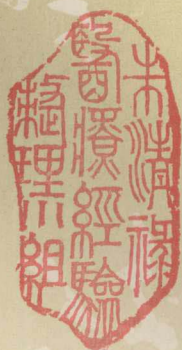


朱清祿醫療經驗

中华全国中医学会厦门分会  
厦门市医药研究所 编印



# 前 言

朱清禄中医副主任医师，字清洛，同安县人，曾任厦门市中医学会副理事长，是福建省的一位名老中医。早岁就学厦门国医专门学校，受业中医名家吴瑞甫门下，继承吴师学术思想，精读经典著作，旁通各家学说，含英咀华，取精用宏。临证实事求是，察隐辨微，探本穷源，知常达变，有胆有识。行医四十多年来，多次担任教学工作，积累丰富经验，有不少独特见解，可资借鉴。

朱清禄老中医长期来克服年老多病的困难，废寝忘餐，写有大量医疗经验，所述各案，涉及面颇广，用大量实践事实，说明治疗效果。在辨证的基础上，既师承古人理法，又汲取民间经验，针灸疗法，创立新方；能继承张仲景“勤求古训，博采众方”的优良传统，临床颇多发挥之处。

在市、县卫生局党组织正确领导下，于一九八〇年四月成立了“朱清禄医疗经验整理小组”，由同安县医院内科主任林继禄等负责，以原稿为基础，整理成编。又蒙厦门中医院副院长康良石，内科副主任医师陈绍宗，内科副主任林庆祥，厦门第二医院中医科副主任黄奕卿，厦门大学海外函授学院讲师刘孔藤等审阅，提出许多宝贵意见，然后反复修正，整理为《朱清禄医疗经验》，力求体现朱老中医的学术思想，以就教于医界贤达。

是编仅为朱老中医学术经验的一部分，由于我们学识水平所限，书中难免有错漏不当之处，希望同道给予教正。

## 《朱清禄医疗经验》整理小组

林继禄	李志长	李荣造	黄民族	郑仁书
叶粹才	黄育成	李江宏	曾水敬	庄惠仁
杨博文	朱艺勇			

附注：其中部分资料，由解放军海军疗养院刘志生，一八〇医院王中和，四一六医院刘香武、方元平，六六八六部队卫生队樊吉虎、朱林青、李镇岐等在跟朱老学习时参予整理，特此致谢。

# 目 录

## 一、医论

- 为医之道..... ( 1 )  
临证刍言..... ( 3 )  
分型治痰..... ( 7 )  
以附子为主之汤剂的临床应用..... ( 17 )

## 二、医案

- 温病汗法..... ( 24 )  
温病下法..... ( 26 )  
温病利尿法..... ( 29 )  
白痞的临床意义..... ( 32 )  
吐法不可偏废..... ( 33 )  
暑温痉厥..... ( 34 )  
暑温后遗痞痒..... ( 36 )  
温毒发斑..... ( 38 )  
痰热发斑..... ( 39 )  
暑湿皮损..... ( 40 )  
痰血头痛..... ( 42 )  
厥阴头痛..... ( 43 )  
眩晕..... ( 44 )  
阳虚气厥..... ( 45 )  
痰厥..... ( 46 )  
肝阳暴厥..... ( 47 )  
癫疾..... ( 48 )  
风痺..... ( 49 )  
心悸..... ( 50 )  
关格..... ( 53 )  
血症厥脱..... ( 54 )  
肝阳呕血..... ( 56 )  
阳虚水泛..... ( 57 )  
食伤呕泻..... ( 58 )  
遗精痿躄..... ( 59 )

脾虚足痿	( 60 )
气虚湿痹	( 61 )
痿闭	( 62 )
水肿	( 63 )
血淋	( 65 )
<b>三、方剂运用</b>	
温胆汤证	( 66 )
小青龙汤证	( 69 )
梔豉汤证	( 70 )
归须汤通络蠲痹	( 72 )
济生肾气汤的临床应用	( 73 )
当归六黄汤治盗汗	( 75 )
加味大建中汤治疗胃寒痛	( 76 )
<b>四、医话</b>	
略论“气至病所”	( 77 )
就面瘫治验谈经络学说的体会	( 81 )
针灸美谈	( 83 )
气功与自我按摩	( 85 )
肺痛	( 87 )
瘰疬	( 89 )
孕妇破伤风	( 90 )
疔疮治验	( 92 )
“罗勒”治腰疽	( 94 )
竹节草治肠痈	( 95 )
清风藤治流注	( 97 )
刮痧疗法	( 98 )
鸡蹩疗法	( 99 )

# 为 医 之 道

医务工作关系到每一个病人的身心健康，安危和幸福，与整个社会存在着错综复杂的反馈关系。医学道德更是社会主义精神文明的一个重要组成部分，必须体现国家民族和广大人民群众的根本利益。

古代医家曾说：“夫医者，非仁爱之士，不可托也；非聪明理达，不可任也；非廉洁淳良，不可信也”。说出病人对医者的要求。高尚的职业道德，比高明的医疗技术，似乎更为重要。所以历代医家，皆很重视医德教育，言传身教，以资表率。回顾个人四十多年来的行医历程，复习前辈的嘉言懿行，弥觉差距，深愧有负父亲师友的教诲期望！青春不再，老大徒伤！然含石补天，本志不渝。“愿将暮齿师蚕烛，燃尽心炬献此身”。“高山仰止，景行景止，虽不能至，心向往之”！因举犬要，缀此数言，以为鉴勉。

## 明 志

人生应有正确的抱负和理想。李时珍立志学医时，即写出“身似逆流船，心如铁石坚；望父成儿志，至死不怕难”的诗篇，以示决心。汉·长沙太守张仲景认为当时的士大夫们“曾不留神医药……但竞逐荣势，企踵权豪，孜孜汲汲，唯名利是务”。简直是“蒙蒙昧昧，蠢若游魂！”且因其亲族多数死亡于伤寒，所以决心“勤求古训，博采众方”，撰著《伤寒杂病论》一十六卷，为中医学的辨证论治，奠定理论基础。

唐·孙思邈《千金方·大医精诚论》说：“凡大医治病，必安神定志、无欲无求；若有疾厄来救者……普同一等，皆如至亲之想。亦不得瞻前顾后，自虑吉凶，护惜身命。见彼苦恼，若已有之……一心赴救，无作工夫形迹之心。”这段话很重要，医者首当明确自己的义务、职责、使命，对病人要有高度的同情心，满腔热忱，给病人以温暖、体贴、慈祥的感受。现代医疗单位，是个分工精细的有机整体，更需发扬集体主义的精神和力量，爱护集体荣誉、互相尊重、共同协作，才能把工作做得更好。

汉，诸葛亮《诫子书》说：“淡泊以明志”。指出淡泊与明志的关系。医者作风，更要廉洁奉公，不可以权徇私营利。无欲无求，动机纯正，而后能志向坚定，专精一，集中精力，做好工作。

历代医家，皆有不惜以毕生精力从事医业的殉道精神。对于所从事的职业，如果没有为之奋斗终身的献身精神，一遇困难，往往就见异思迁，或知难而退，虚耗岁月。笔者初事医业，每一处方册上，皆写有下述对联，以自鞭策：

“万千病变，临诊兢兢，专精一，察隐辨微，但恐学功未到。济世情殷，虚衷款款，坚定不移，慎思守志，唯求素行无方。”但当年思想的局限性，已跟不上形势的发展，必须继续学习前进。“路漫漫其修远兮，我将上下而求索”！

## 笃学

人类进化无穷，个人年光有限。医务工作的责任，在于提高医疗质量，促使病人康复，保护生产劳力，推动医学发展。时代对医者要求，日益严格，必需争取时间，善于学习。诸葛亮说：“非学无以广才，非静无以成学”。孙思邈说：“世有愚者，读方三年，便谓天下无病可治；及治病三年，乃知天下无方可用。故学者必需博极医源，精勤不倦。不得道听途说，而言医道已了”。技求上要精益求精，必需专心、恒心、虚心，缺一不可。虚心，才能够知疑善问，转益多师，取长补短。恒心最为必要：学如逆水行舟，不进则退。“人而无恒，不可为巫医”。一曝十寒，巫且不可，何况于医？！专心，才能精熟有得，循序渐进。好高骛远，或贪多务得，细大不捐，则欲速不达，无补实际。

学习内容，除《内经》、《难经》、《伤寒》、《金匱》、《神农本草经》及温病学说等经典著作必需熟读精思外，其他通俗入门的医籍，如《医学三字经》、《时方歌诀》、《药性赋》、《汤头歌诀》等，也不可视为平淡无奇而不屑一顾，因为要真正熟识应用，也不那么容易。笔者赠某同学诗：“熟读能生巧，精思信不疑，勤劳能补拙，实践求真知”。即是此意。

## 慎思

孙思邈说：“人命至重，有贵千金”。诊疾治病，事关患者生命安危，不能不谨慎从事。《素问·疏五过论》及《素问·征四失论》，曾指出诸如不懂阴阳顺逆，学术不精，说理荒谬，夸耀个人，乱投砭石；对病人情况不了解分析，不比类异同，心中无数，便轻易诊治等，都是学习不认真，工作不负责，以致“五过”“四失”大行其道的恶果。《伤寒论》自序中更愤慨地指出：“观今之医，不念思求经旨，以演其所知……省疾问病，务在口给，相对斯须，便处汤药……所谓管窥而已。夫欲视死别生，实为难矣”！孙思邈说：“胆欲大而心欲小，智欲圆而行欲方”。大胆是在识验丰富的基础上，认真细致、检查考虑后所作出的负责行为。智圆、指缜密的思考与高超的见解。行方，指坚决有力的治疗措施。“没有霹雳手段，不显菩萨心肠”。智圆行方，是辨证的统一。既不可了草从事，也不必过于谨小慎微。辨证施治，必须四诊会参。《濒湖脉学》说：“上士欲会其全，非备四诊不可”。但旧社会江湖庸医装腔作态，说摸脉就可断病，未免自欺欺人。治疗的每一环节，都不可疏忽大意，以免发生不应有的医疗事故。中医处方，更必需书写清楚。解放前上海有一名医，给某老太太处方，内有党参三钱，药铺却看成黄芩三钱，“错认颜标作鲁公”。那位老太太当夜服药后，竟然归天，而惹起一场人命官司。先师吴瑞甫名厦市医寓曰“退补斋”，取《尚书》：“进思尽忠，退思补过”之义。表示对工作要谨慎认真，敢于正视和检查纠正错误的负责态度。笔者赠某同事对联：“忠信论医宜慎省，敬恒修业勿惮难”也就是吴老教诲的精神。

## 力行

高尚的职业品德，应有坚定的毅力。“勿以善小而不为、勿以恶小而为之”。在工作中，只要是病人的需要，都应该一心赴救，决不可怕苦、怕难、怕秽、怕臭；或斤斤计较个人的利害得失，而瞻望不前。精神因素对疾病可产生重大的影响，医者要讲究说话的艺术和服务态度，不可有不利于病人的行为。要看待病人如亲人，体贴、关怀病人的疾苦，尊重病人的意见、接受病人的正当要求，以取得他们的信任、合作。向其介绍有

关疾病的防治常识，帮助其打消不必要的顾虑，以增强战胜疾病的信心和勇气。

孙思邈说：“为医之法，不得多语调笑，谈谑喧哗，道说是非，议论人物，炫耀声名，誉毁诸医，自矜己德”。当病家痛苦担忧的时候，医者却肆意欢呼谈笑，是不文明和不近人情的。至于借机诋毁他人，抬高自己，更是鄙劣缺德的行为。会诊危重病人时，要高度负责。需向患者或替患者保密的，仍要保密；需要患者或家属了解的，应如实转告，但不可危言耸听。要采取最有效的治疗方法，尽量解除、或减轻病人的痛苦和危险，防止并发症和后遗症。切不可用无关痛痒的方药，去敷衍塞责。清，名医余听鸿《诊余集》中许多病例，皆能不避嫌疑，独排众议，肩负危难。如《阴阳并脱》一案说：“余素性刚拙，遇危险之症，断不敢以平淡之方，邀功避罪”。又如《阴斑泻血》一案说：“此症舌干而黑，目赤面红，且兼血利，能专主温补，一日夜服高丽参一两二钱，党参四两，附子三钱者，幸病家能信余而不疑，而余亦能立定主见而不移”。那种一心赴救，敢于承担风险的精神，确是值得学习。“力行近乎仁”，医为仁术，就是要有力行的傻劲。一个人短时间做点好事，不很困难；但要长期坚持下去，确不容易。明知不易，更要坚持。

医道精微，病情险峻，医圣张仲景尚有“玄冥幽微，变化难极，自非才高识妙，岂能探其理致”的感慨，可知医务工作确不易为。古来就有“名医多而明医少，行医多而能医少”的议论。建国以来，在党中央领导重视下，中医药事业，有划时代的发展，中医药始有医疗、教学、科研的基地；培养德才兼备的中医人才，更有优越的社会条件。但十年树木，百年树人；人才的培育，要有一定的时间。中医有许多需要熟记硬背的经典著作，更需自幼学习。青少年是进德修业的黄金时代，可塑性很大，育德育才，皆要及早。否则年华虚度，老大徒伤！时光天贵，禹寸陶分，愿共勉之！

## 临 证 荔 言

### 一、重视整体内因、着意扶正祛邪

人体是恒动的有机整体。五脏六腑，经络府俞，营会灌通，经常处于运动发展状态，以维持其相对的平衡。在生理上，病理上皆存着相互依存、相互促进和相互制约的关系。出入升降，输布生化，息息相关。中医从长期临床实践到人与自然界万物的生长变化也保持着密切的联系与影响，从而形成以脏腑经络为中心，阴阳五行为说理工具之天人合一的整体恒动观。国际医界友人，称誉中医学为“宇宙医学”，他们所提出的科学论述，可为中医现代化和中西医结合和发展，提供一些有益的参考资料和为发掘祖国医学探索新的途径。

局部的病变可影响全局，整体的因素，更可能影响局部。辨证时必须从全局出发，全面衡量，四诊合参的整体观念，才能准确查出病因、病位、病性，辨证结合辨

病，作出最有效的治疗方案。而不仅仅是一些症状或单纯症候群的罗列。因为疾病的发生与变化，除外来致病因素之外，人体的内因、更有决定性的主导作用。《灵枢·百病始生篇》说：“风雨寒热、不得虚，邪不能独伤人。”《素问·上古天真论》说：“精神内守，病安从来？”就伤寒病的传变而论，体内阴阳胜复，以及正气虚实盛衰的内在因素，确是可以主导传变枢机，而表现为“阳胜而入阳明之府，阴胜而入太阴之脏”那些截然不同的病理变化。所以，辨证施治要有整体的恒动观念，重视内在因素，分别运用脏腑、经络、六经、三焦、卫、气、营、血等辨证方法，明确治疗的目的，不外是去其本来所无之邪气，复其本来固有之正气，扶正可以祛邪，祛邪更有利于扶正。

例如女教师黄某，因长期脘腹胀痛，恶心厌食，便溏尿短，颈、肩、腰、脊、髌等处痠痛，头面手足浮肿。经诊断为：慢性肝炎，十二指肠球部溃疡，胃下垂，颈椎、腰椎骨质增生，贫血性水肿。治疗日久无效，就诊时以呕恶频繁，饥而不能食，整夜惊悸不眠，较为突出和痛苦。外见颜面晄白虚肿，但肢体消瘦无力。辨证为久病脾肾气阴两虚，兼肝胆湿热瘀阻，而致胆胃不和。病变涉及范围虽广，但从整体着眼，先用左金合温胆加减，继予甘露消毒丹化裁，后期始用温补脾肾之法，采用右归饮、香砂六君汤等出入加减，以固根本。终于取得了较为满意的疗效，重返原单位工作。

## 二、辨证也要辨病，四诊必须合参

病为本，证为标；病为体，证为象。必先有疾病的发生，然后有症状的表现。所以证属于病，病不变而证常变，病有定而证无定。比如狭义的伤寒病，病虽不变，但症状却经常处于发展变化的动态之中。《伤寒论》提出：“观其脉证，知犯何逆，随证治之。”的方法论，确有实践意义。但辨证要探求疾病的本质，病是证的共性，证是病的个性。如暑温之病，可因气候的关系而表现为燥火或湿热之见证。同一小儿腹泻，也有风、寒、湿、热、虚、实之异。或先实后虚，或先热后寒。寒热虚实，上下表里，先后缓急，千变万化，不可名状。故治病必需辨证，识病方能辨证，辨证方能治病。识病易而辨证难，关键在一证与治字。

辨证论治的理法方药，必须紧密结合，这是祖国医学的特点和精华。但中医也有专用于治疗某些疾病的专药，如黄疸之用茵陈；疟疾之用青蒿、紫胡、常山；痢疾之用芩、连、白头翁、鸦胆子；蛔虫之用使君仁、苦楝根皮、乌梅、鹤虱等。这类药物，适用于某些疾病，具有一定的专长，如结合辨证施治，可以取得更为满意的疗效。无论八纲辨证，六经辨证，脏腑辨证，三焦辨证都可以而且必须和辨病相结合。叶天士《温热篇》说：“辨营卫气血，虽与伤寒同，若论治法，则与伤寒大异。”可见疾病不同，在辨证论治时就有很大的差别。方药所以疗病，设仅辨证而不知辨病，有时也就难免模糊笼统，不能有效地解决问题。所以在可能的情况下，还必须要和现代医学的辨病相结合。

在辨证的过程中，更必须四诊合参，不能单凭脉诊，或单凭望，闻、问所得的部分资料便遽为诊断。《素问·阴阳应象大论》说：“善诊者，察色按诊切脉，先别阴阳。审清浊而知部位；视喘息，听声音而知所苦；视权衡规矩，而知病所主；按尺寸，视浮沉滑涩，而知病所生。以治无过，以诊则不失矣。”《素问·征四失论》又说：“诊病不知其始，忧患饮食之失节，起居之过度，或伤于毒。不先言此，卒持寸口，何病能中？”所以古人谆谆告诫医者，病变多端，有时需舍脉以从症，有时也需舍症以从



脉。”能合色脉，方可万全。”不然就难免顾此失彼，卒持寸口，漫无标的，何病能中？因此，必须综合四诊所得资料，认真分析，研究，方能作出恰如其分的辨证施治，取得预期的疗效。

例如黄××，女，32岁。因腰椎拍片诊断为：骨质增生病变。临床症状也很典型，所以初诊时即予骨质增生汤，但疗效不理想，时或反而疼痛加剧。后经进一步观察分析，发现患者舌质红光少苔，舌下紫瘀明显；脉虽沉细但兼弦数。辨证应属肝肾阴虚挟瘀，乃改拟滋肾育阴，清肝化瘀之法，选用左归饮加味，而后取得较好的疗效。三个月后，自觉症状完全消失，能参加一般劳动。

### 三、治病必求其本，用药要少而精

疾病的发展和形成是一个错综复杂，变化多端的过程。但病为本，证为标，同一疾病，可由于病因、体质、年龄、性别、天时、地理、环境、饮食起居、生活情志以及治疗措施等等因素的影响而表现为种种不同的症候群——证。所以病不变而证常变，既有同病同治，异病异治之常法；也有同病异治，异病同治之变法。临床上有些表面现象与疾病本质不尽相符，有时甚至呈现完全相反的假象。所以在寒热虚实、真假疑似之间，一定要认真运用辨证法则结合辨病，透过现象看本质，找出主要矛盾，才能有的放矢，先其所因，伏其所主，用药求精而不在多，然后可以取得预期疗效。《素问·阴阳应象大论》说：“治病必求其本，”又说：“谨守病机，各司其属，有者求之，无者求之，盛者责之，虚者责之。”启示医者应从客观存在的事物中，用辨证的方法，去审定病机根本矛盾之所在，采取相应的治疗措施。否则心中无数，头痛医头，脚痛医脚，盲目滥用大包围的方法，不但浪费药物，耽误病情，甚至导致变证蜂起的恶果。

例如：陈××，男，50岁，农村厨师，嗜酒，喜煎炒厚味。因炊事劳累兼争吵怒气而致咯血，咳嗽，痰血量多，声紧，烦躁不安，二便短赤。患者肥胖壮实，面红唇干，脉洪实而数。舌红苔黄腻。起病已一周，服用消炎止血西药，咯血仍未减轻。遵热伤阳络则血溢于上，治宜泻火清气止血之法，采用大黄黄连泻心汤以直折之，疗后大便畅行二、三次，果然气随火降而血止。

又如：李××，男，6岁。原有慢性肾炎及蛔虫病史。冬月跌入茅厕，捞起后，因浑身粪臭，用温水淋洗数遍，数日后即发热，咳嗽，胸高气喘，全身重度浮肿，腹胀脐突，粪溏尿短，脉浮苔白，予越婢汤合五皮饮加减，次日汗出喘平热降，尿增肿消，病愈大半。又二剂后即告痊愈。此例遵“开鬼门，洁净府”法，以发汗利尿，看似治标，实是治本。因风寒犯肺，肺气失宣，不能通调水道，以致肿胀喘满，此时主要矛盾，为外邪之实，非里气之虚；虽原有肾炎宿疾，但若不急为解表，则可致旧病复发，更难调处。

需要补充的是：求精乃求其精当之义。能够少而精。如《伤寒论》《金匱要略》许多历经千年，确切有效的经方以及后世医家创立的名方如《医宗金鉴》的双解黄金丸，只用大黄，白芷二味，治疗肠痈较大黄牡丹皮汤，疗效更为显著，此类方剂当然最为理想；但在必要的情况下也无妨采用药味较多的处方，只要病情需要，配伍精当，大而不杂，如李东垣等医家创制的一些名方，虽品味较多，然效果良好，至今仍为广大中医界所乐为采用。

#### 四、治急病应当机立断，有胆有识

急重病例，传变迅速，治疗必需争分夺秒，最忌优柔寡断，敷衍塞责，贻误病情。因急性病来势骤猛，初期正气尚未大虚，利在速战速决，使邪去则正安。危重病更是变幻莫测，若非胆大心细，迅采果断措施，则挽救莫及。但有胆必需有识，“识”是指在细心辨证基础上得来的真知灼见。唐医家孙思邈说：“胆欲大而心欲小，智欲圆而行欲方。”指出临床时，一定要有过硬的基本功，细心诊察，考虑问题要周密精到——圆；而后才能有胆有识；灵活机动，果断勇敢，采取迅速有效的治疗措施——方。孙氏此语可作临症箴言。

例如朱××，男，6岁。因支气管肺炎并发急性黄疸型肝炎。高热，咳嗽，全身高度水肿，腹胀脐突，胸高气喘，二便短赤，身目俱黄。辨证为风寒犯肺化热、内兼肝胆湿郁发黄。按照标本主次，先后缓急的治则，采用清肺为主，清肝为辅，疏表解里的方法，先用麻杏石甘汤合五皮饮以宣发肺气，通调水道；继用茵陈四苓加味，以清解肝胆郁热，利湿消黄，短期内即转危为安，迅速痊愈。

#### 五、治病疾要择善固执，有守有方

久病无速效之法。因慢性病多由内在的阴阳失调，导致一系列的病理变化，逐渐发展而来，要恢复内在阴阳的调和与相对的平衡，也必须有一定的过程。故谓：“其来也渐，其去也微。”况久病多虚，特别是年老体弱的慢性患者，更不可轻易妄投攻破峻剂，急欲求成反致僨事。必要时可把病情给患者和家属解说清楚，使能有足够的认识，取得共同耐心的合作。只要辨证投药准确，便须坚持不懈，积以时日，潜移默化，才能达到由量变到质变，水到渠成，药到病除之目的。名老中医蒲辅庵用玉屏风散治疗卫气虚弱，时易感冒的患者，每日药量只有9克，一个月后，始初见药效；二个月后虽再感遇风寒，亦不发病。笔者治疗一例十年胃寒痛，呕吐清水的患者，服用大剂附中理中汤至170多剂，始全痊愈。又一例肝硬化腹水患者，辨证为湿热阴虚，采用甘露消毒丹加减的汤剂，配合六味地黄丸，服至百剂以上，腹水及自觉症状乃告消失。看来疗效似乎缓慢，但比较以前之屡用中西药物，取快一时，而腹水旋退旋起，日趋严重，实际收效，更为迅速。用药如用兵，古谓：“善用兵者，无赫赫之功。”医贵和缓，也就是指治疗慢性病，要择善固执，有方有守，不可急于求成，否则，“欲速则不达”反致僨事。

例如陈××，女，64岁。患肝硬化并轻度腹水，辨证为肝脾湿热郁结，选用茵郁丹青夏枯汤加味，以清热解毒，活血化瘀，健脾舒肝，经过十多月的治疗症状消失，体征明显改善。在治疗过程中，虽偶有饮食不慎或风寒外感，劳倦内伤等兼证，也只是在原方的基础上，稍为辨证加减而已。停药半年后随访，健适无复发。

又如洪××，男，32岁。颈椎腰椎骨质增生，经久治无效，虽在壮年，但辨证为督脉元阳虚惫，肾精亏损，应属骨痹范围，乃选用骨质增生汤加味，以填精补髓，通阳活痹。坚持服药60多剂，自觉症状始完全消失，患者很满意。

以上例子说明整体恒动观在辨证论治的实践中，确有重要的指导意义。有如张景岳氏所说：“造化之机，不可无生，亦不可无制。无生则发育无由，无制则亢而为害。必须生中有制，制中有生，才能运行不息，相反相成。人体阴阳气机的出入升降，实为生

发转化的枢纽。所以辨证论治时，必须重视整体内因，根据标本缓急的规律，以调济维系阴阳相对的平衡，和气机出入升降的协调。此外，还要实事求是，通权达变，即要有严格的原则性，也要有灵活的机动性。所谓：“巧不离乎规矩，而又不泥乎规矩。”亢则害，承乃制，只有阴阳平衡、出入升降调和，才能相承相制，经常保持正常的整体恒动生化不息之生机。

## 分 型 治 瘀

——谈辨证分型治瘀的经验体会

分型治瘀是在应用活血化瘀这一治疗法则时，根据患者体质（主要是本虚，包括气虚、血虚、脾虚、阴虚、阴虚阳亢、气阴两虚等），并注意邪气兼症的处理（主要是标实，如兼气郁、热毒、寒湿、湿热夹瘀等）按辨证规律，分型论治。初步认为湿瘀较易于掌握、可以执简驭繁的方法。现试探讨如下：

### 一、瘀血症的概念及其理论根据

中医对瘀血的概念，指一切血行不畅，络脉瘀阻而产生的各种疾病。这一论据，最早见于《内经》。如《素问·调经论》：“气血不和，百病乃变化而生。”《素问·痹论》：“在于脉则血凝而不流。”《素问·阴阳应象大论》：“疏其气血，令其调达，而致和平。”等等。汉张仲景采用辨证论治的法则，总结了活血化瘀的理法方药。历代医家，续有阐发。如清叶天士、唐宗海等都有精辟的见解，既能继承又有创新。王清任进一步总结这些方面的实践经验，创血府逐瘀汤等著名方剂可以治疗五十多种瘀血病症。近年来活血化瘀的研究，更受到普遍的重视，广泛应用于临床各科。

### 二、瘀血的成因

辨证必须求因，治病必求其本。血瘀是多种疾病的共有症状，又是多种疾病的共有致病因素。

人身是恒动的整体，血液的循环，内以营注五脏六腑，外以润泽形体组织。机体器官靠血液的营养产生功能活动，功能活动又推动了血液的运行。“气主煦之，血主濡之。”“气为血之帅，血为气之母。”气行则血行，气止则血止。一旦失却这种正常的运行和营养的功能，就可能产生瘀血之症。

脾胃为气血生化之源，血统于脾，藏于肝，主于心，调于肺，根于肾。《素问·举痛论》说：“百病皆生于气。”张景岳也说：“气为诸病之本。”唐宗海更指出：“运血者即是气，守气者即是血。”“血生于心火，而藏于肝。气生于肾水，而主于肺，于其间运上下者脾也。”诸凡脏腑功能失调，气机升降失常，郁结逆乱，以及阴阳气血的亏虚，风寒暑湿热毒邪气的侵袭，妇人经产，跌打损伤，饮食不节，劳逸失调，精神刺激，疮

癆腫毒等因素，都可能引致氣機失調，血行障礙，由血郁而血癆。故古人早有“行醫不識氣，治病從何據”的說法。

### 三、癆血的病變及異病同治、辨證分型的設想

癆血亦稱敗血、惡血、死血。也就是脫離了氣的正常統率，不能隨氣運行的離經之血。它的形與質，均已發生重大的變化，成為有害的物質。既是病理產物，又是致病因素。癆血不去，新血不生。癆血不去，新血不寧。確是寶貴的實踐經驗。因為癆血積聚不去，必然阻遏脈道，導致氣血逆亂，或壅塞不通，妨礙正常血液的運行生化。

現代醫學觀察到癆血可產生一系列的病理變化，可以在某些病症單獨出現，也可以表現為多方面的。這也就是活血化癆對多種具有癆血症的疾病可以取得異病同治之療效的生理、病理基礎。茲就臨床上常見的五種癆血類型，舉例分述如下：

#### (一) 氣滯血癆型

百病皆生于氣。人之一身，不能離開陰陽氣血而存在。《素問·舉痛論》說：“余知百病皆生于氣也，怒則氣上，喜則氣緩，悲則氣消，恐則氣下，寒則氣收，炅則氣泄，驚則氣亂，勞則氣耗，思則氣結。”張景岳指出：“氣是諸病之本。”“凡上下之升降，寒熱之往來，晦明之變易，風水之留行，無不因氣以為動靜……凡有餘之病，由氣之實，不足之病，因氣之虛。”氣為血之帥，血為氣之母，氣行則血行，氣止則血止，氣逆則血下，氣陷則血脫，氣滯則血癆，氣郁則血結。唐宗海《血証論》說：“平人之血暢行脈絡，充達肌膚，流通無滯，是謂循經。……其氣沖和，則氣為血之帥，血隨之而運行；血為氣之守，氣得之而靜謐。氣結則血凝，氣虛則血脫，氣迫則血走。”氣血之關係，既然如此密切，所以氣滯是形成血癆的主要原因。且因肝主藏血，肝氣郁結，失却調節流暢的功能時，則血液的運行必然受其影響，而出現氣滯血癆的種種病症。“血之不安者，皆由氣之不和也”，治則自當疏肝理氣，以活血化癆，使氣和則已。

#### 例一：肝積（早期肝硬化）

蔡××，女，47歲，農民。初診：1975年6月22日。患者自覺右腹部有明顯的脹痛，伴頭暈，腰痠，體倦，已兩個多月。經某醫院檢查：谷丙轉氨酶280單位，射絮+++，射油12單位。肝超聲波：肝肋下5cm，波形為密集微小波，偶見復波。診斷：早期肝硬化。經治療一個多月未好轉。就診時，見患者顏色暗紅，硃砂掌。自訴頭暈，心煩，失眠，多夢，右上腹脹痛，時有刺痛，右腰部痠脹。飲食二便尚可，但疲倦無力。察脈弦實略數。舌紅近絳，苔薄白，舌尖邊可見針頭大紫癍斑，密集成簇，脾（一），腹水（一）。病屬肝積。《難經·五十六難》謂：“肝之積，名曰肥氣。”辨證為肝氣郁滯，致癆積肝絡。治宜疏肝解郁理氣，以活血化癆，破積軟堅。方用牡丹皮散加減（丹皮、元胡、當歸尾、桃仁泥、赤芍藥、淮牛膝、三棱、莪朮、丹參、黨參、青皮、陳皮、郁金、甘草等進退損益），日一劑。至同年7月9日，肝區脹痛，始見緩減，肝肋下4.5cm。又守方繼服至7月17日，肝肋下4cm。至8月28日，自覺症狀續有好轉，肝肋下3cm。堅持服藥至9月17日，除右肋偶有不舒外，全身情況良好。查肝肋下2cm，劍下4cm。繼續服藥10劑，停藥觀察。至11月13日復查，自覺症狀已全消失。肝肋下1cm，質較軟，邊稍鈍，劍下2cm。脈弦細。舌質紫癍減輕，舌邊仍有針頭樣小癍點。肝功復查，基本正常。再給生黃芪、當歸、丹參、丹皮、赤芍、建<sub>木</sub>、淮牛膝、三棱、莪

术、炒内金，煎服4剂。至1977年10月随访，病情稳定，能参加一般劳动。

按：久病入络，多由气郁气滞，而致血瘀血结，故慢性肝炎及早期肝硬化患者，常见舌质紫瘀和肝脾肿大等血瘀之见证。牡丹皮散原为治疗症瘕血瘀的良方，可随证加减选用。如热毒郁结夹瘀者，可兼清热解毒，以化瘀散结。中虚湿郁致瘀者，宜兼健脾理气，以化湿活瘀。本例以气滞血瘀为主，故加参、芪、青皮、陈皮等，以益气调气，加强解郁化瘀之药力。但应注意不可攻坚过急，毋犯耗气伤阴克伐脾胃之弊。叶天士《临症指南·积聚门》曾举出一例，“三年来右胸肋形高微突，初病胀痛无形，久则形坚似梗，是初为气结在经，久则血伤入络。”“气钝血滞，日渐瘀痹而延症瘕。”根据新邪宜急散、宿邪宜缓攻的治则，仿瘀虫丸方意，以丸剂治之。丸者，缓也。因慢性病其来也渐，其去也微。不能急求成效也。笔者曾用鳖甲煎丸，配合汤剂，治疗另一例肝硬化患者，也取得较为满意的疗效。

### 例二：瘀血头痛

林××，女，14岁，学生。初诊：1979年10月30日。一个多月前被人击打，跌倒碰伤额角及后枕部，出血疮口虽已愈合，但肿块至今未散。头晕头痛，眼花耳鸣。睡眠不佳，小便时黄。脉弦细略数，舌质暗红、苔白，舌下瘀Ⅱ°。辨证为气滞血瘀头痛，予血府逐瘀汤加生黄芪12克。5剂后，肿块消失，颜色好转，头痛也减，痛时喜按揉，但因气候变化，胸背部伤处痠痛较甚，整夜失眠。改用桃红四物汤合瓜蒌薤白桂枝汤加生黄芪、丹参。5剂后，除阴雨时仍有眩晕感及胸憋外，头痛已甚轻微，原方再服四剂，晕痛全愈。因原有中耳炎史，左耳听力较差。11月13日再服血府逐瘀汤加丹皮、胆草2剂。继予当归补血汤调补。计服活血化瘀药16剂，瘀血肿痛全愈。

按：此例因伤致瘀，血溢脉外，留而不去，形成离经之瘀血，致络脉痹阻不通，而为头痛。唐宗海说：“瘀血既与好血不相合，反与好血不相能……必亟为消除，以免后来诸患。”“凡有所瘀，莫不壅塞气道，阻滞生机”。“且经隧之中，既有瘀血踞位，则新血不能安行无恙，终必妄行而吐溢矣。”故选用血府逐瘀汤加味，推荡积滞，去瘀生新，以治其本。续因胸背憋痛，且与气候有关，故改用桃红四物汤合桂枝、蒌、薤、丹参等，理气活血，使气机之升降出入，通畅调和，而诸恙自己。《素问·至真要大论》所谓：“必伏其所主，而先其所因。”是也。

### (二) 热毒血瘀型

此型或因热毒之邪，传入营血，迫血妄行，致血出留瘀，热瘀交阻。或因脏腑经络之间，素有瘀伤蓄血。或经期产后，或暴力冲击、跌打损伤；或湿热之邪，久留不去，致络脉阻滞，宿瘀内停等等内在因素，往往外邪一陷，里络就闭，胶结难解。有如叶天士氏所指的：“再有热传营血，其人素有瘀伤宿血在胸膈中，其舌色必紫而晦，扪之湿，当加入散血之品。”叶氏并主张：血热宜凉，血瘀宜散，是热入营血的主要治则。如犀角地黄汤之适用于舌绛、脉数、烦躁、谵语、发斑发疹、衄血、便血等症。目前此法已推广应用于急性肝坏死，流行性出血热、败血症及血液病的有出血症状而辨证属于血热炽盛者，效果更为显著。总之，从病史及脉证体征，细心体察，皆必有瘀血之形证，确切可凭。治则除按常规清解之外，必须兼用活血、凉血、散血、行血之品，以推陈致新，祛邪护正。瘀热内结者，必要时也可与清热泻热药同用。如下述肠痈病例所用之双解

贵金丸，即用大黄以通泻阳明。此药功能异滞泻下，凉血行瘀。《神农本草经》言其：“下瘀血，血闭，寒热，破症瘕积聚。”用之得当，效速力宏。

#### 例一：臌胀

陈××，女，63岁，农民。初诊，1979年3月9日。一、二年来右肋肋闷痛，牵引腰背，腹胀体倦，头晕纳减，失眠多梦，晨起面肿，小便短赤。1978年10月在某医院超声波及肝功检查，诊断为：肝硬化。察其颜色黯淡，形容消瘦，肌肤甲错，而腹胀如鼓，腹壁肥厚。肝右肋下3cm，边钝质硬，压痛明显。脾于左肋下1cm。腹两侧均叩浊，有移动性浊音。两手呈珠砂掌。蜘蛛痣不明显。舌质淡绛，尖边无苔，舌下瘀Ⅱ°。苔白腻微黄。脉弦劲有力。西医诊断：肝硬化，伴有腹水。中医辨证：臌胀。肝脾湿热夹瘀。拟疏肝理气，清热利湿，兼活血化瘀。选用茵郁丹青夏枯汤加减，药用：茵陈、郁金、丹皮、大青叶、丹参、白毛藤、七寸金、地枇杷、柴胡、生地、元胡等，进退损益，连续服药至同年5月25日，自觉症状已基本消失。平卧时，腹部平坦，腹壁软。肝右肋下4cm，边稍钝，质中，叩痛不明显。脾未触及。腹水征（一）。舌淡红，边有齿印，苔薄白，脉弦滑。久病邪去正虚，遵《内经》：“大积大聚，其可犯也，衰其大半而止。”之训，改用归芍六君汤加柴胡、黄芪、丹参、香附，以调补肝脾，理气活血，去瘀生新。又半个月后，停药观察。半年后随访，一向顺适，能料理家务劳动。

按：臌胀虽有气臌、血臌、水臌之分，但总属气化功能失司，致水毒血瘀，蓄积内停。治法自当正本清源，疏其气血，令其调达，而致和平。此例辨证为肝脾湿热挟瘀，故治法以清热解毒，兼理气活血化瘀，使热毒清解，积瘀消除，则气行血行，气调血调，自然瘀化湿去积散，而功能得以健复。非单纯化瘀所能取效也。

#### 例二：肠痈

朱××，女，16岁，农民。1977年10月29日初诊。据诉：今晨早餐后劳动中，突然胃脘及右下腹痉挛痛，以后为持续性胀痛，及间歇闪痛，伴低热头晕，口燥唇干，小便短赤，恶心欲吐，大便已三日未下。舌红、苔白腻微黄，舌下瘀Ⅰ°—Ⅱ°。脉弦滑而数。右下腹马氏点压痛及反跳痛明显。腹壁紧张拒按。肠鸣音存在。走路时弯腰护腹，平卧时右腿不敢伸直。体温38.8℃。西医诊断：急性单纯性阑尾炎。中医辨证：肠痈。中焦湿热，食瘀交阻，致升降失调，腑气不通。治宜清热解毒，化瘀通肠。药用：败酱草、鬼针草、生大黄、白芷、桃仁、红花、枳壳、银花、甘草煎服。另用鲜竹节草，每日120克，煎汤代茶。药后2小时许，即大便畅行，续又泻下秽粪3次，腹痛缓减。次日依原方药量减半，即告康复。

按：此例湿热食瘀交阻，若不急为清解，势必酿成脓痈。所以采用《医宗金鉴》之双解贵金丸（大黄、白芷为丸或散，葱白煎汤送服），以通肠逐瘀，有斩关夺门之效；佐用桃、红、枳壳、银翘、甘草等，共奏清热解毒，活血散瘀、消肿止痛之功。盖腑以通为用，血以和为贵，腑秽通，则气血和，升降调，而疼痛自愈。竹节草本地民间常用治疗肠痈，清热解毒，活血化瘀，两擅其长，用于急慢性阑尾炎，效力更胜鬼针草，对孕妇亦无碍胎之弊，堪称良药。

#### （三）寒湿血瘀型

寒为阴邪，其性凝滞，湿亦为阴邪，其性重着。人身气血之运行，全赖阳和之推

动，阴血之滋生，尤需阳气之温煦。故阴盛则阳虚而不运。《素问·八正神明论》说：“天寒日阴，则人血凝泣而卫气沉。”凝滞重浊，则血脉经络之循环受阻，甚则使道闭塞而不通。《素问·举痛论》对于寒邪引致血脉凝滞为痛之病因，论述颇为详备。如“寒气客于背俞之脉，则脉泣，脉泣则血虚，血虚则痛。其俞注于心，故相引而痛”。甚至可突然发作真心痛而暴死。诚如经文所说的：“寒气客于五脏，厥气上逆，阴气竭，阳气未入，故卒然病死不知人。气复返则生矣。”还有《灵枢·经脉篇》也说：“手少阴气绝，则脉不通，脉不通则血不流，血不流则发色不泽，故其面黑如漆柴者血先死。”叶天士说：“阴邪聚络，大品以辛温入血络治之。络病之因，除血瘀凝痹者外，往往兼夹痰饮、湿浊、阴寒、燥火等邪。”《染病源流犀烛》说：“夫心主诸阳，又主阴血。故因邪而阳气郁者痛，阳虚而邪胜者亦痛，因邪而阴血凝注者痛，阴虚而邪胜者亦痛。”唐宗海说：“血者喜温而恶寒，寒则涩而不流，温则消而去之。……方用仲景柏叶汤，为寒凝血滞之正治，亦瘀血伏于阴分之从治也。”又曰：“下焦之瘀，多属阴凝，则知以温药治下焦瘀血，尤为合宜，然须审系寒凝，乃用温药。”“血瘀下焦，腰以下痛，小腹季肋等处胀痛，是血瘀肝之部分，或积胞中血海为痛。”可知诸凡寒湿血瘀交阻，凝泣收引，留而不去者，皆宜温逐寒湿，或与益气温阳之药合用，以活血去瘀，使外邪不能凭藉瘀血以为巢穴，更不致因寒凝瘀。庶可事半功倍，不至缠绵难解。

#### 例一：寒湿痹

王××，男，26岁，农民。1975年10月13日初诊。据诉右膝内侧筋肉拘挛痹痛已2年，日轻夜重，从来未曾完全痊愈。20多日来，疼痛加剧，影响睡眠，头晕纳减。观其膝头微肿，动则痛剧，喜暖拒按，皮色如常。脉沉细弦紧，舌质淡，苔白润厚浊，舌下紫瘀浓重。辨证为寒湿痹。乃肝脾寒湿夹瘀，致筋肉气血之运行受阻，而痹痛难愈。《素问·五脏生成篇》谓：“血凝于肤者为痹，凝于脉者为泣，凝于足者为厥。”治则应散寒祛湿逐瘀。拟桂附麻辛姜草汤加减，药用：桂枝、附子、麻黄、细辛、干姜、炙甘草、独活、卷朮、苡仁、桃仁、红花。二剂后痛点移于外侧，筋肉稍见松软，病势也有减轻。阴和初复，已奏肤功，宜乘势推荡，击鼓再进。原方去苡仁，加当归、川芎。又三剂后痊愈。77年5月随访，愈后未复发。

按：风、寒、湿三气杂至而为痹，尤以寒湿夹瘀者，最为常见而缠绵。严重者，日久可虚及肝肾，成为肾痹，又称骨痹。因其骨节逐步损坏，甚至畸形，所以《金匱》又有历节之称，因其关节历漏损伤故也。节为骨之端，关为节之交，历节者，也含有历经关节，一节一节地逐个破坏损伤之义。有如现代医学所称之类风湿性关节炎。此处关节钙化痛止之后，他处关节仍可继续发作是也。此例患者方在壮年，虽有久痛，气血未至大虚，故为寒湿痹之实证，治法以攻逐邪气为主，所以采用大剂温阳散寒，逐湿化痰之药物，主以麻、桂、姜、附、细辛之温通发散，而后桃、红、芎、归得以发挥其活血化痰之功能。至于苍朮、苡仁、独活之疏风胜湿、分消其势，而助推荡药物之力，则病邪必然更加孤立无援而易解。阳和一转，寒凝自化，理所当然。

#### 例二：痛经。

朱××，女，23岁，未婚，农民。1976年1月18日初诊。二星期前劳动中挫伤右踝关节，自服及外敷民间草药，一星期后，伤处已渐痊愈。但素有经痛之疾，每月经前2—3

日，下腹部及腰骶部即痠痛挛急，疼痛甚剧，不能劳动。平日伴有腕痛，噎酸，腰腿痹痛。且颜面雀斑甚多，色棕褐，密密麻麻，大不雅观，颇为苦闷。察其舌质黯淡，苔白润，尖有紫瘀斑如绿豆大者数处。辨证为痛经，兼腕痛、血痹、瘀斑。肝脾气血郁滞，络脉寒湿血瘀交阻。拟疏肝健脾，散寒湿经胜湿，以化瘀通络。药用：当归、川芎、赤芍药、桂枝、香附、元胡、五灵脂、蒲黄、丹参、柴胡、甘草等。六剂后，胃脘疼痛解除。继服六剂，痛经之症状，已大为减轻，腰腿痹痛，也有好转。后依原方减去失笑散，加附子、杜仲、菟丝、羊藿、鸡血藤，以温补肝肾。一月后，痹痛痊愈，颜面雀斑，亦渐次消失。

按：此例病情较为复杂，但无论挫伤留瘀，以及痛经、腕痛、腰腿久痹、颜面瘀斑等病症，均与寒湿夹瘀有关。瘀血可以引致内分泌失调，而表现为痛经及色素沉着，也可从此病例得到证实和启发。《素问·至真要大论》：“诸寒收引，皆属于肾。”督脉为阳经之总督，任脉为阴经之总任，然皆与肾阴肾阳之虚实，息息相关。故古人有肾主奇络之说，举凡冲、任、督、带之疾患，皆可从调治肾脏之阴阳着手而有效。肾阳虚衰，则寒湿不能运化，而瘀阻痹痛交作。故此例后期加用温阳补肾药，俾肾气充盈，阳和敷布，而肝脾气血皆得其温养，内分泌也得恢复正常，诸证自愈。

#### （四）气虚血瘀型

气能生血，且能统血，行血，故气为血之本，为血之帅。气以运血，血以守气，两者不可相失。气虚则无能生血、统血、行血；甚至可以引起血虚、血痹、血瘀、血脱之疾患。所以《素问·调经论》说：“气血不和，百病乃变化而生。”《素问·逆调论》也说：“营气虚则不仁，卫气虚则不用。”《保生秘要》说：“凡人气旺则血荣而润泽，气绝则血枯而灭形，故气虚弱滞涩而成病。”如冠心病者，多有气短、胸闷、自汗、疲乏、脉结代等气虚现象。又有心前区憋痛、舌质紫黯等瘀血的现象。特别是急性心肌梗塞的患者，气虚血瘀的现象更为突出。《杂病源流犀烛》指出怔忡是：“心血不足病也。人所主者心，心所主者血，心血消亡，神气失守，则心中空虚，怏怏动摇，不得安宁，无时不作，名曰怔忡。”气虚血瘀者，非补气、益气，不是以活血，化瘀，其理甚明。因而益气活血之治则，常用于冠心病的治疗。但要注意到如果单纯益气，而不活血，则非但无效，甚至可使体内纤溶酶活性降低而得出相反的作用。这也是中医所谓补而勿滞的道理。

#### 例一：心悸胸痹

刘××，女，52岁，山东人。1978年5月20日初诊。据诉：长期以来心悸、胸痹，失眠多梦，头晕胸胀，颈项强痛拘紧不舒，手足末梢常有麻木感，甚或震颤不能站立，体质虚胖，心前区及胸骨后憋气，甚或绞窄痛，需端坐呼吸，始能缓解。曾住院检查，血压及胆固醇偏高，眼底动脉Ⅱ°硬化，心电图S—T段下降，T波倒置，室性期前收缩。西医诊断：冠心病，心绞痛，陈旧性心肌梗阻。察脉：沉迟而结。舌质淡润，舌体胖，边有齿印，舌下静脉怒张。舌苔白滑，辨证：心悸、胸痹。气血两虚，湿瘀交阻。因胸中为清阳之位，脾气虚衰，不能运化精微，以上输于肺，而反聚湿生痰。且因脾胃经脉表里之关系，可循胃经络脉之虚里穴以上凌于心肺。况乎太阴之脉，亦起于中焦，下络大肠，还循胃口，上膈属肺，肺主气，心主血，脾胃心肺，息息相关。气血亏虚，故症



见心悸胸痹，短气多汗，痰瘀交阻，则使道不能畅通，筋脉失养，而震颤麻木，痹痛拘挛，诸症并作。因拟补气活血，温阳宣痹，兼化湿法痰逐瘀，以疏通经络使道。药用：黄芪、党参、桂枝、丹参、赤芍、瓜蒌实、薤白、台乌、川芎、桃仁、红花、茯苓、半夏、僵蚕、全蝎、降真香、甘松香、生姜、大枣等，进退加减。调治二个月，至同年七月廩回乡时，已自能健步，脉弦缓，未见结代，体重减轻6公斤（尚剩60多公斤，自觉较前结实轻健，安适胜常，能恢复工作。

按：冠心病相当于中医之心悸、胸痹、心气痛等范围。病机本虚标实，故表现为气虚而血瘀。此例以往有心肌梗阻病史，就诊时，心绞痛仍频繁发作。由于治疗时能注意补气以活血，扶正祛邪，攻补兼施，标本并顾，着重补益心脾以调和营卫，使气行血调，通则不痹，和则无阻，自能应乎奏效，可望渐次康复。

#### 例二：肝积

李××，男，38岁，干部。1977年10月14日初诊。二个多月来，长期低热，常右上腹部胀满刺痛，头晕耳鸣，失眠多梦，心慌心悸，醒后口干，漱水而不喜饮。口涩纳减，进行性消瘦，全身疲倦乏力。大便溏赤，小便短赤，以往有溃疡病史，但治愈后至今已3—4年未再发，此次胃肠钡透，亦无异常。肝功检查：谷丙转氨酶260单位，脑絮++，射絮+++，射浊20单位。超声波检查：肝上界6肋间，肋下中线2cm。剑突下6cm。肝波：密集微小波，伴复波，偶见束状波。脉沉细弦缓。舌质淡暗，边有齿印及纵行条纹状之紫癍线，舌下静脉粗胀。舌苔白腻，根部厚浊微黄。查体：肝肋下剑突下均胀满充实，腹皮肿厚，压痛明显，触诊不满意。脾（-），腹水（-），西医诊断：早期肝硬化。肝Ca待查。辨证：肝脾气阴两虚，气滞血瘀，致水湿内停，湿瘀交阻。《难经》谓：“肝之积曰：肥气”者是也。治法拟：健脾益气，以疏肝化湿逐瘀。采用《衷中参西录》之十全养真汤合甘露消毒丹、牡丹皮散等出入加减，结合西药保肝疗法。治疗至1978年4月间，服用中药近200剂，自觉症状消失，仅劳动后稍感倦怠而已。肝功复查已大致正常。触诊：肝右肋下1cm，剑实下4cm，质软，边稍钝。超声波复查为较密微小波，舌边之紫癍线消失。乃停药以食养调之。恢复工作后，一向顺适。

按：肝硬化病例，据中医辨证，属气虚血瘀型者，最为多见。因久病必虚，久病必瘀，且肝主藏血，气为血帅，血为气母，在气血两虚的同时，也必然导致气滞血瘀而湿瘀交阻，形成症瘕痞积。故中医治疗以扶正祛邪为主，采用健脾益气，疏肝化湿，活血散瘀的基本方剂，确是行之有效，足以体现辨证论治的优点。

#### （五）血虚血瘀

血虚和血瘀是辨证的。可因此处血瘀，而致他处血虚。也可因全身血虚，而局部血瘀。诸如冠心病供血不足之心绞痛，以及内脏瘀血引起之疼痛，常与血虚血瘀引致血液循环调节障碍之机理有关。张景岳说：“血虚而有滞者，宜补之活之，以当归、川芎、牛膝、熟地、醇酒之属。”并认“补血行血莫如当归。”“行血散血，无如川芎。”《金匱》“虻虫丸”缓中补虚，就是寓攻于补，活血化痰，以治疗干血癍等慢性虚证的良方，因去瘀即所以生新，祛邪有助于扶正。唐宗海说：“不补血而去瘀，瘀安能尽去……治法宜补泻兼行，瘀既去而正不伤。”又如风湿性心脏病，证见心悸不安，唇面青暗，肋下痞块，肢体浮肿，舌质暗淡，或有紫斑，脉搏细数，或见结代，辨证属血虚夹