



李玉奇先生小传

曾任辽宁省卫生厅中医处处长

被聘为省委保健局专家会诊委员会委员

辽宁省肿瘤医院副院长

辽宁中医学院副院长兼辽宁中医学院附属
医院院长

被聘为辽宁中医学院教授,硕士生导师,培
养跨世纪人才导师

国家人事部、卫生部遴选全国五百名名老中
医之指定带高徒者。并享受国务院特殊津
贴,第一批获得者

辽宁省中医学会会长

辽宁省药品评审委员会副主任委员

辽宁省老年科学工作者联合会副会长

中国沈阳药科大学中药系兼职教授

序

中医学是中国传统文化的瑰宝，放射着中华民族长期同疾病作斗争所积累的智慧 and 光芒。在当今现代医学飞速发展的过程中，它仍然充满生机和活力，造福人类，促进社会发展，贡献突出，已越来越被世界各国所理解、重视、研究和采用。继承和发展中医学，实现中医现代化，已成为我们这一代中医药学术界同道的历史使命。

继承和整理当代名老中医的学术经验，是继承和发展中医学的主题和任务，是实现中医现代化的重要组成部分。

李玉奇先生悬壶五十余载，以济世活人为己任，熟谙经典，躬于实践，发皇古义，融会新知，精于辨证，善于用药，近几年来，耄耋之年，又潜心研究脾胃病，观舌识病为先生所独创，堪称一绝。领衔国家攻关课题，成绩斐然，可敬可贺。先生甘为人梯，提携后学，为培养中医后继人材而废寝忘食，呕心沥血，至仁至德，难能可贵。

《医门心镜》一书，系由先生著述。先生是我的良师益友，聆听教悟，受益匪浅。书成之时，索序于我。喜读斯书，愿为奉序。

李德新

1999年6月书于辽宁中医学院

自序

余从医五十余载，恪守师教和家风，以济世活人为己任，未敢越雷池一步。医乃仁术，术之行于德，以德为本，谓之医道。以清贫守志为荣，而无发财求贵之望。

今小作付梓，愿将数十年临床治疗经验奉献于同道，献于病人。仅供参考。所列方药和本人见解，均从实践而来，虽为零金碎玉，尚不为贵。然而小作倘能问世，余愿足矣！书中载有秘方而不记其药，因已倾传于门下后生，故此不拟再爱其重。如果上苍爱我，在有生之年还将笔耕不止，以答谢广大患者对我的希望和厚爱。谨此为序。

目 录

绪论	1
一、中医学术源远流长	1
二、中西医学的交流与撞击	6
三、中医学的繁荣与发展	10
四、中医学的科学化与未来	16
上篇 临床验证举隅	18
第一章 脾胃病新解	18
一、脾胃学说发微	18
二、脾胃病防治心法	18
三、常见脾胃病治验	26
第二章 中医计算机模拟专家系统	42
一、医理设计	42
二、诊断过程的分析	44
三、诊断模型	45
四、数据关系和结构的设计	46
五、处方的组成与化裁	48
六、临床应用小结	50

第三章 常见疑难病证治验	52
一、 中风	52
二、 怔忡（冠状动脉粥样硬化伴心房纤颤）	55
三、 心痹（病毒性心肌炎）	58
四、 臌胀（肝硬化腹水）	59
五、 脾水肿（慢性充血性脾肿大）	64
六、 哮喘	67
七、 尿闭（慢性肾炎、尿毒症）	69
八、 虚劳（再生障碍性贫血）	71
九、 消渴病（糖尿病）	75
十、 口疳热（低热）	80
十一、 头痛	82
十二、 癫痫	86
十三、 便秘	88
十四、 痛风	90
十五 尪痹（类风湿性关节炎）	92
十六、 半产（习惯性流产）	93
十七、 经漏（功能性子宫出血）	96
十八、 不育症（双侧输卵管堵塞）	97
十九、 乳痈（急性乳腺炎）	98
二十、 乳癖（乳腺增殖症）	98
二十一、 小儿多动症	99
二十二、 痿痹（骨质疏松症）	101
二十三、 瘰疬（地方性甲状腺肿）	102

二十四、甲状腺机能亢进	103
二十五、多汗症	103
二十六、癩症（白塞氏病）	105
二十七、少年脱发	105
二十八、月蚀疮（慢性红斑狼疮）	106
二十九、瘙痒症	108
三十、黑面病	109
三十一、雀斑	109
三十二、驻颜去皱	110
三十三、下肢淤血肿（下肢静脉炎）	110
三十四、乳腺癌术后抗复发	111
三十五、胃癌手术后抗复发	111
三十六、肝癌的治疗	113
三十七、肺癌术后抗复发	114
三十八、抗化疗毒副反应	115
第四章 浅表性胃炎、萎缩性胃炎、胃癌癌前病变的舌象 与脉象学研究	117
一、舌象学的研究与临症	117
二、脉象学之特点	121
下篇 用药与养生经验拾零	124
第一章 药物配伍与量效	124
第二章 养生三字经	131

绪 论

一、中医学术源远流长

中华民族传统文化是中医药学形成与发展之根。中医学以中医古代朴素的唯物主义哲学思想为世界观和方法论，集当时的先进的科学技术成果和丰富的医家经验，形成了具有中华民族特色的传统医学。人生活在自然和社会环境之中，人文风俗民情和大自然生态环境给予人以深刻影响，古代先民们在日常寻找野生食物中不时发生食物中毒，于是又发现了药物，故有“神农尝百草，一日遇七十毒”之说。在生活和生产实践中逐步认识到药物能治病，总结出民间单方、偏方、验方，逐步积累总结经验，并随着认识不断深化而产生了医学理论，从而形成了多种治疗方法格局的远古医学。

随着人类文明不断向前发展，社会不断发生变革，政治、经济、文化突飞猛进，周、秦、汉时期，中华民族的文化发展到登峰造极的地步，诸子峰起，百家争鸣，必然影响到医药领域，而使名医辈出。第一部经典医籍《黄帝内经》的问世，集先秦众多医药学家的智慧，实现了原始经验医学向理论医学的过渡。《黄帝内经》用阴阳五行学说和“天人相应”的整体观系统论述了人体生理、病理、病因、病机、诊断和治疗等基本医学问题，构成了中医学的理论基础，形成了在认知方法、诊疗手段和检验标准等方面与现代医学迥然有别的理论体系。这一理论体系的基本框架延续至今，经久不衰，一直是中医恪守的规矩和准绳。

根据“天人相应”的思想，中医学认为，天、地、人是相互作用，彼此关联，息息相通的。人类生活在自然环境和社会环境中，生命现象就是人与周围环境相应和不相应交替出现的复杂过程。既强调气候、物候、地理和社会环境对人的作用又重视人体自我调整的适应能力。中医学的基本理论，诸如：脏象学说、经络学说、气血学说、病因学说、运气学说、子午流注学说和择时治疗思想等，无一不折射出深邃的哲理之光，吸引着众多学科的探索者。

阴阳、五行学说引入医学领域，哲学与医学相互影响、水乳交融，成为中医学理论体系的重要组成部分。阴阳、五行学说即表现出对生命现象的诊疗机理高度的理性驾驭能力。阴阳学说认为阴阳是人和天地万物最基本的两类物质属性，生命活动不过是两者对立统一，依存互根，消长转化的相对平衡状态。反之，阴阳平衡失调便是疾病发生发展的根本机理，而调整阴阳，补偏救弊，恢复阴阳平衡状态，便是治疗疾病的基本法则。就五行学说而言，它把人体五脏六腑、四肢百骸分属木、火、土、金、水五行，并按五行属性和相互间的生克制化关系说生命现象和治疗机理。脏腑不再是彼此孤立的部分，也不再是单纯解剖学意义上的脏器，而成为主要表征人体各种功能现象的符号系统。由阴阳、五行学说派生而来的脏腑学说、气血津液学说、辨证论治学说和经络学说等一直指导着历代医家的临津实践。约成书于秦汉时期的《神农本草经》，是我国最早的药物学专著，收载药物 365 种，并提出了药物君臣佐使，阴阳配合，七情合和，四气五味等药物学理论。这两部经典总结了先秦前后的医药学家及方方而面的经象，从而奠定了中医理论基础，为中医学的发展情平了道路。内科鼻祖张仲景著《伤寒杂病论》包括《伤寒论》和《金匱要略》两部分。其中《伤寒论》在总结汉代以前诊治急性热病的丰富经情基础上提出了 397 法，113 方，表明了六经情证。而《金匱要略》则论述了脏腑情证施治的规津，从而奠定了辨证论治的基

基础，使中医临证注重理、法、方药。东汉末杰出的外科学家华佗，发明麻醉药提倡外科手术治疗，主张在针药不及的情况下应破割取病，而后缝定以疗疾，成为外科学当之无愧的鼻祖！惜被曹操所害。他著《内照图》和其他著作也毁之一旦！继之，宋·唐慎微著《经史类证备用本草》，晋·王叔和著《脉经》，皇甫谧著《甲乙经》，葛洪著《肘后方》，梁·陶宏景撰《神农本草经》，隋·巢元方著《诸病源候论》，唐·孙思邈著《千金方》，王冰注《黄帝内经素问》等相继问世。宋·王怀隐等吸收了北宋以前的各种方书的有关内容而编写了《太平圣惠方》。这是有史以来第一次大整理，刊于992年。全书共100卷，分1670门，载方16834首，首列诊断、脉法，次列用药法则，以及按各种病源、病候，详列处方和其他治疗方法。是书囊括了宋以前历代名医名家以及民间行之有效的治疗方法。不仅有其重要的历史意义，并具有一定的临床参考价值。宋·政和年间由当时朝廷召集太医主持编写的《圣济总录》成书于公元1111~1117年，是中医文献的第二次大整理。该书尽收民间治疗方法，一方一药之长，以及其他经典载方，名医著作。全书共200卷，录方近20000首。首列运气、叙例、治法等项，相当于全书的叙论。以后自“诸风”起至“神仙”服饵止，共66门，每门之中又分若干病，每一病症先论病因病理，次列方药治疗。综合全书所载病症，概有内、外、妇、儿、五官、针灸诸科以及其他杂治、养生之类，既有理论又有经验，内容极为丰富。堪称为宋代医学全书。继之，金元四大家的刘完素、张从政、李杲、朱震亨各立门户，各抒己见，各创学说。抛弃了固步自封，孤陋寡闻的偏见。不是惯用理论来研究理论，突破了抱残守缺的自圆其说，大胆地离经“叛道”。不是胆敢否定《内经》理论，而是深入科学地分析《内经》理论与实践相结合，产生新的学术观点，进一步发展了《内经》理论，给中医学的生机注入活力。金元四大家的学术贡献证明，一切事物都是可变的，理论也是不断充实和完善的。只有否定之否

定才能提高。疾病的发生发展规律，也是随客观条件的变化而变化。理论固然指导临床，而临床实践又检验理论。

第三次大整理始于明初，由周定王朱棣出面召集太医及当时名医，进行艰苦的整编工程，历尽数载方告完成，书名为《普济方》。全书原作 168 卷，四库全书本改为 426 卷。凡 1960 论、2175 类、778 法、61739 方、239 图。堪称我国有史以来最大的一部方书。书中广泛辑集明代以前名家方书外，并还收集其他传记、杂记以及道藏佛书等有关记载。其中，首为方脉总论运气，次为脏腑身形，再次为诸疾、妇人、婴儿、针灸、本草等计 100 余门。有论有方，资料丰富。它既是临床应用书，也是一部医籍考证书。值得指出的是，该书对中医妇科胎、产、经、带四大症有全面而精辟的论述，收集书药之全，引用理论之精，可谓是无与伦比！

明·李时珍编撰《本草纲目》，历时 30 余载的时间。在继承和总结明代以前本草学成就的基础上，除搜罗和阅读有关参考书 800 多种外，还亲临实地考察采集，并经反复临床实验研究，最后作出慎重的结论。全书共 52 卷，分 16 纲，62 目。收载药物 1892 种，其中 370 种是新发现的。每种药物分列炮炙法、方剂配伍法、药物鉴定、药物培植法等。特别是所附 10000 多首处方，具有重要应用价值。该书是一部具有世界性影响的博物学著作，先后被译成英、德、俄、日、朝、拉丁等多国文字，广为流传。在世界科学史上具有崇高地位。

第四次大整理，为清·雍正年间由陈梦雷主持，蒋廷锡等编纂《古今图书集成医部全录》。本书共 520 卷，约 950 万字。刊于 1723 年。是我国医史上第一部大型医学类书。内容包括：对古典医籍的注释，各科疾病的辨证论治，以及有关的医学的艺术、记事和名医传等。医学文献所及上迄《黄帝内经》下至清初，尽在其中。用所引文献均标明出处。在编写方法上也是别具一格，在纵的方面，按一般中医书的体例，既有基础理论又有分科治

疗，使本书成为包括内外各科的实用医书。在横的方面，分列各种疾病，引录历代医学文献，有论有方，系统全面。

第五次也是最后一次规模较小的整理。清乾隆年间由政府组织编写，吴谦等主编了大型医学丛书《医宗金鉴》，刊于1742年。全书采辑自《内经》至清代各家医书，分门聚类，删其驳杂，采其精粹，发其余蕴，补其未备。对各类疾病的成因和治疗方法均编成歌诀，便于诵记，易举易用。尤为可贵的是将《伤寒论》和《金匱要略》合二为一，恢复了仲景原著《伤寒杂病论》原貌。本书刊行后深受读者欢迎，成为学习中医的重要读物。

综上所述几次的大整理，虽尚不能完全概括历史长河中涌现出来的历代各科名医名著和独特的治疗方法，但如此浩大的工程，足以看出当朝的重视，中医界的期盼，病人的希望，旨在使中医学术为国人造福。这不同于撰写史略，既要参考经史子集和旁证，还要收集人文风俗习惯，全面而系统地阐述方药来源与理论，阐述历代医家的业绩和掌故，形成系统格局。由于工程涉及到许多方面，非便民所能及，屡由官方主持和协调。中医学是中华民族的文化瑰宝，对达官显贵和庶民百姓，一视同仁治疗疾病，促进健康。中医家门远离朝廷，甘为布衣，也不欢迎“座上三千客”的送往迎来，一向不为五斗米折腰。纵有在朝为太医者，一旦被君王病召，也是战战兢兢如履薄冰，开个太平方，无非是人参、鹿茸、当归、白芍……，不求有功但求无罪，故有人讽刺曰：君王有病不治而愈，治而不愈，诚非斯言，中医“在朝”是何等的清廉自负，无职无权。中医天生一种怪脾气，给官不做，弃官而走，远离宦海。任凭两扇柴门，清风徐徐吹来，清贫守志，其乐无穷。中医向来没人给其树碑立传，文人墨客也无暇为其赋诗作画。然而，中医却以维持中华民族的繁衍昌盛为己任，孜孜以求，默默耕耘。终使中医学成为中华民族优秀文化的瑰宝。

在20世纪初以前，数千年来悠悠岁月，历代王朝兴衰与替

代，王孙权贵，朱门显赫，对酒当歌。文人墨客举子不第，甘为游侠，放羁江湖，吟诗作赋，以抒发内心之情怀。战争、人祸、天灾和疾病折磨着善良百姓。惟有医者深表同情，与其解难排忧，调其七情成为庶民之贴心人。故有“三房不备”之说。即病人有隐曲和隐私，不背父母，不背夫妻，不背医生。医者在平民百姓中倍受尊敬，百姓视医生为亲人，称之为“再生父母”。历代中医以治病救人为其使命，甘为庶民，金榜少有题名，代代相传，无怨无悔，衣冠不改旧家风，过着“万世一系”，孤芳自赏的自由生活。病人登门问津，举家接待。送医送药上门为病人祛病疗疾，为华夏儿女的健康而呕心沥血。

二、中西医学的交流与撞击

19世纪中叶，随着欧洲殖民者的入侵，欧风东渐，西方文化渗入中国，首先是以教会文化为先导，而教会文化又以西方医学为前锋，欲想在此领域里站稳脚根。因为历史很清楚告知我们，在西方，文艺复兴以后，西方原有支离破碎不成体系的原始医学，在新科学面前土崩瓦解，随之而来走向实验研究。伴随工业化的日益发展，无疑也必然制造出为医学所需的诊断仪器和新的药物，如X线的发明用在人体疾病的诊断……。他们凭借这些“武器”在“上帝”的指使下进入中国。西方人原很聪明，如果只念圣经则信念不被轻易接受，如果教会办医院、办学校，病人可以得到医治，从学校培养出来的洋学生可以为之进行有力的宣传。由此可以得出一个公式：基督——医学，医学——基督。看起来两者风马牛不相及，但不从医学入手，基督布教也难旗开得胜，即所谓教会文化。这是极为高明而又有吸引力的一招。西方医学很快从实验着手，形成了生理、解剖、病理和诊断一整套的理论并发展成现代化检查手段，成为世界医学体系。科学是无国界的，文化和科学的交流是时代必然产物，是无可非议的，我

们应当以学习态度去对待。但西方医学对中国传统医学一无所知，片面地认为中国传统医学是封建产物，与具备“新武器”的新医学相较量是不堪一击的。西方的传教士来中国办学校、办医院，结交上层人物。医院、学校开市大吉，新闻媒体为之捧场。前来就医者的心态也很复杂，有的属于好奇心驱使去试探技术与中国试比高低，择其善而从之，有的干脆认为西医先进，中医落后。至于中国当时的上层人物，以有病不进洋医院似乎有失身份。更为甚者从洋学堂培养出来的中国医生，对中国的中医不仅不承认反而冷嘲热讽。西医学的冲击与挑战，使中医慨叹往昔的辉煌，今非昔比，只好以不变应万变，静观事态的发展。根据陈邦贤《中国医学史》的统计，当时西方在中国兴办的医院和学校有：

清·光绪二十七年（公元 1901 年）外人在广东设美葛医学校。

1903 年于北京设立协和医学校。

1904 年于济南设立齐鲁医学校。

1908 年法人宝隆于上海设立同济医院。附设德文医学校。教会在北京设立女子专门学校。

1909 年教会在广州设立赫盖脱女子专门学校。

1911 年青岛德国医学校开办。

附外国人在中国设立医学校的名称：

圣约翰大学医学部

广济医院专门学校

夏蓬医学校

大同医学校

同济大学

金脱大学医科

协和医学校

华西医科大学医学校

北京女子医学校

齐鲁医学校

附外国人设立的医院：

于广州设立博济医院

于宁波设立华美医院

于上海设立同济医院

于汕头设立基督教医院

于杭州设立圣公会广济医院

于山东益都设立基督教广德医院

于天津设立马大夫纪念医院

于宜昌设立广济医院

于汉口设立普爱医院

于山东德县设立卫民博济医院

于辽宁设立伊莉莎医院

于天津南门外设立妇婴医院

于福建霞浦县设立基督教女医院

于上海设立同仁医院

于广东北海市设北海普仁医院

于福建霞浦设立福宁男医院

于山东潍县设立基督教医院

于淮阴设立仁慈医院

于苏州天赐庄设立博习医院

于北京设立同仁医院

于厦门设立韦伯希医院

于武昌设立仁济医院

于广东东莞设立普济医院

于苏州设立妇孺医院

于吉林朝阳设立基督教妇科医院

于宁波设立仁泽医院

于济南设立华美医院

于南京设立鼓楼医院

于厦门鼓浪屿设立救世医院

于成都设立眼耳专科医院

于嘉定设立仁济男女医院

于福建古田设立怀礼医院

于成都设立妇孺医院

于济宁设立德国医院

上述名为教会实为政府出资在华兴办的医院和学校，完全照搬西方医院和学校的模式、医院和学校的布局。大江南北，长城内外，星罗棋布。这是 20 世纪初西方工业化国家向中国付出最大的智力投资。以医学为突破口，通过兴医办学来宣传西方的政治、经济、文化以及生活方式。西医院和西医学校毕业的人，很快占领了医学上层舞台，品列当朝，就连县级以上的医院领导也换上洋装戴上桂冠。面对此情此景，中医在无可奈何之下从原有阵地逐步退了下来。城池半壁不保，只得固守原野。在疾病面前中、西医拉开阵角试比高低。西医装备精良，中医为之逊色，但二者各具优势。开刀的病，西医拿手好戏，沉痾顽症，中医也能妙手回春。急症抢救，西医高明于中医，但西药束手无策者，中医辨证施治，也同样奏效。西医用立体战术向疾病展开攻击，而中医用迂回战术同样成功。西医宣传预防为主，中医远在两千多年前就提出“上工治未病”。西医主张营养为前提，中医在一千多年前便提出药食同源。西医调动了有生力量大举向疾病展开围歼，欲想一举而消灭之。中医施用扶正祛邪稳打稳拿最后也可战胜疾病。西医以服药、打针、开刀而疗疾，中医则用吃药（丸散膏丹）、针灸、按摩、捏脊、刮痧、狗皮膏、拔火罐、洗熨、放血……，全方位疗法以治病。

西医在宣传上抢先一步，立下赫赫战功。中医默默无闻，则强调“中医治本，西医治标”。西医和中医对疾病治疗近百年的

比较，孰优孰劣，各有千秋。但与西医先进的诊疗仪器、设备相比，中医倍感设备落后，急待改进和补充，一切有利于诊断、治疗的仪器均应拿来为我所用。在中医恪守独自理论体系，辨证施方用药，病在上治之下，病在中旁取之，见肝之病先实脾，血虚先补气等等。即或生存空间在缩小，即或在强大的世界医学包围之中，却能寒梅吐秀，杏林春暖，永远展示她的魅力。实践证明，中医学是屹立于世界科学之林的，是受到广大病人信赖的一门科学。西医学飞速发展，中医也并非停滞不前，更没有被同化，根基在于其理论的深奥与科学。无可讳言，西药治病，靶向具体明确，收效迅速，但其毒副作用也会损害健康组织，产生负面效应。如化疗、放疗，其毒副作用几乎无法与之对抗，甚至不得不中断用药，给临床医学带来困扰。对抗生素过敏的病人虽有抗生素的适应症，但医生也不敢应用，束手无策，谈药色变，望药而生畏。在这种情况下，抗生素不能称为良药。而中药虽然收效较缓，但却能稳操胜券。

中医在 20 世纪中，不仅经受住现代医学的竞争，而在政治上又受到歧视排斥。民国纪元伊始，卫生当权者竟然认为中医是封建产物，悍然要取消中医，以雪国耻，后经国人和中医界的强烈抗议而罢休！同样日本军国主义在伪满洲的暴行，也殃及到中医，实行限地行医和甄别，蒙受一场灾难。世纪的风云，中医经历了不平凡的岁月。举步维艰，但凭中医的韧劲，终有否及泰来之日。

三、中医学的繁荣与发展

新中国成立之后，中央政府为了发扬中举民族文化遗产，对中医事业，卓有远见地指出：“中国医药学是个伟大的宝库，应当努力发掘与整理。”这一继承发扬中医事业的伟大方针，使中医不被消灭而复兴！中医从此又振作起来，倍感扬眉吐气，可谓

中医中兴时代的到来。国家以政府名义提倡西医学习中医，提倡中医带徒弟；提倡抢救老中医学术经验；提倡开办中医院；提倡组织中医进入综合医院并成立中医科；决定成立中医进修学校提高中医基础理论；决定有条件的省市率先成立中医院校，培养新的中医人才以期后继有人，进一步壮大中医队伍。这些举措显示东方文化的复兴！从此中医真正站了起来。为了保护中医的合法地位，特将其纳入宪法，中西医并重，政治上赋予地位！往昔的“太医”也无法与之相比。就中医院的成立富有戏剧性，老中医由过去的散在的个体行医，变为医院里受人尊重的医生，穿上白大衣倍感新鲜，护士温文而雅，楚楚大方，往来于医患之间工作着，门前挂牌，任凭病人问医，脉枕洁白，一指举按推寻，去探索病情，开方护士拿走取药，再也不必自己核算苦煞脑筋。上下班年老的接车送。老中医奔走相告曰：“这回我们才有个真正的家。”都争先恐后愿来中医院工作，倍感无上荣幸和自豪。回忆过去，展望未来，还是千里之行，始于足下，眼看身为“掌门”人收了弟子可以继承“香烟”，又喜看从中医学院毕业的新中医走向工作岗位，他们才华横溢，“六艺”皆通，既中又西不改家风，青出于蓝而胜于蓝。真是“野火烧不尽，春风吹又生”，中医迎来早春二月。孔子设杏坛讲学，授教三千子弟，中医培桃李今已成林。中国有两种医学同时竞存各放异彩，可见的是宇宙胸怀，人民的幸甚，地球村风景这边独好。为此咏七律而颂之：

国之瑰宝脉岐黄，
方兴未艾越沧桑，
今朝杏林非独有，
两径香圃花正黄。
科学进取谁先领？
术挽天心各一方，
直上九天可揽月，
吾侪勿忘壮志刚。

中医正逢盛世，放眼望去，杏林一片春暖，近在咫尺，堂上椿萱并茂，阶前兰玉芬芳，锦绣大地为之动情，日月为之争辉，高举济世活人的旗帜横扫疾病！

然而还必须清醒地认识到，到 20 世纪末，现有老一代中医几乎全将就木，这一代老者被通称为“国宝”，但却很少有人认认真真地将其零金碎玉、一方一药一法、拿手好戏和秘诀以及学术思想继承下来，更谈不上整理出几多洋洋万言之书了。这一损失是无法用金钱无法买回的，诚非憾事。

中医欣逢盛世固不待言，然而进入 21 世纪未来的一百年间，她又将是怎样的发展情景呢？憧憬美好的未来这是向往。目前看来未雨绸缪还是必要的，因为中医的发展是伴随时代的脉搏而前进，这门古老而完整的自然科学是需要冶炼和深加工，以期更臻完美。为使这门科学和多学科科学结合起来，在不损害她的完整机体的前提下，又以崭新的姿态随潮流而前进，这就必须采取相应措施而进行艰苦的工作。为此，首先应在国家科学院下设专门研究机构，聘请中医药专家学者和多学科专家学者通力合作，严肃认真地坐下来，制订可行性计划，从长计议，作旷日持久的构想，来整理提高东方固有的文化遗产，这并非权宜之计，而是要探囊取物，真刀真枪打开宝藏，送给人民来应用，不是将它摆进博物馆陈列起来，因为它是应用科学。整理研究中医的方略，我认为应从两方面齐头并进：一是中医现代化。运用现代高科技手段和方法，探讨现代科学理论所认同，从而产生新的科学理论，来丰富她固有机体，而不是移花接木，往现代西医理论来套，防止先订框框，而后就范。这项偌大工程，国外没有先例，国内更少有人问津，偶有零星报道，也不足言及。二是中药现代化。运用上述同样方式，对中药进行研究。中药涉及的面更广，因为它是基于天然药物而形成，天然生长，原始种植，原始采集，原始炮制加工，总之脱离不了大自然。大自然赐给天赋，同样也带来灾难，诸如风灾、火灾、干旱、虫灾……，以及人为的

破坏植被、砍伐森林，空气、水源污染，农药、化肥诸多对生长不利因素，构成连锁反应。这为中药研究提出了新的课题，与现代化、科学化，尚相距甚远。虽然中药的研究有零星的报道，但是非常简单和粗糙，这不能体现真正的研究，只不过是作为科研课题的细小章节，而从小动物身上做一些尝试取其小值而已。例如对十八反、十九畏、妊娠禁忌简单的课题，至今尚无端倪，究竟反与不反、畏与不畏、禁与不禁尚未付诸医门法律，临床医生感到困惑。按中药的研究，我认为应从中药的药性开始，包括四气五味和归经。若从单药的药理成分和简单的提取，并非是中药研究的必由之路。而主要应放在方剂学的研究上，即复方的研究，包括：丸散膏丹的剂型改革，药效药理学研究，疗效作用机理等等。当然也不排斥单味药的研究。中药的研究工程浩大。诸如道地、非道地药材质量差异；人工栽植与天然生长质量差异；单味药的成分和复方煎煮后成分的改变，又如何去体现君臣佐使和相须的作用，中药在人体的吸收与生化作用；中药新剂型的改变与原剂型的药效差异；中药炮制与不炮制的差异；中药的毒性作用；中药的过敏反应；中药的质量鉴定和统一标准；中药产地的标准和非标准；中药控制质量标准；中药所含的微量元素；中药大剂量与小剂量有效差异；经方、时方所组成的药味和用量又怎样区分各自优点和不足；中药服法时间和空间的计算；服后的忌口；中药内服除婴儿外，对成人来说不按体重计算，而是按病情计算投量多少，这又涉及到各味等效量的分析研究；亦药亦食的研究，抗生和控制衰老延长生命的研究；中药对血管、神经、淋巴的直接和间接作用……。如此看来，中医药研究，无可非议地应由国家科学院承担下来，这是责无旁贷的，应将此项研究作为中国科学院长远科研课题而规划。

中医进入 21 世纪是乘胜前进，抑或变相萎缩，这不是杞人忧天，从中医学校毕业的新生力量投入阵地向疾病开战，勇往直前，取得节节胜利，但无可否认的是还缺乏孙子兵法的运用，即

老一辈所运筹的兵法，并非切实地掌握到手，在向疾病决战时刻，往往都感到方寸大乱，不得不依靠西药来填补以求战果，这已是司空见惯的了。中医院在对病人的处置上，每每是中西药并投，甚至西药喧宾夺主。中医医院的医生忽视中医理论，忽视四诊八纲，忽视理法方药。病历上的中医理论多是形式逻辑而已，临床用药是中药加西药，双保险，是所谓的中西医结合，并非真正的中西医结合。中医如何面向 21 世纪？诸如经济结构的变化；人们思维观念的转变；市场经济给中药产、供、销带来的变化；西医日新月异的飞跃发展；西药新药大量抢占医药市场等等。冲击是巨大的，形势是严峻的。如果国家能加大投入，责成中国科学院确立国家中医药科研课题，坚持搞下去，中医药兴盛为期也不会遥远，定能使中医学以崭新面貌屹立于世界科学之林，从而对全人类的健康作出巨大的贡献！否则，按照现在这样步履蹒跚地走下去，做个不太乐观的估计，待到 21 世纪中期前后，中医本身在不断贬值，很有可能效京剧的演化，唱京剧穿西服，音乐伴以胡琴、黑管加小号外以钢琴为主旋律的新潮乐章，形成八宝粥。台下观众是座无虚席？还是依稀可见？确是难以预见。

就中医药的研究而言，美国尽管目前还不认同中医理论和中医治疗效果，不承认针灸理论的经络和腧穴，但却承认了针灸。在矛盾的心态下，而提出中药的研究，尽管从单味药开始，但毕竟是举步了。为了取得预期成果，在旧金山斯坦福大学内成立“中药科学研究中心”，网罗全世界科学家来此工作。根据其提供的资料表明：“中药科学研究中心是一个运用现代生化工程研究东方药材从而发明新药物的科学研究机构，创立原因显而易见。目前医生处方中有半数以上是从高等植物提炼而来的，而世界上仅有极少部分的天然植物被彻底地用来做药物性能实验。过去药物审查过程很缓慢，新药的发现多是以抽样方式在意外中发掘的。”“中药的运用已有四千年的历史，有关药材在标示、用量与潜在副作用的特殊理解上，将经由中药科学研究中心与远东不同

机构广泛研究合作后获得。大部分的药材从未经由现代生物学方法实验过，但却包藏着丰富的有效药物资源。”

“中药科学研究中心使用极精密的化学生物学技术找出药材中产生作用的主要元素，经由有机化学方法净化这些元素，然后再与化学相似体重新结合。中药科学研究中心运用试管培养细胞、细胞组织、有机体、动物摄取体来观察生物变化，最后将从事动物与人体临床实验。主要研究的范围包括骨头、血液与免疫系统失调。目前正在进行研究的是药材元素、传统上用来治疗骨质疏松症、细胞再生、中风、心肌衰弱梗塞与免疫系统调整。”

“中药科学研究中心的物理学家与科学家在临床医学、生理学、分子生物学、分析化学与药理学方面有充足的经验。它同时包括一个由世界杰出科学家组成的顾问委员会，并且配有专为研发新药物设计而成的生物与化学实验室。”

以上提出的研究目标显示：西方开始着手组织医药学家和科学家对天然药物进行研究，这是历史性的创举，他们坦率地承认中药的宗主权在中国。现在有事实表明，西方科学家试探用高科技手段来研究中医理论了。他们派来留学生，国外开办小规模的中医学院，都是为研究中医理论和临床应用做准备工作。我在科伦坡医学院亲眼看到安东教授利用中国针灸原理在植物体上做实验研究：一组经过针刺的植物树叶茂盛，花开鲜艳；另一组植物经过针刺后，生长缓慢但却延长了衰败期。由此不难看出，他的研究设计是富有想象力的，针灸不但在人体上起作用，同样在植物体上也起着相应的作用，这给未来的研究工作开辟了新的天地！

中医进入 21 世纪是个大转折时期，也是极为严峻的漫长空间。她虽然在历史长河中对中华民族的繁衍作出了不可磨灭的贡献，但时至今日，面对现代医学日新月异发展的竞争，中医学的命运决定于其独特理论的发挥和中医的科学化。《黄帝内经》虽在十三经之外，而它的应用价值，在自然科学领域里却显示出无

穷的魅力，它不仅是中医理论的奠基石，也很有可能成为当今世界自然科学理论中的一颗宝贵的明珠。

四、中医学的科学化与未未

中医科学化是中医学必由之路，而科学化的概念应包括以下几个方面，即：中医思维的转化，古典理论是上层建筑，而实践是及时接受新事物、新知识、新手段来提炼上层理论，再用以实践，不是改良和修正，而是健美肌体。中医必须掌握现代临床医学的检测手段和理论，拿来为我所用，用来为临床服务，中医必须以科学手段来管理医院。中医科学化的前提是恪守中医的独自理论，用世界通用语言来加以阐述，使理论走向国门，让世界对中医学有所了解、认同，进而展开学术争鸣，从争论中对中医加深认识，便于各学科学者在理论上进行研究，促进中医学的发展。中西医结合是实现中医科学化的一种手段，但不是唯一的途径。欲中医科学化，中药必须科学化，如中药剂型的改革等，事不宜迟。中医所以不被外国人接受，其最大的阻碍是服法不便，传统的煮沸，有人讽刺谓：中国的咖啡独具特色。中医科学化必须重视经典理论及其应用的研究，从而进一步整理提高。中医科学化必须纠正从中医院校毕业的学生，弃中就西的倾向。年轻一代中医弃中就西的倾向若任其发展下去，不但不能弘扬中医，反而会自毁中医，这是极为危险的，应予以高度重视。中医科学化要求中医学术界树立良好的学术风尚，树立科学家的形象。中医科学化要反对商贾观念，应以济世活人为怀。抱残守缺，追求功利，滥用中药和西药等等，只能失去病人对中医的信仰，导致中医的毁灭。中医要生存，只有前进，不能后退，后退就会葬送中医！

上篇 临床验证举隅

第一章 脾胃病新解

一、脾胃学说发微

通常认为胃乃脾之刚，脾乃胃之柔，乃表里为因。《素问经脉别论》谓：“食入于胃，散精于肝，淫气于筋。食入于胃，浊气归心。淫精于脉。脉气流经，经气归于肺，肺朝百脉，输精于皮毛。毛脉合精，行气于府。府精神明，流于四肢，气归于权衡。”故谷入于胃，脉道乃行，水入于经，其血乃成。《素问六节脏象论》说：“脾胃大小肠三焦膀胱者，仓廩之本，营之居也，名曰器，能化糟粕转味而出入者也。”胃病则脾无所秉受而脾必病。反之，脾病，为胃行其津液，故胃亦病。如饮食不节则胃病，脾无所秉而后病。劳倦过度则脾先病，不能为胃行其津液而胃后病。皆为脏腑气化相通之故。每见脾肿大或脾大性肝臟胀，现代临床医学为了阻止肝病的恶化而将脾切除，故多现贫血，呕逆食少纳呆等胃的症状。现代医学认为，脾胃是两个器官，不能合二而论。脾胃为后天之本气，血生化之源，若“脾胃之气既伤，而元气亦不能充，此诸病之所由生也”。临床常见，脾胃为病可引发诸多病症。如脾水：《金匮水气病脉证并治第十四》指出：“脾水者，其腹大，四肢若重，津液不生，但若少气，小便难。”脾泄：《难经·五十七难》认为“脾泄腹胀满，泄注，食即呕吐逆”。脾约：《五脏风寒积聚脉证并治第十一》指出：“趺阳脉浮而涩……大便坚其脾为约。”脾风：《素问·玉机真藏论》：

“肝传之脾，病名为脾风，发痒，脾中热，心烦出黄。”故肝硬化累及于脾。故张仲景指出：“见肝之病，当实脾。”脾气：《灵枢·脉度》谓：“脾气通于口，脾和者口能知五味。”脾消：即三消病之中消，中消为病毒因脾经燥热，饮入于胃如得沃雪，随小便而出，状如米泔。脾痞：常因饮食不节，或母乳恣食，喂乳无度而伤脾气，致面黄肌瘦，大便秘结或便秘或脱发或厌食，睡后盗汗。脾虚则腹满肠鸣，食不化谷，特有的脾虚秘证，屎如羊便，或呈细条状便时排出困难，并有里急后重感觉。若腹胀肠鸣经久出现便秘与腹泄交替见症，需做结肠镜确诊以除外肿瘤。脾虚致秘，为本虚标实，不宜急下，应补益中气。补中益气汤加黑芝麻、桃仁、炒杏仁、火麻仁每奏良效。

脾病：是脾胃为病，总的概念脾为一身之主，脾气旺则血荣而津润，脾气弱则血枯而形衰，脾气虚则运化气机失衡而生病。临床经验证明：运用治脾理论而治胃；用治脾理论而治大小肠疾患而收效，也无异于治胃。

二、脾胃病防治心法

（一）脾胃病的养生与预防

1. 盛怒之下不宜进食，因为精神处于做惹状态，肝气横逆而胃气不和，做使神经、血管、肌肉，特别是食道呈现异常反应。需要暂短的松弛过程，否则会引起噎呛或呕逆。

2. 悲伤泪下之时不宜立即进食。情绪失控，损及心脾。脾为抑郁之气所克，不郁为胃行其气，肝胃不和，胃气上逆，常常出现胁痛、背痛、口苦、咽干、舌燥。

3. 疲劳过疲之际不宜立即进食和饮水。因为脾主肌肉和四末，过于疲劳损及脾胃之气，即损伤中气。经机体自行调郁，待呼吸调匀，心跳正常，汗止，趋于平静肌肉松缓下来，然后进食倍感大开胃口而得味，有益郁康和长寿。

4. 饭后不宜立即入睡 食物进入胃腔，需要得胃气运作予以腐化。胃气受纳还要借助全身肌肉的运动而排空，增进消化功能。常见幼儿就餐时未待放下筷子而欲要入睡所谓食困，成年人也每有此习惯，均应视为食癖。此外食后也不宜作剧烈运动，如长跑，皆易损及胃气及致胃下垂

5. 妇女妊娠4个月以后，注意以所需热量为尺度，不宜过多贪食而造成胃膨胀，影响胃气的运作，也能使胃体下移压迫胞宫，不利于胎儿正常发育

6. 妇女产期不宜暴饮暴食。由于分娩损及气血，致元气不足，胃气为之虚弱，若过分摄取食物损害脾胃，屡有导致脾虚作泄，经久不愈。东北民间习俗：妇女分娩期以煮鸡蛋为主食，意欲补充营养，孰知蛋白加热不易消化，并由于产期食谱单纯不加考究，往往出现乏乳，乳母过胖或过瘦，经久难以恢复原来体形。

7. 大病愈后特别是高热退后的一周内，禁止暴饮暴食。病久（高热）伤及阴津，耗伤气血，胃气不足脾阴素虚，有待气机调匀。一旦暴食伤及胃气屡有食后而暴亡者，无法予之抢救。

8. 膏粱厚味不宜奢嗜：特别是动物脂肪 当食之有度，以免身体肥胖。宜以蔬菜为先，多食豆类制品。计算摄取热量适度而止。需知胖乃湿热所积，湿盛生痰，痰阻脉络，易致心脑血管疾病。

9. 过食辛辣易伤脾胃。但地方民俗习食以辣为味而不伤胃气者除外。过食辛辣常见胃脘灼热、口疮舌裂、大便秘结、血压升高、皮肤瘙痒等。

10. 饮食不节习以为常。素伤脾胃之气，每每出现肢体沉重、足软无力、牙齿早落、皮肤粗糙、面生老斑、脱发、性功能减退或早衰。

11. 食甜不宜多。甜伤脾，苦伤胃。按一般摄取食物含糖量足以维持正常需要。多食糖制食品易致食欲不振、消化不良，小

儿龋齿等。

12. 品茗为习，能益脑健神，有益于消化。古人习惯饮热茶，沸水沏开冒热而品味，易刺激食道而生炎变。但也不宜过饮凉茶而伤脾胃，温茶而饮有益于健康。

13. 冷饮，民族习惯不同，西方人习冷饮，矿泉水加冰块，饮之津津乐道。惟有汉族清晨饮冷，每致胃脘寒痛或剧痛，胃穿孔者亦不鲜见。

14. 酗酒成癖：酗酒引起诸多疾病。如对肝脏的损害，神经刺激，胃脘痛，脾气变异健康不佳，嗜睡……，影响工作损及寿命。

综上所述在日常生活中，如能保持起居有节，饮食适度，工作有序，处事戒躁。力戒喜、怒、忧、思、悲、恐、惊之在过。嗜好有节，保养脾胃，濡养心肾，精神内守，病安从来。否则，每见暴怒而伤神，狂笑而伤心，因抑郁而神失等。《备急千金要方》在养性门中指出：“养生有五难：名利不去为一难；喜怒不去为二难；声色不去为三难；滋味不去为四难；神虚精散为五难。养生之道归纳起来不外是：当客观环境变化适应而从之，逆之则不受反为其害，当美酒佳肴垂涎三尺时，勿忘保护脾胃。

（二）脾胃病的饮食与禁忌

如果患了胃炎应如何重视治疗与护理，中国民间有句谚语：“病从口入。”这是对慢性胃炎恰如其分的病因总结。萎缩性胃炎临床诊断为中焦脾胃病，本组认定为胃脘痛。按慢性胃炎系指浅表性胃炎；浅表萎缩性胃炎；萎缩性胃炎而言。本病的病因并非由传染而来，而多是由于饮食不节，食滞不化，起居无度，抑郁进食，暴饮暴食，过度饥饿，劳倦过度，酗酒，寒凉生冷刺激，过食厚味，湿热内生，职业性因素，生活散漫而无规律……的诱发。

1. 对本病病因病机的认识：由于多种因素所诱发的胃脘痛，进而发展为胃脘痛，归纳之主要有如下几个方面。

(1) 饮食因素：饮食不节，即暴饮暴食，或因工作原因不能定时就餐、饥饱失调、冷热不均、寒凉、辛辣刺激、生活无规律性等，均能导致胃腑损伤，久而发展成为胃脘痛。

(2) 精神因素：若长期忧思恼怒则必然影响人体气机的升降出入，医谓忧思伤脾、恼怒伤肝，脾伤则运化失调，饮食物不能正常腐熟与运化，停滞于胃中，肝伤则气机不畅，肝郁气滞，克脾犯胃，使脾胃功能失调，可致本病的发生。

(3) 过度劳倦：过劳则伤气、伤血，久则导致气血亏虚，正气不足、脏腑功能减弱，脾胃功能亦必然虚弱，表现为受纳、腐熟水谷功能及运化功能的减弱，此外正气不足，抗病能力不强，亦易招致外邪犯胃损伤已虚的脾胃功能，而加重本病的病情。

以上三种因素既可单独致病，又可相互作用、互为因果共同作用于病体，而长期患此病之人，又以复合因素致病居多。

2. 如何预防

(1) 在饮食方面：在饭前最好体息片刻，使神态安静下来。俗话说：“喘喘气再吃饭。”饭前最好先喝点热水，使排空了的胃得以濡养滋润，助长胃气，使食物得以水解，而减轻食物团对胃粘膜的撞击。经口的饭菜应充分地咀嚼，徐徐咽下，尽量避免食物通过食管噎塞，免得刺激食管，顺利通过贲门。这样才算正常完成胃前工程机械的、生理功能的原料输送。胃府好有一比，它如建筑用的搅拌机，当食物进入胃府后，即开始化生水谷精微的作用，即发挥机械动力作用和生理的分泌作用，将食物酿造为乳化状态，送入十二指肠以下吸收，转化为营养物质进入血液，成为能量来维持生命。但是倘若给胃造成意外的负担，如不注意生冷食物或暴饮暴食，或习惯性的饥饿，有的人早晨不吃饭习以为常，或饥饿后暴食猛吞，给胃造成难以消化的负担，因而损伤了胃气，久而发展为胃病。经验证明，酗酒是本病的重要原因之一，因为酒精最能刺激胃粘膜，久而产生炎症。吸烟也是致病的因素，因为烟焦油刺激食道和胃。最好是少饮酒不吸烟为佳。有

人问啤酒可不可以喝，啤酒中也含少量酒精，偶尔少喝一点还要注意自觉胃脘是否舒服，北方的冬天绝对禁冷饮。除不良习惯和过度烟酒外，临床也不少见长期服对胃有刺激的药物，如水杨酸钠类等，所以一定注意在医生指导下合理用药

(2) 精神因素方面：当你有喜怒忧思悲恐惊哪一点时，最好把情绪安静下来之后再进餐，勿饱食为好。因为这时的胃受情绪影响处于不舒展状态，甚至拒食。俗话说“上火”不想吃东西，不吃也不饿，如果此刻含泪而进食，忧思而进食，抱怨而进食，盛怒而进食，狂笑而进食……尤其是气郁伤肝，气机阻滞，更易损伤胃气，导致消化不良而生胃病。即或患了本病，也应正确对待，精神负担过重，往往影响或干扰有效的治疗，无疑对疾病的防治是不利的。

(3) 培养就餐的兴趣有助于消化：如饭前要洗手、桌面洁净，餐具略略讲究一点，如果再能把收音机放到桌旁的一角，听听广东音乐来助兴，饭菜可口，粗菜细作，细菜略点，纵然一碟酱豆也成佳肴。席间最好莫论人非，免生烦恼。如上所述可以引起食欲而助消化。

(4) 饭后如何安排生活：饭后不宜即刻卧睡，因为食物进入胃后，必然加大能力供血于胃，此际脑部出现一过性的生理贫血状态，表现好困，俗话说“食困”。如果饭后立即入睡并且成为一种习惯是不好的，妨碍了胃的消化，饭后半小时内也不宜看报看书。最好是庭内户外信步徐行半小时左右，不宜跑步以免引起心脏过分负荷。俗话说：“饭后三百步，免得进药铺”。睡前不宜喝茶水，晨起不宜喝凉茶，睡前不宜用冷水冷巾擦背部和胃部。总之，要注意脾胃为仓廩之官，胃主受纳腐熟水谷，脾主动化，输布水谷精微，升清降浊，以和为贵。保持精神舒畅，养成良好的饮食习惯，合理安排生活规律，是自身保健的关键。

3 当自觉有胃症状时如何注意检查：当您感到胃脘不适时，要及时注意查找以下几个原因。

(1) 平素饮食是否规律，是否有饮食不节史；进食量、体力、大便是否有明显的改变。

(2) 是否有不良的精神刺激，或过度的寒凉刺激，或过度的疲劳史。

(3) 近期是否服用过对胃有刺激性的药物，如水杨酸制剂，如阿斯匹林、扑热息痛等；类固醇制剂，如强的松、地塞米松等；某些抗生素等。

(4) 近期内是否有体重明显下降倾向。

(5) 除上述因素外，还宜注意是否有口腔、鼻腔、咽喉等疾病，应及时诊治。

有上述 1~4 的诱因，或无明显诱因而有胃症状者，均宜及时请胃肠科医生诊查。患有胃疾病患者，宜提倡“三早”，即“早期发现、早期诊断、早期治疗”，“三早”对胃癌患者的及时防治尤为重要。就目前国内对胃肠疾病的诊断水平，首先推举内窥镜及病理相结合准确性最高，可达 90% 以上，特殊病例还宜结合细胞学检查等，来提高准确性。当然有经验的胃病专家其临床印诊也是非常重要的。我研究组组长、医学博士李玉奇教授独具“观舌识病”之专长，他通过放大镜下观察患者舌象的变化（包括舌质、舌苔等）就能准确地判定出疾病的性质、轻重程度，我组近十年来对老专家的经验从胃镜、病理、生化等多方面进行了科学的验证，系统观察、记录在案病例 1300 余例，证明了老专家“观舌识病”的独门经验的准确性和科学性，曾被列为“沈阳一绝”而蜚声海内外。

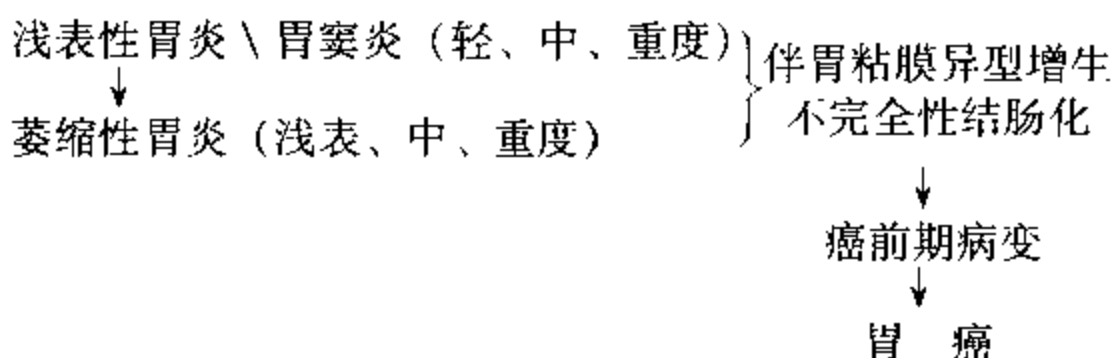
接受胃镜检查，一为确诊，二为治疗及预后提供参考，我院具有国际较先进的电子胃镜和有数十年经验的医生操作，一般尤其痛苦，建议胃病患者定期接受胃镜检查。

4. 本病的治疗与预后转归

患有胃病一经确诊必须及时治疗，我们研究组已治疗研究萎缩性胃炎十余年，完成国家“七五”计划的科研任务，救治萎缩

性胃炎数千例，已取得了突破性进展

萎缩性胃炎的一般发展演变趋势：



针对本病的演变转化趋势，李玉奇教授制定了严密的科研观察治疗方法，已分别研制出了胃福冲剂、温中养胃、养阴清胃、阻癌冲剂等及一些辅助治疗药物。

前期研究工作已基本结束，三次获省市科技进步奖，新药已推出。近期以李玉奇教授为主持人又承担了国家科委的“八五”攻关课题，研究治疗胃癌癌前期病变，因此我们将重度萎缩性胃炎和胃癌癌前期病变列为重点观察对象，建立完整的科研档案，进行系统治疗，三个月为一个疗程，全疗程保证科研用药的投与并给与优先就诊照顾，同时对胃癌术后的抗复发亦已立项研究。

凡上述患者，一经本组治疗，不宜滥用其他药品，特别是碱性药物和对胃粘膜有刺激作用的其他药物，以免影响治疗。入档病人宜严格遵守医嘱，中途自己中断治疗，自动停药二个月以上者，均视为自动脱离监护治疗，并从登记档案中除名，并拒绝索取病志。

5. 食谱

推荐主食（包括小食品）：

(1) 以米饭为主（大米、小米、玉米）如习惯吃面食，可吃干烙饼、面条、面包以及其他不加碱的面食品。

(2) 不宜吃粘米类食品（油炸糕、粽子、汤圆）。

(3) 不宜食象菜馅饺子。

推荐菜单：

木耳（做木耳汤为经常菜汤）、土豆、茄子、番茄、白菜（油菜）、藕笋、萝卜、冬瓜、黄瓜、嫩丝瓜、菜花、石花菜、洋葱、芹菜、胡荽、粉条、绿豆芽、芋头、菜笋、豆豉等。

不宜常吃菜类：

菠菜、芸豆、海菜、渍菜（酸菜）、韭菜。

禁食菜类：

醉蟹、青椒、辣椒面、大蒜、黄豆芽、豆腐（但腐乳除外，因为已发酵过）。烈性酒。

可食肉蛋类：

猪肉、羊肉、牛肉、鱼肉、鸭肉及各种蛋类。

不宜食肉类：

驴肉、马肉、香肠、火腿、狗肉、鸡肉、蛇肉、腊肉、猪头肉以及一切腐败变质肉类。

推荐水果：

橘子、山楂、白梨。

少食果类：

香蕉（便秘食之、便溏禁食）、苹果、杏子。

作料肴歌：

米醋当先少食盐，

姜丝必备胡椒全，

料腐味素适可止，

糖放过量脾不安。

烹调歌：

菜宜清便汤宜鲜，

清炖红烧端在烂，

油腻过甚损脾胃，

凉菜虽美要少贪。

口嚼小食品：

陈皮梅、盐槟榔、香橄榄、便子、桂圆。

代茶饮小偏方：

陈皮一片、焦山楂五片，炒糊米一捻，乌梅三个，沏水代茶饮，以助消化。

三、常见脾胃病治验

脾胃病的成因多较为复杂。诸如由于外感风寒，或因于郁火，或因于淤血，或因于气滞，或因于嗜酒，或因于痰湿，或因于诸虫，或因于食积，或因于抑郁，或因于外伤，或因于肿瘤等等。其病症总以寒、热、虚、实为纲。按之痛止者为虚，按之痛反甚者为实。形寒肢厥胃吐清水喜热饮者为胃寒。胃脘灼热，口燥津止，喜泻凉饮者为胃热。阴津不足，手足烦热，形体消瘦，食而无味，多为有胃淤血。对于脾胃病的治疗，为了审因辨证，处方遣药，兹临床每见胃脘胀满疼痛嘈杂嗳气，吞酸灼热，呃逆便秘或腹泻，食少纳呆者可诊为胃脘痛，其证可分为虚寒郁热淤血胃脘痛又为胃痛和胃痞。自胃内窥镜发明以来，不仅能在胃内窥镜下看到胃粘膜的改变，更能利用胃镜钳取胃粘膜活组织，通过病理进一步证实病变及病变程度，为临床辨证施治提供病理学依据。

胃内窥镜和活检为所见与辨证发现胃粘膜颗粒样或结节状隆起和胃粘膜变薄，颜色以苍白或灰白为主，胃壁蠕动弱等改变居多。其次为胃粘膜充血发红、水肿、糜烂、溃疡等。按胃粘膜颗粒样或结节状隆起以及出血斑等，符合气滞血淤，淤热交阻的表现。有“淤”方能导致上述胃粘膜的改变。胃粘膜变薄、苍白、胃壁蠕动减弱等亦符合脾胃虚寒的表现。胃粘膜充血发红、水肿、糜烂、溃疡、胆汁返流、幽门螺旋杆菌感染者，胃脘郁热而无疑。从胃内窥镜钳取胃粘膜活组织材料提供病理组织学的分析结果，同胃内窥镜大致相同的浅表性胃炎（轻、中、重）；浅表萎缩性胃炎（轻、中、重）；萎缩性胃炎（轻、中、重）；并可从

病理所见确认胃粘膜上皮不典型增生，进而分析出隐窝型、腺瘤型、再生型的轻、中、重度病理改变。通过组织化学染色方法看到胃粘膜出现不完全性结肠型肠上皮化生改变（轻、中、重），此为胃脘为病的轻重以及转化为胃癌前期病变提供了科学依据，从而对辨证分型及时治疗有所借鉴。从病理演变看胃脘为病的轻重，表现为从浅表性胃炎→浅表萎缩性胃炎→萎缩性胃炎的有序演进过程而来。也为看到胆汁返流性胃炎，胃息肉以及胃溃疡病的病变等的治疗提供了依据。兹对各病分析如下：

（一）浅表性胃炎

其病因多是由于脾虚胃热而引发。从四诊所见：形体一般并不显得消瘦，神态自如，面色尚有润泽，舌体多偏胖，偶伴有齿痕，舌尖有津液附着，舌质淡有少许白苔，舌苔多红，目睛润泽，脉多沉细或弦细。胃脘按之有轻微疼痛，胃上脘（近贲门部）多有压痛。偶有吐血或大便潜血。沈金鳌谓：“胃痛邪干胃脘为病也。胃秉冲和之气，多气多血，壮者邪不能干，虚则着而为病，偏寒偏热，水停食积，皆于真气相搏而痛。惟肝气相乘为九县。以木性暴且正克也，痛必上支两胁，里急，饮食不下，咽膈不通，名曰食痺。谓食入即痛、吐出乃止。盖以肝木相乘为贼邪，肾寒厥逆为微邪，扶他脏而见症。与心痛相同。但胃经本病或胀满，或呕叶吞酸，或不食，或便难，或泄痢，或面浮黄，四肢倦怠，此等本病必与客邪参杂而见……”。本浅表性胃炎的病证特征为：胃脘刺痛，胀满不显，嘈杂，胃部不适，呃逆上气，堵塞咽部感，大便多溏，或大便先硬后溏，食少纳呆较为明显。据众多病例统计：儿童发病逐渐上升。从胃内窥镜下所见：胃粘膜多光滑，皱襞多规整，胃粘膜红白相间以红为主，少有隆起或糜烂，惟急性反应居多，常见胆汁返流。胃内窥镜下所见多异常病变。但不容忽视的是浅表性胃炎经胃粘膜钳取活组织，病理发现胃粘膜不典型增生，或肠上皮化生改变亦并非偶见，这一漏诊为早期发现胃癌前期病变的征兆。应引起足够的重视！临床以证

属虚寒为多。附子理中丸，八宝瑞生丹……辛温燥热之品应为禁忌，而补中益气汤等亦不须问津，因为过用苦寒而伤胃阳，过于泄下而伤脾阴，过于辛温燥盛伤津，过于行气而伤宗气。应宜升阳益胃，升清而降浊，浊化而淤消，所谓炎症随去浊而化。

方药：升阳益胃饮子（临床经验方）。

党参 10g，黄花 10g，苦参 15g，升麻 15g，黄连 10g，桃仁 5g，柴胡 15g，薏苡仁 25g，甘松 15g，莪术 10g，红豆蔻 10g，茯苓 20g，枳壳 10g，白芥子 15g，茴香 5g。

水煎服连服 12 剂为 1 疗程。

随症加减：

若胃脘刺痛下止：加生蒲黄 10g，五灵脂 10g，紫苑 20g。

若呕逆：加柿蒂 15g，扁豆 20g，陈皮 15g。

若呕吐：加藿香 15g，紫苏 15g，半夏 15g。

若胃脘灼热，口吐苦水：加枇杷叶 20g，连翘 20g，射干 15g。

若咽梗呃逆，气闷膈中：加桔梗 20g，昆布 20g。

若经久便秘：加火麻仁 10g，炒杏仁 15g，郁李仁 10g。

若泄泻：加山药 30g，莲子 20g，诃子 10g。

若两胁下痛：加姜黄 15g，郁金 15g。

若烦躁不宁：加焦栀 10g，豆豉 15g，合欢 20g。

（二）浅表萎缩性胃炎

本病由重度浅表性胃炎发展而来，为第二阶段病变的继续。胃脘郁热形成，炽热化腐，病在血分。浅表萎缩性胃炎经胃内窥镜和病理区分为：轻、中、重三度。病程的演变多在 1~3 年。四诊所见：形体消瘦，面垢神便，脉来多弦病或弦实有力。舌体病薄，有板状样舌，有香蕉形样舌，有锥样舌形，舌枯萎干燥少津便，苔白腻，症见中脘胀闷，疼痛并不明显，痛则多在饭后 1~2 小时发作，持续 2~3 小时渐止。时有呃逆，口吐清水或苦水，胃脘嘈杂、灼热，口干饮水但不欲咽，因病在血分不在气

分，为血燥之特征。食少纳呆，厌油腻，体重急剧下降与伴随脉来有力相为伍。为腹胀不得缓解，大便又不正常，经用健脾和胃、宽中行气、活血化淤、舒肝理气、豁痰化结等法，屡治不奏效时，应当考虑大肠传导失常，下气受阻，每因肿瘤所致。急需做结肠镜以求确诊。从胃内窥镜下所见：胃粘膜红白相间，血管暴露明显，胃皱襞不规整，近胃窦部多有水肿和急性反应，胃窦和胃角部有隆起或花斑状。于隆起部钳取活组织3~7块，病理所见腺体萎缩，而其病变程度划为轻、中、重三度。轻、中度常伴有肠上皮化生或出现轻度不典型增生，多郁热。在治疗上应重视益气养阴兼以活血化淤。疗程当在1~3年，坚持治疗可告逆转。治疗应在胃内窥镜监护下进行，四个月应做一次检查。因本病多乏酸，故碱性药物应慎用。

方药：养阴益胃汤（临床经验方）。

苦参10g，黄芪10g，生地榆20g，石斛20g，知母20g，白蔹20g，马齿苋20g，桃仁15g，鳖甲20g，槟榔片20g。

水煎服，连服3个月为1疗程。

随症加减：

口干欲呕：加芦根25g，白茅根15g，葛根10g，天门冬20g。

膈逆于喉间至食道上端，疑有异物感：加桔梗20g，木通10g，昆布20g，海藻20g，射干15g。

饥饿无度，除外消渴症。此乃胃中有伏火或肾水匱亏，脾为自救而欲饱食而不盈。此为脾虚。加山药40g，胡黄连10g，莲子肉20g，枸杞子15g，山茱萸20g。

因组方潜有愚意特作如下方解：黄芪、苦参、生地榆为君药。黄芪益气固卫和敛脾阴，排脓而生肌，益三焦元阳，补五脏诸虚不足，其性不温不燥不伤胃津；苦参除列人参之外，其味大苦而寒，苦以燥脾胃之湿，兼泄气分之热，亦清血分之热，当胃家湿热盛，则口淡不欲食，惟苦参则能润之；地榆凉血止血，其

性主收敛既能清降又能收涩。故谓：“清则不虑其过泄，涩亦不虑其过滞。三药合参为君，所能补之于气，降之于火，近而胃阳得以升发，脾阴得以和谐，使胃气来复。石斛、知母联味为臣药，意在滋养胃津以防燥，尚能补脾阴之不足；白芍、马齿苋、桃仁功在活血以解毒，毒去淤炎自消并佐其不腻；鳖甲、槟榔软坚化积而疏郁滞化腐而生新。诸药相需相补补中有攻，攻而不伤胃气，滋阴软坚两相调和而凉血解毒，使脾阴得救 是为本方之寓意。用之每及应手

(三) 萎缩性胃炎

为浅表性胃炎的基础上恶化而来。然而幽门螺旋杆菌、胆汁返流性胃炎对本病已构成很大威胁。临床辨证为淤血证，胃脘已成痼。从四诊所见：病人面色灰垢无华，面容憔悴，神疲倦怠，懒言，消瘦，脉多弦实有力。按久病当虚，脉来亦应微弱，今脉来反大，表明胃津已亏，阴虚火旺，水火挟济，呈现强弓之弩，乃为反跳脉象。不能误认脉来有力而胃气未损，就舌象而论，可以看到舌体多薄瘦形若木板而萎缩无神无根，舌面光滑如镜呈紫色而全无苔，呈猪腰子断面，形若死血毫无润泽。表明胃津耗竭，血淤脉络胃气受阻。一旦舌质灰黄相间而枯燥无津，舌面上二分之一处苔呈老云层叠堆积而黄褐，舌尖鲜红，加诸脉来亦伴随有力，每每为中晚期胃癌有之。

本病从胃内窥镜所见：胃粘膜颗粒样或结节状隆起和胃粘膜变薄，颜色以苍白或灰白为主，胃壁蠕动弱。多伴有胃粘膜充血发红、水肿、糜烂和溃疡等。活检病理所见常和胃镜观察所一致。针对病变程度可分为轻、中、重三度。而中、重度萎缩性胃炎在取活检中，时而发现胃粘膜不典型增生和肠上皮化生改变，亦分属为中、重度所相一致。重度萎缩性胃炎并有重度不典型增生，实际已进入胃癌癌前病变。

萎缩性胃炎的表现：中脘胀满甚而疼痛并不明显。少数病例痛胀并作，多在饭后 1~3 小时隐隐作痛，厌油腻，偶有欲呕，

肠鸣暖气，多便秘，食少纳呆，呃逆频仍。由于病势发展和摄取营养不足，体重往往在2~4个月下降3~10千克，此为萎缩性胃炎的特有指征。萎缩性胃炎发展到重度期，经过系统治疗并在胃镜监护下进行是可以逆转的，约需3~5年方可逐渐恢复。实践证明在短期内治愈是不可能的。在胃镜监护下，其治疗周期为3~4个月。一旦发现早期胃癌，应立即手术，以防贻误手术机会。

一般对萎缩性胃炎的治疗，常以益胃健脾、疏肝理气、润燥生津或攻下法等。平胃散为首方。而余在多年研究本病中，采取去腐生新，益气养阴方法而收到满意效果。

方药：化腐复胃汤。

黄芪40g，重楼10g，甘草20g，苦参20g，皂刺10g，刺猬皮10g，白术20g，山药20g，莪术15g，桃仁15g，浙贝20g，白花蛇舌草40g，射干15g，蚕沙15g，香椽15g，砂仁20g，知母20g，天门冬20g。

水煎服3个月为1疗程。

随症加减：

口吐苦水：加黄连。

口吐清水：加干姜。

口多唾而不止：加益智仁20g。

口吐酸水：加红豆蔻、乌贼骨。

经久便秘：加桃仁、杏仁、郁李仁、皂角子、黑芝麻。

厌食：加藜实子、马薊子。

体重倍减：加山药40g。

伴有低热（除外结核），加鳖甲40g。

贫血：多由于乏酸而引起，而萎缩性胃炎多乏酸。如马齿苋40g、乌梅10g。

少寐多梦：加合欢、莲子心。

妇女更年期，身痛浮肿：加柴胡30g、桑白皮40g。

呕吐（吐食）多是由于幽门水肿，食物通过受阻逆返于上：
加薏苡仁 40g、当归 20g、茴香 5g。

服药过敏反应起皮疹：加白鲜皮、蝉蜕。

服药呕吐：加半夏、干姜。

服药立即泄下：此胃虚肠亦虚，加党参 40g、升麻 15g、白芍 20g、大枣 15g。

附：经余积 50 年经验研制的阻癌胃泰冲剂，历时 4 年经 117 例的临床研究，由胃镜、病理、生化和药效学试验等检测，取得理想效果。被列为国家科委科研项目《胃癌癌前病变临床与实验研究》现将其成果综述如下：

1. 阻癌冲剂治疗胃癌癌前病变临床症状疗效评价。应用阻癌冲剂系统 86 例胃癌癌前期病变患者，对照组应用维生素治疗 31 例，其中治疗组临床治 28 例，占 32.56%；显效 24 例，占 27.91%；有效 25 例，占 29.10%；总有效率达 89.57%。对照组临床治 5 例，占 16.13%；显效 4 例，占 12.90%；有效 10 例，占 32.27%；总有效率 61.29%。两组疗效经统计学处理无论在治愈率，显效率，还是总有效率上，治疗组明显高于对照组。经统计学处理有显著差异（ $p < 0.05$ ）。

2. 阻癌冲剂治疗胃癌癌前病变的胃镜下观察

(1) 疗效判定结果：在治疗组于电子胃镜下定点取材，两次复查的 86 例中，治愈 26 例，占 30.2%，显效 22 例，占 25.6%；有效 24 例，占 27.9%；无效 14 例，占 16.3%；总有效率为 83.7%。对照组 31 例，治愈 4 例，占 12.9%；显效 2 例，占 6.5%；有效 9 例，占 29%；无效 16 例，占 51.6%；总有效率为 48.4%，两组对照有显著差异。

(2) 胃镜下的观察所见：通过电子胃镜对胃癌癌前期病变患者的胃粘膜微细变化进行了详细观察，结果发现胃粘膜颗粒样或结节状隆起和胃粘膜变薄，颜色以苍白或灰白为主，胃壁蠕动弱等改变最多见，占 80%，其次为胃粘膜充血发红、水肿、糜烂、

溃疡等，胃粘膜的颗粒样或结节隆起以及出血斑等，符合郁热和血淤，而胃粘膜变薄、苍白、胃壁蠕动弱等，亦符合脾虚的表现。

(3) 胃癌癌前病变患者的幽门螺旋菌感染 72.3%，说明胃癌癌前期病变的发生可能与幽门螺旋菌感染有一定关系，观察表明幽门螺旋菌胃感染可使胃粘膜遭受致癌物质攻击的机率明显增多，对慢性胃炎的发展起到了加重和促进作用，并可促进慢性胃炎的突变和癌变过程。因此治疗幽门螺旋菌胃感染对逆转胃癌癌前期病变有着较为重要意义。我们运用阻癌冲剂对胃癌癌前期病变患者胃粘膜幽门螺旋菌进行了治疗前后对比观察，治疗前无感染、轻度感染、中度感染、重度感染的例数分别为 15 例、13 例、18 例、10 例；治疗后无感染、轻度感染、中度感染、重度感染的例数分别为 32 例、9 例、12 例、3 例。治疗前后比较，经统计学处理，有非常显著性差异，与对照组比较，也有非常显著性差异，显示出阻癌冲剂对胃粘膜幽门螺旋菌具有十分理想的抑制效果。阻癌冲剂对于胃粘膜幽门螺旋菌的抑制作用也部分地解释了该药物治疗胃癌癌前病变的疗效机理。

3. 阻癌冲剂治疗胃癌癌前的病理学疗效评价，本课题所观察的所有胃癌癌前病变患者的胃粘膜活检取材均来源于临床组的胃镜下所获得。保证了病例治疗前后的可比性，使观察结果具有较强的科学性，病理组织学观察结果表明在 86 例治疗组中治愈 26 例，占 30.23%；显效 20 例，占 23.26%；有效 23 例，占 26.74%；总有效率 80.23%。而对照组治愈 4 例，占 12.90%；显效 2 例，占 6.45%；有效 10 例，占 32.26%；总有效率 51.26%。经统计学处理，两组具有显著性差异，进一步从病理组织学角度证实和肯定了阻癌冲剂有治疗以胃粘膜不典型增生和肠上皮化生改变为主的胃癌癌前病变的临床疗效是非常明显和可靠的。

4. 阻癌冲剂治疗胃癌癌前酶学指标的疗效观察。N-乙酰-

β -D-氨基葡萄糖苷酶 (NAG) 是人体内广泛存在且较重要的一种细胞溶酶体水解酶, 与许多生物病理过程密切相关。 β -葡萄糖苷酶 (GCD) 分布于哺乳动物和人体各种组织细胞高尔基复合体及溶酶体中, 当机体发生恶变时, 该酶活性高。碱性核糖核酸酶 (RNase) 主要存在于细胞溶酶体中, 是具有特异性的核酸代谢的内切酶, 各种肿瘤组织核酸代谢异常, 该酶活性升高。而亮氨酸氨基肽酶 (LAP) 则广泛分布于人体组织和体液内, 如肾、小肠、大肠及胃粘膜中, 属于水解酶, 当机体发生恶变倾向时该酶活性显著提高, N-乙酰神经氨酸酶 (NANA) 是细胞糖蛋白的重要组成部分, 研究表明: NANA 在轻、中、重度萎缩性胃炎及不典型增生、胃癌时含量呈梯度升高。正因为这些酶类具有上述的生理、病理学特性, 因此测定胃癌癌前病变胃液内这些酶类的变化, 还可间接地反映胃粘膜细胞超微结构的发病机理和治疗机理。

本实验的测定结果表明: 治疗前胃液内 NAG、GCD、RNase、LAP、NANA 五酶的含量显著升高与正常对照比较, 有非常显著性差异, 从这五项酶类的异常变化也间接地证明胃粘膜不典型增生确属具有恶变倾向的癌前病变。而治疗后的统计结果又表明, 经阻癌冲剂的系统治疗 NAG、RNase 均有不同程度的下降, GCD、LAP、NANA 恢复正常水平。提示异型增生的上皮细胞内的代谢异常直到恢复。

5. 阻癌冲剂药效学试验结果表明。经用甲基硝基亚硝基胍 (MNAG) 化学药物合并胃粘膜机械损伤造成大鼠癌前病变模型, 证明该剂对胃癌癌前病变具有明显的防治作用, 又经用另一种化学药物造成小鼠前胃癌病变模型, 证明该制剂对小鼠前胃癌病变发生不仅有预防作用, 而且对已产生的癌前病变有明显的治疗作用。在抗突变实验中, 应用 Ames 试验, 染色体畸变试验和微核试验均证明阻癌冲剂有显著的抗突变作用。

(四) 返流性胃炎

胃为五脏宗主，其气腾而上感，则脉见于人迎，其清允而下输，则脉涌盛于趺阳。若恣食厚味，酗酒无度，或因习辛辣，或饮食不节，损及脾胃之气虚，气虚难以约束幽门。致幽门失控，十二指肠液和胆汁乘负压之隙上逆返流于胃脘。从胃内窥镜下透视看到橘黄色胆汁弥散于胃窦部，激惹胃窦部粘膜发红、水肿和充血，症见胃腔灼热感，胃脘嘈杂，似热非热，似饮非饥，胃脘不适难以形容。多伴有泄泻病史，胀满于脐下尤为明显。辨为胃脘郁热证。经久不愈，治疗颇为棘手，并能诱发萎缩性胃炎。据辽宁中医学院附属医院胃镜室统计，从1992年1月至1993年12月间，经胃镜检查浅表性胃炎、浅表萎缩性胃炎、萎缩性胃炎共2941例，其中返流性胃炎666例，占22.65%。由此可见，返流性胃炎占脾胃病很大比重，这在治疗上经胃镜确诊下尤为必要。

治则：益气清热，化浊利湿

方药：升清降浊饮子。

苦参15g，黄芪10g，枳壳10g，山药20g，苍术15g，滑石10g，黄连15g，茯苓20g，升麻15g，蒲公英25g，败酱草20g，连翘20g，白豆蔻15g，薏苡仁20g，柴胡10g

水煎服连服30剂为1疗程，在胃镜监护下服药

(五) 消化性溃疡

临床视为胃脘痛。“木郁之发，民为胃脘，当心而痛”。每多因不时感受寒凉，起居不节，就餐不规律，职业性就餐不及时，饥饱无度，空腹酗酒，喜食辣椒，食伤脾胃，积而为壅化为热腐，逐渐演致溃疡。钡餐X线下最易确诊。本病特征胃痛多在进餐前较为明显，吞酸嘈杂。若十二指肠球部溃疡，胃脘痛又多发生在子夜。胃痛部位多在中下脘。溃疡经久不愈易于幽门部出现疤痕导致幽门梗阻，食物通过受阻上逆而吐，引起剧烈胃痛，吐出方止，如此反复循环，患者倍感痛苦。若幽门形成疤痕性梗阻，进食后呕吐，药物很难治愈，手术效果良好。早期溃疡

大便带有潜血，胃纳不佳，形体消瘦，及时治疗并注意饮食和生活规律，不难治愈。恶性胃溃疡亦易导致癌变。

在治疗方法上临床经验证明：温胃益气，逐腐去淤奏效良好，不宜过用苦寒和泄下药。而附子理中丸、八宝瑞生丹等辛温大热之品应属禁忌。

方药：养胃益气汤。

黄芪 25g，山药 20g，白术 20g，白及 25g，乌贼骨 20g，煅瓦楞子 20g，茴香 5g，炮姜 5g，黄连 5g，甘草 15g。

水煎服。

随症加减：

十二指肠球部溃疡：加橘核 15g，甘松 20g，川楝子 15g。

呕吐剧痛：加桃仁 15g，莪术 15g，当归 20g，柿蒂 15g。

疼痛不止：加五灵脂 15g，生蒲黄 10g，炙马兜铃 15g，紫苑 15g。

大便潜血：加槐花 40g，莲肉 20g。

吐血：加藕节 40g，青皮 10g，茅根 25g。

胃脘灼热：加连翘 20g，蒲公英 25g，败酱草 25g。

大便秘结：加火麻仁 15g，郁李仁 10g。

术后吻合口发炎症：加川楝子 15g，白芥子 10g，桃仁 15g。

食疗：

①山药粥：山药削皮切成方块同米煮烂食。

②羊乳：500ml 煮沸，分两次早晚温服，两个月为 1 疗程，效果极佳。

③鲫鱼一尾，去内脏加大蒜 25g，煮烂服汤汁。

④昆布（海带）去咸味加小麦 50g，煮汁饮之。

⑤红小豆 25g，生姜 5g，大枣 10 枚煮汁饮之。

⑥胡椒 5 粒，大枣 10 枚，煮汁饮之。

⑦柿饼，烧存性每吃 5g。

（六）饥饿无度证

本病于临床时而发现，多因大肠郁热移于胃，或因胃中有伏火或因肾水亏而诱发，脾为自救而欲饱食，病人皆咎于饮食不节而伤脾胃。病患苦诉饥饿难忍，食后旋即复饿。大便极不规律，显得面色少华而消瘦。追问其病史，无消渴症。脉来多弦细，舌质绛而少苔。胃脘没有明显不适感。

治则：补脾清热滋濡肾水。

方药：健脾滋肾汤。

山药 50g，莲肉 20g，白术 20g，薏苡仁 20g，胡黄连 10g，五味子 10g，茯苓 20g，黄芩 10g，枸杞子 20g，山萸肉 20g，甘草 10g，知母 20g。

水煎服，连服 30 剂为 1 疗程。

(七) 厌食症

本病多发于幼儿 3~12 岁居多，过食膏粱厚味，腻伤脾气，郁热成积为疳。病患干瘦不欲食或拒食。呈现极度厌食、干呕、出汗、脱发、大便干燥、小便赤黄。

治则：化积清热，禁忌滋补。

方药：化积醒脾煎。

苦参、榧子、使君子、胡连、桃仁、水红子、白术、山药、槟榔片、焦楂、乌梅、甘草。

剂量按年龄酌定。苦参不得超过 10g，使君子不得超过 5g，过量引起呃逆不止。

水煎服，连服 20 剂为 1 疗程。

(八) 大肠郁滞 (肠气)

本病方书鲜有记载，为余所见。临床症状表现为脐下胀满，大便困难，便前腹痛，便呈条状经久不易排出。由于肠气上逆于食道，病患每每感到口有臭味，痛苦非常。其原因多是由于平素大便燥结，屡屡惯用泄下药物，迫使食物过早进入大肠，积于大肠而发酵，产生气体而胀满，腹痛并有里急后重感。

治则：逐淤化滞，行气散结。

方药：通肠一效煎。

当归 40g，莱菔子 15g，槟榔片 20g，桃仁 15g，炒杏仁 10g，厚朴 20g。

（九）结肠炎（脾泄）

泻泄同出于脾胃病，故有脾虚作泄之论证。多因脾受寒湿难以渗利，损伤脾阳之气以致运化失职，不能分别水谷而进入大肠致泄。临症可见口干、肠鸣、腹痛、小溲清长或黄赤，大便反应快，或呈水样便，或成糟粕状，或呈粘液；或呈细条状，或呈血样便，或便前腹痛，便时尤觉下坠感而出现里急后重。故《难经》有五泄之说：“胃泄者饮食不化，色黄即风乘湿；脾泄者，腹胀满，肢体重着，中脘有碍，面色萎黄，泻泄，食即呕逆，即暑乘湿也；大肠泄者，食已窘迫，大便色白，肠鸣切痛即燥乘湿也；小肠泄者，而便脓血，小腹痛，即火乘湿也；大瘕泄者，里急后重，数至青而不能便，茎中痛，即寒乘湿而变为热泄也”综观上述所见，每当因湿伤脾阳。诸家又指出：风泄，恶风自汗或青血易暴泄；食泄，脉弦紧，腹痛则泄，泄后痛减；痰泄，脉滑，尿少而赤，肺闷食减，积湿成痰致大肠不固而作泄；水泄，肠鸣如雷，一泄如注皆是水；火泄即热泄，脉来弦数，肠痛肠鸣，口干热冷饮，烦渴，尿色赤，里急后重，痛一阵泄一阵。迨李士材氏提出几种治疗方法，即升提、淡渗、清凉、疏利、甘缓、酸收、燥脾、温胃。不外是审因论。然而在辨证施治中切不可忽视病人自诉腹泄与便秘交替发作，便时带有粘膜血样改变，病程较久，除外肛门痔疮，体重下降，食少纳呆，此际如见脉来弦数、口干、小腹经常隐痛屡有便意，及时做结肠镜检查，以免误诊以求确诊。上述症状出现屡屡发生结肠恶性肿瘤，如在结肠镜检中发现结肠息肉应做及时处置。结肠癌明显特征是有胃下脘至脐下胀闷感，服疏利下之药屡屡无效。此即由于结肠癌产生的肠气上返于胃所致临症应注意到，胃脘胀满服药无效而兼泄泻，应考虑到肠腔是否有肿瘤存在，切不可估息治疗以免误诊。

1. 脾虚作泄：脉来沉迟，四肢冷，舌质淡少苔。胃下脘至脐喜温，呕逆胀满，泄泻无痛感，日2~3次，便呈糟粕状。

处方：山药25g，苦参15g，诃子15g，白芍20g，当归20g，莲肉20g，白术20g，木香10g，槟榔片20g，莱菔子10g，炮姜10g，水煎服。

2. 脾火作泄：脉来弦数有力，舌质赤苔黄，口干舌燥，渴欲饮水。肠鸣腹痛，里急后重，大便稀溏而粘稠，便急小腹阵发性剧痛，便后里急后重感，小便赤黄。

处方：白头翁20g，秦皮20g，黄连15g，薏苡仁40g，败酱草20g，白术20g，当归30g，槟榔片20g，石榴皮10g，木香15g，党参20g，砂仁10g。水煎服。

3. 脾肾气虚作泄：脉来细弱，舌质淡少苔。泄有定时，特征是在黎明前例行腹泻，腹痛不明显，旷日持久，体重渐减，食欲不振，神疲力倦。

处方：芡实25g，白豆蔻10g，山药40g，补骨脂10g，肉豆蔻10g，诃子15g，当归20g，大枣15g，白术20g，五味子10g，甘草15g，白芍20g，升麻15g，薏苡仁40g。

(十) 胃癌术后抗复发

胃癌早期发现早期手术，术后一般良好，但临症时若没有X线和胃内窥镜，很难早期发现。因为胃癌早期胃症状并不明显，只是时感胃脘胀满，食少纳呆，往往被忽视。在一般健康体检中发现中晚期胃癌并不偶见。待胃脘疼痛无休止，食少纳呆，大便秘结。欲呕，低热，体重剧减，经胃镜下和活检发现胃癌，多为中晚期，进行手术，术后亦不理想。为了延长生存期，投以中药扶正固本，清热解毒，去腐生新，长期观察治疗，一时效果尚为满意。

附典型病例：患者张某某（男），48岁，机关司机。经某大医院诊为胃癌，3cm×4cm大，于1974年手术后，除用西医方法治疗外，经余用上述理法，坚持连续治疗3年，患者幸存至

今。

方药：黄芪 50g，土茯苓 20g，皂刺 15g，炙猬皮 10g，蒲公英 25g，苦参 20g，白敛 20g，山慈姑 10g，重楼 10g，甘草 10g，薏苡仁 30g，卷柏 10g，莪术 10g。

水煎服。

秘方：无足行散，每次 5g，一日 3 次。

附名家名方：

李东垣·补中益气汤（从略）。

朱丹溪·越鞠丸（从略）。

局方·平胃散（从略）。

李东垣·和中丸：治病久虚弱，厌厌不能食，或便秘或便溏，为胃气弱。治以和中理气，消痰去湿热，厚肠胃，进饮食。

方用：白术二两，厚朴、陈皮、半夏各一两，木香、槟榔、枳实、甘草各半两，姜汁和蒸饼为丸如胡椒大。每服 30 粒。

《三因》方·养胃汤：治脾胃虚寒，呕逆恶心，腹胁胀痛，肠鸣泄泻。

方药：藿香、厚朴、半夏、茯苓各钱半，草果仁、陈皮、人参、附子短片、白术各一钱，甘草五分，加姜枣水煎服。

《千金》大养胃丸：人参、白术、扁豆、陈皮、三棱、砂仁、甘草、豆蔻、莪术、茴香、良姜、茯苓、益智仁、胡椒、木香、藿香、薏苡仁、红豆、丁香、山药、枳壳、神曲、麦芽、桔梗为细末炼蜜为丸，如弹子大，每服一丸。

《御药》参苓平胃散：治脾胃不和，不思饮食，心腹胁胀刺痛，口苦无味，胸满短气，呕哕恶心，噫气吞酸。

方用：苍术、厚朴、陈皮各五两，甘草、人参、茯苓各二两，为末每服三钱。

《本事》温脾散：治温中开胃进食，利气散寒。

方用：白术、陈皮、砂仁、厚朴各一两，良姜、桔梗、白芷、茴香、木香、麦芽、香附、甘草各半两，红豆、干葛各三

钱。

《仁斋》加味保和丸：治消痰利气去湿热，扶脾胃，进饮食。

方用：山楂、神曲、半夏、茯苓各三两，陈皮、连翘、莱菔子各二两，白术、枳实各一两，香附、厚朴各二两，黄芩、黄连各一两，为末姜汁为丸，胡椒大，每服 50 粒。

第二章 中医计算机模拟专家系统

李玉奇慢性胃炎辨证施治系统

一、医理设计

系统设计之前，首先将笔者治疗慢性胃炎的经验进行了整理。特提出以“胃痛论治”的学术观点和一套完整的辨证施治体系。

关于发病机制，笔者认为：“本病之发生发展。每多咎于胃府直接感受寒冷刺激，积聚不消，因于火热，因于淤血，因于壅遏，因于痰湿，因于情志不舒……致使胃肠遏阻，胃失所养，有损于化生水谷之精微，久之竟而累及血肉腐坏，胃府形成萎缩，使脾难以同功，因而胃气日趋衰败”；“胃府直接发病”，“起于脾肾之虚”，“肾虚无力涵肝，即病变位于胃连于脾，责之于肝，涉于肾”，“此脏腑相关学说之特异”。

本病特征：本病在临床中看到的表现是相当复杂的，也有自觉症状并不明显，缺乏明显的特异性，笔者根据多年临床观察，提出本病特征是“胃脘灼热感明显，子夜尤甚。胃上脘部，有钝痛样发作，膨胀重压感，空腹胃气作鸣，食后微微作痛，厌恶油腻，胃脘嘈杂，但用制酸药无效，暖气呃逆不时发作，大便秘结与溏泄交作，食欲减退，全身倦怠无力。日渐消瘦，晚期日晡潮热，面色苍白，精神抑郁”。

辨证施治基本规律：胃脘痛可总括为胃阳虚与胃阴虚两大类，治疗总则在于调补和升阳益胃，临床又可根据相异的证，采取不同的施治方案。“治胃又开端于脾，将本病分为肝气犯胃、情

志不舒伤胃、胃阴虚、胃虚寒、胃郁热、胃脘积聚、胃痰火、胃癖、胃淤血、胃中毒等证。分别采用平肝理脾和胃法；解郁行气，泄肝益胃；养胃育阴，和营补血；温胃健脾，消食化积；清热养阴，润燥生津；开疏利导，祛积软坚，豁痰散结，渗湿化浊；解醒败毒，疏气化郁；消痛经气，去腐生新；养胃化毒等治疗方法。

主体方药：分别选用党参、僵虫、芦根、乌梅、莪术、黄连、马齿苋、苦参、急性子、刺猬皮、白花蛇舌草、白及、白薇、白菝等药物。

通过总结并参考国内有关单位的治疗经验，总结出慢性胃炎主要病机（证）18个，如：胃癌术后、寒气雍滞热郁壅盛、脾胃不和、肝气犯胃、浅表性胃炎、胃血淤、胃阴虚、胃郁热、胃虚寒、肝火犯胃、胃痰火、情志不舒、胃酒癖、中毒伤胃、萎缩性胃炎Ⅰ期、Ⅱ期、Ⅲ期。演化合并病机11个，如：痰浊中阻、中气不足、脾阳虚、湿阻中焦、寒邪犯胃、脾虚、中气滞、肝火、肝郁、肾阴虚、肾阳虚，重要兼症12个，如：胃痛重、胃胀重、呕血、黑便、呕吐、发热（ $>37^{\circ}\text{C}$ ）、腹泻、高血压重、肠上皮化生、崩漏不止。一般兼症35个，如：头痛、眩晕、呃逆等，患者症状体征200余个。

按照医学原理画出了程序框图，设计了各病机的关系结构，诊断要点，治疗原则，具体方药等，系统关键数据均由专家本人给出，对权值等量化的数字，由设计者按专家诊断思想和病例集体讨论定出，并通过实际病例不断调试，直到专家认定。

慢性胃炎辨证施治系统的研究，就是根据笔者的临床经验进行总结，又参考了大量与本病有关的资料，把本病分出上述的病机、病症和兼症；又对每个病机病症进行反复的研究，给权值数大小，然后再用病例验证，方可运用到临床。

本程序可治疗萎缩性胃炎、浅表性胃炎、胃癌术后、胃脘痛等。

二、诊断过程的分析

一般可分为病名诊断和病机诊断（又有称之为“证”）。前者如胃脘痛、心悸、水肿等，一般诊断容易，往往以主症命名，意义不大；而后者如肝气犯胃、胃阴虚、血淤等是对疾病比较深刻的认识，是电子计算机模拟中医诊断的关键，病机诊断，是中医辨证过程的中心环节，它决定着理、法、方、药辨证施治的全过程。

有的学者提出中医诊断方法有两种：①直择法——主要凭借学者敏锐的观察力和丰富的学识与经验，单刀直入地做出诊断；②汰选法——把与某主要症状有关的证候一一举出，对比分析，剔除较少共同之处的证候，剩下共同之点最多、较吻合的证候作为诊断。

这种看法实质上是把中医诊断分为两种。一种是正确的、绝对的，如见患者面色黎黑，胃脘刺痛，指甲淤血，舌有淤斑便可诊为胃血淤。另一种是模糊的、相对的，往往是经过比较排除其他而确立的，如患者胃脘胀满，食少纳呆，时有矢气，无其他特异症状，经比较鉴别可诊为“中气滞”。其实在临床上还广泛地运用着第三种诊断方法——“试诊治”，这是在患者症状极不典型、罕见疾病和常规治法无效等情况下，医者仅根据少量的症状，或仅依病名，按照个人的直接经验或间接经验对患者的病情做出推测，有时甚至是猜测，提出假设诊断，通过试治，观察了解病情变化和疗效，从而反馈确立诊断或修改诊断。

计算机模拟中医诊断这三种情况应分别处理，这三种思维方法是选择相应数学模型与方式的基础，慢性胃炎中医辨证过程蕴含着上述三种诊断方法。

三、诊断模型

第一种诊断方法是精确的，可用逻辑判断的方法来实现。把每个病机（证）的症状组合写成“命题规则”，然后化成析取或合取范式存入计算机，采用检索的形式进行诊断。

第二种是模糊的，每个病机（证）都是和它病机比较而病立的，这可应用模糊数学模型，如模式识别的方法求隶属函数，也可用贝叶斯公式，加权求和等其他量化的方法来实现。

第三种诊断要具体情况具体分析，根据不同的老中医经验，治疗的病种不同，试诊病的内存与方法也有别，如本系统对于萎缩性胃炎辨证不典型者分期辨证施治。其诊断的数学方法应以逻辑判断为主。

例如，有一位胃脘痛的患者，有十几种临床症状，如何判断是符合哪一个病机？首先选用逻辑检索诊断公式来判断；如不病足时，再进行隶属函数加权求值的方法；如果再不能符合时，可按具体情况具体分析，如萎缩性胃炎不典型者分三据病证据治。

以上三种诊断方法是中医诊断思维病有机整体，不可分割，单纯使用哪一种方法都是困难的，特别是在病种比较大，症状比较多的情况下，只用逻辑判病不可能把所有的有意义的症状组合全部例出（有时存贮量不允许）；单用模糊的方法，对于精据的情况，如二三个种异症就可确立一个诊断，这样的特异症状很难给出准确的权值，往往修改一处，牵动全盘，非常棘手，即值是采用了上述两种方法，如不考虑第三种情况也很难对老中医经验全面的总结，使程序达到实用阶段，所以，同时值用三种诊断方法才能达到对老中医经验较准确的模拟。

在本系统统计中，诊断部分同时使用了这三种诊断方法。三者的关系是，首先进行逻辑检索诊断，如不病足再进行计算隶属函数，值据情况还可以进行阈值浮动，此两种诊断均有满足时，

转为第二种诊断处理。诊断条件按专家经验而定。至于具体诊断方法，由于国内不少单位已分别使用过前两种方法，本系统是把几种方法在一个病中同时应用，具体方法就不加赘述了。

四、数据关系和结构的设计

仅有正确的诊断原则还不能完全完成中医辨证思维的模拟，因为在临床上患者的症状是错综复杂的，几乎可输入信息的每一种组合都可能出现（相矛盾的除外），真正典型单一病机的是少数，大多数不是几种病机共存，就是某病机兼有其他症状。所以需要解决如下问题：确立病机之间的复合关系和可处理病机的个数。在符合多个病机时要抓主要矛盾，兼顾其他。复合后的诊断、治则要合乎医理，兼症的处理要有轻重缓急，对应方药的组成与化裁。

解决这些问题的方法是，按照中医辨证思想规律，确立各病机等数据之间的可复合关系以及优先级关系，设计合理的数据机构。各病名、病机、兼症的复合关系。

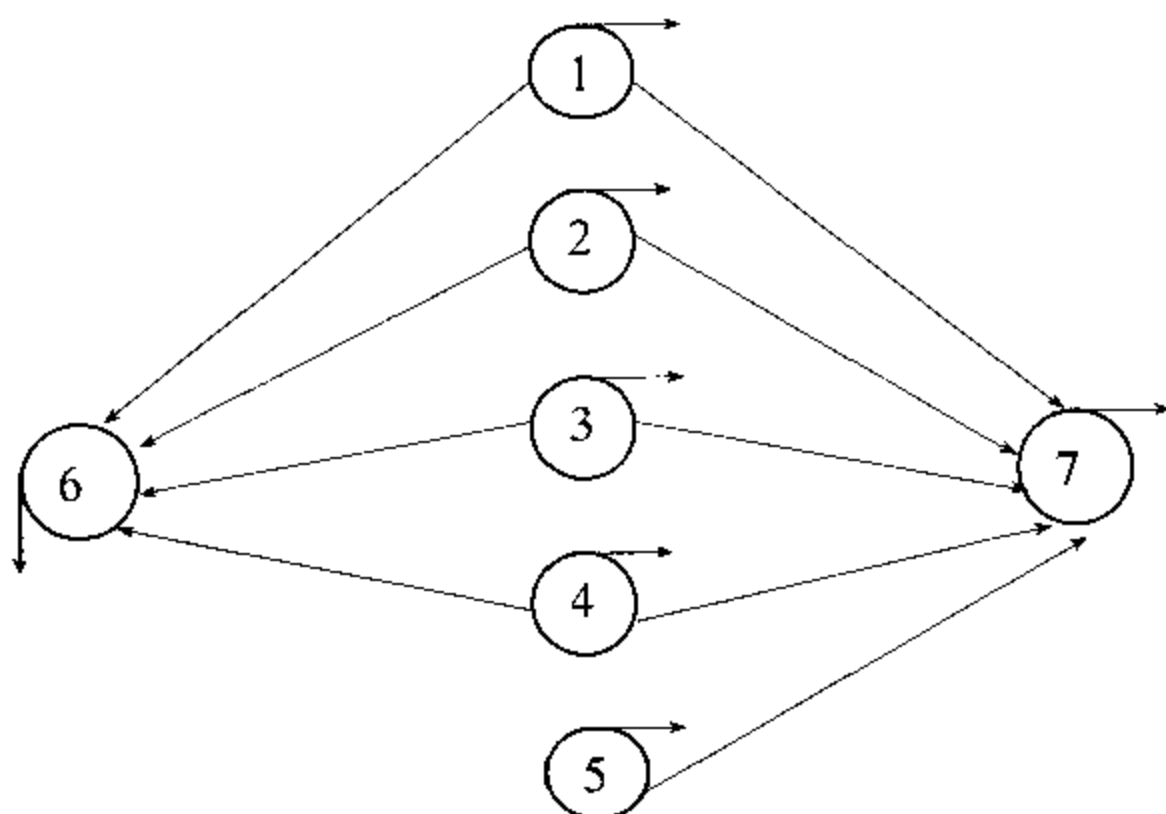
例如，胃脘痛可以包含着浅表性胃炎，浅表性胃炎不包含胃脘痛，所以胃脘痛排在浅表性胃炎的前面（见下页图）。由图可见①、②、④、⑤之间都无关系，即这些病名不能复合诊断，但它们同⑥、⑦有关系，⑥与⑦也存在关系，各病名、病机、病症都是自反的，即都可同本身复合。

根据具体医理情况确立了以上关系，这种关系是不变更的，在程序上也是可实现的。

多层优先级数据结构。

上述关系仅解决了病机复合的合理性问题，还没有解决多病机复合时的取舍与排序问题，即怎样抓主要矛盾兼顾其他，我们设计了多层优先级数据结构，把各病机、症、药等数据按优先级排列从层次上分为：①主要病机；②演化合并病机；③兼症。每

一层内部又分为若干项，规定：①优先级最高；②次之；③最低。内部各项也是依优先级排序。



病名、病机、病症的关系图

1 胃癌术后 2 胃脘痛 3 浅表性胃炎 4 萎缩性胃炎

5 基本病机 6 演化合并 7 兼症

1、2、3、4 都可出现演化合并病机和兼症；

5、6 只能出现兼症“自身箭头表示可以自反，同本身相符合

(授业生李永明博上后设计)

例如，主要病机、演化合并病机、兼症这三部分，对于诊断某症型时，主要病机占主导地位，所以排在第一，在主要病机中又分出几个或十几个，权值高的排在前面。其他以此类推，如果诊断某个病证时，主要病机里第一条存在，演化合并病机存在两个，这时的诊断也是以主要病机为准。因为主要病机里的最后一个权值也高于演化合并病机里的第一个权值，这就是优先级。

这种排序的医理基础是：主要的病机为最高层，同层病机（症）较重的排在轻的之前。

诊断时，同时符合两种病机时，给出两种病机诊断、治则、方药，并按优先级排序输出符合3种或3种以上病机时，给出优先级高的3个病机的药味。

例如，诊断脾胃不和的病机同时既符合肝气犯胃，又符合浅表性胃炎，这时就看优先级的排列，选优先级高的列在前面，可同时诊断两个病机，或者按优先级的次序给药，高的纳入君药和少部分臣药，次之的纳入君药，再次之的纳入部分的君药。

这样在患者病情复杂时，也可以抓住主要矛盾兼顾其他，合理地解决取舍问题。

需要说明的是，上述优先级结构并不惟一；是可变的。依专家经验不同，诊断的角度不同而异，即使采用同组数据也可从不同的角度设计多套优先级结构。它可以同数据本身的物理结构不相一致。采用这种关系结构进行复合诊断，程序可按给定的原则自动产生各种病症，灵活性很大。虽然给定的病机只有三十几个，但使程序诊断出356种病症（包括单病机和复合病机）。

五、处方的组成与化裁

处方的选用与已获得的诊断直接相关，如果每个病相对应一个基础方，每次只选用一个基础方化裁，这样较死板，又很难兼顾其他；如果为每种病机的组合情况都拟定一个基础方，那样需要存入356个方。而中医真正的选方原则，除少数是用已有的原始方剂略加化裁外，大多数情况是针对已做出的诊断，按照君、臣、佐、使的组方原则，构成新的临床方剂。这样的方剂是针对具体病人的，同病人的病机和症状往往存在着对应关系，对具体病人具体分析，灵活运用是中医组方的灵魂，是计算机模拟的重点。

在胃炎系统设计中，应用了分段排序的方法模拟组方过程，并通过各种检查程序使方剂合理化、完全化、优选化，最后产生目的方剂。这样的方剂针对病情，变化灵活，主次分明，统筹兼顾，急可治标，缓可治本，充分体现了中医用药特点，设计方法如下：每个病机都分别给出两“段”药。第一段为君药，第二段为臣药，各段药的内部排列都是有序的，较主要的药排在次要的之前。主要病机一段药 4 味，演化合并病机每段 3 味，兼证每个 2~3 味。

1. 组方原则：如果诊断上一个病机时，给出诊病机的第一段药为君药，第二段药为臣药。

如诊断上两个病机时，以优先级高的病机首段药为君药，以该病机的次段药与优先级低的病机的首段药为臣药。

如诊断上 3 个或 3 个以上病机时，取优先级高的前 3 个病机的首段药，以优先级最高的病机的首段药为君，其他两段为臣。

2. 加药原则：符合下列条件的兼症要加药

加药症 = (兼症 \wedge 患症) 已诊断各病机症。

萎缩性胃炎一般要加共用药。

兼条件加佐使药，增兼药，也可加季节药，职业、性别用药。

3. 减药原则：组成的原始处方要经过下列减药程序：减去重复药，减去相反、相克、畏药，减去症状禁用药，减去妊娠禁用药，减去过多的药。

其中减去过多药味有一个合理性问题，由于药物数据采用了分段兼优先级排列的方法，使这个问题得以解决，方法是：兼定君药不得减，治疗急重兼药，病的特异用药也不可减，其他药兼优先级由后向前每段每次减一味药，循环执行，直到满足要求，处方一般不超过 14 味药。

这样的组方与加减，打兼了按一个基础方变化的框子，程序可自动组成方剂，可开出主体方（未经加减变化）2101 个。

六、临床应用小结

该电子计算机慢性胃炎辨证施治系统，于1983年8月投入门诊试用，治疗患者196例。现将治疗情况总结如下：

（一）病例选择

采取随机方法选取，凡属于本系统治疗病域的门诊、住院患者，均列为观察病例，157例患者在治疗前已经胃镜、病理或钡餐透视等其他检查确诊为萎缩性胃炎、浅表性胃炎或其他胃病。

（二）一般情况

病例总数为196例，其中萎缩性胃炎121例，浅表性胃炎、胃脘痛患者75例，其中男性104例，占52%；女性94例，占40%。最大年龄71岁，最小年龄21岁，平均年龄46.7岁。绝大多数患者以胃脘痛、胃脘胀、痞满、食少、呕吐等主要症状就诊。

（三）诊断标准

按照全国统一标准，以胃镜病理检查确诊萎缩性胃炎、浅表性胃炎等慢性胃炎，没有胃镜等其他检查确诊的病例，按中医胃脘痛辨证施治。

（四）应用方法

对于属于本系统治疗范围的病例，首先经门诊由一般医生问诊、检查、填划症状编码表格，然后由操作员启动系统，调入并运行程序，按计算机询问格式，输入患者症状、体征编码，由计算机自动打出中医辨证诊断、处方，输出完整的中医门诊病志和处方笺。患者按处方服药，全部为汤药，水煎服，日两次，疗程一般为3个月左右。

（五）临床疗效判定

根据患者的自觉症状和体征，拟定如下临床疗效判定标准：
慢性胃炎的主要临床表现有：胃脘疼痛（刺痛、胀痛、隐痛

等), 胃脘胀, 痞满, 呃逆, 暖气, 烧心, 食少, 恶心呕吐, 喜酸食, 大便干燥或便溏, 体重下降, 面色灰垢无华, 形体消瘦, 舌绛少苔等等。按以上主症及其他兼症治疗前后变化情况, 把临床疗效分为三级

显效: 主要痛苦症状消失。

有效: 主要痛苦症状大部分消失或明显减轻。

无效: 主要痛苦症状无明显变化

表 1 196 例治疗效果总结

效果	例数	百分比
显效	69	35.2%
有效	112	57.1%
无效	15	7.6%
总有效	181	92.3%

通过 196 例临床疗效初步总结, 可以看出本系统基本上反映了笔者的临床经验, 治疗效果同以前疗效一致 (见表 1), 对于慢性胃炎等胃病的主要症状有比较满足的疗效, 慢性胃炎是病程较长的疾病, 治疗亦要较长的时间, 尤其是萎缩性胃炎, 重点是防止恶变, 需要长期治疗观察, 以上是根据临床表现、中医辨证对于临床疗效的总结情况, 关于胃镜、病理及化验检查方面的资料, 通过目前初步复查的病例来看, 部分恢复正常或有明显好转。

附注: 本文临床病例由萎缩性胃炎研究组提供, 周学文指导。

第三章 常见疑难病证治验

一、中风

中风诱因每多认为风从外中或痰火内发，针对病变程度归纳为中络、中经、中脏腑。中风多发生在40~70岁之间。中风的病机历代医家各执其说。如刘河间认为火因是主导的，火召风入，火为本，风为标；李东垣认为气因是主要的，气召风入，气为本，风为标；朱丹溪认为，痰因是主要的，痰召风入，痰为本，风为标；喻嘉言认为阳虚是主导的等等。以历代医家临床实践看，金元以前，治疗本病多以小续命汤为代表方剂，从升风论治。金元以后诸家对中风的认识多认为基于内因为患，而外因只是诱因条件之一。认为平素肝肾阴虚，及水不涵木，导致肝阳上亢。复因体胖湿痰内闭，肝阳挟痰，上扰清阳犯脑，演变痰郁化热，热极生风，血随气逆，痰热蒙蔽，突然出现诸如卒然昏倒，不省人事，轻则偏枯，口眼喎斜诸症。

中风之治，因于痰当涤其痰；因于湿当清脾热；因于痰阻心脉当泄心火；因于风热当清肝火；因于虚火当壮水以制火等等。从脉证言见于寒者脉来浮紧；见于风者脉来浮缓；见于热者脉来浮数，见于痰者脉来浮滑；见于气者脉来沉涩；见于火者脉来洪大；见于阳虚者脉来微细。中风卒中，人事不省，伴随脉来洪大有力，名为直中于脏。病发1~9天最为凶险，往往因抢救无效而死亡。故谓中风切忌脉大。多数病例发病表明：多为精神紧张或急转侧，大便秘结，排使用力过猛，凝视看电视，狂笑或激怒，讲演台上激动发言等等。多突然扑倒或子夜发作，上述因素

易发本病。

卒中不省人事，体温随即上升，脉来洪大有力，高热大汗出，汗出高热不退，切忌发汗、泄下，勿投小续命汤类以祛风之药。须知高热不退，每每因于脑出血而引起。在治疗前，首先是急待确诊，根据确诊采取相应措施，除现代临床医学采取治疗措施外，中医治疗尤为必要，即中西医结合治疗优于单一疗法。对于出血性中风，抢救重在清火豁痰，不宜针刺和其他外治法。急救每次可用真牛黄 2g，真麝香 1g，珍珠 10g，安宫牛黄丸两丸及时研面为汁状。鼻饲，一日两次。本方能清火化痰熄风，降低脑压，使溢血渐止。由于牛黄清心泄火，麝香芳香化浊，珍珠消肿和安宫牛黄丸的相辅相成作用而达成止血和加速吸收的目的。若溢血部位适以药物取效。此法每每奏效。若神昏渐醒，高热渐退，脉来由有力变无力，给以抢救空间，尚可容待进一步施方。但是多数病例在抢救中死去。近来施用开颅抽血又添新的有效治疗途径。在此介绍一典型病例。

患者高勤，男，44岁，沈阳制鞋厂工人。于1973年8月3日急诊抢救入院。当时检查：病人瞳孔散大，神昏不语，鼾声大作，流涎，四肢不用，呼吸急迫，二便失禁。体温38.9℃，脉来洪大有力，口噤肢软。经确诊为蛛网膜下脑出血。中医采用真牛黄 2g，真麝香 1g，珍珠 5g，安宫牛黄丸两丸共研为汁样，经鼻饲灌下，一日两次。经中西医结合治疗，一周后病情急剧恶化。西医认为只能采取目前措施对症治疗，别无良策。而余继续用安宫牛黄丸两丸配真牛黄 3g，真麝香 2g，珍珠 15g，苏合香丸一丸共研如汁状经鼻饲灌入，一日两次，服药两周后，病人体温降至 38℃，但依然神志不醒，病势趋于平稳，呼吸渐调匀，痰鸣渐减。脉由原来洪大有力转为弦实有力。经会诊认为仍未脱离险情。征得患者家属同意并签字，余决定采取第二治疗方案，即在原来药味基础上加入水蛭炭。按通常认为脑出血禁用活血药物，而水蛭恰恰是活血化淤药物，为医家用药之大禁。《本草纲

日》载：水蛭咸苦平有毒。主治：“逐恶血瘀血月闭。破血积聚无子。利水道。堕胎。治女子月闭，欲成血癆。衄赤，白游疹及疮肿毒肿。治折伤坠扑。畜血有功。”可见：古今医家用水蛭治疗脑中风尚不多见。余认为水蛭有破血之功但又具有双相作用，既破血亦能吮血。而吮血可引起加速吸收溢血，经过炭化处理亦可降低活血而增加止血成分。重新调整处方如下：水蛭炭 1g、安宫牛黄丸两丸、真牛黄 1g、真麝香 1g、珍珠 5g，共研末调成汁状，鼻饲，一日 3 次，加强监护。经用两周后病情好转，下肢渐能活动，瞳孔由散大而接近正常，体温降至 37.8℃，脉来弦细。按此治疗方案继续观察治疗，两周后，病人突然醒来，记忆如常，语言不再窘涩，体温降至 37℃，脉来和缓。拔去胃管，能进流食，四肢活动自如。在治疗过程中水蛭由 1g 逐渐加到 5g。可谓出奇兵以制胜。按此病例爰引为典型病例。其论证如下：①必须以精确的确诊为依据；②在治疗过程中，严格监视病情发展和与药物的影响；③确立新的治疗方案而又无借鉴的条件下，必须有足够的预见和分析，既要考虑到其危险程度，又要考虑药物双相作用的可能性；④药性作用与病变要有充分的把握；⑤取胜并非由冒险而来，而是正确分析与判断的结果。此病例昏迷 43 天后恢复健康而出院。

从这一典型病例可以说明，在确诊上至为重要，确诊是指引治疗方向。通常运用的祛风活血，益气降逆，泄火敛肝，豁痰行气，补肾水以涵木……是针对证的演变而用是药是法。本病例为痰火内发，蒙蔽清阳，而神昏谵语高热。只用清火降逆豁痰之法未必奏效。溢出的血液压迫脑膜而引起上述症状。临床医生若能悉心研究，博览群书的借鉴现代医学检测手段，并能提出创造性的治疗方法，在绝症面前也能收到起死回生的满意效果。

二、怔忡（冠状动脉粥样硬化伴心房纤颤）

本病属于中医学心悸、怔忡、胸痹、心痛范畴。《素问·标本病传论》：“心病先心痛，一日而咳，三日胁支痛，五日闭塞不通，身痛体重。三日不已死”。又经谓：“真心痛者，客邪伤及其君也，手足青至节，甚者旦发夕死，夕发旦死。”《灵枢·邪客》认为：“诸邪在于心者，皆在于心主脉络，包络者心主之脉也”。近代《中国医学大辞典》解释为“包络充足，则心君安逸，包络不充，则有怔忡、惊悸、心嘈心跳等证。可以区别于一般胃心痛”。陈无择将心痛归结为三因，即：十二经络各感六淫为因说；五脏内动沮以七情所伤说；饮食劳逸不节说。后世医家病机缘认为本病是心脾肾阴阳失调所致。而余认为十二经心血皆主于心，十二经之气皆感而应心。余将房颤视为怔忡所属，本病之发多为心血不足。其病因多是由于汗吐下后伤及心气；荣卫俱涸脉来结代呈现心惕不宁；或精神抑郁损及心脾；或由疲劳过度损及心肾气虚，或由于湿痰阻闭脉络，心气不得舒通；或由于房室不节损及心肾之气。本病多见于中老年。其病在心肾本虚而标实。

对本病的治疗有从补益心气入手，有从活血化淤入手，有从芳香化惊入手，有从豁痰行气入手等等。而余认为当从补益心气着手从脉从症，辨为心肾阳虚，补之以味，益之以气。心气素虚行血无力不宜活血化淤药物攻伐以免使心气更虚。临床心电图揭示房颤发作屡用活血化淤治疗并未改善。故用益气养心之法治之症状得以缓解，心电图亦随之有所改善。养心可以使心气得复，气助血行，气血运营畅通，房颤和心痛自然得以缓解。

临床所见心房纤颤者多见：自汗，气短心悸，烦躁不安，呼吸迫使，心区绞痛，疲惊气力，少寐，下眼睑肿，尿少便秘，伴血压偏高。面色青灰少华，舌质多绛，脉来沉细而结代。

治法：养心益气，和血随阳。

方药：三参饮子。

人参 10g，苦参 10g，丹参 15g，附子 5g，淫羊藿 15g，肉桂 5g，何首乌 15g，生地 20g，麦冬 20g，川芎 10g，甘草 20g。

水煎服，1 个月为 1 疗程。

方解：人参、苦参、丹参同用，为治心病三参。人参益气，丹参通脉古有记载，惟苦参用于治心病并不多见。只是在《肘后方》中提及苦参合苦酒治中恶心痛。《证治准绳》载苦参丸治肺毒邪热，尚能补魄！《医宗金鉴》载苦参地黄丸治肠风下血。《金匱要略》载苦参汤治狐惑……均未提及治心病。只是徐洄溪的《本草经百种录》论在苦参以味为治，指出苦入心寒除火，治心中之火。三参并为君药从方义论之很难顺理成章，然苦参虽寒苦多用其治湿毒，但在止渴生津补肝肾尤为佳效。余在 60 年代治本病受《肘后方》的启迪，用苦参为方列，经临床实验证明益心气温肾阳，改善心电图惟苦参莫属。临床统计 100 例冠心病房颤，经用此法此方治疗均收到显著效果。同时又经过实验表明：治疗本病方中减苦参，而心电图提示心病并无改善。如此反复实践证明苦参合上述诸药治冠心病房颤，在 70 年代以前临床医家很少提及。

辨证加减：

若血压偏高并体胖：将人参改为西洋参同量，附子减半，加草决明 20g，山楂 10g。

病人伴有中风先兆，并血压偏高：减去附子，加天麻。

病人习惯性便秘：加黑芝麻 20g，火麻仁 10g。

兼有气喘症：加沙参 20g。

附典型病例：本院妇科王老教授，素患冠心病房颤，经用中医方治疗，用中西医结合治疗，房颤得不到纠正，本人颇感苦楚，带病工作。后经请余会诊，从脉来沉细而涩短，体胖便秘，心电图提示：房颤没有明显改善，曾问过去用药经过，均系采用活血化淤疗法，西药对症常规治疗，病情始终不得缓解。辨证为

心肾阳虚。鉴于其年高和体胖，治以益气养心，豁痰祛湿。

方用：苦参 20g，沙参 20g，丹参 15g，西洋参 15g，陈皮 15g，肉桂 5g，淫羊藿 10g，附子 5g，生地 20g，川芎 10g，茯苓 20g，夜交藤 20g，五味子 10g，炙甘草 20g。

水煎服，连服 20 剂为 1 疗程。

经服药后，心电图提示：房颤有明显的改善。心痛气短得以纠正。病虽骤减，而王教授对此法此方尚有疑问，随即以自身做了实验，即将上方中的苦参、淫羊藿减去又加桃仁、红花，连服 12 剂观察，从心电图提示，房颤复发。因而又减去桃仁红花，原方继服 12 剂，心电图提示，房颤又有所改善。于是，他确认此法此方出神奇制胜。

附苦参药理研究

苦参对心脏的作用《中药现代研究与临床应用》：蟾蜍、家兔、大鼠等多种动物实验表明，苦参对心脏有明显抑制作用，可使心率减慢，心肌收缩力减弱，心输出量减少。蟾蜍和兔离体心脏灌流实验表明，苦参注射液可使心率减慢，心肌收缩力随剂量增加而减弱，心输出量减少。100% 苦参注射液给兔（2ml/kg）或大鼠（5ml/kg）静注，均出现心率减慢、P—R 间期延长现象。其减慢心率、延缓传导及降低心肌兴奋性等作用不受预先注射阿托品的影响。猫静注苦参注射液 1ml/kg，在出现心率减慢的同时冠脉流量增加。兔静注苦参注射液 2ml/kg，对静脉注射异丙肾上腺素引起的心脏兴奋无影响。说明苦参对 β 肾上腺素能受体无阻滞作用，也无明显的拟胆碱作用。大鼠急性失血性心脏停搏和兔静注垂体后叶素所致急性心肌缺血，预先腹腔注射 20% 苦参注射液 2ml/kg，可显著延长大鼠心脏停搏时间。对心肌缺血所造成的心电图病理变化也有一定改善作用。

三、心痹（病毒性心肌炎）

本病属中医心痹范畴《素问·五脏生成篇》指出：“赤脉之至也，喘而坚，诊曰有积气在中，时害于食，名曰心痹。得之外邪，思虑而心虚，故邪从之。心痹为病，发于内伤外感而来。余治50例，多发生在青少年，据病患自诉：平素并无心脏病，只是偶感风寒发烧之后，热退胸闷、心悸，午后时有低热、活动出汗、头晕、食欲减退、倦怠无力、少寐。心电图提示：早搏，窦性心动过速，不完全性或完全性房室传导阻滞。据病因病机，余认为病毒性心肌炎，近于心痹，真心痛。可知心痹，心痛是外邪乘虚而入，舍于心脉，不通则痛。而病毒性心肌炎也多在发病前乘日有上呼吸道感染和流行性感冒病史。病毒性心肌炎是由于心气不足，外邪内陷阻于心脉，胸中气机不畅而成。这在辨证上应依为：外邪乘虚阻滞脉络，治理以益气通络，化淤清热。从经治众多病例而收效。

方药：心肌活命饮。

黄芪20g，当归15~30g，防己10~20g，茯苓20g，桃仁15g，夜交藤20g，连翘20g，黄连15g，苦参10g，甘草10g。

水煎服，1个月为1疗程。

随证加减：

1. 若身热咽痛、心悸较重，此为外邪内陷，导致心神不宁。上方中加水牛角粉10g，石菖蒲15g，莲子心10g，柴胡20g。

2. 若胸中苦闷作痛、善太息，此为血行不畅，郁阻心脉，上方加丹参15g，薤白10g，瓜蒌皮20g，降香10g。

3. 若心悸气短，活动尤甚，此为心虚不足，上方加人参10g，麦冬15g，五味子10g。

附典型病例：

患者王某某，男，23岁，省直机关职员，于1992年1月来

诊，白诉：一个月前感冒发烧，经住院诊为病毒性心肌炎。经治疗不见好转出院。胸闷、气短、心悸、午后低热、心率 102 次/分。经余四诊所见：面色少华，舌质紫，脉来弦数有力。一周前胸透心脏稍增大，心电图揭示 ST 段下移，偶发室早。症如上述不恶寒，微恶热。视为外邪传里伤及心气。治以救心益气。

方用：柴胡 10g，黄芪 10g，苦参 10g，丹参 20g，防己 10g，桃仁 15g，当归 25g，莲子心 15g，黄连 10g，瓜蒌 15g。

水煎服，连服一个月而治愈。

四、臌胀（肝硬化腹水）

《内经》云：“诸腹胀大皆属于热；诸病有声鼓之如鼓皆属于热；诸湿肿满皆属于脾。”《金匱要略》指出：“肝水者其腹大，不能自转侧，胁下胀痛时时津液微生，小便续通。”可见肝脾既病皆为热因，而热并非风热乃为湿热。肝受湿热所羁而致郁，肝失调达而气结，因而肝经脉络受阻，致肝血淤阻日久而硬变，形成肝死血，不复软化。脾主运化湿热困脾，水湿不运，渍于脐腹致脾水肿大，热久伤及阴液而形体消瘦。脾病日久，必及于肾，肾与膀胱气化失职，致小便短涩。终致肝脾同病。若见腹水而一味制水、利水而消肿，病因未除而水复来，需知水为津液所化，反复利水过伤津液于肝脾无益而有害。肝脾硬化一旦出现腹水非利水所能奏效。

肝脾病系指脾大性肝硬化而言。肝硬化每因乙型肝炎治疗未果渍变而来，或因酗酒；或因血吸虫病等，都能导致肝硬化而累及脾，见肝为病当先实脾。所谓实脾，即清利湿热使脾气得以运化，水湿得利以解除肝气郁结。即病时肝木横侮脾土，而病伤加重时脾又反克于肝，互为因果。现代临床医学认为脾大性肝硬化需摘脾以救肝。肝硬化早期很难发现，因为没有明显的症状，病患只是觉得疲伤，右肋胀痛感，大便多溏，食而乏味，肝功能检

查亦不见明显改变，因而忽视治疗。每每在健康体检中发现中晚期肝硬化，在临床中一经出现肝硬化腹水，又多是中晚期肝硬化。需知肝硬化腹水是肝气虚极，脾津不布而生，水乃阴津，故不应见水而利下，利下伤及气阴而腹水复生，易使肝功能加速衰竭，亦不宜活血化淤和过分行气。如大枣汤、三棱、莪术、桃仁、红花、商陆、二丑等应宜慎用。治疗前提肝脾兼顾，清利湿热以护脾；益气和血以保肝；以生津代替利尿；以养阴代替化淤，系统长期治疗抑制肝硬化的发展和脾肿大的消失。现代临床医学摘脾为保肝亦是权宜之计并非根治手段，企以缓解病势的发展。惟有益气养阴从益气中兼以化淤；从养阴中得以润燥柔肝以存津液，使水气渐消，有益于脾气得以改善，以延长生命的存在。

现将用药分述如下：

1. 早期肝硬化（除外肝癌）患者精神和健康状态尚为良好。从四诊可见，面色灰垢少华，形体多消瘦。病人自诉：厌食口苦而全身倦怠感，大便多溏少有便秘。脉来多弦细或弦实，舌体偏胖舌质绛多覆以白苔，口苦不渴。肝区胀闷感，时有呃逆感但不明显，易怒嗜睡，厌油腻，午后有轻微低热但不出汗，尿色黄浊，或偶有巩膜轻微黄染。

早期肝硬化的治疗原则应是：舒肝利胆，清热祛湿。利胆目的在于使胆道排出胆汁畅通，减少肝郁使肝气条达。

主方：利肝实脾煎。

土茯苓 20g，木通 10g，冬瓜仁 30g，桃仁 15g，虎杖 30g，卷柏 20g，当归 30g，龙胆草 20g，山药 20g，茯苓 20g，海金沙 20g，紫草 15g，大青叶 20g，柴胡 25g。

水煎服，连服 1 个月为 1 疗程。

随证加减：

若皮肤轻微黄染：加浮萍 15g，茵陈 50g，大黄 5g，萆薢 20g，丹参 20g。

若腹胀呃逆日甚；加白术 20g，水红子 15g，莱菔子 15g。

2. 肝硬化腹水（中晚期）

为肝硬化晚期，脾伴之肿大。若治疗及时而得当，可延长生存期，但无治愈希望，从四诊可见：病患面容憔悴而无华，脉来弦实有力，舌质多淡灰苔如云叠。消瘦与腹胀明显对照，少气无力、小便短涩、口苦、食少纳呆、呼吸短促、脐下部水肿明显、大便多溏、尿色多黄、午后低热、全身倦怠无力。病情演变规律是：一段时间病情稳定并向好转方向演进，病人精神亦旺盛，一段时间病情突然加重，高烧吐血，腹满尿闭，病情恶化，如此反复进行。本病最适于中西医结合治疗，各发挥其所长以挽救病人生命，延长生存期。

治则：养阴益气柔肝。

方药：养阴益气柔肝饮子。

①汤剂：黄芪 40g，海藻 30g（水洗），昆布 20g（水洗），牡蛎 40g，鳖甲 40g，知母 25g，茯苓 20g，泽泻 20g，白术 20g，苦参 20g，槐花 40g，薏苡仁 20g，黄瓜皮 50g，当归 25g，胡黄连 15g，王不留行 20g。

水煎服，6个月为一疗程，一年半为一治疗周期，中间系统监护。

②制水蛭粉：每次服 1g，一日两次。累积用量不得超过 200g，开白水冲服。

附注：汤剂煎时，先用红小豆 50g 煮汁滤出红小豆，用其汁代水煎药。每用此法不变。

方解：方中即含黄芪鳖甲汤亦含当归补血汤。前四味排列为君臣佐使。以黄芪为君药是针对病久当虚，然虚极而生淤及为气亏血必当滞，若补虚而兼化淤非黄芪莫属。仲景治黄汗、盗汗、皮水而重用黄芪，黄芪既能助气又能破癥瘕，与之伍。海藻其味咸苦而寒，苦能散结，寒能除热，尤其用其利尿可通十二经水道，可解黄芪之甘温平抑其温阳之气而益阴。佐以牡蛎其功在

于化痰软坚清热除湿，仲景牡蛎泽泻散治大病瘥后腰以下有水气，利水而不伤阴液，使鳖甲补阴血不足而祛淤血。合以诸药同用可起益阴柔肝清热利尿。值得指出的是用知母以利尿，其功益肺气在以通调水道下输膀胱行水而不伤阴津。黄瓜皮治皮水而不伤正气，王不留行通经活络用于治肝，方书鲜有记载。况苦参、槐花临床实践证明有降低门静脉高压，防止呕血的功能。

诸药合之可起到益气养阴，柔肝散结，通利水道，通络条达，健脾行气之功用，使肝脾之经气得以复苏。

随症加减：

若食少纳呆：加水红子 15g，扁豆 15g。

若呕血：加生赭石 20g，茅根 50g，藕节 50g，青皮 5g。

若水肿不消：黄瓜皮、丝瓜 20g。

若出现一过性高热：加柴胡 40g，生石膏 25g，青蒿 15g，卷柏 20g。

食谱：

(1) 保持低脂肪高蛋白；

(2) 禁服一切保健药；

(3) 主食：最适于米类，少食面。

(4) 菜肴：大豆腐、鱼类、鲜山药、鲜丝瓜、苦瓜、菠菜、土豆、米醋、羊肉。

(5) 禁用菜类：辣椒、香菜、大蒜。

禁用肉类：鸡肉、狗肉、兔肉、驴肉。

禁用之品：吸烟、酗酒。

(6) 在治疗中生活起居：

①绝对禁止性生活。

②严禁打麻将玩牌。

③半日轻工作。

④严禁户外长跑或野浴。

⑤哺乳妇女要断乳。

- ⑥衣着随季节而适度慎防感冒。
- ⑦防止食物中毒。
- ⑧服药要遵医嘱。
- ⑨在监护下治疗。
- ⑩慎用偏方。禁止强体力劳动。
- ⑪绝对禁止强体力劳动。
- ⑫时时不忘制怒。
- ⑬少参加宴会。
- ⑭保持 8 小时睡眠，多则无益。
- ⑮注意勿饱食。
- ⑯注意胃肠道感染。
- ⑰注意血压和呕血。
- ⑱不宜长时间沐浴。
- ⑲注意调整大便。
- ⑳慎用按摩。

〔附〕典型病例：

朱某某，男，48岁，鞍山钢铁公司职员，素患慢性肝炎已3年，于1998年经医院确诊为脾大性肝硬化，自诉腹水明显，经服药腹水时消时胀，反复无常，尿频而短，身体逐渐瘦弱，食少纳呆，大便偏溏，午后低热，干呕欲吐，失眠，口干渴又不欲饮下。于1998年10月间来院就诊。经余四诊所见：面垢无华，神态憔悴，身体瘦弱，舌质淡、苔灰白而腻厚，腹胀如鼓。脉来弦实有力，沉取而涩。诊为本虚而标实。一便出现腹水，证明肝脾气机濒绝，不宜再施以峻下或利尿。至于再分偏虚偏实，或阴虚或阳虚都难辨认确切。大戟、芫花、桂附、桃红应引以为戒。

治以柔肝软坚，渗利存阴。

方药：柔肝醒脾汤（自拟）。

黄芪 50g，知母 25g，昆布 25g（水洗），海藻 25g，土茯苓 20g，桃仁 15g，鳖甲 25g，当归 40g，生地 20g，旱莲草 20g，黄

柏 10g, 王瓜皮 40g, 茯苓 20g, 常山 10g, 槟榔 20g, 党参 20g, 苍术 20g, 鸡内金 15g, 柴胡 10g。

水煎服, 以此方为主方, 随症加减, 连服 3 个月至今, 脾肿大明显好转, 腹水已全消, 精神状态良好, 体重渐增, 食欲大增, 目下还在监护治疗中。

五、脾水肿（慢性充血性脾肿大）

脾之为病, 方书载有: 脾水、脾死藏、脾泄、脾约、脾风、脾消、脾痞、脾胀、脾痛、脾疝……。有从病因而言, 有从症状论之。然而临床常见脾水、脾大, 实则由于脾肿而致水肿。《金匱水气病脉证篇》: “腹水者其腹大, 四肢苦重, 津液不生, 但苦少气, 小便难。” 但脾肿之病因并非单纯而发病, 势必累及肺肾故谓脾肺肾三脏而发。因为“水为至阴, 其本在肾, 水化于气, 其标在肺, 水惟畏土, 其制在脾。若肺虚则气不化精而化水, 脾虚则土不制水而反克; 肾虚则水无所主而妄行, 水不归经, 则逆易上犯, 故传入于脾则肌肉浮肿。传入肺则气息喘急, 究其主因乃阴火衰微, 肾气不得从化, 故水道不通, 溢易为肿”。此从病机概述脾之为病并非孤立于一脏。然而肝脾为因相互制约为临床常见脾肿累及于肝, 肝肿累及于脾。故而张仲景氏早已指出: 见肝之病必传脾, 当先实脾之明确辨证。

而脾肿又不只见于脾水肿。从脉证而言。从脉而论表现于证可见《金匱五脏风寒积聚病脉证篇》指出: “脾死藏, 浮之大坚, 按之如覆杯, 洁洁状如摇则死。” 此系从脾之死脉而言病危。所谓洁洁状如摇者, 乃谓腹水静脉曲张明显, 按之坚硬易动。《灵枢胀论》指出“脾胀者善哕, 四肢烦惋, 体重不能胜衣, 卧不安”。《素问·大奇论》提及肝壅, 实即肝硬化, 其因在于脾气壅滞。故而近世临床医学有鉴肝硬化腹水, 为救肝不惜摘脾之末路效应。而中医临床认为切脾救肝固然挽救病人于一时, 或者较长

期生存，但也应当指出，脾之摘除并非与生理无关，需知脾气旺则血荣而津润；脾气弱则血枯而形衰，脾气虚则运化滞涩而生病。

按脾肿大原因很多，诸如脾疟，血吸虫，病后失调，脾湿热均能致脾肿大。本文所指的是慢性脾淤血致脾水肿，除外血吸虫和脾疟。脾肿大病程较长，形成腹水不消，徒若一再利水，必伤阴津损及宗气不足。一旦出现肝脾肿大水肿，重在益气生津实脾，切不可恣意峻下，五苓散，八正散，十枣汤应属禁忌。因为出现腹水脾被湿困，脾气大虚难以运化逐其水气。

辨证：

1. 脾肿大轻微腹水。四诊所见：面垢、肢冷、恶寒，舌体胖，苔白腻，脉来沉弦，尿频而短。诊为脾阳虚证，病在气分。治以温阳生津利尿存阴。

方用：黄芪 20g，知母 40g，白术 20g，炒杏仁 10g，桃仁 15g，常山 10g，炒葶苈子 10g，鳖甲 40g，牡蛎 40，昆布 20g（水洗），泽泻 20g，胡连 15g，木通 10g，槟榔 20g，肉桂 5g。

水煎服，连服 2 个月为 1 疗程，随症加减，以此为主方。

2. 脾肿大腹水明显，病程较长，脾大致脐，症见干呕，食少纳呆、尿短，午后低热。四诊所见，面垢无华，形体瘦弱，嗜眠，烦躁，口干唇燥，不欲饮水。脉来浮大沉取而涩。证属脾阴虚，病在血分。

治以润燥生津，软坚渗利。

方药：通利一效饮子。

文蛤 40g，鳖甲 40g，泽泻 20g，茯苓 20g，昆布 20g（水洗），海藻 20g（水洗），当归 40g，桃仁 15g，山药 20g，莪术 10g，黄瓜皮 50g，知母 40g，桑白皮 40g，鸡内金 20g，使君子皮 15g，苍术 25g，木通 10g，冬瓜仁 20g，槟榔片 20g，银柴胡 20g，卷柏 15g。

水煎服，连服 3 个月为 1 疗程。

随症加减：

若呕吐：加扁豆 20g，芦根 40g。

食少纳呆：加水红子 15g。

贫血明显：加核桃仁 10~50g。

大便燥结：加桑椹子 20g。

大便泄泻：重加山药、莲子。

附典型病例：

王某，男，8岁，鞍山市人。

病史：发病已五年，病起原因不明，回忆患一次高热，而后患儿逐渐消瘦，1993年起肝脾肿大，原因待查。1994年中国医大附属二院确诊为脾大，肝硬化，腹水，1997年北京儿童医院专家门诊仍诊为脾大，肝硬化、腹水，主张立即行摘脾手术，家属拒绝。于1999年1月来诊，从理化指标所见：1999年1月12日化验。血小板 $70 \times 10^9/L$ ，B超：脾肋下 8.3cm 肋间长 14.9cm，厚 4.5cm，门静脉 1.1cm，盆腔液体性暗区 2.7cm。四诊所见：患儿精神状态不振，面容少华，食少纳呆、消瘦，肝大肋下 3cm。大便正常，小便频短，低热，舌质紫绛少苔，脉来弦数。诊为脾阴血淤证。

治以滋阴软坚行气利尿。

方药：柴胡 10g，槟榔片 10g，使君子皮 15g，常山 5g，桃仁 10g，牡蛎 40g，知母 20g，莪术 10g，黄芪 20g，当归 15g，榧子 15g，鸡内金 20g，王瓜皮 40g，茯苓 20g。

水煎服，连服 1 个月为 1 疗程。

患儿服药 3 个月后，腹水明显消失，脾大明显回缩，1999年 4 月 27 日化验血小板为 $98 \times 10^9/L$ ，B超：脾肋下 8.0cm，肋间长 7.1cm，厚 6.6cm，盆腔无液性暗区。目下正在治疗中。

六、哮喘

经谓：诸逆冲上，皆属于火，诸病喘满，皆属于热。

《金匱》在“痰饮咳嗽病脉证并治”中指出：有痰饮，有悬饮，有溢饮，有支饮。近而论及其人素感今瘦，水走肠间沥沥有声，谓之痰饮。饮后水流在肋下，欲吐引痛，谓之悬饮。饮水流行归于四肢，当汗出而不汗出，身体疼重，谓之溢饮。咳逆倚息，气短不得卧，其形如肿，谓之支饮。余按哮喘远因基于上述四饮发病影响密不可分。但有者于临床所见症候又区别于痰饮类属。故而认为本病诱因发源于肺，责之于脾，究之于肾或特定条件下发作。所谓特定条件，系指患者本身感受外邪迥于寻常，例如季节气候之改变，过敏源查不清楚，而骤然发病。下面引述前辈对此疾之论断。朱丹溪认为：“喘息者气为火所郁而为痰，在肺胃间也。有痰者，有火炎者。有阴虚自小腹下起而上逆者，有气虚而致气短者、有水气乘肺者、有肺虚挟寒而喘者、有肺实挟热而喘者、有惊忧气郁肺胀而喘者、有胃络不和面喘者、有肾气虚损而喘者……”。

王节斋谓：“喘与胀两证相同，必皆小便不利，喘者中必生胀，胀者必生喘，但要先识标本先后，先喘而后胀者主于肺；先胀而后喘者主于脾。”其又解释为：“气肺主降，外主皮毛，谓曰：肺朝百脉，通调水道，下输膀胱。又曰：膀胱者州督之官，津液藏焉，气化则能出矣，是小便之行，由于肺气之降下而输化也。若受邪而上喘，则失降下之令，故小便渐短，以致水溢皮肤而生胀满，此则喘为本、肿为标，故当清金降气为主，而行水次之。脾土恶湿，外主肌肉，土能克水，若脾土受伤不能制水，则水湿妄行，浸渍肌肉，水既上溢则邪反侵，肺气不得降而生喘矣，此则胀为本喘本标。若当实水为主而清金次之。苟肺病而用燥肺之药则金得燥而愈喘，脾病而用清金之药，则脾得宣而愈

胀。近世治喘胀者，但知实脾行水，而不知分别肺脾两证……”。
辨证：

1. 季节发作性哮喘：多发于初春、仲夏和金秋之时。病程往往徘徊于两个月左右。发病空间限有规律，形若疟疾限定时间。发病年龄多在10~30岁之间。临床见证：四肢渐重，先咳后喘以致哮喘，上午较轻下午尤重，眼睑轻度浮肿，胃脘胀满，食少纳呆，小便清长，不恶寒不恶热，没有外感典型病候。脉来多洪大有力，舌质燥而少苔。哮喘特征喘满气短，呼吸迫促抬肩，无痰少咳，喉鸣如锯声。嘶鸣音哑，谈话吃力，入夜喘鸣尤其，入睡困难，晨起一时较轻，饭后复渐重。

辨证认为：外因风寒暑湿，内因素有饮疾潜伏加诸特殊体质，联发为病。治以祛风化热，实脾利湿，被视为小青龙汤证而化裁，屡屡奏效。

方药：宣肺降肃饮子。

炙麻黄 15g，桂枝 5g，蜜制马兜铃 15g，白前 15g，干姜 5g，黄芩 10g，细辛 5g，炒杏仁 10g，桑皮 20g，皂荚 5g，茯苓 20g，白术 10g，白芥子 10g，甘草 10g。

水煎服，连服多剂随证加减，以此列为主方。

2. 过敏性哮喘：平素并无肺疾，通过X线检查也未发现结核和炎性改变。只是多发于仲夏或居室，突然发作哮喘。发病年龄多在30~45岁之间。脑力劳动居多数，临床并不鲜见。过敏源虽不完全查到，但接触性过敏，无可怀疑。症见喘鸣不已，少气胸满，饮食如常，健康状态较为良好，脉来多弦数有力，舌质淡少苔，体温、血压接近正常。余之经验按外邪风寒暑热伤肺治之无效。按痰饮为疾治之亦为徒劳，但查过敏源尚无所知。以内因不内外因从宣肺却邪着手，治之颇验。

方药：宣肺一效汤。

蝉蜕 20g，僵虫 15g，白前 15g，白鲜皮 15g，白芥子 10g，五灵脂 10g，薤白 15g，葶苈子 10g，白果 15g，款冬花 15g，甘

草 15g。

水煎服，以此列为主方，随证加减，连服 20 剂为一疗程。

〔附〕典型病例：

徐某，男，45 岁，某公司职员，家住余之近邻。终年哮喘不已，几乎失去健康。经余和西医院治疗或组织中西会诊，结果病势依然，丝毫不见好转，勉强带病工作。其发病特征是：外出哮喘渐减尚能维持，归家入卧哮喘大作，入睡困难。如此发作认为室内陈设装饰发出异味或尘埃所致，无法查清，后经建议另迁新居，果然不药而愈。

3. 肾不纳气性哮喘：本病多发于中老年。其人体质肥胖，脑力劳动者居多。哮喘不分四季气候影响。素来体质较弱。其人每每多见血压偏高，体态肥胖，具有烟酒嗜好。伴有痰饮病史。症见哮喘抬肩，咳而无痰，胸闷气短，胃脘胀满，食少纳呆，小便数而短。四诊所见：面垢无华，神态衰败，脉来沉细，舌质淡少苔，午后潮热，口干不渴，大便溏与秘交作，下肢并有轻度浮肿。一派肾阴虚衰征象。治之于下滋补肾气；治之于上润肺清燥。

方药：益气平喘煎。

冬虫夏草 5g，蛤蚧 1 对，炒杏仁 15g，阿胶 10g，紫苑 15g，茯苓 20g，苏子 10g，天门冬 20g，枇杷叶 20g，黄芩 5g，玄参 10g，款冬花 15g，甘草 10g。

水煎服，连服多剂，以此为主方，随证化裁。

附单方：羊肾一具（去脂膜）煮汤饮之。

七、尿闭（慢性肾炎、尿毒症）

临床被认为是肾水肿。可见《金匱水气病脉证篇》中指出：肾水者其腹大脐肿，腰痛不得溺，阴下湿如牛鼻上汗，其足厥冷而面黄，大便反坚。经久治疗病程逆转缓慢，水肿消而复至，表

明肾气渐衰，所以形成水肿皆是因为肾虚不能行水其制在脾，脾虚不能制水而反克，致肾虚水气所主而妄行。症现尿短、口下心悸、恶心、呃逆、厌食、形体消瘦、低热、水肿。

四诊所见：面色灰垢无华，形态憔悴，舌质淡，多呈黄苔。脉来弦细。久病导致阴虚内热，阳气濒于衰竭，阴精耗损于内，阳气耗损于外，而形成肢厥。一派脾肾阳虚指征。若利水必伤阴津，而尿反短而闭，久而形成尿毒症。故本病治疗应以利尿为标，实脾为本，利尿先实脾，脾实尿自利。而脾实当能摄养肾水。勿需直接利尿。利尿易损肾气，最终出现尿毒症。

临床辨证有谓：水肿上午不明显，下午肿甚为血虚；水肿上午肿甚而下午渐消为气虚。上下午水肿不见变化为气血俱虚。这只能临床辨证参考。下面介绍余治本病的经验。

1. 慢性肾炎：症状脉象如上，尿化验指标明显增高。

治以健脾渗湿，滋肾降火。

方用：一效汤。

黄芪 40g，苦参 20g，白术 20g，泽泻 20g，山药 20g，土茯苓 20g，当归 40g，羚羊角 10g，琥珀 15g，大黄 10g，木通 10g，薏苡仁 30g，冬葵子 20g，侧柏叶 20g，桑白皮 40g。

水煎服，连服 40 剂为 1 疗程。另服药：真麝香 1g，口服。

2. 慢性胃炎(重症期)：症状、脉象如上。化验尿：蛋白 +++ ~++++，管型。

治以滋水降火。

方用：莫如饮子。

黄芪 20g，白术 20g，山药 40g，当归 40g，生地 40g，黄柏 15g，冬葵子 20g，赤小豆 20g，大黄 10g，连翘 20g，泽泻 20g，蛤粉 40g，水牛角 25g，海金沙 20g。

水煎服，连服 40 剂为 1 疗程。

3. 慢性肾炎尿毒症

治以温补肾阳，阳中求阴以解其燥。

方用：加味肾沥汤。

黄芪 40g，白术 20g，当归 40g，鹿角霜 40g，附子 10g，肉桂 5g，泽泻 20g，知母 40g，葫芦籽 40g，滑石 20g，黄柏 15g，黄瓜皮 50g，冬瓜仁 25g，灯心草 10g，葶苈子 10g，地龙 15g，防己 20g，地肤子 10g。

水煎服，连服 30 剂观察。

另方：真麝香 2g，琥珀 20g 共研面均二次（一日量）另服。

食疗：①鲤鱼去内脏，装人大蒜 25g，茶叶 10g 共煮烂，食鱼兼喝汤。

②红小豆 25g，葫芦籽 50g 煮汁饮之。

③冬瓜羊肺汤：整冬瓜切成小块加味素少量，不加盐，加羊肺一具煮汤，作为汤菜一道。

休息疗法：

1. 练习静养气功。
2. 适当活动，户外散步，缓行，禁止跑步或剧烈运动。
3. 随季节变化调整衣着。
4. 少食辛辣，忌烟酒。
5. 停止性生活。
6. 慎防感冒。
7. 保持大便畅通。
8. 多饮水。

按：本病治愈颇感棘手，但也并非绝症，如若保养得好，勿躁乱求于医，徐图按步照般治疗，逐渐可以恢复，治愈病例也不偶见。

八、虚劳（再生障碍性贫血）

本病在临床并不偶见，被认为虚损劳瘵。而现代临床医学将本病分为再生障碍性贫血和再生不良性贫血，药物治疗颇感棘手

甚至以输血为治疗手段。病因虽已查明，但鉴于部分病人并未与病因所致有过接触史，就多年来经治病人系统观察 9 例，其中两例因为职业所限长期受 X 线辐射而发病，病起缓慢，贫血指征并不十分明显。经过一个阶段的治疗和休息，愈后尚良好。余者 7 例其中 1 例患者自述经用氯霉素而发病经过确诊来院治疗，愈后效果颇感满意。而这 6 例患者回忆没有任何接触史。这 6 例中的 1 例病人认为长期过度疲劳而发病；还有 3 例由于外感发烧不退经过确诊而罹斯病。据临床统计女性居多，年龄又多在 25~45 岁之间，而男性多在 45~60 岁之间。病势发展急迫，几乎在两周内出现极度贫血颜貌，面色萎黄无华，口唇苍白暗然失色，脉来洪大有力，舌质赤绛全无苔，指甲苍白无润色，口干不渴，神疲力倦，微恶寒多恶热，而热在日晡后特别明显，时有汗出，欲呕不吐，食少纳呆，偶有大便溏，少有大便秘结。体温多在 37~38℃ 之间。确诊后 3 周，牙齿偶有出血或皮肤紫斑，腰痛，身痛，但欲寐而少熟睡。从脉从证乃为阴虚阳盛，气弱血燔，故外蒸肌肉，内耗骨髓，热耗于血气，血虚于骨髓。就虚损而言，虚乃气血之虚，损为五脏俱损。方书云：损及于肺者伤气，皮槁毛焦；损及于心者脉不荣；损及于脾者谷不化，食少纳呆，损及于肝者筋缓不收；损及于肾者骨髓消火。故而分析本病之损，从临床主证，兼证所见，并非单纯血分受病，乃五脏俱损殃及骨髓。临床经验证明单纯补血收效甚微，一味补肾从滋阴入手，用知母、黄柏、熟地、龟板……苦寒而伤胃气反促食少纳呆，从阳大补燥热伤阴，徒耗津液而有害。故治疗本病应先权衡利弊制订出治疗方案，住院严密观察。

第一阶段：针对病发不久，病患多有少阳兼证，用小柴胡汤化裁。

方用：银柴胡 25g，半夏 15g，沙参 25g，黄芪 15g，白芍 40g，牡蛎 40g，桃仁 15g，鳖甲 40g，青蒿 15g，当归 40g，牡丹皮 15g。

水煎服，一日3次。

单方：羊髓焙干为粉，每次15g，一日3次。

愚按兼有少阳证，首应和解，以小柴胡汤化裁为先导，在于舒肝开窍，和解表里。所谓血热者乃热邪渐深，咎于正气不足所致，阳病入阴采用小柴胡意在提举其清气，否则难于从表化解，况白芍、牡蛎、鳖甲敛阴生津，从临床应用小柴胡汤化裁治疗本病还不在于单纯解表，还能起到疏土达木之功，疏土者能使脾气得旺当能生化血气，达木者使肝气舒达下气，免侮脾气。调理肝脾相辅相成以和解为良媒来治血病，为余治疗本病之经验。

本病即发为急性期，采用三联疗法即汤剂、输血、羊髓粉，待症状缓解，血象回升，逐渐以药物治疗替代输血。

第二阶段：重视补脾，以生血源。众所周知胃为水谷之海，得脾磨化而生精微为血，布于四脏血脉，故谓得脾气者生，失脾气者亡。临床经验证明，补脾胜于直接补血（输血除外）。诸如当归补血汤，大补阴丸……几乎对本病收效甚微。

方用：薯蓣丸化裁。

山药30g，西洋参10g，阿胶25g，白术20g，芍药20g，麦冬15g，茯苓15g，当归20g，生地15g，柴胡5g，白芍15g，黄连15g，甘草20g，大黄5g。

水煎服，连服一个月。必要时加输血。

单方：羊髓粉每次15g，一日3次。

视病情变化随证加减。

第三阶段：虚久必致郁，郁而生热，热灼阴津，导致潮热不止，滋阴泄热，固当大法，但每每又累及脾泄。结果阴灼未除又徒伤脾气，经验证明用活血以生新之法而收捷效。

方用：桃仁四物汤化裁。

桃仁20g，红花10g，当归25g，白芍20g，生地10g，水蛭粉10g（另服），甘草20g，玳瑁10g，乌梅10g，牡蛎40g，木通10g，沉香10g。

水煎服，连服4~10周观察。

单方：羊髓粉每次15g，一日3次。

第四阶段：治以滋肾填精，以养阴液，使骨髓再生。

胡谓人秉中和之气而有三则，乃元精、元气、元神，皆主于肾。所见精不足则气失资化，气不足则血失所荣，血不足则气无所附。肾主髓，脑为髓海。今肾髓空虚而致病，宜当调补，切忌大补，尤忌辛温。

方用：生髓益气汤。

冬虫夏草10g，连须25g，金樱子15g，核桃仁25g，黄柏10g，鹿角胶25g，黑芝麻20g，乌贼骨25g，玉竹15g，龟板胶40g，沉香10g，甘草20g，桃仁10g。

水煎服，连服两个月。

单方：胎盘粉10g，一日2次。

羊髓粉15g，一日3次。

秘方：生髓引（待披露）。

以上全疗程为两年，系统观察间歇性住院治疗。除1例中途转院外，其余病例都缓解而生存下来。

说明：输血适于急性期，输血使血红蛋白回升，缓解病情。但也不必要频频输血，依赖输血来挽救病人生命。而输血只能养血而不能生血。实际作用还在于药物治疗，输血不过是救急权宜之计，并非特效惟一治疗方法。

附：《古今医统大全》关于劳瘵门下载方：

1 《拔萃》地骨皮散：治疗骨蒸壮热，肌肉消瘦，困倦，夜多盗汗。

方用：地骨皮、秦艽、柴胡、知母、当归、枳壳、鳖甲各等分为末，每服五钱。

2 《局方》黄芪鳖甲散：治虚劳客热，肌肉消病，四肢烦热，心悸盗汗，食少多渴，咳嗽有血。

方用：黄芪、鳖甲、知母、桑白皮、紫苑、桂枝、甘草、地

骨皮、秦艽、柴胡、生地、赤芍各等份，天冬、茯苓各八份，人参、肉桂各四份。水煮散。

3 犀角丸：治骨蒸，无不效。

方用：犀角、鳖甲、枳壳、黄连、胆草、升麻各三份，乌梅肉三两，秦艽二两，柴胡一两半为末，用猪胆汁二合，同炼蜜丸，如梧桐子大，每服 20 粒。

九、消渴病（糖尿病）

远在内经素问和灵枢已有记载，谓之消渴、消痹。不但在症候方面有所阐述，而且对病因病机更有深刻的剖析。如《素问奇病论》指出肥胖易患消渴。《金匮要略》：“男子消渴，小便反多，饮一斗，小便亦一斗。”《外台秘要》认为：消渴者原其发动，此则肾虚所致，每发即小便至甜。《古今录验》云：“消渴病有三，渴而饮水多，小便数，无脂，似麸片甜者，皆是消渴病也；二是吃食多，不甚渴，小便少，似有油而散者，此是消中病也；三是饮水不能多，但腿肿，脚先瘦，小阴痿弱，数小便者此是肾消病也。”《千金方》谓：“消渴之人愈与未愈，常需虑大痈。”可见文献将消渴、消痹辨为三消为病。即上消属肺，多由心火燥伤肺金；中消为脾所伤，由于阳明燥热而伤脾；下消属肾，多因劳损而伤肾气，或因伏火于下焦，燥热伤阴。不难看出，本病基于内伤，气阴两虚所致，实乃虚证，并非实证。而本病成因，每每多见贫婪膏粱厚味，发为体胖，起居不节，疲劳过度，性欲失俭，七情抑郁，惟鲜见外感传里而来。耗血耗气，蕴为燥热损及阴津，其病多在血分，少在气分。其治疗，应济肾水以救真阴之虚，泄心火熯热熬煎，润胃肠燥热之实，清燥热于胃，滋阴于肾，需润五脏六腑之虚衰，其因燥伤阴津，因而不宜大下，大下徒伤阴津，反而燥甚；不宜活血化淤，化淤损及气血反致内燥；不宜妄投辛温燥烈之品，易能导致燥盛伤阴。应视为临床三禁！

见渴止渴，见饥饱饿；见浮肿而利水，其为治标，徒不能治验本病。本病的治疗，应施以苦寒泄热，润燥生津。治本先治燥，治标先止渴，清燥以生津，止渴以解燥。标本兼治，重在治本。通按：虚则补之，应补之阴津之匮乏，非补之肾阳之虚。投重剂石膏亦不为过，少用桂附亦为嫌。余经按治一例院外患者，自称就医治疗月余，经血糖、尿糖化验反不如从前，病情加重并现喘息，经查其所带资料表明，医者乃用大剂量活血化瘀和桂附之品。虽然有正治反治从治之说，而审因辨病尤为重要，不能沿用活血化瘀通治百病。闻方有白虎加人参汤而治是病，鲜见三逐法而为之。用三承气汤下之，目的是下之泄热以救阴，因为它是实证使然，余系统治疗并经现代临床医学确认糖尿病患者 26 例，徐图治之并嘱以和医生合作，其中 9 例基本上稳定，并能重上工作岗位，健康状态较为良好，特征症状已消除。

辨证

1. 症见饥饿少渴，病在于脾阴不足，应益脾阴而补气。

方药：救脾汤。

山药 50g，胡黄连 15g，乌梅 15g，白术 20g，鹿角霜 20g，槐花 20g，苦参 20g，知母 20g，桃仁 15g，竹叶 10g。

水煎服连服 3 周为 1 疗程。

2. 症见饥饿无度大渴引饮，病在于胃，阳明燥热伤及阴津，治在益阴泄热，生津止渴。

方药：救阴益气引子。

石斛 20g，龟板 20g，枇杷叶 10g，天花粉 15g，生石膏 40g，西洋参 10g，黄柏 15g，茯苓 20g，滑石 10g，知母 20g，牡丹皮 20g，地骨皮 15g，玄参 15g。

水煎服，连服 4 周为 1 疗程。

3. 症见多食少渴，或全无饥渴症状，小便如泔，身体消瘦，病在于肾。久病伤阴，燥耗肾水，治在滋阴泄火，以填肾阴之虚。

方药：复水益阴煎。

茯苓 20g，阿胶 20g，黄柏 15g，鳖甲 20g，山药 15g，槐花 20g，山茱萸 20g，泽泻 20g，火麻仁 20g，红花 10g，黄连 10g，炒杏仁 10g，葛根 15g，羚羊角 5g，焦栀子 10g，鸡内金 20g，藕节 25g，牡蛎 40g，石莲子 20g。

水煎服，连服 1~3 个月为 1 疗程。

随证救补：

(1) 并发心绞痛：加王不留行 15g，丹参 20g，丝瓜络 10g，防己 20g，细辛 5g，薤白 20g。

(2) 并发知觉障碍、痛麻感：加蝉蜕 20g，僵虫 15g，独活 10g。

(3) 并发白内障：加密蒙花 20g，木贼 15g，磁石 15g。

(4) 并发下肢麻木：加木瓜 15g，鸡血藤 20g。

(5) 并发间歇性跛行：加地龙 10g，全蝎 5g。

(6) 并发皮肤瘙痒：加白鲜皮 15g，浮萍 15g，蝉蜕 20g。

(7) 并发下肢坏死：加大黄 10g，桑白皮 20g，黑豆 10g，当归 40g，木通 10g。

(8) 并发疔痈：加白蔹 20g，连翘 40g。

(9) 并发咳嗽吐血，鉴别结核：加百合 20g，白及 25g，藕节 40g，青黛 10g。

附：验便小方：

(1) 黄连猪肚丸：猪肚全具，黄连 40g，麦冬 40g，无花粉 25g，知母 40g。共为细末，盛猪肚内，缝合水煮烂，共捣如泥状，面糊为丸。每次 10g，一日 3 次。

(2) 冬瓜仁 50g，黑豆 50g，煮汁，做饮料服之。

(3) 陈葫芦 50g 煎水列为常饮。

(4) 桑椹子 50g 煎水列为常饮。

(5) 田螺 50g，熬水饮之。

(6) 羊肺一具煮熟，饮汤和食之。

(7) 兔骨 50g，大麦芽 40g 煮汁饮之。

(8) 莲藕 50g，煮食。

食谱：

1 早餐：大米绿豆粥一碗或豆浆 300 毫升，鸡蛋一个，油适量。

2 午餐：米饭 150 克，白菜 200 克，苦瓜 100 克，鸡肉 100 克，油适量。

3 晚餐：面类或米 250 克，青菜 200 克，猪肝 100 克，木耳 5 克，冬瓜汤，油适量。

附：典型病例：

孟某某，男，51 岁。沈阳服装公司设计员。

病史：患糖尿病确诊已四年，曾用过胰岛素，后来发生抗药性而停药，改服降糖灵等。病情虽有缓解，但饮水多，尿多，饥饿感并不明显减轻。于 1998 年 10 月 4 日来我院检查：尿糖弱阳性，血糖（++），血尿素氮、非蛋白氮升高。经余四诊所见：病患身痛消瘦，有明显脱水症状，皮肤干燥，口唇干裂，舌质绛，苔黄赤，呼吸迫促。据自诉饮水多，尿多依然如故，惟饥饿感尚不明显。脉来弦实有力。辨为消渴日久燥伤阴津，治以清燥凉血，滋水止渴。

方药：清燥饮子（自拟方）。

山药 50g（另用纱布包好，置药壶内），胡黄连 10g，黄连 10g，槐花 25g，天花粉 15g，茯苓 20g，葛根 15g，乌梅 15g，冬瓜仁 25g，葫芦籽 10g，文蛤 25g，桃仁 5g，牡丹皮 20g。

水煎服，一日 3 次，每次 100 毫升。以此为主方，随证加减，经连服二两个月后，三多症状明显减弱，体力恢复良好。经化验室检查：尿糖（+），血糖（+）。嘱其停药，按糖尿病饮食进行。间歇服药至今。

附：《古今医统大全》消渴门，载方选：

1. 经云：热涵所胜，治其甘苦，以甘泄之，以辛润之。大

法用黄连、黄芩、梔子、石膏以泄火，天冬、麦冬、五味子以润燥，当归、地黄、芍药以生血，黄柏、知母、人参、杞子以补肾水之源，天花粉、葛根以止渴。禁服半夏、苍术、生姜、大料厚味。

2. 张洁古，分治消渴：能食而渴者，白虎加人参汤，不能食而渴者，钱氏白术散，倍加葛根之属。上中即平，不复传下消。

3. 朱丹溪：三消者，多属血虚不生津液，以四物汤为主。上消者，本方加五味子、人参、麦冬、天花粉，人生藕汁，地黄汁，人乳。饮酒人生葛汁。中消者，本方加知母、滑石、石膏、寒水石，以降胃火。下消者本方加黄柏、知母之属，以滋肾水，当饮燥汤代茶。

4. 《宝鉴》麦门冬汤：治消渴，日夜饮水不止。饮下即瘦。麦冬、黄连、冬瓜各一两。煎水服。

5. 李东垣，当归润燥汤：治消渴。舌上白干燥、唇干、口干眼涩，黑处见浮云，大便秘涩，干燥结硬，喜温饮，阴头短缩。当归、升麻、柴胡、甘草、黄柏、知母、石膏、桃仁、麻仁、生地、防风、荆芥、红花、杏仁、小椒三粒。

6. 地黄饮子：治消渴，咽干，面赤，烦躁。人参、生熟地，天冬、麦冬、黄芪、泽泻、石斛、枇杷叶、枳壳、甘草。

7. 河间，大黄甘草饮子：治一切消渴不能止者。大豆先煮二三沸，淘去苦水再煮，大黄一两半，甘草四两共煮，豆烂为度，食豆并饮其汤。

8. 梅花聚香汤：乌梅肉、枇杷叶、麦冬、五味子、瓜蒌仁、人参、黄芪、干葛、檀香，水煎代茶饮。

9. 神仙减水法：治三焦虚热，三消渴疾，日夜饮水无度。人参、天花粉、知母、黄连、苦参、麦冬、浮萍、白藕豆、黄芪、黄丹为末。

10. 《三因》六神汤，治三焦渴疾。枇杷、天花粉、黄芪、

干葛、莲房、甘草。

11. 平补丸：治肾消不渴，肌肉瘦削，小便涩数而沥，如欲渗之状。菟丝子、山茱萸、益智仁、当归、川楝子、牛膝、葫芦巴、杜仲、巴戟、乳香、肉苁蓉。

12. 瞿麦汤：治消渴成水气，面目至膝浮肿，小便不利。瞿麦穗、泽泻、滑石、防风、黄芩、大黄、桑螵蛸。

13. 玄参散：治渴利，烦热生疔疽发背，欣肿疼痛：玄参、芒硝、大黄、犀角屑、羚羊屑、沉香、木香、黄芪、甘草。

十、日晡热（低热）

本病多见于女性年龄 20~45 岁之间，男性亦有偶发。诊断低热首先除外结核热，风湿热，红斑狼疮，慢性肾盂肾炎，慢性胆道感染，口腔疾患（扁桃体炎），副鼻窦炎，甲状腺机能亢进……。原因不明的无明热，通称为低热。而低热特征每多见日晡潮热，从临床所见低热众多病例，追问患者病史多无法回忆，而低热通常可见感冒表未全解，余邪传里潜入血分，妇女产后感受风寒化热；脾胃失调；脾湿胃热；妇女月经不调；情志抑郁日久亦有引起低热者。从四诊所见：病人多面垢无华两颊红润不明显，舌质绛少苔，脉来弦细或扎，精神烦躁不安，口干而不渴，食少纳呆，胃脘无明显不适感，典型低热多在午后 3~9 时之间，出现潮热但不恶寒，亦无明显的骨节疼痛感，而热多在 36.8~37.3℃ 之间。患者自诉全身不适，倦怠无力。所谓日晡热，低热颇有规律，一派少阳征象。辨析论治，若汗之则无表证的恶寒；若滋阴徒伤脾胃而洞泄；若温补而损阴津；若活血化淤伤气血。而余用小柴胡汤化裁治疗本病，屡试屡验。按午后潮热具有少阳征象，既不能以表解之，亦不能攻里，以柴胡为君药，清透并行，调和荣卫而和解，使热得解。

方药：清营和解饮。

柴胡 40g, 青皮 15g, 鳖甲 30g, 牡蛎 25g, 胡黄连 15g, 桃仁 15g, 地骨皮 20g, 牡丹皮 15g, 乌梅 10g, 山药 10g, 知母 25g, 秦艽 15g。

水煎服, 连服 20 剂为 1 疗程。

按: 1. 若服药 3~6 剂时, 时有大汗, 低热渐退, 可将柴胡减至 10g。再服两周。在此期间出现泄泻, 可加莲肉 20g、白术 20g。

2. 若伴有呕逆: 可加竹茹、陈皮、半夏。

3. 若伴有少寐: 可加合欢花 20g、石菖蒲 15g。

4. 若伴有胃脘不适: 可加川楝子 15g、香附 10g。

5. 若适值妇女月经来潮、流血不止: 可加鸡冠花 20g、茜草 15g。

6. 若伴随有食少纳呆: 可加苦参 10g、水红子 15g。

7. 若病愈后因多食复发重现低热: 可加茯苓 20g、扁豆 20g、柴胡 10g。

附: 典型病例

宋某某, 女, 11 岁。住清原县农村。

病史: 患儿外感而后烧退, 继而上学。突然高热大汗出, 经服解热药, 高热仍不退而汗出愈烈, 病情逐渐加重, 来沈阳某医院住院治疗。经胸透、骨穿、血液化验均无异常改变, 惟血色素值低。诊为无名热。住院 21 天治疗不见好转, 病情反而加重。继来我院住院治疗, 复经检查结果与院外医院相同, 经诊所见: 病孩面垢少荣, 面容苦楚, 精神不振, 拒食, 嗜睡, 上午热从 37~38.2℃ 至 40℃ 高热持续 3 小时, 继面大汗出, 汗出如雨, 湿透衣襟。汗出后身凉, 患者勉强支撑起来, 能下地值动, 饮食减少精神一时得以恢复。间日后症状同前, 反复发病。临床辨证用药, 认为风寒未解邪入于里, 给以散风解热兼以注射。住院 18 天病情不见好转。经余会诊, 查其病史和以前治疗经过, 四诊所见, 病孩面色苍白, 唇干舌燥, 脉来洪大有力, 沉取稍减。

诊为温疟，远乃表未解，邪入于里传及少阳。认为少阳证，热入阴分。治以解表清里存津液。小柴胡汤化裁。

方药：清营复脉饮。

柴胡 40g，常山 10g，鳖甲 25g，青蒿 20g，桃仁 15g，地骨皮 20g，胡黄连 15g，牡蛎 25g，生地 15g，甘草 10g。

连服 6 剂观察。经服药 7 天后高热减至 38.2℃，而汗出已渐减。脉来由洪大变为弦实有力。患者精神状态良好，食欲渐增。继而改方为：柴胡 45g，鳖甲 25g，牡蛎 40g，甘草 20g，知母 20g，乌梅 10g，秦艽 15g，桃仁 10g，桔梗 10g，牡丹皮 20g。水煎服。连服 7 天观察。

服药后病情显著好转，体温减至 37.3℃，病患可以下地活动，精神状态良好。惟时有小汗出和低热。经诊所见：脉来弦细，舌质绛，尺肤稍热，认为少阳证已解，惟余热尚燔阴分。改方为：柴胡 45g，鳖甲 25g，生地 15g，牡丹皮 15g，牡蛎 30g，甘草 20g，泽兰叶 10g。水煎服 7 天后病已除，患者乐而出院。

十一、头痛

临床常见病，并不认为是疑难重症。《灵枢厥病》指出，真头痛，头痛甚，脑尽痛，手足寒至节，死不治。《难经六十难》谓：入连在脑者名真头痛……古代医家虽无法认定脑内肿瘤存在，但病情险恶和用药无效，结果不治而死是有明鉴的。脑内肿瘤所现的头剧痛难忍无休止，可与诸多病因所致头痛相区别。临床确诊并不难，磁共振和 CT 均可确诊。一旦发现占位性病变，惟一希望是手术。除此之外，药物支持治疗，止痛相当困难，治愈希望鲜见。

然而治疗头痛临床常用三大法则，即：舒风、活血、行气。而这三大法则所施用的药物，往往奏效并非十分明显，原因是很少用解痉药物，如蝉蜕、蜈蚣、僵虫、全蝎、地龙等。即或用之

其量不足以克病，亦不见明显效果。临床经验证明，虫类解痉药物有效量为：如蝉蜕约 20~40g，僵虫约为 20g，全蝎约 5~10g，而蜈蚣量应控制在 1~2g，研面另服，禁煮沸。

辨证：临床常见血淤头痛，风湿头痛，风热头痛，风寒头痛，月经逆上头痛，肝阳上亢头痛，痰阻脉络头痛，肿瘤头痛。

1. 血淤头痛：特征是上午痛甚，下午缓解，持续性头痛，痛点多在前额和两侧太阳穴，饭后尤重，遇有精神紧张头痛加剧伴有恶心。手足冷无汗。四诊所见：面色青紫，舌质绛少苔，脉来弦实有力，大便多燥结。本病诱因与酗酒、吸烟、妇女月经不调有关。行按摩术一时缓解，发病年龄多在 20~50 岁之间，血压一般不高。

治以活血化瘀。

方用：千金化淤饮。

生蒲黄 20g，五灵脂 15g，桃仁 15g，磁石 20g，红花 10g，赤芍 15g，木通 10g，牛膝 20g，甘草 10g，水煎服。

2. 风湿性头痛：素有痹症病史，手足关节肿痛，微出汗，午后轻微低热。疼痛特征是全头部刺痛，病在头皮遇风尤甚，项强，剧痛时伴及手足一过性痉挛或短时间偏瘫，每入沐可缓解，长夏尤甚。从四诊所见，颜面眼睑轻微浮肿，手指肿，舌体胖，舌质淡白厚苔，脉来弦紧，小便清长。此为湿阻脉络，气机受阻而被湿困，上扰清阳而作痛。

治以除湿散风，清利湿热。

方用：防己胜湿汤。

防己 20g，苍术 20g，土茯苓 15g，薏苡仁 40g，黄柏 10g，滑石 20g，辛夷 10g，白鲜皮 20g，浮萍 20g，地肤子 10g，僵虫 15g，水煎服连服一周。

3. 风热头痛：多为偶发，身热，汗出，头痛特征：发际汗出，头皮痒痛，上午轻，下午重，耳鸣、呃逆，口干渴，手足热，大便多燥结，尿色黄赤。四诊所见，颜面潮红，舌质赤绛，

脉来浮大有力。

治以祛风解热，通利二便。

方用：荷叶解肌汤。

荷叶 10g，生石膏 25g，葛根 10g，黄芩 10g，蝉蜕 25g，僵虫 15g，薏苡仁 20g，白芷 15g，生地 20g，浮萍 20g，芦根 20g，枇杷叶 20g，竹叶 10g，大黄 5g。

按：祛风不用荆芥、防风、麻黄、桂枝，意在不宜过分发汗，汗出伤津，况热已化燥，燥伤阳络而痛，今利湿泄火均可清热，使痛可止。

4. 风寒头痛：临床颇为多见，寒邪阻遏脉络不通而作痛，此症特征：头痛并不十分明显但无休止，头皮胀痛而肿感，痛时头部感厥冷，遇热缓解，手足冷。四诊所见：望诊无明显异常，只是脉来弦紧有力，舌质淡，少苔。

治以温经通络，散寒祛风。

方用：温通应脉饮。

桂枝 5g，细辛 5g，蔓荆子 15g，藁木 15g，全蝎 5g，僵虫 15g，白芷 5g，辛夷 15g，生姜 10g，钩藤 20g，红花 10g，水煎服。

5. 月经逆上头痛，多见于肝气横逆，血不归经而逆上。妇女经前 3~5 天头痛始发，待月经前两天头痛加剧伴有呃逆。待月经过后头痛渐止。如此周期反复发作，烦躁少寐，入睡方止，晨起复痛。四诊所见，脉来弦实有力，舌质淡，少苔。

治以通经化淤，行气舒肝。

方用：大逍遥散。

柴胡 25g，磁石 15g，地龙 10g，红花 15g，香附 15g，藿香 15g，荆芥 15g，川芎 15g，白芍 25g，白芷 15g，细辛 5g，当归 25g，甘草 10g。水煎服。

6. 肝阳上亢头痛：本症多见于中老年。为阴阳失衡所致，水不涵火，肝阳独暴上亢，上扰清阳而作痛。素有高血压病史，

体态多胖，头痛特征：上午重下午轻，手指麻木感，大便多燥结，易躁动，时微汗出，化验甘油三脂均偏高。四诊所见：颜面红而不润，精神焦躁，舌质绛，脉来弦实有力。

按：本病者血压一直持续偏高，但病患尚能坚持如常，切不可过分降压，以防血栓脱落。应平抑肝阳，滋水以熄风。

治以滋水涵木，平肝熄风。

方用：潜阳救逆饮子。

天麻 15g，羌蔚子 15g，青箱子 15g，谷精草 15g，蒺藜 20g，草决明 20g，珍珠母 25g，磁石 15g，五味子 10g，枸杞子 10g，钩藤 20g，僵虫 15g，蝉蜕 30g。水煎服。

7. 痰阻脉络头痛：本症多发生于妇女体重过胖者。湿邪化痰，痰阻气机不畅，郁而作痛。头痛的特征：头痛伴烦躁不安，头重身痛，时轻时重并无规律，经久不愈。

治以化滞精痰，行气降浊。

方用：茯苓饮子。

茯苓 25g，枇杷叶 20g，王不留行 15g，通草 10g，胆南星 5g，半夏 15g，苦参 10g，薏苡仁 20g，蝉蜕 20g，天竺黄 15g，川芎 20g，僵虫 15g，木通 10g，白芷 15g。水煎服。

8. 恶性肿瘤头痛：本病特征病起突然或持续不间断头痛，一般治疗无效，头痛逐渐加剧而不能忍受，视力不佳。剧痛时伴有呕吐而拒食，脉来浮大有力。急需做磁共振或 CT 以求确诊，确诊后转外科手术治疗。

精方：救应引（待精露）。

附：典型病例

徐某某，女，51岁，机关职员，病史：素有头痛病史，精称每届夏秋之间头痛发作，一次发作持续月余，往往不治而愈。这次发作持续半月，头痛愈痛愈重不见缓解。经余会诊所见：面容精竭而灰垢，力倦神疲，舌质黄腻，大便燥结，脉来浮大而紧。诊风热上犯阳络，治以清热活血，给予柴胡 20g，地龙 10g，

川芎 10g, 大黄 5g, 浮萍 15g, 牛膝 20g, 桃仁 15g, 红花 10g。水煎服, 连服 7 剂后病情加重。停药后嘱其做磁共振, 发现颅内泛发性肿瘤, 无法手术, 服止痛药而无效。后经月余病患死去。诚如方书所载: 真头痛死不治。

十二、癲癎

经谓诸病皆主肾经, 只因肾经失职所致。然而刘河间氏认为本病由热甚风燥而发, 但朱丹溪则以为痰热所为, 李士材辨为因于肝肾或兼风火所致。诸家颇具见地。方书总括辨证为: 癲病朝发者病在足厥阴肝; 黄昏发者病在足太阴脾, 平旦发者病在足少阳胆; 日中发者病在足太阳膀胱, 亥时发者病在足阳明胃; 日晡发者病在足少阴肾。而《千金方》又云, 先身痛热瘧疾惊啼而后发, 脉浮洪者为阳病, 病在六腑肌肉之间易治。先身冷不惊掣啼叫, 病发脉沉者, 为阴病, 病在五脏骨髓之内难治。故在治疗上惟张子和主张汗吐下三法并验, 独具学术特色。

余按癲癎之发病, 除确诊脑囊虫性癲癎外, 其病因甚为复杂, 发病缠绵不易治愈。即或一时治愈又易复发。若病症持续发作, 每每导致癲狂失态, 更难治愈。据临床统计, 本病多发生于少年中年, 老年者鲜见。据病患所述, 病史多是由于情志抑郁, 惊恐或风火为诱因, 很少由感冒发烧而引起。故六淫为患并非其因。咎于上述病因, 病发于脑, 脑络瘕痼, 突然仆倒, 不省人事而口吐涎沫。有突然仆倒脑部受到意外重伤而死亡者, 亦不鲜见。病发多在一分钟之内而醒来, 醒来头痛剧烈, 难以忍受, 全身无力, 出汗欲呕。由于神志刺激过重 2~3 天内尚感昏晕。有时一年之内发作 2~3 次, 有者一个月之内发作 3~4 次, 有者一周之内发作 1~2 次。发作愈频昏仆时间愈短, 而病情愈重。由于脑部受到刺激, 病人精神出现凝呆, 少言, 健忘, 语无伦次, 食少纳呆, 少寐, 易惊恐, 易发怒, 健康状况每况愈下。在治疗

上从标治本，要依据病情病史和年龄而辨治。余在从医中亦曾诊治过多例，其中治验则有之，中途转治者有之，治之不验者亦有之。故在辨证当从其境。若病人肥胖，况在中年，病发不久，发作频仍，应攻其病不可估息，以利速战速决，使病邪无潜伏之机。治当舒肝熄风，化郁清热，若岁老多发宜行气祛湿，化痰宁心为主。

辨证从治如下：

(1) 痫症发病不久，频应发作，发作时间多在 1 分钟以内，突然惊叫仆倒，不省人事，口吐涎沫，脉来洪大，大汗出，口噤，小便失禁。应诊为阳痫，病在半表半里，上犯脑络。

治以祛风解热解痉挛。

方药：解痉醒脑饮子。

柴胡 20，蝉蜕 20g，僵虫 15g，天竺黄 20g，桃仁 15g，钩藤 20g，石菖蒲 15g，全蝎 5g，蜈蚣一条（焙干为面另服），橘络 20g，茯苓 20g，琥珀 15g，羚羊角 10g，地龙 15g，胆南星 10g，白藜 20g，胡黄连 15g，甘草 10g。水煎服，连服 30 剂为 1 疗程。

(2) 素有痫症病史，发作无规律。发作时多在一分钟之内，病情如上述，脉来沉细，手足温，舌质淡少白苔。此为阴痫。

治以平肝滋水，豁痰行气。

方药：痫沥丸。

蜂房 10g，白鲜皮 20g，沉香 15g，白藜 30g，山茱萸 30g，防己 25g，皂角 10g，全蝎 20g，麝香 5g，乌蛇 20g，远志 25g，丁香 10g，熊胆 20g，川芎 25g，莪术 20g，麻黄 10g，半夏 20g，大黄 5g，明矾 10g，桔梗 40g，威灵仙 25g，蜈蚣 15g。

共为面蜜丸两钱重，每次 1 丸，一日 4 次。两个月为 1 疗程。

(3) 确诊为脑囊虫性癫痫。

治以杀虫化滞，行气祛痰。

方药：清囊化滞丸。

鹤虱 25g, 雷丸 20g, 槟榔片 100g, 使君子仁 20g, 白鲜皮 25g, 水蛭炭 20g, 牛膝 20g, 全蝎 25g, 白芥子 20g, 黄连 15g, 南星 10g, 蛇蜕皮 20g, 防风 20g, 枳实 20g, 沉香 15g, 蜈蚣 10g, 陈皮 30g。

共为细面蜜丸两钱重每服 1 丸, 1 日 4 次, 两个月为 1 疗程。

附:《杂病膝流犀灼》载方(选)

1. 五痢丸

白附子 5 钱, 半夏、南星、乌蛇、全蝎各二两, 皂角二两打碎用水半碗浸透揉汁去渣同白矾二两煎干。蜈蚣半条, 钱虫一两半, 朱砂、雄黄各一钱半, 麝香三分, 姜汁糊丸, 每服 30 粒。

2. 妙功丸

丁香、木香、沉香、胡连各五钱, 麝香一钱, 乳香、熊胆、大黄各两半, 白丁香三百粒, 轻粉钱半, 雄黄、青皮、黄芩、黄连各五钱半, 黑丑、三棱、莪术、膝皮、甘草、雷丸、鹤虱各一两, 赤小豆三百粒, 巴豆霜五分, 荞麦一两六钱为面作糊丸, 每丸重一钱, 朱砂为衣, 阴干, 冲水服。

3. 妙香丸(治阳痢)

朱砂九钱, 牛黄、冰片、膝香、膩粉各三钱, 巴豆霜五分, 金箔九方, 炼黄蜡六钱入蜜少许和匀, 每两做 30 粒丸, 每次一丸, 米汤下。

4. 五生丸(治阴痢)

南星、半夏、川乌、白附子、黑豆各一两, 姜汁糊丸。

十三、便秘

大便秘结又称为脾约。张仲景钱出从脉论治, 故谓: 钱阳脉浮而涩, 浮乃胃气强, 涩则小便数, 浮涩相搏, 大便则坚, 其脾为约, 麻子仁丸主之。对趺阳为胃脉, 阐述浮涩相搏, 大便而

坚，于斯立论。后世医家均有解释。惟《医宗金鉴》注家认为：“趺阳胃脉也，若脉涩而不浮，脾阴虚也，则胃气亦不强，不堪下矣。今脉浮而涩，胃阳实也，则为胃气强，脾阴亦虚也，脾阴虚不能为胃上输精气，水独不行，故大便难，以麻仁丸主之，养液润燥，清热通也，不敢恣行承气者，盖因脉涩，终是虚邪。”

据临床所见，大便秘结屡屡并发脱发、失眠、烦躁、头痛、高血压、食少纳呆、胃脘不适、脱肛。究其原因，如有偏食习惯，厌食蔬菜，膏粱厚味过剩，就餐不规律，职业性入厕不便，一次餐量过大而饮水不足，空腹酗酒，以酒代食，房事过度，过食辛辣，不能养成定时入厕习惯，日久结为便秘，进而出现排便困难，通常所见3~5天，6~8天排大便一次，蹲便非常苦恼，有如羊粪状，有者不得不借助手力而排下。虽服泄下药一时排便，停药后又便秘，况久服泄药过早将食物推向大肠，导致吸收不良出现消瘦。形成便秘由于饮食之火起于脾胃，淫欲之火起于命门，以致阴虚血耗，燥盛水亏，津液不生，故传化失常，渐成燥结，实为本虚而标实不宜峻下，下之无益而反燥结，徒伤胃气易损阴津。应宜补中益气润燥生津，治其本而燥结必通。其次大便燥结每每可见食道肿瘤、胃癌、萎缩性胃炎并发便秘，大便燥结与稀便交替出现，极需除外结肠癌和直肠癌，以防误诊。

方药：通幽益气汤。

柴胡 10g，党参 25g，当归 20g，黄芪 15g，升麻 15g，白术 15g，生地 20g，黑芝麻 20g，桃仁 15g，炒杏仁 10g，火麻仁 15g，皂角子 5g，莱菔子 15g，槟榔片 20g，枳壳 10g。水煎服，连服 40 剂为 1 疗程。

附：《古今医统大全》载方

东垣·导滞通幽汤：治大便难。

当归、升麻、桃仁各一钱，生地、熟地各五分，红花、炙甘草各一钱，调槟榔末五分，水煎服。

《卫生》润肠汤：治大便秘结不通。

生地、酒大黄、当归各五分，升麻、桃仁、麻仁各一钱，红花四分，水煎服。

《治血润肠丸》：治大便风秘，血秘不通，常常燥结。

当归、酒大黄各一两，防风、羌活各半两，麻仁二两半，皂角仁（畏）一两，桃仁二两，为面蜜丸梧桐子大每服五十粒。

《杨氏》润肠五仁丸。

桃仁、炒杏仁各一两，松子一钱二分，柏子仁半两，炒郁李仁一钱，陈皮四两，共为面蜜丸梧桐子大每服五十粒。

《直指》润肠丸：治大便秘涩不通

炒杏仁、炒枳壳、麻仁（另研）、陈皮各半两，阿胶珠、防风各二钱五分为面蜜丸梧桐子大每服五十粒。

十四、痛风

属痹症范畴。其病因乃风、寒、湿三气杂至合而为痹。临床辨证罹于风者为行痹。痛无定处即游走而痛，两足刺痛尤甚；受于寒者为痛痹，足跗、膝盖及肘关节肿痛，痛有定处；感受于湿者着痹，痛而不移多汗。《素问痹论》谓：寒气胜者为痹痛。《脉经》指出：脉涩而紧者为痹痛。单从脉法辨证还可以看出：脉浮者为阳，脉细者为湿；脉滑者为痰；脉洪大者为火；脉芤者血虚；脉涩者为血淤。赏谓治风先治血，血活风自灭。这面然是经验，而余认为治风先去湿，湿去痛当止。临床统计山区发病率颇高，余在山区经过两年多来的临床考察所见同于山区特定条件的高山多寒，日照时间短，树木、丛草、小溪、山峦瘴气，构成一个寒湿带，山区人民不注意防寒防湿，每多患有湿痹证，典型症状是指关节肿大，腿短，腰脊柱弯曲，行路蹒跚。类似大骨节病。或因突遭雨淋或过度寒冷刺激，未加防范而入睡，子夜病发醒来身痛高热，四肢酸沉，手指及足跗肿痛，如针刺痛难以忍受，伴随头痛欲呕，心悸，全身无汗。虽高热但无寒战，尿频而

短。此别于风湿症，乃寒邪化热侵入肌肤作痛为急性发作，切不可宜以风寒湿论治，应表里并解，苛除其寒邪，病虽至急，而痊愈亦速。否则湿久羁于肌肤累及关节畸形。常用大青龙汤化裁，每治此疾而应手。

方用：桂枝 15g，麻黄 10g，生石膏 20g，地肤子 15g，防己 20g，僵虫 15g，薏苡仁 20g，苍术 20g，荆芥 10g，地龙 10g，竹叶 10g。水煎服。

热退余湿未除，应予以除湿。

方用：胜湿通络饮子。

萆薢 20g，浮萍 10g，茯苓 20g，白芷 10g，滑石 20g，当归 25g，桑白皮 25g，姜黄 15g，牛膝 15g，海桐皮 15g，秦艽 20g，苍术 10g。水煎服。

湿著于关节畸形肿痛。

方用：通经化淤汤。

五灵脂 10g，炮山甲 10g，五加皮 25g，僵虫 15g，全蝎 5g，细辛 5g，羌活 15g，地骨皮 20g，蔓荆子 15g，乳香 10g，没药 10g，牛膝 20g，穿山龙 15g。水煎服。

痹痛游走性疼痛多在上臂及下肢。

治以祛风活血。

方用：风引化淤饮子。

制川乌 10g，桑枝 40g，防己 20g，地龙 10g，蜈蚣一条（另炒黄研面冲服），防风 15g，千年见 15g，红花 15g，土鳖虫 10g，麻黄 10g，桂枝 10g，细辛 5g，川断 15g，没药 10g。水煎服。

附：摘自《古今医统大全》载方

1. 如意通圣散：治风湿注痹走痛：麻黄、防风、川芎各一钱，罌粟壳、当归、丁香、甘草各五分，水煎服，入乳香少许。

2. 茯苓汤：治风寒湿痹，留著不去，四肢麻痹，拘挛急痛。茯苓、防己、川芎、桑白皮各一钱，肉桂五分，芍药、麻黄、当归、甘草各八分，枣三枚，水煎服。

3. 《良方》通痹散：治腰以下至足，风寒湿三气合而成痹，两足至膝冷如冰，不能自举。

天麻、独活、当归、川芎、白术、苧本各等份为末每服二钱。

4. 《三因》附子汤：治骨节疼痛，皮肤不仁，肌肉重著，四肢纵缓，遍体酸痛。

附子二钱，肉桂、人参、白芍各一钱，白术、茯苓、甘草各八分，姜三片，水煎服。

5. 芍附散：治五种痹痛，自腿臂间发作不定。

川芎、附子、黄芪、防风、白术、当归、熟地、肉桂、甘草、柴胡各等份。水煎煮散。

6. 乌头汤：治风寒湿痹，流注经络，筋脉拘挛，不能转侧。

乌头、附子、细辛、桂枝、大芫、官桂、甘草、白芍各七分，防风、干姜、当归、茯苓、独活各一钱。水煎服。

7. 乳香宣经丸：治风寒湿痹、四肢拘挛、筋骨疼痛，行步艰难。

乳香八钱，萆薢四两，木香八钱，五灵脂一两，黑豆三合，附子八钱，川楝子、茴香各二两，防风、炙草乌、黑丑、威灵仙、乌药、陈皮各四两，为面酒糊丸，梧桐子大每服三十粒。

十五、尪痹（类风湿性关节炎）

《中风历节风篇》指出：“诸肢节疼痛，身体羸，脚肿如脱，头眩短气，温温欲吐，桂枝芍药知母汤主之。”《病源》云：“历节风是气血虚由饮酒腠里开，汗出当风所致；或因调护之不慎，以致风寒湿之邪气偏历关节，与气血相搏而痛非常……”而余认为本病之发风湿乃为外因，气血虚外邪乘虚而入为内因，日久侵害骨骼而变形，尤其是手指关节肿痛变形，脊柱变形。在治疗上每用祛风散寒利湿等法奏效并不显著。据调查发现本病与水土特

定条件密不可分¹。山区病患多于沿海，而沿海又多于内地，北方多于南方。辽宁省东部山区发病率较高。致病因子有待进一步研究。但据乡人陈述：本病在当地多发生饮山水之后，因为此山长核桃树，雨水冲刷树根流入溪间被人饮用，当地人做一实验，余亲自在现场观看，方法是利用一小块池塘，放入几条活鱼，将野核桃树连根带茎都放在池塘内，3天后，池塘里的活鱼全部漂上来而死。由此可知，此树毒性很大，山乡人患此病首先手指节肿大，渐渐出现脊柱弯曲，最后两小腿亦弯曲，几乎失去劳动能力而致残，成为地方病，故而沿用治疗风湿方法而无效。余治本病，先补其气，而后活血。

方药：黄芪益气汤。

黄芪50g，当归20g，制草乌10g，防己20g，全蝎5g，苏木15g，红花15g，何首乌20g，皂刺10g，牛膝15g，苍术20g，鸡血藤20g，生地20g。水煎服，连服两个月为1疗程。随证加减：

1. 若证见偏于湿盛，脉来濡细，舌质淡，苔白腻，身重骨节酸痛；加海桐皮15g、薏苡仁40g（另包）。

2. 若证见偏于寒邪，四肢冷，畏寒，脉来弦紧，舌质淡少苔；加白附子10g、肉桂10g、补骨脂5g、芦杷子15g。

十六、半产（习惯性流产）

仲景将妇人半产并到血痹虚劳之门。惟本病起因多是由于冲任不固，胞宫蕴热并屡屡因为过食膏粱厚味，安逸而少劳动致体胖生痰，湿痰化热，热伤胚胎；淫欲失度冲刺阴庭；扭挫劳伤；忧伤心脾；一二次滑胎之后，再受孕精神过度紧张而损及心脾肾三脏正常运作。终又导致滑胎。

临床在对本病治疗大多从大补血脉入手，但奏效并不理想。而余认为治疗本病应从补气入手，不先动血，其所不摄胎元者为脾胃宗气之不足，非肾气不亏损，气为血之帅，补气即补血，何

需先动于血，反使血气冲动累及于胎。余在治流产重在补脾胃，不去补益肾气，常以四君子汤化裁为先导，容缓施以四物，因为脾胃为后天之本，化生水谷之精微，使胃气雨沛它脏，所谓胃气不足者，可以由胃气蕴涵之。临床经验证明：滑胎见血，运用胶艾四物汤愈补愈下血，最终导致流产，屡见不鲜。原因是补肾易动精血，此则并不利于胎元之生长。所以要治在气分，不治在血分。临床经验证明：从补气入手得到的效果很明显。众多病例表明，大凡半产为患并非皆由血虚而引起。医家遇见半产为病，首先考虑血亏，随即运用四物为基准补之于血。每见胎漏一滴血，便爰用胶艾四物汤之属，此法此方经余用之屡屡不效。胎漏要凉血理脾，不宜过分滋补肾气辛温大燥。同样运用四君子汤化裁，加生地炭 15~50g，加莲房炭 50g 则可止血安胎。当生地炭化之后，原有的消淤通络作用，正被炭化所减弱，余下来的是炭涩作用，凉血作用，故能佐四君而达到凉血作用。而莲房具有双相作用既能化淤又能止血，故《朱氏集验方》用莲房烧研治胎漏下血。重用甘草以稳胎动。考证仲景发明芍药甘草汤以治挛急，用甘草泻心汤以治心烦不安，用甘麦大枣汤以治脏燥悲伤……，综观方义无论惊狂悲喜。痞鞭急迫，皆甘草所主，古谓病者苦急，急食甘草以缓之。余每遇此病均以甘草视为君药。重投 25~40g，以求安胎有效作用之发挥。不能一见胎漏便抄沿固定模式炭补于血。应当看到芎归地芍胶艾之类，其中药味重在和血，补中兼化，炭固温经，芳香化浊之味未减，临症施之，不但难以止血，反易引血下注，不但难以保胎，反而易使胎动。按半产之病每多原于胎动而下血，非下血而导致胎动，今若直接止血，而淤血蓄于胞宫，从而愈迫胎儿下坠，小腹胀痛，小便频数，使血暴注下迫而胎流。

保胎与安胎辨证的概要是：从妊娠 45~120 天，为易致半产周期，大凡半产多在 50~150 天为易坠周期。此期重在保胎。130~210 天，胎儿趋于安定周期，此际重在安胎。保胎与安胎

用药上应有所不同。

1. 保胎的辨证：妊娠素有一次堕胎病史，体态丰盈，脉来洪滑有力，容面红润，舌质淡被以薄苔，证属胞宫热蕴，以四君子汤化裁，人参改用党参，加沙参、五味子、麦冬、黄芩、竹茹煎服。

2. 素有一二次堕胎病史，孕妇瘦弱骨蒸，面色少华，精神不沛，脉来弦细而滑，舌质绛无苔，病在血热耗津，宜四君子化裁，去人参，加石斛、胡连、知母、青蒿、竹茹、乌梅、黄芩、柴胡煎服。

3. 素有1~3次流产病史，孕妇恶阻腹胀，面容憔悴，脉来紧而兼滑，舌质淡被以白苔，病在胃脘寒郁停滞，宜四君子汤加苏叶、厚朴、木香、砂仁煎服。

4. 素有堕胎病史，胎动下血，急以上述方法治之，勿惊急躁，临床监护治疗，每多化险为夷。

5. 孕妇受挫外伤，胎动腹痛，腰痛，宜四君子汤加杜仲、川断、寄生、羌活煎服慎防见血。

歌曰：

欠血勿惊，卧床休动，
活胎查后，四君先行，
生地炒炭，胶艾不用，
补益菝血，杜续可宗，
血暴下注，止血无功。

安胎随证治疗法则：

一月补脾，受胎之后，多出现食少纳呆，脾气不和而易呕，治以酸甘，宜四君子汤和五味子、莲肉、大枣，助其脾气，增进食欲。

二月清肝温胆：妊娠45~60天，多见口苦舌燥，出现肝胆郁热征象，胁痛干呕，甚有往来寒热症状，宜四君子汤加柴胡、竹茹、石斛、苏叶治之。

三月养心益气：妊娠至三月，多出现烦躁少寐，宜四君子汤加焦栀、豆豉、莲子芯、五味子、陈皮、竹茹煎服。

四月健中固本：妊娠证见气弱腰酸，倦怠无力，按精不足补之以味原理，宜四君子汤加桑椹、枸杞子、大枣、杜仲煎服。

五月舒肝理气，妊娠五月，随着胎胞蕴长，使肝气不得舒泄，症见子气，以四君子汤去参，加苏叶、木香、砂仁、白豆蔻煎服。

保育方法：

二月宜养——养胎

三月宜安——保胎

四月宜理气——安胎

五月宜舒肝——培胎

十七、经漏（功能性子宫出血）

本病多发生在25~40岁之间，为妇科常见病并在治疗上非常棘手。其内因基于冲脉受损，并常因子宫肌瘤，子宫颈癌，人工流产，胎盘残留，刮宫，扭挫暴力，经来前后房事失节损伤阴庭……月经淋漓不断，视为经漏。尤其抑郁内结伤及心脾出现月经周期紊乱。临症应予审因论治。首先嘱其作妇科内检除外肿瘤。在治疗上每沿用胶艾四物或过多用炭类止血药适得其反而血未止。故先辈认为：“崩虽在血，其源在气，血随气行，欲治其血，先调其气……”可供借鉴。而余认为舒肝培脾，令血归经，不宜不问其因，骤然止血，结果愈止血而血愈暴注，筑堤防漏不如疏浚，鉴症应详辨之。

方药：理脾调气饮。

柴胡 20g，木香 15g，山药 15g，龙骨 25g，牡蛎 30g，当归 10g，生侧柏 20g，升麻 15g，炙甘草 15g，紫苏 10g，白术 20g，龙眼肉 20g，黄芪 10g。

水煎服连服 40 剂为 1 疗程。

随证加减：

1. 若脉来细弱，形寒肢冷，舌质淡少苔，身体瘦弱，多为脾肾阳虚，上方加旱莲草 20g，芦杷子 15g，肉桂 10g，红鸡冠花 10g。

2. 若脉来浮大，舌质绛，体态丰盈，面色有华，病人自诉手足心烦热，口干渴，大便燥结。每多血热，血犯经脉不为其经而引发。治在舒肝凉血，上方减龙眼肉，加胡连 15g、地骨皮 20g、龟板胶 25g。

十八、不育症（双侧输卵管堵塞）

婚后 3 年不育，责任在男女双方，首先做男子生殖系统检查，包括睾丸、输精管、精子（数量、畸形）。而女方检查月经周期，但亦有暗经，卵子排泄，双侧输卵管是否畅通。经过检查责任究在哪方，如果女方双侧输卵管堵塞而有可能不孕应予以及时治疗。而男方由于上述原因面不育，宜对症治疗。惟男女双方生殖系统均属正常但不育，也有事隔婚后十数年后突然屡屡受孕。本文系指女方双侧输卵管堵塞不孕。余用通脉化淤法治疗多例，其中有些病例经过治疗后而获生育，也有些病例无效，现将秘方介绍如下：

方药：通脉化淤饮。

天花粉 15g，王不留行 15g，漏芦 15g，炮山甲 10g，沉香 10g，砂仁 15g，当归 25g，甘草 20g，通草 10g，熟地 15g，肉桂 10g，牡丹皮 15g，苏本花 10g，茯苓 20g。水煎服，连服 40 剂观察。

〔附〕男方因精子稀少或畸形而不育，验证如下：

海狗肾一具，炮山甲 15g，乌贼骨 20g，甘草 20g，桑螵蛸 20g，莪术 10g，以此加六倍量，为末蜜丸，二钱重，每服一丸，

一日3次，连服3个月观察。

十九、乳痈（急性乳腺炎）

本病多发已婚妇女产后哺乳期。病因多是婴儿哺乳开始乳核没有适当揉化致乳汁不畅而致红肿痛热，形成炎肿。甚而多发性穿孔流脓汁，寒热往来高烧，病患极大痛苦，并也由于卧位压迫乳房和素以膏粱厚味，致成胃气壅滞难以消化而生积热，亦能构成此疾之诱因。当一侧乳房发生肿痛急以清热解毒以防波及对侧乳房，当乳房一处破溃穿孔防止多处破溃，治在破溃之前尤为重要。

治以解毒清热。

方药：消痈汤。

霜打茄花40g，苦参15g，大青叶20g，紫草15g，卷柏20g，鹿角霜20g，王不留行15g，蒲公英25g，黄连10g，生地20g，紫花地丁20g，天花粉15g，僵虫15g，甘草15g，大黄10~20g（适于大便燥结）。

附：偏方

食用红小豆100g磨粉，以醋调敷患处。内服外敷很快治愈。

二十、乳癖（乳腺增殖症）

临床所见乳岩，乳癖颇为极是。多是由于平素抑郁致肝气不舒而郁结，或由体胖痰湿阻闭脉络而致。或哺乳期乳汁受阻郁而成结。多发生于婚后25~50岁之间。迄今成为妇科多发病。

症候所见，乳房两侧或一侧，腋下至乳房胀满，压迫而引痛，倍感乳房区不适，乳腺增殖，但无热亦无明显疼痛，乳房无红肿。必须指出，乳腺癌早期和乳腺增殖，所呈现的症状几乎相似，初期观察很难区分，故而误诊率较高，每每死于乳腺癌者并

非鲜见。一旦出现上述症状应及时检查确诊，且不可盲目姑息治疗。早期确诊乳腺癌手术，愈后较为良好，中、晚期乳腺癌手术，并不抱乐观。按乳腺增殖症发生于两侧亦较多。

辨证：慎重区分乳腺增殖与乳腺癌，早期鉴别诊断比较困难，应去专科大医院检察，3个月再去复查一次，必要时取活检。

治则：活血化淤，清热解毒。

方药：舒肝化淤汤。

柴胡 20g，鹿角霜 25g，橘叶 20g，漏芦 15g，桃仁 15g，莪术 15g，皂刺 10g，连翘 20g，青黛 10g，蒲公英 25g，紫花地丁 25g，大贝 15g，卷柏 15g，黄连 10g，甘草 10g。水煎服，连服两个月为 1 疗程。

随证加减：

若伴低热：加鳖甲 20g、牡丹皮 20g、泽兰叶 15g。

若伴呕逆：加陈皮 15g、半夏 15g。

若伴胸痛：加檀香 10g、细辛 5g。

若伴大便秘结：加草决明 40g。

若伴冠心病：加苦参 20g。

若体胖：加苍术 20g、茯苓 40g、百合 20g、葶苈子 10g、苦参 15g。

若体瘦：加黄芪 40g、当归 20g。

若置更年期前后，出现更年期综合征：加麦芽 20g、合欢 20g。

若置哺乳期，最好禁奶；加王不留行 15g。

二十一、小儿多动症

中医典籍很少记载。本病多发儿童期 4~14 岁之间，其病因考证如下：①食伤脾胃，过多贪食膏粱厚味致伤脾气，积生内

热，津伤化燥，燥极生风，风感则动，结痞为疳，故而常见小儿多动者，每每身体瘦弱；②小儿戏以怪动作，父母不加干预，习以为常，演变为病态难以克服；③哭啼之后，未待肝气舒泄，随即入睡，致肝气内结为躁；④小儿偏食，拒食蔬菜致大便秘结，胃肠积热而生躁动。

临床所见症候：

1. 不自觉动作过多，坐立不安，时而摇摆身体；时而抓耳弄鼻；时而喧怪声干扰他人；时而自己摆出小动作，在群体中破坏安静环境。

2. 上学儿童在课堂上注意力不集中，不能专心听讲，学习成绩降低。

3. 行动失控，情绪不稳易于冲动，惹事生非，智力逐渐减弱。

辨证：

1. 瘦弱儿童，应舒肝理脾，纠正偏食和不良习惯。治以消痞化积，熄风润燥。

方药：化燥消痞汤。

大黄 5g，茯苓 15g，益智仁 10g，僵虫 10g，蝉蜕 10g，莪术 5g，麦芽 15g，槟榔 10g。

水煎服。注：此为 4~8 岁剂量。

2. 肥胖儿童：治以行气化痰，熄风润燥。

方药：苦参清躁汤。

苦参 2.5g，茯苓 10g，白鲜皮 10g，益智仁 10g，槟榔 10g，僵虫 10g，半夏 5~10g，胡黄连 5~10g，莪术 5g，乌梅 10g，甘草 10g。水煎服。

3. 躁动频作，影响智力和注意力。治以安神定魄，舒气化积。

方药：宁心益智饮。

连子心 10g，柏子仁霜 10g，桃仁 10g，川芎 5~10g，枣仁 5~

10g，生蒲黄 5~10g，益智仁 10~20g，僵虫 10g，榧子 10g，使君子仁 5g，红花 5g，甘草 5g。水煎服。

二十二、痿痹（骨质疏松症）

方书视为痿痹。为老年常见病。由于年老气血衰败，气失运化血不养筋，累及皮脉肉筋骨老化，致使骨质疏松而易折，骨软无力，走路蹒跚。日久养成喜坐而不欲立的失调习惯，愈使足痿加重。形成衰老表现，实则素因阴虚（肾）火旺，膏粱厚味贪婪过多，不节色欲，湿饮化痰发为痿痹，行动不便而为足痿。若能修身养性，注意调整摄取营养，坚持锻炼可以减低此疾之早发，故可见《素问疏五过论》谓：皮焦筋屈，痿为挛，指出足软而不能行，又可见骨痿说：《素问痿论》指出：肾气热则腰脊不举，筋枯而髓减，发为骨痿。并又可见《灵枢邪气脏腑病形篇》说：肾脉微滑为骨痿，坐不能起，起者目无所见。此为肾水不足而眼花。

在临床治疗上由于病起缓慢，应需进行预防性治疗，急图不愈，慢治收效。亦不宜汤剂荡之，可配制丸剂坚持服药，坚持锻炼，坚持调解适度食谱，清心寡欲，恬淡虚无，精神内守，以药为引，重在自身调节平衡。

治以滋阴壮骨，渗湿化痰。

方药：金刚益水丸。

龟板 50g，黄柏 25g，熟地 50g，知母 40g，牛膝 50g，鹿角霜 50g，巴戟天 40g，炮山甲 25g，炙申姜 5g，牡蛎 100g，山茱萸 100g，肉苁蓉 40g，穿山龙 20g，杜仲 40g，萆薢 40g，山药 30g，陈皮 40g。共为细面炼蜜为丸二钱重，每服一丸，一日 3 次。作为食备服药（间断性服药）。

健身疗法：

①太极拳和气功疗法（坚持做）。

- ②坚持站如松，坐如钟。
- ③坚持散步，一日步行十华里。
- ④睡眠时：右侧卧弓形位。
- ⑤每晚坚持用温热水泡脚。
- ⑥天寒时注意膝关节保温。
- ⑦坚持自行小腿按摩。

二十三、瘰 瘤（地方性甲状腺肿）

本病多发生于女性，现代临床医学可以肯定是碘缺乏而引起。所谓地方性可每多见于山区发病率较高。然而碘缺乏也并非众多人而危及，中医临床医学认为碘缺乏是其中主要原因之一，此外尚由于荣卫气血凝滞，或因情志不舒而诱发。中医用含碘中药治疗方书屡见不鲜。诸如葛洪《肘后方》中首先应用海藻酒治疗瘰瘤病；巢元方《诸病原候论》云：“诸山黑水土中，出泉流者不可久居，常食令人作瘰病……”王焘《外台秘要》载有治疗瘰方 36 种，其中含碘药物占 26 种；李时珍《本草纲目》归纳水产药用植物海带、海藻、昆布等详尽地记载治疗瘰病。

症状特征：俗称粗脖根，按之较软，咽下时随喉及气管上下移动。主要症状呼吸压迫感，心悸，嘶哑。

治法：舒肝理气，软坚化淤。

方药：消瘰一贯煎。

柴胡 20g，青皮 10g，黄药子 10g，苦参 15g，黄珀 10g，琥珀 10g，昆布 30g（水洗），海藻 20g（水洗），海带 20g（水洗），蛤粉 20g，牡蛎 25g，桃仁 15g，僵虫 15g，黄芪 10g，当归 20g。

水煎服，连服 1 个月为 1 疗程，中间休息 1 个月，再服 1 个疗程，如此周期间断服药，3 个疗程显效或治愈。

二十四、甲状腺机能亢进

临床四诊所见：面容憔悴，神态紧张，双眼球突出，脉来浮大中空，舌质绛无苔，形体消瘦，体重渐减，倦怠无力，心悸，发热感。静止或活动后出汗，饥饱无度。女性易停经、脱发、腹泻。

素因损及脾胃，肾水不足，乃为肝脾胃三经俱病为里虚症。食面不饱，可见《素问·厥气论》谓：大肠积热于胃，能食而瘦，名曰食亦。临症所见多发中年女性，与情志抑郁伴有劳伤密不可分。

治以益气健脾，养血宁心。

方药：调物汤。

柴胡 20g，党参 20g，山药 30g，熟地 15g，当归 15g，茯苓 20g，车前子 15g，胡黄连 15g，白术 20g，肉桂 5g，玉竹 20g，草决明 10g，石决明 25g，黄芪 20g，砂仁 10g，五味子 10g，降香 15g，甘草 20g。

水煎服，连服 40 剂为一全疗程。

二十五、多汗症

经谓：汗者心之液。阳加于阴谓之汗。又云：劳者耗气喘且汗出，饮食过饱汗出于胃；劳而精夺汗出于心；持重远行汗出于肾；疾走恐惧汗出于肝；摇体劳苦汗出于脾。临床每见病患自诉静坐或活动头面及胸背大汗如雨，而下肢少汗。从四诊所见体态不见病容，脉来和缓，四肢温。X 线胸片肺部无异常改变，末梢血及骨穿亦正常。从病因分析每因肾阳虚衰引发卫气不固，腠理不密汗出外泄；女性更年期气血失调亦导致自汗不已。

治宜调营益卫，滋水涵木。

方药：荣卫摄理饮。

柴胡 10g，黄芪 25g，牡蛎 25g，龙骨 20g，防风 10g，白术 20g，山药 25g，肉桂 5g，山茱萸肉 20g，五味子 10g，黑芝麻 20g，牡丹皮 15g，益智仁 20g，当归 15g。水煎服，连服四周，病情开始缓解以至治愈。

附：用桂枝汤治验典型病例

周某某，女，49岁。辽阳化纤厂会计。患者自述：自从停经后偶有一次感冒，经服药而愈。近半年来头汗出不止，汗出的特点在面部半侧，从鼻中央沟起界限分明，左半面部汗出如雨，右半面部却干燥无汗。汗出面部觉冷感，而出汗亦是凉汗，饭后汗出加剧。经延医调治多用止汗药而无效。后经余随诊，四诊所见：患者面部却是“一边阴雨连绵”，“一边晴空万里”。脉来沉细，舌质淡而少苔。分析认为发病之际是，一侧面部多汗适感风邪犯络，是为汗中风，中于一侧而无汗。此疾并不罕见。据不完全统计经余治疗 11 例，施以桂枝汤化裁，均经治愈。

方药：桂枝汤化裁。

桂枝 15g，白芍 10g，甘草 20g，蝉蜕 20g，僵虫 15g，防风 10g，桃仁 10g，红花 10g。水煎服，连服 12 剂。

柴胡桂枝龙骨牡蛎汤治验：妇女停经后，累及气血失调，外则营卫不固，症见汗出身痛，痛无定处，内则抑郁伤及心脾，无故而悲伤，烦躁不安，食少纳呆，午后潮热，下肢浮肿。表里兼证，实出于里，并非外邪所乘。从气治而求理解；从固本而调月事。使气得舒，血当归经。

施以柴胡桂枝龙骨牡蛎化裁：柴胡 20g，麦芽 20g，大枣 10 枚，龙骨 20g，牡蛎 20g，青皮 10g，当归 15g，木香 10g，甘草 20g，竹茹 10g，半夏 10g，合欢 20g，桃仁 10g。

水煎服：连服 20 剂为 1 疗程。每每治愈。

二十六、癩症（白塞氏病）

现代临床医学对其病因尚不十分清楚，临床多对症治疗。发病年龄多在20~50岁之间，据统计女性略高于男性。考方书对本病有类似的记载，如疳症。病情呈现寒热往来，骨蒸，食少纳呆，消瘦，特别是出现口腔溃疡反复发作，下阴溃烂。而余认为本病的病因是由于脾胃壅滞，积而化热，燥伤津液以致疳之症。多年来经治数十例沿用上述理论，采用滋阴凉血之法，效果显著。

方药：滋阴凉血饮。

柴胡 20g，鳖甲 25g，牡蛎 40g，牡丹皮 15g，黄芪 20g，胡黄连 15g，桃仁 15g，青蒿 20g，旱莲草 20g，槐花 20g，侧柏叶 20g，当归 40g，地骨皮 20g，泽泻 20g，生地 15g，甘草 25g。水煎服，连服3个月为1疗程。

随症加减：

下阴部糜烂：加苦参 10~20g 或单熬苦参洗患处。

口腔溃疡反复发作：加大青叶 20g。

肥胖：加草决明 20g。

消瘦：加山药 20g、白术 20g。

大便燥结：加大黄 5~20g。

小便短频：加车前子 20g。

二十七、少年脱发

临床常见青少年脱发，而脱发的部位多从前额顶部开始，初脱黄时稀薄，逐而散发性脱黄，其有别于斑秃，甚者头黄全部脱光则有之。有者认为虚证为因当补之于肾，结果愈补愈脱，有者认为风邪干扰，黄风通经，结果亦是罔效。而余认为儿童脱发并

非虚证，乃是实因，食饱劳伤脾胃，胃脘积热耗津，导致大肠壅滞而化热，热伤阴津致成血燥，出现脱发，本此病因治以润燥清津。

方药：消痞润燥汤。

大黄 5~10g，茯苓 10g，白术 10g，乌梅 10g，生侧柏 5~20g，泽兰叶 10~15g，焦楂 15g，鳖甲 10g，胡黄连 10g，莪术 5g，黑丑 5g，神曲 15g，藿香 10g，砂仁 5~10g，鸡内金 15g。水煎服，连服 1 个月。

附：洗头生发方

皂角 10g，藿香 20g，泽兰叶 25g，苦参 20g，白鲜皮 25g，甘草 20g。

用法：加水 2000ml，煮沸 30 分钟，滤过澄清，趁温时洗发。一日两次，洗后勿用清水再洗，以免破坏药效。

二十八、月蚀疮（慢性红斑狼疮）

中医典籍不载，现代临床医学对其病因尚不明确，惟诊断可以确认。分为慢性、亚急性、急性。而亚急性可转为慢性，但急性预后多不良，如不缓解每多在一个月左右而死亡。考《圣济总录》有月蚀疮的记载：指出生于两耳及面间，但没有详尽的描述。临床见证多出于女性 25~45 岁之间，病起持续高烧不退但不恶寒，形若风湿痛和温热痹痛之状，食少纳呆，倦怠无力，关节肿痛，面部、鼻颊近耳部呈现盘状黄豆粒大红斑或蝴蝶样红斑，瘙痒而附鳞屑，小便短急，伴有恶心、腹泻，甚至便血。四诊所见，面部潮红，点状若隐若现如黄豆大盘状红斑，舌质紫绛而少苔，脉来洪大有力，口干不渴，尿短而赤黄，结合化验确诊者。从脉从证认为湿伤于脾，燥伤于胃，湿热相搏发为脾热于外，结为湿毒。故谓风胜则痒，热胜则痛，湿胜则肿。病因为湿毒所聚而致。余在多年经治本病对急性、亚急性无一例治验，病

患中途转诊。惟经治多例慢性红斑狼疮，效果尚为满意。故将治疗本病分为三期。即：先期清热利湿，中期活血解毒，后期脱疮生肌健脾。病程既长而治疗亦徐图应急，进行长期观察。亟需病人配合的是：注意适当休息，严肃养生，高蛋白饮食，严禁太阳晒，出门应打伞，慎防雨淋和感冒。

1. 先期治疗：清热利湿。

疗程为四周，停药后休息两周，然后继续服药。

方药：清热胜湿饮子。

柴胡：20g，水牛角 15g，上茯苓 20g，连翘 25g，白薇 20g，黄连 15g，牡丹皮 20g，桃仁 20g，当归 25g，浮萍 15g，紫草 15g，大青叶 15g，红花 10g，甘草 25g，白术 20g。水煎服。连服四周。

2. 中期治疗：活血解毒。

方药：败毒化滞汤。

苦参 25g，白鲜皮 20g，赤芍 15g，白蒺藜 15g，黄柏 10g，炒蜂房 5g，生地榆 20g，蝉蜕 25g，僵虫 15g，升麻 15g，地骨皮 15g，鳖甲 25g，防己 20g，羚羊角 15g，枳实 10g，甘草 20g。水煎服，连服四周。

3. 后期治疗：脱疮生肌健脾。

方药：生化一品汤。

黄芪 40g，生地 20g，白术 20g，胡黄连 10g，皂刺 15g，薏苡仁 20g，黄连 15g，阿胶 20g，玉竹 15g，苦参 20g，元参 20g，金银花 50g，山豆根 15g，黑豆 20g，茯苓 20g。水煎服，连服 50 剂。

按：三期为 1 疗程，停药半年，随机观察，定时检诊和进行应有的化验，根据病性态势，再作治疗方案。

随证加减：

(1) 若高烧持续不退：加柴胡 40g，鳖甲 40g，牡蛎 40g。

(2) 若大便出血：加生侧柏 30g，槐花 50g。

(3) 若小便溺血：加海金沙 20g，卷柏 20g，茅根 25g。

(4) 若呕血：加荷叶 10g，藕节 30g。

注意事项：

(1) 推迟结婚。

(2) 严禁酗酒。

(3) 禁止旅游和野浴。

(4) 加强营养。

(5) 严禁太阳晒。

(6) 少看电视。

(7) 禁止吃香菜、茴香、辣椒、驴肉、狗肉、兔肉、蛇肉、鸡肉、蒜。

二十九、瘙痒症

按本病并非独立病名，因为五脏并未为病。乃是风热相搏乘表虚卫气不固而侵袭腠理，引起血脉易滞于皮肤，淫邪散溢而致瘙痒，屡屡不能入睡，由于粘膜瘙痒致成腹泻，一过性低热，轻度阵发性呕吐，头晕头痛，烦躁不安，食少纳呆，女性引起月经失调。

治以祛湿解毒，利湿通经。

方药：瘙痒汤。

苦参 15g，白鲜皮 20g，地肤子 15g，浮萍 15g，大青叶 15g，紫草 10g，生地 20g，僵虫 15g，蝉蜕 20g，地骨皮 20g，红花 15g，牡丹皮 20g。水煎服，连服 30 剂。

随证加减：

若腹泻：加茯苓 20g，薏苡仁 20g。

若呕吐：加脉皮 10g，竹茹 10g。

若瘙痒成疮：加蒲公英 20g，黄柏 10g。

若寒热往来：加柴胡 20g。

三十、黑面病

《素问·痿论》指出，肺热病者色白，心热病者色赤，肝热病者色青，脾热病者色黄，肾热病者色黑，本文所论述的系指黑面病，或谓颜面皮肤色素沉着，病灶从上额至颜面黑垢特征，而项脖则迥异。从面色看似乎阿狄森氏病。患者自诉全身无明显痛楚，只是感觉面部皮肤湿汗或干裂，面色黑由浅入深，黑垢逐渐波及全颜面，无烟酒嗜好，健康状态一般良好。从临床统计女性多于男性，发病年龄多在20~40岁之间。

从四诊所见，颜面灰黑无华，脉来弦细，舌质绛无苔。按肾有郁热致淤，淤阻脉络，气不通达而致黑垢。治以清热化淤，经治12例均皆奏效。

方药：芙蓉饮。

芙蓉花10g，白鲜皮20g，白薇20g，生地15g，牡丹皮20g，地骨皮20g，桃仁15g，当归20g，黑芝麻20g，女贞子15g，黄柏15g，大黄15g，甘草10g，玉竹15g。水煎服，6个月为1疗程。

三十一、雀斑

多见于女性青春期，颜面两颊部散在或密集黄点或黑褐色雀斑，影响面容美观，经久不褪，是否遗传尚无统计。用现代化妆治法绝难根治，甚至有害于皮肤。本病病因多是由于血热或血淤成斑，治以舒肝化淤，清热解毒，每奏奇效。

方药：化斑驻颜汤。

桃仁15g，白薇15g，白芷10g，香附15g，柴胡20g，苍术10g，黄连10g，莪术15g，木香10g，甘草20g，珍珠母25g。水煎服，连服1个月为1疗程。

方药：外敷擦面膏。

羊胆汁 50g, 猪脂油 10g, 白芨研粉末 20g, 白芷研粉 20g, 山奈研粉末 10g。

制法：将上述 3 味药共研粉末后对入羊胆汁和猪脂油中研成膏状，擦面部。

三十二、驻颜去皱

人到中年以后，由脾肾渐虚，肾不纳气，脾失健运，影响消化，牙齿脱落，齿龈萎缩，颜面变形而失去光泽，皮肤松弛出现皱纹。女性尤感戒备和苦于面容。余以滋肾水以壮阳光之理，研究出一大方脉，由于临床多年，有益于延缓衰老。首先注意起居有节，保养肾气，调理脾胃，控制发胖。

方药：益寿方。

灵芝 20g, 桑寄生 20g, 女贞子 15g, 何首乌 15g, 黄精 20g, 黑芝麻 20g, 核桃仁 20g, 白芨 20g, 熟地 20g, 枸杞子 20g, 甘草 20g。

共为细末蜜丸二钱重，每服一丸，一日两次。作为常备保健药，可延缓衰老。

三十三、下肢淤血肿（下肢静脉炎）

本病于临床屡见不鲜，多发生在 35~55 岁之间，男性居多。病因较为复杂。患于寒湿是其病因之一。但常见体胖痰湿阻闭脉络者而有之。症状可见下肢明显肿床面痛，特别是膝关节以下小腿至足背呈现淤血斑，行动不便，偶尔伴有低烧。四诊所见：两腿红肿，苦楚面容，脉来弦滑有力，舌质绛多黄苔。一派湿热阻滞脉络之征。治以利湿清热，化浊通脉，收到满意效果。

方药：利湿通脉饮。

萆薢 20g, 黄柏 15g, 王不留行 15g, 漏芦 15g, 当归 20g,

金银花 50g, 木通 15g, 鸡血藤 20g, 苦参 15g, 防己 20g, 红花 15g, 黑豆 15g, 薏苡仁 20g, 大黄 5g, 茯苓 20g, 炮山甲 10g, 甘草 10g。水煎服, 连服 30 剂为 1 疗程, 间断四周再行服药, 全疗程半年, 随诊。

三十四、乳腺癌术后抗复发

本病多发于 25~45 岁之间的女性, 亦偶有 50~60 岁而发病者。中医临床每认为乳岩, 病因多为肝气郁结脾湿不化而罹, 但亦区分于乳核。按本病初期与乳腺增殖症状很难区分, 故而误诊率颇高。每每见于中晚期, 早期手术愈后多为良好。中晚期手术复发率亦不低。故而一旦自觉乳房区胀痛并往腋下放散伴有低热, 食欲不振, 烦躁不安, 乳房区时时隐痛, 按之不拒痛, 急需到权威性医院请外科专家会诊, 通过检测手段确诊后, 及时入院手术, 切不宜保守治疗, 以免贻误手术机会。可见本人身为医生, 求生心切, 讳疾忌医, 死于非命者亦颇不乏人。手术后根据余临床经验, 进行一段时间的术后抗复发治疗颇为必要。

术后抗复发治疗, 治以舒肝理气, 消痈化腐。

方药: 橘叶 25g, 茄花 (秋后霜打的为最佳品) 50g, 鹿角霜 25g, 黄芪 25g, 柴胡 20g, 蒲公英 25g, 紫花地丁 20g, 桃仁 15g, 漏芦 10g, 甘草 20g, 白蔹 20g, 地榆 20g, 木香 10g。

水煎服, 连服两个月为 1 疗程, 间隔服药至三个疗程为服药周期疗程。

三十五、胃癌手术后抗复发

胃癌早期不易被发现, 除非定期而不延误的做郁康检查 (钡餐透视、胃内鹿镜), 早期可以发现。一旦早期发现应及时停止药物治疗而进行手术, 手术后一般良好。胃癌的早期临床表现,

除癌肿生于贲门和幽门部呈现的噎膈和反胃的呕吐，而通常可见胃的上脘部膨闷和隐隐作痛，持续性的食少纳呆伴随体重急剧下降，明显表现厌油腻、厌恶食肉类，面色灰垢无华而少神，频频嘈杂吞酸，胃脘灼热欲食凉饮，但咽下后愈益灼热，晚期出现恶病质——明显消瘦和低烧，淋巴结肿大，转移时可扪及左锁骨下淋巴结肿大或腹水。

据《实用内科学》李宗明阐述“胃癌术后平均寿命为一年”。按上海医学院第一附属医院中心医院 1950~1955 年的六年资料统计，大多数病例当诊断确定时，已不能进行癌肿切除，在 217 例胃癌中能进行癌肿切除者仅有 85 例（占 39.1%）。术后的五年生存率为 15.4%。

临床认为早期发现，早期确诊，早期手术，是防治胃癌的先决条件。故尔发现胃部有不适感并且暂时用药不见好转，应提高警觉，进行检查实为必要，别无选择。

胃癌术后抗复发，从众多的病例中所见用现代临床医学疗法并不理想。而余多年来运用扶正固本，解毒化淤疗法，每每延长生存期。疗程为 3 年，持续服药。

方用：癌后抵挡饮子。

黄芪 50g，水牛角粉 20g，重楼 10g，毛慈姑 10g，白蔹 20g，莪术 15g，玳瑁 10g，白及 20g，沉香 10g，白花蛇舌草 50g，泽泻 20g，白术 20g。水煎服。连服 1 个月为 1 疗程，休息半月后，继续服药。

特效拨雾散（秘方）：一次 5 克，一日 3 次，连服 3 年。

附注：散剂用药采集有严格和季节性，需事先储备。

随证加减：

1. 呕逆：加芦根 100 克，煎水饮之。
2. 梗阻呕吐：加桃仁 20g，冬瓜仁 20g。
3. 食少纳呆：加山药 25g，水红子 15g。
4. 时有低热：加鳖甲 40g，柴胡 10g。

5. 泄泻：加山药 25g，诃子 15g，
6. 便秘：加当归 40g，郁李仁 10g。
7. 水肿：加王瓜皮 50g。

三十六、肝癌的治疗

现代临床医学对肝癌的诊断早已洞察，可分为原发性肝癌和续发性肝癌。肝癌的早期症状并不十分明显，时有右肋下胀闷感，食欲不振，轻微呕逆感，特征是全身倦怠无力，懒言少神，口苦，小便短频。肝癌的发现多半是在健康体检中发现和追踪于胃、结肠、胰腺、胆囊、子宫、卵巢、乳腺、肺等肿瘤转移而来，发现时多为中晚期，除手术外别无选择，而手术也限于手术的适应症。下面介绍 3 例典型肝癌的演变。

吴某某，男，62 岁，某大学党委书记。经某种瘤医院确诊为中晚期肝癌。经会诊并征得床属意见决定手术治疗，结果切除肝方叶，因肿瘤波及肝静脉，手术时慎重从事。术前会诊决定术后除用西医疗法外，重点放在中药抗复发，采取中西医结合治疗方法，以期力所能及的挽救延长其生存期。中医治疗经余制订的方案有待付诸实施。孰料病人家属不按医嘱行事，而另寻偏方。结果术后 4 个月死亡。

张某，男，62 岁。沈阳塑料公司经理。经省肿瘤医院确诊为中晚期肝癌，立即住院观察，准备手术。但病人坚决拒绝手术，相信中医治疗。经余四诊所见：形体尚健康，精神状态良好，略显消瘦，面垢无华，舌体胖，舌质灰淡，少神无根，脉来弦实有力，食少纳呆，肝区可明显扪及肿块，腹水明显，下肢浮肿，据诉轻微低热，于午后 3 时后间断发作。医院给以相应的输液。面余决定对其治以舒肝活血，解毒利湿之法予以论治。分三期根据病情变化知犯何逆随证治之。每期为一个月系统观察治疗，视为第一疗程。

方药：舒肝化淤汤。

天花粉 15g，柴胡 20g，黄瓜皮 50g，常山 10g，王不留行 20g，土茯苓 25g，当归 40g，鳖甲 40g，牡蛎 40g，大腹皮 20g，红小豆 50g（煮汁去豆用其水煎药），漏芦 15g，甘草 20g，沉香 15g。水煎服。

兼服当归生姜羊肉汤：当归 20g，生姜 10g，羊肉 100g 煮汁饮之，一日 3 次。

以上述方药为主，并随证加减。经治疗 18 个月，病人病情显著好转，腹水逐消，体力逐渐恢复，食欲睡眠均正常，低热已退，行动自如。肝区肿块未见明显增大，突因重感冒并发肺炎而死亡。

从这一病例可以认为肝癌虽为不治之症，但服中药辨证论治，可以延长生存期，是今后临床研究的一项课题，有待积累众多的病例进行分析总结。

邹某某，男，41 岁，某医药公司职员，经某大医院诊断为原发性肝癌，肝肿瘤经 B 超显示 3cm×4cm 大。这本来是手术适应症，而病人执意拒绝手术，并表示意志可以战胜疾病，其照常酗酒吸烟，身体状况亦无明显改变。余嘱其服药但其不遵从医嘱，照常上班工作。结果带病生存 30 年，后因脑血管意外死亡。

三十七、肺癌术后抗复发

本病多发于中年，据临床统计男性多于女性，然而晚近以来素有肺疾患并发癌变者有上升趋势。在某些地区高于胃癌发病率，一般地区仅次于胃癌发病率，对人类的健康构成一大威胁。早期警觉进行确诊实为必要。经用现代检查手段确诊为肺癌而并未转移，限于肺叶切除者。术后除医院指定疗法和疗程外，临床采取中西医结合治疗尤为必要，余多年来针对限于肺癌手术切除肺叶，不完全统计治疗 12 例，其中 3 例不治而死亡，有两例中

途转移，余者7例经用中西医结合治疗抗复发，至今生存下来。而中药的治疗采取间断用药，即服药一休息一服药，全疗程为两年。生活起居、饮食需遵医嘱，不遵医嘱者除名，被认为是在治疗中的一个必要的条件。

肺癌术后抗复发的辨证，被认为是肺气虚衰，治以滋阴润肺，生津通络，补肺气之虚，滋肾水之不足，禁用辛温燥热和峻下。实践证明只要病患配合得好，并能坚持服药，预后效果颇为满意。

方药：肃金益肺饮。

沙参 30g，白花蛇舌草 25g，西洋参 10g，山慈姑 10g，冬虫夏草 10g，海浮石 15g，青黛 10g，蛤粉 20g，桑白皮 25g，白前 15g，马兜铃 15g，白及 25g，蛤蚧 10g，黄芩 10g。

水煎服，连服两个月为半个疗程，中间停药两周，继服。以此为主方，随证加减。

羊肺汤：鲜羊肺一具，用清水洗净后，再用沸水浸五分钟，去沸水加清水 1000ml，加五味子 10g，煮沸 30 分钟，凉后饮用。一次服 100ml，一日 3 次。

核桃大枣粥：核桃仁 30g，大枣 25g，稻米 500g，煮粥作为主食之一。

三十八、抗化疗毒副反应

近代临床医学对恶性肿瘤治疗手段是手术、放疗和化疗。而化疗毒性反应强烈，对机体损伤莫大，时而不得不中途停药。病人表现头晕呕吐，全无食欲，体态日见衰弱，行动出汗，微有低热，嗜寐。由于药物毒性反应，健康状况亦随之恶化，引起气阴两虚，尤其损及脾气，使脾难以统血，不能运化水谷之精微，故而呈现贫血。由于大量杀伤白细胞，机体失去抗病能力，更易被外邪入侵。余经多年临床研究，探索出抗化疗毒副反应的补脾方法，用之颇验。病人服药后贫血指征很快得到纠正，症状亦相应

随之逐渐消退，食欲明显恢复，可以继续接受化疗。

治以补脾益气，健中和胃。

方药：一效煎。

红参 10g，黄芪 40g，山药 40g，党参 20g，白术 15g，柿蒂 15g，甘松 15g，大枣 10g，藿香 10g，当归 25g，鳖甲 20g，马齿苋 20g，白藜 20g，白花蛇舌草 20g，扁豆 15g，竹茹 10g，半夏 10g。水煎服，连服 15 剂为 1 疗程，可间歇服药。

第四章 浅表性胃炎、萎缩性胃炎、胃癌癌前病变的舌象与脉象学研究

一、舌象学的研究与临症

通常认为舌乃心之苗，脾开窍于口。而舌象在望诊中，颇居极为重要的地位。舌象学概括起来包括舌体、舌质、舌苔的改变。然而它的改变每每反映在热性病、血液病较为明显，但是多年治疗萎缩性胃炎经验表明，发现萎缩性胃炎的发展过程中反映在舌象方面异乎寻常地敏感。从胃府虚寒、胃府实热、胃府淤血，仅从舌象学观察可以直观判断出本病的轻重与险恶以及恢复程度。这不仅是凭临床经验，还可同检查数据相对比，其误差也是极小的。按我的经验从舌象学可以初步诊断出浅表性胃炎、萎缩性胃炎、胃粘萎脱垂、糜烂性胃炎、十二指肠球炎和溃萎，重度不典型增生、癌变前期。这是经过胃内窥镜活检得到病理证实，符合率达到95%左右。对于舌象学在本病的特征性表现分述如下：

(一) 舌体的观察

人的舌体一般说来有肥瘦与长短之分，而萎缩性胃炎从浅表性胃炎伊始，就明显地出现改变。归纳起来可分为四种类型，即：

1. 板状样舌体。舌伸出口腔舌体如薄木板，看上去很规萎，

舌面平坦，舌尖部呈椭圆形。舌体展伸自如，舌体多平直。这样的舌体出现表明了其人脾胃素虚，病势发展较为缓慢，长期未能得到恰当的治疗，多是停留在浅表性胃炎或浅表萎缩性胃炎阶段。

2. 香蕉样舌体。舌体伸出口腔外呈香蕉形或似锥体样，近舌根部较粗，从舌中央到舌尖部垂细而下，舌体多不垂直而呈小弯形，舌体表面不平坦，多附着颗粒样改变，舌体呈圆柱形同香蕉无异，当舌体伸出口腔外显得伸展困难，不自觉地回缩频频。这样的舌形出现反映病势加速进展。每每出现在萎缩性胃炎的中、重度期。之所以出现此类舌形，其病因是咎于胃阴耗损太过，脾气大伤，导致胃体逐渐萎缩而反应到舌体上来。从众多的该型病人口诉，多为经久治疗未得奏效，病势愈演愈发展。

3. 胖鱼样舌体。舌体伸出口腔呈膨胀占满口腔，舌体伸展相当困难，显得蠢笨而难看，病人自诉味觉不敏感，舌体在口腔内自感很不舒服，多有灼热和苦味感。这样的舌形出现多是基于湿水积蕴于脾，脾被湿困，日久湿气化热，累及脾阳不振，胃内停饮，水湿不下上蒸于舌而出现的此类舌形。此外也常见女于更年期前后；或七情郁结，或心经火盛也曾出现此类舌形。就胃疾而言，大凡这类舌形的出现多见萎缩性胃炎进展期，或十二指肠溃疡活动期，常伴便血。

4. 锯齿样舌体。舌体偏薄偏长，舌体伸出口腔，明显地看到舌体周边呈锯齿样，锯齿凹陷排列很规整，但其深浅不一，近舌根部齿状沟较浅，从舌中央到舌尖部齿状沟较深，呈上浅下深延伸，舌系带多弯曲。据多数病例观察，凡出现此类舌形，多是一致的，即具有一定的规律性，故称为锯齿样舌形。出现这类舌形的病因多是由于胃阴素亏，水不济火，胃府积热成痛上授于舌。多见中、重度萎缩性胃炎，或糜烂性胃炎，或胃溃疡，或术后残胃炎，或疣状胃炎，或胃粘膜脱垂等。

(二) 舌质的观察

临床经验表明，从舌质的改变初步可以判断出胃府虚、实、寒、热、淤血及腐痈。舌质的改变，可以显示出正邪交争的盛衰，从正的方面讲可分为舌质有神（表明正气存在，邪未可干），舌质有根（表示血脉充盈）。舌神与舌根乃舌质之本源。临床医生应当注意到舌诊之关键在于查明舌质本源，明其本源而后方能判断其病之所在。从舌质深层及表面又可分为舌质绛；舌质蓝；舌质黑；舌质褐；舌质淤血、舌质苔云叠……几个方面的变化。为了剖析舌诊为脾胃病治疗提供特有诊断价值，不妨再加以赘述如下。

舌质苔神：当舌体伸出口腔，舌质显得格外有神，形若荷花浮露水面，滴雨而红润，娇嫩而轻柔，舌面津液覆被，淡红透润，有如婴儿之舌，显得分外有神。这样的舌质表明脾胃之气互根，胃气未伤，病变在初期，多近于浅表性胃炎初期。

舌质有根：当令病人将舌伸出口腔外，舌体适中，舌质显露出质壮而气充，舌质淡黄中衬托红润，若牡丹欲放，舌面津泽无遗，津液欲滴面流，显示出正气未受邪干。此际脾尚能为胃行其气，脾气未伤，其病在表。多为中度浅表性胃炎。

从观舌质随之而演化出来的质变，又可分为：

1. **舌质紫绛：**多数病例均不同程度地同时出现近舌根部褐色包质腻，近舌中央至舌尖部质紫绛，若淤血死血之状，所奇特表现出的规律性的舌质（指全舌体）周边约0.5cm的亮带圈，环舌体周边改变，浅红面反光，与舌质紫绛鲜明对照，界限分明，同若泾渭之水。从众多病例中看出，凡有亮带圈出现的舌象，均是萎缩性胃炎重度期的反应，除此之外，其他胃疾鲜有此类舌象出现，故对此亮带圈命名为舌周边淤血带，病变多发生在萎缩性胃炎进展期。从病因分析，滴变多是未能及时有效的治疗，脾阴耗损太过，水不济火。另一方面如过服辛燥之药也能伤及脾阴。

2. **舌质深紫：**舌质呈现红褐，惟所特异的是舌面并不干燥，

看上去还有津液弥漫，但是舌质神、根俱无，暗然失色。舌面如镜面反光，整个舌体全无苔，这意味着失去正气的卫护，舌质形同“猪腰子”断面，显得凄凉失泽，似红非红，似紫非紫。此类舌质出现，舌体多薄，舌面展开不平，舌体中间多凹陷，从放大镜下可看出舌面的菌状乳头肌、丝状乳头肌、叶状乳头肌，几乎全部消失。舌背面舌系带呈黑淤血状并有斑点出现。病人苦诉舌体痛楚感，舌灼热有如火燎难以忍受，喜将舌体伸出口腔外，但遇冷风刺激，舌尖又骤凉难忍，尽管如此困扰，但并不感到大渴引饮，口干欲饮，又不欲咽下。由是不难看出病在胃但非阳明胃火。此舌质称为淤血性镜面舌。而镜面舌可以显露出两种状态，一是舌的表面往往附着环状小圈，其色较淡，排列不整，格外分明；二是近舌根部舌质散在小隆起，其色较深紫。究其病因，多属伤阴过甚，病在血分。临床经验表明，大凡出现如此舌质，多是萎缩性胃炎重度进展期，或不典型增生，或胃癌前期。应引起足够的重视。

3. 舌质苔云叠：舌根至舌中间质苔厚如晚秋老云，层次交错难以分清，质浅淡而腻，呈灰白色而深层透以黄褐，最基底呈紫色。尽管质苔如云叠，但舌体多偏瘦而萎缩，近舌尖部呈淤血状而失泽。此多为脾胃之气俱败，阳气欲去，阴亦将竭。临床多见胃癌前病变，或癌变早期。

舌诊经验证明，舌质与舌苔是密不可分的，质在苔下，苔覆其上，苔可分为病象，亦可视为正气存在，如有质无苔说明失去正气运作，有苔无质证明神根俱失。苔从色深辨证，质从根基反映病变。可见热性病苔质而褐，虚寒证苔病面薄，大便燥结苔黄面腻，泄泻病苔薄面淡，女子虚劳血虚而无苔，所以无苔说明病在血分未在气分；有苔病在气分少在血分。仅从众多的病例中以舌质论之，舌质愈红愈无苔，病势发展愈快愈险恶，这在判断萎缩性胃炎进展过程中是一个极为关键性的指征，绝不应认为没有苔是个吉兆，而实际上舌质失去苔的保护，证明胃气濒绝。相

反，当病势好转，舌质随之变淡，逐渐有神有根，据己所见，在舌的周边往内出现浸润性的舌苔，近而往舌的中间和根部扩散，薄如白纱覆被于舌面，舌尖显露出淡红色，这可证明胃气逐渐来复，水火即济，水之来复预示脾胃之气得救，从而其火得以旺感，足使脾阳与胃阳之气得以生发，阴助阳生，病势得以转机。反之，舌面愈光滑愈无苔，证明胃失所养，预兆脾胃之气濒临绝境，阴阳互不为根，陷于阴阳离绝之势，临证当需留意。

若见舌质淤血呈紫蓝色，舌体萎缩，舌面有条状黄腻苔，或苔如朵朵白云散落在舌的中央，此乃脾胃之气衰败，清阳不升，浊阴不降，脾失合于胃，胃府炽热，炎已成痼。从胃内窥镜下和病理活检提示：多为重度萎缩性胃炎伴有重度肠上皮化生改变，或不典型增生。

（三）舌苔生长的观察

应当看到，从浅表性胃炎，浅表萎缩性胃炎，萎缩性胃炎的发病全程中，而舌苔相应的出现并不明显，因为它不是根于阳明燥热，乃是基于脾胃阴虚所致，故而病势不在表，亦不在气分，面在血分，乃为胃府淤血。临床经验证明：病势愈重愈无舌苔。但是病势逆转之后，苔随逆转程度而生鲜苔，由是证明胃气来复。

二、脉象学之特点

脉乃取之三部九候，举按推寻所见，来辨别浮沉迟数，总谓七表八里可代表脉象学之真谛。而萎缩性胃炎反映在脉象，非常微妙，有时从脉辨病，有时舍脉从证。本病脉来通常所见：沉细沉弦居多，弦实有力居少，浮大弦紧则少见。果若脉来洪大有力，多为萎缩性胃炎加速进展期，或癌前病变，或早期胃癌之病理反映。

通按脉学理论言之，久病当虚，脉已应之，应当见诸沉伏缓

弱，才谓脉证相符，今脉来反躁，如果脉证殊异，这不能理解为病人元气未伤，误认为脉来有神，药到霍然而愈。乃是机体内存在异乎寻常的病态因子，此乃格阳脉象，其因基于阴不内守，孤阳外越，有如强弓之弩，这是临床经验的结晶，此刻临证应舍脉从证，切毋为之所惑。

切脉经验证明，萎缩性胃炎凡脉来洪大或弦数，可见三种病象：

- (1) 萎缩性胃炎重度期并伴重度肠上皮化生改变；
- (2) 早期发现胃癌；
- (3) 或体内隐藏着其他肿瘤。对此曾作过试验。

癌症患者 8 例，其中肝癌 2 例，有手术价值，予以手术；选胃癌中、晚期各 3 例，全部进行手术治疗。肝癌 2 例中行肝叶切除手术，但靠近门静脉的病灶无法进行彻底扫荡而关闭。此例术前脉来洪大有力，术后脉来立刻转为缓弱无力。但当术后两个月后，脉来由缓弱又复出现弦实有力，术后 4 个月癌细胞扩散而不治。由是可以说明问题的是当癌术前脉来洪大有力，术后脉来转缓弱，复又转回来原有脉象，足可以证明机体内存有危险因子。而从脉理上反应出来。另一例肝癌手术前脉来同样洪大有力，而术后也同样变为沉弱无力而持续下去，结果这个病例存活下来。胃癌中、晚期 6 例全部进行手术，而术前脉来均洪大有力，术中 2 例成功，这 2 例脉来立刻转为沉细无力。其他 4 例中 1 例手术切除病灶不理想，3 例手术打开后无法进行而关闭。1 例不理想的手术病人脉来由术前的洪大有力转为弦实。其他 3 例不适合手术的病患，脉来依然洪大有力。这应理解为手术失败，脉来回应现象。从上所述不难看出，肿瘤一旦根治，脉来由术前的洪大有力转为术后的脉来细弱而濡，几乎成为脉象规律。就脉来沉细言之，不应理解为手术当时大伤元气失血所致，这是脉象回应的自然反应，也可理解为恶性肿瘤切除后，机体逐渐恢复平静，气血重新加以调整，邪之已去，正气有待恢复，亦即正邪交争后，正

能胜邪之病理生理征兆。于是不难看出，单纯用血液动力学原理去解释脉搏跳动次数是很不全面的。可见病势左右于脉，而脉又反应于病。重度萎缩性胃炎进展期，所出现的脉来弦实有力而洪大，是强弓之弩的排斥反应，故称为李氏排斥脉象。这种排斥脉象从好的方面说已有先例。如女子受孕，约在40天后，脉来呈滑象，滑脉如珠，往来流利，珠行而转富有生气，告知机体内有小生命存在，而同时出现的恶阻，又告知想要用自然吐法，将突如其来附寄机体内的生命排斥掉，妊娠恶性呕吐，即是强烈的排斥反应，而这种排斥是生理一过性的，待适应后，这种排斥现象也就消逝了，而滑脉反应也不敏感了。不难看出同样都出现排斥现象，但得出不同的结果，那就是有生命的排斥是暂短的，无希望的排斥是与病同时俱没的。

再举通常一个例证脉象反应于病，如热性病——温热病，解表后均认为汗后脉静身凉则安（愈），汗后身热脉燥（洪大）则不安（未愈）。所谓不安，一是汗后伤津，一是病变传里而误汗，这都说明正与邪争反映与脉的道理。萎缩性胃炎从脉象观察，病之好转脉转弱，病之告急脉转强，所谓强则邪胜于正，所谓弱则正胜于邪。弱乃平脉，洪大弦实乃病脉。上述反复说明脉象之变化，目的在于引起注意，也可从脉象来判断病之安危。但余在多年临床中也偶见胃癌癌前病变患者脉来反弱，这只能说明患者体质特异。

下篇 用药与养生经验拾零

第一章 药物配伍与量效

在对疾病辨证之后，首先考虑方药的组成，无论是大小方脉必然取决于理法，而方药的配伍相需相使，是为君臣佐使所左右。君药为方中治疗主病或主证，君药也并非由单味药而独占，可由一味或几味，要依证候的需要而定；臣药为方中协助君药治疗主病或主证，佐药为方中协助君药治疗兼证，或直接治疗兼证，或为方中用以制约君药，如君药有毒性，或性味峻烈必须予以制约，使药是方中引导诸药直达病之所在。所谓君药具有双重涵义，一是从药味的特殊作用列为君药。如：四君子汤以人参为君药，使其益气生津；一是从药量的重用以期收到较好效果，如当归补血汤反而重用黄芪为君药，重在补气，血随气行，气壮者血当充盈，是为从治其妙。药物用量的配伍，以量的变化以求辨证，临床屡屡运用。可见同一药物组成的处方，常可因为其中某些药味用量的增加或减少，改变了其功能和主治。如小承气汤，厚朴三物汤，厚朴大黄汤，三方同是由大黄、厚朴、枳实三味药组成，但小承气汤用大黄 25g，枳实、厚朴各 15g，目的在于泄热通便，用于热结便秘，故用大黄为君药。而厚朴三物汤用厚朴 25g，枳实、大黄各 15g，目的在于消除胀满，用于气滞腹胀，故用厚朴为君药。厚朴大黄汤，用厚朴、大黄各 20g，枳实 10g，目的在于宽胸泄饮，用于治疗水饮停于胸胁，咳饮作痛的支饮证，故又以厚朴、大黄两味并列为君药。可以看出由量变到质变的实践过程，故谓经方效应。同样用以药味气味不同而组成方

剂，即寒凉并用，如左金丸，由黄连和吴茱萸所组成，来治肝火胁痛吞酸，吴茱萸虽辛燥，但能引热下行，并解黄连过于苦寒之弊，况且只有黄连的六分之一量，这是配伍深奥的主方，这又体现了配伍当量的合理性。麻黄附子细辛汤证，为使快速达到疗效，可见原方中的麻黄二两，附子一枚，细辛二两，细辛在量上有别于附子，和麻黄而居同量，目的在于引经通络直达病之所在。这又是配伍在量而不在于序列。

方书立方通常看到三种形式逻辑，即相对的，绝对的，平均的。相对的立方，先师在确认病或证之后而立方，但不列其用量，目的是在框架之下，去斟酌填量，更有利于药效发挥作用，这又是另外一种辨证用药形式逻辑，是有巨大的灵活性。另是绝对的，针对病证确诊后，为了发挥经验的所长，立使遣方用药，用量全方位的传授下来，便于论证，叹为临床疗效成止，非仲景莫属。末一种是平均的，即用药量各等份。这种形式感染力很强，近来被临床医生喜见乐用，开方所列药味均是平均的量，这种不尽合理的逻辑，不去研究量效关系，不辨病情轻重缓急，不辨急者治其标，缓者治其本，不辨性别与职业，不辨季节性，不辨土地方宜，不辨病人对药物的敏感，形如一道常规演数，这一相袭陋弊一直在漫延。通常可见有经验者开方几味药霍然而愈，但有者照原方而成用量，居然行之无效，可见量效是成正比的，而它的公式，应该是：理法 + 方药 + 合理配伍 + 合理用量 = 疗效。复方与疗效的关系，复方与群药的相关性（相需相使相畏）的合理作用和反作用，而药量不同的计算要取决于药物的性能和毒副作用。各等份的平铺直叙是不科学的。诚如一辆马车套上四匹马，牵引着车轮流动，车行的速度，无法计算出哪匹马所使出力量大小。

用药各等份习以为常，从来鲜有探讨处方的量效关系，作为学术研究而论证。例如，《儒门事亲》中的“防风天麻散”，防风、天麻、川芎、羌活、白芷、草乌头、荆芥、当归、甘草、滑

石、白附子以上各半两。此虽出自名家名方，然而草乌头和滑石等量，从药物各自性能和草乌的毒副作用，值得品评的继承。通常用的“参苏饮”治内伤外感，方中：人参、苏叶、葛根、前胡、姜半夏、茯苓各七钱半。陈皮、甘草、炒枳壳、桔梗、木香各二钱。看来组方合理，而各等份用量不合理。“大羌活汤”治伤寒两感。处方：羌活、独活、防风、细辛、防己、黄芩、黄连、苍术、甘草、白术各二钱。知母、川芎、生地各一两，共13味药组成。按细辛和黄连的性能不能等份，川芎和生地也不能等份。

方药的配伍是体现理法最末端形式，而药量的合理调度是效应的具体表现，量效关系是相应的，而不是孤立的，量不足则减效或无效。复方的复杂性虽在于药味之间有它相需的一面，也有相畏的一面。所以复方的取效，需精确计算，方能达到取效目的。又不能不看到：处方用量又不完全取决量来改变疾病的态势，它又受到极为复杂的外在条件和因素的影响，诸如道地药材，是否道地，采集时间，保管等等。因此很难得出中药的有效的潜在能量。它是基于天然药物，又是天然应用方法，完全处于自然状态而保留至今，这种天然应用方法，中药的有效成分未能完全被释放出来，这是咎于新型工艺流程不当的弊端。特别是丸散制作颗粒粗糙很难吸收，有鉴于此，先辈发明煮散以代增效。

经过历代临床医学证明，鉴于天然药物的性能不同，毒副作用不同，近而发明了炮制原始形的工艺规范，这里也涵盖了科学原理。炮制可分为：炒、炭化、煨、醋炙、酒炙、蜜炙、烤、蒸、煮、晒、炸、炼油、榨霜……。上述原始炮制方法，在理论上提示两方面作用，一是经过炮制和技术性加工，增强了炮制前的药效功能，例如用蛤粉炒阿胶碎块形成了阿胶珠，吸收了蛤粉分泌的微量元素的成分，从而增强了补血止血作用；一是经过炮制减弱了药味的毒副作用，例如草乌经过炮制水解后，即得毒性较低的乌头原碱，其有效成分虽然被水解后，其活性略有降低，

但毒副作用显著减轻，并不影响疗效。反之不进行炮制水解，草乌投入处方其毒性强烈，每每导致中毒，这是科学的一面。然而沿用古老方法对某些药味本来无需加工炮制，也反而蒙上一层神秘面纱进行画蛇添足的“炮制”，诸如用黄土炒白术，意味脾主中土，以土得脾气，益能健脾胃，槟榔无需加工，为了美观将槟榔切成薄片，而且必须把槟榔投入水中浸泡多日，然后再切片，致使有效成分失去大半，故而临床用槟榔驱虫量少无效。人工种植的入参，临床应用最合理的是干晒参，但药农和药商为了追求入参的美观和增加入参的重量，以求从中渔利，竟然违背科学进行商品化加工，将入参投入糖水锅煮沸，为了使糖水进入参体，用竹签排刺，煮后形成胖面美观的人参，恰恰使人参有效成分几乎丧失殆尽。诸多形式不待赘述。

正是天然药物受到大自然的钟爱与保护，相反地也受到大自然的摧残，例如：干旱、水灾、虫灾、火灾、风灾，尤其是人工栽植不重视道地，而一味追求产量施以化肥和农药，空气污染，水源污染，水土流失的破坏，极大地抵消了药物有效成分，甚至带来原本没有的副作用，加之采集不遵药材生长成熟年限；不遵采集时期等肆意行为，忽视中药材是特殊商品而贾于市。可见中药历经大千世界的熏陶与折磨，它本身的价值如何减去外在干扰与破坏，余下来的有效成分，再经过临床用其量，又如何来核算，值得沉思！

临床药用量与疗效快慢攸关，所谓中药起效慢，并非如此。可见随着中药剂磨改变，动物试验大量结果表明：按体表面积换算等效量的给药方法，即动物群体越小，体表面积越大用药量亦大；人与动物比较体表面积最小，则用药量也小。例如给小鼠口服相当于人用量的10~20倍，大鼠口服5~6倍的等效量，多数情况下不产生明显的药效作用。由此可见临床如适当增加用药剂量，同样获得起效快，作用强，疗程短的效应。

石某某，男，56岁，职员。来诊时颜面潮红，脉来洪大，

舌质绛，苔黄膩，年轻健壮，无心、脑血管病史，血压正常，突然大口吐血不止，经用药止血无效。口渴，大便燥结。诊为阳明燥热，病因出自热伤胃络致吐血不止。治以凉血润燥之法，投以生石膏 75g，知母 25g，藕节 50g，茅根 50g，沙参 30g，生地 20g，牡丹皮 20g，茯苓 40g，芦根 25g，瓜蒌 10g，水煎服，急煎，每服 100ml，4 小时一次，服 3 剂后血止，余证调治，一周痊愈。

附：常用药味有效适量表

药味名称	有效适量 (g)	备注
金银花	15~90	《验方新编》四妙安汤
玄参	10~20~50	《验方新编》四妙安汤
酸枣仁	5~25~50	见《金匱要略》
瓜蒌仁	10~30	瓜蒌薤白半夏汤《金匱要略》
丹参	15~30	丹参饮《医宗金鉴》
桃仁	10~20	解毒活血汤《医林改错》
黄芪	5~15~50~200	补阳还五汤《医林改错》
石膏	15~70~150	越婢加味汤《金匱要略》又见仙露汤
葶苈子	10~20	强心汤《新中医》
细辛	2.5~5~10	增肠汤《陕西中医》
人参	10~50	独参汤《景岳全书》
天花粉	15~25~50	降糖汤《福建中医》
附子	7.5~15	通脉四逆汤《伤寒论》
冬瓜仁	10~40	常用经验方用量
蒲公英	15~50	常用经验方用量
威灵仙	15~25	常用经验方用量
苦参	10~30	常用经验方用量
牡蛎	15~75	常用经验方用量
辛夷	5~12	辛夷清肺饮《医宗金鉴》
土茯苓	15~30	凉血祛风汤、见广州中医学院·陈汉章
赤石脂	15~25	桃花汤
白鲜皮	15~25~50	常用经验方用量
牡丹皮	7.5~15	常用经验方用量
槐花	15~50	
生赭石	10~25	
生山药	15~25~50~350	重用山药见薯蓣粥

续表

药味名称	有效剂量 (g)	备 注
大黄	5~15~25	重用可见《温病条辨》
芦根	15~25~50	
瓜蒌皮	15~30	蒌皮行气而不破气
桑叶	10~15~40	常用经验方用量
茅根	15~50	常用经验方用量
藕节	15~50	常用经验方用量
枳壳	10~15	有冠心病者忌用，易导致房颤
木通	10~15	多用易引起心肌梗塞
泽泻	15~25	
何首乌	15~25~50	
柴胡	15~50	
连翘	10~25~50	
知母	15~40	
杏仁	10~15	水煮去皮，炒用，忌用生杏仁
蛇床子	5~10	舌麻感强烈，不宜多用
菟丝子	15~25	
蝉蜕	15~75	
钩藤	15~50	
龟板	15~50~100	
白术	15~50	
槟榔片	7.5~15~100	
白芍	7.5~20~50	
川芎	5~15	
茯苓	15~25~50	
五味子	2.5~15	
薤白	15~25	
熟地	15~35	即济汤《衷中参西录》
生地	15~25	增液汤《温病条辨》
麦冬	15~25	增液汤《温病条辨》
炙甘草	10~25	芍药甘草汤《伤寒论》
牛膝	15~25~50	镇肝熄风汤《衷中参西录》
当归	15~40	
红小豆	50~100	煮汤，用汤煎群药，可治肝硬化
百合	15~20~50	

续表

药味名称	有效剂量 (g)	备注
马齿苋	15~25	
冬瓜仁	15~50	
莲须	15~50	
桑枝	15~50	
寄生	15~50	
黑芝麻	15~40	
女贞子	15~25	
枸杞子	15~25	
山萸肉	5~15~50	
猪苓	10~20~40	
乌贼骨	15~25	
石决明	15~40	
沙参	15~40	
远志	10~15	多用反而促致心悸
黄精	15~40	
白头翁	15~25	
白及	15~40	
地榆	15~25	
白薇	15~25	
防己	15~20	
茵陈	15~25~50~100	
败酱	20~50	
大青叶	10~25~50	
虎杖	15~40	
使君子	10~15	君子仁多用引起呃逆不止
王瓜皮	25~50	
石斛	15~40	
木瓜	15~25	
黄芩	10~25	
黄连	10~20	多用引起腹泻

注：以上的常用药最大剂量为作者积 50 余年的临床经验。在有是病，用是药的情况下，一般不会引发毒副作用。

第二章 养生三字经

岁花甲，老龄期，夜漫漫，路尚远，此境界，气氛变，幕已谢，
人欢散，再回首，空眷恋。论精力，尚有余，后十年，硕果期，
不发挥，太可惜。科学界，大有力，再征途，立丰碑。惟珍惜，
重养生，在修身，保健好，老青春，超世俗，过神仙。延寿诀，
精气神，要养脑，保护心，忧与思，伤心脾；喜与怒，损精神；
悲与恐，伤肾气。有若无，视不见，糊涂点，少力难。门前雪，
当可扫，窗外事，少听好，少介入，防烦恼。有所好，几桩事；
可绘画，染江山；可书法，逸神仙；可操琴，颐心肩，可写作，
留青篇，可锻炼，筋骨坚。惟不可，戒赌博，麻将牌，勿贪婪，
一圈后，应解散，如恋战，出危险！人到老，生理变，多疑惑，
好猜嫉，易发怒，失落感，易啼哭，痴呆显，若体贴，乃人性，
全社会，应敬老。抗衰老，有妙法，如何做，且看着：就睡前，
有程序，枕宜矮，通血脉，枕过高，滞血脉，颈椎病，不少见，
枕宜长，防落枕，枕若硬，伤脑筋，被宜轻，减负压，被宜软，
暖人间，透气棉，应当选。褥宜厚，且要软，防褥疮，别小看，
勤晾晒，减汗染。室内静，要通风，入睡前，应关窗，开窗睡，
最危险，邪风入，起病端，脑中风，尤在前。入按前，排杂念，
右卧位，护心间，腿弯曲，呈弓角，督脉畅，循环好。入睡前，
要洗脚，搓搓面，按摩胸，五分钟，盘腿坐，伸懒腰，再变卧，
子夜醒，养习惯，端坐位，挺直腰，目视鼻，鼻向心，静养功，
丹田气，叩叩齿，咽津液，揉眼球，捏脊背，五分钟，再入睡，
防猝死，应提备。醒来后，黄粱梦，神飘逸，精神爽，晨早起，
排二便，养习惯；绿豆粥，解热毒，止消渴；玉米粥，益心脾，
莲子粥，补脾肾；百合粥，除烦恼，治恶梦；山药粥，既补脾，
又补肾，持久吃，治老斑；栗子粥，补心肺，调大肠，大枣粥，

补脾胃，抗衰老，杞子粥，益肾气，补心脾，增脑力；牛乳粥，最佳食，补虚损，防肿瘤；菜汤粥，治偏食，维生素，缺乏症。粗细粮，交替做，面食好，少污染，最佳选，按习惯，摄食度，适老年。饥与饱，均应限。老来胖，非福分，胖累心，损肝脑，胖生痰，易中风，胖累脉，易心猝，胖多眩，易头晕，胖好坐，不好动，失调达，气血阻，胖好吃，不择食，胖好睡，卧即着，鼾声起，惹人恼。老来瘦，固然好，若过瘦，气血少，外来病，易干扰，瘦中风，亦不少，痰勿骄，需调理。养生诀，有几条，有所养，有所戒，有所好，细琢磨，有学问，细切磋，岁百寿，当无疑。余外音，还要讲，外出时，别逞强，靠边走，防车撞，老有伴，当自慰，无人伴，勿悲伤，学自强。热闹处，少回津，僻静处，多留连。行路时，脚稍抬，有节奏，强习练，活动表，巧安排，忙半天，闲半天，寻快活，度晚年。天伦乐，为享受，无此乐，亦别愁。养老金，要积累，勿施舍，防不测。

1. 先天性舌质改变并发
糜烂性胃炎



2. 浅表性胃炎

3. 返流性胃炎



4. 糜烂性胃炎

5 4 二指指成器. 242



7. 远期癌变趋势，病理示
浅表萎缩性胃炎



8. 浅表萎缩性胃炎（胃癌
癌前期病变）

9. 中重度萎缩性胃炎



10. 重度萎缩性胃炎

11. 中度萎缩性胃炎(胃癌前期病变)



12. 重度萎缩性胃炎(胃癌前期病变)

13. 胃癌癌前病变



14. 早期胃癌

15. 晚期胃癌



0164140

16. 晚期胃癌

[G e n e r a l I n f o r m a t i o n]

书名 = 医门心镜

作者 = 李玉奇编著

页数 = 132

SS号 = 10387854

出版日期 = 2001年02月第1版