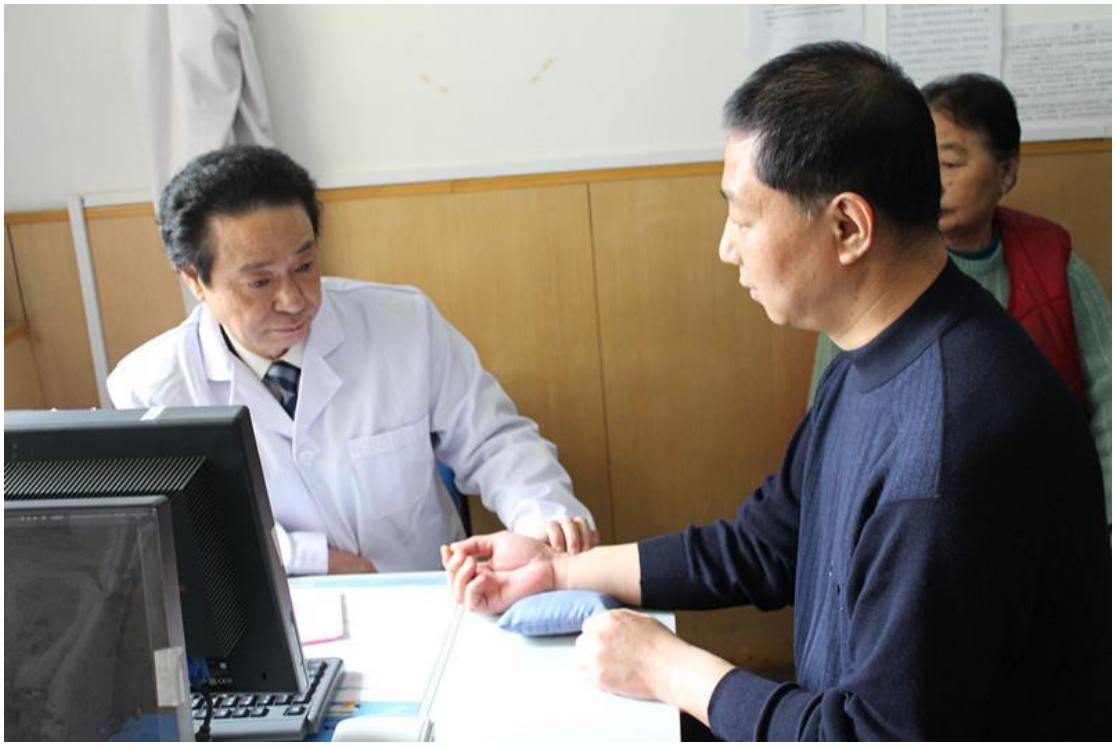
国医大师孙光荣临证辑要

主审：孙光荣

主编：何清湖 黎鹏程

荣誉主编：孙光荣
主　编：何清湖　黎鹏程
副主编：刘富林　孙贵香
编　委：（按姓氏笔画排序）
王　丹　尹周安　邓媛妮　厉佳俊　卢丽丽　叶培汉　向　阳
刘　琦　刘富林　孙相如　孙贵香　杨玉芳　肖　丹　肖碧跃
何清湖　陈俊奇　张冀东　张　婷　胡秀清　柯美华　洪银芳
晏水英　曹　淼　龚兆红　喻炳奎　黎鹏程　魏一苇
学术秘书：胡秀清



積淺散之土
成引玉之磚

浏南工作室選編拙著醫論醫話紀念

丁酉仲秋 孫光榮

題於北京

内容简介

孙光荣教授，第二届国医大师，第五届中央保健专家组成员，我国著名中医临床家、中医药文献学家、中医药文化学者和中医教育家。本书选编了孙光荣教授在各个时期所撰写的临床学术论文共 52 篇，收集孙老内科、妇科、肿瘤科等疑难杂症临证验案 63 例。按其内容和性质分为 5 类，涉及临证思维、临证经验、临证用方、临证用药、临证医案等方面，充分体现了孙光荣教授的学术思想与临证经验，具有很高的学术价值和临床实用价值。

本书可供临床医师和中医教学、科研工作者以及中医院校学生、中医药爱好者参考使用。

前言

中医药学是中华文化的杰出代表，历史悠久，博大精深，需要“继承好，发展好，利用好”。传承研究国医大师、名老中医的学术思想和临床经验，是推动中医学术发展、加快人才培养、提高临床服务能力的迫切需求，也是推动中医学术进步和理论创新的需要。国医大师、名老中医的学术思想和临证经验是中医药学术特点、理论特质的集中体现，与浩如烟海的中医古籍文献相比，它更加鲜活，更具可视性。而中医学术发展史业已证明，中医学术思想和临证经验主要是通过一代又一代中医人在读书、临证实践中不断继承、不断创新而发展的。因此，我们要高度重视对国医大师、名老中医的学术思想和临证经验的传承工作。

国医大师孙光荣教授，湖南浏阳人（祖籍安徽庐江），1940 年 11 月生。孙老是我国著名中医临床家、中医药文献学家、中医药文化学者和中医教育家，中医药现代远程教育创始人之一，享受国务院终身特殊津贴的有突出贡献专家。现任湖南中医药大学中医学院名誉院长，第五届中央保健专家组成员，国家中医药管理局改革与发展专家委员会委员，国家中医药管理局中医药文化建设与科普专家委员会委员，国家中医药管理局中医药继续教育委员会委员，国家中医药管理局全国优秀中医临床人才研修项目培训班班主任，中华中医药学会学术委员会副主任委员、常务理事，国家科技奖励评审专家，“国医大师孙光荣工作室”指导老师、全国老中医药专家孙光荣工作室建设专家等，兼任湖南中医药大学顾问，受聘湖南中医药大学第一附属医院终身教授、澳门科技大学荣誉教授、长春中医药大学客座教授等；原任政协湖南省第七届、第八届委员会常委，湖南省中医药研究院文献信息研究所所长，湖南省中医药科技信息中心主任，北京中医药大学远程教育学院常务副院长等。

孙老从一个中医世家的贫寒家境中走出来，走过了庭训、就读、辍学、执教、自学、务农、行医、选拔、从师、临床、科研、教学、行政管理、参政议政、中医 IT 的一条曲折艰难、坎坷不平、不屈不挠、砥砺前行的道路。因此，孙老承受过一般人没有承受过的苦难，也积累了一般人不可能积累的学识与经验。在这条艰辛的道路上，孙老始终忠诚于中医药事业，对中医药事业赤胆忠心，为中医药事业的健康、持续发展殚精竭虑，以大无畏的精神，克服了重重困难，为中医药学文献、临床、教育、科研、文化等多方面做出了诸多贡献，为同道和后学提供了许多值得借鉴的思想、品德、学识和经验。

孙老医德高尚、医术精湛、学验俱丰、视野开阔、胸襟博大，而且自律严谨。孙老以治病救人为己任，德才并重，屡起沉疴，深得广大患者敬重。他首倡中和思想，创立了“中和思想•中和辨证•中和组方”的中和医派，首次揭示了中医辨证论治的思维模式“中医辨治六步程式”；提出“遵循经方之主旨、遵循经方之法度、遵循经方之结构”的经方应用三原则，用药灵活、自出机杼，处方用药讲究“清、平、轻、灵”，立方遣药，不固守成方，不墨守成规，追求“心中有大法，笔下无死方”，喜用“对药”，善用“角药”，组方用药，轻巧灵活、至精至当；擅长治疗脑病、肿瘤、脾胃病以及带下病等中医内科、妇科疑难杂症。

文以载道，孙老的相关学术著作和论文，集中体现了他的学术思想和临证经验，是后学者传承大医学术、提高临证水平的宝贵财富。然而，由于时间跨度长，部分著作及论文已很难觅寻。正因为如此，尽快推出国医大师孙光荣临

证辑要就成为学术界普遍的期待。为了更好地反映孙老的学术思想与临证经验，弘扬孙老溯古融今的治学精神，进而推动中医药事业的发展，我们以国医大师孙光荣教授湖南工作室的同仁为主，通过各种渠道，共搜集了孙光荣教授在各个时期所撰写的临床学术论文共52篇及孙老内科、妇科、肿瘤科等疑难杂症临证验案63例。选编、集成《国医大师孙光荣临证辑要》。然而，由于孙老著作宏丰，学术精深，而整理者才疏学浅，再加上时间仓促，虽经多次校对，书中错误之处在所难免，敬请诸位读者指正。

本书在编写过程中得到了孙老的悉心指导和帮助，在此表示衷心感谢！同时，也向所有参与此次编撰工作的同仁致以谢意。

《荀子•儒效》曰：“不闻不若闻之，闻之不若见之，见之不若知之，知之不若行之。”我们工作室全体同仁对国医大师孙光荣教授的学术经验就是由闻之而后见之，通过选编而知之，期待在中医药临床、科研、教育中行之，故集中力量、日夜兼程集成此书以贡献之，尚祁前辈、专家和各位同仁不吝赐正。

何清湖　黎鹏程

2018年2月

目录

临证思维 1

国医大师孙光荣中和学术思想概述..... 2

国医大师孙光荣论中医药学五大特色..... 6

国医大师孙光荣论中医药学的六大优势..... 9

国医大师孙光荣论中西医学文化的比较..... 13

中医临床思维模式——中医辨治六步程式..... 16

国医大师孙光荣论“观其脉证”..... 24

国医大师孙光荣论“知犯何逆”..... 30

国医大师孙光荣论“随证治之”..... 34

国医大师孙光荣临证思想初探..... 38

国医大师孙光荣教授论中医临床医学“六难”..... 41

国医大师孙光荣教授论“新一代中医临床骨干必须做到四精”..... 44

临证经验 47

孙光荣教授经验浅析..... 48

143 例社区老年期痴呆患者的中医证候分析 50

143 例社区老年期痴呆患者中医体质分析 53

中医大师孙光荣教授中和医派诊疗肿瘤学术经验点滴..... 57

乳腺增生病..... 70

肝癌癌前病变..... 78

肝硬化..... 85

血吸虫病..... 96

胃息肉..... 100

胃溃疡..... 103

慢性萎缩性胃炎..... 109

胆囊良性疾病..... 115

肺纤维化..... 118

宫颈炎.....122
慢性肥厚性喉炎、喉角化症、喉乳头状瘤.....126
慢性皮肤溃疡 瘘管 长期受摩擦的瘢痕.....131
色素痣.....137
息肉.....141
黏膜白斑.....146
子宫内膜不典型增生.....150
Barrett 食管.....156
临证用方 160
孙光荣经方化裁示例.....161
孙光荣教授临床组方思路探析.....170
孙氏安神定志汤.....174
孙氏益气温中汤.....175
孙氏扶正祛邪中和汤.....176
国医大师孙光荣中和医派经方运用与精方提炼.....178
孙光荣教授调气活血抑邪汤简述.....187
调气活血抑邪汤理论基础及临床运用浅析.....190
运用国医大师孙光荣调气活血抑邪汤治疗疑难杂证的点滴体会.....193
运用孙光荣中和医派学术思想化裁麻黄连翘赤小豆汤治疗疮疡病.....197
治未病思想指导下孙光荣九味益气清瘟饮和超微双黄花预防和治疗急性呼吸道感染的研究.....200
临证用药 205
关于原生中药材新晃龙脑研发战略的思考.....206
以人参的应用理解孙光荣教授“中和”学术思想.....210
孙光荣教授常用对药经验浅析.....213
孙光荣教授临床善用“角药”经验点滴.....217
孙光荣“三联药组”配伍学术特色.....222

国医大师孙光荣运用“三联药组”治疗带下病经验撷菁.....225
孙光荣教授“三联药对”组方思想在变应性血管炎中的应用.....229
运用孙光荣教授“三联药对”组方思想治疗变应性血管炎初探.....231
运用孙光荣“三联药对”组方学术思想治疗早期糖尿病肾病的临床观察234
临证医案 237
冠心病.....238
风心病.....240
高血压.....241
脑梗死.....243
咳嗽.....244
哮喘.....247
顽固性头痛.....250
梅核气.....251
胃脘痛.....252
泄泻.....253
腰痛.....254
肝硬化失代偿期.....255
尿毒症透析失衡综合征.....256
失眠.....257
精神分裂症.....260
抑郁症.....262
皮肤瘙痒症.....263
特发性血小板减少性紫癜.....264
痞格证.....266
带下.....267
月经不调.....270
崩漏.....272

闭经.....274
更年期综合征.....276
习惯性流产并先兆流产.....277
肾囊风.....278
肺癌.....279
食道癌.....284
甲状腺癌.....285
直肠癌.....286
卵巢癌.....287
子宫肌瘤.....288
乳腺纤维瘤.....289
乳腺增生.....290

临证思维

国医大师孙光荣中和学术思想概述

国医大师孙光荣教授，是我国著名中医临床学家、文献学家和教育家，至今执业中医临床 58 年。孙老在临床上，融合丹溪、东垣两家之长，旁参百家，强调“调气血、平升降、衡出入”，首倡“中和”学术思想。“中和”贯穿于孙老的临证观、未病观与养生观。

1 临证观

孙老认为，临证辨证论治有六大程式，分别是：（1） 四诊审证。凸显中医采集病证信息的特殊性；（2）审证求因。凸显中医追究病因的准确性；（3） 求因明机。凸显中医辨识病机的合理性；（4） 明机立法。凸显中医确立法则的精准性；（5） 立法组方。凸显中医组方主旨的针对性；（6）组方用药。凸显中医适方药物的吻合性。

“中和思想”→“中和辨证”→“中和组方”是孙老临床辨治的学术系统。孙老指出，这一体系的关键是认同“中和思想”为临证之指导思想，把握“中和辨证”的元素与要领，运用“中和组方”的思路与方法。

1.1 中和思想 “中和”思想是中国传统文化中颇具特征性的哲学思想，它贯穿对宇宙和人事的认识中。《礼记·中庸》 把“中”与“和”结合起来，提出了“中和”这一概念，并沿用至今。“中”是围绕着“不偏不倚”、“无过不及”的事物最佳结构，“和”则侧重于由这种“中”的最佳结构而来的事物要素间与事物和事物之间所形成的一种协调和谐关系和状态。简言之，“中”即把握事物的“度”；“和”即使事物达到协调统一的状态。

中医学在两千多年的发展历程中，始终重视“中和”思想，并运用其指导医学理论和医疗实践。在中医学中，“中和思想”，是融入了儒家“贵中尚和”理念的中医临证指导思想，在中医学的诸多方面均有体现，如天人一体观 、生理观 、病理观 、诊断观 、治疗观、养生观等。

孙老首倡中医的“中和”学术思想认为：“中和是机体阴阳平衡稳定的基本态势，中和是中医临床遣方用药诊疗所追求的最高佳境”。如果说“阴阳平衡”是机体稳态的哲学层面的概念，那么“中和”就是人体健康的精气神稳态的具体描述。“中和”更能在人体气血层面和心理层面阐释机体的生理、病理。基于此，孙老提出其临床学术观点是：扶正祛邪益中和、存正抑邪助中和、护正防邪固中和。临床基本原则是：慈悲为本、仁爱为先、一视同仁、中和乃根。临床思辨特点是：调气血、平升降、衡出入、达中和。

孙老强调，临床要做到“四善于”：善于调气血，善于平升降，善于衡出入，善于致中和。升降出入，是气机的基本形式，“升降出入，无器不有”，“出入废则神机化灭，升降息则气立孤危。故非出入则无以生长壮老已，非升降则无以生长化收藏” （《素问·六微旨大论》）。孙老认为，临床无论以何种方法辨证论治，都离不开阴阳这一总纲。临证用药，不论寒热温凉、酸苦甘辛咸，还是升降沉浮、补泻收散，不论脏腑归经，还是七情配伍，同样离不开阴阳之宗旨。而阴阳具体到人体，就是“气血”。“人之所有者，血与气耳”（《素问·调经论》），机体离不开气血平衡的稳态—— “中和”。孙老指出，如果说中华文化的灵魂是“和”，中医医德的核心价值就是“仁”，中医医术的最高水平就是“调”，中医疗效的终极指标就是“平”。“调”，就是要调阴阳、调气血、调升降出入、消长机转。调到什么程度？要调到平衡、调到“中和”。即“调气血、平升降、衡出入”的目的是“致中和”。孙老辨证遣方选药，总是以“谨察阴阳之所在而调之，以平为期”，审诊疗之中和，致

机体之中和。

要而言之，中和思想的主旨是：辨识其偏盛偏衰，矫正至其中；察知其太过不及，燮理达其和。中和思想的主要内涵是：（1） 以“谨察阴阳所在而调之，以平为期”为基准，认知和坚持中医维护健康、治疗疾病的主旨。（2）以阴阳为总纲、以气血为基础、以神形为主线，把握对立统一的“失中失和”的基本元素，进行中医辨证。（3） 以“调平燮和”为目的，以扶正祛邪、补偏救弊为总则，根据临证实际化裁经方，针对“失中失和”组方用药。

1.2 中和辨证 在审证方面，孙光荣教授基于“中和思想”，探索和总结了以“神形”为主线的 20 个辨证元素，一般元素 10 个，包括：时令、男女、长幼、干湿、劳逸、鳏寡、生育、新旧、欲涩、旺晦。重要元素 10 个，包括：神形、盛衰、阴阳、表里、寒热、虚实、主从、标本、逆顺、生死。形神居于两种元素之中，为主线。任何一组都是正反一对，也就是概念相对，辨析之，即可辨明“失中失和”之所在，此即为“中和辨证”。以“寒热”要素为例：（1）一般情况：寒热是辨别疾病性质的两个重要元素。寒有表寒与里寒之分，表寒者多为外感寒邪，里寒者多为阳气虚衰而致阴寒内盛。热有表热与里热之别，表热者多为外感之火热之邪，里热者多为阴液不足而致阳气偏亢所致。（2）认知方式：可以通过望、闻、问、切四诊合参获得表里的信息，但首重问诊。（3）思辨重点：问清患者发热、恶寒的时间、程度、部位，理清先寒后热、先热后寒，是否有寒热往来，是否伴发寒战，务必辨清寒热真假。（4）临床意义：证见恶寒喜暖，肢体蜷缩，冷痛喜温，口淡不渴，痰涕涎液清稀，小便清长，大便溏薄，面色白，舌淡苔白，脉紧或迟者，多为感受寒邪、或阳虚阴盛，发为寒证；证见发热，恶热喜冷，口渴欲饮，面赤，烦躁不宁，痰、涕黄绸，小便短黄，大便干结，舌红少津，苔黄燥，脉数等，多为感受热邪，或脏腑阳气亢盛，或阴虚阳亢，发为热证。（5）联系形神：寒热之辨证要素与形神有重要关系，寒证多收引，多蜷缩，神意淡漠；热证多亢进，神意躁急，甚则狂躁。

1.3 中和组方 “中和组方”，就是在“中和思想”指导下，根据“中和辨证”的结果，采用的不偏不倚、调平燮和的组方用药方法。孙老认为，中医治疗之方药应该是“平和”的方药组合，其有“三忌”。一忌在未固护正气的前提下施以大热大寒大补大泻之剂；二忌过度滋腻，过度攻伐；三忌崇贵尚奇，动辄以昂贵难求、不可寻求之奇方怪药而求奇验。“中和组方”的基本原则是：（1）遵经方之旨，不泥经方用药。（2）谨守病机，以平为期。（3）中病即止，不滥伐无过。（4） 从顺其宜，病人乐于接受。

“中和”组方的用药要阴阳结合、动静结合、升降相应、收散兼融、寒热共用等。以期在保证用药安全的前提下，达到药到病除的目的。孙老组方思路是：（1）遵经方之旨，不泥经方之药。（2）依功能组成“三联药组”，严格按君臣佐使结构组方。（3） “三联药组”注重其相须、相使、相畏、相杀；四气五味、升降浮沉。（4）药少量精，注意产地、炮制。（5）重益气活血，讲究专病专药。（6）必要时，用“子母方”、内外合治。

孙老经过临床探索和实践，体悟出“中和组方”的组方方法，是按照君臣佐使的架构进行组方的，即以治法来定君臣佐使，再依每种治法组成每个“三联药组”。根据确定的治则治法，每方可由一组、二组、三组、四组等组成。必要时，还可根据病症需要，在常用药组中增减。

孙老在临床组方选药的一大特色即是“三联药组”的配伍和应用。三联药

组又称角药，它是以中医基本理论为基础，以辨证论治为前提，以中药气味、性能、七情为配伍原则，三种中药联合使用、系统配伍。角药介于单味中药与方剂之间，是一种更为复杂的配伍形式，在方剂中起主要作用，或独立成方。

孙老认为，“三联药组”的基本思想是秉承中华传统文化追求阴阳平衡的理念和天地人三才的思想。孙老配伍的“三联药组”灵活多变，是在总结前人用药经验的基础上进行升华和创新而形成的。

“三联药组”注重药物功效的相须、相使、相畏、相杀及其药物的四气五味、升降浮沉。三药相互协作、制约，形成一个特定的功能单元。临证处方时，可参照古方的组方思路，按君臣佐使的架构来组方，并根据具体的病情，化裁应用。如法半夏、广陈皮具有化痰、祛湿功能，配以佩兰叶则清化湿热，可用于湿热中阻；配以麦门冬，则化痰清热，用于咳嗽痰粘难以咳出者。

孙老根据其功能特点，将“三联药组”大致可以分为三种类型：（1）祛邪组合，用于攻邪。如“金银花、蒲公英、连翘壳”等。（2） 扶正组合，如“生晒参、生北芪、紫丹参”等。（3）辅助组合。主要用于引药直达病所，或用针对性强的专病专药。如“云茯神、炒枣仁、灯心草”、“蔓荆子、西藁本、粉葛根”等。

2 未病观

“治未病”的概念和思想最早出现于 《黄帝内经》。孙老认为，“治未病”思想是植根中华民族优秀传统文化的、在数千年中医药发展进程中积累凝练的中医药文化。简而言之，“治未病”，即采取相应的措施，防止疾病的发生发展。中医学“治未病”思想基于天人合一，是中医防治思想的一贯体现，是中医预防保健的重要理论基础和准则，是中医学理论体系的核心理念之一。

孙老提出“治未病”的思想特征是：强调以人为本，防重于治；强调形与神俱，和谐平衡；强调天人合一，效法自然。其内涵包括未病先防、既病防变、病中防逆转、瘥后防复发。

孙老认为，中医药在长期的实践中体现出“个性化的辨证论治、求衡性的防治原则、人性化的治疗方法、多样化的干预手段、天然化的用药取向”的五大特色。所以，中医学“治未病”主要表现为“三突出”的优势。试以亚健康的干预为例简述之。

2.1 针对性突出 针对人体亚健康与疾病状态，中医可将其分为未病、已病两大类，亚健康又可分为未病、欲病、将病三个层次，已病又可分为欲传变、将传变、欲复发、将复发四个层次，针对不同的服务群体和不同的养生防病需求，中医养生保健可以分为老年养生保健、妇女养生保健、青春活力养生保健、脑力劳动养生保健、体力劳动养生保健、智力养生保健、性功能养生保健等；针对个人亚健康状态，中医干预可以分为亚健康状态预防干预、亚健康状态阻断干预、亚健康状态修复干预等，并结合时令、地域、情志等给予针对性强的、调治为主的、个性化的指导与干预。

2.2 多样性突出 中医对亚健康的干预手段十分丰富，总体上可分为药物干预法和非药物干预法。根据服务对象的体质、亚健康征兆、亚健康检测结果与评估报告，给予药物干预或非药物干预。药物干预主要是补偏救弊、调之使平的酒剂、汤剂、膏剂、丸剂、洗剂、栓剂、贴剂、枕剂等，非药物干预主要是针灸、推拿、按摩、导引、药膳、音乐诱导、书画引导、心理咨询、七情生克法等。

2.3 天然性突出 中医对亚健康的干预的方案与手段既讲究药取天然，更追

求效法自然。在药物干预中一般不使用化学药品，极力避免产生“本来未病，用药成病”和“原病未除，新病又出”的药物副作用。另一方面。在非药物干预中一般不使用运动量超大的器械或强度超大的手法，而是根据年龄、性别、体质、时令制订合理的干预方案，在安全中求实效。

3 养生观

未病先防，重在养生。孙老把中医诊疗与养生都分为六个层级：德、道、学、法、术、器。“养生之德 （仁爱、平和） 引领养生之道 （人法于天地，三因制宜），养生之道主导养生之学 （养生的专门学问，包括源流、原理、法则、方式等），养生之学统领养生之法 （养生的总则、要领、要义、要诀），养生之法指导养生之术 （药养、食养、术养等），养生之术选择养生之器（养生器械、器具、保健品等）。”在他看来，养生首先要养德，要持有仁爱、平和之心，而后行养生之道，人法于天地，顺应自然，效法自然。“养生并不要求立竿见影，而是要求日久见功，中医养生讲求合则安，身心舒畅、天地人和。”

3.1 养生总则—— 合则安 孙老认为养生总则可以一语概之：“合则安”。养生不能千人一法，而应因人制宜，只要适合自身的心理、生理需求，即为“合”。合则安，既安之，则能持之久远，自可益寿延年。中医养生不能要求立竿见影，要日久见功，而且只要感到“十不”即可。“十不”即：头不晕，咽不痛，心不慌，胸不闷，腹不胀，力不乏，尿不黄，便不结，月经不乱，性能力不减弱。

3.2 养生要领—— — 上静、中和、下畅 “上静”，更多是指保持头脑清醒、心态平和。心态平和，要有良好的世界观，保持良好心态，日常要注意疏肝理气、平心静气，遇事要平静、平和，要会知足常乐，就会做到上善若水，顺势而安。孙老每遇艰难困苦，他都以岳
麓书院楹联“是非审之于己，毁誉听之于人，得失安之于数”自勉，逐渐养成豁达乐观的性格。他深有体会地说：“如果心胸狭隘，满脑满心都是羡慕、嫉妒、恨，锱铢必较，什么养生也没用”，所以“养生先养慈悲心”。

“中和”，有两层含义。一是指中焦脾胃要安和。脾胃为后天之本，百病多因脾胃衰而生也。因此，在养生中始终要注意保护好脾胃，饮食应规律，不暴饮暴食，饥饱适宜，节制酒类，禁忌生冷油腻之品。二是指要中处人事，要“中和”，人在天地之间，与周围人和事要平和、和谐共处，切不可有违环境和道德规范，肆意妄为，伤人害己，有害健康。

下畅，是因肾藏精，是先天之本。肾主水、纳气，司二阴。在养生中，尤其要注意大小便的通畅，女性还要注意经、带的情况。要气血流畅，自然也包括二阴大小便的通畅了，气血畅通中和，就会健康长寿。（薛武更.国医大师孙光荣中和学术思想概述[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(5):69-72.）

国医大师孙光荣论中医药学五大特色

中国传统医药学从远古绵延至今，是世界上历史最悠久而仍在持续为十多亿人造福并有别于西方医学的医学体系。作为我国原创的医学科学，中医药学具有自己独立的一套理论系统和疾病诊疗方式。要传承和发展中医药，首先就是要把握和坚持中医药学特色。

国医大师孙光荣教授是我国著名的中医临床家和中医药文献学家。孙教授出身于中医世家，毕生谨承古训，博极医源，穷究经旨，精研医道，通过五十八年的亲耕实践，总结并提炼出中医药学的五大特色，即个性化的辨证论治、调治求衡的防治原则、人性化的治疗方法、多样化的干预手段以及天然化的用药取向。这种关于中医药学特色和本质的睿知卓见，诚能醒瞶指迷，令人获益匪浅。为此，本文特就此五大特色予以整理和阐发，以飨同道。

1 个性化的辨证论治

辨证论治是中医药学的核心特色与优势， 是中医进行临床诊断和疾病治疗的主要思维模式。张仲景在《伤寒论》第十六条中云：“观其脉证，知犯何逆，随证治之。”孙教授认为仲景此十二字极为精辟地概括了中医的辨证论治观。“观其脉证”主要指的是中医的诊断过程，区别于主要采用仪器进行检测的现代医学，传统中医通过望、闻、问、切四诊方式来全面、整体地了解病情；“知犯何逆”则是一个更深入的辨证求本的过程，它要求在对病人的临床表现进行综合分析和整体判断的基础上，准确把握病人所犯的主“证”；“随证治之”即最后的论治过程，中医根据“证”型确定治则、治法，并进行相应的遣方用药。

中医药学辨证论治观的精髓就是对中医“证”的把握和判断。在判断“证”的过程中，除了一定的标准和规范，还须因人、因时、因地制宜，具有极强的个性化辨证论治特点。与西方医学一般采取从病的共性入手进行研究不同，中医药学深受《周易》中变化和动态哲学思想的浸润，认为尽管疾病本身是有一定共性的，但是鉴于病人性别、年龄、体质、生活方式等的不同，以及时令、季节、气候、地域等的迥异，因此在辨证论治的过程中尤其要强调个体的特异性和疾病的动态变化。这一理念突出地体现在中医对同病异治和异病同治的个性化诊疗思维上。即便是同一种疾病，如果发生在不同的个体身上，可能会表现为不同的证；而只要病机相同，即便是不同的病，也可能会有相同的证。孙教授在临床辨证论治过程中常考察的二十个元素是：以形神为首，其次包括识别盛衰、阴阳、表里、寒热、虚实、主从、标本、逆顺、生死等十大重要元素，以及时令、男女、长幼、干湿、劳逸、鳏寡、生育、新旧、欲涩、旺晦等十个一般要素。正是这种个性化辨证论治特色，使得中医药学具有了独立于西方医学的东方诊疗思路与独特的疗效优势。

2 调治求衡的防治原则

《素问·至真要大论》曰：“谨察阴阳所在而调之，以平为期。”“以平为期”正是中医药学的另一大特色—— 调治求衡的原则。中医对于疾病防治的求衡思维，汲取于中国阴阳理论的导源《周易》。《周易》指出阴阳是构成宇宙万事万物最基本的元素，而中医理论就是以阴阳学说为核心的理论体系。相较于西医对“症”下药，中医则认为疾病产生的根源就是由于人体内部的阴、阳失衡所致，因此在临床上应采取“虚则补之，实则泻之，寒则温之，热则凉之”的调治思路，最终目的就是为了达到人体阴阳平衡的健康状态，或称之为“中和”的状态。

孙教授是我国“中和医派”的创始人。他强调“中和观”应成为中医药学健康观、疾病观、诊断观、治疗观和养生观的指导思想。所谓“中和”，儒家经典《中庸》将其阐述为“中也者，天下之大本也；和也者，天下之达道也。”认为“中和”就是事物和谐与平衡的最佳状态。中医正是一门“中和”之医学，譬如，在健康观上，中医注重“天人和”、“形神和”、“藏象和”；在疾病观上，中医指出身体“不和”、“失和”就会导致疾患；在治疗观上，中医推崇“调其不和”；在养生观上，中医提倡“食饮有节、五味调和”、“起居有常、不妄作劳”的和合思想等。调治求衡、求和的中医药学防治特色，是中国传统文化中阴阳、中和以及整体等观念在医学领域实践的充分体现。

3 人性化的治疗方法

强调以人为本是中医药学的另一个突出特色。西医传统采取“靶向治疗”的方式，即在获得了相应的检测结果之后，根据“击靶”的思维方式实施药物或手术治疗以对抗疾病，其治疗方法素来被认为具有规范化、精准化的优势；而中医则更倾向于用“以人为中心”的治疗方式来全面、整体地考察和治疗人体，认为治疗并不是一个对抗过程而是一个调节过程，通过调节阴阳、扶正祛邪可以调动起病人机体本身对疾病的积极反应，提高自我修复能力。正是因为传统中医学对以人为本和人性化的推崇，中医“大医精诚”、“济世活人”等医德思想与人文关怀理念也因此成为了中医从业者的最高旨向。

此外，中医自古以来非常强调“治未病”的观念，所谓“上工治未病之病，中工治欲病之病，下工治已病之病。”其“治未病”的思想，体现的就是中医对于人、对于健康的尊重。中医“治未病”的概念与现代医学人性化的走向不谋而合。现代医学正在逐渐改变旧有观念，提倡不要再将疾病单纯地视为“靶子”，也不要再将治疗过程仅仅视为与对手对抗，而是越来越重视病人个体本身的心理因素和与社会大环境的相互作用，越来越重视预防和保健，正走向生物 – 心理 – 社会三者相结合的新医学模式。显然，中国传统医药学之所以能历经几千年的历史洗礼而不被淘汰，与其以人为本、重视人性化的特色不无关系。

4 多样化的干预手段

多样化的干预手段和丰富的治法也是中医药学的特色之一。中医的传统治法大体可分为内治法和外治法，《素问·至真要大论》中曾提出：“内者内治，外者外治”。所谓内治法，主要指的是中医在辨证施治过程中以开方处药作为主要的干预手段，病人通过内服中药来进行疾病治疗。针对此一治法，中医开发出了汤剂、丸剂、散剂、膏剂等不同的剂型以实施多样干预。而所谓外治法，则是相对于内治法而言的，泛指所有将药物、器械等直接作用于体外的治法。一般而言，药物外治法以药敷、药浴为多，剂型也十分多样，包括膏剂、贴剂、雾剂、散剂、洗剂、滴剂等。 械外治法则主要针对中医的外科手术而言，如古时著名的金针拨障术以及针对骨伤的各种夹板固定法等都可归入其中。 此外，建立在中医经络学说基础上的针刺、艾灸、拔罐、推拿等疗法则被认为是极具中医特色的“内病外治”干预手段。

在中医药如此多样的干预手段中，特别值得一提的是中医在养生领域的不断探索。养生文化，源于中医对于阴阳调理的重视，对于“致中和”理想的追求，是中国传统医学独有的一种医学文化与理论。中医养生的干预手段十分丰富，在饮食方面，药膳、药酒、食疗等干预手段被广泛运用；在运动方面，气

功、武术、太极拳等也备受推崇；在情志调节方面，一些譬如心理养生、怡情养生、中医情志治疗的干预手段也在不断涌现。中医干预手段的多样化正是建立在中医从整体、全面、宏观的角度来看待人体健康，正是建立在中医对个性化、人性化的重视上，它使得中医在世界医学领域拥有其独特的优势和特色。

5 天然化的用药取向

中医药学的另一个特色就是用药讲究天然。中医用药以自然的植物药居多，《说文解字》 中曾释“药”为“治病草也”。因此中药又被称为中草药、草本药。我国幅员辽阔、得天独厚的地理条件，使种类丰富的植物、动物药与矿物药等天然药材资源被中医广泛运用。

相较于主要研究和运用化学合成药的西方医学，中医自古以来更倾向于使用加工炮制后的自然药物。中医强调天人合一的哲学观念，注重人与自然的和谐统一，认为源于天然的中药材含有各自特殊的自然属性。如从四性辨之，有寒、热、温、凉之分；从五味来看，有辛、甘、酸、苦、咸之异；以质地轻、重而言，有升、降、浮、沉之别；以归经考察，不同的药物分别擅入不同的经络脏腑。然则，借助天然药物本身所具有的自然造化之力调节阴阳、驱除病邪，其副作用理所当然地也较许多化学合成药要小。此外，中医讲究整体观念，认为人体的各个器官和组织之间在功能上是相互协调、相互作用的，因此在治疗过程中一般不会也不可能如西方医学那样采用直接针对于人体某类细菌或病原体的有明显靶向性的药物，而是依据君、臣、佐、使的组方理念来整体调和诸药，注重通过发挥天然药物自然特性之间的相互作用，从整体上、根本上扶正祛邪、改善体质。

中医药学特色是中医生存与发展的根基所在。而个性化的辨证论治、调治求衡的防治原则、人性化的治疗方法、 多样化的干预手段以及天然化的用药取向，是孙教授对中医药学特色的高度概括和凝炼。孙教授认为，中医药学作为由我们中华民族原创，并历经数千年传承和发展而形成的主流医学，即便在二十一世纪的今天，仍然极具优势和魅力，我们中医药人理当充满自信地把握和坚持其特色。（魏一苇,何清湖,孙光荣,等.国医大师孙光荣论中医药学五大特色[J].湖南中医药大学学报,2017,37(9):928-930.）

国医大师孙光荣论中医药学的六大优势

中医药学能在几千年的历史长河中得以保存，且能不断吸收各个时代的优秀成果丰富和发展自己，为中华人民的健康保驾护航。即使是在西方医学占主导地位的现在医疗体系中，它还能得到国内外人们的青睐，凸显其强大的生命力与远大的发展前景，故其优势是显而易见的。国医大师孙光荣将这种优势归结于六个方面：临床疗效确切；用药相对安全；服务方式灵活；费用比较低廉；创新潜力巨大；发展空间广大。在此，笔者将对这六个方面进行详细的阐述。

其一，临床疗效确切。中医药的“个性化辨证论治”特色是其临床疗效确切的关键与决定因素。当前，一个小小感冒的治愈都经常需要耗费少则一个星期多则一个月的时间，甚至出现长时间不愈的状况，而面对各种发病率高、治疗难度高、病死率高的“三高疾病”则无能为力，一旦患上这一类型的疾病就将终身伴随，缓解和抑制症状成为其主要医疗目标。相反，中医能根据不同的症候、个人、时令、地理位置等采用不同方、药以及给药途径，达到高效、长效、速效的临床疗效。“个性化的辨证论治”针对的是得病的人，而非患者所得的病，因为同样的病，因证的不一样，治疗需要不同的药物。如同样是感冒，有风寒表证与风热表证之分，恶寒重，发热轻，头身疼痛，鼻塞声重，时流清涕，舌苔薄白而润，脉浮或紧等属于风寒表证，可用荆防败毒散加减；身热较著，微恶风，头胀痛，咳嗽痰黏成黄，流黄涕，舌苔薄白微黄，脉浮数等属于风热表证，可用银翘散加减。同一病证的不同个体，其治疗需要不同的药物。同样是风寒感冒，因个体体质的不同，临床症状也有很大的区别，体质弱者表现为恶寒发热，汗出脉缓；体质强壮的表现为恶寒发热，无汗而喘，脉浮紧；内有寒饮者除恶寒发热外尚见咳嗽，痰多清晰，干呕；内有郁热者的症状表现为寒热俱重，烦躁口苦、咽干痛；素体阳虚者则表现为恶寒很重，发热轻，神疲欲寐，脉沉。临床症状的不同要求者不同的治疗方式，体质弱者可用桂枝汤；体质强者可用麻黄汤；内有寒饮者可用小青龙汤；内有郁热者可用大青龙汤；阳虚者可用麻黄附子细辛汤。同一病证的同一个体在不同的时令，其治疗需要不同的药物。如同一风寒感冒的患者在夏天与冬天适用的药物完全不同，因为夏季多夹暑湿，且皮肤腠理疏松，可用新加香薷散而非麻黄汤加减。即使是同一病证的同一个体在相同的时令内因所处地域的不一样，其治疗药物同样不同，如冬季受风寒感冒的同一患者在寒冷干燥的北方则宜用辛温解表的重剂外加滋阴润燥的药物；在寒冷潮湿的南方则应该用辛温解表的轻剂外加祛湿的药物。中医药与现代医学所面对的治疗对象的一致性，使得它在针对现代医学的复杂疑难病症的治疗中具有更多的经验与方法，能获得确切的临床疗效。中医药并不是仅针对于慢性疾病的调养方式，它同时具有速效的临床效果，这一点我们可以从著名老中医李可治疗急危重症的临床疗效中得到充分的认证。

其二，用药相对安全。中医药求衡化的防治原则、天然化的药物取向与科学化的药物配伍表明其对人体相对较小的毒副作用，凸显其用药相对安全的优势。中医药的求衡化防治原则指的是“中医在‘治未病’的思想指导下，首重人体阴阳的动态平衡和生理机制的稳定，以‘调之（阴阳）使平’为防治总则，以防为主、防治结合、养治结合，扶正祛邪”。“以防为主”是疾病未发生或者处于萌芽状态时的防治方式，它以最小的代价获取最大的价值，采用的药物基本上属于轻剂量的平和药物，其毒副作用基本可以忽略不计。“防治结

合”是疾病发生之后，在正气未受损伤之前，在去邪的同时阻断疾病的发展进程与先安未受邪之地的治疗方式，其采用的药物是在顺应人体自和机制的前提下发挥自己去邪的功效，故不会对人体的正气形成损伤。“养治结合、扶正祛邪”是针对正气受损、邪气仍存状态下的治疗方式，其采用的药物可分为养正气与祛邪气的两部分，通过正气的调养，充分调动人体的自和机制，形成祛邪的目的，而非采取霸道的祛邪方式，对人体的损伤控制在较低的范围内。总体来说，中医药的求衡化防治原则是运用药物来调整人体阴阳之间的平衡。中药是古人根据“人法于天地”的基本原理，按照不同的季节（天）和产地（地）精选、精制的各种动、植、矿物等，属于天然化药物。天然化药物相对化学合成药物来说毒性较小，其根源在于天然化药物能被人体吸收分解，而化学合成的药物则能被人体的免疫系统所识别，继而发生两者之间的对抗，造成细菌的不断分离与进化，故化学合成药每隔一段时间就需要更新，而中药在长达几千年的时间内都未出现身体的耐药性。从某种程度来说，身体的耐药性也是一种毒性的表现。中药的配伍理论与方法是中医药学家从亿万计的病人活体临床实践中，根据中药自身的四气五味、升降沉浮与脏腑归经特点逐步总结和积累起来的成果。中药的相畏想杀配伍是专门针对有毒药物的配伍方式，即利用某一种药物来消除与缓解另一种药物的毒性，大大提高毒性药物的用药安全性，如半夏与生姜是相畏配伍，生姜能减除半夏的毒性；乌头与大枣是相杀配伍，大枣能消除乌头的毒性。中药的相反配伍指的是两者的合用能明显产生毒副作用的配伍，避免药物之间的相反配伍是以消极的方式提高药物的用药安全性。如乌头与半夏、甘草与海藻等配伍就是我们应极力去避免的。中药之间的寒热配伍、动静配伍、润燥配伍等均是利用两种性味相反药物之间的相互牵制，缓解药物的偏性使其性味趋于平和，从而降低甚至消除对人体的损害，如大黄与附子的寒热配伍、桂枝与白芍的动静配伍，半夏与麦冬的润燥配伍。中药之间的科学配伍不仅是提高疗效的重要手段，同时也是降低药物对人体的损害的有效方式。

其三，服务方式灵活。中医药“人性化的治疗方法”与“多样化的给药途径”为其治疗提供了灵活的服务方式，使之“上可至庙堂，下可至山乡”。本着“以人为本”的理念，中医药简约、方便、快捷、灵验的服务要求促使着中医研究和应用了丰富的以无创伤为主的防治方法，包括药物疗法与针灸、推拿按摩、拔罐、食疗、水疗、泥疗、医学气功等非药物疗法；多样化的给药途径，包括煎剂、片剂、丸剂、散剂、丹剂、酒剂、滴剂、喷雾剂等口服方式；膏剂、饼剂等穴位熨贴方式；洗剂、冲剂、栓剂等孔窍给药方式。如针对饮食停滞，中医可以采取保和丸加减，也可以采用白萝卜拌陈皮的食疗方法，可以通过对天枢、中脘、足三里等穴位的针刺与按摩；还可以通过练习八段锦来理气消食等。

其四，费用比较低廉。从诊断层面而言，相对于现代医学的高端设备的高昂诊断费用，中医四诊合参的费用可以忽略不计，同时面对多系统、多器官、多组织的综合病变，现代医学需要辗转各个科室进行诊断，而中医的诊断只需从整体的角度把握四诊合参即可。从治疗层面而言，现代医学的手术费用、靶向药物费用、高端设备的治疗费用等是十分昂贵的，超出一般民众的能支出范围；而中医药灵活的服务方式可以为民众选择最适合自己承受能力的治疗方式，且相对于现代医学的治疗费用而言，中医药的各种治疗方式的费用均比较低廉。

其五，创新潜力巨大。中医药学科的特质与发展规律决定着它能利用当代的优秀成果丰富和发展自己；同时中医药学是一门具有悠久历史的古老医学，由于时代的局限性，它留下了有待挖掘、提炼的丰富宝藏，故说中医药学拥有巨大的创新潜力。中医药学是一门围绕“理法、方、药”形成的学术体系，因此其巨大的创新潜力也该应该从这四个方面去挖掘即创新中医药学之“理”，创造中医新辩证体系；创新中医药之“法”，规范中医治则治法；创新中医药之“方”，构建中医新组方模式；创新中医药学之“药”，建立中药新培采研制标准。创新中医药学之“理”的关键在于临床，而临床的关键在诊断，诊断所要解决的问题为“观其脉证，知犯何逆”，而这一问题的解决需要明确的辩证方法与标准。前人在临床实践中因疾病谱的变化与临床认知的提升，不断总结出“八纲辨证”、“经络辨证”、“三焦辨证”、“脏腑辨证”、“卫气营血辨证”等辨证纲领，每一个新的辨证纲领的出现都意味着前一个纲领对新的病因、病机以及症候不能给出合理的解释。在当今随着疾病谱的变化，越来越多的疾病超出原有辨证纲领的辩证范围，迫切需要新的辨证体系的出现为其病因、病机与症候做出相应合理的解释，这种迫切的需求是辩证体系创新的不竭动力。规范中医药的治则治法也是一种的现实的需求，因为随着中医临床中“西医诊断”“中医配方”的现象的普遍化，中医建立在审症求因、辨证论治基础上的“依证定则、依则立法、依法组方、依方用药”临证规矩将会退化或丢失。中医临床中出现的两种处方偏向：强调唯经方之是从的“崇古泥古”般的套用经方与强调唯经验之是从的“大杂烩”似的大处方，两者都偏离了中医临床处方的轨道。前者抹杀了经方年代与现代人们的因生活节奏、习惯、环境的差异而产生的疾病的区别，一味地生搬硬套，而后者则是不懂中医辨证论治的产物，两者共同的结果是摧毁中医药在人们心目中的地位，使其丧失学科自信。因此如何构建中医新的组方模式也是中医药应该重点创新的。目前市场上产出的药材因气候、土壤、水源、种子、施肥、除虫方式等的不一样，质量参差不齐；因仓储、运输、交易方式的差异，其交易质量也很让人担忧；针对膏丹丸散酒等传统中药制剂，没有统一的炮制和疗效评估标准，质量也存在着良莠不齐；对于新药的研制除了突出中医药基本理论之外，对其组方、用药、工艺、设备、疗效观察、使用说明等都需要建立新的研制和评估标准。因此为了确保中药的质量，药材的产出、交易、传统炮制以及新药的研制这四个方面都需要不断创新，从而建立新的规范与标准。中医药学“理、法、方、药”的缺陷与不足和国家对中医药行业的政策支持使得中医药具有巨大的创新潜力。

最后，发展空间广阔。由以急性传染病和感染性疾病为主向与不良生活方式密切相关的慢性病为主的疾病谱的转变，由单纯的生物医学模式向生物-社会-心理医学模式的革新，人类对健康的定义不仅仅局限在生理，而是一个包括生理、心理、社会适应能力、道德等的大健康概念等，凸显了人类生命的质量与周围自然和社会环境的正相关关系，也使得以“天人合一”整体论为核心的中医药学逐步得到世人的接受与认可。伴随着中医药走出国门走向世界的同时，国际上对中医药学的教育、临床、科研、中药提出了更多更高的要求，这一方面能促进中医药在海外的广泛传播，另一方面则促进其自身的发展与完善，使中医药学能成为真正为全世界人们服务的主流医学。孙光荣教授称这为“中医药走向全球势所必然，中医药走向全球可以所为，中医药走向全球大有作为。”针对国内而言，面对着诸多现代医学无法解决的疑难重新疾病，人们纷纷将希望寄托于中医药学的治疗；面对着现代医学单一的治疗方式与庞大的费

用支出，越来越多的人们愿意尝试具有灵活服务方式的中医药学的治疗；国家要妥善地解决好“三农”问题与人口的老年化问题就必须大力发展中医药学……总之，中医药学的发展空间与其自身的发展与完善是离不开的，中医药学的教育、临床、科研、中药等方面越完善其发展空间越广阔。（陈元,何清湖,孙光荣,等.国医大师孙光荣论中医药学的六大优势[J].湖南中医药大学学报,2018,38(3):1-3.）

国医大师孙光荣论中西医学文化的比较

中西医学虽然分属于不同的医疗系统，但两者都以人体的生命、健康与疾病问题为研究对象，以提高医疗卫生服务水平为研究目标。由于根植于不同的哲学文化背景，两者之间差异显著。国医大师孙光荣通过系统的对比，得出两者之间在学科属性、医疗模式、诊疗思维、发展特点、治疗特点五个方面存在较大的差异。笔者分别从这五个方面对两者之间的差异进行详细阐述。

1 学科属性

国医大师孙光荣认为中医学具有自然科学与社会科学的双重属性， 西医学则属于单纯的自然科学。自然科学与社会科学的区别主要在于四个层面的差异。一般而言自然科学的研究对象以物为主，偏于客观主义一极；其认识主体是认识对象的旁观者；其研究目的是探寻自然的普遍规律； 研究方法大多采用实证与理性逻辑的客观主义方法。 社会科学的研究对象以人与物、人与人之间的关系为主，偏于主观主义一级；其认识主体是直接参与者，认识内容明显带有主观色彩；其研究目的更多的是个别事实；其研究方法则偏向于依靠直观与体悟等主观主义方法。中医学的研究对象是处于自然社会当中的个体，但这种认识过于宽泛，且不确定，严重阻碍了人们对中医学认识的深化。中国社会科学院哲学研究所刘长林教授认为中医学是对生命现象研究的科学，笔者认同这一观点，因为现象是中医学认识人体生命运动，探索疾病的病因病机与防治方法以及疗效判定的切入点，离开了生命运动表现在外的生理与病理的征迹、症状与体征等现象，中医学的基础理论与诊疗体系将缺乏支撑。中医学是通过对生命活动的外在现象的研究来把握人体生命与疾病状态的一门科学，故说现象是中医学的具体研究对象。 西医学的研究对象为人体的组织结构及其功能。现象、组织结构及其功能都是客观对象，故中西医学从研究对象而言是属于自然学科。中医学强调医者自身的学识与理解顿悟能力，孙光荣教授倡导四诊审证、审证求因、求因明机、明机立法、立法组方、组方思路的“六步法”诊疗程序中的每一步都渗透着医者的主观色彩。 西医学的医生与研究者一般而言是整个认识过程的旁观者，其认识不带个人的专断特征，而是依据实验和设备检测的真实结果。因此，从认识主体的参与与否而言，中医学兼具社会科学与自然科学属性，西医学属于自然科学。

中西医学两者的研究目的都是揭示生命与疾病的本质规律，由此可知从研究目的层面而言，中西医学都属于自然科学。最后，从研究方法而言，中医学因采用的是司外揣内与取象比类的方法属于社会科学，而西医学采用是直观形态观察法、控制实验法与还原法等，故属于自然科学。总之，鉴于对研究对象、认识主体的参与与否、研究目的与研究方法四个层面的分析，中医学既属于自然科学又属于社会科学，而西医学则属于自然科学。

2 医学模式

国医大师孙光荣认为中医学为整体医学模式，西医学为生物医学模式或生物—社会—心理医学模式。整体医学模式指人们用整体性的观点和方法研究、认识和处理疾病与健康问题的医学模式。整体观是中医学的学科特质，其“辨证论治”与“治未病”的思维方式都是整体性思维方式的延伸。中医学的整体性思维具体的表现在人与外部自然和社会环境的和谐，人的生理和心理的和谐，人体生理上脏腑、气血、经络的和谐，这也是评判一个人健康的标准，即“阴平阳秘”。这三者之间出现了“不和”就意味着疾病的产生，扭转失和的状态，将人体恢复到阴阳脏腑气血调和，并与自然、社会环境和谐相处的健康

状态，是治疗疾病的关键，也是治疗目的。故认为中医学是整体医学模式。 生物医学模式认为每一种疾病都可以在器官、组织、细胞或生物大分子上找到形态结构的或生化代谢的特定变化，且可以确定出生物、物理、化学的特定原因，并能找到对应性的治疗手段。这一模式在传染性疾病、寄生虫病与营养缺乏病的治疗上疗效显著，但其缺陷也是明显的，即偏离了人的“完整性”，仅仅把人当作一个由各个系统、器官、组织等形态组成的机器，这也是西医学受人诟病的一大原因。随着疾病谱的改变与健康定义的完善，人们发现与心理性、社会性因素有关的疾病显著增多，而这一切又超出了生物医学模式的能力范围， 因此对生物 - 社会 - 心理医学模式的呼声越来越高。现代西医学总体上还处于生物医学模式阶段，但随着与心理、社会相关的疾病越来越多，巨大的社会需求与医学自身的发展要求将推动着医学模式朝生物—社会—心理模式、整体医学模式的转变。

3 诊疗思维

国医大师孙光荣认为中西医学拥有完全相反的诊疗思维：中医学是包容性思维，主张非定点清除致病因子；西医学则是对抗性思维，主张定点清除致病因子。医学的诊疗思维根源于其地域环境中人们的生存方式与哲学本体论思想。由于陆性地理环境、相对的文化隔绝机制、适宜的气候条件使中国古代很早就开始了以农牧业为主的生产和生存方式。农牧业的收成除了受土壤、劳动影响，还与自然气候直接相关，故古人为了农牧业的丰收必须顺应自然，同时人们也认识到一些疾病与自然气候存在着一定的相关性。为了生存，古人的生产生活必须与天相应，久而久之就形成了一种包容顺从的心态。中医学也是人们为了生存的产物，故其拥有包容性思维。中国古代气一元论的哲学本体论思想认为元气是一种混沌未开的本源之气，是世界的物质本原。中医学吸收了这一理论，认为气是生命的本原，气是构成生命的基本物质。气的运动被中医学称为“气机”，气机的升降出入正常就是生理状态，否则就是病理状态，治疗时通过对气机的调节恢复生理状态，而非清除治病因子。古希腊因地理环境与气候条件使得人们不能通过顺应自然而生存，其较为发达的航海、商业则需要发挥自己的能力与自然争生存，对抗性思维由此萌芽。古希腊人们在与自然和社会的争斗中，逐渐形成了以原子论为主导地位的自然观。原子论认为原子是一种不能再分的细小颗粒，它通过不同的排列组合形成世间万物。这种自然观对西医学的影响主要体现在西医学把人体看作是原子或元素组合成的一种物质构成，是可分解的。人体的组合发生机制决定着其解剖、分解和还原思维成为其主要的研究思路，故西医学的诊疗思维为对抗式思维与定点清除致病因子。

4 发展特点

国医大师孙光荣认为中西医学的发展特点呈现出中医学起点高、发展慢与西医学起步晚、发展快两种截然相反的状态。因为中医学是涉及多学科的复杂医学，历代中医学人才的内在要求都比较高。中医人才不仅要求能懂理、法、方、药，更要在这个基础上背诵大量的中医经典著作与方剂，要求有“上知天文、下知地理、中通人事”的渊博知识，还要求有丰富的想象力与较高的德行，故说中医学的发展起点高。中医学的发展起点高，能真正系统掌握中医理论与临床诊疗技术进而窥探生命的医家少之又少，且能窥探到生命之理的医家又不能将自己所掌握的信息完完全全保留下来，这一直是传承与发展难以突破的难题。中医学理论在两千多年的发展过程中，其基本理论、医学模式、思维方法、临床诊断方式、获取新知途径等基本上处于封闭状态，因为中医药体系

从理论到临床无需转化，在一定阶段均呈现出完满自足的状态。它只有到了疾病谱发生大的变化而原有理论无法对其进行合理解释时，才能出现理论上的突破创新，且这种创新还是建立在原有理论体系之上，是对这一体系某一方面的补充，一旦补充完毕，它又会继续呈现出完满自足的状态，因而中医学发展慢。西医学直到 19 世纪哈维创立血液循环学说才开启现代医学之门，之后通过不断吸收一切可以利用的现代科学技术成果发展自己。如通过吸收新技术成果发展出 B 超、CT、监护起搏、纤维内镜、核磁共振、导管支架、生化及分子和离子等先进技术和设备。在医学理论实践研究中不断吸收新的方法，如系统论、控制论和信息论等。在学科发展中，则通过与其他基础学科的交叉不断形成新的学科，如生物医学工程、生物统计学等。三百年来，随着观察实验技术的提高，西方医学开启了火箭式向前发展，其研究不断朝微观方向深入，现在已经发展到了分子乃至量子水平。西医学的发展从 19 世纪到现代仅三百余年，故说其起步晚，短短三百年间就占据了世界医学系统的主导地位，故说其发展快。

5 治疗特点

国医大师孙光荣认为“观其脉证，知犯何逆，随证治之”与“中和”是中医学的治疗特点；强调数据支持、临床路径、介入、干预则是西医学的治疗特点。“观其脉证，知犯何逆，随证治之”简而言之就是“辨证论治”。“观其脉证”即以“望闻问切四诊”为手段采集临床资料， 通过四诊合参获得 “主证”；“知犯何逆”，即通过“审证求因”与“求因明机”的思辨获得病机的“主变”；“随证治之”即针对“主证”、“主变”抓“主方”。在辨证过程中，先明病位与病性，其次追寻病因病机，审查身体不和的根源。在遣方用药的过程中顾护正气，顺应和激发人体“阴阳自和”能力的前提下，注意用药的“中和”。中医学的诊疗特点强调“个性化的辨证论治”和顺应“阴阳自和”达“中和”。数据的支持是西医学确诊的前提，没有数据就无法确定疾病的性质。 西医学不同于中医学的“个性化辨证论治”，而是强调“临床路径”的建立，即针对某一疾病建立一套标准化治疗模式与治疗程序，这样一方面有利于多科室医护工作人员之间的协调，另一方面可避免医生治疗方案的随意性，提高医疗的准确性与预后的可评估性。西医学的对抗性思维与还原论主张决定着“介入疗法”与“干预疗法”是其解决问题有效且安全的手段，如介入治疗因其创伤小、疗效高、可重复操作等特点对肝癌的治疗作用显著，使其成为目前公认的除手术外治疗肝癌的首选方法。

综上所述，国医大师孙光荣通过学科属性、医疗模式、诊疗思维、发展特点以及治疗特点五个方面详细地阐述了中西学文化的差异。中西医学分属于不同的医学体系，不能因为两者之间存在差异而去否认对方，而应该尽最大的努力发挥两者各自的优势，继而在此基础上寻求两者之间的共同点与交融的契合点，共同促进医学的发展，为人类健康服务。（陈元,何清湖,孙贵香,等.国医大师孙光荣论中西医学文化的比较[J].湖南中医药大学学报,2017,37(11):1181-1183.）

中医临床思维模式——中医辨治六步程式

长期以来，对辨证论治释义众多，经长期临床思考，认为辨证论治之内涵是“中医辨治六步程式”：四诊审证→审证求因→求因明机→明机立法→立法组方→组方用药。

中医究竟是怎样看病的？中医怎样辨证论治、怎样明确诊断、怎样制定治疗方案、怎样开具处方？随着“中医药振兴发展迎来天时、地利、人和的大好时机”，随着《中医药法》的颁布实施，随着中医药五大优势资源的保护、继承、开发、利用，中医药事业已步入大发展的快车道。这类问题就成为业界和社会共同关注的热点：阐明中医诊疗全过程，成为推动中医药事业发展的必然需求；随着现代科学技术进步，揭示中医诊疗思维模式的内涵，也成为巩固和提高中医临床服务水平、能力和促进中医药医疗、保健、教育、科研、文化、产业发展以及国际合作交流工作的必然需求。

中医的生命力在于有确切临床疗效，而获得确切临床疗效的前提是中医师具有中医临床思维，也就是具有中医对生命和疾病的认知方式，用以认识问题、分析问题、解决问题。这种思维模式是中医固有的、独特的、实用的，也是可复制、可传承、可推广的，这就是自古迄今中医临床应用、业界内外耳熟能详的“辨证论治”，或称为“辨证施治”。然而，辨证论治的内涵究竟是什么？辨证论治究竟是如何进行的？这一规矩值得认真深入总结、研究、揭示。长期以来，对辨证论治有众多释义，但笔者认为，归根结底，其内涵是“中医辨治六步程式”：四诊审证→审证求因→求因明机→明机立法→立法组方→组方用药。

此乃笔者临床体验的一得之愚，基于交流、请教之初衷，不揣冒昧谨奉达同道先进，尚祁不吝斧正。

中医临床思维方法源远流长

中医药学发展至今已越两千年，“这一祖先留给我们的宝贵财富”来源于中华传统文化的培植浇灌，来源于历代医家的临床实践经验，来源于先贤后学的传承创新，因而呈现博大精深的理论和汗牛充栋的文献。纵观中医学理论知识体系的产生、发展及演化进程，无论朝代更迭还是文化碰撞，中医学都在不断汲取各个历史时期的观念、文化、理论、技术的多元素滋养，其辨证论治体系都在不断自我充实、自我更新、自我壮大，其出发点都是为维系人类健康服务，其目的都是认识人体生理、病理及探索疾病的防治规律。因此，追本溯源，中医药学理论知识体系的绝大多数内容几乎都是以临床为出发点展开、延伸的。换而言之，**中医药学理论知识构建的根基来自临床，临床需求是推动其内涵外延持续发展的不竭动力。**

自《五十二病方》辑录约 100 多个病证伊始，到标志着中医理论形成的《黄帝内经》载约 240 多个病证名，到初步确立中医诊疗模式的《伤寒杂病论》六经辨证，乃至《中藏经》脏腑辨证以及后世《诸病源候论》《千金方》所载诊治的理论与方法，金元时期寒凉、攻下、补土、滋阴学派的争鸣，明代温补诸派、清代温病诸家、近代中西医学汇通医家等，都是以临床为出发点阐明独家对生命与疾病的认识观、治疗疾病的方法论以及具体的处方用药心得，都是围绕中医辨治的核心构建:理、法、方、药，都是围绕辨证与论治两个相互关联的环节。于是，明·张景岳创立以阴阳二纲，表里、寒热、虚实六变为纲领的辨证体系，为八纲辨证奠定了基础。嗣后，继之产生气血精津辨证、卫气

营血辨证、经络辨证等等辨证论治方法，直至 20 世纪 50 年代初，才正式使用辨证论治予以总结、编入教材，中医临床一直沿用至今。

中医临床思维特点司外揣内

中国古代受“身体发肤，受之父母，不敢毁伤，孝之始也”的儒家传统思想的影响，人体解剖学当然受到限制。在此背景下，历代中医只能望闻问切，只能将“天地人”结合起来对病证及其病因病机、治则治法思考、探索；毋庸讳言，人体解剖实际上是离开了生命活体的气机而进行的，没有离开生命活体的气机所产生的病证的病理与解剖所观察的结果不是完全一致的。这样，反而促使中医学逐渐形成了独具特色和优势的天人合一、形神合一的“整体观”，扶正祛邪、燮理调平的“中和观”，养生健身、未病先防的“未病观”，因时因人因地制定治疗方案的“制宜观”等中医观。

《灵枢·本藏》曰:“视其外应，以知其内脏，则知所病矣。”由于认识到脏腑与体表是内外相应的，通过望闻问切获知体表的表现，就可以揣知到体内的变化。例如，观察到嘴唇发绀、舌质暗绛，就必然可以测知心肺气滞血瘀，再结合是否胸闷、心悸或是否咳嗽气喘以及脉象是细涩还是弦紧，就可以进一步定位病在心还是病在肺。所以，《丹溪心法》曰:“欲知其内者，当以观乎外；诊于外者，斯以知其内。该有诸内者形诸外。”由于“有诸内必形诸外”，因而通过“司外”就可以“揣内”，了解疾病发生的部位、性质，进而辨析内在的病理本质变化，就可解释显现于外的症状。这就是中医临床思维的特点，即“司外揣内”。

所以，**中医临床观察和辨析的维度主要是功能的、动态的、宏观的、整体的，而不是结构的、静止的、微观的、局部的；不是“病”这一生命现象，而是“人”这一生命主体。**由此产生中医基于治“人”的思维方式、特色理论、临床经验乃至话语体系，就决定了中医思维模式的独特性。因此，中医看病，主要是凭理论、凭观察、凭思辨，有的人说是“哲学中医”“思辨中医”“象数中医”，实际上应该说是“智慧中医”。

当然，这既需要坚持中医理论的正确指导和拥有自身临床实践的丰富积累，更需要前人的宝贵经验的传承。也正因如此，所以培养中医临床人才强调“读经典、多临床、拜名师”；也正因如此，唯有强化中医思维模式，才能保有中医药学的特色优势;唯有强化中医思维模式，才能保有中华文化的基因与命脉；也正因如此，中西医结合是一条医学发展的正确道路，但从中西医理论认识的结合到中西医理论结合的认识论，从中西医治疗方法的结合到中西医结合的方法论，还有很长的路要走。

中医临床思维模式中医辨治六步程式

“医者易也”，“易”是指《易经》的“易”，意即中医是秉持辨析正邪、燮理阴阳之理济世救人的医生。究竟中医如何看病?《伤寒论》第十六条指明:“观其脉证，知犯何逆，随证治之。”这就是**中医临床必须遵循的“三确认”:“观其脉证”，是四诊合参确认“主证”；“知犯何逆”，是辨析病因病机确认“主变”；“随证治之”，是针对主证、主变确认“主方”。**而其关键又在于前八个字，“观其脉证”是辨证的切入，“知犯何逆”是审证求因的思辨。如何切入、如何思辨?如上所述，前人通过临床的不断探索总结了诸多辨证纲领，为什么没有统一的辨证纲领?是因为疾病谱的不断变化，是因为临床认知不断提升。前一个纲领已经不够用，不能合理解释新病因、新病机、新证候，才倒逼产生新的辨证纲领。

现在，人类已经进入 21 世纪，新病种不断发生，疾病谱不断演变，各种疾病的致残率、死亡率的升降正在不断变化，中医辨证必须与时俱进，应当举中医药学界的全体之力，重点创新中医健康服务之“理”，包括病因学说、病机学说等，而重点是创建中医新辨证体系，可以通过实验室研究、典型医案大数据分析、临床验证的系列方法，试行提取辨证元素，给出各元素的权重，按病种分类研究、继承、创新，建立精细化、标准化的新辨证体系。

但是，无论采用何种辨证体系，中医临床始终遵循辨证论治思维模式，其内涵是严谨的“中医辨治六步程式”。

第一步:“四诊审证”——打开病锁之钥

四诊，即中医以望、闻、问、切四种方法来了解疾病讯息，为探求病因、病机、病位、病势提供基础的过程，需要中医在临证时充分调动视觉、听觉、嗅觉及触觉来感知病人客观情况，同时通过询问患者或知情人来全面搜集相关资料，为最终做出正确判断提供依据。四诊是中医必须具备的基本功，就是靠四诊“观其脉证”。当然，X 光、磁共振、B 超、窥镜等现代科技手段，可以作为四诊的延伸，也是必不可少的。比如肿瘤等占位性病变，四诊是无法精确定位、定性的。然而，尽管现代医院有着诸多科技诊断仪器，但中医想要宏观、客观、系统地对疾病做出诊断，就不能单纯依靠现代科技检查，否则会陷入一叶障目而舍本逐末之虞。

中医前贤在四诊上付出了大量心血和智慧。自扁鹊滥觞，张仲景综合运用四诊于病、脉、证的分析，王叔和系统总结 24 种脉象，孙思邈重视望色、脉诊与按诊。宋金元时期，施发用图像形式表述脉象变化而著《察病指南》，崔嘉彦以四言体歌诀形式阐述脉理而著《崔氏脉诀》，滑寿著《诊家枢要》指出脉象变化和气血盛衰之间的关系并阐发小儿指纹三关望诊法，元·敖氏著有《点点金》和《敖氏伤寒金镜录》成为舌诊第一部专著，李东垣还提出了“神精明(即望神)，察五色(即望面色)，听音声(即闻诊)，问所苦(即问诊)，方始按尺寸、别浮沉(即切诊)”的四诊具体做法内容。明清以后，李时珍以歌诀描述了 27 种脉象而著《濒湖脉诀》，张景岳《景岳全书》、李延昰《脉诀汇辨》、周学霆《三指禅》、周学海《脉义简摩》等均对脉诊理论有着详细的阐发论述，其中张景岳所创制的“十问歌”成为经典的问诊模式；清代叶天士以舌象变化结合卫气营血辨证判断病情发展，吴鞠通以舌诊作为三焦辨证用药依据等，同时期还产生了一批如《伤寒舌鉴》《舌胎统志》《舌鉴辨正》《察舌辨证新法》等总结舌诊的著作；清·林之翰《四诊抉微》是四诊合参具体应用的重要著作，汪宏《望诊遵经》、周学海《形色外诊简摩》系统总结了望诊的内容；其后，民国时期直接以诊断学命名的著作开始出现，如张赞臣《中国诊断学纲要》、裘吉生《诊断学》和包识生《诊断学讲义》等，使四诊成为诊断学的重要组成部分。

审证是建立在四诊基础上对于疾病所搜集的各类资料进行审察总结。审证不完全等同于辨证，而是辨证的基础，就是确认“主证”。一直以来，对于证的认识有不同看法:一部分学者认为证就是证候，是症候群，是患者在某病程阶段出现的各个症状和体征；一部分学者则认为证就是证据，是有关患者发病及包括临床表现在内的各种证据。现代著名中医学家方药中先生《辨证论治研究七讲》认为证作为证据而言，是对产生疾病的各方面因素和条件的高度概括。笔者认为审证是审察总结四诊所搜集获得的关于疾病的各类证据。由此可见，第一步“四诊审证”是打开病锁的钥匙。

【案例】黄某，女，55岁，干部。2009年3月5日(农历己丑年二月初九日，惊蛰)就诊。

望诊:面色萎黄，形瘦重装，肃然端坐，精神萎靡，抑郁寡欢，默默俯视，少气懒言，烦躁不安，发枯涩，唇苍白，舌质淡红，舌苔黄厚而腻。

闻诊:气短声弱，偶有低声自语，呼气及言谈时口中有异味。

问诊:约一年前，渐起不能入睡、失眠，惊梦，懒言，淡漠，自责，伤感，烦躁；小便微黄，大便数日一行；49岁绝经，无脏躁(更年期综合征)病史，患者及家族无精神病史；体检除收缩压偏高外(140/80mmHg，其余理化检查一切正常，心、脑电图亦无明显异常改变。某西医三甲医院诊断为“抑郁症”，以奥沙西泮片、女性荷尔蒙补充疗法等治疗周效，转至某三甲中医院，收治脑病科，以重剂安神定志类等方药治疗亦罔效。追询本病发病之初是否因进食糯米之类食品而致饱胀厌食?经患者及其亲属回忆，确认上年正月元宵节进食汤圆以后数日即发病，亦未引起重视，渐次少与家人交谈，亦厌倦开会发言，日渐病深。

切诊:脉弦细且滑，掌心温热，手背发凉。

审证:气血两虚，脾胃不和，心神失养。

第二步:“审证求因”——寻求病门之枢

基于“司外”获得的患者信息审察终结，第二步开始“揣内”，探求病因。

中医学对于病因的认识早在古代就有了明确的分类，如张仲景在《金匮要略·脏腑经络先后病》中提到:“千般疢难，不越三条。一者，经络受邪入脏腑，为内所因也；二者，四肢九窍，血脉相传，壅塞不通，为外皮肤所中也；三者，房室、金刃、虫兽所伤。以此详之，病由都尽。”后世陈无择在此基础上著《三因极一病证方论》云:“六淫，天之常气，冒之则先自经络流入，内合于脏腑，为外所因；七情，人之常性，动之则先自脏腑郁发，外形于肢体，为内所因；其如饮食饥饱，叫呼伤气，金疮跌折，疰忤附着，畏压溺等，有背常理，为不内外因。”开始明确了以六淫邪气为外因，情志所伤为内因，而饮食劳倦、跌仆金刃以及虫兽所伤等则为不内外因的三因学说。至今，中医学仍宗此说区别病因。所以，中医看病不只是追究是否细菌、病毒所致，理化检查虽然能够明确许多致病因素，但理化检查提供的结果在中医看来往往是病理产物而非真正的病因。中医必须追究的重要病因是风寒暑湿燥火、喜怒忧思悲恐惊的太过与不及，但目前全世界也没有任何国家、任何人发明相应的检验仪器设备和检验方法。所以，也只能通过“司外揣内”来思辨。

审证求因是辨证的第一环节，需要的是经典理论和临床经验引导的思辨，从而找准“治病必求于本”的门径，故而审证求因是叩推病门的枢轴。

【案例】黄某(前案)

审证求因:其证为“气血两虚，脾胃不和，心神失养”，为什么能如此否定抑郁症的诊断而辨证?一是观其面色萎黄，形瘦重装，精神萎靡，少气懒言，气短声弱，毛发枯涩，口唇苍白，掌心温热，手背发凉，舌质淡红，望而知之，是气血两虚之象。二是脉来弦细且滑。节气正值惊蛰，春当生发，惊蛰主万物复苏，弦脉是应时正常之脉象，细脉则是气血不足之故，但细而滑，却不是细而涩，则可排除血瘀(冠心病之类)，痰饮、食滞、妊娠皆可致脉滑，结合舌苔黄厚而腻、呼气及言谈时口中有异味、大便数日一行，则可断为胃气不和、气滞中焦。三是经过追询，得知确实由进食汤圆起病，而且病情是由难以入睡、

到厌食、到失眠、再到淡漠沉默渐次加重。《内经》曰:“胃不和则卧不安。”四是患者 49 岁绝经，无脏躁(更年期综合征)病史，患者及家族无精神病史；体检除收缩压偏高外(140/80mmhg)，其余理化检查一切正常，心、脑电图亦无明显异常改变，则可基本排除精神病及更年期综合征。由此，从当前一切信息综合判断，可以排除抑郁症。病因明确:是“不内外因”一一食滞。

第三步:“求因明机”一一探究疗病之径

第三步是建立在确认病因的基础上明确病机。病机是疾病发生、发展、变化以及转归的机理，主要包括两方面的内容:一是疾病发生之机理，二是疾病发展、变化与转归之机理。中医学认为，人体患病及其病情发展变化的根源就是人体正气与邪气的抗争。邪正之间斗争的胜负决定了疾病发生、发展以及转归，因此中医学病机理论的核心就在于审查机体正邪相争的状况、态势。笔者体会其关键是要重视“调气血、平升降、衡出入、达中和”，要强调机体的内外形神、阴阳气血、脏腑经络、津液代谢的和谐畅达，必须注重审时度势地明辨病机。

历代医家对于病机十分重视并多有阐发。《素问·至真要大论》病机十九条执简驭繁地将临床常见病证从心、肝、脾、肺、肾五脏和风、寒、暑、湿、燥、火“六气”结合概括，对病机作了系统的阐述。同时《黄帝内经》十分强调正气在发病中的核心作用。如《素问·评热论》曰:“邪之所凑，其气必虚。”《素问·刺法论》曰:“正气存内，邪不可干。”汉·张仲景《伤寒杂病论》在《素问》及《灵枢》的基础上，结合临床实践阐述了外感病的虚实、寒热、表里、阴阳的病机变化；《中藏经》以脏腑为中心，以虚、实为纲，归纳脏腑病机；隋·巢元方的《诸病源候论》对 1729 种病候的病因、病机及其临床证候作了阐述；唐·孙思邈《千金要方》依据完整的脏腑虚实寒热病机变化进行辨证；金元·刘河间在《素问玄机原病式》中提出“六气皆从火化”和“五志过极，皆为热甚”等病机观点；张元素丰富、发展了从脏腑寒热虚实探求病机的学说，并把药物的使用直接与脏腑病机联系起来，使理法方药呈现了系统一致性；李东垣《脾胃论》治病侧重脾胃阳气升降病机，还在《内外伤辨惑论》中论述“内伤脾胃，百病由生”和“火与元气不两立”的病机；张从正《儒门事亲》论述了“邪气”致病的病机；朱丹溪在《格致余论》中阐释了“阳有余而阴不足”和“湿热相火”等病机；清·叶天士阐发养胃阴的机理；李时珍、赵献可、张景岳、李挺等对命门的论述等，都不断丰富了病机的内容。

笔者认为，在临床过程中依据病因(内因、外因、不内外因)、病位(脏腑、经络)、病性(表、里、虚、实、寒、热)、病势(生、死、逆、顺)、病理产物(痰饮、瘀血、结石等)、体质、病程等因素内容明确病机，才能进一步把握疾病动态、机体现状，最终归结为不同的证候，用以立法处方，治疗中才能有的放矢，故而“求因明机”有如探究疗病之径。

【案例】黄某(前案)

求因明机:为什么进食汤圆能导致如此复杂而沉重的病情，甚至误诊为抑郁症?这就在立法组方用药之前，必须明确病机。

《素问·逆调论》曰:“胃者，六腑之海，其气亦下行，阳明逆不得从其道，故不得卧也。”“胃不和则卧不安”，脾胃又为升降之枢纽，为心肾相交，水火交济之处，胃失和降，阳不得入于阴，而卧不安寐。由于患者原本就气血两虚，脾胃少纳难化，进食糯米之类粘腻食物，纳而不化，中焦受阻无

疑，故厌食、便难；由是，必然导致气机不畅，心神不守，渐至长期寐难，造成心神失养，加之治疗始终未能针对病因病机，而是着眼于抑郁，盲从于抑郁症的既定治疗方案，于是懒言、烦躁、淡漠等诸证毕至矣。所以，其病机是:气血两虚一食滞胃脘一脾胃不和一气滞中焦一心神失养。“求因明机”必须明晰“标本”，相对而言是:食滞胃脘为本，抑郁寡欢为标；脾胃不和为本，厌食不寐为标；气血两虚为本，气滞中焦为标；心神失养为本，少气懒言为标。

“审证求因”“求因明机”都必须运用辨证纲领，至于使用何种辨证纲领，则视病证类型和自身临床经验决定。本案按照《中藏经》脏腑辨证八纲(虚实、寒热、生死、逆顺)辨析，则是本虚标实、表寒里热、脉证相符为顺、方证对应可生。可以说，截止到“求因明机”这一步，才算真正完成了整个辨证的过程，即“知犯何逆”，抓住了“主变”，为立法组方用药指明了方向。

第四步:“明机立法”一一确立治疗之圭

在明确辨证以后，治则治法的确立就能顺理成章。治则治法是根据病机拟定的治疗方案，也是指导处方用药的圭臬，是链接病机与方药的纽带，是论治纲领。《黄帝内经》对中医临床治法提出了许多重要原则，如“治病必求于本”“谨察阴阳所在而调之，以平为期”“疏其血气，令其调达，以致和平”“阳病治阴，阴病治阳”“实则泻之，虚则补之”“逆者正治，从者反治，寒因寒用，热因热用，塞因塞用，通因通用”等。《素问·至真要大论》还针对气机变化提出“散者收之，抑者散之，急者缓之，坚者软之，脆者坚之，衰者补之，强者泻之”等；后世医家中，王冰在注释《素问·至真要大论》时提出“壮水之主，以制阳光；益火之源，以消阴翳”是治疗阴阳虚证的千古名论；金元四大家对治法也多有建树，如张子和善攻，长于汗、吐、下、消、清诸法；朱丹溪确立滋阴降火法，并主张痰郁致病，注重理气化痰；李东垣立补中益气诸法；还有明·张景岳《景岳全书》按补、和、攻、散、寒、热、固、因八法分类方剂，命名为《古方八阵》，开创以法统方之先河；此后，程钟龄《医学心悟》正式提出汗、吐、下、和、温、清、消、补八法。

笔者认为，在病机明确的基础上才能确定治法，而病机是辨证的核心，而辨证是对疾病本质的高度概括，综合反映了当时、当地某人的疾病在一定阶段的病因、病机、病位、病性、病势等各个方面。治法就是基于完整的辨证而采取的针对性施治方法，而依法组方是中医临床所必须遵循的原则，可见“明机立法”是确立治疗之圭臬。

【案例】黄某(前案)

明机立法:既然其病机是“气血两虚一食滞胃脘一脾胃不和一气滞中焦一心神失养”，是逐步递进的五个病机，相应的治法是益气活血、消食导滞、调和脾胃、通调中焦、养心安神。按照“治病必求于本”“急则治标”“缓则治本”的原则，治法应当在益气活血的前提下，首先消食导滞、通调中焦治其标，继之调和脾胃、养心安神治其本。这就决定临床分两步走，从而明确了治疗的“主攻战略”:第一步重在脾胃，第二步重在心神。

第五步:“立法组方”一一部署疗疾之阵

第五步是根据确立的治法决定“方”(俗称“汤头”)。历代医家在长期的临床实践中，经过无数临床验证，打磨出针对各种病证的“方”，就是根据治则治法将多味中药按照相须、相使、相畏、相杀的药性，按照君、臣、佐、使的结构配伍，以期最大限度地发挥方药的效能，减低或抵消部分药物的毒副作用。通过不同的制作方式，中医“方”可制成汤、膏、丹、丸、散、酒、栓、

软膏等不同剂型，统称“方剂”。张仲景《伤寒杂病论》所载方，被誉为“万法之宗，群方之祖”，是为经方，后世医家之方称为时方，当代中医的有效方称为经验方，由名医传承的经验方称为师传方。立法组方这一步，实际上就是根据确立的治则治法在相应的经方、时方、经验方中选择适合的方。首选经方，次选时方，再次选经验方。随着明机立法这一步的完成，所用方也就呼之欲出了。不论是对证的经方还是熟谙的验方，只要符合治法即可行，但一定要进行加减化裁，切忌千人一方，因为病人病情千差万别，不经化裁而生硬照搬照抄，则“执医书以医病误人深矣”，就必然失去中医个性化辨证论治的诊疗特色，也就失去了中医临床优势。因此，要力求做到“心中有大法，笔下无死方”。

笔者认为，要“师古不泥古”。经方应用，首重“三遵”:遵循经方之主旨、遵循经方之法度、遵循经方之结构。可以说，“立法组方”是部署疗疾之阵。

【案例】黄某(前案)

立法组方:根据“两步走”的“主攻战略”，第一步“消食导滞、通调中焦”的治标，有李杲《内外伤辨惑论》的枳实导滞丸，组成为大黄、神曲(炒)、枳实(麦炒)、黄芩(酒炒)、黄连(酒炒)、白术(土炒)、茯苓、泽泻；《御药院方》的导滞丸，组成为黑牵牛(微炒，取头末)、槟榔、青皮(去白)、木香、胡椒、三棱、丁香皮。上方可供选择。本案根据“明机立法”，选定《内外伤辨惑论》的枳实导滞丸。第二步，“调和脾胃、养心安神”，有《金匮要略》的黄芪建中汤(黄芪、大枣、白芍、桂枝、生姜、甘草各，怡糖)、酸枣仁汤(酸枣仁、茯苓、知母、川芎、甘草)可供选择，根据“明机立法”，本案选定黄芪建中汤加酸枣仁汤。

第六步:“组方用药”——派遣攻守之兵

“用药如用兵”，在立法组方之后，需要对所选定的方剂进行加减化裁。这一过程如同临阵点将、派兵、选择武器，要针对选定的方剂结合证候合理用药，讲究“方证对应”。笔者认为:“今人不见古时景，古人未知今时情。”现代生活，在气候环境、饮食习惯、生活方式、诊疗条件、中药品质以及病种等方面都有很大变异，临床未见有人完全按古方患病者，不同的病人也有着不同的体质，主证之外牵扯多种复杂次证，患病之后接受的治疗方式有中医、西医、中西结合医、少数民族医等等，兼证、变证层出不穷，所以决不能生搬硬套固有方药，必须临证化裁。笔者根据临床体会，提倡“中和组方”，即遵经方之旨，不泥经方用药，依据中药功能形成“三联药组”以发挥联合作用、辅助作用、制约作用，按照君臣佐使的结构组方，用药追求“清平轻灵”，力争燮理阴阳、扶正祛邪、标本兼治、达致中和，尽量避免无的放矢和“狂轰滥炸”“滥伐无过”。总之，**“组方用药”是保证整个诊疗得以成功的最后一环，一定要按照“布阵”使每一味药“胜任”，堪称派遣攻守之兵。**

【案例】黄某(前案)

组方用药:第一步“消食导滞、通调中焦”以治标，组方:生大黄 15 克，炒六曲 15 克，炒枳实 6 克，炒黄芩 10 克，炒黄连 10 克，炒白术 10 克，云茯苓 12 克，炒泽泻 10 克，佩兰叶 6 克，大腹皮 10 克，谷麦芽各 15 克，汤圆 1 枚，炒煳为引。生大黄，后下；炒六曲，包煎；枳实，麦麸炒；黄芩、黄连，酒炒；白术，土炒。3 剂，1 日 1 剂，水煎，温服。

疗效:服上方 1 剂 1 次后，大便 1 次，量多秽重，患者感胃部、腹部轻松许多；服 3 剂后，食欲增进，黄腻舌苔已净，基本能按时入睡，但乏力，仍懒言，稍口渴。

第二步“调和脾胃、养心安神”以治本，组方:西洋参 10 克，生黄芪 12 克，紫丹参 7 克，云获神 12 克，炒枣仁 12 克，肥知母 10 克，炙远志 6 克，九节菖蒲 6 克，大红枣 10 克，杭白芍 10 克，乌贼骨 10 克，西砂仁 4 克，生甘草 5 克。西洋参，蒸兑。7 剂，1 日 1 剂，水煎，温服。

疗效:服上方 1 剂后，诸症明显缓解；7 剂后，寐宁、神清、无自言自语，能赴会发言，感完全恢复，一切正常。

“无规矩不能成方圆”，上述“中医辨治六步程式”是初步总结，但实际上历代中医都在临床实践中运用，是历久而不衰的中医临床思维模式。无论接诊时间是一分钟还是一小时，只要是中医就必然在瞬间自觉不自觉地完成这六步程式，绝对不是看看化验单，根据西医诊断，以消炎、排毒、免疫、补充能量等概念配个中药方。由此可见，“中医辨治六步程式”既是中医独有的，又是中医必须坚持的。

2016 年 8 月 19 日，习近平总书记在全国卫生与健康大会上的讲话中明确指示:“要着力推动中医药振兴发展，坚持中西医并重，推动中医药和西医药相互补充、协调发展，努力实现中医药健康养生文化的创造性转化、创新性发展。”如何才能实现创造性转化、创新性发展?国家卫生计生委副主任、国家中医药管理局局长王国强同志要求中医人做到“三个坚持”，即坚持目标导向、坚持不懈努力、坚持基础和临床结合；做到“三个善于”，即善于从中医药这一伟大宝库中寻找创新源泉、善于从传统技术方法上汲取创新灵感、善于从现代科学技术中吸收创新手段。这样，才能实现“创造性转化、创新性发展”。在倡导规范化、标准化的今天，揭示和掌握“中医辨治六步程式”，能促进中医临床思路和方法的现代研究，能有望通过文献、临床、实验、计算机、大数据等研究，联合攻关，产生中医临床新模式、新规范、新标准，提高中医临床能力和水平，推动中医药事业更好、更快发展。（孙光荣.中医临床思维模式——中医辨治六步程式[N].中国中医药报,2017-05-10(004).）

国医大师孙光荣论“观其脉证”

国医大师孙光荣出身于中医世家，幼承庭训，师承名医，在临证 58 载之中积累了丰富的经验，擅长治疗中医内科、妇科疑难杂症，尤其是脑病、肿瘤、血液病、情志病、脾胃病以及带下病等疗效卓著。孙老师始终秉持中医药“以人为本、效法自然、和谐平衡、济世活人”的核心理念，治学行医既讲求正本清源，又善于开拓创新。临床上以中和思想为指导，时时强调“护正防邪，存正抑邪，扶正祛邪”；体现中和辨治特点，认为临床思辨的重点不外“调气血、平升降、衡出入”；遵循中和思想组方用药，以“三联药组”之功能按君、臣、佐、使结构组方，“遵循经方之旨、不泥经方用药”，形成孙氏系列经验方。

“观其脉证，知犯何逆，随证治之”语出《伤寒论》第 16 条，条文原为“坏病”的治疗法则，今已不限于此，因其高度概括了中医临床辨证论治的全过程，对中医诊治过程具有普遍的指导意义。其中，“观其脉证”指的是通过临床四诊合参得到患者信息的过程，强调必须尽可能地搜集较全面的症状、体征资料，为之后的中医辨证做准备。孙老师在临证之中，认为“观其脉证”其实就是中医诊法的内容，是抓四诊合参获知“主证”。对于如何抓住“观其脉证”的重点，孙老师深入研究并总结:“辨证元素记心中，四诊最重基本功。望诊本是第一诊，观其有否精气神。目鼻舌甲需仔细，闻问详参辨假真。脉探生死与逆顺，再参数据诊如神。”并对其内涵逐一进行了阐述。

1 辨证元素记心中，四诊最重基本功

为了方便记忆和应用，孙老师根据多年临床经验归纳了 20 种辨证元素，包括一般辨证元素和重要辨证元素。一般辨证元素归纳出 10 种，即时令、男女、长幼、干湿、劳逸、鳏寡、生育、新旧、裕涩、旺晦。一般辨证元素对于中医诊断疾病有很大参考价值，具体可见表 1。重要辨证元素同样归纳出 10 种，即神形、盛衰、阴阳、表里、寒热、虚实、主从、标本、逆顺、生死。重要辨证元素对于中医诊断疾病有很大帮助，临床上需精准掌握，具体参见表 2。

表 1　10 种一般辨证元素的认知方式、思辨重点及临床意义

元素	认知方式	思辨重点	临床意义
时令	每次临证前查阅、记忆	有关？无关？相应？对立？	辨识是否时病、面色是否相应、预测证候逆顺、是否按时令用药？
男女	望诊，区别伪装或特例	是否有属于性别专有的病证？	辨识本病证与面容、身形、气质、性格、步态、声音、性别相关？是否男病女脉/女病男脉？预测证候顺逆？
长幼	望诊、闻诊、问诊	相称？不相称？发育是否正常？	天癸至/绝否？早衰？因病致衰/因衰致病？是否“五迟”？
干湿	望诊、问诊	原籍？长期居住地？现居住处所？	
劳逸			

	望诊、问诊	脑力？体力？悠闲？冗繁？压力？重压？	本病证是否与生活环境有直接关系？干/湿、寒暑是否是本病的发病诱因？ 本病证是否与职业直接相关？是否与情志直接相关？
鳏寡	问诊	未婚？离异？独居？治游？	因鳏寡致病/因病致鳏寡？有否隐疾？与本病证的关系？
生育	问诊、切诊	原发/继发不育、不孕？流产？多子？	求治/求嗣？早泄/阳痿/死精？月经/白带？第一胎/多胎？早产？
新旧	问诊	新病/旧病？新伤/旧伤？病程？	与本病证相关？新病引发旧病/旧病带发新病？治疗当从新病/旧病切入？
裕涩	望诊、问诊	富裕/贫穷？医保/自费？	
旺晦	望诊、问诊	工作生活顺、逆、平？情绪良好/败坏？	既往是否过度/不及诊断、过度/不及检查、过度/不及治疗？过度/不及养生？如何纠正？ 本病证与境遇是否有关？是否与情绪有关？专治本病还是要兼调情志？

表 2 10 种重要辨证元素的认知方式、思辨重点及临床意义

元素	认知方式	思辨重点	临床意义
神形	望诊、闻诊、切诊（胃、神、根）	是否形与神俱？精气神是否充足？	先天/后天是否充足/失养？重点是在失神还是脱形？可补/可泄？ 气血盛衰、气滞血瘀，何者为根？何者为先？何者为因？
盛衰	四诊（主要为切诊）	气血盛/衰？气滞/血瘀？	
阴阳	四诊（主要为望诊）	面色、脉象、舌象、声音是否一致？	阳证/阴证？真阳证/
表里			

			真阴证？假阳证/假阴证？阳绝/阴绝？
	四诊（主要为切诊）	起病时间与日程、发病诱因、病痛所在	
寒热			病在体表/脏腑经络？当前主要是表证未除/里证未显？当前在表/里？
		发寒/发热的时间、程度、部位	
	四诊（主要为问诊）		先寒后热/先热后寒？寒热往来？有无寒战？真热假寒/真寒假热？舌苔、汗、尿意义？
虚实	四诊（主要为切诊）	神、形、证、脉、舌、便六者是否一致？	真虚假实/真实假虚？大实/大虚？应不应补/泄？可不可补/泄？
主从			厘清本病主证/从证？
	四诊（主要为问诊）	病史、证候、因果、主诉、前医诊治	明确当前主症/从症？
标本			如何解除病人当前最大的痛苦而无损神
		祛病/留人？表象/本质？急/缓？	形？在何时扶正？可否兼施？
	四诊（主要为问诊）		
逆顺			
生死		病程、证候、治疗效果反馈	是否向愈/恶化？是否失治误治？（排除医源性疾病）是否重新诱发？
	四诊（主要为切诊）		
		整体、脉象、舌象、特殊指征、得食与否	生机是否存在？确定本病决断生死的重要指征
	四诊（主要为切诊）		

中西医均有四诊，内容有所不同。西医主要是视、触、叩、听，中医为望、闻、问、切。在临床中，根据孙老师提出的 20 种辨证元素，通过对诊断知识的掌握，认真练习，稳扎稳打，才能熟练掌握四诊方法。

2 望诊本是第一诊，观其有否精气神

《灵枢·本脏》言：“视其外应，以知其内脏，则知所病矣。”望诊被列为四诊之首，《难经·六十一难》强调其重要性指出：“望而知之谓之神。”孙老师认为，形与神是上述 20 种辨证元素之首要元素，主要通过望诊获知，故判断患者的精气神状况主要观察其形和神。

2.1 观形知精气

观形是指通过望患者形体的胖瘦及体型特点、体质的强弱来诊察病情、预测疾病转归的方法。五脏合五体，形体的胖瘦强弱与气血的虚实、五脏功能的盛衰是统一的，正如《黄帝内经》云：“有诸形于内，必形于外。”

一般而言，形胖多属气虚、阳虚，形瘦多属血虚、阴虚；内盛则外强，内衰则外弱。就形体胖瘦而言，形胖者，体重多沉，体形肥圆，脂肪偏厚，头圆颈粗，肩宽胸厚，大腹便便。若肥而能食，则属于“形盛气盛”；若肥而少食，肤白无华，则属于“形盛气衰”。此二者均多聚湿生痰，故有“肥人多痰”、“肥人多湿”之说。形瘦者，体重多轻，体型瘦长，肌肉消瘦，头细颈长，胸窄平坦，腹部瘦瘪。若形瘦食多，为中焦火炽；若形瘦食少，为中气虚弱。此二者多气火有余，且阴血不足、内有虚火的表现居多，故有“瘦人多火”之说。如果到皮肤干焦、毛发枯槁、骨瘦如柴、大肉尽脱的程度，则是精气衰竭、津液干枯的危重表现。

就体质的强弱而言，体强者，身体强壮，骨骼健壮，胸廓宽厚，肌肉充实，皮肤润泽，筋强力壮，精神健旺，说明脏腑坚实，气血充沛，身体健康，抗病力强，有病易治，预后良好。体弱者，身体衰弱，骨骼细小，胸廓狭窄，肌肉消瘦，皮肤枯燥，筋弱无力，精神萎靡，说明脏腑脆弱，气血不足，体质虚弱，抗病力弱，有病难疗，预后较差。

具体而言，由于五脏合五体，故可根据皮、肉、脉、筋、骨五体的强弱反映五脏精气的盛衰。肺主皮，皮毛之荣枯疏密系于肺；脾主肉，肌肉之坚脆系于脾；心主脉，血脉之推动盛衰系于心；肝主筋，筋之濡养伸屈系于肝；肾主骨，骨之强弱系于肾。若五体受损，则如《难经·十四难》所言：“一损损于皮毛，皮聚而毛落；二损损于血脉，血脉虚少，不能荣于五脏六腑；三损损于肌肉，肌肉消瘦，饮食不为肌肤；四损损于筋，筋缓不能自收持；五损损于骨，骨痿不能起于床。”

2.2 观神知神

观神知神是指依据病人的形体、动静姿态、目态、面部表情、言语气息等，通过对神气和神志的综合观察，以判断健康状态，了解患者是否有得神、少神、失神、假神、神乱表现之一的方法。观神的内容包括神气和神志两方面。神气即脏腑功能活动的外在表现；神志即意识、思维、情志活动。得神、少神、失神、假神、神乱是神可分的五类临床表现。

精气是神的物质基础，神是精气的外在表现。《灵枢·本神》曰：“两精相搏谓之神”，神来源于先天之精，与脏腑功能及形体的关系十分密切，是人体生命活动的总体现。若气血津液充足，脏腑组织功能正常，人体才能得神，《素问·六节藏象论》言：“气和而生，津液相成，神乃自生。”若气血津液不足，神无以养，神无所依，则人体出现少神、失神、假神、神乱的表现。

3 目鼻舌甲需仔细，闻问详参辨假真

在把握患者精气神的整体状况后，还需对局部重点部位进行细致观察，局部重点部位包括目、鼻、舌、甲。

《灵枢·大惑论》云：“目者，五脏六腑之精也……神气之所生也。”《重订通俗伤寒论·观两目》亦云：“凡病至危，必察两目，视其目色，以知病之存亡也。”目诊在观神中有重要作用，并且可以预测脏腑的情况，对某些疾病的诊断意义重大。重点观察目神、目色、目形和目态。

《灵枢·五色》认为：“五色独决于明堂。”明堂即是鼻，鼻诊不仅可以诊察肺及脾胃的病变，还能判断脏腑的虚实、胃气的盛衰、病情的轻重和预后。主要通过望鼻色泽、形态、鼻内情况预知病情变化。

《灵枢·脉度》指出：“心气通于舌，心和则舌能知五味矣。”《形色外诊简摩》中说：“至于苔，乃胃气之所熏蒸，五脏皆禀气于胃。”舌象是脏腑

功能、气血津液、胃气的反映，可测知气血之盛衰、脏腑之虚实、病变之寒热、病位之深浅、病势之进退、预后之良恶，主要通过观察舌质和舌苔的变化来判断。

《素问·六节藏象论》指出：“肝者，罢极之本，魂之居也，其华在爪。”爪甲与肝胆关系较为密切，若肝胆功能异常，则爪甲会出现相应的病变，如《灵枢·本脏》指出：“肝应爪。爪厚色黄者，胆厚；爪薄色红者，胆薄；爪坚色青者，胆急；爪濡色赤者，胆缓；爪直色白无约者，胆直；爪恶色黑多纹者，胆结也。”主要包括爪甲形态、质地、色泽等，包括对指甲、趾甲、月痕部分的观察。

孙老师指出，若患者目无神，鼻煽气短，鼻枯无泽，舌薄歪颤，甲枯暗或白点斑斑，唇缩绌或淡，人中平满，大肉削减，俯首难伸，面容如泥或如煤炭，为难治病证。

望诊之后，通过结合闻诊和问诊，就能获得更为详细的临床资料，一是便于医者辨明病在何处，是在头还是在脚、是在上焦还是下焦、是在皮肤还是在内部、是在脏是在腑还是在经络等等；二是便于医者辨明病之性质，是寒还是热、是虚还是实，等等。如此，临证才能分清病证之真假，准确抓住病机之关键。

闻诊包括听声音和嗅气味，通过二者可以推测判断疾病之病位所在、辨病性之寒热虚实。《素问·阴阳应象大论》曰:“善诊者，……视喘息，听音声而知所苦。”《难经·六十一难》则明确强调了闻诊的地位，指出:“闻而知之谓之圣。”

问诊涉及的方面十分广泛，主要包括一般情况、主诉、现病史、既往史、个人史、家族史，因此要讲究方法和技巧，要有目的性和针对性。历代著作对于问诊均有论述，如“问而知之谓之工”(《难经·六十一难》)，《针灸甲乙经》云：“所问病者，问所思何也，所惧何也，所欲何也，所疑何也。问之要，察阴阳之虚实，辨脏腑之寒热。”《备急千金要方》曰：“未诊先问，最为有准”，“问而知之，别病深浅”。《景岳全书》把问诊相关内容归纳为十大方面，即后世所谓“十问歌”。(注：“十问歌”至少有三个版本：首见于《景岳全书·传忠录·十问篇》:“一问寒热二问汗，三问头身四问便，五问饮食六问胸，七聋八渴俱当辨，九因脉色察阴阳，十从气味章神见，见定虽然事不难，也须明哲毋招怨。”其次，见于清·陈修园的《医学实在易·问证诗》：“一问寒热二问汗，三问头身四问便，五问饮食六问胸，七聋八渴俱当辨，九问旧病十问因，再兼服药参机变，妇人尤必问经期，迟速闭崩皆可见，再添片语告儿科，天花麻疹全占验。”最新见于国家卫生部中医司《中医病案书写格式与要求》通知精神，改编为:“问诊首当问一般，一般问清问有关，一问寒热二问汗，三问头身四问便，五问饮食六问胸，七聋八渴俱当辨，九问旧病十问因，再将诊疗经过参，个人家族当问遍，妇女经带病胎产，小儿传染接种史，疮痘惊疮嗜食偏。”)

4 脉探生死与逆顺，再参数据诊如神

脉诊，又称切脉，如《难经·六十一难》曰:“切脉而知之者，诊其寸口，视其虚实，以知病在何脏腑也。”《难经》首创“独取寸口”的理论，此后，历代医家大都重视脉诊并一直沿用至今。

孙老师在临床的同时，还一直从事中医药文献的研究，其中，主持全国第一批中医古籍整理研究重点课题“《中藏经》整理研究”，对其影响十分深

远，认为《中藏经》具有颇高的学术价值，“实为璀璨之明珠，医家之宝典”。

《中藏经》最重视脉诊，专设“脉要论第十”篇，对脉象的基本生理功能进行了论述：“脉者，乃气血之先也。气血盛，则脉盛；气血衰，则脉衰；气血热，则脉数；气血寒，则脉迟；气血微，则脉弱；气血平，则脉缓。”并以脉象来推断脏腑的虚实寒热，如第二十四篇，“心病，……左手寸口脉大甚，则手内热赤，肿太甚则胸中满而烦，澹澹面赤，目黄也”，“心气实，即小便不利，腹满，身热而重，温温欲吐，吐而不出，喘息急，不安卧，其脉左寸口与人迎皆实大者，是也。心虚则恐惧多惊，忧思不乐，胸腹中苦痛，言语战栗，恶寒，恍惚，面赤目黄，喜衄血，诊其脉，左右寸口两虚而微者，是也”。又如第二十七篇，“胃者，……左关上脉浮而大者，虚也；浮而短涩者，实也；浮而微滑者，亦实也；浮而迟者，寒也，浮而数者，热也。”

诊脉更重要的意义是判断疾病顺逆预后、决断患者生死。凡提示“难治”、“不治”、“死”，为预后不良。如第二十四篇，“夏，心王。左手寸口脉洪、浮、大而散，曰平；反此则病。若沉而滑者，水来克火，十死不治”。又如第二十六篇，“脾病，面黄，体重，失便，目直视，唇反张，手足爪甲青，四肢逆，吐食，百节疼痛不能举，其脉当浮大而缓。今反弦急，其色当黄而反青，此十死不治也”；凡提示“自愈”、“可治”、“易治”、“生”，为预后良好。如“弦而长者，木来归子，其病自愈；缓而大者，土来入火，为微邪相干，无所害”。又如“王时，其脉阿阿然缓，曰平。……反微涩而短者，肺来乘脾，不治而自愈；反沉而滑者，肾来从脾，亦为不妨；反浮而洪，心来生脾，不为疾耳”。

由于疾病的复杂多变，故在临床过程中，必须四诊合参，不可忽视其他诊法，而以一诊替代四诊，《医门法律》言：“望闻问切，医之不可缺一。”同时，还须结合现代的检查、化验结果综合考虑，如此临床诊断方能少出差错。孙老师始终强调中医诊断的规范化，要合理利用现代诊断技术和指标，作为临床的重要参考。在 1990 年主编的《炎症的中医辨治》一书中，就创建了一个西医病名、西医诊断与鉴别诊断、中医辨证、中医治疗再加民间疗法备选的模式。陈可冀教授曾给予高度评价，认为此书“切学界之所需，扬中医之精粹，汇中西之方治，集临床之大成”。

深研孙老师有关“观其脉证”的歌诀，要能达到“诊如神”的境界，仅仅掌握望闻问切的式样是不够的，仅仅依赖实验室检查数据也是不够的，中医四诊是先进的、科学的，关键是要下苦功夫、要练就硬功夫，才能“功到自然成”：一是要熟读经典，二是要把握辨证元素，三是要掌握观察的部位和技巧，四是要辨明形神和脉象舌象真假。（叶培汉,孙贵香,何清湖,等.国医大师孙光荣论“观其脉证”[J].湖南中医药大学学报,2017,37(02):119-123.）

国医大师孙光荣论“知犯何逆”

“观其脉证，知犯何逆，随证治之”语出《伤寒论》第 16 条，条文原为“坏病”的治疗法则，今已不限于此，因其高度概括中医临床辨证论治的全过程，对中医诊治过程具有普遍的指导意义。其中，“知犯何逆”指的是通过对患者临床表现的观察分析得知证候发生变化的机制，即是洞悉疾病的病因病机。孙光荣教授在临证之中，对如何辨识“知犯何逆”素有心得，认为其实质就是辨证，并总结成为歌诀：“主证切入莫彷徨，首先明辨阴与阳。表里要辨脉与舌，寒热要询便与汗。虚实须问眠纳泄，痛问喜按不喜按。逆顺必观纳和出，生死凭脉看神光。脏腑经络与时令，新病旧疾细参详。风寒暑湿燥火虫，痰瘀郁毒食性伤。审症求因明主从，知犯何逆必显彰。”本文逐一阐述其内涵。

1 主证切入莫彷徨，首先明辨阴与阳

主证，是对疾病某一个阶段最感痛苦与不适的症状表现的概括，是中医辨证的重要依据，涵盖两方面内容：（1）某种疾病必有的症状；（2）主次相间的病证中，能够反映疾病本质的证候。

对于主证的探究，首先通过辨别阴阳来把握。阴阳无所不指，亦无所定指，是归纳病证类别的两个关键要素。 疾病的性质、证的类别及临床表现，均可以用阴阳进行概括或归类。如《素问·阴阳应象大论》言：“善诊者，察色按脉，先别阴阳。”《景岳全书·传忠录》亦言：“医道虽繁，而可以一言蔽之者，曰阴阳而已。”判别阴阳首重望诊，讲究一会即觉。对人体生理之阴阳、病因的阴阳分类、病理变化的阴阳属性均应辨识清楚。要细辨面色、声音、舌象、脉象的阴阳归类。

例如，证见面色苍白，四肢厥冷，精神萎靡，畏寒蜷卧，舌淡苔白，脉微欲绝，兼有烦热，口渴，脉大无根者多为阴盛格阳，即真寒假热证；壮热，面红，气粗，烦躁，舌红，脉数大有力，兼有四肢厥冷，脉沉伏者多为阳盛格阴，即真热假寒证。证见语声高亢洪亮、多言躁动者，多属实、属热，为阳；语声低微无力、少言沉静者多属虚、属寒，为阴。身热恶寒多属阳；身寒喜暖多属阴。浮、大、洪、滑、数脉多为阳；沉、涩、细、小、迟脉多为阴。证见冷汗淋漓，汗淡质稀，面色苍白，四肢逆冷，畏寒蜷卧，精神萎靡，舌淡而润，脉微欲绝等多为亡阳证；大汗不止，汗咸质黏，虚烦躁扰，体倦无力，舌红而干，脉细数躁动等多为亡阴证。阴阳偏盛偏衰，则人体偏寒偏热；阴阳盛衰相胜，则人体寒热往来。故辨阴阳即是辨寒热，是辨证的首要任务。孙老师据《中藏经》，以面色、身形、脉象、主诉四者为要素，以形、证、脉、气为依据，分为脏寒证、脏热证、腑寒证、腑热证 ，达到执简驭繁的目的。如肝寒证 ，“两臂痛不能举，舌本燥，多太息，胸中痛，不能转侧，其脉左关上迟而涩”；肝热证，“喘满而多怒，目疼，腹胀满，不嗜食，所作不定，睡中惊悸，眼赤视不明，其脉左关阴实”。胆寒证，“恐畏，头眩不能独卧”；胆热证，“惊悸，精神不守，卧起不宁”。

2 表里要辨脉与舌，寒热要询便与汗

表与里是相对概念，一般而言，皮肤腠理多属表，血脉、骨髓多属里；腑多属表，脏多属里；络多属表，经多属里；三阳经多属表，三阴经多属里。表里辨别可以说明病变部位的内外、病情的轻重深浅及病机变化的趋势，从而把握疾病演变的规律。

表里要重视切诊与舌诊。脉象与舌象反映病证的本质，一般不易受干扰。辨清病在体表还是脏腑，在经还是在络，当前是以表证为主还是里证为主。如证见脉浮，舌淡红，苔薄白者，多为六淫、疫疠等邪气，经皮毛、口鼻侵入机体的初期阶段，正气抗邪于肌表，发为表证；脉弦，同时寒热往来，默默不欲饮食，口苦，咽干，目眩者，所谓半表半里之证；非表证与半表半里之证者，脉沉，舌苔舌色多有变化，其范围广泛，大多为经络、脏腑、气血津液、骨髓等受病，发为里证。

寒与热是辨别病性的两个重要纲领。其中，寒有表寒与里寒之别，表寒者多为外感寒邪，里寒者多为阴寒内盛。热也有表热与里热之分，表热者多为外感之火热之邪，里热者多为阴液不足而致阳气偏亢所致。正如《黄帝内经》言“阳胜则热，阴胜则寒”，“阳虚则外寒，阴虚则内热”。

寒热首重问诊，重点询问患者的大小便情况和汗出情况。如证见小便清长，大便溏薄，无汗，同时可见面色白，恶寒喜暖，肢体蜷缩，冷痛喜温，口淡不渴，痰、涕、涎液清稀，舌淡苔白，脉紧或迟者，多因外感寒邪，或阳虚阴盛，导致机体机能活动受到抑制，发为寒证；小便短黄，大便干结，发热有汗，同时可见面赤，恶热喜冷，口渴欲饮，烦躁不安，痰、涕黄稠，舌红少津，苔黄燥，脉数者，多因感受热邪，或脏腑阳气亢盛，或阴虚阳亢，导致机体活动功能亢进，发为热证。

3 虚实须问眠纳泄，痛问喜按不喜按

虚实是辨别邪正盛衰的两个重要纲领，反映疾病过程中人体形神与正气的强弱和致病邪气的盛衰。虚为正气不足，多以“不足、松弛、衰退”为主要特征；实为邪气亢盛，多以“有余、亢盛、停聚”为主要表现，正如《素问·通评虚实论》所言：“邪气盛则实，精气夺则虚。”《景岳全书·传忠录》亦云：“虚实者，有余不足也。”

虚实情况须通过问诊睡眠、饮食以及大小便情况来确定。因这三者是人体形神状态、机体代谢的重要体现。 如证见心烦不易入睡，甚至彻夜难眠，或睡后易醒，醒后难眠，则属虚；睡眠时时惊醒，睡不安稳，或夜卧腹胀嗳气，则属实。证见食欲减退，腹胀便溏，神疲倦怠，面色萎黄，舌淡脉弱，则属虚；食欲减退，头身困重，脘闷腹胀，舌苔厚腻，则属实。证见大便量少，便稀，传送无力，或大便失禁，自感肛门下坠，则属虚；排便不爽，质黏，或里急后重，肛门灼热，则属实。 证见尿量增多，小便清长，夜尿，或小便失禁，夜间遗尿，则属虚；尿量减少，色黄，水肿，或点滴不通，疼痛灼热，则属实。

疼痛有喜按和拒按之分，一般而言，喜按者多为虚证，拒按者多为实证。虚痛痛势绵绵，痛而不满，痛而无形，喜按；实痛痛势剧烈，胀满胀痛，痛而有形，拒按。

4 逆顺必观纳和出，生死凭脉看神光

逆，即逆证；顺，即顺证。孙老师据《中藏经》而辨逆顺，判定顺逆以决断生死。《中藏经》源于《内经》而尤重脏腑疾病之辨证论治，以“形证脉气”为依据，创立“脏腑辨证八纲”，曰“虚实寒热生死逆顺”。凡阴病阳证、阳病阴证、阴阳颠倒、上下交变、冷热相乘，皆可谓阴阳病证不相符，为逆证；形瘦脉大、胸中多气，或形肥脉细、胸中少气，皆可谓形脉不相符，亦为逆证。反之，则为顺证。

逆顺可通过望诊判断，尤其注意观察进食和排便情况。饮食与脾胃功能有直接关系，而大便的排泄虽由大肠所主，但与肝、脾、肺、肾关系密切；小便

由津液转化而来，通过了解饮水情况与小便的变化，可以测知津液的盈亏和有关内脏的气化功能是否正常。据此可总体把握患者的脏腑功能与气血津液状况，从而推断逆顺。

生也者，佳也；死也者，恶也。所谓“生”，指的是病虽重而可治，或可不治自愈者。所谓“死”，系指病重难治，或虽病轻、未病而其人不寿者。生死尤其重视脉诊和望诊。通过脉象、神态、色泽情况，进一步推断生机是否存在，判明疾病的预后。如，孙老师依据《中藏经》认为脾脏脉“其脉阿阿然缓”，为正常平脉；“反弦急者，肝来克脾”，为大凶之征兆；“反微涩而短者，肺来乘脾”，可不治而愈；“反沉而滑者，肾来从脾”，病无大碍；“反浮而洪，心来生脾”，亦为正常脉象。又如，脾病“其色黄 ，饮食不消，心腹胀满，身体重，肢节痛，大便硬，小便不利，其脉微缓而长者”，为生，可治；“面黄，体重，失便，目直视，唇反张，手足爪甲青，四肢逆，吐食，百筋疼痛不能举， 其脉当浮大而缓，今反弦急，其色当黄而反青”，“脾绝，口冷，足肿，胀泄不觉者”，为死，难治。

5 脏腑经络与时令，新病旧疾细参详

孙老师认为，对脏腑进行辨证有利于抓住病机本质，从而对病变的部位、性质、正邪盛衰情况有深刻的认识。疾病的具体病理变化必须落实到脏腑上来进行定位。五脏六腑的辨证主要包括肝、心、脾、肺、肾、胆、小肠、胃、大肠、膀胱、三焦，重点辨清虚实、寒热、生死、逆顺，可以通过形、证、脉、气诊察后获得。

经络分布在全身，是人体经气运行的通道，又是疾病发生和传变的途径。就生理情况而言，经络能够运行全身气血，联络脏腑肢节，沟通上下内外，使人体各部相互协调。若外邪侵入人体，经气失常，病邪会通过经络传入脏腑；反之，若内脏病变，同样也循着经络反映于体表。对于经络，要重点把握十二经脉、奇经八脉的循行规律和病证表现。

时令与疾病的发生有着密切关联。因此，首先要考虑某疾病的发生与时令有无关系；更为重要的是，要考虑该病证的发生是否与此时令季节相应，以预测病证的逆顺，继而依据不同时令季节的特点来指导临床用药。以小儿咳喘为例。咳喘乃肺系疾病中最常见的症状之一。孙老师依据春夏秋冬的温热寒凉变化将咳喘分为 “春之咳”“夏之咳”“秋之咳”“冬之咳”。无论外感与内伤，均结合其症状的寒热虚实属性和当地四时主气特点，因时诊治，遣方用药。因小儿“脏腑娇嫩，形气未充”，易感秋燥之邪，秋燥犯肺而发为“秋之咳”，表现为咽痒、干咳、少痰、气喘，故用自拟方“地茶止咳饮”清燥润肺、止咳平喘，每获良效 。

新旧多指病程而言，病程短，多为新病；病程长，多为旧疾。“新”和“旧”是相对而言的，“新”，类似现代医学之现病史；现多已痊愈，无需再治疗。新旧的确定多由问诊而定，通过询问发病时间及其持续时间，确定病为新病还是旧疾，伤为新伤还是旧伤，是新病诱发旧疾还是旧疾引发新病，进一步明确疾病的因果，以辨明标与本，找到治疗的方向和切入点。

6 风寒暑湿燥火虫，痰瘀郁毒食性伤

孙老师认为，导致疾病的外因主要包括风淫、寒淫、暑淫、湿淫、燥淫、火（热）淫以及虫兽咬螫伤；内因主要有痰、瘀、郁、毒、食、性（指纵欲过度、滥交、交合不洁）。临床上不可不知，故在诊察患者疾病过程中当须详辨。

7 审症求因明主从，知犯何逆必显彰

对于患者出现的一系列症状，必须找到发病原因，抓住重点和主要方面，辨明主从。主者，包括两方面：一是主证，即疾病之主要矛盾；二是主症，即症状之主要方面。从者，亦包括两方面：一是从证，即疾病之次要矛盾；二是次症，或称伴发症，或称兼症，即证之次要方面。

临证须问明病史、证候、因果关系，明确主诉，前医治疗经过及治疗效果。理清本病的主证与从证，明确当前证的主症与从症。主证者当务之急宜解决，“擒贼先擒王”，及时控制病情，防止疾病发展；从证者兼而顾之，或在疾病的下一阶段重点处理。

孙老师认为，在临证中做到“知犯何逆”：一要熟练多种辨证纲领，二要熟知脏腑经络及其相互关联，三要善于运用四诊技巧，四要善于辨别阴阳、表里、寒热、虚实、主从、标本、逆顺、生死的真假。（叶培汉,孙贵香,何清湖,等.国医大师孙光荣论“知犯何逆”[J].湖南中医药大学学报,2017,37(5):465-468.）

国医大师孙光荣论“随证治之”

国医大师孙光荣，出身于中医世家，幼承庭训，师承名医，在临证58载之中积累了丰富的经验，擅长治疗中医内科、妇科疑难杂症，尤其是脑病、肿瘤、血液病、情志病、脾胃病以及带下病等疗效卓著。孙老师始终秉持中医药“以人为本、效法自然、和谐平衡、济世活人”的核心理念，治学行医既讲求正本清源，又善于开拓创新。临床上以中和思想为指导，时时强调“护正防邪，存正抑邪，扶正祛邪”；体现中和辨治特点，认为临床思辨的重点不外“调气血、平升降、衡出入”；遵循中和思想组方用药，以“三联药组”之功能按君、臣、佐、使结构组方，“遵循经方之旨、不泥经方用药”，形成孙氏系列经验方。

“观其脉证，知犯何逆，随证治之”语出《伤寒论》第16条，条文原为“坏病”的治疗法则，今已不限于此，因其高度概括了中医临床辨证论治的全过程，对中医诊治过程具有普遍的指导意义。其中，“随证治之”指的是通过患者症状、体征的表现，证候的演变.动态分析把握病因病机，明之以法，处之以方，投之以药。孙老师在临证之中，认为“随证治之”实际上就是概括了中医治法的精髓，是针对“观其脉证”获知的“主证”“知犯何逆”把握的“主变”而抓的“主方”，讲求个体化治疗。对于如何择用有效方药“随证治之”，孙老师深入研究并总结:“经方本是万方宗，方证相符立见功。时方多是古验方，究明方旨古今通。师承验方有奇效，东南西北不相同。自拟新方要有据，切勿杂揉乱糊弄。先定治则与治法，君臣佐使井然从。最忌滥伐无过者，扶正祛邪要适中。须知专病有专药，从顺其宜力更雄。”并对其内涵逐一进行了阐述。

1 经方本是万方宗，方证相符立见功

目前中医学界普遍认为，经方是东汉张仲景所著《伤寒杂病论》(宋代之后分为《伤寒论》《金匮要略》)所记载之方剂，是相对于宋、元以后出现的时方而言的。其中，《伤寒论》方113首，《金匮要略》方262首，除去重复的，共计178首方，151味药。经方被后世医家称为“医方之祖”“方书之祖”，张仲景也被尊为“医圣”。

经方是本，是源，因其组方严谨、药量精当、煎服讲究、针对性强、效如桴鼓，具有“普、简、廉、效”的特点，故后世医家大都是以经方为准绳，或直接用经方，或从经方中演变、延伸。

如何学习和运用好经方一直是中医学界所关注和探讨的问题。孙老师提倡“万方宗经，学用并行”，在学与用中及时发现问题，在问题中深化学习，在学习中思考借鉴，在借鉴中创新认识，学以致用以求临床最好疗效。历代名医运用经方有其独到的见解，对于学习和运用经方有着重要的参考价值，尤其是对名医大师运用经方验案的学习，可以起到事半功倍之效，不失为学习经方的一条捷径。

经方的核心理论是方证对应，方与证是经方运用的关键。孙老师认为，方证对应是经方制方的主要原则，讲求“有是证必用是方”，临床上运用起来既简单又有效。如《伤寒论·辨太阳病脉证并治中》言:“伤寒五六日，中风，往来寒热，胸胁苦满，默默不欲饮食，心烦喜呕，或胸中烦而不呕，或渴，或腹中痛，或胁下痞硬，或心下悸，小便不利，或不渴，身有微热，或咳者，小柴胡汤主之。”并且强调“但见一证便是，不必悉具”，只要出现其中一二主证就用该方治疗，不必等到所有症状都出现。类似这样严谨的方证对应关系在

《伤寒论》和《金匮要略》中随处可见，如“发热而呕者，小柴胡汤主之”，“呕而胸满者，吴茱萸汤主之”，桂枝汤证“汗出，脉浮缓”，麻黄汤证“无汗，脉浮紧”。

2 时方多是古验方，究明方旨古今通

经方是源，时方是流。如小柴胡汤与逍遥散，四逆散与柴胡疏肝散，伤寒三承气汤与温病诸承气汤等，脉络清晰、源流分明。时方虽是流，但也是经过反复验证的古方，既创造性地彰现了经方的特色，同时又扩大了经方的应用范围，是对经方的补充完善，临床处方时不可不重视。如医家张元素谓九味羌活汤“冬可以治寒，夏可以治热，春可以治温，秋可以治湿”，“视其经络前后左右之不同，从其多少大小轻重之不一，增损用之”。

时方多以阴阳五行、脏象、经络、运气等为核心理论，更强调对疾病病因病机的认识。特点是方剂名表示效用者多(如咳血方、枳实消痞丸、玉屏风散、当归补血汤、清络饮、清暑益气汤等)，功效经络脏腑化(如导赤散、泻白散、易黄汤、实脾散、平胃散、龙胆泻肝汤、温胆汤等)，结构较为松散，药物加减多变，照顾面较广。

无论是经方还是时方，都应强调从临床出发，为临床服务。究方义，明方旨，既对经方有扎实的基础，又对时方有足够的研究，如此才能古今相通，“经”“时”结合。

3 师承验方有奇效，东南西北不相同

由于东西南北气候不同、地域不同、民族文化差异、用药习惯不同，出现了不少验方，有些也称秘方。《简明中医辞典》解释:验方是指有效验之方药。广义上，经方、时方和专方大都是经临床验证有效者，也都可称之为验方。如苗医、瑶医、壮医、羌医、藏医、蒙医等，均形成了地区独特的医药特点；民间祖传的奇效验方，如医治蛇伤的“季德胜蛇药”、用于伤科的“曲焕章百宝丹”等；各个医家在数十年临床积累下来的遣方用药习惯，形成了其独特有效的验方，经医家本人或徒弟门人总结整理，后人继承，有些还形成了门派。

验方是许多医家和人民与疾病斗争留下来的宝贵经验，虽然有些并非名家论著，但却代代相传，屡试屡验。作为服务于人民健康事业的医者，应该多拜读医著，多拜师学习，“博采众方”，汲取其精华。

4 自拟新方要有据，切勿杂揉乱糊弄

由于临床疾病复杂多变，习得的方药可能并不符合患者的病情，《医学源流论·出奇制病论》对此深有感触:“病有经有纬，有常有变，有纯有杂，有正有反，有整有乱。并有从古医书所无之病，历来无治法者，而其病又实可愈。”故而，并非不可自拟新方。

《医学源流论·出奇制病论》指出:“既无陈法可守，是必熟寻《内经》《难经》等书，审其经络、脏腑受病之处，及七情、六气相感之因，与夫内外分合，气血聚散之形，必有凿凿可微者，而后立为治法。或先或后，或并或分，或上或下，或前或后，取药极当，立方极正。”《医学源流论·方剂古今论》云:“圣人之制方也，推药理之本原，识药性之专能，察气味之从逆，审脏腑之好恶，合君臣之配偶，而又探索病源，推求经络。”故而，自拟新方当学习前人，“取药极当，立方极正”，深入病机，考虑周全，才能游刃有余。否则只
会冒昧施治，药物杂揉，盲目堆砌，贻害无穷矣。

孙老师躬身力行，“勤求古训”，结合自己多年的临证经验，创立了以“中和”为核心的医学流派，以中和思想组方用药，以“三联药组”之功能按君、臣、佐、使结构组方，追求中药相须、相使、相畏、相杀减毒增效功能最大化，“遵循经方之旨、不泥经方用药”，形成孙氏系列方。如以小柴胡汤为核心化裁之“孙光荣扶正祛邪中和汤”，以射干麻黄汤为核心化裁之“孙光荣化痰降逆汤”，以甘麦大枣汤为核心化裁之“孙光荣安神定志汤”，以理中丸为核心化裁之“孙光荣益气温中汤”，以苓桂术甘汤为核心化裁之“孙光荣涤痰镇眩汤”等，均结构严谨，有依有据，诚可给新一代的中医临床执业者以启迪。

5 先定治则与治法，君臣佐使井然从

治则即治疗疾病的法则，是指导治法的总则。治法是在治则的指导下确立的具体措施和方法。治则在先，高度抽象，注重整体；治法在后，内容具体，针对性强。孙老师认为，治疗总则不外正治、反治、扶正祛邪、补偏救弊、因人因时因地制宜、调平阴阳、水火相济等内容。中医治法主要包括药物和非药物(如针刺、艾灸、推拿、拔罐、手术正骨、饮食、气功、五禽戏、八段锦、太极拳等)手段。此处仅言方药。

方从法出，法随证立。治则与治法是沟通疾病证候与方药之间的桥梁，故而，要使投出的方药直达病所，就必须先确定使用什么治疗原则、采用何种治疗方法。“随证治之”的最终目的也即是确立针对性的治疗方法，既考虑原来的治疗方法，又重点考虑变化的病证，两相兼顾，从而确立治则与治法。《医学心悟·医门八法》高度归纳总结前人经验，明确提出治疗八法，曰:“论治病之方，则又以汗、和、下、消、吐、清、温、补八法尽之。……病变虽多，而法归于一。”

药有个性之专长，方有合群之妙用。方剂具有多成份、多环节、多途径、多层次的综合协调作用，使其治疗范围较广，可弥补单味药物治疗势单力薄的缺点，并能调和药物的毒性，避免或减少不良反应。

方剂的组成有一定的法度，应按照“君、臣、佐、使”的组方原则。《素问·至真要大论》云:“主病之谓君，佐君之谓臣，应臣之谓使。”方中的主药喻之为君，辅助药喻之为臣，中和调节药喻之为佐，引经入络药喻之为使。《神农本草经》进一步补充:“药有君臣佐使，以相宣摄合和。”一般处方用药多在四种以上，均按此四项配伍，即使少于四种药或多至二三十种，亦不能离此法则。否则漫无纪律，方向不明，即前人所批判之谓为“有药无方”。

6 最忌滥伐无过者，扶正祛邪要适中

大道至简，“邪正”而已，邪与正的关系既对立又统一，正如《素问·通评虚实论》所说:“邪气盛则实，精气夺则虚。”“正气存内，邪不可干”(《素问·刺法论》)，正能胜邪则病退；“邪之所凑，其气必虚”(《素问·评热病论》)，邪盛正衰则病进。

扶正和祛邪的关系既相反相抑，又相辅相成，是辨证的统一。虚宜扶正，使正气加强，以抵御和驱逐病邪，正足邪自去；实宜祛邪，使邪气祛除，以减少对人体正气的侵犯和损伤，邪去正自安。若虚实混杂，单纯“扶正”，恐助其邪，使邪益盛；单纯“祛邪”，虑其虚证，犹恐诸病蜂起，故“扶正”“祛邪”双管齐下方为上策。或扶正以达到祛邪之目的，或祛邪以达到扶正之目的，或两者并行兼施以达到双向调节之良效，使机体最终达到“阴平阳秘”的和谐状态。但切记要以“中和”为度，莫好大贪功，反致滥补、滥伐。《医学

源流论·用药如用兵论》就曾针对滥用药物的情况，警示后人说:“兵之设也以除暴，不得已而后兴；药之设也以攻疾，亦不得已而后用。”孙老师强调“中和”，其意在此。

7 须知专病有专药，从顺其宜力更雄

专病专方是对疾病全过程的特点与规律进行概括与抽象，抓住核心病机进行论治，是专门针对某种疾病有独特功效的方药，如《兰台轨范》所言:“一病必有主方，一病必有主药。”专病专方是辨证论治的升华，因专病专方最开始也是辨证论治过程中提炼的，故形成“专病专方”后也就发展和丰富了辨证论治的内容，并没有背离其精神。实际上，专病专方与辨证论治就是辨病与辨证的关系。

专方主要针对三种情况:疾病名、主证、理化检查的阳性结果，具有可重复性、专门化、标准化、规范化的特点。如消痹丸治淋巴结核、四神煎治鹤膝风、黄芪桂枝五物汤治血痹、小建中汤治胃痛、千金苇茎汤治肺痈、强肝汤治慢性肝炎、加味活络效灵丹治宫外孕、青蒿素治疟疾、雷公藤治类风湿病等。然这种一方一病、对号入座的做法显然有其局限性，故岳美中教授指出:“中医治病，必须辨证论治与专病专方相结合。”任应秋教授也曾说:“所谓专病，也并不是孤立静止的，是变化和运动着的。所以在专病专药的运用中，若不注意先后的阶段性，不顾轻重缓急，一意强调固定专药，也是不对的，较妥善之论治是与辨证相结合的。

“从顺其宜”的治疗思想是孙老师据《中藏经》最早总结而来的，如《中藏经·论诸病治疗交错致于死候第四十七》曰:“大凡治疗，要合其宜。”《中藏经·水法有六论第十五》曰:“病者之乐慎勿违背，亦不可强抑之也。如此从顺，则十生其十，百生其百，疾无不愈矣。”《中藏经·火法有六论第十六》亦曰:“温热汤火，亦在其宜，慎勿强之。如是则万全万当。”

具体说来，“从顺其宜”就是治疗手段要合其宜、用药组方精当合宜、给药途径要合其宜，一切要因时、因地、因人而宜，才能达到疗效力雄的目的。

深研孙老师有关“随证治之”的歌诀，要能达到“力更雄”的境界，仅仅照搬经方是不够的，仅仅依赖师门或自己的经验方也是不够的，中医“随证治之”的方法是先进的、科学的、丰富多彩、效验如神的，关键是要有真功夫:一是要遵从并牢记经方，二是要储备师门和多家验方，三是要遵循“中和”思想而精准确定治则治法，四是要善于因人因时因地制宜。（叶培汉,孙贵香,何清湖，等.国医大师孙光荣论“随证治之”[J].湖南中医药大学学报,2017,37(07):700-703.）

国医大师孙光荣临证思想初探

孙光荣教授，幼承庭训，师承名师，浸淫中医六十余载，勤求古训，熟稔经典，以传统文化核心概念——“中和”思想为基，融中医辨证论治于一体，尚中贵和，用药以轻灵取胜，善以经方化裁新方，医术精湛，妙手杏林。医病之余，勤于思索中医发展前程，以中医源泉不竭为己任；且谨遵“上医治国”之古训，携中医辨证论治之理，辑释习近平总书记重要讲话，彪炳其治国理政之思想，探求“医人、医国”之理。笔者崇敬之余，现将其临证思想简而述之，以飨同道之士。

1 洞中肯繁　燮和天下

作为当代国医大师，孙老推陈出新、继往开来，思考中医可持续发展，创中医现代远程教育之先河。且与时俱进，辑释习总书记系列重要讲话，熔铸中医观，弘扬“上医治国”之精神。为医治病，尚中贵和，临床辨治提出“中和思想、中和辨证、中和组方”，创立中和医派。遣方用药，撷古采今，以对药、角药为基，创造经方化裁应用模式，运筹帷幄，形成孙光荣系列经验方。同时为正本清源，解读《中藏经》，揩拭中医尘封明珠，共享医道志士。未病养生，倡导“合则安”，以“上静、中和、下畅”为要。大医精诚，提出培养新名医要达到明志、明德、明理、明术、明法、明业之“六明”的要求，被中医药学界誉为一代“明医”。

“人者，上禀天，下委地，阳以辅之，阴以佐之。天地顺则人气泰，天地逆则人气否。”此句源自《中藏经》，为《黄帝内经》“人与天地相应”思想的延续。《中藏经》上承《黄帝内经》《难经》之旨，创脏腑辨证体系之架构、发展三焦辨证，下启后世易水、“重阳”思想，兼论诸家，卓识独见，是一部有较高学术价值的医学文献。孙老响应国家中医管理局正本清源、续脉延命的古籍整理工作号召，为促进中医药学的继承创新，辨章学术，考镜源流，解读《中藏经》。针对《中藏经》晦涩古奥的文字、真伪杂揉的内容，提出以“直译”、“据文析理”、“提炼要旨”三法解读、透析其原文。孙老认为“医籍传世与否，自首重学术价值”，特此考究《中藏经》内蕴学术思想，著述《中藏经校注》《中藏经语译》，指出《中藏经》以“天人相应”为指导，病机为“阴阳否格、上下不宁”，以“寒热虚实生死逆顺”为辩证八纲，倡导“调平阴阳、水火相继”，此类论证丰富了中医药理论体系，为中医临证实提供指导，为延续中医命脉，传承古籍做出突出贡献。

纵观世界形势，为永葆中医源远流长，孙老融互联网时代潮流，以前瞻性的眼光、超前的创新意识提出利用数字化学习构建中医继续教育，创中医现代远程教育之先河。他提出，“21 世纪发展中医药事业……关键在于创新”、“未来中医药网络教育一定是具有主动性、趣味性、便捷性、经济性、可持续发展这五性缺一不可的培养人才的途径。”即使中医药在职人员得以通过继续教育获得学历，保证他们的临床学术如有源头活水，时有创新。网络教育形式突破了传统面对面授课方式，发挥了互联网优势，突破时间与空间的限制，更大程度的传播了中医药知识，此举推陈出新、继往开来。孙老亦通过讲座、科普及写作，亲自担任“全国优秀中医临床人才研修项目”班主任，普及中医药知识，充盈扩大中医队伍，储备人才，推动中医药事业发展。

近年来，深谙中华传统文化的习近平总书记在讲话中屡屡引用中医术语，论治国理政，中医药人倍受鼓舞。孙老以古稀之年，在论医治病之余，潜心研读习近平总书记系列重要讲话，领会其讲话的精髓，辑释熔铸其中医观部分，

提出“继承创新是提升中医药服务能力的根本方略”，从打开中华文明宝库、开发中医药旅游资源、促进中医药海外发展等方面具体阐述。文章引经据典，思考深邃、理解透彻，诠释了总书记讲话中提及中医药时的内涵，阐述了“中医大道”“上医治国”的深意，遵循了“修身治国齐家平天下”古训。既帮助中医药从业者从国家大局深刻理解中医价值，同时助力推动中医药作为国家战略，凝聚了全社会对中医药的共识。

2 胸中甲兵　调和阴阳

遇疑难杂证，孙老主张先望其形神，察其阴阳气血升降出入，调之使其平。临证治病，病情多变，疑难杂症不在少数，他强调“心中有大法、笔下无死方”。主张以治则为要，调阴阳、和气血、平升降、衡出入、达中和。法则之下，用药尤精，讲求“用药如用兵”。处方用药，以“清、平、轻、灵”取胜，药精量小，君臣佐使井然有序，以灵动为要，讲究阴阳相配，动静结合，升降互动，喜用“对药”“角药”似调兵遣将，以“知人善任”为准，贵乎精巧，以求用药的平稳与“中和”，讲究“中病即止”，以防“滥伐无过”。其中，对药为两药相伍，角药为“三联药组”相配，与老子所谓:“道生一，一生二，二生三，三生万物”相合相应，孙老以“中和”为道，讲究“和生万物”，以“中和”思想为指导；两药为对，互通互用，相辅相成，阴阳表里相配，动静升降结合，共同进退，发挥重要辅助作用；三药相配为角，具有“三足鼎立、互为犄角”之势，“三生万物”，三药互为配合、互为牵制，动态调和，共奏“扶正、祛邪、辅助”作用，为验方之根基。孙老上通晓《灵》《素》，下涉猎百家，善以经方化裁新方，因人因时因地制宜，“师古不泥”，研制十个孙光荣化裁经验方，临床多有奇效。

阴阳乃万物之本，阴阳失和，则百病乃生，《阴阳大要调神论第二》谓之:“阴阳平，则天地和而人气宁；阴阳逆，则天地否而人气厥”。孙老感于此，临证治病，以调和阴阳为根本大法，即所谓“治病必求于本”，而调其阴阳盛衰，以和气血为重点，一贯主张“气血中和而消百病”，使其升降畅通，瘀滞消散，共奏“阴平阳秘，精神乃治”的平和状态。

3 执两用中　和而不同

古之人，以中和为大法，荀子言“万物各得其和以生”，“和”的最高境界就是“万物并育而不相害，道并行而不相悖”。孙老以“中和”为中医的核心灵魂，创中和医派，认为百病乃气血失和之症，论医治病“持中守一”，将传统文化精髓与中医理论相结合，主张“调气血、平升降、衡出入、达中和”，认为中和是人体阴阳平衡稳态的基本态势，是中医临床遣方用药所追求的最高佳境。孙老求医之旅，先研李东垣补脾之法，后承袭朱丹溪滋阴之说，融会贯通，遂形成尚中贵和的理念。临证治疗以和法为要，寻求阴阳平衡，防止疾病转化，“以中和理天下”，“以中和养其身”，掌握万物发展变化的分寸，消除疾病的主要矛盾，将“中和”作为一种无所不包的宇宙整体，渗透于中医辨证论治中，“执两用中”，达到“致中和，天地位焉，万物育焉”的状态。

《素问·经脉别论》有言:“诊病之道，观人勇怯、骨肉、皮肤，能知其情，以为诊法也。”明形体，对疾病的判断具有重大意义。“得神者昌，失神者亡”，神乃精气血脏腑之外现，察神可以了解人气血津液之盛衰、脏腑之强弱。孙老在临证之中，以形与神的辨识为重，倚此为纲，明大义，立大法，遣方用药，有“腹内藏经史，胸中隐甲兵”之能。中医诊病，讲究“四诊合

参”，在诊疗过程中，以《中藏经》“寒热虚实死生逆顺”的脏腑辨证为纲，总结出盛衰、主从、标本、逆顺、生死等 19 种其他辨证要素，以这些辨证要素为兵为甲，明析疾病之浅深，将患者情况了然于胸，做到遣方如神。

4 大中至正　心平气和

养生之道，中医推崇天人合一，形神俱备。《黄帝内经》曰:“法于阴阳，和于术数，饮食有节、起居有常、不妄作劳”，意思是要顺应规律、阴阳中和、保健方式适宜，以此养生。孙老养生思想与之相应，认为“养生并不要求立竿见影，而是要求日久见功，中医养生讲求合则安，身心舒畅、天地人和。”其养生观强调“上静、中和、下畅”，认为“静心是养生的核心”，以中和为本，自创了养生十法。孙老把中医养生分为六个层级:德、道、学、法、术、器。谓:“养生之德引领养生之道，养生之道主导养生之学，养生之学统领养生之法，养生之法指导养生之术，养生之术选择养生之器。”在他看来，中医养生以养德为先，以合为安，保养精气神才是养生正道，人应法于天地，顺应自然，食养、药补仅是养生之术。

孙老养生除了注重“静心”、“中和”，还将家传养生之法进行实践创新，自创“养生十法”，效果卓著。如:提肛兜囊可壮腰健肾、刷牙叩齿可健齿瘦身、转睛明目可美目提神、书凤健颈可防护颈椎等等。这“养生十法”乃孙老从家传心法之中领略体会所得，自成风格。同时，他还自创一套“九九自振养生操”，运动全身脏腑经络，益气活血，有延年益寿之功。孙老认为，中医养生的目的就是要追求“康乐美寿”，即健康、快乐、美丽、长寿。这一养生理念与当代社会压力巨大、人心浮躁的社会环境相应，老少皆宜，利于养身长全，保持身心体健。

综上所述，孙老为医治病，尚中贵和，有妙手回春之功；医教一体，开拓创新，有启示后辈之能；上医治国，辑释讲话，有医人医国之思；大医精诚，明医明德，有仁心仁术之怀；未病养生，静心中和，有养生长全之效。笔者希望通过对孙老临证思想之总结，为中和思想之发扬尽绵薄之力，吸引更多同道志士，共同推动中和医派的不断发展壮大，发扬中和为本、治病救人的理念，勤求中医之精髓，促进祖国传统医学在新的时代背景下欣欣向荣，为中医药事业的发展做出更大贡献。（谭林林,陈威,王俊峰.国医大师孙光荣临证思想总结[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(04):70-72.）

国医大师孙光荣教授论中医临床医学“六难”

孙光荣教授是国医大师，国家级名老中医，主任医师、研究员，现为北京中医药大学教授，是享受国务院特殊津贴的著名中医临床家和中医药文献学家。孙老指出当前中医临床医学面临“六难”的困境，现就孙老有关中医临床医学“六难”的论述具体介绍如下：

1.诊断指标难以自身客观化、精细化、标准化

中医认识疾病和治疗疾病的基本原则是辨证论治，证候是辨证论治的核心内容，也是中医立法处方的依据。目前“微观辨证”以微观指标认识与辨别疾病的证候，为中医辨证治疗提供一定客观依据，如肺通气功能损害纳入了肺气虚证的诊断标准。此外，纤维镜、影像学等微观检测手段对中医辨证的客观化有一定的帮助，但“微观辨证”由于本身的局限性、机械性和专一性等缺点也影响了中医辨证的准确性。如 CRP 是急性胰腺炎患者常见的实验室异常指标，但同时也是冠心病患者常见的实验室异常指标，据报道不稳定型心绞痛患者中医证型形成的物质基础可能与 CRP 有关，这说明在“微观辨证”研究中仍存在中医证候规范化、客观化、精细化缺乏统一标准，且研究指标大多缺乏特异性。孙老认为，中医四诊所收集的都是人体上的模糊、笼统信息，不是一般定量标准所能确定的，所以这些所谓微观指标很难成为“客观指标”。中医学是整体医学模式，是整体观念指导下的辨证论治，其诊疗思维采取包容式思维，侧重于辨证病因及分析邪气、正气的盛衰变化，通过扶正祛邪、补偏救弊使机体恢复健康。因此，孙老认为，中医临床医学诊断指标难以自身客观化、精细化、标准化。

2.临床路径、治疗方案难以规范化、标准化

以循证医学证据和指南为指导的临床路径，可以起到规范医疗行为，避免随意性，降低成本，进而提高临床治疗的准确性、提高医疗质量的作用。传统中医药和临床路径相结合便产生了中医临床路径，中医临床路径是中医药管理部门为了规范中医院诊疗行为的一种标准化诊疗方法。虽然通过几年来推广中医临床路径，中医临床路径在规范中医药临床实践、提高医疗质量、缩短患者住院时间、控制医疗费用、突出中医药特色诊疗等方面确有重要作用，从而促进了中医临床优势的发挥。但孙老认为，中医药学具有系统的理论与技术方法及具有个性化的辨证论治，由于中医临床在一定程度上具有多样性和主观性的特性,使中医辨证的不确定性特征更加突出,标准相对很难统一,这也是导致中医的临床疗效很多时候难以重复、评价困难的原因之一。此外，病人不完全按临床路径得病，如有些患者经入院治疗后，中医的某些病种或病证有时会发生变化，中医治疗主要是辨证论治，强调因人而异，主张进行个性化的治疗，且有中医药学术争鸣的特点，中医临床路径又如何能将其统一呢？任何一个病究竟应分为哪几种证型？此外，临床上还会出现“标准化”之外的证型，故临床路径难以规范化、标准化。

中医的生命力在于临床疗效，临床疗效又与治疗方案密切相关。中医药要走向世界，其中首先就是要进行中医药规范化治疗方案的研究。然而中医四诊信息中如脉象的客观信息，有时同一个病人不同的大夫切脉可能会得出不同的脉诊报告，然后据此拟定不同的治疗方案。而中医学的治疗特点则强调辨证论治及随证加减。由于辨证过程采集的都是人体上的模糊、笼统信息，中医证候的相关信息大多无法用确切的数据定量描述，缺乏客观的、统一的规范和标准，故孙老认为，中医治疗方案难以规范化、标准化。

3.治疗方剂难以格式化，剂量难以标准化

方剂是在辨证审因、确定治法后，选择两味及其以上的中药按配伍原则组合而成，共同发挥治疗作用，用以治疗疾病的主要工具之一。方剂讲究“君、臣、佐、使”的配伍原则，君药依据药物的功效针对主病或主证起主要治疗作用；辅助君药加强治疗作用或治疗主要兼病、兼证的药物作为臣药；佐药是佐助君臣药，或监制君臣药的毒性，缓和药性，或反佐君臣药；引经药或调和药则为使药。如《王氏医存·古方用药之妙》云：“立方之妙，多是以药制药，以药引药，非曰君臣佐使各效其能不相理也。”在确定方剂的君臣佐使药后，应考虑中药方剂的配伍方法，如散法和收法、温法和清法、攻法和补法等。另外，还应考虑气味厚薄、五气以及配伍环境、配伍的技巧、炮制的方法和剂型的选择，如此才能配伍出符合病情的方剂。故孙老认为治疗方剂难以格式化。

中药是方剂的基础，方以药成。药有个性之专长，方有合群之妙用。而中药剂量的多少更多的是前人经验的总结以及自身的临床体会。药物的用量不但是方剂的重要组成部分，同时也影响临床疗效。临床有时辨证立法准确，但由于中药剂量运用不当，却收效甚微或治疗失败。中医不传之秘在于量，只有中药剂量运用恰当，才能确保方剂疗效和用药安全。方剂由药物构成，药物用量是方剂配伍的灵魂，方中各种药物剂量的变化会使方剂的功能、主治发生变化。研究表明，某味中药在处方中如果相对剂量高，越有可能成为该方的主要药物，而某味中药是否为该方的佐药或使药与相对剂量无关。且一些名老中医如李可、何复东等，临床疗效显著，然而临证用药具有剂量偏大、喜用重剂、超出常规的特点，故剂量难以标准化。

4.临床用药难以优选

中医临床治病用药，只有针对不同的病因病机，使用相应的药物，达到“中和”的用药法度，才可通过祛除病邪，或扶助正气，或协调脏腑经络功能，纠正阴阳的盛衰，使机体重建或恢复其阴平阳秘的和谐正常状态，才能使病情得到“中和”而痊愈。临证处方，为适应特殊疾病的治疗需要，针对主症，兼顾次症，尽量选用一药多效的药物。如制何首乌具有补肾养血、安神通便之功效，心血管疾病伴失眠大便干燥者尤宜选用。根据临床的治疗需要，随时加入针对性较强的“对药”于处方中，以提高临床疗效。孙老倡导中和，临证擅长使用对药、角药，“对药”如墨旱莲、女贞子同用，可以增强补肝肾、滋阴精、乌须发的功效；酸枣仁、炙远志同用以滋养阴血、交通心肾、增强宁心安神作用；角药如人参、黄芪、丹参同用，彰显了孙老“重气血、调气血、畅气血”之基本临床思想。临床还需专药专病类药物如漏芦通乳、射干开咽、菖蒲宣窍等。此外，临床运用中药，须注重药物炮制，注重同一药物的药效部位，注重对同名药物的辨析使用，故中医临床用药难以优选。

5.临床疗效的评定难以客观化、标准化

中医学历经千年而不衰的原因是由于中医具有良好的临床疗效。孙老认为，在长期的临床实践中，中医形成了认知健康与疾病的整体观、调治健康与疾病的中和观、预防疾病与维护健康的未病观、关注个体的健康与疾病的制宜观等诊疗核心理念，传统的中医临床疗效评定方法是以经验为主，常常以患者的临床症状及舌象、脉象等一系列指标作为依据，往往根据个人经验来判定疾病的向愈与否，通常以某一疾病症状的改善、消失作为判定临床好转、痊愈的标准。目前，中医药临床疗效的许多个案报道及临床病例的疗效总结，其疗效评价的方法不但主观性强，而且缺乏统一标准，其研究结果往往没有可比性。

由于中医存在着疗效评价标准不统一、以替代评价指标取代结局评价指标以及用“证”评价疗效的科学性不明确等问题，或盲目借鉴西医疗效评价方法用同一评价标准对中医药进行疗效评价，则难以反映中医自身的特点和优势，故中医临床疗效评定难以客观化、标准化。

6.中医药学难以国际化

中医药学，是以天地一体、天地人和、和而不同的思想为基础，经过数千年以亿万计的人为载体的临床诊疗经验积累的医学科学，有着深厚的中国古代文化基础。中医具有整体观的优势，以及辨证论治的诊疗特点。目前许多学者大力提倡中医“标准化”，认为中医“标准化”是中医现代化的必然之路，中医“标准化”可以解决中医与国际接轨的问题。孙老认为，中医的标准化应该是在临床实践中渐渐形成，约定俗成、公认推行。由于目前中医诊断指标难以自身客观化、精细化、标准化；临床路径、治疗方案难以规范化、标准化；治疗方剂难以格式化，剂量难以标准化；临床疗效的评定难以客观化、标准化，因而就目前来说中医药学难以国际化。至于中医与国际接轨的问题，孙老认为，中医独具特色优势，不应是中医模仿西医、做套西医化的标准，送出去与国际接轨，而应该国际主动想方设法找来与我们接轨。（黎鹏程,何清湖.国医大师孙光荣教授论中医临床医学“六难”[J].湖南中医药大学学报,2017,37(11):1173-1175.）

国医大师孙光荣教授论“新一代中医临床骨干必须做到四精”

中医是中国的国粹，博大精深，中医药治病体现了“效、简、便、廉”等特点，人们需要中医，更需要发展中医，强大中医。而发展中医的关键是中医药人才，强大中医药人才队伍是做强中医药事业的根本。因此，培养中医药人才，培养中医临床骨干人才刻不容缓，任重而道远。现在各中医高校、医院也非常重视中医药人才的培养，纷纷制定出 5 年培养中医骨干人 500、1000 名等计划。那么到底怎么样培养中医临床骨干人才，怎样更高效率培养中医临床骨干人才，中医界同仁均积极探索。国医大师孙光荣教授也为之殚精竭虑，寻求有效之方案，提出了中医临床骨干人才“四精”之培养方案。

1 精读经典，一本垫底旁通诸家

国医大师孙光荣教授提出中医临床骨干人才第 1 点要做到“精读经典”。“工欲善其事，必先利其器”，中医学子要枝繁叶茂，必先扎实基础。中医经典之作乃中医学之根、之魂、之宝藏“。自古名家出经典”“读经典，做临床”是大多名医大师成才之经验，历代著名医家大都依靠精晓经典而获得成就。蒲辅周老前辈因治疗病人有有效者，亦有不效者，毅然决然停诊，闭门熟读 3 年经典，并反复揣摩、研思，之后临证得心应手，治病疗效卓著，最终成为屈指可数的国医大师而传为佳话，也足以说明致力于研习经典著作之重要。中医经典精义深奥，倾心研究，刻苦钻研，必有“心悟”。然中医经典之作颇多，有大家熟悉的《黄帝内经》《伤寒论》《金匮要略》《温病条辨》《难经》《本草经》等，亦有不为大家熟悉之经典著作，如《中藏经》《删补名医方论》等，它们都是历史文化之沉淀，医家宝贵经验之结晶。而一个人一生的时间和精力非常有限，以有限的时间和精力挖掘所有中华文明几千年的文化宝藏，最终可能忙忙碌碌而无一为精。因此，孙老进一步提出“精读经典，要一本垫底而旁通诸家”，只能有选择的去挖掘，去研究，重点选择某一个领域研究，找到一本最适合自己的经典医书，《医宗金鉴》可以，《伤寒杂病论》也行，重点研究，研究深，研究透，在此基础上触类旁通，博览群书，要法于经典，采撷各家，最终总结出自己的学术思想，以最有效的方法，最短的时间达到中医学术研究成功之彼岸。孙老一生致力于《中藏经》的研究，并成为“中和医派”的创始人，与他在“精读经典，要一本垫底而旁通诸家”思想指导下的科学研究是密不可分的。

2 精通临证，一科独秀旁通诸证

孙光荣提出中医骨干人才第 2 点要做到“精通临证”。中医的生命力在于临床，中医是一门实践性很强的学科，高于临床同时又指导临床实践，实践出真知，中医没有临床实践很难体会其中之奥妙，只有加强临床实践，才能对中医有更深入的认识和理解。纵观历代名家成长之路，无一不是在临证中摸滚、跌、爬，用心去体会，总结经验，精通临证而功成名就，如国医大师李振华 17 岁随父从侍诊到试诊、试方再到独立诊病，从医 60 余年，刻苦钻研，精心临床，行出真知，名扬内外。周仲瑛十几岁涉猎群书，经常跟父出诊，不到 20 岁就亲临临床，不论亲疏，不避污秽，终成大家，如此之例，不胜枚举。名家李辅仁先生总结自己的成才之路，提出“中医学是实践医学，晦涩抽象的中医学理论只有在病人身上，在临床实践中才会变得异常灵动与直观”之观点，名老中医贺本绪先生也提出“学贵有恒，实践第一”之感慨。“做临床，重临床，多临床”是中医人才一贯遵循的信念，中医必须回归临床，临床实践是中医药人才必备的技能，中医骨干人才必须要精通临证。中医药人才也逐渐意识到临

床的重要性，并逐渐加强中医临床，理论联系实际，注重治病，勇于实践。然随着时代的发展，中医临床分科也越来越细，如中医内科、中医妇科、中医外科、中医儿科等等，这种分科从某种程度提高了专科的整体治疗水平，但又往往忽略了中医的整体观特点，以及人的社会性和整体性，故孙光荣教授提出中医临床骨干“精通临证，要一科独秀旁通诸证”，作为中医，思维不能局限于局部，精通本科的同时，要旁通诸证，中医本身就是一个大内科，要能运用中医辨证论治的思维诊治他科之疾病，要有扁鹊到邯郸即为带下医，过咸阳即为小儿医，过洛阳即为耳目痹医之精湛技术，方为上医。

3 精研师学，一师全承旁通诸派

孙光荣提出中医骨干人才第 3 点要做到“精研师学”。现代中医药教育，院校教育已成为中医药教育的主体，教学内容全面、规范，课程也已形成体系，并实行了专科、本科、硕士、博士等不同层次的教育，也是适应不断发展的各层次医疗、科研、教学单位的需要。但由于院校教育学生学习主要以课堂教学为主，背书本、记感念、应付考试是他们的主要方式，就是有一点临床机会，由于场地、教师等资源有限，大都是走走过场，学生并没有真正接触临床，所以，一到临床，学生不能适应，临床操作能力差，或者不敢临床操作。这样，在一定程度上会打击中医药学子的临床信心。师承教育在几千年的中国医药学发展长河中，师徒传承的师承教育是培养中医药人才的可靠模式。师承教育的最大优势就是以临证贯穿于教学过程的始终，能因材施教，步骤缜密，学生在每天随师侍诊的过程中把课堂的理论与师傅的临床经验逐渐融合，更深刻理解理论，扎实功底，并逐渐验证中医理论的可行性，优越性，从而提高中医临床能力和信心。国医大师邓铁涛老前辈曾说：“中医教育的危机从根本上说就是信心的危机。中医教育最大的失败就是没有能够解决学生的信心问题。”几千年来，这种教育模式造就了一大批医术精湛、名扬内外、德才兼备的临床型、实战型的名医。有人对王玉川等 30 名“国医大师”的成长、行医之路进行探寻总结，发现虽然院校培养成才者有之，自学成才者有之，但大都是通过师徒授受和世医家传的方式，接力棒形式地传承着中医学术之精髓。因此，为了传承并兴旺当代名老中医的学术特色和临床精髓，师承教育的优化实行又被各界提上了日程，现代中医师承教育重新开启。近年来，为继承并发扬中医的学术思想，培养新一代的中医临床骨干乃至名医，在全国范围内相继开展了“跟名师”的师承教育活动，在中医药人才培养上取得了卓越的成效。然每个师承老师都有自己的临床思想、诊疗风格、学术体系，学生学习、总结老师的学术精髓要注意力集中，全面总结，精研师学，要善于学习和继承导师的思维方法、独特经验以及医风医德。但也不要受门户学派的影响，只重一师之技、一家之言。因此，孙老师又进一步提出中医临床骨干人才“精研师学同时，要一师全承旁通诸派”，在一师全承的基础上也要善于汲取适合自己专业的新理论、新知识、新方法、新技术和民间医药之经验，博采众长，全面学习，兼收并蓄，尽早成为中医临床骨干人才。

4 精工授受，一术贯通旁通诸术

孙光荣提出中医骨干人才第 4 点要做到“精工授受”。中医药学术、专业水平是中医药事业繁荣的生命线。作为中医药骨干人才要“精究方术”“思求经旨演其所知”，严以律己，潜心钻研，精通中医专业，熟悉中医药基本理论，精通经典，博采众长，不断获取中医药技术和方法，强大自身专业水平，驭繁就简，真正做到“上以疗君亲之疾，下以救贫贱之厄，中以保身长全以养

其生”，切实提高中医临床服务能力。做一名真中医，好中医，要么是精通开方，要么推拿或针灸技术娴熟，要么擅长理疗。但中医治病讲究整体观，不仅仅是在诊断、辨证、治法方面需要整体观思维，在治疗手段上同样要有整体观思维，中医治疗手段颇多，如果能综合运用，能达到意想不到的效果，大大提高临床疗效。《黄帝内经》中提到的治疗手段有针、灸、罐、药、推拿 5 种，在很多疾病中需综合选择几种手段，如《素问·玉机真藏论》在提到黄疸病治法就说：“……发疸，腹中热，烦心出黄时，可按、可药、可浴。”提出黄疸病可以用针灸、药物内服及外洗法等多种治疗方法。《玉机真脏论》在治疗脾风的方法上也提出了“可按、可药、可浴的综合疗法”；《至真要大论》指出的“摩之，浴之”治疗方法，也体现了中医综合多种治疗的重要性。因此，孙光荣也认为作为中医临床骨干人才“精工授受，要一术贯通旁通诸术”，对中医药人才，尤其是新一代骨干人才提出了更高的要求。孙老指出开方的医生，要懂推拿和针灸；针灸、推拿医生也要懂中医辨证，并能开方，一术贯通旁术，在临床才能如鱼得水，得心应手，提高疗效，强大中医。

孙光荣教授接受采访时曾说中医药学术进步与中医药事业发展的兴衰取决于是否培养、储备、使用真正的中医人才。中医人才，就是中医的未来。做强中医药队伍是做强中医药事业的根本，而做强中医药继续教育是做强中医药队伍的根本。孙老以“高精教育”思想为指导，以“精读经典、精通临证、精研师学、精工授受”为要领声声掷地，字字珠玑，为培养新一代著名中医临床家，培养新世纪中医临床领军人物之疑惑拨开了漫天云雾，豁然开朗。（徐超伍,何清湖,肖碧跃,等.国医大师孙光荣教授论“新一代中医临床骨干必须做到四精”[J].中医药导报,2017(12):13-15.）

临证经验

孙光荣教授经验浅析

孙光荣教授是我国著名中医学家，中医临床家。孙老从医多年，无论在中医基础理论和临床实践上都有极高的造就，其经验值得我辈珍惜并深入学习，以下就学习孙师经验的心得作简要介绍。

一、重视经典，推崇中藏经，示人以规矩准绳

孙老认为：中医药典籍，系历代中医药学家智慧与经验之结晶，为中医药理论体系之支撑，乃中医临证实践之指南，亦乃中医药学继承创新之源泉。故凡业中医者，均视中医药典籍为行医之圭臬、诊疗之准绳。而诸多经典之中，孙老尤其强调中藏经的重要意义，认为此书实为璀璨之明珠，医家之宝典。

中藏经，又名华佗中藏经，疑为华佗弟子将其所授理法方药集腋成裘、自诊自用之作，实为课徒用书。全书原文约 3 万字。乃一部文字古奥、行文简约、理论系统、内容丰富、方法独特、临床实用之中医典籍。孙老考虑其为古代散佚之医经，经华佗弟子搜集整理又经后世道家与医家补充而形成之古代中医用于课徒之读本。

因历代很多人认为中藏经为后人所杜撰，系一部假托华佗之名的伪经，极大的影响了后人对中藏经的学习和临床探索，孙老独具慧眼，经过大量的考证，肯定了本经的真实性和理论及临床价值，并举周学海《新刊中藏经》序所云：“三代以后，医学之盛莫如汉。前有阳庆、淳于意，后有仲景、元化，盖四百余年得四医圣焉。阳庆、淳于意无遗书，仲景方论到两晋已散佚，叔和搜辑成编，绵绵延延，至于今日，若在若亡，独华氏书晚出而最完。顾或以晚出伪之。观其书，多详脉证，莫非《内经》之精义要旨，而又时时补其未备，不但文章手笔非后人所能托，其论脉论证，至确至显，繁而不泛，简而不略，是熟于轩岐诸书而洞见阴阳血气升降虚实之微者，非知之真，孰能言之凿凿如此？” 使人认识中藏经的重要。并最终给我们说明《中藏经》是以脏腑脉证为中心，广搜而精选《内经》、《难经》以及上古医籍之中论阴阳、析寒热、分虚实、辨脏腑、言脉证之理，揆诸大旨而融会通，条分缕析且发挥蕴奥，最早形成以脉证为中心之脏腑辨证学说，奠定脏腑辨证理论之基础，为中医明经正道，厥功甚伟。所蕴含之学术思想确实全面、完整、系统、精辟，可谓上继古典，下启新派，是为千古之密。是值得我辈学习和深究的。

而且，孙老在《中藏经讲义》一文中，对中藏经的学术特点和临床价值作了精辟的分析和说明，指出《中藏经》未列医案，即未以具体案例示范，而是示人以思想、以理念、以法则、以方略，此则足以证其为“经”也！执其圭臬，循其轨道，自可灵活运用于中医临床而获得继承创新之硕果！并作出如下总结：《中藏经》所呈现之医疗经验诚为可贵。主要有二：①以诊断言，贵在注重明察望闻问切所获资料之“常”与“变”；贵在以“虚实寒热生死逆顺”为纲辨识形证脉气之“常”与“变”而断脏腑病证；贵在以形证脉气决死候，预测病证之可治不可治，权衡当治不当治，避免妄治与误治。②以治疗言，贵在坚持“从顺其宜”之治则，贵在以水法、火法统万法；贵在明晰当治不当治之所在；贵在组方用药合宜、简单、精准、力专。

综上，孙老经过对中藏经作出的大量的考证、研究和临证验证。肯定了该书各方面的价值，对于中医的发展，作出了重要的贡献。

二、临证倡导中和，擅用对药、角药

我辈接触孙光荣大师的中和学说，顿觉耳目一新，不但对人体的生理、病理有了新的认识，而且对中医治疗的方向和目的及治疗方法有了前所未有的感

悟。通过学习，我们了解到：“中和是机体阴阳平衡稳态的基本态势，中和是中医临床遣方用药诊疗所追求的最高佳境。”如果说“阴阳平衡”是机体稳态的哲学层面的概念，那么“中和”就是人体健康的精气神稳态的具体描述。“中和”更能在人体气血层面和心理层面阐释机体的生理、病理。因此，孙老认为，中医养生要诀是上善，中和，下畅；孙老的临床学术观点是扶正祛邪益中和，存正抑邪助中和，护正防邪固中和；临床基本原则是慈悲为本，仁爱为先，一视同仁，中和乃根；临床思辨特点是调气血、平升降、衡出入、致中和。可见，人体的理想健康状态是全身气血阴阳的“中和”，而疾病正是各种因素破坏了这种中而不偏，和而不争的稳态，而我们治疗的目的正是要去除各种病因，并帮助人体恢复中和之状态。

那么，具体方法是什么呢？通过学习孙老经验我们了解到：临床之治疗原则，重点在气血，关键在升降，目的在平衡阴阳。气血调和百病消，升降畅通瘀滞散，气血活、升降顺则阴阳平衡而何病之有？因此，孙老强调临床要做到“四善于”：善于调气血，善于平升降，善于衡出入，善于致中和。孙老学医，先是研习李东垣补脾土学派之法，后又袭承朱丹溪滋阴之说，融会贯通，乃成今日重气血之临床基本思想。而升降出入，则是基于中医阴阳学说形成的气机消长转化形式的重要学说；升清（阳）、降浊（阴）、吐故（出）、纳新（入），是气机的基本动态。《素问·六微旨大论》说：“非出入则无以生长壮老已，非升降则无以生长化收藏。”孙老认为，中医临床无论以何种方法辨证论治，气血、津液、脏腑、六经、表里、寒热、虚实、顺逆、生死，都离不开阴阳这一总纲。而临证用药，不论寒热温凉，还是辛甘酸苦咸，无论升降浮沉，还是补泻散收，毋论脏腑归经，还是七情配伍，同样不离阴阳之宗旨。但归根结底，阴阳最终还是离不开气血，这是因为“人之所有者，血与气耳”（《素问·调经论》）。而气血之间的“中和”关系尤为密切，“气为血之帅，血为气之母”，“中和”是气血合和的稳态。论生理、病理，不管在脏腑、在经络，还是在皮肉、在筋骨，都离不开气血，离不开气机的升降出入，离不开气血平衡的稳态——“中和”。综合一句话，就是“致中和”。可见临床中应以气血为着手点，观人体升降出入何处失衡，找出其失衡的原因，并制订具体的方药来恢复人体各个矛盾运动的“中和”之平衡态。

那么孙老对于人体中和状态的调节，又是如何具体遣方用药的呢？通过学习我们发现：孙老临床辨证遣方选药，总是“谨察阴阳之所在而调之，以平为期”，审诊疗之中和，致机体之中和。观其处方，多以参、芪、丹参为君药共调气血，并作为“中和”班底，率领加减诸药，组成“中和”团队（自拟“调气活血抑邪汤”），平升降，衡出入，以达用药中和，而使机体中和。孙老教授临床组方用药灵巧机动，颇具特色。尤其是“对药”及“角药”的运用，使升降相因，出入相衡，动静相合，阴阳相扣，最能体现孙老的“中和”学术思想。

名老中医的宝贵经验，延续着中医学的命脉，是后来人的路径和指南。而前辈们的精神和品格，尤为我辈心中的启明星。我等有幸学习如孙师这等纯正中医大师的经验，自当万分珍惜这一难得的机遇，以不负师恩，是与同道当共勉焉。（任长旭.孙光荣教授经验浅析[J].中医中药,2012,09(47):421.）

143 例社区老年期痴呆患者的中医证候分析

老年期痴呆是影响我国老年人群身心健康和生活质量的一种严重疾病，给患者及其家庭、社会都带来沉重的负担。目前，中医对老年期痴呆的治疗，多以辨证为前提，换言之，中医证候是中医治疗痴呆的基础。为了解老年期痴呆的中医证候特点，并为中医干预治疗本地区老年期痴呆提供重要基础资料，笔者进行了此项调查，现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料　143 例病例来源于 2012 年 3 月-2013 年 12 月方庄社区卫生服务中心及社区站的痴呆患者。其中男 63 例，女 80 例。年龄最小 47 岁，最大 92 岁，平均(71.43±10.01)岁。居住情况中，与家人同住者 131 例，独居者 12 例。文化程度中，小学及以下 25 例，中学 76 例，大学 42 例。HAMD 评分最小 0 分，最大 14 分，平均(4.62±3.56)分。CDR 评分中，CDR=1 者 103 例，CDR=2 者 33 例，CDR=3 者 7 例。

1.2 诊断标准　参照中国精神障碍分类与诊断标准(CCMD-3)中“器质性智能损害(痴呆)”的诊断标准。纳入标准：1)符合诊断标准，临床痴呆评定量表(CDR)评分>0.5，汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分<17 分；2)自愿参加者；3)患者或照顾者能够提供详实资料者。排除标准：1)抑郁性假性痴呆、谵妄、轻或中度精神发育迟滞、药源性智能损害；2)拒绝参加研究者。对患者进行问卷调查，经整理、检查问卷后，最终获得实际有效问卷 143 份。

1.3 调查方法　对痴呆患者进行问卷调查，由患者或照顾者协助回答问题，由经过培训的调查员进行评价来完成。调查问卷包括患者一般资料(年龄、性别、文化程度、居住情况、联系方式)、CDR 量表、HAMD 量表、老年期痴呆中医证候诊断标准问卷。老年期痴呆中医证候诊断标准采用《中药新药临床研究指导原则(试行)}(2002 年版)中“老年期痴呆中医证候诊断标准”，将老年期痴呆分为肾虚髓减证、心肝阴虚证、心脾两虚证、痰浊阻窍证和气滞血瘀证 5 个证型。

1.4 统计学方法　将调查的各种表格及数据进行计算机数据库处理后，用 SPSS 13.0 软件进行统计学处理，采用描述性分析的方法进行统计学分析。

2 结果

本研究中 143 例痴呆患者的中医基本证候以肾虚髓减证最为多见，其后依次是心肝阴虚证、痰浊阻窍证、心脾两虚证、气滞血瘀证。见表 1。而其中纯为虚证者(包括单纯的肾虚髓减证、心肝阴虚证、心脾两虚证，或三者的任意组合)77 例(53.8%)，纯为实证者(包括痰浊阻窍证、气滞血瘀证，或二者的组合)17 例(11.9%)，虚实夹杂者 49 例(34.3%)。

表 1　痴呆患者证候总体分布情况　例/%

证候	例数	发生率/%	证候	例数	发生率/%
肾虚髓减型	101	70.6	痰浊阻窍证	49	34.3
心肝阴虚证	54	37.8	气滞血瘀证	27	18.9
心脾两虚证	32	22.4			

在这些证候中，单一证候(肾虚髓减证、心肝阴虚证、痰浊阻窍证、心脾两虚证、气滞血瘀证的任意 1 种证候)70 例，证候类型依次为肾虚髓减证 42 例，痰浊阻窍证 14 例，心肝阴虚证 7 例，心脾两虚证 6 例，气滞血瘀证 1 例。单纯实证(痰浊阻窍证、气滞血瘀证的任一种证候)15 例，单纯虚证(肾虚髓减证、心肝阴虚证、心脾两虚证的任 1 种证候)55 例。

本调查中，复合证候(5 种证候中，2 种或以上的证候组合)73 例，其中兼有 2 种证候者 42 例，兼有 3 种证候者 17 例，兼有 4 种证候者 12 例，兼有 5 种证候者 2 例。复合虚证(肾虚髓减证、心肝阴虚证和心脾两虚证的任意组合)22 例，复合实证(痰浊阻窍证和气滞血瘀证的组合)2 例，虚实夹杂证(虚证与实证的任意组合)49 例。在复合证候中，证候类型依次为肾虚髓减证 59 例，心肝阴虚证 47 例，痰浊阻窍证 35 例，心脾两虚证 26 例，气滞血瘀证 26 例。见表 2。

表 2　痴呆患者证候分布情况

证候	单一证候	复合证候	证候	单一证候	复合证候
肾虚髓减型	42	59	痰浊阻窍证	14	35
心肝阴虚证	7	47	气滞血瘀证	1	26
心脾两虚证	6	26			

3 讨论

痴呆通常多见于老年人群，本质是一种慢性临床综合征，不是特指一种疾病或神经病理过程，其患病率高，致残、致死率高，病程长，医疗和照料负担重，是老龄化社会面临的重要卫生服务问题和社会经济负担问题。古代中医虽没有关于“老年期痴呆”病名的直接记载，但其临床表现，已引起了古代医家的关注，如宋代陈直在《养老奉亲书·性气好嗜第四》中对老年人的精神、性格、行为上的病态表现描述为“咨煎背执，等闲喜怒，性气不定，止如小儿”，其见解与现代医学对老年痴呆的早期表现认识相似。明代张景岳在《景岳全书·杂证谟》提出“痴呆”病名，并著成“痴呆”专论，之后清代陈士铎在《辨证录》中称为“呆病”，并创立呆病门，深化了对痴呆的认识。因此，对老年期痴呆可参考中医“痴呆”“呆病”“善忘”等范畴诊治。

痴呆的中医治疗多以辨证论治为主。如刘伟等对 96 例老年期痴呆患者进行调查分析后，发现肾虚证是老年期痴呆患者最常见的证型，肝阳证、痰浊证、热毒证是较常见的证型。龙子弋等分析了痴呆研究中辨证分型标准的引用状况及主要证型与证候要素特征，发现肾精亏虚、痰浊阻窍、瘀血阻络是痴呆的共性病机。何珊基于流行病学研究方法，统计得出老年期痴呆 9 个证候类型中肾虚髓减证排首位。

本调查显示，中医基本证候以肾虚髓减证最为多见，占总病例数的 70．6%，这与既往调查结果相一致，因肾主骨生髓而通于脑，若肾精亏损，则脑髓失充；脑髓空虚，则心无所虑，神无所依，而渐致痴呆。何慧等通过中医文献资料中的中医治则治法进行汇总分类，发现其主要治则治法有 21 种，补肾益髓法频数最高。这从侧面也表明了肾虚髓减证在痴呆辨证中的重要地位。

本调查发现，痴呆患者中医基本证候中，除肾虚髓减外，痰浊阻窍亦占有相当的比例，为 34.3%。年老之人脏腑气血不足，功能失调，易致气机不畅。气机不畅则津液不化，津液不化则生有形之痰和无形之痰，痰浊蒙蔽清窍，神明被扰，发为痴呆。因此，痴呆的中医治疗，化痰是重要的一环。有学者提出应将痰邪作为老年痴呆的研究专题。钱超等进一步应用补骨益髓养脑化痰汤治疗 112 例老年性痴呆患者，总有效率达 94.6%。

在证候中，虚实夹杂者 49 例，复合证候者 73 例。提示老年期痴呆患者的病机较为复杂，为多种病理因素相互作用而致病，单纯的病机比较少见。如此，正虚、邪实相互影响，相互转换，而使痴呆虚实夹杂之证多见。这提示临床中要认识到痴呆病机的复杂性，从多方面入手治疗，方可能取得更好的临床疗效。如王灵俊认为在痴呆的治疗中，“应该以补肾填髓、化痰通络、活血化

瘀 3 种治法为准则，综合应用，采用补肾与化痰结合，活血与通络并举，抓住病机，标本同治，如此才能取得较好的临床效果”。（薛武更,叶财德,段锦绣,等.143 例社区老年期痴呆患者的中医证候分析[J].长春中医药大学报,2014,30(05):881-883.）

143 例社区老年期痴呆患者中医体质分析

老年期痴呆是影响我国老年人群身心健康和生活质量的一种严重疾病，给患者及其家庭、社会都带来沉重的负担。目前，对痴呆尚无特效的治疗方法，主要是早治疗、早发现、早预防。针对痴呆，中医如何做到早预防，是一个需要认真思索的问题。笔者认为，痴呆的早期预防或许可从痴呆人群的中医体质入手，只有了解清楚痴呆人群的体质特点，方能为痴呆的早期预防奠定基础。为了解方庄地区老年期痴呆患者的中医体质特点以及为中医干预本地区老年期痴呆提供重要基础资料，笔者进行了此项调查。现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 调查对象

1.1.1 对象来源　方庄社区卫生服务中心及社区站的痴呆患者，病例符合纳入标准、不符合排除标准。

1.1.2 痴呆诊断标准　中国精神障碍分类与诊断标准(CCMD-3)中“器质性智能损害(痴呆)”的诊断标准。

1.1.3 纳入标准　1)符合诊断标准，临床痴呆评定量表(CDR)评分>0.5，汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分<17 分。2)自愿参加者。3)患者或照顾者能够提供详实资料者。

1.1.4 排除标准　1)抑郁性假性痴呆、谵妄，轻或中度精神发育迟滞、药源性智能损害。2)拒绝参加研究者。

1.2 调查方法　对痴呆患者进行问卷调查，由患者或照顾者协助回答问题，由经过培训的调查员进行评价来完成。调查问卷包括患者一般资料(年龄、性别、文化程度、居住情况、联系方式)、CDR、HAMD、中医体质分类与判定量表。老年期痴呆中医体质判定量表采用《中医体质分类及判定》量表，将体质分为平和质、气虚质、阳虚质、阴虚质、痰湿质、湿热质、血瘀质、气郁质、特禀质 9 个类型。

1.3 统计方法　将调查数据进行计算机数据库处理后，用 SPSS 13.0 软件进行统计学处理，采用描述性分析的方法进行统计学分析。

2 结果

在 2012 年 3 月-2013 年 12 月，对患者进行问卷调查，经整理、检查问卷后，最终获得实际有效问卷为 143 份。

2.1 一般情况　143 例患者中，男性 63 例，女性 80 例。年龄最小 47 岁，最大 92 岁，平均(71.43±10.01)岁。其中<60 岁患者 19 例，≥60 岁且<70 岁患者 49 例，≥70 岁且<80 岁患者 47 例，≥80 岁患者 28 例。居住情况中，与家人同住者 131 例，独居者 12 例。文化程度，小学及以下 25 例，中等学历(包括中学、中专等)76 例，大学 42 例。HAMD 评分最低 0 分，最高 14 分，平均(4. 62±3. 56)分。CDR 评分中，CDR=1 者 103 例，CDR=2 者 33 例，CDR=3 者 7 例。

2.2 中医体质分布情况　本研究中 143 例痴呆患者的中医体质平和质 6 例，基本平和质 3 例，偏颇体质 176 例，倾向是偏颇体质 34 例。其中，兼夹体质(兼具 2 种及以上体质类型者)47 例，单一体质(只具备 1 种偏颇体质)96 例。9 种体质总体分布情况见表 1。

表 1　痴呆患者中医体质总体分布情况　例(%)

中医体质分类	判定结果	
	是	倾向是或基本是
平和质	6（4.2）	3（2.1）
气虚质	55（38.5）	6（4.2）

阳虚质	16（11.2）	2（1.4）
阴虚质	41（28.7）	5（3.5）
痰湿质	26（18.2）	2（1.4）
湿热质	7（4.9）	1（0.7）
血瘀质	22（15.4）	11（7.7）
气郁质	9（6.3）	4（2.8）
特禀质	0（0.0）	0（0.0）

表 1 显示，在所调查的痴呆患者中，中医体质以气虚质(含气虚质倾向)最为多见，其后依次是阴虚质(含阴虚质倾向)、痰湿质(含痰湿质倾向)、血瘀质(含血瘀质倾向)、阳虚质(含阳虚质倾向)，而气郁质(含气郁质倾向)、湿热质(含湿热质倾向)、平和质(含基本是平和质)较少，特禀质(含特禀质倾向)为 0 例。

不同性别的患者中，男性兼夹体质 19 例，单一体质 44 例；女性兼夹体质 28 例，单一体质 52 例。不同性别的痴呆患者体质状况分布，见表 2。

表 2　不同性别痴呆患者中医体质分布情况　　例(%)

中医体质分类	男性		女性	
	是	倾向是或基本是	是	倾向是或基本是
平和质	2（3.2）	1（1.6）	4（5.0）	2（2.5）
气虚质	23（36.5）	5（7.9）	32（40.0）	1（1.3）
阳虚质	9（14.3）	1（1.6）	7（8.6）	1（1.3）
阴虚质	11（17.5）	1（1.6）	30（37.5）	4（5.9）
痰湿质	9（14.3）	0（0.0）	17（21.3）	2（2.5）
湿热质	5（7.9）	1（1.6）	2（2.5）	0（0.0）
血瘀质	12（19.0）	5（7.9）	10（12.5）	6（7.5）
气郁质	2（3.2）	1（1.6）	7（8.6）	3（3.8）
特禀质	0（0.0）	0（0.0）	0（0.0）	0（0.0）

由表 2 可见，男性痴呆患者的体质以气虚质最为多见，其次是血瘀质、阴虚质。而女性痴呆患者最多见体质依次为气虚质、阴虚质和痰湿质，与男性有所不同。

不同文化程度的患者中，小学及以下文化程度患者兼夹体质 13 例，单一体质 12 例。中等学历文化程度患者兼夹体质 21 例，单一体质 55 例。大学及以上文化程度患者兼夹体质 13 例，单一体质 29 例。不同文化程度的痴呆患者体质状况分布，见表 3。

表 3　不同文化程度痴呆患者中医体质分布情况　　例(%)

中医体质分类	小学及以下		中等学历		大学及以上	
	是	倾向是或基本是	是	倾向是或基本是	是	倾向是或基本是
平和质	2（8.0）	2（8.0）	1（1.3）	0（0.0）	3（7.1）	1（2.4）
气虚质	12（48.0）	1（4.0）	27（35.5）	2（2.6）	16（38.1）	3（7.1）
阳虚质	2（8.0）	1（4.0）	7（9.2）	1（1.3）	7（16.7）	0（0.0）
阴虚质	3（12.0）	3（12.0）	27（35.5）	1（1.3）	11（26.2）	1（2.4）
痰湿质	3（12.0）	0（0.0）	17（22.4）	1（1.3）	6（14.3）	1（2.4）
湿热质	1（4.0）	0（0.0）	4（5.2）	1（1.3）	2（4.8）	0（0.0）
血瘀质	5（20.0）	5（20.0）	11（14.5）	3（3.9）	6（14.3）	3（7.1）
气郁质	2（8.0）	0（0.0）	4（5.2）	3（3.9）	3（7.1）	1（2.4）
特禀质	0（0.0）	0（0.0）	0（0.0）	0（0.0）	0（0.0）	0（0.0）

从表 3 可以看出，文化程度为小学及以下的痴呆患者，以气虚质为多见；文化程度为中等学历的痴呆患者，以气虚质和阴虚质为多见，痰湿质次之；文化程度为大学及以上的痴呆患者，以气虚质为多见，阴虚质次之。

不同年龄的患者中，<60 岁患者兼夹体质 4 例，单一体质 15 例；≥60 岁且<70 岁患者兼夹体质 18 例，单一体质 31 例；≥70 岁且<80 岁患者兼夹体质 18 例，单一体质 29 例；≥80 岁患者兼夹体质 7 例，单一体质 21 例。不同年龄的痴呆患者体质状况分布，见表 4。

表 4　不同年龄痴呆患者中医体质分布情况　例(%)

中医体质分类	<60 岁		≥60 岁且<70 岁		≥70 岁且<80 岁		≥80 岁	
	是	倾向是或基本是	是	倾向是或基本是	是	倾向是或基本是	是	倾向是或基本是
平和质	0（0.0）	1（5.3）	2（4.1）	0（0.0）	3（6.4）	1（2.1）	1（3.6）	1（3.6）
气虚质	4（21.1）	0（0.0）	18（36.7）	3（6.1）	18（38.3）	2（4.3）	15（53.6）	1（3.6）
阳虚质	1（5.3）	0（0.0）	6（12.2）	0（0.0）	5（10.6）	2（4.3）	4（14.3）	0（0.0）
阴虚质	8（42.1）	1（5.3）	9（18.4）	2（4.1）	19（40.4）	0（0.0）	5（17.9）	2（7.1）
痰湿质	6（31.6）	1（5.3）	13（26.5）	0（0.0）	5（10.6）	1（2.1）	2（7.1）	0（0.0）
湿热质	2（10.5）	0（0.0）	2（4.1）	1（2.0）	3（6.4）	0（0.0）	0（0.0）	0（0.0）
血瘀质	2（10.5）	3（15.8）	9（18.4）	3（6.1）	6（12.8）	5（10.6）	5（17.9）	0（0.0）
气郁质	1（5.3）	1（5.3）	4（8.2）	2（4.1）	3（6.4）	1（2.1）	1（3.6）	0（0.0）
特禀质	0（0.0）	0（0.0）	0（0.0）	0（0.0）	0（0.0）	0（0.0）	0（0.0）	0（0.0）

由表 4 可见，<60 岁患者体质以阴虚质为多见，痰湿质次之。≥60 岁且<70 岁患者体质以气虚质为多见，其次为痰湿质，阴虚质和血瘀质也较多。≥70 岁且<80 岁患者体质以阴虚质为多见，气虚质次之。>80 岁患者体质以气虚质为多见。

3 讨论

痴呆是指由于神经退行性变、脑血管病变、感染、外伤、肿瘤、营养代谢障碍等多种原因引起的，以认知功能缺损为主要临床表现的一组综合征，通常多见于老年人群。痴呆，究其本质是一种慢性临床综合征，而不是特指一种疾病或神经病理过程。痴呆除表现有定向、记忆、学习、语言理解、思维等多种认知功能损害外，多数病人还表现有行为异常。古代中医虽没有关于“老年期痴呆”病名的直接记载，但根据其临床表现可参考中医痴呆、呆病、善忘等范畴诊治。痴呆的患病率高，致残、致死率高，病程长，且目前并无特殊治疗方式，因此此病重在早期预防。中医如何对老年痴呆的预防进行干预，从体质因素研究人手或许能成为突破口之一。

体质是指人类个体在生命过程中，由遗传性和获得性因素所决定的表现在形态结构、生理机能和心理活动方面综合的相对稳定的特性。它通过人体形态、机能和心理活动的差异性表现出来。在生理上表现为机能、代谢以及对外界刺激反应等方面的个体差异，在病理上表现为对某些病因和疾病的易感性或易罹性，以及产生病变的类型与疾病传变转归中的某种倾向性。每个人都有自己的体质特点，人的体质特点或隐或显地体现于健康或疾病过程中。所以，有学者认为，老年病防治重在调理体质。

老年人精气阴阳皆衰，体质多虚。如张华等收集 1017 位北京西长安街社区老年居民生活资料进行体质分析。结果显示，平和质(229 例)占 22.52%。8 种偏颇体质(788 例)占 77.48%。其中痰湿质、阳虚质、气虚质(合 607 例)最为多见，占 59.69%。郑晓辉等采用《中医体质分类与判定》标准对 1657 例广州市荔湾区华林街老年居民进行问卷调查和分析，发现广州市老年居民偏颇体质所

占比例显著高于平和质。男女偏颇体质中，占前 2 位的皆为气虚质和阳虚质。且随着年龄的增大，老年居民平和体质逐渐减少，偏颇体质逐渐增多。因此，有学者认为，体质因素影响着老年人对痴呆的易感性、疾病发展的倾向性、证候的类型及个体对治疗的差异等，临床应重视对老年人体质因素的研究。如刘峘等采用病例对照的方法，探讨血管性痴呆患者体质特点，发现相对于一般无认知损害的脑梗死患者，VaD 发病的体质因素，除了阴虚质、痰湿质以外，阳虚质是较重要因素。陈日朝对 47 例血管性认知损害患者体质进行测量，发现血管性认知损害的中医体质类型以平和质、气虚质、阳虚质、血瘀质为主。

本研究在所调查的痴呆患者中，发现中医体质类型最多的前 4 位分别为气虚质(含气虚质倾向)、阴虚质(含阴虚质倾向)、痰湿质(含痰湿质倾向)、血瘀质(含血瘀质倾向)，分别占到 38.5%，28.7%，18.2%和 15.4%。老年期痴呆为内伤疾病，缓慢进展而加重，病变总属本虚标实、虚实夹杂。老年人脏腑日衰，随着人体脏腑功能逐渐衰退，阴阳气血耗损逐渐加重，气、血、精、津液难以上输，导致脑乏清阳之助、津液之濡、精髓之养；气虚则可使机体之血与津液运行不利，从而使机体易生痰浊、瘀血。精血亏虚，或痰浊瘀血干犯清窍，致脑髓失养，元神失调而发生痴呆。以上因素，使脑在正虚和邪实两方面都面临更多的危险因素，可能促进了痴呆发生，是老年期痴呆发生的体质因素。许多医家通过临床治疗研究，也从一定程度上反证了这一点。如张宏伟等认为，老年性痴呆为年老肾精亏耗、脑髓失养，加之痰浊、血瘀于脑而成，因此要从痰瘀论治老年性痴呆。赵厚睿等提出应将痰邪作为老年痴呆病因的研究专题。毛蕾等通过临床与基础实验研究文献整理，认为肾虚髓亏是老年性痴呆的本质特征，补肾填髓是治疗的基本方法，应用补肾药物治疗老年痴呆可取得良好效果。李恬等以“肾一髓一脑”轴线阐述老年性痴呆发生发展的中医机制，认为调理体质当以补肾填精益髓为主，根据个人不同体质特点，辅以其他治法。

综上所述，本调查显示老年期痴呆患者的中医体质以气虚质(含气虚质倾向)、阴虚质(含阴虚质倾向)、痰湿质(含痰湿质倾向)、血瘀质(含血瘀质倾向)为多见。因此，通过调摄精神、节制饮食、起居有常及药物防治等改善这些体质对预防老年期痴呆可能具有一定的积极作用，值得进一步研究。（薛武更,叶财德,段锦绣,等.143 例社区老年期痴呆患者中医体质分析[J].吉林中医药,2014,34(11):1123-1126.）

中医大师孙光荣教授中和医派诊疗肿瘤学术经验点滴

孙光荣教授是著名的中医临床家、中医药文献学术带头人之一、中医药现代远程教育创始人、国家级非物质文化遗产“北京同仁堂”代表人物中医药大师之一，北京中医药大学远程教育学院副院长、教授，是享受国务院特殊津贴的有突出贡献的专家。笔者有幸在中医大师孙光荣教授学术经验传承工作室侍诊，师从孙老教授研修，在其麾下工作学习。深被孙老教授所倡导的“中医万岁”和崇尚践行的“中和”学术理念所吸引，深为孙老教授高尚的医德医风、高超的诊疗医技、神奇的临床疗效及超小剂量的临床用药的“王者”风范所折服。现谨就孙老教授运用“中和”理论治疗肿瘤的学术经验，挂一漏万做一总结，以飨同仁。

1　中医大师孙光荣教授及中和医派学术思想简述

1.1　中医大师孙光荣教授简介　孙光荣，字知真，号天剑，男，庚辰年（1940年）农历十一月初八，出生于中医世家。籍贯湖南省长沙市，祖居安徽省庐江县云路街，建居湖南省浏阳县柏嘉乡双洲村起凤坡，现居北京市朝阳区世纪东方城。汉族。无党派人士。幼承庭训，师从全国著名中医药学家李聪甫老教授。中医学徒出身，本科学历。研究员、教授、主任医师，著名中医药文献学家、临床家，中医药文献研究学术带头人之一，中医药现代远程教育创始人之一，享受国务院特殊津贴的有突出贡献专家。原任湖南省中医药研究所理论研究室副主任、文献研究室主任，湖南省中医药研究院硕士研究生班医古文、中医文献学教师（连任 16 届），科教处副处长，湖南省中医药研究院文献信息研究所所长，湖南省中医药科技信息中心主任，《中医药时代》杂志执行主编，《湖南中医药导报》杂志主编，任北京二十一世纪中医药网络教育中心（世中联<北京>远程教育科技发展中心）主任/名誉主任，北京中医药大学远程教育学院副院长，中国网络教育集团•国讯医药集团总裁，《中国中医药现代远程教育》杂志主编/名誉主编，受聘为北京同仁堂中医医院诊疗专家并评为国家非物质文化遗产“同仁堂”中医大师。先后当选为中国人民政治协商会议湖南省第七届、第八届委员会常委，中华中医药学会继续教育分会主任委员、中医药文化研究分会常务副主任委员、中医药编辑出版分会副主任委员/顾问、亚健康分会副主任委员，老干部健康指导委员会委员、中华中医药学会第五届理事会常务理事；受聘为国家中医药管理局中医药继续教育委员会委员，国家中医药管理局中医药文化建设与科学普及专家委员会委员，国家科技部科技奖励评审专家，国家食品药品监督管理局药品、医疗器械审评专家，《中国中医药年鉴（学术卷）》编辑委员会委员等。

1.2　中和医派学术思想概述　孙光荣老教授倡行的中和学术思想认为：“中和是机体阴阳平衡稳态的基本态势，中和是中医临床遣方用药诊疗所追求的最高佳境。”如果说“阴阳平衡”是机体稳态的哲学层面的概念，那么“中和”就是人体健康的精气神稳态的具体描述。“中和”更能在人体气血层面和心理层面阐释机体的生理、病理。因此，孙老认为：中医养生要诀是：上善，中和，下畅。临床学术观点：扶正祛邪益中和、存正抑邪助中和、护正防邪固中和。临床基本原则：慈悲为本、仁爱为先、一视同仁、中和乃根。临床思辨特点：调气血、平升降、衡出入、达中和。临床基础处方是：自拟“调气活血抑邪汤”，临床擅长使用“对药”“角药”加减出入百变、达用药中和、求机体中和。一善于调气血，二善于平升降，三善于衡出入，四善于审中和（审机体中和，审诊疗用药中和）。无论以何种方法，表里、寒热、虚实、顺逆、生死都

离不开阴阳总纲，都离不开气血的“中和”，论生理病理，无论在脏腑、在经络、在皮肉、在筋骨，最终都离不开气血平衡稳态——“中和”。因此，调气血之人参、黄芪用来扶正益气，善活血的丹参用来理血（活补共用，丹参抵四物），组成调气活血抑邪汤之基本处方药（一组角药）这一中和班子，率领加减诸药的中和团队，升降出入、调气机的消长机转，升清阳降浊阴达吐故益纳新，求总体气血稳态的“中和”。

孙老在中医临床实践努力做到了“三个善于”：一要善于调气血，二要善于平升降，三要善于衡出入。无论以何种方法辨证论治，表里、寒热、虚实、顺逆、生死都离不开阴阳这一总纲，但归根结底，阴阳最终还是离不开气血，这是因为“人之所有者，血与气耳”（《素问•调经论》）；论生理、论病理，无论在脏腑、在经络、在皮肉筋骨，最终也是离不开气血，这是因为“气即无形之血，血即有形之气”（《不居集》）。而气血之间的“中和”关系尤为密切，就是众所周知的“气为血之帅，血为气之母”，所以第一要善于调气血。人参、黄芪益气，丹参活血，这样配伍比较“中和”，可以作为诸方的基础，所以孙老习惯于使用它们“率领”诸药“团队”前进。升降出入，是基于阴阳学说而形成的气机消长转化的重要学说。升清（阳）、降浊（阴）、吐故（出）、纳新（入）是气机的基本动态，《素问•六微旨大论》说：“非出入则无以生长壮老已；非升降则无以生长化收藏”。中医治病最讲究两条：一是从病人的整体以及与外环境的关系来看病，不是头痛看头、脚痛看脚，而是要辨证论治，要“因人、因地、因时制宜”，而不是头痛医头、脚痛医脚，不是用统一的“套餐”，不是用程式化的“套路”。二是中医治病不是运用对抗性思维，不是有细菌或病毒就只要杀死细菌或病毒，不是有病损的脏器或肢体就只要截断病损的脏器或肢体，而是“调”。 什么叫“调”？就是调整，调和，调理。调什么？调阴阳，调气血，调气机的升降出入。调到什么程度？调到平衡，调到“中和”。所以，在调气血的前提下，还要善于平升降、衡出入。

2　中和医派孙光荣教授临证用药经验

2.1　调气活血抑邪汤　孙光荣教授执业中医 46 年来，积累深厚，学验俱丰。临床基本处方是自拟“调气活血抑邪汤”，由党参（人参、太子参、西洋参）、黄芪、丹参组成。人参大补元气，补益脾肺，生津止渴，宁神益智。黄芪有益气固表、敛汗固脱、托疮生肌、利水消肿之功效。丹参活血调经，祛瘀止痛，凉血消痈，清心除烦，养血安神。《滇南本草》谓：“丹参，味微苦，性微寒。色赤，入心经。补心，生血，养心，定志，安神宁心，健忘怔忡，惊悸不寐，生新血，去瘀血，安生胎，落死胎。一味可抵四物汤补血之功”。三药合用，气血共调，共奏补气健脾，养血活血之功。这三味药孙老几乎方方不离，时常变的是三味药用量之比例和用药量之大小，最大量也很少超过 15g 的，彰显孙老“重气血、调气血、畅气血”之基本临床思想。

2.2　遣方用药基本原则——心中有大法 笔下无死方　孙老教授执业中医半个世纪以来，擅长治疗疑难杂证。逐渐形成了他的临床学术观点：护正防邪益中和，存正抑邪助中和，扶正祛邪固中和。临床思辨特点是：调气血，平升降，衡出入。孙老幼承庭训，深研经典，继拜名师，博采众长，擅长以调阴阳、和气血为纲治疗疑难杂证。更重要的是因为孙光荣的处方调阴阳、和气血，崇医者之王道。细观孙老处方用药，君臣佐使井然有序，药精量小，就像调兵遣将，能“知人善任”，贵在精，贵在巧，讲究“中病即止”，注重“不滥伐无过”。他的处方没有“大兵团”（大处方）的霸道之气，还可以减少病人的开

支，节省药材资源。学生们再一看处方，用的都是普通的调气血药，就请教孙老。孙老告诉我们：“遇疑难杂证，当先察阴阳气血升降出入，调之使平，使气血达到中和的动态平衡。首先要确立治疗法则，如通因通用、或塞因塞用。但是气、血、痰、湿、食等所致的积聚、癥瘕、痞块等多种病证，如果单纯活血化瘀，则是缘木求鱼，而要运用《素问•至真要大论》所言坚者削之、结者散之等大法。所以，要做到心中有大法、笔下无死方。中医辨证论治的精髓就在因人、因时、因地制宜。”他还强调说：“如果说，中华文化的灵魂是‘和’，中医医德的核心价值就是‘仁’。中医医术的最高水平就是‘调’，中医疗效的终极指标就是‘平’。”综合一句话，就是“致中和”。

2.2.1　常用对药　北京同仁堂中医大师孙光荣老教授临床选方用药，灵巧机动，阴阳合和，动静相配，升降互动，尤其是对药的使用很有特色。孙老临床应用“对药”的临床经验，能有效地指导临证处方用药，甚为珍贵。孙老常用对药有：⑴龙骨、牡蛎；⑵杜仲、川牛膝；⑶蔓荆子、藁本；⑷白茅根、车前子；⑸石菖蒲、郁金；⑹天麻、石决明；⑺金樱子、车前子；⑻小茴香、荔枝核；⑼枳壳、厚朴；⑽山药、薏苡仁；⑾郁金、佩兰；⑿桑寄生、何首乌；⒀陈皮、半夏；⒁茯神、炒枣仁；⒂蒲公英、金银花；⒃谷精草、密蒙花；⒄炒枣仁、制远志；⒅熟地黄、生地黄；⒆乳香、没药；⒇九节菖蒲、磁石；(21)墨旱莲、女贞子。

2.2.2　善用角药　所谓“角药”是指以中医基本理论为基础，以辨证论治为前提，以中药气味、性能、归经、七情为配伍原则，三味中药联合使用、系统配伍、配成一组，为三足鼎立，互为犄角，这种配伍，比起“药对”作用就比较复杂一些，名之曰“角药”。初看“角药”像是由三组“药对”组成，但实际上它的组方意义远比“药对”广泛深厚。“角药”介于中药与方剂之间，在方剂中起主要或辅助作用，或独立成方，其在配伍应用中颇多巧妙，在临床应用中可起到减毒增效的作用，对于我们认识药物的性能功效也很有帮助。“角药”一词，看来陌生，但临床医师却在自觉不自觉地运用此药物配伍规律，进行着长期的医疗临床实践。简单地讲，它是三种中药的有机组合应用，而非简单的药物。

孙老临床常用的“角药”分两类：一是常用的角药大多是经方或小方或大家都熟悉的小方，多信手拈来，疗效甚佳。如：①黄连、半夏、瓜蒌；②茵陈、栀子、大黄；③甘草、小麦、大枣；④猪苓、茯苓、泽泻；⑤柴胡、黄芩、半夏；⑥杏仁、白蔻仁、薏苡仁；⑦白芥子、紫苏子、莱菔子；⑧玄参、麦门冬、生地黄；⑨人参、麦门冬、五味子；⑩附子、干姜、炙甘草。

二是孙光荣老教授自拟常用的“角药”。孙光荣教授喜用“角药”，并且剂量偏小，一派王者风范。其基本临床治疗“重气血、调气血、畅气血”，所以讲究用药灵动性强，紧扣病机，动静相扣，升降配合，阴阳互动，才能达到良好的治疗效果。孙老最常用的角药。是“调气活血抑邪汤”化裁方。即人参、黄芪、丹参。孙老常用的角药还有：①茯神、炒枣仁、炙远志；②杜仲、枸杞子、山茱萸；③防风、黄芪、白术；④黄柏、苍术、牛膝；⑤菊花、白芷、川芎；⑥大黄、黄芩、黄连；⑦黄连、香薷、厚朴；⑧大黄、附子、细辛；⑨女贞子、墨旱莲、天花粉。

2.3　孙光荣教授运用中和理论治疗癌症用药经验点滴　任何癌症之发生，均系人体正气先虚，脏腑阴阳失调，六淫、七情等诱发所致。其病位虽局限于身体某局部，但仍属全身性疾病，应将治疗全身与局部、治标与治本密切结合起

来，故扶正为先，固本为要。而年老体弱、不适手术及化疗者，尤以扶正为主。孙师善用参芪为君以补中益气，尤喜用西洋参，因其具益气、养阴双重功能，切合癌症患者气阴两虚之机，佐以女贞子、旱莲草、天花粉等以滋肾养阴，制鳖甲等以软坚，淮山药、生薏苡仁、焦三仙等以健脾益气开胃。通过补气血、滋肝肾、健脾胃，从整体上调整脏腑功能，改善机体内平衡，生发正气，增强并调动自身免疫功能，以清除及中和病理产物，控制癌瘤发展。癌症之发展与转移，总离不开邪气猖獗，所谓“积之成者，正气不足而后邪气踞之”，如患者有一派正气虚弱之证的，凡直肠癌大便脓血、腹痛腹胀等见症，多为湿热蕴结、气滞不畅所致，当以清热化湿、解毒驱邪为治，若一味以温补固涩，或以滋腻养阴，则可致闭门留寇，阻抑气机，邪不得泄。孙师临床善于随症选用白花蛇舌草、半枝莲、蒲公英、嫩龙葵、土贝母、隔山消等清热解毒、软坚散结之草药，为扶正益气诸品之辅药，攻补兼施，每获良效。如果癌患者以粘液脓血便为典型症状，多为邪毒滞留，久聚成块，阻塞肠道，化热伤及血络，热毒炽盛，肉腐络损所致。故在攻补兼施之基础上，佐以化瘀止血。孙师善用槐花炭、蒲黄炭、地榆炭等炭药化瘀止血，或配大蓟、仙鹤草以清热凉血止血，往往药下血止，效若桴鼓。

孙老治疗癌症主张内外兼施，采用适当外治法，使药物直接作用于病变处，以提高临床疗效。孙老常巧用动物药蛞蝓液保留灌肠以治疗直肠癌患者，具体方法是：每日取鲜蛞蝓 10 条，捣碎，用纱布裹密，绞取液汁，用消毒后 50ml 注射器（不用针头）吸取蛞蝓液 20～30ml 后，以石蜡油涂于注射器外，缓缓推入直肠，至痛点为止，注后，用药棉塞住肛门，保留 1～2h。该法配合攻补兼施的内服中药，内外合治，临床起效极快，且疗效巩固。

直肠癌属中医学“肠风”、“脏毒”范畴，临床常见消化道恶性肿瘤之一，该病早期多无明显症状，一般到晚期方被发现。其主要症状多表现为大便改变，有泄泻，便中带粘液及血，常有一种虚无便意感，往往被误诊为痔疮及菌痢。孙老认为，对该病之诊治，早期发现、早期确诊乃取得良效之关键。一旦确诊，即需治本与治标相结合，对于年老体弱，接受手术、化疗均困难者，孙老力主单纯中药治疗，以内外合治、攻补兼施为基本原则。无论病初、病中或晚期，总不离正气内虚，故用药除驱邪外，必扶正固本，切忌妄用攻邪，滥伐虚体，以免正气更伤，邪实更甚，毒邪内陷，加速病情恶化。在内服攻补兼施中药之期，用蛞蝓液保留灌肠，使药物直接作用于病所，起效迅速，疗效巩固。此外，强调患者应注意饮食、生活环境之调摄，保持心情舒畅，适当参加体育活动，促进气血流畅，防止气滞血瘀，方有利于改善症状，增强体质，促进康复。

3　孙光荣教授运用中和理论治疗肿瘤验案赏析

案 1　肺癌伴大量胸腔积液

肺癌伴大量胸腔积液，咳喘有痰，胸闷气短，证属气阴双亏，痰热互结壅毒，水饮内停。治以益气养阴，清热解毒，化痰利水。

李某，男，64 岁。

2009 年 12 月 18 日首诊：肺癌伴右侧胸腔大量积液。咳嗽咳痰，胸闷气短，微喘。舌红苔白，脉弦小。辨证：气阴双亏，痰热互结壅毒，水饮内停。治则：益气养阴，清热解毒、化痰利水。处方：生晒参 15g，生北黄芪 12g，紫丹参 10g，天葵子 10g，白花蛇舌草 15g，半枝莲 15g，瓜蒌皮 10g，桑白皮 10g，薏苡仁 20g，化橘红 6g，制鳖甲 15g，山慈菇 6g，金银花 12g，麦

门冬 12g，生甘草 5g，佩兰叶 6g，炙紫菀 7g，炙冬花 7g。7 剂，水煎内服，每日 1 剂。

2009 年 12 月 25 日二诊：服前方后能平卧，但仍有微咳，胸闷。舌红苔白，脉弦小。处方：生晒参 15g，生北黄芪 12g，紫丹参 10g，天葵子 10g，白花蛇舌草 15g，瓜蒌皮 10g，桑白皮 10g，炙百部 7g，薏苡仁 20g，化橘红 7g，山慈菇 6g，金银花 15g，苦桔梗 6g，木蝴蝶 6g，生甘草 5g，制鳖甲 15g。7 剂，水煎内服，每日 1 剂。

2010 年 7 月 9 日再诊：守方化裁治疗至今服前方后肿块明显缩小 2/3，胸腔积液减少 1/3，现诸症明显改善，仅偶有咳喘。舌红苔薄白，脉弦稍细。处方：生晒参 12g，生北黄芪 12g，紫丹参 10g，全瓜蒌 15g，生薏苡仁 30g，芡实仁 30g，白花蛇舌草 15g，葶苈子 10g，半枝莲 15g，猫爪草 15g，天葵子 10g，山慈菇 10g，制鳖甲 15g，五味子 3g，珍珠母 15g，化橘红 6g，炙紫菀 10g，炙款冬花 10g，车前子 10g，阿胶珠 10g，生甘草 5g。28 剂，水煎内服，每日 1 剂。

按语：对于肺癌的治疗，孙师认为在诊断上要将中医的辨病与辨证相结合，同时，要积极引进现代科学技术成果（不能都归于现代医学的类下）。为我所用，从而丰富中医的诊断，为深入细致的治疗提供保障。对于肺癌，孙老认为，①肺癌初期，癌细胞还主要在局部，没有转移，没有严重的气短等症状，多属于肺气不宣；②肺癌术后，有胸腔积液，多属痰热内阻；③有转移者多属于痰热互结。此时不可用半夏等温燥之品，否则容易导致咯血。本案患者为肺癌晚期，伴有大量右侧胸腔积液，余师根据其病程较长，以及症状及舌脉表现，诊断为气阴两虚，痰热互结蕴毒。治疗予益气养阴、清热化痰、利水渗湿，守法守方，历经近 5 月，终使严重的肺癌中晚期患者得以绝处逢春，走向康复。

案 2　食道癌

食管癌是发生在食管鳞状上皮和柱状上皮组织的恶性肿瘤，占所有恶性肿瘤的 2%。全世界每年约有 22 万人死于食道癌。我国是食道癌高发区，因食道癌死亡者仅次于胃癌居第二位，发病年龄多在 40 岁以上，男性多于女性。近年来 40 岁以下发病者有增长趋势。食道癌的发生与亚硝胺慢性刺激、炎症与创伤，遗传因素以及饮水、粮食和蔬菜中的微量元素含量有关。食道癌的早期症状一般较轻，可有胸骨后不适，烧灼感或疼痛，以及上腹部不适，呃逆、嗳气等。后期可有吞咽困难、反流、疼痛以及大出血等，晚期患者可因进食困难，出血消瘦、贫血、腹水形成等。现代医学治疗主要为外科手术，放化疗，经内镜治疗等。

食道癌术后，证属气阴两虚，毒热凝痰于胃，治以益气养阴，健脾和胃以固本，清热解毒，化痰散结以驱邪。

高某，男，48 岁。2010 年 7 月 16 日首诊。食道癌术后 4 年，放疗中，现纳差，烧心，尿黄，背痛。舌绛紫、苔滑、中央及根黄腻褐，脉细。辨证：气阴两虚，毒热凝痰于胃。治则：益气养阴，健脾和胃，清热解毒，化痰散结。处方：西洋参 12g，生北黄芪 10g，紫丹参 10g，乌贼骨 15g，西砂仁 4g，鸡内金 6g，真降香 10g，广橘络 6g，炒六曲 15g，延胡索 10g，猫爪草 10g，山慈菇 10g，制鳖甲 15g，半枝莲 15g，白花蛇舌草 15g，生甘草 5g。7 剂，水煎内服，每日 2 次。

2010 年 7 月 23 日二诊：食道癌术后 4 年，服前方后疼痛明显减轻，但仍有肝区疼痛及胃脘烧灼感。舌红、苔稍黄腻，脉细。处方：西洋参 12g，生北黄芪 10g，紫丹参 10g，乌贼骨 15g，西砂仁 4g，鸡内金 6g，延胡索 10g，猫爪草 10g，山慈菇 10g，制鳖甲 15g，真降香 10g，半枝莲 15g，白花蛇舌草 15g，川郁金 10g，生甘草 5g。7 剂，水煎内服，每日 2 次。病情稳定。

按语：食道癌属于中医“噎嗝”范畴。孙师认为，本病多由饮食不节、情志不遂、正气亏虚等，造成痰郁化热蕴毒，肝气郁滞，脾胃纳运不健，津液不能输布，气血生化乏源，经络不通等。治疗除予以扶正固本、清热解毒散结外，十分重视对胃之通降失常的调治。因胃，主受纳和腐熟，以降为顺。而在本病，由于水谷受纳受阻，则气血无以化，正气更虚，糟粕不能下行，毒热没有通出之道。本例患者，余师用乌贼骨、西砂仁、鸡内金、真降香等以和胃健脾，恢复脾胃的正常功能，同时也给邪气以外出的通道，一法多用，寓意深远。

案 3　直肠癌

胡某某，女，56 岁。住长沙市左家塘湘粮机械厂宿舍。1996 年 9 月 1 日初诊：患者于 1 月前发现大便带血，大便不畅，疑为“痔疮”。于 1996 年 8 月 27 日在湖南医科大学附二医院行病理切片（病理组织检查号：224211），检查报告为：直肠乳头状腺瘤，灶性癌变。现诉乏力，头晕。大便次数基本正常，大便带血，色鲜红，偶见色黑，背胀。舌质淡、苔白，脉细涩。辨证为气阴两虚，热毒阻肠。治以益气养阴，清热解毒，凉血化瘀止血。处方：西洋参（蒸兑）10g，生北黄芪 12g，制何首乌 15g，槐花炭 15g，大蓟草 10g，仙鹤草 12g，蒲黄炭 15g，地榆炭 12g，金刚蒐 15g，白花蛇舌草 15g，半枝莲 15g，蒲公英 15g，嫩龙葵 12g，桑寄生 12g，怀山药 15g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，水煎两次分服。外用蛞蝓液保留灌肠，每日 1 次。

1996 年 9 月 8 日二诊：头已不晕，大便未带血，稍稀，自觉无特殊不适，舌脉如前。仍以原方去地榆炭，7 剂。仍用蛞蝓液保留灌肠，每日 1 次。1996 年 9 月 29 日三诊：于 1996 年 9 月 26 日在湖南省肿瘤医院行肠镜检查，报告为：进镜顺利（18cm），结肠直肠粘膜光滑，未见肿块。患者无特殊不适，要求服药巩固疗效。处方：西洋参（蒸兑）10g，生北黄芪 12g，嫩龙葵 15g，槐花炭 15g，金刚蒐 15g，怀山药 15g，制鳖甲 15g，川杜仲 12g，蒲公英 12g，谷精珠 12g，仙鹤草 12g，大蓟草 12g，生薏苡仁 20g，生甘草 5g。又服 7 剂。不再用灌肠法。病情稳定，后再遵上方略施加减 14 剂后，患者自觉无不适而自行停药，随访至今未复发。

案 4　骨转移癌

骨转移癌是晚期肿瘤比较常见的并发症，好发于头颅、椎体、肋骨、骨盆、骨关节、长管状骨的干骺端等处，其最主要的临床症状是骨骼的持续性疼痛，同时还可引起病理性骨折，甚至截瘫等。西医治疗以放疗、化疗、同位素治疗及双磷酸盐等，晚期以大量镇痛剂缓解疼痛，往往需重复治疗且有较大的毒副作用。

甲状腺癌多发骨转移，头痛，腿痛。证属肾虚乏源，痰毒流注。以补益肝肾，益精填髓为基础，加以化痰散结，活血通络。

张某，女，60 岁。甲状腺癌多发骨转移，头痛，走路腿痛。2010 年 4 月 2 日初诊。

甲状腺癌，骨转移 2009 年转移至髋骨、颅脑。刻下症：甲状腺癌多发骨转移，寐可，咳嗽时头痛甚。舌淡、苔少。脉稍涩。证属肾虚乏源，痰毒流注。治以补益肝肾，益精填髓为基础，加以化痰散结，活血通络。方用：西洋参 10g，生北黄芪 12g，紫丹参 10g，制何首乌 15g，明天麻 12g，天葵子 10g，半枝莲 15g，蛇舌草 15g，山慈菇 10g，延胡索 10g，田三七 6g，补骨脂 10g，骨碎补 10g，川牛膝 10g，川杜仲 12g，正锁阳 10g，阿胶珠 10g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，水煎服。

2010 年 4 月 9 日二诊：服前方后，头痛减轻，现感冒，咳嗽、耻骨癌转移，趔趄而行。舌淡红、中有裂纹、苔少，脉细滑缓。上方去天葵子、延胡索、田三七、正锁阳，加淡紫草 10g，金毛狗脊 10g、猫爪草 5g。14 剂，服法同前。病症趋缓。

按语：《素问•阴阳应象大论》说“肾五骨”，《素问•六节脏象论》云：“肾主骨”、“肾藏精，精生髓，髓生骨，故骨者肾之合也”“其充在骨”。表明肾与骨关系密切。《外科枢要•论瘤赘》云：“若劳伤肾水，不能荣骨而为肿者，其自骨肿起，按之坚硬，名曰骨瘤，用地黄丸及补中益气汤主之。夫瘤者，留也，随气凝滞，皆因脏腑受伤，气血乖违。当求其属而治其本。”《外科正宗•瘿瘤论》曰：“……肾主骨，恣欲伤肾，肾火郁遏，骨无荣养而为肿曰骨瘤。……骨瘤者，形色紫黑，坚硬如石，疙瘩高起，推之不移，昂昂紧贴于骨；治当补肾气，养血行瘀，散肿破坚，利窍调元，肾气丸是也。”皆是从骨肿瘤形成的基础病因，即“伤肾”论述骨瘤的病因病机及治疗原则。《仙传外科集验方》曰：“所为骨疽，皆起于肾毒，亦以其根于此也。……肾实则骨有生气，疽不附骨矣。”可见，肾气衰微、生髓乏源是骨瘤产生的根本病因，肾虚不能养髓生骨故“不荣则痛”。余师以益精填髓为基础，加以化痰散结，活血通络，最终达到止痛的目的，具有祛邪不伤正的止痛特点。

案 5　卵巢癌术后

卵巢癌是女性常见的恶性肿瘤之一，其发病率及死亡率逐年升高，严重危害着妇女的健康和生命。手术是其主要治疗手段，早期发现、早期诊断为治疗的关键。然而大多数的患者就诊时已属于中晚期，不能获得进行根治手术的机会，而仅能行肿瘤减灭术，肿瘤减灭术后辅以化学治疗。虽然卵巢癌对化疗较为敏感，但卵巢癌患者 5 年生存率仍徘徊在 30%左右，究其原因，是由于化疗副作用较大，使部分患者难以接受化疗或不能顺利通过化疗，以及对化疗药物耐药所致。中医药治疗是我国临床治疗肿瘤的一大特色，肿瘤的中西医结合治疗不但是国内肿瘤专家所采取的治疗方法，而且也逐渐得到了国际上学者和患者的接受和认可。临床实践表明，中医药治疗不仅可以抑制癌细胞，增强抗肿瘤效果，还能减轻化疗的毒副反应，对化疗起到减毒增效的作用，从而提高患者对化疗的耐受程度及免疫力，显著提高化疗完成率，降低复发转移率，提高生活质量，延长寿命。

卵巢癌化疗中胸腹水，证属肝肾亏损，治以健脾益气，利水消胀，调补肝肾，培补真元。

马某，女，68 岁。2009 年 9 月 4 日初诊。

卵巢癌化疗中，出现胸水、腹水。刻下症：腹胀，胃脘胀，气短，口干，尿黄；舌绛、苔灰，脉细且涩。辨证：肝肾亏损。治则：健脾益气，利水消胀，调补肝肾，培补真元。处方：西洋参 10g，生北芪 12g，紫丹参 10g，制鳖甲 15g，白花蛇舌草 15g，半枝莲 15g，芡实仁 15g，薏苡仁 15g，大腹皮

12g，炒枳壳 6g，制香附 10g，当归片 10g，车前子 10g，赤小豆 10g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂。水煎服。

二诊：服上方后，诸症明显好转，现仍有呃逆、稍胀，舌淡、苔黄，脉虚细。处方：西洋参 10g，生北黄芪 12g，紫丹参 10g，制鳖甲 15g，蛇舌草 15g，半枝莲 15g，芡实仁 15g，薏苡仁 15g，大腹皮 12g，炒枳壳 6g，制香附 10g，降真香 10g，当归片 10g，车前子 10g，赤小豆 10g，鸡内金 6g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，水煎服。

三诊：服上方后，诸症减轻，仅感腹中偶有“窜气”，舌红、苔稍黄，脉弦小。处方：西洋参 10g，生北黄芪 12g，紫丹参 10g，制鳖甲 15g，白花蛇舌草 15g，半枝莲 15g，芡实仁 15g，薏苡仁 15g，大腹皮 12g，炒枳壳 6g，制香附 10g，鸡内金 6g，当归片 10g，阿胶珠 10g，生甘草 5g。14 剂，每日 1 剂，水煎服。

服上方后，诸症减轻，病情稳定。

按语：卵巢癌术后证属虚实夹杂，整体属虚，局部属实，虚实夹杂，治宜扶正祛邪相结合。肝肾同源，卵巢癌术后，肝肾亏损，无以灌溉冲任，余师在健脾益气、利水消胀的同时，调补肝肾，培补真元，这样有助于调整机体脏腑、气血、阴阳的平衡，有利于患者元气、正气的恢复，从而提高疗效，提高患者的生活质量，降低复发转移率，提高生存率。

案 6　肺癌转移

肺癌或称支气管肺癌，是最常见的恶性肿瘤之一，发病率居全部肿瘤的第一或第二位，且有逐年增高的趋势。发病原因与吸烟、职业致癌因子、空气污染、电离辐射、大气污染及生物学因子密切相关。主要临床表现有咳嗽、咯血、胸痛、发热、气急等。肺癌的病理类型按部位分为中央型肺癌和周围型肺癌，按组织分为小细胞肺癌和非小细胞肺癌。肺癌的治疗是根据患者的机体状况、肿瘤的病理类型、侵犯的范围和发展趋向，合理地、有计划地应用现有的治疗手段，以期较大幅度地提高治愈率和患者的生活质量。肺癌胸腔积液是肺癌晚期的常见并发症，严重地影响患者的生活质量和生存期。因此，肺癌胸腔积液的治疗在整个肿瘤综合治疗中尤为重要。目前治疗恶性积液的方法较多，但化疗药物毒副作用较大，手术等方法晚期病人多不能耐受。

肺癌转移，证属气阴不足，治以益气养阴。

刘某，女，77 岁。2009 年 9 月 25 日初诊。

患者 2009 年 7 月底出现咳嗽，9 月份查出左侧肺癌并双肺转移。有高血压病史，10 年前患萎缩性胃炎。刻下症见（家属转述）：呛咳，前胸痛，痰中带血，咳时小便失禁，纳差，难寐，低热，手足心热，腰背痛，舌红。辨证：气阴不足。治则：益气养阴。处方：西洋参 10g，生北黄芪 10g，紫丹参 7g，天葵子 12g，山慈菇 10g，白花蛇舌草 15g，半枝莲 15g，桑白皮 12g，仙鹤草 15g，乌贼骨 15g，冬桑叶 10g，麦门冬 15g，芡实仁 15g，薏苡仁 15g，瓜蒌壳 6g，蜜款冬花 7g，炙紫菀 7g，生甘草 5g，谷麦芽各 15g。14 剂，每日 1 剂，水煎服。

二诊：服上方后，腰背疼痛减轻，食欲增进，睡眠改善，仍咳嗽，痰稠，憋气，头痛，腿痛，血小板下降。处方：西洋参 10g，生北黄芪 10g，紫丹参 7g，天葵子 12g，山慈菇 10g，白花蛇舌草 15g，半枝莲 15g，桑白皮 10g，瓜蒌皮 10g，蜜款冬花 10g，炙紫菀 7g，淡紫草 10g，芡实仁 20g，冬桑叶

10g，乌贼骨 10g，金银花 10g，谷麦芽各 15g，生甘草 5g，延胡索 10g。7 剂，每日 1 剂，水煎服。

另用水鸭（去心）、冬虫夏草、乌贼合煮汤调服数月。

服上方后，诸症好转，病情稳定。

按语：肺癌属中医的“咳嗽”、“咯血”、“胸痛”等范畴，又有“肺积”、“痞癖”、“息贲”、“肺壅”之称。肺的生理特点决定了气阴亏虚是形成肺癌的基础，临床常表现为气阴不足的证候，益气养阴是其治疗大法。由于肺癌的早、中、晚三期气虚或阴伤轻重程度不一，因此，在不同阶段应用的益气养阴药亦有所不同。本例患者肺肾阴虚症状明显，余师治以益肾补肺，化痰散结。病至后期气阴两虚较甚，在益气养阴的基础上应用阴阳互济之法，用温阳填精之品冬虫夏草等煮汤食用。

案 7　肺癌术后

外科手术仍是肺部肿瘤治疗的一种最有效的方法，随着现代医学技术的不断进步，肺癌的切除率也逐渐提高。但手术后症状如胸背痛、咳嗽、咯血、气促、发热、多汗、乏力等往往表现较突出，有时也会成为影响疗效的因素之一，因此，如何减少这些不良因素的影响，是目前所面临而又最好能尽快解决的问题。

肺癌术后，证属气阴两虚型，治以益气养阴为主，辅以解毒攻邪，祛腐生新。

刘某，男，31 岁。2009 年 9 月 4 日初诊。

患者 2009 年 8 月肺癌手术。刻下症见：面色苍白，虚汗较多，难寐，多梦，咳嗽，口干，口腔黏膜及唇有脱膜感，晨起尿黄。舌绛、苔薄白，脉细涩。处方：西洋参 12g，生北黄芪 12g，紫丹参 10g，半枝莲 15g，桑白皮 15g，天葵子 10g，白花蛇舌草 15g，金银花 12g，蒲公英 12g，蜜款冬花 10g，炙紫菀 10g，云茯神 15g，炒酸枣仁 15g，阿胶珠 10g，浮小麦 15g，冬桑叶 10g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，水煎服。

二诊：服上方后，诸症好转，上腭仍有脱膜感，多梦，遗精，尿黄，纳不香。舌淡、苔少，脉稍涩。处方：西洋参 12g，生北黄芪 15g，紫丹参 10g，半枝莲 15g，麦门冬 15g，白花蛇舌草 15g，桑白皮 15g，天葵子 10g，金银花 12g，天门冬 10g，蒲公英 15g，阿胶珠 12g，浮小麦 15g，云茯神 15g，生甘草 5g，炒酸枣仁 15g，谷麦芽各 15g。14 剂，每日 1 剂，水煎服。

调理月余，病情平稳。

按语：肺癌手术切除后，因手术损伤，耗气伤津失血，多表现为气阴两虚证，气虚尤为明显。气阴两虚贯穿疾病的始终，益气养阴是其治疗大法。肺癌总属本虚标实之证，余师以人为本，以正气为先，固护人体气血津液，守护阴阳，在此基础上辅以解毒攻邪，祛腐生新。

案 8　原发性支气管肺癌

原发性支气管肺癌起源于支气管黏膜或腺体，简称肺癌，是严重危害人类健康的疾病，其发病率和死亡率极高，居全球癌症首位。在我国，肺癌已超过癌症死因的 20%，且发病率和死亡率均持续增长；肺癌是一种预后极差的疾病，只有 15%的患者在确诊时病变局限，5 年生存率仅为 50%，86%的患者在确诊后 5 年内死亡。肺癌的病因目前比较明确的有吸烟、大气污染、职业、饮食、遗传因素、基因改变等。肺癌的早期可无任何症状，但随着病情的发展，绝大多数患者可表现有与肺癌有关的症状和体征。如咳嗽、胸痛等。如果肿瘤

向管腔内生长时可有间歇或持续性痰中带血。肺淋巴回流受阻或肿瘤转移累及胸膜则可有不同程度的胸腔积液。在明确诊断后，现代医学根据其分期，采用手术根治、化疗、放疗和生物免疫治疗，有一定的疗效，但也有很多指证约束及诸多副作用。而针对全身兼顾局部的多学科交叉综合治疗被公认为是最佳的治疗模式。大量的临床实验研究表明，中医药可以有效地调整或增强机体免疫功能，改善患者临床症状，增强或巩固放化疗效果，减轻毒副反应，维持患者带瘤长期生存。

肺癌。咳嗽气喘，咳血寐差，消瘦。证属气阴两虚，痰热蕴毒郁肺，治以益气养阴，清热化痰解毒散结。

刘某，男，84 岁。2010 年 5 月 14 日首诊：

肺癌患者，2009 年 9 月在宁夏诊断为右下肺鳞癌。现症咳嗽气喘，咳血寐差，消瘦。舌红苔少，脉弦涩。辨证：气阴两虚，痰热蕴毒郁肺。治则：益气养阴，清热化痰解毒散结。处方：西洋参 12g，生北黄芪 10g，紫丹参 5g，天葵子 12g，猫爪草 12g，白花蛇舌草 15g，半枝莲 15g，麦门冬 15g，炙款冬花 10g，炙紫菀 10g，仙鹤草 15g，宣百合 10g，云茯神 15g，炒酸枣仁 15g，生甘草 5g，桑白皮 12g，金银花 15g，阿胶珠 10g。14 剂，水煎内服，每日 2 次。

2010 年 6 月 25 日二诊：服前方后症状缓解，但气短，咳嗽吐黄痰。处方：西洋参 12g，生北黄芪 12g，紫丹参 5g，宣百合 10g，桑白皮 12g，麦门冬 15g，天葵子 10g，猫爪草 15g，半枝莲 15g，蛇舌草 15g，金银花 15g，仙鹤草 10g，大红枣 10g，生薏苡仁 20g，生甘草 5g。14 剂，水煎内服，每日 2 次。

2010 年 7 月 23 日三诊：咳血，气短。处方：西洋参 12g，生北黄芪 12g，紫丹参 5g，宣百合 10g，百部根 10g，桑白皮 12g，麦门冬 12g，仙鹤草 12g，猫爪草 12g，半枝莲 12g，白花蛇舌草 12g，金银花 15g，天葵子 10g，川牛膝 10g，延胡索 10g，生甘草 5g。14 剂 水煎内服，每日 2 次。

2010 年 8 月 6 日四诊：服前方后病情稳定，但不思饮食，多食则胃不适（服用鸦胆子乳液期间），余无不适，否认积液。处方：西洋参 12g，生北黄芪 10g，紫丹参 5g，天葵子 12g，猫爪草 12g，白花蛇舌草 15g，半枝莲 15g，麦门冬 15g，蜜款冬花 15g，海螵蛸 10g，西砂仁 4g，大腹皮 10g，云茯神 15g，炒酸枣仁 15g，制鳖甲 15g，桑白皮 12g，生甘草 5g。14 剂，水煎内服，每日 2 次。

8 月 27 日五诊：近来感到身有燥热，气喘，咳嗽，咯血已止，胸部及腿痛。处方：西洋参 12g，生北黄芪 10g，紫丹参 5g，天葵子 12g，猫爪草 12g，白花蛇舌草 12g，半枝莲 12g，银柴胡 12g，制鳖甲 15g，珍珠母 15g，炙款冬花 10g，炙紫菀 10g，麦门冬 15g，延胡索 10g，生甘草 5g。14 剂，水煎内服，每日 2 次。

按语：肺癌属于中医“肺积”、“息贲”范畴。肺癌的发生是正邪两方面相互作用的结果。《灵枢•上膈》曰：“喜怒不适，饮食不节，寒温不时……邪气胜之，积聚已留。”但正气的状况更为重要。《景岳全书•传忠录》“盖在天在人，总在元气，但使元气无伤，何虞衰败？元气既损，贵在复之而已。常见今人之病，亦惟元气有伤，而后邪气得以犯之。故曰：邪之所凑，其气必虚。此客主相持之理，从可知矣”。本例患者年事已高，正气亏虚，而邪气尚盛。余师据症及舌脉的表现，认为病本属于肺气阴不足，而邪气未虚，痰热壅毒内

阻，治疗以益气养阴来扶正，清热化痰解毒以驱邪，并根据其标证的不同，灵活使用凉血止血等以防止咯血等急性并发症的发生。

案 9　乳腺纤维瘤术后复发

乳腺纤维瘤为中青年女性常见、多发病，多为良性肿瘤，约占乳腺良性肿瘤的 75%。手术治疗不仅损伤大，而且临床复发率高。中医学认为其发病原因多与脏腑机能失调、气血失和相关，病变脏腑责之肝脾。尤其素体脾土虚弱之人；或过食辛辣肥甘厚味，损伤脾土，而致脾土运化功能失常，聚湿为痰；或天生性格内向，情绪压抑，好生闷气；或性情急躁，动则易怒或因七情所伤，忧思过度，而致肝失疏泄，郁而成痰等，均可导致痰湿结聚、气血凝滞而形成肿块。因此，治疗本病当以软坚散结、祛瘀通络治其标，消痰祛湿、疏肝解郁治其本为大法，标本兼治。

乳腺纤维瘤术后复发，证属乳癖肝郁气滞，痰瘀阻络型，治以理气活血通络，软坚散结。

黄某，女，22 岁。2009 年 1 月 9 日初诊。

患者乳腺纤维瘤术后复发。刻下症见：舌红、苔薄白，脉细涩。西医诊断：乳腺纤维瘤。中医诊断：乳癖。辨证：肝郁气滞，痰瘀阻络。治则：理气活血通络，软坚散结。处方：台党参 15g，生北黄芪 15g，紫丹参 12g，金钢刺 12g，川郁金 12g，丝瓜络 6g，珍珠母 15g，云茯神 15g，炒酸枣仁 15g，北枸杞 15g，生牡蛎 15g，生甘草 15g。7 剂，每日 1 剂，水煎服。

二诊：服上方后，舌尖红、苔薄白，脉同前。处方：台党参 15g，生北黄芪 15g，紫丹参 12g，白鲜皮 10g，蝉蜕 6g，珍珠母 15g，川郁金 12g，丝瓜络 6g，生牡蛎 15g，北枸杞 15g，刺蒺藜 10g，生甘草 15g，杭白菊花 10g，七叶一枝花 6g（包煎）。14 剂，每日 1 剂，水煎服。

三诊：服上方后，无明显变化。舌红、苔少，脉弦涩。处方：潞党参 15g，生北黄芪 10g，紫丹参 10g，法半夏 7g，广橘络 7g，丝瓜络 7g，路路通 10g，珍珠母 15g，生牡蛎 15g，黄药子 6g（包煎），川郁金 10g，蒲公英 15g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，水煎服。

四诊：经来腹痛，乳腺纤维瘤无明显变化，伴有咽部不适。舌红、苔少，脉细。处方：潞党参 15g，生北黄芪 10g，紫丹参 10g，法半夏 7g，广橘络 7g，路路通 10g，制香附 12g，吴茱萸 10g，补骨脂 10g，蒲公英 15g，丝瓜络 6g，白蒺藜 10g，延胡索 10g，木蝴蝶 10g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，2 次服。

五诊：服上方后，咽痛减轻，瘤体缩小。舌红、苔少，脉弦细。处方：潞党参 15g，生北黄芪 10g，紫丹参 10g，山慈菇 12g，法半夏 7g，广陈皮 7g，路路通 10g，川郁金 10g，丝瓜络 7g，麦门冬 10g，木蝴蝶 10g，生甘草 5g，当归片 10g，制香附 10g。14 剂，每日 1 剂，水煎服。

继服上方 20 余剂后，瘤体软化，缩小，诸症好转，效果显著。

按语：乳腺纤维瘤为中青年女性常见、多发病，多为良性肿瘤，约占乳腺良性肿瘤的 75%。手术治疗不仅损伤大，而且临床复发率高。本病属中医学“乳癖”的范畴。其基本病机为痰湿结聚，气血凝滞而形成肿块。余师以软坚散结、祛瘀通络之药治其标，疏肝解郁治其本，标本兼治，获良效。

案 10　甲状腺瘤术后

甲状腺瘤术后。上热下寒，心烦腹痛，胸腔积液。证属心脾两虚，毒热未尽，水湿内停。治以健脾养心，利水渗湿，清热解毒。

李某，女，58 岁。2010 年 7 月 9 日首诊。

甲状腺瘤术后。上焦热，下焦寒，中焦不适，心烦，脐周冷痛。舌红苔少，脉细小。辨证：心脾两虚，毒热未尽，水湿内停。治则：健脾养心，利水渗湿，清热解毒。处方：

生晒参 10g，生北黄芪 12g，紫丹参 10g，五味子 3g，麦门冬 15g，山慈菇 10g，猫爪草 12g，白花蛇舌草 12g，芡实仁 15g，生薏苡仁 15g，延胡索 10g，葫芦壳 6g，葶苈子 10g，浮小麦 15g，生甘草 5g。7 剂，水煎内服，每日 1 剂。

2010 年 7 月 16 日二诊：服前方后腹部凉稍减，咳嗽减轻，但仍有胸腔积液，大便干涩，口干。舌红苔黄，脉弦小无力。处方：西洋参 10g，生北黄芪 10g，紫丹参 10g，五味子 3g，麦门冬 15g，珍珠母 15g，生牡蛎 15g，制鳖甲 15g，山慈菇 10g，猫爪草 15g，葶苈子 10g，白花蛇舌草 15g，半枝莲 15g，葫芦壳 6g，生甘草 5g，车前子 10g，瓜蒌皮 10g。7 剂，水煎内服，每日 1 剂。

2010 年 7 月 23 日三诊：服前方后病情稍缓解，现自感心悸，气短，脐部冷。舌淡、苔白稍腻，脉细数。处方：西洋参 12g，生北黄芪 15g，紫丹参 10g，五味子 3g，麦门冬 12g，阿胶珠 10g，上肉桂 6g，山慈菇 10g，猫爪草 10g，天葵子 10g，生薏苡仁 15g，炒芡实 15g，瓜蒌皮 10g，车前子 10g，生龙齿 15g，生甘草 5g。7 剂，水煎内服，每日 1 剂。

2010 年 7 月 30 日四诊：服前方后病情稍缓解，仍有心悸，气短，畏冷，脐周冷，口干，不欲饮。舌红、苔稍黄，脉细数。处方：高丽参 7g，生北黄芪 12g，紫丹参 10g，云茯神 15g，炒酸枣仁 15g，炙远志 10g，龙眼肉 10g，五味子 3g，麦门冬 12g，天葵子 10g，猫爪草 10g，上肉桂 6g，炮姜 7g，延胡索 10g，生甘草 5g，川牛膝 10g，车前子 10g。7 剂，水煎内服，每日 1 剂。

2010 年 8 月 6 日五诊：服前方后心率降至正常，腰周围畏冷感减轻，但咽痒，咳嗽，口干，不思饮。舌红、苔薄白，脉弦小。处方：高丽参 10g，生北黄芪 12g，紫丹参 10g，云茯神 15g，炒酸枣仁 15g，炙远志 10g，龙眼肉 10g，五味子 3g，麦门冬 12g，桑白皮 10g，木蝴蝶 6g，天葵子 10g，猫爪草 10g，上肉桂 5g，炮姜 5g，生甘草 5g，川牛膝 10g。7 剂，水煎内服，每日 1 剂。患者坚持服药，病情稳定。

按语：甲状腺肿瘤属于“瘿瘤”的范畴，但是突出的表现除了正气的不足外，毒热未尽，毒热伤阴之象显著。同时，由于因病伤正，后天受损，脾胃亏虚，水湿内停，终致阴阳失调，上热下寒之变局。余师紧紧把握这一本质，在立法组方选药上，将益气养阴清热解毒、健脾利湿等法融为一体，上下交通，阴阳相济，体现了中医刚柔相济的特色。

案 11　子宫肌瘤

子宫肌瘤是女性生殖器内最常见的良性肿瘤，临床症状多为月经周期缩短，经量增多，经期延长，腹痛，白带增多，腹痛、腰酸、下腹坠胀，压迫感，不孕，继发性贫血。目前现代医学治疗子宫肌瘤的方法有药物治疗、手术治疗、介入治疗，价格昂贵且病人不易接受。中医对子宫肌瘤的治疗积累了丰富的经验，包括辨证论治、中成药治疗以及针灸疗法等。中医药治疗子宫肌瘤，既可使肌瘤消散，又可免除患者手术之苦，保留生育功能，独具优势，有着较为广阔的前景。

子宫肌瘤伴盆腔积液，去疾求子，证属阴血亏虚，瘀毒内结，治以滋阴养血，解毒散结利湿。

施某，女，38 岁，外企职员。子宫肌瘤 2 年，盆腔积液。2010 年 7 月 23 日初诊。患者 2010 年 3 月 16 日在某医科大学附属妇产医院超声所见：子宫肌瘤，盆腔积液。右侧卵巢长径：3.0cm，左侧卵巢长径：2.8cm。子宫后方可见液性暗区，厚径 1.8cm。刻下：多梦，消瘦，面色无华，皮肤干涩，月经准期，质稠。舌红、边有齿痕，苔薄，脉细涩。证属阴血亏虚，瘀毒内结，治以滋阴养血，解毒散结利湿。方用：西洋参 12g，生北黄芪 12g，紫丹参 7g，山慈菇 10g，猫爪草 10g，生薏苡仁 15g 炒芡实 15g，葶苈子 10g，川杜仲 12g，鸡内金 6g，云茯神 15g，炒酸枣仁 15g，阿胶珠 12g，大生地黄 10g，杭白芍药 10g，生甘草 5g。7 剂，日 1 剂。水煎服。

2010 年 7 月 30 日二诊：服前方后，病情稳定，便稀，带稠，略呈红色，多梦，舌红、边有齿痕、苔少，脉细稍涩。上方去川杜仲，鸡内金、阿胶珠、大生地黄、杭白芍药，加炒广神曲 15 g，车前子 10g，制何首乌 15 g，生龙齿 15g。服法同前。

2010 年 8 月 6 日三诊：服上方后病情稳定。舌淡边有齿痕、苔花剥，脉细稍涩。求嗣。上方去云茯神、炒酸枣仁、炒广神曲，生龙齿，加阿胶珠 10g，制鳖甲 15g，路路通 10g，鸡内金 6g。14 剂，日 1 剂。水煎服。

照法调经，孕乃停治。

按语：子宫肌瘤属中医学“瘕”的范畴，是有形之实邪，是以胞中结块为主要特征，“实者攻之”、“结者散之”。盆腔积液，属中医学“腹痛”、“痰饮”、“癥瘕”的范畴。本例兼有阴血亏虚之象，总的病机为正虚邪实，虚实夹杂。余师标本兼顾，扶正和祛邪和祛邪相结合，方中山慈菇、猫爪草解毒散结；生薏苡仁、炒芡实补脾祛湿；葶苈子、车前子利水渗湿；阿胶珠、制首乌益肾养血填精，共奏滋阴养血，解毒散结利湿，养精种子之效。（杨建宇,李彦知,张文娟,等.中医大师孙光荣教授中和医派诊疗肿瘤学术经验点滴[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(13):5-12.）

乳腺增生病

乳腺增生又称乳腺结构不良，是指乳腺上皮和纤维组织增生，乳腺组织导管和乳小叶在结构上的退行性病变及进行性结缔组织的生长。一般认为本病与内分泌功能紊乱有关，主要是卵巢内分泌失调。本病的特点是单侧或双侧乳房疼痛并出现肿块，乳痛和肿块与月经周期及情志变化密切相关。乳房肿块大小不等，形态不一，边界不清，质地不硬，推之不活动。

乳腺增生属于中医“乳癖”的范畴。中医认为乳腺增生的病因与情志、饮食、劳倦以及先天体质因素有关。其基本病机为本虚标实，冲任失调为发病之本，肝气郁结，痰凝血瘀为发病之标。病位在肝、脾、肾。

乳腺增生是女性最常见的乳房疾病，其发病率居乳腺疾病的首位，约占育龄妇女的 40%左右，而占全部乳腺疾病的 75%，其发病的高峰年龄为 25～45 岁，在 30 岁以上的女性发病率达 90%以上，且近年来该病发病率呈逐年上升的趋势。本病好发于社会经济地位高、受教育程度高、月经初潮年龄早、从未怀孕、初次怀孕年龄大，或绝经迟的妇女。近年来，有学者提出了乳腺癌发生机制的“多阶段发展模式”假说，即“正常→增生→非典型增生→原位癌→浸润性癌”的发展模式，并且认为“正常→增生→非典型增生→原位癌”是可逆的可恢复阶段。这为人们采取各项措施阻断/逆转癌前的各个发展阶段，降低乳腺癌发病率提供了理论基础。乳腺增生病患者的患癌危险率明显高于正常妇女，因此，积极寻找理想的防治乳腺增生病方案对乳腺癌的一级预防及改善乳腺增生病患者的生活质量有重要的现实意义。

1 中医治疗

1.1 分证论治

1.1.1 肝郁痰凝证 【临床表现】一侧或双侧乳腺出现肿块和疼痛，肿块和疼痛与月经周期有关，经前加重，行经后减轻，伴有情志不舒、心烦易怒、胸闷嗳气、胸胁胀满。舌质淡、苔薄白、脉细弦。

【治法】疏肝解郁，化痰散结。

【主方】逍遥蒌贝散加减。

【常用药】柴胡 9g，当归 9g，白芍 9g，白术 9g，茯苓 9g，瓜蒌 15g，浙贝母 9g，半夏 9g，牡蛎 15g，胆南星 9g，山慈姑 9g。

【加减】乳房胀痛明显，加三棱 10g，莪术 10 g；口干口苦、心烦易怒者加黄芩 10g，栀子 10g；伴痛经者，加益母草 12g，五灵脂 10g；乳头溢液者，加丹皮 9g，山栀 12g，旱莲草 12g。疼痛甚者加川楝子 15g，元胡 12g；经前乳房疼痛显著，肿块增大，加郁金 15g，青皮 9g；失眠多梦者加炒枣仁 10g，远志 10g；经期小腹冷痛者加乌药 10g，吴茱萸 9g。肿块较硬者，加炮山甲（代）10g，全蝎 5g，水蛭 5g，海藻 15g。

1.1.2 冲任失调证 【临床表现】一侧或双侧乳腺出现肿块和疼痛，常伴有月经不调，经量减少，怕冷，腰膝酸软，神疲乏力，耳鸣。舌质淡胖，苔薄白，脉濡细。

【治法】调摄冲任。

【主方】二仙汤合四物汤加减。

【常用药】仙茅 10g，淫羊藿 10g，肉苁蓉 10g，制首乌 15g，柴胡 6g，当归 10g，白芍 12g，鹿角胶 10g，熟地黄 12g，炮山甲（代）10g，香附 10g，青皮 6g，陈皮 6g。

【加减】疼痛甚者加川楝子 15g，元胡 12g；经前乳痛者，加麦芽 30g，山楂 20g；腰膝酸软者，加杜仲 10g，桑寄生 15g；乳房肿块呈囊性感者，加白芥子 10g，瓜蒌 15g；闭经者，加生蒲黄 10g，益母草 15g；月经量多者，加银花炭 15g；胸闷、便干者，加全瓜蒌 30g；经期少腹疼痛、经少有血块者，加益母草 10g，桃仁 10g，红花 5g；失眠多梦加首乌藤 10g，远志 10g。

1.2 中成药

1.2.1 乳疾灵颗粒 主要由柴胡、香附、青皮、赤芍、牡蛎、海藻等药物制成，具有舒肝解郁、散结消肿的功效，适合有月经不调、倦怠食少、脉弦等症状的乳腺增生患者使用。具体用法为：每次用开水冲服 14～28g，每日 3 次。孕妇忌服。

1.2.2 乳核散结片 主要由当归、黄芪、柴胡、郁金、昆布、鹿衔草等药物制成，具有舒肝解郁、软坚散结、理气活血的功效，适合患有乳腺囊性增生、乳痛症、乳腺纤维腺瘤等疾病的患者使用。具体用法为：每次服 4 片，每日 3 次。脾胃虚弱者宜在饭后服用。

1.2.3 逍遥颗粒 主要由柴胡、当归、白术、白芍、茯苓等药物组成，具有疏肝健脾、养血调经的功效，适合有两胁作痛、头晕目眩、神疲食少、乳房胀痛、舌淡苔薄、脉弦而虚等症状的乳腺小叶增生或囊性增生的患者使用。具体用法为：每次用开水冲服 1 袋，每日 2 次。患者在服药期间忌辛辣、生冷食物，孕妇忌服。

1.2.4 乳康片 主要由黄芪、丹参、乳香、没药、浙贝母、鸡内金、三棱、瓜蒌等药物制成，具有疏肝解郁、理气止痛、活血破瘀、软坚散结、补气健脾等功效，适合有眩晕、胸闷、心烦易怒、失眠、健忘、纳差、月经紊乱等症状的乳腺增生病患者使用。具体用法为：每次饭后服 2～3 片，每日 3 次，20d 为 1 个疗程。孕妇忌服。

1.2.5 乳核内消液 主要由浙贝母、当归、赤芍、茜草、香附、丝瓜络、郁金等药物制成，具有疏肝活血、软坚散结的功效，适合有乳房结块、胸胁作痛、头晕身重、食少纳呆、月经不畅、舌苔白润等症状的乳腺增生患者使用。具体用法为：每次服 1 支，每日 2 次。有月经量多、乳房肿块不随经期改变、面白且脉弱等症状的乳腺增生患者应慎用此药。

1.2.6 乳块消片 主要由橘叶、丹参、皂角刺、王不留行、川楝子、地龙等药物制成，具有理气通络、活血化瘀的功效，适合有乳房结块、胀痛不舒（生气时及经前加重）、舌暗红或有瘀斑、脉沉弦等症状的乳腺增生患者使用。具体用法为：每次服 4～6 片，每日 3 次。

1.2.7 小金丸 主要由麝香、木鳖子（去壳去油）、制草乌、枫香脂、乳香（制）、没药（制）、五灵脂（醋炒）、当归（酒炒）、地龙、香墨等药物制成，具有散结消肿，化瘀止痛的功效。适合有乳部肿块，一个或多个，皮色不变，经前疼痛的乳腺增生患者。打碎后口服，一次 1.2～3g，一日 2 次。孕妇禁用。

1.2.8 乳增宁片 主要由艾叶、淫羊藿、柴胡、川楝子、天门冬、土贝母等药物制成，具有疏肝解郁，调理冲任的功效，适用于肝郁气滞、冲任失调引起的乳痛症及乳腺增生等症。口服，一次 4 粒，每日 3 次。

1.2.9 乳癖消 主要由鹿角、蒲公英、昆布、三七、赤芍、海藻、漏芦、木香、玄参、益母草、鸡血藤、三叉苦、连翘、功劳木、土茯苓等药物制成，具有活血化瘀，软坚散结的功效，适用于主要表现为乳房疼痛，常于月经前或生

气郁闷时加重，月经来潮后明显减轻或消失；以及乳房肿块，可在月经前增大，月经来潮后缩小变软的乳腺增生患者。口服，一次 5～6 片，每日 3 次。一个月为一疗程，一般需连续服用 2～3 个疗程。孕妇慎用。

1.3 单方验方

1.3.1 单方 ①木鳖子：木鳖子一个去壳，切成碎末，取较大鸡蛋一枚，敲开气室一端，将木鳖子末塞入蛋内，遂用面糊住封口，炉火烤熟，去壳连药服用。每日 1 个，20d 为 1 个疗程，轻度 1 个疗程可愈，一般 2～3 个疗程见效。②老鹤草：用干或鲜老鹤草，每日 30～60g，冲饮代茶或煎服，一日 2～3 次，30d 为 1 个疗程，月经期照常服用。轻者 1 个疗程，重者 2～3 个疗程见效。

1.3.2 验方 【验方一】 柴胡 80g，全栝蒌 120g，王不留行 60g，八月扎 30g，海藻 30g，八仙草 30g，山甲珠 20g，西红花 10g，上药共为细末，梨花蜂蜜为丸，每丸重 6g。饭前白开水冲服，每次 1 丸，每日 3 次。服药期间保持心情舒畅，忌烟酒及辛辣生冷刺激性食物，孕妇，月经期间忌服。该方治疗乳腺增生症，效果良好，对手术后复发者同样有效。

【验方二】取荔枝核 20g，橘核 20g，研为细末，放入容积为 2.5L 暖瓶中，充满开水，放置 1 小时后饮用，每日 1 壶，10 天为疗程。轻症服疗程，重症可连服疗程。该方具有行气，散结，止痛之功效，为治疗乳腺增生病之良药。此外，该方对男性乳房发育症亦有很好疗效。

【验方三】二黄散太乙膏贴敷配服山甲牛蒡丸治疗乳腺增生。蟾酥二黄散组方：藤黄 10g，雄黄 10g，蟾酥 10g，通血香 10g，研成极细末，阴干，掺于太乙膏上贴于患处，10d 一换。山甲牛蒡丸组方：当归 10g，白芍 10g，牛蒡子 15g，山甲（代）15g，山茄花 15g，活备龙 10g，丹参 10g，大力草 10g，全虫 12g，蜈蚣 12g，共为细末，水泛为丸。一日 2 次，一次 8g，连服 1～2 个月。

【验方四】处方：当归 10g，白芍（醋炒）10g，陈皮 10g，柴胡 10g，香附 10g，石决明 10g，穿山甲（代）10g，僵蚕 15g，夏枯草 30g，红花 6g，姜黄 6g，瓜蒌仁 30g，甘草 6g。用法：在月经周期前 7 天开始服药，每日一剂，水煎，饭后服，连服 10 剂后停药。第 2 个月仍按上述方法服，服 3 个月为 1 个疗程，对乳腺小叶增生效果良好。

【验方五】阳雀花 20g，枫香果 12g，丝瓜络 12g，青藤香籽 12g，柴胡 9g，当归 12g，法夏 12g，白芍 12g，水煎服。伴胸闷胁痛加瓜蒌 10g，香附 10g，青皮 10g，陈皮 10g；气郁生痰加茯苓 10g，法夏 10g；气郁化火加夏枯草 10g，栀子 10g，牡丹皮 10g；肿块质硬加土贝母 10g，山慈菇 10g，海藻 10g，便溏加白术 10g，黄芪 20g；阴虚盗汗，形体消瘦加牡蛎 15g，玄参 10g；绝经期妇女属冲任不调加仙茅 10g，仙灵脾 10g，鹿角霜 10g，巴戟天 10g，菟丝子 10g。服药期间调畅情志，忌辛辣之品，连服 1 周为 1 个疗程。该方具有疏肝解郁，理气散结调畅情志的功效。

1.4 药物外治

1.4.1 中药贴敷 ①乳康贴外敷：乳康贴处方由丹参 15g，益母草、郁金、获术、乳香、没药、延胡索各 10g，橘核、王不留行、丁香、川楝子、皂角刺各 12g，细辛、麝香各 5g，冰片 3g 组成。选用神阙穴加痛点外贴治疗，每 2 天更换 1 次，连续用药 4 周为 1 个疗程。

②香附饼外敷：香附子 120g，陈醋、酒各适量。香附子研末，陈醋、酒酌量以拌湿为度，捣烂后制成饼，蒸热，外敷患处。药饼干燥后，可加酒、醋复蒸，每贴药可用 5 日。

③化核膏外敷：药用穿山甲（代）、全蝎、山慈姑、五倍子、白芥子、香附、大黄、莪术、乳香、冰片各等份，共研细末，加入山西米醋、冰糖各适量，调成药膏，敷于患处。病程长肿块硬、病程短肿块软者分别于月经第 6、第 14 日开始敷药，每日换药 1 次。

④蒙药八味狼毒散外敷：取瑞香狼毒、酸模、多叶棘豆、黄精、天冬、菖蒲各 15g，姜黄、生草乌各 100g，共研细末，备用。每用蛋清或陈醋将 20g 药末调成糊状，均匀涂于纱布上，厚 0.5cm，外敷患处，每日 1 次，9 次为 1 个疗程。

⑤蒲公英、木香、当归、白芷、薄荷、栀子、紫花地丁、瓜蒌、黄芪、郁金各 18g，麝香 4g。上药研细末，每次取 0.4g，填入脐窝，随即用干棉球轻压，并按摩片刻。然后用 4cm×4cm 胶布贴牢，3 日换药 1 次，8 次为 1 个疗程。一般治疗 3 个疗程即有显效。

⑥王不留行、白花蛇舌草各 20g，赤芍、土贝母各 21g，穿山甲（代）、昆布各 30g，木鳖子、莪术各 18g，丝瓜络 15g。将上药入适量麻油内煎熬至枯，去渣滤净，入黄丹适量充分搅匀，熬至滴水成珠。再加入乳香、没药、血竭细末各 10g，搅匀成膏。倒入冷水中浸泡半月后取出，隔水烊化，摊于布上。用时将膏药烘热，贴于肿块或疼痛部位。7 日换药 1 次，3 次为 1 个疗程，疗程间隔 3～5d。

1.4.2 中药外洗 ①苦参 60g，透骨草 30g，当归 15g，川芎 10g，乳香 15g，没药 15g，红花 10g，艾叶 30g，金银花 15g，荆芥 15g，防风 10g，白芷 15g，甘草 5g，葱根 7 棵，槐树枝 7 节，加水 1500mL，制成外洗方。每晚外洗患乳 1 次，时间约 30min。

②乳香 20g，没药 20g，路路通 30g，瓜蒌皮 30g，海藻 30g，昆布 30g，生牡蛎 40g，捣碎加酒精浸泡 15 天。用时以棉签蘸药液搽于患处，再用近红外热磁振治疗仪治疗 20～30min，治疗头磁场转数调至 1500～3000 转/分，治疗头热度为 40～50℃，磁场强度为 800～1000 高斯。每日 1～2 次，15d 为 1 个疗程。

1.4.3 药物乳罩 ①川乌、商陆、大黄、王不留行、樟脑等，加工成细末，按一定比例混合，分装于半圆形纱布药袋内，每袋重 2.5g。选择与患者胸围合适的特殊乳罩，将药袋插入与病变部位相应的夹层内，务使佩戴乳罩时药袋能紧贴乳房患处。每次月经前 15 天开始用药，7～10d 换药袋 1 次，经期停用，1～3 个月经周期为 1 个疗程。

②药用公丁香 15g，郁金 15g，地龙 15g，丝瓜络 15g，赤芍 20g。共研细末，装 6cm×5cm 棉白布袋 2 袋，外侧加一层软塑料膜。将药袋置于乳罩夹层内，无塑料膜一面紧贴乳房并完全覆盖患处，每周换药袋 1 次，4 周为 1 个疗程。

③柴胡、青皮、陈皮各 3g，川芎、赤芍、生白芥子、广郁金、制香附各 5g，砂仁、冰片各 3g。上药共研细末，用 10cm×10cm 布袋，装入上药，铺平后固定在患侧乳罩内。1 周换药 1 次，15d 为 1 个疗程。或用聚乙烯醇 20g，加蒸馏水 200mL，加热至糊状，加入甘油 40g 与 10g 吐温-80 搅匀，再加入

以上药末（过 7 号筛）搅拌均匀后涂板。板面平铺一层纱布，55℃干燥，脱膜，剪取直径为 15cm 圆形药膜，制成双侧或单侧有药膜的乳罩佩戴。

④取生川乌、白芷、白芥子、乳香、没药、穿山甲（代）、当归、土鳖虫各 60g，香附 45g，冰片 5g，共研成极细末，装瓶备用。用白棉布做成 5cm×5cm 药袋，将上述药粉 30g 左右均匀地撒于厚度适宜的海绵上，放入药袋中。根据病变部位及肿块多少，将药袋固定于相应部位的乳罩上，戴上乳罩即可，直至病灶消失为止。

1.4.4 中药热敷 ①柴胡、白术、橘核、浙贝母各 10g，白芍、全瓜蒌、夏枯草各 15g。先将上药煎汁内服，再将药渣装入布袋放醋中煮沸，趁热熨敷患处。药袋冷即更换，每日 1 次，每次 30min，10 次为 1 个疗程。一般用药 2 个疗程可有明显效果。

②瓜蒌、连翘、川芎、红花、泽兰、桑寄生、大黄、芒硝、丝瓜络、鸡血藤各 30g，分装两袋交替使用。用时将药袋蒸热，洒酒精或烧酒少许，外敷乳房部，每日 1～2 次，每次 30min 到 1 小时。药袋可反复使用 10 次左右。

1.4.5 中药离子导入 中药离子导入法局部治疗有温经通络、祛瘀散结之功，并通过热效应直接感应于患部，促进药物吸收，改善乳房血运，消肿散结。明显减轻局部症状，并反射性调节内分泌功能。临床上常与内治法同用，可提高疗效，缩短疗程。用柴胡、当归、红花各 20g，黄药子 5g，昆布 15g，丹参 30g，煎熬成汤剂。药垫浸泡后，置于乳腺增生部位。再取中药离子导入，每次 20min，每周 3 次，12 次为 1 个疗程。

1.5 推拿疗法

1.5.1 循经推拿疗法 方法如下：①背部治疗（督脉、膀胱经、腰部）：嘱患者俯卧位，医者坐（或立）旁边，双手从尾骨长强穴处沿督脉从下向上运用捏脊手法推运至大椎穴，反复推运 3～4 遍，然后从臀部秩边穴处沿膀胱经从下至上运用捏脊手法推运至肩部，反复 2～3 遍，最后腰部用力抓拿 8～9 下（补肾）。②腹部治疗（任脉、肝经、胃经）：嘱患者仰卧位，医者坐（或立）旁边，任脉采用抓拿法，医者双手相并抓拿起任脉线上肌肉，用力抓拿 5～6 下，胸部任脉线行推运法至天突穴。肝经、胃经的治疗：医者双手均从小腹分别沿肝、胃经线从下至上沿直线（或胸腹循行线）用捏脊手法推运到胸大肌和锁骨下，反复 2～3 遍。③乳房治疗：采用捏法、拿法、揉法围绕患乳周围由轻至重均匀施术（勿用猛力），使力量从外围向中央渗透，对增生的结节重点施术使力 3～5s，目的在于松解粘连，软坚散结，治疗过程中，手法的力量由轻至重，以患者能忍受为度，30 次为 1 个疗程，每日或隔日 1 次，每次治疗 5～15min，患者治疗后感浑身及乳房发热、宣透为佳。

1.5.2 穴位推拿疗法 ①取中府、曲池、阴陵泉、蠡沟、足三里、天宗、肩井、心俞等穴位，用揉、按、推、提、抖等法治疗，10 次为 1 个疗程，治疗 1～3 个月。②取背俞穴、内关、公孙、三阴交、阴陵泉、蠡沟、足三里、膻中、屋黔、乳根、章门、极泉、手三里、太溪、阿是穴，采用揉法、点法、按法、摩法、擦法、提拿法、提颤法、捻揉法、按揉法、振腹法，10 次为 1 个疗程，治疗 1～3 个疗程。

1.5.3 足底按摩疗法 ①踩脚：把鹅卵石放入大小约 20～50cm 的布袋里。置于地，患者立其上，踩 30min 左右。②泡足：将双足置于泡足器内，温水泡足 30min。③足部按摩：取穴：基本反射区之肾脏、输尿管、主要反射区之胸，关联反射区之脑垂体、肾上腺、甲状腺、生殖腺、脾脏及淋巴结等，操作：按摩

基本反射区的肾脏、输尿管、膀胱，反复 3 次，根据“全足按摩，重点刺激”的原则由上到下、由脚底到脚背、由内到外进行全足按摩，然后再重点刺激主要反射区及关联反射区。

1.6 针灸疗法

1.6.1 体针 ①针刺乳根（向上平刺 2 寸，乳房有酸胀感）、少泽（浅刺 0.1 寸，或三棱针点刺出血，或艾灸 10min）、天宗（向外上方斜刺 1.5 寸）。肝气郁结配膻中（向下平刺 1 寸）、肝俞、太冲、膈俞（均双侧）；肝火上炎配行间、阳陵泉；肝肾阴虚配肝俞、肾俞、太溪（均双侧）；气血亏虚配脾俞、肾俞、足三里（均双侧）；月经不调配三阴交、合谷。气滞痰凝配丰隆、足三里（均双侧）；均采用平补平泻法。每日 1 次，10d 为 1 个疗程。月经期停用。②针刺内关（均双侧）、太冲（均双侧）。均用强刺激泻法，或平补平泻。每日 1 次，10d 为 1 个疗程。月经期停用。

1.6.2 耳穴疗法 取神门、内分泌、卵巢、乳腺等穴，用王不留行贴压。每日自行按压 3～5 次，每次每穴按压 30～60s，3～7d 更换 1 次，双耳交替。刺激强度依患者情况而定，一般儿童、孕妇、年老体弱者、神经衰弱者用轻刺激法，急性疼痛性病症宜用强刺激法。亦可刺双侧，每日 1 次，留针 2～3h，10 次 1 个疗程。可达到疏肝活血，调摄冲任的目的。

1.6.3 艾灸 取穴以肿块四周及中央为 5 个主要灸点，配穴选阳陵泉、足三里、肝俞、太冲。将艾条点燃，距离皮肤 5cm 左右，进行悬灸，每穴灸 15min 左右。每日 1 次，10 日为 1 个疗程，共治疗 2 个疗程，每个疗程间休息 3～5d。

1.6.4 电针 取阿是穴（即乳房肿块、硬结处），嘱患者仰卧，暴露患乳，局部常规消毒，用 28 号 1.5～2 寸毫针对准肿块斜刺，不提插捻转，每间隔 2～3cm 斜刺 1 针，呈圆弧形状排列。视肿块大小，一般用 4 根～8 根针，针尖指向乳中央，进针 0.8～1.2 寸，然后，接电针仪，选用按摩波，强度以患者能忍受为度。每天 1 次，每次 45min，10d 为 1 个疗程。此外，在电针的同时，可局部配合特定电磁波谱治疗仪，距离皮肤 30～40cm 局部照射。

1.6.5 穴位注射 ①主穴取肾俞、乳根、足三里、膻中；肾阳虚者加腰阳关；痰凝者加丰隆；性情急躁、失眠、月经不调者加三阴交；胸闷不适、胸胁胀痛者加期门或太冲。注射药物为川芎注射液或当归注射液 0.2ml/穴位/次，每次选主穴 1～2 个，配穴 1～2 个，左右交替选穴，每周注射 2 次，以 10 次为 1 个疗程。②取胃经、肝经、肾经、脾经、心经、心包经的双侧。合穴：足三里、曲泉、阴谷、阴陵泉、少海、曲泽。每个穴位注射 1：1 丹参与维生素 B_{12} 注射液 0.5ml，隔日 1 次，5 次为 1 个疗程。③取主穴屋翳、膺窗、膻中、乳根，配穴足三里、合谷，月经不调加三阴交，胸闷、胸胁胀痛加太冲。每穴注射 5%当归注射液 0.5ml，每日或隔日 1 次，10 次为 1 个疗程。能起到调和气血、化瘀消肿、散结止痛作用。

1.6.6 穴位埋线 药线制备：全虫 6g，蜈蚣 3 条，水蛭 3g，壁虎 2 只，生草乌 6g，穿山甲（代）9g，川芎 9g，三棱 6g，莪术 6g，夏枯草 15g，通草 12g。用 75%酒精适量将药物浸泡 30d 左右，过滤，将 0～1 号医用羊肠线浸入药液内备用。选主穴为膻中、足三里、丰隆、乳根（患侧），肝郁痰凝加太冲、期门；冲任失调加关元、三阴交。穴位局部常规消毒，铺无菌洞巾，利多卡因局麻。

根据穴位选用适当长度（1～3cm）的上述浸泡过的医用羊肠线，穿入 12 号腰穿针针管内，将针缓慢刺入穴内，达到所需深度，待有针感时，边退针边将肠线推入穴内。出针后用无菌纱布敷盖，胶布固定，1 周内保持局部清洁，防止感染。每次选 3～5 穴，30d 治疗 1 次，6 次为 1 个疗程。

2 食疗药膳

2.1 艾叶煮鸡蛋 【主料】艾叶 150g、鸡蛋 2 个。

【制法】共煮。

【服法】弃汤食蛋。

【功效】疏肝理气，化痰软坚。适用于肝郁痰凝型乳腺增生。

2.2 青皮二花茶 【主料】菊花、玫瑰花各 10g，青皮 6g。

【制法】上药开水冲泡。

【服法】代茶饮。

【功效】清热散结，适用于乳腺增生。

2.3 王不留行瘦肉汤 【主料】猪瘦肉 250g，王不留行 12g，黄芪 30g。

【制法】3 料洗净，一同放入锅中，加水适量，大火煮沸后，改小火煲 1～2 小时，调味供用。

【服法】佐餐食用。

【功效】补气健脾，通乳。适用于乳腺增生属体虚者。

2.4 虫草与川贝炖瘦肉汤 【主料】冬虫夏草 3g，川贝母粉 5g，猪瘦肉 100g。

【制法】将冬虫夏草洗净，与川贝母粉、猪瘦肉一同放入沙锅，加水、黄酒、葱、姜适量，共煨 1 小时，加精盐适量调味，即成。

【服法】佐餐食用。

【功效】调理冲任，补肾散结，适于乳腺小叶增生，证属冲任失调。

2.5 肉片汤 【主料】猪肉 50g，刀豆 50g，木瓜 100g。

【制作】先将猪肉 50g 洗净，切成薄片，放入碗中加精盐，湿淀粉适量，抓揉均匀，备用。将刀豆 50g，木瓜 100g 洗净，木瓜切成片，与刀豆同放入沙锅，加适量水，煎煮 30min，用洁净纱布过滤，取汁后同入沙锅，视滤液量可加适量清水，大火煮沸，加入肉片，拌匀，烹入黄酒适量，再煮至沸，加葱花、姜末适量，并加少许精盐，拌匀即成。

【服法】可当汤佐餐，随意食用。当日吃完。

【功效】疏肝理气，解郁散结，适于乳腺小叶增生，证属肝郁气滞。

2.6 青皮和山楂粥 【主料】青皮 10g，生山楂 30g，粳米 100g。

【制作】将青皮 10g，生山楂 30g 分别洗净，切碎后一起放入沙锅，加适量水，浓煎 40min，用洁净纱布过滤，取汁待用。将粳米 100g 淘洗干净，放入沙锅，加适量水，用小火煨煮成稠粥，粥将成时，加入青皮、山楂浓煎汁，拌匀，继续煨煮至沸，即成。

【服法】可当汤佐餐，早、晚分食。

【功效】疏肝理气，解郁散结，适于乳腺小叶增生，证属肝郁气滞。

2.7 萝卜拌海蜇皮 【主料】白萝卜 200g，海蜇皮 100g，葱花 3g，白糖 5g。

【制作】将白萝卜 200g 洗净，切成细丝，用精盐 2g 拌透。将海蜇皮 100g 切成丝，先用凉水冲洗，再用冷水漂清，挤干，与萝卜丝一起放碗内拌

匀。炒锅上火，下植物油 50mL 烧热，放入葱花 3g 炸香，趁热倒入碗内，加白糖 5g、麻油 10ml 拌匀即成。

【服法】佐餐食用。

【功效】疏肝理气，解郁散结，适于乳腺小叶增生，证属肝郁气滞。

2.8 橘饼饮 【主料】金橘饼 50g。

【制作】将金橘饼 50g 洗净，沥水后切碎，放入沙锅，加适量水，用中火煎煮 15min 即成。

【服法】早、晚分服，饮用煎汁的同时，嚼食金橘饼。

【功效】疏肝理气，解郁散结，适于乳腺小叶增生，证属肝郁气滞。

3 预防与护理

3.1 舒畅心情，稳定情绪 心理因素、社会因素对乳腺增生病的发生、发展和预后起着十分重要的作用，不良的情绪已经成为本病的易患因素。因此，应保持豁达开朗的良好心态，抵御紧张忧虑消极的不良情绪。对心理承受差的人更应注意，少生气，保持情绪稳定。此外，医生在接诊时要耐心宽慰患者，解除或缓解不良情绪的刺激，有利乳腺增生早康复。

3.2 调节饮食，控制脂肪 研究表明，乳腺小叶增生和乳腺癌与过多摄入脂肪有关。因为脂肪饮食可改变内分泌，强化雌激素对乳腺上皮细胞的刺激，所以要控制脂肪的摄入。此外，体内脂肪的堆积可刺激内分泌系统，使雌激素和催乳素含量增高，加重乳腺增生病，诱发乳腺癌。

3.3 调摄生活，适龄婚育 注意保持劳逸结合，工作有序，及时缓解工作紧张、透支、压力状态。适龄结婚，创造和谐的家庭气氛，提倡和谐性生活，避免滥用避孕药及含雌激素美容用品、食品。此外，保持大便通畅也会减轻乳腺胀痛，可以对乳腺增生的预防起到一定作用。

3.4 未病先防，自我检查和定期检查 对于高危人群需加强自我检查和定期检查，及时治疗月经失调、子宫肌瘤、卵巢囊肿等妇科疾患和其他内分泌疾病。乳腺增生的预防还要注意避免人流，产妇多喂奶，能防患于未然。（许文学,杨建宇,李杨,等.中医治疗癌前病变专题讲座(一)——乳腺增生病[J].中国中医药现代远程教育,2012,10(03):5-9.）

肝癌癌前病变

肝癌分原发性和继发性两种，继发性肝癌系由于其它脏器的肿瘤经血液、淋巴或直接侵袭到肝脏所致。原发性肝癌为我国常见恶性肿瘤之一。死亡率在恶性肿瘤中居第三位，仅次于胃癌和食管癌。原发性肝癌简称肝癌，是我国常见的恶性肿瘤。居男性恶性肿瘤第三位，女性恶性肿瘤第四位。从病理组织学上可分为肝细胞性肝癌（占 90%），胆管细胞性肝癌和两者混合型肝癌。临床上根据肿瘤形态分为巨块型、结节型和弥漫型。肝癌早期症状不明显，诊断较困难，出现症状就医时，多属中、晚期。原发性肝癌病因至今仍未完全清楚，目前认为与病毒性肝炎、肝硬化， 黄曲霉素、水土环境因素及某些化学致癌物质有关。我国东南沿海地区是肝癌高发区之一。本病多发生于中、壮年男性，男女性比率可高达 3～8：1，并以 40～49 岁之间发病率最高，这可能是与病毒性肝炎及肝硬变多见于中、壮年男性有关。肝癌在中医古代文献中无系统论述，但多种病证如“ 癥 瘕”、“积聚”、“痞满”、“肥气”、“臌胀”、“黄疸”、“癖黄”、“伏梁”等都有类似于肝癌的描述，目前多以“肝积”名之。

1 慢性病毒性肝炎

病毒性肝炎是由多种肝炎病毒引起的，以肝脏细胞炎症和坏死病变为主的一组传染病。主要通过粪-口、血液或体液传播。临床上以疲乏、食欲减退、肝肿大、肝功能异常为主要表现，部分病例出现黄疸，无症状感染常见。按病原分类，目前已发现的病毒性肝炎至少可分为甲、乙、丙、丁、戊、庚、TTV 七型肝炎，其中甲型和戊型主要表现为急性肝炎，乙、丙、丁型主要表现为慢性肝炎，并可发展为肝炎肝硬化和肝细胞癌，GB 病毒 C/庚型肝炎病毒和 TTV 病毒的致病性问题目前尚有争议。

慢性病毒性肝炎，多系乙型或非甲非乙型急性肝炎迁延不愈，移行而成。一般病程在 6 个月以上，主要包括慢性迁延性肝炎和慢性活动性肝炎两类。其原因尚未完全搞清，可能和患者年龄、营养及免疫状态、治疗延误、过早活动、继发感染等因素有关。日前，现代医学对本病仍以对症治疗为主。

本病中医属“胁痛”、“瘀证”等病症。关于对本病病机证候的认识，早在《黄帝内经》中即有记载。如“胁痛”一证，《素问》指出：“肝热病者，小便先黄……胁满痛”。清代尤在泾在《金匮翼》一书中说：“肝郁胁痛者，悲哀恼怒，郁伤肝气”。已认识到胁痛与肝脏有一定关系，并认为外邪侵袭为胁痛发病的一个原因。

1.1 分证论治

1.1.1 湿热中阻 临床症见身目俱黄，其色鲜明如橘子色，口干口苦，恶心厌油，纳差，上腹胀满，大便秘结，小便黄赤。舌质红，苔黄腻，脉弦滑而数。治以清热利湿。方用茵陈蒿汤加味：茵陈 40g，栀子 12g，大黄 9g（后下），制鳖甲 9g，生石膏 50g。小便黄者加车前子、滑石、大黄、泽泻等；发热，口干、口臭，舌苔黄厚者加黄连、金银花、虎杖、白花蛇舌草；皮肤瘙痒或有皮疹渗液，口中粘腻、腹满、便溏者，加炒薏苡仁、土茯苓、炒白术等；齿龈红肿渗血或鼻衄者加牡丹皮、青黛、小蓟。

1.1.2 肝郁脾虚 临床症见胁肋隐痛，脘腹胀满，头晕目眩，精神抑郁，纳食减少，体倦乏力，面色苍白，大便溏薄。脉沉弦无力，舌淡苔白或薄白腻。治以疏肝解郁，健脾和中。方用逍遥散加味：白术、茯苓、柴胡、郁金、当归、白芍、蚤休各 10g，茵陈 20g，焦三仙各 10g。胁痛明显者、妇女月经愆期，

加香附、川芎、延胡索；肢倦嗜卧，女子经少、经闭，舌红体瘦少津或有裂痕，加炒党参、山药、黄芪、莲子肉。

1.1.3　肝肾阴虚　临床症见头昏目眩，两目干涩，咽干口燥，失眠多梦，右胁隐痛，腰膝酸软，手足心热，或伴低热。舌质红，少苔或无苔，脉弦细数。治以滋补肾阴，养血柔肝。方用一贯煎加减：一贯煎去川楝子加枳实。生地黄 20g，沙参 15g，当归 15g，枸杞子 15g，麦冬 15g，制鳖甲 9g。眩晕、耳鸣较甚者，加天麻、钩藤、磁石；腰膝酸软较甚者加桑寄生、牛膝、杜仲、续断；气阴两虚者兼见面黄无华、全身乏力、气促、心悸者，加入黄芪、党参、山药、白术等。

1.1.4　脾肾阳虚　临床症见面色不华或晦暗，畏寒肢冷，食少腹胀，便溏或完谷不化，或五更泄，少腹腰膝冷痛，肢胀浮肿，小便清长或尿频。舌胖淡，有齿痕，苔白，脉沉细。治以温阳补肾，健脾化湿。方用附子理中丸合肾气丸：党参 13g，白术 15g，干姜 6g，制附片 9g，桂枝 6g，熟地黄 12g，山药 20g，茯苓 15g，山萸肉 10g，炙甘草 6g，制鳖甲 9g。兼有畏寒、四肢不温或男子阳痿。女子经少或闭者，加巴戟天、仙茅、淫羊藿、补骨脂。

1.1.5　瘀血阻络　临床症见面色晦暗，肝掌、蜘蛛痣，肌肤干燥，肝脾肿大，两胁刺痛，固定不移，按之疼痛加剧，且有癥块；女子经行腹痛，经水色暗有块。舌质紫暗，或有瘀斑，脉沉细涩。治以活血化瘀，软坚消痞。方用膈下逐瘀汤：桃仁 12g，红花 9g，五灵脂 12g，元胡 15g，乌药 10g，川芎 12g，香附 12g，当归 15g，赤芍 12g，牡丹皮 10g，枳壳 12g，甘草 6g，制鳖甲 9g，大黄䗪虫丸三丸。兼有气滞者，加陈皮、木香、厚朴等；舌质光红无苔者，加生地黄、北沙参、麦冬、五味子；女子痛经、经水色暗有块者，可加鸡血藤，失笑散、小茴香；有齿衄、鼻衄等者，加青黛、仙鹤草、旱莲草、茜草。

1.2　中成药　肝炎灵（山豆根注射液）：系中药山豆根总生物碱，每支 2ml 含生物碱 50mg。每次肌肉注射 1 支，每日 2 次，2 个月 1 个疗程。苦味叶下珠（珍珠草、夜合草）糖浆：制成 25%糖浆剂，每 20ml 含生药 5g，每次服 20ml，日服 3 次，30d 为 1 个疗程。猪苓多糖注射液：每次 20mg 肌内注射，每日 2 次，连用 20d，休息 10d，3 个月为 1 个疗程。甘草甜素：每次 150mg，每天 3 次，连续用药 1 年。强力宁注射液（含甘草甜素 0.2%，半胱氨酸 0.1%和甘氨酸 2.0%）：10～100ml，加入 5%或 10%葡萄糖中静脉滴住，疗程为 1～3 个月。甘利欣注射液：为强力宁的代用品，每日 30ml（150mg）溶于 10%葡萄糖 250ml 内静脉滴注；也可采用甘利欣胶囊口服，每次 150mg，每日 3 次。养肝戒毒丸：为关老拟定的丸药，每服 1 丸，日服 2～3 次。治疗乙型肝炎病毒福增殖活跃的药。解毒养肝冲剂：为北京中医医院陈增潭主任方，该方为参加国家“七五”攻关课题，获国家中医药管理局科技成果Ⅲ等奖。每服 2 袋，日服 3 次，3 个月 1 个疗程。金刚冲剂（肝灵冲剂）：每次 20g，日服 3 次，2～3 个月 1 个疗程。慢性养阴胶囊：用于肝肾阴虚证者，每次 4 粒，日服 3 次。7 岁以上小儿每次 2 粒，3～7 岁小儿每次 1 粒。慢肝解郁胶囊：用于肝脾不调，肝郁气滞者，服法同上。肝健胶囊：清热解毒，疏肝利胆。用于病毒性肝炎肝胆湿热证。 口服，一次 2～3 粒，一日 3 次。利肝隆颗粒：疏肝解郁，清热解毒，用于急、慢性肝炎，对血清谷丙转氨酶等有显著降低作用，对乙型肝炎表面抗原转阴有较好效果。维肝福泰片：滋补肝肾，益气养阴。用于慢性乙型肝炎，肝硬化，以及各种化学毒物引起的肝损伤。参虎解

毒丸：补气健脾，养肝益肾，通络解毒，具有增强免疫功能，改善肝功及微循环、降酶、降浊度、利胆退黄、抗炎、抗纤维化、软缩肝脾、促进肝细胞再生、升高血浆白蛋白等作用。用于慢性肝炎，病毒性肝炎及脾肾两虚，湿热兼瘀型乙型肝炎，症见胁痛，乏力、腹胀、纳差，免疫力低下者及肝功能检查异常者。口服，一次 15～20 丸，一日 3 次。

1.3 单方验方

2.3.1 柴胡解毒汤（刘渡舟） 组成：柴胡 10g，黄芩 10g，茵陈 12g，土茯苓 12g，凤尾草 12g，草河车 6g。功效：疏肝清热，解毒利湿。主治：急性肝炎或慢性肝炎活动期，表现为谷丙转氨酶显著升高，证见口苦、心烦、胁痛、厌油食少、身倦乏力、小便短赤、大便不爽、苔白腻、脉弦者。用法：水煎服，日 1 剂。

1.3.2 柴胡三石解毒汤（刘渡舟） 组成：柴胡 10g，黄芩 10g，茵陈 12g，土茯苓 12g，凤尾草 12g，草河车 6g，滑石 12g，寒水石 6g，生石膏 6g，竹叶 10g，金银花 6g。功效：清热利湿解毒。主治：急、慢性肝炎证属湿毒凝结不开者。临床表现为口苦、口粘，胁胀痛，小便短赤，面色黧黑兼带有油垢，体重不减反增，臂背时发酸胀，舌苔白腻或黄腻而厚，脉弦缓。用法：水煎服，日 1 剂。

1.3.3 柴胡鳖甲汤（刘渡舟） 组成：柴胡 6g，鳖甲 15g，牡蛎 15g，沙参 10g，麦冬 10g，生地黄 10g，牡丹皮 10g，白芍 12g，红花 9g，茜草 9g，土鳖虫 6g。功能：滋阴软坚，活血化瘀。主治：慢性肝炎晚期，出现蛋白倒置；乙型肝炎表面抗原阳性；亚急性肝坏死，而证见肝脾肿大疼痛，夜间加重，腹胀，口咽发干，面黑，或五心烦热，或低烧不退，舌红少苔、边有瘀斑，脉弦而细者。用法：水煎服，日 1 剂。具体煎药方法可采用：头煎 5min、二煎 15min、三煎 50min。这样可避免因久煎破坏柴胡的疏肝调气作用，又可避免因煎药时间短暂而熬不出补益中药的有效成份。

1.3.4 黄芩甙 组成：片剂，每片含黄芩甙 0.25g；针剂，每支含黄芩甙 60mg，每支 2ml。用法：药片每次 2 片，每日 3 次；针剂每次 2～4ml 肌注，每日 1～2 次，或用 8～20ml 加入 10%葡萄糖液 500ml 内静脉滴入，1 个月为 1 个疗程。

1.4 药物外治

1.4.1 肝病治疗仪合中药涂擦治疗 组成：药涂擦由青黛、猪苓、川芎各 100g，血竭 20g，人工牛黄 10g 组成，共碾成粉末（120 目筛）备用。方法：用镇江白醋、蜂蜜各等份拌和，涂于直径 5cm 医用无菌纱布上，外敷肝区，1 次 / d；肝病治疗仪照射肝区 1 次 / d，治疗时，先以肝病治疗仪肝区照射 30min，再以中药外敷。以 15d 为 1 个疗程。疗效：治疗前后常规检查肝功能，HBV- DNA，经过 15d 治疗使患者肝功能基本降为正常，缩短治疗时间。

1.4.2 针灸疗法

1.4.2.1 穴位注射 取穴：常用穴：足三里、脾俞、肝俞、三阴交、至阴。备用穴：期门、中都、胃俞、地机。

方法：药液：丹参注射液、肌苷酸钠、维生素 B_1 加维生素 B_{12}、维生素 K_1，任取一种。以常用穴为主，疗效不显时酌配或改用备用穴。每次取 2 对穴。每穴注射量：丹参注射液为 1ml，肌苷酸钠为 50～100mg，维生素 K_1 为 5mg，维生素 B_1 2ml（含量 100mg）和维生素 B_{12} 1ml（含量 100mg）混合后，分注于 4 穴。注射时，用 5 号齿科长针头，穴位常规消毒后，迅速刺入，慢慢送

针，至有较明显的酸胀得气感时，用中等速度推入药液。第 1 个疗程，每日 1 次。至第 2 个疗程，如症状改善，可改为隔日 1 次，待各项肝功能正常，症状消失后，宜剂量减半，再巩固 1～2 个疗程。15 次为 1 个疗程。

疗效：共治 157 例，大部分都有不同程度效果。其中 108 例，按以上标准评定，痊愈 26 例（24.1%），显效 23 例（21.3%），有效 43 例（39.8%），无效 16 例（14.8%）。总有效率为 85.2%。

1.4.2.2　艾灸　取穴：常用穴：①肝俞、脾俞、大椎、至阳、足三里；②期门、章门、中脘、膻中、石子头。石子头位置：太渊穴上 3 寸。为古人治疸消黄之验穴。

方法：采用麦粒灸或药饼灸。可任选一种，亦可交替使用。每次选一组穴，2 组交替。麦粒灸法为取纯艾制成麦粒大小艾炷，先于施灸部位涂少许凡士林或大蒜汁，趁其未干时，将艾炷置于其上，点燃。当艾炷燃至一半左右，患者感到皮肤发烫或有灼痛时，即用镊子将剩下之艾炷夹去，换新艾炷施灸，以局部皮肤红晕为度。一般每次灸 5～7 壮。隔饼灸，为隔附子饼灸。可用附子切成薄片，亦可将附子研末，以黄酒调和作饼，厚约 0.3～0.6cm。施灸时，用重 2g 之艾炷，下衬附子饼和脱脂棉，灸至患者感灼热不可忍时，可略移动附子饼，或另易新炷。每次每穴灸 3～5 壮，以皮肤出现红晕为度。隔日 1 次，3 个月为 1 个疗程。一般治疗 1 个疗程，如未见效，可隔周后续灸。

疗效：24 例患者经 3 个月治疗后，主要症状得到改善，以消化道诸症的改善最为明显，体征方面则以肝区叩痛减轻为主。肝脾肿大超过肋下 2cm 者，则艾灸后无明显回缩。艾灸后，还对血清谷丙转氨酶（S- GPT）、血清前白蛋白（PA）和血清α1 酸性糖蛋白（α1-AG）、血清γ-GT 等肝功指标有不同程度的影响。

1.4.2.3　针法　常用穴：①至阳、肝俞、阳陵泉；②大椎、气海。用穴：足三里、丘墟。

治法：慢性肝炎取第 1 组，无症状乙型肝炎病毒表面抗原携带者取第 2 组穴。酌配备用穴。第 1 组穴操作，至阳穴向上斜刺 1 寸，肝俞向脊椎侧斜刺，阳陵泉和足三里均直刺 1.5 寸，以得气为度，留针 10min。第 2 组，大椎穴针刺得气后，小幅度持续捻转 1～2min，以向下传导为佳，不留针。气海穴直刺至局部酸胀，留针 30min，如配足三里，留针 30min，每 10min 捻转 1 次。针后以艾条温和灸 5～10min。丘墟穴，直刺得气后施平补平泻法。2 组穴，均为每周针 3 次，3 周为 1 个疗程，疗程间停针 3～5d。

共治慢性肝炎 21 例，针刺后疗效与服用垂盆草冲剂相同，且在降低 HBsAg 滴度和促使 HBeAg 的转阴上，效果更为明显。针刺可降低阳性率，这与针刺在调衡阴阳的基础上全面增强抗病能力有关。当然，也要求在针刺时重视严格消毒，以防止通过针具等传播。

2　食疗药膳

慢性病毒性肝炎在临床上症状较轻，或者无症状，由急性肝炎治疗未愈或在验血后才被发现的无黄疸型病毒性肝炎转变而来。其实除了药物治疗，饮食调养也十分重要。慢性病毒性肝炎以护肝为主，对伤肝动火的食物，需避免食用，慎用补品，忌壅滞燥热，禁酒，忌暴食，忌滥用药物。如慢性病毒性肝炎迁延期应多食高蛋白和有利湿作用的食物，及维生素含量多的新鲜蔬菜和水果，如蜂蜜、鸡蛋、牛奶、精肉、鱼类、动物肝脏、豆制品、菠菜、西红柿、

萝卜、红枣、薏苡仁、柑橘、苹果及适当的葡萄糖、蔗糖等。限制油脂类食物、腌制肉食，如肥肉、鱼子、咸鱼、咸肉、腌菜等。

慢性病毒性肝炎的饮食原则是：高蛋白、低脂肪、糖充足，维生素丰富。最大限度减轻肝脏负担，以达到保护肝脏的目的。食疗养肝也按中医辨证进补，有的放矢、各取所宜。

2.1　肝胆湿热

2.1.1　茵陈粥　茵陈 30g，粳米 100g，白糖 25g。茵陈水煎取汁，加粳米煮粥，将成时加白糖，再煮一沸即可，每日分 2～3 次服，方出《粥谱》。

2.1.2　五味虎杖蜜　五味子 250g，虎杖 500g，蜂蜜 1000g，前二味水煎取汁，调入蜂蜜，慢火煎 5～10min，冷却装瓶每日 3 次，每次 1 匙，饭后开水冲服，2 个月为 1 个疗程。

2.1.3　萝卜炒肝片　猪肝、萝卜各 250g，洗净切片，肝片加盐、黄酒、水淀粉，先炒萝卜片至 8 分熟时盛起，另起油锅炒肝片，3min 后倒入萝卜片同炒，出锅前加葱、味精适量，佐餐食之。

2.2　肝郁气滞　鲜芹菜 100～150g，萝卜 100g，鲜车前草 30g，蜂蜜适量。将芹菜、萝卜、车前草洗净，捣烂取汁，加蜂蜜炖沸后温服。每日 1 次，疗程不限；五味子 9g，红枣 10 枚，金橘 30g，冰糖适量。加水同炖，去渣饮水。每日 1 次，分 2 次服，连服 10～15d。

2.3　肝郁脾虚　大枣 8 枚，瘦猪肉 100g。加水煎煮后，饮汤食肉。每日一次，连服 10～15d；赤小豆 200g，花生仁 50g，大蒜 100g。混合加水，煮至烂熟。空腹温服，分 2 天服完，连服 20～30d；先将一只去骨鸭煮熟，盛起，在鸭汤原汁内加入适量料酒、酱油、盐、葱段、姜片、胡椒粉，搅拌均匀后再把鸭子放回汤内，加入陈皮丝 10g，淮山药 10g，再煮 15min 即可。根据患者不同食量，分 2～4 餐，连鸭带汤一起食用。

加味蒲公英粥：蒲公英 50g，香附 5g，粳米 100g，蒲公英水煎取汁，入粳米煮粥，沸后加入香附末，粥成即可，每日 1 剂。方出《粥谱》。

2.4　气滞血瘀　山楂 15g，蜂蜜适量。将山楂煎水，用蜂蜜冲服。每天 1 剂，连服 7～10d；丹参 15g，青蛙 250g。将青蛙去皮洗净，加水与丹参同炖，熟后调味，饮汤，食青蛙。每日 1 次，连服 10～15d。

加味车前叶粥：鲜车前叶 50g，红花 5g，葱白 2 茎，粳米 100g。车前叶、葱白洗净、切碎，同红花煮汁后去渣，与粳米煮粥，一日分 2 次服，方出《圣济总录》。

2.5　肝肾阴虚　首乌枸杞肝片。组成：主料：制何首乌 20g，枸杞子 20g，猪肝 100g。

方法：先将制何首乌、枸杞子洗净，放入沙锅，加水浸泡片刻，浓煎 2 次，每次 40min，合并 2 次煎液，回入沙锅，小火浓缩成 50ml，配以水发木耳、嫩青菜、葱花、蒜片，加适量料酒、酱油、姜末、精盐、味精、香醋、水淀粉，将猪肝（切片）熘炒成何首乌枸杞肝片。佐餐当菜，随意服食，当日吃完。

疗效：本食疗方对肝阴不足型病毒性肝炎尤为适宜。

3 预防与护理

3.1　预防　病毒性肝炎作为一种传染性强、传播途径复杂的传染病，慢性肝炎也有传染性，应同样注意隔离。对于甲型肝炎病人的密切接触者要注意观察，

一般观察 45d，没有发病的才可视为健康人。其预防应采取综合措施，具体包括以下几个方面。

3.1.1　管理传染源　对急性甲型肝炎病人应采取早期隔离措施。隔离是病人暂时不与外界接触，单独在家休息治疗。病人应自觉进行隔离，不要把肝炎病毒传染给别人，防止肝炎的传播、蔓延。必须做到：①病人与健康人不在一个床上睡眠，病人的被、褥、衣物要与健康人分开，并进行消毒。②病人的食具、漱口用具、水碗、脸盆、毛巾、便盆等也与健康人分开使用。病人要单独吃饭，剩余的食物不要给他人吃。也不要给其他人拿直接入口的食物和东西如香烟等。③病人的书报、刊物、物品、玩具等不要借给他人传阅、玩耍，必须经过消毒处理后才能传借别人。④病人在患病期间不要串门，不要到公共场所，更不要到饮食部门用餐。

另外，加强对从事饮食业、托幼工作人员和献血人员的检查也是控制传染源的重要环节。

3.1.2　切断传播途径　①提倡用流动水洗手，注射时要一人一针一管，用后高压或煮沸消毒；不使用他人生活用具，搞好个人卫生。②非必要时不输血及血制品；输血员要进行筛选。③消毒也是切断传播途径，控制、消灭传染源的另一方法。肝炎病人确诊后，病家应及时做一次较彻底的消毒，食具、漱口用具、毛巾等要煮沸 30min，家具、物体表面、地面要用 3%漂白粉液（3%漂白粉水配制方法：取漂白粉 500g，先加水调成糊状，然后加水到 5000g，盖好放置 24h 后取上清液 2 份，加水 7 倍即可配好使用）擦拭。病人的粪便要用漂白粉（粪便 4 份，漂白粉 1 份）或生石灰（粪便 1 份，生石灰 1 份）进行搅拌后放 2h 倒掉。病人使用的便器要专用，使用后，用 3%漂白粉水浸泡 2h 后再洗刷。病人和大家应做到饭前、便后用 2%过氧乙酸溶液浸泡洗手 2min。

3.1.3　保护易感人群　①注射人体免疫球蛋白；适用于接触甲型肝炎的儿童，注射越早越好。②注射乙肝疫苗和乙肝免疫球蛋白：用于阻断母婴传播。以上 2 种都最好在医生指导下应用。

3.1.4　食药预防　可选用以下任何一方水煎服，连服 7～10d。①茵陈 30g，生甘草 10g。②决明子 15g，贯众 15g，生甘草 10g。③茵陈 30g，凤尾草 30g。④茵陈 30g，大枣 10 枚。

3.2　护理　护理方面要注意以下几项：①充足的休息、营养、预防并发症是治疗各型病毒性肝炎的主要方法，向病人介绍需要接受隔离及隔离的方法，以取得配合，防止疾病传播。建议病人以后避免献血，因为病毒性肝炎病人即使痊愈也可能携带病毒。告诉病人配合治疗的重要性及治疗康复所需的时间，并使其了解复发并不常见。②向病毒性肝炎病人说明营养与疾病的关系，鼓励病人尽量多进食。了解病人既往的饮食习惯，喜欢或厌恶的食物，有无忌食，以便针对性地向病人做饮食宣教。予以高碳水化合物、高蛋白、高维生素、低脂肪、易消化的饮食，并注意饮食的色、香、味。指导病人少食多餐，以增加全天摄入量。恶心、呕吐严重者，遵医嘱给病人在饭前使用止吐药。告诉病人不饮酒及含酒精饮料。③遵医嘱静脉补充能量、维生素。④病毒性肝炎患者应每周测体重 1 次。定期抽血监测血清白蛋白水平。急性期应卧床休息，待黄疸消退、肝功能恢复正常后可逐渐恢复活动。提供良好的休息环境。卧床期间保证病人日常生活所需。⑤与病人共同制定活动计划，循序渐进地增加活动量，但要注意不要让病毒性肝炎患者过度劳累。遵医嘱给予甘利欣、肝得健、维生素 B 族、维生素 C 等护肝药物。（许文学,杨建宇,李杨,等.中医治疗癌前病变专

题讲座(二)——肝癌癌前病变[J].中国中医药现代远程教育,2012,10(04):120-123.）

肝硬化

肝硬化是一种常见的慢性肝病，由一种或多种病因的长期或反复作用，引起肝细胞弥漫性变性、坏死、再生和再生结节以及纤维组织增生、纤维隔形成等改变，终致正常肝小叶结构破坏、血管改建和假小叶形成，使肝脏逐渐变形、变硬而形成肝硬化。早期（代偿期）可无明显症状，或表现为肝区痛、食纳差、腹胀、便溏、乏力等一般慢性肝病的症状，晚期（失代偿期）则以肝功能损害及门静脉高压（脾脏明显增大、脾功能亢进、腹水、食管下端及胃底静脉曲张等）为主要表现，并常出现严重并发症。

中医对肝硬化病因的记载，散见于类似肝硬化腹水（臌胀等）的论述中，大致有 3 个方面：

①感染水毒：如《诸病源候论•水肿病水蛊候》谓：“此由水毒气结聚于内，令腹渐大，动摇有声，常欲饮水，皮肤黝黑，如似肿状，名水蛊也”。该书《蛊毒候》渭其“发病之初，体乍冷乍热”，最后出现“腹胀满如蛤蟆”。《说文解字》谓：“蛊，腹中虫也，从虫从皿”。表明当时已经认识到水中有虫为患，接触疫水，感受水毒之邪，是“蛊胀”之因，与血吸虫病肝纤维化导致腹水的认识相一致。

②嗜酒过度，饮食不节：如《景岳全书•肿胀》谓：“少年纵酒无节，多成水臌”。《张氏医通》谓：“嗜酒之人，病腹胀如斗，此得之湿热伤脾，……故成痞胀”。《兰室秘藏》谓：“膏梁之人，食已便卧，使湿热之气不得施化，致令腹胀满”。与酒精中毒引起肝硬化的认识相符。

③情志郁结：癥积，黄疸如《杂病源流犀烛•肿胀源流》谓：“臌胀……或由怒气伤肝，渐蚀其脾，脾虚之极，故阴阳不复，清浊相混，隧道不通，郁而为热，热留为湿，湿热相生，故其腹胀大”。《医门法律•胀病论》谓：“凡有症瘕、积块、痞块，即是胀之根，日积月累，腹大如箕，腹大如瓮，是名单腹胀”。黄疸本为湿热内蕴肝脾所致，部分患者日久不愈而导致肝脾病证加剧，最终发展成臌胀者，在所难免。此类病因，同肝炎后肝硬化及胆汁性肝硬化多有相似之处。

肝硬化的发病机理，代偿期与肝脾两脏关系密切。肝主疏泄，在上述病因作用下，肝失疏泄，导致肝郁气滞，气滞则血瘀，日久引起癥积（脾大）；或由于湿热内蕴，损伤肝脾，或由于肝气横犯脾胃，均可引起肝脾或肝胃不和诸症。病初以实证为主，稍久则每多虚实相兼。失代偿期与肝脾肾三脏关系密切。肝脾病久，一则可损伤肝阴，引起肝阴虚或肝血不足，而肝肾同源，每导致肝肾阴虚；二则脾虚日甚，脾失健运，而致水湿内停。初则仅下肢水肿，久则脾病及肾，肾气或肾阳亦虚而无以化水，水湿内停更甚，终致形成水臌，属本虚标实。湿郁化热或原有湿热病邪，湿热交蒸，发为阳黄或使原有黄疸加重，日久可转为阴黄。脾气虚弱，统血无权，或瘀热或阴虚火旺，灼伤血络或血热妄行，均可导致各种出血。病久肝肾阴虚日甚，阴不制阳或血虚生风，肝风内动，则可见扑翼样震颤等症，脾肾阳虚日重，湿浊之邪阻遏三焦，上蒙清窍，或肝郁化火或阴虚生热或湿郁化热，火热煎熬津液成痰，痰热扰心或邪入心包，均可致谵语、神昏等症。

1 中医治疗

1.1 分证论治

1.1.1　肝气郁结证（含肝胃不和、肝脾不调）　【临床表现】胁肋胀痛或窜痛，急躁易怒，纳差或食后脘腹胀满，恶心嗳气，脉弦，舌质淡红，苔薄白或薄黄。

【治法】疏肝理气

【主方】逍遥散加减

【常用药】柴胡、白芍、当归、茯苓、白术各 15g，甘草 6g。

【加减】肝郁化热者加丹皮、黄芩；胁痛明显者加元胡、香附、郁金；纳差明显者加焦三仙、鸡内金；恶心、嗳气明显者加陈皮、半夏、苏梗。

1.1.2　脾虚湿盛证　【临床表现】纳差或食后脘腹胀满，便溏或粘滞不畅，恶心或呕吐，口淡不欲饮，气短，乏力，面色萎黄，下肢水肿，脉沉细或细弱，舌质淡胖多齿痕，苔白腻。

【治法】健脾益气化湿

【主方】参苓白术散加减

【常用药】党参 8g，炒白术、山药、莲子各 10g，甘草 5g，茯苓 15g，炒薏苡仁 20g，白扁豆 15g，砂仁 10g，桔梗 8g。

【加减】气虚明显者加黄芪、升麻、柴胡；下肢水肿明显者加猪苓、泽泻、车前草。

1.1.3　湿热内蕴证　【临床表现】身目发黄，胁肋疼痛，脘闷纳呆，恶心呕吐，倦怠无力，小便黄赤，大便秘结或溏，脉弦滑或滑数，舌红，苔黄腻。

【治法】清热利湿退黄。

【主方】茵陈蒿汤，茵陈五苓散加减。

【常用药】茵陈、栀子各 12g，大黄 9g，白术 10g，茯苓 15g，猪苓 9g，泽泻 9g。

【加减】黄疸较甚者加金钱草、郁金、公英、威灵仙等药；热象较明显者加黄柏、白花蛇舌草等药。

1.1.4　肝肾阴虚证　【临床表现】胁肋隐痛，劳累加重，两眼干涩，腰酸腿软，手足心热或低烧，口干咽燥，脉弦细或细数，舌红少苔。

【治法】滋养肝肾。

【主方】一贯煎加减。

【常用药】沙参 15g，麦冬 10g，生地黄、枸杞子、当归各 10g，减去对肝脏有一定毒性的川楝子；加香附 10g 理气。

【加减】烧者加丹皮、地骨皮、银柴胡、鳖甲等药。

1.1.5　脾肾阳虚证　【临床表现】脘腹胀大，如囊裹水，状如蛙腹，脘闷纳呆，便溏或五更泄泻，小便不利，腰腿酸软，阳萎，形寒肢冷，下肢水肿，脉沉细，舌质淡胖，苔白滑。

【治法】温补脾肾，化湿利水。

【主方】金匮肾气丸方加减。

【常用药】熟地、山萸肉各 10g，炮附子、肉桂各 5g，山药 15g，茯苓 12g，泽泻 12g。

【加减】脾虚明显者加黄芪、党参、白术；腹水明显者加猪苓、车前草、汉防已等药。

1.1.6　瘀血内阻　【临床表现】胁痛如刺，痛处不移，或胁肋久痛，肋下癥块，朱砂掌或蜘蛛痣色暗，或腹壁青筋暴露，脸色晦暗，脉弦或涩，舌质紫暗或有瘀斑。

【治法】活血化瘀。

【主方】桃红四物汤加减。

【常用药】当归、桃仁、红花各 10g，川芎 12g，赤芍 12g，丹参 20g，三棱 10g，莪术 10g。

【加减】疼痛明显者加元胡、三七等药；兼气虚者加黄芪、党参；兼气滞者加香附、青皮，益气及理气亦有助于活血。

以上各证可以相兼，如脾虚湿盛证兼肝血瘀证，脾肾阳虚证兼肝血瘀证等等。

1.2 中成药

1.2.1 安络化纤丸 【组成】地黄、三七、水蛭、地龙、牛黄、白术等。

【主要功效】健脾养肝、凉血活血，软坚散结。

【主治病证】用于慢性乙型肝炎，乙肝后早、中期肝硬化，表现为肝脾两虚、痰热互结证候者，症见：胸胁疼痛、脘腹胀满、神疲乏力、口干咽燥、纳食减少、便溏不爽、小便黄等。

【用法】口服，一次 6g，每天 2 次或遵医嘱，3 个月为 1 个疗程。

1.2.2 复方鳖甲软肝片 【组成】鳖甲、三七、赤芍、冬虫夏草、紫河车等。

【主要功效】软坚散结，化瘀解毒，益气养血。

【主治病证】用于慢性肝炎肝纤维化，以及早期肝硬化属瘀血阻络，气血亏虚，兼热毒未尽证。症见：胁肋隐痛或肋下痞块，面色晦黯，脘腹胀满，纳差便溏，神疲乏力，口干口苦，赤缕红丝等。

【用法】口服。一次 4 片，每天 3 次，6 个月为 1 个疗程，或遵医嘱。

1.2.3 大黄䗪虫丸 【组成】熟大黄、䗪虫（炒）、水蛭（制）、虻虫（去翅足，炒）、蛴螬（炒）等 12 味。

【主要功效】活血破瘀，通经消痞。

【主治病证】用于瘀血内停，腹部肿块，肌肤甲错，目眶黯黑，潮热羸瘦，经闭不行。

【用法】口服，水蜜丸一次 3g；每天 1～2 次。

1.2.4 圣泰益肝胶囊 【组成】黄芪、猪胆膏、水牛角、白花蛇舌草、女贞子、丹参、柴胡、五味子、鸡内金等。

【主要功效】疏肝健脾、益气养阴，清热解毒，活血化瘀。

【主治病证】用于治疗病毒性肝炎、肝脾肿大、肝硬化。

【用法用量】口服，一次 4～6 粒，每天 3 次，饭后 1h 服用。

1.2.5 保肝丸 【组成】茵陈、阿胶、鳖甲、龟版、鸡内金、海龙、红参、三七、鹿角等 17 味中药组成。

【主要功效】利湿退黄，疏肝止痛，益气健脾，软坚散结。

【主治病证】适用于急性肝炎、慢性肝炎、早期肝硬化属湿热内蕴，肝郁脾虚，气阴两伤。症见胁肋胀痛，不思饮食，恶心欲呕，体倦乏力，头目眩晕，或有黄疸，口苦，舌红苔黄者。

【用法】早晚空腹，枣汤送服，一次 1 丸，每天 2 次。

1.2.6 肝喜乐胶囊 【组成】五味子、刺五加、齐墩果酸。

【主要功效】有降低谷丙转氨酶，保护及促进肝细胞再生功能。

【主治病证】主要用于治疗急性肝炎、迁延型慢性肝炎和肝硬化等症。

【用法】口服，一次 4 粒，每天 3 次。

1.2.7　心肝宝胶囊　【组成】心肝宝胶囊，1 粒含人工虫草头孢菌丝 0.25g。同类制剂有至灵胶囊、宁心宝胶囊、金水宝胶囊，每粒含人工虫草菌丝分别为 0.25g、0.25g、0.33g。

【主要功效】具有保肝、抗纤维化、增强免疫、抗病毒等作用。

【主治病证】用于慢性乙型肝炎、肝硬化、房性或室性早搏等。

【用法用量】用于肝病，口服每次 1.5～2g，每天 3 次，饭前服，疗程 2～4 个月。

1.2.8　益肝灵（水飞蓟素片）　【组成】水飞蓟素片系从菊科植物水飞蓟的种子中提取的黄酮类化合物，其主要有效成分为水飞蓟宾。

【主要功效】保肝药，具有改善肝功能，保护肝细胞膜的作用。

【主治病证】用于急、慢性肝炎及迁延性肝炎。

【用法】口服，一次 2 片，每天 3 次。

1.2.9　和络舒肝片或胶囊　由香附、鳖甲、白术、白芍、何首乌、虎仗等制成，清化湿热，活血化瘀，滋养肝肾之效，主治慢性肝炎、肝硬化，起疏肝理气的作用。胶囊剂每次服 5 粒，每日 3 次。

1.2.10　肝脾康胶囊　主要由柴胡、黄芪、青皮、白芍、白术、板蓝根、姜黄、熊胆粉等制成，功效：舒肝健脾、活血清热。用于肝郁脾虚，余热未清证。对慢性肝炎、早期肝硬化胁肋胀痛、胸脘痞闷，食少纳呆，神疲乏力，面色晦暗，胁下积块的余热未清，肝郁脾虚的患者有疏肝健脾，活血清热之效。胶囊剂每粒 0.35g，每次 8 粒，每日 3 次，3 个月为 1 个疗程。

1.2.11　朝阳丸（丹）　由黄芪、鹿茸、硫黄、绿矾、大枣、核桃仁、大黄、青皮、铜绿等制成，温肾健脾、疏肝散郁，化湿解毒。适用于慢性肝炎证属于脾肾不足，肝郁血滞，痰湿内阻者。证见面色晦暗或皖白，神疲乏力，纳呆腹胀，胁肋隐痛，胁下痞块，小便清或淡黄，大便溏或不爽，腰酸腿软，面颈血痣或见肝掌，舌体胖大，舌色暗淡，舌苔白或腻，脉弦而濡沉弦，或弦细等。

1.2.12　木香顺气丸　由木香、砂仁、香附、槟榔、青陈皮、乌药、枳实、黄芩、桔梗等十几味中药制成，用以治疗的胸膈痞满，腹胀时痛，大便秘结等为主要症状的消化不良，胃肠紊乱的慢性肝炎早期肝硬化患者，起行气导滞，燥湿健脾作用。其水丸每 50 粒约重 3g，每次服 6～9g，每日 2～3 次。服药时忌食生冷，有中气不足，胃阴不足者忌用。孕妇慎用。

1.2.13　杞菊地黄丸　主要由枸杞子、菊花、熟地黄、山药、山茱萸、茯苓、牡丹皮、泽泻八味药制成，用于慢性肝炎，早期肝硬化有肝肾阴亏、眩晕耳鸣、羞明畏光，迎风流泪，视物昏花的患者，有滋肾养肝的效果。每丸重 9g，每次 1 丸，日服 2 次。

1.2.14　楼莲胶囊　由重楼、半边莲、鳖甲、白花蛇舌草等制成，对肝炎、肝硬化腹水、原发性肝癌有清热解毒，行气化郁，破癥散结，理气止痛之效，每次吃 6 粒，每日 3 次，6 周为 1 个疗程。

1.2.15　克癀胶囊　由麝香、牛黄、蛇胆汁、三七、郁金等中药制成。清热解毒，化瘀散结。适用于胁肋胀痛或刺痛，胁下痞块，口苦口黏，纳呆腹胀，面目黄染，小便短赤，舌质黯红或瘀斑、瘀点，舌苔黄腻，脉弦滑或涩等湿热毒邪内蕴、瘀血阻络证及急、慢性肝炎。胶囊每粒 0.4g，每次 4～6 粒，每日 3 次，小儿减半，1 个月为 1 个疗程。

1.2.16　晶珠肝泰舒胶囊　由獐牙菜（藏茵陈）、唐古特乌头、黄芪、苦荬菜等制成。清热解毒，疏肝利胆。用于乙型肝炎肝胆湿热证。胶囊剂成人每次2～3 粒，每日 3 次，饭后温开水送服，1 个疗程 3 个月。
1.2.17　金马肝泰　由丹参、败酱草、马蹄金、铁包金、汉防己等 38 味中药制成。清热解毒，健脾利湿，活血化瘀。用于肝胆湿热，气滞血瘀所致的急、慢性肝炎。每袋 10g，每次 1 袋，每日 3 次，1 个月为 1 个疗程，孕妇忌服。
1.2.18　大黄䗪虫丸　由熟大黄、土鳖虫、水蛭、桃仁、蛴螬、虻虫、干漆、苦杏仁、黄芩、生地黄、白芍、甘草十二味药组成。用于治疗慢性肝炎、肝硬化体内有干血、癖结成块或痞块发于胁下。胀痛或压痛等。有活血破瘀、通经消痞之功，蜜丸剂每丸重 3g，成人每次 1 丸，每日 3 次，7 岁以上儿童每次可服 1/2 丸。有血虚经闭者忌用，孕妇禁服。
1.2.19　华蟾素　以野生中华大蟾蜍为原料，对慢性肝炎原发性肝癌和多种癌症有清热解毒，消肿止痛，活血化瘀，软坚散结作用。还能减少放、化疗的毒副作用，提高机体免疫力，口服液每次 10～20ml，每日 3 次。肌注每次 2～4ml，每日 2 次，静滴 10ml 加 10%葡萄糖 500ml 缓慢滴注，每日 1 次，2～3 个月为 1 个疗程。本品合用甘利欣、胸腺肽、α-干扰素或核苷类药物可有协同抗病毒及抗癌效果。但蟾酥有毒性，如何权衡利弊，患者应按医嘱执行。
1.2.20　复方木鸡颗粒　由木鸡、核桃楸皮等药组成。用于慢性肝炎、肝硬化、肝癌，具有抑制甲胎蛋白升高的作用，并能增强免疫功能、消除乏力、恶心、疼痛，对肝脾肿大，腹水降酶也有一定疗效。口服，1 次 10g，1 日 3 次。饭后服。
1.2.21　槐耳颗粒　由槐耳菌制成，功能与主治：扶正固本，活血消癥。适用于正气虚弱，瘀血阻滞，原发性肝癌不宜手术和化疗者辅助治疗用药，有改善肝区疼痛、腹胀、乏力等症状的作用。每袋 20g，每次服 1 袋，每日 3 次，1 月为 1 个疗程。
1.3　单方验方
1.3.1　舒肝饮 （李延.第三届世界中医药学会联合会肝病专业委员会学术会议论文集.2009）
组成：生黄芪 30g，甘草 10g，炙鳖甲 15g，焦术 15g，茯苓 20g，白芍 20g，丹参 20g，鸡血藤 20g，川芎 15g，山药 20g，水煎服，用法：每日 100ml，每日 2 次。
1.3.2　血府逐瘀汤 （陈洁,陈宝刚.辽宁中医杂志.2008,35(2):2）
组成：当归 20g，生地 20g，桃仁 20g，红花 20g，枳壳 15g，赤芍 20g，桔梗 25g，牛膝 15g，柴胡 20g，甘草 15g，川芎 15g 等。
临床加减：腹胀甚者加木香 15g，槟榔 20g；肝脾血瘀甚者可酌加三棱 15g，莪术 15g，穿山甲 20g，地龙 20g，鳖甲 20g 等；胁痛明显者加延胡索 20g，没药 15g，郁金 15g；兼打嗝嗳气者加香附 25g，厚朴 20g，莱菔子 20g；兼目黄、身黄湿热内蕴者加茵陈蒿 25g，金钱草 25g，蒲公英 25g，紫花地丁 25g；食欲不振者加焦山楂 15g，焦神曲 15g，炒麦芽 15g，鸡内金 20g；心烦易怒者加牡丹皮 25g，栀子 20g；小便短少者加茯苓 25g，泽泻 20g；夜眠多梦者加炒枣仁 25g，夜交藤 25g；津伤渴甚者加石斛 20g，天花粉 20g；兼腹水者加大腹皮 25g，茯苓 25g；兼恶心者加半夏 20g，生姜 20g；津亏便秘者加当归 30g，玄参 30g；大便稀溏者加茯苓 50g。木香 15g；年老或疾病后期气虚明显者加黄芪 50g。

用法：水煎，每次取汁 200ml，每日 2 次口服，4 周为 1 个疗程，3 个疗程后观察疗效。治疗期间，原则上不用西药，对于腹水明显者，可适量配服利尿药。在饮食上给予高热量、高蛋白、高维生素、易于消化的食物。病情严重出现肝性脑病时要限制蛋白质的摄入，有腹水时应限制水、盐的摄入，并忌酒、避免进食粗糙食物。肝功能代偿期要注意劳逸结合，失代偿期应卧床休息，同时还必须注意患者在精神和生活上的调摄，要求患者要安心静养，解除顾虑，并注意保暖，以防止正虚邪侵，发生他变。

1.3.3 正肝方 （杨大国,李知玉,邓欣,等.中国中西医结合杂志.2005,25(10):3）

组成：黄芪 30g，丹参 30g，鳖甲 15g，女贞子 15g，半枝莲 15g，川芎 10g，枸杞子 15g，白花蛇舌草 30g。

用法：每天 1 剂，水煎，分 2 次温服。每两周复诊 1 次，疗程 6 个月。

1.3.4 鼓胀汤 （杨彩虹.陕西中医.2008,29(9):2）

组成：生牡蛎、丹参、炒白术各 30g，炙鳖甲、川芎、枳壳、川怀牛膝、赤白芍、车前草、茯苓、大腹皮各 15g，桂枝 5g，二丑 12g。

用法：每日 1 剂，水煎服，早晚温服。

加减，若气虚者加黄芪 30g；气阴两虚者加太子参、生地各 15g；黄疸重者加大赤芍用量至 30g；少腹胀甚者加天台乌药 15g；并悬饮者，证见腹胀大如鼓，咳逆倚息不得卧，临证起用疏通合剂，（为五子饮、五皮饮、五苓散加减），同时配合西药对症支持治疗。

1.3.5 下瘀血汤 （杜卫华,朱红.吉林中医药,2010,30(4):1）

组成：大黄 9g，桃仁 6g，土鳖虫 3g，当归 12g，赤芍、白芍各 10g，延胡索 12g，川楝子 12g，郁金 12g，香附 15g，牡丹皮 12g，柴胡 12g，黄芩 9g，栀子 9g，甘草 6g。

用法：水煎服，1 日 1 剂。

1.3.6 下瘀血汤 （杜卫华,朱红.吉林中医药,2010,30(4):1）

药物组成：制鳖甲 20g，炮穿山甲 3g，黄芪 20～60g，淫羊藿 20g，枸杞子 15g，丹参 15g，郁金 15g，苦参 20g，当归 15g，赤芍药 15g。

加减：①乙型病毒性肝炎加白花蛇舌草 15g，虎杖 15g，半枝莲 12g，茵陈 9g，黄芩 9g；②黄疸加茵陈 12g，苦参 6g；③丙氨酸氨基转移酶（ALT）高加覆盆子 9g，蒲公英 15g，山豆根 12g，川黄连 9g，龙胆草 6g；④血浆白蛋白（Alb）低加党参 9g，白术 12g，生地黄 9g，熟地黄 15g，石斛 6g，巴戟天 9g；⑤免疫力低加党参 9g，肉苁蓉 6g，女贞子 8g，麦门冬 15g，仙鹤草 9g；⑥肝纤维化加红花 15g，王不留行 9g，生牡蛎 12g，麦门冬 15g；⑦腹水加车前子 15g，益母草 15g，虎杖 9g，白茅根 15g。

用法：日 1 剂，水煎取汁 300ml，早晚分服 2 次。1 个月为 1 个疗程，连续治疗 3 个疗程观察疗效。

1.3.7 调肝方 （王彦刚,李佃贵,苏春芝,等.陕西中医,2007,28(9):2）

组成：茯苓 20g，泽泻、青皮、当归各 9g，茵陈、郁金、丹参各 12g，生白术、佛手、炙鳖甲（先煎）、败酱草各 15g，生薏苡仁 30g。用法：1 天 1 剂，文火水煎 2 次，每次 40min，共取汁 400ml。分早晚 2 次温服，均 2 周为 1 个疗程。

1.3.8 寄奴活血利水方 （杨玉新.治疗肝硬化腹水 60 例.陕西中医,2009,30(9):1）

组成：刘寄奴、赤芍、白术、车前子各 15g，益母草、茯苓各 20g，生黄芪 30g，柴胡 12g。

加减：肝区胀疼不适，脉弦滑者加郁金 15g；畏寒肢冷，舌淡苔薄者加炙附子 9g，干姜 6g；颜面虚浮，腹大如鼓，腹部胀满，食后加重，尿少，大便不成形，舌质暗边有齿痕、苔薄腻，脉滑或濡者，加茯苓皮、大腹皮各 30g，泽兰 15g；若腹水明显增多兼见周身浮肿，尤以腰以下明显，伴见形寒肢冷，面色苍白或晦暗，尿少，大便不调，舌质淡胖，脉弦细者加怀牛膝、党参各 15g，炙附子 9g，肉桂 6g，桑寄生、山药各 30g。

方法：水煎服 1 天 1 剂，4 周为 1 个疗程。

1.3.9　肝消臌汤　（王新颖,谭振平,吕志民.现代中西医结合杂志,2008,17(27):2）

药物组成：醋鳖甲 30g，炮山甲 15g，生牡蛎 30g，大腹皮 15g，茯苓 20g，白术 12g，柴胡 10g，车前子 15g，人参 10g，茵陈 12g，商陆 10g，当归 15g。

加减：水煎服，每日 1 剂。3 个月为 1 个疗程。

1.3.10　柔肝合剂　（王迎新,梁国英，刘朝霞,等.中医药学报,2004,32(2):2）

组成：柴胡、郁金、白术、枸杞子、丹参、海藻、鳖甲、虎杖、蚤休、灵芝各 15g，黄芪 20g。

用法：早晚温服。3 个月为 1 个疗程，用 2 个疗程。

1.4　药物外治

1.4.1　自拟逐水膏　（宋华,张利斌.中医外治杂志,2004,13(5):1）

组成：甘遂、大黄、槟榔、二丑、猪牙皂、水蛭各等份。

用法：米醋适量，前六味药研极细粉备用，取上药粉 10g 与米醋调成膏状，外敷神阙穴，胶布固定，24h 取下；用上药外敷期门穴 24h，两穴交替外敷，1 个月 1 个疗程。

疗效：48 例肝硬化腹水，1 个疗程腹水消失 11 例，2 个疗程腹水消失 30 例，3 个疗程腹水消失 5 例。结果显效 36 例，显效率 75.00%；有效 10 例，有效率 20.83%；无效 2 例，无效率 4.17。

1.4.2　外敷方配合红外线照射　（王雁,张福运,韩玉华,等.陕西中医,2008,29(9):2）

组成：基本药物为柴胡 20g，香附、川芎各 15g，延胡索、当归各 10g。

加减：在基本药物的基础上，再进行辨证施护，随证用药。气滞湿阻型加枳壳、陈皮各 10g；寒湿困脾型加干姜、白术各 9g；湿热蕴结型加龙胆草、栀子、黄芩、泽泻各 9g；肝脾血瘀型加大黄 15g，赤芍 10g；若胁下有癥块，而正气未衰者，可加三棱、莪术各 15g，地鳖虫 10g；肝阴不足型加生地、枸杞子各 15g，沙参、麦冬各 10g。

用法：将上述药物混合，烘干研末，用饴糖调至糊状备用。药物与饴糖重量比为 1:3。准备棉纸（22cm×16cm）、绷带、胶布、剪刀、压舌板等。将棉纸 3 张重叠，以宽为轴折叠成 16cm×11cm，然后揭开最上 1 层，用压舌板调药至第 2 层棉纸上，涂成长约 12cm，宽约 8cm，厚约 0.2cm 均匀的 1 层，将最上 1 层棉纸放下，盖在药上，将棉纸开口端向上敷于所需部位，用胶布固定。根据《灵枢•经筋》篇“以痛为腧”的原则，一般敷于疼痛处或不适处。胁痛以日月、期门穴为主；胃脘痛以中脘穴为主；腹水及小便困难以神阙穴为

主；伴下肢水肿加气海穴；亦可采用肝俞、胆俞为主外敷，也可循经远道取穴。然后用红外线烤灯照射膏药，每天早晚两次，每次 30min。

1.4.3　中药敷脐治肝硬化腹水　（陈帅.中医外治杂志,2003,12(4):2）

【气滞湿阻型药物组成】砂仁、丁香各 20g，川朴 30g。

【用法】研末酒调纳脐，以布盖之，1 日 1 换，连用 15d。

疗效：肝功能复常。随访，腹水未发过。

【寒湿困脾型药物组成】取附子（熟）15g，川朴 20g，砂仁 10g，干姜 20g 研细，以藿香正气水调成糊状，覆脐部以布盖之，1 日 1 换，连用 15d。药后脘痞腹胀明显减轻，浮肿消退，小便增多。上法复用，2 日 1 换，延 1 月。

【疗效】腹水消尽，症状消除，肝功能复常。

【湿热蕴结型药物组成】黄连 20g，黄芩 40g，厚朴粉 15g，蟅蟀粉 20g，大黄粉 30g，冰片 2g。

【用法】浓煎取汁，后纳厚朴粉、蟅蟀粉、大黄、冰片。调成糊状敷脐。

【疗效】小便增多，其色黄，腹胀明显减轻，腹水消退，无其他不适，肝功能复常。

【脾肾阳虚型药物组成】取附子（熟）15g，干姜 20g、肉桂 15g，苍术 30g。

【用法】研细醋调纳脐，覆以双层纱布，取麦麸 500g，炒热以不灼伤皮肤为度，装入布袋中置于上药之上热熨，日熨 2 次。上药 1 日 1 换，延用匝月。

【疗效】B 超示：腹水消失，肝功能复常。

1.5　推拿疗法　按压腧穴配合熨敷中药（梅运伟.河南中医学院学报,2004,19(4):1）

【熨药组成】细辛 15g，透骨草 30g，延胡索 10g，红花 10g，大黄 10g，丹参 30g，共研为粗末，装小布袋内备用。

【敷药组成】干蟾蜍 60g，三七 30g，甘遂 15g，牵牛子 30g，白芥子 10g，沉香 10g，砂仁 10g，白胡椒 10g，虎杖 30g，冰片 6g 共研为细面，装瓶备用。

【方法】取穴：足三里、阳陵泉、阴陵泉、关元、气海、水分、肝腧。病人仰卧，医者先在足三里、阳陵泉、阴陵泉、关元、气海、水分、肝腧等穴按压揉 3～5min，以畅经络，通水道。再以蒸透之熨剂熨脐部约 15min 至局部潮红，遂取敷药适量，夏用西瓜汁，冬用生姜汁，春秋则以酒醋调成糊状，敷于神阙穴，每日用热水袋温敷 2 次。3 天换药 1 次，5 次为 1 个疗程。一般用药 3h 即见转矢气，小便量增多。

【疗效】86 例其中显效 34 例，有效 47 例，无效 5 例，有效率 90%。其中 17 例单纯用外治药而获显效，5 例因发生肝昏迷，上消化道大出血而转科治疗。

1.6　针灸疗法

1.6.1　电针治疗肝硬化患者胃动力障碍　（白厚喜,林森.实用医药杂志,2006,23(6):2）

【方法】取穴：足三里、中脘、内关、百会，配穴根据辨证分型随症加减。治疗：进针后患者有酸、沉、胀、麻感，医者感觉针下有沉紧感为得气。得气后单侧接 WQ-6F 型电针治疗仪，等幅，固定频率 F1=80 次/s，变动频率

F2=120 次/s，电量以穴位局部见肌肉轻微抽动，患者能够耐受的最高限度。基础治疗：保肝、利尿、抗感染、营养支持、防治并发症。

【疗效】治疗后患者上腹饱胀、早饱、嗳气、恶心、厌食等可见明显改善，有效率 91.3%。

1.6.2　针药并用治疗肝脾血瘀型终末期肝硬化腹水　（陈国献.浙江中医杂志,2010,45(7):502）

【方法】在西医常规保肝利尿治疗基础上，加用以下中医疗法：①自拟方：茵陈 30～200g（另煎 20min），通草 80g，丹参、王不留行各 30g，厚朴、丝瓜络、生地黄、石斛、麦冬、车前子（包）各 15g，当归、郁金、生白术、大腹皮、连翘、地龙、冬瓜皮各 10g，沉香粉 6g（分 2 次冲服）。每日 1 剂，水煎服。②用炙甘遂、炙大戟、炙芫花、生二丑、熟二丑各等量，焙干研粉，每次 10g，与 60g 荞麦面和在一起，制成面条，不加任何调料，用适量水煮熟后，面条与汤均吃完，每日 1 次。若服后出现恶心呕吐，用葱白一根咀嚼，或含于口内，即可减轻。服药 4h 后，患者排便排气，自觉腹胀减轻。服 3d 即停。③针刺：选取双侧阴陵泉、三阴交、太溪、太冲、关元，其中太冲用泻法，关元穴刺入皮下后沿腹壁向下平刺 1 寸，得气后用补法并加神灯照射，余穴常规刺法，得气后平补平泻，每日 1 次，每次留针 30min，留针期间，每隔 10min 运针 1 次。如下肢水肿而出现启针后针孔渗液，可用消毒干棉签按压 1～2min 即可。④红花注射液（雅安三九药业有限公司生产）40ml 加入 5%葡萄糖液 250ml 静滴，每日 1 次。嘱患者低钠、低水饮食。

【疗效】43 例均属于肝脾血瘀型，且经西药治疗无效或腹水加重的患者，其中男 34 例，女 9 例；年龄 45～76 岁；病程 5～11 年；乙型肝炎后肝硬化腹水 30 例，丙型肝炎后肝硬化腹水 8 例，自身免疫性肝病所致肝硬化腹水 2 例，酒精性肝硬化腹水 3 例；43 例均为重度腹水，其中有 26 例合并双下肢水肿，9 例合并胸水。治疗 1 个月为 1 个疗程，治疗 1 个疗程后，痊愈 3 例，有效 40 例，痊愈率为 7%；治疗 2 个疗程后，痊愈 41 例，有效 2 例，痊愈率为 95%。43 例均全部有效。

2 食疗药膳

2.1　鲫鱼羹　（骆卫松.家庭中医药,2003,(9)）

【组成】鲜鲫鱼 3 条（每条约 300g），赤小豆、商陆各 30g。将鱼清洗干净，把商陆、赤小豆分别放入鱼腹中，用线缝好，清蒸熟烂成羹即可。分 3 次空腹淡食。

【功效】肝硬化水湿偏盛、腹部膨大、食欲不振、大便泄泻、小便不利等。

2.2　黄芪苡仁粥　【组成】生黄芪、生薏苡仁、糯米各 30g，赤小豆 15g，鸡内金末 9g。先用水煮黄芪半小时，去渣，入苡仁、糯米、赤小豆煮 1h，入鸡内金末，粥成即可。分 1～2 次温服。

【功效】肝硬化脾胃虚弱、腹胀、面色无华等。

2.3　鲜紫珠草鸡蛋　【组成】鲜紫珠草 120g，鸡蛋 4 枚。将 2 味加水适量同煮，蛋熟去壳后再煮 1h 即可。吃蛋，每次 1 枚，早晚 2 次空腹食用，连用 100 枚为 1 个疗程。

【功效】主治早期肝硬化、肝区疼痛、烦热口干等。

2.4　赤小豆鲤鱼汤　（孙立.健身科学,2005,(11):1）

【组成】取活鲤鱼 1 条（约 500g），去鳞、腮及内脏，与赤小豆 100g 同入锅内，加水适量，清炖至赤小豆熟烂，分次服食。煮汤不宜加盐，可加生姜少许去腥味

【功效】利水、消肿

2.5 鲫鱼豆腐汤 【组成】取活鲫鱼 1 条（约 300g），去鳞、腮及内脏，入锅内加清水适量煮至将熟时，加豆腐一块约 150g，再煮熟透，酌加葱姜少许去腥味，食鱼、豆腐喝汤（不宜加盐）。此方也可换为泥鳅 500g，豆腐 250g。

【功效】利湿、消水。此方对食欲不振大便稀溏的腹水病人尤为适用。

2.6 冬瓜粥 【组成】取新鲜冬瓜连皮 150g 洗净，切成小块，与粳米 100g（即食用大米），煮熟成粥，一起食用。

【功效】健脾利水，适用于腹水伴有小便赤少、大便干涩、口干食少。

2.7 鸭肉冬瓜汤 【组成】将白鸭 1 只去毛和内脏，洗净取半只切块（约 400g），冬瓜连皮（约 300g），洗净切块，薏苡仁 50g。先煮鸭肉将熟后加入冬瓜及薏苡仁，再煮至烂熟，调味食用。

【功效】适用于肝硬化腹肝肾阴虚者。

2.8 李子茶 【组成】鲜李子 100～150g，绿茶 2g，蜂蜜 25g。将李子剖为瓣，加水 400ml，煮沸 3min，加入绿茶和蜂蜜，食李子饮茶，分三次服，10d 为 1 个疗程。

【功效】活血、润肠通便，扶正利水

3 预防与护理

3.1 预防 肝硬化属临床常见病、多发病，严重危害人民的身体健康。各种慢性肝炎病情迁延不愈，均可发生肝纤维化，最终导致肝硬化。肝硬化目前尚无良好的治疗方法，因此应重在预防。肝硬化的预防包括肝炎和肝纤维化的防治。

肝炎的防治：病毒性肝炎的防治：肝硬化病因较多，我国以病毒性肝炎（乙型、丙型）引发的肝硬化为主，因此病毒性肝炎的防治尤为重要。注意饮水、饮食卫生，防止“病从口入”；严格检查献血员，对献血员应作乙肝、丙肝血清标志物检测，阳性者不参加献血；作为患者，尽量减少输血，必要时尽量使用志愿献血者的血液，而不用职业献血员的血；择期手术者可考虑用“自贮血”，即手术前 1 个月抽其自身的血液冷藏备用；加强血液制品的管理，防止血行传播；严格无菌操作，执行医疗器械消毒制度，推广使用一次性注射器、采血器及采浆还血器，防止医源性感染；乙肝的免疫预防注射：在目前 HBsAg 携带者广泛存在，传染源管理十分困难的情况下，控制和预防乙型肝炎的关键性措施即为乙肝疫苗预防；定期健康查体，发现病毒性肝炎患者及早隔离，避免与家人、同事共用餐具、饮具，不从事饮食行业。

3.2 护理

3.2.1 休息 肝硬化代偿期患者一般可参加轻体力活动，但应注意劳逸结合。肝硬化失代偿期患者应绝对卧床休息，以减轻肝脏负担，利于肝细胞的修复与再生。

3.2.2 饮食 做好患者的饮食指导与监控，补充足够的热量和维生素，嘱患者进食低脂肪、高维生素、高蛋白且易于消化的食物，禁饮酒，勿暴饮暴食，合并有腹水的患者一定要限制钠、水的摄入，进水量控制在 1000ml/d 左右，有肝性脑病先兆患者应禁食高蛋白饮食，以减少肠道中氨的产生。同时还应嘱患者不能进食粗食，忌食辛、辣、生、冷等刺激性食物，以免引起胃底食管静脉

曲张破裂而诱发消化道大出血。对于合并有消化道大出血的患者应禁食、禁水，待出血停止后进食流质或半流质食物。

3.2.3　加强基础护理　肝硬化患者病情常反复发作，加之肝功能破坏，自身清除毒素的能力下降，易发生感染，故保持患者个人的清洁卫生尤为重要。患者衣服宜柔软宽大，病床平整干燥无渣屑，必要时进行口腔护理和防褥疮护理。注意饮食卫生，保持大便通畅，尽量减少粪便在肠道停留的时间。

3.2.4　加强心理护理　肝硬化是一种慢性疾病，病程长，易反复发作，久治不愈，经常性的住院、检查、用药，昂贵的医疗费用以及由其引起的家庭角色和社会适应能力的变化，会对患者的心理、社会适应能力和家庭生活产生较大的影响，患者会出现悲观失望、焦虑抑郁、性情暴躁，不配合治疗等。因此护理人员应及时了解患者的思想动态，加强与患者的交流与沟通，配合家属切实解决实际困难，共同关心照顾患者，从而树立战胜疾病的信心和勇气，保持良好的心态，积极配合治疗。

3.2.5　加强病情的观察　严密观察患者精神、神志及生命体征的变化，注意有无性格及行为的异常表现，患者双手是否有扑翼样震颤，呼吸是否带有烂苹果味，及早发现肝性脑病的先兆，预防肝性脑病的发生。同时，详细记录患者24h 出入量，注意观察患者呕吐物，大小便颜色、性质及量，合并腹水的患者放腹水时，一定要测量患者的体重腹围，术中及术后应严密监测生命体征的变化，记录抽出腹水的量、性质和颜色，并随时观察穿刺部位有无渗出液。

3.2.6　加强患者的健康教育　对肝硬化患者加强健康教育，告诫患者认识并纠正自身的不良生活习惯，如饮酒、吸烟、过度劳累等，合理安排饮食，科学地安排工作、学习、生活、娱乐、社会及情绪调控等方面，提高自我保健意识。（许文学,杨建宇,李杨,等.中医治疗癌前病变专题讲座(三)——肝硬化[J].中国中医药现代远程教育,2012,10(05):74-80.）

血吸虫病

血吸虫病是由血吸虫寄生人体静脉所引起的寄生虫病，临床上以腹泻、肝脾肿大、肝硬化或血尿等为特征。

中医为蛊虫，蛊虫病病程迁延日久，以体瘦、胁下痞块、腹水为主要表现者。慢性蛊虫病指蛊虫病病程超过 6 个月，以腹痛腹泻、消瘦、贫血等为主要表现者。急性蛊虫病指感染蛊虫疫毒初期，以肤痒、咳嗽、发热、腹痛腹泻等为主要表现者。以皮肤瘙痒，咳嗽，腹痛腹泻，胁下痞块，消瘦，腹水，大便检查见蛊虫（血吸虫）卵等为主要表现的寄生虫病。

病因：发生于夏秋季，初期由于表里受邪。当虫邪蛊毒经由皮毛侵入而首先犯及肺卫，肺与大肠相表里，蛊毒由脏入腑，由表入里，下迫大肠，传化失司，甚至败坏肠膜脂膏。中期由于肝脾受损，肺朝百脉，蛊毒虫邪随血脉飘流，引起脏腑器官受损。由于肝为藏血之脏，脾有统血之功，蛊毒虫邪裹于血中，随血而藏于肝，侵于脾，导致肝脾受损则最为常见。末期由于水裹气结血凝。肝脾郁滞日久，由气郁血瘀进一步酿成气结血凝，而结为痞块。倘使脾气不虚，能运化水谷津液，则血虽凝结而无水裹之虞；若脾气虚衰，运化失司，则形成血凝气结水裹的病机，于是发生积水而胀满。

病机：初期由于表里受邪。当虫邪蛊毒经由皮毛侵入而首先犯及肺卫，卫阳被郁，则发热恶寒、身困倦疼痛、发疹；肺失清肃，则咳嗽、胸痛、咳痰咳血；蛊热不解，由表入里，此即所谓“溪温”、“蛊疫”初得之病机。肺与大肠相表里，蛊毒由脏入腑，下迫大肠，传化失司，则腹痛、便秘或泄泻；蛊毒败坏肠膜脂膏，又可出现下痢脓血，形成所谓“肠蛊痢”。中期由于肝脾受损。肺朝百脉，蛊毒虫邪随血脉飘流，引起脏腑器官受损。由于肝为藏血之脏，脾有统血之功，蛊毒虫邪裹于血中，随血而藏于肝，侵于脾，导致肝脾受损则最为常见。蛊毒虫邪沉积于肝脾，使气机郁滞，经隧阻涩，久之，积聚痞块由此而生。末期由于水裹气结血凝。肝脾郁滞日久，由气郁血瘀进一步酿成气结血凝，而结为痞块。倘使脾气不虚，能运化水谷津液，则血虽凝结而无水裹之虞；若脾气虚衰，运化失司，则形成血凝气结水裹的病机，于是发生积水而胀满。古人所谓“蛊胀”、“水胀”或“水症”等，都是此种病机演变的结果，名异而实同。气以行血，血以载气：气生于水，水化于气。故水愈停，则血愈凝、气愈滞；血愈凝，则气愈滞、水愈停，水停、气滞、血瘀二者恶性往复，互为因果。胁下痞块盘踞，腹中浊水停留，清阳不升，浊阴不降，三焦无以化行，则二便不利。浊水郁久，化生湿热，则耗真阴。肝郁日久，遏郁生热，暗耗肝阴，引起肝阳上亢；木不疏土，则脾气不展，使已为血瘀、水停所困的脾胃，更加困惫不堪。脾胃困惫，失于运化，水谷纳少，既不能“荣木”以养肝、“生金”以荣肺，又不能以后天养先天，充肾精而生气血。肾气虚，精不足，一则发育生长迟缓而成虚损；二则不能主水、司二便，浊水更加泛滥；三则不能温助脾阳，使脾胃愈虚。水谷生气血，气血长肌肉，脾胃虚极，水谷纳少，气血无源，以致大肉脱陷，羸削瘦极。如此恶性因果，循环不已，终至五脏交亏，阴阳两虚，气血衰惫。这就是本病的病势发展和脏腑传变的一般过程。不过阳易虚而易复，相对说来较易治疗。素禀阴虚、血虚者，则病偏肝肾，常表现为阴虚阳亢，加之浊水生湿热，故阴损更难治疗，可因痰热上泛心包，内闭外脱为终局。此外，也可因为脉络瘀久生热，热伤血脉，致使血不循经；或脾气虚甚，不能统血，造成突然大量吐血、便血、衄血，以致气随血

耗而告终。蛊虫病是蛊毒由皮毛侵入肺部，下涉肠道，淤积肝络，阻碍气血水液运行。

治疗原则：本病急性期以杀虫、解蛊毒为主，辅以解表清里，滋养气阴为基本治则。力求灭虫彻底，以达到根治目的。

本病慢性及晚期治疗较为复杂。大抵有兼证者，先治兼症，后治主症。有积水者，先除积水，后破癥块。虚证当补，实证当攻。虚证为主者，先补其虚，后务其实；实证为主者，先攻其实，后务其虚。或一补一攻，二补一攻，二攻一补，寓补于攻，寓攻于补。补有温补滋补，补阴补阳，补气补血，以及补不同脏腑之侧重；攻有峻下缓下，分消，通瘀，行气，软坚之各殊，务须权衡病位虚实，揆度邪正消长，才能审时度势，按生克，论制化，行攻补，将克制变为生化，从乘侮转为促进，方能药证相对。过程中不忘杀虫、解蛊毒以图其根本。此期的治疗步骤可概括为：消积水一攻痞块一扶正气一除虫毒。

1 中医治疗

1.1 分证论治

1.1.1 急性期 表里受邪：证候：发热恶寒或往来寒热，头身疼痛，胸胁苦满，无汗，发疹奇痒，时现时隐，咳嗽胸痛，或恶心呕吐，腹痛腹泻，苔白或黄，脉多浮数或弦数。病甚者，邪热传里，发热持续，汗出，口渴，便秘或腹泻便脓血，神志迟顿，谵妄，苔黄或黄燥，脉浮数或滑数。

【治法】杀虫、解蛊毒，和解表里。

【主方】柴胡桂枝汤。

【常用药】柴胡 12g，桂枝、黄芩、人参各 5g，芍药 10g，甘草 3g，半夏 10g，大枣 6 枚，生姜 3g。

【加减】干咳胸闷者，加贝母、百部；痰中有血者，加白茅根、茜草；腹痛剧烈者，加木香、香附。

1.1.2 慢性及晚期

1.1.2.1 湿阻气滞

【临床表现】面色萎黄，神疲乏力，胁肋胀痛，里急后重，腹痛、腹泻，大便不爽或有脓血，腹部癥块。舌苔黄腻，脉弦细。

【治法】行气化湿，疏肝理脾。

【方药】芍药汤。

【常用药】白芍药 20g，当归 15g，黄芩、黄连各 15g，大黄 9g，肉桂 5g，槟榔、木香各 6g、炙甘草 6g。

【加减】胁痛明显者，加柴胡、郁金；脘闷腹胀者，加木香、枳壳草。

1.1.2.2 肝脾血瘀

【临床表现】面黄有血丝，或蟹爪纹路，皮肤红丝赤缕，腹壁青筋，两胁肋胀痛，胁下坚块，呕血或便血如漆，鼻衄牙宣，心烦易怒，口燥便秘，舌质暗紫或有瘀点、瘀斑，脉弦涩。

【治法】活血化瘀，行气通络。

【方药】桃红饮。

【常用药】桃仁 12g，红花、威灵仙各 8g，川芎、当归各 10g。

【加减】胁痛明显者，加柴胡、姜黄；鼻衄牙宣者，加血余炭、大戟、小蓟；呕血者黑漆者，加地榆、水牛角；大便干结者，加麻仁，杏仁。

1.1.3 晚期 肝肾阴虚：

【临床表现】腹大胀满，面色憔悴，形体消瘦，潮热盗汗，手足心热，口干咽燥，烦热不安，便秘尿少，舌质红绛，少苔，胁腹胀痛，口干，心烦失眠，形体消瘦，小便短少，舌红，脉弦细。

【治法】滋补肝肾，养阴清热

【方药】一贯煎

【常用药】北沙参、麦冬、当归各 9g，生地黄 20g，枸杞子 18g，川楝子 5g。

【加减】口干者，加石斛、知母；盗汗者加浮小麦、糯稻根；烦热易怒者，加龙骨、牡蛎；大便干结者，加大黄、番泻叶；午后潮热，加地骨皮、鳖甲。

1.2 中成药 复方槟榔丸：成人每次 10g，每日 2 次，饭前温开水吞服。适用于杀虫、解蛊毒。20 日为 1 个疗程，总量 400g。

1.3 单方验方

1.3.1 鸦胆子仁 0.3g 装入胶囊吞服，每日 3 次，疗程 1 个月，适用于杀虫、解蛊毒。

1.3.2 南瓜子粉（方药中等《适用中医内科学》）处方：南瓜子去壳、去油、研粉，成人每次 80g，每日 3 次，连服 4 周。适用于杀虫、解蛊毒；副作用有头晕、腹泻、食欲减退等，平常在连续服药 10 日后副作用可减轻或消失。

1.3.3 甘草粉（方药中等《适用中医内科学》）处方：甘草粉，每次 10g，每日 3 次。适用于急性期退热。热退后减半量再连续服 1。

1.3.4 半边莲（干品）30g。制法：水煎服。用法：30d 左右为 1 个疗程。治晚期血吸虫病腹水。

1.3.5 马鞭草适量。制法：研粉 10g 装入胶囊中内服。用法：每日 3 次，每次 3 粒，治疗早、中期血吸虫病。

1.3.6 花椒适量。制法：用温火微炒去汁，磨细过筛，取椒红粉末，装入胶囊，每粒含量为 0.4g。用法：成人每天 5g，小儿酌减，分 3 次服，20～25d 为 1 个疗程。

1.3.7 乌桕树叶 6～30g。制法：水煎服。用法：早晚各 1 次。

1.3.8 鲜鸭跖草适量。制法：洗净，每日 150～240g，煎汤代茶饮。用法：每日 1 剂，服 5～7d 为 1 个疗程。说明：用于治疗急性血吸虫病。

1.3.9 常山适量。制法：用酒炒后研成细末，炼蜜为丸（蜂蜜二倍于常山）。用法：每习 3 次，每服 3g，7d 为 1 个疗程，总剂量为 63g。说明：用于早期血吸虫病。

1.3.10 竹叶 60g（鲜者）。制法：水煎服。用法：早、晚分两次服。

1.3.11 槟榔 9g。制法：研细末。用法：空腹白开水送服 3g。连服 3d。

1.3.12 乌梅 10 个。制法：水煎服。用法：每日 1 剂。

1.3.13 鹅不食草 9g。制法：水煎加糖调服。用法：每日 1 剂。

1.3.14 半边莲汤（胡熙明等《中国中医秘方》）处方：半边莲，每日 6～48g（平常为 36g），水煎，制成 10%～20%煎剂服用。

2 食疗药膳

注意患病后，饮食宜以富有营养为原则，凡生冷、油炸、酸辣、烟酒、油腻之品，皆不宜食用。有腹水者还应忌盐。

苡仁赤豆粥：薏苡仁、赤小豆各 30g，粳米 100g，共煮粥，白糖调味服用，适用于腹水消退后常服。

参芪糯米粉：党参、黄芪、白术各 50g，研粉过筛；炒熟的糯米粉 1000g，与药粉混匀。每次 50g，加白糖适量，开水冲服，每日 2 次。适用于腹水消退后服用。

3 预防与护理

3.1 控制传染源 在流行区，一般慢性患者可采用单剂吡喹酮疗法，使人群感染率显著下降。耕牛可用硝硫氰胺（2%混悬液）一次静脉注射法，水牛的剂量为 1.5mg/kg、黄牛为 2mg / kg，治愈率达 98%以上。

3.2 切断传播途径

3.2.1 粪便管理与保护水源 粪便须经无害化处理后才能使用，采用分隔粪池（二格三池）和沼气池可使粪便无害。急用粪时，可按 100kg 粪便加尿素 250g 或 2%氨水 500ml，均可于 24h 内杀死虫卵。对动物宿主（如牛、羊等）的粪便亦应同时加以管理。在流行区，提倡用井水或将河水贮存 3 天，必要时每担水加漂白粉 1g 或漂白粉精一片，15 分钟后即可安全取用。

3.2.2 查螺、灭螺 在气候温和的春秋季节查清螺情，结合兴修水利和改造钉螺孳生环境，因地制宜选择垦种、养殖水淹、土埋、火烧等方法，或药物灭螺，常用药物为五氯酚钠和氯硝柳胺。五氯酚钠为我国使用最广泛的灭螺药，对成螺、幼螺、螺卵均有较好的杀灭作用，是一接触杀螺剂，但其对农作物和鱼类均有毒性，对人也有一定毒性。氯硝柳胺仅对鱼有毒性，其杀螺效率大、持效长，作用缓慢，对螺卵、尾蚴也有杀灭作用；与五氯酚钠合用可提高药效。最近研制了氯乙酰胺和乙二胺两种灭螺剂，对鱼类毒性较低。

3.2.3 个人防护 脂肪酸皂化后，加 2%氯硝柳胺和 10%松节油可制成防护用油脂防蚴笔，具有强大的杀灭尾蚴作用，接触疫水前涂于皮肤，具一定的防护作用，作用可维持 8h 以上。穿着以 1%氯硝柳胺碱性溶液浸渍的衣裤，亦可防御尾蚴感染，实验证明，连续使用半年，仍有防护作用。严禁在疫水中泅水游玩等。抱病后，饮食宜以富裕营养为原则，凡生冷、油炸、酸辣、烟酒、油腻之品，皆不宜食用。有腹水者还应忌盐。（许文学,杨建宇,李杨,等.中医治疗癌前病变专题讲座（四）——血吸虫病[J].中国中医药现代远程教育,2012,10(06):107-109.）

胃息肉

胃息肉是指胃黏膜局限性良性上皮隆起性病变与慢性萎缩性胃炎、残胃病变等同属胃癌前疾病，属中医的胃脘痛、痞满等范畴。目前西医对胃息肉治疗多采用内镜下高频电凝电切、活检钳钳除、激光、微波灼切等方法但并发症多，复发率较高。胃息肉病在中医学中属胃痛、胃脘痛范畴。中医在治疗胃息肉、预防胃息肉术后复发及杜绝胃息肉向胃癌的进展方面有一定优势。

1 中医治疗

1.1 分证论治

1.1.1 气滞痰阻

【临床表现】可以无明显症状或见胃脘胀满，攻撑作痛，痛连两胁，胸闷嗳气 善太息，每因烦恼郁怒而痛作。内镜示颜色与周围黏膜相同，表面光滑而明亮，色泽暗红，也可有充血发红或微肿。苔薄白或白腻，脉弦细而滑。

【治法】疏肝解郁，理气化痰。

【主方】柴胡疏肝散合二陈汤加减。

【药物组成】柴胡 12g，枳壳 10g，白芍 20g，甘草 10g，香附 12g，川芎 10g，紫苏梗 18g，佛手 10g，茯苓 18g，陈皮 12g，清半夏 12g，蒲公英 20g，僵蚕 10g，白花蛇舌草 20g，半枝莲 20g，山慈菇 18g。

【加减】若痛甚者加金铃子散；湿浊内阻，舌苔厚腻者加苍术、厚朴、薏苡仁；若肝气郁结，日久化火，肝胃郁热，胃脘灼痛，嘈杂泛酸者，加左金丸及栀子、牡丹皮，以疏肝泄热为治，慎用香燥之品，以免助火伤阴；若素体虚弱，中气不足，而兼肝郁气滞者，不宜专用香散耗气之剂，可用四磨饮（《济生方》）为宜，方中人参、槟榔、沉香、乌药以破滞降逆，益气扶正，使理气而不伤正，补气而不壅中。

1.1.2 痰热郁结

【临床表现】胃脘热痛，胸脘痞满，口苦口粘，头身重着，纳呆嘈杂，肛门灼热，大便不爽，小便不利。内镜示：充血发红，或呈玫瑰色，糜烂、溃疡伴渗血、粘附粘液等。舌红苔黄腻，脉滑数。

【治法】清化湿热，理气和胃。

【主方】（《证治准绳》）清中汤合温胆汤加减。

【药物组成】黄连 10g，栀子 10g，茯苓 15g，陈皮 12g，清半夏 12g，草豆蔻 6g，枳实 12g，竹茹 12g，丹参 10g，僵蚕 10g，浙贝母 10g，牡蛎（先煎）20g，蒲公英 30g，青黛（包煎）20g，白花蛇舌草 30g，半枝莲 20g，山慈菇 15g，甘草 8g。

【加减】若偏热，大便秘结不通者加黄芩、大黄以加强清热泻火；偏湿者加薏苡仁、佩兰、荷叶以增强芳香化湿；若见肝胃郁热，迫血妄行者加生地黄、牡丹皮、大黄、三七等苦寒清热，直折其火，凉血止血，清心解毒，使火降气顺，则血自止。

1.1.4 痰瘀互结

【临床表现】胃痛日久，胀满刺痛，痛处固定，拒按，纳呆，呕吐，或吐黄浊粘液，或吐褐色浊秽之物，或见吐血、黑便，或便干色黑，面色晦暗，或皮肤甲错。内镜示：糜烂出血等。舌质紫暗或有瘀斑，脉涩。

【治法】解毒祛瘀，活血止痛。

【主方】失笑散、丹参饮合泻心汤加刺猬皮、九香虫等。

【药物组成】丹参 30g，蒲黄（包煎）15g，五灵脂 15g，延胡索 15g，大黄 12g，莪术 15g，三棱 15g，檀香 15g，砂仁（后下）10g，香附 15g，刺猬皮 15g，九香虫 10g，黄连 6g，半枝莲 30g，白花蛇舌草 30g，山慈菇 18g，石见穿 15g。

【加减】若胃气上逆而见恶心呕吐者，可加代赭石、竹茹、旋覆花和胃降逆；热伤胃阴而表现口渴、舌红而干、脉象细数者，加麦冬、石斛、天花粉养胃生津；如出血色暗，病者面色萎黄，四肢不温，舌淡脉弱，系脾不统血病势危殆者，先用独参汤益气固脱，继以黄土汤加减以温脾益气摄血。

1.1.5 脾胃虚寒

【临床表现】胃痛日久不愈，隐隐作痛，绵绵不断，喜暖喜按，得食则减，时吐清水，劳累、受凉后发作或加重，纳少，乏力神疲，手足欠温，大便溏薄。内镜示：息肉表面粗糙、苍白。舌质淡苔白，脉细弱或迟缓。

【治法】温阳益气，健脾和胃。

【主方】黄芪建中汤加减。

【药物组成】炙黄芪 30g，桂枝 15g，芍药 30g，炙甘草 15g，党参 18g，白术 15g，茯苓 15g，陈皮 10g，法半夏 10g，砂仁（后下）10g，莪术 10g，三棱 10g，半枝莲 15g，山慈菇 15g。

【加减】若胃寒痛甚，加良附丸或干姜以增强温中散寒行气止痛；若便黑者加干姜炭、灶心土、白及、地榆炭。以上各证型中，症状得到控制后进入缓解期时，都应根据辨证适当加入香砂六君丸或陈夏六君丸等健补脾胃之品，巩固疗效，以善其后。

1.1.6 湿热蕴结证

【临床表现】胃脘胀痛，呕吐酸苦水。口干口苦，舌质红、苔白厚而干或黄腻，脉弦滑数。

【治法】清热利湿、活血散结法。

【主方】柴胡疏肝散加味。

【药物组成】柴胡 9g，赤白芍各 9g，枳实 6g，生甘草 5g，川芎 9g，当归 9g，薏苡仁 20g，黄芩 9g，白花蛇舌草 10g，蒲公英 9g，郁金 9g，蒲黄 6g，五灵脂 6g。

1.1.7 寒湿阻滞证

【临床表现】胃脘隐痛，食后尤甚，喜温热饮，伴神疲乏力、面色无华、食少或呕吐清水痰涎，舌质淡夹青紫、苔薄白，脉沉弦。

【治法】温阳健脾，活血理气法。

【主方】当归建中汤合香砂六君子汤加味。

【药物组成】当归 9g，桂枝 9g，白芍 9g，生姜 5 片，大枣 10 枚，炙甘草 5g，木香 6g，砂仁 3g，党参 9g，茯苓 9g，白术 9g，莪术 9g。

1.2　单方验方　拟通阳疏滞汤：生黄芪 15g，炒茅术 10g，生甘草 10g，赤芍 15 g，桂枝 6～10g，干姜 6～10g，苏木 10g，金银花 15g，蒲公英 15g，败酱草 30g。

随症加减活血化瘀加莪术、徐长卿；胃黏膜糜烂加白芨、乳香。

2　预防与护理

调补脾胃、祛痰湿、化瘀血、调气机、清热毒以防其癌变是中医药治疗胃息肉的关键步骤。具体在辨证用药基础上，应选用抗金癌药物 1～2 种加入，可提高疗效。具有抗癌作用的药物有：半枝莲、白花蛇舌草、山慈菇、莪术、

薏苡仁、贝母等。同时应加入活血化瘀药，如郁金、延胡索、五灵脂、蒲黄、炙乳没、丹参、刺猬皮、九香虫等，可改善胃黏膜微循环，并建立侧支循环，增加血流量，使局部缺血缺氧得到改善，促进局部炎症吸收及使其息肉萎缩，因而有人认为胃癌癌前病变的治疗关键是活血化瘀。对于内窥镜切除术后的中医药治疗应注重扶正，患者常表现乏力、倦怠、纳差、口燥咽干、低热等气阴两虚症状，应以益气健脾、滋阴补血为主，并应注意理气醒胃药如佛手、香橼、腊梅花、麦谷芽、内金等药的使用。熊枝繁等报道认为 Hp 感染可能为增生性及炎性息肉的病因之一。故此在治疗上可适当加入黄连、蒲公英、黄芩、蚤休等具有抗 Hp 作用药物。（许文学,杨建宇,李杨,等.中医治疗癌前病变专题讲座(五)——胃息肉[J].中国中医药现代远程教育,2012,10(07):148-149.）

胃溃疡

胃溃疡是指穿透至黏膜肌层的胃黏膜局限性损伤，是一种常见的慢性胃肠系统疾病。其属中医“胃脘痛”、“吞酸”、“嘈杂”范畴，以上腹胃脘部近心窝处经常发生疼痛为主证，临床多按胃脘痛进行辨证治疗。

1 中医治疗

1.1 分证论治

1.1.1 肝胃不和证

【临床表现】症见胃脘胀痛，痛窜两胁，善太息，遇情绪波动加重。嗳气频作，嗳气、矢气则舒，大便不畅，舌淡红、苔薄白或白厚，脉弦。证属肝气郁滞，横逆犯胃，胃气阻滞。

【治法】疏肝和胃，理气止痛。

【主方】四逆散和香苏散加减。

【药物组成】柴胡 6～10g，枳壳 3～6g，白芍 10～15g，香附 10g，青陈皮各 6g，苏梗 10g，生甘草 3～6g。

【加减】引及脐腹作痛者，加乌药、木香；引及两胁者，加郁金、降香；引及胸背者，加瓜蒌、薤白；有痰滞、食积者，加半夏、神曲；兼火郁口苦吞酸、嘈杂不舒，舌红者，加姜汁炒山栀、黄连；兼寒湿呕吐清稀者，加吴茱萸、干姜、姜半夏；疼痛较剧者，加延胡索、川楝子。

1.1.2 肝胃郁热证

【临床表现】胃脘灼热，疼痛急迫，泛酸嘈杂，呕吐酸苦，心烦易怒，口干舌燥，大便秘结，小便黄。舌红苔黄，脉滑数。

【治法】清肝利胆，和胃止痛。

【主方】柴胡汤合左金丸加减。

【药物组成】柴胡 6g，黄芩 9g，黄连 6g，炒山栀 6～10g，吴茱萸 2～3g，牡丹皮 10g，白芍 10～15g，金钱草 15g，败酱草 15g，枳实 9g，生大黄 6g。

【加减】痰热互结者，表现为脘痞阻塞，喜长吸气，局部按之疼痛，不按不痛，可伴见呕吐、食欲不振，知饥但不欲食，大便秘结，舌质红，苔黄腻或滑，脉弦滑，合小陷胸汤加减；泛酸嘈杂、口黏口苦者，加乌贼骨、蒲公英；胸脘痞胀疼痛，时引两胁，加降香、郁金。

1.1.3 脾胃虚寒证

【临床表现】胃痛隐隐。饥则尤甚，可夜半痛醒，得食则缓，喜温喜按，四肢不温，局部有冷感，泛吐清水，或胃脘有振水声，神疲乏力，四肢不温，面色苍白、萎黄，大便溏薄。舌淡胖，苔白润，脉虚细、沉迟。

【治法】建中通阳，温胃散寒。

【主方】①理中汤合黄芪建中汤加减。黄芪 15g，桂枝 9g，白芍 9g，炙甘草 6g，干姜 6～12g，大枣 5 枚，党参 9g，炒白术 24g。②如兼有血证者，可见面色㿠白，大便色褐或黑，乏力气短，或有心悸，头眩等症，可选用黄土汤加减。甘草 9g，生地黄 9g，白术 15g，附子 9g，阿胶 10g，黄芩 6g，灶中黄土半斤先煎（或赤石脂代）。③如兼有寒饮留中者。见胃脘部怕冷，甚至畏凉风，喜以衣物裹之或热水袋温之则痛减，胃部振水声，便溏为特点，舌质淡苔白滑腻脉滑，可选用茯苓桂枝白术甘草汤加减。茯苓 15g，桂枝 9g，白术 15g，甘草 6g，吴茱萸 3g，半夏 12g。

【加减】局部冷痛者，加干姜、吴茱萸、细辛温散；有嘈杂吞酸，胃酸过多者，加吴茱萸、黄连、瓦楞子、乌贼骨止酸。

1.1.4　瘀血阻络证

【临床表现】胃脘疼痛如针刺，固定不移，拒按，痛时持久，食后加剧，入夜尤甚，或见呕血黑便，舌质紫暗或有瘀斑点，脉涩。证属瘀停胃络，脉络蕴滞。

【治法】活血化瘀，通络止痛。

【主方】下瘀血汤合失笑散加减。

【药物组成】制大黄 6g，桃仁 12g，土鳖虫 6g，炮姜 6g，桂枝 9g，炙乳香 8g，炙没药 6g，川楝子 15g，生蒲黄（包）10g，五灵脂 10g，延胡索 10g。

【加减】疼痛重者，加三七粉（吞服），或用炙刺猬皮、九香虫；大便秘结，加当归、柏子仁、杏仁润肠通便。

1.1.5　胃阴亏耗证

【临床表现】胃脘隐隐灼痛，似饥而不与饮食，口干唇燥，五心烦热，消瘦乏力，口渴思饮，大便干结，舌红少津，脉细数。证属胃阴不足，虚火灼络。

【治法】养胃生津止痛。

【主方】竹叶石膏汤合芍药甘草汤加减。

【药物组成】淡竹叶 9g，沙参 15g，麦冬 15g，白芍 15～30g，生甘草 10g，生石膏 15g，山药 15g，木瓜 12g。

【加减】疼痛加延胡索、川楝子；嘈杂、吞酸、呕吐，胃阴虚而肝气旺者，加乌梅、吴茱萸、黄连；大便秘结者，加柏子仁、瓜蒌仁、火麻仁、黑芝麻润肠通便；兼气滞者，加绿萼梅、玫瑰花、佛手片、厚朴花、枇杷叶等。

1.1.6　寒热夹杂证

【临床表现】胃病日久不愈，时作时止，胃脘疼痛可因寒、热、饮食、气候、情绪各种因素诱发，无一定规律。伴见吐清涎或酸水，腹胀肠鸣，便溏久泄，食纳不佳等。舌质淡胖边有齿痕，舌苔薄黄而润，脉沉弦带数，或虚缓带数。或胃脘疼痛或腹胀腹痛，喜温按，但心烦，身热。心胸部扪之灼手。舌质红苔黄腻，脉沉，为热郁胸膈、寒结脘腹。

【治法】辛开苦降，寒热并调。

【方药】①半夏泻心汤加减。姜半夏 15g，干姜 6g，党参 15g，黄连 6g，黄芩 6g，生甘草 6g，生姜 3g，大枣 10 枚。②栀子干姜汤加味。栀子 12g，干姜 9g，豆豉 12g。

【加减】脘痛腹胀者，加白芍、厚朴；呕吐清涎或酸水者，加吴茱萸、黄连；胃内有振水声或肠鸣者，加白术、桂枝、茯苓；大便溏泻者，加白术、茯苓、扁豆、薏苡仁。

1.2 中成药

1.2.1　脾胃虚寒型　①良附丸：每次 3.6g，一日 2 次，温开水送服。7 岁以上儿童服 1/2 成人量，3～7 岁儿童服 1/3 成人量。②胃气痛片；每次 5 片，一日 2 次，早晚或痛时温开水送服。③黄芪建中丸：每次 1 丸，一日 2 次，温开水送服。④小建中合剂：每次 20～30ml，一日 3 次，口服。⑤丁蔻理中丸：每次 6～9g，一日 2～3 次，温开水送服。⑥白蔻调中丸：每次 1 丸，一日 2

次，温开水送服。⑦胃复宁胶囊：每次 4～6 粒，一日 3 次，温开水送服。⑧虚寒胃痛冲剂：每次 1～2 袋，一日 2 次，开水冲服。小儿用量酌减。
1.2.2 肝胃不和型 ①十香止痛丸：成人每次服 1 丸，一日 2 次，温开水送服。7 岁以上儿童服成人量的 1/2，3～7 岁服成人量的 1/3。②柴胡疏肝丸：每次 1 丸，一日 2 次，温开水送服。③胃得安胶囊：每次 4 粒，一日 3 次，温开水送服。
1.2.3 肝胃郁热型 ①左金丸：成人每次 3～6g，一日 2～3 次，温开水送服。儿童及老人可酌情减量服用。②加味左金丸：每次 6g，一日 2～3 次，温开水送服。7 岁以上儿童服成人量的 1/2，3～7 岁儿童服成人量的 1/3。③龙胆泻肝丸（片）：水丸剂成人每次 3～6g，一日 3 次，温开水送服。7 岁以上儿童服 1/2 成人量。片剂每次 4～6 片，一日 3 次，温开水送服。④健胃愈疡片：每次 4～
6 片，一日 3～4 次，温开水送服。
1.3 单方验方：
1.3.1 肝胃不和型 胃脘胀痛，串及两肋，嗳气泛酸，善叹息；舌淡红，苔薄白或薄黄；脉弦。给予溃疡 1 号。处方如下：乌贼骨 30g，洋金花 1g，黄芪 30g，白芨 10g，川芎 10g，柴胡 12g，白芍 12g，枳壳 9g，半夏 9g，甘草 5g。水煎服。
1.3.2 脾胃虚寒型 胃脘隐痛，喜嗳喜按，神倦便溏；舌淡胖有齿痕，苔薄白；脉细软无力，给予溃疡二号。处方如下：乌贼骨 30g，洋金花 1g，黄芪 30g，白芨 10g，川芎 10g，白芍 15g，桂枝 9g，大枣 4 个，甘草 6g。水煎服。
1.3.3 胃阴不足型 胃脘隐痛或烧痛，口干喜冷饮，失眠，大便干；舌红干，少苔，无苔或剥苔，脉细数。给予溃疡三号，处方如下：乌贼骨 30g，洋金花 1g，黄芪 30g，白芨 10g，川芎 10g，沙参 12g，生地黄 12g，枸杞 9g，当归 9g，陈皮 9g。
1.3.4 寒热夹杂型 胃脘隐痛或胀痛，喜嗳喜按，口干、失眠，大便干结或时溏时干；舌胖红有齿印，苔白黄相间或黄腻；脉细弦数或滑数，给予溃疡四号。处方如下：乌贼骨 30g，洋金花 1g，黄芪 30g，白芨 10g，川芎 10g，甘草 15g，党参 12g，黄芩 9g，泽泻 9g，干姜 6g。水煎服。
2 药物食疗
2.1 按分型
2.1.1 寒邪犯胃型 常表现为胃脘疼痛，常突然发作，得温痛减，畏寒喜暖，口不渴，喜热饮热食，小便清，舌质淡红，苔白等。治疗宜散寒止痛。可以选用白胡椒煲猪肚。白胡椒粉 15g，放人洗净的猪肚内，并加少许水，用线扎紧猪肚头尾，文火煲。待猪肚熟后，调味即食。3 日服食 1 次，连续 7 次为 1 个疗程；
2.1.2 食滞胃脘型 常表现为胃脘胀痛，嗳腐吞酸，恶心，或吐宿食，吐后痛缓解。治疗宜消食导滞，理气止痛；可以服用槟榔茶。槟榔（打碎）15g，炒莱菔子 10g，陈皮、绿茶各 5g，水煎代茶饮用。
2.1.3 脾胃虚寒型 常表现为胃脘隐痛，喜暖喜按，遇寒痛甚，受凉、劳累易发病。面色萎黄，纳食减少，神疲乏力，甚或手足不温，大便稀薄，舌质淡红，苔薄白。治疗宜温中散寒，健脾和胃。可选用草果胡椒煲猪肚。草果 10g

（打碎），胡椒 5g，猪肚 150g。武火煲汤食猪肚，每日 1 次，连用 7d 为 1 个疗程。

2.1.4　胃阴亏虚型　常表现为胃脘隐痛或灼痛，口干咽燥或饥不饮食，大便干结，舌质红，少津等。治疗宜养阴益胃。可服用冰糖鱼鳔瘦肉煲。鱼鳔 2 个，猪瘦肉 50g，冰糖 10g，加水适量，隔水炖熟食用，每日 1 剂，连续 7d 为 1 个疗程。

2.2 未分型

2.2.1　羊乳饮　原料：羊奶 250g，竹沥水 15g，蜂蜜 20g，韭菜汁 10g。

制法：将羊奶放入奶锅内，烧沸后，加竹沥水、蜂蜜、韭菜汁，再继续用火烧沸即成。

服法：代茶饮。

2.2.2　枇杷饮　原料：枇杷叶 10g，鲜芦根 10g。将枇杷叶用刷子去毛，洗净，烘干。

制法：鲜芦根切成片。枇杷叶，鲜芦根放入锅内，加清水适量，用武火烧沸后，转用文火煮 20～30min 即成。

服法：代茶饮，温服。

2.2.3　槟榔饮　原料：槟榔 10g，炒莱菔子 10g，桔皮 1 块，白糖少许。

制法：将槟榔捣碎，桔皮洗净。槟榔、桔皮、莱菔子放入锅内，加清水适量，用武火烧沸后，转用文火煮 30 分钟，去渣留汁，加白糖搅匀即成。

服法：代茶饮。

2.2.4　桔根猪肚　原料：金桔根 30g，猪肚 1 个。

制法：将金桔根和猪肚洗净切碎，加水 4 碗，煲成 1 碗半，加盐少量调味。

服法：每 2d 吃 1 次。

功用：补胃和胃健脾止痛。

2.2.5　佛手茶　原料：鲜佛手 15g（干品 6g），胡桃 20g。

制法：用水冲泡代茶或用佛手、胡桃各 20g，煎水代茶饮。

服法：两种方法均代茶饮。

功用：舒肝止痛、健脾。

2.2.6　柚皮粥　原料：鲜柚皮 1 个，粳米 60g，葱适量。

制法：柚皮放碳火上烧去棕黄色的表层并刮净后放清水冲泡 1 天，切块加水煮开后放入粳米煮粥，加葱米、盐、香油调味后食用。

服法：每 2d 吃柚皮 1 个，连食 4～5 个。

功用：舒肝健胃，止痛。

2.2.7　黑枣玫瑰汤　原料：黑枣，玫瑰各适量。

制法：枣去核，装入玫瑰花，放碗中盖好，隔水煮烂即成。

服法：每日 3 次，每次吃枣 5 个，经常食用。

功用：健脾和胃，补血活血。

2.2.8　鸡蛋莲藕汁　原料：鸡蛋 1 个，莲藕 250g。

制法：鸡蛋液搅匀，加藕汁 30ml，酌情加冰糖调味拌匀，隔水煮熟即成。

服法：每日 1 剂，连服 8～10d。

功用：健脾和胃，活血化瘀。

2.2.9　牛肉仙人掌　原料：鲜仙人掌 30～60g，牛肉 60g。

制法：将仙人掌洗净切碎，牛肉切片，共同炒熟，加适量调味品后食用。

服法：每天 1 次，连食 5～10d。

功用：健脾和胃，活血止血。

2.2.10　溃疡病合并出血食谱举例

2.2.10.1　溃疡病大量出血冷流食谱举例　早餐：牛奶（冷）150ml。

加餐：过箩米汤（冷）100ml。

午餐：蒸蛋羹（冷）150ml（鸡蛋 50g）。

加餐：冲杏仁霜（冷）100ml（杏仁霜 25g）。

晚餐：蒸蛋羹（冷）150ml（鸡蛋 50g）。

加餐：冷牛奶 100ml。

2.2.10.2　溃疡病少量出血少渣半流食谱举例　早餐：大米粥（大米）25g，煮嫩鸡蛋（鸡蛋 50g），烤面包（25g）。

加餐：豆浆 200ml，饼干 25g。

午餐：肉末鸡蛋面片（瘦肉末 25g，鸡蛋 25g，面粉 50g）。

加餐：冲藕粉 25g，蛋糕 50g。

晚餐：猪肝末挂面（猪肝 50g，挂面 50g，菜汁 50ml），烤馒头片 25g。

加餐：牛奶 1 杯（鲜牛奶 250ml）。

3　预防与护理

3.1　避免精神刺激、过度劳累、生活无规律、吸烟和酗酒等不良生活习惯。

3.2　宜食富有营养易消化的食物；少食多餐，细嚼慢咽，定时进食；不宜饱食、暴食；忌食生冷粗硬、冷饮沸汤、辛辣酸甜之品；避免咖啡、浓茶等刺激性饮料。

一般认为，胃溃疡愈合后，应给予小剂量药物的维持治疗，通常维持治疗时间要半年到 1 年，也有人主张维持治疗要 1 年半，但不管怎样，我们认为时间不应少于半年，而后在间断服药 1～2 年。药物的选择有多种，如甲氰咪胍类、胃速乐、胶体铋等等。选用那些药物可根据具体情况而定。

另外，还有一个很重要的问题就是诱发因素的预防，如保持精神愉快，注意休息，劳逸结合，戒烟，少饮酒，避免生冷和有刺激的食物（如浓茶、浓咖啡、辛辣的调味品）摄入以及损伤胃粘膜的药物等。但同时也应注意，在溃疡的非急性期，不必规定特殊饮食，以免造成营养不良、贫血及体重减轻等不良后果。

3.3　患者在饮食上应注意做到以下几点：

3.3.1　加强营养应选用易消化、含足够热量、蛋白质和维生素丰富的食物。如稀饭、细面条、牛奶、软米饭、豆浆、鸡蛋、瘦肉、豆腐和豆制品；富含维生素 A、B、C 的食物，如新鲜蔬菜和水果等。

3.3.2　限制多渣食物应避免吃油煎、油炸食物以及含粗纤维较多的芹菜、韭菜、豆芽、火腿、腊肉、鱼干及各种粗粮。

3.3.3　不吃刺激性大的食物，禁吃刺激胃酸分泌的食物，如肉汤、生葱、生蒜、浓缩果汁、咖啡、酒、浓茶等，以及过甜、过酸、过咸、过热、生、冷、硬等食物。

3.3.4　溃疡病人还应戒烟。

3.3.5　烹调要恰当以蒸、烧、炒、炖等法为佳。制订合理的饮食制度，吃饭定时定量，细嚼慢咽，少说话，不看书报，不看电视；保持思想松弛，精神愉快。

3.3.6　开水冲鸡蛋疗方：鸡蛋 1 个，打入碗中，用筷子搅匀，用滚烫的开水；中熟后即可食用。
3.3.7　常吃些琼脂、香蕉、蜂蜜等能润肠的食物。（许文学,杨建宇,李杨,等.中医治疗癌前病变专题讲座(六)——胃溃疡[J].中国中医药现代远程教育,2012,10(08):117-119.）

慢性萎缩性胃炎

慢性萎缩性胃炎（chronic atrophic gastritis，以下简称 CAG）是消化系统疾病中常见病和疑难病之一，以胃粘膜萎缩变薄，固有腺体减少或消失，粘膜肌层增厚及伴有肠上皮化生、不典型增生为特征，临床上以胃脘胀满、疼痛、嘈杂纳少，大便或干或稀为主要表现。由于本病以慢性上腹部疼痛为特点，所以归为中医范畴的“胃痛”、“胃痞”“噫气”等。WHO 将 CAG 列为胃癌的癌前状态。目前尚无理想的治疗方法。运用中医药治疗本病，可阻断或逆转其癌变倾向，疗效显著。

1 中医治疗

1.1 分型论治

1.1.1 脾胃湿热证

【临床表现】胃脘痞闷或灼热胀痛，渴不欲饮，口苦口粘，口臭纳呆，或有腹胀便溏，舌质红，苔黄腻，脉弦数或弦滑。

【治法】清热化湿，和胃止痛。

【主方】清中汤加减。

【药物组成】黄连 6g，栀子、半夏、枳实、茯苓各 15g，陈皮 12g，豆蔻 10g，蒲公英 20g，甘草 6g。

【加减】气虚者加太子参 15g，湿重、脘闷、苔腻者加藿香 12g，厚朴 15g，积滞者加神曲、麦芽各 15g，瘀血者加延胡索 10g。

1.1.2 肝胃不和证

【临床表现】胃脘胀痛，痛连胸胁，嗳气频作，嘈杂泛酸，食欲不振，大便不畅，且发病与情志有关，舌质红，苔薄黄，脉弦。

【治法】疏肝和胃，行气消胀。

【主方】柴胡疏肝散合四逆散加减。

【药物组成】柴胡、枳壳、木香、当归、白芍、佛手各 10g，陈皮、川芎各 12g，香附、郁金各 15g，甘草 6g。

【加减】胃脘痛甚加川楝子 10g，延胡索 15g，气郁化火加蒲公英 20g，栀子 15g，兼瘀血者加丹参 15g。

1.1.3 脾胃虚弱证

【临床表现】胃脘隐痛，喜暖喜按，食后胀闷痞满，纳差食少，面色萎黄，神疲乏力，便溏或腹泻，舌质淡红，苔薄白，脉细。

【治法】健脾益气养胃。

【主方】香砂六君子汤加味。

【药物组成】党参 20g，白术、茯苓各 15g，陈皮、半夏各 12g，木香、枳实、厚朴各 10g，砂仁 6g，甘草 6g。

【加减】神疲畏寒肢冷、面色不华可用附子理中丸，嘈杂泛酸明显者配用左金丸，脾虚便溏重者加炒山药 20g。

1.1.4 胃阴不足证

【临床表现】胃脘隐隐灼痛，甚至有烧心感，嘈杂善饥，饥不欲食，痛则喜按，口燥咽干，烦渴思饮，大便秘结。舌红少津，苔少或剥，脉细数。

【治法】养阴益胃。

【主方】方选一贯煎加减。

【药物组成】北沙参、麦冬、生地黄、石斛、当归、白芍各 15g，川楝子、佛手各 10g，蒲公英 20g，甘草 6g。

【加减】气虚者可加太子参 20g，血瘀者加桃仁 10g，丹参 15g，胃酸缺乏者加乌梅、山楂各 15g。

1.1.5 胃络瘀血证

【临床表现】胃痛较剧，或如锥刺，持续不已，固定不移，拒按，或见吐血，便黑，甚至纳谷锐减，干呕，形体消瘦，面色晦暗。舌质紫暗或有瘀斑，脉涩。

【治法】活血化瘀，通络止痛。

【主方】活络笑灵丹合失笑散加减。

【药物组成】当归、丹参、五灵脂（包煎）、蒲黄各 15g，陈皮、郁金、枳壳各 12g，乳香、没药各 9g。

【加减】气虚者加黄芪 30g，党参 15g，气滞明显者加厚朴 15g，木香 10g，胃络损伤，大便色黑者加地榆、白及各 15g，并用三七粉 3g 冲服。

1.2 中成药

1.2.1 温胃舒胶囊

【药物组成】党参、白术、山楂、黄芪、肉苁蓉等。

【功用】扶正固本，温胃养胃，行气止痛，助阳暖中。

【主治】治疗 CAG、慢性胃炎所引起的胃脘凉痛、胀气、嗳气、纳差、畏寒、无力等症。

1.2.2 阴虚胃痛冲剂

【药物组成】北沙参、麦冬、五味子、甘草等。

【功用】养阴益胃，缓中止痛。

【主治】用于胃阴不足引起的胃脘部隐隐灼痛，口干舌燥，纳呆干呕等症，临床上主要应用在慢性浅表性胃炎、CAG、消化性溃疡等病的治疗。

1.2.3 养胃舒胶囊

【药物组成】党参、黄精、玄参、乌梅、白术、菟丝子等。

【功用】扶正固本，滋阴养胃，调理中焦，行气消导。

【主治】用于 CAG、慢性胃炎所引起的胃脘热胀痛，手足心热，口干，口苦，纳差等症。

1.2.4 虚寒胃痛冲剂

【药物组成】白芍、干姜、党参、甘草、大枣等。

【功用】温胃止痛，健脾益气。

【主治】用于脾虚胃弱，胃脘隐痛，喜温喜按，遇冷或空腹痛重。十二指肠球部溃疡、CAG 等病。

1.2.5 三九胃泰

【药物组成】三桠苦、九里香、白芍、生地黄、木香。

【功用】消炎止痛，理气健胃。

【主治】浅表性胃炎、糜烂性胃炎、CAG 等各类型慢性胃炎。

1.2.6 猴菇菌片

【药物组成】猴头菌。

【功用】消炎止痛，扶助正气。

【主治】CAG、消化性溃疡、胃癌、食道癌等。

1.2.7 胃乃安胶囊

【药物组成】黄芪、三七、合成牛黄、珍珠层粉。

【功用】补气健脾，宁心安神，行气活血，消炎生肌。

【主治】慢性浅表性胃炎、CAG、胃及十二指肠溃疡。

1.2.8　胃康灵胶囊

【药物组成】白芍、甘草、元胡、三七等八味药物组成。

【功用】柔肝和胃，散瘀止血，缓急止痛，去腐生新。

【主治】适用于急性胃炎、慢性浅表性胃炎、CAG、消化性溃疡及胃出血等症。

1.2.9　养胃冲剂

【药物组成】黄芪、白芍、淮山药、香附、党参、甘草、陈皮等。

【功用】养胃健脾，理气和中。

【主治】CAG。

1.2.10　复方胃乐舒口服液

【药物组成】猴头菌浓缩液、蜂王浆、蜂蜜等。

【功用】利五脏，助消化，提高机体免疫力。

【主治】用于消化性溃疡及胃炎、CAG 的脾胃虚弱证和胃肠病恢复期的调治。

1.3　单方验方

1.3.1　半夏泻心汤和芍药甘草汤　方出自张仲景《伤寒论》。白芍 15g，炙甘草、半夏、黄芩、黄连、厚朴各 9g，干姜 6g，人参 3g，大枣 6 枚。随证加减：夹血瘀者加蒲黄、五灵脂，胃热重者加蒲公英、百合、连翘，胀闷重者加砂仁、木香、乌药，伴泛酸者加竹茹、瓦楞子、海螵蛸，伴恶心、呕吐者加旋覆花、代赭石，伴食欲不振者加焦山楂、神曲、麦芽、草豆蔻，胃阴不足者减干姜、人参，加天花粉、石斛、玉竹。每日 1 剂，水煎服。

1.3.2　张镜人验方　太子参 9g，南沙参 9g，川石斛 12g，炒赤芍 9g，清炙草 5g，白花蛇舌草 30g，铁树叶 30g，平地木 15g，旋复花 9g，代赭石 15g，九香虫 5g，八月札 12g，徐长卿 15g，血竭 2g（研粉吞），炒楂曲各 9g，乌梅肉 9g。治疗慢性浅表性胃炎伴局限性萎缩。病理见肠腺化生Ⅱ级。服药 4 周后，刺痛大减，胀满亦轻。连服 3 个月，诸症全消，食欲增加，大便如常。经胃镜复查，为 CAGⅡ级（局部萎缩不明显）。

1.3.3　董建华验方　酒大黄 5g，黄连、黄芩、枳壳、瓜蒌、香橼皮、佛手、大腹皮各 1 摊，煎服。适于治疗脾胃郁热之胃脘痛。

1.3.4　益中活血汤组成　黄芪 30g，肉桂 8g，吴茱萸 10g，丹参 15g，乳香 8g，没药 8g，生蒲黄 13g，三棱 10g，莪术 10g，川芎 12g，乌药 10g。

加减：食道裂孔疝加生赭石、半夏等；胃粘膜脱垂者加柴胡、升麻、党参、枳实等。

用法：每日 1 剂，水煎，分 2 次温服。轻度连用 40d，中、重度者连服 60d。

1.3.5　健胃茶　组成：生黄芪 4.5g，徐长卿 3g，麦冬或北沙参 3g，乌梅肉 1.5g，生甘草 1.5g。

加减：偏虚寒加当归 3g，红茶末 1.5g；偏虚热加丹参 3g，绿茶末 1.5g。

用法：上药共为粗末，代茶泡饮；每日 2 次。

1.3.6　枸杞散　组成：宁夏枸杞子，洗净，烘干打碎分装。

用法：空腹时嚼服，每次 10g，每天 2 次。停服其他中西药物，2 个月为 1 个疗程。

1.3.7　其他　乌梅肉，略焙，饭后食 1 枚。话梅、山楂片均可防治 CAG。
1.4 药物外治法
1.4.1　外敷法　寒凝瘀血阻络型胃炎者，取干姜、细辛、甘松、乳香、没药、花椒适量，研成细粉，生姜汁或醋调，蒸热后贴敷神阙穴；肝胃郁热型胃炎者，取大黄、元明粉、栀子、香附、郁金、滑石、甘草、黄芩，共为细末，醋调敷于神阙穴。
1.4.2　刮痧疗法　取胃俞、脾俞、命门、足三里、中脘、天枢、气海穴，每次刮痧以出痧为度，间隔 3d（一般以皮肤痧退为准）。
1.4.3　腹部透热疗法　以超短波或红外线在上腹部理疗，或行腹部电疗法，每次 20min。
1.4.4　体育疗法　以习练太极拳、内养功、中速行走为妥。以上疗法中医师根据患者病情任选两种或两种以上，可交替运用。
1.5 推拿疗法
1.5.1　腹部按摩　用摩法以神阙穴为中心，顺时针环形按摩，手法柔和，节奏均匀，以透热为度，每次 10min。推背捏脊：在背部两侧膀胱经自上而下反复推擦，以皮肤微红透热为度，然后再由八髎始自下而上行捏脊疗法。
1.5.2　足部按摩　取足底反射区胃、脾、肝、脑垂体、腹腔神经丛、胸部淋巴结、下身淋巴结为主要按摩区域。按摩时需根据患者的具体情况以及对痛觉的敏感程序灵活掌握用力大小。每次 30min。
1.6 针灸疗法
1.6.1　体针　取内关、足三里、中脘为主穴，胃俞、肝俞、脾俞、太冲为配穴。虚证用补法，实证用泻法，留针 20min。
1.6.2　耳针　取胃、脾、交感、内分泌、皮质下、神门穴，放置王不留行籽，嘱患者每日捏压王不留行籽 3～5min。每 2 日换 1 次，双侧交替。
1.6.3　穴位注射　取双足胃俞、脾俞、相应夹脊、中脘、内关、足三里。选用红花注射液、黄芪注射液、当归注射液、阿托品或普鲁卡因注射液注射于上述穴位，每次 1～3 穴。每穴 2ml，穴位注射，隔日 1 次。
1.6.4　埋线疗法　选穴：①足三里（左），胃俞透脾俞；②中脘透上脘，足三里（右）；③下肮、灵台、梁门。三组穴位轮流使用，用羊肠线理植，每次间隔 20～30d。
1.6.5　毫米波照射　用毫米波治疗仪左上腹部照射治疗，探头距皮肤约 1m，每次照射 30min，每日照射 1 次。
1.6.6　灸法　以中脘、足三里、胃俞、脾俞为主穴，加减：腹中冷痛加灸神阙；恶心、呕吐加灸上脘；腹泻加灸天枢。每次 20min。
1.6.7　拔罐法　对属虚寒型胃炎者，针灸后在中脘、神阙穴处拔罐，每次 15min。
2 食疗药膳
　　临床实践所见萎缩性胃炎在服药的同时，配合食疗方治疗，颇有良效。
2.1　姜枣猪肚汤　用猪肚 150g，生姜 15g，大枣 20g。放陶瓷盆内，加生姜、大枣、少许盐及水，和猪肚隔水炖熟后分 2 次食用。此汤可治 CAG 疗胃阳虚所致的吐清水等。
2.2　参须石斛滋胃汤　人参须 10～15g，石斛 12～15g，玉竹 12g，淮山药 12g，乌梅 3 枚，大枣 6 枚。共水煎，分 2 次服用。主治 CAG 气阴不足所致的纳少，胃脘不舒，食欲不振等。

2.3　洋参灵芝香菇散　西洋参 30g，灵芝、香菇各 30g。焙干共研细末，每服 2～3g，1 日 2 次，温开水送服。有益气滋阴，补益脾胃的功效，并可用于 CAG 食欲不振之病者。

2.4　胡萝卜淮山内金汤　胡萝卜 250g，淮山药 20～30g，鸡内金 10～15g。洗净切块与鸡内金同煮，半小时后加红糖少许，饮汤。可健脾胃、助消化，用于脾胃气虚所致的纳差、消化不良等。具有防恶变之功效。

2.5　党参粟米茶　党参 20～30g，粉碎，粟米 100g，炒熟，加水 1000ml 煮，煎剩一半时可当茶饮。适用于脾胃虚弱、食欲不振的胃痛。可作 CAG 的辅助治疗。

2.6　黄精鸡　黄精 100g，鸡 1 只。将鸡去毛及内脏，切块，置碗中，放上黄精，加适量水，蒸熟，分数次食用。能滋补肝肾，补益脾胃，用于肝肾虚者或脾胃虚者调补。

2.7　糯米百合莲子粥　糯米 100g，百合 25～50g，莲子（去心）20～25g，红糖适量。共煮粥食用，每日 1 次，连服 7～15d。能养胃缓痛，补心安神。用于治疗脾胃虚弱之 CAG，心脾虚或心阴不足，心烦不眠之症。

2.8　威灵仙蛋汤　威灵仙 30g，加水 200ml，煎半小时去渣取汁，打生鸡蛋 2 个，兑入药汁，加红糖 5g，共煮成蛋汤。每日服 1 剂，连服 2 剂。主治 CAG。

2.9　益中补血粥　黄芪 30g，肉桂 8g，丹参 15g，乳香、没药各 8g，大枣 4 枚，薏苡仁 100g。先将上药（除薏苡仁外）煎汁，再与薏苡仁共煮粥，每日 1 剂，分 2 次服。30d 为 1 个疗程，主治 CAG。

2.10　猪肚煨胡椒　猪肚 1 只，洗净，胡椒 9～15g，研末放入猪肚内，用线扎紧，文火煨炖，熟后加调味品，饮汤食肚。2～3 日 1 次。具有温脾胃，祛寒通脉之功效。用于 CAG 的胃脘冷痛之症。

2.11　当归生姜羊肉汤　当归 15g，生姜 5g，羊肉里脊 300g，花椒 5g。取当归、生姜，洗净羊肉里脊，切块备用。先清水炖生羊肉，至七成熟，入当归、生姜、花椒，小火炖至熟，约 30min 至 1h，放盐 2g，出锅，喝汤食肉。当归生姜羊肉汤有温养脾胃阳气、散寒止痛的作用，适用于 CAG 中阳虚寒盛体质的人，症状胃脘冷痛、食欲不振、大便溏稀者。

2.12　砂仁粥　砂仁 10g，大米 25g，小米 25g。取砂仁，略洗去浮尘及杂质，装纱布袋封口加水 2000ml，煮 30min 后将药袋取出，药水备用。用小米、大米洗净入锅，加药水，煮成 500ml 左右的粥，分 2 次吃完。

2.13　桑葚粥　桑葚子 20g，粳米 50g，蜂蜜 10g 煮粥服用。本药膳适用于肝肾阴虚、精血不足、易头晕目眩的 CAG 患者食用。

2.14　莲子粥　莲子 50g，粳米 100g。将上述配方洗净入锅加水，共煮成粥。莲子有清心除烦、健脾止泻作用，莲子与粳米一同煮，还能养脾涩肠，对 CAG 脾虚久泻的人尤为适用。

2.15　山楂粥　生、炒麦芽各 10g，加入 500ml 水煮成 300ml 服用。适用于胃酸少、餐后腹胀的 CAG 患者。

3 预防与护理

养成良好的饮食生活习惯是防治 CAG 的关键，这也是与其它疾病不同的地方。总的来说应做到以下几点。

3.1　细嚼慢咽，减少食物对胃粘膜的刺激。

3.2　饮食应有节律，忌暴饮暴食及食无定时。

3.3　注意饮食卫生，杜绝外界微生物对胃粘膜的侵害。

3.4　尽量做到进食较精细易消化、富有营养的食物。
3.5　清淡少食肥、甘、厚、腻、辛辣等食物，少饮酒及浓茶。
3.6　积极防治急性胃炎，彻底治疗口腔、鼻腔、咽喉部慢性感染灶。
3.7　合理安排生活和工作，避免精神过度紧张，精神刺激和过度疲劳。
3.8　调畅情志，远烦息怒，如《医宗金鉴•内景》篇曰：“胃病治法……澄心息虑，从容以待真气之复常也”。
3.9　时时顾护胃气，取药应“平和”，慎用开破之品；寒性胃痛，宜温服汤药，并宜在疼痛发作前服药；对热性胃痛，宜稍凉服；有呕吐或服药困难者，可多次分服；有的丸药质地较硬，则须用温水化开服用。（许文学,杨建宇,李杨,等.中医治疗癌前病变专题讲座(七)——慢性萎缩性胃炎[J].中国中医药现代远程教育,2012,10(09):112-115.）

胆囊良性疾病

临床观察胆囊癌常与胆囊良性疾患同时存在，包括胆囊结石、慢性胆囊炎、胆囊息肉、黄色肉芽肿性胆囊炎、胆囊腺肌瘤病等病症，最常见是与胆囊结石共存。多数人认为胆囊结石的慢性刺激是重要的致病因素。Moosa 指出“隐性结石”5～20 年后发生胆囊癌者占 3.3%～50%，国内大宗资料报告 20%～82.6%的胆囊癌合并有胆结石，国外报告则高达 54.3%～100%。癌肿的发生与结石的大小关系密切，结石直径小于 10mm 者癌发生的几率为 1.0%，结石直径 20～22mm 者的几率为 2.4%，结石直径在 30mm 以上者的几率可高达 10%。还有人提出胆囊癌的发生可能与病人的胆总管下端和主胰管的汇合连接处存在畸形有关，因有此畸形以致胰液进入胆管内，使胆汁内的胰液浓度提高引起胆囊的慢性炎症黏膜变化生，最后发生癌变。因此，积极寻找理想的防治胆囊良性疾患方案对胆囊癌的一级预防及改善患者的生活质量有重要的现实意义。

胆囊疾患属于中医“胁痛”的范畴。中医认为肝居胁下，其经脉布于两胁，胆附于肝，其脉亦循于胁，所以，胁痛多与肝胆疾病有关。凡情志抑郁，肝气郁结，或过食肥甘，嗜酒无度，或久病体虚，忧思劳倦，或跌仆外伤等皆可导致胁痛。

胆囊癌早期无特异性临床表现或只有慢性胆囊炎的症状，早期诊断很有困难，一旦出现上腹部持续性疼痛包块黄疸等病变已到晚期，其各种检查亦出现异常。因此，对于胆囊区不适或疼痛的病人，特别是 50 岁以上的中老年患者，有胆囊结石炎症息肉者，应进行定期 B 超检查以求早日明确诊断。

1 中医治疗

1.1 分证论治

1.1.1 肝气郁结型

【证见】胁胀痛，走窜不定，每因情志而增减，胸闷气短，嗳气频作，苔薄脉弦。

【治法】疏肝理气。

【方药】①主方柴胡疏肝散（张介宾《景岳全书》）加减。处方：柴胡 12g，枳壳、香附、川芎各 10g，白芍 15g，佛手 12g，青皮 6g，郁金 12g，甘草 6g。水煎服。肝郁化火者，加牡丹皮 10g，栀子 12g。②中成药：金佛止痛丸，每次 1 瓶，每日 2～3 次。舒肝丸，每次 1 粒，每日 2 次。③单方验方：橘叶饮（赖天松等《临床奇效新方》）。处方：橘叶、柴胡、延胡索、川楝子、白芍、鸡内金各 15g，川芎 10g，郁金 30g。水煎服。

1.1.2 瘀血停着型

【证见】胁肋刺痛，痛有定处，胁下或见积块。舌质紫暗，脉沉涩。

【治法】祛瘀通络。

【方药】①主方失笑散（陈师文等《太平惠和剂局方》）合丹参饮（吴谦等《医宗金鉴》）加减。处方：当归 12g，丹参 20g，乳香、没药各 9g，延胡索 12g，郁金、柴胡各 10g，三棱 9g，甘草 6g。水煎服。②中成药：云南白药，每次 1g，每日 3 次。三七片，每次 4 片，每日 3 次。③单方验方加味：失笑散（刘国普验方）。处方：五灵脂、蒲黄、郁金、三棱、当归尾各 10g，枳壳 12g，鸡内金 9g，金钱草、绵茵陈各 15g。水煎服。

1.1.3 肝胆湿热型

【证见】胁肋灼痛或绞痛，胸闷纳呆，口干口苦。恶呕，或发热，或黄疸。舌红苔黄腻，脉弦滑数。

【治法】清利湿热。

【方药】①主方龙胆泻肝汤（李某《兰室秘藏》）加减。处方：龙胆草、黄芩、柴胡各 12g，栀子、木通各 10g，车前子 12g，绵茵陈 20g，川楝子 10g，广木香 6g（后下），甘草 6g。水煎服。若砂石阻滞胆道者，可加金钱草 30g，郁金 12g。②中成药龙胆泻肝丸，每次 9g，每日 3 次。③单方验方：虎忍雪合剂（赖天松等《临床奇效新方》）。处方：虎杖、忍冬藤、六月雪、绵茵陈、生地黄各 15g，半枝莲 30g，白茅根、板蓝根各 30g。水煎服。

1.1.4　肝阴不足型

【证见】胁痛隐隐，遇劳加重，口干咽燥，心中烦热，头晕目眩。舌红少苔，脉弦细数。

【治法】养阴柔肝。

【方药】①主方一贯煎（魏之瑗《柳州医话》）加味。处方：生地黄、枸杞子、沙参、麦冬、白芍、女贞子、旱莲草各 15g，当归、川楝子、佛手各 10g，甘草 6g。水煎服。②中成药六味地黄丸，每次 9g，每日 2 次。③单方验方：养肝汤（胡衡甫验方）。处方：生地黄、枸杞子、当归、沙参各 12g，白芍 15g，山茱萸、川楝子、炒谷芽、炒麦芽、麦冬各 10g。水煎服。

1.2　治黄疸简便验方　①治胆囊疾患，症见右腹肿胀疼痛，黄疸者：茵陈蒿 18g，栀子 15g（劈），大黄 6g（去皮），以水 1.2L，先煮茵陈至 600ml，栀子、大黄，煮取 300ml，去滓。分 3 次服。（《伤寒论》茵陈蒿汤）②（《金匮要略》大黄消石汤）治胆囊疾患证属湿热黄疸：大黄、黄柏、消石各 12g，栀子 9g。以水 600ml，煮取 200ml，去渣，纳消更煮取 100ml。顿服。

1.3　外治法　①葱白 20g，莱菔子 15g，共捣烂后加热，外敷贴于痛处。②香附 30g，盐适量，混合后捣烂，外敷贴于痛处。③冰蟾皮穴位贴敷：用于止痛。药用鲜蟾皮（摘除时尽量不破坏毒腺）、冰片、大蒜（以独头蒜为佳）；方法：大蒜横切，用其截面涂擦痛点及胆俞穴，以蒜汁均匀一层为度，面积直径约 5～6cm。再将冰片研末，均匀地撒在蟾皮表面（每个蟾皮撒冰片 1g 左右），然后将冰蟾皮外敷于涂有蒜汁的部位，用纱布外敷，胶布固定，日 2 次。

1.4　针灸疗法　①体针：实证取期门、支沟、阳陵泉、足三里、太冲，用泻法；虚证取肝俞、肾俞、期门、行间、足三里、三阴交。用平补平泻手法。②皮肤针：用皮肤针叩打胸胁痛处，加拔火罐。③耳针：取患侧肝、胆、神门、胸等穴，实证用强刺激，虚证用轻刺激。留针 30min，或埋皮内针。④疼痛难忍者可采用穴位封闭疗法，用维生素 B_{12}500mg、维生素 $B_1$100mg、2%利多卡因 3ml 混合，取足三里、阳陵泉穴封闭。

2 食疗药膳

2.1　宜　①宜多吃具有抗胆道、胆管癌作用的食物：鱼翅、鸡肫、荞麦、薏苡仁、豆腐渣、猴头菇。②宜多吃具有抗感染、抗癌作用的食物：荞麦、绿豆、油菜、香椿、芋艿、葱白、苦瓜、百合、马兰头、地耳、鲤鱼、水蛇、虾、泥鳅、海蜇、黄颡鱼、针鱼。③宜食具有利胆通便作用的食物：羊蹄菜、牛蒡根、无花果、胡桃、芝麻、金针菜、海参。④食欲差宜吃杨梅、山药、薏苡仁、萝卜、塘虱、恭菜。

2.2　忌　①忌动物脂肪及油腻食物。②忌暴饮暴食、饮食过饱。③忌烟、酒及辛辣刺激性食物。④忌霉变、油煎、烟熏、腌制食物。⑤忌坚硬、粘滞不易消化食物。

2.3　具体食疗　①素馨花茶：素馨花 10g，冰糖适量，用开水泡服。适用于肝气郁结型。②郁金三七花煲瘦肉：三七花 15g，郁金 10g，猪瘦肉 100g，共煲汤，加盐调味吃肉饮汤。适用于瘀血停着型。③鸡骨草煲瘦肉：鸡骨草 30g，猪瘦肉 100g，共煲汤，加盐调味吃肉饮汤。适用于湿热型。④沙参玉竹煲老鸭：北沙参、玉竹各 30g，老鸭半只，加水煲至烂熟，加盐调味服食。适用于肝阴不足型。

3 预防与护理

3.1　认识各种高危因素，并应较积极地治疗各种早期胆囊疾患。

3.2　肥胖指数高者胆囊癌发生率也高，肥胖者应积极减肥，控制体重。

3.3　饮食调节：胆囊病变患者因胆汁排泄不畅影响食物的消化和吸收，特别是对脂肪性食物更难消化，病人常表现纳呆、食少、腹胀、大便不调。选择易消化吸收并富有营养的食物，如新鲜水果和蔬菜，少吃或不吃高脂肪食物，禁烟酒，多饮开水。

3.4　彻底治疗胆囊结石、慢性胆囊炎、胆囊息肉、黄色肉芽肿性胆囊炎、胆囊腺肌瘤病等病症。及时控制胆道系统感染，积极治疗易发生结石的相关疾病，如糖尿病、慢性肝病等，彻底治疗急性胆囊炎，避免其转为慢性。

3.5　心理护理：情绪因素对疾病的发展和治疗效果及预后都有着重要关系。医护人员应鼓励病人保持愉快的心态，树立战胜疾病的信心，充分发挥机体的潜在能力，使患者能够积极配合治疗，提高效果。

3.6　鼓励病人做些力所能及的事，以转移不良情绪，自我调理心态，如练气功、散步、听科普知识，做到动静结合。

3.7　静卧休息时应保持舒适的卧位，一般以左侧卧位、仰卧位为佳，以防胆囊部位受压。（许文学,杨建宇,李杨,等.中医治疗癌前病变专题讲座(八)——胆囊良性疾病[J].中国中医药现代远程教育,2012,10(10):84-85.）

肺纤维化

特发性肺间质纤维化是大多数间质性肺病都有共同的病理基础过程。初期损伤之后有肺泡炎，随着炎性-免疫反应的进展，肺泡壁、气道和血管最终都会发生不可逆的肺部瘢痕（纤维化）。炎症和异常修复导致肺间质细胞增殖，产生大量的胶原和细胞外基质。肺组织的正常结构为囊性空腔所替代，这些囊性空腔有增厚的纤维组织所包绕，此为晚期的“蜂窝肺”。肺间质纤维化和“蜂窝肺”的形成，导致肺泡气体-交换单元持久性的丧失。肺纤维化发展过程中肺泡塌陷是失去上皮细胞的结果。暴露的基底膜可直接接触和形成纤维组织，大量肺泡塌陷即形成密集的瘢痕，形成蜂窝样改变。蜂窝样改变是瘢痕和结构重组的一种表现。

肺纤维化属于中医“肺痿”范畴。中医认为肺燥阴伤和肺气虚冷是病机的主要方面，临床上此多见于素体阴虚燥热，或因急性感染加重者，此为虚热肺痿。虚冷肺痿多因内伤久咳、久喘等耗气伤阳，或虚热肺痿迁延日久，阴伤及阳，肺虚有寒，失于濡养。

肺纤维化多在 40～50 岁发病，男性多发于女性。呼吸困难是肺纤维化最常见症状。轻度肺纤维化时，呼吸困难尽在剧烈活动时出现，因此常常被忽视或误诊为其他疾病。当肺纤维化进展时，在静息时也发生呼吸困难，严重的肺纤维化患者可出现进行性呼吸困难。其他症状有干咳、乏力。50%患者有杵状指和发绀，在肺底部可闻及吸气末细小泡裂音。早期虽有呼吸困难，但 X 线胸片可能基本正常；中后期出现两肺中下野弥散性网状或结节状阴影，偶见胸膜腔积液，增厚或钙化。肺组织纤维化的严重后果，导致正常肺组织结构改变，功能丧失。就是大量没有气体交换功能的纤维化组织代替肺泡，导致氧不能进入血液。患者呼吸不畅，缺氧、酸中毒、丧失劳动力、靠呼吸机生存，最后衰竭、死亡。目前许多研究均证实特发性肺间质纤维化与肺癌之间存在紧密联系，特发性肺间质纤维化患者中肺癌的发生率明显高于普通人群，因此，积极寻找理想的防治肺纤维化方案对肺癌的一级预防及改善肺纤维化患者的生活质量有重要的现实意义。

1　中医治疗

1.1　分证论治

1.1.1　虚热型

【证见】咳吐涎沫，其质粘稠，或咳痰带血，咳声不扬，气急喘促，口干咽燥。舌质红而干，脉虚数。

【治法】滋阴清热润肺。

【方药】①主方麦冬汤（张仲景《金匮要略》）加减。处方：党参 15g，麦冬 12g，法半夏 10g，山药 18g，玉竹 15g，石斛 12g，甘草 6g。水煎服，每日 1 剂。②中成药：百花定喘丸，每次 1 丸，每日 2～3 次。蛤蚧定喘丸，每次 6g，每日 2 次。

1.1.2　虚寒型

【证见】吐涎沫，质清稀量多，口淡不渴，短气不足以息，神疲乏力，食少便溏，小便数。舌质淡，脉虚弱。

【治法】温肺益气。

【方药】①主方甘草干姜汤（张仲景《金匮要略》）加味。处方：炙甘草 9g，干姜 12g，党参 15g，白术 12g，茯苓 12g，黄芪 12g，大枣 5 枚。水煎服，每日 1 剂。②中成药蛇胆半夏片，每次 2～4 片，每日 3 次。③单方验

方：紫河车粉（方药中等《实用中医内科学》）。处方：紫河车 1 具，研末，每次 3g，每日 1～2 次。

1.2　中成药

1.2.1　百花定喘丸　主要治法为清热化痰，止咳定喘。用于痰热咳喘、胸满不畅、咽干口渴。

1.2.2　蛤蚧定喘丸　主要成分为蛤蚧、瓜蒌子、麻黄、石膏、黄芩、黄连、苦杏仁（炒）、紫苏子（炒）、紫菀、百合、麦冬、甘草等，具有滋阴清肺，止咳定喘。用于虚劳久咳，年老哮喘，气短发热，胸满郁闷，自汗盗汗，不思饮食。

1.2.3　蛇胆半夏片　主要成分为蛇胆、半夏二味药，具有祛风化痰，和胃下气的功效。用于呕吐咳嗽，痰多气喘。

1.3　分期治疗

1.3.1　急性期　常因外感六淫诱发，以痰、瘀、热、毒等阻滞肺络最为多见。因此，解表化痰通络和清热利湿解毒、活血化痰通络为肺纤维化急性期常用之法。①解表化痰通络：肺纤维化常因外感六淫诱发、加重和恶化，尤以风寒袭肺、风热犯肺、风燥伤肺之证最为多见。“络以辛为泄”，因此，若因风寒袭肺诱发者，治以辛温解表、散寒通络，小青龙汤加减，药如炙麻黄、桂枝、白芍、干姜、细辛、五味子、制半夏、厚朴、杏仁、甘草等。若因风热犯肺诱发者，治以辛凉解表、化痰通络，银翘散加减，药如金银花、连翘、荆芥、薄荷、牛蒡子、淡豆豉、桃仁、杏仁、漏芦等。若因风燥伤肺诱发者，治以疏风清热、润燥通络，桑杏汤加减，药如桑叶、杏仁、浙贝母、南沙参、栀子、淡豆豉、蝉蜕、炙枇杷叶等。②清热利湿解毒，活血化痰通络：肺纤维化急性期痰湿内阻，郁而化热，蕴久成毒，毒瘀阻络而为肺痹。因此，清热利湿解毒，活血化痰通络为肺纤维化急性期常用治法。方选小陷胸汤合当归贝母苦参丸加减，药如全栝楼、黄芩、清半夏、当归、浙贝母、苦参、连翘、郁金、牡丹皮、丹参等。亦可选用清开灵注射液合复方丹参注射液静脉点滴，以期迅速控制病情，抑制炎症渗出，改善疾病预后。

1.3.2　慢性迁延期　络虚不荣，虚实夹杂为慢性迁延期病机特点。“大凡络虚，通补最宜”（叶天士《临证指南医案》），故通补兼施，寓通于补为肺纤维化慢性迁延期总的施治原则。①益气活血，化痰通络：肺纤维化反复发作，迁延不愈，终致气虚、血瘀、痰阻，本虚标实，虚实夹杂。气虚血瘀痰阻为肺纤维化慢性迁延期最常见证候之一，故益气活血、化痰通络法为肺纤维化慢性迁延期的主要治法。药如党参、黄芪、赤芍、川芎、地龙、桂枝、法半夏、旋覆花、皂角刺、白芥子等。亦可选用参芪扶正注射液合川芎嗪注射液静脉点滴益气活血通络。②益气养阴，化瘀解毒通络：放射性肺炎以及弥漫性间质性肺病长期应用糖皮质激素后易出现气阴两虚，瘀毒阻络证候。因此，益气养阴，化瘀解毒通络为其常用治法。药如太子参、沙参、麦冬、五味子、百合、当归、丹参、牡丹皮、浙贝母、海蛤壳等。亦可选用生脉注射液合脉络宁注射液或复方丹参注射液静脉点滴益气养阴，活血通络。③益肺肾，化痰瘀，通肺络：肺肾两虚、痰瘀阻络可谓肺痿沉疴之最终病理机转，益肺肾，化痰瘀，通肺络之法实乃治疗肺纤维化中晚期之根本法则。具体药物可选用熟地黄、当归、冬虫夏草、山茱萸、浙贝母、三棱、莪术、水蛭、丝瓜络等。

1.4　单方验方

1.4.1　肺痿（头昏眩，吐涎沫，小便频数，但不咳嗽）。用炙甘草四两、炮干姜二两，水三升，煮成一半，分几次服。此方名“甘草干姜汤”。
1.4.2　治肺痿久嗽（恶寒发烧，骨节不适，嗽唾不止）。用炙甘草三两，研细。每日取一钱，童便三合调下。
1.4.3　骨蒸肺痿的治疗偏方。用芦根、麦冬、地骨皮、生姜各十两，梧皮、茯苓各五两，加水二斗，煮成八升，去渣。分五次服。得汗即愈。
2　食疗药膳
2.1　宜食食物　①宜多食具有增强机体免疫、抗肺癌作用的食物，如薏米、甜杏仁、菱、牡蛎、海蜇、黄鱼、海龟、蟹、鲨、蚶、海参、茯苓、山药、大枣、乌梢蛇、四季豆、香菇、核桃、甲鱼。中药名方比如“参冬白莲汤”也适合推荐和食疗一起使用！

②咳嗽多痰宜吃白果、萝卜、芥菜、杏仁、橘皮、枇杷、橄榄、橘饼、海蜇、荸荠、海带、紫菜、冬瓜、丝瓜、芝麻、无花果、松子、核桃、淡菜、罗汉果、桃、橙、柚等。

③发热宜吃黄瓜、冬瓜、苦瓜、莴苣、茄子、发菜、百合、苋菜、荠菜、蕹菜、石花菜、马齿苋、梅、西瓜、菠萝、梨、柿、橘、柠檬、橄榄、桑椹子、荸荠、鸭、青鱼。

④咯血宜吃青梅、藕、甘蔗、梨、棉、海蜇、海参、莲子、菱、海带、荞麦、黑豆、豆腐、荠菜、茄子、牛奶、鲫鱼、龟、鲩鱼、乌贼、黄鱼、甲鱼、牡蛎、淡菜。

⑤宜吃减轻药物副作用的食物：鹅血、蘑菇、鲨鱼、桂圆、黄鳝、核桃、甲鱼、乌龟、猕猴桃、莼菜、金针菜、大枣、葵花籽、苹果、鲤鱼、绿豆、黄豆、赤豆、虾、蟹、银豆、泥鳅、塘虱、鲩鱼、马哈鱼、绿茶、田螺。
2.2　忌食食物　①忌烟、酒。②忌辛辣刺激性食物：葱、蒜、韭菜、姜、花椒、辣椒、桂皮等。③忌油煎、烧烤等热性食物。④忌油腻、粘滞生痰的食物。
3　预防与护理
3.1　禁止和控制吸烟　吸烟致肺癌的机理现在已经研究较清楚，流行病学资料和大量的动物实验业已完全证明吸烟是致肺癌的主要因素。现就禁烟问题讨论如下：①应立即禁烟。②国家应制定强有力的法律，宣传烟草含有致肺癌的致癌物质。③以减少被动吸烟的危害。
3.2　减少工业污染的危害　应从以下几个方面着手：①在粉尘污染的环境中工作者，应带好口罩或其它防护面具以减少有害物质的吸入。②改善工作场所的通风环境，减少空气中的有害物质浓度。③改造生产的式艺流程，减少有害物质的产生。
3.3　减少环境污染　大气污染是一个重要的致肺癌因子。其中主要有 3，4—笨并芘，二氧化硫、氧化氮和一氧化碳等。减少环境污染和措施有以下几方面：①限制城市机动车的发展，改进机动车的燃烧设备，减少有毒气体的排出。②研究无害能源，逐步取代或消灭那些有害能源。③改进室内通风设备，减少小环境中的有害物质。
3.4　在精神方面，要保持精神愉快向上，不能为一些小事而闷闷不乐。
3.5　饮食应富于营养、维生素 A、D，应多吃新鲜蔬菜和水果。
3.6　未病先防，自我检查和定期检查。对于高危人群需加强自我检查和定期检查，早期及时治疗肺部病变，可控制其向肺纤维化甚至肺癌发展，防范于未

然。（许文学,杨建宇,李杨,等.中医治疗癌前病变专题讲座(九)——肺纤维化[J].中国中医药现代远程教育,2012,10(11):107-108.）

宫颈炎

宫颈炎是育龄妇女的常见病，有急性和慢性两种。急性宫颈炎常与急性子宫内膜炎或急性阴道炎同时存在，但以慢性宫颈炎多见。主要表现为白带增多，呈粘稠的粘液或脓性粘液，有时可伴有血丝或夹有血丝。长期慢性机械性刺激是导致宫颈炎的主要诱因。性生活过频或习惯性流产，分娩及人工流产术等可损伤宫颈，导致细菌侵袭而形成炎症，或是由于化脓菌直接感染，或是高浓度的酸性或碱性溶液冲洗阴道，或是阴道内放置或遗留异物感染所致。慢性宫颈炎多于分娩、流产或手术损伤子宫颈后，病原体侵入而引起感染。慢性宫颈炎有多种表现。如宫颈糜烂、宫颈肥大、宫颈息肉、宫颈腺体囊肿、宫颈内膜炎等，其中以宫颈糜烂最为多见。

本病在中医临床中多属于“带下病”等范畴。中医学认为本病发生的病因病机主要是脏腑功能失常，湿从内生；或下阴直接感染湿毒虫邪，致使湿邪损伤任带，使任脉不固，带脉失约，带浊下注胞中，流溢于阴窍，发为带下病。

单纯患上宫颈炎不会对健康构成太大的威胁，但往往由于宫颈炎所致的白带增多、腰痛、下腹坠胀等症状会影响人的情绪，并且从防癌角度来看，患宫颈糜烂的患者，宫颈癌的发生率大大高于无宫颈糜烂患者，因此提醒患有宫颈糜烂时应积极到医院进行治疗。

1　中医治疗

1.1　分证论治

1.1.1　脾虚湿困型　主要证候：带下量多，色白或淡黄，质稀薄，或如涕如唾，无臭，面色恍白或萎黄，神疲乏力，纳少，腹胀便溏，肢肿，舌质胖，苔薄腻，脉缓弱。

证候分析：脾虚运化失司，不能化水谷而为精血，水湿之气下陷而为带下，脾虚中阳不振，则面色恍白或萎黄，纳少，转输失职，则大便溏薄，肢肿，舌质胖，苔薄腻，脉缓弱，均为脾虚湿困之症。

治疗法则：健脾益气，升阳除湿。

方药举例：完带汤（《傅青主女科》）。

人参、白术、白芍、山药、苍术、陈皮、柴胡、黑荆芥、车前子、甘草。

方中人参、白术健脾益气，陈皮、苍术健脾燥湿，行气和胃；白芍、柴胡疏肝解郁，升阳除湿；黑荆芥入血分，祛风胜湿；车前子利水渗湿；山药健脾益气，固涩止带，甘草健脾调和诸药。本方为肝脾肾三经同治之方。寓补于散之内，寄消于升之中，补虚而不滞邪，以达健脾升阳、除湿止带之效。

若气虚重者加黄芪，血虚者加当归。

1.1.2　肾阳失固型　主要证候：带下量多，质清稀如水，日久不止，腰酸如折，小便清长，或夜尿增多，面色晦暗，小腹和背冷感，舌质淡，苔白，脉沉细。

证候分析：肾阳不足，命门火衰，阳虚内寒，任脉不固，精液滑脱而下，故带下量多，质清稀如水。阳虚不能下暖膀胱，故小便清长。腰为肾之府，故肾虚则腰酸如折；胞宫居于小腹，胞脉系于肾，肾阳虚，胞宫失于温煦，故小腹冷痛，舌质淡，苔白，脉沉细，也为肾阳虚之症。

治疗法则：温肾固任，收涩止带。

方药举例：内补丸（《女科切要》）。

鹿茸、菟丝子、潼蒺藜、黄芪、肉桂、桑螵蛸、肉苁蓉、制附子、白蒺藜、紫苑茸

方中鹿茸、肉苁蓉补肾阳，益精血，菟丝子、潼蒺藜补阳益阴，固任止带，黄芪补敛固精，全方共奏温肾壮阳，益精固涩之功。

若便溏者去肉苁蓉，加补骨脂、肉豆蔻涩肠止泻；小便清长或夜尿增多者，加益智仁、台乌药、覆盆子；若带下如崩，加鹿角霜、白果、巴戟天、煅牡蛎。

1.1.3　阴虚夹湿型　主要证候：带下量少或多，色黄或赤白相兼，质稠，有气味，阴部干燥，有灼热感，或阴部瘙痒，头晕目眩，心烦易怒，口干内热，耳鸣心悸，或面部烘热，失眠腰酸，舌质红，苔少，脉细数或弦数。

证候分析：肾阴不足，相火偏旺，损伤血络，或复感湿邪，损伤任带致任脉不固，带脉失约，故带下量多，色黄或赤白相兼，阴虚生内热，则口干内热，阴部干燥，有灼热感或瘙痒，阴虚则虚阳上扰，则心烦易怒，头晕目眩，烘热汗出。肾水亏损，不能上济于心，故失眠，腰为肾之府，肾阴虚则腰酸，舌红，苔少，脉细数均为阴虚之症。

治疗法则：滋阴益肾，清热除湿。

方药举例：知柏地黄丸（《症因脉治》）加芡实、金樱子。

熟地黄、山茱萸、山药、牡丹皮、茯苓、泽泻、知母、黄柏。

方中熟地黄滋阴补肾，益精生血；山茱萸温补肝肾，收涩精气；山药健脾补肺，涩精止泻；泽泻清泄肾火，防熟地之滋腻；牡丹皮清肝泻火；茯苓淡渗脾湿，以助山药之健运；知母、黄柏清热泻火滋阴；加芡实补脾去湿，益肾固精；金樱子固涩止带，全方共奏滋阴益肾，清热除湿之效。

若兼心烦失眠者加柏子仁、远志、麦冬，清心安神；兼咽干口燥甚者加沙参、玄参、麦冬、乌梅；兼头晕目眩者加女贞子、旱莲草、龙骨；带下较多者加乌贼骨固涩止带。

1.1.4　湿热下注型　主要证候：带下量多，色黄或呈脓性，质粘稠，有臭秽，或带下色白，呈豆渣样，外阴瘙痒，小便黄短，口苦口腻，胸闷纳呆，小腹作痛，舌苔黄腻，脉滑数。

证候分析：湿热蕴结注于下，损伤任带二脉，故带下量多，色黄或如脓，质粘稠，或浊如豆渣样，有秽臭，阴痒，湿热内盛，阻于中焦，见口苦口腻，胸闷纳呆，湿热阻遏气机，故小腹作痛，湿热蕴于膀胱，见小便黄短。舌苔黄腻，脉滑数均为湿热之症。

治疗法则：清热利湿止带。

方药举例：止带方（《世补斋不谢方》）。

猪苓、茯苓、车前子、泽泻、茵陈、赤芍、牡丹皮、黄柏、栀子、牛膝。

方中猪苓、茯苓、泽泻利水渗湿止带，赤芍、牡丹皮清热，凉血活血，车前子、茵陈清热利湿，使湿热之邪从小便渗泄而去；黄柏、栀子泻热解毒，燥湿止带；牛膝利水通淋，引诸药下行，使热清湿除则带自止。

若带下有臭味者加土茯苓、苦参；兼阴部瘙痒则可用苦参、蛇床子。

1.2　中成药

1.2.1　抗宫炎片　由广东紫珠、益母草、乌药组成。每片 0.25g，口服，一次 6 片，一日 3 次。可用于清湿热，止带下。用于因慢性宫颈炎引起的湿热下注，赤白带下，宫颈糜烂，出血等症。

1.2.2　温经白带丸　功能主治：本方为温阳散寒，祛湿止带之剂。用于治疗肾阳虚衰，脾土不得温煦，寒湿内生，下注带脉而致的带下病。用于带下色白，质清稀，量多，绵绵不断，气味腥臭，面色白或晦暗，头晕眼花，月经不调，

腰酸胸闷，身体倦怠，两足跗肿，大便溏薄，小便清长等症。用法及用量：口服：每次 1 丸（9g），每日 2 次。

1.3　单方验方　①猪苓、土茯苓、赤芍、牡丹皮、败酱草各 15g，栀子、择泻、车前子（包）、川牛膝各 10g，生甘草 6g。水煎服，每日 1 剂。②党参、白术、茯苓、生苡仁、补骨脂、乌贼骨各 15g，巴戟天、芡实各 10g，炙甘草 6g。水煎服，每日 1 剂。

1.4　药物外治

1.4.1　宫颈敷药法　蒲公英、地丁、蚤休、黄柏各 15g，黄连、黄芩、生甘草各 10g，冰片 0.4g，儿茶 1g。研成细末，敷于宫颈患处，隔日 1 次。适用于急性宫颈炎。

双料喉风散：先擦去宫颈表面分泌物，再将药粉喷涂于患处，每周 2 次，10 次为 1 个疗程。适用于急性宫颈炎及宫颈糜烂。

养阴生肌散：清洁宫颈，将药粉喷涂于患处，每周 2 次，10 次为 1 个疗程，适用于宫颈糜烂。

取艾叶、鲜葱各 500g，捣烂，炒热用袋子装上，置放外阴处，并在上面加热水袋热熨 1～2h。

1.4.2　阴道灌洗法　野菊花、苍术、苦参、艾叶、蛇床子各 15g，百部、黄柏各 10g。浓煎 20ml，进行阴道灌洗，每日 1 次，10 次为 1 个疗程。适用于急性宫颈炎。

取蛇床子、黄柏、苦参、贯众各 15g，加水煎汤，去渣，微温时冲洗阴道。

1.5　按摩疗法　按摩：先把手掌搓热，然后用手掌向下推摩小腹部数次，再用手掌按摩大腿内侧数次，痛点部位多施手法，以有热感为度。最后用手掌揉腰骶部数次后，改用搓法 2～3min，使热感传至小腹部。

2　食疗药膳

2.1　蒲公英瘦肉汤　瘦猪肉 250g，蒲公英、薏苡仁各 30g。蒲公英、生苡米仁、猪瘦肉洗净，一起放入锅，清水适量，大火煮沸后，改小火煲 1～2h，调味供用，佐餐食用。具有清热解毒、祛湿止带的功效，适用于湿热型急性子宫颈炎。

2.2　鸡冠花瘦肉汤　鸡冠花 20g，猪瘦肉 100g，红枣 10 个。将鸡冠花、红枣（去核）、猪瘦肉洗净。把全部用料一起放入砂锅，加清水适量，大火煮沸，改小火煮 30 分钟，调味即可，随量引用。具有清热利湿止带的功效，适用于湿热型子宫颈炎。鸡冠花有白色、红色两种，白色者以渗湿清热为主，治白带；红色者除清热利湿，尚能入血分以治赤白带，使用时可按症候不同选用。

2.3　三妙鹌鹑汤　肥嫩鹌鹑 1 只（重约 100g），薏苡仁 30g，黄柏 12g，苍术 6g。肥嫩鹌鹑活宰，去毛、内脏，洗净；薏苡仁炒至微黄，去火气，备用；黄柏、苍术洗净。把全部用料放入锅，加清水适量，大火煮沸后，小火煲约 2 小时，调味供用，佐餐食用。具有清热解毒、利水止带的功效，适用于湿热型急性子宫颈炎。

2.4　黄瓜土茯苓乌蛇汤　黄瓜 500g，土茯苓 100g，赤小豆 60g，乌蛇 250g，生姜 30g，红枣 8 个。将乌蛇剥皮，去内脏，放入开水锅内煮沸，取肉去骨；鲜黄瓜洗净。将上述用料与蛇肉一起放入锅，加清水适量，大火煮沸后，小火煲 3h，调味后即可食用。每日 1 剂，5～7 天为 1 个疗程。具有清热解毒、除湿的功效，适用于急性子宫颈炎。

2.5　白果豆腐煎　白果 10 个（去心），豆腐 100g，炖熟服食。
2.6　三仁汤　白果仁 10 个，薏苡仁 50g，冬瓜仁 50g，水煎，取汤半碗，每天 1 料。
2.7　藕汁鸡冠花汤　藕汁半碗，鸡冠花 30g，水煎，调红糖服，每日服 2 次。
2.8　莲子枸杞汤　将 30g 莲子（去心），30g 枸杞洗净，加水 800ml，煮熟后食药饮汤，平均每日 2 次，一般 7～10 天见效、适用于白带增多。
2.9　鱼鳔炖猪蹄　鱼鳔 20g，猪蹄 1 只，共放砂锅内，加适量的水，慢火炖烂调味食，每日 1 次。
2.10　鸡肉白果煎　鸡肉 200g（切块），白果 10g，党参 30g，白术 10g，山药 30g，茯苓 15g，黄芪 30g，煮汤，去药渣，饮汤食肉。每日 1 料。
2.11　扁豆止带煎　白扁豆 30g，山药 30g，红糖适量。白扁豆用米泔水浸透去皮，同山药共煮至熟，加适量红糖，每日服 2 次。
2.12　胡椒鸡蛋　胡椒 7 粒，鸡蛋 1 枚，先将胡椒炒焦，研成末。再将鸡蛋捅一小孔，把胡椒末填入蛋内，用厚纸将孔封固，置于火上煮熟，去壳吃，每日 2 次。
3　预防与护理
①好计划生育，避免计划外妊娠，少做或不做人工流产。②注意流产后及产褥期的卫生，预防感染。③慢性宫颈炎与宫颈癌有一定的关系，故应积极治疗。④保持外阴清洁。⑤尽量减少人工流产及其他妇科手术对宫颈的损伤。⑥经期暂停宫颈上药，治疗期间禁房事。⑦合理使用抗菌素。⑧凡月经周期过短、月经期持续较长者，应予积极治疗。⑨产后发现宫颈裂伤应及时缝合。⑩定期妇科检查，以便及时发现宫颈炎症，及时治疗。⑪保持精神愉快，增强抗病能力。（许文学,杨建宇,李杨,等.中医治疗癌前病变专题讲座(十)——宫颈炎[J].中国中医药现代远程教育,2012,10(12):124-126.）

慢性肥厚性喉炎、喉角化症、喉乳头状瘤

慢性肥厚性喉炎是喉黏膜增厚、纤维组织增生等非特异性炎性病变。多由慢性单纯性喉炎转化而来。症状多表现为喉不适、疼痛，声嘶显著而咳嗽较轻。检查可发现喉黏膜弥漫性慢性充血，可有分布不均的肥厚。声带表面可呈暗红或灰蓝色，粗糙不平，可里结节状，闭合不良。室带肥厚，可部分遮挡声带，代偿性内收。相当于中医的“慢喉痹”、“慢喉喑”。

喉角化症为喉部淋巴组织异常角化的病症。多发生于 40 岁以下女性。其根本病因不清楚，可能与慢性炎症刺激或吸烟、吸入刺激性物质等有关。症状是喉部不适，异物感明显，角化引起声带闭合不全而声音嘶哑。主要症状是喉部异物感，若侵及声带影响声带闭合时，可有不同程度的声嘶。喉镜检查可见喉黏膜慢性充血，表面有呈白色点状锥形突起，其周围有充血区，拭之可脱落，但易再生。相当于中医的“慢乳蛾，梅核”。

喉乳头状瘤为喉部常见的良性肿瘤，可能与人乳头状瘤病毒感染有关，手术后易复发，易恶变，恶变者多见于中年以上的患者，应警惕。幼儿型喉乳头瘤与病毒感染及慢性刺激有关，青春期后有自行停止生长的趋势。临床表现为进行性声音嘶哑，甚至失音。肿瘤较大者，可出现喉喘鸣，呼吸困难，成人因长期持续性呼吸困难，可发生漏斗胸。喉乳头瘤病极易复发，成人患者则容易发生癌变，癌变率约为 3%～28.1%，对成年人的乳头状瘤应当及时治疗，要及早预防避免该病发生。相当于中医的“喉瘤”。

1　中医治疗

1.1　分证论治

1.1.1　肺肾阴虚

【临床表现】声音低沉费力，讲话不能持久，甚至嘶哑，常有“清嗓”习惯，干咳少痰，口干欲饮，舌红少苔，脉细数者

【治法】滋养肺肾，利咽开音。

【主方】百合固金汤加味。

【常用药】百合 10g，生地黄 30g，熟地黄 20g，玄参 15g，麦冬 10g，知母 10g，桔梗 10g，当归 10g，白芍 10g，生甘草 10g，蝉衣 6g，木蝴蝶 10g。

【加减】潮热酌加银柴胡、青蒿、鳖甲、胡黄连以清虚热；盗汗加乌梅、生牡蛎、浮小麦收敛止涩；手足心热、梦遗加知母、黄柏、女贞子、旱莲草、五味子滋肾敛肺；痰中带血加牡丹皮、白茅根、仙鹤草、藕节清热止血。

1.1.2　气滞血瘀痰凝

【临床表现】声嘶较重，讲话费力，喉内不适，有异物感，舌质暗滞，脉涩。

【治法】行气活血化痰。

【主方】桃红四物汤加减。

【常用药】桃仁 10g，红花 5g，当归 5g，川芎 5g，赤芍 10g，牡丹皮 10g，泽兰 10g，郁金 10g，川贝母 10g，瓜蒌仁 10g，海浮石 20g，山慈菇 10g，桔梗 10g，木蝴蝶 10g，连翘 10g。

【加减】若反复咯血，血色暗红者加蒲黄、藕节、仙鹤草、三七、茜草祛瘀止血；瘀滞化热，损伤气津见口干，舌糜者加沙参、天花粉、生地黄、知母等清热养阴生津；食少、乏力，气短者加黄芪、党参、白术益气健脾。

1.2　中成药

1.2.1　牛黄解毒丸　由牛黄、黄连、黄芩、黄柏、大黄、银花、连翘等中药研细末加炼蜜而制成的丸剂。方剂的牛黄、银花、连翘、大黄等清热解毒良药，黄连、黄芩、黄柏清上下焦火要药。这些清热降火、解毒药物共同配伍组成的牛黄解毒丸具有清火、降火、解毒、通便、消炎等功效，用法为：润喉含化：日 3～5 次，每次 1～2 粒。

1.1.2　知柏地黄丸（或杞菊地黄九）　主要成分：知母、黄柏、熟地黄、山茱萸（制）、牡丹皮、茯苓、泽泻、山药。传统应用于阴虚火旺，潮热盗汗，口干咽痛，耳鸣遗精，小便短赤等症。近年来经中医辨证后灵活使用，对慢性咽炎等疾病也有较好疗效。用法：每次 10g，每日 3 次，淡盐水送服。本方滋补肺肾，清降虚火，适用于肺肾虚之慢喉喑。

1.2.3　补中益气丸　主要成分：炙黄芪、党参、炙甘草、白术（炒）、当归、升麻、柴胡、陈皮。辅料为生姜、大枣，每次 5～10g，每日 3 次，温开水服，功能补中益气，利喉开音，适宜于本病之肺脾气虚者。

1.2.4　清音丸　主要成分：诃子肉 300g，川贝母 600g，甘草 600g，百药煎 600g，乌梅肉 300g，天花粉 300g，葛根 600g，茯苓 300g。用法：每次 1 丸，每日 3 次，含化吞服。本方清肺降火，利喉开音，适宜于慢喉喑。

1.2.5　黄氏响音丸　每次 20～30 粒（小儿 8～15 粒），每日 3 次，饭后温开水送服。本方清肺化痰、滋养肺肾、行气活血、利喉开音，适宜于慢性喉炎（包括声带小结、息肉）诸疾，特别是肺热痰结、肺肾阴虚、血瘀气滞之患者。

1.2.6　金嗓灵系列中成药　由西安碑林中药厂生产，包括金嗓散结丸、金嗓利咽丸、金嗓开音丸和金嗓清音丸等，对慢性喉炎、声带小结、初期声带息肉，小结息肉手术后瘢痕以及室带肥厚，声带黏膜下充血均有良好的疗效。服法：早晚各服（水密丸 6～12g）（大密丸 9～18g），每日 2 次，10d 为 1 个疗程。

1.3　单方验方

1.3.1　单方　①罗汉果：将罗汉果 1 个切碎，用沸水冲泡 10 分钟后，不拘时饮服。每日 1～2 次，每次 1 个。功能清肺化痰，止渴润喉。主治慢性喉炎，肺阴不足、痰热互结而出现的咽喉干燥不适，喉痛失音，或咳嗽口干等。②西洋参胶囊（或西洋参茶）：每次 1～2 粒（或 1～2 包），每日 2～3 次，口服。功效益气生津，适宜于气阴两虚者。

1.3.2　验方

【验方一】党参 15g，茯苓、白术、法夏、陈皮各 10g，炙甘草 3g。服法：水煎，日 1 剂，服两次，20d 为 1 个疗程。

【验方二】甘草粉 300g，硼砂 15g，食盐 15g，玄明粉 30g，酸梅 750g（去核）。上药共研为细末，以荸荠粉 250g 为糊制丸，每丸重 3g。含服。用法：每次 1～2 丸，每日数次，频频含化吞服。本方益气生津、软坚散结，适宜于咽喉干燥梗阻、微痛声哑者。适用于慢性喉喑属阴虚者。

【验方三】诃子肉 300g，茯苓 300g，桔梗 600g，青果 120g，麦冬 300g，贝母 600g，风凰衣 30g，瓜蒌皮 300g，甘草 600g，玄参 300g。研为细粉，过罗，炼蜜为丸，每丸重 3g。每服 2 丸，日服三次，温开水送下，或噙化。主治肺热咽干，失音声哑。

【验方四】黄芪 15g，当归 15g，地龙 6g，桃仁 10g，红花 6g，生地黄 15g，玄参 10g，生牡蛎 30g（先煎），昆布 10g，海藻 10g，夏枯草 15g，大青叶 10g，玉蝴蝶 6g，桔梗 6g，紫草 10g。水煎服。每日 1 剂，早晚各服 1 次，连用 7 剂可缓解。适用于喉乳头状瘤。

【验方五】黄连 10g，芦荟 15g，赤芝 10g，红参 5g，蜈蚣 1 条。冬虫夏草 5 科。传统中药炮制后研细末，每日服 3 次，每次 1～2g。如吞服粉剂有困难者，可将药粉装入胶囊，每胶囊装 0.5g，每次服 2～4 粒。

1.4　药物外治

1.4.1　超声雾化吸入　桃仁、红花、当归、赤芍、生地黄、柴胡、枳壳、桔梗、玄参、甘草。气短者加黄芩、党参；胸闷者加香附、郁金；咽干者加熟地黄、麦冬；痰多者加瓜蒌、川贝母；声带、室带肥厚者加昆布、薏苡仁、皂角刺。采用韩国自动式煎药机自动煎制和包装而成，每付药煎制为 2 袋，每袋约 150ml。留 20ml 做超声雾化吸入用，每次吸入 15～20min，其余药液口服，每日早晚各 1 次。

1.4.2　中药湿敷　干蟾皮、防己、元胡、血竭、乳香、没药、冰片、牛黄。水煎，局部湿敷，每次 20～30min，每日 1～3 次。软坚散结、清热凉血之功效，适用于喉瘤。

1.5　推拿疗法　患者取端坐位，术者立于患者身后。术者用右手拇指及示指、中指紧握喉体向左侧移动并固定，将左手拇指轻揉、点压人迎穴、水突穴 30 次，手法要求轻快柔和。双侧推拿后用两手大鱼际肌作轻手法的向心性揉动按摩 30 次。每次 20min，每日 1 次。21d 为 1 个疗程。

1.6　针灸疗法　体针：取天突、廉泉、扶突、合谷为主穴，配三阴交、太渊、复溜、大都穴，每次选 4 穴，每 2 天针 1 次。或取肺俞、肾俞、太溪、三阴交、足三里、太渊、合谷、内关等穴，每次选 4 穴，每 2d 针 1 次。

耳压法：选取咽喉、下屏尖、脑为主穴。肺阴不足型加肺、对屏尖，肾阴亏损型加肾、神门，胃腑积热型加胃、脾。常规消毒耳廓，待皮肤干燥后，将王不留行子用适当大小的麝香止痛膏贴于穴位上，并在药粒处按压，使患者产生痛感，致局部充血即可，并嘱患者每日按压数次。隔日 1 次，10 次为 1 个疗程。

烙法：应用于咽喉部有块状小淋巴滤泡，每次选用 1～3 枚，用直径小的烙铁烧红，蘸香油后，迅速烙上，每枚烙 1～3 下，隔 3～4 天烙一次，烙至接近平即可。淋巴滤泡未成块状、体积小者不宜烙之。

磁疗：用磁片贴于廉泉、天容等穴，磁片表面磁场强度为 500～1000 高斯，晚上贴敷，白天去除磁片，10d 为 1 个疗程。

刮痧疗法：刮拭天突、膻中、内关、天柱、身柱、膈俞、肝俞穴，每日刮拭一次。用拇指重力按揉其肘部曲池穴和腕外侧阳溪穴，每穴保持强烈的酸胀感 1 分钟。然后再用指拨法重力推拨曲池穴附近肌肉、筋腱 1min。完毕后进行另一侧上肢。施术者一手握其一侧手腕，另一手则在合谷穴做拿法，力量较重，以酸胀为宜，保持 1min，两侧均进行。用一手拇指与食、中、无名指分置于其喉结两侧的人迎穴，然后做轻柔缓慢拿揉，即两边揉动的同时，又在做相对用力的拿捏，时间约为 3～5min。

2　食疗药膳

2.1　夏枯草茶

【主料】夏枯草 6g。

【制法】将上药放入茶杯，冲入沸水，加盖闷泡 15min。

【服法】代茶饮用。

【功效】散郁结，润喉。适于喉炎患者饮用。

2.2 薄荷杏仁茶

【主料】薄荷 6g，炒杏仁 9g，桔梗 6g，胖大海 6g。

【制法】将上药放入茶杯，冲入沸水，加盖闷泡 15 分。

【服法】代茶饮用。

【功效】止咳平喘，利咽润喉，清热解毒。适于喉炎患者饮服。

2.3 润喉茶

【主料】王不留行 30g，蒲公英 30g。

【制法】将上药放入盛有沸水的保温瓶内，浸泡 15min，倒入茶杯。

【服法】代茶饮用。

【功效】清热解毒，活血润喉。适于喉炎患者服用。

2.4 橄揽海蜜茶

【主料】橄榄 3g，胖大海 3 枚，绿茶 3g，蜂蜜 1 匙。

【制法】先将橄榄放入清水中煮片刻，然后冲泡胖大海及绿茶，闷盖片刻，入蜂蜜调匀，徐徐饮之。

【服法】代茶饮用。

【功效】功能清热解毒，利咽润喉。主治慢性咽喉炎，咽喉干燥不舒，或声音嘶哑等属阴虚燥热证者。

2.5 二绿女贞茶

【主料】绿萼梅、绿茶、橘络各 3g，女贞子 6g

【制法】先将女贞子捣碎后，与前三味共入杯内，以沸水冲泡即可。

【服法】代茶饮用。

【功效】养阴利咽，行气化痰。对肝肾阴虚，虚火上浮，气郁痰结之咽痛不适，咽喉异物感，饮之有良益。

2.6 桑菊杏仁茶

【主料】桑叶 10g，菊花 10g，杏仁 10g，冰糖适量。

【制法】将杏仁捣碎后，与桑叶、菊花、冰糖共置保温瓶中，加沸水冲泡，约盖闷 15min。

【服法】代茶饮用。

【功效】清热疏风，化痰利咽。

2.7 马鞭草绿豆蜜茶

【主料】鲜马鞭草 50g，绿豆 30g，蜂蜜 30g。将绿豆洗净沥干，新鲜马鞭草连根洗净，用线扎成 2 小捆，与绿豆一起放锅内，加水 1500ml 用小火炖 1h，至绿豆酥烂时离火，捞去马鞭草，趁热加入蜂蜜搅化。

【制法】饮汤食豆。

【服法】每日 1 剂，分 2 次服，连服数日。

【功效】有清热、解毒、利咽的作用，适用于慢性咽炎咽喉疼痛明显者。

3 预防与护理

及时治疗急性病，防止演变成慢性。

防止过度用嗓，对于教师，文艺工作者要注意正确的发声方法，感冒期间尤须注意。

加强劳动防护，对生产过程中的有害气体、粉尘等需妥善处理。

改变生活习惯，如烟、酒、辣椒嗜好以及唱后冷饮，对喉部器官不利。因此要尽量改变此类习惯。（许文学,杨建宇,李杨,等.中医治疗癌前病变专题讲座(十一)——慢性肥厚性喉炎、喉角化症、喉乳头状瘤[J].中国中医药现代远程教育,2012,10(13):115-117.）

慢性皮肤溃疡 瘘管 长期受摩擦的瘢痕

慢性皮肤溃疡（chronic skin ulcer，CSU）又称难治性溃疡，是一种常见的难治性疾病，它包括血管性溃疡、化学性溃疡、压迫性溃疡、放射性溃疡、神经营养不良性溃疡、糖尿病性溃疡、毒蛇咬伤性溃疡、烧伤后瘢痕溃疡等。典型症状为局限性或泛发性皮损，有瘀斑或皮下结节，不规则发热、肿胀、疼痛、久则破溃、溢渗脓液，有臭味、周围皮肤有色素沉着或呈暗红色。一般认为，疮面愈合时间超过 2 周即属于慢性皮肤溃疡，超过 4 周属于慢性难愈性皮肤溃疡。随着老龄人口的增多，糖尿病性足部溃疡、血管性溃疡等慢性皮肤溃疡的发病率呈不断上升趋势，往往给患者带来肉体和精神上的双重痛苦。属中医“顽疮”、“臁疮”、“席疮”范畴。

瘘管属于病理性盲管，是指连接体表与脏腔或脏腔和脏腔之间的一种病理性管道。属于中医“漏”的范畴。

慢性皮肤溃疡和瘘管的发生，其内因多为机体阴阳失衡，脏腑失调，正气虚乏，气血经络瘀滞，容易受外邪入侵；外因多为六淫邪毒和特殊之毒（各种动物咬伤、药物、射线、严重烧伤等）的侵犯，顽疮久治不愈，或痈疽失治，或术后疮内残留余毒异物，引起阴阳脏腑失调，营卫气血瘀滞，邪浊阻塞经脉，“虚、瘀、腐”相互作用为患。

瘢痕是皮肤损伤愈合过程中，胶原合成代谢机能失去正常的约束控制，持续处于亢进状态，以致胶原纤维过度增生的结果，又称为结缔组织增生症，表现为隆出正常皮肤，形状不一，色红质硬的良性肿块。瘢痕长期受到慢性刺激、局部营养不良和免疫功能低下，加上瘢痕缺乏弹性，瘢痕区奇痒和感觉过敏，易引起搔抓和外伤致破损形成难以愈合的溃疡，溃疡边缘鳞状上皮反复坏死与再生易导致瘢痕癌变，中医称本病为“蟹足肿”，其发生多由先天禀赋不耐，外遭金刀水火之伤、余毒未尽、郁阻肌肤、营卫不和、气滞血凝所致。

慢性皮肤溃疡、瘘管、长期受摩擦的瘢痕均病程长久，缠绵难愈，治疗困难，严重影响患者的生活和工作质量，且容易复发，久治不愈溃疡面可致鳞状上皮增生，易癌变，积极治疗慢性皮肤溃疡、瘘管、瘢痕可预防皮肤癌的发生，而中医治疗特别是中医外治法起了举足轻重的作用。

1　中医治疗

1.1　分证论治

1.1.1　慢性皮肤溃疡

1.1.1.1　脾虚痰凝证

【临床表现】破溃流液，其味恶臭，食少纳差，或有腹胀消瘦，舌黯红，苔腻、脉滑。

【治法】健脾利湿，软坚散结。

【主方】羌活胜湿热加减。

【常用药】羌活、独活、白芷、防风、川芎、白术、白芥子各 10g，茯苓、薏苡仁、白花蛇舌草各 30g，猪苓、紫河车、夏枯草、莪术、山慈菇各 15g。

【加减】若见形瘦骨，加黄芪 20g，党参 15g 以健脾益气；夜寐不宁者加炙远志、酸枣仁、合欢皮各 15g 以宁心安神；破溃流液多者加白鲜皮、地肤子各 20g 以加强燥湿解毒之力；有淋巴结转移者，加昆布、海藻各 15g，或加用西黄丸、醒消丸内服以软坚散结。

1.1.1.2　血瘀痰结证

【临床表现】皮肤起丘疹或小结节，硬块，逐渐扩大，中央部糜烂，结黄色痂，边缘隆起，有蜡样结节，边界不清，发展缓慢。或长期保持完整之淡黄色小硬结，最终破溃，舌黯红，苔腻，脉沉滑。

【治法】活血化瘀，软坚散结。

【主方】活血逐瘀汤加减。

【常用药】当归、桃仁、牡丹皮、苏木、莪术、白僵蚕各 10g，瓜蒌、赤白芍、海澡、野百合各 15g，山慈菇 20g，丹参、牡蛎、白花蛇舌草各 30g。

【加减】若大便溏泄者，加茯苓、党参各 15g 以健脾止泄；腹胀纳呆者加法半夏、陈皮、白术各 10g 以健脾理气；皮肤干燥或痒者加防风 10g，地肤子、金银花各 20g 以疏风解毒。

1.1.1.3　肝郁血燥证

【临床表现】皮肤溃后不易收口，边缘高起，色黯红，如翻花状或菜花状，性情急躁，心烦易怒，胸胁苦满，舌边尖红或有瘀斑，舌苔薄黄或薄白，脉弦细。

【治法】疏肝理气，养血活血。

【主方】丹栀消遥散化裁。

【常用药】牡丹皮、柴胡、当归、香附、三棱、莪术、桃仁、白术各 10g，栀子 12g，赤白芍、茯苓各 15g，白花蛇舌草、草河车各 30g。

【加减】若出血不止者，加生蒲黄、生地榆各 10g，仙鹤草 30g 以清热止血；胸闷甚者加厚朴、郁金各 10g 以理气解郁。

1.1.1.4　血热湿毒证

【临床表现】皮肤溃疡，流液流血，其味恶臭或为渗液所盖，久久不愈。亦有形成较深溃口，如翻花状或外突成菜花样，舌红，苔腻，脉弦滑。

【治法】清热凉血，除湿解毒。

【主方】除湿解毒汤化裁。

【常用药】白鲜皮 20g，生薏苡仁、土茯苓、白花舌蛇草、仙鹤草各 30g，大豆黄卷、栀子、牡丹皮、连翘、紫花地丁、金银花、半枝莲各 15g，生甘草 10g。

【加减】若肿块疼痛较甚，加延胡索 15g，乳、没各 10g 以活血镇痛；肿块坚硬者加牡蛎、丹参各 30g，昆布 15g 以软坚散结；口干苦者加黄芩 10g、竹茹 15g 以清肝降火；发热者加柴胡 10g，地骨皮 30g 以除虚热。

1.1.2　长期受摩擦的瘢痕

1.1.2.1　瘀毒聚结证

【临床表现】瘢痕块初起或时间不长，颜色较鲜红或紫红，质地坚硬，时有痒痛不适，口干，大便干结，小便短赤，舌红有瘀斑点，苔薄黄，脉弦。

【治法】活血化瘀，解毒散结。

【主方】血府逐瘀汤

【常用药】桃仁 12g，红花 10g，当归 12g，牡丹皮 10g，泽泻 10g，生地黄 12g，赤芍 12g，牛膝 10g，桔梗 g，柴胡 10g，枳壳 10g，蒲公英 10g，香附 10g，甘草 6g。

【加减】兼气血虚者，加党参、黄芪、丹参、何首乌。体质强壮者，加三棱、莪术、海藻。如久治效不显者，加法半夏、川贝、葶苈子。

1.1.2.2　气虚血瘀证

【临床表现】瘢痕日久不消退，颜色淡红或暗红，质地韧实，如橡胶样，无痒痛，体弱肢乏，声低懒言，面色无华，舌质淡，苔薄白，脉细涩。

【治法】益气活血，化瘀散结

【主方】人参养荣汤加减。

【常用药】党参 30g，黄芪 30g，丹参 12g，茯苓 12g，白术 12g，赤芍 12g，川芎 10g，茜草根 10g，青皮 10g，红花 10g，甘草 6g。

【加减】兼血虚者，加熟地黄、制首乌、当归。瘀热者，加小蓟、白茅根、紫草。瘀血重者，加三棱、莪术、赤芍、当归。

1.2 单方验方

1.2.1 单方 ①甘草 15g，白糖适量。将甘草研成细末，加入白糖，搅拌均匀，外撒溃疡处，每天 1 次，连用 7～10 天即可显效。

②蟾酥软膏：蟾酥 10g，溶于 30ml 清洗液中，加磺胺软膏 40g，配成 20%蟾酥软膏外敷。

③蜂蜜 100ml、庆大霉素 32 万单位（4 支）。取当年产蜂蜜每 100ml 加入注射用庆大霉素，混匀。溃疡创面用生理盐水清洗并擦干，创面周围用酒精消毒，然后用棉签将蜂蜜制剂均匀地涂抹在溃疡面上。每日 2～3 次，创面暴露，连用 3 周。

④茶叶 3g，食盐 9g，清水 1000ml。煮沸，凉后由内向外清洗患处，1 日 2 次，5～7 日即愈。

⑤新鲜土豆适量。洗净去皮，捣烂如泥，外敷患处，日换药 2～3 次。

⑥猪毛适量，将猪毛洗净，去掉杂质后，放在锅内炒成炭，研成细粉，装瓶内密封备用。使用时，先用生理盐水擦洗患处，待干后，将猪毛炭粉撒在溃疡面上，每日换药 1 次。也可用麻油与猪毛炭粉调成糊状，涂敷在患处。主治皮肤溃疡，久不收口。

⑦应用无肝炎病史，且羊水澄清的剖腹产妇新鲜羊膜，经无菌处理后贴敷于处理干净的慢性溃疡面上，促进创面处上皮再生，肉芽生长。

1.2.2 验方

【验方一】生黄芪 30g，太子参 12g，白术 9g，茯苓 12g，姜半夏 12g，薏苡仁 12g，生地黄 20g，当归 12g，赤芍 15g，丹参 30g，桃仁 12g，制大黄 9g，皂角刺 12g，水蛭 9g，蜈蚣 2g，白芷 12g，七叶一枝花 30g，白花蛇舌草 30g，丝瓜络 12g，桑枝 12g，补骨脂 15g，生甘草 9g。用于阴虚血热患者，治法益气养阴、和营清热托毒。

【验方二】生黄芪 30g，太子参 12g，白术 9g，茯苓 12g，当归 15g，丹参 30g，川芎 9g，川牛膝 12g，薏苡仁 12g，忍冬藤 30g，丝瓜络 12g，水蛭 9g，桃仁 12g，皂角刺 12g，鹿含草 30g，全栝楼 30g，枳实 20g，火麻仁 15g，肉苁蓉 12g，生甘草 6g。水煎服，每日 1 剂，早晚服用。用于气虚血瘀患者。治法益气化瘀，健脾利湿。

【验方三】苍术 9g，白术 9g 黄柏 12g，薏苡仁 12g，当归 12g，赤芍 15g，丹参 30g，虎杖 30g，白花蛇舌草 30g，皂角刺 12g，生黄芪 15g，牛膝 12g，威灵仙 15g，生甘草 6g。水煎服，每日 1 剂，早晚服用。用于湿热下注患者。治法清热利湿、祛瘀通络。

【验方四】生黄芪 30g，党参 12g，白术 9g，茯苓 12g，姜半夏 12g，薏苡仁 12g，当归 12g，赤芍 15g，川芎 12g，丹参 30g，水蛭 9g，桃仁 12g，

牛膝 12g，威灵仙 15g，大枣 10g。水煎服，每日 1 剂，早晚服用。用于气虚血瘀患者。治法益气养荣，托里生肌。

【验方五】夏枯草 30g，白花蛇舌草 30g，黄芪 30g，蚤休 15g，穿山甲 10g，甘草 10g，据症状加减。水煎服，每日 1 剂，早晚服用。

【验方六】当归、生地黄、赤芍各 12g，川芎、红花、陈皮、赤苓、黄芩、牡丹皮、三棱、莪术、大黄、桔梗、甘草各 10g，金银花 15g。水煎服，每日 1 剂，早晚服用。

1.3 药物外治

1.3.1 去腐生肌膏：主要成分杏仁、甘草、当归、白芷、乳香、没药，取本品适量涂于患处，或取本品涂于祛腐促愈贴 2～3mm 敷于患处包扎；深度溃烂形成空腔者，取祛腐促愈贴涂本品置于空腔中包扎，一日一次。

1.3.2 紫草油先用 75%酒精消毒患面（有坏死组织用 30%双氧水擦洗，再用生理盐水冲洗拭干），随后涂上紫草油，每日 2 次，直到愈合。

1.3.3 如意金黄散将此药用醋调成稀糊状敷患部，每日 2 次。也可将如意金黄散与凡士林按 2:8 制成膏剂，外敷。如溃疡或分泌物多，先清洗伤口后再用此药。

1.3.4 马应龙麝香痔疮膏先用 75%酒精消毒局部，涂上此膏适量，外盖无菌纱布，每日或隔日换药 1 次。

1.3.5 蒲公英 50g，生地黄、黄芩各 20g，加水煎至约 500ml，无菌纱布过滤备用。首次常规用 2%双氧水消毒，清洗创面，然后用中药药液清洗 1 遍，最后用药液浸渍无菌纱布覆盖创面 3 层，每日 1 次。

1.3.6 复方炉甘石外用散局部消毒后，将此药撒于患处，每日 1～2 次。

1.3.7 西瓜霜粉剂局部消毒后，将药粉敷（喷）在患处，每日 1 次，5～7 次即可治愈。

1.3.8 龙血竭胶囊，局部消毒后，将此药粉撒于患处，每日 1～2 次。

1.3.9 复方石榴皮煎剂：桂枝 30g，七叶莲 60g，石榴皮 300g，泽兰 30g，宽筋藤 60g，水蛭 20g，苏木 30g，田基黄 30g，冰片 6g，将上药加清水 2000ml，煎沸后 20 分钟将药液倒入经消毒的盆内待降温后热洗患处。药液温度适宜，勿烫伤皮肤及肉芽组织，每日 1～2 次，每次 30min，洗至溃疡愈合后每周仍需洗 1～2 次。连用 2～3 个月，预防复发。

1.3.10 普济溃疡膏：植物油、血竭、藏红花、蛤蟆油、珍珠、紫草、川贝、黄连等，用生理盐水清洗褥疮创面，将普济溃疡膏用压舌板涂摊在纱布块上约 2 毫米厚，胶布条固定。每一至二天换药一次。

1.3.11 解毒生肌散：五倍子 35g，枯矾 28g，冰片 7g，黄连 7g，白芷 14g，呋喃西林粉 3g，五倍子洗净，焙起球泡，黄连洗净泥土杂质，各药研极细面混合均匀，高压消毒 30min，装瓶密封备用，外敷溃疡面，每日 1 次。

1.3.12 糖芪合剂：生黄芪 100g，生甘草 20g，50%葡萄糖注射液 160ml，将前 2 味药置容器内，加水 500ml，浸泡 1h 后，文火煎煮 30min，去掉药渣，沉淀过滤，取药液 150ml，将药液与 50%的葡萄糖注射液混合，浓缩至 150ml，装瓶，高压灭菌后备用，外敷溃疡面，每日 1 次。

1.3.13 麝香珍珠膏：麝香 5g，珍珠粉 200g，血竭 105g，水蛭 70g，黄芪、白及、龙骨、黄连各 210g，各药研极细面混合均匀，高压消毒 30min，装瓶密封备用，外敷溃疡面，每日 1 次。

1.3.14　消炎长皮膏：紫草 20～40g，制乳香 10～25g，地榆 30～50g，制没药 10～25g，虎杖 30～50g，血竭 10～20g，冰片 1～2g，植物油 200～300g。外涂溃疡面，每日 1 次。
1.3.15　甘草 80～100g，苦参 20～30g，紫草 20～30g，麝香 0.5～1g，加入 500ml 芝麻油中，装瓶密封备用，外敷溃疡面，每日 1 次。
1.3.16　王氏生肌丹：朱砂 5g，煅炉甘石 15g，滑石 35g，黄柏 10g，冰片 5g，麻油适量。将上述药物按比例及工艺程序制成极细散剂装瓶，局部常规消毒后，取药粉、麻油、消毒干纱布块拌湿，视创面大小，剪药纱布块敷于患处；若创面大，分泌物多，可直接将生肌丹撒于创面，敷以干消毒纱布块保护创面，用胶布固定。每日换药 1 次；若分泌物较少，可隔日换药 1 次。
1.3.17　鸦胆子适量。用法：将鸦胆子除去壳皮，置乳钵中研碎如泥状，然后加入适量凡士林搅拌均匀（无需加热），制成 20～30%的软膏，放置 48h 后即可涂用。敷药膏时，先将患处皮肤消毒，后将上膏涂于患处范围之内（不要触及正常皮肤）敷盖消毒纱布，约经 48h 后可第 1 次换药，以后每隔 2～3d 换药。
1.3.18　丹参注射液外治瘢痕，将脱脂棉球或纱布用复方丹参注射液浸透，而后平敷于皮损处，直到药液自然干透为止，每日外敷 2 次，1 个月为 1 个疗程，可连续治疗 2～3 个疗程。
1.3.19　陈醋 250g，五倍子 90g，蜈蚣一条，蜂蜜 20g，冰片 0.6g。用砂锅将醋上火熬 30min 加入蜂蜜熬至沸腾后将五倍子粉用筛子慢慢筛入，边筛边顺同一方向搅，全部筛入后用文火熬成膏壮，离火加入蜈蚣粉和冰片搅匀既成，装入玻璃器中。用时将药膏均匀涂在厚布上贴患处（不可用金属用具，以免造成色素）。此膏具有破瘀软坚之功效不可频繁用药膏，隔 2～3d 换药一次。
1.3.20　五倍子、山豆根各适量，按 1:1 比例研为细末。每次 3g，一日 3 次口服；同时取 30～50g 用蜂蜜调匀后敷于患处，每隔 3 日换药一次，1 月为 1 个疗程，用药期间忌食辛辣。本方用治皮肤烧烫伤愈后皮损部出现的淡红色瘢痕。
1.3.21　三七适量，研细末，以食醋调成糊状，外敷患处，每日 1 次，7d 为 1 个疗程。一般连用 3～5 个疗程可愈。
1.4　针灸疗法
1.4.1　点刺放血疗法　皮肤溃疡创面周围皮肤常规消毒，用镊子酌量去掉疮口边缘白色锁口皮，用三棱针沿疮周淤血处快速垂直啄刺，刺法由内到外，由密到疏，针距 1～3 分，以拔至见血如球为度，每周点刺放血 2 次，连用数周，待疮周暗紫色淤斑转至红色为止，点刺放血疗法毕，创面覆盖油纱条。
1.4.2　灸法　患者取适当的体位，充分暴露患部，将患肢放于木箱上，点燃艾条一端，使艾条与创面之间相距 20cm～25cm 为宜，如为躯干及其他部位的溃疡，将艾条切成小段置于艾烟熏蒸器中燃烧，艾烟熏蒸器置于创面稍下方（3cm～5cm），使其烟对准患处，在疮面形成一层薄黄色油膜，周围皮肤红润、湿热，熏蒸完毕，外敷消毒敷料包扎，每天 1 次或 2 次，每次 0.5～1h，7d 为 1 个疗程。
1.4.3　雷火灸　主要组成为沉香、穿山甲、干姜、菌陈、木香、羌活、乳香、麝香等，在治疗时，需将其放入灸具里，手持灸具，在距离皮肤 1 到 5 厘米处进行施灸。穴位：神厥、大椎、足三里等灸疗，可以起到畅通经络、调和气血、活血散淤、消炎镇痛等作用，促进创面的愈合，值得临床推广应用。

1.5　拔罐疗法　将病变面部常规消毒，用三棱针点刺阿是穴，用闪火法拔罐，留罐 5～10min，以吸拔出较多脓液以瘀血为度。每间隔一天治疗一次。

大杼穴在膀胱经的第一侧线上。穴位消毒后，用闪火法在穴位上拔罐，留罐 10～15min，一天 1～2 次，皮肤会出现紫红色瘀血。

足三里属阳明经，此经多气多血。穴位消毒后，在上面用闪火法拔罐，留罐 10～15min，一天 1～2 次，皮肤会出现紫红色瘀血。

三阴交可以滋补肝脾肾，而且还可以通经活络。穴位消毒后，在上面用闪火法拔罐，留罐 10～15min，一天 1～2min，皮肤会出现紫红色瘀血。

2　食疗药膳

蒲瓜糖水

【主料】鲜蒲瓜 100g，蜂蜜 20ml。

【制法】鲜蒲瓜 100g，加水 500ml 共煮，煮后加蜂蜜 20ml。

【服法】代茶饮。

【功效】除烦解毒。脾胃虚寒者及脚气虚肿者慎食之。

3　预防与护理

①树立战胜疾病的信心。积极控制治疗原发病，如糖尿病病人的血糖控制。

②日常生活中应该注意避免过度的暴晒，避免过多的 X 线和紫外线的接触。

③皮肤的定期护理。对于长期卧床的病人，注意翻身拍背，局部皮肤的护理，防止褥疮的发生。做好皮肤的保护或远离刺激环境

④早发现，早治疗，定期检查，预防皮肤溃疡癌变。

⑤治疗期间忌口，忌食辛辣类、鱼腥类、发物类、生冷类、油腻类、酸涩类食物，戒烟戒酒。（许文学,杨建宇,李杨,等.中医治疗癌前病变专题讲座(十二)——慢性皮肤溃疡瘘管长期受摩擦的瘢痕[J].中国中医药现代远程教育,2012,10(14):97-100.）

色素痣

色素痣也简称色痣、斑痣或黑痣，是由正常含有色素的痣细胞所构成的最常见于皮肤的良性肿瘤，偶见于粘膜表面。颜色多呈深褐或墨黑色，还有没有颜色的无色痣。临床表现有多种类型。如皮内痣，交界痣、混合痣等，还有巨痣、蓝痣、幼年黑瘤等。色素痣均可见于皮肤各处，面颈部、胸背为好发部位。少数发生在粘膜，如口腔、阴唇、睑结膜。可在出生时即已存在，或在生后早年逐渐显现。多数增长缓慢，或持续多年并无变化，但很少发生自发退变。色素痣大多均属良性；有些类型在一定条件下可发生恶变，值得重视。色素痣一旦恶变，其恶性程度极高，转移率也最快，而且治疗效果不理想。

根据痣细胞在皮肤病理切片中所处的位置，有 3 种基本类型：①交界痣：位于表皮和真皮交界处。多见于手掌、足底、口唇及外生殖器部位。表面平坦或稍高，大小在 1～2mm 之间，呈淡棕、棕黑或蓝黑色。有癌变可能，可发生为黑色素瘤。②皮内痣：存在于真皮层内。表面光滑，界线清楚。大于 1mm，呈片状生长，平坦或稍隆起。颜色较深而均匀，呈浅褐、深褐或墨黑色。一般不发生癌变。③混合痣：为上述两种混合而成，一般像皮内痣，因有交界痣的成分，故也能癌变。

关于色素痣的病因有不同的说法，主要是与黑色素细胞来源有关。一种说法认为色素痣中的黑色素细胞来自神经组织，是从胚胎时期发育而来的。因为临床上已有病例可以证明，大片皮内痣患者病灶部位无痛觉存在，这可以说明与神经组织有关系。另一种说法认为它们来自上皮细胞，是普通基底细胞的一种功能性变性，因为实验证明，如果用 X 射线照射皮肤，可有将近 50%的基底细胞发生突变，变为树突状细胞。无论哪种说法正确，其实对人的影响都非常低，因为色素痣生长缓慢，正常人体上都可找到很多小的色素痣，对人的生活没有影响。痣属良性肿瘤，对生命并无威胁。但在一些诱因的作用下，有些类型的痣细胞可发生恶变，成为恶性黑瘤。一旦恶变，则病程进展迅速，预后不良。下列表现提示恶变：①病变增长扩大，或面积虽无扩大，但显著增深。②颜色改变，色增深，或见有淡蓝色调出现。③发生脱毛、脱痂现象；表面破损，出血，形成溃疡。④病变四周出现针头大小、称为卫星的色素斑点。⑤局部有炎症表现，同时可排除毛囊炎、表皮囊肿继发感染等情况。⑥有刺痒或疼痛症状出现。⑦黑尿。及时的监测和干预是有必要的。

1　中医治疗

1.1　分证论治

1.1.1　热毒内蕴证

【临床表现】黑痣破溃，合并感染，发热烦躁，身痛肢酸，口干舌燥，大便秘结，尿短面赤，舌质红，苔黄腻，脉细弦或细数。

【治法】清热解毒，扶正抑邪。

【主方】四君子汤（《和剂局方》）合青米绿梨汤。

【常用药】青黛 12g，薏苡仁 30g，绿心豆 30g，藤梨根 30g，猪苓 15g，黄芩 10g，白茅根 12g，半枝莲 20g，生大黄 8g，太子参 15g，白术 12g，茯苓 15g，甘草 4g，绞股蓝 15g，生黄芪 15g。

【加减】若烦渴者，加生石膏、花粉以清热保津；神疲纳呆者，加西洋参、白术、鸡内金健脾助运；高热者加生石膏、知母清气泄热；低热者加鳖甲、青蒿、银柴胡养阴清热；心悸少气，多梦少寐，加炒酸枣仁、茯神宁心安神。

1.1.2　肝肾阴虚证　【临床表现】黑痣局部溃烂，疮面污秽，气味恶臭，肿胀疼痛，或发热盗汗，或五心烦热，头晕目眩，腰膝酸软，口咽干燥，渴不喜饮，纳呆消瘦，大便燥结，小便短赤，舌质红绛，或见紫斑瘀点，苔薄白，脉细弱或细数。

【治法】滋补肝肾，祛毒化结。

【主方】地黄白蛇汤（《肿瘤临证备要》）。

【常用药】生地黄 20g，山茱萸 10g，女贞子 30g，旱莲草 10g，黄精 30g，当归 20g，紫河车 10g，土茯苓 20g，猪苓 20g，秦艽 10g，白英 20g，蛇莓 20g，龙葵 20g，淫羊藿 10g。

【加减】毒热偏盛，身热口干，加半枝莲、白薇清热解毒；若低热盗汗明显，加地骨皮、鳖甲、五味子育阴清热敛汗；心悸失眠者，加酸枣仁、远志宁心安神；病程迁延，纳差乏力者，加白术、茯苓、党参、陈皮健脾益气。

1.2　单方验方　【验方一】生草乌、重楼各 30g。将上药用童便浸泡 72h，晒干研末，装入瓶内备用。用时，每次 2～5g，饭后温开水送服。同时，予红参 10g，田七、水牛角（先煎）、生地黄、玄参、麦冬各 15g，鹿角胶（烊）20g。每日 1 剂，水煎分 3 次饭前服。外用鱼腥草、石韦、骨碎补各 10g，浸泡于 75%乙醇 100ml 中，3 日后用棉签蘸药外搽局部，次数不限。适用于证属阳虚患者。

【验方二】菊花、海藻、三棱、莪术、党参、黄芪、金银花、山豆根、山慈菇、漏芦、黄连各 100g，蚤休、马蔺子各 75g，制马钱子、制蜈蚣各 50g，紫草 25g，熟大黄 15g。将药共研细末，用紫石英 100g，煅红置于 2000g 黄醋水中，冷却后将其过滤，以此醋为丸。如梧桐子大，每日 3 次，每次 25～30 粒，饭后 1h 温开水送服，禁食刺激性食物。适用于证属湿热之病人。

【验方三】牛黄 50g，麝香 30g，冰片 40g，黄连 90g，硼砂 120g，雄黄 60g，绿豆 100g，柿霜适量。共为细末，炼蜜为丸，每丸重 1.5g。每次 1 丸，每日 3～4 次，噙化。20 日为 1 个疗程，连用 2～3 个疗程后停药，1 个月后再服用。适用于证属热毒炽盛之病人。

【验方四】熟地黄 15～30g，杞果 15～30g，山萸肉 15g，何首乌、黄精各 30g，茯苓 15g，黑芝麻、黑豆各 30g，丹皮 15g，白蔹、木贼各 30g。每日 1 剂，水煎服。本方功能滋补肝肾，适用于证属肝肾两虚之病人。

【验方五】当归、黄芪各 15g，黄芩 9g，生地黄 15g，熟地黄 9g，天冬、麦冬各 10g，天花粉 9g，红花、桃仁各 6g，川芎 10g，白芍 15g，何首乌 20g，甘草 6g。每日 1 剂，水煎服。本方功能养血润肤，适用于属血虚风燥之患者。

1.3　药物外治

1.3.1　炉甘石、血余炭、大黄、氢氧化钠、水各适量。以上方药配制成糊膏状，用细竹签蘸药膏直接涂于痣表面，范围与色素痣相等。5～10min 药膏干时，可再点涂 2～3 次，待病损周围出现一明显水肿苍白圈时停止涂药，用棉签擦去药痂和腐蚀的痣组织。有报道运用本方治疗 216 例色素痣患者，结果全部获愈。

1.3.2　矿石灰（水化开，取末）15g，浓碱水 75ml。将浓碱水浸于石灰末内，以碱水高出石灰二指为度，再以糯米 50 粒，撒于石灰上，如碱水渗下，陆续添之，泡 1 日 1 夜，冬季 2 日 1 夜，将米取出，捣烂成膏，备用。先用针挑破

患部，挑少许膏点于痣上，不可太过，恐伤好肉。本方出自《医宗金鉴》，有腐蚀祛痣之功。适用于色素痣。

1.3.3　糯米 350 粒，巴豆（取肉）5 个。用夏布包之扎之，取石灰鹅卵大一块，冲滚水 250ml 泡化，以水煮米包成饭，取出，趁热加硇砂末 3g 杵匀，仍加灰水，研如糊，瓷罐收之备用。每用以涂痣上。本方出自《外科大成》，有腐蚀皮肉，消痣退斑之功。适用于色素痔。

1.3.4　黑豆梗灰、荞麦秸灰、桑柴灰、矿灰、炭灰各等份。以上方药共为细末，以水 1000ml 淋取汁，将此汁再淋 2 次，慢火熬膏。每用少许，针刺破痣，敷之。本方出自《杨氏家藏方》，有祛斑美容之功。适用于色素痣。

1.3.5　独角仙 1 个（不用角），红娘子 1.5g（不去翅足），糯米 40 粒，石灰 30g（风化者）。以上方药共为细末，以料炭灰、桑柴灰、荞麦秸灰各 15g，热汤淋取 400ml，熬至 100ml，调上药如面糊，置瓷盒内，埋于土里 5～7 日取出使用。用时将黑痣刺破，用细竹签子蘸药膏点于患处。本方出自《黄帝素问宣明论方》，有腐蚀消痣之功。适用于色素痣。

1.3.6　石灰 14g，斑蝥 7 个。上药蘸苦竹、麻油少许，和匀，石灰揭调，然后加醋少许，搅和，不拘多少。先用刀剔破痣，入药于内涂之。本方出自《普济方》，有腐蚀祛痣之功。适用于色素痣。

1.3.7　矿石灰 18g（以少水化开），木炭灰 9g（须施于烧熟火上轻烧取白者）。以上拌匀，以水少许调令稀稠适中，盛于瓷盏中，用竹篦子摊平，然后将挑选好的糯米 20～30 粒，作莲蓬状插在灰中，每粒插一半入灰内，上以好纸遮盖盏口，勿令透气，候 4～5 日取 1～2 粒，看在灰内部分已化作粥浆者可应用。若未化，再候 1～2 日。用法：将黑痣洗净，以竹削作针，灯上燎过，其尖稍利，先轻手在黑痣周围略拨动，即以竹针轻挑糯米浆汁，均匀搽布于拨动处，痣上不用涂药，须臾微赤，不痛，不作脓，3 日左右即结痂。勿剥而待其自落，不留瘢痕。本方出自《杨氏家藏方》，有腐蚀除痣之功。适用于色素痣。

1.3.8　皮硝、胆矾、五倍子各 15g。以上方药浓煎取汁，以笔蘸之涂痣上，自落。本方出自《经验良方大全》，有腐蚀消痣之功。适用于色素痣。

1.3.9　糯米 100 粒，石灰（拇指大），巴豆 3 粒（去壳）。以上方药共研为末，入瓷瓶 3 日。每以竹签挑粟许，用碱水点痣上，自落。本方出自《串雅内编》，有腐蚀消痣之功。适用于色素痣。

1.3.10　江米 10g，半夏 1.5g。以上药共为细末，用水调成膏子少许，用针尖挑在黑痣上，待干，剥去黑皮，如有黑色再照前点，如无则不点。本方出自《急救良方》，有腐蚀祛痣之功。适用于面部黑痣。

1.3.11　桑柴白灰、风化石灰各 500g。用新鲜铁甲威灵仙煎浓汤，将前二灰淋取汁，再熬作稠膏，瓷罐贮之。点痣处即愈，不必挑破。本方出自《瑞竹堂集验方》，有腐蚀祛痣之功。适用于色素痣。

1.4　针灸疗法　火针除痣：一般采用 26 号 15～25mm 短针用酒精灯将针尖烧红约 2cm 后，迅速刺入痣的中心，一刺即出，针刺深度，一般与皮肤相平的痣宜浅刺，进针不可深过皮下；高出皮肤的痣可较深，均以不刺着正常皮肤为度。如为凸出大痣可以左手持镊子挟起痣的根部，右手持针将针尖与针身前端烧红，快速沿镊子底部如拉锯式去之，去后用消毒纱布包扎，以防感染。

2　食疗药膳

2.1　人参粥

【主料】人参末 3g（或党参 15g），冰糖适量，大米 100g。

【制法】煮粥。

【服法】常食。

【功效】益气健脾，适用于脾气虚弱之患者。

2.2 黄芪粥

【主料】黄芪 50g，煎水取汁以作煮粥水，大米 100g，红糖适量，陂皮末 3g。

【制法】共煮粥。

【服法】常食。

【功效】益气健脾，适用于脾气虚弱之患者。

2.3 归芪蒸鸡

【主料】当归 20g，黄芪 100g，母鸡 1 只。

【制法】共蒸熟。

【服法】分次服用。

【功效】补气生血，适用于气血不足之患者。

2.4 虫草枸杞

【主料】冬虫夏草 10g，枸杞子 20g，瘦猪肉 100g，鸡蛋 250g。

【制法】调料适量，炖熟。

【服法】分次服用。

【功效】补益肝肾，适用于肝肾两虚之患者。

2.5 芦笋香菇汤

【主料】芦笋 200g，香菇 100g。

【制法】文火熬汤。

【服法】佐餐食用。

【功效】祛湿解毒，适用于热毒内蕴之患者。

3 预防与护理

日常生活中，应尽量避免对痣的任何刺激。如见色素痣突然变黑、增大、发炎、破溃、出血、瘙痒，出现卫星痣、痣毛脱落等现象，则有恶变可能，应及时到正规医院检查及治疗。（许文学,杨建宇,李杨,等.中医治疗癌前病变专题讲座(十三)——色素痣[J].中国中医药现代远程教育,2012,10(15):102-104.）

息肉

息肉是指黏膜表面突出到肠腔内的隆起性病变，好发于直肠及乙状结肠，是消化系统常见多发病之一，肠息肉的发病与家族遗传因素、炎症及其他慢性刺激、种族、饮食等因素有关，特别是近年来随着经济的发展，工业化程度的提高，人们的生活方式、饮食习惯发生了很大的变化。尤其是饮食结构的不合理，高脂肪、高蛋白和低纤维素的饮食使胃肠道不堪重负，毒素长时间在胃肠道内蓄积，使息肉的发病率大大提高。

息肉属于祖国医学 “肠癖”、“肠覃”、“泄泻”、“便血”等病范畴。“息肉”一词，最早见于二千多年前的《黄帝内经》，其《灵枢•水胀》曰：肠覃如何？岐伯曰：寒气客于肠外，与卫气相搏，气不得荣，因有所系，癖而内着，恶气乃起，息肉乃生。

肠息肉常隐匿起病，常见发病信号主要有：①大便带血：无痛性便血是直肠息肉的主要临床表现。②肠道刺激症状：当肠蠕动牵拉息肉时。可出现肠道刺激症状，如腹部不适、腹痛、腹泻、脓血便、里急后重等。③脱垂：息肉较大或数量较多时，由于重力的关系牵拉肠黏膜，使其逐渐与肌层分离而向下脱垂。病人排便动作牵拉及肠蠕动刺激，可使蒂基周围的黏膜层松弛，可并发直肠脱垂。临床上根据病理可将息肉分为腺瘤性息肉、乳头状息肉和炎性息肉等，其中腺瘤性息肉约占 80%。肠息肉的癌变率与息肉的组织类型、大小有关。通常来说，腺瘤性息肉的癌变率较高，腺瘤大于 2cm，癌变率就大于 50%。专家指出息肉体积较大；不带蒂的息肉；息肉呈多发性；息肉形态扁平，或者呈现分叶状的四类状态的息肉癌变可能性较大，目前大多数研究支持腺瘤样肠息肉与肠癌发病有共同的致病因素，如膳食、遗传因素及癌前状态等。息肉是目前公认的癌前病变。随着肠息肉病的发病率日渐升高，癌变的几率也在不断的增大。因此，积极预防和治疗肠息肉，可明显降低大肠癌的发病率。

1　中医治疗

1.1　分证论治

1.1.1　湿热下注证

【临床表现】大便粘浊带血，肛门灼热不适，下坠伴腹痛、腹泻、腹胀，息肉表面粘着脓性物，糜烂，可有肿物脱出肛外，指诊有时可触及肿物，舌质红，苔黄或黄白相兼而腻，脉弦滑细。辨析：①辨证：本证以粘浊血便，肿物脱出肛外，直肠、结肠内可见多个息肉，舌红苔黄腻，脉弦滑细为辨证要点。②病机：肺经移热于大肠，热盛则伤于肠中血脉，而便血色鲜，肛门灼热，大便下迫乃肠道实热之象。热挟湿浊为患则肠壁糜烂而下浊。

【治法】清热利湿，理气止血。

【主方】黄连解毒汤加味。

【常用药】黄连 10g，黄芩 10g，黄柏 10g，栀子 8g，茯苓 12g，地榆炭 10g，大小蓟各 10g，枳壳 8g。

【加减】便秘加炒决明子 15g。

1.1.2　气滞血瘀证

【临床表现】病久息肉明显增大，硬而痛，纳少，面黯消瘦，脉弦滑，舌质暗，苔白。辨析：①辨证：本证以纳少，面黯消瘦，息肉增大，舌质暗，脉弦滑为辨证要点。②病机：病久则腑气阻滞，气血凝结，脉络阻塞而见息肉硬且痛。气血不和，脾胃失调则纳少。

【治法】理气活血，化瘀散结。

【主方】补阳还五汤加减。

【常用药】生黄芪 20g，全当归 10g，赤芍 15g，地龙六条，川芎 10g，桃红各 12g，牛膝 10g，穿山甲 8g。

【加减】腹胀、肛门下坠加枳实 10g，木香 8g。

1.1.3　先天亏损 正虚瘀结证

【临床表现】自幼出现便血，时有肿物脱出肛外，腹泻史较长，腹部隐痛，便血时多时少，倦怠懒言，舌淡苔白，脉细弱无力。辨析：①辨证：本证以自幼便血，肿物脱出肛外，舌淡苔白，脉细弱为辨证要点。②病机：先天亏损则正气不足，气为血之帅，气虚则血不行，瘀结于肠络而生肿物，气血亏虚则见倦怠懒言，舌淡苔白、脉细弱。

【治法】温中健脾，理气散瘀。

【主方】良附丸加味。

【常用药】高良姜 15g，制香附 15g，制黄芪 20g，炒枳实 8g。

【加减】便时带血加赤石脂 15g，血余炭 6g。

1.1.4　寒凝结滞 阴盛阳虚证

【临床表现】腹胀痛喜暖，四肢冷而无力，腰膝酸痛，大便清冷，伴面部或下肢浮肿，小便少或清长，舌淡暗苔白，脉沉无力。辨析：①辨证：本证以腹胀痛喜暖，肢冷无力，大便清冷，舌淡苔白，脉沉无力为辨证要点。②病机：脾肾阳虚，运化无权，则见腹胀喜暖，肢冷无力，大便清冷。舌淡苔白，脉沉无力乃阳虚寒盛之象。

【治法】温中散寒，理气利湿。

【主方】金匮肾气丸加减。

【常用药】熟地黄 15g，生地黄 15g，山药 10g，泽泻 8g，茯苓 12g，桂枝 8g，制附片 6g，山茱萸 10g，木香 10g。

【加减】腹痛者加白芍 15g，甘草 8g。

1.2　单方验方

1.2.1　单方　三七粉口服 10g，2～3 个月为 1 个疗程，适用于便血患者。

1.2.2　验方

【验方一】薏苡仁 60g，蒲公英 20g，茯苓 20g，败酱草 20g，莪术 15g；加减：伴有腹泻症状的，加党参 15g，白术 15g。伴有便血症状的，上方加地榆炭 20g，仙鹤草 15g。早晚各口服 100ml，每日 1 剂，1 个月为 1 个疗程。

【验方二】党参、黄芪、赤芍、桃仁、白芍、莪术、黄药子、枳壳、甘草各 9g，薏苡仁 60g（先煎）。水煎服，每日 1 剂。用于证属脾虚气弱，秽浊瘀血互结患者。患者腹痛腹胀，大便次数多，头晕目眩，食欲不振，形体消瘦，面色萎黄，苔薄，舌体小色淡，脉细弱。

【验方三】丹参 30g，生地榆、凌霄花、半枝莲各 15g，桃仁、赤芍、炮山甲、皂角刺、三棱、牡丹皮、槐米、山慈菇、牛膝各 12g。水煎服，每日 1 剂。

【验方四】乌梅、党参各 15g，黄连 5g，僵蚕 10g，当归、赤芍、地榆各 12g，牡蛎 24g，甘草 6g。水煎服，每日 1 剂。

【验方五】乌梅炭、炙僵蚕各 60g，共焙干研细末调入 250ml 蜂蜜中，每日 2 次，每服 15ml。

【验方六】健脾益康汤：生黄芪 15g，白花蛇舌草 15g，儿茶 3g，地肤子 10g，五味子 3g，白鲜皮 15g，炒乌梅 8g，三七粉 3g，三棱 6g，莪术 10g，甘草 6g。济生乌梅丸与四君子汤加味（乌梅 15g，僵蚕 15g，穿山甲 15g，党参 15g，茯苓 15g，白术 15g，甘草 10g）。水煎服，每日 1 剂。

【验方七】息肉平汤：柴胡 6～18g，猫人参 30～120g，炙黄芪 15～60g，炙甘草 6～18g。水煎服，每日 1 剂。

1.3 药物灌肠 【验方一】白七散：白七散由白及、三七、苦参、大黄组成。其制法是分别将各药洗净，烘干、研末过筛，每味药各分装入瓶高温灭菌后备用。配伍方法：内痔和直肠息肉出血：取白及 5 份，三七 3 份，苦参、大黄各 1 份，加适量藕粉与上药粉混匀，再用温开水调成稀糊状，冷后灌肠。白七散具有清热解毒，凉血消肿，通便散瘀，止血止痛，活血生肌的作用。此方法药源广，见效快，无毒副作用，又经济，患者乐意接受，是治疗肛肠病的理想药物。

【验方二】六莲汤组成：阔叶十大功劳（木黄连）10g，半边莲 15g，榄核莲 9g，金莲花 12g，半枝莲 10g，马齿苋 18g，木香 8g，炒砂仁 8g，甜石莲子 35g，罂粟壳 9g。每天 1 剂，2 次煎成 500m，每次服 140ml，每日 3 次。余下 80ml 每日分 2 次保留灌肠。

【验方三】乌梅、五倍子、五味子、牡蛎、夏枯草、浮海石、紫草各 15g，水煎浓汁 50ml，保留灌肠，每日 1 次。

【验方四】复方青白散：青黛、白芷、白芍、白术、白头翁、黄柏、薏苡仁各 10g 煎汤或研细末用。水煎浓汁 50ml 保留灌肠，每日 1 次。

1.4 针灸疗法

1.4.1 湿热积滞、痰瘀交阻 症见腹痛，大便泄泻不爽，肛门灼热，里急后重，或便秘，大便干结难下，或便秘与泄泻交替出现，大便夹黏液及鲜血，舌苔黄腻，脉濡数或滑数。

治法：清热化湿，化痰逐瘀，取手足阳明经穴为主，针用泻法。②处方：天枢、合谷、上巨虚、足三里、丰隆。随症选穴：腹痛较剧，痛引两胁加期门、太冲；便秘兼口干、口臭加曲池、支沟；以肛门灼热、里急后重为主加中脘俞。常规消毒进针后，施以泻法行针 2min，然后接通电针治疗仪，选用连续波，频率为 100Hz，电流强度以患者感觉舒适为度，留针 20min，每日 1 次，10 次为 1 个疗程；疗程结束后，隔 5 天进行下 1 个疗程，连续治疗 3 个疗程。

1.4.2 脾肾不足 痰瘀交阻 症见腹部隐痛不适，大便溏泻夹杂黏液，或夹杂血便，颜色较淡，身体瘦弱，乏力，纳差，腰背酸痛，舌淡胖，苔白或厚腻，脉细。

治法：补益脾肾、行气化痰逐瘀。取俞募穴及任脉经穴为主，多用补法。②处方：脾俞、肾俞、章门、关元。随症选穴：大便溏泻夹杂黏液加足三里、三阴交；腹中冷痛、形寒肢冷加关元俞、命门；久泻不止加合谷、天枢；便血较多，加隐白、血海。常规消毒进针后，施以补法行针 2 分钟，然后接通电针治疗仪，选用连续波，频率为 100Hz，电流强度以患者感觉舒适为度，留针 20min。每日 1 次，10 次为 1 个疗程，疗程结束后，隔 5 天进行下 1 个疗程，连续治疗 3 个疗程。

2 食疗药膳

2.1 菱粥

【主料】带壳菱角 20 个，蜂蜜 1 匙，糯米适量。

【制法】将菱角洗净捣碎，放瓦罐内加水先煮成半糊状。再放入适量糯米煮粥，粥熟时加蜂蜜调味服食。3 料洗净，一同放入锅中，加水适量，大火煮沸后，改小火煲 1～2h，调味供用。

【服法】佐餐食用。

【功效】具有补气益胃润肠作用。

2.2 藕汁郁李仁蛋

【主料】郁李仁 8g，鸡蛋 1 只，藕汁适量。

【制法】将郁李仁与藕汁调匀，装入鸡蛋内，湿纸封口，蒸熟即可。

【服法】佐餐食用，每日 2 次，每次 1 只。

【功效】具有活血止血，凉血，大便有出血者可选用。

2.3 瞿麦根汤

【主料】鲜瞿麦根 60g 或干根 30g。

【制法】先用米泔水洗净，加水适量煎成汤。

【服法】代茶饮，每日 1 剂。

【功效】清热利湿。

2.4 茯苓蛋壳散

【主料】茯苓 30g，鸡蛋壳 9g。

【制法】将茯苓和鸡蛋壳熔干研成末即成。

【服法】每日 2 次，每次 1 剂，用开水送下。

【功效】疏肝理气，腹痛、腹胀明显者可选用。

2.5 桑椹猪肉汤

【主料】桑椹 50g，大枣 10 枚，猪瘦肉适量。

【制法】桑椹加大枣，猪肉和盐适量一起熬汤至熟。

【服法】可当汤佐餐，随意食用。当日吃完。

【功效】具有补中益气，下腹坠胀者可用此方。

2.6 荷蒂汤

【主料】鲜荷蒂 5 个，如无鲜荷蒂可用干者替代，冰糖少许。

【制法】先将荷蒂洗净，剪碎、加适量水，煎者 1h 后取汤，加冰糖后即成。

【服法】代茶饮，每日 3 次。

【功效】具有清热，凉血，止血，大便出血不止者可用此膳。

2.8 鱼腥草莲子汤

【主料】鱼腥草 10g，莲子肉 30g。

【制法】以上药用水煎汤即成。

【服法】代茶饮，每日 2 次，早晚服用。

【功效】具有清热燥湿，泻火解毒，里急后重者宜用。

2.9 木瓜炖大肠

【主料】木瓜 10g，肥猪大肠 30cm。

【制法】将木瓜装入洗净的大肠内，两头扎紧，炖至熟烂，即成。

【服法】当汤佐餐，随意食用。当日吃完。

【功效】清热和胃、行气止痛。

2.10 水蛭海藻散

【主料】水蛭 15g，海藻 30g。

【制法】将水蛭和海藻干研细末，分成 10 包即成。

【服法】每日 2 包，用黄酒冲服。

【功效】逐淤破血、清热解毒。

2.11 菱薏藤汤

【主料】菱角 10 个，薏苡米 12g，鲜紫苏 12g。

【制法】将紫苏撕成片，再与菱角、薏苡仁用水煎汤即成。

【服法】代茶饮，每日 3g。

【功效】清热解毒，健脾渗湿。

2.12 肉桂芝麻煲猪大肠

【主料】肉桂 50g，黑芝麻 60g，猪大肠约 30㎜。

【制法】猪大肠洗净后将肉桂和芝麻装入大肠内，两头扎紧，加清水适量煮熟，去肉桂和黑芝麻，调味后即成。

【服法】当汤佐餐，随意食用。当日吃完。

【功效】外提中气，下腹坠胀，大便频者可选用。

2.13 大黄槐花蜜饮

【主料】生大黄 4g，槐花 30g，蜂蜜 15g，绿茶 2g。

【制法】先将生大黄拣杂，洗净，晾干或晒干，切成片，放入砂锅，加水适量，煎煮 5min，去渣，留汁，待用。锅中加槐花、茶叶，加清水适量，煮沸，倒入生大黄煎汁，离火，稍凉，趁温热时，调拌入蜂蜜即成。

【服法】口服，早晚 2 次分服。

【功效】清热解毒，凉血止血。

2.14 马齿苋槐花粥

【主料】鲜马齿苋 100g，槐花 30g，粳米 100g，红糖 20g。

【制法】先将鲜马齿苋拣杂，洗净，入沸水锅中焯软，捞出，码齐，切成碎末，备用。将槐花拣杂，洗净，晾干或晒干，研成极细末，待用。粳米淘洗干净，放入砂锅，加水适量，大火煮沸，改用小火煨煮成稀粥，粥将成时，兑入槐花细末，并加入马齿苋碎末及红糖，再用小火煨煮至沸，即成。

【服法】当汤佐餐，早晚 2 次分服。

【功效】槐花性凉味苦，有清热凉血、清肝泻火、止血的作用。

3　预防与护理

3.1　合理饮食，饮食清淡，多吃些富含膳食纤维的粗粮、新鲜蔬菜和水果，少吃肉类海鲜、煎炸熏烤以及过于辛辣的刺激性食物，保持良好的排便习惯，还要戒烟限酒，忌食辛热、膏粱厚味之品，积极治疗肠道的慢性炎症，饮食、服药避免对肠道黏膜的过度刺激，戒烟戒酒。

3.2　适量运动，合理控制体重。

3.3　未病先防，定期体检，早发现，早治疗。对于家族直系亲属中有大肠癌或肠息肉的人群，要定期到医院做肠镜检查，以便早发现，早治疗。特别是某些胃肠道息肉有明显的遗传倾向，如家族性胃肠道息肉病、黑斑——胃肠道息肉综合征等。很多患者久治不愈或久拖不治，致使肠息肉迁延难愈，癌变可能大大增加。（许文学,杨建宇,李杨,等.中医治疗癌前病变专题讲座(十四)——息肉[J].中国中医药现代远程教育,2012,10(16):101-103.）

黏膜白斑

黏膜白斑是发生在黏膜上的白色斑片，但是作为一种疾病，它主要是指那些以角化过度和上皮增生为特点的黏膜白斑。本病多发生于 40 岁以上的成人，好发于口腔的下唇、牙龈、颊部及舌背黏膜，食道黏膜，女性的外阴、阴道内或宫颈处，偶见于男性的龟头或包皮两侧。某些类型具有比较特定的部位：颗粒状白斑多见于口角区颊黏膜；皱纸状白斑多见于口底舌腹；疣状白斑多见于牙龈。早期损害为患部呈淡白色小点或细条状，无任何自觉症状，以后患处渐渐对热性饮食或咸辣食物敏感。数月后，黏膜上出现大小不定乳皮样扁平隆起的条块状斑片，或互相融合成大片，表面往往有光泽，以后渐增厚变硬，紧附在黏膜上，强力刮除则引起出血。此时有瘙痒和触痛，搔抓后患部充血、肿胀、变红、轻微外伤引起流血，严重者患处有皲裂或溃疡。颊黏膜白斑可被误认为是颊黏膜扁平苔藓，或念球菌病，外阴黏膜白斑要和女阴干枯、白癜风、萎缩硬化性苔藓及念球菌病区别，部分还应和盘性红斑狼疮区别。

黏膜白斑发生的真正原因目前尚不明了，大致认为与机械刺激、烟酒过度、不良习惯、慢性炎症等有关，部分患者发病与遗传有关，或与老年人阴部萎缩有关。中医认为本病的发生乃思虑过度，情志不畅，肝气郁结所致，或平素嗜食辛辣炙煿厚味，心火肝火循径上炎，积湿生热，经脉空虚，湿热下注，由此导致口腔、阴部疾病发生。

长期以来，皮肤病理学家一直把黏膜白斑看成是癌前期病变，并认为最终将有 20%～30%发展成癌症。事实上，直到今天，医学界对于黏膜白斑病的定义、范围、诊断标准以及是否为癌前病变尚未形成统一的认识。但是，根据 WHO 及国内报道的研究资料，白斑的癌变率大多在 3%～5%左右，因此必要的检查和监测还是需要的，因为癌症发生的可能性还是存在的。

1　中医治疗

1.1　分证论治

1.1.1　湿热痰凝证

【临床表现】白斑颜色偏老偏黄而厚，可伴有局部糜烂、渗液、瘙痒，口干口臭，苔黄舌红，脉象滑数。

【治法】清热利湿。

【主方】龙胆泻肝汤加减。

【常用药】龙胆草 6g，党参 12g，黄芩 10g，栀子 10g，泽泻 10g，苍白术各 10g，淮山药 20g，知母 10g，黄柏 10g，紫草 10g，白花蛇舌草 12g，丹参 10g，萆薢 10g，生甘草 6g。

【加减】泛恶加竹茹 6g；脘腹胀加枳壳 15g；尿黄加金钱草 30g；纳差加焦山楂 15g，口干口苦、心烦易怒者加黄芩 10g，栀子 10g；失眠多梦者加炒枣仁 10g，远志 10g。

1.1.2　瘀血阻滞证

【临床表现】白斑附近黏膜暗红，伴有瘀斑。舌质暗红或有瘀斑紫点，舌下静脉充血，周围多血丝，脉弦涩或细涩。

【治法】活血化瘀。

【主方】桃红四物汤加减。

【常用药】桃仁 10g，红花 6g，赤芍 10g，当归 10g，丹参 10g，木香 6g，川芎 6g。

【加减】如证属实属热者方中去白芍、熟地黄，加生地黄、赤芍、牡丹皮、栀子、黄芩、黄柏以清热凉血。属虚属热者，加生地黄、青蒿、银柴胡、地骨皮、龟板、女贞子养阴清热。属实属寒者，加桂心、牛膝等温经通络。属虚属寒者，加吴茱萸、小茴香、艾叶、炮姜、补骨脂等，扶阳温经散寒。气虚者加党参、黄芪、白术、升麻，以益气摄血；血虚者加阿胶、首乌、艾叶，以温经养血；肾虚者加川断、寄生等补肾强腰之品；气滞者加香附、柴胡、延胡索、广香、乌药、郁金、砂仁、枳壳之类行气解郁。

1.2　单方验方

1.2.1　单方　①栀子：取生栀子 1 个，去皮，放入 20ml 冷水中搅匀，使水呈黄色，患者口含 10～20ml 栀子水 10min，每日 3 次，直至痊愈。具有泻火除烦，清热利湿，凉血解毒之功效。

1.2.2　验方

【验方一】熟地黄 20g，山药 10g，牡丹皮 10g，泽泻 10g，山萸肉 10g，茯苓 20g，肉桂 3g，麦冬 10g，石斛 5g，半夏 10g。上述药物水煎服，每日 1 剂，日服 2 次。有滋补肾阴，引火归原之功效。适用于中医辨证为肾阴虚损的黏膜白斑，尤其是口腔黏膜白斑。

【验方二】生炙甘草各 5g，生薏苡仁 20g，白花蛇舌草 15g，白茯苓 10g，蝉蜕 5g，牡丹皮 10g，玉竹 10g，金银花 10g，炒谷芽 10g，炒白术 10g。15 剂。上述药物水煎服，每日 1 剂，日服 1 次。具清利湿热、活血化瘀通络之功效，适用于湿毒内蕴之黏膜白斑。

【验方三】煅石膏 9g，煅人中白 9g，青黛 3g，薄荷 1.5g，黄柏 2.1g，川黄连 1.5g，炒月石 18g，冰片 3g。【用法】将煅石膏、煅人中白、青黛各研细末和匀，再用水飞三四次，研至无声为度，晒干，再研细后，再将其余五味各研细后和匀，瓶装封固，勿令泄气。洗漱净口腔，用药少许，吹敷患处。具消炎止痛，清热解毒。适用于口腔黏膜白斑。

1.3　药物外治

黄柏 15g，苍术 15g，蛇床子 30g，苦参 30g，荆芥 12g，赤芍 6g，红花 6g，黄芪 20g。制法：上药加水煎汤去渣备用。用法：取药液待其温度适宜时，坐浴，每日 2 次，每剂药可用 2～4 次。若患者对蛇床子、苦参、赤芍过敏，可改用白鲜皮 30g，地肤子 20g，丹参 6g；硬萎型可加莪术 10g。本方适用于肝经湿热、瘀血阻滞的外阴白斑。

何首乌、生地黄、当归、赤芍、苦参、蛇床子、百部各 30g。用纱布包好，放入盆内水煎煮 20min 后，加雄黄、冰片各 6g，5min 后捞出纱布包，熏洗患处 15～20min。每日 1 剂，每日洗两次。一般用药 14 剂后可获显效。结合内服药治疗外阴黏膜白斑。治疗期间需禁房事，忌食辛辣刺激性食物。

玉竹 50g，川椒 40g，透骨草 50g，土槿皮 30g，艾叶 60g，白矾 10g。以适量清水煮药，趁温热熏洗患部，每日 2～3 次。结合内服药治疗外阴黏膜白斑。

用生姜 120g，洗净连皮打碎，艾叶 90g（鲜者 200～250g），加水 1500ml，入锅煎沸后 20min 去渣，将药液倒入盆内，患者坐在盆上令蒸气先熏阴部，待水温度适宜，洗 10～15min，每天 1～2 次，连洗 3d 可愈。治疗外阴黏膜白斑。

外用方雄黄、儿茶、蛇床子、苦参、秦皮、白鲜皮、土槿皮、莪术等。把这些药物经消毒灭菌处理后，涂在宫颈白斑处可以达到消炎、去腐生肌的目的。用于治疗宫颈黏膜白斑。

用冰硼散主要成分：冰片、硼砂（煅）、朱砂、玄明粉。加适量蜂密调，饭后涂之，适用于口腔黏膜白斑。

1.4　针灸疗法　①耳针取穴肺、神门、外生殖器区，体针取脾俞、血海、肾俞、横骨、三阴交、阴廉。对外阴白斑有一定疗效。沈秋华用自制 DRA-Ⅰ型电热针仪针刺外阴病变处 30min，同时配合会阴、曲骨、中极穴位，每日或隔日 1 次，15 次为 1 个疗程，取得了良好效果，对增殖型采用浅刺，萎缩型深刺为宜。②丹参注射液治疗外阴白斑，取穴横骨、曲骨、阴阜和阿是穴。剂量为 1～2ml，每 4 天 1 次，10 次为 1 个疗程。

2　食疗药膳

2.1　丝瓜荷花响螺汤

【主料】丝瓜一斤，新鲜荷花三朵，响螺片（干品）一两，生姜一片，红枣两枚，盐少许。

【制法】干响螺片浸透，洗干净。丝瓜洗干净，去边皮，对半剖开，切块。荷花、生姜和红枣洗干净。荷花取瓣；生姜去皮，切一片；红枣去核；瓦煲加入清水，用猛火煲至水滚后，加丝瓜、响螺片、生姜和红枣；继续用中火煲 3h，再加荷花瓣，稍滚，加盐少许调味，即可饮用。

【服法】佐餐食用。

【功效】养阴清热。适用于证属湿毒内蕴之黏膜白斑。

2.2　桃仁桂鱼汤

【主料】桃仁 6g，泽泻 10g，桂鱼 100g。

【制法】桂鱼去鳞、腮、内脏，与桃仁、泽泻一起，加入葱、姜等佐料，一同炖熟。

【服法】食鱼喝汤。

【功效】活血化瘀，除湿通窍。适用于证属淤血内停之黏膜白斑。

2.3　牛奶荷包蛋

【主料】鸡蛋 2 个，苹果半个，白糖 20g，牛奶 150ml。

【制法】将鸡蛋液磕入沸水锅内煮熟，捞出放置碗内。将苹果去皮、核，切成小丁，与白糖、牛奶同放入锅中煮沸，倒入盛有荷包蛋的碗中即成。

【服法】佐餐食用。

【功效】防治外阴黏膜白斑有益。

2.4　南烛糯米粥

【主料】糯米 500g，南烛叶 50g，水适量。

【制法】取南烛叶 50g，将叶洗净。加入水适量，煮 30 分。去渣，取汁水煮糯米约 4h。待色变黑米烂熟即可食之。

【服法】佐餐食用。

【功效】促进外阴白斑症状的缓解。

3　预防与护理

3.1　保护牙齿　对排列不齐的牙齿尤与口腔黏膜有磨擦的牙齿应及早矫正，损害或有残留的牙齿应找医生及时修补，假牙安装应规整，不宜过大或歪突，从而避免对黏膜的擦伤。

3.2　养成良好卫生习惯　注意口腔清洁卫生，养成早晚刷牙漱口习惯，外阴保持清洁，定时清洗外阴，勤换内衣内裤。
3.3　讲究饮食卫生　戒除烟酒，少吃或不吃辛辣等刺激性食物，饮食不宜过热。
3.4　治疗慢性炎症　对口腔的慢性感染病灶及阴部炎症应及时发现及时治疗，以免贻误病情。（许文学,杨建宇,李杨,等.中医治疗癌前病变专题讲座(十五)——黏膜白斑[J].中国中医药现代远程教育,2012,10(17):91-93.）

子宫内膜不典型增生

子宫内膜不典型增生（atypicalhyperplasia，AH）属子宫内膜增生的一种类型，其主要的病理学特征为腺上皮细胞出现异型性。根据增生腺体是否出现背靠背群集，分为简单性不典型增生和复杂性不典型增生；根据组织学病变程度不同又可分为轻度、中度、重度不典型增生。是指子宫内膜因持久、大量的雌激素刺激发生过度增殖的病理改变，是无排卵型功能性子宫出血病的一种。多发生于青春期及更年期妇女。子宫内膜不典型增生患者的主要表现为不正常阴道出血，如多囊卵巢患者常表现为月经稀少或闭经一段时间后有较多的阴道出血；更年期患者表现为月经紊乱、周期长、经量多，或呈不规则阴道出血；绝经后患者可发生绝经后阴道出血，量可多可少。患者常合并不孕及贫血。凡有下列情况的妇女均应做进一步检查：①年轻妇女持续无排卵性功血；②绝经前后妇女不规则阴道出血；③绝经后阴道出血；④绝经后妇女宫颈阴道细胞涂片中发现异常细胞。

子宫内膜不典型增生在中医属于 “崩漏”、“五色带”、“癥积”等范畴。是由脾肝肾三脏功能失调，湿热瘀毒，蕴结胞宫，或肝气郁结，气滞血瘀，经络阻塞，日久积于腹中所致。

近年有学者建议将子宫内膜不典型增生及高分化腺癌统一归入内膜瘤变（endometrioidneoplasia），在目前普遍采用的 ISGP 分类中，子宫内膜不典型增生属激素依赖型子宫内膜癌的癌前病变。而重度不典型增生，可视为子宫内膜原位癌。因此积极防治子宫内膜不典型增生对子宫内膜癌的一级预防及改善子宫内膜癌患者的生活质量有重要的现实意义。中医在妇科病领域有着一定的特色和优势，可根据不同的体质与病因采用不同的治法，因势利导，以达到治疗目的。

1　中医治疗

1.1　分证论治

1.1.1　气血两虚证

【临床表现】突然暴崩出血，色淡质稀，怕冷自汗，面色苍白，全身乏力。舌淡，脉细弱。

【治法】补血益气止血。

【主方】固本止崩汤加减。

【常用药】吉林参（另煎）3g（或党参 30g），黄芪 30g，制首乌 10g，白术 30g，阿胶（烊冲）15g，鹿角胶（烊冲）10g，炒枣仁 10g，煅牡蛎（先煎）30g，黑姜 6g。

1.1.2　脾肾两虚证

【临床表现】经血紊乱，经量多或淋漓，色淡清稀，乏力纳少，腰膝软酸。苔薄，舌淡，脉细弱而沉。

【治法】健脾益肾固冲

【主方】大补元煎加减

【常用药】党参 30g，淮山药 12g，白芍 12g，炒白术 15g，熟地黄 12g，杜仲 10g，山茱萸 9g，仙鹤草 30g，陈阿胶（烊冲）10g，牛角（角思）30g，炮姜炭 9g，补骨脂 12g。

1.1.3　肝肾阴虚证

【临床表现】崩漏日久，血色鲜红，潮热口干，手足心热，头晕腰酸。舌红，脉细数。

【治法】养阴益肾固冲。

【主方】左归丸加减。

【常用药】熟地黄 12g，淮山药 12g，枸杞子 10g，山茱萸 9g，菟丝子 12g，龟版胶（烊冲）12g，仙鹤草 30g，旱莲草 15g，女贞子 12g，生地榆 30g。

【加减】眩晕者，加夏枯草 9g，煅牡蛎 30g（先煎）；出血量多者，加陈阿胶 10g（烊冲）；偏肾阳虚者，加鹿角胶 12g（烊冲），锁阳 10g，牛角（角思）15g，去生地榆。

1.1.4　血热妄行证

【临床表现】经血或崩或漏，色紫红稠，烦热口渴，下腹胀痛，尿黄。苔黄糙，舌红，脉弦数或滑数。

【治法】清热凉血固冲。

【主方】清经散加减。

【常用药】牡丹皮 12g，地骨皮 10g，大生地 15g，大白芍 12g，肥知母 10g，黄柏 9g，白及 12g，生牡蛎（先煎）30g，侧柏叶 20g，花蕊石（先煎）30g，生蒲黄（包煎）10g。

【加减】若有血热主证，又伴见倦怠乏力，气短懒言，心悸少寐等症，为气虚血热之象，宜加白术 12g，黄芪 15g，党参 12g，生龙骨（先煎）18g。

1.1.5　气滞血瘀证

【临床表现】崩漏日久，色紫有块，下腹胀痛拒按，血下痛减。舌紫暗，边有瘀斑。脉弦细或涩。

【治法】理气祛瘀止血。

【主方】隔下逐瘀汤加减。

【常用药】当归 10g，川芎 9g，桃仁 10g，枳壳 9g，生蒲黄（包煎）15g，五灵脂 15g，牛角（角思）15g，牡丹皮 6g，乌药 9g，小蓟炭 15g。

【加减】气虚乏力者，加黄芪 15g，白术 12g；瘀久化热者，加粉丹皮 10g，旱莲草 15g；如热而伤阴者，加沙参 15g，麦冬 10g，五味子 6g。

1.1.6　暴崩致脱证

【临床表现】血崩日久不止，血多色淡，质清稀，头晕乏力，胸闷气短，肢冷汗多，面色苍白。舌淡胖，脉细弱欲绝，血压偏低或低于正常。

【治法】益气回阳救脱。

【主方】参附龙牡汤加味。

【常用药】野山人参（另煎）3g，熟附片 9g，煅龙骨（先煎）30g，煅牡蛎（先煎）30g，黄芪 60g，炮姜 5g，云南白药（吞服）2g。

【加减】舌红伤阴者，加麦冬 15g，五味子 9g，去熟附片；阳回后加阿胶（烊化）12g。

1.2　中成药

1.2.1　十灰丸，每服 6g，日服 3 次（适用于血热者）。

1.2.2　固经丸，每服 9g，日服 3 次（适用于阴虚血热者）。

1.2.3　荷叶丸，每服 9g，日服 3 次（适用于血热或阴虚火旺者）。

1.2.4　龙胆泻肝丸：每服 6g，日服 2 次（适用于肝胆湿热者）。

1.2.5　益母丸，每服 6g，日服 2 次（适用于血瘀者）。

1.2.6　震灵丸，每服 9g，日服 2 次（适用于气滞血瘀者）。

1.2.7　乌金丸，每服 6g，日服 3 次（适用于肝气郁滞者）。

1.2.8　崩漏丸，每服 6g，日服 3 次（适用于肝肾阴虚者）。
1.2.9　全鹿丸，每服 9g，日服 2 次（适用于脾肾阳虚者）。
1.2.10　人参归脾丸，每服 6g，日服 2 次（适用于脾气虚而不摄者）。
1.2.11　补中益气丸，每服 6g，日服 3 次（适用于气虚下陷者）。
1.2.12　金匮肾气丸，每服 6g，日服 3 次（适用于肾阳不足者）。
1.2.13　妇血宁，每服 5 片，日服 3 次。
1.2.14　云南白药，每服 0.3g，日服 3 次（上药各型均可使用）。
1.2.15　归脾丸、十全大补九或补中益气丸，每日 2 次，每次 5g，吞服。用于气血虚弱漏下不止血止后调治。
1.2.16　震灵丹，每日 2～3 次，每次 6g，吞服。用于止血。
1.2.17　三七粉，血多时，4 小时 1 次，每次 3g，血止停用。对血瘀者更宜。
1.2.18　新癀片，每日 3 次，每次 4 片，饭后吞服。用于血热者。
1.2.19　野山人参粉，血多时，2～4 小时 1 次，首次剂量 1g，以后 0.5g 温水吞服。用于暴崩血脱者。如无野山人参粉，也可用吉林人参粉，血多时首次剂量 1.5～2.0g，以后每次 1g，血止停用；也可用吉林人参粉 1g，三七粉 1g，2 小时 1 次，吞服，血量明显减少，全身情况好转后逐渐延长服药时间和减量。
1.3　单方验方
1.3.1　单方　①益母草 30g。水煎服（适用血瘀者），每日 3 次。②三七末 3～5g，开水冲服，每日 2～3 次。③益母草流浸膏，每次 10ml，每日 3 次。
1.3.2　验方
【验方一】仙鹤草、血见愁、旱莲草各 30g。水煎服（适用于血热者），日服 3 次。
【验方二】白芍 15g，香附 12g，生熟蒲黄各 10g。水煎服（适用于气滞血瘀者），日服 3 次。
【验方三】旱莲草、女贞子各 15g，山萸肉、贯众、地榆、生地各 12g。水煎服（适用于肾阴不足者），日服 3 次。
【验方四】赤石脂、补骨脂各等份。共为细末，每服 3g，日服 3 次（适用于肾气虚寒者）。
【验方五】槐米、白术各 20g，黄芪、旱莲草、乌贼骨各 30g，甘草 10g。水煎服（适用于脾虚失摄者），日服 3 次。
【验方六】鹿角霜 15g，泡姜炭 10g，三七 6g。共为细末，每服 3g，日服 3 次（适用于脾肾阳虚者）。
【验方七】棕榈炭、莲房炭、血余炭各等份。共为细末，每服 5g，日服 3 次。
【验方八】仙鹤草、生龙牡各 50g，乌贼骨 30g。水煎服（上方适用于各型患者），日服 3 次。
【验方九】胡桃肉 500g、黑芝麻 250g，红枣肉 250g，黄芪 200g，阿胶 250g，冰糖 150g。制成膏方，病后调服。
【验方十】黄芪 30g，党参 15g，仙鹤草 30g，生蒲黄（包煎）12g。水煎服。另三七粉 3g，分 2 次吞服。
【验方十一】熟地黄 20g，山药 30g，枸杞子 15g，山茱萸 15g，菟丝子 20g，鹿胶、龟胶（烊化）各 15g，党参 30g，麦冬 15g，五味子 9g，女贞子 30g，旱莲草 30g。水煎服。如阴虚火旺，去枸杞子、党参，加太子参 30g、白

芍 20g。兼有小腹痛，经血有块者，去二胶，加失笑散。滋肾益阴，止血调经。用于症见经乱无期，阴道出血淋漓不净或量多如崩，或崩与漏交替出现。经色鲜红，质稠。头晕耳鸣，腰膝酸软，夜尿多，心烦多梦，面部黯斑，眼眶黯；或先天发育不良。舌质偏红，苔少，脉细数。

【验方十二】滋阴固气汤（《罗元恺论医集•崩漏》）处方：菟丝子 20g，山茱萸 15g，党参 30g，北黄芪 20g，白术 15g，炙甘草 6g，阿胶（烊化）20g，鹿角霜 10g，何首乌 20g，白芍 20g，续断 10g。水煎服，每日 1 剂。

【验方十三】固肾摄血汤：熟地黄、枸杞子、山药各 12g，蒲黄炭、山茱萸各 10g，菟丝子 20g，续断、党参、北黄芪各 15g，海螵蛸 18g。水煎服，每日 1 剂。

【验方十四】固本止崩汤（傅山《傅青主女科》）：党参 35g，炒白术 20g，北黄芪 30g，熟地黄 20g，炮姜 10g，当归 12g，炙甘草 9g，鹿衔草 15g，马鞭草 15g，何首乌 20g，桑寄生 20g，续断 15g。水煎服，每日 1～2 剂。补气摄血，养血调经。用于脾虚型，症见经血非时妄行，崩中与漏下交替反复，经色淡而质稀，可有血块。面色㿠白，气短神疲，甚则两目昏花，面浮肢肿，四肢不温，食欲不振。舌淡胖，苔白，脉细弱。

【验方十五】益气固冲止崩汤（赖天松等《临床方剂手册》）处方：黄芪 30g，白术、醋柴胡、陈皮炭、仙鹤草、甘草各 10g，党参、荆芥炭、当归、炒续断各 15g，升麻 4g。水煎服。

【验方十六】独参汤：红参 10～15g，炖服，每日 1 次。用于暴崩血脱者。

【验方十七】保阴煎（张介宾《景岳全书》）处方：生地黄、熟地黄各 15g，白芍 20g，山药 30g，续断 15g，黄芩 15g，黄柏 10g，甘草 9g，女贞子 30g，旱莲草 30g，地榆 30g，麦冬 15g。水煎服。滋阴清热，止血调经。

用于血热型。证见经血非时妄行，时崩时漏，淋漓不止，经色鲜红或深红，质稠或夹小血块。面赤唇红，口干渴，头晕耳鸣，或五心烦热，夜睡不宁，大便秘结，小便黄。舌红苔少，脉细数。

【验方十八】失笑散（陈师文等《太平惠民和剂局方》）合四乌贼骨一芦茹丸（《黄帝内经》）处方加减：五灵脂 10g，蒲黄 10g，海螵蛸 20g，茜根 15g，三七末 3g（冲服），鹿衔草 15g，马鞭草 15g，益母草 30g，党参 30g，香附子 10g。水煎服。

【验方十九】化瘀理冲汤（张达旭《中医妇科验方选》）处方：蒲黄炭 15g，大黄炭 6g，花蕊石 10g，三七 10g，茜根 10g，血余炭 6g，每日 1 剂，水煎服。若属寒凝血瘀者，去大黄炭，加炮姜、艾炭、肉桂。若兼气滞者，加白芍、橘核。若腹内有包块，或疼痛较剧者，可加三棱、莪术。

1.4　针灸疗法

1.4.1　体穴　出血量多者取神厥、隐白。艾灸 20min。一般 10min 后血即见少。三阴交、足三里，阴陵泉、关元、中极、血海、肾俞、脾俞、太冲、水泉、气海。每次取 3～4 穴针刺，根据病机之不同选用补泻手法。

1.4.2　耳穴　子宫、内分泌、皮质下、脾、肾、肝、卵巢。每次取 2～3 穴针刺，或用埋针治疗。

2　食疗药膳

2.1　苎麻根粥

【主料】生苎麻根 30g，炒陈皮 10g，粳米、大麦仁各 50g，细盐少许。

【制法】先煎苎麻根、陈皮，去渣取汁，后入粳米及大麦仁煮粥，临熟放入盐少许。

【服法】分作 2 次服，每日空腹趁热食。

【功效】凉血、止血、安胎。适用于血热崩漏，妊娠胎动下血及尿血，便血等症。

2.2　红米生地粥

【主料】生地黄 50g，红米 100g，冰糖适量。

【制法】取生地黄，洗净后煎取药汁，与红米加水共煮，煮沸后加入冰糖；煮成稀粥。

【服法】每日早晚空腹温热食。

【功效】清热生津，凉血止血。适用于血热崩漏，鼻衄及消化道出血，还可用于热病后期，阴液耗伤，低热不退，劳热骨蒸，或高热心烦，口干作渴。此粥不宜长期食用。服用期间，忌吃葱白、韭白、薤白及萝卜。

2.3　三七粉粥

【主料】三七粉 3g，大枣 5 枚，粳米 100g，冰糖适量。

【制法】先将三七打碎研末，粳米淘洗净，大枣去核洗净，然后一同放入砂锅内，加水适量煮粥，待粥将成时，加入冰糖汁即成。

【服法】每日 2 次服食。

【功效】补血止血，化瘀清热。适用于崩漏下血及其它出血症。

2.4　阿胶粥

【主料】阿胶 30g，糯米 100g，红糖适量。

【制法】先将糯米煮粥，待粥将熟时，放入捣碎的阿胶，边煮边搅匀，稍煮 1～2 沸，加入红糖即可。

【服法】每日分 2 次服，3～5 日为 1 个疗程。

【功效】滋阴补虚，养血止血，适用于功能失调性子宫出血及血虚，咳血，衄血，大便出血等。连续服用可有胸满气闷的感觉，故宜间断服用。脾胃虚弱者不宜多食。

2.5　乌雄鸡粥

【主料】乌雄鸡 1 只，糯米 100g，葱白 3 条，花椒、食盐适量。

【制法】将鸡毛去净，除内脏，洗净切块煮烂，再入糯米及葱、椒、食盐煮粥。

【服法】每日 2 次，空腹食。

【功效】益气养血，止崩安胎。适用于脾虚血亏而致的暴崩下血或淋漓不净，血色淡质薄，面色恍白或浮肿，身体倦怠，四肢不温，气短懒言等。

2.6　山药山萸粥

【主料】山萸肉 60g，山药 30g，粳米 100g，白糖适量。

【制法】将山英肉、山药煎汁去渣，加入粳米、白糖，煮成稀粥。

【服法】每日分 2 次，早晚温热食。

【功效】补肾敛精，调理冲任。适用于肾虚型崩漏。因热致病者忌服。

2.7　花生衣猪瘦肉汤

【主料】花生衣 100g，猪瘦肉 100g，大枣 20g。

【制法】花生衣洗净，猪瘦肉洗净，切厚片，大枣洗净，去核。上三味同放锅内加清水 4 小碗煎至 2 小碗。

【服法】饮汤食肉。

【功效】健脾止血，适用于脾虚所致崩漏者。

2.8　淡菜瘦猪肉汤

【主料】淡菜（干品）100g，墨鱼骨 50g，茜根 30g，瘦猪肉 100g。

【制法】淡菜浸软洗净，茜根、墨鱼骨、猪瘦肉洗净后，连同淡菜放砂锅内，加清水 5 小碗煮沸后慢火熬至 2 小碗。食盐调味。

【服法】饮汤食肉，一日分 2～3 次食完。

【功效】滋阴清热、凉血止血之效，适用于阴虚血热之崩漏者。

2.9　韭菜奶

【主料】鲜韭菜 500g，牛奶 200ml，白糖 15g。

【制法】韭菜洗净后再用冷开水浸洗，捣烂、榨汁，盛于碗内，牛奶加入白糖，煮沸搅匀，离火后放至适温，冲入韭菜汁内。

【服法】趁热饮下。每日 1～2 次。

【功效】祛瘀止血，适用于血瘀崩漏者。

3　预防与护理

不典型增生过长已属癌前病变，如在绝经年龄，可行子宫全切除术，如不愿切除子宫，则一定要密切随访，多次诊刮，随时了解内膜病变情况。

舒畅心情，稳定情绪，营养饮食。

未病先防，自我检查和定期检查。对于高危人群需加强自我检查和定期检查，及时治疗月经失调、子宫肌瘤、卵巢囊肿等妇科疾患和其他内分泌疾病。（许文学,杨建宇,李杨,等.中医治疗癌前病变专题讲座(十六)——子宫内膜不典型增生[J].中国中医药现代远程教育,2012,10(18):84-87.）

Barrett 食管

Barrett 食管（BE）是食管下段的鳞状上皮细胞被胃的柱状上皮细胞所取代的一种病理现象，是反流性食管炎的并发症之一。BE 本身一般不引起症状，主要表现为反流性食管炎的症状，如胃灼热、反酸、胸骨后疼痛和吞咽困难等。

Barrett 食管的形成主要与食管胃十二指肠反流有关，被认为是胃食管反流的严重并发症。但具体发病机制尚不完全清除，可能是酸暴露、十二指肠内容物及胆汁反流，同时在胃蛋白酶、胰蛋白酶及脂肪酶等因子的作用下，引起食管粘膜损伤，发生炎症反应，从而启动氧化应激机制，产生大量氧自由基，氧自由基使食管鳞状上皮基底层内的上皮内干细胞发生基因突变，向腺上皮化生，形成 BE。几乎全部 Barett 食管可认为是损伤后食管黏膜的再生过程，即发生鳞状上皮部分的柱状上皮化生，这是消化液反流进入食管并造成食管黏膜损害的最重要原因。“胃食管反流—反流性食管炎—食管柱状上皮化生/肠上皮化生（Barett 食管）—发育异常—食管腺癌”这一发病模式已经被基因分析所证实。Barrett 食管是食管腺癌的癌前病变，约 10% BE 患者可能进展为食管腺癌。

因 Barrett 食管只是食管黏膜上皮的病理改变，而非一证，但从其常有咽部不适，胃脘堵闷，时有噎食等临床表现看，可归为中医“噎证” 范畴。噎即噎塞，指吞咽之时梗噎不顺；膈为格拒，指饮食不下或食入即吐。噎虽可单独出现，但又每为膈的前驱，故往往以噎膈并称。正如张石顽《千金方衍义》所言：“噎之与膈，本同一气，膈证之始，靡不由噎而成。”忧思伤脾，脾伤则气结，气结则津液不布，遂聚而为痰，痰气交阻食道；恼怒伤肝，肝伤则气郁，气郁则血停，瘀血阻滞食道；气滞、痰阻、血瘀郁结食道，饮食噎塞难下而成噎膈。本病病位在胃及食道，与肝脾相关。

1　中医治疗

1.1　分证论治

1.1.1　肝胃气滞证

【临床表现】患者平素多忧思抑郁，渐至饮食减少，咽中不适或胃中堵闷，舌暗，脉或弦或涩。

【治法】理气解郁、和胃降逆。

【主方】香砂宽中丸加减。

【常用药】木香 10g，香附 10g，白术 15g，陈皮 10g，白豆蔻 10g，砂仁 10g，青皮 10g，槟榔 20g，茯苓 20g，半夏 10g，厚朴 10g。

【加减】心烦口苦加丹皮 10g，栀子 10g；大便秘结者加生大黄 10g，枳实 10g；胁肋刺痛者加郁金 10g，乌药 10g，赤芍 10g，延胡索 15g。

1.1.2　痰气胶阻证

【临床表现】胸中如滞，饮食衰少，时而干食难下，伴头晕，气短，舌淡胖，脉多见滑象。

【治法】理气解郁、化痰散结。

【主方】轻者大半夏汤加竹沥治之，重者来复丹下之。

【常用药】半夏 10g，人参 20g，白蜜一两，玄精石 20g，硝石 10g，硫黄 5g，橘皮 10g，青皮 10g，五灵脂 10g。

【加减】嗳气者加沉香 10g，柴胡 10g；呕吐痰涎者加旋覆花 10g，代赭石 20g；胸闷痞满者加枳实 10g，槟榔 10g，瓜蒌 10g。

1.1.3　瘀血积滞证

【临床表现】胸中或胃脘刺痛或闷痛，或噎干食或食后痛重，大便燥结如羊屎，脉多涩。

【治法】行气化瘀。

【主方】滋血润肠丸加减。

【常用药】当归 15g，白芍 10g，生地黄 10g，红花 10g，桃仁 10g，枳壳 10g，大黄 10g

【加减】呕吐痰涎者加莱菔子 20g，并予生姜汁咽服；胸膈胀痛者加赤芍 15g，丹参 30g，制乳香 10g 吞服；神疲体倦者加党参 20g，黄芪 30g；服药即吐者可先服玉枢丹。

1.1.4　脾气虚弱证

【临床表现】患者面色萎黄，神疲乏力，食少纳呆，胃脘痞闷不舒，脉多虚弱。

【治法】健脾益气。

【主方】补气运脾丸。

【常用药】人参 20g，白术 15g，茯苓 20g，黄芪 30g，砂仁 10g，橘红 10g，半夏 10g，甘草 10g。

【加减】胃脘虚痛者加丁香 10g、白豆蔻 10g；若食积不化、脘腹胀满、嗳气吞酸者加用焦三仙各 20g、鸡内金 10g；若腹痛下痢、四肢厥冷可加用制附子 10g、干姜 10g。

1.1.5　胃阴亏少证

【临床表现】患者自觉食道干涩热痛，饥而不欲食，大便干结，小便赤，脉多细数。

【治法】滋阴养胃。

【主方】二冬二母汤加减。

【常用药】天冬 15g，麦冬 15g，知母 10g，贝母 15g。

【加减】若阴虚较甚，五心烦热者加熟地黄 15g，牡丹皮 10g，黄柏 10g；若呕吐甚者加橘皮 10g，竹茹 20g，枇杷叶 20g。

1.2　中成药治疗

增生平：主要由山豆根、拳参、北败酱、夏枯草、白鲜皮、黄药子等药物制成，具有清热解毒、化痰散结功效，抗瘤谱广，适用于消化系统肿瘤如食管癌、贲门癌、胃癌、结肠癌及癌前病变，可提高疗效，减轻放、化疗的毒副作用，防止复发和转移，有效预防消化道肿瘤的发生。用法：1 次 8 片，1 日 2 次。疗程 6 个月。

复方党参片：主要由党参、丹参、当归、北沙参、金果榄等药物制成，具有活血祛瘀、健脾益气功效，用于 Barrett 食管属气滞血瘀者。用法：每日 3 次，每次 3～4 片。

复方苍豆丸：主要由苍术、山豆根、绿茶组成，具有清热解毒、化痰散结功效，适用于食管炎、食管癌、贲门癌、胃癌及癌前病变，用法：每日 7g，每月服药 3 周，休息 1 周，连续服药 2 年。

六味地黄丸：由熟地黄、山药、山茱萸、茯苓、泽泻、牡丹皮等制成，滋肾养阴，用于食管炎、食管癌属胃阴亏少者。用法：每次 9g，每日 3 次。

1.3　单方验方

1.3.1　取老牛涎沫，如枣核大，置水中饮之。

1.3.2　杵头上糠，细末蜜丸，弹子大，非时含一丸，咽津。
1.3.3　黑驴尿一盅，服之。亦有记载服白马尿者。
1.3.4　干柿饼连蒂捣为细末，酒调服。
1.3.5　魏灵丹：阿魏、五灵脂等分为末，狗胆汁和为丸，如绿豆大，白滚汤或姜汤下。
2　食疗药膳
2.1　枸杞乌骨鸡
【主料】枸杞 30g，乌骨鸡 100g，调料适量。
【制法】将枸杞乌骨鸡加调料后煮烂，然后打成匀浆或加适量淀粉或米汤，成薄糊状，煮沸即成。
【服法】温服，每日多次服用。
【功效】补虚强身，滋阴退热，适用于体质虚弱者。
2.2　蒜鲫鱼
【主料】活鲫鱼 1 条（约 300g），大蒜适量。
【制法】鱼去肠杂留鳞，大蒜切成细块，填入鱼腹，纸包泥封，晒干。炭火烧干，研成细末即成。
【服法】每日 3g，每次 3g，用米汤送服，
【功效】解毒、消肿、补虚。
2.3　刀豆梨
【主料】大梨 1 个，刀豆 49 粒，红糖 30g。
【制法】将梨挖去核，放满刀豆，再封盖好，连同剩余的刀豆同放碗中。入笼 1 小时，去净刀豆后即成。
【服法】吃梨喝汤。
【功效】散结止渴。
2.4　紫苏醋散
【主料】紫苏 30g，醋适量。
【制法】将紫苏研成细末加水 1500ml，水煮过滤取汁。加等量醋后再煮干。
【服法】每日 3 次。
【功效】化痰宽中，适于吞咽困难者。
2.5　鸡蛋菊花汤
【主料】鸡蛋 1 个，菊花 5g，藕汁适量，陈醋少许。
【制法】鸡蛋液与菊花、藕汁、陈醋调匀后，隔水蒸炖熟后即成。
【服法】温服，每日 1 次。
【功效】止血活血，消肿止痛。
2.6　阿胶炖肉
【主料】阿胶 6g，瘦猪肉 100g，调料适量。
【制法】先加水炖猪肉，熟后加胶炖化，加调料即成。
【服法】温服，每日 1 次。
【功效】补血、活血、滋阴，用于身体虚弱，有贫血等症患者。
2.7　瓜蒌饼
【主料】去籽瓜蒌瓤 250g，白糖 100g，面粉 800g。
【制法】以小火煨熬瓜蒌瓤，拌匀压成馅备用。面粉做成面团，包馅后制成面饼，烙熟或蒸熟食用。

【服法】经常服食。

【功效】清热、止咳，适用于胃食管反流性咳喘。

2.8　生芦根粥

【主料】鲜芦根 30g，红米 50g。

【制法】用清水 1500ml 煎煮芦根，取汁 1000ml，加米于汁中煮粥即成。

【服法】温服。

【功效】清热生津止呕。

3　预防和调摄

饮食要得法，少食辛辣，多食流质食物或牛乳，若食荤腥，可慢火煮烂食汁，如再配合用药多可控制病情发展。避免劳累损伤，宜常闭目静养为妙。可吐纳导引：夜半清静之时，闭目打坐，以舌顶上腭，使津布满口，频频下咽，再意念送于丹田。另《保生秘要》记载：“行功宜带饥，以双手系梁，将身下坠，微纳气数口，使气冲膈盈满，两脚踏步二九一度之数，则郁膈气逆，胃口虚弱，不药而愈”。（许文学,杨建宇,李杨,等.中医治疗癌前病变专题讲座(十七)——Barrett 食管[J].中国中医药现代远程教育,2012,10(19):72-74.）

临证用方

孙光荣经方化裁示例

孙光荣教授是国家级名老中医、北京同仁堂中医大家、北京市名老中医、北京中医药大学教授，中医药远程教育创始人，是著名的中医临床家、中医文献学家、中医教育家、中医思想家、中医战略家，笔者有缘拜在孙老教授门下习医，受益终身。现将孙老关于经方歌诀和化裁心得辑录如下，以飨读者。

(一)小柴胡汤(《伤寒论》)

【歌诀】小柴胡汤和解功　半夏人参甘草从　更用黄芩加姜枣　少阳百病此为宗

1、原方组成：柴胡半斤，黄芩、人参、甘草(炙)、生姜(切)各三两，大枣十二枚(擘)，半夏半升(洗)。以水一斗二升，煮取六升，去滓，再煎取三升，温服一升，一日三次。

2、应用大旨：宜：中气 中焦 中和 忌：大汗 大吐 大泻

【经方要义】小柴胡汤

(1)方剂分类：属于“和解剂”

(2)针对病证：往来寒热 胸胁苦满 喜呕不欲饮食 心烦口苦 咽干目眩 寒热发作有时

(3)配伍特点：扶正祛邪兼顾(人参、大枣、甘草扶正，其余祛邪)；一清一散并行(柴胡、黄芩)

(4)选方提要：少阳证，但见一证便是，不必悉俱。

【应用精义】

曹颖甫《伤寒发微》：柴胡以散表寒，黄芩以清里热。湿甚生痰，则胸胁满，故用生姜、生半夏以除之。中气虚则不欲食，故用人参、炙甘草以和之，此小柴胡汤之大旨也。

吴谦等《医宗金鉴》：邪传少阳惟宜和解，汗、吐、下三法皆在所禁……故立和解一法，既以柴胡解少阳在经之表寒，黄芩解少阳在府之里热，尤恐在里之太阴正气一虚，在经之少阳邪乘之，故以姜、枣、人参和中而壮里气，使里不受邪而和，还表里以作解也。

《伤寒论》：有柴胡证，但见一证便是，不必悉具。

3、孙光荣化裁之经验方之～孙光荣扶正祛邪中和汤(基本方)：

【君】生晒参 10g、生北芪 15g、紫丹参 10g(益气活血)

【臣】北柴胡 12g、广郁金 12g、制香附 12g(疏肝解郁)

【佐】法半夏 10g、广陈皮 10g、淡黄芩 10g(清热化痰)

【使】大红枣 10g、生姜片 10g、生甘草 5g(补引纠和)

(注：补引纠和一一补益、引导、纠偏、调和)

孙光荣扶正祛邪中和汤适应病证：

【脉象】弦，弦细，弦滑，沉弦。

【舌象】舌质红、淡红，舌苔黄，微黄，黄白而稍腻。

【症状】发热，持续低热，寒热往来；心烦胸满，欲呕，呕吐，口苦，萎靡不振，懒言，不思食。

【适应病证加减举例】

急、慢性胆囊炎：去制香附、淡黄芩，加蒲公英 15g、海金沙 15g、金钱草 15g。

厌食症：去制香附、淡黄芩，加鸡内金 6g、谷麦芽各 15g；津少咽干再加金石斛 15g。

抑郁症：去制香附、淡黄芩，加炙远志 10g、石菖蒲 10g；舌苔白腻，再加佩兰叶 6g。

急性肝损害：去制香附，加田基黄 15g、蒲公英 15g，鸡骨草 15g；中焦痞格，再加隔山消 10g。

(二)小建中汤(《伤寒论》)

【歌诀】小建中汤芍药多 桂姜甘草大枣和 更加饴糖补中脏 虚劳腹冷服之瘥

1、原方组成：桂枝三两(去皮)，甘草二两(炙)，大枣十二枚(擘)，芍药六两，生姜三两(切)，胶饴一升。以水七升，煮取三升，去滓，纳饴，更上微火消解。温服一升，一日三次。

2、应用大旨：宜：面色无华 手足烦热 腹冷痛而喜按(中焦阳气不足，阴血不足，虚劳里急)忌：发热 湿热 呕吐 里实 阳亢

【经方要义】小建中汤

(1)方剂分类：属于“温里剂”

(2)针对病证：腹中时痛 畏寒肢冷 心中悸动 面色无华 手足烦热 咽干口燥

(3)配伍特点：辛(桂枝) 甘(饴糖、炙甘草) 酸(倍芍药) 化阴

(4)选方提要：中焦虚寒，气血不足

【应用精义】

方有执《伤寒论条辨》：小建中汤者，桂枝汤倍芍药而加饴糖也。倍芍药者，酸以收阴，阴收则阳归附也。加饴糖者，甘以润土，土润则万物生也。建，定法也，定法唯中，不偏不党，王道荡荡，其斯之谓乎?

柯韵伯《伤寒来苏集》：此方安内攘外，泻中兼补，故名日“建”。外症未除，尚资姜桂以散表，不全主“中”，故日“小”。所谓“中”者有二：一日“心中”，一日“腹中”。

吴昆《医方考》：呕家不可用建中，为其甘也。则夫腹痛而兼呕者，又非建中所宜也。

3、孙光荣化裁之经验方之二一一

孙光荣健中和胃汤：

【君】太子参 15g、生北芪 15g、紫丹参 10g（益气活血）

【臣】川桂枝 69、杭白芍 12g、广橘络 6g（敛阴引阳）

【佐】炒白术 10g、大红枣 10g、生姜片 10g（健脾和胃）

【使】鲜饴糖 20g、生甘草 5g（补引纠和）

孙光荣建中和胃汤适应病证：

【脉象】虚，虚细，虚细且涩，弦细，芤。

【舌象】舌质红、暗红、淡紫，舌苔白，微白，白腻。

【症状】气短，心悸，手足烦热；腹痛喜按，小便自利或频数。

【适应病证加减举例】

胃溃疡：呃逆、欲呕者，去鲜饴糖、生甘草，加乌贼骨 12g、西砂仁 4g，延胡素 10g；喜食寒者，再去川桂枝，加瓦楞子 10g；喜食热者，再改川桂枝为高良姜 10g。

血小板减少性紫癜：去川桂枝、鲜饴糖，加淡紫草 10g、芡实仁 15g、白鲜皮 10g、生地炭 10g。

再生障碍性贫血：加真阿胶 10g、鹿角胶 10g；全当归 12g。

痛经(腹冷者)：加制香附 10g，延胡素 10g，吴茱萸 10g；月经衍期者，再加益母草 10g；月经先期者，再加大生地 10g。

(三)甘麦大枣汤(《金匮要略》)

【歌诀】金匮甘麦大枣汤　人患脏躁喜悲 伤精神恍惚常欲哭 养心安神效力彰

1、原方组成甘草三两，小麦一升，大枣十枚。以水六升，煮取三升，分三次温服

2、应用大旨：宜：精神恍惚 心烦难寐 常悲欲哭 言行失常(心阴受损，肝气失和)忌：真寒真热大吐大泻

【经方要义】甘麦大枣汤

(1)方剂分类：属于“安神剂”

(2)针对病证：精神恍惚 睡眠不安 悲伤欲哭 言行失常 呵欠频作

(3)配伍特点：甘润平补养心舒肝

(4)选方提要：心气心血两亏。

【应用精义】

莫枚士《经方例释》：此为诸清心方之祖，不独脏躁宜之。凡盗汗、自汗等可用。《素问》：麦为心谷。《干金》日：麦养心气。《干金》有加甘竹根、麦冬二味，治产后虚烦及气短者，名竹根汤。又竹叶汤、竹茹汤，并以此方为主，加入竹及麦冬、姜、苓，治产后烦。夫悲伤欲哭，数申欠，亦烦象也。

尾台榕堂《类聚方广义》：孀妇室女，平素忧郁无聊，夜夜不眠等人，多发此证。发则恶寒发热，战栗错语，心神恍惚，坐卧不安，悲泣不已，服此方立效。又癫痫、狂病，与前证类似者，亦有奇验。

3、孙光荣化裁之经验方之三一一

孙光荣安神定志汤：

【君】西党参 10g 生北芪 10g 紫丹参 7g（益气活血）

【臣】干小麦 15g 大红枣 10g 生甘草 5g（养心柔肝）

【佐】云茯神 10g 炒枣仁 10g 川郁金 10g（安神开郁）

【使】灯芯草 3g（补引纠和）

孙光荣安神定志汤适应病证：

【脉象】细数，细数无力，细数且涩。

【舌象】舌质淡红，舌苔白薄，或苔少，或少津。

【症状】精神恍惚，五心烦热，潮热阵阵，呵欠连连，虚汗淋淋，悲伤欲哭，难寐多梦，言行异常。

【适应病证加减举例】

抑郁症：加炙远志 10g、石菖蒲 10g；月经衍期或停经者，加益母草、制香附各 12g。

狂躁症：加合欢皮 10g，灵磁石 5g，石决明 20g 。

更年期综合症：加银柴胡 12g，地骨皮 10g，炙鳖甲 15g；盗汗甚剧者，再加浮小麦 15g、麻黄根 10g。

网瘾症：加炙远志 10g，石菖蒲 10g，合欢皮 10g，灵磁石 5g。

(四)理中丸(《伤寒论》)

【歌诀】理中汤主理中乡 半夏人参术黑姜 呕利腹痛阴寒盛 或加附子总回阳

1、原方组成：人参、干姜、甘草(炙)、白术各三两。过筛，蜜和为丸，如鸡子黄许大，以沸汤数合和一丸，研碎，温服之。日三服，夜二服。

2、应用大旨：宜：心下痞硬呕吐下利腹满痛四肢清冷(中焦虚寒)忌：虚热湿热

【经方要义】理中丸

(1)方剂分类：属于“温里剂”

(2)针对病证：脘腹绵绵作痛 畏寒肢冷 脘痞 呕吐便溏 胸痹 病后多生涎唾 小儿慢惊 便血 吐衄血

(3)配伍特点：温(干姜)、燥(白术)、补(人参)并用 4)选方提要：中焦(脾胃)虚寒。

【应用精义】

成无己《伤寒明理论》：心肺在膈之上为阳，肾肝在膈之下为阴，此上下脏也。脾胃应土，处在中州，在五脏日孤脏，属三焦日中焦，自三焦独治在中，一有不调，此丸专治，故名日理中丸。

柯韵伯《伤寒来苏集》：太阴病，以吐利腹满痛为提纲证，是遍及三焦。然吐虽属上，而由于腹满，利虽属下，而亦由于腹满，皆因中焦不治以致之也。其来有三：有因表虚而风寒自外入者，有因下虚而寒湿自下上者，有因饮食生冷而寒邪由中发者，总不出于虚寒。

3、孙光荣化裁之经验方之四一一

孙光荣益气温中汤(基本方)：

【君】生晒参 10g 生北芪 15g 紫丹参 7g（益气活血）

【臣】老干姜 10g 上肉桂 5g 炙甘草 12g（温中散寒）

【佐】炒白术 10g 炒六曲 15g 谷麦芽各 15g（健中开胃）

【使】大红枣 10g

(补引纠和)

孙光荣益气温中汤适应病证：

【脉象】沉，沉弦，沉迟，沉细，结代。

【舌象】舌质淡红且薄，有齿痕，舌苔薄白或花剥。

【症状】身形高瘦，面色萎黄或苍白，四肢倦怠，手足不温，心下有振水声，畏寒怕冷，口水、痰液、鼻涕、尿液、白带多，喜呕喜唾，不思饮食，大便溏稀。

【适应病证加减举例】

慢性胃肠炎：加焦三仙各 15g，车前仁 10g。

胸痹(胸闷甚、不思饮食者)：去上肉桂，加川桂枝 6g，全栝楼 10g，薤白头 10g。

妊娠恶阻：紫丹参改 3g，加白蔻仁 6g，紫苏茎 10g。

结肠癌：生北芪改 20g，加山慈菇 15g，嫩龙葵 15g，菝葜根 15g；大便结，再加火麻仁 12g。

(五)射干麻黄汤(《金匮要略》)

【歌诀】喉中咳逆水鸡声　三两干辛款菀行　夏味半升枣七粒姜　麻四两破坚城

1、原方组成：射干三两， 麻黄四两， 生姜四两， 细辛三两， 紫菀三两，款冬花三两，大枣七枚， 半夏半升，五味子半升。

2、应用大旨：宜：咳喘上气痰鸣如蛙(肺失清肃，气机上逆)忌：咽干痰少

【经方要义】射干麻黄汤

(1)方剂分类：属于“祛痰剂”

(2)针对病证：咳喘喉中痰鸣漉漉咳吐不利

(3)配伍特点：合力祛邪，三管齐下：降逆、止咳、清痰、泻火、利咽(射干、紫菀、冬花、五味子)，发表(轻度)、散邪(麻黄、生姜)， 燥湿逐饮(半夏、细辛、大枣)

(4)选方提要：小青龙、越脾汤之兼证。

【应用精义】

张路玉《张氏医通》：上气而作水鸡声，乃是痰碍其气，风寒入肺之一验，故于小青龙方中，除桂心之热、芍药之收、甘草之缓，而加射干、紫菀、款冬、大枣。专以麻黄、细辛发表，射干、五昧下气，款冬、紫菀润燥，半夏、生姜开痰，四法萃于一方，分解其邪，大枣运行脾津和药性也。

胡希恕《经方传真》：射干、紫菀、冬花、五昧子均主咳逆上气，而射干尤长于清痰泄火，以利咽喉。麻黄、生姜发表散邪。半夏、细辛、大枣降逆逐饮，故亦是外邪内饮而致咳逆之治剂，与小青龙汤所主大致相同，而侧重于上气痰鸣者。

3、孙光荣化裁之经验方之五一一

孙光荣化痰降逆汤：

【君】西洋参 7g 生北芪 7g 紫丹参 7g（益气活血）

【臣】炙麻绒 10g 北细辛 5g 生姜片 5g（表散风寒）

【佐】漂射干 10g 清紫菀 10g 款冬花 10g（降逆定喘）

【使】法半夏 7g 五味子 3g 大红枣 10g

(化痰和中)

孙光荣化痰降逆汤适应病证：

【脉象】弦大，浮大，滑数，浮而稍数。

【舌象】舌质暗红，舌苔白或白腻。

【症状】咳喘不已，呼吸短促，痰鸣如蛙，痰白而稀。

【适应病证加减举例】

支气管哮喘(新感风寒发作者)：加荆芥穗 10g，矮地茶 10g，蒲公英 12g。

小儿百日咳：上方剂量酌减，加百部根 7g。

老年慢性支气管炎(兼见便结者)：加矮地茶 10g，麦门冬 12g；清紫菀改炙紫菀、款冬花改炙冬花。

(六)白头翁汤(《伤寒论》)

【歌诀】白头翁治热毒痢　黄连黄柏佐秦皮 清热解毒并凉血 赤多白少脓血医

1、原方组成：白头翁二两，黄柏三两，黄连三两，秦皮三两。以水七升，煮取二升，去滓，温服一升；不愈，更服一升。

2、应用大旨：宜：下痢脓血疫毒痢疾腹痛肛灼里急后重(热毒深入血分，下迫大肠，伤津) 忌：咽干痰少毒痢初起

【经方要义】白头翁汤

(1)剂分类：属于“清热剂”

(2)对病证：下痢，赤多白少腹痛，里急后重肛门灼热渴欲饮水

(3)伍特点：清热(白头翁)、收涩(秦皮)兼施。

(4)选方提要：热毒深陷血分。

【应用精义】

柯韵伯《伤寒来苏集》：四味皆苦寒除湿胜热之品也。白头翁临风偏静，长于驱风，盖脏腑之火、静则治，动则病，动则生风，风生热也。故取其静以镇之，秦皮木小而高，得清阳之气，佐白头翁以升阳，协连、柏而清火，此热利下重之宣剂。

吴谦等《医宗金鉴》：厥阴下利，属于寒者，厥而不渴，下利清谷；属于热者，消渴下利，下利便脓血也。此热利下重，乃火郁湿蒸，秽气奔逼广肠，魄门重滞而难出，即《内经》所云：暴汪下迫者是也，君白头翁，寒而苦辛；臣秦皮，寒而苦涩，寒能胜热，苦能燥湿，辛以散火之郁，涩以收下重之利也；佐黄连清上焦之火，则渴可止；使黄柏泻下焦之热，则利自除也。

3、孙光荣化裁之经验方之六一一

孙光荣清热利肠汤：

【君】西洋参 7g 生北芪 7g 紫丹参 7g（益气活血）

【臣】白头翁 12g 川黄连 12g 川黄柏 12g（清热凉血）

【佐】苦秦皮 10g 蒲公英 10g 金银花 10g（解毒止痢）

【使】车前仁 10g 生甘草 5g（化痰和中）

孙光荣清热利肠汤适应病证：

【脉象】弦数，细数。

【舌象】舌质红，舌苔黄厚或腻。

【症状】泻下脓血，里急后重，腹痛肛灼，渴欲饮水。

【适应病证加减举例】

阿米巴痢疾：加鸦胆子(桂圆肉包裹，吞服)。

急性结膜炎：去苦秦皮，加谷精草 10g。

痢疾(重型)：若外有表邪，恶寒发热者，加葛根、连翘以透表解热；里急后重较甚者，加木香、槟榔、枳壳以调气：脓血多者，加赤芍、丹皮、地榆以凉血和血；夹有食滞者，加焦山楂、枳实以消食导滞。

(七)苓桂术甘汤(《金匮要略》)

【歌诀】苓桂术甘痰饮方 健脾化饮又温阳 脾阳不足痰饮停 胸胁支满悸眩尝

1、原方组成：茯苓四两，桂枝、白术各三两，甘草二两。上四味，以水六升，煮取三升，分温三服。

2、应用大旨：宜：胸胁胀满 目眩心悸 心下痞闷 气短咳嗽(脾阳不足痰饮内停)忌：阴虚津少咳痰粘稠

【经方要义】苓桂术甘汤

(1)方剂分类：属于“祛湿剂”

(2)应对病证：胸胁支满短气而咳目眩心悸脉弦滑苔白滑

(3)配伍特点：甘淡为主，辛温为辅，温阳化饮

(4)选方提要：中阳不足痰饮内停(“病痰饮者，温药和之”)

【应用精义】

吴谦等《医宗金鉴》： 《灵枢》谓心包络之脉动则病胸胁支满者，谓痰饮积于心包，其病则必若是也。目眩者，痰饮阻其胸中之阳，不能布精于上也。茯苓淡渗，逐饮出下窍，因利而去，故用以为君。桂枝通阳输水走皮毛，从汗而解，故以为臣。白术燥湿，佐茯苓消痰以除支满。甘草补中，佐桂枝建土以制水邪也。

尤在泾《金匮要略心典》：痰饮，阴邪也，为有形，以形碍虚则满，以阴冒阳则眩。苓桂术甘温中祛湿，痰饮之良剂，是即所谓温药也。盖痰饮为结邪，温则易散，内属脾胃，温则能运耳。

3、孙光荣化裁之经验方之七一一

孙光荣涤痰镇眩汤：

【君】生晒参 10g 生北芪 10g 紫丹参 10g（益气活血）

【臣】云茯苓 15g 炒白术 10g 化橘红 6g（逐饮燥湿）

【佐】川桂枝 10g 炮干姜 10g 车前仁 6g（通阳利水）

【使】大红枣 10g 炙甘草 5g（健脾和中）

孙光荣涤痰镇眩汤适应病证：

【脉象】弦滑，细滑。

【舌象】舌质淡红，苔白滑。

【症状】胸胁支满，目眩心悸，气短咳嗽。

【适应病证加减举例】

高血压眩晕(形肥)：加石决明 20g，川杜仲 12g、川牛膝 12g。

脑震荡后遗症(眩晕)：加煅龙骨 15g，煅牡蛎 15g。

心包积液：去炮干姜，云茯苓改云茯神 12g，加炒枣仁 10g。

二尖瓣右下叶腱索断裂并下垂：去炮干姜，云茯苓改云茯神 12g，加炒枣仁 10g，川续断 12g，干鹿筋 6g。

(八)肾气丸(《金匮要略》)

【歌诀】金匮肾气治肾虚 地黄怀药及山萸 丹皮苓泽加附桂 阴中引阳功最殊

1、原方组成：干地黄八两，薯蓣四两，山茱萸四两，泽泻三两，茯苓二两，牡丹皮三两，桂枝、附子(炮)各一两。上为末，炼蜜和丸梧子大。每服十五丸，加至二十五丸，酒送下，一日二次。

2、应用大旨：宜：腰痛脚软或脚肿腰以下冷阳痿早泄小便不利消渴(肾阳不足痰饮内停)忌：阴虚阳亢

【经方要义】肾气丸

(1)方剂分类：属于“补益(阳)剂”

(2)针对病证：腰痛脚软 身半以下常有冷感痰饮 水肿 消渴 小便不利或反多 阳痿早泄

(3)配伍特点：阴(补阴药)阳(补阳药)并补，补(干地黄、山萸肉、怀山药，三补)泻(泽泻、牡丹皮、茯苓，三泻)兼施

(4)选方提要：肾阳不足(“引火归源以消阴翳”)

【应用精义】

张璐《千金方衍义》：本方为治虚劳不足，水火不交，下元亏损之首方。专用附、桂蒸发津气于上，地黄滋培阴血于下，萸肉涩肝肾之精，山药补黄庭之气，丹皮散不归经之血，茯苓守五脏之气，泽泻通膀胱之气化。

王履《医经溯洄集》：八味丸以地黄为君，而以余药佐之，非止为补血之剂，盖兼补气也。气者，血之母，东垣所谓阳旺则能生阴血者此也。夫其用地黄为君者，大补血虚不足与补肾也；用诸药佐之者，山药之强阴益气；山茱萸之强阴益精而壮元气；白茯苓之补阳长阴而益气；牡丹皮之泻阴火，而治神志不足；泽泻之养五脏，益气力，起阴气，而补虚损五劳，桂、附立补下焦火也。由此观之，则余之所谓兼补气者，非臆说也。

3、孙光荣化裁之经验方之八二一

孙光荣益肾振阳汤：

【君】生晒参 10g 生北芪 10g 紫丹参 10g（益气活血）

【臣】干地黄 15g 怀山药 10g 山萸肉 10g（滋补脾肾）

【佐】炒泽泻 10g 牡丹皮 10g 云茯苓 10g（渗湿利水）

【使】炮附子 6g 上肉桂 6g 炙甘草 5g（阴中引阳）

孙光荣益肾振阳汤适应病证：

【脉象】虚，虚细，左尺尤虚细无力。

【舌象】舌胖淡，苔白或苔少。

【症状】腰痛，脚软或脚肿，腰以下冷，下肢及足部冰凉，阳痿早泄，小便不利，消渴。

【适应病证加减举例】

慢性肾炎：加刀豆子 12g，川杜仲 12g，冬瓜皮 10g，车前仁 10g。

糖尿病：加玉米须 10g，干荷叶 10g。

阳痿：加鹿角胶 10g，菟丝子 10g，川杜仲 10g。

早泄：加龟板胶 10g，川杜仲 10g。

老年性痴呆：去炮附子、上肉桂，加巴戟天 10g，炙远志 6g，石菖蒲 6g。

(九)酸枣仁汤(《金匮要略》)

【歌诀】酸枣仁汤安神方 川芎知草茯苓襄 养血除烦清虚热 安然入睡神自安

1、原方组成：酸枣仁二升，甘草一两，知母二两，茯苓二两，川芎二两。以水八升，煮酸枣仁，得六升，纳诸药，煮取三升，分温三服。

2、应用大旨：宜：虚烦难寐心悸盗汗、头目眩晕、咽干口燥(禀赋薄弱、气血两虚、功能衰退)忌：实证

【经方要义】酸枣仁汤

(1)方剂分类：属于“滋养安神剂”

(2)针对病证：虚劳虚烦不得眠不宁盗汗咽干口燥

(3)配伍特点：三兼：标本兼治养清兼顾补泻兼施

(4)选方提要：肝血不足，心神失养。

【应用精义】

喻昌《医门法律》：虚劳虚烦，为心肾不交之病，肾水不上交心火，心火无制，故烦而不得眠，不独夏月为然矣。方用酸枣仁为君，而兼知母之滋肾为佐，茯苓、甘草调和其间，芎入血分，而解心火之躁烦也。

尤在泾《金匮要略心典》：虚劳之人，肝气不荣，则魂不得藏，魂不得藏故不得眠。酸枣仁补肝敛气，宜以为君。而魂既不归，容必有浊痰燥火乘间而袭其舍者，烦之所由作也。故以知母、甘草清热滋燥；茯苓、川芎行气除痰，皆所以求肝之治，而宅其魂也。

3、孙光荣化裁之经验方之九一一

孙光荣益气活血安神汤：

【君】西洋参 7g 生北芪 7g 紫丹参 7g（益气活血）

【臣】酸枣仁 15g 云茯神 12g 龙眼肉 10g（养心安神）

【佐】肥知母 10g 正川芎 6g 郁金 10g（滋阴疏肝）

【使】生甘草 5g（调和诸药）

孙光荣益气活血安神汤适应病证：

【脉象】弦细，细数，虚细无力。

【舌象】舌淡红，苔薄白或苔少。

【症状】五心烦热，心神不安，盗汗或自汗，咽干口燥，头晕目眩。

【适应病证加减举例】

更年期综合症：加干小麦 15g，大红枣 10g，灯芯草 3g。

顽固性盗汗：加浮小麦 15g，麻黄根 10g。

焦虑性神经症：加莲子心 10g，灯芯草 3g。

顽固性室性早搏：加麦门冬 10g，五味子 3g，灵磁石 5g。

(十)安宫牛黄丸(《温病条辨》)

【歌诀】安宫牛黄开窍方　芩连栀郁朱雄黄 犀角真珠冰麝箔 热闭心包功效良

1、原方组成：牛黄一两，郁金一两，犀角(用代用品)一两，黄连一两，朱砂一两，梅片二钱五分，麝香二钱五分，真珠五钱，山栀一两，雄黄一两，金箔衣，黄芩一两。上为极细末，炼老蜜为丸，每丸一钱，金箔为衣，蜡护。脉虚者人参汤下，脉实者银花、薄荷汤下。每服一丸，大人病重体实者，每日二次，甚至一日三次。

2、应用大旨：宜：高热神昏、手足厥冷(禀赋薄弱、气血两虚、功能衰退)忌：寒厥

【经方要义】酸枣仁汤

(1)方剂分类：属于“开窍剂(凉开)”

(2)针对病证：高热烦躁谵语昏迷

(3)配伍特点：五法齐备：清热泻火凉血解毒开窍

(4)选方提要：温热邪毒内陷心包。

孙光荣化裁之经验方之十一一

孙光荣应用安宫牛黄丸之经验：

【脉象】洪大，弦紧有力，数而有力。

【舌象】舌深红、暗红、绛，苔黄燥、黄厚。

【症状】高热神昏，烦躁谵语，语言蹇涩或不语，饮不解渴。

【适应病证加减举例】

中风昏迷：金银花 10g、薄荷叶 5g 煎汤送服 1 丸，日 2 丸。

小儿高热惊厥：金银花 10g、连翘壳 10g 煎汤送服半丸，日 1 丸。

肝昏迷、尿毒症(垂危)：蒲公英 15g、土茯苓 30g 煎汤送服 1 丸，日 2 丸。（李彦知.孙光荣经方歌诀及化裁心得[A].中华中医药学会科普分会.2013 中医中药健康行第八届全国中医药科普高峰论坛文集[C].中华中医药学会科普分会:,2013:10.）

孙光荣教授临床组方思路探析

北京同仁堂中医大师孙光荣教授临床遣方用药灵活机动，颇具特色。我辈有幸侍诊于旁，观其处方，毛笔书写，工整有序，选方绝妙，用药精巧，既源于古方，又自创化裁。其独特的组方思路，能有效地指导临床处方选药，甚为珍贵，现浅析如下，以飨同道。

1　妙选方　巧化裁　井然有序

孙老幼承庭训，继拜名师，勤求古训，博采众方，中医功底尤为深厚。经过长期临床实践，他达到了“心中有大法，笔下无死方”的境界，善用单方复方祛顽疗疾，经方时方尽为所用。

中医治病，当先审证求因，明确病机，然后确定治则治法，再遣方选药，如果“执医方以医病，误人深矣！”孙老认为，作为中医，背诵经典和汤头歌诀是基本功，没有这种“垫底”的功夫，就无法行医；但是，疾病和证候是千变万化的，中医辨证论治的精髓就是因人、因时、因地制宜，大部分的“汤头”必须悉罗于胸中，但又要化裁于笔下，而不能墨守成方。因此，临证处方之时，孙老都会根据已经确定的治则治法，按照“君、臣、佐、使”的结构形式，对选用的基本方进行重组，并随证加减用药，巧妙地用古方治疗今病。既出于古方，又高于原方，一方中的，奇效非凡。粗看其方，每行三味药，每味药三个字，加上孙老苍劲的书法、同仁堂宫廷式的处方笺，只觉书写工整，古香古色，不知其中组方奥妙。仔细揣摩，每方四至六组药为一大方，君臣佐使，井然有序；每行一组药为一小方，相互佐制，布局严谨；虽不套“汤头”，却方中有方，跃然纸上，独具风格。

以某一保产患者为例，妊娠近 2 月，腰痛，有流产史。舌红，苔白腻，脉细滑。孙老处方：生晒参 15g，生北黄芪 12g，漂白术 10g，川杜仲 15g，延胡索 10g，大生地黄 10g，阿胶珠 10g，云茯神 15g，炒酸枣仁 12g，大刀豆 10g，金银花 10g，佩兰叶 5g。7 剂，每日 1 剂，水煎，分 2 次服。

初看上方，思索而不得知其原方。认真研习，方知本病孙老认为与“泰山磐石饮”功能主治契合，根据“胎前宜凉，胎后宜暖”的治疗原则，孙老对其重组，加减用药，而成此方。正所谓“有故无殒，亦无殒也”，意即“有病则病当之，无病则人受之”，此为保产之要则。

又如自闭症患者，谵语、嗜睡两年余，刻下症见：易怒，自语，嬉笑，月经 2 月未至，口干。舌淡灰、苔少，脉细涩。孙老处方：西洋参 12g，生北黄芪 7g，紫丹参 10g，柏子仁 10g，炒酸枣仁 10g，麦冬 15g，天冬 15g，当归尾 10g，益母草 10g，润玄参 10g，云茯神 15g，炙远志 10g，石菖蒲 10g，灯芯草 3g，　生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，水煎，分 2 次服。

细研上方，可知孙老根据病史、症状及舌脉，断为阴虚血少，神志不安之证，法以滋阴养血，补心安神，方选天王补心丹，并按照益气活血、滋阴养血、补心安神的思路化裁用药，随症加减。妙在君药中加入生北芪一药，与当归尾共进，取当归补血汤益气生血之功，配合益母草活血调经，“补以通之，散以开之”，“血盈则经脉自至，源泉混混，又孰有能阻之者？”（《景岳全书》）本案充分体现了孙老重气血、调气血、畅气血之临床基本思想。

再如崩漏患者，月经淋漓不断 4 月余，自感心悸、腹胀，舌红、苔少，脉弦小。孙老处方：生晒参 12g，生北黄芪 10g，紫丹参 7g，益母草 10g，阿胶珠 10g，蒲公英 15g，蒲黄炭 15g，生地黄炭 12g，地榆炭 12g，杭白芍

12g，云茯神 15g，炒酸枣仁 15g，龙眼肉 10g，炙远志 6g，大红枣 10g，灵磁石 10g，大腹皮 10g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，水煎，分 2 次服。

审证求因，本病发于瘀滞冲任，血不循经；治病求本，实乃心脾两虚，气血双亏。据《丹溪心法》：“治宜当大补气血之药，举养脾胃，微加镇坠心火之药，治其心，补阴泻阳，经自止矣。”孙老把握病证关键，以归脾汤为底，自创化裁，调理月余，终使经漏顽疾得以平复。

2　施对药 遣角药 平治权衡

中医治病如打仗，用药如用兵。孙老临床制方选药，药精量小，有如调兵遣将，知人善任，每每有运筹帷幄之中，决胜千里之外的效果。尤其是对“对药”及“角药”的运用，孙老有独到的见解及丰富的经验，这足以彰显一代“明医”中医药理论的深厚功力。

孙老临床之治疗原则，重点在气血，关键在升降，目的在平衡阴阳。气血调和百病消，升降畅通瘀滞散，气血活、升降顺则阴阳平衡而何病之有？因此，孙老强调临床要做到“四善于”：善于调气血，善于平升降，善于衡出入，善于致中和。孙老学医，先是研习李东垣补脾土学派之法，后又袭承朱丹溪滋阴之说，融会贯通，乃成今日重气血之临床基本思想。尤其是处方多以参、芪、丹参为君药共调气血，从上述医案已可窥见一斑。而升降出入，则是基于中医阴阳学说形成的气机消长转化形式的重要学说；升清（阳）、降浊（阴）、吐故（出）、纳新（入），是气机的基本动态。《素问•六微旨大论》说：“非出入则无以生长壮老已，非升降则无以生长化收藏。”孙老认为，论生理、病理，不管在脏腑、在经络，还是在皮肉、在筋骨，都离不开气血，离不开气机的升降出入，离不开气血平衡的稳态——“中和”。所以，孙老临证处方，在上述参、芪益气，丹参理血的基础上，每每有升降、收散、消补、寒热等相反特性的药物共舞于一方之中，组成“中和”团队（自拟“调气活血抑邪汤”），使升降相因，出入相衡，动静相合，阴阳相扣，以达用药中和，而求机体中和。因此，孙老形成了独特的对药、角药运用思路，并融于对古方的化裁中。根据药物之间的配伍关系，孙老常用的对药、角药可以分为以下八种类型：

①相互制约的对药。如金樱子与车前子合用，涩利兼施，矛盾统一。②相互辅佐的对药，孙老临床多用，且同一方中往往有药性相反的其他药物制衡。诸如乌贼骨、西砂仁，广陈皮、法半夏，川郁金、佩兰叶，生薏苡仁、芡实仁，云茯神、炒酸枣仁，石菖蒲、炙远志，制首乌、明天麻，西藁本、蔓荆子，生地黄、熟地黄，麦冬、天冬，炙款冬花、炙紫苑，龙骨、牡蛎，蒲公英、金银花，川杜仲、川牛膝，全瓜蒌、薤白，北柴胡、川郁金，炒枳壳、制川厚朴，制香附、延胡索，蛇床子、百部根，浮小麦、麻黄根。③互为佐制的对药。如冬桑叶与桑白皮，前者上行，后者走下，共利肺气，孙老多用于肺热咳喘，面目浮肿，小便不利之症；又如炒枣仁与炙远志，一个酸收，一个辛开，合用则既养心肝阴血又开心气郁结，功能宁心安神，交通心肾。④相互辅佐的角药，方中往往有药性相反的药物制衡。如大腹皮、云苓皮、冬瓜皮，孙老多用于湿阻气滞，胸腹胀闷之症，并配用滋阴药物，做到利湿而不伤阴，养阴而不恋邪；再如白花蛇舌草、半枝莲、天葵子，功能清热解毒、攻邪散结，孙老常用于各种肿瘤的治疗，同时配用固护正气的药物，且不久用；其他还有海金沙、金钱草、鸡内金，炙鳖甲、山慈菇、珍珠母。⑤互为佐制的角药。如银柴胡、地骨皮、炙鳖甲，三药合用，清中有补，补中有清，功涉三焦，清退

虚热之效显著；孙老临床多用于阴虚内热，肝经、胃经癥瘕积聚之症。又如川杜仲、北枸杞子、山萸肉，三味并用，阴中有阳，阳中有阴，动静结合，补肝滋肾、壮腰益精之力强。其他还有北柴胡、法半夏、淡黄芩，北杏仁、白蔻仁、生薏苡仁。⑥相互辅佐的对药，联用药性相同的药物，形成新的相互辅佐的角药。如乌贼骨、西砂仁，若联用消食开胃、涩精止遗之鸡内金，可用于食积反胃、呕吐泻痢、遗溺带下；若联用温中散寒、行气止痛之荜澄茄，则用于胃寒呕逆、脘腹冷痛、寒泻冷痢。又如云茯神、炒酸枣仁，联用养血安神的龙眼肉，或重镇安神的生龙齿、灵磁石；炙远志、石菖蒲，联用清心降火的灯芯草，或开心解郁的合欢皮、川郁金。再如川杜仲、川牛膝配金毛狗，补肝肾、强筋骨；地肤子、白藓皮、蝉蜕衣、皂角刺，谷精草、木贼草、密蒙花、青葙子，三味成一组，分别用治瘙痒、目疾；其他还有制首乌、明天麻配石决明，西藁本、蔓荆子配粉葛根。⑦相互辅佐的对药，联用药性相反的制衡药物，形成新的互为佐制的角药。如广陈皮、法半夏，若联用滋阴润肺之麦冬，可制二药温燥之性，用治咳嗽痰少之症；而联用功擅祛痰止咳之北杏仁，则可加强止嗽化痰之力，用治咳嗽痰多之症，属于类型六。云茯神、炒枣仁，健脾补血安神，主收养，若联用炙远志、石菖蒲、灯芯草、合欢皮、川郁金等开窍药之一，则宁心安神之力更强；而炙远志、石菖蒲，若联用云茯神、炒枣仁、龙眼肉、生龙齿、灵磁石等重镇收养的药之一，功效亦增。同理，制何首乌、明天麻、石决明与西藁本、蔓荆子、粉葛根 2 组药，前组下沉收养，后组上升开散，孙老常三味一组，两相结合，疗效奇佳。⑧互为佐制的对药，联用另一味药物，形成新的互为佐制的角药，其中必有一味制衡之药。如桑白皮、冬桑叶、枇杷叶，后两味药均能清肺止咳，而桑白皮功专泻肺平喘，是平衡升降的关键药。另如炒枣仁、炙远志，配云茯神或石菖蒲，制衡之药分别为炙远志，炒枣仁。

如前所述，孙老临床组方用药，常施对药，或相互辅佐，或相互制约，或互为佐制；时遣角药，三味一行，相须相使，相畏相杀，有机组合，三足鼎立，互为犄角。细研之，个中蕴含着深厚的中医基础理论和中药配伍原则。孙老常说，中医临床无论以何种方法辨证论治，气血、津液、脏腑、六经、表里、寒热、虚实、顺逆、生死，都离不开阴阳这一总纲。而临证用药，不论寒热温凉，抑或辛甘酸苦咸，无论升降浮沉，抑或补泻散收，毋论脏腑归经，抑或七情配伍，同样不离阴阳之宗旨。但归根结底，阴阳最终还是离不开气血，这是因为“人之所有者，血与气耳”（《素问•调经论》）。而气血之间的“中和”关系非常密切，“气为血之帅，血为气之母”，“中和”是气血调和的稳态，是机体阴阳平衡的常态。如果说“阴阳平衡”是机体稳态的哲学层面的概念，那么“中和”就是人体健康的精气神状态的具体描述，是中医临证诊疗及遣方施药所追求的最高境界。因此，孙老临床辨证处方选药，总是“谨察阴阳之所在而调之，以平为期”，审诊疗之中和，致机体之中和。而对药、角药的使用，最能体现补偏救弊、协调阴阳之治疗目的和“调之使平”“平治于权衡”的治疗原则，最能凸显孙老的“中和”学术思想。若引进几何学的基本原理来表述，则能明确地看到使用对药、角药的理论基础——阴阳恒动平衡。双者为对，或佐或制（两个点一条连线，以连线中点为圆心，过两端点有且只有一圆），三味成角，相互佐制（三点两两相连，形成最稳定的三角形，过三顶点有且只有一个外接圆），用治疾病，缘于阴阳交合，相互感召，互根互动，而使人体保持动态平衡。示意如图 1：

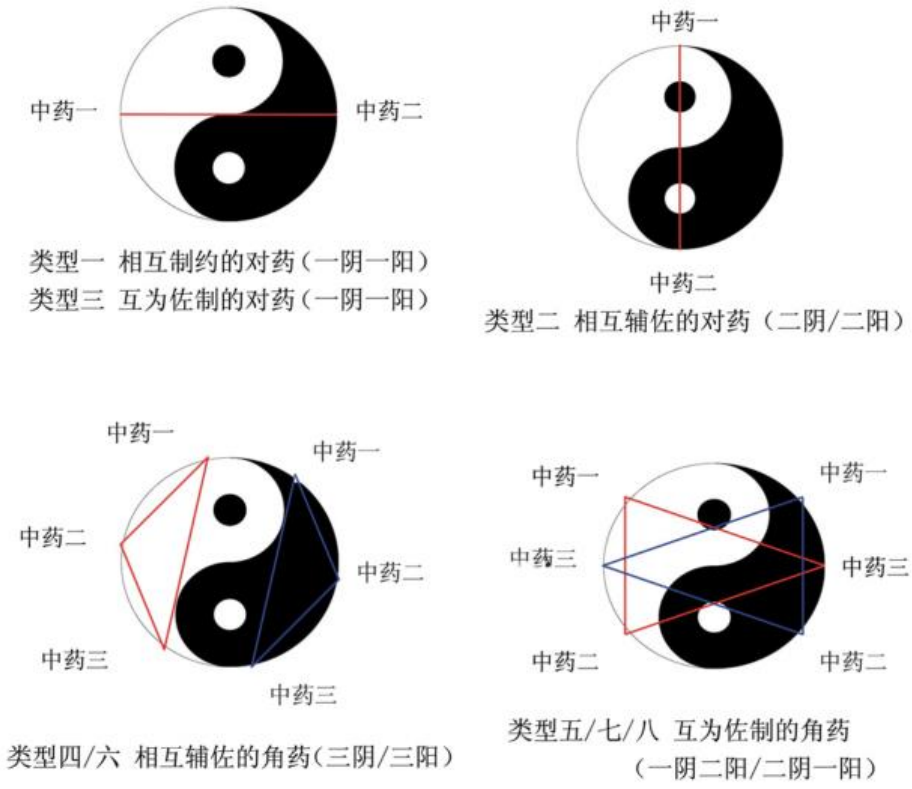


图 1

但凡名医，必善用药。孙老不仅通晓药性，更深谙医道，因而临证处方用药，每每出神入化，知常达变，药到病除，效如桴鼓，尽展一代明医之高深造诣。我辈不揣浅陋，对孙老临床组方思路进行了初步探析，旨在抛砖引玉，希望有益于对孙老临床学术思想及思辨特点进一步探讨和学习。不妥之处，敬请各位前辈和同仁批评指正。（翁俊雄,杨建宇,李彦知,等.孙光荣教授临床组方思路探析[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(21):17-19.）

孙氏安神定志汤

处方组成：西党参 10 克，生北芪 10 克，紫丹参 7 克，干小麦 15 克，大红枣 10 克，生甘草 5 克，云茯神 10 克，炒枣仁 10 克，川郁金 10 克，灯心草 3 克。

方药歌诀：安神定志芪参参，甘麦大枣来助阵，茯神枣仁川郁金，加用灯心总安神。

功能主治：具有养心柔肝，安神定志的功效。主治心阴不足，肝气失和之脏燥证。症见精神恍惚，五心烦热，潮热阵阵，呵欠连连，虚汗淋淋，悲伤欲哭，难寐多梦，言行异常，舌质淡红，舌苔白薄或苔少或少津，脉细数或细数无力或细数且涩。

用法用量：每日 1 剂，煎煮 2 次，合约 600 毫升，分 3 次服用，早、中、晚各 1 次。

处方解析：方以西党参、生黄芪、紫丹参为君药，即为孙光荣的“扶正组合”，或曰“增防型组合”，调和气血为基础。西党参味甘、性平，归脾、肺经，具有补脾肺气、补血、生津的功效。生黄芪味甘、性微温，具有健脾补中、升阳举陷、益卫固表、利尿、托毒生肌的功效。紫丹参味苦、性微寒，归心、心包、肝经，具有活血调经、祛瘀止痛、凉血消痈、除烦安神的功效。三者组合具有益气活血之功。配用干小麦、大红枣、生甘草为臣药。小麦补心养肝、除烦安神，配甘草、大枣益气和中、润燥缓急，偏于甘润平补、养心调肝。三者组合具有养心柔肝的功效。配用云茯神、炒枣仁、川郁金为佐药，此为辅助组合，具有引导性功能。云茯神味甘、淡，性平，归心、脾、肾经，具有宁心安神的功效，专治心神不安、惊悸、健忘等。酸枣仁味甘、酸，性平，归心、肝、胆经，具有养心益肝、安神、敛汗的功效。郁金味辛、苦，性寒，归肝、胆、心经，具有活血止痛、行气解郁、清心凉血、利胆退黄的功效。三者组合具有安神开郁的功效。配灯心草为使药，灯心草味甘、淡，性微寒，归心、肺、小肠经，具有利尿通淋、清心降火的功效。四组药共奏养心柔肝、安神定志之功。

加减应用：1.抑郁症：加制远志 10 克，石菖蒲 10 克；月经延期或停经者，加益母草、制香附各 12 克。2.狂躁症：加合欢皮 10 克，灵磁石 5 克，石决明 20 克。3.更年期综合征：加银柴胡 12 克，地骨皮 10 克，制鳖甲 15 克；盗汗甚剧者，再加浮小麦 15 克，麻黄根 10 克。4.网瘾症：加制远志 10 克，石菖蒲 10 克，合欢皮 10 克，灵磁石 5 克。

注意事项：1.灯心草药物轻灵，剂量宜轻，稍事拨动即可。2.此方孙光荣选用性平之西党参以益气。3.丹参剂量宜小，起到活跃气血之意。（刘应科.孙氏安神定志汤[N].中国中医药报,2017-01-25(004).）

孙氏益气温中汤

处方组成

生晒参 10 克，生北芪 15 克，紫丹参 7 克，老干姜 10 克，上肉桂 5 克，炙甘草 12 克，炒白术 10 克，炒六曲 15 克，谷麦芽各 15 克，大红枣 10 克。

方药歌诀

益气温中芪参参，化裁活用理中丸，六曲大枣谷麦芽，健脾开胃畅开怀。

功能主治

具有益气温中、健脾开胃的功效，主治脾胃虚寒证。症见身形高瘦，面色萎黄或苍白，四肢倦怠，手足不温，心下有振水声，畏寒怕冷，口水、痰液、鼻涕、尿液、白带多，喜呕喜唾，不思饮食，大便溏稀，舌质淡红苔薄，有齿痕，舌苔薄白或花剥，脉沉或沉弦或沉迟或沉细或结代。

用法用量

每日 1 剂，煎煮 2 次，合约 500 毫升，分 2 次服用，早晚各 1 次。

处方解析

方以生晒参、生黄芪、紫丹参为君药，即为孙光荣的“扶正组合”，或曰“增防型组合”，调和气血为基础。生晒参味甘、微苦，性平，归肺、脾、心经，具有大补元气、补脾益肺、生津、安神益智的功效。生黄芪味甘，性微温，具有健脾补中、升阳举陷、益卫固表、利尿、托毒生肌的功效。紫丹参味苦，性微寒，归心、心包、肝经，具有活血调经、祛瘀止痛、凉血消痈、除烦安神的功效。三者组合具有益气活血之功。配用老干姜、上肉桂、炙甘草为臣药。干姜味辛，性大热，能温脾阳、祛寒邪、扶阳抑阴。肉桂味辛、甘，性大热，归肾、脾、心、肝经，具有补火助阳、散寒止痛、温经通脉之功效。甘草有甘温之性，能益气健脾、缓急止痛。三者组合具有温中散寒的功效。配用炒白术、炒六曲、谷麦芽为佐药，此为辅助组合。白术甘温苦燥，健脾燥湿。六曲味甘、辛，性温，入脾、胃经，具有和食消胃的功效。炒麦芽味甘，性平，归脾、胃、肝经，具有消食健胃、回乳消胀的功效。炒谷芽味甘，性温，归脾、胃经，具有消食和中、健脾开胃的功效。四者组合具有健中开胃的功效。大红枣甘温健中为使药。四联药组共奏益气温中、健脾开胃之功效。

加减应用

1.慢性胃肠炎：加焦三仙各 15 克，车前仁 10 克。

2.胸痹（胸闷甚、不思饮食者）：去上肉桂，加川桂枝 6 克，全瓜蒌 10 克，薤白头 10 克。

3.妊娠恶阻：紫丹参改 3 克，加白蔻仁 6 克，紫苏茎 10 克。

4.结肠癌：生北芪改 20 克，加山慈菇 15 克，嫩龙葵 15 克，菝葜根 15 克；大便结，再加火麻仁 12 克。

注意事项

1.炙甘草的用量要重。

2.湿热内蕴中焦或脾胃阴虚者禁用。（刘应科.孙氏益气温中汤[N].中国中医药报,2017-02-08(004).）

孙氏扶正祛邪中和汤

孙光荣，第二届国医大师，著名中医临床家、中医药文献学家、中医药文化学者，中医药现代远程教育创始人之一。他创立了“中和思想·中和辨证·中和组方”，被徒弟们和广大患者誉为中和医派，擅长治疗脑病、肿瘤、脾胃病以及妇科病等，对情志病及中医养生亦有精深研究，公开发表论文、出版著作 1200 余万字。

处方组成：生晒参 10 克，生黄芪 15 克，紫丹参 10 克，北柴胡 12 克，川郁金 12 克，制香附 12 克，法半夏 10 克，广陈皮 10 克，淡黄芩 10 克，大红枣 10 克，生姜片 10 克，生甘草 5 克。

方药歌诀：扶正祛邪首中和，化裁活用小柴胡，益气活血参芪丹，配用郁金香陈合。

功能主治：具有益气活血、扶正祛邪、疏肝解郁、和解少阳的功效。主治邪盛正弱、肝郁气滞、少阳失约之证。症见发热，持续低热，寒热往来，心烦胸满，欲呕或呕吐，口苦，萎靡不振，懒言，不思食，舌质红或淡红，舌苔黄或微黄或黄白而稍腻，脉弦或弦细或弦滑或沉弦。

用法用量：每日 1 剂，煎煮 2 次，合约 500 毫升，分 2 次服用，早晚各 1 次。

处方解析：此方为孙光荣临证之基本方、常用方，为调畅和中之经典代表方。气血荣、气机畅是机体健康稳态的基石。孙光荣认为，疾病的发生多为气血失去中和，故而调和气血是其基本治疗原则。方以生晒参、生黄芪、紫丹参为君药，孙光荣称之为“扶正组合”，或称“增防型组合”，以调和气血为基础。生晒参即山参晒干而成，味甘、微苦，性平，归肺、脾、心经，具有大补元气、补脾益肺、生津、安神益智的功效。生黄芪味甘，性微温，具有健脾补中、升阳举陷、益卫固表、利尿、托毒生肌的功效。紫丹参味苦，性微寒，归心、心包、肝经，具有活血调经、祛瘀止痛、凉血消痈、除烦安神的功效。三者组合具有益气活血之功。配用北柴胡、川郁金、制香附为臣药，孙光荣称之为“攻邪组合”。柴胡为少阳经专药，轻清升散，疏邪透表。郁金味辛、苦，性寒，归肝、胆、心经，具有活血止痛、行气解郁、清心凉血、利胆退黄的功效。香附味辛、微苦、微甘，性平，归肝、脾、三焦经，具有疏肝解郁、调经止痛、理气调中的功效。三者组合具有疏肝解郁之功。配用法半夏、广陈皮、淡黄芩为佐药，孙光荣称之为“辅助组合”。半夏和胃降逆、散结消痞；黄芩苦寒，善清少阳之火；陈皮味辛、苦，性温，归脾、肺经，具有理气健脾、燥湿化痰的功效。三者组合具有清热化痰之功。配用大红枣、生姜片、生甘草为使药，孙光荣称之为“协调组合”，具有益胃气、生精液、和营卫的作用，起到补益、引导、纠偏、调和的作用。四组药物共奏益气活血、疏肝解郁、清热化痰、和解少阳之功。

加减应用：1.急、慢性胆囊炎：去制香附、淡黄芩，加蒲公英 15 克，海金沙 15 克，金钱草 15 克。2.厌食症：去制香附、淡黄芩，加鸡内金 6 克，炒谷芽 15 克，炒麦芽 15 克，津少咽干再加金石斛 15 克。3.抑郁症：去制香附、淡黄芩，加制远志 10 克，石菖蒲 10 克；舌苔白腻，再加佩兰叶 6 克。4.急性肝损害：去制香附，加田基黄 15 克，蒲公英 15 克，鸡骨草 15 克；中焦痞格，再加隔山消 10 克。

注意事项：1.此方为中和学术思想基本方，上述病证均可以依托此方进行加减，正如张仲景对小柴胡汤的嘱咐，但见一证便是，不必悉具。2.方中黄芪

为生黄芪，甘草为生甘草。（刘应科.孙氏扶正祛邪中和汤[N].中国中医药报,2017-01-02(004).）

国医大师孙光荣中和医派经方运用与精方提炼

引言

中医“中和思想”，是融入儒家“贵中尚和”理念的中医临证指导思想。

中和思想的主旨：辨识其偏胜偏衰，矫正至其中；察知其太过不及，燮理达其和。

中和思想的主要内涵：

1、以“谨察阴阳所在而调之，以平为期”（《素问·至真要大论》）为基准，认知和坚持中医维护健康、治疗疾病的主旨。

2、以阴阳为总纲、以气血为基本、以神形为主线，把握“失中失和”的基本元素，进行中医辨证。

3、以“调平燮和”为目的，以扶正驱邪、补偏救弊为总则，根据临证实际化裁经方，针对“失中失和”组方用药。

中和组方的原则、要领、思路、方法

“中和组方”，是在“中和思想”指导下，根据“中和辨证”的结果，采用的不偏不倚、调平燮和的组方用药方法。

一、“中和组方”的基本原则：

1.遵经方之旨，不泥经方用药。

2.谨守病机，以平为期。

3.中病即止，不滥伐无过。

4.从顺其宜，病人乐于接受。

二、中和组方的要领

中医治疗之方药应该是“平和”的方药组合。一忌在未固护正气的前提下施以大热大寒大补大泻之剂；二忌过度滋腻，过度攻伐；三忌崇贵尚奇，以昂贵难求、不可寻求之奇方怪药而求奇验。

“中和”组方用药就是要强调谨守病机、以平为期。方药中要阴阳结合、动静结合、升降相应、收散兼融、寒热共享等等。以期在保证用药安全的前提下，达到药到病除的目的。

三、孙光荣中和组方的思路与方法

以“三联药组”的功能按照君臣佐使使模式组方用药。每组三药，应允充分发挥其相须、相使、相杀的功能。如：西洋参、生黄芪、紫丹参组合，可益气活血；谷麦芽、生山楂、鸡内金组合，可消积化食。每组功能可明确为“扶正组合”、“攻邪组合”、“辅助组合”等。根据确定的治则治法，每方可由一组、二组、三组、四组等组成。必要时，还可根据病证需要，在常用药组中增减。

1.遵经方之旨，不泥经方用药。

2.依功能组成“三联药组”，严格按君臣佐使结构组方。

3.“三联药组”注重其相须、相使、相畏、相杀；四气五味、升降浮沉、

4.药少量精，注意产地、炮制。

5.重益气活血，讲究专病专药。

6.必要时，用子母方、内外合治。

(一)小柴胡汤（《伤寒论》）

1、原方组成：柴胡半斤，黄芩、人参、甘草（炙）、生姜（切）各三两，大枣十二枚（擘），半夏半升（洗）。以水一斗二升，煮取六升，去滓，再煎取三升，温服一升，一日三次。

【歌诀】小柴胡汤和解功　半夏人参甘草从
　　更用黄芩加姜枣　少阳百病此为宗

2、应用大旨：宜：中气中焦中和
　　忌：大汗大吐大泻

【经方要义】小柴胡汤

（1）方剂分类：属于“和解剂”

（2）针对病证：往来寒热 胸胁苦满 喜呕不欲饮食 心烦 口苦 咽干 目眩 寒热 发作有时

（3）配伍特点：扶正驱邪兼顾（人参、大枣、甘草扶正，其余祛邪）；一清一散并行（柴胡、黄芩）

（4）选方提要：少阳证，但见一证便是，不必悉俱。

【应用精义】

曹颖甫《伤寒发微》：柴胡以散表寒，黄芩以清里热。湿甚生痰，则胸胁满，故用生姜、生半夏以除之。中气虚则不欲饮食，故用人参、炙甘草以和之，此小柴胡汤之大旨也。

吴谦等《医宗金鉴》：邪传少阳惟宜和解，汗、吐、下三法皆在所禁.....故立和解一法，既以柴胡解少阳在经之表寒，黄芩解少阳在府之里热，尤恐在里之太阴正气一虚，在经之少阳邪乘之，故以姜、枣、人参和中而壮里气，使里不受邪而和，还表里以作解也。

《伤寒论》：有柴胡证，但见一证便是，不必悉具。

3、孙光荣化裁之经验方之一——孙光荣扶正祛邪中和汤（基本方）：

【君】生晒参 10g　生北芪 15g　紫丹参 10g——益气活血

【臣】北柴胡 12g　川郁金 12g　制香附 12g——疏肝解郁

【佐】法半夏 10g　广陈皮 10g　淡黄芩 10g——清热化痰

【使】大红枣 10g　生姜片 10g　生甘草 5g——补引纠和

（补引纠和：补益、引导、纠偏、调和）

孙光荣扶正驱邪中和汤适应病证：

【脉象】弦，弦细，弦滑，沉弦。

【舌象】舌质红、淡红，舌苔黄，微黄，黄白而稍腻。

【症状】发热，持续低热，寒热往来；心烦胸满，欲呕，呕吐，口苦，萎靡不振，懒言，不思食。

【适应症加减举例】

急、慢性胆囊炎：去制香附、淡黄芩，加蒲公英 15g、海金沙 15g、金钱草 15g。

厌食症：去制香附、淡黄芩，加鸡内金 6g、谷麦芽各 15g；津少咽干再加进石斛 15g。

抑郁症：去制香附、淡黄芩，加炙远志 10g、石菖蒲 10g；舌苔白腻，再加佩兰叶 6g。

急性肝损害：去制香附，加田基黄 15g、蒲公英 15g，鸡骨草 15g；中焦痞格，再加隔山消 10g。

（二）小建中汤（《伤寒论》）

1 原方组成：桂枝三两（去皮），甘草二两（炙），大枣十二枚（擘），芍药六两，生姜三两（切），胶饴一升。以水七升，煮取三升，去滓，纳饴，更上微火消解。温服一升，一日三次。

【歌诀】小建中汤芍药多　桂姜甘草大枣和
更加饴糖补中脏　虚劳腹冷服之瘥

2 应用大旨：宜：面色无华　手足烦热
腹冷痛而喜按
（中焦阳气不足，阴血不足，虚劳里急）
忌：发热　湿热　呕吐　里实　阳亢

【经方要义】小建中汤

（1）方剂分类：属于“温里剂”

（2）针对病证：腹中时痛　畏寒肢冷 心中悸动　面色无华　手足烦热 咽干口燥

（3）配伍特点：辛（桂枝）甘（饴糖、炙甘草）酸（倍芍药）滑阴

（4）选方提要：中焦虚寒，气血不足。

【应用精义】

方有执《伤寒论条辨》：小建中汤者，桂枝汤倍芍药而加饴糖也。倍芍药者，酸以收阴，阴收则阳归附也。加饴糖者，甘以润土，土润则万物生也。建，定法也，定法唯中，不偏不党，王道荡荡，其斯之谓乎？

柯韵伯《伤寒来苏集》：此方安内攘外，泻中兼补，故名曰“建”。外症未除，尚资姜桂以散表，不全主“中”，故曰“小”。所谓“中”者有二：一曰“心中”，一曰“腹中”。

吴昆《医方考》：欧家不可用建中，为其甘也。则夫腹痛而兼呕者，又非建中所宜也。

3、孙光荣化裁之经验方之二——孙光荣建中和胃汤：

【君】太子参 15g　生北芪 15g　紫丹参 10g——益气活血

【臣】川桂枝 6g　杭白芍 12g　广橘络 6g ——敛阴引阳

【佐】炒白术 10g　大红枣 10g　生姜片 10g——健脾和胃

【使】鲜饴糖 20g　生甘草 5g——补引纠和

孙光荣建中和胃汤适应病症：

【脉象】虚，虚细，虚细且涩，弦细，芤。

【舌象】舌质红、暗红、淡紫，舌苔白，微白，白腻。

【症状】气短，心悸，手足烦热；腹痛喜按，小便自利或频数。

【适应病证加减举例】

胃溃疡：呃逆、欲呕者，去鲜饴糖、生甘草，加乌贼骨 12g、西砂仁 4g，延胡索 10g；喜食寒者，再去川桂枝，加瓦楞子 10g；喜食热者，再改川桂枝为高良姜 10g。

血小板减少性紫癜：去川桂枝、鲜饴糖，加淡紫草 10g、芡实仁 15g、白鲜皮 10g、生地炭 10g。

再生障碍性贫血：加真阿胶 10g、鹿角胶 10g；全当归 12g。

痛经（腹冷者）：加制香附 10g，延胡索 10g，吴茱萸 10g；月经衍期者，再加益母草 10g；月经先期者，再加大生地 10g。

(二)甘麦大枣汤（《金匮要略》）

1 原方组成：甘草三两，小麦一升，大枣十枚。以水六升，煮取三升，分三次温服

【歌诀】金匮甘麦大枣汤　人患脏躁喜悲伤
精神恍惚常欲哭　养心安神效力伤

2 应用大旨：宜：精神恍惚　心烦难寐
常悲欲哭　言行失常
（心阴受损，肝气失和）
忌：真寒　真热　大吐 大泻

【经方要义】甘麦大枣汤

（1）方剂分类：属于“安神剂”

（2）针对病证：精神恍惚　睡眠不安　悲伤欲哭　言行失常　呵欠频作

（3）配伍特点：甘润平补　养心舒肝

（4）选方提要：心气心血两亏。

【应用精义】

莫枚士《经方例释》：此为诸清心方之祖，不独脏躁宜之。凡盗汗、自汗等可用。《素问》：麦为心谷。《千金》曰：麦养心气。《千金》有加甘竹根、麦冬二味，治产后虚烦及气短者，名竹根汤。又竹叶汤、竹茹汤，并以此方为主，加入竹及麦冬、姜、苓，治产后烦。夫悲伤欲哭，数申欠，亦烦象也。

尾台榕堂《类聚方广义》：孀妇室女，平素忧郁无聊，夜夜不眠等人，多发此证。发则恶寒发热，战栗错语，心神恍惚，坐卧不安，悲泣不已，服此方立效。又癫痫、狂病，与前证类似者，亦有奇验。

3、孙光荣化裁之经验方之三——

孙光荣安神定志汤：

【君】西党参 10g　生北芪 10g　紫丹参 7g ——益气活血

【臣】干小麦 15g　大红枣 10g　生甘草 5g ——养心柔肝

【佐】云茯神 10g　炒枣仁 10g　川郁金 10g——安神开郁

【使】灯芯草 3g　——补引纠和

孙光荣安神定志汤适应病证：

【脉象】细数，细数无力，细数且涩。

【舌象】舌质淡红，舌苔白薄，或苔少，或少津。

【症状】精神恍惚，五心烦热，潮热阵阵，呵欠连连，虚汗淋淋，悲伤欲哭，难寐多梦，言行异常。

【适应病证加减举例】

抑郁症：加炙远志 10g、石菖蒲 10g，月经衍期或停经者，加益母草、制香附各 12g。

狂躁症：加合欢皮 10g，灵磁石 5g，石决明 20g。

更年期综合症：加银柴胡 12g，地骨皮 10g，炙鳖甲 15g；盗汗甚剧者，再加浮小麦 15g、麻黄根 10g。

网瘾症：加炙远志 10g，石菖蒲 10g，合欢皮 10g，灵磁石 5g。

（四）理中丸（《伤寒论》）

1、原方组成：人参、干姜、甘草（炙）、白术各三两。过筛，蜜和为丸，如鸡子黄许大，以沸汤数合和一丸，研碎，温服之。日三服，夜二服。

【歌诀】理中汤主理中乡　半夏人参术黑姜
呕利腹痛阴寒盛　或加附子总回阳

2、应用大旨：宜：心下痞硬 呕吐 下利
腹满痛　四肢清冷
（中焦虚寒）

忌：虚热湿热

【经方要义】理中丸

（1）方剂分类：属于“温里剂”

（2）针对病证：脘腹绵绵作痛 畏寒肢冷 脘痞呕吐便溏 胸痹 病后多生涎唾 小儿慢惊 便血 吐衄血

（3）配伍特点：温（干姜）、燥（白术）、补（人参）并用

（4）选方提要：中焦（脾胃）虚寒。

【应用精义】

成无己《伤寒明理论》：心肺在膈之上为阳，肾肝在膈之下为阴，此上下脏也。脾胃应土，处在中州，在五脏曰孤脏，属三焦曰中焦，自三焦独治在中，一有不调，此丸专治，故名曰理中丸。

柯韵伯《伤寒来苏集》：太阴病，以吐利腹满痛为提纲证，是遍及三焦。然吐虽属上，而由于腹满，利虽属下，而亦由于腹满，皆因中焦不治以致之也。其来有三：有因表虚而风寒自外入者，有因下虚而寒湿自下上者，有因饮食生冷而寒邪由中发者，总不出于虚寒。

3、孙光荣化裁之经验方之四——孙光荣益气温中汤（基本方）：

【君】生晒参 10g　生北芪 15g　紫丹参 7g ——益气活血

【臣】老干姜 10g　上肉桂 5g　炙甘草 12g——温中散寒

【佐】炒白术 10g　炒六曲 15g　谷麦芽各 15g——建中开胃

【使】大红枣 10g ——补引纠和

（补引纠和：补益、引导、纠偏、调和）

孙光荣益气温中汤适应病证：

【脉象】沉，沉弦，沉迟，沉细，结代。

【舌象】舌质淡红且薄，有齿痕，舌苔薄白或花剥。

【症状】身形高瘦，面色萎黄或苍白，四肢倦怠，手足不温，心下有振水声，畏寒怕冷，口水、痰液、鼻涕、尿液、白带多，喜呕喜唾，不思饮食，大便糖稀。

【适应病证加减举例】

慢性胃肠炎：加焦三仙各 15g，车前仁 10g。

胸痹（胸闷甚、不思饮食者）：去上肉桂，加川桂枝 6g，全栝楼 10g，薤白头 10g。

妊娠恶阻：紫丹参改 3g，加白蔻仁 6g，紫苏茎 10g。

结肠癌：牛北芪改 20g，加山慈菇 15g，煅龙葵 15g，菝葜根 15g；大便结，再加火麻仁 12g。

（五）射干麻黄汤（《金匮要略》）

1、原方组成：射干三两，麻黄四两，生姜四两，细辛三两，紫菀三两，款冬花三两，大枣七枚，半夏半升，五味子半升。

【歌诀】喉中咳逆水鸡声 三两干辛款菀行

夏味半升枣七粒 姜麻四两破坚城

2、应用大旨：宜：咳喘上气 痰鸣如蛙

（肺失清肃，气机上逆）

忌：咽干 痰少

【经方要义】射干麻黄汤

（1）方剂分类：属于“祛痰剂”

（2）针对病证：咳喘 喉中痰鸣漉漉 咳吐不利

（3）配伍特点：合力驱邪，三管齐下：降逆止咳、清痰、泻火、利咽（射干、紫菀、冬花、五味子），发表（轻度）、散邪（麻黄、生姜），燥湿逐饮（半夏、细辛、大枣）

（4）选方提要：小青龙、越婢汤之兼证。

【应用精义】

张路玉《张氏医通》：上气而作水鸡声，乃是痰碍其气，风寒入肺之一验，故于小青龙方中，除桂心之热、芍药之收、甘草之缓，而加射干、紫菀、款冬、大枣。专以麻黄、细辛发表，射干、五味下气，款冬、紫菀润燥，半夏、生姜开痰，四法萃于一方，分解其邪，大枣运行脾津和药性也。

胡希恕《经方传真》：射干、紫菀、冬花、五味子均主咳逆上气，而射干尤长于清痰泄火，以利咽喉。麻黄、生姜发表散邪。半夏、细辛、大枣降逆逐饮，故亦是外邪内饮而致咳逆之治剂，与小青龙汤所主大致相同，而侧重于上气痰鸣者。

3、孙光荣化裁之经验方之五——孙光荣化痰降逆汤：

【君】西洋参 7g　生北芪 7g　紫丹参 7g ——益气活血

【臣】炙麻绒 10g　北细辛 5g　生姜片 5g ——表散风寒

【佐】漂射干 10g　清紫菀 10g 款冬花 10g——降逆定喘

【使】法半夏 7g　五味子 3g　大红枣 10g——化痰和中

孙光荣化痰降逆汤适应病证：

【脉象】弦大，浮大，滑数，浮而稍数。

【舌象】舌质暗红，舌苔白或白腻。

【症状】咳喘不已，呼吸短促，痰鸣如蛙，痰白而稀。

【适应病证加减举例】

支气管哮喘（新感风寒发作者）：加荆芥穗 10g，矮地茶 10g，蒲公英 12g。

小儿百日咳：上方剂量酌减，加百部根 7g。

老年慢性支气管炎（兼见便结者）：加矮地茶 10g，麦门冬 12g；清紫菀改为炙紫菀、款冬花改炙冬花。

（六）白头翁汤（《伤寒论》）

1、原方组成：白头翁二两，黄柏三两，黄连三两，秦皮三两。以水七升，煮取二升，去滓，温服一升；不愈，更服一升。

【歌诀】白头翁治热毒痢 黄连黄柏佐秦皮
清热解毒并凉血 赤多白少脓血医

2、应用大旨：宜：下痢脓血 疫毒痢疾
腹痛肛灼 里急后重
（热毒深入血分，下迫大肠，伤津）
忌：咽干 痰少 毒痢初起

【经方要义】白头翁汤

（1）方剂分类：属于“清热剂”

（2）针对病证：下痢，赤多白少 腹痛，里急后重 肛门灼热 渴欲饮水

（3）配伍特点：清热（白头文）、收涩（秦皮）兼施。

（4）选方提要：热毒深陷血分。

【应用精义】

柯韵伯《伤寒来苏集》：四味皆苦寒除湿胜热之品也。白头翁临风偏静，长于驱风，盖脏腑之火、静者治，动者病，动则生风，风生热也。故取其静以镇之，秦皮木小而高，得清阳之气，佐白头翁以升阳，协连、柏而清火，此热利下重之宜剂。

吴谦等《医宗金鉴》：厥阴下利，属于寒者，厥而不渴，下利清谷；属于热者，消渴下利，下利便脓血也。此热利下重，乃火郁湿热，秽气奔逼广肠，魄门重滞而难出，即《内经》所云：暴注下迫者是也，君白头翁，寒而苦辛；臣秦皮，寒而苦涩，寒能胜热，苦能燥湿，辛以散火之郁，涩以收下重之利也；佐黄连清上焦之火，则渴可止；使黄柏泻下焦之热，则利自除也。

3、孙光荣化裁之经验方之六——孙光荣清热利肠汤：

【君】西洋参 7g　生北芪 7g　紫丹参 7g ——益气活血

【臣】白头翁 12g　川黄连 12g　川黄柏 12g——清热凉血

【佐】苦秦皮 10g　蒲公英 10g　金银花 10g——解毒止痢

【使】车前仁 10g　生甘草 5g　——化痰和中

孙光荣清热利肠汤适应病证：

【脉象】弦数，细数。

【舌象】舌质红，舌苔黄厚或腻。

【症状】泻下脓血，里急后重，腹痛肛灼，渴欲饮水。

【适应病证加减举例】

阿米巴痢疾：加鸦胆子（桂圆肉包裹，吞服）。

急性结膜炎：去苦秦皮，加谷精草 10g。

痢疾（重型）：若外有表邪，恶寒发热者，加葛根、连翘以透表解热；里急后重较甚者，加木香、槟榔、枳壳以调气；脓血多者，加赤芍、丹皮、地榆以凉血和血；夹有食滞者，加焦山楂、枳实以消食导滞。

【经方要义】肾气丸

（1）方剂分类：属于“补益（阳）剂”

（2）针对病证：腰痛脚软 身半以下常有冷感 痰饮 水肿 消渴 小便不利或反多 阳萎早泄

（3）配伍特点：阴（补阴药）阳（补阳药）并补，补（干地黄、山萸肉、怀山药，三补）泻（泽泻、牡丹皮、茯苓，三泻）兼施

（4）选方提要：肾阳不足（“引火归源以消阴翳”）

【应用精义】

张璐《千金方衍义》：本方为治虚劳不足，水火不交，下元亏损之首方。专用附、桂蒸发津气于上，地黄滋培阴血于下，萸肉涩肝肾之精，山药补黄庭之气，丹皮散不归经之血，茯苓守五脏之气，泽泻通膀胱之气化。

王履《医经溯洄集》：八味丸以地黄为君，而以余药佐之，非止为补血之剂，盖兼补气也。气者，血之母，东垣所谓阳旺则能生阴血者此也。夫其用地黄为君者，大补血虚不足与补肾也；用诸药佐之者，山药之强阴益气；山茱萸之强阴益精而壮元气；白茯苓之补阳长阴而益气；牡丹皮之泻阴火，而治神志不足；泽泻之养五脏，益气力，起阴气，而补虚损五劳，桂、附立补下焦火也。由此观之，则余之所谓兼补气者，非臆说也。

3、孙光荣化裁之经验方之八——孙光荣益肾振阳汤：

【君】生晒参 10g　生北芪 10g　紫丹参 10g——益气活血

【臣】干地黄 15g　怀山药 10g　山萸肉 10g——滋补脾肾

【佐】炒泽泻 10g　牡丹皮 10g　云茯苓 10g——渗湿利水
【使】炮附子 6g　上肉桂 6g　炙甘草 5g ——阴中引阳
孙光荣益肾振阳汤适应病证：
【脉象】虚，虚细，左尺尤虚细无力。
【舌象】舌胖淡，苔白或苔少。
【症状】腰痛，脚软或脚肿，腰以下冷，下肢及足部冰凉，阳萎早泄，小便不利，消渴。
【适应病证加减举例】
慢性肾炎：加刀豆子 12g，川杜仲 12g，冬瓜皮 10g，车前仁 10g
糖尿病：加玉米须 10g，干荷叶 10g。
阳痿：加鹿角胶 10g，菟丝子 10g，川杜仲 10g。
早泄：加龟板胶 10g，川杜仲 10g。
老年性痴呆：去炮附子、上肉桂，加巴戟天 10g，炙远志 6g，石菖蒲 6g。
（九）酸枣仁汤（《金匮要略》）
1、原方组成：酸枣仁二升，甘草一两，知母二两，茯苓二两，川芎二两。以水八升，煮酸枣仁，得六升，纳诸药，煮取三升，分温三服。
【歌诀】酸枣仁汤安神方 川芎知草茯苓襄
养血除烦清虚热 安然入睡神自安
2、应用大旨：宜：虚烦难寐 心悸盗汗
头目眩晕 咽干口燥
（禀赋薄弱 气血两虚 功能衰退）
忌：实证
【经方要义】酸枣仁汤
（1）方剂分类：属于“滋养安神剂”
（2）针对病证：虚劳虚烦 不得眠 不宁 盗汗 咽干口燥
（3）配伍特点：三兼：标本兼治 养清兼顾 补泻兼施
（4）选方提要：肝血不足，心神失养。
【应用精义】
喻昌《医门法律》：虚劳虚烦，为心肾不交之病，肾水不上交心火，心火无制，故烦而不得眠，不独夏月为然矣。方用酸枣仁为君，而兼知母之滋肾为佐，茯苓、甘草调和其间，芎入血分，而解心火之燥烦也。
尤在泾《金匮要略心典》：虚劳之人，肝气不荣，则魂不得藏，魂不得藏故不得眠。酸枣仁补肝敛气，宜以为君。而魂既不归，容必有浊痰燥火乘间而袭其摄者，烦之所由作也。故以知母、甘草清热滋燥；茯苓、川芎行气除痰，皆所以求肝之治，而宅其魂也。
3、孙光荣化裁之经验方之九——孙光荣益气活血安神汤：
【君】西洋参 7g　生北芪 7g　紫丹参 7g ——益气活血
【臣】酸枣仁 15g　云茯神 12g 龙眼肉 10g——养心安神
【佐】肥知母 10g　正川芎 6g　川郁金 10g——滋阴疏肝
【使】生甘草 5g　——调和诸药
孙光荣益气活血安神汤适应病证：
【脉象】弦细，细数，虚细无力。
【舌象】舌淡红，苔薄白或苔少。
【症状】五心烦热，心神不安，盗汗或自汗，咽干口燥，头晕目眩。

【适应病证加减举例】

更年期综合症：加干小麦 15g，大红枣 10g，灯芯草 3g。

顽固性盗汗：加浮小麦 15g，麻黄根 10g。

焦虑性神经症：加莲子心 10g，灯芯草 3g。

顽固性室性早搏：加麦门冬 10g，五味子 3g，灵磁石 5g。

“中和思想”→“中和辨证” →“中和组方”形成中医辨治学术系统，关键是认同“中和思想”为临证之指导思想，把握“中和辨证”的元素与要领，运用“中和组方”的思路与方法。

让我们共同努力，加强老中医药专家学术经验传承工作，提高老中医药专家学术经验传承的效果，为中医药的继承创新做出新的更大贡献，造福天下苍生。（中华国医心血管专科经方大师研修班）

孙光荣教授调气活血抑邪汤简述

孙光荣教授是国家非物质遗产“同仁堂”20 名中医药大师之一，主任医师，研究员，教授，北京中医药大学远程教育学院副院长，享受国务院特殊津贴的有突出贡献专家，著名中医药文献学家，中医临床家，中医药现代远程教育创始人之一。擅长治疗中医内科、妇科肿瘤、心脑血管疾病等疑难杂证。我辈有幸从师于孙老教授研习中医，深感孙老临证化裁调气活血抑邪汤治疗疑难杂症疗效之神奇。现简述如下。

1　调气活血抑邪汤

孙光荣教授执业中医 46 年来，积累深厚，学验俱丰。他的学术经验可以简要地、初步地归纳如下：“临床基本原则是：慈悲为本，仁爱为先，一视同仁。临床学术观点是：护正防邪，存正抑邪，扶正祛邪。临床思辨特点是：调气血、平升降、衡出入”。临床基本处方是自拟“调气活血抑邪汤”。

孙老常说我在中医临床方面的学习和实践的体会是，要做到“三个善于”：一要善于调气血，二要善于平升降，三要善于衡出入。无论以何种方法辨证论治，表里、寒热、虚实、顺逆、生死都离不开阴阳这一总纲，但归根结底，阴阳最终还是离不开气血，这是因为“人之所有者，血与气耳”（《素问•调经论》）；论生理、论病理，无论在脏腑、在经络、在皮肉筋骨，最终也是离不开气血，这是因为“气即无形之血，血即有形之气”（《不居集》）。而气血之间的关系尤为密切，就是众所周知的“气为血之帅，血为气之母”，所以第一要善于调气血。人参、黄芪益气，丹参活血，这样配伍比较“中和”，可以作为诸方的基础，所以孙老习惯于使用它们“率领”诸药“团队”前进。升降出入，是基于阴阳学说而形成的气机消长转化的重要学说。升清（阳）、降浊（阴）、吐故（出）、纳新（入）是气机的基本动态，《素问•六微旨大论》说：“非出入则无以生长壮老已；非升降则无以生长化收藏”。中医治病最讲究两条：一是从病人的整体以及与外环境的关系来看病，不是头痛看头、脚痛看脚，而是要辨证论治，要“因人、因地、因时制宜”，而不是头痛医头、脚痛医脚，不是用统一的“套餐”，不是用程式化的“套路”。二是中医治病不是运用对抗性思维，不是有细菌或病毒就只要杀死细菌或病毒，不是有病损的脏器或肢体就只要截断病损的脏器或肢体，而是“调”。什么叫“调”？就是调整，调和，调理。调什么？调阴阳，调气血，调气机的升降出入。调到什么程度？调到平衡。所以，在调气血的前提下，还要善于平升降、衡出入。

2　遣方用药——心中有大法 笔下无死方

孙老教授执业中医近半个世纪，擅长治疗中医内科、妇科、肿瘤、心脑血管疾病等疑难杂证。他的临床学术观点是：护正防邪，存正抑邪，扶正祛邪。临床思辨特点是：调气血，平升降，衡出入。孙老幼承庭训，继拜名师，深研经典，博采众长，擅长以调阴阳、和气血为纲治疗疑难杂证。更重要的是因为孙光荣的处方调阴阳、和气血，崇医者之王道。细观孙老处方用药，君臣佐使井然有序，药精量小，就像调兵遣将，能“知人善任”，贵在精，贵在巧，讲究“中病即止”，注重“不滥伐无过”。他的处方没有“大兵团”（大处方）的霸道之气，还可以减少病人的开支，节省药材资源。学生们再一看处方，用的都是普通的调气血药，就请教孙老。他告诉学生们：“遇疑难杂证，当先察阴阳气血升降出入，调之使平。首先要确立治疗法则，如通因通用、或塞因塞用而紫。但是气、血、痰、湿、食等所致的积聚、症瘕、痞块等多种病证，如

果单纯活血化瘀，则是缘木求鱼，而要运用《素问•至真要大论》所言坚者削之、结者散之等大法。所以，要做到心中有大法、笔下无死方。中医辨证论治的精髓就在因人、因时、因地制宜。”他还归结道：“如果说，中华文化的灵魂是‘和’，中医医德的核心价值就是‘仁’。中医医术的最高水平就是‘调’，中医疗效的终极指标就是‘平’。”

2.1　常用对药　北京同仁堂中医大师孙光荣老教授临床选方用药，灵巧机动，阴阳合和，动静相配，升降互动，尤其是对药的使用很有特色。孙老临床应用“对药”的临床经验，能有效地指导临证处方用药，甚为珍贵。常用对药有：①龙骨、牡蛎；②杜仲、川牛膝；③蔓荆子、藁本；④白茅根、车前子；⑤石菖蒲、郁金；⑥天麻、石决明；⑦金樱子、车前子；⑧小茴香、荔枝核；⑨枳壳、厚朴；⑩山药、薏苡仁； 11 郁金、佩兰； 12 桑寄生、何首乌； 13 陈皮、半夏； 14 茯神、炒枣仁； 15 蒲公英、金银花； 16 谷精草、密蒙花； 17 炒枣仁、制远志； 18 熟地黄、生地黄； 19 乳香、没药； 20 九节菖蒲、磁石； 21 墨 旱莲、女贞子。

2.2　善用角药　所谓“角药”是指以中医基本理论为基础，以辨证论治为前提，以中药气味、性能、归经、七情为配伍原则，三味中药联合使用、系统配伍、配成一组，为三足鼎立，互为犄角，这种配伍，比起“药对”作用就比较复杂一些，名之曰“角药”。初看“角药”像是由三组“药对”组成，但实际上它的组方意义远比“药对”广泛深厚。“角药”介于中药与方剂之间，在方剂中起主要或辅助作用，或独立成方，其在配伍应用中颇多巧妙，在临床应用中可起到减毒增效的作用，对于我们认识药物的性能功效也很有帮助。“角药”一词，看来陌生，但临床医师却在自觉不自觉地运用此药物配伍规律，进行着长期的医疗临床实践。简单地讲，它是三种中药的有机组合应用，而非简单的药物。

2.2.1　常用的“角药” 常用的角药大多是经方或小方或大家都熟悉的小方，多信手拈来，疗效甚佳。孙老临床亦经常选用，如：①黄连、半夏、瓜蒌；②茵陈、栀子、大黄；③甘草、小麦、大枣；④猪苓、茯苓、泽泻；⑤柴胡、黄芩、半夏；⑥杏仁、白蔻仁、薏苡仁；⑦白芥子、紫苏子、莱菔子；⑧玄参、麦冬、生地黄；⑨人参、麦冬、五味子；⑩附子、干姜、炙甘草。

2.2.2　孙光荣教授常用的“角药” 孙光荣教授喜用“角药”，并且剂量偏小，一派王者风范。其基本临床治疗“重气血、调气血、畅气血”，所以讲究用药灵动性强，紧扣病机，动静相扣，升降配合，阴阳互动，才能达到良好的治疗效果。

此“角药”是孙老最常用的角药。（即“调气活血抑邪汤”化裁方）

人参、黄芪、丹参

人参大补元气，补益脾肺，生津止渴，宁神益智。黄芪有益气固表、敛汗固脱、托疮生肌、利水消肿之功效。丹参活血调经，祛瘀止痛，凉血消痈，清心除烦，养血安神。《滇南本草》谓：“丹参，味微苦，性微寒。色赤，入心经。补心，生血，养心，定志，安神宁心，健忘怔忡，惊悸不寐，生新血，去瘀血，安生胎，落死胎。一味可抵四物汤补血之功”。三药合用，气血共调，共奏补气健脾，养血活血之功。这三味药孙老几乎方方不离，时常变的是三味药用量之比例和用药量之大小，最大量也很少超过 15g 的，彰显孙老“重气血、调气血、畅气血”之基本临床思想。

孙老常用的角药还有：①茯神、炒枣仁、炙远志；②杜仲、枸杞子、山萸肉；③防风、黄芪、白术；④黄柏、苍术、牛膝；⑤菊花、白芷、川芎；⑥大黄、黄芩、黄连；⑦黄连、香薷、厚朴；⑧大黄、附子、细辛；⑨女贞子、墨旱莲、天花粉。以上是孙老临床常用的“角药”，仅供临床参考。（李彦知,杨建宇,孙文政,等.孙光荣教授调气活血抑邪汤简述[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(04):11-12.）

调气活血抑邪汤理论基础及临床运用浅析

孙光荣教授是我国著名的中医临床学家和文献学家，其行医近６０年，德艺双馨，学验俱丰。他的临床思辨特点是：调气血，平升降，衡出入。其中，调气血为首务。在临床处方中，孙老常以调气活血抑邪汤作为处方基础。笔者有幸师从孙老，侍诊其左右，收获良多。下面笔者试对调气活血抑邪汤理论基础及临床运用作一阐释。

气是人体内活力很强运行不息的极精微物质，是构成人体和维持人体生命活动的基本物质之一。人体之气，由精化生，并与肺吸入的自然界清气相融合而成。一身之气的生成，是脾、肾、肺等脏腑的综合协调作用的结果。气的运动称作气机。气的运动形式，因气的种类与功能的不同而有所不同，但总的来说，可以简单地归纳为升、降、出、入四种基本形式。“升降出入，无器不有”，升与降，出与入之间必须协调平衡。气机升降出入的协调平衡是保证生命活动正常进行的一个重要环节。一方面，气必须有通畅无阻的运动；另一方面，气的升降出入运动之间必须平衡协调。具备这两点，气的运动才是正常的，这种正常状态称之为“气机调畅”。只有这样，才有人体之气的正常运动，各脏腑才能发挥正常生理功能。因此，气的升降出入运动是人体生命活动的根本，气的升降出入运动一旦停息，也就意味着生命活动的终止。故《素问·六微旨大论》说：“出入废则神机化灭，升降息则气立孤危”。

生理情况下，气既是构成人体的基本物质之一，又是推动和调控脏腑功能活动的动力，如推动与调控作用、温煦与凉润作用、防御作用、固摄作用、中介作用等，从而起到维系生命进程的作用。气的病理状态主要体现在两个方面：一是气虚，即由于各种原因导致人体之气的不足；二是气机失调。当气的运动出现异常变化，升降出入之间失去协调平衡时，概称为“气机失调”，如气机不畅、气滞、气逆、气陷、气脱、气闭等。

血是循行于脉中而富有营养的红色液态物质，是构成人体和维持人体生命活动的基本物质之一。水谷精微和肾精是血液化生的基础。血的正常运行与气的功能密切相关。气的推动与固摄作用之间、温煦与凉润作用之间的协调平衡是保证血液正常运行的主要因素。此外，尚需考虑病邪的影响，如阳邪侵入，或内生火热，易发生阳热亢盛而使血液妄行。阴邪侵袭，或寒从中生，易发生阴寒偏盛而使血行不利，甚至出现瘀血。同时，血的正常运行，也是心、肺、肝、脾等脏腑功能协调、共同作用的结果。

血主要具有濡养和化神两个方面的功能。血循脉而流于全身，濡养脏腑、经络、形体、官窍，是人体生命活动的根本保证。正如《景岳全书·血证》中说：“凡为七窍之灵，为四肢之用，为筋骨之和柔，为肌肉之丰盛，以至滋脏腑，安神魂，润颜色，充营卫，津液得以通行，二阴得以调畅，凡形质所在，无非血之用也。是以人有此形，惟赖此血，故血衰则形萎，血败则形坏，而百骸表里之属，凡血亏之处，则必随所在而各见其偏废之病。”

血的病理状态主要体现在两个方面：一是血虚，即由于各种原因导致人体之血的不足；二是各种原因如血热、血寒、气虚、脏腑功能失调等导致的血行不利甚则血瘀、出血等血的运行失常。

另外，气血与人体其他生理物质也存在密切关系。如津液的生成、输布和排泄，有赖于气的推动、固摄作用和气的升降出入运动；精、血、津液三者之间存在着互相化生、互相补充的关系，即“精血同源”、“津血同源”；气血是神的物质基础；等等。

可见，气与血是人体内两大类重要的基本物质，而这不仅与全身脏腑关系密切，且与人体其他生理物质也存在密不可分的关系。可以说气血在人体生命活动中占有很重要的地位，如 《素问·调经论》说： “人之所有者，血与气耳。”《景岳全书·血证》说：“人有阴阳，即为血气。阳主气，故气全则神旺；阴主血，故血盛则形强。人生所赖，唯斯而已。”气与血相对言之，则气属阳，血属阴，具有互根互用的关系。概言之，即 “气为血之帅，血为气之母”。气血之间协调平衡，生命活动得以正常进行。反之， “血气不和，百病乃变化而生”。因此，调整气血之间的关系，使其恢复协调平衡的状态是治疗疾病的常用法则之一。

基于此，孙老治疗内伤杂病多以调理气血为先导，具体而言，即 “调气血，平升降，衡出入”。在具体用药上，孙老多以比较稳妥的调气活血抑邪汤为处方基础。调气活血抑邪汤以一对三联组药——— “参、黄芪、丹参”组成，以使气血通调，统领其他药物 “团队前进”。孙老治疗内伤杂病的处方中，绝大多数都用到了这一组药（但病机以阳亢为主而气虚不明显者，一般不用）。或许有人会问，人体之精也极其重要，为何以调理气血为先导，而不以调精为先导呢？笔者认为，这是由其不同特点决定的。一般而言，气血以流通为顺，调气血之药以“动药”为主；而精以闭藏为贵，填精之药则以 “静药”为主，而 “静药”是无法担任统领其他药物 “团队前进”的重任的，且妄用反生滋腻之弊 （这也就是补精方剂中必配 “动药”的缘故）。所以，不能以调精作为疾病治疗的先导。

孙老在运用调气活血抑邪汤——— “参、芪、丹参”时，又是灵活使用这三味药，体现在依据病情对于“参”的选择不同、三药药量选择及比例的调整上。气虚者，用党参，甚者，用生晒参 （如病例 1）。气虚兼有阴虚者，用太子参，气阴两虚较重者，用西洋参 （如病例 2）；且黄芪减量，“参”之用量多于黄芪。津液亏损者，可用元参 （如病例 3）。气虚明显者，参芪之量加大；无明显气虚血虚者，或气血虚损程度大致相当者，则三药之量大致相当。调气活血抑邪汤的 “黄芪”，多用 “生黄芪”，因孙老认为 “生黄芪”补气之力较 “炙黄芪”为速。一般而言，药物的用量分为 3-5g、7-9g、10～15g 等几个等级依据患者病情轻重而灵活选用。当然，这只是常规情况，并非一成不变，临床用药务必以合于病情为要 （病例 4、5）。

病例 1：张某，女，24 岁。2009 年 12 月 11 日初诊。病情：11 岁至今经期紊乱，行经无定期，白带多，自感腹胀，腰膝冷酸，舌淡苔白脉虚细。处方：

生晒参 10g，生北芪 10g，紫丹参 10g，益母草 12g，制香附 10g，川郁金 10g，川萆薢 10g，川杜仲 10g，川牛膝 10g，大腹皮 10g，制川朴 6 g，桑螵蛸 10g，薏苡仁 10g，熟附片 6g，生甘草 5g，全当归 12g。

按：气虚较甚，调气活血抑邪汤中用生晒参。三药等量。

病例 2：1988 年夏，黄某，男，“脑胶质瘤 （星形细胞瘤）”。病情：头痛、头晕、头胀、恶心、口臭、纳差 2 年，近半年，多次无前兆突然晕倒；近 3 个月来视物模糊，有时可见重影。舌绛苔黄腻，脉弦细无力。处方：

西洋参 （蒸兑）12g，生北芪 6g，紫丹参 15g，生鳖甲 （先煎）30g，生龟甲（先煎）30g，蒲公英 15g，金银花 15g，天葵子 12g，白花蛇舌草 15g，半枝莲 15g，乌贼骨 10g，制乳没 （醋炙，布包）6g，姜半夏 9g，广陈皮 9g，路路通 15g，生甘草 5g。

按：西洋参、丹参之量倍于黄芪，结合舌脉、病机，故黄芪量小。

病例 3：范某，女，54 岁。2011 年 11 月 1 日初诊。因目涩近 2 年余求诊。症见目涩甚，口干，便秘，舌红苔薄黄而干，脉细涩。处方：

润玄参 12g，生黄芪 10g，紫丹参 7g，天冬 10g，麦冬 10g，金石斛 10g，云茯神 15g，炒枣仁 15g，谷精草 10g，密蒙花 10g，北枸杞 15g，生甘草 5g。

按：津液亏虚且有虚热，调气活血抑邪汤中用了元参，滋阴润燥而清虚热。

病例 4：某女，35 岁。2008 年夏初诊。病情：曾习惯性流产数次，此次怀孕后为求保胎而求治于孙老。脉细滑无力，舌淡红苔薄白，停经 42 天，倦怠少食，面色少华，气短声怯。处方：

白晒参 15g，生北芪 30g，当归身 15g，川续断 15g，淡黄芩 6g，熟 地 黄 15g，正 川 芎 5g，杭白芍 （酒 炒）15g，白术（土炒）12ｇ，炙甘草 5g，西砂仁（后下）4g，糯米 20g，生姜 3 片、大枣 7 枚引。

按：患者习惯性流产，气血大虚，故用晒参，且参芪药量较大；并舍丹参而不用，因不合本例习惯性流产患者之病机。提示我们在调气活血抑邪汤的使用上，务必以患者个体情况而定，而不可胶柱鼓瑟，为用这三味药而用这三味药。

病例 5 ：王某，男，31 岁。2009 年 12 月 11 日初诊。高血压病。寐不宁，多梦，眩晕。舌绛苔少，脉弦数。处方：

石决明 20g，川杜仲 10g，川牛膝 10g，法半夏 10g，广陈皮 7g，紫丹参 10g，广郁金 10g，云茯神 15g，生龙齿 15g，炒枣仁 15g，合欢皮 10g，制首乌 15g，炒枳壳 6g，明天麻 10g，生甘草 5g。

按：阳亢为主，只需平肝降逆，无需益气活血，因此不用调气活血抑邪汤，而运用 “石决明、川杜仲、川牛膝”平肝潜阳。（薛武更.调气活血抑邪汤理论基础及临床运用浅析[J].中国中医药现代远程教育,2013,11(13):143-145.）

运用国医大师孙光荣调气活血抑邪汤

治疗疑难杂证的点滴体会

调气活血抑邪汤是承载中和医派孙光荣教授学术思想的代表方，孙光荣教授研习中医药60余载，幼承庭训，博采众长，擅以调阴阳和气血为纲治疗疑难杂证。 临床常以黄芪、人参、丹参组成的调气活血抑邪汤作为基础方，气血并调，彰显孙老“重气血，调气血，畅气血”的基本临床思想。 笔者有幸师从孙老，受益颇多。 本文对调气活血抑邪汤的理论基础试做浅述及其临床运用点滴体会作一总结。

孙老临床的基本治疗原则，重点在气血，侧重在升降，目的在阴阳，气血调和百病消，升降畅则滞瘀散，气血活，升降畅则阴阳平衡而何病之有？孙老临证之初先是研习李东垣补土学派之法，又后遵丹溪滋阴之说，融会贯通，乃成今日之重气血之基本思路。

1　气血者，乃生之本

中医理论认为，生命通过气的升降出入运动持续激发脏腑的生理功能，从自然界摄入空气、水谷，合成人体所需精微物质，排出糟粕。 《素问· 平人气象论篇》曰：“人以水谷为本，故人绝水谷则死”。 水谷乃气血化生之源，气血周流全身，其升降出入的矛盾运动发生变化，消长盛衰决定了人体生、长、壮、老、已的生命历程，即为气血由弱转强、继之由盛转衰的过程。 何为气，何为血？ 《灵枢· 决气》说：“上焦开发，宣五谷味，熏肤，充身，泽毛，若雾露之溉，是谓气……中焦受气取汁，变化而赤，是谓血。” 《灵枢· 营卫生会》进一步指出：“中焦亦并胃中，出上焦之后，此所受气者，泌糟粕，蒸津液，化其精微，上注于肺脉，乃化而为血，以奉生身，莫贵于此，故独得行于经隧，命曰营气。”可见，气血主要为水谷精微所化，血中有气，气中含血，相互依赖。 气属于阳而主动，具有防御、推动、温煦作用；血属于阴而主静，具有濡养、滋润等作用，气血充养全身，为人身至宝，二者均为构成人体和维持人体生命活动的最基本物质，在生理功能上相互依存，相互制约，相互为用。 气血与生命存亡休戚相关，为人身之根本。《素问· 调经论》曰：“人之所有者，血与气耳”。 《灵枢· 本脏》曰：“人之血气精神者，所以奉生而周于性命者也”。 总之，人之一身，不离气血。

2　气血失和，百病乃生

气血失调是疾病发生的根本病因和基本病机。 气血是人体的基本物质，维持着生命机体的脏腑、经络、四肢百骸的基本功能，气血调和代表人体的正气，是机体内部平衡的基本因素。 张景岳认为：“气之在人，和则为正气，不和则为邪气，凡表里虚实，逆顺缓急，无不因气而生，故为病皆生于气。” 《医门法律》曰：“气得其和则为正气”，由此可见，气血调和，则人体精气神旺盛，而精充气足神旺，则正气充足，反之则正气亏虚气血异常，正气虚衰，为疾病的发生提供了内在根据。 外邪、七情内伤、饮食劳逸等是疾病发生的条件，外在条件只有通过气血异常的内在病理变化才能发病。 如《素问· 评热病论》曰：“邪之所凑，其气必虚。” 《丹溪心法》曰：“气血充和，万病不生，一有怫郁，诸病生焉。”故气血失调，正气不足是疾病发生的内在根据。

3　关于调气活血抑邪汤

孙老常说：“我在中医临床方面的学习和实践的体会是，要做到“三个善于”：一要善于调气血，二要善于平升降，三要善于衡出入。 无论以何种方法辨证论治，表里、寒热、虚实、顺逆、生死都离不开阴阳这一总纲，但归根结底，阴阳离不开气血，这是因为“人之所有者，血与气耳”（《素问 ·调经论》）；论生理、论病理，无论在脏腑、在经络、在皮肉筋骨，最终也是离不开气血，这是因为“气即无形之血，血即有形之气”（《不居集》）。 气血之间的关系尤为密切，就是众所周知的“气为血之帅，血为气之母”，所以第一要善于调气血。”调气活血抑邪汤由人参、黄芪、丹参三味药组成。 人参大补元气，补益脾肺，生津止渴，宁神益智。 黄芪有益气固表、敛汗固脱、托疮生肌、利水消肿之功效。丹参活血调经，祛瘀止痛，凉血消痈，清心除烦，养血安神。 《滇南本草》谓：“丹参，味微苦，性微寒。 色赤，入心经。 补心，生血，养心，定志，安神宁心，健忘怔忡，惊悸不寐，生新血，去瘀血，安生胎，落死胎。 一味可抵四物汤补血之功”。 三药合用，气血共调，共奏补气健脾，养血活血之功。 这三味药孙老几乎方方不离，时常变的是三味药用量之比例和用药量之大小，最大量很少超过 15g，彰显孙老“重气血、调气血、畅气血”之基本临床思想。

4　运用调气活血抑邪汤验案举例

案 1 寒饮内伏，气血失和案

李某，女，38 岁，2014 年 2 月 22 日初诊。 患者于 2 月前感冒后，咳嗽迁延不愈，就诊前曾自服清热解毒口服液、止咳敏、罗红霉素等药治疗，又经他医诊治服苦寒清肺之中药汤剂，效果均不明显。 现症见：阵发性呛咳，咯痰色白质稀量不多，咳甚汗出，夜间加剧，胸部隐痛不适，咽喉痒而不适，夜寐欠安，短气乏力，精神疲倦，舌淡暗、苔薄白，寸口脉浮而细数。 查体：咽部充血，扁桃体不肿大，双肺未闻及干湿啰音，血常规和胸部 X 线摄片检查正常。 证属寒饮内伏，气血失和，治拟散寒化饮，调气活血。 处方：麻黄 10g，桂枝 15g，生半夏 15g，白芍 15g，干姜 6g，细辛 5g，五味子 10g，杏仁 10g，桔梗 6g，党参 10g，黄芪 30g，丹参 10g，款冬花 15g，生姜 10g，大枣 10 枚。 每日 1 剂，水煎服。

二诊（2 月 27 日）：5 剂后患者咳嗽次减少，胸痛、咽痒好转，夜能安寐，短气乏力、精神疲倦均改善。 上方加白术 10g，茯苓 10g，合桂枝则温化寒饮，合党参则补土生金以绝痰源而善后。 续服 5 剂，患者诸症悉除。

按：由于抗生素的滥用及医药知识的普及，患者动辄在药店自己购买清热解毒口服液、板蓝根冲剂、止咳镇咳等药口服，所以外感后的咳嗽往往是久治不愈、缠绵多日。 苦寒之品过服伤胃，易致脾胃气虚，运化失职，水湿内生，感受风寒，外寒内饮，互相搏击，壅塞于肺，肺失宣肃则发为咳嗽。 肺失宣肃而致气机升降失常，气血失和，故缠绵难愈。 取小青龙汤外解风寒，内散水饮；取调气活血抑邪汤调和气血；杏仁和桔梗为肺经之气分药，杏仁下气止咳，桔梗宣肺利咽，一降一宣，条畅气机，平升降；款冬花为辛散苦降之品，温润不燥，既入肺经气分，又入血分，能疏利肺经气血，为润肺降逆，止咳化痰的要药，助调气活血抑邪汤调和气血。 如《医林改错 · 气血合脉说》中指出：“治病之要诀，在明白气血，无论外感内伤，要知初病伤人何物，……所伤者无非气血”。 诸药合用，既补又散，既宣又降，使气血和，升降平，出入衡，肺之宣发肃降功能恢复正常而咳嗽得愈。

案 2 阳虚水泛，气虚血瘀案

候某，男，81 岁，2014 年 3 月 7 日初诊。 胸闷气喘，动则尤甚已 2 月有余加重一周。 由轮椅推入病房。住院号：201400471。 2014 年元月感冒后，开始咳嗽气短，胸闷气喘，下肢浮肿，常心悸，一周前症状加重，动则心悸，心下及胸胁胀满，咳嗽吐泡沫清稀痰，难以平卧，时头汗出，冷汗淋漓，双下肢凹陷性水肿，纳差，少尿。 舌淡胖，苔水滑，脉沉无力。 查体：端坐呼吸，面色白，口唇轻度紫绀，颈静脉怒张，心率 100 次/分，律齐，两肺满布细湿啰音，X 线 DR 片示：双胸腔积液（约 800 ｍＬ）。 经结核病防治所检查排除了结核性胸膜炎。 既往有糖尿病史多年、冠心病、高血压病史。 西药服用呋塞米片、单硝酸异山梨酯片等药。 诊断：心力衰竭Ⅱ度、心源性胸腔积液。 中医根据舌脉症诊为喘证，辨证为阳虚水泛，气虚血瘀证。 治以益气活血，温阳利水。 方用真武汤合调气活血抑邪汤加减：制附片（先煎）20g，生姜 20g，白芍 20g，白术 15g，茯苓 30g，泽泻 30g，人参 20g，黄芪 60g，丹参 30g，葶苈子 30g，大枣 10g，生半夏 15g，全瓜蒌 20g，干姜 10g，五味子 10g，细辛 10g，甘草 10g。 3 剂，水煎 500ml，分早、中、晚 3 次温服，日 1 剂。

上方服 3 剂后，尿量显著增加，每日达 1500 ｍＬ，患者胸闷气喘好转，已能平卧，纳食改善，无心悸汗出，下肢肿好转。 脉稍转有力。 原方继进 3 剂。 煎服法同前。 服第 6 剂后浮肿消失，心率减慢，能下床轻微活动，X 线 DR 片示：双胸腔积液约 400 ｍＬ。 考虑还有胸闷咳痰短气等症，上方加入厚朴 6g，陈皮 6g 以宽胸理气燥湿化痰，入苏子 9g 以降气止咳。 再服五剂后咳止，活动量大后可见胸闷气喘症状，余症皆好转。 舌淡及苔均有好转，脉较前有力。 X 线 DR 片示：双胸腔积液完全吸收。 方改为制附片（先煎）10g，生姜 10g，白芍 20g，白术 15g，茯苓 15g，泽泻 15g，人参 20g，黄芪 60g，丹参 30g，麦冬 10g，五味子 10g，菟丝子 10g，仙茅 10g，补骨脂 10g。 服药一周，诸症悉除，心率 85 次/ 分，食纳正常，二便自调。

按：慢性心衰属于中医学的“心悸”、“喘证”、“痰饮”、“水肿”等疾病范畴，该病病因较复杂，但其病机主要责之于气虚血瘀，阳虚水泛，以及痰阻等。气虚阳虚为本，血瘀水泛痰阻为标。 依据患者胸闷气喘，难以平卧，动则尤甚，汗出，下肢浮肿，面色白，口唇紫绀，舌淡胖而黯，苔水滑，脉沉无力可诊为喘证之阳虚水泛，气虚血瘀证。心主君火，肾主命火，君火命火互根互用。心力衰竭的本源是阳气不足，君命火衰，阳不化阴则水肿，气不行血必血瘀。心衰无力推动血行，血瘀则水停，故而水肿明显；水饮凌心射肺故可见胸闷气喘，心悸；气虚固摄无力故见汗出；因此心衰的治疗大法为温阳利水，行气化瘀；真武汤之附子温补命火以壮君火，白术、茯苓、泽泻补益中洲利水消肿，生姜温散水气；人参、黄芪、丹参益气活血，行气化瘀通血脉；葶苈子大枣利水泻肺强心；生半夏、全瓜蒌宽胸理气化痰；干姜、五味子、细辛温肺化饮敛气；白芍利水活血兼敛阴和阳；甘草调和诸药。 全方温阳利水强心，益气活血，化瘀祛痰，颇合病机，故收良效。

案 3 冲任虚损，阴阳失和案

张建华，女，59 岁，干部，2014 年 3 月 1 日初诊。头晕耳鸣失眠 5 年，伴周身阵发性烘热烦躁。患者自述 52 岁自然经闭，经闭 2 年后，时时烘热烦躁汗出，头晕耳鸣，入睡困难，容易醒，每年秋冬加重，春夏减轻或缓解。近日头晕耳鸣加重，失眠，入睡困难，睡后易醒，多梦，时有心悸，迩来寒热交作，时时烘热烦躁汗出，两眼干涩，巅顶有压迫紧束感，双上肢及颈部

麻木不适，精神抑郁，萎靡不振，情绪不稳定，纳可，二便正常。 舌质稍红苔薄白，脉细软。 妇科诊断为：更年期综合征。中医辨证属冲任虚损，阴阳失和。 治法：益肾调肝，养心安神，燮理阴阳。处方：党参 10g，黄芪 15g，丹参 10g，熟地黄 30g，当归 15g，酸枣仁 20g，白芍 15g，茯神 12g，陈皮 10g，远志 12g，淫羊藿 20g，枸杞子 15g，山萸肉 10g，夜交藤 20g，桂枝 15g，鸡血藤 30g，炙甘草 10g。 5 剂，水煎服。

二诊（3 月 6 日）：药后头晕耳鸣失眠减轻，寒热得罢，汗出减少，烘热夜减，且短时即退。脉细，舌淡红，苔薄白。原方续服 5 剂。

三诊（3 月 11 日）：药后精神抑郁好转，情绪稳定，巅顶有压迫紧束感、双上肢及颈部麻木明显改善，已基本不出汗，睡眠欠稳，仍感阵阵发热，但未出汗。 脉、舌如前。 前方加制香附 15g 以疏肝理气，加强调肝作用。 7 剂，水煎服。

四诊（3 月 18 日）：自觉身体状态较前明显好转，眼睛干涩已好，睡眠尚可，心情愉快，为巩固疗效，上方去桂枝、夜交藤、远志加五味子 10g 增加滋肾固肾的作用，再服 10 剂而愈。

按：更年期综合征属于中医绝经前后诸证范畴，中医学历代医学家对该病早有探索和研究，如《素问·上古天真论》云：“七七任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，地道不通，故形坏而无子也”。冲任脉虚是更年期妇女的主要病理机制。 妇女年近五旬，肾气渐衰，冲任亏虚，精血不足，天癸渐竭，这样使阴阳二气不平衡，脏腑气血不协调，因而出现一系列症状。人参、黄芪、丹参三药合用，气血共调，共奏补气健脾，养血活血，调补冲任；熟地黄、淫羊藿、枸杞子、山萸肉滋补肝肾益精血；桂枝、白芍燮理阴阳；远志、茯神、酸枣仁、夜交藤养心安神；全方通过调和气血，补益精血而使阴阳复衡，诸症缓解。

黄芪、人参、丹参组成的调气活血抑邪汤是孙老治疗疑难杂证的基础方，其气血并调，使气血活，升降畅则阴阳平衡而何病之有？（刘辉.运用国医大师孙光荣调气活血抑邪汤治疗疑难杂证的点滴体会[J].光明中医,2015,30(04):694-696.）

运用孙光荣中和医派学术思想

化裁麻黄连翘赤小豆汤治疗疮疡病

国医大师孙光荣教授出身于中医世家，幼秉庭训，继拜名师，终成大器。擅长中医内科、妇科、肿瘤等疑难杂症的诊治，从医 60 年，临床经验丰富。孙光荣教授临证时重形神、调气血、平升降，衡出入。认为中医无论生理、病理、脏腑、经络、皮肉、筋骨，均离不开气机的出入，气血平衡。其临证处方，使形神一体，气血调和，升降相因，出入相衡，阴阳相扣，以达用药中和，最终实现阴平阳秘，精神乃治。我们在治疗中医外科病、皮肤病患者中，运用孙光荣学术思想对经方进行加减化裁，取效颇多。本文仅对运用孙光荣学术思想化裁麻黄连翘赤小豆汤治疗疮疡病做一介绍。

1 麻黄连翘赤小豆汤方解

麻黄连翘赤小豆汤出现在临寒论》辨阳明病脉证并治篇，原文曰“伤寒瘀热在里，身必黄，麻黄连轺赤小豆汤主之。麻黄二两（去节）、赤小豆一升、连轺二两，杏仁四十个（去皮尖）、大枣十二枚、生梓白皮一升、生姜二两（切）、甘草二两（炙）。已上八味，以潦水一斗，先煮麻黄，再沸，去上沫，内诸药，煮取三升，分温三服，半日服尽。”方中麻黄解表，利尿消肿，《神农本草经》言“麻黄味苦，温。主伤寒头痛，发表出汗，去邪热气”，独麻黄一味，使邪分消上下两路，杏仁味甘温，宣肺以解表，麻黄配杏仁，加强辛温宣发之功。《内经》言“诸痛痒疮，皆属于心（火）。”连翘入肺、心经，味苦寒，具有清心火，祛湿热的良效；梓白皮苦寒利湿，若湿下行则热解，现代多用桑白皮代替；赤小豆利湿兼活血，用此三药旨在清热利湿，但若弃麻黄、杏仁之解表不用，则湿热之邪亦难以消散。生姜、大枣、甘草调和诸药。以上诸药，以潦水煎煮，医家成无己曾言此意在“取其水味薄，则不助湿气”。《伤寒缵论·卷下·正方》云：“伤寒瘀热在里，身必发黄者，故宜此汤以取微汗也”，此说可谓精辟入里，颇合仲景立方发汗治湿之要旨。外感不解，邪气郁闭，致内里湿热不透；而单纯湿热之气弥漫至表，同样可致表邪不宣，导致湿热进一步加重。凡湿热蕴于表者皆可使用，非独表证兼湿热者所用。我们运用孙光荣学术思想对此经方进行加减化裁，命名为“麻黄连翘赤小豆化裁方”（基本方：麻黄、连翘、赤小豆、桑白皮、苦杏仁、茯神、酸枣仁、甘草，等），治疗带状疱疹、疖肿、荨麻疹等中医外科病、皮肤病，临床疗效显著。

2 验案举隅

2.1 带状疱疹　某男，43 岁。主因“左侧胸部簇集性疱疹”就诊。外院诊断为带状疱疹，经抗病毒及营养神经等治疗后未见明显好转。症见：左侧胸部簇集性疱疹，疱液清澈，部分破溃，未感疼痛，舌红苔黄微腻，脉弦浮。自诉 1 周前曾患上呼吸道感染，辅助检查：血常规示白细胞、淋巴细胞均偏高。中医辨证：外感表邪，湿热蕴郁。我们认为该病患外感表邪，加上脾失健运，湿热郁于里，倡导“火郁发之”，运用“麻黄连翘赤小豆化裁方”加减，具体方药：麻黄 10g，连翘 15g，赤小豆 30 g，桑白皮 30 g，苦杏仁 10 g，太子参 15g，玄参 15 g，五味子 5g，麦冬 10g，黄芪 15 g，石解 10 g，葛根 15 g，茯神 15 g，酸枣仁 15 g，灯心草 10 g，甘草 5g，金银花 10g，蒲公英 10g，大枣 10g，半夏 10g，黄芩 10g，党参 10g，鸡内金 10 g，3 剂，水煎服，并予大黄面、青

黛绿茶水外调敷于患处，前后调理 1 周余，疱疹结痂脱落，病愈，遗留少许瘢痕。

2.2 疖肿　某男，40 岁，主因“疖肿 2 年余”就诊。该患者疖肿连续不断，此起彼伏，其大者如覆杯，脓根盘紧，小者如枣核。曾多次于外院就诊，予清热解毒汤剂口服，效果不佳。询问患者，自诉近半月在家中曾间断发热，体温 38℃左右，疖肿处触之疼痛，部分可见脓头，舌红苔黄，脉弦。中医辨证：湿热蕴表。予“麻黄连翘赤小豆化裁方”加减，使“郁热之气从外而解，火毒之邪从下而消”，具体方药：麻黄 10g，连翘 15 g，赤小豆 30 g，桑白皮 30 g，苦杏仁 10 g，茯神 15 g，酸枣仁 15 g，金银花 30 g，蒲公英 10g，当归 15 g，玄参 15 g，甘草 5g，服药半月疖肿相继消退，皮肤光滑平整。

2.3 痈　某男，86 岁。主因“间断发热一周”就诊，入院时发热恶寒，体温最高 39℃，全身皮肤可见大小不一红肿结节，尤以四肢为多，触之疼痛，右侧肩背部红肿漫遍，边界模糊，如碗口大，皮下有波动感，便秘，舌红，苔黄，脉滑数。患者曾于当地医院间断使用抗生素治疗。考虑其年老力衰，正气不足，入院当晚予火针、火罐拔毒外出，防止脓毒入里化热，拔出脓血 200 ml,体温降至 37.8~38℃，因其有恶寒表症，次日予“麻黄连翘赤小豆化裁方”加减解表，兼升阳举陷、透毒外出，“表解则可攻里”，具体方药:麻黄 10g，连翘 15g，赤小豆 30 g，桑白皮 30 g，苦杏仁 10 g,茯神 15g，酸枣仁 15g，金银花 30 g，蒲公英 10g，生石膏 30 g，柴胡 10g，黄芩 10g，甘草 5g，服药 3 剂，热退身凉，继予四妙勇安汤口服，以清热解毒，处方：金银花 90 g，玄参 60 g，当归 60 g，生甘草 30 g，继服中药 3 剂，前后调理一周出院。

2.4 荨麻疹　某女，30 岁。主因“间断性荨麻疹 2 年余”就诊，长期服用氯雷他定等西药抗过敏治疗。皮肤常有瘙痒感，就诊时以一指从上至下捋过上臂皮肤，即刻可见一红线突起，所划之处即现条索状皮疹、水泡，久难消退。伴有轻微瘙痒感，微恶风寒，口苦，胸中烦热，小便短赤，舌洪，苔白略腻，脉弦浮。检查：嗜酸性粒细胞百分比 13.2%。中医辨证：风湿客表，郁而化热。予“麻黄连翘赤小豆化裁方”加减，具体药物：具体方药：麻黄 10g，连翘 15 g，赤小豆 30 g，桑白皮 30g，苦杏仁 10 g，茯神 15 g，酸枣仁 15 g，金银花 30 g，蒲公英 10 g，蝉蜕 10g，僵蚕 10g，甘草 5g，间断调理 2 月，基本痊愈，皮肤无瘙痒感，皮肤划痕征阴性。

2.5 银屑病　某男，60 岁。主因“皮肤瘙痒（银屑病）10 年”就诊。该患者四肢皮疹连续不断，此起彼伏，外院诊断银屑病。曾多次于外院就诊，予清热解毒、燥湿止痒汤剂口服，效果不佳。现四肢外侧皮肤可见片状皮疹，伴皮肤增厚、角化、脱屑，瘙痒难耐，眠差，便秘，舌红苔黄，脉弦。中医辨证：湿热蕴表。予“麻黄连翘赤小豆化裁方”加减，使“郁热之气从外而解，火毒之邪从下而消”，具体方药：麻黄 10g，连翘 15g，赤小豆 30 g，桑白皮 30 g，苦杏仁 10 g，茯神 15 g，酸枣仁 15 g，桑叶 10g，蒲公英 10 g，生大黄 10g，甘草 5 g，另予大黄水煎外洗，每日 2 次，治疗 3 天患者皮肤瘙痒明显减轻，继续调理 2 月，四肢皮疹相继消退。

2.6 座疮　某女，30 岁。主因“颜面皮疹 1 年”就诊。该患者颜面皮疹连续不断，月经前后加重，部分皮疹盘根紧硬，按之疼痛，有乳白色脓头，此起彼伏，外院诊断“座疮”、“月经疹”。曾多次于外院就诊，予清热、解毒通便汤剂口服，效果不佳。现颜面点、片状皮疹，伴轻微瘙痒，眠差，舌红苔黄，脉弦。中医辨证：湿热蕴表。予“麻黄连翘赤小豆化裁方”加减，使“郁热之

气从外而解，火毒之邪从下而消”，具体方药：麻黄 10g，连翘 15 g，赤小豆 30 g，桑白皮 30 g，苦杏仁 10 g，茯神 15 g，酸枣仁 15 g，桑叶 10g，蒲公英 10g，生大黄 10 g，甘草 5g，治疗 14 天，患者颜面皮疹基本消退，继续调理 2 月，随访未再复发。

3 临床体会

伤寒论中麻黄连翘赤小豆汤为治疗外邪阻于经络，使湿热蕴郁于内所致黄疸的有效方剂。孙老经过多年临床经验，对于麻黄连翘赤小豆汤的临床应用，不局限于仲景的阳黄理论，认为凡是病机符合的疾病皆可化裁使用。孙老认为，临床疾病表现繁杂，然只要不为表象所惑，始终抓住湿热火毒蕴于肌表的核心病机，辨证论治，则临证处方必可取效。

现代研究证明麻黄连翘赤小豆汤能够保护肥大细胞，减少组胺的释放，从而具有抗变态反应的作用，这为临床运用麻黄连翘赤小豆汤治疗皮肤疾病提供了现代佐证。在治疗湿热蕴于表的皮肤病时，运用孙光荣教授学术思想，以麻黄连翘赤小豆汤为基础方，在临床中灵活加减运用。并加入孙光荣教授平素常用对药加强功效，例如蒲公英、金银花二者皆寒凉之品，却可清热养阴，两药配伍，则清热解毒之力倍增，湿热邪毒可速消，而气阴不伤，若配伍蝉蜕、僵蚕平其升降，更可清热解毒兼疏风解表。

《素问·至真要大论》曰：“诸痛痒疮，皆属于心（火）。”孙光荣教授认为疮疡类疾病，均与心火有关，而心主神明，故清心火同时需加安神之品。方中茯神、酸枣仁乃宁心安神之品，乃因心主神明。临床观察皮肤瘙痒症患者入睡后瘙痒症状可减轻，日间加重；若心烦意乱或者失眠时，皮肤瘙痒症状也会加重。故孙老治疗皮肤瘙痒症在清心降火的同时注重心之神明，常配伍安心养神中药如茯神、酸枣仁、珍珠母、灯心草、龙眼肉，茯神、酸枣仁为相互辅佐的对药，配伍龙眼肉可健脾，补血安神，若加用灯心草，可清心安神，形成新的互为佐制的三联药组，则宁心安神之力更强。《黄帝内经》言：“平治于权衡，去菀陈莝。开鬼门，洁净府。”孙光荣教授认为，邪气有三通，麻黄连翘赤小豆汤驱邪于汗及小便，若在原方基础上加入大黄、龙葵等清热通便之品，使邪自后便得出，乃肺与大肠表里同治也。清代医家薛生白《湿热病篇》言“湿热证数日俊，汗出热不除，或痉忽头痛不止者，营液大亏。”郁热日久，湿从热化，热邪炽盛，易灼伤阴液，孙光荣教授治疗此证，常用益气养阴之品如生脉饮以调气血、益气阴，常用药物如太子参、玄参、五味子、麦冬、生黄芪等。

“诸痛痒疮，皆属于心（火）”、“火郁发之”，运用孙光荣学术思想对麻黄连翘赤小豆经方进行加减化裁，命名为“麻黄连翘赤小豆化裁方”(基本方：麻黄、连翘、赤小豆、桑白皮、苦杏仁、茯神、酸枣仁、甘草等，方中麻黄辛温解表，散火解郁；茯神、酸枣仁敛心安神，使火邪有出路，心神得安宁；有火热伤津耗气，致气阴两伤者，佐加参脉饮之太子参、麦冬、五味子等益气养阴之品，治疗带状疱疹、疖肿、痈、荨麻疹以及痤疮、银屑病等，均收到了满意的效果。（刘巧巧,曹柏龙,王志楠,等.运用孙光荣中和医派学术思想化裁麻黄连翘赤小豆汤治疗疮疡病[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(02):66-68.）

治未病思想指导下孙光荣九味益气清瘟饮和超微双黄花预防和治疗急性呼吸道感染的研究

近几年，传染性疾病的暴发成为了公共卫生的最大挑战。早在2003年SARS的治疗过程中以及2009年甲型流感的防治过程中，中医药以其独特的疗效引起了世界的关注，并得到世界卫生组织(WHO)专家的肯定。孙光荣的九味清瘟益气汤就是在2003年SARS疫情时开中医的治未病理论及中药在应对公共卫生领域传染性疾病暴发事件有一定的优势，本人和课题组设立了一系列的研究。本次研究是我博士后科研成果的一部分。

1 资料与方法

1．1 一般资料　本次研究是在多个中心进行临床观始广泛应用，并且得到了满意的效果。为了进一步证明察，受试者均为自愿，分别在马里共和国马尔卡拉医院、中国云南鲁甸地震灾区等地，随机双盲临床研究，将800例成人(18—65岁。女性448例，占56％；男性例352例占44％)。分为未病先防组、已病防变组、病中防逆转组、瘥后防复发组、对照组和空白组。

受试者及病例选择：受试者及病例均为自愿，按随机分组。其中瘥后防复发组则为已病防变组加上病中防逆转组的病例。马里受试者及病例均为马尔卡拉医院2013年12月一2015年9月门诊或急诊或社区的患者。地震灾区的受试者及病例均来自云南鲁甸地震。两个中心的已病防变组病程小于或等于24小时；病中防逆转组病程小于或等于5天。

1．2 纳入标准　无明显的心、肾、肝功能不全的现象，自愿，并且能完成疗程的受试者或病人。诊断标准：参照《中药新药临床研究指导原则》(试行，2002年)中“中药新药治疗感冒临床研究指导原则”中“急性上呼吸道感染”诊断标准。

1．3 治疗方法　观察组1予“孙光荣九味益气清瘟饮颗粒(SJW)”(西党参、生黄芪、紫丹参、金银花等组成，已经申请了专利，由湖南省中医药研究院中药研究所提供)日1付，分2次服，早晚各1次。9种颗粒用200 ml沸水冲服，上下午各服100 ml，连续7天。观察组2予超微双黄花颗粒(SHH，已申请专利，由黄芪、黄芩、金银花等组成，湖南省中医药研究院中药研究所提供)超微制剂沸水100 ml冲服，每次1包，每日2次。对照组给予盐酸吗啉胍片Moroxydine(ABOB)0.2 g/次，3次/日，饭后用温开水送服(South Land广东南国药业有限公司生产的，批号130101，150301)。空白组，只给温开水喝，最少一日3次，不给予任何治疗。

1．4 观察项目　3组观察期为30天，分别观察受试者临床症状体征出现、程度、持续时间等。

1．5 疗效标准　效应评价标准用治未病效应评价标准：已病防变有效率：已经得了感冒(急性上呼吸道感染)的初次症状(打喷嚏、恶寒、周身不适等)但因接受治疗而病情没有进一步发展的比例；病中防逆转有效率：已经得了感冒(急性上呼吸道感染)而且比较重，但因接受治疗而病情没有进一步发展成严重肺炎、脑膜炎等病的比例；瘥后防复发组有效率：已经得了感冒(急性上呼吸道感染)又接受治疗而治愈，但是经过30天的观察和随访没有再次得感冒(急性上呼吸道感染)的比例。

1．6 统计学处理　统计分析采用 SPSS12．0 统计软件包进行处理。计量资料以均数±标准差(元±s)进行统计描述，采用配对 t 检验；两组间比较符合正态性和方差齐性者用 t 分析，计数资料采用 x^2 检验。P<0.05 作为差异性检验标准。

2 结果

2．1 未病先防疗效观察

表 1 治未病组未病先防疗效比较(国外中心观察)　　[例(%)]

组别	例数	预防服药后未发病人数	保护率
SHH	200	184	92.00*
SJW	200	186	93.00*
ABOB	200	102	51.00*
空白对照组	200	104	52.00*

注：*与空白对照组比较，P<0.05；*SJW 与 SHH 组比较 P>0.05

表 2 各组未病先防效应比较(国内中心观察)　　[例(%)]

组别	例数	预防服药后未发病人数	保护率
SHH	50	45	90.00*
SJW	50	45	90.00*
ABOB	50	25	50.00*
空白对照组	50	23	46.00*

注：*与空白对照组比较，P<0.05；*SJw 与 SHH 组比较 P>0.05

从表 1、2 可以看出通过连续 30 天的观察，九味清瘟益气饮及超微双黄花颗粒未病先防作用明显优于对照组及空白对照组；服药后 SHH 组与 sJw 组未病先防率之 IZP>0.05；与 ABOB 组、空白组比较 P<0.05，提示提前给九味清瘟益气汤超微双黄花颗粒均能起到预防呼吸道感染作用。

2．2 已病防变疗效观察

表 3 治未病组已病防变疗效比较(国外观察资料)　　[例(%)]

组别	例数	治愈率	好转率	无效
SHH	200	172（86.00）*	28（14.00）*	0
SJW	200	170（85.00）*	30（15.00）*	0
ABOB	116	16（13.69）*	53（45.69）*	53（45.69）*
空白对照组	125	13（10.4）*	56（44.8）	56（44.8）

注：*与空白对照组比较，P<0.05；*SJW 与 SHH 组比较 P>0.05

表 4 已病防变疗效比较(国内观察资料)　　[例(%)]

组别	例数	治愈率	好转率	无效
SHH	50	43（86.00）*	7（14.00）*	0
SJW	50	43（86.00）*	7（14.00）*	0
ABOB	50	7（14.00）*	29（58.00）*	14（28.00）
空白对照组	50	5（10.00）*	25（50.00）*	20（40.00）

注：*与空白对照组比较，P<0.05；*SJW 与 SHH 组比较 P>0.05

从表 3、4 可以看出通过连续 30 天的观察，九味清瘟益气饮及超微双黄花颗粒已病防变作用明显优于对照组及空白对照组；服药后 SHH 组与 SJW 组未病先防率之比 P>0.05；与 ABOB 组、空白组比较 P<0.05，提示提前给九味清瘟益气汤超微双黄花颗粒均能起到已病防变、治疗和改善呼吸道感染症状的作用。

2．3 瘥后防复发作用观察　　从表 5、6 可以看出通过连续 30 天的观察，九味清瘟益气汤超微双黄花颗粒瘥后防复发作用明显优于各阳性药物对照组、优于空白对照组，服药后双黄花组与 SJW 组没有复发病人，（P>0.05），与 ABOB 组、空白组比较(P<0.05)，提示双黄花有巩固临床疗效作用。

表 5 瘥后防复发作用(国外观察资料)　　[例(%)]

组别	例数	治愈率	复发率
SHH	200	194（97.00）*	0（0.00）*
SJW	200	194（97.00）*	0（0.00）*
ABOB	200	92（46.00）*	16（8.00）*
空白对照组	200	24（12.00）*	14（7.00）

注：*与空白对照组比较，P<0.05；*SJW 与 SHH 组比较 P>0.05

表 6 瘥后防复发作用(国内观察资料)　　[例(%)]

组别	例数	治愈率	复发率
SHH	50	43（86.00）*	0（0.00）*
SJW	50	44（88.00）*	0（0.00）*
ABOB	50	38（76.00）*	23（46.00）*
空白对照组	50	16（32.00）*	29（58.00）*

注：*与空白对照组比较，P<0.05；*SJW 与 SHH 组比较 P>0.05

从表 5、6 可以看出通过连续 30 天的观察，九味清瘟益气饮及超微双黄花颗粒瘥后防复发作用明显优于对照组及空白对照组；服药后 SHH 组与 SJW 组未病先防率之比 P>0.05；与 ABOB 组、空白组比较 P<0.05，提示提前给九味清瘟益气汤超微双黄花颗粒均能做到瘥后防复发的作用。

2．4 总保护率疗效观察

表 7 总保护率比较(国外观察资料)　　[例(%)]

组别	例数	未病先防	已病防变	癌后防复发	总保护率
SHH	200	184	172	194	91.66*
SJW	200	186	170	194	91.66*
ABOB	200	102	98	92	48.66*
空白对照组	200	104	93	24	36.83

注：*与空白对照组比较，P<0.05；*SJW 与 SHH 组比较 P>0.05

表 8 总保护率比较(国内观察资料)　　[例(%)]

组别	例数	未病先防	已病防变	癌后防复发	总保护率
SHH	50	45	43	43	87.33*
SJW	50	45	43	44	88*
ABOB	50	25	21	38	61.5*
空白对照组	50	23	5	16	23.5

注：*与空白对照组比较，P<0.05；*SJW 与 SHH 组比较 P>0.05

从表 6、7 可以看出通过连续 30 天的观察，九味清瘟益气饮及超微双黄花颗粒总保护率的作用明显优于对照组及空白对照组；服药后 SHH 组与 SJW 组未病先防率之比 P>0.05；与 ABOB 组、空白组比较 P<0.05，提示提前给九味清瘟益气汤超微双黄花颗粒均能保护目标人群、治疗和改善呼吸道感染症状的作用。

3 讨论

急性上呼吸道感染是鼻腔、咽或喉部急性炎症的概称，为全球常见病、多发病。一般病情较轻，病程较短，预后良好。其发病无年龄、性别、职业和地区差异，全年皆可发病，但以冬春季节为高发。一般多为散发，但也有可能在气候突变时引起大流行尤其是在公共卫生环境比较差的地方如人员比较密集或地震灾区等安置点，有时还会产生严重的并发症，故应积极防治。其属中医“感冒”“温病”等范畴。

引起急性上呼吸道感染常见病原体为病毒，少数是细菌。近 20 年来，尤其是 20 世纪 90 年代，抗病毒药物取得了一定的发展，但由于病毒生存在细胞内，复制周期与细胞的代谢密切相关，病毒利用细胞的酶系统进行代谢活动，本身很少有独立的酶系统。因此，抗病毒药物在攻击病毒的同时，也可能杀伤宿主的正常细胞，对宿主产生毒性反应，从而导致抗病毒药物的应用受到一定的限制，抗病毒药物的研究与开发非常艰难，有时跟不上疫情的暴发，而且大多数是在疫情过后才开始进行研究。现代医学对病毒感染性疾病的治疗在很大程度上仍然依赖免疫学方法和干扰素等。很多病毒性疾病至今尚无特效药物，而能够应用疫苗进行防治的病毒性疾病又很少，并且，病毒的变异也使有些疫苗的临床效果大打折扣，且抗病毒的化学药物大多副作用大，长期应用易产生耐药性，降低疗效，因此，病毒感染性疾病是医学界最棘手的一类疾病之一。

中医临床的最大特征就是强调天人合一、形神合一，从整体联系的角度、功能的角度、运动变化的角度来把握人的健康与疾病的规律，在长期的临床实践中不断丰富发展，形成了鲜明的四大原创的诊疗核心理念，既用整体观认知健康与疾病、用中和观调治健康与疾病、用未病观预防疾病维护健康及用制宜观关注个体的健康与疾病。

《黄帝内经》早就提出了“治未病”的理念，经过历代医家的不断完善，逐步形成了具有深刻内涵的养生保健的理论体系。这一理论体系把握了预防保健的四个主要环节，即未病先防、已病防变、病中防逆转、瘥后防复发。充分体现了预防为主的思想，特别强调要维护和提升身体功能、提高机体的抗邪能力。而现代医学，虽然以广泛的疫苗为主的预防医学控制了很多传染性疾病，但是这些疫苗面对病毒的繁殖和变异速度已经无法满足人类对健康的需求，更控制不了越来越多的传染性疾病的爆发。因此，中医的治未病思想通过扶正祛邪变成解决疫苗的研制滞后跟不上疫情的爆发等问题。

孙光荣九味益气清瘟饮，是由国医大师孙光荣在非典型性肺炎 SARS 暴发之时推荐给弟子们并且也得到了非常满意的效果，具有益气活血、清热解毒、宣润肺等功效。超微双黄花颗粒则为我博士后科研的一付具有清宣肺卫、解毒益气、平衡阴阳之功效的专利药。本人是在云南自己的女儿幼儿园暴发手足口病时给我女儿和十多位家长用了之后才亲身经历了两付处方的神奇效果。基于急性上呼吸道感染属于中医感冒、温病范畴，究其病因，孙老言及无非内外两端。外因为具有风寒、风热、温热性质的一类病邪，包括以六淫命名的风热病邪、暑热病邪、暑湿病邪、湿热病邪、燥热病邪和传统称为“伏寒化温”的温热病邪，以及疫疠病邪、温毒病邪等。内因为正气虚弱，精气不足。诚如《素问·金匮真言论》所言：“夫精者，身之本也，故藏于精者，春不病温”，即“正气存内，邪不可干”，后世医家亦有“瘟疫乃天地之邪气，若人身正气内固，则邪不可干，自不相染。”（缪岳全书·杂证溯）。“本气充满，邪不易人，本气适逢亏欠，呼吸之间，外邪因而乘之。”（《温疫论》）内因是发病的内在基础，亦正因为此特点，本次发病所集中在老人、儿童以及体弱患者等。

发病病位主要在肺，因肺为娇脏，为华盖，乃呼吸要道，温邪侵袭人体，肺为首当其冲。正如叶天士所言“肺位最高，邪必先伤。”又言：“温邪上受，首先犯肺。”（《三时伏气外感篇》）。在治疗方面，孙老提出清源、辟秽、强身三大预防原则及具体措施。清源，即应该肃清传染源。辟秽，即远离疫毒邪气，在此期间应避免出入疫区。强身，即应该提升自身正气，增强免疫能力，从而研制出九味益气清瘟饮。

孙氏九味益气清瘟饮及超微双黄花颗粒两者均有黄芪和金银花等组成的。黄芪首载于《神农本草经·上经·草》记载：“味甘微温。主痈疽久败疮，排脓止痛，大风癞疾，五痔鼠瘘，补虚，小儿百病”。《名医别录·卷第二》指出：“无毒。主治妇人子藏风邪气，逐五藏间恶血，补丈夫虚损，五劳羸瘦，止渴，腹痛泄利，益气，利阴气”。《本草备要·草部》言之：“黄芪生用固表，无汗能发，有汗能止，温分肉，实腠理，泻阴火，解肌热，炙用补中，益元气，温三焦，壮脾胃，生血生肌，排脓内托，疮疡圣药”。现代教科书及药典总结其具有益卫固表、健脾补中、升阳举陷、利尿、托毒生肌的作用，用于治疗肺脾气虚、表虚自汗、气血亏虚、痈疽难溃、久溃不敛、血虚萎黄等。现代药理研究表明，黄芪能增强 NK 细胞的活性，提高机体诱生干扰素的能力，提高机体免疫功能。在突发公共卫生事件时，在没有疫苗的基础上可以应用中医治未病的理论及中医药进行有效的预防和治疗。

金银花，之名最早出自南宋时期，王介所著《履巉岩本草》下卷；而金银花一药则出自梁代陶弘景绍医别录》，原名忍冬，性寒、味甘，归肺、胃、心、脾、大肠经。《本草通玄》：“金银花，主胀满下痢，消痈散毒，补虚疗风，世人但知其消毒之功，昧其账利风虚之用，余于诸症中用之，屡屡见效。”《本草正》：“金银花，善于化毒，故治痈疽、肿毒、疮癣、杨梅、风湿诸毒，诚为要药。毒未成者能散，毒已成者能溃，但其性缓，用须倍加，或用酒煮服，或捣汁搀酒顿饮，或研烂拌酒厚敷。若治瘰疬上部气分诸毒，用一两许时常煎服极效。”《本经逢原》：“金银花，解毒去脓，泻中有补，痈疽溃后之圣药，但气虚脓清，食少便泻者勿用。痘疮倒陷不起，用此根长流水煎浴，以痘光壮为效，此即水杨汤变法”。教科书上认为金银花具有清热解毒、疏散风热之功效，用于治疗痈肿疮疡、外感风热、温病初起、热毒血痢等疾病。现代的药物研究认为金银花具有清热解毒、抑菌、抗病毒、抗氧化等功效。

孙氏九味益气清瘟饮及超微双黄花颗粒都能达到“扶正以祛邪” “邪去而正安”的目的，故又能预防和治疗急性上呼吸道感染等疾病。

4 小结

1)九味益气清瘟饮颗粒及超微双黄花颗粒剂在呼吸道病毒流行期间对易感人群有好的保护作用。2)九味益气清瘟饮颗粒及超微双黄花颗粒剂能够减轻呼吸道病毒感染者临床症状，减少患者的并发症，促进患者快恢复，值得进一步研究与推广。3)九味益气清瘟饮颗粒及超微双黄花颗粒剂能够减轻呼吸道病毒感染者 I 临床症状，减少患者的并发症，促进其康复。（迪亚拉 DIARRA,伍参荣,杨建宇.治未病思想指导下孙光荣九味益气清瘟饮和超微双黄花预防和治疗急性呼吸道感染的研究[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(14):71-74.）

临证用药

关于原生中药材新晃龙脑研发战略的思考

原生中药材是指首先发现、原始出产的地道中药材。具有三大特征 ：（1）在无界定的时限（有史以来 ；绝种以来）中，在界定的全境（全县、全省、全国、全洲、全世界）内，首先发现的可用作中药的植物、动物、矿物 ；（2）非移植、非改良（如嫁接）、非转基因的原始出产的可用作中药的植物、动物、矿物 ；（3）本地所产的该品种中药材是同一品种中药材中最早发现、最佳质量的品种，相对于同一品种具有明显的可供鉴别的特征。“新晃龙脑”是 20 世纪后期在我国境内最先发现、在湖南新晃原始出产、具有形状和香味特征并填补了我国有史以来出产天然龙脑空白的中药材，它获得了国家林业部确定为“新植物品种”的明文保护，堪称原生中药材的代表性品种。

原生中药材具有原地原产、品种纯正、质量可靠、资源稀少、特色鲜明、疗效确切的共性，是重要的医疗保健资源，也是重要的战略资源，必须加以保护、培植、研发、利用，以确保原生中药材生生不息、源源不断，能够持续、广泛应用于临床，造福于全人类。因此，对原生中药材“新晃龙脑”的研发提出如下的思考与建议，供领导和同道参考。

一、“新晃龙脑”研发的指导思想

对新晃龙脑”的研发要以国家、行业、地区“十二五”规划为指南，明确自身定位，发挥既有优势 ；要以文化宣传为引导，以学术研究为支撑，以定向销售、网络销售、多级销售为途径，提高产品质量，提速销售效率，提升企业品牌 ；要树立科学发展观，力争为促进中医药事业发展和促进全民健康作出新的重大贡献。

二、“新晃龙脑”研发的三项定位

（一）产业定位

《中共中央关于制定十二五规划的建议》明确提出，“坚持中西医并重，支持中医药事业发展。积极防治重大传染病、慢性病、职业病、地方病和精神疾病”，要“发展现代产业体系，提高产业核心竞争力，培育发展战略性新兴产业”，要“坚持自主创新、重点跨越、支撑发展、引领未来的方针”，“发挥国家重大科技专项的引领支撑作用，实施产业创新发展工程，加强财税金融政策支持，推动高技术产业做强做大”。龙脑是广泛适用于防治重大传染病、慢性病、职业病、地方病和精神疾病的中医的重要用药 ；而“新晃龙脑”是国家保护的新植物品种，是中药开发的新材料，是新晃发展的新资源 ；“新晃龙脑”的研发具有自主创新的知识产权，是可以做强做大、发挥引领支撑作用的产业创新发展工程。

因此，“新晃龙脑”开发的产业定位可以是 ：我国中药自主创新的资源主导型、中医临床广谱适用型产业。

（二）学术定位

龙脑香为龙脑香科植物龙脑香树的结晶。龙脑香树的树干多裂缝，可析出片状结晶，洁白如冰，又如梅花瓣，故又有冰片、梅片诸名。

关于“龙脑”之名，早在南北朝《本草经集注》的龙骨条下陶弘景注中即已提及，但是古生物的化石却非本品，属异物同名。业内所指龙脑是植物树脂的结晶。由于龙脑香树干多裂缝，且有片状结晶，颇似龙鳞，故以“龙”名之 ；又因呈白色结晶状物在本草中多称为“脑”（如樟脑、薄荷脑之类），故由其形态定名为“龙脑”。

龙脑最早可见于玄奘《大唐西域记》（公元 646 年成书）卷十，云“羯布罗香树，松身异叶，……初采既湿，尚未有香，木干之后，循理而析，其中有香，状如云母，色如冰雪，此所谓龙脑香也”。其后，唐《新修本草》（公元 659 年）、《酉阳杂俎》（公元 863 年）也有较详细描述，如《新修本草》的“树形似杉木，言婆律膏，是树根下清脂，龙脑是根中干脂，子似豆蔻，皮有错甲，香似龙脑，味辛，尤下恶气，消食散胀满，香人口，旧云出婆律国”，等等。

以往获取龙脑的方法都离不开“刨树根、切树干”，对原生植物破坏严重，始终不成规模，满足不了人类健康的需要。“新晃龙脑”则无论在植物品种和提取方法上都有创新 ：首先是发现并采用无性繁殖法培育了一种富含右旋龙脑的植物新品种——龙脑樟，并已获国家保护，其有效成分含在植物的枝叶中 ；其次是获取龙脑的方法以水蒸汽蒸馏枝叶提取，不动树根，因此可以培育出成规模的原料林，而提取的右旋龙脑纯度可达 99% 以上。这既是“新晃龙脑”的创造，又是上天的恩赐与人类的福音。

关于冰片的药效，历代医家都有论述。

李时珍《本草纲目》云 ：“别名梅片、梅花片、龙脑片。辛、苦，微寒。入心、脾、肺经。开窍醒神，清热止痛。治神昏痉厥，各种疮疡，咽喉肿痛，目赤翳障，耳，带下。入丸、散，不宜入煎剂。外用适量。孕妇慎用。”

缪希雍《本草经疏》云 ：“冰片，其香为百药之冠。主心腹邪气及风湿积聚也”。《别录》又主妇人难产者取其善走，开通关窍之力耳。

倪朱谟《本草汇言》云 ：“冰片，开窍辟邪之药也，性善走窜，启发壅闭，开达诸窍，无往不通，然芳香之气能辟一切邪恶，……故《唐本草》主暴赤时眼，肿痛羞明，或喉痹痈胀，水浆不通，或脑风头痛，鼻鼻渊，或外痔肿痛，血水淋漓，或交骨不分，胎产难下，或风毒入骨，麻痛拘挛，或痘毒内闭，烦闷不出。此药辛香芳烈，善散善通，为效极捷，一切卒暴气闭，痰结神昏之病，非此不能治也。”

张景岳《本草正》云 ：“味微甘大辛，敷用者其凉如冰，而气雄力锐。……善散气，散血，散火，散滞，通窍，辟恶，逐心腹邪气。”

综合前贤经验，可见龙脑的功用。治疗主要可用于 ：（1）中风、小儿抽搐、抑郁症等神昏痉厥（“凉开”）；（2）目赤翳障 ；（3）咽喉肿痛、牙痛 ；（4）中耳炎、耳聋 ；（5）各种疮疡、各种瘙痒、各种虫叮蚊咬 ；（6）难产 ；（7）白带 ；（8）慢性鼻窦炎、鼻息肉 ；（9）心绞痛 ；（10）各种需要通透、开窍的配方。

保健主要可用于 ：（1）防大疫 ；（2）抗疲劳（醒神）；（3）益智（开窍）；（4）洁净（芳香辟秽、洁齿、洁腋、洁阴）；（5）各种需要预防气滞、血瘀的配方。

因此，“新晃龙脑”开发的学术定位可以是 ：通透、开窍、辟秽、洁净的预防、医疗、保健配方的广谱型、精粹型中药材。

（三）市场定位

龙脑无论研制成为何种形式的产品，都具有高效、速效的特点，也有不宜久用的弱点（可通过研究逐步克服）。因此，龙脑的市场开发建议走 4 条路径 ：

（1）高精路径。研制适用于内科、妇科、儿科、骨伤科等疑难重病的制剂，主要采用传统配方，走“准”字号的路子，高标准、高质量、高价格。可以与中国中医科学院、北京中医药大学等单位联合开发。

（2）防疫路径。进入 21 世纪之后，我国及世界众多国家和地区先后爆发了“非典”和“禽流感”等新型大疫，在抢救、系统治疗、康复的过程中，中医突显了特色和优势。事实证明，在疾病预防领域中医具有独特的优势，既有“治未病”学术思想的有效指导，又有多样化的预防方药和技术。龙脑具有辟秽功能，可以有助于研制气雾剂、喷洒剂、洗剂等适用于重大传染疾病的预防和大灾之后防大疫的制剂，建议与中日友好医院、中山医科大学、北京中医药大学、中国中医科学院等单位联合开发。走“健”字号或“消”字号路径，大生产、大范围批量销售，用于大规模地预防传染病，也可用于地震、水灾等大灾之后防大疫。

（3）养生路径。研制适用于健身、减肥、驻颜、明目等的制剂，主要采用最新有效配方，走“妆”字号的路子。要标准精细、质量精美、价精准，可以与中国中医科学院、北京中医药大学等单位联合开发。

（4）科普路径。制订能够配合国家中医药管理局“十二五”开展的“全国中医药文化科普巡讲”和“全国中医药专科专病名家临床经验巡讲”活动方案，主动争取将夜郎文化、龙脑传奇、龙脑专病防治技术等内容融入上述专题巡讲，让龙脑开发在国家中医药管理局支持下走向专业、走向临床、走向高端 ；走进农村、走进社区、走进家庭。

因此，龙脑开发的市场定位可以是：“三向”（面向中医医院、中药企业、美容健身企业的高消费群体）的高端客户和“三进”（进农村、社区、家庭）的普通客户。

三、龙脑研发的四大建设

湖南省新晃县龙脑开发有限责任公司由于具有企业发展的良好政策环境、优秀的人脉背景、雄厚的资金投入、近 20 年探索前进的基础，其获得重大进展与收益毋庸置疑。但是按照一般中药企业抛物线式的发展规律，在大销售之前一般会遇到发展的战略思维瓶颈，这就是定位、产品、营销三个方面的思路问题。因此建议抓紧、抓好四大建设。

（一）智库建设

龙脑研发是一个巨大、复杂的系统工程，涉及中药企业的重大自主创新，需要各方面专家的智慧和力量的支撑与协同作战，因此应慎重遴选管理、专业、宣传指导、研制、设备、营销等各路人才，诚邀之后组成智库，为龙脑研发服务。可以采用常聘制和论坛制两种形式组成智库团队。在这个团队指导下，自然就可以加强企业本身的人才梯队建设。

（二）产品建设

在现有“龙脑液”等产品的基础上，针对上述研制路径，建议开发高端和普通两类产品。例如“天王补心丹”、“益气聪明丹”、“鼻必净”等高端产品 ；“孔圣枕中丹”（孔圣枕）、“美人香洁囊”（端午香囊）、“岁岁平安龙脑香”、“岁岁平安龙脑灯”（空气清洁燃剂）、“龙脑辟秽灭活喷雾剂”等普通产品。

（三）文化建设

在现有基础上，一方面依靠当地政府，将龙脑文化融入夜郎文化 ；一方面依靠国家中医药管理局、中华中医药学会，将龙脑文化融入中医药文化。

（四）网络建设

在现有基础上，制订切实可行的营销方案，组建营销队伍。一方面要有市场销售的领军人物，采用中心辐射的方法，建立营销团队网络 ；另一方面设计和建立《龙脑》网站。

以上思考与建议仅是一孔之见，难免挂一漏万，只供参考。（孙光荣.关于原生中药材新晃龙脑研发战略的思考[J].中国药物经济学,2011,(02):78-81.）

以人参的应用理解孙光荣教授“中和”学术思想

国医大师孙光荣教授是当代著名中医临床学家和文献学家，国家级非物质文化遗产“北京同仁堂”代表人物中医药大师之一，也是中医药现代远程教育创始人，享受国务院特殊津贴待遇。孙光荣教授现研习、奉献中医药事业 60 余载，善于调气血、平升降、衡出入、和阴阳，博采众长，继往开来，其开创的“中和”学术医派尚中贵和，持中守一，极大地促进了当代中医药事业的健康发展。在“中和”学术思想的指导下，孙光荣教授以阴阳为总纲、以气血为基础、以神形为主线，运用“中和辨证———中和处方———中和用药”法，创立了“入门九方”，九方里每方皆有参，或人参，或西洋参，或党参，或太子参。诸参虽有区别，但以人参为主，这里作者不揣鄙陋，以对人参的应用理解具体分析孙光荣教授的“中和”学术思想。

1 人参药性之辨

《神农本草经》中人参位列上品，载其“气味甘微寒，无毒。主补五脏，安精神、定魂魄、止惊悸，除邪气，开心、明目、益智。久服轻身延年。”临床上一般认为人参有这些方面的作用：一是大补元气，用于气虚欲脱证；二是补脏腑之气，对肺、心、脾、肾之气均有补益作用；三是生津止渴，用于气津两伤的病证（ 一般认为人参七分属阳，分属阴）；四是安神益智，用于治疗虚证尤以气虚为主引起的心神不宁病证。

如上所述，今人对人参的作用大抵归纳为：补气、养阴、补脏腑之虚、安神。一般认为人参有气阴双补的作用，但以补气为主，气属阳，所以人参是一味温补药。

然古人对人参属阴性抑或阳性是有争议的，如陈修园认为《神农本草经》关于人参的经文中，无一字言及温补回阳，陈修园以仲景方为例，认为张仲景用人参以救津液，治疗汗、吐、下等致阴伤之证，而于四逆汤等回阳方中绝不用人参，恐其阴柔反缓姜附回阳之功，以证人参为养阴之品，而非温补之药。作者以为要更准确、更贴近临床实效地理解人参的作用，需要师法医圣张仲景对人参的应用。

2 仲景之用人参

医圣张仲景可谓擅用人参者，在《伤寒论》中共有 21 首方剂用到了人参，一说 23 首（ 因甘草泻心汤在《伤寒论》中书载无人参，而《金匮要略·百合狐惑阴阳毒病证治》中所载有人参；通脉四逆汤加减方中提到人参的加减）。其中最能体现仲景用人参之意的当属小柴胡汤，小柴胡汤是大家所熟知的和解少阳的经典方剂。少阳为三阳之枢，一般认为柴胡、黄芩为方中和解少阳的主药，其实不然，柴胡、黄芩是解少阳郁热之药，少阳既为枢，必有阴阳之出入。少阳藏于肝，与厥阴相感，肝气上达与胆气下降则为和，若反和为乖，阴阳出入不得相适，则见寒热往来。观少阳脉证，不全在里，亦不全在表，往来寒热，是邪位于半表半里之间正邪相争在外的表现；胸胁苦满并非真满，是邪入少阳之位，少阳之脉循胸胁，故属半表；默默不欲饮食，心烦喜呕，非真不能食，非真呕，是属半里，属无形。所以少阳证终归在半表半里之间。柴胡、黄芩专清少阳之热，仅此二味似难堪和解大位。柴胡入少阳经，引阳外出而和外，若里不足，中气亏虚，则恐邪入于里，故以人参补中气而和里，使正胜邪却，邪不犯内。又观仲景柴胡汤症后加减可知人参具有温补兼养阴液之效，所以人参这一药具有阴阳两性，可担当和中之大任。如原文说：“若胸中烦而不呕者，去半夏、人参……若渴者，去半夏，加人参，合前成四

两半”“若不渴、外有微热者，去人参……若咳者，去人参、大枣、生姜……”，胸中烦去人参，“烦”是有热之表现，去人参是恐其助热增“烦”，足证人参有温补之性。渴者去半夏，把人参增加至四两，是因为渴为元气不足而津液不生，故去辛温之半夏加入人参以益气而生津液。外有微热但不渴，是因为里未伤而表邪未解，故不可温补其中，而去人参加桂枝辛散解外。咳嗽，在少阳证，是为少阳相火犯肺，故去人参之温补。综上可知，人参和中，兼具阴阳二性，可温补元气，亦可生津液。

观仲景书中用参诸方，不外和中之意。如桂枝人参汤，补中气而强本，以助祛邪气外出。干姜黄芩黄连人参汤，因其证寒热兼具，并为补中祛邪而设，同时又防芩连苦寒败胃伤阴；桂枝去芍药生姜新加人参汤，用于发汗后脉沉迟，内外皆虚，方中人参补益中气，助桂枝通血脉而奏和中发表之效；厚朴生姜甘草半夏人参汤，为发汗后腹胀满而设，汗后正气亏虚邪气盛实，所以用生姜、厚朴等药散邪以外，务必以人参补中益气以和中助祛邪外出；干姜黄连黄芩人参汤，治伤寒误用吐下引起的寒邪格热于上焦、食入即吐，取干姜散上焦之寒，芩、连清心下之热，用人参调其寒热以通格逆之气而至和平，又人参兼具阴阳二性，能于姜、芩、连之中和其寒热之药性。总之，仲景方中人参总取其阴阳兼具之特性，温补与滋阴兼顾，寒热相济。其用参以和经络（少阳证）、和脏腑、和寒热、和药性，可谓是善用参者。

3 入门九方之人参

孙光荣教授入门九方每方必用参，以入门九方之孙氏扶正祛邪中和汤为例阐其临床应用。方剂组成：生晒参 10g，黄芪 15g，紫丹参 7g，北柴胡 12g，川郁金 12g，制香附 12g，法半夏 10g，广陈皮 10g，淡黄芩 10g，大红枣 10g，生姜片 10g，甘草 5g。

在《素问·阴阳别论》中有“和本曰和”四个字，孙光荣教授的“扶正祛邪中和汤”正是发扬了《黄帝内经》中这一理念。“和本曰和”前一个“和”字，作调和解，后一个“和”字，作平和解，“本”字在这里即是阴阳事物之本，这四字句意可表述为：调和机体内部脏腑阴阳的根本，才能使之达到和谐的状态。孙光荣教授倡导“中和”学术思想正是对此“和本曰和”理念的发扬，在辨证论治过程中重点关注“正”“邪”的消长与机体平衡，扶正祛邪可谓是治疗大法，正安则邪去。

孙氏扶正祛邪中和汤乃《伤寒论》之“小柴胡汤”加减化裁而成。小柴胡汤和解少阳，原方中柴胡取其推陈致新和解少阳之用，可谓方中君药，但徐灵胎在《医学源流论》中云小柴胡汤妙在人参。人参味甘入脾土，在《中藏经·上下不宁论第九》中言及“脾病者上下不宁”，孙光荣教授一生与《中藏经》结缘甚深，对其有着极为深刻的理解。依五行来论，脾属土，心属火，肺属金，而火生土，土生金。所以脾土下生肺子，而上有心母，又“心者，血也，属阴；肺者，气也，属阳”，若是脾病则会出现上下不宁———“脾病则上母不宁，母不宁则为阴不足也，阴不足则发热。又脾病则下子不宁，子不宁则为阳不足也，阳不足则发寒”。人参味甘入脾土，安脾土，方能使“上静—中和—下畅”。人参阴阳并理而偏于阳，用之可安脾土，使全方既可防邪陷入太阴，又可助中气以祛邪。《金匮要略》中有“见肝之病，知肝传脾”的认识，这里的人参之用亦有此深意。方中生晒参、黄芪、紫丹参益气活血为君药，北柴胡、川郁金、制香附疏肝解郁为臣药，法半夏、广陈皮、淡黄芩清热

化痰为佐药组，大红枣、生姜片、甘草益气生津、调和诸药为使药组，凡与气、血、痰、热相关的疾病，均可以此方加减。

《周易》里有言“中以运四维”，这是强调天地间“中”的重要性，而对应到我们的人体，也应以脾胃为中，以运四维，中和医派善用人参以和中，重视阴阳调和而无偏颇之嫌。孙光荣教授曾指出“气血中和则百病消”，气机升降出入的枢纽在中州脾胃，脾土安则气血中和，气血中和才能真正做到补虚乃至实现补肾、填髓的效果，中和医派认为脾土需安，培补当以气血流通为贵，气属阳，血属阴，气血流畅，阴阳调和则无病，气血中和则百病消。入门九方中均有参、芪、丹参构成益气活血的三联药组，黄芪为补益脾气的要药，丹参一味可抵四物汤，补血活血之功甚殊。配合安中之人参三联药组共奏补气健脾、养血活血之功。这三味药孙光荣教授常变的是药量比例和用药量大小，最大量很少超过 15g，足证孙光荣教授取此是流通血气，以通为补达到“气血中和则百病消”的目的，彰显孙老“重气血、调气血、畅气血”之基本临床思想，反应出孙光荣教授“扶正祛邪益中和、存正抑邪助中和、护正防邪固中和”的学术观点。

中医传统文化的核心是讲中正、合作、和谐的“中和”学术思想，“调畅中和”是每个中和医派学子的最高临床追求，路漫漫其修远兮，吾将上下而求索。（贾先红,孙光荣.以人参的应用理解孙光荣教授“中和”学术思想[J].光明中医,2017,32(21):3049-3051.）

孙光荣教授常用对药经验浅析

北京同仁堂中医大师孙光荣教授临床选方用药，灵巧机动，阴阳合和，动静相配，升降互动，尤其是对药的使用很有特色。孙老临床应用“对药”的临床经验，能有效地指导临证处方用药，甚为珍贵，现浅析如下，以飨同道。

1　龙骨、牡蛎

龙骨味甘，性微寒，归心、肝二经；牡蛎味咸，性微寒，归肝、肾二经。二者均有平肝潜阳，收敛固涩之功。龙骨尤善镇静安神，牡蛎长于软坚散结。临床常常相须为用，以治疗多种病证。以龙骨、牡蛎为主药，配伍于不同的方剂中，用以治疗眩晕、心悸、带下、不寐等病，均能取得较好疗效。此对药孙老最常用，还用在妇科外洗方中。

1.1　治眩晕　重用龙骨、牡蛎，重镇平肝，以潜浮阳，配以滋阴养液，清泄肝火之药，使肝有所养，肝阳得潜，肝火得泄，则眩晕自止。药用：龙骨、牡蛎、夏枯草、龙胆、栀子、黄芩、沙参、麦冬、玉竹、川牛膝、木通、生地黄、泽泻、甘草。

1.2　治心悸　镇惊定悸助化源，《丹溪心法·惊悸怔忡》篇指出：“怔忡者血虚、血少者多。”故重用龙骨、牡蛎，镇惊定悸，与养血益气、升发清阳之药为伍，使化源充，气血足，则心有所养，心神得安而心悸诸症可平。药用：龙骨、牡蛎、党参、黄芪、当归、白芍、熟地黄、大枣、桂枝、升麻、柴胡、陈皮、甘草。

1.3　治带下　收敛固涩调任带，带下为病，与脾、肾二脏功能失调及湿热(毒)、热毒关系至为密切。重用龙骨、牡蛎收敛固涩以止带。诸药合用，使脾气健、清阳升、湿邪除，任、带二脉得固而收全功。药用：党参、薏苡仁、芡实、白芍、白术、茯苓、山药、陈皮、苍术、柴胡、甘草、龙骨、牡蛎。

1.4　治不寐　镇静安神藏心神，不寐临证，不外虚实两端。虚证多阴血不足，责之心脾肝肾；实证多肝郁化火，食滞痰浊，胃腑不和。不寐多属心血亏虚，血不养心，心不藏神而致。故重用龙骨、牡蛎镇静安神，更与益气养血药同伍，使气充血足，心有所养，神有所藏，则心神自宁，睡眠安稳。

药用：龙骨、牡蛎、党参、黄芪、茯苓、白术、白芍、当归、山药、鸡血藤、熟地黄、五味子、麦芽、甘草。

2　杜仲、川牛膝

杜仲甘、温，归肝、肾经。补肝肾，强筋骨，安胎；牛膝苦、甘、酸，归肝、肾经。补肝肾，强筋骨，活血通络，引火（血）下行，利水通淋。两药同入肝、肾，均有补肝肾，强筋骨之用，且肝主筋，肾主骨，肾充则骨强，肝充则筋健。杜仲主走下气分，长于补益肾气；牛膝主下血分，偏于益血通脉。二药为对，气血同调，肝肾同补，筋骨均滋，相须为用，相互促进，则补肝肾、强筋骨的功效加强。二药合用，可治肝肾不足所导致的腰膝酸软、下肢无力等病症。

3　蔓荆子、藁本

蔓荆子味苦辛，性凉。归肝、胃、膀胱经。蔓荆子体质轻浮，入肺经上行宣散，故能清利头目，解表疏风，通窍止痛。主治头面之风证，且入血分养血和肝，凉血散风。藁本味辛，性温。归肺、膀胱经。西藁本性味俱升，善达颠顶，擅长治风寒侵犯的太阳证，症见颠顶痛甚者。二药合用，祛风止痛效果增强。孙老用此对药治疗高血压头痛屡获良效，尤其是蔓荆子，孙老认为此药有补脑之功，值得深入探讨。

4　白茅根、车前子

白茅根味甘、性寒。归肺、胃、膀胱经。凉血止血，利尿通淋，兼能生津止渴；车前子味甘、微寒。归肝、肾、肺、小肠经。清热利尿，渗湿通淋。二药合用，质淡味薄，渗利清热而无损正伤阴之弊。本对药甘寒滑利，利尿通淋，兼能凉血止血，为治热淋、血尿、水肿之要药，对湿热伤阴所致者尤为合拍。

5　石菖蒲、郁金

石菖蒲味辛、苦，性温。归心、胃经。芳香入心开窍，涤痰醒脑，去湿开胃。郁金味辛、苦，性寒。归肝、心、肺经。活血祛瘀，行气解郁，清心开窍。二药合用，共奏开窍解郁，痰瘀并祛之效。用于痰热蒙蔽清窍之神志昏迷，惊痫，癫狂；气滞血瘀之胸痹心痛，脘腹胀满。

5.1　治神昏　本对药为治痰浊蒙蔽清窍及热入心包之神昏谵语，惊狂，癫痫诸症的常用对药常与竹沥、竹叶、栀子等同用。

5.2　治痫症、癫狂　常与远志、胆南星、僵蚕、全蝎、琥珀、龙齿等同用。

5.3　治惊怔　惊怔乃痰瘀凝滞，神明被蒙饮浊攻心犯胆动肝所致，二药配合远志、胆南星痰瘀并祛。

5.4　治胸痹心痛　治心绞痛因气虚而致者，用香砂六君汤加石菖蒲、郁金健脾益气，行气止痛。

5.5　开诸窍　通利胆窍以排石退黄；开精窍治射精障碍；利湿泻浊开窍治疗膀胱开阖失司，排尿不畅，尿闭；开胃窍治呕吐不进食。

6　天麻、石决明

明天麻味甘、性平，归肝经。息风祛痰止痉，既能辛散外风，也能平息内风，辛润不燥，通和血脉，为风药中之润剂。石决明味咸，性寒，归肝经。偏于平肝，其质重，有一定的补肝作用。二药合用，平肝祛风，清肝通络止痛。

7　金樱子、车前子

金樱子味酸、甘、涩，性平，归肾、膀胱、大肠经。重于收涩，为固精缩尿，涩肠止泻常用药。车前子味甘、微寒。归肝、肾、肺、小肠经。清热利尿，渗湿通淋。

8　小茴香、荔枝核

小茴香辛，温。归肝、肾、脾、胃经。温肾暖肝，散寒行气，止痛疗疝。荔枝核辛、微苦，性温。归肝、胃经。行气散结，散寒止痛。二药合用，行气破滞，可加强消疝止痛之效。

9　枳壳、厚朴

枳壳味苦、辛，性凉。归肺、脾、大肠经。长于破泄胃肠结气，以消积导滞除痞为主，对实证或虚中夹实者均可配伍应用；厚朴味苦、辛，性温。归脾、胃、肺、大肠经。善散寒湿，偏于行气，以散满除胀为主。两药同用，散满消痞，可治胃腑实邪积滞、腹满胀疼痛、大便不畅等症。

10　山药、薏苡仁

山药味甘、性平。归脾、肺、肾经。补气健脾，补肺养阴，补肾固精，生津止渴。薏苡仁味甘、性凉。归脾、胃、肺经。健脾渗湿，利下焦之湿热。两药合用，加强健脾之功。

11　郁金、佩兰

郁金味辛、苦，性寒。归肝、心、肺经。活血祛瘀，行气解郁，清心开窍。佩兰味辛，性平。归脾、胃、肺经。气香辛平，其醒脾化湿之功较强，并有一定的利水作用。孙老擅用此对药祛湿解郁化厚腻之舌苔。

12　桑寄生、何首乌

桑寄生味苦、甘，性平。归肝、肾经。补肝肾，强筋骨，祛风湿，安胎元。何首乌味苦、甘、涩，性微温。归肝、肾经。补益肝肾，益精血，壮筋骨。两药合用，加强补益肝肾，强筋健骨之功。何首乌深得孙老喜爱，作为补益药屡屡出现在孙老处方中，用量多在 12g 左右。

13　陈皮、半夏

陈皮味苦、辛，性温。归肺、脾经。理气健脾，燥湿化痰。半夏辛、温。归脾、胃、肺经。和胃降逆，燥湿化痰。二药合用，相互促进，使脾运复常则湿痰去，气机通畅则痞满除，胃气和降则呕恶止。本对药化痰湿之力强，善治湿痰，凡外感风寒或中焦湿痰上犯导致肺气不利而出现的咳嗽痰多，胸闷等症用为要药，可作为化痰的基本方随证加味，治一切痰嗽症。众多止咳化痰的方剂均含此对药。

14　茯神、炒酸枣仁

茯神味甘、淡，性平。归心、脾经。宁心、安神、利水。酸枣仁味甘、酸，性平。归肝、胆、心经。养心肝阴血而安神。二药合用，相互促进，宁心养阴安神之功增强。孙老引用此二味治失眠，尤其是烦不得眼疗效甚好。

15　蒲公英、金银花

蒲公英味甘、微苦，性寒。清热解毒，消肿散结。金银花味甘，性寒。归肺、心、胃经。清热解毒，疏散风热。两药配伍，消痈散结，治疗热毒壅结于肌肉所致的痈肿疮毒，高热不退。对乳痈有良效，能解毒散结通乳。此两味药深为孙老喜爱，常用此二味药物。

16　谷精草、密蒙花

谷精草味辛、甘，性平。归肝、肺经。疏散风热，明目退翳。密蒙花味甘、性微寒。归肝、胆经。清热养肝，明目退翳。谷精草甘平走行上焦，直达颠顶，善于疏散头部风热，而无寒凉遏抑之弊，其明目退翳之功优于菊花，长于治风热外袭，风重于热之目不明实证。密蒙花甘以补血，寒以清热，养血明目，专在治本，目得血则能视，与谷精草之偏治风热不同。两药合用，标本同治，明目退翳。孙老用此药对多用来治目疾，也用于高血压治疗。

17　炒酸枣仁、制远志

酸枣仁味甘、酸，性平。归肝、胆、心经。养心肝阴血而安神。远志味苦、辛，性温。归心、肾、肺经。能开心气郁结，交通心肾而安神益智。二药合用，即滋养阴血，又交通心肾，宁心安神作用增强。用于肝血不足，心肾不交之失眠，惊悸胆怯，健忘。此药对孙老常用，用量大多在 12g 左右。

17.1　治失眠、惊悸怔忡　对心肝血虚兼胆气虚怯所致者尤为适宜，可配伍白芍、何首乌、龙眼肉等。其中，属心脾两虚、气血不足者，常配伍人参、黄芪、白术、当归、龙眼肉等益气健脾、养血补心药同用。属心肾不足，阴虚血少者，可配伍熟地黄、天冬、柏子仁等药，如天王补心丹。

17.2　治疗肾虚健忘　可配伍熟地黄，麦冬。

18　熟地黄、生地黄

熟地黄味甘，微温。归肝、肾经。生地黄味甘、苦，性寒。归心、肝、肾经。熟地黄滋补阴血，为填精补髓之品；生地黄清热凉血，养阴生津。二药合

用，阴血兼顾，共奏养阴补血、清热凉血之效。熟地黄配生地黄为阴血双补之品，可用于阴虚血少精亏诸症，骨蒸潮热，头晕失眠，崩中漏下，月经不调等。孙老对于癌症化疗病人的调理时，多会用以此药对。

19　乳香、没药

乳香味辛、苦，微温。归心、肝、脾经。芳香走窜，行气活血，消肿止痛，生肌，偏入气分。没药味苦，性平。归肝、脾、心、肾经。散瘀活血，消肿定痛，生肌，偏入血分。两药性味相近，气味芳香，辛散走窜，相须为用，相互促进，活血止痛，消肿生肌功用相得益彰。为治疮疡痈肿、乳痈的常用对药。孙老在治疗癌症乳腺增生病和对也常用此对药。

20　九节菖蒲、磁石

九节菖蒲辛、温。归心、胃经。芳香化浊，行气开窍，以入心为主；灵磁石辛、寒。归肝、肾二经。益肾养肝，聪耳明目，平肝潜阳，重镇安神，以入肾为主。两药合用，交通心肾，一镇一开，益肾平肝，聪耳明目，开窍效果明显。肝肾阴虚者仍要配合六味地黄丸等以培本。孙老用此对药对失眠和耳鸣疗效甚好。

21　墨旱莲、女贞子

墨旱莲味甘、酸，性寒。归肝、肾经。入肾补精，能益下而荣上，强阴而黑发，凉血止血；女贞子味甘、苦，性凉。归肝、肾经。补肾滋阴，养肝明目，性质平和，为清补之品。两药皆入肝、肾，然女贞子性平和，取效慢，兼能退虚热；而墨旱莲则味酸且寒性偏大，功擅凉血止血。二药为对，补肝肾、滋阴精，乌须发，顺应阴阳，相须为用，相互促进，相辅相成，功力倍增。可治肝肾阴虚之头晕目眩、腰膝酸软、须发早白等病症。孙老临床女性病人偏多，此药对孙老常用，用药剂量多在 10～15g 之内。（杨建宇,奕珊,李彦知,等.孙光荣教授常用对药经验浅析[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(01):10-12.）

孙光荣教授临床善用“角药”经验点滴

所谓“角药”是指以中医基本理论为基础，以辨证论治为前提，以中药气味、性能、归经、七情为配伍原则，三味中药联合使用、系统配伍、配成一组，为三足鼎立，互为犄角，这种配伍，比起“药对”作用就比较复杂一些，名之日“角药”。初看“角药”像是由三组“药对”组成，但实际上它的组方意义远比“药对”广泛深厚。“角药”介于中药与方剂之间，在方剂中起主要或辅助作用，或独立成方，其在配伍应用中颇多巧妙，在临床应用中可起到减毒增效的作用，对于我们认识药物的性能功效也很有帮助。

“角药”一词，看来陌生，但临床医师却在自觉不自觉地运用此药物配伍规律，进行着长期的医疗临床实践。简单地讲，它是三种中药的有机组合应用，而非简单的药物。今特举几例典型“角药”配伍加以说明。

1 常用的“角药”

常用的角药大多是经典小方或大家都熟悉的小方，多信手拈来，疗效甚佳。孙老临床亦经常选用，现摘要介绍 10 组如下：

1.1 黄连、半夏、瓜蒌

此角药是黄连、半夏、瓜蒌组成的小陷胸汤，原方出自医圣仲景之手，具有清热化痰，宽胸散结之功。方中瓜蒌清热化痰，通胸膈之痹；黄连泻热降火，除心下之痞；半夏降逆消痞，除心下之结，与黄连合用，一辛一苦，辛开苦降，得瓜蒌则清热涤痰，其散结开痞之功益著。本方三药，缺一则偏缺，黄连则苦降泄热之力不足；缺半夏辛开化痰降逆之力损；缺瓜蒌则利气润下之力弱，吴鞠通对本方十分赞赏，并在此基础上加枳实，名小陷胸汤加枳实汤。

1.2 茵陈、栀子、大黄

由此三药组成的茵陈蒿汤，具有清热利湿退黄之功，三味均为苦寒药，寒能清热，苦能燥湿，其中茵陈疏肝利胆，为清热除湿退黄之药．栀子能除烦清热，清泄三焦而通调水道，导湿热下行，引湿热从小便而出；大黄泻热除瘀，通利大便，推陈致新，使湿热壅遏瘀滞之邪下泻，成为治疗，湿热黄疸(热重于湿)的一组著名“角药”。

1.3 甘草、小麦、大枣

由此三药组成的甘麦大枣汤，具有养心安神，和中缓急，又补脾气之功。方中甘草甘缓和中，养心以缓急迫；辅小麦养心宁神；大枣补益脾气，缓肝急并治心虚。三味甘药配伍，具有甘缓滋补，柔肝缓急，宁心安神之效。《补正》云：“三药和平，养胃，生津化血，津水下达于脏，则藏不躁而悲伤太息诸症自去矣。”正所谓 “甘麦大枣汤，脏躁服之康。”

1.4 猪苓、茯苓、泽泻

此三味为利水渗湿之主药。猪苓利水渗湿，治小便不利、水肿、泄泻、淋浊、带下；茯苓具有渗湿利水、健脾和胃、宁心安神的功效，可治小便不利、水肿胀满、痰饮咳逆、呕逆、恶阻、泄泻、遗精、淋浊、惊悸、健忘等症；泽泻利水、渗湿、泄热， 治疗小便不利、水肿胀满、呕吐、泻痢、痰饮、脚气、淋病、尿血。《医方考》云：“猪苓质枯轻清之象也，能渗上焦之湿；茯苓味甘，中宫之性也，能渗中焦之湿；泽泻味咸，润下之性也，能渗下焦之湿。”三药为主，加白术，桂枝增温阳化气之功，名五苓散；加清热养胃之滑石、阿胶名为猪苓汤；若将五苓散与茵陈蒿相伍，则名为茵陈五苓散，是疗湿热黄疸的一张名方。后世的四苓散、胃苓散皆有本组“角药”起主导作用。

1.5 柴胡、黄芩、半夏

此三味为小柴胡汤主药，方中柴胡疏肝解郁，得黄芩苦寒同用，清散肝胆郁九柴胡配半夏，疏肝和胃，治肝气犯胃之呕恶；黄芩和半夏能调和肠胃。三药同用，具有宣通上焦，下行津液，和顺胃气之功效。它不仅是小柴胡汤的主药，而且还是柴胡剂类方中不可缺少的一组“角药”。后世的柴平汤、柴胡四物汤、柴胡陷胸汤、柴胡枳橘汤，皆由此三味为主药。著名中医学家刘渡舟教授，在三味药的基础上加茵陈、土茯苓、风尾草、草河车，名为柴胡解毒汤。主治肝胆湿热，久之成毒，蕴郁不解而见肝区疼痛，厌油喜素，多呕，体瘦少气，小便黄短，舌苔厚腻。

1.6 杏仁、白蔻仁、薏苡仁

此三味为三仁汤主药，方中杏仁宣利上焦肺气，盖肺主一身之气，气化则湿亦化；白蔻仁芳香化湿，行气宽中；薏苡仁甘淡性寒，渗利湿热而健脾。三仁相合，宣上畅中渗下，使气畅湿行，暑热清解，脾气健旺，三焦通畅，诸症自除。是治疗湿温初起，邪在气分，湿重于热的常用方剂。另外，此三味药还是藿朴夏苓汤的主药。

1.7 白芥子、苏子、莱菔子

由此三药组成的三子养亲汤，具有降气快膈，化痰消食的功效。本方原为老人气实痰盛之证而设，方中自芥子温肺利气，快膈消痰；苏子降气行痰，止咳平喘；莱菔子消食导滞，行气祛痰。三药均能行气，皆属治痰理气之常用药，合而用之，可使气顺痰消，食积得化，咳喘得平。临床应用时，观其何证居多，则以何药为君，其效尤佳。张秉成<成方便读》“三者皆治痰之药，而又能于治痰之中各逞其长。食消气顺，喘咳自宁，而诸证自愈矣，又在用者之的宜耳。”

1.8 玄参、麦冬、生地黄

由此三药组成的增液汤，具有滋阴清热，润燥通便之功。方中以玄参咸寒润下为君，伍以麦冬之甘寒滋润，生地之滋阴壮水。三者均属质润多汁之品，合用共奏滋阴清热、润燥通便之功。<温病条辨》：“麦冬主治心腹结气，伤中伤饱，胃络脉绝，羸瘦短气，亦系能补能润能通之品，故以为之佐。生地亦主寒热积聚，逐血痹，用细者，取其补而不腻，兼能走络也。三者合用，作增水行舟之计，故汤名增液，但非重用不为功。”吴瑭说：“阳明温病，无上焦证，数日不大便，当下之，若其人阴素虚，不可行承气者，增液汤主之。

1.9 人参、麦冬、五味子

由此三药组成的生脉散，具有益气生津，敛阴止汗之功效。汗为心液，若汗出过多，易亏心阴。气为肺所主，故自汗过多必耗气，亦即损肺。本方以人参甘平补肺，大扶元气为君；以麦冬甘寒养阴生津，清虚热而除烦为臣；五味子酸收敛肺止汗为佐使。吴谦等：“夫暑热伤肺，肺伤则气亦伤矣。故气短、倦怠而喘咳也。肺主皮毛，肺伤则失其卫护，故汗出也。热伤元气，气伤则不能生津，故口渴也。是方君人参以补气，即所以补肺。臣麦冬以清气，即所以清肺。佐五味以敛气，即所以敛肺。”吴岜云：“一补、一清、一敛，养气之道备矣。名日生脉，以脉得气则充，失气则弱。”李杲谓：“夏月服生脉饮，加黄芪、甘草，名生脉保元汤，令人气力涌出；更加当归、白芍，名人参饮子，治气虚喘咳，吐血衄血，亦虚火可补之例也。”

1.10 附子、干姜、炙甘草

由此三药组成的四逆汤，具有回阳救逆之功效。症见四肢厥逆，恶寒倦卧，呕吐不渴，腹痛下利，神衰欲寐，舌苔白滑，脉象微细。《素问·厥论》

曰：“阳气衰于下，则为寒厥。”《素问·至真要大论》曰：“寒淫于内，治以甘热，佐以苦辛，以咸泻之，以辛润之，以苦坚之。”“寒淫所胜，平以辛热，佐以苦甘，以咸泻之。”用大辛大热之附子为君药。附子纯阳有毒，为补益先天命门真火之第一要剂，通行十二经，生用尤能迅达内外以温阳逐寒。干姜温中焦之阳而除里寒，助附子伸发阳气，为臣药。生附子有大毒，与干姜同用，其性唆烈，故又用益气温中之炙甘草为佐药，既能解毒，又能缓解姜、附辛烈之性，合而回阳救逆，又不致有暴散之虞，故方名“四逆”。此三味药，若加重干姜用量，则为通脉四逆汤。此外，这三味药还是四逆加人参汤、回阳救急汤的主药。

2 孙光荣教授常用的“角药”

孙光荣教授喜用“角药”，并且剂量偏小，一派王者风范。其临床治疗“重气血、调气血、畅气血”，讲究用药灵动性强，紧扣病机，动静相扣，升降配合，阴阳互动，才能达到良好的治疗效果。现就孙老常用“角药”简要分述于下，以供参考。

2.1 生晒参、生北芪、紫丹参

生晒参大补元气，补益脾肺，生津止渴，宁神益智。生北芪有益气固表、敛汗固脱、托疮生肌、利水消肿之功效。紫丹参活血调经，祛瘀止痛，凉血消痈，清心除烦，养血安神。《滇南本草》谓：“丹参，味微苦，性微寒。色赤，入心经。补心，生血，养心，定志，安神宁心，健忘怔忡，惊悸不寐，生新血，去瘀血，安生胎，落死胎。一味可抵四物汤补血之功”。三药合用，气血共调，共奏补气健脾，养血活血之功。这三味药孙老几乎方方不离，时常变的是三味药用量之比例和用药量之大小，最大量也很少超过 15 克的，彰显孙老“重气血、调气血、畅气血”之基本临床思想。

2.2 云茯神、炒枣仁、炙远志

云茯神宁心、安神、利水，用于心虚惊悸、健忘、失眠、惊痫、小便不利。炒枣仁养肝、宁心、安神、敛汗，治疗虚烦不眠、惊悸怔忡、烦渴、虚汗。远志安神益智、祛痰、消肿，用于心肾不交引起的失眠多梦、健忘惊悸、神志恍惚、咳痰不爽、疮疡肿毒、乳房肿痛。三味中药配伍，安神宁心功效更强，又能健脾益肾、消肿祛痰。孙老临床常用剂量多为 10 克左右。

2.3 川杜仲、北枸杞、山萸肉

杜仲补肝肾、强筋骨、安胎，治腰脊酸疼、足膝痿弱、小便余沥、阴下湿痒、胎漏欲堕、胎动不安、高血压。《本经》：“主腰脊痛，补中益精气，坚筋骨，强志，除阴下痒湿，小便余沥。”北枸杞补肾益精、养肝明目、补血安神、生津止渴、润肺止咳，治肝肾阴亏、腰膝酸软、头晕、目眩、目昏多泪、虚劳咳嗽、消渴、遗精。山萸肉补益肝肾、涩精固脱，用于眩晕耳鸣、腰膝酸痛、阳痿遗精、遗尿尿频、崩漏带下、大汗虚脱、内热消渴。此三味中药均有补肝肾、壮腰益精作用，孙老合而用之，阴中有阳、阳中有阴，动静结合，技艺高超、构思巧妙。孙老临床此三味药常用量多为 12 克左右。

2.4 防风、黄芪、白术

三药共组成的玉屏风散，具有益气固表止汗的功效。治疗表虚自汗，易感风寒。方中黄芪益气固表，为君药；自术健脾益气，助黄芪以加强益气固表之功，为臣药：二药合用，使气旺表实，则汗不能外泄，邪不易内侵，更配以防风走表祛风并御风邪，为佐使药。黄芪得防风，固表而不留邪；防风得黄芪，祛邪而不伤正。补中有散，散中有补。此角药孙老处方并不大明显，但在孙老

临床治疗气虚感冒时，常会在例行三“角药”之后加防风、白术，需认真研习，方可有所认识。

2.5 黄柏、苍术、牛膝

此三味药组成的三妙丸，具有清热燥湿祛风、补肝肾的功效，专治下焦湿热的两脚麻木、麻痛、痿软无力。方中黄柏苦寒，寒以清热、苦以燥湿，且偏入下焦；苍术苦温，善能燥湿：二药相伍，合成清热燥湿之效。牛膝能祛风湿、补肝肾，且引药下行，三药相合，清热燥湿之力更强，下焦湿热得清。此三味药，孙老临证并不局限在两下肢麻木、疼痛。而重在病机对证，值得细玩。

2.6 菊花、白芷、川芎

菊花平肝祛风清热、平肝明目，用于风热感冒、头痛眩晕、目赤肿痛、眼目昏花；白芷疏风散寒、燥湿、消肿、止痛，治头痛、眉棱骨痛、齿痛、鼻渊、寒湿腹痛、肠风痔漏、赤白带下、痈疽疮疡、皮肤燥痒、疥癣；川芎活血祛瘀、辛香善升，能上行头目巅顶，具有祛风止痛作用，可行血中之气，祛血中之风，为临床治疗外感头痛头风头痛之要药。三药相合，祛风止痛明目之效更强。孙老用此药治疗神经性疾病疗效甚好，高血压、情志性疾病也时有运用，此三味孙老用量很小，大多用 10 克以下。

2.7 大黄、黄芩、黄连

此三味药组成的泻心汤，具有泻火解毒、燥湿泄痞的功效，主治邪火内炽、迫血妄行，如吐血、衄血等症。方中大黄泻下攻积，清热泻火，凉血解毒，逐瘀通经；黄芩清肺热，泻上焦之火；黄连清热燥湿、泻火解毒，泻心火、兼泻中焦之火，用于湿热痞满、呕吐、泻痢、黄疸、高热神昏、心火亢盛、心烦不寐、血热吐衄、目赤吞酸、牙痛、消渴、痈肿疔疮，外治湿疹、湿疮、耳道流脓。三药相伍，火热得泻，三焦通利。

2.8 黄连、香薷、厚朴

此三味药共同组成黄连香薷饮，具有清暑化湿的功效，主治冒暑、腹痛水泻、恶心。黄连清热燥湿、泻火解毒，泻心火、兼泻中焦之火，用于湿热痞满、呕吐、泻痢、黄疸、高热神昏、心火亢盛、心烦不寐、血热吐衄、目赤吞酸、牙痛、消渴、痈肿疔疮，外治湿疹、湿疮、耳道流脓；香薷发汗解暑、行水散湿、温胃调中，治夏月感寒饮冷、头痛发热、恶寒无汗、胸痞腹痛、呕吐腹泻、水肿、脚气；厚朴温中、下气、燥湿、消痰，治胸腹痞满胀痛、反胃、呕吐、宿食不消、痰饮喘咳、寒湿泻痢。三药相配，燥湿除满、行气止呕作用更强。孙老在临床中，时有香薷仅用数克见奇效。

2.9 大黄、附子、细辛

此三味药组成的大黄附子汤，具有温阳散寒、泻结行滞之效，治疗寒积里实之腹痛便秘、胁下偏痛、发热、手足厥逆等症。大黄泻下攻积，清热泻火，凉血解毒，逐瘀通经；附子辛热，温阳以祛寒；佐以细辛除寒以散结，更借大黄之荡涤肠胃、泻除积滞。大黄、附子、细辛相配，变苦寒为温下，效殊意远。孙老临床很少用大剂量药，对于大辛大热之附子，尤为慎重，多在 10g 以下使用，与当今动辄几十克甚而成斤用附子形成强烈反差。

2.10 女贞子、旱莲草、天花粉

女贞子补益肝肾、清虚热、明目，主治头昏目眩、腰膝酸软、遗精、耳鸣、须发早白、骨蒸潮热、目暗不明；旱莲草凉血止血、补益肝肾，主治肝肾阴虚之头晕目眩、头发早白等症、以及阴虚血热而致的各种出血、如咯血、吐

血、尿血、便血、崩漏、齿鼻衄血；天花粉清热生津、消肿排脓，用于热病烦渴、肺热燥咳、内热消渴、疮疡肿毒。女贞子配旱莲草组成的二至丸，养阴益精凉血止血，补肝肾养阴血而不滋腻，为平补肝肾之剂。《医方集解》：“旱莲草、女贞子，补腰膝，壮筋骨，强肾阴，乌须发，治疗阴虚血虚头晕。”再伍以天花粉清热生津，滋阴除热之力更强。三药合用，共奏补肝肾、养阴血、滋阴清热生津之功。

以上对孙老临床用“角药”经验的探讨，仅供临床参考，对于“角药”的再提出再认识，也仅是近几年的事情，尚未得到大家足够的重视，本文试探性讨论孙老临床用“角药”为经验之唯一目的即此谓也。（杨建宇,孙文政,李彦知,等.孙光荣教授临床善用“角药”经验点滴[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(02):23-25.）

孙光荣“三联药组”配伍学术特色

国医大师孙光荣从事中医临床工作近 60 年，擅长治疗中医内科、妇科、儿科、肿瘤、情志病等疑难杂病。孙老师融合朱丹溪、李东垣两家之长，首倡“中和”学术思想，提出“中和思想 - 中和辨治 - 中和组方”的思路。“三联药组”的配伍和应用是国医大师孙光荣组方选药的一大特色，简介如下。

1 “三联药组”简介

“三联药组”，又名角药。角药配伍是以三味药物为组合单位的一种药物配伍方法。由于疾病的复杂性以及药物自身性味功用限制，单味药或两味药有时不能适应临证需要，以三味药组成的角药配伍是一种更为复杂的配伍形式。角药是以中医学基本理论为基础，以辨证论治为前提，以中药气味、性能、七情为配伍原则，三种中药联合使用、系统配伍。角药介于中药与方剂之间，在方剂中起主要或辅助作用，或独立成方，在临床应用中可起到减毒增效之作用。

2 “三联药组”配伍思想和原则

孙老师认为，“三联药组”的基本思想是秉承中国传统文化追求阴阳平衡的理念和天地人三才的思想。“三联药组”配伍灵活多变，是在总结前人用药经验的基础上进行升华和创新而形成的。如三联药组中有相当一部分是以传统的药对、古方作为基础，源于传统而优于传统。

“三联药组”注重药物功效的相须 、相使 、相畏 、相杀及药物的四气五味、升降浮沉。三药相互协作、制约，形成一个特定的功能单元。临证处方时，可参照古方的组方思路，按君臣佐使的架构来组方，并根据具体的病情，化裁应用。孙老师强调，对古方重在取其思路，强调用其法，而不拘泥其方药。 古方中的药物如果适合病情需要者则径取而用之，可不必另行化裁。如不符合病情，则依法配制新的三联药组。如法半夏、广陈皮具有化痰、祛湿功能，配以佩兰叶则清化湿热，可用于湿热中阻；配以麦冬，则化痰清热，用于咳嗽痰黏难以咳出者。再如乌贼骨、砂仁药对能保护和修复胃黏膜，是孙老师治疗胃病的专药，配广橘络则可治胃脘胀满，加鸡内金则增加消化力，提高食欲。

根据其功能特点，孙老师“三联药组”大致可以分为三种类型。第一型：祛邪组合，用于攻邪。如金银花、蒲公英、连翘，天葵子、猫爪草、半枝莲，法半夏、广陈皮、麦冬等。第二型：扶正组合，用于增强抵抗力，提高机体的防御功能，是针对气血阴阳的失衡而设，用以纠正机体的气血阴阳的失调。对气血不足者，治以益气活血。 在益气活血中又重在益气。阴阳失调者则视其需要以补其不足、纠其所偏。如人参、黄芪、丹参等。第三型：辅助组合，主要用于引药直达病所，或用针对性强的专病专药。如茯神、炒酸枣仁、灯心草、蔓荆子、藁本、浮萍等。

3 常用“三联药组”

3.1 人参 、黄芪 、丹参

人参，性味甘、微苦，平，归脾、肺、心经。功能大补元气，复脉固脱，补脾益肺，生津，安神。用于体虚欲脱，肢冷脉微，脾虚食少，肺虚喘咳，津伤口渴，内热消渴，久病虚羸，惊悸失眠，阳痿宫冷；心力衰竭，心源性休克。

黄芪，性味甘，温，归肺、脾经。 功能补气固表，利尿托毒，排脓，敛疮生肌。 用于气虚乏力，食少便溏，中气下陷，久泻脱肛，便血崩漏，表虚自

汗，气虚水肿，痈疽难溃，久溃不敛，血虚痿黄，内热消渴；慢性肾炎蛋白尿，糖尿病。

丹参，味苦，微寒，归心、心包、肝经。 功能活血祛瘀，调经止痛，养血安神，凉血消痈。 主治妇女月经不调，痛经，经闭，产后瘀滞腹痛，心腹疼痛，癥瘕积聚，热痹肿痛，跌打损伤，热入营血，烦躁不安，心烦失眠，痈疮肿毒等。

功效与应用：此三联药组，功能益气活血，适用于气血不足、气虚血瘀等证。人参、黄芪补气，入气分，主补，主升。丹参活血，走血分，主泻，主降，三药虽主要为调理气血而设，但攻补同施，升降出入具备。

3.2 紫苏叶、蒲公英、鱼腥草

紫苏叶，性味辛，温，归肺、脾经。功能发表，散寒，理气，和营。用于感冒风寒，恶寒发热，咳嗽，气喘，胸腹胀满，妊娠呕吐，胎动不安，解鱼蟹毒。本品芳香气烈，孙老师多用此药治疗风寒感冒、胃气不和、湿邪内阻，外用坐浴用以去除白带之腥味。

蒲公英，性味苦、甘，寒，归肝、胃经。 功能清热解毒，消肿散结，利尿通淋。 用于感冒发热，咽痛，疔疮肿毒，乳痈，瘰疬，目赤，肺痈，肠痈，胃炎，胆囊炎，湿热黄疸，热淋涩痛。

鱼腥草，性味辛，微寒，归肺经。 功能清热解毒，消痈排脓，利尿通淋。用于肺痈吐脓，肺炎，痰热喘咳，热痢，热淋，白带，痈肿疮毒，痔疮，脱肛，湿疹，秃疮，疥癣。 鱼腥草在阴干后，不但没有腥气，而且微有芳香，在加水煎汁时，则挥发出一种类似肉桂的香气，也有类似红茶的味道，芳香而稍有涩味。 因此，白带腥味严重时，孙老师常以此药外用以避秽。

功效与应用：此三联药组，气味芳香，功能既可芳香避秽，又可清热利湿。 孙老师临床中多用于白带有腥味者。 白带有腥味者，孙老师常视腥味之轻重，而灵活应用此药组。 如腥味较轻，则单用苏叶；腥味较重，则三药联合应用。

3.3 石决明、杜仲、牛膝

石决明，性味咸，平，入肝、肾经、功能平肝潜阳，清肝明目、主治风阳上扰、头痛眩晕、惊搐、骨蒸劳热、青盲内障等。

杜仲，性味甘，温，归肝、肾经、功能补肝肾，强筋骨，安胎、主治腰脊酸痛，足膝痿弱，小便余沥，阴下湿痒，胎漏欲堕，胎动不安，高血压等。

牛膝，性味苦、酸，平，归肝、肾经。功能补肝肾，强筋骨，活血通经，引火下行，利尿通淋。主治腰膝酸痛，下肢痿软；血滞经闭，痛经，产后血瘀腹痛，癥瘕，胞衣不下；热淋，血淋；跌打损伤；痈肿恶疮；咽喉肿痛等。

功效与应用：此三联药组，功能滋补肝肾、平肝潜阳，资下以制上，适用于上实下虚之肝肾不足、肝阳上亢证而见头痛、头晕、头胀、耳鸣、脑鸣、面红目赤、急躁易怒、腰膝酸软等症者。

3.4 陈皮 、法半夏 、黄芩

陈皮，性味苦、辛，温，归肺、脾经。功能理气健脾，燥湿化痰。主治胸脘胀满，食少吐泻，咳嗽痰多等。

半夏，其炮制有法半夏、清半夏、姜半夏等不同，本品性味辛，温；有毒，归脾、胃、肺经。功能燥湿化痰，降逆止呕，消痞散结。主治湿痰冷饮，呕吐，反胃，咳喘痰多，胸膈胀满，痰饮眩悸，风痰眩晕，痰厥头痛，头晕不眠，梅核气等。 生用外治痈肿痰核。

黄芩，性味苦，寒，归肺、胆、脾、大肠、小肠经。功能清热燥湿，泻火解毒，止血，安胎。主治湿温、暑温胸闷呕恶，湿热痞满，泻痢，黄疸，肺热咳嗽，高热烦渴，血热吐衄，痈肿疮毒，胎动不安等。

功效与应用：此三联药组，温燥之陈皮、半夏，配以苦寒之黄芩，功能清热化痰。适用于痰热阻肺或胆热痰扰而症见发热咳嗽、喘息痰鸣、胸膈满闷，咯黄稠痰或痰中带血，胸胁作痛、舌红苔黄腻，脉滑数等。

3.5 水蛭 、土鳖虫 、肉桂

水蛭，性味咸 、苦，平；有小毒，归肝经。功能破血，逐瘀，通经。主治蓄血，癥瘕，积聚，干血成痨，跌扑损伤，目赤痛，云翳。

土鳖虫，性味咸，寒；有小毒，归肝经。功能破瘀血，续筋骨。主治跌打损伤，筋伤骨折，血瘀经闭，产后瘀阻腹痛，癥瘕痞块。

肉桂，性味辛、甘，大热。归肾、脾、心、肝经。功能补火助阳，引火归源，散寒止痛，活血通经。主治阳痿，宫冷，腰膝冷痛，肾虚作喘，阳虚眩晕，目赤咽痛，心腹冷痛，虚寒吐泻，寒疝，奔豚，经闭，痛经。除传统应用外，因肉桂气味芳香浓烈，孙老师常用之以矫正某些药物的特殊气味，如矫正水蛭的土腥气味。用于矫味时，肉桂用量多为 1g。

功效与应用：此三联药组，功能破血散结、逐瘀通经。适用于瘀血留滞之癌块不散、血瘀经闭、脑中风后遗症之半身不遂等。本三联药组中，水蛭、土鳖虫为主要组成，肉桂为矫正水蛭之腥味而设。

3.6 茯神、炒酸枣仁、灯心草

茯神，性味甘淡，平。入心、脾经。功能宁心，安神，利水。主治心虚惊悸，健忘，失眠，惊痫，小便不利。

炒酸枣仁，性味甘、酸，平，归肝、胆、心经。功能养肝，宁心，安神，敛汗。用于虚烦不眠，惊悸多梦，体虚多汗，津伤口渴。

灯心草，性微寒，味甘、淡。功能利水通淋，清心降火。主治淋病、水肿、小便不利、尿少涩痛、湿热黄疸、心烦不寐、小儿夜啼、喉痹、口舌生疮及创伤等。孙老师认为，心经有热，热扰心神的失眠患者，在养心安神的同时，要稍佐清心之品，并引药入心经则能提高疗效。心火轻者，用灯心草以清心火，并引药入心经。

功效与应用：此三联药组，功能清心安神，用于心经热盛之失眠、多梦、惊悸等。其中，茯神、炒酸枣仁为孙老师治疗失眠惊悸的基本药对，灯心草清心火，入心经，为引经报使之药。（薛武更,孙光荣.孙光荣“三联药组”配伍学术特色[J].山东中医杂志,2017,36(10):838-840.）

国医大师孙光荣运用“三联药组”治疗带下病经验撷菁

临床所论之带下病，如无特指，则主要指带下过多，即带下量明显增多，或色、质、气味异常，伴或不伴全身症状。带下病是困扰患者、缠绵难愈、严重影响生活质量以及夫妻生活的妇科疾病，古已有之，而今由于生活环境的日益复杂致使发病率日渐增高。西医妇科疾病如阴道炎、宫颈炎、盆腔炎及肿瘤等均可见带下量多，必要时应进行妇科检查及排癌检查，避免贻误病情。

国医大师孙光荣从事中医临床工作近 60 年，擅治月经失调、带下病、不孕不育、脑病、心血管疾病、肿瘤、慢性咳嗽、哮喘、脾胃病、特发性血小板减少性紫癜、情志病、五迟五软等疑难杂症。孙老临床组方选药的一大特色即是“三联药组”的配伍和应用，治疗带下病亦不例外。笔者有幸师从孙老，侍诊左右，现将其治疗带下病常用“三联药组”的配伍和应用之学术经验简介如下，与广大同道交流。

1　“三联药组”配伍的思想和原则

三联药组又称“角药”、“串药”。角药配伍并非简单的药物相叠加，而是以中医基本理论为基础，以辨证论治为前提，以中药气味、性能、七情为配伍原则，3 种中药联合使用、系统配伍。由于疾病的复杂性以及药物自身性味功用限制，单味药或两味药有时不能适用临证需要，以 3 味药组成的角药介于中药与方剂之间，在方剂中起主要或辅助作用，或独立成方，在临床应用中可起到减毒增效之作用，而备受重视，常被加以应用。

2　国医大师孙光荣对“三联药组”的认识

孙老认为，“三联药组”的基本思想是秉承中国传统文化，追求阴阳平衡的理念和天地人三才的思想。孙老配伍的“三联药组”灵活多变，大多是在总结前人用药经验的基础上进行升华和创新而形成的。如三联药组中有相当一部分是以传统的药对、古方作为基础，是源于传统而优于传统。

孙老认为，“三联药组”注重药物功效的相须、相使、相畏、相杀及其药物的四气五味、升降浮沉。三药相互协作、制约，形成一个特定的功能单元。临证处方时，可参照古方的组方思路，按君臣佐使的架构来组方，并根据具体病情，化裁应用。孙老强调，对古方重在取其思路，注重用其法，而不泥其方。古方中的药物如果适合病情需要者则径取而用之，可不必师心自用。如不符合病情，则依法重新配制新的三联药组。如法半夏、广陈皮具有化痰、祛湿功能，配以佩兰叶则清化湿热，可用于湿热中阻；配以麦门冬，则化痰清热，用于咳嗽痰黏难以咳出者。

孙老在临床实践中，根据其功能特点，将“三联药组”大致分为 3 种类型，即祛邪组合、扶正组合和辅助组合。第 1 种：祛邪组合，用于攻邪。如“金银花、蒲公英、连翘壳”、“天葵子、猫爪草、半枝莲”等。第 2 种：扶正组合，用于增强抵抗力，提高机体的防御功能，是针对气血阴阳的失衡而设，用以纠正机体气血阴阳的失调。对气血不足者，治以益气活血。在益气活血中又重在益气。阴阳失调者则视其需要以补其不足、纠其所偏。如“生晒参、生 北芪、紫丹参”、“鹿角 胶、龟甲胶、炮 附子”等。第 3 种：辅助组合。主要是药组中配伍某一药物以引药直达病所，或配伍某一针对性强的专病专药。如“云茯神、炒枣仁、灯心草”、“蔓荆子、西藁本、紫浮萍”等。前一个三联药组中，灯心草起到引经药的作用；　后一个三联药组中，孙老认为，紫浮萍有透过血脑屏障的作用，是针对脑血管疾病的专病专药。

1　国医大师孙光荣治疗带下病的常用“三联药组”

孙老认为，任脉损伤，带脉失约是带下病的核心病机。带下病的发生与湿、毒、热和脏腑失调关系密切，病程日久则可导致人体虚证丛生。因此，孙老治疗带下病的组方选药多从清热、解毒、利湿、固涩、调理脾肾等方面入手，并对症加入止痒、避秽等药。孙老临床上治疗带下病常用的“三联药组”主要有以下几组。

3. 1　紫苏叶、蒲公英、鱼腥草 紫苏叶，出自《药性论》，别名“苏叶”（《本草经集注》），为唇形科植物紫苏的干燥叶（或带嫩枝）。性味辛，温。归肺、脾经。功能发表，散寒，理气，和营。治感冒风寒，恶寒发热，咳嗽，气喘，胸腹胀满，妊娠呕吐，胎动不安，解鱼蟹毒。本品芳香气烈，孙老多用此药治疗风寒感冒、胃气不和、湿邪内阻，外用坐浴以去除白带之腥味。蒲公英，出自《新修本草》，为菊科植物蒲公英、碱地蒲公英或同属数种植物的干燥全草。性味苦、甘，寒。归肝、胃经。功能清热解毒，消肿散结，利尿通淋。用于感冒发热，咽痛，疔疮肿毒，乳痈，瘰疬，目赤，肺痈，肠痈，胃炎，胆囊炎，湿热黄疸，热淋涩痛。鱼腥草，出自《履巉岩本草》，即《名医别录》中之“蕺”，为三白草科植物蕺菜的干燥地上部分。性味辛，微寒。归肺经。功能清热解毒，消痈排脓，利尿通淋。用于肺痈吐脓，肺炎，痰热喘咳，热痢，热淋，白带，痈肿疮毒，痔疮，脱肛，湿疹，秃疮，疥癣。此药阴干后，微有芳香，在加水煎汁时，则挥发出一种类似肉桂的香气，也有类似红茶的味道，芳香而稍有涩味，无腥臭味。白带腥味严重时，孙老常以此药避秽。

此三联药组，气味芳香，功能芳香避秽、清热利湿，孙老多用于临床症见白带有腥味、外阴灼热等的患者。用于治疗白带有腥味时，多煎汤坐浴。同时视腥味之轻重而灵活应用此药组。如腥味较轻，则单用苏叶；腥味较重，则三药联合应用；若腥味再不除，可在此药组基础上再加檀香木。

3. 2　蛇床子、炙百部、蛇舌草 蛇床子，出自《神农本草经》，为伞形科植物蛇床的干燥成熟果实。性味辛、苦，温；有小毒。归肾经。功能温肾壮阳，燥湿，祛风，杀虫。用于男子阳痿，阴囊湿痒，女子带下阴痒，宫冷不孕，湿痹腰痛； 外治疥癣湿疮，外阴湿疹，妇人阴痒。《本草新编》载：“蛇床子，功用颇奇，内外俱可施治，而外治尤良。”百部，出自《本草经集注》，为百部科植物直立百部、蔓生百部或对叶百部的燥块根。性味甘、苦，微温。归肺经。有小毒。功能润肺下气止咳，杀虫。用于新久咳嗽，肺痨咳嗽，百日咳；外用于阴痒，头虱，体虱，蛔虫、蛲虫病，皮肤疥癣、湿疹。白花蛇舌草，出自《广西中药志》，为茜草科耳草属植物白花蛇舌草的全草。性味甘、淡，凉。入胃、大肠、小肠经。功能清热解毒，利湿消肿，活血止痛。用于肿瘤、盆腔炎、附件炎、肠痈（阑尾炎）、疮疖肿毒、湿热黄疸、小便不利等症；外用治疮疖痈肿，毒蛇咬伤。

此三联药组，相反相成，多煎汤外用，功能杀虫止痒，适用于各种类型阴道炎、宫颈炎、盆腔炎等生殖系统疾患所致的白带增多（无论寒湿、湿热）、外阴瘙痒等症，亦可用于湿疹、痒疮、疥癣等。

3. 3　煅龙骨、煅牡蛎、生薏苡仁 龙骨，出自《神农本草经》，为古代哺乳动物如象类、犀牛类、三趾马等的骨骼化石。煅龙骨即将刷净的龙骨，放坩锅内或其他容器中煅至红透，取出晾凉，碾碎即可。性味甘、涩，平。入心、肝、肾、大肠经。功能镇惊安神，敛汗固精，止血涩肠，生肌敛疮。主治惊痫癫狂，怔忡健忘，失眠多梦，自汗盗汗，遗精淋浊，吐衄便血，崩漏带下，泻

痢脱肛。外用治疮疡久溃不敛。牡蛎，出自《神农本草经》，为牡蛎科动物长牡蛎、大连湾牡蛎或近江牡蛎的贝壳。煅牡蛎，即将洗净的牡蛎，置无烟炉火上煅至灰白色，取出放凉，碾碎。性味咸，微寒。归肝、胆、肾经。功能重镇安神，潜阳补阴，软坚散结。用于惊悸失眠，眩晕耳鸣，瘰疬痰核，癥瘕痞块。煅牡蛎收敛固涩，还可用于自汗盗汗，遗精崩带，胃痛吞酸。薏苡仁，出自《神农本草经》，为禾本科植物薏苡的种仁，别名薏米（《药品化义》）、薏仁（《本草新编》）、苡仁（《临证指南》），苡米（《本草求原》）。性味甘、淡，凉。归脾、胃、肺经。功能健脾、补肺、清热、利湿。治泄泻，湿痹，筋脉拘挛，屈伸不利，水肿，脚气，肺痿，肺痈，肠痈，淋浊，白带。

此三联药组，功能收敛固涩利湿，适用于日久不愈之白带绵绵不止。白带无论质地清稀，抑或白带黏稠，均可应用。可加入芡实，以增强收敛固涩之功。

3．4　川萆薢、车前子、蒲公英　萆薢，出自《神农本草经》，为薯蓣科植物粉背薯蓣、叉蕊薯蓣、山萆薢或纤细薯蓣等的块茎。性味苦，平。归肝、胃、膀胱经。功能祛风湿，利湿浊。主治带下，膏淋，白浊，疮疡，湿疹，风湿痹痛。车前子，出自《神农本草经》，为车前科植物车前或平车前的干燥成熟种子。性味甘，微寒。归肝、肾、肺、小肠、膀胱经。功能清热利尿，渗湿通淋，明目，祛痰。治带下，尿血，小便不通，水肿胀满，热淋涩痛，淋浊，暑湿泄泻，咳嗽多痰，湿痹，目赤障翳。蒲公英，见 3．1 条。

此三联药组，功能分清泌浊、利湿清热，适用于带下增多，色黄质黏，或有腥味，外阴灼热等湿热下注、热毒蕴结属实证者。带下病属虚证者亦可配伍用之。

3．5　白鲜皮、地肤子、蝉退衣　白鲜皮，出自《药性论》。《本经》谓之“白鲜”，为芸香科植物白鲜的干燥根皮。性味苦、咸，寒。归脾、胃、膀胱经。功能清热燥湿，祛风止痒，解毒。用于湿热疮毒，黄水淋漓，湿疹，风疹，皮肤痒疹，疥癣疮癞，风湿热痹，黄疸尿赤。《本经》谓此药可“主女子阴中肿痛”。孙老治疗各类黏膜病变时，方中常配伍白鲜皮。地肤子，出自《神农本草经》，为藜科植物地肤的干燥成熟果实。性味辛、苦，寒。归肾、膀胱经。功能清热利湿，祛风止痒。用于阴痒、带下，小便涩痛，风疹，湿疹，皮肤瘙痒。蝉蜕，出自《药性论》，为蝉科昆虫黑蚱的幼虫羽化时脱落的皮壳。性味甘，寒。归肺、肝经。功能散风除热，利咽，透疹，退翳，解痉。用于风热感冒，咽痛，音哑，风疹瘙痒，麻疹不透，目赤翳障，惊风抽搐，破伤风。

此三联药组多煎汤外用，功能利湿清热、祛风止痒，适用于带下病症见外阴瘙痒、灼热者。

3．6　金银花、蒲公英、半枝莲　金银花，出自《履巉岩本草》，为忍冬科植物忍冬、红腺忍冬、山银花（毛萼忍冬）或毛花柱忍冬的干燥花蕾或带初开的花。性味甘，寒。归肺、心、胃经。功能清热解毒，凉散风热。用于风热感冒，温病发热，热毒血痢，痈肿疔疮，喉痹，丹毒，痈疡，肿毒，瘰疬，痔漏。蒲公英，见 3．1 条。半枝莲，出自《江苏省植物药材志》。味辛，性凉。功能清热解毒，止血，利尿消肿。主治热毒痈肿，咽喉肿痛，肺痈肠痈，瘰疬，毒蛇咬伤，各种出血，水肿，腹水及癌症。临床用于肺癌、肠胃道癌症、子宫颈癌及腹水、损伤出血等。

此三联药组，功能清热解毒散结。适用于带下病湿热下注、热毒蕴结等实证，或相关肿瘤引起的带下异常。症见带下量多，或色黄，或黄绿如脓，或赤白相兼，或夹有血丝，或五色杂下，异味明显，或伴外阴瘙痒、肿胀等。临床上，如因相关肿瘤引起白带增多者，可加入山慈菇、菝葜根等；带下中夹血丝者，可加白茅根。（薛武更,孙光荣.国医大师孙光荣运用“三联药组”治疗带下病经验撷菁[J].湖南中医杂志,2017,33(03):19-21.）

孙光荣教授“三联药对”组方思想在变应性血管炎中的应用

孙光荣教授是国家非物质遗产“北京同仁堂”20 名中医药大师之一，主任医师、研究员，北京中医药大学远程教育学院副院长，著名中医药文献学家、中医临床家，擅长治疗中医内科、妇科、心脑血管疾病等疑难杂症，并善于运用“对药”、“三联药对”。尤其是根据药物功效来区分君臣佐使，创设了“三联药对”思想。近年来，我科室将孙光荣教授“三联药对”组方思想应用在变应性血管炎患者群体的治疗工作中，取得了良好的成效，现将其总结并报告如下。

1　确定病因，辨证求证

变应性血管炎属于血管炎症坏死性疾病，发病原因暂未明确，临床认为变应性血管炎的发生与感染、药物变态、血清病变等因素相关，变应性血管炎会累及患者真皮上部血管，致使皮肤出现血管坏死，情况严重时，病情会累及其他内脏，严重的威胁着患者的生存质量。变应性血管炎临床表现复杂，多发于足踝与小腿位置，皮损为多形性，呈现出对称性分布状，多伴随显著的皮肤损害，有结节、丘疹、瘀斑、紫癜等。从中医角度而言，变应性血管炎属于“梅核火丹”、“瓜藤缠”等的范畴。孙光荣教授认为，肾为人体先天之本，脾胃则属于后天之本，变应性血管炎的发生与肾精不足密切相关。同时，孙光荣教授认为，变应性血管炎发病原因包括遗传、气滞、血瘀、毒聚、痰凝等因素，在治疗方式上，应该以益气活血、疏肝解郁、清热解毒、行气化痰为主，在药物组方上，宜采用丹参、生黄芪、西洋参为君，以猫爪草、山慈菇、半枝莲为臣。

2　抓住重点，对证治疗

变应性血管炎的临床表现十分复杂，疾病多见于患者小腿与足踝位置，临床症状表现在皮肤上，患者有烧灼感或者瘙痒感，皮肤局部会出现破溃、疼痛与肿胀感。孙光荣教授认为，皮肤瘙痒的发病机理主要为湿毒、 风热， 可以使用白花蛇舌、地肤子、白藓皮等清热祛风药物进行治疗，若患者局部肿胀疼痛感显著，可以使用乳香、延胡索等行气活血药物进行配伍。

3　内外兼治，分段用药

变应性血管炎的发生是由于五脏之毒所导致，因此，治疗根本应该解决患者五脏六腑之毒，若患者皮肤血管炎症状显著，且不存在红肿热痛，可以采用分期辨证法进行治疗，使用药物外敷可以达到理想的治疗效果；若患者病情处于初级阶段，未形成脓肿且皮肤未出现破溃，可以采用大黄粉敷于患者患处，这可以起到有效的活血消肿效果；若患者局部红肿情况显著，则说明热毒已形成，此时宜采用托毒排脓法，用大黄粉调和芝麻油外敷，这可以起到化腐生肌、排脓脱毒的成效；对于脓毒已完全排尽，但是皮肤不长的患者，可以采用大黄粉外撒法进行治疗，这能够起到生肌敛疮的功效。

4　四诊合参，明确细微

变应性血管炎的症状是多种多样的，发病原因也极为复杂，孙光荣教授认为，应该采用辨证施治的方式，将四诊合参法应用到治疗中， 无论采用何种治疗方法， 都必须要明确细微，这才能够真正地符合临床治疗要求，达到指导临床用药的目的。 在治疗变应性血管炎时，需要先将外感、遗传、并发症等因素排除，明晰发病原理，根据具体的触诊、面诊、舌诊、脉诊等信息来判断患者的发病原因，采取针对性的用药方式。

5　补引纠偏，调和用药

变应性血管炎涉及的因素复杂多变，往往存在不和的问题， 孙光荣教授认为， 虽然变应性血管炎的药物组方多种多样，但是要注意用药方式，不能杂乱，针对患者的兼症进行治疗，纠正药物的毒副作用，调和用药。但是需要控制好药物剂量，避免出现喧宾夺主的情况。

6 病例分析

患者甲，女，56 岁，由于双下肢皮疹破溃入院就诊，主诉在 1 个月前下肢膝关节出现红色丘疹， 后红疹扩大， 瘙痒难耐，下肢红肿，有手抓痒，皮疹破碎会流脓、有臭味，经我科室诊断，确定为变应性血管炎，予以常规康复新液与夫西地酸膏治疗后，病情得到了缓解，但是未治愈。患者无结核、感染等传染病史，无药物过敏史，患有高血压与糖尿病，实验室检查结果显示，血常规正常，蛋白与潜血为阴性、尿白蛋白为 6～8 个/HP、血脂正常、谷丙转氨酶为 16u/L。下肢血管超声检查结果显示，患者双侧股浅动脉内膜与股总动脉存在光斑。胸片检查结果显示，肺部纹理增多。采用孙光荣教授的组方思想为患者配置如下的组方：

君药：黄芪、西洋参各 10g，紫丹参 15g；

臣药：半枝莲、猫爪草、山慈菇各 15g；

佐药：白花蛇舌草、地肤子、蒲公英各 15g； 补引纠和：鸡内金 15g，生甘草、紫苏叶、连翘各 10g。

用法：水煎服，1 剂/d。

在患者入院后，使用芝麻油与大黄粉调和敷于患处，使用绷带进行包裹，2d 后，患者痂皮溃烂， 皮损位置流出大量脓液，红肿情况得到良好的改善。再使用大黄与绿茶水调和敷于患处，12d 后，患者皮肤破溃情况得到显著的改善，分泌物减少，新生皮肤生长情况良好。

综上所述，孙老用药遵循四诊合参，辨证论治，审证求因，并擅用“对药”、“三联药”，调和诸药，临床疗效甚好，值得学习和借鉴。（刘勤建.孙光荣教授“三联药对”组方思想在变应性血管炎中的应用[J].中医临床研究,2014,6(30):1-2.）

运用孙光荣教授“三联药对”组方思想

治疗变应性血管炎初探

孙光荣教授是第五批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师，从事中医文献研究及临床工作 50 余年，经验丰富，对于风湿免疫病、肿瘤、妇科疾病等治疗有独到之处，创立了依照药物的功效区分君臣佐使，按照 “三联药对”组方思想进行辨证用药的新型处方模式。我们运用孙光荣教授 “三联药对”组方思想治疗 2012 年门诊及住院变应性血管炎患者 4 例，痊愈 1 例，好转 3 例，无效 0 例，取得了显著疗效。现将孙光荣教授 “三联药对”组方思想及外用大黄粉治疗变应性血管炎的经验进行总结，介绍如下。

1　明确病因 审因求证

变应性血管炎是一组与血管炎症及坏死有关的疾病，多数病因不清。目前已知的病因包括血清病、药物变态反应、感染等。变应性血管炎主要累及真皮上部毛细血管及小血管，常导致皮肤血管坏死，病情发展可累及内脏，严重者危及生命。本病临床表现复杂，好发于下肢，以小腿和足踝部最多，皮损呈多形性，呈对称分布，常有明显的皮肤损害如斑丘疹、丘疹、紫癜、瘀斑、结节、溃疡等[1] 变应性血管炎属中医瓜藤缠、梅核火丹、湿毒流注等范畴。孙老认为肾为先天之本，脾胃为后天之本。变应性血管炎多因先天肾精不足，后天脾胃虚弱，外受风寒，或湿热羁留脾胃，血脉瘀滞，久则为热毒，外发于经脉皮肤，终至溃疡。《华氏中藏经·痈疽疮肿第四十一》云：“夫痈疽疮肿之所作也，皆五脏六腑，畜毒不流则生矣，非独因荣卫壅塞而发者也。其行也有处，其主也有归，假令发于喉舌者，心之毒也；发于皮毛者，肺之毒也。发于肌肉者，脾之毒也；发于骨髓者，肾之毒也；发于外者，六腑之毒也；发于内者，五脏之毒也。故发于下者，阴中之毒也；发于上者，阳中之毒也内曰坏，外曰溃，上曰从，下曰逆。发于上者得之速，发于下者得之缓，感于六腑则易治，感于五脏则难瘳也。”孙老归纳中医古籍，将变应性血管炎的病因总结为十二个字：遗传、意郁、气滞、血瘀、痰凝、毒聚。其治疗以益气活血、清热解毒为大法，佐以疏肝解郁、行气化痰之品。以西洋参、生黄芪、丹参等益气活血为君，以山慈菇、猫爪草、半枝莲等清热解毒为臣进行配伍。

2　抓住主症对症治疗

变应性血管炎临床表现复杂，好发于下肢，以小腿和足踝部最多，皮损呈多形性，常对称分布，主要症状集中在皮肤，有瘙痒或烧灼感，局部皮肤破溃，肿胀疼痛等。孙老认为，对于皮肤瘙痒为主症的，其病机多为风热、湿毒，可以白鲜皮、地肤子、白花蛇舌草等清热祛风、燥湿止痒为佐，进行配伍。对于局部肿胀疼痛明显的，其病机多为气滞血瘀，可以延胡索、乳香、没药行气活血止痛为使进行配伍。

3　内外兼治　分期用药

变应性血管炎乃五脏之毒发之于外而成，故治疗的根本在于清解五脏六腑之毒热。对于皮肤血管炎症明显，导致局部红肿热痛者，宜分期辨证，选用中药外敷，效果更佳。变应性血管炎初期局部轻度红肿，尚未成脓，皮肤未破溃者，可以大黄粉绿茶水调敷局部清热解毒、活血消肿。对于局部红肿明显，热毒已成，即将化脓或已经破溃流脓者，宜托毒排脓，可以芝麻油调敷大黄粉外涂围箍。因芝麻油具“托毒排脓、化腐生肌”之效。对于脓毒已尽，新肉不

生，皮肤不长者，则以干大黄粉局部外撒，因干大黄粉具有“生肌敛疮”之效。

4　四诊合参　明经晰纬

变应性血管炎病因复杂，证候多变。孙老认为辨证应以各种辨证纲领为主轴（阴阳表里寒热虚实八纲辨证、寒热虚实生死逆顺八纲辨证、卫气营血辨证、气血津精辨证等），将四诊合参纳入辨证纲领进行临床辨证。并且无论用何辨证纲领，都必须“明经晰纬”，这样才能纲举目张，才能符合临床实际，才能真正指导临床组方用药。以变应性血管炎为例，排除遗传、外感及并发症，就变应性血管炎本身而言，无论任何血管炎都是以“证虚邪实”为经，以病因、病机、病位为纬。“正虚”，乃脾肾脏腑之虚。“邪实”，乃意郁、气滞、血瘀、痰凝、毒聚。如此辨证，就可以非常明晰、非常准确。变应性血管炎若延误诊治，毒热入于脏腑，常可危及生命。《华氏中藏经·痈疽疮肿第四十一》云：“内虚外实者，多痒而少痛。外虚内实者，多痛而少痒。血不止者则多死，脓疾溃者则多生。”必须根据脉诊、舌诊、面诊、触诊等综合信息准确判断病位病性，知其“寒热虚实生死逆顺”。

5　补引纠偏　调和诸药

变应性血管炎病因复杂，证候多变，药物庞杂，必有不和之处。孙老认为用药虽多，不可杂乱，必须“胸中有大法，笔下无死方。”而诸症烽起，必须针对兼症以药物补处方之不足，用引经药物使其归于病所，纠药物之毒副，调和诸药。然补引纠和诸药剂量不可过大，量大则喧宾夺主，于治病无益。只需“四两拨千斤”，轻轻一拨，使诸药归于中和即可。

6　病案举例

患者女，52 岁。因“双下肢皮疹破溃 1 个月”于 2012 年 4 月 11 日来我科就诊。患者 1 个月前不明原因出现下肢膝关节以下皮肤红色丘疹，伴痒痛感，未予重视。之后斑疹逐渐扩大融合成片，下肢红肿，瘙痒疼痛，搔抓后皮疹破溃，部分流脓，结痂，铜锈样，有臭味，于当地综合医院皮肤科诊断为“变应性血管炎”，予输液抗炎治疗，及夫西地酸膏、康复新液等外用治疗，病情控制未发展，为求中西医结合治疗收住我院。既往有糖尿病、高血压病史。否认肝炎、结核等传染病史及药物过敏史。皮肤科会诊检查：双小腿及足背不规则形浅溃疡，表面覆盖黄色渗液，周边散在卫星状暗红色丘疹，局部皮肤轻度肿胀。实验室检查：血常规大致正常。尿常规示白细胞 6～8 个/HP，蛋白及潜血阴性；乙肝表面抗原阴性。生化：钾 3.21mmol/L，肌酐 41umol/L，谷丙转氨酶 16U/L，血脂正常。糖化血红蛋白 1.44%，血沉 49mm/h，C－反应蛋白 24.25mg/L。胸部心电图示：窦性心律，T 波低平。腹部 B 超示：脂肪肝，胆囊、脾胰肾未见异常。下肢血管超声：双侧股总、股浅动脉内膜不光滑伴散在光斑形成。胸片：两肺纹理增重。下肢分泌物培养：铜绿假单胞菌、紫色色杆菌，对头孢呋辛钠耐药，对头孢哌酮舒巴坦、左氧氟沙星敏感。诊断：变应性血管炎。治疗：入院后予敏感抗生素静点，使用胰岛素控制血糖。运用孙光荣教授“三联药对”组方思想治疗处以益气活血、清热解毒等中药：

君药：西洋参 10g，生黄芪 10g，紫丹参 15g。（益气活血）

臣药：山慈菇 15g，猫爪草 15g，半枝莲 15g。（清热解毒）

佐药：蒲公英 15g，地肤子 15g，白花蛇舌草 15g。（解毒止痒）

使药：延胡索 15g，炙乳香 10g，炙没药 10g。（行气止痛）

补引纠和：连翘 10g，鸡内金 15g，紫苏叶 10g，生甘草 6g。

水煎服，每日 1 剂。

经患者知情同意后，入院当日选取皮肤溃疡及丘疹脓痂病情较重之左下肢，外用大黄粉以芝麻油调敷创口，绷带包裹。次日可见左下肢痂皮溃烂，皮损处大量脓液流出，左下肢红肿明显减轻。遂改为绿茶水调敷大黄抹左下肢，1～2 日换药 1 次。皮肤溃疡及丘疹脓痂病情较轻之右下肢，始终采用西药换药治疗。4 月 20 日，患者病情较轻之右下肢皮肤破溃减轻，分泌物减少，仍有疼痛，复查下肢分泌物培养无细菌生长。而病情较重之左侧下肢创面已经无分泌物，无红肿，无疼痛，疗效优于使用西药换药之右下肢。遂改为左下肢干大黄粉创面撒敷，无菌纱布绷带包裹，1～2 日换药 1 次，之后可见创面均结痂，以无菌镊子揭去痂皮，可见结痂下新生皮肤生长良好。至 4 月 29 日，病情较重，采用中药换药之左下肢血管炎已经痊愈，遗留疤痕。病情较轻，采用西药换药之右下肢，其破溃处皮肤生长缓慢，部分创口不收。遂将右下肢换药之西药停止，改为中药大黄粉外敷。5 月 1 日，右下肢皮肤破损处创口大多结痂，换药数日痊愈。（曹柏龙,苗桂珍,朱学敏,等.运用孙光荣教授“三联药对”组方思想治疗变应性血管炎初探[J].中国中医药现代远程教育,2012,10(23):8-9.）

运用孙光荣 “三联药对”组方学术思想

治疗早期糖尿病肾病的临床观察

孙光荣教授是国家中医药管理局第五批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师，从事中医临床工作 50 余年，经验丰富，对消渴病、风湿免疫病、肿瘤及妇科疾病等均有独到之处，创立了依照药物功效区分君臣佐使，按照 “三联药对”组方思路进行辨证用药的新型处方模式。笔者自 2012 年 8 月 随诊以来，运用孙光荣教授“三联药对”组方学术思想治疗早期糖尿病肾病，取得了较好的效果，报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

92 例患者均为 2012 年 8 月—2013 年 4 月在北京中医药大学东直门医院东区门诊及住院治疗的早期糖尿病肾病患者，年龄（55.13±12.35）岁，按随机数字表法分为对照组 42 例和治疗组 50 例。对照组中男 27 例，女 15 例；年龄（55.95±13.04）岁；病程（11.20±6.50）年。治疗组中男 21 例，女 29 例；年龄（54.47±11.77）岁；病程（10.35±5.30）年。2 组患者年龄、 病程、空腹血糖（FPG）、糖化血红蛋白 （HbA1c）、尿白蛋白排泄率（UAER）等基线资料比较，差异无统计学意义（P＞0.05），具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 糖尿病诊断标准：参照 《22 个专业 95 个病种中医诊疗方案》中 2 型糖尿病的诊断标准：FPG≥7.0mmol/L，或糖耐量试验（OGTT）中服糖 2h 血糖（2hPG）≥11.1mmol/L，或随机血糖≥11.1mmol/L。

1.2.2 早期糖尿病肾病诊断标准：参照《22 个专业 95 个病种中医诊疗方案》中糖尿病肾病早中期诊疗方案：（1）有确切的糖尿病史；（2）3 个月内连续尿检查 3 次 UAER，均为 20-200ug/min，且可排除其他引起 UAER 增加原因者。

1.3 纳入标准

符合上述诊断标准；年龄 20-70 岁；糖尿病病程≤20 年，生活可基本自理；患者知情同意，清醒、安静状态下完成相关检查；HbA1c 7.0%～13.0%，FPG 4.4-13.3mmol/L，2hPG 4.4-16.7mmol/L；3 个月内连续尿检查 3 次 UAER ，均为 20-200ug/min；血液中肌酐、尿素氮均在正常范围，并排除其他疾病所致的尿白蛋白增高。

1.4 排除标准

所有病例均在治疗前行血常规和心、脑肝功能等检测，排除严重心、 脑、肝等并发症及糖尿病酮症、感染、过敏、肿瘤及其他肾脏疾患。

2 治疗与观察方法

2.1 治疗方法

2 组患者均予优质低蛋白糖尿病饮食，嘱适当运动，并口服格列齐特缓释片（施维雅天津制药有限公司生产，国药准字 H20044694）60-90mg，每日 1 次；或瑞格列奈（丹麦诺和诺德公司生产，进口药品注册证号 H20080126）1-2mg， 每日 3 次，控制血糖，根据血糖调整剂量。治疗组在此基础上运用孙光荣教授 “三联药对”组方学术思想给予中药干预，即依照药物联合配伍产生的功效形成君臣佐使，采用 “三联药对”的组方原则进行辨证用药。以太子参 15g、黄芪 15g、丹参 15g 益气活血为君药；以山慈菇 15g、猫爪草 15g、半枝莲 15g 清热解毒为臣药；以杜仲 15g、川牛膝 15g、芡实 15g 滋补肝肾为佐药；

以玉米须 10g、白茅根 15g、车前子 10g 清利湿热为使药；以生山楂 10g、干荷叶 10g、甘草 5g，补引纠和，补药味之不足，引药达于病所，纠药性之过偏，调药归于中和。水煎服，每日 1 剂，分 2 次口服。连续治疗 12 周后评定疗效。

2.2 观察指标

2 组患者分别于治疗前后检测 FPG、HbA1c、24h 尿白蛋白，计算 UAER。

2.3 统计学方法

采用 SPSS17.0 统计软件进行统计学处理，组内比较采用配对资料 t 检验，组间比较采用独立样本 t 检验，$P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

治疗 12 周后，2 组 FPG、HbA1c、UAER 均显著下降，治疗前后比较差异均有统计学意义（$P < 0.05$）；治疗后 2 组间 FPG、HbA1c 比较差异均无统计学意义（$P > 0.05$），2 组间 UAER 比较差异有统计学意义（$P < 0.05$）。见表 1。

组别	例数	治疗时间	FPG（mmol/L）	HbA1c（%）	UAER（ug/min）
对照组	42	治疗前	10.40±2.59	9.31±1.32	113.55±34.753
		治疗后	9.25±1.17*	8.00±1.38*	97.12±24.37*
治疗组	50	治疗前	10.02±2.47	9.30±1.26	114.00±20.06
		治疗后	8.48±1.09*	7.54±1.12*	61.74±35.10*△

表 1 2 组治疗前后 FPG、HbA1c、UAER 水平比较（x±s）

与治疗前自身比较，*$P < 0.05$；与对照组同期比较，△$P < 0.05$

4 讨论

糖尿病肾病属于中医 “消渴病”“水肿病”等范畴，也可称为“消渴病肾病”。早期糖尿病肾病起病隐匿，易被忽视，尿白蛋白是早期糖尿病肾病的重要诊断指标，同时也是观察疗效和判断预后的评价指标。研究表明，气虚血瘀贯穿于消渴病的始终。也有学者提出从中医学整体病机分析，糖尿病肾病的特点是本虚标实，本虚为肝肾亏虚、封藏失固、精微下注，标实为血瘀、热毒、痰浊等，故治疗当以益气活血、滋补肝肾、清热解毒为法。本研究运用孙光荣教授 “三联药对”组方学术思想治疗早期糖尿病肾病，通过观察 92 例患者 UAER 、FPG、HbA1c 发现，治疗后治疗组 UAER 明显低于对照组 （$P < 0.05$），而 FPG 与 HbA1c 与对照组比较差异无统计学意义（$P > 0.05$），提示运用孙光荣教授 “三联药对”组方学术思想治疗早期糖尿病肾病，可明显降低尿白蛋白，该作用可能独立于降血糖以外的因素。

孙光荣教授将消渴病肾病的病因总结为遗传、意郁、气滞、血瘀、痰凝、毒聚，其治疗以益气活血、清热解毒为大法，佐以滋补肝肾、化痰降浊之品。以太子参、黄芪、丹参等益气活血为君，以山慈菇、猫爪草、半枝莲等清热解毒为臣进行配伍。孙光荣教授认为人体百病皆离不开调理气血，除却心肺之疾病，百病皆从肝脾肾三脏调理入手。因肾为先天之本，脾胃为后天之本，消渴病肾病多因先天肾精不足，后天脾胃虚弱，饮食失于节制，纵欲过度，损伤气血；或湿热 痰浊滞留脾胃，血脉瘀滞，久则为热毒，发于三焦，而成消渴病。西医治疗常采取饮食控制、运动治疗、药物干预及健康宣教的综合管理模式；中医治疗药物庞杂，必有不和之处。孙老认为用药虽多，不可杂乱，必须 “胸中有大法，笔下无死方”，故创立了依照药物功效区分君臣佐使，按照 “三联药对”组方思路进行辨证用药的新型处方模式，针对消渴病诸症，以药物补处方之不足，用引经药物使其归于病所，纠药物之毒副，调和诸药。然补引纠和

诸药剂量不可过大，量大则喧宾夺主，于治病无益；只需 “四两拨千斤”，轻轻一拨，使诸药归于中和即可。只有这样才能符合临床实际，真正指导临床辨证论治及组方用药。（曹柏龙,孙光荣.运用孙光荣“三联药对”组方学术思想治疗早期糖尿病肾病的临床观察[J].北京中医药,2014,33(01):10-12.）

临证医案

冠心病

案 1 马某，男，74 岁。

2010 年 6 月 25 日首诊。

讯诊：胸闷气短(有房颤病史)，下肢水肿，口干，腹胀。舌质红，苔中心黄腻，脉细涩。处方：西洋参 10g，生北芪 12g，紫丹参 10g，五味子 3g，麦冬 12g，法半夏 7g，广陈皮 7g，云茯苓 15g，炒酸枣仁 15g，佩兰叶 6g，冬瓜皮 10g，前仁 10g，路路通 10g，北枸杞 15g，甘草 5g。7 剂，水煎内服，每日 1 剂。

2010 年 9 月 10 日 2 诊。

房颤，胆结石并息肉，服前方后腹胀减轻，仍气喘，浮肿，舌绛，苔黄腻，中心干，脉三五不调。处方：西洋参 10g，生北芪 10g，紫丹参 10g，五味子 3g，麦冬 12g，款冬花 6g，蜜紫苑 6g，大腹皮 12g，冬瓜皮 10g，车前仁 10g，赤小豆 10g，云茯神 15g，炒酸枣仁 15g，川牛膝 15g，川杜仲 15g，甘草 5g，海金沙 10g。7 剂，水煎内服，每日 1 剂。

按语：胸痹主要病机在心脉的闲阻，但肾为五脏之本，阴阳之根。《景岳全书·传忠录下》提出：“然命门为元气之根，为水火之宅，五脏之阴气非此不能滋，五脏之阳气非此不能发。”心肾相交，心之阴阳气血总赖肾精气滋生，心本乎肾。在生理上，肾主气化水，若肾气亏虚，气化无权，则表现为水液代谢的紊乱，出现水肿等。本例患者，虽以胸闷、气短，脉三五不调等为主症，但孙师紧紧抓住心肾不交，肾为之根的概念，益气养阴安神与调肾利湿并举，在调补心肾的同时，还给邪气以出路，收效满意。孙师认为老年人对药物的适应性、耐受性个体差异很大，但老年人脏腑虚衰，气血不足是共同的，因此用药宜慎，剂量宜小。中医治疗老年病必须在整体调节、辨证论治和因人而异的思想指导下，充分考虑到老年人生理病理特点、用药原则进行治疗。（张跃双,李明玉.中医大师孙光荣教授中和医派诊疗老年病学术经验点滴[J].光明中医,2014,29(03):461-464.）

案 2 候某，男，81 岁。

2014 年 3 月 7 日初诊。胸闷气喘，动则尤甚已 2 月有余加重一周。由轮椅推入病房。住院号：201400471。2014 年元月感冒后，开始咳嗽气短，胸闷气喘，下肢浮肿，常心悸，一周前症状加重，动则心悸，心下及胸胁胀满，咳嗽吐泡沫清稀痰，难以平卧，时头汗出，冷汗淋漓，双下肢凹陷性水肿，纳差，少尿。舌淡胖，苔水滑，脉沉无力。查体：端坐呼吸，面色白，口唇轻度紫绀，颈静脉怒张，心率 100 次/分，律齐，两肺满布细湿啰音，X 线 DR 片示：双胸腔积液（约 800ml）。经结核病防治所检查排除了结核性胸膜炎。既往有糖尿病史多年、冠心病、高血压病史。西药服用呋塞米片、单硝酸异山梨酯片等药。诊断：心力衰竭Ⅱ度、心源性胸腔积液。中医根据舌脉症诊为喘证，辨证为阳虚水泛，气虚血瘀证。治以益气活血，温阳利水。方用真武汤合调气活血抑邪汤加减：制附片（先煎）20g，生姜 20g，白芍 20g，白术 15g，茯苓 30g，泽泻 30g，人参 20g，黄芪 60g，丹参 30g，葶苈子 30g，大枣 10g，生半夏 15g，全瓜蒌 20g，干姜 10g，五味子 10g，细辛 10g，甘草 10g。3 剂，水煎 500ml，分早、中、晚 3 次温服，日 1 剂。上方服 3 剂后，尿量显著增加，每日达 1500ml，患者胸闷气喘好转，已能平卧，纳食改善，无心悸汗出，下肢肿好

转。脉稍转有力。原方继进 3 剂.煎服法同前。服第 6 剂后浮肿消失，心率减慢，能下床轻微活动，X 线 DR 片示：双胸腔积液约 400ml。考虑还有胸闷咳痰短气等症，上方加入厚朴 6g，陈皮 6g 以宽胸理气燥湿化痰，入苏子 9g 以降气止咳。再服五剂后咳止，活动量大后可见胸闷气喘症状，余症皆好转。舌淡及苔均有好转，脉较前有力。X 线 DR 片示：双胸腔积液完全吸收。方改为制附片（先煎）10g，生姜 10g，白芍 20g，白术 15g，茯苓 15g，泽泻 15g，人参 20g，黄芪 60g，丹参 30g，麦冬 10g，五味子 10g，菟丝子 10g，仙茅 10g，补骨脂 10g。服药一周，诸症悉除，心率 85 次/分，食纳正常，二便自调。

按语：慢性心衰属于中医学的“心悸”、“喘证”、“痰饮”、“水肿”等疾病范畴，该病病因较复杂，但其病机主要责之于气虚血瘀，阳虚水泛，以及痰阻等。气虚阳虚为本，血瘀水泛痰阻为标。依据患者胸闷气喘，难以平卧，动则尤甚，汗出，下肢浮肿，面色白，口唇紫绀，舌淡胖而黯，苔水滑，脉沉无力可诊为喘证之阳虚水泛，气虚血瘀证。心主君火，肾主命火，君火命火互根互用。心力衰竭的本源是阳气不足，君命火衰，阳不化阴则水肿，气不行血必血瘀。心衰无力推动血行，血瘀则水停，故而水肿明显；水饮凌心射肺故可见胸闷气喘，心悸；气虚固摄无力故见汗出；因此心衰的治疗大法为温阳利水，行气化瘀；真武汤之附子温补命火以壮君火，白术、茯苓、泽泻补益中洲利水消肿，生姜温散水气；人参、黄芪、丹参益气活血，行气化瘀通血脉；葶苈子大枣利水泻肺强心；生半夏、全瓜蒌宽胸理气化痰；干姜、五味子、细辛温肺化饮敛气；白芍利水活血兼敛阴和阳；甘草调和诸药。 全方温阳利水强心，益气活血，化瘀祛痰，颇合病机，故收良效。（刘辉.运用国医大师孙光荣调气活血抑邪汤治疗疑难杂证的点滴体会[J].光明中医,2015,30(04):694-696.）

风心病

案 1 刘某，女，56 岁。

因“胸闷喘憋反复发作 20 余年，加重伴双下肢水肿 1 月余”于 2012 年 11 月 16 日来诊。患者 20 年前于感冒后出现胸闷，咳嗽，喘憋，伴有心悸气短等，但无下肢水肿。在当地医院就诊，查 ASO、RF 及心电图，胸部 X 线等，诊断为“风湿性心瓣膜病，二尖瓣狭窄”。予西药治疗，病情疾病控制。后每于感冒后发作。近一月来胸闷喘憋，并出现双下肢水肿。到北京阜外医院就诊，查超声心动图等，诊断为“风湿性心脏病，风湿性心瓣膜病，二、三尖瓣狭窄伴返流，二尖瓣瓣口面积 1cm^2”，建议行二、三尖瓣修补、置换术，患者不愿接受。刻下：胸憋气短，动则尤甚，夜间难以平卧，纳食不振。查体：血压 120/80 mm Hg，二尖瓣面容，口唇紫暗，颈静脉怒张，全心扩大，心率 90 次份，心音强弱不等，律绝对不齐，心尖可闻全期杂音。双下肢中度可凹性水肿。舌绛，苔少，脉细缓无力，三五不调。西医诊断：风湿性心脏病，风湿性心瓣膜病，二、三尖瓣狭窄伴返流，二尖瓣瓣口面积 1cm^2。中医诊断：心痹。辨证：心气虚血瘀络阻，水湿内停。治法：益气活血，利水渗湿，温阳通络，佐以散结。处方：西洋参 12g，生北芪 10g，紫丹参 10g，麦冬 12g，五味子 3g，灵磁石 5g，连翘壳 6g，云茯神 12g，炒枣仁 12g，路路通 10g，生薏苡仁 15g，芡实仁 15g，菝葜根 10g，珍珠母 15g，生甘草 5g，净水蛭 3g，川桂枝 5g。7 剂。

2012 年 11 月 23 日复诊时，已可平卧，二尖瓣面容由紫色变为淡红色，唇色暗紫减轻，水肿消失，舌暗淡，苔少，有津，脉细涩。诸证缓解，继治同前。上方增灯心草 3g。患者守方继服一月，症状明显缓解，病情稳定。

按语：孙师认为，本病乃风湿热痹的后期阶段，病性乃本虚标实。本虚重在心阳心气的亏虚，标实主要是痰瘀互结、水停，兼有风湿热邪未尽。故治疗治本重在益心气，振心阳，安心神；治标重在化瘀血，利水湿，散风通络。除此而外，孙师还结合病理解剖，对于硬化、钙化的心内结缔组织在使用化瘀的同时配合使用软坚散结的药物以增强疗效。成败在于细节，治病亦然。孙师用药方面也是精雕细琢，方中一些药物的使用也是匠心独具。如连翘壳、灯心草清心经之热，并有引经之用；生薏苡仁利水渗湿，并有祛风通络之效；川桂枝小量应用可以温通心阳，振奋阳气。（王兴.孙光荣教授治疗风湿性心脏病的临床经验[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(21):16-18.）

高血压

案 1 王某，男，62 岁。

2010 年 4 月 23 日首诊。

讯诊：高血压病史 12 年，现头如裹，眩晕，右肋下疼痛，胃脘不适，尿黄。舌红、苔花剥白，脉弦紧且数。处方：生晒参 10g，生北芪 7g，紫丹参 12g，石决明 20g，川杜仲 15g，川牛膝 10g，西藁本 10g，制何首乌 15g，明天麻 12g，钩藤 12g，乌贼骨 10g，川郁金 10g，路路通 10g，海金沙 10g，大腹皮 10g，云茯神 15g，炒酸枣仁 15g，生甘草 5g。7 剂，水煎内服，每日 1 剂。

2010 年 5 月 7 日 2 诊。服药后头如裹及胃脘不适均减轻，效不更方。舌红苔花剥已基本消失，脉弦紧。处方：生晒参 10g，生北芪 7g，紫丹参 12g，石决明 20g，川杜仲 12g，川牛膝 12g，老钩藤 12g，全虫蝎 3g，乌贼骨 10g，西砂仁 4g，海金沙 12g，大腹皮 10g，云茯神 15g，炒酸枣仁 15g，甘草 5g。7 剂，水煎内服，每日 1 剂。

按语：本病在中医属“头痛”、“眩晕”范畴。病位在肝、胃二经。肝在五行属风木，相火寄与内，易致肝阴亏虚，肝阳无以潜藏，出现肝阳、内风、相火上窜的局面。治疗宜滋补其阴之不足，平熄其阳之有余。如中土脾胃虚惫，肝木失养，可造成土衰木旺，肝邪乘脾，又可造成脾为湿困，湿痰夹肝风上干清阳的局面。有鉴于此，余师在平肝潜阳，熄风通络的基础上加用调和脾胃制品，以稳固中州。中州健运正常，则痰可消，风可熄，眩晕可缓。余师认为“胃气一败，百药难施。”暮年之辈，大多脾胃虚弱，不耐大寒大热，亦难任猛攻峻补，特别大量滋阴之药，有碍脾胃运化，因此，在攻补之时一定要注重调养脾胃，顾护脾胃之气应贯穿于老年病治疗的始终。对于老年病治疗，选方宜平和稳妥，用药要慎，时时顾护胃气，抓住主要矛盾，中病既止。（张跃双,李明玉.中医大师孙光荣教授中和医派诊疗老年病学术经验点滴[J].光明中医,2014,29(03):461-464.）

案 2 欧某，男，55 岁。

2009 年 12 月 25 日首诊。

高血压。形体肥胖，有脂肪肝，自感剧烈运动之后气喘，下肢有瘀斑，甘油三酯升高，尿黄。舌红苔少，脉洪大。辨证：心肝阴虚火旺，痰瘀内阻。治则：养心阴，清肝火，化痰瘀。潞党参 10g，生北芪 10g，紫丹参 12g，石决明 20g，川杜仲 12g，川牛膝 10g，生山楂 10g，炙冬花 10g，炙紫菀 10g，钩藤 10g，红紫草 10g，芡实仁 20g，薏苡仁 20g，生地黄 10g，生甘草 5g。7 剂，水煎内服，每日 1 剂。

2010 年 1 月 15 日二诊。

高血压。服前方后血压稳定，略气喘，又诉双足皮肤紫癜沉着十余年，略痒。余无不适。舌淡苔少，脉弦缓无力。

生晒参 12g，生北芪 10g，紫丹参 10g，石决明 15g，川杜仲 12g，川牛膝 12g，补骨脂 10g，生山楂 10g，广郁金 10g，炙冬花 12g，炙紫菀 10g，红紫草 7g，五味予 3g，阿胶珠 10g，真降香 10g，生甘草 5g。7 剂，水煎内服，每日 1 剂。

白鲜皮 12g，蛇蜕皮 10g，蝉蜕衣 10g，香白芷 10g，紫丹参 10g，山慈菇 12g，当归片 12g，云苓皮 12g。7 剂，水煎外洗腿部，每日 1 剂。

2010 年 1 月 22 日三诊

三诊：略寐差，气喘，咳嗽，余无特殊。舌红苔微黄，脉弦稍洪，

生晒参 10g，生北芪 10g，紫丹参 10g，法半夏 7g，广陈皮 7g，炙冬花 10g，炙紫菀 10g，金银花 15g，蒲公英 12g，广郁金 10g，石决明 20g，川杜仲 12g，川牛膝 10g，制首乌 15g，明天麻 10g，炒枣仁 12g，生甘草 5g，云茯神 12g。7 剂，水煎内服，每日 1 剂。

按语：从高血压的临床表现看，病位主要在肝。《临证指南医案·肝风》提出：“肝为风木之脏，因有相火内寄，体阴用阳。其性刚，主动主升，全赖肾水以涵之，血液以濡之，肺金清肃下降之令以平之，中宫敦阜之土气以培之。则刚劲之质，得柔和之体，遂其条达畅茂之性，何病之有?”肝阳过亢进一步发展，一者可以化风、化火，一者可以伤阴，二者可以互相影响，使阴阳的失衡更加加重。本例即是如此。余师依据其脉洪大、体肥、血脂高、有瘀斑等，断为心肝阴虚火旺，痰瘀内阻。治以清火养阴，化痰祛瘀，终使阴充阳降，痰化瘀通的效果。（杨建宇,李彦知,孙文政,等.孙光荣教授调气活血抑邪汤临证验案 3 则[J].中国中医药现代远程教育,2011,09(04):13-14.）

脑梗死

案 1 任某，男，73 岁。

2010 年 7 月 16 日首诊。

讯诊：偏瘫，神昏不识人，二便尚可控制。既往有高血压病史。辨证：心肝阳亢，风痰阻络。治法：平肝潜阳安神，熄风化痰通络。处方：西洋参 10g，生北芪 10g，紫丹参 10g，石决明 20g，川杜仲 10g，川牛膝 10g，水蛭 6g，路路通 10g，粉葛根 10g，火麻仁 10g，制何首乌 15g，明天麻 10g，甘草 5g，云茯神 15g，炒酸枣仁 15g。14 剂，水煎内服，每日 1 剂。

2010 年 8 月 20 日 2 诊。

服前方后病情改善，已经能够识人，肢体活动改善，行走较前平稳一些，大便略干。效不更方，上方去路路通、粉葛根，增炙远志、石菖蒲以化痰开窍，麦门冬以润肠通便。处方：西洋参 10g，生北芪 10g，紫丹参 10g，石决明 20g，川杜仲 10g，川牛膝 10g，水蛭 6g，制远志 10g，石菖蒲 10g，麦冬 15g，火麻仁 10g，制何首乌 15g，明天麻 10g，生甘草 5g，灯心草 3g，云茯神 15g，炒酸枣仁 15g。14 剂，水煎服，每日 1 剂。

按语：脑梗塞属于中医“中风”、“卒中”范畴。多由忧思恼怒、饮食不节、恣酒纵欲等，导致五脏阴阳气血的失调，气血错乱，内风挟痰闭窍阻络而发病。叶天士综合诸家学说，提出了本病的病理机转是“精血衰耗，水不涵木，木少滋荣，故肝阳偏亢”，即“阳化内风”。孙师则认为，本病亦亦为本虚标实，是上实而下虚，治重补虚而泻实。至于本案，孙师根据其临床表现，断为心肝气血逆乱，内风挟痰蒙闭心窍，治以调气血、熄风清心，化痰通络开窍，以达到气血平，阴阳合，痰浊去，经脉通的目的。人入老年，五脏日衰，外易感邪气，内易生积滞，而患老年病。孙师认为老年病病理复杂，一方面阴阳气血耗损，另一方面寒湿火瘀内结，构成正气虚与邪气实的虚实相间的病理特点。加之老年患者往往同时患多种疾病，病理上相互交织、影响，病情又易传变，造成证候变化错杂难辨。在治疗上应根据老年病的病理特点，辨证论治，随机灵活，注意补虚泻实及气血同治的和谐统一。不可拘泥于年高体虚一味进补，呆补易滞，当补中寓消，补中寓通，补中寓运，以免邪恋于内，遗患无穷。在临床用药方面应汪意用药宜慎，药性平和，剂量宜小，灵活掌握，以防变证。（张跃双,李明玉.中医大师孙光荣教授中和医派诊疗老年病学术经验点滴[J].光明中医,2014,29(03):461-464.）

咳嗽

案 1 刘某某，男，8 岁。

2011 年 12 月 10 日初诊。脉濡细，舌红，苔黄腻。一年多来，咳嗽，咯痰。痰粘稠，厌食，神疲乏力。中西医多次以支气管炎治之罔效。此乃脾胃湿热所致之咳者，法当以清热祛湿为先，以自拟“清热祛湿三叶汤”治之：太子参 6g，生北黄芪 5g,紫丹参 3g,藿香叶 10g,佩兰叶 10g，冬桑叶 10g，法半夏 6g，广陈皮 6g,连翘壳 6g，鸡内金 6g，生薏米 10g，云茯苓 10g，嘱自制竹沥为引。7 剂，每日一剂，水煎分 2 次分服。

按语：此为孙光荣教授亲治病案，患者咳嗽咯痰、痰稠厌食、神疲力乏、脉濡细而苔黄腻，此形证脉气皆直指脾胃湿热为此病之所本也，非风寒之咳也，亦非唯肺家之咳也！故以健脾益气活络之太子参、生北芪、紫丹参为君；以和胃化湿、开胃散热、清肺利气之藿香叶、佩兰叶、冬桑叶为臣；以燥湿化痰、理气和中之法半夏、广陈皮，利水渗湿健脾宁心之生薏苡仁、茯苓，清热解毒、消湿健胃之竹沥为使，共凑清热祛湿、化痰止咳、健胃和中之效。此为审因论治、标本兼顾之意也。随访附记：上方服 1 剂，即诸证缓解；继服 6 剂，咳止胃开，生活学习正常矣。（薛武更,王兴,杨建宇,等.治咳莫忘祛湿热[J].中国中医药现代远程教育,2013,11(14):144-145.）

案 2 田某某，女，85 岁。

以“咳嗽 5 周”于 2012 年 6 月 20 日初诊。自述 5 周前无明显原因出现咳嗽，经羧甲司坦口服液、强力枇杷露等多种中西药物治疗不效而求诊于笔者。症见咳声重浊，咳嗽剧烈，夜间更为剧烈，痰多白粘，易咳出，口苦口粘，身倦纳呆，大便粘，小便调。舌暗红，苔黄厚粘腻，脉弦滑。既往高血压病史 7 年余，平素血压控制在 130～140/ 70～80mmHg 左右。此为湿热咳嗽，病在肺、脾，以祛湿清热，宣肺止咳为治则，宗“孙氏清热祛湿三叶汤”加减。处方：桑叶 12g，枇杷叶 12g,紫苏叶 10g,藿香 12g，佩兰 12g,紫菀 12g，款冬花 12g，杏仁 12g，清半夏 9g,橘红 10g,茯苓 15g，黄连 4g，桔梗 10g,枳壳 10g，车前子 10g，5 剂。水煎服，每日一剂。

按语：患者咳声重浊，咳嗽剧烈，夜间更为剧烈，痰多白粘，易咳出，口苦口粘，身倦纳呆，大便粘，小便调。舌暗红，苔黄厚粘腻，脉弦滑。此为湿热咳嗽，病在肺、脾，以祛湿清热，宣肺止咳为治则，宗“孙氏清热祛湿三叶汤”加减。服前方 3 剂后咳嗽消失，痰粘明显减轻，口淡，纳食不馨，二便调。舌暗红苔薄黄稍腻，脉弦滑。继以健脾化湿，佐以清热为法调理以善后。（薛武更,王兴,杨建宇,等.治咳莫忘祛湿热[J].中国中医药现代远程教育,2013,11(14):144-145.）

案 3 高某某，男，5 岁。

1993 年农历二月十八日就诊。五天前，晨起发热，浑身出汗、鼻塞流涕、咳嗽吐痰。经当地医院输液消炎、抗感染（药名不详）治疗，效果不明显。今见发热（肛温 39.3 ℃ ），面赤，唇红，出汗，咽肿，阵咳，咳声高亢，黄痰黏稠，尿黄。脉浮数；舌红，苔黄。此乃春暖之时感受风热，风热之邪袭肺而咳嗽。法当疏风清热、宣肺化痰。方拟桑菊饮加减：西党参 3g，生北芪 3g，紫丹参 3g，冬桑叶 9g，甘白菊 9g，芦竹根 9g，连翘壳 6g，苦桔梗 6g，南

杏仁 6g，漂射干 5g，蝉蜕衣 5g，牛蒡子 5g，上方服第 1 剂，热退（肛温 37.8 ℃ ），咳嗽减轻；3 剂毕，体温正常，咽喉红肿消失，黄苔亦退，但尿稍黄，咳痰不爽。前方去芦竹根、蝉蜕衣、漂射干，加瓜蒌皮 5g，化橘红 5g。再进 4 剂，诸证平。

按语：此案的思辨要点是：（1）时令。小儿咳喘一年四季皆可发生，但与时令有关，春暖之时（春分前后）每多风热犯肺，主要是感受风热之邪所致的咳嗽。 本例发病正值此时令。（2）寒热：发热、面赤、唇红、出汗、咽肿、痰稠、尿黄，风热证候明显。（3）主从：咳嗽为主，咽肿为从。明乎此，则知方证相符，故能 1 剂解，3 剂平。（刘应科,孙光荣.小儿咳喘病证辨治心悟[J].湖南中医药大学学报,2015,35(11):1-5.）

案 4 李某，女，38 岁。

2014 年 2 月 22 日初诊。 患者于 2 月前感冒后，咳嗽迁延不愈，就诊前曾自服清热解毒口服液、止咳敏、罗红霉素等药治疗，又经他医诊治服苦寒清肺之中药汤剂，效果均不明显。 现症见：阵发性呛咳，咯痰色白质稀量不多，咳甚汗出，夜间加剧，胸部隐痛不适，咽喉痒而不适，夜寐欠安，短气乏力，精神疲倦，舌淡暗、苔薄白，寸口脉浮而细数。 查体：咽部充血，扁桃体不肿大，双肺未闻及干湿啰音，血常规和胸部 X 线摄片检查正常。证属寒饮内伏，气血失和，治拟散寒化饮，调气活血。处方：麻黄 10g，桂枝 15g，生半夏 15g，白芍 15g，干姜 6g，细辛 5g，五味子 10g，杏仁 10g，桔梗 6g，党参 10g，黄芪 30g，丹参 10g，款冬花 15g，生姜 10g，大枣 10 枚。 每日 1 剂，水煎服。

二诊（2 月 27 日）：5 剂后患者咳嗽次减少，胸痛、咽痒好转，夜能安寐，短气乏力、精神疲倦均改善。上方加白术 10g，茯苓 10g，合桂枝则温化寒饮，合党参则补土生金以绝痰源而善后。 续服 5 剂，患者诸症悉除。

按语：由于抗生素的滥用及医药知识的普及，患者动辄在药店自己购买清热解毒口服液、板蓝根冲剂、止咳镇咳等药口服，所以外感后的咳嗽往往是久治不愈、缠绵多日。苦寒之品过服伤胃，易致脾胃气虚，运化失职，水湿内生，感受风寒，外寒内饮，互相搏击，壅塞于肺，肺失宣肃则发为咳嗽。肺失宣肃而致气机升降失常，气血失和，故缠绵难愈。 取小青龙汤外解风寒，内散水饮；取调气活血抑邪汤调和气血；杏仁和桔梗为肺经之气分药，杏仁下气止咳，桔梗宣肺利咽，一降一宣，条畅气机，平升降；款冬花为辛散苦降之品，温润不燥，既入肺经气分，又入血分，能疏利肺经气血，为润肺降逆，止咳化痰的要药，助调气活血抑邪汤调和气血。 如《医林改错 · 气血合脉说》中指出：“治病之要诀，在明白气血，无论外感内伤，要知初病伤人何物，……所伤者无非气血”。 诸药合用，既补又散，既宣又降，使气血和，升降平，出入衡，肺之宣发肃降功能恢复正常而咳嗽得愈。（刘辉.运用国医大师孙光荣调气活血抑邪汤治疗疑难杂证的点滴体会[J].光明中医,2015,30(04):694-696.）

案 5 张某，女，66 岁，退休教师。

2014 年 4 月 8 日首诊。主诉：反复咳嗽十余年，加重半年。患者有慢性阻塞性肺气肿病史十余年，每因天气变化后感冒诱发。半年前感冒后咳嗽，曾先后三次住院治疗，静脉滴注抗菌素，症状时好时坏，咳嗽不止。2014 年 4 月 8 日出院后到门诊寻求中医治疗。胸片：肺纹理增粗，血分析白细胞正常。证见

咳嗽，夜间咳甚，痰鸣如蛙，痰白带泡沫，胸膈满闷如窒，面色晦暗无光泽，渴喜热饮，舌质淡暗、苔白滑，脉沉迟。诊为咳嗽，证属寒痰伏肺，脾胃虚弱。

处方：生晒参 7g，生北黄芪 7g，紫丹参 7g，炙麻黄 5g，北细辛 3g，射干 10g，清紫菀 10g，款冬花 10g，法半夏 10g，五味子 5g，大红枣 10g。3 剂，嘱患者煎煮时加人生姜片 2 片。日 1 剂，复煎，分 2 次温服。

2014 年 4 月 15 日二诊：患者精神较前好，诉夜间咳嗽减少，喉中痰鸣消失，起床后仍有少许咳嗽，痰较前减少，纳增，二便调。嘱继续服用 7 剂。

按语：患者久咳病史，寒痰伏肺，遇感容易触发痰饮，痰升气阻，痰气相击，故患者夜间咳嗽，痰鸣如蛙，痰白带泡沫。肺气郁闭，肺气不利，故胸膈满闷如窒。因阴盛于内，阳气不能宣达，故面色晦滞，喝喜热饮。舌质淡暗、苔白滑，脉沉迟皆为寒痰伏肺，脾胃虚弱之象。此乃脾胃虚弱，寒痰伏肺之咳嗽。对于痰鸣久咳患者，孙老善用射干麻黄汤。方中干姜、细辛、法半夏温肺散寒而化水饮，麻黄宣肺平喘，射干、紫菀、冬花化痰利咽。五味子敛肺止咳，收敛耗散之肺气，患者年长久咳，以生晒参、北黄芪、丹参益气活血，扶正抑邪。（陈瑞芳.孙光荣教授调气活血抑邪汤临证验案 3 则[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(16):33-35.）

哮喘

案 1 胡某某，男，9 岁。

1995 年“初伏”就诊。3 日来，发热无汗、咳嗽气喘、呕吐泄泻、困倦昏迷，至当地医院抢救，已连续输液两天，罔效。现见发热（腋温 39.5 ℃ ），面黧，唇绀，无汗，身如燔炭，咳嗽气喘，痰液稀白，流清涕，泄泻稀便，尿不黄。脉濡数；舌红，苔白腻。此乃夏季暑湿之邪犯肺所致。法当清暑化湿、宣肺平喘。方拟藿香正气散加减： 藿香叶 10 g，紫苏叶 10 g，冬桑叶 10 g，法半夏 9 g，广陈皮 9 g，香白芷 9 g，制川朴 9 g，苦桔梗 9 g，大腹皮 9 g，北柴胡 6 g，蝉蜕衣 6 g，辛夷花 6 g。上方服第 1 剂，热退（腋温 38 ℃ ），泄泻减；二剂后体温正常，泄泻止，清涕减。但仍咳喘不已。前方去藿香叶、北柴胡、蝉蜕衣，加款冬花 6 g，清紫菀 6 g。再进 5 剂，悉愈。

按语：此案的思辨要点是：（1）时令。 春夏之交、夏季、秋夏之交（特别是夏至前后），小儿易困于暑湿。初起，暑湿犯表，发热不扬，身重易困，进而暑湿缠夹，暑湿之气上逆则犯肺，导致咳喘、呕吐，暑湿之气下行则腹胀泄泻。（2）标本：暑湿是因、是本，其余诸多症状皆是果、是标。故需明因果而治标本，则能应手而瘥。（刘应科,孙光荣.小儿咳喘病证辨治心悟[J].湖南中医药大学学报,2015,35(11):1-5.）

案 2 韩某某，女，10 岁。

1997 年中秋节前就诊。近 1 月，感冒之后咳嗽气喘，累经中西医药治疗而效果不显。现见鼻干、唇绀且开裂，面部及周身皮肤干燥，咽喉干痒，痒则咳喘，痰少且黏稠，咳声如犬吠，尿微黄。脉细稍数；舌暗红，少津，苔薄白。此乃秋季风燥之邪犯肺所致。法当清燥润肺、止咳平喘。自拟“地茶止咳饮”治之：南沙参 9 g，生北芪 3 g，紫丹参 3 g，矮地茶 9 g，冬桑叶 9 g，南杏仁 9 g，麦门冬 9 g，炙冬花 9 g，炙紫菀 9 g，金银花 9 g，木蝴蝶 6 g，生甘草 3 g。上方服 7 剂，诸症皆消。另嘱：侧柏叶 10 g，豆腐 2 块、冰糖适量，蒸食，日 1 次，持续 7 d ，以巩固疗效。此方中有一特殊用药，名矮地茶，别名矮脚罗伞、雪下红、珊瑚珠、毛茎紫金牛、猴接骨。 为紫金牛科植物卷毛紫金牛的根或全草。性温、味微苦辛，无毒。入肺、肝二经。功能止咳平喘、祛风除湿、活血止痛，用于咳嗽气喘、咳血吐衄、寒凝腹痛、跌打肿痛、风湿诸证。孙教授用治咳喘，不论小儿与成年人，皆多用之，疗效确切。

按语：此案的思辨要点是：（1）时令。秋季，小儿易感秋燥之邪，初秋多为温燥，深秋多为凉燥。秋燥犯肺则易咽痒、干咳、少痰、气喘。（2）主从：干咳是主，气喘是从。（3）标本：秋燥伤肺是本，肤干咽痒伤津是标。故主以方药祛邪定喘，辅以食疗润燥生津，遂可收桴鼓之效。（刘应科,孙光荣.小儿咳喘病证辨治心悟[J].湖南中医药大学学报,2015,35(11):1-5.）

案 3 廖某某，男，14 岁。

1995 年小寒后就诊。4 岁时，于冬季外感风寒而发咳喘，十年来每于冬季反复发作。虽多方求治，亦仅可缓解于一时。现见面色萎黄，身形消瘦，精神不振，咳喘连连，气不上续，咳声闷浊，喘声如锯木。脉浮稍数，舌绛，苔白。此乃风寒之邪束肺也，进而久咳致虚，虚延久咳。法当先予疏散风寒、宣

肺化痰，然后补肾纳气、止咳平喘。以杏苏散为基本方治之：西党参 10g，生北芪 5g，紫丹参 5g，紫苏叶 10g，南杏仁 10g，苦桔梗 10g，炒前胡 9g，炒枳壳 9g，云茯苓 9g，法半夏 9g，广陈皮 9g，生甘草 5g，生姜 3 片，大枣 7 个引。7 剂。上方服 7 剂，咳嗽减轻，气喘如故。前方去紫苏叶、苦桔梗，加矮地茶 10g，炙冬花 7g，炙紫菀 7g，7 剂。服后，咳喘悉平，此方继进 14 剂。另嘱炖食孙光荣久咳久喘食疗方：新鲜紫河车 1 具（挑破紫筋、挤尽瘀血、洗净、切片），白果 3 个，五味子 3g，百部根 10g，黑豆 30g，炖食，每月 1 次，连服 3 月。嗣后，追访至 2000 年，未复发。

按语：此案的思辨要点是：（1）时令。冬季，小儿易感风寒之邪，风寒袭肺则易咳，风寒束肺则易喘。久咳伤肺 → 久咳致虚 → 虚延久咳 → 久咳伤肺，反复发作。（2）虚实：面色、身形、咳声皆呈金、水两虚之象。（3）标本：风寒束肺是标，肾不纳气是本。故先治其标，后治其本，方得以多年咳喘悉平而疗效巩固。（刘应科,孙光荣.小儿咳喘病证辨治心悟[J].湖南中医药大学学报,2015,35(11):1-5.）

案 4 苏某某，女，13 岁。

1987 年春就诊。脉细无力；舌暗淡，苔白滑。 自 5 岁起咳嗽气喘，8 年来反复发作，无有休时，多方医治，时愈时发。现见面色苍白，心悸自汗，精神萎靡，软弱乏力，咳喘不已，气息微弱，少气懒言，思睡少纳。询其今年正月初潮，白带淡而多，无异味。此乃禀赋不足、脾肾两虚之喘也，法当健脾化痰、温肾纳气。（1）口服方：以金匮肾气丸为基本方治之：生晒参 12g，生北芪 12g，紫丹参 5g，熟地黄 10g，云茯苓 10g，炒泽泻 10g，熟附片 5g，上肉桂 5g，淮山药 10g，牡丹皮 9g，山茱萸 9g，海蛤粉 9g，紫河车 9g，炙冬花 9g，炙紫菀 9g，鸡内金 5g，生甘草 5g， 7 剂。（2）坐浴方（自拟“清带汤”）：蛇床子 15g，百部根 12g，蛇舌草 15g， 白鲜皮 10g，地肤子 10g，蒲公英 10g，煅龙骨 15g，煅牡蛎 15g，金银花 10g，川萆薢 10g，生薏米 10g，芡实仁 10g，生甘草 5g，7 剂（早、晚各坐浴 1 次，每次 5～10 min ）上方服、用各 7 剂后，咳喘明显缓解，白带明显减少，精神转佳，食欲增进。效不更方，继进 28 剂。另嘱炖食孙光荣久咳久喘食疗方：新鲜紫河车 1 具（挑破紫筋、挤尽瘀血、洗净、切片），白果 3 个，五味子 3g，百部根 10g，黑豆 30g，炖食，每月 1 次，连服 3 月。嗣后，追访 10 年，未复发。

按语：此案的思辨要点是：⑴ 形神：少神脱形，必虚无疑。（2）虚实：咳喘是实象，白带是虚象。（3）标本：咳喘反复发作是标，脾肾两虚是本。综合以上 3 个要点，所以确立“健脾化痰、温肾纳气”为治则治法，用金匮肾气丸内服，用自拟“清带汤”外治，再辅以孙光荣久咳久喘食疗方治之。（刘应科,孙光荣.小儿咳喘病证辨治心悟[J].湖南中医药大学学报,2015,35(11):1-5.）

案 5 唐某某，男，6 岁。

2012 年 5 月 16 日就诊。脉细数；舌暗红，苔白，少津。3 岁时患哮喘，久治无效，某西医院以激素、抗生素、氨茶碱等药物治疗维持至今。余于傍晚散步时偶遇之，其母求治。现见面黄唇干，口干引饮，微咳微喘，痰少且稠，神疲气弱。询其低热、盗汗、烦躁、易怒。此乃气阴两虚所致之咳喘也。法当先予益气养阴、化痰平喘。以人参五味子汤为基本方治之：西洋参 9g，生

北芪 5g，紫丹参 3g，五味子 2g，麦门冬 10g，炒白术 6g，制鳖甲 10g，银柴胡 9g，地骨皮 9g，浮小麦 10g，炙冬花 6g，炙紫苑 6g，法半夏 5g，化橘红 5g，全瓜蒌 5g，矮地茶 10g，生甘草 3g，生姜 3 片，大枣 1 个引。7 剂。上方，服 3 剂，咳喘渐平；7 剂后，咳喘悉平，西药停服。另嘱炖食孙光荣久咳久喘食疗方：新鲜紫河车 1 具（挑破紫筋、挤尽瘀血、洗净、切片），白果 3 个，五味子 3g，百部根 10g，黑豆 30g，炖食，每月 1 次，连服 3 月。

按语：此案的思辨要点是：⑴ 虚实：脉象、舌象、症状均呈气阴两虚之象。（2）标本：咳喘是标，气阴两虚是本。治在组方药简量轻、药食同用，一击而中。（刘应科,孙光荣.小儿咳喘病证辨治心悟[J].湖南中医药大学学报,2015,35(11):1-5.）

案 6 曹某某，女，5 岁。

2013 年端午节就诊。脉细缓；舌淡红，苔白，多涎。1 岁时患哮喘，曾以输液、敷贴、埋线等法治疗，但累愈累发。现见气弱声低，倦怠少言，微有咳喘，痰液稀少，纳少便溏，尿多尿清。此乃脾肺两虚所致之咳喘也。法当先予健脾益气、清肺平喘。以六君子汤为基本方治之：太子参 9g，生北芪 3g，紫丹参 2g，云茯苓 9g，炒白术 6g，法半夏 6g，广陈皮 6g，炙紫苑 6g，炙冬花 9g，矮地茶 9g，生甘草 3g。7 剂。上方 7 剂后，咳喘平，食欲增。前方再进 14 剂。另嘱炖食孙光荣久咳久喘食疗方：新鲜紫河车 1 具（挑破紫筋、挤尽瘀血、洗净、切片），白果 3 个，五味子 3g，百部根 10g，黑豆 30g，炖食，每月 1 次，连服 3 月。

按语：此案的思辨要点是：⑴ 虚实：脉象、舌象、症状均呈脾肺两虚之象。（2）标本：咳喘是标，脾肺两虚是本。治疗之法，方药与前例不同，而食疗方与前例相同，均获良效，故治小儿之疾，食疗之用不可轻忽。（刘应科,孙光荣.小儿咳喘病证辨治心悟[J].湖南中医药大学学报,2015,35(11):1-5.）

顽固性头痛

案 1 张某，男，59 岁。

2009 年 05 月 29 日初诊。

头痛，眼眶痛，去痛片依赖三年。

初诊：患者血糖高 2 年，有糖尿病，高血压病，抑郁症等病史。头痛，眼眶痛，去痛片依赖三年，不服药时血压高(160/100 mmHg)。刻下症见：头痛，眼眶痛，去痛片依赖，最大量 24 片/日，血压高，口干，多尿，口渴，失眠，烦躁。舌淡，苔焦黑，脉弦紧。西医诊断：神经血管性头痛。辨证：肝风头痛。治则：平肝潜阳，熄风止痛。处方：白参片 15g，生北芪 10g，紫丹参 12g，石决明 20g，川杜仲 15g，川牛膝 15g，川郁金 12g，制首乌 15g，明天麻 10g，云茯神 15g，炒枣仁 15g，薏苡仁 20g，谷精草 10g，木贼草 10g，蒲公英 15g，生龙齿 15g(先煎)，延胡索 10g。7 剂，日 1 剂，分 2 次服。

二诊：服上方后明显好转，仍右眼痛，不寐，尿多。舌淡，苔黄腻，脉弦紧。上方加佩兰叶 6g，女贞子 10g，桑椹子 10g。14 剂。佩兰叶为芳香性健胃、发汗、利尿药，可用于感冒寒性头痛和神经性头痛：女贞子，桑椹子滋补肝肾之阴。

三诊：服上方后头痛，眼珠疼痛，口干，尿多，烦燥不安。舌红，苔腻，脉弦紧。上方改生晒参 12g 为西洋参 12g；去女贞子 10g，川郁金 12g，桑椹子 10g，蒲公英 15g，生龙齿 15g(先煎)，加蔓荆子 12g，西藁本 10g，延胡索 10g，密蒙花 10g，青葙子 10g。14 剂，日 1 剂，分 3 次服。

服上方后，诸症好转，病情稳定。

按语：中医学对头痛冠之以不同的名称，如：“偏头痛”、“头风”、“脑风”、“首风”、“真头痛”、“雷头风”、“巅项痛”等，与现代医学的偏头痛、血管神经性头痛类同。《诸病源候论·头面风候》载“头风指头痛经久不愈，时作时止者”。“头面风者是体虚，诸阳经脉为风所乘也”。本病患者为顽固性头痛，属中医学肝风头痛。此类患者大多数情志不遂，表现一系列肝阳上亢，肝风内动之象，当用平肝潜阳法。头痛如劈如钻，时发时止，多位于面部、眼眶或前额。剧痛时多伴呕吐。病程久，喜冷畏热，脉弦。肝风害目则自觉头痛彻目。目痛彻头。或目痛轻而巅顶痛甚，或巅顶痛轻而目痛甚。互相消长，日久不愈。孙老治以平肝潜阳，熄风止痛，获良效。（李彦知,杨建宇,张文娟,等.孙光荣教授临证验案举隅[J].中国中医药现代远程教育,2009,7(12):193-194.）

梅核气

案 1 王某，女，52 岁。

2009 年 9 月 4 日初诊。

咽部不适 2 年，如梗在喉。

初诊：患者凶感冒引起咽喉不适 2 年，刻下症见：咽部不适，如梗在喉，自感乏力、嗜睡。舌绛、苔少，脉细涩。西医诊断：慢性咽炎。中医诊断：梅核气。治则：化痰、解郁、利咽。

处方：生晒参 12g，生北芪 10g，紫丹参 10g，川郁金 10g，木蝴蝶 6g，法半夏 7g，广陈皮 7g，金银花 15g，路路通 10g，降真香 10g，化橘红 6g，生甘草 5g，冬桑叶 6g，野菊花 6g。7 剂，日 1 剂，水煎服。

二诊：服上方后，梅核气症状减轻，已咳吐出胶结之顽痰。舌淡，苔少，脉细缓。上方加阿胶珠 10g，以助滋阴补血之功。另，嘱患者应调节情绪，保持心情舒畅。忌食辛辣激激性食物，预防感冒。

服上方后，患者已痊愈。

按语：梅核气，汉代张仲景《金匮要略方论》曰：“妇人咽中如有炙脔，半夏厚朴汤主之”。唐代孙思邈《千金方》亦曰：“胸满心下坚，咽中贴贴如有炙肉，吐之不出，吞之不下”。至明代，孙一奎氏《赤水玄珠》首次提出“梅核气”之病名。历代名家对“梅核气”之形象描述，切中肯綮《古今医鉴》曰：“梅核气者，窒碍于咽喉之间，咯之不出，咽之不下，核之状者是也”。中医责之于脾虚肝郁，痰凝气滞，故治以健脾疏肝。孙老以化痰、解郁、利咽之药组方，仅七荆获效。因本例患者病久痰瘀互结。化火伤阴，在气顺、痰消、火退之后，故以阿胶珠养肝脾之阴以善其后。且，梅核气起之于郁，治疗之时。当嘱患者保持心情舒畅。（李彦知,杨建宇,张文娟,等.孙光荣教授临证验案举隅[J].中国中医药现代远程教育,2009,7(12):16-17.）

胃脘痛

案 1 刘某，女，38 岁。

2010 年 7 月 9 日首诊。

浅表性胃炎，怕冷，胃脘胀痛一年半，水泻，反复发作。舌淡苔少，脉细。辨证：脾胃阳虚，升降失常。治则：温阳健脾，理气和胃止痛。处方：生晒参 15g，生北芪 10g，炒白术 10g，炒六曲 15g，乌贼骨 12g，西砂仁 4g，藿香叶 10g，老苏梗 6g，怀山药 10g，延胡索 10g，葫芦壳 6g，高良姜 6g，广橘络 6g，鸡内金 6g。7 剂，水煎内服，每日 2 次。

2010 年 8 月 20 日 2 诊。

服前方后胃痛已止。大便略稀，头晕，憋闷，舌淡苔少，脉细。处方：西洋参 10g，生北芪 10g，紫丹参 5g，乌贼骨 12g，西砂仁 4g，毕澄茄 4g，炒六曲 15g，广藿香 6g，老苏梗 6g，川郁金 10g，制首乌 15g，明天麻 10g，鸡内金 6g，浮小麦 15g，高良姜 6g。7 剂，水煎内服，每日 2 次。

2010 年 8 月 27 日 3 诊。

胃痛、腹泻已止，舌淡苔少，脉细。处方：西洋参 15g，生北芪 10g，紫丹参 7g，炒白术 10g，炒六曲 15g，乌贼骨 12g，西砂仁 4g，高良姜 6g，大腹皮 10g，车前子 10g，淮山药 10g，煨诃子 10g，葫芦壳 5g。7 剂，水煎内服，每日 2 次。

按语：胃脘痛是临床的常见疾病，也是疑难病。在辨证上，首要分清缓急、虚实、寒热及在气、在血。同时若合并吐血、便血等急性并发症，则为本病较严重的转归；若反复发作，甚至大量吐血或便血，病情更为严重，临床应该积极抢救，根据不同的原因，及时予以止血、以断其流；若气随血脱，当务之急则在于益气摄血而固脱。胃痛患者，除药物治疗外，饮食的宜忌，精神调摄也很重要。本例患者，以胃冷痛为特征，伴有腹泻，病程长且反复，脾胃阳虚，升降失常之象显。孙师温阳健脾、和胃降逆并举，以恢复脾胃的升降、纳化功能。（杨建宇,李彦知,张文娟,等.中医大师孙光荣教授中和医派诊疗胃肠病学术经验点滴[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(14):129-133.）

泄泻

案 1 刘某，女，18 岁。

2010 年 3 月 5 日首诊。

冷饮之后，胃脘胀，矢气频频，腹胀腹泻，便后 1-2 小时不适再起，月经紊乱，白带多，已近一年，起因于食冰冻食物，施药未见效果。舌淡有灰黑圈带，脉濡细。辨证：寒凝食滞，脾胃失和，治则：调和脾胃，温胃化滞。处方：生晒参 12g，生北芪 10g，紫丹参 10g，炒白术 10g，生山楂 10g，焦山楂 10g，诃子肉 6g，炒枳壳 6g，大腹皮 10g，制川朴 6g，鸡内金 6g，乌贼骨 10g，西砂仁 4g，炒六曲 15g。7 剂，水煎内服，每日 1 剂。

2010 年 4 月 2 日 2 诊。

服前方后矢气减少，餐后即便，月经紊乱，量少，期长。舌边尖有齿痕、原有灰滞圈已淡化，脉细虚。处方：生晒参 10g，生北芪 10g，紫丹参 7g，炒白术 10g，生山楂 10g，焦山楂 10g，煨诃子 6g，炒枳壳 6g，大腹皮 10g，制川朴 6g，葫芦壳 6g，西砂仁 4g，炒六曲 15g，车前仁 10g。7 剂，水煎内服，每日 1 剂。

2010 年 4 月 9 日 3 诊。

服前方后偶有恶心，不食水果则少恶心，便稀转便结，便未尽，腹胀。舌红苔少，脉弦小。处方：潞党参 15g，生北芪 10g，紫丹参 10g，生山楂 10g，炒山楂 10g，炒六曲 15g，姜半夏 7g，广陈皮 7g，大腹皮 10g，莱菔子 10g，炒枳壳 6g，火麻仁 7g，鸡内金 6g，车前仁 10g，炒谷牙 15g，炒麦芽 15g。14 剂，水煎内服，每日 1 剂。

2010 年 5 月 7 日 4 诊。

大便次数多，矢气，腹胀等已经明显好转。舌边尖有齿痕，色淡苔少，脉濡细。处方：太子参 15g，生北芪 10g，紫丹参 10g，炒六曲 15g，大腹皮 10g，炒青皮 10g，莱菔子 10g，炒枳壳 6g，火麻仁 10g，麦牙各 15g，车前仁 10g，葫芦壳 6g，生甘草 5g。14 剂，水煎内服，每日 1 剂。

按语：泄泻的病因中最重要的便是湿。如《杂病源流犀烛•泄泻源流》即明确指出：“是泄虽有风、寒、热、虚之不同，要未有不源与湿者也。”但湿为阴邪，随兼挟的不同而有差异，湿与热结则为湿热；湿与寒合则为寒湿，而用药有别。关于其治法，明•李士材在《医宗必读•泄泻》提出了著名的治泻九法，即：淡渗、升提、清凉、疏利、甘缓、酸收、燥脾、温肾、固涩。使泄泻的治疗方法趋于完备。对于久患泄泻，清代的叶天士在《临证指南医案•泄泻》还提出以甘养胃，以酸制肝，创泄木安土之法。本例患者突出的表现除症状的严重、顽固外，尚有舌淡有灰黑色圈带。孙师认为此是寒湿内阻，积食停滞的典型指征，验之临床，该患者确有吃冰冻食品的情况，据此以调和脾胃，温胃化滞为法，一诊即得以取效。

注解：师曰此病不能用甘草。给我印象最深的莫过于老师诊察舌脉之后，便问患者有没有吃冰冻食品。结果一语中的，很令人佩服。而用药的准确无误，药到病除，又令人叹为观止。（杨建宇,李彦知,张文娟,等.中医大师孙光荣教授中和医派诊疗胃肠病学术经验点滴[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(14):129-133.）

腰痛

案 1 张某，女，57 岁，私企高管。

2013 年 10 月 20 日首诊。主诉：腰腹部畏风寒一年，深夜及冬季加重。患者于 2012 年出差到哈尔滨受寒后，感觉腰骶部紧冷痛重着，继而恶寒，腹部冷感，自觉寒从内发，曾在针灸科进行温针治疗，症状时好时坏，深夜及冬季加重，喜热饮，夜眠欠佳，无腹痛腹泻，纳正常，二便调，舌淡胖有齿印、质暗红如猪肝色、苔薄白，脉沉细。诊为腰痛，辨证脾肾阳虚，气虚血瘀。处方：生晒参 10g，生黄芪 10g，紫丹参 10g，云茯神 10g，炒枣仁 10g，益母草 10g，川杜仲 15g，川牛膝 10g，络石藤 15g，山萸肉 10g，肉桂 1g，净水蛭 6g，车前子 10g，阿胶珠 10g，生甘草 5g。14 剂，日 1 剂，复煎，日温服 2 次。

2013 年 11 月 5 日二诊，自觉睡眠得以改善，夜间畏寒有所减轻，精力较前好转，白天静坐时腰骶部仍感恶寒，舌淡暗、苔薄白，脉沉细，孙师认为，此寒非温阳能解决，重在阳虚血瘀，原方去络石藤，加路路通，与参、芪、阿胶珠同用，重在补气血通络祛寒。处方：生晒参 10g，生黄芪 10g，紫丹参 10g，云茯神 10g，炒枣仁 10g，益母草 10g，川杜仲 15g，川牛膝 10g，路路通 15g，山萸肉 10g，肉桂 1g，净水蛭 6g，车前子 10g，阿胶珠 10g，生甘草 5g。14 剂，日 1 剂，复煎，日温服 2 次。

2013 年 11 月 19 日三诊，腰骶部恶寒基本消失，脸色红润有光泽，睡眠好，二便调，舌淡暗、苔薄白，脉细，孙师认为，瘀血有所改善，去破瘀之水蛭、益母草。处方：生晒参 10g，生黄芪 10g，紫丹参 10g，川杜仲 15g，川牛膝 10g，云茯神 10g，炒枣仁 10g，山茱萸 10g，车前子 10g，生甘草 5g。嘱避风寒，忌冰冷食物，加强运动。后随访一年，患者病无复发。

按语：患者素体阳虚．脾肾不足，冬日他乡遇寒侵袭，腰为肾之腑，故首见腰骶部冷痛。孙师认为，该患者为脾肾阳虚之体，寒为阴邪，其性下行，收引凝滞．首犯足太阳膀胱经，由于患者阳气不足以抵御寒邪，寒邪进一步内传足太阴脾经，因而不仅表现为腰部寒冷。同时腹部亦恶风寒。喜热饮，舌质淡胖有齿印，质暗红如猪肝色，为寒湿凝滞血脉。脉络不通，故深夜及冬季加重。孙师认为，此病不但要补肝肾，更需要补气调血，活血化瘀。故以生晒参、生黄芪补气健脾，阿胶珠补阴血，山萸肉、杜仲补肾强腰，肉桂补元阳、暖脾胃，丹参、益母草、川牛膝、净水蛭活血化瘀，车前子通阳祛湿，全方体现了孙师调气活血抑邪的治疗原则，从处方用药上也体现了孙师注重精气神的调治．因而患者不但症状得以改善，更是从精神、体力及全身精况全方位得到调理。（陈瑞芳.孙光荣教授调气活血抑邪汤临证验案 3 则[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(16):33-35.）

肝硬化失代偿期

案 1 杨某某，男，59 岁。

2009 年 8 月 14 日初诊。

肝硬化，腹胀，牙龈出血，下肢静脉曲张。

初诊：患者 86 年患慢性乙型肝炎。上消化道出血，肝硬化失代偿期。刻下症见：腹胀，尿黄，乏力，纳眠可，偶有口渴，牙龈出血，下肢静脉略有曲张。血压 110 / 70mmHg。舌红，苔少，脉弦小无力。辨证：肝郁脾虚，肾虚水停。治则：温补脾肾，行气利水。处方：

生晒参 12g，生北芪 15g，蒲黄炭 15g，北柴胡 10g，川郁金 12g，大腹皮 12g，炒枳壳 6g，制川朴 6g，乌贼骨 15g，西砂仁 4g(后下)，车前仁 10g(包煎)，金银花 15g，制鳖甲 20g，鸡内金 6g，白茅根 10g，仙鹤草 10g，鸡骨草 15g，生甘草 5g，田基黄 15g。7 剂，日 1 剂，水煎服。

二诊：服上方后，精神好转，胃脘及腹胀减轻，二便正常，但仍牙龈有出血。舌红，苔少，脉弦有力。处方：生晒参 15g，生北芪 15g，蒲黄炭 15g，淡紫草 10g，蒲公英 12g，北柴胡 10g，川郁金 10g，大腹皮 12g，炒枳壳 6g，制川朴 6g，制鳖甲 20g，西砂仁 4g(后下)，鸡骨草 15g，田基黄 15g，车前仁 10g(包煎)，生甘草 5g，制香附 10g，生地炭 10g。(上方去乌贼骨，金银花，鸡内金 6，白茅根 10，仙鹤草 10。加淡紫草、蒲公英、制香附、生地炭。)14 剂，日 1 剂，水煎服。

三诊：服上方后，仍牙龈出血，腹泻。处方：生晒参 12g，生北芪 15g，淡紫草 10g，北柴胡 10g，川郁金 10g，大腹皮 10g，制鳖甲 15g，西砂仁 4g，车前仁 10g(包煎)，鸡骨草 10g，生甘草 5g，生地炭 10g。蛇舌草 15g，乌贼骨 10g，薏苡仁 15g，炒六曲 15g，白茅根 10g，半枝连 15g。(上方去蒲黄炭，蒲公英，炒枳壳，制川朴，田基黄，制香附。加蛇舌草，乌贼骨，薏苡仁，炒六曲，白茅根，半枝连。)白花 30 剂，日 1 剂，水煎服。

服上方后，诸症好转，病情稳定。

按语：肝炎肝硬化失代偿期是一个逐渐发展的过程，由实致虚，基本病机为肝脾肾三脏同病，气血水互结。肝气郁遏日久，势必木郁克土，即所谓“见肝之病，知肝传脾”，久病及肾。本病虽为本虚标实之证，但在补虚的同时又不能忽视祛邪。然亦不能单纯利水，还要注意调整气机，必须配伍行气药，如大腹皮、厚朴、枳壳、枳实、香附之类，可随症选用。本例患者有出血，因此加用蒲黄炭等凉血止血。(李彦知,杨建宇,张文娟,等.孙光荣教授临证验案举隅[J].中国中医药现代远程教育,2012,8(4):9.)

尿毒症透析失衡综合征

案 1 王某，男，38 岁。

2009 年 4 月 10 日初诊。

初诊：患尿毒症，从 2009 年 2 月开始行血液透析，每周 2 次。刻下症见：尿少，头痛，恶心，面浮，肤黑，乏力，舌淡，苔白腻，脉虚细。肌肝高，血压 160/110mmHg。中医辨证为下窍不通，浊阴不泄，逆而清浊相干，水气上泛为患。治则：理气活血降逆，利水。处方：

白参片 10g，生北芪 12g，紫丹参 12g，川杜仲 15g，北枸杞 15g，山萸肉 6g，姜半夏 7g，广陈皮 7g，云苓皮 12g，玉米须 6g，车前仁 10g(包煎)，白蔻仁 6g(后下)，薏苡仁 30g，芡实仁 15g，蒲公英 10g。7 剂，日 1 剂，分 2 次服。

二诊：服上方后，稍感有力，面浮稍减，尿黄，尿少。舌暗，苔厚腻。上方去：姜半夏 7g，广陈皮 7g，白蔻仁 6g(后下)；加冬瓜皮 12g，佩兰叶 10g，乌贼骨 15g，14 剂，日 1 剂，另用伏龙肝 30g。分 3 次在呃逆时煮鸡蛋喝汤。

三诊：尿黄，尿少，浮肿，胃胀，头痛。加重理气和胃、祛风止痛、利水之品的用量，以增强和胃除秽，止头痛、消浮肿的作用。处方：石决明 20g，川杜仲 15g，川牛膝 15g，粉葛根 10g，正川芎 10g，西藁本 10g，蔓荆子 12g，姜半夏 7g，法半夏 7g，广陈皮 7g，云苓皮 12g，冬瓜皮 12g，海金沙 10g，车前仁 10g(包煎)，蒲公英 15g，蛇舌草 10g，制川朴 6g，大腹皮 10g，佩兰叶 10g。7 剂，日 1 剂，分 2 次服。

四诊：服上方后，诸症缓解，头偶痛，纳差，尿仍少。舌淡，苔黄腻。脉弦稍数。上方去姜半夏 7g，法半夏 7g，广陈皮 7g，蒲公英 15g；加土茯苓 50g，白茅根 20g；生薏苡仁 5g。以增强祛湿、利水、健脾之功。7 剂，日 1 剂，分 2 次服。

继服上方加减 1 月余，诸症好转，病情稳定。

按语：中医学认为，本病病机主要是肾元衰竭，湿毒稽留(包括水湿、湿热、湿浊、瘀血等)，病理性质属因虚致实的本虚标实证，正虚为本，邪实为标，其中医治疗主要遵循固护肾气，涤毒利水的原则，扶正和祛邪兼顾，标本同治，具体方法可有健脾、益肾、补气活血、养阴、滋肝、温阳利水、平肝潜阳等法。本例患者证属下窍不通，浊阴不泄，逆而清浊相干，水气上泛之重证，故常达变而治之。（李彦知,杨建宇,张文娟,等.孙光荣教授临证验案举隅[J].中国中医药现代远程教育,2009,7(12):16-17.）

失眠

案 1 赵某，男，26 岁。

2010 年 9 月 10 日首诊。

失眠，多梦，胃脘不适，双目酸痛。舌淡苔少，脉细缓。辨证：胃腑失和，心神受扰。治则：理胃降逆，养心安神。

生晒参 12g，生北芪 12g，紫丹参 10g，云茯神 15g，炒枣仁 15g，生龙齿 15g，夜交藤 15g，西砂仁 4g，乌贼骨 10g，毕澄茄 4g，生甘草 5g。14 剂，水煎内服，每日 1 剂。

2010 年 10 月 8 日二诊。

失眠，多梦，服前方后已改善。双目酸痛，舌淡苔少，脉弦细。

生晒参 12g，生北芪 10g，紫丹参 10g，云茯神 15g，炒枣仁 15g，生龙齿 15g，夜交藤 15g，制首乌 15g，明天麻 10g，西砂仁 4g，乌贼骨 10g，车前仁 10g，毕澄茄 4g。14 剂，水煎内服，每日 1 剂。

按语：《素问·逆调论》“胃不和则卧不安”乃胃气上逆，心神受扰。孙师则认为，此仅为其一。结合其舌脉，心肝阴血亏虚阳旺之象尚明显，故治疗上二者兼顾，扶正和祛邪并举。二诊在此基础上增加了养血平肝明目的治疗药物。(王兴,杨建宇,李彦知,等.孙光荣教授调气活血抑邪汤临证验案 2 则[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(04):16-17.)

案 2 唐某，女，51 岁，干部。

2014 年 6 月 13 日首诊。主诉：失眠，伴潮热、汗出半年。患者平素工作压力较大，半年前开始出现失眠，呈进行性加重，初起时是入睡容易，但每晚至凌晨 4 点醒来，不能再入睡，曾在当地中医治疗，病情时好时坏，最近半年来人睡困难，需要借助舒乐安定睡眠，易于惊醒，有时夜间惊醒五、六次，每次醒来潮热(空调下)，头部出汗，而腰以下畏寒，白天精神疲惫，气短懒言，刻诊时证见患者，精神恍惚，心神不宁，时时欠伸，悲伤欲哭，舌质淡暗、苔薄白，脉弦细。诊为不寐，辨证肝郁气滞，心虚胆怯。处方：生晒参 10g，生黄芪 10g，紫丹参 10g，云茯神 10g，炒枣仁 10g，浮小麦 15g，大红枣 10g，柴胡 10g，郁金 10g，川牛膝 10g，杜仲 10g，生甘草 6g。7 剂，每日 1 剂，复煎，分次温服。

2014 年 6 月 20 日二诊。睡眠改善明显，但多梦，夜间醒 2～3 次，醒后仍见潮热、汗出，患者心情抑郁，懒言，舌质淡红，舌苔薄白，脉沉弦细，孙师认为，患者有抑郁证倾向，加开窍豁痰、醒神益智之石菖蒲、远志、灵磁石。处方：生晒参 10g，生黄芪 10g，紫丹参 10g，云茯神 10g，炒枣仁 10g，浮小麦 15g，大红枣 10g，柴胡 10g，郁金 10g，灵磁石 5g，石菖蒲 10g，远志 10g，生甘草 6g。7 剂，每日 1 剂，复煎，分次温服。

2014 年 6 月 28 日三诊，睡眠继续改善，患者此次就诊，脸上多了一些笑容，精神尚好，月经淋漓不尽，末次月经 6 月 10 日，现仍有少量色黑，舌质淡红，舌苔白，脉弦细。孙师认为，患者痰浊已去，瘀血仍存。处方：上方去石菖蒲、远志，加水蛭 6g，益母草 10g，元胡 12g。7 剂，每日 1 剂，2 次温服。

2014 年 7 月 4 日四诊，患者神清气爽，脸色红润有光泽，诉月经已干净，夜眠安，汗出减少。处方：生晒参 10g，生黄芪 10g，紫丹参 7g，云茯神 10g，

炒枣仁 10g，浮小麦 15g，大红枣 10g，柴胡 10g，郁金 10g，当归 10g，灯心草 3 扎。14 剂以巩固疗效。

按语：孙师认为患者平素工作压力大，忧郁不解，心气耗伤，营血暗亏，不能奉养心神，故见失眠，精神恍惚，心神不宁，时时欠伸，悲伤欲哭，此则《金匮要略·妇人杂病脉证并治》所谓“脏躁”证，多发于更年期女性。心气虚. 则气短神疲，懒言。方中生晒参、北黄芪、紫丹参益气活血为君药。胆气虚则判断无权，故多梦易醒，忧郁寡言，故于二诊加灵磁石 5 g，石菖蒲 10 g，远志 10 g；情志所伤，肝失调达，予柴胡、郁金、茯神、炒枣仁安神解郁。患者夜间腰以下畏寒，孙师认为，患者为阳虚之体，深夜阴盛血凝，予川牛膝、杜仲补肾活血化瘀，引药下行。夜间醒来潮热、汗出，为心火上扰心神，予灯心草清心火；方中甘草甘润缓急，辅浮小麦补心气，安心神，佐大红枣补中益气。(陈瑞芳.孙光荣教授调气活血抑邪汤临证验案 3 则[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(16):33-35.)

案 3 王某某，女，29 岁。

2009 年 10 月 23 日首诊。血压低，头晕难寐，气短无力。舌淡苔少，脉弦无力。辨证:气血两亏，心肝失养。治则:养血以柔肝，补气以升清。治宜:调气活血抑邪汤加减。处方:生晒参 15g，生北芪 15g，紫丹参 10g，制何首乌 15g，明天麻 10g，北枸杞 15g，云茯神 15g，炒枣仁 15g，合欢皮 10g，阿胶珠 10g，灵芝 10g，生甘草 5g。14 剂 ，水煎内服 ，每日 1 剂 。

2009 年 11 月 6 日二诊 :服前方难寐头晕，气短无力均有好转，但有神疲乏力之感，夜尿稍频。处方: 生晒参 15g，生北芪 15g，紫丹参 10g，制何首乌 15g，明天麻 12 g，云茯神 15g，炒枣仁 15g，合欢皮 10g，生龙齿 15g，金樱子 10g，覆盆子 6g，车前仁 10g，益智仁 10g，生甘草 5g。7 剂，水煎内服，每日 1 剂。

半年随访，睡眠安好。

按语：本病辨证首分虚实。虚证，多属阴血不足，心失所养；实证为邪热扰心。《景岳全书》中将不寐病机概括为有邪、无邪两种类型。《景岳全书·不寐》：“如痰如火，如寒气水气，如饮食忿怒之不寐者，此皆内邪滞逆之扰也……。思虑劳倦，惊恐忧疑，及别无所累而常多不寐者，总属真阴精血之不足，阴阳不交，而神有不安其室耳”。《景岳全书·不寐》引徐东皋曰：“痰火扰乱，心神不宁，思虑过伤，火炽痰郁而致不眠者多矣。有因肾水不足，真阴不升，而心阳独亢者，亦不得眠。……有体素弱，或因过劳，或因病后，此为不足，宜用养血安神之类。凡病后及妇人产后不得眠者，此皆气虚而心脾二脏不足，虽有痰火，亦不宜过于攻，治仍当以补养为君，或佐以清痰降火之药。”患者血压低，头晕难寐，气短无力。舌淡苔少，脉弦无力。辨证:气血两亏，心肝失养。治则:养血以柔肝，补气以升清。方中生晒参、北黄芪、紫丹参益气活血为君；北枸杞、阿胶、制何首乌、灵芝益气养血安神为臣；云茯神、炒枣仁养心安神，明天麻入肝经、善治头晕，合欢皮解郁安神俱为佐药，甘草调和诸药为使。二诊难寐头晕，气短无力均有好转，但有神疲乏力之感，夜尿稍频。故方中去掉阿胶、枸杞、灵芝，加入金樱子、覆盆子、车前仁、益智仁以固精缩尿，生龙齿入肝经以重镇安神，方证对应，其效显著。（杨建宇,

李杨,王兴,等.孙光荣教授运用中和理论治疗不寐的学术经验点滴[J].光明中医,2011,26(6):25-26.）

案 4 孟某，女，35 岁。

2009 年 10 月 16 日初诊。

反复幻听 7 个月，焦虑，寐差。

初诊：患者反复幻听 7 个月，心悸，有恐慌感，焦虑，寐不宁，纳可，烦躁，易激动，身倦神疲。双乳溢液，有增生。经前困乏，经后少腹痛，黄带较多。舌淡紫，苔少，脉弦涩。西医诊断：病毒性脑炎。处方：

生晒参 15g，生北芪 15g，紫丹参 10g，炙远志 7g，石菖蒲 7g，灵磁石 10g(先煎)，苍耳子 10g，川郁金 10g，云茯神 15g，炒枣仁 15g，合欢皮 10g，灯心草 3g，浮麦芽 12g，生甘草 5g。7 剂，日 1 剂，水煎服。

二诊：服上方后，自感轻松，心宁，安寐，幻听减轻，黄带减少，但仍有乳溢及盆腔炎。舌边有齿痕，舌淡，苔少，脉弦小。处方：生晒参 15g，生北芪 15g，紫丹参 10g,炙远志 7g，石菖蒲 7g，灵磁石 10g(先煎)，苍耳子 10g，川郁金 10g，炒枣仁 15g，合欢皮 10g，灯心草 3g，浮麦芽 12g，蒲公英 12g，川萆薢 10g,生甘草 5g。14 剂，日 1 剂，水煎服。服上方后诸症好转，病情稳定。

按语：中医文献虽没有幻听病名，但早在《灵枢·癫狂》篇中即有“耳妄闻”记载，在《灵枢·经脉》篇更有?心惕惕如人将捕之”的形象描述。虽然“肾开窍于耳”但，耳和心的关系也很密切。《素问·金匮真言论》说：“南方赤色，入通子心，开窍于耳。”《素问·缪刺论》说：“手少阴之脉络耳中”。《医贯》卷五也说：“心为耳窍之客”。都说明除肾之外，心与听觉有密切关系。因此，治疗本病，重在安心神、镇浮阳、通耳窍。（李彦知,杨建宇,张文娟,等.孙光荣教授临证验案举隅[J].中国中医药现代远程教育,2010,8,(05):12-13.）

精神分裂症

案 1 朱某，女，25 岁。

2009 年 4 月 17 日初诊。

头晕，幻听，幻觉。

初诊：2004 年患精神分裂症，服用维思通(利培酮片)6mg/d 获愈。刻下症见：头晕、昏沉，幻听，幻觉，多梦，乏力，纳呆，寐差，大便欠畅，白带，月经不定期。舌质淡，苔白，脉沉弦。西医诊断：精神分裂症。中医诊断：癫证。辨证：心脾两虚，痰气郁结。治则：补气健脾，养心安神，化痰解郁。处方：生晒参 12g，生北芪 10g，紫丹参 10g，广陈皮 7g，川郁金 10g，云茯神 15g，制首乌 15g，明天麻 15g，法半夏 7g，炒枣仁 15g，生龙齿 15g(先煎)，川萆薢 10g，薏苡仁 12g，煅龙牡各 15g(先煎)，生甘草 5g。7 剂，日 1 剂，水煎服。

二诊：服上方 7 剂后诸症减轻，纳、眠可，仍有昏沉感，幻听、郁结未解。舌红、苔少，脉细弱。处方：生晒参 12g，生北芪 10g，紫丹参 10g，川郁金 12g，合欢皮 12g，云茯神 15g，炒枣仁 15g，制首乌 15g，明天麻 15g，法半夏 7g，广陈皮 7g，生龙齿 15g(先煎)，川萆薢 10g，薏苡仁 12g，降真香 10g，煅牡蛎 12g(先煎)，西藁本 10g，生甘草 5g。7 剂，日 1 剂，水煎分 2 次服。

三诊：服前方后，诸症明显缓解，现仍有头晕，眠差、易醒，幻想已减。舌红，苔少边尖稍有齿痕。脉平缓稍细。方用：白晒参 15g，生北芪 12g，紫丹参 12g，川郁金 12g，合欢皮 15g，云茯神 15g，炒枣仁 15g，制首乌 15g，明天麻 12g，法半夏 7g，广陈皮 7g，生龙齿 15g(先煎)，薏苡仁 12g，炙远志 7g，石菖蒲 7g，西藁本 10g，生甘草 5g。14 剂，日 2 剂，水煎服。

四诊：服上方后明显好转，仍有轻微幻听，舌红、苔少，脉弦。处方：白参片 10g，生北芪 10g，紫丹参 10g，川郁金 10g，合欢皮 12g，云茯神 15g，炒枣仁 15g，制首乌 15g，明天麻 10g，灵磁石 10g(先煎)，生龙齿 15g(先煎)，炙远志 6g，石菖蒲 6g，连翘壳 6g，灯心草 3g，金银花 15g，车前仁 10g(包煎)，生甘草 5g。7 剂，日 1 剂，水煎，分 2 次服。

五诊：服前方后，病情好转，能思考，通写散文诗。舌干、灰黑、苔少，脉弦滑数。处方：生晒参 10g，生北芪 10g，紫丹参 10g，川郁金 10g，合欢皮 10g，云茯神 15g，炒枣仁 15g，石菖蒲 7g，灵磁石 7g(先煎)，炙远志 7g，生龙齿 15g(先煎)，灯心草 3g，制首乌 15g，核桃仁 10g，天花粉 10g，枸杞 15g，生甘草 5g。11 剂，日 1 剂，水煎服。

六诊：服上方后，继续好转，仍偶有虚幻之想，脉舌同前。处方：生晒参 12g，生北芪 12g，紫丹参 10g，川郁金 10g，合欢皮 12g，云茯神 15g，炒枣仁 15g，石菖蒲 7g，灵磁石 7g(先煎)，灯心草 3g，麦门冬 12g，辛夷花 6g，天门冬 10g，天花粉 10g，制首乌 15g，明天麻 10g。7 剂，日 1 剂，水煎服。

七诊：服前方后诸症已好转，幻想已除。舌红、苔少，脉小但有力。方用：生晒参 12g，生北芪 12g，紫丹参 10g，川郁金 10g，合欢皮 12g，云茯神 15g，炒枣仁 15g，石菖蒲 7g，灵磁石 7g(先煎)，灯心草 3g，麦门冬 12g，辛夷花 6g，制首乌 15g，阿胶珠 10g，天花粉 10g，明天麻 10g。7 剂，日 1 剂，水煎服。

八诊：服前方病情稳定，自觉诸症好转。另外，用卫生护垫后外阴痒。舌淡、苔少，脉弦小。处方：生晒参 12g，生北芪 12g，紫丹参 10g，川郁金 10g，合欢皮 12g，云茯神 15g，炒枣仁 15g，炙远志 6g，石菖蒲 6g，灵磁石

7g(先煎)，辛夷花 6g，制首乌 15g，阿胶珠 10g，明天麻 10g，灯心草 3g，蒲公英 10g，生甘草 5g。7 剂，日 1 剂，水煎服。

外洗方：白藓皮 12g，蝉蜕 6g，蒲公英 15g，川楝子 10g，皂角刺 10g，金银花 15g，地肤子 12g，生甘草 5g。7 剂，煎剂外洗，每日 2 次。 ，

九诊：服前方后病情好转，稳定。舌红，苔少，脉弦小。处方：生晒参 12g，生北芪 12g 紫丹参 10g，川郁金 10g，合欢皮 12g，云茯神 15g，炒枣仁 15g，炙远志 6g，石菖蒲 6g，灵磁石 7g(先煎)，制首乌 15g，阿胶珠 10g，明天麻 10g，灯心草 3g，辛夷花 6g，粉葛根 10g，生甘草 5g。7 剂，日 1 剂，水煎服。

十诊：服上方后症状已基本消除，但服西药后闭经 3 个月，心烦。处方：生晒参 10g，生北芪 10 g，紫丹参 10g，益母草 15g，阿胶珠 12g，当归片 10g，制香附 10g，炙远志 6g，石菖蒲 6g，辛夷花 6g，制首乌 15g，粉葛根 10g，云茯神 15g，炒枣仁 15g，合欢皮 10g,郁金 10g，生甘草 5g。14 剂，日 1 剂，水煎服。

十一诊：康复期，用丸缓图。处方：生晒参 15g，生北芪 15g，紫丹参 10g，阿胶珠 12g，云茯神 15g，炒枣仁 15g，制香附 10g，川郁金 10g，炙远志 10g，石菖蒲 10g，合欢皮 15g，益母草 15g，当归片 12g，灵磁石 10g(先煎)，生甘草 5g。10 剂，炼蜜为丸。

按语：精神分裂症属中医学“癫狂”范畴。其临床病机变化多端、证候多样、证型分类复杂。中医学认为，癫狂发病与七情内伤密切相关，主要病位在脑，涉及心、肝、脾、肾诸脏。《临证指南医案·龚商年按》日：“狂由大惊大恐，病在肝胆胃经，三阳并而上升，故火炽而痰涌，心窍为之闭塞。癫由积忧积郁，病在心脾包络，三阴闭而不宣，故气郁则痰迷，神志为之混淆。”《证治要诀·癫狂》日：“癫狂由七情所郁，遂生痰涎，迷塞心窍。”本例患者属“癫狂”证中的“癫证”。证属心脾两虚、痰气郁结，虚实夹杂证。心脾两虚，气血内耗，神不守舍，故见神思恍惚，魂梦颠倒，幻听，幻觉，寐差，多梦；脾虚失于健运，故见体困肢乏，纳呆，大便欠畅，白带，舌质淡，苔白。气郁痰迷，蒙闭清窍，故头晕、昏沉。孙老选用益气健脾，养心安神，化痰解郁之药组方，并随症加减。待病情好转，康复阶段改用水蜜丸，丸药缓图，以巩固疗效。（李彦知,杨建宇,张文娟,等.孙光荣教授临证验案举隅[J].中国中医药现代远程教育,2010,8,(05):12-13.）

抑郁症

案 1 张某，女，54 岁。

2009 年 10 月 16 日初诊。

抑郁症，恐惧，易悲伤，常有自杀意向。

初诊：2009 年 6 月 16 日卵巢癌切除，化疗 2 个疗程，糖尿病 12 年。刻下症见：口干，乏力，寐差，多梦，烦躁，恐惧，想自杀，易悲伤。舌淡白，苔少，脉弦细。辨证：心神失养。治则：养心除烦，安神定志。处方：西洋参 10g，生北芪 10g，紫丹参 10g，云茯神 15g，炒枣仁 15g，合欢皮 12g,阿胶珠 12g，郁金 10g，石菖蒲 7g，炙远志 7g,灵磁石 10g(先煎），天花粉 10g。30 剂，日 1 剂，水煎服。

服上方后诸证好转，病情平稳。

按语：抑郁症是一种以显著而持久的情绪(心境)低落、兴趣减退为核心症状的情感性精神障碍疾病，属中医．“郁证”、“癫证”、“脏躁”、“百合病”等范畴。本病与心有着密不可分的联系。中医历来有“心藏神，主神明”、“心主血脉”之说，认为抑郁应责之于心。因此，患者常伴有心烦，寐差，多梦等症状。治宜养心除烦，安神定志。（李彦知,杨建宇,张文娟,等.孙光荣教授临证验案举隅[J].中国中医药现代远程教育,2010,8(05):12-13.）

案 2 易某，女，15 岁。

2010 年 7 月 16 日初诊。症见脉弦涩，舌绛，苔微黄。抑郁症患者。两年来以西药镇静无改善，反复发作。嬉笑无常，时有幻听，自语不休，需其母护理。询其月经量大色黑，且多次停经。

此乃痰热互结，上蒙清窍之证。法当化瘀清热、解郁通窍，以自拟“解郁开窍汤”治之：

生晒参 10g，生北芪 10g，紫丹参 10g，益母草 12g，法半夏 7g，广陈皮 7g，川郁金 12g，炙远志 10g，石菖蒲 10g，云茯神 15g，炒枣仁 15g，生甘草 5g。

北京同仁堂安宫牛黄丸 1 丸。

21 剂，每日 1 剂，水煎分 2 次服，每次兑服北京同仁堂安宫牛黄丸半丸。

按语：郁者，瘀也，情志抑郁而致气机不顺，气滞则血不利，瘀则忧郁也。张景岳谓：“至若情志之郁，则总由乎心，此因郁而病也”。气郁必致血瘀，则心神失养；气郁与痰热互结，则可上蒙清窍。故《证治汇补》云：“郁病虽多，皆因气不周流，法当顺气为先，开提次之，至于降火、化痰、消积，犹当分多少治之。”本方首用参、芪、丹参益气活血以“顺气”；次用益母草祛瘀调经，川郁金清心除烦，炙远志、石菖蒲宁心开窍，云茯神定悸安神，炒枣仁养心除烦；再用少量安宫牛黄丸助其清热豁痰开窍之功。先“顺气”，然后“开提”，而郁、火、痰、瘀则统筹治之。

随访附记：加减服 48 剂，幻听消失，嬉笑自语减少，生活基本自理。（李彦知.中和医派孙光荣教授典型验案赏析[J].中国中医药现代远程教育,2012,10(10):99-100.）

皮肤瘙痒症

案 1 周某，男，25 岁。

2009 年 9 月 11 日初诊。

背部蚁行感 5 年。皮肤瘙痒，多梦，心神不宁。

初诊：患者背部蚁行感 5 年。刻下症见：背部瘙痒蚁行感。多梦、易紧张，尿频，口干。舌淡，苔白，脉濡细。西医诊断：皮肤瘙痒症。中医诊断：风瘙痒。辨证：血虚风燥。治则：活血祛风止痒，养心安神。内服处方：

生晒参 12g，生北芪 10g，紫丹参 12g，川郁金 10g，降真香 10g，生龙齿 15g(先煎)，云茯神 15g，炒枣仁 15g，炙远志 6g，石菖蒲 6g，白鲜皮 10g，蝉蜕 6g，芡实仁 20g，薏苡仁 20g，生甘草 5g。14 剂，日 1 剂，水煎服。

外洗方：白藓皮 20g，蝉蜕 10g，川楝子 12g，蒲公英 15g，薏苡仁 20g，芡实仁 20g，金银花 15g，野菊花 10g，明矾 10g，生甘草 10g。7 剂，煎汤外洗，每日 1 次。

二诊：服上方后，诸症减轻，但仍多梦，尿频。舌红，苔白，脉弦小。上方去降真香 10g，白藓皮 10g，芡实仁 20g，薏苡仁 20g；加合欢皮 10g，制首乌 15g，灯心草 3g，益智仁 10g。14 剂。增强了养心安神之力。

三诊：服上方后，蚁行感减轻，面红减轻，但仍尿频，多梦，心神不宁。舌红，苔稍黄腻，脉弦。上方去川郁金 10g；加金樱子 10g，车前仁 10g(包煎)。5 剂。

四诊：服上药后，病情继续好转，便仍有心神不宁。舌红，苔黄厚，脉弦有力。上方去蝉蜕 6g；加川郁金 10g。7 剂。

五诊：仍有心神不宁，多梦。舌体稍胖大，苔质淡红，苔少，脉弦。上方去金樱子 10g，灯心草 3g，川郁金 10g；加明天麻 10g，石决明 2g。7 剂。

服上方后病情好转，临床症状消失，精神好。

按语：皮肤瘙痒可归属中医学风瘙痒、血风疮、爪风、痒风等范畴。清代《外科证治全书·痒风》记载：“痒风，遍身瘙痒，并无疮疥，搔之不止”。中医学认为痒症成因不一，但总之不离乎风，皮肤气血不和是病理基础。《外科证治全书》论痒中有“痒虽属风，亦各有因”的记载。《诸病源候论》曰：“风瘙痒者，是体虚受风，风入腠理，与血气相搏，而俱往来在于皮肤之阀。邪气微，不能冲击为痛，故但瘙痒也”。风性又善行，一旦在于体表，或往来穿行于脉络之间，或蠢蠢欲动于皮肤腠理，则会有蚁行感。另外，瘙痒性皮肤病因瘙痒剧烈常常影响睡眠，而睡眠不佳又可加重瘙痒。心不能藏神，肝不能藏魂。治疗上用重镇安神之药灵磁石、龙骨、牡蛎等以潜阳安神。神得安则痒自止。金樱子、车前子二者一缩一利，共同调理小便，改善尿频症状。水液输布正常，则可以间接改善血虚风燥之象。方用活血祛风止痒，养心安神之品，并采用内外合治。以内治治其本，外治治其标。（李彦知,杨建宇,张文娟,等.孙光荣教授临证验案举隅[J].中国中医药现代远程教育,2009,7(12):193-194.）

特发性血小板减少性紫癜

案 1 孙某，男，53 岁。

2013 年 1 月 22 13 就诊。患者于 2009 年 7 月体检时发现血小板减少，PLT：34×10^9/L，未予重视。8 月底发现前胸点状瘀斑，就诊于中日友好医院，查血常规提示 PLT：24×10^9/L，骨穿提示：骨髓增生明显活跃，M：E=1.31：1，红系增生明显，粒系增生，偶见产板巨，幼巨增多，产板不良，血小板减少，考虑特发性血小板减少性紫癜。予环孢素、醋酸泼尼松、丙种球蛋白等药物治疗。2009 年 11 月复查血小板低至 19×10^9/L，就诊于中国人民解放军总院行骨穿，结果提示骨髓增生活跃，粒系占 69.2%，红系 13.2%，巨核细胞增生显示成熟障碍。此后一直服用激素、环孢素及中药汤剂，血小板计数偶有恢复正常，但难以维持。刻诊：血小板计数 63×10^9/L。症见：神疲乏力，双前臂有轻微暗红色出血点，身痛，面色虚浮，偶有咳嗽，脉弦小稍涩，舌体胖大色紫暗，苔白。孙老辨证为脾虚失蕴、气血失调。处方：西党参 15g，生黄芪 30g，紫丹参 5g，紫草 10g，生薏苡仁 30g，芡实 30g，阿胶珠 10g，赤芍 10g，生地黄炭 10g，当归 10g，制何首乌 15g，三七 6g，桑白皮 10g，生甘草 5g，大枣 10g。患者坚持服用上方，期间春节停药 1 周。

2010 年 2 月 26 日 2 诊：诉神疲乏力等症状较前好转，已无咳嗽。前方去桑白皮，余药不变。4 月 16 日 3 诊：患者诉服药期间监测血常规，血小板计数在 130～150×10^9/L，且自觉服用上方后诸症均有好转，故一直服用。望其精神气色较前明显好转，切其脉弦有力，舌淡苔薄白。之后患者又坚持服药 1 个月，血小板维持正常，后停药。随访半年，疾病未复发。

按语：孙老处方习惯以 3 味药为 1 个药组，方中党参、生黄芪、丹参 3 药合用为益气调血，前 2 药主要有益气补血之效，小量丹参有活血之效，使得瘀血得去，新血得生；紫草归心、肝经，心主生血行血，而肝主藏血，紫草性寒，味甘、成，有凉血活血之效，生薏苡仁味甘、淡，入脾、肺、肾经，《本草纲目》记载：薏仁有“健脾益胃，补肺清热、祛风胜湿，养颜驻容、轻身延年”之效，芡实归脾、肾经，味于、涩，《本草新编》记载：芡实，佐使者也，其功全在补肾祛湿，芡实补中祛湿，性又不燥，故能祛邪水而补真水。此 2 味药是为脾虚湿蕴而设；第 3 组药物中阿胶有补血之效，赤芍则为清热活血，生地黄炭则有收敛止血之效，此组药物主要为化生新血防治出血而设。当归有补血之功，使得血液化生有源。其余药物是针对兼症而设。整个组方有补血活血、补脾祛湿之效，使得湿祛新血得生。（李娜,孙光荣,刘东,等.孙光荣治疗特发性血小板减少性紫癜[J].长春中医药大学学报,2014,30(06):1039-1041.）

案 2 王某，女，28 岁。

2009 年 2 月 28 日初诊。症见脉弦无力，舌淡红，苔薄白微腻，患血小板减少性紫癜 8 年。近月发作，面色萎黄，上龈溢血，口中异味，下肢多处紫癜，尿黄便结。

此乃气血两虚，湿热伤络，法当益气养阴，凉血止血，以自拟“清癜饮”治之：

生北芪 30g，当归身 30g，芡实仁 30g，紫浮萍 20g，西茜草 20g，旱莲草 20g，生地炭 15g，侧柏炭 15g，小蓟草 15g，生甘草 5g，水牛角磨汁引。

7 剂，每日 1 剂，水煎，分 2 次服，忌辛辣。

按语：脉弦无力、舌淡苔白、面色萎黄，乃气血两虚之脉证，遂君以生北芪、当归身益气补血；上龈溢血、口中异味、下肢紫癜、尿黄便结，是湿热伤络之病证，则臣以紫浮萍、西茜草清热解毒、透瘀消斑，佐以旱莲草、小蓟草、生地炭、侧柏炭、茭实炭凉血止血、渗水利湿；再使以水牛角磨汁为引，则可增进清热凉血之效，故谓之“清癜饮”也。

随访附记：上方服 1 剂，即上龈溢血立止而紫癜稍褪；继服 2 剂，口中异味减轻，尿清便畅；再服 4 剂，紫癜全褪，面色红润。嗣后，每年自服此方 21 剂，未见复发。（李彦知.中和医派孙光荣教授典型验案赏析[J].中国中医药现代远程教育,2012,10(10):99-100.）

痞格证

案 1 赵某，女，41 岁。

2011 年 7 月 29 日初诊。

痞格证。十年来始于白带，既而寐差，畏冷，抑郁，自汗，自感发热而身冷，左右痞格。刻下：汗出怕冷怕风，白带多，失眠，呃逆，身体有虫行感。舌绛，苔白腻，脉细且濡。辨证：痰湿内郁，阴阳痞格。治法：化痰除湿解郁，交通阴阳。处方：生晒参 12g，生北芪 12g，紫丹参 10g，法半夏 10g，广陈皮 10g，佩兰叶 10g，云茯神 15g，炒枣仁 15g，生龙齿 15g，银柴胡 10g，地骨皮 20g，制鳖甲 20g，浮小麦 15g，车前子 10g，生甘草 5g。

7 剂，每日 1 剂，水煎内服，日 2 次。

2011 年 8 月 12 日 2 诊。痞格证。服前方后精神好转，但仍上热下寒，呃逆。舌绛，苔少，脉细濡。药已见效，上方去浮小麦、车前子，加淡竹茹 4g 清热化痰；真降香 10g，石决明 20g，川杜仲 12g，川牛膝 15g 以平肝摄纳，潜阳入阴。处方：生晒参 12g，生北芪 12g，紫丹参 10g，法半夏 10g，广陈皮 10g，淡竹茹 4g，佩兰叶 10g，真降香 10g，云茯神 15g，炒枣仁 15g，石决明 20g，银柴胡 10g，地骨皮 20g，制鳖甲 20g，川杜仲 12g，川牛膝 15g，生甘草 5g。14 剂，每日 1 剂，水煎内服，日 2 次。

2011 年 8 月 26 日，3 诊。痞格证。服前方后精神转佳，子午潮热、畏寒交替等明显减轻，仍有汗出。舌暗红，苔花剥，脉濡细。上方去佩兰叶、川杜仲、川牛膝，生北芪增为 15g，加川郁金 10g，白蔻仁 6g，炮干姜 7g 以增升阳之力，加浮小麦 15g，麻黄根 10g，煅龙牡各 15g 以潜阳止汗。处方：生晒参 12g，生北芪 15g，紫丹参 10g，云茯神 15g，炒枣仁 15g，川郁金 10g，银柴胡 15g，地骨皮 15g，制鳖甲 20g，姜半夏 7g，真降香 10g，白蔻仁 6g，浮小麦 15g，麻黄根 10g，煅龙牡各 15g，生甘草 5g，炮干姜 7g。7 剂，每日 1 剂，水煎内服，日 2 次。

按语：痞格一证，首见于华佗《中藏经》。《中藏经•阴阳痞格论》：“阳气上而不下曰痞。阴气下而不上亦曰痞。阳气下而不上曰格。阴气上而不下亦曰格。痞格者谓阴阳不相从也。阳奔于上则燔。阴走于下则冰。肾肝生其厥也。其色青黑。皆发于阴极也。厥为寒厥也。由阴阳痞格不通而生焉。阳燔则治以水，阴厥则助以火。乃阴阳相济之道耳”。阴阳虽本质不同，但又是相互依赖，互济互根，阴中有阳，阳中有阴，否则的话，纯阴不生，纯阳不长。同时在一定的条件下阴阳能互相转换，即所谓的重阴必阳，重阳必阴。孙师察色按脉，认为本案从症状来看，以自汗为主要表现，但据脉测证，追问病史，患者白带量多已历十余年，故阴阳痞格的根本原因是下焦痰湿内郁化热，致使阳气下行及阴气上下之道闭塞，阻隔了阴阳二气的升降所致。故治疗当谨守病机，以化痰除湿解郁，交通阴阳为法。方中生晒参、生北芪、紫丹参调理气血为君；臣以法半夏、广陈皮、佩兰叶化痰除湿，云茯神、炒枣仁、生龙齿安神定志潜阳，银柴胡、地骨皮、制鳖甲清热养阴；佐以浮小麦止汗，车前仁利湿以通下窍，给痰湿以出路，寓意“通阳不在温，在于利小便耳”。二诊、三诊均在此基础上调整了升降阴阳的药物，终使多年顽疾，得以释然。（王兴. 孙光荣教授治疗痞格证的经验[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(24):12.）

带下

案 1 孙某，女，23 岁。

2011 年 8 月 5 日初诊：带下病。近半年来，胃脘不适，食欲减退，腰酸，白带增多、黄稠，阴痒。既往有宫颈炎及盆腔积液病史。舌淡，苔少，脉细涩。辨证：脾肾亏虚，湿热下注。治则治法：健脾固肾、清热祛湿。处方：西洋参 10g，生北黄芪 10g，紫丹参 10g，乌贼骨 10g，西砂仁 4g，荜澄茄 4g，制川厚朴 6g，川杜仲 10g，阿胶珠 10g，川萆薢 10g，生薏苡仁 15g，芡实仁 15g，蒲公英 15g，白蒺皮 10g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，水煎内服，每日 2 次。另方：蛇床子 15g，百部根 15g，白蒺皮 15g，蝉蜕 6g，皂角刺 10g，地肤子 15g，鱼腥草 12g，蒲公英 15g，金银花 15g，煅龙骨 10g，煅牡蛎 10g，生薏苡仁 15g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，水煎外洗阴部，每日 2 次。

2011 年 8 月 26 日 2 诊：内服前方后白带减少，但腹泻；外用前方后，阴痒减轻。舌红、苔少，脉细涩。针对腹泻，更方如下：生晒参 10g，生北黄芪 10g，紫丹参 10g，乌贼骨 10g，西砂仁 4g，川萆薢 10g，焦三仙各 15g，藿香叶 6g，延胡索 10g，大腹皮 10g，蒲公英 12g，车前子 10g，生甘草 5g。7 剂，服法同前，腹泻止后，服用首诊方药。外洗方同上，续用。

内服外治，双管齐下，调理月余，白带减少，阴痒消失，病情稳定。

按语：本病属祖国医学“带下病”“阴痒”范畴，“治外必本诸内”，应采用内服与外治、整体与局部相结合辨证施治。带下量多、黄稠，伴阴痒，多为肝经湿热下注，带下浸渍阴部，或湿热生虫，虫蚀阴中以致阴痒。而湿邪为患，带下为病，脾肾功能失常又是发病的内在条件。因此，本病为本虚标实之证，治疗上应着重调理肝、脾、肾三脏，扶正祛邪，标本兼治。本案孙师即在益气升阳、温中健脾、补益肝肾的基础上配用西砂仁、生薏苡仁、芡实仁之类健脾固肾、理气祛湿、涩精止带，川萆薢、车前仁之属利尿，使邪有出路；同时另方用蛇床子、百部根燥湿、杀虫，白蒺皮、蝉蜕、皂角刺、地肤子止痒，鱼腥草、蒲公英、金银花清热解毒，煅龙骨、煅牡蛎收敛固涩以止带，生薏苡仁健脾利湿，水煎外洗。诸药合用，内外同治，使脾气健、清阳升、湿邪除，任带二脉得固而收全功。（翁俊雄,杨建宇,李彦知,等.孙光荣教授运用中和理论诊疗妇科病学术经验点滴[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(21):8-14.）

案 2 李某，女，32 岁。

2011 年 7 月 15 日首诊：白带，心烦，易怒，月经提前，色黑有块，腰痛，眼花，多梦，便粘，多发口腔溃疡。舌红、苔少，脉弦小。辨证：阴虚阳亢，湿热瘀结。治则治法：滋阴潜阳，清热利湿，活血解毒。处方：西洋参 12g，生北黄芪 12g，紫丹参 10g，云茯神 15g，炒枣仁 15g，合欢皮 10g，制何首乌 15g，明天麻 10g，蒲公英 12g，川杜仲 15g，川萆薢 10g，山慈菇 10g，焦三仙各 15g，大红枣 10g，生甘草 3g。7 剂，每日 1 剂，水煎内服，每日 2 次。

2011 年 7 月 29 日 2 诊：服前方后腰痛，多梦，月经不调等症状好转，但盆腔炎症状存在，白带偶有血丝。舌淡，苔少，脉细。上方紫丹参减量为 7g，蒲公英增量为 15g，加金毛狗脊 10g，地榆炭 10g。7 剂，服法同前。

2011 年 9 月 2 日 3 诊：服前方后精神明显好转，诸症减轻，但仍有白带夹血丝。舌淡，边尖有齿痕，苔少，脉弦缓。处方：西洋参 12g，生黄芪 12g，紫丹参 5g，云茯神 15g，炒酸枣仁 15g，合欢皮 10g，山慈菇 10g，桑螵蛸 10g，川萆薢 10g，地榆炭 10g，生地黄炭 10g，阿胶珠 10g，大红枣 10g，车前子 10g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，水煎内服，每日 2 次。另方：蒲公英 12g，蛇床子 10g，白鲜皮 10g，白花蛇舌草 15g，半枝莲 15g，鱼腥草 15g，紫苏叶 15g，煅龙骨 15g，煅牡蛎 15g，蒲黄炭 15g，白茅根 15g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，水煎外洗阴部，每日 2 次。

内服外治，双管齐下，调理月余，赤白带止，诸症好转，病情稳定。

按语：《傅青主女科》说：“夫带下俱是湿症。”正常带下的产生与肾气盛衰、天癸至竭、冲任督带功能正常与否有重要而直接的关系。若肾气旺盛，所藏五脏六腑之精在天癸作用下，通过任脉到达胞中，在督脉的温化和带脉的约束下生成生理性带下。若内外湿邪为患，侵袭胞宫，以致任脉损伤，带脉失约，则发为带下病。临证应根据带下的量、色、质、气味，结合伴随症状及舌脉、病史综合分析，辨清寒热虚实。孙老认为，白带味腥臭、质粘稠是湿热下注的表现，白带清亮、稀薄则提示肾元亏损，红白夹杂则癌变可能性大。本案患者出现赤白带，从其全身症状、舌脉来看，当为阴虚夹湿，阴不敛阳，湿浊从阳化热，湿热蕴毒，下注任带所致。而水湿内停，气机阻滞，瘀久化热，血不循经，月事提前，白带夹红。吾师遂以益气养阴之法扶正，清热利湿，活血解毒，凉血止血之法祛邪，标本兼顾，内服外治，双管齐下，奇效可待！吾师还强调带下病缠绵难愈，善后调补脾肾以固本，方可巩固疗效，减少复发。（翁俊雄,杨建宇,李彦知,等.孙光荣教授运用中和理论诊疗妇科病学术经验点滴[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(21):8-14.）

案 3 某女，13 岁。

1987 年春节就诊。脉细无力，舌暗淡，苔白滑。自 5 岁起咳嗽气喘，8 年来反复发作，无有休时，多方医治，时愈时发。现见面色苍白，心悸自汗，精神萎靡，软弱乏力，咳喘不已，气息微弱，少气懒言，思睡少纳。询其今年正月初潮，白带淡而多，无异味。此乃禀赋不足、脾肾两虚之喘，法当健脾化痰、温肾纳气，内服方以金匮肾气丸为基本方治疗。脾肾本已不足，白带增多使虚上加虚，应急则治标，以“孙氏清带汤”坐浴治之，药用：蛇床子 15g，百部 12g，白花蛇舌草 15g，白鲜皮 10g，地肤子 10g，蒲公英 10g，煅龙骨 15g，煅牡蛎 15g，金银花 10g，川萆薢 10g，生薏米 10g，芡实 10g，生甘草 5g。7 剂，水煎，早晚各坐浴 1 次，每次 5～10 分钟。上方内服、外用各 7 剂后，咳喘明显缓解，白带已不明显，精神转佳，食欲增进。由于白带基本消失，嘱停用坐浴药，以内服药专治哮喘。

按语：此案的思辨要点是：⑴ 形神：少神脱形，必虚无疑。（2）虚实：咳喘是实象，白带是虚象。（3）标本：咳喘反复发作是标，脾肾两虚是本。综合以上 3 个要点，所以确立“健脾化痰、温肾纳气”为治则治法，用金匮肾气丸内服，用自拟“清带汤”外治。本案患者出现白带增多，从其全身症状、舌脉来看，此乃脾虚湿困，治疗上注重“夫带下俱是湿症、诸湿肿满皆属于脾”的思想，充分体现“治带必先祛湿，祛湿必先理脾，佐以温肾固涩”之法。

（薛武更,杨建宇,李彦知,等.孙光荣教授带下病外治法的学术经验[J].中国中医药现代远程教育,2014,12(07):17-18.）

案 4 某女，41 岁。

2012 年 7 月就诊。白带增多伴阴道灼热、瘙痒近半年。2011 年初，患者因反复发作性泌尿系感染，在多家三甲、二级医院经多种抗生素间断治疗 1 年余。2012 年 2 月初，出现阴道瘙痒，并逐渐加重，豆腐渣样白带逐渐增多。某医院诊断为阴道炎，继续给以抗生素治疗，但未见好转。期间，患者因瘙痒难耐，自行以清水冲洗阴道，无效。患者痛苦不堪，改求中医治疗。证见神疲力乏，口苦咽干，大便稍干，小便灼热。自诉白带呈豆腐渣样，有腥臭味，阴道灼热瘙痒。舌尖红，苔黄厚腻，脉沉数。既往高血压病史，血压控制良好。

此为湿热下注。停用抗生素，内服以清热利湿之方。处方：山药 30g，芡实 30g，车前子 10g（包），白果 10g，黄柏 6g，猪苓 10g，茯苓 15g，泽泻 15g，茵陈 10g，赤芍 10g，丹皮 10g，栀子 10g，牛膝 15g。外用以孙氏清带汤坐浴。处方如下：蛇床子 15g，百部 12g，白花蛇舌草 15g，白鲜皮 12g，地肤子 12g，蒲公英 15g，煅龙骨 12g，煅牡蛎 12g，金银花 12g，川萆薢 12g，生薏米 15g，芡实 12g，紫苏叶 10g，苦参 12g，川黄柏 12g。7 剂，水煎，早晚各坐浴 1 次，每次 5～10 分钟，治疗 7 天后，白带量明显减少，阴道灼热感消失，但仍轻微瘙痒。效不更方，外用药同前。再用 7 剂后，白带消失，阴道瘙痒消失。经随访半年，未再发作。

按语：患者自诉神疲力乏，口苦咽干，大便稍干，小便灼热。白带呈豆腐渣样，有腥臭味，阴道灼热瘙痒。舌尖红，苔黄厚腻，脉沉数。此为湿热下注之带下病。内服用止带方（《世补斋不谢方》）合易黄汤（《傅青主女科》加减以清热利湿，外用孙氏清带汤坐浴以清热解毒、杀虫止痒、利湿止带。标本兼顾，内服外治，双管齐下，疗效甚佳。（薛武更,杨建宇,李彦知,等.孙光荣教授带下病外治法的学术经验[J].中国中医药现代远程教育,2014,12(07):17-18.）

月经不调

案 1 童某，女，28 岁。

2010 年 1 月 15 日首诊：月经衍期 2 周，色深有块，多思，神难守一，尤厌冷食。舌淡红苔少，脉细稍数。辨证：心脾两虚，痰瘀内阻。治则治法：益气健脾，养血安神，佐以活血通经。处方：生晒参 12g，生北黄芪 12g，紫丹参 10g，益母草 10g，法半夏 7g，广陈皮 7g，西砂仁 5g，荜澄茄 4g，佩兰叶 6g，川杜仲 12g，炙远志 6g，石菖蒲 6g，云茯神 15g，炒酸枣仁 15g，灵磁石 10g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，水煎内服，每日 2 次。

2010 年 3 月 19 日 2 诊：服上方后已见效，月经正常，但春节后他症反复，现不寐，胃不舒，经期提前，舌淡苔少，脉细稍数。上方去荜澄茄、佩兰叶、川杜仲，加乌贼骨 10g，鸡内金 6g，夜交藤 10g。服法同前。

2010 年 4 月 2 日 3 诊：服前方病情稳定，现多梦，夜咳，舌淡紫、苔薄白，脉弦细。前方去益母草、乌贼骨、西砂仁、鸡内金、灵磁石，加桑白皮 10g，麦冬 12g，宣百合 10g，炙百部 10g，白蔻仁 6g。服法同上。

按语：对于本病，朱丹溪提出“过期而来，乃是血虚，宜补血，用四物加黄芪、陈皮、升麻”，此乃常理。余师则根据患者多思厌食与眠艰多梦互见的特点，认为导致月经衍期的根本是忧思伤脾，心神失养，虽“病在下”，但宜“取之上”，治疗重在健脾和胃以增纳化，养心安神以通经脉。正所谓不治而治，使脏腑功能正常，冲任气血调和，血海蓄溢有常，胞宫藏泻有时，月经行止有期。（翁俊雄,杨建宇,李彦知,等.孙光荣教授运用中和理论诊疗妇科病学术经验点滴[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(21):8-14.）

案 2 高某，女，20 岁，大连某大学日语专业学生。

自 12 岁月经开始，月经从来没有正常过。近 10 年来痛苦异常。周期紊乱，量多量少不定，血色鲜暗无常，瘀块夹杂，痛经绵绵，腰酸神疲，面色灰暗无华，舌淡红苔薄白，脉沉。现来经已 20 余天仍未干净，孙老当机立断。处益气摄血、养血固精之剂，以求速效。方用:

潞党参 15g　　生北芪 15g　　紫丹参 15g　　益母草 10g
蒲黄炭 15g(包煎)　　地榆炭 10g　　生地炭 10g　　延胡索 10g
川杜仲 15g　　阿胶珠 12g　　薏苡仁 15g　　川郁金 10g
北枸杞 15g　　生甘草 5g

水煎服，日 1 剂。配服紫河车粉 3g，日 3 次，温水送服。7 剂后复诊，病人经血已止，气血红润，笑逐颜开。上方去炭剂，守方继服，巩固疗效，获安。

按语：《校注妇人良方》云：“妇人月水不断，淋漓腹痛，或因劳损气血而伤冲任，或因经行而合阴阳，以致外邪客于胞内，滞于血海故也。但调养元气，而病邪自愈。若攻其邪则元气反伤矣”。《沈氏女科辑要笺正》亦云：“经事延长，淋漓不断，下元无固摄之权，虚象显然。”本案患者来经已 20 余天仍未干净，周期紊乱，量多量少不定，血色鲜暗无常，瘀块夹杂，痛经绵绵，腰酸神疲，面色灰暗无华，舌淡红苔薄白，脉沉。辨证当属脾肾亏虚、气虚血瘀。治宜益气摄血、养血固精。方中潞党参、 生北芪、紫丹参益气活血为君，延胡索、川郁金活血化瘀，川杜仲、北枸杞补肾填精，此 5 味药共为臣药。蒲黄炭、地榆炭、生地炭止血以治标，薏苡仁健脾，紫河车补肾益精、益

气养血，阿胶珠补血止血，益母草活血调经，以上俱为臣药，生甘草调和诸药为使，诸药合用共凑益气摄血、养血固精之功。二诊病人经血已止，气血红润，笑逐颜开。上方去炭剂，守方继服，巩固疗效，获安。这充分体现了孙老临证处方用药灵活、自出机杼，处方用药讲究“清、平、轻、灵”，立方遣药，不固守成方，不墨守成规，追求“心中有大法，笔下无死方”，由于针对病机用药，故疗效显著。（高尚社. 中医孙光荣教授畅通气血攻克杂症验案 3 则[A]. 中华中医药学会.第四届中医药继续教育高峰论坛暨中华中医药学会继续教育分会换届选举会议论文集[C].中华中医药学会:,2011:2.）

崩漏

案 1 辛某，女，36 岁。

2009 年 4 月 10 日初诊：经期紊乱，经血色黑有块，淋漓不断，白带量多。

患者 10 年前人工流产后至今未孕。3 月 4 日经来后至今未净，白带增多。经期紊乱，经血色黑有块，淋漓不断。舌淡红，苔少，脉弦数。

专科检查：前位子宫，宫体大小：6.2cm×5.3cm×5.4cm，形态稍饱满，肌层回声稍欠均匀，后壁探及一不均质回声区，范围 3.2cm×2.5cm，边界欠清晰，内膜线略向前偏移，厚 0.9cm。

西医诊断：子宫肌腺症。中医诊断：崩漏。辨证：肝肾阴虚，热扰冲任。治则：滋肾敛肝，益气止血。处方：白晒参片 15g，生北黄芪 15g，紫丹参 15g，云茯神 15g，炒白术 10g，当归片 12g，炙远志 10g，炒酸枣仁 15g，龙眼肉 10g，蒲黄炭 15g，地榆炭 15g，阿胶珠 15g，山慈菇 10g，蒲公英 15g，生甘草 5g，大枣 5 枚，生姜 3 片。7 剂，每日 1 剂，分 2 次服。

2 诊：血压高（舒张压高），头胀，晨起脐周疼痛，腰酸。舌红、苔少，脉稍数。处方：石决明 20g，川牛膝 15g，法半夏 10g，广陈皮 10g，生北黄芪 10g，益母草 10g，当归片 10g，炒白术 10g，云茯神 15g，炙远志 6g，炒枣仁 12g，龙眼肉 10g，地榆炭 15g，茜草炭 15g，延胡索 10g，田三七 6g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，分 2 次服。紫河车粉 99g，每次 3g，每日 2 次，冲服。

3 诊：服上方后漏止已 5d，晨起头胀，脐周不适，血压偶有升高。舌红、苔少，脉稍数。处方：石决明 20g，川牛膝 15g，川杜仲 15g，西藁本 10g，正川芎 6g，益母草 10g，当归片 10g，炒白术 10g，云茯神 15g，炙远志 6g，炒酸枣仁 12g，地榆炭 15g，茜草炭 15g，田三七 6g，龙眼肉 10g，广木香 6g（后下），大枣 7 枚，生鲜姜 3 片，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，分 2 次服。

按语：经云：“阴虚阳搏谓之崩”，是言造成崩漏病机，责之于阴虚。本例崩漏患者的病机根本亦是肝肾阴虚，阴不敛阳，导致肝阳妄动，虚火干扰冲任二脉，使冲任失其开阖之常，致经血非时而下。肝肾不足则腰酸；阴不敛阳，肝阳妄动则头胀。另外，本例患者还有痰瘀之象，如白带多，经血色黑有块。因此，在滋肾敛肝，益气止血的基础上外加活血祛痰之品而收效。（翁俊雄,杨建宇,李彦知,等.孙光荣教授运用中和理论诊疗妇科病学术经验点滴[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(21):8-14.）

案 2 吕某，女，24 岁。

2011 年 5 月 13 日初诊：漏证。自今年二月以来，月经淋漓不断，色红有块，少腹坠胀，经补气、止血治疗，疗效不显。舌淡、苔少，脉弦且涩。辨证：气滞血瘀，热扰冲任。治则治法：理气活血，凉血止血。处方：西洋参 12g，生北黄芪 15g，紫丹参 7g，益母草 10g，制香附 10g，吴茱萸 10g，茜草炭 10g，蒲黄炭 12g，生地黄炭 12g，阿胶珠 12g，蒲公英 12g，延胡索 10g，黄芩炭 10g，川郁金 10g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，水煎内服，每日 2 次。

2011 年 5 月 20 日 2 诊：服前方后，月经淋漓不断明显好转，现仍有少量咖啡色分泌物，少腹已不胀。舌红，苔少，脉细濡。上方去生地黄炭、延胡索、川郁金，加川萆薢 12g，薏苡仁 12g，玉米须 6g，杭白芍 15g，制川朴 5g。服法同前。

2011 年 7 月 1 日 4 诊：前方加减服用一月余，月经淋漓已止，现感心悸，腹胀。舌红、苔少，脉弦小。处方：生晒参 12g，生北黄芪 10g，紫丹参 7g，益母草 10g，阿胶珠 10g，蒲公英 15g，蒲黄炭 15g，生地黄炭 12g，地榆炭 12g，杭白芍 12g，云茯神 15g，炒酸枣仁 15g，龙眼肉 10g，炙远志 6g，大红枣 10g，灵磁石 10g，大腹皮 10g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，水煎内服，每日 2 次。

2011 年 7 月 22 日 5 诊：服前方后，症状缓解，腹胀不显，月经至，五日，色质正常。舌红、苔少，脉细缓。上方去杭白芍、大腹皮，加金银花 15g，服法同前。

2011 年 7 月 29 日 6 诊：服前方后，月经淋漓反复，减少但未尽。舌红、苔少，脉细。处方：生晒参 10g，生北黄芪 10g，紫丹参 5g，当归身 10g，云茯神 15g，炒枣仁 15g，炙远志 6g，龙眼肉 10g，大红枣 10g，牡丹皮 10g，川郁金 10g，生地黄炭 10g，地榆炭 10g，蒲黄炭 15g，生甘草 5g，生鲜姜 3 片。7 剂，每日 1 剂，水煎内服，每日 2 次。

服上方后月经淋漓已止，病情稳定。

按语：本例患者经血非时而下，量少势缓，当属祖国医学“崩漏”之“漏证”。其经血淋漓不断，色红有块，少腹坠胀，脉弦且涩，乃因瘀滞冲任，血不循经，运行不畅，治宜活血祛瘀，固冲止血，此为“通因通用”“反治”之法。而《丹溪心法》指出：“夫妇人崩中者，由脏腑损伤冲任二脉，血气俱虚故也。”故余师方以参、芪、丹参为君，益气理血，提气摄血，其中丹参一味抵四物，乃活补同用之妙品；再选用阿胶珠补血止血，益母草活血调经，炭类药凉血止血；配合制香附、川郁金、延胡索等理气解郁，调经止痛，蒲公英、金银花、牡丹皮等清热凉血；并根据脾虚湿停而白带量多之标证，加用川萆薢、薏苡仁、玉米须等分清泌浊，效著。后患者月经淋漓反复，时感心悸，腹胀，舌淡，苔少，心脾两虚证候明显。又据《丹溪心法》：“治宜当大补气血之药，举养脾胃，微加镇坠心火之药，治其心，补阴泻阳，经自止矣。”于是余师把握病证关键，改用归脾汤加减，调理月余，终使经漏顽疾得以平复。（翁俊雄,杨建宇,李彦知,等.孙光荣教授运用中和理论诊疗妇科病学术经验点滴[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(21):8-14.）

闭经

案 1 文某，女，35 岁。

2011 年 6 月 10 日初诊：继发性闭经。自 2010 年春季以来，月经自行停止。现面色晦暗，消瘦，尿黄，寐差，口干。舌淡紫、苔黄，脉细涩。辨证：阴虚血瘀，冲任失调。治则治法：滋阴养血，通经活血。处方：西洋参 12g，生北黄芪 15g，紫丹参 10g，大熟地黄 12g，阿胶珠 10g，益母草 15g，川郁金 10g，制香附 10g，大生地黄 10g，赤芍药 12g，金银花 12g，制何首乌 15g，云茯神 15g，炒酸枣仁 15g，无柄芝 3g，川红花 10g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，水煎内服，每日 2 次。

2011 年 6 月 24 日 2 诊：服前方后，诸症好转，月经未至。舌淡红，苔白，脉沉细。上方去金银花，加北枸杞 15g，服法同前。

2011 年 7 月 15 日 3 诊：服前方后精神转佳，少腹疼，下肢疼，月经未至。舌淡、苔白，脉细。处方：生晒参 15g，生北黄芪 12g，紫丹参 10g，益母草 15g，制香附 10g，川郁金 10g，阿胶珠 10g，延胡索 10g，川牛膝 10g，川红花 10g，吴茱萸 10g，生甘草 5g。14 剂，每日一剂，水煎内服，每日 2 次。

服上方后月经至，继续调理两个周期，月经正常。

按语：《景岳全书•妇人规》曰：“凡妇女病损，至旬月半载之后，则未有不闭经者。正因阴竭，所以血枯，枯之为义，无血而然。”闭经的病因主要有饮食不当、情志失调、寒湿内侵、劳伤产后等。而本案患者并无明显的上述发病因素，根据其病史、症状，结合舌脉，当属久病脾虚，气血生化乏源，肾阴不得滋养，冲任无血可下，表现为经闭，消瘦，舌淡，脉细。而正气虚极，必血流艰涩，甚至枯涸，而生瘀证，表现为面色晦暗，舌紫，脉涩。阴虚内热，心肾不交，则表现为口干，尿黄，寐差，舌苔黄。因此，本案闭经缘于阴血不足，血海无血，有如水库无水，若直接开闸并无经水满溢外泄。故治疗上，余师用熟地黄、生地黄、阿胶珠生血补血，制首乌、无柄芝、北枸杞滋肾养阴以储水，并用益母草、川红花、赤芍药等活血通经以开闸，随症加减用药。诚如《景岳全书•妇人规》所言：“欲其不枯，无如养营；欲以通之，无如充之。但使雪消则春水自来，血盈则经脉自至，源泉混混，又孰有能阻之者？”足以预见本病远期疗效。（翁俊雄,杨建宇,李彦知,等.孙光荣教授运用中和理论诊疗妇科病学术经验点滴[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(21):8-14.）

案 2 贾某，女，25 岁。

2009 年 7 月 9 日初诊：产后停经 2 年，不寐、纳呆 1 年。刻下症见：寐差，纳不香，恶油，脱发，消瘦，心烦，下肢无力，口干不引饮。舌淡、苔黄腻，脉细涩且沉。诊断：闭经。辨证：肝郁脾虚，心肾不交。治则：疏肝健脾，交通心肾，养血活血通经。处方：生晒参 10g，生北黄芪 12g，紫丹参 10g，川郁金 10g，云茯神 15g，炒枣仁 15g，制何首乌 15g，明天麻 10g，益母草 10g，法半夏 7g，广陈皮 7g，佩兰叶 6g，阿胶珠 12g，北枸杞 15g，生龙齿 15g（先煎），乌贼骨 10g，怀山药 12g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，分 2 次服。

2 诊：服上方后，自感稍好转，但月经仍未至，怕冷，消瘦，无力，仍寐差，纳差。舌淡、苔黄润，脉细涩。上方改生晒参为西洋参；去法半夏、广陈皮、佩兰叶、北枸杞、怀山药、生甘草，加谷麦芽各 15g，西砂仁 4g，薏苡仁

20g，芡实仁 20g。因患者此时脾失健运之证明显，故加上此四药以助健脾之功，益后天之本。

3 诊：月经未至，仍难寐，多梦，纳差，多汗，消瘦，腹胀，脚肿。舌绛，苔少，脉细涩。因患者脉有涩象，并出现水肿之象，随证调方，治以理气利水，活血调经。处方：生晒参 15g，生北黄芪 15g，紫丹参 10g，益母草 15g，浮小麦 15g，当归片 10g，阿胶珠 10g，川红花 10g，乌贼骨 10g，生龙齿 15g（先煎），大腹皮 12g，炒枳壳 6g，制川厚朴 12g，云苓皮 12g，合欢皮 10g，川杜仲 12g，冬瓜皮 10g，车前仁 10g（包煎），谷麦芽各 15g，鸡内金 6g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，分 2 次服。

4 诊：服上方后纳眠可，脚稍肿，腹仍胀，月经未至。舌绛、苔少，脉细涩。因纳眠已可，仅有肿胀，更方如下：生晒参 15g，生北黄芪 12g，紫丹参 10g，益母草 15g，鸡骨草 12g，田基黄 15g，薏苡仁 15g，川红花 6g，云苓皮 10g，赤小豆 10g，车前仁 10g（包煎），麻黄根 10g，制何首乌 15g，阿胶珠 10g，浮小麦 15g，当归片 15g，金樱子 10g。7 剂，每日 1 剂，分 2 次服。

服上方后，月经至，腹胀、脚肿消失，病情平稳。

按语：不寐之因颇多，但缘于阳不入阴，心肾不交而致不寐者较为常见。诚如清代名医林佩琴《类证治载•不寐论治》中所说：“阳气自动而之静则寐，阴气自静而之动则寤，不寐者，病在阳不交阴也。”产后耗血伤阴，阴虚内热，以致产后经闭；肝肾阴亏，心肾不交，血虚受风而脱发；肝郁脾虚，则纳差，恶油，消瘦，下肢无力。孙老采用水火两济、疏肝健脾法治疗是证，颇多效验。心火下交于肾水，肾水上济于心火，心肾阴阳交通，水火既济，则昼兴夜寐。《傅青主女科》云：“肾气本虚，又何能盈满而化经水外泄耶。”此方心、肝、脾、肾四经同治药也，妙在“补以通之，散以开之”而经水自调，正乃不治之治意也。（翁俊雄,杨建宇,李彦知,等.孙光荣教授运用中和理论诊疗妇科病学术经验点滴[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(21):8-14.）

更年期综合征

案 1 张建华，女，59 岁，干部。

2014 年 3 月 1 日初诊。头晕耳鸣失眠 5 年，伴周身阵发性烘热烦躁。患者自述 52 岁自然经闭，经闭 2 年后，时时烘热烦躁汗出，头晕耳鸣，入睡困难，容易醒，每年秋冬加重，春夏减轻或缓解。近日头晕耳鸣加重，失眠，入睡困难，睡后易醒，多梦，时有心悸，迩来寒热交作，时时烘热烦躁汗出，两眼干涩，巅顶有压迫紧束感，双上肢及颈部麻木不适，精神抑郁，萎靡不振，情绪不稳定，纳可，二便正常。 舌质稍红苔薄白，脉细软。 妇科诊断为：更年期综合征。中医辨证属冲任虚损，阴阳失和。 治法：益肾调肝，养心安神，燮理阴阳。处方：党参 10g，黄芪 15g，丹参 10g，熟地黄 30g，当归 15g，酸枣仁 20g，白芍 15g，茯神 12g，陈皮 10g，远志 12g，淫羊藿 20g，枸杞子 15g，山萸肉 10g，夜交藤 20g，桂枝 15g，鸡血藤 30g，炙甘草 10g。 5 剂，水煎服。

二诊（3 月 6 日）：药后头晕耳鸣失眠减轻，寒热得罢，汗出减少，烘热夜减，且短时即退。脉细，舌淡红，苔薄白。原方续服 5 剂。

三诊（3 月 11 日）：药后精神抑郁好转，情绪稳定，巅顶有压迫紧束感、双上肢及颈部麻木明显改善，已基本不出汗，睡眠欠稳，仍感阵阵发热，但未出汗。 脉、舌如前。 前方加制香附 15g 以疏肝理气，加强调肝作用。 7 剂，水煎服。

四诊（3 月 18 日）：自觉身体状态较前明显好转，眼睛干涩已好，睡眠尚可，心情愉快，为巩固疗效，上方去桂枝、夜交藤、远志加五味子 10g 增加滋肾固肾的作用，再服 10 剂而愈。

按语：更年期综合征属于中医绝经前后诸证范畴，中医学历代医学家对该病早有探索和研究，如《素问·上古天真论》云：“七七任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，地道不通，故形坏而无子也”。冲任脉虚是更年期妇女的主要病理机制。 妇女年近五旬，肾气渐衰，冲任亏虚，精血不足，天癸渐竭，这样使阴阳二气不平衡，脏腑气血不协调，因而出现一系列症状。人参、黄芪、丹参三药合用，气血共调，共奏补气健脾，养血活血，调补冲任；熟地黄、淫羊藿、枸杞子、山萸肉滋补肝肾益精血；桂枝、白芍燮理阴阳；远志、茯神、酸枣仁、夜交藤养心安神；全方通过调和气血，补益精血而使阴阳复衡，诸症缓解。（刘辉.运用国医大师孙光荣调气活血抑邪汤治疗疑难杂证的点滴体会[J].光明中医,2015,30(04):694-696.）

习惯性流产并先兆流产

案 1 杨某，女，36 岁。

2009 年 2 月 15 日初诊。症见：脉虚细且滑，舌绛，苔少。习惯性流产并先兆流产者。前已孕三流三，现妊娠已二月，消瘦、倦怠、少食，且阴道时有淋漓之血。询其月经原本屡屡提前，色黑，有块。

此乃气血两虚兼见血热之证，法当益气补血，凉血安胎，援泰山磐石饮之意治之：

西洋参 15g，生北芪 20g，紫丹参 3g，当归身 12g，大熟地 20g，续断 15g，正川芎 3g，酒炒杭白芍 15g，于潜术 15g，西砂仁 2g，淡黄芩 5g，鸡内金 6g，谷麦芽各 15g，炙甘草 5g，糯米引。7 剂，每日 1 剂，水煎，分 2 次服。

按语：其标为习惯性流产并有先兆流产，其本为肝脾素亏而致气血两虚。

君以西洋参、生北芪、当归身、大熟地益气补血；臣以淡黄芩、白芍、续断养阴凉血止漏急治治其标；佐以于潜术、鸡内金、谷麦芽、西砂仁健脾养肝缓治其本；以少量紫丹参、正川芎理气活血而防瘀阻；使以炙甘草、糯米养胃和中。此为安胎保产求全之治也。

随访附记：上方共服 14 剂，漏止神清，眠食两安，妊娠足月顺产一子。（李彦知.中和医派孙光荣教授典型验案赏析[J].中国中医药现代远程教育,2012,10(10):99-100.）

肾囊风

案 1 幺某，男，60 岁。

2009 年 10 月 9 日初诊。

小腹坠胀，阴囊潮湿且痒。

初诊：小腹坠胀感 9 年。刻下症见：小腹坠胀，阴囊潮湿且痒，阴囊肿胀热敷后可消失，大便溏稀，尿黄，寐可。舌紫，苔黄腻，脉弦细且滑。辨证：肾虚风乘。治则：温补肾阳，除湿祛风。处方：

生晒参 15g，生北芪 15g，紫丹参 10g，升麻 6g，制香附 10g，大腹皮 15g，薏苡仁 30g，芡实仁 30g，小茴香 10g，制川朴 6g，佩兰叶 10g，金樱子 10g，金银花 15g，生甘草 5g，阿胶珠 10g。7 剂，日 1 剂，水煎服。

外洗方：煅龙骨 30g，煅牡蛎 30g，白蘚皮 15g，地肤子 15g，川楝子 15g，皂角刺 15g，蝉蜕 10g，薏苡仁 30g，芡实仁 30g，紫苏叶 6g。7 剂，日 1 剂，水煎外洗。

二诊：服上方后，症状好转，但仍有少腹坠胀，肠鸣，自感尿后阴囊肿胀，旁侧潮湿。舌淡，苔白腻，脉弦小。所有实验室检查结果正常。处方：生晒参 12g，生北芪 12g，紫丹参 10g，升麻 6g，川杜仲 12g，大腹皮 10g，小茴香 10g，荔枝核 10g，佩兰叶 6g，菟丝子 10g，金樱子 10g，生甘草 5g，阿胶珠 10g，山萸肉 10g，正锁阳 10g，路路通 10g。7 剂，日 1 剂，水煎服。

外用方：煅龙骨 30g，煅牡蛎 30g，滑石粉 100g。1 剂，上药共研末以纱布袋储之，扑患处。

服上方后，痊愈，各项检查指标正常。

按语：此证属中医学“肾囊风”的范畴。亦称阴囊风、绣球风、肾风、肾囊风疮。出明·陈实功《外科正宗·卷四》。指因肾气亏虚，风邪外袭，或肝经湿热下注而致男子以阴囊干燥作痒，起疙瘩形如赤粟，搔破后浸淫流水为特征的一种疾病。明代以前有文献称为阴湿疮、湿疮、阴下湿痒、阴囊湿痒、阴疮等名。《杂病源流犀烛·前阴病》：“阴囊湿痒者，由于精血不足，内为色欲所耗。外为风冷所乘，风湿毒气乘虚而入，囊下湿痒，甚则皮脱。”因于肾虚风乘所致者，症见阴囊潮湿发凉，汗出瘙痒，畏寒喜暖，腰酸膝软，舌质胖淡，脉沉细，治宜温补肾阳，除湿祛风。外用方祛湿止痒治其标。内外合治，标本同调。（李彦知,杨建宇,张文娟,等.孙光荣教授临证验案举隅[J].中国中医药现代远程教育,2010,8(02):8-9.）

肺癌

案 1 刘某，女，77 岁。

2009 年 9 月 25 日初诊。患者 2009 年 7 月底出现咳嗽，9 月份查出左侧肺癌并双肺转移。有高血压史，10 年前患萎缩性胃炎。刻下症见(家属转述)：呛咳，前胸痛，痰中带血，咳时小便失禁，纳差，难寐，低热，手足心热，腰背痛，舌红。辩证：气阴不足。治则：益气养阴，清热化痰，解毒散结。处方如下：

西洋参 10g，生北芪 10g，紫丹参 7g，天葵子 12g,山慈菇 10g，白花蛇舌草 15g，半枝莲 15g，桑白皮 12g，仙鹤草 15g，乌贼骨 15g，冬桑叶 10g，麦门冬 15g,芡实仁 15g,薏苡仁 15g，瓜蒌壳 6g，炙款冬花 7g，炙紫苑 7g，生甘草 5g，14 剂，每日 1 剂，水煎服。

二诊：服上方后，腰背痛减轻，食欲增进，睡眠改善，仍咳嗽，痰稠，憋气，头痛，腿疼，血小板下降。处方：西洋参 10g，生北芪 10g，紫丹参 7g，天葵子 12g,山慈菇 10g，白花蛇舌草 15g，半枝莲 15g，桑白皮 12g,瓜蒌皮 10g，炙款冬花 10g，炙紫苑 7g，淡紫草 10g,芡实仁 15g，冬桑叶 10g，乌贼骨 10g，金银花 10g，生甘草 5g，谷麦芽各 15g，延胡索 10g，另用水鸭(去心)、冬虫夏草、乌贼合煮汤调服数月。

服上方后，诸症好转，病情稳定。

按语：该患者久患萎缩性胃炎 10 余年，久病伤阴，累及于肺，而致成阴虚内热，消灼津液，不能滋润肺脏，宣发肃降失司而现呛咳，前胸痛，痰中带血，咳时小便失禁，纳差，难寐，低热，手足心热等一派阴虚之象。而孙教授针对病机采用益气养阴，清补兼施之法，对于肺癌转移证经过多种治疗后，出现肺胃阴亏之侯，用西洋参、生北芪、冬桑叶、麦门冬、炙冬花、炙紫苑、生甘草等以益气滋阴润燥，清肺化痰。以瓜蒌壳、天葵子、山慈菇、白花蛇舌草、半枝莲清热解毒，散结消肿。芡实仁、薏苡仁，以健脾益气。纵观全方，以角药，统管全局，益气养阴，清热化痰，解毒散结。另用水鸭(去心)、冬虫夏草、乌贼合煮汤调服，重在肺脾，佐以利水。如此用方极为玲珑，才能获此良效。（曾镛霏,杨建宇,李彦知.孙光荣教授中和思想治疗肿瘤之经验[J].中国中医药现代远程教育,2013,11(05):122-124.）

案 2 刘某，男，31 岁。

2009 年 9 月 4 日初诊。患者 2009 年 8 月肺癌术后，刻下症见：面色苍白，虚汗较多，难寐，多梦，咳嗽，口干，口腔黏膜及唇有脱膜感，晨起尿黄，舌绛、苔薄白，脉细涩。处方：西洋参 12g，生北芪 15g，紫丹参 10g，半枝莲 15g，桑白皮 12g，天葵子 12g，白花蛇舌草 15g，金银花 10g，蒲公英 10g，炙款冬花 10g，炙紫苑 10g，云获神 15g，炒酸枣仁 15g，阿胶珠 10g，浮小麦 15g，冬桑叶 10g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，水煎服。

二诊：服上方后，诸症好转，上腭仍有脱膜感，多梦，遗精，尿黄，纳不香，舌淡、苔少，脉细涩。处方：西洋参 10g，生北芪 10g，紫丹参 10g，半枝莲 15g，麦门冬 15g，白花蛇舌草 15g，桑白皮 12g，天葵子 12 g,金银花 10g，天门冬 10g，蒲公英 10g，阿胶珠 10g，浮小麦 15g，云获神 15g，生甘草 5g，炒枣仁 15g，谷麦芽各 15g。14 剂，每日 1 剂，水煎服。后调理月余，病情平稳。

按语：该案为肺癌术后，症见：面色苍白，虚汗较多，难寐，多梦，咳嗽，口干，口腔黏膜及唇有脱膜感，晨起尿黄，舌绛、苔薄白，脉细涩。从症状，舌象，脉象不难看出该证为肺阴亏虚，而兼有虚热，孙教授洞察秋毫，辨清标本，灵活治疗。西洋参、生北芪、紫丹参、炙冬花、炙紫苑、云获神、炒枣仁、阿胶珠、浮小麦、冬桑叶、生甘草等益气养阴之品以固其本，半枝莲、天葵子、白花蛇舌草、金银花、蒲公英清热解毒之品以治其标。纵观本案，治疗过程，当先益气行滞，清热解毒，渐次滋阴，健脾安神。看似拟方平淡，简单，却融肺脾两调，消补兼施于一体，面面俱到，故克复杂之顽症。（曾镛霏,杨建宇,李彦知.孙光荣教授中和思想治疗肿瘤之经验[J].中国中医药现代远程教育,2013,11(05):122-124.）

案 3 刘某，男，84 岁。

2010 年 5 月 4 日初诊。

肺癌患者，2009 年 5 月 14 日在宁夏诊断为右下鳞癌。现症：咳嗽气喘，咳血寐差，消瘦。舌红苔少，脉弦涩。辨证：气阴两虚，痰热蕴毒郁肺。治则：益气养阴，清热化痰解毒散结。处方：西洋参 10g，生北芪 10g，紫丹参 7g，天葵子 12g，猫爪草 12g，白花蛇舌草 15g，半枝莲 15g，麦门冬 15g，炙款冬花 10g，炙紫苑 10g，仙鹤草 15g，宣百合 10g，云获神 15g，炒枣仁 15g，生甘草 5g，桑白皮 12g，金银花 10g，阿胶珠 10g。14 剂，每日 1 剂，水煎服。

2010 年 6 月 25 日二诊。服上方后症状缓解，仍气短，咳嗽，吐黄痰。处方：西洋参 10g，生北芪 10g，紫丹参 7g，宣百合 10g，桑白皮 12g,麦门冬 15g，天葵子 12g，猫爪草 12g，半枝莲 15g，白花蛇舌草 15g，金银花 10g，仙鹤草 15g,大红枣 10g,薏苡仁 15g，生甘草 5g,十四剂，每日 1 剂，水煎服。

2010 年 7 月 23 日三诊。咯血，气短。处方：西洋参 10g，生北芪 10g，紫丹参 7g，宣百合 10g，百部根 10g,桑白皮 12g，麦门冬 12g，仙鹤草 12g，猫爪草 12g，半枝莲 15g,白花蛇舌草 15g，金银花 10g，天葵子 12g，川牛膝 10g，延胡索 10g，生甘草 5g。14 剂，每日 1 剂，一日 2 次，水煎服。

2010 年 8 月 6 日四诊。服上方后，病情稳定，但不思饮食，多食则胃不适(服用鸦胆子乳液期间)，余无不适，否认积液。处方：西洋参 10g，生北芪 10g，紫丹参 7g,天葵子 12g，猫爪草 12g，白花蛇舌草 15g，半枝莲 15g,麦门冬 15g，炙款冬花 10g，乌贼骨 15g，西砂仁 4g，大腹皮 10g，云获神 15g，炒酸枣仁 15g，制鳖甲 15g，桑白皮 12g，生甘草 5g，十四剂，每日 1 剂，一日两次，水煎服。

2010 年 8 月 27 日五诊。近来感到身有燥热，气喘，咳嗽，咯血已止，胸部及腿痛。处方：西洋参 10g，生北芪 10g，紫丹参 7g，天葵子 12g，猫爪草 12g，白花蛇舌草 15g，半枝莲 15g，银柴胡 12g，制鳖甲 15g，珍珠母 15g，炙冬花 10g，炙紫苑 10g，麦门冬 15g，延胡索 10g，生甘草 5g。14 剂，每日 1 剂，一日两次，水煎服。

按语：现症：咳嗽气喘，咳血，寐差，消瘦，舌红苔少，脉弦涩。辨证：气阴两虚，痰热蕴毒郁肺。阴虚肺燥咯血，患者乃阴虚之体，虚阳上扰，耗散津液，津伤肺燥，痰热蕴毒郁肺。治以益气养阴，清热化痰，解毒散结。方中西洋参、生北芪、紫丹参、麦门冬、宣百合、桑白皮、阿胶珠、麦门冬、仙鹤草滋阴润燥；炙冬花，炙紫苑化痰，云获神、炒枣仁、生甘草益气安神。制鳖

甲、天葵子、猫爪草、白花蛇舌草、半枝莲等解毒散结。其治疗过程，发活圆通，井井有条，所以显效。（曾镛霏,杨建宇,李彦知.孙光荣教授中和思想治疗肿瘤之经验[J].中国中医药现代远程教育,2013,11(05):122-124.）

案 4 李某某，男，64 岁。

2009 年 12 月 18 日初诊。

证见形销骨立，咳嗽咯痰，胸闷气短、微喘、不能平卧，脉弦小，舌红，苔白。经北京某三甲医院诊断为“肺癌伴大量胸腔积液”。此乃气阴两亏、痰热互结、水饮内停之证。治当益气养阴、清热解毒、化痰利水。拟方：生晒参 15g，生北芪 12g，紫丹参 10g，天葵子 10g，蛇舌草 15g，半枝莲 15g，瓜蒌皮 10g，桑白皮 10g，薏苡仁 20g，化橘红 6g，制鳖甲 15g，山慈菇 6g，金银花 12g，麦门冬 12g，生甘草 5g，佩兰叶 6g，炙紫菀 7g，炙冬花 7g，7 剂，水煎内服，每日 1 剂。

二诊：2009 年 12 月 25 日。

服前方后已能平卧，但仍微咳、胸闷，脉弦小，舌红，苔白。原方加减：生晒参 15g，生北芪 12g，紫丹参 10g，天葵子 10g，蛇舌草 15g，瓜蒌皮 10g，桑白皮 10g，炙百部 7g，薏苡仁 20g，化橘红 7g，山慈菇 6g，金银花 15g，苦桔梗 6g，木蝴蝶 6g，制鳖甲 15g，生甘草 5g，7 剂，水煎内服，每日 1 剂。

三诊：2010 年 7 月 9 日。

患者自感服上方效果明显，遂自行守方服药至今，经当地医院复查：肿块明显缩小 2/3，胸腔积液减少 1/3。询其诸证明显改善，仅偶有咳喘，脉弦稍细，舌红，苔薄白。

故仍以原方加减治之：

生晒参 12g，生北芪 12g，紫丹参 10g，全瓜蒌 15g，生苡米 30g，芡实仁 30g，蛇舌草 15g，葶苈子 10g，半枝莲 15g，猫爪草 15g，天葵子 10g，山慈菇 10g，制鳖甲 15g，五味子 3g，珍珠母 15g，化橘红 6g，炙紫菀 10g，炙冬花 10g，车前子 10g，阿胶珠 10g，生甘草 5g，28 剂，水煎内服，每日 1 剂。

追访：守方 60 剂后，经当地医院再次复查，未见胸腔积液，自感诸证悉平。

按语：肺癌或称支气管肺癌，为最常见之恶性肿瘤，发病率居全部肿瘤发病总数之第一或第二位，且有逐年增高之趋势，其主要临床表现有咳嗽、咯血、胸痛、发热、气急等。肺癌胸腔积液为肺癌晚期之常见并发症，严重影响患者生活质量与生存期。故肺癌胸腔积液之治疗乃肿瘤综合治疗之重要一环。西医治疗恶性胸腔积液方法甚多，但化疗毒副作用较大，手术治疗等方法又为晚期病人难以耐受，遂此病求治于中医者日益增多。

本案里检查结论为“肺癌伴大量胸腔积液”，而证属气阴两亏、痰热互结、水饮内停，故治以益气养阴、清热解毒、化痰利水。肺癌之辨识，应辨病与辨证相结合，引现代科技成果为我所用，则更易“知犯何逆”，从而增进中医辨证之准确度。肺癌之治，则应分期：①肺癌初期，因癌细胞尚未转移，故少见严重气短等症状，多属于肺气不宣；②肺癌术后，有胸腔积液，多属痰热内阻；③有转移者多属于痰热互结，此时不可用半夏等温燥之品，否则易致咯血。

本案为肺癌晚期，伴有大量右侧胸腔积液，根据其病程、症状、脉象、舌象，断为气阴两虚、痰热互结，治以益气养阴、清热化痰、利水渗湿，毒副作

用小而疗效确切，故守法守方。历经近 5 月，终使其得以绝处逢春，得以延生。（孙光荣.审辨变和 简验便廉 中医药治疗慢性病的特点及优势.国家中医药管理局、厦门市人民政府.第九届海峡两岸中医药发展与合作研讨会论文集[C].国家中医药管理局、厦门市人民政府:中华中医药学会糖尿病分会,2014:11.）

案 5 孟某，男，61 岁。

肺癌转移伴胸腔积液（放疗中）患者，主症为面浮，唇绀，咳嗽，咯血，胸闷，腹胀，尿黄，便结。证属气阴两虚，痰热蕴毒，水饮内停；治以益气养阴，清热解毒，化痰利水。2011 年 4 月 22 日首诊：肺癌，去年 7 月查出肺癌并转移至淋巴横膈，经过 6 个疗程的化疗，现行放疗中。既往曾因胆结石行胆囊切除术。刻下症见：面浮，唇绀，咳嗽，腹胀，便结。舌紫、苔微黄，脉沉细且涩。辨证：气阴两虚，痰热蕴毒，水饮内停。治则治法：益气养阴，清热解毒，化痰利水。处方：西洋参 10g，生黄芪 10g，紫丹参 7g，桑白皮 12g，冬桑叶 10g，炙冬花 10g，炙紫苑 10g，山慈菇 10g，天葵子 10g，白花蛇舌草 15g，半枝莲 15g，葶苈子 10g，无柄芝 5g，云茯神 15g，炒酸枣仁 15g，全瓜蒌 10g，制鳖甲 15g，生甘草 5g。14 剂，每日 1 剂，水煎内服，每日 2 次。

2011 年 5 月 6 日 2 诊：服前方后，面部浮肿稍减，他症亦减轻，但咯痰不爽，憋气胸闷，腹胀，口干，尿黄。脉沉细涩，舌淡紫、苔黄腻。上方去炙冬花、炙紫苑、全瓜蒌、制鳖甲，加枇杷叶 10g，鱼腥草 10g，生薏苡仁 20g，芡实仁 15g。服法同前。

2011 年 5 月 13 日 3 诊：服前方后，咳喘不已，右腹肿胀，咽干，黄痰今晨夹血。舌紫，苔少，脉弦紧。处方：生晒参 12g，生黄芪 12g，紫丹参 7g，白花蛇舌草 15g，半枝莲 15g，山慈菇 10g，麦冬 15g，葶苈子 10g，仙鹤草 15g，天冬 10g，浙贝母 5g，炙冬花 10g，炙紫苑 10g，大腹皮 10g，车前仁 10g，鱼腥草 12g，制川厚朴 6g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，水煎内服，每日 2 次。

2011 年 5 月 20 日 4 诊：服前方后，咳痰减少，但咯血，腹胀，尿黄，浮肿。舌淡紫、边尖有齿痕、苔薄白，脉弦细。上方加木蝴蝶 10g，制鳖甲 15g，云苓皮 10g，并增加山慈菇、浙贝母用量，减少紫丹参用量，服法同前。

2011 年 9 月 2 日 5 诊：坚持服用上方三个月，诸症显著减轻，但咳嗽，痰稠，无咯血及痰中带血，仍有面肿及胸腔积液。舌淡、苔中心黄滑，脉细稍涩。处方：生晒参 12g，生黄芪 10g，紫丹参 10g，白花蛇舌草 15g，半枝莲 15g，山慈菇 10g，桑白皮 10g，化橘红 7g，冬桑叶 10g，炙冬花 10g，炙紫苑 10g，葶苈子 10g，茯苓皮 10g，大腹皮 10g，炙远志 7g，地肤子 10g，全瓜蒌 7g，生甘草 5g。28 剂，每日 1 剂，水煎内服，每日 2 次。并嘱患者及其家属日常生活应注意“从顺其宜”，患者想做什么就做什么，家属则无条件配合患者意愿，做到“合则安”。

按语：扶正祛邪益中和，存正抑邪助中和，护正防邪固中和，是孙老的临床学术观点，更是其治疗癌症的基本原则。肺癌属于中医“肺积”、“痞癖”、“息贲”、“肺壅”等范畴，总属本虚标实之证，治当以人为本，以正气为先，固护人体气血津液，平衡阴阳，助益中和，在此基础上辅以解毒攻邪，祛腐生新。本例患者年过六十，正气亏虚，邪气尚盛，孙师根据其病程、症状及舌脉，断为气阴两虚，痰热蕴毒，水饮内停之证；治以益气养阴为主，

清热解毒，化痰利水为辅，守法守方 4 月余，终使该肺癌中晚期患者绝处逢春，走向康复。调气血、平升降、衡出入、致中和，是孙老的临证思辨特点。本案患者以咳嗽，胸闷，腹胀，口干，尿黄，便结等为主症，纠其病机，乃因痰热瘀毒，留滞郁肺，气机不畅，上下不通，升降失调，清浊不分。故遣方用药，当以西洋参、生黄芪、紫丹参为君，动静结合，气血共调，畅和全身；针对病灶，臣以桑白皮、冬桑叶、枇杷叶，山慈菇、天葵子、无柄芝，白花蛇舌草、半枝莲、鱼腥草等组药，平升降、衡出入，共成升清降浊、吐故纳新、祛腐生新之剂。针对胸水，佐以生薏苡仁、芡实仁、葶苈子等健脾利湿，泻肺定喘，下气行水；配上云茯神、炒枣仁宁心安神，生甘草调和诸药，此为使。纵观全方，君臣佐使井然有序，谨守病机，动静相扣，阴阳互动，同时药精量小，尽显医之王道。孙老认为，本病化痰，若用西药沐舒坦，虽能稀化稠痰，却可能因邪留病所而“浇”伤正气；若用中药半夏等温燥之品，则可能加重咯血症状。因此，组方时应合理选用鱼腥草、全瓜蒌等清热化痰之药，并根据标证的不同，灵活配用仙鹤草等凉血止血之品防治咯血。（陈瑞芳.孙光荣教授调气活血抑邪汤临证验案 3 则[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(16):33-35.）

案 6 李某某，男，34 岁。

脉弦紧，舌绛，苔少微黄。2010 年 7 月 9 日初诊。症见：患右肺癌伴胸腔积液，服前方后，肿块明显缩小（由 3.5cm×1.8cm 缩小至 1.5cm×1.5cm）胸腔积液明显减少（由 13.5 降至 7.5cm）。效不更方，循前方以自拟“扶正抑癌汤”治之：生晒参 12g，生黄芪 12g，丹参 10g，全瓜蒌 15g，生薏苡仁 30g，炒芡实 30g，白花蛇舌草 15g，半枝莲 15g，猫爪草 15g，葶苈子 10g，制鳖甲（先煎）15g，珍珠母（先煎）15g，炙紫菀 10g，化橘红 16g，车前子（布包），生甘草 5g。28 剂，每日 1 剂，水煎，分 2 次服，忌辛辣酒烟。

按语：肺癌且伴有胸水者，气滞，血瘀、痰凝，毒聚而伤肺也。故以生晒参、生北芪、紫丹参之益气活血为其君，以全瓜蒌之清热涤痰、宽胸散结及白花蛇舌草、半枝莲、猫爪草、炒芡实之清热解毒、散结消痈、利水除湿为其臣；以制鳖甲、珍珠母、葶苈子滋阴潜阳、软坚散结、行水除满为其佐；以炙紫菀、化橘红、生甘草之止咳化痰、健脾和中为其使。诸药合用，扶正固本、祛邪抑癌，以期能挽狂澜于既倒也。随访附记：上方服 28 剂，继之加减再服 14 剂，胸腔积液基本消失，诸症缓解，生活起居正常。（李彦知.中和医派孙光荣教授典型验案赏析[J].中国中医药现代远程教育,2012,10(10):99-100.）

食道癌

案 1 高某，男，48 岁。

2010 年 7 月 16 日首诊。食道癌术后 4 年，放疗中，现纳差，烧心，尿黄，背痛。舌绛紫，苔滑中央及根黄腻褐，脉细。辨证：气阴两虚，毒热凝痰于胃。治则：益气养阴，健脾和胃，清热解毒，化痰散结。处方：西洋参 12g，生北芪 10g，紫丹参 10g，乌贼骨 15g，西砂仁 4g，鸡内金 6g，降真香 10g，广橘络 6g，炒六曲 15g，延胡索 10g，猫爪草 10g，山慈菇 10g，制鳖甲 15g，半枝莲 15g，蛇舌草 15g，生甘草 5g。7 剂，水煎内服，每日 2 次。

2010 年 7 月 23 日 2 诊。服前方后疼痛明显减轻，但仍有肝区疼痛及胃脘烧灼感。舌红、苔稍黄腻，脉细。处方：西洋参 12g，生北芪 10g，紫丹参 10g，乌贼骨 15g，西砂仁 4g，鸡内金 6g，延胡索 10g，猫爪草 10g，山慈菇 10g，制鳖甲 15g，降真香 10g，半枝莲 15g，蛇舌草 15g，川郁金 10g，生甘草 5g，7 剂，水煎内服，每日 2 次。

按语：食道癌属于中医“噎嗝”范畴。孙师认为，本病多由饮食不节、情志不遂、正气亏虚等，造成痰郁化热蕴毒，肝气郁滞，脾胃纳运不健，津液不能输布，气血生化乏源，经络不通等。在治疗上除予以扶正固本、清热解毒散结外，尚十分重视对胃之通降失常的调治。因胃，主受纳和腐熟，以降为顺，而在本病，由于水谷受纳受阻，则气血无以化，正气更虚，糟粕不能下行，毒热没有通出之道。本例患者，余师用乌贼骨、西砂仁、鸡内金、降真香等以和胃健脾，恢复脾胃的正常功能，同时也给邪气以外出的通道，一法多用，寓意深远。（杨建宇,李彦知,张文娟,等.中医大师孙光荣教授中和医派诊疗肿瘤学术经验点滴[J].中国中医药现代远程教育,2011,09(13):129-133.）

甲状腺癌

案 1 张某，女，60 岁。

甲状腺癌多发骨转移，头痛，走路腿疼。2010 年 4 月 2 日初诊。甲状腺癌，骨转移 2009 年转移至髋骨，颅脑，临床表现为：多发骨转移，寐可，咳嗽时头痛甚。舌淡苔少。脉稍涩。证属：肾虚乏源，痰毒流注。治法：扶正为本，补益肝肾，兼以化痰散结，活血通络。方药如下：西洋参 10g，生北芪 12g，紫丹参 10g，制首乌 15g,明天麻 12g，天葵子 10g，半枝莲 15g，白花蛇舌草 15g，山慈菇 10g，延胡索 10g，田三七 6g，补骨脂 10g,骨碎补 10g，川牛膝 10g，川杜仲 12g，正锁阳 10g，阿胶珠 10g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，水煎服。

二诊(2010 年 4 月 9 日)：服前方后，头痛减轻，但易感冒，咳嗽，耻骨癌转移，步行不稳。舌淡红，中有裂纹、苔少，脉细滑缓。上方去天葵子、延胡索、田三七、正锁阳，加淡紫草 10g，金毛狗脊 10g，猫爪草 5g，14 剂，服法同前。

按语：孙教授一向强调，从临证出发，以病用药，畅气血，调升降。善用黄芪、西洋参、丹参等温补之药，救病人于危难之际。该案为甲状腺癌骨转移，舌淡、苔少、脉涩。是久病穷必及肾的典型，肾虚乏源，湿毒流注，而致瘀滞其中，阻滞经络，不通则痛。出现头痛，走路腿疼。以西洋参、生北芪扶正为本，延胡索、田三七、补骨脂、骨碎补、川牛膝、川杜仲、正锁阳本，制首乌补益肝肾，兼用明天麻、天葵子、半枝莲、白花蛇舌草、山慈菇兼以化痰散结。紫丹参、延胡索、田三七活血通络。纵观全方，持论明通，立方以扶正为主，再加熄风之品明天麻看似平淡，而能取得良好效果。（曾镛霏,杨建宇,李彦知.孙光荣教授中和思想治疗肿瘤之经验[J].中国中医药现代远程教育,2013,11(05):122-124.）

直肠癌

案 1 胡某某，女，56 岁。

住长沙市左家塘湘粮机械厂宿舍。1996 年 9 月 1 日初诊：患者于 1 月前发现大便带血，大便不畅，疑为“痔疮”。于 1996 年 8 月 27 日在湖南医科大学附二医院行病理切片(病理组织检查号：224211)，检查报告为：直肠乳头状腺瘤，灶性癌变。现诉乏力，头晕。大便次数基本正常，大便带血，色鲜红，偶见色黑，背胀。舌质淡，苔白，脉细涩。辨证为气阴两虚，热毒阻肠。治以益气养阴，清热解毒，凉血化瘀止血。处方：西洋参(蒸兑)10g，生北芪 12g，制首乌 15g,槐花炭 15g，大蓟草 10g，仙鹤草 12g,蒲黄炭 15g,地榆炭 12g，金刚茕 15g，蛇舌草 15g，半枝莲 15g,蒲公英 15g,嫩龙葵 12g，桑寄生 12g，淮山药 15g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，水煎两次分服。外用蛞蝓液保留灌肠，每日 1 次。

1996 年 9 月 8 日二诊：头已不晕，大便未带血，稍稀，自觉无特殊不适，舌脉如前。仍以原方去地榆炭，7 剂。仍用蛞蝓液保留灌肠，每日 1 次。1996 年 9 月 29 日三诊：于 1996 年 9 月 26 日在湖南省肿瘤医院行肠镜检查，报告为：进镜顺利（18cm），结肠直肠粘膜光滑，未见肿块。患者无特殊不适，要求服药巩固疗效。处方：西洋参(蒸兑)10g，生北芪 12g,嫩龙葵 15g,槐花炭 15g，金刚茕 15g，淮山药 15g，制鳖甲 15g，川杜仲 12g,蒲公英 12g，谷精珠 12g,仙鹤草 12g,大蓟草 12g，生苡米 20g，生甘草 5g。又服 7 剂。不再用灌肠法。病情稳定，后再遵上方略施加减 14 剂后，患者自觉无不适而自行停药，随访至今未复发。

按语：患者初诊诉乏力，头晕。大便次数基本正常，大便带血，色鲜红，偶见色黑，背胀。舌质淡，苔白，脉细涩。于 1996 年 8 月 27 日在湖南医科大学附二医院行病理切片(病理组织检查号：224211)，检查报告为：直肠乳头状腺瘤，灶性癌变。辨证为气阴两虚，热毒阻肠。治以益气养阴，清热解毒，凉血化瘀止血。方中西洋参益气养阴，生北芪益气健脾，共为君药。嫩龙葵、蛇舌草、半枝莲、蒲公英清热解毒，金刚茕消肿毒，俱为臣药。槐花炭、大蓟草 10g、仙鹤草、蒲黄炭、地榆炭凉血活血止血，淮山药、制首乌、桑寄生健脾补肾已扶助正气，以上皆为佐药，生甘草清热解毒、调和诸药为使。蛞蝓液功能清热祛风，消肿解毒，破痰通经，《泉州本草》谓其：“通经破瘀，解毒消肿，利小便。主治月经闭止，癥瘕腹痛，损伤瘀血作痛，痈肿丹毒”。故孙老外用蛞蝓液保留灌肠以消癥，针对病机用药，内外合治，故疗效确切。（蔡铁如,佘建文.孙光荣研究员内外兼治直肠癌经验简析[J].湖南中医药导报,2000,06(06):9-10.）

卵巢癌

案 1 马某，女，68 岁。

2009 年 9 月 4 日初诊卵巢癌化疗中，出现胸水、腹水。症见：腹胀，胃脘胀，气短，口干，尿黄，舌绛苔灰，脉细且涩。辨证：肝肾亏损。治则：健脾益气，利水消胀，调补肝肾，培补真元。方药如下：西洋参 10g，生北芪 12g，紫丹参 10g，制鳖甲 15g,半枝莲 15g，白花蛇舌草 15g,芡实仁 15g,薏苡仁 15g，大腹皮 12g，炒枳壳 6g，制香附 10g，当归片 10g,车前子 10g，赤小豆 10g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，水煎服。

二诊，服前方后，诸症明显好转，现仍有呃逆、稍胀；舌淡、苔黄。处方：西洋参 10g，生北芪 12g，紫丹参 10g，制鳖甲 15g，半枝莲 15g，白花蛇舌草 15g,芡实仁 15g,薏苡仁 15g，大腹皮 12g，炒枳壳 6g，制香附 10g，降真香 10g，当归片 10g，车前子 10g，赤小豆 10g，鸡内金 6g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，水煎服。

三诊，服前方后，诸症减轻，仅感腹中偶有“窜气”；舌红、苔黄，脉小弦。处方：西洋参 10g，生北芪 12g，紫丹参 10g，制鳖甲 15g，半枝莲 15g，白花蛇舌草 15g,芡实仁 15g,薏苡仁 15g，大腹皮 12g，炒枳壳 6g，制香附 10g，当归片 10g，鸡内金 6g，阿胶珠 10g,生甘草 5g。14 剂，每日 1 剂，水煎服。服上方后，诸症减轻，病情稳定。

按语：该案为卵巢癌化疗后，导致肝肾亏损，脾气虚弱，水湿运化失司，出现腹满胀气，湿久化热，流注下焦，影响膀胱气化，而出现尿黄、口干、舌绛、苔灰。尤其值得一提的是“脉细且涩”反映了该病肝肾阴虚是本，脾虚腹胀是标。孙老巧抓主证，治肺、治脾、治肝各不相同，均随其证而有所变通。以西洋参、生北芪、紫丹参、制鳖甲、大腹皮、炒枳壳、制香附、芡实仁益气养血软坚散结；芡实补益肝肾，以固其本，以薏苡仁、大腹皮、炒枳壳、制香附、当归片、车前子、赤小豆、甘草健脾理气，以绝生水之源。纵观全方治疗思路，于西洋参、生北芪、甘草补气扶正中加大腹皮、炒枳壳、制香附以理气，佐制鳖甲以搜阴，顾云邪伏血瘀而加当归片、紫丹参，加车前子、赤小豆、甘草以祛湿达邪，虚实兼到，极为灵巧，方药精当，所获良效，亦在预料之中。（曾镛霏,杨建宇,李彦知.孙光荣教授中和思想治疗肿瘤之经验[J].中国中医药现代远程教育,2013,11(05):122-124.）

子宫肌瘤

案 1 施某，女，外企职员。

子宫肌瘤 2 年，盆腔积液。2010 年 7 月 23 日初诊。患者 2010 年 3 月 16 日在首都医科大学附属北京妇产医院超声所见：子宫肌瘤，盆腔积液。右侧卵巢长颈:3.0cm，左侧卵巢长颈:2.8cm，子宫后方可见液性暗区，后径 1.8cm，刻下：多梦，消瘦，面色无华，皮肤干涩，月经准期，质稠。舌红，边有齿痕，苔薄，脉细涩。证属阴血亏虚，瘀毒内结，治以健脾养心，解毒散结利湿。方用：西洋参 10g，生北芪 10g，紫丹参 7g，山慈菇 10g，猫爪草 12g，生薏苡仁 15g，炒芡实 15g,草蔚子 10g，川杜仲 12g，鸡内金 6g，云获神 15g,炒酸枣仁 15g，阿胶珠 12g，大生地 10g，杭白芍 10g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，水煎服。

2010 年 7 月 30 日二诊。服上方后，病情稳定，便稀，带稠，略呈红色，多梦，舌红边有齿痕、苔少，脉细稍涩。上方去川杜仲、鸡内金、阿胶珠、大生地、杭白芍，加炒广曲 15g，车前子 10g，制首乌 15g，生龙齿 15g。服法同前。

2010 年 8 月 6 日三诊。服上方后，病情稳定。舌红边有齿痕、苔花剥，脉细稍涩。求嗣。上方去云获神、炒酸枣仁、炒广曲、生龙齿，加阿胶珠 10g，制鳖甲 15g，路路通 10g，鸡内金 6g，十四剂，每日 1 剂，水煎服。

按语：该案子宫肌瘤属“症瘕”一病，难求旦夕之效，尤要注意调理心脾，培补阴血，佐以利水渗湿、清热解毒、软坚散结。纵观全部治疗经过，制法精巧，养血理气，健脾养心，两擅其长，用药细腻。其中西洋参、生北芪、紫丹参、生意仁、炒芡实、云获神、炒枣仁等，补气健脾，山慈菇、猫爪草清热解毒；制鳖甲、路路通、鸡内金软坚散结。诸药合用，作用于盆腔，改善了盆腔的血液循环，提高了机体的免疫力，使盆腔内瘀血得以清除，症瘕得以消散，诸证改善，免除手术之苦，该法不愧为一种调动疗法的特色，值得我们深究其理，认真总结。（杨建宇,李彦知,张文娟,等.中医大师孙光荣教授中和医派诊疗肿瘤学术经验点滴[J].中国中医药现代远程教育,2011,09(13):129-133.）

乳腺纤维瘤

案 1 黄某，女，22 岁。

2009 年 1 月 9 日初诊。患者乳腺纤维瘤术后复发。刻下症见：舌红、苔薄白，脉细涩。西医诊断：乳腺纤维瘤。中医诊断：乳癖。辩证：肝郁气滞，痰瘀阻络。治则：理气活血通络，软坚散结。处方：台党参 15g，生北芪 15g，紫丹参 12g,金刚刺 12g，川郁金 12g，丝瓜络 6g，珍珠母 15g，云获神 15g，炒酸枣仁 15g，北枸杞 15g，生牡蛎 15g，生甘草 15g。7 剂，每日 1 剂，水煎服。

二诊：服上方后，舌尖红、苔薄白，脉同前。处方：台党参 15g，生北芪 15g，紫丹参 12g，白鲜皮 10g，蝉衣 6g，珍珠母 15g，川郁金 12g，丝瓜络 6g，生牡蛎 15g，北枸杞 15g，刺蒺藜 10g，生甘草 15g，杭白菊 10g，七叶一枝花 6g(包煎)，14 剂，每日 1 剂，一日 2 次，水煎服。

三诊：服上方后，无明显变化。舌红、苔少，脉弦涩。处方：台党参 15g，生北芪 15g，紫丹参 12g，法半夏 7g，广橘络 7g，路路通 10g，珍珠母 15g，生牡蛎 15g，黄药子 6g(包煎)，川郁金 12g，蒲公英 15g，生甘草 15g。7 剂，每日 1 剂，水煎服。

四诊：经来腹痛，乳腺纤维瘤，无明显变化。伴有咽部不适。舌红、苔少，脉细。处方：台党参 15g，生北芪 15g，紫丹参 12g，法半夏 7g，广橘络 7g，路路通 10g，制香附 12g，吴茱萸 10g，补骨脂 10g，蒲公英 15g,丝瓜络 6g，刺蒺藜 10g，延胡索 10g，木蝴蝶 10g，生甘草 5g，当归 10g，制香附 10g。14 剂，每日 1 剂，一日 2 次，水煎服。

继服上方 20 余剂后，瘤体软化，缩小，诸症好转，效果显著。

按语：该案为中医“乳癖”之范畴，乃久病入络，脉证合参，其病机为：肝用太过，横逆犯胃，痰瘀互结，治当理气活血通络佐以软坚散结。临证时刻强调理气活血、软坚散结及柔肝等方法的应用。用药细腻，实则苦心斟酌以出之，诚以调理内伤久病之法。该病治疗过程，四面照顾，通盘打算，多复杂碍手之处，用药灵活，而获良效。（杨建宇,李彦知,张文娟,等.中医大师孙光荣教授中和医派诊疗肿瘤学术经验点滴[J].中国中医药现代远程教育,2011,09(13):129-133.）

乳腺增生

案 1 何某，女，35 岁。

2011 年 5 月 13 日首诊：乳腺增生，胀痛在经期感觉明显。月经衍期，色黑，有块。舌紫、苔薄白，脉弦小。辨证：气滞血瘀，痰凝乳络。治则治法：理气止痛，活血化痰，软坚散结。处方：生晒参 12g，生北黄芪 10g，紫丹参 10g，益母草 10g，制香附 10g，丝瓜络 6g，山慈菇 10g，天葵子 10g，川郁金 10g，法半夏 7g，广陈皮 7g，延胡索 10g，蒲公英 15g，制鳖甲 15g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，水煎内服，每日 2 次。

2011 年 5 月 20 日 2 诊：服前方后，病情稳定，右侧乳腺增生已有软化、缩小，手足凉。舌淡紫，苔薄白，脉弦小。前方加珍珠母 15g，伸筋草 10g，14 剂，服法同前。

2011 年 6 月 10 日 3 诊：服前方后，右侧乳腺增生缩小，但觉痒，月经有味。舌绛、苔白，脉弦。处方：西洋参 10g，生北黄芪 10g，紫丹参 10g，北柴胡 10g，川郁金 10g，广橘核 6g，制香附 10g，丝瓜络 6g，山慈菇 10g，珍珠母 15g，制鳖甲 15g，皂角刺 10g，延胡索 10g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，水煎内服，每日 2 次。

2011 年 6 月 17 日 4 诊：服前方后乳腺增生已明显缩小，右侧已基本消散，但偶有腹泻。上方去延胡索，加焦三仙各 15g，车前仁 10g，服法同前。

2011 年 7 月 15 日 5 诊：服前方后，乳腺增生缩小，现四肢凉，自汗。舌淡紫、苔薄黄，脉细涩。处方：生晒参 12g，生北黄芪 12g，紫丹参 10g，川郁金 10g，山慈菇 10g，丝瓜络 10g，制鳖甲 15g，珍珠母 15g，云茯神 15g，炒酸枣仁 15g，浮小麦 15g，生甘草 5g。7 剂，服法同前。

2011 年 8 月 26 日 5 诊：前方加减服用一个月后，右侧乳腺增生已消散，左侧尚有三粒小结节，偶有自汗。舌绛，苔白滑，脉弦小。处方：生晒参 12g，生北芪 12g，紫丹参 10g，川郁金 10g，山慈菇 10g，丝瓜络 10g，云茯神 15g，炒酸枣仁 15g，制鳖甲 15g，麻黄根 10g，浮小麦 15g，阿胶珠 10g。14 剂，每日 1 剂，水煎内服，每日 2 次。

按语：本病属于祖国医学“乳癖”范畴。孙老认为，乳癖发病多因情志内伤、忧思恼怒。正如《外科正宗》所云：“忧郁伤肝，思虑伤脾，积想在心，所愿不得志者，致经络痞涩，聚结成核。”足阳明胃经过乳房，足厥阴肝经至乳下，足太阴脾经行乳外。若情志内伤，忧思恼怒则肝脾郁结，气血逆乱，血阻为瘀，津聚成痰；复因肝木克土，致脾不能运湿，胃不能降浊，则痰浊内生；痰浊瘀血阻于乳络则为肿块疼痛。八脉隶于肝肾，冲脉隶于阳明，若肝郁化火，耗损肝肾之阴，则冲任失调，因“冲任二经，上为乳汁，下为月水”（《圣济总录》），故而乳房结块而疼痛，月事衍期而紊乱。验之于临床，乳房结块之大小和疼痛程度每随月经周期而改变，且多伴月经不调。本案即为气滞痰凝血瘀，冲任二经失调的典型病例。余师以理气止痛，活血化痰，软坚散结之法治疗是证，并强调要善用丝瓜络等引经药，使药达病所；天葵子、山慈菇、制鳖甲等软坚散结之药应与参、芪等益气扶正之药合用，做到中病即止，避免过用伤正；善后还须补肾固本以减少复发。颇多效验，值得效法。（翁俊雄,杨建宇,李彦知.孙光荣教授运用中和理论诊疗妇科病学术经验点滴[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(21):8-14.）

案 2 梁某，女，16 岁。

2011 年 5 月 13 日首诊：乳腺增生，近年月经提前，紊乱，色黑，痛经。现症：面色无华，身形消瘦，多梦，尿黄，阴痒。舌淡、苔少，脉弦稍数。辨证：肝郁脾虚，气滞血瘀，湿热下注。治则治法：疏肝解郁，健脾活血，兼以清热利湿。处方：西洋参 12g，生北黄芪 10g，紫丹参 10g，北柴胡 10g，川郁金 10g，丝瓜络 6g，山慈菇 10g，天葵子 10g，制鳖甲 15g，云茯神 15g，炒酸枣仁 15g，制首乌 15g，蒲公英 15g，车前仁 10g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，水煎内服，每日 2 次。另方：蛇床子 15g，百部根 10g，鱼腥草 15g，白藓皮 15g，蝉蜕 6g，皂角刺 10g，蒲公英 15g，金银花 15g，野菊花 15g，地肤子 12g，生甘草 5g。7 剂，每日 1 剂，水煎外洗阴部，每日 2 次。

2011 年 6 月 10 日 3 诊：前方加减使用三周后，右侧乳腺增生稍有软化与缩小，月经周期正常，但经来腹痛，白带粘稠，仍有阴痒。舌红、苔少，脉细。处方：生晒参 12g，生北黄芪 12g，紫丹参 10g，川郁金 10g，山慈菇 10g，丝瓜络 6g，北柴胡 10g，制香附 12g，吴茱萸 10g，延胡索 10g，川萆薢 10g，蒲公英 12g，云茯神 15g，炒酸枣仁 15g，生甘草 5g，服法同前。另方：蛇床子 20g，白藓皮 12g，地肤子 15g，皂角刺 12g，蝉蜕衣 6g，煅龙骨 15g，煅牡蛎 15g，生薏苡仁 15g，芡实仁 15g，紫苏叶 10g，鱼腥草 15g，蒲公英 15g，生甘草 5g。水煎外洗阴部。

2011 年 7 月 15 日 5 诊：前方加减使用 1 个月后，乳腺增生好转，经来有块，阴痒消失。舌红、苔花剥，脉细。上方去吴茱萸、川萆薢、蒲公英，加益母草 10g，制鳖甲 15g，珍珠母 15g，服法同前。上方加减调理月余，诸症消失，病情稳定。

按语：本病缘于平素情志抑郁，肝气不舒，气血周流失度，循肝经阻滞于乳络；肝气横逆犯胃，则脾失健运，痰湿内生，气滞血瘀挟痰留聚乳中，发为乳癖。而冲任二脉与乳房生理、病理紧密相关，因于冲任，血液上行为乳，下行为经，乳汁的调节、月经的盈缺无不与冲任有关。若肝郁化火，耗损肝肾之阴，冲任失调，气血瘀阻于乳房、胞宫，乳房疼痛而结块，月事紊乱而失调。如果湿毒邪气乘虚内侵胞宫，损伤任带或脾肾亏虚，湿浊内生，下注任带，则引起带下病；湿郁化热，湿热蕴结，注于下焦，日久伤及阴血，血虚生风，可出现外阴瘙痒。本例患者即乳腺增生与月经紊乱同现，白带粘稠与阴部瘙痒并见，孙师断为肝郁脾虚，气滞血瘀，湿热下注，冲任失固，治以疏肝理气、健脾升阳、固肾养阴与软坚散结、清热利湿、活血止痒同施，内服辅以外洗，使乳癖消、月经调、带下常、阴痒止而收功，值得效法。（陈瑞芳.孙光荣教授调气活血抑邪汤临证验案 3 则[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(16):33-35.）