

全国著名中医经验集丛书

郭子光

临床经验集



主编 黄学宽



人民卫生出版社

全 国 著 名 中 医 经 验 集 丛 书

郭子光

临床经验集

主编 黄学宽

编委 刘 杨 周天寒
许利平 衡先培
刘 渊 于 挺

主审 郭子光

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

郭子光临床经验集/黄学宽主编. —北京: 人民卫生出版社, 2009. 5

(全国著名中医经验集丛书)

ISBN 978-7-117-11356-4

I. 郭… II. 黄… III. 中医学临床—经验—中国—现代
IV. R249. 7

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 036855 号

全国著名中医经验集丛书

郭子光临床经验集

主 编: 黄学宽

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 北京机工印刷厂 (天运)

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/32 印张: 9 插页: 2

字 数: 226 千字

版 次: 2009 年 5 月第 1 版 2009 年 5 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-11356-4/R · 11357

定 价: 24.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)



著名中医学家、 国医大师郭子光教授

郭子光，1932年生，重庆市人，成都中医药大学教授，著名中医学家，全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师，中医各家学说专家、伤寒专家，中医康复学科的开创者。早年秉承家学，悬壶乡里，1953年结业于西南军政委员会卫生部中医进修学校专修班，1956年考入成都中医学院，1960年提前毕业留校从事中医内科、伤寒、各家学说、养生康复等课程的教学、临床及科研工作至今。对中医理论颇多发挥与创见，临床擅长内科疾病的治疗，尤其擅长呼吸、心脑血管、血液和泌尿系统等疾病的治疗，疗效卓著。1992年享受政府特殊津贴。2009年被人力资源社会保障部、卫生部和国家中医药管理局评为首届“国医大师”。

前言

吾师郭子光教授，重庆市人，成都中医药大学教授，著名中医学家，全国名老中医。他不仅是中医各家学说专家、伤寒专家，还是中医康复学科的开创者。曾受周恩来、邓小平等国家领导人接见。郭教授早年秉承家学，悬壶乡里，1953年结业于西南军政委员会卫生部中医进修学校专修班，1956年考入成都中医学院医学系本科，1960年提前毕业留校从事中医内科、伤寒、各家学说、养生康复等课程的教学、临床及科研工作至今。他对中医理论颇多发挥与创见，临床擅长内科疾病的治疗，尤其擅长呼吸、心脑血管、血液和泌尿系统等疾病的治疗，疗效卓著，并曾多次出国讲学或传授经验。自参加工作以来，先后在国内外刊物上发表学术论文100余篇，编著或主编医学专著10余种，参编医学著作20余种。曾任《成都中医药大学学报》常务编辑、校学术委员会委员、校职称评审委员会委员、国务院学位委员会学科评议组秘书、国家自然科学基金会生物部医学学科专家评审组成员、卫生部全国高等中医药院校教材编审委员会委员、四川省中医药学会常务理事、四川省仲景学说研究会主任委员、四川省卫生厅科技成果评审委员、成都军区总医院学术顾问等职。1991年被成都市教育委员会评为先进个人，同年被四川省教育委员会评为优秀教师。1992年被国务院表彰为对高等教育做出突出贡献者，并享受政府特殊津贴。现任四川省康复医学会副会长、四川省中医现代化研究会副会长、四川省海外联谊会养生文化研究会主任、

中国残疾人康复协会中医康复委员会常务委员。1998 年被四川省政府确定为学科带头人。

郭教授的学术成就及威望享誉海内外，其学术思想列入“十五”国家科技攻关计划项目“名老中医学术思想、经验传承研究”课题进行研究。在郭教授的夫人、妇科专家冯显逊老师的大力支持下，现特组织郭教授其他弟子一道编辑出版《郭子光临床经验集》，以此作为郭教授从医就教 60 周年献礼。全书共分四部分：第一部分为医论发挥，主要解析郭教授对中医理论的发挥与运用，其见解独特，发人深省；第二部分为杂病论治，着重介绍郭教授诊治杂病的临床经验，颇具临床指导价值；第三部分为病案精选，重点选择郭教授临床诊治的典型病案，案例不同，思路有别，充分体现了中医辨证论治的精髓；第四部分为验方解读，这些经验方都是郭教授数十年临证经验的结晶，在郭教授临床工作中疗效卓著，每个方都是经过无数病例验证增损凝聚而成，用之鲜有不验者。

本书内容精简实用，全面反映了著名中医学家郭子光教授的临证思路和经验，是中医药院校师生、临床及科研工作者的良师益友。由于编者水平有限，书中错漏在所难免，望读者指正，以期今后不断修正提高。

黄学宽

2008 年 8 月 8 日

于重庆医科大学

目录

医论发挥

一、《伤寒》新论新说发挥与运用	1
二、“久病入络”学说发挥与运用	23
三、王泰林治肝法发挥与运用	28
四、心血管疾病临证思维与步骤	32
五、从“肝主疏泄”论治血液病	38
六、发挥“解毒攻邪”学说治疗过敏性疾病	42
七、活用“通阳不在温，而在利小便”	45
八、“攻邪已病”治疗癌症新思路	47
九、“杂合以治”指导慢性疾病康复思路	61
十、老年病病机特点与诊治思路	64
十一、慢性疾病论治步骤与策略	70
十二、中医现代化的几个关键问题	79

杂病论治

一、外感发热诊治经验	90
二、咳嗽辨治经验	94
三、阻塞性肺疾病诊治经验	97
四、心律失常凭脉辨治经验	100
五、窦性心动过缓辨治经验	113

六、冠心病心绞痛治疗程序	117
七、扩张型心肌病诊治经验	122
八、消化性溃疡诊治经验	126
九、慢性贫血辨治经验	128
十、泌尿系统结石诊治经验	140
十一、慢性肾炎诊治经验	146
十二、辨治蛋白尿重在实与虚	149
十三、肝风内动证诊治经验	157
十四、辨治命门火衰证的经验	162
十五、疲劳与劳发证的辨治经验	165

病案精选

一、感冒高热	171
二、长期低热	173
三、肺结核咯血	175
四、包裹性胸腔积液	177
五、胸膜炎积液	178
六、自发性气胸	179
七、过敏性鼻炎	180
八、室性期前收缩	181
九、病毒性心肌炎后遗室性期前收缩	182
十、甲亢后室性期前收缩	183
十一、冠心病、室性期前收缩	185
十二、心房扑动	186
十三、病态窦房结综合征	188
十四、低血压症	190
十五、高血压、多涎症	191

十六、高血压、高血脂、肝囊肿·····	192
十七、冠心病、心功能不全·····	194
十八、冠心病、心绞痛、心衰·····	194
十九、肺心病、心衰·····	196
二十、高心病、糖尿病、心衰·····	197
二十一、扩张型心肌病、全心衰竭·····	199
二十二、慢性心力衰竭·····	200
二十三、偏头痛·····	204
二十四、眩晕·····	204
二十五、脑鸣·····	207
二十六、失眠·····	209
二十七、梦游症·····	211
二十八、不明原因口渴·····	212
二十九、唇干裂·····	214
三十、上唇跳动·····	215
三十一、耳神经炎·····	216
三十二、神经性耳聋·····	217
三十三、面神经痉挛·····	218
三十四、腮腺阻塞·····	220
三十五、唾液腺萎缩·····	221
三十六、舌炎·····	222
三十七、舌神经痛·····	223
三十八、慢性胃炎·····	224
三十九、顽固性呕吐·····	227
四十、结肠癌术后化疗呕吐厌食症·····	227
四十一、食道癌术后咽部梗塞不适·····	229
四十二、腹泻·····	230

四十三、软腭鳞癌·····	231
四十四、肝内结石·····	233
四十五、谷丙转氨酶增高·····	234
四十六、胆道术后综合征·····	235
四十七、慢性肾盂肾炎·····	237
四十八、慢性肾小球肾炎·····	239
四十九、急性肾衰竭·····	240
五十、慢性肾炎蛋白尿·····	242
五十一、无症状性肾结石·····	243
五十二、经行昏迷·····	246
五十三、闭经、便秘·····	247
五十四、更年期综合征·····	249
五十五、睾丸胀痛·····	250
五十六、精囊腺囊肿·····	251
五十七、前列腺增生、前列腺炎·····	252
五十八、皮肤划痕症·····	253
五十九、急性脊髓炎·····	254
六十、下肢静脉炎·····	256
六十一、风湿性关节炎·····	257
六十二、不安腿综合征·····	258

验方解读

一、外感发热方·····	260
二、肺部感染方·····	260
三、顿挫喘咳方·····	261
四、咯血方·····	261
五、三阴固本方·····	262

六、鼻渊方·····	262
七、口炎方·····	263
八、抗过敏方·····	264
九、抗期前收缩方·····	264
十、心动过缓方·····	265
十一、心动过速方·····	266
十二、冠心病心绞痛方·····	266
十三、升血小板方·····	267
十四、白细胞保护方·····	267
十五、头痛方·····	267
十六、失眠方·····	268
十七、眩晕方·····	269
十八、神经痛方·····	269
十九、慢性胃炎方·····	270
二十、郭教授胃药·····	270
二十一、肠胀气方·····	270
二十二、通便方·····	271
二十三、静脉炎方·····	272
二十四、风湿热痹方·····	272
二十五、胆、肾绞痛方·····	272
二十六、腰腿痛方·····	273
二十七、虚肿方·····	273
二十八、尿血方·····	274
二十九、消尿蛋白方·····	274
三十、复肾功方·····	275
三十一、更年期冲热方·····	276
三十二、睾丸痛方·····	276

医论发挥

郭教授从医就教几十年，学验俱丰。他对中医理论颇多发挥与创见，特别擅长灵活运用中医理论诊治疑难病证，每起沉痾。现就郭教授对中医理论的探索新见与临床应用发挥总结于后，以飨同道。

一、《伤寒》新论新说发挥与运用

（一）论伤寒六经方证本质

1. 寓理于事，因事明理 《伤寒论》总结了我国汉代以前的医学成就，把古代理论医学（医经家）与临床医学（经方家）结合起来，成为理法方药完备、内容明确而系统的中医辨证论治经典著作，确定了中医学自成体系的发展方向。古今数百注家对其诠释与推敲，而间不容栝，《伤寒论》成为后世医家在临床上采取措施、总结经验、探求新知的理论支柱。此书何以具有如此强大的生命力而迄今不朽？郭教授多年研究认为，仲景采取“寓理于事，因事明理”的总结方法，沿用《素问·热论》三阴三阳的概念为骨架，用严格事实联系以体现辨证论治的规律，其中融汇了前人一切良好的医学思想，如整体观点、发展观点、普遍联系观点……这就是此书之所以具有高度概括性、原则性和适应性以致经久不衰的奥妙所在。郭教授指出，其书曰《伤寒论》，顾名思义，应该有“论”。然而，书中却没有“论”，除少数条文在其“所以然者”这个自注词之后讲了一点道理外，尽是事实的真实记录。398条，一条就是一个事实，一个方证就是一个典型事实，其高深理论与卓越见解全都隐含于这些事实之中。众所周知，事实终归是事实，是

客观存在而千古不朽的，不会随时间的推移而消逝。尤其是医学，与其他自然科学还有所不同，它所研究的对象是人体疾病，古今都一样。在人类进化史上，几千年犹如一瞬间，人的体质、脏腑、器官、代谢、免疫等，几乎没有多大变化，古代人与现代人几乎一样。而疾病，极少数是古代有的却在现代少见或没有了，有少数病种是古代没有而现代出现了，除此以外，绝大多数疾病古今都一样。所以，古代用之有效的理法方药，今天同样有效。例如，古代的疟疾、痢疾、蛔虫病，与今者并无二致。谁也不会认为，常山只能杀灭古代的疟原虫，苦楝只能祛除古代的蛔虫，白头翁汤只能抑制古代的痢疾杆菌，而对今天的则无效。这就是为什么《伤寒论》现今能够继续指导临床实践的原因所在。而理论则不然，可随着人类认识的深入不断更新，同一事实可以用多种不同理论来解释，而且总是带有时代特征，打上创立者的个人印记。例如，古今解释六经方证，就有经络说、气化说、脏腑说、体质说、阶段说等，不下数十种，都能获得论中列举事实的支持。说到底，表达事实的理论具有多重的、开放的、有时是暂时的性质，不过是从不同角度说明客观事物的规律而已。仲景高妙之处就在这里，列举反映疾病发生发展过程的自然状态及其诊治事实，不言经络、气化、脏腑等等，而这些理论寓于其中；不言整体观、辨证观、恒动观等等，而这些观点因事而明。就是这种特殊的论述方式，使得这部不朽之作无懈可击。

2. 方证的典型性与系统性 郭教授指出，所谓“事实”不是都能永存的，许多不能反映事物本质的事实犹如过眼云烟，转瞬即逝，在历史上、科学实践中的许多事实不就如此吗？仲景《伤寒论》提供的是怎样的事实？他把目光集中在这点上进行研究。郭教授认为，仲景并不是一个单纯的事实材料收集者，其所提供的已经不是原始性医疗活动过程中纯粹的经验成果或临床事实的简单复写，而是大量临床事实的综合与抽

象。仲景“勤求古训，博采众方”，搜集先前数十代人已经证实的成功经验，并非囫圇吞枣地搬进自己的书里，而是通过长期的、反复的、亲身的“凭脉辨证”实践观察，同中求异，异中求同，去粗取精，去伪存真，把那些在疾病过程中有联系的、经常同时出现的、能够反映病机本质的脉症，概括起来称为“证候”，“证候”与具有严格配伍规律和肯定疗效的特定汤方结合在一起，称为“方证”。如桂枝汤证、小柴胡汤证、小青龙汤证、白虎汤证等，全书凡 112 个。“方证”是《伤寒论》基本的、典型的事实，即从大量的、多种疾病中综合出来的事实，并不是某一特定疾病的症状组合。如桂枝汤证：发热，恶风，头痛，自汗出，脉浮缓；小柴胡汤证：往来寒热，胸胁苦满，心烦喜呕，默默不欲饮食，口苦咽干目眩等，见于多种外感热病和内伤杂病过程中，并非某一特定疾病所专有。当然，无论是桂枝汤证、小柴胡汤证或其他方证，都不是多种疾病共有症状的简单综合，而是由那些能够反映病机本质的脉症组成。如桂枝汤证反映了太阳病营卫不和的病机、小柴胡汤证反映了少阳不和的病机等，对于伴随桂枝汤证、小柴胡汤证等出现的不是反映病机本质的症状就给剔除了。他指出，作为典型性事实的方证，不仅其自身组成的脉症之间存在必然联系，即使在方证之间的联系也是显著的。论中有许多中间性质的方证及其加减方证，就突出地体现了其间存在的联系性。例如，桂枝麻黄各半汤证、桂枝加葛根汤证、柴胡桂枝汤证以及桂枝汤证的加减汤证等，就是桂枝汤证与其他方证的多向联系性。可以说，论中每一个方证都是继一个方证之后发生的另一个方证，当然不能说是继一个方证之后必然发生的另一个方证。这是因为人体正气强弱、脏腑虚实、感邪轻重不同，而有很大差别的缘故。方证之间的联系性，是人体疾病过程的客观反应，而这种联系的规律性，则具有显著的系统性特点。他分析指出，《伤寒论》的系统性，是以三阴三阳六个病系为主体，以

方证为基本因素，用辨证论治的理论把它们联系起来，成为一个有机的整体。三阴三阳，按层次深浅，排列有序，即太阳-阳明-少阳-太阴-少阴-厥阴，反映出疾病过程不同的阶段和属性。其方证顺序也基本体现出部位深浅和传变、转归的联系。今举最复杂的太阳病为例加以具体分析。太阳主一身之表，为疾病的初期阶段，罗列 76 个方证、178 条文。从“横”看，太阳病里有属阳明的白虎汤证、承气汤证，属少阳的小柴胡汤证，属太阴的理中汤证，属少阴的四逆汤证类。有太阳阳明中间证，如葛根汤证；太阳少阳中间证，如柴胡桂枝汤证；太阳少阴中间证，如桂枝加附子汤证；太阳阳明太阴中间证，如桂枝加芍药汤证；太阳少阳太阴中间证，如柴胡桂枝干姜汤证等。这些跨系统的方证，表明太阳病系与其他各病系在传变、转归上的联系。后世医家所谓循经传、表里传、越经传以及合病、并病等，就是从“横”的联系上总结出来的传变、转归的规律。再从“纵”看，太阳病系由经证、腑证、变证、坏证、类似证等组成。其中桂枝证系与麻黄证系，皆属经证范围，是由于太阳肌表不同部位受邪引起不同的发病方式。其发病方式不同，传变、转归也就不同，各有各的变证、坏证，从而形成太阳病中两个经证系统。这两个经证系统之间也是密切联系的，而存在一些跨系统的中间证，如麻黄桂枝各半汤证、桂枝二麻黄一汤证等。所以，太阳病系的 76 个方证，虽寒热虚实、部位深浅各有不同，但却是紧密联系的。通过对太阳病的“纵”、“横”剖析，可以看出《伤寒论》是系统性很强的有机整体。

3. 病理反应层次学说 仲景是根据什么把一系列看起来杂乱无章的症状、体征联系起来，形成一个个不同的具体方证，又把不同的方证联系起来组成六经病的呢？这种联系就是形成伤寒方证与六经病的本质。对此，郭教授提倡病理反应层次学说加以解释。他认为，各种证候都必然从人体特定部位表

现出来，而其部位有深有浅，有表有里，有经有腑，有在胸中在心下，在气在血等不同，形成一个个不同的病理反应层次。六经病就是六个大的病理层次阴阳失调的反应，各经病所属方证就是由浅而深的若干较小的病理层次阴阳失调的反应。六个大的病理反应层次中，如同时出现两个或两个以上层次阴阳失调称为“合病”，先后出现则称为“并病”。在较小的病理反应层次中，也可同时出现两个或两个以上层次阴阳失调，如麻黄桂枝各半汤证等。所谓阴阳失调，实指阴阳量呈现偏盛偏衰的状况，表现为病理层次反应状态的强弱。所谓反应状态，是人体在内外环境各种因素综合作用下的总体反应，因人因时因地而异。所谓六经病：太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴，实际是按阴阳的多少，即反应状态的强弱依次划分的。当两个或两个以上病理反应层次由于反应状态强弱的差异性，有的层次阳>阴，有的层次阳<阴，这种情况同时出现，便形成所谓寒热交错、阴阳混淆的证候，如大青龙汤证等。不仅如此，即使同一病理反应层次，在不同的人或不同的时间，其反应状态也是不同的，或阳>阴，或阳<阴，而出现不同性质的证候。如病皆在表但有麻黄、桂枝之别，病皆在心下却有诸泻心证之异。调节人体反应状态，使之由病理性转化为生理性而达到治疗目的，是《伤寒论》的全部治疗思想。其调节方法具有下述三个主要特征：一是调节的二相性。病理层次的反应状态具体表现为阴阳偏盛偏衰，平调阴阳以改善其反应状态，最忌太过与不及。太过，易向其反面转化；不及，又达不到目的。故仲景的组方思想多本二相性原则。考论中 112 方大多寒温并用，攻补兼施，升降两行，足资证明。如桂枝汤，既用桂枝、生姜辛温通阳，增强卫阳的升散性、动性；又用芍药、甘草、大枣酸甘敛阴，助长营阴的凝聚性、静性，以节制其升散太过。又如，诸泻心汤，既用芩连之寒，又用姜附夏之温；炙甘草汤，既用姜桂酒温阳，又用麦地胶益阴。如此等等，无不体现其汤

方组合的二相性特点。二是调节的固本性。从其用药看，论中 112 方，用药 93 味，用得最多者首推炙甘草，共 70 方，次为大枣 40 方，附子 23 方，人参 22 方，这是此类扶助正气的药物使用率最高的事实，表明其组方重视固本。再从其治疗方法看，也处处以固护正气为本。如用桂枝汤只取微汗，还要以米粥保胃；用承气汤急下存津，得便后则停服，免伤气液；用小柴胡汤和解少阳，配以人参扶正，使之漑然汗出而解又不伤正气；太阳病告诫不可下，免伤胃气损津液；少阴病急温回阳；厥阴病告诫“下之利不止”，等等。所以，陈修园总结《伤寒论》治法的精神实质为“保胃气，存津液”六个字，道出了其调节的固本性特点。三是调节的整体性。针对各种内外因素综合作用下所出现的各种病理层次的反应状态进行调节，本身就是整体观念的体现。但深入考究还不止于此，仲景的调节方法不完全是直接针对失调的病理反应层次，而是从整体着手去改变失调的病理层次的反应状态，达到治疗目的。例如，“中风发热，六七日不解而烦，有表里证，渴欲饮水，水入则吐，名曰水逆，五苓散主之”。其中风发热是表证，不解而烦病已入里，水入则吐为中焦停饮，称为水逆，不用麻黄解表，不用苓连膏栀清里，不用姜夏和胃，而用五苓散化气行水，“上病下治”而水逆自平，里和表自解，就是其整体性调节的手段。而且，五苓散制方目的旨在利尿，其中不仅用苓泽利浊水，还用桂枝通阳气；不仅要利水湿于下，还用苓术固脾气于中，虽着眼于利尿，实调节于整体。可以说，伤寒六经方证，是仲景在当时条件下，为寻找调节人体反应状态的确定性而总结出来的针对不同病理反应层次进行调节的治疗体系。

（二）论“存津液，是真谛”

清代陈修园治伤寒数十年，最后悟出“长沙室，叹高坚，存津液，是真谛”，认识到仲景治法处处重视固本。固什么本？存津液是也。但陈氏对其未作具体阐述。郭教授在 20 世纪 80