

编委会

主 编：刘雪娜 蓝元隆

副 主 编：黄国榕 郭进财 洪杨华

指导老师：洪炳根

编 委：（按姓氏笔画排序）

叶志君 刘雪娜 杨琼梅 何琳鸿

陈泽森 林小红 林燕凤 洪杨华

郭进财 黄先德 黄国榕 黄漾宝

蓝元隆



前言 | P R E F A C E

中医学是中国古代科学的瑰宝，也是打开中华文明宝库的钥匙。中医药事业薪火相传，代代不息，关键在于传承。师带徒不仅是中医历来培养人才“授业”的一个好方法，更是“传道”与“解惑”重要的途径。毛泽东当年曾经说，中医师带徒不是个落后的东西，带一个成一个，很少出废品。《中华人民共和国中医药法》规定，“国家发展中医药师承教育，支持有丰富临床经验和专业技术专长的中医医师、中药专业技术人员在执业、业务活动中带徒授业，传授中医药理论和技术方法，培养中医药专业技术人员”，“传承人应当开展传承活动，培养后继人才，收集整理并妥善保存相关的学术资料”。

洪炳根教授是漳州市中医院的一名优秀中医师。2008年，洪教授因其精湛的中医临床技术水平被遴选为第四批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。洪教授从事中医临床工作近五十年，致力于中医及中西医结合治疗急危重症的研究工作，擅长中西医结合治疗冠心病、急性感染性疾病、急性胃炎、慢性胃炎、各种咳嗽及内科疑难杂症。其既擅方药，又熟食疗，技术较全面，治疗方法多，博古通今，经验丰富，善于融汇中西医特长，内服、外治、食疗互相配合，



尊古而而不泥古，发扬而不离宗，不越规矩而成方圆，学术上有自己的独特见解，临床上独具匠心。此外，洪教授在坚守临床工作的过程中还为中医药传承工作做出重大贡献，其培养了许多中医临床医务人员，这些临床医生分别在各自岗位为中医药事业的发展共同奋斗。

因此，我们对洪教授的中医临床经验进行挖掘、整理、研究、总结，以便于将其进一步继承、发扬、创新与推广，更好地为广大人民群众服务。基于此，我们编撰了《名老中医洪炳根临证经验集》。

该书收录洪炳根教授多年来在临床治疗和用药方面的心得和经验，分为学术渊源及思想、临证医话、临床医案、传承薪火四部分，其中学术渊源及思想主要阐述名老中医洪炳根与中医结缘的经历及其对中医理论的独特见解等，临证医话主要介绍其临床诊治各种疾病的经验与教学特点，临床医案主要整理并分析其临床诊治的典型病例医案，传承薪火主要为学术传承人对洪老临证经验的总结及传承等。书中系统介绍洪炳根学术渊源、学术思想，体现传承脉络，言简意赅，突出重点，具有较高的学术价值，对临床相关专业的从业者和基础研究者，以及中医院校学生有一定的参考和借鉴意义。

目录 | C O N T E N T S

1

第一章 学术渊源及思想

- 第一节 学术渊源 2
- 第二节 学术思想 6

9

第二章 临证医话

- 第一节 以“虚实”为总纲辨治心悸 10
- 第二节 “三因”论治胸痹心痛 14
- 第三节 从脏腑论治不寐经验 18
- 第四节 标本兼顾治疗胃脘痛 25
- 第五节 与时俱进辨证论治上消化道出血 33
- 第六节 从脾胃升降之枢纽论功能性便秘的诊治 38
- 第七节 遵循众法辨治头痛 44
- 第八节 “风痰瘀虚”四要素论治眩晕 50
- 第九节 对“顾护胃气”的一些看法 56



第十节 对“夏季普通感冒”的新认识 60

第十一节 传统“三消”理论之外的现代消渴辨治观 66

73

第三章 临床医案

第一节 感冒 74

第二节 心悸 76

第三节 胸痹 80

第四节 真心痛 82

第五节 不寐 85

第六节 胃脘痛 88

第七节 胃痞 94

第八节 痞满 96

第九节 呃逆 98

第十节 泄泻 100

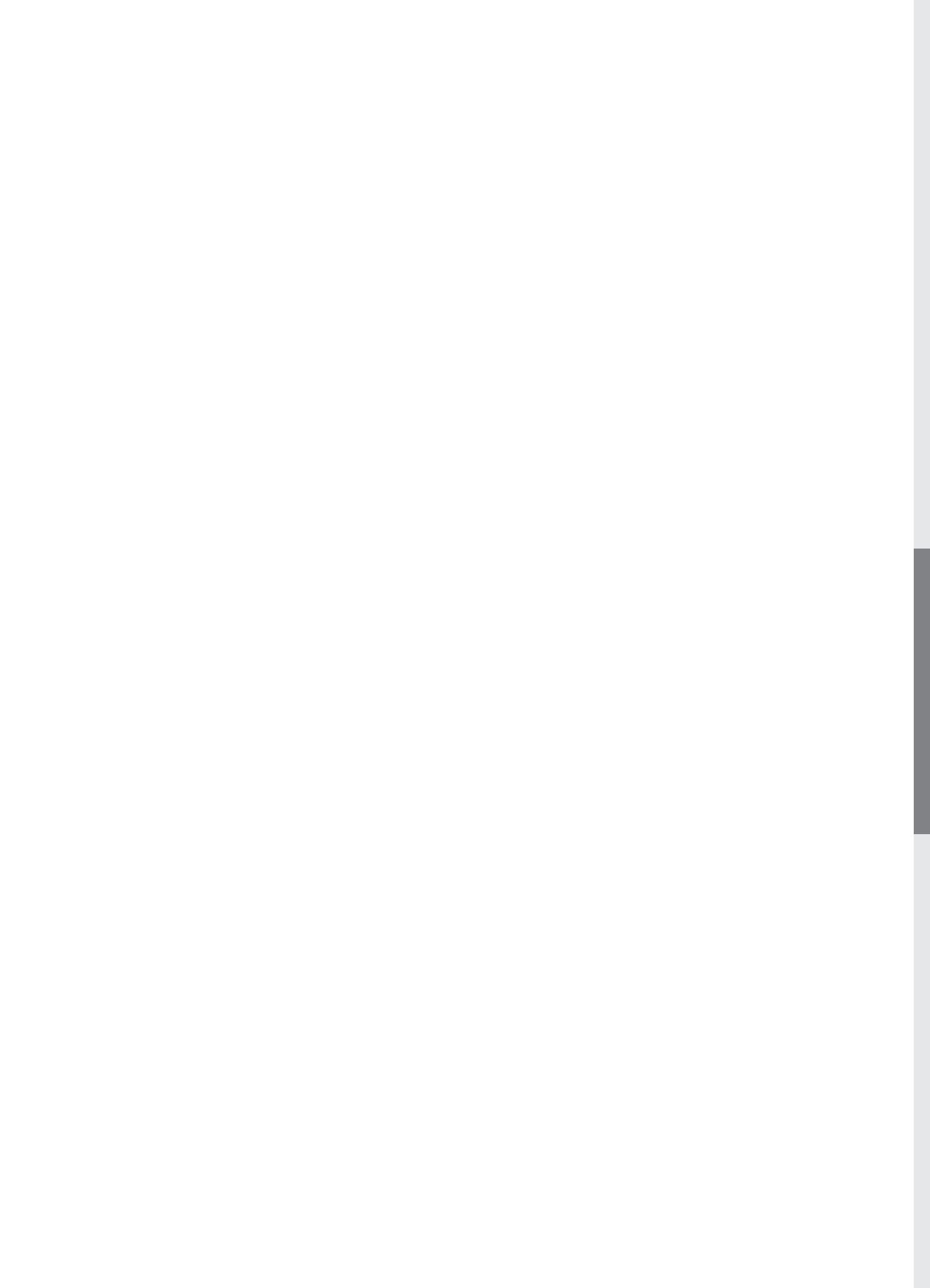
第十一节 痢疾 102



第十二节	便秘	104
第十三节	纳呆	106
第十四节	头痛	108
第十五节	眩晕	110
第十六节	淋证	114
第十七节	口疮	115

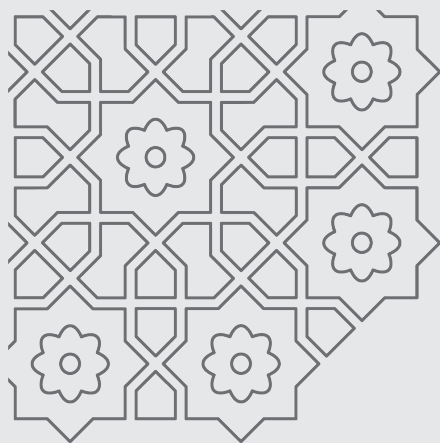
第四章 传承薪火

第一节	名老中医洪炳根治疗癱闭经验总结	118
第二节	名老中医洪炳根治疗咯血经验总结	120
第三节	名老中医洪炳根治疗健忘经验总结	123
第四节	名老中医洪炳根内外兼施治疗疑难症 4 例	125



第一章

学术渊源
及思想



第一节

学术渊源

一、初学中医

洪老并非中医世家出身，他初中毕业后考取泉州卫校，才开始接触中医，与中医结缘。在最初三年的理论学习中，洪老初次接触到阴阳五行、天人合一、四诊八纲等中医学理论知识，洪老觉得中医学理论蕴含着深刻道理，符合人与自然统一性、和谐性的规律，因此对中医越发兴趣，学得越为认真刻苦。洪老博闻强记，注重中医各门学科临床知识的诵记，尤其是《汤头歌诀》，更是反复背诵，为了便于理解记忆，他还自己编写方歌。经过一年的临床实习，洪老亲眼目睹恩师运用中医中药治愈很多病人，且疗效显著。从此，洪老对中医更是充满信心，并暗下决心，立志学好中医，挖掘、弘扬中医药宝库，以期将来为病患服务，为人民服务。

二、熟识中医

通过四年的专业学习，洪老对中医学理论有了系统了解，但还缺乏临床实践，若真要给人诊病开方，还是没有十足的把握。毕业后，洪老被分配到闽清县，先期被安排到雄江公社凤山大队插队劳动。期间遇一老农用板车推着一女孩，要到镇卫生院治病，公社距离镇上有

10余公里路程，考虑到路程较远且交通不便，大队干部问洪老能否为女孩诊治。洪老考虑再三，答应了。洪老审视了一下女孩，原来是鼻衄，观其舌红、唇红、苔黄，诊其脉数，当是肺热证，即予以清热凉血止血法，方选黄芩、栀子、茅根、石膏、甘草、沙参、麦冬等，3剂，水煎服，药后鼻衄即止，食卧正常。初试牛刀竟然获效，病人和家属既高兴又感激，洪老当时也是高兴不已。

后又遇一村干部腹痛难忍，大便闭塞不通，延请洪老诊治，视其舌淡，苔白腻，脉弦紧，诊为寒浊闭阻，腑气不通，可用温通法，予温脾汤加减：大黄、附子、枳实、厚朴等，药后患者腹中肠鸣，旋即就有便意，泻下积粪甚多，腹痛即缓。数战告捷，中医中药确能治病取效，洪老信心倍增。随后村里人有感冒或胃痛的情况也都来洪老处寻医问药，从此，洪老正式开始走上了运用中医中药治病救人的道路。

三、酷爱中医

初尝中医药治病救人的激动，洪老对中医中药越发热爱。但单纯运用学校里学来的粗浅的中医知识，常常难以解决临床上遇到的各种问题，有时甚至毫无效果。因此，洪老下定决心要进一步扩展自己的知识面。他从中医古籍入手，潜心研读，如《黄帝内经》《伤寒杂病论》《金匱要略》《本草纲目》《傅青主女科》《医学衷中参西录》等，每每阅读都有收获。经过长时间的学习积累，洪老不断充实自身的理论知识、开阔自身的临证思维，更重要的是在学习中体悟到更多的理法方药，用以解决临床中遇到的实际问题及难题。

四、弘扬中医

中医中药为中华民族的繁衍昌盛、为人类的健康做出了重要贡献。近年来，中医中药在防治SARS、人禽流感、新型冠状病毒肺炎等传染病中更是发挥了重要作用。2019年，习近平总书记对中医药工作作出重要指示，“中医药学包含着中华民族几千年的健康养生理念及其实践经验，是中华文明的一个瑰宝，凝聚着中国人民和中华民族的博大智慧”，强调“要遵循中医药发展规律，传承精华，守正创新，加快推进中医药现代化、产业化，坚持中西医并重，推动中医药和西医药相互补充、协调发展，推动中医药事业和产业高质量发展，推动中医药走向世界，充分发挥中医药防病治病的独特优势和作用，为建设健康中国、实现中华民族伟大复兴的中国梦贡献力量”。因此，作为中医人，我们更有责任和义务将其发扬光大。

洪老认为弘扬中医药文化，首先，应从自身做起，认真学习中医经典著作，学习诸子百家，学习名老中医的宝贵经验，不断丰富自己，完善自己，掌握中医治病的真本领。再者，应认真对待每位病人，用心诊治，尽量让每位病人都能获得满意的疗效，让他们能够深切感体会到中医的作用。其次，要不断总结成功与失败的经验，以便提高疗效，特别是对疗效不佳者，更应认真检讨是辨证不准，还是用药不精，抑或煎服法不对。最后，注重辨证论治和整体观念，临床上要注意个体差异，对某些病症还可采用内服外用并施的办法，以提高疗效。

总之，病症千变万化，治法亦因灵活多样，一切以病人为中心，

一切以疗效为重点，真正把病人当亲人，全心全意为病人着想，为病人服务，这才是为医者应有的态度和责任。

第二节

学术思想

一、重视“顾护脾胃”思想，强调中焦调理

脾胃位于中焦，二者的重要意义在于：脾胃为后天之本，气血生化之源，脾胃中焦为气机升降之枢纽。明代医家孙文胤认为“脾胃一伤，则五脏皆无生气”，即脾胃对五脏六腑影响很大，脾胃运化健旺，则全身气血旺盛，五脏六腑健全；若脾胃受损，则气虚血弱，五脏六腑亏虚，百病丛生，故脾胃伤则百病生。李东垣《脾胃论》记载：“大抵脾胃虚弱，阳气不能生长，是春夏之令不行，五脏之气不升。脾病则下流乘肾，土克水，则骨乏无力，是为骨蚀，令人骨髓空虚，足不能履地，是阴气重叠，此阴盛阳虚之证。大法云，汗之则愈，下之则死。若用辛甘之药滋胃，当升当浮，使生长之气旺。言其汗者，非止发汗也，为助阳也。”《四圣心源》提出：“其上下之开，全在中气，中气虚败，湿土湮塞，则肝脾遏陷，下窍闭涩而不出，肺胃冲逆，上窍梗阻而不纳，是故便结而溺癃，饮碍而食格也。”故脾胃中焦为上下之枢纽，升降之本。洪老认为，重视脾胃的养护极其重要，比如，首先要重视脾胃的“温养”，其次要规范汗、吐、下三法和寒凉之品的恰当使用，最后还要兼顾中焦气机的疏理。

二、注重六经辨证与脏腑辨证相结合

《伤寒论》以六经分篇幅论述疾病的诊治，那么，六经（太阳经、少阳经、阳明经、太阴经、少阴经、厥阴经）的本质是什么？六经是否就是简简单单的六条经脉？或者六经是与经脉相关的五脏六腑？洪老认为，六经既不是专指经脉，也不是专指经脉相关的脏腑，六经更应该是疾病在机体某个病位、某个阶段的病理机制的概况，包括病位、病性、转归等。比如太阳经，反映的是疾病在体表或者初浅阶段，与肺系相关，可以是邪正相争，正气尚强的阶段，也可以表现为邪气方张，正气虚弱不足以抗邪的阶段，根据邪正的关系，病邪可能突破该防线，转入下一阶段的病理过程。六经虽然不专指某个脏腑，但却与脏腑密切相关。比如早期肺系的病变，或者某些脏腑病变的某个阶段，具有“表证”的特征，需要通过发汗或者解肌等方法治疗。洪老认为，六经辨证与脏腑辨证的有机结合，能够明显提高临床常见疾病的辨证治疗效率，简单快捷，比如，外感热病中的流行性感冒，只要患者具有怕风怕冷、全身酸痛、无汗、脉浮等，麻黄汤类方就是首选。

三、注重卫气营血辨证与脏腑辨证相结合

卫气营血辨证是清代叶天士所创，针对的是以“热”为特点的温热性疾病的常用辨证论治方法，洪老认为，福建省地处东南沿海，而且漳州市是福建省最南端，靠近广东岭南地区，气候更是湿多、热多，因此温病学派的卫气营血辨证在此常常得到广泛应用。卫气营血

是疾病侵袭机体的病位及病性的演变过程，与脏腑有着密切关系，比如，卫分证，表现为外感热病初期，多为肺系疾病；气分证，是热邪进一步入侵，影响到肺胃大肠胆腑等脏器产生的里实热证性疾病；营分证，邪热影响到心和心神；血分证则是邪热炽盛，影响到心肝肾，营血分证都是属于相关脏腑消耗性里热的表现。卫气营血辨证在南方应用广泛，与脏腑辨证相结合，明显提高辨证效率和临床疗效，比如，小儿高热惊厥，高热合并神昏、抽搐，与心肝相关，羚角钩藤汤常用之，或者南方地区常常单独磨羚羊角粉冲服，快速达到凉肝息风止痉的效果。

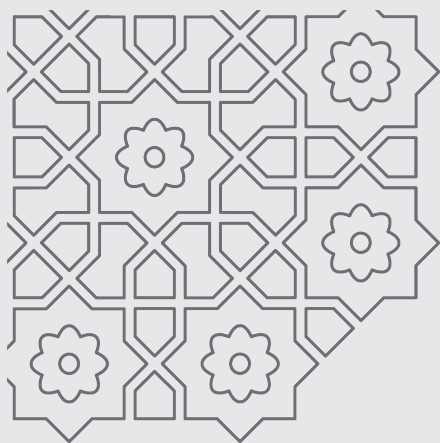
四、急危重症抢救，坚持中西医并重

洪老长期从事临床一线工作，特别是在急危重症的抢救方面，具有独到的见解。洪老认为，近几十年，西医抢救技术以及仪器设备的研制开发迅猛发展，这明显提高了急危重症的抢救成功率以及病人的生存率。而中医在急性病、危重症的抢救上，亦有非常好的应用前景，特别是某些中成药制剂的开发应用，比如急救中常用到的“参麦注射液”“生脉注射液”“参附注射液”“血必净注射液”等，这些中成药针剂均为著名方剂经过制药工艺提取有效成分制成。它们的应用很好地缩短了急救过程中熬制中药的时间，改良了使用方法，直接从静脉进入体内发挥作用，提高了抢救效率。所以，在坚持中西医并重的时代背景下，中西医思想的融合，中西医学的发展与反思，博古与通今，中西医结合以及中西医融通在未来急危重症的抢救方面具有广阔的应用前景。



临证医话

第二章



第一节

以“虚实”为总纲辨治心悸

心悸是指自觉心中跳动，惊悸不安，不能自主的一种病证，主要病位在于心。《黄帝内经》中就有关于心悸的论述，如“脉痹不已，复感于邪，内舍于心……心痹者，脉不通，烦则心下鼓”，让后世医家对心悸的诊治有了最基础的认识。目前比较公认的看法是阴阳失调，气血失和，使得心神失养而致此病。洪老认为，心悸可舍弃脏腑理论，单以虚实为总纲进行辨证论治。虚，指的是气虚、阴阳亏虚，心失所养；实，指的是痰瘀阻滞，心无所荣。虚者宜补益气血，调整阴阳为主，实者当化痰涤饮，活血化瘀。

一、从气虚（心虚胆怯）论治

心神主持着心的精神意识活动，心神之勇敢与胆怯，与胆气刚直柔弱有关，心神健旺，胆气不怯，心动和缓而有力则无悸动之感。《济生方》记载：“惊悸者，心虚胆怯之所致也。”若素体心胆虚怯，突受惊恐，闻异声，见怪状，登高涉险则心悸胆怯，心动神摇，决断失常，则遇事易惊恐不安，不能自持而成惊悸；或突受惊吓，突遇巨响，突见异物，或登高涉险等，致心惊神摇，不能自主，并逐渐加剧，而发时时心悸。症见：心悸不宁，善惊易恐，稍惊即发，劳则加重，舌质淡红，苔薄白，脉动数或细弦。兼次症：胸闷气短，自

汗，坐卧不安，恶闻声响，少寐多梦而易惊醒。方选安神定志丸为基础方。

二、从血虚（心脾两虚）论治

心为血之主，血为心之使，《丹溪心法》载：“人之所主者心，心之所养者血，心血一虚，神气不守，此惊悸之所肇端”。若先天禀赋不足，素体虚损，脏腑薄弱；或久病失养，阴亏血少，或思虑烦劳，伤脾损肾，耗损营血阴精，或亡精失血，均可导致心血亏虚，奉养于心无力，致心失所养而发生心悸。症见：心悸气短，失眠多梦，思虑劳心则甚，舌质淡，苔薄白，脉细弱。方选归脾丸为基础方。

三、从阴虚（肝肾阴亏）论治

《石室秘录》曰：“怔忡之证，躁扰不宁，心神恍惚，惊悸不宁，此肝肾之虚而心气之弱也。”因年老体衰、久病失养、房劳过度等原因导致肝阴不足或肾阴亏虚，或遗泄频繁，伤及肾阴；或肾水素亏，水不济火，致虚火妄动，上扰心神，发为心悸。症见：心悸失眠，眩晕耳鸣，舌质红，少津，苔少或无，脉细数。方选天王补心丸为基础方。

四、从阳虚（心阳不振）论治

心之阳气能鼓舞推动血气运行，温养全身。由于心阳虚弱，缺乏锻炼，或久病失养，或年老阳虚，或阴损及阳，或阴湿伤阳，或误服寒凉伤阳，便可导致心阳虚弱，振奋无力，心失温养而悸动，甚则心

神不能自持而悸动不宁。正如刘渡舟所说：“凡是由于各种原因，而伤及心之阳气，诸如治疗上发汗过多，或者过服苦寒之品，而内伐阳气，或因年老阳虚以及禀赋素弱等，皆可发生心阳虚的悸证。”症见：心悸不安，动则尤甚，形寒肢冷，舌质淡，苔白，脉虚弱或沉细无力。方选桂枝甘草龙骨牡蛎汤为基础方。

五、从瘀（血瘀阻滞）论治

因心气不足，心阳不振，不能鼓动血液运行，致心血瘀阻，或感受外邪，外邪合而为痹，痹证日久，复感外邪，内舍于心，痹阻心脉，心之气血受阻，发为心悸；或年老气血日衰，痰湿痹阻脉络；或外邪内侵于心，气滞络阻等原因，使心失主血脉功能而悸动不安。著名中医姜春华所说：“临床上，症见心悸、心痛、舌紫、脉迟涩或结代，不论寒热虚实，必有心血鼓动不畅，血脉运行障碍或瘀血搏击脉络的病理，此时为主要矛盾，治宜活血化瘀，舒心通脉。”症见：心悸，心胸憋闷，心痛时作，舌质紫暗，或有瘀点，瘀斑，脉涩或结代。方选桃红四物汤为基础方。

六、从痰（痰浊阻滞）论治

饮食劳倦，嗜食肥膏厚味、煎炸炙烤等，蕴热化火生痰，或久食伤脾滋生痰浊，或肺失宣降，津凝成痰，或脾肾阳虚，气化失司，水气内停等，均可致痰饮内停，日久凌心射肺，致心悸不安。痰浊可郁而化热，或夹肝火，则痰热内盛，上扰心神，亦可致心悸之证。如《血证论》中说：“心中有痰者，痰入心中，阻其心气，是以心跳不

安”。凡痰饮内生者，病多日久，虚实夹杂，不仅心病，还可涉及肺、脾、肝、肾等脏，故证情错综复杂，辨证甚难。症见：心悸不安，痰多气短，肢体沉重，形体肥胖，遇阴雨天而易发作或加重，伴有倦怠乏力，纳呆便溏，咯吐痰涎，舌体胖大且边有齿痕，苔浊腻或白滑，脉滑。方选瓜蒌薤白白酒汤为基础方。

综上所述，洪老认为，心悸的辨治，可以归纳为“虚实”二字为总纲，“气血阴阳痰瘀”为纲要的辨治思路，当然，六字纲要并非完全独立为患，它们之间可以共存，相互影响，比如，气虚夹杂痰瘀，或阳虚夹痰浊，或心阴血亏虚夹瘀，等等，临床中当仔细辨别。

第二节

“三因”论治胸痹心痛

胸痹是指以胸膺部满闷或疼痛不适，甚则胸痛彻背为主症的一种疾病，轻者仅感胸闷如窒，重者则有胸痛，甚至胸痛彻背，背痛彻心。现今多与西医学的心绞痛、急性心肌梗死等病相关联。《黄帝内经》描述了“心痛病”的病症特点，指出其病位在于心，而又关联于肝、脾、肺、肾。张仲景首提“胸痹”的病名，指出其病机为“阳微阴弦”，并在治疗上明辨九种之胸痹心痛，创制了瓜蒌薤白白酒汤等方剂。历代医家对该病也有一定的认识，比如：金、元、明清时期，危亦林制苏合香丸以治卒暴心痛；王肯堂首别胸痹与胃脘痛，并用大剂桃仁、红花、降香、失笑散等治疗死血心痛；陈修园以丹参饮治心腹诸痛；王清任以血府逐瘀汤治胸痹心痛；叶天士于血络痹阻时用桃仁延胡方，劫伤营络、心营阳伤时予大建中汤加减，营血不足时用当归枸杞子方；等等。《中医内科学》对胸痹心痛进行了比较完备的归纳总结，但是由于山川异域、气候差异以及饮食偏嗜有所不同，故而临证时应参考前贤理论，师古而不泥古，洪老提出，依“三因”而遣方用药的思想。

一、不通不荣，皆可痹痛

痹者，闭也；闭塞不通则为之疼痛。大凡因饮食、居处、情志、

外感、劳逸、内虚等，皆以内有所触、外有所发的内外因果形式致使病邪稽留痹阻心脉。《金匱要略》亦谓“阳微”为“阳虚知在上焦”，可知本虚为心之阴阳气血虚损；“阴弦”则为标实，为痰浊、阴寒、瘀血、气滞等病邪郁结阻络。总结前贤经验，实证多见于初病年壮者，治宜豁痰、散寒、化瘀、行气等祛邪为主。虚实夹杂则应以急则祛邪为主、缓则扶正为本的原则。其中，豁痰可选瓜蒌、薤白、半夏、陈皮等；痰遏化热可择黄连、半夏、瓜蒌、枳壳、陈皮；寒凝多取桂枝、薤白等；化瘀常加丹参、赤芍、红花、川芎、三七等；气滞则有枳实、郁金、丹参、川芎等。

然而，除“不通则痛”外，仍有“不荣则痛”之因。此种多因先天禀赋不足，或年老体弱，或过度劳倦，或久病迁延，心脉虚损，不荣而痛。此等虚证治宜益气、养阴、温阳为主。益气可选黄芪、炙甘草、党参、丹参、黄精等；养阴则可选太子参、沙参、麦冬、黄精、酸枣仁、柏子仁等；温阳可取桂枝、炙甘草、炙黄芪等以辛甘化阳，甘温益气。

二、审证分型，三因制宜

参考前贤辨证分型，并据三因制宜理论而言，漳州地处闽南沿海，地势低洼，气候温暖潮湿，人群又嗜食生冷瓜果以及肥甘厚味之品，以至于临床常以气虚血瘀、痰瘀互结、气阴两虚三证为多见。

（一）从气虚血瘀论治

心气虚，则胸部满闷而隐痛，日久不愈，气短乏力；血脉瘀阻，

则夹杂着胸部刺痛，痛有定处；舌暗而有瘀斑，脉细涩为气虚血瘀之象。

洪老法王清任“气有虚实，血有亏瘀”的气虚血瘀之论，创制了三参扩冠汤。洪老凭此方为胸痹心痛病本虚标实者的通治基础方，随证加减以标本兼顾，临床疗效尚令人满意。三参扩冠汤中有太子参30g，沙参30g，丹参15g，桃仁10g，郁金10g，赤芍10g，川芎6g，红花10g，三七6g等。气虚甚加黄芪15g，炙甘草9g；阴虚甚加阿胶9g，生地黄30g，柏子仁12g，酸枣仁15g；痰浊甚加瓜蒌15g，法半夏9g；痰遏化热加黄连6g，法半夏9g，瓜蒌15g，枳壳12g，陈皮6g。并配合麝香保心丸或复方丹参滴丸芳香通窍，而又与三参扩冠汤相辅相成。

方中重用太子参、沙参以益气养阴，丹参、桃仁、郁金、赤芍、川芎、红花、三七活血祛瘀以通脉，标本兼治，通补并进。麝香保心丸和复方丹参滴丸两种中成药服药简便，起效快捷。其中，麝香保心丸为苏合香丸的变方，偏于温散，故形寒体虚者尤宜；复方丹参滴丸由丹参、三七、冰片组成，药性微寒，气滞血瘀者尤宜，但形寒体虚者不能长期服用。

（二）从痰瘀互结论治

初病或年壮之人，痰湿偏盛，则形宽体胖，痰多；瘀血痹阻心脉，则胸痛如刺如绞，痛有定处；痰浊、瘀血阻碍气机，则胸闷不舒；舌暗胖大有瘀斑，苔腻或白滑，脉弦滑或涩为痰瘀互结之象。

如此虚证不显的痰瘀壅盛者，则应急以祛邪为要，予瓜蒌薤白半夏汤加减以通阳豁痰，活血祛瘀。方中有瓜蒌30g，半夏15g，薤白

15g，桂枝10g，丹参20g，郁金10g，红花10g等。配合麝香保心丸或复方丹参滴丸以芳香通窍。

方中以瓜蒌开胸利气，涤痰散结，薤白通阳豁痰，半夏逐饮降逆，桂枝温阳通脉，丹参、郁金与红花理气和络，活血祛瘀。或配合麝香保心丸芳香温通，益气强心。或配合复方丹参滴丸活血化瘀，理气止痛。至于痰遏化热者，则可考虑仿小陷胸汤之意加减运用。

（三）从气阴两虚论治

年老、禀赋虚弱、思虑劳伤或久病之人，气阴两伤，则胸部隐痛，时作时休；心脾气虚，则体倦乏力，面色晄白，语声低微，气短；心气不足，则心悸；心神失养，则夜寐欠佳；淡红舌，舌体胖而边有齿痕，苔薄白，脉细缓或结代为气阴两虚之象。

虚证明显以及缓解期的调理者，不宜妄施活血散气、芳香辛燥之品，以防耗气伤阴。宜予养心汤以益气养阴，宣痹止痛。方中含炙黄芪30g，党参15g，茯神15g，炒酸枣仁15g，黄精15g，熟地黄15g，麦冬15g，炙甘草20g，陈皮10g，桂枝10g，炒柏子仁15g等。

方中炙黄芪、党参益心气，熟地黄、麦冬、黄精养心阴，茯神、柏子仁宁心神，炒酸枣仁补肝以养心母，炙甘草补脾以培心子，茯神、陈皮健脾以防养阴药滋腻碍脾，桂枝引药入心经而又合炙甘草辛甘化阳，通阳宣痹。

第三节

从脏腑论治不寐经验

不寐即失眠症，其常以睡眠时间、睡眠深度不足为主要症状，可表现为入睡困难、寐时易醒、醒后难以再寐、睡眠时间短、睡眠质量差、寐时难安等，病情严重的患者甚至可见彻夜不能眠。不寐的病机，现在常常认为是“阳不入阴”，或者阳气亢盛，阳浮越于外，不能潜藏，或者阴津亏虚，不能敛阳，阴阳不和谐，而致不寐。唐代医家孙思邈提出“五脏者，魂魄宅舍，精神之依托也……其五脏空虚也，即邪神居之……其脏不足，则魂魄不安”，其认为不寐与人的神志密切相关，又因五神藏养于五脏，当五脏亏虚时易使神失所养而不安，故当人体五脏不足、五神不安时，可出现不寐一病。清代《类证治裁》以“思虑伤脾，脾血亏损，经年不寐”为例阐述五脏藏神与不寐的病理关系。洪老在诊治不寐一病时常以阴阳为总纲，细责于脏腑，重视调治脏腑以使神安而能寐，与清代名医魏之琇所云“五脏各安其位而寝”不谋而合，而不寐的病位多在于心、肝、脾、肾四脏。

一、从心论治不寐

心乃君主之官，性喜清明，主司血脉，为精神蕴养之所，心的生理功能正常，则阴阳和顺，神得所养，静居其舍而夜寐安。若心之气

血不足，无以涵养精神，或邪气扰心，心神不宁，均会导致心神不能安居其舍而出现夜不能寐，正如《素问》所云“心神不安，则生不寐”。故从心论治失眠可从正虚、邪盛两个方面着手。

邪盛者临床上多以痰、火多见，《古今医统大全》亦云：“痰火扰乱，心神不宁……火炽痰郁而致不眠者多矣。”临床可见心火亢盛、痰蒙心窍、痰火扰心诸证，而本地区患者多为痰火扰心，或因地处闽南之地，为亚热带季风气候，长年雨水丰沛，且本地居民多以海鲜为食，亦酿生痰湿，痰湿久滞，郁而化热，又因当下工作节奏紧张，生活压力大，常喜熬夜，从而引动心火，使得痰火交滞，心神不安而致失眠，该类患者可兼见心烦急躁，夜寐不安，胸闷脘痞，口黏口苦，小便黄，舌红，苔黄腻，脉滑而数等症状，可投以黄连温胆汤加减以清热化痰，安神助眠，本方由黄连、茯苓、法半夏、竹茹、枳实、陈皮、石菖蒲、生龙骨、珍珠母、生姜、甘草等药物组成。方中以黄连为君，直清心火；臣以竹茹清热化痰除烦，法半夏化痰祛浊；佐以茯苓、生姜燥湿化痰，枳实、陈皮化痰行气，石菖蒲化湿豁痰，通利九窍，生龙骨、珍珠母重镇安神；使以甘草调和诸药。

正虚者临床多以心气不足，心血亏虚为主。心气是心脏实现其生理功能的重要物质，当心气不足时，阴液无以化赤为血，心血化生受阻，则心神失于濡养，另一方面心气不足时，推动阴血运行无力，心失所养，亦会影响心神化生，当心神失于供养，则易致心神妄动，不归其所，以致不寐，正如《症因脉治》所云“心气虚则心主无威，心神失守，而夜卧不安之症作矣”。心气不足的患者可见失眠多梦，心悸怔忡，神疲乏力，自汗，舌淡，脉细弱等症，治当益气养心，镇惊

安神，可施以安神定志丸加减，投以远志、石菖蒲宁心定志，龙骨、牡蛎、珍珠母镇惊安神，党参、黄芪、白术、茯苓、茯神、炙甘草益气养心。《景岳全书·不寐》强调心血不足亦会导致失眠，其认为阴血亏虚，不能上养于心，心失濡养，最终将致“心虚则神不守舍”。《血证论》亦云：“心病不寐者，心藏神，血虚火妄动，则神不安，烦而不寐。”且阴血亏损，阴虚阳盛，则无以制阳，阳亢于外，阴阳失交，心神无所可归，也会导致失眠的出现。兼症可见精神不振，头晕目眩，心悸怔忡，面色苍白，健忘，舌淡白，脉细弱等，可投以养心汤加减以养血安神，多用党参、黄芪、茯苓、当归、白芍、川芎、五味子、炙甘草以补心气益心血，酸枣仁、柏子仁、夜交藤、远志养血宁心安神。

二、从肝胆论治不寐

肝为将军之官，有疏泄气机、调畅情志之功，且为魂之居所，人体在肝脏的调控下，维持周身气机畅达，气血和顺，神志舒畅，则神魂安居其所，如《灵枢》所云：“血脉和利，精神乃居”，当人体气血充和，肝得所养，魂有所藏，则夜寐安，亦如《难经正义》所说的“夜则魂归于肝而为寐”，肝为刚强之脏，其性易亢易逆，喜畅达、恶抑郁，当人们情志不畅，易引动肝阳，肝阳化火而亢逆于上，使神魂不安而致不寐，《血证论》亦云：“肝病不寐者……若阳浮于外，魂不入肝则不寐。”肝火亢盛的患者可症见失眠多梦，烦躁易怒，口干口苦，目赤溲黄，舌红苔黄，脉弦数等症，可投以龙胆泻肝汤加减，方中龙胆、栀子、黄芩、黄连清泻肝胆之火，柴胡、郁金、佛手

疏肝泄胆，当归、地黄、麦冬滋肝阴、养肝血，泽泻、车前子清热利湿，生龙骨、珍珠母、生牡蛎重镇潜阳以安神，全方共奏清泻肝火、宁心安神之功。

不寐一病除与肝脏相关外，与胆腑亦密切相关，胆作为中正之官，主司决断，与肝脏共同调节一身之气的运行，维持阴阳的动态平衡，保持情志的畅达。当胆腑发生病变时，阴阳失衡，情志不遂，神魂不宁，则见不寐，历代医家将与不寐相关的胆腑病变归纳总结为胆虚、胆冷、胆热及痰阻。其中胆虚不寐在《辨证录》中记载道：

“人有夜不能寐，恐鬼祟来侵，睡卧反侧，辗转不安，或少睡而即惊醒……乃胆气之怯也”，正常胆气充沛者，遇事果敢，擅决断，正如《类经》所云“肝胆相济，勇敢乃成”，而胆气亏虚者，遇事优柔寡断，无以决断，且善恐而易惊，神魂不安，不能归藏于脏腑之中以致失眠。该病证可投以安神定志丸加减以益气镇惊。胆冷见于《诸病源候论》，该书提出“大病之后，脏腑尚虚，荣卫未和……若但虚烦而不得眠者，胆冷也”。胆冷乃营卫失和，气机不畅，胆腑功能受阻，无以正常温煦以致胆冷，《集验方》谓可投以温胆汤，其擅治胆寒所引起的虚烦不得眠。胆热所致不寐与胆腑的生理密切相关，胆为阳腑，内寄少阳相火，当情志不畅，木气郁滞不畅时，易使相火亢逆于上，烦扰心神而致不寐，《症因脉治》提出胁肋胀满，心烦躁扰不安，精神恍惚，甚则目黄目赤均属“胆火不得卧之症”，治可投以龙胆泻肝汤加减。至于痰阻所致不寐，《证治要诀》谓其“有痰在胆经，神不归舍，亦令人不寐”。可见痰浊困阻胆经，致使肝胆疏泄失施，气机阻滞，气停湿阻，痰湿阻窍，神魂不安，以致不寐。该病证

当投以温胆汤治之。

三、从脾论治不寐

脾乃后天之本，主司饮食水谷的运化吸收，并化生气血等精微物质以灌养五脏六腑，为人的生命活动提供物质基础。《灵枢·本神》提及“脾藏营，营舍意”，可见脾脏乃意之居所，当脾气运化功能正常，气血充足时，意才能得到蕴养，而归藏于脾，发挥其生理功能。《灵枢·本脏》对其功能及重要性进行了叙述，谓“志意者，所以御精神，收魂魄，适寒温，和喜怒者也……志意和则精神专直，魂魄不散，悔怒不起，五脏不受邪矣”。可见意志充和，能让人们的精神充沛而专注，使魂魄凝聚并归藏于各自所属之脏，还能维持人们情绪的的稳定，避免邪气侵犯人体脏腑。“意”生理功能的实现离不开脾的供养，当脾脏功能受损，气血生化不足，使“意”失于濡养而不安其所，可出现不寐等。正如《类证治裁·不寐论治》所说“由思虑伤脾，脾血亏损，经年不寐”，因脾在志为思，现代人们工作性质大多从体力劳动转为脑力劳动，思虑烦多，故易劳伤脾脏，使气血亏虚，脾意失于涵养，妄动于外而不归其舍，以致不寐常作。《景岳全书》亦云：“无邪而不寐者，必营气之不足也。”该病证患者症状多可见于不易入睡，睡时多梦，精神疲倦，四肢乏力，食少便溏，面色少华，舌淡苔薄，脉细弱等症状，可投以归脾汤加减以益气生血，安神助眠。对于脾虚较甚者可加以茯苓、山药、刺五加等药物；血虚较甚者，可加用熟地黄、芍药、阿胶、制首乌等；不寐较重者可加用龙骨、牡蛎、珍珠母、百合、夜交藤等；兼有痰湿者可配合二陈平胃散。

四、从肾论治不寐

肾为一身阴阳之根本，人体五脏六腑之阴阳皆由肾阴、肾阳所化生、充养，其维持着阴阳之间的平衡，对人的睡眠具有重要的调控作用。《灵枢》曰：“阴气盛则目瞑；阴气尽而阳气盛则寤矣。”其从阴阳的生理变化情况阐述了阴阳与瞑寤之间的关系，强调了阴气对睡眠的重要作用。《冯氏锦囊秘录》亦云：“壮年肾阴强盛，则睡沉熟而长；老年阴气衰弱，则睡轻而短。”可见壮年与老年人因人体所含肾阴的盛衰不同，从而引起睡眠质量的差异，而老年人之所以睡眠轻浅多因体内真阴不足所致。明代医家张介宾谓“真阴精血不足，阴阳不交，而神有安其室耳”，其认为不寐的发生与肾阴具有密切关联，提出真阴不足会打破人体阴阳之间的动态失衡，阴液亏虚，无以敛制阳气，阳不入阴而妄动，致使上扰心神而不寐。另一方面肾藏志，“志”具有意识、神志、意志等含义，是人体精神活动的重要组成部分，并维系着机体的正常生命活动，正如《灵枢》所言“志意者，所以御精神，收魂魄，适寒温，和喜怒者也”。而肾所藏之志，全赖肾脏蕴养，当真阴真阳充足时，志归藏于肾，发挥其正常生理功能，若真阴不足，志无所养而妄动，使神志动荡不安而不寐。肾阴不足以致不寐者，症多见入睡困难，或寐时易醒，寐时多梦，头晕耳鸣，腰膝酸软，五心烦热，舌红少苔，脉细数。投以六味地黄丸加减，方中熟地黄、山萸肉、山药、女贞子、墨旱莲滋补真阴，泽泻、茯苓利湿泄浊以防滋腻，牡丹皮清泄虚火，鳖甲、牡蛎滋阴潜阳，全方共奏补肾滋阴、定志安神之功。若出现心烦、心悸等心火偏旺，心肾不交之

症，可加以黄连、黄芩、肉桂、远志等药物以清泄心火，沟通心肾。

综上所述，洪老从心肝脾肾四脏论治不寐，在临床常常获得令人满意的疗效。但治疗不寐并非单纯的四脏辨证而已，其常互相兼杂，且常兼有痰饮、瘀血等有形实邪。现代人的生存环境和古时候并不一样了，物质生活的要求和精神世界的充裕对人的影响很大，故不寐的治疗，还必须关注患者的生活条件、工作环境、家庭情况、感情问题等，并不单单靠药物就能解决。

第四节

标本兼顾治疗胃脘痛

胃脘痛相当于急慢性胃炎、消化性溃疡、胃癌等西医疾病，临床非常常见。洪老认为胃脘痛的病机本虚标实，以虚证为主，以脾虚为核心，兼有肺脾气虚，脾肾阳虚，脾胃阴虚等，标实以气滞为核心，兼夹食、痰、饮、寒、热、湿、毒、瘀等。临床辨证用药以病证结合为主要依据，分别予补虚扶正，祛邪除标，或标本同治。

一、重气机，辨升降

临床实践中，洪老强调知常恒变，了解脾胃气机的生理升降特点才能更好地明确脾胃气机病变侧重点，指导遣方用药。脾主升清，胃主降浊，升降有序，气机和顺，受纳消谷，则无壅滞不通之疾患。除此之外，肝主疏泄，肺主宣降，肾主温煦，均影响脾胃升降。

在《素问·玉机真藏论》：“五藏受气于其所生，传之于其所胜，气舍于其所生，死于其所不胜。病之且死，必先传行至其所不胜，病乃死。此言气之逆行也，故死。肝受气于心，传之于脾，气舍于肾，至肺而死”，正因为脏腑生理的传变规律，决定了肝的疏泄功能对脾胃升清降浊有着重要的影响。肝木升发太过或者脾胃亏虚，肝气横逆，均能导致脾胃的气机升降失司。

洪老认为脾胃气机升降失司的病因很多，但主要认为有以下4点。

①先天不足：脾胃为仓廩之官，主受纳和运化水谷。母亲孕期出现呕吐食少，后期哺乳不足，或保养不慎，外感邪气，内服药物，均可导致脾胃功能下降。若未加调养，患儿以后稍有劳倦过度，或饮食不节，脾胃容易受累犯病。②饮食所伤：在《医学正传·胃脘痛》曰：“初致病之由，多因纵恣口腹，喜好辛酸，恣饮热酒煎爇，复餐寒凉生冷，朝伤暮损，日积月深……故胃脘疼痛。”现冷饮盛行，可见寒郁热伏，出现四肢不温，但口气重、口疮等，或寒湿客脾，多兼见食少纳呆，困重乏力，大便溏等，久伤及脾胃阳气，遇寒则痛，甚者累及肾阳，形寒畏冷，小便清长，大便稀溏；或有体力劳作者喜饮热酒，酒为温热湿毒，湿热内蕴，湿则困阻脾阳，热则伤及胃阴，日久缠绵；奶茶甜点多为肥甘厚腻，现少儿体胖腹软，多夹有痰饮之邪。③起居失常：随着生活方式改变，生活节奏加快，出现昼夜颠倒，夜不入寐，饮食不规律等情况，均可导致脾胃功能失司。④七情内伤：现在生活节奏增快，社会压力增加，情志失畅，忧思郁怒，则气机郁结，肝失疏泄，横犯脾胃，升降失和而胃痛，正如叶天士所说“肝木肆横，胃土必伤”。

洪老根据《内经·阴阳应象大论》的“清气在下，则生飧泄；浊气在上，则生腹胀”等思想，认为临床中出现脾运化水谷精微失职，清阳之气无法上升濡养四肢、九窍等，则可影响胃腑受纳腐熟，导致大便溏泄、甚至下利清谷等症状。所以在遣方用药过程中重视补益健脾，用党参、白术等补益中气，中气充足，鼓动清阳上升，慎用苦寒药物，酌加温通的桂枝、生姜等。胃腑受纳腐熟水谷，饮食入胃后，经胃的气化腐熟下传小肠进一步消化吸收，浊者下传大肠，清则由脾

上至心肺化为宗气，奉心化赤，这个过程需要胃气通降维持，如果饮食失节，胃失通降，导致浊气不降，影响脾的运化升清，从而出现脘腹胀满，纳呆，暖气，呕恶，大便干结等。所以治疗过程酌加厚朴、枳壳、赭石等和胃通降，焦三仙、莱菔子消食和胃。

洪老认为人体气机升降出入循环不止，受《素问·刺禁论》中“肝生于左，肺藏于右，心部于表，肾治于里，脾为之使，胃为之市”影响，认为脾胃为人体气机的重要枢机，影响着心肺肝肾的气机运行，正如《格致余论》所载：“脾具坤静之德，而有乾健之运，故能使心肺之阳降，肾肝之阴升，而成天地之交泰”。同样其他的脏腑气机升降失司，也可影响脾胃的气机运行。从整体观念而言，在胃脘痛中伴有肺气不降之咳嗽，酌加杏仁、瓜蒌；肺气不宜有痰浊酌加紫苏梗、藿香、桔梗、薤白等；肝气郁滞，用佛手干、玫瑰等疏肝理气，甚则用木香、陈皮、青皮等辛燥行气。

二、分寒热，辨虚实

寒热是鉴别疾病属性的两大纲领，正如叶天士“寒温两法，从乎喜暖喜凉”。胃脘冷痛，喜食热饮，得温痛减，口泛清水，多属寒证；胃脘灼痛，喜食生冷，得寒则减，泛吐酸水，多属热证。临床上，辨清胃痛的寒热属性，是正确处方的前提。从而避免出现以寒治寒、以热治热的错误。但由于临床的复杂性，常寒热错杂，出现脾寒胃热、胆热脾寒、上寒下热等情况，增加遣方用药的困难。

漳州地处南方，气候湿热，加上饮食不节，伴随川蜀饮食文化盛行，多食膏粱厚味，辛辣芳香，或饮酒过度，五味过极，饮食乃倍，

而化湿热，熏蒸胃腑，胃失和降，胆失通利，脾失运化，升降失常，湿遏热伏，气机不利。洪老执简驭繁，将热证分为湿热、火郁二证。湿热证，症见胃脘疼痛，时痛时休，痞闷暖气，口干不多饮，尿黄，便秘，舌红苔黄腻，脉弦滑。治法以清热和中，理气止痛。方以清中汤为主加减，处方：茯苓15g，半夏6g，郁金10g，甘草3g，黄连3g，栀子6g，佛手10g，连翘15g，马蹄金15g，炒内金6g，川楝子10g，延胡索（元胡）10g。若有便秘，酌加大黄。火郁证，多见慢性胃炎伴糜烂，内镜下见充血水肿明显，症见胃脘疼痛，痞满拒按，时而剧痛，或烧热感，或发热，或低热不退，口渴，大便秘结，尿黄，舌红略紫，苔黄或黄腻，脉弦滑或滑数。治法以清热泻火为主。方选清胃泻心汤加减，处方：葛根15g，黄连5g，黄芩10g，栀子10g，牡丹皮10g，生地黄15g，石膏20g，佛手10g，连翘15g，郁金10g，马蹄金15g（或金钱草30g），川楝子10g，延胡索10g。大便干结或口气重，酌加大黄3~6g，通腑泻热，邪有出路。洪老在治疗热证中用药结合了地区特点，虽为热证，但兼顾地区湿热，多用马蹄金、金钱草等清热利湿，理气避免过于辛燥之品，用佛手干等疏肝理气，疼痛为要酌加川楝子、延胡索，针对实热证，洪老也指出邪有出路，用大黄祛邪通降。

漳州夏日炎热，现在生活水平提高，家有空调等，冷气频吹，暗耗人体阳气，兼见素体亏虚，阳气不足，或劳倦过度或大病之后损伤脾胃，致脾胃虚惫，中脏失养；或平素饥饱无常，喜食生冷，寒湿凝滞，冷积于中，胃阳不振，气机阻碍，不通则痛，而成本病。洪老认为寒证分虚实。虚寒证见胃脘疼痛，喜温喜按，常因劳倦、寒冷、饥饿而疼痛发作，得食，休息则缓解，或泛吐酸水，腰酸腿软，舌淡苔

白，脉虚弦缓。以温中补虚为主要治法。方以黄芪建中汤加减，处方：黄芪20g，白芍15g，桂枝10g，炙甘草6g，干姜5g，海螵蛸15g，延胡索10g，大枣5枚。若水饮内停，胃中漉漉水声或反胃尿少，去炙甘草、大枣、白芍，加茯苓20g，半夏10g，白术10g，泽泻15g，附子10g，干姜易生姜3片。如果见胃脘疼痛，遇寒则剧，得温略减，泛吐清水或酸水，舌晦淡苔白滑，脉沉弦细或弦紧等，为实寒证，以温胃散寒为治法。方选高良姜汤加减，处方：高良姜6g，干姜6g，桂枝6g，当归6g，川朴6g，藿香梗6g，茯苓15g，半夏10g，元胡10g。若吐酸反胃，加泡吴茱萸3g，白豆蔻10g，附子10g，去当归，干姜易生姜5片。洪老认为寒邪困脾，易化生湿浊水饮，所用方中多酌加半夏、川朴、藿香梗等燥湿厚胃，茯苓、泽泻渗湿通淋，桂枝温通升阳。若气虚为主，四肢尚温的寒湿困阻中焦，方选不换金正气散加减：黄芪15g，党参15g，茯苓15g，炒白术20g，陈皮12g，法半夏12g，炙甘草5g，广藿香10g，桂枝10g，肉豆蔻10g，木香6g，砂仁6g。

洪老认为寒热虚实并非清晰分明，甚则相互兼夹，相互影响，治疗若顾此失彼，必然疗效不佳。临床上症见胃脘疼痛，痞满呃逆，时作时休，冷热亦痛，口干涩不渴，大便前硬后溏，舌唇暗红或紫，苔黄腻，脉沉弦细或带滑。洪老辨证为寒热错杂痛，治法当辛开苦降。方选《伤寒论》的半夏泻心汤加减，处方：半夏10g，黄连5g，黄芩6g，干姜3g，甘草3g，太子参10g，佛手10g，延胡索10g。若夹有痰热不寐，加茯苓15g，竹茹2粒，枳实10g，白芍15g，合欢皮15g；夹湿浊内阻，加茯苓15g，川朴6g，藿香梗6g，白豆蔻3g；夹气郁湿滞，腹胀便秘，去太子参、甘草，加马蹄金15g，郁金10g，炒鸡内金6g，金钱草

15g，凤凰衣10g，炒莱菔子15g，生麦芽15g，川楝子10g。若症见胃脘疼痛，饥则痛甚，得食稍缓，食后胀闷，亦觉略痛，饮食过冷过热，亦觉不适而痛，痛甚喜按，重按亦痛，舌暗淡苔白腻，脉弦缓。方以香砂理中汤加减温中养胃，处方：党参15g，炒白术10g，炙甘草6g，干姜5g，木香5g（或香附10g），砂仁5g，乳没各6g，元胡10g。如见呕吐酸水加煅瓦楞子30g（或海螵蛸15g），夹痰湿加茯苓15g，**陈半夏（陈夏）**各6g。

临床见脾胃病多经历较长病程，在其病理演变过程中，各种病因相互影响，互为因果，耗气伤阴，若兼见素体脾胃虚弱，中气不足，或劳倦伤脾，运化失司，中脏失养，或素体阴虚，胃火内亢，阴津不足，胃络失养而成本病。故洪老认为此为虚痛，简而分为胃气虚痛和胃阴虚痛。胃气虚痛，症见胃脘隐痛，绵绵不休，其痛如坠，用力更甚，得卧则舒，午后胀痛，晨起稍安，形体消瘦纳食不多，大便时干时溏，舌淡苔白或薄腻，脉细弦等。方选补中益气汤合健脾散加减，以补气和胃，处方：黄芪20g，白术10g，佛手10g，蜜升麻、蜜柴胡各3g，炙甘草5g，枳壳10g，党参15g，木香5g，砂仁5g，炒鸡内金6g，焦山楂、焦麦芽各10g。因病情日久，药有偏性，需寄药于食，故配合食疗：①黄芪30g，莲子15g，淮山15g，芡实10g，炒内金（另包）6g，小茴香（用纱布包）10g。②猪肚1个去净油，用清水加少量花生油洗干净保留猪肚内膜，用开水和药炖烂，分三四次服。胃阴虚，症见胃脘疼痛，绵绵不休，嗳气频作，善饥纳少，空腹、饭后痛则为甚，心烦口干，大便干燥，舌红少津，苔净或光剥，脉细濡或芤。多见于慢性萎缩性胃炎，胃酸缺乏症。选用益胃汤加减，以益阴养胃，处方：

沙参（或太子参）15g，麦冬10g，玉竹15g，石斛15g，莲子15g，淮山20g，白芍15g，甘草3g，佛手干10g，炒鸡内金6g，乌梅5枚，后入饴糖50g调服。若阴血亏损甚者加黄芪30g，当归6g，枸杞15g，熟地黄15g，亦可配服食疗，炖猪肚方药。

三、辨气血，祛痰积

胃脘痛虽然病因上有寒热虚实等相互影响，导致许多病理产物。脾阳不升，胃气不降，运化失司，受纳腐熟功能障碍，病患不节制饮食，出现食物积滞，出现胃脘疼痛，痞满胀气，噎腐吞酸，泛恶，呕吐食物，口臭纳呆，大便秘结或滞下不爽，舌质暗红，苔厚腻，脉滑。洪老主张消导通腑。方选保和丸合小承气汤加减，处方：山楂10g，神曲10g，陈夏各6g，连翘15g，炒莱菔子15g，生麦芽15g，枳实10g，川朴6g，大黄6g，木香6g，槟榔10g。洪老认为腑气不通，消食导滞也徒然，所以配合小承气汤加减。

脾胃为三焦气机枢纽，也是津液代谢的重要环节，脾主运化水谷精微，通过脾气散精的传输作用，将津液上输于肺，通过肺的宣降，使津液输布全身而灌溉脏腑、形体和诸窍。另一方面，脾有“灌溉四旁”之功能，又可直接将津液向四周布散至全身，即所谓“脾主为胃行其津液”的作用。因脾胃功能受限，导致津液代谢紊乱，出现痰湿内生。洪老认为痰湿作痛，可见胃脘疼痛，胸脘痞满，呃逆，呕吐，或噎气吞酸，咽中气梗，夜寐不安，舌淡红，苔白，脉缓或弦细。方以二陈汤加味化湿祛痰，处方：茯苓15g，陈皮6g，半夏6g，甘草3g，百合15g，乌药6g，藿香梗6g，白豆蔻3g，佛手干10g，郁金10g，元胡

10g，海螵蛸15g，合欢皮15g。洪老重视气机对于津液的影响，认为气停则水停，气行则痰化。方中以百合、乌药散行气止痛，运用藿香梗、白豆蔻燥湿和胃；肝主疏泄，脾气不运，多酌加疏肝理气药物佛手干、郁金、元胡疏肝理气止痛。

虽然胃脘痛多因胃气不和，不通则痛，但病程日久，久病入络，入于血分，瘀阻胃络。本证多见胃脘疼痛，痛如针刺或刀割，痛有定处而拒按，食后胀痛，形体消瘦，面色苍白或黧黑，舌质暗红或青紫瘀斑，苔薄腻，脉沉弦细或涩。方以桃红四物汤加减活血化瘀，处方：当归10g，赤芍10g，生地黄10g，丹参15g，桃仁10g，红花3g，黑蒲黄6g，黑五灵脂10g，煅乳没各6g，元胡10g。若见胃镜下糜烂性出血，加川田七粉3g（另包，冲服），大黄（后入）6g。

《临证指南医案》曰：“胃痛久而屡发，必有凝痰聚瘀。”对于年老体虚，胃镜明确是胃癌晚期患者，症见胃脘疼痛，痛如刀割，固定不移，脘腹痞块，疼痛拒按，食后胀满，痛势加甚，或兼呕血，便血或黑便，面色黧黑无华，形体消瘦，舌质暗晦，苔灰白，脉沉细涩，或舌苔光剥，脉芤。洪老自拟方：丹参15g，郁金15g，延胡索15g，赤芍10g，黑蒲黄10g，乳没（乳香、没药）各10g，败酱草20g，五灵脂10g，草豆蔻10g，半枝莲20g，白花蛇舌草30g，佛手干10g，炒内金10g，生麦芽20g，黑地榆15g等活血化瘀，消癥解毒。如呕血、便血，加大黄（后入）6g；若化热伤阴，舌光剥无苔，去草豆蔻，加生地黄15g，牡丹皮10g，白芍15g；如合并出血，加仙鹤草30g，川三七粉（冲服）3g，花蕊石15g。煎制服法：水煎2遍，去渣，将药物浓缩较少，分少量多次服，以缓解患者病痛，提高患者生存质量。

第五节

与时俱进辨证论治上消化道出血

上消化道出血多属中医“血证”中的呕血及便血（远血）范畴，是指血由胃而来，从食道呕吐而出。上消化道出血的病位主要在胃，病理变化以胃络损伤为主，但引起胃络的病变，则与肝、脾等脏腑有密切关系。洪老认为一般阳络损伤多为呕血，多因突然急暴呕血，常见于热证、火证、实证迫血妄行；若呕血反复发作，亦可继发为瘀血证；若素体虚寒，由寒化热，或出血过多，或先便血之后继则呕血，阴阳两伤，而表现虚寒证，甚则出现脱证。阴络损伤多为便血，多因本质虚寒，常见于重邪停留，气机不利，产生瘀热，以致血不为经，脾不统血而下泄；如出血过多则中满，升降失常亦可上溢而呕血，甚则亦可出现脱证；若素体湿热中阻，或喜食油腻燥热，以致胃中积热，气滞化火迫血下溢亦可表现热证。因此，洪老认为本病既有寒热之分，又有虚实之别，临证时必须抓住要点，“谨守病机，各司所属”，方能取得疗效。

唐容川《血证论》中提出治疗吐血的四种法则——止、消、宁、补，他认为：止血为第一法，消瘀为第二法，宁血为第三法，补虚为第四法，四者乃通治血证之大纲，而纲领之中，又有条目。洪老提出，呕血、便血在治疗原则上，以降逆清火，凉血止血，益气摄血为大法。前人治吐血有三诀：“宜行血不宜止血”，行血乃使血循经

络，不致瘀蓄，洪老在使用止血药的同时要佐以行血药；“宜补肝不宜伐肝”，“伐肝则损肝体，使肝愈虚而血不藏”，洪老认为伐肝药多辛窜之品，容易耗血动血，而凉血补肝之药若无疏肝理气，控补而壅滞，凝而不化，所以以补肝凉血为主佐以伐肝药，如犀角地黄汤加柴芩；“宜降气不宜降火”，“气有余便是火，故降气所以降火”，洪老认为气有余便是火，要邪有出入，出血甚必酌加生大黄泻火止血，或冲童便韭菜汁，或用赭石之类降气药。这对临证具有较大参考价值，提示标本兼顾，气血协调不得有偏。

一、证治分型

（一）呕血（吐血）

1. 胃热壅盛证

此证型多见于溃疡病、门静脉性肝硬化、慢性肥厚性胃炎、食道癌、胃癌、肝癌等。

症状 呕血暗紫色或紫红色，始夹有食物残渣，继则伴有血块，兼有胸胁脘腹痞满而痛，口臭，唇暗红，大便秘结，舌质暗紫或紫斑，苔黄或黄腻，脉弦细或滑数。

病机 瘀热蕴结，积热内灼，胃络损伤，肝气横逆，血随气升而上溢。

治法 清胃泄热，凉血止血，兼以降气行瘀。

急救处理方药

（1）大黄粉3~5g，白及粉10g，调凉开水服，一日三次。

(2) 云南白药2~3g, 开始兼疼痛可与保险子(丸)同时服, 川三七粉3g, 白及粉6~10g, 调凉开水服, 此二方以活血行瘀止血为主。

方药 大黄6g, 黄芩10g, 黄连5g, 鲜侧柏叶50g, 鲜荷莲叶30g, 鲜茅根30g, 生地黄30g, 仙鹤草30g, 郁金10g, 茜草10g, 佛手干10g, 水煎2遍, 分数次凉服。

2. 肝火犯胃证

此证型多见于门静脉性肝硬化、慢性肥厚性胃炎、溃疡病等。

症状 呕血紫暗色或鲜红色, 开始夹有食物残渣, 继则有血块, 兼有脘胁胀痛, 口苦, 心烦善怒, 少寐多梦, 舌边暗红或瘀斑, 脉弦滑。

病机 肝胃瘀热内伏, 肝郁化火犯胃, 气逆血奔上溢。

治法 清肝降气, 凉血止血, 佐以行瘀。

急救处理 可参上述急救处理方法。

方药 生地黄30g, 水牛角10~15g, 花蕊石15g, 白芍15g, 牡丹皮10g, 虎杖20g, 焦栀子10g, 赭石15g, 茜草10g, 黄芩10g, 鲜侧柏叶20g, 田七(三七)粉(冲服)3g。

加减 大便秘结, 加大黄(后入)5g; 疼痛, 加元胡10g, 黑蒲黄6g; 尿赤, 加白茅根30g, 连翘15g。

(二) 便血(远血)

1. 气不摄血证

此证型多见于十二指肠球部溃疡并出血。

症状 大便下血, 先便后血, 血色紫暗或如漆黑, 先脘腹隐痛,

继则痞闷，头昏，面色少华或眇白，神疲乏力，舌淡苔白，脉虚弱或芤。

病机 脾胃受损，阴络损伤，胃失统摄，血不归经而下泄。

治法 温中健脾，养阴止血。

方药 灶心黄土60g（或赤石脂15g，先煎去浮油）先煎去土，配生地黄10g，焦白术10g，附子5~10g，炙甘草5g，黄芩10g，阿胶（另包烱化）10g。

加减 四肢自温，舌苔微黄，有瘀热内蕴者，去附子，加牡丹皮10g，白芍10g，黑地榆15g；出血量多，加仙鹤草30g，白及15g、大黄炭5g；并虚脱者，另配红参10g炖服，或先煎红参10g，附子10g，煅龙牡（煅龙骨、煅牡蛎）各20g，炙甘草10g，焦白术10g，黄芪15g，阿胶10g，救脱血止；若出血反复不止，便血兼呕血，脘腹隐痛，喜温喜按，面色苍白，四肢不温，中虚寒凝者，治宜温中散寒，补气摄血，方以党参15g（或红参10g），焦白术10g，炮姜3g，炙甘草10g，黑蕲艾10g，紫石英30g，仙鹤草30g，阿胶珠10g，大枣5枚。

2. 心脾两虚证

此证型多见于溃疡病等消化系统疾患及血液病等。

症状 便血或兼呕血，缠绵不止，血色暗淡，心悸气短，神疲乏力，面色眇白，舌质淡苔薄白，脉细弱。

病机 脾胃损伤，气不摄血，血不循经，外溢内瘀，或出血日久，气随血虚而衰，以致气血不足。

治法 补气摄血，祛瘀生新。

方药 党参15g，炙黄芪15g，当归5g，炙甘草10g，丹参10g，煅花

蕊石15g（或赭石15g代），血余炭5g，川三七粉（冲）3g，煅海螵蛸15g，仙鹤草30g，炒鸡内金6g，佛手10g，血竭粉（调服）2g。

加减 心悸不寐，加煅龙牡各15g，炒酸枣仁10g；气短喘息，加麦冬10g，五味子5g，胡桃肉15g。

另配服 太子参30g，红枣10枚，水煎出味代茶。

随着临床技术的进步，急性上消化道出血的诊疗常常在西医西药治疗下得到很好的救治，大大提高治愈率和生存率，中医药在治疗上消化道出血上往往不被重视，洪老认为，大形势如此，我们应该适应社会发展，与时俱进，如果能把中医药运用到上消化道出血的诊疗上，早期可以提高治愈率，在后续治疗中能减少复发率。

第六节

从脾胃升降之枢纽论功能性便秘的诊治

便秘是临床上常见疾病，多见于老年患者，随着生活节奏增快、社会压力增加、饮食结构改变，出现年轻化趋势。功能性便秘有别于机械性便秘，是经肠镜、CT等检查后未见明显器质性改变的功能性胃肠病之一，主要以排便不舒畅、排便困难、粪便质地干结且量少、次数减少为主要的临床表现。长期便秘可能导致大肠癌、心血管意外、皮肤疾病等，不科学使用蒽醌类药物如番泻叶、芦荟、大黄等成分药物，可能导致结肠黑变病等。而中医对于病变的治疗方法多，疗效尚可，洪老通过中医辨证遣方，配合生活调理、中医外治等手段，取得一定疗效。

一、病因病机

便秘随病在肠腑，但重点在于脾胃，脾胃为后天之本，为人体气血生化之源，气机的升降枢纽，脾胃功能的正常是治疗便秘的根本，重在调理中焦气机病变，认为“脾主升清，胃主降浊”，通过调理脾胃的功能，达到气机升降平衡，肺气得宣降，肝气得舒达，人体气机枢转，肠腑气机自然通降。

功能性便秘常见病因主要有以下4点。①饮食失节：李东垣认为“饥饱失节……故大便燥结”，由于饮食的结构改变，粗纤维及水分

摄入减少，导致便秘；或辛辣刺激、寒凉等食物导致肠腑干燥或阳气被郁，无力推动肠腑，导致便秘。②情志不畅：现在工作压力增加及熬夜等导致肝气不舒，肝失疏泄，横犯脾胃，导致脾胃升清降浊失司，导致大便干结难排。③病邪困遏：闽南地处湿热，多湿多热，又因饮食不畅导致湿热内搏，肠腑不通。正如《黄帝内经》所云“热气留于小肠”“湿淫所胜……大便难”等；因久患肺疾，每因外感，肺气不宣，肃清无力，导致便秘；或外伤导致血络瘀阻，出现大便干结，所以治疗便秘需注意兼顾湿、热、痰、瘀等病邪。④年老体虚：便秘多见于年长患者，多体质素虚，或久病缠身等，多为气虚、血虚、阴虚、阳虚等，气虚导致肠腑传导无力，难以推动大便下行导致便秘；年老摄入水分减少，且脾胃生化功能下降，导致津液不足，津血同源，血虚无力润养大肠，大便干结难以排除而导致本病；年老阴精亏虚，命火虚衰，故见肠液干涸，内寒凝滞，肠络阻滞，故大肠传导无力艰涩，产生便秘。临床上便秘证多兼夹，治疗上要辨证施治，不可一味使用苦寒清泄药物。

二、辨证特点

根据临床的特点，洪老将便秘分为3个常见证型：脾虚燥热证、脾虚湿滞证、气虚津亏证。

1. 脾虚燥热证

脾虚燥热证多见患者大便干结，排出困难，多日不解，伴腹胀，口干口渴，饥不欲食，食之无味，心烦难寐，舌淡红或红，苔黄偏干，脉滑。据《黄帝内经》“脾主为胃行其津液”，脾气主升清，将

人体的饮食通过消化、吸收、转化为精微营养物质，洪老认为脾虚无力，导致胃的津无法下降至肠腑，津液不足，肠道失去濡养，导致燥屎内结；肠腑不通，内郁化热，导致津液亏虚更甚，日渐消耗，出现肌减身瘦等。选用《伤寒论》中麻仁丸合枳术丸加减，健脾润肠，行气通便。处方：麻仁20g，赤芍12g，杏仁9g，枳实18g，大黄3g，厚朴10g，栀子9g，白术60g，桃仁10g，当归10g，升麻3g。洪老认为本证脾虚是根本，用大剂量的白术健脾益气通便；白术甘温干燥生热，故酌加麻仁、桃仁、杏仁等甘润之品，栀子、大黄等清泄药物；脾为气血生化之源，脾虚多导致气血运行无力，阳明肠腑为多气多血脏腑，易出现气血瘀滞，故方中用当归、赤芍、桃仁养血活血，用大黄、厚朴、枳实等破气除胀之品；脾主升清，用少许升麻升提阳气，防止攻逐太过，气机下陷。若大便干结如羊屎，舌红少苔，酌加增液汤；若见胁肋胀闷，暖气不舒，则合用四逆散以疏肝解郁。

2. 脾虚湿滞证

脾虚湿滞证多见患者无便意或虽有便意但排便不畅，排便时间长，粪质不干结甚有黏腻，多伴见乏力气短，食少纳差，胸脘闷胀，舌胖淡或有齿痕，苔白腻或黄腻，脉濡或细。洪老认为本证型多见于盆底肌无力的妇人或久坐久卧患者，因患者久坐久卧，耗气伤肉或产后妇人未重视康复休养，气血无法润养盆底，湿性黏稠，下注盆底，导致肌肉松弛，无力推动肠腑排出。洪老用补中益气汤加减健脾升阳，燥湿通腑，方中有黄芪15g，党参15g，白术15g，苍术15g，砂仁（后下）6g，薏苡仁15g，黄柏9g，当归10g，陈皮6g，枳壳9g，升麻3g，柴胡3g，生姜9片，大枣6枚，炙甘草6g。洪老认为脾主肌肉，脾

喜燥恶湿，正如《素问·经脉别论》“食气入胃，散精于肝，淫气于筋”。脾虚致使肌肉收缩无力，胃津不足致使筋脉无法濡养。另外内经云“湿热不攘，大筋软短，小筋弛长，软短为拘，弛长为痿”，认为湿邪下注，导致筋络弛长，盆底肌松弛，导致肛门括约肌无力收缩及促使大便排出。所以通过补中益气汤加减健脾升阳，燥湿通腑，方中黄芪、党参补脾益气，薏苡仁、苍术、黄柏等三妙散清热燥湿，砂仁芳香醒脾，当归润肠养血，促进局部气血运行，升麻、柴胡等升提阳气，使阳气得通，佐以枳壳、陈皮浊气得降，使气机调达。除口服汤剂外，洪老嘱患者进行缩肛运动及肛门坐浴。若湿邪困阻明显，乏力倦怠，胸闷痞满，不知饥饿，用三仁汤加减化裁加强化湿祛浊；若肛门灼热感，便意频频但难解，小便短赤，口干口苦，夜难入寐，酌加地榆、槐花、赤小豆、连翘等加减。

3. 气虚津亏证

气虚津亏证多见于年老患者，大便干结如羊屎，形体消瘦，气短乏力，或不敢用力，用则气喘，努责难下，口干眼干，皮肤干燥粗糙，心烦易怒，或倦怠嗜睡，腰膝酸软，小便频或尿量清长，偶见心悸，手脚心发热，或四肢不温，耳鸣，舌红苔少，或舌淡苔薄白，脉细数或无力。年老体虚，气血亏虚，肾阴不养，肾阳不温。方以黄芪汤合增液汤加减，处方：黄芪30g，党参30g，玄参30g，麦冬20g，熟地黄20g，沙参15g，当归9g，麻子仁15g，杏仁9g，肉苁蓉15g，肉桂粉（冲服）3g，生白术30g，枳实9g，陈皮6g，桔梗5g，炙甘草5g。洪老认为本证重在长远，以养气血津液为主，方中重用补气药物黄芪、党参、白术健脾益气，玄参、麦冬、熟地黄、沙参、当归补津血，肉苁

蓉、肉桂补肾，为防药物补而滞留，以陈皮、桔梗、枳实调达气机，麻子仁、杏仁润肠通便。若患者肾阳虚亏虚明显，减少玄参、麦冬、枳实等，酌加附子、巴戟天等温阳补肾；若见舌质光绛、舌红唇裂者，考虑胃阴亏虚，可加玉竹、石斛等养阴生津；若见大便干结，伴有潮热，脉较实，肠燥津枯，则仿“增液乘气汤”，酌加芒硝以软坚散结，但应中病即止，不可久用。

除上述证型外，若患者有肺部疾患，咳嗽痰喘明显，痰热郁结者在治疗基础病的基础上选用宣白承气汤合小陷胸汤加减；若患者胸胁苦满，口干口臭明显，则用大柴胡汤加减或龙胆泻肝汤加减；患者年轻，喜欢吃夜宵或辛辣刺激之品，症见口臭酸腐，多用保和丸、木香导滞丸等加减。

三、总结

治疗便秘，主张急则治其标，缓则治其本，病情急骤，病人苦于大便难解，主张用芦荟、大黄、枳实、番泻叶等通腑泻浊，中病即止，用时还予米粥温服调养，以防泻得太过。缓则治其本，多以上述证型加减。便秘多因饮食不解，食物积滞所致，用药遣方酌加焦三仙、莱菔子消食健脾；肺气不宣，可酌加杏仁、紫菀、苏梗润肠下气；肝气不舒，酌加川楝子、郁金、青皮等理气除胀；胸闷不舒，心阳不畅，用桂枝甘草汤加瓜蒌、薤白等；便秘多气血同病用莪术、当归、桃仁等血分药物。无论何种病因，治疗便秘的侧重在于脾胃气机的升降，主健脾胃，调畅气机，重用白术，一般用量在30g以上，最大用到90g，益气通腑，酌加枳壳、枳实、升麻等调理气机升降药物。除

了药物之外，重视中医外治法治疗功能性便秘的作用，临床上常以大黄芒硝散或葱白肉桂粉穴位贴敷神阙；艾灸双天枢、足三里等温阳健脾；对于失眠多梦多配合神门、内分泌、交感等耳穴埋豆。药物等治疗只是治疗便秘的一个手段，根本还在于患者的生活起居调摄，重视给予患者讲解便秘健康知识，注重排便卫生、健康饮食宣教等。

第七节

遵循众法辨治头痛

头痛是发生在额、颞、枕等部位的疼痛，是通患者自我感觉出来的一种症状，时常可有头晕、恶心呕吐、肢体麻木等伴随症状。西医中引起头痛的原因有很多，如颅内感染、颅内占位、脑血管疾病、神经痛等，临床上头痛严重程度不一，持续时间有长有短，严重者甚至影响其生活及工作，从而引起广泛重视。

洪老认为，头为“精明之府”“诸阳之会”“髓海之处”，位居最高位置，其气与肾相通，五脏之血、六腑之气均向上贯注入手足三阳、足厥阴和手少阴之脉皆上循于头。详阅历代医家有关记载头痛的文献，整理头痛的临床辨证要点，洪老认为，大部分医家都比较一致地将头痛分为外感头痛和内伤头痛，其次，再结合头痛之相关脏腑经络辨证治疗，临床上疗效显著，至今对诊疗思维仍具有重要指导意义。

一、外感头痛

洪老认为，头痛的外感病因中以风、寒、湿、热邪多见，若感受风、寒、湿、热等邪气，上犯于头，清阳之气被阻，导致头部气血瘀滞，不通则痛，故见头痛。风邪入侵，因其性轻扬，首先侵犯的部位大多数为头面部肌肤；又因共位居六淫首位，一切外感邪气，一般都是通过风邪导致机体发病，且常常夹杂寒、湿、热等邪气而发病。

《素问·骨空论》论述了风邪所致的临床表现，如汗出，身体困重，头痛，恶寒等。若风邪兼见寒邪，凝滞经脉，经络不通，上逆于头窍，故头痛；若风邪兼见热邪，热性上侵，清空受扰，故头痛；若风邪兼见湿邪，阳气被遏，清窍不得通利，故头痛。外感头痛之病性属实证，一般起病较急，病程较短，预后良好，治疗当以疏风，兼以散寒、清热、祛湿。

二、内伤头痛

洪老认为，除外感引发头痛外，内伤亦是诱发头痛的主要致病原因，特别是现在受生活习惯、生活节奏、精神压力等因素影响，内伤变为头痛的主要原因。因脑为髓海，依靠于脾胃将食物转化为营养物质输送至脑部，又需肝肾之精血濡养脑部，故临床上常见的内伤头痛，往往与肝、脾、肾三脏密切相关。内伤头痛以虚证或虚实夹杂证为多见，一般起病缓慢，病程较长，病性较为复杂。治疗虚者当以滋养肝血，益肾填精为主；治疗实者当平肝息风，健脾化痰，活血祛瘀；而虚实夹杂者，当以兼治。

（一）从肝论治

洪老认为，从肝论治内伤头痛在《黄帝内经》中就已经显示出其重要性。《素问·阴阳应象大论》云：“在天为风，在地为木，在体为筋，在脏为肝。”肝在五脏之中起着重要作用。从其特性及功能可见，肝在五行中通木，为风木之脏，风木属阳，其性生长向上，而头位在人体最高，“高巅之上，唯风可到”，故风之为病，易上扰清

窍，故见头痛。肝主疏泄，其性喜调达，且肝气主升发，在功能上与木的特性相符合，故经典文献常运用取象比类的方法取木的性能比喻肝的性能，肝的疏泄作用，体现在调节全身气机，推动血液、津液的运行，促进脾胃的运化。肝气的疏泄功能正常运行，才能保障气机的升降平衡，若出现肝气失常，升发太过，气机逆乱，致郁滞不通，久而形成火邪，阳亢火邪上升，引发肝火，上扰头窍形成头痛；肝具有刚强之性，其气急而动，易亢奋、逆乱，故升发无法抑制，致使火热邪气灼伤阴液，则肝肾阴虚，肾阴不能制约肝阳，肝阳偏亢，上扰清窍，故发头痛。如《素问·脏气法时论》记载肝病患者从两胁部疼痛牵引至少腹部，易导致发怒。另外，肝藏血，肝血缺少，不能上荣，窍络失养，不荣则痛，或瘀血阻滞肝经，肝经不利，经络滞涩，不通则痛，而致头痛，如张景岳在《质疑录》中曾提出肝血不足则会导致头痛、目眩的临床症状。六经中足厥阴肝经循行路径为向上行至颠顶部，往下可到达足底，中间部分沿两胁部分布，与督脉交会于颠。头为诸阳之会，而肝气又上承于颠顶，故与头脑密不可分，根据“经脉所过，主治所及”的观点，可知从肝入手治疗头痛的重要性。

综上所述，从肝论治头痛，当以疏肝理气，平肝潜阳，滋养肝血，柔肝滋肾等法，顺性而为，泻实补虚。洪老在临床上常运用经方天麻钩藤饮加减治疗肝阳偏亢之头痛，方中以天麻、钩藤平肝息风，共为君药；石决明平肝潜阳，加强君药之功，为臣药；佐以黄芩、栀子清热泻火，使肝经之热不能上扰清窍，川牛膝引火、引血下行，益母草活血化瘀调经，桑寄生、杜仲补益肝肾，茯神、夜交藤安神定志，诸药合用，其效如鼓。

（二）从脾论治

脾位置居于中央部位，脾主管人体饮食物的消化与吸收，且统摄血液运行，以防血液溢出脉外，为“后天之本”。《素问·灵兰秘典论》将脾胃的受纳运化功能比类成仓廩，既可以摄入食物，又能输出营养物质供养全身。土四方兼顾，能化生万物，古文运用土的功能更加使人通俗易懂脾的特性。脾气主升清，其性喜燥恶湿。若脾脏受到侵犯，脾的功能将不能正常运作，导致气血化源不足，清阳不得以升，头窍失养而发生头痛。《脾胃论》论述了脾胃功能的重要性，认为百病产生均由脾胃衰败导致。若脾气虚弱，则水液不化，痰浊内生，困遏脾气，致使脾阳不振，脾气不升，浊阴不降，蒙蔽清窍亦致头痛。洪老认为，治脾乃治疗头痛的重要手段。脾病往往虚实夹杂，因此，补益脾气之时，亦健运脾气，燥湿化痰以祛邪。

漳州地属东南沿海，气候属亚热带海洋季风气候，气候暖和，雨量充沛，冬无严寒，夏无酷暑，这样的地理环境及气候条件也养成了漳州人独特的饮食习惯，多食海鲜，多饮啤酒，故多见肥甘厚味致脾胃受损，痰浊内生。洪老在临床中常常结合这一特点，注重顾护脾胃调治，擅长运用半夏白术天麻汤加减治疗痰浊阻滞清窍所致头痛，以达健运脾胃，化痰浊之功。并常加黄芩、竹茹、胆南星等以助清热化痰之效；加瓜蒌、薤白、枳壳等以豁痰行滞。

（三）从肾论治

洪老认为脑为髓海，肾精的盛衰决定着髓海是否充溢，肾精虚衰

则出现髓海匮乏，不足以化生骨髓，髓海空虚，则头痛。肾脏为生命的源头，取源于父母的先天之精，并受后天之精的不断充养。肾主机体生长发育，维持体内水液平衡，受纳肺所吸入的清气，故以肾为立足点，从肾论治头痛显得至关重要。脾、肾二者在生理作用上相互辅助，二者之间存在着先天温养后天，后天滋养先天的关系，后天脾胃运化吸收水谷精微，需肾阳温煦得以推动；肾的藏精作用是否正常，又有赖于水谷精微的补养，二者共同运作维持生命活动的正常进行，缺一不可。肾精肾气衰败，不能生气血以充养脾，致脾运化失常，痰浊内生，阻塞气机，清阳不升，清窍失养，进一步导致头痛。洪老认为，《黄帝内经》中所述肝肾起源相同，二者不论在结构上还是功能上关联紧密。肝储藏血液，肾藏纳精气，肝血因肾精滋养得以充盛，反之肾精充足又依靠肝血补充，两者相互滋生转化。故肝病时间太久必导致阴血耗伤，肾精得不到濡养，精血亏虚，脑髓失养，故见头痛。同时二者阴阳又存在相互资助、相互制约的关系，肾阴联合肝阴抑制肝阳偏亢盛，肝脉又由肾阳和肝阳共同温煦，使之维持动态平衡。由此可见，若肝阴亏耗，下汲水源，以致肾阴不足，或者肾阴衰竭，水不涵木，易致肝阴不足，阴无法制约阳，肝阳偏亢而致头痛。

综上所述，从肾治疗头痛，当以运用补肾为主，兼顾健脾与平肝之法，运用大补元煎治疗肾虚头痛临床疗效显著，以养阴补肾，填精生髓，方中熟地黄、女贞子、枸杞子滋肾填精，龟甲滋肾益阴潜阳，杜仲、川续断补益肝肾，当归、山药、人参、白芍补益气血。诸药合用，肾精充盛，髓海充养。

三、六经头痛

汉代张仲景首先提出六经辨证头痛的论点，阐释了六经头痛的辨证要点，并提供了诸多不同的治疗方案。洪老认为，六经头痛三阳病证的发病部位有各自的特点，伴随症状也不尽相同，运用的方药也不同。如太阳头痛部位在头后部，下连于项，常伴有恶寒，发热汗出，项背拘挛疼痛等症，常运用葛根汤、麻黄汤等方药；少阳头痛部位在头之两侧，并连及于耳，伴有口苦，口干，头晕目眩等症，方常选小柴胡汤、大柴胡汤等；阳明头痛部位在前额部及眉棱骨等处，伴有口干，口渴，大便难等症，常运用大、小承气汤，白虎汤等方药。三阴病症也多见，如颠顶头痛的厥阴病，运用吴茱萸汤治疗，效果颇佳。根据经络循行，选用引经药对提高临床疗效也是意义重大，如阳明头痛多用白芷、葛根、知母；少阴头痛多选细辛；少阳头痛多用柴胡、黄芩、川芎；太阴头痛用苍术、半夏较为多见；厥阴头痛则吴茱萸、藁本均可；太阳头痛选用川芎、蔓荆子、羌活。

总而言之，洪老认为，不同时代医者均强调头痛的临床表现与其致病原因休戚相关，当根据具体病因选取相应的治疗方法，同时也需结合头痛之相关经络脏腑辨证论治，更需结合当地的季节气候、地区环境及人体体质的不同制定最佳治疗方案，从而使诊治头痛达到立竿见影的效果。

第八节

“风痰瘀虚”四要素论治眩晕

眩晕为头晕目眩之意，目眩以眼花、眼前发黑为主，为晕为自觉自身或外界旋转，二者常同时发生。眩晕在古代中医中，还有“眩冒”“头眩”等名称。

洪老认为，眩晕病位在脑，并与肝、脾、肾三脏的病变密切相关，其病性可为虚亦可为实，但临床上多为虚实夹杂。若脏腑功能失调，导致内生风、痰、瘀、虚，从而导致眩晕发作。其病机有虚实两方面，实证多因内风上扰，清窍不宁，虚证则为清阳不得升，脑窍不得养，或两者兼有之。两者皆可致眩晕。眩晕其内生风、痰、瘀、虚，为致病关键，因此在临床治疗上，可从此四者论治。

一、从风论治

因风致眩晕者，多责之于肝脏阴阳失衡，正如《素问·至真要大论》所云“诸风掉眩，皆属于肝”。此外，《素问·五常政大论》提及“木太过曰发生……其令条舒，其动掉眩巅疾”，指出若肝脏阴阳失衡，其肝阳太过则产生眩晕和颠顶部的疾病。

肝主藏血，为肝脏主要的生理功能之一。这一特性决定了肝脏体为阴。而肝脏另一生理功能为主疏泄，则表明肝脏其用为阳。而肝之疏泄功能，有赖于肝血的充养，肝气得血而条达舒畅，故能发挥其疏

泄、调畅作用。肝脏疏泄的作用，如《医话拾零》所云“为肝气能上达，故能助心气之宣通；为肝气能下达，故能助肾气之疏泄”。因此肝脏疏泄与人体各脏腑功能正常运作密切相关。若肝之阴阳失衡，使得肝脏疏泄失调，则可导致肝风内动，扰乱清窍而发眩晕。

此外，肝主调畅情志，若长期情志难以调畅，使得肝血耗伤，肝阳失去肝阴之收敛，故升发于上，即肝阳上亢，迫使气血上行，瘀滞脑络，轻者则头目昏眩，出现眩晕；重者则血气逆乱，气机痞塞，阴阳不能相接而发生薄厥。

因此，洪老认为，在治疗因风致眩晕时，当着重从肝入手，临床治疗上，除平肝息风外，因肝体阴而用阳，多兼有养肝柔肝之品，使其肝之阴阳平衡，恢复正常功能，临床上多选用天麻钩藤饮加减，若情志不畅时，也当加疏肝理气之品，帮助患者调畅情志。

二、从痰论治

痰饮可致眩晕。《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二篇》记载，“心下有痰饮，胸胁支满，目眩，苓桂术甘汤主之”，“心下有支饮，其人苦冒眩，泽泻汤主之”，“假令瘦人脐下有悸，吐涎沫而癫眩，此水也，五苓散主之”。《金匱要略·妇人妊娠病脉证并治》记载，“妊娠有水气，身重，小便不利，洒淅恶寒，起则头眩”等，以上皆为体内有痰饮所致的眩晕。其病机有两方面，一方面痰饮使中焦阻滞，清阳不得升；另一方面，痰浊若上扰，蒙蔽清窍，皆可致眩晕发作。对于痰饮的治疗，《金匱要略》提出“病痰饮者，当以温药和之”，痰饮者属阴，治疗上多以温通阳气为法。朱丹溪提出“无痰

不作眩”，并在《脉因证治·眩晕》提出“痰饮随气上，伏留于阳经”，即痰饮随气机运行，上行至颠顶，留于头面阳经，这是眩晕发作的前提。朱丹溪指出体质偏颇、饮食失宜、七情内伤是痰饮致眩的主要病因。而且，朱丹溪通过观察临床病人发病规律，率先提出“肥白之人必多痰”，洪老认为，这与现今社会中人们的饮食无制、缺乏运动、生活作息不规律的环境下，肥胖成为一种社会常态，痰湿体质成为常见体质的情况不谋而合。

脾为后天之本，因其为水谷精微代谢的场所，因此也为痰饮生发之源。若饮食不节，如长期食用肥甘厚味或酒液等湿热之品，损伤脾胃，影响水谷精微运化，以及水液的输布，使得水饮不得运化输布全身，反而停聚于胃肠，生成痰饮，痰饮则进一步影响脾胃中焦气机运转，使得清阳不得升，浊阴不得降，故脑窍失养，发为眩晕。内生之痰饮亦可随气机上扰脑窍。此外七情内伤，易致肝失疏泄，从而影响全身气机运转，津液输布障碍，也可导致湿痰内生，因此朱丹溪认为长期受精神刺激，超过正常人心理承受范围之外，脏腑功能及气血阴阳失调，同样也会产生痰浊。《丹溪心法·头眩》曰：“头眩，痰夹气并火，无痰不作眩，痰因火动，以有湿痰者，有火痰者。”痰多有兼夹，一般不会单独出现。其病机多属本虚标实，其虚者为六淫致虚、七情致虚。洪老认为，对于因痰饮致眩的治疗，当以健脾化痰以绝生痰之源，故“治痰者，实脾土，燥脾湿是治其本”。

洪老在临床上治疗痰饮，除上文所提出的温阳通气之法外，还必须予以健脾理气，助脾胃运化，杜绝生痰之源，因此对于因痰致眩的证型，其治疗以化痰祛湿，健脾和胃为主，临床上多选半夏白术天麻

汤加减。

三、从瘀论治者

洪老认为，因瘀致眩晕在临床非常常见。若风、痰、虚日久，久病入络，或因跌扑外伤，损伤脑络，皆可因瘀而眩。因瘀血阻滞经脉，使气血不能上荣于头目，清窍失养而发眩晕。朱丹溪所云：“头眩……脉涩有死血”，而杨仁斋所著的《直指方》明确指血瘀内生，阻滞经脉气血运行，能够导致眩晕。清代对于瘀血所致眩晕有更深入的了解，如潘楫的《医灯续焰》指出眩晕发作的其中一种病机：“有因于死血者……血死则脉凝注，脉凝则上注之力薄矣。薄则上虚而眩晕生焉”，即瘀血内生，阻滞经脉，气血不得上荣，则上虚而发为眩。

洪老认为，汪机所拟的桃红四物汤对于临床治疗瘀血所致眩晕的选方用药有很大的参考作用；此外，王清任在前人的基础上，加上功于通窍之麝香、老葱等药，提出专用于治疗瘀血阻滞脑窍的通窍活血汤，至今该方仍为临床上治疗瘀血阻窍所致眩晕的常用方，取其祛瘀生新，活血通窍之义。

四、从虚论治

洪老认为，因虚致眩晕，可分为肾精亏虚，或者气血两虚，二者各有侧重。肾精亏虚者，多与肾直接相关，常因年老体衰，或者房事不节，以及久病体虚，使得肾精耗伤，后天滋养不足，从而人出现肾精亏虚。肾精亏耗，髓海不足，而发眩晕。

肾精亏虚而致眩晕，如《灵枢·海论》所云“脑为髓之海”“髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒，目无所见，懈怠安卧”，《灵枢·口问》“故上气不足，脑为之不满，耳为之苦鸣，头为之苦倾，目为之所眩”，以及王颉《全生指迷方》中提到的劳眩，乃肾气不足，加之劳作过度日久，使得肾气更加受损而致的眩晕。这也进一步表明眩晕发作与肾气直接相关。洪老提出，临床上对于肾精亏虚所致眩晕，治法为滋养肝肾，填精益髓，常用左归丸加减。

洪老认为，气血两虚者，正如陈无择《三因极一病证方论》所言“或饮食饥饱，甜膩所伤，房劳过度，下虚上实……皆能眩晕”，气血生化不足，多与脾胃相关。因脾胃为后天之本，与气血生化相关，若饮食不足，则气血不得生化，或者脾胃功能损伤，不得运化水谷精微，同样也会导致气血生化乏源。同时陈无择提出外伤及妇人崩漏日久，导致气血亏耗，也可导致眩晕发作。

此外，洪老还认为，气血亏耗过度，还与久病体虚、思虑或劳作过度相关。以上多种病因导致气血亏虚，均可致眩晕发作。《玉机微义》进一步阐述气血亏虚之病机为“眩晕一证，人皆称为上盛下虚所致，而不明言其所以然之故”及“盖所谓虚者，血与气也”，指出眩晕与下之气血亏虚密切相关，下虚而上盛为眩晕发作的主要病机。在前人基础上，张景岳提出“无虚不作眩”，认为在临床上的眩晕多以虚为主，或有兼夹风、痰、瘀者，但本身仍为体虚所致。以虚为病之本，实为病之标。其在因气血亏虚致眩晕的治疗上，主张温补肾阴肾阳之用，认为“伐下者必枯其上，滋苗者必灌其根”，提出治疗眩晕，以补气血之虚，治上之虚，当使人之根本得以稳固，则病可

痊愈。

洪老认为，气血的生化与脾胃直接相关，气主要为宗气与水谷精微之气相合而成，水谷精微之气，来自于脾胃运化所生，血的生成依赖于水谷精微，以及心气的生化，故补益气血当以脾胃为主，气血之生成与心脾直接相关，因此临床上对于气血亏虚所致的眩晕，治疗上多选补益脾胃之品，兼养心气以助血生成，以达到补益气血的目的。临床选方多以归脾汤加减。

综上所述，洪老认为眩晕，多与内生的风、痰、瘀、虚密切相关，而且这四要素在临床上常相兼为病。如因情志不遂，导致内生风者，同时也影响津液输布，日久痰饮内生，更有甚者，可影响血液运行，瘀血内生，从而使风、痰、瘀相兼，共同导致眩晕发作。同理，若肾精亏虚日久，不仅本身可导致眩晕，同时因肝肾同源，肾水无法涵养肝木，肝阴亏耗，肝之阴阳失衡，则肝阳上亢，同样也会导致眩晕。而脾胃功能异常，既可以因水液代谢输布异常，而生痰饮，日久也可导致气血生化异常，气血亏虚兼有痰饮，使得眩晕发作。若瘀血阻滞日久，也可导致气机阻滞，津液输布异常，从而生痰饮，亦可影响气血的生成。风、痰、瘀、虚四者常常互相影响，互为病因。

洪老认为，临床上眩晕的内在病因并非单一，而是因为多种原因导致的，使得病因病机更为复杂。因此在临床诊疗上，不可拘泥于风、痰、瘀、虚的某一种，应当辨证地、综合地看待疾病的发生发展，从多方面考虑眩晕的病因病机，并抓住主次，综合分析，辨证论治，从而达到更好的疗效。

第九节

对“顾护胃气”的一些看法

洪老不仅擅长脾胃病的诊治，对其他内科疾病的治疗也是手到擒来，在诊治过程中，他认为，任何辨证施治的过程中，都要重视一条原则，这条原则就是《伤寒杂病论》里张仲景提出的保护胃气的观点，“护胃气”贯穿在《伤寒杂病论》全书的始终。那是“顾护”胃气还是“固护”胃气呢？“顾”，有照顾、关注的意思，“固”，是稳固守住的意思，我们更倾向于“顾”字，“顾护胃气”，说明要关注和保护胃气，涵盖了“固”的意思。

胃为人体重要的消化器官，主受纳腐熟水谷，为水谷之仓、气血之海，脾为阴土，胃为阳土，胃与脾合称为“后天之本”。《素问·玉机真藏论》载：“五藏者，皆禀气于胃，胃者，五藏之本也。”《脾胃论》曰：“人以胃气为本。”胃气是中焦脾胃发挥生理功能的动力，为五脏六腑之气的后天本源，人体之气有赖于胃气而生化。胃之受纳腐熟功能正常，则食欲如常，面色荣润，脉象不浮不沉、从容和缓，谓之有胃气，《脾胃论》又曰：“胃虚，则脏腑经络皆无所受气而俱病”。临床常以有无胃气来判断预后，“有胃气则生，无胃气则死”。

然而，现今的人们常常喜嗜肥甘厚味，乘凉饮冷；常常饥饱无度，焦虑抑郁；还有中西药物的滥用等。这些对胃来说均是全方位的

打击。胃气代表了脾胃功能，是人体健康的保证，亦是人患病后能否战胜疾病，恢复健康的关键。所以，我们在日常生活中要十分注重“顾护胃气”。结合现今的生活及治病环境，我们提出几点需要注意的顾护胃气的地方。

一、注重饮食调护

现今市面上充斥着各种各样的便捷快餐食品和休闲食品，特别是冷饮，如冰可乐、冰矿泉水、冰啤酒、冰棒、冰激凌、冰冻海鲜、冰冻水果等，这些冰冻食品进入胃肠后，虽然给一部分人带来清凉冰爽的感觉，但是吃进去的冷食，一是直接损伤脾胃阳气，二是机体需要调动阳气去温化暖化食品，渐渐地耗伤阳气。因此不管任何时候，都不应当进食生冷。现代西方化的生活方式，人们常饮食无度，嗜食肥甘厚味，造成各种胃肠道不适，长此以往，严重损害脾胃功能，因此日常生活中饮食应以有节有度、清淡为宜。生病的时候，疾病影响到机体胃肠道功能，而且需要吃多种药物，这些药物多多少少对胃肠道也有一定的损伤，此时脾胃功能处于相对柔弱的状态，可能出现食不下、恶心呕吐、腹胀、腹痛、腹泻等症状，因此，这时候应当适当减少饮食，以待脾胃功能恢复。

二、重视情志调养

精神情志对脾胃功能的影响已是老生常谈。近几十年来，工作、生活、情感、生育养育上的各种精神压力给现代人带来了很大的影响。情志除了直接损伤脾胃功能如思则（脾胃）气结外，还有常见的

如怒则伤肝，肝气郁结，肝气横逆反胃，损伤脾胃功能等。现在很多脾胃系统疾病多是情志病。所以要学会自我调节各种心理、精神、情绪问题，防止情志损伤脾胃。

三、注重临床处方用药对胃气的影响

首先，临床辨证施治上，洪老提出要重调理脾胃，鼓舞胃气，以扶后天之本，只有脾胃强健，才能生化无穷。一方面，正如《医学集成·用药如用兵》所说“如善医者，必先审胃气，然后用药攻邪……盖行军以粮食为先，用药以胃气为本，军无粮食必困，药非胃气不行”。药力要依赖胃气推行，胃气亏虚则运化无力，药力难达病所，达不到治疗的目的，胃气正常，才有助于行药祛邪。另一方面，胃气振奋，气血津液化生充足，脏腑组织滋养充分，使正气充沛，促进机体自我修复。因此，在处方时辅以健脾和胃之品，如党参、生姜、大枣、甘草等。其次，治疗中应做到攻邪不伤脾胃，中病即止，以十枣汤为例，方中用芫花、甘遂、大戟三味峻下药，恐其伤胃气，予大枣入汤剂同服，且取效后食粥以养胃；还有如大青龙汤，方中麻黄、石膏发汗清热，姜、枣、草和胃健脾；如白虎汤，石膏、知母清泻阳明，甘草、粳米调气和中，使大寒之品不致伤胃。《张氏医通》指出：“苦寒过投，将有败胃之忧，甘平恒用，却无伤中之害。”《折肱漫录·医药篇》亦谓：“胃为水谷之海，六腑之在原也。故人生以胃气为本。善养生者，勿轻伤胃气，苦寒之药不可多服，致损化源。”遣方用药可选药性平和之品，力求温而不燥，补而不滞，滋而不膩，以顾护胃气为要。此外，现今各种中医诊疗存在常规化、套餐

化、路径化的现象，忽视了个体体质差异。患病个体往往寒热错杂，比如患者患热淋病，然其脾胃不健，畏寒畏冷，此时如仅关注其下焦湿热而使用八正汤治疗，则会导致患者出现胃部不适、腹泻等症状。而且，现今方药杂乱的现象比比皆是，见一个症状加若干味药，见一个西医病名拟若干个方，阴阳不辨，寒热不明，头痛医头，脚痛医脚，不伦不类，章法尽失，这样不仅疗效难明，而且伤脾败胃，延误病情，更是有悖于仲景之“顾护胃气”之大法。故临证处方用药应切记“勿伤胃气”，否则胃气一败，百药难施。

第十节

对“夏季普通感冒”的新认识

感冒是感受触冒风邪，导致邪犯肺卫，卫表不和的常见外感疾病。此外风邪包含了以风寒、风热为主的四时之邪。感冒的临床表现以恶寒发热、鼻塞、流涕、喷嚏、咳嗽、头痛、全身不适、脉浮为特征。本病四季均可发生，尤以春、冬两季为多。

一、夏季普通感冒的病因分析

洪老认为，教科书所提及的感冒，是十多年以前典型的普通感冒的发病机制。为什么说是十多年前呢？因为近十多年来，随着空调使用频率的增加，在感冒不常见的季节如夏季，也常常出现感冒发热，俗称空调病，而且发病率逐年上升。仔细观察可以发现，以前夏季，多出现的是中暑，极少见感冒发热，随着人们的防暑降温的意识越来越高，且夏季空调使用频率的增加，中暑发生率明显降低，反而来就诊的病人绝大多数是空调病。

所以，洪老认为，应区分“普通感冒”和“中暑”两个概念。先说中暑，《素问·热论》曰：“后夏至日者为病暑，暑当与汗出。”一般在夏至以后发热病者，为病暑。病暑，即患暑病，如中暑、伤暑。因此，很多人一说到夏季发热，就认为是中暑，这是不对的。

中暑，现代医学称为“热射病、热痉挛、热衰竭”等，是长时间

暴晒或者在闷热环境中，大量流汗，导致发热，汗液大量排泄，影响到体温调节中枢，早期表现为汗液多，发热明显，稍畏寒，中晚期随着体液丢失又没有及时补充，进而出现高热惊厥痉挛、循环衰竭等。而普通感冒，是感受风寒之邪，风寒之邪客于肌腠卫表，不能正常排泄汗液，无法自然排汗散热导致的发热性疾病。二者的区别，可以简单地在分辨病因基础上视出汗情况进行辨别。中暑也是有分别的，理论上分为阳暑、阴暑和湿暑。暑邪本就常夹湿气，不管是夹杂湿热还是湿浊，因此湿暑均可列入阳暑阴暑范畴。阳暑，明显就是暴晒或处于闷热环境下导致大量流汗的病证；阴暑，是在夏季乘凉饮冷导致的病证，其实，就是夏季感冒。有人会说，我就是在户外暴晒流汗后发热的呀，可是他忽略了他流汗后，为了乘凉，很快进到空调房里，然后，过了几个小时开始出现全身酸痛、发热怕冷等症状，此即阴暑证，或夏季感冒，或空调病。所以，必须分清是中暑还是感冒，了解病因病机，才能更好地治疗。

二、夏季感冒的诊断方法

洪老认为，当夏季遇到发热来就诊的患者，诊疗思路，首先要问的是发病原因，上文已述及夏季发热的病因。即对于夏季发热的病人，我们应该先了解患者是否长时间暴晒或处于闷热环境中，是否暴晒或处于闷热环境时大汗淋漓又没有及时补充水分、盐分，是否大汗淋漓的情况下迅速躲到阴凉寒冷的空调房，是否大汗淋漓、口干舌燥时摄入大量冷饮等。其次，要详细问症状，包括发热畏寒，汗出，头身疼痛，倦怠乏力，口干口苦，咽痛，鼻塞流涕，咳喘，腹痛腹泻

等。最后，还要询问病人的体质，病人的体质状态有时候会左右方剂的选择、药量的轻重、药味的增减等，甚至会改变整个诊疗思路。所以问诊非常重要。只要抓住病因、主症，再结合体质因素，那么理法方药就自然而然地浮现出来了。中医是把复杂的问题简单化，千万不要把简单的问题复杂化，只要问诊详尽，辨证思路清晰，再配合正确用药就会取得显著的疗效。下面我们举一些常见的有代表性的症状进行分析鉴别。

（一）发热、畏寒

要分清是仅仅只有发热，还是发热的同时伴随畏寒，或者是一会儿发热一会儿怕冷。一般情况下，又冷又热是太阳证，仅发热是阳明证，冷热交替是少阳证。

洪老认为，临床上我们经常说的“有一分恶寒，便有一分表证”，这句话对于外感发热而言，是正确的。《中医内科学》按寒热分型把感冒分为风寒感冒和风热感冒，其实，这两种感冒说到底是同一种发病机制，任何感冒都是因“寒”起病，也就是说，发病因素都是寒邪，要么寒多寒少，要么因体质、环境、饮食等从化。

（二）汗

诊疗过程须询问发病前是否暴晒或在闷热环境中大量出汗；是否汗出后迅速降温，包括迅速进入空调房或者进食冷饮；发热时是否仍有汗出及出汗量等情况。一般情况下，若大量汗出，且未自行特殊降温处理，发热时仍汗出，则中暑可能性大；若大汗出后，自行降温处

理且是快速降温，以及长时间处于较冷环境中未及时添加衣物，发热时无汗，皮肤干燥温热，则空调病可能性的。

（三）全身酸痛、骨节疼痛

“太阳病，头痛，发热，身疼，腰痛，骨节疼痛，恶风，无汗而喘者，麻黄汤主之”，“太阳病，头痛，发热，汗出，恶风，桂枝汤主之”。洪老认为，这两条条文虽是两个不同证型的证候罗列，却也是典型的无汗和有汗的症状鉴别点，其中最重要的鉴别点就是询问是否全身酸痛或骨节疼痛。排汗是人体散热的机制之一，通过排汗，达到散热和排泄代谢产物的作用。早年日本汉方学者以及我国著名经方学家胡希恕就曾论述感冒发热时出现全身酸痛的病理机制。简而言之，即排汗的同时也会排出代谢产物。夏季天气炎热，代谢旺盛，人体自然而然会打开肌腠汗孔来排汗，如果这个机制被打乱，毛孔闭合，体内热量无法散发出去，就会出现发热，代谢产物堆积在体表，排泄不畅，就会出现全身酸痛等症状。中暑，汗液过分排泄，人体会觉得乏力，但是不会全身酸痛；空调病，寒邪郁闭肌表，汗不得泄，且寒性收引，故见全身酸痛或骨节疼痛。

（四）口干

中暑，必口干多饮；空调病，初起邪在太阳，无口干，随着疾病进展，邪盛病进，一旦出现口干喜饮，说明邪入阳明。

三、夏季感冒发热的辨证选方

洪老认为，普通感冒发热，按照《伤寒论》六经辨证，主要归属于太阳病篇。《伤寒论》中论治的太阳病，以麻黄汤治表实证之无汗出伴全身酸痛，以桂枝汤治表虚证之汗出畏风，以葛根汤治表实证之无汗出伴项背强几几，以大青龙汤治表实证之无汗出合并烦渴（实际上已经属于太阳阳明合病之病证），以上四个方证，就是普通感冒发热的基本治疗方法，围绕太阳证之感冒病，以上述四个方为基本方、代表方，根据病邪强弱、体质偏颇以及症状差异，随证选方，见效快、疗效好。

单纯的典型表实证，发热恶寒，全身疼痛，无汗，脉浮紧，说明正邪交争于体表，寒邪郁闭于表，欲汗出而不得汗出，无里热，用麻黄汤辛温发汗，散寒解表，病症随汗出而解。

单纯的典型表虚证，发热畏寒，恶风汗出，脉浮缓，说明正邪交争于体表，但正气不足以与寒邪抗衡，卫强营弱，故畏寒汗出，亦无里热，用桂枝汤调和营卫，解肌发表。

如若出现发热恶寒，无汗，项背疼痛等症状，说明寒邪侵入太阳经，经气不利，筋脉失于濡养，无里热，用葛根汤解表散寒，疏散经气。

邪盛病进，郁而化热，或者患者体质强壮，寒邪从化，出现里热症状，如口干心烦等症状，说明合并阳明证，须清解里热，用大青龙汤解表散寒，兼清里热。

朱丹溪《丹溪心法》将本病分为风寒、风热两个证型，提出本病

的治疗应分立辛温、辛凉两大法则。但是从症状的演变过程看，我们认为，风热证仅仅是风寒证的变证或者合并证，比如太阳阳明合病、太阳阳明并病。但不管是合病还是并病，均有恶寒畏寒等表证，故仍应有辛温解表的成分，比如银翘散，风热感冒初期的代表方，方中有荆芥、豆豉等辛温散寒之品。而且，从临床效果上看，使用麻黄汤、葛根汤或大青龙汤的变方，在治疗太阳阳明合病上，疗效明显优于银翘散。

明清医家对虚人感冒也有进一步的认识，提出扶正达邪的治疗原则，比如参苏饮。《伤寒论》对虚人感冒，最经典的方剂就是桂枝汤，但是桂枝汤的证实非真正之虚。临床上还经常遇到以恶寒甚、发热轻、神疲欲寐、脉沉为特点的病人。这类病人素体阳虚，感受风寒而发病，即所谓的太少两感证。素体阳虚，本体为虚寒证，理应不发热，今反而发热，而且恶寒明显，厚衣重被亦不能缓解，表证本脉浮，然今反沉微，兼见神疲乏力，但欲寐，故知是素体阳虚，感受寒邪所致。外感寒邪，以发汗而解，但阳虚正气弱，不能驱邪外出，且若辛散解表发汗，已虚之阳随汗而泄，恐有亡阳风险，所以必须解表与温阳结合运用，祛邪而不伤正，扶正而不留邪，以麻黄附子细辛汤为代表方。这类感冒有三个辨证要点，一是恶寒甚，二是神疲乏力但欲寐，三是病程多迁延不愈。

上述均为普通感冒常见的辨证思路，夏季感冒发热之空调病亦可根据病症酌情选择应用。洪老认为，有人可能会忌惮于夏月使用麻黄这味辛温峻汗之品，但是如果掌握疾病的病因病机，夏月使用麻黄则无禁忌。

第十一节

传统“三消”理论之外的现代消渴辨治观

糖尿病是一种全身性疾病，以慢性高血糖为特征，并逐渐出现多种并发症，糖尿病已成为严重危害全人类健康的“杀手”之一。

中医学认为，糖尿病属于“消渴”范畴，洪老认为，近现代很多医家以及现代教科书比如《中医内科学》，均认为消渴常见症状之一是口渴喜饮，因此认为消渴病是“阴虚燥热”所致，但是，现在绝大多数糖尿病初诊患者具备典型“三多一少”症状的仅占一小部分，绝大部分初诊患者症状并不明显，甚至有相当一部分患者无症状，或因其他疾病就诊时而被诊断为糖尿病。如若仍遵循以往的“阴虚燥热”病机以及“三消”辨治理论进行论治，临床症状常

得不到缓解，疗效欠佳。消渴病早期出现的口干喜饮、多尿、多食易饥等症状，是津液损伤的表现，包括化源不足和消耗增多，早期的津液损伤尚未达到阴液亏虚的程度，一旦出现阴液亏虚，不能濡养全身的时候，便出现身体消瘦等症状。

洪老在临床实践中发现，新发的消渴病患者更多见脾虚、痰湿、瘀血、湿热、气分热盛等证型，中后期还常见膀胱气化不利、肾阳亏虚等情况，因此，其在临床上多从以下几个角度来探讨现代常见的消渴证型及方药。

一、从脾论治

从人体解剖学上说，现代医学的胰腺和中医学的“脾”相似，古代医籍中有关脾的描述，如《难经·四十二难》云：“脾重二斤三两，扁广三寸，长五寸，有散膏半斤”，所述脾的位置、形状、大小、质量、色泽等，均与胰腺相近。脾，能运化水谷精微，与胰岛素的代谢作用相似，因此，胰岛素可理解为“脾气”的功能之一。“百病皆由脾胃衰而生”，脾虚则气血生化乏源，脏腑失养，“五脏皆柔弱者，善病消瘵”，可见脾虚是发生消瘵的重要病因，此为先天之因。后天之因，如：恶劣的环境因素、不良的西方化生活方式、日益严重的精神心理负担等，必然损伤脾胃。总而言之，先天禀赋不足，后天饮食不节、劳逸失度、情志不畅，损伤脾胃，脾胃气虚，脾失健运，水谷精微不能敷^①“脾气不能散精达肺则津液少，不能通调水道则小便无节，是以渴而多饮多溲也”，发为消渴。张锡纯曾经说过：“消渴一证，古有上、中、下之分，皆起于中焦而及于上下也。”说明脾气亏虚是消渴病病因病机的核心环节。而且临床上，常常会看见糖尿病患者以肥胖、乏力嗜卧、动则汗出、气短懒言、腹泻便溏、舌体胖大有齿痕等一派脾气亏虚，脾失健运的症状及体征，正如《医方考》所说“夫面色萎白，则望之而知其气虚矣；言语轻微，则闻之而知其气虚矣；四肢无力，则问之而知其气虚矣；脉来虚弱，则切之而知其气虚矣”。

综上所述，中医“脾”与糖尿病发病机制关系密切，说明脾气亏虚是糖尿病病因病机的核心机制。治脾成为治疗消渴病的最重要手

段。四君子汤是健运脾胃的基本方剂。方中人参为君，甘温益气，健脾养胃，臣以白术，苦温健脾燥湿，加强益气助运之力，佐以茯苓，甘淡健脾渗湿，苓术相配，则健脾祛湿之功益著，使以炙甘草，益气和中，调和诸药。四药配伍，共奏益气健脾之功。

二、从痰瘀论治

糖尿病患者中，尤其是2型糖尿病患者，肥胖者颇多，肥胖的形成，与其痰湿体质，以及不良的生活方式如喜食膏粱厚味、久坐懒动等密切相关，这些因素伤及脾胃而致脾失运化，高糖高脂滞留而化为痰浊，故朱丹溪曰：“肥美人多痰湿”，陈修园亦有“大抵素禀之盛，从无所苦，唯是痰湿颇多”等说。而且，“百病多由痰作祟”，痰浊或内停留脏腑，或外阻滞筋骨皮肉，形成消渴及其变症。同时，糖尿病代谢紊乱产生的各种病理产物如高血糖、高血脂等，从中医学角度来说，也可以认为是痰浊。痰浊内蕴，以致消渴，消渴演变，滋生痰浊，并促使病情加重和并发症发生。

唐容川曾提出“瘀血致渴”论，他认为，“瘀血在里，则口渴，所以然者，血与气本不相离，内有瘀血，故气不得通，不能载水津上升是以发渴，名曰血渴，瘀血去则不渴”。反之，糖尿病也容易引起血瘀证。糖尿病糖脂代谢紊乱必然导致高凝、高黏状态，易致血栓及血液循环障碍，形成血瘀，比如，糖尿病患者血液流变学改变，血液黏稠度增高，常伴有皮肤甲错、肢端麻木疼痛、口唇紫暗，或舌有瘀点瘀斑，或舌下静脉曲张等体征。

痰能致瘀，瘀亦能致痰，痰结则血瘀，血瘀则痰凝，正如古籍所

言“肥人多痰”“久病多瘀”“痰滞而血不行……相因而为病”，等等，二者互为因果，形成恶性循环，导致各种病变。综上所述，痰瘀互结，既是2型糖尿病的重要病理基础，又是其主要病机之一，同时也是糖尿病并发症发生发展的主要原因。方选桃红二陈汤为基础方，桃仁、红花，经典活血祛瘀之药对，二陈汤，以半夏、陈皮为主药，半夏辛温性燥，燥湿化痰，陈皮理气化痰，芳香醒脾，气顺则痰消，半夏陈皮二药相辅相成，增强燥湿化痰之力，而且体现了治痰先理气，气顺则痰消之意。茯苓甘淡，健脾渗湿，使湿祛痰消，治其生痰之源，甘草化痰和中，调和诸药，煎时加生姜降逆止呕，又制半夏之毒，乌梅收敛肺气，使散中有收。方中诸药合用，标本兼顾，燥湿化痰，理气和中，活血祛瘀，为祛痰活血的通用方剂。若痰热明显，则可酌加鱼腥草30g，薏苡仁30g，竹茹10g等。



三、从肺胃实热、肠道湿热论治

体质壮实的糖尿病患者，往往都有不同程度满面油腻，口干、口苦、口腻，口气臭秽，怕热多汗，汗出黏臭，心中烦热或心下灼热，或反酸暖气，大便黏腻臭秽或者常腹泻，舌红苔黄厚腻，脉数等肺胃实热，燥热伤津征象，《临证指南医案·三消》提出“三消一证，虽有上、中、下之分，其实不越阴亏阳亢，津涸热淫而已”。方选葛根芩连汤为基础方。方中葛根除阳明内热，生津润燥为功用，历代医家常用其治疗消渴病。黄芩、黄连均为清热燥湿之品，为清肺胃实热的要药，能解血中糖毒，其中，黄连清热燥湿，泻火解毒，被金元时期的刘河间推崇为治消渴病的圣药，甘草和中调味。从葛根芩连汤组方

结构来看，具有清热生津的功效，正好符合糖尿病肺胃实热、燥热伤津的病机。葛根芩连汤用于治疗肺胃实热或肠道湿热的糖尿病患者，葛根剂量宜大，常用30~60g，黄连也宜用大量，用量10~15g，然黄连苦寒，易损伤脾胃，耗伤津液，配之以葛根，则可以制约黄连之燥性，黄芩苦寒，也宜适当增加用量，如15~20g，与黄连具有协同作用。若大便黏腻臭秽，可酌加大黄6~10g，薏苡仁30g等。

四、从阳明热盛论治

临床上常有一部分糖尿病病人，血糖很高，形体消瘦，皮肤白净而少光泽，伴见大烦渴，多饮，怕热喜冷，初期见大汗出，口舌干燥，甚至烦躁，乏力，大便干结如栗，唇舌偏红，舌面干燥，脉洪大而数或细数，证候属于里热炽盛，伤津耗气。里热炽盛，热邪内盛，耗伤气阴，则烦渴引饮；热盛，则迫津外出，故见多汗；热盛伤气，则疲乏无力；津伤无以滋润，则口干舌燥、大便干结；热邪扰乱心神，所以烦躁不安；舌质红是里热的征象，舌面干燥是津液损伤的征象；脉象洪大而数是里热炽盛的征象，脉细数则津气已经明显损伤了。

《金匱要略》曰：“大渴，舌上干燥而烦，欲饮水数升者，白虎加人参汤主之”，又曰“渴欲饮水，口干舌燥者，白虎加人参汤主之”，故现代临床上，白虎加人参汤常用于治疗消渴。白虎加人参汤乃《伤寒论》重要方剂，功擅清阳明热，益气生津。方中生石膏大寒，甘、辛，性寒可以清热，寒甘生津，辛散透发，清热兼使热邪向外透散，所以生石膏是治疗里热炽盛的主药；知母性寒味苦，质润多汁，与生石膏配伍，可以增强清热的作用；张锡纯用生山药代替粳

米，山药甘平，和生石膏、知母的寒性配伍，可以甘寒生津，防止热盛伤津，还可益气养胃，防止生石膏、知母的寒凉伤胃气，原方用人参性微温，味甘、微苦，可以大补元气，生津，人参价贵，现常用党参替代，党参甘平，益气生津。白虎加人参汤，从全方来看，清热为主，兼以益气生津。口干渴甚，大便干结者，可酌加生地黄10~20g，玄参15g，麦冬30g；口臭，牙龈肿痛，口腔溃烂者，可酌加黄连6~10g。

五、从膀胱气化不利论治

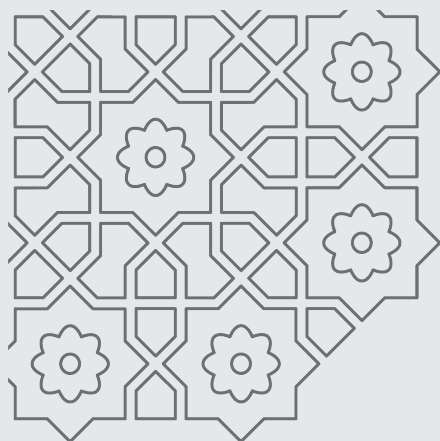
有部分糖尿病病人，渴感严重，但口渴而不喜饮水，或喜热饮，喝水即吐，或胃内不适或有振水声，小便量少，或浮肿，大便水泻，或大便不成形，舌胖大、质嫩、边齿痕，苔白厚腻或水滑苔。这类病人常见于糖尿病自主神经病变，如糖尿病胃轻瘫，或腹泻型肠易激综合征，或神经源性膀胱，肥胖型糖尿病伴有脂肪肝、痛风者。《伤寒论·太阳病篇》及《金匮要略·消渴病篇》均有记载“若脉浮，小便不利，微热消渴者，五苓散主之”的论述。张仲景常用五苓散治疗膀胱气化不利，水停下焦之证，以利水渗湿为主，兼以温阳化气之法。方中重用泽泻为君，以其甘淡，直达肾与膀胱，利水渗湿，茯苓、猪苓为臣，以其淡渗，增强其利水渗湿之力，佐以白术健脾以运化水湿，白术、茯苓相须而用，膀胱的气化有赖于阳气的蒸腾，故方中又佐以桂枝温阳化气以助利水。若腹胀，不思饮食，口苦口腻，呕吐恶心，舌苔白腻，可酌加苍术10g，厚朴10g，陈皮15g。

六、从肾阳亏虚论治

病程较长或者年龄较大的糖尿病患者，或者糖尿病中后期出现并发症，常出现消瘦憔悴，易疲劳，面色偏黑或面红如妆，皮肤干燥松弛或有浮肿貌，缺乏光泽，腰膝酸软无力，下半身发冷麻木，或有浮肿，或小便量少，排尿无力或尿失禁，或夜尿增多，尿色清长，或性功能障碍出现阳痿等，舌嫩胖大满口，或嫩红，或暗淡，或无苔，脉象沉细弱无力，属于肾阳亏虚证范畴。《金匱要略》提出：“男子消渴，小便反多，以饮一斗，小便一斗，肾气丸主之。”肾气丸是温补肾阳代表方剂。糖尿病日久，病入下焦，阴损及阳，导致肾阳虚损。方用地黄滋阴补肾；山萸肉、淮山药补益肝脾；茯苓、牡丹皮、泽泻协调肝脾；附子、桂枝温阳暖肾。上药共奏双补肾阴肾阳之效。若肾阳虚明显，可将肉桂替桂枝，增加温阳之力；小便多者，可酌加金樱子、芡实，补肾涩精；气虚明显者，重用黄芪益气；下肢浮肿者，可酌加牛膝、车前子等。

临床医案

第二章



第一节

感 冒

王某，女，37岁。

初诊 以“恶寒发热1天”为主诉。患者1天前因运动后大汗淋漓，在家中吹空调后，于当夜出现恶寒，头晕乏力，全身酸痛，随后出现发热，自测体温最高39.2℃，自服新康泰克后，体温曾一度下降至正常，今早体温复升，前来就诊。症见体温39.6℃，恶寒发热，全身酸痛，无流汗，头晕乏力，无鼻塞流涕，咽痒，偶有咳嗽，干咳无痰，口干引饮，坐卧不安，无口苦，纳寐尚可，二便调，舌红苔薄黄，脉浮数。西医诊断：急性上呼吸道感染，急性支气管炎。中医诊断：感冒。病机为外感风寒，风寒束表，兼里热炽盛。治宜解表清里。予大青龙汤加味：麻黄18g，桂枝10g，杏仁10g，生石膏60g，生姜4片，大枣3个，炙甘草5g，鱼腥草30g，荆芥10g，蝉蜕10g。2剂，每日1剂，频服。嘱穿衣保暖，忌风冷，药后增衣促排汗，汗出后擦干忌当风，多饮水。

二诊 药后汗出，全身酸痛顿减，无再恶寒发热，精神爽朗，但仍咳，少痰，痰黄，口干喜饮。此为肺热壅盛，气机不利之咳嗽，宜清泻肺热，止咳化痰，更方为麻杏甘石汤加减：麻黄10g，杏仁10g，生甘草5g，生石膏30g，桔梗10g，鱼腥草30g，黄芩10g。3剂，每日1剂。

三诊 已愈。

按：本案患者夏季乘凉，感受空调之冷风，风寒束表，汗孔不和，里热无以宣泄，属于太阳阳明合病，太阳阳明合病可选用麻黄汤加石膏，然该患者当时出现坐卧不安之“心烦”症状，**参考条文**“太阳中风，脉浮紧，发热恶寒，身疼痛，不汗出而烦躁者，大青龙汤主之”。

表寒已解，里热缓解，然肺热仍炽盛，肺失宣肃，发为咳嗽，属于肺热咳嗽，属阳明证，参考《伤寒论》条文“发汗后，不可更行桂枝汤。汗出而喘，无大热者，可与麻黄杏仁甘草石膏汤”。

第二节

心悸

一、痰火扰心

李某，男，68岁。

初诊 以“反复心悸2年”为主诉。3个月前反复出现心悸，时发时止，受惊易作，胸闷烦躁，失眠多梦，口干口苦，无胸闷胸痛，无头晕黑蒙，大便秘结，小便短赤，舌红苔黄腻，脉弦滑。既往高血压病史。查心电图：偶发房性期前收缩。西医诊断：心律失常（偶发房性期前收缩）。中医诊断：心悸。此为痰火互结所致，法当清热化痰，宁心安神，方予黄连温胆汤：黄连6g，竹茹10g，枳实10g，半夏10g，橘红12g，甘草3g，茯苓10g，大枣10g。7剂，水煎温服。

二诊 服上方7剂症缓，舌脉大致同前，再进7剂。

按：《丹溪心法·惊悸怔忡》：“惊悸者血虚，惊悸有时，以朱砂安神丸。痰迷心膈者，痰药皆可，定志丸加琥珀、郁金。怔忡者血虚，怔忡无时，血少者多。有思虑便动，属虚。时作时止者，痰因火动。瘦人多因是血少，肥人属痰。寻常者多是痰。自觉心跳者是血少，四物、朱砂安神之类。”本病因患者**饮食劳倦嗜食膏粱厚味**，煎炸炙煊，蕴热化火生痰，痰火扰心而致心悸，故以黄连温胆汤清热化痰，宁心安神。本方由黄连加温胆汤而成，方中黄连苦寒泻火，清心

除烦，半夏辛温，燥湿化痰，和胃止呕，为君药；臣以竹茹，取其甘而微寒，清热化痰，除烦止呕，半夏与竹茹相伍，一温一凉，化痰和胃，止呕除烦之功备；**陈皮**辛苦温，理气行滞，燥湿化痰，**枳实**辛苦微寒，降气导滞，消痰除痞，陈皮与枳实相合，**亦为一温一凉**，而理气化痰之力增；佐以茯苓，健脾渗湿，以杜生痰之源，煎加大枣调和脾胃；以甘草为使，调和诸药。诸药合用，则病自除。

二、气滞心瘀

梁某，男，55岁。

初诊 以“阵发性心悸3年，再发加剧10天”为主诉。患者于3年前无明显诱因出现阵发性心悸，每次发作持续时间约数分钟到半小时不等，伴胸闷，叹气或暖气则舒，时有胸闷，呈针刺感，情志不遂时加重，无头晕头痛，无恶心呕吐，无暖气反酸等不适，间断在外就诊，未见显效。10天前上症再发加剧，纳可寐欠佳，二便调，舌暗红苔薄白，脉弦，为进一步诊疗，前来就诊。予测血压128/84mmHg，心电图提示“窦性心律，部分ST-T改变”。西医诊断：心悸待查：心肌缺血可能。中医诊断：心悸（气滞血瘀证）。此为气滞血瘀，阻滞心脉，心失所养所致，法当理气通脉，活血化瘀，方予桃仁红花煎合柴胡疏肝散加减：桃仁10g，红花6g，丹参10g，北柴胡15g，川芎6g，枳壳10g，白芍10g，生姜6g，当归6g，甘草6g。7剂，每日1剂，早晚2次温服。嘱其晨起做深呼吸30次，条畅情志，清淡饮食，注意劳逸结合，规律作息。

二诊 患者诉心悸较前有所缓解，偶有胸闷，心情较前舒畅，偶

有胸部刺痛感，纳可，寐欠佳，少寐易惊醒，舌暗红苔薄白，脉弦。续予上方加入桂枝6g，龙骨10g，煅牡蛎10g，7剂，每日1剂，煎服法同前。嘱其晨起做深呼吸30次，条畅情志，清淡饮食，注意劳逸结合，规律作息。

三诊 患者心悸基本缓解，寐安，无胸闷胸痛，纳可寐安，二便自调，舌淡苔薄白，脉弦。续予上方4剂巩固疗效，嘱其晨起做深呼吸30次，条畅情志，清淡饮食，注意劳逸结合，适当增加活动量，规律作息。如有不适，再来就诊。

按：心悸指的是患者自觉心中悸动不安，甚至不能自主的病证，常伴胸闷、心慌、头晕、失眠等症状，一般多为阵发性，可因情绪悸动、劳累过度而诱发。

《素问·五藏生成》曰：“肝藏血，心行之。”心主血脉，推动血液运行，参与血液生成，维持脉道通利；肝主疏泄，肝藏血，贮藏血液，调节血量，调畅血液运行，心肝二脏与心血运行密切相关。结合本例患者，病久入络，气滞血瘀，阻滞心脉，心失所养，故致心悸、胸闷、胸痛，舌暗红、苔薄白、脉弦亦为气滞血瘀之征象。治当理气通脉，活血化瘀，故予桃仁红花煎合柴胡疏肝散加减。方中桃仁、红花、丹参、川芎活血化瘀；当归养血活血；柴胡、枳壳疏肝理气通脉，白芍柔肝止痛，生姜温经通络，甘草调和诸药。诸药合用，共达理气活血通络之功。

心悸病位在心，以治心为第一要义。又《不居集·怔忡惊悸健忘善怒善恐不眠》曰：“心者，身之主，神之舍也。”心主神志，心脉瘀阻，心神失养，心虚胆怯，故见寐差容易惊醒，故二诊时投入桂枝

以通心阳，龙骨、牡蛎重镇安神，改善睡眠质量，养心安神。中医认为，疾病的预后转归亦与饮食生活调护息息相关，保持情绪稳定、饮食有节、生活规律、适当锻炼等均有利于疾病康复，故在药物治疗基础上，特嘱患者调整心态、注意改善饮食生活方式，如此内服外调，才能如《丹溪心法》所云“气血冲和，万病不生”。

第三节

胸痹

陈某，女，53岁。

初诊 以“反复胸闷痛、心悸近四年”为主诉。患者近四年来时觉胸骨中段痛彻后背，心慌心悸，经多处诊治未见明显好转（具体欠详），遂来诊。辰下见患者面色无华，语声低微，反应迟缓，偶发胸骨中段痛彻后背，心慌心悸，疲乏，气短，口苦，纳可，寐偶欠佳，二便调，舌淡胖边有齿痕，苔薄白，脉细缓。血压100/70mmHg。查体：胸骨中段局部压痛。胸部CT示右肺结节，纵膈多发轻度肿大淋巴结。心电图示窦性心律，部分ST-T改变，P波倒置。西医诊断：①冠状动脉粥样硬化性心脏病（不稳定性心绞痛）；②右肺结节。中医诊断：胸痹（气阴两虚证）。治法为益气养阴，宣痹通脉。处方以养心汤加减：党参15g，黄芪40g，桂枝5g，炙甘草10g，炒白芍15g，麦冬15g，生地黄10g，丹参15g，炒酸枣仁15g，茯神15g，浙贝母15g，郁金10g，茵陈20g。5剂，水煎，分2次温服。

二诊 患者诉诸症均有所好转，舌脉同前。前方继进5剂。其后患者因福建疫情原因不便复诊，自觉诸症较前明显好转，遂自行照方续服5剂巩固。

按：患者时觉胸骨中段痛彻后背，局部压痛，属中医学“胸痹病”范畴。其平日过度劳累，加之病久正气虚衰，气阴两虚，阴血失

养则不荣而痛、心慌心悸、寐欠佳、面色无华，气虚则气短、乏力，久病气虚致局部痰湿凝结成结节肿块，湿郁而口苦，其舌、脉象亦是气阴两虚之征。故投予养心汤加减以益气养阴，宣痹通脉。方中党参、黄芪、炙甘草甘温益气宣痹，麦冬、生地黄、炒白芍、炒酸枣仁养阴，少佐桂枝温通心阳，丹参益气活血，郁金理气解郁，浙贝母散结，茵陈除湿，酸枣仁、茯神安神。

第四节

真心痛

林某，男，59岁。

初诊 以“突发胸痛3小时”为主诉入院。患者3小时前无明显诱因开始出现胸痛，疼痛部位以心前区为主，约巴掌大小范围，呈压榨样疼痛，伴全身汗出，心慌心悸，气短气促，无明显肩背部放射痛，无恶心呕吐，无咳嗽咳痰，无腹痛，无四肢抽搐，无黑蒙晕厥等，口服“速效救心丸”后症状未改善，急诊我院，查心电图示“急性下壁心肌梗死”，急诊拟“急性下壁心肌梗死”收住内科。入院症见：心前区胸痛胸闷，心慌心悸，头晕头胀，气短气促，无恶心呕吐，无抽搐晕厥，纳寐差，舌质暗红，边有齿痕，苔白厚腻，脉滑，二便尚可。既往史：高血压病史4年余，最高血压达170/120mmHg，平素不规律服用“北京零号”降压治疗，未检测血压。否认糖尿病、肝炎等病史。否认药物、食物过敏史。吸烟史40余年，1包/日。否认长期饮酒史。平素喜食肥肉等肥甘厚腻之品。入院查体：体温36.5℃，心率66次/分，呼吸24次/分，血压152/76mmHg。神志清楚，口唇无发绀，颈软，颈静脉无怒张，双肺呼吸音粗，未闻及干湿性啰音。心率66次/分，心律齐，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音，腹平软，无压痛反跳痛。双下肢无水肿。生理反射存在，各病理征未引出。辅助检查：心电图提示Ⅱ、Ⅲ、AVF导联抬高0.2~0.3mV，T波倒置。肌钙蛋白阳性+；

心肌酶：磷酸肌酸激酶（CK）269U/L，肌酸激酶同工酶（CK-MB）46.8IU/L，乳酸脱氢酶（LDH）361U/L。入院诊断：中医诊断：真心痛（痰瘀互结证）。西医诊断：①冠状动脉粥样硬化性心脏病：急性下壁心肌梗死；②高血压病3级：极高危。入院后予吸氧、心电监护，采用静脉滴注的方式给予患者剂量150万U尿激酶，加入10ml生理盐水中溶解，再加入5%葡萄糖注射液100ml，30分钟内滴完，每天1次，连续给予7天治疗；12小时后给予低分子肝素0.6ml皮下注射，每12小时一次，连续7天。

二诊 请洪炳根主任会诊。患者经治疗后神清神疲，偶感胸闷，头晕头胀，气短，四肢乏力，无恶心呕吐，无抽搐晕厥，纳欠佳寐一般，舌质暗红边有齿痕，苔白厚腻，脉滑，二便尚调。**洪主任会诊后示**：患者以胸痛持续不解入院，乃属中医“真心痛”范畴，结合患者症状体征，乃是痰瘀互结之证，其病机为痰瘀痹阻，心脉不通。患者中年男性，长期吸烟，加之嗜食肥甘厚腻，损伤脾胃，酿生痰浊，痰阻血瘀，痰瘀互结，心脉痹阻，而发真心痛。患者心肌梗死诊断明确，抢救治疗及时合理，通过溶栓使得血管再通。目前病情已有缓解，治疗上宜通阳泻浊，豁痰宣痹，活血止痛。予瓜蒌薤白半夏汤合桃红四物汤加减，处方如下：瓜蒌9g，薤白15g，半夏10g，当归10g，赤芍10g，川芎6g，桃仁10g，红花10g，茯苓15g，党参15g，黄芪10g，甘草3g，远志10g，石菖蒲10g。服上方5剂后，患者精神明显好转，无再发胸闷胸痛，无心慌心悸，无气喘气促，无咳嗽咳痰，纳寐可，二便调，舌淡暗，苔白稍厚，脉滑。洪主任指示，效不更方，续服上方4剂，病情稳定后出院。

按：《灵枢·厥病》将心痛严重，并迅速造成死亡者，称为“真心痛”，谓：“真心痛，手足青至节，心痛甚，旦发夕死，夕发旦死。”真心痛是胸痹的进一步发展，以剧烈而持久的胸部疼痛为特点，伴随心慌心悸、汗出肢冷、气喘气促、面色苍白等症状，甚则危及生命。本病例中患者平素过食肥甘，伤及脾胃，湿郁痰滞，留踞心胸，痰性黏腻，易窒阳气，阻滞血运，而成气虚痰阻血瘀为患。痰瘀痹阻，气血不通，不通则痛，故见胸闷痛，清阳不升，故见头晕头胀气短。脾主肌肉，脾虚不能濡养四肢，故见四肢无力。病位在心、脾，病性本虚标实，以实为主。治疗时应通阳泻浊，豁痰宣痹，活血止痛。方中君药以瓜蒌甘寒入肺，善于涤痰散结，理气宽胸；薤白辛温，温通滑利，通阳散结，行气止痛为臣药，二药相配，散上焦痰浊，宣胸中气机；半夏辛温，主入脾胃兼入肺，能行水湿，降逆气，而善祛脾胃湿痰，能燥湿化痰，降逆止呕，桃仁、红花活血化瘀，当归、芍药养血和营，川芎活血行气，调畅气血，黄芪、党参扶正益气，健脾固脱，茯苓、甘草健脾益气以消生痰之源，痰化而气行，石菖蒲、远志清热祛痰，共为佐药；甘草调和诸药为使。诸药同用，共奏通阳、行气、豁痰、活血之效，使机体气血通畅，阴平阳秘。真心痛之病机与胸痹相似，总属本虚标实，虚实夹杂。故治疗时不可一味祛邪，当注意扶正。洪主任治疗真心痛，在豁痰活血化瘀的同时，亦少佐黄芪、党参以补益心气，顾护心阳，益气固本。

第五节

不寐

一、肝火扰心证

郑某，男，57岁。

初诊 以“失眠半月余”为主诉。患者诉半月余前始出现反复失眠，难以入睡，睡时多梦易醒，醒后难复入眠，睡眠时间每日5小时左右，心烦易怒，偶有头晕，无胸痛彻背等，未经诊疗，遂至我院我科就诊。门诊体检血压正常。晨下见神清神疲，难以入睡，睡时多梦易醒，醒后难复入眠，睡眠时间每日5小时左右，心烦易怒，偶头晕，口干口苦，纳可，小便黄，大便调，舌红苔黄脉弦数。西医诊断：失眠。中医诊断：不寐（肝火扰心证）。治法为疏肝泻火，镇心安神。予龙胆泻肝汤加减：龙胆草5g，黄芩9g，栀子9g，柴胡15g，郁金9g，生地黄15g，当归9g，车前草15g，泽泻9g，生龙骨（先煎）30g，生牡蛎（先煎）30g，珍珠母（先煎）30g，炙甘草6g。7剂，每日1剂，水煎，分2次服。

二诊 服前方后，入睡较易，睡眠时间较前延长，舌红苔薄黄，脉弦。原方继进7剂。每日1剂，水煎，分2次服。

按：本案患者平素喜嗜烟酒，近日出现神清神疲，难以入睡，睡时易醒，醒后难复入眠，心烦易怒，偶头晕，口干口苦，纳可，二便

调，舌红苔黄，脉弦数等症状，综合分析，可知为患者喜嗜辛燥之品，引动肝阳，日久化火化热，循经上扰心神，致使神魂不安，故见失眠多梦，心烦易怒，《素问·刺热论》亦指出：“肝热者……不得安卧。”又因邪热上扰清窍，故见头晕，舌红苔薄黄，脉弦为肝火扰心之象。治当疏肝泻火，镇心安神，故投以龙胆泻肝汤加减。方中龙胆能直清肝胆之火，是为君药。黄芩、栀子味苦性寒，能折其亢阳，加强君药清泻之力，是为臣药；生龙骨、生牡蛎、珍珠母具平肝潜阳，重镇安神之能，亦为臣药。佐以车前草、泽泻清热利湿，导热下行，使邪有出路；再投以柴胡、郁金疏肝清热，畅达肝胆之气，加强君臣清解肝热之功；稍佐以生地黄、当归滋阴养血，使邪去而阴血不伤。使以甘草调和诸药，兼护胃气。诸药相合，共奏疏肝泻火，镇心安神之能。

二、痰热扰心证

张某，男，48岁。

初诊 以“入睡困难半月余”为主诉。患者半月余前始出现入睡困难，睡中多梦，偶有头晕，无恶心呕吐，无腹痛腹泻等，现症状加剧，遂来诊。辰下见神清，入睡困难，多梦，心烦，头晕，口苦，纳尚可，二便尚调，舌尖边红苔黄稍腻，脉弦细。西医诊断：睡眠障碍。中医诊断：不寐（痰热扰心证）。治予黄连温胆汤加减：竹茹30g，枳实10g，陈皮18g，清半夏40g，茯苓45g，远志12g，生甘草5g，酸枣仁30g，黄连9g，生龙骨30g，生牡蛎30g，生姜3片，大枣6个。7剂，每日1剂，分2次服。

二诊 服用前方后，睡眠改善，无口苦，舌脉同前。效不更方，4剂，煎服法同前。

按：患者中年男性，体质壮实，嗜食肥甘厚味，湿食生痰，郁痰生热，扰动心神，故见不寐。遂投以黄连温胆汤清热化痰，和中安神。方中大剂半夏、陈皮、茯苓、枳实健脾化痰，理气和胃，黄连、竹茹、**栀子**清心降火化痰，远志、酸枣仁柔肝养心安神，生龙骨、生牡蛎重镇安神，**姜枣**健脾养血，甘草调和诸药。全方共奏清热化痰，和中安神之功，心神安，则寐安。

第六节

胃脘痛

一、寒湿中阻证

游某，女，50岁。

初诊 以“胃脘闷痛不舒1月余”为主诉。患者1月前因贪食冷饮后出现胃脘部闷痛不舒，暖气得舒，肠鸣矢气，纳少倦怠，动则气短，四肢欠温，大便每日1次，成形，夜寐欠佳。曾就诊当地医院，并行胃镜检查示慢性非萎缩性胃炎，口服“艾普拉唑肠溶片、索法酮”等，症状改善不明显，遂来求诊。辰下见患者手按胃脘部，面色㿠白，形体稍瘦，少言懒语，余症如前，查体神疲倦怠，舌淡红苔厚腻，脉细弱，切其腹软喜按，余心肺如常。西医诊断：慢性非萎缩性胃炎。中医诊断：胃脘痛（寒湿中阻证）。病机考虑为患者年近中旬，天癸已尽，先天不足；又贪食冷饮，后天失养。现寒湿困阻脾阳，脾气不运，气机不达，故胃脘部闷痛不舒，暖气得舒，肠鸣矢气；寒饮困脾，脾主四肢，故面色㿠白，四肢欠温；湿阻脾阳，故少言懒语，神疲倦怠。舌脉可参。治法为温中散寒，化湿健脾。方以不换金正气散加减：肉豆蔻10g，木香（后下）6g，砂仁（后下）6g，党参15g，茯神30g，炒白术20g，陈皮12g，法半夏12g，炙甘草5g，广藿香10g，桂枝10g，黄芪30g，炒酸枣仁15g。6剂，每日1剂，分2次饭

后温服。

二诊 患者诉胃脘部闷痛减轻，进食较佳，夜寐改善，但仍有肠鸣矢气频频，面色略有红润，切腹已稍感饱满，舌淡红苔厚，脉细弱。寒湿渐退，脾阳渐复，辨证同前，继续予不换金正气散加减：肉豆蔻10g，木香（后下）6g，砂仁（后下）6g，党参15g，茯神30g，炒白术20g，陈皮12g，法半夏12g，炙甘草5g，广藿香10g，桂枝10g，黄芪30g，防风10g，蝉蜕6g。6剂，每日1剂，分2次饭后温服。

三诊 患者进食如常，偶有饱胀感，舌淡红苔中略厚，脉细。辨证同前，予香砂六君子汤加减：木香（后下）6g，砂仁（后下）6g，党参15g，炙甘草5g，茯神30g，炒白术20g，陈皮12g，法半夏12g，桂枝10g，黄芪30g，炒麦芽10g，炒谷芽10g。14剂，每日1剂，分2次饭后温服。

随后电话随访，自诉进食无恙，嘱其清淡饮食，避免食用辛辣刺激及寒凉食物。

按：患者年近半百，贪食寒凉，导致中焦脾阳受困，脾气不运。洪老在诊疗过程中重视脾为后天之本，虽然外因诱导，但七七天癸尽，先天不足，后天失养，以本虚为主，故结合患者病史及舌脉，处于温中健脾为基本处方，兼散寒化湿法祛除诱因。经一诊处理后症状改善，但舌苔仍厚，湿气未除，且肠鸣矢气频频，考虑湿困脾阳，不得升清之兆，予风能胜湿，加入了蝉蜕、防风两味风药，肠鸣矢气明显改善。三诊舌苔已基本正常，但仍有中焦略厚，加强固本，去除藿香、肉豆蔻芳香辛燥，加入麦芽、谷芽健脾消食，助运脾胃。后经近

一月余调整，症状痊愈。

本案所得有三：一是结合年龄因素，参合脉象，注意辨别本虚标实，轻重缓急，本例标实是诱因，根本是脾阳不运，注重健脾为主；二是风能胜湿，脾主升清，脾气受困可能导致清阳不升，轻可见头晕困重，神疲懒言，重可见飧泻、脱肛，本例仅见肠鸣矢气频频，已有脾阳下陷之虞，但究其病因，仍为湿邪所迫，故用风药胜湿之法；三是患者症状虽愈，但本虚之证仍在，继续固本健脾益气，调整体质，以防再生他疾。

二、湿热中阻证

黄某，男，43岁。

初诊 以“胃脘闷痛反复发作2年余”为主诉。患者平素饮酒为常，近2年来反复出现胃脘部闷痛，自行口服“奥美拉唑、铝碳酸镁”等，症状改善，但反复，未规范诊疗。3天前再次饮酒，进食辛辣烤炙之品后出现胃脘部疼痛难耐，就诊某医院，查血常规、血淀粉酶、生化指标均正常。电子胃镜示：慢性非萎缩性胃炎伴糜烂。予“索法酮、654-2、艾司奥美拉唑”等药物后疼痛略有缓解，但持续闷痛不舒，经人介绍遂转诊洪老。辰下见诉胃脘部闷痛，深呼吸自觉两胁胀闷不舒，口苦有味，喜冷饮，但不敢多喝，小便黄，大便2次，稍成形，查体言语如钟，颜面饱满红润，舌红苔薄黄，脉弦，切其腹稍绷紧，余心肺如常。西医诊断：慢性非萎缩性胃炎。中医诊断：胃脘痛（湿热中阻证）。病机考虑为患者平素嗜酒，湿热中阻，脾气不运，肝气横逆，故胃脘部闷痛，两胁胀闷，口苦有味，舌脉可参。治法

清热利湿，理气健脾。方以清中汤加减：茵陈20g，连翘10g，法半夏10g，黄连6g，黄芩10g，芦根30g，北柴胡20g，茯苓15g，白芍20g，白术20g，仙鹤草24g，甘草6g。5剂，每日1剂，分2次饭后温服。

二诊 患者诉胃脘部闷痛减轻，口苦较前改善，大便溏，一日3次，舌红苔薄黄，脉弦。辨证同前，继续予方以清中汤加减：茵陈15g，佩兰10g，法半夏10g，黄连6g，黄芩10g，芦根30g，北柴胡10g，茯苓15g，苍术10g，白术10g，仙鹤草24g，甘草6g。5剂，每日1剂，分2次饭后温服。

三诊 患者诉胃脘部闷痛减轻，两胁部已无闷胀，偶有咯痰，痰白，大便溏，一日1至2次，便后自觉腹部轻松，舌红苔薄黄，脉弦细。辨证同前，继续予方以清中汤加减：茵陈15g，陈皮12g，法半夏10g，黄连3g，芦根30g，茯苓15g，砂仁（后下）6g，党参10g，苍术10g，白术10g，仙鹤草24g，甘草6g。7剂，水400ml煎煮200ml，渣300ml煎煮150ml，分2次饭后温服。

四诊 患者胃脘部已无不适，口稍苦，大便稍成形，一日1至2次，舌淡红苔薄黄，脉弦细。辨证同前，继续予方以香砂六君子汤加减：陈皮6g，法半夏10g，茯苓15g，木香（后下）6g，芦根30g，砂仁（后下）6g，党参10g，仙鹤草24g，白术10g，炙甘草6g，炒麦芽10g，炒谷芽10g。7剂，每日1剂，分2次饭后温服。

随后电话随访，自诉进食无恙，嘱其清淡饮食，戒酒，避免食用辛辣刺激食物。

按：患者体壮，喜好饮酒，酿生湿热，久客中焦，时有胃脘闷痛不舒；就诊见颜面饱满红润，言语如钟，舌红苔薄黄，脉弦均为实证

之候。故以湿阻中焦，予清中汤化裁，以茵陈、黄连、黄芩、连翘等苦寒清热燥湿，以茯苓、芦根淡渗利湿，并以柴胡疏肝理气，白芍、甘草缓急止痛，白术、半夏燥湿和胃，仙鹤草益气，辅以修复胃黏膜。经一诊后再诊，见患者大便溏，考虑苦寒过甚，过伐脾阳，故予减少苦寒性味药物，酌加佩兰、苍术醒脾。三诊热相稍退，湿化成痰，脉见弦细，邪初退，正虚渐显，故去黄芩、佩兰，改陈皮燥湿健脾，党参益气健脾。四诊症已趋缓，以正虚为主，故易方为香砂六君子汤加减。本案收获有二：一是辨证施治的时效性，本案虽然湿热中阻为主证，但辨证得法，切中病机，湿热之邪日渐消退，本虚渐显，不能一方一病证，注意症状、舌脉变化，及时调整药物。二是仙鹤草的运用，在《百草镜》中言仙鹤草“理百病，散胃脘痛”的功效，近代多运用于消化道出血、慢性胃炎，结合现代药理学可以减少平滑肌的紧张度，改善胃黏膜糜烂出血。

三、脾胃湿热证

吴某，女，32岁。

初诊 以“胃脘胀痛1周”为主诉。缘于患者饮食不洁，1周前出现胃脘部胀痛，食后明显，伴有暖气、呃逆频发，腹部稍闷痛，无反酸，无恶心呕吐，无头晕头痛，无咳嗽咳痰，无胸闷胸痛，无胸骨后烧灼感，无便血黑便，无发热畏寒，就诊我院门诊，经治疗（具体不详）后症状稍改善，然1天前因进食不洁上述症状再次出现，伴腹泻，排棕黄色糊状便4次。今为进一步诊疗，再次就诊我院门诊。发病以来，精神尚可，纳可，寐差，口干口不苦，小便正常，大便如上所

述，近一年来体重未见明显减轻，舌红苔薄黄，脉沉滑。西医诊断：慢性胃炎。中医诊断：胃脘痛（脾胃湿热证）。病机为湿热蕴结中焦，胃失和降。治法清热化湿，理气和胃。予黄连温胆汤加减：黄连3g，茯苓15g，陈皮6g，枳壳10g，竹茹10g，炙甘草3g，清半夏10g，莲子10g，白术15g。4剂，每日1剂，分2次早晚饭后温服。

二诊 服用前方后，患者诉胃脘部胀痛，食后明显，伴有嗝气、呃逆频发缓解，无反酸，无恶心呕吐，无腹泻，纳寐可，二便调。舌脉同前。予原方基础上加莱菔子10g，炒麦芽10g。

三诊 服用前方后，患者腹痛症状缓解，嗝气症状缓解。继续予二诊方5剂，诸症皆除。

按：患者中年男性，以“胃脘胀痛2周”为主诉入院，属中医学“胃脘痛病”诊断范畴。缘于患者平素饮食失于调摄，喜食肥甘厚味，日久酿生湿热，湿热蕴结中焦，胃失和降，故胃脘部胀闷不适；湿热内蕴，耗伤津液，不能濡养上窍及全身，故头痛、口干；舌红苔黄，脉弦滑乃湿热内蕴之舌苔脉象。病位在脾胃，病属里实热证。方中清半夏降逆和胃，燥湿化痰；枳壳行气消痰；竹茹清热化痰；陈皮理气燥湿化痰；茯苓健脾渗湿消痰；黄连清热燥湿，泻火解毒；甘草益脾和胃共为清热化湿，理气和胃功效。

第七节

胃痞

卢某，女，32岁。

初诊 以“反复胃胀1年，加剧1周”为主诉。患者反复胃胀1年，伴有泛酸烧心，嗝气频繁，胀甚时自觉胸闷，平素口干口苦，怕冷肢凉，动则汗出，腰膝酸软，纳可，寐差，入睡困难，小便频数，量少，大便质稀，便前常有腹痛，便后痛减，舌暗红苔薄黄，脉弦细弱。1周前，上述症状加重，为求进一步诊治，遂就诊我科门诊，西医诊断：慢性胃炎。中医诊断：胃痞。病机为气阴两虚，气机阻滞。患者胃胀、嗝气，伴胸闷，倦怠乏力，自汗，均气虚之症。患者日久自汗，结合舌苔脉象，考虑已伤阴津，用药兼顾益气养阴之品。治宜益气养阴，理气和胃。故投以补中益气汤加减，方如下：黄芪15g，炒白术10g，陈皮6g，山药15g，柴胡10g，升麻6g，百合15g，天花粉15g，焦山楂10g。7剂，水400ml煎煮200ml，每日1剂，分2次饭后温服。分兑后早晚饭后温服。

二诊 药后上述症状较前减轻，守原方继续巩固治疗，夜寐仍差，入睡困难，予加合欢皮15g，夜交藤30g，解郁安神，14剂。

按：补中益气汤主治气虚发热，脾不升清，药方中黄芪为君药，补中益气；臣药以山药、白术、茯苓、焦山楂、炙甘草为辅，分别具有补肾固精、益气健脾、消水肿之效；陈皮理气和胃，天花粉益胃生

津，柴胡、升麻提升益气之品，将黄芪、白术以及炙甘草等甘温之气有效提升，具有较好的佐使作用。药方各中药材相互提升，相互辅助，具有补肾固精、益气养阴、健脾之功效。

第八节

痞 满

邱某，女，68岁。

初诊 以“中上腹胀满不适1年余”为主诉。患者1年前开始出现中上腹痞满不适，伴胃中嘈杂感明显，与饮食无明显相关，偶有暖气泛酸，无恶心呕吐，无腹痛腹泻，无身黄目黄，于漳州市医院做电子胃镜检查示慢性萎缩性胃炎。服用西药治疗1月余症状未见缓解。为求进一步治疗，遂就诊我科门诊。症见神清，精神尚可，无口干口苦，中上腹胀满不适，伴暖气泛酸，纳差，寐尚可，小便尚可，大便黏腻，近期体重未见明显减轻，舌暗苔薄微黄，脉细弱。西医诊断：慢性非萎缩性胃炎。中医诊断：痞满。病机为脾胃虚弱，痰饮内停，湿热阻滞，肝气横逆。治宜疏肝健脾清热，和胃化痰祛湿。予香砂六君子汤加半夏泻心汤加减：党参15g，茯苓15g，法半夏10g，白术15g，陈皮10g，黄芪20g，防风10g，炒栀子6g，炙甘草3g。7剂，每日1剂，分2次饭后温服。

二诊 服用前方后，胃脘部胀满较前明显减轻，偶有泛酸，暖气症状缓解，无恶心呕吐，纳差，寐尚可，二便自调，舌脉同前。继予原方基础上加煅瓦楞子10g，桔梗5g，神曲10g，14剂，煎服方法同前。

三诊 患者不适症状均消失，仅在饮食过饱时偶出现腹胀，纳寐尚可，二便自调，舌脉同前。予“四磨汤”调理善后，并指导患者生

活中注意规律饮食，固护好脾胃。

按：脾胃为仓廩之官，主受纳、腐熟、运化水谷。患者若饥饱失常、劳倦过度或久病正虚不复，均可导致其脾胃受损。脾胃两虚，更易生痰，更兼痰饮、瘀血、湿热内结，致使中焦气机阻滞，升降失常，胃气怫郁，痞满之病即成，其痰夹湿热，壅阻于胃，胃失和降，故可出现胃脘痞满的症状。该患者舌偏暗，苔薄白微黄，脉细弱，这些表现皆为脾胃气虚，痰夹湿热之象，故在治疗时应以补益脾胃、理气消痞为主，辨证论治后对症治疗，效如桴鼓。洪老临床中常常教导在选方遣药时不可升发太过，亦不可寒热禁忌无度。

第九节

呃逆

苏某，女，23岁。

初诊 以“呃逆2月余”为主诉。患者2月余前因外出受寒后开始出现呃逆不止，呃声沉缓有力，每每精神紧张后症状更为明显，平素喜热饮，伴有脘腹部胀满不舒，手足不温，纳寐可，小便自调，大便每日2次，舌淡红苔薄白，脉弦紧，未重视，未诊治。为求进一步治疗，遂就诊我科门诊。症见神清，精神尚可，无口干口苦，呃逆频繁，伴有脘腹部胀满不适，纳寐可，小便自调，大便每日2日，近期体重未见明显减轻，舌淡红苔薄白，脉弦紧。西医诊断：胃食管反流病。中医诊断：呃逆。病机为胃寒气逆并肝气上逆。治宜散寒降逆，理气和胃。治予橘皮汤加味：陈皮6g，生姜15g，赭石30g，枳壳12g，大枣10g，法半夏6g，炙甘草5g。7剂，每日1剂，分2次饭后温服。

二诊 服用前方后，呃逆豁然而止，为巩固疗效，继续前方14剂。随访1月，未再发作。

按：《黄帝内经》认为哕之病机为胃气上逆。胃居膈下，其气和降为顺，诸病因致胃失和降，胃气冲逆膈气，并膈气上逆冲喉发声者，为胃膈气逆之呃逆。胃寒气逆者，多由风冷、寒气呛胃，过食寒凉，寒邪裹结胃气而致。橘皮汤出自《金匱要略·呕吐哕下利病脉证治第十七》，曰“干呕，哕，若手足厥者，橘皮汤主之”。原方生姜

散寒和胃，降逆止呕，陈皮理气和胃，利膈开郁，二药合用，使阳通寒去，胃气和降；脉象弦紧，脘腹胀满，故加用赭石平肝降逆，枳壳和胃气，理肝气，再加入半夏增强其降逆之功，恐赭石过于重镇，碍胃，予大枣养护胃气。药味虽简，然切合病证，故奏奇效。



第十节

泄 泻

林某，男，65岁。

初诊 以“反复腹痛伴腹泻5年余”为主诉。缘于患者素体脾虚，患者于5年前始出现食生冷食物后出现腹痛，呈阵发性绞痛，伴腹泻，大便呈黄色稀水样便每日2~3次，有里急后重感，无伴黏液、血丝，偶暖气反酸，无恶心呕吐，无胃脘部烧灼感，无呕血黑便，无肛门灼热，无排脓血便，无视物旋转，无恶寒发热，无耳鸣及听力下降，无心慌心悸等，曾多次就诊当地卫生院予药物治疗（具体不详），后症状可缓解，但时有反复。今为进一步诊疗，再次求诊我院。发病以来，神疲乏力，腹痛，纳寐差，小便调，大便如上述，近期体重无增减。舌红苔黄腻，脉沉细。西医诊断：腹泻型肠易激综合征。中医诊断：泄泻。病机为脾胃气虚，无法运化水湿，水湿内停下注肠腑。治宜健脾祛湿，予参苓白术散合补中益气汤加减：黄芪15g，党参15g，白术10g，升麻3g，芡实10g，蜜甘草10g，山药15g，北柴胡5g，砂仁（后下）3g，陈皮6g，茯苓15g，炒扁豆10g，莲子10g。7剂，每日1剂，分2次饭后温服。

二诊 服用前方后，患者腹胀腹痛症状较前明显减轻，大便仍未成型，每日2~3次，量少色黄，舌淡红苔薄黄，脉弦滑。在原方基础上加苍术6g，佩兰6g，藿香6g，14剂，煎煮法同前。

三诊 服用前方后，患者无腹胀，大便成形，每日1~2次，色黄量适中，舌淡红苔薄黄，脉弦。再予二诊方14剂。经治疗后，诸症悉除。

按：患者以“反复腹痛伴腹泻5年余”为主诉，属中医学“泄泻”诊断范畴。缘于患者平素脾胃虚弱，脾胃气虚，无法运化水湿，水湿内停下注肠腑故腹痛腹泻；脾胃虚弱，脾主四肢，运化失司，不能濡养四肢及全身故出现乏力；舌红苔薄黄，脉细弦为脾胃气虚之征象。本病病位在脾胃、肠腑，病性属本虚标实证。方中党参、白术、茯苓益气健脾渗湿为君；配伍芡实、山药、莲子肉助君药以健脾益气，兼能止泻，柴胡疏肝理气均为臣药；更用砂仁醒脾和胃，行气化滞，炒扁豆理气健脾，升麻补益中气并有上升之功，陈皮理气和胃是为佐药；蜜甘草健脾和中，调和诸药，共为佐使。综观全方，补中气，渗湿浊，行气滞，使脾气健运，湿邪得去，则诸症自除。



第十一节

痢疾

王某，女，50岁。

初诊 以“反复解黏液稀便2年”为主诉。患者2年前始解黏液稀便，大便每日行3~4次，质稀，表面可见黄褐色黏液，便前脐周阵发性绞痛，便后痛减，自己肛门灼热感，排便不尽，未见完谷不化，伴有里急后重感，伴有肠鸣腹胀，时有暖气，食少纳差，夜寐较差，小便自调，大便如上所述。曾于漳州市医院行电子肠镜检查，示溃疡性结肠炎。予口服药物治疗（具体不详），症状未见明显缓解，遂求诊我院门诊。西医诊断：溃疡性结肠炎。中医诊断：痢疾。病机为脾虚湿滞证，熏灼肠道，气血壅滞。治宜温中健脾，佐以清热燥湿。方用乌梅丸加减：白芍20g，槟榔10g，木香10g，干姜10g，细辛3g，肉豆蔻10g，防风10g，薏苡仁10g，黄连3g，乌梅15g，枳壳10g，茯神10g，甘草10g。7剂，每日1剂，分2次饭后温服。

二诊 服药7剂后诉腹胀较前缓解，泻下次数减少，饮食增加，睡眠较前改善，效不更方，续服14剂。

三诊 服上方21余剂，诸症悉减，嘱其守方续服14剂，2个月后来院复查直肠镜。

按：本案乃久病泄痢，影响肝气不调，心神失养，因而伴腹胀、暖气、失眠等症，故巧用乌梅丸之法，以白芍、甘草、槟榔、木香柔

肝疏郁，宽肠理气；干姜、细辛、黄连、**黄柏**、乌梅等温运脾阳，清热燥湿，温清并用，以温助清，以通助塞之法则；寓清于温之内，寓温于清之中，以温助清，温清并用，邪去则正复，久痢得愈矣。

第十二节

便秘

曾某，女，42岁。

初诊 以“反复大便干结1月余”为主诉。患者源于1月前无明显诱因开始出现大便干结难解，每3~4日1次，伴有中下腹部胀满不适，无腹痛，时有口干口臭，烦渴多饮，小便短赤，无暖气反酸，无恶心呕吐，无尿频尿急尿痛，纳差，夜寐可，舌质红，苔黄燥，脉弦滑。中医诊断：便秘（肠胃积热证）。方拟麻仁丸加减：火麻仁10g，杏仁10g，白芍10g，厚朴12g，生地黄10g，玄参10g，麦冬10g，枳实10g，蜜甘草5g。7剂，每日1剂，分2次饭后温服。

二诊 服药7天后，大便干结难解较前缓解，近日时有夜寐不安，原方加百合12g、茯神10g，再服药7剂后，诸症悉除。

按：六腑以通为用，便秘治疗应以通下为原则，但绝非单纯的用泄下药。根据便秘实证邪滞大肠，腑气闭塞不通；虚证肠失温润，推动无力，导致大肠传导功能失常的基本病机，其治疗当分虚实而治，根据四诊合参，本证属于肠胃积热证，予麻仁丸加减，加以增液汤增液润燥，如《景岳全书·秘结》曰“阳结证，必因邪火有余，以致津液干燥”。方中枳实、厚朴通腑泄热，火麻仁、杏仁润肠通便，芍药养阴和营，增液汤养阴生津，蜜甘草调和诸药，甘草蜜制加强润肠通便之功。《黄帝内经》曰：“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，五精并行。”故脾为胃行其津液。胃热亢盛，灼伤津液，造成脾阴不足，脾不能把津液传入胃肠道，而造成津液偏渗膀胱，故大便硬，小便数，而形成脾约证。

第十三节

纳 呆

黄某，女，28岁。

初诊 以“食欲不振2周余”为主诉。患者5月份顺产后开始出现食欲不振，脱发严重，伴有胸胁部胀痛、腰部酸痛，情绪低落，不欲与人沟通，激动时潸然泣下，自觉生活无趣，家人考虑其处于母乳喂养，不敢随意予其服用药物治疗，近几日患者症状更为明显，为求进一步治疗，遂就诊我科门诊。症见神清，精神疲乏，纳差，寐尚可，二便自调，近期体重明显减轻，舌淡红苔黄腻，脉细弦。西医诊断：消化不良。中医诊断：纳呆。病机为肝气犯胃，脾失健运。治宜疏肝理气，健脾和胃。治予柴胡疏肝散加减，方如下：柴胡15g，白芍15g，陈皮6g，川芎5g，党参20g，佛手6g，鸡内金10g，神曲10g，佩兰10g，藿香10g，甘草5g。7剂，每日1剂，分2次饭后温服。

二诊 服用前方后，纳呆较前改善，稍口渴，情绪较为平稳，其丈夫诉较前更爱与人沟通，舌苔明显变薄。继予原方基础上加黄连3g，5剂，煎煮方法同前。

三诊 食欲明显增大，情绪明显改善。继续二诊方5剂。

按：纳呆，即“胃纳呆滞”，是临床常见病。是指“胃主受纳”功能受到影响，洪老辨证论治，发现其从肝论治纳呆颇为见效。清·顾靖远《顾松园医镜·胃脘痛》曰：“一妇因郁怒患腹痛，连小

腹、上支心，昼夜无间，两寸关俱伏，独两尺实大，按之愈甚。此肝木郁于上中之故。”妇人产后纳呆，寐差，胸胁胀痛腹痛，情绪低落，一派气滞郁结之象，可用柴胡疏肝散疏肝解郁。观其舌脉，为内有湿结，故辅以化湿和胃、消食之品，清热利湿，消食健胃。全方共奏疏肝理气，祛湿开胃之功。

第十四节

头痛

张某，男，38岁。

初诊 以“头痛1周”为主诉。患者缘于1周前开始出现头痛不适，以双颞侧胀痛为主，呈阵发性，每次持续时间约数分钟至数小时不等，伴心烦易怒，无恶心呕吐，无一侧肢体麻木偏瘫，无黑蒙晕厥，无畏冷发热，无口角歪斜，无胸闷胸痛，无外伤史等，为进一步治疗，遂就诊我院门诊。门诊体检血压120/70mmHg。予查头颅CT示未见明显异常。辰下见头痛不适，以双颞侧胀痛为主，伴心烦易怒，口干口苦，纳尚可寐差，二便自调，舌红苔黄，脉弦数。西医诊断：头痛查因。中医诊断：头痛（肝阳头痛证）。治法为平肝潜阳息风。治予天麻钩藤汤加减：天麻10g，钩藤10g，石决明10g，栀子10g，黄芩6g，夜交藤10g，茯神10g，川芎10g，柴胡10g，郁金10g。7剂，每日1剂，水煎，分2次服。

二诊 服用上方后头痛症状基本消失，偶有头胀感，情绪忧郁恼怒，口苦、无口干，纳寐尚可，二便自调，舌脉同前，守上方7剂加合欢皮10g，嘱其条畅情志，放松心情，多食蔬菜水果，适当锻炼。

按：本案头痛不适，以双颞侧胀痛为主，伴心烦易怒，口干口苦，纳尚可寐差，二便自调，舌红苔黄，脉弦数。综合分析可知，乃肝阳头痛证。《黄帝内经》病机十九条云：“诸风掉眩，皆属于

肝。”因肝失调达，气郁阳亢，阳亢火生，上扰清窍，故头胀痛；肝郁化火，上扰心神，故心烦易怒、寐差；肝郁化火，灼伤津液，故口干口苦；舌红苔黄，脉弦数为肝阳头痛之征象。故投以天麻钩藤汤加减平肝潜阳息风。《本草汇言》指出，天麻“主头风，头痛，头晕虚旋，癫痫强痉，四肢挛急，语言不顺，一切中风，风痰”，故方中天麻、钩藤平肝息风，为君药；石决明咸寒质重，平肝潜阳，并能除热明目，与君药合用，加强平肝息风之力，为臣药；佐以栀子、黄芩清肝降火，以折其亢阳，川芎、柴胡疏肝理气止痛，引药上行，夜交藤、茯神宁心安神，郁金疏肝解郁。全方配伍，达平肝潜阳息风、清热活血之功效。复诊时，患者头痛基本消失，但情绪忧郁恼怒，故加合欢皮入肝、心经，安神解郁。

第十五节

眩 晕

一、痰湿中阻证

赖某，女，61岁。

初诊 以“反复头晕1年余”为主诉。患者平素嗜食肥甘厚味，1年前开始出现反复头晕，头重如裹，偶有头痛，伴胸闷脘痞，偶有呕吐痰涎，口淡纳呆，寐差，无耳鸣，无黑蒙，无晕厥，无偏身麻木乏力，大便溏，日1行，小便调，舌胖边有齿痕苔腻，脉滑。查体：生命体征稳定，神清语利，颅神经检查未见异常，无眼球震颤，心、肺、腹部未见异常体征，四肢肌力肌张力正常，四肢腱反射正常，双侧肢体针刺觉对称，指鼻试验、跟-膝-胫试验完成良好。西医诊断：眩晕。中医诊断：眩晕（痰湿中阻证）。治法为化痰祛湿，健脾和胃。方拟半夏白术天麻汤加减：半夏6g，炒白术10g，天麻9g，葛根15g，泽泻20g，蔓荆子12g，白芷12g，茯苓15g，桂枝6g，川芎6g，石菖蒲12g，郁金10g，甘草3g。7剂，每日1剂，水煎，早晚2次温服。

二诊 患者头晕较前改善，偶有头痛，胸闷脘痞，无呕吐痰涎，纳呆，四肢稍乏力，寐差，大便溏，小便调，舌胖边有齿痕，苔较前转薄，脉滑。现仍有痰湿之象，并可见脾气不足，故继续予上方，加健脾药物，拟上方合四神汤加减：半夏6g，炒白术10g，天麻9g，葛根

15g，泽泻20g，茯神15g，川芎6g，石菖蒲12g，郁金10g，甘草3g，芡实10g，莲子10g，薏苡仁15g。7剂，每日1剂，水煎，早晚2次温服。

三诊 患者现已无头晕头痛，胸闷脘痞较前改善，无呕吐痰涎，四肢乏力改善，寐转好，二便调，舌胖边有齿痕苔较薄，脉滑。现主要为脾气不足，兼内有痰湿，故治疗以健脾益气为主，佐以化湿，予上方加减：半夏6g，炒白术10g，天麻9g，葛根15g，泽泻20g，茯神15g，川芎6g，党参15g，芡实10g，莲子10g，薏苡仁15g，砂仁6g，白豆蔻10g，佩兰10g，甘草3g。7剂，日1剂，水煎，早晚2次温服。嘱患者平时少食肥甘厚腻之品，适当运动，保持规律作息，如有不适，及时就诊。

按：患者平素嗜食肥甘厚味，日久脾胃功能受损，导致脾胃运化失司。脾为生痰之源，脾胃运化失司，水谷精微输布障碍，酿湿生痰，久则痰浊内聚。痰饮可阻滞中焦，使清阳不得升，则发本病。正如朱丹溪力倡“无痰不作眩”的病机。痰饮导致眩晕在病例中颇为常见，如《丹溪心法·头眩》所云：“头眩，痰夹气虚并火，治痰为主，夹补气药及降火药。无痰则不作眩，痰因火动，又有湿痰者，有火痰者。”本案例患者因痰湿中阻而发眩晕。患者因脾胃受损，日久则见脾虚症状，因此在治疗上，除化痰外，佐以健脾益气。故本案治疗前期以化痰除湿为主，辅以健脾。治疗后期，患者眩晕症状明显改善，故治疗上以健脾益气为主，可助其恢复脾胃运化功能，使痰湿不生，辅以化痰除湿药物。治法为化痰除湿，健脾和胃，方拟半夏白术天麻汤加减。

二、肝阳上亢证

李某，男，42岁。

初诊 以“反复头晕半年余”为主诉。患者近1年来常熬夜工作，于半年余前始出现头晕，头颈肩背部常有紧缩感，酸痛不适，偶有头痛，严重时感恶心呕吐，持续性与阵发性发作交替，无耳鸣，无视物模糊、视物昏花，无肢体麻木，无偏侧肢体无力等，上述症状常在熬夜后或情绪激动时加剧，休息或颈部按摩后可自行缓解，急躁易怒，干口喜饮，无明显口苦，近期自测血压均明显升高，最高达180/105mmHg（既往无高血压病史），未系统诊治，现症状加剧，遂来诊。症见神清，头晕，头皮及颈肩背部紧绷感，偶有头痛，易怒，口干，纳可寐差，二便尚调，舌红苔薄黄，脉弦细数。西医诊断：焦虑状态？神经衰弱？假性高血压？中医诊断：眩晕。病机为长期熬夜，耗伤阴津，肝阴亏虚，肝阳化风，风火上扰清窍证。治法为平肝潜阳息风：治予天麻钩藤汤加减：天麻10g，钩藤15g，石决明30g，栀子15g，黄芩10g，川牛膝15g，杜仲10g，益母草15g，桑寄生15g，夜交藤15g，茯神30g，煅磁石20g，川芎18g，葛根45g。7剂，每日1剂，分2次服。

二诊 服用前方后，症状较前好转，头晕、肌群紧张减轻，睡眠改善，血压较前下降（嘱短期服用厄贝沙坦控制血压），舌脉同前。守上方14剂，煎服法同前。

按：患者长期熬夜，耗伤阴津，肝阴亏虚，水不涵木，肝阳化风，肝阳上亢，风火上扰清窍，则发头晕；阴津亏虚生虚火，更灼伤

津液，肌肤失养，故见全身酸痛，此酸痛与外感风寒束表之肩背部疼痛性质不同，需鉴别。故予天麻、钩藤、石决明平肝息风潜阳，杜仲、牛膝、桑寄生补益肝肾，黄芩、栀子清肝泻火，益母草活血利水，平降肝阳，夜交藤、茯神宁心安神，煅磁石镇肝潜阳，川芎行气活血，葛根生津止痛。本方平肝潜阳，清火息风，则病得瘥。

第十六节

淋 证

洪某，女，28岁。

初诊 以“尿频、尿急、尿痛伴肉眼血尿2天”为主诉。患者2天前无明显诱因开始出现尿频尿急，排尿时尿道口疼痛，伴解肉眼血尿，尿色鲜红，进入就诊我院，查尿常规：白细胞3+，隐血3+，白细胞计数203U/L，红细胞365U/L，前来就诊。症见尿频、尿急、尿痛，肉眼血尿，尿色鲜红，无畏寒发热，无腰腹疼痛，口干喜饮，无口苦，纳寐可，大便调，舌红苔薄黄，脉细数。西医诊断：尿路感染。中医诊断：淋证（血淋）。病机为热邪蕴结下焦，灼伤血络，水热互结，治予猪苓汤加味：猪苓10g，茯苓45g，泽泻20g，滑石15g，阿胶（烔化）10g，薏苡仁15g。4剂，每日1剂。

二诊 膀胱刺激征及肉眼血尿均消失，复查尿常规：白细胞阴性，隐血阴性，白细胞计数8U/L，红细胞34U/L。病情几乎达到治愈，效不更方，继续予猪苓汤加味：猪苓10g，茯苓30g，泽泻20g，滑石15g，墨旱莲15，薏苡仁15g。3剂，每日1剂。

按：参考《伤寒论》条文“脉浮，发热，渴欲饮水，小便不利者，猪苓汤主之”。此乃阳明病热盛而阴津耗伤而水热互结的证治。阳明热盛，阴津耗伤，故脉细数，渴欲饮水，水热互结于下焦，水液不能下行，故小便不利。方中茯苓、猪苓、泽泻淡渗利水，阿胶育阴润燥，滑石清热利水，甘寒生津，共奏育阴润燥、清热利水之功效。

第十七节

口 疮

吴某，女，45岁。

初诊 以“口腔溃疡反复发作半年，加重2周”为主诉。患者近半年来口腔溃疡反复发作，常多个溃疡同时存在，疼痛明显，自服牛黄类清火药，外用口腔溃疡散治疗，偶有疗效。近2周来溃疡发作，自服牛黄清火丸、维生素C治疗，未见好，就诊我科门诊。症见：口腔内散在片状溃疡3~4个，疮面色淡，周边微红，进食时疼痛较甚，患者面色晦暗，腹胀明显，倦怠乏力，周身沉重，大便黏腻，纳差，寐尚可，舌淡红苔黄微腻，脉细滑。西医诊断：复发性口腔溃疡。中医诊断：口疮（脾虚湿热证）。治宜健脾利湿，清热敛疮。方用二陈汤合三仁汤加减：茯苓15g，炒白术15g，陈皮10g，清半夏10g，炒薏苡仁15g，白豆蔻10g，黄芩15g，炒栀子15g，牡丹皮15g，佩兰10g，茵陈15g，竹叶10g。7剂，每日1剂，分2次饭后温服。分兑后早晚饭后温服。

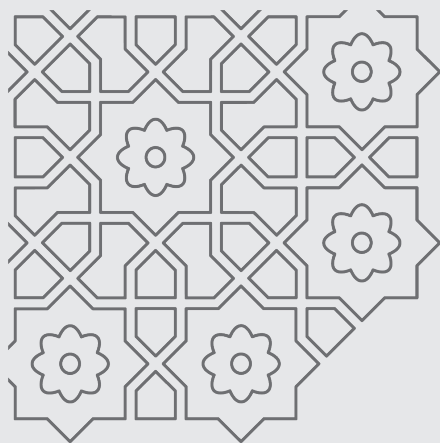
二诊 患者口腔内小块溃疡已痊愈，较大溃疡面积明显缩小变浅，疼痛减轻，未有新发溃疡。精神状态及食欲有所好转，仍感腹胀，大便不成形。舌淡胖，苔白微腻，脉细滑。上方加党参15g，厚朴15g，继服2周，口腔内溃疡均痊愈，随访1月未再复发。

按：本例患者素体脾气虚弱，水湿运化不利，清阳不升，水湿内

停日久瘀而化热，上冲口舌则为口疮。患者内有实火而常以清热药治之则使脾气愈亏，脾虚运化失司水湿停滞中焦则腹胀、食少纳呆；水谷精微不能上荣头面则见面色晦暗无华；湿性黏滞则周身沉重乏力，病情缠绵不愈；舌淡胖尖红、脉细滑均为脾虚湿热之象。四诊合参，结合舌苔脉象，属于脾虚湿热所致口疮，故方以二陈汤为底取其健脾祛湿之效。方中茯苓、白术、炒薏苡仁健脾渗湿，半夏燥湿、降气、调中，陈皮燥湿的同时能散胸中及诸药之滞气，白豆蔻、佩兰芳香化浊，化中焦之湿，茵陈、竹叶滑窍，利小便，使邪从小便而出，佐以黄芩、栀子、牡丹皮。复诊时原方中加用党参增加健脾益气之力；厚朴宽中除胀。全方清补兼施，脾气升，实火清，湿浊祛，故得以疮敛肌生，未再复发。现代医学认为，口腔溃疡的发生与微量元素缺乏及免疫功能低下有关，而中医认为脾为后天之本，气血生化之源，补益脾气，可以改善人体免疫功能，增强微量元素的代谢与吸收，所以健脾祛湿法是治疗复发性口疮的重要方法，临床可加以辨证运用。

第四章

传承薪火



第一节

名老中医洪炳根治疗癃闭经验总结

患者邓某，男性，30岁，干部，突发小便闭塞不通，小腹拘急胀痛，坐卧不安而来就诊，视其痛苦难堪，小便难排已20小时，膀胱膨隆，急诊医师遂施导尿管，导出小便约2500ml，症状遂减，观察后拔除导尿管，但3天后小便仍不能解，小腹又复胀满疼痛，其不欲再行导尿管，遂求诊洪老。洪老视其体质壮实，头汗淋漓，详问病史，发病前暴饮暴食，膏粱厚味，目前大便每日5~6次，呈黏液稀水样，量少，肛口灼热，舌红，苔黄厚，脉沉实，左少腹可触及数枚粪块，遂予大黄粉6g加生理盐水250ml灌肠，解出大便粪块甚多，小便随之而解，诸症亦缓解；后又予清热利湿、理气宽肠法调理，以善其后。

按：癃闭虽病因多端，但其基本病理变化为膀胱气化失调，病位主要在膀胱和肾。治疗多采用清利湿热、疏利气机、行瘀散结、升清降浊、温补肾阳，以化气利水、通利小便。洪老诊查该患者，其虽以小便癃闭不通为主症，因其发病前暴饮暴食，膏粱厚味，大便次数虽频，但量极少，肛门口灼热，结合其舌红，苔黄厚，脉沉实。推敲再三，考虑其为热结旁流，硬粪压迫，膀胱实热，气化不利而成癃闭。遂使用“通因通用”法，予疏通肠道。

洪老对于大便秘结，粪块压迫尿道，膀胱实热所致之癃闭，使用

通利大便以利小便的方法多次每获良效。究其机理，大概有两方面：

①“利小便而实大便”之说提示大小便之间存在密切联系，这与小肠的分清泌浊功能有关，若其泌别清浊之功能正常，则二便正常。“肾司二便”，可见二便同源，既是同源，必互为影响，或曰“二便亦窍也，二窍既相通，一窍之启闭当影响另一窍之启闭”。②肺主宣发肃降，主通调水道。大肠具有传导糟粕的功能。肺与大肠相表里，大便闭结不通，肺气壅塞，肃降不行，水道不利，小便不通，形成癃闭。肺为水之上源，小便不利，开肺以使小便得利；肺与大肠相表里，大便秘结，调理肺脏而使大便得通，此为“提壶揭盖”法和“启上窍通下窍”法。治用泻下通便，大便一通，肺气宣降，水道通利，小便乃解。古医籍里亦有上述疗法，如《济生方》用麻子仁丸治疗水肿案，“肾病水肿，光亮不能行，三服神验”，该方未用一味利尿药而用润肠泄热、行气通便之法三服神验，可见通大便可利小便，通便之法有因势利导之妙，亦为泄浊之用。《太平惠民和剂局方》所创的八正散乃水陆两用之法，方用以清热泻火，利水通淋，但方中使用泻下之大黄，大黄之意，不独引火下行，又有通大便以利小便之功效。《傅青主先生秘传杂症方论》治大小便不通方，方用蜜（一盅）、皮硝（一两）、大黄（一钱）、黄酒（一盅）煎至一处，温服甚效。此方用硝黄通大便，大便通则小便自利。洪老遵循古训，使用大黄粉加生理盐水灌肠，方法简便，取效迅捷，不伤胃气，老少皆宜，深受患者欢迎。

（刘雪娜 洪杨华 郭进财 蓝元隆）

第二节

名老中医洪炳根治疗咯血经验总结

患者，郑某，女性，64岁，退休工人，因大咯血不止住院治疗，症见咳嗽上气，呼吸急促，咯血暗红色，时夹血块，伴头晕神疲，不思饮食，双中下肺可闻及大量湿性啰音，胸片提示支气管扩张并感染。先予止血三联及垂体后叶素等止血，并先据经验抗感染后根据痰培养及药敏结果调整抗菌药物，结合吸氧、支持对症等处理，中药以清肺养阴，平肝止血为法，选用黄芩、沙参、青黛、百合、川贝母、花蕊石、五灵脂、仙鹤草、侧柏叶、牡丹皮等。上述方法治疗5天，咯血有所减少，但仍然不止，而且停用垂体后叶素后则咯血量复增加。考虑该患者素体中气不足，疑为脾不统血，中药改为温经补脾，统血止血之剂予党参、黄芪、当归、炙甘草之类，连服2剂，亦不见效，遂请洪老会诊。洪老详诊患者，见其面颊微红，咯血先为暗红色夹血块，继则鲜红，每于咯血之前，皆觉上气欲喘，再则咳嗽气喘，然后咯血。伴夜难入寐，稍寝即梦，口干不欲饮，舌红少苔，脉象虚而疾速。追问病史，患者咳喘咯血病史已反复20余年，本次发作乃因郁怒诱发，四诊合参，予清肝平木，降气定喘，滋阴止血之剂：青黛（包煎）6g，海蛤壳（包煎）15g，生地黄30g，百合12g，百部12g，赭石（包煎）30g，人中白4g，沙参30g，地龙15g，仙鹤草30g，陈皮6g，甘草5g，每日1剂，水煎头渣2次，分4次送服珠贝散（系漳州市中医院药厂

生产，主要成分为朱砂、川贝母、蛇胆等），每次3g。服1剂后自觉气较平顺，咳嗽上气减轻。服2剂后，咳喘又减，咯血夹痰，血量减少，食欲稍增。服4剂后，咯血全止，精神转佳，夜寐转安。遂停用止血三联及垂体后叶素，仍根据痰培养及药敏结果使用抗生素。中药逐渐转为归脾汤、七味都气丸、人参胡桃汤等调理善后，随访4个多月，未再发咯血，康复如初。

按：本案是为典型的咯血病例，咯血多为燥热伤肺、肝火犯肺及阴虚肺热证，但该患者咯血用了大量止血药物仍咯血不止，洪老详细诊查，四诊合参，结合病史及诱因，认为肺脾肾气虚为其本，木火刑金为其标；肺气上逆，肺络损伤，血随气上，乃发咯血；血去既多，阴血亏虚，虚火上炎，以致出血不止。治当急则治其标，予清肝平木，降气定喘，滋阴止血；待血止后再予补益肺气、健脾益肾之法调理，方获良效。

咯血病因不外乎虚实两端，其基本病机可概括为实者火热熏灼，迫血妄行，虚者气虚不摄，血溢脉外。实者可因外邪损伤上部脉络而致咯血，或因情志过极，恼怒过度，肝气郁结化火，肝火上逆犯肺而咯血；虚者可见久病脾肾两虚，气不摄血，血溢脉外而出血不止。洪老纵观本例患者病史病因，结合症状体征，四诊合参，穷其根本为本虚标实，病位在肺、肝、脾、肾等脏，运用《景岳全书·血证》所归纳的“治血三法”：①治火。患者咯血而面颊微红，口干不欲饮，舌红少苔，脉象虚而疾速，是为虚火，阴虚火旺，迫血妄行，故而咯血，故投以青黛、海蛤壳、生地黄、百合、沙参等药品滋阴凉血。②治气。《医贯·血证论》所言“血随乎气，治血必先理气”，就本例

患者而言，郁怒太过，肝火上逆犯肺，肺气上逆，肺络损伤，血随气上，而咯血，治当降气清气，故加入人中白、赭石、海螵壳等药味。

③治血。“存的一分血，便保得一分命”，洪老根据本例患者的具体情况加以辨证论治，再适当加减运用止血药物，取得显著疗效，此为该患者急性期的治疗，急者先治标。

患者咳喘咯血病史已反复20余年，久病之后，阴精耗损，正气亏虚，或脾肾两虚，无力摄血，或久病入络见瘀，故当病情稳定后，中药逐渐转为归脾汤、七味都气丸、人参胡桃汤等继续调理脾肾，补气摄血，活血化瘀，祛瘀生新等治疗。

洪老此案施治过程中，根据患者损伤脏腑的不同、病情的轻重缓急、疾病的不同阶段，所运用的理法方药亦不同，但又能做到配伍严谨，主次兼顾，学习古人却不拘泥于古，故能做到药到病瘥。

（刘雪娜 洪杨华 郭进财 蓝元隆）

第三节

名老中医洪炳根治疗健忘经验总结

患者，戴某，男性，19岁，学生，以“记忆力减退伴失眠1月余”为主诉就诊，1月余前因高考发奋攻读，每至夜半，成绩素佳，不料预考时成绩猛跌，思虑不已，夜难入寐，遂患健忘，过目即忘，忆之再三，毫无印象，其母以为其用脑过度，遂予服用补脑之品，并多方求医，亦多施予补肾填精益脑之品，疗效全无，考期在即，苦恼非常，焦急万分，求治于洪老。症见健忘失眠，口渴心烦，小便黄赤，大便秘结，舌尖边红，苔黄，脉数。洪老认为此乃心火亢盛之证，治宜清心泻火，利水通淋。遂拟泻心汤合导赤散加减：生地黄，木通，竹叶，甘草，黄连，黄芩，大黄，灯心草。每日1剂，水煎温服，连服3剂。患者服1剂后二便通利，夜能入寐，自觉脑窍较灵。服2剂后自觉注意力较能集中，恢复记忆力。服完3剂后睡眠及记忆力均恢复正常，遂抓紧复习，高考取得较好成绩，其家人感激不已。

按：本案乃较为典型的健忘病。洪老认为健忘虚多实少，多责之于心、脾、肾、脑等脏腑，心、脾主血，肾主藏精生髓，若思虑过度，伤及心脾，则耗伤人体阴津血液，精神情志失于濡养，出现精神活动异常的相关病证；或因房事不节等，致肾精亏虚，不能上荣脑络，脑失所养，或因年岁已高，五脏六腑渐衰等，皆会出现健忘、失眠等症。治以补益心脾，填精益肾，补益脑髓，确为临床常用之法，亦多有效，但洪

老认为医者在临床诊治中应该要善于也要敢于打破思维惯性，详细分析临证中患者表现出来的四诊信息，才能准确地辨证，采取合适的诊疗措施，取得可喜的临床疗效。本例医案的患者以健忘失眠为主症，属中医学中“健忘”的范畴，结合其口渴心烦，便干尿赤，舌尖边红，苔黄，脉数，考虑其因成绩不佳，思虑过度，情志抑郁，心脾气机郁滞，郁而化火，心火炽盛，扰乱心神，神不守舍而发本病，证属心火亢盛证。心火亢盛所致健忘亦常有之，正如刘完素所言“五志化热，内生情志病”。明代医家戴思恭亦提出“凡是心有所寄，与诸火热伤乱其心者，皆得健忘”，其认为火热之邪扰动心神，以使心神动荡不安，不能安居其所，故会导致人的精神活动发生异常而出现健忘等临床症状。因此洪老采用清心泻火之法治疗本例患者取得良效，此乃运用刘完素“五志化热，以心定论”之言，以火热论治疗情志病，在立论于心，以寒制热，以水制火的同时，又注重修上善若水之境界以调理情志，修身养性，养心安神。临床病证千变万化，症状表现、体征、脉诊、舌象均为重要的病情资料，人体自身是一个整体，五脏六腑完整统一，形体与精神相互依存，不可分离，《灵枢·本藏》提到“视其外应，以知其内脏，则知所病矣”，对此，洪老强调处方用药，首先一定要审证求因，审因论治，知常达变，方可百发百中。

（刘雪娜 洪杨华 郭进财 蓝元隆）

第四节

名老中医洪炳根内外兼施治疗疑难症4例

人体是一个完整的整体。外邪袭表，可由经络内传于里，导致脏腑病变；内脏的病变，也可通过经络的传导反映于体表，表现于某些特定的部位或其相应的孔窍。所以在临床上，配合针灸、按摩、熏洗、敷贴等疗法，可以提高疗效。兹举验案4则如下。

一、肝癌剧痛案

患者陈某，男，44岁。以“右上腹闷痛，进行性消瘦20多天”为主诉入院。症见形瘦神疲，面目及周身皮肤发黄，右肋肿胀闷痛，右肋下巨大癥块，坚硬如石，推之不移，压之剧痛，口苦口干，不思饮食，大便干结，小便短赤，舌红苔薄黄干，脉弦滑数。肝功：麝浊2”，GPT80”、r-GT366”， α -FP阳性。B超示：肝癌并门脉转移，脾脏增大，胆囊炎。入院拟诊，中医诊断：肝癌，黄疸。西医诊断：原发性肝癌（晚期）并门脉转移，胆囊炎。入院后采用中西医结合治疗。西医给予抗感染、支持疗法及对症处理；中医则用大剂清热解毒、理气止痛、消癥化结汤药，配合片仔癀口服。治疗10天，病情有增无减，形体更瘦，腹大肢肿，肋痛日甚，夜间尤剧。入院第16天起，每夜均需使用杜冷丁方可缓解疼痛，但药效一过疼痛又作。第21天起，加用新癍片12片（研末），退癍散30g，鸡蛋清2粒，生理盐水适

量捣敷右上腹部肿块处，敷后半小时，局部灼热感减轻，疼痛亦明显缓解。4小时后敷药干裂，嘱用生理盐水湿敷。当夜无需再用杜冷丁，能够安静入睡。以后每日如法敷1次，连用10天，胁痛逐渐减轻，最后完全缓解，直至临终也未再疼痛。

二、痹证疼痛案

患者黄某，男，57岁。因右膝、右肩关节疼痛月余而入院。诊见右膝关节酸痛，微热微肿，屈伸不利，步履不能，站立不稳，面色淡暗，眼睑苍白，腰酸形瘦，食欲不振，语言低弱，皮肤干燥，大便干少，小便短赤，舌暗红边瘀紫，苔白厚，脉弦细。体温37.2℃，血常规：白细胞 $12.8 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞65%，淋巴细胞16%，大单核7%。血色素101g/L，血沉60mm/h，抗“O”500以下。右膝关节X线正侧位片示：右膝关节骨质疏松。入院拟诊，中医诊断：痹证。西医诊断：右膝风湿性关节炎？老年性骨质疏松症。给予清热化湿，活血通络中药汤剂及通痹片、蜂乳胶囊口服，并配合普奴卡因青霉素80万，肌注，每日2次。治疗1周，关节酸痛不减，入夜痛甚，难以安寐，经针刺亦无效，改用补养肝肾，舒筋活络方药，疗效也不显著，于是加用余氏消炎膏外敷局部，15分钟渐知，1小时痛减，当夜可以入睡，次晨稍能屈伸。继用7天，疼痛基本缓解，可以下床步履。再治疗1周，诸症消失，血沉复查正常，给予出院。

三、阳虚恶寒案

患者黄某，女，58岁。因反复咳嗽20年，气喘5~6年，加剧1个

月而入院。症见畏冷发热，咳嗽咳痰，痰黏色白，呈泡沫状，胸闷气喘，动则喘甚，神疲纳呆，口苦口干，下肢微肿，大便干结，小便短赤，舌暗红，苔薄黄，脉弦细。双肺可闻及干湿性啰音。入院拟诊，中医诊断：肺胀。西医诊断：慢性支气管炎并感染，阻塞性肺气肿，肺源性心脏病并心衰Ⅰ度。入院后中医用宣肺化痰，止咳平喘法，西医用抗感染及支持疗法，咳喘渐缓，诸证亦减，但形寒怕冷，肢末不温，舌淡暗，苔薄润，脉沉细。此为久病肺肾两亏，阳虚恶寒。停用西药，中医改为补益肺肾，温阳益气法，并予中成药金匮肾气丸、男宝、金水宝等，效果仍不显，加用隔姜灸涌泉、关元、神阙、肾俞，每日1次，每次半小时，灸后自觉全身温暖，遂不怕冷，但次日症状又反复。以后连灸半个月，形寒怕冷消失，肢末转温，停用灸法，继用金匮肾气丸及男宝等药内服，以巩固疗效。

四、暑温高热（暑痧）案

患者林某，男，16岁。因畏冷高热1天而入院。诊见壮热无汗，肌肤灼热，面色潮红，头晕嗜睡，时有抽搐，口干喜饮，大便干结，小便短赤，舌红，苔薄黄，脉濡数。查体温39.5℃，咽不红，扁桃体无肿大，双肺（-），心率100次/分，律齐，未闻及病理性杂音，肝脾未触及，腹软无压痛，腹壁未见斑丘疹，四肢屈伸正常，**膝肠肌**无压痛。血常规正常，小便检查（-）。入院拟诊，中医诊断：暑痧（暑温挟湿）。西医诊断：中暑。入院即给荆芥水擦浴，生理盐水灌肠，头部冷敷加冰枕，补液，肌注板蓝根注射液等，效果不佳，又给柴胡注射液穴位注射，新加香薷散冲服，紫雪散1g，每日2次，或安宫牛黄丸

每日1丸等，连治4天，体温仍无下降，于是改用抓痧疗法；用生理盐水蘸手，背部顺太阳经，从上向下抓拿，至皮色紫红为度；胸部则抓华盖穴及左右第2肋间隙；四肢抓肩髃、腋窝、曲池、腹股沟、腘窝等处，最后拔伸五指，捏合谷穴。抓后患者全身汗出，顿觉精神爽快，知饥思食，发热即退，测体温为36.8℃。继以清热解暑，益气养阴中药调理，观察4天，未再发热，诸症已除，痊愈出院。

以上4则，都是内病运用多种内服方法治疗难以取效，配合外治法后即获显效的例子。实践证明，内病治疗有机地配合外治法，可以提高疗效。

（洪炳根 杨玉娜 王银炼）