

·国医大师学术精粹·

疑难杂病治疗策略

周仲瑛 (南京中医药大学, 江苏 南京 210029)

摘要:针对中医临床疑难杂病的发病特征和本人多年临床实践经验,从 10 个方面阐述了疑难杂症治疗策略,并强调临证贵在因人制宜,治有主次,机圆法活,胆大心细,发于机先,知常达变,顺势利导,以平为期,精选方药,方能更好的应对复杂多变的临床实际问题。

关键词:疑难杂病;中医药治疗;策略

中图分类号:R283.1

文献标识码:A

文章编号:1000-5005(2009)05-0321-05

疑难杂症是指辨证求因诊断难明(“疑”)、缺乏特效治疗(“难”)、病症复杂多变(“杂”)的一类病症,且与急症有一定的相关性。中医药对这类疾病具有“审证求机”辨治的优势、独特的治疗策略。现略抒管见如下。

1 重视个体

重视个体,以人为本,因人制宜,具体情况,具体分析,具体治疗,这是中医治病的基本要求,也是疑难杂症治疗的重要指导思想之一。同一疾病,同一致病微生物,可能由于年龄、气候、季节、地域、个体之异,而表现为性质迥然不同的六淫邪气。如流行性出血热,江苏地区多为阳热亢盛的温热性证候,而江西地区则常见湿热性证候,东北地区气候凛冽,则多呈伤寒型表现。肺炎病人虽多属风湿,治辨卫气营血,但并非尽属风湿,亦可见风寒、结胸、胸痹、类疟等候,必须审证求因施治。尤其值得注意的是,在内伤病方面,由于个体差异,机体对疾病的反应性也各不相同,如同为郁怒伤肝,有的人仅表现为肝气郁结,有的人则表现为风阳上扰,有的人却表现为肝火炽盛,在治疗上则应分别选用舒肝理气、平肝熄风、清肝泻火等不同方药进行治疗;同为血小板减少性紫癜,有从心脾两虚或肝肾不足论治而获效者,也有从瘀热动血、络损血溢而获愈者;同为高血压,有从清肝泻火而取效者,也有从温阳补肾而治愈者,虽一补一

泻、一寒一温,治法相反,获效则一,表明重视个体化,在疑难杂症的治疗中有着十分重要的意义。

2 治有主次

临床对多种病理因素错杂同病者,必须注意抓住主要矛盾方面,治有主次重点。如痰瘀相兼者,应分析因痰致瘀,还是因瘀停痰,探求其形成原因,以确定直接治痰治瘀的主次,或是间接地调整脏腑功能,通过治痰之本,治瘀之因而解决。要善于注意并把握疾病的标本缓急。“急则治标,缓则治本”是普遍的原则,理应遵循。在病情突然逆变时,一般当以治标缓急为先,祛邪以安正。如因某一疾病并发厥脱时,原发病为本,厥脱为标,而救治厥脱就非常重要,所谓不得不先“标急从权”。又如中风,阴精亏损于下,血气并逆于上,风阳痰火升腾,属本虚标实,当先熄风化痰、清火散瘀,治标缓急,继则滋肾养肝治本。但另一方面,有时又须急时治本,缓时治标才能收到好的效果。如治疗咳嗽长期持续发作,用化痰、平喘、宣肺、泻肺治标诸法,喘不能平,辨证属肺肾阴虚,痰热内蕴者,用滋养肺肾,佐以清化痰热之品,反可控制发作,这就说明发时未必皆为治标,平时亦不尽完全治本。对肝硬化腹水臌胀患者,虽属标实为急,但肝肾本虚明显者,温养肝肾或滋养肝肾治本之法,又每能收到利水消胀的效果,且优于逐水治标之法。由此可知,对标本主次的处理,宜灵活对课。

收稿日期:2009-07-09;修稿日期:2009-07-25

基金项目:国家科技部“973”计划中医基础理论专项(2006CB504807);江苏高校创新团队内科难治病中医病机学说的创新研究(2007)

作者简介:周仲瑛(1928—),男,江苏如东县人,南京中医药大学教授,全国著名老中医,2009 年被国家人力资源和社会保障部、卫生部、国家中医药管理局评选为“国医大师”。

3 投石问路

求因论治是中医临证通常的思维模式,确切地说,实是审证求“机”,抓住了病机,就抓住了病变实质,治疗也有了更强的针对性。“求机”的过程,就是辨证的过程,如何求机?既运用常规思维对待一般疾病,又要善于运用特殊思维治疗疑难杂症。常规思维包括循因法,抓主症特点法,类证对比分析法,综合判断法等。特殊思维则是在疑难杂症或疗效不显时采用诸如试证法或投石问路法、逆向思维法等。试证法亦可称为投石问路法,就是以药(方)测证。这是由于不少患者病情表现错综复杂,往往难以把握病机,辨证难,施治难,获效尤难,可宗《医验录》“治重病先须用药探之,方为小胆细心”之观点,效而行之以治疑难杂症,先以轻轻平和之小方探其病机,病情好转者可少少加量,静观药效,若方不对证,则再作推敲。对辨证不明,真假疑似者,先以缓药投之;拟用峻补者,先予平调;拟用攻剂者,可先重药轻投,如无明显不良反应,再做调整。所谓逆向思维法,实质上也是投石问路法的一种特殊形式,所不同的是投以相反的试探方式。就是在久经治疗疗效不显时,重新审察病情,反思其道,是否存在失误,采用相反或正误的治疗方法,亦即“久治不效反其治”。如曾治某男患慢性活动性肝炎多年,肝功能持续异常,“两对半”阳性,胁痛,尿黄,疲倦,足跟疼痛,面晦黯而浮,舌质隐紫胖大,苔淡黄腻,前曾久用清化肝经湿毒之品,病情益甚。因即将出国,求愈心切,据证分析,病属过用苦寒,阳气郁遏,湿毒瘀结,肝肾亏虚,治予温养肝肾,化瘀解毒法,用仙灵脾、仙茅、补骨脂、苁蓉、虎杖、土茯苓、贯众等,投十余剂症状大减,加减连服³月,复查肝功能好转以至正常,“两对半”转阴。

4 防传杜变

在疾病发展过程中,证并不是一成不变的,随着时间的推移,这一证可以转化或传变为另一证。证具有时相性,它比西医诊断的时相概念要强得多,在急性病中,甚者旦夕可变,故中医有“朝‘白虎’暮‘四逆’”之说。掌握证势、病势,对证的可变性是可以预见的。所谓“证势”,指一种证向另一种证或若干种证转化的一般趋势。如肝气郁结可化火、生痰,故气郁证每多转化为气火证、痰气郁结证等;痰湿蕴肺的慢性年老咳嗽患者,久咳可致脾肺两伤,甚则病延及肾,阳气渐衰,津液失于输

布,痰湿转从寒化表现为“寒饮伏肺”的痰饮。由于“证势”在很多情况下尚不足以把握疾病转化,必须兼顾“病势”。所谓“病势”,是“证势”的特殊规律,即指某些疾病,证的转化有自己的特殊趋势。如痹证,日久可致气血不足,肝肾亏虚;或津凝为痰、络脉痹阻,以致痰瘀交阻于骨节之间,导致骨节畸形肿痛,屈伸不利。

注意把握疾病自身的传变规律,先期治疗,未病先防,既病防变,在疑难杂病治疗中也具有十分重要的意义。如温热病气分证,通常要求“到气才可清气,入营犹可透热转气,……”,认为妄投清营之品,凉遏太早,易致邪热内陷入里。但我们在流行性出血热、乙型脑炎、病毒性腮腺炎、腮腺炎脑炎、重症流行性感胃等病毒感染性高热疾病的研究中,发现这类疾病往往初起即见卫气同病,且多迅速波及营分,出现气营两燔,因此我们首先明确病毒性感染高热的“病理中心在气营”,进而提出“到气就可气营两清”、截断病势的治疗原则。如“疫斑热”在高热炽盛的同时,只要见到面红目赤、肌肤黏膜隐有出血疹点、舌红等传营先兆,即应在清气的同时,加入凉营之品,以先安未受邪之地,防止热毒进一步内陷。实践证明清气凉营法用于“疫斑热”的初期,能及时控制高热,中止病情传变,缩短病程,减少转证现象,降低死亡率。充分说明把握不同疾病的变化规律,及时有效地防传杜变是极其重要的。

5 因势利导

辨其病邪所在部位,顺其病势,“看邪之可解处”(《温病经纬·叶香岩外感温热病篇》)顺势祛邪。此即《素问·阴阳应象大论》所说:“因其轻而扬之,因其重而彰之,……其高者,因而越之,其下者,引而竭之,中满者,泻之于内。其有形者,渍形以为汗,其在皮者,汗而发之。”^[1]如在卫的发汗解表法,在气的清宣法和下发,以及营分证的透热转气法,均寓此意。临证每见肺炎表闭无汗,身热形寒者,服清泄里热之剂,热不得降,改用辛凉解表或佐以辛温,反见汗出热退,表明治病必须遵循表里传变的常规程序,不可早投凉遏,使邪郁不达,甚至里陷,但对病情特异、传变快速无常者,又当权变处理,治于传变之先。又如误食毒物,食滞伤中,积滞在胃,当予探吐或消食化滞,若积滞入肠,又应泻下通腑。对水肿的治疗,《金匱·水气病脉证并治》说:“诸有水者,腰以下肿,当利小便,腰以

上肿,当发汗乃愈”^[2],就是针对病势的上下表里,审其风水、水湿的主次轻重,分别治予汗、利,他如痢疾的通因通用等,亦皆属顺势利导之意。

因势利导是针对病变部位所采取的顺应性治疗,它与《素问·五常政大论》所说:“气反者病在上,取之下,病在下,取之上,”针对脏腑整体关系,所采取的病气相反的治法,是两种不同的治病理念,但又有密切的互补关系,临证当辨证取舍。

6 逆向反治

反治亦称从治。一般指真寒假热之用热药,真热假寒之用寒药,但实质仍属正治。适于病变本质与临床征象不完全一致而又疑似难辨之证。

进而言之,若寒证用热药,热证用寒药出现对抗反应时,在温热药中少佐寒凉,或在寒凉药中稍作温热,反佐从治,从其性而诱导之,则又为从治的另一层用意。

“引火归元法”的应用,从正面来说,它适用于真寒假热,肾阳下虚,阳不归宅,虚阳浮越于上,表现上盛下虚,面色浮红,头晕耳鸣,腰腿酸软,两足发凉,怕冷,舌质嫩红,脉虚大无力者。可取肾气丸加五味子、龙骨、牡蛎、磁石等重镇潜阳,少佐阴药从阴求阳;从反面来说,若阴虚不能涵阳,火炎于上,投纯阴药而少效或反见格拒者,又可少佐温药以引火归元,反佐从治。

前人治疗血证,对血热妄行,纯投苦降格拒不受者,倡“势急从治”之说,如《证治汇补》用炒黑干姜末调羹便服,或用大黄与肉桂合伍(《秘红丹》)。他如真寒假热,阴盛逼阳,水冷火泛,血不能藏,又当温补摄纳,导火归元,取八味丸为基础。与前所指似同中有异。

7 以平为期

正常人的生命活动,始终处在阴阳相对平衡的状态,《内经》称之为“平人”,只有“阴平阳秘,精神乃治”(《素问·生气通天论》),若阴阳平衡失调则为病,治疗的基本原则就是“谨察阴阳所在而调之,以平为期”(《素问·至真要大论》),“损其不足,补其有余”,达到补偏救弊的目的。且要注意“毋使过之,伤其正也”。

从临床看疾病所表现的种种症状,都是由内在病变形成的一组“证候”,通过“审证求机”,就可抓住病变本质,或同病异证异治,或异病同证同治,以助机体达到新的平衡状态。

值得重视的是,在临证中,有时对不同疾病,

治以同一疗法,或同一疾病,治以不同疗法均可取得疗效,提示中医的辨证论治,还寓有现今所谓的“双向调节”作用。临证只要抓住以“证候”为中心的对应性治疗,就可显示这一优势。

例如,我们应用凉血化瘀法,以犀角地黄汤为主体的配方,治疗中风患者,既能对脑出血有效,又发现对脑缺血梗死亦有疗效;对血小板增多既效,对血小板减少亦效。兹举例为证。

例1:原发性血小板增多症

患者陆某,男,30岁。初诊2007年6月4日。1998年因反复感冒,去某医院检查发现血小板增多,住院确诊为“原发性血小板增多症”。曾服用羟基脲治疗,停药又复增多。现查PLT $851 \times 10^9/L$,血小板分布宽度11.0%。症见面色潮红,偶有肢麻,两胯常有酸胀疼痛,舌苔黄,中部腻,脉右细,左细滑。辨证属热瘀营血,肝肾阴虚。方用犀角地黄汤加味:水牛角片(先煎)20g,生地15g,白薇15g,漏芦15g,鬼箭羽15g,茜草根15g,赤芍10g,丹皮10g,紫草10g,地龙10g,川牛膝10g,玄参10g,炙水蛭3g,生甘草3g。每天1剂,煎服2次。

二诊2007年11月7日。两胯胀痛能平,偶有肢麻,口干不显,大便日行1~2次,偏烂,舌红苔黄薄腻,脉细。复查PLT $681 \times 10^9/L$,仍守原法出入。原方加葛根15g,丹参15g,泽兰15g,鸡血藤15g,木贼草10g,炮山甲(先煎)6g,川石斛10g,去漏芦、茜草根、甘草。

此后患者来诊,均以二诊处方随症加减,多次复查血小板渐趋下降,但尚时有波动,动态观察到2009年3月降至正常,无反跳现象,临床症状亦不明显。

例2:血小板减少症

患者汪某,女,57岁。初诊2005年5月19日。2003年11月胆结石手术,查见血小板减少,长期服用甲基强的松龙治疗,最大剂量24mg/d。现在日服甲基强的松龙8mg联合硫酸唑啉150mg。今查PLT $53 \times 10^9/L$,WBC $1600 \times 10^9/L$ 。刻诊:两下肢散发大片瘀斑,时有齿衄,口干,头晕,手抖,胃胀,纳差,大便正常,尿黄,舌苔淡黄腻,质暗紫,脉细。证属络热血瘀,肝肾阴虚。仿犀角地黄汤加味:水牛角片(先煎)15g,赤芍10g,丹皮10g,大生地15g,熟大黄5g,紫草10g,炙鳖甲15g(先煎),炙女贞子10g,旱莲草10g,肿节风25g,花生衣15g,炙甘草3g,炒谷麦芽各10g,陈皮6g。每天1剂,煎服2次。

二诊2005年6月9日。两下肢瘀斑基本消退,仅有足踝部斑色不净,头晕,纳差,苔腻色黄,脉细,查血PLT $41 \times 10^9/L$ 。守法继进:原方加生槐花15g,地锦草15g,炒六曲10g。药进2周,下肢瘀斑消退,稍有头晕,视糊。检查PLT $137 \times 10^9/L$ 。原方巩固。

以上2例,一为血小板增多症,一为血小板减少症。但从辨病结合中医辨证论治角度分析,均表现为病在血分,因血热血瘀,瘀热相搏所致。抓住以证候为中心的辨证求因,针对“瘀热”这一病机共性,治予凉血化瘀法为主的方药,均能获效。不仅显示异病同证同治的特色,而且也证实了治法方药的双向调节作用。

两案的同中有异之处在于:例 1 为瘀重于热,故配用之化瘀药较多,例 2 瘀热伤阴较显,故顾阴之品较强,并据症适当护胃。重视个体,因人而异,确为至理。

8 久病治胃

脾胃属土,有长养万物之功,在人体生理功能中具有十分重要的作用,因此治病应以“胃气为本”,“得谷者昌,失谷者亡”。倘脾胃一败,则百药难施。惟有中央健,方能四旁如,因而凡遇疑难杂症久治不愈,在遍试各种治法均难以取效的情况下,应着重从调理脾胃入手。这就是“久病不愈从胃治,上下交损治其中”。

脾胃为后天之本,气血化生之源,疑难杂症年深日久,或他脏病变影响于脾,或其产生的湿浊痰瘀等病理产物困滞于胃,或长期服药损伤胃气,或饮食劳倦、兼感外邪等,“内伤脾胃,百病由生”,使病机更趋复杂多变。当此之际,只有先调理脾胃,脾气健运则湿浊痰饮等病理产物易化,邪势孤单则难再猖獗为患;胃气得开则气血生化有源,正气来复则自能克敌制胜,所以古训有“调理脾胃者,医家之王道也”的见解。正所谓直取不应,迂回取胜,在临床上历试不爽,古往今来这类验案颇多。

历来对久病不愈,补脾补肾,各有见解,但总应以脾肾两者的主次缓急为依据,不能执一而论。

就脾与胃而言,升降、运纳各有所司,治脾与治胃也不尽相同,治脾不尽在补而在运,凡属湿热痰浊困遏脾气,脾实不运者,必先健运以畅脾神,骤投补脾益气,每致壅气满中,如有人食参芪后,反觉脘痞不食者。治胃也不尽养,而在于和降,六腑以通为补,以降为和,而其关键在于胃的通降,若胃气不降,腑气不通,湿浊内壅,胃气上逆,病情必致困顿,临证每见尿毒症、消化道肿瘤晚期,出现此类逆象危候,投苦辛通降法后吐平、痞开、痛缓、便畅,病情能暂获顿挫者,可知治胃与治脾不能混论,治胃当以通为用,治脾当以运为补,而有时还须参合并顾。

9 复法合方

治法是选方组药的依据,理应做到方随法定、药依证选,但因疑难杂症往往证候交叉复合,表里、寒热、虚实错杂,多脏传变并病。为此,处方常有寒热并投,升降互用,消补兼施的情况。在根据证候主流,确定处方基本大法后,以主方为基础,辨证配合相应的辅佐治疗方药,复合立法,解决病

机的兼挟复合情况,在疑难杂症的治疗中显得格外重要。如寒凉清泄的处方中配以温热药;通降下沉的处方中,配以升散药;阴柔滋补的处方中,配以香燥药;疏泄宣散的处方中,配以收敛药,这样才能适应具体的病情,切中病机及各种病理因素,兼顾到虚实寒热的错杂和体质等各种情况,避免单一治法造成药性的偏颇。如作者自制的治疗阴虚胃痛验方“滋胃饮”,就是在酸甘养阴药(乌梅,炒白芍,北沙参、大麦冬、金钗石斛)的基础上配丹参、玫瑰花、炙鸡金、生麦芽,使其静中有动,补中兼消,行气活血,健胃消食,复法合方。他如治疗胃肠病,每需温清补泻复合施治以提高疗效。

在应用复法时,势必随之形成大方、多药。按一般通常要求,方药应该精炼严谨,但在病绪多端,需要复合应用多法组方配药时,大方多药,又不应加以非议排斥。大方为七方之首,药味多是其特点之一(还有药力猛、药量重等),适用于病有兼挟,尤其是如肿瘤等疑难杂症重病的患者。但必须做到组方有序,主辅分明,选药应各有所属,或一药可兼数功者,尽量组合好药物之间的相须、相使、相畏、相杀的关系,避免降低或丧失原有药效。切忌方不合法,主次不清,药多杂乱无章。

即使单一的证,有时也需通过复合立法,求得相互为用,以形成新的功效,如温下法、酸甘化阴法、苦辛通降法等。此外还可借复法取得反佐从治,或监制缓和其副作用。实践证明,温与清的合用,通与补的兼施,气与血的并调,升与降的配伍等,确能进一步增强疗效,消除一法所致的弊端,如纯补滞气、寒热格拒等。

从中医学理论体系扩大立法思路,多途径寻求治法,也可以看作是复合立法的另一种体现形式。如按阴阳气血的转化互根立法,五脏的相互资生制约立法,邪正虚实消长及其主次立法,疾病的动态演变立法等,如益气生血、行气活血、滋肾平肝、攻补兼施、肝病实脾、肺实通腑,以及所谓隔二、隔三治疗等。

方剂是中医不同治法的代表,复合立法常常需要不同方剂的复合并用,特别是小方。一般小方用药仅 1 至 4 味,但组合多很精当,经过长期的临床检验,疗效可靠,应用灵活。如治疗心悸,属心气不足而有气滞瘀阻见证者,可用生脉饮合丹参饮加味;湿热郁结,心肾失交、心神不宁者用温胆汤合交泰丸等。至于大方,则应将主药突出,体

现方的精神,以作为复合并用的根据。如小柴胡汤中的柴胡、黄芩,越婢汤中的麻黄、石膏,桂枝汤之桂枝、芍药都属方中的主药。临证组方首应针对基本病机病证,小方复合处理各个环节,然后灵活选择对药配伍,也十分重要。常用对药有性味相近,功能协同者,如桃红活血,硝黄通下,参芪益气;有性味相反,相互监制者,如黄连配肉桂或吴萸,白术合枳实;还有性味功能不同,经配合使用可加强效果的,如知母、贝母清热化痰,黄芪、防己益气利水,桔梗、枳实升降调气等。“对药”的运用既可汲取古方,也可以从前人医案及医疗经验记录中悟得,或是自身长期反复临床实践后的心得。如痹证,湿热成毒者,用漏芦、功劳叶解毒清热;瘀血闭络者,用山甲、鬼箭羽活血开痹;阴虚血热者,用秦艽、生地、白薇养阴退热;湿滞关节者,用松节、天仙藤利水消肿。治高血压、高脂血症,肾亏肝旺者,用首乌、白蒺藜益肾平肝;痰瘀痹阻者,用僵蚕、山楂化痰行瘀;肾虚水停者,用楮实子、天仙藤益肾利水;虚风内动者,用牡蛎、珍珠母介类潜镇;内风窜络者,用天麻、豨莶草祛风和络等。

从上可知,复法合方的有机配伍,既可从多环节起作用,联合增效,或产生新的功能,还可反佐监制其偏胜或毒副反应。

10 用药要诀

一药多用,一举两得,同时药随证转是疑难杂症组方遣药时所应遵循的基本原则。临证用药还必须把医理与药理相结合,遵循辨证用药、按法用药的基本原则,结合辨病用药补充中药新的用途,参以对症用药缓解主要痛苦,将个人用药的独特经验上升为理性认识。在掌握药物性味、功能、主治等基本知的基础上,从共性求个性。如发散风寒类药,麻黄可平喘,紫苏能和中,荆芥能止血,防风能止泻,各具殊能。同时,还应按中药归经理论重视脏腑用药。如清热燥湿、苦寒泻火类药,黄连清心火而厚肠胃,黄芩泻肺火而清肠热,黄柏泻肾火而清膀胱湿热等。

在疑难杂症治疗中还应注意毒性猛药的应用,包括大毒药、金石药及具有搜风化痰逐瘀攻毒作用的虫类药。《素问·五常政大论》说:“大毒治病,十去其六;常毒治病,十去其七;小毒治病,十去其八;无毒治病,十去其九”。说明古代医家已认识到药物有大毒、常毒、小毒、无毒之分,而制方

用药应该是有一定的尺度,必须注意做到“无使过之,伤其正也”。凡药皆毒,即使参芪之类,用之不当,亦可误疾。临床对毒性药物的应用,要注意:①控制在安全用量范围之内;②把握个体对药物的差异,耐受性、敏感性,了解有无蓄积作用;③重视药物的配伍,力求既能减毒,又能增效。

随着现代中药药理、药化研究的进展,以及从现代药化知识对中药的再认识,有关中药毒性的报道也时有所见,这原本是一件好事,它可促使我们更好地从药物的品种、炮制、用量、用法、疗程、药物配伍以及成药生产工艺等多环节进行研究探讨,以利于掌握应用。值得省思的是当前对某些单味药的毒性,基本仅凭药理药化实验加以评价,既没有同时对临床应用效果及毒副反应加以客观分析,更没有考虑以上多因素的关系,这是不够全面的,其结果必然是因噎废食。特别是金石药的治疗顽症奇疾,是中医药的一大优势和特色,笔者在多年从医生涯中,先后曾用半硫丸、更衣丸治疗便秘;黑锡丹治虚喘、耳鸣耳聋、肾阳虚寒证;紫金丹治哮喘;雄黄治癌、白血病;飞朱砂治心悸、呕吐(胃神经官能症)、噎膈等。只要辨证得当,胆大心细,应用适度,每可收奇效而愈顽疾。若指斥这类重金属毒药的不安全性,一概摒弃,不予深入研究,未免失之偏颇。如当前已由美国接受用砷制剂(砒霜)治疗白血病、肿瘤,并在我国进行临床试验的事例,颇能促发我们的再思考、再认识。回顾传统“三宝”急症名方及红灵丹之类,其中即有朱砂、雄黄等药,例如六神丸中之用蟾酥、雄黄,梅花点舌丹中之中用雄黄、蟾酥、朱砂等,临床使用频率较高之川乌、草乌、细辛、白附子、番木鳖、雷公藤等,其毒又何尝不烈,但只要炮制得当,用量符合常规,辨证准确,疗效也十分显著。如笔者在临床用万年青根治疗心衰,斑蝥蛋治疗噎膈(食道癌),效亦殊佳,关键在于对这类毒药的正确驾驭。

总之,对疑难杂症的治疗策略,贵在因人制宜,治有主次,机园法活,胆大心细,发于机先,知常达变,顺势利导,以平为期,精选方药,则思过半矣。

参考文献

- [1]任廷革点校.黄帝内经素问[M].北京:人民军医出版社,2005.17.
- [2]张仲景.金匱要略[M].北京:学苑出版社,2007.76-78.

(编辑:范欣生)