

目 录

中医理论探讨

- 浅谈温病的祛邪与扶正……………湖北中医学院 张赤志 (1)
- 仲景痰饮论治初探……………湖北中医学院 王俊槐 (6)
- 浅谈温病卫气营血的病理传变
……………湖北中医学院温病教研室 张腊荣 (14)
- 分娩与季节、日干、时辰的关系——1460例分析
……………湖北中医学院 罗济民 (19)
- 试谈经络与皮肤病
……………皮肤科 黄玳纯 (23)
- 湿疹概述
——人体受湿的原因和主要症状
……………皮肤科 程淳夫 (28)
- 论脾胃病之治疗原则与临证体会……中医内科 周祖球 (32)
- 79例肝郁病人脉图报告
……………湖北中医学院脏象研究室 王启梁 毛树松 (37)
湖北中医学院卫生防疫教研室

各科临床经验

- 清泉片治疗泌感 50 例近期疗效观察及机制探讨
……………中医内科 李熙鸣 袁姣弟 (40)
- 〔~~湖北中医学院~~〕例之临床分析
……………中医内科 涂晋文 艾利民 刘 青 熊家平 (48)

药剂工作经验

- 论中药材传统经验鉴别与现代科学方法鉴别的关系.....药剂科 张亚志 (134)
- 中药复方水溶性成分制备微囊工艺的初步研究
.....药剂科制剂室 徐长宽 赵洪武 黄朝建
高中文 许建华 (137)
- 中药注射液中草酸检查法初步探讨
.....药剂科制剂室 黄朝建 徐长宽
周琦 赵洪武 (143)
- 虫胶包三白肠溶片的工艺探讨
.....湖北中医学院附属医院张跃军 楼一层
湖北省宁威地区人民医院 于祥山 (148)
- 制作水泛丸的点滴体会.....药剂科 张亚志 (155)
- 浅谈中药加工炮制的一点体会.....药剂科 张耀中 (158)
- 谈谈炮制品的贮存保管.....药剂科 丁立忠 (160)
- 浅谈防止中药糖浆剂的霉败.....药剂科 戴启明 (166)
- 对于某些易生虫的贵重药物的特殊保管
.....药剂科 曾凡金 (169)
- 怎样煎好中药汤剂
.....药剂科 朱纯璜 (170)

护理工作经验

- 发热的辨证论护.....中医内科 吕智 (173)
- 针刺治疗急性黄疸型病毒性肝炎 212 例病情观
察和护理.....中医内科 万若华 (179)
- 重症肝炎辨证施护.....中医内科 方汉英 (185)
- 浅谈辨证论护.....内科 田文俊 (189)

实验研究

子午流注实验研究之一——对53例肢体血流变化的观察

……………湖北中医学院 孙国杰 周安方 毛树松

湖北中医学院附属医院 康世英 罗惠平 刘豫淑 (193)

子午流注纳甲法治疗周围性面神经麻痹22例

……………湖北中医学院 孙国杰 周安方 毛树松

湖北中医学院附属医院 康世英 罗惠平 刘豫淑 (199)

参芪注射液的制备及毒理实验

……………药剂科 赵洪武 徐长宽 刘菊兰

中心实验室药理组 王喜云 吴焕才 谭大琦 (202)

麝香舒络酒治疗软组织损伤的实验研究

……………湖北中医学院附属医院骨科 刘克忠

湖北中医学院中草药研究室 张世芳 (204)

医案医话

运用一贯煎加减治疗肝硬化二则

……………湖北中医学院脏象研究室 邵企红 (207)

悬饮证治的临床体会…湖北中医学院中医教研室 徐灏先 (210)

寒湿痹痛临证体会

……………湖北中医学院中医控制论研究室 王秋琴 (213)

治愈顽固性呕吐二例

……………湖北中医学院中医控制论研究室 王秋琴 (216)

肝痛治验两则……………中医外科 (219)

软坚清肝饮合五味消毒饮治愈颜面播散性粟粒性狼疮

一例报告……………皮肤科 程淳夫主治 黄玳纯整理 (224)

文献综述

中医药治疗肺炎的概况……………湖北中医学院 陈如泉 (227)

浅谈温病的祛邪与扶正

湖北中医学院 张赤志

温病是由温热病邪引起的热象偏重易化燥伤阴的一类外感疾病，其发病的主因是感受四时不同的“温热病邪”，但是否发病决定因素是正气的盛衰。《温疫论》有这么一段记载：“昔有三人，冒雾早行，空腹者死，饮酒者病，饱食者不病”⁽¹⁾。说明在同样条件下，同样的自然环境中，由于正气强弱的不同，就有种种不同的结果，所以温病的治疗，须根据人体正气的强弱，邪正的消长，立出“祛邪与扶正”的治疗原则。

祛邪扶正的关系

《灵枢·百病始生篇》说：“风、雨、寒、热，不得虚，邪不能独伤人，卒然逢疾风暴雨而不病者，盖无虚，故邪不能独伤人。此必因虚邪之风与其身形，两虚相得，乃客其形。”说明外邪致病与人体的内在因素即正气的强弱有着不可分割的关系，也就是说，外邪必须在人体正气不足，抗病能力低下，不能抵御外邪的情况下，才能侵入人体而发生疾病。所谓“正气存内，邪不可干”⁽²⁾，“邪之所凑，其气必虚”⁽³⁾，“本气充满，邪不易入，本气适逢欠亏，呼吸之间，外邪因而乘之”⁽⁴⁾。这些均说明发病之时邪正力量之间的对比。

然发病之后，温为阳邪，其性热而易化火，能烁津液，耗真阴。叶天士说：“热邪不燥胃津，必耗肾液”⁽⁵⁾一般说来，病初始以肺胃津伤多见，津伤则较轻浅，易治。若误治、

• 1 •

失治，致使病情迁延日久，病邪深入下焦，多损肝肾阴液，液伤较深重难复，“故治温病宜刻刻顾其津液”⁽⁶⁾，津液的损耗，常关系到疾病的转归，或生命的存亡，所以有人提出：“留得一分津液，便有一分生机”⁽⁷⁾的论述，从而告戒人们在治疗温热性疾病中保存津液的重要性。虽然，驱邪亦可存津，但对津伤而不能达邪外出者，若一味“清热解毒”，往往可致事与愿违的后果，所以吴鞠通在论腑实兼阴伤时曾说：“下之不通者，死⁽⁸⁾”。更有“温邪久羁中焦，阳明阳土，未有不克，少阴水者”⁽⁹⁾而致“阳明太实，土克水者死”⁽¹⁰⁾。以上即说明了既病之后的邪正进退关系。

初主祛邪 随证扶正

温病初起，一般情况下总是以邪实为主，所以治疗时立足于祛邪，邪去则正安，叶天士说：“在卫汗之可也，到气才可清气，入营犹可透热转气，入血就恐耗血动血，直须凉血散血”⁽¹¹⁾。这四个层次的治疗原则主要是为祛邪而设。后世医家立解表、清气、通下、清营、凉血等法都是祛邪为主的具体治疗原则，但由于温邪侵入人体后阴液总有不同程度的亏损，如初病在卫分即见“口渴、苔薄白欠润”等伤阴之象，所以投辛凉平剂银翘散方中配用芦根扶正或葱豉汤伍童便养阴；若素体阴亏或感受燥热之邪伤肺（卫）者，致舌苔白干薄者，乃属肺津受伤之征，见此症宜“加麦冬、花露、芦根汁等轻清之品，为上者上之也”⁽¹²⁾。进入邪正剧争的气分阶段，驱邪虽能撤热存津，但津伤者，一味驱邪，热邪反不退也，常在驱邪的同时根据不同的情况配服天生白虎汤、天生甘露饮、五汁饮等瓜果之汁，并根据证情需要立有攻补兼施的白虎加人参汤、冬地三黄汤、增液承气汤、新加黄龙汤等。致于热邪深入营

血，邪热虽炽盛，而营阴已亏损，祛邪必顾阴津，如叶天士说：“入营犹可透热转气，如犀角、元参、羚羊角等物，入血就恐耗血动血，直须凉血散血加生地、丹皮、阿胶、赤芍等物”（13）。其所指代表药物中犀角、羚羊角、丹皮、赤芍等为祛邪而设，元参、生地、阿胶等为养阴扶正而用。此时若一味祛邪则正气不支，一味扶正则邪气锢结，叶天士在祛邪的同时加用养阴之品协同治疗。

后主扶正 随证祛邪

温病后期阶段，治疗主要着眼于扶正养阴，温病扶正之法多以甘寒、咸寒之品，五汁饮、益胃汤、沙参麦门冬汤、加减复脉汤、大小定风珠等救阴液。但根据不同的情况选方遣药。一般来说，以胃阴损伤为主者，予以甘寒配用咸寒，如叶天士所说：“若虽薄而干者，邪虽去而津受伤也，苦重之药当禁，宜甘寒轻剂可也”（14）。有热病“舌绛而光亮者，胃阴亡也，急用甘凉濡润之品”（15），“重则如玉女煎，轻则如梨皮、蔗浆之类”（16）。“若舌无苔而有如烟煤隐隐者，如口渴烦热，平时胃燥舌也，不可攻之，”仍须“甘寒益胃”（17）。“再有一种白瘡小粒，如水晶色者，此湿热伤肺，邪虽出而气液枯也，必得甘药补之”（18）。若不如此“胃汁大受劫灼，变病由此甚多”（19）。若病在下焦，“邪气已去八九，真阴仅存一二”（20）之候，主以咸寒配用甘寒。若一味祛邪，则反“竭其津而速之死也”（21），故吴鞠通说：“在下焦则无非热邪深入，消铄津液，涸尽而死也”（22）。说明了后期扶正的重要性。但有时病情需要可适当加辅祛邪之品，如滋阴解表、滋阴清热、滋阴攻下、滋阴熄风等均以养阴扶正为主，随证加减祛邪之药。

更甚者，阴虚而至气脱，阴虚而至阳脱也是有之，由于有

形之阴津不能骤生，而气脱阳亡之变所当急固，此又以固脱为主。气脱者，益气生津，敛汗固脱，主用生脉散；阳亡者，以辛热之品振奋阳气，固脱救逆，主用参附龙牡汤。在此须指出，温病之亡阳原由热证变来，其本阴亦亏，纯用阳药，预防阴阳离决，当于阴中求阳（回阳之药与护阴之药同时应用），如参附与龙牡，附子同阿胶等配伍，以收阴阳相济之妙。不尔，阳不回者死，阳回而阴竭者亦死矣。

祛邪与扶正的意义

温病“祛邪”与“扶正”随证应用的意义：其一，邪盛为主兼有阴伤者，祛邪为主，扶正的目的在于加强祛邪，亦可预防热邪进一步伤津，有助于祛邪撤热的方药更好地发挥作用。如吴鞠通说：“太阴温病，脉浮洪，舌黄，渴者，大汗，面赤，恶热者辛凉重剂白虎汤主之”⁽²¹⁾，“脉浮大而芤，汗大出微喘，甚至鼻孔扇者，白虎汤加人参汤主之；脉若散大者，急用之，倍人参”⁽²⁴⁾。此说明正气未亏，只用白虎汤祛邪，而正气亏损者，则加人参扶正而助祛邪。若不如此，一味祛邪，热反不解，变证峰起。其二，“扶正”能防止病邪进一步深入，如叶天士说：“苔斑出而热不解者，胃津亡也，主以甘寒，重则如玉女煎，轻者梨皮、蔗浆之类，或其人肾水素亏，虽未及下焦，先自傍徨矣，必验之于舌，于甘寒之中加入咸寒，务在先安未受邪之地，恐其陷入易”⁽²⁵⁾。其三，温病久羁迁于下焦，邪少虚多，扶正则能托邪外出，此扶正即是祛邪。如吴鞠通所说：“邪气久羁，肌肤甲错，或因下后邪欲溃，或因存阴得液蒸汗，正气已虚，不能即出，阴阳互争而战者，欲作战汗也，复脉汤热饮之。虚盛者加人参”⁽²⁶⁾。此即“扶正以祛邪，正胜则生矣”⁽²⁷⁾之法。

综上所述，温邪袭人必有所伤，而阴伤的程度虽有轻重之分。然在治疗上决不能只强调一味祛邪，走上单纯寻找“清热解毒”的抗菌抑菌药物的道路。必须按照温病的理论，进行辨证施治，观察邪正进退变化，才能更好地发挥祛邪治病的作用。

参 考 文 献

(1)、(4)《温疫论·原病》(2)《素问·刺法论》(3)《素问·评热病论》(5)(11)—(18)(25)《温热论》(6)《中西温热串解·温病无汗宜透汗，有汗宜养津，误下宜生津解热》(7)《温热经伟·内经伏气温热篇》(8)《温病条辨·中焦篇》(9)(20)(26)(27)《温病条辨·下焦篇》(10)(21)—(24)《温病条辨·上焦篇》(19)《幼科要略》

仲景痰饮论治初探

湖北中医学院 王俊槐

《伤寒杂病论》是我国医学巨著，全书理、法、方、药、脉、因、证、治，十分精当。其中痰饮论治，内容较为丰富，涉及到临床各科，迄今仍能有效地指导临床实践，确有其科学价值。本文不避浅陋，就仲景对痰饮的审证求因，审因论治，以及立法处方等问题，试作探讨，以就正于同道。

一、审证求因

人之为病，必有所因。正如《金匱要略·脏腑经络先后病脉证第一》（以下简称《金匱·第×》）中所述：“夫人禀五常，因风气而生长，风气虽能生万物，亦能害万物，如水能浮舟，亦能覆舟。”即如人身之津液与痰饮，同源而异流，能正常运行者，津液也；停而不去者，痰饮也。而津液停滞之由，无非外感、内伤、情志等方面。痰饮内蓄，随气机升降，变幻百端，见证繁多，综观《伤寒》《金匱》两书，因痰饮为患造成的病证多达数十余种。如：咳、喘、肿、满、惊、悸、痛、眩、寒、热、呕、吐、啰、利、痞、癥、瘕、积聚、结胸、大便不利、（或利）大便溏等。造成上述诸证的病因病机《素问·至真要大论》扼要说明为：“湿气内郁，饮发于中。”就有关脏腑而论，多与肺、脾、肾三脏功能失调有关。尽管痰饮致病，证候纷纭，病机复杂，仲景又根据有诸内必行诸外的学术观点，创造性地运用朴素辩证法思想，以审证求因作为原则，如，一证多

因，一因多证之类，而将上述诸证，甚至疑难证候，条分缕析，兹择其要者，罗列如后。

（一）一证多因，如咳喘一证，《伤寒》以六经论外感，六经均有咳喘。《金匱》以脏腑论杂病，五脏六腑皆能令人咳，非独肺也。痰饮咳喘其表现虽均与肺有关，但其根源，则涉及较广，如：“伤寒，心下有气，咳而微喘，发热不渴，服汤已渴者，此寒去欲解也，小青龙汤主之。”（《伤寒论》第41条，以下仅注条文号），本条论述外感风寒，激发在内之水气，气激水升，肺气因而不宣，故见咳喘。“咳而上气，喉中水鸡声，射干麻黄汤主之《金匱·第七篇》本条为寒饮内发，闭塞肺气，以致咳嗽喘气，外寒则不明显。“咳逆上气，时时吐浊。但坐不得眠，皂荚丸主之”。（同前）是上焦有热，煎熬津液成痰、痰阻其气，肺气不能肃降，故出现痰浊咳喘证。“火逆上气，咽喉不利，止逆下气，麦门冬汤主之。”

（同前）是肺胃津液耗损，咽喉干燥不利，故出现虚火咳喘一证。可见后二者，与前数条，咳喘相同，而寒热悠分。“咳而上气，此为肺胀，其人喘，目如脱状，脉浮大者，越婢加半夏汤主之。”（同前）本条论述风热外感，水饮内作，内外合邪，以致肺气胀满，水饮挟热而上逆所致。本证与小青龙汤相比，内饮相同，但在外仍有风寒、风热之别。

又如《伤寒论》中结胸证，有热实结胸，寒实结胸，及痰热互结之小结胸，是证名相似，而成因则大异也。

上述咳喘，结胸两证，足以说明痰饮致病，有寒热虚实，上下表里之分，有时病证虽同，病因则异。

（二）一因多证，病有出现两种或两种以上的证候，但其致病因素相同者，在《伤寒》《金匱》有关痰饮的原文中，亦屡见不鲜。如“食谷欲呕，属阳明也，吴茱萸汤主之。”（245）

“少阴病吐利，手足逆冷，烦躁欲死者，吴茱萸汤主之。”
(309) “干呕，吐涎沫，头痛者，吴茱萸汤主之。” (377)
“呕而胸满者，茱萸汤主之。”《金匱·第十七篇》上述四条原文先后出现有头痛，胸满，烦躁欲死，手足逆冷，呕、吐、利、干呕、吐涎沫等证。但引起上述诸证发病因素的共同点是肝胃虚寒，浊阴上逆所致。类似上述条文还有很多，因篇幅有限，不必一一列举。然则若能如此，举一反三，则脉因证治，理法方药，尽在其中。

二、审因论治

人体正常的水液运行，如《素问·经脉别论》云：“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。”可知其梗概。若人体在致病因素的作用下，肺、脾、肾、三焦功能发生异常，于是痰饮，水湿由生。因其性质流动不居，故临床变幻百端。复因俱属阴类，得阳始化。故仲景首创“病痰饮者，当以温药和之，”至今仍为治痰饮之定法，且行之有效。由于人体抗病能力有强弱，痰饮有微盛，病性有寒热，病位有上下表里之别，仲景在定法之中又提出了很多相应的活法，如，“诸有水者，腰以下肿，当利小便，腰以上肿，当发汗乃愈。”《金匱·第十四篇》“下利气者，当利其小便。”《金匱·第十七篇》等即是。由此推之，治痰饮病，上则治肺，中则健脾，下则温肾，均属“以温药和之”的范畴，此言其常。但临床痰饮水气与热相合者，亦为不少。如，大小结胸之类，应以泻热逐饮，或清化痰热为法。合而观之，温化、清化以及攻逐，是仲景治此类痰饮三大法门。故未可执其一端，不及其余。而临床运用重在根据审因论治的原则，观其脉证，知犯何逆，以法治之。

三、审证求方

仲景治病，审证求因，据理立法，依法处方，方证统一，法度严谨。《伤寒》《金匱》就痰饮论治，有证有方条文，比比皆是，验之于临床，若审证准确，则多能效如桴鼓。现将仲景审证求方试作如下的探讨。

(一) 痰饮泛于上，证见咳嗽、喘气、痰多、胸闷、气促或有恶寒发热者，则选宣肺平喘，祛痰止咳，通阳化饮之类方剂。如，外感风寒，内有水饮出现，“咳逆倚息不得卧，小青龙汤主之。”《金匱·第十二篇》又如，饮停胸膈，证见“胸痹，胸中气塞，短气，茯苓杏仁甘草汤主之。”《金匱·第九篇》再如，痰湿阻遏胸阳者，出现“胸痹不得卧，心痛彻背者，栝蒌薤白白酒汤主之。”（同上）由此观之，治上部痰饮，原则应侧重宣化肃降，以顺治节之常。

(二) 痰湿阻于中，证见腹满、吐逆、眩悸、下利诸证者，则选温中化饮，健脾利湿，降逆和胃之类方剂。如，痰饮内阻，中阳失运，气机不畅而出现“心下有痰饮，胸胁支满，目眩，苓桂术甘汤主之。”《金匱·第十二篇》又如，饮停于中，脾气不升，胃气不降，浊阴上逆出现“卒呕吐，心下痞，膈间有水，眩悸者，小半夏加茯苓汤主之。”“心下有支饮，其人苦冒眩，泽泻汤主之。”《金匱·第十二篇》可见治中部痰饮，应侧重温燥健运以应太阴湿土之常。

(三) 水饮停于下，证见头眩，心下悸，肿、满、小便不利者，则选温肾化气行水之类方剂。如，“假令瘦人脐下有悸，吐涎沫而癫眩，此水也，五苓散主之。”《金匱·第十二篇》又如，饮停于中或饮留下之不同，出现“夫短气有微饮，当以小便利去之……；肾气丸亦主之。”（同上）可见治下部水饮应侧重

于温肾化气行水，以承水脏水腑之本。

(四) 痰饮重证者，出现胸腹鼓胀，疼痛，小便不利，大便不通，里证尤急者，则选峻下逐水或攻通腑实之类方剂。如，“脉沉而眩者，悬饮内痛。”“病悬饮者，十枣汤主之。”(同上)“支饮腹满者，厚朴大黄汤主之。”

(五) 痰饮为阴邪，随气机升降，流动变幻不居，有时表里、寒热、虚实混杂，又不可不察。如，“肺胀，咳而上气，烦燥而喘，脉浮者，心下有水，小青龙加石膏汤主之。”《金匱·第七篇》本条论述寒饮化热的咳喘证，故于温化之中兼以清热。又如，“咳而上气，此为肺胀，其人喘，目如脱状，脉浮大者，越婢加半夏汤主之。”《金匱·第七篇》本文论述饮热咳喘的证治，因其风热外感，水饮内作，内外合邪，故选越婢加半夏汤表里同治。诸如此类，均是痰饮而致表里同病，上下兼作，证有变异，故方有加减。且其文法，或寓证于方，寓方于证，生动活泼。而又有极强的灵活性。

四、用药规律

仲景关于痰饮论治，不仅辨证、立法、选方有他独到之处，而且在用药上也有其规律性。因痰饮为阴邪，又随气机升降，变化无常，累及脏腑较多，故用药原则，仍有研究之必要。如肺主气属卫，外合皮毛，为水之上源。病则宣降失司，痰饮阻碍气机，其治选用麻黄、杏仁之类宣降肺气。若咳者加细辛、干姜、五味等，以温肺化痰、止咳敛气。脾主湿以升为健，病则痰湿内生，饮发于中。常选用干姜、白术之类，健脾燥湿，温运中阳。若呕加生姜、半夏。降逆加旋复、代赭。腹满加枳实、厚朴之类，均有理论可循。肾主水，真火内寄于中，若肾阳蒸腾，则清升浊降，病则水饮潴留，故用姜附桂枝

之属，温阳化气行水，常为必选之品。若淡渗之茯苓，其性平和，所用更多。咸寒利水之牡力泽泻，多因饮邪结聚而用。瓜蒂为涌吐而设。若水饮尤甚者，则取甘遂、甘草相反相成之法，意在激发留饮，得以尽去。因痰饮为患，病机复杂，变证繁多，仲景在上述用药的基础上又随证加减。如，痰热加黄连、瓜蒌。驱痰用蜀漆、皂荚。凡此种种，不一而足，实为后世开治痰饮之先河。

五、几点体会

(一) 仲景为痰饮论治，撰列了痰饮、水气诸篇，《伤寒》《金匱》其他篇章亦有论述。痰饮作为致病之根由，常涉及到临床各科。历代医家均有发挥与创见，如沈金鳌在《杂病源流犀烛》中记载：“痰之为物，流动不测，故其为害，上至巅顶，下至涌泉，随气升降，周身内外皆到，五脏六腑俱有。”其论言简意赅，指出痰饮对人体的危害性及其发病的特点，颇有见地，为中医百病兼痰之说，增添了新的篇章。为什么痰饮致病如此广泛呢？因为人体在致病因素的作用下，脏象、经络、阴阳、气化之功能紊乱，津液的生成与运行受到障碍，停留于体内，变生痰饮。故痰饮与津液，同源异流而生理则有天渊之别。痰饮作为有害物质，戕害人体，变证丛生。如，“水在心，心下坚筑，短气，恶水不欲饮。”“水在肺，吐涎沫，欲饮水。”“水在脾，少气身重。”“水在肝，胁下支满，噉而痛。”“水在肾，心下悸。”《金匱·第十二篇》“脉得诸沉，当则有水，身体肿重。”《金匱·第十四篇》等，如上所述，痰饮病临床表现虽多，归纳起来，其脉象则多见沉、紧、弦、滑。其病证多现咳、喘、眩、悸、肿、满、呕、吐、癢、痛、疼痛、小便不利或利、大便溏等。仲景就是这样根据痰饮

脉证变化规律。而辨别脏腑、经络、四肢百骸、阴阳气血病痰饮的内在征结。

(二) 仲景痰饮论治，变化虽多，然其要不外八法。如小青龙治痰饮兼表，谓之汗法。痰浊阻隔用瓜蒂，谓之吐法。峻逐水饮用十枣汤，谓之下法。柴胡桂枝干姜汤，治少阳兼水饮属于和法。痰湿中阻，脾失健运则用温法，如苓桂术甘汤。饮热协表则用清法，如越婢加半夏汤。利水日消，温养曰补，常与以上诸法兼用，而少有单行。若就变化而论，则方法无穷，仅以温法为例，有温脾、温肾、温肺 以及温通心阳等等。因限于篇幅不予赘言。

(三) 仲景痰饮论治，内容丰富，而痰饮与淤血相互影响者，亦复不少。仲景在《金匱·第十四篇》记载有，“先病血”“先病水”以及“经为血，血不利则为水”等。由于历史条件的局限性，仲景仅提出上述论点而少具体治法，笔者试作如下的研讨。

痰饮与淤血为病，或各致其偏，或兼而有之，其机理何在？盖人体气血，相互依存，彼此为用，气为血帅，血为气母，气行则血行，血行则气治，损一不可。若机体在致病因素的作用下，气血生成不足，或运行不畅，津液停滞，势必导致痰饮、水湿、淤血等相继发生，于是逐步形成痰饮、痰淤诸证。这些证候有时单独出现，有时相兼并存。积郁成痰，积痰成淤，假血依痰是经常发生的。正如，唐宗海在《血证论》中指出“血积既久亦能化为痰水。”推而论之，痰饮积久，亦可致气滞血淤。目前活血化淤研究极广，但活血化痰，化淤逐饮研讨较少。笔者认为目前很多临床疾病，诸如上述咳、喘、肿、满、眩、悸、疼痛、癥瘕等等。且与现代医学某些慢支、肺心、风心、冠心、高冠心、慢肝、乙肝、肝硬化、溃疡病、脑

血管疾患、泌感、不孕症、精神分裂症、肿块、肿瘤、以及内外妇女等急慢性疑难怪病相类似，单纯用活血化淤，或单纯从痰饮论治，疗效不佳者，都应考虑湿气内郁，脏象失调，经脉不通，气化异常，阴阳气血逆乱，饮发于中，“痰挟淤血，遂成窠囊。”（见《丹溪心法》）所致。亦即五脏皆病痰淤之说。治疗上应采取分化痰、淤之大法，使其各有所去。

本人通过教学与临床实践，凡见有痰饮，痰淤诸疾患者，均按仲景审证求因、审因论治、审证求方、审药求证的规律，分别采取活血化淤、化痰逐饮、分化痰淤之法，论治诸疾，往往取得较好的效果。因篇幅有限，暂不附病例说明。

但因笔者才疏学浅，以上管窥之见，尚祈同道斧正。