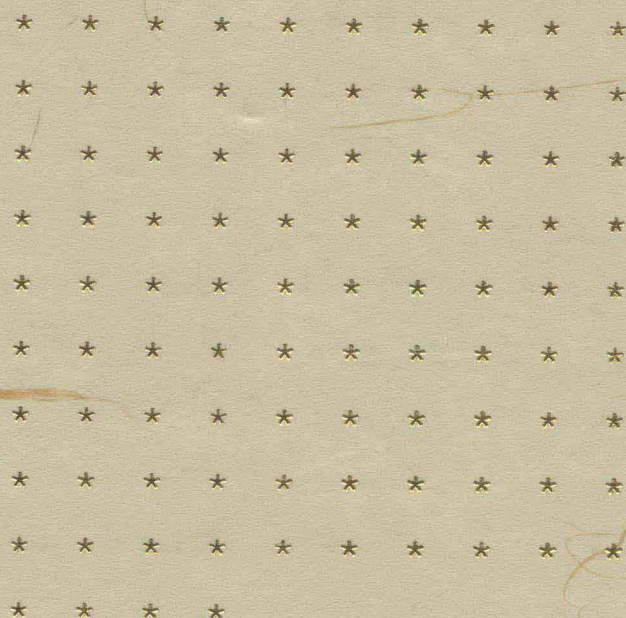


江苏当代名中医 临证精萃

编委会主任 王咏红
主 编 陈亦江
副 主 编 孙志广 周柏林 陈 燕

江苏科学技术出版社



江苏当代名中医 临证精萃

江苏科学技术出版社

编委会主任	王咏红
主 编	陈亦江
副 主 编	孙志广 周柏林 陈 燕
编写人员	毕 磊 戴运良 朱 蕾 张小凡 赵鸣芳 韩 旭 方志军 施益农 操海明 王 炎 马雪岩 高志芬 马 郁 黎 辰 朱利文 张传年 徐 衢 田华萍 倪晓琴 朱 云 张晓甦

图书在版编目(CIP)数据

江苏当代名中医临证精萃/陈亦江主编.
—南京:江苏科学技术出版社,2013.6
ISBN 978-7-5537-0217-9

I. ①江… II. ①陈… III. ①中医学—临床
医学—经验—中国—现代 IV. ①R249.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 251339 号

江苏当代名中医临证精萃

主 编 陈亦江
责任编辑 郑颖
责任校对 郝慧华
责任监制 曹叶平
装帧设计 孙达铭

出版发行 凤凰出版传媒股份有限公司
江苏科学技术出版社
出版社地址 南京市湖南路1号A楼,邮编:210009
出版社网址 <http://www.pspress.cn>
经 销 凤凰出版传媒股份有限公司
照 排 江苏凤凰制版有限公司
印 刷 南京凯德印刷有限公司

开 本 889 mm×1194 mm 1/16
印 张 41
插 页 4
字 数 850 000
版 次 2013年6月第1版
印 次 2013年6月第1次印刷

标准书号 ISBN 978-7-5537-0217-9
定 价 200.00 元(精)

图书如有印装质量问题,可随时向我社出版科调换。

序言

PREFACE

中医药是我国优秀传统文化瑰宝,是中国特色医药卫生事业的重要组成部分。千百年来,中医药为中华民族的繁衍昌盛作出了卓越贡献。

江苏乃人杰地灵之地。江苏中医药底蕴深厚、源远流长,历史上流派纷呈、名医辈出。建国以来,江苏杏林同道不断继承创新,中医药服务体系不断完善,服务能力不断提升,学术水平不断提高,涌现出了一批当代名中医。2009年,人社部、卫生部、国家中医药管理局联合评选出30位“国医大师”,我省周仲瑛、徐景藩、朱良春三位专家名列其中。他们的背后,更有432位江苏省名中医。这些名医大家,或世代为医,或得师之传,医术精湛,桃李成圃,每一位都有悬壶济世的良方。

名老中医的学术经验和技術专长,是他们几十年临证的心血凝聚,是理论和实践相结合的升华之物,其精辟之论、金石之言,弥足珍贵。为了能够将这些宝贵资料保存下来,传承下去,江苏省中医药局组织编撰了《江苏当代名中医临证精萃》。全书共载当代江苏名中医94位,均为全国和省级老中医药专家学术经验继承工作指导老师。这是一本汇集诸位名师学术思想、诊疗经验、医案精华的专著,有着极高的学术价值和应用价值,也是现代医史文献研究不可多得的珍贵资料。愿本书的出版,能进一步传承岐黄薪火,弘扬中医学学术;愿中医药事业更加兴旺发达,更好地造福于民。特为之序。

江苏省卫生厅厅长 **王咏红**

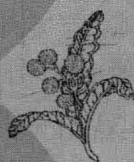
2013年1月21日

周仲瑛*****	1
徐景藩*****	27
朱良春*****	34
丁泽民*****	45
丁义江*****	51
干祖望*****	57
王少华*****	65
王如侠*****	71
王灿晖*****	78
王育良*****	87
王顺贤*****	94
王德明*****	100
贝敏敏*****	107
申春暉*****	111
朱世楷*****	118
朱秉宜*****	124
朱建华*****	130
朱辟疆*****	137
仲润生*****	143
任光荣*****	148
任南新*****	155
刘永年*****	159
刘再朋*****	166
刘沈林*****	172
江育仁*****	179
汤昆华*****	186
汤粉英*****	193
许芝银*****	200
许建安*****	206
孙 浩*****	212
孙凤霞*****	221
孙金章*****	226
初泽民*****	234
初桂云*****	242
李七一*****	250
李乃庚*****	256
李则藩*****	263
李果烈*****	269
李柏年*****	274
吴 旭*****	283
吴新猷*****	290
吴震西*****	297
何焕荣*****	306
余承德*****	312
邹燕勤*****	319
汪再勘*****	328
汪受传*****	334

目录

CATALOG





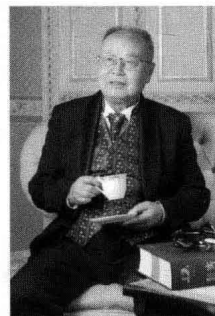
江苏当代名中医
临证精萃

人名拼音索引 ***** 647
人名笔画索引 ***** 648

汪朋梅 ***** 342
汪荫华 ***** 349
汪履秋 ***** 353
张志坚 ***** 361
陆绵绵 ***** 367
陈趾麟 ***** 375
邵荣世 ***** 379
邵铭熙 ***** 387
全 实 ***** 394
周 光 ***** 401
周玉艳 ***** 406
周玉祥 ***** 412
周克振 ***** 419
周福贻 ***** 424
郑绍光 ***** 429
单兆伟 ***** 437
赵化南 ***** 444
胡铁城 ***** 449
俞荣青 ***** 455
胥受天 ***** 459
胥宗生 ***** 466
姚高晨 ***** 474
袁士良 ***** 483
莫燕新 ***** 491
夏治平 ***** 497
夏桂成 ***** 503
顾中依 ***** 510
倪毓生 ***** 515
徐迪华 ***** 521
徐荷芬 ***** 526
徐福松 ***** 533
殷 明 ***** 539
奚肇庆 ***** 545
高淑华 ***** 552
唐蜀华 ***** 559
诸方受 ***** 565
龚正丰 ***** 570
龚丽娟 ***** 580
盛灿若 ***** 588
符为民 ***** 595
韩树人 ***** 602
程子俊 ***** 609
傅友丰 ***** 616
曹学文 ***** 621
谢昌仁 ***** 628
瞿惟凯 ***** 635
戴金梁 ***** 640

★ 周仲瑛

Zhou Zhong Ying



周仲瑛,男,出生于1928年,江苏如东人。自幼随父学习医术,1946年悬壶乡里,并先后就学于上海新中国医学院、江苏省中医进修学校,1956年毕业后留南京中医学院附属医院工作,1983年调任南京中医学院院长,现为该校教授、主任医师、博士生导师。曾任第七届全国人大代表、国务院学位委员会学科评议组(中医)成员、国家中医药管理局中医药工作专家咨询委员会委员、中华全国中医药学会终身理事、卫生部药品审评委员会委员、江苏省中医药学会名誉会长,江苏省重点学科“中医内科学”学科带头人等职。

2007年被聘为第一批国家级非物质文化遗产项目“中医诊法”代表性传承人。2008年4月获世界中医药学会联合会“王定一杯”中医临床国际贡献奖。2009年6月,由人力资源和社会保障部、卫生部和国家中医药管理局联合授予“国医大师”荣誉称号。先后承担《中医内科学》及其教学参考书的第五版副主编、第七版主编等内科系列教材、著作共28部,获1992年国家教委优秀教材特等奖、国家科技进步三等奖。先后主持国家、部省级课题37项,取得科研成果24项,获部省级科技进步奖22项,多项成果在国内外处于领先地位。创制科研新药已转让药厂6种,发表学术论文近200篇。

第一、四批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,继承人有:

(1) 唐蜀华:男,1941年生,江苏常州人,医学学士。全国第一批老中医药专家学术经验继承人,1991~1994年期间师承周仲瑛。现为江苏省中医院主任医师、教授、博士生导师。享受国务院政府特殊津贴,省名中医。擅长中医内科急诊、心脑血管疾病的诊治。

(2) 李七一:男,1951年生,四川巴中人,医学硕士。全国第一批老中医药专家学术经验继承人,1991~1994年期间师承周仲瑛。现为江苏省中医院主任医师、教授、博士生导师。享受国务院政府特殊津贴,省名中医。擅长心脑血管疾病的诊治。

(3) 郭立中:男,1962年生,陕西武功人,中医学博士。全国第四批老中医药专

家学术经验继承人。2008~2010年期间师承周仲瑛。现任南京中医药大学教授、主任医师、博士生导师,南京中医药大学中医内科急难症研究所所长。擅长肾炎肾衰竭、尿路感染、糖尿病肾病、肾结石、前列腺炎、阳痿早泄等疑难杂病诊治。

(4) 陈四清:男,1967年7月出生,江苏射阳人,中医学博士。全国第四批老中医药专家学术经验继承人。2008~2010年期间师承周仲瑛。现为江苏省中医院感染科副主任中医师、副教授。擅长肝炎、肝癌、发热、腹泻等疑难杂病诊治。

学术思想与临证经验

一、瘀热论

20世纪70年代后期,周仲瑛教授(以下简称“周教授”)曾对瘀血学说及活血化瘀治则进行了较为系统的温课,结合临床实践认识到必须根据中医理论,遵循辨证论治原则,针对形成瘀血的病理因素、血瘀的病变部位,采用具体的治法,才能显示中医活血化瘀这一治则的优势,提高疗效。与此同时,周教授又在临床体会到凉血化瘀法与瘀热相搏证有其独特的应用价值,广泛涉及外感内伤多种急难病证,并从《伤寒论》的“瘀热”一词及“蓄血”证的论述,桃仁承气汤、抵挡汤等的创立,《千金要方》中的犀角地黄汤治疗蓄血、瘀血,《瘟疫论》所言“血为热搏”,《温热论》提出的凉血散瘀法等,得到触悟和启发,将“瘀热相搏证”及凉血化瘀治法的应用,从临床引入科研,以“瘀热相搏”主证为基础,根据病证、病位、病理特点,分列若干子证,进行了理论、临床、实验及新药开发等较为系统的研究。从20世纪70年代末在流行性出血热急性肾衰竭的防治中瘀热水结证的提出,到后来在重症肝炎治疗中瘀热发黄证的发现、出血性病证治疗中瘀热血溢证——瘀热型血证的命名、高脂血症治疗中络热血瘀证的提出,直到近年治疗出血性中风中瘀热阻窍证的确立,显示了中医以“证候”为中心的研究特色,先后历时25年,逐渐形成了较为系统的瘀热论学术思想。

1. 出血性中风急性期治以凉血通瘀

周教授在前人有关理论认识的基础上,结合自己长期的临床实践探索,首次在国内提出“瘀热阻窍”是出血性中风急性期的基本病机。并认为瘀热阻窍是风、火、痰、虚等多种病理因素的基础,从而平内风、外风之争,统主火、主痰、主虚诸说于一炉,使千百年来中医对中风病因病机的理论认识更臻完善。在此基础上,周教授提出凉血通瘀法是出血性中风急性期的基本治法。该法不仅能清血分之热、散血中之瘀、折冲逆之势,可止妄行之血、熄内动之风,并寓有上病下取、釜底抽薪、顺降气血之意。既不同于仅从局部病理变化着眼,见血止血的治法,也有

别于当前过分强调瘀血,主张单一活血化瘀甚或破血逐瘀的观点。同时周教授研制成凉血通瘀注射液及凉血通瘀口服液配套制剂,分别对该制剂进行了较为系统的动物实验研究及临床疗效观察。凉血通瘀制剂由大黄、水牛角、生地、赤芍、三七、地龙等药组成。临床和实验证明,该制剂有促进脑内血肿吸收、减轻脑水肿、改善瘀热阻窍证症状和神经功能缺损等多种作用。

2. 出血热急性肾衰竭治予泻下通瘀

周教授经过近 20 年的临床实践,针对出血热急性肾衰竭蓄血、蓄水及易于伤阴的病理特点,提出出血热急性肾衰竭的治疗大法以泻下通瘀为主,兼以滋阴利水,从而达到泻下热毒、凉血散瘀、增液生津、通利二便的目的。周教授认为在出血热少尿期,无论其发热与否,凡见到小便赤涩量少,欲解不得,甚至尿闭不通,血尿或尿中夹血性膜状物,便秘,小腹胀满或拒按,心烦不寐,神志烦躁或不清,呕恶频繁,面部浮肿,舌质红绛,苔焦黄,或光红少苔,脉小数等症者皆可用之。方宗《温疫论》桃仁承气汤及《温病条辨》增液承气汤、《伤寒论》猪苓汤、《千金》犀角地黄汤等加减出入。药用大黄、芒硝各 10~15 g (便秘者可重用之),枳实、桃仁各 10 g,生地、麦冬、猪苓各 15 g,白茅根 30 g,怀牛膝 10 g。若水邪犯肺,喘咳气促不得卧加葶苈子泻肺行水;血分瘀热壅盛,加水牛角、丹皮、赤芍等凉血化瘀;津伤明显,舌绛干裂,口干渴,可合入玄参,取增液汤全方以滋阴生津;小便赤少不畅,可再加阿胶、泽泻、车前子等滋阴利水;瘀热阻窍,邪陷营血而神昏,可加犀角、黄连清心开窍;邪陷厥阴,热动肝风而抽搐,可参入镇肝熄风汤意。概而言之,泻下通瘀法包括下热毒、下瘀毒、下水毒等几个方面,通过与滋阴生津法配合,可具备增液通腑、通瘀散结、滋阴利水的功能,起到通大便、利小便,“急下存阴”、凉血止血、祛除水毒,使津液归于正化等作用。

3. 治血证创瘀热血溢

历来中医对血证的认识,强调气火逆乱,血不循经,络伤血溢为其基本病机,在治疗方面,以治血、治气、治火为基本原则,组成了许多名方良剂。周教授在总结前人经验的基础上,根据多年的临床实践,提出了瘀热血溢证这一特殊证候类别,突出了瘀热相搏、络损血溢导致出血的重要性,强调凉血散瘀为治疗瘀热型血证基本大法。临证应用时,周教授强调首先要明确外感内伤,其次要辨别瘀热的轻重,同时还应详察兼证变证,从而突破了仅把这一方法视为外感温病血分证治法的局限性,发展了血证理论,充实了有效的治疗方法。并在实践中体会到凉血与化瘀联用,可以发挥清血分之热、散血中之瘀、解血分之毒、止妄行之血的作用。据此研制的丹地合剂和地丹注射液,由水牛角、生地、丹皮、赤芍、制大黄、山栀、煅人中白、紫珠草组成。临证时灵活化裁,常收捷效。

4. 重症肝炎治以凉血化瘀解毒

周教授认为重症肝炎在湿热疫毒深入营血的极期,由于热毒化火,火热炽盛,热蕴营血,煎

熬熏蒸,热与血搏,而致血液稠浊,血涩不畅,形成瘀血,血瘀又可郁酿化热,而致血热愈炽。瘀热郁于血分,常易促使黄疸迅速进一步加深,持续难退,病程超过十天至两周者,标志病情的恶化、难治。正如仲景所说:“黄疸之病,当以十八日为期,治之十日以上瘥,反剧为难治。”于此可知瘀热发黄与一般单纯的湿热发黄轻重差异极大。因此,周教授提出应采用凉血化瘀解毒法进行治疗,并据此研制成清肝解毒静脉注射剂,经临床观察对重型病毒性肝炎有较好治疗效果。动物实验亦证明,本方具有清热、解毒、退黄、凉血、化瘀、止血等作用。清肝解毒注射液由犀角地黄汤合茵陈蒿汤合方加减组成。全方组成特点是:凉血而不凉遏,活血而不破血,解毒不妨正,止血不留瘀,具有清热、凉血、解毒、散瘀、止血、利胆、保肝、养阴等多方面的作用。

5. 络热血瘀证治以清泄络热、凉血化瘀

周教授认为络热血瘀证每由肝肾阴虚所致,可兼挟湿浊、痰、火,是瘀热相搏证范畴内的重要子证之一,病变深在络脉,特别是微小的孙络。其为病具有广泛性,外而体表四肢百骸,内而脏腑组织,可表现于多种慢性久病,如心脑血管病、血液病、糖尿病等。周教授在临床实践中发现,高脂血症与络热血瘀病机证有密切的相关性,并以升降散为主通过病证结合研究已初步显示出络热血瘀证的实用价值。

二、痰瘀相关论

痰瘀为津血失于正常输化所形成的病理产物。周教授认为津血本属同源,血以津液生,津以血液存,故在病理状态下,不仅可以津凝为痰,血滞为瘀,且痰与瘀常可兼夹同病。由于临床上不少病证常痰瘀相伴为患,周教授强调在具体治疗时尚需分清二者先后及主次关系,抑是痰瘀并重,确定化痰与祛瘀的主从或是痰瘀并治。治痰治瘀虽然主次有别,但痰化则气机调畅,有利于活血;瘀祛则脉道通畅,而有助于痰清。若痰瘀并重则当兼顾合治,分消其势,使其不致互相狼狈为患。同时应注意不可孟浪过剂,宜“中病即止”,以免耗伤气血阴阳,变生坏病。选药以平稳有效为原则,慎用毒猛辛烈之品。又因痰瘀的生成,实缘五脏功能之失调、津血不归正化变异而成。故周教授还强调调整五脏功能,扶正补虚,则痰瘀自消,所谓:“不治痰而痰化、不治瘀而瘀祛”是也。此外,痰瘀是津血停聚所成,津血赖气化以宣通,故痰瘀病变又与气滞密切相关,此即“气滞则血瘀痰结”。因“气行则痰行”“气行则血行”,所以治疗痰瘀同病,周教授还强调一般应配理气药,行滞开郁,条达气机,以助化痰祛瘀药发挥效应。

由于痰瘀的生成既可因于邪实,亦可缘于正虚,病变涉及脏腑肢体骨节经络九窍。故对痰瘀的治疗不仅有轻重缓峻之分,还应审证求因,在化痰祛瘀的基础上,配合相应治法。因邪实所致的“寒痰瘀阻”当温通祛寒,“痰热瘀阻”者当清热凉血,“风痰瘀阻”者当祛风和络,“燥痰瘀结”者当润燥滋液,“湿痰瘀阻”者当苦温燥湿,“痰气瘀阻”者当理气解郁;因正虚所致的又当据

证配合益气、养血、滋阴、助阳等法。同时必须区别脏腑病位治疗,“痰瘀阻肺”者当宣利肺气,“痰瘀心脉”者当养心通脉,“脾胃痰瘀”者当健脾和胃,“肝胆痰瘀”者当疏肝利胆,“肾虚痰瘀”者当补肾培元,“痰瘀阻窍”者当开窍醒脑,“痰瘀络脉”者当宣痹通络,“痰瘀结聚”者当软坚散结。

三、湿热论

湿热是湿与热合邪所形成的不同于湿也不同于热的一种复合致病因素,既可从外感受,也可由内而生,常以脾胃为中心,病机表现多阴阳交错,寒热并见,临床涉及面广,可引起诸多病症。周教授认为随着全球气温的不断上升,天热下逼,地湿上蒸,气交之中湿热日盛;加之生活水平的不断提高,饮食结构的改变,大多数人已由数千年的“藜藿之体”渐转变成“膏粱之躯”,酒肉炙博及各种保健品、营养品、补品不绝于口,湿热也易从内而生,内外相合。故目前湿热为病最为多见,也最为难治。

周教授认为外来湿热多与急性感染性疾病有关,如伤寒、菌痢等;内生湿热多与体内非感染性炎症有关,如肾炎、类风湿性关节炎等。湿热常以脾胃为中心,上蒸下注,可致多脏受损。同时湿热致病具有二重性,易夹痰夹瘀化毒,变症百出。尽管湿热的临床表现多样,但与湿温、痰热、瘀热、郁热同中有异。

周教授强调治疗湿热贵在分消,“开上”“宣中”“导下”,临床还必须辨清热偏重、湿偏重、湿热并重三类倾向,针对“湿象”和“热象”孰轻孰重及其消长变化,决定祛湿与清热的主次。同时也要结合湿热病证所累及的脏腑特点和兼证情况,与相应的治法相配合。如属肝胆湿热者配以疏肝利胆,属大肠湿热者佐以通调腑气,属膀胱湿热者伍以通淋利尿,遇痰热壅肺者清肺化痰,属痰蒙心包者当豁痰开窍;遇挟积、挟瘀、挟风、挟毒者,分别配以导滞、化瘀、疏风、解毒之法等。

四、糖尿病“三热论”

中医传统理论历来认为消渴(糖尿病)的病机主要表现为阴虚与燥热互为因果,但周教授通过长期临床实践认为,本病亦可由过食膏粱厚味酿生湿热,进而湿热化燥,表现燥热之象,久则热灼津伤,津枯血燥,络热血瘀,形成瘀热,终致湿热、燥热、瘀热合而为病,从而对糖尿病中医病机提出“三热论”(瘀热、燥热、湿热)这一创新性见解,认为阴虚燥热、湿热化燥,久则络热血瘀,三热交炽,进而导致阴伤气耗,成为糖尿病的主要病理基础。周教授进而提出“三热”并清,气血同治,标本兼顾应当作为“三热”病证治疗的基本原则。由于燥热宜润,湿热、瘀热需化,故有关这一治疗原则的具体运用则当清化与润燥并进、化湿祛瘀与生津凉润并举,即辛苦

微寒、化湿散瘀之品与甘寒微苦、润燥凉泄之品同方共用，相辅相成。但从临床实际来看，在运用上述治疗原则时，还应根据“三热”中是以何热偏胜为主，燥热当头者则清热润燥为先，湿热为主者则清热化湿重投，瘀热偏胜者则凉血化瘀首选。

关于清化润燥法的运用，在一般情况下，首先应注意清化重于润燥，清化之中，还当以清为主，以化为辅。因“三热”为患，虽有燥热、湿热、瘀热之异，而其热一也，故当以清热泄火为先，伏其所主，直折其势，热清火消，则燥、湿、瘀三者势单无依，再行剿灭不难。其次，再重化湿祛瘀之法，因二者均系有形邪实，极易郁结化热，又为新的酿热之源；加之湿浊、瘀血均为黏滞重浊之邪，邪热易附，则胶结难解；同时，湿聚易于成痰，瘀结易于滞气，痰随气而升降，无处不到，痰瘀互结，为害尤深。

至于将润燥一法置于上述二法之后，诚因火热一清，则燥热易遁，正如张子和《儒门事亲·辨十二经水火分治法》所说：“休治风，休治燥，治得火时风燥了。”除此之外，升清可布液，流气能输津，加之津血同源，互可资生转化。湿化津承，瘀化气畅，清升浊降，则燥热易解，阴液可生。

由上可见，有关清化润燥法的运用还有次第侧重之说。总之，对其治疗，应祛邪重于扶正，清热重于湿、瘀，化湿祛瘀重于润燥。但祛邪不能伤正，补正不可滞邪，清热不可太寒，祛湿不可太燥，祛瘀不可太破，润燥不可太腻。

临床还可在治疗大法的指导下，灵活选用下列三类药物，并注意辛开苦降、清气凉营、釜底抽薪、酸甘化阴等治法的灵活运用，则可左右逢源，灵活组方。兹列举周教授临床上对“三热”的不同治疗药物如下，以供参考。

(1) 燥热：常选生地、南沙参、北沙参、麦冬、天冬、玄参、川石斛、天花粉、炒玉竹、芦根、白茅根、桑叶、桑皮、地骨皮、川百合、知母、瓜蒌等。

(2) 湿热：常选藿香、佩兰、白蔻仁、黄连、薏苡仁、黄芩、炒苍术、黄柏、栀子、竹茹、茵陈、蒲公英、凤尾草、晚蚕砂、泽泻、车前子、冬瓜皮、玉米须等。

(3) 瘀热：常选水牛角、大黄、桃仁、土鳖虫、炙水蛭、炮山甲、鬼箭羽、泽兰、川牛膝、丹参、丹皮、赤芍、郁金、益母草、广地龙、茜草、生蒲黄、紫草、马鞭草、防己、大蓟、凌霄花等。

五、癌毒论

由于癌的致病性与难治性，周教授认为癌病为患，必有毒伤人，从而提出“癌毒”学说。癌症病理过程虽异常复杂，但总由癌毒留著某处为先。癌毒一旦留结，阻碍经络气机运行，津液不能正常输布则留结为痰，血气不能正常运行则停留为瘀，癌毒与痰瘀搏结，则形成肿块，或软，或硬，或坚硬如岩，附着某处，推之不移。瘤体一旦形成，则狂奔精微以自养，致使机体迅速衰弱或失调，诸症叠起。正气亏虚，更无力制约癌毒，而癌毒愈强，又愈益耗伤正气，如此反复，

则癌毒与日俱增,机体愈益虚弱,终致毒猖正损,难以回复之恶境。故对癌症之治疗,周教授提出以消癌解毒为基本大法。初期,正虚不显时,以抗癌解毒配合化痰软坚、逐瘀散结为主;中期,兼有脏腑功能失调时,可适当伍入调理脏腑功能之品;晚期,正虚明显者,则以补益气血阴阳为主,兼顾抗癌解毒、化痰软坚、散瘀消肿。周教授临床常用抗癌解毒药有白花蛇舌草、白毛夏枯草、山慈姑、制南星、土茯苓、炙僵蚕、炙蜈蚣、蜂房、漏芦、炙蟾皮、马钱子等;常用化痰消瘀、软坚散结类药有石打穿、八月扎、莪术、炙水蛭、制大黄、海藻、炙鳖甲、王不留行、炮穿山甲、桃仁、地龙、路路通等。在抗癌复方中,抗癌解毒药与逐瘀消痰软坚药的选用,应视病情而辨证择药,如热毒甚者,当选白花蛇舌草、山慈姑、漏芦;瘀毒重者,当用炙蜈蚣;痰毒剧者,用制南星、炙僵蚕等;病以血分瘀邪为主者,可逐瘀为先,伍用炙水蛭、莪术、炮穿山甲、桃仁;兼气分者,可配用八月扎、路路通;肿著者,配王不留行、海藻等。

六、风火同气论

周教授认为内科急症,无论是外感或内伤,其病机如何错综复杂多变,但在发病中起重要主导作用的病理因素为风、火二邪。因风火同气,皆为阳邪。风性善行速变,“风胜则动”,故致病多快,病变部位广泛不定,且为“外六淫”之首,每多兼夹它邪伤人;火为热之极,故火热为病发病亦快,变化较多,病势较重。而外感之邪,又每可致“五气化火”。若风与火两阳相合,则为病更烈。风助火势,火动生风,风火相煽,相互转化,互为因果,加剧病情。如昏闭卒中、痉厥抽搐、动血出血、高热中暑等急重危证均直接与风火病邪有关。可见风火是急症致病因素中最为重要的病理因素,风火邪气的特性决定了急症病机的易变、速变、多变。

风胜则见抽搐、手足蠕动、角弓反张、口眼歪斜、肢体不遂。火盛则见身热、渴饮、面红目赤、身发斑疹、狂躁妄动。若属热毒炽盛,火动风生、热极生风,则每与外感高热(疫斑热、中暑)互为因果;如风热灼津成痰,热毒痰饮瘀肺,可致暴喘;火盛气逆,或络热血瘀,可以动血出血;热毒血瘀或瘀阻气滞,可成为卒痛的病理基础;若热与湿合,湿热伤中,可致急性吐泻;湿热酿毒,每可发为急黄;热毒、瘀毒、水毒壅阻下焦,气化失司,可致癃闭(急性肾衰竭)。急症中瘀、痰、饮(水)、湿(浊)等病邪的形成也多与风火有因果联系及转化关系。如邪热亢盛,血液受热煎熬,胶凝成瘀,则瘀热互结。火热炼津蒸液,则津凝成痰;痰郁化火,可致痰热互结,所谓“痰即有形之火,火即无形之痰”。风动痰升,内风挟痰,上蒙清窍、横窜经络,则见风痰征象。因此,周教授强调对急症的治疗息风泻火显得特别重要。

七、审证求机论

周教授认为人身百病,多有形可征、有因可寻。“审证求因”,这是辨证的基础,论治的依

据。但是必须从临床实际出发,通过对临床现象的分析、总结、推演,寻求病理本质,使之能有效地指导临床实际,故其实质当为审证求“机”。

(1) 内外六淫:传统理论一般将六淫病邪归属外因,认为是自然界的六种非时之气,若深入探究,虽然主要属于外因致病,但有物理性的和病原性的不同性质,而对病原性致病因素,并不能笼统地对某一疾病简单地作相应的定性,因同一疾病,可能由于年龄、气候、季节、地域、个体之差,性质迥然不同,如流行性出血热,江苏地区多为阳热亢盛的温热性证候,而江西地区则常见湿热性证候,东北地区气候凛冽则多呈伤寒型表现。尤其值得注意的是:由于个体差异,机体对病邪的反应性也各不相同,凡属青壮年,阳气旺盛,易于从热化,一般均见阳热亢盛表现,但也有少数患者,素体阳虚,寒疫直中,不从热化,而表现少阴病候者。

另一方面,特别要指出的是:对六淫的认识不能单纯看作是不正之气,而应从病机上着眼,应该理解为各种外因和内因作用于人体后在病理过程中的一组反应,应该把病因和病机、个体差异、地域时限等统一起来,这对认识内生六淫有极为重要的意义。所谓内生六淫,就是对多种因素作用下,在疾病发生发展过程中表现出来的病理属性,应用取类比象的方法,确定其类别及病理演变。例如痹证,既属外感风、寒、湿、热所致,亦可自内而生,寒湿痹久可以化热,热痹可以生风,或热去湿留转成寒化,就此可知,治内生六淫与治外感六淫可以互相通假。如对中风的病因病机认识,历经了由外风到内风的过程,但否定了外风所致的中风,并不等于治外风药不可用以治疗内风,临床上治疗中风有肢体经络见症的,用治外风药如防风、秦艽、全蝎、僵蚕、地龙等,每获良效,这既表明外风、内风俱属疾病的病理反映,同时从某种意义上说,外风是指肢体经络等体表部位的一组证候,具有相对的定位性。

(2) 病理因素:产生疾病的重要中间环节是病理因素,它决定疾病的性质、演变及转归,现代称之为“第二病因”。临证当灵活细审病理因素的来龙去脉,即从何而生,有何发展趋势,有何危害,如何防治,这对认识疾病性质,抓主要矛盾,控制病情发展有积极意义,病理因素大致包括痰、浊、水饮、湿、瘀、火、毒等。其产生及致病均有一定规律可寻,临床上如特定病因的证据不足,也可依据病位、病机进行推理定性,水、饮、湿、痰、浊同为阴类,互相派生,水邪流动,易于泛滥肌肤;饮留于内,多在脏腑组织之间;湿邪黏滞,常病脘腹下肢;痰则随气上下,无处不到;浊邪氤氲,常犯脑腑清窍;至于瘀血停着,闭阻经隧,则影响机体功能;火邪攻窜,每易逼血灼阴,而毒之为病,或由外感,或从内生,多有起病急,病情重,痼结难愈,后果严重的特点,且多与它邪相兼,如火毒、湿毒、水毒、瘀毒等。流行性出血热就常为热毒、瘀毒、水毒等错杂并见,慢性乙型肝炎即常因湿热、瘀毒交结为患,故在治疗上应重视其特性,不能泛泛而论。虽曰治毒以解毒为先,但对不同病变毒邪必须治以相应的解毒方法。既往周教授曾治一经病理活检确诊的巨骨细胞瘤女性患者,行“右小腿中段截肢”,术后又见广泛转移,全身关节疼痛,两侧颈部肿块累累,大者似鸽蛋,小者如蚕豆,高热起伏,汗出热降,午后复起,持续两月,形瘦骨立,严重贫血。用清热解毒、化痰消瘀法(鳖血炒柴胡、炙鳖甲、秦艽、青蒿、生地、炮山甲、土茯苓、广

地龙、露蜂房、僵蚕、猫爪草、漏芦、山慈姑等)服药后体温递降至正常,三月余肿块基本消失,随访迄今已十余年,仍健在。

临床对多种病理因素错杂同病者,必须注意抓住主要矛盾方面,痰瘀相兼者,应分析因痰致瘀,还是因瘀停痰,探求其形成原因,以确定直接治痰治瘀的主次,或是间接地调整脏腑功能,通过治痰之本、治瘀之因而解决。

(3) 脏腑病机:临证在确定病理因素后,当进而分析病理变化,从气血病机和脏腑病机联系考虑。气血病机,虚证比较单纯,实证多为气滞气逆,导致血郁血瘀,升降出入乱其常道,影响脏腑功能。常法多投疏泄,但气滞不畅,须分清原委,治有疏利、柔养、辛通的不同。同是气逆,有潜镇、泄降、酸敛、甘缓诸法。脏腑病机,是辨证的核心,必须熟练掌握,准确运用。尤其应该弄清常用脏腑病机的基本概念和类证鉴别。如肾病病机中的肾气不固与肾不纳气,肾阳不振与肾虚水泛,肾阴亏虚与肾精不足,肾阴亏虚与水亏火旺或相火偏旺等概念的鉴别,弄清了它们之间的关系,治疗也就有了更强的针对性。认识脏腑病机一般应从生理功能和特性入手,结合脏腑相关理论,如肺主呼吸,肃肺勿忘宣肺;心主血脉,养心勿忘行血;脾为后天之本,补脾宜加运化;肝体阴而用阳,清肝勿忘柔养;肾司封藏而主水,有补还要有泻。

具体地说,治肺宜宣肃结合,如治疗呼吸系统感染,一般喜用清肺化痰药,但结合宣畅肺气以开壅塞,用麻黄分别配石膏、黄芩、葶苈子等,其效常优于徒事清化;如治肺炎喘咳汗少,表证未除者,单用清肃苦降药,体温不降,辨证配用麻黄或薄荷,则每见咳喘缓减,汗出热平。

心主血,赖心气以推动,以通为贵,故心病多在气、血、阴、阳亏虚的基础上,导致气滞、血瘀、停痰、留饮、生火诸变。既可诸虚互见,也可诸实并呈,且每见本虚标实错杂。治应通补兼施,或补中寓泻,或以通为补,以冀心宁神安,如益气化瘀、滋阴降火、温阳化饮等。且心为五脏六腑之大主,故尤应从内脏整体相关全面考虑,偏实者重在心肝、心肺,偏虚者重在心脾、心肾,从而为辨证、立法拓宽思路。

肝主疏泄,体阴而用阳,故治肝病忌太克伐,宜疏泄和柔养并举,一般而言,肝气郁结,气机不伸者以胁肋胀痛、胸满不舒、情怀抑郁为主,宜疏利;肝气横逆,上冒或旁走,有时又宜结合柔养或敛肝。传统的“肝无补法”乃指温补而言,这是因为肝为刚脏,甘温补气易于助火,而对真正的寒滞肝脉,或肝脏阳气虚衰者,则又宜温肝散寒,或温养肝肾,或温肝暖胃。临证若见慢性肝炎、胆囊炎患者,表现肝区冷痛,面部晦黯或色素斑沉着,腰酸腿软,脉细,舌质淡胖者,治以温肝之品如肉桂、细辛、仙灵脾、苁蓉、枸杞子等,每收良效。

治肾既要补还要重视泻,这是因为肾藏精而又主水,肾病既有本虚的一面,也可由于水液代谢失常而致水滞、湿停、热郁、瘀阻,每常因虚致实,而为本虚标实,甚至在病的某一阶段或某种情况下,表现为肾实证,而须辨证分别应用清湿热、利水邪、泻相火、祛瘀血等泻肾法,或和补肾法配伍合用,同时还当注意水湿、湿浊、湿热、瘀热之间的相互影响为患。

(4) 审证求因:求因论治是中医临证通常的思维模式,确切地说,实是审证求“机”,抓住了

病机,就抓住了病变实质,治疗也有了更强的针对性。“求机”的过程就是辨证的过程,如何求机?既应运用常规思维对待一般疾病,又要善于运用特殊思维治疗疑难杂症。常规思维包括循因法,抓主症特点法,类证对比分析法,综合判断法等。特殊思维则是在疑难杂证或疗效不显时,采用诸如逆向思维法、试证法或投石问路法等。所谓逆向思维法就是在久经治疗疗效不显时,重新审察症情,反思其道,是否存在失误,采用相反或正误的治疗方法,亦即“久治不效反其治”。周教授曾治某男患慢性活动性肝炎多年,肝功能持续异常,两对半阳性,胁痛,尿黄,疲倦,足跟疼痛,面晦黯而浮,舌质隐紫胖大,苔淡黄腻,曾久用清化肝经湿毒之品,症情益甚。因即将出国,求愈心切,据证分析,病属过用苦寒,阳气郁遏,湿毒瘀结,肝肾亏虚,治予温养肝肾,化瘀解毒法,用仙灵脾、仙茅、补骨脂、苁蓉、虎杖、土茯苓、贯众等,投十余剂症状大减,加减连服三月,复查肝功能转好以至正常,两对半转阴。试证法亦可称为投石问路法,就是以药(方)测证。这是由于不少患者病情表现错综复杂,往往难以把握病机,辨证难,施治难,获效尤难,可宗《医验录》“治重病先须用药探之,方为小胆细心”之观点,效而行之以治难症,先以轻轻平和之小方探其病机,病情好转者可少少加量,静观药效,若方不对证,则再作推敲。对辨证不明,真假疑似者,先以缓药投之;拟用峻补者,先予平调;拟用攻剂者,可先重药轻投,如无明显不良反应,再做调整。反复辨析,有助提高疗效。

八、知常达变论

周教授认为治病求本是临床医学的最高境界。求本不是针对表象,缓解痛苦,而是针对病因、病机予以根治。这样才能准确生动地体现中医的特色,收到良好的疗效。单纯治标或治本,单纯辨证或辨病,都是不够全面。

掌握中医理论,只是具备了临证的基本素质,但要获得良好的疗效,就必须通过深化理论,准确理解应用,才能开拓思路,公式化的、闭锁的思维模式是难以体现灵活的辨证论治精神的,也是收不到好效果的。中医证候规范化,是客观的需要,但应充分考虑到中医理论实践性强的特点,应在临床实际中不断总结、充实。《伤寒论》中柴胡证条有“但见一证便是,不必悉具”的论述,提示我们在临床工作中有时必须抓住个别有代表性主症,如症状、体征、舌苔、脉象等来确定疾病性质。诊病必须有法,这个法就是中医的基本理论和治病的法规,但在具体应用时,需要的是“圆机活法”,或者说“法无定法”,这样才能真正掌握中医辨证学的思想实质和灵魂。临床上,求变比知常更为重要,它要求我们善于从疾病的多变中考虑问题。首先,证候有一定的自身发生发展规律,这是常中有变,如慢性肝炎的湿热瘀毒证,可在发展过程中转为肝脾两虚,进而肝肾亏虚。其次是变中有常,如对出血患者,用祛瘀止血法治疗是变中之常,而用祛瘀破血以止血则是变中之变。了解这些变证变治,有助于多途径寻求治法。

(1) 辨证辨病:辨证是中医独特的治疗方法,是对疾病临床表现及其动态变化的综合认

识,具有较强的个性,体现中医证、因、脉、治、理、法、方、药的系统性,且在特殊情况下有助于处理一些诊断不明的疑难病;辨病有利于认识病的特异性,掌握病变发生发展的特殊规律,把握疾病的重点和关键,加强治疗的针对性,有助于治疗没有症状的疾病,避免单纯辨证的局限性,以及用药的浮泛。同时对辨病不能单纯理解成辨西医的病,中医的病名内容很多,有些至今仍有特殊意义。如中风,表明它有肝阳亢盛,变生内风,入中脏腑,外客肢体经络的病理变化,为使用熄风潜阳、祛风和络法提供了依据,也为我们从前人论述中整理治疗中风的药物提供了线索。对现代医学病名的认识,则必须以临床表现和病机为依据,如流行性出血热具有独特的病因病机、传变规律及临床特点,应在临床实践中根据中医理论,总结辨治规律,这样才能使辨证与辨病得到有机的结合。

临证尤应掌握证之“六性”,即特异性、可变性、非典型性、交叉性、夹杂性及潜伏性。证的特异性即指证候的独特主症,特异性体征,对临床辨证有重要的意义。如见五更泄泻或下利清谷,结合有关兼证可诊为肾阳不振。证的可变性是指在疾病过程中,由于病机演变发展和治疗等因素的影响,证的相应动态变化,从而有利于把握其跨界证,提高预见性,如卫气同病,气营两燔证等。证的非典型性是说有的证候缺乏特异性,处于临界状态,这时应当通过类证鉴别,比较分析,从否定中求得相对肯定,予以相应的治疗。证的交叉性即指两类证候的复合并见,如肺肾阴虚,肺脾气虚,此时应辨清主次,明确前者重在肾,后者重在脾。证的夹杂性指患有数种疾病而致证候的相互夹杂,如合病、并病等,治宜抓住主要证候,兼顾次要证候。证的潜伏性即是“潜证”,指临床证据不足的某些证候,此时可按其基本病理,结合辨病及患者体质状况,综合处理。

(2) 标本缓急:标本理论的应用,在临床有很大的灵活性,“急则治标,缓则治本”是普遍的原则,理应遵循。如因某一疾病并发厥脱时,原发病为本,厥脱为标,而救治厥脱就非常重要,所谓“标急从权”。又如中风,阴精亏损于下,血气并逆于上,风阳痰火升腾,属本虚标实,当先熄风化痰、清火散瘀,治标缓急,继则滋肾养肝治本。但另一方面,有时急时治本,缓时治标也能收到好的效果。如治疗哮喘长期持续发作,用化痰、平喘、宣肺、泻肺治标诸法,喘不能平,辨证属肺阴虚,痰热内蕴者,用滋养肺肾,佐以清化痰热之品,反可控制发作,这就说明发时未必皆为治标,平时亦不尽完全治本。对肝硬化腹水臌胀患者,虽属标实为主,但温养肝肾或滋养肝肾治本之法,每能收到利水消胀的效果,且优于逐水治标之法。由此可知,对标本的处理宜灵活对待。

九、药随证转论

周教授认为组方用药是临床治疗的重要环节,而药随证转是其基本原则。临证组方既应紧扣病机,组合严谨,又要活泼灵动,一方面强调处方大势,同时也须注重小方复合、对药配伍、经验用药等。