



# 周仲瑛

实用中医内科学

周仲瑛 薛博瑜 主编



『十一五』国家重点图书  
中国中医药名家经典实用文库

总主编◎王国辰

中国最佳图书出版单位  
中国中医药出版社



国家出版基金项目  
NATIONAL PUBLICATION FOUNDATION

“十一五”国家重点图书  
中国中医药名家经典实用文库

# 周 仲 瑛

# 实用中医内科学

主 编 周仲瑛 薛博瑜

中国中医药出版社  
· 北 京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

周仲瑛实用中医内科学/周仲瑛, 薛博瑜主编. —北京: 中国中医药出版社, 2012. 12

(中国中医药名家经典实用文库)

ISBN 978 - 7 - 5132 - 1270 - 0

I. ①周… II. ①周…②薛… III. ①中医内科学 IV. R25

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 288037 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

山东鸿杰印务有限公司印刷

各地新华书店经销

\*

开本 787 × 1092 1/16 印张 62 彩插 2 字数 1400 千字

2012 年 12 月第 1 版 2012 年 12 月第 1 次印刷

书号 ISBN 978 - 7 - 5132 - 1270 - 0

\*

定价 198.00 元

网址 [www.cptcm.com](http://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/](http://csln.net/qksd/)

官方微博 <http://e.weibo.com/cptcm>

---

# 《中国中医药名家经典实用文库》

---

## 编委会

**主 编** 王国辰

**副主编** 傅 芳 张年顺 林超岱 李秀明

**编 委** (按姓氏笔画排序)

王淑珍 包艳燕 伊丽紫 刘 喆

芮立新 李占永 肖培新 罗会斌

罗海鹰 周艳杰 徐 珊

**执行主编** 华中健 刘菊妍

**总 策 划** 华中健 张钢钢

---



## 周仲瑛教授简历

周仲瑛教授出生于1928年6月，祖籍江苏省南通市如东县。1941-1946年随父周筱斋教授学医，1947年就学于上海中国医学院中医师进修班，1948-1955年开业行医。1955-1956年在江苏省中医进修学校学习。1956-1983年在南京中医学院附属医院工作，历任住院医师、主治中医师、讲师、副教授、副主任中医师、中医内科教研室主任、副院长。1983-1991年任教授、主任中医师、硕士和博士研究生导师。1983-1991年任南京中医学院院长（曾兼中医系主任），为第七届全国人民代表大会代表，首批国务院特殊津贴获得者。1990年获全国高等院校先进科技工作者称号，1991年获全国优秀研究生导师称号，同年获国家中医药管理局首批授予的全国500名著名老中医之一。2007年被聘为第一批世界非物质文化遗产项目“中医诊法”国家级代表性传承人。2008年1月获全国老中医药专家学术经验继承工作优秀指导老师。2008年4月获世界中医药学会联合会“王定一杯”中医临床国际贡献奖。2009年5月被国家人力资源和社会保障部、卫生部、国家中医药管理局评为首批国医大师。1985年起历任国务院学位委员会学科评议组成员、国家自然科学基金评审委员会委员、卫生部药品审评委员会委员、国家中医药管理局中医药工作专家咨询委员会委员、中国中医药学会常务理事等职。先后获全国优秀中医临床人才研修项目优秀指导老师、全国老中医药专家学术思想优秀指导老师等荣誉称号。主持、参与国家级科研课题13项、省部级12项（4项同时列为WHO传统医学合作项目）、厅局级11项，其中主持15项（省部级以上9项），获科技进步奖22项（其中省部级以上13项）。研制并转让科研新药5种，获发明专利6项。出版学术专著33部，其中主编24部。发表学术论文284篇，第一作者105篇。



# 代 前 言

周仲瑛教授学术思想概要

国医大师、首批国家级名老中医、世界非物质文化遗产项目“中医诊法”国家级代表传承人、原南京中医学院院长周仲瑛教授周仲瑛教授学验俱丰，医技精湛，在中医内科学领域成就卓著，现对其从事中医药工作 60 余年的重要学术思想概括如下。

## 一、系统提出“瘀热论”

20 世纪 70 年代后期，周仲瑛教授对瘀血学说及活血化瘀治则进行了较为系统的温习，结合临床实践认识到必须根据中医理论，遵循辨证论治原则，针对形成瘀血的病理因素、血瘀的病变部位，采用具体的治法，才能显示中医活血化瘀这一治则的优势，提高临床疗效。与此同时，周仲瑛教授在临床实践中发现凉血化瘀法与瘀热相搏证有其独特的应用价值，广泛涉及外感、内伤多种急难病证。并从《伤寒论》的“瘀热”一词及“蓄血”证的论述，桃仁承气汤、抵当汤等的创立，《千金要方》中所拟的犀角地黄汤治疗蓄血、瘀血，《温疫论》所言“血为热搏”，《温热论》提出的凉血散瘀法等得到领悟和启发，将“瘀热相搏证”及凉血化瘀治法的应用，从临床引入科研，以“瘀热相搏”主证为基础，根据病证、病位、病理特点，分列若干子证，进行了理论、临床、实验及新药开发等较为系统的研究。

20 世纪 70 年代，周仲瑛教授在流行性出血热急性肾功能衰竭的防治中提出瘀热水结证，此后逐渐归纳出重症肝炎的瘀热发黄证、出血性病证的瘀热血溢证（瘀热型血证）、高血脂血症的络热血瘀证、出血性中风的瘀热阻窍证。近年“瘀热病因在内科难治病发病中的机制及其分子基础研究”被列为国家 973 研究项目、“内科难治病瘀热病机研究室”被列为国家中医药管理局重点研究室建设单位，表明周仲瑛教授有关“瘀热”的学说已渐被公认。经过 30 余年的临床实践和理论探索，逐渐形成了较为系统的周仲瑛瘀热论学术思想。

周仲瑛教授在长期临床实践中发现，在急性外感热病及某些内伤杂病（尤其是疑难病

证)发展的一定阶段,许多患者同时兼具血热、血瘀见证,单纯运用清热凉血法或活血化瘀法治疗,往往疗效欠佳。为探求其内在规律,周仲瑛教授通过复习有关文献,推求病理,并经临床验证和实验研究,明确提出瘀热相搏的病机、病证。其形成因火热毒邪或兼夹痰湿壅于血分,搏血为瘀,以致血热、血瘀两种病理因素互为搏结、相合为患。其病因为火热毒邪;病位深在营血、脉络;病理变化为瘀热搏结,脏腑受损;治疗大法为凉血化瘀。实践证明,用此理论指导处方用药,治疗多种疾病中的瘀热相搏证,能显著提高临床疗效,也证实了瘀热相搏的客观存在及其理论的实用性。

瘀热作为一种特殊的病理因素,除了具有瘀和热两种病理因素的致病特点外,尚具有自身的特性。在中医学理论中迄今只有零星的阐述,尚无系统专论。由于瘀热普遍存在于多种外感和内伤杂病过程中,尤其是急难重症的病程中,因此,周仲瑛教授认为有必要在总结历代医家有关认识的基础上,通过实验研究和临床验证,升华和发展瘀热学说,形成系统的瘀热理论。有鉴于此,几十年来,周仲瑛教授率领学术团队从理论、临床和实验三方面对瘀热之中的五大常见证型——瘀热阻窍证、瘀热血溢证、瘀热发黄证、瘀热水结证和络热血瘀证等进行了系列研究,并将这一研究的成果整理为《瘀热论》一书,已于2007年3月由人民卫生出版社出版发行。

### 1. 出血性中风急性期治以凉血通瘀

周仲瑛教授在前人有关理论认识的基础上,结合自己长期的临床实践探索,首次在国内提出“瘀热阻窍”是出血性中风急性期的基本病机。并认为瘀热阻窍是中风风、火、痰、虚等多种病理因素的基础,从而平内风、外风之争,统主火、主痰、主虚诸说于一炉,使千百年来中医对中风病因病机的理论认识更臻完善。在此基础上,提出凉血通瘀法是出血性中风急性期的基本治法。该法不仅能清血分之热、散血中之瘀、折冲逆之势,可止妄行之血、息内动之风,并寓有上病下取、釜底抽薪、顺降气血之意。既不同于仅从局部病理变化着眼,见血止血的治法;也有别于当前过分强调瘀血,主张单一活血化瘀甚或破血逐瘀的观点。研制出凉血通瘀注射液、凉血通瘀口服液,并进行了较为系统的临床及实验研究。

凉血通瘀制剂由大黄、水牛角、生地、赤芍、三七、地龙等药组成。方中以大黄、水牛角为君,大黄清热泻火、凉血祛瘀、通腑泄热,是历代治疗中风的主药之一,刘河间“三化汤”中即有该品,《本经》谓其能“下瘀血、血闭寒热……荡涤肠胃,推陈致新”;水牛角功类犀角,有清热凉血之功。两药相合互补,更能加强凉血化瘀的作用。生地为臣,滋阴清热,凉血宁血,更兼散瘀之功,是治疗营血热盛的代表药物。古方“清营汤”、“犀角地黄汤”等均含本品。《本草求真》谓“生地黄……凡吐血……蓄血,其证果因于热盛者,无不用此调治”,可见其效之佳。佐以三七活血祛瘀止血,地龙清热通络。诸药

配合，共奏凉血化瘀、通腑泄热之功。临床和实验证明，该制剂有促进脑内血肿吸收、减轻脑水肿、改善瘀热阻窍证症状和神经功能缺损等多种作用。临床研究表明凉血通瘀注射液和凉血通瘀口服液有良好的治疗效果，且制剂稳定，使用方便，无明显不良反应，具有高效、速效的特点，适应抢救危重病人的需要。特别是注射液的研制，更能体现中医药治疗急症的特色。

## 2. 出血热急性肾衰治予泻下通瘀

周仲瑛教授经过近20年的临床实践，针对出血热急性肾衰蓄血、蓄水及易于伤阴的病理特点，提出出血热急性肾衰的治疗大法以泻下通瘀为主，兼以滋阴利水，从而达到泻下热毒、凉血散瘀、增液生津、通利二便的目的。认为在出血热少尿期，无论其发热与否，凡见到小便赤涩量少，欲解不得，甚至尿闭不通，血尿或尿中夹血性膜状物，大便秘，小腹胀满或拒按，心烦不寐，神志烦躁或不清，呕恶频繁，面部浮肿，舌质红绛，苔焦黄，或光红少苔，脉小数等症者皆可用之。

泻下通瘀方宗《温疫论》桃仁承气汤、《温病条辨》增液承气汤、《伤寒论》猪苓汤及《千金要方》犀角地黄汤等加减化裁。药用大黄、芒硝各10~15g（便秘者可重用之），枳实、桃仁各10g，生地、麦冬、猪苓各15g，白茅根30g，怀牛膝10g。若水邪犯肺，喘咳气促不得卧，加葶苈子泻肺行水；血分瘀热壅盛，加水牛角、丹皮、赤芍等凉血化瘀；津伤明显，舌绛干裂，口干渴，可合入玄参，取增液汤全方以滋阴生津；小便赤少不畅，可再加阿胶、泽泻、车前子等滋阴利水；瘀热阻窍，邪陷营血而神昏，可加水牛角、黄连清心开窍；邪陷厥阴，热动肝风而抽搐，可参入镇肝息风汤意。概言之，泻下通瘀法包括下热毒、下瘀毒、下水毒等几个方面，通过与滋阴生津法配合，可具备增液通腑、通瘀散结、滋阴利水的功能，起到通大便、利小水、“急下存阴”、凉血止血、祛除水毒，使津液归于正化等作用。

## 3. 治血证创瘀热血溢

历来中医对血证的认识，强调气火逆乱，血不循经，络伤血溢为其基本病机。在治疗方面，以治血、治气、治火为基本原则，组成了许多名方良剂。周仲瑛教授在总结前人经验的基础上，根据多年的临床实践，提出了瘀热血溢证这一特殊证候类别，突出了瘀热相搏、络损血溢导致出血的重要性，强调凉血散瘀为治疗瘀热型血证的基本大法。

临证应用时，强调首先要明确外感内伤，其次要辨别瘀热的轻重，同时还应详察兼证变证，从而突破了仅把这一方法视为外感温病血分证治法的局限性，发展了血证理论，充实了有效的治疗方法。并在实践中体会到凉血与化瘀联用，可以发挥清血分之热、散血中之瘀、解血分之毒、止妄行之血的作用。据此研制的丹地合剂和丹地注射液，由水牛角、生地、丹皮、赤芍、制大黄、山栀、煅人中白、紫珠草组成。临证时灵活化裁，常收



捷效。

#### 4. 重症肝炎治以凉血化瘀解毒

周仲瑛教授认为重症肝炎在湿热疫毒深入营血的极期，由于热毒化火，火热炽盛，热蕴营血，煎熬熏蒸，热与血搏，而致血液稠浊，血涩不畅，形成瘀血；血瘀又可郁酿化热，而致血热愈炽。瘀热郁于血分，常易促使黄疸迅速进一步加深，持续难退，病程超过10天至2周者，标志着病情的恶化、难治。正如仲景所说：“黄疸之病，当以十八日为期，治之十日以上瘥，反剧为难治。”于此可知，瘀热发黄与一般单纯的湿热发黄轻重差异极大。为此，提出应采用凉血化瘀解毒法进行治疗，并据此研制成清肝解毒静脉注射剂，经临床观察该注射剂对重型病毒性肝炎有较好的治疗效果。动物实验亦证明，该注射液具有清热、解毒、退黄、凉血、化瘀、止血等作用。

清肝解毒注射液由犀角地黄汤与茵陈蒿汤合方加减组成。方中水牛角、茵陈、大黄清热凉血、解毒化瘀，共为君药。水牛角“凉血解毒、止衄，治热病昏迷……吐血、衄血，血热溺赤”，实验证明可使凝血时间缩短，血小板计数增加。大黄为“足太阳、手足阳明、手足厥阴五经血分药”，能泻热毒、破积滞、行瘀血，“通利结毒”，“血分之结热，唯兹可以逐之”，用于治疗重型肝炎，可以保肝利胆、解除微循环障碍、抗病原微生物和抗内毒素、止血、调控免疫。茵陈“除湿散热结”，“治通身发黄，小便不利”，有利胆、保肝、解热、抗病毒和促进肝细胞生长等作用。生地、赤芍、山栀共为臣药，加强凉血散瘀止血功效。生地清热凉血生津，“能消瘀血，凉血补血有功”，“血热妄行，或吐血、或衄血、或下血，宜用之为主”。实验表明该药可降低血液黏稠度，改善微循环。赤芍能“行血破瘀血，散血块，以散血热”，山栀清热泻火凉血，能利胆、抗肝损伤，与茵陈配合则作用更为明显。《本草思辨录》谓其“苦寒涤热，而所涤为瘀郁之热……黄疸之热，热在表，其本在胃，栀子入胃涤热下行，更以走表利便之茵陈辅之，则瘀清热解而疸以愈”。丹皮、煅人中白加强凉血解毒之功，是为佐药。丹皮入肝经，清热凉血，和血消瘀。《滇南本草》谓其“破血行血，消癥瘕之疾、除血分之热”，《本草经疏》则称其“味苦而微辛，辛以散结聚，苦寒除血热，入血分，凉血热之要药”。煅人中白咸寒而能清热除火消瘀，善解热毒。全方组成特点是凉血而不凉遏，活血而不破血，解毒不妨正，止血不留瘀，具有清热、凉血、解毒、散瘀、止血、利胆、保肝、养阴等多方面作用，体现了凉血化瘀解毒的基本大法，从而取得了明显的临床疗效。

#### 5. 高脂血症络热血瘀治以清泄络热、凉血化瘀

周仲瑛教授认为络热血瘀证每由肝肾阴虚所致，可兼夹湿浊、痰、火，是瘀热相搏证范畴内的重要子证之一，病变深在络脉，特别是微小的孙络。其为病具有广泛性，外而体表四肢百骸，内而脏腑组织，可表现在多种慢性久病之中，如心脑血管病、血液病、糖尿

病等。在临床实践中发现，高脂血症与络热血瘀病证有密切的相关性，并以升降散为主，通过病证结合研究已初步显示出络热血瘀证的实用价值。

## 二、痰瘀相关论

痰瘀为津血失于正常输化所形成的病理产物。周仲瑛教授认为津血本属同源，血以津液生，津以血液存，故在病理状态下，不仅可以津凝为痰，血滞为瘀，且痰与瘀常可兼夹同病。

临床诸多病证常痰瘀相兼，强调在具体治疗时尚需分清两者的先后及主次，抑或痰瘀并重，确定化痰与祛瘀的主从或并治。治痰治瘀虽然主次有别，但痰化则气机调畅，有利于活血；瘀祛则脉道通畅，而有助于痰清。若痰瘀并重则当兼顾合治，分消其势，使其不致互相狼狈为患。同时应注意不可过剂，宜“中病即止”，以免耗伤气血阴阳，变生坏病。选药以平稳有效为原则，慎用毒猛辛烈之品。

痰瘀的生成，实缘五脏功能之失调、津血不归正化变异而成。故强调调整五脏功能，扶正补虚，则痰瘀自消，即所谓“不治痰而痰化、不治瘀而瘀祛”。此外，痰瘀是津血停聚所成，津血赖气化以宣通，故痰瘀病变又与气滞密切相关，“气滞则血瘀痰结”。因“气行则痰行”、“气行则血行”，所以治疗痰瘀同病，应配理气药，行滞开郁，条达气机，以助化痰祛瘀药发挥效应。

由于痰瘀的生成既可因于邪实，亦可缘于正虚，病变涉及脏腑肢体骨节经络九窍。故对痰瘀的治疗不仅有轻重缓峻之分，还应审证求因，在化痰祛瘀的基础上，配合相应治法。因邪实所致的“寒痰瘀阻”当温通祛寒，“痰热瘀阻”者当清热血， “风痰瘀阻”者当祛风和络，“燥痰瘀结”者当润燥滋液，“湿痰瘀阻”者当苦温燥湿，“痰气瘀阻”者当理气解郁。因正虚所致的又当据证配合益气、养血、滋阴、助阳等法。区别脏腑病位，“痰瘀阻肺”者宣利肺气，“痰瘀心脉”者养心通脉，“脾胃痰瘀”当健脾和胃，“肝胆痰瘀”当疏肝利胆，“肾虚痰瘀”当补肾培元，“痰瘀阻窍”者当开窍醒脑，“痰瘀络脉”当宣痹通络，“痰瘀结聚”当软坚散结。

## 三、湿热论

湿热是湿与热合邪所形成的一种复合致病因素，既可从外感受，也可由内而生，常以脾胃为中心，病机表现多阴阳交错，寒热并见，临床涉及面广，可引起诸多病证。周仲瑛教授认为随着全球气温的不断上升，天热下逼，地湿上蒸，气交之中湿热日盛；加之生活水平的不断提高，饮食结构的改变，大多数人已由数千年的“藜藿之体”逐渐转变成“膏粱之躯”，酒肉炙烤及各种保健品、营养品、补品不绝于口，湿热也易从内而生。内外相合，故目前湿热为病非常多见，亦颇难治。

认为外来湿热多与急性感染性疾病有关，如伤寒、菌痢等；内生湿热多与体内非感染性炎症有关，如肾炎、类风湿性关节炎等。湿热常以脾胃为中心，上蒸下注，可致多脏受损。同时湿热致病具有双重性，易夹痰夹瘀化毒，变证百出。尽管湿热的临床表现多样，但与湿温、痰热、瘀热、郁热同中有异。

强调治疗湿热贵在分消，“开上”、“宣中”、“导下”。临床还必须辨清热偏重、湿偏重、湿热并重三类倾向，针对“湿象”和“热象”孰轻孰重及其消长变化，决定祛湿与清热的主次。同时也要结合湿热病证所累及的脏腑特点和兼证情况，与相应的治法相配合。如属肝胆湿热者配以疏肝利胆，属大肠湿热者佐以通调腑气，属膀胱湿热者伍以通淋利尿，遇痰热壅肺者清肺化痰，属痰蒙心包者当豁痰开窍；遇夹积、夹瘀、夹风、夹毒者，分别配以导滞、化瘀、疏风、解毒之法等。

#### 四、消渴三热论

中医传统理论历来认为消渴（糖尿病）的病机主要为阴虚与燥热互为因果，但周仲瑛教授通过长期临床实践认为，本病亦可由过食膏粱厚味酿生湿热，进而湿热化燥，表现燥热之象；久则热灼津伤，津枯血燥，络热血瘀，形成瘀热，终致湿热、燥热、瘀热合而为患，从而对消渴的中医病机提出“三热论”（瘀热、燥热、湿热）这一创新性学术思想。认为阴虚燥热、湿热化燥，久则络热血瘀，三热交炽，进而导致阴伤气耗，成为糖尿病的主要病理基础。缘此，提出“三热”并清，气血同治，标本兼顾为糖尿病治疗的基本原则。由于燥热宜润，湿热、瘀热需化，故有关这一治疗原则的具体运用则当清化与润燥并进、化湿祛瘀与生津凉润并举，即辛苦微寒、化湿散瘀之品与甘寒微苦、润燥凉泄之品同方共用，相辅相成。临床在运用上述治疗原则时，还应辨清“三热”中是以何热偏胜为主，燥热当头者则清热润燥为先，湿热为主者则清热化湿重投，瘀热偏胜者则凉血化瘀首选。

关于清化润燥法的运用，在一般情况下，首先应注意清化重于润燥，清化之中，还当以清为主，以化为辅。因“三热”为患，虽有燥热、湿热、瘀热之异，而其热一也，故当以清热泻火为先，伏其所主，直折其势，热清火消，则燥、湿、瘀三者势单无依，再行祛除不难。

其次，再重化湿祛瘀之法，因两者均系有形实邪，极易郁结化热，又为新的酿热之源；加之湿浊、瘀血均为黏滞重浊之邪，邪热易附，则胶结难解；同时，湿聚易于成痰，痰结易于滞气，痰随气而升降，无处不到，痰瘀互结，为害尤深。

至于将润燥一法置于上述二法之后，诚因火热一清，则燥热易遁，正如张子和《儒门事亲·辨十二经水火分治法》所说：“休治风，休治燥，治得火时风燥了。”除此之外，升清可布液，流气能输津，加之津血同源，可相互资生转化。湿化津承，瘀化气畅，清升

浊降，则燥热易解，阴液可生。

由上可见，周仲瑛教授有关清化润燥法的运用各有侧重。总之，对其治疗，应祛邪重于扶正，清热重于祛湿、化痰，化湿祛痰重于润燥。但祛邪不能伤正，补正不可滞邪，清热不可太寒，祛湿不可太燥，祛痰不可太破，润燥不可太腻。

临床可在治疗大法的指导下，灵活选用下列三类药物，并注意辛开苦降、清气凉营、釜底抽薪、酸甘化阴等治法的灵活运用。

(1) 燥热 常选生地、南沙参、北沙参、麦冬、天冬、玄参、川石斛、天花粉、炒玉竹、芦根、白茅根、桑叶、桑白皮、地骨皮、川百合、知母、瓜蒌等。

(2) 湿热 常选藿香、佩兰、白蔻仁、黄连、薏苡仁、黄芩、炒苍术、黄柏、栀子、竹茹、茵陈、蒲公英、凤尾草、晚蚕沙、泽泻、车前子、冬瓜皮、玉米须等。

(3) 瘀热 常选水牛角、大黄、桃仁、土鳖虫、炙水蛭、炮山甲、鬼箭羽、泽兰、川牛膝、丹参、丹皮、赤芍、郁金、益母草、广地龙、茜草、生蒲黄、紫草、马鞭草、防己、大蓟、凌霄花等。

## 五、伏毒论

在临床实践中，周仲瑛教授体会到伏而后发之毒与中医学传统的“伏邪”学说密切相关，它在内伤杂病中具有重要的意义，从而提出“伏毒”新说。指出“伏毒”是指内外多种致病的邪毒潜藏人体某个部位，具有伏而不觉、发时始显的病理特性，表现为毒性猛烈、病情危重，或迁延反复难祛的临床特点。其发病多为伏藏的邪毒遇感诱发，如外感新邪、饮食劳倦、情志刺激、胎产伤正等。发病迟早不一，缓急有别，且可因病、因人而异。周仲瑛教授认为，伏邪既有外受，亦可内生，不能囿于伏气温病一端，而毒之为病亦有外受、内生之别，不应理解为仅指外毒。临床所见，许多急难病证每每具有“伏毒”的病理特点，据此理论采用相应的治疗原则，确能有助于提高疗效，拓宽思路，显示“伏毒”的学术价值。

“伏毒”发病的基本特点是由里外发。具体而言，涉及的脏腑病位，非常广泛，邪伏有深有浅，有轻有重，辨证体系不一，分类方法多端，但只要根据临床表现，审证求因，综合应用，自能指导辨证定位。从六经辨证而言，有发于少阳、阳明、少阴、厥阴等经的不同；从卫气营血辨证而言，轻者发自气、营，重者发自营、血，且以血分为主；从三焦辨证而言，又有上中下之别，且以肝肾为重点，因肝肾精气亏虚是“伏毒”内陷潜藏的重要内因。

周仲瑛教授指出“伏毒”的辨证要领有五：一辨毒的外受、内生；二辨毒的阴阳属性，及其相关病理因素；三辨所在病位及其病理传变；四辨毒的特异性或普遍性，是一毒一病（如乙肝病毒），还是一毒多病（如热毒、瘀毒）；五辨邪正的标本缓急及其动态

变化。

“伏毒”的治疗应以祛毒护正、化解透托为原则。具体治法当参照卫气营血、三焦、六经、脏腑、气血津液病辨治。凡邪毒阻于半表半里，湿热郁蒸，枢机不和，寒热往来，或高或低，起伏不定者，治以和解清透，方如小柴胡汤、蒿芩清胆汤；若邪伏募原，湿热、秽浊杂感伤人，憎寒壮热，头痛身疼，苔如积粉，治以疏利宣达，方如柴胡达原饮；湿热内郁，表里俱热，头痛、呕秽、胸膈胀闷、心腹疼痛、口渴、身疼、烦躁不宁者，治以升散透泄，方如升降散；热毒里结，气血两燔，大热、渴饮、烦躁、谵妄、昏狂，或发斑吐衄，舌绛唇焦者，治以清热泻火、凉血解毒，方如清瘟败毒饮；寒毒内陷，深伏少阴，阳不外达，难从热化，小腹疼痛、恶寒、面青肢厥、舌淡脉伏，又当助阳破阴，方如四逆汤，兼表实者，当麻黄附子细辛汤。若正虚毒恋，无力抗邪，病虽隐而不发，但迁延日久，易生他变，故扶正托毒尤为重要，扶正多以益气、养阴为主，如党参、黄芪、生地、麦冬等，托毒则需视“伏毒”的不同性质而采用相应的治法方药。

## 六、癌毒论

周仲瑛教授认为癌病为患，必夹毒伤人，从而提出“癌毒”学说。由于外感四时不正之气、饮食不节、情志所伤、先天脏腑亏虚等各种内外病理因素的综合作用，酿成癌毒，侵袭人体，耗伤脏腑气血、津液，导致气滞、血瘀、痰凝、水饮等各种病邪胶结于局部，形成癌肿。癌毒一旦产生，则迅速生长，不断长大，结聚成块，继生痰浊瘀血，耗损人体正气，影响脏腑功能，并容易走窜流注他脏。其治疗颇为棘手，一般药物难以取效，预后往往不良。

癌症的病理过程，虽异常复杂，但总由癌毒留着某处为先。癌毒一旦留结，阻碍经络气机运行，津液不能正常输布则留结为痰，气血不能正常运行则停留为瘀，癌毒与痰瘀搏结，则形成肿块，或软、或硬、或坚硬如岩，附着某处，推之不移。瘤体一旦形成，则狂奔精微以自养，致使机体迅速衰弱或失调，诸症叠起。正气亏虚，无力制约病邪；而癌毒愈强，又愈益耗伤正气，如此反复，则癌毒与日俱增，机体愈益虚弱，终致毒猖正损，难以回复之恶境。故对癌症的治疗，提出以抗癌解毒为基本大法。初期，正虚不显时，以抗癌解毒配合化痰软坚、逐瘀散结为主；中期，兼有脏腑功能失调时，可适当伍入调理脏腑功能之品；晚期，正虚明显者，则以补益气血阴阳为主，兼顾抗癌解毒、化痰软坚、散瘀消肿。

临床常用的抗癌解毒药有白花蛇舌草、白毛夏枯草、山慈菇、红豆杉、肿节风、制南星、土茯苓、炙僵蚕、炙蜈蚣、蜂房、漏芦、炙蟾皮、马钱子等；常用的化痰消痰、软坚散结类药有石打穿、八月扎、莪术、炙水蛭、制大黄、海藻、炙鳖甲、王不留行、炮山甲、桃仁、地龙、路路通等。抗癌解毒与逐瘀消痰软坚的应用，当视病情而辨证选择，如



热毒甚者，当选白花蛇舌草、山慈菇、漏芦；瘀毒重者，当用炙蜈蚣；痰毒剧者，用制南星、炙僵蚕等；病以血分瘀阻为主者，可逐瘀为先，伍用炙水蛭、莪术、炮山甲、桃仁；兼气分者，可配用八月扎、路路通；肿著者，配王不留行、海藻等。

## 七、风火同气论

周仲瑛教授认为内科急症，无论是外感或内伤，其病机如何错综复杂多变，在发病中起重要主导作用的病理因素均为风、火二邪。因风火同气，皆为阳邪。风性善行速变，“风胜则动”，故致病多快，病变部位广泛不定，且为“外感六淫”之首，每多兼夹他邪伤人；火为热之极，故火热为病发病亦快，变化较多，病势较重。而外感之邪，又每致“五气化火”。若风与火两阳相合，则为病更烈。风助火势，火动生风，风火相煽，相互转化，互为因果，加剧病情。如昏闭卒中、痉厥抽搐、动血出血、高热中暑等急危重症均直接与风火病邪有关。可见风火是急症致病因素中最为重要的病理因素，风火邪气的特性，决定了急症病机的易变、速变、多变。

风胜则见抽搐、手足蠕动、角弓反张、口眼歪斜、肢体不遂。火盛则见身热、渴饮、面红目赤、身发斑疹、狂躁妄动。风、火、热毒常可互炽。如风热灼津成痰，热毒痰饮瘀肺，致成暴喘；火盛气逆，或络热血瘀，则动血出血；热毒血瘀或瘀阻气滞，可为卒痛；热与湿合，湿热伤中，可致急性吐泻；湿热酿毒，熏蒸肝胆，发为急黄；热毒、瘀毒、水毒壅阻下焦，气化失司，可致癃闭（急性肾衰）。急症中瘀、痰、饮（水）、湿（浊）等病邪的形成也多与风火有因果联系及转化关系。如邪热亢盛，血液受热煎熬，胶凝成瘀，则瘀热互结。火热炼津蒸液，则津凝成痰；痰郁化火，可致痰热互结，所谓“痰即有形之火，火即无形之痰”。风动痰升，内风夹痰，上蒙清窍，横窜经络，则见风痰阻窍、入络征象。因此，强调在急症的治疗中息风泻火显得特别重要。

## 八、出血热“三毒论”

周仲瑛教授曾率先在国内对流行性出血热进行系列的临床及动物实验研究，首次提出该病“病理中心在气营”，形成出血热“三毒”（热毒、瘀毒、水毒）学说。同时针对不同病期及主症特点，制定相应的治法和系列专方，充分体现了中医辨治急危重症的优势。

周仲瑛教授曾亲自深入疫区十余载，治疗野鼠型出血热患者1127例，使病死率从当时的7.66%降至1.11%；特别是对死亡率最高的少尿期急性肾衰，通过采用泻下通瘀、滋阴利水方药，病死率仅为4%，明显优于西医对照组的22%。本研究于1988年获卫生部科技进步一等奖，并被国家科委和国家经贸部选入1979-1989年中华人民共和国重大科技成果项目。

周仲瑛教授认为出血热少尿期病理变化以蓄血为基础，而蓄血与蓄水又常互为因果，

阴伤与蓄水又可并见。表现为“热毒”、“血毒”、“水毒”三毒并见，瘀热互结，水热滞留，阴津耗伤。治疗当以泻下通瘀为主，兼以滋阴利水，以达到泻下热毒、凉血散瘀、增液生津、通利二便的目的。方宗《温疫论》桃仁承气汤及《温病条辨》增液承气汤、导赤承气汤、《伤寒论》猪苓汤等加减出入。药用大黄、芒硝、枳实、生地、麦冬、白茅根、木通、桃仁、牛膝等，每日1~2剂。呕恶不能进食者，可予煎剂保留灌肠，每日2~3次。

通过研究，周仲瑛教授提出：①凉血化瘀可以清散血分热毒，清血分之热，可免血液受热煎熬成瘀；化血中之瘀，能防止瘀郁生热，化火酿毒。实验提示凉血化瘀方有抑菌、抗病毒、解热、改善微循环障碍等作用。②凉血化瘀可以活血止血。凉血能使血液循经，化瘀有助于脉道流畅，从而控制因瘀热动血所致的出血、发斑。实验表明，凉血化瘀剂能明显改善微循环障碍，降低血细胞聚集性、黏滞性，故尤适用于DIC所致的瘀热型血症。③凉血化瘀可利小便。凉血可使瘀热分消，防止下焦蓄血；化瘀能使脉络通畅，水津得以布散。故对血瘀水停所致之少尿，用之小便可以增多。实验证明，通瘀有助于增加肾血流量，提示其药效机理在于疏通肾脏壅结的瘀热。

## 九、病毒感染性高热“到气就可气营两清”论

急性病毒感染性高热主要见于流行性感重症、流行性出血热、流行性乙型脑炎、流行性腮腺炎、非典型性肺炎等疾病，重者可因心、脑、肾受到严重损害而危及生命。周仲瑛教授在临床实践中不断探索总结，认为病毒感染性高热虽有温病卫气营血传变的一般规律，但其病理中心在气营，故确立清气凉营为治疗大法，首创“到气就可气营两清”的治则，认为只要见到身热而面红目赤、肌肤黏膜隐有疹点、舌红、少津、口渴等症，就须在清气同时加入凉营泄热之品，先安未受邪之地，以防止热毒进一步内陷营血，阻断病变的发展。

基本方药为大青叶、金银花、青蒿、野菊花、鸭跖草各30g，知母15g，生石膏60g，赤芍15g，大黄10g，白茅根30g。湿热偏盛，内蕴中焦，脘痞呕恶、便溏、脉濡而数、苔腻色黄，去大黄、知母，酌加法半夏、藿香、厚朴、黄连；腑实明显，腹满腹痛便秘，则可参入芒硝、枳实等加强泻下之力；阴伤较重者，可加鲜生地、鲜石斛、鲜芦根、天花粉等养阴生津；营分邪热内扰神明，症见神昏谵语、或昏愤不语、舌蹇肢厥，甚至循衣摸床、撮空理线者，则可酌情选用安宫牛黄丸、至宝丹、紫雪丹清心开窍；热甚动风，症见口噤肢厥、手足抽搐、甚至角弓反张者，用羚羊角、钩藤、石决明、地龙、僵蚕、玳瑁等凉肝息风。

## 十、厥脱气血同治、理气活血论

厥脱是常见的急危重症，虽然厥与脱是两种不同的病证，但又互有联系。厥为脱之轻证，脱为厥之变证，两者常易并见，难以截然分开，可表现为由厥至脱，厥脱并见、虚实共存等特点。特别是热厥气脱证的病机关键是在全身性热壅气滞络瘀的基础上出现宗气外脱。气与血在生理上相互依赖，血载气，气行血；在病理上相互影响，气滞则血瘀，血瘀则气更滞。未有气病而血不病者，也无血病而气不病者。厥脱证由于存在着全身性气滞络瘀，故须气血同治。又因在气闭的基础上已经出现了宗气外脱，故须在行气活血的同时固脱，阻断病情向阴阳离决的方向发展。

周仲瑛教授根据中医理论和临床实践，提出气滞血瘀、正虚欲脱是厥脱证的基本病理特点，“气滞者宣其气机，血凝者通其络瘀”，外脱者固其宗气。首创气血同治、理气活血与扶正固脱合法，方取血府逐瘀汤加减。方中寓有四逆散（白芍易赤芍）理气宣郁配伍活血化瘀之品，气血同治。常用药如柴胡、枳实、青皮、陈皮、炙甘草、赤芍、丹参、桃仁、牛膝等。热郁加丹皮、生地；寒盛配红花、川芎；阳虚加附子、干姜；阴虚加生地、麦冬、山萸肉、五味子；气虚合人参、黄芪；血虚合当归、白芍、熟地；脉伏气闭，病危势急者，可予麝香 6~9mg 研散，水调服，以理气宣郁通脉。同时需注意兼夹证的不同而灵活论治。热毒内陷，郁阻气血者，可用解毒活血汤（即四逆散加连翘、葛根、当归、桃仁、红花）加减；阳气虚衰，阴寒内盛，气血涩滞者，用急救回阳汤（即四逆加人参汤加桃仁、红花、白术）加减；气阴耗竭者，可选生脉散加龙牡或加减复脉汤增损；正虚阳亡者，可用四逆汤、参附龙牡汤加味。

周仲瑛教授从中医厥脱立论，提出“气滞血瘀、内闭外脱”为其基本病机，确立气血同治、开闭固脱合法的治疗原则。根据这一治法，选择行气和活血之品，伍以扶正固脱药物，制成静脉针剂——抗厥注射液（由枳实、牛膝、山茱萸等组成）等中医急救静脉注射剂 3 种，治疗不同休克患者 136 例，病死率仅为 4.41%，明显低于多巴胺组的 26%。而且在抗厥注射液山茱萸中首次发现了一种新的具有抗休克活性的环烯醚萜类化合物；同时，从川牛膝中首次分离出具有心血管活性作用的 6,7-二甲氧基香豆素成分，填补了川牛膝活性成分研究的一项空白。该研究 1991 年、1998 年两度获江苏省科技进步三等奖，其中抗厥通脉注射液已列入国家新药基金研制项目。

## 十一、燥湿相关论

周仲瑛教授认为在正常生理状态下，燥湿有如水火互济，保持不干不润的动态平衡。病则盈亏失调，互为影响，燥湿同病，转化相兼。从燥湿与脏腑的关系而言，湿盛病在脾，燥则涉及胃、肺、肝、肾，互为交叉，表现为脾湿胃燥、脾湿肺燥、脾湿肝燥、脾湿

肾燥等多种证候。

脾为湿土，喜燥恶湿，脾之湿赖胃阳以运之；胃为燥土，喜润恶燥，胃之阴赖脾湿以濡之。脾升胃降，燥湿互济，共同承担运纳之职。脾为湿困，阳气不运，固不能腐熟水谷，但胃有燥火，津液不能濡养，釜中无水，又何能熟物？若脾湿与胃燥并见，则脘痞痞胀如堵，饥不能食，胃中灼热嘈杂，口干苦而黏，大便干结，舌苔底白罩黄，边尖红，脉濡滑。治当润燥并治，相制相成，可选麦冬配半夏、石斛配厚朴、芦根配厚朴等，临床多见于胃胆等消化系统疾病。

若属脾湿肺燥，痰湿上干于肺，而见咳喘痰多，质黏色白，胸闷脘痞，纳差；肺燥津伤，又见咳嗽，咳血，潮热，盗汗，口干。苔腻边尖红，脉小滑者，则当辛宣凉润，可用杏仁、苏子、紫菀、款冬、百部、法半夏，伍沙参、麦冬等。若燥郁不能行水，而又成湿，湿郁不能布津，而又化燥，以致肺燥津伤，水停胁下者，可配大量桑白皮、冬瓜皮、泽泻、白术、茯苓等。他如肺肾阴虚，水泛为痰，咳嗽痰多，用熟地、当归合二陈汤，亦属同义。

肝脾同病者，多为湿困脾运，土壅木郁，木少滋荣，而致脾湿肝燥。脾之水湿留聚，而为鼓为胀，腹部青筋显露，面黄目黄肤黄。因湿郁化热耗伤肝之阴血，以致血燥瘀结成癥，形瘦色苍，齿鼻衄血，手掌红赤，苔黄质红，脉小弦滑。甚则肝虚及肾，下汲肾液，耗劫真阴。治当滋阴利水，用生地、麦冬、楮实子合茵陈、猪苓、泽泻等，滋阴不碍湿，利湿不伤阴。

脾湿肾燥者，既可源于肝，亦可本于肾。肝肾乙癸同源，精血转化相生，故脾湿肝燥，久必及肾，而致肾燥阴伤，脾湿有余。此即“脾恶湿、肾恶燥”之理也。由于水湿内聚，影响三焦的气化，津液不能正常敷布，成为有害的“邪水”，以致面目浮肿，身肿，腹满，水毒上逆，则呕恶不食，烦躁不安，喘咳气促；肾燥津伤，化源涸竭，则小便赤涩量少，欲解不得，甚则尿闭不通，大便多秘，口渴索饮，苔黄质红或少苔，脉小数。治当滋阴润燥、助肾化水、淡渗利湿，必要时还当下其水毒。药用生地、麦冬、玄参合猪苓、茯苓、泽泻、白茅根等，若兼湿热瘀结，腑气不通者酌配大黄、桃仁、川牛膝。

总之，燥之与湿，虽如水火之对立，但又若水火之既济，两者盈亏失调则病，治当视其主次消长以调之，务必注意做到：润燥不助湿，燥湿不伤津，“以平为期”。

## 十二、审证求机论

人身百病，多有形可征、有因可寻。“审证求因”是辨证的基础、论治的依据。但是必须从临床实际出发，通过对临床现象的分析、总结、推演，寻求病理本质，使之能有效地指导临床实际，故其实质当为审证求“机”。抓住了病机，就抓住了病变实质，治疗也有了更强的针对性。