者。1990年荣获全国优秀研究生教师称号，1993年被省教委评为优秀学科带头人。

从事中医内科医教研工作50余年。临床能熟练发挥辨证论治优势，辨证首重病机分析，治病特别重视气血痰瘀，善于复合立法，用方精于识辨类方的异同，选药讲究从同类药中寻求个性及其配伍关系，对许多疑难重症病人，常能取得显著的疗效。重视学科建设，确立以脏腑为内科疾病系统分类的基础，对临床专业分化发挥了先导作用。在创建内科急症学科体系，开展疑难病症研究方面，取得了开拓性进展。在科研工作中，坚持以中医理论为指导，临床实践为依据，采用现代手段，开展多项应用性研究，在学术上能提出某些创新性见解，先后承担国家级、部级、省级以上课题32项，获科技进步奖22项，其中省级以上17项，“中医药治疗流行性出血

热的研究”曾获国家中医药管理局(部级)科技进步一等奖。编写教材、专著27部、其中任主编、副主编13本，发表学术论文百余篇。

咳嗽辨治十要

咳嗽是指肺气上逆作声，咯吐痰液而言，为肺系疾病主症之一，涉及病种广泛。深入分析咳嗽的特点，可有助于区别其病理性质，提供辨治的重要依据，并达到辨证结合辨病的目的。

临证当立足治证，结合治病，因咳嗽虽是肺系多种疾病的一个症状，但又是具有重要辨证价值的一个病证，构成各类不同证候的基本主症。“症”和“证”是疾病内在病理变化的外在表现，故治证即寓治病之意。若能进一步注意从证辨病，结合相关检查，就能更好的加强治疗的针对性，但必须明确以治证为主导。因不同疾病出现相同的证，可以采用同一治法，同一疾病不同的证，仍应根据同病异治的原则分别处理。立足治证是发挥辨证论治优势，取得疗效的基础；结合辨病，是把握病的特异性，补充辨证不足，提高诊治水平的需要。治证要注意病的特异性，同中求异；治病要注意证的同一性，异中求同。而组方选药必须纳入以治证为要求的理法方药体系之中，才能显示证病合治，以证带病的特色，确保疗效。

（一）辨咳需审痰

咳嗽是以咳而咯痰为其主症，故辨咳与审痰密切相关。

1. 辨咳

鉴别主症特点。从时间、节律、性质、声音，以及加重的有关因素，辨其证候属性。如咳嗽时作，白天多于夜间，咳而急剧，声重，或咽痒则咳作者，多为风寒、风热引起。咳声嘶哑或粗浊者，多为风热或痰热伤津。早晨咳嗽阵发加剧，咳嗽连声重浊，痰出咳减者，多为痰湿或痰热。午后、黄昏咳嗽加重，或夜间时有单声咳嗽，咳声轻微短促或嘶哑者，多属肺燥阴虚。夜卧咳嗽较剧，持续不已，气急似喘者为寒饮。咳而声低气怯者属虚，洪亮有力者属实。

饮食甘肥、生冷加重者，多属痰湿。情志郁怒加重者因于气火。劳累、受凉加重者多为痰湿、寒饮。

2. 审痰

注意痰的色、质、量、味。咳而少痰的多属燥热、气火、阴虚。痰多的常属湿痰、痰热、虚寒。痰白而稀薄的属风、属寒。痰白而稠厚的属湿。痰黄而稠者属热；痰白质粘者属阴虚、肺热。痰白清稀透明呈泡沫样的属虚、属寒。咯吐粉红色泡沫痰，气促胸闷、呼吸困难者，多属心肺阳虚饮停、气不主血。痰有热腥味或腥臭气的为痰热。味甜者属痰湿。味咸者属肾虚。

(二) 辨证首分外感、内伤，并注意其相关性

辨证当分外感内伤两类，病性有虚实之异。外感咳嗽多为新病，起病急，病程短，常伴肺卫表症，属于邪实，以风寒、风热、风燥为主，应祛邪利肺，按病邪类别分治。内伤咳嗽多为久病，常反复发作，病程长，可伴他脏见症，多为邪实正虚，本虚标实，其中痰湿、寒饮、痰热、肝火多为邪实正虚；肺阴亏耗、肺气虚寒，则属正虚，或虚中夹实。标实为主者，祛邪止咳，本虚为主者，扶正补虚。按病理性质分治，区别标本主次缓急，适当兼顾。

外感咳嗽中燥、湿二邪较为缠绵，因燥伤肺津，久则导致肺燥阴伤的内燥证，故前人有“燥咳每成痨”之说；湿邪伤脾，久延脾虚积湿生痰，又可转为内伤痰湿咳嗽。治当分别给予滋阴润肺或健脾化痰。

内伤咳嗽本属慢性病程，而其反复发作，常与感受外邪密切相关，每受当令时邪触发，如春季之风，夏令暑热，秋燥、冬寒，或非其时而有其气，以致内外相引发病，且可积渐加重，治应权衡标本的主次缓急，适当兼顾。

(三) 风有夹寒、夹热之分，客寒包热之证

风为六淫之首，故外感咳嗽，常以风为先导，或夹寒、或夹热、或夹燥。上受犯肺，风邪当疏散，如止嗽散；寒邪当宣散，如三拗汤；热邪当清肃，如桑菊饮；燥邪当清润，如桑杏汤。随其相兼，立法选方用药。因于风寒者疏风宣肺散寒，因于风热者疏风清热肃肺，因于风燥者疏风清肺润燥。邪祛咳自止。

临证应注意寒热二者的相关性。如风寒客肺，未能及时宣散，郁而化热，而表寒未解，或肺有蕴(痰)热而外感风寒，表现“外寒内热证”者，则当解表散寒、清肺泄热并施。他如风寒化热者，应转清肃；风热化燥伤津者，当转清润；肺热蒸液成痰，痰热郁肺者，当转清化。

(四) 燥有温凉之异、内外之分

“燥胜则干”。燥热灼津，肺失清润，为其病理特点，故一般以属热者为多，表现为燥邪与风热并见，临床称为“温燥”，多发于初秋，治应疏风清肺润燥，用桑杏汤、清燥救肺汤加减。药如桑叶、杏仁、前胡、川贝母、南沙参、麦冬、梨皮等。另一方面，又当理解“燥病属凉，谓之次寒，病与感寒同类”(《温病条辨》)，临床称为“凉燥”，表现为燥证与风寒并见，多发于深秋、初冬，治当辛苦温润，用药以温而不燥，润而不凉为原则，方如杏苏散。此方功能祛风散寒，宣肺化痰，能通治四时伤风咳嗽。用于凉燥咳嗽，具有辛甘散寒，苦降温润之功，药如苏叶、杏仁、甘草、前胡、紫菀、款冬、百部等。此即《温病条辨》所说：“若伤燥凉之咳，治以苦温，佐以甘辛。”

从外感、内伤言之，则燥有内外之分，风胜而燥淫于外者，为燥伤肺津，当清肺润燥，凉解其外，如桑叶、薄荷、南沙参等；阴亏而燥淫于内者，为阴虚肺燥，当滋阴润燥，如二冬、川贝等。两者病因虽异，但又总属肺燥咳嗽，故“外燥”久延，耗伤肺阴，亦可转为“内燥”，表现“肺阴亏耗证”，选方当以沙参麦冬汤、百合

固金汤加减。

(五) 宣通肺气为外感咳嗽基本要法

咳嗽虽有外感、内伤多类，但总属痰邪阻肺，肺气不得宣通，肃降无权，上逆为咳。且外感咳嗽之中，尤以风寒袭肺为多见。如张景岳说：“六气皆令人咳，风寒为主”。程国彭亦说：“咳嗽之因，属风寒者十居其九”。故治疗总以宣通为第一要着，肺气宣则病邪外达，肺气畅则肃降有权。临证只要排除外感燥热，内伤气火、阴虚，皆可治以宣通。寒热偏向不显者，可予辛平轻宣肺气；寒邪重者则当辛散宣通、温开肺气；若属外寒内热，肺气不利，又当温清宣肃并施。

宣肺药首选麻黄，因麻黄辛散温通，既善于宣通肺气之郁闭，同时又具苦降之性，可平肺气之上逆。一般多视麻黄为平喘之要药，殊不知对肺气壅遏，宣降失司之咳嗽更为适合。麻黄辛温微苦，故为治疗肺寒咳嗽必用之药。如能根据辨证要求，分别配伍，更能较广泛地应用于多种证候而增效。如配杏仁则增强止咳平喘，配干姜则温化寒痰，配石膏则宣泄肺热，配黄芩则清宣痰热。若实中有虚，肺热郁而伤阴，还可配以沙参、知母；咳喘久延，肺气虚耗，肺失宣降，还可配以五味子散敛结合。

宣肺止咳，临床多以三拗汤为基本方，但必须随症配药方能增效。通用性配伍可选桔梗、白前、前胡、佛耳草、枇杷叶等；辨证配药如表寒配苏叶、荆芥；肺热内郁配生石膏、知母；痰热蕴肺配黄芩、桑白皮；咳嗽迁延配百部、紫菀、款冬；咳逆气急痰壅配苏子、金沸草；痰稠量多胸闷加法半夏、厚朴、陈皮等。

《医学心悟》用止嗽散治诸般咳嗽，基本方为荆芥、紫菀、百部、白前、桔梗、甘草、陈皮等七味，自称服者多效。我院曾将其改制合剂，验证观察，其效平平，经反复修定，药用麻黄、杏仁、桔梗、甘草、款冬、瓜蒌皮、前胡、枇杷叶等八味，命名肺宁合剂，

经临床多年大量应用，效果明显，博得病家交赞。反思所得在于一是重视了宣通肺气；二是参入了三拗汤基本方；三是用麻黄辛宣肺气，取代荆芥之疏风解表，更有利于治肺。

若陈寒伏肺，更非温散宣通不解。因外感咳嗽，受寒深重，寒伏肺膈，往往逾年不瘥。此种情况虽不同于外感咳嗽初期，起病急、病程短的一般表现，但审证观舌，仍具客寒伏肺的特点，如痰白质稀、咳而不爽、鼻塞有涕、背寒怕冷、口不渴、舌白、质淡等，其原因多与未能早予表散，或苦寒凉润太过，或素体肺气不强、肺阳虚弱有关。故治当温散伏寒、宣通肺气，达邪外出。方取小青龙汤，历试多验。咳平后肺虚卫弱者，可用玉屏风散合苓甘五味姜辛半夏汤。

（六）内伤咳嗽治在“痰”与“火”

痰与火是内伤咳嗽的主要病理因素。

痰的生成与脾密切相关。脾虚不健，气不化津，或脾实不运，均可积湿生痰上干于肺，发为咳嗽。故有“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”的说法。

临床所见，内伤咳嗽中的“痰湿蕴肺证”，是最为多见的基础证候，而又演变转化多歧。若遇感邪急性发作，每易痰湿化热，成为“痰热郁肺证”；部分慢性久病年老的患者，肺脾两伤，又可痰从寒化，甚则发展至“寒饮伏肺”或“肺气虚寒”的咳喘。

治痰一般常以二陈汤为基础方辨证加味。亦可取杏苏二陈丸。痰湿重者用二陈平胃汤；痰浊偏重，食积成痰，二陈合三子养亲汤；痰湿化热，痰热郁肺，用梔芩二陈汤合清金化痰汤（即梔芩二陈去半夏，加二母、桑皮、桔梗、葵仁、麦冬）；痰从寒化二陈加干姜、细辛；久病脾虚，用六君子汤健脾补气，以杜生痰之源。

因火致咳，有虚实两端。实火为肝气郁而化火，上逆冲肺，咳逆阵作，气急胸憋，临床可见“咳厥”。治当清肺泻肝，顺气降火，用黛蛤散、加减泻白散。酌配旋覆花、苏子、枳壳、降香、郁金、

瓜蒌皮、枇杷叶等。虚火为肺阴亏耗，虚热内灼，肺失润降，与阴虚肺燥同义。应与“内燥”互参。治予滋阴润燥，化痰止咳法。

（七）气火、肺燥与咽源性、过敏性咳嗽的相关性

气火犯肺咳嗽与肺燥阴虚咳嗽，虽属一实一虚，前者为肝郁化火，上逆侮肺；后者为阴虚火炎，虚热内灼，肺失润降。但郁火耗伤阴津，可以转见肺燥阴虚，故在清肺泻肝的基础上，应酌加北沙参、麦冬、天花粉、诃子等养阴生津敛肺药；而肺燥阴虚，金不制木，又可致木火刑金，故应在滋阴润燥的基础上，酌加桑白皮、地骨皮、丹皮、黛蛤散等清肺抑肝药。

气火、肺燥两类咳嗽与咽源性咳嗽，既有相关性，但又似同实异。如慢性咽炎每在清晨及夜间咳嗽较剧，气候干燥加重，慢性喉炎常有喉痒、干燥、声哑等症者，虽与气火咳嗽的咽喉痰滞难咯，痰粘量少，或凝如絮条；与阴虚肺燥咳嗽的干咳，黄昏、夜晚较剧，痰少粘白，咽燥、声哑等辨证基本类同，但有时用药难取显效，必须结合局部病变，配合清咽利喉化痰之品，如挂金灯、金果榄、土牛膝、玉蝴蝶、青果、泽漆、诃子及南沙参、元参、桔梗、一枝黄花、蚤休等方能增效。

肝火犯肺的咳嗽，如常随情绪波动而增减，与精神因素密切相关者，还应注意配合清肝解郁之品，如百合、知母、丹皮、山栀、川楝子、白残花等。同时此类咳嗽有时还可因过敏引起，每因气温变化，接触异味气体，食海膻发物发作或加重，治应配合蝉衣、防风、僵蚕、苍耳草、苏叶、地龙等祛风药。

（八）病与多脏相关，当重整体治疗

《素问·宣明五气篇》说：“肺为咳”，《素问·咳论篇》又说：“五脏六腑皆令人咳，非独肺也”。既指咳嗽的病位主要在肺，又强调脏腑功能失调均可病及于肺而致咳。分别言之，外感六淫侵袭肺

系发为咳嗽者病在肺；内伤所致者，既可因肺脏自病而为咳。更可因其它脏腑病变涉及于肺发为咳嗽。这就为辨证治疗咳嗽的脏腑整体观和辨病求因施治提供了重要的理论指导。

从脏腑相关整体观治咳而言，最有实用价值的在于分五脏论治。其中治肺主要是温宣、肃清两法，是直接针对主病之脏的治法。治心，一是心肺阳虚饮停，咳而气促，胸闷、心慌，咯吐粉红色泡沫痰液，治当温养心肺、益气化饮；一是肺热传心，咳嗽气粗，身热、神糊，治当清热肃肺、清心开窍。治肝，一是肝气郁而化火犯肺，咳引胁痛，治当清肺泻肝、顺气降火；一是金不制木，咳而气逆，治当滋肺清肝。治脾，一是痰湿偏盛，标实为主，咳嗽痰多，当健脾化痰；一是脾虚肺弱，咳嗽，神疲食少，当补脾养肺。治肾，指久咳迁延，气短，痰白起沫，当补益肾气，审其阴阳分治。若五脏久咳不已，还可移于六腑，伴有各自相关症状。如脾病传胃，肺胃同病，咳而呕吐者，则应配合理气和胃、化痰止咳药。

至于辨病求因，又可分为肺原性、肺外性两大类。他如劳力伤重，肺络不和，闷咳，胸痛之“瘀咳”；粪毒（钩虫幼虫）攻肺，肺气不利，干咳或咳喘，咽痒、声哑之“虫咳”等，均应结合病的特异性治疗。此外，临证还应注意排除药源性咳嗽。

（九）治咳当与喘证互参

咳与喘本属两证，特点各异，但有先后、因果、轻重关系，常为因咳致喘，咳喘并作，分别言之，喘多兼咳，而咳未必兼喘。

外感咳嗽之因于热壅肺气者，每易进而变喘；因火性上炎，热迫肺气，气逆不降，则每易奔迫致喘。常见于风热犯肺，或肺有蕴（痰）热，而风寒客表之外寒内热证，此即“火咳易成喘”之意。治当清宣肺气、化痰平喘，方如麻杏甘膏汤、越婢加半夏汤等。

内伤咳嗽的痰湿证，年老反复久病，肺脾两伤，可以出现两方面的转归。一因气不化津，痰从寒化，停而为饮，成为痰饮、咳喘，

表现“寒饮伏肺”之证；或因肺脾气虚，久病及肾，成为“肺气虚寒”的慢性咳喘。两者一是偏于标实，一是偏于本虚，但又互有联系，在发作时以标实为主，稳定时以本虚为主，前者治当温肺化饮，用小青龙汤；后者则应温肺益气，用温肺汤（《证治准绳》：人参、肉桂、干姜、甘草、钟乳石、半夏、橘红、木香）。

（十）治咳宜忌三要

1. 外感咳嗽治宜表散，忌寒凉收敛

因外邪犯肺，壅遏肺气，宣肃失常，必须宣肃肺气，疏散外邪，因势利导，邪祛则正安。忌用苦寒润降及敛肺止咳药，误投反致肺气郁遏不得宣畅，不能达邪外出，邪恋不去，久咳伤正，变生他病。

2. 内伤咳嗽宜清养化痰，忌辛宣燥热

因内伤咳嗽多为本虚标实，实为痰与火、虚为阴与气，故治宜清养化痰，润燥止咳，以复肺气之肃降。忌宣散伤正，辛热动火，误用反致耗损阴津，伤及肺气，咳嗽愈甚。

3. 注意审证求因，切勿见咳止咳

咳嗽是人体驱邪外达的一种病理反应，故必须辨别不同的病因及证候分别处理。忌单纯的见咳止咳，特别是收涩镇咳药如罂粟壳、六轴子等最要慎用，以免留邪。一般而言，咳嗽的轻重，可以反映病邪的微甚，但在某些特殊情况下，因正虚肺气耗竭，或痰邪壅肺，肺气闭塞，均可导致肺气不能驱邪外达，咳虽轻微，而病情却重，应加警惕。

（十一）病案举例

1. 病历摘要

案1：王某某，男，35岁。2003年1月14日初诊。

患者自1999年开始咳嗽，迁延至今不愈，X线胸片示慢性支气管炎，咽部炎症常见发作，目前咳嗽不畅，咯痰不多，质粘色白，

舌苔淡黄，舌质暗红，脉细弦滑。证属陈寒伏肺，肺气不宣。

处方：蜜炙麻黄5g，杏仁10g，桔梗3g，生甘草3g，法半夏10g，陈皮6g，大贝母10g，前胡10g，紫菀10g，款冬10g，佛耳草12g，泽漆12g，炙百部10g。7剂。常法煎服。

二诊：2003年1月21日。咳嗽稍能舒畅，胸闷减轻，咳痰稍爽，色白，舌苔淡黄，脉小滑兼数。原方改蜜炙麻黄6g、桔梗5g，加挂金灯5g、炒苏子10g。14剂。常法煎服。

三诊：2003年2月11日。咳嗽减但不能平，迁延不愈，咽痒，咯痰粘白，喷嚏不多，怕冷，口不干，疲劳，苔薄，脉细滑。守前意增其制，仿小青龙汤意。

处方：蜜炙麻黄6g，炙桂枝10g，法半夏10g，细辛3g，五味子3g，炒白芍10g，淡干姜3g，泽漆10g，炙紫菀10g，炙款冬10g，炒苏子10g，炙僵蚕10g，炙甘草3g，厚朴5g，广杏仁10g。7剂。常法煎服。

四诊：2003年2月18日。咳嗽基本缓解，跑路较急时稍有咳喘，胸不闷，咯痰较利，痰白，微有怕冷，舌苔淡黄，脉细弦兼滑。2月11日方改炙麻黄9g，加桔梗5g、陈皮6g。14剂。常法煎服。

五诊：2003年3月11日。咳嗽基本向愈，晨起有一二声咳嗽，痰不多，微有形寒，二便正常，舌苔淡黄薄腻，脉弦兼滑。2月11日方改炙麻黄9g，加桔梗6g、陈皮6g、茯苓10g，以善后。7剂。常法煎服。

六诊：2003年3月18日。咳嗽稳定，痰白量少不多，舌苔淡黄，脉小弦滑。2月11日方改炙麻黄9g，去泽漆，加潞党参10g、焦白术10g、桔梗5g、陈皮6g、茯苓10g，以培土生金，补脾温肺而治本。

案2：杨某某，男，75岁。2003年4月22日初诊。

去夏因热当风贪凉，诱发咳喘痰鸣，经抗菌消炎治疗咳喘好转，但仍痰多，稍有受凉则咳嗽咯痰，用头孢呋辛消炎反见加重，

血液流变学检查示全血粘度高。最近住院1月，咳虽有减，但难控制。目前时有咳嗽，遇寒加重，咯痰色白多沫，咯吐尚可，畏寒怕冷，胸背尤甚，二便尚可，舌苔薄黄微腻、舌质暗紫，脉细滑，间有不调。既往有冠心病、慢性房颤、高血压病、甲亢手术史。常服复方罗布麻片控制血压，测血压126/80mmHg。陈寒伏饮，肺失宣畅。治当温化寒饮，宣畅肺气。以小青龙汤化裁。

处方：蜜炙麻黄4g，炙桂枝6g，淡干姜3g，细辛3g，法半夏10g，炒白芍10g，五味子3g，炙甘草3g，炙紫菀10g，炙款冬10g，炒苏子10g，佛耳草15g，桔梗5g。7剂。常法煎服。

二诊：2003年4月29日。服药7剂，胸背冷感有减，患者甚喜，云前服他药从未获此殊效，求再施药。症见痰粘色白起沫，胸背怕冷，夜晚口干，二便尚调，舌苔薄黄、舌质暗有裂纹，脉小滑。治守原义观察。

处方：蜜炙麻黄5g，炙桂枝10g，五味子4g，炒白芍12g，炙甘草3g，炙紫菀10g，炙款冬10g，淡干姜3g，细辛3g，法半夏10g，炒苏子12g，桔梗5g。14剂。常法煎服。

三诊：2003年5月20日。温肺化饮，助阳破阴，背冷十减其五，自觉气道有痰，阵咳，但痰量减少，稍觉口干，大便偏干，舌苔薄黄，舌质暗，脉细滑。4月29日方加泽漆12g，改五味子5g。14剂。常法煎服。

四诊：2003年5月27日。胸背冷感缓解，大便日行1次，口干减轻，偶有微咳，有痰不多，食纳知味，舌苔黄薄腻，舌质暗红多裂纹，脉细。4月29日方加生黄芪10g、生白术10g、防风6g。服1月后随访已如常人，嘱保暖避寒，续予玉屏风散加味煎服以固本。

2. 讨论

小青龙汤出自《伤寒论》，“治伤寒表不解，心下有水气，干呕而咳，或渴或利等证。……因内有水气而表不解，然水气不除，肺气壅遏，营卫不通，虽发表，何由得汗，故用麻黄、桂枝解其表，

必以细辛、干姜、半夏等辛辣之品，散其胸中之水，使之随汗而解……水饮内蓄，肺气逆而上行，而见喘促上气等证，肺苦气上逆，急食酸以收之，故以芍药、五味子、甘草三味，一以防其肺气耗散，一则缓麻黄姜辛之刚猛也”（《成方便读》）。于此可知小青龙汤是治疗“外寒内饮、饮邪犯肺”之主方。肺主气，司呼吸，以宣发肃降为顺，治肺不远温，过投苦寒清肺之剂，反以遏邪。尤其对于久咳、顽咳，更要细识寒热，凡有寒象或热象不重者，均可灵活运用温肺散寒之剂，或单用，或与清热药伍用。小青龙汤中麻黄生用是取其解表散寒之用，如炙用则专于温肺散寒、止咳平喘，故对于肺寒久咳患者，每须用蜜炙麻黄，以防生麻黄发汗耗气之弊。

案1王氏咳嗽迁延4年未愈，痰白不爽，胸闷形寒为肺有寒饮（寒痰）之征。案2杨氏咳嗽遇寒加重，咯痰色白多沫，胸背怕冷，为典型有陈寒伏饮之象。故均施以小青龙汤加减化裁，以蜜炙麻黄散肺寒、驱邪气、宣肺气、平喘咳为君；桂枝、干姜、细辛、半夏温肺化饮降逆；紫菀、款冬化痰止咳；五味子、白芍收敛肺气；配以炒苏子、厚朴降气止咳化痰，桔梗、甘草宣畅肺气。诸药合用，温肺散寒，宣利肺气，止咳化痰。因辨证准确，故效若桴鼓。尤其是案2杨氏，有冠心病、高血压病、房颤、甲亢等病史，现代研究发现麻黄中的麻黄碱有收缩血管、升高血压、扰乱心律等作用，故临床遇有心脑血管病史患者即不敢贸然施用。古人云，有斯症即用斯药。据此针对主要矛盾果断施药，开始时以小剂量投石问路，服7剂后并无不适反应，反觉舒适，咳嗽形寒得减，更添用药信心，二诊即加大麻黄、桂枝用量，温肺化饮，助阳破阴，顽咳久咳竟得缓解。

脾为生痰之源，肺为贮痰之器，故案1久咳得缓后，伍以党参、白术、茯苓、甘草四君以补脾益气，固本善后；案二久咳得缓后，因咳伤气，转以玉屏风散补肺益气，以固藩篱。

“清温异”治高血压病验案

现今中医对高血压病的理论认识,基本以血压的升高为主要依据,联系“阴虚阳亢”、本虚标实,作为发病的基本病机及分证的立论点,认为阳虚则是阴虚及阳,终至阴阳两虚。但从临床实际来看,标实与本虚未必皆属因果转化关系,更不能与早、中、晚分期相对应;而阴虚与阳虚之间,亦绝非有必然的演变转化关系,阳虚证虽然少见,但有它的独立性,并非皆为阴虚及阳,其发病机理与阴虚阳亢有本质的区别。由此说明临床既不能单纯以血压升高作辨证的主导,更不能把高血压与阴虚阳亢等同对应。必须重视整体观念,针对临床表现深入辨证,特别是对清温异治高血压病的疗效机理,更具有重要的理论研究价值。兹举例为证:

1. 清火化痰法

患者:赵某某,女,51岁,工人。

病史:高血压病起于产后,迄今已26年,每逢冬季加重,近1年来舒张压常在100mmHg左右。

初诊(1997年1月2日):测血压195/105mmHg。自觉头痛,胸闷时痛,间有手麻,心烦口干,颜面潮红,舌质暗红,苔黄薄腻,脉细滑。拟从痰火内盛治疗。处方:夏枯草12g,炒黄芩10g,竹沥半夏10g,陈胆星6g,泽泻15g,海藻12g,炙僵蚕10g,汉防己12g,天仙藤12g,生牡蛎25g(先煎),知母10g,黑山栀10g。每日1剂。

二诊(1997年1月20日):药后头痛已除,头昏不著,仍感胸闷,手麻,面浮,面部潮红,口干明显,舌质暗、苔薄腻有粘沫,脉细滑。测血压148/96mmHg。治拟清火化痰、调气和血。

前方加玄参12g、鸡血藤10g。每日1剂。

三诊(1997年2月20日):近来血压稳定下降,头昏基本消

失，手不麻，有时面部潮红，舌质暗红、苔薄黄，脉细滑。测血压140/86mmHg。治守前法巩固。

原方去山栀。每日1剂。

按：患者病起产后血亏，肝木失养，肝旺生火，火炎灼津成痰，而成痰火内盛之证，故临床表现为头昏、面红心烦、舌红苔腻、脉滑等症；气血失调，络脉不和，则见手麻、面浮。据证立法，治当化痰、清火，药用夏枯草、黄芩、山栀、泽泻泄肝火，陈胆星、海藻、僵蚕、竹沥半夏清痰火；苦寒直折虽为正治，但肝火燔灼日久，终必耗伤肝肾之阴，患者已有口干、脉细等伤阴之势，故方中配伍知母、玄参滋阴清热，复加汉防己、天仙藤、鸡血藤调气和血。组方选药，紧扣病机，疗效堪称满意。由此可见，对于高血压病的辨治，切不可囿于“阴虚阳亢”一端，尚有因痰火内盛所致者。朱丹溪说：“无痰则不作眩，痰因火动，又有湿痰者，有火痰者。”临证当详审细辨。

2. 温养肝肾法

患者：潘某某，女，63岁，工人。

病史摘要：患有原发性高血压病20余年，常服中西药治疗，但血压始终升降不定，且呈逐渐上升趋势（170~202/100~125mmHg。）

初诊（1997年2月15日）：头昏胀，视糊，左侧目睛转动欠灵，左手足清冷不温，左臂乏力、难持重物，肢麻，腿足酸软，足底酸痛，舌苔薄、质淡，脉细。BP170/125mmHg。肾功能正常。肾阳亏虚，肝失温养，风木内动，气血失调。处方：仙灵脾10g，仙茅10g，巴戟肉10g，当归10g，炒杜仲15g，桑寄生15g，川芎10g，枸杞子10g，大生地10g，天麻10g，鸡血藤12g，怀牛膝10g，灵磁石25g。7剂 每日1剂。

二诊（97年2月22日）：药后左头昏胀、怕冷减轻，左足冷，左半侧胸闷，噫气为舒，右目模糊，苔薄、质淡。测BP160/96mmHg。

温养肝肾有效，原法巩固，原方加青木香 6g。每日 1 剂。

三诊（97 年 4 月 16 日）：药服 1 月，停用 3 周，头昏不显，左手臂酸软麻木，左下肢筋脉牵引疼痛，足底酸痛，行走不利，苔薄、质淡，脉细。BP160/90mmHg。肝肾亏虚，气血失调，仍予温养。2 月 15 日方去大生地、灵磁石，加天仙藤 12g、絳荃草 15g。每日 1 剂。

四诊（97 年 5 月 28 日）：服药 1 周后血压 146/84mmHg，连服月余，血压稳定，未见波动。今测血压为 142/84mmHg，但左侧足膝关节仍酸胀，下肢筋脉拘急，足底酸痛，行走不利，右手臂时有麻胀，苔淡黄薄腻、质暗紫，脉沉细。肝肾不足，阴中火衰，守法巩固。此后常来调治，血压始终在正常范围，用药虽略有随症加减，但治法始终不变，至今 6 年未复发，效果堪称显著。

按：本例为一用温养肝肾法的典型个案，使血压获得长期稳定正常，提示肾阳虚高血压有其特殊的发病机理，与阴虚及阳似同而实异。因肾阳亏虚，阴中火衰，既可致火不归宿，虚阳浮越于上，并可因肾虚不能温养肝木而助其生发条达，致虚风内动。通过温养肾气，可以起到潜纳虚阳、导火归宅、养肝熄风、温通气血的目的。

3. 温清并用法

患者：李某某，女，38 岁，职员。

病史摘要：患高血压病年余，检查属原发性，常服山绿茶片治疗，但效果不明显。

初诊：自觉颈部僵硬酸痛，时有心中虚悬，意识模糊，胸部闷塞不舒，头昏，偶有肢麻，两下肢清冷发凉，经行超前，量少色暗，舌苔黄薄腻，舌质黯，脉沉细，血压 160/100mmHg。证属肝肾不足，阴虚及阳。药用：淫羊藿、仙茅、巴戟肉、当归、黄柏、知母、生地各 10g，桑寄生 15g，川芎、葛根、天麻、白蒺藜各 10g。

二诊：药服 7 剂，血压降至 140/85mmHg 左右，反觉头目不清，疲劳乏力，两下肢冷，舌苔薄黄，脉细，口唇紫。仍从阴虚及阳、

肝肾不足治疗。原方改知母 5g，加枸杞子 10g。继服 7 剂。

三诊：血压 120/76mmHg，两足怕冷减轻，手不麻，经行先期不畅有块，舌苔淡黄薄腻，舌体稍胖，脉细。肝肾不足，阴虚及阳，仍当阴阳并调。药用：淫羊藿、仙茅、当归、黄柏各 10g，知母 9g，巴戟肉、川芎各 10g，炒杜仲 12g，桑寄生 15g，怀牛膝、益母草、青木香、天麻各 10g。药服 7 剂，血压稳定，经年余后随访亦平。

按：本案临床表现为肾阳亏虚，肝失温养，理应治以温养肝肾，但因与月经先期、量少色暗有其内在关系，故同时从阴血不充，阴虚及阳、冲任失调考虑，取二仙汤加大生地阴中求阳，滋阴济阳，并佐知柏苦泄之品，以防温药助阳伤阴之弊，用其“从治”之意，诱导虚阳的潜降。通过温清并用，达到阴阳并调的目的。

上列 3 案一清、一温、一则温清并用。例一在清火的同时重视化痰，例二纯以温养肝肾阳气为主，例三则阴阳并调。治法方药虽然有别，但皆取得显著的降压与症状疗效，而且使血压处于持续正常水平，超越了对中医药治疗高血压病的一般估价，显示了同病异证异治的实用价值，为探讨不同治法的疗效机理提出了客观实例。

特别值得一提的是：3 案均注重了气血失调的病理变化。例一属于实证，故重在调气和血，药如天仙藤、鸡血藤；例二、例三均属虚证，故予温运气血，药如当归、川芎，使气血冲和，阴阳自平。

吉 良 晨



吉良晨，男，满族，1928年2月出生。启蒙于祖父乌里布额吉氏程吉顺，师从袁鹤、陈慎吾、焊琴轩、宗维新等。曾任北京市政协委员、北京中医医院内科主任医师。现为国家药品审评专家、药典名誉委员、中药品种保护审评顾问，国家中医药管理局中药开发专家咨询委员会主任委员，中华中医药学会脾胃病专业委员会名誉主任，中国中医药养生保健学会常务理事，世界中医药学会专业委员会主任委员等职。并担任香港、日本、美国等保健医疗机构的顾问、客座教授和多处太极拳会、社的副会长、名誉社长等，享受政府特殊津贴。

擅长中医疑难杂病，尤对延缓衰老及养生保健之术颇有研究。主要著作有《临证治验录》、《内经藏象》、《中国气功探密》等，发表论文数十篇。多次赴日本、美国、泰国、菲律宾、香港等国家和地区讲学、会诊，荣获1994年首届“生命杯”世界传统医学大会国际最高个人荣誉金奖。研制“老庄养生酒”和“天寿宝”等保健治疗药物。

风疹

风疹，为“疹”之一种，亦称风痧，假麻，是一种较轻的出疹性传染病。本病与麻疹不同，麻疹（病名）出自《古今医鉴》（明·龚信纂辑，龚廷贤续编，王肯堂订补），原有麻、痧子，瘡（音醋）子等名称。麻疹是一种“内蕴热毒，外感天行”的疾病属于温热病的范畴。多见于小儿（成人亦有但已少见），发病主要在肺胃二经。风疹，多见于5岁以下的婴幼儿，流行于冬春季节，由外感风热，毒侵肌表而发。前人多将痘疹并论，因痘（痘疮）疹（麻疹）初起见症相似，麻疹又与风疹外形雷同（疹粒均小），为医者要仔细辨认。“麻疹”以发热，咳嗽，眼泪汪汪，口中颊膜有粟形白点出现为其特征。临床分麻疹顺证、麻疹逆证、麻疹险证三证。如辨证含糊，未能抓住病机，用药不当，疹出不透，毒邪入肺（麻毒陷肺），则可出现马脾风病证，是为险证。“马脾风”（见《幼科发挥》，又名《幼科发挥大全》，为明·万全撰），即小儿急性喘证，症见胸高气壅，肺胀喘满，鼻翼煽动，二便秘结，神气烦乱等症。《麻科活人全书》（清·谢玉琼撰，据《中国医学大辞典》）载：“治麻向无专书，玉琼得麻疹辨证及麻科秘书二卷，以己意订正，而成此书。”其书中论麻疹合并症曾有肺炎一辞，“麻毒陷肺”之“马脾风”亦即今之麻疹肺炎也（俗称麻肺），由此看来“肺炎”一辞并非西方医学所专有，但炎字的概念与中医学的定义不同。所以麻疹出的愈透愈顺愈好，万万不可退热止咳，不能见热退热，见咳止咳，肺不震荡，毒邪何以从表而解，此大忌也。麻疹是咳嗽起咳嗽落，否则逆转邪无出路，“麻毒陷肺”不险何待！

风疹细小粒色淡红，出没较快，退后无落屑及疹痕，其症如沙子，故又名风痧，其形颇似麻疹，然非真正麻疹，故又称假麻。另有疫疹者，又当予以辨认。清·余霖长于诊治疫病，在清·乾隆中

期（1736~1795年）安徽桐城发生温疫，一般医生用张景岳温补法多无效，用吴有性的疏解分消等治法也多无效，他用大剂石膏，活人很多，后著《疫疹一得》一书，对温病学有一定贡献。“疫疹”，指疫症发疹，是传染性较强，多兼发热的病证。由于感受疫疠之邪，热毒内盛，外发于肌肤所致。疫疹以松浮、红活者为邪浅病轻；紧束有根，色紫或黑者为热盛毒重。轻者一病即发，毒愈重则透发愈迟，有迟至四五日而仍不透者。初起时，症见恶寒发热，头痛如劈，甚则烦躁谵语，唇焦，舌起红刺，脉数，或兼上呕下泄等症。治宜清热凉血解毒，以清瘟败毒饮为主方。初起时亦可先用败毒散加减，以去其邪；热盛者可酌用凉膈散（去硝、黄加石膏）泻上、中二焦之火，使热降清升，而疹自透（此为余霖对疫疹的症治经验，由于余氏长于辨治瘟疫，善用石膏，自创“清瘟败毒饮”，疗效甚佳，一时名震海内，蜚声医坛）。

风疹虽是小疾，但如辨证不清，重视不够，亦能并发它症。因此要加强防护意识，积极予以防治。

（一）病因病机

此证多从外感风热疫毒，邪郁肌表而发，似疹（指麻疹）而痒不已，发于冬春季节，以春季为多。由于风邪疫毒侵及卫表，在阳气升发之春季则感发传播较速，儿童易感，成人亦有发病。盖“邪之所凑，其气必虚”（《素问·评热病论篇》），当卫气不能“温分肉，充皮肤，肥腠理，司开合”（《灵枢·本藏》）之时，则抗拒外邪能力薄弱，邪毒即可乘机而袭，此患病之根源也，亦病机使然。“病机”，即指病因、病位、证候、脏腑气血虚实的变化及其机理。正如《素问·至真要大论》所说：“谨守病机，各司其属。”正是这个道理。因之无论小儿、成人均可发为此病，非独儿童也，只不过小儿体弱气血未充，多于成人而已。

(二) 诊断鉴别

前已谈过，风疹与麻疹初起外形相似，疹粒小色淡红，状如沙子，出没较快，退后无落屑及疹痕。风疹与疫疹迥然有异，疫疹疹色不定，初浅后重，紫黑毒深，其证险恶，甚则吐泻，状如霍乱，剧则烦躁谵语，高热不退等症是截然有别的。除此之外，又当与隐疹区别，其病名，最早出自《素问·四时刺逆从论》，又名“风瘾疹”，“痞瘤”。因内蕴湿热，复感风寒，郁于皮肤而发，或由于对某些物质过敏所致。皮肤出现大小不等的风团，小如麻粒，大如豆瓣，甚则泛滥成片，红白相兼，时隐时现，瘙痒甚剧，即今之通称荨麻疹也。另有湿疹，中医称为“湿癣”，亦应区别。湿癣，始见于《诸病源候论》，由风湿热侵于肌肤而发。患处皮损潮红，瘙痒难忍，搔破滋水淋漓，浸淫不断扩大，皮内似虫行，即今之急性湿疹、皮炎之类。还有即是斑疹，此病的特点关键在“斑”，见《诸病源候论》（隋·巢元方等撰），指发于肌表的片状斑块。多由外感热病，热郁阳明，迫及营血，从肌肉外发所致。斑疹，见宋·许叔微《伤寒九十论·发斑证》，指热病过程中发于肌肤表面的片形或点状的斑块或疹子。点大成片，斑斑如锦纹，抚之不得手者称为斑；形如粟米，高出于皮肤之上，抚之碍手者称为疹。这也不难看出，斑与疹的主要鉴别点：点大成片，斑斑如锦纹，抚之不得手者为斑；高出于皮肤之上，抚之碍手者为疹，其证不难辨别。

风疹，能传染，然甚轻，多见于小儿，体微热，疹团小而色红，类麻疹，时或似猩红疹，先现于眉间，传播面部，胸背手足，数小时而遍，褪色亦速，数日可愈。还有一种病证亦应注意，即白疹，又名白痞、晶痞（见《温病条辨》、《温热论》，清·叶天士述，叶氏门人顾景文记录整理而成），由于湿热之邪郁于肌表，不能透泄而发，此症似痘似疹，但色白如水晶，亦称白色粟粒疹。《疫疹一得》载有“红白砂”，其文云：“细碎宛如粟米，红者谓之红砂，白者谓

之白砂。疹后多有此症，乃余毒尽透，最美之境，愈后脱皮。若初病未认是疫，后十日、半月而出者，烦躁作渴，大热不退，毒发于颌者，死不可救。”以上所录，均是前人宝贵经验，不可轻视，因为他们给临证提供了真实的资料。风疹，乃小疾也，诊断不难，难在与它证识别。所以引出大证、险证、死证，从痘、麻、疹、斑等的各自特点，扩大认证。前贤在辨证审证上作出了一定的贡献，积累了丰富的实践知识，我辈应予很好地珍惜学习。

（三）辨证论治

根据“风疹，能传染，然甚轻，多见于小儿，体微热，疹圆小而色红，类麻疹，时或似猩红疹，先现于肩间，传播面部，胸背手足，数小时而幅，褪色亦速，数日可愈。”说明了见症及发病过程，预后亦阐述甚清，勿庸多赘。如无并发它症，可不服药，注意调护为善。正如传染病专家提醒：“今春多留神风疹”的报道，其云：“风疹患者一般症状较轻，并发症少，如没有并发症，不需要特殊治疗”。如疹粒出而不透，头痛身热者，可与五粒回春丹（丸）少许（此为中成药验方，见《北京市中药规范》，《中国医学大辞典》载为万病回春丹方加减），以白开水送下，或用鲜芦根煎汤送服，可使毒热外出。

（四）防重于治

风疹与水痘一样，预防更重要，因为本证是一种较轻的出疹性传染病，一般症势不重，如无并发它症，不需特殊治疗，“数日可愈”不用服药。小儿及成人均可发病，发病前5~7天和发病后3~5天都有传染性，发病当天和前一天传染性最强。感染后能获得永久免疫，很少得第二次。避免与患者接触，以防感染，不要外出活动，应在家隔离休息，饮食清淡好自养护，避免受风，一般均能顺利恢复健康，仅有少数患者可并发中耳炎、咽炎、支气管炎、肺炎、扁

桃体炎、关节炎或心肌炎、脑炎及肝炎等，个别患儿可同时合并脑炎、心肌炎及肝炎等多脏器损害，需及时送医院住院治疗，才能保证安全。西医认为“风疹是由风疹病毒引起的一种急性呼吸道传染病，多发于学龄和学龄前儿童，其主要表现是发热、皮疹。幼儿体弱脏腑未充，易感外邪，成人亦然。《素问·遗篇·刺法论》中云：“正气存内，邪不可干”；《素问·评热病论篇》云：“邪之所凑，其气必虚。”这充分说明了“正气存内”，所以不受邪的干扰，正气先虚，必然容易受到邪的侵袭。这是正气与邪气的矛盾，不是正气战胜邪气，就是邪气战胜正气，不论邪之大小，均是一场生死的顺逆搏斗，总的要取决于正气的虚实，所以正气的强弱是决定的因素。风疹虽是小疾，是一种较轻的出疹性传染病，如果防治不当，极易它变向深入侵犯，从表及里，其理则一。因此应该加强防患意识，不可轻敌，否则小疾造成大患，不亦晚乎！虽有“疫苗”问世，但亦因人制宜适当选用为是。

（五）医案选录

邵慧中整理《祁振华临床经验集》（摘录）

风疹，俗称“风痧”，中医称之为“假麻”。

本证为外感时邪疫毒，发于皮肤。由于疫毒较轻，一般只侵及肺卫，初起症似感冒，表现为恶风、身热、咳嗽、流涕、喷嚏。发病一二天后，即出现皮疹，由头面迅速遍及全身，手足心多无疹点。祁老对本病的治疗，以透表、清热、解毒为主。

例一：王某某，女，9个月。病历号：255359

初诊日期：1962年3月10日

主症：患儿发热3天，体温38.7℃，近2日身起皮疹作痒，咳嗽气粗，流涕，喷嚏，食纳减少，精神烦倦，大便恶臭。舌苔根黄白，舌质红，脉浮数。望其头面、全身均有浅红色粟疹。

辨证：肺胃蕴热，夹感时邪。

治法：清热解毒，疏表透疹。

方药：芥穗 3g，大青叶 3g，黄连 3g，生栀子 4.5g。

另：紫雪散 1.2g，分 2 次冲服。

服药 2 剂，大便一次，排量显多，体温降至正常，皮面粟疹消退，咳嗽有痰，舌苔薄白，脉缓。再予清肺饮（丸）6 丸，每服半丸，日 3 次，以清余热善后。

按：本例风疹，兼有肠胃滞热。方中用芥穗宣散风邪透表；黄连、大青叶、栀子，清热解毒；用紫雪散清热导下，表里双解告愈。（注：清肺饮为祁老创制的中成药，其药物组成：山豆根、射干、锦灯笼、干青果、生栀子、麻黄、孩儿茶等）

例二：王某某，女，11 个月。病历号：219598

初诊日期：1962 年 5 月 4 日

主症：发热 3 天，体温 38~39.4℃，近 1 日全身皮肤起红色粟状小疹，作痒，头面、胸背、四肢为多，手心无疹，耳后肿大，大便稀溏，日 3 次。舌苔薄白，脉浮数。

辨证：感受时邪，致发风疹。

治法：清热解毒透表。

方药：金银花 4.5g，芥穗 3g，板蓝根 4.5g，黄芩 3g。

服药 1 剂，皮疹渐退，心烦急，低热 37.3℃，咳嗽，二便自调，脉略数。上方加芦根 15g、薄荷 1.5g，服药 2 剂，疹退热除。

按：本例是以风热疫毒为主，里热较轻，经用清热解毒透表之剂，仍见低热，咳嗽，头面疹粒尚未全消，说明余热未净，故以原方再加芦根、薄荷，增强清热宣透之力，肺热得清，疹退咳止。

注：祁振华（1899-1969），名老中医，北京人，毕生从事于中医事业，有很丰富的临床经验，尤以擅长儿科而著称，以用方药少力专且精而闻名京都。自北京中医医院建院起，一直任儿科主任、北京市中医学会理事儿科分会主委，直至病逝。

参考书籍

《素问·遗篇·刺法论》。

《素问·评热病论》。

《诸病源候论》隋·巢元方等撰。

《伤寒九十论·发斑证》宋·许叔微，字知可撰。

《小儿要证直诀》北宋·钱乙，字仲阳，由其学生阎孝忠收集整理而成。

《古今医鉴》明·龚信纂辑，由其子龚廷贤，字子才，号云林续编，王肯堂，字宇泰，号损庵订补。

《幼科发祥》明·万全，字密斋著述。

《疫疹一得》清·余霖，字师愚撰。

《麻科活人全书》清·谢玉琼，字良秀，号朴斋撰。

《温热论》清·叶桂，字天士，号香岩述。系叶氏门人顾景文记录整理而成。

《温病条辨》清·吴瑭，字鞠通著。

《祁振华临床经验集》现代已故祁振华名老中医学生邵慧中整理。

水痘

前人对痘疹大多并论，因其属于胎毒（病因），又感天行疫疠（诱因）而发。在见症上初起有相似之处，痘疹相兼始难辨认，必须仔细识别清楚，如辨证模糊，治不得当，有误病机，则症险恶，死人多多。中医对痘疹治法确有独到之处，先贤撰著辑集的书藉甚广，积累了极为丰富的经验。明·清两代名医辈出，不断总结出痘疹终身止（只）出一次，并认为“此为胎毒无疑。”对于痘疹的临证实践研究也是颇有见地的，充实了中医学的宝库，是非常珍贵的资料，它给后人留下了宝贵的财富——活人之术，为后学所遵崇。因此，在未谈水痘之前，叙道痘疹二症，这对于临证医生，年纪较青的一代，对于吾辈的再认识大有裨益。

“凡痘疹之证，皆由父母胎毒蓄于命门之中。命门者，下极丹田也，为人生生化之源。或遇冬温，阳气暴泄，人则感之，触动相火，至春夏生长之时即发，传染相似，是谓天行疫疠也。”（《幼幼集成》一书，此书为清·陈复正，字飞霞辑订）这段话是陈氏从万密斋《片玉痘疹》中的“痘疹总论方略”原文个别字句稍有变动而来，该书共十三卷，已收入《四库全书》。

明代万历年的陈尧道（字素中）在他编集的《痘科辨证》、《疹科辨证》中云：“小儿痘疹，吉凶在数日之间，证之暴险，较伤寒更为急速。”（这里所说的“伤寒”是指广义的伤寒，为多种外感热病的总称，多有传染性）。早在《素问·热论》中即云：“今夫热病者，皆伤寒之类也。”说明痘疹来势急暴，发病迅速，是个凶险之证。又云：“小儿之出痘疹，或因天行时气，或惊骇跌扑，或饮食所伤，因而发之，状类伤寒。其证面燥腮赤，眼涩，呵欠烦闷，乍凉乍热，咳嗽嚏喷，足稍冷，耳冷，尻冷，多睡睡惊，耳后有红线赤脉，此其候也。”这是痘疹初起见症的相似之处，其在痘与疹的

临证鉴别方面描述甚详，如云：“凡出痘验法，先热一日、二日、三日，睡时多惊，醒来作战，焦啼（“焦”者，急燥，烦扰也），此为出痘无疑矣。痘之形最大，水痘次之，疹之最小。观其两目，神倦不欲开者，痘也；目中汪汪如水者，疹也。”在《痘疹辨证》一书亦云：“小儿痘疮，有水痘与正痘不同。其疮皮亦薄，如赤根白头，渐渐赤肿而有脓差迟者，谓之正痘，此热发于脏也；其疮皮薄如水泡破即亦干，而出无渐次，白色或淡红，泠泠有水浆者，谓之水痘（已明确痘疮与水痘的区别），此表证发于腑也。亦与疹子同，又轻于疹，发热一二日而出，出而即消，亦出亦靨，不宜温燥，惟宜清毒解散，如大连翘之类（指大连翘汤，见《医宗金鉴》，即大连翘饮），大率无害，不服药亦可。”指出水痘如无并发它证，则预后良好。“故治痘之家，各有成书，无虑汗牛充栋，不过解毒补托两端而已。”指出治疗原则，“解毒”为祛邪、“补托”为扶正。上面所谈“正痘”，系说明“痘疮形色俱正，而无奇特之状态者”，指真正的痘疮而言，是别于水痘的。“正痘”的名称可参考《中国医学大辞典》。

《万氏家传痘疹心法》（明·万密斋著）书中云：“痘本胎毒，俗曰天疱。传染由于外感，轻重过于内伤。”“疹属君火，气本少阴，……亦胎毒之所发，因疫疠而后成。”“上古之时，未闻痘疮之症，《素》、《难》之文，鲜有及者，岂其人淳庞朴野，积精全神，虚邪苛毒，莫之能害欤。”余霖亦云：“上古无疫疹，亦无痘，有之自汉始。”（可参考《疫疹一得·疫疹穷源》）由此可见痘疹、疫疹早期未见有文献记载，故万氏说在《素问》、《难经》文中“鲜有及者”余霖亦云“有之自汉始”，又有云痘疹始于东晋。对于痘疹的原由已经阐述得很清楚。

《万密斋医学全书》距今已四百余年，作者万全，字密斋，罗田县，今湖北省罗田县大河岸人。是我国16世纪中叶很有名气的临证医学家之一，在儿科、妇科、痘疹等方面均享有盛名。已收入

《四库全书》的有关儿科著作多种，除前面谈过的以外，尚有《痘疹歌括》等。清代陈复正在辑订的儿科专著《幼幼集成》中，给万氏以很高的评价，其云：“痘疹之书，如冯氏、翟氏、陈氏，又惟以万氏明显，可以济急。”陈氏对万氏所论甚为推崇，书中幼科内容占其大半，堪为后世效法。

痘，《圣惠方》（北宋王怀隐等编写）称为痘疮，今通称为天花。天花，是天然痘之俗称，《肘后方》（晋·葛洪撰）名为天行发斑疮。历代书籍所载有各种不同的名称，如，天然痘、天痘、天行痘、豌豆疮、登痘疮、鲁疮、虏疮、百岁疮、天疮等，名称虽多，但痘疮则一。即指天花也，是一种传染性很强，病情险恶的病毒性传染病。其症大如小豆，色赤红，有尖顶，先变水泡，经多日而化脓，其流出之脓汁能传染，甚者蔓延全身。清·陈尧道云：“痘疹脉静身凉者生，脉躁身热者死。”一语道出痘疹的顺逆、转归，给临床辨证提供了非常宝贵的辨认痘疹预后吉凶的资料。近代由于疫苗的出现，患此病者已甚少。

应谈水痘，何以详论痘疹？之所以引证前人的痘疹理论及临证经验，使吾辈能够温故而知新，是使后人自勉，能更好而有效的与水痘、风疹两病进行鉴别。文中所论痘疹大多系指痘疮和麻疹，因痘与疹，初起类似，故痘疹常予并论，但有别耳。与水痘、风疹迥然有别，痘疮与麻疹似是而非，水痘与风疹类同各异。先贤云：“水痘、疮毒也，与天然痘不同，亦有传染性，小儿患者最多。水痘又名水花、水疱、水疮、肤疹。是一种病毒所致的急性儿童传染病。

（一）病因病机

此证由风热郁于肌表而发，多因外感时邪风毒，内蕴湿热，扰于卫分所致。若机体“正气稍衰者，触之即病”。正如宋·钱乙在《小儿药证直诀》原序中云：“医之为艺诚难矣，而治小儿为尤难，……脏腑柔弱，易虚易实，易寒易热”故内有郁热，外感毒邪

则病发也。盖肺开窍于鼻，与皮毛合，小儿稚弱易感外邪，鼻息内吸，卫表失固，毒伤肌腠，卫气为邪所束，不能驱邪于外，故而发之。上面论述痘疹文中对水痘的病因、病机叙之较详，勿庸多赘。有关报道曾以《警惕水痘》为标题，其云：“水痘在一年四季均可发病，特别是在冬春季易多发，……尽量少带孩子去公共场所，避免与水痘患儿接触，以防此类疾病的传播。水痘是一种传染性很强的出疹性急性传染病，主要是通过空气飞沫经呼吸道传播，也可因接触患儿疱疹内的疱浆通过衣服、玩具等而被感染。”

（二）诊断鉴别

本病诊断依据：一是流行季节多在冬春，阴尽阳生之时，但亦有不正之气时发生；二是感染性很强的疾病，注意有无与其它患儿接触；三是发病较快，始轻后重，易出易消。

明清·马之骥在他著的《疹科纂要》描述水痘患儿的见症最详，如“面赤唇红，眼光如水，咳嗽喷嚏，唾涕稠粘，身热二三日而出，明净如水泡，易出易腐。”有关临床资料亦有报道“水痘起病较快，症状较轻，初起时多有成批细小，红色斑疹或斑丘疹，很快变成高出皮肤的丘疹和疱疹，亦破裂，水疱周围红晕，三至五天后疱疹干缩结痂，一至三周痂皮脱落”。

本病需与下列疾病鉴别：

前面谈过，“痘疮”（正痘）发病急速，痘形最大，状如赤豆，盘红白头，赤肿尖顶，很快化脓，出有先后；而水痘显小，豆围虽有红盘，含有水浆，但无尖顶，出而亦消；与疹（麻疹）始出难辨，然疹咳较为明显，发热渐高，状如外感，目中汪汪如水，身热昏睡，咳音声重，疹粒色红，逐渐增多，蔓延全身，抚之应手。《痘疹辨证》前面已重点提出：“小儿痘疮，有水痘与正痘不同。其疮皮亦薄，为赤根白头，渐渐赤肿而有脓差迟者，谓之正痘，此热发于脏也；其疮皮薄如水泡破即亦干，而无渐次，白色或淡红，泠泠有水

浆者，谓之水痘，此表证发于腑也。亦与疹子同，又轻于疹，发热一二日而出，出而亦消，亦出亦靨，……不服药亦可。”《张氏医通》（清·张璐撰）：“色淡浆稀，故曰水痘。”西医云：“患了水痘没有特殊的治疗方法”这与中医早已说明“不服药亦可”是一致的，说明了如无并发症，调护得当，病势不重是可以自愈的。

除上所谈的以外，更注意的是与天泡疮（又分脓疱疮与天泡疮两证）的辨认，初起与水痘类似，亦小儿易患之疾，成人亦有但为数显少。天泡疮起病急骤，潦浆水泡，皮薄光泽，界限清楚，顶白根赤，破流滋水，蔓延迅速，互相传染，很快遍及全身，甚至高热，咽喉疼痛，瘙痒难忍。此由暑湿之邪侵入肺经，郁于皮肤而成，切忌用手抓挠，易落痂痕难退，当须辨之。可参考《疮疡经验全书》（又名《窦氏外科全书》，原题：“宋·窦汉卿撰”，按此书为明·窦梦麟辑，成书于1569年）

（三）辨证论治

由于本病“出而亦消，亦出亦靨”的特点，不同于“痘疮”又别于“麻疹”，与“风疹”又不同（参看风疹病）。根据发病周期较短，病情较轻之时，抓住病机给以绿豆汤频频饮之，皮肤瘙痒或疱疹已溃，可与明矾水轻轻涂拭，痒甚流水者，可用碧玉散搽之。亦可内服三豆饮（《世医得效方》：赤小豆、黑豆、绿豆、甘草，水煎服），功能活血解毒，用于预防麻疹、水痘等传染性疾疾病甚效。

（四）防重于治

防与治，防更重要，除用“三豆饮”煎汤预防外，由于小儿正在成长发育，体质较为薄弱，在疾病流行期间应注意与患儿隔离，不要到人群多的地方，或去公共场所，避免与“水痘”患儿接触，以防此类疾病的传播。平时亦应常带小儿多在室外活动，以增加体力，要有“治未病”的思想。虽然“水痘”是小疾，在正常的发病

情况下“不服药亦可”，“没有特殊的治疗方法”，但要注意病情的发展，不可麻痹大意，如果病势严重，应予考虑“温邪上受，首先犯肺，遂传心包”的警句。亦有报道，认为“该病可并发脑炎、肺炎等。因此，一旦发现并发症应立即去医院就诊，以免延误病情。

(五) 医案选录

《幼儿临证经验》(滕宣光著)：水痘，亦称“水花”、“水疮”，是儿童二至六岁容易散发流行的传染病。以发热，皮肤分批出现疱疹，状如水泡继而结痂为其特征。多发于冬春两季，预后良好，出痘时若不抓溃，皮肤不留瘢痕病后可获终身免疫。

起病之因是由内蕴湿热，外感风温时毒而诱发。本病发自肺脾，肺主皮毛，口鼻为其通道，风温时毒上受，邪郁于肺，故见肺卫症状。脾主肌肉，运化水湿，湿聚于脾，与时邪相搏，湿毒蕴结肌肤，外发水痘。

例一：邵某，男，6岁。初诊日期：1986年1月7日。

主症：发热3日，体温39℃，全身出现水痘两天，以颜面、背部、四肢最密，散在有溃破结痂。鼻塞流涕，头晕，咽痛，咳嗽少痰，烦躁不安，食欲减少，大便正常，舌尖红苔白腻，喉核肿大(扁桃体Ⅱ°肿大)脉浮数。

辨证：风湿时毒，蕴发水痘。

治法：清热解毒，散风除湿。

方药：薄荷6g，蝉蜕6g，野菊花15g，青蒿10g，大青叶10g，败酱草15g，连翘10g，蒲公英10g，土茯苓15g，生薏米15g。

服药1剂热退，又两剂全身水痘结痂，未再新生，鼻塞通，咳嗽减。原方去薄荷、蝉蜕、青蒿，加杏仁、茅根，由里达外宣发肺气，又两剂，毒尽痂落未留瘢痕。

例二：顾某，女，5岁。初诊日期：1987年4月7日。

主症：发热3天，体温38℃，鼻塞流涕，咽痛咳嗽，身面水痘

密布，痘周红晕大小不等，烦急食少，尿黄便干，咽红肿，舌尖红苔白厚腻，脉滑数。

辨证：湿毒内蕴，外发水痘。

治法：清热解毒，散风渗湿。

方药：薄荷6g，蝉蜕6g，连翘10g，野菊花15g，大青叶10g，杏仁6g，茯苓15g，生薏米15g，通草6g，射干6g。

服药两剂热退，身面水痘大部结痂，仍有散在新生。又两剂结痂脱落，未再新生，食纳渐佳，尿畅大便正常，偶有咳。易方清热宣肺：苏子6g，桑皮10g，黄芩6g，杏仁6g，连翘10g，大青叶10g，前胡10g，桔梗6g。愈后调善。

按：本病痘与痂同时存在，此起彼伏，脱痂之际，周边有痒感，应防止抓破，免留瘢痕。是因湿毒热邪所致，故治用清热解毒佐以渗湿，三五天后，湿毒消除，水痘不再新生，十余日后，结痂自行脱落不留瘢痕。若水痘根底红晕肿大，名曰赤痘，为毒热壅盛，予以大剂银花、鱼腥草煎汤频服。结痂久久不脱，为气虚，宜用黄芪益气托毒。若咳嗽不已，用桑皮、杏仁、桔梗、浙贝宣肺止咳。

注：滕宣光为北京名老中医，系原太医院周慕新弟子。

参考书籍

《小儿药证直诀》为北宋儿科学家钱乙（字仲阳）所著。

《小儿斑疹备急方论》是一部较早的痘疮专著，为宋·董汲（字及之）所作。

《伤寒九十论·发斑证》为宋代医学家许叔微（字知可）所著。

《小儿病方论》为宋·陈文中（字文秀）对小儿痘疹尤为精妙。（详见《医学入门》）

《珍珠囊药性赋》为金代著名医学家张元素（字洁古）所作。

《痘论萃英》、《此事难知》为元代医学家王海藏（字进之，号海藏，名

好古)所作。

《格致余论》为金元著名医学家朱震亨(字彦修,世居丹溪,又称丹溪翁)所著。

《疮疡经验全书》为明·窦梦麟辑。

《痘疹方论》明·蔡维藩所作。

《活幼新法》明·聂尚恒所著。

《锦囊秘录》明、清冯兆张(字楚瞻)所作。

《痧胀玉衡》清·郭志邃(字右陶)所著。(郭擅于刮痧、放血、药物等治疗急症)

《痘疹定论》清·朱纯嘏所著。

《疫疹一得》清·余霖(字师愚)所著。

《温病条辨》清·吴瑭(字鞠通)所著。

《疫痧草》清·陈耕道(字继宣)所著。

《温热经纬》清·王士雄(字孟英)所著。

《疹科纂要》明、清马之骥所著。

《幼儿泄证经验》现代已故著名老中医滕宣光著。

张学文



张学文，男，1935年出生，陕西汉中人。曾任陕西中医学院内科教研室主任、医疗系主任、院长。为国家中医药管理局重大科技评审委员，陕西省科技进步奖评审委员，陕西省第八届政协委员等职。现任陕西中医学院教授、主任医师、学院专家委员会主任委员，北京中医药大学兼职博士生导师，咸阳市中医疑病研究所所长、咸阳心脑血管病医院名誉院长。为中华中医药学会内科分会顾问，陕西省中医药学会顾问，《中医杂志》、《中医药学报》、《中医急症》等杂志编委。并任美国中国医学研究院顾问，日本国群马中医研究会顾问。1990年被国家二部一局确定为首批全国500名需要继承学术经验名老中医之一。1991年起为享受国务院特殊津贴的专家。1991年被评为陕西省有突出贡献专家。曾先后应邀去日本、美国、东南亚、欧洲、澳洲、非洲多个国家及港澳台地区进行学术交流。

从医50余年，执教40余载，自1978年至今，已培养温病学、中医脑病学专业硕士研究生70名，博士研究生4名，国家级师承弟子4名，国外弟子5名。在中医急症、中医脑病、温病学、疑难病、活血化瘀等诸多领域均有所研究，对“毒瘀交夹”、“水瘀交夹”、“痰瘀交夹”、“气瘀交夹”、“颅脑水瘀”等病机理论的认识颇多创新，自成体系。先后在全国省级以上学术刊物发表论文60余篇，出版学术专著10余部，获国家、部、省厅、局级科技成果奖20余项。

时疫霍乱

(一) 概念与沿革

时疫霍乱是指以起病急骤，卒然发作，上吐下泻，腹痛或小腿拘挛为特征的疾病。因其病变起于顷刻之间，挥霍撩乱，故名霍乱。

本病病名首见于《内经》，《灵枢·经脉》篇载：“足太阴……厥气上逆则霍乱。”《灵枢·五乱》：“清浊相干……乱于肠胃，则为霍乱。”时疫霍乱之名见于《随息居重订霍乱论·病情篇》：“余自髫年，即见此证流行，死亡接踵……风行似疫。”“时”是指流行季节，指发病有一定的季节性；“疫”是言有传染性、流行性。《素问·刺法论》说：“五疫之至，皆相染易，无问大小，病状相似。”时疫霍乱即是指烈性传染的一类霍乱。《伤寒论·辨霍乱病脉证并治》指出“呕吐而利，此名霍乱。”扼要地说明了呕吐泄泻是霍乱的主要症状。《诸病源候论·霍乱病诸候》说：“温凉不调，阴阳清浊二气有相干乱之时，其乱在于肠胃之间者，因过饮食而复发。”认为清浊之气，相互干扰，加上饮食不慎，以致引起吐泻。《备急千金方·霍乱》说：“原夫霍乱之为病也，皆因饮食，非关鬼神。”明确指出本病多由饮食生冷不洁之物所引起。《景岳全书·霍乱》说：“有外感风寒，寒气入脏而病者。……有旱潦暴雨，清浊相混，误中痧气阴毒而病者。”叙述了水灾过后，常有霍乱发病的可能。

清代王孟英撰写《霍乱论》一书，着重论述了霍乱的好发季节、传染特点，并分别指出了寒霍乱、热霍乱之证治方法：“凡霍乱盛行，多在夏热亢旱酷暑之年，则其证必剧，自夏末秋初而起，直至立秋后始息”，“迨一朝卒发，渐至阖户沿村，风行似疫”，“热霍乱流行似疫，世之所同也。寒霍乱偶有所伤，人之所独也。”

现代研究认为，在1820年以前所称的霍乱，是指上吐下泻为主要临床表现的多种疾病，包括急性胃肠炎、食物中毒等，其范围

较广。后来所指的霍乱主要是指由疫疠之邪如霍乱弧菌或埃尔托弧菌引起的霍乱病。

本病为一烈性传染病，属甲类传染病，须积极严格防治，其对人类威胁巨大，世界曾有7次时疫霍乱暴发流行，死亡者数以万计，给人类造成巨大的损失。

（二）临床病象

本病流行以夏秋季为主。因“天之暑热一动，地之湿浊自腾”（《临证指南医案》）暑与湿浊相蒸，二气相搏疫毒滋生，毒盛则害人，所以夏秋为染病之季。本病呈地区性流行，往往先发生于沿海、江河沿岸及水网地区。人群普遍易感，不分种族、年龄和性别都易感染，亚洲印度是高发区。本病发病以卒然剧烈吐泻米泔水样物，随之出现津液耗损为特征，如皮肤干瘪，目眶凹陷，小腿拘挛等。脉多见沉细或伏甚或脉微欲绝，舌多见淡黯，甚或紫绛干瘪，舌苔白腻或灰黄，甚或无苔失津。

（三）病因病机

时疫霍乱致病原因不外饮食不洁和感受时邪两个方面，如《丹溪心法·霍乱》说：“内有所积，外有所感，致成吐泻。”其发生与暑热之时人体生理状态和饮食不洁有密切关系，人在炎热之时，气血津液循环代谢加快，肌腠玄府排泄旺盛，而体内气血营卫聚集相对减少，故中下二焦胃肠抗病能力低下，是疫毒侵犯胃肠之生理基础。夏秋之季，人往往贪凉喜食生冷，不洁之物乘虚而入，损害虚弱之肠胃，则疫毒蕴结肠胃而发为霍乱。故有歌诀云：“霍乱吐泄为何因，上吐下泻脚转筋，只缘胃气乘虚热，饮食不调原是根，日间受热夜感冷，邪气正气尤不分，所以发而为吐泻，诊治之时宜酌斟。”

疫毒传染源有三个方面的：①病人及水生动物，病人的排泄物如

不经处理，污染水源、土壤则可造成本病大面积传播，另外同病人日常生活接触也可传染本病。②苍蝇蚊子所带疫毒污染食物、饮水等。③海洋生物所带之疫毒。疫毒侵入肠胃，一害大肠主津液之功，二损变化分清降浊之器，三伤多气多血之经，从而在病理上出现水谷、津液、体液汇流于大肠，使大肠传导功能失常，浊气上冲于胃而生暴吐，浊气汇流于大肠则暴泻如水注，致使阳气伤，不能温煦筋脉，液脱筋脉失养而生转筋之症。吐泻使津液损伤过多，血脉失充，凝滞不行，五脏四末无以温煦，而成脱证、厥证而亡。

（四）诊断与鉴别诊断

1. 诊断要点

（1）季节性：本病多发于夏秋季节。

（2）病史：本病患者多有暴饮暴食，或饮食不洁，恣食生冷瓜果或密切接触病人及污染物等病史。

（3）临床特征：起病急骤，病势凶险，变化迅速，吐泻交作，或有腹痛，甚则皮肤弛皱，腿脚转筋，目眶凹陷，手指螺纹干瘪或突然腹绞痛，吐泻不得。脉多伏象或虚大无根，或沉细缓弱、舌黯淡或干瘪少津。

（4）辅助检查：吐泻物涂片检查，可找到霍乱弧菌，快速培养或血清凝集试验阳性。生化检查：水电解质紊乱和酸碱平衡失调。

2. 鉴别诊断

本病需与下列疾病鉴别：

（1）呕吐：呕吐是多种疾病发生发展过程中的一个症状，一般常有原发病可找；霍乱则有明显的季节性，吐泻并见，可以与之鉴别。

（2）泄泻：泄泻与霍乱的发病季节特点相同，且常常有饮食不洁的病史。泄泻以大便稀薄，甚如水样为特点；霍乱则具有上吐下泻并见，或泻下米泔水样大便的特点，可资区别。

（3）痢疾：痢疾的发病季节与霍乱相同，均在夏秋之际为多，严

重的痢疾亦可以见到发病急骤、呕吐、腹泻、腹痛并见的现象，不过，它尚有里急后重和下利赤白脓血的特点；霍乱则以吐泻兼作或泻下如米泔水样大便为特征。至于一般痢疾发病的病势不会有挥霍撩乱的急骤表现，故两者不难区别。

（五）辨证论治

1. 辨治要点

霍乱之证，突然吐泻交作，腹部疼痛或不痛，甚则皮肤弛皱，目眶凹陷，手指螺纹干瘪。俗称“瘪螺痧”。本病临证，当分寒热，《素问·气交变大论》说：“岁上不及……民病飧泄霍乱。”《素问·六元正纪大论》说：“不远热则热至，……热至则身热，吐下霍乱。”前者说明霍乱之属于寒，而后者指明霍乱之属于热。《伤寒论·辨霍乱病脉证并治》篇则明确指出：热多欲饮水为热霍乱，寒多不用水为寒霍乱。但欲饮水与不用水只是分辨霍乱属寒或属热的一个方面，还必须结合脉舌、观察吐下物的色量臭否和所出现的全部症状，才能综合分析判断寒热的实质所在。本病由于起病急骤，病势凶险，故在临床上需熟悉急救方法，及时治疗，以免延误病机。

2. 分型论治

霍乱分为寒霍乱、热霍乱及干霍乱三类。

（1）寒霍乱

①轻证

证候：暴起呕吐下利，初起下利带有稀粪，继则下利清稀，或如米泔水，不甚臭秽，腹痛或不痛，胸膈痞闷，四肢清冷，舌苔白腻，脉象濡弱。

治法：散寒燥湿，芳香化浊。

方药：藿香正气散合纯阳正气丸加减。方中藿香辛温，芳香化浊，辟秽止呕；紫苏、白芷、桔梗散寒利膈；半夏和胃降逆；茯苓、甘草、厚朴和中祛湿。合纯阳正气丸加强温中散寒、燥湿化浊的作

用。在汤药未备时，可先服藿香正气水（丸），或吞服纯阳正气丸、或辟瘟丹，芳香开窍，辟秽化浊；或来复丹助阳化浊，理气和中，以图急救。

②重证

证候：吐泻不止，吐泻物如米泔汁，面色苍白，眼眶凹陷，指螺皱瘪，手足厥冷，头面出汗，筋脉挛急，舌质淡，苔白，脉沉微细。

治法：温补脾肾，回阳救逆。

方药：附子理中丸为主方。方中附子辛温以回阳救逆；党参、白术、炮姜、甘草以健脾温中。仓卒之间，汤药不及，可急用食盐填满脐中，取大艾柱灸之，借以温通阳气。并用行军散0.3~0.6g，开水送服，以辟秽开窍。亦可搐鼻取嚏以宣通窍络。如症见大汗淋漓，四肢厥冷，声音嘶哑，拘急转筋，脉细欲绝，乃属阴津枯竭，阴阳离决，危在顷刻，若骤与大剂辛温回阳，则虑其津液愈涸，此时应使用反佐从治之法，以通脉四逆加猪胆汁汤为主方，亦可在前方中加姜汁炒黄连，辛苦相济，调和阴阳。

寒霍乱重症，一经吐泻，肌肉脱削，身冷厥逆，汗多烦躁，口渴得饮即吐，不得误为热证，关键在舌质淡润，得饮即吐，为无热之证。

(2) 热霍乱

证候：吐泻骤作，呕吐如喷，泻下如米泔汁，臭秽难闻，头痛，发热，口渴，脘闷心烦，小便短赤，腹中绞痛，甚则转筋拘挛，舌苔黄腻，脉象濡数。

治法：清热化湿，辟秽泄浊。

方药：燃照汤或蚕矢汤为主方。前者用滑石、黄芩、山栀、豆豉清暑泄热；半夏、厚朴、省头草化湿辟秽。后者用黄连、黄芩、山栀清泄暑热；豆卷、苡仁、半夏、通草解表化湿；蚕砂、木瓜、吴茱萸舒筋活络；黄连、吴茱萸具有辛开苦降作用。转筋由于吐泻之后，

大量失水，津液耗伤，筋失所养所致。因此，治疗转筋，必须顾及其津液，必要时急需配合补液，方中蚕砂甘辛微温，木瓜酸温，均有舒筋活络作用，吴茱有止呕降逆止痛作用，均为治疗霍乱吐泻转筋要药。

如脘闷吐甚，一时难服汤药，或汤药仓卒未备，可先服玉枢丹以辟秽止吐，俟呕吐稍止，再进汤药。如症见手足厥冷，腹痛，自汗，口渴，唇面手甲皆青，呕吐酸秽，泻下臭恶，小便短赤，六脉俱伏者，此为热遏于内，热深厥深，真热假寒之象，应急与竹叶石膏汤，候清热生津，补益气阴，切忌误投温燥之品。

(3) 干霍乱

证候：卒然腹中绞痛，欲吐不得吐，欲泻不得泻，烦躁闷乱，甚则面色青惨，四肢厥冷，头汗出，脉象沉伏。

治法：辟秽解浊，利气宣壅。

方药：玉枢丹为主方。方中山慈菇、雄黄、五倍子辟秽解浊，麝香通窍开闭；续随子、大戟泻下逐邪。因邪气过盛，可先用烧盐方探吐，一经吐出，不仅烦躁闷乱之症可减，而使下窍宣畅，二便自然通利，并可口服行军散或红灵丹0.3~0.9g，亦可以搐鼻取嚏，以辟秽解毒，通闭开窍。还可采用针刺十宣、委中出血以及刮痧等法，以通脉开窍，引邪外出；或用吴茱、青盐各30g，略研、炒热，用布裹之，熨脐下，以温通阳气。如汤药可进，仍欲泻不出者，可用厚朴汤为主方。方中良姜、厚朴温中破满；朴硝、大黄、槟榔、枳实泻下通便。如吐泻畅通，病热已减者，可用藿香正气散以善其后。

3. 其它疗法

(1) 刮痧疗法：适用于肩颈、脊背、胸前、胁肋、两肘肩等肌肉丰厚处，用棉纱线或瓷碗口，蘸油自上而下刮之，以红紫为度。

(2) 针刺法：取中脘、气海、关元、足三里、内庭、天枢、公孙、三阴交、少商、委中。霍乱患者，舌下有青筋或黑筋者刺出紫

黑血，可使症状减轻。

(3) 熨灸：可用于寒霍乱。食盐炒热熨其脐腹或背部，或以吴茱萸、食盐各适量炒热，包熨脐下，可改善手足逆冷。对于热郁气闷，出现四肢逆冷、腹痛，舌紫唇红或烦躁者，忌灸法，宜针刺。

(4) 饮食疗法：姜盐汤、米汤、绿豆汤、西瓜汁、梨汁等频服，对霍乱亡津证有辅助疗效。外治用大蒜捣烂，贴两脚心（涌泉），或吴茱萸 30g 研末，盐卤和，涂于两足心，也可用烧酒磨擦抽筋处。这些方法有助于改善霍乱手足厥冷、筋脉挛急等症状。

(5) 探吐法：用皂角、麝香少许为末，盐汤调服，以鹅翎探吐，吐尽恶物即愈。以上各种治法，可根据病情，随证选用。

4. 临床权变

本病吐泻交作，极易伤津脱液，耗气滞血，故治疗首要针对津液脱失，给予纠正。病情较轻者，可口服为主，药用竹茹、葛根、天花粉、白蔻、石斛、橘汁、山楂，水煎频服，每天需饮 1000ml 以上。而重型呕吐频繁，不能口服者，要及时结合现代医学救治，静脉补液，成人患者治疗开始以生理盐水快速静脉推注或滴注，或在生理盐水中加入生脉注射液静推或滴注，待血压回升后改用 3:2:1 溶液（5% 葡萄糖 3 份，生理盐水 2 份，1.4% 碳酸氢钠或 11.2% 乳酸钠 1 份）。有血脉瘀滞症状者，可加入丹参注射液静滴。成人患者 24 小时的液体入量应在 4000~8000ml 之间，病情危重者应在 8000~12000ml 之间。津液脱失逐步纠正后，应注意补钾。四肢厥冷，身凉，脉伏微而疾者，于 5% 葡萄糖中加入参附注射液 30ml 静推或滴注。

症见呕吐不止者，急服雷击散。药用肉桂、公丁香、白蔻、薄荷叶、白芷、甘草、冰片、薄荷冰、朱砂共为细面，每服 3g，生姜煎汤送服。症见腹泻不止者，急用虎疫万应散。药用酸石榴（焙干）、赤石脂、炮干姜、朱砂、冰片，共为细面，每服 3g，粳米煎汤送服。

症见吐泻身凉肢冷，汗多，口大渴、饮冷，腓肠肌痉挛者急投急救回阳汤（《医林改错》）。药用党参、附子（炮）、干姜、白术、甘草、桃仁、红花，水煎服。症见腓肠肌痉挛，肢冷腹痛，口渴烦躁，目陷，脉伏，急服蚕矢汤（《霍乱论》）。药用晚蚕砂、生薏仁、黄豆卷、木瓜、姜黄连、清半夏、酒黄芩、通草、焦栀子、吴茱萸，水煎服。

（六）预后和转归

体质强、正气尚足，感邪轻的患者预后良好。体质较差，正气不足，感邪较重者多易邪陷生变，预后不良，如儿童、老年人、孕妇及邪陷生变者预后较差。预后与治疗是否及时有关，若能早期发现，早期治疗，预后多良好；反之，若治疗失时，以致出现筋脉拘急，阴囊紧缩或亡津、亡阴等变证，预后则差。另外，干霍乱为危候，预后较差。在急救时可针刺委中放血，如能放出紫黑血者预后尚可，如针刺时不得气并刺不出血，预后较差。

（七）护理与预防

1. 护理

首先强调饮食的调护，强调邪气未清时不能进食。《千金要方·霍乱》中说：“七日勿杂食为佳，所以养脾气也。”《医学入门》也说：“凡霍乱不可遽与米饮粥饭等食，以助邪气。必所伤物尽，然后淡食少少养之。”在《霍乱论·治法篇》分析更具体：“凡霍乱吐泻皆止，腿筋已舒，始为平定，若暴感客邪而发者，即可向愈，口渴以陈米汤饮之……或煮绿豆，或笋汤煮北方挂面啖之，必解过坚矢，始可徐徐而进，切勿欲速，以致转病。”其次，在精神方面也要注意调摄。《霍乱论·治法篇》中讲到：“凡患急症，病人无不自危，旁人稍露张皇，病者遂谓必死，以至轻者重，而重者遂吓杀矣。”说明了精神因素在治疗中有重要的作用。

2. 预防

本病为一烈性传染病，控制传染源，切断传播途径是预防的关键环节。设立肠道门诊，及时发现病人，尽早予以隔离治疗，对于密切接触者应严格检疫5天，也可预防性给药。另外，应改善环境卫生，加强饮水消毒和食品管理。对病人或带菌者的粪便与排泄物均应严格消毒。杀蛆灭蝇、灭蚊。霍乱菌苗预防接种，对人群免疫力的提高有一定效果。

加强体育锻炼，提高机体防病能力。同时应注意饮食卫生，忌食生冷食物，饮用洁净水或开水。

(八) 古今文献述要

1. 文献精选

太阴所至，为中满，霍乱吐下。（《素问·六元正纪大论》）

既吐且利，小便复利，而大汗出，下利清谷，内寒外热，脉微欲绝者，四逆汤主之。（张仲景《伤寒论·辨霍乱病脉证并治》）

人凡霍乱皆中食脘酪，及饱食杂物过度，不能自裁，夜卧失覆，不善将息所致，以此殒命者众。（孙思邈《备急千金要方·霍乱第六》）

转筋者，以阳明养宗筋，属胃与大肠，令暴下暴吐，津液顿亡……宗筋失养，以致挛急。（陈无择《三因极一病证方论·霍乱凡例》）

多因夹食伤寒，阴阳乘隔，上吐下利，而躁扰痛闷，是其候也。偏阳则多热，偏阴则多寒，卒然而来，危甚风烛。其湿霍乱死者少，干霍乱死者多。盖以所伤之物，或因吐利而尽，泄出则止，其死者少也。夫上不得吐，下不得利，所伤之物，押闭正气，关格阴阳，其死者多。（朱丹溪《丹溪心法·霍乱》）

欲吐不吐，欲泻不泻，心腹缠扰，痛不可忍，上下不通，言语不定，如见鬼神，俗谓之干霍乱，……近世俗医谓之卷肠痧，人多

信之，殊不知即是霍乱，侥幸而愈者，一通之功耳。（戴元礼《证治要诀·中恶》）

霍乱之后，阳气已脱，或遗尿而不知，或气少而不语，或膏汗如珠，或大燥欲入水，或四肢不收，皆不可治也。（王肯堂《证治准绳·内科准绳·霍乱》）

转筋霍乱证，以其足腹之筋，拘挛急痛，甚至牵缩阴丸，痛迫小腹，最为急候，此是阳明、厥阴气血俱伤之候也。

干霍乱证，最为危候，其证则上欲吐而不能出，下欲泻而不能行，胸腹搅痛，胀急闷乱，此为内有饮食停阻，外有寒邪闭遏。盖邪浅者，易于行动，故即见吐利。邪深者，阴阳格拒，气道不通，故为此证。若不速治，多致暴死。（张景岳《景岳全书·杂证谟·霍乱》）

霍乱湿多热少，道其常也，至于转筋，已风自火出，而有胜湿夺津之势矣。……触犯臭秽，而腹痛呕逆，刮其脊背，随发红斑者，俗谓之痧，卒然昏倒，腹痛，面色黑胀，不呼不叫，如不急治，两三时即毙。有微发寒热，腹痛麻瞽，呕恶神昏者，或泯然汗出，或隐隐发斑，此毒邪发于表也。亦有发即泻利厥逆，腹胀无脉者，此毒邪内伏，不能外发也，所患最暴，多有不及见斑而死者。（王孟英《随息居重订霍乱论·卷上·病情第一·热证》）

2. 名家经验述要

霍乱、副霍乱是急性肠道传染病，前者由霍乱生物型霍乱弧菌所引起，后者为山埃尔托生物型霍乱弧菌所引起，两者的临床表现没有多大区别。1820年传入我国，属于中医“疫疔”范畴。临床上可结合实际选用下述治法：

(1) 泻吐期

①暑热证：夏秋季节，泻吐骤作，吐物有腐臭，烦躁不安，口渴欲饮，小便短赤，舌苔黄糙，脉象滑数。当清热辟秽，黄芩定乱汤加减（黄芩、黄连、蒲公英、姜半夏、吴萸、滑石）；成药：玉

枢丹、急救回生丹。

②暑湿证：夏秋季节，体倦思睡，舌苔白腻，脉象濡缓。当芳香化浊，温运中阳，藿香正气散加减；成药：藿香正气水、卫生防疫宝丹。

(2) 脱水虚脱期

①气阴两虚证：吐泻较多，气阴两伤，皮肤潮红，干瘪微汗，身热口渴，腿腹抽筋，腹胀尿闭，脉象细数，舌质淡红，苔黄白燥。当气阴双补，扶正驱邪。方一：党参、麦冬、五味子、黄连、白芍；方二：党参、山药、山萸肉、炙甘草、代赭石、朱砂。

②心阳衰竭证：面色苍白，眼窝凹陷，声音嘶哑，形寒肢冷，冷汗淋漓，手足螺瘪，筋脉痉挛，脉象沉细，舌苔白腻，以温运中阳，活血祛瘀法，附子理中汤加减。

(3) 反应期及恢复期

症见乏力倦怠，胃纳不佳，精神不爽，午后微热，舌质偏红，苔薄黄糙，脉细。拟清热扶正，王氏清暑益气汤加减。

(4) 干霍乱

症见不吐不泻，腹满烦乱，绞痛气短，中毒衰竭。以温中行气攻下，厚朴汤加减：盐30g，生姜15g，同炒至色变后，煎水口服。（黄星垣《中医内科急症证治·霍乱》）

3. 选案选萃

武胜门外夏姓，因街市流行霍乱，夫妇均受传染，同日病发，均大吐大泻大汗出，肢厥脉厥，腹痛筋转，日陷皮瘪，证象颇同。但男则舌苔白，津满，渴不欲饮，喜热，吐泻清冷，不大臭，其筋转强直拘挛，是为寒多。妇则舌苔黄，中心灰黑，津少，口大渴，饮冷不休，吐泻甚臭，其筋转抽掣急剧，是为热多。同居一室，同样生活，又同日发病，满以为一病传化蔓延，细审病象，寒多热多两歧，疗法也不能不有所区别。是年疫证有用大热药愈者，有用大凉愈者，此一夫一妇，一寒一热，一用四逆汤，甘草、干姜、附

子，加莢肉、木瓜；一用甘露饮，白朮、茯苓、猪苓、泽泻、条桂、滑石、石膏、寒水石，加蚕沙、省头草，均续续频进如前法，结果三剂后，夫妇均吐泻止，厥回脉出而愈。设互易其药，则后果何堪设想，或同用一法，是必有一方损害。仲景寒多不欲用水者理中丸，热多欲饮水者五苓散，此案前之通脉加减，后之甘露加减，不过就仲景法再进一步，病势较重，因药力较加，各随其病机而归于至当。所以寒剂热剂，大胆频频续进者，一则苔白、津满、不多饮、喜热；一则苔黄、津涸、大渴、饮冷不休。寒多热多，寒多不是无热，特寒为多；热多不是无寒，特热为多。病既复杂，治易犹疑，因疑生悟则可，因疑致误则不可。（《冉雪峰医案》）

烂喉痧

(一) 概念与沿革

烂喉痧是外感温热时毒而引起的一种急性温热病，以发热、咽喉肿痛糜烂、肌肤丹痧密布等为主要临床特征，多发于冬春二季。因其有咽喉溃烂、肌肤丹痧，故称为“烂喉痧”、“烂喉丹痧”，并把本病归属于温毒范围；因其能相互传染，引起流行，故又名“疫喉痧”、“疫喉”、“疫毒痧”、“疫疹”、“疫痧”等；因其肌肤发生的痧疹赤若涂丹，又称为“丹痧”（又作“痲痧”）；因其感受时行之气而发，故又称为“时喉痧”等。

本病名在清代前的著作中尚未见记载。有人认为张仲景《金匮要略》所述之“阳毒”，症见“面赤斑斑如锦纹，咽喉痛，唾脓血”，与本病相似。隋代巢元方《诸病源候论》所载之“阳毒”，亦见“身重腰痛，烦闷，面赤斑斑，咽喉痛，或下利狂走”等症状，并将其归于“时气”，表明其发生与季节有关，且有传染性，甚至能酿成流行，类似本病。唐代孙思邈《千金翼方》列有“丹疹”的治疗方药，可能包括本病的治疗在内。对烂喉痧进行较明确论述的，是清代的医学文献。如叶天士《临证指南医案·疫门》记录了以“喉痛、丹疹，舌如朱，神躁，暮昏”为主症的病案，其表现酷似本病，可以认为是本病首次较可靠的病例记录。金保三在《烂喉痧辑要》中记载：“雍正癸丑年间，有烂喉痧一症，发于冬春之际，不分老幼，遍相传染，发则壮热烦渴，丹密肌红，宛如锦纹，咽疼痛肿烂，一团火热内炽。”较为真实地记录了本病在我国流行的情况及临床特征。其后，有关本病的专著不断出现，如陈耕道的《疫痧草》、夏春农的《疫痧浅论》等，对于烂喉痧的发生、病机、证治及防治经验等作了较为系统的论述，积累了丰富的经验。所以有些学者认为本病是18世纪初从国外传入我国的。

本病即西医学的猩红热，其他一些出疹性疾病，如与本病表现相似，也可参考本病辨证论治。

临床病象：本病以发热、咽喉肿痛糜烂、肌肤丹痧密布为特点，多发生于冬春季节，夏秋季少见，北方地区一年四季皆可发生。本病在我国北方地区多于长江流域，华南地区则少见。虽然可发生在任何年龄，但以儿童多见。因小儿为稚阴稚阳之体，形气未充，抗病力弱和生活集中与密切接触有关。

本病初起憎寒发热，咽喉红肿疼痛、肌肤丹痧隐约，舌红、苔白、脉数；继则壮热、烦渴、肌肤丹痧显露，舌红赤有珠状突起，脉洪数；极期可见咽喉红肿糜烂、丹痧赤紫成片、壮热、烦渴，舌红起芒刺、状如杨梅，脉细数。后期则咽喉腐烂渐减，午后低热，丹痧已退而皮肤脱屑，舌红而干，脉细数。

（二）病因病机

1. 发病病因

本病病因为外感温热时毒。温热时毒多形成于冬春季节，具有风热病邪的主要性质，但热毒之性较为突出，致病后易发生皮肤丹痧和咽部的红肿糜烂，故温热时毒又称为痧毒。若人体正气亏虚，不能抗邪，或起居不慎，寒温失宜，饮食失调，腠理疏松，则外界的温热时毒极易侵入人体而引起发病。陈耕道《疫痧草·辨论疫毒感染》说：“其人正气适亏，口鼻吸受其毒而发者为感染，家有疫痧人，吸受病人之毒而发者为传染，所自虽殊，其毒则一也。”提出了该病感邪途径可以有所不同。

2. 病机演变

温热时毒由口鼻而入，口鼻通于肺胃，故肺胃首先受病。咽喉为肺胃之门户，皮毛与肌肉分别与肺胃所主。病初肺卫受邪，则见发热恶寒；热毒充斥肺胃，肺胃热毒上攻咽喉，故红肿疼痛，血败肉腐则糜烂。肺胃热毒窜扰血络，则肌肤丹痧密布。何廉臣说：“疫

痧时气，吸从口鼻，并入肺经气分则烂喉，并入胃经血分者则发痧。”本病两大临床特征为咽喉肿痛糜烂、肌肤密布丹痧。感邪较轻者，正气能抗邪外出，则邪在肺卫而外解；若毒邪较重，正不敌邪，邪毒不仅可内陷营血，出现气营（血）两燔的重证，而且可迅速内陷心包，症见高热、神昏、肢厥、舌绛、丹痧紫黑等，证情甚为凶险，甚至因内闭外脱而死亡。本病后期，毒去阴伤，则证见低热、咽痛、皮肤明显脱屑、舌红苔少等。但有部分患者因遗毒未尽而留于关节、心、肾等处，发生关节肿痛、心悸、水肿等证，此已属内科杂病范围。

（三）诊断

1. 诊断依据

（1）本病多发生于冬春二季，在此季节发生的急性外感热病注意考虑本病的可能。

（2）有与烂喉痧病人接触史者，要考虑本病。

（3）有本病的典型临床表现：多数患者在发病后12~24小时内即出现皮肤丹疹，最早见于腋下、腹股沟及颈部，一般在24小时内遍布全身。皮疹为弥漫性红色小点，点疹之间有红晕，同时伴有咽喉部的红肿疼痛，进而糜烂。或可见舌红绛或紫绛起刺，状如杨梅。丹痧退后，皮肤可有明显的脱屑。

但近年来本病的发生往往临床症状不典型，如皮疹不表现为典型的丹痧，咽喉症状不严重，无明显的杨梅舌，疹退后无典型的脱屑等，应注意辨别。

2. 鉴别诊断

（1）白喉：白喉虽有咽喉肿痛，但有典型的白色伪膜，不易擦掉，且无丹疹外现，面颊不显红晕而是苍白，与本病不同。

（2）麻疹：麻疹的皮疹于起病后两三日出现，先从发际、头面开始，然后遍布全身，最后手足心均现疹点，皮疹之间可见正常皮

肤。疹点呈逐渐分布，先疏后密，通常3日出齐。疹退后皮肤有糠秕样脱屑及棕色斑痕。发病2~3日，皮疹出现前，可于口腔两侧颊黏膜靠白齿处出现麻疹黏膜斑。一般无咽喉糜烂。

(3) 风疹：虽其疹子初现及出齐时间与烂喉痧相近，但疹色淡红，稀疏均匀，皮肤有瘙痒感；发热等全身症状轻微，一般不伴咽喉症状。疹子收没较快，一般2~3日即可隐退，无脱屑。

(4) 药疹：药疹四季皆可发生，有近期服用药物的病史，无明显的卫气营血过程及杨梅舌等表现，一般无咽喉红肿糜烂。

(四) 辨证论治

1. 辨治要点

(1) 辨证要点

①辨初中末三期：初期以肺卫证候或卫气同病为特征；中期，以气分证候或气营（血）两燔为特征；末期，以余毒未净，阴津大亏为特征。中期为本病之极盛时期，病情最为重笃，时毒内闭心包，甚至内闭外脱等险恶之证，也大多见于此期。

②辨顺证逆证：烂喉痧起病骤急、病情重、传变快，若时毒甚剧者，可发生一些逆证而危及患者生命，所以为了掌握治疗的主动权，辨其证候之顺逆甚为重要。

一般说来，当从察痧、视喉、观神、切脉、望舌及呼吸、热势等方面予以辨识：凡痧疹颗粒分明，颜色红活，咽喉浅表糜烂，神情清爽，随着疹子的出齐而身热渐趋正常，呼吸亦归平稳，脉浮数有力，舌质红润者，系正气较盛，能使时毒透达，属于顺证；若痧疹稠密重叠，颜色紫赤，或急现急隐，咽喉糜烂较深，或大片腐烂，呼吸不利，神昏谵语，体温骤然降于正常之下，脉细数无力，舌紫绛而枯者，则为正不胜邪，邪毒内陷，属于逆证。

(2) 治则治法

治则：以清泄热毒为基本治则。夏春农特别指出：“疫喉痧治

法全重乎清也，而始终法程不离乎清透、清化、清凉攻下、清热育阴之旨也。若参入败毒之品更妙。”

治法：对本病的治疗可按病变各个阶段而分别施治。正如夏春农所说：“首当辛凉透表，继用苦寒泄热，终宜甘寒救液。兼痰者清化之，兼湿者淡渗之，兼风者清散之，辛温升托皆在所禁。”

①初期治以辛凉清透：本病初期，无论邪在肺卫，或卫气同病，只要表气不畅者，皆当以透邪外出为要法。近代名医丁甘仁提出：“烂喉痧以畅汗为第一要义”，所谓畅汗，是以汗出通畅与否作为表气是否已畅，热达腠开，营卫调和的一个标志。所以又有得汗则安的说法。但又不可单执疏透一法，而应以辛凉清透，使邪从汗透而热随汗解，表里兼顾，更为适宜。

②中期注重泄火解毒、清营凉血：病至中期，正是热毒炽盛之际，泄火解毒乃为正治。但邪有在气、在营、在血之分。偏于气分者，侧重清气；偏于营血者，侧重清营凉血；气营（血）两燔者，则当清气凉营（血）并施。若时毒内闭心包而气阴两虚者，应急予清心开窍，益气敛阴；若时毒内闭心包与阳气外脱并见者，应急予清心开窍，回阳救逆。稍有迟疑，尤恐不治。

③末期宜用滋阴生津、清解余毒：病至末期，热毒虽已大减，但尚有余邪，且阴液已在前期病程中大量耗损，故其治疗当邪正两顾。其中尤须注意除邪务尽，以免死灰复燃，或遗毒另滋它患。

2. 常见证候诊治

(1) 毒侵肺卫

证候：初起憎寒发热，继则壮热烦渴，咽喉红肿疼痛，甚或溃烂，肌肤丹痧隐隐可见，舌红赤，或有珠状突起，苔白而干，脉浮数。

病机：本证为烂喉痧的初起表现，时毒外袭肌表、内侵肺胃之证。邪犯肌表，邪正相争，卫阳受郁，故憎寒发热，苔白、脉浮数；肺胃热毒上壅咽喉，则咽喉红肿疼痛而糜烂；热毒迫及营分，外窜

血络，则皮肤丹痧；心烦口渴、舌红赤如珠，均为热毒壅盛的征象。

治法：透表泄热，解毒利咽，凉营透疹。

方药：清咽栀豉汤内服，玉钥匙吹喉。

清咽栀豉汤（《疫喉浅论》）

生山栀、香豆豉、银花、薄荷、牛蒡子、粉甘草、蝉蜕、白僵蚕、水牛角、连翘壳、苦桔梗、马勃、芦根、灯心、竹叶。

夏春农《疫喉浅论·疫喉痧论治》认为：治疫喉之关键，惟在善取其汗，有汗则生，无汗则死。丁甘仁也指出，烂喉丹疹，以畅汗为第一要义。因此，本方用豆豉、薄荷、牛蒡子、蝉蜕辛透表郁以疏散热毒；以山栀、银花、连翘清热解毒；僵蚕、马勃、桔梗、甘草开结利咽；以水牛角合辛凉之品意在凉营解毒透疹；另用芦根护阴生津，灯心草、竹叶清心并导热下行。全方以解毒为中心，兼清咽凉营透疹，并疏散表邪，颇合喉痧时毒初起的病机。如毒盛津伤，还可加黄芩、玄参等。

玉钥匙方（《三因极一病证方论》）：焰硝、硼砂、冰片、白僵蚕。

功能清热利咽，定痛消肿，用于喉痧初起咽喉红肿尚未糜烂者。

（2）毒壅上焦

证候：壮热，口渴，烦躁，咽喉红肿糜烂，肌肤丹痧显露，舌红赤有珠，苔黄燥，脉洪数。

病机：此为表邪已解，热毒壅于上焦气分所致。热毒炽盛气分，故壮热、烦躁；热毒蕴结不解，膜败肉腐，则咽喉红肿糜烂；热毒窜入血络，则肌肤丹痧显露；舌红赤有珠，苔黄燥、脉洪数，为气分热毒炽盛征象。

治法：清气解毒，凉营退疹。

方药：余氏清心凉膈散加味（《温热经纬》）；

连翘、黄芩、山栀、薄荷、石膏、桔梗、甘草、竹叶、生地、

丹皮、赤芍、紫草。

本方为凉膈散去硝、黄，加石膏、桔梗而成，有清气泄热、解毒利咽之效。方用连翘、黄芩、竹叶、山栀清泄气分邪热；用薄荷、桔梗、竹叶、甘草轻宣上焦气机；用石膏大清气分炽热；丹痧显露，舌赤有珠，为肺胃热波及营分，扰动血络之明征，故必须酌加生地、丹皮、赤芍、紫草等以凉营解毒如大便燥结者，须仍用大黄、芒硝以通腑泄热。

同时用锡类散少许，吹于患处，以清热解毒，化腐生新。如肿而不烂者仍用玉钥匙。

锡类散（《金匱翼》）：

象牙屑（焙）、珍珠（制）、青黛（飞）、冰片、壁钱（泥壁上者）、西牛黄、焙指甲。

（3）毒燔气营

证候：咽喉红肿糜烂，甚则气道阻塞，声哑气急，丹痧密布，红晕如斑，赤紫成片，壮热，汗多，口渴，烦躁，舌绛干燥，遍起芒刺，壮如杨梅，脉细数。

病机：此为邪毒化火，燔灼气营（血）之危重证。气分邪毒炽盛，则见壮热，汗出，口渴，烦躁。营（血）分热毒亦炽，故见丹痧密布，红晕如斑。舌绛干燥，遍起芒刺，状如杨梅，脉细数等，为热灼营阴之征。

治法：清气凉营（血），解毒救阴。

方药：凉营清气汤（《丁甘仁医案》）配合珠黄散外用：

水牛角、鲜石斛、黑山栀、丹皮、鲜生地、薄荷叶、黄连、赤芍、玄参、生石膏、生甘草、连翘壳、鲜竹叶、茅芦根、金汁（冲服）。

方用薄荷、竹叶、连翘壳、山栀、生石膏、黄连，清泄气分热毒；用水牛角、生地、丹皮、赤芍、金汁，凉营（血）解毒；用玄参、石斛、芦根、茅根甘寒救阴，共奏气营（血）两清，解毒生津

之效。

如见神昏谵语，为热毒内陷心包，冲服安宫牛黄丸或紫雪丹以清心开窍。如痰多加竹沥水、胆南星、川贝母、白僵蚕等。

如见肢冷、汗出、脉微、舌萎等内闭外脱之证者，当急用参附龙牡汤法回阳救逆，益气固脱。可针药并进，多法挽逆。

珠黄散（《太平惠民和剂局方》）：

珍珠（豆腐制）、西牛黄，研为极细末，取少许吹于患处，以清热解毒，去腐生新。

（4）余毒伤阴

证候：咽喉糜烂渐减，但仍疼痛，壮热已除，惟午后仍低热，口干唇燥，皮肤干燥脱屑，舌红而干，脉细数。

病机：此为烂喉痧恢复期的表现。邪毒已减，余邪未净，故见壮热消退，而午后低热，咽喉轻度糜烂。肺胃阴伤，故见口干唇燥，皮肤干燥而脱屑。舌红而干，脉细数，系阴津耗伤征象。

治法：滋阴生津，兼清余热。

方药：清咽养营汤（《疫喉浅论》）。

西洋参、生地、茯神、麦冬、白芍、天花粉、天冬、玄参、知母、炙甘草。如余毒仍盛者加水牛角，肺胃津伤显著者可加沙参、石斛等。

本方的治疗重点是滋阴生津。方中西洋参、天冬、麦冬、玄参、生地甘寒生津，芍药、甘草酸甘化阴，共奏养阴之效；知母、天花粉清泄余热，且能滋阴生津；茯神宁心安神，以除心烦。

（五）转归与预后

（1）感邪较轻者，正气能抗邪外出，邪毒从肺胃外解，则病趋痊愈，预后良好。

（2）若毒邪较重，正不敌邪，温热时毒从气分内陷营血，形成气血两燔，甚或内陷厥阴，导致机窍阻闭，神明失常，则病情深重，

治疗不当可造成严重后果。

(3) 若咽喉大片腐烂，阻塞气道，可引起气机窒滞，迅速危及生命。

(4) 亦可因失治、误治，或毒邪过盛而侵入关节、心、肾而变生痹证、心悸、水肿等病。

(六) 护理与预防

1. 护理

(1) 在发病时应忌食生冷油腻鱼腥海鲜及辛辣刺激之品，多喝开水，食清淡之物，并注意休息。

(2) 衣服应宽松，不易过紧，衣服、被褥宜时常洗换。

(3) 注意口腔卫生，以温盐水漱口，或选择西瓜霜含片。

(4) 居室清洁干净，窗户宜常开，以通日光空气。

2. 预防

(1) 隔离病人，对疑似猩红热患者或已确诊的病人，都应立即隔离治疗，直至发热、咽喉肿痛和丹痧彻底消失。对患者的排泄物要及时消毒，按传染病防治法规定处置。

(2) 管理好密切接触者。在流行期间，应尽量避免儿童集会或到公共场所，如到公共场所时应戴口罩。大流行时，儿童机构要进行药物预防，可连续服用银翘散汤剂3日，每日2次。亦可用大青叶、板蓝根各30g、黄芩10g、金银花10g、生甘草10g，水煎服。连服1周。

(3) 在流行期间，对未发病者，宜用驱疫散烧烟熏之，以防传染。

驱疫散方（《喉痧证治要略》）：

大黄60g，降香、茵陈各30g，苍术15g。共研粉。

(4) 治病期间忌食：辛辣之物；羊肉、狗肉之类；咖啡、烟酒之品。

(七) 古今文献述要

1. 文献精选

陈耕道《疫痧草·辨论疫痧治法》：烂喉疫痧，以喉为主，烂喉浅者疫邪轻，烂喉深者疫邪重。疫邪轻者易治，重者难痊。医者当视其喉，喉烂宜浅不宜深也；观其神，神气宜清不宜昏也；按其脉，脉宜浮数有神，不宜沉细无力；察其痧，痧宜颗粒分明而缓达透表，不宜赤如红纸而急现隐约也。合而论之，以定吉凶。

《疫痧草·辨论治疫痧法不同治伤寒》：疫痧之火，迅如雷电，身热一发，便见烂喉，神呆痧隐，肌赤不分颗粒，其毒火炎炎，灼伤脏腑，在片刻间尔，安能如伤寒之传遍六经，绵延日久哉？其治法，必如伤寒之疏达既透而后清之、化之，则恐十死八九矣。治疫痧者，在疫火未肆之前，而先化其火，则其火渐化，其病渐松，在疫火既肆之后，而化其火，吾恐化之无益矣。汗虽无，身灼热，痧虽隐，无颗粒，脉虽郁，喉已腐，舌虽遁，神已烦，疏不兼清，每多凶，达而兼化，每多吉，必如伤寒症之疏达既透，而后清之、化之，岂非十死八九哉？

《疫痧草·遗毒》：疫痧火毒未清，以致遗毒，遗毒发于项间、腮畔及喉外四肢为重。痧邪甚者乃遗毒，遗毒之证，不可轻视也。遗毒而烂喉不减，饮食不增，身热不止者，俱难治。其治法，火盛者宜清火化毒，正虚者宜扶正化毒。疫痧恶症，有痧隐神昏，喉烂极盛，而喉外坚肿，是毒结咽喉而无从发泄，所以喉外坚肿也，见之不治。有痧后毒走四肢，四肢光亮浮肿者难治，此症见每在两候之外。

丁甘仁《喉痧证治概要·时疫烂喉痧麻正痧、风痧、红痧、白喉总论》：时疫喉痧，由来久矣，壬寅春起，寒暖无常，天时不正，屡见盛行。……独称时疫烂喉痧者何也，因此症发于夏秋者少，冬春者多。乃冬不藏精，冬应寒而反温，春犹寒禁，春应温而反冷，

经所谓非其时而有其气，酿成疫疠之邪也。邪从口鼻入于肺胃，咽喉为肺胃之门户，暴寒束于外，疫毒郁于内，蒸腾肺胃两经，厥少之火，乘势上亢，于是发为烂喉痧。痲与痧略有分别，痲则成片，痧则成颗。其治法与白喉迥然不同。白喉忌表一书主滋阴清肺汤。……而时疫痧，初起则不可不速表，故先用汗法，次用清法，或用下法，须分初、中、末三层，在气在营，或气分多，或营分多，脉象无定，辨之宜确。一有不慎，毫厘千里。……先哲云，痧有汗则生，无汗则死。金针度人，二语尽之矣。故此症当表则表之，当清则清之，或用釜底抽薪法，亦急下存阴之意。谚云，救病如救火，走马看咽喉，用药贵乎迅速，万不可误时失机。

夏春农《疫喉浅论·疫喉痧论治》：疫喉痧皆由口鼻吸受疫疠不正之气而得，方中当参入败毒之品更妙，或加芳香逐秽一二味尤佳。

疫喉初起，先取鲜土牛膝根汁一茶盅，内麝香一厘和匀，隔水炖温服，先吐痰涎，然后随证进方，亦可移重就轻。如遍身皮肤紫赤，痧点颗粒不分，即当除去麝香为要，再首列吐法数条参酌用之可也。

又云：闷痧之证，最为凶恶，咽喉腐溃，汤饮难受，壮热神烦，遍身紫赤，颗粒无分，肢凉脉伏，舌苔灰白，垢腻满布，面青目瞪，口紧流涎，指甲色青，胸满气粗，搐搦谵语，自利溲短，以上等证，百无一生，可速用通关散搐鼻取嚏，以开其闭，随用薄荷一钱、连翘一钱五分、天花粉三钱、象贝母三钱、川郁金一钱五分、鲜浮萍三钱（汗多者去），煎汤磨入玉枢丹一枚，和匀频灌之，候形色稍转再酌进汤剂为要。如无以上诸般闭象，不宜轻用搐鼻取嚏辛燥之药，玉枢丹亦不宜轻投也。

金保三《烂喉痧辑要·叶天士医案附录》：雍正癸丑年间以来有烂喉痧一证，发于冬春之际，不分老幼，遍相传染。发壮热烦渴，密肌红，宛如绵纹，咽疼痛肿烂，一团火热内炽。医家见

其热火甚也，痲投以犀、羚、芩、连、梔、膏之类，辄至隐伏昏闭，或烂喉废食。延俟不治，或便泻内陷，转倏凶危，医者束手，病家委之于命。孰知初起之时，频进解肌散表，温毒外达多有生者。《内经》所谓微者逆之，甚者从之。火热之甚寒凉强遏，多致不救，良可慨也。

2. 名家经验述要

治疗痲痧以得畅汗为第一要义，这是指初起邪在卫分而言。若邪已传气入营，舌边尖红绛，痲痧密布，又当急进清凉解毒，不可一味表散，否则津伤液竭，毒火嚣张，上犯心营，或内扰神明，出现神昏谵语，或引动肝风发为痉厥，多致不救。或幸而得活，则营血已被亢极，往往喉痧虽愈，皮肤甲错，蒸热逗留，非日夜频进大剂养阴救液之品，则不足以恢复营阴。故痧汗之一法，用之每宜审慎。

总之，痲痧欲治本，临床上应以疫火已炽未炽、痧之透与不透为主要关键。务使气道开通，疫火得化。兼痰者可以化痰，兼湿者可以淡渗分利。若相火沸腾，营血热极者，清营透邪，化毒泄热，亦即托痧之法。若毒火燎原，更非下夺不足以折其势。若素本血亏，或火盛伤阴，又当清热育阴，以为善后。[刘弼臣·痧的辨证与治疗·中医杂志，1962，(2)：43]。

3. 选案选萃

烂喉痧肺胃蕴热（录自《张聿青医案》）：

金某，痧点较昨稍透，兼有起浆白疹，咽赤作痛，偏左起腐。肺胃蕴热，未能宣泄，病起三朝，势在正甚。

连翘壳，乌勃，荆芥，薄荷叶，桔梗，射干，牛蒡子，蝉衣，广郁金，灯芯。

二诊：疹点虽布，面心足胫尚未透发，烦热胸闷咽痛，舌苔黄糙少津。肺胃之邪，不克宣泄，夹滞不化，恐化火内窜。

净蝉衣，牛蒡子，连翘壳，麻黄，苦桔梗，薄荷叶，广郁金，

炒枳壳，煨石膏，茅根肉。

三诊：咽痛稍轻，肌肤焮赤，投辛温、寒，宣泄肺胃，热势大减，苔黄大化，而舌边红刺。邪欲化火，再以清泄。

连翘壳，广郁金，滑石块，炒枳壳，煨石膏，黑山栀，淡豆豉，杏仁，牛蒡子，竹叶心。

四诊：肌肤赤，而痧点未经畅透，肺胃蕴热不能宣泄，邪势化火，劫烁阴津，舌绛干毛。恐邪热内传而神昏发痉。

犀角尖三分（磨）丹皮二钱，鸡苏散四钱，玄参三钱，杏仁三钱，荆芥一钱，牛蒡三钱，鲜生地五钱，连翘三钱，广郁金一钱半，茅根肉八钱，竹叶三十片，灯芯三尺。

五诊：痧渐化，而火热未能尽泄，咽痛甚重，大便不行，舌绛无津，拟急下存阴法。

犀角尖三分（磨），丹皮二钱，玄参肉二钱，防风一钱，元明粉一钱半，生广军三钱，鲜生地五钱，大贝母二钱，荆芥一钱，黑山栀三钱，生甘草五分，桔梗一钱。

六诊：大便畅行，咽痛大减，仍然热甚于里，舌红尖刺无津。痧化太早，邪势化火，劫烁阴津，未为稳当。

玄参肉，细生地，连翘壳，桔梗，银花，郁金，天门冬，山栀，生甘草，竹叶，鲜芦根。

七诊：咽痛渐定，热势大减，舌绛刺亦退，然舌心尚觉干毛，还是阴津未复也。

细生地四钱，连翘三钱，银花一钱五分，鲜石斛五钱，天花粉二钱，大玄参三钱，生甘草五分，天门冬三钱，绿豆衣三钱，山栀三钱，芦根一两五钱，竹叶三十片。

八诊：脉静身凉，履夷出险，幸甚。拟清养肺胃，以彻余炎。

大天冬，大玄参，连翘，白银花，茯苓，绿豆衣，川贝母，竹叶心，鲜芦根。

晁恩祥



晁恩祥，男，1935年7月生，汉族，河北唐山人。1962年毕业于北京中医药大学医疗系（首届），毕业后分配到内蒙古中蒙医院从事医、教、研工作，任内科主任。1976年初参加北京全国高级中医研究班学习，于次年年底毕业。1984年调北京中日友好医院工作，曾任中医处处长，中医大内科主任，兼肺脾科主任。现任中日友好医院中医内科主任医师，中华中医药学会理事，中国医师协会理事，北京中医药学会常务理事，中华中医药学会中医内科学会副主任委员兼秘书长，中华中医药学会急诊学会，中华中医内科肺系病专业学术主任委员，肺系病急症协作组组长，国家药监局新药审评专家，中日友好医院学术顾问委员会委员，《中国中医急症》副主编，《中国新药与临床药理》杂志、《北京中医药》杂志、《中国药物警戒》杂志编委。于1993年被国务院学部委聘为博士导师，先后共培养指导11名博士、硕士研究生。曾多次应邀参加硕、博士研究生答辩，国家级科研投标、科研成果评审、新药审评及新药开发咨询，参加制定国家中医行业诊断疗效评定标准。被北京中医药大学聘任为客座教授、博士生导师、长春中医学院、天津中医学院客座教授、博士生导师。是名老中医学术继承导师，现带教本院、北京市、广州及河南等地高徒9名。曾先后3次应邀赴日本讲学，指导医疗工作，1994年被日本大学聘为客座教授。还应邀赴澳洲讲学，赴台湾长庚医院及香港讲学、指导医疗工作等。

从医40年来主要在病房、门诊做医、教、研工作，对内科疑

难病、脾胃病、肺系病有较深造诣，承担主持哮喘、慢性支气管炎等多项省、部级科研课题，经常接待国外患者来诊。在肺系病方面重视急症及缓解期患者的治疗，研制了“固本止咳片”、“调补肺肾方”、“咳嗽型哮喘”方药，创立了用“疏风解痉法”治疗咳嗽变异性哮喘方法和理论。撰写科研、临床论文及论著80余篇。SARS期间，参加了会诊、制订防治方案，曾获中国科协“优秀科技工作者”、中华中医药学会“中医药抗击SARS特殊贡献”奖。多次参加科技部、卫生部、国家中医药管理局、国家自然科学基金会课题评审。主编过《中医内科手册》、《临床中医内科学》、《今日中医临床》等著作，担任《中医急诊医学》、《礞石集》(第二集)副主编，曾承担“八五”、“九五”攻关课题。4次获省、部级科技进步奖。享受国务院特殊贡献津贴待遇。

中医防治慢性肺原性心脏病的治法运用

慢性肺原性心脏病（简称肺心病）是一种常见病、多发病，其中大部分患者的肺心病又来自于慢性支气管炎、肺气肿等阻塞性肺疾患。近年来无论从中医还是西医方面都做了大量研究工作，临床方面也日益深入，中西医防治肺心病的经验不断得到充实提高。

为了进一步总结探讨中医防治肺心病的经验，提高防治水平，现从治法运用方面加以整理，并从治法选用依据、常用治法及治法运用举例加以讨论。

（一）中医在防治肺心病中治法选用的依据

中医学作为有自己理论与实践内容的学科，在防治疾病中非常重视理法方药的问题，而其中“法”，即“立法”或言“治法”，是承上启下的环节部分，一般说来，有何种证候，便有何种治法，证候是治法的依据，而治法又给方药的运用、选取提供根据。如何立法？如何选方用药？在肺心病的防治中确有着丰富的内容，现从三个方面加以讨论。

1. 肺心病各阶段证候表现的辨证分析是立法的主要依据

中医的辨证论治是中医诊治疾病的主要精华，辨证是诊断分析的部分，它是中医对疾病各种表现的综合认识。运用中医四诊八纲理论进行综合分析后得出来的证候，即辨证所得的结论，称之为证或证候，也有的学者称之为证型，而这个证候则是中医对疾病病因、病机、病性、病势、病情等诸多方面的总的概括。

辨证不是最终目的，它是对疾病的认识和分析，是为下一阶段论治提供根据的，正如《临证指南医案》中说：“医道在乎识证、立法、用方，此三大关键。有草案，不堪司命，……然三者之中，识

证尤为重要。”还有如“有是证用是方”、“对证治疗”等原则是中医诊治疾病必须注意的。可见证候的辨别正是中医治病的关键。

对于慢性肺原性心脏病这样一种复杂而又涉及广泛的病也同样离不开辨证分析的内容,也就是说虽然肺心病的各个阶段有不同的病情表现和瞬时即变的种种情况,如表现于肺的咳、痰、喘、炎的症状辨证分析;表现于心衰、呼衰、肺脑以及血症、昏迷、电解质紊乱等的肿、迷、绀、血等证候分析,其表现无论如何复杂,转化变化无论如何迅速和多样,但只要掌握中医的辨证分析方法,才可以正确立法开出理想的处方。

1977年第二次全国肺心病会议确定了中西医结合的分型方案,即从肺心病的标本、虚实、寒热来分析认识。77年方案中所列肺肾气虚外感型(呼吸功能不全合并感染),有寒、热偏盛之别,主要根据咳痰喘表现确定的;心脾肾阳虚水泛型(心衰)主要是根据以水肿为主的分析;痰浊蔽窍型(肺脑)主要根据呼衰肺脑情况而确定,其中还有元阳欲绝型(休克)及热瘀伤络(出血倾向)等等都是根据病情表现确立的。

2. 中医治则精神对肺心病治法的指导意义

治则在中医学中有它独特的含义,它是治疗疾病的基本法则,是指导临床的立法、处方的。治则精神贯穿于中医治疗学的全过程,而且在防治过程中诸多治法均离不开法则的指导。《内经》中所述“治病必求其本”、“急则治其标,缓则治其本”以及防治疾病中的“协调阴阳”、“扶正祛邪”、“治未病”等等都是中医诊治疾病中不可缺少的指导原则,任何医者都离不开这些原则进行立法、处方、用药。

肺心病是一种病程长、病情复杂、病证较多、阶段性也较强的疾病。因而在防治这一疾病时,急性发作期更重于寒热的调治已被大多数人所接受,直折病所针对病因病机而确立祛邪治病法则,而这种治疗法则寓于中医“寒热虚实补泻”、“扶正祛邪”之中,在防

治肺心病的过程中，人们已经看到缓解期防治的重要性，因而又产生了“冬病夏治”、“康复治疗”等。而这些内容则是在“治未病”的思想指导下产生的。《素问·四气调神大论》中说：“是故圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱。”此道理即是救其未发之理，这些精神一直指导着肺心病的防治工作。

治则指导治法的选择，是中医理论和治疗学的重要内容。治则是大法，是具有指导性的原则，而治法则是具体的在治则指导下制定的治疗方法，它除了内治、外治法、刺灸、按摩、蒸洗等各种方法外，还主要指的是治疗疾病中理法方面内容，如补、泻、正治、反治中的具体内容，或说汗、吐、下、温、清、补、和、消八法，八法是基本治法，八法的运用在防治肺心病中也是十分丰富的。

由于辨证内容的复杂与变化，有的学者认为肺心病由于自始至终有瘀血征象，如口唇紫绀，舌下淤筋变化，气虚血液运行不畅以及血液流变学的改变等表现，因而强调了益气活血贯彻于肺心病防治的始终，因此也就有应用活血解毒、益气活血、调气活血等等内容。防治肺心病各期证候的治法也十分丰富，除解表解毒、清热化痰、止咳平喘、利水，还有通下、开窍、固本、活血、益气、补肾纳气等。但治法无论如何多种多样，总是在中医治则指导下的产物。

3.关于肺心病临床治疗用药的体会

(1)关于咳、痰、喘的用药

咳嗽外受风寒者咳嗽声重，咯白痰，或泡沫痰者，有时伴有恶寒发热，可用炙麻黄、苏叶、荆芥、半夏、橘红等。

咳嗽外受风热者，咯痰色粘或黄稠，可能有发热，咽干口渴者，可用银花、连翘、桑叶、黄芩、鱼腥草、瓜蒌、桔梗。

咳嗽咽痒，痒即咳嗽，咯痰不多，可用疏风法治疗，药用蝉蜕、苏叶、地龙、僵蚕、牛蒡子、旋覆花等。

咳嗽阵作，甚至呛咳，可用地龙、五味子，久咳急烈者，可加

诃子或少量米壳。

干咳少痰，口干津少者，可用麦冬、沙参、知母、炙把叶。

咳嗽伴咯痰黄粘稠，量多，舌黄腻者，可用黄芩、栀子、瓜蒌、川贝母、鱼腥草、桔梗等。

咳嗽伴咯痰量大，大口咯吐，泡沫状，舌苔白腻者，可用橘红、半夏、茯苓、苏子、莱菔子、白芥子。

咳嗽伴咯痰黄绿色，粘稠，可用鱼腥草、黄芩、野菊花、银花、金荞麦、地丁。

干咳气短，当用麦冬、沙参、五味子、太子参、黄精、远志。

痰喘，不得平卧，可用祛痰法，药用苏子、莱菔子、半夏、橘红、炙麻黄、地龙、瓜蒌、菖蒲。

气短动喘者，可用五味子、太子参、地龙、白果、山萸、蛤蚧、枸杞。

喘息动喘，喘则遗尿，可用山萸、五味子、白果、淫羊藿、肉苁蓉、西洋参等。

(2) 有关并发症用药

咳嗽发热当视外感风寒、风热之别，发热恶寒、身痛、咳白痰，可用炙麻黄、苏叶、荆芥、防风、杏仁，或加羌活、独活、石膏等。

属风热者，见有发热、口渴、黄痰，可用连翘、银花、黄芩、鱼腥草、桑皮、前胡等。

阴虚发热，肺部感染高热退后仍有低热，当用养阴清热药，如麦冬、沙参、青蒿、银柴胡、葛根等。

发热腑实者，见发热，大便秘结，2~3日不解，尿赤，脉弦滑数，可用通腑泻下药治疗，可加大黄、元明粉或单用番泻叶；若属老年便秘视情况可润肠缓下，加火麻仁、郁李仁等。

若伴心悸尿少者，可用养心益气利尿，药用西洋参、太子参、五味子、炙甘草、远志、泽泻、车前子、冬瓜皮等。

若伴胸憋闷，胸痛可加薤白、瓜蒌、葶苈子等。

若伴有胸水、腹水当理气利水，可用葶苈子、冬瓜皮、大腹皮、橘叶、茯苓皮、猪苓等。

若伴有霉菌感染，舌苔见白膜、发热、大便稀，可查出霉菌者用滑石、苡米、藿香、佩兰、苍术。

若属休克者，可用西洋参或参附注射液、生脉饮、参麦注射液等。

若伴有出血、咯血、呕血、便血等当以凉血止血，可用水牛角、丹皮、赤芍、侧柏叶、大黄炭、荷叶、地榆炭、三七粉、白及等。

血瘀发绀者可加入活血行瘀之丹参、三七、当归、茜草等。

舌质红当生津养阴，口干欲饮，用沙参、麦冬、天花粉、生地、石斛等。

若舌苔白腻，苔厚者可健脾化湿祛痰，药用半夏、佩兰、藿香、苡米、苍术等。

肺心病若属缓解期可用百令胶囊、固本止咳片、都气丸治疗。若易感冒者可用玉屏风散治疗。

4. 肺心病诸多表现的动态变化是加减用药的另一依据

应当注意中医治病的动态变化，动态变化是永恒的，不停顿的，因而我们应当随证加减。这一观点在防治肺心病中则是首先要重视主证的分析，证候（或言证型）都是相对固定的，而不是一成不变的；不要指望在防治肺心病中辨一次证就可以一劳永逸，一“证”或言一“型”到底，证候有变其治疗也当有变，也就是证变治变。中医在治疗学中不仅有像温病卫、气、营、血的变化，而且也有某些症状轻重多少的区别，有一份寒证用一份温热药，有两分寒象则用两份温热药，这就是“寒者热之，热者寒之”的具体运用。

肺心病的防治中也同样存在着从肺到脾、肾及心、肝经的变化，存在着从气到血的证候变化。一个肺心病患者常常由于感受寒热而肺气失宣，咳喘上逆，痰浊阻肺，感染加重的多种表现，若感邪之证不能迅速得以治疗，必然会引起心肺功能的损伤，以致衰竭

等一系列变化。这些变化不仅是有一般性的，而且会有较大的证候改变，主症不变时可以用同一治法治疗，症状证候发生了变化则当另外选用新的立法处方。

我们把肺心病分成几个不同证型，不同阶段的证候，其立法是相对固定的，即阳虚水泛者当温阳利水，而兼症、次症也当顾及时，则用加减来补充完善，因为动态变化与用药加减变化是有着因果关系的。完善中医对肺心病的防治，必须重视主症、立法、处方，而兼症、次症、变化了的症状表现也为立法提供了依据。

（二）肺心病常用中医治法的运用

中医治法在防治肺心病的过程中无处不体现中医理论的指导，中医防治肺心病常用治法的运用也是极其丰富的，笔者也曾总结过“肺心病中医治法概要”一文，为了进一步归纳整理使其眉目更清晰，论述更明白，而且使临床与实践结合更密切，现再次根据肺心病急性发作期286例的治疗总结，及缓解期的部分临床治疗中不同阶段的证候如咳、痰、喘、肿、迷、绀、血瘀的不同表现加以论述以供同道参考。

1. 针对肺心病肺部感染的治法

主要针对肺心病肺功能不全合并呼吸道感染，即肺心病的急性发作是否得以控制的重要一环。感染控制得好，肺心病也就很快得以缓解，否则就会变证丛生。在此阶段，病位多在肺，病因多为风寒、风热、毒热、痰浊，病机多属痰浊阻塞、肺气失宣、邪热郁肺……等。总共治疗286例，属肺部感染者104例，根据辨证论治原则，理法方药运用，归纳常用治法举出以下几种。

（1）宣肺散寒、祛痰平喘

本法主要针对呼吸功能不全合并感染初期属偏寒证候。见有咳嗽，白痰清稀，或为泡沫，或恶寒发热、周身不适，或喘，脉浮弦，

苔白薄。属内有寒饮，复又受寒邪侵袭而致。方用小青龙汤加减。药有麻黄、桂枝、细辛、干姜、半夏、五味子、白芍、前胡、百部。咯痰多可加芥子、苏子、莱菔子以顺气化痰；若恶寒发热，周身疼痛可加羌活、独活、白芷以散风止痛。此类患者大都为感染初期，或寒邪未化热者，若处理得当，病情可迅速缓解。

(2) 清肺化痰、止咳平喘

本法是针对合并肺部感染较重者，属痰热阻肺证候。症状见咳嗽、喘促、痰黄稠粘、咯痰不爽、伴口干或发热、便秘、尿赤、口唇发绀，舌红或紫暗、舌苔黄或腻，脉弦滑数。

方选麻杏石甘汤合千金苇茎汤加减。药用麻黄、杏仁、生石膏、生甘草、桃仁、薏苡仁、芦根、黄芩、桑白皮、冬瓜子、桔梗、鱼腥草等。咯痰重而粘稠者加寒水石、海浮石、黛蛤散等；若胸憋气短加苏子、葶苈子、全瓜蒌；大便秘结加大黄；小便不利者加白茅根等；属肺心病合并肺部感染较重者，必要时可配合应用抗生素，也有少部分患者出现心衰、呼衰，以致发生肺性脑病。

(3) 清热解毒、涤痰平喘

此法系针对以毒热为主，见咳嗽、喘急、发热、咯痰黄稠或黄绿、带有腥臭味，胸闷、口唇发绀、舌质紫绀、舌苔黄微腻、脉滑数等。

方可用五味消毒饮加涤痰清痰药物。药用银花、蒲公英、地丁、野菊花、生地、黄芩、栀子、鱼腥草，还可以加入海浮石、蛤粉等药物。若胸憋气短重者加用瓜蒌、葶苈子、苏子等宽胸降气；口干舌燥者加用芦根、天花粉、知母生津润肺。此类肺心病患者，感染较重，处理不当多转化为呼衰、心衰、肺脑者，必须加以重视，可配合抗生素、吸氧等。

2. 针对心衰水肿为主阶段的治法

肺心病合并肺部感染是肺心病病情加重发展的重要环节，而以心衰为主的临床表现十分重要，这一阶段尤其以水肿突出者更应注

意。此阶段常见证候有心肾阳虚、脾虚水泛或肺热水蓄等。因此治法有温阳健脾利水、清肺活血利水。属此类心衰水肿为主的患者共治114例，约占286例的39.86%。

(1) 温阳利水、益气健脾

本法主要针对反复发作的肺心病心衰患者而设。此类患者尤发热，而以下肢浮肿为主，心悸气短、不能平卧，口唇发绀、肝大、四肢不温，有的大便清稀，脉见沉缓或结或代。

多用真武汤合苓桂术甘汤加减。药有白术、赤芍、干姜、茯苓、制附子、泽泻、车前子、苡米、党参。若痰多加橘红、川贝；若脉结代者可加炙甘草、桂枝、苦参等。这类患者若浮肿消退则可随着浮肿好转而心衰好转，大多在两周左右好转。重症者加用西药如利尿药、吸氧、抗生素等，并注意血气分析与电解质变化情况。

(2) 清肺利水活血

本法系清肺与利水、活血相结合的联合治法。中医治法中常常有几个治法的联合、结合运用，这主要是基于肺心病的临床表现有肺热和水肿，即有肺部感染，而且又有心衰水肿者，故仍是针对证候表现而设。所说活血行瘀者，是由于肺心病患者有口唇指甲发绀等血瘀表现，因而常常又重视将活血化瘀贯穿于各个阶段的治法。

该法应用时包括清肺化痰的麻杏石甘汤加健脾利水之五皮饮及活血药。药有麻黄、杏仁、生石膏、甘草、大腹皮、桑白皮、鱼腥草、茯苓皮、陈皮、丹皮、川芎、赤芍等。若有胸闷不能平卧，加葶苈子、苏子，若发热痰黄加黄芩、山栀子等。此方法的运用在临床中也是一种灵活运用，为据病情变化而立的治法与方药。此类证候患者以水肿突出，其中大多数在两周左右好转，但也有一些患者转为阴阳欲绝的休克者，需继续抢救，此阶段还还要注意血气变化。

3. 呼衰、肺性脑病阶段为主的治法运用

在肺心病急性发作期患者的防治中呼吸衰竭及肺性脑病患者也是重要的，这部分患者不但缺氧，二氧化碳潴留，而且酸碱失衡严

重，若处理不当死亡率仍较高，若抢救处理得当也能收到较好的效果。这类患者临床大体多见两种证候，即痰浊阻肺、蒙蔽心窍及热痰痰阻腑实、神昏窍闭。

(1) 清宫涤痰醒脑开窍

本法主要针对痰浊阻肺、蒙蔽心窍，证见神昏谵语，甚至昏迷，呼吸急促，喉中痰声辘辘，汗出如油，口唇青紫，舌下静脉曲张严重，脉弦数。

方用涤痰汤加减。药用胆南星、竹沥、郁金、黄芩、半夏、茯苓、菖蒲、远志、葶苈子等。成药可服安宫牛黄丸。静脉点滴可用清开灵注射液、醒脑静注射液。

(2) 清热通腑化痰开窍

此法主要针对肺心病、肺脑病患者出现以下症状时：神志时有模糊，呼吸急促，有黄痰不易咯出，口唇发绀，发热汗出，目赤口干，大便秘结，舌苔黄腻，舌下瘀筋曲张粗乱，脉滑数。

方用承气汤加五味，有的应用凉隔散效果也较好。药有黄芩、栀子、鱼腥草、竹沥水、金银花、芒硝、大黄、厚朴、赤芍、丹参等。静脉可给丹参注射液，或醒脑注射液。及时检查心电图、血常规、血气分析。

此阶段病情较重，应抓紧时机给药，而且大都以中西医结合方法治疗，如抗感染、吸氧、改善心肺功能、纠正酸碱、电解质紊乱等。及时检查心电图、血常规、血气分析。

在我们总结的 286 例中此类患者属肺脑、呼衰者为 42 例，经抢救无效死亡 11 例，死亡率占 42 例的 26.19%。

4. 对休克、出血阶段的治法

肺心病，尤其在反复发作急性期较重患者，有些并发休克，出现阴阳欲绝，脉微、结、代之象，还可以并发有出血。出血有皮肤或消化道或肺、支气管等部位，即所说热痰伤络，这两种类型均较危重，临床中除进行西医抢救处理外，中医药一般从回阳救逆和清

热凉血治疗。

(1) 益气复脉、回阳救逆

本法针对休克型患者，即肺心病患者表现四肢厥冷、气微喘促、冷汗淋漓，或汗出如油，神昏欲寐，或循衣摸床，血压下降，呈休克状态，舌质紫暗，舌苔薄或少苔，脉微欲绝，或沉细而数或结或代，舌下瘀筋曲张扭曲严重。

方多用益气复脉与回阳救逆之剂，参附汤合生脉散加味。药有人参（或西洋参）、制附子、炙甘草、干姜、麦冬、五味子，或生脉注射液点滴。此类患者曾治疗18例，占286例的6.2%，死亡7例。此类患者，西药升压药在抢救休克时也应给予应用，一旦休克缓解，还要根据病情变化辨证立法处方。

(2) 清热凉血、活血止血

本法适用于有出血倾向的患者，是属于比较严重的一类患者。一般患者表情淡漠，喘息，皮肤瘀斑，痰中带血，咯血或呕血、便血，舌质紫暗或绛紫，少苔或无苔，舌下瘀筋明显粗乱曲张，脉多细数或沉弱。

方多选用生脉散、犀角地黄汤加减。药有西洋参、麦冬、五味子、水牛角、生地、丹皮、赤白芍、荷叶、茜草、大黄炭、三七粉、白及粉。静脉给药可用参麦注射液，或用清开灵注射液。286例中8例有呕血、咯血者，死亡3例。此时应注意出血情况，西药可对症处理。

5. 缓解期的治疗运用

中医对肺心病的另一方面的治疗即缓解期的治疗非常重视。缓解期主要表现以肺肾气虚、脾肾两虚为主，或因素有痰饮易受风寒之邪而复发加重。此时则给予康复治疗或缓解期的扶正固本治疗。

(1) 健脾益肾、止咳化痰

此法针对肺心病缓解期但素有慢性咳嗽、咯痰，伴食少，气短

懒言，易感冒，易复发，舌苔白或微腻，脉细滑。

治疗以健脾化痰止咳为主，同时也注意益肾。以六君子汤加减。药有党参、白术、茯苓、黄芪、半夏、橘红、五味子、补骨脂、淫羊藿、甘草，汤剂或制成丸剂，或用固本咳喘片及玉屏风颗粒。

(2) 益肺补肾纳气

此法主要针对肺心病缓解期患者，易于感冒反复发作，平时稍有咳嗽、咯痰，伴动则气喘，舌质淡，脉细弱。

此法用药重点在补肾纳气扶助正气。可用黄芪、蛤蚧、人参、山萸肉、淫羊藿、五味子、枸杞、苏子等药，用汤剂或制成丸剂，也可用参蛤散、都气丸配合应用，另外还可用百令胶囊等。

(3) 扶正固本，冬病夏治法

针对有慢性支气管炎、阻塞性肺气肿病史，且多年反复发作哮喘病的患者，于缓解期给予冬病夏治，即于夏季暑伏开始服药，共服40~60天，坚持服药者可使冬季减少复发，减轻症状，增强抗病能力，提高机体免疫力。笔者应用固本止咳夏治片（黄芪、黄精、陈皮、沙棘、补骨脂、百部、赤芍），观察1018例缓解期阻塞性肺病患者，可使82.9%患者收到较好效果。

(4) 外治法的应用

主要采用《张氏医通》白芥子涂法，治疗哮喘病的经验。即应用白芥子（炒）、甘遂、元胡、细辛等药研面，用生姜汁调成膏状，涂于背部肺腧、心腧、膈腧穴位上，暑伏当天贴1次，二、三伏各贴1次，每次贴4~6小时，有改善咳、痰、喘症状的作用。近些年来此法治疗阻塞性肺疾患的研究日渐增多，有的学者还进行了动物实验研究。

(三) 肺心病治法运用病案举例

1. 温阳利水法治疗慢性肺心病心衰水肿案例

治疗肺心病咳喘伴下肢浮肿严重，腹胀尿少，大便溏，四肢冷，

身恶寒，脉沉滑，舌苔白腻，据心电图、X线诊断为肺心病心衰，属阳虚水泛之证。当以温阳利水，健脾理气。

方用：炙麻黄10g，制附子8g，干姜5g，地龙10g，云苓15g，泽泻10g，车前子12g，腹皮10g，桑皮10g，陈皮10g，丹参10g，甘草10g。煎服。配合吸氧，抗菌治疗。

2. 清热通腑化痰开窍法治疗肺心病合并肺性脑病案例

82年冬，治疗一肺心病住院患者，见有咳喘、痰黄，不易咯出，胸满腹胀，大便秘结4日未行，咳逆不得卧，身热汗出，神志模糊，口唇发绀，脉弦滑而数，舌苔黄腻中燥黄，心电图、X线、血气分析提示肺心病合并感染，缺氧及二氧化碳潴留，西医诊为肺性脑病。证属热痰浊阻肺，腑实窍闭。治以通腑化痰，清热开窍。

方用：炙麻黄9g，杏仁10g，生石膏25g，葶苈10g，菖蒲10g，黄芩10g，鱼腥草10g，大黄6g，元明粉10g，(分冲)，厚朴10g，赤芍10g，地龙10g，玄参15g。煎服。配以抗生素、醒脑静、吸氧及呼吸兴奋剂。

3. 宣肺散寒、祛痰平喘治疗肺心病咳喘案例

冬季治疗一肺心病患者，受凉加重，身热恶寒，肢冷背寒，咳痰泡沫量多，喘促咳逆，口唇发绀，脉弦紧，舌暗苔白，证属内有寒饮，外受风寒，当散寒化饮，止咳平喘。方用：炙麻黄9g，杏仁10g，细辛3g，干姜8g，五味子10g，半夏10g，苏子10g，橘红10g，莱菔子10g，桂枝5g，地龙10g，丹参10g。

煎服。服药7剂后病情好转。

4. 扶正固本治疗肺心病缓解期患者案例

治疗一反复冬季发作之肺心病患者。冬春之后，病情缓解，但仍有咳嗽，痰少，动喘，易于感冒，乏力少气，纳差体弱，脉沉细，舌质暗白苔。证属肺脾肾气虚。拟用益肺健脾、补肾纳气、扶正固本之法。方用：

生黄芪15g，太子参15g，黄精10g，党参10g。陈皮10g，焦

三仙各 10g，枸杞 10g，山萸 10g，五味子 10g，淫羊藿 10g。

初夏服 30 剂，夏季服玉屏风散、百令胶囊半年。病情一直稳定。

结语

本文根据临床防治慢性肺原性心脏病的体会，将中医治疗肺心病各期证候的治法加以整理，试图从治法这一侧面概括论述中医对肺心病的防治内容。

肺心病治法运用于临床应该注意三个问题：一要辨证准确，而且要注意证候的动态变化，证变法变药变，要保持理法方药一致；二要注意活血化瘀的运用，肺心病的全过程存在着血瘀征象，故当注意；三要注意中西医结合问题，对危重病人，为了抢救，中西医两法不必拘泥，主要在于有效。

肺 癆

张纾难 王辛秋 晁思祥

(一) 概念与沿革

肺癆是感染“瘵虫”所致的肺部慢性消耗性传染性疾病。相当于西医学的肺结核。

历代对本病有多种称谓，宋代以前称尸疰、癆疰、虫疰、毒疰、鬼疰、传尸等，这类称谓反映出对其传染性的认识。还有一类病名是根据其症状特点而来的，如肺痿疾、骨蒸、伏连、癆嗽、急癆等。宋代开始以癆瘵统称直至晚清，近百年来始称为肺癆。

最早有类似本病症状记载的见诸《内经》。如《素问·玉机真藏论》云：“大骨枯槁，大肉陷下，胸中气满，喘息不便，内痛引肩项，身热，脱肉破蚬。”《灵枢·玉版》篇：“咳，脱形，身热，脉以小疾。”汉代张仲景在《金匱要略·血痹虚劳病》中谈到脉极虚，面色白，手足烦热，咽干口燥，喜盗汗，马刀夹瘰等，也是肺癆的常见症状。华佗在《中藏经·传尸》中记载：“或因酒食而遇，或问病吊丧而得，……钟此病死之气，染而为疾，故曰传尸也。”晋代葛洪在《肘后方·治尸注鬼注方》中也有“死后复传之旁人，乃至灭门”的记载。这说明当时已认识到本病的传染性。隋代巢元方《诸病源候论·虚劳咳嗽候》说明肺癆是以咳嗽、胸痛、喘息为特征的一种病证。唐代孙思邈《千金要方》已把“尸注”、“鬼注”列入肺脏病篇，明确了该病的病位在肺。与此同时王焘在《外台秘要·卷十六》中也指出：“肺劳热，损肺生虫”，“生肺虫，在肺为病”，提出“肺虫”致病说。宋代许叔微《普济本事方·诸虫飞尸鬼疰》：“肺虫居肺叶之内，蚀人肺系，故成瘵疾，咯血声嘶”，提出了肺癆的主要原因及证候特点。

宋代陈言《三因方》与严用和《济生方》均将“癆瘵”列为专篇论述，将肺癆与一般虚劳区别开来。宋代杨仁斋《仁斋直指方》提出“治瘵疾，杀瘵虫”的治疗方法。明代程充辑在《丹溪心法·劳瘵·附录》中说：“盖劳之由，因人之壮年，气血完聚，精液充满之际，不能保养性命，酒色是贪，日夜耽嗜，无有休息，以致耗散真元，虚败精液”，强调劳瘵形成的内在因素，并强调其病机是“火盛金衰”，倡“癆瘵主乎阴虚”之说，确立了滋阴降火的治疗大法。

元代葛可久所著《十药神书》是治疗肺癆的第一部专著，全书所立十张方子，分别有止咳、止血、补益等功效，对后世治疗肺癆有较大的影响。明代李挺在《医学入门》中提出本病有“潮、汗、咳嗽，或见血，或遗精、泄”六大主症。龚廷贤《寿世保元·劳瘵》认为本病病机的实质是“由相火上乘肺金而成。”张景岳《景岳全书》云：“至若劳瘵之有不同者，或以骨蒸、或以干咳，甚至吐血吐痰，营卫俱败，羸日甚，此其积渐有日，本末俱竭然。”提出肺癆是慢性消耗性疾病。李中梓《医宗必读·劳瘵》确立了“补虚以补其元，杀虫以绝其根”的治疗大法，认为“能杀其虫，虽病者不生，亦可绝其传疰耳”，强调杀虫的重要性。清代李用梓《证治汇补》“癆瘵外候，睡中盗汗，午后发热，烦躁咳嗽，倦怠无力，饮食少进，痰涎带血，咯唾吐衄，肌肉消瘦”，描述了肺癆的主证，并提出“痰瘵稽留”之说，对其病机演变又有所发挥。

总之，历代中医对肺癆的认识，大约可分为三个阶段，一是汉以前认为本病属于虚劳病的范围；二是从汉至唐代，认识到该病具有传染性；三是宋代以后，对其病因病机认识及理法方药日趋系统全面。

（二）临床病象

咳嗽、咯血、潮热、盗汗以及身体逐渐消瘦为本病的主要证候。上述诸症，可间作，也可相继发生或兼见并存。

咳嗽多表现初起微咳、干咳无痰或痰少而质粘、咳吐不爽，继则咳嗽加剧，午后、夜间为重，痰多黄白不一。咯血多表现为偶有痰中带血丝，以至时时咳血，其色鲜红，常夹泡沫痰液，少数病人可大量咯血。潮热多表现为低热，有时自觉手足心热，其特点是午后或入夜开始发热，有热自骨内向外透发的感觉，早晨则热退如常人。盗汗可由少渐多，以至汗透衣衾，或与白天自汗并见。身体消瘦往往逐渐发展而成，先有疲劳无力、纳谷大减，而后出现四肢瘦削、颈部纤细、两颧高突发红、肋骨暴露、精神萎靡等。

本病一般可分为肺阴亏损、阴虚火旺、气阴两虚、肺脾气虚、阴损及阳、瘀血痹阻六类证候。肺阴亏损证以咳嗽、咯血或干咳无痰、痰中带血为特征；阴虚火旺以咳呛气急、时时咯血、血色鲜红、午后潮热、骨蒸颧红、盗汗为特征；气阴两虚证以咳嗽无力、声低气弱、潮热、盗汗、畏风、自汗为特征；肺脾气虚证以气短、咳喘无力、神疲纳呆、畏寒怕冷为特征；阴损及阳证以咳逆少气、痰呈白沫状、声嘶失音、面浮肢肿、五更泄泻为特征；瘀血痹阻证以咳嗽、咯血、胸痛如刺或肌肤甲错、面色黧黑、羸瘦不能饮食为特征。

本病多表现为本虚为主，以肺阴亏损为其主要病理机制。在疾病发展变化过程中，各证候既可单独出现，也可相互转化。如肺阴亏损证，由于阴虚生内热，而致阴虚火旺，演变成阴虚火旺证，出现午后潮热、五心烦热、骨蒸颧红等水亏火旺的证象。又如肺阴亏损证，日久可因肺虚子盗母气则脾气亦虚，致肺阴虚与脾气虚两候同时存在，演变为气阴两虚证，出现疲乏、食少、便溏等脾虚症状。

阴虚火旺、阴损及阳、瘀血痹阻诸证患者，在病情恶化时，均可出现咯血量多、胸闷、气急、发绀等危候。

（三）病因病机

1. 病因

（1）痨虫入侵：直接接触，或感受病者之气，致痨虫由口鼻侵

入人体。痲虫入侵是形成本病的外在因素，凡问病、吊丧看护或与患者朝夕相处，都是导致痲虫入侵的条件。

(2) 正气虚弱：凡先天禀赋不足，后天七情内伤，嗜欲无节。饥饱无常，如酒色过度，忧思劳倦，或大病久病，后天失于调治等，均可导致气血不足。正气虚弱，是本病发生的根本原因。

2. 病机

发病：肺痲具有传染性，一般发病以缓慢者为多见，但亦偶有急性发作，很快恶化者。

病位：本病病位在肺，病变可影响整体，传及脾、肾等脏。

病性：本病病性是本虚，病变过程可形成五脏亏损，但以肺、脾、肾三脏的阴阳气血虚损为主；亦有标实者，以痰浊、瘀血多见。

病势：总的趋势是由上及下，始于阴虚，进而阴虚火旺，或气阴两虚，甚者阳损及阴，致阴阳两亏、气血俱虚。

病机转化：由于病情有轻重之别，病变发展阶段不同，病机也随之演变转化。一般说来，初起痲虫侵肺，肺体受损，肺阴耗伤，肺失滋润，主要表现为肺阴亏损，阴虚而生内热，致阴虚火旺，或阴伤气耗，导致气阴两虚，肺阴虚，不能下降于肾，“母病及子”致肾阴虚；肺阴虚则夺脾气以自养，“子夺母气”则肺脾同病，土不生金，导致肺脾气虚；甚则阴损及阳，表现为阴阳两虚之证，或因瘀血内停，气血不和，而表现为瘀血痹阻之候。

①肺阴亏损：痲虫犯肺，侵蚀肺脏，肺喜润而恶燥，肺体受病，阴分先伤。肺阴亏损，肺失滋润，肺气上逆，故见咳嗽、咳声短促；痲虫侵袭，肺络损伤，故痰中带血丝，胸部隐痛；阴津亏损则生内热，可见手足心热；肺阴耗伤，津不上承，故口干咽燥。

②阴虚火旺：肺痲日久，久而及肾，致肺肾同病；或为青壮之年纵情恣欲，耗伤精血，而成此证。肺肾阴伤，虚火上炎，灼津为痰，故见咳呛气急、痰少粘稠、色黄；肺燥火盛，故咳呛见

血而量多、血色鲜红、混有泡沫痰液；肾阴不足，无以滋养肝木，则急躁易怒；水亏火旺，津液外泄，则午后潮热，五心烦热、骨蒸颧红、盗汗；相火偏亢，扰动精关，则梦遗；阴血亏耗，冲任失养，女子常见月经不调；阴精耗伤，失于滋养，故形体日益消瘦。

③气阴两虚：肺阴亏损，阴伤气耗，阳虚不能化气，致气阴两虚。气阴亏耗，清肃之令不行，则肺气上逆而咳；肺气虚故咳嗽无力；咳久则肺络受伤而动血，故胸痛、咯血色淡红；气虚卫外不固，阳陷入阴，故午后潮热，热势一般不高，伴有怕风、畏冷；阴虚火旺迫津外泄而盗汗；气虚而卫外不固故自汗。

④肺脾气虚：多是由于素体虚弱，或劳倦、饮食不节等，内伤脾气而感癆虫；或由肺虚及脾，子盗母气，致肺脾同病。肺气虚，故见气短、语低、咳喘无力；卫外不固，故见自汗、畏寒；脾气虚，运化无力，则食少纳呆；脾失健运而聚湿生痰，则咳嗽痰多。

⑤阴损及阳：多为肺癆经久不愈，阴损及阳，肺脾肾三脏俱虚，为本病晚期证候。肺虚气逆，则咳逆少气，痰呈白沫状；声道失润，金破不鸣，则声嘶失音；肺肾阴虚，虚火亢盛，则劳热骨蒸、两颧红赤；脾肾两亏，水气泛滥，则面浮肢肿、五更泄泻；精气虚竭，不能充养形体及资助冲任，故见大肉尽脱、男子滑精阳痿、女子经少经闭。

⑥瘀血痹阻：瘀阻肺络，可见胸痛如刺、咯血不止、咳嗽；瘀积化热，耗伤阴津，故见午后或夜间发热；血瘀内阻，新血不生，无以荣于肌肤，故肌肤甲错、面色黧黑、身体羸瘦。

（四）诊断与鉴别诊断：

1. 诊断

- (1) 有与肺癆患者长期密切接触病史。
- (2) 有以咳嗽、咳血、潮热、盗汗、倦怠乏力、身体逐渐消瘦

为特征的临床表现。

(3) 结合放射线等理化检查。

2. 鉴别诊断

本病须与虚劳、肺痈、肺痿进行鉴别诊断。

(1) 与虚劳相鉴别

①肺痿为一独立疾病,主症为咳嗽、咯血、潮热、盗汗;虚劳为多种慢性疾病虚损证候的总称,是由脏腑的亏损、元气虚弱而致的虚损证候,可分别出现五脏气、血、阴、阳亏虚的各种临床症状。②肺痿有传染性,病位在肺,可传变至脾、肾;虚劳以肾虚为主,五脏并重,不具有传染性。③肺痿以肺阴虚为主;虚劳则为阴阳气血俱亏,五脏并重,以肾为主,阴阳俱虚。

(2) 与肺痈相鉴别

肺痈是肺叶生疮,形成脓疡,临床以咳嗽、胸痛、发热、咯吐腥臭浊痰,甚则脓血相兼为主要特征的一种疾病。与肺痿区别表现在一是临床症状表现不同;二是病理不同,肺痿以肺阴亏损为主,而肺痈则表现为热毒为患。

(3) 与肺痿相鉴别

肺痿是指肺叶痿弱不用,以咳吐浊唾涎沫、张口短气为主症的慢性虚损性疾病,虽然肺痿的晚期可转归形成肺痿,但有从轻至重的因果关系,而且临床主症表现不同,是其鉴别诊断的要点。

3. 诊断注意事项

(1) 注意临床表现

有下列临床表现应考虑肺结核的可能,需进一步做痰和胸部 X 线检查。但约有 20% 的活动性肺结核患者无症状或仅有轻微症状。

①咳嗽、咳痰 3 周或以上,可伴有咯血、胸痛、呼吸困难等。②发热(常午后低热),伴盗汗、乏力、食欲下降、体重减轻、月经失调。③结核变态反应引起的过敏表现,如结节性红斑、泡沫性结膜炎和结核风湿症等。④结核菌素(PPD-C5TU)皮肤实验:对儿童时期接

种卡介苗者,阳性对诊断结核病意义不大,但对未接种卡介疫苗者则提示已受结核菌感染或体内有活动性结核病。当呈现强阳性时表示机体处于超敏状态,发病几率高,可作为临床诊断结核病的参考指征。⑤患肺结核时,肺部体征常不明显。肺部病变较广泛时可有相应体征,有明显空洞或并发支气管扩张时,可闻及中小水泡音。

(2) 结合影像诊断

胸部 X 线检查是诊断肺结核的必备检查,对确定病变的部位、范围、性质具有重要价值,但也有其局限性。①部分肺结核难以准确做出定性诊断。如 40 岁以上的原发性肺结核,大于 4cm 的结核球,继发性肺结核中的下肺结核及诊断有困难的空洞等,均需进一步检查,与肺部其他疾患相鉴别。②肺结核活动性难判断。确定肺结核有无活动性对治疗和管理十分重要,是诊断的一个重要内容。由于肺结核病变多为混合性,对是否达到完全性增生或纤维钙化即有无活动的判断常有困难,易受读片误差的影响。大量研究和经验说明,如果片面依靠 X 线诊断作为其定性诊断和疗效判断的标准,因此而出现的误导是用药不规则或未完成疗程的原因之一。

(3) 依据病原学诊断

细菌学检查是肺结核诊断的确切依据,但不是所有肺结核都可得到细菌学证实。痰标本质量好坏直接影响结核菌检出阳性结果和培养分离率。晨痰涂片阳性率比较高,所以一定要患者留晨起深部痰作为标本,当患者痰少时可采用高渗盐水超声雾化导痰或收集当日晚至次日晨咳出的全部痰液。痰液的细菌学检查是肺结核诊断的确切依据,而胸部 X 线检查及结核菌素皮肤实验是诊断肺结核的必备检查。临床上高度怀疑肺结核的患者一定要反复多次做痰液的细菌学检查,万万不可因一次痰结核菌检查阴性,就除外肺结核诊断。因为痰标本质量的好坏可直接影响结核菌检查结果,连续检查 3 次以上,可提高其检出率。直接涂片方法简单、快速,但敏感性不高,应作为常规检查方法。分离培养法灵敏度高于涂片镜检法,可直接获得

菌落,便于与非结核分枝杆菌鉴别,这是肺结核诊断金标准。因此,细菌学检查应是痰涂片和痰培养相结合。

(4) 留意特殊人群和不典型肺结核

某些特殊人群患肺结核在症状、体征和胸部X线表现等诸多方面,与一般肺结核患者有许多不同特点,即所谓“不典型肺结核”,较易延误诊断。常见有如下几种情况:

①免疫损害者(指原发性免疫缺陷性疾病及接受放化疗和免疫抑制药物治疗缺乏呼吸道症状者,也可由于免疫防御机制受损,以突发高热起病,病变进展呈爆发性经过。

②免疫损害患者的肺结核,以血行播散肺结核居多,合并胸膜炎或肺外结核多。胸部X线上“多形性”不明显,以均质性片絮状阴影表现较多,可在结核病非好发部位、中下肺叶及上叶前段发生,需与急性肺炎相鉴别。

③极度免疫功能低下患者可首先出现高热、侵犯肝、脾和淋巴结等全身症状,而肺部X线阴影出现时间延长或长时间表现为无典型粟粒样病变的无反应性结核病。

④艾滋病合并肺结核时可表现为肺门、纵隔淋巴结肿大,中下肺野浸润病变多,类似原发肺结核表现,合并胸膜炎及肺外结核较多,PPD 试验阴性等特点。

⑤糖尿病合并肺结核时X线以渗出干酪样物为主,可呈大片状、巨块状,易形成空洞,好发于肺门区及中下肺野,病变进展快,应注意与急性肺炎、肺脓疡、肺癌相鉴别。

⑥支气管结核所致肺结核多在中下肺野或邻近肺段,由于有支气管狭窄因素存在,常合并细菌感染导致病变表现不典型,易与肺炎混淆。

⑦老年肺结核:老年肺结核的误诊较多,缺乏典型的临床表现、非特征性的影像学改变以及病史的不准确性是导致误诊的主要原因,病史的采集往往是其中极为关键的一环。老年人多有不同程度

的记忆力减退,常常难以完整地回忆过去病史,即便是现病史也会因老年性耳聋、言语不清、智力降低等而难以采集完整。需请家属帮助回忆,予以补充,这就需要医师具有高度的责任心和耐心,否则就有可能因为病史的不准确而误诊。痰液的细菌学检查仍是诊断中的主要指标。老年肺结核有以下几个特点:①男性明显多于女性;②症状不典型,往往以咳嗽、咯血、发热、食欲减退和呼吸困难为首发症状;③病变范围广泛,空洞型者多;④排菌病人多;⑤难治、复治病人多;⑥并发症与合并症多,如糖尿病、肺部感染、肺心病呼吸功能不全以及心肾功能不全等;⑦病程迁延;⑧本病虽为慢性病变,但也有急性发病者。如潮热、盗汗、疲乏、消瘦等症状较重且发展迅速,咳嗽、咳血等症状虽不突出时,也应考虑本病的可能。糖尿病患者体重下降明显,并出现呼吸道症状、结核中毒症状时,应警惕并发肺结核;反之,肺结核患者治疗效果不理想,食欲明显增加,发生脓肿、会阴部瘙痒时,应警惕肺结核并发糖尿病。

(5) 临床辨病要点

①理化检查:凡呼吸道症状持续两周以上者,必须胸透;胸透有异常影像者,一定要拍胸片留做记录,并在2~4周内进行抗炎治疗,同时取痰涂片至少连续3次查找抗酸杆菌;痰检抗酸杆菌阳性即可确诊,并开始抗结核治疗,如痰检抗酸杆菌阴性,胸透或胸片异常影像经抗炎治疗后在2~8周消失,即为一般急性肺炎,如痰检结核阴性,而X线异常影像不消失或增大时,在排除其他非结核疾病后,方可进行抗结核治疗。

②辨咯血情况:许多呼吸道疾病均可引起咯血,常见如下情况:支气管扩张,临床表现也有咳嗽、咳痰、咯血或伴发热,但无盗汗、乏力、体重减轻等结核中毒症状。另外胸片及胸部CT扫描也可帮助鉴别诊断。注意与消化道出血、呕血相鉴别:呕血多为紫黑色或暗红色,血液为酸性,多伴有黑便;咯血多呈鲜红色泡沫状,常混有痰液,血液为碱性。

③胸部X线检查发现肺内球形阴影时,有以下几种情况,应注意鉴别:球形肺炎、肺结核、周围型肺癌、错构瘤、炎性假瘤、转移瘤、先天性肺囊肿。

胸部CT检查发现肺门、纵隔淋巴结增大时,有以下几种情况,应注意鉴别:肺门、纵隔淋巴结结核;结节病;恶性淋巴瘤;肺癌并肺门、纵隔淋巴结转移;转移瘤。

(五) 辨证论治

1. 治疗大法

本病总为正气亏损、瘵虫入侵、肺阴耗伤所致,故治疗可遵循《医学正传·劳极》提出的“一则杀其虫,以绝其根本;一则补其虚,以复其真元”两大原则。杀虫是针对病因的治疗,补其虚复其真元,以提高抗病能力。但补虚培元还要根据受损脏器在肺、在脾、在肾的不同,病性为阴虚、气虚、阳虚的差异,而恰当辨证治疗。

2. 分证论治

(1) 肺阴亏损

证候:咳嗽,咳声短促,痰中带血丝或血点,胸部隐痛,手足心热,口干咽燥,舌边尖红,脉细或细数。

治法:滋阴润肺,杀虫止咳。因病位在肺,病性为阴虚,故须滋阴润肺;瘵虫入侵,肺阴耗伤,肺失濡润,肺气上逆为咳,故须杀虫止咳。

方药运用:月华丸加减。

生地黄,熟地黄,天门冬,寸麦冬,北沙参,百部,獭肝,川贝母,三七,白及,茯苓,淮山药。

方中以生地黄、熟地黄、天门冬、寸麦冬、北沙参滋阴润肺;百部、獭肝、川贝母杀虫润肺;三七、白及止血;茯苓、淮山药资脾胃化源。

加减:咳嗽甚者,加杏仁、瓜蒌;胸痛明显者,加郁金;咯血

者，加仙鹤草、白茅根；肺阴虚著者，加百合、玉竹；骨蒸潮热者，加银柴胡、功劳叶、白薇。

临证参考：本病本质以阴虚为主，故治疗当以甘寒养阴，不可过用或久用苦寒之品。

(2) 阴虚火旺

证候：咳呛气急，痰少而质粘，或吐黄痰，时时咯血且量多色鲜红和混有泡沫痰液，胸肋掣痛，急躁易怒，午后潮热，五心烦热，骨蒸颧红，盗汗，男子梦遗，女子月经不调，形体日瘦，舌质红绛而干，脉细弦数。

治法：滋阴降火，补肺益肾。因病位在肺肾，病性为阴虚，故须补肺益肾；阴虚生内热而炎于上，故须滋阴降火。

方药运用：百合固金汤加减。

生地黄，熟地黄，麦门冬，百合，大玄参，龟板，鳖甲，肥知母，胡黄连，银柴胡，白及，三七。

方中百合、麦门冬、生地黄滋养肺阴；熟地黄、玄参滋补肾阴；龟板、鳖甲、知母养阴清热；胡黄连、银柴胡清热除蒸；白及、三七活血止血。

加减：咳嗽痰黄量多者，加瓜蒌、鱼腥草、黄芩；便秘腹胀者，加大黄、麻仁；盗汗明显者，加乌梅、龙骨、牡蛎；咯血量多者，加白茅根、仙鹤草、紫珠草。

临证参考：肺肾阴虚，可因肺虚不能制肝，肾虚不能养肝而使肝火偏旺；同时肺虚心火乘客，肾虚水不济火，而使心火上炎。因此，治疗时在滋阴降火、补肺益肾的同时，佐以潜阳安神之品，如生龙骨、牡蛎、白芍等。

(3) 气阴两虚

证候：咳嗽无力，气短声低，或干咳少痰，痰中夹血，血色淡红，午后潮热，热势一般不高，口燥咽干，畏风怕冷，自汗盗汗并见，舌质淡红，少苔，脉细数或虚大。

治法：益气养阴，润肺止咳。病性为阴虚，阴伤气耗，阳虚不能化气，导致气阴两虚，故须益气养阴；病位在肺，肺失濡润而气上逆作咳。

方药运用：保真汤加减。

人参，白术，茯苓，生甘草，炙黄芪，五味子，生地黄，熟地黄，天门冬，麦门冬，生白芍，地骨皮，莲子心，百部，白及，当归。

方中人参、白术、茯苓、甘草、黄芪、五味子益气；生地黄、熟地黄、天门冬、麦门冬养阴润肺；白芍、当归滋阴养血；莲子心清心除烦；地骨皮退虚热；百部、白及补肺杀虫。

加减：阴伤明显，潮热骨蒸者，加银柴胡、龟板、鳖甲；咳嗽剧烈，痰多色白者，加紫菀、款冬花；气虚明显汗出较多者，加浮小麦、牡蛎。

临证参考：地黄、麦门冬、阿胶滋腻之品，使用时应注意患者的食纳情况。若食少便溏者，滋腻之品均应减量或佐以健运脾胃之品，如陈皮、麦芽等，以防滋腻滞胃，否则不仅无效，反增痞满呕恶。

(4) 肺脾气虚

证候：气短，咳喘无力，食少纳呆，自汗畏寒，痰多而稀薄，面色晄白，脉细弱。

治法：健脾益气，培土生金。因病位在肺脾，病性为气虚，肺病日久，可“上病及中”；脾病土不生金而肺病，故治疗应健脾益气，培土生金。

方药运用：四君子汤加味。

人参，白术，茯苓，炙甘草，陈皮，百部，黄芪，淮山药，白扁豆。

方中人参、黄芪健脾益气；白术、茯苓、淮山药、白扁豆健脾化湿；陈皮、百部理气化痰止咳；炙甘草缓中。

加减：若见畏寒、肢冷、大便溏泻者，加附子、肉桂；自汗畏风明显者，加桂枝、白芍、浮小麦；痰多者，加半夏、苏子；腹胀者，加鸡内金、枳壳。

(5) 阴损及阳

证候：咳逆少气，痰呈白沫状，声嘶失音，劳热骨蒸，两颧红赤，面浮肢肿，五更泄泻，大肉尽脱，男子滑精阳痿，女子经少经闭，脉微细。

治法：滋阴补阳，培元固本。因病位在肺脾肾三脏，病性为阴损及阳，为病人晚期，元气衰败，故治疗须滋阴补阳，培元固本。

方药运用：人参养荣汤加减。

人参，白术，茯苓，炙黄芪，炙甘草，当归身，生白芍，生地黄，远志，肉桂，紫河车，鹿角。

方中人参、白术、茯苓、炙黄芪、炙甘草健脾益气；当归、白芍、生地黄、远志养血宁心；肉桂温阳；紫河车、鹿角补阳填精。

加减：喘息气短，甚则张口抬肩，加冬虫夏草、诃子、蛤蚧、胡桃肉；心悸气短者，加紫石英、丹参镇心安神；浮肿者，加猪苓、茯苓、车前子；五更泄泻者，加肉豆蔻、破故纸；身体大肉尽脱者，加阿胶、鹿角胶、猪脊髓。

临证参考：本证是由于阴液亏损，累及阳气生化不足或无所依附而耗散，形成以阴虚为主的阴阳两虚的病理头脑，因此治疗时要慎用大辛大热之品，如附子、肉桂、干姜等，以防劫液伤阴，而宜选用甘温质柔、补阳兼以生精之品，如鹿角、肉苁蓉等药物。

(6) 瘀血痹阻

证候：咳嗽，咯血不止，血色暗而有块，胸痛如刺，午后或夜间发热，肌肤甲错，面色黧黑，舌质暗或有瘀斑，脉涩。

治法：活血祛瘀生新。因病性为瘀血，瘀血不去，新血不生，故须活血祛瘀生新。

方药运用：大黄廑虫丸加减。

大黄，廔虫，净桃仁，紫丹参，生地黄，生白芍，生甘草，光杏仁，黄芩，百部，全当归。

方中大黄、廔虫、桃仁、丹参活血祛瘀，通络行血；生地黄、生白芍、当归、甘草濡养血脉；杏仁、黄芩宣肺清热；百部补肺杀虫。

加减：咯血不止、色暗有块者，加三七、郁金、花蕊石；午后低热、盗汗者，加秦艽、地骨皮、银柴胡；口燥咽干者，加沙参、麦冬；胸痛明显者，加丝瓜络、郁金、元胡。

临证参考：肺癆由瘀血致虚，或虚而兼瘀血之证者亦每有所见，临证时当辨其有无瘀。若属因瘀血致虚者，当活血祛瘀以生新；若属虚而兼有瘀血者，当先祛其瘀，后补其虚，或用攻补兼施之法。

3. 应急措施

(1) 患者潮热甚或高热，骨蒸颧红、盗汗、疲乏等症状严重者，可予清骨散加味，以清虚热，退骨蒸。

(2) 如病人咯血较多，首先要解除病人的精神负担，使其向患侧卧位，然后再据患者情况及咯血的色泽等，辨证用药；病人咯血量较大，并出现四肢厥冷、面色苍白、冷汗出时，可予生脉散合参附汤或静脉滴注，以益气养阴固脱。

4. 治疗注意事项

(1) 正规治疗

各级综合医疗机构，对肺结核不仅要做到早期发现，而且要介绍、督促、转诊肺结核患者，使肺结核患者得到结核病防治单位的全程督导化疗、全程管理。这样可以控制结核病的复发，减少耐药病例的发生。

(2) 注意配合保肝

用药前应详细询问患者有无肝炎史及其他易影响肝功能的因素，如饮酒史、营养条件、妊娠、某些寄生虫感染等，应常规全面检查肝功能。抗结核治疗过程中也应定期监测肝功能变化。老年、营养不良、嗜酒、缺氧肺结核患者及乙肝病毒标志物阳性者，是抗结

核药物损害肝脏的高危人群,更应密切观察,抗结核治疗的同时应予以保肝治疗。临床上预防和早期发现药物性肝损害并及时治疗,有利于提高肺结核患者的生存质量,对预后也是至关重要的。

(3) 注意非特异性感染的治疗

肺结核患者外周白细胞增多是影响其生存质量的一个重要因素,表明结核进展期或合并其他非特异性感染。因此在积极抗结核治疗的同时,应注意防治其他非特异性感染。

(4) 注意并发症的治疗

肺结核患者出现并发症,其生存质量明显降低,并影响抗结核治疗的疗效。因此临床上要注意预防并发症的出现和及时处理并发症,这将有助于改善患者的生存质量。本病患者如果时时咳血,突然出现脉数不宁、神色紧张,应警惕可能出现大咳血。在这种情况下,忌用吗啡,以免引起窒息。

(六) 转归与预后

1. 转归

肺癆患者往往表现为本虚为主,因此其转归主要取决于人体正气的盛衰。若正气比较旺盛,或因得到及时正确的治疗,可逐渐恢复正常;若邪盛正虚,病情可进行性加重,趋向恶化,由肺虚渐损及脾、肾、心、肝,由阴及气及阳,形成五脏亏损。若正气较虚,正邪相持,病势起伏,形成慢性迁延。

肺阴亏损证多见于肺癆初起,主要表现为阴虚肺燥,如及时予以滋阴润肺、止咳杀虫之剂,可使病症得到控制。若失治或误治,阴虚可生内热、耗气、损阳,病情进一步加重。

阴虚火旺证,用滋阴降火、补肺益肾之剂,使真阴得养,虚火内清,诸症可除。若阴虚内热较重,迁延日久,伤及脾气,可转化为气阴两虚证;亦可伤及脾肾之阳,转化为阴损及阳证;甚则可因阴虚火旺,伤及气阴致欲脱之证。

气阴两虚证，予健脾益气、培土生金之剂，使气渐恢复，可获治愈。若失治、误治，可因气虚而致阴虚、阳虚，疾病逐渐加重。

阴损及阳证，多属肺癆晚期证候，患者元气衰败，预后一般不佳。但如坚持治疗，部分病亦可病情缓解，带病延年。

瘀血痹阻证，予活血祛瘀生新之剂，使瘀血去，新血生，病情可获好转。若久病迁延，可因瘀积日久牢不可拔，新生之血不得周灌，终至转化为阴损及阳、阴阳两虚。

2. 预后

本病患者的预后，主要取决于体质的强弱，病情的轻重，治疗的迟早。若能早期发现，早期治疗，预后一般良好；若治疗不及时，迁延日久，全身虚弱明显，预后一般较差。肺阴亏损证、肺脾气虚证，多在病程的早期，正气未衰，及时治疗，患者预后良好；阴虚火旺证、气阴两虚证的患者，一般预后亦可；阴损及阳证、瘀血痹阻证的患者正气已衰，病属晚期，预后多为不良。

（七）护理与预防

1. 护理

注意适当休息，动静结合。咯血、潮热、盗汗等症状严重者，应卧床休息，病情好转后可适当活动，如做体操或散步等。

饮食应增加富有营养的食物，如牛羊乳、甲鱼、豆浆、水果等；宜食补肺润燥生津之品，忌辛辣刺激动火燥热之品。

注意病人的思想和精神调养，劝慰患者禁恼怒，息妄想，树立战胜疾病的信心及决心。

居室应安静、清洁，阳光充足，空气新鲜。患者慎起居，远房事。

针对不同主症，加强护理。对咯血量多者，应嘱病人安静休息，消除紧张情绪，密切观察病情变化，警惕瘀血阻塞气道和气随血脱的危证发生。潮热严重者，除卧床休息外，可多饮水，多吃水果，注意病室通风。咳嗽较重者，应避免活动，保持病室空气流通和一

定湿度，避免尘埃飞扬而刺激咳嗽；必要时可服川贝粉3g，开水送下以止咳。盗汗多者，宜静少动，注意室内通风，盖被勿太厚，衣被浸湿后，应及时更换并用盐水擦身。胸痛者，应取患者侧卧位，减少活动。

2. 预防

(1) 防止感染

本病是一种传染性慢性疾病，加强卫生宣教工作，提高群众对肺结核病原因及传播途径的认识，掌握预防治疗知识，自觉养成不随地吐痰的习惯。对肺癆患者应做好隔离预防，饮食用具应分开使用，注意消毒，以避免接触感染。本病具有高度的传染性，接触患者为发病的条件，所以预防本病的第一步就是要防止传染。对易感人群应定期进行普查，争取早发现，早治疗。按我国法规要求，各级医疗卫生单位发现肺结核患者或疑似肺结核患者时，应及时向当地卫生保健机构报告，并将患者转至结核病防治机构进行统一检查，督导化疗及管理。

(2) 未病先防

早期发现及时治疗，对易感人群，可进行普查，一经发现要及时治疗，以防延误病情。已病的患者，不但要劝其耐心接受药物治疗，还须重视摄生，戒酒色，节起居，并适当进行饮食疗法、体育疗法等，以便早日康复，并预防病变的复发。

(3) 增强体质

健康正常人群平素要保养正气，并可用扶助正气的药物，使正气强盛，即使接触肺癆患者也不发病，或发病较轻，不治自愈。

(八) 古今文献述要

《丹溪心法·癆瘵》：“治之之法，滋阴降火是澄其源也，消痰和血取积追虫是洁其流也。医者可不以补虚为主，两兼去邪乎？”。

《明医杂著·癆瘵》：“男子二十前后，色欲过度，损伤精血必

生阴虚火动之病，睡中盗汗，午后发热，哈哈咳嗽，倦怠无力，饮食少进，甚则痰涎带血，咯吐出血，或咳血、吐血、衄血，身热，脉沉数，肌肉消瘦，此名癆瘵。紧重难治，轻者必用药数十服，重者期以岁年。然必须病人爱命，坚心定志，绝房室，息妄想，戒恼怒，节饮食，以培其根，否则虽服良药，亦无用也。此病治之于早则易，若到肌肉消灼，沉困着床，脉沉伏细数，则难为矣。”

《杂病广要·内因类·骨蒸》：“瘵虫食人骨髓，血枯精竭不救者多。人能平时爱护元气，保养精血，瘵不可得而传。惟夫纵欲多淫，若不自觉，精血内耗，邪气外乘，是不特男子有伤，妇人亦不免矣。然而气虚腹馁，最不可入瘵瘵之门，吊丧问病，衣服器用中，皆能乘虚而染触。间有妇人入其房，睹其人病者，久之瘵气随入，染患日久，莫不化而为虫。”

《医学正传·劳极》：“治之之法，一则杀其虫，以绝其根本。一则补其虚，以复其真元。”

《证治汇补·内因门·癆瘵》：“大抵虚癆之病，两颧赤者死，喉哑失音者死，大肉脱尽黑者死，泄泻不食者死，病后忽患痔漏者死，参芪不受补者死，喉痛不能药者死。”

《医学入门·癆瘵》：“潮、汗、咳嗽、见血，或遗精，泄分轻重，轻者六症间作，重者六症兼作。”

《血证论·癆瘵》：“瘵血郁热，化生癆虫，蚀人脏腑之精血，变生诸般怪症。”

《孔伯华医集·肺病解》：“须知肺癆并非不治之证，更非不能根治之证。其咳嗽气短，晡热颧红，痰中带血，初起之肺癆也，益阴肃肺，调气降逆，可以指日霍然。即渐就羸，身热惊悸，骨蒸盗汗，痰咳气喘，男子遗精，女子不月之肺癆较重者，清肺利膈，豁痰养阴，双扶脾肾，亦能迅速就愈，毋庸惧也。只要解除畏惧心理，抱定愉快精神，则确能就痊，可使必已。不然，则将药石无灵，良医弗能为力也。此病家不可不知者。”

从“SARS”疫情防治谈中医药的临床

2002年11月，首先在广东发现原因不明的非典型肺炎(SARS)，继而殃及北京、山西、天津、内蒙等省市，以及港、台、欧美等地区，给人民的和社会经济发展造成很大的危害，甚至危及生命安全，不得不让人们再度思考认真应对突发疫情的必要性和迫切性，以及做为医务工作者应当给予积极的应对并做出贡献。

回顾令人震惊、难忘的2003年，我曾于1月正值春节前夕，应广东省中医院呼吸科的邀请对SARS进行了会诊；2003年3~6月北京发生SARS期间，又继续到地坛等一些SARS定点医院会诊；2004年4月北京再次发生SARS，我以专家组名义参与了中医的诊治，因而对于中医药应对突发疫情不断思考，分析了中医药临床的作用与地位。

(一) 人类的历史充斥着突发疫情，且危害严重

1. 我国医学历史记载了温疫的流行

疫病的发生，历代皆有。早在《礼记》、《周礼》、《山海经》等著作中即有疫病的记载，如“季春行夏令，则民多疫疾”、“仲夏行秋令，民殃于疫”；“秦·始皇四年十月，天下疫”；《后汉书·顺帝本记》曰：“疫疠为灾……古时各代，常有疫疠发生，并非罕事”；《隋书·炀帝本记》有“大安八年，是岁大旱疫，人多死，山东尤甚”；《唐书·中宗本记》中“景龙之年夏，自京师至山东、河北、疫者千数。”……尤其是金、元、明末、清初，山东、江苏、浙江、南北直隶，温疫多有流行。

我国解放前更有天花、鼠疫、霍乱、伤寒等重要传染性疾病，殃及百姓民生，造成人间惨剧，尸骨遍野。

历史上因疫情而死亡人数最多的流行性感冒，具有起病急，老幼皆病，又多引起肺炎及其它并发症等特点。1918年的世界大流感竟有 2000 万至 5000 万人死亡。

2. 传染病分类

甲类传染性疾病属于传染性强、传染途径容易实现、快速、易感的烈性传染病，包括鼠疫、霍乱。

乙类传染病包括病毒性肝炎、细菌性和阿米巴性痢疾、伤寒和副伤寒、艾滋病、淋病、梅毒、脊髓灰质炎、麻疹、百日咳、白喉、流行性脑脊髓膜炎、猩红热、流行性出血热、狂犬病、钩端螺旋体病、布鲁氏菌病、炭疽、流行性和地方性斑疹伤寒、流行性乙型脑炎、黑热病、疟疾、登革热。

丙类传染病包括肺结核、血吸虫病、丝虫病、包虫病、麻风病、流行性感冒、流行性腮腺炎、风疹、新生儿破伤风、急性出血性结膜炎，除霍乱、痢疾、伤寒和副伤寒以外的感染性腹泻病。

3. SARS 及人禽流感

非典是一种以 SARS 冠状病毒引起的，传染性明显，可累及多系统的特殊性肺炎。该病起病急，临床上以发热、咳嗽、呼吸困难、乏力、头身疼痛症状为主。X线提示可见较快发展的肺部炎性浸润。白细胞不高或降低，抗菌素无效。严重者可发展为 ARDS 或多脏器衰竭，呈近距离飞沫传染。符合中医学所说：“五疫之至，皆相染易，无问大小，病状相似。”即温疫之类。2003 年据 WHO 统计，全球 SARS 发病 8422 例，中国大陆 5327 例，全球病死率 9.3%，大陆为 7%。

人禽流感也是继 SARS 之后于 2004 年的又一个突发疫情，该病始于鸡瘟，接触病鸡者可患病。为流感病毒为患，其中 H₅N₁ 最为严重，另外还有 H₇N₇，H₉N₂ 等病毒，临床症状轻，预后良好。人传染源主要为接触病鸡，属禽与人共同感染性疾病。

本人曾参与了卫生部对香港、越南人禽流感的考察，根据情况

分析,未见人与人之间的传染。医护、家属等陪护无直接感染现象。该类病人感染后亦起病急,初起症见流感样症状,发热 39°C 以上,伴流涕、咳嗽、咽痛、周身酸痛、头痛,胃肠等症状,继则迅速出现气短、呼吸困难。X线显示肺部浸润迅速,甚或实变。重者很快危及生命,死亡率较高,儿童更为严重。1997年香港曾有发生18例,死亡6例;2004年越南亦有20余例死亡病例,儿童占半数。世界各地禽流感期间,大量鸡鸭被宰杀,我国亦作为疫情对待,宰杀了不少鸡鸭,但人群间未见传染流行。该病WHO十分重视,担心发展成病毒变异、人禽共患。

(二) 面对突发疫情,中医有义不容辞的责任。

1. 政策法规要求中医亦应积极参加突发疫情的救治

1982年宪法第21条中规定:“发展现代医学和我国传统医学”。国家有关卫生方针政策也一再提出:“要求把中医和西医摆在同等重要地位”,“中西医结合是正确的,西医要发展,中医也要发展,不能把中医只当成西医的从属”。又本病已列入传染病法之中,按照法规的要求,中医同样应在SARS的防、治中承担应有责任。

2. 国人期望中医药在疾病防治中发挥作用

新中国成立以来,上至国家领导人,下至国人百姓也都期望中医药在疾病防治中发挥作用。国家领导人多次强调:“中国医药学是一个伟大的宝库,应当努力发掘,加以提高”,并把“中西医并举”列为医疗卫生的国策。2003年5月8日,本人参加吴仪副总理接见中医专家的会议,在会中她对中医工作给了明确的支持和鼓励,我感到十分荣幸和欣慰。百姓更是希望中医在防治非典中发挥积极作用。国人受难,“非典”肆虐,染及四方,造成灾害,抗击非典医务工作者责无旁贷。中西医两法、中西医结合共同防病治病,抗击SARS从而为民造福。

3. 历代积累了中医药防治温疫的经验

前边提出我国历代疫情曾经造成过“千村薜荔”、“万户萧疏”的悲惨景象，同时也在与疾病的抗争中，获得了对温疫的不断了解及深化研究。

从医学名著《内经》中言“伤于寒则为热病”，“今夫热病者皆伤寒之类也”。《难经》中说：“伤寒有五，有中风、有伤寒、有湿温、有热病、有温病。”医学家们均认为“六经传变，由浅至深，皆是热证”。张仲景从外感角度对热病流行颇有建树，提出过不少方药。但伤寒与温病尚有区别，张仲景所治之热病乃“伤于风寒病邪而致”，系皮毛受邪，而温病则与伤寒不同，“温病者，有风温、春温、暑湿……等温邪所致”。

历史文献提出了认为温病系属疫毒外受而至发热，具有偏热之征象，属易伤阴的一类疾病。温病可由于病因、季节、天时等不同，临床表现也各有不同，但其发生、发展、演变有较明显的规律，前边讲到温病与伤寒虽都有发热特点，但也有区别，如季节性发病、或有一定的传染，甚或有更为严重的传染性。传染性疾病临床表现各有差异，也各有其规律性。

温病病因可以有风热、暑热、温热、燥热以及“伏寒化温”。明代吴又可发挥了温病的内容，在《温疫论》中又提到温疫，或言瘟疫，即“疫气、异气、戾气”等。认为其病有传染性、流行性、地域性。早在《内经》中就有“五疫之至，皆相染易”、“邪之所着，有天受，有传染”；也有“天行疫气，时行外感”。有学者说：“天行之病，大则流毒天下，次则一方，次则一乡，次则偏着一家”，说明了温病的传染性。

温病可以是温热性质的外感病，如普通感冒、上呼吸道感染、风寒外受等。温疫可就不同了，它是温热病中具有强烈传染性和可以引起流行性的一类疾病，如流行性感冒、天花、鼠疫、霍乱以及近两年所说的“非典”(SARS)等。有传染性的疾病则认为是温疫。瘟疫，不仅有温热病特点，而且可有较强的传染性。

明·吴又可所著《温疫论》中说：“夫温者热之始，热者温之终，温热首尾一体，……又名疫者。”由于温疫具有较强的传染性，并可引起流行，来势迅猛，病情严重，较之一般温病危害更甚。

还有一点值得提出的是，即感染途径系邪从口鼻而入，口鼻通于天气，口鼻通于肺，则又有“温邪上受，首先犯肺”之说。口气通于胃，邪从口入，受邪而发，故亦致胃肠症状。

（三）回顾在防治 SARS 疫情中，中医药发挥了一定作用

1. SARS 的发生与发展

流行病学提示该病具有传染的源头，病家也可以传染他人，属近距离飞沫传染，口鼻而入，有 2~14 天的潜伏期；发病前期可能会有乏力倦怠，关节不适、酸楚，食少纳呆，临床症状表现不明显。

早期即见发热，一般 38℃ 以上，起病急，可见头痛、肌肉酸痛、乏力、干咳或胸痛、腹泻、恶心、呕吐，X 线出现阴影，变化较快。

进展期多呈持续发热，可至 12 天左右，体现正邪相争，正气受损，伤及肺脏，邪气盛实。肺部病变迅速加重，可有胸闷气促，呼吸困难。X 线显示阴影加重甚或实变，严重者可以出现低氧血症，或出现呼吸窘迫症，甚至多损伤，顺利者可在发热 12 天以后热度逐渐下降至正常，肺部阴影吸收，呼吸困难减轻。

恢复期系热势已退，气促、咳嗽胸闷好转，亦有乏力、气短、纳差，病情有所恢复。

部分患者可有细菌、霉菌重复感染，或因治疗用药关系，可能还会有骨关节病，如关节、骨骼疼痛、以及心悸、失眠、焦虑等等，仍需调治。

2. 舌象、脉象

脉象初期浮数、滑数，继则弦数、细数，心阳不振亦可致脉迟无力；恢复期则多见细数，或转平和。

舌象表现颇具特点，初起大都可见舌苔白微腻，继则白腻，厚腻；发热持续可见黄腻，黄腻中燥，舌苔少津，部分患者黄腻之后可见到苔底腻上有黄苔，反映了热毒、湿浊的状况。

舌质初始淡红，继则边尖红，上覆盖白腻苔；由于低氧血症，舌质可见紫绛或转紫暗。恢复期则舌质转润、淡红，舌苔退却或成薄白苔微腻状。

3. 证候分类是中医辨证用药的根据

经多次反复研究，笔者参加了北京市中医局、国家中医药管理局组织防治方案的制定，提出了据证候修订防治方案。其证候有：

(1) 肺胃湿毒

由于毒邪从口鼻而入，潜伏于内，故可向表、向里发展，伤及肺胃，发热渐起并逐步加重，干咳少痰，头身疼痛或肢体酸楚，乏力，舌苔白腻，脉浮数，属早期。此阶段还可能出现恶心呕吐，不能进食或纳呆、腹泻等。

(2) 疫毒壅肺

多见于早期且步入进展期，肺部炎症进展，发热持续，汗出不解，咳嗽、气促、呼吸次数增加，口干或脘腹胀，便溏或便秘，乏力加重，舌尖边红舌苔腻微黄，此时可能见有一定程度呼吸困难，热势仍重。

(3) 肺闭喘憋

此时多见于进展期或危重者，见有发热，或热势有减，呼吸困难，憋气胸闷，喘促气急或干咳，气短乏力口唇发绀，舌质暗紫，苔黄腻或中黑。

(4) 内闭外脱证

属危重患者，呼吸困难，窘迫气促，呼多吸少，烦躁不安，心悸不宁，甚则肢冷汗出，口唇发绀，舌质紫暗，苔黄腻中黑，脉细数或脉微迟无力。

(5) 气阴亏损，湿浊瘀阻

可能为正气受损，余邪未退，见有胸闷、气短、乏力、动则气喘，动则有汗出，咳嗽、纳呆，焦虑失眠，舌质微暗，舌少津黄燥，脉细数。

4. 治法

辨证论治：在针对疫毒、湿浊热盛，咳喘等规律性症状的情况下，也注意个体化治疗，强调中医药早治，重祛邪、扶正气、防传变。但据其规律可能因毒邪内蕴，致热极邪实，疫毒会伤及肺部及全身，致气血阴阳受损，气阴两虚，湿浊、血瘀、正虚邪实、肺气瘀阻等。

选择治法：可用宣邪、透表解毒、清热、宣肺、止咳、化痰、平喘、祛湿、泻肺、化浊、养阴、益气、降逆、活血、温阳、健脾、和胃等，应视其邪正情况证候的不同选用治法治疗。

治疗中出现的一些问题亦当关注：因去年该病大都应用多种抗生素及大量激素，正压给氧、呼吸机的使用，可能会造成临床症状、脉象的变化，或出现合并其他感染，舌苔厚腻是否仍属“非典”之患者的真实情况，病症情况亦当认真分析考虑。

中成药也有不少选择余地，如口服退热者有瓜霜退热灵胶囊、紫雪散、紫雪颗粒、金莲清热颗粒、清开灵口服液、清热解毒口服液（胶囊）、猴枣散、安宫牛黄胶囊及双黄连口服液、葛根芩连微丸；注射药有清开灵注射液、鱼腥草注射液、复方苦参注射液；益气养阴的有生脉饮、参麦注射液、黄芪注射液，以及口服的百令胶囊、金水宝、宁心宝胶囊、诺迪康胶囊；活血药有香丹注射液、川芎注射液、血塞通注射液等。

5. 辨证用药与西医治疗

辨证论治、个体化治疗，中西医均应以慎重态度用药是必要的。今年发生的7例SARS患者，中医投入治疗较早，形成“中西两法”，用中药退热确有较好疗效。但SARS发热可持续数日，中药给予清热解毒、化湿透表则可使热逐渐平稳下降，不求过急，勿

忽高忽低。针对其热宣邪透表，使汗出不过，温温而出，保护其安全度过发热期，使之不再以持续高热出现，大约10余天后则可完全热除，因为发热乃正邪相争之状，当因势利导。

恶心、呕吐、腹泻多在发病早期出现，一般发热之初，因于邪气湿浊内阻，伤及脾胃而致，当化湿和胃，降逆止呕。今年的SARS患者中，有一例女性，住院后发热，不欲饮食，亦难进食，甚至连中、西药物都不能服用，用药即吐，颇为苦恼。专家组采用灌肠给药，解毒退热、化湿宣邪，同时应用连苏饮再加入伏龙肝煎水后，慢慢少许频服，用后不但未吐，而且次日胃口大开，呕恶已除，同时也愉快的接受了中药治疗，热势渐退，气促好转，肺部浸润也吸收。

6. 注意疑似病例

由于该病诊断初起困难，是一种新的传染性疾病，尚认识未全，难以短期达到病毒血清学的诊断，尤其去年疑似病例较多，发热患者需要鉴别，因而同样需要积极对待，对此部分病人，中医治疗更为合适，这是由于中医可以辨证治病，针对个体治疗，针对外受毒邪而应而清热解表、透邪宣肺之法而取效。

关于今年北京7例患者中应的用西药，专家组成员也很慎重，其中2例未用激素类药，应用激素的患者亦用量小，用药时间也短于去年。抗病毒药、抗生素、免疫调节剂、激素选用上都很慎重。去年中医药的使用对撤减激素，改善病状，减少肺部炎症浸润与渗出均有帮助。今年仅只有一位伴有严重基础病者使用了插管呼吸机。治疗中注意给氧，个人认为给氧很重要，它可以使受损的肺脏得以休养。以及支持疗法均有利于病情恢复，全部患者均获痊愈。

（四）从应对 SARS 疫情思考中医药防治疾病的作用

1. 中药急症必备用药的遴选为“非典”防治提供了药物

中药历代多以汤剂治病，中成药也多以丸、散、膏、丹为主，近些年来由于进行中医药的现代化研究，中药创新了许多新药，对

剂型也进行了改革,增加了不少新剂型,如颗粒剂、胶囊剂、胶丸、微丸、滴丸、气雾剂、栓剂等,还有肌肉、静脉注射剂,为中医药急症用药提供了方便。十几年前开始推荐的较好的中成药,所谓急症必备用药为医疗救治危急疾病起到了良好作用。

注射剂有生脉注射液、参附注射液、参麦注射液、血塞通注射液、双黄连注射液、鱼腥草注射液,黄芪、醒脑静、脉络宁等注射液。而且还选择了一批口服药如复方丹参滴丸、安脑丸、通心络、正柴胡饮、脑血康、速效救心丸、瓜霜退热灵、柴地宁血散等等。

多年来不少患者认为西医治急症,中医治慢性病。其实不然,历代《伤寒论》、《温疫论》、《温病条辨》等,均有治疗热病的专著。从SARS的治疗及一些急症用药的选用,大有改变中医不能治疗急症或传染病的印象,历代医家在过去单用中药治疗温疫的经验,不容忽视。

2. 从肺系病看中成药新药开发

这次SARS及人禽流感均以肺损伤为主,发病急,变化快,急需有新的中药开发出来,去年国家食品药品监督管理局为配合SARS的防治曾给予“绿色通道”,以助于防治SARS的新药开发。可惜只有一个抗流感药和一个治疗肝纤维化转用治疗肺纤维化的药物,曾经过讨论。

目前治疗肺系疾患的药近千种,但大都是用于多发病、常见病,一般如感冒、急慢性气管炎、哮喘、咳嗽的药很多,而一些疑难病急重病症用药如肺功能衰竭、肺纤维化、肺心病及并发症、间质性肺炎、重症哮喘、各类急性肺炎等药物缺乏,用于退热之药虽有一些,但高效、速效者不多,“三宝”市场亦供应不足,且昂贵;对症止咳、祛痰、平喘的药物亦感不足,这都是我们需要努力去开发的药物。

3. 临床应用中成药的意见

中成药目前使用范围较广,不仅中医院、中医科使用,而且西

医人员也较为广泛使用，因而应当注意在应用中的事宜。

首先是注意中成药的药品说明书的内容，使用前应认真阅读，尤其注意功能主治，这些内容是经过药监部门审批的合法药物，说明书中的功能主治也列出了疾病证候及症脉以及西医病名，属证候内容的药更要注意与证候相符，即对证用药。

其次要明白当前的中成药，包括近几年开发的中成药，也包括了多年来的地方标准，原部颁标准、保健品等均已进行了整顿规范，虽仍有规范上的问题，但也在整顿，取消了地方批号及保健品批号。因此我们在使用中要认真阅读药品包装上的批号，没有批号的药不可以销售，各医院的制剂，如今也已有批准文号，应予注意。

第三注意药品的不良事件观察，药物注意事项要了解，发生药物的不良反应要认真对待，不可忽视。不良反应、事件，可能是药物本身的问题，也可以因医务人员的过量、不对证、过多延长服药时间、炮制加工等问题造成，医生不可不知。

第四即注意我国的药事管理，目前国家食品药品监督管理局负责药品的管理、监督、审批、整顿、发布有关药品的有关政策法规，那些没有得到正式审批的品种，一般不准走向市场。

管理中我国又有 OTC 药和处方药的区别、医疗保险及公费医疗用药的区别，明确了保健食品不属于药品。对于市场宣传要认清真伪，帮助患者万勿上当。

李 乾 构



李乾构，男，教授、主任医师、研究生导师。1937年12月生，江西省吉安县人。现任北京中医药学会副会长、中华医学会理事、全国脾胃病专业委员会主任委员等职。

李乾构教授自1958年开始学习中医。毕业于广州中医学院医疗系，毕业后一直在北京中医医院从事中医医疗、教学、科研工作已30余年，精通中医基础理论，积累了丰富的临床经验，擅长治疗肝胆疾病、胃肠疾病和男科病，疗效显著，是全国著名的中医脾胃专家。

李乾构教授在继承中医传统理论的基础上又有所发展，治病主张健脾和胃、调理气血、平衡阴阳，主编了《中医胃肠病学》、《中医脾胃学说应用研究》、《急症胃痛证治》、《常见病的中成药选用》等专著和《中国中西医结合脾胃杂志》。在国内外已发表论文有“治泻十法”、“治胃15法”、“治脾病15法”、“急症胃痛诊疗规范”、“五子育春丸治疗男性不育症的临床研究”、“温中止痛液的临床与实验研究”等论文60余篇，先后获得部级、市级、局级科研成果奖10项，多次参加国际学术交流会，进行中医学学术交流，并应邀先后赴德国、日本、荷兰等国家进行讲学，受到各界的好评。

功能性消化不良中医治疗思路

功能性消化不良 (functional dyspepsia, FD) 的发病率目前在我国尚缺乏资料, 一般估计FD占消化门诊量的50%左右。根据欧美资料, FD的发病率为20%~40%, 男女大致相等。瑞典统计消化不良占胃肠门诊的30%, 其中40%~60%为FD, 足见FD是临床上的多发病与常见病。功能性消化不良是西医病名, 中医病名是什么, 目前报道较少。关于FD相当于中医什么病, 我个人认为不能笼统地说, 而要根据临床主症不同分别称谓不同的中医病名。我认为FD的主症有三: ①上腹部痞满, 餐后早饱为主症者, 应属于中医“痞满”的范畴, 可命名为“痞满”; ②临床表现以上腹部疼痛或胸骨后疼痛为主症者, 应属于中医“胃脘痛”范畴, 可命名为“胃脘痛”; ③临床表现以嘈杂、烧心反酸为主症者, 应属于中医的“嘈杂”范畴, 可命名为“嘈杂”。

关于发病机制可以概括为以下8种: 一是禀赋不足、脾胃虚弱; 二是饮食伤胃、胃失通降; 三是劳倦伤脾、脾失健运; 四是情志伤肝、肝郁气滞; 五是内伤外感、湿热中阻; 六是水湿内停、痰浊滞胃; 七是虚火内盛, 胃阴不足; 八是日久湿滞、寒热错杂。但多因饮食不节与情志所伤所致, 一方面由于生活水平的提高, 往往暴饮暴食, 饮食过量, 损伤脾胃, 即所谓“饮食自倍, 肠胃乃伤”; 另一方面, 生活节奏加快, 工作学习压力增加, 精神日益紧张, 致情志抑郁, 伤及气机, 肝气郁结犯胃, 脾胃受损伤, 纳运失调, 形成食积、湿热、痰、瘀等病理产物, 阻滞中焦气机, 脾胃升降失司, 导致胃肠运动功能紊乱, 出现上腹痞满、纳呆早饱、疼痛嘈杂、烧心反酸等一系列主要症状。

FD病位在胃, 涉及肝脾, 基本病机可归纳为: 脾胃损伤、纳运失常; 肝气郁结、气机不利; 气血瘀阻, 痰湿阻胃损伤气机; 本

虚标实，虚实夹杂。其中脾虚为本，气滞、血瘀、食积、痰湿等实邪为标，但脾虚气滞为基本病机，且贯穿本病的始终。治宜健脾益胃，疏达肝气。具体治疗思路：

（一）辨证论治

1. 脾虚肝郁证

主症：胃部痞满，腹胀便溏。

次症：食欲不振，脘腹疼痛，两胁胀痛，烦躁不乐，嗳气打嗝，神疲乏力，舌胖苔白，脉象细弦。

诊断：凡具备主症和任意两项次症，即可诊断为FD肝郁脾虚证。

辨证：脾气虚弱，肝气郁滞。

治法：健脾理气，疏肝解郁。

方药：健脾消痞汤。

党参10g，白术10g，茯苓15g，甘草5g，陈皮15g，柴胡10g，白芍15g，枳实10g，元胡10g，川楝6g。

2. 脾虚湿热证

主症：胃部痞满，口苦口黏。

次症：胃部灼痛，口渴不饮，嘈杂吞酸，嗳气纳差，大便不爽，头身困重，舌苔白腻，脉象弦滑。

诊断：凡具备主症和任意两项次症，即可诊断为FD脾虚湿热证。

辨证：脾虚失运，湿热中阻。

治法：健脾和中，清化湿热。

方药：清化消痞汤。

太子参10g，白术10g，茯苓10g，黄芩15g，黄连10g，大黄5g，茵陈10g，藿香15g，六一散20g，虎杖15g。

3. 脾虚食积证

主症：胃脘痞满，饮食不节。

次症：厌恶饮食，胃胀拒按，恶心呕吐，吐后症减，矢气臭秽，舌苔垢秽，脉弦滑。

诊断：凡具备主症和任意两项次症，即可诊断为FD脾虚食积证。

辨证：饮食伤胃，胃失和降。

治法：健脾和胃，消积导滞。

方药：导滞消痞汤。

枳实 10g，白术 15g，焦三仙 45g，大黄 10g，茯苓 15g，陈皮 10g，半夏曲 10g，莱菔子 20g，鸡内金 10g，厚朴 10g。

4. 寒热错杂证

主症：胃部痞满，嘈杂反酸。

次症：胃中灼热，恶心呕吐，口苦心烦，腹满肠鸣，大便溏滞，怕冷喜热，舌苔白腻，脉沉细数。

诊断：凡具备主症和任意两项次症，即可诊断为FD寒热错杂混合证。

辨证：寒热互结，气机壅塞。

治法：寒热并用，和中消痞。

方药：和中消痞汤。

清半夏 10g，黄芩 15g，干姜 10g，黄连 5g，吴茱萸 3g，太子参 10g，白术 10g，乌贼骨 15g，熟军 3g，陈皮 10g。

5. 随症加减

胃痛甚加元胡、九香虫；胃胀甚加枳实、厚朴；嗝气加旋覆花、代赭石；呃逆加丁香、柿蒂；恶心加橘皮、姜夏；反酸加乌贼骨、瓦楞子；纳呆加炒三仙、鸡内金；便秘加大黄、元明粉；兼气虚加黄芪、党参、甘草；兼血虚加当归、鸡血藤、大枣；兼阴虚加玉竹、麦冬、生地；兼阳虚加桂枝、炮附子、干姜；兼血瘀加丹参、三七、莪术；兼肝郁加柴胡、郁金、青皮；胸膈满闷加旋覆花、枳壳；烦

急易怒加栀子。

(二) 辨证与辨病相结合

治疗FD时必须采取辨证与辨病相结合,在辨证施治的同时,要根据理化检查的结果,针对反流、胃排空障碍、Hp感染等加用中药,提高疗效。

1. HP 感染

文献报道FD患者HP的检出率39%~87%,对HP感染本身能否产生消化不良症状意见不一。但HP作为病邪,中医药治疗有较好的疗效。有学者对128种中药进行了筛选,如黄连、黄芩、大黄、黄柏、桂枝、乌梅、元胡、良姜、山楂、玫瑰花、丹参、生地、黄芪、甘草等均有好的疗效,可以根据证候挑选1~2味中药,以增强杀灭HP的能力,改善症状,提高疗效。祛邪勿忘扶正,气虚阳不足者,加用黄芪、党参、桂枝、干姜等;阴虚者加用白芍、乌梅、石斛、玉竹等。有学者观察到大黄对HP的作用,阴转率达90%;用新鲜槟榔治疗HP感染,6个月HP根除率达62.5%;厚朴在试管虽未杀HP,但可使尿素酶实验转阴。

2. 反流

内窥镜时常见有反流现象,治宜在辨证论治的基础上加和胃降逆之品,如旋覆花、代赭石、陈皮、半夏、降香、莱菔子等药物。

3. 胃排空障碍

胃动力检查有胃排空障碍时,治宜加用理中消胀药物。如:

柴胡:疏肝理气,含有柴胡皂甙,有拮抗胆碱脂酶的功效,可兴奋动物离体肠道平滑肌。药理实验表明柴胡能明显增强乙酰胆碱对离体豚鼠小肠和离体兔肠的收缩作用。因此,柴胡是促进胃肠运动的良药。

枳实(壳):疏肝理气,是同一种植物的不同部分,动物实验观察到其煎液对胃痿、肠痿犬的胃肠运动有兴奋作用,可使胃肠收

缩节律增加，在X线下可观察到小肠蠕动加强，蠕动波明显加深，表明其是促进胃肠运动的中药。

鸡内金：消食积，助消化。含胃激素，有学者做试验：健康人口服鸡内金粉5g后1分钟，胃液分泌量开始逐渐增加，比正常对照组增高30%~37%，1~2小时后恢复正常。服药2小时后胃液酸度也明显增加，3小时后恢复正常。游离酸最高值比正常对照组增高32%~113%，总酸度最高值比正常组增加25%~73%，消化能力亦增强，但出现较迟，维持较久，胃运动机能明显增强，胃排空速度大大加快。

大黄：攻积消导，泻火通便，活血化瘀，利胆退黄。能使中远段结肠张力增加，蠕动加快，而对小肠吸收营养物质的功能无影响。有实验报道，将大黄浸膏经胃给药，可显著使大肠蠕动亢进。在大肠与小肠交界处结扎阻断，再将蓖麻苷注入小肠，药物却在大肠产生作用，其对肠内容物的推进作用和推进速度与对照组比较，均有显著性差异。

（三）心理治疗

流行病学资料显示FD患者普遍存在抑郁或焦虑情绪，由于发病的模式由单纯的生物模式转化为综合的生物—心理—社会环境模式，以及脑—肠相互作用的概念提出，近年来强调减轻患者的心理负担和压力以及消除患者的心理负担和压力以及消除患者的精神障碍已经成为治疗FD的重要手段。因此，对FD患者耐心细致的解释，保证其为良性疾病的承诺后FD完全可以治愈康复，使患者保持良好的精神状态和稳定的情绪，可明显改善FD患者的精神和躯体症状。在处方中加舒肝解郁的柴胡、郁金、合欢花、合欢皮等药物，亦可明显改善症状

(四) 饮食治疗与生活调理

FD患者适当的吃一些山药、茯苓、莲子、大枣、百合等药食同源，有利于疾病的康复。

FD患者要注意：①纠正不良饮食习惯和不良嗜好。②保持良好的精神状态和情绪稳定。③少吃易引起腹胀的食品，减少胃肠道内的气体，避免进食含气的饮料，如汽水、可乐等；避免吃产气的食物如萝卜、洋葱、豆类、白薯、蜂蜜、牛奶、蔗糖等。④减少不宜消化食物，刺激性食物摄入：如大量脂肪、蛋白质、甜点、豆制品、薯类，肥胖者宜减轻体重。

心理治疗：暗示治疗对部分患者是必要的，对一些伴有忧郁症的患者，可以适当服用抗抑郁药物。

胃、食管反流病的诊断与治疗

胃食管反流病 (GERD) 是指胃内容物 (包括胃酸、胃蛋白酶) 和十二指肠液 (包括胆汁、胰液) 反流入食管引起的反酸、烧心、反食等症, 或有食管黏膜病理性损害的疾病。本病还可引起口、咽、喉、气道等食管外的组织损害, 为消化科常见病。西方国家报道, 人群中约有 10%~20% 的人可有胃食管反流症状。成人反流性食管炎 (RE) 的发现率约 7%~9%。北京协和医院 1996 年对 3000 例接受胃镜检查病人的调查表明, 反流性食管炎 (RE) 占 5.8%。台湾一所医院对 2044 例病人作胃镜检查诊断 RE 者为 5%。1996 年北京、上海对 18~70 岁的常住城乡居民各 2500 例进行问卷调查, 结果上海 7.76%, 北京为 10.19%, 高于上海; 男女之比为 1:1.1; 北京的男病人、体力劳动者及农村的患病率均高于上海; GERD 的患病率为 5.7%; GERD 和 RE 的比值为 3:1。上海瑞金医院统计儿童 RE 的发现率达 14.2%。GERD 可以发生于任何年龄, 随年龄增长而增多, 40 岁以上者占 75%。GERD 的病因、病机尚未完全清楚, 目前西医药治疗是减轻或消除症状。本病的复发率颇高, 发挥中医药优势, 探讨用中医药治疗 GERD 具有重大的现实意义。

1. GERD 的病因病机

(1) GERD 是由多种因素促成的上消化道动力障碍性疾病。食管下端括约肌抗反流屏障作用降低, 食管对胃反流物清除的能力出现障碍, 食管黏膜屏障功能被破坏, 胃、十二指肠功能失常, 使胃排空受阻, 胃内压力增高, 而诱发食管下括约肌开放, 使胃肠内容物反流进入食管, 损伤食管, 是发生 GERD 的重要原因。

(2) 中医学认为本病多因情志失调, 酒食所伤、劳累过度或感受外邪而发病。若情志失调, 肝失疏泄, 肝气郁结, 横逆犯胃 (脾)、气机阻滞, 日久郁而化热, 胃气夹热上逆而形成本病; 若饮食不节、

烟酒过度亦可损伤脾胃，酿生湿热，阻滞气机，浊阴不降，胃气火热上逆亦可形成本病；若劳累过度，脾胃受损或久病脾胃虚弱，脾失健运，水湿不化，气机不畅，胃失和降，肝气上泛，形成本病；若感受风寒，脾阳受遏，湿邪不化，阻滞中焦，气机不利，胃失和降，随肝气上泛，而形成本病。

2.GERD 的诊断

有典型的反流症状，如明显烧心、反酸、反胃、胸骨后灼痛等症状，无溃疡病、幽门梗阻及系统疾病。从临床角度可以考虑GERD的诊断（参考中华医学会“反流性食管病（炎）诊断及治疗方案”）。

如符合以下条件之一，即可以确诊 GERD。

(1) 有反流症状，内镜检查显示食管炎，但无十二指肠球部溃疡、幽门梗阻、呕吐等引起的继发性反流性食管炎病因为内镜阳性的反流病。

(2) 反流症状不典型，需进行有关反流的检查，如有以下一项检查反映过多反流，即可诊断为内镜阴性的反流病。

反流检查项目包括：①食管24小时ph监测显示过多的酸反流，根据GERD诊断依据有关参数测算酸反流计分，大于15分为阳性，15~50分为轻度，51~100分为中度GERD，大于100分为重度GERD。②食管胆汁反流监测显示有过多的胆汁反流。③核素GER试验显示静息和加压时GER反流。④钡剂的GER检查显示钡剂GER，贲门增宽及食管裂孔疝、反流性食管炎的表现。⑤食管酸滴试验阳性。反流性食管炎内镜诊断及分级：内镜下见食管黏膜正常，属0级，积分为0分；见食管黏膜点状或条状发红、糜烂、无融合现象，属I级，积分为1分；见食管黏膜有条状发红、糜烂，并有融合，但非全周性，属II级，积分为2分；见食管黏膜病变广泛，发红、糜烂，融合呈全周性或有溃疡，属III级，积分为3分。

3.ERD 的治疗

(1) 西药治疗 GERD 的原则是缓解症状，治疗食管炎，防治并

发症和预防复发。由于GERD是胃肠动力障碍疾病，治疗宜改善上胃肠动力。目前普遍应用促动力剂（如吗丁啉、西沙必利）、抑酸剂（PPI口服、奥美拉唑或H₂受体阻滞剂如西米替丁、雷尼替丁、法莫替丁）、黏膜保护剂（如硫糖铝、胶体次枸橼酸铋）。采用内科正规治疗无效或有并发症者可考虑外科手术治疗。

(2) 中医辨证治疗，目前尚无统一的辨证分型标准，但临床多见于以下四证。

① 肝胃不和证

主症：烧心反胃，两胁胀痛。

次症：胸骨后痛，气怒症重，嗝气频作，大便不畅，胃脘胀痛，咽部异物感，舌苔薄白，脉象多弦。

诊断：具备主症和任意两项次症，即可诊断为GERD肝胃不和证。

辨证：肝郁气滞，横逆犯胃。

治法：疏肝解郁，和胃降逆。

方药：和胃降逆汤（柴胡10g，白芍15g，枳壳10g，甘草5g，乌贼骨15g，陈皮10g，清半夏10g，合欢皮15g，香附10g）。

② 肝胃郁热证

主症：烧心反酸，烦急易怒。

次症：胸骨灼痛，头面燥热，脘胁胀痛，口干口苦，大便干结，嗝腐酸臭，舌红苔黄，脉象弦数。

诊断：具备主症和任意两项次症即可诊断为GERD肝胃郁热证。

辨证：肝失疏泄，郁久化热。

治法：疏肝解郁、清泻肝热。

方药：泻肝降逆汤（柴胡10g，白芍15g，当归10g，白术10g，甘草15g，茯苓15g，乌贼骨15g，栀子10g，龙胆草10g，酒军10g）。

③ 脾虚气逆证

主症：烧心反酸，纳少腹胀。

次症：餐后反食，胸腹痞满，嗳气呃逆，大便稀溏，胃脘隐痛，体乏无力，舌苔薄白，脉象细弦。

诊断：具备主症和任意两项次症即可诊断为GERD脾虚气逆证。

辨证：脾虚不运，胃气上逆。

治法：健脾助运、和胃降逆。

方药：健脾降逆汤（党参15g，白术10g，茯苓15g，甘草5g，陈皮10g，半夏10g，柿蒂10g，枳实10g，乌贼骨15g，降香10g）。

④脾虚痰阻证

主症：纳少便溏，呕吐痰涎。

次症：胸闷气紧，咽喉梗塞，胃脘隐痛，脘腹痞满，胸痛灼热，体乏无力，舌苔白滑，脉象细滑。

诊断：具备主症和任意两项次症即可诊断为GERD脾虚痰阻证。

辨证：脾胃虚弱，痰浊郁阻。

治法：补益脾胃，化痰疏郁。

方药：化痰降逆汤（党参15g，炒白术10g，甘草5g，柴胡10g，茯苓15g，陈皮10g，半夏10g，浙贝10g，郁金10g，枇杷叶15g）。

(3) 加减法

兼有气滞血瘀者加丹参15g、元胡15g，以理气活血。

兼有痰湿者加苍术10g、制胆星10g，以燥湿化痰。

反酸重者加煅瓦楞子30g、煅牡蛎30g，以和胃制酸。

烧心重者加吴茱萸3g、黄连6g，以辛开苦降而和中。

胃热偏盛者加黄芩15g、黄连5g、大黄10g，以清泻胃热。

肺热偏盛者加黄芩15g、虎杖20g，以清泻肺热。

嗳气频繁者加沉香6g、炒莱菔子30g，以理气降逆。

胸骨后疼痛重者加元胡15g、炒川楝子10g、枳壳10g，以宽胸止痛。

4.讨论

(1) GERD 的中医病名——胸痞

GERD在不同的患者中临床表现的主症不尽相同,中医病名多归属于吐酸(吞酸、反酸)、嘈杂、呕吐、噎膈、胃痞、胃痛、痞满、梅核气、胸痹、胸痛、咳嗽等病证的范畴。但这些病名似乎不能准确地涵盖GERD的特征,为此,提出采用“胸痞”的中医病名。胸痞作为病名,见于陈无择《三因极一病证方论·胸痞证治》,谓“胸痞证者,胃中不和、心下坚硬、干呕、噎气……胸前皮皆痛……胸满、气短、咳唾引痛、咽塞不利、羽如痒、咽中干燥、时欲吐呕、烦闷……气塞、咳喘、心腹痞闷……。”以上症状描述与GERD的临床表现相吻合。因此,可以用“胸痞”作为GERD的中医病名。

(2)GERD 的病位在食管,发病与肝、脾(胃)、肺有关

GERD的病位在食管,但追逆本源是胃失和降而胃气上逆酸水泛滥所致。引起胃失和降的原因有三:一是肝气郁结、横逆犯胃。肝为刚脏,性喜条达而恶抑郁,主疏泄具有调节全身机能的功能,若忧思恼怒,肝气郁结,肝失疏泄则横逆犯胃,致使胃失和降,气逆于上而出现泛酸、噎气、反胃等症。二是脾失健运、胃失和降。脾胃同居中焦,一为表里关系,脾主升、胃主降,为人体气机升降之枢纽,具有纳运转输营养的功能。若酒食不节,损伤脾胃,脾气不升,运化无权则出现痞满、腹胀、便溏等症;胃气不降,反而上逆,则出现纳少、脘腹胀满、疼痛、嘈杂、呕吐、噎气、呃逆、反胃、反酸、烧心等症。三是肺失肃降,痰气郁阻。脾土能生肺金,肺之繁荣昌盛则能调节脾胃之气。肺主气,宜降,若肺失肃降,肺气上逆则可影响中焦气机,脾为生痰之源,肺为储痰之器,脾湿生痰,痰气郁阻于胸膈、上逆于咽喉则出现咳嗽、咯痰、气紧作喘、咽喉痰阻、吞咽梗噎不顺、胸胁胀痛等症。因此,GERD的病机为脾升胃降的纳运升降功能失常。肝气疏泄不良,肝气可犯胃,使胃气上逆而失去和降。故酸水泛滥多因肝失

疏泄、肝胃不和，则酸水过多，随上逆之胃气而反流入食管。治宜通过疏肝气、和胃气，以达到降逆制酸的目的。所以，治疗GERD用疏肝和胃、降逆制酸法要贯穿治疗GERD的整个过程中。同时，根据肝胃不和证、肝胃郁热证、脾虚气逆证和脾虚痰阻证，配合相应的治法，并根据临床表现的兼症和突出症状，进行临证加减有利于提高临床疗效减少复发。

(3) 饮食和调护是提高疗效的关键

GERD为功能性疾病，其发病与情志、饮食、环境等因素有密切关系。因此，本病除药物治疗外，还要注意调畅心神，注意饮食与调护，这将有利于本病的功能恢复。

日常保持心情舒畅，避免喜怒忧思悲恐惊七情太过的刺激，为人处事要宽容豁达、乐观，要树立战胜疾病的信心。饮食要定时定量、少量多食，避免暴食暴饮和吃辛辣油腻生硬难消化有刺激性的食物，宜吃低脂、高蛋白质的食物，不吃过冷或过热食物，少喝浓茶、咖啡、巧克力和甜饮料，晚餐不宜过饱、临睡前不宜进食，进餐后避免立即平卧，应忌烟酒、保持大便通畅。衣着要宽松，不要穿紧身衣裤，同时要加强体育锻炼，防止形体肥胖，避免身体超重，睡卧最好采取右侧卧位，并将枕头垫高15~20cm，可减少反流。若在汤药中加入藕粉或白及粉1~2匙，并采取卧位服药，一口一口吞下，有保护食管黏膜并使中药与食管炎病灶充分接触，起到局部治疗与整体治疗相结合的作用，可提高临床疗效。

王永炎



王永炎(1938—)，男，天津市人。北京中医药大学教授、中医内科学专业博士生导师，国家级重点学科《中医内科学》脑病研究学术带头人。现为国务院学位委员会中医学中药学学科评议组召集人；中国工程院院士、医药卫生学部常委；中国科协第六届常委；中华中医学学会副会长、内科学会主任委员；《北京中医药大学学报》主编；现任中国中医研究院名誉院长。

从事中医内科医疗、科研、教育40年，研究领域为中医内科及神经内科学，主要研究方向为中医药防治脑病的临床与实验研究。先后主持与承担部局级以上科研课题8项；现承担国家“97.3项目”《方剂关键科学问题的基础研究》，为首席科学家。获国家级科技进步二等奖1项、三等奖3项；省部级科技成果一等奖4项。还获何梁何利基金“科学与技术进步奖”、立夫中医药优秀著作奖及求实科技基金奖。是全国急诊科室必备用药“清开灵注射液”的主要研制者之一，并率先应用于治疗缺血性与出血性中风，在中医治疗脑血管病方面取得了显著成就；起草并主持制定的《中风病诊疗规范》已在全国推广应用。主编与参编著作15部，发表学术论文80余篇。已培养医学博士32名，出站博士后8名。

完善辨证方法体系的建议

(摘要)

辨证论治是中医理论的核心。证候是人体对疾病病理生理变化整体反应的概括，是辨证的结果和论治的依据，是中医诊治疾病的基础，体现了中医学理论特色与优势。以信息学方法诠释，证候具有内实外虚、动态时空、多维界面的特征。

中医学重视临床医学。学者们关注着证候学与辨证方法体系的研究，企盼着被认可、能推广、立得住的证候规范，当然规范要在继承的基础上制订，以体现中医学学术自身的规律。遵循以象为素，以素为候，以候为证，病证结合，方证相应的原则，完善与推广辨证方法体系。证候因素，应证组合，降维升阶，从系统复杂性出发回归到清晰明瞭的规则，从非线性设计过渡到线性结果；从个案分析研究开始，推广到群体诊疗方案大样本的疗效观察。显然这是一件重要而艰巨的任务。

辨证论治是中医理论的核心，虽然非辨证论治即病与方相应进行治疗也是中医治疗学的一个组成部分，但辨证论治是中医临床医学的精髓。证候是人体对疾病病理生理变化整体反应的概括，是辨证的结果和论治的依据，是中医诊治疾病的基础，体现了中医学理论特色与优势。以信息学方法诠释，证候具有内实外虚、动态时空、多维界面的特征。课题组提出：以象为素，以素为候，以候为证，病证结合，方证相应，是辨证方法体系的理论依据。现围绕着完善辨证方法体系的问题，发表一些不尽成熟的建议，与同道一起研讨。

(一) 证候概念与特征的诠释

关于概念，有学者提出：证候是四诊信息表达的自组织、自适应

应、自稳态、自修复的目标动力系统。目标朝向健康，动力系统是在正邪相争的过程中，由邪伤正向正胜邪演变。如此看症状的出现和舌象、脉象、神色形态的改变，多是驱邪外出或正气自复的表现，尤其是与西医发病机制非相关的自我感受的症状，愈来愈为医生们重视。例如肝胆胃肠疾病，若见小便不利，治当加入助阳化气的药物，所谓通阳利小便的方法，而有利于主病的治疗。这种对证候概念的认识，将问题纳入到非线性复杂适应系统科学中讨论，其积极的意义在于既重视系统复杂性的复杂性又体现系统复杂性的简单性，从非线性到线性，从个体回到群体，符合中医学自身的规律。有学者提出：证是一种有机整合的功能态。笔者从中受到启发十分赞同。但鉴于新世纪科技的发展，人们认识到结构与功能一体；能量与质量一体；意识与物质一体，因此应考虑结构形态与功能意识在整体、活体的有机整合。课题组提出：证候是人体生理病理整体反应状态，具有内实外虚、动态时空、多维界面的特征。

关于诠释，包涵了理解、解释与应用三个要素。它曾经是语言学的内容，现已拓展到科技领域。我们在学习与借鉴既往的研究成果，提出证候是一个非线性的复杂系统，证是指对疾病所处的一定阶段的病机概括，或非疾病机体的一定阶段亚健康状态的概括；候是指这种病机或状态的可被观察到的外在表现。在讨论人体生理病理整体反应状态时，还要将其融入混沌的理念之中，注重无序向有序转化的过程。

证候的共性特征，其核心是内实外虚。内实外虚是指每一证候的信息群而言，决非证候虚证实证属性的定位，“内外”是信息学的表述，没有实际的位置意义。所谓“实”是指最能反映该证候病机的权重最大的关键内容，是群体在某一特定病变过程中，所具有的共性症状信息，是干预的依据。“虚”是指具体某一患者所表现出的一系列个性化症状信息，对于干预原则和方法具有一定的影响作用。“内实”部分指寓于诸多个性之中的共性；外虚则是表现于外

的个体化症状信息的集合。动态时空是指证候的发展变化而言。证候是一定时点与一定状态的产物，时间在推移状态在变化，证候就有可能发生由此及彼的改变。证候的“动态时空”与“内实外虚”特征密不可分，“动态时空”具体体现于证候系统的“内实”和“外虚”的内容具有在“时”与“空”两个方面的变动、演化、迁移和发展。“多维界面”指证候的构成及相互关系而言。“维”是指组成证候的各种因素，“面”是指证候可供医生观察的显现，“界”则是一证候与他证候之间的分水岭。证候的“多维界面”与“内实外虚”、“动态时空”的特征可分而不可离，贯穿于证候始终。对于证候特征的研究，我们借助于古今文献症状、证候、方剂、医案等知识库，运用信息学的方法手段进行诠释，探索其科学内涵，将另文研讨。

（二）证候因素，应证组合完善辨证方法体系

回顾证候研究的历史，建国以来，秦伯未、任应秋、姜春华、邓铁涛、赵金铎、欧阳琦等诸位先晋曾分别撰文著书，全面阐述和介绍了辨证论治体系，确立了辨证论治在整个中医诊疗体系中的重要地位，得到学术界的首肯，功在千秋万代。自上个世纪80年代以降，在国家中医药管理局组织下，吾辈学人着手证候规范的研究，先后出台了“国标”^{[2]41}、“行标”^[3]，至今已越10年以上，通过调查了解，若干证候规范认可程度较低，推广范围较小，其权威性与约束力较差。因此，建立被认可、能推广、立得住的证候诊断规范和疗效评价标准，完善辨证方法体系已成为当务之急。

概括证候规范研究的困惑，主要是证候的分类不统一，综合“国标”、“行标”、统编教材与规划教材各行其事，其辨证方法涵盖八纲、六经、脏腑、经络、卫气营血与三焦等，然证候名称不统一，课题组统计晚近20年中医证候规范研究7种书籍中常见证候多达1700余种，其统一表述的名称不足10%，至于证候诊断是在证候名下提出的，由症、舌、脉决定的，若证候分类与名称不统一，证

候诊断则无从统一。我们面对困惑如何寻求解决问题的方法。首先需要引进系统复杂性科学理念,针对证候诊断与评价系统的多阶多维多变量与动态时空的特征,需要降阶降维、降阶升维或降维升阶,由非线性向线性过渡,寻求简约清晰的表达,否则任何一个课题组都难以通过设置数以千计的证候名称来进行证候的规范。例如国家“七五”^[8]、“八五”^[9]攻关中风病课题组运用降维升阶的方法,通过证候调研提取出风、火、痰、瘀、气虚、阴虚、阳亢6个基本证候因素,纳入计量医学的量表之中,根据病人个体的症状信息进行应证组合,从而发现这种证候组合十分复杂,常见的就有54种组合形式,但落实到病患个体上,则可能是风+痰二种证候因素组合,抑或风+瘀+气虚三种证候因素组合,随着病程的推演还可对证候因素组合做动态的观察,及时调整治疗方药。

证候因素应证组合运用降维升阶的方法。这里所谓“维”,是指对常见证候进行简化分解之后的最基本的共性证候因素,在适当的范围内,维度越小,越容易掌握,使用者的可操作性越大。所谓“阶”,是指最基本的证候因素相互间的组合及与其他各种辨证方法的交叉,阶度越大,灵活性与适应性越大。如此使证候诊断与疗效评价标准规范不再是一种由各种具体证候单纯的线性联系组合的平面,而呈现出一种复杂的立体交叉的组合关系。在这种组合之中使用者有着极大的自由掌握的空间,这正符合患者个体差异及医生圆机活法的需求。

辨证方法体系应包括证候的名称、分类、诊断、辨证的程序与辨证行为等内容。古往今来诸多的辨证方法当以八纲辨证为基础。伤寒学派推崇六经辨证,温病学派创立发展了卫气营血与三焦辨证,针灸学提倡经络辨证,中医内科则汇合脏腑辨证,外感六淫、内生五邪、气血津液等多种辨证方法。为了完善辨证方法体系,适应证候量化诊断与评价的研究,需要从辨证行为的理念与证候因素的提炼两个方面进一步深化。证候量化当今常用的方法是人为半定

量的量表学方法，制订一张被认可的量表，需要效度、信度、敏感度的检验。然而怎样能正确使用它，首要是继承“以象为素，以素为候，以候为证”的理念与传统方法。象者现象、象征与法式，天地人，精气神都成“象”，象可以表达混沌边缘的自组织临界状态，是医师们通过悟性感受到的渗透于证候的整体反应状态之中的。具体说是舌象、脉象、脏象信息表达的证候和证候病机。素者因素、元素与素材，是构成事物的基本成分，是寓有象之意的人体神色形态的表现，是组合整体生理病理反应的各种因素，当然包括着症、舌、脉及一切来源于机体的信息。候指时空，按五日为一候，三候谓之气，全年七十二候，候指随时变化的情状，变化着的舌象、脉象与症状，则当以候为证。证是证明、证据，是据以认定事物的证据，也是表达整体生理病理状态的证据。象、素、候、证的联系体现了天人合一、整体观念与形神一体，如此我们寻求的是纳入到非线性复杂适应系统的证候量化方法，显然不能以淡化辨证论治为代价去追求“量化”。关于提炼证候因素的方法，课题组在文献调研的基础上，由专家设定包括外感六淫（风、寒、暑、湿、燥、火）、内生五邪（内风、内寒、内火、内湿、内燥）、气血相关（气虚、气滞、气郁、气逆、气脱、血虚、血瘀、血脱、血燥、出血等）、阴阳相关（阴虚、阳虚、阴盛、阳盛）等30个基本证候因素，各证候因素与各种辨证方法均可以相互交叉组合。这项应用基础研究有望纳入国家重点基础研究发展规划《证候》项目，制订与验证“证候规范研究”的方案。

（三）病证结合、方证相应是临床研究的重要途径

我国现行的医事制度，在中医医院的临床诊断，规范要求中医、西医双重诊断，既有中医病证、证候的内容也包括着西医的疾病诊断。所谓病证结合，联系到运用方剂治病，重点还在分析证候，对于“异病同证”，虽病不同而具有相同或相似的病理生理基础，

“证”相同则治法方药必有相同之处，若一种疾病不同的发展阶段中出现不同的证候，即属“同病异证”，“证不同”则治法方药当有相异之处。方证相应则指证候是处方的依据，反过来方剂又是检验证候诊断是否正确的手段。中医临床用药主要是用方剂治病。方剂的潜能蕴藏于整合之中，针对全息病证，融合调节、对抗、补充，启动自组织、自适应、自稳态、自修复的整体功能，求得和谐自然的整合效应。显然病证结合方证相应体现了整体观念与辨证论治的原则，若结合系统生物学与分子生物学现代科技手段，可探讨疾病病理生理变化、证候诊断规范与生物特征组合的关系；也可研究方剂治疗的物质基础与生物效应的相关性，从而加深对证候的生物学基础的认识，并为建立证候的疗效评价体系提供依据。

中医学重视临床医学。中医师们与关心中医药学科进步的学者关注着证候学与辨证方法体系的研究，企盼着被认可、能推广、立得住的证候规范，当然规范要在继承的基础上制订，以体现中医学学术自身的规律。遵循以象为素，以素为候，以候为证，病证结合，方证相应的原则，完善与推广辨证方法体系。证候因素，应证组合，降维升阶，从系统复杂性出发回归到清晰明瞭的规则，从非线性设计过渡到线性结果；从个案分析研究开始，推广到群体诊疗方案大样本的疗效观察。显然这是一件重要而艰巨的任务，然而新世纪将科学与人文的融合做为当代的主题，为具有自然科学与人文哲学双重属性的中医学提供了自由探索的空间。我们应该抓住机遇，团结一切热爱与关心中医研究的学者互相勉励，深化研究工作。

（国家重点基础研究发展规划《方剂》项目资助G1999054408）

参考文献

1. 邓铁涛主编. 中医证候规范. 邓铁涛医学文集. 北京: 人民卫生出版社, 2001, 1743~1746
2. 国家技术监督局、中华人民共和国国家标准. 中医病证分类与代码、中医证候名称与分类代码. 北京: 中国标准出版社, 1995
3. 国家中医药管理局、中华人民共和国中医药行业标准. 中医病证诊断疗效标准. 南京: 南京大学出版社, 1994
4. 国家技术监督局. 中华人民共和国国家标准中医临床诊疗术语证候部分. 北京: 中国标准出版社, 1997
5. 赵金铎主编. 中医证候鉴别诊断学. 北京: 人民卫生出版社, 1987
6. 梁茂新, 刘洪, 洪治平, 等. 中医证研究的困惑与对等. 北京: 人民卫生出版社, 2000, 126
7. 朱文锋主编. 中医诊断学 (高等院校统编教材). 上海: 上海科学技术出版社, 1995, 184
8. 国家中医药管理局脑病急症科研组. 中风病辨证诊断标准 (试行). 北京中医药大学学报, 1994, (17): 64~65
9. 国家中医药管理局脑病急症科研组. 中风病诊断与疗效评定标准的临床验证报告. 北京中医药大学学报, 1996, 19 (1): 57~59
10. 郭蕾, 王永炎, 张志斌. 关于证候概念的诠释. 北京中医药大学学报, 2003, 26 (2): 5~8
11. 张志斌, 王永炎. 证候名称及分类研究的回顾与假设的提出. 北京中医药大学学报, 2003, 26 (2): 1~4
12. 陆广莘. 中医学之道. 北京: 人民卫生出版社, 2001

石学敏



石学敏，男，中医、针灸学专家。工程院院士。1938年6月6日出生于天津市。1962年毕业于天津中医学院。现任天津中医学院第一附属医院名誉院长、教授、主任医师、博士生导师，中国针灸学会副会长，天津针灸学会会长，德国巴伐利亚洲中国传统医学院第一副院长，美洲中医学院及中医研究院名誉院长，天津市政协常委。从医42年中，为弘扬针灸学术并将其推向世界做出了突出贡献，是国家有突出贡献专家，天津市授衔针灸学专家。创立了醒脑开窍针刺法治疗中风病取得显著疗效，明显优于传统针法及药物治疗，并从多层次以至基因水平揭示了针刺作用的主要机理，该成果获1995年国家科技进步三等奖，1998年作为国家中医药十大科技成果推广项目在全国推广应用。率先提出针刺手法量学理论，改革刺络疗法，并开展相关研究，对捻转补泻手法确定了新定义和量化操作，使传统针刺手法向规范化、量化发展，该研究1999年作为国家中医药科技成果推广项目。2003年在醒脑开窍针刺法基础上发展起来的石氏中风单元被作为国家中管局科技推广中心推广项目在全国推广。同时积极开拓中医药领域，先后成功研发“脑血栓片”及“丹芪偏瘫胶囊”两种新药，造福中风病患者。此外，在某些急、危、难、重症的治疗及研究、腧穴及经络病研究、针灸人才培养等方面取得国家级、省部级科技奖励17项，1999年获天津市第三届科技兴市突出贡献奖，出版《中医纲目》等著作17部，发表论文30余篇。

1999年当选为中国工程院院士。

2000年获何梁何利基金科学与技术进步奖。

2001年获香港求是科技基金会杰出科技成就奖。

醒脑开窍针刺法治疗中风的临床及 基础实验研究

中风病是危害人类健康的四大主病之一，发病率在我国居首位，其死亡率高、后遗症多，给家庭和社会带来了巨大的负担。近些年来，全国各医疗及科研部门，对中风病的诊断、治疗及机理开展了多方面、多层次的研究，使得中风病的诊断与治疗水平日趋提高，发病和治疗机理的研究已达到了分子水平和基因水平。

自1972年，我提出醒脑开窍针刺法以来，我们对于中风的诊断、治疗、机理探讨开展了系统的临床研究和深入的基础研究，临床治疗患者达200万人次，形成了一套以针灸治疗为中心的中风诊疗体系。1995年以“醒脑开窍针刺法治疗中风的临床及实验研究”为题的科学研究获国家级科技进步三等奖，为建国以来中医临床研究所获得的最高奖励。此外，在针灸教学和针灸科研成果推广应用方面分别获得国家教学成果一等奖和科技成果推广二等奖。

1. 醒脑开窍针刺法

“醒脑开窍”法是针对中风病的基本病机瘀血、肝风、痰浊等病理因素蒙蔽脑窍致“窍闭神匿，神不导气”而提出的治疗法则和针刺方法。在选穴上以阴经和督脉穴为主，并强调针刺手法量学规范，有别于传统的取穴和针刺方法。

(1) 处方

主穴：内关（手厥阴心包经）

人中（督脉）

三阴交（足太阴脾经）

辅穴：极泉（手少阴心经）

委中（足太阳膀胱经）

尺泽（手太阴肺经）

配穴：吞咽障碍加风池、翳风、完骨；手指握固不力加合谷；语言不利加上廉泉及金津、玉液放血；足内翻加丘墟透照海。

(2) 操作方法

先刺双侧内关，直刺0.5~1寸，采用捻转提插结合泻法，施手法1分钟；继刺人中，向鼻中隔方向斜刺0.3~0.5寸，用重雀啄法，至眼球湿润或流泪为度；再刺三阴交，沿胫骨内侧缘与皮肤呈45度角斜刺，进针1~1.5寸，用提插补法，使患侧下肢抽动3次为主。

极泉，原穴沿经下移1寸，避开腋毛，直刺1~1.5寸，用提插泻法，以患侧上肢抽动3次为度；尺泽，屈肘成120度角，直刺1寸，用提插泻法，使患者前臂、手指抽动3次为度；委中，仰卧直腿抬高取穴，直刺0.5~1寸，施提插泻法，使患侧下肢抽动3次为度。

风池、完骨、翳风均针向喉结，进针2~2.5寸采用小幅度高频率捻转补法，每穴施手法1分钟；合谷针向三间穴，进针1~1.5寸，采用提插泻法，使患者第二手指抽动或五指自然伸展为度；上廉泉，针向舌根1.5~2寸，用提插泻法；金津、玉液，用三棱针点刺放血，出血1~2ml；丘墟透向照海穴约1.5~2寸，局部酸胀为主。

(3) 中风并发症的治疗

假球麻痹：针风池、完骨、天柱、翳风，向喉结方向，深刺2寸，施小幅度高频率捻转补法。或咽后壁点刺。

便秘：针外水道、外归来、丰隆。

呼衰：针刺双侧气舍。

尿失禁、尿潴留：针中极、曲骨、关元、三阴交。局部施灸、按摩或热敷。

共济失调：针风府、哑门、颈椎夹脊穴。

复视：针风池、天柱、睛明、球后。

癫痫：针人中、大陵、鸠尾、内关、风池。

肩周炎，针肩髃、肩髃、肩内陵、肩贞、肩中俞、肩外俞，痛点刺络拔罐。

血管性痴呆：针内关、人中、百会、四神聪、风池、四白、合谷、三阴交、太冲。

睡眠倒错：针上星、百会、四神聪、三阴交、神门。

(4) 治疗时间

每日针2次，10天为1疗程，持续治疗3~5个疗程。

2. 中风病的诊疗原则

(1) 诊断原则

中西医双重诊断，除临床症状和体征外，必须具备脑血管病的影像学证据如CT、MRI。

(2) 治疗原则

以“醒脑开窍”针刺法治疗为主，此外，根据病情需要，辅以降颅压、抗感染、降低血压之西药及支持疗法等。有手术指征的脑出血患者，应采用手术和针刺结合治疗。对于各种并发症，配用相应的穴位。

3. “醒脑开窍”针法治疗中风病的疗效及比较性研究

(1) “醒脑开窍”针法治疗中风病的疗效

近年来，我们应用严格、统一的诊断标准和国际公认的爱丁堡斯堪的纳维亚疗效评定标准，治疗临床各期中风患者9005例，疗效见表1~3。

表1 9005例中风病人疗效分析

总例数	痊愈(%)	显效(%)	好转(%)	无效(%)	死亡(%)	总有效率(%)
9005	5337	2085	1453	40	90	8875
	(59.27)	(23.15)	(16.14)	(0.44)	(1.0)	(98.56)

表2 病种与疗效

病种	例数	痊愈(%)	显效(%)	好转(%)	无效(%)	死亡(%)	总有效率(%)
脑出血	3077	1755	811	464	11	36	3030
		(57.04)	(26.36)	(15.08)	(0.36)	(1.17)	(98.48)
脑梗塞	5928	3582	1274	989	29	54	5845
		(60.42)	(21.49)	(16.68)	(0.49)	(0.19)	(98.59)

两组相比无显著差异。

表3 中风合并假球麻痹疗效分析

总例数	痊愈 (%)	显效 (%)	好转 (%)	无效 (%)	死亡 (%)	总有效率 (%)
521	337	101	75	6	2	513
	(64.68)	(19.39)	(14.40)	(1.15)	0.38	98.47

表1、2、3表明：醒脑开窍针刺法不论对脑出血、脑梗塞、假球麻痹的治疗同样有效，且总有效率均高达98%以上。

醒脑开窍针刺法治疗中风病，在中国针灸治疗学中独具特色，它以明确的调神、治神、开窍启闭的立法和严谨的手法量学规范操作，大大提高了治愈率，降低了致残率，减少了死亡率。

正由于“醒脑开窍”法注重了“神不导气是百病始生”的关键，依“主不明则十二官危”的理论根据，对中风后出现的一系列并发症、并发症及临床常见疑难病症，应用“醒脑开窍”针刺法，均取得了良好的疗效。

(2) 针刺、中药、西药治疗中风病的疗效比较

我们以往的临床研究已证实“醒脑开窍”针法治疗中风病的疗效明显优于传统的针刺方法。我们综合分析了近些年来全国各地应

表4 中西药物治疗脑卒中的治疗比较 (X²)

地域	治疗方法	中药组	西药组	P值	例数	治愈+显效%
成都	益气活血法	115	74.11	66	59.10	< 0.01
成都	活血化瘀法	46	70.43	28	60.00	< 0.05
上海	醒脑调神法	60	60.00	20	20.00	< 0.05
广东	活血化瘀法	31	62.29	32	34.28	< 0.05
山东	祛痰开窍法	120	74.17	40	45.00	< 0.05
江苏	活血化瘀法	100	65.00	100	51.00	< 0.05
大连	补气养血法	280	68.00	100	54.00	< 0.05
湖北	补气养血法	256	75.78	129	44.19	< 0.01
合计		1008	68.22	514	47.19	< 0.05

用针灸、中药治疗中风病的基本具有可比性的临床研究资料(并具备西药对照组),进行了中药与西药、针刺与中药、针刺与西药疗效的文献比较,见表4~5。

表5 醒脑开窍针刺法和中药疗法的比较 (X²)

类别	例数	临床治愈+显效%
醒脑开窍针法	9005	82.42 ^{△△}
其他针刺法总汇	567	76.11 ^{*△△}
中药疗法总汇	1008	68.72 ^{**△△}
补气养血疗法	256	75.78 ^{**△△}
西药疗法总汇	514	47.19 ^{**}

** 与醒脑开窍针法比较 $P < 0.01$, * $P < 0.05$

△△与西药疗法比较: $P < 0.01$

从表4、5中可以看出,中风病的临床疗效中药优于西药,针灸优于中药而且优于中药疗法最高的补气养血法,醒脑开窍针刺法则明显优于其他各类疗法,而且临床研究证实应用越早疗效越好。

4.“醒脑开窍”针刺法治疗中风的基础实验研究

“醒脑开窍”针刺法临床上取得了良好的疗效,在此基础上,前些年我们先后从血流动力学、血液生化学、血液流变学、免疫学及神经电生理学等多方面对该针法治疗中风病的临床作用机制进行了系统的临床研究(详见前五届学术会议论文)。为深入探讨其作用机理,近年来,我们从微循环血流改善、超微结构改变、脑神经递质变化、脑学习记忆功能改善、再灌注损伤和自由基水平、细胞内钙离子超负荷、DNA、RNA转录活性等方面进行了实验研究。

(1)“醒脑开窍”针刺法对脑缺血及再灌注损伤影响的实验研究结果证实:

- ①针刺可提高SOD活性,降低LPO含量。
- ②针刺可改善脑组织钙离子超负荷。

(2)“醒脑开窍”针法干预大鼠实验性脑梗塞的形态学研究
结果证实:

①缺血改善:脑组织内可见多而充盈的代偿血管,脑缺血得到明显改善。

②亚细胞改善:对照组线粒体、内质网肿胀,胞核内异染质增多,针刺后上述改变较轻。

③RNA量:与对照组相比,针刺组RNA的量明显增多。

(3)“醒脑开窍”针法对局灶性脑缺血模型大鼠脑微血管系统
机能形态及能量代谢的影响

结果证实:

①脑血流及微血管自律运动:脑血流增加,自律运动改善。

②微血管形态:非针刺组血管形态僵直,呈串珠样节段性痉挛,针刺组形态基本正常。

③能量代谢:非针刺组细胞色素氧化酶大量耗竭,针刺组有明显改善。

(4)“醒脑开窍”针法对MCAO大鼠脑单胺类神经递质影响的
实验研究

结果证实:

针刺可调节MCAO大鼠脑内单胺类递质的异常,表现为提高异常降低的纹状体、海马及大脑皮质的去甲肾上腺素和5-羟色胺水平,调节多巴胺的合成和降解代谢。

(5)针刺的脑机制——正常大鼠脑对不同穴位刺激反应的形态学
研究

结果证实:

①针刺足三里、天枢,兴奋了脑内调节内脏和情绪的结构,丘脑网状结构及镇痛环路。

②人中、涌泉等急救穴则显示出脑对外界环境的反应性显著降低。

③神门、内关穴则兴奋丘脑内侧背核（从事形体和内脏冲动的整合）。

（6）针刺对快速老化痴呆模型小白鼠（SAM-P/8）脑功能影响的实验研究

结果证实：

- ①针刺可改善 SAM-P18 记忆力障碍及行为学异常。
- ②针刺可提高 SOD 活性，降低 LPO 含量。
- ③针刺可降低兴奋性氨基酸含量，减轻其神经毒性作用。

（7）针刺对多发梗塞性痴呆模型大鼠影响的实验研究

结果证实：

- ①行为学实验表明针刺可改善记忆障碍。
- ②针刺可降低兴奋性氨基酸水平，提高脑及血浆 SOD 活性，降低 LPO 含量。
- ③针刺可提高脑内乙酰胆碱含量。
- ④针刺可提高血浆一氧化氮含量，可能是改善脑循环的重要因素。

（8）针刺对快速老化脑萎缩模型小白鼠（SAM-P/10）脑和肝核蛋白质的影响

结果证实：

- ①低迁移率非组蛋白质随增龄有增加的趋势，针刺可降低此趋势，以人中、内关为最佳。
- ②高迁移率非组蛋白质随增龄有下降的趋势，针刺可使其上升，以人中、内关为最佳。

针刺人中、内关后，在 43KD 附近，蛋白谱带色加深，幅增宽。属何性质待研究。

（9）针刺对大鼠脑中胆囊收缩素（CCK）mNRA 基因表达的变化。

结果证实：

①针刺人中穴后6小时，CCK的mRNA表达明显上升，24小时后，回降到针前水平。

②针刺风府后3小时，CCK的mRNA表达明显上升，24小时后，回降到针前水平。

③非穴位刺法使CCK的mRNA维持上升。

(10) 针刺对快速老化鼠活性基因影响的实验研究
结果证实：

①针刺可使老龄SAM-P/8脑、肝细胞核活性基因数增加，基因转录水平提高。

②针刺可使老龄SAM-P/8脑细胞核非组蛋白(NHCP)含量有所提高，从而提高了对活性基因转录的调控能力。

(11) 针刺对快速老化脑萎缩模型小白鼠(SAM-P/10)行为学及细胞凋亡相关因素影响的实验研究

结果证实：

①针刺可明显升高SAM-P/10脑组织超氧化物歧化酶(SOD)活性，降低脂质过氧化物(MDA)含量。

②针刺能促进SAM-P/10脑组织一氧化氮(NO)的合成。

③针刺可抑制SAM-P/10脑神经细胞凋亡。

以上临床及基础实验研究证实，醒脑开窍针刺法确实为治疗中风病有效的针刺方法，临床及基础实验表明此针法可有效地改善脑血液动力学状况，提高SOD活性，降低LPO含量，调节神经递质含量，降低Ca²⁺细胞内流，减缓细胞凋亡，提高DNA复制，改善mRNA转录，从而发挥其临床治疗作用。

张伯礼



张伯礼，男，56岁。教授，博士生导师，研究员，天津中医学院院长，第一附属医院副院长。中国中西医结合学会副会长、中华中医药学会内科分会副主任委员、中华中医药学会临床药理分会副主任委员、国家药品监督管理局GCP专家工作委员会委员、科技部“十五”重大科技专项“创新药物与中药现代化”总专家组成员。主要从事中医药防治心脑血管疾病和中医药现代化基础研究。

中西医结合治疗“SARS”若干问题探讨

张伯礼 张军平

摘要:通过对SARS患者临症观察和治疗中存在的棘手问题进行了探讨,就SARS的病机提出了热毒、正虚、血瘀、痰浊为主,病损在肺,同步殃及心、肾、脾胃等主要脏器。各期的主要病机为:发热期以毒与热为主,喘憋期以瘀和浊为主,恢复期以正虚为主。治疗上明确了激素在发热期不用,喘憋加重期要足量使用,进入恢复期后,撤减激素时一定要谨慎;对恢复期的治疗、肺纤维化的问题和自限性疾病的认识进行了初步的探讨。

关键词: SARS; 中医学; 益气活血; 治疗

中图分类号: R254.25 **文献标识码:** A

文章编号: 1672-1519 (2003) 04-0008-04

严重急性呼吸综合征 (Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS) 是由 SARS 病毒感染、临床表现呈非特异性的一组症候群,具有强烈的传染性、较高的病死率和聚集发病等一系列特征^[1]。中西医结合治疗可以减轻临床症状,缩短病程,提高治愈率,起到比较稳定的疗效。但是同样也存在着许多问题,下面就中西医结合治疗 SARS 过程中出现的一些棘手问题的治疗体会报告如下。

1. 临床表现

临床表现:疾病初期以发热为主,多伴有头痛、头晕、乏力、身体不适、肌肉酸痛和恶寒等症,可见干咳、胸闷等症。进入发热期,患者可见发热、咳嗽、憋气(呼吸困难)、胸闷、气短、气粗(促)、喘促,伴随精神不振的精神症状,出现恐惧、焦虑、多虑等心理情志改变,由此引发食少纳呆、口苦、懒言、语音低怯、乏力、烦躁等症状。进入喘憋期,可见发热、咳痰、痰色白、气短、胸闷、

动则喘促、口唇发绀、舌体瘀斑症，伴随出现肢体困重、身重、头晕、神疲、乏力、咽喉干、失眠、口干、口粘、烦躁不安等不适，出现精神疲惫、萎靡等精神症状。进入恢复期后，患者主要表现为低热或身热不扬、自汗、盗汗、入睡困难、心悸，或活动后气短。在整个病程中，患者舌象可见红绛、暗红、暗淡，舌体变化不大，舌苔多腻，或黄或白，亦有少苔、剥脱苔。

影像学检查：胸部X线特征为多数患者初期以单侧肺为主，病灶多为一处，且多在中下野和外侧，最初多为典型的小面积、片絮状或云雾状影，其中肺纹理增多、走行紊乱、模糊，并随病情进展出现网织状改变，在较短的时间内病变快速进展，发展为双侧和大面积的病变，胸片的表现与呼吸道症状的严重程度不相称，恢复期部分病人可见肺纤维化。

CT扫描：检查的结果也显示病灶多发性，两侧分布，以两下肺野多见；斑片状、大片实变影，胸膜下局灶性实变和毛玻璃样模糊影，伴有支气管充气征；肺泡内点状高密度影聚集（肺泡内浸润性改变的特征标志）。在恢复后期，大部分病人经过CT扫描观察，其肺部存在的片状、条索状、结节状的阴影，初步分析看来可能是一种增生性的炎症或间质性的炎症，亦有学者指出这是一种炎性假瘤（一种类纤维化样的病变）。真正的肺纤维化的确是存在的，但发病率很小，不超过10%。

实验室检查：初期发病时，患者的血常规大多在正常范围内，表现为体温升高而白细胞不升高。随着病情的进展，最为常见的异常是淋巴细胞减少、白细胞减少、血小板减少等变化，进一步出现CD₃、CD₄、CD₈含量下降和比例失调等变化，心、肝、肾等各主要脏器出现损伤，酶学指标偏高等。

临床表现和实验室检查也并不完全一致，临床常可见到病人的3个不一致，即症状和病情不一致，病情和实验室指标不一致、实验室指标和预后不一致。因此，对SARS患者的诊治要密切观察，

随时调整治疗方案。

2. 疾病的传变

在病程的进展中，清代叶天士对温热病所总结的“大凡看法，卫之后方言气，营之后方言血”的传变规律，在SARS的发病过程中难以符之。由疫毒侵袭肺卫始动，往往不经过常态的卫气营血传变，卫分症状轻而短暂，气分症状重而迅速，波及血分的症象很少见到，是一种典型的疫病表现，且在壮热阶段旋即见到耗气伤阴的表现，直接出现疫毒炽盛、气阴两伤的变化。在病情发展演变过程中，疫毒、气虚、血瘀、痰浊等变化交互出现，损害肺脏，波及心、肝、脾胃、肾诸脏腑；在病位上，所谓“始上焦终下焦”的温热病特征，在SARS的病情演变中也难以显现，临床观察往往是SARS疫毒之邪自始至终以攻击肺脏为主，并同期开始攻击它脏，呈现多脏器损害同步进行的表现。

3. 病机认识

热毒、瘀浊、正虚是SARS的三大病理变化^[2,3]。热毒由疫而生，侵袭肺卫，主损在肺，同步殃及心、肾、脾胃等主要脏器，导致脏气虚弱，气血运化失调，脉络瘀滞，瘀阻痰生。痰浊、瘀血、疫毒交错为害，耗气伤阴，损脏伤腑，是本病的主要病理变化。在病情发展变化中，肺热移肠，则可导致腑气不畅，浊气不降，疫毒闭肺，往往出现喘憋而咳，少痰或无痰；疫伤心神，则可见到惊惕不安，惶恐不可终日。该病的病理特点是临床分期清楚，各期病机明确，在发热期，以毒与热为主；在喘憋期，以瘀和浊为主；在恢复期，以正气虚弱为主^[4]。各期虽有重点，但往往病机交错，证候重迭，相同的症状，出现在不同病期，也表现各不一致。例如发热一症，在发热期一般表现为恶寒发热；在喘憋期，多为壮热，或日晡发热；进入恢复期，则往往出现身热不扬的低热表现。咳嗽，在发热期多为干咳、少痰或无痰，喘憋期则见咳而气急、痰粘难以咯出，恢复期则往往咳嗽气短、动则喘促、痰色白、喜热饮等等。

4. 诊断方法

目前的诊断主要基于临床,也就是“确诊主要看是否有密切接触史,疑似主要看临床特征性表现”。临床确诊要有密切接触史、流感样症状(如发热、身痛)持续、胸片可在3~5日内加重以及抗生素治疗无效,是必需的条件^[5]。此外,由于SARS的临床表现没有特异性,所以排除其他病原造成的“非典型肺炎”的临床表现,是诊断中较为重要的一环。在诊断中,对于流行病学的1.2标准(1.1.与发病有密切接触史,或有传染给他人的证据;1.2%发病前2周曾到过或居住有疫情的区域)的理解不同,难免有扩大化的倾向。日前,在诊断上存在着以下几个方面的认识,那就是病原学的问题显得非常重要,但病原学的研究的确存在困难,如何采集标本,如何分析,目前都是很棘手的问题,所以早期诊断是最为迫切的大问题。初步的研究表明,在用RT-PCR技术检测SARS病毒时,选取咽拭子采集标本是比较满意的。

对抗体的认识,IgG和IgM有一定的特异性和敏感性,抗体产生的时间为20日者为30%阳性,30日者为60%,50日者后达100%阳性。其检测方法目前有两种,即免疫荧光法(2周)和ELASA法(3周),在抗体的检测时,目前的要求是双份血清,两种方法同时进行更为准确。随着康复病人随访,SARS病毒的抗体能持续多久?是终身的,还是一过性的?目前的观察表明在50日以后IgM开始下降,而IgG还处在一个较高的水平。

在中医学诊断方法上,辨舌在SARS病的辨证分期中具有比较重要的作用,尤其是在重症患者的给药中具有重要作用。患者舌体变化多不明显,舌质暗红,亦可见到紫暗、红绛,舌苔多薄白、亦有微腻、或微黄腻等变化。脉诊在SARS患者的临症过程中,往往由于穿戴多层防护手套以后,医生手指大多麻木,指下感觉明显迟钝,迟数之异虽然易辨,但滑、弦、细等确实“在心易了,指下难明”,所以在诊治过程中往往舍“脉”从证,但这与传统脉症不符

之时的取舍则截然不同。

5. 治疗体会

SARS病情变化迅速，进展急剧恶化，疗效个体差异大，临床变化比较复杂，常常出现多种变证、坏证。在治疗过程中，中医药在发热、喘憋、恢复等各期均可介入，且各期都具有相对优势。通过临床观察，把握病机，分期证治。发热期病机重点在毒在热，喘憋期的病机关键是瘀是浊，恢复期则主要以虚为主。把握病机，清热、祛瘀、补虚分期证治，便于从整体上把握疾病的进展、转归。相同的症状，在不同时期有不同的表现，病理价值也不尽相同。

大部分患者出现病理表现在先，临床症状滞后，而且各期常有重叠交错，因此在把握疾病演变规律基础上，下一阶段的治疗药物可前移施治。如在发热期后时段，可提早使用活血化瘀药物；喘憋期后段可提前给予益气生津之品。SARS疫病，病位主要在肺，治肺当治气，气以通为治。肺实者，以葶苈大枣、小陷胸泻肺；腹满者，以枳实导滞、承气类通腹；气虚血瘀者，以益气活血方药，都能取得减少渗出、促进渗出吸收、消散、防止纤维化的作用。

面对SARS这一新的传染病，其治疗中的棘手问题比较多，下面就几个共性问题与大家共同探讨。

(1) 激素的使用

在SARS的治疗中，从目前的分析来看，共识是激素的运用具有不可替代的地位。早期糖皮质激素（如甲基强的松龙）的使用，在阻断SARS超敏反应，减少损伤，减轻中毒症状，改善预后等方面具有重要的作用。鉴于对SARS发病机理的进一步认识，中期的免疫偏离和后期的免疫缺陷已经得到学者们的认可，免疫功能受到抑制在SARS的发病过程中已是不争的事实，所以激素的运用时机显得尤为关键。在临症中，笔者的体会是：发热期（发病1~5日）尽量不用，进入喘憋加重期（渗出进展）要尽早使用。使用原则为初期一定要足量，但是不能把足量理解为大量，40mg的剂量已经

不少，一般在80~320mg范围内调整，个别病人由于病情需要，可以加量，甚至达到1g/日；临床的使用技巧为能小量不大量，周期上能短期不长期，对中后期的病人即使肺片的阴影加大，也不能一概以渗出加重，应该高度考虑二重感染的可能，所以不必加大激素用量，可酌选抗生素治疗。

减量的原则以病情趋于稳定，肺部的渗出开始吸收，即肺片的病变面积不加大，病灶数不增加为标准。在撤减激素的全程中，应该配合中医药。可以先停静脉滴注，改为小剂量口服，然后逐渐撤掉。停减的方法为3~4日减40~80mg，较大剂量(4~8mg/kg.w)，可减半递减。

对于激素的给药方法，脉冲给药与标准给药没有统计学的差异，但笔者建议务必慎用冲击量；临症观察也表明激素剂量大小与退热时间没有显示出一定的相关性。

(2) 肺纤维化问题

在恢复后期，大部分病人经过CT扫描观察，其肺部存在的片状、条索状、结节状的阴影，初步分析看来可能是一种增生性的炎症或间质性的炎症，亦有学者指出这是一种炎性假瘤（一种类纤维化样的病变）。真正的肺纤维化的确是存在的，但发病率很小。在治疗上，抗生素效果并不显著，中医药具有明显的优势，运用益气养阴、活血化瘀、软坚散结药物治疗4~8周后，肺片中的条索、结节状大阴影部分可以吸收、消散。有些原来已诊断怀疑为肺纤维化的患者，在服用中药后一段时间后，其条索状、结节状阴影也得到吸收、改善，这又再次提醒我们，对SARS患者肺纤维化的诊断应该慎重。

(3) 恢复期的问题

对进入恢复期的病人，出院标准并不是治愈标准。病人要坚持治疗一段时间，具体时间因人而异，多在4周以上，有些患者甚至长达几个月。病人主要表现为在症状方面有气短乏力、咳嗽、心悸、

自汗、盗汗、纳呆、失眠、口干、喜热饮、口苦、口粘、失眠、小便黄赤等；体征方面细胞免疫功能多未恢复，存在淋巴细胞偏低， CD_3 、 CD_4 、 CD_8 的含量、比例失调；影像学方面，患者多存在片状、条索状、结节状的阴影；部分脏器功能损伤尚未恢复，因此笔者认为部分病人的出院标准只是一个解除隔离的标准，而不是临床治愈标准。

患者主要因为气阴两伤，肺脾气虚，湿热瘀毒未尽，因此运用益气养阴、健脾除湿法方药多获得良好的疗效。对于恢复期的患者，肺中的渗出存在着吸收消散和纤维化两种可能，如果停止治疗，有可能逐渐发展为肺纤维化，而采取正确的方法及时治疗，则可以起到帮助组织修复，防止肺纤维化，改善脏器功能，提高患者生存质量的作用。在促进慢性增生性炎症的吸收、修复患者的脏器功能、改善症状等方面，中医药具有不可替代的优势。

(4) 自限性疾病

SARS是自限性疾病，对这种观点，笔者认为自限性疾病只能是相对的概念。处理原则应该是：不能依赖自限，尤其是在恢复期的治疗上，应该持续治疗一段时间。辨证论治、个体化治疗的中医药特色，具有不可替代的地位。

参考文献

1. PeirisJSM, LaiST, Poon, LLM, etal. Coronavirus as a possible cause of severe acute respiratory syndrome [J]. Lancet, 2003, 361: 9366.
2. 王永炎.严重急性呼吸综合征证治浅析[J].天津中医药, 2003, 20 (3): 1
3. 张军平, 张伯礼.SARS的中医药辨证治疗体会[J].天津中医药, 2003, 20 (3): 22

4. 张伯礼, 王晓晖. 非典的中医命名、分期及病机[J]. 天津中医药, 2003, 20 (3): 12
5. 中华人民共和国卫生部. 传染性非典型肺炎临床诊断标准试行[S]. 中国医学论坛报, 2003, (1): 52
6. 天津中医治疗非典指挥部. 天津地区传染性非典型肺炎中医药治疗技术方案[J]. 天津中医药, 2003, 20 (3): 108

健脑益智颗粒治疗血管性痴呆的 随机双盲临床研究

张伯礼 王永炎 陈汝兴 王荫华
宫涛 张云岭 马寰

摘要：开展中医药治疗血管性痴呆（vascular dementia, VD）的疗效观察及评定方法的研究。方法：采用多中心、随机双盲对照的研究方法，选取符合VD纳入标准的轻中度患者242例，其中中药治疗组89例（口服健脑益智颗粒），西药对照组106例（口服喜得镇），安慰剂组47例。治疗60天后，采用简易智力状态检查表（MMSE）、Blessed行为量表（BBS）和中医症状分级评分的方法进行疗效评估。结果：中药治疗组总有效率为58.4%，较安慰剂组及西药对照组治疗效果为优。该药在整体调节、改善全身机能状况方面优势明显，不仅对轻中度VD智能障碍的核心症状及智能障碍所致的功能活动下降具有改善作用，而且还具有明显减轻或消除周边症状的作用。结论：健脑益智颗粒治疗VD疗效确切，值得推广。

关键词：血管性痴呆；中医药治疗；随机双盲对照；疗效观察

血管性痴呆（vascular dementia, VD）是最常见的老年期痴呆之一。本研究作为国家“九五”攻关课题“益肾化浊法治疗血管性痴呆临床和实验研究”的部分临床试验内容，历时5年，采用多中心、随机双盲对照的方法，开展了中医药治疗VD的疗效观察及评定方法的研究，现报告如下。

（一）临床资料

1. 诊断标准

依据世界卫生组织（WHO）正式公布的美国精神神经疾病分

类学中 VD 诊断的 DSM- IV 标准 (1), 制定如下标准:

- (1) 确定有痴呆存在;
- (2) 阶梯式进展的病程, 早期功能缺损呈斑块状分布;
- (3) 有局灶神经症状或体征;
- (4) 病史、体检及影像学支持脑血管病诊断, 与痴呆有密切关系。

痴呆的分度: 采用临床痴呆评定量表 (clinical dementia rating, CDR) (2), 分轻、中、重 3 度。

轻度指能工作, 但社会活动受到明显影响, 保持独立生活的能力、个人卫生和判断力相对完整。

中度指独立生活能力受到影响, 某种程度上需要他人的照料。

重度指每天生活严重受影响, 随时需要他人照料, 无法保持个人卫生, 明显的语无伦次或缄默不语。

2. 纳入标准

- (1) 符合上述痴呆诊断标准及轻、中度临床诊断;
- (2) 脑血管病发病时间明确, 影像学支持梗塞和出血诊断, 在发病 3 个月内出现痴呆, 并持续 3 个月;
- (3) Hachinski 缺血积分 [HDS 评分标准 (3)] ≥ 7 分;
- (4) 除外其他原因引起的痴呆。

3. 排除标准

- (1) 早老性痴呆 (AD) 或其他类型痴呆及重度 VD 患者;
- (2) Hachinski 缺血积分 < 7 分;
- (3) 合并严重心、肺、肾功能障碍者, 重症糖尿病及精神病史者;
- (4) 近期曾系统接受过中、西医治疗者。

4. 临床资料选择

1996 年 4 月 ~ 2000 年 6 月间以下单位: ①天津中医学院中医药研究中心脑病门诊; ②上海中医药大学附属龙华医院心脑血管科;

③北京大学第一医院神经内科收集的合格病例，并符合上述标准。按照随机配对原则，将入选合格病例分为中药治疗组110例，西药对照组110例，安慰剂组50例。治疗期间中药治疗组：1例死亡，8例患者服用了其他亲智能西药，12例未能坚持治疗；西药对照组：2例死亡，2例患者未能坚持治疗；安慰剂组：2例死亡，1例未能坚持治疗。以上病例均被剔除。统计病例：中药治疗组89例，西药对照组106例，安慰剂组47例。全部合格的242病例中，男174例，女68例，年龄分布为52~86岁。以60~69岁为多，占59.5%。全部病例均符合血管性痴呆和老年痴呆病的临床诊断，其中轻度185例(76.4%)，中度57例(23.6%)。3组在发病年龄、性别、文化程度、病程、合并症、家族史上差异均无显著性($P>0.05$)，见表1。

表1 各组治疗前临床资料的基线比较

组别	病例数		性别比		年龄(岁)			文化程度构成比 文盲:小学: 中学:大学	病程 (月, $\bar{x} \pm s$)	合并症比		家族史比	
	男	女	男	女	最大	最小	平均($\bar{x} \pm s$)			有	无	有	无
中药治疗	64	25	2.56 : 1		86	60	74.35 ± 7.12	1: 275; 6.0; 1.38	11.51 ± 9.32	8.67 : 1		1.70 : 1	
西药对照	76	30	2.53 : 1		85	52	76.2 ± 6.67	1: 2.06; 55; 1.06	12.50 ± 8.33	9.64 : 1		1.69 : 1	
安慰剂	34	13	2.61 : 1		79	55	73.59 ± 8.74	1: 2.51; 7.5; 1.55	11.04 ± 10.55	7.80 : 1		1.76 : 1	

(二) 方法

1. 治疗方法

中药治疗组：给予健脑益智颗粒(批号970601，由制何首乌、炙黄芪、川芎、女贞子、锁阳、菟丝子、石菖蒲、胆南星等组成)，每次2袋(每袋5g，每克含生药4.3g)，1日2次，空腹温开水冲服。西药对照组：采用健脑益智方1号(批号970703，将喜得镇粉碎成颗粒状，加入苦味素、食用色素)，每袋5g(含喜得镇1mg)。安慰剂组：采用健脑益智方2号(批号970602，用炒麦芽加入苦味素、

食用色素),每袋5g(含炒麦芽3g)。3种药的外形、大小、颜色以及服法、剂量完全相同,均由亚东制药厂生产并提供。治疗、对照用药均由专人发放,处方的临床观察医师、测定各项量表的专业人员和患者均不知实情。治疗期间除合并高血压、糖尿病、感染等疾病可对症降压、降糖、抗感染外,不使用其他具有抗凝、扩血管、亲智能等作用的中、西药。3组均30天为1个疗程,共治疗2个疗程(60天)后进行疗效判定。

2. 观察项目及检测方法

采用定式检查表进行一般资料及临床病史的收集,于治疗前后分别进行简易智力状态检查表(MMSE)(4),Blessed行为量表(BBS)(5)检测,及中医证候学观察,记录治疗前后的变化,评定疗效及毒副反应。

3. 统计学方法

应用SAS8.0软件进行分析。治疗前后疗效(量表)用配对t检验,疗效比较采用Ridit分析、交差积差(cross product difference, CPD)分析进行统计学处理。定量资料用方差分析。

(三) 结果

1. 痴呆疗效判定标准

参照《中药新药治痴呆的临床研究指导原则》(6),以MMSE-R得分为主要参考指标,采用尼莫地平法计算,公式:〔(治疗后积分-治疗前积分)÷治疗前积分〕×100%,以百分数表示。评定标准:显效≥20%;有效≥12%,但<20%;无效<12%;恶化≥-20%。认知功能、行为能力改善情况,评定标准同上。

2. 中医证候疗效判定标准

依据《中药新药治疗痴呆的临床研究指导原则》(6)中医证候疗效评定标准拟定。显效:治疗后症状积分值下降(与治疗前症状平均积分值比较)≥2/3;有效:症状积分值下降在1/3~2/3间;无

效：症状积分值下降 $\leq 1/3$ 。

3. 各组治疗后疗效比较

见表2。运用SAS软件分析得出 $X^2(Hc) = 18.4795$, $P = 0.0001$, CPD分析表明3组比较差异有显著性, 又因为CPD中药治疗组 $= 2.6386$, $P < 0.05$, 说明中药治疗组临床疗效与对照组(西药对照组、安慰剂组)比较, 差异均有显著性。按CPD值大小分析, 中药治疗组优于西药对照组和安慰剂组。

表2 各组治疗后疗效比较

组别	例数	显效(例)	有效(例)	无效(例)	恶化(例)	总有效率(%)
中药治疗	89	35	17	32	5	58.4* Δ
西药对照	106	36	15	47	8	48.1*
安慰剂	47	4	7	30	6	23.4

注：与安慰剂组比较, * $P < 0.01$; 与西药对照组比较, $\Delta P < 0.05$

4. 各组治疗后中医证候疗效比较

见表3。中药治疗组及西药对照组与安慰剂组比较, 差异均有显著性($p < 0.01$), 中药治疗组与西药对照组比较, 差异亦有显著性($p < 0.05$)。

表3 各组治疗后中医证候疗效比较

组别	例数	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
中药治疗	79	17	41	21	73.4* Δ
西药对照	84	14	32	38	54.8*
安慰剂	47	4	10	33	29.8

注：与安慰剂组比较, * $P < 0.01$; 与西药对照组比较, $\Delta P < 0.05$

5. 各组治疗前后认知功能及智能亚项积分比较

见表4。中药治疗组和西药对照组治疗后可明显提高MMSE积分，与安慰剂组比较，差异有显著性 ($P < 0.01$)，中药治疗组与西药对照组间比较差异无显著性。

6. 各组治疗前后行为能力亚项积分比较

见表4。中药治疗组和西药对照组治疗后均可明显提高BBS积分，与安慰剂组比较差异有显著性 ($P < 0.01$)，中药治疗组和西药对照组间比较差异无显著性。

表4 各组治疗前后MMSE、智能亚项、BBS及行为能力亚积分比较 (分, $x \pm s$)

组别	n	MMSE	智能亚项				BBS	行为能力亚项
			定向	语言	视空间结构	回忆		
中药组	89	16.53 ± 8.32	7.21 ± 3.76	1.96 ± 1.28	1.30 ± 1.20	1.28 ± 0.71	1.67 ± 1.03	1.51 ± 1.02
西药组	136	16.77 ± 7.51	7.77 ± 3.82	1.51 ± 1.38	1.18 ± 1.21	1.41 ± 0.82	1.50 ± 0.91	1.57 ± 0.96
安慰剂	27	16.34 ± 4.24	7.25 ± 3.22	1.32 ± 1.32	1.12 ± 1.29	1.38 ± 0.77	1.43 ± 0.74	1.54 ± 0.70

注：与安慰剂组治疗前比较， $P < 0.01$

7. 各组治疗前后其他症状改善情况

健脑益智颗粒治疗后可对周边症状均有明显改善作用，其中对头痛、耳鸣、舌麻、尿后余沥、便干便难、肢体拘急抽搐、手足麻木、四末发凉等症状改善较喜得镇为优。

8. 毒副反应

中药治疗组 89 例患者治疗期间血、尿、粪常规及肝、肾功能检查均未见异常。

(四) 讨论

本病属多因素致病,病程漫长,临床证候表现多样,病机不断演化转变。临床研究表明,起病较急、病情波动、阶梯样下滑为 VD 病情发生发展的特点。提示辨证诊断应先分期、再分型,并依据疾病发展的不同时期,轻重程度差异,以及不同证型特点进行论治。

本病早期多虚实并见,积极治疗不仅可以改善智能障碍核心症状,还可明显减轻甚或消除困扰和影响患者生活及社会活动的周边症状,如头痛头晕、失眠、心烦急躁、便干便难等,在一定程度上稳定和控制病情,取得肯定的近期疗效。

健脑益智方具有补肾益气、祛痰活血、降浊醒神之功效,主要适用于早期轻中度 VD。方中制何首乌、炙黄芪为君药,用补肾益气,滋养脑髓,健脑益智。女贞子补益肝肾,明目益智,助主药补中安五脏,养精神;菟丝子助阳益阴,固精缩尿,补肾养肝,明目止泻;锁阳补肾助阳,益精养血,强筋壮骨,润肠通便,上药共用为臣;川芎、石菖蒲、胆南星活血祛痰,通降浊邪,散发蕴毒。诸药合用脾肾双补,通降浊邪,以醒神健脑,且补中兼通,痰瘀并治。

基础医学研究结果(另文发表)亦证明,健脑益智方对大鼠多发梗塞性痴呆模型的缺血脑组织病理形态学、神经肽类物质、兴奋性氨基酸、单胺类神经递质以及行为学等均具有调节和改善作用,尤其以术前中药组效果明显。通过运用体外培养 13 周龄合法健康病人胚大脑神经细胞,观察表明健脑益智颗粒对血清正常培养条件下的人胚大脑神经细胞无损伤及毒害作用,对缺氧培养条件下人胚大脑神经细胞有保护作用。

本课题采用国际上公认的广泛应用于痴呆评定的标准化量表, 分别对患者的认知、记忆、语言、视空间技能、以及社会活动和生活能力、个性情感等全面进行评价。结果表明, 健脑益智颗粒可明显提高MMSE积分, 降低BBS积分。对轻中度VD智能障碍核心症状有改善作用, 对智能障碍所致功能活动能力下降也具改善作用, 而且还具有明显减轻或消除周边症状作用。本药品使用安全, 具有肯定的近期疗效。

(致谢: 北京中医药大学孟庆刚博士采用了CPD分析方法对本课题的疗效进行了比较, 在此表示衷心的感谢)

参考文献

1.American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Revised Washington, DC.American Psychiatric Association. 1994:143~147

2.John C. Morris MD. The Clinical Dementia Rating (CDR): Current Version and Scoring Rules. Neurology 1993; 43: 242~246

3.O'Neill D, Girard J, Surmon D, et al. Variability in scoring the Hachinski is chemic score. Age and Aging 1995; 24:242~246

4.Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental State Examination": a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. Journal of Psychiatric Research 1975; 12:189~198

5.Blessed G, Slier E, Roth M. The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral grey matter of the elderly subjects. Br J Psychiatry 1968 ;114:797~811

6.中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则. 第2编. 1995, 206