

吴大真 李剑颖 主编

國醫大師

驗案精粹

(內科篇)



化學工業出版社

吴大真 李剑颖 主编

國醫 大師

驗案精粹

(內科篇)



化学工业出版社

·北京·

2009年5月,国家人力资源部、卫生部、国家中医药管理局联合评选并公布了首届“国医大师名单”,为了将国医大师的学术思想和临床经验更广泛地传承下去,更好地发展我国的中医药事业,本书精选了国医大师们的临床验案,对内科常见病、多发病的诊断、治疗方法进行了介绍,系统论述了各种内科疾病的症状、体征、舌苔、脉象以及大师们辨证分析、经典用药及复诊、方剂调整,并附加了对疾病综合分析的按语及临床加减用药,详细、客观地记录了国医大师们的诊疗过程,便于读者更好地学习运用。

本书可供中医学专业师生、中医临床医师阅读和参考。

图书在版编目(CIP)数据

国医大师验案精粹(内科篇)/吴大真,李剑颖主编. —北京:化学工业出版社,2011.6
ISBN 978-7-122-11086-2

I. 国… II. ①吴…②李… III. 内科学-医案-汇编-中国-现代 IV. R289.5

中国版本图书馆CIP数据核字(2011)第070010号

责任编辑:肖志明 贾维娜

文字编辑:赵爱萍

责任校对:陈 静

装帧设计:刘丽华

出版发行:化学工业出版社(北京市东城区青年湖南街13号 邮政编码100011)

印 刷:北京永鑫印刷有限责任公司

装 订:三河市万龙印装有限公司

710mm×1000mm 1/16 印张21 字数455千字 2011年8月北京第1版第1次印刷

购书咨询:010-64518888(传真:010-64519686) 售后服务:010-64518899

网 址: <http://www.cip.com.cn>

凡购买本书,如有缺损质量问题,本社销售中心负责调换。

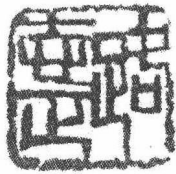
定 价:58.00元

版权所有 违者必究

衣鉢真傳



踏志心



国医大师验案精粹编写人员名单

主 编 吴大真 李剑颖

副 主 编 王凤岐 路喜善 杨建宇

编写人员 （以姓氏笔画为序）

王 雷	王凤岐	王博岩	李 瑶	李剑颖
杨建宇	吴大真	沈 娟	张婉瑜	赵子昞
赵丹丹	袁海潮	莫婷婷	徐亚辉	徐梦晗
崔艳静	路喜善			

我读验案如读诗

(代序)



我未上大学系统学习中医前，由于经常惊诧地看着秦伯未先生给家里人看病，那么重的病居然就能好了。他就送给我两本书，一为《中医入门》，二为《清代名医医案精华》，并嘱我：此两本书既是入门中医的捷径，又可作为你毕生使用的工具书。此两本书皆为伯未师得意之作，我当时因为年幼并未深刻理解秦老的嘱咐，悠悠六十年，时间非但没有磨灭先师的话语，我对秦老的这个教导领悟反而日渐日深。

从医五十年来，我除了经常阅览《清代名医医案精华》外，更研读了多种古今医案、验案。不但阅读，我还主编了多部今人大家名家的医案、验案。可以说，我对医案的阅读、编辑整理“情有独钟”。

中医医案并不是简单的医疗记录，古今名家的精品医案无论繁简、无论风格，都是中医药学“理法方药”的结晶。最关键的是，这些作品基本都记录了医家辨证论治的心路历程。更有甚者，还简约地记录下病家的言谈情绪以及与医者交流的心理过程。通过这些使我认识到中医药学真是一部“人”的科学。不管当今医学有多先进，未来医学有多大突破。如果不从“人”的角度出发并最终归结到“人”的本位，那么这种医学就是没有生命力的。

本书重点在“大师”与“验案”两部分，能称得起大师的绝非侥幸而来，这些大师们在五六十年的临案教学工作中，没有一个不是兢兢业业、殚精竭虑而最终获得成就者。前辈吾师，风华绝代，谨以此书聊做记录。

“验案”都是精华，可媲美历代医案名品，初学中医者能被或长或短或简或繁的文字吸引，门内同仁更可深研咀嚼、找差距、提高技艺。成书之日，谨成小诗一首，以为记录我当时的心绪：

我读验案如读诗，
爬罗剔抉叹瑰奇。
英华含咀思仓扁，
继往开来自可期。

2011年4月

目 录



第一章 心脑血管病 1

第一节 冠心病心绞痛、心肌梗死 1

- 一、邓铁涛验案 1
- 二、朱良春验案 10
- 三、任继学验案 10
- 四、苏荣扎布验案 11
- 五、李济仁验案 12
- 六、张琪验案 15
- 七、张学文验案 16
- 八、张镜人验案 16
- 九、周仲瑛验案 18
- 十、贺普仁验案 19
- 十一、裘沛然验案 20
- 十二、路志正验案 20
- 十三、颜德馨验案 31
- 十四、李辅仁验案 38

第二节 先天性心脏病 38

- 邓铁涛验案 39

第三节 心律失常、病态窦房结综合征 40

- 一、邓铁涛验案 41
- 二、任继学验案 47
- 三、张琪验案 47
- 四、张学文验案 48
- 五、张镜人验案 49
- 六、周仲瑛验案 49
- 七、郭子光验案 53
- 八、裘沛然验案 58
- 九、路志正验案 58
- 十、颜德馨验案 59

第四节 扩张型心肌病、风湿性心脏病	61
一、邓铁涛验案	61
二、张琪验案	63
三、周仲瑛验案	64
四、朱良春验案	65
五、郭子光验案	66
六、颜德馨验案	67
第五节 心力衰竭	68
一、张琪验案	68
二、周仲瑛验案	70
三、郭子光验案	71
四、路志正验案	73
第六节 高血压病及眩晕	73
一、邓铁涛验案	74
二、朱良春验案	75
三、周仲瑛验案	77
四、郭子光验案	77
五、袁沛然验案	77
六、路志正验案	78
七、颜德馨验案	80
第七节 失眠和嗜睡	82
一、何任验案	82
二、张琪验案	84
三、袁沛然验案	85
四、路志正验案	86
五、颜德馨验案	89
第八节 抑郁症和痴呆	92
一、何任验案	92
二、张琪验案	94
三、颜德馨验案	97
第九节 中风	98
一、朱良春验案	98
二、任继学验案	100
三、张琪验案	103
四、张学文验案	104
五、路志正验案	105
六、颜德馨验案	106
第十节 头痛	107
一、张琪验案	108
二、张学文验案	109

三、郭子光验案	110
四、路志正验案	111

第二章 肺系疾病 114

第一节 感冒和发热	114
一、任继学验案	114
二、朱良春验案	115
三、李辅仁验案	117
四、郭子光验案	118
五、裘沛然验案	118
六、路志正验案	120
七、颜德馨验案	121
八、邓铁涛验案	123
九、张学文验案	124
十、周仲瑛验案	126
第二节 咳嗽和哮喘	127
一、方和谦验案	128
二、任继学验案	131
三、张琪验案	132
四、周仲瑛验案	134
五、郭子光验案	136
六、裘沛然验案	139
七、路志正验案	139
八、颜德馨验案	140
九、朱良春验案	143
十、李辅仁验案	144
十一、邓铁涛验案	145
第三节 悬饮和肺癰	146
一、张琪验案	146
二、颜德馨验案	150
三、何任验案	151
第四节 肺结核、咯血、肺癌	151
一、周仲瑛验案	152
二、颜德馨验案	154
三、张琪验案	156
四、张镜人验案	157
五、裘沛然验案	158
六、朱良春验案	159

第三章 消化病 160

第一节 胃炎	160
--------------	-----

一、徐景藩验案	161
二、路志正验案	163
三、袁沛然验案	165
四、周仲瑛验案	165
五、朱良春验案	168
六、邓铁涛验案	171
七、张镜人验案	172
八、张琪验案	172
九、任继学验案	173
十、李玉奇验案	173
十一、颜正华验案	174
第二节 消化道溃疡	176
一、何任验案	176
二、颜德馨验案	177
三、张琪验案	177
四、朱良春验案	178
五、李济仁验案	179
六、李振华验案	179
第三节 慢性胃痛、腹痛	180
一、周仲瑛验案	180
二、徐景藩验案	181
三、路志正验案	182
四、颜德馨验案	183
五、朱良春验案	184
第四节 食管贲门失弛缓症	184
张琪验案	185
第五节 胰腺炎、肠易激综合征和细菌性痢疾	185
一、何任验案	186
二、张琪验案	186
三、李振华验案	187
四、颜德馨验案	188
五、任继学验案	189
六、徐景藩验案	190
七、周仲瑛验案	191
八、方和谦验案	192
九、朱良春验案	193
十、王绵之验案	195
第六节 溃疡性结肠炎和便秘	197
一、李振华验案	198
二、朱良春验案	199

三、李玉奇验案	201
四、颜正华验案	201
五、邓铁涛验案	202
六、任继学验案	203
七、方和谦验案	204
第七节 胃下垂、食欲异常	204
一、颜正华验案	205
二、周仲瑛验案	206
三、颜德馨验案	207
四、李振华验案	208
五、路志正验案	209
第八节 糖尿病	210
徐景藩验案	210
第九节 呕吐	211
一、徐景藩验案	211
二、任继学验案	212
第十节 便血	212
一、袁沛然验案	212
二、朱良春验案	213
三、方和谦验案	214
第十一节 痞证	215
一、路志正验案	215
二、任继学验案	216
第十二节 痿病	216
一、邓铁涛验案	216
二、周仲瑛验案	218
三、李济仁验案	219
第十三节 脾虚失眠、疰夏、脾肾两亏	219
一、程莘农验案	220
二、颜德馨验案	220
三、徐景藩验案	221
第十四节 胃癌、胰腺癌、食管癌	223
一、徐景藩验案	223
二、周仲瑛验案	225
三、李玉奇验案	225
四、周仲瑛验案	226

第四章 肝胆肾病 229

第一节 慢性肝炎、肝硬化、肝硬化腹水	229
一、邓铁涛验案	229

二、方和谦验案	233
三、李济仁验案	234
四、徐景藩验案	235
五、颜德馨验案	235
六、周仲瑛验案	237
七、朱良春验案	239
八、任继学验案	241
九、张琪验案	242
十、李玉奇验案	245
第二节 急性无黄疸型肝炎和黄疸	246
一、颜德馨验案	246
二、方和谦验案	247
三、李济仁验案	248
四、李玉奇验案	248
五、路志正验案	249
六、徐景藩验案	250
七、周仲瑛验案	252
第三节 原发性肝癌	254
何任验案	254
第四节 脂肪肝和肝囊肿	255
一、周仲瑛验案	255
二、何任验案	256
第五节 免疫性肝病、慢性胆囊炎	257
一、周仲瑛验案	257
二、何任验案	258

第五章 肾膀胱病 259

第一节 慢性肾小球肾炎和急性肾小球肾炎	259
一、郭子光验案	259
二、任继学验案	263
三、袁沛然验案	265
四、颜德馨验案	266
五、张镜人验案	266
六、张琪验案	267
七、朱良春验案	271
八、张学文验案	273
第二节 慢性肾功能不全和急性肾功能衰竭	274
一、郭子光验案	275
二、路志正验案	276
三、张琪验案	277

四、周仲瑛验案	282
五、朱良春验案	284
第三节 肾病综合征	286
一、路志正验案	286
二、张琪验案	290
三、周仲瑛验案	291
第四节 系膜增生性肾小球肾炎、IgA 肾病	292
一、裘沛然验案	293
二、张琪验案	294
第五节 高血压肾病	296
张琪验案	297
第六节 系统性红斑狼疮性肾炎、乙型肝炎病毒相关性肾炎、紫癜性 肾炎	297
一、张镜人验案	298
二、周仲瑛验案	299
三、张琪验案	301
第七节 阳痿、遗精	302
一、路志正验案	303
二、任继学验案	303
三、周仲瑛验案	304
四、何任验案	306
五、颜德馨验案	307
六、张灿理验案	307
第八节 尿路感染、尿道综合征、乳糜尿	308
一、郭子光验案	308
二、路志正验案	310
三、任继学验案	311
四、张琪验案	313
五、朱良春验案	317
六、李济仁验案	319
七、裘沛然验案	320
八、张镜人验案	320
第九节 尿潴留	321
一、何任验案	321
二、任继学验案	322
三、张琪验案	323

第一章 心脑血管病

第一节 冠心病心绞痛、心肌梗死

冠状动脉性心脏病 (coronary heart disease, CHD): 简称冠心病, 是一种最常见的心脏病, 是指因冠状动脉狭窄、供血不足而引起的心肌功能障碍和(或)器质性病变, 故又称缺血性心肌病 (IHD)。CHD 是多种冠状动脉病的结果, 但冠状动脉粥样硬化占冠状动脉性心脏病的绝大多数 (95%~99%)。因此, 习惯上把冠状动脉性心脏病视为冠状动脉粥样硬化性心脏病 (coronary atherosclerotic heart disease) 的同义词。

冠心病表现为胸腔中央发生一种压榨性的疼痛, 并可迁延至颈、颌、手臂及胃部。它跟心绞痛不一样, 即使你停止运动, 或在紧张情绪消失后, 它还会存在。冠状动脉性心脏病发作的其他可能症状有眩晕、气促、出汗、寒颤、恶心及昏厥。严重患者可能因为心力衰竭而死亡。

心绞痛 (angina pectoris): 是冠状动脉供血不足, 心肌急剧的、暂时缺血与缺氧所引起的以发作性胸痛或胸部不适为主要表现的临床综合征。其特点为阵发性的前胸压榨性疼痛, 可伴有其他症状, 疼痛主要位于胸骨后部, 可放射至心前区与左上肢, 常发生于劳动或情绪激动时, 每次发作 3~5min, 可数日一次, 也可一日数次, 休息或用硝酸酯制剂后消失。本病多见于男性, 多数病人在 40 岁以上, 劳累、情绪激动、饱食、受寒、阴雨天气、急性循环衰竭等为常见的诱因。

心肌梗死: 是指心肌的缺血性坏死, 为在冠状动脉病变的基础上, 冠状动脉的血流急剧减少或中断, 使相应的心肌出现严重而持久的急性缺血, 最终导致心肌的缺血性坏死。发生急性心肌梗死的病人, 在临床上常有持久的胸骨后剧烈疼痛、发热、白细胞计数增高、血清心肌酶升高以及心电图反映心肌急性损伤、缺血和坏死的一系列特征性演变, 并可出现心律失常、休克或心力衰竭, 属冠心病的严重类型。心肌梗死的原因, 多数是冠状动脉粥样硬化斑块或在此基础上血栓形成, 造成血管管腔堵塞所致。按照病因、病理、心电图和临床症状等不同, 心肌梗死可分为各种不同的类型。除上述共有的表现外, 各有其特殊性。

一、邓铁涛验案

▶▶ 【案例 1】患者, 男, 47 岁, 2004 年 8 月 10 日初诊。主诉: 3 年前, 心前区

感心悸、心闷、间歇发作针刺样疼痛，偶有压迫感，跑步或上楼梯心痛、心慌、气急感加重。现病史：2004年5月初，上述症状发作较频，活动则气促、咳痰、胸闷，四肢无力，饮食减退，睡眠梦多。查：T 37.0℃，BP 120/60mmHg，HR 49次/min，心尖区或闻及Ⅰ级杂音。心电图示：窦性心动过缓、ST段异常。X线示：两肺纹理增多，心影略有扩大。肝功能正常，腹部B超无异常。血常规正常。舌暗红、苔厚腻微黄，脉迟弦。

诊断：冠心病。

辨证为胸痹、痰瘀闭阻型。

治以化痰通瘀、芳香化浊。

以温胆汤加味：太子参_{30g}，北沙参_{20g}，茯苓_{12g}，法半夏_{6g}，橘红_{4.5g}，炙甘草_{2g}，竹茹_{10g}，枳实_{6g}，合欢花_{10g}，首乌藤（夜交藤）_{30g}，丹参_{10g}，毛冬青_{20g}。5剂，每日1剂，水煎服。

同时用中号三棱针于双侧曲泽刺血下出黑紫色血块80ml；又刺双侧足三里和点刺大椎、内关，出血约30ml，且每穴均拔火罐。

治疗后第3天，患者自述心中舒畅，胸闷、心悸、气急、针刺样痛全部消退，饮食增加，心率增至75次/min。

►【按语】邓老认为根据正虚，可将冠心病分为心阳虚、心阴虚和心阴阳两虚三个基本证型。且三者均可见夹痰夹瘀之证。临床上，舌苔厚浊或腻，脉弦滑或兼结代者为痰阻；舌有瘀斑或全舌紫红而润，少苔，脉涩或促、结代者为瘀闭；若两者合并则为痰瘀闭阻。无论因痰因瘀，心绞痛都较严重，或痛有定处，一般瘀的疼痛比痰的疼痛为甚。

瘀证为主，一般用失笑散加冰片（蒲黄2份，五灵脂2份，冰片1份）1.5~3g。更辨其阴虚阳虚，加减用药。痰证为主时，以温胆汤分量加倍，按阳虚加减用药，阴虚者可去法半夏加天花粉、全瓜蒌。若血脂高者，可在上述辨证治疗基础上选加何首乌、草决明或山楂。何首乌益阴养血，适用于偏阴虚者；草决明能平肝，适用于兼高血压偏阳亢者；山楂能活血消导，适用于兼痰瘀者。但邓老强调，药物治疗是不够全面的，在一般情况下还应考虑综合疗法。

►【出处】张健，王磊．邓铁涛辨治冠心病经验介绍[J]．中医药信息杂志，2006，23（12）：82。

►【案例2】陈某，男，58岁，工程师。以心前区间歇发作压榨样疼痛4年为主诉。患者18年前发现高血压。4年前开始，每于饱餐、劳累、情绪激动时，突然出现心前区压榨样疼痛，舌下含服硝酸甘油片能迅速缓解，每3~4天发作1次。自发现高血压后胆固醇持续增高（288~400mg/dL）。检查：血压150/90mmHg，心律规则，A2>P2。舌淡嫩稍暗、苔薄白，脉弦细。胸透：主动脉屈曲延长，左心缘向左下延伸，略有扩大。心电图：运动前为正常心电图；二级梯双倍运动试验明显阳性。胆固醇：330mg/dL。

诊断：冠心病，心绞痛，高脂血症。

中医辨证：胸痹，阳虚兼痰浊闭阻型。

治疗方法：补气健脾除痰兼予养肝。

以四君子汤合温胆汤加减。

处方：党参_{15g}，白术_{9g}，茯苓_{12g}，甘草_{4.5g}，法半夏_{9g}，竹茹_{9g}，枳实_{4.5g}，草决明_{30g}，桑寄生_{30g}，何首乌_{30g}。

病者在院共 80 天，仅发作 1 次心前区压榨样疼痛，经服失笑散后缓解。出院前复查：心电图二级梯双倍运动试验阳性，胆固醇 200mg/dL。病者自觉症状明显改善，出院后一直坚持门诊治疗，服温胆汤加味制成的丸剂，并坚持适当体育锻炼。追踪 7 个月，病情一直稳定。

►【按语】邓老提出的“冠心三论”：冠心病以正虚为主，标实为次；心脾相关，从脾治心；痰瘀相关，以痰浊为主。对临床有重要的指导作用，在此理论指导下，制定了“益气健脾、化痰祛瘀”的大法，收到了较满意的临床疗效。

“冠心三论”的基本内容阐述如下。

1. 论“正虚为本，邪实为标”

邓老认为中医发病学的特色之一是重内因，这与西医学注重外部因素的思维方法是不同的。内因是基础，外因通过内因而起作用，这是符合辩证法的。内因是主导，是积极主动的一方面，可控制；外因相对而言是消极的，多不以主观意志而改变。中医认识疾病是为了采取积极有效的防治手段，因此，更为重视内因，发病学和治疗学一以贯之，密不可分。所谓理、法、方、药的统一，即是此意。中医学认为，内因主要是指人体的“正气”，发病学的第二大特色就是强调正气在疾病发生、发展中的能动性和主要作用，正气为本，是中医学的一个基本观点。《黄帝内经》简经《内经》云：“正气存内，邪不可干。”“风雨寒热不得虚，邪不能独伤人。”“治病必求于本。”邓老指出，以上两点是中医学理论思维的出发点，离开这两点，认识和思维上就会偏离中医的轨道。

再者，冠心病的邪实，不外乎气滞、痰阻、血瘀、寒凝、食积，而从中医病机理论分析，这些均属内生之邪，为继发的、第二病理因素。也就是说，这些实邪不是始动的、第一位的病理因素，第一位的应当是正气亏虚，由于气、血、阴、阳的不足，产生以上诸邪。结合临床实际，七情所致之气滞血瘀、饮食所致之食积痰阻、感寒所致之寒凝伤阳，只是冠心病发作的诱因，并非主因；是一时之因，而非始终之因。一时之因易去，而根本之困难除，一时之因虽暂去，然仍不能阻断病情发展，故当求“本”。本病发生，由正气亏虚，致实邪丛生，再因邪实而伤正，如此恶性循环不已。故治疗上须着眼于根本的、始动的关键环节，方能打断此恶性循环。在“标本”的问题上，邓老从辩证法出发，认为中医的求本思想是符合辩证法的，我们中医的目光应当放在“本”上，只有抓住正气这个“本”，才能在复杂的病情中理出一个清晰的思路来。

其次，临床用药上，祛邪之品，长服久服必耗伤正气。活血化瘀之药，有伤血、损胃之弊，服之稍久，均诉胃纳不振、嗳气泛酸等，甚则短气日甚、吐衄便血。只有正气盛，方能运化药物，防止药物之偏害。

2. 论“五脏相通，心脾相关”

概览现代中医界论治本病，往往强调心之气、阳、阴、血不足，瘀血内阻的发病机理，而对于“整体观”这一根本观点有所忽视。邓老早已注意到这种倾向，在20世纪80年代初就明确指出：冠心病的论治，决不能仅局限于心，而应立足于整体，着眼于五脏相关。《内经》谓“五脏相通，移皆有次”即为此义。

《内经》论病，非常重视以五脏相关作为指导。如“五脏六腑皆能令人咳，非独肺也”，以及《灵枢·厥论》所论“厥心痛”，无不体现这一思想。中医认为，某一病变虽有主脏，但由于五脏在生理上相互联系，病理上相互影响、传变，故常可因他脏之病引起。冠心病的心绞痛，从古代文献中可以发现，是强调治五脏而非仅治心的。《金匱要略》云：“胸痹，心中痞气，气结在胸，胸满，胁下逆抢心，枳实薤白桂枝汤主之，人参汤亦主之。”以温补脾胃论治胸痹；明代王纶《明医杂著》云：“肝气通则心气和，肝气滞则心气乏。”李挺《医学入门》引《五脏穿凿论》云“心与胆相通”等。这些丰富而宝贵的经验，是值得我们继承的，邓老一再强调：这种“五脏相关”的诊疗思想，正是目前我们临床中有所忽视的，需要加以强调。邓老结合具体临床实际和岭南地域特色，提出五脏相关之中“心脾相关”在冠心病的病机演变中具有重要作用，以此作为辨治本病的指导思想。因脾胃为后天之本，气血生化之源，饮食水谷入胃，须脾胃健旺，方能化生精微，上奉于心，变化而赤，“是谓血”；精微与呼吸之清气相合，生成宗气，亦称“大气”，布于胸中，贯心脉而司呼吸，是心中阳气之根源。心气、心血皆由中土化生，脾不健运，则气血亏乏，心阳不用、心体失荣；或者痰浊内生，浊邪客清，脉道不利，发生本病。故本病之虚，虽曰心之气、血、阴、阳不足，究其本源，实不能离乎脾胃。就临床用药来看，补气之药如参、芪、术、草等，皆属健脾益气之品，故补气须从脾胃，故李中梓曰：“气之源头在乎脾。”

邓老常提到，论病需要注意地区差异，认为广东地处岭南，土卑地薄，气候炎热，暑湿为盛。暑伤气、湿伤脾，人处此气交之中，脾胃素禀不足。临证所见，本地之冠心病患者，多兼有脾胃不足、痰湿内阻之象：面色多黄或白而无华，青黄色，体丰而气短，舌多胖大而有齿印，苔常腻浊。《内经》有异法方宜之论，综合岭南之地理、气候、患者体质，益气健脾、化痰通阳之法甚为妥帖，脾气健则心气旺，痰浊去则心阳振，不治心而心君自安。

3. 论“痰瘀相关，以痰为主”

治疗冠心病一般学者多重视瘀血，而对痰浊这一病理因素关注不足，邓老根据临床实践，最早提出了“痰瘀相关”的理论，并认为痰为先导，由痰致瘀，以痰为主。津液停聚而为痰，血液滞涩则成瘀。津液与血液，二者同源，可分而不能分。津液行于脉外，血液行于脉中，津液渗于脉中则成血，血乃营气合津液而成，此谓“津血同源”，从痰瘀二者成分来看，是相关的；津、血为阴类，不能自行，须赖阳气推动而布散周身，得其正则为人体“正气”组成部分，失其常则为内生之邪，故痰、瘀之生成，均生于气，从二者成因来看，也是相关的。

邓老认为，疾病的发展，总是存在着由浅入深的规律，外感病之六经、卫气营血、三焦，均体现出这一规律，而内伤杂病亦不能外乎此。相比较而言，气病为浅，血病为深，故叶天士有“初病在气，久必入血”之论。痰和瘀相比，瘀为血分，痰则