

老中医經驗选編

湖北省中医葯研究院



前 言

为贯彻落实党的中医政策。继承和发扬祖国医药学遗产，我们搜集整理了我院李丹初、钱远铭、姚新民三位老中医的临床经验。他们从事中医工作数十年之久，均有一定的理论见解和丰富临床经验。为了使他们的宝贵经验更好地得到交流，特整编成册，以供读者参考。

本书内容共分三部份，第一部份系理论探讨，主要对祖国医学理论方面作了探索性的研究；第二部份是竹堂医话，其中既有治疗体会，又有读书心得；第三部份是临床经验，每案均以中医的理论进行辨证施治，并附有现代医学的检查依据。纪录扼要明了，能反映治疗过程，并体现出中医的特色。

由于我们水平有限，在整理过程中，难免存在缺点，希望读者及时提出宝贵意见，以便进一步做好老中医经验的整理工作。

编 者

目 录

理论探讨

(第一部分)

下法在内科领域中的应用	钱远铭 (1)
培本扶正在防治领域中的地位	钱远铭 (9)
切脉必须明辨气血生化之源	钱远铭 (15)
舌诊对扶正祛邪的临床指导意义	钱远铭 (25)
张子和学说评介	钱远铭 (29)
赵献可学说评介	钱远铭 (32)
关于《内经》针刺补泻与现代轻重刺激的初步比较	钱远铭 (37)
灵活运用是针刺手法中的重要一环	钱远铭 (39)

竹堂医话

(第二部分)

竹堂医话	钱远铭 (43)
------------	----------

临床经验

(第三部分)

李丹初医案

结节性动脉周围炎	(77)
水肿治验例一	(78)
水肿治验例二	(79)
急性肾炎治验一例	(80)
慢性肾炎合并尿毒症	(81)
中西医结合治疗慢性肾炎合并尿毒症——昏迷一例	(82)
胁痛(慢性肝炎)治验例一	(83)
胁痛(慢性肝炎,肝硬化)治验例二	(84)
黄疸治验一例	(85)
非特异性溃疡性结肠炎治验一例	(86)
治愈顽固性便秘一例	(86)
精神分裂症治验一例	(87)

治愈复发性坏死性粘液腺口腔炎一例	(88)
芙蓉根皮治疗绿脓杆菌感染——肺炎痈验案一例	(89)

钱远铭医案

培本扶正对外伤性截瘫合并感染和大面积褥疮疗效观察	(90)
清解注射液对26例感染性疾病的临床疗效观察	(92)
中医药治疗渗出性胸膜炎临床疗效报导	(94)
千金苇茎汤之临床应用	(98)
以麝香丸为主治疗类风湿性关节炎验案四例	(100)
情志忧郁对诱发胆系感染之影响	(103)
痹症治验	(104)
乳糜尿治验三例	(108)
肺心心衰温阳利水治验二则	(110)
治疗阴吹的体会	(112)
顽固性心动过速一例治验	(113)
顽固性哮喘治验	(114)
糖尿病治验	(115)
脑栓塞治验二例	(116)
阴缩症一例治验	(117)
低胃酸性胃炎一例治验	(117)
大便滑泻治验	(118)
中毒性休克治验	(118)
心绞痛治验	(119)
慢性肾炎合并尿毒症治验	(120)
病态性窦房结综合征治验	(121)
季节性足趾关节肿痛症治验	(121)
肺痛治验	(122)

姚新民医案

头痛三例	(123)
眩晕	(124)
齿颊疼痛	(125)
胃下垂	(125)
腰痛	(126)
糖尿病(消渴)	(127)
肾盂肾炎(淋病)	(128)
热入血室	(129)
验方介绍之一	(130)
验方介绍之二	(130)

下法在内科领域的应用

钱 远 铭

近年以来，中医下法在外科领域中已经取得了一些可喜的成绩，如天津南开医院运用通里攻下治疗急腹症，取得了满意的疗效。全国各地已广泛开展应用，并在原理探讨方面取得了相应的成就。个人经过多年的临床体验，认为下法在内科领域中对许多急慢性疾病，只要运用得当，亦能收到满意效果。是一个收效迅速，不可忽视的治疗手段，大有进一步研讨之必要。

几千年来，由于中医流派很多，主攻、主补，各执一见，互相排斥，以致主攻派张子和、吴又可诸家，成了补派众矢之的，不加可否，妄批下法之弊，并进一步发难，对下法提出了许多清规戒律，医者不敢用，病家不敢尝。一病当前，不分虚实缓急，立法处方，务求至稳至当，平补平泻，不敢攻下，坐失病机。正如张子和所云：“予余养病者多，治病者少，良可叹也！”诚乎下法之不被人重视，由来已久。事实上前人攻击下法之误，虽有其一定之见解。但究竟缺乏科学分析，往往属于病情发展的自然规律，根本不是用了下法而出现的病情恶化，不加分析，统统归于一误。因此，在今天充分发掘祖国医学遗产，提高中医临床疗效的高潮中，对于下法在内科领域的应用，值得大声疾呼，加紧强化的必要。根据个人多年来在中西医共同观察的基础上，运用下法治疗内科多种疾病，只要抓住可下之机，认为利多弊少，至稳至当，确有推广应用之必要。兹就个人管见，分述如下。

一. 文献论述

下法属于八法之一，历来为医家所重视。《内经》一书，对于下法虽无具体方药，但在许多篇幅中提出了有关下法的启示。如“实则泻之”；“通因通用”；“去宛陈莖”等等，都是指导我们在对某些疾病的治疗过程中，应积极从下法中去找出路，方可收到治疗效果。

东汉张仲景所著《伤寒论》和《金匱要略》二书，一主外感六淫，一主内伤杂病，其中应用下法治病者屡见不鲜。就《伤寒论》而言，其113方之中，下法就占了18个之多；397法之中，下法就占了30余法。并在太阳、阳明、少阴诸篇中，多次提出下法及“急下之”的郑重交待。教人在某些场合中，应当急于攻下，千万不可错过病机，延误病情。其《金匱要略》中之茵陈蒿汤治疗黄疸，十枣汤治疗痰饮，大柴胡汤治疗肝胆实热证，传至今日，还是历试有效之方法，临床上有很大的指导意义。

金元四大家之张子和对于下法尤有所长，所传《儒门事亲》一书，主要是以治内科杂病为主。全书内容，几乎大部分以攻下为主要治疗手段。其治病主要观点，认为“病之一物，非人身所素有也。或自外而入，或自内而生，皆邪气也。邪气加诸人身，速攻之可也，速去之可也，搅而留之则为害”。故必“先攻其邪，邪去而元气自复”。对补虚攻实二者，认为

“惟脉脱下虚，无邪无积之人始可议补。其余有邪有积之人而议补者，犹鯨湮洪水者也”。坚决反对“邪气未消先固正气”之俗套。总之，张氏力主“攻邪即所以扶正，损有余即所以补不足”。绝不是李士材辈“备参五斤，期于三月奏效”之贪天之功以为己力者可比。对于下法，张氏自认：“予用此法如身之使臂，臂之使指，无往而不利”，达到了应用自如，得心应手之境地。

明末吴又可，系一治疗传染病专家。著有《瘟疫论》一书。当时正值明王朝政治腐败，战争频繁，人民处于流离失所，瘟疫到处流行之时。其书中自序云：“崇祯辛巳，疫气流行，感者甚众，于五、六月益甚，或合门传染。其于始发之时，师以正伤寒之法治之，未有不殆者”。由此可见，吴氏当时所接触的疾病多属于现代医学之传染病；同时吴氏指出对于这一类传染病非一般传统方法所能奏效。吴氏对瘟疫之治疗，主要是长于下法；而在下法中，又以善于运用大黄称著。他在下法的运用，不一定受前人所谓痞、满、燥、实、坚五证具备的清规戒律所约束。提出：“瘟疫所下者约三十余症，不必悉具。但见苔黄，心下痞满者，便可加用大黄下之”。又认为“应下之症，见下无结粪，以为下之早；或以为不应下之症误投下药。殊不知承气本为逐邪而设，非专为结粪而设。必欲待其粪结，血液为之所搏，变症迭起。是养虎为患，医之咎也。况多有溏粪失下，但蒸作极臭，如败酱，如藕泥，临死不结者。但得秽恶一去，邪毒至此而消”。这充分说明吴氏通过许多实际经验，对于下法之运用，冲破了前人许多清规戒律，提出了许多独特见解，成为下法在内科急性病的一大发展。

就以上几家有关下法的观点看来，张仲景是外感、内伤均重视用下法者；张子和是杂病中重视用下法者；吴又可可是传染病中重视用下法者。其中特别是张子和、吴又可两家能别开生面，打破陈规，随机应变，运用自如，在临床上取得了许多新的见解和卓越的疗效，是值得我们深加研讨的。

二. 方药运用

历来所用下法之方药很多，温下寒下，攻补兼施，寒温并用，方药繁多，难于记述。根据个人体验，认为在内科领域中，一般只要分为祛痰逐饮和清热解毒两大类，即可适应临床应用，凡属邪火上亢，热毒内结，火热伤津等场合，以大黄、芒硝为主，结合不同病情配合用药。

如热郁黄疽者，则加茵陈、青蒿、栀子、黄柏之属；

如肝风内动、痰火上壅者，则加勾藤、地龙、胆星、牛夕之属；

如咳血、吐血、衄血，火迫血行者，则加赤芍、丹皮、三七、阿胶、白芨之属；

如痰热阻肺，咳唾黄痰者，则加川贝、瓜蒌、枳实、竹沥之属；

如腹满、腹痛、胃肠气滞者，则加厚朴、枳实之属。

凡属痰饮流注，水肿膨胀，取其逐水祛痰者，以甘遂、芫花、大戟、二丑为主。如成方中之控涎丹、消水丸、十枣汤、舟车丸之类，均可采用。但据个人长期临床体验，认为上述方中，剂量大，泻水量不多；同时服用容易产生恶心呕吐反应，往往难于达到预期效果。经过反复试验，认为甘遂一味，服量小、药力大、泻水量多，但恶心呕吐反应亦大。为了减轻这一副作用，采用胶囊固定法制成“甘遂胶囊”，可以减轻反应，收到良好的泻水作用。其具体制作过程如下：

煨甘遂50克，碾成细末

空心胶囊100个

阿胶6克

先将甘遂末装入空心胶囊内，以满为度。再将阿胶打碎，放在搪瓷杯内加水少许，用酒精灯慢慢溶化，并继续熬炼，炼至起大泡为止。而另一碗盛好开水，将炼好之阿胶连杯放进开水中进行保温。再用竹签点上阿胶将每个胶囊进行封口，放置玻璃板上风干。另用75%酒精95毫升，福尔马林5毫升共100毫升，合放杯内。将上述胶囊一次全部放在杯内泡15分钟，准时取出，放置玻璃板上风干待用。甘遂胶囊经过上述方法处理后，一般在胃中不吸收，到肠内才被吸收，这样可以减少胃中刺激，不致出现恶心呕吐反应。

服用剂量，一般二至三个胶囊为小量，四至五个为中量，六至七个为大量。

凡服泻下方药，一般要求早上空腹时服一次，不必一日数服，以免影响胃肠的营养吸收。但急诊情况下，可以例外。

凡需多次进行下法者，必须根据上一次服药反应，决定下一次用药剂量。若上一次泻水量多，则不必再加剂量；若上一次泻水量少，则可适当增加剂量。同时还应根据病人反应大小，决定用药次数。如经过泻下以后，精神食欲不见衰减，则可每日或隔日一次；若泻下以后，精神食欲日益减退，则应暂停泻下，或改用其他治疗方法。

三、临床体验

根据多年来临床体验，下法对内科领域的许多急、慢性疾病，甚至是疑难病证，往往经过常规方法治疗无效者，经用下法之后得到突破，提高了疗效。特别是1965年在开展中医药治疗急性病过程中，深深体验到下法对急性病的重要地位。往往根据病情发展，抓住可下之机，立即施行下法，则可收到意外的疗效。

1. 用下法治疗黄疸型肝炎，前人本有茵陈蒿汤之记载。但过去用茵陈蒿汤时，大黄一般用量不大，更谈不上加用芒硝了。1966年在传染病房时，有一女性学生，以黄疸三天入院，入院后体温逐渐上升，午后为甚，食感不振，黄疸日益加深。所用清热利湿之剂毫无效果。当时见其大便五日未行，虽无腹满、腹痛的见症，但苔黄脉实，病之征结全在阳明燥热内结，关键在于大便一通，病情当有转机。乃用《全医要略》大黄硝石汤投服，一经通下之后，体温下降，食欲好转。继用三剂，黄疸明显消退，调治月余，肝功能正常出院。通过这一病例启示，给我们运用下法治疗黄疸型肝炎敞开了一条通路。自此以后，对黄疸型肝炎，运用大黄硝石汤进行治疗。每日一剂，煎成200毫升，早晨空腹一次服完，以黄疸基本消退为度。先后运用下法治疗40余例，平均退黄14.5天，收到良好效果。此外，经过其他方法治疗黄疸迁延不愈者，用大黄硝石汤合平胃散制成蜜丸，每日三次每次九克，取其缓病缓治的原则，亦收到较好的效果。

典型病例

罗××，男性，27岁，住院号72466。

于1966年4月16日以黄疸一月治疗无效，拍送我院求治。入院时全身色黄如金，巩膜深度黄染、腹平坦、肝胆区无压痛，肝在肋弓下2cm，质中等，边缘清楚，腹水(一)，口干

喜饮，每晚饮水五磅，腹微胀满，解黄色软便，小便黄，舌红苔白微黄，脉缓。肝功能：转氨酶360单位，黄疸指数140单位，胆红素20毫克%，且白比例0.62/1，射香草酚浊度10单位，脑絮(++++), 诊为黄疸型肝炎，(亚急性肝坏死?)，单用中药治疗。据其口渴多饮，苔黄尿黄，断为湿热蕴结之候，用大茵陈蒿汤加茵陈连服十剂。一般情况好转，食欲倍增，口渴大减，黄疸指数降为50单位，全身黄色显著消退。先后服大茵陈蒿汤三十余剂，共用大黄9两7钱，芒硝20两。住院100天出院。出院时健康恢复，日食一斤半左右。肝功能基本正常。

2. 用下法治疗中风：中风一症(相当脑血管意外)，历来只有外风、内风之分。外风多以祛风涤痰为法，如大小续命汤之类；内风多以平肝熄风，育阴潜阳为法，如三甲复脉汤之类。至于用下法治中风者，除刘河间提到中腑用三化汤通下论治外，历来医家很少用下法治中风者。1966年曾遇一朱××女性患者，年67岁，原有高血压病史。以突然昏倒，神识昏迷，面口歪斜，左半身不遂入院。入院后一直昏迷不醒，当时对本病处理并无积极措施。除每天适当给以静脉输液外，未作任何特殊处理。入院第四天、发现患者大便五日未行，舌苔黄厚，口气臭甚。勉以大承气汤一剂疏通大便(从胃管分二次给药)，作为对症施治，非有其他希望。不料大便通畅以后，病情立见好转。连给数剂，神识渐清，半身不遂亦渐恢复，住院一月，扶行出院。通过这一病例的启发，使我们对下法治疗中风发生了兴趣。自此以后，先后用下法治疗中风二十余例，收到良好效果。

典型病例

朱××，男性，59岁，住院号20057。

患者为中医附院职工，原有高血压病史。于1968年9月29日下午四时因上厕所倒伏于地，抬送入院。当时神识颇清，血压为210/120毫米汞柱，瞳孔等大，对光反射存在，颈软，右半身不遂。诊断为脑血管痉挛，用西药治疗。两周以后，症状渐见加剧，增见嗜睡，神识模糊，小便失禁，右侧呈弛缓性瘫痪，轻度项强，血压不稳定，有时很高。经再次会诊，认为病情已有发展，为脑溢血可能性大。家属要求改用中药治疗。当时见其大便十日未行，脉弦有力，小便黄赤，苔黄而厚腻，已有可下之征。用调胃承气汤加姜仁、川贝、勾藤、地龙之属投服。服后大便即见通畅，病情渐见好转。继续每日服上方一剂，精神好转、食欲增进，半身不遂亦渐恢复，血压亦趋稳定。先后服下剂二十四剂，共用玄明粉20.2两，大黄6两，自己扶行出院。

用下法治疗渗出性胸膜炎：渗出性胸膜炎，据其咳逆、短气、胸胁引痛，初步看来与中医悬饮一症有相类似。《金匱要略》痰饮篇云：“饮后水流在胁下、咳唾引痛，谓之悬饮”；“脉沉而弦者，悬饮内痛”；“病悬饮者，十枣汤主之”。指出本病成因，主要是水饮停在胸胁之分，阻于肝则胸胁引痛；射于肺则咳逆而短气。必以峻下之法攻其有形之水，方能奏效。但本病从现代医学观点，通过泻下大便而收到消除胸腔积液，不易被人理解。因此，我们在中西医结合严密观察下，先从个别病例开始，首先明确胸水位置，经用控涎丹投服三、四次后，发现胸水很快消失，收到满意疗效。自此先后用控涎丹、十枣汤。甘遂胶囊治二十余例，效果良好。其中特别值得提出的是，有些患者经过西医反复抽水而胸水反复增长不能消失者，经用下法治疗后，胸水不再增长，得到痊愈。

典型病例

例一：李××，女性，50岁，住院号90658。

于1965年11月16日以发热、咳嗽、气短、胸痛九天入院。一般情况差，倚息不得卧，检

查：气管右移、左胸前扣诊浊音，呼吸音减弱，心界右移，腹隆起，移动性浊音，腹水征(++)，唇红，舌红苔白，脉弦而滑。胸透提示：左侧胸膜炎，大量积液。血沉一小时71毫米。入院后第三天作诊断穿刺，抽出胸水500毫升。诊断为渗出性胸膜炎，多发性浆膜积液，单用中医药治疗，先后用十枣汤，大陷胸汤十八剂，胸水消失，腹水亦退，咳嗽胸痛大减，体温正常，一般情况好转。住院51天出院。

例二：鲁××，男性，55岁，住院号123713。

于1973年6月19日以胸痛、咳嗽、气喘不能平卧，午后发热21天入院。入院前一周在门诊确诊为左侧胸膜炎，大量积液。先后在门诊抽过胸水两次。第一次抽水900毫升，三天后第二次又抽水1200毫升，随抽随胀。在第二次抽完胸水后胸透，发现左肺下叶有大片阴影，有新生物可疑，收入住院观察。入院后继续用西药抗痨治疗。气喘咳嗽有好转，扣诊：浊音界第九后肋间。9月30日症状加剧，气喘不能平卧，扣诊浊音界上升至第六肋间。胸透复查：左侧中量积液，上界第六后肋平面。证明患者胸水第三次复发。在此期间，除继续口服雷米封外，于10月10日开始用甘遂胶囊，间日一次，每次四粒，连服四次，每次泻水颇多。咳嗽气喘明显减轻，可以平卧，扣诊左侧浊音界下降到第九后肋间。10月24日胸透证实：左侧胸膜炎，以肥厚为主，有包裹性改变。自此以后，改投清肺化痰之剂，症状消失，精神胃纳转佳，于11月7日出院。出院后一月来门诊复查，除发现胸膜肥厚外，余无所见。一年后随访，身体健康，参加体力劳动。

4. 下法治疗肝硬化腹水：肝硬化腹水，为肝病晚期阶段，治疗甚为棘手。目前西药方面虽有较强利尿作用，然多数病例用后尿量增多，但排出多为全身组织间水分，而由门脉高压所形成之腹水并不稍减，腹胀依然如故。倘若过分利尿，往往造成电解质紊乱，促进肝昏迷，后果更坏，给临床治疗造成一筹莫展之地步。个人在长期临床摸索中，运用下法作过一些探索性治疗，部分病例收到较好效果。经验认为，凡腹水兼见有黄疸者难治，不兼见黄疸者可治；腹围虽大，按之如囊裹水，扣之如已成熟之西瓜者可治；腹围虽不太大，而胀满如鼓，皮肤绷紧，扣之如未成熟之西瓜者难治。在治疗措施上，认为本病虽属肝病晚期，正气衰惫，本应扶正为法。但究属本虚标实之候，当务之急全在腹胀一症。腹胀不减，则任何措施均不现实，故必从下法中寻找一线出路。一般有单用甘遂胶囊通下而收效者；有因腹压太大，先用西药利尿无效，用甘遂胶囊泻下二、三次，待腹压稍减，再用西药利尿而生效者；有同时西药利尿，中药甘遂胶囊泻下生效者。其具体措施可根据病情随时决定。但在泻下过程中，必须注意病人的精神食欲变化。若泻下以后精神食欲未见减退，则泻下之剂可以继续投服；若泻下几次以后，精神食欲明显减退，则必停止泻下，不可一味只顾攻下而不顾正虚之一面。

典型病例

纪××，男性，20岁，住院号90547。

患者为矿区工人，于1968年8月发现肝脾肿大，未加介意。同年7月因一次高烧后出现腹胀。经当地医治无效，于11月25日转我院求治。入院时一般情况尚可，形瘦如柴，腹大如瓮，巩膜无黄染，肝脾未触及，腹上青筋暴露，有如指大一枝，肚脐突出，大如鹅卵。肝功能不正常，A/G为0.4/1。否认有血吸虫疫水接触史。入院后用西药治疗，经过安体舒通，双氢克尿塞，汞撒利等系统治疗，毫无进展。而且精神食欲日益减退，卧床不起，腹围达111公分，家属哭泣待毙。至69年3月9日适余初合甘遂胶囊一料，家属一再要求试治。初见其正虚之

极，不敢投服，后察其两目炯炯有神，精气犹未完全耗竭，勉以一试。嘱次日凌晨空腹服甘遂胶囊三粒，以观后效。服后三小时即见腹泻稀水，不以次计，水自肛门不断流出，约达2000毫升左右，泻后精神食欲反见好转，连续每日或隔日一次投服。三周以后，腹水基本消失，一般情况好转。由于腹水消得太快，腹壁一时收缩不及，皱皮下垂，下床活动则需双手捧腹而行。经用腹带捆扎逐渐回收。于1969年6月1日步行出院。经过一年随访，尚能健康存在。

5、下法治疗哮喘：哮喘一症，多挟痰饮为患，仲景所谓：“咳逆倚息不得卧，其形如肿，谓之支饮”，“夫有支饮家，咳烦胸中痛者，……宜十枣汤”。指出本病可用十枣汤峻下之剂，达到祛痰逐饮之作用。个人在此症发作高潮，多方无效者，亦用甘遂胶囊投服二、三次，往往收到意外之疗效。

典型病例

秦××，男性，20岁，住院号18014。

于1978年6月28日以胸闷，气喘不能平卧，持续发作三个月入院。入院时，半卧位，唇绀，胸前后径增宽，剑突下陷，胸隔间隙增宽。双肺满布哮鸣音，心尖搏动在锁骨中线内第五肋间，心率110次/分，律齐，未闻杂音。面色晦暗，舌暗红，苔薄黄白相兼，脉来细数。胸片：慢性支气管炎，肺气肿，早期肺心病。入院后用药治疗，效果不显。每晚症状加剧，必须加用非那根、氨茶碱注射始能缓解。于10月7日每日早上投服甘遂胶囊五粒，每次泻水三四次，哮喘逐渐平复，一般情况好转，可以平卧，两肺哮鸣音消失。继用培本扶正之剂巩固疗效，住院42天出院。

总之，十多年来运用下法对内科许多急慢性疾病治疗收到满意效果。如用调胃承气汤在治疗乙型脑炎和支气管肺炎之高热不退者；甘遂胶囊治疗风湿性关节炎之肿痛不止者；三黄泻心汤之治疗吐血、衄血、咯血不止者。以及独黄丸（即制大黄一味碾末水泛为丸）之治急性菌痢，甘遂胶囊之治尿毒症等，往往收到意想不到之疗效。个人认为在临床过程中，应不断密切观察，寻找可下之机，特别是急性病中尤应如此。凡大便数日不行，或一日数行而兼见腹满腹痛，便稠腐秽者；或热性病而见苔黄口臭者，均可相机施行下法。或硝黄并用，或用黄而不用硝；有表者寓表于下，如凉膈散，双解散之类；有寒者温中泻下，如大黄附子泻心汤、大黄附子细辛汤之类；有痰饮内停，水湿流注者，如甘遂胶囊、控涎丹之类。其中功补兼施，调气清利，随机应变，久之自可得心应手。

关于下法，历来医家提出了许多禁忌之症，这固然是前人的经验，我们不应加以否定。但这些经验作为一般规律则可，作为每一个病例的机械运用，则未免因噎废食了。真正的临床要求，应把功补二者做到有机结合，灵活运用，才能做到恰到好处。如上消化道出血一症，通常是以止血为法，但少数患者在吐血便血之后，腹痛始终不止，或刺痛，或痛处拒按，便血迁延不止者。往往服止血之药，越止越痛，越痛而便血越不得止。必须相机加用大黄、桃仁微以通利，方可收效。此所谓痛则不通，通则不痛之道理。又如气喘心慌，病情危重之心衰患者，一般不主张运用下法。但在特殊情况下，矛盾急剧转化，非用下法不可者，亦需断然施用，不可姑息，错失病机。曾遇一风湿性心脏病患者，方××，女性，27岁，住院号：66843，于1965年7月以风心衰Ⅲ°，心房纤颤入院。入院后用西药治疗。至8月5日突起腹痛，大便不通，肠鸣音减弱，腹胀如鼓。痛剧时用杜冷丁50mg仅能缓解片刻。五天之中饮食点滴不能入喉，气喘心慌，不能平卧。经外科会诊，断为血栓性肠梗阻，但以严重心脏病，无法进行手术治疗。延至8月10日下午10

时，决意采用扶正通下为法，投以党参、附子、干姜、当归、细辛、广香、枳实、大黄、玄明粉等，煎成400毫升，分四次服，每隔二小时服一次。服至次日九时许，肠鸣音活跃，大便通，泻出粪水一痰盂之多，腹胀腹痛即时消失。熟睡半日，精神渐复，心慌气喘亦随好转。

实践告诉我们，在运用下法过程中，不一定要求脉证完全相应；更不可一病上手，只看到正虚之一面，而忽视了虚中夹实的一面，以致徘徊坐待，错失病机，延误病情。应积极观察，全面分析，抓其一点可下之机，当机立断，施行下法，以希达到解救垂危之急。从多年临床体会，认为下法是比较安全的。只要在护理上多加注意，一般没有什么副作用。当然，我们也不赞成见病不加分析、不加辩证地滥用下法，给病人造成不应有的损失。

四、下法为什么能治好病

下法为什么能治好病？弄清楚这个问题，当然是一个非常复杂的研究过程。我们虽然没有作过有关的实质性探讨，但从多方面的临床观察，结合多种疾病用同一治疗手段收到一致的疗效，其作用机制必有一定的共同基础。初步分析，可能有以下几个方面的作用。

1. 调整体液和血液循环作用。如前所述，用甘露胶囊从大便中泻水达到消除胸腔之积液，这从直观意识上是不可理解的。但从客观上通过大多数病例的实践，确能收到预期效果，并且有些病例通过西医多次抽水而反复增长者，一经泻水之后，胸水消失，不再增长。这是是否由于通过大量泻水以后，在机体另一部分造成人为失水，使得某一部分已经停留的积液，通过机体本身调节作用，去补偿机体另一部分的体液消耗，从而达到治疗效果，有待进一步研究。同样用大黄芒硝的泻下作用，治疗脑溢血、吐血、咯血、衄血等中医所谓肝火旺盛、迫血妄行等证，是否这类血症，是由于特殊情况下，血液分布异常，导致出血部分之一时血液淤阻，压力增高，出血不止。经过泻下以后，人为地造成某一部分之体液消耗，压力减低，激发机体本身调节功能，起到止血效果，值得研究和探讨。

2. 促进新陈代谢、排泄毒素作用。由于在疾病过程中，机体受着疾病不同程度的影响，新陈代谢自然也不同程度发生障碍。而大便的排泄功能在机体的新陈代谢方面占着极其重要地位。当机体在疾病过程中，大便稍一不能通畅，则机体中许多陈废物质得不到及时排泄，因而反过来可以危害机体健康，促进疾病的发展。此时如果有计划地运用下法，给予人为的通行大便，便可起到减少胃肠积滞，促进新陈代谢，达到排泄毒素之作用。例如我们用下法缓解尿毒症，用下法治疗黄疸型肝炎，其作用机理可能在这方面是主要的。至于用独黄丸治疗痢疾等肠胃系统疾患，则更是如此。近年来有关报导中西医结合治疗乙型脑炎过程中，认为清热解毒、平肝熄风，固然是一般治疗方法。但在某些高烧抽搐场合，取“六经实热，总清阳明”的原则，运用下法荡涤胃肠积热，达到排泄毒素作用，往往收到热退抽止的效果。这与笔者运用下法治疗乙型脑炎的体会是基本一致的。说明下法对排泄毒素、改善病情，是一个非常重要的途径。

3. 消炎抑菌作用。近年来根据有关单位报导，认为大黄一味，有效强的抑菌作用，并且是一种效强的大型广谱抑菌药物。从这一点我们联系到明末吴又可惯用大黄治疗传染病，令人在过去所不能理解的得到了理解。吴氏在运用大黄方面，是随便使用的。不仅用的普

遍，而且用量很大，动辄几两，个别病例达到半斤之多(指病程总量)，收到良好效果。是否是由于吴氏所治疾病，多属细菌感染多，经用大黄以后，起到抑菌作用，从而提高了疗效，这个可能性很大。

4. 机械刺激作用。从上述用下法治疗肝硬化腹水及血运性肠梗阻看来，这些都是腹部局部出现的病变，导致气机阻滞，功能障碍。虽然也与全身病变有密切关系，但腹部病变是主要的。通过下法之机械刺激，促进了胃肠的活力，调节了机体血液循环的正常运转，从而达到治疗作用。祖国医学认为“痛则不通，通则不痛”。这两句成语，前者指的是病机，后者指的是治则。只有在不通的情况下，才能用通下之法取得相应的效果，这是下法为什么能治好病的又一个方面。

最后，本文所述内容主要是站在下法角度立论。措辞方面大多侧重下法的重要性，强调下法的作用。但绝不是只要下法而排除其他七法、只顾攻下而排除八纲辨证。目的是将下法重点地提出，起作一个学术性讨论，以便使下法在内科领域中更好地发挥作用。此外，本文内容上可能有些主观片面之处，甚至有些是错误的，务希同道批评指正。

培本扶正在防治领域中的地位

钱 远 铭

近年以来，在中西医结合防治疾病中，运用培本扶正之法，取得了一些可喜的成绩。为了进一步探索培本扶正在整个防治领域中的特殊地位及其应用意义，笔者仅就个人管见，论述如下：

我国医学，迄金元时代，随着学术思想的解放，形成了各大学派争鸣的高潮，这一高潮的形成，给后世医学提供了许多宝贵经验，把我国医学推向一个新的发展阶段。从实际影响来看，以张元素为首的易水学派，阐发《内经》以脏腑病机立论的学说，其影响之深，实际之效，足堪与刘完素六气病机学说相与媲美。在张氏学说的直接影响下，真定李东垣创立以土能生万物的理论，着重以脾胃为主，统治内伤外感百病；临床运用补中益气，升阳益胃诸法，形成补土一派，揭开了以单一脏腑立论，统治百病的学术争鸣序幕。传至明代之薛己，私淑东垣，兼及钱乙，专以补脾益肾立法，创立阳虚发热，而用补中益气，升举清阳为治；阴虚发热，而用六味地黄汤培养阴血为治，补充了东垣单一补脾之偏。赵养葵继薛之后，创立命门真君真主之说，以六、八味为补真水、真火之方，论治五脏六腑百病，形成了补肾一派。山阴张景岳，既参王冰水火有无之说，而又出入于东垣、薛己之间，提出“阳非有余，阴亦不足”的理论，创立左归、右归之法。迄明末李中梓，继承诸家之长，认为先天之本在肾，后天之本在脾，脾有阴阳，肾分水火，阴阳水火，宜平而不宜偏，宜交而不宜分。主张补气当在补血之先，养阳当在滋阴之上。这样，以脏腑病机立论，以培本扶正立法之学说，逐步臻于完善，为后世培本扶正之法奠定了牢固的基础。

所谓本，即人身之根本。此本有二：一是肾为先天之本，因为肾可藏精，精之源来于父母，从胚胎开始，不断发挥其生命力，主宰人体的生长、发育和生殖。如《灵枢·本神篇》云：“两神相搏，合而成形，常先身生，谓之精”。说明人之初生，即由两神相搏而成精，藏之于肾，而为机体生命之源，故称为先天之本。一是脾胃为后天之本，因胃主纳谷，脾主运化，共司转输水谷精微，化生气血、津液，奉养周身。如《素问·经脉别论》云：“食气入胃，浊气归心，淫精于脉，脉气流经”；“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行”。这说明人身气血、津液之化生，全赖脾胃不断转输水谷之精微，奉养周身、而成生生不息之资源。不仅如此，脾之与肾，一为后天，一为先天，二者在生理过程中又是紧密相联的。先天之本必赖后天之本源源不断的滋养，而后才能保持其根本之巩固；后天之本必赖先天之本生生不息的温养，而后才能保持其运化功能之旺盛。此脾、肾之间，先天促后天，后天滋先天之密切关系。

所谓正，是指正气而言。一般来说，正气包括元气与卫气两部分。元气即肾气，由肾精中之元阴、元阳所化生，故又称为先天元阳之气。此气发源于肾，经三焦而通达全身，激发推动五脏六腑、十二经脉的功能活动，维持人体正常之生长、发育、生殖功能，是人体动力

之源，生命之根本。所谓卫气，卫即保卫的意思，为人体防御机能的总称。卫气出于下焦，为肾中元气所化生。根据清代唐容川引证《内经》发挥所得，认为卫气之化生，是由脾胃吸收水液，转输膀胱，再经肾之元阳蒸发，化气上行，游溢三焦膜原之中，内煦脏腑，外温分肉，肥腠理、充皮肤、司开阖，由里达外，抗御外邪，保卫周身，成为人体防御机能的重要部分。

综上所述，分则为元气、卫气，实则在肾为元气，化生而布达于三焦者则为卫气，合而为一正气。故元气之充，即卫气之充；卫气之充，即正气之旺盛；正气之旺盛，即防御机能之巩固。同时还必须看到，元气之充必赖肾精之固，肾精之固必赖脾气之滋养。故必脾肾之本健固，才能保证元气之充，卫气之强，而达到正气之旺盛。因此，本者器也，正者用也；只有器之坚固，而后用之功大。是故善养生者，调其饮食，养其精气，而固其脾肾之本；善治病者，无伐其脾，无伤其胃，无耗其精，无泻其气，处处照护脾肾之本，补充正气之源。以其本强则正气自足，而可以免生疾病，即病而亦可速愈也。此即元、明诸家发展脏腑病机学说，采用培本扶正防治疾病的基本观念。

从病理常规而言，邪气之侵袭，首先经过皮毛，而腠理，而肌肉，而腑而脏，逐步深入，最后导致卫气衰败，元气告竭，以至死亡。此即张仲景伤寒六经论治学说对一切外感病变的基本立法所在；亦即温病学中卫、气、营、血四大防线的基本概念所在。因此，三焦既是卫气循行之道路，又是邪正争夺之场所。一旦外邪内侵，透过皮毛，进入腠理、分肉和膜原之中，则卫气急起抗拒，形成邪正相争之局面，从而出现许多病理现象。正如《内经》所云：“卫气之所在，与邪气相合则病作”。指出邪气与卫气斗争过程中，是每一个疾病矛盾着的两个方面，贯穿着每一个疾病的始终，为矛盾的普遍性。当邪正相争发展到了激烈阶段，邪气旺盛，正气也不虚，此时矛盾的主要方面，是在邪盛的一面，治疗方法应以祛邪为主；当邪气不减，正气逐渐虚弱，邪气乘虚而入，变成正虚邪盛阶段，则矛盾已经开始转化，治疗方法则祛邪扶正两相照顾；若病情发展到邪正双方两败俱伤，邪虽不多，而正气已经处于衰败之地，则矛盾完全转于正虚一面，治疗方法则应以培本扶正为主。这一治疗规律，不仅外感六淫诸病如此，在内伤杂病过程中，大多属于久病气血亏耗，正气不足，脾肾本虚者多。除适当着眼祛邪一面而外，应把培本扶正放在重要地位。经云：“邪之所凑，其气必虚，”又云：“真气得安，邪气乃亡”。此皆重视培本扶正之要旨，不可忽之。

过去我们对于外感疾病之认识，过分地强调祛邪之一面，而忽视培本扶正之作用。一病上手，即以祛邪放在首要地位，清热解毒，首当其冲，苦寒之剂，至死而不知其极。驯至脾气亏败，肾气不复，曾不知培本扶正，补益正气，即是祛邪之要。近年以来，在中西医结合的研究过程中，对感染性疾病的中药治疗，亦多从消炎抑菌方面寻找出路，一味追求方药的直接抑菌效果。对于不属于抑菌而取得临床疗效的方法，没有从新的途径进行探索，取得相应的重视，这是今后应该注意之一个方面。

1976年8月10日有一批唐山震区伤员转来湖北中医学院附属医院治疗，其中有四例完全性截瘫患者，由于运送途中护理不及时，合而严重泌尿系感染和大面积褥疮，高烧不退，症情甚重。入院初期，单用西医治疗，每天大剂量抗菌素投用，二十天后，病情无法控制。症见自汗盗汗，心悸神疲，面色苍白，形体消瘦，每日进食不过两许，脉来虚数，舌淡苔少。其中一例小便培养有绿脓杆菌生长，一例褥疮脓液化验有绿脓杆菌生长。四例中三例大面积褥疮，分别为 17×15 公分， 15×13 公分， 14×12 公分。均深达骶骨，并部分向皮下渗透二

至三公分不等，疮面全部为腐败组织所复盖，灰暗无色。于8月30日在院党委的重视下，组织中医攻关小组，进行抢救。笔者当时根据上述症候分析，断为脾肾两亏，气阴两虚之候，运用大剂知柏地黄汤合大补阴丸，重加红参、黄芪、当归，制成糖浆投服，同时四例褥疮亦改用中医外科方法治疗。经上法治疗十天以后，体温逐渐下降，一般情况相应好转。二十天后，所有西药完全撤除，精神胃纳增进。复查绿脓杆菌均已转阴。并经长期服用上方，住院一年之间，均未见复发感染。所有褥疮经中药治后亦于十天之内腐肉自行脱化，二十天后，新生肉芽大势生长；三十天后，基本平复。盖上述患者，曾经严重灾情之刺激，气候炎热之影响，长期高烧和大面积褥疮之消耗，加以截瘫以后各种功能受到极大障碍，机体已经处于极度本亏正虚之阶段。当时矛盾的主要方面，不在邪气之多少，细菌之种类。清热解毒，以及抗菌素之选择，已不是解决问题的重要方面。其主要一环是如何采用培本扶正，滋补气阴，逐步使其正气之恢复，抵抗力之增强，达到治疗之目的。实践证明，四例患者经过培本扶正以后，不经解毒而毒自消，不用抗菌而菌转阴，虽有绿脓杆菌之感染，亦随着正气之恢复，抵抗力之增强而自行消失。

关于增强抵抗力方面，当时西医并不是完全没有注意到。每个患者先后输血二至三次，个别患者并加用激素提高抗病机能，但病情并没有得到控制。结合当时兄弟医院对同类型患者的治疗，一般每个病例输全血及血浆，达二千毫升之多，个别严重病例每日以输血浆作为常规治疗，最后病情仍然不能得到控制。这又进一步说明培本扶正之方药，并不等于补充血液之作用，其中原理有待进一步之探讨。

此外，笔者曾收治李××患者，女性，14岁。住院号：47174。以发烧一月，咳唾脓痰二周收入中医病房。经X线证实，为右侧肺脓疡，巨大脓腔。入院后一周，左前臂出现一脓性包块，经外科切排，约有脓液20毫升。经送培养，发现金黄色葡萄球菌生长，为合并败血症的表现，病情险恶。当时患者症见面色萎黄，精神萎靡，自汗盗汗，心慌气短，午后发热，食欲不振，下肢浮肿，舌淡苔白，脉来虚数无力。根据病情分析，断为热毒虽盛，正气亦虚，采用补益正气，排脓解毒为法，用千金苇茎汤加黄芪、人参、连翘、双花投服，并加用犀黄丸，每日二次，每次一钱。十二天后，潮热渐退，精神胃纳好转，诸症亦减。一个月后，症状基本消失，一般情况好转，血培养三次均为阴性，X线证实右侧肺脓疡基本吸收，嘱出院门诊服药巩固疗效。本病在治疗过程中，除初期每日输10%葡萄糖1000毫升以外，并未用过任何西药，单以中药扶正为主，祛邪为辅，收到满意疗效。此后笔者在参加中医附院中西医结合治疗急腹症过程中，发现外科有些患者经过手术以后，长期发热，白细胞增多，用大剂量抗菌素不能取效。根据症状分析，大多属于气阴两亏之候，往往在大补气阴之后，收到良好效果。充分说明，机体在发生感染性疾病以后，清热解毒，消炎抑菌，固然是对症之治，但病情一旦到了本亏正虚阶段，则必以培本扶正，提高抗病机能为当务之急。否则，一味追求清热解毒，消炎抑菌，治其标而不顾其本，祛其邪而不顾其正，皆非探本求源之治。古云：“皮之不存，毛将安附”。此足为忽视培本扶正之戒。

根据长期临床体会，培本扶正之法不仅在急性热性病中处有重要地位，对于许多慢性疾病的治疗过程中尤为重要。根据解放军177医院经验，以胎盘为主加用黄芪、党参、首乌、熟地等治疗29例再生障碍性贫血，疗效甚为满意。江苏新医学院内科以黄芪注射液治疗38例消化性溃疡患者，有效率达71.7%，其中愈合率为34.2%。二者一以双补脾肾取效，一以补中益气取效，皆以培本扶正立法，对顽固性疾病取得较好的疗效。即以慢性肝炎和迁延性肝

炎而论，根据笔者经验，一般早期固以肝郁气滞、湿热蕴郁者为多。但病程一长，大多出现肝脾两虚，症见胁痛，面色萎黄，食后腹胀，大便溏泻，肢软无力，舌淡苔白，脉来弦缓；或肝肾两虚，症见胁痛，腰酸腿软，失眠多梦，遗精健忘，头晕耳鸣，脉来弦细，舌红少苔等症。在治疗过程中，如果忽视补脾益肾，一味追求清热利湿，开郁化淤，则犯虚虚之弊，效多不显。此笔者多年来对慢性肝病治疗上的点滴体会。至于慢性肾炎，近年来许多单位先用西药取得近期效果，再用中药培本扶正巩固疗效，治标治本，中西结合，取得良好疗效。即以慢性肾盂肾炎而论，本病在急性发作期，西药之消炎抗菌，中药之清热解毒，均能收效，但达到远期效果，很不理想，容易复发。笔者曾作过系统临床观察，根据“邪之所凑，其气必虚”之旨，采取急则治标，缓则治本之法。在发作期间，则重点放在清热解毒方面；一经湿热已清，症状缓解，则用知柏地黄丸、大补阴丸、缩泉丸加黄芪合剂制成蜜丸，长期服用以培其本，往往可以控制复发，达到远期疗效。近年以来，在冠心病心绞痛的中医临床研究中，活血化淤之法，风靡一时。根据笔者的临床体验，本病虽以血淤为其主要见症，但多数患者兼有气虚力怯，舌质胖嫩，边有齿印，脉来结代短涩等正气亏虚之象。推其致病之因，在于气虚不足，运载无力，导血功能减弱，因气之虚而引起血之淤。若但去其淤而不益其气，治其标而不顾其本，虽能生效于一时，而不能求其疗效之久固，必以益气祛淤，标本兼治为法，在红花、干漆、川芎、丹参活血祛淤基础上，重加黄芪、党参补益正气为治。通过长期冠心病门诊的系统观察，疗效令人满意。以上这些大都说明在许多慢性病中，通过培本扶正之法，提高机体的抗病机能，达到疗效的提高，是有其特殊意义的。

此外，培本扶正之法，不仅在治病方面取得了良好的疗效，而且在防病方面亦取得了许多有意义的效果。以防治慢性气管炎的研究而言，据北京中医研究院报导，运用固本丸（黄芪、党参、白术、防风、云苓、甘草、故纸、河车）对94例慢性气管炎缓解期患者作了防治观察，有效率达90%以上。绝大部分患者经过培本扶正以后，急性发作完全停止，或明显减少。同时笔者在参加慢性气管炎防治研究中，运用咳喘片（黄芪、党参、淫羊藿、黄精，当归等），50例缓解期患者作了较长时期观察，发现复发率亦有明显减少；即或复发，而症状亦较前为轻。盖本病虽以咳、痰、喘为其主症，然其标在肺，其本则在脾在肾。其病情的发展，是由肺而脾，由脾而肾，渐臻于甚。最后导致肾元亏虚，气喘心慌，动则为甚，成为难治之症。为了探索本病肾虚的本质，1974年笔者曾经作过50例慢性气管炎患者的24小时尿17-羟、17-酮皮质类固醇的测定，发现多数患者低于正常范围。同时内蒙古中医研究所对60例慢性气管炎患者作了24小时尿17-羟皮质类固醇的测定，亦发现半数以上低于正常范围，与我们所得结论大致相合。证明本病患者多是由于肾上腺皮质功能低下，引起全身抵抗力的下降，以致容易复发感染，加重病情的发展。因此，本病不单是支气管的局部病变，而是涉及到全身性的疾病，这与中医，“其标在肺，其本在脾在肾”的整体观念是基本一致的。从近年国内有关单位对慢性气管炎提出从整体出发，重视培本扶正的防治措施，并且取得一定疗效，是有其理论根据的。

培本扶正不仅对许多慢性疾病是一种有效的防治方法，即对人类威胁最大的恶性肿瘤，在当前大搞中西医结合，向恶性肿瘤进军的高潮中，发现许多中药和方剂出现了一些好的苗头。特别令人感兴趣的是，湖北省钟祥县大柴湖公社卫生院，运用中药六味地黄丸防治早期食管癌的报导。该地是河南移民集居之所，属于食管癌多发病区域，经过普查，发现有46例食管上皮细胞重度增生，目前医学上公认为食管癌早期表现。此外，还有七例为食管可疑癌患

者，经过一年的六味地黄丸口服防治以后，复查结果，46例重度增生患者，有41例转为轻度增生；七例可疑癌，除一例发展为腺癌外，其余六例均由可疑癌转为重度增生，效果甚为满意。该地并同时作了对照组观察，疗效对比，经统计学处理，有明显差异。更有意义的是，46例重度增生者，大多数患者平时出现头晕目眩，耳鸣耳聋，五心烦热，咽干口燥，失眠盗汗等肾阴亏虚之症。经过六味地黄丸治疗以后，上述症状相应已有不同程度的改善。其中值得令人玩味的是，历来中药防治恶性肿瘤，多以活血化淤，消积化征为法，用药多属虫毒之品，着重局部观点，很少从整体出发、作探本求源之治。而该地竟在辩证论治基础上，透过现象，抓住本质，用六味地黄丸培本扶正，滋肾养阴，收到良好的防治效果，这对今后在防治肿瘤方面，提出了新的研究途径。此外，中医的症，是疾病性质的外在表现，经过辩证施治以后，症状改善而局部病状也相应得到好转，此中本质的联系，如何加以探索，确是今后中西医结合的努力方向。

综上所述，培本扶正之法，是从祖国医学整体观念出发，透过现象，抓住本质的一种广泛应用的方法。在整个防病治病领域中，占有极为重要地位，必须加以重视和研究。但这一方法的运用，必须严格掌握祛邪扶正的火候，把祛邪扶正二者用到恰到好处，才能收到疗效；特别是在急性热性病的处理过程中更应如此。否则，邪正主次不分、攻补杂投，便会出现虚虚实实之弊。我们既不强调一病到手，祛邪到底而不知其极；又不能见病即补，引邪入室。用到每个疾病的急需阶段，做到恰到好处，才能发挥其应有的作用。根据笔者的临床体会，认为掌握舌质，舌苔的变化，是区分祛邪与扶正的关键。这是因为舌质代表正气的一面，通过了解舌质的变化可以观察正气的盛衰；舌苔代表邪气的一面，通过了解舌苔的变化，可以观察邪气之进退。根据这一舌诊规律，大凡起病以后，舌质无特殊变化，而舌苔由薄而厚，由少而多，由假而真，不论其苔色如何，其主要病机在于邪气一面，治疗大法应一以祛邪为主。若舌苔始终不退，而舌质又出现或绛或紫，或胖或嫩，或干萎无色，则属于邪气不减，而正气亦处于亏败之地。治疗大法，祛邪扶正两不可少。若舌苔虽然逐步消退，或少或无，甚则或光或剥，而舌质又出现特殊变化者，则完全属于正气亏虚一面，治疗大法应一以培本扶正为主，祛邪可以置之不顾。当然，舌诊不过是四诊中的一部分，判别病情的虚实，除重视舌诊以外，还必须从多方面寻找有力根据，使扶正祛邪用到恰到好处，则疗效自可提高。此外，培本扶正是法中之大法，虽然根本是脾肾之虚，然脾有阴阳，肾分水火；病有脾肾两虚者，有偏于脾虚或偏于肾虚者，同一虚症，各有不同。因此，在运用培本扶正过程中，还必须针对每一疾病的具体亏虚所在，而行补虚救弊之治，方可达到阴平阳秘，水火停匀而收到预期之效。否则，阴阳不分，寒热杂投，不仅无益于病情，反可促其命期。故李东垣、赵养葵有主脾主肾之分；薛氏有六味、八味之别；景岳分左归、右归之用。此皆培本扶正之大法，遵而用之，则胸中自有成竹。

随着培本扶正之法在防治领域中地位的不断提高，近年以来，国内外对有关培本扶正中药的研究，已经取得新的进展。普遍认为中医培本扶正药物对老年慢性病，如心血管疾患，神经衰弱，恶性肿瘤等，在防治中有其广阔的发展前途。同时国外在探索机体对恶劣环境，包括严寒、高温、宇宙飞行、幅射等的适应作用时，发现培本扶正中药，具有适应环境，提高机体对不利因素的抵抗力，值得给予应有的重视。诸如人参、黄芪、黄精、何首乌、淫羊藿、五味子等有关培本扶正中药，许多单位开展了有关药理、药化等方面的探讨，并且取得一些初步成果。个别地方并开展有关培本扶正的复方研究，这是值得庆幸的一件大事。但必