

道少斋中医讲稿

毛以林◎著

步入中医之门

5

——
疑难危重症辨证论治24讲



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

道少斋中医讲稿

毛以林◎著

步入中医之门 5

——
疑难危重症辨证论治十时



人民军醫出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北京

图书在版编目 (CIP) 数据

步入中医之门 5——疑难危重症辨证论治 24 讲 / 毛以林著. —北京: 人民军医出版社, 2013.5

ISBN 978-7-5091-6505-8

I. ①步… II. ①毛… III. ①疑难病—辨证论治②险症—辨证论治
IV. ①R242

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 067763 号

策划编辑: 王显刚 文字编辑: 荣 堃 李 昆 责任审读: 陈晓平

出版发行: 人民军医出版社

经销: 新华书店

通信地址: 北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编: 100036

质量反馈电话: (010) 51927290; (010) 51927283

邮购电话: (010) 51927252

策划编辑电话: (010) 51927300—8707

网址: www.pmmp.com.cn

印、装: 三河市春园印刷有限公司

开本: 710mm×1010mm 1/16

印张: 12 字数: 192 千字

版、印次: 2013 年 5 月第 1 版第 1 次印刷

印数: 0001—5000

定价: 27.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换



前言

当今为中医者，较古人尤难！病家病轻者，首选西医，西药之感干扰，每使证候错综复杂，无效转求中医；病重者，西医抢救无效，改求中医，行将就木，抱希望于万一；又有西医诊断不清明者，药用数月，诸症峰起，等等，如此诸般治之又谈何容易？！

清·温载之《温氏医案 咳嗽》说“医不难於于用药，而难於于认证”。对于危重疑难病证，中医治疗最大之难题，乃在辨证准确，其后在于施方用药合乎法度。笔者临证数十载，接诊疑难重症不少，然其中一部分，并非难治，而是前医认证不真，选方不合，以致久治而不愈。一部分乃患者之不信中医，而为中医者不能自信，寄希望于西医西药，以致穷途末路，束手待毙。良可叹也！

笔者喜临床，长期的临证实践中感悟到中医对一些疑难杂证症确有其独到之处。我的《步入中医之门 1——道少斋中医讲稿》中详细记录了很多疑难危重证症患者的辨证用药治疗过程。借着该书出版的影响，近年来自全国各地的疑难病症求诊患者日渐增多，虽非人人有效，然亦常有疑难杂症得以治愈。今择其百余例病案，均如实记录，详加分析，阐述其辨证之思路，应用理论之渊源，选药处方之要点，借鉴先贤之经验，以及临证之得失，以为同道之交流耳。

由于忙于诊务，更加诸事繁冗，加之水平有限，书中不足之处在所难免，请明哲正之！

毛以林

2013年1月



目录

| | | |
|-------|-----------------|----|
| 第 1 讲 | 诊视尤须审前剂，善从败方求真机 | 1 |
| 第 2 讲 | 望诊所得勿轻视，再合医理寻病因 | 7 |
| 第 3 讲 | 标本缓急宜分清，治分先后有章法 | 13 |
| 第 4 讲 | 不懂脏腑与经络，开口动手便会错 | 26 |
| 第 5 讲 | 古代效方要多记，若碰疑难会花明 | 41 |
| 第 6 讲 | 不传之秘在剂量，谙熟药性系关键 | 49 |
| | 一、治胃痛良药九香虫 | 49 |
| | 二、通便重用苁蓉与锁阳 | 51 |
| | 三、土茯苓治淋宜大剂 | 52 |
| | 四、木瓜酸敛治遗尿 | 55 |
| 第 7 讲 | 难症化解有技巧，诊察到位最重要 | 59 |
| | 一、从病例说说问诊 | 59 |
| | 二、从病例说说切诊 | 65 |
| 第 8 讲 | 少阴外感非少见，取效关键在辨证 | 67 |
| 第 9 讲 | 方药无效当反思，且莫轻言系病重 | 69 |

步入中医之门 5

——疑难危重症辨证论治 24 讲

- 第 10 讲 诊病要有整体观，数病一方在病机..... 75
- 第 11 讲 圆机活法说变通，辨证施治系精髓..... 81
- 第 12 讲 头痛治尤分经络，寒热虚实辨清楚..... 86
- 第 13 讲 子午流注要记清，定时发病细推寻..... 95
- 第 14 讲 升陷补气治崩漏，还需化裁精选药..... 103
- 第 15 讲 仙鹤草为真灵药，扶正补血有奇效..... 106
- 第 16 讲 项痹临床颇常见，辨证勿忘分经络..... 111
- 第 17 讲 汗证临床多表现，谨守病机平阴阳..... 115
- 第 18 讲 口腔溃疡虽小病，若想治愈实不易..... 130
- 第 19 讲 治病必须明体质，因人施治不可忘..... 134
- 第 20 讲 诸般心疾多难医，升固宗气常效奇..... 139
- 第 21 讲 益气升阳虽常法，巧于化裁疗难疾..... 153
- 第 22 讲 年老疾病元精亏，填补先天常效捷..... 161
- 第 23 讲 妇人杂病有特点，经带胎产需占验..... 167
- 第 24 讲 读书跟师多临床，方有活水源头来..... 175

第1讲 诊视尤须审前剂，善从败方求真机

在临床上，我们常常遇到一些久治不愈的患者，患者就诊带来的病历，每每是一本、两本或厚厚的几大本，有些临床医师，对病人既往就诊的病历资料不太重视，多是走马观花地看一看，当然，这多与门诊病人多、时间紧有关。病人的病情经久不解，往往是辨证不准确，前医失败的治疗方药，常常可以给我们提示大量的信息，别人走过的穷途，为医者每多不可重蹈，否则，沿习前面用过的治疗大法、方药，多不能取得良好的临床效果。重视辨析前医之方、用药之误，作为自己重新辨证的依据，成为“后车之师”，如同《十问歌》所言，“九问旧病十问因，再兼服药参机变”，从而使一些久治不愈之病得以妙手回春，这是治疗疑难杂病的临证技巧之一。

下面我们结合实例谈谈。

病案1 结肠炎久泻

李某，男，住院号：57335。

2008年12月12日入院。患者40天前出现腹痛，腹泻，水样便，每日五六次，腹痛则泻，泻后痛减。在长沙某医学院附属三甲医院治疗，使用过的抗生素从头孢到喹诺酮类到半合成青霉素，不下几十种，花了一两万，治疗了1个月，病情毫无好转，自动出院来我院求中医诊治。对于西医来说这病不算大病，但算个难病了。经治1周，病情无明显缓解征象。

12月19日查房前，翻阅患者病历，病历中记载：入院症见腹泻、水样便，每日3~4次，腹部稍胀痛，肛门坠胀，无灼热感，纳差，舌质红，苔黄，脉濡。管床的医师继予静脉滴注抗生素，另予双歧菌制剂、易蒙停，结合输液平衡水电解质治疗1周，同时予中药治疗，中药方如下：

葛根 20g，黄芩 10g，黄连 6g，厚朴 15g，白芍 20g，太子参 10g，云茯苓 20g，木香 6g，槟榔 15g，炒麦芽 30g，山楂 20g，薏苡仁 30g，甘草 6g。7剂。

从上面的医案中我们可以作以下分析，医者辨证为湿热泄泻，故以葛根芩连汤为主方，佐以厚朴、木香理气，伍以太子参、云茯苓、薏苡仁健脾祛湿，炒麦芽、山楂、槟榔消积，芍药、甘草缓急止痛。但结果是中西医并用，中药 7 剂毫无寸功。从治疗效果我们得出以下信息：①辨证可能存在失误。②方药可能与病证不一致。

再从病案记载分析，看看中医辨证的四诊要素是否完全。从中我们可以发现，问诊有很多不到位的地方。泻泄的病机关键是脾虚湿盛。而在湿盛泄泻中，又有寒湿泄泻与湿热泄泻之不同，前者便溏但无特殊气味，肛门坠胀但无灼热感；后者便溏多有很浓的恶臭味，肛门坠胀但有灼热感。就舌诊来说，真正的湿热泻泄多为黄腻苔。若舌胖，水黄苔，则非湿热，常系脾虚湿阻所致。另外，湖南地理湿气尤盛，黄腻苔在常人当中亦很多见。作为望、闻、问、切四诊，切诊包括脉诊和按诊，对于腹泻的病人来说，腹部的按诊尤为重要，《金匱要略》明确指出，腹痛，按之，“痛者属实，不痛者属虚”。

根据以上分析，在查房时，我们针对以上四诊的不足，进行重点补漏，结果得出以下证候：腹痛，腹泻，每日 5~6 次，腹痛则泻，泻后痛减，知饥而不欲食，腹中雷鸣，便如清水样无腥臭味，腹部喜温喜按，舌质淡红，苔薄白，脉沉细。

实验室检查：大便常规：白细胞++++/HP，红细胞 1~5/HP；血常规：中性粒细胞：75.4%，白细胞 $7.13 \times 10^9/L$ ；电解质：血钾 3.0mmol/L，肝功能：总蛋白 62.1g/L，白蛋白 26.1g/L，球蛋白 36.0g/L。

我们一起来辨证，分析一下患者的病情，确定病性。首先是八纲辨证，腹部喜温喜按，便如清水样无腥臭味，舌质淡红，苔薄白，脉沉细，这组症状提示是虚寒证。接下来用脏腑辨证确定病位，泄泻的病位在脾胃。腹痛则泻，泻后痛减，这是肝强脾弱的证候，病位在脾与肝，为脾虚木乘。这样一分析，大家就会明白，断为中土亏虚，脾胃虚寒，肝木乘之。健脾温阳首当其冲，柔肝亦当相随。以理中汤合痛泻要方意组方。停用抗生素，西药双歧菌制剂口服，结合输液平衡水电解质作支持治疗。开中药方如下：

党参 15g，生黄芪 20g，干姜 6g，白术 10g，扁豆 10g，生山楂 60g，煨葛根 30g，陈皮 6g，炒白芍 10g，谷芽、麦芽各 10g，炙甘草 10g，鸡内金 5g（超微颗粒），石斛 10g。

方以参、芪、术、扁豆健脾益气，伍陈皮理气和胃，生山楂、谷麦芽、鸡内金健脾消积。这里大家可能会发现山楂的用量非常大，这是个人经验，凡是泄泻、下痢我都用大量山楂配葛根消积升清，临床经验表明，疗效很理想。配白芍以柔肝，甘草调和诸药。

这里有一点值得注意的是，我们大胆停用了抗生素。很多西医治疗无效的病例转到中医院治疗，医生们出于自我保护的考虑，依旧沿用已经无效的西药，为什么？为了一旦出事打官司，所有的治疗都按教科书做到了，你告我也不怕！这病人抗生素用了那么久，没什么效果，再用也无益，为什么不能停呢，就是目前这种医疗环境造成的。

12月25日。服上方6剂，大便日行2次，可见粪渣，病情明显好转。遂以上方为基础，加石榴皮15g，赤石脂15g，加强收敛止泻之功。全方调整如下：

党参15g，葛根30g，白术10g，茯苓30g，干姜6g，黄芪30g，山楂60g，谷芽10g，麦芽10g，石榴皮15g，赤石脂15g。

这方基本组方原则和上方并没有多大的出入，只是加了石榴皮、赤石脂两味收敛止泻。用这两味药的技巧在于虚中不挟积，要是挟积了，就不能再用了。

12月29日。大便成形，病情逐步完全缓解。

在此患者的诊治中，我们根据前医的处方疗效不佳，对其四诊进行详细回顾，寻找其遗漏之处，通过对患者的重新四诊，纠正了辨证的错误和不足，从而取得了满意的临床疗效。

病案2 上半身汗出案

下面再看一个半身汗出的病案诊疗思维过程。

这是一个门诊病例。赵某，男性，64岁。

2008年3月2日初诊，诉说患高血压病、冠心病5年，从2007年6月开始出现心悸，上半身汗出，以左边胸部为甚。上证经西医治疗半年没什么效果，于2007年12月29日来我院就诊。当时接诊的是位省级名老中医，诊后开方6剂。患者说服方后当天汗出不止加重，自认为药不对症，遂弃余药5剂。又在院外转诊中医四五人，未效。想想私人诊所用药昂贵，可能存在图利不可靠，还是到正规医院就诊吧。说句实在话，现在的很多私人诊所的医生，受到经济市场的冲击，已经忘记了“医乃仁术，不可以医图利”之古训，三四十味的中

药方非常常见。怎么区别你找的医生是好医生呢，一个最简单的方法就是看他的处方大小，小方子的医生多是辨证精确到位，用方有的放矢，此是闲话。

2008年3月1日我院再次求诊，某教授又开方一首，未想服药当天即腹泻5次，胃脘不适，并感到提不上气，气向下坠。到我这儿初诊时症见：上半身汗出，左侧胸部为甚，提不上气，稍动则气促心悸，纳差，下肢冷，夜尿频，胃脘不适，舌质淡红，苔薄白，脉沉细。

这位患者前后治疗半年多未取得明显疗效，可以算个疑难杂症了。我们在分析此案之前，先看看患者两次出现服药不适的脉案，从中我们可以找到为什么治疗无效的原因，也就是说通过无效脉案的分析有助于正确地把握病机。古人说过“前车之鉴，后车之师”了，别人没走通的路肯定不对，你得重新分析。

先看12月29日原脉案：动则心悸，上半身汗出，半夜发潮热则汗出甚，气促，食差，倦怠乏力，舌质淡苔厚腻，脉弦。

柴胡10g，当归10g，茯苓15g，白术15g，牡丹皮10g，山栀子10g，知母10g，淫羊藿10g，巴戟天10g，仙茅10g，黄柏10g，白芍12g。6剂。

大家一看就可能明白，这是丹栀逍遥散合二仙汤加减的方。就原脉案分析，我的看法是证当属中气亏虚，营卫出中焦，中焦不运，营卫气无化生之源，卫气虚则不能固表，所以汗出；中气下陷，阴火上承，故见半夜发潮热；潮热则汗出甚实乃阴火蒸津外泄。营气不足，动则耗气，心失所养，动则心悸也就在情理中了。气促，食差，倦怠乏力，舌质淡苔厚腻均为脾胃不健之征。然脉弦与证不符，弦脉主病在肝，为什么该医予丹栀逍遥散，可能就是从脉弦结合潮热断定肝经有热。二仙汤实为调节内分泌的一个方子，《中医方剂临床手册》云该方组成由仙茅、淫羊藿、当归、巴戟天、黄柏、知母6味药物所组成，用于治疗更年期综合征、高血压、闭经，以及其他慢性疾病见有肾阴、阳不足，而虚火上炎者，有温肾阳、补肾精、泻肾火、调理冲任之功效。从患者年龄考虑，正是肾气走向虚弱的时候，加上有高血压，这可能是医者用二仙汤的理由了。但是学习脉学，绝不可绝对化，古人说弦脉病在肝，或养阴以柔肝，或息风以镇肝，或苦寒以清肝。其实临床上脉学最宜活看，古人积累的脉学仍需进一步完善。有高血压的病人一般即使无病脉也多弦，不可就以弦脉而定论，患者证属中气亏虚，与脉不符，当舍脉以从证。四诊合参，当以补中益气为正治。患者服药后为什么会出现汗出过多？大概气弱之人，最不宜耗气，逍遥散乃行气

耗气之方，气耗则固摄之力受损，汗出过多就更好解释了。

另一教授3月1日原脉案如下：汗出心悸，动则尤甚，半夜潮热，纳差，胃脘不适，舌质淡红，苔白厚腻，脉弦。

黄芪20g，党参15g，砂仁10g，藿香10g，茵陈15g，黄芩10g，厚朴10g，陈皮6g，云茯苓10g，山楂10g，鸡内金10g，甘草10g。

这一个方子病人服了即出现腹泻，为什么？从上段分析我们可以看出，患者的症结在于气虚，此方以健脾益气为主，基本合乎病机，服后至少不会出现明显的不良反应，但却出现腹泻，这就需要进一步考虑。通过对上方的分析，我们可以看到方中有茵陈、黄芩两味苦寒的药物，很有可能是这两味药寒伤中阳所导致的，也就是说患者可能不仅存在脾胃气虚，而且也存在阳虚。有人会问第一方中也有牡丹皮、山栀子、黄柏、知母等苦寒的药物，为什么没腹泻，难道就不伤中阳了吗？大家看看第一方就知道，方中还有三味温性的药物仙茅、淫羊藿、巴戟天，寒热牵制，其偏性就不明显了，所以就不会伤脾阳，因此没导致腹泻。这是我们的推测，是否正确，需要找到佐证。“望而知之谓之神”，与患者交流期间，观其神色形态，发现寒冬已过，大家都只穿两条单裤，这患者仍穿着厚棉裤，进一步询问发现其下肢冷，日夜需以热熨，而且夜尿频频，每夜小便3~4次，可以证明患者下焦阳虚，当然中焦不得温煦了，稍进寒凉，脾胃阳气必损，食不得化，泄泻也就在其理了。

再回头看看患者现在的证候：上半身汗出，左侧胸部为甚，提不上气，稍动则气促心悸，纳差，下肢冷，夜尿频，胃脘不适，舌质淡红，苔薄白，脉沉细。这是一个上焦气虚、下焦阳虚的病例了，如何着手？当先治气虚，为何？服药泄泻，脾胃已伤，气机有下陷之势（腹泻，感到气下坠），中焦气陷，清气不升，上焦心肺失养，汗出、心悸会加重，健脾固气为先，因治病当分层次耳。

白参5g，柴胡5g，升麻5g，生黄芪30g，桔梗10g，桂枝10g，生白芍10g，生龙骨（先煎）30g，生牡蛎（先煎）30g，淫羊藿10g，炙甘草10g。3剂。

方以升陷汤益气升清，桂枝、淫羊藿温阳，生龙骨、生牡蛎镇静安神，收涩止汗。

2008年3月5日复诊：患者精神大振，说数月诊治，到这儿才见效，总算找对了大夫，问我能看好吗？我说不急啊，慢慢来，久病当缓缓图之，不可操

之过急。患者就非常高兴，说：“教授，我就找你治疗，不再找其他人了。”呵呵。在我的博文中，我多次说到分层而治，病情复杂，不可面面俱到，用方过杂，寒热温凉并投，药性相互牵制，常常不能取得即时之效，搞临床，你拿什么取信病人，就是疗效，病人来看病，一诊你只要能缓解其一两个主要不适症状，病人就会回头来继续请你诊治，这是干临床的技巧。我在临床常按照这个思路进行诊治，所以我的病人回头率极高。问其服药后情况，诉说汗出、心悸大为好转，气短明显减轻，仍纳差，口淡乏味，胃脘仍感不适，下肢冷无明显改善，夜尿次数无减少，舌质淡红，苔薄白，脉沉细。通过第一方的治疗，上焦的气虚症状，心悸、汗出已经得到明显的固护，比较突出的是中焦脾胃气虚的纳差，口淡乏味，胃脘仍感不适证候，还有下焦阳虚的下肢冷、夜尿频等证候，这时候治疗当着手中下焦，健中焦和脾胃，温下元散阴邪。中下焦当同治方可取得进一步效果。用方如下：

白参 5g，生黄芪 30g，白术 10g，砂仁 6g，紫苏梗 10g，干姜 5g，制附片 6g，炙甘草 15g，怀牛膝 15g，浮小麦 10g，防风 6g。5 剂。

这方子实际很好分析，前 5 味健脾和胃益气以治中，合四逆汤温阳散寒，以牛膝引入下元以温下，浮小麦、防风固卫以止汗。

2008 年 3 月 10 日再诊：患者诉服上方后，汗出基本止住，夜间小便仅 1 次，心悸仅在劳力过度时发生，说走上 1 里路左右仍感到气提不上来，这点可以说明患者上焦的气虚仍未完全恢复，仍需进一步巩固。下肢冷未见明显缓解，并补充一症状，说两下肢冷甚就感到下肢骨头酸而不能耐受，舌质淡红，舌根苔白厚腻，脉弦。患者还补充说，以前吃不得一点辛辣的东西，吃了就口腔溃疡，但这次服用附片、干姜后感到很舒服，口腔也没有任何问题发生。这说明什么？请大家思考。用方如下：

生黄芪 30g，白参 5g，升麻 3g，柴胡 5g，制附片（先煎）10g，干姜 6g，白术 10g，砂仁 6g，紫苏梗 10g，桂枝 10g，细辛 3g，鹿角霜 20g，桔梗 10g，麻黄根 10g，炙甘草 10g。5 剂。

药毕，诸症缓解。

第2讲 望诊所得勿轻视，再合医理寻病因

“望而知之谓之神”，望诊在中医的四诊中有着非常重要的地位，在临床上我们望诊时，不能仅将望诊局限于眼中所得，更重要的是要将望诊所得的信息加以深化，结合医理，为进一步探明病机进行思考。

望诊的内容很多，凡能用眼睛看到的都要观察，包括病人的神色、体型、皮肤颜色、大便、小便、痰等。望诊是根据脏腑、经络等理论诊察疾病的方法。人体外部和五脏六腑关系密切，若脏腑功能活动有变化，必然反映于人体外部的神、色、形、态等各方面。五脏六腑和体表由十二经脉贯通在一起，又分别和全身的皮、肉、脉、筋、骨（五体）相配：肺主皮毛，脾主肌肉，心主血脉，肝主筋，肾主骨。五官亦与五脏相关：鼻为肺之窍，口为脾之窍，舌为心之窍，目为肝之窍，耳为肾之窍。因此，观察体表和五官形态功能的变化征象，可推断内脏的变化。同时还可了解到全身精气的盈亏。精、气、神的变化主要表现在头部和双目，兼反映于全身形态、语言气息、面部色泽乃至脉象、舌象等方面。精充、气足、神旺，是健康的征象；精亏、气虚、神耗，是疾病的原因和表现。因此，望诊不仅可诊察内脏病变，还可了解人体精、气、神的动态变化情况。

有关望诊的一般内容不加以论述，因为这是学中医的人都必须了解的。下面结合病例，说说望诊在临床上的具体运用。

病案1 定时发热

这是一个长期发热不退的病例，住在我院对面的某西医院，由于未能明确诊断，疗效不好，病人前来我院求中医诊治。相对须臾，观察到病人有面色抑郁，沉默不语一症，想到《伤寒论》小柴胡汤证中有“默默然”一症，由此，展开问诊，迅速地找到病机之所在。病人仅服用一剂半中药，半月之病，霍然而失。下面是其诊治经过和辨证思路。

患者黄某，女，66岁。病人因咳嗽、发热入住长沙某市级医院，当时查白

细胞 $15.6 \times 10^9/L$ ，胸片示：左下肺间质性肺炎变？头部 CT 示“多发腔梗”，有乙肝病史。入院后予氨曲南抗炎，另使用了长春西丁及支持疗法等，4 日后热退，复查血常规、胸片正常。再 4 日后，发热又起，每日下午 5~6 点开始，体温高达 40°C 。该院进行多项检查，做过血培养，均系阴性。又住院治疗半月，身热不退，该院进行了大会诊，最后没弄清原因，建议：①停用所有除供能以外的液体，观察病情的发展；②转湘雅医学院附二院进一步检查治疗。

患者之先生，因重症阳气不足，去年夏日厚衣还需烘火在我处治愈，遂来请教于余，问中药可否予以治疗，为不耽误其西医治疗，告其次日在病房输液前来就诊。

2011 年 8 月 29 日初诊：患者极度疲乏，以推车推入我的办公室。相对之间，观察到患者面色极为沉默，问之亦少答复。从望诊所得“默默然”一症而想到小柴胡证。看中医望诊极为重要。一个医生在当地有了一定影响后，常常会碰到病人没来别人代为求方的情况，在这种情况下，我不主张开方，因为四诊不全常常导致辨证失误，当病人面对医者时，医者当凝神观察病人的神色形态，每可从中获得大量辨证信息，有助于辨证更加准确。接下来的问诊便从“小柴胡汤”证入手，得到以下信息，病人说发热每天都从下午 5~6 点钟开始，先冷后发热，口干、口苦、胸中烦闷不适，腹部不舒，纳呆，时欲呕，诊其脉数。其每天定时发热乃寒热往来之特殊类型！

此病与小柴胡汤证极为类同：《伤寒论》第 96 条说：“伤寒五六日，中风，往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕，或胸中烦而不呕，或渴，或腹中痛，或胁下痞硬，或心下悸、小便不利，或不渴、身有微热，或咳者，小柴胡汤主之。”

然视其舌，舌红，苔黄厚腻！遂书脉案如下：发热半月不退，高达 40°C ，寒热定时，发于下午 5~6 时，口干、口苦、胸中烦闷不适，腹部不舒，纳呆，舌质红，苔黄厚腻，诊其脉数。此为湿热客于少阳。予以小柴胡汤合蒿芩清胆汤加减：

黄芩 10g，青蒿 10g，滑石 20g，云茯苓 20g，陈皮 10g，法半夏 10g，枳实 10g，竹茹 10g，党参 15g，柴胡 10g，甘草 10g。5 剂。

2011 年 9 月 2 日二诊：患者步入诊室，与前一诊已判为两人，诉就诊当天服药 2 次，次日上午服药 1 次，未再发热，精神迅速好转，纳增，腹中不适除，

仍感胸中烦热，疲乏，舌质淡红，苔黄腻较前大为减轻，脉濡。

书脉案如下：热邪已退，纳增，疲乏减轻，仍感胸中烦热，舌淡红，苔黄腻而不厚，湿热余邪未尽。予分消三焦法，以三仁汤合栀子豉汤：

杏仁 10g，薏苡仁 10g，白豆蔻 5g，藿香 10g，法半夏 10g，滑石 15g，柴胡 10g，黄芩 10g，淡豆豉 10g，山栀子 10g，云茯苓 20g，炙甘草 10g。5 剂。

少阳之定时寒热、口干、口苦等症缓解，而湿热之邪未尽，故以治湿热法，方以杏仁宣上，白豆蔻畅中，薏苡仁、滑石渗下，使湿热之邪从三焦分消，伍以藿香化湿、法半夏燥湿，仍合柴胡、黄芩和解少阳，合栀子豉汤清心膈间之热扰而除心胸之烦热。

2011年9月8日三诊：患者无明显不适，热未再复，纳可，胸中烦热除，舌质淡红，苔白，脉沉有力。守上方7剂。

此案即为少阳证，何以在小柴胡汤运用的同时合用蒿芩清胆汤呢？这就是我们在学习方剂时要注意的地方。小柴胡汤证，其舌苔多黄，但不腻，此患者舌质红，苔黄腻，提示病在少阳，但挟有痰湿，也就是少阳湿热证，所以方选蒿芩清胆汤和解少阳，清热化湿。

很多人可能不清楚，蒿芩清胆汤出自晚清名医俞根初之《重订通俗伤寒论》。其实该方就是从小柴胡汤化出。小柴胡汤以柴胡配黄芩和解少阳，其中柴胡苦微寒，散邪外出，黄芩苦寒清解内热，共奏和解之功。蒿芩清胆汤以青蒿代柴胡，青蒿透邪外达之力强于柴胡，气味芳香又可化湿，其性寒于柴胡，所以清热作用又明显大于柴胡，因此，对于少阳热证寒热往来，挟有湿邪，热重于寒者，以此二味和解少阳更为贴切。此临床为医者当注意的地方。湖南名医李聪甫研究员对蒿芩清胆汤的应用极有经验，在其病案中对湿温病的治疗，有近半均以该方加减，值得学习。

病案2 腹痛腹泻

前一篇我说了从望诊得出“默默然”一症，随之诊断出为少阳发热，以蒿芩清胆汤获效。再说一个望面得出腹泻之病机的病例。

这个病案曾在我的博客中发表过，有些学友可能看过。现在说说当时诊治的辨证思路。

杨某，男，18岁，学生。

病人来就诊的主诉是腹痛腹泻，诉每日上午 9 时腹痛，痛则腹泻，泻则痛减，症已 1 年。当时，根据其发腹痛在上午 9 时，正是气血流注足阳明胃经之时，考虑其病在脾胃，“暴泻多实，久泻必虚”，病已 1 年，当判别清楚。通过望诊，我发现病人两颧、颊部有大量痤疮，凹凸不平，色赤。遂问其每次大便是否恶臭？答曰，其臭难闻。断为积滞内停，气机郁滞，邪热郁于胃经。为何从面部的望诊转而问其大便是否恶臭呢？《灵枢·经脉》云：“足阳明之脉，起于鼻交颧中，旁约太阳之脉，下循鼻外，入上齿中，还出挟口，环唇，下交承浆，却循颐后下廉，出大迎，循颊车，上耳前，过客主人，循发际，至额颅。其支者，从大迎前下人迎，循喉咙，入缺盆，下膈属胃络脾。”《中藏经》说：“胃热则面赤如醉人”，故断为阳明有积热，问诊得知大便恶臭，从而推断为阳明积滞内停，壅而化热，循经上攻于面部，则发为痤疮。积滞内停，大便必腐臭不可近人，泻则积滞暂减，故泻则痛减，此与痛泻要方证类似而本质迥然不同。

原脉案如下：杨某，男，18 岁，2011 年 6 月 25 日初诊。诉每日上午 9 时左右腹痛腹胀，痛则腹泻，泻则痛减 1 年，大便恶臭，面部颧颊痤疮累累，凹凸不平，色红，舌质红，苔薄白，脉滑。

柴胡 10g，枳实 10g，生白芍 30g，炙甘草 10g，白术 10g，神曲 10g，九香虫 10g，防风 6g。7 剂。

2011 年 7 月 2 日复诊：面部痤疮大为好转，色淡，皮肤变平，腹痛腹泻除，大便仍恶臭，重清阳明热邪。

柴胡 10g，枳实 10g，生白芍 30g，炙甘草 10g，白术 10g，神曲 10g，防风 10g，葛根 30g，焦山楂 30g，制大黄 10g，黄芩 10g。10 剂。

一诊重在行气止痛，泻阳明胃火之力与化积消滞之力不足，故而腹痛、腹胀、腹泻症除，而大便气味未减。故二诊方加山楂、大黄以祛积滞，黄芩以清火。

2011 年 7 月 20 日再诊：腹痛、腹泻症未再发作，面部痤疮已消失殆尽，大便无特殊气味。嘱其清淡饮食，勿食辛香炒炸之品，不再予药。

腹痛腹泻与面部痤疮，何以一方可以同治？这就是中医与西医不相同的地方。中医注重整体，病虽上下不同，然其病机则一，本案在望诊中充分地应用

了经络辨证，在问诊中充分地运用了经络循行的知识，得以迅速把握了辨证要点，从而准确地把握了病机，是其取得成功的关键！当今很多习中医者，不重视经络辨证的重要性，不知脏腑辨证、六经辨证、三焦辨证等均系以经络辨证为基础而来，良可叹也。

病案3 呃逆

上面说了一个从阳明经望诊进行辨证治疗腹痛腹泻的案例，下面再说一个从阳明经望诊辨证治疗久治不愈的呃逆患者的经过。

陈某，男，17岁，高中生，湘潭市人。因患呃逆3个月治疗不愈，所以多方打听，想找一个好医生治疗。于是由我治愈的该地患者将他推荐到我处诊治。

2012年7月12日初诊：其诉说很有意思，说呃逆3个月，每发呃声一连串，而且呃声很响亮，一开始上课的时候，由于呃声不断，常常导致同学们哄堂大笑，弄得课堂很乱，老师都没办法讲课。后来，实在是忍不住，只好用两手捂住鼻嘴以减小呃声。多方求医，一直没能缓解。

大凡看病，与病人一接触，作为医者，就应对患者进行详细的望诊，这望诊对于做好中医来说极为重要，为什么？经云：“望而知之谓之神，闻而知之谓之圣，问而知之谓之工，切而知之谓之巧。”把望诊放在了临床的第一位，可见其重要性。望诊可为医者提供大量的辨证信息。

病人在述说病史时，我一边听，一边对病人进行全身望诊，发现患者形体壮实，额头上长满了成片的红色类似痤疮样的东西，面部色泽偏红。

呃逆多为胃气上逆动膈所致，足阳明胃经“循发际，至额颅”，《中藏经》说：“胃热则面赤如醉人。”患者额上生疮，面色偏红，于是考虑其呃逆可能系阳明胃热上冲动膈所致，接下来我的问诊便从经脉入手了，问其身上还有疮疹吗？患者解开上衣，说胸部也有。果不其然，在患者两乳上部以阳明胃经循行部位为中心的地方，有很多散在的周围色红的脓疮。由此推断，患者属阳明胃火上冲的呃逆可能性就很大了。这就需要进一步的问诊加以印证，接下来的问诊，患者说口干喜冷饮，大便干燥。视其舌苔，舌质红，苔黄干，诊其脉大而有力。

综合一下四诊所得：呃逆阵发，其声响亮，额、胸生疮，色红，口干喜冷饮，大便干燥，舌质红，苔黄干，诊其脉大而有力。这是一个典型的阳明胃火上逆证，视其前医所用方，多为丁香柿蒂汤、旋覆代赭汤、香砂六君子汤等加