

中医师承学堂

一所没有围墙的大学

王四平◎主编

平脉辨证
三年跟师记
跟师李士懋教授「薪火传承」之路



全国百佳图书出版单位
中国中医药出版社

平脉辨证三年跟师记

——跟师李士懋教授“薪火传承”之路

王四平 主编

主编 王四平

协编 (以姓氏笔画为序)

于海 王强 王金榜 王振强

王雪红 王朝晖 牛广斌 吕淑静

刘惠聪 孙增为 张芬梅 张明泉

赵建红 郝宪恩 栾英辉

协编单位 李士懋名医传承工作室

中国中医药出版社

·北京·

图书在版编目 (CIP) 数据

平脉辨证三年跟师记 / 王四平主编. —北京: 中国中医药出版社, 2013.4

(中医师承学堂)

ISBN 978-7-5132-1317-2

I. ①平… II. ①王… III. ①脉诊—研究 IV. ①R241.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 016624 号

中国中医药出版社出版

北京市朝阳区北三环东路 28 号易亨大厦 16 层

邮政编码 100013

传真 010 64405750

北京市泰锐印刷有限责任公司印刷

各地新华书店经销

*

开本 880×1230 1/32 印张 12 彩插 0.25 字数 283 千字

2013 年 4 月第 1 版 2013 年 4 月第 1 次印刷

书号 ISBN 978-7-5132-1317-2

*

定价 29.00 元

网址 www.cptcm.com

如有印装质量问题请与本社出版部调换

版权专有 侵权必究

社长热线 010 64405720

购书热线 010 64065415 010 64065413

书店网址 csln.net/qksd/

官方微博 <http://e.weibo.com/cptcm>

目录

CONTENTS



第一章	脉诊：中医诊断之灵魂	1
第二章	承恩于师 惠德于心	29
第三章	跟师学习心得	74
第四章	跟师感悟	118
第五章	辨证求因治咳嗽	150
第六章	以脉诊为中心辨治高血压	179
第七章	恩师脉学思想的临床应用	202
第八章	跟师感悟复合证平脉辨治	215
第九章	承扬“火郁”论 巧用“升降”疗儿疾	229
第十章	继承老师脉学思想 提高临床疗效	249
第十一章	谈李老师辨证论治特色	290
第十二章	学经典悟临床——随李老师诊治心得	301
第十三章	“法无定法，方无定方”感悟	314
第十四章	以脉定证用经方，经典理论出真知	334
第十五章	读经典、做临床、拜名师是 中医成才必经之路	352
第十六章	跟师零金碎玉	363

第一章 脉诊：中医诊断之灵魂



作者简介：于海 生于1967年12月，男，大学本科，学士学位，副主任中医师，河北省第二批优秀中医临床人才，跟师于李士懋教授，发表学术论文3篇。现工作于石家庄市新华区石岗社区卫生服务中心，从事临床工作。

第一节 汗法理论及经验

在祛邪法中，汗法是一种重要的方法，但近年来日趋萎缩。恩师李士懋教授经多年临床实践及反复研究经典古籍，在继承前人经验的基础上，“发皇古义出新知”从多方面对汗法提出独特的个人见解，在以脉诊为中心的辨证论治理论指导下，认为不论表证、里证、实证、虚实相兼证均可以使用汗法，非拘于风寒表证。现将李老师应用汗法的理论和经验介绍给同道。

汗法首见《素问·阴阳应象大论》曰：“病之始起也，可刺而已；其盛，可待衰而已。故因其轻而扬之，因其重而减

之，因其衰而彰之。形不足者，温之以气；精不足者，补之以味。其高者，因而越之；其下者，引而竭之；中满者，泻之于内；其有邪者，渍形以为汗；其在皮者，汗而发之；其剽悍者，按而收之；其实者，散而写之。审其阴阳，以别柔刚，阳病治阴，阴病治阳。定其血气，各守其乡，血实宜决之，气虚宜掣引之。”汗法在实际应用上则以《伤寒论》为第一，仲景从理法方药各个方面为我们展示了汗法治病的精妙之处。后世提出汗、吐、下、温、清、补、和、消治疗八法，以及很多关于汗法的论述，然而将汗法列为专著，从汗出机制、病因、病机、诊断、治疗、医案各方面进行系统阐述者，李老师是第一人。

对汗法的灵活运用，必须以了解汗出机制为前提。《素问·阴阳别论》云：“阳加于阴谓之汗。”李老师称此话是理解生理之汗、邪汗、正汗、发汗法、测汗法之理论渊源，须彻悟之。另《素问·阴阳应象大论》曰：“清阳为天，浊阴为地。天气上为云，天气下为雨。”吴鞠通于《温病条辨》中，根据《内经》的理论，进一步阐明汗的机理，“汗也者，合阳气阴精蒸化而出者也”；“汗之为物，以阳气为运用，以阴精为材料”。张锡纯曰：“人身之有汗，如天地之有雨，天地阴阳和而后雨，人身阴阳和而后汗。”李老师认为，人身之常汗、正汗出，必须人身之阴阳和。阴阳和，必须具备两个条件：一是阴阳充盛，二是阴阳升降出入道路通畅。

阴阳充盛必须赖五脏六腑之功能正常发挥和经络血脉的通畅，这是其一。

阴阳升降出入、运行敷布的道路畅通，乃是阴阳和、阳加于阴的另一重要条件。李老师认为阴阳气血的正常运行赖于三焦、经络、血脉的共同作用，此三者不仅在功能上密切相关，均可运行气血，在形态上也是很难分开的，尤其是在细微处，

无论是三焦之腠理，经络系统之小的孙络、浮络，血脉系统分支之微小血脉，都满布于脏腑、皮毛、肌肉、筋膜、骨髓、爪牙，在人身各处纵横交错，密密麻麻布满全身上下内外，彼此交织融合在一起，其细微之处是无法互相分清的、不分彼此的，都是运行阴阳气血的通道，李老师创造性地将它们统称为“纹理网络系统。”

《灵枢·营卫生会》云：“中焦亦并胃中，出上焦之后，此所受气者，泌糟粕，蒸津液，化其精微，上注于肺脉，乃化而为血，以奉生身，莫贵于此，故独得行于经隧，命曰营气。”《灵枢·痲疽》亦云：“中焦出气如露，上注溪谷，而渗孙脉，津液和调，变化而赤为血，血和则孙脉先满溢，乃注于络脉，络脉皆盈，乃注于经脉。阴阳已张，因息乃行。”《灵枢·本脏》曰：“经脉者，所以行气血而营阴阳。”充分说明了三焦经络血脉确是气血运行的通道。

“纹理网络系统”既是阴阳升降出入的通道，也是气血运行的通道。寒主收引凝泣，可使此系统构架发生痉挛收引，致系统不通畅；又使系统内容物发生凝泣滞涩，而运行迟缓，亦造成系统不通畅。因而，发汗法对于解除寒邪的收引凝泣，从而改善阴阳气血的循环，具有重要意义，可用于广泛疾病。

李老师指出汗出的机制正是在阴阳充盛的基础上，阴阳通过全身三焦、腠理、经络、血脉这一复杂的“纹理网络系统”来运行输布，而达到“阴阳和，阳加于阴谓之汗”。这里有心的阳气周布，天运朗朗；又有肾的气化，水精上承；脾的化生转输，肺的宣发肃降，肝的升发条达；六腑气机通调，阴阳升降出入之路才能畅通，才能阳加于阴而为汗。正汗出绝不是水液渗出皮肤那么简单，乃是一个极为复杂的过程，是全身的脏腑器官、经络血脉、肌肉筋脉骨，直至肌肤、毫毛都协同参与的复杂过

程，其中任何一个环节的障碍，都可导致汗出异常，如无汗、邪汗、脱汗等。

李老师说指出正汗的本质是人的精气，是阴阳调和的结果。正如《素问·举痛论》曰：“人之所以汗出者，皆生于谷，谷生于精。”发汗法，就是通过发汗调动全身的机能，使阴阳调和且升降出入道路通畅，而使正汗出的一种方法。

李老师说认为纹理网络系统功能亦极广，绝非仅仅是通过汗孔的开阖以驱邪外出或保持内环境的稳定，而是阴阳升降出入的道路，是人体所有物质、功能升降出入的道路。如果人体阴阳升降出入的道路不通，会出现生命危险，正如《内经》所云：“升降息，则气立孤绝；出入废，则神机化灭。”气绝神灭，则就是生命的终结。曾有报道，在国外某油漆厂，工友之间开玩笑，将一位工友全身涂满油漆，仅露出头部，结果不一会儿该工友先是呼吸急促，继而死亡，经检查死于窒息，可见通畅阴阳气血升降出入的道路是何等重要。人与外界环境的交流渠道需畅通，人体内部同样需要畅通，不通则阳气无法敷布，生命将告终结。事实上中医治病的所有原则都是围绕“通阳”这一目标进行的，汗法即通阳大法。《内经》曰：“阳气者若天与日，失其所则折寿而不彰，故天运当以日光明。”即是此意。

并非所有的汗都是阴阳和的表现，李老师说还将人身之汗分为邪汗与正汗两大类。指出，邪汗是以汗出异常为主症的一类病证，包括自汗、盗汗、大汗、阵汗、汗出不彻、头汗、手足汗、偏汗、阴汗、脱汗、黄汗等。汗出异常的病因与病机，不外邪阻与正虚两端；更有虚实并见，寒热错杂，邪气相兼，病之新久，外感内伤兼病等。邪汗的特点有四：一是大汗或汗出不彻，或无汗，而非遍身黎黎微似有汗；二是局部出汗，而非

遍身皆见；三是阵汗或汗出不止，非持续微汗；四是汗出而脉不静，身不凉，非随汗出而脉静身凉。

与邪汗相对应的是正汗，包括人体生理之汗、因内外环境变化而自我生理调节之汗，和疾病经诊治后由于阴阳和而出之汗。其特点亦有四：一是微微汗出，而非大汗或无汗。二是遍身皆见，而非局部汗出。三是持续不断。外感病而引起的无汗或汗出异常者，经治疗后之正汗，可持续二三小时或五六小时，非阵汗出。待汗出邪退，正气恢复后，此汗自然收敛。若无外邪，因阴阳失调而汗出异常者，经治疗后，亦可见此正汗，汗后自然收敛，转为人体之常汗。四是随汗出，脉静身凉，阴阳和调而愈。

李老师还明确提出根据正汗以判断病情转归的测汗法。此法源于仲景《伤寒论》之桂枝汤将息法：“遍身黎黎，微似有汗者益佳，不可令如水流漓，病必不除。”这句话明确提出了正汗的标准，即前所云之微似有汗、遍身皆见、持续不断、汗出而脉静身凉这四项标准，就是正汗的标准。若大汗、局部出汗、阵汗、汗出而脉不静身不凉，即为邪汗。仲景提出依正汗为标准，只要正汗出来了，就标志“病差”，就不用继续服药了，也不必尽剂。这就是最佳药效标准，也是判断临床疗效的痊愈标准。如“若一服汗出病差，停后服，不必尽剂。”“若不汗，更服依前法。又不汗，后服小促其间，半日许令三服尽。若病重者，一日一夜服，周时观之。服一剂尽，病证犹在者，更作服。若汗不出，乃服至二三剂。”测汗法适用于狭义发汗法和广义发汗法。

广义发汗法是指运用八法，令阴阳调和可使正汗出者。李老师强调，一是八法皆可令人汗的“可”字，“可”指可致汗出而非必然汗出；二是强调正汗，而不是邪汗。其机制是阴阳充

盛，且升降出入道路通畅。

从一定意义上讲，八法皆属汗法，正如《医学心悟》云：“盖一法之中，八法备焉；八法之中，百法备焉。”程氏又于论汗法一节云：“凡一切阳虚者皆宜补中发汗，一切阴虚者皆宜养阴发汗，夹热者皆宜清凉发汗，夹寒者皆宜温经发汗，伤食者皆宜消导发汗。”所用之法皆以通阳为目的，通阳即是使阴阳之升降出入的道路通畅，阳气可以布达，以使气立于身而神机活泼灵动，表现出强大的生命力。

狭义发汗法是指经服发汗剂或针、熨、灸、熏等法治之后，必令其正汗出的一种方法。在此李老师又强调两点，一是必令其正汗出的“必”字，二是“正汗”两字，即必须发出正汗而使邪乃散，机制同广义发汗法。

由于临床常见使用麻桂剂，患者并不汗出，为实现“必使正汗出”之结果，李老师依《伤寒论》桂枝汤将息法提出辅汗三法，即连服、啜粥、温覆。桂枝汤将息法，服桂枝汤，须臾啜热稀粥一升余，温覆令一时许，意在助其药力。若服后未见正汗出者，更服依前法；又不汗，后服小促其间，半日许令三服尽；若病重者，一日一夜服，周时观之，乃服至二三剂，以使药力相继。一天24小时，昼12小时，夜12小时，半日当为6小时。半日许令三服尽，约合2小时服一次。《伤寒论》方量重，多煎一次，分三服。李老师用经方多以一两按3g用，煎2次，分2次服。按《伤寒论》服法，半日许令三服尽，令患者每隔二三小时服一次，直至正汗出为止。

发汗剂得此三法之助，必可汗出。甚至辛凉宣通剂、辛凉发散剂等得此亦可变成发汗剂。临床上经常见到李老师用小柴胡汤、升降散、人参败毒散、吴茱萸汤等方剂，加辅汗三法而取汗获效。辅汗之法作用有三：一是助其发散之力，促使汗出；

二是调节汗出的程度，防其汗出不彻或过汗；三是益胃气，顾护正气。

汗法是通过发汗以驱逐外邪的方法，狭义发汗法主要针对外因之中的阴邪，主要是寒邪，或寒湿之邪。李老师总结出寒邪袭人的三条辨证要点，可以很好地指导临床：一是脉沉弦拘紧，李老师将此脉称之为痉脉；二是疼痛；三是恶寒。依其在辨证中的权重划分，脉占80%，疼痛占10%，恶寒占5%，其他舌象、体征、症状，可占5%。

痉脉的特征是沉弦拘紧，这种脉摸起来有一种呈痉挛状态的感觉，故称之为痉脉。

邪阻者为实，脉当沉而有力；正衰者为虚，脉当沉取无力；李老师辨证以脉为中心，诊病皆以脉之沉取有力无力而首辨虚实。

寒邪所犯，因寒主收引凝泣，气血亦随之收引凝泣，脉焉有不沉者。寒邪袭表，因表为寒邪痹郁，气血不得外达，所以此时脉并不浮，反以沉者为多见。若寒袭经脉筋骨，恶寒而痛者，其脉亦沉，此亦因寒邪凝泣收引所致。若邪犯于里，恒因里之正虚，寒邪得以内传或直犯，其脉当沉弦拘紧之中，按之无力。无力为正虚，脉痉为寒凝，证属虚实相兼，治当温阳散寒、扶正祛邪。正虚的程度有轻有重，轻者脉力稍逊，李老师以脉减相称，即介于脉实与脉虚无力之间。

寒主收引凝泣，致血脉亦拘紧，乏舒缓之象，呈一种痉挛状态。拘紧之象越著，则寒凝越重，寒的轻重与脉的拘紧程度成正比。寒闭于表者，脉即沉紧而拘；寒犯于里者，脉亦沉而拘紧；寒闭表者，因正气尚强，其脉沉而拘紧有力，伴恶寒、头身痛、无汗；寒闭于里者，脉沉而拘紧力减，伴疼痛、畏寒。

疼痛原因很多，虚实寒热均可引发疼痛，何以知为寒邪引起的疼痛？脉沉弦拘紧可知。脉为寒凝之脉，则此疼痛属寒凝所致，不论疼痛或轻或重，或表或里，或暂或久，皆属寒邪所引发。寒邪引发的恶寒也须凭脉之沉弦拘紧或沉弦拘紧而减或无力者来断。

通常的发汗法一般多停留在“外感表证”、“汗法可以解表”之范围，是小视其用，李老师通过对汗的本质、汗出机制、汗法应用等的剖析，扩大了汗法的应用范围，提出表证、里证、虚实相兼证及阳虚阴凝者，皆可用汗法，并对应用指征予以明确：

一、用于表证

1. 寒邪袭表

指征是恶寒与脉紧。只要具备了恶风寒一症，又有脉紧，即可诊为太阳伤寒表证。若兼见发热、头身痛、无汗三症，则诊断太阳表实证的条件更加完备。至于其他或然之症，则非必见。

2. 湿伤于表

湿邪伤表，薛生白分为阴湿伤表与阳湿伤表两种类型。

《湿热病篇》提出阴湿伤表，曰：“湿热证，恶寒无汗，身重头痛，湿在表分，宜藿香、香薷、羌活、苍术皮、薄荷、牛蒡子等味。头不痛者去羌活。”薛氏所列诸药，并无方名，意在列举数药，示人以法，临证可灵活加减变化。为应用方便，李老师称之为阴湿伤表方。汗法，主要适用于阴湿。

阴湿，即湿未化热，与寒湿近。寒湿遏表而恶寒无汗、头身痛重，脉当沉紧而濡，或弦濡或濡缓，苔当白或白腻，症当兼胸痞。具上述特征的表证，即属阴湿伤表。阴湿在表，法当

汗出而解，只宜微汗，不可大汗。仲景云：“汗大出者，但风气去，湿气在，是故不愈也。若治风湿者，但微微似欲汗出者，风湿俱去也。”微微似欲汗者，亦即正汗也。

3. 阴邪外袭肌肉、经脉、筋骨

《灵枢·邪客》云：“内有阴阳，外亦有阴阳。在内者，五脏为阴，六腑为阳；在外者，筋骨为阴，皮肤为阳。”李老師將人体的外层，分为皮毛、肌肉、经络、血脉、筋、骨六个层次。如体虚之人阴邪可直入二至六层，只要有外邪客于体表，不论层次深浅，总要驱邪外出，汗法一概适用。

二、用于里证

李老師認為寒邪襲里，有兩個途徑：一是傳變，由表及里，逐漸形成里寒證；正如《素問·繆刺論》所說：“夫邪之客于形也，必先舍于皮毛；留而不去，入舍于孫絡；留而不去，入舍于絡脈；留而不去，入舍于經脈，內連五臟，散于腸胃，陰陽俱感，五臟乃傷。此邪之從皮毛而入，極于五臟之次也。”這就是寒邪由表及里的逐步傳變。另一途徑，是寒邪直入三陰及六腑。寒邪之所以能夠不經外表而直入者，皆因正虛所致。如《素問·評熱病論》曰：“邪之所湊，其氣必虛，陰虛者，陽必湊之。”反過來陽虛者陰必湊之。指出既然寒邪入里，干于臟腑，損傷陽氣，阻痹氣血，升降出入之路閉塞，當務之急是驅邪外出。所以寒邪入里者，當汗而解之。即使為多年痼疾，沉寒痼冷伏于里者，亦當斷然汗解，不以時日為限。汗之之時亦要兼顧正氣及兼邪。這裡須強調此處以汗法所治之寒，是客寒，而非陽虛陰盛的內生之寒。臨床中，凡西醫診為咳喘、阻塞性肺病、高血壓、冠心病、腎病、胃腸病、乾燥綜合征、腦中風、類風濕等，只要具備脈瘕且寒、痛三個特征，發汗法概可用之，

不为西医诊断所束缚。李可老前辈曾云：“余临证经验，凡久治不效、反复发作的重病、顽症、痼疾，或交节病作类疾病，必有六淫外邪深伏。”虽说有病因存在，但只是参考，六淫外邪深伏的诊断应当以脉为主。

三、用于虚实相兼证

此时要扶正祛邪，当视其轻重缓急而权衡之。阳虚者，温阳发汗；阴气虚者，滋阴发汗；阴阳两虚者，阴阳双补发汗；气血两虚者，益气补血发汗；若有兼邪者，则当相兼而治。仲景虽讲正虚禁汗，是指单纯用汗法者，而非偶方之汗法，只要经过适当配伍，又恰当掌握发汗的度，则发汗法可照用，并不局限于仲景所设的汗禁。

四、用于阳虚阴凝证

李老师说此证并无外邪所客，纯为阳虚所致。由于阳虚阴胜而阴寒凝泣收引，其脉当沉弦细无力且拘紧。此时用麻黄、桂枝、细辛，并非发汗，乃激发鼓舞阳气之布散，“使通于外，结散阳通，其病自愈”。

因汗法在近年有逐渐萎缩之势，故临床医师很少使用汗法，不知道发汗后会出现什么情况而不敢使用，尤其怕服麻黄后会大汗亡阳伤人，致使应汗者不汗，贻误病机，李老师根据自身经验结合经典理论总结出汗后转归的四种情况用于指导临床：①汗出而愈：对新感、邪浅、正气强者，往往一汗而愈。对沉寒痼冷者，虽不能一汗而愈，亦可因邪去而病减，余证再观其脉证，随证治之。②汗出不彻：所谓汗出不彻，即俗称的汗未出透。汗出透的标准就是正汗。汗出未透的原因，或为辨证治疗有误，或为方药配伍、药量失当，或为煎服方法及辅汗法的

运用失宜，或正虚不能托邪等。汗出未透可见，或虽予发汗而未见汗出，或虽汗而汗少，或局部见汗，或只一阵见汗，或虽汗而症未解，或虽汗而脉仍痉或涩。若大汗出者，乃发汗太过，属发汗失当。汗出不彻者，后续当如何治疗？若脉仍痉且当汗之证仍在者，当继予发汗，务求正汗出。本当汗后不可再汗，李老师一般发一次汗，少数发两次汗，极个别的曾发三次汗。即使脉仍痉者，一般亦不再汗，当观其脉证，知犯何逆，随证治之。所以汗法中对痉脉的把握是关键，最好的方法是在老师的指导下，在临床上反复体会，这也是中医需要师带徒传承的原因。③汗后阳盛：若汗后脉转滑、数、大、渐起有力者，乃热邪已盛，当转予清透热邪。④汗后正虚：发汗太过，可伤阴，亦可伤阳，出现正气虚馁之象。正虚，不外阴虚、阳虚、气虚、血虚。阳虚者，脉当按之无力或减，伴有寒象。气虚者，脉亦按之无力或减，伴头晕、心慌、气短、乏力等气虚之象，但寒象不著。血虚者，脉细而减，伴有不荣不华之象。血虚者恒伴气虚之象，治当益气生血，使无形生出有形。阴虚者，脉当细数，伴虚热之象。

若汗后邪除，则当转而扶正，视其阴阳气血之虚而调补之。亦观其脉证，知犯何逆，随证治之。

李老师还列举了大量医案对汗法应用进行了说明注释，可参见李老师的著作《汗法临证发微》。

下面通过病案将笔者使用汗法的经历介绍给大家，可以看出从不会使用脉诊到会使用脉诊诊治疾病的效果是不同的。

例一：寒湿痹

田某，女，40岁，2007年6月7日初诊。

周身关节游走性疼痛1年，两膝内侧明显，甚则活动困难，

晨僵，阴天下雨加重，纳可，寐可，大便不成形，血沉略快，舌红苔薄黄，脉沉弦细。

患者有疼痛、晨僵、畏风寒、怕潮，据此断为寒湿痹阻经络。

证属：寒湿痹阻经络。法宜：温阳散寒除湿。方宗：麻黄附子细辛汤加苍术。

处方：麻黄 5g 炮附子（先煎）30g 细辛 5g 苍术 10g
3剂，水煎服。

患者药后心慌，恶心，未再诊。

按：从药后反应来看，此案应属误治。

虽有舌脉，但因笔者不熟脉象，故诊断主要依靠症状，因患者有疼痛、晨僵、畏风寒、怕潮，据此断为寒湿痹阻经络。从药后反应来看，应属误治。误治的根本原因是没看懂脉象，此例有可能属火郁或湿热范围。

最近回顾跟师学习以前使用汗法的病例，其中无效和有反应的占70%之多，这个结果着实让人吃惊，真是惭愧。因教训较多，故将笔者见到的不良反应列出，以引起警惕，有口咽干燥、面红、心悸、心烦、胸闷、身痒、眼耳痒、腹泻、不寐、恶心、发热，其中最多见的是口咽干燥，其次为心悸、心烦、不寐。

例二：寒痹

吴某，女，50岁，2006年6月8日初诊。

咽干、痒、咳嗽、痰难出1周，脉沉，舌暗红。

证属：寒痹。法宜：散寒除痹。方宗：麻黄附子细辛汤。

处方：麻黄 10g 炮附子（先煎）10g 细辛 10g 炙甘草 10g
2剂，水煎服。

按：后来告曰：第一口喝下去咽干即止，效如桴鼓，2剂过后咽干愈。

2006年10月12日患者又来就诊，诉咽干、咽痛2天，因为上次服中药疗效很好，这次咽部染疾又来求诊，诊为寒痹，处方同前，不过，这次有点犹豫。

果然，第二天患者称服药后咽干加重、嗓子像冒烟一样。给予抗生素和银翘片，才告愈。显然，这不是寒痹是风热。由此看来，没有精确脉诊来确定临床诊断，似盲人瞎马。

例三：阳虚饮停

张某，女，40岁。2006年8月16日初诊。

确诊风心病17年，现活动后心慌气短，食饮后心下痞满，体位由低到高即头晕，小便不利，面萎黄，舌淡红有瘀点苔薄，脉沉弦细迟，左甚。

证属：阳虚饮停。法宜：温阳健脾利水。方宗：苓桂术甘汤加减。

处方：云苓40g 桂枝30g 白术30g 炙甘草20g 红花6g
6剂，水煎服。

二诊：2006年8月22日。心慌气短改善，头不晕，痞满感消失，小便畅，易疲劳，舌红瘀减，脉沉迟。

因考虑气虚，故上方加生黄芪20g，3剂。

三诊：2006年8月24日。患者药后头痛，仍易疲劳，小便急，尿不净，每次月经期寒战明显，追问病史，患风心病前有受寒史，平素不出汗，舌红有瘀点，脉沉迟。

结合病史，考虑有沉寒痼冷，虚实夹杂，予麻黄附子细辛合苓桂术甘汤加减。

处方：麻黄10g 炮附子_(先煎)30g 细辛10g 桂枝10g