

国  
医  
大  
师

张  
磊

# 医论医话

张磊◎著

中原出版传媒集团  
大地传媒

河南科学技术出版社

张磊

国  
医  
大  
师

医论医话

张磊◎著



河南科学技术出版社  
· 郑州 ·

## 图书在版编目 (CIP) 数据

国医大师张磊医论医话/张磊著. —郑州: 河南科学技术出版社, 2018. 2  
ISBN 978-7-5349-8825-7

I. ①国… II. ①张… III. ①医论-汇编-中国-现代 ②医话-汇编-中国-现代 IV. ①R249. 7

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 158078 号

---

出版发行: 河南科学技术出版社

地址: 郑州市经五路 66 号 邮编: 450002

电话: (0371) 65788613 65788629

网址: [www.hnstp.cn](http://www.hnstp.cn)

策划编辑: 马艳茹 邓 为

责任编辑: 邓 为

责任校对: 张艳华

封面设计: 张 伟

责任印制: 朱 飞

印 刷: 郑州环发印务有限公司

经 销: 全国新华书店

幅面尺寸: 170 mm×240mm 印张: 10.5 字数: 168 千字

版 次: 2018 年 2 月第 1 版 2018 年 2 月第 1 次印刷

定 价: 28.00 元

---

如发现印、装质量问题, 影响阅读, 请与出版社联系并调换。

## 自序

我的《张磊医学全书》（本书是《张磊医学全书》中的医论医话部分。编者注）快要出版了，就此，说几句心里话以表达心情。

首先，衷心感谢各位先生。此书是众志成城、同心协力的产物。在河南中医药大学、河南中医药大学第三附属医院领导的关怀和重视下，由孙玉信教授、张西洁教授、马林教授、谢秋利教授、姜枫教授、王晓田主任等同志具体编纂，尤其是孙玉信教授费心费时最多。经过他们长时间的艰苦工作，暨河南科学技术出版社的大力帮助，至此告竣。特再次表示衷心的感谢！

其次，本书内容较为浅薄。俗云：“巧妇难为无米之炊。”由于我才疏学浅，经验不够，虽曰全书，实则有愧，是集我个人之全，乃小全也。其中有我过去给学院本科生讲授的中医学基础及内经选读讲稿，这些讲稿是依据当时教材和教学大纲精心锤炼而成的，可供参考。

再次，本书内容较为实在。我向来主张务实，我在自勉语中有“勿华于外，求实于内”之言。我总认为不管搞什么工作，如果光是表面现象，做表面文章，只能是自欺欺人。一个人能力有大小，只要踏踏实实地工作，就可赢得大家的赞许。这本书也是本着这种指导思想去写的。不管水平高低、文字好坏，都是实实在在的东西。如同厨中烹饪，不管做法如何，都是真材实料的绿色品种。

还有，本书作为我工作的新起点，我的治学思想是“学源不能断，起点作零点，求实不求虚，思近更思远”。学习最大的敌人是骄傲，有一副对联很好，“水唯就下能成海，山不矜高自极天”，就是说人要谦虚，不能自满。

最后，要继续努力。医生是为患者服务的，要具备两种功夫：一是医术要精湛，一是医德要高尚。古人云“欲精医术，先端心术”是很有道理的。我将继续认真开好有药处方和无药处方，所谓无药处方，就是针对不同疾病的人，尤其是思想包袱较重的患者，要多做思想工作，动之以情，晓之以理，增强其战胜疾病的信心；对一些有文化修养的患者，我往往给他们写诗，能收到一些好的效果。此外，对一些有不良潜在发展趋势的患者，也要告诉其应当注意的事项。所以说，医德要体现在各个方面。“大医精诚”，始终是我努力的方向。

总之，诚希广大读者，多提宝贵意见，以利改进！

最后附俚诗一首，以鸣心声。

从医从教历艰辛，虚度光阴八七春。  
沧海水中沉一粟，岐典道上起微尘。  
病人满室年年是，桃李成蹊日日新。  
几首庸诗情志抒，操琴曲曲总怡神。

張磊

2016年8月25日

# 目 录

医生功夫 .....	(1)
谈治病求本 .....	(24)
浅谈人身之水火 .....	(32)
试论《伤寒论》的“扶正固本”思想 .....	(36)
漫谈药量大小变化对治疗的意义 .....	(41)
略谈小柴胡汤、桂枝汤方证及其在临床上的运用 .....	(45)
谈谈治疗内科杂病的体会 .....	(50)
漫谈辨证立法、遣方用药 .....	(54)
辨证思维六要 .....	(58)
张磊临证遣方三原则 .....	(66)
张磊处方中之小量用药经验 .....	(70)
治杂方法 .....	(73)
临证八法 .....	(82)
动和平观 .....	(87)
五知 .....	(99)
多读医案 .....	(101)
对内科杂病治疗的体会 (提纲) .....	(103)
运用活血祛瘀法的体会 .....	(106)
漫谈应用方药的体会 .....	(111)
学医与从医的体会 .....	(118)
为医者要重视医德建设 .....	(121)
谈医与人和仁的体会 .....	(123)
从中医疗效论发展 .....	(125)
目前阻碍中医药发挥优势特色的政策障碍是什么 .....	(128)
什么是中医, 什么是中医学 .....	(129)
张磊论治胃胀十法 .....	(130)
谷青汤简介 .....	(134)

用药心法 .....	(137)
小验方 .....	(150)

# 医生功夫

功夫，也做工夫，一词有多义，这里是指素养和造诣而言。各行各业都有它的功夫要求，没有过硬的真功夫，就不能很好地完成他所肩负的任务。

医生是一个特殊的职业，肩负着救死扶伤的任务，责任重大，要有过硬的功夫。清代陈修园曾说：“医者，生人之术也，一有所误，即为杀人。”

医学门类较多，各科有各科的功夫，一个人要具备各科的功夫也有困难，但有一点是相同的，即必须具备的基本功。

刀要磨，不磨则不利；水要注，不注则干涸。医生功夫要常练，不练就不能提高，甚则倒退。据我个人体会，练好理论功夫和临床功夫，都应视为基本功。所谓理验俱丰，是练出来的。要有决心，要有恒心，要有毅力，千万浮躁不得。

## 一、理论功夫

从词义讲，理论是说理立论。这里所说的理论，当然是中医的理论。有一点需要说明，现在所说的中医，是西医传入中国以后的称谓。古时也有中医这个说法，但与现在中医的概念是截然不同的。据《辞源》对中医的解释：“符合医理。《汉书·艺文志·经方》：‘庸医以热益热，以寒增寒，精气内伤……故谚曰有病不治，常得中医。’”实际这个中应读仲音（“中”的去声）。

何谓中医理论，是难以用简单的文字和语言能说得了的，这里不作具体讨论，但可用博、大、精、深四个字来概括。毛泽东主席说“中国医药学是个伟大的宝库”，概括得非常好。

有局外人说“中医理论非常玄，玄之又玄”。他说对了，中医理论就是玄，就是玄奥。这正是中医理论的独特所在。这个理论的形成，历经了实践—认识—理论，再实践—再认识—再理论的反反复复过程，一步一步地向高级发展（这个过程永远不会停止），可以说是“仰之弥高，钻之弥坚”。它一直在有效地指导临床。试观历代大医家，皆具有高深的理论功底，无论疾病种类怎样繁多，病症怎样千变万化，只要运用好中医理论，皆能治之。如“非典”和“艾滋病”经中医治疗，皆获得了满意疗效。“医者理也，以一理而应万变”并非夸张之谈。故此，要当好医生，必须在理论上多下功夫，或者说下一番苦功夫，功夫不负苦心人。下功夫还要排除一些干扰，如懒惰、自满、浮躁、自



弃、追逐名利、华外瘁内和讥讽等。从哪些方面下功夫，我个人之见，要多读书，读书有法。

### (一) 多读书

1. 经典著作 当首推《内经》《伤寒论》和《金匱要略》。这些书大家都读过，我认为还应再读。

(1) 《内经》：即《黄帝内经》，是我国现存医学文献中最早的一部典籍，也是一部医学巨著，“理论渊深，包举弘博”（清代汪昂）。读《内经》时，要在通读的基础上背诵其重要条文。只有通读，才能观其全貌；只有背诵，才能便于运用。《内经》文奥理深，不易读懂，必须借助注释才能明其深意，兹介绍几家，以作参考。

1) 《类经》。《类经》对《内经》的注释颇为详尽，多有发明。张景岳用四十年时间研究《内经》，写成《类经》一书，深为医家所推崇，可以说为学《内经》的必备参考书。此外，《类经图翼》和后附的《类经附翼》也不可

不读。

2) 《黄帝内经素问注证发微》和《黄帝内经灵枢注证发微》。《黄帝内经素问注证发微》是明代医学家马蒔所著，他用了三年时间写成此书，在解析医理方面有所见解；《黄帝内经灵枢注证发微》亦是马蒔所著，《灵枢》文辞古奥，医理深邃，非常难懂，马氏长于针灸，有丰富的临床经验，本书中多结合临床对《灵枢》经文进行注释，故本书注释水平高于《黄帝内经素问注证发微》。

3) 《黄帝内经素问集注》。《黄帝内经素问集注》是明代张志聪会合同学及门人数十人共同注释，是一部集体著作，质量较高，有人称此书开我国医学集体创作之先河，功不可没。

(2) 《伤寒论》。《伤寒论》与《内经》一脉相承，它将理论和临床实践相结合，确定了祖国医学辨证论治的完整体系，有人称之为“开辨证论治之先河”，是一部理法方药具备的指导临床实践的医学典籍。为了更好地理解它，可以多

1) 《伤寒来苏集》。本书注重理论，与临床联系较紧，颇为后世医家所推崇。柯氏学识渊博，精通医学，他在“自序”中说：“常谓‘胸中有万卷书，笔底无半点尘’者，始可著书；‘胸中无半点尘，目中无半点尘’者，方许作古书注疏，夫著书固难，而注疏更难。”他对读仲景书颇有感触地说：“凡看仲景书，当从无方处索方，不治处求治，才知仲景无死方，仲景无死法。”

2) 《伤寒贯珠集》。本书从临床辨证论治着眼，以阐发《伤寒论》。尤氏

辨证抓主证，鉴别抓要点，他用自己的研究心得阐释了原书的深文奥意，精简扼要，条理通达。

(3)《金匱要略》：我觉得《金匱要略心典》写得很好，注释明晰，条理通达，据理确凿，切合临床，是学习和研究《金匱要略》的必读之书。

2. 后世医家著作 自仲景以后，医家辈出，代有发展，其著作可谓浩如烟海，琳琅满目。一个人精力有限，时间有限，难以尽读，但一定要多读。《全国名医验案类编》序中说：“不读书不足以明理，徒读书不足以成用；不读书不知规模，不临证不知变化。”

3. 现代医家著作 医学随着时代的发展而发展，现在大医家在继承的基础上，结合自己的临床实践，无论在理论上、学术上、经验上都有很多创新和发展，这些著作不可不读。他们都有镕古铸今之功，能使我们眼界大开，受益多多。

## (二) 读书“七重”

书要多读，又不能尽读，怎样读才能效果更好呢？我个人体会，应有选择地读。大致可分为精读之书和粗读之书。对于精读之书，要反复读，多下功夫；对于粗读之书，顾名思义要读得粗些，一览而过。但不可忽视粗读之书也有精的部分，这一部分同样要精读。概括为“七重”。

1. 重背诵 学习固须勤奋，亦宜讲求方法。以读书而言，背诵是打好中医基础最根本的方法，而且越早背诵越好。如盖房一样，一块砖一块砖砌起来，然后才能粉刷。背诵也是为后来领悟、理解和运用打下基础，后劲较足。初学医时先背诵《雷公药性赋》《汤头歌诀》《濒湖脉学》等，作为启蒙读物。继背《内经》《难经》《伤寒论》《金匱要略》等经典著作。背诵时不用默诵，可在僻静处朗朗诵读，使声出之于口，闻之于耳，会之于心。内容多的篇章，采取分段滚动式背诵方法，背诵着后边的，复习着前面的，如盖楼打地基，垫一层夯实一层，如此，才能强记不忘。背诵开始要少，由少而多，集腋成裘，积沙成丘。俗话说得好：“少年背书如锥锥石，锥入虽难，但留痕不易消失；中年背书如锥锥木，锥入较易，但留痕不如前者牢固；老年背书如锥锥水，锥入甚易，消失也快。”这个比喻，非常形象。

2. 重经典 我认为，为医者，尤其为上医者，四大经典不可不读。纵观历代大医家、有突出成就者，都是从读经典起家的。根深则叶茂，本固则枝荣。岂可忽乎者哉！《内经》为中医理论之渊藪，为医不读《内经》，则学无根本，基础不固。后世医家虽然在理论上多有创建，各成一家之说，但就其学术思想的继承性而言，无不发轫于《内经》，故读《内经》《难经》《神农本

草经》，目的在于掌握中医理论之根本。读经典著作时，要参阅相关著作，前文已述，此不多讲。

3. 重广博 除经典著作之外，还要阅读很多后世医家著作。我常说，医家要博览群书，广得其益。学习病因病机，除背诵“病机十九条”外，还要读《诸病源候论》，可以明了病因病机学理论；中医诊断方面，要读《医宗金鉴·四诊心法要诀》，该书造精微，通显幽，易学易懂，切于实用；方剂学知识，应读《医方集解》，该书辨证论方，贯通理法方药；中药学方面，可参阅《本草纲目》，其内容丰富，理明义详。我崇尚《脾胃论》，善用李东垣的补中益气汤治疗气虚发热、气虚头痛等疾病。王清任的《医林改错》本着求实精神，敢于创新，敢于纠古人之错，论述了血瘀所致病症，丰富发展瘀血学说。我主张多读名家医话医案，如《临证指南医案》《明清柳选四家医案》《谢映庐医案》《经方实验录》《秦伯未医话医案》《施今墨临床经验集》等。我认为，医案是医生临床经验的体现，是非常珍贵的医籍，读之能得到很多启发。医案大致分为两类：一是一家之专著，一是多家之集萃。前者系一人之经验，其系统性、学术性较强，如参天大树，望之蔚然；后者是医林掇英，如众蜂所酿之蜜，甘味绵绵。二者各具特色，各有其优，皆应读之。有些医案则妙中有妙、巧中有巧，有些医案则独辟蹊径，有些医案则棋高一着，令人目不暇接。其方也，如重型炮弹者有之，如轻舟行水者有之，如围魏救赵者有之。根据不同内容，或取其论，或取其方，或取其法，或取其巧，或取其妙，对其中最精要部分，更要细读，反复读，悟其理，会其意。只有广开学路才能迅速提高医疗水平。程钟龄说：“知其浅而不知其深，犹未知也；知其偏而不知其全，犹未知也。”对各家学说合读则全，分读则偏；去粗取精，扬长避短。学问并非尽载名家论著，广采博搜，不嫌点滴琐碎，“处处留心皆学问”。

4. 重得要 读书不仅要“博”，而且还要由博返“约”，能够领会或掌握一本书、一段文章的精华所在，对重要篇章或段落，要精读，反复读，重点语句还要朱笔圈点，得其要旨。如据《素问·阴阳应象大论》“故因其轻而扬之”及《温病条辨》“治上焦如羽，非轻不举”的理论，我确立了“轻清法”。本法主要用于因风热之邪伤于头部的疾患，如头痛、头懵、头晕、耳鸣、眼胀、鼻流浊涕、鼻塞不通等病。创制谷青汤，方由谷精草、青箱子、决明子、薄荷、菊花、蝉蜕、酒黄芩、蔓荆子、生甘草组成。即用轻清上浮而又凉散的药物，易于速达病所，以祛除病邪。根据《素问·汤液醪醴论》“去菀陈莖……疏涤五脏”之旨，确立了“涤浊法”。因浊邪所在的上、中、下三焦位置不同，以及病邪兼挟不同，而分浊邪阻肺、肺失清肃方，浊邪中阻、脾失其运方，肝热脾湿、浊邪积着方，浊在下焦、膀胱失利方（详见临证八法

篇)。阅读《医学心悟》后，认识到医生应具备“五知”。一是知理。明了中医博大精深的理论。《景岳全书·传忠录·明理》中说：“万事不能外乎理，而医之于理尤切……故医之临证，必期以我之一心，洞病者之一本，以我之一，对彼之一，既得一真，万疑俱释，岂不甚易？一也者，理而已矣。”二是知病。知病首先要求本，其中最重要的是求病因、病性和病体之本。《素问·至真要大论》中说：“必伏其所主，而先其所因。”三是知动。人是一个时刻不停的活动机体，疾病是一个动态的病理变化，尤其用药治疗后，其变化更是明显，所以，医者不但要知病之为病，而且要知道动之为动。四是知度。要把握好对患者的治疗尺度和用药尺度。“谨察阴阳所在而调之，以平为期。”五是知误。既要知他医之误，又要知自己之误，误必纠之，即“观其脉证，知犯何逆，随证治之”。最怕的是不知误，“一逆尚引日，再逆促命期”。张锡纯的《医学衷中参西录》是很值得认真研读的。许多书我是“蓝笔点来红笔圈”，有感于此，曾做诗一首，谓之《读书有感》：“医道精深学莫休，学如逆水荡行舟。书中要语自圈点，点点圈圈心上留。”愿与同道共勉。

5. 重心悟 学习中医典籍，不仅“博”“约”，而且还要“悟”。读书不能仅停留在字面意义上，尤其对经典著作，其理深，其义奥，非潜心研读，穷思精悟，莫得其要。如对《阴阳应象大论》“阴阳者，天地之道也……治病必求于本”中的“治病必求于本”体会较深，临床治疗中应该求病因之本，求病机之本，求病性之本，求病位之本，求病体之本。再如《素问·至真要大论》中“谨守病机，各司其属。有者求之，无者求之；盛者责之，虚者责之。必先五胜，疏其气血，令其条达，而致和平”这段经文，从“有者求之，无者求之；盛者责之，虚者责之”悟出了临床辨证思维六要，即：辨证中之证与证外之证，注意其杂；辨静态之证与动态之证，注意其变；辨有症状之证与无症状之证，注意其隐；辨宏观之证与微观之证，注意其因；辨顺逆之证与险恶之证，注意其逆；辨正治之证与误治之证，注意其伤。从“疏其气血，令其条达，而致和平”悟出了“疏利法”。疏是疏导，有分陈治理之义；利是通利，有运行排遣之义。常用于水湿失于输布出现全身郁（瘀）胀，似肿非肿的经络湮瘀证。针对水、湿、痰、瘀、气停滞的脏腑经络不同，又细分为疏补相兼方、行气通络方、化痰通络方、疏肝利湿通络方和化瘀通络方。对“令其条达，而致和平”提炼出“动、和、平”的学术思想。所谓“动”，是指正常情况下，人体是一个时刻不停地在“和”的状态运动的有机整体；其次，人体的病理是在“失和”状态下运动变化着的机体；再次，针对运动变化着的机体、疾病、病症，其理、法、方、药也应随之而动；最后，治疗的目的，使失去“和态”的机体，得到纠正，重新建立新的和平动态，达到“阴平阳

秘”。这些都是所强调读书要读到无字处的体现。

6. 重持恒 自学医以来，看书学习，从不间断，持之以恒。在受业期间以读书为主，在中医学院任教时还是以读书备课为多。现在因年龄从职务上退休，但读书学习不能退休，学无止境，干到老学到老，学到老干到老。即便诊务再忙，也要挤出一点时间看看书，展卷有益。如“达郁法”的形成，首先取法于《素问·六元正纪大论》的“五郁”，谓“木郁达之，火郁发之，土郁夺之，金郁泄之，水郁折之”。继以《伤寒论》中治“少阴病，四逆”的四逆散和《丹溪心法》治疗“六郁”的越鞠丸化裁，组成“达郁汤”，药有柴胡、枳实、白芍、苍术、川芎、香附、栀子、神曲、甘草。随着临床实践的深入，理论知识的不断积累，结合吴又可《瘟疫论》中达原饮之义，在原方的基础上，又伍入槟榔、草果、黄芩，使治疗五脏六腑之郁的力量更大，功效更全面。又如在阅读医案方面，读《临证指南医案》《吴氏医话二则》等，这些书涉及疾病广泛，论述精辟，见解独到，对临床治疗启发很大，对完善临床辨证思维很有帮助。《程门雪医案》《蒲辅周学术经验集》《岳美中医学文集》等，均为辨证精细，理验俱丰，见解独到的医著。近几年，中医医话医案迅猛增多，阅读的数量也大幅度增加，感受较深的是《朱良春用药经验集》和《李可老中医急危重症疑难病经验专辑》等，这些医家用药独到，有胆有识。我常说，当好一个中医不容易，尤其当一个水平较高的中医，更不容易。深知自己的不足，在祖国医学博大精深海洋里，只有奋力搏击才能前进！

7. 重笔录 俗语说：“好记性不如坏笔头。”读书背诵固然重要，面对汗牛充栋的中医典籍、博大精深的中医理论及丰富多彩的临床经验，都记忆不忘是不可能的，因此，对重要段落、观点做好笔录是非常重要的。系统学习中医理论是必要的，这是一个循序渐进、由浅到深、登堂入室的过程，但也不能忽视平时对零星知识的积累，每次读书勿求于多而求于精，重要部分摘录卡片，日久天长，积少成多，逐渐丰富自己、壮大自己，为临床、教学水平的提升起到重要作用。以学源不能断，起点作零点，求实不求虚，思近更思远作为学习的指导思想，坚信只要学而不厌，乐此不疲，久而久之，自能千丝成锦，百花成蜜。

## 二、临床功夫

医生不但要有理论功夫，而且要有临床功夫。临床在疗效，疗效是检验医生本领的标尺。说得天花乱坠，但治不好病，无异于纸上谈兵。诚然，医生也不可能把每个病都治痊愈，而要看你治疗是否得当。治疗是否得当，医应知之。医生应竭力避免治疗失当。如何避免失当，一是要有高度责任心，二是在

技术上要精益求精。从另一方面，患者也有个选医的问题。一般说，患者有病乱投医，心情是可以理解的，若投错了医（如庸医、假医、江湖骗子），会造成不良后果。明代张景岳曾说：“病有缓急，效有迟速。若以迟病而求速效，则未免易医。易医多，则高明本少，庸浅极多，少不胜数，事必败矣。”“但知见病求医，而不知医之为医，亦可悲矣。”“病不贵于能延医，而贵于能延真医。”临床功夫是多方面的，我觉得辨证识病和遣方用药最为重要。

证是对疾病过程中一定阶段的病位、病因、病性、病势及机体抗病能力的强弱等本质的概括，而辨证识病是中医学术的重要部分，舍去辨证识病就难以给予正确的治疗。正如清代林佩琴说：“治病之难，在于识病，而识病之难，在于辨证。”由此可见，辨证是至关重要的。也可以说，辨证是中医理论和临床经验的集中体现，辨证正确与否是疗效好坏与否的关键。辨证也是中医特色的具体体现，是任何现代仪器所不能取代的，将会永远存在下去，失去辨证，就意味着失去了中医的灵魂。辨证说起来容易，做起来也就不那么容易了，没有理验俱丰的功夫，是难以做到的。依据我个人的感悟，归纳出辨证思维六要，供临床参考。

1. 辨证中之证与证外之证，注意其杂 辨证中之证即是临证时注意抓主证。所谓主证，可以是一个症状，也可能是几个症状，这一个症状或几个症状是疾病的中心环节，它既是辨证的要点，又是治疗的重点。抓主症可以从三个方面着手：一是患者只有一个病，但伴有许多症状，如失眠患者往往有心烦心慌、头晕耳鸣等症状，很显然，失眠是其主证；二是有些患者说出一大堆症状，觉得浑身都是病，患者也说不出什么是主证，对此，医生要仔细琢磨，多费心思，找出主证；三是一个患者同时患有多种慢性病，究竟是治其一，还是兼而治之，根据其具体情况，从整体出发，权衡利弊，分清缓急，遵《素问·标本病传论》“谨察间甚，以意调之，间者并行，甚者独行”之旨，做出恰当的处理。同时，辨证必须“到位”，如一个患者，已辨其为阴虚证，这是不够的，要进一步辨其为何脏何腑之阴虚。所谓辨证外之证，即是辨其兼夹证。兼证有时与主证是一致的，有时是不一致，甚或是相反的，既要主次分明，又要统筹兼顾。辨证中之证与证外之证，也是中医辨证整体的具体体现。

**病案 1** 赵某，女，18岁。2005年8月15日就诊。

初诊主诉：月经淋漓不断5年。12岁月经初潮，13岁到现在月经淋漓不断（每天都有），量时多时少，经色暗；膝关节以下凉，手心热，纳差，入睡困难，易醒，多梦；大便带血，小便正常；冬季怕寒，手足凉，病情加重；舌质红有瘀斑，苔薄白，脉扎；易过敏，特别是对油漆。理化检查  $T_3$  2.98nmol/L， $T_4$  180nmol/L，TSH 1.3mU/L。B型超声提示：双侧卵巢增大，多囊性回声



改变，胰腺轻度增大，诊为崩漏，由脾肾亏虚，冲任失固所致。处方：川续断炭 10g，山茱萸 15g，茜草炭 10g，煨海螵蛸 30g，阿胶 10g（烔化），干姜炭 10g，党参 15g。7 剂，水煎服，每日 1 剂。

二诊：服上药月经已干净 5 天。服药自觉每天总有欲大便感，大便不成形，1 天 2 次；腰酸，腰两侧肋下气多上下窜；矢气多。现感冒已 3 天，纳差，小便可，白带稍多，色稍黄，舌质暗红有瘀斑，苔白腻，脉沉弱。照上方加炒山药 30g，盐杜仲 10g，炒麦芽 20g，麦冬 15g。10 剂，水煎服，每日 1 剂。另治感冒方：金银花 10g，连翘 10g，竹叶 10g，荆芥 10g，牛蒡子 10g，薄荷 10g，桔梗 10g，苇根 30g，前胡 10g，甘草 6g，黄芩 10g。2 剂，水煎服。

三诊：服上药 8 剂，月经又至，色鲜红，量多，行经时两肋下有空虚感、胀感，大便不成形，小便可，舌质暗红，有瘀斑，苔薄，脉沉弱。处方：熟地黄炭 30g，荆芥炭 10g，制何首乌 30g，茜草炭 10g，煨海螵蛸 30g，阿胶 10g（烔化），干姜炭 10g，山茱萸 10g，党参 10g，小麦 30g，地榆炭 30g，乌梅炭 10g。6 剂，水煎服，每日 1 剂。

四诊：服上药后月经已有明显周期，但周期仍较短，色黑；双膝关节以下发凉，手心热，咽腔疼痛，面部头部有多个疖子；腹部胀气，下午明显；舌质暗，边有瘀斑，苔黄，脉细。处方：炒白术 10g，生黄芪 15g，茯神 10g，党参 10g，远志 10g，炒酸枣仁 20g，龙眼肉 10g（另煎），制何首乌 10g，木香 6g，栀子 10g，黄芩 10g，生地黄 20g，茜草炭 10g，煨海螵蛸 30g，炙甘草 6g。6 剂，水煎服，每日 1 剂。

本案患者素体肾气不足，封藏不固，冲任失摄，以致自月经初潮以来，淋漓不断达 5 年之久，痛苦异常。观前医用药，清热凉血者有之，补肾固冲者有之，健脾补肾者有之，均未见效。细审经量时多时少，色暗，双下肢发凉，冬季怕冷，病情加重，乃为脾肾亏虚，冲任失固，且有血虚血瘀之候。以川续断、山茱萸补肝肾；党参、干姜温阳健脾；茜草、煨海螵蛸收敛止血；阿胶补血止血。且多炭用，取其一药双效，方中药少，效专力宏，单刀直入，迅见效果。之后补肝肾，继续治疗。辨证之中注意“手心热、入睡困难、易醒”是由肾虚失固、淋漓伤血所致，不可视为阴虚内热，即“辨证外之证，注意其杂”。本方以四乌贼骨一蘼茹丸和胶姜汤为主进行加味。胶姜汤治妇人陷经漏下黑不解者。陈修园赞之曰：“胶姜方阙症犹藏，漏下陷经黑色详，姜性温提胶养血，刚柔运化配阴阳。”5 年之漏，3 剂起效，足见此方之妙。末方以归脾汤加入栀、芩、地，以清火宁血，有相得益彰之用。

**病案 2** 王某，女，66 岁。2006 年 3 月 29 日就诊。

初诊主诉：五更泻 10 余年。患者从小即肠胃弱，30 多岁时曾经腹泻一段

时间，体重下降；消瘦，吃青菜、油腻则泄泻；腹不胀，纳少；乏力腿软，下肢发凉；口干引饮，饮不解渴；舌质暗，苔薄白，脉沉弱。有心肌缺血病史。诊为脾肾阳虚泄泻。处方：补骨脂 10g，吴茱萸 6g，五味子 10g，肉桂 6g，制附子 10g（先煎），煨肉豆蔻 10g，炒山药 30g，乌梅 6g。6 剂，水煎服，每日 1 剂。

二诊：服药后病情见好，体力增强，口渴减轻，饮水减少，曾做甲状腺、肿瘤等检查，均无发现异常。现不食青菜及油腻之品则大便正常，四肢肌温正常，但足厥寒冷，以致不能入睡，舌质淡，苔薄，脉沉弱。处方：党参 10g，炒白术 10g，茯苓 10g，补骨脂 10g，五味子 10g，肉桂 6g，制附子 6g（先煎），炒山药 30g，乌梅 6g，鸡内金 6g，炒麦芽 15g，炙甘草 6g，生姜 3 片（为引）。12 剂，水煎服，每日 1 剂。

三诊：患者服上药 24 剂后，五更泄大有好转，口干渴亦轻。现消瘦，泛酸；大便成形，每日 1 次，纳可，小便可；口干渴，饮水多，不能吃凉食物；眠差，早醒；腰骶以下冷，全身亦怕冷；舌质淡红，苔薄腻，脉弱细。仍为脾肾阳虚，水失蒸腾所致。上方加鸡内金 6g，干姜 3g，煨海螵蛸 10g。12 剂。水煎服，每日 1 剂。

案中五更泄 10 年余是主症，饥不欲食，双下肢发凉是次症，皆脾肾阳虚之候。但口渴引饮，每次能饮水 2~2.5L，是其兼症，颇似阴虚之象，实乃脾肾阳虚，水失蒸腾气化，不能化生津液所致。故以温补脾肾，涩肠止泻为法。四神丸合附子理中汤加减，使脾阳得健，肾阳得补，气化复常，泻、渴自除。辨证时既注重辨证中之证“五更泄”、双下肢发凉等，又须重视证外之证“口渴引饮，饮不解渴”，莫为现象迷惑，应究其病机，注意其杂。

2. 辨静态之证与动态之证，注意其变 中医的证是疾病在发生发展中某一时期的特定的病理状态，它随外界气候、患者个体体质、邪正关系的对比、治疗措施是否得当等因素而变化。疾病是动态的，不是静止的；静是相对的，动是绝对的。因为疾病是在人身上发生的，除病邪本身变动外，人体本身就是一个时刻不停的活动机体，尤其是用药以后，其变动更是明显，所以说，医者不但要知病之为病，而且要知动之为动。这个动，主要靠医生依据当时的病态细心体察。因此，医生对待复诊患者时要特别用心，否则就会出现失误。由于疾病是动态的，医生要具有对疾病治疗的驾驭能力，证变治亦变，有是证用是药，证型决定治疗措施。因此，对疾病的整个辨证论治过程是在动态中进行的，既有原则性，又是灵活多变的。如果以僵硬的辨病论治的诊疗思路来对待中医，必将把中医的研究引入歧途。

病案 1 陈某，女，21 岁，汉族。2006 年 1 月 12 日就诊。



初诊主诉：面部烘热、面赤如醉4年，低热4月余。患者自于5个月前无明显原因出现低热，体温37.5℃左右；面部烘热，面赤如醉4年，下午或晚饭后较多，能持续3~4小时。低热一般于下午、晚上出现，上午不发热。畏寒风，全身肌肉轻拍时疼痛，右肩部麻似虫行，腰痛；月经提前10余天，经期6~7天，量多色暗血块多；白带正常；纳可，二便调；常咽干痛，饮水多；两手颤，颈显大。舌质红淡、瘦，苔薄白稍腻，脉细数。血常规：白细胞低( $3.1 \times 10^9/L$ )，类风湿因子弱阳性，曾查 $T_3$ 、 $T_4$ 正常。处方：金银花30g，玄参30g，栀子10g，蒲公英30g，赤芍15g，连翘10g，竹叶10g，知母10g，地骨皮15g，牡丹皮10g，柴胡10g，制香附10g，生甘草6g。6剂，水煎服，每日1剂。

二诊：服药后体温较前降低，温度37.2℃，面热较前时间短，大便干，咽干痛，口不苦，仍手颤，全身肌肉有叩击痛。处方：熟地黄10g，当归10g，生白芍20g，川芎6g，牡丹皮10g，地骨皮20g，柴胡10g，黄芩10g，桔梗10g，连翘10g，生甘草6g。

三诊：服上药期间体温降至正常，停药后又出现低热，时全身燥热；面部红赤如醉，燥热，时恶寒；晨起全身僵硬，腰硬痛，左手麻；月经提前8~9天，经期5~6天，量稍多，经期腰痛；二便调；双下肢久坐后不舒适；舌质淡红，苔薄白，脉细略数。处方：熟地黄10g，当归10g，生白芍20g，川芎6g，牡丹皮10g，柴胡10g，黄芩10g，金银花10g，连翘10g，生龙骨30g（先煎），生牡蛎30g（先煎），生甘草6g，地骨皮20g，知母10g。12剂，水煎服，每日1剂。

本案患者病程较长，面部烘热如醉，低热，全身肌肉叩击痛，两手震颤，月经提前，量多色暗，咽干痛，饮水多，畏风寒，乃风热稽留，深陷厥阴肝经，耗伤阴血，引动肝风。先以银翘散合地骨皮饮加减，疏风散邪，滋阴清热。恶风寒消失，风热渐散，但低热未除，病仍未变，证有变化，以邪陷厥阴为主。用地骨皮饮合小柴胡汤加减，以滋阴养血，和解透达，使耗伤之阴血渐复，深陷厥阴之邪热外透，热退风息，疗效良好。

#### 病案2 刘某，女，41岁。

初诊主诉：6个月前停经，检查为卵巢早衰（卵巢萎缩），使用黄体酮、己烯雌酚，行经3天，至今闭经。现身乏力，易感冒，左肩关节发凉，双脚大趾怕凉，心悸；大便每日2次，小便可；白带量多，色淡黄；口干有时苦；睡眠多梦；舌质暗红，苔白腻兼黄，脉弦。以前月经来时乳房胀痛。某医院B超检查：卵巢早衰，子宫（40mm×35mm×32mm）。月余后再次B超检查：双侧卵巢萎缩（17mm左右），子宫（35mm×27mm×25mm）。诊断为闭经。由肝