

蒙木荣临证验案录

蒙木荣 奉红梅 黄 洁 主编

广西科学技术出版社

· 南宁 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

蒙木荣临证验案录 / 蒙木荣, 奉红梅, 黄洁主编.
南宁: 广西科学技术出版社, 2025. 5. -- ISBN 978-7
-5551-2538-9

I. R25

中国国家版本馆 CIP 数据核字第 20254ZN821 号

MENGMURONG LINZHENG YANANLU

蒙木荣临证验案录

蒙木荣 奉红梅 黄洁 主编

责任编辑: 丘 平

责任校对: 袁 霞

装帧设计: 梁 良

责任印制: 陆 弟

出版人: 岑 刚

社 址: 广西南宁市东葛路 66 号

网 址: <http://www.gxkjs.com>

出版发行: 广西科学技术出版社

邮政编码: 530023

经 销: 全国各地新华书店

印 刷: 广西民族印刷包装集团有限公司

开 本: 787 mm × 1092 mm 1/16

字 数: 250 千字

印 张: 19

版 次: 2025 年 5 月第 1 版

印 次: 2025 年 5 月第 1 次印刷

书 号: ISBN 978-7-5551-2538-9

定 价: 86.00 元

版权所有 侵权必究

质量服务承诺: 如发现缺页、错页、倒装等印装质量问题, 可直接与本社调换。

联系电话: 0771-5842790

《蒙木荣临证验案录》编委会名单



主 编：蒙木荣 奉红梅 黄 洁

副主编：叶庆莲 龙 韵

编 委：（以姓氏笔画为序）

何亮飞 陈柯颖 周一凡 徐照琳

覃华芳 蒙宇华 廖家丽



蒙木荣教授（右）和国医大师黄瑾明教授（左）在一起



蒙木荣教授工作照



蒙木荣教授（左）与奉红梅副主任医师（中）工作照



黄洁副教授在“蒙木荣工作室”坐诊

序

中医药事业的振兴与发展，需要有一批中胸怀大志、勇于开拓创新和奋斗的杏林英才，蒙木荣教授即属于其中佼佼者之一。其思维敏捷、勤奋笃学，早年矢志中医，寝馈于岐黄学术，深耕中医内科学 50 余年矣。于临床和教学中理论联系实际，善于吸收历代医家之学术精华，而不拘泥于古人定论，敢疑古人成说，融通古今而独抒己见，对中医理论之完善、临床辨证之思辨，皆潜心笃行，日臻化境。其初涉医道之时，曾亲见两例因药量不足而治疗无效之病例。其一为类风湿性关节炎患者，关节剧痛难忍，医者辨证为寒痹而用乌头汤，然常用剂量之下，疗效不显。后患者听信游医之言，自买并内服乌头 60 克之多，药后出现头晕、心悸、脱汗、面色苍白、牙关紧闭之危候。医者急予洗胃，灌服蜜糖、甘草绿豆汤等解毒治疗，诸症逐渐缓解，而关节剧痛竟也随之豁然而愈。其二为高血压眩晕耳鸣、行走欲倒患者，误将七剂天麻钩藤饮中之钩藤总量（每剂 30 克，共 210 克）作为 1 剂煎煮内服，药后不适症状消失，走路平稳，血压恢复接近正常。其在讶异之余，深感药量之重要，遂溯古探微，于《尚书 说命篇》《类聚方广义》等典籍中，发现毒药治病有“瞑眩”之论，又联想到汉代张仲景《伤寒论》亦有症候瞑眩现象之系列描述，终于悟出“毒药性‘怒’，中病瞑眩；平药性缓，量足病除”之理。自此，其常在临证中师法前贤，对沉痾痼疾且使用一般剂量无效者，逐渐加大剂量，每每取得意想不到之效果，遂总结出中药治疗化量之识。

对中医基本理论问题，前人有“病诸内必形诸外”之定论，然证之临床并不尽然，病诸内者，未必形诸外也。蒙木荣教授主张客观分析时代背景局限，取其实用价值而弃其不足。鉴于中医病证命名之现状，症候命名

病名者多，病因、病理命名者少，其认为从概念、定义分析，无论从中医传统性、规范性、症候特异性、防治针对性之比较，均以病因、病理命名病名为优，并提出了中医药病证命名改革的构思与设想。

蒙木荣教授主攻肾病学，认为慢性肾炎、慢性肾功能衰竭病因病机复杂，涉及多脏腑病变，尤以脾肾亏虚、湿毒内盛为主。其主张发挥机体整体潜能，保护残存肾功能，将创制的肾复康方、益肾健脾泻浊方作为临床辨治肾病的基本方，随证加减运用，疗效显著。在论治技巧方面，其推崇明代张景岳“医有慧眼，眼在局外；医有慧心，心在兆前”之论，并从临证肾病所遇到的难点中，总结出中医对“肾病蛋白尿、难治性肾病综合征临床顽症、非典型性慢性肾功能衰竭”的辨治思路与方法。其学业之专，学验之富，从其众多肾病学术论著中，可窥见一斑。2017年蒙木荣教授被国家中医药管理局确定为第六批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师，此乃对其学术传承贡献之肯定，实至名归。

值《蒙木荣临证验案录》付梓之际，书中所载为其毕生临证及教学心血，于后学研习中医辨证论治、拓展临床思路颇具裨益。余感佩其学养医德，欣然为序。

国医大师、桂派中医大师、全国名中医 黄瑾明

2025年3月30日

前 言

中医药学历史悠久、源远流长，宛如世界医学百花园中一支艳丽奇葩，亦是中华民族文化瑰宝中一颗璀璨明珠。在漫长的历史进程中，中医药学在与疾病的斗争中发挥了关键作用，为中华民族的繁衍昌盛作出了不可磨灭的贡献。即便在现代医学迅猛发展的今天，中医药学依旧凭借其独特的理论体系和显著的临床疗效，发挥着不可替代的作用。传承和弘扬中医药文化，推动中医药事业的深入发展，是每一位中医药工作者义不容辞的责任。

值此第六批全国老中医药专家学术经验指导老师公布之际，我愈感责任重大，无奈自觉才学有限，但仍期望将自己 50 余载临床实践的经验总结，分享给后来者，略尽绵力，以慰藉个人心愿。早年，我有幸在中国中医研究院中医文献研究班学习，得以师从全国著名老中医专家马继兴、余瀛鳌研究员，聆听前辈们的教诲；之后又前往广州中医药大学附属医院进修，在李仲守教授、江世英教授的悉心指导下，不断精进医术。岁月如歌，50 余载的临床磨砺与教学深耕，犹如一场艰苦却又意义非凡的修行，逐渐铸就了我稳健扎实、拙中藏巧的学术风格。多年来，我始终恪守“读经典，做临床”的古训，潜心钻研中医经典著作以及历代医家的论著，在理论与临床的反复交融、相互印证中，逐渐领悟了一些独特新意并获得较好效果。中医药的传承发展，犹如一场代代相传的接力赛，唯有薪火相传、赓续不绝，才能让中医药文化的火种越燃越旺。在时代的召唤下，我们应竭尽全力，为中医药的美好未来添砖加瓦、增添光彩。

我曾任广西中医药大学中医内科教研室主任、广西中医药学会常务理事、广西中医内科专业委员会副主任委员，后又被评为广西中医药大学肾

脏病学学术带头人、广西中医药首批名中医、第六批全国老中医药专家学术经验指导老师，在多年的临床和教学中，一直坚持潜心钻研，修己悟道，不断探索前行。本书根据我 40 余载临床经验和教学心得整理而成，内容包括《黄帝内经》内科病证治特色及医案选、诊余漫话、专病论治经验及医案、临床验方、成长经历与心路历程五个部分。书中着重介绍了内科病证的治疗特色和历代医家的应用医案，分享了我在专病论治和临床实践中的独特见解，以及对中医学学术传承与创新的思考。书中选取的典型病例，既体现了扎实的理论基础，又展示了灵活的实践运用，不仅能为后学在临床实践中提供参考，也适用于各中医院校的实践教学、科研探索和学术研究。

本书不仅总结成功的经验，也记录治疗失败的教训，或示之以法，或儆之以戒，读后让人有所收获，有所启发。再者，还从其他医著中，针对其学术观点，提出个人见解及体会，旨在促进学术交流与思想争鸣，推动中医药事业的发展。此外，还对多年临床运用著名古方进行化裁发挥，以扩展古方的应用范围，挖掘其更多的潜在价值。但愿良苦用心能实现。

是为序。

蒙木荣

2025 年 4 月 20 日

目 录

第一章 《黄帝内经》内科病证治特色及医案选 / 001

一、《内经》外感热病证治特色及医案选 / 001

- (一) 外感热病的概念及分类 / 001
- (二) 外感热病的临床特征 / 003
- (三) 外感热病的传变 / 005
- (四) 外感热病的诊察要点 / 009
- (五) 外感热病的治疗、禁忌和预后 / 012
- (六) 对现代临床的指导意义 / 015

二、《内经》咳病证治特色及医案选 / 027

- (一) 咳证的病因 / 027
- (二) 咳证的病机 / 030
- (三) 五脏六腑咳的临床特征 / 032
- (四) 咳病的传变规律 / 032
- (五) 咳证的治疗法则 / 033
- (六) 咳证的临床应用 / 035

三、《内经》痹病证治特色及医案选 / 041

- (一) 痹证的概念 / 042
- (二) 痹证的病理机制 / 042
- (三) 痹证的分类 / 045
- (四) 痹证的临床特征 / 047
- (五) 痹证的预后转归 / 053

- (六) 痹证的治疗原则 / 055
- (七) 临床应用举例 / 057
- (八) 痹病证治的现代研究 / 072

四、《内经》痿病证治特色及医案选 / 077

- (一) 痿病的概念与分类 / 078
- (二) 痿病的临床特征 / 079
- (三) 痿病的病因病机及传变 / 079
- (四) 痿证的治疗 / 083
- (五) 临床应用举例 / 085

五、水肿病证治特色及医案选 / 089

- (一) 水肿病的概念 / 089
- (二) 水肿病的分类及临床特征 / 090
- (三) 水肿病的病理机制 / 093
- (四) 水肿病的治疗原则及方法 / 095
- (五) 现代临床应用举例 / 098

六、《内经》十三方 / 105

- (一) 汤液醪醴（载于《素问·汤液醪醴论》） / 105
- (二) 鸡矢醴（载于《素问·腹中论》） / 106
- (三) 乌鲂骨蕤苳丸（载于《素问·腹中论》） / 107
- (四) 生铁洛饮（载于《素问·病能论》） / 107
- (五) 泽泻饮（载于《素问·病能论》） / 108
- (六) 兰草汤（载于《素问·奇病论》） / 108
- (七) 左角之发酒（载于《素问·缪刺论》） / 109
- (八) 小金丹（载于《素问·遗篇·刺法论》） / 109
- (九) 寒痹热熨方（载于《灵枢·寿夭刚柔》） / 110
- (十) 马膏膏法（载于《灵枢·经筋》） / 111

(十一) 半夏汤 (载于《灵枢·邪客》) / 111

(十二) 豕膏 (载于《灵枢·痈疽》) / 112

(十三) 陵翘饮 (载于《灵枢·痈疽》) / 113

第二章 诊余漫话 / 114

一、慢性肾衰治疗原则 / 114

二、非典型性慢性肾功能衰竭中医辨治的思路与方法 / 114

(一) 细微隐晦处辨病识病 / 115

(二) 慎审察辨析潜在病机 / 116

(三) 析微观潜机预测证候 / 117

(四) 据隐证潜机组方用药 / 118

三、评“病诸内必形诸外” / 120

(一) 合理性与实用性 / 120

(二) 缺陷性与局限性 / 122

四、中医内科病、证命名现状及改进构思 / 123

(一) 病、证命名的现状 / 124

(二) 病、证命名问题的剖析 / 125

(三) 病、证命名的设想 / 127

五、季节变化对胃痛影响的调查分析 / 130

六、瞑眩刍议 / 131

七、中药治疗化量浅识 / 133

八、关注中医药发展的几种倾向及误区，走中医药现代化的道路 / 136

九、移情治病案的启示 / 142

第三章 蒙木荣专病论治与验案 / 143

一、肾系疾病 / 143

(一) 原发性肾小球疾病 / 143

(二) 继发性肾小球疾病 / 150

(三) 慢性肾功能不全 / 158

二、男性不育 / 165

(一) 精子活率低下不育 / 166

(二) 男性性激素低下不育 / 169

三、尿路感染 / 172

(一) 急性尿路感染 / 172

(二) 慢性尿路感染 / 176

四、肾、输尿管结石 / 183

(一) 治疗经验 / 183

(二) 验案 / 185

五、风湿性疾病 / 189

(一) 风湿性关节炎、类风湿性关节炎、痛风性关节炎 / 189

(二) 退行性骨关节炎 / 195

六、口腔溃疡 / 200

(一) 治疗经验 / 200

(二) 验案 / 202

七、肺系疾病 / 206

(一) 外感咳嗽 / 206

(二) 慢性支气管炎 / 211

八、胃肠系疾病 / 216

(一) 消化性溃疡 / 216

(二) 慢性胃炎 / 222

(三) 慢性腹泻 / 227

九、胆石病 / 235

(一) 治疗经验 / 235

(二) 验案 / 237

十、带状疱疹 / 241

(一) 治疗经验 / 241

(二) 验案 / 242

十一、大汗、多汗 / 245

(一) 治疗经验 / 245

(二) 验案 / 246

十二、乳腺小叶增生 / 250

(一) 治疗经验 / 250

(二) 验案 / 251

第四章 临证验方 / 255

一、肾复康方 / 255

二、益肾健脾泻浊方 / 256

三、健脾和胃敛疡方 / 256

四、疏肝和胃止痛方 / 257

五、健脾和胃理气消痞方 / 257

六、调肝健脾止泻方 / 258

七、柴蒿银翘退热方 / 259

八、止咳方 / 259

- 九、四风三藤方 / 260
- 十、壮阳育精汤 / 261
- 十一、利尿通淋排石方 / 261
- 十二、益肾强骨内服外治方 / 262
- 十三、清热解毒祛湿通络方 / 263
- 十四、益肾清淋方 / 264
- 十五、清肝泻火除湿解毒方 / 264
- 十六、敛汗方 / 265
- 十七、润肠通便方 / 265
- 十八、止遗方 / 266
- 十九、燥湿止痒方 / 267
- 二十、清热解毒养阴愈疡方 / 267

第五章 蒙木荣成长经历与心路历程 / 269

- 一、童年及青年时期的学习生活 / 269
- 二、回乡当民办教师 / 270
- 三、进入中医学院学习并留校任教 / 270
- 四、临床见习教学，开启教学新模式 / 274
- 五、深造进修再提高 / 275
- 六、累积临床经验、学术思想传授后人 / 276
- 七、年谱及论文著作发表 / 281

第一章 《黄帝内经》内科病证治特色及医案选

《黄帝内经》(以下简称《内经》),是中国现存最早且影响最大的医学典籍,被后世尊为“医家之宗”。《内经》包括《素问》《灵枢》两部分,共18卷,各81篇。《内经》记叙了200多种内科病证,从病因、病机、病性转化及预后等方面作了简要的论述,有些病证还专篇加以讨论,如“热论”、“咳论”“痿论”“疟论”“痹论”等。因此,对内科病证治疗资料进行阐释,突出反映内科病因、证候、治疗的理论和经验,并结合古今医家临床实践及经验体会进行思考探索,把继承与发扬结合起来,为继承发展中医内科理论,提高中医学学术水平起到促进作用。本章选出部分专篇病证,每一病证据《内经》原文分别简介释名,辨析病因病机、证型及其治疗原则、方法,继之介绍古今医家在《内经》理论指导下,用于临床实践及其经验体会,以期进一步挖掘中医内科辨治基础及规律。

一、《内经》外感热病证治特色及医案选

热病是《内经》研究的重要病种之一,据检索有数十篇论及此病,并有7个专章以热病作为篇名,足见《内经》对该病种的重视。就《内经》所论的热病内容而言,从其概念的定义、发病原因、病变机理、命名分类、传变规律、临床特征、治疗法则及禁忌、预后等均有较详细地论述。本节仅就其中的外感热病予以简述。

(一) 外感热病的概念及分类

1. 外感热病的概念

《内经》将由感受外邪而引起,以发热为主症的一类外感病,称为热病,又名伤寒。谓之热病,是以其症状特点命名,因发热是外感病的共同

特征和主要症状；命名伤寒，则是从病因角度提出，《素问·热论》开篇即指出“今夫热病者，皆伤寒之类也”，明确了一切外感热病皆属于伤寒的范畴。何以把外感热病总称“伤寒”，后世医家论证认为，寒邪特性毒厉，人受之者为最酷，而病之始起，又多为伤寒致之，如孙思邈指出“其伤于四时之气，皆能为病，而从伤寒为毒者，以其最为杀厉之气也”（《备急千金要方·卷九》），张介宾亦认为“然有四时不正之气，随感随发者，亦曰伤寒……故凡系外感发热者，皆伤寒之类”，张志聪也有相同认识“盖论外因之热病也，太阳之气主表，阳明之气主肌，凡外淫之邪，始伤表阳，皆得阳气以化热，故曰凡热病者，皆伤寒之类也”。《内经》将外感热病称为伤寒，有广义和狭义之分。广义之伤寒，泛指由感受四时邪气而引起的外感性热病。《难经·五十八难》在《内经》的基础上具体提出，伤寒有五，“有中风、有伤寒、有湿温、有热病，有温病”，这些病证皆系外感发热性疾病，后世概之为广义伤寒。狭义伤寒，是指由感受寒邪引起的外感热病，即“人之伤于寒也，则为病热”（《素问·热论》）。其实《内经》称外感热病的不仅指伤寒，还有将感温热之邪而发的热病称温病，夏至后所发的热病称暑病等。有学者研究认为，《内经》中的热病若从较广的范围看，除包括伤寒、温病、暑病外，还可包括寒热病、疟病、劳风及概称热病而未具详名者。

2. 外感热病的分类

《内经》所论的热病以外感热病为主，突出感邪即发的热病（伤寒）与伏邪温病以及时行瘟疫。《素问·热论》将感邪即发热病的众多复杂证候，按六经分证分为六经单经各证与“两感于寒”之表里合病两种类型。六经热病单经分类，是以六经为纲，将热病分经归类，以热证、实证为主，临床表现主要为各自经脉的病证，诸如太阳之“头项痛，腰脊强”、阳明之“身热，目痛而鼻干”、少阳之“胸胁痛而耳聋”、太阴之“腹满而嗝干”、少阴之“口燥舌干而渴”、厥阴之“烦满而囊缩”等。六经单经病之主症均系邪气壅滞在各经循行部位而发，故属六经热病之病情轻浅类型。六经热病之

“两感于寒”者，亦以六经为纲，表现为表里两经证候并见，如“病一日则巨阳与少阴俱病，则头痛口干而烦满；二日则阳明与太阴俱病，则腹满、身热、不欲食、谵言；三日则少阳与厥阴俱病，则耳聋囊缩而厥”。两感于寒，表里俱病，是邪盛正衰，当归属六经热病之危重病证类型。

《内经》论伏邪温热病发病，一是因内伤于精，正气不足，复感温热之邪而发病，如“夫精者，身之本也，故藏于精者，春不病温”（《素问·金匱真言论》）。二是冬季伤于寒邪，邪气潜伏体内，至春复感春温之邪而发病，如“冬伤于寒，春必温病”（《素问·生气通天论》）。由此可见，《内经》分类伏邪温热病与季节气候密切相关，“凡病伤寒而成温者，先夏至日者为病温，后夏至日者为病暑”，即是以季节气候为依据，将伏邪温热病分为温病、暑病两类（《素问·热论》）。

《内经》论时行瘟疫，有“天地迭移，三年化疫”之特点（《素问遗篇·刺法论》），《素问遗篇·本病论》进一步阐释因各气的不迁正、不退位、升不前、降不下，导致气候失常而发生的“五疫”病，如“壬至午，且应交司而治之，即下丁酉未得迁正者，即地下丙申少阳未得退位者，见丁壬不合德也，即丁柔干失刚，亦木运小虚也，有小胜小复。后三年化疠，名曰木疠，其状如风疫”。

《内经》述及外邪循经入脏，导致五脏的热病，在《素问·热论》《素问·刺热》中均记载五脏与其相表里腑的热证，如“肝热病者，小便先黄，腹痛多卧身热，热争则狂言及惊，胁满痛，手足躁，不得安卧……其逆则头痛员员，脉引冲头也”等。此类热病当属热邪循经内犯脏腑，病情较重者。

（二）外感热病的临床特征

外感热病，因邪气侵入的部位不同，其表现的症状也各异，但发热与恶寒常为外感热病的始发症状，如“人之伤于寒也，则为病热”（《素问·热论》），“人之伤于寒而传为热，何也？岐伯曰：夫寒盛则生热也”（《素问·水热穴论》），“风从外入，令人振寒，汗出头痛，身重恶寒”（《素问·骨空

论》)。外感热病为什么会产生发热、恶寒呢？因为“风气藏于皮肤之间，内不得通，外不得泄。风者，善行而数变，腠理开则洒然寒，闭则热而闷”（《素问·风论》），“阳受气于上焦，以温皮肤分肉之间，今寒气在外，则上焦不通，上焦不通，则寒气独留于外，故寒栗……上焦不通利，则皮肤致密，腠理闭塞，玄府不通，卫气不得泄越，故外热”（《素问·调经论》）。后世医家将此机理演化成为六淫外邪侵袭，致营卫不和两个方面。

《内经》外感热病的其他症状，视邪犯之部位而各具特点。如“阳盛则身热，腠理闭，喘粗为之俯仰，汗不出而热，齿干以烦冤，腹满死，能冬不能夏”（《素问·阴阳应象大论》），“阴不胜其阳，则脉流薄疾，并乃狂”（《素问·生气通天论》）。《素问·至真要大论》还列举感受在天之火热或六淫化火，所致如脊癱、禁鼓栗、如丧神守、逆冲上、躁狂越、肘肿、腹胀等近 20 种病症，说明火热邪气致病甚多，因所在病位不同而表现各异的症状。

《灵枢·热病》列举邪之在三阳及《素问·热论》邪之在六经的热病，“伤寒一日，巨阳受之，故头项痛，腰脊强。二日阳明受之，阳明主肉，其脉挟鼻，络于目，故身热，目痛而鼻干，不得卧也。三日少阳受之，少阳主胆，其脉循胁络于耳，故胸胁痛而耳聋。三阳经络皆受其病，而未入于脏者，故可汗而已。四日太阴受之，太阴脉布胃中，络于嗌，故腹满而嗌干。五日少阴受之，少阴脉贯肾络于肺，系舌本，故口燥舌干而渴。六日厥阴受之，厥阴脉循阴器而络于肝，故烦满而囊缩”。以上所述诸症，均为六经循行部位上的经脉热病。而“热病先肤痛，室鼻充面……热病先身涩，倚而热，烦闷，干唇口溢……肤胀口干，寒汗出……热病溢干多饮，善惊，卧不能起……热病面青，脑痛，手足躁……热病数惊，癰疽而狂……热病身重骨痛，耳聋而好瞑……病不食，啮齿耳青……热病，体重，肠中热……热病挟脐急痛，胸胁满”（《灵枢·热病》），则是邪热侵犯肺经、心经、肝经、脾经、肾经及肠胃的里热病症。《素问·热论》所指的邪气同时中于相为表里的阴阳二经，两经症状并见者为“两感病”。此外，“肝热病者，小便先黄，

腹痛，多卧，身热，热争则狂言及惊，胁满痛，手足躁，不得安卧”；“心热病者，先不乐，数日乃热，热争则卒心痛，烦闷善呕，头痛，面赤，无汗”；“脾热病者，先头重，颊痛，烦心，颜青，欲呕，身热，热争则腰痛，不可用俯仰，腹满泄，两颌痛”；“肺热病者，先淅然厥，起毫毛，恶风寒，舌上黄身热，热争则喘咳，痛走胸膺背，不得太息，头痛不堪，汗出而寒”；“肾热病者，先腰痛胻酸，苦渴数饮，身热，热争则项痛而强，胻寒且酸，足下热，不欲言”（《素问·刺热》）。当是热邪循经内侵五脏，导致内脏功能失调而产生的脏腑热病。

《内经》还提出属于伏气温病的热病，如《素问·生气通天论》、《素问·评热病论》《灵枢·论疾诊尺》等篇认为，时逢炎暑，或感于寒邪，邪伏藏体内，夏至后发病者为暑病，故暑病多有高热、惊厥、尺肤热、脉躁盛等症状，如“因于暑，汗，烦则喘喝，静则多言。体若燔炭，汗出而散”。如若阳热邪盛，阴精衰竭，阳热之邪交于阴分不解，则可发生汗出辄复热，脉躁疾不为汗衰，狂言、不能食，预后险恶的阴阳交病。阴阳交病为阳邪鸱张、阴精亏竭、邪正交争于阴分所致，故属危重的伏气温病。

（三）外感热病的传变

外感热病的传变，《内经》大体归纳出表里传变、邪传虚处传变和经脉传变等规律。

1. 表里传变

表里传变即由皮毛而经脉，最终传至脏腑。如“夫邪之客于形也，必先舍于皮毛，留而不去，入舍于孙脉，留而不去，入舍于络脉，留而不去，入舍于经脉，内连五脏，散于肠胃，阴阳俱感，五脏乃伤，此邪之从皮毛而入，极于五脏之次也”（《素问·缪刺论》）。《素问》的《调经论》《皮部论》，及《灵枢》的《五变》《百病始生》亦有论述，皆认为邪气由外而入的顺序是：皮毛→肌腠→孙脉→络脉→经脉→脏腑。这一传变规律与外感热病的治疗

原则“故邪风之至，疾如风雨，故善治者治皮毛，其次治肌肤，其次治筋脉，其次治六腑，其次治五脏。治五脏者，半死半生也”（《素问·阴阳应象大论》），是相呼应的。《内经》还认为温热之邪入经络，可以循经入脏，导致五脏热病，其传变可分为“先病”“热争”“气逆”3个不同阶段（《素问·刺热》），表明热邪由浅入深、由轻至重的发展传变过程。

2. 邪传虚处传变

邪传虚处传变，即人体某一部位虚，便是邪犯之所，其发病则随邪犯部位而定。如“邪之中人也，无有常，中于阴则溜于腑，中于阳则溜于经……腠理开而中于邪，中于面则下阳明，中于项则下太阳，中于颊则下少阳。其中于膺背两胁，亦中其经……中于阴者，常从臂胛始。夫臂与胛，其阴皮薄，其肉淖泽，故俱受于风，独伤其阴”（《灵枢·邪气脏腑病形》）。具体表现为天之邪气多伤人体上部，地之阴湿之邪多伤人体下部，但亦有不按规律而传，根据人体何部空虚而侵袭，随邪入侵部位而进入其所属经脉。如“中于阴者，则从臂胛始”，风邪中于阴，一般应传于脏，但若脏气实，便不受邪，邪气便还之于腑，所谓“中于阴则溜于腑”，这里强调了至虚之所，便是客邪之处，“邪之中人，或中于阴，或中于阳，上下左右，无有恒常”及“腠理开而中于邪”。正因为如此，《素问·刺热》便有“热病始手臂病者”“热病始于头首者”“热病始于足胫者”“热病先身重骨痛”等不同证候。

3. 经脉传变

经脉传变即病邪循三阳三阴经脉传变。其顺序为：太阳→阳明→少阳→太阴→少阴→厥阴。如“伤寒一日，巨阳受之……二日阳明受之……三日少阳受之……四日太阴受之……五日少阴受之……六日厥阴受之……其不两感于寒者，七日巨阳病衰，头痛少愈；八日阳明病衰，身热少愈；九日少阳病衰，耳聋微闻；十日太阴病衰，腹减如故，则思饮食，十一日少阴病衰，渴止不满，舌干已而嚏，十二日厥阴病衰，囊纵，少腹微下，大

气皆去，病日已矣”（《素问·热论》）。于此可知，伤寒病传变规律，首先始于太阳经，一日传一经，六日传尽六经，说明邪气循而经传，由阳入阴，由轻转重。转愈时间为发病的第七天，邪日出一经，由阴出阳，第十二日病愈。

《内经》提出的外感热病传变，始太阳、终厥阴的理论根据有二：一是人身的三阳三阴之气，是三阳为表，三阴为里。太阳为三阳，属最外层，阳明为二阳，在太阳之内，少阳为一阳，在阳明之内。太阴为三阴，在少阳之内，少阴为二阴，在太阴之内，厥阴为一阴，在少阴之内。气由内之外，故一二三之次第亦由内之外。而外邪侵袭，则是由外至内，由表及里，故其一二三之次第，恰与此反，故一日太阳受之，六日厥阴受之。二是足太阳经脉，由巅下项，连风府，挟脊抵腰，下至于足，所治者广，为诸阳主气，又居于人体最外，故先受邪。此说对后世医家影响较大，特别是《伤寒论》尤遵经旨，但《伤寒论》注家则有对此理争论不休，莫衷一是。其争执的焦点，为外感热病是否均按此规律传变；一日二日三日，应如何理解；七日巨阳病衰，是否为“再传”；等等。现选代表注家之解释于下：

（1）六经顺传。

认为是邪入三阳三阴经脉发病，病自外而内发展，以太阳始，终厥阴为顺序，这个顺序与《素问·皮部论》所说的：邪之中人必先皮毛，而腠理，而络脉，而经脉，必后至脏腑之意相同。如张介宾注：“按人身经脉，三阳为表，三阴为里……其次序之数，则自内而外，故各有一二三先后者如此。又如邪之中人，必自外而内，如《皮部论》等篇曰……此所以邪必先于皮毛，经必始于太阳，而后三阴三阳五脏六腑皆受病。‘邪客于皮，则腠理开，开则邪入客于络脉，络脉满，则注于经脉，经脉满，则入舍于腑脏也’。”

（2）六气相传。

认为此系六气相传。理由是天有风、寒、暑、湿、燥、火六气，人亦有此六气，同气相求，感而发病。如张志聪指出：“伤寒一日太阳，二日阳明，三日少阳，四日太阴，五日少阴，六日厥阴，七日来复于太阳者，此六气

之相传，不涉有形之经络，故首论太阳而不言太阳之经也。然伤寒为病，变幻无常，有病在六气而不涉六经者，有经气之兼病者，有气分之邪转入于经者，为病多有不同，是以太阳止言气而不言经，阳明，少阳，兼经气而言也。”叶霖亦阐释：“不知传经者，乃正气以次相传，七日来复，周而复始，一定不移，非病气之传也。”（《难经正义·卷四》）张氏、叶氏均认为此系三阴三阳六气为病，非经络为病，传即一日二日等，是人身之六气，以次相传，是气传而不是病传。

（3）各经受病。

认为一日二日等，虽为循次而言，但非一定不移之期日，各经均能自受寒邪而为病。如高世栻注云：“此云巨阳、阳明、少阳等，乃人身三阳三阴之经脉也。巨阳受之，阳明受之，少阳受之等，乃三阳三阴，各受寒邪而病热也。一日巨阳，二日阳明，三日少阳等，乃以六日而明六经也”，“一日受二日受者，乃循次言之，非一定不移之期日也”。高氏认为此论人身经脉受病，不是气化为病。一日二日等，虽系循次而言，但不是一定不移之日期，还特别强调此与《伤寒论》之论标本气化者不同。姚止庵亦指出：“其不两感于寒，亦有自愈焉者，一日巨阳受之，若病不传别经，不加异气而变为它证，则自一日至七日，当自愈也。《伤寒论》曰：‘发于阳者七日愈，以阳数七故也。’又自二日至八日，亦是七日而当愈，余经皆以是数计之。”意为若病未循六经而传，亦未再受其他邪气而变为他证，病始终维持在本经者，则七日当愈。

另外，对“七日巨阳病衰，头痛少愈”等，有的人认为是“再传”，即六经传至厥阴之后，又转传至太阳，此说创自成无己氏。张志聪亦认同：“若止于气分相传，六日已周，七日来复于表阳。”但此观点遭到各注家的反对，如马蒨指出，“此由六经而传，原非两感于寒，故七日之际，巨阳病衰，头痛少愈，正以初时所感之邪太甚，既于二日传之阳明矣，而其未尽传者尚在太阳，则至此而比之一日之证则少愈焉，非厥阴之邪，复出而传之足太阳也。后世以再传为说者非”，此说颇有理。另一种观点认为，不论何经受

病，均在六日内病气衰，针刺才能提高疗效。如高世拭注曰：“一日受者七日愈，二日受者八日愈……究而言之，皆一日受而七日愈。”至于为什么必须经过六日呢？有的人认为是本经之气传尽，有的人认为是六气传尽而复，但均没有确切的论据。

两感于寒的传变规律，始于太阳与少阴俱病，日传两经，三日传遍六经及脏腑。两感于寒属危重病证，如果出现神志昏迷，饮食不入，则可预知死期。如高世拭指出：“其两感于寒而病者，阳脉受寒，阴脉亦受寒，阴阳皆受，腑脏俱伤，故必不免于死”，“三阳以胃气为本，三阴以神气为先，水浆不入，胃气绝矣；不知人，神气亡矣”。

综上所述，《内经》外感热病发展传变主要有二，即由表入里，由浅入深，及何部虚便病发于何部。除六经病由《伤寒论》而发展为独特的辨证体系外，以《素问·皮部论》《素问·缪刺论》等篇所说的热病传变由皮毛而经脉，由经脉而脏腑，较符合临床实际。

（四）外感热病的诊察要点

诊察外感热病的要点，主要有望色、察络、调尺、候脉、验齿、辨汗及脉症宜异等。

1. 望色察络，以候先兆

《内经》诊察热病先兆有独到之处，如诊察五脏热病，“肝热病者，左颊先赤；心热病者，颜先赤；脾热病者，鼻先赤；肺热病者，右颊先赤；肾热病者，颐先赤。病虽未发，见赤色者刺之，名曰治未病”（《素问·刺热》）。经脉热病也能先表现在面部，如“太阳之脉，色荣颧骨，热病也……少阳之脉，色荣颊前，热病也”（《素问·刺热》），“面热者，足阳明病”（《灵枢·邪气脏腑病形》）等，即热邪在经之明证。若邪气乘传深入，面部赤色还可以上下传移，如由“颊下逆颧”或“下牙车”，或至“颧后”“颊上”继之可变生大瘕、腹满、胁痛等病证（《素问·刺热》）。

诊察热病，除望面色外，还当察局部络脉色泽变化，如“凡诊络脉……赤则有热”（《灵枢·经脉》），“诊血脉者，多赤多热”（《灵枢·论疾诊尺》）。由于络脉内通经脏，外连肌表，脏腑经络气血的变化影响经络中的气血。热则气血淖泽而络脉满溢，所以脉色“赤而为热”成为热病诊断的大法，如“心热者，色赤而络脉溢”（《素问·痿论》），“胃中有热，鱼际络赤”（《灵枢·经脉》）等。体表络脉之色变，在幼儿中反应最为明显，后世医家遂将络脉色诊发展成为小儿疾病常用诊法。如诊察耳后完骨上、手大鱼际上以及虎口、白睛、山根等处络色（《小儿卫生总微论方·诸处指纹状候》），特别是虎口络脉诊法（即小儿指纹诊法），已成为各医家诊断小儿疾病必备之法。

2. 调尺候脉，以定病形

《内经》诊候热病，主要用尺脉合参法。如人一呼脉三动，一吸脉三动而躁，尺热，曰温病……脉尺粗常热者，谓之热中”（《素问·平人气象论》），“尺肤热甚，脉盛躁者，病温也”（《灵枢·论疾诊尺》），经文所论热中、温病、病温，皆热病之属，均可以诊尺候脉判定。叶霖揭示了其机理，认为“脉外之气血，从手阳明之络而变见于尺肤；脉内之血气，从手太阴经而变见于尺寸。此皆胃腑五脏所生之气血，本末根叶之出候也”（《难经正义》）。诊尺候脉还可辨析其病机，如“粗大者，阴不足，阳有余，为热中也”（《素问·脉要精微论》），“脉尺粗常热者，谓之热中”（《素问·平人气象论》），指出脉大常热是阳有余，尺粗是阴不足，其证属热，病机为阳盛阴虚。《内经》独调其尺，亦是热病的特色诊法。测候尺肤某一部位则可诊察热病之所在，如“肘所独热者，腰以上热；手所独热者，腰以下热；肘前独热者，膺前热；肘后独热者，肩背热；臂中独热者，腰腹热”（《灵枢·论疾诊尺》）。独调其尺测候热病，属以局部诊察全身的切诊法，该法在临床中不断发展，后世常用来切脚、肚腹、手掌、耳垂、额等，这是《内经》全息理论在临床的应用。

3. 验齿辨汗，以察病势

验齿，是外感热病中一种不可忽略的诊法，《内经》中已记载有这一诊法，如观察牙齿的枯润、色的泽夭，可判断邪热盛衰、津液盈亏、精气多少。《素问·痿论》曰：“肾热者，色黑而齿槁。”《素问·阴阳应象大论》亦载：“阳胜则身热……齿干以烦冤，腹满者，死。”齿干代表邪热入里，津液亏耗；齿槁则是肾之阴液枯竭之象。《灵枢·寒热病》中特别提示验齿的枯槁与否则能判断热病之预后，“骨寒热者，病无所安，汗注不休，齿未槁，取其少阴于阴股之络，齿已槁，死不治”。《灵枢·论疾诊尺》又指出，热病发黄疸时，不仅面色黄，小便黄，且“齿垢黄”。若热极生风时，则可见“禁鼓慄”、“啮齿耳青”等牙关紧闭或战栗之症。

观察汗出情况，是诊察外感热病不同病期的一个重要手段。《内经》认为外感热病初起，邪在皮毛，腠理闭塞，则见无汗恶寒。汗多，多为热盛阶段，常见热病“后三日中”；或为暑温主症，是暑热熏蒸，迫津外泄所致。热病汗出，亦可以是正气来复的佳兆，如《素问·刺热》中言，五脏热病各在其脏气旺盛之时“汗大出”，此乃正气胜邪之佳兆。倘若热盛反而无汗，则提示阳热鸱张，阴精耗竭，无以作汗，当为难治，故《灵枢·热病》有“热病者，脉尚盛躁而不得汗者”，发为死证之说。此外，察汗出后热退与否，还可判定热病的预后趋向。如《素问·评热病论》指出，汗乃精气、正气，若热病汗后热退、脉静、身凉，表明邪却精胜，故病趋痊愈；若汗出辄复热，而脉躁疾，则为邪盛正衰，病发凶险。

4. 辨清顺逆，以决死生

《内经》辨热病顺逆，主要察脉与症是否相宜，如“热病脉静，汗已出，脉盛躁，是一逆也”（《灵枢·五禁》）。“热病已得汗，而脉尚躁盛，此阴脉之极也，死；其得汗而脉静者，生；热病者脉尚盛躁而不得汗者，此阳脉之极也，死；脉盛躁得汗静者，生”（《灵枢·热病》）。阳证见阳脉，属脉证

相宜，如热病汗出，脉盛有力，汗后脉静身凉，为顺证；若热病汗后，脉尚躁盛，属脉证相反，为逆证。

（五）外感热病的治疗、禁忌和预后

1. 外感热病的治疗

《内经》治疗热病的基本疗法是针灸，强调选针具，用专穴，且重视综合调护，在一些篇章中也提出了药物治疗法则。

（1）药物治疗法。

“邪风之至，疾如风雨，故善治者治皮毛”（《素问·阴阳应象大论》），外感热病病情变化迅速，提示医生要善于辨证，掌握时机早期治疗，把疾病消灭在萌芽阶段。“病之始起也，可刺而已；其盛，可待衰而已，故因其轻而扬之……其有邪者，渍形以为汗，其在皮者，汗而发之”（《素问·阴阳应象大论》），“今风寒客于人，使人毫毛毕直，皮肤闭而为热，当是之时，可汗而发之”（《素问·玉机真藏论》），这些论述均提示热病初期的治疗，可用药物发汗。

（2）针刺治疗。

《内经》针对热病提出，“治之各通其脏脉，病日衰已矣。其未三日者，可汗而已；其满三日者，可泄而已”。（《素问·热论》）此仅言热病治法的大体，宜汗宜下，须审脉辨证，不能拘于日数，日数虽过，表证表脉仍在者，仍宜汗法；日数虽少，但里证已现，则宜攻下，故临证应灵活运用。

五脏热病的治法，《内经》采用刺本脏及相为表里的经脉，以泻其表里之热邪，如“肝热病者……刺足厥阴、少阳”“心热病者……刺手少阴、太阳”“脾热病者……刺足太阴、阳明”“肺热病者……刺手太阴、阳明”“肾热病者……刺足少阴、太阳”（《素问·刺热》）。

《内经》根据病邪浅深、病位所在，采用针刺治疗热病的关键是选择针穴及综合调治两方面：①甄别病情，选择针穴。针刺选穴有一定法度，《素

问·刺热》强调“病甚者为五十九刺”，《素问·水热穴论》和《灵枢·热病》亦提出治热病甚时宜选用五十九俞穴，但两篇列举的俞穴，并不完全相同，如“考两篇之异同，则惟百会、囟会、五处、承光、通天、临泣、目窗、正营、承灵、脑空等十八穴相合，其余皆异”（《类经·针刺类》）。张景岳认为，《灵枢·热病》之俞多分布在四肢，《素问·水热穴论》之俞多随邪之所在而设，一为泻热之本，一为泻热之标，因而强调“凡刺热者，当总求两篇之义，各随其宜而取用之，庶乎尽刺热之善矣”。若热病之始，邪浅病轻，则可根据所属经络，循经取穴，如上文述肝热病者，刺足厥阴、少阳；心热病者，刺手少阴、太阳；等等。其针刺方法，则需根据病程长短、病邪浅深、病情轻重区别选用。如“热病三日，而气口静人迎躁者”，此时邪尚在表，病在二阳，可选阳经穴浅刺以发其汗。若“热病七八日，脉口动喘而短者”（《灵枢·热病》），为邪气深入，热至阴分，宜急刺之以泻其热。针刺泻热，还须选择不同的针具以提高疗效。《灵枢·九针十二原》介绍了针刺用的九针：一镵针、二员针、三鍤针、四锋针、五铍针、六员利针、七毫针、八长针、九大针。针具形制不同，治疗作用亦不尽相同，如“热病先肤痛，窒鼻充面，取之皮，以第一针”、“热病嗑干多饮，善惊，卧不能起，取之肌肉，以第六针”（《灵枢·热病》）等；还指出肺、心、脾、肝、肾、胃、肠的脏腑热病以及太阳、少阳、阳明经之热病，宜分别选用镵针、鍤针、锋针、员利针等针具刺治。②大热遍身，综合调治。《内经》提出“诸治热病，以饮之寒水，乃刺之；必寒衣之，居止寒处，身寒而止也”（《素问·刺热》）的综合调治除大热的方法，给热病患者服冰凉饮食或用冰袋敷其额部、两腋、两髀内等处，以降温退热。还提出用“推而散之”之法退大热，“大热遍身，狂而妄见、妄闻、妄言，视足阳明及大络取之，虚者补之，血实者泻之。因其偃卧，居其头前，以两手四指挟按颈动脉，久持之，卷而切推，下至缺盆中，而复止如前，热去乃止”（《灵枢·刺节真邪》）。近代运用针灸加推拿退大热取得良效，溯其本源，乃取法于《内经》也。

2. 外感热病的禁忌

关于外感热病的禁忌,《内经》认为用针刺泻热有“九证”当“禁”：“一曰汗不出,大颧发赤,哕者”,“二曰泄而腹满甚者”,“三曰目不明,热不已者”,“四曰老人婴儿热而腹满者”,“五曰汗不出,呕下血者”,“六曰舌本烂,热不已者”,“七曰咳而衄,汗不出,出不至足者”,“八曰髓热者”,“九曰热而痉者”(《灵枢·热病》)。《内经》强调此九项热证禁刺,是或因热邪伤阴,阴津已竭而里气不通,或因邪热入营,迫血妄行,营阴伤,阴精竭,而热仍不已等。九证均为热势鸱张,阴精枯涸之危重证候,法当退邪热,顾阴精,若妄行针刺泄热,必转危至殆,故云禁刺。

其次,必须注意饮食禁忌,即谨防多食、禁肉,以免发生热遗与食复。《素问·热论》提出了“热病已愈,时有所遗”的热遗问题,并认为是“热甚而强食之,故有所遗也。若此者,皆病已衰而热有所藏,因其谷气相薄,两热相合,故有所遗也”。临床上不少热病患者,在护理中因饮食不节,或过食肉腻之物而导致余热不清或热病复发,故《素问·热论》指出热病之禁忌,如“病热少愈,食肉则复,多食则遗,此其禁也”,此与《伤寒论》所论的差后食复义同。后世医家之热病后饮食当“先进清粥汤,次进糜粥,亦须少与之,切勿过食”之训,亦是遵经旨而应用的经验。

3. 外感热病的预后

《内经》外感热病的预后,主要与邪正斗争的盛衰有关。《素问·热论》记载:“人之伤于寒者,则为病热,热虽甚不死。”其中之热是寒邪束表,汗孔闭塞,卫气内郁,不得宣泄,邪正交争所致,此时若能正确运用汗法,则邪随汗解,诸症消除,正如《素问·生气通天论》所说的“体若燔炭,汗出而散”。综述外感热病的预后,单经受邪,热虽甚而不死,预后较好;表里两经同时受邪,或邪盛正衰,则预后差。因两感于寒,是表里两经同时受邪,邪气迅速内传,伤及脏腑及营卫气血,邪充内外,邪盛正衰,若

救治不及时，“必不免于死”（《素问·热论》）。又如“阴阳交”病，是温热病过程中阳热之邪入于阴分交结不解的一种危重证候。温热病汗出之后又立刻发热，说明邪热亢盛，正不胜邪，再出现脉躁疾、不能食、狂言等证候，“其寿可立而倾也”。《内经》文中之“死”与“不死”，指病情之轻重，预后之好坏而言，虽言“死证”，但只要救治及时，方法得当，亦可有生还之机。

（六）对现代临床的指导意义

《内经》对外感热病的论述，内容十分丰富，尤其在诊治方面的介绍更为详尽，为后世留下了宝贵的经验。历代热病学家多溯其源而各有发挥，临床应用颇有效验，深入研究这些理论及诊疗方法，对指导外感热病的治疗大有裨益。

现代研究认为，《内经》外感热病包括了多种急性感染性疾病、急性传染性疾病、某些非感染性发热疾病及一些自身免疫性疾病，如流行性感胃（伤寒）、肺炎（风温）、流行性脑脊髓膜炎（风温）、肠伤寒（湿温）、流行性乙型脑炎（暑温）、疟疾和非典型肺炎（疫疔）等。中医对这些疾病的预防和治疗，多立足于整体观念和辨证论治，强调理清人与感染的关系，认为既要调整机体的免疫状态，同时针对病毒和细菌，发挥中医药的优势，开展立体的多途径给药及多种方法结合的综合疗法，而这些可供临床参考的治疗法则，均源自于《内经》。

1. 指导外感热病的治疗

（1）流行性感胃。

感胃，《内经》将其归属于“伤寒”，发病后病情较重，并能在一个时期内广泛流行者，称流行性感胃。《素问·热论》已建立了热病六经分证及其治疗法则，《伤寒论》在《内经》的基础上又完善了系统的六经辨证体系和严谨的论治原则，创制了治疗伤寒病的方药与剂型。现代中医研究认为，风邪挟寒或兼热是流行性感胃发生的原始动因，按照《内经》“审因论

治”“客者除之”的治疗原则，广西中医药研究所以“发散、解表、清热”祛邪为治则，根据辨证分别选用银翘散、桑菊饮、小柴胡汤、白虎汤、柴葛解肌汤等方，治疗 15487 例患者，三天治愈率达 75.9%，其中服药一天愈者占 19.3%，服药两天愈者占 35.1%，服药三天愈者占 21.5%，并有 39.8℃ 的高热患者，在三小时内寒热退清的典型病例，证明中药治疗流行性感胃有很高的疗效^[1]。

【病案 1】傅某，男，15 岁，学生。主诉：病起 2 天，发热，轻咳，微恶寒，口稍干。现症见发热恶寒，体温 40.5℃，怕风，身微汗，头胀，面红，口渴，烦躁，小便短少，苔薄黄，脉浮数。法以辛凉透表，清热解毒。方以银翘散：金银花 15g、连翘 10g、牛蒡子 10g、桔梗 8g、淡竹叶 10g、粉草 5g、薄荷 6g、荆芥 6g、芦根 15g。热重者加知母 10g、栀子 10g。3 剂，2 日服完。1 剂得汗，2 剂热退，3 剂诸症悉除，继以叶氏养胃汤加减数剂，调治而愈。

【病案 2】李某，男，38 岁，1959 年 2 月 13 日初诊。自诉：感冒已 4 天，现症头痛且晕，一阵发冷，一阵发热，恶心，胃脘满闷，脉弦而数。诊为少阳外感寒邪，治以和解为主。方用小柴胡汤加味：北柴胡 18g、黄芩 9g、党参 9g、清半夏 9g、甘草 6g、生姜 3 片、红枣 4 枚、菊花 15g。次日复诊，诸症基本消失，仅偏右头痛，再以前方加减：北柴胡 9g、黄芩 9g、清半夏 9g、生姜 3 片、荆芥穗 9g、防风 4.5g。前后共服药两剂，痊愈。（摘自《伤寒论方医案选编》第 132 页）

（3）肺炎。

肺炎，属中医“风温”范畴。温病在《内经》中屡被言及，其危重证候者在《素问·评热病论》中称之为“阴阳交”，并指出其有“交者，死也”的不良预后。“冬伤于寒，春必温病”（《素问·生气通天论》），张琦在《素问释义》云：“热病，即温病，冬不藏精，热自内发，复感春时风露之邪而成。”古人提出了伏寒化热的伏邪温病理论，该理论一直延续运用。现代中医根

[1] 广西壮族自治区中医药研究所文献研究室. 中药治疗流行性感胃 15487 例的观察和探讨 [J]. 辽宁医学杂志, 1959 (6): 54~58.

据风温病好发于冬春季节，病变以肺系症状为重点，容易出现逆传心包等临床特点，应用辨治风温病的理法方药对西医中一些呼吸系统急性传染病和感染性疾病，如大叶性肺炎、流行性脑脊髓膜炎等进行临床观察，取得较好的疗效。肺炎归属于中医“风温”范畴，本病发病急骤，初起邪在肺卫，宜辛凉宣解以驱邪外出，疏风清热化痰是基本治疗大法。如邪传气分痰热壅肺时则宜辛寒清热；若逆传心包，当清心开窍；后期痰热消退，肺胃阴伤，则用甘寒清养脾胃之阴；若正不胜邪，热毒内陷，阴竭阳脱，则当回阳救阴，益气固脱。临床上龚梦玉用该院自制肺炎合剂口服加清开灵注射液静滴治疗小儿肺炎 120 例，痊愈 97 例，显效 19 例，无效 4 例，总有效率 96.7%，痊愈率 80.8%。一般用药 3 天后均可见明显疗效。肺炎合剂以清热泄毒、化痰止咳平喘为特点，组成有生麻黄 1.5g、杏仁 10g、玄参 6g、葶苈子 6g、生石膏 15g、瓜蒌皮 6g、天竺黄 6g、金银花 9g、连翘 9g、生甘草 3g^[1]。

【病案 1】患者周某，女，24 岁。主诉：春初起病，往来寒热如疟，热多寒少，脘胁痞闷，默默不欲饮食。诊查：近周末热势日增，午后壮热，体温达 39℃，口干而苦，烦躁不安，尿赤短少，汗出而热势有减。舌质红，苔根黄燥，口甜，脉弦数。辨证：证属春温，热在少阳和阳明。治法：治拟和解少阳，清泄里热。处方：柴胡 10g、黄芩 10g、竹沥半夏 10g、生石膏 30g、陈青蒿 10g、知母 10g、佩兰 10g。二诊：4 月 27 日。服药 1 剂后，体温降至 37.5℃，寒热渐退，入暮尚有口渴烦热，大便尚顺，仍宗原法。三诊：4 月 29 日。服药 2 剂后，热退，口渴亦减，小溲转清，纳谷渐思，唯感夜有盗汗，神倦乏力，舌苔淡黄而腻，脉细弦。拟益气健脾化湿苏胃，以善其后。处方：炒党参 10 克、茯苓 12 克、陈皮 5 克、浮小麦 30 克、炒谷芽 12 克、果仁 12 克、滑石 12 克、佩兰 12 克，四剂。（摘自盛循卿医案）

【病案 2】陈某，男，1 岁 6 个月。因发热、咳嗽、气促 3 天，住院治疗。

[1] 龚梦玉. 肺炎合剂加清开灵治疗肺炎 120 例 [J]. 江苏中医药, 2004, 25 (2): 29.

发热 38 ~ 39℃，汗出，频咳，气喘，唇周灰暗，鼻扇、唇红、舌红，苔薄黄，三凹征，呼吸 80 次 / 分，双肺布满细湿啰音，心率 100 次 / 分，律整，无杂音，肝肋下 2 厘米，四肢欠温，脉数，无力，指纹红紫，过气关。血常规：白细胞计数 $15 \times 10^{12}/L$ ，中性粒细胞百分率 72%。诊断：支气管肺炎合并心力衰竭（肺热喘咳，心阳虚型）。给予“肺一方” 10mL 次，每天 3 次，去乙酰毛花苷 0.06mg（洋地黄化量的 1/10）内关穴注 1 次后心力衰竭控制，两天后退热，咳减，无气促，第 5 天无咳嗽，肺部啰音消失，第 6 天出院。（摘自《中医方剂选讲》第 275 页）。

（2）流行性脑脊髓膜炎。

流行性脑脊髓膜炎简称“流脑”，亦是冬春季常见的急性传染病，根据其发病季节和临床特点，可归属中医“风温”范畴。运用中医温病理论辨证治疗“流脑”，各地总结出有效方药甚多，有用传统成方加减，如清瘟败毒饮、黄连解毒汤，亦有用自拟新方，如金银花三黄解毒汤（金银花、生石膏、鲜芦根、大青叶根、龙胆草、黄芩、黄柏、连翘、薄荷），清脑饮（木患根、野菊花、苍耳子），贯众大蒜汤（贯众、大青叶、大蒜、石膏、胆草、钩藤、连翘、知母、雄黄、甘草）等。这些新方组成特点有两个：一是针对温热疫毒邪气，选用清热解毒之药物为主体；二是配以熄风定痉、开窍醒神和凉血化斑之品，这种以辨病辨证相结合制订的方剂，有较好的临床疗效。如湖北中医学院附属医院制订的“流脑注射液”（金银花、贯众、黄连、生石膏、钩藤、板蓝根、龙胆草、连翘、知母、甘草）对轻型和普通型败血症型病例单独使用即可收效，一般能在 24 小时内退热，病情好转，副作用少，治疗数百例，有效率达 90% 以上。

【病案 1】黄某，男，22 岁，农民。主诉：发热三天，热退后，突然全身发黄，渴饮水，烦扰不宁，腹胀，尿少而色黄，黄疸日渐加深，渐而神昏谵妄，出现腹水，下肢亦有轻度浮肿，脉数，舌黄苔粗干。按：一般湿热发黄，往往口干但不甚喝水，脉不数，而本例烦渴脉数，是由于疫疠热毒壅遏于内。治宜清泻热毒，用清瘟败毒饮加茵陈、木通各 24g，5 碗水煎

成2碗，分2次服。服第一碗后，烦躁稍减，隔2小时，再服第二碗，大便即通2次，小便量稍多些，烦躁已明显减少，随即复煎第二次药，亦煎成2碗，分3次服，每隔2小时服1次。服后小便渐多，神识渐清，大便又排2次，稍烂，腹胀亦渐减轻。此时，脉弦数，舌黄口干，再照上方配1剂，亦如上法煎服。服完第二次药后，神识已完全清楚，腹胀已消大半，烦渴减轻，大便每日1~2次，稍烂，脉尚带数，间思喝水，舌黄带干而腻。再照上方加佩兰15g，煎服法同前，一周后精神安静能入睡，间有梦语口干，并以薏苡仁60g煎水代茶，以后改用平胃散加连翘、茵陈、栀子，约服5~6剂，黄疸渐退，腹胀全消，精神胃口日佳，调理一个多月痊愈。（摘自《中医方剂选讲》第307页）

【病案2】任右，23岁。主诉：新产旬日，恶露将尽未净，感受风温，突发壮热，出不解。诊查：脉象弦数。辨证：乃属产后营虚无力御外，风温之邪由气入营，且动内风。治法：亟宜清营泄热，达邪平肝，急则治标，希望转机。处方：大力子9g、粉前胡9g、金银花12g、带心连翘12g、钩藤12g、京元参9g、天花粉12g、桃杏仁各9g、牡丹皮3g、鲜茅芦根各30g、羚羊粉1.5g（二次吞服）。二诊：壮热得减，神识渐清，夜眠不宁，咳嗽痰多，渴欲喜饮。脉象细弦，苔黄舌绛。风温之邪，外达之兆，若能一帆风顺，可无忧虑矣。处方：青蒿梗9g、粉前胡9g、金银花9g、净连翘9g、钩藤12g（后入）、天花粉12g、川浙贝各6g、桃杏仁各12g、朱茯苓12g、淡桔芩4.5g、鲜茅芦根各30g、羚羊粉0.6g（分二次吞）。三诊：温邪留恋，肺胃清化失司，咳嗽痰稠，胸膈隐痛。脉细数，苔薄黄。续予前法。处方：青蒿根9g、粉前胡9g、朱连翘6g、天花粉12g、金银花9g、玉桔梗4.5g、生甘草4.5g、薄橘红4.5g、淡竹叶9g、鲜茅芦根各30g、清炙枇杷叶12g（包）、钩藤12g（后入）。四诊：热邪将尽，咳嗽已稀，痰多胸痛，脉转缓。当予肃清余蕴，以收功告痊。处方：粉前胡9g、象贝母9g、光杏仁12g、冬瓜子12g、款冬花12g、瓜蒌皮9g、忍冬藤9g、朱连翘9g、生竹茹6g、化橘红5g、干芦根12g、炙枇杷叶12克。（摘自董建华主编的《中国现代

名中医医案精华二》)

【病案3】韩某某，女，34岁。初诊：1982年2月20日。主诉：患者发热已25天，经中西药治疗效果不明显，体温39℃左右，微恶寒，口干渴喜饮，汗出时多时少，头痛身痛，胸痛干咳，不思饮食，厌油腻厚味，心烦，睡眠不实，大便初头硬，二三日一行。诊查：面色萎黄，形体消瘦，舌红，苔剥，脉浮数无力。尿常规检查：蛋白极微量，脓球7~10个/HP，红细胞0~1个/HP，血沉60mm/h。血常规正常。血培养及肥达氏反应阴性。辨证：表部初解，内传阳明，里热炽盛，津气两伤。治法：清热解毒，养阴生津。治以人参白虎汤加减。处方：人参10g（另煎）、生石膏30g（先煎）、知母15g、葛根12g、元参30g、忍冬花20g、连翘15g、黄芩10g、生地黄15g、板蓝根15g。二诊：上方药连进4剂，体温已降至37℃左右，睡眠已安，精神转爽，恶寒、头痛、身痛、胸痛等症皆除，汗出已少，但仍口干喜饮，食欲差但可少进油腻，四肢无力，足关节仍疼，尚有少许干咳，大便两日一行、不干。舌红，苔白，脉细略数无力。症已大见转机，但余热未清，气液损伤，改投竹叶石膏汤加减。处方：淡竹叶10g、生石膏20g（先煎）、麦冬15g、元参30g、细生地15g、白人参6g（另煎）、陈皮10g、炒谷芽10g、炒麦芽10g。上方药连服3剂，体温恢复正常，诸证悉除，食欲增进，肢体自感有力，精神转佳，大便正常。舌淡红，苔薄白，脉沉细。复查：血沉23mm/h，尿常规正常（摘自李振华医案）。

（3）肠伤寒。

肠伤寒，属中医湿温病范畴。湿温病是感受湿热邪气而引起的外感热病，病变以中焦脾胃为中心。《内经》有“秋伤于湿”“湿热不攘”之训，指出湿温多发于夏秋雨湿季节，病理主要为湿热郁蒸。目前，运用中医湿温理法对肠伤寒病症进行临床研究取得了一定的成绩。如根据该病的发展规律及其临床表现，将其分为热偏重、湿偏重、湿热并重及湿已化燥四型。治疗的基本原则为化湿清热，用葛根芩连汤加减，或用加味香连丸治疗，可获得较好的效果。广州市传染病医院根据清热解毒、通腑清肠治则，制

定虎军汤（大黄、石膏、知母、金银花、蝉蜕、黄芩、黄连、苦参、郁金、连翘、栀子、玄参、甘草等），临证加减治疗 38 例，结果平均 7 天退热，自觉症状消失快，而且无副作用，复发率低。实验研究证明，黄芩、黄连、黄柏、大黄、金银花、连翘、知母的 100% 浓缩液，在试管中对伤寒杆菌有抑制作用^[1]。

【病案 1】胡某某，男，24 岁。初诊：1984 年 8 月。主诉：1984 年 7 月下旬，因饮食不洁而引起发热，体温高达 40℃，曾在某医院按上呼吸道感染治疗未效，又按“急性胃肠炎”治疗亦不效。1984 年 8 月收住天津医院中医科。诊查：患者发热，白昼热不扬，夜间加重，高达 39℃，恶寒，无汗，身重痠楚，口干不欲饮，恶心呕吐，心烦懊侬，脘闷纳呆，腹痛拒按，大便日 2～3 次，呈水样便，无里急后重。舌红、苔白腻，脉濡略数。检验结果：血常规检查，白细胞计数不高；大便常规检查，粘液便，脓球 3～4 个/HP，红细胞 0～1 个/HP；余无异常。辨证：证属湿热中阻，复感外邪。治法：治以清热化湿兼以疏解为法，仿王氏连朴饮化裁。处方：川黄连 6g、川厚朴 10g、炒栀子 10g、淡豆豉 10g、薏苡仁 18g、缩砂仁 10g、云茯苓 15g、香薷 10g、忍冬花 24g、青连翘 12g、六一散 15g（布包）、羚羊粉 0.9g（冲）。二诊：上方药连进五剂，体温下降至 37.6℃，已不恶寒，但表情淡漠，腹微痛，大便日五次，为稀便。稍有恶心但未吐，懊侬已除，口干、身重痠楚均有好转，仍或纳呆胸闷。舌淡红，苔薄白略腻，脉弦细略数。热势已敛，湿邪仍盛，依原方去香薷、羚羊粉，加藿香梗 12g。此时血培养回报为伤寒杆菌。三诊：服上方药，时感心悸头晕，睡眠不佳。舌淡红，苔薄白，脉弦细稍数。系心阴不足，心营余热所致，以生脉散加味调理善后。处方：太子参 15g、天麦冬各 10g、五味子 10g、生地黄 10g、肥玉竹 30g、茯神木 12g、柏子仁 12g、当归 15g、紫丹参 12g、粉甘草 5g。服上方药两周，体温一直正常，心悸除，睡眠安，精神好，食欲增，复查血培养无细菌生长，

[1] 广州市传染病医院. 中医治疗肠伤寒 55 例疗效观察 [J]. 广东中医, 1959, (7): 291.

病获痊愈。(摘自李振华医案)

【病案2】李某某，女，20岁。初诊：1982年9月30日。主诉：患者于8月5日自觉恶寒发热，体温在37~39℃。经某医院诊为病毒性感冒，曾服解表药，热势不退。因持续发烧19天收住院治疗。经西医检查，诊为发烧待查。历用液体支持疗法及复方新诺明、青霉素、卡那霉素及异烟肼等药治疗，中药曾服清营汤、调胃承气汤、白虎汤、紫雪丹、至宝丹以及秦艽鳖甲汤等方药，其效均不佳。体温仍在38℃左右。诊查：证见发热，午后热重，汗出热不解，头晕而沉，口渴不欲饮，胸闷纳呆，周身疲乏倦怠。辨证：湿遏热伏，午后热甚汗出而热不解；湿热下注，小便色黄。病在中焦，弥漫上下。治法：拟辛开苦降，佐以芳香淡渗之味。处方：佩兰叶10g(后下)，藿香10g(后下)、杏仁10g、淡豆豉10g、法半夏10g、黄芩10g、木香6g、马尾连10g、前胡6g、大腹皮10g、炒麦芽10g、栀子6g。3剂，水煎服。忌食腥荤、甜膩。二诊：10月4日。服药后热势稍减。因湿热之邪难以速祛，故再守原方服药4剂，以冀全功。三诊：10月7日。体温已退至37.1℃，唯觉颈部痠痛。继服原方药2剂，遂诸症若失，于10月12日痊愈出院。(摘自耿鉴庭医案)

【病案3】杨某某，女，19岁。主诉：1个月前曾患肠伤寒，愈后2周再度发热，血培养检出伤寒杆菌。复经西医治疗周余，但高热(40~41℃)持续不退。诊查：现症脘闷纳呆，渴不欲饮，多汗，恶心；腹泻水样便，每日3~4次；鼻衄，尿黄，心悸，失眠；苔白腻心垢，脉濡数，左关略强。辨证：证属气分湿热，秽浊阻中。治法：治拟清热渗湿，辟秽畅中，予芳化淡渗、清热祛湿之品。处方：金银花15g、佩兰叶12g、淡竹叶5g、茯苓20g、薏苡仁18g、厚朴10g、白蔻仁10g、滑石12g、炒白茅根15g。服药1剂后，体温由40.3℃降至38℃，但腹仍闷胀，上方去金银花、淡竹叶，加木香5g、白扁豆12g、炒麦芽15g，再服药1剂。此后体温未超过37℃，苔转薄白，脘闷腹胀减轻，胃纳增加，仅大便微溏，四肢无力。改予参苓白术散善后，4剂痊愈(摘自张震医案)。

(4) 流行性乙型脑炎。

流行性乙型脑炎（简称“乙脑”）与中医暑温病相近，现代临床研究认为，暑温系夏月感受暑热邪毒所致，其病位主要在肺胃，又涉及心包、肝、脾、肾，有发病急、热势盛、变化速、易出现逆传变化的特点。《内经》对暑病发病季节和临床特点有相关论述，如“后夏至日者为病暑”（《素问·热论》），“因于暑，汗，烦则喘喝，静则多言”（《素问·生气通天论》）。临床实践中，根据暑温的理法方药指导治疗流行性乙型脑炎可取得较好的疗效。中医药治疗“乙脑”始于20世纪50年代。1954年由河北省石家庄市治疗34例，无1例死亡；继之1955年治疗20例，又获得优良效果。中医对“乙脑”的治法，可概括为辛凉透表、清热解毒、清心开窍、镇肝熄风、祛湿化浊、涤痰、泻下、养阴等八法。何世英等系统观察治疗本病362例，死亡率平均为2.8%。具体治法如治疗高热、惊厥用安宫牛黄丸或至宝丹；湿热郁结予温通开窍法；呼吸微弱不整或衰竭者，除用西药及吸氧外，予鼻饲苏合香丸；痰粘稠者配猴枣粉。恢复期湿浊未尽，肝肾阴虚者，分别予化湿通络，滋阴养血法，并用针灸、按摩、理疗、体疗等综合调治，疗效颇为显著。^[1]

【病案1】曾某某，男，7岁。初诊：1975年8月。主诉：西医诊断为乙脑重症。诊查：症见高热，嗜睡，烦渴无汗，有时抽搐，大便闭结。舌红苔黄，脉弦滑数。辨治：此乃表里同病，法当清暑解表，经腑并治。处方：柴胡12g、香薷6g、大黄9g、金银花20g、大青叶30g、条芩10g。服上方药2剂高热退、便通神清、渴解。予银翘白虎汤善后。处方：金银花20g、连翘12g、生石膏45g、知母12g、大青叶20g。药尽3剂而安。

[按语] 本例为表里经腑同病。便闭、口渴、苔黄，乃里热实证。高热应有汗，今无汗乃表邪郁遏。设只见里热实证一面，而斤斤于清热泻下，不敢佐以解表之品，则里虽通而表复闭，势必热愈高而神昏抽搐；反之，

[1] 何世英. 乙脑的中医治疗体会 [J]. 天津医药, 1980 (7): 422.

若见高热无汗而忽视里证，仅着重解表发汗，则表虽解而里热愈。终非两全之计。既系表里经腑同病，则必表里经腑并治，庶能两全（摘自肖俊逸医案）。

【病案2】熊某某，女，30岁。初诊：1981年8月28日。主诉：7月28日自觉“感冒”，皮肤灼热。3天后感全身麻木，烦躁不安，心慌心跳，步态不稳，于8月22日来院就诊，收入住院。入院后出现发热，呕吐，小便失禁，进行性精神障碍，继而神志昏迷。经西医检查，诊为病毒性脑炎、病毒性心肌炎。使用脱水剂、激素、抗生素等药物对症及支持疗法，病情无好转，仍发热神昏，并呕吐咖啡色液体，送检隐血（++），为上消化道出血征象，病情危重。诊查：患者发热面赤，神昏不语，牙关紧闭，颈项强直，右上肢痿瘫，小便失禁，大便七日未解。撬口察舌，舌质红、苔薄白腻，脉弦大数时有间歇。向其家属详询发病情况：患者病前曾游泳，当日又犯房事，翌日感头痛，全身灼热。辨证：根据发病季节、起病情况及临床症状综合分析，炎夏盛暑，入水游泳，暑热外干；房事之后，肾精亏虚，暑邪乘虚内窜厥少两经，灼伤气阴，引动肝风。治法：病情危重，虚实夹杂，治宜清心凉营，开窍熄风，佐益气阴。处方：晒白参15g、郁金12g、莲子芯5g、石菖蒲9g、连翘9g、生栀子10g、竹茹2团、麦冬15g、北沙参15g、生槐角15g、生甘草5g、安宫牛黄丸2丸、局方至宝丹1丸。均分2次鼻饲，每日1剂。3剂后病情显著好转，体温渐降，面赤已退，神志较清，牙关不紧，目向右斜视，亦能短时间左视，语言謇涩，右上肢稍能活动，遗尿稍有感觉，但大便仍未解，舌红苔薄白，脉弦仍有间歇。病有转机，宗前方出入又服药3剂。药后神清热微，语言清晰，口干引饮，右侧肢体活动不灵，大便干结，小便已不失禁。此乃余热未净，肝风未熄，津气两伤，筋脉失养之候，继用清热平肝、益气养阴、舒筋通络之剂。处方：晒白参15g、生石膏18g、全蝎9g、双钩藤10g、连翘9g、金银花18g、北沙参18g、玄参15g、郁金12g、石菖蒲9g、生甘草3g。上方出入连服药13剂，病情逐日好转，已能起坐及下床活动，唯留右肢活动欠灵，下肢乏力，

后以补益肝肾，强壮筋骨，益气活血通络法调理三月，后遗症悉除而康复出院。

【病案3】凌某某，女，27岁。初诊：1971年8月。主诉：自诉妊娠将届产期，低热不退，不以为意，照常工作。产后继续发热，已持续50余天，时高时低，高时达39℃，多为午后潮热，睡后渐退，伴有恶风，无汗，形疲神怠，周身痠痛，饮食减少，大小便如常。诊查：脉濡数，舌质暗红，苔灰白而薄。辨证：此属暑湿内伏，兼感风邪。治法：治宜消暑化湿，疏风清热。处方：土茵陈20g、白薇12g、神曲9g、黄芩6g、草果皮5g、南豆衣15g、荆芥穗5g、薄荷3g（后下）、茯苓25g。水煎温服，连服3剂。1剂后周身微汗，发热渐退；2剂恶风亦罢；3天后各症俱解，精神转好。继用前方，连服6剂，以巩固疗效。（出自刘赤选医案）

【病案4】宋某，男，13岁。主诉：患儿发热头痛5天，体温高达40℃，全身无力，不思饮食，汗多，曾呕吐两次均是食物残渣，精神越来越差，故于8月4日入医院治疗。入院体检：体温40℃，热性病容，神志尚清，心肺正常，腹软无压痛，颈项强，克氏征（±），布氏征（±）。脑脊液检查：压力不高，常规检查（-），培养（-）。血常规检查：白细胞计数 $6.3 \times 10^9/L$ ，有流行性乙型脑炎接触史。西医诊断：流行性乙型脑炎？8月5日应邀初诊。诊查：发热头痛，微有恶寒，心烦，自汗，面垢，食纳呆，尿赤少，大便溏薄，日1~2次，舌苔黄腻，脉象濡缓。辨证：内蕴湿热，外受暑邪，暑湿交蒸。治法：芳香化浊，清利湿热。处方：藿香10g、佩兰10g、蔓荆子10g、薏苡仁10g、滑石12g、甘草6g、荷叶10g、车前子10g、赤茯苓16g、淡竹叶5g。二诊：服上方药3剂，发热头痛便溏诸症均瘥，精神好转，饮食增加，颈项活动自如，克氏征（-），布氏征（-）。舌苔微黄而腻，脉和缓。暑温得解，以原方出入。处方：藿香10g，佩兰6g，陈皮5g，薏苡仁10g，蔓荆子10g，六一散10g，赤茯苓10g，枳壳5g，荷叶10g。服用3剂。三诊：诸症基本控制，唯苔黄而腻，湿热尚未清彻。再以调中运脾化湿之剂以善其后。8月16日痊愈出院。（摘自董建华医案）

2. 指导疟疾的治疗

疟疾，是感受疟邪、瘴毒引起的一类疾病，病位在少阳半表半里，以寒热往来，反复发作为临床特征。《素问·疟论》和《素问·生气通天论》有专篇对疟疾的病因、证候、治法作详细的论述，如“痲疟皆生于风”“夏伤于暑，秋为痲疟”，均提示疟病之发与风、暑二邪有关，流行季节多在夏秋；治疟提倡避开发作的高峰期，“方其盛时，必毁，因其衰也，事必大昌”；多用针刺截疟，“先其发时，如食顷而刺之，一刺则衰，二刺则知，三刺则已”；还试用独特的束肢法，“阴阳之且移也，必从四末始也”“故先其时坚束其处，令邪气不得入，阴气不得出，审候见之，在孙络盛坚而血者，皆取之”；若见气血大虚者，即“疟脉缓大虚，便宜用药，不宜用针”，当进补药调治。《内经》针刺及药物治疗疟疾，为后世医家提供针药并施的宝贵经验。经过长期临床实践和现代药理研究，运用中医药青蒿、徐长卿、何首乌治疗疟疾取得丰硕成果，尤其是青蒿的制剂是目前用于临床治疗各种抗疟中药中起效最快的一种，其抗疟作用比奎宁更为优越。

3. 指导非典的治疗

华北五省及广东省在2003年6月召开的中西医结合防治SARS学术会议总结指出，2002年中医与瘟疫不期而遇，即该年11月开始在广东省流行的非典型肺炎（以下简称“非典”）。引起这次“非典”的病原体是新型的冠状病毒，称SARS病毒，其传染性很强，在短短的时间之内就蔓延到全国的大部分地区和世界许多国家，几百名患者被夺去了生命。会议认为“非典”当属于中医瘟疫的范畴，与《素问·刺热》所说“肺热病者，先淅然厥，起毫毛，恶风寒，舌上黄身热。热争则喘咳，痛走胸膈背，不得太息，头痛不堪，汗出而寒”的症候表现十分相似，《素问·刺法论》中更明确瘟疫流行的特点是“五疫之至，皆相染易，无问大小，病状相似”。对突然袭来的非典型肺炎，抗生素治疗完全无效，亦

缺乏特效的抗病毒西药，以广东的中医专家为代表，他们运用传统的温病学理论辨证施治，在减轻症状、缩短疗程、控制病情、减少病死率、撤减激素等方面，都取得了比对照组优越的疗效，获得举世公认的良好效果。如在发病后十余天的高热期，选择运用针灸、膏摩、饮散、服汤等治法，能获“体若燔炭，汗出而散”的佳效；辨证施用和解少阳、表里双解、清气凉营，通腑泻热之方剂都可退烧；尤其是在呼吸衰竭或者在呼吸窘迫的危重期，使用“通腑泻热”或者“回阳救逆”的方法，能降低病死率；而在非典期间使用大量激素造成内分泌失衡及病后的肺纤维化等后遗症，经中医药调治亦可以善其后。

二、《内经》咳病证治特色及医案选

《素问·宣明五气论》记载，“五气所病……肺为咳”，说明咳嗽病位在肺，乃肺系常见病证。《内经》有《素问·咳论》专篇论咳之外，还有 37 篇涉及咳之病症。咳之成因有六淫外邪侵袭，内伤寒冷饮食以及由五脏六腑病传所致。咳嗽病在肺，但可波及五脏六腑，反之，五脏六腑有病亦可影响于肺而为咳，故咳病有六淫咳及五脏六腑咳的辨证分型。其传变规律除外邪袭肺之外，又有由脏传腑及三焦传变两端。“治脏者治其俞，治腑者治其合，浮肿者治其经”是咳病针刺治疗法则。

（一）咳证的病因

1. 六淫邪气致咳

肺主气，与自然界大气相通；肺又主皮毛，皮毛为一身之藩篱，风、寒、暑、湿、燥、火之邪无不从表而入，四时气候异常变化最易影响到肺。咳病一般是肺脏受邪，肺气上逆的病理反映。咳的主要病因为风寒之邪，如“感于寒则受病”“皮毛先受邪气”，而“皮毛者，肺之合也”（《素问·咳论》），邪气由表及里内舍其合以伤肺。《内经》中除以上提到的寒邪之外，还有其

他邪气致咳的记载。如《素问·生气通天论》的“秋伤于湿，上逆而咳”是伤于湿；《素问·气交变大论》的“岁火太过，炎暑流行，肺金受邪……少气咳喘”是伤于暑；《素问·至真要大论》的“少阴司天，热淫所胜……寒热咳喘”是伤于热；“少阳司天，火淫所胜，则温气流行……咳，唾血……病本于肺”，“疮疡咳唾血……病本于肺”是伤于火；《素问·至真要大论》的“阳明司天，燥淫所胜，……咳”和《素问·气交变大论》的“岁金太过，燥气流行……甚则咳喘逆气”；“岁木不及，燥乃大行……上胜肺金……咳而觶”是伤于燥；《素问·风论》的“以秋庚辛中于邪者为肺风……肺风之状，多汗恶风……时咳短气”是伤于风，说明六淫邪气皆能致咳。外邪致咳，湿、热、火、燥、风诸邪皆是不可忽视的致病因素，而寒邪是主因，风邪则常为致病的先导，即《素问·生气通天论》的“故风者，百病之始也”，《素问·风论》的“故风者，百病之长也”之意。因而在临床上咳嗽往往多兼风邪为病而出现风寒、风热及风燥等不同类型咳嗽。如《素问·玉机真脏论》记载的“今风寒客于人，使人毫毛毕直……当是之时，可汗而发也……弗治，病入舍于肺，名曰肺痹，发咳上气”的风寒袭肺致咳；《素问·刺热》记载的“肺热病者，先淅然厥，起毫毛，恶风寒，舌上黄，身热，热争则喘咳”的风热伤肺致咳等均属此类。经文还指出了不同季节有不同的异常气候，但都可影响肺而致咳，说明肺脏对季节时邪的易感性。

2. 五脏各以其时受病，非其时，各传以与之

人是一个有机的整体，五脏在其旺时主持一身，其气亦敷布于一身，当时邪气侵入人体时，邪气首先与人身主时之脏气相接触，使该脏受伤而发病。一旦得病，本脏病可传至他脏，《素问·咳论》记载，“五脏各以其时受病，非其时，各传以与之”，意思是它脏有疾累及于肺，也能导致肺失宣降发为咳嗽，故有“五脏六腑皆令人咳，非独肺也”之说。《内经》内伤咳嗽之病因，如《素问·示从容论》指出，“咳嗽烦冤者，是肾气之逆也”，为内伤肾阴，虚阳之气上浮扰肺致咳。《素问·至真要大论》记载的“咳衄

嗑塞，心膈中热，咳不止而白血出者死”，是热伤肺阴，肺燥阴虚致咳。《素问·痹论》说的“脾痹者，四肢懈惰，发咳呕汁”，此为内伤饮食，脾虚不能资肺而致咳。临证诸如脾虚生湿，湿痰蕴肺；肝火上冲，气逆犯肺；肾虚水犯，水寒射肺；肾阴亏虚，子盗母气；胃寒停饮，饮邪迫肺等。诚如《黄帝内经素问集注》记载：“肺主气而位居尊高，受百脉之朝会，是咳虽肺证，而五脏六腑之邪，皆能上归于肺而为咳。”咳嗽的病因，诚如张介宾所说：“盖咳有内伤外感之分，故自肺而传及五脏者有之，自五脏而传于肺者亦有之。如风寒暑湿伤于外，则必先中于皮毛……此则自肺而后传于诸脏也；劳欲情志伤于内，则脏气受伤……此则自诸脏而后传于肺也”，“外感之咳，其来在肺，故必由肺乃及它脏，此肺为本而脏为标也；内伤之咳，先因伤脏，故必由脏乃及肺，此脏为本而肺为标也”。后世则将咳嗽的病因主要分为两大类，一为外感，二为内伤。外感由六淫邪气所致，内伤由脏腑功能失调所致，其中外感以风寒之邪为多见，内伤中由饮食所伤，中焦失运，痰湿蕴肺为多见。由此可见，《内经》中提出的外感寒邪和内伤生冷影响肺胃导致咳病两大因素的观点是值得重视。

3. 内外合邪致咳

《素问·咳论》指出：“皮毛先受邪气，邪气以从其合也。其寒饮食入胃，从肺脉上至于肺，则肺寒，肺寒则外内合邪，因而客之，则为肺咳。”《灵枢·邪气脏腑病形》也有相似论述，如“形寒寒饮则伤肺，以其两寒相感，中外皆伤，故气逆而上行”。《灵枢·百病始生》亦指出，“重寒伤肺”。形寒是指以寒邪为代表的外感邪气，饮冷是指过度食用寒凉生冷的饮食，若是先有寒饮食入胃，上传于肺，则肺气失于宣降。肺气失宣，则皮毛及口鼻抗邪力减弱，易感外邪；或者寒饮食伤胃，上传于肺，则肺寒，同气相求，内有肺寒则易招致外寒入侵。这样内外合邪于肺，导致肺气失调，宣降失职，上逆则为咳。

4. 咳与感邪轻重的关系

咳病的发生不但与感邪内外、性质有关，而且与感邪轻重有关。邪轻病轻，邪重病重。如《素问·咳论》记载的“感于寒则受病，微则为咳，甚则为泄、为痛”，微即感邪较轻，病在肺脏，仅为咳嗽，甚即感邪较重，邪犯部位深在。他脏受邪波及于肺或肺脏有病影响他脏，症状复杂，故有痛、泄之兼症。如张介宾的《类经·疾病类》曰：“邪微者，浅而在表，故为咳。甚者深而入里，故为泄为痛。”

（二）咳证的病机

咳病一般是肺脏受邪，肺气上逆的病理反映，但肺脏有病久咳不愈亦可以并发他脏疾患。而肺所受之邪，可由六淫外感传入，也可由五脏六腑受病后脏邪内传所致，最终导致肺气上逆而咳。

1. 皮毛先受邪气，邪气内传于肺致咳

《素问·咳论》说的“肺之令人咳”，《素问·宣明五气篇》说的“肺为咳”，《素问·脏气法时论》说的“肺病者，喘咳逆气”《灵枢·五邪》说：“邪在肺……咳动肩背”，均说明外邪侵犯皮毛，邪气内传于肺，致使肺气失调，宣降失职，气上逆而为咳。

（1）风寒客肺，是导致咳嗽之主因。

肺为娇嫩清虚之脏，肺主皮毛，鼻为肺窍，若外感寒邪，“皮毛先受邪气”（《素问·咳论》），或邪气从口鼻伤人，由表及里，内舍其合，传之于肺，致宣降失司，肺气上逆而咳。

（2）湿邪致咳。

秋气通于肺，外湿内侵，阻滞肺气，影响肺之宣肃而发生咳嗽。亦有邪伏于里而不病，至冬季感受时令之邪，内外合邪，致肺失宣肃而发病。

(3) 火热之邪致咳。

火运太过或少阴、少阳司天之年，炎暑火气流行，亢火熏灼肺金，肺失宣降而致咳。

(4) 燥邪致咳。

岁金太过或木运不及之年，燥气流行，肺喜润而恶燥，燥邪犯肺，耗伤肺津，肺失润降而咳。

2. 五脏六腑皆令人咳

肺为华盖，主诸气，司呼吸，合皮毛，朝百脉，五脏六腑皆通过经脉与肺相连，因此，咳嗽虽发自肺，但由于肺与其他脏腑在生理上相互联系，病理亦会相互影响，故咳病并非只见肺脏疾患，它脏有疾累及于肺，即能导致肺失宣降而发为咳嗽。临证诸如脾虚生湿，湿痰蕴肺；肝火上冲，气逆犯肺；肾虚水犯，水寒射肺；肾阴亏虚，子盗母气；胃寒停饮，饮邪迫肺等。诚如张志聪《黄帝内经素问集注》说的“肺主气而位居尊高，受百脉之朝会，是咳虽肺证，而五脏六腑之邪皆能上归于肺而为咳”，最终使肺的宣降失职而发为咳证。故《素问·咳论》说：“五脏六腑皆令人咳，非独肺也。”

3. 此皆聚于胃，关于肺

“此皆聚于胃，关于肺”（《素问·咳论》），是对咳嗽病机的高度概括。肺、胃与咳的关系可从以下几方面来分析：其一，肺之经脉，“起于中焦，下络大肠，还循胃口”（《灵枢·经脉》），肺胃同有主降之特性，所以胃独自受邪或接受五脏六腑内传聚于胃的邪气，均可使胃失和降并可通过肺脉使邪气上传于肺，使肺气不降而发为咳嗽。其二，胃为五脏六腑之海，与脾同居中焦，为气血化生之源。若脾胃运化失司，气血化生乏源，一方面可导致土不生金，使肺之气阴不足，宣降失常而病咳；另一方面，由于营卫之气不充，卫外御邪能力减弱，则易使外邪侵犯皮毛，内舍于肺而发为咳嗽。其三，胃主纳，脾主运，若脾胃受伤，水津失运，亦可酿湿生痰成饮，痰饮上逆于肺，亦可

生为咳嗽。这些均说明咳病与肺胃两脏关系尤为密切，正如陈修园在《医学三字经》中强调：“《内经》虽分五脏诸咳，而所尤重者，在‘聚于胃关于肺’六字。”其歌诀谓：“气上呛，咳嗽生……肺最重，胃非轻。”故咳与肺胃的密切关系，成为后世“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”的理论之源。

（三）五脏六腑咳的临床特征

1. 五脏咳的临床特征

五脏咳证，是邪犯各脏及其经脉，导致各脏功能及所属经脉气血逆乱，并影响于肺所致。临床表现为以咳为主症，还兼有相应内脏功能失常及经络气血失调的证候。如肺主司呼吸，肺咳之症见咳而喘息有音，甚则唾血；心主血脉，心脉上挟咽，故心咳之症为咳而心痛，咽肿痛，梗塞不利；肝主疏泄，肝经布胁肋，肝咳之症见咳而两胁疼痛，甚则不可以转，转则两胁肋部满闷；脾气运化，脾经上膈挟咽，气行于右，脾咳之症见咳嗽，右肋下痛而引肩背；肾主水，其经贯脊属肾入肺中，腰为肾之府，肾咳之症见咳而多涎，腰背引痛。

2. 六腑咳的临床特征

六腑咳证，是由五脏咳久不愈，按脏腑表里相合的关系传变而成，是五脏咳病变的进一步加重，其临床表现以该腑功能失常为特征。例如，胃失和降，胃气上逆则咳兼呕吐，甚则呕吐蛔虫；胆气上逆则咳呕胆汁；小肠传化失职则咳而失气；大肠传导失职则咳而伴大便失禁；膀胱失约则咳而遗溺；三焦气化不利则咳兼腹部胀满，不思饮食。

（四）咳病的传变规律

1. 由脏及腑传变

关于咳证的传变，《素问·咳论》提出“五脏之久咳，乃移于六腑”的

观点。姚止庵在《素问经注节解》中注：“脏腑本相配，病久则传变，日远日多，愈久愈重。移者，蔓延之意，言脏病移及于腑也。”张介宾在《类经》中注：“五脏之久咳不已，则病及于腑，皆各因其合而表里相移也。”杨上善在《黄帝内经太素》中注：“五脏之咳，近者未虚，久者传为六腑咳也。”以上均说明由于脏腑经脉表里相合，五脏久咳不愈，邪气可通过相应的经脉蔓延移至六腑，而致六腑咳。从五脏咳和六腑咳的临床症状分析，五脏咳主要是由五脏病变而波及于肺，属咳证初期，是各脏经脉气血失常导致经气逆乱为主要病机，故症候表现为咳兼“痛”；六腑咳是咳嗽日久不愈由脏咳转移而来的后期阶段，病情进一步发展，导致六腑气化失常，表现出气虚下陷，不能收摄的病机特点，故以咳多兼“泄”为主要表现。所以《素问·咳论》有“微则为咳，甚则为泄、为痛”之说，反映了咳病的传变是由脏及腑，六腑咳属脏腑同病，是病情转重的特殊传变规律。

2. 三焦传变

此外，咳病还具有三焦传变的规律。如《素问·咳论》指出：“久咳不已，则三焦受之，三焦咳状，咳而腹满，不欲食饮……使人多涕唾而面浮肿气逆也。”咳病初期邪仅伤肺，继则子病及母，脾失健运，故腹满不欲饮食，病情深入发展后，由脾及肾，痰多咳喘并见而气逆，三脏功能失常，水湿泛滥则见浮肿。

（五）咳证的治疗法则

1. 脏腑咳的分证辨治

《素问·咳论》提出咳证总的针刺治疗原则为“治脏者治其俞，治腑者治其合，浮肿者治其经”。所谓俞、合、经，是指十二经脉之“五输穴”而言，五脏咳取其相应的俞穴刺治，六腑咳取其相应的合穴刺治，久咳兼见浮肿者，针刺宜取相应经穴以疏通经络，使气血和调，水肿消退。马蒨在《黄

帝内经素问注证发微》中注：“五脏俞穴者，肺俞太渊，脾俞太白，心俞神门，肾俞太溪，肝俞太冲是也。六腑合者，大肠合曲池，胃合三里，小肠合小海，膀胱合委中，三焦合天井，胆合阳陵泉是也。若脏腑之咳而面皆浮肿，则随脏腑之经穴而各分治之：肺之经穴经渠，大肠之经穴阳溪、胃之经穴解溪，脾之经穴商丘，心之经穴灵道，小肠之经穴阳谷，膀胱之经穴昆仑，肾之经穴复溜，心包络之经穴间使，三焦之经穴支沟，胆之经穴阳辅，肝之经穴中封是也。”这种辨证分经取穴的原则，虽然简单，但却为咳病的辨证论治指明了方向。后世医家在《内经》针刺治疗基础上，创制了不少颇具成效的方药。如王肯堂在《证治准绳·杂病》中提出：肺咳，用麻黄汤。心咳，用桔梗汤；肝咳，用小柴胡汤；脾咳，用升麻汤；肾咳，用麻黄附子细辛汤；胃咳，用乌梅丸；胆咳，用黄芩加半夏生姜汤；大肠咳，用赤石脂禹余粮汤、桃花汤；小肠咳，用芍药甘草汤；膀胱咳，用茯苓甘草汤；三焦咳，用钱氏异功散。”林佩琴在《类证治裁》中指出不同季节治疗咳病的用药规律，如“以四时论之，春季咳，木气升也，治宜兼降，前胡、杏仁、海浮石、瓜蒌仁之属；夏季咳，火气炎也，治宜兼凉，沙参、花粉、麦冬、知母、元参之属；秋季咳，燥气乘金也，治宜清润，玉竹、贝母、杏仁、阿胶、百合、枇杷膏之属；冬季咳，风寒侵肺也，治宜温散，苏叶、川芎、桂枝、麻黄之属”。这种分证辨治方法，很好地阐述了《内经》五脏与咳病关系的理论，也为后世脏腑辨证提供了范例。

2. 咳之“聚于胃，关于肺”对治疗的启示

《素问·咳论》提出了“此皆聚于胃，关于肺”的重要理论，亦为后世医家治疗咳证开启了思路，遣方用药也多宗于此。如根据这一论点提出“肺为贮痰之器，脾为生痰之源”之说，并在治疗上运用培土生金、健脾化饮之法治疗咳证，收到良好疗效；还根据“使人多涕唾而面浮肿气逆”的证候描述，咳病日久可见浮肿之象，临床是为外寒内饮之邪气壅闭肺胃使然，与《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》所述“咳逆倚息，短气不得卧，其

形如肿”的支饮病证相符。张仲景在治疗的方剂中，如小半夏汤、小半夏加茯苓汤、厚朴大黄汤、泽泻汤、葶苈大枣泻肺汤、小青龙汤等，亦无不从肺胃着手。再观临床由肺胃所致咳嗽是最常见的咳嗽，除上述治饮之方外，清燥救肺汤、麦门冬汤、沙参麦冬汤等，也都是咳病治在肺胃的常用方剂。可见“此皆聚于胃，关于肺”这一咳病辨治纲领的提出，确为后世对咳病的治疗，起到了执简驭繁的作用。“聚于胃，关于肺”还为咳证的预防提供了理论依据，如外避虚邪贼风，以防形寒伤肺；内调饮食，忌食生冷寒凉，以免胃寒伤肺，不使“外内合邪”，则可减少咳病的发生。

（六）咳证的临床应用

历代医家在《素问·咳论》“五脏六腑皆令咳，非独肺也”理论的指导下，根据脏腑咳的分证，各立治法，各出方药，创立了很多颇有疗效的方药，并取得了很好的疗效。

1. 治肺咳

《素问·宣明五气》提出“肺恶寒”，《灵枢·邪气藏府病形》提出“形寒寒饮则伤肺，以其两寒相感，中外皆伤，故气逆而上行”致肺咳等观点。临床中由外寒袭肺引起的咳嗽十分常见，而由寒饮伤肺所致的咳嗽常被病家、医家所忽略。故治疗外内合邪而致肺寒为咳者，宜“散寒治其标，温里治其本”（程应旸《伤寒论后条辨》）。喻嘉言亦认为，“形寒寒饮伤肺，当以小青龙汤治疗”，而问题的关键是必须“忌寒饮”，《内经》训示，决非虚语。

【病案1】某患儿，每遇季节变化，寒潮来临，必罹感冒咳嗽，五六年来的每值秋冬、初春总因发病而住院治疗。迨及近来，偶或微风吹拂，即有咽痒欲咳，稍涉户外，必里外包裹严实，倍加小心，但仍不能防患或根除咳疾。刻诊：患儿喜食冷饮，食欲不振，形体羸瘦衰弱，咳嗽鼻塞流涕，舌苔薄白，脉来细弱常滑。辨证：此由“形寒寒饮”伤肺，《咳论》所谓“外内合邪”所致。嘱切忌寒饮，凡欲饮必以温热开水。治法：治宜温化寒邪，

宣肃肺气。处方：生麻黄 6g、细辛 3g、干姜 4.5g、制半夏 9g、牛蒡子 9g、炙紫菀 9g、款冬花 6g、苍耳子 12g、黄芪 5g、炒防风 6g、炒白术 9g、大枣 5 枚。7 剂后咳缓解，鼻塞改善，再服 7 剂咳停，食欲增加，改拟香砂六君子汤加干姜、细辛、黄芪、苍耳子等调治 3 个月，翌年秋冬咳疾未发，形体渐丰。^[1]

【病案 2】周某某，男，35 岁。自诉咳嗽有数年，时作时止，近届秋凉，因起居不慎，外感风寒，见气喘咳嗽，痰多而稠，难以咯出，心烦，口渴欲饮，苔薄白微黄，六脉浮数。治法：治宜外散寒邪，内清郁热，表里两解。拟麻杏甘石汤加味。处方：麻黄 6g、生石膏 24g、杏仁 9g、甘草 3g、竹茹 3g、毛化红 6g、川贝粉（分 3 次吞服）6g。3 剂，每日 1 剂，水煎，分 3 次服。服药 3 剂，喘咳大减。继以清肺豁痰之剂，调理数日而愈。按：《素问·咳论》记载，“皮毛者，肺之合也。皮毛先受邪气，邪气以从其合也。其寒饮食入胃，从肺脉上至于肺则肺寒，肺寒则外内合邪，因而客之，则为肺咳”。本案系外感咳嗽，初因凉风外袭，现已伏热内蒸，寒邪包热，壅阻肺经，故喘而咳嗽，虽外无大热，而里热甚炽，寒包热咳嗽。麻杏甘石汤本非治咳之剂，但其药理甚合本案咳嗽病机，故加味用之而病得愈。

2. 治大肠咳

《素问·咳论》指出，“肺咳不已，则大肠受之，大肠咳状，咳而遗矢”。如患者大便素常偏干，久咳之余，大便反见失禁，是为热邪壅闭肺气，宣降失常，影响大肠的传导功能所致，此“肺咳不已，大肠受之”之证也。故急当清泄肺热，使热清气平而咳止，肺气一通，则大肠自不受邪扰。用麻杏甘膏汤加味，清宣肺热，疗效可观。大便干时，又用宣白承气汤，其旨总在肺与大肠并调，上下表里同治而病愈。

【病案 1】周某某，女，57 岁。1989 年 9 月 6 日初诊。自诉咳嗽二十余日，

[1] 王庆其. 内经临证发微·形寒寒饮则伤肺. 上海中医药杂志, 1998, (7): 13.

痰多而黏稠，汗出微喘。患者平素大便偏干，四五日一行。今者咳甚之时，反见大便失禁自遗。问小溲则称频数而黄。舌红苔滑，脉来滑数。辨证：证属热邪犯肺，肺与大肠相表里，肺热迫其津液使大肠传导失司，则见失禁之象。治法：治宜清热宣肺止咳为要。处方：麻黄 5g、杏仁 10g、炙甘草 6g、生石膏 30g、芦根 30g、葶苈子 10g、枇杷叶 15g、竹茹 15g、薏苡仁 30g。服药 7 剂，咳嗽之症大减，遗矢之症已愈，口又见干渴，大便转为秘结，乃与宣白承气汤：生石膏 20g、杏仁 10g、瓜蒌皮 12g、大黄 2g、甜葶苈 10g、天花粉 10g、枇杷叶 10g、浙贝母 10g。3 剂而病愈^[1]。

【病案 2】罗某，咳喘反复 12 年，每到冬春季易发。虽经多方诊治，应用宣肺祛邪、止咳化痰、补气敛肺、培土生金等法皆不效。近日咳喘阵作，胸满痰多，闻及痰鸣音，咳甚则气不得续，伴大便失禁，畏寒肢冷，舌质淡胖边有齿印，苔白，脉沉弱，尺部尤甚。辨证：据《素问·咳论》记载“肺咳不已，则大肠受之，大肠咳状，咳而遗矢”，此乃久咳致肺气虚寒，肺与大肠相表里，肺虚累及大肠，大肠传导失职，失于收摄所致。治法：治宜补肺肾兼化痰固涩，予参蛤散合桃花汤加味。处方：红参 6g、蛤蚧 10g、法半夏 10g、川贝 8g、五味子 10g、杏仁 10g、赤石脂 10g、干姜 4g、罂粟壳 10g、肉豆蔻 10g、乌梅 3g、甘草 6g。连服 7 剂。服药后咳减，偶见遗便，守方加减治疗月余，便调、咳愈、喘平而收功。（摘自《内经临证发微》343 页）

3. 治膀胱咳

根据《素问·咳论》的脏腑分证，膀胱咳为肾与膀胱脏腑俱病。咳而遗尿，是肾虚不能纳气归元，膀胱虚而失于气化固约所致。腰为肾之外府，肾虚则腰背相引而痛。又面色萎浮，可知脾亦不足。故治用益肾纳气，辅以宣肺降气，清肺化痰，配以健脾培土生金而收功。

【病案】郑某某，男，50 岁，1962 年 2 月 23 日就诊。自诉咳嗽月余，

[1] 陈明，刘燕华，李方. 刘渡舟验案精选：第二版 [M]. 北京：学苑出版社，2007：17-18.

日日服药，未能奏效。刻诊：痰黄不易咳出，咳而遗尿，腰府作痛，面色萎浮，舌苔微黄，脉沉细。处方：菟丝子 9g、核桃仁 9g、旋覆花 3g（包）、玉苏子 9g、信前胡 3g、嫩白薇 9g、海蛤粉 9g（包）、广郁金 3g、南沙参 9g、合欢花 15g、制苍术 3g、炙甘草 3g、净麻黄 0.3g、小红枣 3 个。服药 3 剂后，咳嗽基本痊愈，腰痛遗尿消失，唯觉头昏（夙恙），故原方增入平肝之白蒺藜 9g。^[1]

4. 治肝咳

《素问·咳论》云：“肝咳之状，咳则两胁下痛，甚则不可以转。”指出咳而两胁胀痛，正是肝咳的典型症状。黛蛤散为治肝咳的有效方剂，又因青黛、木瓜两药配伍亦善治疗肝咳之病，此法为前辈名老中医所传授，用之多有良效。

【病案 1】胡某，女，60 岁，1985 年 7 月 8 日诊。自诉咳嗽 20 余日，服止咳糖浆、甘草片等药无效。咳而少痰，两胁胀痛，口干苦，心烦，噎气多，胃脘不舒，二便尚调，脉弦滑，舌苔微黄。治法：证为肝热咳嗽，治以舒肝清热，宣肺止咳，以黛蛤散加味。处方：黛蛤散 12g（布包）、炒栀子 10g、黄芩 10g、木瓜 10g、龙胆草 10g、浙贝母 10g、杏仁 10g、天花粉 12g、赤芍 12g、青皮 8g、生甘草 10g。5 剂，水煎服，每日 1 剂，分 2 次服。病愈。^[2]

【病案 2】刘某某，男，56 岁，1983 年 3 月 24 日初诊。刻诊：初起寒热咳嗽，经治热退而恶寒未罢，顿咳，咯痰不爽，咳则胸闷气促胁痛，口渴引饮，纳便不常。脉浮小滑，舌尖红，苔灰黄边白。治法：拟越婢加半夏汤加减。处方：净麻黄 4.5g、生石膏 20g（先煎）、炙甘草 4g、制半夏 15g、光杏仁 10g、木防己 15g、生薏苡仁 15g、熟薏苡仁 15g、冬瓜子 12g、

[1] 董建华. 中国现代名中医医案精华：第一版 [M]. 北京：北京出版社，2002：192.

[2] 翟双庆，王长宇. 王洪图内经临证发挥 [M]. 北京：人民卫生出版社，2006：197-198.

桃仁泥 9g、干芦根 15g。2 剂。二诊：3 月 28 日，顿咳夜间较减，咳痰不畅，带有血丝，左胸痛，口渴引饮，尿多，大便量少。苔黄腻而干，脉弦小滑。恶寒已减，表邪渐化，痰饮化为痰热，肺失清肃。再拟清肺化痰。处方：桑叶皮各 10g、海蛤粉 18g（包）、生薏苡仁 15g、熟薏苡仁 15g、鲜芦根 1 支、南沙参 12g、全瓜蒌 15g、冬瓜子 15g、光杏仁 10g、木防己 15g、炒枳实 9g、云茯苓 12g、炒黄芩 9g、桃仁泥 9g。3 剂。三诊：4 月 1 日。顿咳痰多得减，但仍痰黄带血，咳时左胸引痛，口渴多饮。苔薄，虽黄腻但左前半得化，脉弦小滑。邪痰虽减未彻，肺络震伤，再拟清肺化痰补络法。处方：桑叶皮各 9g、南沙参 15g、地骨皮 15g、炒黄芩 9g、海蛤壳 24g、光杏仁 9g、赤白芍各 9g、茜草根 15g、云茯苓 10g、天花粉 10g、佛耳草 20g、冬瓜子 15g、茅芦根各 30g、生薏苡仁 15g、熟薏苡仁 15g。上方加减服药 14 剂，病愈。按：《素问·咳论》记载“肝咳之状，咳则两胁下痛，甚则不可以转”。本例咳而胸闷气促胀痛，正是肝咳的典型症状。^[1]

【病案 3】王某某，女，35 岁。初诊：1975 年 8 月 1 日。刻诊：素有慢性支气管炎，十年来时常咯血。昨起略有咳嗽，痰中带血甚多，胸闷痛，上身热，大便干燥，苔薄，脉细弦而数。辨证：此为肝火犯肺，灼伤阳络。治法：拟清肺平肝，和络止血，用泻白散合黛蛤散加味。处方：桑白皮 12g、地骨皮 12g、仙鹤草 30g、麦冬 10g、侧柏叶 10g、竹茹 10g、枇杷叶 12g（包）、白茅根 30g、制川军 10g、黛蛤散 15g（包）。7 剂。二诊：8 月 9 日。服药后咯血已止，胸闷痛、身热均减，大便亦转滋润。苔脉如前。再守原方。前方去竹茹，加郁金 10g，7 剂。按：《素问·咳论》记载，“肝咳之状，咳则两胁下痛，甚则不可以转”。本例咳而胸闷痛，正是肝咳的典型症状。患者十年来反复咯血，肺阳已虚，气失清肃，素体肝火偏旺，阴虚火扰，灼伤肺络，烁液为痰，故常见咳痰带血，胸痛身热。方用泻白散清肺热，麦冬养肺阴，黛蛤散平肝火佐以枇杷叶、竹茹润肺止咳化痰。因患者肺络损

[1] 董建华. 中国现代名中医医案精华：第一版 [M]. 北京：北京出版社，2002：192.

伤，此次咯血甚多，故方中又用仙鹤草、侧柏叶、白茅根凉血止血。二诊时咯血虽止而胸闷胸痛未除，故增郁金以解郁宽胸。^[1]

【病案4】易某某，女，30岁。患者咳嗽已月余，服中西药至今病仍未愈。病历记录：中药已服过祛风、散寒、清热、润燥之剂，西药曾内服镇静止咳药。诊查：证见咳嗽吐痰，早晚为甚。气上逆则咳剧，时作寒热，头晕胁痛，胸闷不舒，疲乏少食。口苦咽干，痰涎壅塞，咽喉间如物梗阻。面色欠华，神情抑郁。苔薄白，脉微弦。辨证：证属病久情志不舒，七情郁结，气郁生痰，肺道不利而咳，肝亦病也。治法：宜舒肝解郁，理气化痰为治。治法：拟逍遥散合半夏厚朴汤加味。处方：柴胡9g、当归9g、白芍9g、茯苓9g、白术9g、薄荷9g、紫苏叶9g、厚朴9g、法半夏9g、金钱橘9g、川贝母6g、甘草8克。6剂，每日1剂，水煎，分3次服。药后咳嗽气逆减，喉间如物梗感消失，饮食渐增，不作寒热。续服上方药4剂，嘱煎剂服毕，用逍遥丸五两，早晚吞服以调理善后。按：《素问·咳论》记载，“肝咳之状，咳则两胁下痛，甚则不可以转”。本案为肝郁气滞致咳，病由内发，为不足之证。咳久气虚，肺失清肃，金不制木，肝气上逆，故生痰致咳。木郁则达之，气滞则利之，故以逍遥散合半夏厚朴汤并进。二方功用，前者重在疏肝，后者重在理气，均非治咳之剂。本案咳嗽为肝郁气滞，二方疏肝理气实为对证之方，故服之病愈。凡治咳嗽，最要分清内外所因，及新病久病之异，若久而有郁，务必要开郁。^[2]

5. 治肺脾两虚咳

【病案】江某某，军人，1972年7月就诊。自诉常咳嗽，痰多质薄，病起逾20年。自1962年至1966年每当秋季辄发，伴咯血，色鲜红盈口，每日多次，历时数日或十数日，经治血能渐止。上年秋发病，西诊为支气管扩张症。刻诊：患者语声微，咳嗽痰多，气短胸闷，并不咯血，面色不荣，

[1] 董建华. 中国现代名中医医案精华：第一版 [M]. 北京：北京出版社，2002：192.

[2] 董建华. 中国现代名中医医案精华：第一版 [M]. 北京：北京出版社，2002：192.

纳食、二便尚可，脉细数，舌苔薄。脉证所见为久病肺虚。肺主气，宜益气健脾化痰法。治法：拟六君子汤加味。处方：太子参 15g、炒白术 9g、茯苓 12g、陈皮 6g、制半夏 6g、甘草 5g、冬虫草 3g、北沙参 12g、炒白苏子 9g、炙远志 6g。患者服药 10 剂后，咳嗽咯痰即趋休止，呼吸气平，胸闷消失，精神好转，随访 6 年病未发。按：治肺脾两虚咳，六君子汤益气健脾化痰，以五行论，具有“培土生金”“虚则补其母”之义。冬虫草、沙参益肺肾，苏子、远志降气化痰，有补肺祛痰之功，而无伤正之弊，肺气充沛，诸证乃消失。^[1]

6. 治肝旺脾虚咳

【病案】季某，女，4 岁。刻诊：顿咳经旬，咳时连声不断，目赤，面青，腰屈，甚则呛吐饮食，眼睑浮肿，情志易躁，脉弦数，舌质红，苔黄腻。处方：桑叶络 9g、桔黄芩 6g、生栀子 4.5g、南沙参 9g、麦冬 9g、双钩藤（后下）12g、白僵蚕 6g、全蝎 3g、桃仁 4.5g、山慈菇粉 1.2g。分 2 次冲服，3 剂。二诊：药后顿咳大减，咳势亦缓，已不呛吐，原方去栀子、全蝎、僵蚕，加川贝末（冲）1.5g、川百合 9g、碧玉散（包）15g，3 剂。三诊：痉咳已解，咳则一二声而已，嗽有痰声，黄苔尽退，治当补脾实肺，予参苓白术丸、补肺散化裁补之而痊。按：肝旺脾虚而生咳，本肝旺脾虚，痰湿内蕴，复感时气，交壅肺络，此天行顿咳之证也，仿钱氏泻青丸之意，予清金泄木法治之。（《中医杂志》1989（11）：19）

三、《内经》痹病证治特色及医案选

痹是《内经》研究的重大疾病之一，有 2 个专章，在 40 多篇 197 次的论痹内容中，从痹证发生的病因病机、传变规律、预后转归、辨证分类、治疗方法等方面均有周详的论述，是后世研究该病的基础和源头。

[1] 王庆其. 内经临证发微：第一版 [M]. 上海：上海可行技术出版社，2007.

（一）痹证的概念

“痹”之为病，其意义有三：一曰“湿病也”（《说文·疒部》），此说既禀先秦论“痹”（《荀子·解蔽》）旨意，又为《内经》所认可（《灵枢·贼风》），说明“湿邪”浸渍是生痹的主要原因。二曰“痹者，闭也。五脏六腑，感于邪气，乱于真气，闭而不仁，故曰痹”（《华氏中藏经·论痹》）。《内经》虽然没有如此明言，但其所论痹证发生的机理及相关临床表现时皆持此意，也是《内经》论痹的基本格调。三曰“病在阴者命曰痹”（《灵枢·寿夭刚柔》），似指阴分疾病的泛称，这一看法与“邪入于阴则痹”（《素问·宣明五气》）的观点一致。

（二）痹证的病理机制

“风寒湿三气杂至，合而为痹也。其风气胜者为行痹，寒气胜者为痛痹，湿气胜者著痹也”（《素问·痹论》）。这是《内经》为古今论痹确立的言痹纲领。然风、寒、湿三邪杂合伤人致痹的机理却是十分复杂的，《灵枢·贼风》中记载，“此皆尝有所伤于湿气，藏于血脉之中，分肉之间，久留而不去，若有所堕坠，恶血在内而不去，卒然喜怒不节，饮食不适，寒温不时，腠理闭而不通，其开而遇风寒，则血气凝结，与故邪相袭，则为寒痹”。《素问·痹论》中记载，“所谓痹者，各以其时，重感于风寒湿之气也”。这是《内经》对致痹成因的基本看法，也是两千多年来中医学对其病因病机研究的基本思路。据上述文献可知，痹病的发生与多方面的因素有关：其一，就外感因素而言，首先是先受湿邪侵袭，伏藏体内，后与风邪、寒邪杂合致病。此处既说明了“风寒湿三气”伤人致痹所以有“风气胜”“寒气胜”“湿气胜”的差异，也承袭了汉代以前所称“痹者，湿病也”（《说文·疒部》）的基本看法，同时也强调了致病之邪的相兼性和外邪致痹过程中的复杂性。正因为湿邪属阴，其性黏腻重浊，这就从病因学的角度诠释了痹证病情缠绵、持久、反复发作、难以痊愈的病变特征。其次是痹证的发生与季节气候密

切相关，一年 12 个月皆可发生此病，并且其病情的波动反复也与气候变化有关，如“逢寒则急，逢热则纵”（《素问·痹论》）即是其例。最后是与患者居住环境潮湿有关。其二，就内伤因素而言，一是营卫失和，气血不调，是感染风寒湿致痹邪气的内在发病基础。《内经》在“营卫之气亦令人痹”发病理念的指导下，认为人体“逆其气（即营卫之气逆乱）则病，从其气则愈。不与风寒湿气合，故不为痹”（《素问·痹论》）。这是在论述营卫之气生理作用的基础上，明确地指出内有营卫失调（“逆其气”即“其气逆”），外与“风寒湿气合”，则可能引起痹病。这一认识也是张仲景创制黄芪桂枝五物汤，林佩琴用神效黄芪汤治疗肌痹及白虎加桂汤治疗热痹的理论依据。二是七情失和，内脏先伤，是痹邪内传，发生五脏痹的病理基础。《素问·痹论》中记载，“阴气者，静则神藏，躁则消亡”。五脏即藏精，又舍神，神“静”则阴精得藏并发挥其相应的生理效应，神“躁”则五脏所藏的阴血阴精难以藏蓄并因之而消损。如若情志过激，五脏先伤，就可能“各以其时，重感于风寒湿之气”（《素问·痹论》），或使相应的体痹内传而发生五脏痹。此以五脏痹为例，既突出了“喜怒不节”（《灵枢·贼风》），情志所伤在痹病发生中的作用，也重申了“邪之所凑，其气必虚”（《素问·评热病论》）的发病观。三是饮食不节，六腑受损，为痹邪内传六腑的内在依据。“饮食自倍，肠胃乃伤”（《素问·痹论》），既是饮食不节致病原理的泛论，也是六腑痹发病的前提。“此（指六腑痹）亦其饮食……为其病本”（《素问·痹论》）也是此意，因此“尝有所伤于湿气”又逢“饮食不适……而遇风寒”（《灵枢·贼风》）。“湿气中其俞，而食饮（所伤）应之，（致病之邪）循俞而入，各舍其府”（《素问·痹论》）而成六腑痹。其三，其他原因。《内经》还认为痹病的发生除外感风、寒、湿邪，内伤情志饮食外，还与“有所堕坠，恶血留内”的外伤及瘀血内停有关。其四，体质因素。体质是指人类在生命过程中，由先天遗传和后天获得因素所决定的，表现在形体结构、机能状态和心理活动方面相对稳定的个体特征。不同的体质类型，其脏腑偏正、坚脆、刚柔以及气血阴阳的盛衰是有差异的，因而决定了不同体质类型的

人群对某些邪气的易感性，及其对某些疾病发生的倾向性，痹证的发生也不例外。某些具有特殊体质类型的人群不仅易感“风寒湿”致痹之邪而罹患痹证，而且还决定着病人所患痹证的不同类型，表现出差异性较大的临床症状特征，此所谓“邪随人（人的体质）化”的观点。如若素体“阳气少，阴气多”呈现阴盛阳虚体质时，不但易感风寒湿邪，而且易使致痹之邪“从阴寒化”而生“寒痹”“骨痹”（《素问》的《痹论》《逆调论》），临证以寒象及疼痛为主要表现特征；如若素体“阳气多，阴气少”，呈现阴虚阳盛体质时，不但易感染湿热或暑湿邪气，而且也会使痹邪“从阳热化”而生“痹热”（《素问·痹论》）或“热痹”（《素问·四时刺逆从论》），临床多见热象，局部红肿灼痛。可见，个人体质与痹证的发生、患病的类型乃至临床表现等均有密切的关系，因而有“粗理而肉不坚者善病痹”（《灵枢·五变》）的理论，说明体质与痹证发生存在一定关系。

纵观古今关于痹证发生的病理机制，可以从外邪入侵、体虚感邪、痰浊内停和瘀血阻滞四个方面概括。一是外邪入侵。“风寒湿三气杂至，合而为痹也”（《素问·痹论》），这是痹证形成机理的经典之论，但外邪致病的过程又很复杂，既可以感邪而猝然发病，也会有感邪后邪气在体内伏藏而不发病，伏藏体内的邪气在一定的诱发因素作用下而发痹证。因此，身体柔弱者固然易于招致外邪的入侵，但也有平素身体素质尚可，因久居寒湿之地，或水中作业，或野外露宿，或睡卧当风，或贪凉饮冷，或劳后感受寒湿，或汗出淋雨，或湿热、暑湿侵袭等，均能引起本病。二是体虚感邪。如“正气存内，邪不可干”（《素问·遗篇·刺法论》），“邪之所凑，其气必虚”（《素问·评热病论》），是《内经》从正（不病）反（发病）两方面强调正气的强弱，是人体是否发病的经典之论。痹证的发生，也不越此，无论是形体痹还是脏腑痹发生的机理均如此。由于患者素体虚弱，气血不足，营卫不和，腠理空疏，容易招致痹邪入侵；或患病之后，正气无力驱邪外出，以至于邪气内传入深，或留于血脉筋骨，或内犯于脏腑，从而形成各种痹证。“阴气者，静则神藏，躁则消亡”（《素问·痹论》）就是指五脏因

情志所伤而虚弱，致使体痹乘虚内传，加之五脏“各以其时，重感于风寒湿之气”（《素问·痹论》）以成五脏痹证机理的概括；如若“饮食自倍，肠胃乃伤”，加之“风寒湿气中其俞，而食饮（损伤肠胃）应之”，便可生六腑痹（《素问·痹论》）；如若素体阳虚者，卫外不固，不但易为寒湿之邪所伤，而且也会使伏藏体内的痹邪从阴化寒而生寒湿痹，此所谓“阳气少，阴气多，与病相益”（《素问·痹论》）之意；如若素体阴虚阳盛，不但易感风湿热邪或暑湿之邪，还会使伏藏体内的风寒湿邪从阳化热而患热痹，此所谓“阳气多，阴气少，病气胜，阳遭阴，故为痹热”（《素问·痹论》）之意。三是痰浊内停。人体津液在阳气的温煦推动作用下，维持正常的敷布状态并完成其相应的生理作用，然而一旦受到阴寒邪气的侵袭，或者受“阳气少，阴气多”，阳虚阴盛的体质因素影响，津液失于阳气的温煦布化，凝聚为痰为饮，停滞体内，此即“外中于寒……津液涩渗”“汁沫迫聚不得散”（《灵枢·百病始生》）之意。痰浊与外邪相合，阻闭经络，深入于筋骨内脏，而致根深顽痼难除，从而形成“留痹”“久痹”“留久痹”或“痼痹”，以及痹证晚期所见到的关节肿胀，屈伸不利等症状，多与痰浊停滞有关。四是瘀血阻滞。“血气者，喜温而恶寒，寒则泣不能流”（《素问·调经论》），寒湿阴邪伤人，既可因黏腻凝滞、收引而引起气滞或经脉缩踈绌急，也会伤及阳气而温运乏力，均会使“喜温而恶寒”的血液凝滞，此正所谓“寒则血脉凝涩”（《灵枢·百病始生》）之意。瘀血一旦与致痹邪气相合，则经络闭阻的病机加剧，既会使病情加重，也可使病程延长。若再与痰浊结合，病变因此而陷入恶性循环的状态之中，则会出现关节肿胀、变型、疼痛、屈伸不利等病理改变。

（三）痹证的分类

从临床医学的角度看待《内经》所论的痹证，当分为肢体痹和脏腑痹两大类。就肢体痹证而言，《内经》对痹证是从不同层面的本质属性进行分类命名的。其一，病因分类。所谓病因分类是以感染“杂”“合”之邪的

主要成分为依据进行分类和命名的，如“风痹”“寒痹”（《灵枢·寿夭刚柔》）“热痹”（《素问·四时刺逆从论》）。此“热”为痹邪化热所致，亦可归于症状分类。其二，季节分类。所谓季节分类是以患者十二经筋感染“风寒湿三气”而发痹证，并按十二经筋配属十二个月的方法为依据进行分类命名，如“孟春痹”“仲夏痹”“季秋痹”“孟冬痹”等12种痹病（《灵枢·经筋》）。其三，症状分类。所谓症状分类是以痹证的主要临床症状特征为依据进行分类命名，如“行痹”“痛痹”“著痹”“周（症状在全身游走）痹”“众（症状广泛，左右对称）痹”（《灵枢·周痹》）“痿（筋肉萎废）痹”（《素问·气交变大论》）“痹厥”（伴有肢体逆冷）（《素问·金匱真言论》）“痛痹”（《灵枢·九针十二原》）“热痹”“寒痹”（寒、热除有病因性质之意外，还有症状之寒、热的内涵等）。其四，病程分类。所谓病程分类是以患痹证的时间之久渐为依据分类命名，如“久痹”“留痹”（《灵枢·论疾诊尺》）“留久痹”（《灵枢·经脉》）等。其五，病势（情）分类。所谓病势（情）分类是以痹证的情状为依据进行分类，如“暴（突然发病，症状剧烈）痹”（《灵枢·九针论》），还有如“痼（病情顽固、持久）痹”（《灵枢·官针》）也属于此。其六，病位分类。所谓病位分类是以致痹邪气侵入人体不同部位为依据进行分类。此种分类又有以下三类：一是五体痹，有筋痹、脉痹、肉痹、皮痹、骨痹（《素问》的《痹论》《四时刺逆从论》《长刺节论》等）。二是气血痹，是指痹邪伤犯于气、血、津液而致的痹病，如“血痹”（《灵枢·九针论》）“水瘕痹”（《灵枢·邪气脏腑病形》）以及“气痹”（《华氏中藏经·论痹》）等。此外，还有“阴痹”（《灵枢·五邪》）和“远痹”，均指痹之病位深在阴分、在里之“深痹”（《灵枢·九针论》）。三是内脏痹。就内脏痹而言，又分为两大类：其一有五脏痹，是指诸如情志过激，五脏先伤，或可有五体痹“不已”，又因“各以其时，重感于风寒湿之气”，就会使潜伏于五体中的痹邪与重新感染的“风寒湿之气”相合而内舍于相关之脏，便可发生诸如“肝痹”“心痹”“脾痹”“肺痹”“肾痹”（《素问·痹论》）或“胸痹”（《灵枢·五邪》）。其二有六腑痹。六腑痹的形成既有“风寒湿气中其俞”之外感原因，

又有饮食所伤的内在原因以“应之”，致痹之邪“循俞而入，各舍其府”而成六腑痹，如“肠痹”和“胞痹”（《素问·痹论》），以及“食痹”（《素问·至真要大论》）者是。

大凡事物的分类要分析并遵循其本质属性，通过上述痹证的分类及其命名规律的分析可以看出，《内经》对痹证之所以有如此命名和分类，就是从引起痹证的邪气性质、发病季节、邪气入侵的不同途径、邪气滞留的不同部位，以及不同的临床症状特征等方面去揭示痹证性质的，因此认识痹证的分类命名及其规律，就可以从多个角度探求《内经》所论该病的本质。

（四）痹证的临床特征

不同类别的痹证，具有不同临床特征，正是有这些不同的临床特征，才成为《内经》作者和历代医家对不同痹证进行辨证、分类和论治的依据。肢体痹又称为“形体痹”，是指邪气侵袭肢体的不同层次部位，阻滞气血运行，引起经气不利为其病理基础，主要以肢体组织出现疼痛、酸重、麻木、功能障碍，甚则关节肿胀、屈伸不利、变型为主要临床特征的一类反复发作的进行性疾病。

1. 不同病因的痹证特征

（1）风痹（行痹）。

“风气胜者为行痹”，故行痹又称风痹，即风邪偏胜的痹邪侵袭形体而致的痹证。“往来行无常处”（《素问·缪刺论》）为其主要临床特征，也是该病辨证要点，临证还可有“风痹淫泆，病不可已者，足如履冰，时如入汤中，股胫淫泆，烦心心痛，时呕时倦，眩已汗出，久则目眩，悲以喜怒，短气不乐”（《灵枢·厥病》），以及“阴阳不和，脏腑不营，营卫不交”（马蒔《灵枢注证发微》）之症。“周痹”亦属此类。

（2）寒痹（痛痹）。

《素问·痹论》曰：“寒气胜者为痛痹。”（《灵枢·贼风》曰：“此皆尝有

所伤于湿。气藏于血脉之中，分肉之间，久留而不去，若有所堕坠，恶血在内而不去，卒然喜怒不节，饮食不适，寒温不时，腠理闭而不通，其开而遇风寒，则血气凝结，与故邪相袭，则为寒痹。”由于寒为阴邪，其性凝滞、收引、易伤阳气，因而闭阻气血，经脉不通，故其疼痛剧烈，遇寒则疼痛加重，此即“痛者，寒气多也，有寒故痛也”（《素问·痹论》）之意。此外，“寒痹之为病也，留而不去，时痛而皮不仁”（《灵枢·寿夭刚柔》），脉“紧”（《灵枢·禁服》），或脉“大以涩”（《灵枢·邪客》）为其临床特征。

（3）湿痹（著痹）。

“湿气胜者为著痹”（《素问·痹论》），即湿邪偏胜所致的痹证。因湿为阴邪，其性黏腻、重浊，著而难去，故以肢体或骨关节沉重、麻木、酸痛疼痛，固定不移，病情反复，缠绵持久难愈，大便溏薄，舌淡苔白腻，脉濡为其临床特征。

（4）热痹。

（《素问·四时刺逆从论》记载的：“厥阴……不足，病生热痹”，《素问·痹论》记载的“其为热者，阳气多，阴气少，病气胜，阳遭阴，故为痹热”是指感受风湿热邪，或素体阳盛，虽感受风寒湿气，邪气从阳化热，热郁湿阻，气血经脉闭阻不通而成本证。其临床表现为疼痛剧烈，痛处红肿灼痛，身热口渴，尿少色黄，大便干燥，苔黄，脉数等为其临床特征。

（5）众痹。

众痹的临床表现是“各在其处，更发更止，更居更起，以右应左，以左应右，非能周也，更发更休也”（《灵枢·周痹》）。马蒨的《灵枢注证发微》曰：“盖众痹者，病在一处，则痛亦在一处，随发随止，随止随起，特以左右之脉相同，故左可以应右，右可以应左耳，非能周身而痛也。”显然众痹是风寒湿邪侵犯于肌肉之间，以阵发性疼痛，病位广泛，左右对称为其临床特征。

（6）周痹。

“周痹者，在于血脉之中，随脉以上，随脉以下，不能左右，各当其所”

(《灵枢·周痹》)。正因为此痹证是病邪侵犯血脉之中，邪气“随血脉而周遍于身”，不同于“众痹之左右移易”对称(张介宾《类经·疾病类》)，因此该证是以游走性疼痛为临床特点，与行痹(风痹)相似。

(7) 留痹。

留痹又称为远痹(《灵枢·九针论》)、久痹(《灵枢·论疾诊尺》)、留久痹(《灵枢·经脉》)、痼痹(《灵枢·官针》)，后世称之为顽痹。由于风寒湿邪久留体内，气血周流不畅而致“血停为瘀，湿停为痰”，痰瘀交阻，因而以病久难愈，病情反复，关节肿胀疼痛甚至变型为其临床特征。

2. 不同肢体层次的痹证临床特征

风寒湿邪侵袭筋、脉、肉、皮、骨不同层次时，就会引起临床特征各异的痹证。

(1) 筋痹(挛痹)。

《素问·长刺节论》曰：“病在筋，筋挛节痛，不可以行，名曰筋痹。”张志聪的《黄帝内经问素集注》认为，“诸筋者皆属于节，故筋挛节痛，病在筋者，屈而不伸，故不可以行也”。人体十二经筋皆可被邪气侵袭而导致不同部位的痹证。正因为不同部位的经筋被邪气所伤而表现不同临床特征，故有十二种筋痹证之名即是其例，然“筋挛节疼”，肢体屈伸不利，肢体功能障碍为其共同临床特征。由于“筋挛”是其主要特征之一，所以又称之为“挛痹”(《素问·异法方宜论》)。

(2) 肌痹(肉痹)。

《素问·长刺节论》曰“病在肌肤，肌肤尽痛，名曰肌痹。”肌痹“在于肉则不仁”(《素问·痹论》)。此痹证是指寒湿浸渍于肌肉，“寒则血脉凝涩”(《灵枢·百病始生》)，湿则肌肉濡渍，阻滞气血运行，使肌肉间的脉络闭阻不通，因此以肌肉疼痛或者肌肤顽麻不仁为临床特征。

(3) 皮痹。

皮痹“在于皮则寒”(《素问·痹论》)。《灵枢·刺节真邪》曰：“虚邪

之中人也……搏于皮肤之间……留而不去则痹，卫气不行，则为不仁。”指出皮痹乃风寒湿邪乘肺卫不固而侵袭皮肤，营卫运行受阻，卫阳不温皮肤则皮寒，营气不能营养皮肤则不仁。因此，本证以皮寒、不仁为其临床特征。

（4）脉痹（血痹）。

脉痹是邪气“在于脉则血凝而不流”（《素问·痹论》）所致。心主血，马蒨的《素问注证发微》记载，“亦主脉，心气衰，则三气入脉，故名之曰脉痹”说明此乃心气不足，风、寒、湿三气侵袭于血脉，致使血脉凝涩不通而然。本证常以肢体疼痛，病位相对固定，遇寒痛甚，或见局部紫绀，或脉络显露如蚯蚓状。如若邪郁化热，热蕴脉内，可有身热，局部赤紫，灼热疼痛为临床特征。此所谓“病脉痹，身时热”（《素问·四时刺逆从论》）之意。

（5）骨痹（阴痹、深痹、远痹）。

《灵枢·五邪》曰：“邪在肾，则病骨痛，阴痹。阴痹者，按之而不得，腹胀，腰痛，大便难，肩背颈项痛，时眩。”《素问·长刺节论》曰：“病在骨，骨重不可举，骨髓酸痛，寒气至，名曰骨痹。”此证内因素体肾虚，又外感风寒湿邪。肾虚不能生髓养骨，“则髓不能满，故寒甚至骨……病名曰骨痹，是人当挛节也”（《素问·逆调论》）。因为肾虚不能生髓，骨失充养，故骨重不可举，骨酸痛；肾阳不足，失于温煦，故有畏寒、肢冷。可见，骨痹也即“阴痹”，是以骨重不可举，骨酸痛，身寒肢冷，或有腹胀、腰痛、大便难，腰痛背颈项痛为其临床特征。

3. 不同脏腑痹证的临床特征

脏腑痹的发生有其复杂的背景，各脏腑痹证之间又存在一定的差异，其共同的传变规律有以下四点：一是脏腑的正气受损先伤，是痹邪内传形成的病理基础，如“阴气者，静则神藏，躁则消亡。饮食自倍，肠胃乃伤”（《素问·痹论》）。二是五体痹证病久不愈，内传相关之脏。三是五脏“各以其时，重感于风寒湿之气”（《素问·痹论》）。四是脏与脏之间的病证相

传。由于各个脏腑的生理机能和病理变化均有差异，因而各脏腑痹证各具临床特征。现仅就各脏腑痹证的发生及其临床特征分析如下：

（1）心痹。

《素问·痹论》曰：“五脏皆有合，病久而不去者，内舍于其合也”（以下各脏痹均同），故“脉痹不已，复感于邪，内舍于心”“心痹者，脉不通，烦则心下鼓，暴上气而喘，啞干，善噫，厥气上则恐”。心痹“得之外疾，思虑而心虚，故邪从之”（《素问·五脏生成》）。可见，心痹为病的机理十分复杂，既有风寒湿邪外袭，又因思虑太过等情志内伤，而致心气不足为内在病理基础；还可以是脉痹内传，或者反复感邪，致使心脉为邪气闭阻而成此证。此证常以胸闷心痛，“暴上气而喘”“烦则心下鼓”（心悸）等表现为其临床特征。

（2）肝痹。

“筋痹不已，复感于邪，内舍于肝”（《素问·痹论》）而生肝痹，或“风寒客于人”“弗治，肺即传而行于肝，病名曰肝痹”“胁痛出食”（《素问·玉机真脏论》）。“肝痹者，夜卧则惊，多饮数小便，上为引如怀”，有“乏竭”（《素问·痹论》）“胁满”（《素问·四时刺逆从论》）等症候，肝痹是邪气内传闭阻于肝之证。其形成途径有二：一是筋痹日久不愈，肝之气血耗损，又复感于邪，邪气内传而为肝痹；二是肺先受邪，病久不愈，传之于其所胜之脏，肝木受邪而成此证。因肝为邪气侵袭，气血经脉受阻，失其藏血和疏泄气机之职，血运失常，魂难守舍，因而有胁痛，疲乏，夜卧则惊，多饮而数小便，腹部胀满，以及吐食等症状为其临床特征。

（3）肺痹。

《素问·痹论》记载，“皮痹不已，复感于邪，内舍于肺”“肺痹者，烦满喘而呕”“喘息”。《素问·玉机真脏论》曰：“今风寒客于人……弗治，病人舍于肺，名曰肺痹，发咳上气。”可见，肺痹的形成需要两个条件：一是皮痹日久，肺之精气受损，加之复感于风寒湿气，可使皮痹之邪内传而成；二是风寒湿邪犯肺所致。当邪气痹阻于肺，肺之气机受阻，失于宣降，故

有喘息、咳嗽、胸闷，甚至伴见胃气上逆之呕吐等表现为该证的临床特征。

(4) 脾痹。

太阴“不足，病脾痹”（《素问·四时刺逆从论》）。《素问·痹论》曰：“肌痹不已，复感于邪，内舍于脾……脾痹者，四肢懈惰，发咳呕汁，上为大塞。”（当邪气犯脾，致使脾主运化水谷，主肌肉四肢，主升清等生理作用障碍，因而导致有四肢懈惰，肌肉消瘦甚至萎缩，胸脘痞满，呕吐清水等症状为其主要临床特征。

(5) 肾痹。

“太阳有余，病骨痹身重，不足，病肾痹”（《素问·四时刺逆从论》），“骨痹不已，复感于邪，内舍于肾”“肾痹者，善胀，尻以代踵，脊以代头”“遗溺”（《素问·痹论》）。可见，此证是肾气不足，久病骨痹不愈，又感致痹之邪，邪气入舍于肾而成。肾主水，生髓主骨，若肾为痹邪所伤，则有“善胀”“遗溺”。甚则脊骨变型之“尻以代踵，脊以代头”（《素问·痹论》）的临床特征。

(6) 肠痹。

肠胃之痹，《素问·痹论》曰：“此亦其饮食居处，为其病本也。六腑亦各有俞，风寒湿气中其俞，而食饮应之，循俞而入，各舍其府也。”当人在“饮食自倍，肠胃乃伤”的病理基础上，再有“风寒湿气中其俞”之外感病邪（《素问·痹论》），六腑为邪所伤，邪入于肠胃。肠痹是风寒湿邪侵袭于（大、小）肠，使其受盛化物（小肠）和主传化（大肠）、“主津液”（《灵枢·经脉》）功能障碍，以致水停气滞，传导失常，表现为“数饮而出不得，中气喘争，时发飧泄”（《素问·痹论》），即临床特征的病症。故张介宾认为，“肠痹者，兼大小肠而言，肠间病痹，则下焦之气不化，故虽数饮而水不得出……盖其清浊不分，故时发飧泄”（《类经·疾病类》）。

(7) 胞痹。

《素问·痹论》曰：“胞痹者，少腹膀胱按之内痛，若沃以汤，涩于小便，上为清涕。”“胞，膀胱之眊也……膀胱气闭，故按之则内痛，水闭不行，

则蓄而为热，故若沃以汤，且涩于小便也。膀胱之脉从颠入络脑，故上为清涕”（《类经·疾病类》）。可见，该证是风寒湿邪犯于膀胱，致气化失常，以小腹按痛，小便灼涩不畅，伴有鼻流清涕为临床特征。

（8）食痹。

“厥阴之复……甚则入脾，食痹而吐”（《素问·至真要大论》）。胃脉“稟而散者，当病食痹”（《素问·脉要精微论》）。此证多因内伤饮食，又有外感“厥阴之复”气候条件下产生的邪气，风气（属木）流行，脾胃（土）受邪，脾失运化，升清失常，胃气失于和降，致使“胃虚不消水谷，故食积中为痹而痛”（杨上善《黄帝内经太素》），或者“食已心下痛，阴阴然不可名也，不可忍也，吐出乃止，此为胃气逆而不下流也”（《素问·至真要大论》王冰注）。可见，此证为内伤饮食，脾胃受邪，纳降失常，以胃脘痞满疼痛、呕吐为临床主要特征的病证。

（五）痹证的预后转归

“痹，其时有死者，或疼久者，或易已者，其故何也？岐伯曰：其入脏者死，其留连筋骨者疼久，其留皮肤间者易已”，“诸痹不已，亦益内也。其风气胜者，其人易已也”（《素问·痹论》）。经文从邪气性质、病位深浅和“脏病难治”几个方面对痹证预后转归进行评价和判断。

1. “诸痹不已，亦益内也”

“诸痹不已，亦益内也”，是五体痹证传变转归的总体趋势，也是五脏痹、六腑痹发生的基本规律。“五脏皆有合，病久而不去者，内舍于其合也”，所以体痹不已，五脏“各以其时，重感于风寒湿之气”，就会引发相应的脏痹，六腑痹的发生也有类似的发生规律及转归。

2. “风气胜者，其人易已”

“风气胜者，其人易已”，是以邪气性质为依据论述痹证预后的。“风为

阳邪，可以散之，故易已。然则寒湿二痹，愈之较难，以阴邪留滞，不易行也”（《类经·疾病类》）。这就从风、寒、湿3种邪气的性质和致病特征方面对不同邪气偏胜所致痹证的不同预后进行分析。风邪属阳，其性轻扬，易袭阳位，因而以风邪偏胜所致之痹，经过疏风、祛风、驱风、搜风、剔风等不同治风之法，较易祛除，因此说“风气胜者，其人易已”。而寒、湿为阴邪，寒性凝滞、收引，湿性重湿、黏腻，二者都易损伤阳气，滞碍气机，影响气血运行，无论伤及形体、气血或内脏，都会黏着于形体、气血、脏腑，不但人体正气难以驱除，也增加了针刺、药物治疗的难度，因此说“愈之较难，以阴邪留滞，不易行也”（《类经·疾病类》）。就病因而言，风痹易愈，寒湿病难治。

3. “其入脏者死，其留连筋骨间者疼久，其留皮肤间者易已”

“其入脏者死，其留连筋骨间者疼久，其留皮肤间者易已”，是以病位的深浅及“脏病难治”的理论为依据论述痹证预后的。邪在皮肤，病位表浅，邪气易于驱逐，因而易治；邪气留连筋骨，病位较深，病情持久难愈；邪入内脏，病更深重，加之人以五脏为本，藏精舍神，因而邪犯五脏，脏真被伤，病情沉重而更加难愈，故曰死。因此就病位而言，病位浅的痹证易治，病位深的痹证病程长而持久，即“脏病难治”（《难经·五十四难》）。

4. “逢寒则虫，逢热则纵”

“凡痹之类，逢寒则急，逢热则纵”（《素问·痹论》）。这既是痹证的共性特征，也指出痹证受气温变化而易反复或病情波动的预后转归趋势。因为痹证的基本病机为邪阻经络，气血闭阻不通而然，人之气血均有“喜温而恶寒”（《素问·调经论》）的特征，因此气候温热，有利于气血运行，痹证的病情也会因此而缓解减轻，此即“逢热则纵”（《说文·系部》：“纵，缓也”）之意；当逢气候寒冷潮湿之时，会加重气血经闭阻不通的病理反应，因而其病情会加重，此即“逢寒则急”之意。

（六）痹证的治疗原则

《内经》的治痹内容十分丰富，手段和方法多样，现从以下几方面予以归纳：

1. 辨证论治

“以针治之，奈何？岐伯曰：五脏有俞，六腑有合，循脉之分，各有所发，各随其过则病瘳也”（《素问·痹论》）。这是辨证治疗痹证的总体思路，强调要辨清痹证病发于何脏、何腑、何经，在定位辨证的基础上进行取穴刺治。若为五体之痹，则要辨清何经循行于病位，再取相关腧穴予以治疗。

2. 因人制宜

治痹“刺布衣者，以火焯之；刺大人者，以药熨之”（《灵枢·寿夭刚柔》），说明痹证的治疗和治疗其他疾病一样，都要因人制宜，针对不同体质的痹证病人，分别采用不同的治疗方法。因为“布衣者”身体强壮，耐受性强，故“以火焯之”，急祛其邪。“大人者”身体脆弱，不耐火针，故应“以药熨之”，以缓取之，免伤正气。

3. 因时制宜

“凡痹往来行无常处者，在分肉间痛而刺之，以月生死为数。用针者，随气盛衰以为痛数，针过其日数则脱气，不及日数则气（邪气）不泻”（《素问·缪刺论》）。此是以日、月、地运行的关系为据，以月相的变化增减刺痹的取穴数。

4. “以知为数，以痛为输”

在“各随其过”循经取穴原则的基础上，《内经》针对不同部位痹证的

具体情况，反复强调刺治痹证要“以知为数，以痛为输”（《灵枢·经筋》）。根据疼痛的部位在痛处取穴刺治的原则，这是《内经》针刺治痹的基本思路，如“凡痹往来无常处，在分肉间痛而刺之”（《素问·缪刺论》）；“刺此者，痛虽已止，必刺其处”（《灵枢·周痹》）；“筋痹刺筋上为故”；肌痹“病在肌肤，肌肤尽痛……刺大分、小分”（《素问·长刺节论》）等，就是这一刺治取穴原则的应用举例。

5. 针药并用，杂合而治

痹证的病情复杂，单一的治法难以达到根治目的，因此《内经》在长期临床实践的基础上，提出了以针刺为主，多种方法综合应用的治疗痹证原则。如有“烫熨及火灸刺而去之”法；有“可按若刺”（《素问·玉机真脏论》）法；有“以药熨之”法并有药熨之方（《灵枢·寿夭刚柔》）；有“熨引饮药”法（《灵枢·经筋》）；等等。《内经》刺痹针法有四：一是纳热法。此法主要治疗寒痹证或寒湿痹证，常用燔针焮刺、以药熨之、“汤熨及火灸刺而去之”“每刺必熨”等方法。无论是燔针或药熨，均取意于助阳驱寒，调畅气血，温经通络，达到治痹目的。二是截断法。此法是根据痹痛的走窜方向，采用前截后断的特殊刺法。如周痹“痛从上下者，先刺其下以过之，后刺其上以脱（去除）之；痛从下上者，先刺其上以过之，后刺其下以脱之”（《灵枢·周痹》）。三是刺络放血法。此法针对久痹、痼痹等痹证日久入络，痹邪与瘀血久留络脉，可通过刺络放血法，以疏通脉络，达到除痹之目的。此即“久痹不去身者，视其血络，尽出其血”（《灵枢·寿夭刚柔》），以及“病在经络痼痹者，取以锋针”（《灵枢·官针》）。治“远痹”“深痹”时必锋针，锋针主“出血”（《灵枢·九针论》）。四是针刺辅以运动、导引。即在针刺或其他方法治痹的同时，运用“引而行之”（《灵枢·周痹》）“起步内中”（《灵枢·寿夭刚柔》）等，辅助以肢体牵引，或活动肢体的辅助方法，以助气血运行，疏通祛痹，又有利于肢体的功能锻炼。

（七）临床应用举例

1. 审因论治临床举例

（1）行痹。

“治行痹，散风为主，兼去寒利湿，参以补血，血行风自灭也，防风汤”。又“行痹，遍身走注不定，上半身甚者，乌药顺气散。下半身甚者，虎骨散加减”（《类证治裁·痹证论治》），亦可选用蠲痹汤。若行痹日久不愈，脉浮涩者，宜用养血祛风汤加减。另外，“风痹淫泆，病不可已者，足如履冰，时如入汤中，股胫淫泆，烦心，头痛，时呕时悒，眩已汗出，久则目眩，悲以喜恐，短气不乐，不出三年死”（《灵枢·厥病》），此乃外邪稽留，阴阳俱病之候。因此说，“此其阴阳不和，脏腑不营，营卫不交”（马蒨《灵枢经注证发微》），治宜祛风散寒，调和营卫，通痹止痛，可用黄芪桂枝五物汤加减。

【病案1】刘某某，女，21岁。自诉头晕心悸、关节游走疼痛，时已两月，屡经西医诊治，诊为风湿性关节炎，注射针药稍见好转，迄今未痊愈。近来腰腿酸痛更甚，月经少，色黑暗，舌苔薄白，六脉沉滞。气血不活，缘于风湿之邪，入侵经络，不通则痛，关节不利，月经少，色不鲜亦是明证。辩证：腰腿酸痛，痛无定处，风邪重于寒湿。治法：拟祛风湿，通经络，和气血以治。处方：酒当归 10g、春砂仁 3g、赤芍 10g、白芍 10g、生地黄 6g、熟地黄 6g、北细辛 3g、川桂枝 3g、酒川芎 4.5g、桑寄生 15g、醋柴胡 3g、嫩桑枝 15g、左秦艽 4.5g、油松节 24g、金狗脊 15g、豨莶草 12g、功劳叶 12g、片姜黄 6g、乌蛇肉 18g、炙草节 10g。药服4剂，疼痛稍减，仍头晕心悸，前方加重散风药羌活、独活。再服3剂，疼痛大为好转。（摘自《当代名医临证精华·痹证专辑》）

【病案2】王某某，男，38岁。主诉：一周前因汗出当风而发关节红肿热痛，以膝关节为著，周围有散在结节和红斑，膝、踝、肘、肩关节游走性疼痛，但不剧烈，屈伸不利，局部关节处有灼热感；发病时即感咽

痛，口不渴，身无汗，不恶寒，二便正常。既往体健，无关节炎史。入院后检查，心肺正常，四肢大关节外观无红肿，膝关节处可见散在结节性红斑。舌质淡红，苔白，脉弦滑。血常规检查：血红蛋白 110g/L，白细胞计数 $12.3 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞比值 51%，淋巴细胞比值 43%，单核细胞比值 6%，血沉 78mm/h，抗链“O”1：800IU/mL。辨证：系风湿之邪，流窜经络。治法：治宜祛风通络，活血祛湿。处方：紫苏叶 10g、薄荷 10g、防风 10g、忍冬藤 30g、桑枝 30g、羌独活各 10g、海风藤 15g、络石藤 12g、当归 12g、红花 10g。水煎服七剂。并嘱趁热服，服后盖被取汗。二诊：服上方药后，微汗出，自感全身舒适，关节疼痛亦减，灼热感已不明显。药证相符，拟守原方，加寻骨风 30g、川芎 10g 以助祛风活血之力。五诊：上方药继服 10 剂，患者情况良好，无关节疼痛，未见结节红斑复发，咽亦不痛，复查血沉，抗链“O”已正常。随访至今未复发。（摘自《中国现代名中医医案精华》）。

（2）痛痹。

痛痹的形成是素有湿滞血瘀，因喜怒不节，饮食不适，寒湿不时，使脏气内损，复感风寒邪气，新邪与宿邪相互搏结，气血不通，发为痛（寒）痹。痛痹的治疗可用火焮药熨之法，《灵枢·寿夭刚柔》指出，“刺布衣者，以火焮之；刺大人者，以药熨之”。具体方法是“用淳酒二十斤，蜀椒一升，干姜一斤，桂心一斤。凡四种皆咬咀，渍酒中，用棉絮一斤，细白布四丈，并内酒中，置酒马矢炷中，盖封涂勿使泄，五日五夜，出布棉絮，曝干之，干复渍，以尽其汁，每渍必啐其日，乃出干。干，并用淳与棉絮，复布为复巾，长六七尺，为六七巾，则用之生桑炭炙巾，以熨寒痹所刺之处，令热入至于病所，寒复炙巾以熨之，三十遍而止。汗出，以巾拭身，亦三十遍而止。起步内中，不见风。每刺必熨，如此病已矣”（《灵枢·寿夭刚柔》）。这种针刺与药熨并用的方法，可温经脉，通营卫，散寒气，止痛痹。“既刺之后，但以药熨，则经通汗出而寒痹可除矣”（《类经·针刺类》）。后世用雷火针及艾蒜熏灸，或用辛热药物以布袋装之热熨等治寒痹疼痛诸法，盖

即源于此。内服用药亦可宗其意，凡“治痛痹温寒为主，兼疏风渗湿，参以益火，辛温解凝寒也，加减五积散”（《类证治裁·痹证论治》）。也有人提出用乌头汤加羌活、官桂，或附子汤。根据痛痹的不同特点，亦可选用当归四逆汤、活络效灵丹加减。

【病案1】刘某某，女子，30多岁。自诉冬月怯寒，并头痛背重坠而痛，下引腰腿及腿肚痛甚，右臂痛不能举，医以五积散为主，加羌活、乌药，以散凝寒而行滞，似亦近之，然但除怯寒与腰痛，而头、腿肚及右臂之痛，只小愈耳，至背之重坠而痛毫未减。辨证：盖止知散寒，而不知达阳；止知行胃肾之气，而不知达胸中之阳也。治法：夫阳气受于胸中，而背固胸之府也，因简方书，有以姜黄为君，而用羌活、白术、甘草四分之一，乃加入附子三分。服头饮，则诸痛去其三，再如前剂，用其三之一，与前渣同煎，服竟而诸症霍然。（摘自《续名医类案·痛痹》）

【病案2】今有陆姓病人。主诉：寒湿侵留已久，痹阳关节筋络，右肩痠楚较甚，举提困难，手指觉麻，左腰腿膝亦牵强畏冷。诊查：苔薄腻，脉濡涩。辨证：年将花甲，肝肾气衰，血无以濡养筋骨。治法：制方为醴，徐图取效。处方：炙绵芪八钱，川桂枝三钱，白芍术各三钱，全当归三钱，大生地黄一两，川续断五钱，淫羊藿五钱，酥炙虎骨四钱，制草乌四钱，青防风三钱，左秦艽三钱。上方药用上好高粱酒三斤浸透，每晚服一两左右。二诊：寒湿痹阻，关节牵强痠楚而畏寒。自饮服药醴后，症状续见改善，惟近觉腰骶痠软，脉气濡缓少力。年近花甲，肝肾渐衰，督脉阳气少达。再拟益气温阳，和营通络，制方为醴续进。处方：生熟绵芪各四钱，川桂枝三钱，白术芍各三钱，鹿角片四钱，全当归三钱，大生地黄一两，制狗脊二钱，海风藤八钱，制草乌四钱，巴戟天五钱，左秦艽三钱，淫羊藿五钱。上方药用上好高粱酒三斤浸透，每天饮服一两左右。按：痹证日久，每可耗损气血而使肢节失于温煦濡养，故除关节筋膜痠痛、活动不利者外，尚见痠软麻木少力诸症。盖肝主筋，肾主骨，诸痹与肝肾之关系至为密切。《内经》曰：“病久而不去者，内舍于其合也。”加之本案患者已将花甲之年，

肝肾渐衰，故论治时，蠲痹通络与调益肝肾，气血兼顾，亦标本同治也。而对体弱痹久的患者，予以小剂量的温养达邪通络方，浸酒以和营而助药力逐服，确有一定的效验，且可减少煎药的麻烦。（摘自《中国现代名中医医案精华》）

（3）著痹。

又称湿痹。著痹的治疗，宜针刺足三里穴。因为“盖湿流于关节，故久寒不已，当卒取其三里，取阳明燥热之气以胜其寒湿也”（张志聪《黄帝内经枢集注》）。针对其湿邪偏胜的病机，“治著痹利湿为主，兼祛风逐寒，参以补脾补气，土强可胜湿”（《类证治裁·痹证论治》）的治法，方用川芎茯苓汤加黄芪、白术，或除湿蠲痹汤加蚕沙、防己、薏苡仁。补土燥湿汤亦可选用。

【病案1】陈某，男，56岁。1974年9月4日初诊。自诉周身关节疼痛已历4年余，诊为“风湿性关节炎”。平素畏寒怯冷，疼痛游走不定，每遇寒冷则疼痛加剧，两腿可见红斑结节。查血沉70mm/h，抗“O”正常。舌苔腻，舌质偏淡，脉细。辨证：风寒湿痹。治法：温经通络。处方：制川乌10g（先煎）、全当归10g、淫羊藿15g、川桂枝8g（后下）、寻骨风20g、徐长卿15g、生甘草5g。服8剂。9月11日：药后结节明显减少，此乃佳象。舌苔白腻，脉细。效不更方，循原法进治之。上方加炙蜂房10g、炙全蝎2g（研末分吞）。服6剂。9月19日复查血沉为21mm/h，周身关节痛稳定，腿部红斑结节消失。为巩固疗效，嘱其原方再服10剂。1976年6月5日随访，患者已痊愈，未再复发，并已正常上班^[1]。

【病案2】王某某，女，29岁，1952年3月4日初诊。自诉2个月前临产时患周身关节痛，1个月后，关节悉肿，动辄痛甚，畏风，不能食，睡眠欠佳，大便2~3日一行，有时小汗出，已卧床2月余。各医院诊为“类风湿关节炎”，屡治不效，去外地治疗亦无效，归来求治于余。诊见：

[1] 陈淑媛，张肖敏. 朱良春老中医治疗痹证的经验[J]. 中医杂志，1980（12）：15-18.

脉沉细，舌苔白腻而厚，身体虚浮，四肢关节肿大，触之痛不可忍，肢体不敢移动。辨证：著痹。治法：用温经祛湿之法，以小续命汤加味治之。处方：麻黄 5g、附子 15g、党参 20g、杏仁 5g、白芍 25g、薏苡仁 100g、甘草 10g、川芎 10g、桂枝 10g、牛膝 10g、防风 15g、茯苓 30g，水煎服。服药 10 日，其肿消，痛已，仅活动后稍感疼痛，脉缓弱，乃湿浊未尽，血气未复，治以益气活血祛湿。处方：党参 20g、当归 20g、川芎 15g、防风 15g、薏苡仁 100g、赤芍 15g、丹参 15g、桂枝 7g。3 剂，水煎服。此后渐愈。（摘自《当代名医临证精华·痹证专辑》）

【病案 3】王某，女，35 岁。1977 年 9 月 20 日初诊。患者面色苍白，形体虚胖，精神萎靡。自诉 3 年前右骶骨部及右大腿上部疼痛，肢体关节疼痛重着，活动不便，肌肤常有麻木感觉，口淡不渴，饮食、睡眠、大小便尚可，月经不规则，往往超期，白带多，舌苔白腻，脉濡弱。西医诊为风湿性关节炎。辨证：湿邪留滞，阻闭气血，经络不利。治法：祛湿通络，祛风散寒，薏苡仁汤加减。处方：薏苡仁 30g、川芎 7g、当归 10g、桂枝 7g、独活 7g、党参 20g、黄芪 20g、川乌 7g、苍术 10g、木瓜 10g、秦艽 10g。水煎服，每日 1 剂。配服小活络丹，并酌情加减。调治 2 月，诸症均见好转。按：风寒湿外袭致痹，常有偏胜，本案证偏寒湿，故治疗以薏苡仁汤加减祛湿通络，温阳散寒而获效。^[1]

【病案 4】王某某，女，26 岁。初诊：1963 年 7 月 20 日。主诉：适逢行经期间挑重担蹚水过河，以致腰以下脊椎骨作痛，将近两载。半年来，经来量少，净后复来，3 年前曾流产。诊查：脉沉细，舌正常。辨证：寒湿阻滞，经隧不利。治法：治宜祛寒除湿，通络散结。处方：川乌 12g、草乌 12g（均先煎 3 小时）、羌活 9g、独活 9g、桂枝 9g、秦艽 9g、防风 9g、威灵仙 12g、杜仲 12g、续断 12g。6 剂。二诊：8 月 2 日。腰以下脊椎骨有热感，仍痛，因病已两载，非短期可愈。仍拟祛寒除湿、补肾通络，汤剂、丸剂

[1] 盛国荣. 痹证论治 [J]. 福建中医药, 1981 (2): 2-3.

并进。处方：川乌 12 克，草乌 12 克（均先煎 3 小时），羌活 9 克，独活 9 克，桂枝 9 克，秦艽 9 克，防风 9 克，威灵仙 12 克，杜仲 12 克，续断 12 克，菟丝子 12 克，当归 12 克，刺蒺藜 12 克，20 剂。隔日服 1 剂，经期时不服。丸剂：上方加桃仁 12g、红花 12g、乌梢蛇 12g、赤芍 12g，研末蜜丸，每服 1 钱，日服 2 次，间日与汤药交替。服 3 个月。三诊：10 月 5 日。疼痛似觉减轻，腰部热感增加，经来量稍多。脉缓细，舌本红。寒湿凝结虽有活动之象，但病久根深蒂固，非一朝一夕可图功。仍宗前法，乘胜前进。处方：川乌 9g、草乌 9g（均先煎 3 小时）、桂枝 9g、羌活 9g、独活 9g、防风 9g、毛狗脊 21g、苍术 12g、杜仲 12g、续断 12g。与丸剂交替服用 30 剂。四诊：12 月 15 日。疼痛已愈一半，腰部已不怕冷，经来正常，精神亦佳。脉缓有力，舌质淡红。仍拟祛风除湿，通络散结，并补气血法。处方：黄芪 12g，党参 12g，当归 9g，桂枝 9g，茯苓 12g，独活 9g，白术 12g，防风 9g，杜仲 9g，续断 12g。仍与丸剂交替服用。可服二三十剂。按：腰为肾府，肾主骨藏精，正值天癸来潮，肾气自虚，肩负过重，更使筋骨受损，又步涉水湿，则气血循环阻滞，寒湿之邪乘虚侵袭，致腰以下脊椎冷痛，非大剂川草乌、羌活独活等祛风除湿不为功。再以杜仲，续断等作引经固肾药。二诊时腰以下觉有热感，三诊时疼痛似缓和，四诊时疼痛已愈一半，后加参芪等以补气血。（摘自《中国现代名中医医案精华》）

（4）热痹。

热痹的治疗，总宜清热祛湿通络，并根据湿与热的轻重不同，可酌情选用宣痹汤、清热渗湿汤、加味二妙散及白虎加桂枝汤等。若“阳遭阴”而痹热太甚，既见筋骨掣痛、关节红肿，又见身热烦渴、舌红少苔者，则宜用犀角汤（《备急千金要方》）加生地黄、玄参、牡丹皮之类。

【病案】刘某某，女，41 岁，某刺绣厂工人。1985 年 12 月来诊。自诉发病月余，周身关节疼痛，尤以踝、膝、腕、肘为甚，痛不可近。辨证：行动不便，走路须人协助，踝、腕关节肿而红热，发热常在 37.5 ~ 39℃，口渴，便燥，舌质红，苔黄且厚，脉滑大。检验结果：类风湿因子阳性。

观前方多用温燥，或服中成药风湿痹痛片，反致病势加重。辨证：此热痹也，湿热互结着于关节，又过服辛燥之品，湿邪虽去而热邪化毒致使关节红肿，今审症、舌、脉，乃阳明经、腑热皆实，大有入营之势。治法：治宜先清阳明气分之热，通腑之实，略加营阴之药，以防热邪由气入营；再者以复阳明之阴液，并以解毒之品以化其热毒。处方：生石膏 120g、知母 30g、生大黄 10g（后下）、枳实 15g、白花蛇舌草 60g、忍冬花 30g、忍冬藤 30g、元参 30g、生地黄 30g、牡丹皮 20g、赤芍 20g。上方服 3 剂后，腑气已通，热已退至于 38℃ 以下，疼痛稍缓，仍以原方去大黄、枳实，加半夏 60g、天南星 60g、山慈菇 15g、全蝎 10g（轧细末吞服）。后以此方加减出入服百余剂，共用生石膏 30 余斤，痊愈。（摘自《当代名医临证精华·痹证专辑》）。

2. 痹证形体定位辨证治疗

（1）筋痹。

筋痹的治疗，针刺“筋上为故”（《素问·长刺节论》）；也可用恢刺和关刺之法。“恢刺，以针直刺其旁，复举其针前后，恢荡其筋之急者，所以治筋痹也”“关刺，直刺左右手足，尽筋之上，正关节之所在，所以取筋痹也”（马蒔《灵枢注证发微》）。由于筋痹乃风寒湿合邪伤筋所致，故治宜散寒祛风除湿，舒筋缓急，可选用活血舒筋汤之类。若因火淫灼筋，发为筋痹，此即“少阳有余，病筋痹胁满”之意（《素问·四时刺逆从论》）。对此少阳相火有余之筋痹，宜清热舒筋缓急，可选羚羊角散（《张氏医通·痿痹门》）。

（2）肌痹。

治疗肌痹，应“刺大分、小分，多发针而深之，以热为故”（《素问·长刺节论》），即取分肉之间而刺之。也可用合谷刺法治疗，所谓“合谷刺，左右用针如鸡足然，针于分肉之间，以取肌痹”（马蒔《灵枢注证发微》）。由于肌痹乃寒湿所致，故治宜祛湿散寒，方用除湿蠲痹汤加减，也可选用

薏苡汤、三痹汤、神效黄芪汤（《类证治裁·痹证论治》）。

【病案】袁某某，男，34岁。初诊：1975年8月27日。主诉：1973年11月自觉身软无力，睡眠差，有时低热，皮肤发痒，肌肉疼痛，走路不灵活，在某医院就诊疑为“风湿性关节炎”，给予抗风湿治疗，服药（西药，药名及药量具体不详）数月未见好转。1974年5月，又发现四肢及面部皮肤发黑，四肢肌肉萎缩、疼痛、触痛明显，双下肢行走困难，蹲下起不来，双手无力不能拿东西。四肢及肩背部出现很多淡红色疹子，皮肤瘙痒难忍，后到某某医学院做全面检查，确诊为皮肌炎。给予醋酸泼尼松、长效青霉素、环磷酰胺和丙酸睾丸酮等治疗数月，自觉稍有缓解。1975年3月上述症状再次加重。诊查：皮肤瘙痒更剧，肌肉疼痛难忍，全身无力，活动困难。辨证：阴虚内热，气滞血瘀。治法：停用西药，以养阴清热，活血祛瘀，兼顾肝脾肾为治则。处方：生地黄15g、玄参12g、麦冬9g、牡丹皮9g、黄柏9g、赤白芍各9g、茯苓9g、丹参24g、女贞子9g、旱莲草9g、红花3g、姜黄9g、鸡血藤24g、甘草6g。二诊：上方药共服1月余，自觉肌肉疼痛减轻，体力有一定恢复。皮肤仍瘙痒，睡眠仍差，但皮肤无新疹出现。调整处方如下。处方：生地黄15g、玄参15g、麦冬15g、牡丹皮15g、赤白芍各15g、丹参24g、鸡血藤24g、姜黄9g、黄柏9g、红花3g、地肤子31g、忍冬藤24g、薏苡仁24g。外洗方：蛇床子31g、苦参62g、芒硝12g、白矾31g、地肤子31g、千里光31g。三诊：以上方药治疗共2月余，皮肤逐渐变润，色素沉着及皮疹明显减退。仅双肩还有散在皮疹。患者自觉皮肤瘙痒明显好转，肌肉仅在做较剧烈活动时感轻微疼痛，体重增加。进一步巩固疗效，在原方中加制首乌31g、黄精31g、玉竹31g继续治疗。患者共住院治疗7月余，查体外观无特殊。自觉无明显不适，体重由入院时48kg增加至52kg，体温正常。于1976年4月10日基本痊愈出院，并带原方出院继续巩固治疗，现已随访3年病无复发。按：本例即属本虚（血虚）标实之证，因久病不愈必损及脾肾，根据治病必求其本的原则，故以养阴清热、活血化瘀兼顾肝脾肾之治法，获得较好疗效。（摘

自《中国现代名中医医案精华》)

(3) 皮痹。

皮痹以皮寒不仁为特点。此证“以秋遇此者为皮痹……在于皮则寒”（《素问·痹论》）。此乃风寒湿邪乘肺虚表卫不固而侵袭皮肤，留而不去，营卫受阻。卫阳不温肌肤则皮寒，营卫不养皮肤则不仁。故《灵枢·刺节真邪》云：“虚邪之中人也……搏于皮肤之间……留而不去为痹，卫气不行，则为不仁”。治疗皮痹，可用毛刺法刺治（《灵枢·官针》）。张志聪《黄帝灵枢集注》所谓“毛刺者，邪闭于皮毛之间，浮浅取之”。由于皮痹乃风寒湿袭于皮肤，营卫不和，故治宜祛风寒湿邪，调和营卫，方用黄芪建中汤合羌活胜湿汤加减。可遵“痹在皮，越婢汤加羌活、细辛、白茯苓”经验而治（《张氏医通·痿痹门》）。

(4) 脉痹。

治疗脉痹，以“血实宜决之”（《素问·阴阳应象大论》）为原则，宜散寒除湿，活血化瘀，可用当归四逆汤合活络效灵丹之类；若以局部血脉凝涩为主，可选用温经通络汤（《赵炳南临床经验集》）；属脉有瘀血郁热者，则宜活血清热，方用桃红四物汤加茜草根、牡丹皮、连翘等。

【病案1】马某某，女，28岁，1974年9月就诊。自诉近3天来左侧手腕部疼痛，活动受限，左上肢凸起一条索，肿痛，不能安眠。查左前臂直至上臂，有一明显条索，长28.5cm，质硬，触痛拒按，沿条索皮肤潮红，观前臂微肿，左腕及左肘屈伸略受限。苔白，脉弦略数。辨证：湿热凝结，血瘀阻络。治法：清热利湿，活血散结。处方：金银花24g、蒲公英24g、连翘18g、茵陈30g、条芩9g、猪苓9g、玄参18g、泽泻9g、炒山甲15g、赤芍9g、归尾12g、车前子9g、红花9g、延胡索9g、川楝子18g、升麻9g、甘草3g、地龙12g、泽兰叶12g。服药半月，其疼痛已止，条索变软，无触痛，缩短至20cm。再拟处方：三棱9g、莪术9g、赤芍9g、半夏9g、玄参18g、炒山甲15g、连翘15g、生黄芪15g、鸡血藤15g、云苓12g、红花9g、炒僵蚕9g、桃仁9g、归尾9g、酒军3g、升麻9g。半个月后条索

基本消失，渐次而愈。（摘自《房芝萱外科经验》）

【病案2】蒙某某，女，31岁。初诊：1978年8月。主诉：5个月前用雷夫诺尔液引产而致阴道大量出血，经中西药治疗好转，但四肢麻木，手足指趾抽掣转筋，形寒畏冷，手足尤甚，用辣椒热汤浸泡手足，麻木冷痛可暂减。夜卧汗出。诊查：苔白脉细。辨证：此为寒湿阻滞经脉之血痹证。治法：用当归四逆汤加黄芪以温经通痹。处方：当归10g，桂枝10g，白芍10g，木通6g，甘草6g，大枣5枚，细辛9g，黄芪18g。上方药服4剂病愈。按：张璐《张氏医通》谓“血痹者，寒湿之邪，痹着于血分也”。现代中医大师陆渊雷认为血痹是四末知觉不仁，早起手指厥冷麻木，不能持物，稍加运动，血液流畅，麻木反轻。本例因引产大出血后寒邪乘虚袭人，气血为寒所遏，寒凝血涩，阳气不达四末，故肢冷麻木，阳气虚则形寒畏冷，阴血亏则夜卧汗出。以辣椒水浸洗，血流得通，麻木冷感暂时减轻。《伤寒论·厥阴病》中说：“手足厥寒，脉细欲绝者，当归四逆汤主之。”加黄芪共奏补血活血、温经祛寒之功，4剂得效，足见古方之妙。（摘自《中国现代名中医医案精华》）

（5）骨痹。

治疗骨痹，宜温肾散寒，方用右归饮合肾着汤之类，亦可选用安肾丸（《张氏医通·痿痹门》）。针灸可取涌泉、昆仑穴（《灵枢·五邪》），手法可用短刺和输刺法治疗（《灵枢·官针》）。

【病案1】武某某，男，47岁。主诉：胸腰椎多处骨质增生，腰背长期作痛，活动不便，逐渐下肢瘫痪，步履维艰。因食后活动少，消化阻滞，胃痛发作，并见腹胀、饱噎、吞酸等症。辨证：痼疾加新病。治法：先用二陈汤加乌贼骨、六曲、枳壳、白芍之属，服药半月后，胃痛止，饮食正常。再按治骨痹之法治之，用虎骨、龟板、蝉蜕、威灵仙、骨碎补、没药、乳香、白芍等8味药作为散剂，长期服用。除感冒、胃痛时暂时停药外，坚持服药4个多月，腰背痛逐渐减轻，能扶杖行走，仍坚持服药1年之久。经X线复查，虽胸腰椎畸形无改变，但迄今十余年未复发。（摘自董建华《中国

现代名中医医案精华》)

【病案2】王某，男，20岁。主诉：双大腿疼痛，左侧为重，行走不便四肢沉重难举，有麻木感，病已延5年。到某医院拍片检查拟诊为“关节退行性变”，治疗无明显好转。诊查：诊见形体消瘦，舌质淡红，苔薄白，脉细数。辨证：此属骨痹。治法：应以养阴补肾，强筋壮骨为主，方选五兽饮加减。处方：怀牛膝12g、金毛狗脊12g、白芍8g、锁阳15g、楮实子15g、桑寄生12g、生甘草6g。每天1剂，水煎分2次服。服药7剂，疼痛减轻。诊见舌质偏红，脉仍细数。脉证合参似有热象，原方加赤芍9g、牡丹皮9g、威灵仙9g，以增强清热凉血之力。服药两周，下肢疼痛进一步改善，唯用力弯曲时觉腰痛。舌脉无明显变化，原方加川牛膝9g、山茱萸9g，以增强滋养肝肾之力。服上方药月余，症状消失。按：骨痹的病名出自《素问·痹论》，系指气血不足、寒湿之邪伤于骨髓的病证，临床表现为骨痛、身重、有麻木感、四肢沉重难举等。本例患者病已多年，风湿浸淫，气血不足，肝肾亏损，故治以养阴补肾、强筋壮骨而获效。（摘自董建华《中国现代名中医医案精华》）

3. 痹病脏腑分类证治

(1) 心痹。

治疗心痹，依据“五脏有俞……循脉之分”（《素问·痹论》）的原则，可取神门、心俞针灸；亦可用偶刺法（《灵枢·官针》），即当其痛所，一针刺于胸前，一针刺其背部。根据心痹的形成机制，治宜温补心阳、祛寒除湿、通脉安神，方用苓桂术甘汤合活络效灵丹加减。若心阳不足，肾水上泛，见心下悸、喘不能卧，则治宜温心肾、化水饮、通血脉，方用真武汤、黑锡丹之类；若心阳不足，痰浊内阻，见胸闷、胸痛彻背者，宜温阳化痰通脉，方用苓桂术甘汤合瓜蒌薤白半夏汤加减。亦可参考《证治准绳·杂病》中说的“五脏痹宜五痹汤……心痹加远志、茯苓、麦冬、犀角”之法而治。

【病案1】葛某某，女，44岁，工人。1984年8月2日初诊。自诉患风湿性心脏病9年，逐渐加重，近半年来，房颤呈持续性，胸闷，左胸发作性疼痛，心慌，动辄气急，头晕耳鸣，目时作眩，纳谷不振，肢软乏力，指尖发麻，心神不安而多恐。诊查：两颧黯赤，呈二尖瓣面容，口唇黯紫，舌前部有紫斑，舌下静脉瘀血，脉象结涩；心率130次/分，心音强弱不一，心律快慢不匀，心尖区可闻及舒张期隆隆样杂音；心电图检查示心房颤动。证属风湿侵心，气血瘀滞，胸阳痹阻，脉道滞涩，气血失于布养，心气逆乱。诊断：心痹（风湿性心脏病；心律失常—房颤）。辨证：心脉痹阻，阳气不足。治法：活血化瘀、益气通阳。用血府逐瘀汤加生蒲黄、桂枝各10克，去桔梗。服至20剂，其胸闷、心慌、胸痛、指麻等症状明显减轻，且早搏消失，心律复常。复查心电图亦正常。续以原方加减，以巩固疗效。随访半年，未见复发。（摘自路志正《痹病治疗学》）

【病案2】孙某某，女，38岁。初诊：1973年2月。主诉：近年来时感胸闷，心悸，气短，胸痛，形寒畏冷，手足不温，尤其是双下肢冷痛，病发时冷汗自出，难受异常。诊查：观其舌苔淡白，脉沉细无力，寸部隐伏难寻。辨证：为心阳不足、阴血凝滞之胸痹。治法：以当归四逆、参附龙牡汤合方。处方：红人参（另煎分次兑冲）6g、制附片10g、黄芪31g、当归10g、桂枝10g、细辛3g、丹参24g、红花6g、生姜10g、大枣10g。4剂。服上方药4剂后，全身不再怕冷，手足转暖，胸痛大减，但胸闷、心悸、冷汗仍不时出现。原方加生龙骨、生牡蛎各18g以镇敛固摄，继服药四剂后症状消失，以益气通瘀之剂善后，诸恙大安。按：心气素虚之体，卫外之力常感不足，气虚则血液运行受阻，稍不慎，风寒乘之则脉络闭塞不通，此胸闷、胸痛、气短之所由作也。苔白脉沉，冷汗自出，显系心阳不足。本宜参附龙牡之品以固护心阳，但因患者双下肢经常冷痛，手足不温，故用当归四逆汤温经通滞，与参附龙牡汤合用，则心阳得振；再加黄芪合当归补血，丹参、红花祛瘀，去木通之苦寒不用，恐其有损心阳之弊。（摘自董建华《中国现代名中医医案精华》）

(2) 肝痹。

治疗肝痹，可取太冲、曲泉穴针刺。由于肝痹乃肝虚邪气痹阻于肝所致，故治宜祛邪通痹、补益肝血，可选用《类证治裁·痹证论治》所记载的五痹汤加酸枣仁、柴胡。若以胸胁痛、呕吐、惊恐为主者，可选用肝痹汤（《辨证奇闻》）加减，以调补气血，除痹安神。

(3) 肺痹。

治疗肺痹，可取太渊、尺泽针刺。汤药可选用五痹汤（《类证治裁·痹证论治》）加半夏、杏仁、麻黄、紫菀。根据寒热虚实的不同，可分别选用家秘泻白散、生脉散加二冬二母、参橘煎、人参平肺散（《症因脉治·痹证论》）等。因肺痹患者主要表现为喘、咳，故可参考喘及咳病辨证施治。

(4) 脾痹。

治疗脾痹，针刺可取太白、阴陵泉穴。由于脾痹属寒湿困阻，脾气不运之证，故治宜化湿祛寒、调和气机，方用苓桂术甘汤合厚朴温中汤加减。临证可选五痹汤（《类证治裁·痹证论治》）加厚朴、枳实、砂仁、神曲，可供参考。

【病案】方某某，女，38岁。1989年1月初诊。自诉自幼常上山放牛，割草、打柴。平日日晒雨淋，两足经常浸于山坑水中，有时深至大腿。渴时常喝凉山坑水，常食野果。直至15岁以后便渐渐出现四肢内侧，特别是下肢酸麻胀，冷痛感。上腹不舒，常噫气、恶心，口泛清涎。喜温怕冷。25岁结婚，产二子以后病情日见加重，四肢内侧越加酸麻冷痛，尤以夜为甚，辗转难眠，后发展至卧下酸麻不已，起坐即舒，只有热敷并用重物压两腿内侧才稍入睡。每遇气候寒冷，或进食寒凉之品，四肢更是酸楚，上腹更加冷胀隐痛，呛咳喷沫，呕吐清澈痰涎，有时日呕数次，每次呕清涎半碗以上，呕后稍舒。头晕目眩，神疲乏力。经治十余年，大体诊断为“神经根炎”“周围神经炎”“血管不完全性阻塞”“风湿性肌炎”，用过多种西药及部分中药未效（如服用维生素B1片、维生素B12片、三磷酸腺苷片、地巴唑片、双嘧达莫片、脉通丹参片、毛冬青片、葡醛内酯片、葡萄糖酸

钙片，及青霉素注射液等），后渐渐出现右侧下肢肌肉轻度萎缩，并晨有跛行，久坐起行右足有站不住之感觉。诊查：面色㿔白虚浮，口唇无华，表情淡漠，形寒，言语低沉，舌淡胖嫩，舌边齿印明显，时呕口水，脉濡缓。辩证：结合自诉病史，诊为外伤寒湿循经舍脾，内伤生冷损伤脾阳的脾痹证。治法：随投以温里散寒，温经通脉之品。处方：人参 10g、炒白术 15g、白茯苓 20g、炙甘草 5g、干姜 10g、焙附子 10g、南肉桂 10g、广陈皮 10g、姜半夏 10g、白豆蔻 8g、春砂仁 10g、广木香 8g、北黄芪 50g、吴茱萸 5g、红枣 10 枚等加减组方，连服 40 多剂。外用：地胆草、松柏萆、毛射香、祁艾各 250g，月丹花、血风藤各 500g（以上是草药）水煎加白酒热洗四肢，并嘱勿食生冷。继用“桂附理中丸”“香砂六君丸”中成药巩固治疗，遂诸症俱除。随访数年，精神健爽，体魄壮健，劳动力正常。本例曾以“痰饮”及一般痹证辨治不效，盖因忽视“脾痹”一证故尔。此证山民、菜农、柑农及多涉水劳动者多见，理应引起临床足够重视^[1]。

（5）肾痹。

治疗肾痹，可取太溪、阴谷穴针刺。由于肾痹属寒湿内阻、肾阳不足之证，治当散寒祛湿、温补肾阳，方用肾痹汤（《辨证奇闻》）加减。

（6）肠痹。

治疗肠痹，可取曲池、小海穴针刺。由于本证属于邪客于肠，气化失职，故治当化气行水。亦可选用五苓散（《证治准绳·杂病》）加桑皮、木通、麦门冬或吴茱萸散。

（7）胞痹。

治疗胞痹，可取委中、束骨穴针刺。本证属下热上寒，主要病机在于邪气痹阻膀胱，膀胱气闭，湿热郁结而病，故治宜清热利湿通痹，可选肾著汤、肾沥汤（《证治准绳·杂病》）；亦可按“痹在胞，肾沥汤；虚寒，茯苓丸；虚寒甚者，巴戟丸”（《张氏医通·痿痹门》）之法进行治疗。

[1] 吴远真. 脾痹证辨治管见 [J]. 中医药信息, 1995 (5): 5.

4. 痹病症状分类证治

(1) 众痹。

治疗众痹，可遵“痛虽已止，必刺其处，勿令复起”（《灵枢·周痹》）之法刺治。众痹乃风寒湿邪客于分肉之间，故治当祛风散寒除湿，方用麻黄加术汤之类。

【病案】刘某某，女，55岁。主诉：遍身关节作痛，上下流窜，此起彼伏，右甚于左，已有年余，经多方诊治无效。辨证：病属众痹。处方：黄芪9g、桂枝6g、当归6g、忍冬藤9g、天仙藤9g、路路通6g、木通5g、炙甘草3g、丝瓜络6g。3剂水煎服。药后痛停未作，但感头痒，痒则为风，风浮于上，欲去而未彻也。故原方加白蒺藜9g，3剂水煎服（摘自董建华《中国现代名中医医案精华》）。

(2) 周痹。

治疗周痹，可遵“痛从上下者，先刺其下以过之，后刺其上以脱之；痛从下上者，先刺其上以过之，后刺其下以脱之”（《灵枢·周痹》）之法。可用截断法进行针刺，此法“先刺以过之，去其标也；后刺以脱之，拔其本也”（《类经·疾病类》）。由于周痹乃邪客血脉，治宜宣痹通脉，处方可参考选用蠲痹汤（《类证治裁·痹证论治》）加桂枝、白术、狗脊、薏苡仁，或上中下痛风方（《丹溪心法·痛风》）。风湿客邪，留于经络，上下四肢留走而痛，邪行触犯，不拘一处，古称周痹，且数十年之久，岂区区汤散可效。凡新邪宜急散，宿邪宜缓攻。蜣螂虫、全蝎、地龙、穿山甲、蜂房、川乌、麝香，上药制末，以无灰酒煮黑豆汁泛丸。（摘自叶桂《临证指南医案·卷七》）

(3) 留痹。

治疗留痹，可用刺络放血法（《灵枢·寿夭刚柔》），也可用傍针刺法治疗（《灵枢·官针》）。马蒔《灵枢经注证发微》曰“旁针刺，用针以直刺者一，用针以旁刺者一，所以治留痹之久居者也。”根据其痰瘀阻滞、正气耗

损的病机，治宜活血化瘀、化痰通络、补肾扶正，可酌情选用身痛逐瘀汤、大活络丹、小活络丹、益肾蠲痹丸等。

（4）食痹。

治疗食痹，宜益气健脾、理气行滞，方用健脾丸。若肝气犯胃者，宜泻肝和胃降逆，方用柴胡疏肝散合小半夏汤加减。

【病案】冯某某，女，51岁，1987年10月4日就诊。自诉有胆汁反流性胃炎病史3年。近3日来，不能饮食，饮水欲呕，食则胃脘痛及两胁，吐出方快，大便未行，小便不利。用“胃复安”“消旋山莨菪碱片”等治疗，效不显。刻诊：泛泛欲呕，时唾清水，噫气时作，上腹部腹肌呈痉挛状，脉沉弦，苔白厚水滑，舌体胖嫩。辨为寒湿型食痹，治宜温里除湿通痹法，予《全生指迷方》朴附丸合吴茱萸丸加味。处方：吴茱萸15g、炮附子15g、川厚朴15g、槟榔12g、威灵仙24g、陈皮30g、生姜60g（为汁另兑）。水煎，每日1剂，频频呷服。1剂后，矢气频。2剂后，即能小量多次进食，继用6剂后，已能正常饮食，未再发作痛呕诸症，脉转缓和，苔变薄白，舌体仍胖，以香砂六君子丸、金匮肾气丸善后。半年后胃镜复查恢复正常（摘自《四川中医》1990年第8期）。

《内经》对痹证的分证，除上述情况外，《灵枢·经筋》还将十二经筋的痹证与一年的十二月相合，分别命名为孟春痹、仲春痹、季春痹、孟夏痹、仲夏痹、季夏痹、孟秋痹、仲秋痹、孟冬痹、仲冬痹、季冬痹。其证皆为十二经筋所过部位的转筋及疼痛病症，其治皆主针刺疼痛所在，均以痛点为腧穴。其病在经筋，与筋痹相类，故不另作讨论。

（八）痹病证治的现代研究

1. 中医药治疗类风湿关节炎的研究

类风湿关节炎属于痹证范围。本病病变在骨与关节，日久可引起骨关节畸形，故当属《金匮要略》中的历节病，也属痹证范围，为痹证之一。

在辨证分型上，临床上常作虚实之分。虚痹包括有气血虚痹、阴虚痹、阳虚痹。实痹有行痹、痛痹、著痹（以病因称作风痹、寒痹、湿痹）、热痹、顽痹五型。其中热型又分阳明热证、阴虚内热、湿热内盛；也有以急发期、稳定期分型，主张在急发期分热型、寒型、寒热错杂型，稳定期分肝肾亏虚型、挟瘀挟痰型。治疗本病，多主张在辨证论治的基础上结合专药专方。有人根据“肝主筋”“肾主骨”的理论，将本病定位在肝肾，阳虚、阴虚为其本，挟风、挟寒、挟湿、挟热、挟瘀、挟痰为其标。风寒湿热标象较急较重时，多以大秦苳汤为基本方；正虚邪实，重在治本兼祛其邪，以加减归芍地黄汤为基本方。亦有根据“其本在肾”“久痛入络”的理论，主张补肾壮督以治其本，用虫类药物活血通络以治其标，拟益肾蠲痹丸。曾观察总结155例，痊愈率及显效率为71%，总有效率达96%。在分型论治方面，从已报道研究来看，现代对于热痹（风热湿痹、湿热痹）的认识和治疗，不能拘于“风寒湿三气杂至合而成痹”之说，认为热痹为风寒湿郁而化热。在采用乌头治疗类风湿关节炎方面，还有人认为“乌头对于关节疼痛确有疗效，但若局部灼热红肿，或兼发热、口渴则非所宜”，说明乌头的适应证为风寒湿痹。因为该病的早期、中期一般确以风寒湿型居多，晚期又以阳虚者居多，故乌头、附子的使用机会也多。温经止痛用川乌、草乌，温补阳气用附子，但也经常将乌附同用，相得益彰。但由于地域不同，病人耐受性不一样，加之医生用药习惯不同，因此在乌头、附子的用量上出入很大。宜从小剂量开始，逐渐增加，以知为度，或得效后递减的方法。在煎药上，乌头、附子均需久煎，毒性会基本消失，而有效成分不致破坏。

2. 中医药治疗风湿热的研究

急性风湿热多属热痹，常用白虎加桂枝汤为主方，酌加桑枝、萹草、秦艽、忍冬藤，热盛者加寒水石等。对于风湿热、风湿性心脏病这类病证，应以卫气营血辨证为主，因其基本病理是外邪由表入里，由卫入气、入营、入血。大多数发病已在气分或营血分，故以清气凉血解毒为治。在气热鸱

张阶段，常以白虎汤为主方，加金银花、连翘、桑枝、牛膝、木瓜、防己、秦艽、桂枝、苍术、豨莶草、姜黄、西河柳；兼表证则加荆芥穗、薄荷、牛蒡子、豆豉；咽痛加桔芩、山豆根、马勃、射干、桔梗；高热加黄连、黄柏、栀子、紫雪丹；气营两燔阶段以清营汤、犀角地黄汤、清瘟败毒饮为主。

在西医诊断为风湿热的患者之中，也有属于风寒湿者，所以应以辨证为主要依据进行选方施治。风湿热患者多有发热症状，但发热不一定皆属热邪，湿热相合较多，寒湿郁而化热或阴虚内热者，亦不少。对于中医辨证属寒湿痹者，即使见到高热，乃可用乌头汤加味，以治其本。

3. 中医治疗原发性坐骨神经痛的研究

腰椎、下肢持续性钝痛或刺痛、抽痛，常以天气变化、寒冷刺激、劳累等为诱因而发作，发作时疼痛剧烈。表现为局部无灼热，或自觉烧灼感但扪之不热，故一般可按风寒湿痹、顽痹论治。有人用桂枝芍药知母汤治疗本病有效，但用量宜重，否则病重药轻，难以奏效。也有人以马钱子为主药治疗坐骨神经痛及各种关节痛。西医诊断为坐骨神经痛的患者，仍需辨证论治。多数人认为该病以气虚、血虚或肝肾亏虚为本。肝肾虚者，常用独活寄生汤；痛剧，改用张氏变通三痹汤；素体血虚者，须在温经散寒方中，加入养血通脉之品或用当归四逆汤为基础方，加木瓜；病久痛剧，痰瘀交阻，加桃仁、红花、五灵脂、丹参；伴腰痛及椎旁点明显压痛，加狗脊、续断；气虚者，用补中益气汤加白芍、木瓜、杜仲。

4. 中医药治疗骨质增生病的研究

骨质增生多发于40岁以上年龄段，以疼痛无力为主症，受损关节以负重的膝、脊柱为常见，无局部红肿或游走现象，也无全身症状。X线检查发现关节周围骨质有钙质沉着，关节边缘的骨外生骨疣。由于“肝主筋”“肾主骨”“腰为肾之府”，因此在治疗上宜补肾养肝，辅以活血化瘀为基本治

疗方法。此法对于症状消除有效，且对新骨质增生有抑制作用，但对已增生的骨质作用不明显。

5. 用痹证的理法方药治疗其他疾病

(1) 血栓闭塞性脉管炎。

相当于“脉痹”，其晚期（坏死期）似古代文献所称之“脱疽”，而早期、中期（局部缺血期、营养障碍期），表现为患肢发凉、麻木、疼痛、间歇性跛行者，也可参照痹证辨证论治。有人将该病分为阴虚毒热型、虚寒型、气血双亏型、血瘀型；有分为热毒蕴结型和寒湿凝滞性。前者治以养阴清热，解毒通络，用四妙勇安汤或知柏地黄汤、桃红四物汤加减；后者治以温经散寒、除湿蠲痹，方用当归四逆、真武汤加川、草乌等，配合外科处理，疗效满意。也有采用活血化瘀为主的治法，随寒热见证加减用药。

(2) 多发性肌炎。

相当于“肌痹”，有人认为本病以脾虚为本，肝血瘀阻，久病及肾，阴虚内热，故以滋养肾阴，佐以益气、清热凉血、活血通络为治。

(3) 系统性红斑狼疮。

临床表现特别复杂，可累及多个脏腑，其中以多关节疼痛为主症者，可按照痹证辨证论治。有人认为本病在急性发作时，多属热痹，为风寒湿郁久化热，营卫不和，经络瘀阻，气血运行不畅，治宜清热为主，佐以疏风化湿，活血通络，可用白虎桂枝汤加味；在稳定期，多属行痹，为风寒湿外邪阻于经络，气血运行受阻，治宜和营通络，散寒利湿，可用蠲痹汤加减。

(4) 布氏杆菌病。

有人将本病按虚痹论治，以扶正固本调和气血，佐以祛湿通络为法，拟用苍术、桂枝、五味子、甘草、生地黄、黄芪、大枣、小麦组方加减，观察治疗 512 例，有效率达 90% 以上。也有人认为本病属本虚标实之证，

本虚主要责之于肾、肝、脾三脏虚损，标实主要责于瘀血、痰湿阻滞。由于肾、肝、脾不足，气血亏虚，精血不足，外邪乘虚而入，反复感邪，而致气机不畅，血行不利，津液输布障碍，终致瘀血、痰湿停留阻滞。因此在治疗上可选用身痛逐瘀汤加减，以补肾滋肝健脾，益气养血填精治其本；以活血化瘀通络，清热除湿止痛治其标。标本兼治，方可奏效。

（5）结节性红斑、硬结性红斑及结节性脉管炎。

相当于“肌痹”，多由气血痹阻，复感外邪所致。首都医院、中医研究院采用活血散瘀行气通络法治疗，取得一定效果。临床上常用桃红四物汤加丹参、鸡血藤、泽兰、牛膝、香附、青皮、海风藤等为主药；结节焮红，尿黄便秘，舌红脉数者，加入清热凉血解表之品，如丹参；寒凝血脉者，当散寒温经通络，可加麻黄、桂枝；瘀血入络者加山甲、山慈菇；正气不足，溃瘍不敛者，加党参、黄芪、熟地黄；关节酸痛者，加秦艽、木瓜、威灵仙、羌活、独活。

（6）硬皮病。

属“皮痹”范畴，多由肾阳不足，气虚血瘀，复感外邪，阻于皮肤肌肉，痹塞不通，营卫失和所致。有人认为治宜温经助阳，调和营卫，用阳和汤、当归补血汤加川乌、细辛、二活、赤芍；若肾阳虚者加巴戟天、肉苁蓉、淫羊藿；血瘀阻络者加桃仁、红花、留行子、赤芍；若上肢症状重者加桑枝、鸡血藤；下肢症状重者加牛膝、青风藤；肌肤发热，热毒内蕴者加金银花、连翘、牡丹皮。也有人认为此证为血痹络脉所致，故以活血化瘀为主药的“通脉灵”方，治疗局限性硬皮病 84 例，疗效满意。也有人认为本证的主要病机为阳气亏虚，邪毒阻络，证属本虚标实，治疗以益气温阳，通络排邪，以毒攻毒为总则。若以实邪阻滞为重者，用麻黄汤合桂枝汤加减；若瘀血阻络，痰瘀互结者，可用导痰汤合桃红四物汤加减；若寒湿郁久化生毒热，暗耗气血，则用人参养荣汤加减。此外，还以温阳通络法、上病下取法、祛风通痹法、舒肝解郁法、凉血解毒法、和胃降逆法、宽肠下气法、益气通络法、补肾通络法和以毒攻毒法加以对症治疗。

四、《内经》痿病证治特色及医案选

痿病，是泛指肢体不能随意运动，筋骨关节弛缓、痿弱，肌肉逐渐枯萎的病证。其病因主要由水湿、暑热、湿热、寒湿等外因所致，亦可由情志所伤、远行劳倦、房劳伤肾、阴液内竭、脾胃气虚、气血不足等内因而成。其病机主要为五脏气热，熏灼五脏之阴，肺热叶焦，津枯液燥，血亏髓减，筋脉失养；或肝肾亏损，精血亏虚，或阳明气虚，脾失健运，不能为胃行其津液，致宗筋失养，不能束骨利机关而致痿。痿证的治疗，强调“治痿独取阳明”和“各补其荣而通其俞”的针刺原则，以及重视岁运，按脏腑旺时分别调治的方法。

（一）痿病的概念与分类

1. 痿病的概念

痿病，又称“痿证”“痿疾”“痿易”“痿躄”。痿，音义同萎，“在草曰萎，在人曰痿”，萎、痿互为通用。《字林》云：“痿，无力也。”《素问直解·卷四》注：“痿者，四支委弱，举动不能，如委弃不用之意。”痿有痿弱和枯萎两义，包括四肢功能的萎废不用和肌肉逐渐枯萎不荣之证。《素问识》记载：“躄，又作足辟，《礼记释文》‘足辟，两足不能行也。’由此观之，痿躄，并足痿之疾。然痿者，痿弱之义；躄者，两足不能行之称，自不能无别焉。”《医方考》曰：“痿，犹萎也，痿躄者，手足不用之义。”可见，痿证，统称痿躄，指肢体无力，甚至不能持物或行走活动，有筋骨痿弱、肌肉逐渐萎缩之表现，因此，以症状特点、病变机理和发病部位来命名。

2. 痿病的分类

《内经》对痿证的分类，大致上有阴阳分类法，具体可细分为病因分类、病位分类、病机分类、症状分类以及多种方法相结合的分类方式。《素问·痿论》主要运用脏腑及其相合的形体，以病位、病机与症状相结合来分析 and 辨别痿病，如将痿病辨证分为脉痿、肉痿、筋痿、骨痿即是，又以病机与症状特点辨别痿躄之证。此外，还将与痿病有传变或并病关系的肢体病证（如痹证、厥证），合称为痿痹、痿厥等。

（1）五（脏）体痿的分类。

《内经》的《生气通天论》《藏气法时论》《痿论》《气交变大论》《五常政大论》《六元正纪大论》《至真要大论》、《邪气藏府病形》《本神》《经脉》《口问》等篇章均有讨论痿病，今以《痿论》为据，按五（脏）体痿分类如下：

①痿躄：肺热叶焦，则皮毛虚弱急薄，著则生痿躄也。②脉痿：心气热，则下脉厥而上，上则下脉虚，虚则生脉痿，枢则挈，胫纵而不任地也。③筋痿：肝气热，则胆泄口苦，筋膜干，筋膜干则筋急而挛，发为筋痿。

④肉痿：脾气热，则胃干而渴，肌肉不仁，发为肉痿。⑤骨痿：肾气热，则腰脊不举，骨枯而髓减，发为骨痿。

（2）五脏（五体）痿病的鉴别。

《素问·痿论》认为，痿证的发生，是由五脏气热，阴精不足，不能润养皮、脉、肉、筋、骨而形成的。而《内经》诊病，尤重察色，又因五脏各有所充，各有所合，故五脏病痿，则可依据五脏外合五色、五体、五华（包括毛、络、爪、肉、齿等）的异常变化进行鉴别。如“肺热者色白而毛败；心热者色赤而络脉溢；肝热者色苍而爪枯；脾热者色黄而肉蠕动；肾热者色黑而齿槁”。但这些特色体征在临床上不一定能显现出来，故临证时还应该结合前文所言其他症状，如痿躄之喘鸣，脉痿之四肢关节弛缓如折，筋痿之口苦筋急而挛，肉痿之口渴肌肉不仁，骨痿之腰脊不举等作全面分析，才能得出正确判断。《素问·痿论》所述诊察五痿病证特征的内容，是《内经》中“有诸内必形诸外”理论应用的例证。

（二）痿病的临床特征

《素问·痿论》分别列举痿证有（肺）痿躄、（心）脉痿、（肝）筋痿、（脾）肉痿、（肾）骨痿五种证型，但就痿之主症而言，当有四肢功能的痿废不用和肌肉枯萎不荣两种情况。临床上两者可单独出现，亦可先后出现，且多半是先见痿废不用，随后渐发为肌肉萎缩，两者多存在因果关系。痿证的表现亦有拘挛强直性硬痿和弛缓不收性软痿的刚柔之别，如“胫纵不能任地”当为弛缓不收之软痿，而“筋急而挛”则为挛缩强直性硬痿。此外，病位上也有下肢痿、四肢痿和腰以下痿数种，并有皮肤感觉正常和异常的不同。

（三）痿病的病因病机及传变

1. 痿病的病因

《内经》认为雨湿、湿热、劳倦、房劳、不劳、膏粱之疾、悲哀、恐

惧、思虑无穷、始富后贫、阳明虚、气血虚少、下气不足等均可成为导致痿证发生的原因。据《素问·痿论》所论，其有以下主要原因：①情志不遂，如“有所亡失，所求不得”“悲哀太甚”“思想无穷，所愿不得”等因素，导致情志内伤、气郁化热而成痿。②形劳过度，如“远行劳倦”，形劳耗气劫阴，阴不制阳，阳亢生热致痿。③房事过度，如“意淫于外，入房太甚”，房事过度，耗伤肾阴，阴虚生热成痿。④外感暑热邪气，如“逢大热而渴”，暑热邪气，伤津耗液而成痿。⑤湿邪浸渍，如“有渐于湿，以水为事，若有所留，居处相湿”，湿邪浸渍，损伤阳气或郁蕴化热致痿。⑥脾胃损伤，如“阳明虚，则宗筋纵，带脉不引，故足痿不用也”。《内经》还指出，湿热、寒湿合邪亦可伤人致痿。如《素问·生气通天论》说的“湿热不攘，大筋软短，小筋弛长，软短为拘，弛长为痿”，《灵枢·九宫八风》说的“犯其雨湿之地，则为痿”。痿证的发生尚有因过逸不劳，血少精虚而成者，如《素问·异法方宜论》说的“其民食杂而不劳，故其病多痿厥寒热”；《灵枢·本神》说的“恐惧不解则伤精，精伤则骨酸痿厥”；《灵枢·阴阳二十五人》说的“血气皆少……善痿厥足痹”。

历代医家在此基础上，结合临床实践及不同时代的研究成果，对痿证的形成有更深理解，如李杲指出：“燥金受湿热之邪，绝寒水生化之源，源绝则肾亏，痿厥之病大作。”《脾胃论·湿热成痿肺金受邪论》曰“夫痿者，湿热乘肝肾也。”元代著名医学家朱震亨对致痿的成因做了进一步的研究，从湿热、湿痰、气虚、血虚、瘀血等多因素考察和分析，如湿热内蕴，熏蒸日久，使五脏气热，消灼五脏真阴；或因湿痰、瘀血等留于体内，变为痰火瘀热，亦耗精损血，加之痰瘀气滞，阻塞络道，气血津液敷布障碍，筋骨肌肉失于濡养，遂致痿证。后世医家王肯堂认为《内经》原文仅是举例言之，并在其所撰的《证治准绳·杂病》指出：“是用五志、五劳、六淫，从脏气所要者，各举其一以为例耳。若会通八十一篇而言，便见五劳、五志、六淫，尽得成五脏之热以为痿也。”

2. 痿病的病机

痿证的病机甚为复杂,《内经》主要从5个方面加以论述:①肺热叶焦致痿。《素问·痿论》之所以强调“五藏因肺热叶焦,发为痿躄”,依据“食气入胃,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”(《素问·经脉别论》),“人受气于谷,谷入于胃,以传于肺,五脏六腑,皆以受气”(《灵枢·营卫生会》)之论,生理上肺主气朝百脉,能敷布精气津液,内养脏府,外濡五体。若外感内伤犯于肺,致肺被热熏灼而叶焦,宣降失司,影响精气津液的布达,则内不能灌溉于五脏,外不得输精于五体,皮毛肌肉筋骨失于濡养,以致日渐消瘦枯萎不用,而成痿躄之证。张介宾认为:“肺主气以行营卫,治阴阳,故五脏之痿,皆因于肺气热,则五脏之阴皆不足,此痿躄之生于肺也”,“观所列五脏之证皆言为热,而五脏之证又总于肺热叶焦,以致金燥水亏,乃成痿证”。旨在说明五脏痿与“肺热叶焦”实有不可分割的关系。②五脏气热致痿。五脏气热,熏灼津液,导致皮脉肉筋骨失却濡养,从而发生五体痿。③脾胃气虚致痿。《素问·痿论》曰:“阳虚则宗筋纵,带脉不引,故足痿不用也。”《素问·脏气法时论》曰:“脾病者,身重,善肌肉痿,足不收。”因脾胃气虚,不能化生水谷精微,精血津液亏虚,使筋骨肌肉失养,从而发生痿证。④肝肾亏虚致痿。《灵枢·本神》曰:“恐惧而不解则伤精,精伤则骨酸痿厥,精时自下。”因情志过用,房事不节,形体劳伤,导致肝肾受损,精血亏虚,真阴内伐,阳亢生热,使筋骨经脉失去濡养而发生痿证。⑤湿邪浸淫致痿。《素问·气交变大论》曰:“岁土太过,雨湿流行,肾水受邪……甚则肌肉痿,足痿不收。”《素问·至真要大论》曰:“太阴在泉,客胜则足痿下重。”因长期湿邪侵扰,或居处环境感受湿邪,湿郁浸渍,以致湿盛则阳微,或湿热蕴结,筋骨经脉失却温养、滋润,导致痿证的发生。

综上所述,痿证的病机不外虚实两端。实证常因暑热、湿热或寒湿

所致；虚证则因脾胃虚弱，肾精亏损，气血亏虚而成。邪实或正虚，均可致阴阳失调，生内热而损及五脏之真阴，或久患湿热，未传损及阳气，阴精困乏，阳气式微，肢体筋脉不得温濡，遂成痿证。痿之病位涉及五脏，而以肺脾肝肾四脏为主。后世医家多宗《内经》“五脏失常而致痿”的思路拓展于临床，认为该病可由热、虚、痰、瘀而成，其病位与肺、胃、肝、肾最为密切，其病机又常常会相互影响。如肺失宣肃，脾失健运，则可产生痰湿；肢体痿废，络脉阻滞，又可形成瘀血；痿躄日久，亦致气虚或阳虚，使痿证由热转化为寒，为临床治痿使用附子、肉桂提供了理论依据。正如清代医家邹滋九颇为详尽的总括了痿的病机，并在《临证指南医案·痿》中评论：“夫痿证之旨，不外乎肝、肾、肺、胃四经之病。盖肝主筋，肝伤则四肢不为人用，而筋骨拘挛；肾藏精，精血相生，精虚不能灌溉诸末，血虚则不能营养筋骨；肺主气，为高清之藏，肺虚则高源化绝，化绝则水涸，水涸则不能濡润筋骨；阳明为宗筋之长，阳明确则宗筋纵，宗筋纵则不能束筋骨以滑利机关，此不能步履，萎弱筋缩之症作矣。”

3. 痿病的传变

痿证有其特殊的传变规律。生理上五脏合于五体，皮肉筋骨脉赖五脏之精气濡养滋润，五体运动方能柔和自如，强健有力。若外感内伤多种病因分别导致五脏气热，则可致津液、精血、骨髓受灼，精气亏乏，五体逐渐失养，日久可形成痿证。由此可见，痿证的传变，是由内及外，先由五脏发生病变，然后传及五体，最后导致痿废不用。清代中医名家张志聪认为：“是以脏病于内，则形痿于外”。本文所论“五脏使人痿”及“肺热叶焦”则生痿躄，已明确指出痿的症状表现在四肢，病之根源却在五脏，五脏之中尤以肺为关键。

（四）痿证的治疗

1. 治痿独取阳明

治痿取阳明，是《内经》治痿的重要思想（《灵枢·根结》《素问·痿论》）。盖足阳明胃经为五脏六腑之海，为人身气血津液化生之源泉，有润养宗筋作用，而宗筋又能“束骨而利机关”，故阳明盛，气血充，诸筋得养，则关节滑利运动自如。冲脉为十二经脉之海，将来自阳明之气血渗灌溪谷，并与阳明合于宗筋，阴经阳经总会于宗筋，合于阳明。会于前阴者虽有九脉，但冲脉、阳明脉占重要地位，而冲脉通过气街与阳明相会，以接受阳明经的气血，可见冲脉之气血本于阳明，以“阳明为之长”。若阳明虚，气血津液的化生不足，则“宗筋纵，带脉不引”，致足痿不用。证之临床，痿证的病因病机虽然很复杂，但局部气血津液亏乏，是其根本病机，故不论选择什么治疗方法，总以恢复痿证部位的气血津液供养为目的，所以“取阳明”就成为治疗痿证的关键。治痿取阳明，是在总结大量临床实践经验基础上提出的，如“足痿而不能举者，由于阳明之虚，则治痿独取阳明者，宜也”（《黄帝内经素问注证发微》）。治痿者之所以独取阳明，主要在于促进气血津液的化生，使脏腑经脉、宗筋得到滋养而痿躄不生，可见取阳明乃是痿证的主要治则之一。近现代中医泰斗张锡纯以振痿汤（生黄芪、知母、野台参、白术、当归、乳香、没药、威灵仙、干姜、牛膝）治痿躄，指出周身之筋拘挛不伸，是由于脾胃虚弱所致，因“人身之筋，以宗筋为主，而能营养宗筋者，阳明也”（《医学衷中参西录·治肢体痿废方》）；清代名医程国彭创制的五痿汤（人参、白术、茯苓、炙甘草、当归、薏苡仁、麦冬、黄柏、知母）治五脏痿，并谓“阳明胃属湿土，土虚而感寒热之化，则母病传子，肺金受伤，而痿证作矣。是以治痿独取阳明也。取阳明者，所以祛其湿。泻南补北者，所以清其热”（《医学心悟·论痿》），认为治痿有二法，一是补气祛湿，一是养阴清热，其治法仍以“取阳明”为根本。历代医家多以此为据，创制各种治痿名方应用于临床，可见治痿取阳明理

念影响之深远。但是，治痿不可局限于“独”字，不能视“取阳明”为治痿之独法。有学者认为《内经》中“论言”二字所指，据张介宾之注应当是指《灵枢·根结》篇之“痿疾者取之阳明”，《素问·痿论》中“独取阳明”一句的“独”字，是针对《灵枢·根结》篇中所指的太阳、阳明、少阳三者之间而言的，并不是说治疗痿疾只单独取阳明。如果说治痿单独取于阳明，那么就与后文“各补其荣而通其俞”的“各”字，自相矛盾。所谓“各”，是要在各个不同的脏腑经脉中分经取穴，要根据各种不同的具体情况，辨别虚实，适当补泻，审察逆顺，调和气血，还要因时制宜，各以其时受月而治。况且《素问·痿论》之论痿有五，如“肺热叶焦……则生痿躄”；“心气热……则生脉痿”；“肝气热……发为筋痿”；“脾气热……发为肉痿”；“肾气热……发为骨痿”，治疗当从所病之脏而异，诚如张介宾所说的“盖治痿者，当取阳明，又必察其所受之经而兼治之也”《类经》。除此之外，《内经》中所论之痿甚多，湿热、寒湿、燥气、血气虚衰，以及情志所伤，均可致痿，凡此种种，岂可言独取阳明一法而治诸痿。所以“治痿独取阳明”诚为治疗痿疾的重要法则之一，但它绝不是治痿的独一无二之法。总要“观其脉证，知犯何逆”而“随证治之”。“痿疾者取之阳明”（《灵枢·根结》），是针刺治疗痿证的原则。随着医学的发展，后世医家在运用这一原则的基础上不断拓展，在使用药物治疗过程中，创造了多种治痿“取阳明”的有效方法。如元代名医李东垣用清暑益气汤以治疗暑伤胃气之痿（《脾胃论·长夏湿热胃困尤甚用清暑益气汤论》）；明末中医大师李士材在治疗高悬圃两足痿软一案中，投以补中益气汤，倍用升柴而病瘳，是用芳香辛温之剂治疗痿证而兼有胃虚减食者之案例；在治朱修之8年痿废时，则用大承气汤下之而病减（《医宗必读·痿》）；明末清初名医张璐则认为“痿证脏腑病因虽曰不一，大都起于阳明湿热，内蕴不清”，而主张“清热渗湿”（《张氏医通·痹痿门》）等等。因为“阳明虚”而运用补、泻、清、温、和、润等多种治法，这是既充实了“取阳明”的具体方法，又体现了“调其虚实，和其逆顺”和“补”与“通”的精神，为理解和运用《内经》经旨作

出了范例。由上可知，“取阳明”是治疗痿证的主要法则，但不是唯一治法，应当根据临床表现辨证论治，如因“肺热叶焦，发为痿躄”者，可根据“诸痿喘呕，皆属于上”之病机，治以清肺养阴为主；因“湿热不攘”，以致筋脉弛长痿弱者，治宜清热除湿，活络通经；还有因血脉瘀滞，经脉失其濡养而致肢体痿废不用者，可用益气活血通络之法；此外，因下焦虚损，精血亏虚所致“筋痿”“骨痿”者，还宜补益肝肾治其本。故《素问·痿论》随后提出痿证治法有“各补其荣而通其俞，调其虚实，和其逆顺，筋脉骨肉，各以其时受月”。

2. 各补其荣而通其俞，调其虚实，和其逆顺，各以其时受月

“各补其荣而通其俞”，是治痿的又一重要原则，即要分别与痿证具体相关的脏腑经脉进行辨证论治，同时还提示治痿须根据痿证的病变部位，虚实顺逆，脏腑所主时令进行取穴调治。如张介宾《类经》谓：“上文云独取阳明，此复云各补其荣而通其俞，盖治痿者，当取阳明，又必察其所受病之经而兼治之也。如筋痿者，取阳明厥阴之荣俞；脉痿者，取阳明少阴之荣俞；肉痿骨痿，其治皆然。”《内经》强调治疗痿证要遵循“因时制宜”的原则，结合脏腑所主时令季节及发病之时日来选穴针刺，才能提高疗效。明末清初医家高世栻对此机理作了进一步的阐发，认为“肝主之筋，心主之脉，肾主之骨，脾主之肉，各以四时受气之月而施治之，则病已矣。受气者，筋受气于春，脉受气于夏，骨受气于冬，肉受气于长夏也”（《黄帝素问直解》）。这些论述对后世研究子午流注等治法有一定的启发作用。

（五）临床应用举例

1. “治痿独取阳明”法则的临床应用

《内经》所述“治痿独取阳明”法则，后世医家甚为重视，一直用以指导临床实践，且取得良好的疗效。一般认为“独取阳明”，即是重于调理脾

胃的治疗原则，不仅用在针灸上取阳明经穴位，在组方选药上亦应从中焦着手。本治法既包括祛阳明之邪，又包括扶阳明之正。

(1) 治阳明邪实之痿证，主要有以下3法：①清泻阳明炽热：阳明热盛之痿证，常见肢体痿软，便秘面赤，舌苔黄而脉沉实有力等症状。治宜清泻阳明实热，用大承气汤加味。②清化阳明痰浊：痰湿停滞中焦成痿者，常伴有眩晕腕胀、舌胖苔浊，脉滑等症状，治宜清化阳明痰浊，拟二陈汤加味。③清利阳明湿热：湿热不攘郁蕴而成之痿，多有下肢痿软无力、手足麻木、身体困重、胸脘痞闷、舌苔黄腻、脉濡数等症状，治宜清化阳明湿热，用葛根芩连汤为主加味治疗。

【病案1】清泻阳明炽热治痿。《续名医类案·痿》记载，“李士材治朱太学，八年痿废，屡治无功。诊之六脉有力，饮食如常，此实热内蒸，心阳独亢，症名脉痿。用承气汤下六七行，左足便能伸缩。再用大承气，又下十余行，手中可以持物。更用黄连、黄芩各一斤，酒蒸大黄八两蜜丸，日服四钱，以人参汤送。一月之内，去积滞不可胜数，四肢皆能展舒。曰：今积滞尽矣。煎三才膏十斤与之，服毕而痊”。

【病案2】清化阳明痰浊治痿。谭某，结扎术后，脚软，偶感腰痛不适。到处求医服药，迭进滋补肝肾、益气养血之剂，无效，反而双下肢逐渐弛痿，步行困难。自诉头晕不支，胸闷腹胀，呕恶不欲食。诊查：形不瘦而苔滑；脉虽细涩，重按之有力。治用二陈汤加枳实、葛根、白芥子、六曲之属。服药3剂而胸腹舒适，食纳有增；7剂而头目清爽，步履恢复正常。此病例起于妄自猜疑，乱进补益，以致脾气被困，湿浊壅滞，经气不营。弛痿源于湿痰所阻，而非本质自虚，故以祛痰为主，佐以理脾助化之品，浊痰去则脾运自复，气血营运正常而痿弱自起。（摘自董建华《中国现代名中医医案精华》）

【病案3】清利阳明湿热治痿。海某，步履乏力，走十丈路即需休息，两臂提物无力，久坐即感腰脊如折，食欲不佳，夜寐不酣，小便黄，舌苔薄白，脉来濡细，病程已三四年，久治无效。证属湿热留注，肌肉萎废。

治宜清热利湿通络。用葛根芩连汤加减，前后服药六十余剂，肌力大增，能下乡参加劳动。患者因出差南疆，归来即发“重症肌无力”病。盖因南疆之地，湿热偏盛，感而为患，留注肌肉，使之痿废不用，即《内经》所谓“湿热不攘，大筋软短，小筋弛长”之意。先以葛根芩连汤为主加清热除湿通络之品，独治阳明，待湿热尽除，阴伤明显时改以养阴为主加以调养，病愈如常人。（摘自董建华《中国现代名中医医案精华》）

（2）治阳明确弱之痿证，常用有如下3种方法：①补益阳明之气。多因饮食劳倦，脾胃衰弱，气虚血弱，宗筋失其温养，骨节空虚，关节弛纵无力，兼有食少便溏，肌肉萎缩，舌苔薄白，脉细。治宜健脾益气，以复阳明之正气。②补养阳明之血。此系阳明血虚，筋脉肌肉失去濡养，以致肢体痿软无力，面色萎黄、肢体肌肤麻木不仁，舌质淡红，脉细弱。治宜健脾养血，方用人参养荣汤加减合六君子汤。③滋补阳明之阴。由于胃阴耗损，失其柔润筋脉之功，上无供心肺而毛脉枯萎，下不得充肝肾而筋骨痿弱，中焦缺其自养则宗筋弛纵。常有下肢痿弱无力，腰膝疲困，口干舌燥，脉细数，舌质红。治宜培中养胃，滋胃益阴，方用沙参麦门冬饮加减。此外，还有双补阳明气血治痿之法。

【病案1】补益阳明之气治痿。清代中医名家陈念祖治一少妇，因“禀赋怯弱，庚辰春因患痿疾卧榻年余，首不能举，形瘦如柴，发结若毡，起便皆赖人扶，一粒不尝者五月，日惟啖甘蔗汁而已。服滋阴降火药百贴不效，有用人参一二钱者，辄喘胀不安。诊其脉，六部俱软弱无力，知其脾困久矣，以补中益气汤加减治之，而人参更加倍焉。服二剂，遂进粥二盏，鸡蛋二枚，后以强筋健体之药，调理数日，饮食步履如常，痿证悉除”。陈氏认为痿由阳明之虚而起，阳明胃土不能生金，则肺金热，不能荣养一身，脾虚则四肢不能为用。兹以人参为君药，黄芪白术等药为佐，皆健脾土之药也，土健则能生金，金坚则痿自愈矣。（摘自《宋元明清名医类案·陈修园医案》）

【病案2】补养阳明之血治痿。林珮琴清代中医名家治张氏，《类证治裁·痿》记载，“四肢痿弱，动履艰难，脉涩目弱，为营虚之候。经言天癸

将绝，系太冲脉衰，因知冲为血海，隶于阳明，阳明确则冲脉不荣，而宗筋弛纵，无以束筋骨利机关。法当调补营血，以实奇经。人参、枸杞子、茯苓、牛膝（酒蒸）、熟地黄、当归、杜仲（酒焙）、山药（炒）、木瓜、姜、枣水煎。十数服，渐愈”。

【病案3】滋补阳明之阴治痿。清代中医名家王旭高曾治肺热叶焦，《清代名医医案大全·王旭高医案》记载，“津液不能灌输于经脉而为痿蹇者，卧床不能行动，形肉消削，咳嗽痰臭，舌红无苔，脉细而数，是皆津液消耗，燥火内灼之象。考经论治痿独取阳明者，以阳明主润宗筋，胃为气血之源耳，拟生胃津以供于肺，仿西昌喻氏意，沙参、阿胶、天冬、麦冬、玉竹、枇杷叶、茯苓、元参、桑叶、杏仁、火麻仁、甘草”。

【病案4】双补阳明气血治痿。赵某，男，脘肉消瘦，筋骨痿软，下肢不能伸缩，脉象濡细，舌苔白薄。因湿热久蕴，营卫受阻，气血无以润养诸筋而致痿。治宜气血并补，舒筋通络。炙黄芪五钱，酒炒当归四钱，桂枝尖八分，炙广地龙三钱，炒天虫三钱，老钩藤四钱，丝瓜络五钱，藏红花一钱，伸筋草四钱，酒炒续断三钱，千年健二钱，后增入二妙散加味。药已，下肢软痿好转，尚能任地移行，伸缩已趋正常，再以补气血填肝肾继之。因湿热浸淫久蕴，营卫受阻，气血不充，“气主煦之，血主濡之”，气血俱亏，邪阻气血无以荣筋，故脘肉消瘦，筋骨乏力，渐而成痿。病起中焦，独取阳明；病起厥阴，填补肝肾。医者认为本例病在厥阴太阴之间，故治以气血并补培其本，加味二妙散清化湿热祛其邪，佐以舒筋通络。方药对症，湿热日渐清化，筋脉渐得气血之濡养，三诊即软痿好转，伸缩趋常，能任地移行。再拟补气血填肝肾继之病愈。（摘自董建华《中国现代名中医医案精华》）

2. 对“各补其荣而通其俞，调其虚实，和其逆顺”治则的应用

清代名医叶天士治疗痿证，注重脏腑经络辨证论治。邹滋九在《临证指南医案》中评论：“先生治痿，无一定之法，用方无独执之见，如冲任虚寒而成痿者，通阳摄阴兼实奇脉为主；湿热沉着下焦而成痿者，用苦辛寒

燥为主；肾阳奇脉兼虚者，用通纳八脉，收拾散越之阴阳为主；如下焦阴虚，及肝肾虚则成痿者，用河间饮子、虎潜诸法，填纳下焦，和肝熄风为主，阳明脉空，厥阴风动而痿者，用通摄为主；肝肾虚则兼湿热，及湿热灼筋骨而成痿者，益佐以温通经脉，兼清热利湿为主；胃虚窒塞，筋骨不利而成痿者，用流通胃气，及通利小肠火腑为主；胃阳肾督皆虚者，两固中下为主；阳阴虚，营络热及内风动而成痿者，以清营热熄内风为主；肺热叶焦而成痿者，用甘寒清上热为主；邪风入络而痿者，以解毒宣行为主；精血内夺，奇脉少气而成痿者，以填补精髓为主。”

由王永炎、严世芸主编的《实用中医内科学》对痿证的辨证治疗分为五型：热伤肺津者，用甘寒清上，清热润燥治法，方用清燥汤；肝肾亏虚者，治宜滋阴清热，补益肝肾，方用虎潜丸为主；脾胃虚弱者，治宜健脾益气，或濡养胃阴，用补中益气汤或琼玉膏；湿热浸淫者，治宜清热化湿，加味二妙散为主方；瘀阻脉络者，宜益气养营，活血行瘀法，方用圣愈汤加味。由上述可知，临证治痿，应求病因，审证型，辨虚实而施治，上述诸多治法，均值得借鉴应用。

五、水肿病证治特色及医案选

《内经》中有关水肿的论述见于《素问·风论》《素问·阴阳别论》《素问·汤液醪醴论》《素问·平人氣象论》《素问·评热病论》《素问·水热穴论》《素问·大奇论》《素问·气厥论》《素问·脉要精微论》和《灵枢·论疾诊尺》《灵枢·邪气脏腑病形》《灵枢·五癰津液别》《灵枢·水胀》等篇中，诸篇对水肿的分类、病因病机、主证、诊断、治疗等内容均有论述，《内经》的这些论述为后世医家治疗水肿病提供了重要的理论依据。

（一）水肿病的概念

水肿是指由于多种原因导致的体内水液滞留，泛溢于肌肤甚至胸腹腔，而引起头面、眼睑、四肢、全身浮肿或有胸腹水形成的一类疾病。《内经》

中无水肿之名，对水肿多称之为“水”“风水”“水胀”“肤胀”“胛肿”“溢饮”等。如《灵枢·五癃津液别》中说的“水溢则为水胀”，《灵枢·论疾诊尺》中说的“视人之目窠上微痛，如新卧起状，其颈脉动，时咳，按其手足上，窅而不起者，风水肤胀也”，《素问·平人气象论》中说的“颈脉动喘疾咳，曰水。目裹微肿如卧蚕起之状，曰水”，《灵枢·水胀》中说的“水始起也，目窠上微肿，如新卧起之状，其颈脉动，时咳，阴股间寒，足胫肿，腹乃大，其水已成矣”。这些论述不但说明了水肿病的症状，同时也指出了水肿初起，先见目胞微肿，而后出现四肢、全身浮肿，甚至胸腹水形成，或者兼有颈部脉搏跳动明显、咳喘等证。

（二）水肿病的分类及临床特征

关于水肿的分类，《内经》根据水饮停留于人体部位不同而分为风水、石水、涌水、溢饮等。

1. 风水

风水是由于劳倦伤肾汗出，或肾风误刺而致肾虚，风邪外袭，肾失气化而致水邪泛滥的一类疾病。其临床特征为目胞、颜面、四肢等浮肿，或见少气发热、汗出时咳、口苦舌干、尿黄肠鸣、身重难以行、肝肾脉浮等水泛脏腑的症状。正如《素问·水热穴论》在论述风水形成时说：“勇而劳甚则肾汗出，肾汗出逢于风，内不得入于藏府，外不得越于皮肤，客于玄府，行于皮里，传为胛肿，本之于肾，名曰风水。”《素问·评热病论》认为风水是由于肾风误刺所致，肾风“虚不当刺，不当刺而刺，后五日其气必至”。对于风水的临床特征，《素问·评热病论》指出：“少气时热，时热从胸背上至头，汗出手热，口干苦渴，小便黄，目下肿，腹中鸣，身重难以行，月事不来，烦而不能食，不能正偃，正偃则咳，病名曰风水。”《素问·大奇论》在描述风水的脉象时说：“肾肝并沉为石水，并浮为风水。”张介宾在《类经》中指出：“此言水病之有阴阳也。肾肝在下，肝主风，肾主水……肝肾俱浮

者，阴中之阳病也，当病风水。风水者，游行四体，浮泛于上也。”值得提出的是一些历代及现代医家认为风水与肾风是同病异名，如张介宾说的“肾主水，风在肾经，即名风水”。但从《素问·评热病论》原文可以看出风水是由于医生辨治失误，将肾风误刺所致的变证。另从症状、病理机制上比较肾风也与风水不尽相同。《素问·奇病论》曰：“有病癃然如有水状，切其脉大紧，身无痛者，形不瘦，不能食，食少……病生在肾，名为肾风。”《素问·风论》也说：“肾风之状，多汗恶风，面癃然浮肿，脊痛不能正立，其色焮，隐曲不利，诊在颐上，其色黑。”可见，风水、肾风尽管其基本症状都有水肿，病理机制又都与肾虚不能行水有关，然而风水不仅较肾风正气更虚，还具有虚热的症状，且水邪亦泛滥脏腑，病情较之复杂得多，所以二者不应混为一谈。肾虚可分肾阳虚和肾阴虚。肾阳虚而生寒，气化失司，小便不利而生肿，心悸头晕，周身浮肿，其脉多沉，可用真武汤温阳、祛寒、利水。肾阴虚而生热，热与水结，症见小便不利，水肿、渴、呕、咳、心烦少寐、脉来多浮（阳脉），则用猪苓汤育阴、清热、利水，效果明显，令人满意。广大医界同仁，习惯成自然，由于阳虚气冷小便不利，而真武汤一枝独放，不脛而驰。对阴虚有热，热与水结的小便不利，咳、呕、心烦、水肿的猪苓汤证，则束之高阁令其冷落无闻。中医学刘渡舟在《伤寒论诠解》等书中，亦提出辩证法、两点论来分析‘肾主水’的理论。肾能主水，在于它为阴阳之根、水火之原，为二气合化之总司。阳成气，为肾之用；阴成形，为肾之体。体与用有机维系，缺一不可。阴阳互相资赖，共同完成‘肾主水’的生理作用。如果只知肾阳化气行水，而不及于肾阴相辅相成之理，把阴阳两点论变成片面地唯阳论，则阳中无阴，物资千罄，阳向何处而施气化之用也？《素问·灵兰秘典论》说：“膀胱者，州都之官，津液藏焉，气化则能出矣。”有津有气，才构成气化，所以只知气化有阳，而不知气化有阴，则就悖逆了中医的理论，而滑向主观片面性。何况，引起小便不利发生水证，真武汤证阳虚而有寒，这个寒就能使小便不利而为水肿；猪苓汤证阴虚而有热，这个热也能使小便不利而为水肿，元代中医名

家朱丹溪将水分为阴水与阳水，而阴阳者，寒、热之义也，所以水肿之发与寒热两邪攸关，亦不可不知。

2. 石水

对于石水，《内经》的论述不多，仅见于《素问·阴阳别论》记载的“阴阳结斜，多阴少阳曰石水，少腹肿”，《灵枢·邪气藏府病形》记载的“肾脉……微大为石水，起脐已下至小腹肿然，上至胃脘，死不治”，《素问·大奇论》记载的“肾肝并沉为石水。”从这些经文中推测石水的病位在脐下，其临床特征为水肿多发生在少腹及四肢，以腹水为主症，脉象沉而微大。病机是肾阳衰微，气不化津，水湿内停积水而致病。如果出现水邪上逆，反侮脾土，则预后不良。杨上善注曰：“津液不得下通，结而为水，在少腹之中。”马莒在注释《灵枢·邪气藏府病形》时说：“若得大脉而微，则脐下当有石水，起脐已下，至少腹觉肿然而下垂，及上至胃脘，此证当至死不治耳。”张介宾在注释《素问·大奇论》时说：“此言水病之有阴阳也。肾肝在下，肝主风，肾主水，肝肾俱沉者，阴中阴病也，当病石水。石水者，凝结少腹，沉坚在下也。”

3. 涌水

《内经》对涌水的论述只见于《素问·气厥论》说的“肺移寒于肾，为涌水。涌水者，按腹不坚，水气客于大肠，疾行则鸣濯濯，如囊裹浆水之病也”。张介宾注曰：“涌水者，水自下而上，如泉之涌也。水者阴气也，其本在肾，其末在肺，肺移寒于肾，则阳气不化于下，阳气不化，则水泛为邪而客于大肠，以大肠为肺之合也。但按腹不坚，而肠中濯濯有声者，即是其候。”肾主水液，肺为水之上源，与大肠相表里。本证是肺先感受寒邪，邪气下传于肾，而致肾失气化，气不化津，水湿停聚，水邪停聚于大肠而成。临床以全身水肿，腹部胀大，如裹水之状，按之不坚，腹中肠鸣为特征。

4. 溢饮

有关溢饮的论述,《素问·脉要精微论》指出:“肝脉……其奕而散,色泽者,当病溢饮。溢饮者渴暴多饮,而易入肌皮肠胃之外也。”《灵枢·邪气藏府病形》说:“肝脉……涩甚为溢饮。”可知溢饮是由于患者本有肝气虚,又口渴而突然大量饮水,肝虚脾病不能疏泄、运化水饮,水道不行,水湿不化,泛溢于肌肤、肠胃而致水肿。临床特征应见皮肤鲜泽光亮,脉象为奕而散或涩甚。张介宾《类经》注曰:“若其奕散,则肝木不足,脾湿胜之,湿在肌肤,故颜色光泽,病为溢饮。又肝脉涩甚为溢饮。”张志聪注曰:“夫病水人,面目鲜泽,盖水溢于皮肤,故其色润泽也。肝主疏泄,肝气虚而渴暴多饮,以致溢于皮肤肠胃之外而为饮也。”

5. 肤胀

《灵枢·水胀》指出:“肤胀者,寒气客于皮肤之间,空空然不坚,腹大,身尽肿,皮厚,按其腹,窅而不起,腹色不变,此其候也。”隋代中医名家杨上善在注释肤胀形成的机理及症候时说:“次解肤胀,凡有五别:一者寒气循于卫气,客于皮肤之间;二者为肿不坚;三者腹大身肿;四者皮厚,按之不起;五者腹色不变。肤胀所由与候,有斯五别也。”故肤胀是由寒邪侵犯于皮肤之间,致阳气不行,水湿停聚而为水肿。临床特征为全身浮肿,腹部胀大,皮厚肤色不变。

(三) 水肿病的病理机制

1. 风寒湿邪阻遏皮肤之间

《内经》认为水肿多是由于外感、内伤所致。外感之邪多与风寒湿邪气有关,如《素问·生气通天论》说的“因于气,为肿”,《素问·水热穴论》说的“勇而劳甚则肾汗出,肾汗出逢于风,内不得入于藏府,外不得越于皮肤,客于玄府,行于皮里,传为胛肿……名曰风水”,《灵枢·水胀》说

的“肤胀者，寒气客于皮肤之间。”《素问·六元正纪大论》说的“湿胜则濡泄，甚则水闭臃肿……感于寒湿，则民病身重，臃肿，胸腹满”。

2. 其本在肾，其末在肺，其制在脾

内伤主要是脏腑功能失调所致，水肿的形成与肺脾肾三脏关系最为密切。《素问·经脉别论》指出：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行。”《素问·逆调论》指出：“肾者水脏，主津液。”张介宾《景岳全书·肿胀》也对水肿与内脏的关系做了精辟的阐述，如“凡水肿等证，乃肺、脾、肾三脏相干之病。盖水为至阴，故其本在肾。水化于气，故其标在肺。水惟畏土，故其制在脾。”人体水液代谢主要是在肺的宣降通调，脾的转输传化，肾的蒸腾气化、开合调节等功能的共同作用下完成。肺主气，司宣降，气能帅水，水赖气行，肺气宣发则水津随卫气敷布、充养全身，以维持人体正常的生理活动。肺气肃降，则水湿下输膀胱排出体外。若邪气外侵，内舍于肺，肺失宣降，水道不通，则水津不行停于体内而为水肿，故后世有“肺为水之上源”之说。脾居中州，运化转输水津，如脾主运化水湿的功能下降，则水液积留而病水肿。《素问·至真要大论》指出：“诸湿肿满，皆属于脾”。《素问·阴阳别论》也说：“三阴结，谓之水。”这些论述均说明水肿与手足太阴脾肺相关，因此后世有“其制在脾”之说。在以上诸脏诸多作用中，肾的作用尤为关键。肾与膀胱相表里，为“胃之关”。肾的气化功能失常，开合不利，就会出现水液代谢障碍而为病，故《素问·水热穴论》说：“肾者，胃之关也，关门不利，故聚水而从其类也。上下溢于皮肤，故为臃肿。臃肿者，聚水而生病也。”张介宾《类经》说：“关者，门户要会之处，所以司启闭出入也。肾主下焦，开窍于二阴，水谷入胃，清者由前阴而出，浊者由后阴而出，肾气化则二阴通，肾气不化则二阴闭……故曰肾者胃之关也。关闭则气停，气停则水积，水之不行，气从乎肾。”另外肾居下焦，主水寓元阳，总司人体气化，与肺、脾、膀胱经脉贯通。在生理功能上，只有肾之气化得司，津液才能上输于脾，

脾输精于四旁，上升至肺，敷布全身，通调水道，最终下输膀胱。正如《素问·阴阳类论》所说：“二阴至肺，其气归膀胱，外连脾胃。”《灵枢·本输》亦说：“肾合膀胱，膀胱者，津液之府也。少阳属肾，肾上连肺，故将两脏。”所以《素问·水热穴论》把水气病的病机概括为“其本在肾，其末在肺”，指出“肾者至阴也，至阴者盛水也，肺者太阴也，少阴者冬脉也，故其本在肾，其末在肺，皆积水也。”因此，人体的水液代谢，总赖肾的蒸腾气化作用，水得肾之气化，犹如“地气上为云，天气下为雨”，清升浊降，才能“水精四布，五经并行”。若肾不化气，则地气不升，天气不降，津液不化，就会出现“津液充郭，其魄独居”“形不可与衣相保”的水肿之象。这些理论为后世对水肿病的病机认识及辨证施治奠定了理论基础。张仲景在其《金匮要略》治水气病中提出“大气一转，其气乃散”，就是此理论的最好诠释。

3. 五脏阳气阻遏

另外，《内经》还提出五脏阳气阻遏，水津不化亦可形成水肿，即《素问·汤液醪醴论》所说的“其有不从毫毛而生，五藏阳以竭也。津液充郭，其魄独居”。肝失疏泄，三焦气化不利也会导致水湿停聚为水肿，《素问·脉要精微论》说：“肝脉……其奕而散，色泽者，当病溢饮。”三焦为决渎之官，如三焦闭塞，水液环流受阻，水湿停聚亦为水肿。《灵枢·五癃津液别》说：“三焦不泻，津液不化，水谷并行肠胃之中，别于回肠，留于下焦，不得渗膀胱，则下焦胀，水溢则为水胀。”

（四）水肿病的治疗原则及方法

关于水肿的治疗，《内经》论述的比较详细，主要阐述了水肿病的治疗原则与方法。

1. 水肿病的治疗原则——平治于权衡

《素问·汤液醪醴论》提出“平治于权衡”的观点。要求治疗水肿时要

权衡疾病的轻重缓急，恰当取舍，纠正阴阳的偏盛、偏衰，以恢复阴阳平衡。诚如《黄帝内经素问吴注》曰：“平治之法，当如权衡，阴阳各得其平，勿令有轻重低昂也。”

2. 水肿病的治疗方法

(1) 开鬼门、洁净府。

《素问·汤液醪醴论》提出的“开鬼门，洁净府”，即发汗和利小便，使水湿邪气随汗及小便而出，达到消除水肿的目的，是水肿病的两个基本治法。《内经》认为人体津液代谢产物主要的外排方式是汗与尿液。水为阴，在阳气的作用下化为津液，布散周身。如若阳气虚弱或阳气郁遏均可致津液停留而发生水肿。因此，水肿病的治疗也应从阳气的角度考虑，即阳虚当补，阳郁宜通。阳气振奋，运化得司，津液外排通路得畅则水邪尽除。“开鬼门，洁净府”就是此法的运用。肺司皮毛开合，肺气郁闭，宣降失司，则毛窍闭塞，小便亦多不利，用发汗宣肺之法治之，其机理即如张志聪《黄帝内经素问集注》所说的“肺窍通而水津布，所谓外窍开则里窍通，上窍通则下窍泄矣”。张介宾《景岳全书·肿胀》也说：“凡治肿者必先治水，治水者必先治气，若气不能化，则水必不利。”肾者主水，为胃之关，开窍于二阴，肾失气化，则小便不利，聚水为肿。利小便则气化得司，水肿得消。因此，“开鬼门，洁净府”治疗水肿病的实质是疏通阳气，宣通气化之义。后世医家多遵此法治疗水肿病，并在实践中加以丰富和发展。如张仲景《金匮要略·水气病脉证并治》提出：“诸有水者，腰以下肿，当利小便；腰以上肿，当发汗乃愈。”《医宗金鉴》进一步说明具体用法，如“治诸水之病，当知表里上下分消之法。腰以上肿者水在外，当发其汗乃愈，越婢、青龙等汤证也。腰以下肿者水在下，当利小便乃愈，五苓、猪苓等汤证也”。

(2) 针刺疗法。

①放血法。《素问·汤液醪醴论》指出：“去宛陈莖。”《黄帝内经太素》将“莖”作“茎”，并作下读，则成“去宛陈”句，并注：“宛陈，恶血聚也。”

有恶血聚，刺去也。”即放血祛瘀之法。“宛陈”在《内经》其他篇章亦有论述，如《灵枢·九针十二原》记载的“宛陈则除之”，《灵枢·小针解》记载的“宛陈则除之者，去血脉也”，《素问·针解》记载的“宛陈则除之者，出恶血也”。宛陈，均指络脉中的瘀血。由于津血同源，互化互补，水肿日久，阻滞气机，势必导致血行不畅，因此瘀血是水肿病患者常见的病理产物。“去宛陈”，则是一种刺络放血疗法。刺络放血具有促进气血循行，进而推动津液运行，以达到消除水邪的目的。应用此法治疗水肿病的内容，在《内经》的其他篇章也有记载，如《灵枢·水胀》在论述对肤胀、鼓胀的治疗时，提出“先泻其胀之血络，后调其经，刺去其血络也”的治法《灵枢·四时气》记载“肤胀，为五十七疝，取皮肤之血者，尽取之。”后世张仲景将其发展为活血化瘀治疗水气病的方法，《金匮要略·水气病脉证并治》说：“厥而皮水者，蒲灰散主之。”蒲灰具有活血化瘀的功效，说明活血化瘀法治疗水肿已为后世医家所采用。近年临床有报道，采用活血利水法治疗顽固性水肿、尿毒症，均有良好疗效。

②刺络法。《素问·汤液醪醴论》指出：“缪刺其处。”明代中医名家吴崑《黄帝内经素问吴注》曰：“缪刺者，左病刺右，右病刺左，身病刺四肢，缪其病处也。所以行缪刺者，络病而经不病也。”缪刺是左病刺右，右病刺左的一种刺络法。人体经脉左右相交，气血经气相互贯通。水邪为患，壅遏经气，气血运行不畅。缪刺其处，可调畅经络气血，疏通气机，以助水液的代谢。

③刺经法。刺经法治疗水肿病，《内经》的《素问·水热穴论》和《素问·骨空论》都提出治水的针刺穴位是五十七个，分别称为“水俞五十七处”“水俞五十七穴”。如《素问·水热穴论》说：“水俞五十七处者，是何主也？岐伯曰：肾俞五十七穴，积阴之所聚也，水所从出入也。尻上五行行五者，此肾俞。故水病，下为跗肿大腹，上为喘呼，不得卧者，标本俱病。故肺为喘呼，肾为水肿，肺为逆不得卧，分为相输，俱受者，水气之所留也。伏菟上各二行行五者，此肾之街也。三阴之所交结于脚也。踝上

各一行行六者，此肾脉之下行也，名曰太冲。凡五十七穴者，皆脏之阴络，水之所客也。”由于原文未明确指出具体经脉及腧穴，历代注家看法亦不尽相同，但均合为五十七穴。一般认为，“尻上五行行五者”是指督脉及膀胱经；“伏菟上各二行行五者”是指肾经、冲脉和胃经；“踝上各一行行六者”是指脾经或肾经。督脉总督一身之阳气，脾司水谷的转输，肾为“胃之关”，水液的生成与排泄与肾及膀胱的蒸腾气化密切相关。故《内经》提出取“水俞五十七处”治疗水病，实为治本之法。

（3）辅助疗法。

《素问·汤液醪醴论》指出：“微动四极，温衣”。张介宾《类经》曰：“四极，四肢也。微动之，欲其流通而气易行也。温衣，欲助肌表之阳，阴凝易散也。”人体的水液代谢需在阳气的作用下才能得以完成，正如《景岳全书·肿胀》说：“盖水之与气，虽为同类，但阳旺则气化，而水即为精，阳衰则气不化，而精为水。故凡病水者，本即身中之血气，但其为邪为正，总在化与不化耳。”所以“微动四极，温衣”，就是振奋宣通阳气，以达到助阳气蒸化水湿的目的。

（五）现代临床应用举例

《内经》对水肿病的成因论述及治法对后世影响很大，张介宾《景岳全书·肿胀》说：“凡水肿等证，乃肺脾肾三脏相干之病。盖水为至阴，故其本在肾；水化于气，故其标在肺；水惟畏土，故其制在脾。今肺虚则气不化精而化水，脾虚而土不制水而反克，肾虚则水无所主而妄行。”对于水肿病治法，其提出“腰以下肿，当利小便；腰以上肿，当发汗乃愈”。清代中医名家李恂庵将古人治疗水肿归纳为汗、下、渗、清、燥、温等六法，为临床辨治水病提供了依据。

1. 越婢汤加减治愈风水 1 例

朱某某，男，24岁。主诉：头面四肢浮肿，反复发作，已经二年。近

一年来，用过健脾、滋肾的中成药，浮肿未能控制。因肿势又起，故请秦老会诊。诊查：诊见浮肿，上半身偏重，尤其以头面及胸部明显，伴见胸闷烦热，咳嗽，不能平卧，口渴食少，两手皮肤干燥如泡碱水，小便短黄，脉象沉弦而数，舌净质淡。辨证：证系脾失运化，肺失清肃。治法：以越婢汤加减。处方：炙麻黄 3g、光杏仁 9g、紫苏叶 5g、生石膏 24g、赤苓 12g、通草 3g。服药 1 剂后，咳嗽较繁，咯吐黏痰。此为肺气宣通之佳兆。再服药 2 剂，咳稀，胸次舒畅。又服药 2 剂，烦热除，小便增多。最后改五皮饮合小分清饮，用桑皮、陈皮、茯苓皮、大腹皮、枳壳、薏苡仁、杏仁等调理而愈。按：根据《内经》所说：“上肿曰风，足胫肿曰水”，综观本例特点，似属“风水”，虽然没有外感症状，脉亦不浮而反沉。但依据患者每次起病特点，自觉先由中脘满闷开始，逐渐胸痞、气短、咳嗽，说明“诸湿肿满，皆属于脾”，病根仍在中焦。水气上逆，肺气窒塞，郁而为热，清肃之令不行，津液不能输布。病在于中，可用燥湿利尿，今逆于上，应结合宣肺顺气，故选用越婢汤法。此案用麻黄开肺，不欲其发汗，故剂量较轻仅 3g，佐以紫苏叶辛香入肺脾两经，既能宣通上焦，又能祛中焦湿浊；再以石膏、杏仁配合麻黄宣降肺气，清热除烦；赤苓、通草淡渗利尿。方小药精，收效迅捷。本例病程虽较长，但肾虚症状不明显，尚未波及下焦，故若滋肾药用之过早过多，亦有碍于气行水行。（摘自《中国现代名中医医案精华（三）·秦伯未医案》）

2. 三仁汤化裁治愈水肿 1 例

湖北李某，六旬开外，病水气小便不利，而周身浮肿。余巡诊至其家，脉之而弦，舌苔白厚，胸中发满。余用：白蔻仁 10g，杏仁 10g，薏苡仁 15g，通草 10g，厚朴 14g，藿香 10g，桔梗 10g，半夏 15g。患者视方，嫌药力轻，恐难以胜任。然服药后至夜半，自觉欲大便，登厕后则小便如涌，周身汗出颇透，如释重负，全身之肿顿减。李某不知病愈之所致。余曰：此方为三仁汤加减化裁，其义有三：一为“提壶揭盖”，开其肺气，以利水之上源；二为“轻可去实”，因水挟湿，非轻则邪不去；三为“淡能化浊”，

三焦秽浊非淡药则莫能出也。余用“以小拨千斤”之法，犹太极拳也，则亦何疑之有？仲景圣人也，从水证两类出发，以示后人。

3. 真武汤加味治愈水肿心悸 1 例

王某某，26岁。主诉：5年前先见阵发性心悸胸闷，渐见下肢浮肿。请秦老会诊。诊查：诊见腰以下至足背浮肿甚剧，腹部胀满，呕吐，心悸气促，不能平卧，小便极少，大便溏薄；特别表现在口唇发绀，两手红紫，颊部泛红如妆。舌尖红，苔白滑腻，脉象细数带弦。辨证：系属阳虚水泛，气血瘀阻。治法：采用真武汤加味。处方：熟附片 6g、生姜 6g、炒白术 9g、白芍 9g、茯苓 15g、春砂仁 2g、木香 2g。药后平稳，连服药 4 剂，尿量增多，下肢浮肿基本消失，仅足背未退尽，腹胀、呕吐均好转，但两颊泛红不退，阵阵烦急，时有咳嗽，痰中带血，脉仍细数，不静带弦。久病烦急，浮阳未敛，肝火上冲犯肺，故见咯血。仍坚持前方去木香，加黛蛤散 5g，两剂血止咳平，病情渐趋稳定。按：本例从发病经过来考虑，其根源是心阳衰弱，不能温运中焦水湿，但从伴见颊部泛红如妆诸象，充分暴露出水气充斥、虚阳上浮，不仅胃气垂败，且有心肾阳衰随时虚脱的危险。故治疗采用真武汤加味，扶阳温化为主，佐以敛阴健脾，4 剂后即收到显效。虚阳浮越的病人，如果肝火旺，当防血症，本例并发肝火犯肺之咯血，原方去香燥加清肝镇咳之品，果然迅速扭转病机。（摘自《中国现代名中医医案精华（三）·秦伯未医案》）

4. 茯苓甘草汤治愈水悸 1 例

陈某某，男，26岁。主诉：因夏天抗旱，担水浇地，过劳之余，汗出甚多，口中干渴殊甚，乃俯首水桶而暴饮。当时甚快，未几发现心下悸动殊甚，以致影响睡眠。屡次就医，服药无数，然病不得除。经友人介绍，请余诊治。诊查：令其仰卧床上，以手扪其心下，则跳动应手，如用手震颤其上腹部，则水在胃中漉漉作响，声闻于外。余曰：此振水音也，为胃

中有水之征。问其小便尚利，脉弦而苔水滑，为水停中焦之征。处方：茯苓 12g、桂枝 10g、炙甘草 6g，生姜汁一大杯，嘱用煎好药汤兑姜汁服。服后便觉热辣气味直抵于胃，而胃中响动更甚。不多时便觉腹痛欲泻，登厕泻出水液甚多，因而病减。照方又服药 1 剂，而悸不发矣。按：茯苓甘草汤治水蓄中焦，五苓散治水蓄下焦，鉴别要点在于口渴与否、心悸与否。口不渴、心悸动二点正是用茯苓甘草汤之依据。辨证准确，2 剂收效。（摘自《中国现代名中医医案精华（三）·刘渡舟医案》）

5. 大青龙汤治愈溢饮证 1 例

某女，32 岁。主诉：患手肿臂疼之证，经久不愈，颇以为苦。经各种治疗，皆无效。诊查：诊时抬手诊脉亦觉吃力。脉浮弦紧，舌质红而苔水滑，二便饮食均可，经水亦调。问其病因，自述天冷洗衣，水凉而手寒，洗几次后，便觉臂疼手肿，酸楚不支。辨证：水寒之邪，郁遏阳气，不得宣泄，因而气滞水结，与“溢饮”之证相符。治法：其舌红而绛，身体又壮，故可发汗清热以祛饮。处方：大青龙汤原方。服药 1 剂即汗出而安。按：本案患者手臂肿疼为主要症状，一般多从行气化痰、散风逐湿入手，但疗效不佳。细问病史，方知系受水寒之邪，而舌红苔水滑则为水气内停，水热互结之证，从而联系到溢饮，发汗清热，饮去热泄而安。（摘自《中国现代名中医医案精华（三）·刘渡舟医案》）

6. 清利湿热、健脾滋肾法治疗水肿 1 例

刘某某，男，23 岁。初诊：1984 年 4 月 27 日。主诉：面浮肢肿反复发作半年不消。患者于 1983 年元月突发浮肿，在本地某医院住院治疗，诊断为急性肾小球肾炎，症状缓解后出院。近半年来前症复发，经中西药治疗，效果不显，转诊于余。诊查：头面四肢浮肿，晨起则头面上肢为甚，目胞肿如卧蚕，手掌肿胀，午后则下体为甚，足背按之凹陷不起。伴腰疼腿软，头晕乏力，不耐疲劳，烦躁多梦，胃纳减少，小便短黄。尿常规检

查：尿蛋白（+++）；白细胞 0~1 个 / μ L；颗粒管型 0~1/LP；透明管型 1~2/LP。脉细而滑，舌苔薄黄微腻。辨证：证属湿热蕴结，脾肾两亏。治法：治宜清利湿热，健脾滋肾，方以猪苓汤加味。处方：猪苓 12g、泽泻 12g、滑石 15g、阿胶 12g、茯苓 12g、石苇 18g、车前子 9g、太子参 18g、生黄芪 18g、白茅根 18g、川牛膝 9g。服上方药 7 剂后，尿量明显增加，浮肿减轻。药已中的，仍守前法，随证加减。服药调理 4 月余，肿消而体力有增，面色红润，尿检蛋白（-），白细胞、颗粒管型均正常。1 年后来院复查，未见异常。按：水肿病，其制在脾，其本在肾，迁延日久，必损伤脾肾二脏。本例患者病历年余，湿蕴化热，以致脾虚不运，肾阴又亏。治疗时如一味利湿，则更耗肾阴；若单纯滋阴，又易敛湿困脾。仲景猪苓汤，功能育阴制水，益以太子参、生黄芪益气健脾，并增白茅根、滑石等品清利湿热，既可顾及脾肾之本，又能清利湿热而消肿。（摘自《中国现代名中医医案精华（三）·刘志明医案》）

7. 温肾补土、淡渗利湿法治愈水肿 1 例

尤某某，女，39 岁。初诊：1972 年 4 月 9 日。主诉：水肿月余，近致遍身肿胀，目窠上微肿，咳逆而喘，脘腹胀满，小便短涩。诊查：舌苔滑白，脉象沉濡。辨证：肾阳虚寒，脾土被侮，土不制水，水邪泛滥，上凌于肺，阻遏而为咳嗽，外溢而为浮肿，内聚而为腹胀。治法：拟温阳化浊、崇土制水法图治。处方：茯苓 25g、肉桂 15g、川附子 5g、白术 20g、猪苓 10g、陈皮 15g、大腹皮 15g、广砂仁 10g、泽泻 15g、五加皮 15g、姜皮 15g。水煎 2 次温服，4 剂。二诊：4 月 13 日。药后目窠肿消，喘咳稍平，但仍腹胀。继以温阳化浊、分利水湿之剂，使水邪有所出路，以防上逆喘闭之险。守原方加减。处方：茯苓 15g、肉桂 15g、川附子 5g、木瓜 15g、大腹皮 15g、广砂仁 10g、白术 15g、猪苓 10g、泽泻 15g、五加皮 15g、桑皮 15g、姜皮 10g。水煎 2 次温服，4 剂。三诊：4 月 17 日。上凌水气渐有疏通之机，咳喘已平，腹胀较轻。守法守方继进药 3 剂。四诊：4 月 20 日。药后头面肿

消，遍身浮肿渐减，食纳渐增，但仍小便短涩。再拟淡渗分利、疏导湿浊之剂。处方：广木香 10g、茯苓 15g、槟榔 15g、木瓜 15g、桂枝 15g、泽泻 15g、猪苓 10g、车前子 15g、淡竹叶 10g、白术 15g。水煎 2 次温服，4 剂。五诊：4 月 25 日。肿胀消退，小便通畅，阴邪凝结之水已趋融化，脾肾二经得以温煦，舌脉已转正常。再拟脾肾双补善后。处方：山药 15g、巴戟天 15g、茯苓 15g、泽泻 15g、厚朴 10g、党参 15g、广砂仁 10g、桂枝 15g、白术 15g、薏苡仁 15g。水煎 2 次温服，3 剂。药后而获痊愈。按：水肿之症，肾病主因，涉及脾肺，肾为水脏，职司二便，受脾土之制，承肺金之肃，生化精微，排泄水液。肾病则水饮停蓄，泛滥莫制，伤脾而作胀，迫肺而成喘。本例水肿，肾阳虚衰，釜底乏薪，蒸化无力，则浊阴凝聚，旁溢为患。始治温阳化浊、崇土制水，适当增进肃肺之品，继则疏导化浊，分利水湿，使水邪有所出路；终则脾肾双补，化浊邪而消肿胀，病愈复康。《中国现代名中医医案精华（三）·杨书章医案》

8. 宣肺利湿健脾法治愈水肿 1 例

方某某，男，21 岁。初诊：1975 年 11 月 3 日。主诉：半月前形寒身热、继而面脸浮肿，入暮后两足臃亦肿，头痛身重，咳嗽痰少，咽痛喉肿，溲赤量少。小便常规检查：红细胞（+++）。诊查：苔腻舌质红起刺，脉浮数。辨证：证属阳水。治法：治拟清热化湿，利水消肿。处方：板蓝根 9g、苍白术各 9g、黄精 9g、玉竹 9g、赤苓 12g、车前子 30g（包煎）、金钱草 12g、冬瓜子 12g、炒薏苡仁 9g。另：鲜茅根 150g、冬瓜子 300g，煎汤代茶。7 剂。二诊：药后肿退，尿量增多，每天约 2000mL，余症亦减，但又发热，脉细数，苔薄腻。风在表，湿郁里，治拟宣肺解表，化湿利水。处方：前胡 9g、桑白皮 9g、防风 6g、牛蒡子 9g、苍术 6g、赤苓 12g、车前子 30g（包煎）、郁金 6g、建曲 9g（包煎）、甘露消毒丹 12g（包煎）。另：鲜茅根 150g、冬瓜子 300g，煎汤代茶。7 剂。三诊：药后热退，咽喉肿痛消失，咳嗽亦除，小便量已增多。苔薄腻，脉细滑。原方药续进 7 剂。四诊：小溲已转淡黄

色，全身乏力，尚有微肿。苔薄，脉细。表解里未和，伏湿不化；标实本虚，治拟兼顾。处方：党参 9g、熟地黄 12g、白芍 6g、苍白术各 6g、川朴 3g、陈皮 3g、赤猪苓各 9g、炒薏苡仁 9g、泽泻 12g、车前子 12g（包煎）、淮牛膝 9g、大枣 5 个。7 剂。五诊：药后小便常规检查，红细胞（±）；肿退溲清，余症亦平，胃纳增加；苔薄，脉细。当予调治，以善其后。处方：党参 12g、熟地黄 12g、白芍 6g、全当归 12g、川芎 6g、益母草 30g、淮牛膝 9g、泽泻 12g、车前子 30g（包煎）、川朴 3g、陈皮 3g。大枣 10 个。按：本例急性肾炎，属于中医学水肿病的阳水范畴。由于风热之邪外袭，肺气不宜，失于通调，水湿内盛，脾为湿困，而失转输，三焦气化失宜，决渎失司，更因肾气不充、开阖不利，膀胱气化不行。风水相搏，湿热内蕴，水液停聚，溢于肌肤，本在脾、肺、肾，标在湿与肿。根据“急则治其标，缓则治其本”的原则，祛邪扶正，抓住主要矛盾，随证加减，取效显著。（摘自《中国现代名中医医案精华（三）·张志雄医案》）

9. 前后分消、峻下逐水法治愈水肿 1 例

战某某，男，45 岁。初诊：1941 年秋季。诊查：胸高气粗，腹大如鼓，经询病已半月，初起尿少，腹胀身肿，逐渐气息难续，不能仰卧，大便秘结，小溲涩闭，渴欲饮水，水入则胀甚。余详察之，见其肿势虽盛，但皮色光亮且润，舌胖大而深红，舌苔黄厚，口干舌燥，脉沉滑兼数，应指有力。辨证：脉证相符，属燥实阳水，形气俱实，尚可承受重药。治法：遂立前后分消、峻下逐水之法。处方：野军 20g、甘遂 10g、大戟 10g、黑丑 10g、木香 4g、青皮 10g、橘皮 10g、芫花 10g、淡竹叶 10g、车前 10g、元明粉 15g（分 2 次冲服）。水煎服 2 次。嘱其服药后若泻水量多，则后药暂缓，否则继服之。另嘱：自服药当日起，禁盐 100 日。

是夜，战家人叩门来报，如法服药 1 剂不久，即开始大溲大泻，下黄水近半洋油桶，立觉气息通畅，腹软。嚼啜小米粥后，继服前方药 1 剂。

二诊：3 日后，病人面肿已消，腹水亦减大半，下肢仍肿胀光亮，按之

凹陷，顷刻复起，脘腹闷胀，渴不欲饮，小溲短赤。苔腻微黄，脉沉滑稍数。此属湿热蕴结中焦，脾运失司，气机不畅，水道失调。故立清热、行气、利水之法，用大橘皮汤加味。处方：茯苓 10g、白术 10g、泽泻 10g、猪苓 10g、官桂 10g、滑石 20g、甘草 10g、木香 4g、陈皮 20g、槟榔片 10g、防己 10g、车前 10g、淡竹叶 10g、灯心草 4g。水煎服 3 次。

三诊：连服药 6 剂，水肿病象尽消，二便正常。将息数日后，可从事劳动。60 天后，因犯禁盐百日之戒而肿势又起，守前法酌减药量，投数剂即愈，此后未再复发。

按：遇危重之疾，需综观全局，谨守病机，消除顾虑，果敢用药。此例虽病势危重，但素体较壮，形气俱实，知尚有转机。因病重恐药轻无济于事，故选峻剂重药，舟车并进，直达病所，使水热之邪分消于二便，气行水化，水利气通，立见分晓。然此峻剂不宜久服，若贪功心切，则欲速而不达。故待水势减退之际，改用大橘皮汤加味，徐徐缓图，终收全功。另：水肿病强调忌盐，绝非概而论之，当视病程、病势而定。本例在病获初愈后 60 天因食过咸之品，使病势再起，亦从一个侧面说明忌盐之重要，切莫等闲视之。（摘自《中国现代名中医医案精华（三）·高仲山医案》）

六、《内经》十三方

《内经》中治疗疾病的方法，多以针刺为主，而略于方药。治病方仅载十三首，后人称之为《内经》十三方。

（一）汤液醪醴（载于《素问·汤液醪醴论》）

《素问·汤液醪醴论》记载：“黄帝问曰：为五谷汤液及醪醴奈何？岐伯对曰：必以稻米，炊之稻薪。稻米者完，稻薪者坚。”

【组成】五谷。《内经》制汤液醪醴多以稻米为原料。

【用法】五谷加水煮熟，其汁液为汤液。五谷煎煮，再经酿制，有酒味即为醪醴。渣汁混和称为醪，其汁称为醴。其使用根据病情而定，有单用，

有与药物配合组方用，有作药引用，亦可外用。如《素问·汤液醪醴》记载：“中古之世，道德稍衰，邪气时至，服之万全。”说明早期汤液醪醴可以作为治疗药单独使用，以治疗轻浅偶发的疾病。“当今之世必齐毒药攻其中，镵石针艾治其外”，体现汤液醪醴与其他治疗方法的结合运用。《素问·缪刺论》记载了美酒送服血余炭，即用醪醴作药引，《灵枢·经筋》用白酒和桂帖敷并用白酒内饮治卒口僻，这些论述表明醪醴在临床有内治和外治不同用法。

【功用】综合《内经》记载，汤液醪醴具有益精扶正、发表祛邪、疏通经络、调理肠胃的功能。

【主治】《内经》成书之前，汤液醪醴最初仅作为备用药，渐至发展为治疗药，且只局限于治疗外邪引起的早期轻浅疾病。至《内经》成书之后，汤液醪醴扩大了其应用范围，与其他药物或其他治疗方法配合可治疗阳虚水肿、尸厥、鼓（谷）胀、口僻、失眠等。

（二）鸡矢醴（载于《素问·腹中论》）

《素问·腹中论》记载：“黄帝问曰：有病心腹满，旦食则不能暮食，此为何病？岐伯对曰：名为鼓胀（《太素》作谷胀）。帝曰：治之奈何？岐伯曰：治之以鸡矢醴。一剂知，二剂已。帝曰：其时有复发者何也？岐伯曰：此饮食不节，故时有病也。虽然其病且已，时故当病气聚于腹也。”矢，同屎，鸡矢，即鸡屎。药用其外层白霜，称之为鸡矢白。

【组成】鸡矢白、醪酒

【用法】《素问·腹中论》未提供药量与制法、服法。《本草纲目》曾引用明代中医名家何大英的方法，即“用腊月干鸡屎白半斤，袋盛，以酒醅一斗，渍七日。温服三杯，日三。或为末，服二钱亦可”。

【功用】鸡屎白，《名医别录》认为“利小便”，《本草纲目》认为“下气通利大小便，治心腹鼓胀，消癥瘕”。

【主治】饮食不节，水谷之气积聚于肠胃所致的鼓胀。证见心腹满，旦

食则不能暮食。

（三）乌鲂骨蕝茹丸（载于《素问·腹中论》）

《素问·腹中论》记载：“帝曰：有病胸胁支满者，妨于食，病至则先闻腥臊臭，出清液，先唾血，四肢清，目眩，时时前后血，病名为何？何以得之？岐伯曰：病名血枯。此得之年少时有所大脱血，若醉入房中，气竭肝伤，故月事衰少不来也。帝曰：治之奈何？复以何术？岐伯曰：以四乌鲂骨、一蕝茹，二物并合之，丸以雀卵，大如小豆，以五丸为后饭，饮以鲍鱼汁，利肠中及伤肝也。”

【组成】乌鲂骨（海螵蛸）、蕝茹（茜草）、雀卵、鲍鱼（石决明肉）。

【用法】乌鲂骨4份，茜草1份为末，和以雀卵，加工为丸，每丸如小豆大。鲍鱼加水煎煮，取其汁。饭后每服5丸，鲍鱼汁送服。

【功用】乌鲂骨，收敛止血、固精止带；茜草，凉血止血，又能活血；雀卵，李时珍说：“今人知雀卵能益男子阳虚，不知能治血枯，盖雀卵益精血耳。”鲍鱼，为著名海珍品，在食疗上有养血柔肝的作用。

【主治】治疗因各种出血或肝肾精气亏虚引起的血枯。

（四）生铁洛饮（载于《素问·病能论》）

《素问·病能论》记载：“有病怒狂者……阳气者，因暴折而难决，故善怒也，病名曰阳厥……帝曰：治之奈何？岐伯曰：夺其食即已。夫食入于阴，长气于阳，故夺其食即已。使之服以生铁洛为饮。夫生铁洛者，下气疾也。”（夺，《针灸甲乙经》作“衰”；饮，《针灸甲乙经》作“后饭”）生铁洛，即炉冶间锤落的铁屑。洛，同落。

【组成】生铁洛。

【用法】《景岳全书·古方八阵》记载，“生铁四十斤，入火烧赤沸，砧上锤之有花出，如兰如蛾，纷纷落地者是名铁洛。用水二斗，煮取一斗，用以煎汤。”饭后服。并减少饮食。

【功用】清热除烦、降逆消食。《名医别录》认为铁落可“除胸膈中热气，食不下，止烦”，《本草纲目·卷八·铁落》“平肝去怯，治善怒发狂”。

【主治】阳气郁结的怒狂（阳厥）。

（五）泽泻饮（载于《素问·病能论》）

《素问·病能论》记载：“有病身热解堕，汗出如浴，恶风少气，此为何病？岐伯曰：病名曰酒风。帝曰：治之奈何？岐伯曰：以泽泻、朮各十分，麋衔五分合，以三指撮为后饭。”

【组成】泽泻、朮各十分，麋衔五分。

【用法】三药共为细末，每服三指撮，饭后服。

【功用】本方有益气、止汗，祛风湿的作用。唐代中医名家王冰认为：“朮，味苦温平，主治大风、止汗。麋衔，味苦寒平，主治风湿筋痿。泽泻味甘寒平，主治风湿、益气。由此功用，方故先之。”

【主治】酒风。饮酒中风，而证见身热解堕，汗出如浴，恶风少气，亦即《素问·风论》所说的漏风。

（六）兰草汤（载于《素问·奇病论》）

《素问·奇病论》：“帝曰：有病口甘者，病名为何？何以得之？岐伯曰：此五气之溢也，名曰脾瘴。夫五味入口，藏于胃，脾为之行其精气，津液在脾，故令人口甘也。此肥美之所发也，此人必数食甘美而多肥也。肥者令人内热，甘者令人中满，故其气上溢，转为消渴。治之以兰，除陈气也。”

【组成】兰草，即佩兰。

【用法】骆龙吉《增补内经拾遗方论》“兰草一两，上用水三盏，煎一盏半，温服无时。”

【功用】《内经》曰：“治之以兰，除陈气也。”唐代中医名家王冰认为：“兰，谓兰草也……言兰除陈久甘肥不化之气者，以辛能发散故也。”

【主治】治疗由于过量食用甘甜肥腻食物，引起的脾瘴。证见口甘。

（七）左角之发酒（载于《素问·缪刺论》）

《素问·缪刺论》记载：“邪客于手足少阴太阴、足阳明之络，此五络皆会于耳中，上络左角，五络俱竭，令人身脉皆动，而形无知也，其状若尸，或曰尸厥……剃其左角之发方一寸，燔治，饮以美酒一杯，不能饮者灌之，立已。”左角之发，即左额角的头发。发，后称之为血余。尸厥，指突然昏倒，不省人事。

【组成】病者左额角的头发一方寸，酒一杯。

【用法】将剃取尸厥病者左额角头发烧制（炭化）成血余炭，研末，用酒灌服。

【功用】血余炭既能止血，又能散瘀血；酒性温热，功擅温经散寒，活血通络。尸厥发生的病因、病机，是邪气阻遏经络，气血不能上荣于头，而致昏厥。两药相配，调畅气机，五络通利，则神自清。因而本方具有通经活络、消瘀开窍、和畅气血的用途。

【主治】尸厥。

（八）小金丹（载于《素问·遗篇·刺法论》）

《素问·遗篇·刺法论》记载：“小金丹方：辰砂二两，水磨雄黄一两，叶子雌黄一两，紫金半两，同入盒中，外固了，地一尺，筑地实，不用炉，不须药制。用火二十斤煅之也，七日终。侯冷七日取，次日出盒子，埋药地中七日，取出，顺日研之三日，炼白沙蜜为丸，如梧桐子大，每日望东吸日华气一口，冰水下一丸，和气咽之，服十粒，无疫干也。”

【组成】辰砂二两、水磨雄黄一两、叶子雌黄一两、紫金半两。

【用法】将上药同入药盒中，固封。埋地下1尺，盖土筑实。地表用柴薪火烧7日（每日用柴薪20斤），停火7日。取出药盒，移另一处，埋地中7日，取出。将药研磨3日，炼白沙蜜为丸，每丸如梧桐子大小。每日日出时，面向东方吸日华气一口，用冰水服小金丹1丸。连用10天。

【功用】上四味药，特别是辰砂、雄黄，皆是古代辟瘟防疫常用丹石药。

【主治】《内经》中用以预防疫疠，即经文所说的“无疫干也”。

（九）寒痹热熨方（载于《灵枢·寿夭刚柔》）

《灵枢·寿夭刚柔》记载：“寒痹之为病也，留而不去，时痛而皮不仁。黄帝曰：刺寒痹内热奈何？伯高答曰：刺布衣者，以火焮之，刺大人者，以药熨之。黄帝曰：药熨奈何？伯高答曰：用淳酒二十升，蜀椒一升，干姜一斤，桂心一斤（一斤，《太素》《针灸甲乙经》作“一升”），凡四种，皆咬咀，渍酒中。用棉絮一斤，细白布四丈（《太素》《针灸甲乙经》作四丈二尺），并内酒中。置酒马矢焮中，盖封涂，勿使泄。五日五夜，出布棉絮，曝干之，干复渍，以尽其汁。每渍必啐其日，乃出干。干，并用滓与棉絮。复布为复巾，长六七尺，为六七巾，则用之生桑炭炙巾，以熨寒痹所刺之处，令热入至于病所。寒，复炙巾以熨之，三十遍而止。汗出以巾拭身，亦三十遍而止。起步内中，无见风。每刺必熨。如此，病已矣，此所谓内热也。”

【组成】蜀椒一升、干姜一升、桂心一升、醇酒二十升、棉絮一斤、细白布四丈二尺（以上药量及布长参《太素》《针灸甲乙经》改）。

【用法】将蜀椒、干姜、桂心经过咬咀处理，与酒共入容器中。后将细白布与棉絮装入器中，涂封容器，置于燃马粪中五日五夜，取出棉絮及布巾晒干，再浸于药酒中一日一夜，取出晒干。如此反复浸渍、晾晒，直至器中药酒吸尽为止。用棉絮包裹药渣即为药包。将药浸的细白布断成六七块作复巾（覆盖身体用）。治疗时先将复巾用桑炭火炙热备用。针刺出针后用炙巾覆盖所针之处，用药包在炙巾上推熨，炙巾变凉，另换炙巾。反复熨烫，使药热纳入病所。如汗出则用炙巾擦干，避风寒。

【功用】蜀椒、干姜、桂心、酒均辛热能温经祛寒，炙巾覆身以助药热纳入，又能防风寒。

【主治】风寒痹痛，肌肤不仁。

（十）马膏膏法（载于《灵枢·经筋》）

《灵枢·经筋》记载：“足阳明之筋，起于中三指……上颈，上挟口，合于頄，下结于鼻，上合于太阳。太阳为目上纲，阳明为目下纲，其支者，从颊结于耳前。其病……引缺盆及颊，卒口僻。急者目不合，热则筋纵，目不开。颊筋有寒则急引颊移口，有热则筋弛，纵缓不胜收，故僻。治之以马膏。膏其急者，以白酒和桂，以涂其缓者，以桑钩钩之。即以生桑灰置之坎中，高下以（“以”《太素》作“与”）坐等。以膏熨急颊，且饮美酒，啖炙肉。不饮酒者，自强也，为之三拊而已。口僻，指喎向，侧歪斜的病证。可见于面瘫或中风病人，马膏，又称髻膏，《本草纲目·卷五十·兽部》曰：“髻，项上也，白马者良。”

【组成】白马项部脂肪、白酒、桂、桑钩、桑炭，另备白酒、炙肉。

【用法】白马项部脂肪熬制成膏；桂为末，以白酒马膏调制成药膏。用药膏贴敷于口僻弛缓侧；口僻拘急侧单涂马膏，并以桑钩钩其口角。坎中置桑炭火，熨烤急拘侧，使移口牵正。

【功用】马膏，柔润肌肤，张介宾认为：“马膏，马脂也。其性味甘平柔润。”《本草纲目·卷五十·兽部》记载：“治面，手足皴粗，入脂泽。”白酒、桂温热之性借马膏柔润，纳热于肌肤而祛寒；又借桑炭火热，强其纳热之功。饮美酒，啖炙肉，强其内而散风寒。

【主治】风寒引起的口僻。

（十一）半夏汤（载于《灵枢·邪客》）

《灵枢·邪客》：“黄帝问于伯高曰：夫邪气之客人也，或令人目不瞑、不卧出者，何气使然？伯高曰：五谷入于胃也……卫气者……昼日行于阳，夜行于阴，常从足少阴之分，间行于五脏六腑。今厥气客于五脏六腑，则卫气独卫其外，行于阳，不得入于阴。行于阳则阳气盛，阳气盛则阳蹻陷（陷，《太素》作“满”），不得入于阴，阴虚，故目不瞑。黄帝曰：善。治

之奈何？伯高曰：补其不足……饮以半夏汤一剂，阴阳已通，其卧立至……其汤方以流水千里以外者八升，扬之万遍，取其清五升煮之，炊以苇薪，火沸，置秫米一升、治半夏五合，徐炊。令竭为一升半，去其渣，饮汁一小杯，日三，稍益，以知为度。故其病新发者，覆杯则卧，汗出则已矣；久者，三饮而已也。”

【组成】治半夏五合、秫米一升、流水八升。秫米，粘高粱、黄米或粘稻米。

【用法】将江河流水置器中，反复扬之，静止，取上清液5升，煮沸。纳两药，文火煎煮，余汤液1升半，去渣。每次饮1小杯，日3次。

【功用】半夏，《名医别录》云：“主消心腹胸中膈痰热满结，咳嗽上气，心下急痛坚痞，时气呕消痈肿。”李时珍认为半夏具有“除腹胀，目不得瞑，白浊梦遗带下”的功效。秫米，《名医别录》曰：“止寒热，利大肠。”李时珍认为秫米具有“治肺症及阳盛阴虚，夜不得眠及食鹅鸭成症”的攻效。半夏秫米同用，共奏调阴阳、利大肠之功。李时珍《本草纲目》曰：“秫者，肺之谷也，肺病宜食之……大肠者，肺之合……《灵枢经》岐伯治阳盛阴虚，夜不得眠，半夏汤中用之，取其益阴气而利大肠也。大肠利则阳不盛矣。”

【主治】卫气运行失常导致的不寐。

（十二）豕膏（载于《灵枢·痈疽》）

《灵枢·痈疽》记载：“痈发于嗑中，名曰猛疽……其化为脓者，泻则合豕膏，冷食，三日而已。”豕，即猪。膏，李时珍《本草纲目》曰：“凡凝者为肪为脂，释者为膏为油。”豕膏，即炼制成的猪油。

【组成】豕膏

【用法】《内经》中应用豕膏，一是口含。《灵枢·痈疽》记载的，泻则合豕膏，冷食，“泻”字后《甲己经》《太素》有一“已”字；“合”，《太素》《外台》为“含”；“冷食”，《千金翼》作“无食”。二是创面涂覆。《灵枢·痈疽》记载米疽治以砭石，涂以豕膏。

【功用】《本草纲目》对豕膏的主治和功效有记载，“利血脉，散风热、润肺。入膏药，主诸疮……杀虫，治皮肤风，涂恶疮，治痈疽”。

【主治】猛疽、米疽等痈疽术后。

（十三）陵翘饮（载于《灵枢·痈疽》）

《灵枢·痈疽》记载：“发于胁，名曰败疵，败疵者，女子之病也。灸之，其病大痈脓；治之，其中乃有生肉，大如赤小豆。锉陵翘草根各一升，以水一斗六升煮之，竭为取三升，则强饮，厚衣坐于釜上，令汗出至足已。”败疵指发生在肋部的痈疽，主要发生于妇女陵，即菱，俗称菱角；翘，为连翘。

【组成】菱角根、连翘根。

【用法】将上两药斩碎，各取一升。用水一斗六升煎煮，余汤液三升。服药时需厚衣保温，使汗出。

【功用】《本草纲目》记载，菱角“甘、平、无毒，解暑，解伤寒积热”，连翘“苦、平、无毒，主治寒热、鼠痿、瘰疬、痈肿、恶疮、癭瘤、结热蛊毒”。二药共奏清热解毒之功。

【主治】败疵。

《内经》所载十三方，方药虽少，但它代表了当时药物、方剂在临床上应用的概况。其所用药物种类包括动物、植物和矿物类；其剂型包括汤剂及丸、散、膏、丹、酒剂；其方制包括大小、缓急、奇偶、重；临床应用既有内治，又有外治；既有治疗又有预防。这些方剂不仅发挥了它的历史作用，而且对后世方剂学的发展产生深远的影响。十三方中的某些药物及方剂、治疗方法，至今仍有实用价值和现实意义。

第二章 诊余漫话

一、慢性肾衰治疗原则

慢性肾衰是各种原发性肾脏疾病及继发性肾脏疾病发展而来，不少病人因症状不明显而疏于治疗。往往在健康体检时，发现贫血、肾功能血肌酐升高、肌酐清除率降低，有的肌酐已达到尿毒症指标，才感觉问题严重。中医药对慢性肾衰具有良好的治疗手段和不可或缺的治疗方法。应坚持综合治疗的原则，辨证与辨病相结合、以辨证为主的原则，分阶段治的原则，以及整体调节、攻补兼施的原则。一般来说，慢性肾衰，其病变主要是脾肾亏虚、湿毒内盛。因此，在治疗方面，以顾护脾肾、泻浊解毒为主。选用方剂，以益肾健脾泻浊方（熟地黄 15g、山茱萸 15g、淮山 15g、牡丹皮 10g、泽泻 10g、茯苓 15g、黄芪 15g、大黄 10g、熟附子 10g、枳实 10g、厚朴 10g、甘草 6g）为宜。方中熟地黄、山茱萸、淮山、牡丹皮、泽泻、茯苓、黄芪，益肾健脾；大黄、熟附子，寒热并用，相反相成，泻浊解毒，相得益彰；枳实、厚朴，助行气而健运化，使药物充分发挥而不致腻滞。一般泻浊方法是通过泻大便而解浊毒，日解 3～4 次最适宜，只要未出现腹痛即可坚持用药。如果有的病人出现尿毒症较重，恶心呕吐，不能进食者，可建议血液透析，在恶心呕吐等症清除后，再行上述方法治疗。

二、非典型性慢性肾功能衰竭中医辨治的思路与方法

慢性肾功能衰竭是指所有原发性或继发性慢性肾脏疾病进行性肾功能损害所表现的一系列症状或代谢紊乱的临床综合征。根据其不同的症候表现，在中医中归属于肾劳、关格、溺毒、水肿等范畴。慢性肾功能衰竭发病机理复杂，症候变化多样，有时症候表现并不能反映该病的轻重程度，

甚至有病情已进入尿毒症阶段而患者却无明显症候。鉴于此，这给以症候为依据的中医辨证带来较大的困难，在一定程度上也暴露出中医某些“无证可辨”的盲区，使医者处于尴尬无助的境地，以致延误诊治的有利时机。笔者以为，非典型病证古今皆有，正如《素问·至真要大论》所说的“谨守病机，各司其属，有者求之，无者求之”，其意就有无症状者也要探求其病机之旨。兹借鉴古代相关学术精粹并结合个人多年积淀的临床经验与体会，对非典型性慢性肾功能衰竭中医辨治的思路与方法，总结如下：

（一）细微隐晦处辨病识病

根据慢性肾功能衰竭（以下简称慢性肾衰）归属中医关格等相关病证的范畴来考虑，患者如出现小便不通与频繁呕吐等泌尿与消化系统的多个典型症候，说明病情较为危重。但是，不少慢性肾衰患者主要症候出现滞后，姗姗来迟，或仅出现一些边缘的次要的症候。此时，诊病依据隐匿不现，医者辨不入彀，或被“独处藏奸”不合时宜的边缘症候所蒙蔽，使疾病不能及早被发现，以致漏诊、误诊，酿成不良后果。然而，研读典籍会发现，古代著名医家对于非典型病症的辨识有丰富的经验，如《素问·刺热篇》所说的“肾热病者，先腰痛胕痠，苦渴数饮，身热。热争则项痛而强，胕寒且痠，足下热，不欲言。其逆则项痛，员员澹澹然。戊己甚，壬癸大汗，气逆则戊己死”。此为肾热病主症。又曰：“肾热病者，颧先赤”，“病虽未发，见赤色刺之，名曰治未病”。可见“颧先赤”是肾热病的个别次症，凭此次症，《内经》洞察秋毫，断为肾热病未病，予刺之治疗。此为经验总结之案例，从细微隐晦处辨病识病之典范。又如《伤寒论》说的“下之后，复发汗，昼日烦躁不得眠，夜而安静，不呕不渴，无表证，脉沉微，身无大热者，干姜附子汤主之”。此案例以一个“脉沉微”阳性症及几个阴性症候为依据，反证为隐匿的阳虚阴盛证。这种在主要症候不足时采用间接证据来辨病识病的方法，属于形式逻辑中“间接证明”，它是迭言推理的否定肯定式的具体运用，即以否定反论题真实，而推论所要证明的论题真实。可见，张仲

景对于主要症候不足的非典型病症的辨识，独运匠心，巧妙地运用现代人谓之“间接证明”的哲理，其真知灼见，值得后人借鉴。不难发现，临证时非典型性慢性肾衰患者，常以慢性肾衰个别主症或个别次症为主诉就诊，或诉不思饮食、大便溏烂，或头晕耳鸣，或疲倦乏力，或腰膝痠软，或夜尿频数，或面色萎黄，甚至以其他病症的症候为主诉而就诊者。遇此情况，务必提高警惕，善于从患者细微或边缘症候来求证辨病的依据，可借用“间接证明”法来辨病。如以“夜尿频数”症为例，经过详细了解，患者无消渴及淋证病史，相关检查亦否定此二病症的诊断，那么此“夜尿频数”当属于慢性肾衰主症之一，同时须进一步进行肾功能、尿常规、肾B超等相关检查以确诊。其他个别症候的辨析依次类推，在否定出现与该症候相类似的其他相关病证后，应聚焦考虑慢性肾衰。

（二）慎审察辨析潜在病机

病机是各种致病因素作用于人体而致疾病发生、发展与转归的机理。它是中医治病立法组方的依据。病机包括病因、病位、病性、病势等因素，它可根据疾病主要症候综合分析、推理判断而获得。非典型性慢性肾衰的病机分析，无相应症候可凭，或症候滞后而不易判断，但其成病的病机是实实在在存在的，这就是潜在病机。推求病机的过程，实际上就是治病求本的过程。张景岳在《景岳全书·求本论》中曰：“医有慧眼，眼在局外；医有慧心，心在兆前。”医者慧眼洞察疑惑病证，悉心探源溯本于病前，这是中医临证最高境界。医者临证时应追求这种境界。在慢性肾衰阳性症候很有限的情况下，要善于充分利用有限的个别症候，大胆怀疑，细心分辨，谨慎否定或肯定。或利用既知的非典型性慢性肾衰疾病的病因，包括西医已知的病因，进行病机分析，合理推理。其途经，可从以下三方面切入：一是从已知的病因入手，如患者长期患高血压病（血压常超过160/100mmHg）而无明显症候，而后发展为慢性肾衰，其病因当为肝肾阴虚，肝阳上亢，病位在肝肾。据其病因，可推理辨析，潜在病机为虚亢之肝阳下汲肾水，

日久肾阴枯竭，失司开合及升清降浊之职，湿浊瘀毒蕴结，形成虚实错杂之证。二是从某些个别或边缘症候入手，如患者面色萎黄、倦怠乏力，表现为气血亏虚之候。此时重点分析气血亏虚之因，先排除某些出血性病证以及造血障碍、营养不良等病证，结合肾功能等相关理化检查，然后确立慢性肾衰的诊断。其病因为气血亏虚（或原发于他病，或继发于肾病），病位在脾肾。脾为气血生化之源，肾为元阴元阳之本，脾虚不能化生气血以纳肾，肾虚不能温煦脾阳以运化。其潜在病机为脾肾衰竭，生化与升清降浊功能失司，湿浊瘀毒蕴结乃成。三是不知病因，无个别症候可凭，可按典型的慢性肾衰发展规律推理入手。张仲景说的“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”是按五行的相乘规律而测知肝木乘伐脾土的病变机理，为后世推理潜在病机作垂范。慢性肾衰病位在肾，按五行相侮传变规律，其潜在病机为肾损主水无权，日久水湿反侮于脾土，肾脾逐渐衰败，致使湿浊瘀毒由生，这是慢性肾功能衰竭最常见的病机发展规律。另外，在分析潜在病机的同时，尚需结合当时患者舌体的胖瘦，舌色的红、淡、暗、紫，舌苔的厚、薄、燥、润及苔色，以及脉象病候，以判断寒热虚实病性，充实潜在病机内容。

（三）析微观潜机预测证候

非典型性慢性肾功能衰竭，由于肾脏的代偿能力较强，以及患者的耐受能力存在较大的差异，因此出现部分患者病重而症轻，甚至症候隐晦不现并不奇怪。但可以预期，这种症候隐晦不现是暂时的，肾衰症真面目最终会暴露无遗，只不过是延后时间长短而已。临证时，必须预测隐匿的慢性肾衰未来的证候，这一环节是拟定治法及选方用药的重要依据之一。根据慢性肾衰潜在病机分析，其总体病机为脾肾亏虚，湿浊瘀毒内阻，形成本虚标实，并且本愈虚标实愈盛的虚实错杂的局面。现代医学研究制定的慢性肾功能衰竭标准，认为内生肌酐清除率（Ccr）是临床上检验肾小球滤过率最常用，最简便且较准确的肾功能指标，其反映肾功能衰竭程度的内

生肌酐清除率的低下与中医肾脾亏虚升清降浊功能失司的程度，以及血清肌酐（Scr）的升高比率与中医的湿浊瘀毒滞留体内轻重程度的机理，具有十分相似之处。也就是说，Ccr 愈低，Scr 比率愈高，肾小球滤过率愈差，说明肾脾亏虚愈重，湿浊瘀毒之邪愈盛。因此，借鉴现代肾功能指标，结合非典型性慢性肾衰病机演变规律，预测未来证候具有重要的参考价值。一般来说，疾病的发展趋势与人体正气的强弱及病邪的轻重有密切联系，表现在脏腑气血阴阳失调的程度呈正相关。临床所见，非典型性慢性肾衰，肾功能不全代偿期（Ccr80 ~ 50mL/min，Scr133 ~ 177 μ mol/L），其后发的证候多为脾肾气虚夹湿证，证见倦怠乏力，气短懒言，食少纳呆，脘腹胀满，腰膝痠软，肢体困重，颜面及下肢微肿，舌淡有齿痕，苔白，脉沉细。肾功能不全失代偿期（Ccr50 ~ 20mL/min，Scr178 ~ 442 μ mol/L），其后发的证候多为脾肾阳虚夹湿浊证，此证多为脾肾气虚夹湿证发展而来。除上述症候外，尚见畏寒肢冷，夜尿清长，大便溏烂。肾功能衰竭期（Ccr20 ~ 10mL/min，Scr443 ~ 707 μ mol/L），肾脏 B 超可出现肾脏萎缩，其后发的证候多为脾肾气阴两虚夹湿热瘀毒证，证见倦怠乏力，腰膝痠软，口干咽燥，五心烦热，夜尿清长，恶心呕吐，身重困倦，舌暗红，苔黄干，脉沉细数。尿毒症期（Ccr < 10mL/min，Scr > 707 μ mol/L），肾脏 B 超多出现肾脏明显萎缩，其后发的证候多为阴阳两虚夹湿浊瘀毒证，相当一部分由脾肾气阴两虚夹湿热瘀毒证转化而来。证见畏寒肢冷，口干咽燥，五心烦热，夜尿清长，食少纳呆，恶心呕吐，肢体困重，腹满肢肿，大便干结，舌暗淡有齿痕，舌苔厚腻，脉沉弱。

（四）据隐证潜机组方用药

制方原理是以证机、治法、方药的内在统一为原则。通过非典型性慢性肾衰的潜在病机以及可预见的未来证候，治疗原则应以补益脾肾、祛湿降浊、化瘀解毒为宜，在此治则的基础上，根据脾肾阴阳气血虚衰的不同、标实湿浊瘀毒兼夹的各异，拟订具体的治法及组方用药。多年来，笔者针

对本病的基本病机，曾拟肾复汤（六味地黄丸加黄芪、猫须草、芡实）为基本方，随证加减治疗本病。脾肾气虚夹湿者，以基本方加党参、苍术、菟丝子、薏苡仁、车前子，水煎分3次服；脾肾阳虚夹湿浊者，以基本方加熟附子、肉桂、党参、白术、薏苡仁、车前子，水煎分3次内服；脾肾气阴两虚夹湿热瘀毒者，以基本方加大黄、枳实、益母草、红花、法半夏、党参、白术、神曲，水煎分3次服，并予大黄、蒲公英、白花蛇舌草、熟附子、煅牡蛎煎水保留灌肠；阴阳两虚夹湿浊瘀毒者，以基本方加西洋参、熟附子、肉桂、枸杞子、女贞子、大黄、枳实、法半夏、姜、枣，水煎分3次服，并予以上灌肠方灌肠泄浊解毒治疗，必要时适当血液透析，以应急处理。临床实践证明，如此辨析非典型性慢性肾功能衰竭的隐证潜机，并由此推理拟订的治法组方，理法方药相契合，临床疗效较好。之所以选用肾复汤为基本方，是针对本病脾肾亏虚夹湿的基本病机，以补益脾肾、摄精利湿为治疗大法。方中六味地黄丸补肾利湿，黄芪、芡实益气健脾，猫须草又名肾茶，利湿消肿而不易伤正，为治标要药。基本方治疗持之以恒，并根据阴阳气血亏虚各别、湿浊瘀毒侧重不同的证候，予以随证加味治疗，应之以变。治疗上恒与变结合，即反映在针对慢性肾衰基本病机的辨病，与根据个体不同的病程阶段病情变化的辨证相结合的层面上。在组方用药上，补益与祛邪、治标与治本同施。长期用药以基本方贯穿始终，以药性平和、扶助正气为目标；短期辨证加味用药，选药力较迅猛，克邪即止，不留后患为目的。临床观察证明，以此法辨治非典型性慢性肾衰，确能提高治疗效果。慢性肾衰的辨治是一个较复杂的疑难问题，尤其是症候不典型或症候隐晦不现者更为复杂困难。然而，如借鉴古代名医对隐匿证的辨证思路，却可以拓宽对本病辨治的新境界。关键是对非典型性慢性肾功能衰竭的个别边缘症候的警惕追踪，以及现代医学肾功能微观手段的及早使用。在治疗上，可针对潜在病机的合理分析，认识由此病机发展变化导致的可预见的未来证候，并结合隐证潜机拟订的治疗大法进行组方用药。总之，通过不同角度的综合辨析，可在很大程度上填补该病中医无证可辨的

缺陷，丰富了非典型性慢性肾功能衰竭中医辨治的内涵。

三、评“病诸内必形诸外”

“病诸内必形诸外”为元代中医名家朱丹溪根据《内经》说的“由表知里”“司外揣内”的原理提出来的。它作为中医辨识疾病的方法论，历代相传，乃至被后世医家奉为圭臬。这种方法论的合理内核以及临床实用价值何在？有无局限性？弄清这个似乎已成定论的问题，对于正确评价及运用该方法论，把握临床辨证信息的规律，具有普遍的指导意义。因此，笔者以不回避临床实践为基点，对此进行初步探讨。

（一）合理性与实用性

早在两千多年前，医学先辈们在经历长期的医疗实践之后，积累了大量丰富辨识疾病的经验。与此同时，当时的哲学思想——阴阳五行学说，以及天文、地理、气象、历法、物候、心理、社会等学科不断向中医渗透融合，于是形成了“天人相应”“形神统一”等整体观、生命现象及生理、病理变化比较合理的阐释，“司外揣内”的诊断疾病方法也由此应运而生。如《灵枢·外揣》说：“日与月焉，水与镜焉，鼓与响焉。夫日月之明，不失其影，水镜之察，不失其形，鼓响之应，不后其声，动摇则应和，尽得其情。”又说：“五音不彰，五色不明，五脏波荡，若是则内外相袭，若鼓之应桴，响之应声，影之似形。故远者司外揣内，近者司内揣外，是谓阴阳之极，在地之盖。”自《内经》提出了人与自然界的统一、人体内外环境变化的统一观点后，世代沿袭，反复验证，至朱丹溪时，已形成“病诸内必形诸外”的结论性论断。可以说，此论断是“实践—理论—再实践—再理论”唯物辩证法的结晶。历代医学家们根据人体内外环境变化与自然界的“响之应声”“影之似形”相类的规律，通过体表的五色、五音等信息，而诊断相应的疾病。如心主血脉，开窍于舌，若脉结代，舌尖有瘀斑，则为心血瘀阻；肺主皮毛，开窍于鼻，若皮毛枯槁，嗅觉不灵，则为肺气虚

衰；脾主肌肉，开窍于口，若肌肉瘦削，口淡乏味，则为脾气虚弱；肝主筋，开窍于目，若手足抽搐，目邪上视，则为肝风内动；肾主骨，开窍于耳，若胫酸无力，耳鸣耳聋，则为肾精不足；等等。予以相应治疗，效验可靠，并经得起重复，充分显示了“病诸内必形诸外”方法论之系统性、整体性的科学价值。众所周知，现代医学正以惊人的速度发展，但当其发现研究局部组织器官不能完全解释人体整体病变的一系列问题时，又不得不寻求于当代系统理论的变革，不得不借鉴于中医的人体整体观。因此，“病诸内必形于外”经过《内经》的阐发，到朱丹溪进一步论证，再到后人反复临床实践检验的方法论，不仅符合客观世界事物变化的一般规律，而且也顺应当今科学发展趋于系统综合辨证的时代潮流，这正是它历经千百年而不衰的合理内核。

作为一种方法论，它能够延续至今，是因为它不但具有理论与实践统一的合理性，而且具有实用性。我们知道，古人在只能宏观研究人体的当时，不懈地“司外揣内”，不断总结出丰富的辨证诊断学内容，从而大大促进了中医的发展。这不仅是古代中医的成就，就是在微观分析人体比较深入的今天，这种“司外揣内”的诊病方法，也仍然大有作为。由于微观检查受时间、空间、条件等限制，不可能也不必要每一病人或每一病证都要借助微观检查才作出诊断。不需微观检查而能及时作出诊断者，还可减少某些因检查造成的痛苦及副作用。更为重要的是，有些微观检查，也未必穷尽相应的疾病症结，这方面与中医辨证相比，则显得相形见绌。例如一个肝炎病者，西医根据肝功能化验正常，即认为病情好转，无须治疗了，而此时病患肝区疼痛，纳呆腹胀，神疲乏力，大便溏烂，舌苔厚腻等症尚未消除。从中医角度辨证，这是肝郁气滞，湿邪未清之证。如果此时予以疏肝理气，健脾化湿治疗，则能收到较理想效果。又如某些肝脓疡、肺脓疡恢复期病人，发热已退，经“X线”“B超”检查脓腔已消失，血常规检查也属正常，那么西医会认为疾病痊愈了，但病人仍胸肋烘热，虚烦盗汗，纳呆口干，舌红少津。中医则认为余热未清，阴津亏损，如果此时予以养

阴清热，调理脾胃，则可获预期良效。还有一些病人经各方面理化检查未发现病灶，但又自觉痛、胀、烦、麻等不适之症，西医多称之为“神经官能症”，后予镇静剂治疗未效；而中医则根据“四诊”外在信息，认为其病机为“脏腑枢机不利”，或脏阴亏损，或肝气郁滞，或心肾不交，予以相应治疗后，则可收到较好疗效。可见，中医根据外在症状而“揣测”内在疾病，有其独到之处。

（二）缺陷性与局限性

“病诸内必形诸外”辨识疾病的方法论，在临床应用中的合理性与实用性，以及对中医发展的促进作用是毋庸置疑的，但是也有一定的缺陷性与局限性。

这种方法论的最大缺陷，在于违反了认识过程中的一般与特殊的辩证关系，过分强调了“病诸内必形于外”的必然性，而忽略了“病诸内不一定形于外”的特殊性，致使“一般”与“特殊”的关系严重倾斜。如不少肾结石的病人，在结石无活动的情况下，一般不出现疼痛及尿出砂石的现象，甚至结石伴随病人终生而无临床症状；又如有的肺结核病人，在其发病过程中无任何不适，而在以后体检中才发现结核病灶已钙化；又如有的乙型肝炎病人并无肝区胀闷疼痛，无饮食减少，体倦乏力等症状，但多次检验肝功能异常而诊为“乙肝”；又如有的慢性肾炎病人，水肿消退，饮食增进，体力恢复之后，中医则认为“诸恙悉除”，无证可辨了，而西医检查尿蛋白尚为阳性，还断为病未痊愈；等等。诸如此类例子甚多，其内在的疾病，由于人体结构复杂及体质差异等原因，不能反馈出外在的信息。我们应该承认这种“不能形诸外”的特殊性，并且对这种特殊性进行深入研究。

早诊断、早治疗，这是医学界公认的一个基本原则，也符合中医“防患于未然”“防病传变”的指导思想。如果一味强调“病诸内必形诸外”当外在信息出现的迟与早相去甚远，以之为诊病依据，有时却显得无能为力。如某些癌变病患者，待到癌症状出现时，已是晚期；有些消化性溃疡病患者，

不一定出现胃脘胀痛，暖气反酸等不适之症，直到并发呕血、便血或胃穿孔后，才检查发现原来患溃疡病；有些早期高血压、早期糖尿病患者，也无任何症状，直到中晚期才出现症状等等。对于这类病证，茫茫然揣测不了“病诸内”的早发，而姗姗来迟的“病诸外”则已成为过去。显然，这有悖于早诊断的原则，乃至延误病情，错过了及早治疗的机会，酿成不良后果。

另外，“病诸内必形诸外”的观点，对于单一脏腑病变来说，尚能因果对应联系，但对于复杂系统、多脏腑病变则极易出错。虽然中医也研究诸如“肝胃不和”“脾肾两虚”“肝肾阴虚”等多脏腑病变，但其研究的方向是多脏腑病变，对应的是多症状的综合，而忽略了多因一果的病证现象。系统论有个重要定理：一定的结构对应着特定的行为，但一定的行为则对应着整体一类结构，后者即多因一果现象。临床上多因一果病证并不少见。如痢疾及肠癌均可出现腹痛、便下脓血；肺结核及肺炎可同时出现胸痛、咳嗽、潮热盗汗，或高热寒战；有的冠心病心肌梗死不一定像《内经》描述的“真心痛，手足青至节，心痛甚，旦发夕死，夕发旦死”那样严重，而表现为胃脘痛，与胃病症状相类似；等等。这类病证，症状容易混淆，如果不用微观辅助检查，极易误诊。有的则因临证错误，治疗效果不好之后，才重新考虑是否为别的疾病。可见，“病诸内必形诸外”对于多因一果病症的诊断，也不同程度暴露出它的局限性。

四、中医内科病、证命名现状及改进构思

从字义以及中医习惯称谓而言，病与证是两个不同的概念，前者高度概括人体生理或心理发生的不正常状态，后者则广泛反映与前者相关的征象。二者之间，既有密切的从属关系，又有各自内涵而独立存在的界限。鉴于此，笔者试从病与证的角度出发，以考察全国中医高等院校第五版《中医内科学》教材为例，就中医内科病、证命名规范现状及问题作初步分析。

（一）病、证命名的现状

教材收入病种 49 个（不包括附篇），大致分为病因病理命名（有的侧重于病因，有的侧重于病理）及症候命名两大类。其中，以病因病理命名的病种有 16 个，如感冒、肺痈、痰饮、肺痿、中风、疟疾等；以主要症候命名的病种有 33 个，如咳嗽、胃痛、呕吐、泄泻、腹痛、黄疸、胁痛、鼓胀等。另外，这两大类病名标明病位者有 12 个，如肺胀、肺癆、头痛、心悸、胸痹、腰痛等；以证代病者有 11 个，如哮证、喘证、血证、郁证、厥证、淋证等。病、证颠倒互代者 1 个，如虫证（蛔虫病、绦虫病、钩虫病）。证的命名及分类，比较复杂。按病因病理辨证分型者有 20 个病种，如噎膈（痰气交阻、津亏热结、瘀血内结、气虚阳微），肺癆（肺阴亏损、阴虚火旺、气阴耗伤、阴阳两虚）等。按病的属性辨证分型的有 8 个病种，如肺痿（虚热、虚寒），便秘（热秘、气秘、虚秘、冷秘）。按病因病理病性辨证分型的有 5 个病种，如水肿（阳水：风水泛滥、湿毒浸淫、水湿浸渍、湿热壅盛；阴水：脾阳虚衰、肾气衰微），郁证（实证：肝气郁结、气郁化火、气滞痰郁；虚证：忧郁伤神、心脾两虚、阴虚火旺）。按病因、病理、病性、病位辨证分型者有 14 个病种，如咳嗽（外感咳嗽：风寒袭肺、风热犯肺、风燥伤肺；内伤咳嗽：痰湿蕴肺、痰热郁肺、肝火犯肺、肺阴亏耗），喘证（实喘：风寒袭肺、表寒里热、痰热郁肺、痰浊阻肺、肺气郁痹，虚喘：肺虚、肾虚）等。还有按发病阶段辨证分型者，如肺痈（初期、成痈期、溃脓期、恢复期）；按发病阶段结合病性辨证分型者，如哮证（发作期：寒哮、热哮；缓解期：肺虚、脾虚、肾虚）；等等。

如果以概念的准确性、名实的一致性、症候的特异性、防治的针对性、中医理论的传统性作为衡量病的标准，以准确的病位、病性、病因，并体现出中医学特色作为衡量证的标准，比较上述病、证命名的情况，基本可以反映出各自的规范化程度。病的命名，以病因、病理命名的 16 个病种中，比较规范者有 12 个，占 75%；而以主要症候命名的 33 个病种中，

比较规范者有 10 个，仅占 30%。前者较后者为优。证的命名，49 个病种中，比较规范者有 14 个，占 29%。病名与证名比较，病名较证名规范化程度更高。

（二）病、证命名问题的剖析

1. 病名缺乏特异性

疾病发生与发展的表现有其普遍性，也有其特异性。如果以普遍的症候作为疾病的命名，则鱼目混珠，无特异的标志，就失去了它的实际意义。如内伤发热，以内伤发热之症候作为标志名病，而其他内伤疾病如肺癆、胁痛、积聚、虚劳等，在其发病过程中，也可引起发热。可见内伤发热并不具有特异性，以其作为病名，很容易与上述疾病混淆。又如腹痛之病，它以腹痛为标志，而腹痛又可散见于泄泻、痢疾、虫证、积聚、肠痈等病。腹痛是诸病共有之症，并不能反映疾病本质的特异性。以之为名，还得循名责实，因此这个“名”也就虚设了。

2. 病名反映不出疾病的本质

疾病的命名，应名符其实，这个“实”是指疾病的本质。名实相符，辨证施治才能有的放矢，否则辨证就成为无的放矢。如黄疸病，它是由于邪毒、湿热、瘀血、虫积、砂石等因素熏蒸肝胆或瘀塞肝胆所引起。黄疸是疾病过程中的表象，并不是本质。其本质应当是引起黄疸的致病因素及其病理变化。因此，以黄疸作为病名，反使辨证隔着一层渺茫表象的面纱。从治疗角度来说，如果黄疸是由邪毒、湿热、砂石、虫积引起的，通过祛邪解毒、清热化湿、排石驱虫等治疗，不用治黄则黄自退，那么黄疸这个病名就失去了指导治疗的针对性。再说，诸如积聚所致的黄疸（肝硬化）以及黄疸病本身（如黄疸型肝炎），黄疸消退后，并不意味着疾病的康复。那么，黄疸病名就失去了它的实际内涵。

3. 病名范畴的扩大影响辨治的准确性

疾病的概念，应有一定的范畴，应紧扣该病的病机及治法。如果病名范畴太大，无确切的针对性，势必涉及到多方面适应证，容易与其他病和证的混同，并伴随产生很多相应治法。适应性越多，则准确性和特异性就会越差，治疗就会陷入盲目性。如虚劳病，从其内涵来说，它是由多种原因所致，以脏腑亏损，气血阴阳不足为主要病机的多种慢性衰弱证候的总称。它包括了五脏六腑、阴阳气血所有的虚损病证。照理，在其他病种中，就不该多次出现虚劳中的各种虚证。事实并不如此，诸如哮证缓解期的肺虚（肺气虚、肺阴虚）、脾虚（脾气虚、脾阳虚）、肾虚（肾气虚、肾阴虚、肾阳虚），喘证虚喘的肺虚、肾虚，胃痛的胃阴亏虚、脾胃虚寒，呕吐虚证的脾胃虚寒、胃阴不足，消渴的肾阴亏虚、阴阳两虚，痿证的脾胃亏虚、肝肾亏损等，与虚劳相应的证型都互相混含与重复。可见，虚劳并不是一个病，而是各病虚证的综述。再从另一角度来说，虚劳含义指发病由多种原因所致，病机是阴、阳、气、血不足，组成病的数量是多种慢性衰弱证候。如果这一含义成立的话，那么由单一病因引起、由单一脏腑衰弱证组成的独立的各证型就不可能成立，证治与病名就会自相矛盾。这样证治没有紧扣病名，病名也就毫无意义。

4. 证型缺乏病性病位指标

在每种疾病范畴之内，所分化出来的证型各有不同，主要表现在病因、病性、病位的差异，并形成不同的病机，从而确定不同的治疗原则。倘若缺乏上述某一指标，就很难辨出准确的证。如水肿病的阳水，包括了风水泛滥、湿毒浸淫、水湿浸渍、湿热壅盛证，虽提示病因病性，但无明确病位，治疗上是宣肺开通水之上源，还是健脾渗湿制其水，抑或是固肾利水治其本？这对于拟订治疗方案显然不利。又如积聚之积证的气滞血阻、瘀血内结、正虚瘀结证，病位究竟是在肝、胆、胃、肠，还

是在膀胱、胞宫？在一腔大腹之中，没有辨出准确的病位，势必导致治疗的盲目性。再如虫证的蛔虫病及绦虫病，在确定病因病位之后，不辨虚、实、寒、热之病性，重视验方治疗，而忽略了由虫积所导致脏腑功能失调的辨证施治。

5. 证型分级不确导致混乱及重复

疾病范畴较大，采取分级命证，大证分小证，条分缕析，于辨证当然有利，但证型分级不明确，则会分化出各式各样的小证，以致出现不必要的重复及混乱。如血证以鼻衄、齿衄、吐血、便血、尿血、紫斑之出血外候分大证，病位看似确切，其实模糊性很大。它不能直接反映出具体脏腑的病灶，比如鼻衄、齿衄、吐血大证之中均出现胃热炽盛小证，吐血、尿血、紫斑大证之中均出现气虚血溢小证（或称气不摄血、脾不统血），齿衄、紫斑大证之中均出现阴虚火旺小证。这些同一病中重复的证，病位相同，病性一致，治疗原则乃至用药也完全相同。它既不属于同病异证，也不属于同证异病，很难与中医“同病异治，异病同治”原则相联系，因此很容易造成辨证治疗方面的混乱。

（三）病、证命名的设想

总的来说，病与证的命名，应以病名为纲，以证名为目，纲与目皆要以反映各自所概括病证的本质为原则。在病的范畴内，证是组成病的集合单元，各证从不同角度更深层次揭示病的本质。病、证的命名，在具体方法上既要考虑到概念的准确性，又要考虑到继承中医的传统性，以此二者为衡量标准存弃及创新。结合病、证命名现状的剖析，拟提出如下设想：

1. 病的命名设想

（1）病因病理命名为主。

病因病理命名较之症状命名更能高度概括疾病的本质，更具规范化，

因此非特异症状命名的病名，应尽可能向病因病理命名转化。如胃痛一病，只能提示“痛”的一面，不能概括“痞胀”“反酸”“暖气”“呕吐”“纳差”等常见症状，对于指导治疗显然不利。若将寒邪客胃、饮食积滞、肝气犯胃等非器质性的邪滞胃痛改成“胃滞”；借助现代仪器及临床症状特征，将溃疡、胃炎所致的胃痛改成“胃溃疡”；将癌变者另立“胃癌”，并保留传统医书的“胃痛”。将胃痛按上述方法分化改成病理命名，对于指导治疗，提高疗效，判断预后，将更有意义。

(2) 症状命名要具有特异性，并反映疾病本质。

有的疾病如果不便于病因病理命名，以症状命名也未尝不可，但要具有特异性。如遗精，唯男子独有，病位主要在肾、心，不宜与其他疾病混淆；虫病（教材为虫证）既是病因命名，又是主症命名，它以排出虫体以及体表虫斑作为主要依据，反映出疾病的本质，非与其他疾病相类，更能指导针对性治疗。因此，类似遗精及虫病的命名具有特异性，是比较规范的代表。又如鼓胀之类病名，虽显示出某些特异标志，但其不能直接反映疾病的本质。鼓胀只不过是积聚病势的延伸，腹水消退，积块自然水落石出。因此，鼓胀归于积聚一个证更为恰当。否则，由积聚导致的一系列的胁痛、鼓胀、黄疸等症，辨证就无所适从。

(3) 病名范畴不宜过大。

教材中提到的腹痛、血证、虚劳等病，病名范畴大，适应证多，给辨证与治疗带来很多不利。如腹痛，根据其内涵，它包罗了大腹之中的所有痛症，而教材中的寒邪内阻、湿热壅滞、中虚脏寒、饮食积滞、气滞血瘀之证是鞭长莫及，远不能概括腹痛的病变。这样，不仅失去疾病命名的意义，而且给证型的命名设下障碍。如果取消腹痛病名，将其内容分解并入泄泻、痢疾、便秘、虫病、胆石、癥瘕、肠痛等病中，既可去其内容重复，又可缩小范围，使辨证及治疗的准确度升高。

(4) 甄别病位的取舍。

疾病的命名是否确定病位，应当视病变部位来决定。如果病变是局灶

性的，标明确切病位，更有利于辨证施治。肺痈、肺痿、肺癆等病，病灶较局限，定位较准确，且与病理命名相结合，则显得简明扼要，名符其实。淋证、癃闭等病则不然，病灶局限，而不标明病位，使人难以从字义理解疾病的本质。若将主要病位在尿道的淋证改成“尿淋”，将癃闭改成“尿闭”，则径直而不拂其意。如果病变是全身的，涉及多脏腑，标明病位困难，则可从免。如感冒、痰饮、消渴等全身性疾病，不标病位也是可行的。

（5）证的命名设想。

证的命名，一般来说要反映出病位及病因病性，但仍须具体情况具体处理。若属全身性疾病，病名无法标明病位，证型病位则不可阙如。如消渴的肺热津伤、胃热炽盛、肾阴亏虚证，指出各证主要病位分别在肺、胃、肾，病因病性主要分别是内热、津伤、阴虚，这是比较具体而准确的；而感冒的风寒证、风热证、暑湿证，不标明病位，似觉欠妥。若改名为风寒表证、风热表证、暑湿表证，病位在表，病因病性分别为风寒、风热、暑湿，则病、证契合无阙，而不能以感冒是感受触冒外邪引起，病位在表是心照不宣为理由，取消证型的病位。如果此说成立，依次类推，胃痛、泄泻等病，皆可因外邪侵袭所致，那么病位也可说在表了，这显然有悖于实际。还有一种情况，证型所隶属的病虽是局部的，病名也有定位，但病变涉及到其他脏腑，则证名也要标明病位、病因、病性。如肺胀，病位主要在肺，涉及到心、脾、肾等脏，故以痰浊壅肺、痰热郁肺、痰蒙神窍、肺肾气虚、阳虚水泛命证，是比较恰当的。倘若证型所隶属的病是局部的，主要涉及单一脏腑，则证名可不标病位，概括出病因病性即可。如肺痈各证，虽不标明病位，也晓之病位在肺。但如果以初期、成痈期、溃脓期、恢复期命证，尤其是初期及恢复期阙如病因病性，会使证型准确性降低，模糊性扩大。若各证改成“感受风热”“蕴热成痈”“痈脓破溃”“阴津亏损”，则更确切明了，对辨证施治更具有针对性。

以上仅以《中医内科学》五版教材为例，略陈管见，探讨中医病证命名现状，以推动和促进中医病、证命名的规范。

五、季节变化对胃痛影响的调查分析

《内经》关于季节变化对人体五脏病发病与加重的影响有诸多精辟论述，与当今国际上兴起研究的“生物钟”现象不谋而合，受到医学界普遍的重视。以下以胃痛为研究对象，选择广西中医学院第二附属医院内科 1984—1991 年 8 年中慢性胃病疼痛加重而住院的患者，进行统计分析，旨在探索季节变化对胃痛加重的影响规律。兹将调查结果报告如下：

1. 调查对象与方法

查阅广西中医学院第二附属医院内科 1984—1991 年 8 年住院病历，慢性胃病疼痛加重难忍而住院患者（除外癌症病例），合计 803 例。其中，男性 552 例，女性 251 例；年龄 29 岁以下 139 例，30～39 岁 232 例，40～49 岁 170 例，50～59 岁 133 例，60～69 岁 76 例，70 岁以上 53 例，平均年龄 42.83 岁；经检查诊断为十二指肠球部溃疡 176 例，胃溃疡 95 例，慢性胃炎 250 例，残胃炎 56 例，消化性溃疡或胃炎合并出血 226 例；胃痛史最短 1 年，最长 43 年。

每年按春季（1—3 月）、夏季（4—6 月）、秋季（7—9 月）、冬季（10—12 月）四季统计，累积 8 年中各季节胃痛加重住院病例数，并进行各季节病例数比较和统计学处理。

2. 调查结果

8 年间胃痛加重住院共 803 例，其中，春季 295 例，夏季 167 例，秋季 148 例，冬季 195 例，分别占胃痛住院总例数的 36.74%、20.8%、18.18%、24.28%。可以认为，季节对胃痛影响有正相关关系存在，即胃痛加重而住院病例数从小到大依次为秋季、夏季、冬季、春季。若按季节时序排列，春季为胃痛加重高峰，夏季逐渐降低，秋季达到低谷，冬季胃痛加重又逐渐回升。

3. 讨论

《内经》以五行生克的脏腑与四时的关系，及脏腑与脏腑之间的关系，分析五脏病愈、甚、持、起的季节节律变化，所谓“邪气之客于身也，以胜相加，至其所生而愈，至其所不胜而甚，至其所生而持，自得其位而起”并告诫人们顺应“天人感应”“时不可违”，然“天道可见，民气可调，阴阳卷舒”，勿乖其政而防之，这些论述确实是预防五脏慢性病周期性加甚之至理名言。以此推演，脾在长夏为自得其位而起病；脾在秋，秋属金，脾土生金，是至其所生故病愈；脾在春，春属木，脾土受克于木，是至其所不胜而病甚。故“木郁之发……民病胃脘当心而痛”《素问·六元正纪大论》。调查结果表明，四季的时序变化，对胃痛的影响有一定规律性，病甚与秋、夏、冬、春季节呈正相关关系。春季是慢性胃痛加重的高峰季节，这与《内经》“脾病甚于春”的观点是一致的，也从另一个侧面为“脾病甚于春”的论断提供一组可靠佐证。研究发现，之所以春季胃病容易加重，是因为寒冬刚过，春意萌发，天气或寒或暖，或厉风淫雨，或雾露迷漫，气温多不恒定，这样的天气使慢性胃病患者猝不及防，自我调节机能下降，未能适应气候骤变，胃腑受到淫邪的强烈刺激而致。因此，注意做好自我防护，“虚邪贼风，避之有时”，加强锻炼，提高机体适应气候变化的能力，是预防慢性胃病复发加重的有效措施之一。

六、瞑眩刍议

瞑眩一词，出自《尚书·说命篇》说的“若药弗瞑眩，厥疾弗瘳”。此后，《类聚方广义》也引用此词，曰：“此方之妙，在于用蜜，故若不用蜜，则不特不效，且瞑眩而生变。”（“此方”指甘遂半夏汤）。由此观之，前者瞑眩当属药中病所、病有转机的药效反应，后者瞑眩则为治疗无效的中毒反应。前后所说，似有矛盾，其实不然，二者药后效果虽然不同，但其所表现的症候大致相仿，此仅言其状而已。《中华大字典》注云：“瞑眩，溃乱

也”“瞑眩二字，形声义颇歧出，方言，凡饮药傅药而毒，东齐海岱之间谓之瞑、或谓之眩，是瞑眩有毒义”。（傅通附，即附着之意）。可见，瞑眩为一种饮用或接触有毒药物后的“溃乱”反应，此种反应包括了上述所说的“药弗瞑眩，厥疾弗瘳”的药效反应及“瞑眩而生变”的药毒反应两种可能性。

汉代张仲景在使用毒药治病时，曾有药效瞑眩现象的记载：如抵当丸服后“暍时当下血”；大黄牡丹皮汤服后“有脓当下，无脓当下血”；硝石矾石散服后“小便正黄，大便正黑，是其候也”；桂枝附子去桂加术汤“初一服，其人身如痹，半日许服之，三服都尽，其人如冒状，勿怪”；乌头桂枝汤服后“其知者，如醉状，得吐者为中病”。对这些治疗中的瞑眩案例的著述，不仅在过去人类与疾病斗争中，作过卓越的贡献，就是在医学科学发达的今天，仍然大有启迪。中医对于那些沉痾痼疾，常用峻猛之剂治疗，这类峻剂多毒性较大，运用于临床时大多出现不同程度的不良反应，若使用得当，往往可于反掌之际，力挽沉痾。正如近代名医岳美中所说：“深痼之疾，服药中病则瞑眩，瞑眩愈剧，奏效愈宏。”

笔者曾见一例类风湿关节炎关节剧痛不止的成年女性患者，医者辨证为寒痹而用乌头汤（常用量）配合西药激素治疗罔效，后来患者未遵医嘱，自买乌头每剂量误增大至60克，药后出现头晕、恶心、心慌、汗出、烦躁、血压下降，医者急于洗胃及解毒治疗，诸症逐渐缓解，而关节剧痛竟也随之豁然而愈。本例深痼之疾出现瞑眩，然病有转机，提示有些中药治疗量可予以药物化量，但必须辨证清楚，掌握好药物性能及剂量的使用，采取少量递增的方法，如张仲景之甘草附子汤“恐一升多者，宜服六七合为始”，《金匱》中有记载，赤丸“酒下三丸，日再，夜一服，不知，稍增之，以知为度”。为了中和及减少毒药的毒性，如《类聚方广义》中有记载，甘遂半夏汤入蜜，以防瞑眩而生变。这些都提示后学者运用峻猛药物时，既要严格掌握药物化量，又要注意预防中毒。前辈所开药效瞑眩的先河，是值得师法的。但须注意的是，因用药、配伍、用法、用量不当，药后出现中毒的瞑眩并不鲜见，《类聚方广义》的甘遂半夏汤不入蜜而致“瞑眩而生变”

就是一例。又因对眩晕辨析不清，有时反弄巧成拙，出现将治疗有效的眩晕，视为中毒反应而中断治疗，或将中毒反应视为药效的眩晕而继续观察的谬误，或因畏惧药物毒性导致眩晕而不敢尝试。然中医以辨证施治为宗旨，正如张景岳说的“医有慧眼，眼在局外，医有慧心，心在兆前”，短短数言，对探索眩晕的奥秘，尤觉可贵。

七、中药治疗化量浅识

大凡药物治病，皆须达到一定的量才能发挥最佳疗效，此用量谓之治疗化量。今就中药使用后如何观察治疗化量的临床表现以及藉此制定调整药量方案等有关问题，谈谈个人看法。

1. 毒药性“怒”，中病眩晕

治疗某些疾病，尤其某些顽症怪疾，有时不得不使用毒性中药，利用其特殊作用，力挽沉疴。张景岳曾说：“药以治病，因毒为能。所谓毒者，因气味之有偏也。”当使用达到治疗化量时，它就会产生一种激发的作用，明代中医名家李言闻称之为“怒性”，李时珍则称之为“霸道”，它既有轻度的毒性反应，同时也恰是药中病所，奋然抗邪，病有转机，眩晕而后愈的象征，此即《尚书·说命》所说的“药弗瞑眩，厥疾勿廖”。换言之，即中药特殊的治疗化量表现。汉代张仲景使用毒药治病时，曾有眩晕现象的记载，如抵当丸服后“暍时当下血”；大黄牡丹汤“顿服之，有脓当下，如无脓，当下血”；桂枝附子去桂加术汤“初一服，其人身如痹，半日许复服之，三服都尽，其人如冒状，勿怪”；乌头桂枝汤服后，“其知者，如醉状，得吐者为中病”。笔者曾遇一例类风湿性关节炎关节剧痛不止的成年女性患者，辨为寒痹用乌头汤常用量（其中乌头12克），数服，尤似杯水车薪，加用激素治疗，亦无济于事。后来患者偷买乌头每剂量增大到60克，药后出现头晕，恶心，心慌，汗出，烦躁，口唇麻木，血压下降。医者查明原因，急予洗胃及灌服蜜糖、甘草绿豆汤等解毒处理，诸症逐渐缓解，关节剧痛

竟也随之豁然而愈。当然，病者这种妄加药量，以冒险之举，换取侥幸之胜不可效。然而，这尝试却包含着治疗成功的奥秘，提示了一个无可辩驳的道理：开始袭用乌头一般剂量，对于个体有异的沉痾，达不到治疗化量，故未见效，而当用药达到一定量时，即产生良好的治疗化量效能。可以设想，如果乌头剂量逐步由少量递增，直至病者出现轻度瞑眩反应为止，这样会更安全，也可以有效地防止毒性反应。

毒药治疗，达到治疗化量所出现的瞑眩现象，有时与中毒反应难以鉴别，因此，临证时仔细观察，综合神、色、脉、症等变化，分析真伪，去伪存真，才能做到心中有数，随机应变，化险为夷。清代中医名家叶香岩在《外感温热篇》中对时病的战汗瞑眩，做了详细的辨述：“若其邪始终在气分留连者，可冀其战汗透邪，法宜益胃，令邪与汗并，热达腠开，邪从汗出。解后胃气空虚，当肤冷一昼夜，待气还自温暖如常矣。盖战汗而解，邪胜正虚，阳从汗泄，故渐肤冷，未必即成脱证……但诊其脉，若虚软和缓，虽倦卧不语，汗出肤冷，却非脱证。若脉急疾，躁扰不卧，肤冷汗出，便为气脱之证矣。”叶氏分析病机，鞭辟入里，洞察症结，预见变端，以全局观点，辨析毒药治疗化量的瞑眩现象，做了很好的示范，值得师法。

2. 平药性缓，量足病除

平药，多指性味无毒，或毒性轻微者。其使用效果较平稳、安全，一般无毒药所具有的“怒性”，因此，临证用平药达到治疗化量时，一般不出现瞑眩反应，而表现为痛恙顿除，身体舒适轻快的感觉。如曾有一病例，患者刘某某，有高血压病史10余年，血压维持在170/100毫米汞柱左右，常服平肝潜阳、活血通络之品及多种西药降压药，处方中常有钩藤，疗效均不显。某日病情加甚，语言不清，步态不稳，头晕目眩，血压如上。医者仍以前法为治。配药时，药房将后下之钩藤另包成一大包为210g，连同原7帖药共8包。患者带回家后，误将钩藤210g作为1帖药而煎服，次日清晨觉精神爽快，行走亦较前稳当，自诉患病以来从未有过这样轻快、舒

适，查血压为 150/90 毫米汞柱。钩藤一般用量 10~15g，平时该患者服此剂量无效，而无意中一次服用 210g，为常量的 14~21 倍，数字大得惊人。笔者也曾以天麻钩藤饮而重用钩藤治疗一肝阳上亢之肾性高血压患者，症见头痛目眩，血压为 150/100 毫米汞柱。开始钩藤用 30 克，效果不显，后来钩藤每剂量加大至 60 克，次日头痛目眩顿失，血压恢复正常。可见，因人之异，钩藤的治疗化量也大不相同。又如，有一心动悸，脉结代的病人，曾服《伤寒论》炙甘草汤（一般用量）而不效，后经会诊认定此汤是治“心动悸，脉结代”一张名方，原方加大剂量为生地黄 250g、麦冬 45g、桂枝 45g、党参 30g、麻仁 60g、炙甘草 60g、生姜 45g、大枣 30g、阿胶 30g（烔化）。2 帖。如此大的剂量，配药室不给配，将剂量大约减到原来的七分之一，即常用量，配 14 帖，然后 7 帖药合为 1 帖煎服。服药后第 3 天早搏消失，第 4 天又煎第 2 帖，第 6 天复查心电图正常。同一病人，同用炙甘草汤，前者泥守常用量无效，后者加大用量而效果卓著，不言而喻，此病者服用炙甘草汤的治疗化量是常用量的 7 倍。

实践证明，平药虽平淡不彰，但只要证治合拍，用药达到治疗化量，也可屡建奇功。由此可见，任何事物都有两重性，平药也不例外，如果使用不当，大大超过治疗化量，人为地造成药物堆积，药性过偏，亦可引起中毒反应。如人参本无毒，但国内却有报道 5 例服用人参过量而中毒，其中 2 例死亡者。此种情况，虽不常见，但要引以为鉴，切忌因平药无毒而滥用或任意加量。

3. 量随证变，揆度当慎

辨证准确，立方无误，还需要在调整药量上下功夫，才能使中药达到治疗化量而收效。由于受人体素质、地域气候、药物质地等因素的影响，因此中药治疗化量的定量不能一概律同。再者，毒药的治疗化量与中毒量比较接近，若掌握不好，极易引起中毒。凡此种种，皆向医者提出如何掌握好中药治疗化量的规律问题。笔者认为，要掌握这一点，医者不仅要熟

悉中药的性能及其效用，而且还须了解中药的副作用，预料用药后可能出现的种种不良反应，必要时做好应急处理的准备。张景岳说的“医有慧眼，眼在局外；医有慧心，心在兆前”，即指此意。一般而言，开始给药时，应以一般量为基数，根据病人的体质强弱略以调整。如张仲景使用大乌头煎时，就有“强人服七合，弱人服五合”。药量的增减，须结合病人的神、色、脉、症等变化，进行综合分析。如《神农本草经》提出：“若用毒药疗病，先起如黍粟，病去即止，不去，倍之。”为慎重起见，增加用量，尤其是毒药的药量，宜采取少量递增的方法，以观察动静。如张仲景使用甘草附子汤，“恐一升多者，宜服六七合为始”；使用乌头桂枝汤“初服二合，不知，即服三合，又不知，复加至五合”；使用赤石脂丸“先食服一丸，日三服，不知，稍加服”。为了用药安全而又使其达到治疗化量，取得良好效果，在使用一些毒性较大的药物时可能出现中毒反应，此时可采用加工炮制合理配伍等方法，最大限度地减轻其毒性。如乌头汤之乌头久煎，入蜜；甘遂半夏汤煎后入蜜，以蜜制其毒性。这些经验，对指导临床巧妙用药，诚为可贵。

八、关注中医药发展的几种倾向及误区，走中医药现代化的道路

中医药现代化是中医药发展战略的一个永恒的主题，也是中医药学跨入 21 世纪求生存、求发展的历史使命。中医药工作者应该清醒地意识到，古代并驾齐驱的世界四大传统医学，到现在只剩下中医药学了，其他三大传统医学已被现代医学所取代。在当前科学技术飞速发展的背景下，中医药学的路如何走，成为一个紧迫的焦点问题。毋庸讳言，如果坚持中医药学理论亘古不变，因循守旧；或抛弃中医药理论，仅保留中药；或用西医学理论来改良中医药学，必然会导致中医药学的消亡。前车之辙，当引以为鉴。只有与时代同步，不断吸取现代科学的精华，使之注入新鲜血液及生命力，中医药学才能立于不败之地！当前，得益于现代科学技术发展的加

持，西医的发展也呈现出日新月异的态势，在西医学的冲击下，有些中医药的同行们面对中医药学发展的前途、中医药现代化的全新理念，不知所措，感到彷徨、迷惘，出现了几种不同的认识倾向，甚至成为误区，值得我们共同关注。

1. 坚持纯中医药学论的误区

所谓纯中医药学，是指客观上不接受其他学科的先进理论的改造，不吸取其他学科的科技成果营养，而坚持以古代哲学辩证理论为指导思想的传统中医药学。2000 多年来，中医药学的发展，曾经有过辉煌的历史，它的发展植根于广大人民群众。大概因为这种缘故，一些中医药工作者认为中医药学没有必要借鉴其他学科的理论，也无须与现代科学结缘，应按照传统中医药理论为指导走自己的路。这种观点，粗略分析，似有一定的道理。然纵观历史，从最早的《黄帝内经》可以发现，其内容博大精深，包括了哲学、数学、天文、地理、冶金、军事，乃至诸子百家学术观点在内的，可以说吸收了当时的一切科技成果。其后，《伤寒杂病论》的问世，金元四大家的争鸣，温病学派的崛起，中西医汇通的尝试，都是历代医家在总结当时临床经验的基础上，吸收了其他学科的理论与科技成果的结果。没有当初和后来无数医家海纳百川的胸怀及远见卓识，中医药学就不可能有今天的成就。试想，现代科学的飞速发展，到我们这一代或后几代却将中医药学自我封闭，不再吸取现代科学的成果，不难推测，中医药学必然避免不了枯萎、衰退，甚至消亡！常言道，逆水行舟，不进则退。中医药的发展面临着与现代医学激烈竞争的问题，犹如逆水上行，中医药学必须不断补充新的动力，实现不断自我超越。要超越，必须正视自身的不足，然后修正前进的航向。与其他学科的发展过程一样，由于受时代的局限或多或少都存在着缺陷和不足，中医药学的发展过程中的缺陷与不足显得更为突出。其一，由于中医药学的理论是以古代辩证逻辑为指导，与现代辩证逻辑体系存在着较大的差距，如缺乏严密的逻辑学论证，导致许多名词概念缺乏明确的内涵与外延而模糊不清。有些

病证术语混淆，标准不一，内容不规范，如同一术语在不同的层次，不同的情况下，可以有多种不同的解释。在其推理过程中经常运用的以取象类比和意会结果，以及“有诸内必形诸外”“司外揣内”作为判断依据的方法，常易导致判断结果的直观性与模糊性，甚至错误；有些潜在的疾病，由于无证可辨，无法推理，难以预见，而至晚期才被发现。其二，中医药学理论体系，是在古人运用古代直观方法观察人体组织、生命运动、生理病理变化，以及治病实践的基础上，并在中国古代哲学思想的指导下进行抽象、归纳、演绎而形成的，其观察分析结果只能是宏观上的高度概括。这种缺乏包罗万象的模糊分析结果，使人难以把握，抓不住症结所在。如对于病因，中医将其概括为六淫、七情、饮食失宜、劳倦所伤、外伤、诸虫、先天因素等。随着现代科学的发展，发现疾病谱越来越多，其发病原因绝不可能用上述几种因素就能解释清楚的。其三，由于中医药学在古代只能用直观方法观察分析疾病，在当时算是进步的，然而随着科学技术的发展，微观分析在西医学上的应用，使西医学突飞猛进，而中医药学没有及时吸收微观分析为我所用，这种缺陷制约了中医药学自身的进步。缺乏微观分析，很难发现某些疾病的本质及其形成发展的细节，以致医者很难把握疾病诊断辨证标准及疗效标准。如一个慢性肾炎病人的水肿消失，饮食、精神恢复正常，无其他不舒服的感觉，但尿中蛋白仍未转阴，这并不能判断病情痊愈。其四，中药剂型以汤剂、膏、丹、丸、散为主，给药途径较为单一。例如，有些胃肠功能差的病人对口服中药存在着“生物利用度”问题；有的急性病、危重病人需要快速给药救治，而中药比之西药给药方法及途径落后，不能快速、高效的挽救病人生命，因此，许多危重急症病人的救治便成为西医的专利。可见，纯中医药学论不管从历史的借鉴，还是与现代医学的比较，都显露出很大的缺陷与不足，它远远落后于时代了，它必须修正前进方向，走中医现代化的道路。

2. 抛弃中医药学特色，全盘西医化的误区

在我国，从 2000 多年前至清代末，中医药学一枝独秀，对中华民族的

繁衍生息、防病治病曾作出过重要的贡献。至近代，西医学的传入，并迅速发展壮大，成为当今的医学主流力量形成了中、西医两个学术体系并存，两股医疗卫生队伍同为国人的健康服务模式。当然，中西医学在各自发展过程中也存在着激烈竞争。竞争的结果显示，中医药市场不甚景气，致使一些中医药工作者感到困惑，甚至自惭形秽，对中医药学发展的前途感到失望。特别是在一些基层综合医院或中医院，中医科只能算附属科室，设备简陋，中药剂型匮乏，难以应急，且中医药人员少有机会参加进修学习，中医药技术得不到提高。面对这种艰难困境，一些中医医生不是采取积极务实的做法，而是仅凭掌握的肤浅的西医知识，改行易辙，全盘西化，成为挂着中医职称的西医师。这种做法，无论是对个人或是对中医药事业都是一种损失。从长远考虑，抛弃多年系统学习中医药知识的老本，而完全从事本不是自己擅长的西医工作，这不可能与经过系统西医理论培养的西医医生在技术比高低，也无从发挥自己的优势，成就自己的事业。试想，只看到中医药学的劣势，而看不到其优势，在思想上存在保守落后的观念，在行动上采取消极的态度，那么中医药事业的发展又何从谈起？不可否认，中医药学与西医学两个不同的医学体系各有优劣长短，中医药学也有西医学不能替代的优势。其优势体现在中医理论体系蕴含的整体观、辨证观、病因病机与辨证论治有机的联系和理法方药的系统性，这些为中医药的发展提供了指导思想和原则。另外，2000多年来，中医药流传下来大量宝贵的文献资料，这不但为我们进一步挖掘吸取其精华，完善提高中医药理论成为可能，而且为我们在新形势下确立中医药发展方向，开拓研究思路留下了可供借鉴的经验。再者，在临床治疗方面，中医治病强调辨证论治，多途径、多靶点、多因素、多方位的整体调治，用药时不仅考虑因人、因证、因时、因地的具体情况进行灵活组方，而且要考虑到中药性味归经，升降沉浮，甚至于七情相合，其作用常呈调整性，甚则双向性的特点。正是由于中药多靶点的组方原则及其作用的奇妙性，克服了如西医单一针对靶器官的用药方式的局限性，而不容易使人体产生耐药，使许多难治性、复杂

性疾病在中医的治疗下疗效显著。在防治疾病过程中，中医更多采用自然药物与无损伤治疗方法，其毒副作用明显低于西药。显然，中医药学在临床疗效方面具有西医所不具备的优势，这也正是中医药仍存在的最重要原因。尤其是近年全世界出现“回归自然”的绿色浪潮，中医药发展正好遇上了千载难逢的良机。因此，中医药工作者理应看到中医药学蕴藏的瑰宝，应看到中医药学发展的光明前途，共同努力开拓中华民族引以为傲的中医药事业。

3. 名为中西医结合，实为弃医存药的误区

中医药学与西医学两种学术体系，其学术理论、治病方法、药物应用等方面各有优劣长短，优势互补性较强。新中国成立之后，许多有识之士提倡“中西医结合”，并在临床工作中进行不懈的尝试，取得了可喜的成绩，得到政府的承认与支持。之后，中西医结合便成为我国第三支医疗卫生力量。在数十年的中西医结合工作探索过程中，中西医两者既有互相扶持容纳、相辅相成的意识，亦有优势互补的创新思路和火花，使中西医理论互相渗透和借用，使二者之长结合在一起，提高了临床疗效。然而，目前中西医结合工作还没有形成一套完善的结合模式。一些中西医结合工作者认为中医药理论古老、落后，并存在不少缺陷，与现代科学格格不入难以磨合，但中药的疗效不可否认具有一定的优势，在医疗市场仍占有一席之地。因此他们主张以西医理论为标准，符合西医观点的中医理论为正确，不符合者为错误，甚至主张干脆抛弃中医药理论，以西医理论来指导中药的治疗，致使临床工作中对病人发生的炎症，而机械地选用黄芩、黄连、黄柏、金银花、蒲公英之类的清热解药；病人免疫功能低下而选用人参、黄芪、白术之类的补气药。诸如此类，在临床实践中完全将西医的理论照搬照套，失去了中医辨证论治的特色，也失去了中医整体观的灵魂。其结果，治疗效果不理想，甚至失败。究其原因就不是用中医药理论而是用西医理论来指导中药治疗，它违背了中医多靶点的整体治法，也违背了中医“同病异治，

异病同治”理念所倡导的因人、因时、因地制宜的治病原则，同时它无从运用中药“君臣佐使”的组方遣药技巧。尽管中医、西医理论对人体生命、疾病现象的看法有互通之处，但两者毕竟属于不同的理论体系，其认识论与方法论迥然有别，以某一方的理论指导对方的临床治疗，分明是错位而荒谬的，也绝不可能使二者水乳交融。欲抛弃中医药理论而以西医理论代之，只存留中药的用法疗效，那么中药只能是无本之木，无源之水，终有一天会枯竭。

4. 保持中医药学特色，走中医现代化发展的道路

中医药学要发展，必须顺应时代的潮流，走现代化发展的道路。所谓中医药现代化，实际上是在中医药自身继承发展的过程中，按照现代科学的基本特征来规范、升华中医药学理论，并逐步实现与现代科学技术融合。要实现中医药现代化的目标，特别要注意的是，必须以保持中医药自身特色为前提，没有这个前提，就谈不上也绝不是中医药现代化。有人试图用西医学的认识论和方法论去验证和改良中医药学，这是非常错误的；也有人用还原分析的方式，采取实验的方法来验证中医药，无疑也是片面的，因为这一做法不能反映验证对象的全貌。因此，在中医药现代化过程中，千万不能迷失自我，应始终贯彻“以我为主、为我所用”的原则，用现代科学方法来研究体现中医药学特色与优势的整体观、辩证观、唯物观，及其学术理论的系统性，理法方药之间的联系性的科学内涵。也就是说，研究中医药学要联系到人体是一个复杂的整体系统，这一复杂系统包括社会环境、自然环境对机体的影响，还要考虑多因素致病，体内多方面的病理变化，包括脏腑经络、阴阳气血津液的病理变化，考虑中药复方多组分、多靶点、多途径的整体综合调理，考虑治病康复标准的阴阳平衡状态。总之，中医学重视整体的概念，以整体的、动态的辩证的观点去把握健康与疾病。从某种意义来说，中医药学既属于自然科学范畴，但也跨越模糊科学、人文社会科学。因此，中医药学的现代化研究，需要现代化多学科科

学的介入，包括现代实验方法、现代临床研究方法，以及模糊评判方法、现代哲学推理方法等多种研究方法，并借鉴兼容现代科学研究的成果，在继承发扬中医药特色的基础上培植新的交汇点、生长点，不断修正与完善中医药学发展方向，逐步实现对传统中医理论的升华与超越，使中医药学以一个新的面貌出现在世人面前，并融入世界医学的主流体系，为人类的健康作出应有的贡献。

九、移情治病案的启示

《续名医类案》记载：“傅青主治一妇，妒恶夫有所昵，忽患腹痛，辗转地上不可忍，其夫求治，先生令持敝瓦釜置妇床前，捣千杵，服之立止。此移易性情之法，不问药饵。”

按：移情治病，时而见于历代名医高手案例。傅青云，明末清初中医名家。本案病妇腹痛，起因于妒恶其夫另有外遇，冷漠于己，情怀不畅。傅氏洞察症结，把握病机，授意其夫持瓦釜于床前捣药千杵，以示改邪转意，温情相待。见情见义，病妇妒恶之念顿失，腹痛立止。此即“医者，意也”之妙用，其妙在于心病心治，心治重于药治。

第三章 蒙木荣专病论治与验案

一、肾系疾病

(一) 原发性肾小球疾病

1. 治疗经验

原发性肾小球疾病按临床分型包括急性肾小球肾炎、急进性肾小球肾炎、慢性肾小球肾炎、无症状性血尿和（或）蛋白尿、肾病综合征；按病理分型包括肾小球轻微病变、局灶节段性肾小球病变、弥漫性肾小球肾炎、未分类的肾小球肾炎。

原发性肾小球疾病是由于各种原因引起双侧肾脏弥漫性或局灶性肾小球病变，导致肾小球损伤，临床出现蛋白尿、血尿、水肿、高血压、肾功能异常等症状。

原发性肾小球疾病的发病，以水肿为主要特征，因此中医多以水肿作为诊断辨治。在辨证论治过程中，就其发病原因及其发病过程中出现的伴发症状，可辨证为风邪外袭犯肺，肺失通调，肾失开合，水邪泛滥而出现水肿；病情时间长久，阴精泄漏日甚，致脾肾亏虚；若水邪日久不退，影响气机运行，气机阻滞，血行不畅，则引发瘀血内阻。可见其发病机理，主要在肺、脾、肾三脏。如外感风邪内袭于肺，致肺失通调、脾失转输、肾失开合功能，以至水道不通，阴精泄漏，日久脾肾亏虚。辨治时主要抓住恢复病患的肺、脾、肾的生理功能，使肺得通调，脾得运化转输，肾得主水、收敛功能正常，则能消除水肿、蛋白尿等症状，恢复健康。

原发性肾小球疾病的发生，有急、慢性之分。急性发生时，多因外邪犯肺，由肺下损及脾肾，水邪泛滥而致；慢性则由脾肾亏虚，精气下泄，

水邪内聚使然，加之或劳倦、外邪、或激素撤减等因而诱发。不管急性、慢性肾小球疾病如何变化，但肯定会伤及脾肾，脾肾亏虚已成定论，只不过脾肾虚损的程度不同而已。因此，治疗此类病人蒙木荣教授均以自拟肾复康方作为基本方，以顾脾肾治本为主。肾复康方由六味地黄丸加猫须草、黄芪、芡实组成。六味地黄丸为滋阴补肾经典之方；猫须草又名肾茶，具有清热解毒，利水而不伤正之功；黄芪有补脾益肾气，摄纳阴精之效；芡实有健脾除湿，益肾固精之作用。因此肾复康方自始至终可作为基本方使用。若原发性肾小球疾病有外感咳嗽，咽痛等外邪犯肺之征象，又有肢体浮肿标实之症候。辨证求因，缘于外邪犯肺而发，外邪与浮肿两标实相较，外邪实为标中之标，浮肿因外感而发生，故治标第一阶段重在选用金银花、连翘、野菊花、桔梗、牛蒡子、枇杷叶、法半夏、射干、蝉蜕等疏风宣肺、利咽止咳之品。若单独邪毒客咽而诱发浮肿，治标则重在选用金银花、连翘、野菊花、蒲公英等清热解毒利咽之药。外邪祛除后，水湿泛滥或内聚，瘀血阻滞又成为本病之标证。从因果关系而论，慢性水肿，多因水湿内聚，血行不畅而致瘀血。水湿与瘀血相较，水湿为因，瘀血为果，水湿又是标中之标。因此治标第二阶段重在选用白茅根、猪苓、大腹皮、车前子、玉米须等利水消肿治标之中药。至于瘀血标证问题，一般来说，肾病综合征大多有瘀血阻滞之虞，中后期用药，重点选用益母草、红花、水蛭，以活血化瘀。从以上治标几种情况来看，宣肺止咳利咽之治标药的使用，有利于利水消肿；而利水消肿又能防止或减轻瘀血的形成或加重，这就是选用治标药先后的妙法。

原发性肾小球疾病的发生，其病机虚实夹杂，本虚标实，治当权衡标本，扶正祛邪。标实则外邪犯肺，邪毒客咽，水湿内聚，瘀血阻滞。然标实之证，多为综合同时而发；本虚即脾肾亏虚，精气下泄，蛋白漏泄而出现蛋白尿；若气机阻滞，瘀血内阻就会出现肾病血尿。关于肾病蛋白尿的治疗，在水肿消退之后，蛋白尿往往相当顽固，难以消除。蛋白尿产生的病机，乃脾肾亏虚，邪气扰动，精微下泄。故治疗宜从补益脾肾，固肾

摄精着手。以肾复康方为基本方，药用熟地黄、山茱萸、淮山、黄芪、芡实，还可另加党参、白术、菟丝子等，以健脾益肾；加用金樱子、覆盆子、五味子、煅牡蛎、沙苑子、莲须等，以固肾摄精，防止精气下泄。对于慢性、顽固性肾病蛋白尿的治疗，应该有长远规划，只要治法适宜，调补得当，即使近期效果不显，也不要易法更方，待到胃气渐苏，肾元渐复，远期疗效自然显现。关于肾病血尿的治疗，尤其是慢性肾病尿血，有时治疗比较困难，久治难愈。究其出血之因，多为血热迫血妄行而发，治疗则以滋补肾阴，凉血止血为法。宜选用旱莲草、白茅根、三七粉、小蓟、侧柏叶等。当出血合并有血瘀之证时，不宜选用破血之品水蛭，宁可选用三七粉，因其具有止血活血之双重作用。

2. 验案

【病案1】张某某，男，14岁。1997年3月18日初诊。咽痛、咳嗽1周后，眼睑及下肢浮肿2个月。曾在当地卫生院打针及服止咳药、利尿药，咽痛、咳嗽减轻，浮肿较前消退又复增而到我处就诊。刻诊：下肢浮肿，肤色光亮，尿少而黄，纳食欠佳，咽红不适，舌尖边红，苔薄微黄腻，脉滑略沉数。查尿常：规隐血（3+），蛋白（2+），尿沉渣红细胞管型阳性，血抗“O”为500IU/ml↑，血清补体C3为0.5g/L↓。诊为急性肾小球肾炎。辨证：风邪犯肺，肺失通调，母病及子，肾失开合，水湿泛滥。治法：治宜疏风宣肺，清热解毒，益肾利水。处方：自拟肾复康方加味，包括生地黄10g、山茱萸10g、淮山12g、牡丹皮10g、泽泻10g、茯苓15g、猫须草12g、黄芪15g、金银花12g、连翘10g、桔梗8g、牛蒡子8g、枇杷叶8g、白茅根15g、甘草6g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。

二诊：咽痛、咳嗽瘥，尿量增多，浮肿减轻，纳食可，大便调，舌边尖红，苔微黄，脉滑略数。上方去金银花、连翘、牛蒡子、桔梗、枇杷叶，加车前子10g、猪苓10g、大腹皮10g、旱莲草15g、小蓟10g、覆盆子10g。15剂，每日1剂，水煎分3次服。

三诊：水肿基本消失，纳食增进，二便自调，舌淡红，苔薄白，脉细滑。查尿常规：隐血（2+），蛋白（±）。上方生地黄改熟地黄 10g，去车前子、大腹皮、猪苓，加芡实 10g、仙鹤草 10g、侧柏叶 10g。15 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

五诊：共服药 62 剂，水肿全消，纳食正常，二便调，舌淡红，苔薄白，脉细滑。查尿常规：隐血（-），蛋白（-）。守上方续服 10 剂，巩固疗效。此后每月复查小便 1 次，连续 3 个月尿检均正常。

【病案 2】吕某，男，38 岁。反复浮肿 2 年。曾在当地找民间医生予中草药治疗，浮肿消失。于 2011 年 9 月 22 日浮肿复发而到我处诊治。刻诊：眼睑虚浮，面色萎黄，足胫稍肿，腰膝酸软，气短乏力，纳少便溏。舌淡胖，苔白略腻，脉弦细。体查及检验：血压 146/92mmHg；尿常规：尿蛋白（2+）、隐血（+）；血常规检查，红细胞 $3.2 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白 85g/L ↓；肾功能检查，Scr133umol/L。诊为慢性肾小球肾炎（慢性肾炎综合征）。辨证：脾肾亏虚，阴精下泄，水气内停。治法：治宜健脾益肾，敛精补血，利水消肿。处方：自拟肾复康方加味，包括熟地黄 15g、山茱萸 15g、淮山 15g、牡丹皮 10g、泽泻 10g、茯苓 15g、猫须草 15g、黄芪 30g、芡实 15g、当归 10g、黄精 10g、猪苓 15g、玉米须 15g、钩藤 30g、神曲 10g。15 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：浮肿减轻，纳稍增。舌淡胖，苔白，脉弦细。查尿常规：蛋白（+）。守上方续服 15 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：浮肿消退，纳可，大便稍烂，腰膝酸软，气短乏力减轻，舌淡苔白，脉弦细。查血压：130/85mmHg；尿常规：蛋白（+）。上方去钩藤、猪苓，加覆盆子 10g、金樱子 10g、苍术 10g。30 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。七诊：守上方服药 90 剂，浮肿全消，面色稍红润，腰膝酸软减轻，气力增，纳香，二便如常，舌淡苔薄白，脉弦细。查血压：126/80mmHg，尿常规：蛋白（-）；肾功能：Scr120umol/L；血常规：红细胞 $4.5 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白 98g/L ↓。守上方隔日服 1 剂，再服 20 剂停药。以后每月查 1 次尿常规，3 次均属正常。

【病案3】刘某某，男，46岁。曾在广西某大学附属医院住院作肾穿刺病理检查，诊为“IgA肾病”。经治疗月余，尿隐血从“3+”减少至“2+”，尿蛋白从“2+”减至“±”，水肿消失出院。于2001年6月5日感冒浮肿复发而到我处求诊。刻诊：双下肢浮肿，皮色较暗，眼睑微肿，咽痒，时咳，少痰，纳少便溏，舌暗淡，苔薄白，脉弦细。查尿常规：隐血（4+），蛋白（2+）；肾功能未见异常。诊为IgA肾病。辨证：脾肾亏虚，复因风邪犯肺，循经下损，脾肾失职，淤血内阻。治法治宜疏风宣肺利水，活血化瘀止血，健脾益肾摄精。处方：自拟肾复康方加味，包括熟地黄15g、山茱萸10g、淮山15g、泽泻10g、茯苓15g、牡丹皮10g、猫须草15g、黄芪20g、白茅根30g、金银花15g、桔梗10g、法半夏10g、蝉蜕6g、枇杷叶10g、射干10g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。

二诊：咽痒、咳嗽瘥，纳食可，浮肿稍减轻。舌暗淡，苔薄白，脉弦细。上方去金银花、桔梗、法半夏、蝉蜕、枇杷叶、射干，加猪苓15g、车前子10g、益母草15g、三七粉5g、大腹皮15g、芡实15g。15剂，每日1剂，水煎分3次服。

三诊：水肿全消，纳食可，大便条状，有时腰膝酸痛，尿淡黄，泡沫较多，舌暗淡，苔薄白，脉弦细。上方去猪苓、车前子、大腹皮，加旱莲草30g、小蓟15g、金樱子10g、杜仲10g。30剂，每日1剂，水煎分3次服。

四诊：尿清，尿量一般，泡沫减少，腰累痛减，纳食大便如常。复查尿常规：隐血（2+），蛋白（+）。上方加侧柏叶15g、覆盆子10g。30剂，每日1剂，水煎分3次服。

八诊：上方加减用药，共服药200余剂，其间感冒2次，按初诊时辨治，余则未见浮肿复发。多次查尿常规、肾功能均正常。

【病案4】梅某，女，68岁。眼睑及双下肢浮肿半年，曾在外院肾内科门诊诊治。检查尿常规：蛋白（3+），隐血（2+），血浆白蛋白下降，血脂升高。诊为肾病综合征，予中西药治疗3个月，效不显。于2015年5月26日转到我处治疗。刻诊：面微肿，双下肢肿胀明显，按之凹陷难复，皮色稍暗，

足稍冷。检查尿常规如前，肾功能血肌酐正常，血尿酸 539 $\mu\text{mol/L}$ \uparrow 。舌暗淡，苔薄白，脉弦细滑。辨证：脾肾亏虚，水湿内盛，阴精漏泄，瘀血内阻。治法治宜健脾益肾，利水化瘀，摄纳生精。处方：自拟肾复康方加味，包括熟地黄 15g、山茱萸 15g、淮山 15g、牡丹皮 10g、泽泻 10g、茯苓 15g、猫须草 15g、黄芪 30g、猪苓 15g、车前子 10g、大腹皮 10g、益母草 15g、玉米须 15g、白茅根 15g、桂枝 10g。15 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：尿清，尿量增多，泡沫较多，肿消大半，纳食可。足暖，舌暗淡，苔薄白，脉弦细滑。上方去大腹皮、桂枝，加芡实 15g、覆盆子 10g。15 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：眼睑及下肢浮肿基本消退，纳食可，足暖，尿清，泡沫稍减。舌暗淡，苔薄白，脉弦细滑。查尿常规：蛋白(2+)，隐血(+)。上方去猪苓、车前子，加金樱子 10g、煅牡蛎 15g、红花 10g。30 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

四诊：水肿全消，尿清，尿量一般，泡沫少，舌暗淡，苔薄白，脉弦细滑。查尿常规：蛋白(+)，隐血(\pm)。守上方 30 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

十诊：上方加减共用药 300 剂，其间有过咽痛、感冒，未见病情复发。时觉腰膝酸累乏力，舌暗淡，苔薄白，脉弦细滑。予肾复康方加覆盆子 10g、金樱子 10g、益母草 15g、菟丝子 10g、玉米须 15g、杜仲 10g。10 剂，每日 1 剂，巩固疗效以善其后。多次查尿常规均正常，肾功能血肌酐正常；血尿酸 486 $\mu\text{mol/L}$ \uparrow ，血浆总蛋白 56.8g/L，白蛋白 32.6g/L；血脂 A 较前下降，仍未达到正常。

【病案 5】刘某某，男，19 岁。因浮肿半年，曾在广西某医院住院，诊断为肾病综合征，予泼尼松系统治疗 2 年，当停药或减药量至日服 2~3 粒时，病情复发过 3 次。于 2015 年 3 月 18 日病情再次复发，而到我处求诊。刻诊：颜面虚浮，满月脸，足胫浮肿，朝轻暮重，小便量一般，大便调，纳呆腹胀，咽部时痛，轻度充血，舌淡红而嫩，苔白腻，脉细滑略数。查尿

常规：蛋白（3+），隐血（+）；肾功能未见异常；血浆胆固醇 11.5mmol/L ↑，血浆白蛋白 24g/L ↓，球蛋白 20g/L。诊为难治性肾病综合征。辨证：脾肾亏虚，热毒留恋，水湿内停。治法：治宜健脾益肾，清热解毒，利水消肿。处方：自拟肾复康加味，包括熟地黄 15g、山茱萸 10g、淮山 15g、牡丹皮 10g、泽泻 10g、茯苓 15g、猫须草 15g、黄芪 30g、金银花 15g、蒲公英 30g、野菊花 30g、连翘 10g、厚朴 10g、猪苓 15g、甘草 6g。10 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。同时，嘱维持泼尼松原剂量日服 3 粒。

二诊：咽痛瘥，浮肿减轻，食后腹胀，舌淡红，苔薄白，脉细滑。上方去蒲公英、野菊花、连翘，加白茅根 30g、大腹皮 15g、金樱子 15g、芡实 30g。30 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：浮肿全消，腹胀除，纳食可，二便调，舌淡红，苔薄白，脉细滑。嘱泼尼松减量，日服 2 粒。查尿常规：蛋白（2+），隐血（-）；24 小时尿蛋白 1.20g ↑。上方去金银花、白茅根、大腹皮、厚朴，加覆盆子 15g、益母草 15g、煅牡蛎 30g、党参 15g。30 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

十二诊：守上方服 110 余剂，泼尼松第 6 次诊治时撤减完毕。连续 3 次检查尿常规蛋白（-），24 小时尿蛋白定量 0.2g，血浆白蛋白 35g/L，球蛋白 23g/L；肾功能正常。守上方续服 30 剂。隔日 1 剂，以巩固疗效。

【病案 6】陈某某，女，47 岁。肢体面目反复浮肿 4 年。在广西某市立医院诊断为“肾病综合征”，服激素，尿蛋白或曾消失，但近 2 年激素撤减至日服 1 粒或完全撤减时，或感冒则病情复发。曾复发过 5 次。2014 年 6 月初到我处诊治。刻诊：面目浮肿，足胫肿，按之凹陷难复，满月脸，两颧红赤，汗多乏力，纳可，尿淡黄，泡沫多，舌淡红，苔薄白腻，脉细滑略数。查尿常规为蛋白（3+），肾功能在正常范围。平素易感冒。辨证：脾肾亏虚，精气下泄，水湿聚留。治法：治宜健脾益肾，利水消肿。处方：自拟肾复康方加味，包括熟地黄 15g、山茱萸 10g、淮山 15g、牡丹皮 10g、泽泻 10g、茯苓 15g、猫须草 15g、黄芪 30g、黄柏 10g、知母 10g、芡实 15g、金樱子 10g、覆盆子 10g、猪苓 15g、车前子 10g、玉米须 15g。15 剂，每日

1 剂，水煎分 3 次服。嘱其逐渐撤退激素。

二诊：浮肿减轻，烦热、颧红减轻，尿清，泡沫稍少。舌淡红，苔薄白，脉细滑略数。上方加党参 15g、白术 10g。30 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：浮肿基本消退，多汗减轻。舌淡红，苔薄白，脉细滑。查尿常规蛋白 (+)。上方去猪苓、车前子，加女贞子 10g、益母草 15g、浮小麦 15g。30 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

十诊：守上方服药 90 余剂，浮肿全消，烦热颧红消失，乏力减轻，汗出正常，二便调，食纳如常。舌淡红，苔薄白，脉细滑。3 次尿常规检查：蛋白 (-)。续守上方隔日服 1 剂，再服 20 剂停药。

(二) 继发性肾小球疾病

1. 治疗经验

继发性肾小球疾病包括系统性红斑狼疮狼疮性肾炎、过敏性紫癜性肾炎、糖尿病性肾病、高血压肾病等。继发性肾小球疾病，因其发病多与遗传、免疫及环境等多因素相关，故其发病机理也比较复杂多样。

如狼疮性肾炎，中医称之为“蝶疮流注犯肾”，乃因蝶疮热毒下注，燔灼阴血，损伤肾络，阴血精气泄漏妄行而出现血尿、蛋白尿等症。过敏性紫癜性肾炎，因外感邪毒或食异物，邪毒生热，热伤血络，溢于肌肤而成紫癜，热毒下注犯肾，肾络损伤，则尿血或见尿蛋白等症。糖尿病肾病，病发于糖尿病，中医称之为消渴，其病变早期为肺胃燥热，津伤胃损，阴津不足，中晚期为脾肾气阴两伤，肾络瘀阻，阴精泄漏使然。高血压性肾病，乃因肝肾阴虚，肝阳上亢，木无水养，肝阳顽升难降，下汲肾水，日久肾水枯竭，阴精泄漏难复。肾水更加枯竭，水无土制，阴精易于外泄。对继发性肾小球疾病，辨证求因，审因论治相当重要，必要时用中西医结合治疗，如针对糖尿病肾病的降糖治疗，高血压肾病的降血压治疗等。

由上可知，继发性肾小球疾病之病因各异，但其最终病变均损伤于肾，

阴血泄漏相同，因此治疗原则当以护肾涩血敛精为其治疗大法。如过敏性紫癜性肾炎，以阴虚火旺，虚火灼络，尿血为主证，早期治疗以滋阴泻火，凉血止血为治法，药用知母、黄柏、生地黄、水牛角、紫草、赤芍等；后期则以养阴清热，益肾止血为治法，药用旱莲草、小蓟、覆盆子、金樱子、芡实等。而自始至终均用六味地黄汤、旱莲草，作为护肾养阴为基本方。糖尿病肾病，乃因糖尿病日久伤及肾、脾，主水失司，水邪泛滥，阴精泄漏，化生乏源，瘀血阻滞。故在中药治疗肾病的同时，嘱继续使用胰岛素，按常规治疗糖尿病。若以水肿为标证突出，尿蛋白漏泄为肾精亏虚之本，就要从“急则治其标，缓则治其本”的治疗原则考虑，以自拟肾复康方为基本方，在护肾健脾的基础上，加用猪苓、车前子、大腹皮、白茅根、益母草等利水消肿之中药，皆在利水治标，使邪有出路，避免有湿瘀阻络，致阴精泄漏过多之虞。若在其水肿之前，先有外感诱发，而外感与水肿比较，外感则为标中之标，当先解决，以免变生他症。故在此类病例治疗之初，用疏风散寒，利咽止咳之药，迅速取效。外感消除后，其水肿阶段治法则与上述治法基本相同。在糖尿病肾病水肿阶段，并不是因为外感诱发水肿，而是外感诱发水肿加重的缘故。这种情况，从出现水肿后查血白蛋白的指标来观察，并不会出现因短时间血清白蛋白就下降较多的结果就可了然。高血压性肾病，因为有高血压病史，中医辨证为肝肾阴虚，肝阳上亢，下汲肾水，水不济木，脾土不摄，阴精漏泄，肝木独亢使然。故处方在用肾复康方加减治本的基础上，侧重使用钩藤、夏枯草、生石决明、苦丁茶，以平肝潜阳，达降压的目的。为了达到有效快速降压之效果，加用适当西药降压，再继续发挥中药平肝潜阳之效能。水肿消退之后的治疗，在益肾健脾的基础上，重在使用金樱子、覆盆子、桑螵蛸、芡实、煅牡蛎、旱莲草等中药，以收涩敛精，防止尿蛋白泄漏。后期治疗则在益肾健脾，收涩敛精的基础上，加用鸡血藤、红花、益母草等活血化瘀之品，以善其后。系统性红斑狼疮狼疮性肾炎，此病症在激素与免疫抑制剂使用之前，属危重病症，死亡率很高。当大剂量激素治疗后，病有转机。因此，激素的使用，

其功效不可磨灭，但激素的毒副作用，也是众所周知的。若辨证为蝶疮流注入肾，热毒内盛伤阴，肾阴精气泄漏，瘀血阻滞脉络，则选用知柏地黄汤为基本方，以滋阴补肾清热。早期加用半枝莲、水牛角、紫草、白花蛇舌草，旨在泻火解毒凉血，抑制蝶疮流注；加用秦艽、威灵仙，以解蝶疮流注手足关节疼痛之厄。病至中后期，加用黄芪、芡实、覆盆子、金樱子等，以益气纳肾，收涩敛精为目的。病情好转后，在补肾健脾，收涩敛精的治疗基础上，加用鸡血藤、桃仁等活血化瘀之品，以善收功。

2. 验案

【病案1】李某某，男，32岁。双下肢皮肤散在性暗红色丘疹伴血尿2个月。曾就诊于当地县医院，诊为过敏性紫癜性肾炎，予醋酸泼尼松、盐酸异丙嗪等西药治疗3个月，病情有所好转而未愈。于2010年4月初求诊我处。刻诊：双下肢散在性丘疹，有的连成片状紫斑，腰膝关节时痛，咽干舌燥，五心烦热，尿色深黄。舌红苔少而干，脉弦细数。查尿常规：隐血(4+)，蛋白(+)。诊断同上。辨证：邪气袭表，郁而化热，热毒下侵于肾，灼伤肾络，热久伤阴。治法：治宜滋阴泻火，凉血止血。处方：知柏地黄汤加减，包括生地黄15g、山茱萸15g、淮山15g、牡丹皮10g、泽泻10g、茯苓15g、知母10g、黄柏10g、旱莲草30g、女贞子10g、紫草15g、小蓟15g、玄参15g、芡实15g、甘草6g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。

二诊：口舌干燥减轻，尿淡黄，余症未变。舌红，苔薄微黄少津，脉弦细略数。上方去玄参、芡实，加赤芍15g、水牛角30g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。

三诊：下肢皮疹及紫斑变淡，咽干舌燥消失，五心烦热减轻，腰膝关节时痛，尿淡黄。舌淡红，苔微黄有津，脉弦细。查尿常规：隐血(2+)，蛋白(+)。上方去赤芍、女贞子，加鳖甲15g、秦艽10g、威灵仙10g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。

四诊：下肢皮疹减少，时觉五心烦热、腰膝关节痛减轻，尿淡黄。舌

淡苔薄白，脉弦细。上方去知母、水牛角，加覆盆子 10g、金樱子 10g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

五诊：下肢皮疹继续减少，五心烦热、腰膝关节痛基本消失，尿淡黄。舌淡苔薄白，脉弦细。查尿常规：隐血（+）、蛋白（+）。

处方：熟地黄 15g、山茱萸 15g、淮山 15g、牡丹皮 10g、泽泻 10g、茯苓 15g、黄柏 10g、旱莲草 30g、紫草 15g、小蓟 15g、覆盆子 10g、金樱子 10g、芡实 15g、五味子 10g、甘草 6g。7 剂，日 1 剂，水煎分 3 次服。

八诊：下肢皮疹完全消失，未见新皮疹，尿淡黄，尿量如常。舌淡红，苔薄白，脉弦细。复查尿常规：隐血（-），蛋白（-）；肾功能无异常。守上方续服 20 余剂，巩固疗效。

【案例 2】张某某，男，48 岁。患糖尿病 10 余年，近年双下肢逐渐浮肿，尿泡沫多，而往某医学院附属医院就诊，诊为糖尿病肾病，予胰岛素及对症治疗 20 余天好转出院。出院后 3 周浮肿复发。2012 年 6 月中旬求诊我处。刻诊：面浮足肿，腹胀便溏，纳食尚可，尿量减少，尿泡沫多，稍疲倦乏力，手足发麻，腰膝酸软。舌暗淡苔薄白，脉弦细。查尿常规：隐血（+），蛋白（3+）。肾功能正常，空腹血糖 7.2mmol/L ↑，餐后血糖 9.4mmol/L ↑。诊断同上。辨证：久患糖尿病，损及肾脾，封藏失司，主水无权，水邪泛滥，水瘀互结，阴精泄漏，生化乏源。治法：治宜补益脾肾，利水消肿，收涩敛精，活血化瘀。方药：自拟肾复康方加味，包括熟地黄 15g、山茱萸 15g、淮山 15g、牡丹皮 10g、泽泻 10g、茯苓 15g、猫须草 15g、黄芪 15g、桂枝 10g、猪苓 15g、车前子 10g、大腹皮 10g、益母草 15g、白茅根 30g、甘草 6g。15 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。嘱继续胰岛素治疗糖尿病。

二诊：尿量增多，日尿量约 2000mL，肢肿稍减轻，按之凹陷，腹胀稍减，大便烂，每日 1 次，纳可，余症无变化。舌暗淡，苔薄白，脉弦细。上方去白茅根、益母草，加芡实 15g、玉米须 30g。15 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：颜面肿消，足胫肿，尿量日约 2500mL，腹胀消失，纳可，大便前软后烂，每日 1 次。有时小腿抽筋。舌暗淡，苔薄白，脉弦细。查尿常规：

隐血 (+), 蛋白 (2+)。上方去车前子、玉米须, 加白芍 30g、煅牡蛎 15g。15 剂, 每日 1 剂, 水煎分 3 次服。

四诊: 足胫微肿, 尿量日约 2000mL, 纳可, 大便条状, 每日 1 次, 小腿抽筋减少。舌暗淡, 苔薄白, 脉弦细。上方去桂枝、大腹皮, 加覆盆子 10g、旱莲草 30g、桑螵蛸 10g。15 剂, 每日 1 剂, 水煎分 3 次服。

五诊: 足肿消退, 纳可, 二便如常, 抽筋瘥。查尿常规: 隐血 (-), 蛋白 (-)。肾功能正常, 空腹血糖 6.4mmol/L。上方去猪苓、白芍, 加益母草 15g、鸡血藤 15g、杜仲 10g。15 剂, 每日 1 剂, 水煎分 3 次服。

八诊: 疲倦乏力, 腰膝酸软瘥。手足发麻减轻, 纳可, 二便如常。舌稍暗淡, 苔薄白, 脉弦细。复查尿常规: 蛋白 (-)。肾功能未见异常, 空腹血糖 6.4mmol/L。处方: 熟地黄 15g、山茱萸 15g、淮山 15g、牡丹皮 10g、茯苓 15g、泽泻 10g、黄芪 15g、益母草 15g、桑螵蛸 10g、芡实 15g、红花 8g 杜仲 10g、千斤拔 15g、玉米须 15g、甘草 6g。15 剂, 每日 1 剂, 水煎分 3 次服。以善其后。

【病案 3】雷某某, 女, 36 岁。胸部皮肤红斑, 手足关节疼痛 3 个月, 曾在市某医院住院。查血抗核抗体阳性, 抗双链 DNA 阳性; 尿常规: 隐血 (+), 蛋白 (3+) 肾活检病理示: 狼疮性肾炎 II 型系膜增生型。予醋酸泼尼松、环孢素 A、环磷酰胺等西药系统治疗 2 个月, 症状减轻, 但未达痊愈。于 2010 年 9 月初求诊, 以中西医结合方式治疗。刻诊: 胸部皮肤红斑呈暗红色, 手足关节疼痛减轻, 腰膝酸软乏力, 尿黄, 泡沫较多。舌尖边红, 苔薄黄而干, 脉弦细数。诊为系统性红斑狼疮 II 型狼疮性肾炎。辨证: 蝶疮流注, 温毒发斑, 燔灼肾阴, 阴精泄漏, 瘀血阻滞。治法: 治宜清热解毒, 滋阴补肾, 凉血敛精, 活血化瘀。处方: 知柏地黄汤加味, 包括生地黄 15g、山茱萸 15g、淮山 15g、牡丹皮 10g、泽泻 10g、茯苓 15g、知母 10g、黄柏 10g、半枝莲 15g、水牛角 30g (先煎)、紫草 15g、白花蛇舌草 15g、秦艽 10g、威灵仙 10g、甘草 6g。15 剂, 每日 1 剂, 水煎分 3 次服。嘱继续服用醋酸泼尼松, 每 2 周减量 1 粒 5mg, 减至日服 2 粒 10mg/d, 时

2周后改为隔日服2粒，维持3年。

二诊：手足关节疼轻微，尿淡黄，泡沫减少。舌尖边红，苔薄微黄，脉弦细略数。上方去水牛角、知母、泽泻，加黄芪15g、覆盆子10g、金樱子10g。15剂，每日1剂，水煎分3次服。

三诊：胸部皮肤暗红色斑块变浅变淡，手足关节疼痛基本消失，腰膝酸软乏力减轻，尿淡黄，泡沫少。舌淡红，苔薄白，脉弦细。查尿常规：隐血（±），蛋白（2+）。上方去紫草、秦艽、威灵仙，加旱莲草30g、芡实15g、红花10g。15剂，每日1剂，水煎分3次服。

四诊：胸部皮肤红斑为淡暗色，隐约可见。腰膝酸软乏力继续减轻。尿淡黄，泡沫少。舌淡红，苔薄白，脉弦细。查血抗核抗体阴性、抗双链DNA阴性。查尿常规：隐血（-）、蛋白（+）。上方去黄柏、白花蛇舌草，生地黄改熟地黄，加煅牡蛎15g、益母草15g、杜仲10g。15剂，每日1剂，水煎分3次服。

八诊：胸部皮肤红斑完全消失，腰膝酸软乏力明显改善，尿清，未见泡沫。舌淡，苔薄白，脉弦细。查尿常规：隐血（-），蛋白（-）。守上方加减：熟地黄15g、山茱萸15g、淮山15g、牡丹皮10g、茯苓15g、泽泻10g、黄芪30g、芡实15g、半枝莲15g、覆盆子10g、金樱子10g、鸡血藤15g、菟丝子10g、桃仁10g、甘草6g。15剂，每日1剂，水煎分3次服。巩固疗效。每月复查尿常规1次，连续查3个月，未见复发。

【病案4】苏某某，男，56岁。患糖尿病8年，近1周感冒，咽痒，咳嗽。足胫浮肿。于2013年10月25日就诊我处。刻诊：眼睑稍浮，面色暗滞，腰膝酸软，双下肢浮肿，按之凹陷难复，纳食如常，大便烂，日1~2次，无腹痛，手足发麻。舌暗淡，苔白，脉弦细。查尿常规：隐血（+），蛋白（3+）。查24小时尿蛋白定量3.8g↑，血清白蛋白24g/L↓，空腹血糖7.6mmol/L↑，餐后血糖9.8mmol/L↑；肾功能正常范围。诊为：①糖尿病肾病；②感冒。辨证：久患糖尿病，损及肾脾，封藏失司，阴精泄漏，复因外感，邪气引发，水邪泛滥，湿瘀内结。治法：治宜急则治其标，缓则

治其本。先疏风散寒，利咽止咳。处方：自拟止咳方合三拗汤加减，包括鱼腥草 15g、法半夏 10g、川贝 6g、桑白皮 10g、蝉蜕 6g、麻黄 8g、杏仁 10g、荆芥 10g、紫苏叶 10g、桔梗 10g、枇杷叶 10g、射干 10g、桑叶 10g、甘草 6g。5 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。嘱继续使用胰岛素降糖药。

二诊：感冒痊愈。面浮肢肿，尿淡黄，尿量一般，大便烂，手足发麻。舌淡暗，苔白，脉弦细。处方：自拟肾复康方加味，包括熟地黄 15g、山茱萸 15g、淮山 15g、泽泻 10g、茯苓 15g、牡丹皮 10g、猫须草 15g、黄芪 30g、猪苓 15g、车前子 10g、益母草 15g、芡实 15g、覆盆子 10g、甘草 6g。15 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：尿淡黄，尿量增多，浮肿稍减，大便成形，纳可，手足麻。舌淡暗，苔薄白，脉弦细。上方加金樱子 10g、桑螵蛸 10g。15 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

四诊：尿清，浮肿消退大半，大便条状，每日 1 次，腰膝酸软减轻，手足仍麻。舌淡暗，苔薄白，脉弦细。查尿常规：隐血 (+)，蛋白 (2+)。查 24 小时尿蛋白定量 2.14g ↑。上方去车前子、益母草，加旱莲草 30g、白茅根 15g。15 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

五诊：浮肿全消，尿清，尿量一般，纳可，稍觉腰膝酸软，手足麻木，舌淡暗，苔薄白，脉弦细。上方去猪苓、芡实，加红花 10g、鸡血藤 15g。15 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

六诊：尿清，尿量一般，手足麻木稍减。舌淡暗，苔薄白，脉弦细。查尿常规：隐血 (-)，蛋白 (+)。查 24 小时尿蛋白定量 1.06g/L ↑，血清白蛋白 36g/L，肾功能正常。守上方 15 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

九诊：面色稍暗淡，有光泽，尿清，尿量如常，浮肿全消，腰膝酸软基本消失。手足稍麻。舌淡稍暗，苔薄白，脉弦细。复查尿常规：隐血 (-)，蛋白 (-)。查 24 小时尿蛋白定量 0.2g/L，血清白蛋白 38g/L，肾功能正常，空腹血糖 6.8mmol/L，餐后血糖 9.16mmol/L ↑。病情稳定，守上方 15 剂，每日 1 次，水煎分 3 次服。巩固疗效。

【案例5】黄某某，男，29岁。患高血压3年余，近年有持续上升之势，伴见双下足踝处微肿，迭经当地乡镇、县医院住院，诊为高血压性肾小球肾炎，治疗效果不佳。于2010年11月16日就诊我处。刻诊：时觉头晕耳鸣，面色潮红，腰膝酸软，双下肢足踝处微肿，尿短黄，口干苦，大便较干结。舌边尖稍红，苔薄微黄，脉弦略数。查血压180/102mmHg，肾功能Scr116 μ mol/L；查尿常规：隐血（+）、蛋白（2+）。诊为高血压肾病。辨证：肝肾阴虚，水不涵木，肝阳上亢，脾土不济，阴精漏泄。治法：治宜滋肾平肝，健脾生精。处方，自拟肾复康方加减：熟地黄15g、山茱萸15g、淮山15g、牡丹皮10g、泽泻10g、茯苓15g、猫须草15g、黄芪15g、钩藤30g、夏枯草15g、生石决明30g（先煎）、苦丁茶10g、益母草15g、白茅根30g、甘草6g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。嘱继服原用之降压药硝苯地平缓释片及加用苯磺酸左旋氨氯地平片5mg，每日1次。

二诊：头晕耳鸣、面色潮红、腰膝酸软明显减轻，尿淡黄，尿量稍增，舌边尖稍红，苔薄微黄，脉弦略数。查血压130/82mmHg。上方去益母草，加枳实10g、火麻仁15g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。

三诊：头晕、耳鸣、面潮红消失，腰膝酸软好转，口干苦减轻，大便软成条状，双足踝浮肿消退。舌淡红，苔薄白，脉弦细。复查尿常规：隐血（+）、蛋白（+）。上方去益母草，加枳实10g、火麻仁15g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。

四诊：口干苦好转，尿清，尿量一般，浮肿全消，大便恢复如常，血压平稳（126/80mmHg）。舌淡红，苔薄白，脉弦细。续用上方15剂，每日1剂，水煎分3次服。撤除降压药硝苯地平缓释片，续用苯磺酸左旋氨氯地平片5mg，每日1次。

五诊：症状基本消失，舌淡红，苔薄白，脉弦细。上方去生石决明、白茅根，加旱莲草15g、覆盆子15g。15剂，每日1剂，水煎分3次服。

六诊：病情稳定，无明显不适。舌淡红，苔薄白，脉弦细。查血压126/80mmHg，尿常规（-）。守上方续用30剂，巩固疗效。

（三）慢性肾功能不全

1. 治疗经验

慢性肾功能不全，归属中医虚劳、关格范畴。其发病原因，乃病邪犯肺，下传脾肾，致脾失转输，肾失开合，主水无权；或继发于糖尿病或高血压，或继发于慢性肾盂肾炎，或梗阻性肾脏多发性结石等因，均致肾脏亏虚、湿浊内盛日甚，内盛之湿浊反克脾土，致使脾气亦衰败，脾运衰败则贫血等症由生。其病位为脾肾虚损，病邪为湿浊内盛，病性为正虚邪实。治疗原则以健脾益肾、泻浊解毒为大法。选用方剂为自拟益肾健脾泻浊方加减。需要注意的是，若肾功能衰竭较重，饮食及药物难进，但残存的肾功能尚能发挥作用，此时需要配合血液透析，急速解除湿浊邪毒，以保证脾肾功能的发挥。众所周知，血液透析作为人工肾的功能，短期使用较适合，长期使用会使原有残存的肾功能废弃，因此，血液透析只是权宜之计，等到肾功能逐渐恢复，要撤减血液透析。

现代医学认为，慢性肾脏病（Chronic Kidney Disease，缩写为CKD）是指肾脏结构或功能异常超过3个月，并对健康有所影响。CKD诊断标准包两个，一是现肾脏损伤标志（一项或以上）超过3月，标志包括：①白蛋白尿[尿白蛋白排泄率（AER） $\geq 30\text{mg}/24\text{h}$ ，尿白蛋白/尿肌酐比值（ACR） $\geq 30\text{mg}/\text{g}$]；②尿沉渣异常；③肾小管病变引起的电解质紊乱和其他异常；④肾脏病理异常；⑤影像学检查出的肾脏结构异常；⑥肾移植病史。二是肾小球滤过率（GFR）下降[GFR $< 60\text{ml}/(\text{min} \cdot 173\text{m})$]超过3个月。CKD进行性进展引起肾单位和肾功能不可逆地丧失，导致以代谢产物和毒物滞留、水电解质和酸碱平衡紊乱以及内分泌失调为特征的临床综合征称为慢性肾衰竭（chronic renal failure，缩写为CRF）又称慢性肾功能不全。CRF常常进展为终末期肾脏病（End-Stage Renal Disease，ESRD），CRF晚期称之为尿毒症（Uremia）。

可见慢性肾功能不全，多由慢性肾炎、慢性肾盂肾炎、肾病综合征、

糖尿病性肾病、狼疮性肾炎、过敏性紫癜性肾炎、肾小球硬化性肾病等病引发。以下介绍的5例病案虽然病因各异，但其病理转归“脾肾亏虚，湿毒内盛”之慢性肾衰则相同。因此，治疗原则以健脾益肾、泻浊解毒为主，均用蒙木荣教授自拟益肾健脾泻浊方加减治疗。即使病人无大便秘结，方中大黄、厚朴、枳实之行气泻浊药必用，必要时加火麻仁、郁李仁助润肠通便，每天大便3~4次为宜，待病情稍好转可逐渐减少泻浊中药。需要注意的是，脾肾亏虚、湿毒内盛的程度差异，以及不同病因之诱发，仍须辨证清楚，审因论治。属于慢性肾功能不全肾衰竭期，或属于慢性肾功能不全尿毒症期，病情较危重，在益肾健脾、泻浊解毒口服药的基础上，加用泻浊解毒灌肠药，以加强泻浊解毒之功效。若适合血液透析，可以阶段性使用血液透析治疗，但因其血透后可出现尿少，甚至完全无尿，手足麻木之副反应，故临床上并不是所有肾衰病人都适合血液透析。但此阶段采用益肾健脾、泻浊解毒之中药治疗，则适逢其时，恰到好处。若肾功能不全的同时，伴随发生痛风症，此为病之标，当先治标，而后治慢性肾功能不全之本。若病人有原发糖尿病者，继续使用胰岛素治疗病之根本亦是非常重要的。在慢性肾功能异常发展过程中，其血压之高，对肾脏的危害毋庸置疑，因此在继续使用有效降压药的同时，尚需加强大剂量使用钩藤、夏枯草等平肝潜阳等中药，以平复肝阳亢盛、下汲肾水之厄。

分析以下慢性肾功能不全病人，病情较轻者，如病案2慢性肾功能不全（氮质血症期）、病案3慢性肾功能不全（失代偿期），治疗前肾功能血肌酐增加较少，肌酐清除率较高，治疗后病情恢复较好；病情较重者，如病案1慢性肾功能不全（肾衰竭期）兼双肾萎缩、病案4慢性肾功能不全（尿毒症期）、病案5慢性肾功能不全（肾衰竭期），治疗前肾功能血肌酐增加较多，肌酐清除率较低，治疗后病情恢复较差，尤其是肾脏硬化萎缩者更加明显。病案4虽属慢性肾功能不全（尿毒症期），但其尚未出现肾脏硬化萎缩之象，其残存的肾脏功能尚可利用，因此仍有发挥益肾健脾、泄浊排毒，逆转肾功能恶化的前景。

2. 验案

【病案1】李某某，男，48岁。2017年8月14日初诊。自诉患慢性肾小球肾炎多年。曾在某市医院检查诊为慢性肾功能不全。刻见：面色萎黄，精神萎靡，疲倦乏力，有时下肢微肿，最近不肿，纳可，尿淡黄，尿量一般，夜尿3~4次，大便烂，每日2次。舌淡苔薄白，脉沉细。查肾功能：Scr 625 μ mol/L \uparrow ，UA 488 μ mol/L \uparrow ，Ccr 12ml/min \downarrow ，血红蛋白 85g \downarrow ；查双肾b超：左肾体积（7.5 \times 4.8 \times 2.6cm），右肾体积（8 \times 5 \times 3cm）；查尿常规：隐血（+-），蛋白（+）。诊为：①慢性肾功能不全（肾衰竭期）；②慢性肾小球肾炎。辨证：脾肾亏虚，湿毒内盛。处方：自拟益肾健脾泻浊方加减，包括熟地黄 15g、山茱萸 15g、淮山 15g、牡丹皮 10g、泽泻 10g、茯苓 15g、黄芪 15g、党参 15g、枳实 10g、厚朴 10g、大黄 10g、熟附子 10g、当归 10g、菟丝子 10g、玉米须 15g、甘草 6g。15剂，每日一剂，水煎分3次服。另外，嘱其家属以大黄 20g、熟附子 15g、白花蛇舌草 30g、黄连 10g。水煎 200ml，待水温降至约 30 $^{\circ}$ C左右，用消毒胶管插入肛门 20cm，再用大注射器将中药慢慢注入肛肠内，保留约 1 小时后排出，每日 1 次，连用 15 日。

二诊：症状如前，大便烂，日 3~5 次，舌淡苔薄白，脉沉细。查肾功能：Scr 562 μ mol/L \uparrow ，UA 460 μ mol/L \uparrow ，Ccr 14ml/min \downarrow 。查尿常规如前。守上方 15 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。暂停灌肠药。

三诊：疲倦乏力减轻，大便烂，日 2~3 次，夜尿 4~5 次，纳可，舌淡苔薄白，脉沉细。上方去玉米须，加乌药 10g、益智仁 10g。15 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

八诊：精神体力渐增，稍觉口干，大便烂、日 3~4 次，尿黄、夜尿 2~3 次，纳可，舌淡苔薄白，脉沉细。查肾功能：Scr 492 μ mol/L \uparrow ，UA 548 μ mol/L \uparrow ，Ccr 34ml/min \downarrow ；查尿常规：隐血（+-）、蛋白（+-）。守上方去熟附子、枳实、厚朴，加肉苁蓉 15g、巴戟天 15g、覆盆子 10g。15 剂，日 1 剂，水煎分 3 次服。

十二诊，面色萎黄减轻，稍有光泽，精神体力增，纳可，大便稍烂，每日2~3次，尿清，尿量一般，夜尿2~3次。复查肾功能：Scr $514\mu\text{mol/L}$ ↑，UA $426\mu\text{mol/L}$ ↑，Ccr 36ml/min ↓；血常规：血红蛋白 92g ↓；尿常规：隐血（+-）。病情好转，续上方加减治疗15天，巩固疗效。

【病案2】岑某某，男，42岁。疲倦乏力，腰膝酸软5年，左脚踝关节肿痛复发1周，于2015年3月18日求诊于我处。既往有慢性肾功能不全、糖尿病、痛风病史。刻诊：面色萎黄无华，气短懒言，左踝关节稍肿而晦暗，触之微热疼痛，纳可，大便1~3日一解，尿淡黄，尿量一般，夜尿3次。舌暗淡，苔薄白，脉弦细。查肾功能：Scr $442\mu\text{mol/L}$ ↑，UA $648\mu\text{mol/L}$ ↑，Ccr 36ml/min ↓；空腹血糖： 9.6mmol/L ↑；尿常规：隐血（+）、蛋白（2+）。诊为慢性肾功能不全（氮质血症期）、糖尿病肾病、痛风性关节炎。辨证：脾肾亏虚，湿毒内盛，湿浊浸淫关节，湿瘀互结。治法：治宜益肾健脾，泻浊解毒。处方：自拟益肾健脾泻浊方加减，包括熟地黄 15g 、山茱萸 15g 、淮山 15g 、牡丹皮 10g 、泽泻 10g 、茯苓 15g 、黄芪 15g 、枳实 10g 、厚朴 10g 、大黄 10g 、苍术 10g 、黄柏 10g 、薏苡仁 15g 、牛膝 15g 、甘草 6g 。10剂，每日1剂，水煎分3次服。嘱继续用胰岛素治疗糖尿病。

二诊：左踝关节肿痛减轻，大便烂，每日3~5次，尿清，尿量一般，夜尿3次。余症及舌脉如前。上方去枳实，大黄用量改 6g ，加伸筋草 15g 、萆薢 15g 、鸡血藤 15g 。15剂，每日1剂，水煎分3次服。

三诊：疲倦乏力、腰膝酸软减轻，左脚踝关节肿痛消失，大便烂，每日2~3次，纳可，夜尿3次。上方去苍术、黄柏、薏苡仁、牛膝、伸筋草、萆薢，加早莲草 30g 、小蓟 15g 、金樱子 10g 、覆盆子 10g 、芡实 15g 、杜仲 10g 。15剂，每日1剂，水煎分3次服。

四诊：气力增，腰膝稍觉酸软，纳可，尿清，夜尿2次，大便稍烂，每日2~3次。查肾功能：Scr $310\mu\text{mol/L}$ ↑，UA $486\mu\text{mol/L}$ ↑，Ccr 48ml/min ↓；尿常规：蛋白（+）。上方去小蓟，加桑螵蛸 10g 。15剂，每日1剂，水煎分3次服。

八诊：面色萎黄减轻，稍有光泽，疲倦乏力基本好转，纳可，大便稍烂，每日2~3次，尿清，夜尿2次。复查肾功能：Scr 166 μ mol/L \uparrow ，UA 490 μ mol/L \uparrow ，Ccr 74ml/min \downarrow ；尿常规：蛋白(-)。病情明显好转。仍用上方加减：熟地黄 15g、山茱萸 15g、淮山 15g、牡丹皮 10g、泽泻 10g、茯苓 15g、黄芪 15g、党参 15g、当归 10g、鸡血藤 15g、芡实 15g、杜仲 10g、续断 15g、大黄 6g、甘草 6g。15剂，每日1剂，水煎分3次服。巩固疗效。1年后复查肾功能无明显退变。

【病案3】张某，男，81岁。曾患糖尿病肾病12年，因感冒引起旧病复发而住市某医院，治疗1周，上呼吸道感染消除，嘱余病门诊治疗。于2015年6月16日求诊我处。刻诊：面色稍晦暗，气短乏力，口干尿黄，夜尿3~4次，尿不畅，大便秘结，1~2日1解，纳可。舌暗红，苔薄黄而干，脉弦细。查肾功能：Scr 242 μ mol/L \uparrow ，Ccr 36ml/min \downarrow ；空腹血糖：8.2mmol/L \uparrow ；尿常规：隐血(+)、蛋白(+)。诊为慢性肾功能不全(失代偿期)、糖尿病肾病。辨证：脾肾亏虚，湿浊内蕴，湿瘀互结，阴津亏损。治法：治宜益肾健脾，泻浊解毒，养阴固涩，活血化瘀。处方：自拟益肾健脾泻浊方加减，包括熟地黄 15g、山茱萸 15g、淮山 15g、牡丹皮 10g、泽泻 10g、茯苓 15g、黄芪 15g、枳实 10g、大黄 10g、火麻仁 10g、郁李仁 10g、肉苁蓉 10g、覆盆子 10g、女贞子 10g、旱莲草 15g、鸡血藤 15g。10剂，每日1剂，水煎分3次服。嘱继续用胰岛素治疗糖尿病。

二诊：口干稍减轻，大便烂，每日2~3次，尿淡黄，尿仍不畅，余症如上。上方去肉苁蓉、女贞子，加鳖甲 15g、桃仁 15g。15剂，每日1剂，水煎分3次服。

三诊：气短乏力减轻，大便稍烂，每日2~3次，尿稍畅，夜尿3~4次，纳可。查肾功能：Scr 212 μ mol/L \uparrow ，Ccr 38ml/min \downarrow ；尿常规：隐血(+-)，蛋白(+-)。上方去鸡血藤，加乌药 10g、益智仁 10g。15剂，每日1剂，水煎分3次服。

六诊：气力渐增，纳可，大便稍烂，每日2~3次，尿畅，夜尿2~3次。

查肾功能:Scr 144 μ mol/L \uparrow , Ccr46ml/min \downarrow ;尿常规:隐血(-)、蛋白(-)。守上方 15 剂,每日 1 剂,水煎分 3 次服。

十诊:病情平稳,舌暗淡,苔薄白,脉弦细。复查肾功能:Scr 124 μ mol/L \uparrow , Ccr62ml/min \downarrow ;尿常规:蛋白(-)。续上方 15 剂,巩固疗效。1 年后复查肾功能无明显退变。

【病案 4】余某某,女,51 岁。诉患慢性肾小球肾炎 13 年。因疲倦乏力,食欲不振,脘闷欲吐,而住市某医院肾内科。查肾功能:Scr1024 μ mol/L \uparrow , Ccr16ml/min \downarrow ;尿常规:隐血(+),蛋白(+)。诊为慢性肾功能不全(尿毒症期)、慢性肾小球肾炎。急予血液透析,每周透析 3 次。血透后尿量渐少,第 3 次血透后完全无尿,手足麻木。病者自觉于病无补,反增其害,拒绝血透。于 2016 年 10 月 21 日求诊于我处。刻诊:面色萎黄,精神萎靡,疲倦乏力,不思食,腹胀,尿深黄,尿量极少,大便烂,每日 2 次。舌暗淡,苔薄微黄而干,脉沉细。复查肾功能 Scr 925 μ mol/L \uparrow , Ccr16ml/min \downarrow ;尿常规:隐血(+),蛋白(+)。辨证:脾肾亏虚,湿毒内盛,湿瘀互结,阴津亏损。治法:治宜益肾健脾,养阴生津,泻浊解毒,活血化瘀。处方:自拟益肾健脾泻浊方加减,包括熟地黄 15g、山茱萸 15g、淮山 15g、牡丹皮 10g、泽泻 10g、茯苓 15g、黄芪 15g、枳实 10g、厚朴 10g、大黄 10g、火麻仁 10g、姜半夏 10g、石斛 10g、麦冬 15g、女贞子 10g、甘草 6g。7 剂,每日一剂,水煎分 3 次服。另外,嘱其家属以大黄 20g、槐花 30g、白花蛇舌草 30g、黄连 10g。水煎 200ml,待水温降至约 30 $^{\circ}$ C 左右,用消毒胶管插入肛门 20cm,再用大注射器将中药慢慢注入肛肠内,保留约 1 小时后排出,每日 1 次,连用 7 日。

二诊:精神稍振,腹胀减轻,纳稍增,尿黄,日尿量约 600mL,大便烂,每日 3 ~ 4 次。舌暗淡,苔薄微黄,脉沉细。上方去厚朴、火麻仁、女贞子,加白茅根 30g、旱莲草 30g、神曲 10g。7 剂,每日 1 剂,水煎分 3 次服。灌肠药同上,续用 7 日。

三诊:精神好转,疲倦乏力减轻,纳可,尿淡黄,每日尿量约 1000mL,

大便烂，每日2~3次。舌暗淡，苔薄白，脉沉细。上方去石斛、麦冬，加红花10g、覆盆子10g。15剂，每日1剂，水煎分3次服。停用灌肠药。四诊，症如上，日尿量约1200mL，大便烂，每日2~3次。舌暗淡，苔薄白，脉沉细。复查肾功能：Scr 805 $\mu\text{mol/L}$ \uparrow ，Ccr 18ml/min \downarrow ；尿常规：隐血(-)、蛋白(-)。守上方15剂，每日1剂，水煎分3次服。

八诊：面色萎黄减轻，稍有光泽，疲倦乏力基本好转，纳可，大便稍烂，每日2~3次，尿清，尿量如常。舌暗淡，苔薄白，脉沉细。复查肾功能：Scr 684 $\mu\text{mol/L}$ \uparrow ，Ccr 26ml/min \downarrow ；尿常规：蛋白(-)。上方去红花、覆盆子，加党参15g、当归10g。15剂，每日1剂，水煎分3次服。

十诊：病情好转，舌暗淡，苔薄白，脉沉细。复查肾功能：Scr 580 $\mu\text{mol/L}$ \uparrow ，Ccr 28ml/min \downarrow ；尿常规：蛋白(-)。续上方加减，巩固疗效。

【病案5】钟某某，男，49岁。自诉患慢性肾小球肾炎6年，近2个月来觉头晕头痛、疲倦乏力加重，于2014年6月18日就诊于我处。刻诊：面色暗滞，头晕巅痛，视物昏花，疲倦乏力，耳鸣如蝉，纳可，大便秘结，2日1解，尿黄，夜尿2次，不肿，舌暗红，苔薄微黄，脉弦细。既往有高血压史，经常漏服降压药。检查及化验：血压：190/105mmHg；肾功能：Scr 624 $\mu\text{mol/L}$ \uparrow ，Ccr 28ml/min \downarrow ；尿常规：隐血(+)，蛋白(2+)。诊为慢性肾功能不全(肾衰竭期)、慢性肾小球肾炎。辨证：脾肾亏虚，肝阳上亢，下汲肾水，湿毒内盛，湿瘀互结。嘱继续服用硝苯地平缓释片控制血压。治法：治宜益肾健脾，平肝潜阳，泄浊解毒，活血化瘀。处方：自拟益肾健脾泻浊方加减，包括熟地黄15g、山茱萸15g、淮山15g、牡丹皮10g、泽泻10g、茯苓15g、黄芪15g、枳实10g、厚朴10g、大黄10g、火麻仁10g、郁李仁10g、钩藤50g、夏枯草30g、牛膝15g、甘草6g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。另外，嘱其家属以大黄20g、蒲公英30g、夏枯草30g、黄连10g。水煎200mL，待水温降至约30℃左右，用消毒胶管插入肛门20cm，再用大注射器将中药慢慢注入肛肠内，保留约1小时后排出，每日1次，连用7日。嘱继续服用降压药硝苯地平缓释片。

二诊：头晕头痛消失，眼花、疲倦乏力减轻，大便前软后烂，每日2次，无腹痛，纳可，尿淡黄，尿量一般。舌暗红，苔薄白，脉弦细。检查：血压136/84mmHg；查尿常规：隐血（+-），蛋白（2+）。上方去夏枯草、牛膝，加覆盆子10g、金樱子10g、旱莲草15g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。继续用上述灌肠药7日。

三诊：眼花、疲倦乏力持续减轻，耳鸣消失，大便稍烂，每日3次，尿淡黄，尿量一般。舌暗红，苔薄白，脉弦细。检查：血压130/82mmHg；查肾功能Scr538 μ mol/L \uparrow ，Ccr30ml/min \downarrow ；查尿常规：隐血（-），蛋白（+）。续用上方15剂，每日1剂，水煎分3次服。停用灌肠药。

四诊：眼花、疲倦乏力好转，大便烂，每日3~4次，尿清，尿量一般。舌暗红，苔薄白，脉弦细。上方去厚朴、火麻仁、郁李仁、旱莲草，钩藤减量至30g，加芡实15g、桑椹10g、红花10g、鸡血藤15g。15剂，每日1剂，水煎分3次服。五诊，症如上，面色稍暗滞，舌暗淡，苔薄白，脉弦细。查肾功能：Scr412 μ mol/L \uparrow ，Ccr38ml/min \downarrow ；尿常规：隐血（-）、蛋白（-）。守上方15剂，每日1剂，水煎分3次服。

八诊：头晕头痛好转，耳鸣消失，疲倦乏力明显减轻，大便稍烂，每日3次，尿淡黄，尿量一般，纳可。舌暗淡，苔薄白，脉弦细。查肾功能：Scr408 μ mol/L \uparrow ，Ccr40ml/min \downarrow ；尿常规：隐血（-），蛋白（-）。病情明显好转，守上方续用20剂，每日1剂，水煎分3次服。巩固疗效。

二、男性不育

男性不育症是多种疾病引起的后果，本身不是一种独立的疾病，临床上分为绝对不育与相对不育两种。绝对不育系指各种原因所致的无精子症，治疗十分棘手。而精液和精子正常，功能性不射精、阳痿、早泄等也是导致不育的常见病证，多为相对不育。中医学认为，孕育之机理在于男精女血的相互结合，古人所述之“精冷”“精少”是男性不育的主要原因，现代医学认为多与精子的数量不足，活动力减弱和精子缺乏有关。中医认为“肾

藏精”，肾为先天之本，肾中之元阴元阳，是人体发育生殖之源，人体生命之根。精子的生成依赖于肾阴的滋养和肾阳的温煦，有无生育能力，完全取决于肾中真阴、真阳的盛衰。

（一）精子活率低下不育

1. 治疗经验

精子活率低下导致不育，其病因与病性各不相同，所发生的证候也各异，故治疗用药上亦有所差别。根据辨证所论，有肝肾不足、精气亏虚者；有肾阳亏虚，精气虚乏者；有情志不畅，伤及肝气，肝肾阴虚，精气亏损者。中医认为，肾藏精，为水火之脏、生殖之本；肝藏血，其功能生发条达，肝血充养肾精，精血互相资生，则肾精充盈。若肝肾不足，精血亏损，水不济火，虚火内炽，煎熬精血，使精子难以生存而死亡或畸形，故交而不育。治肝肾不足、精气亏虚者，宜滋养肝肾，补益肾精。处方选用左归丸合五子衍宗汤加减：方中熟地黄、淮山、山茱萸、枸杞子、黄精，可滋养肝肾；菟丝子、鹿角胶、龟板胶、覆盆子、五味子、山茱萸、枸杞子、黄精，可补肾生精；杜仲益肾壮腰。待肝肾亏损恢复，精子健壮，精子活率正常，则易受孕生子。之所以出现肾阳虚证，也是在肝肾阴虚的基础上发展而来，即阴损及阳，致使肾阴阳两虚，肾精化生乏源，辨证为肾阳亏虚，精气虚乏。故治疗当在滋阴补肾的基础上，温肾壮阳，补益精气。处方选用右归丸合五子衍宗丸加减：方中鹿角胶、淫羊藿、肉桂、制附子，温肾壮阳；继之亦选用滋肾养阴生精药，补肾生精；后期用药宜注意制附子、肉桂的使用，以避其温散太过，不适宜精子的生长，应予适时撤减，而加用沙苑子、巴戟天等温阳补肾之药代之。服药观察，肝肾阴阳恢复平衡，肾精充足，精子活率正常，故能育子。若证为情志不畅，伤及肝气，肝肾阴虚，亦见精气亏损。因为肝肾同源，肝气损伤，势必耗损肝阴，致肝肾阴虚；肝郁则条达失司，不能济肾以生精，则精子活率低而畸形；肾阴亏损，心火内炽，

心肾不交，则失眠多梦。治宜疏肝解郁，滋养肝肾，补益精气。处方选用逍遥散合五子衍宗丸加减：方中柴胡、当归、白芍，可疏肝柔肝、疏解肝气，使肝气条达，则能助肾以生精。但柴胡等疏肝之药较为辛散，不宜久用，对滋养肝肾生精不利，故后期当撤除疏肝辛散之品，加用女贞子、龟板胶、鹿角胶等补肾生精之药；五子衍宗丸主以补肾生精；五味子、夜交藤养心安神，交通心肾，有助肾生精之作用。

2. 验案

【病案1】林某某，男，29岁。2005年7月6日初诊。结婚5年未育，其妻妇科检查无异常，夫妻性生活正常。平素腰酸腿软，容易疲劳，时觉头晕眼花、耳鸣，纳食可，大便如常，尿清，夜尿2次。舌淡红，苔薄白，脉弦细。精液常规检查：精液量3ml，色乳白，活率30%，死精50%，畸形20%。诊为不育症。辨证：肝肾不足，精气亏虚。治法：治宜滋养肝肾，补益肾精。处方：左归丸合五子衍宗汤加减，包括熟地黄15g、淮山15g、山茱萸15g、菟丝子30g、鹿角胶10g（烊化）、龟板胶10g（烊化）、枸杞子10g、覆盆子10g、黄精10g、五味子10g、杜仲10g、甘草6g。7剂，日1剂，水煎分3次服。

二诊：腰腿酸软、头晕眼花耳鸣稍减，夜尿仍2次。舌淡红，苔薄白，脉弦细。上方加太子参10g。14剂，日1剂，水煎分3次服。

三诊：腰腿酸软、头晕眼花耳鸣大减，夜尿1次。舌淡红，苔薄白，脉弦细。复查精液常规：精液量3.5ml，色乳白，活率60%，死精10%，畸形30%。上方去五味子，加鸡血藤15g、女贞子10g。14剂，每日1剂，水煎分3次服。

四诊：腰腿酸软、头晕眼花耳鸣完全消失，已无夜尿，自我感觉甚佳。舌淡红，苔薄白，脉缓。守上方续服14剂，每日1剂，水煎分3次服。复查精液常规：精液量3.5ml，色乳白，活率85%，死精5%，畸形10%。半年后其妻检查怀孕，于2006年7月顺产1女婴。

【病案2】陈某某，男，32岁。2006年5月8日初诊。6年前生育1胎后迄今未育。自觉腰膝酸软，疲倦乏力，夫妻性生活较淡漠，经常早泄，有时阳痿难举，眼花耳鸣时作，纳可，尿清长，夜尿2~3次。舌淡苔薄白，脉弦细。精液常规检查：精液量3ml，色乳白，质稀，活率25%，死精65%，畸形10%。诊为不育症。辨证：肾阳亏虚，精气虚乏。治法：治宜温肾壮阳，补益精气。处方五子衍宗丸合右归丸加减，包括熟地黄15g、淮山15g、山茱萸15g、枸杞子10g、菟丝子10g、鹿角胶10g（烊化）、杜仲10g、肉桂10g、制附子10g、覆盆子10g、五味子10g、淫羊藿10g、乌药10g、益智仁10g、甘草6g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。

二诊：腰膝酸软，疲倦乏力，眼花耳鸣减轻，夜尿1~2次。舌淡苔薄白，脉弦细。守上方续用7剂，每日1剂，水煎分3次服。

三诊：腰膝酸软，疲倦乏力，眼花耳鸣续减，早泄、阳痿改善，夜尿1次。舌淡苔薄白，脉弦细。上方去乌药、益智仁，加黄精10g、肉苁蓉10g。14剂，每日1剂，水煎分3次服。

四诊：性欲增进，偶有早泄，腰膝酸软、疲倦乏力、眼花耳鸣等状况基本好转，已无夜尿。舌淡苔薄白，脉弦细。复查精液常规：精液量4ml，色乳白，质粘稠，活率45%，死精55%，畸形10%。守上方续用14剂，每日1剂，水煎分3次服。

五诊：除偶觉腰酸累、耳鸣外，上述诸症基本消失，精神气力大增。舌淡苔薄白，脉缓有力。守上去肉桂、制附子、五味子，加沙苑子10g、桑椹10g、巴戟天10g。14剂，每日1剂，水煎分3次服。

六诊：上述诸症完全消除，无不适。舌淡苔薄白，脉缓有力。复查精液常规：精液量4ml，色乳白，质粘稠，活率75%，死精10%，畸形15%。续守上方14剂停药。随访药毕后不久，其妻已妊娠，于2007年6月顺产1男婴。

【病案3】凌某某，男，30岁。2006年12月20日初诊。结婚已5年，最初2年夫妻两地分居，近3年夫妻同居，性生活正常，但迄今未育。自婚后经常早泄，平素亦常感腰酸腿软，易疲劳。工作压力增大时，经常心

情不畅而忧郁，失眠多梦。纳食正常，尿短黄，口干而不欲饮。舌边尖红，苔薄白，脉弦细略数。精液常规检查：精液量 3ml，色乳白，活率 35%，死精 15%，畸形 50%。诊为不育症。辨证：情志不畅，伤及肝气，肝肾阴虚，精气亏损。治法：治宜疏肝解郁，滋养肝肾，补益精气。处方：选逍遥散合五子衍宗丸加减，包括柴胡 10g、当归 10g、白芍 15g、茯苓 15g、熟地黄 15g、淮山 15g、山茱萸 15g、菟丝子 10g、枸杞子 10g、覆盆子 10g、五味子 10g、夜交藤 15g、芡实 15g、甘草 6g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：眠较安，腰腿酸软稍减。舌脉如上。上方加黄柏 10g。14 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：早泄减少，眠安，余症轻。舌淡红，苔薄白，脉弦细略数。复查精液常规：精液量 3ml，色乳白，活率 45%，死精 10%，畸形 40%。续守上方 14 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

四诊：上述诸症基本消除。舌淡红，苔薄白，脉弦细。上方去柴胡、白芍、当归、黄柏，加杜仲 10g、女贞子 10g、龟板胶 10g（烊化）、鹿角胶 10g（烊化）。14 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

五诊：无不适。舌淡红，苔薄白，脉弦细。复查精液常规：精液量 3ml，色乳白，活率 78%，死精 5%，畸形 17%。服药 45 剂后，其妻受孕，于 2007 年 11 月，足月分娩 1 女婴。

（二）男性性激素低下不育

1. 治疗经验

不育之因，有因阳痿，又有以性功能减退致婚后不育者。阳痿及性功能减退，多与肾、肝、阳明三经有关，属中医“不育”“阳痿”范畴。考其发病之因，乃先天不足，肾阳亏虚，而阳痿不举，若常伴面色苍白、神疲体倦、腰膝酸软乏力诸症，此元阳不足明矣。故蒙木荣教授常以淫羊藿、仙茅、肉桂、鹿角胶温肾壮阳，补益命火。若其形体较瘦，舌苔少，辨为真阴亦

不足，又以熟地黄、黄精、枸杞子，滋益肾阴；以山茱萸、菟丝子、鹿角胶、黄精、覆盆子，益肾生精；党参、淮山，益气补脾，补而不膩。张景岳说的“善补阳者，必于阴中求阳，阳得阴助则生化无穷；善补阴者，必于阳中求阴，阴得阳助，则泉源不竭”，实为至理名言。阳痿之症，不能只知其火之不足，应知其肾水亦亏；只壮阳而不滋阴，则真阴益亏，阴阳不能资生和协调，则阳痿之病亦难痊愈。此症应阴阳双补，益气养肝，使阴阳调和，肝肾得养，阳明气盛，宗筋不弛，则阳痿可除。肾水充足，生精力旺，则可生育矣。

以下介绍的验案中有主诉已婚不育、性功能减退的就诊者。患者还表现有乳房胀大疼痛、分泌少量乳汁、不长胡须等临床特征。此当属中医“乳癖”范畴。发病之因，不仅有先天不足，肾阳亏虚，致阳痿不举；又因肝肾同源，乳房为肝经所过，阴精不循正途，淫溢于上而为浊乳；阳虚精亏，肝经失养，血脉枯涩，瘀血凝聚而致乳房胀大疼痛。因此，蒙木荣教授拟右归丸补肾益精壮阳，并加血肉有情之狗鞭，补肾壮阳之力宏佳，又以柴胡疏肝散加莪术、鳖甲疏肝理气化瘀，炒麦芽涩乳。全方旨在标本兼顾，攻补兼施，攻不伤正，补不留瘀为原则，并取消补二法相反相成，互相为用之意，既补肾壮阳又能助温化以祛瘀，理气化瘀则血脉通畅，精血易生，有助于补肾壮阳，故能收到较好疗效。

2. 验案

【病案1】苏某某，男，28岁。2004年5月19日初诊。结婚已5年不育。婚前经常遗精，阳具痿软难举，曾在某医院检查示丙酸睾丸酮低下而注射丙酸睾丸酮10余支，疗效不显。婚后虽能勉强房事，但阳具软而不坚，精液清稀而量少，性欲淡漠，神疲体倦，腰膝酸软乏力，夜尿3~4次。形体瘦弱，面色苍白少华，胃纳一般。舌淡红苔少，脉弦细。化验检查：查血睾丸酮：10.2nmol/L；精液常规：精液量1.5ml，质清稀，活率32%。诊为男性性激素低下不育。辨证：肾阴肾阳亏虚，精气虚乏。治法：治宜

滋肾壮阳，益气健脾生精。处方：五子衍宗丸合右归丸加减，包括熟地黄 15g、淮山 15g、山茱萸 15g、枸杞子 15g、菟丝子 20g、鹿角胶 10g（烊化）、党参 20g、肉桂 10g、淫羊藿 10g、仙茅 10g、覆盆子 10g、黄精 30g、甘草 6g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：阳萎稍好转，性欲稍增，可以房事，但持续时间短，射精量少。咽喉微痛，余症稍减轻。舌淡红而润，苔少，脉弦细。上方去肉桂，加黄柏 10g、玄参 15g。14 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：阳痿已除，射精量稍增，性欲稍旺，精神好，咽喉已不痛，腰膝酸软乏力好转，面有润色。舌淡红而润，苔薄白，脉弦稍缓。上方去淫羊藿、黄柏、玄参，加女贞子 10g、桑椹 10g。14 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

四诊：能正常房事，性欲大增，阳具已坚挺，极少遗精，腰膝酸软乏力消除，夜尿 1 次。舌淡红而润，苔薄白，脉弦稍缓。复查血睾丸酮：14.8nmol/L；精液常规：精液量 3ml，质稠粘，活率 62%。上方去仙茅、鹿角胶，加龟板胶 10g（烊化）。14 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。共服药 49 剂，当服至近 40 剂时，询问其妻已受孕。

【病案 2】罗某某，男，32 岁。成年后未长过胡须。26 岁结婚，与妻能勉强房事，6 年未育。尔后性欲明显减退，阳痿难举。近 3 个月来，双侧乳房逐渐胀大疼痛，挤压时有少量乳白色液体溢出。疑为乳痛，自服红霉素、四环素等药未效而于 2003 年 7 月 6 日就诊。诊刻：面色少华，无胡须，喉结不明显，两乳房胀大如婚前成年女性，乳晕色素加深，摸到核桃大小的乳腺结节，触挤有痛感并有少量乳汁溢出。阴毛稀疏呈女性分布，阴茎较短小，两侧睾丸等大偏小，无结节，无压痛。舌淡红、苔薄白，脉沉细。血浆睾丸酮检查为 9.6nmol/L。既往无大恙。诊为男性性激素低下不育。辨证：先天不足，肾精亏虚，阳衰阴盛，肝经瘀阻。治法：治宜补肾益精壮阳，疏肝活血祛瘀。拟右归丸合柴胡疏肝散化裁。处方：熟地黄、白芍、炒麦芽各 15g，狗鞭 1 条（先焯）、柴胡 8g、山茱萸、枸杞子、菟丝子、鹿角胶（烊化）、川芎、香附、延胡索、鳖甲（醋炙）、莪术各 10g，甘草 6g。15 剂，

每日1剂，水煎分3次服。

二诊：乳房胀痛减轻，挤压未见乳汁分泌，乳房结节较前柔软。舌淡红、苔薄白，脉沉细。上方去炒麦芽、延胡索，加黄精、淫羊藿各10g。20剂，每日1剂，水煎分3次服。

三诊：乳房逐渐缩小平坦，接近正常男性，胀痛消失，乳晕色素变淡，未触到乳腺结节，已长出稀疏绒毛状胡须。性欲增进，唯阳具举起不坚。仍以右归丸化裁。处方：熟地黄15g、枸杞子10g、山茱萸15g、菟丝子15g、淫羊藿10g、鹿角胶10g（烊化）、杜仲10g、龟板胶10g（烊化）、沙苑子10g、黄精15g、女贞子10g、狗鞭1条（先焯）、蛤蚧3g（研冲）、甘草6g。20剂，每日1剂，水煎分3次服。阳痿、乳房胀大消失，病告痊愈。复查血浆睾酮为14.6nmol/L。次年12月，其妻怀孕，足月顺产1女婴。

三、尿路感染

尿路感染，是由各种细菌、病毒、支原体、衣原体在泌尿系统异常繁殖所致的尿路急性或慢性炎症，简称尿感。一般都会表现为尿频、尿急、尿痛等症状。尿路感染归属中医淋证范畴，其病变主要在膀胱和肾，且与肝脾相关。

（一）急性尿路感染

1. 治疗经验

急性尿路感染，属于中医淋证，一般可分热淋、血淋、气淋，亦可见热淋兼气淋之实证者。热淋之病机主要为湿热蕴结下焦，膀胱气化不利，常以八正散加减治疗。方中以篇蓄、瞿麦、木通、滑石、车前子、金钱草、灯心草、白茅根利湿通淋，佐以金银花、野菊花、马鞭草、淡竹叶清热解毒，以乌药一味行气以助膀胱气化。在使用大剂量清热解毒、利湿通淋药之后，虑有伤阴之虞，热淋消退即减量清热解毒、利湿通淋药，加用养阴

健脾之生地黄、女贞子、淮山，以顾护正气，巩固疗效，预防复发。血淋，其病机为湿热蕴结下焦，膀胱气化不利，热伤血络，故以八正散合小蓟饮子加减治疗。方中以萹蓄、瞿麦、木通、车前子、金钱草、滑石利湿通淋，三七、白茅根、小蓟、旱莲草凉血止血，栀子、生地黄、当归凉血养血，乌药行气以助膀胱气化，药证合拍，能短期取效。为防止复发，血淋消失后，减少利湿通淋药，加强养阴益肾药，以善其后。气淋多为实证，其病机为情志怫郁，肝失条达，气机郁结，膀胱气化不利，湿热蕴结下焦，可以沉香散合导赤散加减治疗。方中以柴胡、沉香、乌药疏肝解郁，助膀胱气化；生地黄、当归、白芍凉血养血柔肝；王不留行、滑石、石韦、木通、金钱草、白茅根、瞿麦、萹蓄、车前草利湿通淋。病愈后，仍需养肝柔肝，守方治疗以巩固疗效。证见热淋兼气淋实证者，其病机为湿热蕴结下焦，气机郁滞，膀胱气化失司。其发病多见尿涩痛、少腹胀痛之症候。少腹乃足厥阴肝经循行之处，脉弦为肝郁之征。肝经郁滞、膀胱气化不利。若热淋征象明显，热淋与气淋实证兼夹，当以八正散与沉香散加减治疗。热淋并腰痛，其病机是湿热蕴结下焦，移行于肾，湿热化毒，膀胱气化失司。所出现的症候为尿混浊，尿检发现脓球，说明下焦湿热化毒，热毒浸淫，酿生痈脓。这与外科痈疮的形成颇有相似之处。因此除按热淋利湿通淋治疗外，更须注重清热解毒之法，以清除滋生湿热之巢穴。五味消毒饮为《医宗金鉴》治痈疮之名方。方中金银花、紫花地丁、蒲公英、紫背天葵、野菊花均为清热解毒之要药，其中蒲公英为“治痈通淋之妙品”（《本草备要》），宜重用。以五味消毒饮与八正散加减治疗，清热解毒与利湿通淋治法并举，这无疑比传统治淋之法更切中病机，更为有效。

2. 验案

【病案1】庄某某，女，32岁。2015年4月29日初诊。自诉尿频急痛3天。刻诊：小便短数，灼热刺痛，尿涩不畅，尿色深黄，小腹拘急胀痛，口苦干。舌尖边红，苔黄腻，脉细滑数。查尿常规：白细胞（3+），隐血（+）。

诊为急性尿路感染。辨证：湿热蕴结下焦，膀胱气化失司。治法：治宜清热利湿通淋。处方：八正散加减，包括篇蓄 15g、瞿麦 15g、木通 10g、滑石 15g、车前子 10g、金钱草 30g、灯心草 3g、金银花 15g、野菊花 15g、白茅根 30g、淡竹叶 10g、乌药 10g、甘草 6g。3 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：尿频急痛明显减轻，尿色淡黄，小腹拘急胀痛平息，口微苦。舌尖边稍红，苔薄黄，脉细滑略数。上方加马鞭草 15g。3 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：尿频急痛全消，尿色淡黄，口苦干好转。舌淡红，苔薄白，脉细。复查尿常规：白细胞(-)，隐血(-)。病愈。上方去木通、滑石、栀子、乌药、马鞭草，加生地黄 15g、女贞子 10g、淮山 15g。3 剂，减少部分利湿通淋药，兼顾益肾养阴，以巩固疗效。

【病案 2】曾某某，男，38 岁。2013 年 5 月 9 日初诊。自诉尿频急痛 1 周。打篮球过后次日，小便热涩刺痛，尿色深黄，有时尿中夹有血块，小腹急胀疼痛，腰背酸累。舌淡红，苔黄，脉滑数。查尿常规：白细胞(2+)，隐血(3+)；查双肾彩超(一)。诊为急性尿路感染。辨证：湿热蕴结下焦，膀胱气化失司，热伤血络。治法：治宜清热利湿通淋、凉血止血。处方：八正散合小蓟饮子加减，包括篇蓄 15g、瞿麦 15g、木通 10g、车前子 10g、金钱草 30g、三七 3g、滑石 15g、栀子 10g、生地黄 15g、当归 10g、白茅根 30g、小蓟 30g、旱莲草 30g、乌药 10g、甘草 6g。5 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：尿热刺痛明显减轻，尿色淡黄，尿中未见血块，小腹急胀疼痛平息。舌淡红，苔微黄，脉滑略数。上方去木通、滑石，加野菊花 15g、蒲公英 15g。5 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：尿热刺痛全消，尿色淡黄，腰背酸累明显好转。舌淡红，苔薄白，脉弦细。复查尿常规：隐血(-)。病愈。上方去三七、小蓟、乌药、栀子，加女贞子 10g、菟丝子 10g、杜仲 10g。5 剂，兼顾养阴益肾，巩固疗效。

【病案 3】钱某某，女，42 岁。2010 年 6 月 22 日初诊。因生意事与别人争执，郁闷不舒，近日尿频涩痛，淋漓不畅，少腹胀痛，尿道灼热。舌

尖边红，苔薄微黄，脉沉弦。尿常规检查：白细胞（2+），隐血（+）。诊为急性尿路感染。辨证：情志怫郁，肝失条达，气机郁结，膀胱气化不利，湿热蕴结下焦。治法：治宜疏肝利气，清热通淋。处方：沉香散合导赤散加减，包括柴胡 10g、沉香 8g、石韦 15g、滑石 15g、当归 10g、白芍 15g、乌药 10g、王不留行 10g、生地黄 15g、木通 10g、淡竹叶 10g、金钱草 15g、白茅根 15g、甘草 6g。5 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：尿频涩痛明显减轻，少腹稍胀痛，尿道稍热。舌边尖稍红，苔微黄，脉沉弦。上方去石韦、当归、王不留行，加车前草 15g、瞿麦 15g、篇蓄 10g。5 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：尿频涩痛、少腹胀痛全消，尿色淡黄，尿路畅利无灼热。舌淡红，苔薄白，脉弦细。复查尿常规：隐血（-）。病愈。续上方 5 剂，巩固疗效。

【病案 4】唐某某，男，48 岁。2013 年 8 月 7 日初诊。自诉尿频刺痛 5 天。刻诊：尿频尿短，淋漓不畅，尿色黄赤，少腹拘急胀痛，会阴坠胀。舌边尖红，苔微黄腻，脉弦滑略数。查尿常规：白细胞（2+），隐血（+）。诊为急性尿路感染。辨证：湿热蕴结下焦，气机郁滞，膀胱气化失司。治法：治宜利气疏导、清热利湿通淋。处方：八正散合沉香散加减，包括篇蓄 15g、瞿麦 15g、木通 10g、滑石 15g、车前子 10g、金钱草 30g、柴胡 10g、沉香 8g、王不留行 15g、金银花 15g、野菊花 15g、白茅根 30g、灯心草 3g、乌药 10g、甘草 6g。5 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：尿频刺痛减轻，尿色淡黄，少腹拘急胀痛稍好转。舌边尖红，苔薄微黄，脉稍弦滑。上方去野菊花、灯心草，加马鞭草 15g、香附 10g。5 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：尿频刺痛、少腹拘急胀痛、会阴坠胀明显好转，尿色淡黄。舌淡红，苔薄白，脉弦略滑。复查尿常规：隐血（-）。上方 5 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

四诊：尿频刺痛，少腹拘急胀痛，会阴坠胀全消，舌淡红，苔薄白，脉弦细。病愈。以上方加减，再予 5 剂，巩固疗效。

【病案5】罗某某，女，43岁。2009年11月17日初诊。诉右腰胀痛，尿黄赤较混浊，伴发热，曾在市某医院住院，诊为肾盂肾炎，予抗生素静滴1周热退出院。出院后觉尿不适，仍见尿稍混浊而求中医诊治。刻诊：微恶寒，体温37.5℃，右腰胀痛、叩痛，尿稍频急，尿色黄而混浊，纳食不振。舌淡红，苔微黄腻，脉细滑略数。查尿常规：白细胞(2+)，脓球少许。诊为急性肾盂肾炎。辨证：湿热蕴结下焦，移行于肾，湿热化毒，膀胱气化失司。治法：治宜清热解毒、利湿通淋。处方：五味消毒饮合八正散加减，包括金银花20g、蒲公英40g、野菊花15g、紫花地丁10g、紫背天葵10g、柴胡10g、青蒿15g、滑石15g、篇蓄10g、瞿麦10g、车前草15g、金钱草15g、怀牛膝15g、千斤拔15g、甘草6g。5剂，每日1剂，水煎分3次服。

二诊：发热退，体温36.5℃，尿频急大减，尿色淡黄，腰痛减轻。舌淡红，苔微黄腻，脉细滑。上方去柴胡、青蒿，加黄柏10g、白茅根30g、神曲10g。5剂，每日1剂，水煎分3次服。

三诊：尿频急、腰痛轻微，尿色淡黄。舌淡红，苔白微腻，脉细。上方去白茅根，加杜仲10g。5剂，每日1剂，水煎分3次服。

四诊：尿频急消失，尿色清，腰痛愈，叩痛消除，纳增。舌淡红，苔薄白，脉细。复查尿常规：白细胞(+-)。上方去紫花地丁、紫背天葵、黄柏、滑石、车前草，加山茱萸15g、杜仲10g、续断15g、菟丝子10g。5剂，每日1剂，水煎分3次服。

五诊：上症全部消除。舌淡红，苔薄白，脉细。复查尿常规：白细胞(-)。病愈。上方去瞿麦、篇蓄、金钱草，加女贞子10g、淮山15g、沙苑子10g，以益肾壮督，巩固疗效，预防复发。

(二) 慢性尿路感染

1. 治疗经验

慢性尿路感染，属于中医淋证。一般来说，淋证初起或急性发作阶段，

以膀胱湿热为主。病情日久或反复发作，多伤及肾脾和肝，致脾肾亏虚，以脾虚、肾虚、气阴两虚多见，还可见到肝郁气滞之气淋者。此期当属慢性尿道感染，亦即中医淋证范畴，且有劳淋、气淋、虚淋之分。《诸病源候论·淋病诸候》说：“诸淋者，由肾虚而膀胱热故也。”《景岳全书·淋浊》指出：“淋之初起，则无不由乎热剧，无容辨矣……又有淋久不止，及痛涩皆去，而膏液不已，淋如白浊者，皆惟中气下陷及命门不固之证也。”《证治汇补·下窍门》谓：“劳淋，遇劳即发，痛引气街，又名虚淋。”还有《证治要诀·淋闭》：曰：“气淋，气郁所致。”结合下述验案，若系因久淋伤及脾肾，致脾肾气阴亏虚，湿热留恋，膀胱气化不利，过劳而发。当以脾肾气阴亏虚为本，下焦湿热为标，标本并治，故用蒙木荣教授自拟益肾清淋方加减治疗。方中熟地黄、山茱萸、淮山、牡丹皮等益肾滋阴，党参、白术、淮山等健脾益气，黄柏清热坚阴，蒲公英清热解毒，瞿麦、篇蓄、金钱草、土茯苓清利湿热。湿热清除后，以固本治疗善后。患者久患膀胱炎，肾气阴已虚，复因饮食不节，聚餐饮酒，酿生湿热，蕴结膀胱，气化不利所致。辨证为肾气阴亏虚，下焦湿热。当以肾气阴亏虚为本，下焦湿热为标，标本并治。故用蒙木荣教授自拟益肾清淋方加减治疗。方中熟地黄、山茱萸、淮山、菟丝子、枸杞子、牡丹皮等益肾滋阴，黄柏清热坚阴，蒲公英清热解毒，瞿麦、篇蓄、金钱草、土茯苓、泽泻清利湿热。湿热清除后，以固本治疗善后。又例，病人久患膀胱炎，肾气阴已虚，复因与家人争吵，情志怫郁，肝失条达，气机郁结，膀胱气化失司，酿生湿热所致。辨证为肾气阴亏虚、肝气郁滞、下焦湿热。以肾气阴亏虚为本，肝气郁滞、下焦湿热为标。故仍用自拟益肾清淋方加减治疗。方中熟地黄、山茱萸、淮山、菟丝子、枸杞子、牡丹皮等益肾滋阴，黄柏清热坚阴，柴胡、郁金、乌药疏肝理气解郁，瞿麦、篇蓄清利湿热。肝郁气滞及下焦湿热清除后，以固本治疗善后。又有患淋多年，耗伤肾阴，阴虚火旺，复因过劳，致下焦湿热蕴结。以肾阴亏虚为本，湿热蕴结下焦为标，且标证较重。故选用知柏地黄汤合导赤散加减治疗。方中知母、黄柏滋阴降火，生地黄、熟地黄、

山茱萸、龟板益肾滋阴，蒲公英、马鞭草清热解毒，淡竹叶、木通、金钱草、土茯苓、泽泻清热利湿，萆薢利湿、分清泌浊。下焦湿热清除后，以顾本治疗善后。病例久患肾盂肾炎，肾气亏虚，固摄失司，膀胱气化乏力所致。以肾阳亏虚为病之根本。选用济生肾气丸加减治疗。方中六味地黄滋阴，具有壮水之主以制阳光的作用，附子、肉桂温阳，具有益火之源以消阴翳的效能，杜仲、续断健肾壮腰，车前子、玉米须利湿消肿，黄芪益气助膀胱之气化，川牛膝化湿瘀之滞。该方之组成，寒热并用，水火兼补，不湿不燥，一开一阖，使水去而阴不伤，扶阳而火不生。病人久患膀胱炎，不仅尿频数，甚则尿失控而遗尿，既属淋证、亦属遗尿证。缘于肾阳亏虚，下元不固，湿热蕴结下焦，气化乏力，膀胱失约所致。选用右归饮合缩泉丸加减治疗，方中熟地黄、淮山、山茱萸、枸杞子培补肾阴，肉桂、熟附子、肉苁蓉、沙苑子温补肾阳，杜仲强腰益肾，乌药、益智仁收涩缩尿，黄柏、蒲公英清利下焦湿热，炮山甲化瘀通利尿涩滞。本病例的特点是肾元亏虚明显，又见尿频而短，尿色淡黄，故夹下焦湿热可知，当尿短黄清除、尿顺畅后，即减去黄柏、蒲公英苦寒伤正之品，而加用益气强肾之药，以固护元气为宗旨。方中熟地黄、淮山、山茱萸、枸杞子、龟板胶滋阴补肾，鹿角胶、菟丝子具有阳中求阴益肾气之意，乌药、益智仁收涩缩尿，加之山茱萸、菟丝子益肾收涩止遗之作用，治遗尿效更显，淡竹叶、车前草、瞿麦、萆薢针对下焦湿热之标证，湿热清除后即撤除之，以滋阴益肾固元治本为法。

2. 验案

【病案1】唐某某，女，52岁。2010年8月20日初诊。自诉尿频急反复发作5年，再次发作1周。时值夏暑季节，过度家务劳作，多汗湿衣，刻下尿频尿短尿赤，艰涩不畅，淋漓不止，腰膝酸软，神疲乏力。舌淡苔薄白，脉沉细。查尿常规：白细胞（2+），隐血（+）。诊为慢性尿路感染。辨证：久淋伤及脾肾，气阴亏虚，湿热留恋不去，蕴结膀胱，气化不利。治

法：治宜健脾益肾，清热利湿通淋。处方：自拟益肾清淋方加减，包括熟地黄 15g、山茱萸 15g、淮山 15g、牡丹皮 10g、土茯苓 30g、泽泻 10g、黄柏 10g、瞿麦 10g、萹蓄 10g、金钱草 30g、蒲公英 15g、党参 15g、白术 10g、甘草 6g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：尿频急减轻，尿较顺畅，腰膝酸软、神疲乏力略有改善。舌淡苔薄白，脉沉细。上方去黄柏、蒲公英，加菟丝子 10g、杜仲 10g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：尿频急大减，尿顺畅，腰酸神疲大为改善。舌淡苔薄白，脉沉细。复查尿常规：隐血（-）。上方去党参、白术，加巴戟天 15g、千斤拔 15g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

四诊：尿频、尿急全消，尿畅色清，腰膝酸软、神疲乏力大为改善。舌淡苔薄白，脉沉细。上方去金钱草、瞿麦、萹蓄，加沙苑子 10g、黄芪 15g。15 剂，以益气固肾，预防复发。

【病案 2】苏某某，女，46 岁。2011 年 9 月 17 日初诊。自诉尿频急反复发作 3 年，再次发作 5 天。既往有膀胱炎病史。某日与朋友聚餐喝酒后，次日即尿频急，尿短尿赤，滴沥不畅，小腹胀坠。舌淡红，苔微黄腻，脉弦细滑。查尿常规：白细胞（+）。诊为慢性膀胱炎。辨证：久患膀胱炎，肾气阴已虚，加之酒后酿生湿热，下注膀胱，气化失司。治法：治宜益肾清淋。处方：自拟益肾清淋方加减，包括熟地黄 15g、山茱萸 15g、淮山 15g、牡丹皮 10g、土茯苓 30g、泽泻 10g、黄柏 10g、瞿麦 10g、萹蓄 10g、金钱草 30g、蒲公英 15g、菟丝子 10g、枸杞子 10g、甘草 6g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：尿频急减轻，尿较顺畅，小腹胀坠稍改善。舌淡红，苔薄微黄，脉弦细略滑。复查尿常规：白细胞（-）。上方去蒲公英，加乌药 15g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：尿频急全失，尿顺畅，小腹胀坠消除。舌淡苔薄白，脉弦细。上方去黄柏、金钱草，加沙苑子 10g、女贞子 10g。15 剂，益肾养阴，以防复发。

【病案3】汤某某，女，48岁。2009年10月17日初诊。自诉尿频急反复发作8年余，再次发作1周。既往有慢性膀胱炎病史。1周前与家人争吵，心情不舒，尿稍频急，尿短色淡黄，淋漓不畅，少腹坠胀，面色皤白。舌质淡苔薄白，脉沉细。查尿常规：白细胞（+）。诊为慢性膀胱炎。辨证：久患膀胱炎，肾气阴已虚，复因心情不舒，情志怫郁，肝失条达，气机郁结，酿生湿热，膀胱气化失司。治法：治宜疏肝益肾清淋。处方：自拟益肾清淋方加减，包括熟地黄15g、山茱萸15g、淮山15g、牡丹皮10g、土茯苓30g、泽泻10g、黄柏10g、瞿麦10g、篇蓄10g、菟丝子10g、枸杞子10g、柴胡10g、乌药10g、郁金10g、甘草6g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。

二诊：尿频急减轻，尿较顺畅，尿转长色清，小腹胀坠稍改善。舌淡苔薄白，脉沉细。复查尿常规：白细胞（-）。上方去黄柏，加黄芪15g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。

三诊：尿频急全失，尿顺畅，小腹胀坠消除。舌淡苔薄白，脉弦细。上方去柴胡、郁金、乌药，加沙苑子10g、女贞子10g、杜仲10g。10剂，益肾养阴，以防复发。

【病案4】汤某某，女，42岁。2008年11月8日初诊。自诉尿频急涩痛反复发作4年，复发并加重3天。既往有尿路感染病史，每于劳累时易复发。刻下尿频急涩痛，尿色混浊，腰腿酸软，眩晕耳鸣，心烦，少寐，口干，舌红苔黄腻，脉弦细数。尿培养大肠杆菌阳性。诊为慢性尿路感染急性发作期。辨证：肾阴亏虚，虚火内盛，湿热内蕴。治法：治宜滋阴降火，清热利湿。处方：知柏地黄汤合导赤散加减，包括知母10g、黄柏10g、生地15g、熟地黄15g、山茱萸15g、土茯苓15g、泽泻10g、龟板15g、淡竹叶10g、木通10g、金钱草30g、马鞭草15g、蒲公英30g、萆薢15g、甘草6g。5剂，每日1剂，水煎分3次服。

二诊：尿频急涩痛减轻，尿较顺畅，尿转微黄而稍长，余证略轻。舌红，苔黄腻，脉弦细稍数。上方去木通、萆薢，加灯心草3g、玄参15g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。

三诊：尿频急、涩痛、心烦、少寐、口干大减，尿淡黄顺畅，腰腿酸软、眩晕耳鸣稍好转。舌淡红，苔薄微黄腻，脉弦细。上方去知母、土茯苓、淡竹叶，加杜仲 10g、千斤拔 15g、女贞子 10g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

四诊：尿频急、涩痛、心烦、少寐、口干全消，尿清顺畅，腰腿酸软、眩晕耳鸣明显好转。舌淡红，苔薄白，脉弦细。复查尿培养大肠杆菌阴性。病愈。为巩固疗效，预防复发，上方去马鞭草、蒲公英、金钱草，加沙苑子 10g、菟丝子 10g，续服 15 剂，以滋肾固本善后。

【病案 5】韦某某，男，58 岁。2003 年 10 月 16 日初诊。腰腿酸软乏力，尿频数反复发作 12 年，夜尿 4 ~ 5 次，尿清长，每于劳累后易复发，下肢踝关节处微肿，面色萎黄少华，纳可。舌淡边有齿痕，舌苔白腻，脉弦细。既往有肾盂肾炎史。查尿常规：白细胞 (+)，红细胞 (+)。诊为慢性肾盂肾炎。辨证：久患肾盂肾炎，肾气亏虚，摄纳失司，膀胱气化乏力，气血化生不足。治法：治宜温补肾阳，助膀胱气化，壮腰纳肾。处方：济生肾气丸加减，包括熟地黄 30g、山茱萸 15g、淮山 15g、牡丹皮 10g、泽泻 10g、茯苓 15g、熟附子 10g、肉桂 6g、淮牛膝 15g、车前子 15g、杜仲 10g、续断 15g、黄芪 30g、玉米须 15g、甘草 6g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：腰腿酸软乏力减轻，下肢微肿消失，仍尿频数，夜尿如前。舌淡边有齿痕，舌苔白略腻，脉弦细。上方去车前子、玉米须，加乌药 10g、益智仁 10g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：尿频数减轻，夜尿 2 ~ 3 次，尿清长，腰腿已觉有力。舌淡边有齿痕，舌苔薄白略腻，脉弦细。上方去泽泻、淮牛膝，加当归 10g、菟丝子 10g。14 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

四诊：腰腿酸软乏力好转，夜尿 1 ~ 2 次，下肢不肿，面色萎黄少华稍改善，纳食如常。舌淡红苔薄白，脉弦细。尿常规 (-)。病情基本痊愈。仍用济生肾气丸方加减，嘱服 2 个月，追踪观察 2 年，未再复发。

【病案 6】王某某，男，61 岁。2005 年 11 月 2 日初诊。自诉小腹急胀，

尿频，经常遗尿2年余。既往有慢性膀胱炎及前列腺增生病史。刻下尿频数，尿短色淡黄，夜尿7~8次，尿不净，经常尿失控而遗尿。腰膝酸软，神疲乏力，纳可。舌淡暗，苔薄白，脉弦细。查尿常规：白细胞(+)，红细胞(+/-)；查前列腺彩超：前列腺增生。诊为慢性膀胱炎，老年性前列腺增生。辨证：久患膀胱炎，肾阳亏虚，下元不固，湿热蕴结下焦，气化乏力，膀胱失约。治法：治宜温补肾阳，壮腰纳肾，收涩缩尿，佐以清化湿热、活血化瘀。处方：右归饮合缩泉丸加减，包括熟地黄15g、山茱萸15g、枸杞子10g、淮山15g、杜仲10g、熟附子10g、肉桂8g、乌药10g、益智仁10g、肉苁蓉10g、沙苑子10g、黄柏10g、蒲公英15g、炮山甲3g、甘草6g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。

二诊：腰腿酸软、神疲乏力稍减，小腹急胀大轻，尿稍畅，夜尿3~5次，遗尿减少。舌淡暗，苔薄白，脉弦细。上方去肉苁蓉、黄柏、蒲公英，加杜仲10g、芡实15g、红参8g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。

三诊：腰腿有力、神气大增，小腹急胀基本消除，尿顺畅，夜尿2~3次，尿清长，偶见遗尿。舌淡暗，苔薄白，脉弦细。上方去肉桂、加桑螵蛸8g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。

四诊：腰腿酸软乏力好转，尿顺畅，夜尿2~3次，尿清长，遗尿消失。复查尿常规：白细胞(-)；查前列腺彩超：前列腺稍增大。病愈。嘱续服上方15剂，巩固疗效。

【病案7】方某某，女，48岁。2012年9月26日初诊。自诉小腹急胀，尿频数，经常遗尿1年余。既往有慢性膀胱炎病史。诉与朋友聚餐后，小腹急胀，尿频数，尿短色黄，夜尿5~6次，尿不净，经常尿失控而遗尿。腰膝酸软，口干微苦，纳可。舌淡，苔薄微黄腻，脉细滑。查尿常规：白细胞(+)，红细胞(+/-)。诊为慢性膀胱炎。辨证：久患膀胱炎，肾气阴亏虚，湿热蕴结下焦，下元不固，膀胱失约。治法：治宜益肾滋阴，壮腰固元，收涩缩尿，佐以清热利湿。处方：左归丸合缩泉丸、导赤散加减，包括熟地黄30g、淮山15g、山茱萸15g、枸杞子15g、鹿角胶10g、龟板胶10g、

菟丝子 10g、乌药 10g、益智仁 10g、淡竹叶 10g、车前草 15g、瞿麦 10g、篇蓄 10g、甘草 6g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：小腹急胀、尿频数、尿不尽减轻，夜尿 3 ~ 4 次，尿稍长色淡黄，夜间仍有时遗尿。舌淡，苔薄微黄腻，脉细滑。上方去车前草，加桑螵蛸 8g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：小腹急胀基本消除，尿顺畅，夜尿 2 ~ 3 次，尿清长，偶见遗尿，仍觉腰膝酸软乏力。舌淡，苔薄白，脉细略滑。上方去瞿麦、篇蓄，加芡实 15g、杜仲 10g、千斤拔 15g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

四诊：腰腿酸软乏力好转，尿顺畅，夜尿 1 ~ 2 次，尿清长，遗尿基本消失。复查尿常规：白细胞（-）。病愈。上方去淡竹叶，加沙苑子 10g。续服 15 剂，巩固疗效。

四、肾、输尿管结石

（一）治疗经验

肾结石（nephrolithiasis）是指晶体物质（如钙，草酸盐，尿酸盐等）从尿液中析出并沉积于肾脏，部分可与有机物质相结合。肾结石属于上尿路结石，工业革命后，肾结石的发病率逐年高。我国近 20 年来肾结石的发病率也不断上升，可能与饮食结构和生活方式改变有关。饮食中大量的动物蛋白、奶制品、高脂肪、高糖成分均能显著增加尿钙、尿酸和尿草酸的排泄，从而促进各种成分结石的形成。另外，肾结石的发病率还与环境因素和遗传因素等有关。多数肾结石不需要手术治疗，可以依靠内科预防和内外科手段控制病情，对于手术后的肾结石患者，也必须强调通过合理的内外科手段预防肾结石的复发。

泌尿系结石属中医的“石淋”“砂淋”“血淋”“腹痛”等范畴。本病病位在肾与膀胱。其发病乃因多食辛辣肥甘酒肉，酿生湿热，下注于肾，湿热煎熬，与杂质相混，久炼成砂石。砂石阻塞尿道，气机阻滞，不通则痛。

证见腰腹疼痛，尿道窘迫，少腹拘急，重则腰腹绞痛难忍，尿中带血。若病久结石不去，或因手术取石，或多次体外震波碎石，损伤肾脏，致使肾阴阳亏虚，病情复杂化。

本组讨论肾、输尿管结石病案5例。病案1诊为右输尿管上段结石并右肾积水，其病位在输尿管，结石完全阻塞右侧尿道，气机不畅，故引起腰绞痛并右肾积水。病属实证、湿热蕴结成石之证。治宜清热利湿、通淋排石。处方选用石韦散合八正散加减治疗。方中石韦、冬葵子、瞿麦、萹蓄、金钱草、海金沙、穿破石通淋排石，鸡内金化石，滑石、车前子、白茅根利尿以助排石，琥珀末利尿通淋、散瘀止痛，乌药行气止痛，甘草调和诸药。病案2诊为右肾结石并尿道感染，其病位在右肾，其病属实证，病性亦为湿热蕴结成石、膀胱气化不利之证，治宜清热解毒、利湿、通淋排石。故同选石韦散合八正散加减治疗。与病案1不同之处在于，病案1结石在右输尿管完全阻塞排尿管道，致使右肾积水、疼痛较剧，而病案所在结石病位疼痛较轻，但合并尿道感染，故与病案1加减用药略有不同。即病案2湿热蕴结较重，膀胱气化不利较显，故方中加用金银花、车前草、蒲公英，清热解毒、以化湿热。其它通淋排石、行气止痛药与病案1基本相同。病案3诊为右输尿管下段结石并右肾积水，根据其病况及舌脉之象，辨证其要，为瘀石互结。治宜清热利湿、利气破瘀、通淋排石。处方选用沉香散合石韦散加减。方中沉香、延胡索、乌药，行气止痛；王不留行、莪术、三七，破瘀活血；石韦、冬葵子、瞿麦、萹蓄、金钱草、海金沙，清热利湿、通淋排石。病案4诊为左肾多发性结石，因于多次震波碎石，结石虽已震碎，但亦损伤肾脏，肾阴亏虚，肾气失固，虚火内生。治宜滋肾养阴，通淋排石。处方选用知柏地黄汤合石韦散加减。方中六味地黄汤加龟板，滋肾养阴；知母、黄柏，清降虚火；石韦、瞿麦、冬葵子、金钱草、海金沙，通淋排石；杜仲壮腰强肾，甘草调和诸药。病案5诊为双肾结石、左输尿管狭窄并左肾轻度积水。亦因多次震波碎石，结石虽已震碎，但亦损伤肾脏，致使左输尿管狭窄并左肾轻度积水。辨证为结石内阻、肾阳亏虚、肾气失固。治

宜温补肾阳，通淋排石。处方选用金匱肾气丸合石苇散加减。方中制附子、肉桂，温肾助阳；六味地黄丸去淮山，加巴戟天、杜仲，强肾壮腰；石韦、瞿麦、冬葵子，通淋排石；乌药、益智仁，益肾缩尿；甘草调和诸药。由于病案4及病案5，在结石的同时，出现肾阴虚及肾阳虚的虚损症候，实为正虚邪实证，病情较为复杂。故用药在扶正的基础上，通淋排石攻下药不宜过猛，以防伤及正气，后期多以扶助正气、佐以通淋排石为主。

（二）验案

【病案1】庞某某，男，38岁。2012年7月19日初诊。自诉右腰剧烈绞痛伴恶心呕吐2小时到本院门诊急诊，经彩超检查，诊为右输尿管上段结石并右肾积水，予止痛治疗后，疼痛逐渐缓解而转入外科病房，医师建议手术治疗而病者不从，故转我处中药治疗。刻诊：右腰时痛，连及同侧腹部疼痛，尚可忍受，小便艰涩，尿色深黄，右腰叩击痛。舌红苔薄黄，脉弦数。查尿常规：白细胞（+-）、隐血（2+）。诊为右输尿管上段结石并右肾积水。辨证：湿热蕴结，聚积下焦，久炼成石，阻塞尿道，不通则痛。治法：治宜清热利湿、通淋排石。处方：石韦散合八正散加减：石韦15g、冬葵子10g、瞿麦10g、萹蓄10g、金钱草30g、海金沙15g、穿破石15g、鸡内金10g、滑石15g、车前子10g、白茅根30g、琥珀末3g（冲服）、乌药10g、甘草6g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。

二诊：腰腹疼痛减轻，尿淡黄且通畅，右腰叩击痛轻微。舌淡红，苔薄微黄，脉弦略数。上方去滑石，加通草6g、三七粉3g。14剂，每日1剂，水煎分3次服。

三诊：腰腹疼痛完全消失，尿色清淡而通畅，右腰已无叩击痛。复查肾、输尿管、膀胱彩超，结石已消失。查尿常规：隐血（-）。病愈。嘱服六味地黄丸1周后停药。

【病案2】凌某某，女，42岁。2013年8月7日初诊。自诉腰痛反复发作伴尿频急半个月。刻诊：腰痛阵作，时或胀痛，时或刺痛，尿短色黄，

尿频艰涩。右腰叩击痛。舌淡红，苔薄黄稍干，脉细滑。肾、输尿管彩超检查示右肾结石（4mm×3mm）。查尿常规：白细胞（2+），红细胞（+）。诊为右肾结石并尿路感染。辨证：湿热蕴结，久炼成石，阻塞于肾，不通则痛，膀胱气化不利。治法：治宜清热解毒、利湿、通淋排石。处方：石韦散合八正散加减，包括石韦 15g、冬葵子 10g、瞿麦 10g、萹蓄 10g、金钱草 30g、海金沙 15g、穿破石 15g、鸡内金 10g、金银花 15g、车前草 15g、蒲公英 15g、琥珀末 3g（冲服）、乌药 10g、甘草 6g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：腰痛减轻，以胀痛为主，未见刺痛，尿淡黄通畅，右腰叩击痛轻微。舌淡红，苔薄微黄，脉细稍滑。守上方续用 7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：腰痛消除，晨起尿淡黄，午后尿清，尿通畅，右腰叩击痛消除。舌淡红，苔薄白，脉细稍滑。复查尿常规：红细胞（-）。上方去金银花、蒲公英，车前草改车前子 10g，加淮牛膝 15g、通草 6g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

四诊：腰痛尿涩全消。舌淡红，苔薄白，脉细稍滑。复查肾、输尿管彩超，未见结石。病愈。嘱服六味地黄丸 1 周，以善其后。

【病案 3】张某某，男，47 岁。2013 年 11 月 13 日初诊。腰腹绞痛剧烈难忍，伴呕吐、出冷汗，曾到市某医院急诊，诊为肾绞痛，右输尿管下段结石并右肾积水。予镇痛药止痛后，建议住院手术治疗，病人不从而转中医治疗。既往有长期饮酒史。刻诊：右腰时痛，小腹胀满疼痛，时发时止，日轻夜重，小便艰涩，偶见尿中夹有血块排出。舌质暗红，舌边有瘀斑，苔薄微黄，脉弦涩。查尿常规：隐血（2+）。诊为右输尿管下段结石并右肾积水。辨证：长期饮酒，过食肥甘，酿生湿热，聚积下焦，久炼成石，瘀石互结，阻塞尿道，不通则痛。治法：治宜清热利湿、利气破瘀、通淋排石。处方：沉香散合石韦散加减，包括沉香 10g、石韦 15g、滑石 15g、冬葵子 10g、王不留行 15g、瞿麦 10g、萹蓄 10g、金钱草 30g、海金沙 15g、三七粉 3g（冲服）、莪术 10g、延胡索 10g、琥珀末 3g（冲服）、乌药 10g、甘草

6g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。

二诊：腰腹疼痛明显减轻，尿黄稍顺畅，尿中未见有血块。舌质暗红，舌边有瘀斑，苔薄微黄，脉弦稍涩。上方去王不留行、延胡索，加鸡内金10g、石韦15g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。

三诊：药后第10天，突发尿道急胀疼痛，排出结石1粒如小花生仁大小，腰腹疼痛顿失。舌质暗红，舌边有瘀斑，苔薄微黄，脉弦细。肾输尿管复查彩超，未见结石及肾积水。查尿常规：隐血(+)。改用六味地黄丸合二至丸加味，包括熟地黄15g、山茱萸15g、淮山15g、牡丹皮10g、泽泻10g、茯苓15g、旱莲草30g、女贞子10g、三七粉3g(冲服)、侧柏叶15g、紫珠草15g、白茅根30g、杜仲10g、甘草6g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。

四诊：尿顺畅，尿清，无腰腹痛。舌质稍暗红，舌边有少许瘀斑，苔薄白，脉弦细。复查尿常规：隐血(-)。上方去侧柏叶、紫珠草、白茅根，加莪术10g、桃仁10g。10剂，以助补肾化瘀之功。

【病案4】谢某某，男，62岁。2011年10月17日初诊。自诉腰痛反复发作3年余。有肾结石病史。曾于2年前做过4次左肾体外震波碎石治疗。刻下诊见：腰痛时轻时重，时发时止，时或隐痛，时或酸胀不适，头晕耳鸣，腿膝酸软乏力，口干不喜饮，心烦多梦，尿短黄而频数，夜尿4~5次。舌红苔少，脉弦细数。查肾、输尿管、膀胱彩超示：左肾多发性结石。查尿常规：隐血(++)。诊为左肾多发性结石。辨证：多次震波碎石，结石破碎，但亦损伤肾脏，肾阴亏虚，肾气失固，虚火内生。治法：治宜滋肾养阴，通淋排石。处方：知柏地黄汤合石韦散加减，包括知母10g、黄柏10g、熟地黄15g、山茱萸15g、牡丹皮10g、泽泻10g、茯苓15g、龟板15g、石韦15g、瞿麦10g、冬葵子10g、金钱草30g、海金沙15g、杜仲10g、甘草6g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。

二诊：腰痛稍减轻，尿淡黄而稍长，有少量泥沙样结石排出，夜尿3~4次，口少干，余症如前。舌红苔少，脉弦细数。上方去牡丹皮、泽泻、茯苓，加玄参15g、女贞子10g、琥珀末3g(冲服)。7剂，每日1剂，水煎分3次服。

三诊：腰痛续减，口干消除，心烦多梦已除，余症如前。舌淡红，苔薄微黄，脉弦细略数。上方去知母、黄柏，加淮牛膝 15g、千斤拔 15g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

四诊：腰痛消除，腿膝酸软乏力改善，尿淡黄，见少量泥沙样结石排出，夜尿仍 3 ~ 4 次，头晕耳鸣减轻。舌淡红，苔薄微黄，脉弦细略数。复查肾、输尿管、膀胱彩超示：少量泥沙样结石。守上方去金钱草、海金沙，加乌药 10g、益智仁 10g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

五诊：尿淡黄，夜尿 2 ~ 3 次，仍见 2 ~ 3 粒泥沙样结石排出，余症明显好转。舌淡红，苔薄白，脉弦细。守上方续用 14 剂，以巩固疗效。

【病案 5】林某某，女，65 岁。2010 年 11 月 16 日初诊。腰痛反复发作 5 年。有肾结石左输尿管结石病史。曾于 3 年前做 3 次左肾左输尿管结石体外震波碎石治疗。刻诊：腰痛时轻时重，时发时止，时或隐痛，时或酸胀不适，头晕耳鸣，形寒肢冷，腿膝酸软乏力，尿清长，夜尿 3 ~ 4 次。舌淡胖，边有齿痕，苔白润，脉沉细。查肾、输尿管、膀胱彩超示：双肾结石（左肾 3×4mm，右肾 4×5mm），左输尿管狭窄（似为粘连？）合并左肾轻度积水。诊为双肾结石、左输尿管狭窄并左肾轻度积水。辨证：多次震波碎石，结石破碎，亦损伤肾脏，肾阳亏虚，肾气失固。治法：治宜温补肾阳，通淋排石。处方：金匮肾气丸合石韦散加减，包括制附子 10g、肉桂 10g、熟地黄 15g、山茱萸 15g、牡丹皮 10g、泽泻 10g、茯苓 15g、巴戟天 10g、杜仲 10g、石韦 15g、瞿麦 10g、冬葵子 10g、乌药 10g、益智仁 10g、甘草 6g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：肢体寒冷、腰痛稍减轻，夜尿减至 2 ~ 3 次，余症如前。舌淡胖，边有齿痕，苔白润，脉沉细。守上方 7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：肢体较暖，腰痛续减，余症稍减轻。舌淡胖，边有齿痕，苔薄白，脉沉细。上方去泽泻、牡丹皮，加鹿角胶 10g（烊化）、金钱草 30g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

四诊：腰痛消除，腿膝酸软乏力改善，形寒肢冷基本消失，头晕耳鸣

减轻。舌淡稍胖，苔薄白，脉沉细。复查肾、输尿管、膀胱彩超示：右肾结石消失，左肾结石如前，左肾积水消失。上方去肉桂、茯苓，加肉苁蓉 10g、石韦 15g。14 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

五诊：上症全消，夜尿 2 次。舌淡稍胖，苔薄白，脉沉细。病情好转，守上方续用 14 剂停药。

五、风湿性疾病

风湿性疾病（rheumatic diseases）是指一大类由多种病因所致的累及关节及其周围组织的疾病。在临床实践中，以风湿性疾病就诊的患者约占总门诊量的 10%，而且随着社会老龄化的进程，骨关节炎的患病率已达到了人群的 10%，与高血压病相当。当前，慢性关节病已成为医学和社会所面对的亟待解决的问题，而弥漫性结缔组织病则容易出现多系统复杂病变，严重影响患者预后，是自身免疫性疾病研究的热点。

类风湿性关节炎（rheumatoid arthritis，RA）是一种以慢性、侵蚀性多关节炎为主要表现的自身免疫病。表现为手、腕、膝、踝和足等小关节受累为主的对称性、持续性、进展性多关节炎，逐渐出现关节软骨和骨破坏，导致关节畸形和功能丧失，还可出现发热、贫血、皮下结节及肺部损害等全身表现。病理表现为滑膜炎、血管翳形成和血管炎。血清中可出现类风湿因子（rheumatoid factor，RF）及抗环瓜氨酸肽（抗 CCP）抗体等多种自身抗体。是造成人类丧失劳动力和致残的重要原因之一。

（一）风湿性关节炎、类风湿性关节炎、痛风性关节炎

1. 治疗经验

风湿、类风湿性关节炎、痛风性关节炎归属于中医学“尪痹”“痹证”范围。其发病多因人体正气不足，风、寒、湿、热之邪侵袭，注于经络，留于关节，气血痹阻，津凝为痰，痰瘀互结，深入骨骱，阻滞经脉，筋骨

失于濡养，而致关节肿痛僵直变形，屈伸不利。现代多数学者认为类风湿性关节炎与免疫功能失调有关。风湿性关节炎，中医称之为痹病痹者，闭也，经脉闭阻不通使然，正如《类证治裁》指出的“诸痹……良由营卫先虚，腠理不密，风寒湿乘虚内袭，正气为邪所阻，不能宣行，因而留滞，气血凝滞，久而成痹”。治疗原则是祛邪通络、活血止痛，首选辨别风寒湿热之证。风邪偏胜者，则关节疼痛游走不定，痛无定处；寒邪偏胜者，则疼痛比较剧烈，痛处固定；湿邪偏胜者，则疼痛不甚，肢体重着，活动不灵；热邪偏胜者，则关节红肿灼热，疼痛较剧，痛处固定。外由于风寒湿热等外邪侵袭人体，痹阻经络，气血运行不畅；内因则是气血亏虚，脏腑亏损，致使外邪乘虚侵袭人体、肌肉、筋骨、关节而发病。下面介绍的病案1辨证为风湿热痹，予以自拟清热解毒祛湿通络方加减治疗；病案3为痛风性关节炎，病案4为慢性痛风性关节炎，均属湿热痹范围，只不过其湿邪不是外邪之湿引发，而是由饮食肥甘厚味，酿湿生热，肾泄失畅所致。因此，蒙木荣教授亦用自拟清热解毒祛湿通络方加减治疗。病案2及病案6则属寒痹范畴，均用乌头汤加味治疗。应该注意的是类风湿性关节炎，中晚期出现关节僵硬变形，病邪累及筋骨，病涉肝肾，病情顽固。《金匱要略》称其为“历节”，又有医书称其“尪痹”。属于湿热者，用桂枝芍药知母汤加味治疗，重用知母，以行清热泻火、滋阴润燥之功。筋脉挛缩、关节变形，病程时间较长，属于寒湿者，宜加用蜂房、乌梢蛇、蜈蚣等虫类药，以加强搜剔通络之效。若是各痹痛较剧，使用制川乌、制草乌止痛者，服药时宜加蜂蜜少许，以防药毒反应，增强止痛作用。《神农本草经》谓蜂蜜可以“主心腹邪气，诸惊痫瘕，安五脏诸不足，益气补中，止痛解毒，除众病，和百药，久服强志轻身”。《本草纲目》进一步总结蜂蜜“入药之功有五：清热也，补中也，解毒也，润燥也，止痛也”。因此，诸痹疼痛较甚者，尤其是类风湿性关节炎后期，关节肿大变形，顽痼性疼痛，活动僵硬，伴气血亏虚，须长期使用制川乌、制草乌者，更宜加蜜服用。尤其是制川乌、制草乌用量在10g或10g以上者，还须久煎，以降低药物毒副作用，保证

用药安全。

以下病案 1 为风湿性关节炎，病案 2 为慢性风湿性关节炎，病案 3 为痛风性关节炎，病案 4 为痛风性关节炎合并痛风石，病案 5 为类风湿性关节炎急性期，病案 6 为类风湿关节炎。病案 1、3、5 为急性发病，病程时间短；病案 2、4、6 为慢性发病，病程时间长。究其病因，病案 1、2、5、6 四案，其外因是由于风寒湿热等外邪侵袭人体，痹阻经络，气血运行不畅，内因则是气血亏虚，脏腑亏损，致使外邪乘虚侵袭人体、肌肉、筋骨、关节而发病。而案例 3、4 其病因主要为湿邪引发，多由饮食肥甘厚腻之品，导致内湿壅盛，郁而化热，热毒痹阻经络关节而发。具体治法介绍如下：

2. 验案

【病案 1】：汪某某，女，38 岁。1998 年 4 月 8 日初诊。诉四肢关节疼痛 1 月余。刻诊：四肢关节疼痛，肩、肘、膝关节明显，关节无畸形，左膝关节稍红肿，触之稍热，口渴。舌稍红，苔微黄略腻，脉弦细滑。查血沉为 46mm/h，抗“O”为 1260IU/ml，类风湿因子为阴性。诊为风湿性关节炎。辨证：外感风湿，郁而化热，痹阻经络。治法：治宜清热解毒、祛风除湿、通经活络。处方：自拟清热解毒祛湿通络方加减，包括黄柏 10g、薏苡仁 15g、牛膝 15g、苍术 10g、防风 10g、寻骨风 10g、伸筋草 15g、秦艽 10g、威灵仙 10g、忍冬藤 15g、知母 15g、制川乌 15g（先煎半小时）、羌活 10g、独活 10g、甘草 6g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。服用时加蜂蜜约 50mL。

二诊：四肢关节疼痛减轻，左膝关节红肿略退，局部热感消失，稍觉口干渴。舌淡红，苔微黄腻，脉弦细滑。上方加白芍 15g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。服用时加蜂蜜约 50mL。

三诊：四肢关节疼痛轻微，活动自如，左膝关节红肿全消，口干渴减轻。苔薄微黄腻，脉弦细。上方去黄柏、制川乌、忍冬藤，加豨签草 30g、络石藤 15g、玄参 15g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

四诊：四肢关节疼痛全消，活动自如，口干渴消失。苔薄白，脉弦细。续上方 10 剂，巩固疗效。复查血沉、抗“O”均正常。

【病案 2】李某某，男，43 岁。2009 年 2 月下旬初诊。四肢关节疼痛反复发作 5 年，近周复发。既往有急性关节炎病史。刻诊：四肢关节疼痛，肘膝关节明显，遇寒冷易发或加重，局部不红，触之稍冷，热敷则安，肢体活动稍僵，关节无肿大变形，腕痞纳呆，二便调。舌淡苔白略腻，脉弦细。查血沉为 38mm/h、抗“O”为 380IU/ml，类风湿因子为阴性。诊为慢性风湿性关节炎。辨证：外感风寒湿，痹阻经络，气血不畅，胃气不和。治法：治宜温经通络、祛风散寒除湿、佐以健脾和胃。处方：乌头汤加味，包括制川乌 15g（先煎半小时）、白芍 15g、麻黄 10g、黄芪 15g、细辛 3g、秦艽 10g、威灵仙 10g、络石藤 15g、鸡血藤 15g、乌药 10g、厚朴 10g、法夏 10g、神曲 10g、甘草 6g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。服用时加蜂蜜约 50mL。

二诊：关节疼痛大轻，局部触之不冷，活动尚灵活，腕痞减轻，纳稍增。舌淡苔白，脉弦细。上方制川乌减至 10g、麻黄减至 6g，加炒麦芽 15g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。服用时加蜂蜜约 50mL。

三诊：关节疼痛全消，局部温暖，活动自如，腕痞轻纳增。舌淡苔薄白，脉弦细。复查血沉为 20mm/h。继用上方 7 剂，巩固疗效。

【病案 3】钟某某，男，32 岁。2012 年 3 月 22 日初诊。诉右脚踝关节红肿疼痛 3 天，局部灼热，不能任地，行走痛甚。刻诊：右脚踝关节红肿疼痛，触之灼热痛甚，行走困难，关节无畸形，无外伤史。舌边尖红，苔微黄厚腻，脉弦滑略数。查血尿酸为 684 μ mol/L。诊为痛风性关节炎。辨证：饮食不节，聚湿化热，肾泄不畅，湿热流串足踝，瘀阻经脉。治法：治宜清热解毒、祛湿通络、化瘀止痛。处方：自拟清热解毒祛湿通络方加减，包括黄柏 10g、薏苡仁 15g、牛膝 15g、苍术 10g、防风 10g、寻骨风 10g、伸筋草 15g、秦艽 10g、威灵仙 10g、忍冬藤 15g、鸡血藤 15g、羌活 10g、独活 10g、金钱草 30g、甘草 6g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：右踝关节红肿疼痛明显减轻，行走时稍痛，触摸局部微热，包括舌淡红，苔薄白略腻。上方去忍冬藤、鸡血藤，加木瓜 15g 萆薢 15g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：右踝关节红肿疼痛消失，行走自如，局部无灼热压痛。舌淡红，苔薄白。复查血尿酸为 $468\mu\text{mol/L}$ 。改六味地黄汤加味，包括熟地黄 15g、山茱萸 15g、淮山 15g、牡丹皮 10g、泽泻 10g、茯苓 15g、苍术 10g、薏苡仁 15g、伸筋草 15g、秦艽 10g、威灵仙 10g、鸡血藤 15g、木瓜 15g、甘草 6g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。以益肾祛湿，活血通络，巩固疗效。

【病案 4】龙某某，男，62 岁。四肢关节肿大疼痛反复发作 6 年余。手指关节僵硬，屈伸不利，双踝关节外侧肿块坚硬如石。近周右手指红肿疼痛再发，于 2014 年 11 月 13 日就诊。既往有痛风病史。刻诊：右手指暗红稍肿，拇指较显，触之灼热，屈伸疼痛加重。舌暗红，苔薄微黄腻，脉弦细略数。查血尿酸为 $656\mu\text{mol/L}$ 。诊为：①痛风性关节炎；②双踝关节痛风石。辨证：饮食不节，聚湿化热，肾泄不畅，湿热流串手足踝关节，瘀结成石，阻滞经脉。治法：治宜清热解毒、祛湿通络、化瘀止痛。处方：自拟清热解毒祛湿通络方加减，包括黄柏 10g、薏苡仁 15g、牛膝 15g、苍术 10g、防风 10g、寻骨风 10g、伸筋草 15g、秦艽 10g、威灵仙 10g、忍冬藤 15g、羌活 10g、独活 10g、金钱草 30g、乳香 10g、没药 10g、甘草 6g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：右手拇指红肿疼痛明显减轻，灼热感基本消失，其余关节僵硬稍减。舌暗红，苔薄白，脉弦细。上方去忍冬藤、金钱草，加络石藤 15g、海风藤 15g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：右手拇指肿痛、灼热感全清，余关节僵硬减轻。舌暗淡，苔薄白，脉弦细。痛风急性发作期缓解。复查血尿酸为 $426\mu\text{mol/L}$ 。上方去黄柏、乳香、没药，加海浮石 15g、鸡内金 15g、宽筋藤 15g。10 剂，冀以软坚散结、舒筋活络，缓以图功。

【病案5】梁某某，女，38岁。周身关节疼痛反复发作3年余，曾在外院诊为类风湿性关节炎急性期。于2013年12月初在我处就诊。刻诊：周身关节疼痛，双手腕关节、指关节痛甚，阴雨天气加重，晨起手指僵硬，右手腕关节稍红肿微热，活动受限。舌质略红，苔薄微黄，脉弦细略数。查血沉为46mm/h，抗“O”为500IU/ml，类风湿因子为阳性。诊为类风湿性关节炎。辨证：外感风湿，郁而化热，痹阻经络。治法：治宜祛风除湿，清热凉血，通经活络。处方：桂枝芍药知母汤加减，包括桂枝10g、白芍15g、知母30g、地龙15g、秦艽15g、威灵仙15g、海风藤15g、络石藤15g、忍冬藤15g、制川乌10g（先煎20分钟）、制草乌10g（先煎20分钟）、羌活10g、独活10g、甘草6g。15剂，每日1剂，水煎分次服。服用时加蜂蜜约50mL。

二诊：关节疼痛大减，晨僵轻微，局部已无热感，右手腕关节微肿，活动尚可。舌淡红，苔薄白，脉弦细。知母用量减至15g，加鸡血藤15g、木瓜15g。15剂，每日1剂，水煎分3次服。服用时加蜂蜜约50mL。

三诊：关节痛止，晨僵消失，局部热肿全消，活动自如。舌淡红，苔薄白，脉弦细。复查血沉为18mm/h，抗“O”为400IU/ml，类风湿因子为阴性。病情好转，续守上方10剂，巩固疗效。

【病案6】袁某某，男，56岁。四肢关节及腰脊疼痛8年，近2年双膝双腕关节逐渐肿大变形。于2010年2月末在我处就诊。刻诊：四肢及腰脊关节疼痛，双腕双膝尤甚，局部肿大变形，活动受限，晨起手指僵硬，肢节寒冷，每遇阴寒天气易发或加重。纳食二便可，眠欠佳。舌淡苔白，边有齿痕，脉弦细。查血沉为50mm/h，抗“O”为320IU/ml，类风湿因子为阳性。诊为类风湿关节炎。辨证：外感风寒湿，痹阻经络，血行不畅，久痹内舍肝肾，筋骨失养。治法：治宜温经散寒除湿，舒筋活络，养肝益肾。处方：乌头汤加味，包括熟地黄15g、当归15g、制川乌15g（先煎30分钟）、细辛3g、麻黄10g、白芍15g、黄芪15g、秦艽10g、威灵仙10g、络石藤15g、蜂房10g、乌梢蛇10g、蜈蚣3g、甘草6g。7剂，每日1剂，水煎分3

次服。服用时加蜂蜜约 50ml。

二诊：关节疼痛大减，活动尚可，肢节有暖感，手指僵硬减轻，眠稍安。舌淡苔薄白，边有齿痕，脉弦细。上方制川乌减量至 6g，麻黄 6g，加巴戟天 10g、夜交藤 15g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：关节疼痛基本消失，活动尚可，手指晨僵大减，肢节温暖，眠安。舌淡苔薄白，脉弦细。守上方 7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

四诊：关节痛全消，能自如活动，手指晨僵轻微，双腕双膝关节肿大减轻，纳食二便如常。舌淡苔薄白，脉弦细。上方去制川乌、麻黄、细辛、夜交藤，加海风藤 15g、宽筋藤 15g、桑寄生 15g、千斤拔 15g。14 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

五诊：关节痛消，活动自如，手指晨僵好转，腕膝关节轻度肿大，手足温暖。舌淡苔薄白，脉弦细。复查血沉为 16mm/h，抗“O”为 300IU/ml，类风湿因子为阴性。病情好转。上方去乌梢蛇、蜈蚣，加山茱萸 15g、川芎 10g。14 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。巩固疗效。

（二）退行性骨关节炎

1. 治疗经验

骨关节炎（osteoarthritis）是一种最常见的关节炎，多见于中老年人。病变以关节软骨损害、骨边缘增生为主，并可累及滑膜及关节各组织，导致关节及关节腔内一系列生化和形态学改变。最常见表现为腰部关节疼痛、僵硬、肥大及活动受限。故腰椎增生所致腰痛，屡见不鲜，尤以中老年者多见。究其发病之因，多由内外之因引发。内因与肾虚相关。腰为肾之府，乃肾之精气所溉之域。《素问·脉要精微论》指出：“腰者，肾之府，转摇不能，肾将惫矣。”足太阳经过之，任、督、冲、带诸脉亦布其间，故内伤不外乎肾虚。外因则多为感受风寒湿热诸邪及闪挫伤腰等。由于久居冷湿之地，或劳汗当风，衣着湿冷，都可感受寒湿之邪。寒邪凝滞收引，湿邪

粘聚不化，腰腿经脉受阻，故腰痛。或长夏之际，岁气湿热行令之时，感受湿热，腰部经脉受到阻遏，亦致腰痛。或因跌仆闪挫，腰部用力不当，导致经络气血阻滞不通，瘀血留着腰部而发生疼痛。临床所见，多由内外之因合并而发。如《杂病源流犀烛·腰痛病源流》指出：“腰者，精气虚而邪客病也……肾虚其本也，风寒湿热痰饮，气滞血瘀闪挫其标也，或从标，或从本，贵无失其宜而已。”总之，退行性骨关节炎属于中医“痹病”范畴，多因肝肾亏虚、风寒湿邪积聚膝部所致。

综述本组病案，病案1为腰椎退行性骨关节病，感受寒邪引发，故以左归丸合桂枝汤酌加乳香、没药，鸡血藤等化瘀通络止痛之品，标本兼顾而愈。病案2为腰椎退行性骨关节病，遇劳诱发。辨证为肾阳亏虚，筋脉失养。治法以右归丸加续断、千斤拔、全蝎、乳香、没药等，温补肾阳，壮腰强骨，和络止痛，重在治本而愈。病案3为腰椎退行性骨关节病，感受寒湿诱发，标证较明显，故以肾着汤合独活寄生汤加减治疗，酌加续断、千斤拔、山茱萸、木瓜等，以健脾温化祛湿为主，兼顾益肾强筋壮骨而取效。病案4为腰椎退行性骨关节病，因腰脊闪挫而诱发，疼痛较显，故以左归丸补益肾精气为主，加杜仲、续断、制川乌、乳香、没药、田七粉等，以助强壮腰骨、行气活血、和络止痛之功而获效。病案5为腰椎退行性骨关节病，因腰脊闪挫诱发，疼痛较剧烈，并合并心脏病变，治疗宜须慎重。其腰痛以刺痛为主，不能转侧，瘀滞之象甚显。前医被此表象所惑，只顾及瘀血结果，而忽略了导致瘀血之因。顾此失彼，是故治之罔效。盖患者平素头晕耳鸣，尺脉弱，病后腰腿乏力，拄杖而坐，已隐伏肾精亏虚之重候，本虚标实之证较明显。根据本案虚实错杂之病机，拟左归丸加减补肾填精以治本虚；用白酒炒热内服中药之药渣，热烫腰痛处，借用白酒辛散走窜之力，增强药效；另用马钱子、乳香、没药、川乌研末，外敷以活血化瘀、行气止痛治标实，且此四味治瘀痛功专效宏，虽有毒性，但外用无虞。如此内外合治，药证合拍，故应手而获良效。

2. 验案

【病案1】黄某某，男，73岁，2004年4月19日初诊。自诉时值春暖乍寒，早上外出锻炼身体时，汗出脱衣受冷，腰痛突发，转侧弯腰时痛甚。腰椎正侧位摄片示：第3~6椎间骨质增生，椎间隙狭窄。刻诊，舌稍暗淡，苔薄白，脉弦细。诊为腰椎退行性骨关节炎。辨证：肾气亏虚，腰骨失养，复因汗出受寒，痹阻经脉，血行不畅。治法：治宜益肾壮骨，疏风温经散寒，通经活络。处方：左归丸合桂枝汤加减，包括熟地黄15g、淮山15g、枸杞子10g、山茱萸15g、菟丝子10g、川牛膝15g、龟板15g、桂枝10g、白芍15g、防风10g、鸡血藤15g、乳香10g、没药10g、甘草6g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。

二诊：腰痛明显减轻，转侧弯腰少痛。舌稍暗淡，苔薄白，脉弦细。上方加杜仲10g、千斤拔15g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。

三诊：腰痛完全好转，转侧弯腰无碍，活动自如。上方去桂枝、白芍、防风，加续断15g、田七粉3g（冲服）。7剂，每日1剂，水煎分3次服。以资益肾壮骨，巩固疗效。

【病案2】劳某某，女，62岁。2015年6月16日初诊。自诉腰痛酸软，喜按喜揉，腿膝无力，遇劳更甚，卧则减轻，少腹拘急，手足冷，反复发作已半年，近周加重。腰椎正侧位摄片示：第3~6椎间骨质增生，椎间隙狭窄。刻诊：舌淡，苔薄白，脉沉细。诊为腰椎退行性骨关节炎。辨证：肾阳精气亏虚，腰脊筋脉失养。治法：治宜温补肾阳，和络止痛。处方：右归丸加减，包括熟地黄15g、山茱萸15g、枸杞子10g、菟丝子10g、杜仲10g、熟附子10g、肉桂8g、当归10g、鹿角胶10g（烊化）、补骨脂10g、千斤拔15g、乳香10g、没药10g、全蝎3g、甘草6g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。

二诊：腰痛酸软减轻，少腹拘急消失，腿膝稍有力，手足温暖。舌淡苔薄白，脉沉细。守上方续用7剂。

三诊：腰痛酸软基本消失，腿膝有力，活动如常。舌淡苔薄白，脉沉细。上方去肉桂、补骨脂、全蝎，加巴戟天 10g、续断 15g、鸡血藤 15g。

四诊：腰痛酸软完全消失，肢体活动恢复正常。舌淡苔薄白，脉沉细。守上方续服 7 剂，巩固疗效。

【病案 3】孙某某，男，52 岁。2014 年 3 月 31 日初诊。自诉因长期于建筑工地打工，久卧湿地。腰部冷痛重着，转侧不利，逐渐加重，静卧痛不减，遇阴雨天气加重。反复发作已 3 月余，近 2 天加重。既往有腰椎骨质增生史。刻诊：舌淡苔白腻，脉沉弦。诊为腰椎退行性骨关节病。辨证：肾精气亏虚，复因寒湿侵袭腰部，腰脊筋骨收引凝滞，脉络不畅。治法：治宜散寒祛湿，温经通络。处方：肾着汤合独活寄生汤加减，包括干姜 10g、茯苓 15g、白术 15g、熟地黄 15g、山茱萸 15g、独活 10g、秦艽 10g、续断 15g、杜仲 10g、牛膝 15g、桂枝 10g、千斤拔 15g、桑寄生 15g、木瓜 15g、甘草 6g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：腰冷痛重着减轻，肢体温暖，转侧可。舌淡苔略腻，脉沉弦。上方去白术、桑寄生、续断，加苍术 10g、巴戟天 10g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：腰痛全消，肢体转侧自如。舌淡苔薄白，脉弦细。上方去干姜、桂枝、木瓜，加菟丝子 10g、山药 15g、沙苑子 10g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服，以顾护脾肾收功。

【病案 4】朱某某，男，56 岁。2008 年 9 月 10 日初诊。自诉因提水淋菜时，突然腰刺痛难忍，不能弯腰转侧，满头大汗，面白肢凉。既往有腰椎间盘突出史。腰椎正侧位摄片示：第 3 ~ 5 椎间骨质增生，椎间隙狭窄，第 5 椎向右稍突出。刻诊：舌稍暗淡，苔薄白，脉弦细。诊为腰椎退行性骨关节病、腰椎间盘突出。辨证：肾气亏虚，腰骨筋脉失养，复因劳作，腰脊闪挫，瘀阻经脉，血行不畅。治法：治宜益肾壮骨、活血化瘀、舒筋活络止痛。处方：予左归丸加减，包括熟地黄 15g、山药 15g、枸杞子 10g、山茱萸 10g、龟板 10g、川牛膝 15g、菟丝子 10g、杜仲 10g、续断 15g、制川

乌 10g (先煎 20 分钟)、乳香 10g、没药 10g、田七粉 3g (冲服)、甘草 6g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。服用时加蜂蜜约 50mL。

二诊：腰痛明显减轻，稍能弯腰转侧，四肢温暖。舌稍暗淡，苔薄白，脉弦细。上方制川乌用量减至 5g，加千斤拔 15g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：腰痛完全消失，弯腰转侧自如。舌淡苔薄白，脉弦细。上方去制川乌、乳香、没药、田七粉，加鸡血藤 15g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。巩固疗效。

【病案 5】韦某某，男，52 岁。1998 年 4 月 7 日初诊。自诉拖地板时腰部突然刺痛，转侧加剧，由家属护送到当地县医院诊治，经摄片检查，发现第 4 至第 5 腰椎明显增生，腰椎间隙狭窄变型，给服消炎痛及中药身痛逐瘀汤均无效。病家要求手法推拿治疗，但因病者有“冠心病”“陈旧性心肌梗死”病史未敢施术。4 月 6 日求诊于余。刻诊：形容憔悴，头晕耳鸣，拄杖而坐，腰痛不能转侧，眠食甚差。舌暗红，苔薄微黄而干。脉弦细尺弱，偶有结代。第 4 至第 5 腰椎间压痛，活动受限。诊为腰椎退行性骨关节病。辨证：肾精气亏虚，腰脊闪失，瘀阻经脉，血行不畅，筋骨失养。治法：治宜益肾壮骨、活血化瘀、舒筋活络止痛。处方：予左归丸加减，包括熟地黄 15g、山药 15g、枸杞子 10g、山茱萸 10g、龟板胶 10g (烊化)、川牛膝 15g、菟丝子 10g、杜仲 10g、续断 15g、乳香 10g、没药 10g、田七粉 3g (冲服)、甘草 6g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。用白酒 3 ~ 5 匙炒内服中药渣，纱布包裹热烫患处，每 1 次；另用制马钱子 3g，乳香 15g，没药 15g，制川乌 6g，砂锅炒黄研末，醋调外敷腰痛部位，2 日一换。

二诊：腰部疼痛明显减轻，弯腰转侧接近正常，已能弃杖行走，食欲稍振，夜能安寐。舌暗红，苔薄微黄，脉弦细尺弱，偶结代。上方加黄柏 10g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。外用烫药、敷药同上。

三诊：腰痛全消，活动恢复正常，唯头晕耳鸣，体虚未复，局部敷药皮肤微痒。停用外烫、外敷药，原内服药去川牛膝、乳香、没药、田七粉，

加党参 15g、黄芪 30g、神曲 10g、千斤拔 15g。15 剂，以益肾壮骨，病愈收功。

六、口腔溃疡

（一）治疗经验

口腔溃疡（oral ulcer）也被称为“口疮”，是指出现在口腔内唇、上腭以及舌颊等部位黏膜上，呈圆形或椭圆形的疼痛溃疡点。口腔溃疡属中医口疮，生于唇、舌、颊、上腭等处，分急性、慢性两种。口疮为病，正如《内经》所云：“火气内发，上为口糜。”证之临床，“火”有实火、虚火之分。实火多见急性口腔溃疡，虚火多见于慢性复发性口腔溃疡。其发病与心、肺、脾、胃、肾等脏腑有关。舌为心之苗，咽为肺之门户，口为脾之窍，脾与胃燥湿相济，升降相因。脾虚不能散津，胃失滋养，虚火上炎，故龈痛、口腔生疮；肾水不能上承，心火独亢，则舌边、舌尖溃疡疼痛；火热刑肺金，门户受灼，则咽痛咽燥。总言之，心、肺、胃、肾之火，包括实火及虚火，火气上炎，燔灼口舌，则口舌生疮，形成溃疡。若为阴虚火旺，虚火上燔，反复发作，缠绵不已，则变成慢性复发性口腔溃疡。

本组病案 6 例，除病案 1 外，其余 5 例均属于慢性复发性口腔溃疡。而病变大多与胃肠相关，即胃肠湿热，久郁化火上炎，燔灼口舌而致溃疡。病案 1 因过食酒肉伤胃，聚湿生热，热毒上炎，熏灼口咽所致。治宜清热解毒化湿、凉血降火。处方选用玉女煎加减，方中石膏、金银花、玄参，清热解毒；生地黄、牡丹皮、玄参、大黄、麦冬、知母，凉血降火；牛膝清热凉血、引血下行，消除上浮之火；大黄、佩兰、枳实、川朴，行气导滞化湿、通便泻火；甘草调和诸药。病案 2 ~ 6 均诊为慢性复发性口腔溃疡。其中，病案 2 及病案 3 均有慢性非萎缩性胃炎史，每次口腔溃疡复发，均与胃脘不适有关。治宜清热解毒、滋阴降火。两例均选用蒙老自拟清热解毒养阴愈疡方加减。方中金银花、连翘、野菊花，清热解毒；生地黄、牡丹皮、知母、玄参、麦冬，养阴凉血降火；灯心草、淡竹叶，清心降火；病

案2除口腔溃疡外，尚兼咽喉炎、咽喉干痛之症，初始使用牛蒡子，以清热解毒利咽，效果不很理想时，二诊宜加用七叶一枝花，与金银花、连翘、野菊花共伍，既加强清热解毒之功，又有降火愈疡利咽之用。病案4诊为慢性复发性口腔溃疡。辨证：胃肠湿热，化火伤阴，虚火上燔。治宜清热解毒，滋阴化湿敛疡。处方：选用芍药汤加减。方中黄芩、黄连，清热解毒；白芍、当归、茯苓、木香、佩兰、槐花、枳壳、槟榔、苍术，健脾行气、化湿导滞；玄参、白芍，养阴敛疡止痛；甘草诸和诸药。病案5诊为慢性复发性口腔溃疡。辨证：水亏火旺，心肾不交，虚火熏蒸，上灼于口舌。治宜益水制火，养阴愈疡。处方：选用玉女煎合知柏地黄汤加减。方中黄柏、金银花，清热解毒；生地黄、石膏、麦冬、知母、牡丹皮，凉血泻火；山茱萸、玄参，养阴愈疡；石斛、天花粉，益水生津、清凉和胃；生地黄、麦冬、灯心草，清心降火；佩兰芳香化湿；牛膝引血下行，以除火热；全方共奏益水制火、清心凉胃、养阴愈疡之功。病案6其发病与情志因素、月经来潮前几天有密切关系，因肝胆湿热，郁而化火，循经上燔，下灼阴部，不仅口腔溃疡，而且阴部亦溃疡。因此，治宜清热化湿、疏肝解郁，处方选用柴胡疏肝散加减：柴胡、白芍、枳实、川芎、牡丹皮、香附，疏肝解郁柔肝；茵陈、薏苡仁、佩兰、栀子，清肝利胆、清化湿热；玄参、生地黄、莲心养阴生津；甘草调和诸药。复发性口腔溃疡，无论是胃肠湿热、下焦湿热、肝胆湿热等引发，致使湿热化火伤阴，虚火上炎所致。从治疗角度而言，既清利湿热，又要滋阴降火；清利湿热易伤阴津，而滋阴降火有助湿滞之虞；二者治法互为矛盾。此时选药应有所斟酌，即清利药不宜过于峻猛，养阴药不宜过于腻滞，以平和为宜。本组病案治疗还注重选用专用药玄参、佩兰、灯心草3味。玄参性味甘、苦、咸，微寒，主归肺、胃、肾经，具有清热凉血、滋阴解毒之功效，滋阴而不腻滞；佩兰性味辛、平，主归脾、胃、肺经；具有芳香化湿解毒功效，与玄参配合相得益彰，化湿于无形而不碍玄参养阴之功；灯心草性味甘、淡，微寒，主归心、肺、小肠经，具有利湿、清心泻火功效；三味药相伍，性味虽平淡，但功专效宏。据个人

长期临床观察，无论用于急性、慢性口腔溃疡，大多取得意想不到的效果。尤其是用于慢性复发性口腔溃疡，在辨证选方的基础上，加用此三味专药，更具有助而济急提高临床疗效的重要意义。

（二）验案

【病案1】李某某，男，26岁。2009年11月17日初诊。自诉咽痛、口腔溃疡疼痛已1周，自服罗红霉素无效而就诊。发病前曾与朋友聚餐食烧烤鱼肉及饮酒较多。刻诊：口腔及舌体疼痛，两侧黏膜均有1枚溃疡，左侧溃疡大小约 $0.4 \times 0.3\text{cm}$ ，右侧约 $0.3 \times 0.2\text{cm}$ ，呈卵圆形，颜色潮红，舌咽稍红肿，饮食时疼痛加甚，大便秘结，尿短黄。舌尖边红，苔薄黄而干，脉细数。诊为急性口腔溃疡并咽喉炎。辨证：过食酒肉，聚湿生热，热毒上炎，熏灼口咽。治法：治宜清热解毒化湿，凉血降火。处方：玉女煎加减，包括石膏50g（先煎）、生地黄15g、麦冬15g、知母10g、怀牛膝15g、大黄6g（后下）、玄参15g、佩兰15g、金银花15g、牡丹皮10g、枳实10g、川朴10g、甘草6g。3剂，每日1剂，水煎分3次服。

二诊：口腔、咽喉疼痛稍减，大便稍烂，每日1次。舌尖边红，苔薄黄而干，脉细数。上方去大黄、川朴，加牛蒡子10g、火麻仁15g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。

三诊：口腔、咽喉疼痛消除，口腔右侧黏膜溃疡消失，左侧缩小，大便软，每日1次。上方去石膏、生地黄、牛蒡子，加沙参15g、熟地黄15g、灯心草3g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。药后诸症消失，口腔溃疡愈合。

【病案2】王某某，男，34岁。2010年11月16日初诊。自诉咽痛、口腔溃疡疼痛已10年。时愈时发，服多种中西药，效果不佳。刻诊：唇内及两侧颊部黏膜各有1~2个绿豆大溃疡面，其色白黄，周围微红不肿，咽喉充血干痛。有时脘腹痞闷不适，暖气时作，纳少欠馨，口干少饮，小便短黄。舌淡红，苔薄微黄腻，脉弦细略数。既往有慢性胃炎史。诊为慢性复发性口腔溃疡并咽喉炎。辨证：脾胃湿热，久郁伤阴，虚火内生，上灼

口咽。治法：治宜清热化湿，滋阴降火，愈疡利咽。处方：自拟清热解毒养阴愈疡方加减，包括生地黄 15g、牡丹皮 10g、知母 10g、金银花 15g、连翘 10g、野菊花 15g、山豆根 10g、茵陈 15g、玄参 15g、佩兰 15g、淡竹叶 10g、灯心草 3g、甘草 6g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：口腔、咽喉疼痛稍减，余症未变。舌淡红，苔薄微黄腻，脉弦细略数。上方去知母、连翘、野菊花、淡竹叶，加石斛 10g、麦冬 15g、枳实 10g、七叶一枝花 8g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：口腔、咽喉疼痛基本消除，口干、脘腹痞闷减轻，口腔溃疡面缩小，唇内及左颊黏膜溃疡各 1 个已消失。舌淡红，苔薄白，脉弦细。上方去生地黄、山豆根、茵陈，加熟地黄 15g、沙参 15g、百合 10g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

四诊：口腔、咽喉疼痛完全消除，口腔内溃疡全部愈合，口干消失，偶觉脘腹痞闷但极轻微，纳增，尿清。舌淡红，苔薄白，脉弦细。守上方续用 7 剂，以巩固疗效。

【病案 3】凌某某，男，30 岁。2010 年 5 月 4 日初诊。自诉口腔糜烂，龈肿舌痛，反复发作已 3 年。曾在市某医院口腔科就诊，诊为复发性口腔炎并溃疡，予服维生素 C、维生素 B₂ 及多种抗生素治疗均无效。刻诊：口唇红肿，口腔开合疼痛，只能饮食凉流质及半流质，舌尖舌边可见红色疮面，两侧口腔黏膜有多个白色绿豆大溃疡，咽红，两侧下大牙龈稍红肿。既往有慢性非萎缩性胃炎病史。每遇胃脘不适易致口腔溃疡复发。舌质红，苔薄黄而干，脉弦细数。诊为复发性口腔炎并溃疡。辨证：脾胃湿热，久郁伤阴，阴虚火旺，虚火上炎，燔灼口舌。治法：治宜清热解毒，滋阴降火。处方：自拟清热解毒养阴愈疡方加减，包括生地黄 15g、牡丹皮 10g、知母 10g、金银花 15g、连翘 10g、野菊花 15g、玄参 15g、佩兰 15g、淡竹叶 10g、灯心草 3g、牛膝 15g、麦冬 15g、甘草 6g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。另用冰硼散吹撒患处，每日 3 次。

二诊：口唇红肿稍减轻，口腔开合疼痛稍缓解，能顺利进食半流质，

舌边尖红色疮面变小变淡，口腔两侧黏膜溃疡减少，牙龈红肿稍消，咽红。舌红苔薄黄少津，脉弦细略数。守上方 14 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。停用冰硼散。

三诊：口唇红肿消退，口腔开合疼痛缓解，口腔黏膜仍见两个小溃疡，饮食正常，舌边尖疮面已消失，牙龈红肿消退，咽淡红。舌淡红，苔薄白而润，脉弦细。上方去生地黄、金银花、连翘、野菊花，加熟地黄 15g、石斛 10g、莲心 10g、沙参 15g。14 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

四诊：上述诸症完全好转，据病人述，服药至 20 剂时口腔溃疡全部消失。为防止复发，嘱续用上方 14 剂，巩固疗效。1 年后因感冒就诊时，随访口腔溃疡未见复发。

【病案 4】林某某，男，38 岁。2012 年 5 月 11 日初诊。自诉口腔糜烂，舌红肿痛，反复发作已 4 年。既往有慢性胃肠炎史。刻诊：口腔开合疼痛，舌体稍红肿，只能进食流质及半流质食物，脘腹不适，矢气多，大便稍烂有黏液，日行 2 ~ 3 次。检查，口腔右侧黏膜有一卵圆形溃疡约 0.3 × 0.2cm，右侧舌边溃疡如黄豆大，均为中心白而周边发红。舌边尖红，苔黄腻，脉滑略数。诊为慢性复发性口腔溃疡。辨证：胃肠湿热，化火伤阴，虚火上燔。治法：治宜清热解毒，滋阴化湿敛疮。处方：芍药汤加减，包括白芍 15g、黄芩 10g、黄连 6g、当归 10g、木香 10g（后下）、枳壳 10g、槟榔 10g、苍术 10g、玄参 15g、佩兰 15g、槐花 15g、茯苓 15g、甘草 6g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：口腔疼痛减轻，脘腹较舒，矢气减少，大便稍烂，日行 1 ~ 2 次，口舌溃疡如前。舌边尖红，苔微黄薄腻，脉滑略数。上方去当归，加金银花 15g、滑石 15g、白芷 10g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：口腔疼痛消失，脘腹舒适，饮食恢复正常，大便成形，无粘液，口舌溃疡缩小。舌淡红，苔薄白，脉略滑。守上方 7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

四诊：口舌溃疡消除，脘腹舒适，纳、便正常。舌淡红，苔薄白，脉

略滑。上方去黄芩、滑石、白芷，加石斛 10g、葛根 15g。14 剂，以健脾化湿，祛肠胃湿热，杜绝湿热上扰之势，预防口舌溃疡复发。

【病案 5】方某某，女，60 岁。2011 年 6 月 22 日初诊。自诉口腔糜烂，舌体疼痛已 2 月余。既往有慢性胃炎病史。曾在市某医院门诊，诊为慢性口腔炎并溃疡，予服维生素 C、维生素 B₂ 及交沙霉素，外用冰硼散治疗均无效。刻诊：口腔舌体疼痛，口干引饮，多言更痛，两耳昼夜轰鸣，心烦眠差，小便短赤，胃脘灼热，偶有暖气，饮食欠佳，多为流质饮食。舌尖舌边可见两个红色疮面如黄豆大，左侧面颊黏膜有 1 个边红中心白色大溃疡，面积约 0.6×0.4cm。舌红苔薄白腻，脉细。诊为慢性复发性口腔溃疡。辨证：水亏火旺，心肾不交，虚火熏蒸，上灼于口舌。治宜益水制火，养阴愈疡。处方：玉女煎合知柏地黄汤加减，包括生地黄 15g、石膏 30g、麦冬 15g、知母 10g、牛膝 15g、黄柏 10g、山茱萸 15g、牡丹皮 10g、玄参 15g、佩兰 15g、石斛 10g、天花粉 15g、灯心草 3g、金银花 15g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：口腔舌体疼痛、口干、胃脘灼热、耳鸣减轻，尿淡黄，仍眠差。舌红苔薄白略腻，脉细。上方去石膏、黄柏，加夜交藤 15g、莲心 10g。14 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：口腔舌体疼痛、口干、胃脘灼热、耳鸣继续减轻，能进食半流质或软食，尿清，眠可。舌尖边溃疡消失，左侧面颊黏膜溃疡缩小。舌淡红，苔薄白，脉细。上方去生地黄、知母、花粉，加熟地黄 15g、枸杞子 10g、女贞子 10g。14 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

四诊：口腔舌体疼痛、口干、胃脘灼热、耳鸣消除，纳可，舌及口腔黏膜溃疡消失。舌淡红，苔薄白，脉细。守上方续用 14 剂，巩固疗效，以防复发。

【病案 6】李某某，女，36 岁。2011 年 10 月 7 日初诊。自诉经行口腔溃疡 3 年，并发外阴溃疡半年。开始每于经前 3 ~ 5 天口腔溃疡，溃疡以舌面及两颊黏膜多见，溃面大小不一，疼痛灼热，饮食时疼痛加甚。月经

干净后，口腔溃疡逐渐愈合。近半年来出现经前口腔溃疡同时，伴发阴部溃疡渗液，疼痛难忍，行动不便，急躁不安，经前乳房胀痛，月经干净后未见溃疡愈合。曾于市某医院门诊予内服谷维素、维生素 B₂ 及于外阴溃疡处外敷搽红霉素软膏均无效。近年两目干涩，视物发花，口干苦而不多饮，尿短黄赤。正值月经来潮第 3 天，经量较多，色暗红，带下色黄稠，有腥臭味。舌淡红，苔薄黄，脉弦细。诊为复发性经行口腔溃疡并阴部溃疡。辨证：肝胆湿热，郁而化火，循经上燔，下灼阴部。治法：治宜清热化湿、疏肝解郁。处方：柴胡疏肝散加减，包括柴胡 10g、白芍 30g、枳实 10g、川芎 10g、香附 10g、茵陈 30g、牡丹皮 10g、玄参 15g、佩兰 15g、灯心草 3g、栀子 10g、生地黄 15g、薏苡仁 15g、莲心 10g、甘草 6g。7 剂，日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：经净已 2 天，乳房胀痛消失，口腔及阴部溃疡疼痛、口干苦减轻，尿淡黄。舌淡红，苔薄黄，脉弦细。守上方 7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：口腔及阴部溃疡疼痛明显轻减，口干苦基本消退，尿淡黄。舌淡红，苔薄白，脉弦细。上方去香附、栀子、生地黄，加菟丝子 10g、女贞子 10g、熟地黄 15g。14 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

四诊：口腔及阴部溃疡消失，疼痛消除，两目干涩、视物发花明显好转，二便正常。舌淡红，苔薄白，脉弦细。再次月经来潮时未见口腔及阴部溃疡复发。守上方续用 14 剂，巩固疗效，以防复发。

七、肺系疾病

（一）外感咳嗽

1. 治疗经验

咳嗽是呼吸道的一种保护性生理反射，涉及鼻、咽、喉、气管、支气管、胸膜和肺脏等多个器官。《素问·咳论》指出：“五脏六腑皆令人咳，

非独肺也。”明代张景岳首次把咳嗽分为外感与内伤两大类，而临证常是外邪内伤相间、寒热虚实错杂，故辨证施治难以把握。临床上咳嗽是肺系疾患的一个常见症状。由外感或内伤的多种病因导致肺气失于宣发肃降时，均会使肺气上逆引起咳嗽。本组7例咳嗽病案均属于外感引起，多因肺的卫外功能减退或失调，以致在天气冷热失常、气候突变的情况下，六淫外邪或从口鼻而入，或从皮毛而受。《河间六书·咳嗽论》所说的：“寒、暑、燥、湿、风、火六气，皆令人咳嗽”，即是此意。风为六淫之首，六淫之中，又当是风邪为先。其它外邪多随风邪侵袭人体，所以外感咳嗽常以风邪为先导，挟有寒、热、燥等邪。临证时分辨病邪的兼挟至关重要。本组病案中病案1、病案3、病案7，其外感病邪为风邪挟热。如病案1在咳嗽同时，兼见体温39.6℃之高热症状，此时治疗重点以退热为第一要务。故蒙老用自拟柴蒿银翘退热方，其中重用柴胡、青蒿，热退后除去柴、蒿，重点治疗咳嗽。病案3、病案7虽同感受风热之邪，但仅有咽痛、痰黄稠、口干、尿黄、舌红等热象，而无高热之征，故两病例在同用麻杏石甘汤的基础上选加止咳药。病案4为外感风燥致病，因此在使用防风、紫苏叶疏风祛邪的同时，尚须兼顾加用梨皮、玄参之类生津润燥之品，然后再议止咳用药。二是注意咳嗽发病时病理产物——痰量增多与否。痰量多者，喉间痰鸣，咳痰不止，痰阻气道，气逆加重，更难止咳。本组病案2、病案6虽痰量较多，但二者仍有差别，即病案2痰白质稀，病案6痰白质稠。均使用川贝母、杏仁等化痰药，还使用泻肺逐饮药葶苈子。从临证经验分析，痰质清稀者，使用葶苈子效果更好。但与川贝、杏仁化痰之品同用，即使痰质稠黏亦可化为清稀，以便于葶苈子发挥最好疗效。三是注意咳嗽是否兼见咽痒咽痛之症。肺主气，司呼吸，上连气道、喉咙，开窍于鼻，外合皮毛，内为五脏华盖，其气贯百脉而通它脏，不耐寒热，称为“娇脏”，易受内外之邪侵袭而为病。而咽喉为气道之门户，咽痒咽痛的发生，多为风邪热毒所致。本组病案1、病案3、病案6均见咽痒、痛之症。痒者风邪作祟，宜选用蝉蜕祛风为宜；痛者热毒为害，宜选用牛蒡子或射干

解毒利咽。四是体质较差，容易感冒咳嗽者，多为肺卫气虚，外邪乘虚入侵。后期或咳嗽好转后，注意益气固表之治。本组病案6即以玉屏风散为基本方，后期加用蛤蚧、山茱萸、淮山等健脾益肾药，以增强益气固表、健脾强肾之功。

2. 验案

【病案1】易某某，男，38岁。2014年9月4日初诊。自诉恶寒发热，头痛咽痛，鼻塞流浊涕，咳嗽气急，痰稍黄稠，已3天。体温39.6℃，曾在社区医疗站给予布洛芬、头孢克洛片、强力枇杷露等治疗，发热稍退，咽痛好转，咳嗽未减。刻诊：舌尖边红，苔薄黄而干，脉浮数。诊为上呼吸道感染。辨证：外感风热，邪犯于肺，肺失宣肃，痰热内蕴。治法：治宜疏风清热解表，宣肺化痰止咳。处方：自拟柴蒿银翘退热方合止咳方加减，包括柴胡15g、青蒿30g、金银花15g、连翘10g、大青叶15g、薄荷10g(后下)、荆芥10g(后下)、牛蒡子10g、桔梗10g、鱼腥草15g、法半夏10g、桑白皮10g、浙贝母10g、蝉蜕6g、桑叶10g、甘草6g。5剂，每日1剂，水煎分3次服。

二诊：恶寒发热消退，鼻塞流涕、头痛咽痛好转，咳嗽减轻，痰量减少。舌淡红，苔薄微黄，脉弦细，体温36.7℃。上方去柴胡、青蒿、荆芥、大青叶，加枇杷叶10g、百部10g、射干10g。4剂，每日1剂，水煎分3次服。药后咳嗽瘥，外感症状全消，病愈。

【病案2】刘某某，女，46岁。2015年3月20日初诊。自诉咳嗽半月余，夜间咳重，痰白质稀，喉间痰鸣，咳甚则呕吐，纳呆。舌淡红，苔白厚，脉弦细。胸部X线平片示：两肺纹理粗乱。诊为上呼吸道感染。辨证：外感风寒，犯于肺卫，肺失宣肃，痰浊内蕴。治法：治宜疏风散寒，化痰止咳。处方：自拟止咳方合三拗汤加减，包括鱼腥草15g、法半夏10g、桑白皮10g、桔梗10g、枇杷叶10g、蝉蜕6g、川贝母6g、百部10g、炙麻黄10g、杏仁10g、葶苈子10g、前胡10g、厚朴10g、甘草6g、姜片3片。3剂，

每日1剂，水煎分3次服。

二诊：咳嗽大减，痰鸣消失，痰量减少，不再呕吐，饮食欠佳。舌淡红，苔稍白厚，脉弦细。上方去姜片，加神曲10g、麦芽15g。3剂，每日1剂，水煎分3次服。

三诊：咳嗽消减大半，夜间偶咳，纳食增。舌淡红，苔薄白，脉弦细。上方去葶苈子、麦芽，加白前10g。3剂，每日1剂，水煎分3次服。药毕，咳嗽痊愈，诸症消失。

【病案3】李某某，男，58岁。2014年5月19日初诊。自诉咳嗽5天，鼻塞流浊涕，咽喉痒痛，痰少色黄，质粘难出，尿黄。舌质红，苔薄黄，脉浮弦数。诊为上呼吸道感染。辨证：风热犯肺，肺失宣肃，痰热内蕴。治法：治宜疏风宣肺，清热利咽，化痰止咳。处方：自拟止咳方合麻杏石甘汤加减，包括鱼腥草15g、法半夏10g、桑白皮10g、桔梗10g、枇杷叶10g、蝉蜕6g、川贝母6g、薄荷10g（后下）、麻黄8g、杏仁10g、石膏30g（先煎）、牛蒡子10g、射干10g、桑叶10g、辛夷花10g、甘草6g。3剂，每日1剂，水煎分3次服。

二诊：咳减，鼻塞流涕好转，咽喉痛消失，仍觉微痒，黄痰易咯出。舌稍红，苔薄微黄，脉弦略数。上方去薄荷、射干、辛夷花，加前胡10g、白前10g。3剂，每日1剂，水煎分3次服。

三诊：咳嗽消减大半，咽喉痛痒全消，尿淡黄。舌淡红，苔薄白，脉弦细。上方去麻黄、牛蒡子、石膏，加金银花15g、芦根10g、百部10g。3剂，每日1剂，水煎分3次服。药毕，咳嗽痊愈，诸症消失。

【病案4】朱某某，女，32岁。2011年10月7日初诊。自诉咳嗽半月，痰白量少质粘，偶见痰中带血丝，咽干，口微渴，纳呆，鼻塞涕清。舌淡红，苔薄白少津，脉浮细。诊为上呼吸道感染。辨证：外感风燥，肺气失宣，燥伤津液。治法：治宜疏风润燥，宣肺止咳。处方：自拟止咳方合桑杏汤加减，包括鱼腥草15g、法半夏10g、桑白皮10g、蝉蜕6g、防风10g、桔梗10g、枇杷叶10g、川贝母8g、杏仁10g、紫苏叶10g（后下）、梨皮20g、玄

参 15g、苍耳子 10g、辛夷花 10g、甘草 6g。3 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：咳减，鼻塞流涕好转，咽干轻。舌淡红，苔薄白少津，脉浮细。上方去苍耳子、辛夷花，加金银花 15g、前胡 10g。3 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：咳嗽大轻，未见痰中血丝，纳增。舌淡红，苔薄白，脉弦细。上方去紫苏叶、梨皮、玄参，加百部 10g、白前 10g。3 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。药毕，咳嗽痊愈。

【病案 5】杨某，女，43 岁。2014 年 3 月 21 日初诊。自诉咳嗽 5 天，痰少色白质稀，鼻塞涕清，微发热畏寒，纳呆腹胀，恶心时吐。舌淡红，苔薄白，脉弦细紧。查体温为 37.5℃。诊为上呼吸道感染。辨证：风寒袭肺犯胃，肺失宣畅，胃失和降。治法：治宜疏风散寒，宣肺止咳，和胃止吐。处方：自拟止咳方合三拗汤加减，包括鱼腥草 15g、法半夏 10g、桑白皮 10g、蝉蜕 6g、桔梗 10g、枇杷叶 10g、川贝母 8g、麻黄 10g、杏仁 10g、紫苏叶 10g（后下）、藿香 10g、枳壳 10g、苍耳子 10g、辛夷花 10g、甘草 6g。3 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：咳嗽明显减轻，鼻塞流涕止，未再呕吐，仍纳呆。舌淡红，苔薄白，脉弦细。查体温 36.5℃。上方去苍耳子、辛夷花、紫苏叶、藿香，加神曲 10g、鸡内金 8g、百部 10g、前胡 10g。4 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。药毕，咳止，纳增，恢复如故。

【病案 6】张某某，男，49 岁。2008 年 10 月 27 日初诊。自诉咳嗽憋气 6 天，痰多质稠，咽痒痰鸣，纳呆，自汗，平素易感冒。舌淡红，苔薄白，脉浮细。诊为上呼吸道感染。辨证：肺卫气虚，风寒袭肺，肺失宣畅，痰浊内蕴。治法：治宜益气固表，疏风散寒，化痰止咳。处方：自拟止咳方合玉屏风散、三拗汤加减，包括黄芪 30g、白术 10g、防风 10g、鱼腥草 15g、法半夏 10g、桑白皮 10g、蝉蜕 6g、桔梗 10g、枇杷叶 10g、川贝母 8g、炙麻黄 10g、杏仁 10g、厚朴 10g、射干 10g、葶苈子 10g、白芥子 10g、甘草 6g。5 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：咳嗽憋气、咽痒痰鸣大减，饮食稍增。舌淡红，苔薄白，脉弦细。上方加浮小麦 15g、神曲 10g。5 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：咳嗽基本消失，自汗消除，纳增。上方去射干、葶苈子、白芥子，加蛤蚧 10g、白前 10g。5 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。药毕，咳嗽痊愈。以玉屏风散加味：黄芪 30g、防风 10g、白术 15g、党参 15g、茯苓 15g、山茱萸 15g、蛤蚧 10g、淮山 15g、黄精 10g、甘草 6g。嘱连用 30 剂，益气固表，健脾益肾。以增强体质，提高抗病能力，预防再感咳嗽。

【病案 7】孙某某，女，36 岁。2003 年 10 月 21 日初诊。自诉因发热咳嗽曾在市某医院诊为急性肺炎，静滴青霉素等药后好转，近周因“感冒”复发。刻诊：咳嗽憋气，痰微黄量多质稠，易咯出，咳甚则胸胁痛，口干欲饮，小便短黄。舌尖边红，苔薄白，边有齿痕，脉弦细。查胸部正位片示左下肺炎。诊为肺炎。辨证：风邪袭肺，郁而化热，肺气失宣，痰热内聚。治法：治宜疏风宣肺，清热解毒，化痰止咳。处方：定喘汤合麻杏石甘汤加减，包括白果 10g、黄芩 15g、法半夏 10g、桑白皮 10g、款冬花 10g、苏子 10g、枇杷叶 10g、蝉蜕 6g、川贝母 6g、麻黄 10g、杏仁 10g、石膏 30g（先煎）、桔梗 10g、百部 10g、甘草 6g。5 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：咳嗽憋气明显减轻，咳时未见胸胁痛，仍口干尿黄。舌尖边红，苔薄白，边有齿痕，脉弦细。上方去桔梗、百部，加蚤休 10g、白茅根 30g。5 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：咳嗽憋气消减大半，痰量减少，口干尿黄消失。舌淡红，苔薄白，脉弦细。上方去白茅根，加前胡 10g、白前 10g。5 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。药毕病愈，3 个月后来诊，未见复发。

（二）慢性支气管炎

1. 治疗经验

慢性支气管炎（简称慢支）是指气管、支气管黏膜及其周围组织的慢

性非特异性炎症。临床上以咳嗽、咳痰或伴有喘息为主要症状，呈反复发作的慢性过程。随病情进展，常并发阻塞性肺气肿，进而发生肺动脉高压、肺源性心脏病。它是一种严重危害人体健康的常见病。

本组病案5例，有慢性咳嗽史，均诊为慢性支气管炎，其病多呈慢性反复发作过程，病久致肺脾两伤。脾伤易聚湿生痰，上聚于肺。每因季节交替之时，气候突变，虚邪贼风乘虚侵袭而发咳嗽。如病案1、病案2、病案3就是属于此类痰湿渍肺之久咳，但三者发病仍有所不同。病案2、病案3发病时有鼻塞流清涕之风寒表证，病案1则无，因此选方用药亦有些差异。即病案2、病案3选用自拟止咳方合具有解表散寒功效之三拗汤加减治疗，寒温并用，一则以三拗汤宣肺散寒，一则用蒙老自拟自咳方之鱼腥草、桑白皮清肺，余药则化痰止咳。二者在其病情发展过程中变化有些差异，即病案3感受风寒表邪后诱发咳喘，病情较重，白泡沫痰中夹黄稠痰，说明邪已热化，即寒包火状，故用麻黄、杏仁、苍耳子等以疏风散寒宣肺通窍；鱼腥草、黄芩清肺热；川贝母、法半夏、杏仁、天竺黄等化痰，再配以紫菀、款冬花等肃肺降气之品，使风寒得以外达，肺气得宣降，痰热得以蠲除，咳喘得以平息。而病案2即以寒痰蕴肺为主，并无寒热夹杂之象。病案1在无表证的情况下，选用自拟止咳方合三子养亲汤加减治疗，以止咳化痰用药为主，兼顾健脾益气敛汗之用药。故三案例辨证虽同，但同中仍有异之处，辨证精准，故效果较好。病案4辨证为外邪袭肺，痰郁化热，肺失清肃。本病例的治疗，一是清热解毒药选用鱼腥草、黄芩、蚤休等精专力猛之品，使热毒之邪降伏；二是化痰之药选用法半夏、川贝母、杏仁、葶苈子，寒温并用，相反相成，使化痰尽显其效能。其实清热解毒与化痰逐饮二者正是本病例治疗的关键所在，即清肺热有助防止痰浊产生，化痰逐饮有助阻断肺热加重，疏通气道，使咳嗽尽快痊愈。病案5辨证为燥邪伤肺，损伤肺阴，肺失润降。使用自拟止咳方之鱼腥草、桑白皮、蝉蜕旨在清肺之虚热，以川贝母、杏仁、桔梗、枇杷叶化痰止咳，配合沙参麦冬汤之沙参、麦冬、天花粉、玉竹，滋阴润肺，使肺气得润降而达止咳之功。

2. 验案

【病案1】雷某某，男，72岁。2005年12月1日初诊。自诉咳嗽反复发作5年，常于冬季加重。早上频咳，咳声重浊，痰白量多，呈泡沫状，质较黏，咳痰后咳减轻。胸闷憋气，气短乏力，体倦自汗，饮食少思，大便秘溏。舌淡红，苔白略腻，脉弦细。既往有慢性支气管炎病史。诊为慢性支气管炎。辨证：脾虚湿盛，聚湿生痰，上渍于肺，壅阻肺气。治法：治宜健脾燥湿，化痰止咳。处方：自拟止咳方合三子养亲汤加减，包括鱼腥草15g、法半夏10g、蝉蜕6g、川贝母6g、桔梗10g、细辛3g、枇杷叶10g、苏子10g、白芥子10g、莱菔子10g、紫菀10g、款冬花10g、神曲10g、黄芪15g、甘草6g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。

二诊：咳嗽大减，痰量减少质稀，憋气除，纳稍增，自汗减少。舌淡红，苔白略腻，脉弦细。上方去细辛、苏子、莱菔子，加炒麦芽15g、芡实15g、麻黄根15g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。

三诊：偶咳，痰净，纳增，自汗除，大便调。舌淡红，苔薄白，脉弦细。上方去麻黄根、白芥子，加白前10g、百部10g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。药毕，咳嗽已，诸症全消。隔日服1剂，继服10剂，巩固疗效。

【病案2】向某某，女，65岁。2008年3月18日初诊。咳嗽反复发作3年，常于冬季加重。近日早上受冷，鼻塞流清涕，咳嗽加重，咽喉作痒，咽痒则咳甚。咳声重浊，痰白量多，质较稀，咳痰后咳减轻，胸闷憋气。舌淡红，苔白略腻，脉沉细。既往有慢性支气管炎病史。诊为慢性支气管炎。辨证：肺脾两虚，复感风寒，肺失宣肃，脾失健运，痰湿渍肺。治法：治宜解表散寒，健脾燥湿，化痰止咳。处方：自拟止咳方合三拗汤加减，包括鱼腥草15g、法半夏10g、蝉蜕6g、川贝母6g、桔梗10g、防风10g、枇杷叶10g、麻黄10g、杏仁10g、细辛3g、干姜10g、紫菀10g、款冬花10g、射干10g、甘草6g。5剂，每日1剂，水煎分3次服。

二诊：咳嗽减轻，痰量减少，鼻塞流涕瘥，憋气除。舌淡红，苔白略腻，

脉沉细。上方去防风、射干，麻黄改炙麻黄，加白前 10g、百部 10g。5 剂，日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：偶咳，痰净。舌淡红，苔薄白，脉沉细。续上方 7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。药毕，咳嗽已，诸症全消。续用 7 剂，隔日 1 剂，巩固疗效。

【病案 3】张某某，男，59 岁。2002 年 3 月 4 日初诊。咳嗽气喘反复发作 9 年，有慢性支气管炎、肺气肿病史。近月咳喘尤甚，咳嗽咳痰不爽，痰多白沫，夹有黄稠痰，夜间咳喘加重，胸脘窒闷，不能平卧，间有鼻塞流涕，不思饮食。刻诊：舌淡胖，边有齿痕，苔白腻，脉细滑数。诊为慢性支气管炎、肺气肿。辨证：肺脾两虚，复感风寒，肺失宣肃，脾失健运，痰湿渍肺，邪从热化。治法：治宜解表散寒，宣清肺气，健脾燥湿，化痰止咳。处方：自拟止咳方合三拗汤加减，包括鱼腥草 15g、法半夏 10g、蝉蜕 6g、川贝母 6g、桔梗 10g、地龙 10g、黄芩 10g、麻黄 10g、杏仁 10g、天竺黄 10g、苍耳子 10g、紫菀 10g、款冬花 10g、射干 10g、甘草 6g。5 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：咳嗽气喘减轻，已能平卧，胸闷渐舒，鼻塞流涕减而未除，胃纳略振。舌淡胖，边有齿痕，苔白腻，脉细滑。续上方 5 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：咳嗽大减，气喘已平，鼻塞流涕已止，痰量减少，纳食已香。舌淡胖，边有齿痕，苔薄白略腻，脉细滑。上方去黄芩、麻黄、地龙、苍耳子，加蜜炙麻黄 10g、葶苈子 10g、枇杷叶 10g。5 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

四诊：咳喘均平，夜能安卧，间或咳几声较轻微，痰白量少易咯出。舌淡苔薄白，脉细略滑。上方去葶苈子、射干，加白前 10g、百部 10g。10 剂，隔日 1 剂，巩固疗效。

【病案 4】熊某某，男，49 岁。2004 年 11 月 12 日初诊。自诉咳嗽反复发作 4 年，常于秋冬换季时节发作。两天前气候突变转冷，咳嗽加重，气息粗促，喉间有痰鸣声，痰多质粘稠，咳痰不爽，痰有腥味，咳时肋肋引

痛，面赤口干。刻诊：舌红苔薄黄腻，脉滑略数。既往有慢性支气管炎病史。诊为慢性支气管炎。辨证：气候突变，外邪袭肺，痰郁化热，痰热壅阻，肺失清肃。治法：治宜清热解毒、化痰肃肺。处方：自拟止咳方合清金化痰汤加减，包括鱼腥草 15g、法半夏 10g、蝉蜕 6g、川贝母 6g、桑白皮 10g、桔梗 10g、黄芩 10g、枇杷叶 10g、栀子 10g、知母 10g、杏仁 10g、葶苈子 10g、芦根 15g、甘草 6g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：咳嗽减轻，痰量减少，痰质稍稀，咳时胸肋少痛，痰仍有腥味。舌红，苔薄黄腻，脉弦滑。上方去栀子、知母，加蚤休 10g、天花粉 15g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：咳嗽大减，痰净无腥味，咳时胸肋不痛，稍觉口干。舌淡红，苔薄微黄，脉弦略滑。上方去葶苈子、芦根，加沙参 15g、百部 10g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。药毕，咳嗽全消。续用 7 剂，隔日 1 剂，巩固疗效。

【病案 5】李某某，男，42 岁。2006 年 10 月 12 日初诊。自诉咳嗽反复发作 5 年，常于秋燥季节发作。近周咳嗽加重，干咳少痰难咯出，咳声短促，声音嘶哑，口干咽燥，手足心热，有时夜间盗汗，神疲体倦。既往有慢性支气管炎病史。舌质红苔少，脉弦细略数。诊为慢性支气管炎。辨证：患咳多年，肺卫气虚，适逢秋燥，邪伤肺阴，肺失润降。治法：治宜滋阴润肺，止咳化痰。处方：自拟止咳方合沙参麦冬汤加减，包括鱼腥草 15g、法半夏 10g、蝉蜕 6g、川贝母 6g、桑白皮 10g、桔梗 10g、枇杷叶 10g、百部 10g、桑叶 10g、杏仁 10g、沙参 15g、麦冬 15g、玉竹 15g、天花粉 15g、甘草 6g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：咳嗽减轻，声音嘶哑、口干咽燥稍好转，能咳出少许白痰。舌红苔薄白，脉弦细略数。上方去百部、玉竹，加天竺黄 10g、天冬 10g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：咳嗽大减，咯痰顺畅，声嘶咽燥好转，夜无盗汗，手足心热消失。舌淡红，苔薄白，脉弦细。续用上方 7 剂，咳嗽全失。再予 7 剂，巩固疗效。

八、胃肠系疾病

(一) 消化性溃疡

1. 治疗经验

消化性溃疡 (peptic ulcer) 或消化性溃疡病泛指胃肠道黏膜在某种情况下被胃酸 / 胃蛋白酶自身消化而造成的溃疡。消化性溃疡可发生于食管、胃或十二指肠, 也可发生于胃 - 空肠吻合口附近或含有胃黏膜的 Meckel 憩室内。因为胃溃疡 (gastric ulcer, GU) 和十二指肠溃疡 (duodenal ulcer, DU) 最常见, 故一般所谓的消化性溃疡, 是指 GU 和 DU。溃疡的胃或十二指肠壁缺损超过黏膜肌层, 有别于糜烂。幽门螺杆菌感染和非甾体类抗炎药摄入, 特别是前者, 是消化性溃疡最主要的病因。

消化道溃疡归属于中医胃脘痛、吐酸、反胃等范畴。中医学认为, 消化性溃疡的发生主要与情志失调和饮食所伤有关。情志不遂, 忧思恼怒太过, 或郁久伤肝, 肝气郁结, 肝气失于疏泄, 横逆犯胃, 胃失和降, 气机阻滞, 胃病即可发生。若因饮食不节, 暴饮暴食, 或过食生冷, 饥饱失常, 均可伤及脾胃, 脾失健运, 胃失和降, 胃病即以胃脘隐痛而作。就临床所见, 情志所伤, 复加饮食不节, 或饮食所伤, 又遇忧思恼怒, 相互结合而发病者, 尤为多见。因此, 本病病位在胃, 但与肝、脾关系密切。

本组病案 6 例, 经检查均诊为消化性溃疡病, 归属中医胃痛范畴。病案 1、病案 4、病案 5、病案 6 虽同属十二指肠球部溃疡病, 但其诱发因素及转归各有差异, 因此辨证及治疗用药不同。病案 1 因工作压力大, 眠食无规律, 胃痛加重。辨证为肝气郁结, 横逆犯胃, 胃气郁滞。治法宜疏肝和胃、理气止痛。处方选用柴芍六君子汤加减治疗, 方中柴胡疏肝, 白芍柔肝, 素馨花舒肝而不伤阴, 党参、白术、茯苓、陈皮健脾益气, 延胡索、郁金、木香理气止痛, 海螵蛸、煅瓦楞制酸和胃, 木香、川连兼顾行气导滞、清理肠道湿热。药证合拍, 故能短期取效。病案 4 胃痛诱因除与病案 1

相同外，其转归有“刺痛”与“舌暗”之瘀象。辨证为肝气郁结，横逆犯胃，气滞血瘀。治法宜疏肝和胃、理气化瘀。处方选用柴芍六君子汤合失笑散加减，方中柴、芍、术、夏、陈皮、枳实疏肝和胃降逆，延胡、郁金理气止痛，海螵蛸、煅瓦楞制酸和胃，五灵脂、蒲黄、莪术活血化瘀止痛，吴茱萸、黄连清肝泻火，缓解呕吐酸苦水之厄。与病案1不同之处在于加用活血化瘀之品。病案5因寒冷天气或冷食易诱发胃痛。辨证为脾胃虚寒，中阳不振，运化失常，胃气上逆。治宜温中健脾、和胃止痛。处方选用香砂六君子汤加减，方中六君子汤健脾和胃降逆，砂仁、干姜、乌药温中散寒、行气止痛，煅瓦楞制酸和胃，神曲、鸡内金健脾消食助运化，赤石脂、芡实收涩止泻。病案6为十二指肠球部溃疡穿孔术后。辨证为脾胃虚弱，气滞血瘀，运化失健。治宜温中健脾，理气化瘀。与病案5不同之处在于气滞血瘀。处方亦用香砂六君子汤加减，方中五味异功散健脾和胃，木香、砂仁温中散寒止痛，延胡索、甘松行气止痛，刘寄奴活血散瘀，神曲、鸡内金健脾消食助运化，芡实、海螵蛸收涩制酸止泻。病案2诊为胃小弯溃疡并出血。辨证：胃痛多年，瘀血阻滞，瘀郁化热，损伤胃络。治宜凉血止血，健脾养胃，生肌敛疡。处方：自拟健脾生肌敛疡方加减。方中党参、白术、黄芪、甘草，补中益气；血竭、白及、三七、侧柏炭、牡丹皮，凉血止血；延胡索、郁金，行气止痛；珍珠层粉与黄芪、血竭、白及配伍，收敛生肌，促进溃疡愈合。病案3诊为复合性胃溃疡并出血。辨证：肝气犯胃，郁而化热，热伤血络。治宜疏肝和胃，凉血止血，理气止痛，敛疡生肌。处方用自拟健脾和胃敛疡方加减。其引起胃痛并出血的诱发因素有所不同，病案2因原在胃痛的基础上，饮酒后引发胃热化火，火热伤络，引发胃痛加重并胃出血；而该案中病患因与家人争吵后，肝气郁结，化火伤络所致。因此，治疗方面注重加用柴胡、白芍、郁金，以达疏肝柔肝解郁之目的。其余治疗，行气止痛、敛疡生肌之用药，基本与病案2用药相同。此二病例同时选用自拟健脾和胃敛疡方治疗，是因为消化性溃疡并发出血，方中血竭、白及既有良好的止血作用，又有敛疡生肌的作用，配用珍珠层

粉、三七、黄芪等效更佳。需要注意的是，此二病例用药止血后，二诊以后则减少止血药，而是增强健脾益气、行气止痛、敛疡生肌药的使用，由侧重治标转为侧重治本。本组病案6例，都有多年消化性溃疡病史，且与饮食及情志因素有密切关系，属容易复发性疾病。因此，胃痛消失或出血停止后，需要守方治疗一段时间，或制成膏方，或守方续服，旨在巩固疗效，预防复发。

2. 验案

【病案1】甘某某，男，38岁。2010年4月23日初诊。自诉胃痛反复发作已5年，饥时痛较甚，食后则痛缓，经常反酸。近月工作压力较大，眠食无规律，胃痛加重无定时。大便溏稍黏而难解，夜间口干苦，纳尚可。刻诊：舌淡红，苔薄白，脉弦细。曾于3月前在外院做胃镜检查示“十二指肠球部溃疡”。诊为十二指肠球部溃疡。辨证：肝气郁结，横逆犯胃，胃气郁滞。治法：治宜疏肝和胃，理气止痛。处方：柴芍六君子汤加减，包括柴胡10g、白芍15g、党参15g、白术10g、茯苓15g、法半夏10g、陈皮6g、延胡索10g、郁金10g、素馨花10g、海螵蛸15g、煅瓦楞15g、木香10g（后下）、黄连6g、甘草6g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。

二诊：胃痛明显减轻，反酸减少，唯大便尚不顺畅。舌淡红，苔薄白，脉弦细。上方加乌药10g、槐花15g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。

三诊：胃痛基本缓解，反酸偶见，大便条状解而顺畅，夜间口干苦消除，纳增。舌淡红，苔薄白，脉弦细。药已中病，守上方30剂，制成膏方，分3个月服。药毕，胃痛痊愈，自觉颇适。复查胃镜，十二指肠球部溃疡消失。

【病案2】黄某某，男，42岁。2012年5月11日初诊。自诉胃痛反复发作3年。就诊前1周饮酒后胃痛加剧，痛如刀割，解黑烂便3次，面色不华，头晕肢冷，心悸气短。近2天黑便后胃痛稍缓，进食后痛稍增。刻诊：舌淡稍暗，苔薄白，脉弦朮数。2010年11月曾作电子胃镜检查诊为“胃小弯溃疡”。查大便常规：隐血（3+）。诊为胃小弯溃疡并出血。辨证：胃痛

多年，瘀血阻滞，瘀郁化热，损伤胃络。治法：治宜凉血止血，健脾养胃，生肌敛疡。处方：自拟健脾和胃敛疡方加减，包括党参 15g、白术 10g、血竭 3g、白及 15g、三七粉 3g（冲服）、黄芪 15g、珍珠层粉 3g、延胡索 10g、郁金 10g、侧柏炭 10g、牡丹皮 10g、甘草 6g。5 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：胃痛减轻，黑便已止，便色转黄成条状，嘱半流质饮食，少量多餐，有饥饿感，头晕肢冷、心悸气短好转。舌淡稍暗，苔薄白，脉弦细略数。上方去血竭、侧柏炭，加当归 10g、阿胶 10g（烊化）、乌药 10g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：胃痛消减大半，时或隐痛，能进软食，纳增而无饥饿感，面稍有华色，头晕肢冷、心悸气短基本消失。舌淡稍暗，苔薄白，脉弦细。上方去牡丹皮，党参改红参 10g、加砂仁 6g、莪术 10g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

四诊：胃痛消除，纳香，大便如常，面润泽有华色，头晕好转复常，心悸气短全失。舌淡红，苔薄白，脉弦细。守上方 30 剂，制成膏方，分 3 个月服。药毕，复查胃镜：胃小弯溃疡消失。

【病案 3】张某某，女，36 岁。2011 年 6 月 22 日初诊。自诉胃脘胀痛反复发作 6 年余。每因情志不畅而痛作，脘腹胀闷，攻痛连胁，暖气频繁，饮食少思，大便不畅。就诊前 1 周，与家人争吵后，胃痛加重，大便色黑成条状。舌淡红，苔薄白，脉沉弦。1 年前曾做胃镜检查示“复合性溃疡”。急查大便常规：隐血（3+）。诊为复合性胃溃疡并出血。辨证：肝气犯胃，郁而化热，热伤血络。治法：治宜疏肝和胃，凉血止血，理气止痛，敛疡生肌。处方：自拟健脾和胃敛疡方加减，包括党参 15g、白术 10g、血竭 3g、白及 15g、三七粉 3g（冲服）、黄芪 15g、珍珠层粉 3g、延胡索 10g、郁金 10g、柴胡 10g、白芍 15g、侧柏炭 10g、厚朴 10g、神曲 10g、甘草 6g。5 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：胃脘胀痛减轻，黑便已止，便色转黄，纳稍增。舌淡红，苔薄白，

脉沉弦。上方去血竭、侧柏炭，加素馨花 10g、旋覆花 10g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：胃胀痛大减，暖气明显减少，纳增，大便调。舌淡红，苔薄白，脉沉弦。守上方 7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

四诊：胃痛消失，偶觉胃胀，有时暖气，纳便如常。舌淡红，苔薄白，脉弦细。上方 30 剂，制成膏方，分 3 个月服。药毕，复查胃镜显示：胃复合性溃疡消失，慢性浅表性胃炎（轻度）。

【病案 4】陆某某，男，31 岁。2009 年 11 月 17 日初诊。自诉胃痛反复发作多年，呈阵发性，痛甚则反射至肩背，如针刺状，呕吐酸苦水，饥饿时或精神紧张时痛增，得食后痛稍减，大便干结，2~3 天 1 解，尿黄。曾服奥美拉唑等西药及胃痛中成药 2 周，疼痛未见缓解。刻诊：舌淡稍暗，苔薄白，脉弦细。经电子胃镜检查示“十二指肠球部溃疡”。诊为十二指肠球部溃疡。辨证：肝气郁结，横逆犯胃，气滞血瘀。治法：治宜疏肝和胃，理气化瘀。处方：柴芍六君子汤合失笑散加减；包括柴胡 10g、白芍 15g、五灵脂 10g、蒲黄 10g、莪术 10g、白术 10g、法半夏 10g、陈皮 6g、延胡索 10g、郁金 10g、枳实 10g、海螵蛸 15g、煅瓦楞 15g、吴茱萸 4g、川连 3g、甘草 6g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：胃痛减轻，但痛甚时仍反射至后背，泛吐酸苦水减少，大便稍软，每日 1 次。舌淡稍暗，苔薄白，脉弦细。上方去陈皮，加三七粉 3g（冲服）、火麻仁 15g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：胃痛大减，泛吐酸苦水消失，纳食如常，大便软成条状，每日 1 次。舌淡稍暗，苔薄白，脉弦细。守上方 7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

四诊：胃痛全消，纳食、大便如常。舌淡稍暗，苔薄白，脉弦细。续上方 10 剂，巩固疗效。

【病案 5】张某某，女，36 岁。2011 年 6 月 22 日初诊。自诉胃痛反复发作 6 年余。每遇天气寒冷或饮冷而发，发则疼痛牵及背部，绵绵不已，甚则吐酸泛恶，大便溏泄，饮食少思，曾温灸中脘而得缓解。舌淡苔白，

脉沉细。就诊半年前曾做电子胃镜检查示：十二指肠球部溃疡。诊为十二指肠球部溃疡。辨证：脾胃虚寒，中阳不振，运化失常，胃气上逆。治宜温中健脾、和胃止痛。处方：香砂六君子汤加减，包括党参 15g、白术 10g、茯苓 15g、法半夏 10g、陈皮 6g、砂仁 10g、干姜 10g、煅瓦楞 30g、赤石脂 30g、神曲 10g、鸡内金 10g、芡实 15g、乌药 10g、甘草 6g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：胃痛明显减轻，吐酸泛恶基本缓解，纳食增进，大便成形。舌淡苔白，脉沉细。守上方 7 剂。每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：胃痛消失，吐酸泛恶已平，纳食二便如常。舌淡苔薄白，脉沉细。上方去陈皮、干姜，加白及 15g、血竭 3g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

四诊：胃痛诸症消除，病情平稳，舌淡苔薄白，脉沉细。守上方 30 剂，制成膏方，分 3 个月服。药后复查胃镜，十二指肠球部溃疡消失。

【病案 6】李某某，男，36 岁。2008 年 5 月 5 日初诊。自诉胃痛反复发作 5 年，于 2008 年 3 月某日突然胃痛加剧，经市某医院剖腹探查，发现“十二指肠球部溃疡穿孔”。手术后胃脘仍不断疼痛，多方求治，疗效不显。刻诊：面色萎黄，胃脘有时隐痛，有时胀痛，有时刺痛，时轻时重，饥时痛稍增，得食痛稍减，喜温喜按，纳少便溏，大便日行 3~4 次。舌暗淡稍胖，边有齿痕，苔薄腻，脉弦细缓。诊为十二指肠球部溃疡穿孔术后。辨证：脾胃虚弱，气滞血瘀，运化失健。治法：治宜温中健脾，理气化瘀。处方：香砂六君子汤加减，包括党参 15g、白术 10g、茯苓 15g、陈皮 6g、木香 10g（后下）、砂仁 10g、厚朴 10g、神曲 10g、鸡内金 10g、延胡索 10g、甘松 10g、刘寄奴 15g、芡实 15g、海螵蛸 15g、甘草 6g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：胃痛稍减轻，食欲稍增，大便偏软成形，日行 2 次。舌暗淡稍胖，边有齿痕，苔薄腻，脉弦细缓。守上方 7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：胃痛大减，偶有刺痛，纳增，大便条状，每日 1 次。舌暗淡，苔薄白，脉弦细稍缓。上方去陈皮、鸡内金，加三七 5g、莪术 10g。7 剂，

每日1剂，水煎分3次服。

四诊：胃痛全消，纳食及大便如常，面色稍红润。舌暗淡，苔薄白，脉弦细稍缓。守上方15剂，每日1剂，水煎分3次服，巩固疗效。

（二）慢性胃炎

1. 治疗经验

慢性胃炎是由多种病因引起的胃黏膜慢性炎症，主要由幽门螺杆菌感染所引起。胃黏膜层以淋巴细胞和浆细胞浸润为主，部分患者在后期可出现胃黏膜固有腺体萎缩和化生。

慢性胃炎在中医学属于“胃脘痛”“胃胀”“嘈杂”“反酸”“痞满”等病证范畴。慢性胃炎其病位在脾胃。本组病案5例，患者经胃镜检查均诊为慢性胃炎，归属中医胃痞、胃痛范畴。痞者，寒热中阻，痞塞不通，上下不能交泰之谓。病案1诊为慢性糜烂性胃窦炎，辨证属肝脾不调，脾失健运，胃失和降，胃气上逆。处方选用蒙木荣教授自拟健脾和胃理气消痞方加减，方中柴胡、白芍疏肝养肝柔肝清热，和解少阳；党参、白术、茯苓、法半夏、甘草健脾和胃，使脾气升华，胃气调和下降而止呕；陈皮、枳壳、厚朴、砂仁、乌药理气醒脾消痞，并具止胃痛之功；藿香、生姜、山楂和胃消食，芳香化浊，使脾健胃和，胃痞痛乃失。病案2亦诊为慢性浅表性胃窦炎，与病案1不同之处在于胃黏膜未见糜烂，其辨证属于脾虚胃热，运化失健。处方选用半夏泻心汤加减。方中党参、白术、茯苓、大枣、甘草健脾和胃；黄芩、黄连清胃热；法半夏、干姜温中和胃降逆，与黄芩、黄连苦寒相配，相反相成，图增药效；枳实、厚朴、香附、乌药理气消痞，气行则血活，通则不痛，故此几味相配，又能兼顾止痛；神曲健脾消食导滞。半夏泻心法治胃痞在后世应用很广，不仅伤寒误下成痞，即不由误下而寒邪中阻致病，以及湿热留恋，脾胃虚弱，升降失调致病者，亦可从此法加减，而且疗效很好。病案3诊为慢性浅表性全胃炎。辨证属脾胃虚寒，

运化失健。处方选用香砂六君子汤加减治疗，方中党参、白术、茯苓、甘草组成四君子汤为补脾益气之基本方，亦是补虚法中的常用方，很多补气之剂，都从此方化裁而成。大凡久患脾胃病者，其脾气多虚，此其常理，该病例选用此方为基本方亦甚为恰当。在此基础上加入黄芪，其补脾益气之力更宏；法半夏、陈皮和胃降逆气，以平息呕吐清涎之厄；木香、砂仁、干姜、吴茱萸温中暖胃止痛，还具有健脾醒脾，促进脾气运化之功；神曲、鸡内金消食导滞，加强消化之力。病案4诊为萎缩性胃炎。该证型胃黏膜多伴有肠上皮化生和不典型增生变化，现代医学认为是胃癌的癌前病变。辨证属胃痛日久伤阴，胃阴亏虚夹瘀，运化失健。处方选用益胃汤（《温病条辨》）合芍药甘草汤加减。方中沙参、麦冬、玉竹、石斛、白芍、太子参益气养阴生津，加入乌梅与养阴药相伍，起到酸甘化阴作用，以增强养阴益胃之效能，另外白芍重用，既能养阴又能缓急止痛，具有一药多专之功；白花蛇舌草清热解毒，抑杀幽门螺杆菌，还具抗癌治疗作用；素馨花、郁金行气止痛，尤以素馨花具有理气而不伤阴的特质，很适合本证使用；鸡内金消食导滞，火麻仁润肠通便，莪术活血化瘀，甘草调和诸药。诸药合用，共奏养阴生津、行气消痞、缓急止痛、消食益胃、活血化瘀、润肠通便之功。病案5诊为慢性胃炎伴隆起糜烂。该病例发病过程，呈现胃痛、胀，频频嗝气反酸。反酸者，肝气也。肝在五行属木，酸味属肝，之所以嗝气反酸，是因为肝气犯胃之故，又因饮食不慎伤胃，乃至胃痛复发。辨证属肝气犯胃，食滞胃肠，中焦湿热，胃失和降。处方选用柴芍六君子汤合平胃散加减。六君子汤治脾胃不健，饮食不思，胸膈不利，或腹胀呕吐吞酸，大便不调等。方中柴胡、白芍疏肝柔肝，以平肝旺犯胃；平胃散以苍术燥湿健脾，厚朴除满宽胸，陈皮理气化湿，甘草调和脾胃，合用成为燥湿健脾之主方。脾胃湿胜，积滞胃呆，出现上述诸证，是属土气敦阜之象，故药用辛香温燥，祛其湿滞，理其脾胃，使中运得复，则诸证自除。但须注意，舌苔白腻而厚，口淡不渴，心下痞满，倦怠恶食等，为本方主要适应证。但该例患者舌质略红，苔薄黄微腻，已有湿从热化之势，故方中加入黄芩、蒲公英之苦寒

清热药，企使湿热两清。方中加用元胡、大腹皮、莱菔子、木香之辛燥行气之品，旨在增强健脾燥湿、行气止痛作用。

2. 验案

【病案1】苏某某，男，48岁。2006年6月6日初诊。自诉胃脘痞闷，有时胀痛，反复发作2月余。曾求治于市某医院，经胃镜检查诊为“慢性糜烂性胃炎”，予服多种中西药效不显。刻诊：脘腹胀大，按之稍痛，恶心呕吐，暖气反酸，饮食乏味，厌油腻，大便稍烂，日2~3次。舌淡胖，边有齿痕，苔白腻，脉弦细滑。诊为慢性糜烂性胃炎。辨证：肝脾不调，脾失健运，胃失和降，胃气上逆。治法：治宜疏肝健脾，理气和胃消痞。处方：自拟健脾和胃理气消痞方加减，包括党参15g、白术10g、茯苓15g、陈皮6g、炒枳壳10g、厚朴10g、山楂10g、砂仁8g、乌药10g、柴胡10g、白芍15g、法半夏10g、藿香10g、生姜6g、甘草6g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。

二诊：脘胀稍减轻，胃已不痛，暖气反酸减少，恶心呕吐消除，食欲稍增，大便偏软成形，日行2次。舌淡胖，边有齿痕，苔薄白略腻，脉弦细滑。上方去藿香、生姜，加莱菔子10g、煅瓦楞30g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。

三诊：脘胀大减，暖气反酸基本消失，纳增，大便条状，每日1次。舌淡稍胖，苔薄白，脉弦细。守上方7剂，每日1剂，水煎分3次服。

四诊：脘胀、暖气、反酸全消，纳食及大便恢复正常。舌淡红，苔薄白，脉弦细。守上方14剂，巩固疗效。

【病案2】杨某某，女，52岁。2004年8月16日初诊。自诉胃痛反复发作5年，近周复发加重。既往有慢性浅表性胃炎病史。刻诊：胃中嘈杂，有时灼痛，痛无定处，饥时觉痛，饱时觉胀，口苦干而不多饮，纳少，大便时稀时秘。舌淡红，苔薄黄，脉弦细。诊为慢性浅表性胃炎。辨证：脾虚胃热，运化失健。治法：治宜健脾益气，和中清胃。处方：半夏泻心汤

加减，包括党参 15g、法半夏 10g、黄芩 10g、干姜 8g、川连 6g、大枣 10g、茯苓 15g、白术 10g、枳实 10g、厚朴 10g、香附 10g、乌药 10g、神曲 10g、甘草 6g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：胃中嘈杂减轻，胃灼痛程度轻减且时间短，口干苦消退大半，纳稍增，大便较干结。舌淡红，苔薄黄，脉弦细。上方去干姜、大枣，加木香 10g（后下）、白芍 15g、麦芽 15g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：胃中嘈杂大减，胀痛消失，口干苦消除，纳食恢复正常，大便调和。舌淡红，苔薄白，脉弦细。上方去黄芩、川连，加淮山 15g、佛手 15g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

四诊：胃中嘈杂、胀痛、口干口苦全消，纳食二便如常。舌淡红，苔薄白，脉弦细。守上方 15 剂，制成膏方，分 45 天服，以巩固疗效。

【病案 3】赵某某，男，55 岁。2008 年 12 月 18 日初诊。自诉胃痛反复发作 12 年。近两周天气转冷胃痛复发。诊前半年曾在某医院作电子胃镜检查，诊为“慢性浅表性全胃炎”。刻诊：胃脘隐隐作痛，按之较舒，喜进热食，食后腹胀，呕吐清涎，大便溏薄，纳食少思，面色萎黄，神疲乏力。舌淡胖，边有齿痕，苔白略腻，脉弦细。诊为慢性浅表性全胃炎。辨证：脾胃虚寒，运化失健。治法：治宜温中健脾，益气和胃。处方：香砂六君子汤加减，包括党参 15g、白术 10g、茯苓 15g、法半夏 10g、陈皮 6g、木香 10g（后下）、砂仁 8g、干姜 10g、黄芪 15g、吴茱萸 3g、神曲 10g、鸡内金 8g、甘草 6g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：胃脘隐痛略减，呕吐清涎明显减轻，纳稍增，大便仍溏。舌淡胖，边有齿痕，苔白略腻，脉弦细。上方加芡实 15g、诃子 10g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：胃痛基本消除，食后腹胀消失，纳增，大便成形，每日 1 次。神疲乏力渐减，体力渐增。舌淡，舌边齿痕不明显，苔薄白，脉弦细。上方去干姜、吴茱萸，加莲子 15g、百合 15g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

四诊：胃痛胃胀全消，纳食及大便恢复正常，面色润泽，精神体力基

本复常。舌淡苔薄白，脉弦细。守上方 15 剂，巩固疗效，以善其后。

【病案 4】覃某某，男，60 岁。2011 年 6 月 2 日初诊。自诉胃痛反复发作 7 年，复发并加重 1 周。曾在某医科大学附属医院住院做电子胃镜检查，诊为“慢性萎缩性胃炎”。病理检查报告：①（胃角）幽门螺杆菌相关性胃炎，重度炎症，固有层见淋巴滤泡形成，腺体中度萎缩，轻度肠上皮化生伴轻度异型增生。幽门螺杆菌检测为阳性。②（胃窦）幽门螺杆菌相关性慢性萎缩性胃炎，活动期，重度炎症，固有层见大量淋巴、浆细胞及少量中性粒细胞浸润，腺体中度萎缩，轻度肠上皮化生。刻诊：胃脘灼热疼痛，有时嘈杂，口干而不欲饮，纳食呆滞，餐后饱胀，大便干结，2～3 天 1 解。舌暗红，苔干少津，脉弦细略数。诊为慢性萎缩性胃炎。辨证：胃痛日久伤阴，胃阴亏虚夹瘀，运化失健。治法：治宜养阴益胃，助脾运化，佐以活血化瘀。处方：益胃汤（《温病条辨》）合芍药甘草汤加减，包括沙参 15g、麦冬 15g、玉竹 10g、石斛 10g、白芍 30g、白花蛇舌草 15g、太子参 10g、鸡内金 8g、乌梅 3g、火麻仁 15g、莪术 10g、素馨花 10g、郁金 10g、甘草 6g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：胃脘微灼痛稍缓，胃中嘈杂、口干减轻，纳稍增，大便仍秘。舌暗红，苔干少津，脉弦细略数。上方去乌梅，加枳实 10g、郁李仁 10g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：胃脘微灼痛、嘈杂基本缓解，纳增，口干消除，大便软成条状，餐后饱胀感大减。舌暗红，苔薄稍干，脉弦细。上方去麦冬、白花蛇舌草，加丹参 15g、三七 3g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

四诊：胃脘灼痛、嘈杂完全缓解，纳食大便恢复正常，餐后已无饱胀感。舌暗淡红，苔薄白而润，脉弦细。守上 30 剂，制成膏方，分 3 个月服。巩固疗效。

【病案 5】方某某，女，62 岁。2009 年 10 月 28 日初诊。自诉胃脘反复隐痛近十年，诊前半年曾在市某医院胃镜检查，诊为“慢性胃窦炎伴隆起糜烂”，幽门螺杆菌检测为阳性。刻诊：半月来，因食不慎致胃脘疼痛复

发，饥时隐痛，食后则胀，多食胀甚，伴口气秽重，频频嗳气反酸，矢气多，大便偏干，小便黄而灼热。舌质略红，苔薄黄略腻，脉弦细。诊为慢性胃炎伴隆起糜烂。辨证：肝气犯胃，食滞胃肠，中焦湿热，胃失和降。治法：治宜清热燥湿，理气和胃。处方：柴芍六君子汤合平胃散加减，包括柴胡 10g、白芍 15g、党参 15g、苍术 10g、云苓 10g、陈皮 6g、法半夏 10g、元胡 10g、黄芩 10g、大腹皮 10g、蒲公英 15g、鸡内金 10g、莱菔子 15g、川朴 10g、广木香 10g（后下）、甘草 6g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：胃痛转轻，脘胀减，仍口气秽重，嗳气，舌质略红，苔薄微黄略腻，脉弦细。上方去黄芩、大腹皮，加佩兰 10g、旋覆花 10（包煎）。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：胃痛大轻，脘微胀，口气少，偶有嗳气，大便烂，每日 2 次，舌质略红，苔薄白，脉弦细。上方去柴胡、木香加葛根 30g、炒白扁豆 30g。5 剂，水煎分 3 次服。

四诊：有时胃不舒，脘已不胀，偶有嗳气，大便转调。舌质淡红，苔薄白，脉弦细。上方去莱菔子、佩兰、葛根、炒白扁豆，加枳实 10g、白及 10g、三七 3g。

五诊：胃痛基本消失，脘胀除，纳食可，无嗳气，大便调。舌质淡红，苔薄白，脉弦细。上方继服 15 剂，以巩固疗效。

（三）慢性腹泻

1. 治疗经验

腹泻（diarrhea）尚缺乏统一定义，通常将其定义为粪便稀薄，排便次数 ≥ 3 次/日，并伴有排便量增加（大于 200g/d）。腹泻需与大便失禁（fecal incontinence）区别，后者为不自主排便，多由神经肌肉性疾病或盆底疾患所致。一般将病程超过 4 周的腹泻称为慢性腹泻（chronic diarrhea），以排除多数感染性腹泻。

慢性腹泻属中医“泄泻”的范畴。《素问·阴阳应象大论》云：“湿胜则濡泻。”《景岳全书·泄泻》云：“泄泻之本，无不由于脾胃。”，其病位主要在脾胃与大小肠。慢性腹泻临床多见于慢性结肠炎、肠易激综合征及吸收不良综合征。其基本病机为脾虚湿盛。在脾虚情况下，容易导致肝旺乘脾或命门火衰之变而泄泻；湿盛多由外邪侵袭以及脾失健运、湿邪内生所致，慢性泄泻以湿邪内生多见。湿邪表现为寒湿或湿热两种。临床一般以运脾化湿为治疗大法。泻重者，以温燥，或清化，佐以分利。久泻以益气健脾为主，若脾虚肝气乘脾，或脾虚及肾，致肾阳虚衰，当分别予以健脾渗湿、抑肝扶脾、温肾补脾为治法。

本组介绍病案7例，均属于慢性腹泻范畴。病案1诊为肠易激综合征。辨证：情志失调，肝郁气滞，横逆侮脾，脾失健运所致。处方：以蒙老自拟调肝健脾止泻方加减。方中柴胡、白芍柔肝抑肝，党参、苍术、茯苓、陈皮、炒枳壳健脾扶脾，木香、香附行气止痛，防风燥湿止泻、芡实收敛止泻、石榴皮酸涩止泻、黄连清热燥湿止泻，甘草调和诸药。诸药相伍，共奏抑肝扶脾、理气止泻之功。病案2诊为慢性溃疡性结肠炎急性发作。辨证：旧有肠疾，不慎伤食，酿生湿热，壅阻肠胃，传化失常。处方：选用葛根芩连汤合芍药汤（《素问病机气宜保命集》）加减。方中黄芩、黄连、白头翁苦寒燥湿止泻，葛根升阳止泻，白芍、当归、甘草和营以治泻便中之粘液，木香、槟榔、枳壳调气行滞以止腹痛，苍术、茯苓燥湿利湿以健脾止泻。诸药合用，以达清热燥湿，调气行血之目的。病案3诊为慢性结肠炎。辨证为脾肾阳虚，运化无权。治宜温肾暖脾，固肠止泻。处方：附子理中汤合四神丸加减。方中附子理中汤温中健脾化湿；四神丸暖脾温肾、固肠止泻；升麻升清阳，茯苓健脾祛湿；鸡内金、炒麦芽健脾消食；罂粟壳涩肠止泻功专力宏，不宜久用；白芍缓急止痛，安脾止泻。病案4诊为慢性溃疡性结肠炎，其病情发生与病案2基本相同。病案2在急性发作期过后，改用调肝健脾止泻方加减治疗，重在治本，而病案4则肠道湿热贯穿始终，因此清化湿热之用药亦为始终，只不过由重而轻，逐渐减少而已。病案5

诊为慢性吸收不良综合征。辨证：脾胃虚弱，运化无权，水谷不化，清浊不分，气血化生乏源。处方：拟参苓白术散合补中益气汤加减。方中红参、白术、淮山、莲子健脾益气，黄芪助红参补中益气，茯苓、炒白扁豆、薏苡仁健脾祛湿，砂仁温中醒脾，鸡内金、炒麦芽消食以运脾，陈皮、炒枳壳行气导滞，芡实收敛止泻，甘草调和诸药。病案6诊为慢性溃疡性结肠炎。辨证：脾气亏虚，运化失常，寒热错杂，壅滞肠胃，伤络腐肉。处方：以乌梅丸加减。方中乌梅丸本为温脏安蛔方剂，此方在《伤寒论》为厥阴病出其治法。厥阴内寄相火，阴中有阳，及其为病，每厥热相兼，寒热错杂；同时风木之病，常影响中土。前人尝谓，厥阴病是寒热错杂、土虚木乘之证，因此将乌梅丸移治寒热错杂、中土虚弱之泄泻亦属合拍。方中重用乌梅，涩肠止泻，正气虚弱久泻尤宜，黄连、黄柏、白头翁苦寒清热止泻，干姜、熟附子、细辛温中散寒，党参、淮山、炒白扁豆、神曲健脾益气、消食养胃，当归养血，甘草调和诸药。病案7诊为慢性溃疡性结肠炎。辨证：脾气亏虚，运化失常，湿热蕴结大肠，瘀滞腐肉。处方：用香连丸合芍药汤加减。方中党参健脾益气，白芍缓急止痛，川连、黄芩、白头翁清热止泻，木香、炒枳壳、秦皮、乌药、槟榔行气止痛，茯苓健脾祛湿，木棉花化湿止泻，神曲消食和胃，当归养血，甘草调加诸药。病案7与病案6相比较，病例6为寒热错杂、土虚木乘之证，而病案7则为湿热偏盛、脾土虚弱之证，二者均有肠络损伤，瘀滞肉腐较重之象。另外，此类慢性腹泻病例，尤其是慢性溃疡性结肠炎，在其发病过程中，出现腹痛，里急后重，便下粘液脓血，有的较轻，有的较重。如病案1、病案2、病案4较轻，病案6、病案7较重，口服用药上根据金代中医名家刘河间说的“调气则后重自除，行血则便脓自愈”，故在一诊或二诊时选用木香、枳壳、乌药、槟榔等行气药，以及当归、白芍等理血药，它不仅理气止痛，而且能祛腐生新。病案6、病案7里急后重、脓血便较明显，因此两例均予白及、珍珠层粉、三七粉、血竭、黄连等祛腐生肌、清热解毒之中药保留灌肠，与内服药相辅相成，达到提高治疗效果之目的。

2. 验案

【病案1】程某某，女，46岁。2004年6月18日初诊。自诉腹痛腹泻反复发作5年。曾在市某医院作X线钡餐检查，提示结肠痉挛激惹。刻诊：脐周腹痛阵作，心情不舒或情绪紧张时易发，肠鸣矢气多，腹痛则泻，泻下清稀或粘冻，泻后痛减，日行3~4次，胸满痞闷，食少纳呆。刻诊：舌淡苔白，脉弦细。大便常规检查无异常。诊为肠易激综合征。辨证：情志失调，肝郁气滞，横逆侮脾，脾失健运。治法：治宜抑肝扶脾，理气止泻。处方：自拟调肝健脾止泻方加减，包括柴胡10g、党参15g、苍术10g、白芍30g、茯苓15g、陈皮6g、防风10g、芡实15g、石榴皮10g、木香10g（后下）、黄连6g、炒枳壳10g、香附10g、甘草6g。5剂，每日1剂，水煎分3次服。

二诊：腹痛矢气频率明显减少，肠鸣亦轻，大便稍烂成堆状，每日2次，纳稍增。舌淡苔白，脉弦细。上方去黄连，加炒升麻10g、山楂10g。5剂，每日1剂，水煎分3次服。

三诊：腹痛、肠鸣、胸满痞闷全消，大便呈条状，每日1次，纳增。舌淡苔薄白，脉弦细。上方去柴胡，续用10剂，以巩固疗效。

【病案2】苏某某，男，38岁。2006年8月4日初诊。自诉腹痛腹泻反复发作3年余。曾在本院做肠镜检查，示“溃疡性结肠炎”。诉某日与朋友聚餐后，次日即腹痛腹泻，泻下急迫，粪色黄褐而臭，带有粘冻，泻而不爽，里急后重，肛门灼热，烦热口渴，小便短赤。舌尖边红，苔黄腻，脉滑数。诊为慢性溃疡性结肠炎急性发作。辨证：旧有肠疾，不慎伤食，酿生湿热，壅阻肠胃，传化失常。治法：治宜清热燥湿，调气行血。处方：葛根芩连汤合芍药汤（《素问病机气宜保命集》）加减，包括葛根30g、黄芩10g、黄连6g、白芍30g、当归10g、木香10g（后下）、槟榔10g、苍术10g、白头翁15g、茯苓15g、枳壳10g、甘草6g。5剂，每日1剂，水煎分3次服。

二诊：腹痛腹泻、里急后重大减，大便稍烂，少许粘冻，肛门灼热已退，口不渴，尿淡黄。舌尖边红，苔微黄腻，脉滑略数。上方加乌药10g、车前

子 10g。5 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：腹痛腹泻、里急后重全消，大便呈条状，日行 1 次，无粘冻，尿淡黄。守上方继服 10 剂。病情稳定后，改用自拟调肝健脾止泻方 15 剂，制成膏方，分 45 天服，以巩固远期疗效。

【病案 3】余某某，女，65 岁。2010 年 5 月 14 日初诊。自诉脐腹隐痛、泄泻反复发作 5 年。有慢性结肠炎病史。刻诊：脐腹隐隐作痛，绵绵不已，尤以早晨 5～6 时，腹痛肠鸣，泻下清稀，泻后腹痛暂缓解，大便夹杂少许粘液，日行 3～4 次。倦怠乏力，面色萎黄，饮食少思，厌食油腻。舌淡胖，边有齿痕，苔白略腻，脉弦细。诊为慢性结肠炎。辨证：脾肾阳虚，运化无能，传导失司。治法：治宜温肾暖脾，固肠止泻。处方：附子理中汤合四神丸加减，包括红参 10g、制附子 15g、白术 10g、干姜 6g、破故纸 12g、五味子 10g、肉豆蔻 8g、吴茱萸 3g、升麻 10g、茯苓 15g、鸡内金 8g、炒麦芽 15g、罂粟壳 6g、白芍 30g、甘草 6g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：腹痛减轻且时间缩短，水样便已消失，便质稍烂，日行 2 次，纳稍增。舌淡胖，边有齿痕，苔白略腻，脉弦细。上方去茯苓，加诃子 10g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：腹痛基本消除，大便成形，日行 1 次，纳增。舌淡胖，边有齿痕，苔薄白，脉弦细。上方去升麻、罂粟壳，加芡实 15g、黄芪 30g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

四诊：腹痛全消，大便稍烂，日 1 次，稍觉咽干，尿稍黄。舌淡红，苔薄白，脉弦细。上方去干姜，制附子改为 10g，加禹余粮 10g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

五诊：腹痛止，大便呈条状，日 1 次，纳食恢复如常，气力增，面色稍润泽，略显华色。舌淡红，苔薄白，脉弦细。守上方续用 10 剂，以巩固疗效。

【病案 4】苏某某，男，38 岁。2009 年 8 月 20 日初诊。自诉腹痛、腹泻近 3 年余。曾在外院作肠镜检查，诊为慢性溃疡性结肠炎。刻诊：近感

倦怠乏力，时有头晕，下腹部疼痛，大便稀烂，日行3~4次，有里急后重感，便下或见粘液脓血，便后腹痛减轻，不思饮食，口干口苦，小便微黄。舌质略红，舌苔白厚，舌根黄苔，舌边有齿印，脉濡数。诊为慢性溃疡性结肠炎。辨证：脾虚失运，内生湿热，蕴结大肠，热伤肠络，气滞肉腐。治法：治宜清热解毒，理气化湿。处方：葛根芩连汤合香连丸加减，包括党参15g、木香10g（后下）、葛根15g、黄芩10g、黄连6g、木棉花15g、槐花15g、白芍15g、槟榔12g、土茵陈15g、乌药10g、神曲10g、甘草6g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。

二诊：腹痛便脓血明显好转，大便溏，日1~2次，有少许粘液，口干口苦减轻，胃纳稍增。舌质略红，舌苔白略厚，舌边有齿印，脉濡略数。上方去葛根、木棉花，加苍术10g、茯苓15g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。

三诊：腹痛便脓血基本消失，大便成形，日1~2次，未见黏液，口干口苦消除，纳增如常，头晕乏力稍好转。舌淡红，苔薄白略腻，舌边略有齿印，脉细濡。上方去黄芩、土茵陈，加薏苡仁15g、芡实15g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。

四诊：腹痛便脓血完全消除，大便呈条状，日1次，无粘液，头晕乏力明显好转。舌淡红，苔薄白，脉细濡。守上方15剂，以健脾燥湿、顾护肠胃，巩固疗效。

【病案5】梁某某，女，41岁。2008年9月10日初诊。自诉大便时溏时泻反复发作4年余，曾作结肠镜检查未发现异常。刻诊：大便时溏时泻，日行3~4次，无腹痛但腹胀闷不舒，泻下水谷不化之物，稍进油腻之品则便次增多，饮食减少，面色萎黄，肢倦乏力。舌淡苔白，脉细弱。诊为慢性吸收不良综合征。辨证：脾胃虚弱，运化无权，水谷不化，清浊不分，气血化生乏源。治法：治宜益气升清、健脾止泻。处方：参苓白术散合补中益气汤加减，包括红参10g、白术10g、茯苓15g、淮山15g、莲肉15g、炒白扁豆15g、薏苡仁30g、砂仁10g、鸡内金8g炒麦芽15g、陈皮6g、炒枳

壳 10g、黄芪 15g、芡实 15g、甘草 6g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：泄泻改善，大便稍烂，日 1～2 次，腹胀闷减轻，纳食稍增。舌淡苔白，脉细弱。守上方 7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：大便稍烂，日 1 次，腹胀闷消失，纳食恢复如常，肢倦乏力减轻。舌淡苔薄白，脉细稍弱。上方去炒白扁豆、薏苡仁，加诃子 10g、当归 10g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

四诊：大便软成条状，肢倦乏力基本恢复正常，面色稍红润有光泽。守上方续用 10 剂，以巩固疗效。

【病案 6】李某某，男，61 岁。2007 年 11 月 20 日初诊。自诉腹痛腹泻反复发作 6 年。曾于市某医院做结肠镜检查，示“慢性溃疡性结肠炎”。刻诊：脐周腹痛，时发时止，大便稀溏，日行 3～4 次，有时夹杂脓血粘冻，无里急后重，脘腹痞满，纳食呆滞，疲倦乏力，口苦尿黄。舌质略红，苔黄腻，脉弦滑。诊为慢性溃疡性结肠炎。辨证：脾气亏虚，运化失常，寒热错杂，壅滞肠胃，伤络腐肉。治法：治宜健脾行气，平调寒热，祛腐生肌。处方：乌梅丸加减，包括乌梅 25g、黄连 10g、黄柏 10g、当归 10g、炒枳壳 10g、党参 15g、干姜 10g、熟附子 10g、细辛 3g、淮山 30g、炒白扁豆 15g、白头翁 15g、神曲 10g、甘草 6g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。另外用珍珠层粉 5g、白及 25g、血竭 3g、三七粉 5g、黄连 10g。7 剂，每日 1 剂，水煎浓缩 150mL，保留灌肠。

二诊：腹痛大减，大便稍烂，日行 2～3 次，夹杂脓血粘液减少，脘腹痞满稍减轻。舌质略红，苔微黄腻，脉弦略滑。上方加厚朴 10g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。灌肠药如上法，隔日灌肠 1 次。

三诊：腹痛已除，大便成形，日 1～2 次，无脓血粘液，痞满大减，唯纳食欠佳，口苦尿黄未已，稍觉疲倦乏力。舌质略红，苔微黄略腻，脉弦略滑。上方去干姜、细辛，加山楂 10g、鸡内金 8g、槐花 15g，乌梅减量至 10g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。停用灌肠药。

四诊：脘腹痞满基本消失，大便软成条状，日 1～2 次，纳食增，口

苦消除，尿淡黄，疲倦乏力渐减，精神体力基本恢复。舌质淡红，苔薄白，脉弦细。上方去乌梅、黄柏，加苍术 10g、白芍 15g。10 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

五诊：腹痛痞满全消，大便条状，日 1 次，纳增无口苦，尿淡黄或清，精神体力恢复。舌淡红，苔薄白，脉弦细。续守上方 15 剂，以巩固疗效。

【病案 7】李某某，女，58 岁。2008 年 9 月 29 日初诊。自诉腹痛腹泻反复发作 4 年余。曾于本院做结肠镜检查，示“慢性溃疡性结肠炎”。刻诊：脐周腹痛，时发时止，大便稀溏，日行 3～4 次，有时夹杂脓血粘冻，里急后重，便后腹痛减缓，口干口苦，纳呆尿黄，有时头晕乏力。舌边尖红，边有齿印，舌根黄腻，脉细濡略数。诊为慢性溃疡性结肠炎。辨证：脾气亏虚，运化失常，湿热蕴结大肠，瘀滞腐肉。治法：治宜健脾行气，清热化湿和血，祛腐生肌。处方：香连丸合芍药汤加减，包括党参 15g、白芍 25g、当归 10g、木香 10g（后下）、川连 6g、黄芩 10g、茯苓 15g、炒枳壳 10g、白头翁 15g、秦皮 10g、乌药 10g、槟榔 10g、木棉花 15g、神曲 10g、甘草 6g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。另外用川连 10g、白头翁 30g、白及 20g、珍珠层粉 5g、三七粉 5g。7 剂，每日 1 剂，水煎浓缩成 150mL，保留灌肠。

二诊：腹痛大减，大便稍烂，日行 2 次，夹杂脓血粘液减少，里急后重明显减轻，口干口苦尿黄稍减缓，纳食稍增。舌边尖稍红，边有齿印，舌根稍黄腻，脉细濡略数。口服中药续上方 7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。灌肠中药续上方 3 剂，隔日 1 剂，保留灌肠。

三诊：腹痛基本消除，大便稍烂，日行 2 次，偶见便中脓血粘液，已无里急后重感，口干口苦轻微，纳食增，尿淡黄。舌淡红，边有少许齿印，舌根稍黄腻，脉细濡。上方口服中药去黄芩、白头翁、槟榔，加苍术 10g、淮山 15g、芡实 15g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。停用灌肠中药。

四诊：腹痛消除，大便成形，日行 1～2 次，便中脓血粘液消失，无里急后重，已无口干口苦，纳食恢复正常，尿淡黄。舌淡红，苔薄白，脉

细略濡。守上方续用 15 剂，以巩固疗效。

九、胆石病

（一）治疗经验

胆石病根据结石发生的部位，可以分为胆囊结石、胆总管结石、肝内胆管结石。胆石病属于中医中“胆胀”“胁痛”“黄疸”“胃脘痛”等范畴。胆石病之病机，其本在于肝胆失疏，肝失柔养，而标在于湿热、气滞与血瘀，故其治疗宜以疏肝利胆、清热化湿、行气活血为主要治法。

本组病案 5 例，经检查均诊为胆囊结石，中医称为胆石，多因情志不調、饮食不节、多食辛辣肥甘酒肉、外邪侵袭、虫积等因素而诱发。其病机为肝胆疏泄失职、胆汁淤积而成，肝胆疏泄失职日久又可影响脾胃的运化功能，肝木横逆犯脾土，升降失司，症见胁腹胀满、食欲不振、暖气吞酸、嘈杂呕吐、大便不调；或为脾胃运化失司，湿阻化热，湿热中阻，熏蒸肝胆而至胆液外溢而发黄疽。湿热煎炼成石，气机阻滞则痛。病案 1 诊见胆囊肿大，胆泥及少许泥沙样结石，其病位在胆，结石阻滞气机，故引起胁痛，病属实证、湿热蕴结成石之证。治宜清利湿热，疏肝理气，利胆排石。处方选用三金二味金铃柴芩汤加减。方中金钱草利湿排石，郁金疏肝解郁，鸡内金软坚化石，金银花、蒲公英清热解毒，柴胡疏肝，白芍柔肝，黄芩、栀子清利湿热，枳实破气消积，牛膝补肝肾、引药下行，川芎行气活血，香附疏肝理气，延胡索、川楝子行气止痛，甘草调和诸药，生地黄清热生津，路路通利水通经。病案 2 诊见胆囊结石 0.7cm×0.4cm，病位在胆，病性亦为湿热蕴结成石，胆失通降，逆行犯胃，湿热下注膀胱，症见胃痛、腰胀、尿频。其病属实证，治宜清热通淋，疏肝和胃，利胆排石。处方选用四妙三金柴胡汤加减。方中金钱草利湿排石，郁金疏肝利胆，鸡内金健脾益胃、软坚化石、固摄缩尿，柴胡、白芍疏肝敛阴、调畅气机，木香行气和胃，党参补中益气，甘草调和诸药。随证加减：尿频、后腰胀合用苍术、黄柏、

牛膝、薏苡仁、茵陈、蒲公英、栀子清利湿热，石韦利尿通淋；胃痛加白术、云苓、陈皮、法半夏、枳壳、川芎、砂仁健脾理气，和胃止痛；口气秽加佩兰芳香醒脾、化浊避秽；防风、藿香发越脾胃郁热；海螵蛸、浙贝制酸清热；泣竹叶、通草导上焦热，治下焦淋。对症下药，故能除病。病案3诊为胆囊泥沙样结石23mm×6mm，症见胃胀，打嗝，经前盗汗，月经夹血块，尿隐血，尿不尽感，大便不成形。辨证其要，为肝胆失疏，逆行犯胃，湿热下注，气血瘀滞。选用四七三金柴芩汤加减治疗。方中金钱草利湿排石，鸡内金健脾益胃、软坚化石，郁金疏肝解郁，柴胡、白芍、黄芩疏肝清热、调畅气机，党参补中益气，云苓健脾渗湿，甘草调和诸药。随证加减：胃胀、打嗝用法半夏、川朴、苏梗，降逆宽中理气；经前盗汗加煅牡蛎、浮小麦收敛固涩；纳减、厌油腻、欲吐加竹茹、枳实、神曲、莱菔子，石菖蒲，和胃降逆、消积理气，祛痰湿；尿隐血加墨旱莲、川楝子、栀子凉血止血、疏肝泻热；尿不尽感加苍术、牛膝、黄柏、石韦，清热燥湿、利尿通淋；月经量多有血块等兼症加地龙，清热通经活络；陈皮、白术健脾理气；桃仁活血化瘀；生地黄凉血止血；女贞子补肝肾；川芎行气活血。病案4诊为胆囊泥沙样结石31mm×8mm及胆汁反流胃炎。邪在胆，逆于胃，肝胆失于疏泄，胆汁随胆气上逆，又致胃气上逆，胆胃上逆，则胆汁泄。胆胃同病，故症见心下隐痛时发，偶泛酸，寐欠佳，梦多易醒、难入睡。方用金铃三金柴芩六君汤加减。延胡索、川楝子疏肝泻热、活血止痛，金钱草、鸡内金、郁金清利湿热、消石化石，柴胡、白芍疏肝敛阴，栀子降火解郁、安眠止痛，党参、白术、云苓、甘草、陈皮、法半夏共奏健脾益气、燥湿化痰之功。随证加减：寐欠佳、梦多易醒、难入睡加酸枣仁、龙齿、柏子仁、合欢花；心下隐痛加苏梗、枳实、川芎、乌药、木香、丹参；泛酸加海螵蛸、瓦楞子。病案5诊为胆囊少许泥沙样结石。此为肝胆中焦湿热，但病势较轻，未有异常感觉。选用三金石韦柴胡汤加减治疗。方中加用瞿麦、穿破石、鸡血藤、路路通清热利湿、活血通经，大黄泻热攻积，其他排石理气、疏肝利胆药与前4例基本相同，又因患者自诉药后大便稀且次数增多，遂调整方药以

枳实、川芎、地龙取代大黄、瞿麦、穿破石、鸡血藤、路路通，稍缓攻势，再加党参、云苓、陈皮补中益气。因用药紧扣病机，故疗效显著。

（二）验案

【病案1】翁某某，男，62岁。2022年5月3日初诊。自诉2022年4月6日超声诊断：胆囊肿大，胆泥及少许泥沙样结石，左肾小囊肿，左肾结石。2022年4月16日出院诊断：泥沙样胆囊结石、急性胆囊炎、胆内管结石、高血压病。出院后现右肋已无胀痛，胃纳一般，大便畅，舌红苔白脉弦。辨证：肝胆气机不畅，肝失疏泄，胆汁瘀堵久而成砂石。治法：治宜疏肝理气，利胆排石。处方：三金二味金铃柴芩汤加减，包括金钱草30g、郁金15g、鸡内金15g、金银花15g、蒲公英15g、柴胡10g、白芍12g、黄芩10g、栀子10g、枳实10g、牛膝10g、川芎10g、香附10g、延胡索12g、川楝子10g、甘草6g、生地黄15g、路路通15g。15剂，每日1剂，水煎分2次服。

二诊：复查未见结石，胆部稍大，舌红苔白脉细缓。巩固治疗，原处方去金铃子散加减，包括金银花12g、蒲公英15g、金钱草20g、鸡内金12g、郁金10g、柴胡10g、赤芍10g、枳壳10g、栀子10g、桃仁10g、茵陈15g、木香6g（后下）、生地黄15g、甘草6g。15剂，每日1剂，水煎分2次服。

【病案2】蓝某某，男，39岁。食不慎则胃痛，2022年3月5日初诊。自诉2021年10月26日曾超声诊断：胆囊结石0.7cm×0.4cm。既往史：胆囊赘生物，左肾囊肿，前列腺局部钙化，糜烂性胃炎。胃纳可，左肋不痛，下午时尿多频，不痛不灼，腰胀，大便每日2次，舌红齿痕苔白脉细。辨证：肝胆胃气机阻滞，胆汁郁结成石，胆失通降，逆行犯胃，肝胃不和。治法：治宜疏肝和胃，利胆排石。处方：四妙三金柴胡汤加减，包括苍术10g，黄柏10g，川牛膝10g，薏苡仁15g，金钱草30g、鸡内金15g、石韦12g、栀子10g、白芍15g、柴胡10g、枳实10g、茵陈12g、木香6g、蒲公英15g、炙甘草6g、党参15g。7剂，每日1剂，农本方冲服分2次服。

二诊：药后尿频减，但易手冷，大便不成形，纳可，舌红齿痕苔白，脉细。原方去四妙散加健脾和胃六君汤，包括党参 15g、白术 10g、云苓 15g、陈皮 10g、法半夏 10g、金钱草 30g、鸡内金 15g、郁金 12g、柴胡 10g、栀子 10g、白芍 15g、木香 6g、枳壳 10g、甘草 6g、川芎 10g。10 剂，每日 1 剂，水煎分 2 次服。

三诊：药后尿频改善，大便稀烂，日 3～5 次（排石用药故大便烂），胃纳可，舌红齿痕苔白脉缓。处方：柴芍六君三金石韦汤，包括党参 15g、白术 10g、云苓 15g、陈皮 10g、砂仁 10g、木香 6g（后下）、柴胡 10g、白芍 12g、黄芩 10g、金钱草 20g、鸡内金 12g、薏苡仁 15g、石韦 12g、甘草 6g、防风 10g、藿香 10g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 2 次服。

四诊：药后大便同前，日 3 次，腹中无不适，但口气秽，舌红齿痕苔白，脉细。处方：三金柴芍七味汤加减，包括金钱草 30g、郁金 12g、鸡内金 12g、柴胡 10g、白芍 15g、枳实 10g、党参 15g、白术 10g、云苓 10g、陈皮 10g、木香 6g（后下）、藿香 10g、佩兰 10g、海螵蛸 20g、浙贝母 10g、甘草 6g。10 剂，每日 1 剂，水煎分 2 次服。

五诊：胃证已无不适，大便仍日 3 次，偏烂，纳可，排尿无不适，舌红齿痕苔白，脉细缓。处方：三金柴芍六君汤加减，包括金钱草 30g、郁金 10g、鸡内金 12g、柴胡 10g、黄芩 10g、白芍 15g、枳实 10g、党参 15g、白术 10g、云苓 15g、陈皮 10g、法半夏 10g、淡竹叶 10g、通草 6g、甘草 6g。10 剂，每日 1 剂，水煎分 2 次服。停药半月后复查未见结石。

【病案 3】刘某，女，32 岁。2022 年 3 月 8 日初诊。自诉平时胃胀，2022 年 2 月 9 日曾超声诊断：胆囊泥沙样结石，23mm×6mm 强回声光团堆积，右肾囊肿 13mm×9mm。打嗝，胃纳可，大便畅，经前盗汗，舌红苔白脉沉细。辨证：肝胆失疏久而成石，逆行犯胃，气血瘀滞，湿热下注。治法：治宜清胆和胃，疏肝理气，通利排石。处方：四七三金柴芍汤加减，包括法半夏 10g、川朴 10g、苏梗 10g、云苓 15g、金钱草 30g、鸡内金 15g、郁金 15g、柴胡 10g、黄芩 10g、栀子 10g、煅牡蛎 20g、浮小麦 20g、地龙

10g、牛膝 12g、甘草 6g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 2 次服。

二诊：近日胃胀，纳减，口淡，厌油腻，时欲吐，大便畅，手凉，经前未见盗汗，经行第 2 天，月经量多，有血块，舌红苔白脉细缓。处方：平胃温胆柴芍六君汤加减，包括苍术 10g、川朴 10g、陈皮 10g、法半夏 10g、云苓 15g、竹茹 10g、枳实 10g、柴胡 10g、白芍 12g、党参 15g、神曲 15g、莱菔子 15g、金钱草 20g、鸡内金 15g、郁金 10g、甘草 6g、石菖蒲 10g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 2 次服。

三诊：服药后无不适感，时有尿隐血，大便畅，舌红苔白脉弦。处方：三金二至柴芍六君汤加减，包括金钱草 20g、鸡内金 12g、川楝子 10g、党参 15g、白术 10g、云苓 15g、陈皮 10g、法半夏 10g、柴胡 10g、白芍 15g、木香 6g（后下）、郁金 10g、神曲 10g、莱菔子 15g、甘草 6g、旱莲草 15g、女贞子 15g，栀子 10g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 2 次服。

四诊：腹部无不适感，纳可，大便日 1～2 次，不成形，时有尿不尽感，舌红苔白脉弦。处方：三妙三金石韦柴芍六君汤加减，包括苍术 10g、黄柏 10g、牛膝 10g、金钱草 30g、鸡内金 15g、郁金 15g、柴胡 10g、白芍 15g、枳实 10g、党参 15g、云苓 12g、陈皮 10g、法半夏 10g、甘草 6g、石韦 15g。建议停药后复查 B 超。

五诊：药后证缓，舌红苔白脉细缓。处方：原方去三妙，二至三金石韦柴芍汤加减，包括金钱草 30g、甘草 6g、墨旱莲 15g、白芍 15g、茯苓 15g、牛膝 10g、郁金 15g、柴胡 10g、生地黄 12g、枳实 10g、陈皮 10g、鸡内金 15g、地龙 10g、女贞子 10g、党参 15g、石韦 15g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 2 次服。

六诊：药后无不适感，舌红苔白脉细缓。处方：原方加减，包括金钱草 30g、甘草 6g、柴胡 10g、牛膝 10g、墨旱莲 15g、党参 15g、鸡内金 12g、苍术 10g、枳实 10g、桃仁 10g、生地黄 15g、茯苓 15g、郁金 12g、黄芩 10g、白芍 15g、蒲公英 15g、木香 6g（后下）、石韦 15g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 2 次服。

七诊：复查未见结石，舌红苔白脉细缓，巩固治疗。处方：金钱草 30g、川芎 10g、枳实 10g、茯苓 12g、莱菔子 15g、郁金 15g、黄芩 10g、党参 15g、陈皮 10g、甘草 6g、鸡内金 15g、白芍 15g、白术 10g、法半夏 10g、柴胡 10g。15 剂，每日 1 剂，水煎分 2 次服。

【病案 4】何某某，男，52 岁。2022 年 3 月 2 日初诊。自诉 2021 年 12 月 28 日曾超声诊断：胆囊泥沙样结石 31mm×8mm。有胆汁反流胃炎病史。刻诊：心下隐痛时发，不暖气，偶泛酸，纳可，寐欠佳，梦多易醒，舌红苔白脉沉细。辨证：肝胆失于疏泄，湿热蕴结成石，胆逆犯胃，胆汁随胆气上逆入胃。治法：治宜疏肝利胆，和胃降逆，清利湿热。处方：金铃三金四七柴芍六君汤加减，包括金钱草 30g、郁金 15g、鸡内金 15g、延胡索 15g、川楝子 10g、柴胡 10g、白芍 12g、党参 15g、栀子 10g、白术 10g、云苓 12g、陈皮 10g、法半夏 10g、酸枣仁 12g、龙齿 15g、炙甘草 6g。10 剂，每日 1 剂，农本方颗粒分 2 次水冲服。

二诊：药后证平，胃已不痛，但胸骨后时隐痛，胃纳一般，大便畅，寐欠佳，易醒，难入睡，舌红苔白脉沉细。处方：继续原方加减，包括延胡索 15g、川楝子 10g、金钱草 30g、鸡内金 15g、郁金 15g、法半夏 10g、苏梗 12g、云苓 15g、柴胡 10g、栀子 10g、枳实 10g、柏子仁 10g、党参 15g、白芍 15g、炙甘草 6g。10 剂，每日 1 剂，农本方颗粒分 2 次水冲服。

三诊：近日心下隐痛，胃略泛酸，纳一般，舌红苔白脉沉细。处方：三金乌贝柴芍六君汤加减，包括金钱草 20g、郁金 12g、川芎 10g、延胡索 15g、木香 6g、乌药 10g、柴胡 10g、白芍 15g、党参 15g、栀子 10g、茯神 15g、陈皮 10g、法半夏 10g、丹参 15g、海螵蛸 30g、浙贝母 10g，酸枣仁 12g、甘草 6g。10 剂，每日 1 剂，农本方颗粒分 2 次水冲服。

四诊：药后痛减，泛酸减，寐纳一般，复查未见结石，舌红苔白脉沉细，巩固治疗。处方：金铃三金柴芍六君汤，包括金钱草 20g、郁金 12g、川楝子 10g、延胡索 15g、木香 6g、乌药 10g、柴胡 10g、白芍 15g、党参 15g、栀子 10g、陈皮 10g、法半夏 10g、丹参 15g、甘草 6g、酸枣仁 12g、瓦楞子

10g、合欢花 10g。10 剂，每日 1 剂，农本方颗粒分 2 次水冲服。

【病案 5】莫某某，男，64 岁。2021 年 7 月 20 日初诊。自诉 2021 年 7 月 4 日曾超声诊断：胆囊少许泥沙样结石。无异常感觉，纳寐可，二便畅，舌红裂，苔厚，脉略弦。辨证：肝胆失疏，湿热蕴结成石。治法：治宜清利湿热，清肝利胆排石。处方：三金石韦柴胡汤加减，包括金钱草 30g、鸡内金 15g、郁金 12g、海金沙 12g、石韦 15g、瞿麦 15g、穿破石 15g、柴胡 10g、白芍 15g、栀子 10g、木香 10g、制大黄 10g、鸡血藤 15g、路路通 15g、甘草 6g。15 剂，每日 1 剂，水煎分 2 次服。

二诊：药后大便稀，日 3～4 次，原方去除制大黄、路路通、穿破石等，加用补中益气之品。处方：三金石韦柴胡汤加减，包括金钱草 30g、鸡内金 15g、郁金 10g，石韦 15g、柴胡 10g、白芍 15g、枳实 10g、栀子 10g、川芎 10g、地龙 10g、党参 15g、云苓 15g、陈皮 10g、甘草 6g。15 剂，每日 1 剂，水煎分 2 次服。

三诊：复查未见结石，舌红苔白脉缓，予上方巩固治疗。7 剂，每日 1 剂，水煎分 2 次服。

十、带状疱疹

（一）治疗经验

带状疱疹，是水痘-带状疱疹病毒引起的一种急性感染性皮肤病，具有一定的接触传染性。常表现为发生在身体单侧的成簇水疱，疼痛明显。俗称“蛇缠腰”“缠腰龙”，中医称之为缠腰火丹，多发于胸胁及腰腹部，胸胁为肝经所布之地，病发时多为肝火热毒、血分蕴热所致。若未能根治，阴血既损，淤积已成，则易留下后遗症。本组病案 4 例，前 3 例诊为带状疱疹，后 1 例诊为带状疱疹后遗神经痛。一般来说，疾病的发生，症候与征象同时发生为常见，但本组病案 1 则较特殊，即左胸胁疼痛 3 天后，带状疱疹征象才出现。就临证而言，只能据症试探治疗，待征象显现后，即

修正诊断，更方以治。证治合拍，用药精准，故能速以取效。病案2带状疱疹出现的症状，不仅局部疼痛，还出现瘙痒。痒者与风邪有关。《内经》在论及风邪中人时谓之“正风者，其中人也浅……搏于皮肤之间，其气外发，腠理开，毫毛摇，气往来行，则为痒”。治宜疏风解毒，清肝泻火，凉血活血。拟龙胆泻肝汤合犀角地黄汤加减。方中除用龙胆草、黄芩、栀子、金银花、柴胡、生地黄、水牛角、赤芍、青黛、牡丹皮、三七粉，清热解毒、清肝泻火、凉血活血外，还用防风、荆芥、地肤子，疏风祛邪止痒。风、火并治，痒痛均除。病案3诊为带状疱疹。辨证：肝经火郁，热毒炽盛，血热内蕴。治宜清热解毒，疏肝泻火，凉血活血。选用龙胆泻肝汤合四逆散加减治疗。方中龙胆草、黄芩、连翘、忍冬藤，清热解毒；栀子、柴胡、龙胆草、青黛，清肝泻火；乳香、没药、三七末、枳实，行气活血、通络止痛；三七粉、赤芍、白芍、牡丹皮，凉血活血敛疮；另外，青黛外用，据药理研究报道，其对炭疽杆菌、肺炎杆菌、志贺氏痢疾杆菌、霍乱弧菌、金黄色和白色葡萄球菌等皆有抑制作用。因此，病案1、病案2、病案3用青黛末冷开水调糊外涂患处，对于促进疱疹结痂是有好处的。病案4由于前医者未能根治，以为疱疹结痂即治愈，留下患处疼痛未清，肝经郁热、气滞伤阴未解，瘀血积聚之后患。因此，治宜清肝解郁、养阴化瘀。处方选用一贯煎加减。方中柴胡、白芍、郁金、川楝子，清肝柔肝、理气解郁止痛；沙参、麦冬、生地黄、当归、枸杞子、鳖甲，滋阴养血；鳖甲、三七粉、莪术，活血软坚化瘀；甘草调和诸药。药证合拍，月余病除。

（二）验案

【病案1】雷某某，男，22岁。2006年6月6日初诊。自诉左胸肋部疼痛3天。刻诊：左胸肋疼痛如刺，灼热，局部皮肤平整光滑，触碰时疼痛加甚而拒按，口干口苦，夜不能眠。为排除心肌梗死病变，急查心电图未见异常。虑痛处为肝经所过部位，疑为肝郁气滞之肋痛，暂予柴胡疏肝汤加减3剂治疗。3天后复诊，肋下疼痛稍减，左肋肋部皮肤见红粟状疱疹，呈带状分布，

根足部为紫红斑，周围皮肤焮赤，触碰疼痛明显。舌边尖红，苔薄黄，脉弦滑略数。当即改诊为带状疱疹。辨证：肝经火郁，热蕴血分。治法：治宜清肝泻火，活血解毒。处方：龙胆泻肝汤加减，包括龙胆草 10g、黄芩 10g、栀子 10g、泽泻 10g、金银花 15g、柴胡 10g、生地黄 15g、木通 10g、灯心草 3g、青黛 10g、牡丹皮 10g、玄胡 10g、三七粉 3g（冲服）、甘草 6g。5 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。另用青黛末冷开水调糊，涂搽患处，每日 2 次。

二诊：左胸胁疼痛大减，水疱已见结痂，患部潮红减退，惟活动时稍感疼痛，口干口苦消失，夜能安眠。舌边尖红，苔薄黄，脉弦滑略数。效不更方，守上方 5 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。外用药同上。

三诊：胸胁疼痛基本消除，患处完全结痂，皮肤潮红全消失。舌淡红，苔薄白，脉稍弦。改用知柏地黄汤加减：知母 10g、黄柏 10g、生地黄 15g、山茱萸 15g、牡丹皮 10g、泽泻 10g、女贞子 10g、茵陈 15g、三七粉 3g（冲服）、郁金 10g、白芍 15g、甘草 6g。5 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。以养阴清热善后。

【病案 2】李某某，男，56 岁。2008 年 4 月 16 日初诊。自诉于两周前开始右侧肋部皮肤发红疹，瘙痒，继则发为疱疹，并自右向后背皮肤蔓延，缠绕右肋及右侧背部，痒痛难忍，恐拒触碰。刻诊：患者痛苦面容，疱疹红肿痒痛，疮面有黄水渗出，局部皮肤灼热，触摸疼痛加剧，心烦不宁，夜不安寐，口干口苦，溲黄。舌暗红，苔薄黄微腻，脉弦细数。诊为带状疱疹。辨证：风邪入侵，未袭肺金，反克肝木，肝郁化火，热毒外泛。治法：治宜疏风解毒，清肝泻火，凉血活血。处方：龙胆泻肝汤合犀角地黄汤加减，包括龙胆草 10g、黄芩 10g、栀子 10g、金银花 15g、柴胡 10g、生地黄 15g、水牛角 15g、赤芍 15g、防风 10g、荆芥 10g、地肤子 10g、青黛 10g、牡丹皮 10g、三七末 3g（冲服）、甘草 6g。5 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。另用青黛末冷开水调糊，涂搽患处，每日 2 次。

二诊：疱疹处痒痛减轻，疱疹根盘仍红，未再扩展，口干苦减缓。舌暗红，苔薄黄微腻，脉弦细数。上方去栀子、牡丹皮，加玄胡 10g、蒲公英 15g。5 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。外用药同上。

三诊：疮面已干，部分结痂，痒痛大减，口干苦基本消除，夜能安寐，尿淡黄。舌暗红，苔微黄，脉弦细。守上方续用5剂，每日1剂，水煎分3次服。外用药同上。

四诊：疱疹已全部结痂，痒痛基本消失。舌暗红，苔薄白，脉弦细。上方去金银花、荆芥，加丹参15g、紫草15g。5剂，每日1剂，水煎分3次服。以加强凉血活血，巩固疗效。

【病案3】朱某某，男，46岁。2008年11月18日初诊。自诉左下肋部起红粟疹块已月余，在当地医院诊为带状疱疹，打针服药无效。刻诊：左肋下疼痛灼热，有如刺割，动辄尤甚。查其患处，相当于左腋中线4~5肋间，有密集成簇、大小不等的水疱，呈带状分布，水疱根足部为紫红斑，周围皮肤亦焮赤，但未破溃糜烂。口干口苦，心烦焦躁，夜不能寐，尿短赤。舌边尖红，苔薄黄，脉弦滑数。诊为带状疱疹。辨证：肝经火郁，热毒炽盛，血热内蕴。治法：治宜清热解毒，疏肝泻火，凉血活血。处方：龙胆泻肝汤合四逆散加减，包括龙胆草10g、黄芩10g、栀子10g、柴胡10g、白芍15g、枳实10g、连翘15g、忍冬藤18g、三七粉3g（冲服）、青黛10g、赤芍10g、牡丹皮10g、乳香10g、没药10g、甘草6g。5剂，每日1剂，水煎分3次服。另用青黛末凉开水调糊，涂搽患处，每日2次。

二诊：左肋下疼痛大减，水疱部分已结痂，患处皮肤潮红减退，口干口苦渐减，夜能安寐。舌边尖红，苔薄黄，脉弦滑略数。守上方5剂，每日1剂，水煎分3次服。外用药同上。

三诊：左肋下疼痛消失，水疱完全结痂，患处皮肤潮红消退，口干口苦消除，尿淡黄，夜能安寐。舌淡红，苔薄白，脉稍弦。续守上方5剂，以巩固疗效。

【病案4】张某，女，50岁。2011年11月25日初诊。自诉左肋腹痛反复1年余。曾在多家医院诊治，或诊为肠功能紊乱症，或疑为外伤后遗症，中西药治疗均无效。经人介绍，就诊于余。刻诊：左肋腹痛呈持续性，有时刺痛，有时灼痛，有时胀痛，无规律性，触碰按压时痛增。

大便正常，肠鸣音未亢进。查痛处皮肤较暗滞，触到皮下条状硬结并触痛。询其既往病史，1年前曾在痛处患过带状疱疹，在当地医院治疗疱疹结痂脱落后不久，患处疼痛虽然减轻，但持续未停止。故心烦焦躁，夜不安寐。舌暗红，苔薄微黄而干，脉弦细略数。诊为带状疱疹后遗神经痛。辨证：肝经郁热，阴虚瘀结。治法：治宜清肝解郁、养阴化瘀。处方：一贯煎加减，包括沙参 15g、麦冬 15g、生地黄 15g、当归 10g、枸杞子 10g、川楝子 10g、鳖甲 15g、三七粉 3g（冲服）、柴胡 10g、郁金 10g、莪术 10g、白芍 15g、甘草 6g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：左肋腹疼痛稍减，多为胀痛，刺痛、灼痛已少见。舌暗红，苔薄微黄而干，脉弦细略数。上方加枳实 10g、玄胡 10g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：左肋腹疼痛续减，持续性痛转为间接性痛，时发时止，触摸皮下硬结较软。舌暗红，苔薄微黄，脉弦细略数。上方去生地黄、当归，加桃仁 10g、三棱 10g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

四诊：左肋腹疼痛轻微，不痛时间延长，触摸皮下硬结变软变小，夜能安寐。舌暗红，苔薄白，脉弦细。续上方 7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

五诊：左肋腹疼痛基本消失，唯触摸时小痛，痛处皮肤暗滞变淡，皮下硬结软而小。舌暗红，苔薄白，脉弦细。上方去川楝子、玄胡，加女贞子 10g、菟丝子 10g。14 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。以柔肝养阴化瘀，善后收功，巩固疗效。

十一、大汗、多汗

（一）治疗经验

大汗通常指出汗过多。中医认为，汗为津液，汗多则伤津。本组大汗、多汗证病案 5 例，病案 1 及病案 2 诊为自主神经功能紊乱，辨证为气阴两虚，虚火内盛，逼汗外泄之大汗证，治法均以益气养阴、清心敛汗为宜，故选用

蒙木荣教授自拟敛汗方或敛汗方合生脉散加减。方中黄芪、太子参，具有益气固表、防止阴液外泄之功，另太子参具养阴之性，为阴中之阳药；火麻仁、麦冬、山茱萸、白芍、五味子、酸枣仁、柏子仁，为滋阴安神之要药；灯心草，为清心火之品；神志安，心神定，心火不易妄动则无泄汗之虞；糯稻根、浮小麦、麻黄根，为收涩敛汗之品。病案3诊为自主神经功能紊乱引发的大汗症、慢性过敏性鼻炎。辨证：久患慢性过敏性鼻炎，肺气已伤，肺气失于固摄，汗液漏泄。治宜益气固摄，宣通肺窍。处方：玉屏风散加味。方中的黄芪、太子参、防风、五味子、白术，益气固表止汗；芡实、白芍、山茱萸、煅牡蛎、浮小麦、麻黄根、糯稻根，收涩敛汗；苍耳子、辛荑花，宣通肺窍。病案4诊为自主神经功能紊乱。辨证：大汗亡阳。病案5诊为休克早期，辨证：前医误用辛温发汗而伤卫阳，阴液大泄亡阳。总之，病案4和病案5均辨为大汗亡阳。治宜温阳固表，益阴敛汗。病案4平素心悸气短，经常自汗出，已是心气虚无疑，而于夏日突发大汗，唇绀而紫，面色苍白，脉虚数无力，已是气虚进一步发展成阳陷阶段，形成虚脱之危，故选用参附汤加味。方中以附子、红参、黄芪，益气扶阳、敛汗防脱；辅以白芍、桂枝，意在调和营卫以固肌表，在扶阳敛汗中，其发挥作用亦极重要。病案5病发初始，符合张仲景《伤寒论》中说的“太阳病，发热而渴，不恶寒者，为温病”。前医误用辛温解表过汗亡阳，致阳气暴脱，手足厥冷，呼吸微弱，脉细欲脱，此病势危急之际，当取参附汤中大剂量的红参，配合选用桂枝加附子汤加味为治。《伤寒论》又云：“太阳病，发汗，遂漏不止，其人恶风，小便难，四肢微急，难以屈伸者，桂枝加附子汤主之。”患者因过汗心阴大伤，津液亏极，阳随津泄，脉象微细，重按似无，已有阳脱气散之险，故用药倍量红参，大补即将耗散之真气，以挽生机。又宜固表养阴和营增液，当阳虚脱汗治愈后，继益气养阴敛汗法，以自拟敛汗方加减治疗旧疾。

（二）验案

【病案1】刘某某，女，16岁。2007年5月17日初诊。自诉半年前感

冒后自觉心悸汗多，气短神疲，咳嗽少痰，睡后易惊，惊则多汗心慌。曾在外院做心电图检查示：窦性心律不齐，偶见早搏。诊为病毒性心肌炎。口服心得安、维生素 B₆、维生素 C 等，心慌心悸好转，但出汗甚多，动辄汗出如洗。刻诊：气短神倦，自汗出，咽干口渴，舌红苔少而干，脉细数。检查：查心电图：心率 102 次/分，偶有早搏，窦性心律不齐；查血常规：白细胞总数 $9.6 \times 10^9/L$ ，血红蛋白 12g/L，血沉 18mm/h；X 线检查：心肺正常；诊为窦性心律不齐、自主神经功能紊乱。辨证：汗多伤阴，阴损及气，气阴两亏，心失所养。治法：治宜益气养阴，敛汗宁神。处方：自拟敛汗方合生脉散加减，包括黄芪 15g、太子参 10g、麦冬 15g、五味子 10g、白术 10g、防风 10g、山茱萸 15g、阿胶 10g（烊化）、糯稻根 30g、浮小麦 15g、麻黄根 10g、炙甘草 6g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：心悸气短减轻，汗出已少，咽干口渴好转。舌红苔少，脉细略数。上方加桑椹子 10g、女贞子 10g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：心悸气短、咽干口渴，完全好转，汗出已少，病情稳定。舌淡红，苔薄白，脉沉细。上方去阿胶、麻黄根，加菟丝子 10g、枸杞子 10g。10 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。巩固疗效。

【病案 2】钟某某，男，48 岁。2007 年 10 月 11 日初诊。自诉 5 年前因干咳、盗汗 3 个月曾在外院 X 线胸片检查，确诊为肺结核，即用西药抗痨治疗。服药 6 个月后，肺结核已经钙化，干咳亦随之消失，唯盗汗未减且逐渐加重，夜间寐则汗大出，内衣湿透，醒来则汗止，常伴恶风，心悸，五心烦热，失眠多梦，大便干结，小便短黄。后兼服中药月余，亦未见好转。经朋友介绍求诊于余。刻诊：形体消瘦，面色萎黄，舌质红干少苔，脉细数无力。诊为肺结核钙化后，自主神经功能紊乱引发的大汗症。辨证：久患肺癆，伤阴损气，气阴两亏，心火内扰，逼汗外出。治法：治宜益气养阴，清心敛汗。处方：自拟敛汗方加减，包括黄芪 30g、太子参 10g、火麻仁 15g、麦冬 10g、山茱萸 15g、白芍 15g、五味子 10g、酸枣仁 10g、柏子仁 10g、灯心草 3g、糯稻根 30g、浮小麦 15g、麻黄根 10g、甘草 6g。7 剂，

每日1剂，水煎分3次服。

二诊：汗出减少，心悸、五心烦热、失眠多梦、大便干结减轻。舌质红干少苔，脉细数无力。守上方7剂，每日1剂，水煎分3次服。

三诊：夜间偶有盗汗，且汗出量少，心悸已除，大便条状，每日1次，余症悉减。舌质淡红，苔薄白，脉弦细。上方去灯心草、麻黄根，加肉苁蓉10g、芡实15g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。

四诊：夜间已无盗汗，能够安寐，诸症悉除。舌质淡红，苔薄白，脉弦细。守上方续用10剂。以巩固疗效。

【病案3】覃某某，男，43岁。2008年6月24日初诊。自诉大汗多汗，每遇吹风则大汗不止，反复发作3年余。既往有慢性过敏性鼻炎史。每因鼻炎发作时，医生常开解表发汗通窍之中药予服，殊不知服用解表发汗药后，鼻窍虽通，但大汗不止，疲倦乏力，伴心悸气短。病再发时，改诊我处。刻诊：形体肥胖，面色晄白，气短乏力，动辄汗出，吹风时则汗出如浸，时见微恶风、鼻塞流涕。纳食尚可。舌淡红，苔薄白，脉沉细。诊为自主神经功能紊乱引发的大汗症；慢性过敏性鼻炎。辨证：久患慢性过敏性鼻炎，肺气已伤，肺气失于固摄，汗液漏泄。治法：治宜益气固摄，宣肺通窍。处方：玉屏风散加味，包括黄芪30g、防风10g、五味子10g、白术10g、太子参10g、芡实15g、白芍15g、山茱萸15g、煅牡蛎15g、浮小麦15g、麻黄根15g、糯稻根30g、苍耳子10g、辛萸花10g、甘草6g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。

二诊：大汗已明显减轻，仅活动时偶见，鼻塞流涕少发，心悸气短稍改善。舌淡红，苔薄白，脉沉细。守上方7剂，每日1剂，水煎分3次服。

三诊：大汗好转，吹风时见少汗，余证基本消除。舌淡红，苔薄白，脉沉细。上方去麻黄根，加芡实15g。7剂，日1剂，水煎分3次服。

四诊：大汗多汗已止，吹风时亦未见汗出，余证已消除。续守上方14剂，巩固疗效。追踪1年未见复发。

【病案4】巫某某，男，40岁。2009年8月20日初诊。自诉素体肥胖，

心悸气紧，经常出大汗。忽于夏日炎热之际，大汗如浸，唇紫而绀，面色苍白，心悸气短乏力，四肢冰凉，尿黄量少。舌淡红，苔薄白，脉虚数无力。诊为自主神经功能紊乱。辨证：大汗亡阳。治法：治宜扶阳敛汗。处方：参附汤加味：红参 10g、熟附子 15g（先煎半小时）、熟地黄 15g、桂枝 10g、山茱萸 15g、白芍 15g、五味子 10g、黄芪 30g、巴戟天 10g、煅牡蛎 15g、浮小麦 15g、芡实 15g、炙甘草 6g。3 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：大汗已止，仍有小汗，唇紫减轻，面色淡红，四肢温暖，心悸气短乏力稍改善。舌淡红，苔薄白，脉虚略数。守上方续用 3 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：汗止，口唇淡红，面色如常，精神转佳，心悸气短乏力消除，尿淡黄，尿量增多。舌淡红，苔薄白，脉弦细略数。上方去熟附子、桂枝，加肉苁蓉 10g、麦冬 15g、红参改太子参 15g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

四诊：汗止，诸证消失。舌淡红，苔薄白，脉弦细。守上方 7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服，以巩固疗效。

【病案 5】孙某某，女，38 岁。2010 年 7 月 22 日初诊。自诉周身酸痛，发热口渴，微恶风寒。曾在外院按感冒风寒诊治，予辛温发汗之中药 3 剂，药后大汗淋漓，汗出不止，四肢抽搐，皮肤冷湿，少气乏力，小便不利，怕风，头痛如劈。由家人陪送来诊。刻诊：颜面苍白，两目青暗，呼吸气弱，手足冷。舌质淡，苔薄白，脉微细，重按似无。平素身体较虚弱，经常多汗。查血压 80/50mmHg，尿常规（-）。诊为休克早期。辨证：素体虚弱，前医误用辛温发汗而伤卫阳，阴液大泄亡阳。治法：治宜温阳固表，养阴和营增液。处方：红参 50g、桂枝 15g、白芍 20g、熟附子 15g（先煎半小时）、大枣 10g、麦冬 15g、沙参 15g、炙甘草 6g。2 剂，每日 1 剂，1 剂 3 煎，煮取 400mL，分 3 次服。

二诊：精神转佳，自能饮米粥，周身酸痛明显减轻，头痛消除，手足温暖，恶风泄汗已止，小便畅利。舌淡红，苔薄白，脉沉细缓和。查血压 110/70mmHg。上方红参用量改 10g、熟附子改 10g、桂枝改 10g，加山茱萸

15g。3剂，每日1剂，水煎分3次服。

三诊：泄汗已止不再复发，诸症好转复常。舌淡红，苔薄白，脉沉细缓和。查血压120/80mmHg。上方改为自拟敛汗方加减：黄芪15g、太子参10g、麦冬15g、五味子10g、白术10g、防风10g、山茱萸15g、阿胶10g（烱化）、糯稻根30g、浮小麦15g、麻黄根10g、炙甘草6g。14剂，每日1剂，水煎分3次服。本方之意在于以温阳固表、益阴和营救治脱汗亡阳证之后，旨在以益气养阴敛汗为法，治疗多汗证旧疾。

十二、乳腺小叶增生

（一）治疗经验

乳腺小叶增生是发生于乳腺小叶内部的乳腺增生，它既不是肿瘤，也不是炎症，而是女性内分泌紊乱使乳腺导管和小叶在结构上发生变化所致。乳腺小叶增生症，中医称之为乳癖，以乳房胀痛、触到肿块为特征。其病因病机多为内伤七情，肝气郁结，气滞痰凝，痰气交阻，循经上窜，瘀阻乳络引起。简言之，即气滞、痰凝、血瘀，阻滞于乳络。治宜疏肝理气、解郁化痰、活血化瘀为主。本组病案4例，病案1及病案3，症候特征为经期腹痛，且经色晦暗，血块较多，乳房多于月经前疼痛加重，说明乳痛、痛经，病位虽不同，但其病机均为肝郁血瘀使然，故处方选用桃红四物汤加柴胡、益母草、郁金、延胡索、三棱、莪术、鳖甲等，以疏肝解郁、活血化瘀为主去治疗。病案2发病特点为先为右乳疼痛，不久左乳亦痛，彩超均示乳腺小叶增生，且质地较硬、疼痛较显，佐证痰瘀互结于乳络较重，故处方选用柴胡疏肝散加郁金、莪术、三棱、穿山甲粉、三七末、法夏、浙贝母、瓜蒌仁等疏肝解郁、活血化痰散瘀为主去治疗。病案4发病特点为右乳腺小叶增生术后复发，说明肝郁气滞病因未解，痰气交结病机未除，手术切除仅半年旧病复发如前，故处方选用柴胡疏肝散加莪术、猫爪草、鳖甲、三七末、延胡索、法半夏、浙贝母等疏肝解郁、活血化痰散瘀为主

去治疗。本症的治疗思路及用药特点如下：①本组病案4例，病案1及病案3处方选用桃红四物汤加味，其治疗侧重于活血化瘀为主；病案2及病案4处方选用柴胡疏肝散加味，其治疗侧重点在于疏肝理气为主。②中医认为，乳癖形成过程与肝气、痰凝、血瘀的病机有密切关系，因此在选用处方的基础上，加用疏肝理气止痛药，如郁金、延胡索、香附等；痰凝方面，选用法半夏、浙贝母、瓜蒌仁等；血瘀方面，选用三棱、莪术、鳖甲、三七、赤芍、红花、桃仁、穿山甲、猫爪草等。③在选用活血化瘀药中，三棱、莪术、鳖甲、穿山甲、猫爪草侧重于软坚散结，尤其病程较长、肿块较坚硬者更适宜，其他活血化瘀药则以活血化瘀功能为主，适用于病程较短、肿块较软者宜。④在软坚散结药中，穿山甲应为首选，但考虑到药源稀缺，况且价格昂贵，因此使用本品时，应权衡长期用药涉及药源与患者经济承受能力等问题。

（二）验案

【病案1】冯某某，女，46岁。2007年6月15日初诊。自诉左乳头内肿块硬如核桃，触之不移，不红不热，疼痛难忍，每与喜怒或情志不畅有关。平素月经不调，经期腹痛，经色较暗，血块较多，经前乳痛加重。乳痛反复发作已1年余。曾做彩超检查：诊为左乳腺小叶增生。某日赴诊外科，谓须手术方能根治，患者怯于手术，而转中医治疗。刻诊：左乳较右乳大，皮肤颜色无异常，触之痛甚，触到包块如核桃大，质较硬。纳食欠佳，心烦易怒，夜寐不安。舌暗淡，苔薄白，脉弦细。诊为左乳腺小叶增生。辨证：肝气郁滞，脾虚生痰，痰气互结，循经上聚，淤积不通。治法：治宜疏肝健脾，化痰散瘀。处方：桃红四物汤加味，包括当归10g、川芎10g、赤芍10g、熟地黄15g、桃仁10g、红花10g、柴胡10g、莪术10g、神曲10g、三棱10g、郁金10g、延胡索10g、鳖甲15g、益母草15g、甘草6g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。

二诊：左乳疼痛减轻，纳增，夜寐较安。舌暗淡，苔薄白，脉弦细。

守上方续用7剂，每日1剂，水煎分3次服。

三诊：左乳疼痛续减，触摸乳房肿块变软，挤压微痛，夜寐较安。月经始来第3天，经色稍淡红，未见血块，无腹痛。舌淡红稍暗，苔薄白，脉弦细。上方去益母草、加菟丝子10g、赤芍改白芍15g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。

四诊：左乳痛基本消失，触摸乳房肿块变小变软，挤压不痛，月经已净4天。舌淡红，苔薄白，脉弦细。守上方7剂，每日1剂，水煎分3次服。

五诊：左乳痛完全消失，触摸乳房肿块变小变软，挤压不痛，心烦好转，夜能安寐。舌淡红，苔薄白，脉弦细。上方去三棱、红花、神曲、延胡索，加枸杞子10g、桑椹10g、浙贝母10g、法半夏10g。15剂，每日1剂，水煎分3次服。意为疏肝柔肝养阴、祛痰化瘀，巩固疗效，以善其后。

【病案2】钟某某，女，38岁。2008年5月15日初诊。自诉1年前右侧乳房部起肿块如拇指大，随后逐渐增大如两指粗，疼痛。曾到3家医院诊治，疗效不显。近3个月来，左侧乳房亦起一肿块如拇指粗，疼痛难忍。曾在某医院做彩超检查示：双侧乳腺小叶增生。外科建议患者手术切除。患者因体质较弱，要求先行调养，以后再议手术。刻诊：面色萎黄，精神疲乏，诉两乳部肿痛，乳部两侧均触摸到肿块如两指大（左约10×8cm、右约12×9cm），质稍硬，推之活动度不大，按之痛甚。心悸气短，心烦，夜寐不安，纳食不振，二便如常。舌淡红稍暗，苔薄白，脉弦细。诊为双侧乳腺小叶增生。辨证：肝郁痰凝，痰气交阻，瘀阻乳络。治法：治宜疏肝理气，化痰散结。处方：柴胡疏肝散加减，包括柴胡10g、赤芍10g、枳实10g、川芎10g、香附10g、郁金10g、当归10g、法半夏10g、莪术10g、穿山甲粉5g（冲服）、三棱10g、桃仁10g、三七末3g（冲服）、神曲10g、甘草6g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。

二诊：双侧乳痛稍减，纳稍增，余无明显变化。舌淡红稍暗，苔薄白，脉弦细。上方去三棱、桃仁，加浙贝母10g、瓜蒌仁10g。7剂，每日1剂，水煎分3次服。

三诊：双乳痛明显减轻，肿块触摸稍软，触痛稍减，心悸、心烦亦随之改善。舌淡红稍暗，苔薄白，脉弦细。守上方 14 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

四诊：双乳偶觉胀痛，肿块逐渐缩小，质较前软，触痛不明显。舌淡红，苔薄白，脉弦细。上方去赤芍、神曲，加鳖甲 15g、黄芪 15g。14 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

五诊：乳痛基本消失，肿块明显缩小，已无触痛。舌淡红，苔薄白，脉弦细。上方去枳实、香附，加枸杞子 10g、桑椹 10g，以图疏肝柔肝养阴，化痰消瘀，巩固疗效。

【病案 3】谢某某，女，40 岁。2008 年 11 月 18 日初诊。自诉右乳房胀痛，尤以月经来潮前几天痛甚，触到肿块如核桃大，月经过后疼痛逐渐减轻，但疼痛始终未能根除。平素月经量偏少，色较暗，血块较多。曾在市某医院做彩超检查：诊为右乳腺小叶增生。刻诊：右乳触到肿块如核桃大，质较硬，推之稍能移动，触痛明显。心情不畅，忧郁寡言，脘腹痞闷，时时暖气，饮食少思，经常失眠。舌淡红稍暗，苔薄白，脉弦细。诊为右乳腺小叶增生。辨证：肝气郁滞，犯脾生痰，痰气互结，循经上聚，淤积乳络。治法：治宜疏肝健脾，化痰散瘀。处方：桃红四物汤加味，包括当归 10g、川芎 10g、赤芍 10g、熟地黄 15g、桃仁 10g、红花 10g、柴胡 10g、莪术 10g、神曲 10g、法半夏 10g、郁金 10g、延胡索 10g、鳖甲 15g、甘草 6g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：右乳疼痛稍减，脘腹痞闷减轻，纳增，夜寐较安。舌淡红稍暗，苔薄白，脉弦细。上方加香附 10g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：右乳疼痛续减，触摸乳房肿块变软，挤压微痛。舌淡红稍暗，苔薄白，脉弦细。上方去神曲，加益母草 15g。14 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

四诊：右乳痛基本消失，触摸乳房肿块变小变软，挤压不痛。舌淡红，苔薄白，脉弦细。上方去赤芍、神曲、延胡索，加素馨花 10g、白芍 15g、

鸡血藤 15g。14 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

五诊：月经来潮畅利，色鲜红，无血块，亦无再发乳痛。舌淡红，苔薄白，脉弦细。上方去赤芍、神曲、延胡索，加素馨花 10g、白芍 15g、鸡血藤 15g。14 剂，以疏肝解郁，化痰消瘀，巩固疗效。

【病案 4】李某某，女，45 岁。2010 年 5 月 14 日初诊。自诉右乳部起条索样肿块、胀痛已 4 个月。半年前，某医院诊断为右侧乳腺小叶增生，予以手术切除后，近半个月来右乳胀痛复发，经朋友推荐前来就诊。刻诊：右乳部有一手术瘢痕，仍可扪及索样肿块如两指大，质稍硬，边缘不甚明显，触痛较甚。平素较郁闷，常因小事与家人争吵。夜寐不安，口干口苦，尿短黄。舌边红稍暗，苔薄微黄略干，脉弦细略数。诊为右侧乳腺小叶增生术后复发。辨证：肝气郁结，疏泄不畅，聚津成痰，痰气互结，瘀阻乳络。治法：治宜疏肝解郁，化痰散结。处方：柴胡疏肝散加减，包括柴胡 10g、赤芍 10g、枳壳 10g、川芎 10g、香附 10g、法半夏 10g、牡蛎 15g、莪术 10g、猫爪草 10g、浙贝母 10g、延胡索 10g、鳖甲 15g、三七末 3g（冲服）、甘草 6g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

二诊：右乳胀痛稍减，夜寐较安，口干苦减轻。舌边红稍暗，苔薄微黄，脉弦细略数。上方加栀子 10g、郁金 10g。7 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

三诊：右乳疼痛大减，口干苦消除，尿淡黄，夜能安寐，肿块触之变软，触痛减轻。舌淡红稍暗，苔薄白，脉弦细。守上方 14 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

四诊：右乳胀痛基本消除，肿块明显缩小而质软，触痛消失。舌淡红，苔薄白，脉弦细。上方去赤芍、枳壳、香附、栀子，加桃仁 10g、鸡血藤 15g、瓜蒌仁 10g、桑椹子 10g。14 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服。

五诊：病情稳定，乳痛完全消除，肿块消失。舌淡红，苔薄白，脉弦细。继续守上方 14 剂，以巩固疗效。嘱生活方面，调畅情志，保持心态乐观。1 年后电话随访，未见复发。

第四章 临证验方

一、肾复康方

【组成】熟地黄 15g、山茱萸 15g、山药 15g、茯苓 15g、牡丹皮 10g、泽泻 10g、黄芪 30g、猫须草 15g、芡实 15g。

【功效】益肾育精，健脾收涩，利湿消肿。

【主治病证】原发性肾小球疾病（包括急、慢性肾小球肾炎、肾病综合征等）和继发性肾小球疾病（包括高血压性肾小球肾炎、糖尿病性肾小球肾炎、红斑狼疮性肾小球肾炎、紫癜性肾小球肾炎等）以蛋白尿、尿隐血为主要征象的病证。

【服用方法】每日 1 剂，水煎分 3 次服。

【加减运用】偏肾阳虚者加熟附子 10g（先煎）、肉桂 6g；偏肾阴虚者熟地黄改生地黄 15g、加女贞子 10g、黄精 15g；阴精遗脱较甚者加莲须 15g、金樱子 10g、桑螵蛸 10g；兼脾虚食少便溏者加炒白扁豆 15g、白术 10g；尿少、水肿较甚者加车前子 10g、白茅根 30g、猪苓 15g；尿血或尿检隐血者加旱莲草 30g、三七 3g；兼血瘀者加益母草 15g、路路通 10g、泽兰 15g。

【方义分析】肾小球性蛋白尿当责之肾脾亏损，阴精遗脱，为病之本；因肾虚无以主水，水湿泛滥浮肿，为病之标。是故益肾固涩、健脾育精、利湿为治疗肾小球性蛋白尿之大法。此方由六味地黄丸加黄芪、猫须草、芡实组成。方中六味地黄丸纯阴重味，补中有泻，对于肾虚阴精亏损，微有水肿者尤宜；黄芪补气摄精利尿，《药性论》认为，黄芪“主肾衰、耳聋”，《本草正义》推黄芪为“中气不振，脾土虚弱，清气下陷者最宜”，《金匱要略》创防己黄芪汤以黄芪为主药，取其益气健脾利水之意，药效全面，标本兼

顾；猫须草又名肾茶，清热利水，消水肿而不易伤正，为治标要药；芡实益肾敛精，健脾除湿，《本草从新》认为芡实具“补脾固肾，助气涩精”之功。诸药相伍，其功效与治疗大法甚为合拍。

二、益肾健脾泻浊方

【组成】熟地黄 15g、山茱萸 15g、淮山 15g、牡丹皮 10g、泽泻 10g、茯苓 15g、黄芪 15g、大黄 10g、熟附子 10g、枳实 10g、厚朴 10g、甘草 6g。

【功效】益肾健脾，泻浊解毒。

【主治病症】各种肾病所致的肾功能衰竭。

【服用方法】每日 1 剂，水煎分 3 次服。

【加减运用】若倦怠乏力、面黄肌瘦、不思饮食者，加红参 10g、白术 10g、神曲 10g；恶心欲呕者加姜半夏 10g、苏梗 10g；面色晦暗、舌有瘀斑，或腰背刺痛者，加三七 3g、红花 10g、益母草 15g；若浮肿、尿少者，加猪苓 15g、车前子 10g、玉米须 15g；若尿多、蛋白泄漏较多者，加金樱子 10g、覆盆子 10g；若形寒肢冷，加干姜 10g、肉桂 10g、淫羊藿 10g。

【方义分析】本方为由六味地黄汤加味组成。熟地黄、山茱萸、淮山、黄芪健脾益肾，药性平和，而不留滞；牡丹皮清热凉血，活血化瘀；泽泻、茯苓，祛湿邪而不伤正；大黄、熟附子相合，一寒一热，相反相击，相辅相成，泻浊毒而功专；枳实、厚朴以行气导滞，助大黄、熟附子泻浊毒之功；甘草解毒，调和诸药。

三、健脾和胃敛疡方

【组成】党参 15g、白术 10g、血竭 3g、白及 15g、三七 3g、黄芪 15g、珍珠层粉 3g、延胡索 10g、郁金 10g、甘草 6g。

【功效】健脾和胃，敛疡止痛。

【主治病症】胃及十二指肠球部溃疡。

【服用方法】每日 1 剂，水煎分 3 次服。

【加减运用】胃脘冷痛者，加砂仁 6g、木香 6g；胃脘灼热疼痛者，加川楝子 10g、蒲公英 15g；胃脘刺痛或舌有瘀斑者，加蒲黄 10g、五灵脂 10g；暖气反酸者，加海螵蛸 15g、旋覆花 10g；胃胀胸膈满闷者，加枳实 10g、厚朴 10g；若久病伤阴、口干、苔少者，加百合 15g、石斛 10g。

【方义分析】消化性溃疡（胃、十二指肠球部溃疡）为胃镜下所见的内疡，类似于外科疮疡久疡难愈之证。本方仿治慢性疮疡法而设。方中党参、白术健脾益气，配黄芪以增强益气之力，且其具有托毒生肌之功，能促进溃疡愈合；血竭、白及、珍珠层粉生肌敛疡，且血竭还有化瘀定痛之效；三七化瘀消肿定痛；延胡索、郁金行气止痛；甘草调和诸药。

四、疏肝和胃止痛方

【组成】柴胡 10g、白芍 15g、党参 15g、白术 10g、茯苓 15g、法半夏 10g、陈皮 6g、延胡索 10g、郁金 10g、三七 3g、香附 10g、甘草 6g。

【主治病症】胆汁反流性、糜烂性等慢性非萎缩性胃炎，以胃痛、口苦、反酸为主证者。

【服用方法】每日 1 剂，水煎分 3 次服。

【加减运用】胃胀时时暖气者，加旋覆花 10g、炒枳壳 10g；反酸明显者加海螵蛸 15g、煅瓦楞子 15g；舌暗或胃脘刺痛者，加莪术 10g、炮山甲 10g。

【方义分析】本方由柴芍六君子汤（六君子汤加柴胡、白芍）加味组成。胃痛者，除因饮食所伤外，大多由情志所伤引起。六君子汤主治脾胃虚弱，饮食不思，胸膈不利，或呕吐吞酸，大便不实（《医学正传》）。加柴胡、白芍，以舒肝柔肝；加郁金、香附，舒肝解郁，行气止痛；加延胡索，行气止痛，力量更宏；加甘草，调和诸药。

五、健脾和胃理气消痞方

【组成】党参 15g、白术 10g、茯苓 15g、陈皮 6g、枳实 10g、厚朴 10g、山楂 10g、砂仁 6g、乌药 10g、甘草 6g。

【功效】健脾和胃，理气消痞。

【主治病症】慢性非萎缩性胃炎，以脘腹痞胀积滞为主证者。

【服用方法】每日1剂，水煎分3次服。

【加减运用】胃脘满闷、时时嗳气者，加法夏10g、旋覆花10g；饮食少思、胃纳不振者，加神曲10g、麦芽15g；胃胀兼痛者，加郁金10g、延胡索10g；若久病湿邪较重者，加藿香10g、佩兰15g；若胃中虚寒、泛吐清涎者，加干姜10g、木香10g；若胃胀化热、口苦，舌干者，加黄连6g、石斛10g。

【方义分析】方中党参、白术、茯苓、甘草补中益气，健运脾胃；陈皮、枳实、厚朴行气燥湿消痞；砂仁温中行气醒脾，促进脾胃运化；乌药顺气消痞，兼能止痛；山楂消食健胃，行气消滞。

六、调肝健脾止泻方

【组成】党参15g、白术15g、白芍15g、茯苓10g、陈皮10g、防风10g、芡实15g、石榴皮10g、木香10g、黄连6g、甘草6g。

【功效】调肝健脾，行气止泻。

【主治病症】慢性结肠炎，肠道功能紊乱症。

【服用方法】每日1剂，水煎分3次服。

【加减运用】脘腹冷痛者，加吴茱萸3g、干姜10g；泄泻清稀如水者，加诃子10g、肉豆蔻10g；大便不通畅、泻而不爽、大便有粘液、大肠湿热者，加白头翁15g、槐花15g；腹胀、矢气较多、气滞不畅者，加炒枳壳10g、厚朴10g；纳食不振者，加山楂10g、鸡内金10g。

【方义分析】本方由五味异功散、痛泻要方、香连丸三方加味而成。方中五味异功散补中益气，健脾醒脾。痛泻要方调肝补脾，方中白芍泻肝补木，陈皮理气醒脾，防风散肝舒脾。香连丸中木香温中行气，和脾止痛，黄连苦寒以清化湿热，具有寒热并用，阴阳相济之义；芡实甘涩收敛，健脾止泻；石榴皮涩肠止泻；甘草调和诸药。

七、柴蒿银翘退热方

【组成】柴胡 10g、青蒿 15g、金银花 15g、连翘 10g、大青叶 10g、薄荷 10g、荆芥 15g、牛蒡子 10g、桔梗 10g、淡竹叶 10g、芦根 10g、甘草 6g。

【功效】辛凉透表，清热解毒。

【主治病症】外感发热，尤其是高热难退者。

【服用方法】每日 1 剂，水煎分 3 次服。

【加减运用】发热无汗，或汗出不畅者，加麻黄 6g、石膏 30g；咽喉肿痛者加射干 10g、马勃 10g；咳嗽加蝉蜕 6g、桑叶 10g、枇杷叶 10g。

【方义分析】本方为由银翘散加味而成。方中柴胡疏风清热，尤利于退热；青蒿、大青叶能对多种细菌、病毒起到杀灭作用，对上呼吸道感染所致的发热（尤其是高热）具有良好的退热作用；金银花、连翘清热解毒，配伍淡竹叶，以加强清热之功；薄荷、荆芥辛凉轻散解表，其中荆芥虽属辛温之品，与薄荷辛凉解表配伍，相反相成，可增强解表之功；芦根“甘寒除邪热”，清热生津；桔梗、甘草，宣肺化痰，利咽止咳，对外感高热，兼见轻微咳嗽尤其适宜。

八、止咳方

【组成】鱼腥草 10g、桔梗 15g、法半夏 15g、桑白皮 10g、浙贝母 10g、蝉蜕 10g、枇杷叶 15g、百部 10g、甘草 6g。

【功效】宣肺止咳，清热化痰。

【主治病症】外感咳嗽，急慢性支气管炎。

【服用方法】每日 1 剂，水煎分 3 次服。

【加减运用】兼鼻塞流涕、微恶风寒者，加荆芥 10g、薄荷 10g；热咳者加黄芩 10g、金银花 15g；寒咳者，加麻黄 10g、干姜 6g；咽痒者，加射干 10g、千层纸 10g；痰多者，加葶苈子 10g、天竺黄 10g；久咳难愈者，加紫菀 10g、款冬花 10g。

【方义分析】鱼腥草，味辛微寒，辛以发散，寒可泄降，主入肺经，以清肺见长，有清热解毒，止咳化痰之功；桔梗苦、辛、平，具有宣肺化痰利咽之效，与鱼腥草合用，为治肺及气管炎症之主药；法半夏燥湿化痰，浙贝母清热化痰，二者合用使气顺痰消而止咳；桑白皮，甘寒降泄，能泻肺火兼肺中水气而定咳；百部，甘苦微温，润肺止咳；甘草，味甘性平，祛痰止咳，调和诸药。

九、四风三藤方

【组成】走马风 15g、肿节风 15g、过山风 15g、钻地风 10g、络石藤 15g、宽筋藤 15g、鸡血藤 15g、黄芪 15g、全蝎 3g、五加皮 15g、豨莶草 15g。

【功效】祛风除湿，舒筋活络，行血化瘀，消肿止痛。

【主治病证】风湿性关节炎、类风湿性关节炎。

【服用方法】每日 1 剂，水煎分 3 次服。并用内服药渣加酒适量炒热，用纱布包裹烫洗患处关节，每日 1 次。

【加减运用】若寒重者，加了刁竹 10g、桂枝 10g、制川乌 3g；热重者加石膏 30g、忍冬藤 15g；瘀阻重者加蜈蚣、地鳖虫各 5g；肝肾亏虚重者加山茱萸 15g、菟丝子 10g。

【方义分析】方中走马风、过山风、钻地风，性平或微温，善祛风除湿，通络止痛。肿节风、豨莶草性寒凉祛风除湿，活血化瘀，消肿止痛。《神农本草经疏》谓豨莶草为“祛风除湿，兼活血之要药”，现代科学研究发现，豨莶草对细胞免疫及非特异性免疫均有抑制作用。肿节风除具有“去风活血，消肿止痛”之效外，尚有一定的免疫保护效应。黄芪、五加皮性温，益气和营，强壮筋骨，以扶助正气。《本草汇言》曰：“贼风之疴，偏中血脉，而手足不随者，黄芪可以荣筋骨。”全蝎性平味辛、咸，能“穿筋透节，逐湿除风”（《玉楸药解》）。络石藤性凉，宽筋藤性平，鸡血藤性温，均能舒筋活络，行血消肿。诸药合用，通补相成，温凉相制，药性平和，共奏祛

风除湿，舒筋活络，行血化瘀，消肿止痛之功，并寓益气和营，养筋壮骨于祛邪之中，壮其根本而助祛邪之力。

十、壮阳育精汤

【组成】枸杞子 10g、菟丝子 10g、覆盆子 10g、山茱萸 10g、龟板胶 10g（烊化）、鹿角胶 10g（烊化）、狗鞭 1 条（先焯）、女贞子 10g。

【功效】滋阴壮阳，补肾育精。

【主治病证】成年男性婚后不育。证见阳痿、早泄、腰膝痠软；或性功能正常，但精液量少，精子不足，活动率低，活动力弱；或精液不液化；或雄性激素低下。

【服用方法】每日 1 剂，水煎分 3 次服。20 天为 1 个疗程，一般服用 1～2 疗程。

【加减运用】阳痿者加淫羊藿 10g、阳起石 15g；早泄者加桑螵蛸 10g、芡实 10g；腰膝痠软乏力者加杜仲 10g、川续断 15g；小便短赤、舌苔黄腻、湿热偏盛者加黄柏 10g、车前子 10g；会阴部及阴茎刺痛、舌质暗滞、夹瘀者加丹参 15g、红花 10g；精神忧郁、胸胁不适、肝郁气滞者加柴胡 10g、白芍 15g；口苦口干、舌红苔少而干、阴虚火旺者加生地黄 15g、黄柏 10g。

【方义分析】本方由五子衍宗丸加减而成。方中狗鞭、鹿角胶乃血肉有情之品，配以菟丝子、山茱萸益肾补精壮阳，尤以狗鞭、鹿角胶壮阳生精之力为著。《本草纲目》谓：“牡狗阴茎治阳痿不起，令强热大，生子。”《本经逢原》记载“鹿是山兽，属阳……，角乃督脉所发，督为肾脏外垣，外垣既固，肾气内充，命门相火，不致妄动，气血精津，得以凝聚，扶阳固阴，非他草木可比”。覆盆子与山茱萸相伍，固肾涩精。诸药合用，取“阴中求阳”“阳中求阴”之意，达到壮阳滋阴，补肾育精之目的。

十一、利尿通淋排石方

【组成】瞿麦 15g、萹蓄 30g、滑石 15g、石苇 15g、鸡内金 30g、蝼蛄

10g、冬葵子 10g、琥珀 3g、木通 10g、车前子 10g、甘草 6g。

【功效】清热利湿，排石通淋。

【主治病症】尿路结石，胆结石。

【服用方法】每日 1 剂，水煎分 3 次服。

【加减运用】结石多者，加金钱草 30g、海金沙 15g；尿涩不畅、腰痛如刺者，加牛膝 15g、地龙 10g、乌药 10g，以行气活血止痛；尿赤带血者，加白茅根 30g、旱莲草 30g，以凉血止血；右胁胀痛、口苦、结石在胆者，加柴胡 10g、龙胆草 10g、郁金 10g，以疏肝利胆；结石时间较长，或长期利尿排石，出现肾虚腰痛者，加山茱萸 10g、千斤拔 15g、杜仲 10g，以补肾壮腰。

【方义分析】方中石韦、瞿麦、萹蓄、滑石、冬葵子、木通、车前子，清热利湿通淋；鸡内金化坚消石之功较强，尤其是结石较坚硬难排出者，较宜长期使用；蝼蛄具有较强的活络通窍，引药下行，利尿通淋之功，长于化石排石；琥珀活血化瘀，利尿通淋；甘草，调和诸药。

十二、益肾强骨内服外治方

【内服方】熟地黄 15g、山茱萸 10g、枸杞子 10g、菟丝子 10g、龟板胶 10g（烔化）、牛膝 15g、杜仲 10g、续断 15g、乳香 10g、没药 10g。

【外治方】制马钱子 3g、乳香 15g、没药 15g、三七粉 3g

【功效】理血剂。益肾强骨，消瘀止痛。

【主治病证】肾虚瘀滞所致骨刺增生之腰痛、诸关节痛。

【治疗方法】内服方每日 1 剂，水煎分 3 次服。煎煮后的药渣，用米酒适量炒热，纱布包裹外烫患处，每天 1 次，连用 7～10 天。外敷方前 3 味用砂锅炒微黄研末，入三七粉调匀，再用米醋调药末成糊状，涂敷患处，盖上敷料，胶布固定，2 天 1 换，连用 10～14 天。

【加减运用】偏于阳虚者，内服方加熟附子 10g，肉桂 6g；偏于阴虚者，内服方加黄柏 10g、知母 10g。

【方义分析】《素问·生气通天论》曰“因而强力，肾气乃伤，高骨乃坏”，提出肾伤精亏，骨髓失充，高骨（指腰间脊骨）损坏而不用发病机理。因此当以补肾消瘀为治法。方用熟地黄、山茱萸、枸杞子、菟丝子、龟板胶、杜仲、续断、牛膝补肾益精，强腰壮骨；乳香、没药活血化瘀止痛。辅用酒炒内服药渣外烫患处，取酒辛温走窜之性，引药直达病所，协同内服药以增强药效；再用马钱子、三七粉、乳香、没药醋调外敷，仿《本草纲目·木鳖子》所说的“醋摩，消肿毒”之意，以醋“除痼块坚积”之功（《食物本草》），助诸药软坚化瘀，通络止痛。

十三、清热解毒祛湿通络方

【组成】黄柏 10g、薏苡仁 15g、牛膝 15g、苍术 10g、伸筋草 15g、秦艽 10g、威灵仙 6g、忍冬藤 10g、鸡血藤 10g、络石藤 15g、防己 10g、甘草 6g。

【功效】清热解毒，祛湿通络。

【主治病症】痛风性关节炎，风湿性关节炎（属于热痹者）。

【服用方法】每日 1 剂，水煎分 3 次服。

【加减运用】局部红肿热甚者，加红藤 15g、牡丹皮 10g；疼痛甚者加乳香 10g、没药 10g；痛处漫肿者，加金钱草 30g、车前草 15g；瘀血者，加泽兰 15g、路路通 15g。

【方义分析】本方由四妙丸（《全国中药成药处方集》）加味而成。方中以四妙丸治湿热下注，关节肿痛而设。方中伸筋草，味辛、苦，性温，能行气活血，祛瘀通络；威灵仙，辛散温通，通络之中尤善止痛；秦艽，苦辛微寒，辛宣苦泄，微寒清热，《本草正义》谓“宣通诸府，引导湿热，直走二阴而出”；防己，苦、辛、寒，辛能宣散，能祛风除湿，清热通络止痛；忍冬藤，甘寒，络石藤，苦微寒，均能清热解毒，凉血消肿；鸡血藤，苦、甘、温，活血补血，守走兼备，能舒筋活络，祛风止痛；甘草，甘、平，清热解毒，缓急止痛，调和诸药。

十四、益肾清淋方

【组成】熟地黄 15g、山茱萸 10g、淮山 15g、牡丹皮 10g、土茯苓 15g、泽泻 10g、黄柏 10g、知母 10g、瞿麦 10g、萹蓄 10g、蒲公英 30g、甘草 6g。

【功效】益肾利湿通淋。

【主治病症】慢性尿道炎，肾盂肾炎。

【服用方法】每日 1 剂，水煎分 3 次服。

【加减运用】尿短、尿黄、尿急较甚者，加金钱草 30g、车前草 15g；小便涩滞不畅者，加滑石 15g、通草 6g；尿频、尿清长者，加乌药 10g、益智仁 10g；小腹痛、尿道辣痛者，加三七 3g、白及 15g；腰痛、腰累者，加杜仲 10g、续断 15g、千斤拔 15g。

【方义分析】本方由知柏地黄丸加味组成。方中六味地黄丸补中有泻，寓泻于补，为通补开合之剂，加用知母、黄柏，以增强滋阴泻火之功，尤适用于久患尿道黏膜性炎症、肾盂肾炎，湿热伤阴之证；瞿麦、萹蓄，苦寒，主归膀胱经，清热利湿通淋之力较强；蒲公英重在清热解毒，杀灭尿道病菌，清泄下焦湿热；甘草调和诸药。

十五、清肝泻火除湿解毒方

【组成】生地黄 15g、龙胆草 10g、黄芩 10g、柴胡 10g、泽泻 10g、车前子 10g、栀子 10g、青黛 10g、伸筋草 15g、玄参 15g、野菊花 15g、甘草 6g。

【功效】清肝泻火，除湿解毒。

【主治病症】由肝火夹湿热所致的带状疱疹，睾丸炎、阴囊湿疹。

【服用方法】每日 1 剂，水煎分 3 次服。

【加减运用】局部疼痛者加三七 3g、延胡索 10g；瘙痒明显者，加蛇床子 10g、地肤子 10g；带状疱疹起水泡者，用青黛研末合米醋调和涂患处；湿疹者则用黄柏 30g、苦参 30g、水杨梅 50g、蛇床子 20g、地肤子 20g、煎

水外洗患处。

【方义分析】本方由龙胆泻肝汤化裁而成。适治肝胆实火夹湿热而津液未伤者尤宜。方中龙胆草大苦大寒，泻肝胆实火，除下焦湿热；黄芩、栀子、野菊花苦寒泻火；泽泻、车前子清利湿热；青黛清热解毒、凉血，《本草汇纂》谓“青黛，大泻肝经实火及散肝经火郁”；伸筋草行气活血，疏通经络而止痛；生地黄、玄参清热养阴，使邪去而不伤正；甘草清热解毒，缓急止痛，调和诸药。

十六、敛汗方

【组成】黄芪 15g、白术 10g、防风 10g、山茱萸 15g、五味子 10g、糯稻根 30g、浮小麦 15g、麻黄根 10g、甘草 6g。

【功效】益气养阴，固表止汗。

【主治病症】气虚自汗、阴虚盗汗之多汗证。

【服用方法】每日 1 剂，水煎分 3 次服。

【加减运用】气虚甚、稍动辄大汗出者，重用黄芪 30～50g、加党参 15g；阴虚甚、夜间盗汗湿透衣被、口干舌红少津者，加鳖甲 15g、百合 15g、女贞子 10g。

【方义分析】本方由玉屏风散加味而成。方中黄芪补气固表，白术健脾，补中以资气血生化之源，佐以防风走表而助黄芪益气御风，且黄芪、防风合用，相畏相使，其功益彰；山茱萸补益肝肾，敛阴止汗，张锡纯在《医学衷中参西录》中谓“萸肉既能敛汗，又善补肝，是以肝虚极而元气将脱者，服之最效”；五味子味酸甘，既能益气生津，又能收敛止汗，故气虚自汗，阴虚盗汗，均可配伍应用；糯稻根、浮小麦、麻黄根，均有收涩止汗之功；甘草调和诸药。

十七、润肠通便方

【组成】党参 15g、白术 10g、枳实 10g、厚朴 10g、火麻仁 10g、郁李

仁 10g、瓜蒌仁 10g、桃仁 10g、甘草 6g。

【功效】益气润肠通便。

【主治病症】津枯肠燥，大便秘结，以及老年或产后血虚便秘。

【服用方法】每日 1 剂，水煎分 3 次服。

【加减运用】中气不足、无力助推大便而出者，党参改红参 10g；老年肾阳亏虚、精血不足、肠道失润之便秘者，加肉苁蓉 10g、菟丝子 10g；血虚肠枯者，加当归 10g、何首乌 15g；腹胀气滞较甚者，加槟榔 10g、木香 10g；有痔疮或大便兼夹粘液、大肠湿热者，加槐花 15g、白头翁 15g。

【方义分析】方中党参、白术补中益气，助推肠中硬便而出；白芍益阴养血润肠；枳实、厚朴行气导滞，消积通便；火麻仁、郁李仁、瓜蒌仁甘润多脂，润肠通便；桃仁，味苦、甘，性平多脂，苦泄通利而不烈，润肠助运，开结通滞；甘草调和诸药。

十八、止遗方

【组成】熟地黄 15g、山茱萸 15g、淮山 15g、茯苓 15g、枸杞子 10g、乌药 10g、益智仁 10g、覆盆子 10g、桑螵蛸 10g、五味子 10g、甘草 6g。

【功效】补肾收涩止遗。

【主治病症】慢性尿道炎、膀胱炎、精囊炎、慢性前列腺炎或前列腺增生症。证见肾虚遗尿、尿频、遗精、滑精等。

【服用方法】每日 1 剂，水煎分 3 次服。

【加减运用】若形寒肢冷、小便清长、肾阳亏虚者，加肉苁蓉 10g、鹿茸末 3g；若尿频尿黄、腰膝酸软、烦热多梦、阴虚内热者，加知母 10g、黄柏 10g；若遗尿遗精频数、肾关不摄者，加煅牡蛎 15g、龙骨 15g；若尿频、尿出不畅，或尿中疼痛者，为瘀血内阻，加桃仁 15g、川牛膝 15g。

【方义分析】本方由左归饮、缩泉丸合方加味组成。方中左归饮中熟地黄、山茱萸、淮山、枸杞子、茯苓，为纯甘壮水之药，重在滋阴补肾；缩泉丸中益智仁、温脾肾、固精气、涩小便，乌药温膀胱气化，止小便频数；

覆盆子甘、酸，微温，可补可敛，能补五脏之阴而益精气，善敛耗散之气而生精液，固精元，缩小便；桑螵蛸甘、咸、平，性收敛，甘能补益，咸能入肾，具有补肾固精，缩尿止遗精，滑精之功；五味子补肾涩精，尤以心肾不交而频繁梦遗者，能交通心肾而止遗；甘草调和诸药。

十九、燥湿止痒方

【组成】苍朮 10g、黄柏 10g、苦参 10g、土茯苓 15g、赤芍 10g、牡丹皮 10g、蛇床子 10g、地肤子 10g、甘草 6g。

【功效】清热解毒，燥湿止痒。

【主治病症】急性、慢性湿疹。症见皮肤起粟粒或绿豆大小丘疹，挤压出黄水，皮肤焮热瘙痒。

【服用方法】每日 1 剂，水煎分 3 次服。并用内服药渣加水适量煎煮，待药稍凉后，擦洗患处，每日 1 次。

【加减运用】皮肤焮红、灼热甚者，加金银花 15g、连翘 10g；渗水多、湿热夹风者加防风 10g、木瓜 15g、五倍子 10g；皮肤晦暗不热、夹瘀明显者，加鸡血藤 15g、红花 10g；瘙痒甚者，加白鲜皮 15g、僵蚕 10g。

【方义分析】方中苍朮祛风燥湿；黄柏、苦参燥湿，泻火解毒；土茯苓除湿解毒；牡丹皮、赤芍清热凉血，活血化瘀；蛇床子祛风燥湿止痒；地肤子清热利湿止痒；甘草调和诸药。

二十、清热解毒养阴愈疡方

【组成】金银花 15g、玄参 15g、佩兰 15g、灯心草 3g、淡竹叶 10g、麦冬 15g、三七末 3g（冲服）、生地黄 15g、牡丹皮 10g、甘草 6g。

【功效】清热解毒、养阴愈疡。

【主治病症】急性、慢性或复发性口腔溃疡，或并发外阴部溃疡。

【加减运用】溃疡焮红、热毒较甚者，加连翘 10g、野菊花 15g；口咽干、舌苔少津、阴津亏虚较显者，加女贞子 10g、桑椹 10g；慢性反复发作，

加生黄芪 15g；溃疡时间长、虚火不甚者，生地黄改熟地黄；溃疡疼痛较甚者，加白芍 15g。

【方义分析】口腔溃疡属中医口疮，生于唇、舌、颊、上腭等处。分急性、慢性两种。口疮为病，正如《内经》所云：“火气内发，上为口糜。”证之临床，“火”有实火、虚火之分。实火多见急性口腔溃疡，虚火多见于慢性复发性口腔溃疡。其发病与心、肺、脾、胃、肾等脏腑有关。舌为心之苗，咽为肺之门户，口为脾之窍，脾与胃燥湿相济，升降相因，脾虚不能散津，胃失滋养，虚火上炎，故龈痛、口腔生疮；肾水不能上承，心火独亢，则舌边、舌尖溃疡疼痛；火热刑肺，门户受灼，则咽痛咽燥。总而言之，心、肺、胃、肾之火，包括实火及虚火，火气上炎，燔灼口舌，则口舌生疮，形成溃疡。方中金银花，性味甘、寒，具有清热解毒之功，《滇南本草》言其“清热，解诸疮，痈疽发背，无名肿毒、丹瘤、瘰”，《生草药性备要》亦言该药“能消痈疽疔毒”，二书均突出论述金银花对疮疡治疗的清热解毒之功效；淡竹叶，性味辛、甘、淡寒，具有清热泻火、凉心除烦之功，《药品化义》言淡竹叶“专清心气，使心经热邪分解”，宜用于心火炽盛、躁扰烦乱、口糜之证；玄参，性味甘、苦、咸、微寒，具有清热凉血、滋阴解毒之功，《本草正义》言“玄参，禀至阴之性，专主热病，味苦则泄降下行，故能治脏腑热结等证，色黑入血，味又腥而微咸，故直走血分而通血瘀，亦能外行于经隧，而消散热结之痈肿”，故用治口疮颇为恰当；佩兰，药性辛、平，气味芳香，为脾之所喜，其入中焦，善能化湿而不伤胃，使胃火潜降；灯心草，性味甘、淡、微寒，具有清心泻火之功，对于心火上炎所致口疮者更有针对性；麦冬、生地黄、牡丹皮养阴清热凉血，以降虚火；三七末，性味甘、微苦、温，具有化瘀止血、敛疮定痛之功，对于口疮疼痛者尤宜。

第五章 蒙木荣成长经历与心路历程

2017年12月4日国家中医药管理局发布第六批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师的消息，蒙老是其中一员。随后不久，在南宁隆重举行广西第六批全国老中医药专家学术经验继承工作拜师仪式。喜讯频频传来，让蒙老心潮澎湃，思绪万千。由一名普通青年成长为具有较高声望的国家级名老中医，这是蒙老梦寐以求的。蒙老的成长，不单是个人的努力，还有组织的关怀，老师的培养，家人的支持……他们都是陪伴蒙老成长过程中的良师益友，至亲至爱，而蒙老的辛勤付出也终于获得回报。蒙老心想，应该把他的经历记录下来，或许对后辈们有所启发及帮助。

一、童年及青年时期的学习生活

1947年11月1日，蒙老出生在广西宾阳县思陇公社南关大队六道村。其父亲蒙新章小学文化，解放初期参加剿匪反霸、土地改革分田地工作，曾在基层任职，当过村乡干部、人民公社书记、县法院法庭庭长。母亲文盲，是勤劳耕种的农民。家中兄弟姐妹6人，蒙老是老大。父母及祖父母把希望寄托在他身上，希望读好书，有出息，为家人争光。因此在生活上备受呵护，期盼他有一个美好的未来。蒙老也不辜负前辈的期望，从小学到中学，学习成绩优秀。1964年秋，他考进广西南宁地区重点中学——宾阳中学高中部，是那时所在村里乃至全南关大队七八个自然村唯一考入重点高中的青年。当年被同学选为班里的团支部书记，直到1966年“文化大革命”，学校停课“闹革命”。一开始他被学校选为红卫兵代表到北京接受毛泽东主席的检阅，后来情况急转变成“革命”大串连，国内形势较混乱，不少地方处于无政府状态，蒙老父亲也被罢官下到“五七”干校劳动。在这个动乱年代，父亲劝他回家，不要参加社会活动。蒙老回家后，祖父看

他无事可做，便劝他学医，并告诉他：“古人说，‘不为良相，便为良医’，你有那么好的文化基础，做一名好医生，将会受用终身的，不管社会如何变动，医生这职业都是受老百姓爱戴的。”祖父还找来一本草药古书，并介绍一名外乡赤脚医生给蒙老传授中草药治病经验。也许正是祖父的引导和劝说，在蒙老的内心播种下了一颗探索中医、传承发扬中医药文化的种子。

二、回乡当民办教师

1968年末，学生“闹革命”的活动逐渐平息，蒙老回学校参加毕业仪式，由于当时取消了高考，他只能回乡劳动待业。1969年初，南关大队宣布在南关大队完全小学的基础上成立附设初中，并推荐他当民办初中老师，承担物理、化学课程。当时，蒙老兢兢业业，一丝不苟备课授课。蒙老回忆当时上实验课时，他就拿当年中学老师给他们拿手电筒的废电池做夜间发出磷火的试验，从而消除了学生所传说夜间见到“鬼火”的传闻；还带领学生到大队现场观看抽水机抽水，并解释水泵的工作原理，使学生大开眼界，受益匪浅。蓦然回首，言传身教，理论与实践相结合，也许正是现时老中医药专家早期学术经验传承工作的初版吧。在民办初中教学期间，由于蒙老思想进步，衷心维护党的基本路线，工作积极认真，他得以光荣地加入中国共产党组织，成为1名正式的中共党员。

三、进入中医学院学习并留校任教

1971年春，广西跟全国各省（区）一样，教育战线实行大改革，高等院校招生实行推荐工农兵代表的入学方式，蒙老被本乡南关大队及思隆人民公社推荐到广西中医学院读书，成为1名工农兵大学生。当时他与全县10余名工农兵大学生集结在县政府开庆祝欢送会，县领导给他们戴上大红花、敲锣打鼓，并派专车欢送他们到南宁各大专院校。蒙老十分珍惜这非常难得的学习机会，在校4年中，在林沛湘、班秀文、秦家泰、梁申、劳有安、韦贵康、徐守中、谢泽民、张培珠、尹遐龄、荣远明等

著名中西医学教授教导下,较为系统地学习了《黄帝内经》《伤寒论》《金匱要略》《神农本草经》等中医经典著作和中西医的基础课程、临床知识。在学习经典著作过程中,尽管遇到文字佶屈聱牙,令人难以理解,但在学习过程中,蒙老认真听课,仔细领会,下课后认真复习,反复研读原文和注解。随着课程的深入,他逐渐被中医博大精深的理论所折服,也深深地爱上中医药事业。上完基础课以后,临床各科的专业课几乎都是“开门办学”形式开展的。当时,学院将临床各科老师与学员搭配组成教学分队,蒙老被分到钦州县人民医院(今钦州市第二人民医院)进行教学及见习,早上一般跟老师及当地医师在病房查房或在门诊诊疗,下午上临床课。理论接触临床实际密切,使他得到很大的收获,印象深刻。记得有一次,救护车送来10余名因车祸外伤的病人,这时外科医师人手不够,外科主任临危点将,由于蒙老学习实践基础较好,因此派他独立给1名右耳外伤患者处理。在这紧急关头,蒙老毫不犹豫应诺,这是他真正实践的良好机会。当时他看到病人右耳大部分已经断裂分离,挂吊在右面部,局部瘀肿,其面容痛苦不堪。蒙老沉着冷静地按照所学到的知识,予病人清创、消毒、麻醉、一针一针认真缝合、包扎。工作完成后,蒙老衣服被汗水湿透了,紧张的精神也轻松了许多。蒙老很关心观察由他亲手术的那位住院病人的康复情况。1周后拆开包扎,伤耳恢复良好。蒙老非常高兴,这就是实践出真知。蒙老心想,如果没有这个良好的实践机会,他绝不会得到医疗实践的收获。

临床见习教学结束后,进入临床实习阶段,蒙老被分配到柳州市中医院临床实习。学院领导委派他当实习组组长,负责全组近20名同学的组织工作。当时,实习组同学的文程度参差不齐,蒙老组同学中有1名复退军人原来只有小学文化,学习困难较大,学院领导叮嘱他要帮助这位同学,因此在实习中,蒙老经常陪伴他一起跟带教医师临床值班,尤其是遇到新病人住院要书写住院病历时,蒙老便成为他的小老师,教他如何书写病历的注意事项、立法处方原则及技巧。病历书写完成后交给带教医师,带教

医师非常满意。蒙老的一举一动实习医院领导及医师们看在眼里，记在心上，认为蒙老这个实习生很不错，既帮助了别人，也提高了自己。实习结束后，医院领导表示欲将蒙老留在实习医院工作，当时蒙老暗喜，但又一想，近期有学校领导来实习点看望实习同学时，给他透露留校任教的信息，蒙老衡量了他的工作去向，只好婉谢实习医院的好意，表示他们学生毕业后的去向由学院领导决定。

蒙老在实习期间，曾接诊过一高血压病人，病人自诉头晕头痛，面色潮红烘热，走路不稳。带教医师有意考验他的实践技能，放手让他辨证，并处方用药。通过望、闻、问、切四诊后，蒙老综合分析诊断为眩晕，辨证为肝肾阴虚、肝阳上亢之候，并予钩藤天麻饮方加减治疗，予药7剂。1周后病人复诊，诸症好转，血压下降接近正常。蒙老非常高兴，并将这一成功病案写成文章投到《广西中医杂志》，不久文章发表。后来，有关记者将这一工农兵学员用中医药治疗顽痼疾病取得良好效果的事件登载在了《广西日报》上，当时他已留校任教。蒙老回忆大约是1974年底，广西军区一位副司令员电话联系学院领导，说要找他看高血压病，也许当时看到《广西日报》登载的报道，想必年青医师思想开放，不墨守成规，要来试一试。蒙老听到这一消息，诚惶诚恐，给那么高级领导看病，还是第一次呀，万一有什么闪失，哪能承受得起？学院领导看出蒙老的顾虑，特意派林沛湘教授做他的后盾，陪伴他一起诊治那位副司令员的病。当蒙老诊病完后，当着副司令员的面，并向林教授汇报，叙说他的辨证思路，列出处方及用量。林教授看后表示非常认可，还说听听军区领导的意见。军区副司令员说：“我听了蒙医生的治疗方法后，认为很有见地，当试一试。”自此以后，蒙老的名声慢慢传开了。蒙老心想，这对他今后的医疗工作，是一种莫大的鼓励，鞭策他不断攀登不断前进。

留校时，学院领导征求蒙老愿意做哪方面工作，他直接说喜欢做临床医师，因此学院领导将他分配在中医内科教研室教学及临床医疗。开始工作时，蒙老在学院第一附属医院内科跟随劳有安、周基邦、曾宜敬等老中

医学习。在病房做住院医师的临床工作时，曾遇到一例类风湿性关节炎关节剧痛不止的女性患者，当时辨证为痹病寒痹，拟用乌头汤加味，乌头用量为 15g，治疗效果不甚理想。在主任查房时，劳有安主任说，使用乌头汤是正确的，不过乌头用量宜大，大到多少量没有说。后来病人又听信社会上的游医关于类风湿治疗乌头用量宜大量的蛊惑，她决心自买乌头试一试，第一剂乌头即用量 60g 之多，煎煮时又没有先煎、久煎，故药后病人出现头晕、心悸、大汗、烦躁、面色苍白、牙关紧闭、血压下降、四肢冰冷等危候，值班医师请示主任，急于洗胃，灌服蜜糖、甘草绿豆汤解毒治疗。不久，病人诸症逐渐缓解，面色渐红润，四肢渐暖，血压恢复正常，关节剧痛竟也随之豁然而愈。遇到病人出现这种现象，蒙老百思不得其解，带着这个问题，他查阅不少文献资料，最后在《尚书·说命篇》查到“药弗瞑眩，厥疾弗瘳”的记载，另外《类聚方广义》也引用“瞑眩”之词，“此方之妙，在于用蜜，故若不用蜜，则不特不效，且瞑眩而生变”。之后联想到汉代张仲景使用毒药治病时，曾有药效瞑眩现象的记载，如抵当丸服后“暍时当下血”；大黄牡丹皮汤服后“有脓当下，无脓当下血”；硝石矾石散服后“小便正黄，大便正黑，是其候也”；桂枝附子去桂加术汤“初一服，其人身如痹，半日许服之，三服都尽，其人如冒状，勿怪”；乌头附子汤服后“其知者，如醉状，得吐者为中病”。对于这些治疗中出现瞑眩案例的著述，不仅在过去人类与疾病斗争中，作出过卓越的贡献，就是在医学科学如此发达的今天，仍然不失有益的启迪。中医对于那些沉痾痼疾，常用药之剂量治疗，这些药剂多毒性较大，运用于临床大多出现不同程度的不良反应，但若使用得当，往往于反掌之际，力挽沉痾。正如近代名医岳美中所说：“深痼之疾，服药中病则瞑眩，瞑眩愈剧，奏效愈宏。”所以蒙老深刻体会到，带着临床问题去思考，求教经典著作，求教古人的用药智慧，我们就会开窍，做到学以致用，不断提高辨证论治的水平，这也正是他长期行医历练、增长见识的不二法门。

四、临床见习教学，开启教学新模式

1978年初，学院领导考虑到他们这批1971年、1972年、1973年、1974年留校的工农兵学员的师资素质须要提高，特意为他们举办了一年期青年师资提高班的培训，重点是四大经典著作及部分中西医基础课的再学习，专门委派全院最好的中西医教师为他们授课，并且对他们的学习要求十分严格，每门课程都要求通过严格考试。蒙老在这个提高班学习非常用功，善于思考，探求奥义，不断充实自己，并以优异成绩通过各科考试，这为以后的临床医疗及教学打下了坚实的基础。

在教学过程中，开始他作为助教，经常带学生临床见习，在病房中选择典型病例给学生讲解、讨论，并将理论结合实际，以印证课堂上老师讲授的病种案例，加深学生的理解认识，这是正统的教学模式，目前大多采用这种模式见习带教。在临床中，蒙老就遇到不少非典型病种病案，有时比典型病案还要多。例如，症候与脉象不符，闻诊与望诊相矛盾，四诊情况不吻合，这些均难以达到典型病证理、法、方、药辨证的契合程度。对于这种非典型案例，临床中是如何辩证思考的？带着这个不能回避的现实问题，蒙老不断思考，不断揣摩古人的智慧及经验，不断向经典著作找答案。《金匱要略》曾有“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”的记载，还有后人为《金匱要略》“以方测证”的记述，这不正是非典型病症的思辨方法吗？古人研究中医曾借鉴天文、气象等古代朴素的哲学思想，得出历千年而不衰的经典理论，值得师法，还应大胆创新。于是对于非典型病案的辨证，他借鉴现代哲学辩证方法来解决此类问题。如采用虚实错杂辨主次、类证相似先排除、征象真假用反证等辩证方法，并在临床带教中取得较好效果，深受学生的欢迎。他还结合临床，采用试探治疗辨匿证、宏观辨证与微观辨证相结合的辩证方法。这些具有新意的教学方法曾写成论文，如《临床教学后期适当选用非典型病例示教管见》《中医内科临床见习三段式教学法探析》均发表于国家《中医教育》杂志。有一次，在学院优秀教学评比中，

蒙老所在的中医内科教研室被评为优秀教学成果二等奖，而以他个人名义优秀教学成果报奖的亦获二等奖。

五、深造进修再提高

1978年末，学院派蒙老到中国中医研究院中医文献研究班学习1年，师从马继兴、余瀛鳌研究员。蒙老利用这次难得的深造机会，聆听他们对中医文献学的教诲，目睹他们对中医文献精深研究的风采。最后蒙老还获得了机会参与中医古籍《普济方》的校点整理练习，并以良好的操作方法完成校点整理任务，这是蒙老在中医学学术道路上一笔不可多得的宝贵财富，并为他与广西壮医研究所黄汉儒所长（主任医师）后来承担的国家卫生部下达的“古医籍《续名医类案》校点整理研究”课题，打下了良好的基础。首先，整理这本字逾百万医案巨著的古医籍，要先选择确定最好的版本。本书原为清代名医魏之琇编撰的60卷本，编写完稿后魏氏寻逝，其草创疏漏之书后由清代名医王孟英重新审定改编成36卷，改编后的《续名医类案》36卷本比原来60卷本精良得多，以后流行的都是该书36卷本的各种版本。蒙老到北京、杭州等市图书馆查找王孟英《续名医类案》36卷原始版本，复印回来后进行校点整理。该书涉及汉代以后清代以前的数百位名医及五千二百五十四条医案和医论，蒙老阅读后深感古人治病方法与手段丰富多采，深刻体会到中医理论根基雄厚，足以成为临床辨治的实用工具，悟出中医前辈治病之妙，经验独到，足堪开启后学，值得师法。该书医案不仅总结成功经验，也总结失败教训，或示之以法，或做之以戒，读后让人耳目一新。在此之后的临床中，蒙老常借鉴前辈名医经验，使医术水平不断得到提升。这就是蒙老悟出的多读书、读好书，借前辈名医经验为我所用，他山之石可以攻玉的经验总结。

为了帮助蒙老提高医术水平，学院让蒙老参加广州中医药大学附属医院内科的临床进修半年，师从李仲守、江世英教授，学习他们对疑难杂症独具特色的中医诊疗方法及良好的医德医风，尤其对江世英教授善用“毒

药”治病的学习。江世英教授说：“毒药者，其性味有偏也，只要合理调配，纠其所偏，以毒为能，发挥其最大治疗效能。”他使用毒药治疗顽疾，药物调配合理，从未出现过严重毒副反应。之后蒙老又到重庆参加全国中医急症培训班学习三个月，由全国名老中医黄星恒主讲，学到了不少中医治疗急症的知识，打破了中医只能治疗慢性病的陈规习俗的偏见，回来后在学院内开启了中医诊治急症的先河。

六、累积临床经验、学术思想传授后人

1994年，蒙老晋升为副教授，不久便担任中医内科教研室主任，在教学上主讲中医内科学大课为主。他每讲一个病种，总是会精心归纳其病因病机，详细解释各证候特点，预测病证传变的转归，并以临床实际的病案相联系，立法处方用药的体会。他的这种教学方式，深受学生们欢迎。1996—2004年还兼任广西中医药学会常务委员、中医内科专业委员会副主任委员，积极协助学会主任开展全广西中医内科的学术活动。1996年院系合一，即学院医疗系与附属医院相关科室合并，蒙老被分配到附属瑞康医院中医内科担任临床医疗主任及教研室主任，临床医疗与教学一起统筹安排。在临床医疗工作中，蒙老侧重主攻肾病、脾胃病、风湿类病的研究。研究病证包括原发性肾病，如急慢性肾小球肾炎、肾病综合征、隐匿性肾炎等，以及继发性肾病，如高血压肾病、糖尿病肾病、痛风性肾病等，还有各种肾病引起慢性肾功能衰竭者；脾胃病如胃及十二指肠溃疡、急慢性胃炎、消化不良、慢性腹泻等；风湿类疾病如风湿性关节炎、类风湿性关节炎、痛风性关节炎、骨质退行性变骨性关节炎；等等。在多年的临床和教学工作中，蒙老不断在实践中积累经验，广收博采各家之长，不断提高自己的医术水平，2000年他被晋升为主任医师、教授。

蒙老始终坚持“读经典，做临床”的医训，虽然临床中遇到不少问题，但他勤于思考，细心研究，勇于吸收各朝代名医的学术经验为我所用，并敢于质疑前人某些错误的定论。多年来，他坚持不懈努力，在学中干、干

中学的反复磨练，学术水平不断得到提高。有些中医理论或概念等的论述问题，现证实已经跟不上实际的临床情况，诸如中医对病证命名的现状确实有些混乱。蒙老曾以中医内科学第五版教材为例，分析病、证命名的优缺点。当前病、证命名分为两大类，即病因病理命名及主要症候命名。病因病理命名者（有的侧重于病因、有的侧重于病理命名），诸如感冒、肺痈、肺痿、肺癆、痰饮、疟疾、中风等；以主要症候命名病名者，如咳嗽、哮证、喘证、血证、胃痛、腹痛、腰痛、黄疸等；个别出现既是病因病理、又是主要症候命名病证者，如积聚、痰饮等。举个病案分析：一病人肝硬化初期触到腹部包块，而后出现腹水、胁腹疼痛、黄疸等主要症候，如果以主要症候命名病名，该诊为“胁痛”“鼓胀”“黄疸”，还是“积聚”？因此给诊断带来不少麻烦。若循名责实，这个诊断应该诊为“积聚”更为恰当，因为它是造成“胁痛”“鼓胀”“黄疸”之主因，也是造成该病病理变化的重要基础。如果以概念的准确性、名实的一致性、症候的特异性、防治的针对性、中医理论的传统性作为衡量病名的标准，比较上述病、证命名的情况，基本可以反映出各自的科学及规范化程度，以病因病理命名显然比以主要症候命名病名者优。因此建议中医今后振兴与发展过程中，以病因病理命名病、证的传统优势，尽量删除以症状命名病、证的不足之处。

在长期临床医疗实践中，蒙老常将明代名医朱丹溪“病诸内必形诸外”的中医理论作为辨识疾病的方法论。早在两千多年前，医学先辈们在经历长期的医疗实践之后，积累了较丰富而零散辨识疾病的经验。与此同时，当时的哲学思想核心——阴阳五行学说以及天文、地理、气象、历法、物候、心理、社会等学科不断向中医渗透，自然形成“天人相应”“形神统一”等整体观、生命现象及生理、病理变化得以较合理的阐释，“司外揣内”的诊断疾病方法也由此应运而生。《灵枢·外揣篇》说：“日与月焉，水与镜焉，鼓与响焉。夫日月之明，不失其影，水镜之察，不失其形，鼓响之应，不后其声，动摇则应和，尽得其情。”又说：“五音不彰，五色不明，五脏波荡，若是则内外相袭，若鼓之应桴，响之应声，影之似形。故远者司外揣

内，近者司内揣外，是谓阴阳之极，在地之盖。”自《内经》将人与自然界的统一、人体内外环境变化的统一观点提出后，世代医家沿袭，反复验证，至朱丹溪时，已形成“病诸内必形诸外”的结论性论断。可以说，此论断是“实践—理论—再实践—再理论”唯物辩证法的结晶。医学家们根据人体内外环境变化与自然界的“响之应声”“影之似形”相类的规律，通过体表的五色、五音等信息，而诊断相应的疾病。如心主血脉，开窍于舌，若脉结代，舌尖有瘀斑，则为心血瘀阻；肺主皮毛，开窍于鼻，若皮毛枯槁，嗅觉不灵，则为肺气虚衰；脾主肌肉，开窍于口，若肌肉瘦削，口淡乏味，则为脾气虚弱；肝主筋，开窍于目，若手足抽搐，目斜上视，则为肝风内动；肾主骨，开窍于耳，若胫酸无力，耳鸣耳聋，则为肾精不足等等。予以相应治疗，效验可靠，并经得起重复，充分显示了“病诸内必形诸外”方法论之系统性、整体性的科学价值。众所周知，现代医学正以惊人的速度发展，但当其发现研究局部器官组织不能完全解释人体整体病变的一系列问题时，又不得不寻求于当代系统理论为之变革，并借鉴于中医的人体整体观。因此，“病诸内必形于外”这个经过《内经》的阐发，朱丹溪进一步论证，后人反复临床实践检验的方法论，不仅符合客观世界事物变化的一般规律，而且也顺应当今科学发展趋于辨证综合的系统时代潮流，这正是它历经千百年而不衰的合理内核。

作为一种方法论，之所以能够贯通古今，是因为它具有理论与实践统一之合理内核。时至近现代，人们发现有些内在疾病不一定“形诸外”了，而且“病诸内必形于外”也有一定的缺陷性与局限性。这种方法论的最大缺陷，在于违反了认识过程中的一般与特殊的辩证关系，过分强调了“病诸内必形于外”的必然性，忽略了“病诸内不一定形于外”的特殊性，致使“一般”与“特殊”的关系严重倾斜。如不少肾结石的病人，在结石无活动的情况下，一般不出现疼痛及尿出砂石的现象，甚至结石伴随病人终生而无临床症状；又如有的肺结核病人，在其发病过程中无任何不适，而在以后体检中才发现结核病灶已钙化；有的乙型肝炎病人并无肝区胀闷疼

痛，无饮食减少，体倦乏力等症，但多次检查肝功能异常而诊为“乙肝”；有的慢性肾炎病人，水肿消退，饮食增进，体力恢复之后，中医则认为“诸恙悉除”，无证可辨了，而西医检查尿蛋白尚为阳性，还断为病未痊愈，等等。诸如此类例子，其内在的疾病，由于人体结构复杂及体质差异等原因，不能反馈出外在的信息。我们应该承认这种“不能形诸外”的特殊性，应该对这种特殊性深入研究。

早诊断、早治疗，这是医学界公认的一个基本原则，也符合中医“防患于未然”“防病传变”的指导思想。然而“病诸内必形诸外”所指的外在信息出现的迟早相去甚远，以此为诊病依据，有时却显得无能为力。如某些癌变，待到癌症状出现时，已届晚期；有些消化性溃疡病者，不一定出现胃脘胀痛，暖气反酸等不适之症，直到并发呕血、便血或胃穿孔后，才检查发现原来患溃疡病；又如有些早期高血压、早期糖尿病患者，也无任何自觉或他觉症状，到中晚期才出现症状；等等。对于这类病证，茫茫然揣测不了“病诸内”的早发，而姗姗来迟的“病诸外”则已成为过去。显然，这均有悖于早诊断的原则，以至延误病情及早治疗的机会，酿成不良后果。

另外，“病诸内必形诸外”，对于单一脏腑病变来说，尚能因果对应联系，但对于复杂系统、多脏腑病变则极易出错。虽然中医也研究诸如“肝胃不和”“脾肾两虚”“肝肾阴虚”等多脏腑病变，但其研究的方向是多脏腑病变，对应的是多症状的综合，忽略了多因一果的病证现象。系统论有个重要定理，即一定的结构对应着特定的行为，但一定的行为则对应着整体一类结构。后者即多因一果现象。临床上多因一果病证并不少见。如痢疾及肠癌均可出现腹痛、便下脓血；肺结核及肺炎可同时出现胸痛、咳嗽、潮热盗汗，或高热寒战；有的冠心病心肌梗死不一定如《内经》描述的“真心痛，手足青至节，心痛甚，旦发夕死，夕发旦死”那样严重，而表现为胃脘痛，与胃病症状相类等等。这类病证，症状容易混淆，如果不用微观辅助检查，极易误诊。有的盲目治疗效果不好之后，才被重新考虑别的疾病。可见，“病诸内必形诸外”对于多因一果病症的诊断，也不同程度暴露出它的局限性。

鉴于临床中学习古人的学术经验为后代人所用，这对于提高学术水平大有裨益，人所共知。时代不断向前发展，科学研究也应随着时代的发展而进步，因此，蒙老认为，中医药事业的振兴与发展须要我们中医人代代传承与创新，没有继承，创新就无法开展，这是一个完整的辩证关系。他常对学生说，要成为一名良医，必须具有张仲景“勤求古训，博采众方”的治学态度；在提高学术水平上，要具有张景岳“医有慧眼，眼在局外；医有慧心，心在兆前”的技艺。在继承前人学术经验的基础上，随着时代发展进步，也要正视前人某些定论的缺失或欠完美的客观问题，大胆提出质疑，加以完善，这样，中医药事业才能得到向前发展。

在临床过程中，蒙老善于思考，勤于钻研。常遇到一些肾病顽固性蛋白尿问题以及慢性肾功能衰竭而无明显症状的患者，经过深思熟虑构思，总结并撰写成《中医药治疗肾病综合征几个临床顽症的思辨》《中医药治疗肾病蛋白尿思路与方法》《非典型慢性肾功能衰竭中医辨治的思路与方法》等文章，发表于《广西中医药》《中医杂志》杂志。根据前人经验的启发和自己积累的经验，创制成肾复汤方、益肾健脾泻浊方，用来治疗肾病、慢性肾功能衰竭患者，疗效可靠，得心应手。

如今，蒙老从事中医内科的医疗、教学、科研工作已 50 年。他的体会是：中医作为一门实践性很强的传统医学，之所以生生不息，历千年而不衰，备受人民群众的爱戴和青睐，主要是由中医药卓越的疗效所决定的。因此，在临床医疗工作中，蒙老始终把提高临床疗效作为第一要务。“实践出真知”“纸上得来终觉浅，绝知此事要躬行”。他坚持边实践，边读书学习提高，广泛阅读历代名医著作，借鉴前人经验，不断充实自己学术技能，提高临床疗效。从医数十年，诊治过无数病患者，其中既有高官，也有普通工人、农民；既有外省慕名而来的外地病人，也有本地城乡老百姓。不论他们身份地位如何，蒙老都一视同仁，对病者具有同情心和责任心。从医那么多年，蒙老真心地脚踏实地地付出，觉得自己收获了很多，让他找到了人生奋斗的方向，也实现了他做一名良医的心愿。

七、年谱及论文著作发表

1947年11月1日，出生于广西宾阳县思陇公社南关大队六道村。

父：蒙新章，宾阳县人民法院审判庭庭长。退休16年后于2004年逝世。

母：谭兴桂，农民，于2022年病逝，享年95岁。

1955年9月至1959年7月，在宾阳县思陇公社南关大队六道村小学读书。

1959年9月至1961年7月，在宾阳县思陇公社南关大队完小读书。

1961年9月至1964年7月，考入宾阳县新桥初中读书。

1964年9月至1968年9月，考入广西宾阳县中学高中部读书。曾任班共青团支部书记。1966年“文化大革命”开始，曾被选为学生先进代表到北京接受毛泽东主席的检阅。

1968年10月高中毕业，回家乡当农民。1969年9月，被南关大队聘请为大队民办初中老师。

1970年7月，加入中国共产党，成为中共正式党员，同年被选为中共思陇公社党代表。

1971年2月，被南关大队及思陇公社推荐上大学，并经宾阳县革命委员会优选，成为首届广西中医学院工农兵大学生。在校读书初期，曾任中共党支部宣传委员。1974年9月毕业留校任教。

1974年10月至1977年12月，在广西中医学院第一附属医院临床医疗工作。

1978年1月至1979年6月在广西中医学院青年师资提高班学习，任师资班党支部书记。

1979年10月至1980年3月，到广州中医药大学附属医院临床进修学习，师从李中守教授、江世英教授。

1980年9月至1981年7月，到中国中医研究院中医文献研究所中医文献研究班学习，师从马继兴研究员、余瀛鳌研究员。

1982年6月，学术论文《试论消渴之本》发表于《广西中医药》1982年第3期，并摘登于1983年《中医年鉴》。

1983年12月，学术论文《虚实错杂、寒热相兼证辨治两则》发表于《广西中医药》1983年第6期。

1984年8月，学术论文《瞑眩刍议》发表于《云南中医杂志》1984年第4期。

1985年6月，学术论文《试谈肺阳虚》发表于《陕西中医》1985年第3期，并摘登于1986年《中医年鉴》。该论文被评为南宁市科协优秀论文三等奖。

1985年12月，学术论文《〈傅青主男科〉惑证辨治举偶》发表于《吉林中医药》1985年第6期。

1986年2月，学术论文《试论肾实证》发表于《广西中医药》1986年第1期，并摘登于1987年《中医年鉴》。该论文被评为1986~1987年度广西科协优秀论文奖。

1986年10月，学术论文《调理脾胃在老年病防治中的地位及作用》发表于《中医药研究杂志》1986年第5期。

1987年10月，在广西中医内科学术交流会上被选为广西中医内科专业委员会副主任委员兼秘书。

1987年12月，学术论文《医案二则》发表于《广西中医药》1987年第6期。

1988年12月，学术论文《略论〈痧胀玉衡〉的学术特点》发表于《浙江中医杂志》1988年第6期。

1988年12月，史料论文《广西中医学院的变迁》发表于《广西医疗卫生志史料通讯》1988年第4期。

1988年11月，学术论文《临床教学后期适当选择非典型病例示教管见》，获广西中医学院有奖征文一等奖。

1988年12月，学术论文《中药治疗化量浅识》发表于《山西中医》

1988年第6期。

1989年2月，学术论文《临床教学后期适当选择非典型病例示教管见》发表于《中医教育》1989年第1期。

1989年2月，与广西民族医药研究所黄汉儒所长共同承担国家卫生部下达的《续名医类案》校点整理研究科研课题。

1989年4月，学术论文《〈续名医类案〉述评》发表于《广西中医药》1989年第2期。

1989年6月，学术论文《〈续名医类案〉奇难病案辨治赏析》发表于《中医文献杂志》1989年第2期。

1989年7月，学术论文《蜈蚣鸡蛋为主综合治疗慢性肾炎疗效分析》发表于《新中医》1989年第7期。（合著，蒙木荣为第1作者）

1990年6月，学术论文《内服腐尽生肌散加减治疗消化性溃疡》发表于《中国医药学报》1990年第3期。

1990年8月，学术论文《〈续名医类案〉热病辨治特点》发表于《江苏中医》1990年第4期。

1990年8月，学术论文《张景岳使用熟地黄探析》发表于《广西中医药》1990年第4期。

1990年12月，学术论文《内外合治验案二则》发表《中医文献杂志》1990年第4期。

1991年4月，学术论文《消渴病患者有的食多、有的食少，其病机有何异同，治疗用药应注意什么问题？》发表于《中医杂志》1991年第4期。

1991年6月，学术论文《中医内科病证命名刍议》参加于湖南省长沙市召开的全国中医病名证候规范化研究大会，同时该论文发表于《广西中医药》1991年第3期。

1991年10月，参与《广西中医学院发展简史》编写（任副主编），该书由广西民族出版社出版。

1991年10月，学术论文《评‘病诸内必形诸外’》发表于《北京中医》

1991年第5期。

1991年10月，学术论文《祛腐生肌法治疗消化性溃疡52例临床报道》，参加广西中医内科急症学术研讨会并进行交流。该论文于同年12月发表于《中国医药学报》1991年第6期。（合著，蒙木荣为第1作者）。

1991年12月，经广西中医学院综合考评获二等奖。

1992年2月，学术论文《安宫牛黄丸为主辨证治疗狂症》发表于《中国医药学报》1992年第1期。

1992年2月，学术论文《中医药治疗消化性溃疡及实验研究近况》发表于《现代中医杂志》1992年第1期。

1992年7月，学术论文《祛腐生肌法治疗消化性溃疡52例临床报道》被广西科协评为1990～1991年度优秀论文三等奖。

1992年10月，学术论文《试论临床辨治的虚实联袂》发表于《浙江中医杂志》1992年第5期。

1992年10月，学术论文《季节变化对胃痛影响的调查分析》发表于《山西中医》1992年第5期。（合著，蒙木荣为第1作者。）

1992年12月，晋升为中医内科学副教授。

1993年1月，教学成果“中医内科临床见习三段式教学法”被评为学院优秀教学三等奖。

1993年4月，学术论文《中医内科临床见习三段式教学法探析》发表于《中医教育》1993年第2期。（合著，本人为第1作者。）

1993年6月，学术论文《中医药治疗消化性溃疡的方法及评价》发表于《中医药时代》1993年第2期。

1993年10月，被选聘为广西中医学院中医内科教研室主任。

1994年10月，广西中医学院医疗系与附属医院合并，被聘为学院第二附属医院中医内科教研室主任及临床科室主任。

1995年1月，学术论文《滋阴补肾壮阳法治疗精液异常不育症30例》发表于《新中医》1995年第1期。

1995年2月，学术论文《“亢则害，承乃制”辨析及其治法举要》发表于《中医文献杂志》1995年第1期。

1995年4月，学术论文《祛腐生肌消溃散治疗消化性溃疡64例》发表于《辽宁中医杂志》1995年第2期。

1995年10月，学术论文《壮阳育精汤》发表于《广西中医药》1995年第5期。

1996年6月，学术论文《男性性功能减退并乳房异常发育症治验》发表于《新中医》1996年第6期。

1996年9月，被广西中医学院聘为硕士研究生导师。

1997年2月，学术论文《益肾强骨内服外治方》发表于《广西中医药》1997年第1期。

1997年2月，学术论文《辨证治疗慢性胃炎并溃疡性结肠炎57例》发表于《中医杂志》1997年第2期，并选载于《中医杂志》(英文版)1999年19卷第1期。

1997年4月，学术论文《中西医结合治疗原发性肾病综合征临床对照观察》发表于《广西中医药》1997年第2期。

1997年5月，校点本《续名医类案》由国家人民卫生出版社出版。(蒙木荣为主编之一)。

1997年8月，被广西中医学院评为优秀教师。

1997年9月，学术论文《中西医结合治疗钩体性脑动脉炎》编入《中国实用医药》。

1998年5月，以学术论文《益肾口服液为主中西医结合治疗原发性肾病综合征38例》参加厦门国际中西医结合肾脏病会议。

1998年10月，学术论文《五味消毒饮加味治疗急性肾盂肾炎42例》发表于《广西中医药》1998年第5期。(合著，蒙木荣为第1作者)。

1998年9月，学术论文《慢性肾脏病从湿论治举要》发表于《实用中西医结合杂志》1998年第22期。(合著，本人第2作者)。

1999年6月,承担的国家卫生部“古医籍《续名医类案》校点整理研究”项目,获1999年度广西高校人文社会科学优秀成果三等奖。

1999年6月,学术论文《胃疡安胶囊治疗消化性溃疡与辨证分型关系》发表于《广西中医学院学报》1999年第3期。

1999年10月,学术论文《胃疡安胶囊治疗消化性溃疡临床疗效观察》发表于《广西中医药》1999年第5期。(合著,本人为第1作者)。

2000年4月,学术论文《胃疡安胶囊治疗幽门螺杆菌阳性消化性溃疡40例》发表于《江苏中医》2000年第2期。(合著,本人为第1作者)。

2000年10月,科研题“胃疡安胶囊治疗消化性溃疡临床及实验研究”,获广西科技厅科研成果鉴定通过。

2001年6月,被学院聘为首届传统中医带徒导师。

2001年8月,学术论文《关注中医药发展的几种倾向及误区,走中医药现代化的道路》发表于《广西中医学院学报》2001年第4期。

2001年9月,学术论文《胃疡安胶囊治疗实验性胃溃疡及镇痛作用的研究》发表于《辽宁中医》2001年第9期。(合著,蒙木荣为第1作者)。

2002年6月,学术论文《中医药治疗肾病综合征几个临床顽症的思辨》发表于《广西中医药》2002年第3期。

2002年10月,学术论文《四风三藤汤加味治疗类风湿性关节炎临床观察》发表于《广西中医药》2002年第5期。

2003年7月,被广西卫生厅、广西人事厅评为广西首批名中医。

2003—2005年,被学院评为优秀卫生工作者。

2004年2月,学术论文《扶脾益肝法治疗慢性反流性食管炎32例》发表于《中医杂志》2004年第2期。(合著,本人为第2作者)。

2004年7月,学术论文《复方仙草胶囊治疗慢性肾小球疾病的临床观察》发表于《中国中医基础学杂志》2004年第7期。(合著,蒙木荣为第2作者)。

2004年8月,学术论文《中医药治疗肾病蛋白尿的思路与方法》发表

于《中医杂志》2004年8期。

2005年4月，学术论文《分六型辨治肾病蛋白尿》，被编入《现代名中医肾病治疗绝技》，该书由科学技术文献出版社出版。

2005年10月，以学术论文《肾病蛋白尿的中医治疗方法》参加新加坡第8届手法医学暨亚健康研讨学术会议并进行学术交流。

2006年5月，被学院聘为中医（中西医结合）内科肾病学学术带头人。

2006年8月，学术论文《肾复汤》发表于《广西中医药》2006年第4期。

2006—2007年，被自治区人民政府科学技术进步奖励委员会聘为医疗卫生专业评审组成员。

2008年8月，学术论文《痛风性关节炎湿热证形成机理及治法探析》发表于《广西中医药》2008年第4期。

2008年11月，广西第六次中医学学会改选，当选为广西中医药学会常务理事、中医内科分会常务委员。

2009年3月，学术论文《辨病与辨证相结合治疗难治性肾病综合征48例》发表于《中国中西医结合杂志》2009年第3期。（合著，蒙木荣为第1作者）。

2010年8月，学术论文《非典型性慢性肾功能衰竭中医辨治的思路与方法》发表于《广西中医药》2010年第4期。

2011年11月，被学院聘为成人教育传统医药师承导师，共培养了8名中医继承人。

2012年11月退休，被广西中医药大学附属瑞康医院返聘为国医堂中医坐堂专家。

2017年12月，被广西中医药管理局评定为第六批全国中医药专家学术经验继承工作指导老师，并上报国家中医药管理局审定批准。

2019年9月，被广西中医药大学附属瑞康医院评为模范教师。

2021年9月，学术专著《蒙木荣中医学学术经验辑要》由广西科学技术出版社出版。

