

醫學微言

朱良春 著

盧嘉錫題



# 医学微言

朱良春 著

人民卫生出版社

2267/18

## 医学微言

朱良春 著

人民卫生出版社出版  
(北京市崇文区天坛西里10号)

北京市卫顺印刷厂印刷  
新华书店北京发行所发行

850×1168毫米32开本 10 $\frac{3}{4}$ 印张 279千字  
1996年11月第1版 1996年11月第1版第1次印刷  
印数:00 001—3 000

ISBN 7-117-02510-7/R·2511 定价:18.80元



1956年參加中華醫學會第十屆會員代表大會  
在北京與同學蕭熙(右立者)敬侍  
先師章次公先生(中坐者)攝影留念  
朱良春謹志

勤求古訓博采衆方  
實踐出真知為後學  
者楷模

朱良春教授從醫六十周年紀念

呂炳奎敬賀



医门相才  
微言大义

为朱良春先生

“医学微言”出版题

诸国年



朱良春中医老專家論著問世

弘揚國粹  
造福人民

朱良春  
建華



良考足大什出版

徑驗寶尖  
醫誦精深

一九五一年秋

鄧致德敬賀



朱良春先生新著

醫學微言

古

為

今

用

陳

出

新

盛國榮敬題



一九五五年十二月

## 任 序

良春朱学兄乃医林名宿，悬壶 60 余载，医术超群，活人无数，蜚声海内外。余与仁兄交往甚笃，颇晓朱兄为人谦诚，治学谨严，博才善思，寓继承于发扬之中，为余所折服者甚夥。其师出名门，治学有本，“抗志以希古人，虚心而师百氏”。学术据临证与理论紧密结合，每多创见。强调从今而不背宗，临床善于游刃于辨证与辨病的有机融合之中，使病、证、症、候、理、法、方、药、调、防诸方面丝丝入扣，融会贯通。朱兄常搜涉医学典籍，采撷单方精华，合之临证亲验，独树一帜于医林，其选方择药之精，善慎构思之巧，临床效验之奇，无不令人仰慕也！

幸哉！喜逢仁兄耄耋之际，垂兄抬爱，示余其 60 余载临证之粹要，集名之曰《医学微言》。洋洋 20 余万字中，显见其著述之文彩、为人之坦诚、用思之巧、论医之深、博学之广，实令余爱不释手，反复研学，启迪尤明。此真乃医学之宝筏、问津之舟楫也！此书一旦付梓，反响必著。余之慨然如斯，即欲无言于此，又能已乎？聊敬数语以慰己，肃然之于君也。

老朽任继学乙亥季秋于言医轩

## 江 序

良春老兄乃同窗好友也。近半个世纪以来，又常共商有关中医药的振兴与学术进展等问题，相聚甚密。由于他过人的才智、敏捷之思维和勇于开创的精神，成绩卓著。如昔所提出的“辨证与辨病相结合”的卓越见解以及对虫类药物等的研究成果，誉满杏林，为同仁等所共鉴。今值吾兄八秩寿诞之期，60载医学生涯辛勤耕耘的巨著《医学微言》问世，双喜临门，爰志数语，以示庆贺云耳！

乙亥金秋虞山江育仁于求是居

## 颜 序

南通朱良春医师，当代中医之大家也，以擅用虫类药愈沉痾宿疾而闻名于世。朱氏精通经典，私淑医坛精英张锡纯，古今结合，中西汇通，复得富有革新精神的章次公大家之熏陶，融会贯通，昌而明之，神而化之。80年代初已有专著《虫类药的应用》出版，举虫类药泛治顽症奇疾 133 种之多，发前人所未发。近年来复在肝肾病、老年病与治疗类风湿性关节炎诸课题方面创新立异，为世所重。朱氏在虫类药上的开发业绩，已成为近代中医药史上的一份珍贵财富。

余与良春兄有同窗之雅，颇多得益。曾联袂偕姜春华教授、马云翔教授等应聘去温州讲学，有幸与老伴刘庆云医师亲聆讲课，其雄才善辩、独抒己见、理论结合实际，的是不凡。宜其多次赴日讲学，为中医走向世界及推进中日文化交流，做出了卓越贡献！

尝论当今为医之道，发扬须与继承结合，才可维护中医之主体思想。既须多读，尤须多看。疗效是中医之生命，能诊病，要愈病，又要总结经验，著书立说，更要讲课传道，能说善辩，具备能看、能写、能说的三种本领方为良医。门人有难色，请例示范，我举第一位即为朱良春教授，他当之毫无愧色，只是说明景仰之深云尔。

今欣朱兄《医学微言》即将付梓，内容有精辟之医论、创新之科研及珍贵之医籍等等，尽为不可多得之经验，足为后人学习。喜吾道之不孤，乐为之序。

乙亥冬日复圣后裔颜德馨拜撰  
于上海铁道大学中医研究室

## 徐 序

喜值朱老 80 寿辰，将从医 60 载学术经验之精华汇刊出版。内容翔实丰富，必将贻益后人，传世千秋。此正“双喜”之举，庆贺之余，书此代序。

老子曰：“人生也有涯，知也无涯。”诲人贵在不断求知。朱老数十载如一日，勤奋好学，且及时笔录、随记，读书必动笔墨。岁月流逝，而其“知”日增。对古今医籍、近代期刊、医学宗师、杂家之著，均勤于研究，取其精华，去其糟粕。不仅于此，对与医学有关之文、史、哲学等等，亦学有心得，抑且记忆力强，故其博学之声望，为国内同道所公认。宜其用之于诊疗，思路广拓，疑难杂证久治无效者，经朱老辨证立方，或以奇兵制胜，或在平中有奇，疗效迅见，活人无算；讲学之际，触类旁通，深入浅出，谈笑风生而令人受益、折服；茶余饭后，侃侃而论，语中有典故，令人喜闻而颌首；著书立说，纯由己之体验，纵横古今，阐发颇多。若非博学而勤于临证实践，若非融古达今，根蒂深厚者，焉能如斯。难怪有人称朱老为当今中医界之“奇才”、同道之良师益友，洵不诬也。

朱老不仅是我省中医内科学术带头人，国内著名医家，在学术上贡献卓著，而且善于整理、编纂、介绍前人、近贤之学术经验。尤以所编《章次公医案》一书，对章公毕生经验搜集颇丰，分门别类，所加按语，画龙点睛，令人读之受益增识，真乃继承中兼发扬，道出章公言未尽意之真谛。朱老治学精神于此，亦可见一斑。

本书名之“微言”，足见其求实、谦逊之意。然虽云“微言”，实乃集其数十载医学经验之精华。学而时习之，其益无量，其义弘远。

乙亥之秋学弟徐景藩敬书于江苏省中医院

## 前 言

余滥竽医林已 60 载，今岁又虚度 80，蒙诸友好及门人、子女拟为祝寿，深情厚谊，令余心感之至！但余则以为回首既往，碌碌庸庸，殊乏建树，愧疚汗颜，不足言贺也。为不掠诸位之盛意，因检历年来所写理论探讨、实践体会、讲座草稿等汇总一册，名《医学微言》，付之枣梨，或许一二对青年同道有所裨益者，则余心稍安，藉作纪念云耳。于此，敬向既往所有曾培育、支持、合作之领导、老师、亲友，致以诚挚之谢忱！愿倾有生之年，为中医事业之发扬光大，竭尽绵薄，聊尽吾心。

全书 20 余万字，分医论、综录两部分。医论乃从历年所撰医学文稿 140 余篇中选出之 50 篇，为主体部分，可反映余之学术观点与实践体会。综录部分有三：一系近 10 多年来为同道著作所写之序言，可作为对该书之简要评介；二乃门人、子女整理余经验之短文，作为补充；三则为专访之报道，仅选 2 篇，以示客观对余之印象而已。谨对作家朱清泽大校和周文甸主任等，深致谢意。原拟安排医案若干篇，嗣以如选用病案过多，影响篇幅；若选取太少，又难周全，故暂删之，俟全面整理后，另作处理。

稿件既成，交何处出版，当前是一难题。回忆数年前，人民卫生出版社张虹编辑曾向余征稿，由于杂务猬集，迄未践约，即迳函张虹同志试探之，不久获得回音：“接到您的投稿信，很高兴、很荣幸！……像您这样的中医临床大家的经验，我社肯定是要出版的。”如此热情诚恳的答复，太使我激动了！人民卫生出版社不愧是卫生事业的忠诚支持者，弘扬学术的中流砥柱，谨向人民卫生出版社各位同志致以崇高敬意和衷心感谢！

承蒙全国人大常委会卢嘉锡副委员长于百忙中赐题书签；吕炳奎校长、诸国本副局长和董建华、邓铁涛、盛国荣三位教授赐予题辞；任继学、江育仁、颜德馨、徐景藩 4 位学兄赐写序言，令拙作

增光生辉,谨致深切谢忱!

文稿整理中, 门人及子女朱步先、何绍奇、张肖敏、朱胜华、朱建华、朱琬华、蒋熙、朱又春、陈淑范、朱建平、吴坚、姜兴俊等参予协助; 长子晓春、三女敏华、外孙女蓝青等抄誉、打印稿件, 附此志念。

朱良春志于南通市起凤园师耆斋 1996年

## 精勤不倦 微言垂范

——朱良春老师生平及学术思想概述

我的老师朱良春先生已经走过了六十载医学生涯。他过人的才智、丰博的学识为世所称道。他在中医学领域辛勤耕耘，不断地超越自我，取得了令人瞩目的成就。

朱师为江苏丹徒人，后徙居南通市。1934年，为求深造先生赴江苏武进孟河学医，师事马惠卿先生。马师乃御医马培之之裔孙，家学渊源，根基深厚，使先生获益匪浅。孟河在清代名医辈出，费伯雄、马培之诸先生蜚声医坛，名噪大江南北。马师珍藏马培之先生的日记《纪恩录》和手书方笺，先生得而观之，耳濡目染，启迪良多。先生又考入苏州国医专校，抗战开始后转入上海中国医学院学习，1938年毕业后回南通开业。在这段时间里，受章次公先生之亲炙，学问大进。章师所倡导的“发皇古义，融会新知”的革新精神，求实的治学主张，精切的辨证功夫，对朱师影响很深。

朱师是张仲景所倡导的“勤求古训，博采众方”的忠实实践者。上自《内》《难》典籍，下及清代叶、薛、吴、王和近代名家之著述，无不博览。他对《伤寒论》和《金匱要略》作过深入的研究，从中领悟辨证论治的思想和方法。他对张景岳《类经》十分推崇，认为斯书彰明经义，有很多精辟的论述，对临床有指导作用。又折服孙一奎《赤水玄珠》，认为其中很多内容富于巧思，体现了辨证论治精神。他很留心前人的医案，认为是医学实践的记录，可窥医家之功力、临证之心法，领略不同时期医家的风格，以资今日之借鉴。例如他对先贤蒋宝素《问斋医案》评价颇高，曾指导我对蒋氏的学术思想进行研究，并特别留意书中所载《椿田医话》的一些效方。

朱师胸襟博大，视野开阔，治学兼收并蓄。他平时注意搜集民间验方，从中汲取丰富的营养。他的处方不拘一格，常常把一些民

间验方以至刚发掘出来的草药加进去,出奇制胜,往往收到意想不到的效果。他认为学问应当与时俱进,一贯重视对西医学的学习,力求中西医的逐渐沟通与结合。已故中医学家姜春华先生说他“中西理论湛深”,当为至评。朱师很推崇张锡纯,乐用张氏效方,甚至萌发过撰写《锡纯效方发挥》的念头。我以为朱师的革新精神是与张氏相通的。

中医典籍浩如烟海,往往皓首难穷究竟。朱师指导后学“博览”与“精读”相结合,在浏览全貌的基础上,抓住重点,深入理解,由博返约。他治学的座右铭是“每日必有一得”,在诊务繁忙的情况下常读书至深夜,“焚膏油以继晷,恒兀兀以穷年”,“爬罗剔抉,刮垢磨光”,择善而从。记得有一次清晨,我去朱师寓所,见他一面埋头读书,一面吃早餐,其神情专注,令人异常感动。

朱师在学术上颇多建树,他在斟酌古今、融会贯通的基础上,从实践出发,敢于提出自己的见解。1976年他在一次给我的信中谈到章次公先生时,指出章先生治学“能发挥自由思想,所谓独立思考者也”。我觉得这也是朱师自身治学的真实写照。如果刻板僵化,死抱教条,人云亦云,就谈不上学术的创新与进步。没有学术的进步,就谈不上中医学的繁荣。

辨证论治是中医学的精华。中医治疗注重辨证,从总体把握人体阴阳失调、邪正斗争的状态。把人本身的阴阳失调与外部环境结合起来,综合分析,强调因人、因时、因地制宜,因面历久弥新,是制病的利器。但对微观的“病”的认识,有时不免笼统。如病毒性心肌炎颇类热病之劳倦证,肠癌早期有似慢性痢疾,如不结合辨病,进一步诊察,就会出现误诊,也妨碍辨证论治水平的提高。早在1962年,朱师就提出辨证与辨病相结合的主张,并就此撰写专文,表现了一位临床医家的客观眼光。怎样处理好辨证与辨病之间的关系?他精辟地指出:“辨证是绝对的,辨病是相对的。”对西医已经明确诊断的病,同样需要认真辨证。如果仅辨病不辨证,就会走上“对号入座”的狭路,把活泼的辨证变成僵死的教条,势必毁掉中医学。如朱师曾治一纺织女工,患于宫内膜异位症(异位至肺部),前医曾误诊为肺结核、支气管扩张,迭治乏效。根据月经闭止、每月咯血五六

日、颧红掌热、口干咽燥、腰酸腿软等症来分析，断其病本在肝肾，累及冲任，缘水不涵木，气火冲激，冲气上干，损伤肺络使然，及时采用滋肾养肝、清肺凉血、调理冲任之剂，连进 10 剂，月经即循常道而行。可见肯定或否定“病”和“证”的任何一方面，都是片面的，不完善的，只有将二者结合起来，探索临床证治的规律，才能相得益彰。

朱师的临证功夫，素为吾侪所服膺。他善于透过纷繁复杂的临床表现，审明主证，找到疾病的症结，立法用药，切中肯綮。我亲见他治一尿血病人，曾长期服用滋肾、泻火、凉血止血之剂无效，朱师从其尿血色淡、腰酸、脉尺弱等表现着手，断其为肾阳衰惫，予熟地、仙灵脾、补骨脂等，寥寥数味，数剂后尿血即获控制。血症用凉，为治疗之常法，然久服寒凉，阳气虚衰，为病之变，通常达变，补偏救弊，谨察阴阳而调之，是谓良工。

朱师对急性热病的治疗，提出“先发制病”的论点。这一提法，与已故中医学家姜春华教授治疗热病“截断、扭转”的主张，颇有异曲同工之妙。“先发制病”是从各种热病独特的个性出发，见微知著，发于机先，采用汗、下、清诸法，从而控制病情发展，达到缩短疗程、提高疗效的目的。如他运用“通利疗法”治疗热病重症即是其例。我目前正在英国牛津从事中医临床，每逢春末夏初，天气晴和，地气郁蒸，花粉弥漫，“花粉热”颇为流行，而地处英格兰中部之牛津尤为猖獗，一些患者出现发热，鼻塞流涕或流血，目赤肿痛瘙痒，小便深黄，或咳喘等症状，表现为表气失疏，气分、血分均有热，经采用疏表清气、凉血滋阴之剂，见效颇著。这也是成功地运用朱师“先发制病”医疗战略的一个佐证。若囿于卫气营血治疗的先后顺序，诚恐贻误病机。

朱师善于继承前人的经验，并结合自己的临床实践加以补充、升华。例如他提出通过眼血管的望诊来协助肝炎的诊断，判断疾病的转归。这一方法，是以“肝开窍于目”为理论基础，同时受到《本草纲目》所载秦艽治黄疸“目有赤脉”的启示，系统地观察了肝炎病人眼血管的变化，进行综合分析，结果发现随着肝炎病情的加剧、好转或恢复，眼血管的色泽、扩张、弯曲有一定的规律变化。他将这一

独特的诊断方法写进《传染性肝炎的综合疗法》一书中，从而为中医诊断学增添了新的内容。

朱师对虫类药潜心研究，数十年来，上自《本经》，下逮诸家，凡有关虫类药的史料，靡不悉心搜罗，然后结合药物基源、药理药化和实践效果，辨伪存真，以广其用。撰写《虫类药的应用》一书，一版再版，畅销海内外，深获好评。顽痹一证，包括现代所称风湿性、类风湿性关节炎久治不愈者，甚为棘手。朱师认为精血交损，肝肾亏虚，督脉经气阻滞，阳气不克敷布，全身机能衰弱是病之本；久病入络，病邪深入经隧、骨骱是病之标，故宜益肾壮督，蠲痹通络，创制“益肾蠲痹丸”治疗类风湿性和风湿性关节炎、增生性脊柱炎等，收效较著。此丸汇集了7味虫类药，在他运用虫类药制订的新方中颇具代表性。

朱师创制了很多新方，如以养正消积法治疗慢性肝炎及早期肝硬化之“复肝丸”，以益气化痰法治疗慢性肾炎之“益气化痰补肾汤”，治疗“乙脑”极期神昏之“夺痰定惊散”，治疗慢性痢疾及结肠炎之“仙桔汤”等等，均历验不爽。朱师所创新方，思虑缜密，意蕴宏深，遣药灵巧，值得师法。如仙桔汤，由仙鹤草30克、桔梗8克、乌梅炭4.5克、白槿花9克、炒白术9克、广木香4.5克、白芍9克、炒槟榔1.2克、甘草4.5克组成。方名仙桔，则以仙鹤草、桔梗二味为主药，仙鹤草味辛而涩，有止血、活血、止泻作用，别名脱力草，江浙民间用治脱力劳伤有效，具强壮作用，此方用之，取其强壮、止泻之功；桔梗一味，仲景以其与甘草相伍治肺痈，足征其有开提肺气和排脓之功，移治滞下后重，是此药之活用；白槿花擅治痢疾，《冷庐医话》赞其效著，此方取其能泄化肠间湿热；久痢脾虚，取白术补脾助运；湿热逗留则气滞，木香、槟榔调之；湿热伤营，白芍和之；久痢则下焦气化不固，少少用乌梅炭以固之；甘草调和诸药。合而观之，桔梗伍槟榔，升清降浊；槟榔伍乌梅炭，通塞互用；木香伍白芍，气营兼调。此方无参、芪之峻补，无苓、连之苦降，无硝、黄之猛攻，盖肠道屈曲盘旋，久痢正虚邪伏，湿热逗留，一时不易廓清，进补则碍邪，攻下则损正，宜消补兼行，寓通于补，始于病机吻合。此类方剂，与历代名方相较，毫不逊色。

朱师已出版的著作还有《章次公医案》、《汤头歌诀详解》、《现代中医临床新选》(日文版,合著)、《朱良春用药经验》。他是《实用中医内科学》专家审稿组成员,为这本书的审稿、定稿付出了辛勤的劳动。他先后在国内中医期刊发表论文 140 余篇。曾多次受国内有关中医机构之邀,外出讲学,足迹几乎遍及全国。还四度应邀赴日本讲学,备受欢迎,载誉而归。

朱师乐于培育中医后继人才,对他的学生,总是谆谆善诱,不厌其烦,悉心指点,毫无保留。我追随朱师问业 30 余载,抚今追昔,百感交集。当我未及弱冠,初涉医林,僻居苏北小镇,异常艰困时,朱师已是赫赫有名望的医生了,但他毫不鄙弃我这样的后生,在百忙中为我释疑解惑,指点迷津,并尽可能帮助我改变环境,求得进一步深造。乃至 1985 年我有缘奉调进京,进入中国中医研究院工作。饮水思源,师恩难忘!当我在海外得悉先生的这本《医学微言》将欲付梓时,心头溢满了闻道则喜之欣快,信笔写了以上的文字,如能对读者诸君了解先生有所助益,那将是令人十分欣慰的事了。

朱步先

1995 年 5 月于英国牛津

# 目 录

## 医 论 篇

人类健康不能没有传统医学·····	3
中医事业的现状与前景·····	5
关于中西医结合工作的几点看法·····	13
辨证与辨病相结合的重要性及其关系的探讨·····	20
《内经》、《伤寒杂病论》运用动物药之经验及其对 后世的影响·····	22
《伤寒论》理论的临床应用·····	27
对《金匱要略》两个方证之我见·····	37
论《千金方》的学术成就和学术思想·····	42
辨证论治纵横谈·····	54
简谈中医科研工作(提纲)·····	61
发掘民间一技之长土专家的体会(摘要)·····	64
痹证研究的回顾与展望·····	65
益肾蠲痹丸治疗顽痹 200 例疗效观察·····	69
从痹病 3 个主症谈用药经验·····	74
治痹鳞爪·····	77
浊瘀痹(痛风)辨治一得·····	79
痹证诊疗系统的医理设计思想和方法·····	82
拓开动物药临床应用之新径·····	88
急重症治验举隅·····	91
内科急症应用六神丸的探讨·····	93
通利疗法在温热病中的应用·····	99

心痹(风心病)证治初探·····	108
心病证治点滴·····	112
简谈中风·····	115
慢性肝炎证治刍议·····	116
“复肝丸”治疗早期肝硬化的临床体会·····	121
肝炎眼血管变化初探·····	128
治疗慢性肾炎的7点经验·····	129
肾盂肾炎证治·····	133
略谈泌尿系结石的病因病机及治疗体会·····	134
治疗咳喘的几张经验方·····	139
止咳化痰糖浆配合“抗矽14”治疗矽肺的疗效观察·····	140
鼻药疗法初探·····	144
漫谈萎缩性胃炎之证治·····	153
陈实功先生生平及其《外科正宗》·····	154
蒋宝素先生生平及其学术思想——纪念蒋公 逝世120周年·····	159
《问斋医案》选析·····	162
中医学革新先驱者——张锡纯先生·····	193
发皇古义 融会新知——章次公先生生平 及其学术思想·····	195
析章次公先生评论清代医家的几句话·····	205
立言求是非同俗 论道持平有古风——缅怀学长 姜春华教授·····	208
溯古论今谈医德·····	211
抓住痰、瘀治疗精神疾患之体会·····	216
痰注(结节病)的辨治·····	220
慢性粒细胞性白血病1例浅析·····	224
控涎丹的方义与应用·····	227
漫谈怎样防病保健、延缓衰老·····	232
浅谈益肾化痰法治疗老年痴呆症·····	244
流行性出血热证治一得·····	247

应用培补肾阳法治疗慢性杂病·····	249
--------------------	-----

## 综 录 篇

<b>序言录</b> ·····	263
吴粤昌编著《岭南医徵略》序·····	263
楼定惠等增评《医家心法》序·····	263
李济仁等编著《辨证研究》序·····	264
胡翘武等编著《中医临床三字诀》序·····	264
周克振编著《祖国医学之最》序·····	265
孙秉华编著《中医元理与实践撷英》序·····	265
蒋森著《湿热论》序·····	266
马继松等编著《现代名医医案选析》序·····	267
李润民著《中医时间医学研究》序·····	267
承忠委编著《临证撷萃》序·····	268
柯观、许昶主编《南通地方中医史》序·····	268
陈幼清等编著《陈朗清医疗经验集》序·····	269
何绍奇等主编《现代中医内科学》序·····	269
杨仓良主编《毒药本草》序·····	270
董汉良等编《越医汇讲》序·····	271
姚祖培等译《汉方诊疗便携》序·····	272
康俊杰等整理《肝脏七病诊断与治疗》序·····	273
安铁生编著《百草趣话》序·····	274
柯联才编著《花果疗法》序·····	275
张兴全著《掌中诀》序·····	276
蒋森著《血瘀论》序·····	276
<b>心得录</b> ·····	278
朱良春治疗风寒湿性关节痛的经验·····	278
朱良春治疗顽痹的特色·····	284
热痹佐用热药的体会·····	287
朱良春治疗紫癜经验·····	292

人中诊法初探.....	297
朱良春老师对“舌边白涎”诊治的经验.....	299
<b>专访录</b> .....	300
献身中医事业的人.....	300
苍生良医——朱良春.....	308
<b>跋</b> .....	316

医 论 篇



## 人类健康不能没有传统医学

世界卫生组织提出要在“2000年实现人人享有卫生保健”的战略目标。我认为要完成这个任务，离开传统医学是不可能的。也就是说，人类健康不能没有传统医学。1992年10月18日由世界卫生组织与国家中医药管理局在北京联合召开的“国际传统医药大会”的盛况和交流论文的内容，就充分证实了这一点。大会有来自42个国家和地区的800多位代表，共同回顾和总结了各国传统医药学的成就与经验，促进和加强了各国传统医药的交流与合作。大会共收到论文2218篇，选用了351篇。这是一次世界传统医学成就的大检阅，大交流，充分显示了她的无限的宝藏和卓越的贡献。其中特别是我国的传统医学尤为丰富多彩，受到与会代表的一致赞赏。我们的“益肾蠲痹丸治疗顽痹的临床与实验研究”的论文也在大会宣读，受到好评。这次会议虽然只开了5天，影响却是巨大的，而且还提出了《北京宣言》，确定每年10月22日为“世界传统医药日”，以促进传统医学的发展与交流。

在科学发达的20世纪，古老的传统医学之所以受到人们的重视与欢迎，是由于西医学尽管发展很快，对病因、病理的研究已进入微观水平，但对胶原性疾病、爱滋病、肿瘤等威胁人类健康的大敌，还缺乏克制的最佳手段。其次，某些化学性药物的毒性较大，药源性疾病日益增多，而传统医学多采用天然药物，毒副作用小，疗效高，这是她的特点和优势，所以越来越受人们青睐。就我国的中医药来说，已查明可供药用的植物、动物、矿物已达8000多种，如再加上藏药、蒙药及其他少数民族的传统药物，总数将在万种以上，因而成为世界传统医学宝库中最重要的组成部分。还有针灸、推拿、气功等非药物疗法，更受人们欢迎，现已传播到130多个国家和地区。世界卫生组织还在我国设立了7个传统医学合作中心。这些都标志着中医药将形成国际化，走向世

界，为全人类健康服务。

还有流传在民间的一技之长的土专家和单方草药，在我国更有独特的优势。俗话说：“单方一味，气死名医。”章太炎先生也说过：“下问铃串，不贵儒医。”如果我们对此加以广搜博采，发掘验证，必将使中医药学获得充实和发展。我在50年代曾先后采访、发掘、整理了蛇医季德胜、颈淋巴结核医陈照、肺脓疡医成云龙3位土专家的经验，经过组织有关人员实验研究，获得2项国家级和1项部级科研成果，如果不主动积极地去继承、整理，这些宝贵的医疗经验必将湮没而失传。孔子曰：“十室之邑，必有忠信；百步之内，必有芳草。”我们应该进一步地发掘、整理我国各民族的传统医药学，使之对人类健康做更多的贡献。

中医药的独特疗效，是可以补西医学之未逮，共同为增进人类健康而贡献力量的。例如乙肝是一种传染比较广泛的病，据有关资料表明，我国约有1.2亿人携带乙肝病毒，其中1/3左右的人最终将发展成为慢性肝病，包括肝硬化、肝癌。西医目前还缺乏特效药，但中医辨证用药，扶正与祛邪并进，多获佳效。对萎缩性胃炎伴肠上皮化生或不典型增生者，中医药可使病理改变逆转而不必手术，只要坚持服用益气、化痰、健脾的中药三四个月，就可治愈。中医对流行性出血热，运用卫气营血的理论，结合三焦与六经辨证予以治疗，可使病死率降至1.1%。对肾衰、尿毒症辨证用药，配合中药灌肠，多可转危为安。类风湿性关节炎是一种终身性的顽疾，被称为“死不了的癌症”，我们“从肾论治”，创制“益肾调痹丸”，先后治疗20多万人次，使不少功能障碍，近乎瘫痪的病员，重新站起来，恢复了工作。对其他病如肿瘤、血液病、心脑血管病等，中医中药都有一定的作用。

随着人类社会的老龄化，如何防治老年性疾病，使之延缓衰老，健康长寿，欢度晚年，愈显重要。中医药在延缓衰老，防治老年性痴呆、骨质退行性变、帕金森氏综合征、中风瘫痪等方面，也可发挥显著的治疗作用。非药物疗法如针灸、气功、推拿等在治疗中，也有着积极的作用，我们要继承和发挥她的特色。

当然，在21世纪即将来临之际，为了使传统医学更好地发挥

其潜在作用，我们要在发掘继承的基础上，汲取现代科学的方法和手段，对传统医学的理论机制作深入的探索，改革药物剂型，使之方便服用，并努力创制新方药，使传统中药转变为疗效高、剂型新、装璜美的出口产品，走向国际市场，为祖国争光，为全人类健康服务。

（原载于《南通医药杂志》1994年2期）

## 中医事业的现状与前景

——为迎接江苏省中医科技工作会议而写

当代著名科学家钱学森同志说：“21世纪医学的主宰者，是中医中药。”当前全世界医药领域的有识之士，都在研究中医中药，出现了“世界性的中医热”。我们对此绝不能掉以轻心，要引起重视，奋发努力，迎头赶上，才能适应新的形势，充分发挥中医药的优势，使中医药走向世界，为全人类健康服务。我们的责任很大，任重而道远，一定要团结协作，万众一心，众志成城，必然会走出一条新路，上一个新的台阶，为岐黄之术争气，为祖国争光。

兹就中医药之现状与前景作一简要回顾，从而提出相应的对策。

### 一、一则以喜，一则以忧

建国以来，中医药得到党和政府的保护与发扬，特别是近10多年来，成立了国家中医药管理局，两部一局联合制订了全国500位名老中医经验继承的周密安排，从第一批结业的成绩来看，可谓硕果累累，令人欣慰。编撰了《医学百科全书·祖国医学》系列丛书；集中人力编写了大型《中华本草》，大大超过了《本草纲目》的内容；1991年国家中医药管理局与联合国卫生组织在北京共同举办了“世界传统医药学术交流大会”，800多位不同肤色的医药界人士，欢聚一堂，交流探讨传统医学之奥秘，一致赞扬中国传统医学之可贵，是一枝奇葩！我们研究的“益肾蠲痹丸”也

在会上介绍，获得好评。会议期间还商定每年10月22日为“世界传统医药日”。各地的中医药专著和科研成果如雨后春笋，不断涌现。中国科学院有了4位中医界的院士，这是值得我们高兴和骄傲的。但从全国中医工作来看，冷静地回顾一下，不免喜中有忧：

### 1. 中医理论和前人宝贵经验的继承不够

前人在长期实践中留给我们的珍贵经验，是十分丰富的，但是我们真正继承下来，并加以运用发展的太少了。我从医近60年，自己深感惭愧，所知者仅是沧海一粟，无数的宝贵经验被湮没，真是太可惜了。古人说：“脏腑如能语，医者面如土。”有许多好的卓效药，甚至是特效药，好的辨证识病的方法，好的理论，沉埋千百年，未能被发掘者，不知凡几。我认为当前许多疑难杂证，特别是癌症等，我们有时是望病兴叹，徒呼奈何，事实上，“既生斯疾，必有斯药。”先师章次公先生也曾说过：“用百病之方，治百人之病，方称得是良医。”例如陈士铎《石室秘录》所载的“四神煎”（黄芪120克，远志90克，怀牛膝、川石斛各10克）治疗鹤膝风，屡试不爽，堪称奇效，近贤岳美中先生亦盛赞之，这是专病专方的例子。又如《中国科协报》1995年7月20日4版金涛同志在“单方——往事漫忆”一文中提到井冈山偏僻山区，有一老妪用草药研粉内服避孕，效果很好，特别神奇的是，服用她所配制的避孕药后，如果又想生育，老妪尚有一味解药，服后可恢复生育功能。这位老妪的避孕药，既很灵验，又无毒副作用，享受诺贝尔医学奖金，也是当之无愧的。但可惜老妪秘不外传，这张济世良方，只有与老妪一样，老死山林，回归自然了！类似者，不胜枚举。

《内经》全文虽仅10万余字，但义理精深，内蕴无穷，我们现在选读的仅是一小部分，何况还未完全深入领会，阐明奥义，深感愧对轩辕黄帝。例如“疟论”的“日下一节”，从大椎往下按压，可以测知疟疾已发作几次，在压痛点的两旁按揉，可以控制疟疾的发作，我在农村巡回医疗时，历试应验。《灵枢·五色篇》：“面王以下者，膀胱子处也”，是说明人中部位色泽、形态的变化，可

以诊察生殖系统的病变，同时在此针刺留针，对妇科下腹部手术还有针刺麻醉之功效。前人寥寥两句话，稍加阐发，就是一个科研课题，也是一篇论文。《神农本草经》谓庵闾子能治“膈中寒热，腹中水气，化五脏瘀血”，具体地指出它擅治肝硬化腹水，我配合辨证之药屡用获效。这些微言精义，是多么的可贵，我们应该广泛深入地探索阐发，来指导我们的临床实践，更好地提高诊治水平。

## 2. 辨证水平和医疗质量有所下降

中医辨证的基本内容，是四诊八纲。而要辨证，首先认症，四诊就是认症识病的重要手段；望、闻、问、切四者不可缺一，古人云：“四诊合参，庶可万全”。四诊是中医的基本功，是医者认症识病的水平体现。但是现在有些医生只用问诊和生化物理检查了，望、闻、切仅是点缀而已，试问这样的话，辨证水平如何提高，这是一个危险的信号，不容忽视。中医的生命和前途在于疗效，而疗效决定于辨证，只有正确全面的辨证，通过八纲的分析，才能提出完善的论治，从而取得较好的疗效。由于辨证的粗忽，论治的失当，医疗质量的下降，是必然的后果。试问医疗质量下降，疗效不高，还有谁来求诊呢？这个方面，必须引起重视。狠抓基本功的提高，突出中医特色，不断提高医疗质量，中医振兴才有希望。

## 3. 滥用西药，中医急症的阵地萎缩了

中医师学习一点西医基本知识和抢救技术，我认为是必要的，但不能因此丢掉中医的辨证论治，忽视了中医的特色。不能一见高热，或是炎症，就用抗生素，中药仅是陪衬而已。滥用西药的风气目前似乎还带有普遍性，因而中医急症的阵地萎缩了，中医好像只能看一些慢性病，调理调理，这样下去，中医的前途是可虑的。现在中医院的病房，为了保险安全，或者病员要求，不少是中西药并用，这不是中西医结合，而是西药加中药罢了。中医治疗热病，或是部分急症，是有丰富经验的，我们要抓紧中医基本功的锻炼，发挥中医药的特色和优势。当然某些急、重、危之病员，中西两法并用，协力抢救，还是必要的。

#### 4. 药材不道地，炮制不如法

中药是中医战胜疾病的主要武器，工欲善其事，必先利其器，这是马虎不得的，一定要抓好中药的质量监控工作，加强中药材市场的管理。中药是特殊商品，不应该唯利是图，要讲究商业道德，对此要大声疾呼。现在广告效应、名人效应很害人，要加强药品广告的严格审核。对老药工在中药鉴别和炮制方面的经验，要抢救继承，否则就要失传了。

#### 5. 中医院经费严重不足

中医院的经费严重不足，面收益又较低，设备简陋，难以适应新形势的要求。我们除了呼吁政府增加中医机构经费的投入外，要自强、自信、自尊，奋力拼搏，力图体制的改革，争取自给有余，自我发展。力求“自强不息，止于至善”，以告慰党和人民的期望。

## 二、认清形势，迎头赶上

在邓小平同志建设有中国特色社会主义的思想指引下，改革开放以来，全国一片欣欣向荣，令人鼓舞。形势大好，也很严峻，作为中医工作者，我们要抓住机遇，迎接挑战，接受客观对我们的要求和期望，迎头赶上，知难而进，中医前途，才能更加辉煌。那么究竟怎样办呢？谨提出几点建议供参考：

### 1. 刻苦钻研，打牢基础

精读经典，泛览群书，这是很重要的一环。因为《内经》、《伤寒杂病论》、《本经》等经典著作，“文简、意博、理奥、趣深”，不通读原文，就无法窥其全貌和理解全书的主要精神；不通读原文，更无法认识和辨别精华与糟粕。然后再熟读警句，掌握精髓，所谓“书读百遍，其义自见”。对后世历代名著，要进行泛览，择其善者面取之。要善于独立思考，融会贯通，从而举一反三，触类旁通，引申发展。中医理论是金钥匙，处处都闪烁着光芒。例如“肝开窍于目”，视神经萎缩、眼底病变，用养肝明目之药，常收佳效。“脾主肌肉”，重症肌无力症，用大量白术、黄芪等补脾益气之品有效。“肺与大肠相表里”，肺炎用大量大黄加于

辨治药中，大大提高疗效。“六腑以通为用”，胰腺炎用清热通下与活血化瘀药煎汁灌肠，每奏殊功。类此事例，举不胜举。故友姜春华教授常说：“中医到处都是宝，看您会不会找。”关键是我们如何去善于识别和发挥。

## 2. 中医现代化与中西医结合

中医是门科学，任何科学都是在不断实践中前进、充实、发展的，不可能一成不变。我们要适应时代，吸取新的有益的东西，来充实发展自己。中医学在宏观、定性、动态研究方面，确有独到之处；但在微观、定量、静态方面，存在不足，对微观的病的认识，有时不免失之笼统。如果我们借助各种先进仪器的检测手段，把疾病的症结搞清楚，就有利于疾病的早期发现，及时治疗，防止误诊、漏诊，从而提高医疗质量，这是很重要的。例如直肠癌早期与痔疮混淆，隐匿性肾炎、隐性糖尿病、乙肝表面抗原阳性等等，如不藉做生化等检测，是易于疏忽的。某些疾病症状消失，不等于疾病已愈，如急性肾炎水肿已退，但尿蛋白未消失；肝炎症状已平稳，但肝功未恢复等。在辨病基础上，一定要辨证论治，不能一提到炎症，就是清热解毒，一说到病毒，就是板蓝根、垂盆草，千万不能放松辨证这一环。

中西医结合，不是中药加西药的简单结合，而是要在理论上有所阐述和发挥，在辨证用药上有所前进或突破，这才是我们的目的。例如用血液流变学来阐述活血化瘀法则，用水蛭来治疗高粘血症、高脂血症、肺心病水肿等，就是扩大了这一法则应用的例子。

中西医各有所长，我们应该加强团结协作，取长补短。50年代中期，林伯渠同志患顽固性呃逆一月余，迭经中西医专家诊治，仍未控制，后延章次公先生用独参汤而获转机。为此，周总理命北京医院召开一个病案讨论会，总结经验。岂知中西医专家，各抒己见，争论激烈。主持人乃请示周总理。总理赶到会场，听了简要汇报后，讲了“中医好，西医也好，中西医结合更好”三句话，众皆悦服。作为中医，我们要向西医请教、学习，特别是与西学中的同志，有共同语言，相互合作，开展中医药科研工作，可

以少走许多弯路。西医的测试、检验、实验手段先进，逻辑性也很强，加上中医理论和实践经验，如虎添翼。每年中医药中标的课题和成果的评定，很多都是相互协作配合的结果；中医界的硕士生、博士生出成果的，大多也是接受和运用现代医疗技术和手段而取得的。我们搞的益肾蠲痹丸的课题，如果没有中国中医研究院基础理论研究所的协作，也很难通过和成为新药。我们不能孤芳自赏，要多学科协作才是。

### 3. 中医理论核心和中医教材改革

关于中医理论核心问题，《中国中医药报》曾组织笔谈讨论，仁智之见，各有不同，除个别学者认为阴阳、五行学说不能作为中医基本理论的核心内涵之外，大多数学者的看法基本接近，“天人合一的整体观”得到共识。因为在生理、病理、辨证、诊断、治疗、预防等方面，基本内容都是以整体观作为核心的。中医的整体观，贯穿于“阴阳五行学说”、“脏象学说”、“经络学说”等之中，如果偏离了整体观念这一核心，就会只注意局部，而忽视整体，就与因人、因时、因地等对待疾病的整体观相违背。《内经》的整体观，是把当时最为先进的哲学、天文、气象、历学和数学等与医学紧密相结合，融为一体而成的。由于它的广泛吸收、渗透、移植和交融，从而形成独具特色的中医基本理论体系，促进了中医药的发展。我们的祖先早就运用“拿来主义”，为我所用，不断发展、提高自我，这种精神同样值得我们学习继承。作为即将进入 21 世纪的我们，更应该运用现代科学技术手段，来研究、弘扬中医药学，为全人类健康服务，这是责无旁贷的天职。

中医学院教材，基本是根据中医固有理论和各科技能进行编写的，但部分内容有些脱离临床实际。病种太少，不少常见病、常用药都被遗漏，因而学生一接触到临床，便感到生疏和脱节。所以，教材要进一步修订，希望吸收一部分临床家参与编写，使内容更符合实际，更趋完善。望诊要大大补充，例如广西中医学院二附院黄英儒主任医师对舌诊有重大发现，将舌面划分为 9 个区，脏腑分区与传统分法不同，通过舌诊，就可以一望而知病变所在。掌纹诊病，也有很大参考价值，应予增加。“望神察色”的面部望

诊，有许多奥秘之处，要广为搜集，加以充实，西安陈鼎龙先生有此高招。脉诊也要好好研究掌握，这其中大有学问，非浅尝者可知也，前人曾讥讽为“胸中了了，指下难明”。总地说，中医的精髓，还有许多内容，等待我们去发掘、研究，加以光大。

#### 4. 培养人才，一专多能

中医之生命在于学术，学术之根源本于临床，临床水平之检测在于疗效，而疗效之关键在于人才。翻开中医学发展史，每一个学术鼎盛时期的出现，都是以一代临床大家的突出贡献和卓越成就作为标志的，所以临床的人才是中医学存在、发展的基础，失去临床人才，中医学将成为无源之水、无本之木。为此，培养人才乃是当务之急。

“中医临床阵地日见萎缩”，就诊率日见下降，虽然有诸多外在的因素，但中医临床人员素质的下降，则是重要的内在因素。老一辈的中医专家日见凋稀。就江苏省来说，1977年评定省名老中医95名，迄今仅存 $\frac{1}{3}$ ，而能行动外出者，只剩10多名了，对他们的宝贵经验应该加以抢救继承，这是中医界的一件大事。年轻一代中医在市场经济大潮冲击下，在诸如进修难、晋升难、工作累、待遇低等一系列实际问题的困扰下，安于临床工作者日见减少，这一恶性循环的倾向，不容忽视。部分中年临床业务骨干，或先或后历史地走上了各级领导岗位，过早地失去了成为临床学科带头人的机会，对于整个中医事业来说，可谓得失参半；高水平的临床家后继乏人，已成为阻碍中医学学术稳定提高的致命关键。当前加强中医临床人才培养的工作，已不仅仅是单纯的学术问题，而是关系到中医事业存亡与发展的根本大计。当然，中医事业是一个系统工程，科研、教学、临床、管理等缺一不可，但它的着眼点，毫无疑问，都是以临床为中心的。所以，抓住了临床医技人才的培养，就是抓住了根本，抓住了要害。唯此，才能保证中医医疗质量的不断提高。与此同时，亦不能忽视中医药基础理论的研究，从事这方面工作的人士太少了，应该予以鼓励、支持，这也是振兴中医重要的一环。

人才是关键，而杰出人才群体的出现，是一个渐进的积累过

程。要为有志之士的成长、提高，创造必要的物质条件和政策环境，使新一代名医群体从速崛起。要培养一专多能的人才，既是通才，又是专才，才能突出特色，提高疗效，在病员中树立威信。除了虚心向老中医请教，继续搞好老中医经验继承外，要鼓励和支持他们有目的地自觉学习，抓紧时间多读一点书，勤于实践，善于思考，积累升华，必能成为新一代名医，为中医事业的振兴，做出更大贡献。

#### 5. 中药剂型改革，必须加快步伐

当前中药剂型除丸、散、膏、丹之外，主要是汤剂，但苦水一碗，既难喝，煎煮又费时，不利于服用，特别使双职工或小儿病员深感不便。我国各地也做过多方面的实践工作，如冲剂、浓缩水剂、片剂、针剂等，尤其是重庆市中医研究所对急症研制了多种大型静脉输液针剂，是很可喜的。单味药也在研制中，例如江阴市中药厂，制成单味或复方的微型颗粒，可以辨证选用，希望尽快推广。台湾称此为“科学中药”，日本有好多家汉方制药株式会社，将仲景方和后世名方制成微型颗粒剂，服用方便，疗效甚佳。我在日本访问西尾市市民病院时，该院副院长告知：“本院未设汉方科，但医师使用汉方成药占全部药品的50%，疗效好，无副作用，医师和病员，都感到满意。”这值得我们综合医院参考。

#### 6. 医乃仁术，医德至上

自古以来，医乃仁术，我们医务工作者一定要认真实行革命人道主义精神，要重视医德医风。唐代孙思邈先生在《千金方》中就以“大医精诚”列于篇首，并谆谆告诫医者：“人命至重，有贵千金；一方济之，德逾于此。”历代医家均以医德与医术并重，俗谓“道无术而不行，术无道而不久”，是很明确、辩证的。

现在有部分医者受经济大潮和商品经济的冲击，医德有所下降，有少数现象是令人感到遗憾的。希望今后不再发生，维护白衣战士高洁的形象。

当前世界各国，对化学药品的毒副作用，深感忧虑，多寻求天然药物，特别是中国的传统医学，最受重视和欢迎。我们要抓住机遇，奋发图强，团结协作，科研、医疗、教学齐头并进，多

出人才，多出成果，争取中医药成为 21 世纪医坛的翘楚，为人类健康做出更大的贡献。

(原作于 1995 年 8 月)

## 关于中西医结合工作的几点看法

毛主席 1954 年就指出：“重视中医，学习中医，对中医加以研究整理，并发扬光大，这将是我们的祖国对全人类贡献中的伟大事业之一。”随后又发出“学了西医的人，其中一部分又要学中医，以便运用近代科学的知识和方法来整理和研究我国固有的中医和中药，以便把中医中药的知识和西医西药的知识结合起来，创造中国统一的新医学新药学”的号召。周总理也说：“把中医整理出来，和西医比较有科学性的那部分结合起来，形成一个中国的医学。这个中国医学，不仅要为中国人民服务，而且要为世界革命人民服务。”“时候已经到了，现在不结合，到什么时候结合？等老中医死了再结合？”中共中央为中医工作，还专门发了 56 号文件，强调“中医院要突出中医的特点，从门诊到病房要体现以中医药为主，但还必须配备现代化科学仪器设备，配备足够数量的中西医结合的高级医生，以使用现代科学的知识和方法，研究、总结和提高中医的疗效及其理、法、方、药的辨证论治规律，使中医院真正成为发掘、提高祖国医药宝库，培养提高中医中药人才和训练中西医结合骨干的基地。”这给我们明确指出中西医结合工作的重要性和迫切性，也指出了方向，是鼓励，也是鞭策。

无数事实证明，只有通过中西医务工作者的共同努力，才有可能快速地创造我国统一的新医药学。个人认为开展中西医结合工作，它的具体措施，可以从下面 4 个方面着手：

### 一、用辩证唯物主义思想作指导，取中西医之长，走创新之路。

我们要搞好中西医结合工作，必须首先坚持用辩证唯物主义思想作为指导思想。因为“不管自然科学家采取什么样的态度，他

们还是得受哲学的支配”。医学和所有的自然科学一样，总是受哲学支配的。中西医结合工作，必须依赖于唯物辩证法的指导，才能健康地发展。中医虽然是几千年来劳动人民跟疾病作斗争的经验积累，但由于它形成较早，受历史条件及当时自然科学水平的限制，中医理论对人体构造的细节、生命过程的物质基础，缺乏微观的了解，同时在理论中也掺杂了一些糟粕，所以我们一定要遵照“古为今用，洋为中用”，“取其精华，弃其糟粕”和“推陈出新”的方针，给予有选择的继承和整理提高。西医是近代发展起来的，它借助已经发展到一定高度的自然科学工具进行研究，形成了独立体系，对进一步发掘提高中医学有很大的启发和促进作用。在强调西医学习中医的同时，我们中医工作者也要学习一些现代医学的基础知识，从而获得共同语言，才有利于加速搞好中西结合的工作。中西医只能在发展中结合，在结合中不断发展提高。因此，中西医务工作者一定要团结一致，相互学习，取中西医之长，走创新之路。举例来说吧：中药泽泻在《本经》中有“久服耳目聪明，延年轻身”的记载，说明它有延缓衰老作用，近年来在动物实验中证实了它是一种降低血脂及抗脂肪肝的有效药物，还能增加冠脉流量，临床验证，确有效果。又如庵闾子主治“五脏瘀血，腹中水气”，“疗心下坚，膈中寒热”，用以治疗肝硬化腹水，也有显著疗效。蜀羊泉主治“恶疮”，“女子阴中内伤”，可以用治宫颈癌。根据《灵枢·五色篇》中“阙上者，咽喉也”的记载，于此穴针刺治疗白喉，止痛快，退肿速，白腐脱落平均不超过3天，退热平均2天，观察137例，痊愈者133例，治愈率达97.1%。又根据同篇“面王下者，膀胱、子处也”的启示，用“人中”来目测妇女子宫的大小、病变，经对照验证30例，基本符合。妇女做输卵管结扎时针刺人中，针麻效好。应用中医理论“利小便而实大便”，采用双氢克尿噻治疗小儿腹泻收到良效。“治暑之法，清心利小便最好”，用双氢克尿噻治疗暑热症疗效也很好。“得酸则伏”，胆蛔症用阿斯匹林有效。这些都是“古为今用”的例子。在读古典著作时，我们要用望远镜、放大镜，要“于无字处悟深意”，才能做好发掘工作，为中西医结合提供线索。

再从“洋为中用”举例来说：如《素问·金匱真言论》：“阴中有阴，阳中有阳。平旦至日中，天之阳，阳中之阳也；日中至黄昏，天之阳，阳中之阴也；合夜至鸡鸣，天之阴，阴中之阴也；鸡鸣至平旦，天之阴，阴中之阳也。故人亦应之。”这是古人用自然界昼夜变化规律来说明人体阴阳消长的情况，现在通过 su-4885（垂体）的测定，证实下丘脑昼夜节律变化与上述阴阳消长规律是一致的，这就阐明了人体阴阳消长变化的机理，启示我们掌握这一节律变化，更恰当地辨证、用药，来调节机体内在的功能，促使疾病早日康复。又如：现代医学认为美尼氏病是由迷路水肿引起的，我院内科史载祥医师受到启发，就用降逆利水的代赭石 30 克、姜半夏 18 克、车前子 30 克、夏枯草 18 克制成了“晕可平糖浆”，与南京医学院附院五官科验证 183 例，有效率达 92%，疗程短，无副作用。昆明山海棠是治疗变态反应性疾病类风湿性关节炎具有良效的药物，考虑到慢性肾炎同为自身免疫性疾病，属第Ⅰ、Ⅱ型变态反应，因此就用它治疗慢性肾炎，通过临床观察，发现它对慢性肾炎蛋白尿有较好的疗效。一些服用激素及环磷酰胺无效的病人，用之亦有效。对混合型或肾功能不全有氮质血症者其效较差。胃下垂、肺心病，若从病理学上去认识，都有“郁血”病变的存在，我们在辨证论治的前提下，加用活血化瘀药，疗效大大提高。再如，高血压患者经用平肝降压药，收效不佳时，病人虽无瘀血征象，但心电图提示心肌劳损或供血不足者，加用丹参、川芎、红花等活血化瘀之品，往往使降压疗效显著提高，随着心电图的改变，血压和临床症状均得到较好的控制。

这不是说中医完美无缺，毛主席曾指出：“决不能无批判地兼收并蓄。”又说：“我们对中医须有全面的、正确的认识。必须批判地接受这份遗产，必须把一切积极因素保存和发挥，将来只有一个医，应该是唯物辩证法作指导的一个医，不是两个医。”我们要向这个目标奋勇前进。我们要运用控制论的黑箱学说，把祖国医学这个宝库打开，为人类健康做出更大贡献。要运用分子生物学手段，以多学科的协作，共同来探讨中西医结合的理论，以加速创立我国统一的新医学新药学。我认为湖北中医学院与武汉大

学的专家进行中医控制论的研究，运用电脑和现代仪器提供检测数据，改进中医传统的检查方法，提高辨证论治水平，促进了中医现代化，这是良好的开端，值得欢迎和重视。

## 二、辨证与辨病相结合，从临床到理论，探索其内在的统一规律，创造新的诊疗体系。

中医辨证，西医辨病，各有短长，因此必须给予有机的结合。证候是机体的病理反应，疾病是症状产生的原因，二者有因果关系。临床实践证明，证病紧密结合，对于发挥中西医诊治疾病的集合优势，探索临床诊治规律，提高治疗效果，推动中西医结合，具有重要的意义。

辨证论治是一个以朴素的唯物辩证观点，认识疾病、处理疾病的“认识论”和“方法论”，它具有整体观和动态观的特点，是中医治疗学中的精髓，是我们应该掌握的重点。只要我们正确地运用它，就能对某些疑难病例，获得比较满意的疗效。例如“血紫质病”是一原因尚未明确的体内紫质代谢紊乱的疾患，比较罕见。临床上曾遇到一李姓男患者，28岁，工人，近1年多来，每三四个月必剧烈腹痛两日，当时排除了急腹症，仅作对症治疗，后经尿检发现大量血紫质而确诊，发作时用“杜冷丁”，腹痛始趋缓解，经多方治疗，均未控制其发作，遂来我院就诊，经辨证属于“脾肾阳虚”，用温补脾肾之品（仙灵脾、熟附块、肉桂、炮姜、葫芦巴、党参、白术、小茴香、玄胡、甘草），届期没有发作，随访已愈。又如一肾盂肾炎患者，经长期应用清热、凉血、通淋等治疗，未能根治，仍有腰酸、低热、尿频等症状，尿检红细胞一直未消失，时轻时剧，后根据其症状及质红之舌，弦细而数之脉，辨证属于肾阴亏损，瘀热逗留，改予滋阴益肾、泄化瘀热之剂。5日症情改善，10日而趋稳定，继用六味地黄丸调治而愈。这使我们认识到辨证论治的卓越作用，但现在处在20世纪70年代，我们不能满足于辨证论治，它还有一定的局限性，我们不要国粹主义，隐讳自己的缺点，有破才有立。例如直肠癌早期的症状，往往易与痔疮或慢性痢疾混淆，如果不运用现代医学的方法早期确诊，就

有贻误病情的不良后果。现在医学科学所作出的物理的、实验室的各方面的检查所得出的证据，已大大超过我们望、闻、问、切的诊查范畴，它对多数疾病能作出明确的诊断和认清疾病实质，中医的辨证较之还有不足之处，还要再提高，充实新的内容。例如急性肾炎，发热、浮肿等症状消失了，一般就认为已痊愈了，但小便检查仍有蛋白质、管型及红、白细胞。又如黄疸型肝炎，黄疸虽已消退，但肝功尚未正常，就不能说是已愈。再如一例伤寒合并中毒性心肌炎的患者，在伤寒痊愈时，脉搏无结代的表现，而心脏听诊心音低钝，第一心音明显减弱，心电图示：I度房室传导阻滞，窦房结性早搏，说明心肌炎尚未脱离危险期，可是患者精神、食欲均很好，苔、脉也无异常，不靠辨病，则易放松警惕，造成不愉快的后果。这是“有病可查，无证可辨”。所以我们必须用辨证与辨病相结合的方法去认识和对待疾病，才能对疾病逐渐产生新的认识，为治疗提供更有效的措施。例如肺结核仅从肺阴虚着眼，单用养阴补肺的药，效果常不太满意，加用了具有抗结核作用的百部、地榆、平地木、白毛夏枯草等药，疗效就显著提高。大叶性肺炎的风湿证，如果在辨证的同时，加用大剂清热解毒药如鱼腥草、白花蛇舌草，疗程就可大大缩短。白血病如单从气血亏虚着眼，纯用补养气血之药，收效不佳，加用清热解毒、杀白血病细胞的药物，“扶正去邪”并进，效果可以比较满意。这里要注意的，在辨病的同时，切不可放弃辨证，我们不能机械地象去电影院似地“对号入座”，而要如帽子店、鞋子店似地对号发货才行。也就是说，我们既要针对某一病的共性，还须在人体不断适应的条件下联系其表现的情况，认识到不同受激的人体反应，重新建立一套以唯物辩证法为指导的中西医融会贯通的诊疗方法。例如用免疫抑制剂治疗肾病综合征时，配合中药二陈汤以减少消化道的反应，配用当归补血汤加味以防止白细胞降低，疗效就令人满意。1977年肾炎座谈会在北戴河举行，一致反映，慢性肾炎单纯用西药或单纯用中药的治愈率都不太满意，而中药配合免疫抑制剂或激素，治愈率就可大大提高。这使我们进一步认识到：中医和西医两者虽然都是劳动人民长期与疾病作斗争的经验总结，

都有极其宝贵的科学价值，但由于受到历史条件和思维方式等的限制，都各有其局限性，都须“取其精华，弃其糟粕”，辨证与辨病有机地相结合，推陈出新，达到相互为用，逐步创造出我国统一的新药医学。

### 三、采风访贤，搜集单方验方，进行实验筛选，寻找新的疗法。

通过采风访贤，搜集单方验方，进行实验筛选，可以找到新的有效药物，以提高疗效，并有利于阐明其机理，为创造新药医学提供资料。明代吴又可可在其《瘟疫论》里提到一病有一病之毒（指急性传染病的致病因子），如果能找到针对一病之毒的药物，就能提高疗效，而毋须君臣佐使地增减，只要辨病就行了。这种特效方药是治病的理想工具之一，在目前可能还有人不同意这样做，深恐影响辨证论治的原则精神，我认为这是攻克疾病的一个措施，既不会削弱辨证论治的原则，还可以丰富治疗的内容，提高疗效，一举数得，何乐不为？例如：螃蜞菊原是民间用来治疗感冒发热的一种草药，通过动物实验和临床观察，用其片剂或注射剂治疗麻疹、流感、乙脑、肝炎、流行性出血热、腮腺炎等病毒性疾病，取得了较好的疗效。过去我院曾先后搜集民间一技之长的疗法，如季德胜同志的蛇药，陈照同志的瘰疬拔核药，成云龙同志治肺脓肿的金荞麦，被人们称为“中医院的三枝花”，在提高医疗上起了一定的作用，季、陈二同志还被聘为中国医学科学院的特约研究员，金荞麦得到全国医药卫生科学大会的奖状。此外，南京军区总医院经过动物实验，筛选到降脂的卓效药——细辛，而且只用小量（2g/日）。如果从中医辨证角度出发，是不会选用这味药的。中国人民解放军第181医院采取“粉背雷公藤”治疗类风湿性关节炎取得显效，我院验证10例，病员肿胀变形的关节炎均在数日内得到缓解，血沉下降，疼痛消失；因其有类激素的反应及胃肠道刺激症状，经加用有关中药后，这些副作用即行解除，患者可以坚持服用，而获根治。桂林市中医院用天南星科植物“卜芥”的根茎，治疗毒蛇咬伤有显效（治愈率为99%）；还能治疗钩端螺旋

体病(治愈率为93.2%),除对肺出血型疗效较差外,其他类型体温平均2.2天内恢复正常。福寿草治疗室性早搏、心衰,具有疗效较好、无毒副作用的优点。蜂房研粉,每日1次用2~3克炒1枚鸡蛋治疗慢性支气管炎,60%以上的病员在3天内见效,有效率达92.6%,具有高效、速效,还有催眠、增加食欲及止血的作用。这些单方草药都来自民间,超过了常规方药的疗效,值得我们广泛地去发掘、应用。

有些复方,经过筛选,找到主要奏效的药物,简化了处方,就有利于研究和总结提高。如治疗慢粒的当归芦荟丸中共有11味药,经筛选后证实主要有效药是青黛1味。冠心苏合丸原是6味药组成,经动物实验证实扩充冠脉流量的是苏合香油和冰片。天皂合剂经实验筛选证实其主药是天花粉,又去掉了其异体蛋白质,就完全没有反应了。天津传染病院用养阴清肺汤合仙方活命饮加减治疗局限性咽喉,取得了良好的疗效,但是开始时用药较多,后经临床筛选,用养阴清肺汤中的玄参、生地、麦冬、五味子,加入黄芩、连翘,制成“抗白喉合剂”,清热解毒作用较前加强,不仅退热快,而且伪膜脱落迅速,经临床观察,疗效与白喉抗毒血清无明显差异。这些都启示我们,用这种方法能简化处方,找到主要有效的药物,便于总结提高。这种辨病用药与辨证论治是不矛盾的,可以相辅而行,为创造新的诊疗体系提供参考。

#### 四、改革剂型,发挥中医中药的卓越作用,更好地为临床服务。

为了方便使用,提高疗效,我们还要进行剂型改革,这样也有利于总结,阐明其机理。如参附注射液静滴抗休克,“醒脑静”注射液治中风,就有利于抢救之用。要克服一碗苦水的现状,让病员能及时吃到药。我们认为,改革剂型不会降低疗效,相对地还会提高疗效,又方便服用,应大力提倡,加以推广。

通过以上4个方面的实践探索,对开展中西医结合工作可能有些帮助,为创造我国统一的新医药学提供些资料。为实现毛主席和周总理的遗愿,让我们认真学习,刻苦钻研,在实现“四

化”的长征中，做出应有的贡献！

（原载于《南通医药》1979年第1期）

## 辨证与辨病相结合的重要性及其关系的探讨

中医的“辨证论治”与西医的“辨病论治”相结合的重要性及其关系，我在1961年7月号《江苏中医》曾简要提及，今阅本刊1962年1期孙世荃同志的“辨证论治和机体反应性问题”一文，认为颇为精辟，对其论点及远景之瞻望，我基本同意。兹将辨证与辨病相结合的重要性及其关系，略加探讨。

中医的“辨证论治”是针对机体各个部分以及整体的主要功能状态与病理活动，给予综合性的评定，提出恰当的处理。也就是根据病情，运用四诊八纲，结合病因，加以归纳、分析，区别证候的属性，辨识邪正的盛衰，推测疾病的转归，从而确定治疗原则与具体治疗措施。西医的“辨病论治”则是在寻找病源，明确诊断的基础上，针对病源用药的。证候是疾病反映的现象，疾病是证候产生的根源，因此，“证”和“病”是一种因果关系，具有不可分割的有机联系。个人认为否定或肯定病和证的任何一方面，都是片面的、不完善的，而两者结合，则是创造新医药学派的重要途径。

辨证论治的优点，为不论对如何复杂的病情，都可依据症状，从阴阳消长、五行生克制化的规律中，运用四诊八纲的方法归纳分析，提出综合治疗的措施，但缺点则是对疾病产生的具体机制、肯定的诊断，缺少现代科学依据。例如西医对无黄疸型传染性肝炎的诊断，除了有关的主要症状外，还必须具有肝肿大、压痛以及肝功能异常等的客观检查指标。而中医对该病的认识，则可有肝脾不调、肝郁气滞、阴虚肝旺、肝肾两亏、脾虚湿阻、血瘀癥积等的不同证候归类，而这些不同证候也可同时出现在其他疾病的发病过程中。这种中西医之间在诊断上所存在的客观差别，如果不经综合参考分析，有可能导致医疗上的严重失误。例如直肠

癌的早期症状易与慢性痢疾混淆，如果不经运用西医学方法早期确诊，中西医结合，严密观察，及时给予相应的治疗措施，就很有可能导致病情恶化，癌肿转移，甚至不治。另一方面，也应看到，目前西医学对许多疾病的本质的认识还不够全面透彻，许多疾病的发病机制，还未能被完全阐明，如果单纯采取西医学“辨病论治”的方法治疗，有时临床疗效也不理想。如能“辨证”与“辨病”密切结合，研究疾病与证候的关系，探索临床诊治的规律，则相得益彰，对于今后医学的发展和提高，具有重要的意义。

继承发扬祖国医学，是我国医务工作者当前的一项光荣而艰巨的任务，而关键问题在于西医学习中医。几年来，许多西医同志系统学习中医以后，在中医文献整理和中医理论机制研究等方面，获得了成绩；在临床实践方面，采用了许多中西医结合的疗法，如小剂量穴位注射、中药穴位电离子导入等等。对某些严重、顽固的疾病，提出了恰当的中西医结合的治疗措施，如：对伤寒之偏于湿重者，运用化湿宣中之中药配合合霉素治疗；对慢性肾炎之水肿严重，久治无效，以脾肾阳虚为主者，以“壮火制水”法，适当配合双氢克尿噻，脾肾阳虚而兼见阴虚者，以“温肾养肝”法配合激素治疗，效果大大提高。在病理机制方面，也有了进一步的探讨，例如上海市伤科研究所研究发现肾上腺皮质有调节钙磷平衡、促进骨折愈合的作用，并从中受到启示，进而运用中医“肾主骨”的原理对骨折患者进行治疗研究，证明补肾法确能改善肾上腺皮质的功能，维持骨的正常代谢，缩短骨折愈合的时间。这不仅提高了疗效，而且对中医理论的阐发也提供了宝贵的资料。

几年来，我们在临床研究工作中，也深深感觉到西医学的基础知识能给予我们很大启发与帮助，使我们找到了许多新的疗法。例如我们从蚯蚓液治愈下肢溃疡的经验中，理解到蚯蚓液具有修复溃疡面的作用，从而启发我们引用以治溃疡病，取得了良好的效果，倘若不结合“辨病”，而仅从“辨证”着眼，是无论如何不会采用这种咸寒之品来治疗的。又如脉见歇止，一般多属虚证，但在病理学上心脏往往呈郁血状态，因而启发我们采用“活血化瘀”之药治疗，也同样取得了显著效果。气管白喉是危急的病候，

由于伪膜堵塞气管和喉组织水肿常致窒息死亡，由此启发我们运用**蠲痰**（促进呼吸道分泌物亢进，使伪膜易于脱落）、**泻水**（人工脱水，改善喉间水肿）的中药，拟订了“**利气夺命散**”（牙皂、礞石、月石、明矾、芫花）治疗，使一二度气管白喉患者避免了手术的痛苦。中毒性心肌炎是一种死亡率较高的疾病，心肌受损呈断裂状态为该病致死之主因，因而联想到伤科药“**七厘散**”的应用，或于煎剂中加用**血竭**，使疗效显著提高。再如某些久治不愈的慢性纤维空洞型肺结核患者，其机体的活力和代谢情况，也就是组织修补能力，多呈沉滞不振的衰退状态，所以我们在治疗上不单纯固守养阴一法，一面采取具有兴奋作用的药以扶正气，一面又从纠正局部病灶的病理改变着眼，选用**破瘀散结**、**活血化瘀**、**解毒杀虫**的药治疗，对于临床症状的迅速改善、病灶的吸收和空洞的闭合等，均具有良好的效果。我们还从疾病的病理变化着眼，分别从本草文献中有关主治“**恶疮**”、“**女子阴中内伤**”，以及主治“**五脏瘀血，腹中水气**”、“**疔心下坚，膈中寒热**”的药物中，筛选出治疗子宫颈癌和肝硬变腹水的有效药物，也取得了一定成绩。

以上事例表明，中西医相互启示合作，辨证与辨病相结合，大大有利于发掘祖国医学这一份宝贵遗产，为治疗危害人民健康的某些顽固疾患，提供重要的研究线索。

（原载于《中医杂志》1962年3期）

## 《内经》、《伤寒杂病论》运用 动物药之经验及其对后世的影响

祖国医学对动物药的应用，始于《内经》。张仲景更是一位善于运用动物药的大师。纵观《内经》、《伤寒杂病论》中运用动物药的方剂，可谓理法俱备，法度严谨，寓意良深。这些宝贵的经验，对后世医学的发展，影响极为深远。兹撮其要，简述于次。

### 一、填精补虚，调理冲任

【原文】 帝曰：“有病胸胁支满者，妨于食，病至则先闻腥臊臭，出清液，先唾血，四肢清，目眩，时时前后血，病名为何？”

何以得之？”岐伯曰：“病名血枯。此得之年少时，有所大脱血，若醉入房中，气竭肝伤，故月事衰少不来也。”帝曰：“治之奈何？复以何术？”岐伯曰：“以四乌鲂骨一藟茹，二物并合之，丸以雀卵，大如小豆，以五丸为后饭，饮以鲍鱼汁，利肠中及伤肝也。”（《素问·腹中论》）。

**【阐释】** 此为《内经》关于血枯经闭之论治。其血枯之由，一是由于“年少时，有所大脱血”；二是因醉后入房，伤精耗气之故。夫精伤血去，肝肾亏矣，故经文将“肝伤”特意点出。月经之生理，在于任脉通和太冲脉盛，而奇经八脉隶于肝肾，冲任二脉又起于胞中，肝肾精血亏耗，则冲任虚衰，安望其经行？治疗经闭，大法有二：血滞者通之，血虚者补之。今肝伤血虚，故当填精补虚，润枯泽竭。四乌鲂骨一藟茹丸旨意深矣！乌贼骨咸温下行，主女子赤白漏下及经闭血枯，又能涩精秘气；茜草既能止血治崩，又能补益精气；雀卵气味甘温，为补益精血之妙品；鲍鱼能通血脉，益阴气。于是精血得以滋填，化源不绝，冲任脉盛，经事自潮矣。

**【浅识】** 我认为《内经》此方，实际上是一张通补奇经之祖方。一般说来，奇经病变都是大病、久病所累及；冲任二脉的病变，除因直接损伤（如手术）所导致外，大多起于慢性久病之后，所谓肝肾损伤，累及奇经。《内经》此证，亦由肝伤所致，这一认识，先圣后贤，都是一致的。需要着重说明的，此方之组成，有两大特点：其一，选用了雀卵、鲍鱼等动物药来填补精血，既是养肝肾，又是益冲任。后世医家所谓“味腥气秽，善走奇经”，即是受其启示。其二，以补涩为主，涩中寓通。乌贼骨、茜草不仅能固涩下焦，而且能通利血脉，所以说二味能行能止。为何要通？盖非通经气不能行，非通不能入脉，这是调理奇经的一个重大法则，足以启迪后人。

《内经》此方之应用十分广泛，除用于伤肝经闭外，还适用于崩漏，特别是暴崩。盖暴崩冲任失守，下焦不固，证情最急。个人认为，尽管在辨证上可以分为肝不藏血、脾不统血等多种类型，但治肝、治脾总有鞭长莫及之虞，莫若固摄冲任为先，待崩止后，

再调肝脾，以治其本。雀卵不易得，鲍鱼价昂，可取其意，代之以鹤鹑蛋、鹿角胶、龟版胶、紫河车、淡菜、阿胶之类，但需根据证候阴阳之偏颇，随证选药。用茜草、乌贼骨固摄下焦，加入紫石英、龙骨、牡蛎等以补其不逮，可以收效。此方还适用于带下病，近代名医张锡纯善用之。张氏谓：“带下为冲任之证，而名为带者，盖以奇经带脉，原主约束诸脉，冲任有滑脱之疾，责在带脉不能约束，故名为带也。”制“清带汤”（生山药、生龙骨、生牡蛎、海螵蛸、茜草）治“妇女赤白带下”。单赤带，加白芍、苦参；单白带，加鹿角霜、白术。张氏此方，即从四乌鲋骨一藜茹丸引伸而来。假使既有下元不足之见证，又有湿热淤浊逗留之带下，张氏此方即欠熨贴。沪上名医朱小南先生对久病秽带用清润法，即以《内经》本方为主，除鲍鱼、乌贼骨、茜草炭外，加入味浊之品，如鱼腥草、墓头回、败酱草等，直达病所，殊堪效法。

此方合而观之如此，若就单味药而言，后人也不断扩大其应用范围。例如乌贼骨，不仅能收涩止血，而且能潜消宿瘀，是一味具有“通”与“涩”双重作用的良药。今人还用治咳嗽，如姜春华教授用此药就有很多宝贵的经验。个人认为，乌贼骨治咳嗽不仅取其能敛肺，同时还有溶痰之作用。但需注意，咳嗽初期，表证较重者需慎用，否则应配合宣肺开表之品，方能无弊。

## 二、攻逐瘀血，荡涤邪热

**【原文】** 太阳病，六七日，表证仍在，脉微而沉，反不结胸，其人发狂者，以热在下焦，少腹当鞕满，小便自利者，下血乃愈。所以然者，以太阳随经，瘀热在里故也。抵当汤主之。

太阳病，身黄，脉沉结，少腹鞕，小便不利者，为无血也；小便自利，其人如狂者，血证谛也。抵当汤主之。

伤寒有热，少腹满，应小便不利，今反利者，为有血也，当下之，不可余药，宜抵当丸。（均见《伤寒论》）

**【阐释】** 前二条，均冠以“太阳病”三字，其有恶寒、发热等表证，不言而喻。后一条曰“伤寒有热”，则其表证当不及抵当汤证为重。蓄血证的成因，论中点出：“以太阳随经，瘀热在里故

也。”当以热邪煎迫，引起络伤血溢而瘀结。瘀血症的临床表现，就论中所云，有发狂、少腹鞭满、小便自利、身黄、脉沉结等。瘀热互结，证情不轻。就瘀血与表证二者之轻重来权衡，当破瘀为急，下其瘀结，则郁于里之热邪自有出路，表证亦自解也。此所以有取于水蛭、虻虫、桃仁、大黄之属也。惟抵当丸较抵当汤为轻耳。

**【浅识】** 《伤寒论》从小便利与不利，作为蓄水与蓄血辨证之重要标志。盖蓄水者，病在气分，气化不行，故小便不利；而蓄血则病在血分，并不影响气化功能，所以小便自利。个人认为，这仅仅是言其常，而未能尽其变。假使瘀血阻滞，影响气化功能，不仅可见小便不利，还可见肿满之疾。从临床实际来看，风湿性心脏病、肝硬化腹水、肾功能衰竭等，均可见小便不利，或腹水，或肿满等证候。而此等疾患，均有不同程度之瘀血表现，假如仅就小便不利这一症状，从气分来处理，就难收到预期之效果，而有时采用破瘀药后，则可获得明显的功效，这是发人深省的。个人尝用水蛭粉治疗“风心”证见心下痞坚、腹水、小便不利者，及“肺心”而面浮、喘促、足肿、小瘦短少者，其效较佳，可以佐证。

瘀血证可见“发狂”之神志症状，后世医家积累了不少用逐瘀活血法治疗癫狂、狂犬病之治验，就是受了仲景之启示。瘀血可致“身黄”，这是一个非常深刻的认识。《伤寒论》既阐明了“瘀热在里”、“寒湿在里”可致发黄，又指明了“瘀血”致黄，三者鼎足，成为黄疸辨证的重要纲领。所谓瘀血发黄，是指瘀血内阻，致使胆失通降而言。经验证明，凡瘀血发黄，用茵陈则无效，非活血化瘀不能奏功。当然，在药物的选用上，并不拘于抵当汤、丸。《千金方》治身寒热发黄，用大黄、芒硝、归尾、桃仁、人参、桂心为末，酒服二方寸匕，就很有特色：其一，治黄不用茵陈；其二，攻下化瘀，辅以益气扶正，庶几攻不伤正。凡瘀血发黄，此方可作借鉴。如瘀热较重，可去桂心加丹皮，余如三棱、莪术、刘寄奴等，均可因证而施。

水蛭是一味具有逐恶血瘀血、破血癥积聚之良药。现代药理研究证明，水蛭主要含有蛋白质，其新鲜唾液中含有水蛭素，水

蛭素能阻止凝血酶作用于纤维蛋白元，阻碍血液凝固，每20毫克水蛭素可阻止100毫升人血之凝固。水蛭分泌的一种组织胺样物质，能扩张毛细血管，缓解小动脉痉挛，降低血液粘着力。其活血化瘀作用，殆与此药理机制有关。可用于消癥瘕积聚，如张锡纯之“理冲丸”（水蛭、生黄芪、生三棱、生莪术、当归、知母、生桃仁），对于一切脏腑积聚及妇人血瘀经闭不行，或产后恶露不尽而结为癥瘕者，有比较显著之疗效。还可用于冠心病之心绞痛。个人体会，凡证属气滞血瘀，经脉挛急，血运不畅之心绞痛，甚则心肌梗塞，而舌与口唇有明显瘀斑时，在一般活血化瘀、理气通阳之剂中，加用水蛭粉1克（胶囊装，分2次吞服），每获佳效。此外，对门静脉高压脾切除后血小板增多症、食道癌等，也有不同程度的效果。虻虫破瘀之力尤著，对癥瘕积聚、血瘀经闭、跌扑瘀结有效。但服后易引起暴泻，停药即止，虚人宜慎用之。

### 三、缓中补虚，逐瘀生新

**【原文】** 五劳虚极羸瘦，腹满不能饮食，食伤、忧伤、饮伤、房室伤、饥伤、劳伤、经络荣卫气伤，内有干血，肌肤甲错，两目黯黑。缓中补虚，大黄廕虫丸主之。（《金匱要略》）

**【阐释】** 虚极羸瘦，虚劳成矣；腹满不能饮食，则后天生化无权，虚劳一时难复。推究病因，盖因饮食失调，或忧思过度，或饮酒过量，或房室不节，或饥饿劳伤，病始则伤气，继则血瘀，经络营卫因之湮塞，“肌肤甲错，两目黯黑”，即是瘀血之明征。宿瘀不去，则新血不生；经脉不通，则脏腑失荣。于是取干地黄、白芍等润剂以润血之干，以大黄及蠕动啖血之水蛭、虻虫、蛭蟪、廕虫等以行死血，俾宿瘀得去，营卫周流，虚劳渐复矣。

**【浅识】** 仲景用虫类药治瘀血，《伤寒论》有抵当汤丸，《金匱》有下瘀血汤，二者均系内有瘀血，身体未虚，故纯用攻逐，取其急治；此系五劳虚极，内有干血，故宜攻补兼施，徐图效机。廕虫具有活血散瘀、消癥攻坚、疗伤定痛等多种功效，其特点是破而不峻，能行能和。《长沙药解》说它“善化瘀血，最补损伤”，故虚人亦可用之。如仲景治疗产后腹痛之“下瘀血汤”，以及治疗疔

母痞块之“鳖甲煎丸”，均用之，可资佐证。大黄廔虫丸以破瘀药为主，养血之润剂为辅，虽云“缓中补虚”，但毕竟是以祛瘀为主之方剂，此方之应用，关键在于审证要明确，虚劳羸瘦确属瘀血为患者方可应用，否则每致悞事。故前人谓此方是治疗干血劳之良剂，当三复斯言。应用大黄廔虫丸之标准，必须具备肌肤甲错，两目黯黑，腹满不能食这三症，方不致误。许州陈大夫之“百劳丸”（当归、乳香、没药、虻虫、人参、大黄、水蛭、桃仁），治一切劳瘵积滞，立意与此方仿佛，均为祛瘀生新，治虚劳因干血为患之良剂。

吾师章次公先生对仲景之学有很深之造诣，善用虫类药治疗沉痾痼疾。如对慢性肝炎和肝硬化的肝脾肿大、腹胀，善用攻补兼施之法，尝取廔虫、蛭螂虫、蜈蚣、将军干等，配合益气养血、补益肝肾之品，多能迅速控制症状。姜春华教授亦喜用下瘀血汤治疗肝硬化，屡奏殊功。个人曾根据章师之经验，制订“复肝散”（红参须、鸡内金、紫河车、广郁金、广姜黄、参三七、地鳖虫、炮山甲）治疗慢性肝炎及早期肝硬化，大能消癥破积，缩小肝脾，改善肝质，恢复肝功，增加食欲，并有提高血浆蛋白、纠正白蛋白/球蛋白比例倒置之功。

以上仅就《内经》、《伤寒杂病论》中运用动物药的部分方剂作了粗略的探讨，不尽全面，如治疗疟母之鳖甲煎丸，治疗阴狐疝气之蜘蛛散，即未道及。但从上述举例，我们仍然可以从古人那里学到不少宝贵经验，对提高我们的辨证论治水平，丰富我们的治疗手段，有着重大的现实意义。

## 《伤寒论》理论的临床应用

张仲景的《伤寒论》，是中医辨证论治理论体系的奠基之作。众所周知，此书之全名应为《伤寒杂病论》。由于历史的原因，仲景的原作被“一分为二”，即从宋代起留传下来的《伤寒论》和《金匱要略方论》两本书。其内容十分丰富和精湛。本文仅就《伤寒论》一书中有关的理论，谈谈个人的临床体会。

《伤寒论》不是一部医学理论专著，而是一部临床著作。在仲景笔下，没有一条专门讲理论的条文，但并不意味着《伤寒论》没有理论，不讲理论。仲景是把理论与实践紧密结合起来，融理论于实践之中，以实践体现理论的。它揭示了疾病的变化规律，把理、法、方、药一线贯穿。如果这样说不错的话，那么，也可以说，397条条文，无不是理论。

《伤寒论》里所包含的理论，都是仲景对《内经》理论的继承和发展。过去，国内外有不少学者，在研究仲景学说时，往往把《内经》与仲景著作割裂开，甚至妄加褒贬。这与仲景在《原序》中讲到的“勤求古训”及“撰用《素问》、《九卷》、《八十一难》、《阴阳大论》、《胎胕药录》，并平脉辨证”这些话是违背的，不符合科学发展的规律，也不符合客观事实。即以《伤寒论》的基础框架——六经而论，很显然，就是从《素问·热论》“六经”框架的基础上发展起来的，只不过仲景赋予了它新的内容，使之更加丰富和完善，从而更能指导临床实践。不看到仲景的创造发展是不对的；只看到创造发展而否定他对前人理论的继承，也是不对的。啰嗦说来，无非想说明一点，即仲景《伤寒论》所包含的理论，不是从天上掉下来的，而是对《内经》、《难经》等医学经典著作的理论的继承和发展。这样，我们在研究《伤寒论》理论的时候，才能脚踏实地，做到心中有数，不致迷失方向、不得要领。所谓“知其要者，一言而终，不知其要，流散无穷”，就是此意。

我认为，仲景《伤寒论》中涉及的临床理论内容很多，比如：

1. 外感热病中“先表后里”的原则。仲景指出：“表未解，未可攻里。”这就是外感病治疗上的一个重要理论。因为无论表也好，里也好，都反映了正邪斗争的一定部位所在，治疗上就应该因势利导，如果病在表，却误用攻里，就会削弱在表抗邪的正气，从而助长邪气，为它入里创造了条件。初涉临床时，曾治一人，症见恶寒、发热、口渴、脉洪数、身有微汗，便认为当清里热，用白虎汤加味，结果两进而热不少退，转而考虑到前人所谓：“一分恶寒未罢，便有一分表邪未解”，改用辛凉宣疏剂，一药即获畅汗，表解热退。这就证实了仲景之说，确系经验的总结。当然，仲景

既提出“本发汗，而复下之，此为逆也；若先发汗，治不为逆。本先下之，而反汗之为逆；若先下之，治不为逆”，又指出“急当救里”、“急当救表”，明明示人如果里证为急，就可先救其里，后治其表。仲景对表里同病，也有表里同治之法（如桂枝加大黄汤），都说明了在这一问题上他的原则性与灵活性。

2. 《内经》很强调的因时、因地、因人制宜的原则，仲景虽未说明，但可以看出，他在三者的关系上，强调的是人。因为时（气候条件）也好，地（居住环境条件）也好，所影响的是人，所以《伤寒论》对于因人制宜，有许多论述。他虽然讲了什么情况可以发汗用什么方，但接着逐条地指出：尺中迟、尺中微者不可发汗，疮家、衄家、汗家、亡血家、胃中冷者不可发汗，就是充分考虑到阳虚、血虚、阴虚、中阳不足的体质。后世医家理解了仲景的意思，于是而拟出再造散（阳虚体质兼表证者）、葳蕤汤、七味葱白饮（阴虚、血虚体质兼表证者）这样的处方。

这些理论性的东西，仲景都是通过临床实际体现出来的，我们不妨称之为“辨证论治理论”。而仲景的辨证论治理论，又是通过“六经”这个框架来展现的。当然，“六经”不仅是一个简单的框架，而是有它的实质性内容的。下面就从“六经”的有关问题谈起。

现在谈谈“六经”的理论及其临床应用。

什么是“六经”？也就是说，“六经”的实质是什么？这是数百年来一直争论不休的一个问题。我个人认为：“六经”与“六经病”是不同的概念。“六经”这个名词，早在《内经》中就有了，《内经》的原意是指经络。仲景之太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴意义有所扩大，不单指经络，而是包括了既是脏腑经络功能活动的产物，又是脏腑经络的物质基础的气、血、营、卫、津、液在内。这实际上就代表了正常机体的实质和功能。“六经”就是用于概括整个机体的六个生理单位，当病邪侵犯人体时，“六经”又是具体的受病、抗病之所。“六经病”，如“太阳之为病”、“阳明之为病”……，仲景已经说得很明白，就是“太阳”、“阳明”……发生了病变。机体在病理状态下，也就是说，在正邪斗争的过程

中，当然会出现若干症状和体征，而这些症状和体征，可以用寒热、虚实、表里、阴阳来加以本质的概括，所以“六经病”就不再是单纯的生理的概念，而是病理的概念了。既是辨证之纲领，又是论治的准则。

如果按照这样的认识，那么，仲景的“六经病”证治的内容，便包括了：一、疾病所在的部位（经络、脏腑）；二、疾病的性质（寒热、虚实、表里、阴阳）；三、在对疾病进行定位与定性的基础上确定治疗上的大纲大法。由于这三个方面都是辨证论治的基本内容，因此，“六经证治”在临床上就具有了普遍性的意义。有什么病不是脏腑、经脉、气血、津液的病变？没有。有什么病的性质能出于阴阳表里寒热虚实之外？也没有。就由于仲景由“六经”而突出了“证”，不同的病，有相同的“证”，可以按“证”治疗，这就是“异病同治”，亦即是“同证同治”；相同的病有不同的“证”，则按不同的“证”治疗，这就是“同病异治”，亦即是“异证异治”。也因为如此，所以柯韵伯才有“六经钤百病”之说，陆九芝才有“废六经则百病失传”之说。的确，懂得了上述“六经证治”的精神，则不仅可用以治伤寒、治温病，也可以用以治杂病、治百病。近人刘渡舟说：把《伤寒论》看作治伤寒的专书，还不十分恰当，应该说，这是一本辨证论治的书。任应秋也说过：《伤寒论》实际上是一本疾病论。这些都是很有见地的话，确实懂得了《伤寒论》的真正价值所在。我认为，六经的框架，源于《热论》而高于《热论》，六经证治的内容，则是仲景“勤求古训，博采众方”的结果，正是它奠定了中医辨证论治的基础。这是仲景的最大功绩，把理论与实践紧密结合起来，并用其崭新的内容去丰富理论，指导实践，能历 1700 余年而不衰，这在人类科学史上也算是一个奇迹吧。

现在谈谈“六经证治”在临床上的应用。

1. 六经理论用于温病 清人陆九芝、近人张锡纯对温病的认识和治疗，都遵循了《伤寒论》阳明病治法。陆氏认为“阳明为成温之藪”，张氏对卫气营血、三焦之说，基本态度是不接受。当然，他们的认识，不一定对，没有看到温热之学是对仲景之学的

继承与发展，但是在临床经验上，陆氏善用梔、豉、大黄，张氏更以善用白虎汤著称，他以白虎汤加减衍化的方剂就有镇逆白虎汤、仙露汤、寒解汤、凉解汤、和解汤等5首变方，治各有主，层次井然，别具匠心，可为翼翼独造。1959年，河北石家庄郭可明大夫治疗乙脑用白虎汤的经验，就是用的张锡纯之法。郭可明即张老之门人。更早一些的，比较系统地用六经来统一卫气营血，合寒温于一炉者，则有吴坤安著《伤寒指掌》、俞根初著《通俗伤寒论》。近年来不少人主张“寒温统一”，如江西万友生教授，又如北京的肖德馨同志，就主张用“六经来统一”。这都可以看作是“六经”在包括温病在内的急性热病证治上的运用。虽然学术问题难免见仁见智，有些地方还需要进一步讨论，但那是另外一回事了。

2. 六经理论用于杂病 据近代经方大师曹颖甫说：丁甘仁先生“每当诊治，规定六经纲要”，“故其医案，胸痹用瓜蒌薤白，水气用麻黄、附子、甘草，血证见黑色用附子理中，寒湿下利用桃花汤，湿热则用白头翁汤，阳明腑气不实则用白虎，胃家实用调胃承气，于黄疸则用梔子柏皮，阴黄则用附子。”（《丁甘仁医案》序）丁先生是近代上海名医，曹先生是丁的好友。一读丁案，便知曹氏所言，确属事实。又曹作《丁甘仁先生别传》，谓丁氏曾问业于汪莲石，“汪令治伤寒学，于舒氏集注，最有所心得”，可知其渊源有自。《别传》中还说丁氏“凡遇杂证，辄先规定六经，然后施治。尝谓脑疽属少阴，发背属太阳，皆不当误投寒凉”云云，再次肯定了丁氏临证善于运用六经理论指导的特点。曹氏这两篇文字，与丁氏的大量治验，有力地证明了“六经”不仅为伤寒而设，也完全能用以指导治疗杂证。

成都著名眼科专家陈达夫先生，曾著《眼科六经法要》一书，即用六经来辨治眼病。

江西著名老中医杨志一先生，对血吸虫病的治疗，也用六经理论为指导。（详见《杨志一医案医话集》一书）。

至于急腹症的非手术治疗，近一二十年进展很大，究其基础，主要还在于仲景阳明篇的有关论述，这是大家都熟知的事。

3. 我个人的临床体会 我治病既用《伤寒论》方，也采用时方，由于实际情况的需要，还有些自拟方。在这方面，我没有偏见，也没有偏好。宋代伤寒大师，我们江苏的许叔微说过：师仲景心，用仲景法，面未尝泥仲景之方。我想这个态度是值得我们大家学习的。

兹依六经病顺序谈谈：

太阳病方，一个是桂枝证类，一个是麻黄证类，一个是五苓证类，以此三类为主，如再加上葛根汤类，就是四类方。其它有的是变证、坏病、兼证，实际上已不是太阳范围，或不是单纯的太阳病了。有人说，太阳篇篇幅最大，证治内容也最多，所以太阳病也最多，这是不对的。如“发汗后腹胀满者，厚朴生姜半夏甘草人参汤主之”（66条），明明是汗后出现的病变，还是太阳本身的病么？又如著名的泻心汤，除生姜泻心汤是由于汗后胃不和外，都是由于误治而成，五泻心证的病位都已不复在太阳，而在胃、脾、肠了。

桂枝汤证的特点是营卫不和。“营卫不和”之表证，是仲景的一个新总结，要说理论，这就是一个创造性的理论，桂枝汤能通阴和阳，调和营卫，发中有敛，以补为通。临床上根据这个特点，我用桂枝汤治杂病的汗出异常，包括多汗、自汗，或无汗，或某处多汗，某处汗闭，以及冻疮、低热、荨麻疹、冬季皮炎、皮肤瘙痒症、鼻炎（特别是过敏性鼻炎）等等，只要符合营卫不和的诊断，无里热，舌薄白者，均有良效。此外，随证加减应用，更为广泛，如本方加龙骨、牡蛎名桂枝加龙骨牡蛎汤，原治男子遗精，女子梦交，现用于治疗神经官能症、性神经衰弱、遗尿等，可益真阴、敛浮阳、调开合。小儿支气管炎后期，体虚邪恋，营虚卫弱，症见发热、咳嗽、多汗、面色苍白、精神萎靡、舌淡嫩、苔薄白，而出现心阳不振之变证者，采用桂枝加龙骨牡蛎汤以补虚扶阳，调和营卫，亦变法也。桂枝加葛根汤，除用于表寒虚证兼有项背强痛，转侧不利者外，如重用白芍、葛根，并加赭石、龙骨、牡蛎，对伴有头项强痛的高血压患者，能显著改善症状，并能治疗落枕。原发性坐骨神经痛，乃风寒湿邪侵袭太阳经络所致，

可用本方加附子以温阳驱寒，加重芍药、甘草之量以濡筋缓急，取芍药甘草汤意，对腿有缩短感之患者效佳。手术后肠粘连引起慢性不完全性肠梗阻，出现腹痛、腹胀、气上冲者，中医责之气机不畅，予桂枝汤加重桂枝量以温通气机，气机通畅，则胀痛自解，其剧者可加九香虫、蜣螂虫，当可速解。心律不齐伴有胸满者，用桂枝汤去芍药治之，因其为阳气虚弱不能为血帅，而治节无权，遂成心律不齐，出现脉结代，伴见胸闷之候，有温阳通脉之功，因胸闷为阴盛，故去芍药。胃脘寒痛用桂枝汤加高良姜、香附、苏叶能和营温中，行气止痛。本方加当归身、茯苓、杏仁、白蜜治老年习惯性便秘，能和胃养血，润肠通便。本方加黄芪、饴糖，即黄芪建中汤，对胃脘疼痛、喜温喜按、嗳气吞酸、大便稀溏、面色少华、神倦肢软、舌淡脉弱之脾胃虚寒型之溃疡病及慢性胃炎、慢性消化不良，有补气建中、缓急止痛之功。本方加鹿角片善通督脉而治肾虚腰痛。本方加土茯苓、寻骨风、炙蜂房治类风湿性关节炎而关节变形者，能温经通络，泄化瘀毒，而消肿定痛。本方去芍药加五味子、干姜、细辛治寒咳气逆，能温肺定咳。本方加佛手、砂仁善治体虚妇女妊娠呕吐，有和营调气、安胃降逆之功。本方加附片、瓜蒌、薤白治阳虚型冠心病胸痛，能温阳宣痹，通络止痛。本方去芍加黄芪、地龙、归尾、红花治脑血管意外后遗症偏瘫，有化瘀通络，振颓起废之功。本方加归身、天麻，重用大枣治贫血眩晕，有养血和营，补气定眩之效。总之，是以营卫不和（桂枝法）、中阳不运（建中法）为主要目标。

麻黄汤的特点是无汗表实、表寒。麻黄汤是辛温解表、发汗定喘之重剂。属肺炎初起、上感、喘息型支气管炎和支气管哮喘者均可使用。外有风寒，里有郁热，用麻杏石甘汤，为治疗肺炎、支气管感染、百日咳、急性喉炎等肺系疾病的有效良方。对外有风寒里有水饮之哮喘实证，小青龙汤有特效。对肾小球肾炎初起，麻黄连翘赤小豆汤加茅根、益母草有效，方中生姜可改为生姜皮，梓白皮改为桑皮。本方加白术名麻黄加术汤，治风湿在表，一身重痛之慢性风湿性关节炎、风湿性肌炎，以及荨麻疹之遇寒即发者，得微汗即愈。同时寒湿之邪侵袭太阳经脉，使经气不舒，阳

气不能外达而上背冷者，服此可以散寒湿、舒经气，阳气外达，则背冷自除。本方去桂枝，加苡仁，名麻黄杏仁薏苡甘草汤，用于一身尽痛，发热，日晒所剧者的慢性风湿性关节炎、风湿性肌炎，有散寒、除湿、利气、和络之功。对于发热、关节红肿热痛之急性风湿病，应加秦艽、忍冬藤、连翘、石膏、知母以泄邪热。本方加黄芩、鱼腥草、桃仁等治疗乳幼儿病毒性肺炎，有宣泄清解、定喘止咳之功。

以上均属太阳经证。治太阳腑证的五苓散，可用于肾炎、尿潴留、颅内压增高综合征、美尼尔氏病、鞘膜积液，能温阳化气，健脾利水。至于阴虚水热互结于膀胱者，则用猪苓汤。

阳明病也分经、腑二证。在经者为无形热邪弥漫上、中二焦，当清，用白虎或人参白虎，这在急性热性病中应用的机会很多。热甚必然耗津伤气，所以仲景用白虎加参的处方，比单用白虎者为多。清代顾松园不用参，用麦冬、竹叶。考历代善用石膏者，明代有缪仲淳，清代有余师愚、江笔花、顾松园、吴鞠通以及近代的张锡纯。他们之用石膏，虽各有体会，但无不以仲景为宗。白虎汤多用于急性传染病或非感染急性热病之极期阶段，如乙脑、流脑、流行性出血热、大叶性肺炎、败血症等，以清热生津，除烦止渴，控制病情之进展。白虎汤也用于杂病，如胃有郁热之胃炎、糖尿病、历节病之属热属实者（多见于急性风湿热）。本方加苍术名白虎加苍术汤，加桂枝名白虎加桂枝汤，此二方近代多用于治疗急性风湿热之关节疼痛明显者，有较佳之疗效。

在腑者，为热邪与燥屎相合，搏结于里，此时用清法，则无异扬汤止沸，必须釜底抽薪，才能解决问题。三承气汤及后世的三一承气汤（实即3个承气汤同用，其药物组成，也就是大承气汤加甘草）、增液承气、黄龙汤等，都是临床治疗急性热病里热实证常用之方。在杂证方面，则尤以急腹症时应用它的机会为多，如急性阑尾炎、肠梗阻时等，均可服用之，能峻下热结，解除梗阻。

如果说，太阳为表，阳明为里，那么，少阳即处于半表半里。实际上少阳主要是以正虚邪恋为其病机，所以所谓“和解”，也主要是指扶正达邪的治法。和法的代表方小柴胡汤在临床上应用也

很广泛，如肝炎、慢性胆囊炎、疟疾、腮腺炎、低烧、鼻病、美尼尔氏病，只要符合往来寒热、心烦喜呕、默默不欲食、胸胁苦满（闷）中之一二条，投之均有良效。至于小柴胡汤证兼太阳之表者，则用柴胡桂枝汤；兼阳明之里的，则用大柴胡汤。前者常用于流感发热，后者常用于胆囊炎、胆石症、急性胰腺炎等。又日本学者常用柴胡加龙骨牡蛎汤治疗癫痫，上海周康氏用此方去人参、大枣、生姜，加桃仁、红花治疗精神分裂症；有一定效果。

太阴病为脾胃虚寒证，但也有热证，由于太阴属脾土，故多为湿热。如果说太阴只有虚寒而无实热，就太绝对了。有人说三阳为表证、热证、实证，三阴为里证、寒证、虚证，这也太简单化了。三阳也有里证、寒证、虚证，三阴也有表证、热证、实证，这就是事物的多样性，一般中的特殊。当然原文说过“自利不渴属太阴，以其脏有寒故也，当温之”，而且提出“宜服四逆辈”，但是仅就“自利不渴”而言，原文中没有的，我认为可在太阳篇以及与太阴为表里的阳明篇里找。如泻心汤证，就是治脾胃湿热的方子，而不见于本篇，见于太阳篇，不能说凡是在太阳的就一定是太阳病。只能说，放在太阳篇，以示其病之来路而已，或者说被整理者搞乱了，也未可知。

太阴病本无理中方，理中一方见于霍乱篇。临床上理中汤、丸常用于治疗虚寒性胃炎、溃疡病、慢性肠炎。

太阴实热证，多为湿热阻于中焦，仲景的生姜、半夏、甘草等三个泻心汤，以苦降辛开为主方宗旨，大大启发了后人治湿热之法。临床用以治疗胃肠疾患湿热俱盛者，如胃炎、溃疡病、肠炎等，都可以加减使用之。

少阴为水火之脏。水脏指肾属足少阴，火脏指心属手少阴。少阴篇的四逆汤、四逆加入参汤古称回阳救逆，实际上是强心剂。先师章次公先生对仲景治疗热病考虑到心力衰竭这一点，曾多次撰文称道。近年天津南开医院将四逆汤改成注射液，用于抢救休克，收到很好的效果。认为四逆汤有升压、改善微循环、强心、镇静的作用。至于附子的用量，当因时、因人制宜（不仅是四逆汤），我的经验，可从小剂量（6克、9克）开始，如无反应，可以递增，

一般最大量可用至 30 克。这当然是对慢性虚寒性疾病，特别是需要长期服用附子时的方法。

炙甘草汤也见于太阳篇，我认为应该是少阴病，其治在心。此方的加减方，可用于急性热病后期心阴损伤，如叶天士、吴鞠通的复脉法（即本方去参、桂、姜，加三甲）；也可用于阴虚型虚劳。各种原因引起的心律失常而证见阴虚或气阴两虚者，用仲景原方有良效，可以补气滋阴，养血复脉，同时还可以用于心房纤颤及心房扑动、风湿性心脏病而出现心律不齐，伴见心悸气短、脉细弱结代者，也可用于手心多汗（手心为心包络所主，心包络为心之外卫，与心并论，汗为心液，多汗乃心阴不足，故宜益气敛阴以止汗）及舌裂（舌为心苗，阴血不足，则舌生裂纹），亦有佳效。方中人参不宜入煎剂，而以研粉吞服为好，不必用大量，一般每次以 1.5~3 克即可。

少阴篇的麻黄附子细辛汤、麻黄附子甘草汤，都可用于急性肾炎初起而见脉沉弱、而色苍白、舌淡的患者。而真武汤又为慢性肾炎、心衰、肺心病常用之方。真武去生姜加人参，名附子汤，用于心衰患者，更为恰当。

厥阴篇情况比较复杂。陆渊雷先生曾称厥阴病是千古疑案。个人认为，厥阴病的主要病机是寒热错杂，主要病变脏器是足厥阴肝。其治法，寒热错杂者，寒热并用；热胜清热；热而实者，清而兼下；寒胜温脏；虚而寒者，用温而兼补，大率不过如此。对急性热病人于肝经而见高热、惊厥、动风、伤阴者，原书没有明确描述与方治（335 条“厥应下之”，350 条白虎汤，可能有关，但亦语焉不详），后世羚羊钩藤汤可以补充。至于篇中的乌梅丸，除常用于胆道蛔虫症见寒热错杂者外，还可用于慢性痢疾、滴虫性肠炎、脑震荡头痛（乃外伤后引起气血紊乱，阴阳不相顺接所致，与厥阴病之病机相符，故取本方，使气血平顺，阴阳顺接，其恙自除）等疾患。四逆散用于肋间神经痛、胆道蛔虫症偏气郁者（加乌梅、川楝子）、泄利后重（加薤白），以及慢性肝炎、胆囊炎、胆石症、乳腺炎、胃炎等疾患。白头翁汤用于急性肠炎、痢疾，先师章次公先生常用此方治痢，重用秦皮，加白槿花、木香、红茶、

槟榔、地榆等，收效更佳。

## 结语

《伤寒论》的理论，简言之，就是辨证论治的理论，它是通过“六经证治”具体表现出来的。千百年来，一直指导着中医临床实践，后世许多新的总结和新的框架，前者为八纲八法，后者为温热病的卫气营血、三焦辨证方法，都是在六经证治的基础上发展起来的。

六经证治的实质，主要包括了对疾病按照经络、脏腑定位和按照表里虚实寒热阴阳定性以及在这两个基础之上确定的治疗大法。这三者构成了辨证论治的基本内容。

六经辨证体现了中医学理、法、方、药的一致性，论证立法，以法组方，相当严谨，往往不容丝毫假借。当然，由于时代的发展，对于疾病的认识更加深入准确，治疗手段也有所发展，新的药物和新的方剂不断涌现，大大补充了仲景之学，但仲景的《伤寒论》不仅仍是中医临床体系的奠基石，具有历史意义，而且其辨证论治的法度，足资后世学习研究，更具现实意义。师仲景之意，用仲景之法，得仲景之心，对今日临床水平的提高，仍然是必要的。

（原载于《中医药研究杂志》1985年1期）

## 对《金匱要略》两个方证之我见

仲景学说是祖国医学宝库中的一颗璀璨明珠，早年我就曾赞美它是“伟大的真理，科学的预见。”为了中医事业的繁荣，我们亟待对它进行更为深入的探讨，以期从中找出大量规律性的东西，从而和现代科学结合起来，使之出现一个新的飞跃。仲景原著，文字简朴古奥，很多问题，见仁见智，不尽相同。本着“双百”方针的精神，拟先从《金匱》中拈出两个方证，略陈管见，并就正于明哲。

## 一、黄疸病篇小建中汤证

《金匱要略》黄疸病篇载：“男子黄，小便自利，当与虚劳小建中汤。”此条所指之“黄”，是“黄疸”抑为“萎黄”，曾引起历代医家的纷争。从仲景原著来推敲，黄疸的成因，大致有“瘀热在里”和“寒湿在里”之不同。盖瘀热或寒湿之邪郁遏在里，以致胆汁失于疏泄则外溢，而黄疸作矣。故泄化瘀热或温化寒湿，以利胆退黄，实为治疗之基本大法，所以治黄疸用小建中汤，则颇为难解，纷争之由，殆于斯也。综合历代注家之见，大多认为此条所指之“黄”，当是贫血之“萎黄”，而非黄疸。如《医宗金鉴》云：“妇人产后血崩，发黄色者，乃脱血之黄色，非黄疸也。今男子黄而小便自利，则知非湿热发黄也。询知其人必有失血亡血之故，以致虚黄之色外现。斯时汗、下、渗、利之法，俱不可施，惟当与虚劳失血同治，故以小建中汤调养营卫，黄自愈矣。”目前的教科书亦多附会其说。然而颇堪商榷的是，如果此条所指之“黄”，确如一些书籍所称，是“属于虚劳范围的萎黄证”（语出湖北中医学院主编之《金匱要略讲义》），为何仲景不将此条列入虚劳篇？是错简？抑有它故？

我为此曾经留心黄疸病人，结果发现部分患者在黄疸的同时，出现心动过缓，以西医学的认识来分析，当是胆红素刺激心脏迷走神经之故。进一步观察，就发现这样一个症候群：黄疸病已入后期，周身黄染退而未净，目黄消退不明显，困惫乏力，心悸怔忡，脉细缓或细数，甚至结代；心电图出现心律失常（窦性心动过缓或过速，室性早搏或房性早搏，或窦性心律不齐）；肝功能常见轻度损害，每每缠绵难愈。揣其病机，当是肝病传脾，胆邪及心。因思其对证方药，确以小建中汤较为恰当。此方建立中气是矣，而和营卫，即兼可治心（《难经》云“损其心者，和其营卫。”）；桂能达肝，芍能利胆，即寓有调肝之用。随证出人，多能收效。我因此联想到西医学所称之“胆一心综合征”，觉得《金匱》此条，别有一番悟境。

首先值得研究的是胆病及心的问题，《素问·生气通天论》所

谓“一阳发病，……其传为心掣”，就已经指出了胆病可以引起心掣不宁。从经络学说的角度来看，足少阳胆经的支脉，“以下胸中，贯膈”，与手厥阴心包经交会于天池穴，经脉相通，胆汁溢于络脉，循经内扰心脏，以致心脉瘀阻，可以出现心悸怔忡，这是“邪实”的缘故。另一方面，胆为少阳春升之气，李东垣曰：“春气升则万物化”，所以《内经》云：“凡十一脏，取决于胆也。”胆病则生气索然，使其它脏器相互影响，出现一连串病理反映。再者肝胆互为表里，胆病常由肝病影响而来，肝胆有病，疏泄不利，势必导致消化功能障碍，后天化源不足，气血亏虚，心失所养，于是悸动不宁，这是“正虚”的因素。所以黄疸引起的心律失常，其证候特征是本虚标实，气虚血瘀。因此，出现结代或缓或数之脉，也是意料中事。结脉可由气血凝滞而发生，代脉则表示脏气虚衰，完全符合上述病机。至于西医学所称之胆—心综合征，可以出现腹痛，但在心脏的主要病理变化是心律失常。它的成因，是胆道感染后引起心脏功能改变或诱发心脏功能改变，而胆道感染的程度往往与心脏功能改变有着密切的联系；随着胆道感染得到控制，心脏功能也可相应地改善，乃至恢复正常；当胆道感染再次发作，心脏功能可再次出现异常，提示了胆心之间的病因关系。《金匱》此条质朴无华，点出“小便自利”一症，尤堪玩味。诚然，湿热发黄小便恒不利，萎黄则小便自利，但若黄疸已至后期，邪少虚多，小便未尝不自利也，其状颇类虚劳，故曰：“当予虚劳小建中汤。”至于条文中“男子黄”三字当活看，女子亦可发生。这一方证虽语焉未详，但细细推敲，与胆—心综合征的病理不无暗合之处。

我曾治一男性患者，32岁，患黄疸型肝炎已近3个月，迭经中西药物治疗，周身黄染大多消退，但目黄仍较明显，惟感心悸不宁，胸膈偶有刺痛感，小溲时黄，大便尚调，舌苔花剥，脉细缓而结代，心电图示窦性心动过缓和室性早搏，肝功能轻度损害。脉证合参，乃肝邪犯脾，气血亏虚，心脉瘀阻之候。遂予益气化瘀、建中和营之剂。处方：生黄芪30克，当归10克，桂枝6克，生白芍15克，丹参12克，红花5克，生地黄15克，天花粉10克，

淮小麦 30 克。连服 20 余帖，脉转调匀，目黄渐退，精神趋振，后复查肝功已正常。

基于以上论述，我初步认为《金匱》此条所指之黄，是黄疸。至于小建中汤可治萎黄，则是异病同治，未可等量齐观。病有常必有变，用小建中汤治黄疸亦属变法，当是肝胆之病，伤及脾气，进一步损及心气者，可以出现心悸、怔忡一类症候。这就启示我们认识胆病及心的病理变化，它与胆一心综合证的病理有吻合之处，值得做更深入的研讨。仲景在黄疸病篇列入此条，当可补其治黄疽用“汗”（如麻黄连轺赤小豆汤）、“消”（如硝石矾石散）、“下”（如茵陈蒿汤）、“清”（如梔子柏皮汤）、“利”（如茵陈五苓散）诸法之未备也。

## 二、关于“气分”证和桂枝去芍药加麻黄附子细辛汤

《金匱要略》水气病篇载：“气分，心下坚，大如盘，边如旋杯，水饮所作，桂枝去芍药加麻黄附子细辛汤主之。”何谓“气分”？尤在泾云：“曰气分者，谓寒气乘阳之虚，而病于气也。”水饮之得以停聚，乃气运失职使然。楼英指出了气分病水的机理，并将其与“血分”作出了鉴别：“气分谓气不通利而胀，血分谓血不通利而胀，非胀病之外，又别有气分、血分之病也。盖气血不通利，则水亦不通利而尿少，尿少则腹中水渐积而为胀。但气分心下坚大而病发于上，血分血结胞门而病发于下；气分先病水胀，后经断；血分先经断，后病水胀也。”此条值得研索的是：既然病属气分，水饮聚于心下（胃脘部），此方为何不用一味理气之品？此条与本篇所载：“心下坚，大如盘，边如旋盘，水饮所作，枳实白术汤主之”之证似乎相仿，为何方药迥异？这一气分证的产生，是哪些脏器的病理反映？

水饮聚于心下，最多见的有两种情况，一为脾失健运，一为心阳失旷。前者，为《素问·至真要大论》所谓“太阴之复，饮发于中”也。盖脾病则不能制水，中枢失运，升降失司，津液不归正化，以至饮聚于胃。后者则因心阳不足，心气内结，寒水内

停而发生，与肺肾的功能失常，尤为密切。从心肺关系来看，两者同居膈上，一主血，一主气，相互为用，病变相因，例如心阳不足，就可导致肺之宣发、肃降功能减弱，使停聚的水液无以下输膀胱，排出体外。从心肾关系来看，心阳根于肾阳，肾阳不足，则心阳为之衰弱，以致水湿潴留，如肾阳亏虚不能化水，还可出现寒水凌心的病机。这两种情况，病因各别，证情上有轻重之殊。我以为仲景在水气病篇所主的“枳术汤”与“桂枝去芍药加麻黄附子细辛汤”两方，就是为这两种证情示人以用药的大法的。仲景称枳术汤证曰“边如旋盘”，而称桂枝去芍药加麻黄附子细辛汤证为“边如旋杯”，虽系一字之差，但其中极有分寸。诚如程云来所云，如盘不如杯，“是水饮散漫之状”；而如盘复如杯，“是水饮凝聚之状”。前者健脾强胃，消痞祛水可矣；后者则健胃药不能缓其苦，非振奋心阳，温运大气不为功。

从临床实际来看，一些风湿性、肺源性等心脏病的患者，在病情发作期，恒可见心下坚大如杯，因此我益信此条“气分”证乃心气内结使然。考诸家之注，唐容川氏见病颇真：“此证是心肾交病，上不能降，下不能升，日积月累，如铁石之难破。”提示非大剂温阳散结不为功。除心下坚满外，这类患者常伴有下肢浮肿，进一步可出现腹水，其腹水的征象类石水，但与石水似同而实异，盖一则病源于心，一则病源于肾，当然，在治则上有某些可通之处。

心气内结造成的病理产物除水饮以外，必有瘀血的存在。然而行水消瘀之剂，不过治标而已，且伤正气。仲景则着重温运大气，以助气化，真正抓住了疾病的本质。盖大气运转，则宿瘀自消，停饮自散。唐容川氏对此方的解释较为精当：“方中用麻黄、桂枝、生姜以攻其上；附子、细辛以攻其下；甘草、大枣补中焦以运其气，庶上下之气交通，而病可愈。所谓大气一转，其结乃散也。”但犹有剩义，尚待发挥：例如麻黄一味，就取其散寒邪、通心气、破坚积、利小便等多种作用。邹润安认为：麻黄气味轻清，能彻上彻下，彻内彻外，故在里使精血津液流通，在表则使骨节肌肉毛窍不闭，在上则咳逆头痛皆除，在下则癥瘕积聚悉破

也。”现代药理研究，认为麻黄中所含的麻黄碱，其作用与肾上腺素相似，但较和缓而持久，主要作用为松弛支气管平滑肌以及兴奋心脏、收缩血管、升高血压等。近几年来，不少报道表明，一些含有麻黄配伍的方剂，如麻黄附子细辛汤、阳和汤等，对病态窦房结综合征有较好的疗效，可以证明其确有通心气和发舒心阳等作用。余如桂枝能通心阳，行水气；附子能温阳强心；细辛既是心经引经药，又有散寒透窍作用。故我认为本方是一个良好的强心行水剂。至于本方可以泛用于治疗各种阴水，如陈修园于此方中加一味知母而创订“消水圣愈汤”（见《时方妙用》），治水肿有效，不过是对经方的活用罢了，不能与此方所适应的“气分”证混为一谈。

我曾治一姬，61岁，夙患肺源性心脏病，3个月前，因咳喘、心悸、腹水而住院治疗月余，诸恙均已平复。近因受寒、劳累，诸恙复作，咳喘较剧，夜难平卧，心下坚满，按之如盘如杯，腹大如鼓，下肢浮肿，小便不多，面色灰滞。舌质衬紫，苔薄，脉沉细，心阳不振，大气不运，水邪停聚不化，予桂枝去芍药加麻黄附子细辛汤原方。连进5帖，咳喘遂平，心下坚满已软，腹水渐退，但下肢依然浮肿。续予原方加黄芪、防己、椒目，连进8帖，腹水退净，下肢浮肿亦消十之七八，再以温阳益气、调补心肾之剂以善其后。

综上所述，此条所述之“气分”证，并非一般寒邪凝聚，气滞不通之候，实因子心阳式微，心气内结，在肺源性、风湿性等心脏病发作期最易发生。凡心阳不振引起的饮停心下（胃脘部），用一般健胃消痞剂无效，必须强心利水，始克奏功，而桂枝去芍药加麻黄附子细辛汤的主要作用即在于此。这种审因论治的方法，乃是仲景学说的特色之一。

（原载于《江苏中医杂志》1982年5期）

## 论《千金方》的学术成就和学术思想

在我国医学史上，唐代著名医学家孙思邈是一位相当杰出的

人物。他的两部《千金方》，承先启后，影响深远，值得我们认真学习和研究。

## 一、《千金方》的学术成就

### 1. 《千金方》是集初唐以前医经、方书大成之作。

孙思邈毕生从事医疗，如其所谓“吾十有八而志于学”，“白首之年，未尝释卷”。他以百岁以上的高龄，多方勤求博采，因而蒐集宏富。林亿等在《校正千金要方·序》中说他“上极文字之初，下迄有隋之世，或经或方，无不采摭”。从《千金要方》卷首的“大医习业”里也可以看出来，他既重医经，又重方书。

他所辑录的医学经典著作，有重要的文献学价值，常常是我们今天学习、校勘《内经》、《伤寒论》等古医书的重要参考资料。当然，他不是简单的蒐集者，而是既“述”之又“论”之，有取有舍，反映了他的治学态度和研究方法。从他采摭《内经》的内容看，他对脏象、诊候两个部分比较注重。中医的脏象学说，是在整体的运动变化的思想指导下，对人体生理病理认识的归纳和总结；诊候则是认识和分析疾病的方法。这都是临床上最实用的。《金匱要略》是宋人王洙发现，经林亿等辑存而公诸于世的，而早于林亿 400 多年的《千金要方》，却差不多囊括了宋本《金匱要略》的全部内容。《伤寒论》虽然曾经晋人王叔和整理，但在孙思邈选《千金要方》时，连这个本子也没见到，他因而有“江南诸师，秘仲景要方不传”的感叹，一直到他晚年，才把他看到的《伤寒大论》按“方证同条，比类归附”的方法编进《千金翼方》伤寒卷中。这实际上是我们今天所能看到的最早的《伤寒论》的本子。我国最早的药理学著作《神农本草经》，大约汉末即已失传，是以仲景序中无《本经》之名，华佗弟子吴普乃为之辑述，梁代陶弘景再加整理，后来又都失传。现在我们看到的是明清时代的辑本。日人森立之和孙星衍的辑本，其依据除了诸家本草，便主要是《千金方》。

《千金方》里收集的医方，不惟数量多，而且有的来源很早，有的竟远出仲景之前。如：《千金要方·杂补》中的“夏姬杏仁

煎”，夏姬是春秋时郑穆公之女；《千金翼方·养性服饵》中的“周·白水候散”则更早，近年出土的《武威汉代医简》中就有好几个“白水候方”。另外，《千金方》中有的方子还远及异域，如：“万病丸”就是古代印度名医耆婆的方；阿迦陀丸、匈奴露宿丸等等，也都是来自国外的方子。《隋书·艺文志》载龙树、耆婆，以及婆罗门、西域医学著作共10种，计80卷，可惜迄今荡然无存，只在《千金方》中留下这点儿吉光片羽了。方书之盛，起于汉魏六朝，此时方书计有百数十种，其中葛洪的《玉函方》、《肘后备急方》、范汪的《范东阳方》、陈延之的《小品方》，以及徐之才的《药对》等等，为其最著者。其中对孙思邈影响最大的是《肘后方》，盖《肘后方》中“率多易得之药。……所在皆有，皆单行径易，篱陌之间，顾盼皆药，众急之病，无不毕备，家有此药，可不用医。”（《抱朴子》）这正与孙思邈“博采群经，删裁繁重，务在简易，以为备急”的旨趣相同。此书曾经散失，后来经陶隐居增补，名之为《补阙肘后百一方》，但亦失传。我们现在看到的，是金代杨用道根据《千金方》、《外台秘要》、《证类本草》等加以整理而成的，是为《附广肘后方》，而此书之刊行则是在元世祖至元年间。因此我们有理由认为《千金方》中搜集了不少葛洪方。又《小品方》在唐代曾经是与仲景《伤寒论》比肩之著作，如林亿等在《千金要方·后序》中说：“臣尝读唐令，见其制，为医者皆习张仲景《伤寒》、陈延之《小品》，……则《小品》亦仲景之比也，常痛其遗逸无余，……究寻于《千金方》中（指《千金要方》伤寒卷），则仲景之法，十居其二三，《小品》十居其五六，粹乎哉！”林亿等是拿《千金要方》和陶弘景《补阙肘后百一方》、《外台秘要》一对勘之后才得出“十之五六”这个结论的。又据《外台》知，唐以前研究伤寒者有八大家，仲景为其最著者，但并不是说其他各家一无是处，特别是《小品方》值得我们重视，如《千金要方》的伤寒卷转引《小品方》云：“古今相传，称伤寒为难治之疾，时行温疫是毒病之气，而论治者不判伤寒与时行温疫为异气耳！……考之众经，其实殊矣，所宜不同，方说宜辨。”寒温异气，治法不同，这个认识在当时是很难得的。在治疗上，《小

品方》也与仲景一派有同有异，《千金要方》伤寒卷就收录了不少这一派的处方，这为我们研究古代伤寒流派提供了宝贵的资料，如：风温之葳蕤汤，滋阴清热解表；热结于里，气阴两伤之生地黄汤，养阴扶正，泻下攻邪。这些对于仲景之学，真可谓“补其阙失，匡其不逮”了。

应该指出，孙思邈的功绩不仅仅为我们保留了大批古代医学资料，而且把这些资料分之以门类，绳之以理论，证之以经验，合为一家之言。如脚气一病，他就结合了晋代支法存、仰道人的经验和宋齐之间释僧深的经验，“取其所经用灼然有效者”，用于临床，“不过十日，可得永瘥”。

《千金方》作为集初唐以前医经、方书大成之作，对推动医学的发展起到了重要的作用。宋人叶梦得《避暑杂话》谓其“妙尽古今方书之要”，“今通天下言医者，皆以二书为司命”。《千金要方》成书后不到几十年，就传到国外，日本的《医心方》、朝鲜的《医方类聚》，不仅收录了孙思邈的医论、医方，而且在写作体裁上也是模仿《千金方》的，由此可见其影响之深远。

2. 《千金方》是我国医学史上第一部临床实用的“百科全书”。

《千金方》的内容相当丰富，具有广泛的实践基础。书中妇科、儿科、五官科、内科（包括伤寒、热病和杂病）、疮痈、外伤、痔漏、解毒救急、针灸、食治、养生等等，各科独立成篇，分门别类，有论有方，已初具专科规模。所以已故名医黄竹斋先生称《千金方》是“第一部临床实用百科全书”。

以妇科言，《千金方》在体例上“始妇人而次婴童”，并最早把妇科从内科杂病中分离出来，别立方论。其内容则先从求子开始，依次为妊娠、养胎、胎前诸病、产难、产后，然后再另叙月经、带下、杂病等疾患，基本上勾划出了中医妇科学的轮廓。在治疗上，《千金方》对经、带疾病擅用活血祛瘀，如治痛经、经闭、经水不利、久漏、带下不止、坚癥积聚、不孕，多以大黄廑虫丸、抵当汤、桂枝茯苓丸、下瘀血汤诸方化裁，俾瘀去而新生，气血调达，经脉宣通而病自去。对胎前等疾患则重在调理脾胃，如恶

阻用半夏茯苓汤、茯苓丸；子肿用鲤鱼汤，皆其例也。对产后疾病，则主张以调补肝肾为主，多用血肉有情之品，大为后世叶天士赞赏，取法而倡为调补奇经之说。

儿科著作在唐以前基本上阙如，仲景不载，古《颅囟经》早佚（现存者为宋人伪托，而且价值也不太大），所以孙思邈以“乳下婴儿有病难治”，而撰《少小婴孺方》。这当是现存文献中较为完整的、最早的儿科专篇。卷中初生出腹、哺乳、乳母卫生、育儿等法，相当于“总论”；发热、豌豆疮（天花）、口疮、鹅口、咳嗽、客忤惊厥、伤食、遗尿、肠寄生虫等，相当于“各论”。儿科四大证中惟缺麻疹，可能是因为当时秦中尚无此疾。《千金方》对不少儿科疾病有细致的总结，如痫（实即惊风）之一病，竟详列证 20 条，病因则分风、惊、食三类，又指出直视瞳子动，手足掣痲，反张脊强，喜惊，腹满转鸣下血，口噤不得乳，汗出发热，与卧不悟等 8 条为“危候”，都很有临床意义。

孙思邈对内科杂病采用了按脏腑归类的方法，在占《千金方》全书 1/3 强的篇幅里，比较系统而完整地论述了各个脏腑的生理、病理、诊断和治疗方药，所载处方 700 余首，差不多每一门类中都有一些名方，至今仍广泛地用于临床，如葶茎汤、温胆汤、驻车丸、犀角地黄汤等等，后世许多名方，亦多由此嬗变而出，如七味白术散、二陈汤、生脉散、十全大补汤、地黄饮子、琼玉膏、保元汤、凉膈散、龙胆泻肝汤、苏子降气汤等。《千金方》对临床症状的描述比较详细，对疾病的病机、发展变化、预后转归有丰富的经验，如：消渴病人多于骨节间发痲疽而卒；“脚气不得一向以肿为候，亦有肿者，有不肿者”，其不肿者，如见少腹顽痹者，呕吐即是“脚气冲心”之候；吐血后，虽觉虚羸少气而心中不闷者多自愈，若烦躁、闷乱不安、呕吐，而医又与黄土汤、阿胶散止湿，则往往至于不救。这些经验都是很宝贵的。

《千金要方》和《千金翼方》列有目、鼻、口、唇、齿、喉、耳、面病专篇，皆有论有方，如丧明一例，就详列了 16 条病因。目病、面病都各有 81 首处方，内服、外治、复方、单方，靡不具备。面病门中用于洗手、洗面的澡豆（即香药皂），就有 7 种不同

的配方。

《千金要方》卷二十五备急诸方，门类繁多，其方亦颇简便，对许多急证，可以就地取材，挽危亡于顷刻。兹以为例说明之：《千金方》记载的狂犬病是古代文献中所载最早且内容最多的，其观察很细致，如谓狂犬咬人，“七日辄一发，不发则脱也”，但“要过百日乃得免耳”，还须“终生忌食犬肉”。此外，同书食治卷还记载，虽未经狂犬咬伤，若误食狂犬肉，亦发狂犬病，这些与目前的记载都是一致的。在治法上，附方竟达 32 首之多。其中以“狂犬脑傅伤口上，后不复发”，系录自《肘后方》，而其它单方，则多系孙氏经验方。在所咬处用灸法（毒蛇咬伤亦同），尤为有效方法。盖火热能使其毒性蛋白凝固、破坏也。

上述可以看出：一方面《千金方》对于唐以后医学开始向着专科方向发展，以及各科专著的不断出现是有直接影响的，如蔺道人的《仙授理伤续断秘方》，陈自明的《妇人良方大全》，钱乙的《小儿药证直诀》，王致中的《针灸资生经》等专科著作，以及张洁古的《脏腑寒热虚实用药式》等，都从《千金方》中吸取了营养。另一方面，不少临床医家直接从《千金方》中得到了切于实用的有效方药，以至“稍闻其藩篱，亦足以医术鸣”（虞抟《医学正传》）。如此等等，都说明《千金方》不愧为“第一部临床实用百科全书”。

### 3. 《千金方》是开一代医风的里程碑

徐灵胎在《医学源流论》里指出“仲景之学，至唐而一变”，他是针对孙思邈的《千金方》面言的。他认为《千金方》出而“古圣制方之法不传矣”。其实，《千金方》对于《内经》、仲景之学是有继承、有发展的，他所攻击的，正是孙思邈有独到看法或创造性发挥的地方。

过去，一般都认为孙思邈在医学理论上没有什么成就，这是不对的。如读一读原著就知道了。兹举《千金要方》卷十三至卷二十的几个例子来说明之。

他认为：“心开窍于舌”的提法不妥，只能说“心气通于舌”。因为“舌非窍也”，“心之窍，寄见于耳”。从理论上说心为火，肾

为水，其间有一个水火既济的关系，同时手少阴心经之络亦会于耳中；从临床上说，有的耳鸣患者须从心治，始能有效，如《千金要方·心脏》篇之远志汤，即主治心虚怔忡耳鸣。

又如命门之说，他既以十四椎下之穴为命门，又提出“命门者，在心上一寸”（《千金要方·心脏》），这是一个新的提法，惜未见其有关论述。

关于五脏不足调于胃，他说：“胃满则肠虚，肠满则胃虚，更满更虚。气得上下，五脏安定，血脉和利，精神乃居。故神者水谷精气也，五脏不足调于胃。”（《千金要方·胃腑》）这是对《内经》有关精神的发挥，进一步明确指出胃肠之“更满更虚”，是人体气机上下的枢纽，水谷是生命活动的根本，而“五脏不足调于胃”，对后世补土派是有影响的。

关于劳则补其子，《千金方》提出：“心劳补脾气以益之，肝劳补心气以益之，脾劳补肺气以益之，肺劳补肾气以益之，肾劳补肝气以益之。”这一提法，是以《内经》五脏相关理论对经验作出的总结。宋人许叔微于此曾进一步加以阐发，并引验案以证之。（见《本事方·卷九》）

这些例子都说明，《千金方》的作者并非全是“述而不作”，他对不少医学理论问题还是很有见解的。当然，他的更大的成就在临床上，他对那些没有写成文字的医疗经验的搜集、验证和总结所下的功夫更大，成就也更大，而且以此而开一代医风。

首先是对专方专药的总结。专药、专方、专病之说，似始自《神农本草经》和《伤寒杂病论》，如《伤寒论》六经病皆有专方、专药。《金匱》中百合病三用百合，胸痹之用瓜蒌、薤白，亦为专药。随着时代的发展，对疾病的认识也愈加深入，对药物功效的认识愈加丰富，新药物不断被发现，因此，专方专药必然越来越多。《千金方》在这方面所做的工作，成就最大，如疟疾，仲景虽用蜀漆，但未用之作专药；《千金要方》治疟 34 方，就有 17 方用了蜀漆或常山。此外，还最先记载了新的抗疟专药马鞭草、牛膝和乌贼骨。《千金方》治痢，以黄连、干姜为专药，热痢亦用干姜，冷痢亦用黄连。此外，还记载了石榴、石榴皮、乌梅、陈仓米等

治痢有效专药。口疮，他以蔷薇花根为“圣药”，目前已知该药确为口腔霉菌的有效抑制药。其它如急黄以大黄为专药，遗精滑精以韭子为专药，痔疮以槐子为专药，内痢以桃仁、冬瓜子为专药等等，总结出了许多新经验。

其次，是通过这些新经验提出了新问题。这就是说，如果这些方药疗效很好，传统的理论却无法解释它，怎么办？以《千金方》治暴痢“服之无有不瘥”的乌梅丸为例，方中仅乌梅、黄连二味药，乌梅味酸性收敛，一般认为痢疾初起宜通，收涩太早，则有留邪之虞，但为什么用之有效呢？近年来，屡见用乌梅、黄连粉或单味乌梅粉治疗急性菌痢的报道，不仅症状消失快，而且细菌转阴也快。又如《千金方》的鲤鱼汤，治疗子肿及其他水肿、肝硬化腹水效果都不错，单用鲤鱼亦可，如果以“鲤鱼化龙行水”去解释，显然是荒谬的。再如耆婆万病丸，这样的处方，一方几十味药，根本不可能用传统的君、臣、佐、使之类的理论去解释，连孙氏本人也说，此方可用于多种痼疾，但其疗效却是“不知其所以然而然”。张璐曾说他用过该方，近人恽铁樵曾用之治疗自己的顽疾，《岳美中医案》中也载有1例用此方的治愈。仅以这些例子就可说明，一方有效自有其道理在焉，如果传统的道理解释不了它的疗效机理，就说明理论已落后于实践了。这就提出了一个重要的问题，实践将促进理论向新的方向发展。当然，以孙思邈当时的时代条件，这个问题是不可能得到解决的，他看到了问题，而且做了许多努力，如他引进了古印度医学的“地、水、火、风”学说（《千金要方·卷一·诊候第四》），无非是希望在理论上有所发展。

## 二、《千金方》的学术思想

### 1. 主张医药普及

医药来自劳动人民的生产和生活实践，是人类共同财富。可是，由于社会和历史的原因，一般人有了病得不到治疗，尤其是穷乡僻壤，缺医少药，人们连普通的医药常识也没有，正如孙思邈所说：“食有成败，百姓日用而不知，水火至近而难识”（《千

金要方·食治序论》)、“世无名医，枉死者半”(《千金要方·备急》)。孙思邈于此痛心疾首，因而非常明确地提出了医药普及的主张。我们认为，这是《千金方》学术思想的基本方面。

这一思想的来源，当然与他笃信道教有一定关系。应当指出，孙思邈的一生差不多都是在民间渡过的，他深知民间疾苦，他本人就是因为“幼遭风冷，屢造医门，汤药之资，罄尽家产”(《千金要方·序》)面立志学医的，所以他在《千金要方·序》中公然宣称，他的书“未可传与士族，庶以貽厥私门”，“欲使家家自学，人人自晓”，忽遇仓卒，便可按病索方，依方觅药，救危亡于顷刻。如他说：“甘草解百药毒，实如汤沃雪，有同神妙，有人中乌头、巴豆毒，甘草入腹即定；中藜芦毒，葱汤下咽即定；中野葛毒，土浆饮讫即止，如此之事，其验如反掌，要使人皆知之。”(《千金要方·解毒兼杂治》)他在同书“妇人方序论”中也说：“须教子女学习此三卷妇人方，令其精晓，即于仓卒之秋，何忧畏也？”“常宜缮写一本，怀挟随身，以防不虞。”正因为他是如此热忱地主张医药普及，所以他倡言医德，对于医者胸怀偏狭，或故意神秘其术绝不传人等种种弊病，痛加针砭。他的《千金方》勤求博采，“广设备拟”，特别重视对民间多发病、常见病的治疗，一般书上所不载的许多疾病，在《千金方》中差不多都可以找到，同时简、便、廉、验的单方、验方在书中占了很大的比例，这都与这一学术思想有关，也使他的书具有讲求实效的民间医风的色彩。

“小单方能治大病，海上方气死名医”。可惜历来自视为“正统”的医家，于单方偏方都不屑一顾，斥之为“摇铃串市”、“取用偏杂”，医理越讲越玄妙，疗效却很差。

## 2. 注重对方药的整理和研究

孙思邈平生毅力所注者为方药，两部《千金方》皆以“方”名书，汇集的处方多至6000余首，可谓前无古人。

他主张组方用药要“临事制宜”，认为，对于前人处方，应该根据病情加以增损，以切合之，不能胶柱鼓瑟，食古不化。“多从旧方，不假增损，其弊万端。”(《千金要方·处方》)不仅药味要有增减，剂量也应该视病情的轻重而酌定，病重则药重，病轻则

药轻，“若学古人，徒自误也”（《千金要方·用药》）。他还指出，人有老幼男女之殊，体质有强弱盛羸之异，天地有南北燥湿之别，因此，处方用药务必要“临事制宜”，“随症增减”（《千金要方·处方》）。这些观点对于后世医家学派竞相争鸣，竞创新方，无疑有着积极的影响。当然，他的态度比较持平，没有张洁古等人那样偏激。

他并不是一概否定前人的方药，尤其是在继承发扬仲景之学方面，他下的功夫很深。有的同志说他与仲景不是一个路子，其实他很善于运用仲景方，如以炙甘草汤治疗虚劳脉结代，脉绝不出百日死，不限于伤寒；用真武汤、附子汤合方治疗寒湿痹，不限于水气。它如以肾气丸为补肾祖方，用于虚劳；以当归生姜羊肉汤治疗产后诸虚劳损，崩漏不止；以肾着汤（甘姜苓术汤）治疗寒湿腿痛、脾虚咳嗽多痰、妇人带下、老人中虚尿失禁，皆能抓住原方立方精蕴，进一步推广扩大其用。此外，他还往往灵活地将原方加以增损，以适应新的病情。如治子肿的鲤鱼汤，就是以仲景真武汤蜕变面出，去一味附子，加一味当归，遂变温肾行水之方，而为健脾利水、和营安胎之剂。仲景黄土汤，本用以治疗便血（远血），《千金方》去附子加干姜，移用于吐血，一便血，一吐血，在病机皆属中气虚寒，不妨病异方同，而干姜守面不走，尤长于温中摄血，除非元阴暴脱的危证，实较仲景用附子为佳。又《千金方》治肺癆的苇茎汤，即显然是从仲景治肠痈的大黄牡丹皮汤悟出的，桃仁、冬瓜子活血、攻坚、排脓，为治疗内痈专药，彼为肠痈，故仲景用硝黄之攻下；此为肺癆，孙氏则取苇茎、苡米之轻宣，此仲景不言之秘，其灵活精当如此，非学养精湛，经验练达者不可为之。正如张石顽说：“不读《金匱》，何以知《千金》之法源；不读《千金》，何以广《金匱》之变法。”就从这一点上说，孙思邈也当是仲景的功臣。

《千金方》还善于把古方、经验方、单方、草药融为一体，古方的谨严，经验方的灵活，民间单验方的特效，兼而取之。如他治热毒痢的三黄白头翁汤，即是在仲景白头翁汤的基础上，加犀角、升麻解毒，苦参、石榴皮、桑寄生治痢，艾叶、甘草和中缓

痛。桑寄生治痢，始自《千金方》，其后《滇南本草》、《玉楸药解》乃有桑寄生治血痢的记载，近人研究桑寄生对多种肠道病菌有抑制作用。视之原方，疗效更胜一筹。笔者曾以此方治疗小儿中毒性痢疾，高热神昏，便下鲜血胶冻，疗效颇佳。又如肿胀，“腹大坚如石，服利下药不瘥者”，他认为不仅要利水，而且必须活血，用丹参、鬼箭羽等活血化瘀药，也都是很有见地的。《千金方》还有大量自出机杼之方，如温胆汤、温脾汤、枕中丹、独活寄生汤、谷疸丸、驻车丸、犀角地黄汤、紫丸等等，皆为今日临床习用而疗效卓著的处方。

### 3. 主张临床采用综合疗法

《千金方》主张在临床上采用综合疗法，通过多种途径，积极地治疗疾病，使疾病及早向着有利于康复的方向转化。应该指出：建立在实践基础上的祖国医学，治疗疾病的路子是很宽广的，并不局限于内服药一隅，这个问题亟需加以重视。

#### (1) 药疗与养生结合

两部《千金方》都有养生专篇。孙思邈称养生为“养性”，并且解释说养生即“习以成性论”，“治未病之先是其义也”。用今天的话说，也就是要养成良好的卫生习惯，与其既病而焦头烂额，不如讲究养生，以避免疾病的发生。这与《内经》的精神是完全一致的，但他不相信有什么“寿蔽天地，无有终时”，而是说：“善养生者，可得一二百年寿命”。在养生方法上，他总结的绝大多数方法，也是切实可行的。如在精神情绪方面，他认为：人非草木，孰能无情，只不过应加以节制，无使太过而已。他批评王侯之家，美女数百，荒淫无度，“恣其情欲，命同朝露”，指出纵欲为害甚大，是“丧生之事”。因此无病当节，有病当绝，夫妇异床，“服药百裹，不如独卧”。在饮食方面，他指出：丰饶之地，人多早夭，俭啬之地，人多高寿，享用太丰，常常是导致许多疾病发生的重要原因之一。他批评“临盆大饱，贪味多餐”之害，认为“常须少食肉，多食饭及多蔬菜”。他并不完全赞成“静以养生”的方法，认为华佗所说的人体“当得小劳，但不使过极耳”，《吕氏春秋》所谓“流水不腐，户枢不朽”颇有道理。因此，他在《千金方·养

性》中采录了“老子按摩法”和“天竺按摩法”，实际上是两套简便易行的保健操，差不多包括了后世“八段锦”的全部动作。并且说，就是老人，每天能依此一二遍，即可收轻身、延年、健康无病之效。

## (2) 药疗与食疗结合

他在临床上很重视食疗，尝谓：“药性峻烈，犹若御兵，兵之猛暴，岂容妄发，发用乖宜，损伤处众，散之投疾，滥殃亦然，……所以医者当须先洞晓病源，知其所犯，食疗不愈，然后命药。”把食疗放在了先于药疗的重要地位上。是以在《千金方》各门类疾病中，既有药疗方，又载食疗方，如消渴之用生菜藕汁，黄疸之用茺青汁，脚气之用赤小豆，肝虚目不明之用动物肝脏，虚劳之用羊内脏、羊骨汤、猪肾汤，皆其范例。特别应该指出，《千金方》以食疗治疗虚劳，是对仲景侧重脾肾，甘温扶阳原则的重要补充。如《千金要方》肾脏篇常用鹿茸、鹿角、牛髓、鸡肝、马茎、羊肾、猪肾、羊头骨这样一些血肉有情之品补肾，其中用鹿茸、羊肾者，即占 27 方。对于阴精亏损，《千金方》又制桃仁煎、天门冬煎、填骨万金膏等方，重用生地、酥、蜜、牛乳、胡麻、牛髓、天冬之类为膏，益阴填精，润沃枯朽，于仲景法外，又开一新的境界。

《千金方》食治篇计收载谷、肉、果、菜 150 余种，对每种食物的主治、性味、宜忌都有简明的记载。

## (3) 针灸与药治结合

孙氏两部《千金方》都有针灸专卷，他认为：“针灸之功，过半于汤药”，“针灸攻其外，汤药攻其内，则病无所逃矣”。所以“知针知药，乃是良医”。

针灸在临床上确有很高疗效，据统计，临床常见病之宜于针灸者，竟有近百种之多。南京地区以针灸治疗急性菌痢，治愈率达 92.4%，说明针灸之功，确实过半于汤药。针药配合，一定可以提高临床疗效。

## (4) 内服与外治结合

《千金方》还重视外治法，除针灸、按摩外，还大量采用药物

熨、熏、洗、敷、贴、吹、摩、灌等多种治法，外治不仅可以配合内服药以提高疗效，而且有时单用外治法，疗效还明显地高于内服药。

如《千金要方》所载痢疾灌药方即是一例。孙氏常用猪胆汁、丁香、黄柏、当归、苦参、矾石、雄黄、甘草、麝香、盐等作灌药保留灌肠。近年有不少报道，这一方法对慢性痢疾、慢性非特异性溃疡性结肠炎有较好的疗效。又如痹症，对疼痛剧烈，内服药止痛作用缓慢或正虚不任攻伐者，我们常用《千金方》所载的摩膏（当归、细辛、桂心、干姜、天雄、白芷、乌头、丹参、生地），或仿其意用川乌、草乌等浸酒精中，以棉球蘸之涂擦痛处，止痛作用较好。又《千金翼方》治胸痹胸背疼痛，用乌头、细辛、附子、羌活、蜀椒、桂心、川芎为末，帛裹，微火烤令暖，熨胸背，近人用于心绞痛、神经痛、癌转移引起的疼痛，均有一定疗效。以药枕治疗目病，亦最早见于《千金方》。清代吴师机《理瀹骈文》曾说：“外治之理即内治之理，外治之药亦即内治之药，所异者法耳。”由此可见，中医治病的途径甚广，可惜目前大多限于内服药一隅，不惟使古人的许多宝贵经验失传，而且临床路子也越来越窄，这是一个值得关注的问题。

（原载于《江苏中医杂志》1983年3期）

## 辨证论治纵横谈

辨证论治是中医认识疾病和处理疾病的基本法则，也就是怎样辨别病证、进行治疗的过程与手段，这是中医的认识论与方法论的结合。它是针对机体各个部分及整体的主要功能状态与病理活动，给予综合性评定，提出恰当的处理方案。具体说，就是根据病情，运用四诊八纲，结合病因，加以归纳分析，区别证候的属性，辨别邪正的盛衰，推测疾病的转归，从而确定治疗与具体治疗措施的基本原则，从错综复杂的症状中探求病因（从证求因、从时求因）、病位（依机体反应状态而判定，如表里、上下、气血、脏腑、经络）、病性（据病理机转而决定，如寒化、热化、正气之

虚实、病邪之浅深），并据此立方用药。不论病情如何复杂，或是比较隐蔽，一时尚难确诊的病证，都可以通过观察致病因子刺激机体所引起的反应性的变化（症状），推勘机体内在的变化。《内经》“有诸内，必形诸外”，就是这个含义。辨证论治是中医理论体系的独特之处。中医工作者如能熟练掌握之，并通过临床实践，对此客观规律，加以总结，不断提高、丰富、发展之，可使中医中药放出更为灿烂的光辉。所以我认为，如能掌握好辨证论治的规律，世界上就没有绝对的“不治之症”，而只有“不知之症”。

兹就辨证论治有关内容，提出个人的肤浅见解，就正于同道。

## 一、首先应该明确的几个问题

### （一）学习辩证法，掌握客观规律

学习辩证法对我们的思想方法的培养、分析能力的提高，有重要的指导意义。灵活运用辩证法，在辨证论治过程中，就会抓住主要矛盾，找出头绪，看清问题，对复杂的病情，也能迎刃而解，而不致于头痛医头，脚痛医脚。这是因为各个人机体各部分的组织强弱、功能大小有时也不尽相同，一旦不能适应或抵抗疾病因子的侵害而发病时，大体情况虽相似，具体变化与药剂的反应，却常有出入，往往同病同治，不能收到同样的效果，这其中存在着矛盾辩证法普遍性与特殊性的问题。辨证论治在照顾各个人的特殊性方面比较强调，提出了“同病异治，异病同治”的法则，丰富了我们治疗疾病的手段。例如：头痛原因有多种，首先应分外感、内伤两大类。外感中，风热头痛，治宜祛风散热；风寒头痛，治宜辛温疏解；阳明燥热头痛，又宜清泄通腑。内伤中，肝阳头痛，治宜平肝潜阳；阴虚头痛，治宜养阴柔肝；气虚头痛，治宜补气升清。再如胃痛之机转亦有多种，是新病，还是宿疾，是本腑所致，还是它脏引起，是痛点固定，还是游走不定，都须细加辨析。一般而论，游走不定，得噫较舒的为气滞，治宜疏肝和胃；固定不移，饮汤水则呃者为血瘀，治宜养胃消瘀；痛势绵绵，得食则减，得按较舒者为中虚，治宜补中缓痛；胃部硬痛成块，按之更甚，饱噎吞酸者为食滞，治宜消食导滞；烦渴喜冷饮，嘈杂

呕吐者为热郁，又当清热安胃。凡此，都必须审证求因；从因论治。只有辨明主因，立法用药，才能药中肯綮。

## （二）练好基本功，把握辨证方法

辨证论治是在中医理论指导下，运用理法方药一整套法则进行的。所以说，要把握辨证方法，就必须练好基本功。如对阴阳五行、脏腑经络、营卫气血、三因四诊、八纲八法等基本理论，均需精研掌握。中医学辨证的客观方法，集中体现在四大经典著作中，我们必须下苦功把它读懂、读通，该读熟的还要读熟，只有这样，在临证时才能触类旁通，灵活运用。《内经》是中医生理、病理、诊断、治则、摄生等方面的理论渊源，一定要下功夫精研。要对仲景学说进行认真的研究，因为它是在《内经》理论指导下形成的，同时又丰富和发展了《内经》理论，对中医理论和临床实践加以结合，因而产生的中医治疗学。仲景学说是质朴的、严密的，充满辩证法思想的。六经辨证的客观规律不仅适用于外感热病，同时也适用于内伤杂病。翻开《伤寒论》六经病都有一个客观标准，但是病有常，就有变。《伤寒论》把正治、变治、斡旋、救逆诸法讲得清清楚楚，但是它的核心，又离不开阴阳，离不开正与邪的斗争这根主线。它讲辨证立法，但又离不开八纲的具体应用。例如《伤寒论》56条云：“伤寒不大便，六七日，头痛有热者，与承气汤；其小便清者，知不在里，仍在表也，当须发汗。”此条说明：“头痛有热”的症状在太阳病与阳明病均可见到，前者系风寒外束，后者因阳明燥热上冲，但要区别其为太阳表证，抑为阳明里证，又当审之于“小便”，若小便黄赤，里热炽也；若小便清，则病在表也。其辨证之精细，于此可见。当然，中医学也不是仅读了《内经》、《伤寒论》、《金匱要略》就了事，例如温病学说，就是《伤寒论》的延伸与发展，不能把它们割裂开来，问题是要从源到流进行继承与发扬。秦汉以来的历代主要著作，均需浏览深研，兼收并蓄，融会贯通，始能左右逢源，得心应手。还必须多读一些前人的医案，医案是临床的实践记录，是第一手资料，最现实、最生动的素材，是活的经验。一部好的医案，往往是一位医家数十年经验的结晶，我们可以从它领悟前人的辨证思

想，学习到辨证论治的方法，其中有很多宝贵的东西，对提高我们今天的临床水平是有益的。所以我认为，读医案也是练好基本功不可或缺的内容。

经过前人实践已经肯定的东西，我们是要加以继承的。这些常规大法是经过历代医家反复实践而确定下来的。一般说，成方在组织配伍上，都有一定的法度，值得我们借鉴。只有在继承的基础上才能发展。刘完素曾说：“用方不对病，非方也；剂不蠲疾，非剂也。”（《素问病机气宜保命集·本草论第九》）徐灵胎也说：“按病用药，药虽切中，而立方无法，谓之有药无方；或守一方以治病，方虽良善，而其药有一二味与病不相关，谓之有方无药。”假使把药比作各种建筑材料的话，只有经过高明的建筑师，才能建造出高楼大厦来，建筑师之设计，犹如中医之理与法也。所以练好基本功是十分重要的。

### （三）区别症与证，进行综合分析

“症”是症状，它是患者自觉的或医者他觉的反映。“证”是证候，它是医者把搜集到的症状进行综合分析而做出的客观判断。“证”不是简单的症状总和，它是经过把所有症状进行去粗取精、去伪存真的分析而获得的，因而能较准确地反映疾病的本质。虽然说中医也是讲辨病的，例如《伤寒论》中的六经病，特别是《金匱》中的杂病，是谈辨“病”的，但中医的某些病仍旧是一个证的概念，因而我们一定要懂得“证”的归类，掌握辨“证”的方法。中医的“证”，高度概括了病因、病机、病位、病性以及正邪斗争的实际状况。例如六经，就有六经的证；卫气营血，就是卫分证、气分证、营分证、血分证；脏腑就有不同脏腑寒热虚实的证，脏腑之间的生克乘侮也可致不同的证。中医也有以汤名证的，如桂枝汤证、麻黄汤证等。柯韵伯《伤寒来苏集》就是一部“以证名篇，以论次之”的佳作。所以我们一定要懂得“证”的涵义，临证时把证候归纳清楚，为正确的论治提供依据。在辨证时，不能以西医学的概念来乱套用药，例如对西医所说的“炎症”，在审证用药时，绝不能泥于“炎”字，概从“热证”论治，动辄施以苦寒清热之品，而应以八纲详辨之。具体地说，有不少慢性肠

炎可用理中汤治愈，有的肺炎用姜附取效，妇女之附件炎用温经汤或少腹逐瘀汤常获痊愈等。

## 二、辨证论治的具体方法

### (一) 以四诊为手段，全面了解病情

要进行“辨证”，首先要“认症”。通过“四诊”（望、闻、问、切）搜集患者自觉和他觉的症状，了解病人的体质情况，既往病史，则是辨证的基础。望、闻、问、切四诊，不可缺一，古人云：“四诊合参，庶可万全。”应当深刻领会。望诊为四诊之首，“望而知之谓之神”，不仅可辨识病邪之浅深，正气之虚实，而且对疾病之转归，也可预测。《素问·玉机真脏论》云：“凡治病，察其形气色泽，脉之盛衰，病之新故，乃治之，无后其时。形气相得，谓之可治；色泽以浮，谓之易已；……形气相失，谓之难治；色夭不泽，谓之难已。”可见望诊之重要。其余闻、问、切三诊，古人均极重视。我以为问诊是四诊中最基本的方法，每接触一个病员，首应耐心倾听患者主诉，对有关病史及治疗过程，重点加以详询，在倾听及询问中，应引导病员对主要有关病史过程加以详述，不能遗漏重要的症状。对过去曾服何药、服后有何反应、做过哪些治疗、效果如何等，均应注意。例如在询问中了解到患者胃脘痛已10余年，近年来发作更见频繁，有黑粪史，并知服过金铃子散等疏肝理气药未效，则应考虑从“久病多虚”、“久病多瘀”来处置。再如腰痛，有寒湿、湿热、肾虚、挫伤之不同，如腰痛在气交之变时增剧，多为寒湿；口苦而小便黄赤刺痛者，则为湿热；伴有头眩神疲，劳则更甚者，为肾虚；有跌打扭伤史，而舌见瘀斑者，则系挫伤。要从病史与疾病的因果关系中寻找线索。问诊周详，辨证明确、用药方可中的。

### (二) 进行归纳分析，抓住主要矛盾

在症状全部搜集完成后，就要加以排队归纳。对错综零乱的症状进行分析，是一个严密的逻辑思维过程。分析的指导思想，不能离开中医学的特点，这就是整体观念。在重视整体观念的前提下，还要注意个体差异及阴阳转化，这就是动态观念。我们知道

“证”的出现，是致病因素导致发病时机体反应的结果。“证”一方面反映了病理性损害，一方面是抵抗损害的生理性防御措施，所以说“证”反映了正邪斗争的实际情况。分析的方法是把众多的症状进行比较鉴别，去粗取精，去伪存真，由此及彼，由表及里地思索。既注意一般性，又掌握特殊性，从而得出正确的结论。分析成功的关键就看我们有没有抓住主要矛盾，而不为次要矛盾所缠扰。在归纳分析时，下列几点应搞清楚。病因：属于外感还是内伤，外感六气中属于何气，内伤系情志发病还是劳损所致，等等。病机：发病机理及证候属性如何。病性：分析疾病属性，以八纲作指导。病位：属于哪一经络或哪一脏腑的病变？还要注意症与证之间的区别与联系。例如血素质病（血嘌呤病）是一原因尚未明了的体内素质代谢紊乱的疾患，比较罕见。临床上曾遇到一李姓男性患者，年28岁，工人，近一年多来，每3~4月必剧烈腹痛二三日，当时排除了急腹症，仅作对症治疗，后经尿检发现大量血素质而确诊。发作时用杜冷丁，腹痛始趋缓解，经多方治疗，均未能控制其发作。嗣来求治，辨证属于“脾肾阳虚”，用温补脾肾之仙灵脾、附片、肉桂、炮姜、葫芦巴、党参、白术、小茴香、延胡索等，连服一月，届期腹痛未作，随访已愈。所以也可以说，中医有时虽不识此病，但只要识证，也可治愈疾病。

### （三）注意辨明真伪，权衡轻重缓急

由于病情千变万化，在辨证的过程中，除了要注意抓住主要矛盾外，还要注意辨明真伪，只有这样，辨证才能得到比较正确的结论，治疗的步骤才能井然有序。例如慢性肾炎肾病期，不少患者既有神疲腰酸、两腿痿软、纳呆欠馨等阳虚气弱的一面，又有头眩而胀、血压偏高、烦躁亢热等阴虚阳亢的一面，在这样错综复杂的情况下，治疗上既要突出中心，又不能顾此失彼，其重点当以温肾扶阳为主，佐以育阴潜阳，这就有个轻重缓急的问题。又如曾治一位41岁女性患者，头眩而胀，口渴欲冷饮，烘热烦躁，裸卧冷地始舒，一派阳亢燥热之征，必须大剂清泄邪热，始得折其亢阳，但细察舌苔，色白微黄面腻，边有白涎两条，诊其脉弦滑，又为痰浊内阻之征，合而观之，证属肝阳挟痰，乃予黄连温

胆汤治之，果获佳效。

通过临床实践，对慢性杂病，个人有这样一点体会，即在证候分析发生矛盾时，“上下不一主从下，表里不一主从里”。可供临床参考。

### 三、辨证论治与现代临床

辨证论治是祖国医学的精髓，但是医学总是在不断向前发展的，我们应当不断丰富和发展辨证论治的内涵。在现代临床，我们在辨证论治的前提下，还要注意辨证与辨病相结合，一般与特殊相结合，才能进一步总结经验，提高疗效。

#### （一）辨证与辨病相结合，可以提高诊断准确率

如果我们认为中医已有的一套辨证论治是十全十美，不需要再前进的话，我们就要犯孤芳自赏、停滞不前的错误。中医在宏观、定性、动态方面的研究是有其独到之处的，但在微观、定量、静态方面的研究则似有不足。中医现代化就要发挥优势，克服薄弱环节。随着科学的发展，今天有可能借助于各种诊疗技术，把疾病的癥结搞清楚，有的也可能在疾病的早期就能发现，这就可能做到有的放矢，防止误诊，进而提高医疗质量。例如直肠癌的早期，其症状往往与慢性痢疾或内痔混淆，如果不经过肛门指诊、直肠钡检或乙状结肠镜检查，每致误诊，贻误病机。又如尿血病因很多，急性泌尿系感染、泌尿系结核、结石或肿瘤等均可出现尿血，不能不鉴别清楚。再如反胃也有官能性与器质性的本质差异。有些无症状、体征者，不等于无病变，只要从常知变，从外知内，从疾病的因果关系和疾病的变化比较中，就可做出较切实际的辨证论治。例如一例肠伤寒合并中毒性心肌炎患者，在伤寒痊愈时，脉象无结代的表现，而心脏听诊心音低钝，第一心音明显减弱，心电图示一度房室传导阻滞，结性早搏，说明心肌炎仍未脱离危险期，可是患者精神、饮食均佳，苔脉也无异常，如不详查辨病，则易于放松警惕，造成不愉快的后果。这是“有病可查，无证可辨”的例子。这些只有辨证结合辨病，才能进行确实的治疗。现代医学对病理的认识也有很多值得我们吸取，如脉见

歇止，是心气大虚的表现，但病理学提示，心脏往往呈郁血状态，我们据此参用活血化瘀法，收到了显著的效果。内耳眩晕症由于迷路水肿而引起，采用镇降利水剂有较佳疗效。由此可知，证候是疾病反映的现象，而疾病则是证候产生的根源。可见证与病是一种因果关系，具有不可分割的有机联系，把二者结合起来，进行研究，有利于提高诊断准确率和疗效。

## （二）一般与特殊相结合，可以提高医疗效果

在具体用药上，要注意一般常规与特殊规律相结合，这对提高疗效很有帮助。例如急慢性肾炎水肿，以大剂量益母草（活血利水）配合辨证用药对消除水肿奏效甚速；以大剂量大青叶、板蓝根、白花蛇舌草（清热解毒，抗病毒）随证加味治疗乙脑；以六神丸治疗热病心衰及哮喘；以具有清热解毒、熄风定痉、消痈散肿、活血化瘀作用的“季德胜蛇药片”治疗散发性脑炎，均有显著的效果。因此，我认为辨证与辨病相结合，一般与特殊相结合，扩大了辨证论治的内容，有效地提高了医疗质量，是我们今后努力和发展的方向。

## 结语

辨证论治是以阴阳五行学说为理论基础，以脏腑经络学说为核心，以四诊八纲为辨证依据，以辨证求因、审因论治为原则的。它是中医学的精髓，是现代医学至今尚未认识的疾病变化和处理的独特规律，值得我们进一步探索其实质，更好地继承和发扬中医药学，为人类健康服务。

（本文系 1984 年 4 月为日本汉方医学研修团  
访问南通时所做的学术报告稿）

## 简谈中医科研工作（提纲）

科学研究作为一种探索未知的认识活动，必然要求科学的研究方法，而医学研究，由于研究对象的复杂性，对方法的要求就更高，其目的是认识疾病，掌握疾病的发生发展过程，提示健康

与疾病的转化规律，提出有效的措施，更好地为人类健康服务。

科研具有探索性、创新性、继承性、连续性、集体性和独立思考性等特征。

探索是创新的前提，创新是探索的结果。不去探索未知，不去创新，就不能称其为科学的研究。拜因豪尔认为：“如果一旦对人体调节机制和抗病反应机制的一般活动原则有所阐明，这就意味着医学的发展具有质的飞跃。”医学研究的第一要素“观察实验”和第二要素“理论思维”是相互结合，紧密相连的，所以我们要振兴中医、继承发扬祖国医学，就必须开展科研工作。中医科研工作，是推动中医学学术发展，提高理论水平和医疗质量的重要关键。谨就这一方面谈一点肤浅的体会：

我认为搞科研工作，要坚守“求新不求奇，思变不思邪”；“师古不泥古，师心不蹈迹”。在实践总结的基础上，一定要有所创新和突破，才能有所提高和前进。中医药科研的特点，主要是围绕临床，从临床着眼。古人和今人都有大量实践经验的积累，我们要把这些宝贵经验用现代科学知识和方法，做系统的病例观察，以期肯定疗效，掌握规律，求得新的认识、新的提高，并在此基础上再做实验研究，以阐明其原理，以求新的发现或发明创造。

医学科研活动有其共同遵守的基本程序。这个程序，可分为5个步骤：

第一步为立题：就是提出问题，确立本研究所要认识或要解决的科学问题。爱因斯坦说：“提出一个问题，往往比解决一个问题更重要。”只有课题选得准，立得牢，才有可能取得成果。科研立题要求具有明确的目的性、充分的科学性、水平的先进性和现实的可行性。只有这样的课题，才具有科学意义或实际价值。立题的过程是科学思维的过程，有的则是科学假说形成的过程，需要搜集大量实践资料和文献资料，也包括新的信息，否则往往是炒冷饭，或低水平的重复。近一二十年来疾病谱已有较大变化，多数传染病已被控制，面胶原性、免疫缺陷性疾病以及老年性疾病，发病率有明显的上升，同时又缺乏比较满意的疗法，这就迫使我们去探索和攻克。例如将艾滋病、类风湿性关节炎、糖尿病、肿

瘤、老年性痴呆、心脑血管病等作为主攻课题，就有较大的现实意义。

第二步为设计：科研设计是完成研究课题的科学实施方案。如果说立题是选择确定战役目标，那么，设计便是实现目标的战略战术的计划。科研设计主要包括处理因素的设计、复试对象的设计、观察指标和实验方法的设计、对照与分组的设计、统计处理的设计。设计要求严密性和合理性，而且还要求高效性。

第三步为实践：按照设计方案进行观察和实验，这是用科学方法搜集感性材料的科学实践。任何一项研究，都要以科学方法作为指导，正确运用观察法和实验法等科学方法搜集客观事实资料。有的研究就是由于在方法学上得到突破而获得成功的。搜集科学事实材料，必须坚持客观性和全面性，切忌片面性和主观性。中医机构由于先天不足，实验设备较差，只有借助有关单位，如中医研究院、所和医药院校等协作进行。

第四步为整理：资料整理和数据处理，是对大量数据进行统计分析。它是排除偶然，发现必然，透过现象，发现规律的重要手段，是现代科学研究过程中的一个重要步骤。要学习和掌握统计学，否则科研成果是不易被承认的。过去有些中医报道的疗效如何如何，但经不起重复，道理即在此。

第五步为分析：科学的真正任务，就是在于用理性方法整理感性材料。没有理论思维，也就没有科学的创造。达尔文说：“科学就是整理事实，以便从中得出普遍的规律式结论。”可见，感性认识只是科学认识的起点，而不是终点；单纯的感性认识，还不是科学。一系列的抽象与概括、分析与综合、归纳与演绎等逻辑加工，是从现象深入到本质，从个别上升为一般的理性认识过程。这方面我们要向西医同志请教，或请西学中的同志协作配合，才能事半功倍，取得好的结果。《吕氏春秋》说：“善学者，借人之长，以补其短。”就是这个意思。《新药政法》颁布后，要求更高了，一类药需 23 项指标，三类药也要 17 项指标，这每一项指标都需认真切实地去做，来不得半点虚假。我们搞“益肾蠲痹丸”花了五六年时间，并得到中国中医研究院基础理论研究所的合作，始

得完成，早早晚晚，寒暑无间，南京、北京往返奔波不下 20 余次，个中甘苦、教训是很深刻的。毛主席曾说过：“中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高。”中医药有无限宝藏，值得我们去发掘和探索，在继承的基础上，通过实践，加以发扬光大，这是历史赋予我们的神圣职责。希望大家本着“团结、奋进、创新、求实”的精神，为振兴中医而贡献力量。最后谨以几条名人名言，奉赠与会同道，愿共勉之。

《圣教序》：“诚重劳轻，求深愿达。”

杜甫：“读书破万卷，下笔如有神。”

苏东坡：“博观而约取，厚积而薄发。”

章次公：“欲求融会，必求我之卓然自立。”“发皇古义，融会新知。”“心知其意，不为所囿。”

（在芜湖、厦门等地讲学用稿）

## 发掘民间一技之长土专家的体会（摘要）

“中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高。”我认为这个宝库的内涵，主要有 3 个方面：一是历代保存下来的大量文献资料；二是老中医长期实践积累的活经验；三是流传在民间的一技之长的土专家和众多的单方草药。对于前两者，各方面比较关心重视，而后者往往被忽视。俗说：“单方一味，气死名医。”章太炎先生也说过：“下问铃串，不贵儒医。”这是很有启迪意义的。全国的生动事例，屡见不鲜。

我在 50 年代，先后发掘整理了 3 位民间土专家（蛇医季德胜、治療癆的陈照、医肺脓瘍的成云龙）的经验，经过立题、观察、实践总结，成为国家级的三项科研成果。季、陈二位还被中国医学科学院授予“特约研究员”称号；成云龙获卫生部科技成果二甲级奖，并被评为 1984 年江苏省十佳新闻人物之一。这 3 位土专家被人们称为“南通市中医医院的三枝奇葩”，面扬名于海内外。但过去，季只是流浪江湖的蛇花子，陈、成二位都是农民。如果不对这些民间医及其经验进行发掘整理，必将使他们的一技之长

和宝贵经验湮没而失传。那么，怎样去发掘呢？我们的做法是：

1. 采风访贤，不耻下问；
2. 待之以礼，动之以情；
3. 耐心恳谈，防止急躁；
4. 尊重经验，细心揣摩；
5. 协调配合，实践观察；
6. 系统总结，阐发机理；
7. 快出成果，硕果累累；
8. 振兴中医，莫忘民间。

（原载《中国民间疗法》1992年12月试刊）

## 痹证研究的回顾与展望

新中国建立以来，对痹证的研究日益广泛深入，各地用辨证分型及单方草药、外治等方法治疗痹证之报道甚多，并对病因病机、病理造模、药理药化采取了现代技术和方法，进行了深入的探索，取得较大进展，中国中医药学会内科学会痹证专业委员会已举行6次大型学术交流会，并编写专著，有力地促进了痹证研究工作的进展。

痹证与风湿性疾病是同义词，是一组以疼痛为主要症状，病变累及骨、关节、肌肉、皮肤、血管等组织的疾病之总称。其范围甚广，可包括与自身免疫密切相关的结缔组织病，如类风湿性关节炎、红斑性狼疮、皮炎、硬皮病、干燥综合征、结节性多动脉炎等；与代谢有关的疾病，如痛风、假性痛风、软骨病等；与感染有关的疾病，如各种化脓性、病毒性、真菌性关节炎；退行性关节炎，如增生性骨关节炎；某些神经肌肉疾病，如多发性硬化、重症肌无力等；也包括遗传性结缔组织病和各种以关节炎为表现的其他周身性疾病，如肿瘤后的骨肌肉病、内分泌疾病中的关节病等。风湿性疾病近数十年来发病率有日益升高之趋势，世界卫生组织曾将1977年命名为“世界风湿性疾病年”，随后又将1981年命名为“世界残废人年”，这均与风湿性疾病有密切关系，

我国也将其列为“八五”重点攻关项目之一。其中特别是类风湿性关节炎，给患者造成极大的痛苦，给家庭和社会带来沉重的负担，中华风湿病学学会主任委员张乃峥教授称其为“不宣判病人死刑，但宣判了终身监禁”的病。本病的发病率国际上一般在1%左右（低者0.5%，高者达3%），我国据初步调查，患者约有940万人。由于病因不明，目前尚没有特效药和根治方法。这是一个非常值得注意的大问题。

张乃峥教授谈到当前治疗类风湿性关节炎的西药，主要有两大类：一类是非激素的抗炎药，如布洛芬、萘普生、炎痛喜康等，这类药能抑制导致类风湿性关节炎的一种介质——前列腺素，服后可减轻关节肿痛症状。这种炎性介质是在类风湿性关节炎一系列免疫反应后产生的，而这些药对抑制免疫反应并无作用，特别是免疫反应产生的炎性介质有许多种，这类药物对前列腺素以外的其他介质没有抑制作用，不管服用多长的时间，都不能阻止疾病的进展和骨关节的破坏。另一类是抗风湿药如青霉胺等，对免疫的作用有不同的影响，因而降低了疾病的活动性，减慢了病情的进展，防止或减轻骨关节的破坏，能改善病情，但不是根治药，更不是特效药。此类药价格昂贵，且有一定的副作用，因此患者多不能坚持长期服用。张教授还强调在治疗中存在的另一个问题是激素用得太多，据北京、上海两所大医院统计，那里的类风湿性关节炎病人，一半以上用了激素，有的用了几年、几十年，产生了不少副作用，这样用药是不合理的。我认为张教授的这些意见很正确，十分赞同。

在痹证诊治上，希望最大、毒性最低、副反应最少的要属中医中药。中医药工作者应团结协作，扎实工作，勤于实践，敢于创新，为攻克痹证做出贡献。在此，提出几点不成熟的建议，请同道们修订完善。

痹证中的风湿热、类风湿性关节炎、骨质退行性病变、坐骨神经痛、肩周炎、痛风、风湿性肌炎、皮炎、干燥综合征、红斑性狼疮等，中西医药均有较佳疗效。唯类风湿性关节炎一病，发病率既高，而目前对其病因仍不太清楚，更没有找到具有特效的

药物和根治方法，所以，我认为当前应该重点对此病的病因学、发病学进行广泛的、大样本的调查，既要调研外邪对类风湿性关节炎发病的影响，更要重视内因在发病中的作用，然后综合分析，找出其规律性和特殊性，从而采取相应的预防措施，减少发病率和复发率，提高治愈率。

对类风湿性关节炎的诊疗，既要用传统方法，又应采取现代医学检测手段，进一步修订具有中医特色的疾病和证候的诊断、治疗及疗效评定标准，使之规范化、标准化，从而提高诊治水平。

国内外一直尚无理想的类风湿性关节炎动物模型。前几年上海中医研究院伤科研究所以接种法获得成功。该所从典型的类风湿性关节炎患者的血液中提取出一种物质，经荧光标记后注入动物血管内，发现动物标记物质在关节滑膜内停留，两周后关节肿胀，类风湿因子阳性，血沉升高，进而骨质破坏，病理变化与人类类风湿性关节炎相似，这是可喜的。嗣后我院与中国中医研究院基础理论研究所协作，由该所病理室以Ⅰ型胶原与不完全福氏佐剂给大鼠注射，加上寒湿因素，即见大鼠毛发失去光泽，懒动，体重减轻。7~15天后可见滑膜细胞增生，滑膜组织中纤维素渗出，胶原纤维增生，炎性细胞浸润，软骨细胞扁平层脱落，甚至全层缺损。45天后部分动物出现软骨下骨损伤，但心、肝、肾、胰、十二指肠、空肠、直肠、肾上腺均未见病理改变。滑膜组织中查出IgG抗体、酯酶阳性细胞增多，从病理形态等方面证明了该病模类似人类类风湿性关节炎。特别值得一提的，他们在病模动物出现骨质损害后，分成两组：一组用常规治类风湿性关节炎之中药，未能控制病变进展；一组用我们创制的“益肾蠲痹丸”喂饲，能使滑膜组织炎性细胞及纤维素渗出减少，胶原纤维减少，软骨细胞增生修复、酯酶阳性细胞下降，使实验性类风湿性关节炎的病理变化，得到显著改善。从疗效观察方面，反证了该模型与人类类风湿性关节炎极为近似，也揭示了温阳补肾、搜风剔邪法对实验性类风湿性关节炎有较好的疗效。在临床上我们得到了同样的效果。过去认为该病骨质破坏是不可逆性的，但通过病模实验和临床观察证实，中药“益肾壮督”治本、“蠲痹通络”治标，确

能阻止骨质破坏之进展，并使其部分得到修复。诺贝尔医学奖金基金会主席纳罗顿斯强博士在中医研究院参观时，看到该病模骨质破坏及修复之幻灯片时，曾赞叹地说：“这是中国传统医学之奇迹，真了不起，值得好好地研究”。这个课题的实验研究深刻地启示我们，中医中药有无限宝藏，如结合现代技术手段加以升华、阐扬，定会创造出新的方药和疗效。

类风湿性关节炎患者最感痛苦的是关节肿胀、疼痛、活动受限，因此患者迫切希望得到一种既能比较迅速止痛、消肿、改善关节功能障碍，又无毒副作用的药，那将是最受欢迎的。雷公藤不失为一种疗效较佳的抗风湿药，它起效较快，但毒副作用也较明显，尤其对生殖腺的影响。目前各地应用本品的报道较多，部分配伍了有关中药，则可稍缓其毒副作用，这方面犹待进一步探索。“益肾蠲痹丸”能调节免疫功能，增强机体抗病反应，调动机体调节机制，增强体质，从而抑制病情之进展，促使病变修复，对慢性久病最为适用。但起效较慢是其不足之处，需耐心持续服用，故尚待完善。河北刘天峰医师在深山老林发现一种叫“赤龙丹”的草药，经临床验证，具有免疫抑制剂之作用，服用后效果明显而无副反应，因属省级科研项目，暂不公开推广。这说明“既生斯疾，必有斯药”，问题是我们如何去发现它而运用于临床。我认为“久痛多瘀，久痛入络，久痛多虚，久必及肾”，这是风湿性疾病的共性，如能抓住这4个特点，深入地进行探索，就能更好地选方用药，创制新的处方，从而提高治疗效果，为攻克本病寻找新的线索。

由于类风湿性关节炎是周身性、终身性疾病，在治疗上必须始终坚持整体观念，急则治标，缓则治本，采取综合措施，内外并治。除辨治之内服药外，还应配合熏洗、药浴、外敷、膏贴、理疗、针灸、推拿等，这样可以协同增强，提高疗效。

由于治疗类风湿性关节炎需坚持长期服药，不论汤剂或丸、散剂，久服后病员往往产生厌惧心理。如何改革剂型，提取其有效成分浓缩成微丸、胶囊、片剂，以便于服用和外出携带，有利于坚持服药，巩固疗效，是一个重要的问题。此病症状缓解后，还

要继续服药 2~4 个月，始可稳固。

加强中西医药界的团结协作，打破行业界限，实现多学科的大团结、大协作，才能各献其能，互补不足，集中优势，重点突破，还要加强与国际间的学术交流，把中医药治疗风湿性疾病的经验和有效药物介绍到国际上去，使中医药为更多的风湿性疾病患者服务。

（原载于《山东中医药杂志》1994 年 2 期）

## 益肾蠲痹丸治疗顽痹 200 例疗效观察

顽痹，是指慢性风湿性关节炎、类风湿性关节炎及脊柱增生等病程较长、病情顽缠、久治不愈之病例。本文所观察的顽痹，则纯指类风湿性关节炎而言。益肾蠲痹丸（汤）是我根据数十年来的实践经验创订的治疗顽痹的处方。现将近几年来我院使用本丸治疗类风湿性关节炎 200 例的疗效观察报告如下：

### 一、观察方法

1. 病员来源 200 例患者大部分为门诊病人及部分住院病人。

2. 药物剂量、用法 每次 6 克，一日 2 次，食后服用。妇女经期及妊娠期忌服。服用本丸期间，一律停用其它中西药物。原服激素者则逐步减量，直至完全撤除。

3. 疗程 以 20 天为一疗程，治疗不满一疗程者未做统计。

### 二、诊断标准

除按雁北会议痹证诊断标准外，如有下列 4 项中之 3 项体征者，即可诊断为类风湿性关节炎。

1. 关节疼痛或伴有发热，晨僵明显。

2. 四肢关节呈对称性肿胀，四肢关节或脊柱已畸形或强直。

3. 化验检查 类风湿因子阳性，血沉或抗链“O”高于正常标准。

4. 关节X线摄片 有脱钙或骨质疏松、骨质破坏、关节面变狭窄、关节融合等改变。

### 三、一般情况

#### 1. 病程情况表——表 1

表 1

时间		~1年	~2年	~3年	~4年	~5年	~10年	10年以上	20年以上
例数	男	10	15	7	8	10	9	2	1
	女	27	21	23	13	10	24	12	8
	小计	37	36	30	21	20	33	14	9
百分率		18.5%	18%	15%	10.5%	10%	16.5%	7%	4.5%

#### 2. 理化检查表——表 2

表 2

分类		血沉↑	抗“O”↑	类风湿因子阳性	摄片骨质有变化
例数	男	41	35	50	35
	女	80	81	117	74
百分率		60.5%	58%	83.5%	54.5%

#### 3. 中、西医症状分型表——表 3

表 3

分型	肾督亏虚 偏寒湿型	肾督亏虚 偏湿热型	肾督亏虚 偏痰瘀型	肝肾阴 虚型	中心型	混合型	周围型
例数	107	23	43	27	7	2	191
百分率	53.5%	11.5%	21.5%	13.5%	3.5%	1%	95.5%

### 四、治疗结果

1. 疗效标准 按雁北痹证会议疗效判断标准(见《北京中医

学院学报》1984年第2期)。

2. 治疗结果 见表4。

表4

疗效		临床痊愈	显效	好转	无效
例数	男	18	25	17	2
	女	49	57	28	4
百分率		33.5%	41%	22.5%	3%

从治疗结果来看, 总有效率为97%。

3. 化验指标改善情况 治疗前患者均做血沉、抗链“O”、类风湿因子3项检查, 其中原血沉增高者121人(男 $>15\text{mm/h}$ , 女 $>20\text{mm/h}$ )。经1个疗程治疗后有87例降至正常, 在仍增高的34例中, 多数病例虽尚未降至正常, 但较治疗前均有大幅度的下降。原抗链“O”升高者116例(抗链“O” $>500\text{U}$ ), 经治疗1~2疗程后, 有74例降至正常值, 占63.8%。原类风湿因子阳性者167例, 经治疗2~3疗程后, 转阴性者为120例, 占71.85%。

## 五、病案举例

赵某, 女, 59岁, 农民。

1982年12月20日初诊: 类风湿性关节炎3年余, 在外院曾经用激素等药物治疗, 关节肿痛有所减轻, (每次服强的松20mg, 日3次)。但两手腕、指关节肿痛不消, 膝、踝、髋关节疼痛、僵硬伴冷感, 生活不能自理, 由于长期使用激素, 出现柯兴氏综合征, 遂来我院要求中医药治疗。目前, 关节症状如上, 面部虚浮, 困乏乏力; 苔薄腻, 质淡体胖, 脉细弦; X线摄片(片号: 16083): 两手指关节间隙较狭窄, 指骨稍有变形, 两手有骨质疏松现象; 血沉:  $76\text{mm/h}$ , 类风湿因子阴性, 抗链“O”625U。证属阳气亏虚, 寒湿袭踞, 痰瘀交阻。顽痹已深, 不易速效。治以益肾壮督, 蠲痹通络, 温化痰瘀, 冀能应手。

益肾蠲痹丸250克, 每次6克, 日2次, 食后服。

二诊(1983年1月10日):服上丸3周,关节肿痛如前,苔脉同上,此非矢不中的,乃力不及鹄也,药丸继服之。

三诊(1983年2月1日):药后腕指疼痛减轻,掌背疼痛渐瘥,踝、膝、髌关节疼痛僵直好转,已能扶杖行走,精神较前振作,苔薄白,质淡,脉细。药既获效,毋庸更张,续进之。

四诊(1983年2月20日):指、腕、踝、膝、髌关节肿痛渐平,自将强的松递减服用。苔薄白,质淡,脉细。嘱其继服丸药,强的松逐渐减量。

五诊(1983年3月20日):服丸药已3月余,关节肿痛已平,激素亦已全部撤除。复查血沉已降至12mm/h,抗链“O” $<500\text{U}$ ,临床基本治愈。

## 六、讨论

1. 立法用药的着眼点 类风湿性关节炎相似于《金匱》之历节病、宋《太平圣惠方》之顽痹,以其病情顽缠,久治难愈,绝非一般祛风、燥湿、散寒、通络之品所能奏效。我认为顽痹具有久痛多瘀、久痛入络、多痛多虚及久必及肾的特点。同时患者先有阳气先虚的因素,病邪遂乘虚袭踞经隧,气血为邪所阻,壅滞经脉,留滞于内,深入骨骱,胶着不去,痰瘀交阻,凝涩不通,邪正混淆,如油入面,肿痛以作。故治颇棘手,不易速效。通过长期实践,明确认识到:此证久治不愈者,既有正虚的一面,又有邪实的一面,且其病变在骨质,骨为肾所主,故确定益肾壮督以治其本,蠲痹通络以治其标。组方用药时,又根据虫类药物“搜剔钻透驱邪”的特性,集中使用之,有协同加强之功。故益肾蠲痹丸的立方,除选草木之品以补肾培本之外,又藉虫类血肉有情之品搜风逐邪,散瘀涤痰,标本并顾。经近20年临床系统观察,初步认为对于顽痹,确有较好的疗效。

2. 对疗效的评价 通过临床200例疗效观察,我们认为益肾蠲痹丸对类风湿性关节炎的疗效是比较满意的。平均服药1~2周后关节疼痛开始减轻,1个月后关节肿胀开始消退,活动度增大,功能得到相应的改善或恢复。如坚持服用3~6月者,可以达到病情稳定,临床治愈。凡间断服药,或症状缓解后过早停药者,其

疗效则不稳定，说明必须坚持服药，不可间断。对长期服用水杨酸制剂、消炎痛、激素等药物的患者，改服本丸后，可以逐步递减，直至撤除。

长期服用此丸后，患者普遍反应食欲增加，精神振奋，体质增强，有转弱为强之功。

此丸服用后一般无副作用，仅少数患者服后胃脘嘈杂，嘱在饭后服用，症状即趋消除。偏阴虚、湿热者服后有口干、咽燥现象，加用沙参、麦冬、石斛各 10 克代茶泡服，可以改善症状。个别患者服后有肤痒或皮疹出现，乃动物异体蛋白质过敏现象，另用徐长卿 15 克、地肤子 30 克煎汤服用即可消除。

本丸对慢性风湿性关节炎、增生性脊柱炎、坐骨神经痛等的疗效较类风湿性关节炎为高。

综上所述，我们认为益肾蠲痹丸治疗类风湿性关节炎疗效较好，奏效稳定，价格较廉，服用方便，无毒副作用，是目前治疗类风湿性关节炎较为理想的药物之一。

3. 益肾蠲痹丸的组成及药效简述 本丸的组成是：熟地黄、仙灵脾、鹿衔草、淡苡蓉、全当归、鸡血藤、蜂房、蕲蛇（缺时可用乌梢蛇代）、地鳖虫、僵蚕、蛻螂虫、炮山甲、全蝎、蜈蚣、广地龙、甘草等。共研极细末，泛丸如绿豆大，每服 6~8 克，每日 3 次，饭后服。

顽痹病变在骨，骨又为肾所主，而督脉能督司一身之脉，故“益肾壮督”是治本之道，可以增强机体免疫功能，调整骨质代谢，对根治本病起着决定性作用。因其病邪深入经隧骨骱，必须选用具有较强的钻透搜剔之功的药物，始能奏效，所以在选用品时，除植物药外，又宜侧重于虫类药物，因为虫类药不仅具有搜剔之性，而且均含有动物异体蛋白质，对机体的补益调整，有其特殊作用。特别是蛇类还能促进垂体前叶促肾上腺皮质激素的合成与释放，使血中这种激素的浓度升高，从而达到抗炎、消肿、止痛的疗效。在实践中我们体会到虫类药的使用对缩短疗程、提高疗效具有重要作用。

由于风药多燥，根据“治风先治血”的原则，故立方时重用

地黄、当归、鸡血藤等养血之品，以缓其燥性，提高疗效。

4. 目前存在的问题及需要进一步探讨的问题 益肾蠲痹丸从分型疗效来看，寒湿型、痰瘀型疗效较好，阴虚型、湿热型奏效较差，因其药性偏温，且风药多燥，故疗效因型别不同而有所差异。由于中医治病重在辨证论治，因此，处方用药，不是一成不变的，治疗本病当然也不例外。喻嘉言在《医门法律》中指出：“凡治痹证，不明其理，以风门诸通套药施之者，医之罪也！”为了进一步提高本病的治疗水平，我们目前已着手搞了两种协定方：一方是侧重治疗寒湿、痰瘀型的；另一方是侧重治疗阴虚、湿热型的，以解决益肾蠲痹丸所存在的上述问题。

习俗认为虫类药皆属有毒之品，因此医家、病家对之咸具戒心，而不敢放胆使用。事实上，除特大剂量外，这类药一般没有毒性反应。更何况入药前，还经过了加工炮制，同时有毒的动物如蕲蛇、全蝎，其干燥标本之虫体毒素早已破坏无存，所以毋须担心疑虑。

（原载于《北京中医学院学报》1985年3期）

## 从痹病 3 个主症谈用药经验

“痹病”是风湿类疾病之总称，包括类风湿性关节炎、风湿性关节炎、强直性脊柱炎、痛风、骨质增生及坐骨神经痛等疾病。其共同特征均以关节疼痛、肿胀、拘挛僵直为主症。其病因、病机均以风、寒、湿、热之邪外袭，气、血、痰、瘀内阻，导致经脉闭阻，凝涩不通，气血壅滞，痰瘀胶结，深入经隧骨骱，如油入面，难以化解，以致病情反复缠绵，施治颇感棘手，绝非一般祛风、散寒、燥湿、清热、通络、止痛之品所能奏效。且久痛多虚，久痛多瘀，久痛入络，久必及肾，故在治疗上需于常规辨治基础上，参用益肾培本，涤痰化瘀，钻透剔邪之品，庶可奏效。兹就疼痛、肿胀、僵直拘挛 3 个主症，结合临床实践，谈谈用药经验。

## 一、疼痛

疼痛是痹病最主要的症状之一，如果能够迅速缓解疼痛，则患者信心增强，病情易趋缓解。根据疼痛的临床表现，可分为风痛、寒痛、湿痛、热痛、瘀痛，此五者只是各有侧重，往往多是混杂证型，难以截然分开。

1. 风痛 其疼痛多呈游走状，走注无定，因“风者善行数变”之故。祛风通络以治其痛，是为正治。在辨治基础上，轻者可以加用独活，因《名医别录》谓其“治诸风，百节痛风，无问久新者”；《本草正义》称：“独活为祛风通络之主药，……能宣通百脉，调和经络，通筋骨而利机关，……故为风痹痿软诸大证必不可少之药。”本品确有镇痛、抗炎、镇静、催眠之作用，用量以20~30克为佳，惟阴虚血燥者慎用，或伍以养血之品，始可缓其燥性。或用海风藤30~45克亦佳，以其善解游走性之疼痛。重证则宜选用蕲蛇，《玉楸药解》谓其“通关透节，泄湿驱风”；《本草纲目》称其“内走脏腑，外彻皮肤，无处不到也”。本品透骨搜风之力最强，乃“截风要药”；不仅善于祛风镇痛，而且具有促进营养神经的磷质产生之功，对拘挛、抽搐、麻木等症有缓解改善作用；还能增强机体免疫功能，使抗原、抗体的关系发生改变，防止组织细胞进一步受损，促使痹证病情之稳定，提高疗效。以散剂效佳，每次2克，每日2次，如入煎剂需用10克。

2. 寒痛 因寒邪内阻经脉而致之疼痛，临床最为多见，受寒加剧，得温稍舒。治宜温经散寒，而止其痛。川乌、草乌、附子、细辛四味乃辛温大热之品，善于温经散寒，宣通痹闭，而解寒凝。川乌、草乌、附子均含乌头碱，有大毒，一般多制用，每日15~30克，生者应酌减其量，并先煎1小时，以减其毒。细辛可用8~15克，有人曾报道，用60~120克，未见毒副作用，可能与地域、气候、体质有关，仍宜慎重为是。或用穿山龙30克、徐长卿15克，亦有祛寒止痛作用。

3. 湿痛 痛处有重着之感，肌肤麻木。治当健脾化湿，参用温阳之品。湿去络通，其痛自已。生白术45克、苍术15克、熟

苡仁 30 克、制附子 15 克，具有佳效。或用钻地风、千年健各 30 克，善祛风渗湿，疏通经脉，以止疼痛。

4. 热痛 多见于痹证急性发作期，或邪郁已久而化热者，其关节红肿热痛，得凉稍舒，伴见发热、口干、苔黄、脉数等一派热象。常规用药收效不著时，加用羚羊角粉 0.6 克，分 2 次吞，可以奏效。黄官绣《本草求真》明确指出：“历节掣痛，羚羊角能舒之。”用山羊角或水牛角 30 克亦可代用。关节红肿热痛，如仍不解者，可服用西黄丸，当能挫解。有时加用知母 20 克、寒水石 30 克亦佳，因其不仅能清络热，并善止痛。倘同时外用芙蓉散（生大黄、芙蓉叶各等分研细末），以冷茶汁调如糊状，取纱布涂敷患处，每日一换；或用鲜风仙花茎叶（透骨草）捣烂外敷亦佳，可以加速消肿止痛，缩短疗程。

5. 瘀痛 久痛多瘀，凡顽痹久治乏效，关节肿痛，功能障碍，缠绵不愈者，多是病邪与瘀血凝聚经隧，胶结难解，即叶天士所云“络瘀则痛”是也。常规用药，恒难奏效。必须采取透骨搜络、涤痰化瘀之品，始可搜剔深入经隧骨骱之痰瘀，以蠲肿痛。而首选药品，则以蜈蚣、全蝎、水蛭、僵蚕、天南星、白芥子之属最为合拍。其中虫类药之殊效已为众所周知，唯天南星之功，甚值一提：生天南星苦辛温有毒，制则毒减，能燥湿化痰，祛风定惊，消肿散结，专走经络，善止骨痛，对各种骨关节疼痛，具有佳效。《神农本草经》之“治筋痿拘缓”，《开宝本草》之“除麻痹”，均已有所启示。就类风湿性关节炎来说，其基本病变是滑膜炎，在体液免疫异常方面，滑膜组织有大量淋巴细胞、浆细胞、巨噬细胞及肥大细胞等集聚；类风湿因子无论是 IgM、IgG、IgA，都大多在关节内部产生，这些病理变化，似与痰瘀深结经隧骨骱之机理，相为吻合，前贤指出南星专止骨痛，是很有深意的。其用量制南星可用 15~30 克。

## 二、肿胀

“湿胜则肿”，此为关节肿胀形成之主因。早期可祛湿消肿，但久则由湿面生痰，终则痰瘀交阻，肿胀僵持不消，必须在祛湿之

时，参用涤痰化瘀，始可奏效。通常而言，“伤科治肿，重在化瘀；痹证治肿，重在祛湿”。二法同时并用，相得益彰，可提高疗效。

肿胀早期，常用二妙、防己、泽泻、泽兰、土茯苓等。中后期则需参用化痰软坚的半夏、南星、白芥子和消瘀剔邪的全蝎、地鳖虫、乌梢蛇等。此外，七叶莲长于祛风除湿，活血行气，消肿止痛，并有壮筋骨之效。又刘寄奴、苏木、山慈姑均擅消骨肿，亦可选用。

### 三、僵直拘挛

僵直、拘挛乃痹病晚期之象征，不仅疼痛加剧，而且功能严重障碍，有时生活不能自理，十分痛苦。此时均应着重整体调治，细辨其阴阳、气血、虚实、寒热之偏颇，而施以相应之方药。

凡关节红肿僵直，难以屈伸，久久不已者，多系毒热之邪与痰浊瘀血，混杂胶结，在清热解毒的同时，必须加用豁痰破瘀、虫蚁搜剔之品，方可收效。药如山羊角、地龙、蜂房、虻螂虫、水蛭、山慈姑等，能清热止痛，缓解僵挛。如肢节拘挛较甚者，还可加蕲蛇、山甲、僵蚕等品。如属风湿痹痛而关节拘挛者，应重用宽筋藤，一般可用30~45克。偏寒湿者，重用川乌、草乌、桂枝、附子、鹿角片等。此外，青风藤、海风藤善于通行经络，疏利关节，有舒筋通络之功，与鸡血藤、忍冬藤等同用，不仅养血通络，且能舒挛缓痛。伴见肌肉萎缩者，重用生黄芪、生白术、熟地黄、蜂房、石楠藤，并用蕲蛇粉，每次3克，每日2次，收效较佳。

以上诸症在辨治时，均需参用益肾培本之品，药如熟地黄、仙灵脾、仙茅、淡苁蓉、补骨脂、鹿角片、鹿衔草等，始可标本同治，提高疗效。

（原载于《北京中医杂志》1992年5期）

## 治痹鳞爪

痹证属于比较顽固，缠绵难愈的一类疾患，尤以顽痹（类风

湿性关节炎)更为棘手。该病近年来发病率日益增高,据报道国外为0.5%~3%,国内对江淮中下游的类风湿性关节炎调查,提示其发病率为1.6%,依此计算,我国类风湿性关节炎患者将达900多万人,对人民健康及劳动力的影响很大。各地同道对此正在广泛研究,颇多创见,值得学习。兹就治疗之一鳞半爪,略陈一二。

一、前来求治之顽痹患者中,有一部分由于长期使用类固醇类药物,常伴见明显的停药综合征,有的终身不能减停,从而产生严重的副作用,如柯兴氏综合征、脱钙、胃病加剧等,给治疗带来了困难,往往用药不易收效。

激素用量较大而服用时间较长的患者,常呈现阴虚火旺证象,如面部烘热、烦躁易怒、多食善饥、夜寐不实、易汗出、口干、舌质红绛、脉弦细带数等,采用滋阴降火之品,如生地、知母、玄参、甘草等,可以显著改善症状。

激素减量后,往往出现精神不振、纳呆、泛泛欲呕等脾气虚弱之证;或表现为怯冷、疲困、纳呆、便溏、阳痿、瘦频、月经量少或闭止等脾肾阳虚之证;或关节疼痛增剧,此时均应采用温补脾肾之品如熟地黄、附子、仙灵脾、仙茅、鹿衔草、巴戟天、苁蓉、补骨脂、鹿角胶、蜂房等,因此类补益脾肾药能提高患者免疫功能,减少对激素的依赖性,使长期使用激素者得以逐步撤除。

二、有个别类风湿性关节炎患者常高热稽留,伴见关节疼痛、心烦不眠、皮疹、白细胞增高、舌红、脉数等证象,非常顽固,一般疗法,均难奏效。这是急性类风湿性关节炎的一种类型,常以青年人为多见,国外称之为“stills综合征”。我曾遇到几例,辨证为温热之邪,入于营血,袭踞经脉,治以清营汤加虎杖、桑枝,清营解毒,泄热养阴,佐以通络,连服5~7剂,每收佳效。其中生地应用大剂量(60~90克),犀角现取水牛角30~60克代之。

三、硒是人体必需的微量元素之一,在对抗细胞老化及抑制癌细胞发生的过程中起着重要的作用。有研究者认为硒缺乏可能是导致对人类威胁极大的很多疾病(包括关节炎)发病的生物化学基础。同时,我了解到华东医院采用硒酵母胶囊对老年人做延缓衰老保健的观察时,发现服用者中合并有类风湿性关节炎的患

者，其症状获得明显好转，因而启示我们进一步选用含硒较丰富的黄芪加于辨治方药中，临床证实确能提高疗效。《日华子本草》谓黄芪“助气壮筋肌”，是很有见地的。用量以30~60克为宜。

又，日本福井医科大学最近的一次研究表明，长期吸烟者，血硒含量显著下降，且吸烟量越大，下降越明显。因此，类风湿性关节炎患者，以戒烟为是。

四、“晨僵”是类风湿性关节炎的主要症状之一，晨僵的轻重和持续时间的长短与病情是一致的，可以作为观察病情进退的主要指标，应于辨治方中加用苍术、苡仁、泽泻、川芎、桃仁等渗湿、活血、通络之品。

五、类风湿性关节炎发病的主要原因，普遍多持“自体免疫”学说，是一种免疫复合物型疾病，而免疫复合物的产生是免疫功能紊乱的结局。所以在治疗上应侧重增强机体抗病反应，调动机体调节机制，而补肾温阳的中药，正具有这种作用。我强调顽痹“从肾论治”的观点，是符合临床实际的。中国中医研究院基础理论研究所为益肾蠲痹丸所设计的病理模型的实验结果，也充分证实了这个观点的正确性和中医理论的科学性（详见《中医杂志》1988年第6期51页）。

（原载于《中医杂志》1991年6期）

## 浊瘀痹（痛风）辨治一得

浊瘀痹（痛风）近一二十年来，由于社会物质丰富，人民生活水平日益提高，饮食及环境结构有了较大的变化，此病之发病率，日趋增高，临床经常见到。兹列举病例，对其辨治，略加讨论，就正同道：

夏某某，男，55岁，干部，1988年3月14日就诊。

主诉：手指、足趾小关节经常肿痛，以夜间为剧，已起5年，右手食指中节僵肿破溃，亦已两年余。

病史：5年前因经常出差，频频饮酒，屡进膏粱厚味，兼之旅途劳顿，饱受风寒，时感手指、足趾肿痛，因工作较忙，未曾介

意。以后每于饮酒或劳累、受寒之后，即疼痛增剧，右手食指中节及左足跖趾内侧肿痛尤甚，以夜间为剧，即去医院就诊，认为系风湿性关节炎，作一般对症处理，曾服炎痛喜康、布洛芬等药，疼痛有所缓解，时轻时剧，终未根治。两年前右手食指中节僵肿处破溃，流出白色脂膏，查尿酸高达 918 微摩尔/升，确诊为“痛风”，即服用别嘌醇、丙磺酸等药，病情有所好转，但因胃痛不适而停服，因之肿痛又增剧，乃断续服用，病情缠绵，迄今未愈。

检查：形体丰腴，右手食指中节肿痛破溃，左足大趾内侧亦肿痛较甚，入暮为剧，尿酸 714 微摩尔/升，口苦，苔黄腻，质衬紫，脉弦数。右耳翼摸到二枚痛风石结节，左侧有一枚。

诊断：浊瘀痹（痛风）。

治疗：泄化浊瘀，蠲痹通络。

处方：土茯苓 60 克，生苡仁、威灵仙、萆薢、虎杖各 30 克，萆薢 20 克，秦艽、泽兰、泽泻、桃仁、地龙、赤芍各 15 克，地鳖虫 12 克，三妙丸 10 克（包煎）。10 帖。

3 月 25 日二诊：药后浊瘀泄化，疼痛显减，破溃处之分泌物有所减少，足趾之肿痛亦缓，苔薄，质衬紫稍化，脉细弦。此佳象也，药既奏效，毋庸更张，继进之。上方去三妙丸，加炙僵蚕 12 克，炙蜂房 10 克。15 帖。

4 月 10 日三诊：破溃处分泌已少，僵肿渐消，有敛愈之征；苔薄，衬紫已化，脉小弦。尿酸已接近正常，前法续进，并复入补肾之品以善其后。

上方土茯苓减为 30 克，去赤芍、萆薢，加熟地黄 15 克，补骨脂、骨碎补各 10 克。15 帖。

10 月 5 日随访：手足指、趾之肿痛，迄未再作，已获治愈。

按：痛风之名，始于李东垣、朱丹溪，但中医之痛风是广义的历节病，而西医学之痛风，则系指嘌呤代谢紊乱引起的高尿酸血症的“痛风性关节炎”及其继发证，所以病名虽同，概念则异。从临床观察，有其特征，如多以中老年，形体丰腴，或有饮酒史，喜进膏粱肥甘之人为多；关节疼痛以夜半为甚，且有结节，或溃流脂液。从病因来看，受寒受湿虽是诱因之一，但不是主因，湿

浊瘀滞内阻，才是其主要病机，且此湿浊之邪，不受之于外，而生之于内。因为患者多为形体丰腴之痰湿之体，并有嗜酒、喜啖之好，导致脏腑功能失调，升清降浊无权，因之痰湿滞阻于血脉之中，难以泄化，与血相结而为浊瘀，闭留于经脉，则骨节肿痛，结节畸形，甚则溃破，渗溢脂膏。或郁闭化热，聚而成毒，损及脾肾，初则腰痛、尿血，久则壅塞三焦，而呈“关格”危候，即“痛风性肾炎”而致肾功能衰竭之症。凡此悉皆浊瘀内阻使然，实非风邪作祟，故我称之为“浊瘀痹”，似较契合病机。中医病名之如何统一，也是我们应该探索的一个问题，这个从病因病机而定的“浊瘀痹”，是否恰当，希同道商榷之。

由于痛风之发生，是浊瘀为患，故应坚守“泄化浊瘀”这一法则，审证加减，浊瘀即可逐渐泄化，而血尿酸亦将随之下降，从而使分泌浊之功能恢复，脏腑亦得以协调，而趋健复。

土茯苓、萆薢、苡仁、威灵仙、泽兰、泽泻、秦艽是泄浊解毒之良药，伍以赤芍、地鳖虫、桃仁、地龙等活血化瘀之品，则可促进湿浊泄化，溶解瘀结，推陈致新，增强疗效，能明显改善症状，降低血尿酸浓度。蕴遏化热者，可加清泄利络之葶草、虎杖、三妙丸等；痛甚者伍以全蝎、蜈蚣、延胡索、五灵脂以开瘀定痛；漫肿较甚者，加僵蚕、白芥子、陈胆星等化痰药，可加速消肿缓痛；如关节僵肿，结节坚硬者，加炮甲、虻螂、蜂房等可破结开瘀，既可软坚消肿，亦利于降低血尿酸指标。如在急性发作期，宜加重土茯苓、萆薢之用量，并依据证候之偏热、偏寒之不同，而配用生地、寒水石、知母、水牛角等以清热通络；或加制川乌、草乌、川桂枝、细辛、仙灵脾、鹿角霜等以温经散寒，可收消肿定痛、控制发作之效。体虚者，又应选用熟地黄、补骨脂、骨碎补、生黄芪等以补肾壮骨。至于腰痛血尿时，可加通淋化石之品，如金钱草、海金沙、芒硝、小蓟、茅根等。倘已呈“关格”之危局，则需中西医结合，合力抢救始妥。

此外，对于饮食起居，亦应注意。宜戒烟酒，不吃高嘌呤食物，如动物内脏、豆制品、菠菜、海鱼等；生活要有规律，适当控制饮食与体重，坚持适量运动，情志愉快，均有助于巩固疗效。

（原载于《光明中医杂志》1991年4月刊）

## 痹证诊疗系统的医理设计思想和方法

为了更好地继承整理治疗痹证的诊疗经验，解决外地病员就诊难之苦，在江苏省科委、省高教局、省卫生厅的支持下，由南通市中医院、南京中医学院、江苏省中医院 3 个单位协作，从 1984 年 7 月开始整理和总结了个人对痹证的诊疗经验，并编制程序，经过 198 例和 1644 次病人的临床治疗，证明软件的研制是成功的，符合本人诊治痹证的学术思想和处方用药规律。现就医理设计思想和方法简介如下。

### 一、学术思想的体现

#### (一) 对痹证的认识

痹证是指人体营卫气血失调，肌表、经络遭受风、寒、湿、热之邪侵袭，气血经络为邪闭阻而引起的经脉、肌肤、关节、筋骨疼痛、麻木、重着、屈伸不利或关节肿大、僵直、畸形、肌肉萎缩等为其临床特征的一类疾病。相当于西医学的骨关节疾病和部分胶原性和结缔组织一类疾病。风湿热、风湿性关节炎、类风湿性关节炎、坐骨神经痛、肩周炎、骨质增生等疾病属于其中一部分。上述病种亦是本软件研制的内容。

#### (二) 痹证分类和范畴

历代医学对痹证的分类，从病因分类有风痹、寒痹、湿痹、热痹；从症状分类有行痹、痛痹、着痹、周痹、众痹；从机体组织分类有皮痹、肉痹、筋痹、脉痹、骨痹（简称五体痹）；从脏腑分类有心痹、肝痹、脾痹、肺痹、肾痹（简称五脏痹）。个人在临床上除按上述分类外，对病程长、病势重、病情复杂、久治难愈的一类疾病，倡用“顽痹”统称之。在医理设计时我们将本软件所研究的 8 个病（按西医学的诊断方法确诊）归为 5 种痹，同时又按四诊采集来的症状，按辨证条件归为相应的辨证分型，这样既有明确的定位、定性，又有相应的双重诊断（中、西医诊断），如

风湿性关节炎、风湿热归为风寒湿热痹；颈椎病、腰椎增生归为骨痹，等等。

### （三）痹证的病理特点

经云：“风寒湿三气杂至，合而为痹也。”清代林珮琴《类证治裁》曰：“诸痹，良由阳气先虚，腠理不密，风寒湿乘虚内袭，正气为邪所阻，不能宣行，因而留滞，气血凝滞，久而成痹。”由此可见三气杂至仅是外因，正气亏虚，肾阳不振，才是内在的主因。我认为：痹证病人往往有阳气先虚，外邪遂乘虚而入，袭踞经隧，气血为邪所阻，壅滞经脉，留滞于内，痹痛乃作。病之初起以邪实（风、寒、湿、热）为主，病位在肌表、皮肉、经络。如失治、误治、病延日久，正虚邪恋，五脏气血衰少，气血周流不畅，湿停为痰，血停为瘀，痰瘀交阻，凝滞不通，邪正混淆，如油入麪，胶着难解，呈现虚中夹实，此时病邪除风、寒、湿、热外，还兼病理产物痰和瘀。如继续发展，病邪深入筋骨，损及脏腑，五体痹可以发展至五脏痹。在医理设计时我们根据痹证的病理认识，除考虑到单纯外邪致痹外，亦考虑到虚实夹杂的体痹、脏痹。如风寒湿热痹初起表现为体痹，病情继续发展可以损及心脏而致心痹；初起病邪为风、寒、湿、热，久之可为痰热阻络、痰瘀凝络、湿热阻络、气阴两虚等证型。我们均按对各个病种各期的病理变化，从简单到复杂，进行层层分析，设立相应证型，本系统共设 141 个主证（包括兼证上升为主证的）、36 个兼证。

### （四）辨证关键

辨证论治是中医的核心，审证求因是辨证的关键。我在辨证时除按常法辨证外，还注意切诊，询问触其关节后的感觉，如初得凉颇舒，稍久仍以温为适，说明热中有寒……。在医理设计中除症状信息中给予考虑，在辨证分型和用药方面都一一加以设计，以充分、完整地体现辨证论治思想。又如风寒湿邪凝络，邪郁日久，风变为火，寒变为热，湿变为痰，可以发展成风寒湿邪郁久化热型。如能防微杜渐，将热邪杜绝在萌芽之中，就不致发展成寒热错杂型。在辨证时对口干、舌红、苔之燥润的程度都详尽审察，如舌尖红、口干、苔燥视为有郁久化热之兆；如口干欲饮、舌

红、苔罩黄，视为郁久化热。在医理设计时，在临床上有化热之趋势者，都有不同程度的分型，以阻止病情发展，达到见微知著，发于机先之目的。如顽痹中风寒湿邪郁久有化热之势者，如果治疗恰当，可以逆转为风寒湿邪阻络，而不会发展成邪郁日久化热型（寒热错杂）。对某些特定的诊断依据，用语言不能完全表达的，我们还配了一些舌苔照片辅以说明，这样便可防止操作者在采集症状信息时的失误，如苔薄白燥、苔薄白罩黄……等。

### （五）用药要点

1. 治痹祛邪，注意扶正 治痹原则，不外寒者温之，热者清之，留者去之，虚者补之。但又要考虑到补不留邪，攻不伤正。痹证患者除外邪致病因素外，正气不足、阳气亏虚是其内因。本人治痹祛邪，非常注意扶助正气，如初起或病程长，全身情况尚好，都予温经蠲痹法，一面扶正，一面蠲痹。古训：“治风先治血，血行风自灭。”在药物应用上常选地黄、当归为伍，以养血补血，同时，又可制风药之燥性。久病正虚邪恋，其证多错杂，而寒湿、痰瘀、湿热互结往往邪正混淆，胶着难解，不易速效，决不能头痛治头，脚痛治脚，还需通盘考虑。对久治不愈者，更需扶正培本、钻透剔邪、益肾壮督治其本，蠲痹通络治其标，标本兼顾，奏效自著。益肾蠲痹丸就是此法的代表方，在痹证各型中配合汤药均可运用。上述用药要点，在医理设计时，均予以体现。

2. 辨证与辨病相结合 辨证与辨病相结合我在50年初就倡用了，在辨证的基础上辨病，更有利于准确地把握诊治，有的放矢用药，如对血沉、抗链“O”、粘蛋白增高而辨为寒者，一般选用川乌、桂枝；对辨为热者选用葶草、寒水石、虎杖。对免疫功能差者，在辨寒热用药基础上，加仙灵脾、蜂房，以提高机体免疫功能。骨质破坏者加骨碎补、补骨脂等等。这些都在设计主方和加减中得以体现。

3. 虫蚁搜剔，钻透剔邪 我认为痹证日久，病邪深入经隧骨骱，非一般祛风、散寒、除湿之品所能奏效，必藉搜剔钻透驱邪之虫类药始能奏效。虫类药不仅具有“搜剔”之性，而且其生物活性较强，对机体有补益调整的特殊作用。现代药理研究发现，蛇

类、蜂房、僵蚕等能促进垂体前叶促肾上腺皮质激素的合成和释放，以达到抗炎、消肿、止痛之效，在整个用药设计中均可以体现到这一用药特点。

4. 热痹佐用热药 治疗热痹佐用热药，配伍合度，这又是一个用药的要点。热痹之成因除感觉热邪外，风、寒、湿、痰浊、瘀血胶凝经隧，痹阻经脉，郁久化热，而成寒热错杂痹。此时治疗，我认为“非搜风不足以剔邪，非清凉不足以泄热，非活血不足以化瘀，还需温通始能开宣痹闭，流通气血，故热痹治疗需佐以热药”。而热痹佐用热药在病变早期，有开闭达郁，促使热邪迅速挫降之效；在病变中期，能燮理阴阳，防止寒凉伤胃；在病变后期，有激发阳气，引邪外出之作用。但寒凉药之选用需十分审慎，应以甘寒为主，而慎用苦寒之品。不用芩、柏、龙胆之属，而喜用知母、寒水石等药。药量也视热邪之轻重而定。这些用药要点，在医理设计中均得以体现。

5. 内外合治，提高疗效 先贤孙思邈早就提出“汤药治其内，针药治其外”的主张。我在治疗过程中，也一直喜用内外合治。如局部疼痛，除辨证用药外，还根据各个不同病种，采用中药局部电离子导入，或外贴膏药等等。这样既可缩短疗程，又简便易行。如骨痹第一方案，内服药治疗效果不著时，可在第一方案基础上加“朱氏温经调痛膏”局部外贴；骨痹第一方案内服药治疗效果不著时，可改用第二方案，配合四生搽剂外搽等。

## 二、设计方法

### (一) 人员的选择

为了能准确无误地真实反映临床经验，在人员的选择上我们是得天独厚的，因为设计人员均由从事中医临床工作 10 余年以上的 4 个子女承担，其中有一直随我学习的，本科毕业的，有中西医两法兼晓的，故在医理设计中，除耳濡目染外，还可以直接指导，共同商讨。本系统医理设计共修订五稿，每稿都由我亲自审订，子女们反复调试、修改。

### (二) 诊疗范围的确定

名老中医不是圣人、神仙，因此诊治的范围也不可能包罗万象，面面俱到。为了保证诊疗系统软件的真实性和实用性，经得起反复验证，并推广使用，我们首先在确定研制痹证诊疗系统后，由我选择自己最得心应手，药到病除的病种。痹证范围较广，涉及到中医近 20 种痹、西医 20 多个病，我们从中选择了常见的 5 种痹（风寒湿热痹、顽痹、筋痹、骨痹、心痹），相应于西医的 8 个病种（风湿热、风湿性关节炎、风湿性心脏病、类风湿性关节炎、颈椎病、腰椎增生、肩周炎、坐骨神经痛）。

### （三）症状信息采集，着眼方便使用

痹证的症状范围较广，从肌表、四肢到筋骨、关节、内脏都可涉及。我们首先收集在临床上对诊断、治疗用药有特定指导意义的症状，然后再收集痹证系统临床所需要的症状，最后再收集痹证系统可以兼治的其它系统疾病症状，共 677 个。除此以外，我们还结合现代医学诊断技术的数据指标，收集信息 61 个，合计 738 个，并分别归为 41 类，便于查找。

临床信息是疾病本质外在现象的反映，但不能反映疾病量变的程度。由于同一个症状，其量变的程度不同，对诊断、治疗、处方及用药的剂量选择有密切关系。为了保证治疗的准确性，我们又对需进行量化的症状进行了三级量化。这样症状信息相应又扩大近 2 倍。如关节疼痛剧烈，服止痛药无效为 III；疼痛剧烈，但能耐受的为 II；一般的疼痛为 I，处方时即可根据症状的程度而加减用药。同时症状程度的设立，对疗效的判断也是一个客观的依据。

### （四）主证分型力求全面，兼证分型力求实用

痹证的临床表现千变万化，在主证分型时，我们按照自己的学术思想和临床经验分型，对临床上极少碰到的证型，力求考虑周到，共设主症 141 个。

对兼证分型，除设系统内兼证外，还设有系统外兼证。对系统内兼证设有两个诊断标准，第一个标准低，为兼证标准；第二个标准高，为兼证上升为主证标准。这样系统内兼证又扩大到了 1 倍，既起到双重作用，又节省了数据内存。对系统外兼证的设计，

我们立足于实用，方便病员，对常见病、多发病而症状明显又需治疗的疾病，我们均设有相应兼证，这样在治疗痹证疾病时，又可同时治疗其它疾病。如风湿性关节炎患者在主证辨为热邪入络型时，又兼有尿频、尿急、尿痛、苔黄腻、脉细数，尿常规检查有白细胞（++）、红细胞（+），小便短赤者，可辨为膀胱湿热兼证，治法也随证而变。处理印象为：风寒湿热痹。辨证：热邪入络，膀胱湿热。治法：清热通络，佐以清利湿热。方药也随之而更。在主证兼证同存的情况下，为了使辨证准确、完备，处方贴切，还设有兼病机、兼药，或不兼病机、兼药表。在主证与单个兼证，或主证与双兼证相兼的情况下，如药物是三方的组合，这样就有可能出现杂乱现象，我们又将主证处方统一作了标记，如兼1个证，主方去药作1标记；如兼2个证，处方去药作2标记，这样处方就不显得杂乱，同时又起到兼治的作用。

#### （五）症状孤立，姑从治疗

对主证症状孤立，不能进入主证、兼证辨证的，我们设有姑从治疗，按其症状，暂按相近证型给予相应处理，如两手指关节疼痛2周，晨僵明显，类风湿胶乳试验阴性，抗链“O”正常，血沉正常，苔薄白，脉细，姑从顽痹之风寒入络证型治疗。

#### （六）避免混淆，鉴别诊断

对输入的临床症状，不能给予明确诊断的，我们设有鉴别诊断，并给予明确处理，建议转科治疗或会诊，或进一步作理化检查。如有颈椎病史的病入，最近出现排尿无力，尿有余沥，则建议请泌尿科排除泌尿系疾病。

#### （七）医嘱处理，不容疏忽

“风寒湿三气杂至，合而为痹也”。故注意冷暖，起居适时，适当锻炼，对痹证病人是必不可少的，但又不是千篇一律的。如类风湿性关节炎急性期，就不强调锻炼；肩周炎、颈椎病、腰椎增生病人，就需要加强锻炼，而三者锻炼方法又不尽相同，我们都设有相应医嘱。治疗效果的好坏，除与处方用药有关外，药物煎服方法也不容疏忽，在治疗处方中对药物的煎法、服法都进行了相应规定，如先煎、后下、研末分吞等。

## 结语

电子计算机模拟老中医诊治疾病的工作，是一门跨学科的工作，对中医临床医生来说是一个初次的尝试，肯定有许多不足之处，但对继承发扬，推广应用老中医的诊疗技术和经验的作用，是不可低估的，如果在临床实践中能造福于人民的健康，这将是一项很有意义的事。我们相信，通过这次的尝试，将对今后老中医继承工作起到推动和促进作用。

（本软件 1989 年获江苏省科技进步奖，  
1991 年 12 月朱琬华应邀去新加坡演示推广）

## 拓开动物药临床应用之新径

我国第一部药物专著《神农本草经》共收载药物 365 种，其中动物药 67 种。随后，东汉张仲景在《伤寒杂病论》中应用动物药达 38 种，并创制了以动物药为主的抵当汤（丸）、鳖甲煎丸、大黄廋虫丸等著名方剂。迨至明代，李时珍编著《本草纲目》，搜载药物 1892 种，其中动物药达 444 种，加之清代赵学敏《本草纲目拾遗》又增加的 160 种，动物药总数已超过 600 种。但现在实际被使用的动物药品种和数量却很少，而且许多都只是一般应用，并没有发挥其潜在的特殊功效。为此，拓开动物药临床应用之新径，具有重要的现实意义。

### 一、动物药具有特殊的优势

1. 资源丰富 我国幅员辽阔，各地天然的动物药资源丰富，可以充分采集。如蛇类，目前全世界约有近 3 000 种蛇，其中毒蛇约 600 种，而我国就有近 170 种蛇，其中毒蛇 46 种，因此，利用蛇作为防病治病的药物，是颇有研究价值的。

2. 疗效卓著 由于动物药具有较强的生物活性，故临床运用疗效显著，非草木药所能比拟。但应注意与植物药合理配伍，才能相辅相成，提高疗效。如蜈蚣治疗阳痿确有效验，若与当归、白芍、甘草配伍运用，则其效更彰。

3. 功效广泛 动物药之功效极为广泛，概括起来主要有以下10个方面：①攻坚破积；②活血化痰；③熄风定痉；④宣风泄热；⑤搜风解毒；⑥行气和血；⑦壮阳益肾；⑧消痈散肿；⑨收敛生肌；⑩补益培本。但在使用动物药时，要辨证明确，选药精当，注意配伍、剂量、疗程，特别是对有毒的斑蝥、蟾酥等，应当谨慎使用，以防产生毒副反应。

## 二、拓开动物药应用之新径

1. 古为今用，引伸发展 前辈医家由于时代的限制，对许多药物的功用，未能详尽阐发，尚有不少潜在的功效，留待我们去发掘。故根据古籍文献之线索，加以引伸发展，是拓开动物药应用的途径之一。如蜈蚣，古籍主要述其功用为熄风定痉、解毒消痈，仅《名医别录》提及其能“堕胎，去恶血”，我们就将其用于宫外孕孕卵未终绝者，以宫外孕方（丹参15克，赤芍、桃仁各9克，乳、没各6克）加蜈蚣3条（研吞）、三棱、莪术、怀牛膝各6克，能使孕卵终绝而康复。而蜈蚣治阳痿，古籍未见记载，是在用之治疗肺结核、骨结核过程中，发现患者性功能有增强之现象，故以之治阳痿，疗效颇佳。蜂房是一味祛风定痉、攻毒疗疮、散肿止痛的佳药，但温阳益肾治阳痿之功用，仅《唐本草》有记载，在临床实践中，部分患者反映，服蜂房治慢性支气管炎时似有温肾壮阳作用，随后侧重用其治阳痿，确有疗效。曾创制“蜘蛛丸”（花蜘蛛、蜂房、熟地、紫河车、仙灵脾、淡苁蓉）用于劳倦伤神、思虑过度、精血暗耗、下元亏损之阳痿不举者，疗效显著。

2. 实践探索，发掘新药 有很多动物的药效作用，有待我们通过实践去探索，去发掘。如鱼鳞制成鱼鳞胶，就具有较强的补血养阴作用，用于治疗结核病及血小板减少症，疗效很好。蚕蛹的蛋白质含量比肉类高2~3倍，且含多种人体必需的氨基酸，不仅是治疗小儿疳瘦的佳品，而且也是治慢性疾病的滋补良药。蛇类入药，《本经》即有记载，随后诸多本草均有论述，但仅用其躯体、胆、蜕皮，未及蛇毒，而蛇毒是很好的抗凝剂和镇痛剂，它含有多种酶类的蛋白质、多肽类物质。国外从蝮蛇蛇毒中分离提

取的凝血酶样酶，作为一类新型抗凝剂用于治疗静脉血栓栓塞的疾病，比其他抗凝剂为优。我国从蝮蛇蛇毒中提取精氨酸酯酶组分与稀释剂、冷冻干燥制成“蝮蛇抗栓酶”，经动物实验与临床应用证明；它是治疗闭塞性脑血管病和心血管病的佳肴，还可用于胶原性疾病和断肢再植中的抗凝。此外，我国还提取眼镜蛇毒制成“克痛宁”注射液，镇痛效果比吗啡还要强，且作用持久。斑蝥本为逐瘀破积、蚀肌攻毒之品，近人实践，发现其对乙型肝炎及肿瘤亦有较好的疗效，如白求恩医科大学第二附属医院李学中教授等与长春制药厂合作，以斑蝥等制成“乙肝宁”丸剂治疗乙型肝炎，总有效率达 89.5%，同时该丸还具有显著的阻滞乙肝癌变作用。实验研究发现，苍蝇的体内有一种“抗菌活性蛋白”，具有强大的杀灭病原菌能力，只要达到 1/10000 的浓度，就可以杀灭各种细菌、病毒。且苍蝇身上的蛋白质、脂肪含量很高，蛆体内还含有丰富的钙、镁、磷等微量元素，是一味颇有前途的广谱抗生素动物源。

3. 改革剂型，便利使用 动物药多有一定腥味，且因其形体怪异，不易为人们所接受，患者易产生厌恶或恐惧心理，往往不敢服用，甚至勉强服下后，也易引起呕吐和不适。因此，改革其剂型是十分必要的。对动物药进行提炼与精制，制成丸、片、胶囊或针剂等均可，既节约药材，提高疗效，又方便服用，便于贮运。目前国内已制成地龙、全蝎、蟾酥、蜈蚣、守宫等之注射液及斑蝥素片等。如北京五棵松中医门诊部李建生院长研制出鲜动物药，经基础生化、药效学和毒理学实验，结果表明：其活性物质、微量元素、氨基酸等含量均高于传统中药的干品，有的超过数倍。他创制的“扶正荡邪合剂”治疗晚期恶性肿瘤危重病人 197 例，总有效率达 95.94%；治疗系统性红斑狼疮，总有效率达 96.42%。这种既保持了传统中药特色，又吸收了现代科学技术成果的新制剂，是一个创新和突破，值得我们借鉴和推广运用。

4. 人工培养，保证药源 为了保证药源，有些紧缺动物药如麝香、鹿茸、蛤蚧等均可人工培养；地鳖虫、全蝎、蜈蚣、蛇等，全国已有许多地区进行人工繁殖，可以满足供应。一些特别稀少

和昂贵的动物药也可用代用品，如以水牛角代犀牛角，山羊角代羚羊角等，但用量稍大于原动物药。

(原载于《中医药时代》1992年2期)

## 急重症治验举隅

努力运用中医中药开展急重症的治疗工作，恢复和发扬各种传统的急救方法，是保持和发扬中医特色，促进中医学繁荣的一个重要方面。本文拟举急重症治验数例，略陈个人的心得体会，就正于同道。

### 一、乙脑极期

乙型脑炎属于中医“暑温”、“暑痉”范畴，其为病来势凶险，传变迅速，若治不及时或治不如法，恒易昏痉致变。临床所见，乙脑极期，由于邪毒炽盛，痰浊阻滞，于是清窍被蒙，高热神昏，喉间痰如拽锯，惊厥频作，往往出现心力衰竭和呼吸道的窒息，内闭外脱而突变。在乙脑极期，从“热、痰、风”的临床表现来看，以“痰”为矛盾的主要方面。盖热踞痰为凶险，痰热交蒸，则风动痉厥矣。是以“风”则多变，“痰”则最险，痰阻则窍闭，闭不开则脱变。个人治此症，以涤痰泄热为主要手段，以清心开闭为目标，采用验方“夺痰定惊散”收效尚称满意。其方为：炙全蝎15只，巴豆霜0.25克，犀黄0.35克，硼砂1克，飞朱砂1.5克，飞雄黄1.2克，陈胆星3克，川贝、天竺黄各1.5克，麝香0.15克（后入），共研极细末，密贮，每服0.7克，幼儿0.4克，每日1~2次，一般鼻饲后3~4小时，排出黑色而杂有黄白色粘液的大便，即痰消神苏（未排便者，可续服一次）。方中之全蝎，不仅有祛风定惊之功，并可涤痰、开痰、解毒，张山雷氏即认为蝎尾有“开痰降逆”之功，由于此物开痰解毒、熄风定惊功著，故用为主药；巴豆霜之应用，是受到《外台秘要》桔梗白散（桔梗、川贝、巴豆）的启示，取其迅扫膈上之痰涎，下胃肠之壅滞，开气道之闭塞；更以胆星祛风痰；川贝、竺黄、硼砂清痰热；雄精、朱砂

解毒坠痰；犀黄镇惊、解毒、化痰；麝香开窍慧神。合方共奏化痰开闭、通腑泄浊、熄风定惊之功，不仅可用于乙脑极期，其对肺炎、中毒性菌痢、百日咳脑病、脊髓灰质炎等痰浊交阻，痰鸣如嘶之症，亦有泄化浊痰、防止窒息之效，历年使用，屡建殊功。

## 二、腺病毒肺炎

腺病毒肺炎在呼吸道感染中约占1%~2%，此症多见于婴幼儿，隶属于中医外感热病的范畴，可见高热、气急、咳呛、痰壅等症状。由于病情顽缠，故用一般药物收效不著。个人认为，此系疫毒侵袭，痰热壅肺之重症，在辨证论治的前提下，如能及时加用清热泄毒、通壅开窍之药物，将能迅速逆转病势，以冀速愈。关于方药的应用，推上海董廷瑶老医师所拟之验方可法。该方用熊胆1.5克，麝香0.06克，共研极细末，为一日量，分二次化服。考熊胆味苦能泄，性寒能清热，具清热解毒，化痰镇痉之功；配合麝香之开窍苏神，则藎于胸膈之痰浊自下而泄，邪热从表而透，配合辨证论治之汤剂，往往一剂知，二剂已，其效迅捷，颇为满意。此症多属温病范畴，但亦有见外寒内饮者，其症面色青白，咳喘，下痢，舌淡苔灰黑，脉沉细，又需采用散寒化饮之小青龙汤。此外，还有辛凉宣透，或宣肺清热，或清热泻肺等法之不同，需因症制宜，药在病先始妥。

## 三、时感高热

时感高热恒多卫气同病之候，若能打破先表后里之成规，及时采用解表清里之剂，内外并调，多能收事半功倍之效。个人曩年曾选用“表里和解丹”治疗多种热病初起而见有表里证者，或起病已三五日而尚有表证存在者，服后常一泄而脉静身凉，或显见顿挫，续服数次可解。处方：僵蚕45克，蝉衣、甘草各30克，大黄135克，皂角、广姜黄、乌梅炭各15克，滑石180克，研极细末，以鲜藿香汁、鲜薄荷汁各30克，鲜萝卜汁240克，泛丸如绿豆大。成人每服5~6克，妇女、体弱者酌减，小儿10岁左右服2克，6~8岁服1~1.5克，2~5岁服0.5~1克。每日1次，

连服 1~3 日，热退即勿再服。此方具疏表泄热、清肠解毒之功，能促使邪毒从表里两解。实践证明，不论成人，小儿，除正气亏虚成阳虚便溏，或发热极轻而恶寒较甚者外，均可服之。

表里和丹解系从《寒温条辨》之升降散加味而成，其着眼点在于通过汗、清、下之综合措施给邪以出路，从而达到缩短疗程，提高疗效之目的。姜春华教授倡导之“截断、扭转”之说，与个人提出之“先发制病”之设想，打破“入一境，用一药”的清规，是不谋而合的。

综上所述，中医中药对急重症的治疗是大有可为的，必须在中医理论的指导下，精确辨证，把握分寸，及时治疗；要见微知著，防微杜渐，先发制病；攻病宜早，达邪为先，集中兵力，挫其锐势；要敢于打破常规，采取扭转、截断之得力措施。同时要不断进行剂型改革和给药途径的探索，才能在急重症的治疗中开创新的局面。

（原载于《中医杂志》1984 年 1 期）

## 内科急症应用六神丸的探讨

六神丸由苏州雷诵芬堂创制，是一种著名的解毒消炎成药。擅治咽肿、喉痛、白喉、痈疽、疔疮等症。其实，它的适应症绝不只止于此。我通过临床实践，认为它对热病引起之休克及心衰、早期呼吸衰竭等危重证候有独到之功，对于哮喘、冠心病、癌肿、钩端螺旋体病、白血病等症，亦有一定疗效。确是仓卒救急的妙方，扶危拯脱的良药。在深入探讨运用中医中药治疗内科急症的今天，此丸有认真研究、推广应用的必要。

### 一、方义探析

组成：犀牛黄 4.5 克，麝香 3 克，雄黄 3 克，珍珠 4.5 克，蟾酥 3 克，冰片 3 克。上药分别研成细末，以烧酒化蟾酥，和匀为丸，如芥子大，百草霜为薄衣。（100 粒约重 0.3 克）

用量：成人每次 10~15 粒，不可超过 20 粒。一日 3~4 次。

过量须防中毒，但天津市中医院用此治白血病，每日用量达 90~120 粒，分 4 次服。每日 90 粒以下，效果不明显，但每日如超过 150 粒，每出现腹痛、腹泻、恶心、呕吐等副作用，可供参考。

方义：牛黄一味，《神农本草经》早有记载，一直作为名贵的芳香开窍、清热解毒、利痰镇惊药。它含有胆固醇、麦角固醇，并含丙氨酸等 7 种氨基酸，不仅有镇静、抗惊和强心之功，且有促使红细胞新生的作用，所以日本医家用作“强壮药”。蟾酥有很强的攻毒消肿、辟恶通窍、强心定痛之功。《本草纲目》称其治“一切恶肿”。近年来发现它在组织培养的癌细胞、动物肿瘤模型及临床应用均有不同程度的抗癌作用，值得重视。它的辟恶通窍作用，可用于和其它药物相伍，治疗痧疫昏厥、霍乱吐泻等症。据药理分析，它含有蟾酥甙和蟾酥灵等，能强心升压及兴奋呼吸，其兴奋呼吸之作用比尼可刹米、戊四氮、洛贝林还强。十分有意义的是，蟾酥的强心作用，与它能显著增加心肌蛋白激酶活性有关，而对其它内脏蛋白激酶活性几乎没有影响，它没有类似心得安一类的副作用。最近由有关单位研制成功的“蟾力苏注射液”，是从蟾酥中进一步提取出来的有效成份之一“脂蟾毒配基”制成的新型急救药，兼有兴奋呼吸、强心、升压的效应。由于其升压作用迅速，持续时间较长，并无血压过度升高的现象，对于新生儿窒息，对于麻醉、镇痛、镇静等药物引起的中枢性呼吸抑制，都有较好的治疗效果；对于肺心病、肺炎等引起的呼吸、循环衰竭，也有治疗效果。麝香有香窜透络、开窍化痰之功，它易分离出香味成分——麝香酮，是一种挥发油，能使呼吸和心跳增加。本品少量可增进大脑机能，多量反而有麻痹作用；又能促进各腺体的分泌，有发汗和利尿作用。世俗皆知麝香为散气通窍之药，而忽略其强心健脑作用，诚为憾事。陶节庵以参、附、桂等品与麝香组成“回阳救急汤”，实有卓见。冰片一味，《本草纲目》称其“通诸窍，散郁火”，并能消肿止痛，其开窍回苏功类麝香，但作用稍逊，主要用于温热病的神昏痉厥以及中风痰厥、中恶、卒然昏倒等内闭证候。珍珠能镇惊坠痰，含有大量钙素及多种氨基酸，与牛黄合用具抗霉菌之效。雄黄能解毒辟秽，含有三硫化二砷，可

以抑制巯基酶系统以影响细胞代谢。诸药配合，共奏清热解毒、消肿止痛、强心安神、镇痉回苏之功。还应当提及的是，六神丸的药物配伍是很精当的，药物之间相辅相成的协同作用，使它能以很小的剂量获得很高的疗效。例如：麝香配冰片，其开窍回苏作用增强；牛黄配麝香，其强心作用增强；牛黄配蟾酥，抑制作用不仅不相互抵消，反而大大增强；麝香、牛黄合用，或麝香、牛黄、蟾酥合用，在抑制大鼠肉芽肿形成的作用上，均呈相乘效果，三者合用，似以原方比例（2：3：2）作用最好。足见此方是经过千锤百炼而确定的。古人的实践经验与今之科学实验遥相符合，真令人惊叹不已。

## 二、临床应用

### 1. 热病引起之休克及心衰

热性病由于邪毒高热消耗体液，损伤正气，以致周围循环衰竭，而出现休克，这是临床上常见的一类危急重症。如热病并发心肌炎，或宿有心脏疾患，则易引起心衰，其病情更为严重。从中医学的角度来说，热病引起之休克或心衰是病情迅速加剧的征兆，证候由实转虚，最后演成“亡阴”、“亡阳”、“阴阳离决”的危局。因此，在肺炎、乙脑、伤寒等温热病邪毒炽盛、高热鸱张时，必须注意休克及心衰这一潜伏的危机，偶一疏忽，便是憾事。当高热病人出现乍清乍昧、谵语等神志症状时，必须提高警惕。亦有热病汗后、下后、清后，体倦不支，神由倦而渐昏，或郑声错语，面色苍白，四肢厥冷，均为休克或心衰之候。这里要特别提及的是诊脉对休克及心衰的发现有特殊意义，因为心主血脉，脉者，血之波澜也，若热虽壮，而脉见软弱，示心气不足；脉见虚数，示心之气阴两虚；脉涩或结，示心气不足，血瘀脉痹；脉代或散，示心气大伤，病已危急。总之，只要有休克或心衰之端倪，即当及早防范。前辈医家，对风温一类重症，因其来势汹汹，传变迅速，极易伤阴劫津，喘闭厥变，有开始即用牛黄、珍珠、三鲜（鲜生地、鲜石斛、鲜沙参）者，大能截夺邪热，阻遏病势，防止“内陷”。这些经验，殊堪重视。须知热病休克或心衰乃因高热

邪毒所引起，故强心必兼解毒，六神丸有“防”、“治”休克或心衰的两重意义，值得参用。近贤章次公先生认为：“六神丸并可兴奋心肌与脑神经”，“热病心力衰竭，用桂附则人畏惧，用六神丸，既能强心，又不遭谤”，故较为稳当。

例：张××，男，54岁，工人。患伤寒兼旬，热势缠绵，朝轻暮重，神志时明时昧，入暮则谵语呶喃，有时撮空，汗多肢冷，大便溏酱臭秽。苔厚腻，脉濡数，重按无力。此邪仍亢盛，而正已虚馁，心气尤感衰惫，时虞脱变。治当清温化湿，扶正强心并进。

太子参20克 苍术10克 苦参片15克 生地榆20克 石菖蒲8克 生黄芩12克 甘露消毒丹20克（包入煎） 六神丸30粒（分3次吞服）

按：药后病情显见稳定，神志转慧，脉亦较振。守原方损益，调治旬余而瘥。此为曩年之病案，引用之以观六神丸强心之功。

## 2. 早期之呼吸衰竭

呼吸衰竭是病入极期所呈现的十分危重的证候，属于“喘”、“脱”范畴。《仁斋直指方》说：“汗出发润而喘者为肺绝”，“汗出如油而喘者为命绝”。这些论述与此症极为相似。病变至此，往往既可见气营俱损、肺肾气绝的正虚恶候，又可见邪热弥漫、痰涎壅盛、气机窒塞的邪实证象。此时正不胜邪，患者缺氧严重，形成恶性循环，促使呼吸衰竭加重。现代医学应用脱水剂、呼吸中枢兴奋剂、吸氧、插管等抢救措施，有较好的作用。关于中药的应用，扶正则碍邪，同时缓不济急，若予清热涤痰之剂，又恐邪未去而正先脱。斯时唯有通神明，开机窍，兴奋中枢，强心升压，始克有济。六神丸对早期之呼吸衰竭有一定的效果。

例：何××，男，5岁。暑温闭证，面色苍白，昏迷惊厥，唇指发绀，逐步加重，呼吸困难，节律不整。此乃乙脑极期，将出现呼吸衰竭之征。苔厚腻，脉沉细而数。除中西医结合对症治疗外，再予六神丸，每次8粒，开水溶化鼻饲之，每3小时一次。

按：连服2次后，呼吸困难好转，心律已整，次日渐趋稳定，调治而愈。

## 3. 哮喘（包括慢支喘息型）

哮喘，概言之可分虚、实两候。虚证多由肾不纳气所引起。此证若反复发作，往往虚实互见，很难截然划分。如心肾不足之人，痰浊内蕴，一触外邪，肺胃失顺降之职，肾气即为奔逆，于是哮喘发作，咯痰不爽，兼见心慌、气急，甚则自汗淋漓，必须宣肺开闭，温阳镇逆兼施。六神丸服后可以迅速顿挫其喘逆，俟喘定后再行随证调理。丸中蟾酥能平喘、镇咳，其作用可能与其具有缓解气管痉挛和抗过敏作用有关。

例：成××，女，61岁。患哮喘已近20载，入冬为甚，作则喘促不能平卧，冷汗淋漓，形神困惫，苔薄质淡胖，脉虚大，重按无力。此肺肾两虚，气失摄纳之重候，有肾气竭绝之端倪，亟当温摄纳气。

1. 六神丸，每服15粒，一日3次。

2. 黑锡丹，每服5克，一日2次。

按：服后喘促即见好转，冷汗渐敛，翌日哮喘已定，改予温肺补肾之汤剂，调理而安。

凡属哮喘发作，喘逆不平者，六神丸均可服之。

黑锡丹出于《局方》，由黑锡、硫黄各60克，制附子、胡芦巴、补骨脂、阳起石、小茴香、沉香、肉豆蔻、川楝子、木香各30克，肉桂15克组成，共研细末，酒糊为丸，每服3~5克，一日2次。凡下元虚冷，肾不纳气，胸中痰壅，上气喘促，四肢厥冷，舌淡苔白，用之均有温肾纳气、定喘之功。但不宜久服，以防铅中毒。

#### 4. 冠心病

六神丸具有较好的强心止痛之功，所以亦可用于冠心病之心绞痛较剧之证。日本有“救心丹”用治冠心病，即系以六神丸加减而成，被誉为“心脏灵药”。其方为：麝香、牛黄、蟾酥、熊胆、犀角（此药现已禁用）、珍珠、人参、龙脑。他们认为该药：作用于心室，使心脏活动更加旺盛，一方面扩张冠状动脉而使心脏之营养状态转佳，同时更进一步促进新陈代谢而活化细胞组织，增强各器官之机能，加强心脏而使身体在不知不觉之间健康起来。用于“心脏不适（心跳、气结、晕眩、呼吸困难、心绞痛、心肌梗塞）、盗汗、关节疼痛、胃肠不安以及偶因过于剧烈之运动、突然之惊愕、食物中毒、中暑、晕眩、

脑贫血等不测之事故发生而至人事不省时。”

救心丹系六神丸去雄黄，加人参、熊胆、犀角而成。人参补益心气，熊胆清热镇痉，犀角凉血解毒，诸药相伍，扶正、强心、解毒、化瘀，面面俱到。近年来对冠心病的治疗，有的侧重活血化瘀，有的侧重益气通脉，有的侧重通阳宣痹，但我认为冠心病如病程较长，往往虚实互见，似宜疏养结合为妥。在这方面，救心丹还是值得借鉴的。

例：李××，男，59岁，干部。数年来心区经常憋闷而痛，劳累、拂逆或天气阴沉时，易致诱发。确诊为冠心病心绞痛。顷以情绪激动，突然剧烈心绞痛，四肢厥冷，苔白质紫黯，脉微欲绝。此心阳式微，心脉闭阻，阳虚欲脱，有“心肌梗塞”之趋势。急服六神丸15粒，并予独参汤缓缓饮服，服后疼痛即有所缓解，10分钟后，续服10粒，心绞痛即定。

此外，六神丸对白血病、肿瘤的治疗也有一定作用，“天津市中医院报道，用六神丸治疗白血病10例，获得一定的近期疗效，其中完全缓解者2例，部分缓解者1例，进步者5例。在治疗过程中，虽然也有一些副作用，但无一例发生骨髓抑制，这似与一般抗癌药有所不同，值得深入研究。”（《天津医药》1976年3期135页）上海胡安邦医师对癌症初步拟订了七则治法和常用方法，其中一则为解毒消肿法，药物以半枝莲、漏芦、白花蛇舌草、凤尾草、龙胆草、败酱草、山豆根、板蓝根、紫草、白毛藤，配合犀黄、六神丸。（《上海老中医经验选编》185页）个人在临床上也曾多次试用，六神丸每服10粒，一日3次，对肿瘤有较好的止痛作用，这方面值得进一步探索。

六神丸具有强心、调节冠状动脉、升高血压、兴奋呼吸中枢、抗炎抗癌（抑制细胞代谢）、抗霉菌感染及抑制血管通透性等多种复合作用。但其中蟾酥用量如太大，可致心脏、呼吸麻痹面致死，所以使用剂量要控制，不可过量。据报道有初生儿服六神丸以除胎毒而引起中毒者，已出现多例，故不可不慎。

（原载于《湖北中医杂志》1992年1期）

## 通利疗法在温热病中的应用

温热病是多种热性病的总称，许多急性传染性热性病都概括在内。也包括了具有卫、气、营、血证，而又不属于急性传染病的感染性疾病，如败血症等。早在《内经》中，对热性病的治疗总则即已提得很明白。迨至汉代张仲景，对传染性热性病，不仅用六经来归纳分析证候，辨识其性质与转归，而且具体提出汗、清、吐、下4种排泄毒素的疗法，从理论和实践上发展了热病治则，对后世的启迪很大。金元四大家中刘河间对热病初起，打破了“先表后里”的治疗常规，主张采用辛凉法以表里双解，这是温病学发展过程中的一个重大转折点；张子和继承了张仲景的大法，特别强调下法的医疗作用，均有新的发展。张氏认为下药用之得当，可以起到补药的作用：“大积大聚，大病大秘，大溲大坚，下药乃补药也。”明代吴又可认为温病与温疫相同，是感受天地之厉气，邪自口鼻而入。并在《温疫论》中提出了一整套治疗温疫的理、法、方、药，指出：“温疫以祛邪为急，逐邪不拘结粪。”戴北山说：“时疫不论表邪罢与不罢，但见里症即下。”所谓“温病下不嫌早”之说，即由此而来，对后世医家治疗温疫病具有重要的指导意义。

温热病之应用下法，主要目的是逐邪热，下燥屎、除积滞还在其次。吴又可又说：“应下之证，见下无结粪，以为下之早，或以为不应下而误投下药，殊不知承气本为逐邪，而非为结粪设也。如必俟其粪结，血液为热所搏，变证迭起，是犹养虎遗患，医之过也。况多有结粪失下，但蒸作极臭如败酱，或如藕泥，临死不结者，但得秽恶一去，邪毒从此而消，证脉从此而退，岂徒孜孜粪结而后行哉？！要知因邪热致燥结，非燥结而致邪热也。……总之，邪为本，热为标，结粪为标中之标。能早去其邪，何患燥结乎？”这对温热病用下法的重要性和必要性说得如何晓畅！但是，也不能妄用、滥用下法，不仅要下得其时，还要下得其法，根据缓急、虚实斟酌适度，才能发挥下法特有的作用。

本文仅就个人通过临床实践，并结合先进经验，简略地谈一谈使用“通利疗法”（下法）处理部分急性传染性热性病的点滴体会。

我认为吴又可所说的“大凡客邪贵乎早逐，乘人气血未乱，肌肉未消，津液未耗，病人不致危殆，投剂不致掣肘，愈后亦易平复。欲为万全之策者，不过知邪之所在，早拔病根为要。但要量人虚实，度邪轻重，察病情缓急，揣邪气多寡，然后药不空投，投药无太过不及之弊，勿拘于下不嫌迟之说”，确是可贵的经验之谈。因为温邪在气分不从外解，必致里结阳明，邪热蕴结，最易化燥伤阴，所以及早应用下法，最为合拍。通下岂止夺实，更重在存阴保津。柳宝诒对此作了中肯的评述，他说：“胃为五脏六腑之海，位居中土，最善容纳，邪热入胃，则不复它传，故温热病热结胃腑，得攻下而解者，十居六七。”充分说明通利疗法在温热病治疗上占有重要的位置。

通利疗法是在于迅速排泄邪热毒素，促使机体早日康复，可以缩短疗程，提高疗效。这是清热祛邪的一个重要途径，无论邪之在气、在营，或表里之间，只要体气壮实，或无脾虚溏泄之象，或有可下之症，或热极生风，躁狂痉厥者，均可通下逐秽，泄热解毒，选用承气、升降散之类，或于辨证论治方中加用硝黄，这就不是扬汤止沸，而是釜底抽薪。既能泄无形之邪热，又能除有形之秽滞，一举数得，诚治本之道。但纯属卫分表证，恶寒较著而热势不甚，或年老体弱、孕妇或妇女经期，则宜慎用。兹举数例，藉为印证。

## 一、乙脑

乙脑与暑温、暑痉、暑厥类似，起病急骤，传变迅速，卫分症状，殊难觉察，就诊时多呈气营相兼，或气血两燔之候，只要没有明显的表证，而温邪已渐入里，出现高热神昏、躁狂风动，或有腹满便结者，均宜通利，“急下存阴”，使邪有出路，秽滞既去，邪热可以迅速挫降，这是直接关系到预后好坏的关键问题。上海市传染病院中医科报道治疗70例乙脑，44例用过下法，未见不良

后果，认为不仅预后较佳，后遗症亦少。湖北中医学院附院也认为，使用下法的目的在于驱逐热邪，保存阴液，故并非必用于便秘者，但有热极似火，或热盛动风证候，即可应用下法。下后往往体温渐退，抽搐减轻，神志转清。这进一步明确了通利疗法的使用范围，颇堪参证。个人在治疗乙脑过程中，也屡以通利疗法而获效。这种防微杜渐，先发制病的治法，可以缩短疗程，防止脑水肿、脑疝的形成。

温病治疗学的治未病思想，除了防患于未然外，尤重视已病防变，即掌握疾病的传变规律，采取积极措施，以防止其发展和深入。例如脑水肿未形成前，早期即可见到球结膜轻度水肿，舌有时胀大，立即服用“降利汤”，就可防止其出现。这种已病防变，并预为之图的观点与做法，是富有积极性，且有指导意义的。姜春华教授提出“截断、扭转”的论点，已故名医严苍山氏认为：“善治温病者，必须见微防渐，护于未然”，从而提出治温三护法（护脑、护津、护肠），并主张“在卫兼清气，在气须顾凉血，以杜传变为上工”。这是他们治疗温病的高见。这种截断、扭转和防护于未然的观点，无疑是颇有积极意义的。张仲景从六经辨治，叶天士从卫气营血辨治，吴鞠通从三焦辨治，其目的都是为了使病变得到截断或扭转。证之临床实践，大部分温病是可以杜绝其传变，终止发展而转向痊愈的。

例1：陈孩，男，8岁。患乙脑入院已旬日，高热昏迷，项强痉厥，谵妄搐搦，近四日来加剧，腑垢一周未行，腹硬满，蒸蒸但头汗出，苔微黄而厚腻，脉沉实而数。暑邪挟湿与食滞互结，蕴蒸阳明胃腑，熏灼心包而神昏窍闭。亟当通泄邪热积滞，佐以化湿辟秽，平肝熄风，以冀腑通滞泄，热挫窍开。

生大黄9克（后下），芒硝6克（另冲），炙全蝎1.5克（研吞），钩藤（后下）、青蒿各15克，葛根、僵蚕、佩兰、石菖蒲各9克，甘草3克。2帖，1日分4次服完。

翌晨腑通，排臭秽焦黄宿垢4次，神志渐清，诸证悉减。原方减硝磺续进，以靖余氛。3日后病情稳定，自动出院。

按：此为外地会诊病例。原已服大剂白虎汤及注射抗痉厥、解

热等药，病情日剧，嗣后予以通利为主之剂。一剂而腑通神清，三日渐复，此通利排毒，使邪有出路之捷效也。此例神昏系阳明热盛所致，盖胃络通心故也。病在气而不在营，应予鉴别。

在乙脑极期，往往出现痰浊阻塞气机，蒙蔽心窍，高热稽缠，神昏惊厥，痰鸣如嘶，舌苔厚腻，便秘或便通而不泄泻者，均可使用夺痰定惊散，药后往往一泄而解，痰消神清，热亦下挫。

例2：王孩，女，6岁。乙脑第5日，高热神糊，抽搐痰壅，吸痰时易引起气管痉挛而窒息，颇感棘手，嗣后予夺痰定惊散0.7克，鼻饲后约4小时许，泻出黑色粪便，杂有黄白色粘液甚多，痰消神甦，热挫痉解，调理而愈。

按：此散化痰、泄热、定痉之功甚著，4岁以上者用0.7克，1~3岁者，只用0.3克即可，得效即勿再服。并可用于肺炎、流脑、中毒性菌痢、百日咳脑病等疾患之痰热交阻，而痰涎壅盛如拽锯者，收效亦佳。

附：夺痰定惊散

炙全蝎30只，巴豆霜0.45克，犀黄0.6克，硼砂1.5克，雄精2克，胆星6克，川贝、天竺黄各3克，麝香0.3克（后下）。共研极细末，瓶装密贮备用。

## 二、正、副伤寒

正、副伤寒隶于湿温范畴。由于吴鞠通有“湿温……下之则洞泄”之说，后亦有人认为用下剂有促使肠出血之弊，因此，伤寒能否运用下法，引起了争鸣。通过复习文献和临床实践，我完全同意“正、副伤寒不仅能下，而且应以下法为主”的见解。《温疫论》：“凡表里分传之证，务宜承气，先通其里，里气通，不待发散，多有自能汗解者。”叶天士：“三焦不得从外解，必致成里结，里结于何？在阳明胃与肠也，亦须用下法。”《温证指归》：“温邪如火，人身如釜，津液如油，煎熬脏腑，势不焦枯不已，若不急抽其薪，徒事扬汤止沸，实与养痍无异。”吴又可还明确指出：“得大黄促之而下，实为开门祛贼之法。”“承气本为逐邪而设。”事

实证明，伤寒的发病，虽然主要是感受温邪而起，但大多挟食、挟湿，所以在伤寒早期，及时予以疏通积滞，清泄解毒，温邪就不致内传阳明，蕴蒸化火，下逼肠络，就可能防止或减少肠出血，缩短疗程。因此，下法是直达邪热巢穴，追逐邪热外泄的积极疗法，而且要“急早凉下”，不要等待舌苔转黄，才敢议下。“若泥伤寒之说，必俟邪入腑、苔转黄者方可攻下，恐病温者，肠胃腐烂，早赴九泉矣”（《温证指归》）。这是说得如何恳切明确。当然，伤寒之用下法，要“轻法频下”（章虚谷语），不可过于迅猛，汤剂用大黄一般在6~15克之间，芒硝在6~12克之间，用凉膈散在30~45克之间。一般连用3天，以后视体质强弱，邪热盛衰，连日或间日应用下法。杨寿元氏用下法治疗44例伤寒，用下法3剂以下者仅5例，用下法20次以上者有3例，平均应用8.8次（大部分通利与清凉药同用，疗程更加缩短）。无1例并发肠出血者，值得我们学习参考。

个人采用聂氏以杨栗山《寒温条辨》之“升降散”（生大黄、僵蚕、蝉衣、姜黄）为主而制订的“表里和解丹”和“葛苦三黄丹”治疗伤寒、流感等温热病，收效较著，疗程多在3~10天之间，剂量小，服用便，无任何副作用。

表里和解丹：适用于流感、伤寒等温热病初起而见有表里症者，或病起已三五日，尚有表证存在者，服后常一泄而脉静身凉，或显见顿挫，续服2~4次可瘥。因其功能疏表泄热，清肠解毒，达到表里双解，缩短疗程的目的。不论成人、小儿，除正气亏虚或脾虚便溏，或发热极轻，恶寒较甚者外，均可服之。处方：生大黄135克，炙僵蚕45克，蝉衣、甘草各30克，皂角、广姜黄、乌梅炭各15克，滑石180克，上研极细末，以鲜藿香汁、鲜薄荷汁各30克，鲜萝卜汁240克，泛丸如绿豆大。成人每服4~6克，妇女或体弱者酌减；小儿10岁左右服2.0~2.3克，6~8岁者服1.2~1.5克，2~5岁服0.5~0.75克，每日1次，未更衣者可续服1次，连服1~3日，热退即勿再服。

葛苦三黄丹：湿温等温热病，服上方3日，热势未挫者，可续服本丸。这是通利泄邪与清热解毒、燥湿化浊并用之剂，一般

连服 5~10 日多能奏效。处方：飞滑石 600 克，生大黄 90 克，蝉衣 15 克。以上 3 味研末，另用苦参 150 克，葛根、黄芩各 90 克，天花粉、茵陈、青蒿各 60 克，黄连、甘草、白蔻仁各 30 克，蝉衣、姜黄、川郁金、苍术各 15 克，煎取浓汁，再以鲜荷叶、鲜藿香各 150 克，鲜苏叶 180 克，鲜茅根 240 克，生萝卜子 60 克，以上 5 味研磨加上药汤绞汁 2 次，并加鲜萝卜汁 90 克，将药汤汁拌入 3 味药末泛丸，湿重 6 克（无鲜药时用干药半量，研细，用药汤放凉泡透榨汁，榨后须加凉开水再榨一次，以免药汤损失）。每服 2 粒，每日 1 次，体弱或儿童酌减，虽有溏泄，尽可服之。服后一般每日微泻一二次，热势逐步递减而愈。

例 1：赵××，男，28 岁，工人。4 日前以头痛体痹，形寒发热开始，曾服 A.P.C 得汗而热不挫解，入暮为甚，体温 39.2℃，口微渴而粘腻不爽，二日未更衣。苔白，中后微腻，脉浮数。此风热外袭，湿滞内蕴之候。治宜两解，予表里和解丹 12 克，分作 2 包，每日 1 包，开水送下。药后 5 小时即得畅便一次，入暮热势挫降至 37.6℃，次日续服，发热已退至常温，诸苦若失，惟觉神疲乏力，饮食调理休息二日即愈。

例 2：孙××，女，43 岁，工人。违和旬余，初起头痛肢楚，恶寒发热，胸痞困顿，服药得汗，恶寒已解，热势稽留，朝轻暮重（38°~39.8°之间），口苦而粘，午夜有时烦躁不宁，间见谵语，颈胸白痞遍布，大便溏粘如酱，臭秽异常，苔黄糙腻，脉濡数。白细胞偏低。肥达氏反应：H 1：240，O 1：100。诊为伤寒。即予葛苦三黄丹，每日 2 粒，开水化服。服后 7 小时许，大便畅泄二行，自觉较适，入暮烦热略平，次日续服，热度下降至 37.5~38℃ 左右，连服 4 日，热已趋平，改予汤剂善后。

### 三、肺炎

肺炎之运用下法，主要是在辨证论治的方药中加用大黄，古人有“病在脏，治其腑”之说，肠腑疏通，上焦壅遏之邪热、痰浊自有出路，且大黄本身有良好的抗菌作用。

南京中医学院一附院与江苏省中医研究所对麻疹肺炎患儿，

重点观察了用大剂量清热解毒药和重用大黄的疗效比较，共 125 例，发现重用大黄组的疗效较好，其大黄用量，突破常规，并未发现任何副作用，这个经验，值得学习。

#### 治法用药分组：

甲组：大青叶、蒲公英各 30 克，银花、紫草各 9~15 克，加入麻杏石甘汤中，以煎剂为主。痰多者加葶苈子、天竺黄，每日 1 剂，本组共 68 例。

乙组：在甲组用药的基础上，再加生大黄煎服。大黄用量随年龄而增加，1~2 岁者用 9~15 克，2~3 岁者用 15~30 克，3~5 岁者用 30~45 克，每日 1 剂，本组共 57 例。

两组病例均从入院当天起分别服药，连续 3 天以上。

疗效对比：虽然两组患儿均全部治愈，但其退热天数，咳嗽消失，啰音消失和 X 线征象消失天数，乙组（重用大黄组）均少于甲组。从住院平均天数来看亦如此，经统计学处理，概率 P 均小于 0.025，相差显著，故乙组的疗效优于甲组。其疗程短则 3 天，长者 12 天，多数为 5~7 天左右。

大黄具有清热化湿及泻血分实热功用。现代药理学实验研究证明大黄不但用以缓下、健胃、利胆，而且具有较强的抗菌作用，如对甲乙型链球菌、肺炎球菌、金葡菌及伤寒、副伤寒、痢疾、白喉、炭疽杆菌等有较强的抑菌作用，对流感病毒亦有抑制作用。故以大黄治疗麻疹肺炎是值得重视和研究的。他们在总结大剂清热解毒药物的基础上，对曾用多种抗菌素及中医辨证治疗未获效果的麻疹肺炎患儿 20 例，改服乙组方药，也取得了较为满意的疗效。还以大黄为主药试用子尿路感染、胆道感染、菌痢、伤寒、金葡败血症、口腔炎、疖肿等少数病例，亦均获治愈。对病毒性肺炎亦有一定的疗效。这都充分证明了通利疗法的卓越效能。通过实践，个人也有同样的体会：大黄的清热泻火、解毒抗菌的作用，殊为显著，只要用之得当，没有任何副作用。但如此大剂量的使用，是突破老框框的创新，值得学习。

例：倪××，女，59 岁，退休。1977 年 1 月 27 日来诊：违和三日，头痛肢楚，形寒发热，微汗不畅，鼻塞咳呛，口干欲饮，

呼吸较促，便难，苔薄黄，脉浮数。T39.6℃。听诊右上肺有少许细啰音。白细胞 11,200，中性 95%，淋巴 5%。胸透：右上肺野中外见絮状阴影，边缘欠清，两肺纹理增多。诊为右上肺炎。此风寒外束，痰热内蕴之风温重症。治宜宣肺通泄，清热解毒，予麻杏石甘汤加味：生麻黄 6 克，生石膏、白花蛇舌草各 30 克，鱼腥草 24 克，生锦纹、生黄芩、杏仁泥各 10 克，天花粉 12 克，甘草 5 克。2 剂，水煎服。

1 月 29 日二诊：药后汗出较畅，便难已爽，热退咳减，T37℃，苔薄微黄，脉平，表里两解，邪热趋戢，再为善后。生石膏 15 克，杏仁、桔梗、前胡各 10 克，鱼腥草、忍冬藤各 30 克，陈皮、甘草各 5 克。2 剂，水煎服。

1 月 31 日：病情平稳，胸透炎症已吸收，可以勿药。

#### 四、痢疾

中医之“赤白痢”类似于“急性菌痢”，“疫痢”、“疫毒痢”似属“暴发型痢疾”。本病致病因素，一为外感暑湿疫毒之气，蓄积肠胃而致；一为饮食不洁，或过食生冷停积于中宫，使脾胃运化之功能受阻，大肠传导失常，气血凝滞，湿热郁蒸，损伤肠道血络，而痢下脓血。凡痢疾初起，因宿有积滞，里热较甚，前人早有“痢无止法”、“痢疾当头泻”之说，通利疗法对痢疾初起最为适用，可缩短疗程，提高疗效。

个人过去常用以生、熟大黄为主药的“痢泻散”治疗痢疾及泄泻，服用方便，价格低廉，奏效显著，可以推广应用。

痢泻散（《镜花缘》验方）：生、熟地黄（炒）各 30 克，苍术（米泔水浸）90 克，杏仁（去皮尖与油）、羌活（炒）各 60 克，川乌（去皮，面包煨透）、甘草（炒）各 45 克。上药共研极细末，瓶贮备用。成人，赤白痢疾每服 3~4 克，但赤痢宜用灯芯草 1 尺煎汤调服；白痢宜用生姜 3 片煎汤调服；赤白兼见者，并用灯芯草、生姜煎汤调服；泄泻每服 2 克，以米汤调服。小儿剂量减半，4 岁以下者用 1/4，幼儿再减，每日 2 次。

本方有泻热通滞，健脾燥湿，温里散寒，止痛安中之功，对

菌痢及急、慢性泄泻，均有显效。痢疾与泄泻，新起多属热、属实，久病则为寒、为虚。热实者宜清泄导滞，虚寒者则应温中培调。本方主要用于热实型泻痢，但虚寒型体质不太虚弱者，亦可应用。大黄生用苦寒，专于下行，能入血分，泻热通肠，荡涤积垢；熟则性缓，能导湿热从前阴而出，并有收敛止涩的功用。川乌辛温，温养脏腑，破除积滞，散寒止痛，与大黄配合，一温一寒，相须相使，不但可治热实之证，并可用于寒实之证，是本方中的主药。此外，杏仁降气润燥，有利消积；羌活搜风祛湿解表，协同川乌，增强止痛作用。至于甘草，则功在协调诸药，解毒缓急。所以各型痢、泻均可使用。惟疫毒痢必须配合清肠解毒之品，或中西医结合始妥；久痢下稀淡血水者忌用。

例：沈××，男，36岁，农民。恶寒发热3日，T38.8℃，头痛肢楚，泛泛欲呕，腹痛阵作，下利不爽，里急后重，杂有红白粘冻，日十余行，经粪检有红白细胞、脓细胞及粘液。苔微黄腻，脉数。暑湿热毒之邪内侵，食滞壅阻肠间，蕴蒸胃肠，气血凝滞，痢疾以作。治予“痢泻散”，每服4克，日2次。服后2小时腹痛稍缓，痢下较畅，入暮热势渐挫，翌日续服之，即趋痊愈。

以上仅是略举4种温热病应用“通利疗法”的疗效作为例证，来说明通利疗法在温热病的治疗中占有重要的位置，具有卓越的作用。当然，通利疗法也不是万灵丹，我们还要掌握辨证论治的原则，不能认为通利疗法就是万能疗法，而否定其它治疗方法。

个人认为温热病是急性热性传染病，其来势既猛，传变也速，必须根据疾病的发展规律，要有预见性地防微杜渐，采取果断的、有力的、相应的措施，先发制病，不可因循等待，只要不是“表寒”、“表虚”之证，或年老体衰之躯，均可早用通利疗法。因为这是清热祛邪的一个重要途径，保存阴津，防止恶化的具体措施，从而达到缩短疗程，提高疗效的目的，发挥中医中药治疗急性热性病的应有作用。

参考文献 略。

（原载于《江苏中医》（中医分册）1978年1期）

## 心痹（风心病）证治初探

心痹类似于风湿性心脏病，系风寒湿之邪内舍于心，致使心体残损，心脉痹闭而出现的一种病证。《素问·痹论》云：“心痹者，脉不通，烦则心下鼓，暴上气而喘，嗌干善噫，厥气上则恐。”“脉不通”是明确指出心脉痹闭，而心脉瘀阻，脉道不利。“烦”是心烦不宁。“心下鼓”是形容心悸怔忡较剧，如擂鼓之振动。心气上冲，与肺气相触，以致“暴上气而喘”，难以平卧。由于手少阴心之脉上挟咽喉，同时，因为张口喘促，故常见“嗌干”。《素问·宣明五气篇》：“五气所病，心为噫。”由于胸中气结，故每藉长太息以伸出之，而善噫也。至于“厥气上则恐”，马莒注释为“逆气上乘于心，神气不足，神弱则惧凌，故为恐也”。这具体地揭示了它的主要病机是心脉瘀阻，是“风心”而出现心力衰竭的生动描述。此证之临床表现较为复杂，可从痹痛、心悸、怔忡、喘咳、肿胀诸门中找到有关资料。兹就常见之咳喘、咯血、心悸、痹痛、水肿等证候的诊治，结合个人实践体会，讨论如次。

### 一、咳喘

心肺同居上焦，心痹之咳喘，则系心脉瘀阻，气血运行不畅，上焦壅遏，导致肺脏郁血，宣肃失职，痰瘀夹水气逗留，致肺无以朝百脉而使然。《素问·平人氣象论》：“颈脉动，喘疾咳，曰水。”王冰注释：“水气上溢，则肺被热蒸，阳气上逆，故颈脉盛鼓而咳喘也。颈脉谓耳下及结喉旁人迎脉者也。”即颈动脉也。心痹之咳逆喘促，虽表现为肺金之失肃，实系心体伤残，正气虚损，心气拂逆之故。《景岳全书》：“虚喘者，慌张气怯，声低息短，惶惶然若气欲断，提之若不能升，吞之若不能及，劳动则甚”，是“风心”咳喘的生动写照。故其证治拘泥常法则不效，必须益心通脉，参用宣通肺络，泄化痰瘀之品，始可奏效。考其对证方药，则以《三因极一病证方论·喘脉证治》所列之杏参散较为合拍。该方“治上气喘满，倚息不能卧”。由杏仁、桃仁、桑白皮、人参组成。

立方之妙，在于人参配桃仁，益气通脉；杏仁配桃仁，宣肺行瘀；杏仁配桑白皮，下气平喘，兼能利水，实为匡正祛邪，标本兼顾之良方。我用此方，应手多矣。若药后气仍未纳，喘仍未平者，宜酌加紫石英、远志、紫河车、补骨脂、胡桃肉等通心肾、填下元之品；剧者更加蛤蚧粉2克分吞，以增强温肾纳气之功，可获效机。曾治一张姓女，35岁，农民。患心痹已8载，近年来，咳喘屡发而不愈，叠进中西镇咳平喘药无效。顷诊咳喘，动则尤甚，咯痰不多，心慌气短，下肢轻度浮肿，口唇紫绀，脉细弦而结代，舌上有紫气，苔薄。良由心气亏虚，痰瘀阻于肺络，是以金令不降，气不归源，而成此咳喘之疾。当益心肾以纳气，化痰瘀而肃肺。处方：人参6克（另煎兑服），杏仁泥、桃仁泥、炙紫菀各10克，桑白皮、山萸肉各12克，紫石英15克，五味子5克。连进5剂，咳喘已减，原方稍事出入，共进30余剂，咳喘即平，下肢浮肿趋消，心慌气短显见减轻，逐步稳定。

## 二、咯血

“风心”咳喘之甚者，易并发咯血。《外台秘要》指出：“心咳，咳而吐血。”其量或多或少，其色或紫或红，多伴见心悸、胸痛、气短等症候，甚者因出血过多，而大汗如洗，致有虚脱之虑。“风心”之咯血，一方面是气虚不能帅血归经，一方面是瘀阻而新血难守，虚实错杂，殊难措手。若见血止血，妄用收涩之品，诚非探源之治也，亦难以收到预期之效果。我治此证，恒采用益气以固本，消瘀以宁络之治法，尚能应手。选用唐容川《血证论》治“瘀血乘肺，咳逆喘促”之“参苏散”（人参、苏木），加花蕊石为主方，随证佐药。如治一王姓男，46岁，患风心已10余载，近1周来，始则咳嗽喘促，继则咯血，曾用抗感染、强心、止血等药，出血尚未控制，其色或红或紫，胸痛气急，心悸怔忡。舌上有瘀斑，苔薄，脉弦结代。心体受损，宿瘀内停，复因咳喘震损肺络，咯血以作。治予益气培本，消瘀宁络之剂。处方：人参9克（另煎兑服），苏木、茜草根、黄郁金各10克，煅花蕊石15克（研分2次吞服），丹参15克，鲜韭菜捣取汁约2小杯（分冲）。药服2

剂，咯血逐渐减少，服4剂而咯血遂止。

### 三、心悸

心痹由于心体受损，心脉不通，故心悸一证最为常见，甚则怔忡不宁。对风心心悸的治疗，首先必须辨识是属于阳虚、阴虚，抑阴阳两虚，施治方可中的。其辨证的关键，又在于识脉。一般而论：凡阳虚者，脉多见濡细、迟缓或结代；阴虚者，脉多见细数或促；阴阳两虚者，脉多呈微细或结代。治疗此证，除需根据阴阳之偏颇，采用补而兼温，或补而兼清的治则外，还要注意参用通脉之品，方可提高疗效。凡阳虚，通脉可选用桂枝、鹿角霜、鹿角片等；阴虚，须重用柏子仁、麦冬、玉竹等。而炙甘草之补中兼通，无论阴虚、阳虚均应重用。余治阳虚心悸，喜用参附汤合桂枝加龙骨牡蛎汤；阴虚心悸，喜用生脉散加味；阴阳两虚之心悸，用炙甘草汤化裁。曾治卢姓女，29岁，风心病已起年余，南京某医院诊为风心病二尖瓣狭窄，心电图提示心房纤颤，伴室内差异性转移。近觉心悸怔忡，稍劳即气促，两颧紫红。苔薄尖红，脉细数而促。此心痹之候，心体残损，气阴亏损，心气逆乱。治予益气阴，补心体，畅心脉。处方：太子参30克，麦冬、丹参、合欢皮、生黄芪、茯苓各15克，玉竹、炙甘草各20克。进10剂后，心悸气短减轻。又予原方续进6剂，两颧紫红已消，活动后亦无所觉，脉数较缓，仍予原方间日一剂以巩固之。

### 四、痹痛

“风心病”之痹痛，系风寒湿之邪深伏，导致心脉痹闭，经脉不通，血行不畅之故，其身痛殊为顽缠。对于“风心病”痹痛之治疗，必须从心体残损，心脉不通这一病理特点出发，区别其阴阳之偏衰，病邪寒热之属性，采用养营通脉，兼祛风湿，或温阳通脉，兼祛风湿之剂，方可奏效。凡阴虚而风湿逗留者，往往可见低热，关节屈伸不利，舌质偏红，脉细数等症，可选用《金匱要略》之防己地黄汤（木防己、地黄、桂枝、防风、甘草）为主方，其中地黄宜重用至60克，取其既可养血，又能除血痹，伍以

防风，可除血中之风；桂枝、甘草以通心脉；防己舒筋化湿。并加虎杖 30 克以化瘀宣痹，凉血解毒。其它如豨莶草、晚蚕沙、广地龙、桑枝等均可随证加入。阳虚而风湿相搏者，常可见关节疼痛、肢末不温、舌质淡、脉浮虚而涩等症，可选用黄芪桂枝五物汤加附子、仙灵脾、桃仁、红花、松节、桑寄生等。曾治顾姓女，43 岁，风心病已起 3 载，形体羸瘦，面浮足肿；近来周身关节疼痛，低热缠绵，胸闷不适，心悸不宁，口干口苦，其舌质偏红，苔薄黄，脉细微数。心营素虚，脉涩不利，风湿逗留，郁结作痛，予养营通脉，祛风和络为治。处方：生地黄、忍冬藤各 60 克，虎杖、桑枝、生苡仁各 30 克，桂枝、防风各 8 克，木防己 12 克，知母 10 克，甘草 6 克。连进 5 剂，身痛稍缓，低热亦退。仍从原意进退，共服 20 余剂，身痛遂除，病情趋于稳定。

## 五、水肿

风心病之水肿，大致有下述两个因素：一是因为心阳不足，不能温煦脾土，或下焦寒水之气上逆，郁于心下，或土不制水而泛溢肌肤；一是因为心血瘀阻，气化不行，上焦壅塞，肺失宣降，不能通调水道，下输膀胱，因而外溢为肿，所谓“血不利则为水”。这两种因素常相因为患。所以对风心水肿之治疗，以温阳益气、活血利水为大法，凡水肿甚者，可选用陈修园消水圣愈汤。此方系桂甘姜枣麻辛附子汤加知母而成。方中麻黄能通心气，发舒心阳，破坚积，并有利尿作用；桂枝通阳利水；附子强心；细辛散陈寒；加知母育阴化气，遂成阴阳既济之功。若心气不足，心脉瘀阻，心下痞坚，唇绀足肿者，可选用心痹汤（生黄芪、党参、炒白术、茯苓各 15 克，当归尾、丹参、桃仁、红花各 9 克，水蛭粉 1.5 克（胶囊装，分吞），虻虫 1.5 克，炙甘草 10 克）。水蛭粉治此证效著，盖化瘀即所以利水也，配合益气扶正之品，遂无耗伤气血之弊。若心肾阳虚，下肢浮肿，久久不退者，乃心力衰竭严重之征象，宜选用济生肾气丸出入，并加用万年青根 30 克以强心利尿，对心力衰竭有较好疗效，但有一定毒性，少数病员服后往往出现恶心、呕吐、腹泻。剂量过大可出现期外收缩及完全性传导阻滞。

我曾用治一例风心病心衰者，服后一刻钟左右，即房颤加剧，隔日继续观察一次，仍然如前，因此应慎重使用，控制剂量，或作保留灌肠，以减少上消化道之反应。或用茶树根（服后风湿性、高血压性及肺原性心脏病之心悸、气短、失眠等症象可以明显改善，尿量增多，浮肿消退，部分心脏阴影亦有明显缩小或改善，每次用30~60克）亦可。

此外，在风湿性心脏炎阶段，尚未形成风心病时，如及早采用“银翘白虎汤（连翘20克，银花、防己、木瓜、知母、粳米各25克，白花蛇舌草30克，生石膏60克，甘草10克。随证加减：湿重者加苍术20克，苡仁40克，厚朴10克；热重者加栀子、黄柏各15克，黄连5克；心前区闷痛者加丹参20克，参三七末2克，分吞；心悸者加枣柏仁各30克，琥珀末3克，分吞，以清热解毒，利痹通络，多可控制其风湿活动而获得病愈，免除风心病之产生。

（原载于《湖南中医学院学报》1985年1期）

## 心病证治点滴

心脏病发病率在部分地区已占首位，临证之际，亦接触较多，略具心得。兹将心病证治之点滴体会简述于次。

### 一、冠心病用活血化瘀法之得失

冠心病隶属于祖国医学“真心痛”、“胸痹”等疾病的范畴。早在《内经》就有“厥心痛，痛如锥针刺其心”，“真心痛，手足青至节，心痛甚，旦发夕死，夕发旦死”等记载。汉·张仲景在《金匱要略》中不仅描述了“胸痹”的症状为“胸背痛，短气”，“心痛彻背，背痛彻心”，同时指出其脉“阳微阴弦”，揭示了阴乘阳位的病机。仲景所创立的以通阳散结为主的治疗大法，为后世所宗。究其意义，乃胸中阳微则阴寒上乘，于是心脉痹闭，血运不畅，不通则痛。仲景以降，历代医家对心痛之认识有所发展，其中比较著名的如朱丹溪提出“心胃痛，须用劫药，痛乃止，如仓猝散”；《太平圣惠方》金铃子散可治热厥心痛；危亦林治“猝暴

痛”用苏合香丸，均有很高的疗效。而前辈医家，针对此证之“心脉不通”，采用活血化瘀法者尤众。考活血化瘀法之应用，至少有 2000 余年历史，《内经》成书约在周秦之际，其中已记载不少瘀血之病机及活血化瘀之治则；《神农本草经》成书于汉之前，其中列载许多活血化瘀药物。现代对活血化瘀法的研究更为深入。实践证明，它对缓解心绞痛、降低血脂及改善心电图均有较好的作用，不失为治疗冠心病的一个重要途径。

但是，应当指出的是，目前有一种忽视辨证论治，滥用活血化瘀法的倾向，影响了科研工作的深入，妨碍了疗效的提高。须知冠心病有虚有实，即使实证，亦系本虚标实。实证当化瘀宣通，虚证必须扶正养营。若虚实不辨，一味化瘀，徒伤正气，于病何益？！

冠心病病位在心，但与其他诸脏均有密切的关系。必须整体地、辨证地看待之，才能使处方用药吻合病机。《内经》早有“肾心痛”、“胃心痛”、“脾心痛”、“肝心痛”、“肺心痛”之说，可见五脏之滞，皆可发为心痛。关于心病的辨治大法，《难经》指出：“损其心者，调其营卫。”清代名医薛宝田先生推衍其义，谓：“荣卫为血脉之所生，心为之主，然荣卫起于中州，肝肺脾肾实助其养，养其四脏则心自安也。”（《北行日记》）此见甚是，而“养其四脏则心自安”之论，更是发前人所未发，堪作临床指南。譬如冠心病伴心气不足，证见胸闷气短，心痛隐隐，心悸殊甚，忐忑不安，口干少津，苔薄，脉细涩者，治心必兼补中。胃之大络名虚里，心悸殊甚，乃宗气外泄。此证忌用活血化瘀法，我常取生脉散合四君子汤加玉竹、桂枝、柏子仁（大量），以益心气，养心营，通心脉，兼扶中气，收效较佳。

## 二、复心阳则桂枝需用大量

桂枝与甘草同用能复心阳，义本《伤寒论》。论中谓：“发汗过多，其人叉手自冒心，心下悸，欲得按者，桂枝甘草汤主之。”过汗引起心阳虚，取此二味以复之，寓意良深。阳以阴为基，阴非阳不化。桂枝能和营通阳，甘草既养营补虚，又宣通经脉，二

味并用，刚柔互济，心阳渐复，对心动过缓亦当有效。心动过缓之由，总因心阳不足，心脉不通使然，一般均有心悸怔忡，胸闷气短，头晕目眩，甚则昏仆，脉细缓无力，或细涩，或浮缓等见证。但有用此方不效者，我以为关键在于桂枝之用量是否得当，若拘泥于常规，药力不及，则难取显效，或致无效。只有大剂量使用，方可收理想之疗效。我治心动过缓症，用桂枝一般从10克开始，逐步递增，常用至24克，最多用30克，直服至心率接近正常，或有口干舌燥时，则将已用剂量略减2~3克，继服以资巩固。当然，辨证如不属桂枝甘草汤证者，不在此例。

### 三、治疗病毒性心肌炎当注重解毒护心

病毒性心肌炎临床常见，一般由感受时邪或时病之后，出现异常疲乏、食欲减退、胸闷胸痛、心悸怔忡、气短、脉细数而促或伴见结代等一系列症状。心电图示Q—T间期延长，T波平坦或倒置，各种心律失常，如频发过早搏动（二联律、三联律）及I°~II°房室传导阻滞、心动过速等。治疗必须见微知著，防微杜渐，不能囿于一般时感治疗而贻误病机。

此证的产生，系正气亏虚，病邪内舍心包使然。心虚则有心气虚、心阴虚两大类，假使在感邪之初，及早采用补心气或益心阴并加用解毒之品，将对心肌炎有预防作用。先师章次公先生盛赞人参败毒散用人参之妙；方中人参非徒扶正以资汗源，且寓有护心之深意。加减葳蕤汤用玉竹，其意亦然。由于热病易于伤津耗液，故心肌炎以心阴虚最为常见。

我治此症所致的心律失常，常取生脉散为主方，加玉竹、柏子仁、功劳叶养阴通络；琥珀镇静解毒；板蓝根、连翘、白花蛇舌草、甘草清热解毒。近年来参用珠黄散内服，每次1支，一日2次，颇收佳效。热盛加苦参，胸痛加参三七末、郁金，胸闷加娑罗子、合欢皮。随证变法，尚称应手。

（原载于《中医杂志》1985年2期）

## 简谈中风

中风是当前危害人民健康的一种严重疾病，据国内外文献报道，在死亡原因中居一二位，而其中属于脑血栓形成者占绝大多数。如何防治脑血栓形成，是具有积极意义的。

中风的发生，与精神因素、过度疲劳、暴饮暴食、起居失常等攸关。而坚持适量运动，控制动物性食物，可以防治高血压、动脉硬化，减少和预防中风之发生，这是十分重要的一个方面。

明代张景岳对本病之病因指出：“凡病此者，多以素不能慎，或七情内伤，或酒色过度，先伤五脏之真阴，此致病之本也。”阴不敛阳，肝风内动，是主要病机，所以在治疗上，镇、潜、摄、纳是四大主要法则，而“化痰通脉”更为重要。此症在急性发病时，主要有两种类型：一是肝阳上亢，内风肆扰；二是痰热壅盛，蒙窍阻络。蒙蔽清窍，则昏仆不知人事；横窜经络，则喎僻不遂，肢体偏瘫；内风肆扰，则抽搐痰厥。凡面赤目红，口干烦躁，喉际痰鸣，口有秽味，大便秘结，舌红苔黄腻，脉弦滑者，是内有痰热，需通腑泄热，化痰通络。常用生大黄10~20克，芒硝6克（分冲），陈胆星10克，全瓜蒌30克，竹沥30毫升（分冲），石菖蒲10克，黛蛤散15克（包）等品。药后腑气通畅，痰热泄化，神昏烦躁即可趋解。其抽搐甚者，加羚羊粉0.6克（分吞）。言语蹇涩，肢体偏瘫不遂者，宜重用黄芪，配合地龙、丹参、赤芍、豨莶草、威灵仙、炙远志、石菖蒲等品，可收佳效。或用炙全蝎、广地龙、红花、炮山甲等分，研极细末，胶囊装，每服4~6粒，一日3次，亦有较好效果。

戒除烟酒，节制肥腻饮食，制怒怡情，劳逸结合，适量运动，是防治的根本措施。若能人人遵行，则发病率可以大大下降，是符合“预防为主”方针的。

（原载于《中医杂志》中风笔谈）

## 慢性肝炎证治刍议

慢性肝炎多由于湿热之邪留恋，肝脾久病而致气虚血亏，或气滞血瘀，迁延不愈，演变而来。属于中医胁痛、郁证和癥积的范畴。因为病程较长，肝功能长期损害，正虚邪恋，往往不易骤效，其病理变化，因禀赋有强弱，感邪有轻重，而各有不同。约言之，有伤阴、伤阳之异，在气、在血之分。必须把握病机，知常达变，方能提高疗效，缩短疗程。兹就其证治略陈管见于次。

### 一、疏肝与养肝

肝病之证治，头绪纷繁。清代治肝大家王旭高就总结出治肝三十法。笔者认为疏肝与养肝是治疗肝脏自病的基本大法。这是以肝脏的生理功能为理论基础的。

肝为藏血之脏，其体柔，主疏泄，性喜条达，对人体气机的运行有着重要的调节作用。但其为病则显露出刚强之性，故古人曰“木曰曲直”。肝属厥阴，但中寄相火，易于化火动风，所以前人用“体阴用阳”来概括它的生理功能。肝脏的疏泄功能是与肝体密切相关的，肝血充沛，肝体不燥，则疏泄有度；肝血不足，肝气有余，则易于横逆致变。“肝体愈虚，肝用愈强”，前人的这一论点是精确的。

疏肝法是理肝“用”的一种方法，凡肝脏“曲”而不“直”者宜之。养肝法是濡养肝“体”的一种方法，凡肝脏“直”而不“曲”者宜之。“疏”与“养”是中医治疗学动静观的体现。

历代典籍的治肝方剂，纯用疏肝药或养肝药是少见的，疏养结合则是普遍规律。如四逆散，是疏泄厥阴的代表方，既用柴胡疏肝理气，枳实宣通结滞，复用白芍柔肝敛阴，甘草和中缓急，以疏理为主，柔养次之，并行不悖，开合有度，在疏泄中不忘柔养。一贯煎是柔养肝体之要方，于柔养中不忘疏泄，方取沙参、麦冬、生地、枸杞大补滋阴养血之品，假使没有当归之辛润活血，川楝之疏肝，则全方不免失之呆滞，就不符合肝喜疏泄之特性。颇堪

注意的是，柴胡与川楝虽同为疏肝药，但柴胡其性升疏，川楝功在泄降，一般肝气郁结，阴伤未著者，取柴胡；若肝郁化热，肝阴已伤，取川楝，取其清肝止痛，用量需稍重，一般用20~30克为佳。在仲景年代，疏肝多取柴胡，至清代叶天士、魏玉璜等医家又认识到柴胡疏肝有带动肝阳之弊端，常取用川楝。历代医家就是这样通过不断实践，丰富了肝病证治的经验。当然，肝阴已伤，肝郁较甚者，柴胡不是绝对不能用，如清代高鼓峰，就有柴胡与生地并用的方法。可见中医学既有规律可循，又没有一成不变的模式。

慢性肝炎症见情怀悒郁，胸闷不舒，欲噯不爽，两胁胀痛，食欲不振，舌苔薄腻，或上有垢浊，脉弦或濡滑，为肝失疏泄，影响脾胃运化功能，湿浊内阻，气机不畅。其治疗必须遵照古人“疏肝毋忘和胃”之说，以疏肝为主，参用健脾和胃之品，可选柴胡疏肝散（四逆散加制香附、川芎）化裁，加蚕沙以泄浊，薏苡仁、茯苓、半夏、豆卷化湿和中。若郁久化热，小溲色黄者，去川芎，加栀子、蒲公英清泄之。若久病伤阴，症见烘热体倦，口干思饮，两肋疼痛，情绪易于激动，大便干结，舌红，苔少而干，脉弦略数，当以柔养为主。因肝肾同源，肝阴受损日久，势必下汲肾阴，故此类证候之特点是伴见肾阴亏虚。笔者认为养肝需参益肾，方能提高疗效，常取高鼓峰舒肝益肾汤化裁。此方是六味地黄汤加柴胡、白芍而成，既可养肝益肾，又能达肝郁，泄湿热。惟方中山萸肉有温助肝阳之弊，不妨删去，加女贞子、旱莲草清滋之品。若阴虚不耐柴胡升疏者，可用川楝、生麦芽、白蒺藜代之。乌鸡白凤丸移治肝肾两亏之慢肝而肝功能异常者，可降低转氨酶及麀浊，升高白蛋白。

## 二、扶正与驱邪

慢性肝炎多由急性肝炎演变而来，而湿热疫毒又是导致急性肝炎之主因，所以驱邪仍是慢肝治疗中的重要环节。但不可把驱邪机械地理解为清热解毒，一味追求降低肝功指标则是片面的。按照中医学的观点，“邪之所凑，其气必虚”，“至虚之处，便是容邪

之所”，慢肝的病理变化，同样离不开邪正之纷争。治疗也必须正确地运用扶正驱邪，或在驱邪中不忘扶正的指导思想。慢肝多属虚实夹杂，正虚多由实邪留连日久而来，而只有肝气得舒，脾胃才能健运；瘀血得去，新血才能化生，故应攻补兼施，权衡适度，始收佳效。

慢性肝炎用补法，必须在明确病位的基础上，区别其为阴虚，抑为阳虚，方能对症下药。凡阴虚者，宜补而兼清；凡阳虚者，宜补而兼温。病由肝而起，传脾而盛，传肾更剧。从肝、脾、肾损伤之程度，可以测知病情之轻重。

凡肝脾阴伤，症见爪甲少华，口干溲黄，烘热肢软，纳谷不馨，食后胀闷不适，大便干结，两胁胀痛，舌红苔少，脉细略数者，当以养肝濡脾为主，参以和中助运之品。此症不宜用参、芪温补，用之反觉胀闷不舒。可取大剂黄精为主（一般用30克），配合枸杞、沙参、山药、首乌、鸡血藤等，佐以川楝、木瓜、生麦芽等为基本方，随症化裁。气阴两伤，可重加太子参。方中黄精滋养生津，平补肝脾肾；木瓜酸能生津，又可利肝，且能入脾消胀，为阴伤而木横之良药，均值得选用。

慢肝伤阴最多，但亦有伤及肝阳者。阳虚气弱，则肝用不及。其主要临床表现为疏泄无力，症见面色灰滞，气短乏力，不耐疲劳，稍劳则精神倦怠，纳谷乏味，食后腹胀，大便干溏不一，小溲时黄，脉弦细，舌质淡，苔白。阳虚往往有怯冷之表现，临床不难辨识。对肝气虚的治疗，近贤张锡纯提出黄芪是补肝气的良药。笔者治肝气虚者，亦喜重用黄芪（30~60克），配合当归、桂枝、白芍、甘草、杜仲、川芎、生姜、大枣为基本方（当归补血汤合桂枝汤加味）。若阳虚怯冷，则加鹿角胶、附子、仙灵脾。临床上还可见到一种情况，病人既有肝阳虚衰的一面，又有疫毒深藏的一面，除上述见症外，伴见口苦、溲赤。此时，不妨温阳与解毒并进。温阳药能振奋机能，提高机体抗病能力；而解毒药则有直接针对病原之意图。可在上方基础上，加用板蓝根、黄柏、丹皮、白花蛇舌草等。

慢肝进一步发展，还会出现肝肾精血亏损，癥块癖积的见证。

患者面色晦暗，肌肤甲错，肋肋刺痛，肝脾肿大，质较坚硬，伴见肝掌、蜘蛛痣，舌见紫色或瘀斑，脉细弦。妇女则月经量少或闭经。检查肝功能可见白蛋白/球蛋白比例倒置，TTT、TFT、ZnTT 阳性，免疫功能低下。此时单纯使用扶正或攻坚破积一法，都不能吻合病机。多年来，笔者使用自拟之“复肝丸”，尚称应手。1963年，此丸之临床应用在《中医杂志》披露后，各地重复验证，证明其对慢肝之癥块癖积及早期肝硬化，确有改善症状与体征，促进肝功能好转之疗效。处方：红参须、参三七各40克，地鳖虫、紫河车、穿山甲、姜黄、郁金、鸡内金各100克，研极细末；另用虎杖、石见穿、糯稻根各250克，煎取浓汁，与上药粉泛丸如绿豆大。每服3克，每日2次，食前服。1个月为一疗程，一般服2~3疗程，可获稳定或基本治愈。本方取紫河车大补精血，红参须益气通络，二味用以扶正；三七活血止血，散瘀定痛；地鳖虫破瘀消癥，和营通络；更加郁金、姜黄疏利肝胆，理气活血；鸡内金、炮山甲磨积消滞，软坚散结，故补不壅中，攻不伤正，小量常服，确有使癥积潜移默消，肝实质改善与恢复之功。但是，对于肝胆湿热壅遏，转氨酶明显增高者，此丸不宜早用，必须待湿去热清，方可斟酌用之。

### 三、在气与在血

对慢肝之各种症候，区别是在气分或在血分，有利于把握病理层次，故不容不辨。

所谓在气，指慢肝因气机失调所导致的一系列病理变化，如肝气郁滞，湿热壅遏；或脾虚气弱，湿浊不化等。对前者，可选小柴胡汤加枳壳、瓜蒌皮、郁金（宜大量，一般用30克，可使转氨酶迅速下降，并有利于肝脏之回缩）宣通气机，薏苡仁、茯苓、滑石淡渗利湿；对后者，当取补中益气汤为主方。方中妙用升麻、柴胡二味，柴胡除升阳外，亦有疏肝作用，升麻宜生用，意在兼以解毒，故慢肝以脾虚为主要见证者，选此汤为优。

所谓在血，是指病邪由气入血所产生的一系列病理变化，或气滞以致血瘀，或热毒入血而耗血动血。而病程已久，正气不足，

湿热病邪混入血络之中，亦属于血分之证治范围。

慢肝以肝脾虚损为本，血瘀为标。其血瘀之表现，主要有气虚血瘀和阴虚血瘀之不同。笔者对气虚血瘀，喜用黄芪配莪术，山药配鸡内金两个对药，其中黄芪、山药均需重用到30~60克，随症加用丹参、石见穿、参三七、郁金等。阴虚血瘀，当养阴化瘀，软坚散结，可用一贯煎加丹参、泽兰、牡蛎、庵菴子等。热毒入血，有出血倾向者，往往鼻衄、齿衄时见，口干口苦，或伴见午后低热，夜有盗汗，或大便干结难解，舌质红，苔薄黄，脉弦带数。亟当清营解毒，可取犀角地黄汤为主方，其中犀角可用水牛角代之，用量30~60克，其效始显。随证加用大小蓟、贯仲、白薇、枸杞子、女贞、旱莲草、鳖甲等。若热毒耗灼真阴，大便干结，可暂加大黄泄热通腑。

久病入络。其特点，肝区疼痛，牵及背部，舌质有紫气，苔薄腻，脉弦涩，肝功能长期不正常。可用《金匱》旋复（覆）花汤为主方，取茜草代新绛。药选旋覆花、茜草、丹参、泽兰、柏子仁、紫草、菝葜、路路通、参三七等。不效，需参用虫类药。笔者选用九香虫、全蝎、参三七各等分，研细末，胶囊装盛，每服5粒，每日3次，收效甚佳。虫类药对慢肝之治疗，大有前途，值得进一步加以研究与应用。

#### 四、讨论

1. 慢性肝炎多系湿热深伏，或湿热残留不尽，而正气偏虚者。所以在治疗上，既要清除湿热，又要针对阴阳、气血、脏腑之寒热、虚实，灵活机变，邪去则正安，正胜则邪却。

2. 慢肝之饮食问题：慢肝之成因都与过食膏粱肥甘有一定关系。多数患者因长期大量吃糖、鸡蛋、牛奶等，虽体重增加，但sGPT多有反复，部分患者β脂蛋白和甘油三脂均高于正常。因此慢肝饮食也应当辨证分析，区别对待。若属正虚邪实而邪实为主时（如慢活肝），高蛋白饮食当不用或少用。若虚实并重，可酌加蛋白饮食，但不可过量。若以脾气虚为主，蛋白饮食当从小量开始，逐渐增加，若急于滋补，易导致“食复”。

3. 慢肝的休息问题：“肝为罢极之本。”慢肝患者必须注意适当休息，因肝藏血，劳累过度，易耗伤肝血，不利于疾病之恢复。同时注意调摄情志和调理饮食。适量锻炼，如气功、太极拳，亦有助益。

4. 慢肝与眼之关系：“肝开窍于目”，“目受血而能视”。肝病既久，阴血耗伤，往往出现视力疲劳、下降、视物模糊及复视，同时眼血管有显著变化。凡肝经疫毒炽盛，病势活动进展者，眼血管扩张、弯曲、鲜红；病情稳定则血管变细伸直，颜色转为淡红，趋向正常，于诊断有参考价值。

5. 关于 HBsAg 转阴的问题：肝炎的病理变化，与湿热、疫毒、肝郁、脾虚、血瘀均有密切关系，除应坚守“辨证审因”、“因证论治”之原则外，下方可供参用：

生黄芪 20 克，鸡骨草、白花蛇舌草、虎杖、丹参各 30 克，夏枯草、贯众、甘草各 10 克。每日 1 剂，水煎服。多数可以阴转。

6. 关于降低转氨酶的问题：除应坚守辨证论治原则外，单味药和经验方亦可参考：①用五味子粉或五味子制剂，颇有佳效，但常有 1/3 的患者出现反跳现象，若继续使用，仍然有效。笔者认为，凡苔腻、脘胀、纳呆者，暂不宜使用，或先服健脾渗湿之品，待脾健湿化后，再服为宜。②夏枯草、虎杖、垂盆草、龙胆草等用于湿热偏盛者为宜；或于辨治方中加入生白芍、生山楂，对转氨酶持续不降者也有佳效。

7. 关于长期黄疸不退问题：对慢肝黄疸长期不退者（胆汁郁积型），笔者常用大黄、丹参、豨莶草（需用 30~45 克）为主，随症加味，奏效较佳。

（原载于《中国医药学报》1986 年 11 月）

## “复肝丸”治疗早期肝硬化的临床体会

肝硬化是一种各种慢性肝病延续发展而来的，具有广泛肝细胞损害及结缔组织增生的慢性进行性疾病。根据临床症状和体征，早期肝硬化属癥积、痞块范畴，晚期肝硬化，则在臌胀门中辨证

施治。如喻嘉言在《医门法律》中说：“凡有癥瘕、积块、痞块，即是胀病之根，日积月累，腹大如箕，腹大如瓮，是名单腹胀。”

肝硬化的病理改变，是肝实质的损害，以气血郁滞、瘀凝脉络为主要矛盾。由于瘀结日久，肝脾损伤，其临床表现多呈本虚标实，治疗较为棘手。我曾于1959~1962年，拟订“复肝散”，治疗早期肝硬化肝功损害的病人60余例，对于改善症状和体征，促使肝功能好转，取得一定的疗效（处方发表于《中医杂志》1963年第8期）。以后更在原方的基础上加以修改，制成丸剂，定名为“复肝丸”，结合辨证用药，疗效有所提高。

处方：紫河车、红参须各20克，炙地鳖虫、炮甲片、广郁金各24克，参三七片12克，生鸡内金、广姜黄各18克。共研为极细粉末。虎杖、石见穿、蒲公英、糯稻根各120克，煎取浓汁泛为丸。每服3克，1日3次，食后开水送下，或以汤药送服。1个月为一疗程。

适应范围：早期肝硬化肝功损害，肝脾肿大，或仅肝肿大，胁痛定点不移，伴见脘闷腹胀，消瘦乏力，面色晦滞，红丝血缕或朱砂掌，舌暗红或有瘀斑，脉象弦涩或弦细等症。

肝硬化虽病由肝起，却是一种影响全身的错综复杂的慢性病变，在整个病情演变过程中，多影响到脏腑之间的功能紊乱，表现出虚实交错的病机。为了探讨本病的治疗规律，除了肝郁血滞，瘀结为癥瘕的基本证型外，另分下列4种证型施治。

### 一、肝郁脾虚：重在疏肝益脾，扶正消癥

肝失疏泄，气血痹阻，脾运不健，生化乏源。其症肝脾肿大或仅有肝肿大，质地Ⅰ°，按之则痛，胃纳减少，腹胀便溏，四肢倦怠乏力，面浮而色晦黄，入暮足胫微肿，舌色暗红不泽，舌体较胖或边有齿印，脉象虚弦，重按无力。治用疏肝益脾，活血消癥。复肝丸配合逍遥散、异功散、当归补血汤加减。常用药物如柴胡、当归、白芍、党参、黄芪、白术、丹参、炙甘草、广郁金、广陈皮、茯苓等。

例：顾××，男，67岁，退休职工。于1972年患急性黄疸型

肝炎后，肝功能长期损害，血清白蛋白/球蛋白比例倒置，检查确诊为早期肝硬化，迭经中西药物治疗，效不显著。1974年3月来我院门诊。主诉胁痛纳差，脘腹胀，肢乏便溏。视其面色晦滞，苔腻，舌质衬紫，颈左侧有蜘蛛痣1枚，肝掌明显，脉细弦。触诊肝肋下1.5厘米，剑突下4厘米，质地I°，脾大肋下1厘米，质软，表面润滑。肝功检查：麝浊度10单位，锌浊度14单位，谷丙转氨酶正常，胆红素1.2毫克%，碱性磷酸酶18单位，白蛋白2.8克%，球蛋白3克%。证属邪毒久羁，肝郁脾虚，气血痹阻，瘀结为癥癖。拟用复肝丸，每服3克，每日2次。煎剂处方：生黄芪30克，当归10克，潞党参12克，炒白术10克，软柴胡6克，炒白芍10克，炙甘草6克，生鸡内金10克，麸炒枳壳6克，生麦芽30克，石见穿15克，糯稻根30克，每日1帖。服药半月，诸恙减轻，精神较振，仍予原法出入为方。调治3月，复查肝功能已在正常范围：血清蛋白总数7.2克%，白蛋白4.2克%，球蛋白3克%。停煎剂继服复肝丸半年，自觉症状消失，面色转荣。随访4年，未见复发。

按：肝藏血，主疏泄；脾统血，主健运。血之运行上下，有赖于脾气之升降；脾之生化气血，又依靠于肝气之疏泄。一旦肝脾两病，疏泄运化失司，则肝气郁而血滞成瘀，脾气虚而生化乏源。本例先病在肝，后病及脾，血滞为实，气怯为虚。故以疏肝益脾、补气和血之剂，配合复肝丸标本兼施，以达扶正消癥之目的。

## 二、肝胆湿热：急当清肝利胆，通腑泄浊

湿遏中焦，邪从热化，肝失疏泄，移热于胆。其症肝脾俱肿，胁痛脘痞，头眩口苦，纳减腹胀，心烦易怒，溺短而黄，大便秘结或溏滞不爽，并可出现黄疸，苔黄厚腻，脉多弦数。治宜清肝利胆，泄热渗湿。以龙胆泻肝汤、茵陈蒿汤加减。常用药物如龙胆草、茵陈、柴胡、山栀、当归、黄芩、大黄、玄参、白花蛇舌草、虎杖、金钱草、车前草等。不宜早用复肝丸。

例：张×，男，46岁，干部。于1971年春季罹黄疸型肝炎，

肝功能长期不正常，纳减，倦怠无力，持续3年，症情不见好转，形体日趋消瘦。曾在南京、上海等地医院检查，确诊为早期肝硬化。1973年11月来我院诊治。主诉：胁痛纳差，口苦溲黄，齿龈渗血，夜寐梦多。诊脉弦大，苔黄腻，舌质殷红，巩膜微黄，面色晦滞。触诊肝大肋下1.5厘米，剑突下5厘米，质地Ⅰ°，脾可触及，压痛（+）。责之湿热蕴结，肝胆疏泄失司，迁延日久，进而气滞血瘀，络脉痹阻。先宜清泄肝胆湿热，以治其标。药用龙胆草、茵陈、苦参片、柴胡、生大黄、山栀、黄芩、当归、生地、地骨皮、甘草、虎杖、金钱草、白茅根等出入为方，服药2周，诸症减轻，巩膜黄染亦退，苔腻已化，脉象弦细，复查肝功基本正常。改投复肝丸，每服3克，每日3次。间或伍以疏肝养肝、化湿和脾方药。治疗半年，面色红润，诸恙蠲除。检查肝大肋下1厘米，剑下3厘米，质地Ⅰ°，肝功亦在正常范围。于1975年3月恢复工作，迄今一切良好。

按：肝郁脾湿，久结不解，正气尚实，邪从火化，出现以胁痛、口苦、尿黄、目黄为主的肝胆湿热证。其病理机转是肝胆湿热而影响脾胃壅滞。吴氏《医方考》云：“肝为至阴，胆无别窍，怒之则气无所泄，郁之则火无所越，……故病则气血俱病。”治宜苦寒直折肝胆之火，通利脾胃壅滞之邪。本案病程虽长，癖积已成，但体气未虚，祛邪为急，故以龙胆泻肝汤加减。两周而湿火之邪得泄，继用复肝丸以治其本，获得肝脾缩小之良效。

### 三、脾肾阳虚：法宜温补脾肾，益气化痰

气血瘀滞，肝脾久伤，由脾及肾，损及肾阳。其症脾肿大较肝肿大为甚，恶寒怯冷，腰膝酸软，面黄无华，精神萎顿，饮食少思，腹胀便溏，舌淡胖嫩或淡紫，脉多沉弦而细。治用温补脾肾、益气化痰。以复肝丸为主，配合景岳右归丸、当归补血汤加减。常用药物如熟附片、肉桂、鹿角胶（或鹿角片）、菟丝子，仙灵脾、黄芪、当归、党参、白术、茯苓、甘草等。

例：刘××，女，54岁，职工。于1974年6月患病毒性肝炎，迁延2年不愈。1976年在某医院确诊为早期肝硬化，迭经中西药

物治疗，效不显著。至1977年秋后，病情日趋严重，11月20日来我院门诊。主诉：胁痛纳减，腹胀瘦少，便溏不实，精神萎顿。诊脉沉弦而细，苔白腻，舌质衬紫。触诊腹膨而软，肝脾未满意扪及，两下肢轻度压陷性水肿。肝功能检查：麝浊度11单位，锌浊度18单位，谷丙转氨酶56卡门氏单位，白蛋白2.3克%，球蛋白2.8克%，黄疸指数9单位。超声波：密集微小波，并见分隔波，有可疑腹水平段。证属湿毒久羁，气血瘀滞、肝脾损伤、肾阳虚衰。拟方温补脾肾、益气化瘀。药用生黄芪30克，当归10克，熟附片6克，茯苓12克，淡干姜2克，生白术10克，大熟地15克，庵闾子15克。另用益母草100克、泽兰叶30克煎汤代水煎上药。连服5帖，小溲畅行，腹胀已松，足肿消退，眠食俱安。继用原方去益母草、泽兰叶，加炙鳖甲、淮山药等，配合复肝丸。治疗2个月，患者食欲增加，自觉症状不著，复查肝功正常，白蛋白3.8克%，球蛋白3克%。停药煎剂，续予复肝丸巩固疗效。半年后恢复工作，随访至今，一切正常。

按：肝病日久，疏泄不及，出现食少腹胀，倦怠便溏等症。虽是脾虚表现，实系命火不足。盖肾为先天之本，藏真阴而寓元阳，脾胃之健运、肝胆之疏泄，均有赖于肾气之鼓动、肾阳之温煦。肝病损及脾肾，三脏阳气偏衰，互相影响，互为因果。本案病由肝起，累及脾肾，气血瘀滞，贲证已成。故重用黄芪升补肝脾之气，桂、附、干姜温煦脾肾之阳，又以大量益母草、泽兰叶活血化瘀而利水通淋，更加白术健脾，熟地益肾。药后小便畅行，胀消肿退，终以复肝丸扶正消癥而获根治。

#### 四、肝肾阴虚：治应滋养肝肾，凉营宁络

邪毒久羁，肝血亏耗，肾阴损伤，热郁脉络。其症脾肿明显，肝大不著，面色黧晦，红丝缕缕，胁痛腰酸，鼻衄或齿龈渗血，咽喉干燥，夜寐梦多，舌红绛少苔，或苔腻中剥，脉象弦细而数。治用滋肾柔肝，养阴和络，以一贯煎加减。常用药物如北沙参、生地、枸杞子、天冬、麦冬、生白芍、川楝子、绿萼梅、女贞子、旱

莲草、玄参、甘草等。兼心阴虚而心悸心烦者，加西洋参、龟版、枣仁之类。阴虚阳亢，热伤阳络，出血较甚者，加阿胶、水牛角、丹皮之属。齿衄不止，可用鲜地骨皮 60 克煎汤含漱，有止血之效。

例：李××，女，39 岁，工人。患慢性迁延性肝炎已经 3 年，症情时轻时剧，肝功能检查反复波动。于 1976 年发现脾脏肿大。肝扫描：肝显影尚规则，左叶稍大，放射性分布尚均匀，未见稀疏及缺损区，脾脏显影符合早期肝硬化图象。于 1977 年来我院诊治。主诉：肝区刺痛，腰膝酸软，口燥咽干，夜寐梦多，齿龈渗血，偶见鼻衄。脉弦细，舌红绛。责之肝肾阴虚，郁热瘀阻。拟方清滋肝肾，柔阴宁络。药用北沙参 15 克，生白芍 10 克，大生地 15 克，甘杞子 12 克，地骨皮 12 克，京玄参 15 克，生鳖甲 30 克，天麦冬各 10 克，清阿胶 10 克（烊和），参三七 2 克（研冲），白茅根 30 克，服药 10 帖。齿衄出血已止，胁痛腰酸亦减，仍感倦乏少力，口干少寐。原方去阿胶、地骨皮，加黄芪、当归等治疗 2 个月，诸恙轻减，精神亦振，苔腻白，舌红转淡，脉数已平。仍予原法加减，配合复肝丸，每服 3 克，1 日 2 次。调治半年，3 次检查肝功均在正常范围，触诊肝大肋下 1.5 厘米，脾大 3 厘米，于 1978 年 4 月恢复工作，至今病情稳定。

按：肝肾精血，相互资生，所谓“乙癸同源”，故肝血不足或肾阴亏耗，均可出现肝肾两虚之见症。肝郁化火，肝火亢盛，耗伤肝阴，日久必损及肾阴。但肝硬化的形成，基于肝郁血滞，所以肝肾阴虚，尤多夹瘀而络损血溢。本案即是肝肾阴虚、郁热瘀阻之典型。初投清滋宁络，继用扶正化瘀，得获佳效。临床所见之阴虚夹瘀证型，其机制颇为复杂，往往是趋向恶化之征兆，必须提高警惕，随证施治，阻断病势之发展。

## 讨论

现代医学认为肝硬化的病理特点是，肝细胞变性坏死后，出现纤维组织增生、肝细胞结节状再生、假小叶形成，三种改变交错进行。由于结缔组织增生和小叶结构的改变，使肝血管的分布

发生一系列的变化,即肝内血管网减少和血管网发生异常吻合。这种变化常是肝功能不全和门静脉高压的发生基础。这与中医肝郁血滞、瘀凝络脉的病机颇为一致。近年来,由于免疫学的迅速发展,发现慢性肝炎和某些肝硬化的形成均与自体免疫有关,在病程中均有细胞与体液免疫功能异常的表现,而活血化瘀法,不仅有能扩张肝内的血管,改善肝细胞供血,提高肝细胞耐氧能力,对损伤之肝细胞有修复作用;同时还具有抑制纤维母细胞的形成,减少胶原物质的分泌,抑制肝纤维组织增生,促进正常免疫功能和抑制异常免疫反应的作用。从中医辨证角度来说,肝郁血瘀的产生,和人体正气的强弱是有密切关系的,因此,针对肝硬化虚中挟实的病机,采用扶正祛邪的治则,拟订复肝丸益气活血、化瘀消癥。方取紫河车大补精血,红参须益气通络,两味用以扶正;参三七活血止血、散瘀定痛;地鳖虫活血消癥,和营通络;更加郁金、姜黄疏利肝胆,理气活血;生鸡内金、炮甲片磨积消滞,软坚散结。全方着眼于肝血郁滞、瘀凝络脉的主要病机,着手于扶正祛邪、消补兼施的治疗原则,又以丸药小剂量常服之法,补不壅中,攻不伤正,以冀癥积潜移默化,促使肝脾病变的改善和恢复。通过临床实践,疗效尚能满足。虽然观察病例不多,但颇有进一步探索的价值。

早期肝硬化肝脾肿大,肝功能表现为麝浊度和锌浊度增高、血清蛋白改变者,一般以肝郁脾虚证最为多见,用复肝丸配合益脾疏肝方药,多数患者在1~2个疗程后,可以改善症状和体征,肝功能亦随之好转。脾肾阳虚型,以温补脾肾方药与复肝丸同时并进,对于增强机体免疫功能,促使肝脾病变的改善,有相得益彰之妙。但疗程较长,不能急于求功。肝肾阴虚型,除阴虚阳亢,营热伤络,临床表现郁、热并著者,治宜养阴解郁、凉营宁络为主,暂时停药复肝丸外,一般可以配合滋阴柔肝解郁煎剂,汤、丸并进,对于控制“脾亢”、纠正血清蛋白的倒置有一定作用,而未见助阳伤阴、攻邪伤正之弊。至于肝胆湿热证型,谷丙转氨酶明显增高时,复肝丸则不宜早用,否则,往往出现烦热不寐的反应,如

复查肝功，转氨酶亦可继见上升，故用之宜慎。

通过对复肝丸的临床观察，初步认为，只要重视肝硬化病理改变的特点，从化瘀消癥着眼，扶正祛邪着手，争取早期诊断和治疗，是可以提高疗效、缩短疗程的。

（原载于《上海中医药杂志》1980年第6期）

注：本文乃与故友陈继明主任医师合写，特此说明，并志缅怀之情。

## 肝炎眼血管变化初探

“望而知之谓之神”。望神、察色在中医诊断学上占有重要之位置，因此在广泛使用前人经验基础上，如何进一步摸索新的线索，总结新的规律，更好地提高辨证识病的水平，是我们这一代中医的职责。兹就望诊观察肝炎眼血管变化，作一初步探讨，就正于同道。

《内经》：“肝开窍于目”。肝炎病情的轻重及转变，亦必然反应于目。我在临床上发现多数肝炎患者的眼血管，均有不同程度的变化，而这些变化对急、慢性肝炎的诊断和预后，有密切的关系。我曾请南通医学院附院眼科采用角膜显微镜、眼底镜等仪器协助检查了28个病例，其结果如下表（表1）。

表 1

	病 例 数	球结膜血管			视网膜血管				
		扩 张	弯 曲	正 常	静 脉		动 脉		正 常
					扩 张	细 小 痉 挛	扩 张	细 小 痉 挛	
无黄疸型肝炎恢复期	5	1		4	1			1	4
慢性活动性肝炎	12	6	9		8			4	
慢性迁延性肝炎	11	6	9		7			7	
小计	28	13	18	4	16			12	4

从上表可以看出，绝大多数病员的球结膜和眼底视网膜血管都有变化，其变化与病情基本成正比。病情较轻或趋向痊愈者，其眼血管变化较小或正常；而病情严重者，其眼血管变化亦较突出。眼血管变化较显著的患者，其肝功能大多不正常，肝大消退亦缓，并有眼花或视力减弱、昏糊、眼前似有金星出没等肝血不足之征象。后来为了简化检查过程，便直接用肉眼观察了100多例肝炎患者，其结膜血管不仅充血，而且还有如锯齿状的弯曲出现。凡是眼血管弯曲明显者，为早期象征；扩张较剧，色鲜红者，为病势演进之征；模糊或不太明显者，则为病程已长或向愈之征。其血管末端有黑点者，表示肝区疼痛较剧。病症向愈的患者，肝大已缩小或不能触及，其眼血管变化亦随之逐渐消失。基于眼血管变化对肝炎的病情进退有一定的参考价值，建议作进一步的验证总结。

(1988年在中华全国中医学会中医内科  
辨证检测学组学术交流会交流)

## 治疗慢性肾炎的7点经验

慢性肾炎的致病因素比较复杂，脾肾两虚为发病的内在因素；风寒湿热为其发病的诱因；而脏腑、气血、三焦气化功能的失调，乃是构成本病发生的病理基础。在治疗上应标本兼顾，补泄并施，益气化痰，通腑泄浊，庶可奏功。兹就其治疗谈几点体会。

慢性肾炎整个过程中，脾肾阳虚是主要证型，因此，温补脾肾是重要的法则。在实践中我认为附子、仙灵脾、黄芪是关键性的药物，除舌质红绛，湿热炽盛者外，均应选作主药。附子、仙灵脾不仅可以温肾，而且还有肾上腺皮质激素样作用。黄芪益气培本，促进血循，兼能利水，均有助于肾功能之恢复。其它则随证用药，因证制宜。

## 二

我在实践中发现益气化瘀补肾汤（自拟）对隐匿型肾炎疗效最为显著，观察了10例，4例完全缓解，5例基本缓解，1例部分缓解，全部获得疗效。某医院曾分别拟定5种治法（①清热凉血法；②健脾益气法；③补肾法；④活血化瘀法；⑤单方、验方）治疗隐匿性肾炎，疗效不够满意，34例中原有蛋白尿（+）以上者18例，治疗后无1例消失。我认为是否由于将活血化瘀、益气补肾等法结合起来的方药对隐匿性肾炎才具有较好的疗效。当然，我们观察的病例不多，还有待于今后临床进一步实践和探索。益气化瘀补肾汤由生黄芪30克，全当归、川芎、红花各10克，丹参30克，仙灵脾15克，川续断、怀牛膝各10克，石苇20克，益母草120克（煎汤代水煎药）组成。加减法：（1）慢性肾炎急性发作，各型慢性肾炎合并上呼吸道感染，或其它继发感染，出现严重蛋白尿者，去黄芪、红花，加金银花、连翘、漏芦、菝葜各15克，地鳖虫10克，鱼腥草、白花蛇舌草各30克，蝉衣5克。（2）各型慢性肾炎以肾功能低下为主者，加炮山甲8克。（3）临床辨证为阳虚者，加附子、肉桂、鹿角霜、巴戟天；肾阴虚者加生地、龟板、枸杞子、女贞子、旱莲草；脾虚者加党参、白术、山药、苡仁；气虚甚者重用黄芪，加太子参30克；肾关不固加金樱子、芡实、益智仁；浮肿明显，并伴高血压者，加水蛭2克（研末，胶囊装，分吞）以化瘀利水；血尿者加琥珀3克（研，分吞），茅根30克，血压高者，去川芎，加桑寄生30克，广地龙15克。

## 三

关于水肿的消除，温阳、益气、化瘀、泄浊、渗湿、养阴均可利水。我经常用生黄芪、制附子、石苇等，特别是益母草用大量，有明显的活血利水作用，屡用得效。如尿少短涩者，另用蟋蟀20克、沉香5克，共研细末，胶囊装盛，每服6粒，每日2~3次，有较好的利尿之功。

## 四

肾之闭藏失职，精气外泄，出现大量蛋白尿，并导致体内精气大亏，出现低蛋白血症。气为阳，血为阴，阳不摄阴，失去对水中水液之制约，致使水液泛滥于肌肤，流注于脏腑。

尿蛋白消退困难，除辨证外，可加重石苇用量，因石苇有消除肾小球肾性病变，有抑制过亢之卫气之功。近代研究，也认为有抑制免疫反应之效，一般可用30~60克。仙鹤草、益母草对消除尿蛋白亦有效。或用生槐米、土茯苓各45克、菝葜30克亦佳。

血胆固醇高者，加强运脾之品。颗粒、透明管型多者，应加强滋肾、补肾之品，如山萸肉、枸杞子等。

## 五

慢性肾功能衰竭，肾虚为本，湿热、水毒、浊瘀为标。尤其在尿毒症阶段，更不能只治本，不治标。因此时血尿素氮和肌酐指标明显升高，这是观察尿毒症轻重的重要标志，所以降低血尿素氮和肌酐为治疗本病的关键。在温肾、补肾的同时，必须配合化湿热、利水毒、泄浊瘀之品，才能降低血尿素氮和肌酐，而有利于危机的逆转。清热解毒、活血化瘀法有抑菌抗感染、改善微循环、解除肾小动脉痉挛、增加肾血流量、抑制或减轻变态反应性损害等作用。

在肾功能衰竭的尿毒症阶段，由于尿素氮和肌酐持续升高，浊阴上干，出现频繁呕吐，病情危笃，服药困难，采取中药保留灌肠，是一种有效的措施，也可以说是“中医肠道透析法”。部分药液可在结肠内吸收，部分则直接发挥作用，它对呕吐、厌食、乏力、高血压及防止感染与出血，有明显作用，并可降低血尿素氮和肌酐，使此等毒性物质从肠道排出，还可降低血钾，减轻肾周围水肿，改善肾血流量，有利于肾功能之恢复，促使病情好转。灌肠方由清泄、解毒、化瘀之品组成：生大黄10~20克，白花蛇舌草、六月雪各30克，丹参20克。有阴凝症象者加熟附子15克、苍术20克；血压较高或有出血倾向者，加生槐米45克、广地龙

15 克；湿热明显者加生黄柏 20 克；阴虚者加生地黄、川石斛各 20 克。合方煎成 200 毫升，每日 1~2 次，保留灌肠。同时推注“醒脑静”注射液，每次 2~4 支，加 10% 葡萄糖 40 毫升，缓缓推注，每 6 小时一次。一般次日神识即清，呕吐亦止，即改为每日 2 次，继用 3 日。并予温肾解毒、化瘀利水之品，如熟附子 10~20 克，生白术 20 克，姜半夏 10 克，紫丹参、六月雪、扞扞活各 30 克，党参 15 克，绿豆、白花蛇舌草、半枝莲各 30 克，黄连 2 克，另用益母草 120 克煎汤代水煎药，每日 1 剂。加减法：肌酐和尿素氮不下降者，加白金丸 6 克（包煎）；皮肤瘙痒者加白鲜皮、地肤子各 30 克；血压较高或有出血倾向者加生槐米 45 克，广地龙 15 克。病情稍见稳定后，即重用黄芪 90 克，仙灵脾 30 克，以温肾助阳，益气利水。若尿量少者，另用蟋蟀 10 克，人工牛黄 1 克，琥珀 4 克，共研细末，胶囊装，每服 4 粒，每日 2 次，有解毒、化瘀、利水之功。

## 六

舌体的胖大或瘦长，是预测肾炎预后的指征。慢性肾炎舌体瘦长而薄者，预后险恶。舌体胖大者，预后较佳。因舌为心之苗，而心与肾均属少阴经，足少阴肾经络舌本，有内在之联系。

## 七

巩固问题：慢性肾炎由于病程较长，体气亏虚，在治疗好转情况下，必须继续治疗，以期巩固，切不可停药过早。在病情稳定后，应长期服用丸剂以巩固疗效，偏阴虚者可选六味地黄丸，偏阳虚者则用金匱肾气丸。而冬虫夏草不仅可以巩固疗效，而且有改善肾功能及提高细胞免疫功能的作用，对尿素氮和肌酐均有降低作用，同时对其以外的中分子代谢产物可起到某种调节作用，是治疗重度慢性肾炎和巩固疗效之佳品。每日用 1 克煎汤，连渣服用，或研末胶囊装盛，每日服 4 粒。其缺点是价格昂贵，货源又紧，难以推广。现在人工培养者，亦可代用。

同时，慢性肾炎病人在康复期要注意生活多样化、节律化，静

中寓动，在体力许可的情况下，做些户外活动，以适应时令变化，避免呼吸道感染，以免诱发宿疾；在饮食方面要以清补为主，不宜食用辛辣刺激以及含盐分过高的饮食，这对于配合药物治疗，作用是不可低估的。

（原载于《江苏中医杂志》1986年10期）

## 肾盂肾炎证治

肾盂肾炎相似于中医之热淋、湿热淋、血淋等症。基于此症在急性期或慢性期急性发作者，多呈现湿热下注或瘀热蓄于膀胱，阻滞气化，下窍不利，而引起小溲淋漓频数、茎中急痛、尿血等症，所以在治疗上，必须着重清化下焦湿热，或佐以泄化瘀热之品，始可奏效。而在选药组方时，又需药力精专，才能取得速效。由于多数患者均偏于热实证型，故我每给予生地榆、生槐角、白槿花、白花蛇舌草、瞿麦、白茅根、土茯苓、甘草梢等以清泄下焦湿热，通淋利尿，凉血解毒。血尿甚者，加苎麻根60克；刺痛剧者加象牙屑、琥珀末各2克，研极细末，分2次吞；寒战、高热者加柴胡、黄芩各15克，每多应手而获佳效。方中生地榆、生槐角、白槿花、白花蛇舌草4味为主药，能清泄血分之热毒，并善于通淋，有类似广谱抗生素之作用；瞿麦既能清热利水，又可消瘀通滞；白茅根凉血止血，清热利水；土茯苓祛湿热，治五淋，解瘀毒；甘草梢缓急止痛，协调诸药，并可引经。此四味佐使之品，与主药配合，增强清热解毒、利水通淋之功，宜其效捷也。这一清泄方法，避开了大队苦寒和淡渗之品，俾热毒清解，湿邪下泄，则诸恙自已。盖过用苦寒，易于伤胃，妄施淡渗，又易耗阴。由于湿热易于伤阴，故湿热淋之转归，以伤阴最为多见；但若久病不愈，阴损及阳，亦可导致阳气亏虚，必须明辨虚实，调正阴阳之偏颇，方不失辨证论治之精神。我使用之“清泄法”，必须把握属实、属热之病机，方为恰当。若正虚为主，亦可先予扶正，继投清泄，或扶正祛邪兼施，方可取得满意之疗效。在运用清泄法症状缓解后，可以根据患者阴虚、阳虚之各异，分别选用六味地

黄丸或金匱肾气丸，每服6克，早晚各1次，以巩固疗效，减少复发。

(原载于《中医杂志》1985年2期)

## 略谈泌尿系结石的病因病机及治疗体会

泌尿系结石(以下简称尿石)是泌尿系统疾病中常见病之一，上海曾报告占泌尿科住院病人总数的6.5%，浙江报告为9.65%，山东昌潍地区报告6年内收治泌尿科患者234例中，膀胱结石达200例，占85.5%。这说明尿石的患病率是比较高的，特别是在多发地区。病程一般较长，以1~2年左右为多见。本病多见于男性，男女之比约为73:1。

尿石的发病原因较为复杂，目前尚未完全明确，它与环境因素、全身性疾病、泌尿系疾患均有密切的关系。

尿石病过去大都是采用手术治疗，解放后，中西医结合治疗尿石病有了很大的进展，取得比较显著的成效。兹就有关文献资料的复习，结合临床实践体会，对尿石病作如下的讨论。

### 一、病因病机

从尿石病的主症(腰腹部绞痛、血尿、排尿困难)来看，它与祖国医学中的石淋、砂淋和血淋相似。早在《内经》中，就有了石淋和血淋的记载。汉代张仲景《金匱要略·消渴小便不利淋病脉证并治》篇指出：“淋之为病，小便如粟状，小便弦急，痛引脐中。”并责其病机为“热在下焦”。隋代巢元方《诸病源候论》对淋证分析得最为精辟，其中肾虚、膀胱湿热的机转为后世医家所祖述。他指出：“石淋者，淋而出石也。肾主水，水结则化为砂石，故肾客砂石。其病之状，小便则茎里痛，尿不能卒出，痛引少腹膀胱里急，砂石从小便道出。”“石淋者，有如砂石，膀胱蓄热而成，正如汤瓶久在火中，底结白碱也。”这对尿石的部位、病理与症状，皆有明确的认识。后世历代医家均有专篇论述，总地都认为由于湿热郁结下焦，尿液受热煎熬，使尿内杂质——盐类结晶

和胶体物质混合而成砂石。正常泌尿是由于膀胱的气化，所谓“气化则能出矣”，而膀胱气化的动力主要来自肾脏，因肾与膀胱相表里，肾有司理全身气化水液的功能。如机体泌尿系统的机能代谢失常，气化不利而瘀滞，或因感染而湿热蓄积，均可能导致尿液的理化状态改变，尿中晶体与胶体的平衡失调，而形成结石。小者如砂为“砂淋”，大者成石为“石淋”。如热邪进一步伤及血络，迫血妄行，可伴有血尿而成“血淋”。气机不利，“不通则痛”。轻者仅腰部隐痛，重者则腰痛如折，引至小腹而呈绞痛。若湿热蕴于膀胱，重者可出现小腹疼痛、尿急、尿频、尿痛等症状。

尿石形成后，发展转归的途径是不一致的。如“正胜邪却”，结石直径不太大，且形态较光滑，就有可能自动排出，而不致病。中药非手术疗法就是通过服药及运动，提高机体内在的抗病排石、溶石能力，从而使结石排出的。反之，倘“邪盛正衰”，机体泌尿功能减退，结石不断增大，就难以排出，而引起一系列的病理变化，如结石嵌顿，造成尿流梗阻，就将出现肾或输尿管积水，或急性慢性尿潴留，甚至尿闭等。

## 二、诊断与辨证分型

典型的症状常为诊断尿石的主要依据，如有尿中排出结石史，则更有助于诊断。

1. 疼痛 肾和输尿管结石约50%~90%表现为患侧腰部绞痛、钝痛、胀痛或隐痛，结石在肾盂或输尿管内移动时可出现剧烈的肾绞痛。绞痛突然消失，可为结石排出或退回肾盂征象。

2. 血尿 疼痛加血尿是本病的主要特点，血尿多在活动较多及绞痛之后出现。多数为镜下血尿，少数也可表现为肉眼血尿。

3. 排尿症状 排尿困难、尿流中断、尿急、尿频、滴尿常见于下尿路结石，倘双侧输尿管结石而造成嵌顿时，将引起尿闭，需作紧急处理。

4. 感染症状 如恶寒、发热、尿急、尿频、尿液浑浊，甚或脓尿、腰痛、小腹痛等，有时感染症状可为尿石病首先出现或唯一的症状，易被误诊或忽略结石的存在，应引起注意。

5. 其它合并症的症状 合并肾积水时腰部常有胀痛,有时或出现肿物。因结石长期梗阻可引起浮肿、高血压、尿蛋白等肾功能损害表现。

在体征上,肾结石患者70%左右在患侧脊肋角有压、叩痛,输尿管结石约50%可有沿输尿管径路的压痛,膀胱结石在耻骨上有压痛,可作参考。

X线腹部平片或B超在诊断尿路结石上有重要价值,阳性率高达90%~95%,可以确定有无结石和结石的数目、大小、形态、位置等。

在辨证分型方面,各地意见殊不一致,但型是在辨证的基础上订出来的,应根据症状而划分。个人认为可分虚实两型:①实型(下焦湿热、气滞瘀阻);②虚型(肾阴虚、肾阳虚)。少数久病,也可出现虚实夹杂型。这样便于辨证论治,立法用药。

### 三、立法施治

尿石的治疗方法虽多,但总不能离开整体治疗的原则,“治病必求于本”,因此既要抓住石淋为下焦湿热、气滞瘀阻,又要注意到湿热久留,每致耗损肾阴或肾阳,故新病均应清利湿热,通淋化石,久病则需侧重补肾或攻补兼施。

1. 湿热型 肾绞痛突然发作,伴有明显的血尿或发热,小腹痛,以及尿频、尿急、涩痛或尿中断等急性泌尿系刺激征,苔黄或厚腻,质红,边有瘀斑,脉弦数或滑数。予通淋化石汤(自订)。

金钱草 60克 鸡内金 10克 海金沙 12克 石见穿 30克  
石韦 15克 冬葵子 12克 两头尖 9克 芒硝 6克(分冲) 六一散 10克

加减法:尿血去两头尖,加琥珀末 3克(分吞),小蓟 18克,苎麻根 60克;腰腹剧痛加延胡索 20克,地龙 12克;发热加柴胡、黄芩各 12克;尿检中有脓细胞者加败酱草 18克,土茯苓 24克。

2. 肾虚型 多为病程已久而致肾阴虚(头眩、颧红、口干、盗汗、失眠、舌红少苔、脉细数),或肾阳虚(怯冷、腰腿酸软、

便溏漫长、自汗、脉沉迟、舌胖而润)者,均应调补扶正,俟正复再予上方。肾阴虚可选六味地黄丸或知柏地黄丸,肾阳虚可选济生肾气丸。如兼见脾虚者,则又宜健脾运中为先。肾积水者,选五苓散及金匱肾气丸。

为了提高疗效,可以采取中西医结合综合治疗,如配合解痉镇痛剂、针灸、冲激疗法、长跑跳跃运动等,但体弱者宜慎重。

#### 四、病案举例

例1:张××,男性,40岁,采购员。

1975年8月27日初诊:经常腰痛,已经4年,迭经治疗,均未见效。面部虚浮,失眠乏力,曾数次尿血,今年7月27日又出现血尿,在南通医学院附院静脉注入造影剂后8分钟、25分钟、60分钟时各摄片1张(X线片号:24824),结果肾盂、输尿管显影不满意,但见双侧输尿管及肾盂有积水现象。印象:两侧肾盂及输尿管积水(结石引起可能性为大)。7月30日尿检:红细胞(++++)。7月31日尿三杯试验:蛋白(+),红细胞(+++),白细胞(少许),三杯结果均同。苔薄微腻,脉弦细。湿热蕴结下焦,凝而为石,阻塞气化,水液蓄滞。治宜化湿清热,利水通淋,而消结石。通淋化石汤去两头尖,加小蓟18克,琥珀末3克(吞)。8帖。

9月6日二诊:服第7帖后,排出结石3枚(0.7cm×0.5cm、0.35cm×0.2cm各1枚,另一枚落入厕所,未能检出),面浮及腰痛略轻,苔薄腻,舌边有齿痕,脉细弦。效不更方,继进之。上方加黄芪15克,地龙12克。8帖。

9月16日三诊:面浮、腰痛尚未悉除,是积水未尽,肾虚未复之征。苔薄腻,脉细。前法继进之。上方去地龙,加楮实子15克。8帖。

9月24日四诊:面浮已消,腰部微酸。原方继服8帖。

10月9日五诊:诸象趋平,小溲甚畅,自觉精神颇爽,苔薄舌淡红,脉细软。再为善后,上方继服8帖;六味地黄丸500克,早晚各服9克,以巩固疗效。

12月15日在附院复查，完全正常，恢复工作，迄今未发。说明已属痊愈。

例2：杨××，男性，52岁，干部。

1974年7月24日初诊：突然腰腹部绞痛，呕吐，自疑为急性胃肠炎去某院急诊，注射阿托品并输液，略见好转，即带药回家，旋又剧痛，并见血尿，又去附院急诊，诊为肾结石引起的肾绞痛，观察1日后，仍阵发性剧痛，不愿手术，自动出院，要求服用中药。发热（38℃），困急，腰腹部绞痛阵作，作则呻吟呼叫，翻滚不宁，面色苍白，汗出如渾，小便短涩欠利。尿检：红细胞（+++）。苔黄腻，脉细弦数。湿热蕴结下焦，煎熬尿液，积为砂石，壅塞水道，通降失利，而作绞痛。亟予渗泄湿热，理气止血，利水通淋。药用：金钱草、白花蛇舌草、海金沙藤、小蓟各30克，苈麻根60克，冬葵子12克，生地榆15克，广地龙、延胡索各12克，琥珀末3克（分吞），六一散12克（包）。2帖。

7月26日二诊：药后腰腹绞痛逐步趋缓，已能耐受，尿亦渐清，苔薄腻，脉细弦。前法继进之。上方去苈麻根。3帖。

1976年4月随访，未再发作，一切正常。

例3：邹×，男性，56岁，干部。

1973年12月15日初诊：经常腰腹酸痛，经南通医学院附院X线摄片（片号：11793）报告：右侧肾区见1.0cm×1.2cm结石影，膀胱区见1.0cm×0.7cm2枚结石影。印象：右肾及膀胱结石。苔薄白，舌微红，脉弦细。湿热蕴结，肾阴为耗，煎液成石，阻于下焦。治宜泄化湿热，养阴益肾，通淋化石。药用：生地黄24克，生鳖甲18克，金钱草60克，海金沙藤30克，赤芍12克，冬葵子12克，鱼脑石4.5克，芒硝4克（冲），甘草4克。

1974年3月23日二诊：地区精神病院X线腹部平片报告：两肾阴影边缘及输尿管、膀胱均能清楚见到，右肾见一透光结石（1.2cm×0.8cm），位于第2腰椎横突下干，结石呈长尖形，膀胱阳性结石未明显发现。印象：右肾结石。服上药近60帖，腰腹痛已趋消失，无特殊不适，根据X线摄片结果，膀胱结石已消失，右肾结石亦略缩小，苔脉无著变。继进下药。上方加石见穿30克、

鸡内金 9 克，20 帖；知柏地黄丸 500 克，每服 6 克，每日 2 次。

1975 年 2 月随访：未摄片复查，但一切正常。

## 结语

本文对尿石病的病因病机、诊断与辨证分型及立法施治，复习有关文献，结合本人临床实践体会，作了简要的讨论。

中草药治疗尿石症已取得较好的疗效，不仅能促进排石，而且有溶解结石的作用。所附病例 3 则，可作参考。但结石体积超过 0.7cm 以上者，不易速效。体虚脾弱者必须先予扶正健脾之品，然后再通淋化石。结石排出后，并需滋益肝肾，善后调理。总之要辨证与辨病相结合，因证制宜。倘结石嵌顿，造成尿流梗阻，而发生肾或输尿管积水或尿潴留、尿闭，甚致肾萎缩，保守治疗无效时，就必须即时手术，以免贻误。

在尿石病多发地区，可经常用柳树叶或大麦秆、玉米须、金钱草等煎汤代茶饮，有预防和治疗作用。

(1976 年在江苏省中医学术交流会上交流)

## 治疗咳喘的几张经验方

咳喘乃肺系常见病证，既有外感，又有内伤，病情复杂，病程顽缠，辨治需审慎周详，始可收效。兹介绍几张经验方，藉供参考。

### 一、“清肺定咳汤”治疗热型咳嗽

咳嗽由于风寒引起者易治，风热型者则收效较难。我拟订清肺定咳汤对上呼吸道感染、流感、支气管炎、肺炎等热型咳嗽有较佳疗效。进修医师苏广来同志曾观察 90 例，撰文发表于《湖北中医杂志》，治愈 86 例，其中服药 1 帖即愈者 4 例，2 帖愈者 18 例，3 帖愈者 53 例，4 帖愈者 11 例。无效（超过 4 帖或改用其它方药治疗者）4 例。方由金荞麦、鱼腥草、白花蛇舌草各 24 克，苍耳子、天浆壳各 15 克，炙枇杷叶、化橘红各 10 克、甘草 6 克组

成。此方对痰热壅肺之咳嗽最为适宜，症见咳嗽痰稠，不易咯出，苔微黄腻，脉滑数。治法为清肺泄热，化痰定咳。随症加减：兼风热者加荆芥、薄荷、连翘；肺热甚者去橘红加大青叶或生石膏；兼湿热者去甘草，加清化湿热之生苡仁、竹沥半夏；夜咳甚者加当归；咽痒加僵蚕；燥咳加北沙参、麦冬。

## 二、“五子镇咳汤”治百日咳

百日咳又名顿咳，较为顽缠。我拟定五子镇咳汤治之。一般连服4~7帖可愈。方由天竹子、白苏子、车前子各6克，甜葶苈子4克，六轴子1克，百部8克，甘草3克组成。具有镇咳、降逆之功。疗程较短，药价亦廉。

## 三、“定喘散”治疗慢性咳喘

本散治疗虚性咳喘（包括心脏性喘息、支气管哮喘、肺气肿及支气管扩张的咳喘，可以制止喘逆，减少痰量。方用红人参15克，蛤蚧1对，北沙参、五味子各15克，麦冬、化橘红各9克，紫河车20克，共研极细末，每服1.5克，一日2~3次。如服后效不显者，可酌增其量。如合并感染发热者，宜先服汤药以挫之，待热退后始可服用。在不发作时，可每日或间日服一次，以增强体质，控制复发，巩固疗效。

## 止咳化矽糖浆配合“抗矽14”治疗矽肺的疗效观察

“矽肺”是由于长期吸入含有二氧化硅的粉尘而引起的以肺部弥漫性纤维化为主要特征的一种职业病，它严重地影响有关工人健康和妨碍劳动生产，为此，积极探索矽肺的防治措施是一个重要的课题。

我国早在3000多年前，就有石器、陶器、铜、铁、锡的生产，所以在那时必然就有矽肺的发生。它的主要症状是胸痛、胸闷、咳嗽、咯痰和进行性气急，历代文献虽无“矽肺”之名，但在咳、喘、

胸痛、虚劳等门中是可以找到线索的。

《内经·大奇论》：“肺之壅，喘而两胠满。”《内经·痿论》：“肺热叶焦，而成肺痿。”《金匱》有《肺痿肺癰咳嗽上气病脉证治》及《胸痹心痛短气病脉证治》等专篇，从描述的症状来看，是包括矽肺在内的。

由于矽肺患者正气亏虚，抵抗力较低，据统计约有1/3~1/2的矽肺病人可能会合并肺结核，所以在唐代就有“石癆”、“石工肺癆”之病名，到了宋代孔平仲《孔氏谈苑》更有“贾谷山采石人，末石伤肺，肺焦多死”的记载，明确指出矽肺的发生与职业和粉尘有关的严重预后，这是十分精细的观察，非常可贵的总结。

在病机方面，由于病灶在肺，主要可从肺的脏象学说来阐述。肺主气，司呼吸，倘粉尘沉积肺络，必将阻滞气机，而影响肺之肃降功能，呼吸为之不利，从而出现咳呛、胸闷、气短的症状。矽尘属于金石之类，《内经》说：“石药之气悍”，张子和迳指为“金石燥剂”，所以《孔氏谈苑》作出“末石伤肺，肺焦多死”的结论。粉尘久郁肺内，既易于化热伤阴，又能灼津为痰，甚则痰中带血。而痰壅气滞，必将引起血瘀，痰瘀交凝，痹阻肺络，胸部刺痛随之出现。

从上所述，可见矽肺的病机，一是正虚，肺之气阴亏虚；二是邪实，矽尘沉积于肺，痰瘀凝结，阻滞肺脉。所以在治疗上就要攻补兼施，扶正以固本，祛邪而攻病。我市卫生防疫站职防科马玉兰医师邀余参与矽肺中西医结合的临床科研工作，我从辨证与辨病相结合的角度着眼，提出补益气阴，调理脾肺以扶正固本；化痰散瘀，软坚消结而祛邪攻病的原则，拟订了止咳化矽糖浆，配合抗矽14治疗矽肺，进行观察，从马玉兰医师写的《从生化指标观察止咳化矽糖浆结合抗矽14治疗各期矽肺患者的疗效》一文结果来看，疗效是比较满意的，兹作初步探讨。

止咳化矽糖浆是由党参、北沙参、百合、白及、夜交藤、金荞麦、白花蛇舌草、金钱草、合欢皮、石韦、甘草等11味药物组成，熬制为糖浆，每服30~50毫升，每日2次，配合抗矽14，每周0.5克，连服4个月为一疗程。

患者服用上药后，普遍反映胸闷、气急情况改善，神疲好转，食欲较馨，体重有所增加，特别是血清血蓝蛋白有显著下降，证明止咳化痰糖浆加抗矽 14 治疗各期矽肺病人有明显的疗效。

观察的患者共 14 名，Ⅲ期矽肺 1 人，Ⅱ期矽肺 4 人，Ⅰ期矽肺 9 人。患者工种：瓷厂原料粉碎工 6 人，玻璃厂料房及司炉加料工 6 人，矿石粉碎及炉工各 1 人。工龄长短不一，病程均在 2 年以上。

各期矽肺患者血清血蓝蛋白值

病期	例数	治疗前血蓝蛋白(单位)	治疗后血蓝蛋白(单位)	t	P
Ⅲ	1	20.6	20.6	/	/
Ⅱ	4	23.85±3.60	14.55±1.84	4	<0.05
Ⅰ	9	24.84±7.79	16.0±5.04	3.773	<0.01

从上表看出，1 例Ⅲ期矽肺病人的血蓝蛋白在治疗前后无变化，均为 20.6 单位；Ⅱ期矽肺病人 4 例，治疗前血蓝蛋白为 23.85±3.60 单位，治疗后为 14.55±1.84 单位，经统计处理，治疗前后血蓝蛋白有显著差异；9 例Ⅰ期矽肺病人治疗前血蓝蛋白为 24.84±7.79 单位，治疗后为 16.0±5.04 单位，治疗后有极显著差异。血蓝蛋白在矽肺病人肺内矽结节由纤维蛋白转化成胶原时起着重大作用，因此血清血蓝蛋白的含量可以反映出肺部纤维化的程度，随着矽肺病情增重，肺部纤维化也愈严重，血清血蓝蛋白的含量也就增高。服用上药后，血清血蓝蛋白有明显下降，说明此药能延缓肺部纤维化，对矽肺治疗是有一定疗效的。

测定 14 例矽肺患者的尿羟辅氨酸值无规律性，与河南省测定结果一致，而与湖南、广东、湖北等地不符。同时从患者治疗前后所拍摄的胸片来看，变化也不大。今后还要作进一步的深入研究和较长时间的观察。

从本方的药物功效来看，是符合上述治疗原则的。

党参药理实验对神经系统有兴奋作用，能增强机体抵抗力，这与《本草正义》“力能补脾养胃，润肺生津，健运中气”及《本草

从新》“补中益气，和脾胃，治烦渴”之论述一致的，所以对于气虚不足，倦怠乏力，气急喘促，脾虚食少等症有效。

北沙参，《本草从新》谓其“专补肺阴，清肺火，治久咳肺痿。”既清肺养阴，又益肺气，是治肺虚热咳的要药。

百合，《本草经》曰：“主邪气腹胀，心痛，……补中益气。”《本草纲目拾遗》：“清痰火，补虚损。”用于肺燥、肺热之虚损久咳最合。

白及，《滇南本草》谓：“治癆伤肺气，补肺虚，止咳嗽，消肺癆咳血，收敛肺气”。《中国植物图鉴》明确指出它善治矽肺，因为近代实验证实，用其制成片剂，治疗44例单纯型患者，服药3个月至1年后，胸痛、气急、咳嗽、吐黑痰、咯血等症状，均显著减轻或消失，体重增加，肺功能改善，血液浓枸橼酸钠反应有所进步，但X线改变不太显著。此外，对结核菌有抑制作用，并有收敛止血、消肿生肌之功。因此，它对尘肺、肺结核、肺脓疡均有效。

夜交藤，《本草再新》：“补中气，行经络，通血脉，治劳伤。”本品与上述诸药相合，能增强补虚强壮作用，有利于肺功能之恢复。

白花蛇舌草有抗肿瘤及抗菌、消炎作用。《泉州本草》：“清热散瘀，消痈解毒。又能清肺火，泻肺热，治肺热喘促，咳逆胸闷。”它能刺激机体网状内皮系统和嗜银物质，可以提高机体免疫功能，对于矽肺之肺热喘咳颇合。

金荞麦又名苦荞麦、野荞麦，其成分主要是黄酮醇类物质。有活血消肿、止咳化痰作用。临床观察发现，它不仅可以改善临床症状，还能提高机体免疫功能，而有利于疾病痊愈。

金钱草又名活血丹，《植物名实图考》言其：“治吐血、下血。”《中国植物图鉴》：“可作强壮剂，治慢性肺炎。”《陆川本草》：“消肿止痛，破积。”它具有清热解毒，镇咳止血，活血化石之功，对矽肺的治疗是有帮助的。

合欢皮，《本经》：“主安五脏，和心志。”《纲目》：“活血、消肿、止痛。”《动植物民间药》：“治咳嗽。”它有强壮、兴奋、镇痛、

安神、止咳及利尿等作用。

石韦，《本草从新》：“清肺气以滋化源，通膀胱而利水道。”《别录》：“止烦下气，通膀胱满，补五劳，安五脏，去恶风，益精气。”因此，本品有清肺泄热，止咳定喘，利水排石之功，有利于矽肺之向愈。

甘草有肾上腺皮质激素样作用，能抗炎、抗变态反应及解毒、镇咳、镇痛。《别录》云其：“主温中，下气，烦满，短气，伤脏，咳嗽，止渴，通经脉，利血气，解百药毒，对甘草功用作了全面概述，本品能调和诸药而起协同加强作用，能提高疗效。

综合上述药物和功能，我们认为每味中药的作用，就是一个小复方，而集中多种药物于一方中，不仅可以面面俱到，改善其临床症状，又能针对病灶实质使之消除。同时汇集诸药于一炉，还可起协同加强作用，从而提高疗效，产生新的效能，发挥中药的卓越作用。在止咳化痰糖浆的基础上，再配合抑制矽肺病发展的“抗矽14”，必可比单纯用中药或西药的疗效要高得多。实践结果证明了这一点，这对今后如何设计中西医结合的科研方案，是有所启迪和借鉴的。

（原载于《江苏省中医学会论文选编》1982年4月）

## 鼻药疗法初探

鼻药疗法，就是用药物塞置或嗅入鼻腔而达到治愈疾病目的的一种方法，它不仅能治愈局部病变，如鼻渊、鼻内赘肉等疾患，而且能治疗多种周身性或远离脏器的疾病，这是祖国医学范畴内的一种独特的治疗方法。由于它在临床上屡奏殊功，有深入钻研与阐发的价值。兹就见闻所及，结合临床实践的体会，试作如下的初步探讨。

### 一、鼻药疗法奏效的机理

《灵枢》：“十二经脉，三百六十五络，其血气皆上于面，而走空窍，其宗气上出于鼻而为臭。”可见早在公元前300年的《内

经》就指出了鼻与整体的密切关系。嗣后历代医学家对此加以论述的为数甚众，且多精辟卓见，例如宋·窦汉卿在《疮疡经验全书》中曾说：“鼻在面中，为一身之血运；而鼻孔为肺之窍，其气上通于脑，下行与肺；若肺气清，气血流通，百病不生；肺气盛，一有阻滞，诸病生焉。”明·方贤在《奇效良方》中进一步予以说明：“鼻者肺之通窍，主清气出入之道路；若气血和平，阴阳升降，则呼吸通和，荣卫行焉。”张介宾在《景岳全书》中更明确地叙述了鼻与周身病变相互联系的机理，他说：“鼻为肺窍，又曰元牝，乃宗气之道，而实心肺之门户，故经曰：‘心肺有病，而鼻为之不利也’；然其经络所至，专属阳明，山根以上，则连太阳督脉，以通于脑，故此数经之病皆能及之。”从以上的引证，充分地反映了鼻与四肢百骸、营卫气血的关系。气血紊乱，营卫失调，脏气不平，固能影响及鼻，而鼻为呼吸出入之道，纳药鼻内，亦可借其内在之联系，以调其气血，和其营卫，平其偏胜，开其闭塞，使病邪得以解除。从现代医学理论来说，可能是远距离刺激的作用，由于药物在鼻腔内所形成的局部刺激点，而产生远距离的传导，使相应的病变脏器得到调整，而趋正常。这是“鼻药疗法”所以能治愈疾病的一些机转，但其中精理奥旨，未能阐明者，依然很多，犹待今后大家进一步地共同钻研与发扬。

## 二、鼻药疗法在临床上的应用

“鼻药疗法”通过实践，证实能治疗喘息、外感时气、痧气、黄疸、疟疾、偏正头风、鼻渊、鼻内息肉、乳痈、瘰疬、闪腰疼痛、疔疮、牙痛、各种眼疾等内外科疾病，它的应用非常广泛，而效验又卓著可靠。至于“嚏法”，也是鼻药疗法的一部分，它多用于急性疾患，有开窍、发散、催吐、升提等作用。兹择临床常用者列述于次。

### 1. 哮喘（单方）

主治：哮喘之属于寒哮者。

处方：巴豆霜、姜汁适量。

用法：将上药拌调为丸如枣核大，用皮纸或药棉裹塞鼻内，片

刻后鼻内有热灼感，而喘逆即渐平复。喘平后即可将药取去。

## 2. 伤寒时气（外治寿世良方“金丹丸”）

主治：一切风邪、伤寒、绞肠痧、头痛、牙痛、浑身疼痛、心中刺痛、水泻、痢疾、赤白带下症。

处方：乳香、麝香、雄黄、朱砂、巴豆、牙皂、沉香、官桂、大黄、川乌、高良姜、细辛、硼砂各等分，研为细末，以红枣肉为丸，如黄豆大。

用法：用药棉包塞鼻内，男左女右，片刻后得汗而解，不瘥者可继续塞用。

## 3. 痧气

### (1) 卧龙丹（验方）

主治：治一切痧气霍乱、五绝卒倒、急暴之症。

处方：犀牛黄、飞金箔各 1.25 克，当门子、猪牙皂各 1.66 克，朱砂 1.88 克，梅片、荆芥、羊蹄躄各 6.25 克、灯心灰 6.88 克。共研细末，瓷瓶密贮。

用法：以少许塞鼻内，取嚏即效。

注意：药铺有成药出售，可以购备应用。孕妇慎用。

### (2) 辟瘟丹（验方）

主治：暑月受寒、腹痛吐泻、头目昏眩之症。

处方：白芷、飞朱砂各 68.75 克，梅片 15.6 克，白檀 9.38 克，木香 4.06 克，薄荷冰、降香、公丁香各 3.13 克，白蔻仁 1.88 克，佩兰 1.56 克，麝香 0.31 克，共研极细末，以甘油调匀，用锡盒装 0.62 克。

用法：每取少许抹搽鼻腔内，1 日 3~4 次。

禁忌：孕妇禁用。

## 4. 黄疸

### (1) 阳黄吹鼻卓效药（河北省中医中药展览会医药集锦）

处方：苦丁香、赤豆、冰糖等分，麝香少许。

制法：将上药分别研成极细面，合一起，加麝香即成。

用法：吹鼻内，即流黄水，水尽即愈，不过 3~5 次。

### (2) 黄病闻药（同上）

处方：苦丁香末3克，徐徐闻入鼻内。

疗效：闻后喷嚏，鼻中流出黄水，黄疸病即愈。

按：上列二方，其主药均为苦丁香，该药乃瓜蒂之别名，即甜瓜未成熟之蒂也。味苦性寒，无毒，苦能涌泄，亦能祛湿，故本品乃除湿热、蠲痰壅、消食积之效药。含有“甜瓜蒂苦毒素”，服后能刺激胃的感觉神经反射，使呕吐中枢兴奋而形成催吐作用。早在《本经》即采用为涌吐药。张仲景在《伤寒论》、《金匱要略》中，指出瓜蒂二种用法，一为吐胸中之痰饮而设，如“胸中痞鞭，气上冲喉咽不得息者，此为胸有寒也，当吐之，宜瓜蒂散”；一为瓜蒂塞鼻法，如《痉湿喝病脉证篇》：“湿家病，身疼发热，面黄而喘，头痛鼻塞面烦，…病在头中寒湿，故鼻塞，内药鼻中则愈。”金匱纳鼻之药未载，乃古本脱漏，至《千金翼》、《外台》二书始补载之，此即仲景治黄疸开始用瓜蒂嗜鼻之证。日医今村了庵《医事启源》亦根据之，并云“《千金翼》及《外台》删繁方，嗜鼻并用瓜蒂”。再考陶弘景《名医别录》亦以瓜蒂去鼻中瘕肉，疗黄疸，盖其法皆源于仲景。另外太阳中暈，身热疼重而脉微弱，用一物瓜蒂汤顿服。《外台》于诸黄方中亦载瓜蒂二七枚作一服，治天行黄疸。前后两方，一用吹鼻，一用内服，而所治黄疸则一。今河北省之验方，即古法遗传。盖黄疸多为湿热壅遏所酿成，而本品功能蠲除湿热，嗅药后鼻流黄水，正湿热外泄之征，宜其效如桴鼓也。

## 5. 疟疾

### (1) 疟疾粉（四川周氏方）

处方：苍术、白芷、川芎、桂枝等分，研极细末。瓶装密封，以免泄气。

用法：临用时取药粉1克，以纱布二层包裹成长形，于疟发前1~3小时，塞入任何一个鼻孔，令患者卧床休息。闻药时间越长越好，约半至一天方取去。若闻药时症状仍发作者，勿将药取出，待症状发作后再取出，这样同样会发生疗效，有的次日就不发作了。

疗效：此方根据云南省德宏傣族景颇族自治州疟疾防治站实

践报导（见《中医杂志》1959年4月号），认为对恶性疟或间日疟等疟原虫均有抑制作用，一般疟原虫在闻药后6~48小时内消失，最迟96小时左右。一般用药1~2次后即有50%以上患者的疟原虫消失和症状停止，在用药4次后100%的疟原虫消失，症状也全部停止。值得重视的是，使用此药者无1例复发，同时还具有抗复发和预防的作用，对防治疟疾有很大作用。另一方面，用此药放于脐部，以胶布或膏药封贴5~10日，其效亦同，则更方便了。

## （2）治疟验方

处方：鳖甲15.6克，白胡椒15.6克，雄黄6.2克

用法：共为极细末，于疟发前1小时，以少许闻鼻内，多于1~2次获效。

## 6. 偏正头风

### （1）《得配本草》方

处方：人中白、地龙末等分，羊胆汁适量，拌研细末，晒干。

用法：塞鼻内，不止，可续使用一二次。

### （2）康保县赵顺荣大夫方

处方：飞雄黄、北细辛各等分，共研极细末。

用法：取0.03~0.06克闻鼻内，闻后10分钟即止。

### （3）止痛良药（验方）

主治：头痛、牙痛。

处方：白芷31.25克，梅片0.62克，研极细末，用0.03~0.06克闻鼻内。

疗效：本方效果甚著，闻后2~3分钟，即效。

按：上三方对头痛均有制止作用，但一温一凉，另一则寒温并用。甲方用于肝旺而风阳挟热上扰者最宜，乙方对于风寒袭踞巅顶者较合，而丙方寒温并用，对各型头痛、牙痛均适用之，且疗效速。临证之际，可分别选用。

## 7. 鼻渊（笔者经验方）

主治：鼻渊、脑漏久治不愈者。

处方：辛夷12克，黄连6克，鹅儿不食草9克，冰片0.6克，鱼脑石3克，研极细末，瓶贮。

用法：每取少许嗜鼻内，日4次。

疗效：用药后，鼻塞即渐通，分泌逐步减少，连续使用，可获痊愈。

#### 8. 鼻内瘰肉（验方）

处方：生白矾1.6克，筒轻粉0.16克，共研极细末。

用法：吹入鼻中，每日用3次。

按：个别病例，用一次后即气通瘰落，但一般须连续吹药至5天以上或半月以后，方能消失，均屡试不爽。

#### 9. 乳痈塞鼻药（笔者收藏之验方）

主治：乳痈（乳腺炎）红肿疼痛，尚未化脓者。

处方：麝香1.2克，广木香2.4克，朱砂2.4克，东丹2.4克。

用法：共研极细末，瓶贮勿泄气。临用时每取约如黄豆大一粒，包于药棉中，倘患在左乳即塞右鼻孔，患右则塞左，24小时后取去。如未尽消者，可续用一次。

效果：使用方便，药价低廉，疗效迅速，一般用1次即能消散，多则2~3次。我院先后用治数百例，除已化脓者外，无一例失败。个别热势较甚者（39℃以上），则需配合清泄解毒之中药内服。

#### 10. 瘰疬塞鼻药（笔者收藏之验方）

处方：大黄、雄黄各15.6克，黄连6.2克，巴豆10粒（不去油）。

制法：上药研末，黑枣250克，煮去皮核，捣泥，晒略干，和药末作丸，如枣核大，择晴日制之，以便一日晒干。

用法：以药一枚塞入鼻孔，病在左侧则塞左鼻，在右塞右，如两边皆有，则先塞一边，或间日轮塞，切戒房事，连用100日，重证亦愈。如觉辣味难忍，或出汗太多，觉难受者，则塞数日停数日亦可。药在鼻内，渐渐融化，听之可也。用时宜先静坐片刻，排除杂念，然后塞药，静卧一二小时。

效果：本方不论瘰疬之已溃、未溃，连续用之，均有疗效。但已溃者，需适当配合外科处理始妥。体质羸弱过甚者，宜辅以培补正气之品，则疗效更佳。

11. 闪腰岔气，急性腰痛，不能转侧者之立效方（深县医院中医科方）

处方：广木香 6.2 克、麝香 0.15 克，共研细末，密贮备用。

用法：如系腰左侧痛，则将药粉吸入右鼻孔，右侧痛吸入左鼻孔。吸药粉后立即做全身活动，两手上下开合一次即愈。

12. 疔疮（五毒散，河北魏县王玉霜祖传方）

主治：疔毒初起，头痛寒热，恶心呕吐，眼珠发红，心中发烧，言语困难，不省人事。

处方：蜈蚣 1 条（去头），巴豆 2 粒（去油），朱砂、轻粉、砒石各 0.94 克，珍珠 0.15 克，斑蝥 2 个（去足翅）

用法：共研细末，枣泥为丸，分做 2 个，男用左手右鼻，女用右手左鼻，把药丸塞在鼻孔 1 个，握在手心 1 个，多喝汤水，盖被发汗，20~30 分钟后去丸，汗后即愈。

反应：用后鼻孔起疮，但无妨碍，或搽抹硼酸软膏。

按：如已酿成“败血症”，病情险重，且用后病势仍不见好转者，即需中西医结合进行抢救，以免贻误。

13. 牙痛（验方）

(1) 处方：荜拔、白芷、细辛各 3 克，良姜 2.5 克，焙黄，研细末。

用法：左牙痛吹右鼻孔，右痛吹左。

(2) 处方：盐全蝎 1 个，茴香 0.9 克，白芷 0.9 克。

用法：共研极细末，用桑皮纸卷成药捻，左边牙痛，将药捻塞入左鼻孔，右边痛塞入右鼻孔，立时奏效。

14. 各种眼疾

(1) 治眼毛倒睫方（河北李步东验方）

处方：木鳖 1 个，去皮捣烂，用布包住塞鼻孔内。

用法：右眼倒睫塞右鼻孔，左眼塞左鼻孔，双眼者则左右鼻孔轮塞之，12 小时换药一次，三五次即愈。

反应：用药后除鼻内觉有发热感外，余无其他不适。

(2) 移星散（如东县王维华方）

主治：眼生云翳。

处方：木鳖子毛 0.03 克，白蔻仁 1 粒，公丁香 2.5 克，冰片少许，共研细末。

用法：用药棉包裹如珠状塞鼻内，男左女右，轻则三五日，重则七八日即消，但不可中途拨去，否则无效。初用时有头痛反应，一周即止。

### (3) 初起黑眼生翳（包括角膜溃疡）（验方）

处方：鹅不食草，鲜者捣烂，棉裹塞鼻。

用法：右眼塞右鼻孔，左眼塞左鼻孔，连塞 2 夜即效。试用数例，功效显著。同时对鼻渊、鼻息肉、头痛、哮喘、疟疾，亦均有效。

## 15. 综合疗法

所谓综合疗法，是指它的适应证比较广泛。所治之疾患较多，列述于下：

### (1) 救苦神膏（外治寿世方续编）

处方：大黄、三棱、生地、川乌、莪术各 30 克，香附、芫花、桃仁、槟榔、杏仁、细辛、独活、防风、厚朴、全蝎、草乌、玄参、山甲、天花粉、五倍子各 21 克，蜈蚣 10 条，羌活、白芷、黄柏、大戟、巴豆、皂角、肉桂、麻黄各 24 克，蛇蜕、黄连各 15 克，枳实 24 克，当归 45 克，甘遂、木鳖子、蓖麻子各 60 克，密陀僧 12 克，飞过黄丹 700 克，共研细末，用香油 3000 克浸瓷盆内 5 日后熬膏。

主治：本方泛治内外诸证，既能塞鼻，又可内服外敷，功难尽述。兹选其通过塞鼻而奏效之部分列下：

一治星障翳膜、眼毛倒睫、迎风流泪等症，卷条，左患塞左鼻，右患塞右鼻，口含甘草汤咽之，即多年者亦效。

一治中风牙关紧闭，灌药不入者，作条塞鼻孔中，用甘草汤灌之，俟甘草气到，即可好转。

一治小儿惊风，两目上翻，气喘痰壅，作条塞鼻，并摊一膏贴于脐上，如症势危急者，可作丸服之，勿饮甘草汤。

### (2) 塞鼻丹（《外治寿世方》）

主治：丸作一粒小指大，呼吸鼻气病离床；心疼肚痛塞鼻孔，

腹胀痧气不须忙；水泄痢疾时间住，牙痛见了笑一场；赤白痢下俱痊可，浑身疼痛即安康；若将一粒随身带，途中百病亦无妨。

处方：沉木乳没四香味，牙皂草拨大良姜，安桂细辛各等分，巴豆川乌好麝香，又加雄黄朱砂等，血竭硝砂共裹勦。

用法：男塞左鼻孔，女塞右鼻孔，见效后即取去。

### 三、小结

1. “鼻药疗法”是祖国医学宝库中的一种独特的疗法，通过局部塞药而能治疗许多疾患，不仅廉便，而且某些疗效是非常显著的，在进一步贯彻党的“双百方针”和“中医政策”的今天，值得我们重视和深入钻研的！

2. 关于塞药的部位，从本文所引述的方药来看，似乎有一个规律：凡颈部以上的疾患，也就是近距离的疾患，多是病在何侧，即塞药同侧的鼻孔；而颈部以下的疾患，也就是远距离的疾患，塞药部位与病位多成交叉状；至于周身性疾患，则又以男左女右来区别；这与经络或神经的传导途径，有一定关系，值得我们今后进一步观察总结，找出规律，加以肯定。

3. 鼻药疗法奏效的机理，本文仅是初步的引述，其具体疗愈机制，应该通过实践观察与中西医结合的研究过程，深入地加以探讨和阐明。

4. 南京地区中西医结合“中医内病外治外病内治”专题研究协作组所编之《中医外治法资料选辑》第一辑，对中医外治法进行了汇集整理，搜罗丰富，其中包括了一部分鼻药疗法，是一份很有价值的材料。这项工作，个人认为是很有意义的，建议继续编写二辑、三辑……。

5. 本文仅是选辑了个人见闻所及和使用的鼻药疗法的一部分材料，作了初步的介绍，希引起同道的注意，加以试用推广，并进一步共同地蒐集交流，整理发扬。这是草写本文的动机，也是个人殷切的企望！

（原载于《江苏中医杂志》1962年第10期）

## 漫谈萎缩性胃炎之证治

中医学十分重视整体观念，常从辨证求因、审因论治着眼。因此，慢性萎缩性胃炎就有气滞、血瘀、湿阻、热邪、气虚、阴虚、脾虚、肾虚等的病机分析。

可见本病错综复杂，既有胃失和降、脾胃湿热、胃阴不足之征象；又有脾胃虚寒、脾失健运，或脾不升清、肝气郁滞的征候。目前国内有关报道，在分型上大致有以下5种：（1）肝胃气滞（肝胃不和）型；（2）脾胃阳虚（脾胃虚寒）型；（3）胃阴不足（肝胃阴虚）型；（4）脾胃湿热型；（5）血瘀热郁（气滞血瘀）型。

在治疗方面，当前各地报道多按证型审定处方。但由于各地对证型尚有不同看法，故在治疗上遂各有侧重。但用药要注意滋而不膩，温而不燥，补而不壅，攻而不峻，方得其治之要。

个人对此病略有体会，并根据临床实际，分作以下3型。

证治分型	症 状	治法	基本药物
脾虚挟瘀	形体消瘦，面晦少华，纳呆脘胀，刺痛掣及两肋，便溏，苔薄腻，舌衬紫，脉细弦	益气消瘀	黄芪、莪术、鸡内金、三七、玉蝴蝶、凤凰衣、甘松、徐长卿、白术等
阴虚木横	神疲乏力，脘腹腹胀，时感灼痛，嗳气稍舒，纳呆，口干欲饮，偶感嘈杂，便干结，苔薄，舌边红，脉细弦	养胃制肝	北沙参、麦冬、芍药、天花粉、乌梅、杞子、柿霜饼、绿萼梅、佛手、失笑散、蒲公英等
阳虚夹湿	神疲气怯，胃脘胀痛，其势隐隐，食后更甚，得按稍舒，纳谷不馨，便溏，苔白质淡，脉细软	温脾化湿	黄芪、苍术、太子参、良附丸、升麻、鸡内金、革拨、徐长卿、熟苡仁等

以上3型，临床较为常见，所列基本药物，是按型分别施治，各有侧重；但其病理改变则一，故凡病理切片报告，见有肠上皮化生或不典型增生者，均应加用刺猬皮、炮山甲，以软坚散结，消瘕肉，化瘀滞。舌质红，脉弦者，可再加白花蛇舌草、白英等。黄芪配莪术，能益气化瘀，剂量宜视病情而增减，有祛瘀生新之功，坚持服用，对

病变往往可消弥于无形。疼痛甚者，应加用活血化瘀、散结止痛之失笑散，因其不仅善于止痛，而且有改善微循环，调节代谢失调和神经血管营养，从而促使肠化和增生性病变的转化和吸收。余之经验，凡脘胀甚者，徐长卿必不可少，以其善于行气消胀，缓急止痛。至于凤凰衣、玉蝴蝶二药，功擅养阴清肺，通常均用于久咳、咽痛、音哑，其实还有补虚、宽中，消除慢性炎症及促进食欲之功，我对于溃疡病及慢性萎缩性胃炎，屡用得效。

在病情基本稳定后，改用散剂，坚持服用，可获根治。个人常用之方为：

生黄芪 90 克，莪术 50 克，潞党参、淮山药、蒲公英、枸杞子各 90 克，鸡内金、刺猬皮、生蒲黄、五灵脂、徐长卿各 60 克，炮山甲、玉蝴蝶、凤凰衣各 45 克，甘草 30 克。此为基本方，偏阴虚者加北沙参、麦冬各 60 克，生白芍 90 克；偏阳虚者加高良姜、炒白术各 60 克，萆拔 30 克。共研极细末，每服 4 克，每日 3 次，食前半小时服。

慢性萎缩性胃炎在整个病程中是错综复杂的，有时较单一，有时诸多证情同时出现，辨治时贵在辨证明确，切中病机，切忌见病治病，就事论事。我在选方用药时，以“久病多虚”、“久病多瘀”为根据，各有侧重，虚实兼顾，力求补而不滞，滋而不膩，祛邪而不伤正，理气而不耗阴。一旦药中肯綮，则需坚持服药，不宜轻易更方。如药后病情已获好转，即予散剂吞服，一则服用方便，患者易于坚持，以巩固疗效；二则有利于药物充分吸收，若用之得宜，则效如桴鼓。除此而外，尚应注意饮食，掌握食疗，调节情志，避免忧怒，以利于胃体之康复，疗效之巩固。（余治萎缩性胃炎之经验，朱建平整理，已载于《新中医》1986 年 2 期，兹不详述，请参阅之）

## 陈实功先生生平及其《外科正宗》

中医外科起源久远，历代均有名家和著述，而以明代为最盛。因为明代的外科，在总结前人经验的基础上，大大向前发展了一

步，著述之富，论述之精，是历代难以比拟的。其中尤以陈实功贡献最大，其所著之《外科正宗》，更为精湛，迄今仍不失为中医外科工作者的必读良书。今天我们大家来讨论陈氏的学术思想和医疗经验，具有重大的现实意义的，也是纪念他丰功伟绩的最好形式。

## 一、博施济众 服务桑梓

陈实功（1555～1636），字毓仁，号若虚，江苏崇川人（现南通市）。幼年体弱善病，后遂钻研《素问》、《难经》、《青囊》诸书，医术精进，医名大噪，尤擅外科；大江南北求治者甚众，南通、扬州两地之外科大症经其治愈者尤多，因这一带素称鱼盐之地，疮疡较为多见。由于他辨证精审，用药切当，巧施刀圭，屡奏殊功，所以在人民群众中享有很高的声誉，一直为远近病家所称颂。陈氏在其所著《外科正宗·自序》所说“余少日即精研此业，内主以活人心，而外悉诸刀圭之法，历四十余年，心习方，目习症，或常或异，辄应手而愈”，确非自诩虚夸之词，而是真实可信的。

据光绪《通州志》引刘明芳《五山外史丛谈录》提到陈氏曾为苏州巡抚之母治愈“搭背”重症，酬以重金，他婉言却之，只要求巡抚能赐助将通济桥（即今之长桥）修建为石桥，以利往来行人，就很满意了。因为该桥颓废已久，行人不便，历年募捐集资，屢为当时州官中饱私囊而终未成，他就藉巡抚之力，终于在明·天启元年（1621年）修成。后人亦称此桥为“纪功桥”，以资怀念陈公之盛德。

清·乾隆《通州志·义行传》说陈氏“孝友好善，其天性也。……家素饶，置义宅贍族，修山路石梁，建药皇庙，增置养济院义田，至于施棺瘞骨，焚券赈饥诸义举，不可更仆数。”充分反映了陈氏宅心仁厚，急公好义，博施济众，恫瘝在抱，令人钦敬。同书《山川》篇还载有“涧桥在南门外一里，……天启四年陈实功易石。又一里曰段家桥，二里曰永丰桥，东路三里曰白塘桥，俱实功建。”可见陈氏为了关心群众和地方公益，主动出资周济贫民，修桥补路，是不遗余力的。

《海曲拾遗·祠墓》载：“陈公祠，祀义士陈实功，附药王庙。

又，浏河有陈老相公庙，为公专设，……香火最盛。”这是后人对其道德学问无限崇敬和深切怀念的体现。

陈氏不仅医术精湛，而且医德高尚，他的“医家五戒十要”，可以说是论述医德的专章，对后世有极大的影响。特别是对同道之间如何相处，他亲切地加以训诲，确当地予以引导：“凡乡井之士，不可生轻侮傲慢之心，切要谦和谨慎；年高者慕敬之，有学者师事之，骄傲者逊让之，不及者荐拔之。”这种襟怀坦荡、谦逊好学、尊敬他人、克制自己的思想作风，是值得我们学习的。同道之间，要相互尊重；新老之间，要尊老爱新；上下级之间要尊上爱下。我们要把旧社会遗留下来的同行妒业，文人相轻的坏习气，彻底地清除掉，绝对不应该自矜己能，目空一切，诋毁他人，炫耀自己。否则将是无知、无德的表现，令人齿冷了！

## 二、医理湛深 技术超群

外科学在明清时代，有了巨大的发展，逐步形成了三个学术流派，一是以陈实功《外科正宗》为代表的“正宗派”；二是以王洪绪《外科证治全生集》为代表的“全生派”；三是以高秉钧《疡科心得集》为代表的“心得派”。三派在学术上都各有特色，其中以陈氏“正宗派”的主张最为全面，因此对后世的影响也更为深远。

《外科正宗》是陈实功根据自己精湛的医学理论和 40 多年来丰富的临证经验，结合具体病例，系统整理而成，其叙述既简明扼要，又具体详尽，正如他在自序中所说：“合外科诸证，分门逐类，统以论，系以歌，般以法，则微至疥癣，亦所不遗。而论之下，从以注，见阴阳虚实之原委也；方之下，括以四诊，见君、臣、佐、使之调停也；图形之后，又缀以疮名十律，见病不可猜，药石之不可乱投也。它若针灸、若炮炼、若五戒十要……之说，不啻详哉其言之也。”

陈氏具有较为深厚的内科基础，又擅长外科技术，所以他治疗外科疾患是内外并重，服药与手术同施的。他强调“内之症或不及其外，外之症则必根于其内也”，“痈疽虽属外科，用药即同

内伤”。在内治法上特别重视调理脾胃，他在“痈疽治法总论”里着重指出：“盖脾胃盛则多食而易饥，其人多肥，气血亦壮；脾胃弱则少食而难化，其人多瘦，气血亦衰。所以命赖以活，病赖以安，况外科尤其紧要。”“盖疮全赖脾土，调理必要端详。”这是符合《内经》“得谷者昌，失谷者亡”和“后天以胃气为本”的论点的。陈氏对肿疡治疗，以消、托、补三法为主；肿疡初期以汗、下、温、清、行气、和营之消法为主；肿疡后期及溃疡早期以扶正托毒、透脓托毒、排脓托毒之托法为主；溃疡后期以补气血、调脾胃、益肝肾等补法为主。这是用整体观念和动态观念作指导的辨证论治精神的体现，是陈氏学术思想的主要特点之一。

其次，断根泄毒，毋使内攻，是陈氏学术思想的又一特点。他指出：“开户逐贼”；“使毒外出为第一”；“凡欲消疮，先断根本，次泄毒气，使毒自衰，无得内攻为妙。”因此，他倡用腐蚀药（如三品一条枪、枯痔散等）、药线和刀针清除顽肉死肌，疏通脓管，使毒外泄。还用竹筒拔吸脓液，使脓毒去净，促使顽疮恶疽尽早痊愈，大大提高了疗效，缩短了疗程。

第三个特点是，解放思想，开展了许多外科手术，如气管缝合、鼻痔摘除、下颌骨脱臼的整复、截肢等手术，在中医外科学发展史上是一个很大的飞跃。

第四个特点是，敢于创新，他创造了许多新疗法，如用枯痔散、挂线等法治疗痔疮，迄今仍在应用；用火针、枯瘤法等治疗瘰癧、肿瘤等，有较好的疗效。

综上所述，“正宗派”所以受后世重视，是有其丰富内容和卓越成就的。

### 三、正宗钜著 垂训后人

《外科正宗》共4卷，自痈疽原委论至医家十要论，计157类。卷一总论痈疽的病源、诊断与治疗；卷二至卷四分论各种外科疾病100多种，从病因、症状、预后、治疗法则、具体方药和手术，一一列载，层次井然，有条不紊，诚中医外科学中正宗之良书也。因此，清代医学评论家徐灵胎氏曾逐条加以评述，并在

其自序中指出：“此书所载诸方，大段已具；又能细载病名，各附治法，条理清晰。所以凡有学外科问余当读何书，则要令其先学此书，以为入门之地。”由此可见这是一部“列症详，论治精”的外科专著。

《外科正宗》的内容是十分丰富的，以上仅是举其要者而言。由于该书内容，理论密切联系实际，内治外治相结合，实用性和科学性很强，所以在他 62 岁（1617 年，万历四十五年）完成这部书后，立即得到刻印问世。崇祯四年（1631 年）又镂板广为流行，受到历代医家的重视和引用。仅清代就刻印过 7 次，还有版本流传到日本。解放以后，也多次印行了这部书，广为流传，在中医界影响很大，成为中医外科医生的必读之书。各地外科专业医生根据《外科正宗》的理论和经验，应用于临床的治验报道，不少是在原有基础上又有了新的发展和提高，这说明陈氏的学术经验是十分珍贵的，渊远流长，影响深远，成为祖国医学领域中的一枝奇葩。今天我们学习他的学术经验，怀念他的高尚品德，是有重要意义的！当然，由于作者受当时历史条件限制，书中尚夹杂一些封建糟粕的内容，如造孽报病等，应该批判地接受。

#### 四、承先后后 责在吾侪

陈公离开我们虽然只有 300 多年，但其宗支后裔已遍寻无着，在南通留下来的遗迹也不多了，城南马家巷故居，后为李姓所有，嗣后又改为旅舍，已面目全非；濠阳小筑里原有古柏两株，相传为陈氏手植，亦已因年久枯朽，解放后已挖除。我们还能看到的只有两件遗物了：

一系陈氏研药的瓷乳钵。器高 11.8 厘米，口径 24.7 厘米，白釉青花“乐”字纹饰，镌有“陈若虚记”四个正体大字，环绕器腹外壁，是一件典型的万历年间的白花瓷器，流落在民间已久，被充作香炉使用。解放后又被人出售给收购旧货之小贩，嗣后为老中医徐鑑衡睹及，乃购而藏之。后又转赠于喜仰之老医师，1958 年捐献给南通博物馆，现已成为国家一级文物。

二是剑山的炼丹台。据乾隆《五山全志·山水》载：“炼丹台

二：一在剑山东南朝阳庵故址右，广寻丈，高过之。昔有方士陈若虚炼丹于此遇仙……”《五山胜迹记》及《崇川咫闻录·山川录》也有同样的记载，是可以相信的，但遇仙系后人神化而已。

陈氏在中医外科学上的成就，是十分可贵的，是中华民族的骄傲，是祖国医学的光荣。我们要在党的中医政策的指引下，承先启后，继往开来，对陈氏学术经验，加以继承和发扬，使中医外科学发挥更大的作用，这是我们义不容辞的责任！

这次江苏省中医学学会外科学会举行“陈实功学术思想讨论会”，是一次极有意义的学术活动，对陈氏外科学术思想和经验进行了广泛的交流和深入的讨论，不仅省内的同道来了，还邀请了省外的中医外科专家莅临指导，南京中医学院各家学说教研组还为陈氏拍摄了专题的彩色电视片，为会议增添了光彩，因此，这次会议必将促进中医学术的不断向前发展，为人类健康作出更大的贡献。

（1983年8月炎暑挥汗写成）

## 蒋宝素先生生平及其学术思想

——纪念蒋公逝世120周年

乡先贤蒋宝素先生（1794~1873），字问斋，号帝书，江苏镇江人，出身于岐黄世家。因其尊人早逝，家贫失学，14岁始识字，17岁承其父椿田公家学，并师事同里王九峰先生，尽得其传。医技精良，医德高尚，名扬大江南北，求诊者踵相接。毕生好学不倦，博闻强识，采撷百家，折衷至当，而又能自出新意，颇多创见。中年有立言之志，初撰《医略》81卷（道光二十年（1840年）先刊六淫门十三卷，道光三十年续刊六十七卷，实缺一卷），后又撰《问斋医案》5卷及《伤寒表》、《证治主方》、《关格考》、《人迎辨》、《诊略》、《医林约法三章》各1卷等。先生除攻医外，对经、史、子、集研读甚勤，关于文学和史学等方面的著作有《儒林正记》24卷及《诗略》、《文略》、《春秋贯》、《史略》、《儒略》、《将略》、《游略》各1卷等。其著作之宏富，学识之渊博，可

与清代张路玉（吴县人）、沈金鳌（无锡人）、徐灵胎（吴江人）诸公相媲美，但其事迹除丹徒县志有所记述外，医史文献从未道及，直至1988年始由中国中医研究院中国医史文献研究所主编、上海辞书出版社出版的《中医人物词典》收录其生平事迹，湮没遗漏，殊深遗憾！其长子小素，长孙安吉承其术济世，并参订医案，但多方查询，未能获其后人踪迹，亦憾事也！今吾省医史学会在蒋公故里集会，讨论蒋公的学术思想、道德文章，就是要使前辈之潜德幽光，藉以显彰，耆硕之卓识积验，赖以阐发，从而促使江苏中医学史益臻完备。

《医略》据其自序述：“共八十一卷，有草创之稿，有誉清之稿，凡三易。道光唐子所刻《医略》十三篇，即誉清前十三卷稿也。值壬寅兵燹，誉清、改定二稿皆失，惟存草创之稿，亦不全，尝置案头，每欲重为改定，奈四方就诊人多，居无暇日，为之怅然。同里赵云生见而奇之，以为经史子集言医，从未与方书合论者，遂付剞劂，以故次序颠倒，字句脱落，俱未能免，希同学谅之。”该书对每一病的病因、病机、治则详加讨论，上自内难，下逮诸家，芟其芜杂，荟其精英，甚至《周礼》、《易经》、《说文》、《汉书》、《吕氏春秋》等亦兼收并蓄，并多引用《椿田医话》（其尊人蒋椿田所著）与《王九峰医案》，再出己意阐释作结，是一部不可多得的中医病理学。

《问斋医案》乃蒋氏积40余年临证实录而成，道光三十年（公元1850年）由镇江快志堂刻印。此后在同治、光绪年间及民国初期，复由镇江快志堂、上海石竹山房、上海铸记书局先后刻印再版，1989年又由人民卫生出版社点校印行。蒋氏在自序里首先叙述整理刊刻医案的意义和目的：“医之原始于黄帝，咨于六臣（朱按：岐伯、鬼臾区、伯高、少师、少俞、雷公六臣也。六位之中唯岐伯之功独多，而爵位隆重，故尊为“天师”。后世称中医为岐黄之术，即由此而来）。黄帝玄极之神圣也，六臣命世之鸿才也；然鬼臾区对黄帝之问，犹称臣斯十世，言习医经十世于兹矣。医盖若此其难也。帝与六臣平素讲求问难，以拯元元，所谓《内经》《尚书》不载，儒者或不传。盖殷末周初，良医述黄岐之论，

而《内经》出焉；《内经》以后五百余年，而有扁鹊设《八十一难》；扁鹊没，又五百余年而有仲景作《伤寒论》；仲景没后，《内经》大义日湮。汉魏以降，唐宋以来，名家竞起，方书充栋，求其与经旨全符者鲜矣。如真风、类风之错乱，阴暑、阳暑之不经，湿热、湿温之疏略，金燥、火躁之混同，君火、相火之无凭，六淫且昧其五，安问其余？此医案之所由作也。”继而指出：“医案五卷，分心、脾、肺、肾、肝五部，合火、土、金、水、木五行，共四十三门，令百病皆有所系，如日以系月，月以系年，先正其名，而后论治，类聚诸家之说，参以经史子集之言，别是非，定从违，必符经旨而后已，岂好辨哉。为去前贤白璧之瑕，以明圣经垂训之旨耳。”选案均极精审，议论明快，说理透彻，遣药允当，颇多独到见解，有较高的学术价值，值得我们学习师法的。蒋公至友韩弼元先生为其作序曾说：“观先生活人之多，则其术之精焉可知矣。是书为先生已试之效，其非空言无补，又可信也。先生资禀绝人，于诸子百家靡不通，而于医学为尤邃。凡人精力所贯注，必有不可磨灭之处，是书必行于今而传于后，更无疑也，奚待余言哉！”韩公的评价，是公允确当的。韩弼元（1822~1905）学者，丹徒人，咸丰二年（1852）进士，官刑部主事。持正不阿，因上司判案不当，据理力争不得，叹道：“我不能杀人以媚人。”遂愤而辞官。虽经曾国藩、沈葆楨等多次竭力延荐，而终身不再从官。晚年主讲梅花书院，教育生徒，研究经学，主张应阐明大义，不争论一字一句。光绪二十九年（1903）加员外郎衔，84岁卒。著述甚多。

今年是蒋宝素先生逝世120周年，省医史学会在其故乡举行“蒋宝素先生学术思想研讨会”，以学习和怀念蒋公对中医学术的卓越贡献，是很有意义的一次盛会，我作为先生的乡后学，在这里要对镇江市党政领导的重视关心，省市中医学会的积极支持，市中医院的捐资立碑，市国画院朱庚成院长及名老中医沙一鸥同志的热心筹划，奔走洽办，著名书法家李宗海先生挥毫，认真负责的崇高精神，表示衷心的感谢和诚挚的敬意！

（本文系1993年10月在蒋公学术研讨会上的讲话稿）

## 《问斋医案》选析

《问斋医案》乃蒋宝素先生集 40 余年经验而成。是书选案精审，议论明快，立法用药，颇多创见，谨选数篇阐释之。

### 一、痰饮

#### (一) 剿抚互用 治有专方

痰饮乃人身水湿津液所化，以质之清稀者为饮，稠浊者为痰。饮停既久则生痰，故痰饮往往并称。考《内经》有饮积之说，无痰证之名。《素问·至真要大论》云：“岁太阴在泉，……湿淫所胜，……民病饮积心痛。”又云：“太阴之复，……饮发于中”，专责脾之为病。诚以“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行”，始能维持正常的水液代谢。脾病则升降失其常度，津液不归正化，聚为痰饮。痰生于脾，变幻多端，饮聚于胃，泛溢无常。蒋氏云：“前哲有言，痰为百病之母，奇病异疾，多属于痰。痰之变幻不测，胸喉气哽，浑如怪石交撑，口角流涎，竟似惊涛乱泻，时觉身中之气运，若荡舟于逆水，夜多妄梦，其极至迷。”“痰随气行，无处不到，入心则烦惑，莫能自主；入肝则恚怒，意不存人；入肺则悲哀不解；入脾则无故多思；入肾则恐惧，如人将捕。”“入于厥少二经，绕咽循喉，渍于咽喉之间，如梅核之状，咯不能出，咽不能下；流注阳明之络，则肩背牵疼。”种种症状，难以尽述。

对痰饮的治法，蒋氏汲取了前人有经验的经验，矫其偏颇，指出：“痰本津液精血之所化，必使血液各守其乡，方为治痰大法，若但攻痰，旋攻旋化，势必攻尽血液脂膏而后已。”这就不是见痰治痰，而是见病治源。痰饮证多呈虚实错杂之象，为达到“将化未化之痰”引之归正，“已成之痰”攻而去之的目的，他提出“十补一清”、“剿抚互用”的大法，这是很有见地的。尝用《椿田医话》桃花丸，以统治痰饮。该方组成为：桃花（清明节采下，不拘红白，单叶为妙，晒干）120 克，制半夏、制南星、制苍术、人

参、云茯苓、陈橘皮、炙甘草、硼砂、大贝母、桔梗、白芥子、白僵蚕、煨蛤粉、煨蚌粉、海浮石、海螵蛸、朱砂各 30 克，共为末，水叠丸，每服 9 克，滚水下。（见《问斋医案》痰饮门，用量系据原书并结合临床实际参订，下同。）

方中桃花，《本草纲目》称其“利痰饮，散滞血”，有泻下作用，蠲饮化痰，其功独擅，故重任之；人参、茯苓、苍白术、甘草斡旋中气，健脾助运；半夏、大贝化湿痰；南星、僵蚕祛风痰；蛤粉、蚌粉化痰消积；硼砂能祛胸膈上焦之痰热；白芥子善搜胸胁停痰；海浮石软坚而化老痰；朱砂善坠惊痰；海螵蛸一味，《本经》称其“主女子漏下赤白经汁，……寒热癥瘕”，近代用治哮喘及胃痛吐酸甚验，足证其能消溶脾胃之停痰积饮；再以桔梗开肺气，陈皮理气机，俾气顺则津液流通，痰饮自化。此方治扶正、理气、分导诸药于一炉，培土健中以杜痰饮之再生，化痰消饮而祛体内之宿垢，俾风痰、湿痰、老痰、顽痰、惊痰、痰热、胶结在经络之痰悉获蠲除，洵为消补兼施、剿抚互用之良剂。

## （二）随证化裁 通权达变

《金匱》分痰饮为四饮，即痰饮、悬饮、溢饮、支饮，又有留饮、伏饮之名。《医宗金鉴》指出：“四饮亦不外乎留饮、伏饮之理，但因其水流之处，特分之为四耳。”蒋氏治痰饮，知常达变，他深明仲景“温药和之”之义，熟谙汗、和、下诸法，对治痰饮之苓桂术甘汤，治支饮之葶苈大枣汤，治溢饮之大、小青龙汤，治悬饮之十枣汤，治留饮之甘遂半夏汤悉多采用，极尽化裁之妙，往往配合桃花丸而奏功。痰饮久踞，若见痰瘀互阻、痰火内结等证，则随证化裁，泛应曲当。如他治一例痰饮胃痛，“经闭半载，带下频仍，血色不华，饮食减少”，用丹溪白螺蛳丸加减，以白螺蛳壳配合五灵脂、当归、川芎、没药等化痰行瘀，就很有巧思。

例 1：经以饮发于中，水气横溢，悬留胁下，咳唾引痛，脉沉弦为悬饮。宜《医话》变体十枣汤主之。

大枣肉 10 枚，用芫花 3 克、甘遂 3 克、大戟 3 克同枣肉炒焦，独取枣肉煎汤，下《医话》桃花丸 9 克。（见《医案》痰饮门）

按：悬饮一证，相似于今之渗出性胸膜炎，十枣汤为治悬饮

之专方，此方能直达水饮盘踞之处，穿囊破癖，其功甚著。然毕竟为攻逐水饮之峻剂，形体实者，用之为当；体虚者，殊非所宜。而《医话》变体十枣汤，芫、遂、戟仅取其气，不用其味，乃寓攻于补法。

例2：经以水饮内蓄，短气似喘，作渴，四肢关节痛如风痹，为留饮。宜《医话》变体甘遂半夏汤主之。

制半夏9克，用甘遂6克同半夏炒焦，独取半夏煎汤，送《医话》桃花丸9克。（见《医案》痰饮门）

按：水饮留而不去，聚于胸膈，则气机升降被阻，故短气似喘；津液不得上承，故作渴；痰饮流入肢节，筋脉痹阻，故痛如风痹。痰饮所致关节痛与风痹治法迥异，戴思恭《证治要诀》云：“痰饮流入四肢，令人肩背酸疼，两手软痹，医误以为风，则非其治，宜导痰汤加木香、姜黄各半钱。”前贤亦有用指迷茯苓丸治痰饮所致臂痛者；临床均可参用。既然喘、渴、痹痛诸证均系留饮之所为，那么祛其症结，诸证当即自解。甘遂半夏汤乃仲景用治留饮之专方，但甘遂性悍，后人畏而不用，而《医话》之变法，甘遂仅取其气，不用其味，变峻攻为缓攻。

例3：肾水上泛，脾液倒行，饮伏于中，久成窠臼，盈科而进，呕吐如倾，屡发不已，许叔微用苍术以填科泊宅，编制二贤散以润下，是皆良法，更益以阴阳双补，异类有情之品。

制苍术、福橘红、炙甘草、人参、大熟地、左牡蛎、云茯苓、海螵蛸、五倍子，等分为末，水叠丸。早晚各服6克，淡盐汤下。（见《医案》痰饮门）

按：痰饮久伏于中，可成“癖囊”。其说始见于许叔微，他认为：“如潦水之有科臼，不盈科不行，水盈科而行也。清者可行，浊者依然停滴，盖下无路以决之也。”治宜“燥脾以胜湿，崇土以填科臼，则痰当去矣”，主用苍术燥湿行痰，这一认识和治法对后人颇多启发。朱丹溪对“癖囊”的认识进一步深化，指出：“痰挟瘀血，遂成窠囊。”因为痰饮久踞，必致血液循环障碍；瘀血阻滞，又易使痰饮滋生；狼狽为奸，病势日进。蒋氏用方之妙，在于行痰消饮、化瘀软坚并施，辅以扶正之品，故全方消补合宜。他治

痰饮，赏用异类有情之品，前人有将五倍子治老痰、顽痰之说，牡蛎能软坚化痰，海螵蛸能化痰溶痰等，用于此证，均很合适。

例4：中脘不转，肝郁不伸，积寒积饮，吐食吐酸，间吐甜苦，木必克土，曲直作酸，稼穡作甘，炎上作苦，积寒化热，积饮化痰，舌苔黄焦，胸中热炽。先以左金、二陈加味，观其进退。

川黄连5克，淡吴萸2克，赤茯苓10克，炙甘草5克，制半夏10克，陈橘皮10克，酒炒黄芩10克，枳实5克。

二诊：连进左金、二陈加味，胸中热减，呕吐亦轻，夜来神魄不安，时多惊惧，痰热化之不尽，上扰心包，仍以左金、二陈，参入泻心、温胆。

川黄连5克，淡吴萸2克，赤茯苓10克，酒炒黄芩10克，干姜2克，人参5克，枳实5克，淡竹茹12克，大枣10克。

三诊：左金、二陈、泻心、温胆共服八剂，神魄已安，痰饮已化，余氛未靖，尚宜丸剂缓缓以尽根株。即以原方十剂为末，水叠丸。早晚各服9克。（见《医案》痰饮门）

按：阴凝饮聚为病之常，郁久生热为病之变。此证痰饮停聚于中，致使肝郁不伸，木郁则化热犯中，饮积遂生热化痰。肝火炎生，则胸中热炽；肝郁犯胃，则呕吐酸苦；痰涎沃心，神魄不宁，则惊惧、夜寐不安。欲降痰火，必解郁热；欲解郁热，苦味必佐辛味。苦能泻热，辛味属阳，取其能通散达郁。初用左金、二陈加芩、枳，折肝涤痰；继则参用泻心、温胆，泄热泻痞，兼通神明。人参、枳实、川连并用，泻痞无损正气，合乎阳明宜通补之旨。左金、二陈参入泻心、温胆，为痰热内郁之良治。药只9味，方括4首，组合严密，配伍巧妙，足见蒋氏化裁成方，确有功力。

### （三）探本求源 重视脾胃

蒋氏云：“《内经》有饮症，无痰字，盖痰因病生，非病因痰致。治其所以生痰之源，则痰自清。若但从事于痰，任行攻击，恐违实实虚虚之旨。”痰饮是病理产物，见痰休治痰，治病必求其本。虽然肺之宣发肃降、脾之健运、肾之开合失职，均可导致痰饮之产生，然而人之气化，原一以贯之。先生精辟地指出：“五液皆属于肾，化生于胃，当以脾肾为生痰之源，脾胃乃贮痰之器。”他尤

重肾气。肾处下焦，为真阴真阳之寓所，生生之本也，气化之动力，源于阴阳一气之消息；补肾以激发气化，既可排泄蓄积之体液，又可防饮症之复萌。桂附八味丸，最为赏用，推其起源，殆本仲景治“短气有微饮”用肾气丸之微旨，先生经验，应用此方，若桂无佳品，则温阳力弱，常须加用鹿茸之属，其效始宏；若阴液受戕而阳亦虚者，则舍桂、附之刚愎，加龟版、鹿角霜等血肉有情之品燮理阴阳；若肾阴虚者，则用六味丸。以脾虚为主者，常用六君子汤加理气化痰药。若脾肾两虚则当扶脾固肾，六味、六君合方作丸剂，刚柔相济，不失为守常调治之良法。所以他说：“肾为先天，脾为后天，土为物母，水为物源，水土调平，脾肾强健，又何痰饮之有？”

调补脾肾是探本穷源之治，盖病为因，痰为果。但痰饮停聚，又可幻生诸病，所谓倒果为因，未尝不有先宜蠲饮化痰之例。识得标本缓急，临证殊不致手忙脚乱。

例：前哲以脾为生痰之源，肺乃贮痰之器。五液皆属于肾，化生于胃，当以肾为生痰之源，胃乃贮痰之器为是。肾火上泛，胃液倒行，呕吐痰涎甚涌，食少、咽干、脉数，爰以六味地黄合外台茯苓饮，从肾胃论治。

大生地 15 克，粉丹皮 10 克，建泽泻 10 克，怀山药 15 克，山萸肉 10 克，云茯苓 12 克，人参 5 克，冬白术 12 克，枳实 5 克，陈橘皮 10 克，生姜 5 克。（见《医案》痰饮门）

按：《经》云：“肾上连肺。”滋肾则金水相生，治节得行。此证脉数，乃阴虚之征；咽干，肺肾阴伤之象，故选用六味地黄汤，在滋肾中寓治肺之意。呕吐痰涎是饮蓄于胃，故选用外台茯苓饮。一滋肾以开关门，一理胃以化积饮，地、丹不嫌其凉润，姜、术不厌其温燥。阴阳相协，赞助成功，其辨证之精当，选方之灵活，足堪效法。

攻、补、消诸法均能祛除痰饮，临证何以选择应用？蒋氏提出“六淫外入之痰，可攻可伐；七情内伤之痰，宜补宜温”的原则，很有参考价值。至于攻补兼施，寓攻于补，寓补于攻；或培补数日，暂以一攻，神而明之，存乎其人。

（原载于《中医杂志》1982年2期）

## 二、癃闭

### (一) 下病上取，泻肺热以行清肃

癃，指小便屢出而短少；秘，指小便涓滴而难行。临床常将小便不通统称癃秘。《素问·宣明五气论》云：“膀胱不利为癃，不约为遗溺。”然而膀胱仅藏溺也，其利与不利，又与肾气的运行、肝气的疏泄、肺气的通调、三焦的气化、督脉经气的灌注息息相关。故膀胱常为受病之所，而非生病之源。若肺热气壅，清肃不行，小便不利者，徒予分利无益，必须廓其上游，始克奏功。

例1：经以膀胱为州都之官，津液藏焉，气化则能出矣。气不化液，由于肺热，清肃之令不及州都，烦渴乃肺热之明验也。延今六日，危急之秋，勉拟《医话》导引汤，应手为顺。

白丑末5克，黑山栀10克，云茯苓10克，福泽泻10克，白知母10克，白通草5克，细滑石12克（布包），生甘草梢5克，琥珀末2克（冲），桔梗5克，菊花根15克。

二诊：昨进《医话》导引汤，癃秘虽通未畅，金令虽行未肃，依方进步可也。

白丑末5克，黑山栀10克，滑石12克，生甘草梢5克，桔梗5克，篇蓄12克，瞿麦10克，车前子12克，白通草5克，蜀葵子12克，灯心草5克，菊花根15克。（见《医案》癃秘门）

按：癃秘属热属实居多，此热则不通，冷则不禁之故。昔李东垣治癃秘，恒以渴与不渴来辨识其热在上焦气分，抑热在下焦血分，殊为中肯。此证“烦渴”，故蒋氏曰：“此肺热之明验也”。肺热则清肃不行，气化不及州都，病从肺而及于膀胱，癃秘以作。《医话》导引汤，顾名思义，导者，导心肺邪热从小肠、膀胱而出；引者，引金令下行，使其直达州都。白丑善泻气分湿热，宣通三焦壅塞，凡湿热壅阻，气闭不通，小便不行，此为要药；山栀既能清泄膈上之邪热，与苓、泽、滑石、通草同用又能泻小肠、膀胱之热结，而奏通利之功，前人所谓“小肠火府，非苦不通”；知母清金化气；桔梗开通上焦。如斯则邪热蠲除，上焦痹闭得开，气

能化水，小便自行。蒋氏治癰秘喜用菊花根，据前人经验，凡小便不通，诸药不效者，可用白菊花根捣烂，以生白酒冲和，取酒汁温服，甚验。菊花根有清热、解毒、利尿作用，加酒以行药势，实为热结癰秘之有效验方。

导引汤为肺热气壅之癰秘而设，若阴虚肺燥，金不生水，宣通则伤其气，淡渗则增其燥，即非此方所宜。我认为，《外台》百合饮子（百合、桑白皮、通草、白茅根）较当，此方以清润见长，两相对照，颇便临床因证而施。

例2：癰秘六日，诸药不应，大便亦闭，汤水不入，万无法想之中，勉拟倒行之剂。

生山梔 10 克，莱菔子 15 克，青盐 5 克，童子小便 3 杯（冲）。

长流水煎，灌入喉中，用指探吐。（见《医案》癰秘门）

按：癰秘用吐法，前人喻为提壶揭盖。此证汤水不入，诸药不应，从其所选药物来推测，当是痰热壅阻胸脘，气机闭塞使然。莱菔子能吐风痰，青盐能吐痰癖，配合山梔、童便，则胸脘痰热一涌而尽，痹闭得开，升降复常，又何癰秘之有！吐法今人罕用，然用之得当，诚有捷效，故录之以备一格。

## （二）因势利导，启下窍急则治标

癰秘一证，病因非止一端，若水液偏渗大肠，小肠因而燥竭；或湿邪阻遏膀胱经腑气分，小便不利者，则当因势利导，分利阴阳。从临床见证来看，肺热与湿阻下焦均有口渴见证，但二者病源有高下之异，且一系热盛伤津耗液，一系湿阻气不化津，病机截然不同，当潜身体认。须知癰秘不拘于分利一法，但亦不可不分利之法，全在医者审察病因，对证发药。

例1：经以大小不利治其标，小便秘癰，最为急症，急宜通调水道，拟《医话》下输煎主之。

赤茯苓 10 克，猪苓 10 克，福泽泻 10 克，车前子 12 克，白通草 5 克，滑石 12 克，甘草梢 5 克，篇蓄 12 克，瞿麦 10 克，陈麦秸 30 克，西瓜子壳 15 克，菊花根汁 3 杯（冲）。（见《医案》癰秘门）

按：此即分利之法也，湿郁下焦，气化不行者宜之。方中罗列大队淡渗之品，其中滑石、菊花根等尚能清湿中之热。陈麦秸，《简便方》载其“煎浓汁频服”，能治“小便不通”。西瓜子壳，《本草撮要》载其“治吐血，肠风下血”，先师章次公先生认为它有平肝降压、利小便的作用。诸药合用，能迅开膀胱之气闭，利尿作用很强。

例2：小便不通，大便亦闭，先通大便，小便自行。

生大黄12克（后下），白丑5克，猪牙皂角5克。（见《医案》癃秘门）

按：此证始则小便不通，继则大便亦闭，乃膀胱溺满，支撑回肠所致。此类证候，前人有先通其小便，俾溺行而大便自通者；亦有先通其大便，而小便自行者，当因证制宜。此宗张景岳“大小便俱不通者，必先通其大便，则小便自通矣”之说，务先通其腑气。然病已急矣，非峻剂难以奏功，除选用大黄、白丑通下外，更妙用猪牙皂角，以其擅开关通窍，疏利大肠痹阻，与黄、丑共奏通下之功。此方药力精专，蒋氏之胆识，于此可见一斑。

### （三）升清降浊，补中气而助斡旋

癃秘病发于中者，常因中气不足所导致。《素问·玉机真脏论》云：“脾病不及，则令人九窍不通。”后世亦有“九窍不和，皆属胃病”之说。若饥饱失时，损伤脾胃，中气不足，清气下陷，则影响膀胱气化，可致斯疾，易发于虚人、老人和孕妇。治疗当宗“塞因塞用”之旨，以补药助其疏通。蒋氏曾治一人，“妊娠胎压膀胱，小便不利”，予大生地、当归身、大白芍、川芎、新会皮、柴胡根、绿升麻、东洋参、枳壳养血安胎、益气升陷而奏功。

例：上闭下不通，气升水自降，宜东垣补中益气汤。

人参5克，生黄芪15克，冬白术10克，炙甘草5克，当归身10克，陈橘皮5克，春柴胡5克，绿升麻5克，生姜5克，大枣肉10克。

二诊：两进补中益气汤，升清降浊，癃秘已通，节制已行，金令直达州都，气液化归常度。是方本非通利，盖小便利与不利，中气为之斡旋。真阴本亏，再以景岳补阴益气煎以善其后。

大生地 15 克，人参 5 克，怀山药 15 克，当归 10 克，炙甘草 5 克，陈橘皮 5 克，柴胡根 5 克，绿升麻 5 克。（见《医案》癥秘门）

按：人之清气不可一刻不升，浊气不可一刻不降，而中焦则为清升浊降之机括，阴阳交泰之枢纽。今脾气受损，清气下陷，浊气上逆，阴阳否隔，气化不行，小便不利，故予补中益气汤以斡旋中气，俾脾能散精，金有所恃，清肃得司，气化得行，而小便自利。此方并非通利，而通利已在其中。复诊予景岳补阴益气煎，更有妙想。盖脾气亏虚，益气升阳可矣；若脾阴不足，又将何以散精？此方乃补中益气汤之变方也，以熟地、山药易黄芪、白朮（案中用生地），对脾阴不足、清气不升者尤为熨贴，蒋氏引用其治疗气阴两虚之癥秘，是深得景岳之薪传者。

#### （四）通补兼施，益肾气以利膀胱

肾与膀胱，脏腑相连，气化相关，故癥秘与肾脏的关系尤为密切。若肾阴虚无以化阳，或肾阳虚气化不及，可见小便不利。蒋氏根据“肾司二便”的理论，从大便不通有阳结、阴结之不同，将阴虚燥热之癥秘亦称之为阳结，阳虚不化之癥秘亦称之为阴结，恰如其分地采取滋阴化阳或温阳化气之法，颇能示人以规矩。

例 1：肾主二阴而司五液，年逾七十，阴液就枯，素昔二便牵疼，今乃小便癥秘，脉软无神，症属棘手，勉拟六味滋肾挽之。

大生地 20 克，粉丹皮 10 克，福泽泻 10 克，云茯苓 10 克，怀山药 20 克，山萸肉 10 克，白知母 10 克，川黄柏 5 克，油肉桂 3 克。（见《医案》癥秘门）

按：此证从“素昔二便牵疼”来看，可见为患已久。一般说来，秘系暴病，癥系久病。此类患者，往往始则小便淋沥，久之则秘而不通。盖高年真阴大虚，膀胱干涸，无阴则阳无以化，是以小便难行，斯时若妄予分利，譬如枯井求泉。方以六味丸滋养真阴，合滋肾丸坚阴化阳，很为合辙。

例 2：便有阴阳二结，溲亦宜然。脉细、皮寒、食少、小便不通，为阴秘，宜金匱肾气加减主之。

大熟地 20 克，粉丹皮 10 克，福泽泻 10 克，怀山药 20 克，山

萸肉 10 克，云茯苓 10 克，制附子 10 克，油肉桂 5 克，车前子 12 克，白通草 5 克，琥珀末 2 克（冲）。（见《医案》癯秘门）

按：肾阳不足，周身机能衰减；寒凝不化，膀胱窍闭不通，故予金匱肾气丸加减，温肾化气为主。车前子其性滑利，滑可去着，直走膀胱而行水道。凡癯秘不通，下焦多有瘀滞，琥珀能化瘀滞，行水气，故选用之。又《济生方》琥珀散，“治小便不通”，取琥珀末 6 克，用萱草根或灯心煎汤调服。方中琥珀、通草并用，即取琥珀散之意。综观全方，补肾气之不足，化膀胱之水邪，标本兼顾，立意周匝。

综上所述，蒋氏治癯秘，从整体着眼，明辨虚实，讲究气化，法随证立，方依法定，切中肯綮。其种种治法，约言之：开肺者，浚其源头也；渗利者，通其下流也；补益者，增其动力也。气化行于州都，小便自行。须知此证属实者多，即使虚证，常多虚中夹实，切忌呆补滋腻，纵投补剂，补中要有流通之意。上列诸法，并非治癯秘之全貌，例如血瘀膀胱，水道被阻之候，即未论及。然而其辨证论治之精神，确属可法可师，就其意而扩充之，是在于后之学者。

（原载于《黑龙江中医药》1982 年 3 期）

### 三、痢疾

#### （一）持肠中生痢之说，约治痢三法

例：经以肠澼便脓血，即痢之赤白，乃暑湿君火为患。广肠生痢，与溃瘍同法，故有身热、脉浮大、噤口不能食之忌，色如烂鱼肠、屋漏水之变。见在腹痛，里急后重，赤多白少，其色鲜明浓厚，能食，身凉，脉小，无足虑也，宜《医话》香连顺气汤。

川黄连 5 克，广木香 5 克，鸡心槟榔 5 克，生大黄 10 克，当归身 10 克，赤芍药 10 克，枳实 5 克，黄芩 10 克。（见《医案》痢疾门）

按：痢疾一证，多发于夏秋之交，乃暑湿、食毒郁蒸阳明，挟糟粕积滞，进入大小肠，倾刮脂液，化脓血下注所致。蒋氏认为：痢疾“盖痈疔、流注、疮瘍之类，即《内经》肠澼之证也”。他用

《内经》、《难经》有关条文来论证这一观点，如：《素问·脉要精微论》：“脉数动一代者，病在阳之脉也，泄及便脓血。”此“脓血”二字，明与痢疾相似”。《素问·至真要大论》：“少阳在泉，火淫所胜，注下赤白。”此所言“风湿相火，伤于阴络，血液化为赤白，即痢疽化脓之意”。《难经》：“溲而便脓血”，系“以痢之赤白名脓血，即是痢疾之类”。在《医略》中，蒋氏还考证了张仲景、巢元方、孙思邈、刘河间、朱丹溪、张景岳、吴又可诸贤对痢疾的论治，认为诸家“论痢疾证治之理正与痢疾机宜暗合，但未有直言痢疾、流注、疮疡之属，生于膜原，连络肠胃之间，脓血内溃，渗入肠中，漂澌而下，为痢之赤白者”。蒋氏特表而出之。今知痢疾脓血便的产生，是由于细菌毒素作用于结肠粘膜，使结肠粘膜发生过敏性炎症，病原菌及其它肠道菌在此基础上产生破坏作用，扩大局部病变，使肠粘膜产生糜烂和溃疡，分泌大量脓性物质以及由于肠粘膜血管扩张使血液渗出，混合而成脓血便。痢疾杆菌主要侵犯结肠，愈近肛门端，病变愈严重。由此可知蒋氏所持痢疾为广肠生痢、溃疡的观点，是很有见地的。

基于这些认识，蒋氏认为：“治痢之法，当参入治痢之义”。因之约治痢三法：一曰攻发，“如有表，败毒散、小柴胡汤；无表，芍药汤、承气汤皆攻发之剂也”。二曰托补，“气虚四君子汤、补中益气汤等；血虚四物汤、六味地黄汤等皆托补之剂也”。三曰收涩，“滑泄、休息，桃花汤、养脏汤、椿根皮、罌粟壳、乌梅、诃子等皆收涩之剂也。”

案中所提的“身热、脉浮大、噤口不能食”之忌，前二者可从缺少胃气来认识。但蒋氏因主痢疾与痢疾相通之说，便认为：“痢之所忌，身热、脉大、噤口不食，亦痢疾之所忌也；痢疾所忌脓色清稀，尘腐如屋漏水，亦痢疾之所忌也。”所以他见到此证“腹痛，里急后得，赤多白少，其色鲜明浓厚，能食，身凉，脉小”，便断然曰：“无足虑也。”盖亦犹痢疾之顺证也。香连顺气汤出自《椿田医话》，该书亦为蒋氏所整理，分载于《医略》各门。此方从洁古芍药汤化裁，为痢疾初起之要方。方从调气、活血、解毒、排脓着手，调气则后重自除，行血则便脓自愈，而大黄之通

利解毒，尤为要药。

## (二) 辨赤热白寒之非，从气血分治

例 1：白痢乃热伤气分，犹痈疽出白脓之理。

白丑末 5 克，白头翁 15 克，黄芩 10 克，金银花 15 克，生木香 5 克，尖槟榔 5 克，桂府滑石 12 克，炙甘草 5 克。（见《医案》痢疾门）

例 2：赤痢乃热伤血分，阴络受戕，甚于白痢，防成休息。

赤芍 10 克，当归身 10 克，黄连 5 克，黑山栀 10 克，川黄柏 10 克，犀角片 1.5 克（磨冲），大生地 15 克，制军 10 克。（见《医案》痢疾门）

按：白痢、赤痢在辨证上的意义，过去的认识颇不一致。唐代孙思邈曰：“冷则白，热则赤。”宋代严用和曰：“大凡伤热则为赤，伤冷则为白，……冷热交并，则赤白兼下。”可见赤热白寒之说，曾经较长时期笼罩于医坛。至金·刘河间出，力辟其谬，他说：“夫痢者，五脏窘毒，解而不散，或感冷物，或冒寒暑，失饥不能开发，又伤冷热等食；或服暖药过极，郁化成痢，古人以白痢为寒，赤痢乃热，误也。今人疮疖初发，刺开乃血，多日成脓，何为先热而后寒也？”至于痢下赤白为寒热相兼之说，河间辩道：“岂能寒热俱盛于肠胃而同为痢乎？如生疮疡而出白脓者，岂可以白为寒欤！”至此，医风为之一变。先师章次公先生亦认为赤热、白寒之说不足凭。蒋氏上承河间的学术思想，观其所论白痢、赤痢均如痈疽之成脓；白痢以热伤气分为主，赤痢以热伤血分为主，赤白兼见则气血俱伤。临床所见，白痢、赤痢均有属寒者，当结合其脉证加以分辨，而不可执一不变。

上列二案，白痢、赤痢均主通利，但一用白丑，一用制军，以白丑入气分，泻气分之湿热；制军入血分；泻血中湿热。赤痢一案，以犀角、制军同用，配合黄连、黄柏、山栀、生地之类，以凉血解毒，对今之中毒性菌痢，邪毒内攻，扰乱神明，证见高热、昏迷、惊厥、舌质红、苔黄、脉滑数或沉伏者，可以借鉴。

## (三) 识噤口虚中有实，当通补结合

例 1：痢成噤口，本是危痼。舌苔黄厚，胸腹胀满，为有痰滞，

或可挽回，勉拟《医话》参连顺气汤，应手乃吉。

人参5克，川黄连5克，生大黄10克，川厚朴5克，枳实5克，元明粉6克（冲），陈仓米15克，荷蒂3枚。（见《医案》痢疾门）

例2：痢下呕吐，不能进食为噤口，勉拟丹溪法，尽心焉耳矣。

人参5克，川黄连5克，湘莲肉12克，白扁豆15克，赤小豆30克，绿豆30克，真沙糖15克（冲）。（见《医案》痢疾门）

按：噤口痢乃肠腑毒热，逆冲胃口所致。因毒热炽盛于内，火性炎上，胃土受戕，于是噤口不食，乃痢中之大证也。施治要领，宜大补胃气，兼行津液；泻火解毒，以降冲逆。但得胃开思食，方有转机。此病一般慎用攻逐，例1噤口不食，“舌苔黄厚，胸腹胀满”，显系正虚邪胜；胃虚固宜滋养，而邪热、痰滞之蕴结尤属当务之急。故用参、连开噤，大承气攻下邪结，陈仓米养胃气，荷蒂升清，扶正祛邪并行不悖。例2内无实积可据，但邪热熏灼，胃阴受戕，欲予甘寒滋养，又恐膩膈碍邪，方中人参、黄连、莲肉同用，为丹溪先生法。白扁豆、赤小豆、绿豆之属，既为胃家所喜，又能和中解毒，且无滋膩之虞，很有巧思。

#### （四）休息痢经年不愈，应凉血医疡

例：痢成休息，犹痼疽成漏之理，以故脓血下注，经年累月不瘥，爰以《医话》赤松丸主之。

赤松皮60克，赤石脂30克，禹余粮30克，椿根皮40克，罌粟壳20克，五倍子30克，海桐皮30克，五味子30克，鸦胆子20克（去壳），上药研细末，水叠丸，早晚各服9克，开水送下。（见《医案》痢疾门）

按：大凡痢疾失治，或兜涩过早，易酿成休息痢，以致缠绵难愈。此证脓血下注，经年累月不瘥，足见肠粘膜溃疡久未愈合，故脓血漏下不止。此案所描述之症状，与巢元方论休息痢之乍发乍止，肠盘痢之先赤后白，颇为相近，当亦包括阿米巴痢疾在内。余曩年用此丸治疗久痢不瘥，或阿米巴痢疾，颇为应手，值得深入研讨。赤松皮一味，能治痼疽疮口不合，有生肌止血之功，《杨氏家藏方》用治“肠风下血”，《太平圣惠方》用治“三十年痢

(赤松上苍皮一斗，为末，面粥和服一升，日三，不过一斗，救人)”。故为治血痢经久不愈之佳品，此药今人罕用，未免有弃材之叹。椿根白皮清热燥湿，凉血止痢。此二味旨在凉血止血，生肌医疡。海桐皮除长于祛风通络，化湿泄热外，并可治痢。《海药本草》载其治“赤白泻痢”，《本草纲目》称其“又入血分及去风杀虫”。鸦胆子一味，为凉血解毒之要药，善治热性赤痢，单味治阿米巴痢疾有效。此二味旨在杀虫止痢。五倍子、五味子、赤石脂、禹余粮为收敛止涩、止血生肌之要药，此四味旨在固摄下焦气化，保护肠粘膜，加速溃疡面之愈合。罌粟壳取其收敛止涩、解痉镇痛之功。此方在凉血医疡中寓有杀虫之功，对热性久痢及阿米巴痢疾，可以应用。

#### (五) 治血痢常法不应，需参用化瘀

例：血痢、肠风、脏毒相类，即《内经》肠澼之属，由于暑毒、湿热、相火互伤连络交经之处，化为脓血，流注肠中，溲澼而下，极难调治，非《医话》苦参丸，乌能奏效。

白苦参 60 克，胡黄连 30 克，地榆 60 克，鸦胆子 30 克，三七 30 克，刘寄奴 40 克，蒲黄 40 克，乌梅肉 40 克，牛角炭 30 克，羊角炭 30 克，上药研细末，水叠丸，明雄黄为衣，早晚各服 9 克，滚水下。(见《医案》痢疾门)

按：此言夏令溽暑炎蒸，湿热蕴结，伤其脏腑之脂膏，动其肠胃之脉络，化为脓血，一如痈疽内溃，血痢以作。但血痢久延，往往留有瘀血、死血，用一般凉血治痢之药无效，所以“极难调治”。死血作痢，《丹溪心法》曰：“其或下坠异常，积中有紫黑血，而又痛甚，此为死血证，法当用桃仁、滑石行之。”喻嘉言亦有类似论述。此案症状未详，但从其用刘寄奴、三七等活血化瘀药来看，为挟有瘀血，殆无疑义。方用苦参、胡黄连、鸦胆子坚肠治痢，抗菌消炎。刘寄奴为破血通经药，用治痢疾，诸家本草罕见记载，考《如宜方》有用刘寄奴、乌梅、白姜等分，治“赤白下痢”者，今系赤痢，故去白姜，取刘寄奴、乌梅一通一涩，为血痢久延，内挟瘀血而设。又用三七配合刘寄奴增强活血化瘀之功。血余炭、牛角炭、羊角炭、地榆配合乌梅以收涩止血、护膜医疡；

蒲黄生用有凉血活血作用，并可消肿止痛；雄黄以解毒整肠。如斯新血可止，宿瘀可散，血痢自瘥。凡血痢挟瘀，必参用化瘀之品，始克奏功。今知活血化瘀对于改善微循环，促进组织的修复与新生，抗菌消炎，对代谢及免疫等方面均有很大的作用，这可视为治疗痢疾的一个途径。

#### (六) 疗阳虚久痢难瘥，予温摄之法。

例 1：阳虚久痢，须假草零。

五倍子 5 克，人参 5 克，冬白术 10 克，肉豆蔻 10 克，炙甘草 5 克，当归身 10 克，白芍药 10 克，罌粟壳 10 克，鸡子黄 2 枚（搅拌）。（见《医案》痢疾门）

例 2：痢下脓血清冷，同于溃疡里虚之候，宜十全大补汤加味主之。

大熟地 25 克，当归身 10 克，白茯苓 10 克，冬白术 10 克，炙甘草 5 克，上肉桂 5 克，生黄芪 15 克，制附子 10 克，炮姜 5 克。（见《医案》痢疾门）

按：下痢脓血，多属于热，但亦有夏日恣食瓜果冷物，脾阳大伤，或痢久不愈，阴伤及阳，面呈虚寒之象者。其见证或下痢血水，或如屋漏水，或血色紫黯稀淡，或痢下腥秽，或完谷不化而食不变，小便清白等。前人尝以先水泻，后脓血，为脾传肾，谓之“贼邪”；先脓血，后水泻，为肾传脾，谓之“微邪”。前者难治，后者易愈，说明痢疾多关脾肾。大抵久痢未有不亡阴者，亦未有阴亡而肾不虚者。夫肾为胃关，开窍于二阴，肾气不充，势必滑脱难禁。久痢之补益脾肾，调燮阴阳，当随证有所侧重。上列二案，叙证过简，以药测之，案 1 以脾阳虚为主，肾虚为次；案 2 则为命火大虚之候。草零，即五倍子，治阳虚久痢，用其单味为末调服，此取其法；今知五倍子对痢疾杆菌及绿脓杆菌都有抗菌作用。参、术、草补益脾气；肉豆蔻暖脾胃、固大肠；罌粟壳收涩固脱；鸡子黄血肉有情，功擅补血滋燥，前人有用以治痢者；张仲景立“猪肤汤”治少阴病“下利咽痛”，实寓此意。案 2 命火大虚，乃予十全大补汤加附、姜以补益气血，大补命门，以复肾中真阳，而固门户。此证虽以阳虚为主，然阴液已亏耗于前，阳气

复耗伤于后，故温阳必与育阴并行，附桂与地归同用，方能于阴中求阳，阳中求阴，立方自不失于偏颇。

此二案与外症溃疡里虚用补法同义，乃着眼于整体调节，这是中医论治的一大特色。

## 小结

综上所述，蒋氏治病，上穷《内》、《难》之奥旨，下采诸家之精华，搜罗有效验方，又集父、师之经验，立法用药自成体系，持痢疾与痢疡相通之说，确是难能可贵。所用赤松丸、苦参丸等方，对肠粘膜糜烂与溃疡的治疗有很大的针对性，可见蒋氏既重视辨证，也不忽视辨病；既注意调整机体阴阳的平衡，也未放松局部病灶的变化。蒋氏的这种卓识远见，值得吾辈深入学习。

（原载于《江苏中医杂志》1982年2期）

## 四、三消

### （一）立论悉本经旨 治法自出新意

三消一证，在《内经》总称“消瘴”，乃内热消中而肌肤消瘦之疾也。以渴饮无度为上消，多食易饥为中消，烦渴引饮、便溺不摄或小便如脂为下消。蒋氏对三消病因的认识，本经旨而穷究其源。如云：“经以消渴乃膏粱之疾，形逸心劳，君火暴甚，肥甘助热，肾水重伤，内水不足，欲得外水相救，故消渴引饮，如溪涧涸于炎晖，釜水耗于烈火。古人尝推肥甘、石药、酒、盐为消渴之主要病因，盖此类多服、久服，无不助热生火，燔灼真阴。”细味蒋氏此论，其引而不发之旨，重责脾、肾二脏而已。盖饮食之不当，必致伤脾，脾伤则津液无以敷布，脏腑百骸失于濡润，燥热之气充斥三焦，于是索水自救，而旋饮旋消矣。至于妄自作劳，真阴日损，水不济火，心阳独亢，虽饮水自救，无奈脾不散精，肾气不摄，故饮多不解渴，瘦频而水液尽从下趋也。夫脾为后天津液之源，肾为先天真阴之本，制亢阳而濡脏腑者，真阴也；布精微而统水液者，脾肾二脏也，能知濡脾滋肾，则治三消近乎道矣。

蒋氏论上消曰：“上消属肺”，乃“火烁金伤”。盖肺本燥金，

若心火移易，或燥热熏灼，宁不渴饮以加？其论中消：“经以二阳结谓之消”，乃“手足阳明胃与大肠俱病”，盖胃为水谷之海，大肠为传导之官，二经热结，则运纳倍常，传导失度，于是饥渴殊甚，而食不解饥；饮食不为肌肤，而愈食愈瘦。其论下消：“小便如膏，面色黧黑，耳轮干槁，肌肉瘦削，六脉细数少神”，“由烦劳火起于心，下应于肾，二火交炽，五液全消，损及肾脂”。人身真阴有几，岂耐二火之消灼！是以真阴日槁而阳气日亢，阴阳各造其偏，升降乖违，饮水难救其焚，其燥热之气，势必将真阴消灼殆尽。要之，三消之病机，大抵可约之为燥热伤阴，水火不交。

蒋氏辨证精细，指出：“溢饮之渴，除中之饥，皆非消证。”示人注意鉴别诊断。此病因燥热过甚，水液不能濡润周身，故易发痲疽、疮痍等，是以有“谨防疽发于背”，“不至外发痲疽为顺”之类的告诫。关于此证的治疗，蒋氏上承刘河间关于“补肾水阴寒之虚，而泻心火阳热之实，除肠胃燥热之甚，济身中津液之衰，使道路散而不结，津液生而不枯，气血利而不涩，则病日已矣”的大法，把握燥热与伤阴二者的辨证关系，约之为“凡治消证，必先荡涤积热，然后补阴”的法则，确有一定的指导意义。盖荡涤积热，亦若釜底抽薪，实寓救阴之意。

## （二）三消分证论治 方药平正可师

蒋氏对三消论治的心法已如上述，兹再举其要案，略加剖析，以见其灵活应用之梗概。

例1 五行之内，火独能消，燔木为炭，焚石为灰，煅锡为粉，煮海为盐，消为火证明矣！上消属肺，烦渴引饮，舌赤喉干，脉数，火烁金伤，清肃不行，法当清上。生石膏、知母、天花粉、大麦冬、佩兰叶，九汁饮（秋梨汁、鲜藕汁、甘蔗汁、芦根汁、西瓜汁、淡竹沥、生姜汁、生地汁、银花汁，九汁和匀，重汤温服）代茶解渴。

此案首六句出自张子和《儒门事亲·三消之说当从火断》一节，文字略有损益。“烦渴引饮，舌赤喉干”，上消之证明矣。起于“火烁金伤”，乃《素问·气厥论》所谓“心移热于肺，传为鬲消”者是也，方用白虎汤出入，加用生津滋燥之品，实为上消施

治之正法。天花粉，朱丹溪有“消渴神药”之誉；麦冬清润肺金，以滋化源；佩兰古人用治脾瘴，《内经》所谓“此人必数食甘美而多肥也，肥者令人内热，甘者令人中满，故其气上溢，转为消渴。治之以兰，除陈气也”（《素问·奇病论》）。蒋氏之用佩兰即本此旨。九汁饮用梨汁、蔗汁、芦根汁、西瓜汁等大队甘寒以生津润燥；藕汁、生地汁以润血枯；燥热内蕴，易生痰浊，故用竹沥以涤之，姜汁以开之；银花汁以清热解毒，预防痈疽之外发。配伍精当，自臻良效。

例2 胃热则口淡，脾热则口甜，口甘转消渴，脾胃积热无疑。佩兰叶、芦荟、胡黄连、川黄柏、黄芩、青竹沥（冲）。

蒋氏治中消，往往以清泄胃肠燥热为首务，方剂出入于调胃承气汤、三黄丸、神白散（刘河间所创订，“治真阴素被损虚，多服金石等药，或嗜炙煇咸物，遂成消渴”）之间，迭加天冬、麦冬、芦根之属。此案从“口甘转消渴”句，可测知平昔恣食厚味，助阳生热，伏火内郁，阴液被劫，致成消渴。蒋氏称之为“脾胃积热”，故当以苦泄脾经伏火为主，有别于调胃承气汤证之“火结阳明”，此间细微之别，最堪玩味。芦荟苦寒，能入脾经而泻伏火；伍以胡黄连、黄柏、黄芩，其力更雄；再以竹沥豁痰降火，佩兰除蓄积之热兼以生津。如斯则脾胃积热可从下泄，阴液重获滋生。至于病退后再予养阴润燥之属，自不待言。

例3 小便如膏如油，为下消。乃左肾阴亏，水不济火，败精五液下注危痾，非右命火虚阴消，溲色澄清，饮一溲二可比。谨防发背、脑烁之变。大生地、川黄柏、白知母、元武板（先煎）、左牡蛎（先煎）、怀山药、山萸肉、五味子、乌梅肉。

三消之证，上轻、中重、下危。盖肾主藏精，又主五液，“入肝为泣，入心为汗，入脾为涎，入肺为涕，自人为唾”（《难经·四十九难》）。今肾阴下消，败精下注，五液下趋，诸脏失于濡润，俱为燥急，是以证情重笃。下消既可由肾阴内夺而起，亦可由上消、中消传变而来。此案先用大补阴丸为主干，清肾经之燥热，滋阴液之干涸，合于法度；以牡蛎潜阳敛阴，山药扶脾固肾，山萸肉、五味子封固肾关，俾水液不致急于下趋；肾阴亏耗，水不涵

木，肝用必强，于是疏泄太过，故加用乌梅肉以敛肝阴。此方壮水制火，俾阴液上腾，燥阳下降，水火既济，而消渴渐已。蒋氏治下消，亦有用六味地黄、滋肾丸合法者，在大队滋肾坚阴药中，反佐肉桂，以助气化而升津液，颇有深意。

### （三）消有阴阳之异 法当相机而变

消渴属阳证居多，但亦有无火阴消之证，临证不可不辨。蒋氏在此门还录存“虫消异疾”一案，亦甚可贵。

例1 消证有三：上消善渴，中消善饥，下消则小便如膏如糊。万物入火无不消，然有无火阴消之证。见在脉来细涩，食少化迟，肌肉瘦削，血色不华，形神不振，夜来小便倍常，澄澈清冷，乃命门真火虚衰，不能敷畅阳和之气，致水津不布，有降无升，乃无火阴消危证。速宜益火之本，以消阴霾。在经旨，“饮一溲二”不治。大熟地、牡丹皮、车前子、怀山药、山萸肉、建泽泻、制附子、上肉桂、赤茯苓、怀牛膝、人参、鹿茸。

肾为水火之脏，阴亏阳亢致消者有之，阳虚水消于下者亦有之。张仲景用肾气丸治“男子消渴，小便反多，以饮一斗，小便一斗”，即是肾阳不足，水津不布，以致消渴之明证。张景岳对阴消颇多发明，云：“消有阴阳，不得尽称火证。”又云：“夫消者，消耗之谓，阳胜固能消阴，阴胜独不能消阳乎？”（《类经》）凡此，皆蒋氏论阴消之所从出也。案载“夜尿频多，澄澈清冷”，为命门真火虚衰辨证之关键。阳失温煦，火不生土，故食少运迟。其口渴之原因有二：一者阳不下安于窟，虚火浮越，上刑肺金；一者肾气失于蒸腾，津液无以上供。纵然引饮无度，但肾气不摄，则尽从下趋。方用鹿茸峻补元阳，人参补益元气，熟地、山药、山萸肉、牛膝补益真阴，桂、附于阴中助阳，丹皮去浮游之火，但得真阳来复，水能化气，则津液自然四布。此证小便已多，复用苓、泽、车前等淡渗之品，殆不可解，盖缘阳衰阴胜，饮水虽多，而水不化气，诸药能佐桂、附以化水邪而消阴霾，自具妙用。案中“饮一溲二不治”之说，出自《素问·气厥论》，云：“心移寒于肺，肺消，肺消者，饮一溲二，死不治。”乃元阳虚衰，金寒水冷，而成肺肾之消也，前入视为死候，可供临床参考。

例2 病延八月之久，消谷善饥，好食肥美，形体日丰，精神日短。见在腹大如鼓，食入反胀，愈胀愈饥，愈食愈胀，胀不可当，痛不能忍，大解常带蛔虫，此乃虫消异疾。《医话》芫花散挽之。芫花、朴硝、明雄黄、五灵脂、鸡肫皮、苦楝根、制大黄、制附子、乌梅肉等分为末，每服一钱，清茶调下，虫从大便下尽为度。

虫消一证，前入颇多记载。乃蛔虫内扰，消灼津液所致。洪迈《夷坚志》云：“消渴有虫，人所不知。”其治虫消，用“苦楝根皮一握切焙，入麝香少许，水二碗，空心服之，虽困顿不妨。下虫如蛔而红色，其渴自止”。苦楝根皮，历代医家视为虫消之要药；芫花除长于下水饮、祛痰癖外，并可驱虫，《乾坤生意》治“心痛有虫”，即用“芫花一两（醋炒）、雄黄一钱为末，每服一字，温醋汤下。”蛔虫内伏，湿热滋生，脾运失职，所以腹大如鼓，于是用五灵脂、鸡肫皮泄浊消胀；附子、大黄、朴硝温下积滞。实为虫消的对之方。

（原载于《浙江中医杂志》1983年2期）

## 五、伏邪

### （一）邪伏募原与经中伏气

关于邪气内伏之途径与邪伏的部位，历代医家的看法颇不一致。蒋氏精研《内经》，洞明“冬伤于寒，春必病温”（《素问·生气通天论》）以及“夫精者，身之本也。故藏于精者，春不病温”（《素问·金匱真言论》）等经文奥义，认为肾精亏虚，外邪入侵，病邪留止，实为伏邪致病不可缺一的因素。盖非精亏则外邪无以入侵，非病邪留止则外邪无以内伏。后世医家，尽管对邪伏部位争议甚多，然对伏邪病因认识当不出于此。至于邪气内伏之途径，蒋氏本诸“循毫毛而入腠理”之经义，赞同王叔和《伤寒例》关于“寒毒藏于肌肤”之说，认为盖由肌肤循经络而内传也。

关于邪伏部位，蒋氏推崇吴又可“邪伏募原”之说。募原者，“外通肌肉，内近胃腑，即三焦之门户，实一身之半表半里也”（薛生白《湿热病篇》）。斯处也，“去少阴尚近，离阳明不远”（王

九峰语)。认为外邪乘肾虚窃踞于此，若邪热出表则游溢于三阳，入里则归于阳明，更易于化热伤阴。指出：“所谓伏者，冬寒伏于募原之间，化热伤阴，表里分传。”“即数月后化热之伤寒，非正伤寒数日后化热可比。”并指出其发病特点：“既从热化，又无寒证。”“以始得病溲即浑浊，或黄赤为据。”盖溲之黄赤乃里热之明征，以此为辨证之眼目，确属简约可从。

若仅用邪伏募原解释伏气温病千态万状之病理变化殊欠周详，所以不少温病学家依据经旨，又有“邪伏肾经”之说。但蒋氏不拘于此，他在《医略·伏邪》篇提出“经中伏气”之说。所谓“经中伏气”，是从《难经·五十八难》“温病之脉，行在诸经，不知何经之动也”一节悟出，突破了“邪伏肾经”之藩篱，有助于我们正确解释一些热病的发病机理，决定治疗方药，而不致将伏邪部位固定不变，束缚辨证思路。只要依据症状进行分析判断邪自何经而来，就可以“各随其经所在而治之。”（《难经·五十八难》）。例如淋证（急性尿路感染）可从邪伏太阳论治；黄疸可从邪伏少阳论治；麻黄连翘赤小豆汤证似属伏邪游溢于太阳；茵陈蒿汤证似属伏邪归胃等。所以我们认为，“经中伏气”实是对“邪伏募原”之补充。

蒋氏基于对伏邪学说的深刻认识，所以对一些热病的发病机理、病理转归不乏新颖见解。例如他就《伤寒论·太阳篇》所载“太阳病，发热而渴，不恶寒者为温病”一条，认为：“温病既不恶寒，寒邪非表，而渴属内热伏气显然。”盖伤寒、中风二者，皆邪自外入，初起表病里和，尽管见症不同，但口不渴则一；而温病多邪自内发，里热炽盛，必然口渴。又根据伏邪归胃、化热伤阴之特点，推论“阳明篇诸下症，与伏邪入胃之意同”，“少阴篇之自利心下痛，厥阴篇之厥深热亦深，诸下症与伏邪化热伤阴之意同”，颇足发人深思。

伏邪发病，实际上是指所有邪热自内达外的温热病。从这一角度来看，它所涉及的范围相当广泛。蒋氏精辟地指出：“伏邪者，……即世人泛指伤寒、温疫、春邪、秋邪、时邪、温病、热病诸证之本原也。”本诸此意，他认为湿温的发病，即系伏邪“遇湿土

司令酿成”，故其治疗，“但治伏邪为主，辅以温通治湿之意”。若不治伏邪，则舍本而逐末矣。于此亦可窥蒋氏治此类热病之心法。

## （二）通里攻下与养阴化邪

伏邪见证多端，殊难一一列举。其发病，常由时行客邪所触发，则当先治客邪。蒋氏指出：“四时温热之气，发于冬时，伏寒为温疫，小便必赤，恶寒后，但热不寒，从伏邪论治。若因春寒、夏凉、秋热、冬温非时之气感动伏邪，必寒热大作，先治客邪，春夏易老九味羌活汤，秋冬南阳败毒散；如内无伏邪，单治时行客气，亦以二方为主。此治伏邪、温疫主客二气之成法也。”二方用治伏邪，均系“客邪胜主”之候，九味羌活汤能解表清里，败毒散则有先治客邪之意，其主要目的均在于先祛诱因，以免内外合邪。

对于邪伏募原之证治，蒋氏赏用达原饮。如见三阳表证则加羌活、葛根、柴胡之属；里证已急，则加大黄、芒硝之属。鉴于伏邪归胃和易于化热伤阴之特点，蒋氏擅于运用通里攻下和养阴化邪二法。

前人认为“阳明为成温之藪”，募原伏邪内溃则归并阳明，经中伏气亦易内聚阳明，所以伏邪运用通下法的机会甚多。王履指出：“每见世人治温热病，虽误攻其里，亦无大害，误发其表，变不可言。”而蒋氏之老师王九峰先生则认为：“后阴为里之表，……六淫在表当从汗解，伏邪在里专从便解，攻下与发汗何殊，伏气与表邪一体。”盖汗与下均为逐邪外达之法也。蒋氏得乃师薪传，孕妇患温，下法亦在所不忌，并谓：“邪火伤胎，甚于大黄，下之为是。”于此可见其对下法之注重。

关于下法的适应证，《医略》引用《椿田医话》作了如下的记载：“舌苔起刺，其苔或黑、或灰、或黄、或白；其舌或强、或硬、或短、或裂、或卷；唇齿焦黑；鼻煤如烟熏；目赤如火灼；咽喉干燥思冷饮；心下至少腹痞满胀痛拒按；溲赤而浑或涓滴作痛；大便自利纯臭水不可近，或如败酱；大便秘结；二便俱秘；热深厥亦深，甚至身冷脉伏；神昏如醉；消渴；谵语烦躁；发瘦身形强直；未申时潮热；呃逆、腹满，二便不利；发黄；蓄血。”似此记载应下诸证之详备，殊堪研讨。

蒋氏运用下法，随证制宜，出神入化：

伏邪传胃，心下拒按——泻火通下。此法兼清膈上之淫热，以凉膈散加减。

募原伏邪，溃入阳明——疏利通下。如其治一例，初病“舌苔黄厚无津，身热有汗，胸满夜烦作渴，溲赤而浑，六脉皆数”者，予柴胡、黄芩、枳实、厚朴、槟榔、赤芍、甘草、生大黄以疏利邪滞、通下阳明。此方实胎大柴胡、达原饮、小承气三方之义。

阳明腑实，血分伏热——凉血通下。伏邪入胃，阳明腑实已成，血分伏火甚炽，证见“夜烦谵语”，“舌苔变黑起刺”，则予犀角地黄合小承气汤下之。盖非承气不足以夺阳明腑实，非犀角地黄不足以清营救阴。

热结旁流，阴液将涸——峻剂急下。先生遵仲景法，用大承气汤急下存阴。

燥热戕肺，烦热消渴——清胃通下。曾治一例，“消渴引饮，身热脉大，苔灰溲赤，夜烦谵语”，阳明邪焰烁金，证见呃逆不止者，予白虎合调胃承气汤，清胃保金，泻下燥热。

延久失下，正虚邪实——扶正通下。曾治一例，失下正虚，溲赤便秘，热深厥深者，予黄龙汤（大黄、芒硝、厚朴、人参、生地、当归）加减治之。《医话》中承气汤（生大黄、玄明粉、枳实）加参以及人参大黄汤（人参、大黄）与此方有异曲同工之妙。

血为热搏，蓄于下焦——逐瘀通下。曾治一例，伏邪失下，邪热无以宣泄，与血搏结，而成便血，其色紫黑，病者妄语如狂，予桃仁承气合犀角地黄加入参以逐瘀热，扶正气。（桃仁泥、生大黄、赤芍、犀角、大生地、丹皮、人参、肉桂、甘草）

瘀血发黄，妄语如狂——潜消宿瘀。曾治“身黄，少腹满，小便自利，妄语如狂”之“蓄血危痾”，连进桃仁承气不应，予抵当汤又虑其太峻，然非水蛭、虻虫不能潜消宿瘀，在此进退维谷之际，予《医话》代抵当汤治之（当归身、水蛭同炒焦去水蛭，虻虫、赤芍药同炒焦去虻虫，生大黄，桃仁泥）。此方用水蛭、虻虫只取其气，不用其味，变抵当汤之峻攻为缓攻。

养阴化邪，蒋氏恒取犀角地黄或《医话》柴胡生地汤化裁。二

方各有所主，犀角地黄汤适用于阴枯邪陷，正气不支，谵妄神错，邪每搏于血分者；或下后阴分受戕，血中余热未清者。《医话》柴胡生地汤（大生地，柴胡根，黄芩，炙甘草，当归身，赤芍，云茯苓，陈皮，活水芦根。虚甚加人参，便结加怀牛膝，胃不开加谷芽、神曲）“主治伏邪瘟疫，人虚证实，正不敌邪，攻补两难；或攻补失宜，日久不解，余氛未尽，阴液大亏，邪正相持，淹然待毙。”我们以为此方适应范围，当系邪伏少阳，化热伤阴，正虚邪实，不宜攻下者。故以大剂生地配合柴、芩、芦根养阴达邪为主，辅以养血和胃之品。上述二方均从血分取法，当因证选用。

## 小结

综上所述，蒋氏论伏邪，本于《内》、《难》经旨，参以诸家，既崇尚邪伏募原之处，又有经中伏气的见解，可供我们进一步研索。从其留下的医案来看，伏邪为病往往见证重险，运用伏邪理论指导临床，收到了良好效果，由此可见这一学说是不可轻易扬弃的。但由于先生过于尊经，又本于父、师之训，对邪伏之途径，仅认为系外邪“循毫毛而入腠理”，然后内传深伏，对明清温热学家提出的温邪从口鼻而入之见解，未曾道及，诚属憾事。然而先生主张伏邪的实践价值则是肯定的，因证立方，所用通里攻下、养阴化邪诸法堪称允当。先生曾经指出，治疗伏邪，“大法有三，攻邪为上策，补正祛邪为中策，养阴固守为下策。盖邪伏于中，犹祸起萧墙之内，邪正交争，势不两立，正气无亏，直攻其邪，邪退而正自复也。若正气有亏，不任攻邪，权宜辅正，且战且走，胜负未可知也。若正气大亏，不能敌邪，惟有养阴一法，悉力固守，冀其邪氛自解，不亦危乎？”诚属精确之论。上述对蒋氏关于伏邪的学术思想研讨，不尽全而，疏漏之处，请予匡正。

（原载于《南通市中医医院院刊》1982年1期）

## 六、诸血

### （一）以内血起为例，执简驭繁

蒋氏认为：“人皮应天，无所不包，破则血溢，内膜亦复宜然。

血症名目太多，徒资惑乱，当以内衄、外衄为例，如吐、咯、呕、唾、嗽、咳、溲、便、淋、痔、薄厥等血为内衄；齿、鼻、目、耳、舌、汗等血为外衄。五脏俞穴衄为重，六腑俞穴衄为轻。咳血虽少，难治，属肺脏；呕血虽多，易已，属胃腑。举一可知十。”考内衄一词，见于《千金方》云：“吐血有三种：有内衄，有肺疽，有伤胃。”并指出：“内衄者，出血如鼻衄，但不从鼻孔出，是近从心肺间津液出，还流入胃中，……因即满闷便吐，……得之于劳倦饮食过常所为也。”蒋氏对血症以内衄、外衄为例，这一分类方法，确属简明而条贯。血症之由，虽有外感、内伤、七情致病之异，均基因于阴阳不相维系，营卫之运行乖违，以致血液之运行失其常度，妄行而溢出。尽管出血的部位各有不同，同为络伤致衄则一。经验证明：血症属脏者难治，属腑者易已。临证当细心推求。譬如吐血，虽均假道阳明，然有责之胃、脾等脏器的不同。责之于胃者，往往有口渴、脉大等阳亢之征；责之于脾者，往往有肢冷、脉细等气怯之象。前者所谓血热妄行，后者所谓气不摄血。明辨血症之属腑、属脏，对指导立法用药，确有很大的意义。

由于临床见证错综复杂，故血症用药之或清或温，常难截然划分。蒋氏胸有定见，用药切中肯綮，试举医案一则，藉作说明。

例：吐血有三，伤胃、肺疽、内衄。血如涌泉，势若釜沸，盈碗盈盆，不竭不已，危急之秋，药宜瞑眩，勉拟理中合桃仁承气，以伤胃论治。

人参5克，冬白术12克，炙甘草5克，炮干姜5克，桃仁泥10克，油肉桂3克，生大黄10克（后下），赤芍药10克，童子小便3杯（冲）（药用量系根据临床实际参订，下同）。

二诊：理中汤力挽随血散亡之气复聚，桃仁承气逐瘀泻火，帅倒行之血归经。服后大便畅行，泡沫中有黑块，血止神清。安不忘危，善后宜慎。

大生地20克，粉丹皮10克，建泽泻10克，生山药15克，赤茯苓10克，人参5克，大麦冬12克，五味子5克。

按：阳明为多气血之经，冲为血海，隶属于此，故吐血每与阳明、冲脉息息相关。《内经》首揭“阳明厥逆，喘咳身热，善惊衄、呕血”之旨，张仲景立“泻心汤治心气不足，吐血衄血”之法，后人无不奉为圭臬。王肯堂得仲景之旨趣，治吐血等症，“其始也，率以桃仁、大黄行血破瘀之剂，折其锐气，而后区别治之”。陈无择则倡用理中汤治伤胃吐血，以其能分理阴阳、温中摄血之故。二法一寒一热，一通一补，适成对照。蒋氏此案将二法合用，盖因证情急切，不得不标本兼顾。血出如涌泉，既有气随血脱，阴阳离决之虞；又有瘀热内结，血不归经之虑。从二诊“血止神清”句，可测知初诊必有神昏，殆瘀热扰乱心神使然。此方用理中汤温理中焦而扶正气，以桃仁、大黄逐瘀泻火，折逆降冲，俾能拨乱反正，帅血归经。更取童便引血下行，泻火止血。寒热并用，通补兼施，终获效机。血去阴伤，二诊以生脉散合六味地黄汤（去萸肉）益气阴、调金水而善后。

## （二）从脏腑经络辨证，审因论治

蒋氏根据不同的出血证候，着重区别其脏腑经络之所属，以审证求因，审因论治。

1. 辨咳血、咯血 蒋氏认为：“咳血属脏，难出，道远”，而“咯血属喉，无声易出，道近，络伤，犹鼻衄之理”。咳血属脏，所指为肾，前人多持此说。其血虽出之于肺络，但肺肾经络相贯，气化相关，若肾虚“水不济火，又不涵木”，则“木击金鸣，火载血上”，咳血作矣。故其治疗，病在上而取之于下，以咸寒滋潜为要着，如蒋氏之以六味地黄去萸肉加白芍、童便等；咯血则多为火旺阴亏，以养阴清火为主，如蒋氏之用犀角地黄加白芍、童便等。二症一治肝肾，一治心肺，迥然有别。

2. 辨吐血、呕血、唾血 三症多属伤胃，但原因有别，治法不同。吐血之属伤胃者，前案已述及，其治疗着重降胃镇冲。而“呕血从咽，有声难出，道远，由大怒肝伤，木犯中胃，血随气火上腾，借胃道而出，故有伤胃之名，即胃管之衄”，当责肝失藏血之职，缘肝逆阳升，中胃受戕，致血错经妄行，常伴噎气、胁痛等气逆见证，蒋氏予大生地、白芍、怀牛膝、丹皮、川连、犀角、

制军、龙胆草、黄芩、山梔、泽泻、童便等，着重苦泄厥阴，与吐血的治疗着眼点不同。至于唾血，“乃伤胃热症”，“属肾虚胃热，舌下廉泉穴开，唾与血并出”，故非吐血可比，可效玉女煎法，用生地、丹皮、泽泻、知母、麦冬、牛膝、滑石、茜草根、藕汁之属，以清阳明有余之火，滋少阴不足之液。

3. 辨血淋、溺血 二症以痛与不痛为主要鉴别点。据《内经》“胞移热于膀胱则癃、溺血”之旨，蒋氏认为：“当从热入血室论治”，予地髓煎（一味牛膝）合犀角地黄汤以凉血散血，倘有瘀块，则参入琥珀等化瘀之品。

4. 辨其它血症 “阳明之脉挟鼻”，辨鼻衄多系“伤胃之属”。足阳明胃、手阳明大肠二经循行上下齿中，从之以辨齿衄，“亦有伤胃之意”。舌衄“乃心火盛，肾水虚”所致。还有一种汗血，曰“衄”，因“汗为心液，血从心生”，故其为病，则系“心火暴甚，肾水虚衰，大亏之证”。只有辨明了血症脏腑经络之所属，立方用药才不致茫无所据。

### （三）治循缓急先后之序，法度井然

1. 气随血脱当固 案中载：“血吐如倾，气随血脱，危急之秋，当先其急，固气为主。有形之血，不能即生；无形之气，所当急固。使气不尽脱，则血可渐生。血脱益气，古之成法”。因血之与气，本相须而不可须臾相离，血脱则气无所附，故当急固其气，益气既能防止虚脱，又有摄血作用。血症于危急之秋，必用此法，否则俟事。

2. “必先荡涤，然后培补” 凡“血随咳上，鲜瘀不一，其来甚涌，……胸次窒塞”，见有瘀阻之象，蒋氏悉以荡涤为先，继则培补。一般用归尾、桃仁、赤芍、三七、制军、炒山楂、藕节、童便之属。因瘀血阻滞，血不得归经，斯时祛瘀即是止血，不可误予收涩止血之法。

3. “蓄瘀当散” 案中载：“血逆上焦，已吐紫黑，胸中板滞”，系蓄瘀为患。予生地、黄郁金、三七、茜草根、红花、苏木、藕汁、童便等行散之品。此法与荡涤法有轻重缓急之分，其中三七、茜草根等品能行能止，尤宜选用。

4. 借阳和以助融运 血属阴，寒则涩而不流，温则消而去之。《褚氏遗书》云：“血虽阴类，运之者其阳和乎。”蒋氏深明其理，案中谆谆告诫：“不必见血投凉”，而应注意辨证。浪投苦寒，流弊有二：一伤胃，二留瘀。虽然血之倒行、外溢多系火之为患，但火有虚实之分，实火当泻，虚火当补，此古之成法。他喜在大队苦寒药中佐以温药，补偏救弊，以助融运而防止凝瘀。炮姜一味，既能防止苦寒药物伤胃，并有反佐摄血的作用。至于肉桂反佐大黄，乃从桃仁承气汤脱化而来，盖取肉桂入营以助大黄散瘀，同时肉桂有伐肝作用，后来张锡纯先生亦用此法，如“秘红丹”。当然，温药的应用必须因证而施，若阴亏阳亢，误予一派温药，诚恐抱薪救火。

5. 专方与权变的统一 蒋氏治疗血症，既重视辨证，又不忽视专方的止血作用。例如便血，他认为其成因不出“脾虚失统”和“火犯阳明，阴络内损”两途，治疗时，“不必拘便前便后远血近血之说，皆宜先服《医话》玄珠散。此方组成：川黄连、川黄柏、黄芩、山栀、地榆、干姜、绿升麻、柿饼，俱用酒炒黑，加血余炭、百草霜、陈金墨等分为末，红花、苏木煎汤，调服10克。推其大意，殆取其苦味坚肠、收涩止血的作用，故凡便血均可先予此散以控制症状。他同时精心辨证，如遇脾不统血，便血屡发者，用归脾汤化裁。又治一例，“便血年余，逾发逾多，诸药不效”，认为系“内经结阴危症”，肝、脾、肾“三经真阴自结，无以调和于他脏，洒陈于六腑，惟流注于大肠，此命门真火虚衰所致”。予熟地、萸肉、制附子、油肉桂、枸杞子、鹿角胶、补骨脂、胡桃肉等，“益火之本，以消阴霾”。

总之，蒋氏治疗血症，入则取诸家之长，出则有独到之见，他熟谙脏腑的功能和特性，明辨阴阳之偏盛偏衰，用药或通或补，或温或清，无不合度。观其治火之虚实从心肾二脏论治为多：实火侧重泻心，因心为火之源，而泻心必兼泻胃，泻胃则火有下行之路，可降冲而宁血海也；虚火侧重滋肾，因肾主五液而藏真阴，滋肾即壮水以制火也。其治气之虚实从肝脾二脏论治为多：气实常需疏理肝气，盖气顺血亦顺，气郁则化火；气虚往往脾失统摄，故

宜守中以摄血。明辨气火虚实之理，区别标本主次，治分轻重缓急，所谓“知其要者，一言而终”是也。

（原载于《吉林中医药》1983年1期）

## 七、奇经八脉

先生对奇经八脉学说有较深的研究，在其所著《问斋医案》中，这一学术思想得到了较为集中的体现。探讨其对奇经八脉学说的应用规律，对加深这一学说的理解，为临床提供借鉴，有一定的现实意义。兹撷取该书“七疝”、“哮喘”、“赤白带”三门的部分内容，探析如次。

### （一）七疝系任脉主病，方药以通调为贵

例：经以任脉为病，内结七疝，心、肺、冲、厥、狐、癩、癰是也。总不离任脉不胜其任，或因六气，或因七情，或因饮食劳倦，随感而发。皆属于肝，无关乎肾，以《医话》七疝煎统治之。

赤茯苓 猪苓 泽泻 制苍术 川楝子 鸡心槟榔 小茴香 黑丑末 制附子 油足肉桂 细木通 黑山栀 福橘核

疝气乃少腹坠痛，控引睾丸的疾病。对其病机，历代医家多以任脉、肝经立论。任脉为阴脉之海，其经脉起于中极之下，以上至毛际，循腹里，上关元，若经气内结，疝痛作矣。肝主疏泄，其经脉环阴器、抵少腹，肝的生理特点和它的经脉循行，又决定了七疝与肝经密切相关。案中谓七疝“皆属于肝”，即此意也。然而任脉与肝经关系如何？清·沈金鳌云：“肝则佐任脉以生化者，故疝病原于任而及于肝，若专主肝不及任，背经旨固非也；专主任而不及肝，昧病之源流，亦非也。”林珮琴谓七疝：“见症于肝，原于任脉”，更属一语破的。

七疝之所指，历代说法不一，案中所举，可资参考。尽管其病象多端，而辨证不外分清寒热虚实，明辨在气在血。一般而论，暴疝多寒，久疝多热；虚证每下坠而痛，实证系湿聚淤停；在气分者多动，在血分者不移。既然七疝“见症于肝，原于任脉”，而七疝煎一方，以治肝为主，清代以前，尚未列奇经专药，至《得配本草》始载之，小茴辛香，能入奇经，引领诸药宣通经气，故

此方虽着眼肝经，实隐然有通调任脉之意。方中二苓、泽泻分理阴阳，导湿邪从前阴而出；苍术燥湿强脾；木通导小肠之火；川楝、槟榔、橘核、肉桂行气导滞，以得疏泄，盖气化则湿化也。小茴香配黑丑为“禹功散”。昔张子和治一人，“因坐湿地，疝痛不可堪，诸药莫救”，“急以导水丸、禹功散泻三十余行，肿立消，痛亦减”。从小茴香能入奇经来分析，此方可为湿阻任脉之良剂。附子配山栀名仓卒散，朱丹溪用以治寒疝入腹卒痛。盖肝属厥阴，中寄相火，热郁于内，寒邪外束，取山栀解郁清热，附子温经定痛，以解其寒热错杂之邪。诸药合为一方，治疝力宏，若能随证进退，当更熨贴。

## （二）治哮当除其宿根，通补肺督辟蹊径

例：宿哮起自幼年，延今二十余载，六味、六君、二陈、三子、小青龙、定喘汤等，遍治无效。盖伏风痰饮凝结肺胃曲折之处，为窠为臼，必借真火以煦和，真水以濡润，方能融化，非《医话》阳和饮，乌能奏效。

大熟地 麻黄 制附子 怀山药 山萸肉 白芥子 人参  
鹿茸 油肉桂 赤茯苓 菟丝子 胡桃肉

哮指喘促而喉中如水鸡声之证候。哮多兼喘，而喘未必兼哮。此证之成因，《证治汇补》指出：“内有壅塞之气，上有非时之感，膈有胶固之痰”，三者相合，气道被阻，因而搏击有声。若论治法，既发以攻邪为急，未发以扶正为先，攻邪须分寒热之异性，扶正当理阴阳之偏颇。由于哮系顽疾，控制发作，殊非易事。蒋氏对哮证之论治，颇多新颖之见。

他指出：此证“由于先天不足，酸咸甜味太过，为风寒所袭，致生痰饮，如胶如漆，为窠为臼，黏于肺系之中，与呼吸出入之气，搏击有声”。对病因的认识，从先天、后天两个角度来分析，是较全面的。“先天不足”，是发病之基因，亦是此证难以断根之所从来。再加之饮食之失当，六淫之侵袭（“风寒”二字宜活看，当从六淫这一广泛的角度来理解），酿生痰浊，日久病根深伏，竟似胶漆粘于肺系，这是病之症结所在，亦即前人“哮有宿根”之义也。此种顽痰，在肺系踞为窠臼，非一般豁痰之品所可洗涤，而

涤痰峻剂，又易伤正，立方用药，往往掣肘。

《医话》阳和饮，跳出了治疗哮喘“发时治上，平时治下”的圈子，用药虚实兼顾，义蕴宏深。正因为此证基因于先天不足，所以特别注重子填补肾精、通补督脉。奇经八脉是源于先天的，而督脉总督一身之阳，命门之火赖其敷布，脏腑方能得以温煦，督脉又能转输阴精，充养脑髓，因此，欲借“真火以煦和，真水以濡润”，培育生气，融化顽痰，补肾通督不失为良谋。笔者用此方出入治阳虚哮喘，其效颇佳。近人何廉臣先生曾精辟地指出：“督脉证与肺常相因，而哮喘一证，伏饮久踞，始则阳衰浊泛，继则阴亦渐损”，用药不宜偏刚偏柔，曾订“通补肺督丸”（生芪皮、杏仁霜、姜半夏、米泔水浸晒生於术、云茯苓、炙黄羊脊骨、生晒菟丝子、嫩毛鹿角、桂枝木、炙麻黄、北细辛、广皮红、炙黑甘草、生苡仁）等方，从督脉与肺的关系来论治哮喘，与蒋氏的用法，可相印证。

### （三）带下缘带脉失束，大法宜通塞互用

例：带下赤白，气血俱伤。肥人多痰，瘦人多火，昔肥今瘦，痰火互扰，由带脉出于精道，极难奏效。

赤石脂 禹余粮 海石粉 制半夏 制南星 炒黄柏 制苍术 椿根皮 赤白葵花 川黄连 赤芍药

带下一证，从奇经论治居多。《内经》指出：任脉为病，“女子带下瘦聚”，责之任脉不胜其任。冲任督三脉，同起而异行，皆络带脉，此脉起于季肋之章门穴，环身一周，状若束带，对十二经脉及奇经之冲、任、督、阳跷、阴跷起约束作用，故带下虽系冲任不固，实与带脉失束攸关。金·张子和从带脉横束腰际的生理特点出发，深刻地指出：“诸经上下往来，遗热于带脉之间”（《儒门事亲》），故带下热证居多，这是符合临床实际的。清·王孟英论带下注重区分虚实，谓：“带下一症，湿热下注者为实，精液不守者为虚”，亦很中肯。

蒋氏是很喜欢用《内经》“四乌鲂骨一蘼茹丸”治带下的，此方原治妇女“中气竭，肝伤”，“时时前后血”，“月事衰少不来”之证，他以为“思入八脉之方，惟《内经》乌贼鱼骨丸可入冲脉”，

而带下“赤属于冲脉，白属任脉，皆假道于带脉而下”。蒋氏治带下赤白俱见者，多仗此方之力，其功甚厥。

(原载于《中医药研究杂志》1985年4、5期)

## 中医学革新先驱者——张锡纯先生

张锡纯先生是一位近代中医学革新的先驱者。他具有革新精神，勇于求实，敢于创新，在荆棘遍地的情境中，走出了新的路子，为中医学的发展，开创了新的局面，做出了不可磨灭的贡献！我们今天集会来纪念他，一定要学习他的革新精神，在振兴中医的大好形势下，做出应有的建树。

张氏早年习举于业而未达，乃转而攻医，以济世活人为宏愿，遂广求方书，孜孜钻研，及至临证，户限为穿。晚年悬壶天津，术精验宏，声誉益著，从游者甚众，蔚为一代宗师。

先生治学十分严谨，每以“学问之道，贵与年进”而自强不息。他在理论上有许多独创见解，力倡阴血、大气下陷等论点，有深远的理论意义和临床价值。

张氏倡“阴血不足”，而重在脾胃；以肝脾为中枢“重在阴血”。此说虽本于《内经》，但却融丹溪、东垣及诸家之说而别树一帜。强调已病恒阳常有余，阴常不足，当调其阴阳，或滋阴以化阳，或泻阳以保阴。宜其治者，十之八九，说明其临床实用之广泛。

他认为“大气”不但为诸气之纲领，而且为周身血脉之纲领。大气之主要病理，就是因虚而下陷。他说：“此气一虚，呼吸即觉不利，而且肢体痿懒，精神昏愤，脑力心思为之顿减。若其气虚而且陷，或下陷过甚者，其人即呼吸停顿，昏然罔觉。”无论在內伤慢性衰弱性病证，或外感急危重症过程中，均可见到，实系心肺功能极度低下，全身衰竭所致，需急予升陷汤以升举之。临床施用，屡起沉痾，治验记载，历历可数。若认证不清，而误投开破气分之药，往往祸不旋踵。这对临床有极大的指导意义。

先生在辨证立法上很认真精细，审辨明确，特别是制方用药，

更有独到之经验；对前贤既定者，多能探奥索隐；对古人未发者，恒有增补创新。他创订之 166 则效方，师古而不泥古，诚如其所说：“证之道，不用古方，不能治病；拘守古方，亦不能治病”，是很有启迪意义的。用药精练，简要不杂，一般多在 5~8 味之间，其配伍之思路，多有发挥与创新。

张氏对古方善于加减化裁，例如他的镇逆白虎汤、仙露汤、寒解汤、凉解汤、和解汤，均从白虎汤衍化而来，治各有主，层次井然，别具匠心，可谓翼翼独造。

他是一位临床家，勇于实践，敢于创新，真是“胸中自有炉锤，善于熔铸冶炼。”制订新方，清新熨贴，疗效卓著，沉痾立起。例如：参赭镇气汤治虚喘（心脏性喘息），滋脾饮治糖尿病，化血丹治各种出血，镇肝熄风汤治中风（包括高血压脑病、脑动脉硬化、脑血管意外），振颓丸治痿废（脑血管意外后遗症、截瘫、类风湿性关节炎而致运动功能障碍者），参赭培气汤治膈食（食道憩室、食道癌变、贲门癌变等而致之呕逆），卫生防疫宝丹治霍乱、吐泻转筋及一切痧症（包括急性胃肠炎、食物中毒），硝腹通结汤治大便燥结久不通（肠梗阻），活络效灵丹治癰疽、心腹疼痛（心绞痛、宫外孕），理冲汤治闭经，固冲汤治血崩，安胃饮治恶阻，十顺汤治宫缩无力之难产等方，均有立竿见影、覆杯即愈之佳效。其他如眼科、咽喉及疮科诸方，亦多实践有效之方，充分说明张氏经验宏富，不仅精于内妇科，而且旁及其他专科。他珍贵的实践经验，值得整理继承，加以推广。

《医学衷中参西录》是张氏的一部名著，书中之医论，是作者对若干汤证及病因、治则讨论阐述的部分，他善于抉剔幽微，钩玄提要，触类旁通，探微知著，颇多精辟见解，今天仍有指导意义。

医话部分都是答复医家或病员之复函，其中有许多实践经验，值得参用。

最后是医案部分，多为验案介绍，叙述详尽，于立案法度、记载项目，确能要言不繁，首尾完整，可称当时医案之范例，今天仍不失为珍贵的学习资料。

《医学衷中参西录》是张氏一生经验之结晶，理法俱备，方药周全，随时翻阅，得心应手，确是一部中医工作者的必备参考书。

（1985年在张锡纯先生学术思想研讨会交流，  
并载于《河北中医》1985年专辑）

## 发皇古义 融会新知

——章次公先生生平及其学术思想

先师章次公先生（1903～1959年）名成之，号之庵，江苏丹徒人，曾任中央卫生部中医顾问，是位学验精深、富有创新精神的著名医家。章次公先生治学不迷信，不盲从，实事求是，追求真理。他博览群书，学贯中西。提出“发皇古义，融会新知”的主张，为研索中医，发展中医学，做出了可贵的贡献。他的创新精神，更值得我们加以继承和发扬。

### 一、学术渊源

章先生是丹徒大港人，他的父亲名峻，字哲亭，在清末参加江苏省新军第九镇，属于革命志士赵伯先的部下，为同盟会会员。后来赵伯先为清两江总督端方所排斥，哲亭先生也返回故乡，郁郁去世。章先生幼年丧父，由母亲抚育成长，后入丁甘仁先生创办的上海中医专门学校读书，毕业后因成绩优异，留校任教研工作，又兼任广益中医院内科主任，后改任上海世界红卍字会医院中医部主任，救治无数危重病员，受广大劳动人民的尊敬和爱戴。

章先生师出名门，学术渊源有自。丁甘仁先生属于孟河学派，能融经方、时方于一炉，又有自己的创获。处方用药既有严谨的法度，而又能圆机活泼，自出机杼。章先生对丁师深为服膺，又曾师事经方大家曹颖甫先生。曹师毕生钻研仲景之学，著有《伤寒发微》、《金匱发微》、《经方实验录》等行世。临证常用经方，大刀阔斧，与丁师纤巧缜密的风格迥异。章先生受二位名师的熏陶，而又不为二家所囿，在学术上确实是青蓝之胜的。

章先生成长为一代著名医家，因素是多方面的。其中很为关

键的是他找到了一个很好的治学方法。余杭章太炎先生不愧为他的导师，这位晚清国学大师治学朴实无华，对岐黄研究有素，对这位后生悉心指点，他要次公先生研究印度的“因明学”，讲究辩证法，并引导章先生接受现代医学，以取长补短。次公先生旁及国学，基础雄厚，亦与太炎先生的影响有关。他后来回顾这段学习历程时，曾说：“我从前问医于太炎先生的时候，先生指点我治医之余，如能对印度因明学加以研究，当有助于察事辨理；如能用印度因明学的方法研究仲景的辨证用药，可以更加深切。”又说：“学问极则在舍似存真，因明一学，乃印度教人以辨真似之学也。吾国医学发明之早，比勘世界医史实居先进，汉唐两代，注重实验，已向科学之途迈进。金元以还，医家好以哲理谈医，以邀文人学士之青睐，于是玄言空论，怪诞不经，满纸皆是，亘千年而其流未息，其为害非浅鲜矣！频年以任医校教习，恐其毒侵入青年之脑府也，誓予剪辟，倡言革命，举凡明理之工具书籍，必介其阅读，今年更以因明律令以绳古人之医学思想，朋侪诮我者以为创获，讥我者以为好奇立异，予乃进而教人，以因明轨式书案语，教人以因明思辨方法作临诊鉴别证候之初阶，深信舍似存真以范过误，非研求名学莫属也。”他治学崇尚实际，反对不着边际的空谈。对祖国医学只有去伪存真，去粗取精地加以继承，才能进一步发扬光大。章先生书写的脉案，天然浑璞，无陈腐气。分析病机，一以客观事实为依据，绝无任何主观臆测之辞，文笔潇洒，用词简练，寥寥数语，义蕴宏深，遣方用药，不拘一格，但无不合度。他的医案，真可谓乍看之无形迹可寻，细考之有凭可据，出于古人而又高于古人，参以新知而无斧凿之痕，到了出神入化之地步。太炎先生对章先生医案的文笔很欣赏，他见章先生的身材比较矮小，因有“笔短如其人”之评，一时传为佳话。

章先生除任上海世界红卍字会医院中医部主任外，还自设诊所于斜桥，以方便病员之求诊。先生具有高尚的医德，不少贫苦病人找他看病，他总是不辞劳苦地加以诊治，深夜亦往往出诊，有“平民医生”的赞誉，所以章先生诊治的重症甚多，每用大剂以起沉痾，非往返富贵之家乐用平淡之方者可比。先生除曾担任过上

海中医专门学校教职外，并于1928年春与同学王一仁等创立中国医学院，并担任药理学教授。同年又与陆渊雷、徐衡之两先生创办上海国医学院，培育了一批中医专门人才。章先生教学，主张理论联系实际，经常选辑医案，进行辨析。所选案例，既有成功的经验，又有失败的教训，以资学习或引为鉴戒。

先生于诊余之暇，奋笔著述，编有《药理学》四册，大部分内容均被收入前世界书局所编的《中国药物大辞典》。还有《诊余抄》一集，曾陆续发表于当时的医学杂志。先生感到古人医案中，在治效方面有很多渲染浮夸之处，不能尽信，尤其失败病案，百难得一。因此，他自己留心总结失败医案，详叙始末，并取太史公所谓“人之所病病疾多，医之所病病道少”之意，将其失败病案，编成《道少集》，以自勉勉人。

解放后，先生应召赴京，担任中央卫生部中医顾问，兼任北京医院中医科主任等职，致力于祖国医学的发掘提高工作。在京工作期间，他曾希望对《内经》作一次全面的校勘，以利进一步研究；又曾竭力搜集善本医书，修订我国《历代医籍考》，但不幸罹患癌症，经多方诊治未效，于1959年11月6日长逝。壮志未酬，殊为憾事！

## 二、采撮精英

章先生曰：“各家学说，互有短长，治学者不应厚此薄彼，能取长补短，其庶几矣！”先生不但能打破寒温的界限，吸取各家学说的精华；而且能打破中西医的界限，力求二者之间的沟通。针对当时中西医互相攻讦的状况，指出：“如果依旧深刻鸿沟，相互攻短，那无异是开倒车，阻碍医学的发展。”认为医学当与时俱进，中医从诊断到治疗都需要改革。他曾经这样比较过中西医：“中医的诊断，有些地方虽不及西医，但也有其突出之处。不但诊断如此，中医的一切都是从综合的、整体的着眼，不同于西方医学片面地过于重视局部的变化，如果既从整体着眼，又注意局部的病灶，则辨证论治当更为精切，更接近于了解事物的本质。”他在开业期间，与一些高明西医商讨诊断方法，开创了中西医互相学习

的风气。并主张“双重诊断，一重治疗”，这一勇于吸收新知的精神，确属难能可贵。

先生究心《内经》，曾说：“《内经》论针灸，阐扬经络；《甲乙经》第三卷则着重于在体表上标用穴位，后世亦有人宗之。而杨上善《黄帝内经太素》讲求经络，与《内经》一致。”在他读过的《内经》木刻本上，还遗留了一些札记。他同时深究《伤寒论》、《金匱要略》，学习仲景辨证论治的科学方法，又注意研究明清崛起的温病学说，对寒温之争，经方与时方之争，有持平之论。

先生常说：“仲景之书，确是大经大法，有启迪后人的作用。清代叶天士等总结前人的理论与经验，阐发温病学正是对《伤寒论》的发展。惜乎宗仲景者，每歧视清代温热家言，而温热家亦诋毁经方，互相水火，历三百年而未已，其实均门户之见而已。”他一针见血地指出：“温病以卫气营血四字为纲领，其归纳证候方法，凭藉客观的事实，固与仲景之划分六经，异曲同工者也。”“吴鞠通以温病当论三焦，不可循六经，谬矣！”先生认为寒温乃是完整的体系，不应当割裂开来，这之间没有不可逾越的鸿沟。对于过去所谓“经方”、“时方”之争，他颇不以为然。先生治热病或用辛温，或用辛凉，全凭证情而定。他虽然批评清代苏医对热病用药有轻描淡写之处，但也取苏医之长。曾对《临证指南医案》温热门席姓七案作出客观的评价，否定了陆九芝的一些论点。例如，陆氏认为犀角、菖蒲能“送邪入心”，先生指出：“牛黄清心丸是解毒药、镇静药、强心药，用治时症，此正叶氏之创获。陆氏攻之，适彰其浅妄矣！”对于叶氏治温病注意养阴的方法，更给予了很高的评价：“滋水制热之法，用于热病，意与现代所谓营养法同。其意发于王冰，其风起于明季，至叶氏而益臻完备，故温热学说，体用兼赅，叶氏实其大师也。”可见先生对人、对事，绝无成见，而是公允地评论是非得失。

先生对温热病的治疗，经验丰富，风格独特，限于篇幅，很难作出详尽的介绍。不少同道都知道，他治病十分注意保护心力，个人认为，这在理论和实践上都是一个突破。尝见温热病有不危于邪盛，而亡于正衰者。特别是温热病，若病程较长或病入极期，

正邪交争，以至决定阶段，一发千钧，若心力不健，正气不支，极易昏痉厥脱之变。辨证之要，在于望神色和察脉象。若神气萧索，脉来糊数，或脉沉细而不鼓指，或两脉有歇止，或脉微欲绝等，必须着力扶正强心，保护阳气以固阴液；若辗转徘徊，势必两败俱伤；若投清温开泄，则祸不旋踵。

针对热病容易伤阴的特点，保护心力，先生常以甘寒（如生地、麦冬）、甘温（如黄芪、党参）并用，甚则加附子。他还很喜欢用六神丸，指出：“六神丸并可兴奋心肌与脑神经”、“热病心力衰竭用附、桂则人畏惧，用六神丸既能强心，又不遭谤。”热病心衰或中毒性休克用之，每奏良效。《冯氏锦囊》全真一气汤（人参、熟地、麦冬、五味子、附子、牛膝、白术）先生常用之。此方乃参附汤、生脉散合方加味也，温阳而无升浮之弊，育阴兼有化气之功。30年代亲见先生以此方为主治湿温重证，获救者众。有时虽见高热呓语，但病入极期，正不胜邪，毅然舍病救人，竟以此汤加减而获验。虽说此法得力于张景岳、高鼓峰辈，然非先生，孰能为之？诸如此类，均属越出常规，无怪乎太炎先生有“成之胆识过人”之誉。

### 三、自出新意

章先生学淹众长，自出新意。其临证推究病因，细致入微；疏方不落俗套，针对性强；用量或轻或重，恰到好处，令人耳目一新。

先生治病既从整体着眼，也不忽视局部病灶。他往往将辨证与辨病结合起来，探索疾病的症结所在。例如湿温（肠伤寒），其病灶在肠，2周以后，当警惕肠出血，斯时如能在辨证论治的前提下，选用直清阳明、坚肠抑菌的药物，则不仅有直接针对病原的意图，又有防止和治疗肠出血的作用。先生从《伤寒论》葛根芩连汤悟出“苦以坚之”之法，常参用川连、黄柏、苦参、生地榆、荠菜花、银花炭、白槿花、乌梅、白芍等。这些方法，是不背古意，而又高于前人的。

再如胃病，先生对其治疗也是很讲究辨病的，例如他往往从

胃痛是否有节律，是否泛吐酸水，得食是否痛减等诸方面，来判断是否为消化性溃疡。当然，如能通过必要的理化检查，更可确诊。而一旦辨明其为溃疡病，则表示胃部实质之变化，多采用叶氏养胃阴的方法，同时针对性地护膜医疡，促使局部病灶之恢复。止痛也罢，制酸也罢，补中也罢，都不能离开溃疡这一前提。先生曾经指出：“凡此等证进用香燥刺激之品，未有不愆事者。”他因此创造性地运用大剂的杏仁（一般用至24克）等富含油质的药物以解痉镇痛；以白螺丝壳、煨鸡蛋壳、煨瓦楞子、滑石等含有钙质的药物以制酸；以象贝、马勃等药以消炎；以象牙屑、琥珀、五灵脂等化瘀生肌，避开了习俗常用的香燥理气之品。并创订了一些治疗胃溃疡的方剂，如用凤凰衣30克、玉蝴蝶30克、轻马勃20克、血余炭15克、琥珀粉15克，共研细末，每服2克，每日3次，食前服。实践证明，这些验方是经得起重复验证的。

先生具有广阔的知识面，临证触类旁通，多有巧思。他说：“为医者，仲景之书固不可不读，而于历代各家医集，晚近中外科技术书籍，以及其他小说笔记之类，凡有关医道者，胥应浏览，识见广遽，而后临床辨证论治，自可左右逢源，得心应手。”例如验方通痢散，即是他从章回小说《镜花缘》中得来，原名“治水泻赤白痢方”（川乌、杏仁、羌活、生熟锦纹、苍术、甘草），此方组合巧妙，对痢疾、泄泻初起，确有疗效。观先生治痢，初起多先荡涤，尝用大黄；腹痛必佐温药如附子；治痢之积滞，而里急后重者，尝用大剂杏仁，这些显然是受了通痢散的启示。此外，他很留心民间草药和有效的验方，曾多次提示后学对《千金》、《外台》作深入的研求，所谓铃申单方之称卓效者，一般人以为秘方，实则多出上述二书。一些验方、草药，当时时医以为不屑一顾，而先生只求实效，常常乐于采用。其中如白槿花治痢、马鞭草截疟、凤尾草治带、苎麻根止血、仙鹤草强壮等等，收效较著。

先生对本草的研究，下过很深的功夫。一些药物的作用，诸家之说难以相互印证，先生经实践后予以确定。如柴胡，认为其功用有三：一祛瘀、二解热、三泄下，治热病有时用至24克。不拘“葛根耗胃汁”之说，用于解热，其用量曾达30克之多。用望

江南治热病便秘，证明其作用缓和而可靠。用紫花地丁治温热病，取其能排泄毒素。凡此引伸扩展，使人尤多启迪。他非常擅用虫类药物，如蜂房、蕲蛇之用于风痹；蟋蟀、蜈蚣、地鳖虫之用于积聚肿胀；蜈蚣、全蝎之用于头风痛，均积累了宝贵的经验。

在先生的医案中，经常将中西医学理论合并讨论，对中西医学理论的疏证与沟通，提出很多创见。如：“古人物质属之血，机能属之气。”“宣肺多是祛痰剂，肃肺多是镇咳剂。”“甘温能除大热者，增加其体力，使其热自退之法也。”对于妇科调经方面，更多发挥。如：“考经不正常，恒能引起胃症候”，“古人用平胃散通经，即是此理”。“室女停经、萎黄病、子宫结核、内分泌障碍病，皆可以望、切两诊得之，惟神经系之变化，则少迹象可寻。”“月经之生理虽在卵巢，亦受神经之支配，古人调经多用疏肝，即此理也。”先生学富心灵，立论不同凡响，足资我们研究与学习。

先生善集各家学说之长，又参合西医学之理论，其辨证，明晰精微；其用药，机动灵活。案语从无空洞肤泛之词，悉皆辨证识病之要。并善于用辨证法来指导医疗实践，抓主要矛盾，透过症状现象，认清疾病实质。处方简练，击中要害。用药剂量，或轻或重，往往出奇制胜，每收著效。上海姜春华教授认为先生的医案有如下的几个特点：1. 章先生不尊古，不厚古薄今，他用古代的理论经验，也用现代的理论，并采用现代人的好经验；2. 章先生没有正统观念，他主张博采众方，处方中把单方、草药也用进去，尽管处方不合正统规格，但他只求有治疗实效；3. 章先生学医于丁甘仁先生之门，又学于曹颖甫，但他能不泥于两家；4. 章先生医案没有八股气，很少用病机做文章，只述主要病症，舌苔、脉象只于必要处写上，不是每案必写，以病证为主，以脉舌为次；5. 章先生治病抓主要矛盾，用药不是面面俱到，而是击中要害；6. 章先生虽批评清代的苏医，但也取苏医之长，择善而从。这一评价，殊为中肯。

兹举医案数则，借见先生学术思想之一斑。

### （一）冠心病

例1：陈女。胸闷不舒，饮食后干呕不得通彻，将近一年，

下肢肿亦久不消，实基于心力之微弱，宜其用健胃药无效。处方：

炮附块（先煎）15克，上安桂1.2克，生白术、淮山药、破故纸、姜半夏各9克，云茯苓12克，肉豆蔻6克，五味子4.5克，炙甘草2.5克。（剂量均已按现代计量单位换算，下同）

例2：柴男。心脏病患者，时苦胸中闷，每多与胃病混淆，用健胃剂不能缓其所苦。就寝胸脘窒塞，必欲起立乃舒，两日来更见周身浮肿。处方：

炮附块（先煎）4.5克，上安桂1.2克（研，分2次吞服），五味子4.5克，黄芪皮、补骨脂各9克，炮姜炭2.5克，带皮苓15克，仙鹤草12克。

按：胸闷为冠心病常见症状，中医认为，它多由气滞血瘀或痰浊内阻，胸阳痹塞，经脉不通而致。上列二案症状及用药基本相似，皆由心气不足而导致心阳亏虚，随之饮邪踞胸，阻遏胸阳，以致气不宣畅，故以附子、安桂、补骨脂、炮姜等温阳；茯苓、白术、姜半夏、山药以健脾化痰。

冠心病之胸脘窒闷，或伴见干噎不舒，常被误认为胃病，先生在1940年前后即指出：“本病每多与胃病混淆，用健胃剂不能缓其所苦。”并提出与胃病的鉴别点在于：“就寝胸脘窒闷，必欲起立乃舒”，及有“下肢浮肿”。这种鉴别诊断，法简易行，对当时中医临床工作者很有帮助。

## （二）神经官能症

例1：梁男。夜难成寐，多梦心悸。古人以为肝虚，以肝藏魂故也。凡补肝之药，大多有强壮神经之功能。处方：

明天麻、杭白芍、潼沙苑、抱茯神、当归身、炒枣仁、柏子仁各9克，大熟地、料豆衣、黑芝麻各12克，炙远志4.5克。

二诊：寐为之酣，悸为之减，但多梦则如故。处方：

大熟地18克，当归身、杭白芍、山萸肉、菟丝子、抱茯神、潼沙苑各9克，五味子、炙远志各4.5克，夜交藤12克，左牡蛎30克。

另：首乌延寿丹90克，每晚服9克。

按：中医学认为，肝主藏血，肝血虚一方面可导致心失供养，

一方面又可致肝阳偏亢，上扰心神，而为心悸、失眠、多梦等症。

初诊用地、芍、归、潼、芝养肝阴，补肝血；天麻平肝镇静；枣仁、柏仁、茯神、远志养心宁神。他在案语中指出：“凡补肝之药，大多有强壮神经之功能。”对当年中西医理论之沟通，作了引导。二诊在上方基础上加补肾药，补肾也就是补肝（乙癸同源之治），加强了强壮调整作用，有利于疾病的恢复和巩固。

例2：周男。苦失眠，头晕时痛，梦多。此方乃中医之镇静剂，神经衰弱之失眠宜之。处方：

炮附块（先煎）4.5克，天麻、五味子、当归、延胡索、枣仁各9克，川芎3克，珍珠母12克。

按：方用宁心安神之品，加熄风、镇静、镇痛药。川芎兼补肝血，治血虚头痛，现代药理学称其对中枢神经系统有镇静作用。延胡索为著名的镇痛药，且具有良好的催眠安定作用。

章先生曾指出：“根据实践经验，有些失眠患者，单纯用养阴、安神、镇静药效果不佳时，适当地加入桂、附一类兴奋药，每收佳效。”这个经验是很可贵的，可供今后进一步验证。

### （三）冷积便秘

例：高女。平素有习惯性便秘，此番六日未大便。大凡暴秘可泻，久秘不可泻。泻药只能取快一时，停药则其秘如故。面色不华，脉软，用药以振奋肠机能。处方：

全当归、杭白芍、生麦芽各12克，生白术、薤白头、生鸡内金各9克，广木香6克，半硫丸9克（分3次吞），炙草3克。

二诊：服上方无效，肠之蠕动陷于麻痹状态，予千金温脾饮。处方：

党参、熟大黄、元明粉（分冲）各9克，干姜、炙草各3克，熟附块（先煎）6克，当归12克。

按：初诊服药二剂不效，二诊头煎药服后3小时即效。在初诊时章先生认为“久秘不可泻”而用健脾温通药无效，盖其力微故也。二诊不自讳无效，这也是先生医案的一个特色，既总结成功的经验，又吸取失败的教训，这样才能进一步深入辨证，及时考虑新的治疗措施，以提高疗效。因其面色不华而脉软，这是排

便动力缺乏的“冷积便秘”，故二诊予温脾饮，攻逐冷积，也就是促进排便动力的恢复，则便秘自通。

#### （四）痔疮出血

例：倪男。作慢性痢治，其血量虽少，而总是不能根除。原来出血之因在痔，痔不能愈，血不能止。处方：

油当归、棉花子各 12 克，桑椹子 25 克，黑芝麻 15 克，仙鹤草 18 克，熟锦纹、清炙草各 6 克，制首乌 9 克。

按：中医认为，痔疮多为嗜食肥甘辛辣及饮酒等，导致湿热内生，蕴结大肠，大肠失传导之职，故大便经常秘结；湿热灼伤阳络，故时时便血。

大便中经常杂有血液，并有后重感，作慢性痢疾治疗，多能取得一些效果，这原是临床上的一般诊治步骤，但久治不能根除，便需进一步检查，排除其它疾患如痔疮、直肠癌、直肠息肉等等。本案即经确诊为痔疮所引起。引导后学在临证察病时，不要就事论事，应付了事，如果效果不好，就要多问几个为什么，多考虑几个方面，深入探求病因，作出确当处理。这种辨证与辨病相结合的诊疗方法，在今天来说，仍是可取的。

处方润燥、通滞、止血，虚实兼顾，乃痔疮的内治大法，必要时可配合痔科手术，以绝后患。其中棉花子能补虚、止血，善治肠风下血、痔疮痔瘕、血崩、阳痿等症。章先生对民间药常喜引用，即其一例。

#### （五）溃疡病

例：李男。胃痛已 8 年，多作于食后 3 小时许，得食可稍缓，曾有黑粪史，其为溃疡病，殆无疑义。处方：

凤凰衣、玉蝴蝶各 30 克，轻马勃、象贝母各 21 克，血余炭、琥珀各 15 克。共研细末，每服 1.8 克，一日 3 次，食前服。

按：患者经钡餐造影确诊为复合溃疡，共服上方 2 料，复查龛影消失，而告痊愈。

这是一张治疗溃疡病很别致的经验方，效果既好，价又不昂，值得进一步研究。凤凰衣有养阴清肺之功，除善治久咳、咽痛失音外，还可用于颈淋巴结结核，溃疡不敛，因此以之移治溃疡病，

是很具妙思的，已成为章先生治疗此病的常用之药；玉蝴蝶功擅润肺、舒肝、和胃、生肌，除治咳嗽、音哑外，又善治肝胃气痛，疮口不敛，还有补虚、宽中、进食之功，与凤凰衣同用，起协同加强作用；马勃长于清肺利咽，解毒止血，既能止血，又可疗疮；象贝母具有清热泄降，医疮散结之功，对于溃疡病之胃痛吞酸，尤为适宜；琥珀不仅为镇静安神药，而且有化瘀止血、疗疮散痛作用；血余主要有消瘀止血作用，与琥珀同用，治溃疡病出血极佳。本方虽药仅 6 味，但从辨证与辨病相结合的角度出发，可谓老药新用，而又丝丝入扣，颇能启发后人。

以上简要介绍了次公先生的生平和他的学术思想。先生离开我们已近 20 个春秋，其音容笑貌，宛在眼前。春风化雨，赖有良师。“发皇古义，融会新知”，是先生之志，亦先生未尽之业也，将激励我们加倍努力，为发扬国粹，实现中医现代化而奋斗终生！

（原载于《新医学杂志》1978 年 10 期）

## 析章次公先生评论清代医家的几句话

章次公先生对历代医家成就，有公允评论。兹就先生对清代 6 位医家之评述，略加介绍，以窥一斑。

“余尝谓清代医人中，有二奇人，曰四明高斗魁、玉田王清任；有二学人，曰吴县叶桂、吴江徐大椿；有二妄人，曰昌邑黄元御、元和陆懋修。高王二人，奇而不诡，开创风气；叶徐二人，虽沿仲景，自有创获；若黄陆二人，直以齿牙胜人，然究其实则枵然无物者。”

先生对清代 6 位医家的学术思想用了上述 95 个字，作了概括性评述，分为奇人、学人、妄人 3 类，要言不繁，画龙点睛，可谓的当公允。

先生对高斗魁、王清任二氏颇为赞赏，评价较高，称其为“奇人”，但“奇而不诡，开创风气”。指出高王二氏在学术思想上超出陈规，异乎寻常，但奇而不诡，并不无理诡辩，脱离实际，而且还有所创新和前进，这正是他们对学术的发展和延伸，是我们

应该继承发扬的学风。

高斗魁又号鼓峰，清代名医，浙江四明（今宁波市）人。著《医学心法》，论医宗旨，近于张景岳，“治病多奇中”，“起痼扶衰，悬决生死日时，多奇验”。在其医案中，有用大剂人参、熟地等治愈温病重证的记载。自创新方，多有奥义，如治肝火郁于胃中，以致倦怠嗜卧，饮食不思，口燥咽干，曾订滋肾生肝散（六味地黄加当归、白术、柴胡、五味子、炙草），方中六味滋肾，逍遥生肝，组方明确，增损灵活，取水能生木之意。此法在叶天士治脘痛用石决明、阿胶、生地、杞子、川斛、粳米，魏玉璜治胁痛用一贯煎等养胃汁之前。而高斗魁此法，又受到赵养葵《医贯》治木郁先用逍遥散，继用六味地黄汤加柴胡、白芍之启示。

高氏滋肾生肝散、疏肝益肾汤（六味地黄加柴胡、白芍）诸方，都是柴胡与地黄同用。魏玉璜一变其法，疏肝喜用川楝子，把柴胡换成川楝子，从这里也可以看出方剂演变的一个侧面。

王清任（1768～1831年），字勋臣，河北玉田人。他为了纠正古医书关于脏腑形态、功能方面记述的错误，能破除世俗观念，去坟地和刑场实地观察，并解剖动物作对照，历经42年而写成了《医林改错》一书，对前人认识上的一些错误，作了纠正和补充，尽管还有主观臆断之处，但这在封建社会里能这样做，已属很了不起的。其次，他在临床上强调气虚或气滞导致血瘀，主张补气、行气与活血化瘀相结合，而创订了许多补气或行气化瘀的方剂，如补阳还五汤、通窍活血汤、膈下逐瘀汤、少腹逐瘀汤等，具有较高的实用价值。王氏是医学史上具有敢于实践和独创精神的医家。

高王二氏，确是“奇而不诡，开创风气”的典范，值得我们学习。

叶桂（1667～1746年），字天士，号香岩，江苏吴县人。聪悟好学，先后拜师17人之多，汲取众家之长，又有所创新，善治疑难杂症，多从脾胃立论。对温病尤有卓见，能跳出《伤寒论》的框架，创立“卫、气、营、血”为温病辨治之纲领，提出了辛凉解表、甘寒养阴、清热解毒、滋阴救液等法则，制订了许多实用的方药，为温病学的奠基人之一。他的《温热论》、《临证指南医

案》虽为其弟子所辑，但均系其实践有得之言，值得我们细细领悟。

徐大椿（1693～1771年），字灵胎，晚号洄溪老人，江苏吴江人。博览群书，上自《内》《难》，下至元明著作，无不披阅，勤于著述，是清代写作较多的一位医学家，又是医学评论家，所评注之《临证指南医案》、《外科正宗》，颇多独到见解。他认为《伤寒论》原是救误之书，随症立方，并无定序，乃删除六经门目，俾方以类从，证随方见，著《伤寒类方》，使学者可按证以求方，不必循经以求证，具有真知灼见。《医学源流论》乃短小精悍之医学论文汇编，颇多精辟之论。徐氏说：“五十年中批阅之书约千余卷，泛览之书约万余卷，每过几时必悔从前疏漏。”于此可见徐公读书奋发之勤和高尚谨慎精神。

叶徐二氏之学术成就，虽沿袭仲景，但均有创新，所以章先生说他俩“虽沿仲景，自有创获”，乃富有学养之人，是很中肯的。

黄元御（1705～1758年），字坤载，号研农，山东昌邑人。博览经史子集，精研医经典籍，他主张“理必《内经》，法必仲景，药必《本经》。”在临床思维上受张景岳之影响极大，重于温补。对经典著作中的错简，提出校订意见，著有《悬解》多种，有一定贡献。但其论医理、评诸家，常用偏激之辞，故章先生称其为妄人。

陆懋修（1818～1886年），字九芝，号林屋山人，江苏元和（今吴县）人。读书甚多，著述亦丰，有《世补斋医书》刊行，流传甚广。但过于尊经，思想保守，固执己见。对清代某些医著上的学术论点，每严词抨击，虽有中肯之处，但多偏执之见，对不同学术见解，往往加以否定。如认为“治温病法不出《伤寒论》之外”。并说：“在太阳为伤寒，在阳明为温热”。认为阳明病就是温病，对后世温病学说的发展，是采取否定态度的。斥王清任的亲临刑场观察脏腑，是教人在杀人场上学医道。又如《临证指南医案》卷五温热门之席姓案，乃热邪误治入脏之坏症，悉已至极期，叶氏立育阴清邪法以挽救之，可谓煞费苦心，但陆氏却予否定，认为“古人治温，决不育阴”，并说：“犀角、石菖蒲二味，并开心

窍，送邪入心”；用牛黄清心丸，乃“助犀角送邪入心”，这是极大的偏见。因已神烦呓语，吸气喘促，正气大虚，阴液耗竭，育阴正所以清热，犀角及清心丸，也为挽救坏症危局而设，有何不是呢？章先生对此曾作中肯的评述：“后人欲评前哲之学说，最不可先有成见，成见横梗胸中，其流弊为武断。九芝批此案，成见既深，武断毕露。滋水制热之法，用于热病，至叶氏乃有步骤、有条理，从存津液至生津液，实为叶氏之最大业绩，吾人不可一概抹杀也。平心论之，叶氏自有其不可及处，尊信太高，诋毁太过，俱非持平之论。”这是很公允的。

黄陆二氏，虽然读书很多，著述亦丰，但过于尊古，偏执己见，对不同学术论点，往往采取否定态度，严词驳斥，一无是处，这就近乎“武断”、“诋毁”，所以章先生称其为妄人。至于章先生说他俩是“枵然无物者”，是指理论脱离临床实际，是空洞的理论家，不是实践家而已，并没有否定他俩在博览群书和文学上的成就，这是应该说明的。

章先生是务实派、革新派，很少用浮泛的理论作文章，辨证用药，力求实效。他最反对八股式、不切实际的空论，或臆测武断的主观意见。同时，他没有正统观念，提倡“发皇古义，融会新知”，在继承的基础上有所创新，有所前进。所以他评价高王二氏是“奇而不诡，开创风气”的奇人，赞赏叶徐二氏是“虽沿仲景，自有创获”的学人，批评黄陆二氏是“直以齿牙胜人”的妄人。章先生对清代六位医家短短 95 个字的评论，今天重温一下，还是值得在治学、临证时参考的。

（原载于《中国中医药报》1995 年 7 月 10 日）

## 立言求是非同俗 论道持平有古风

——缅怀学长姜春华教授

我与姜春华教授是 30 年代在章次公先生诊所进行毕业实习时认识的，那时他经常到章师家谈论医学，述古道今，甚为默契。随后 40 年代姜教授又先后与我同时受杨医亚主编的《国医砥柱》、

任应秋主编的《华西医药杂志》、吴粤昌主编的《广东医药旬刊》之聘，担任编委或特约撰述，常有文字往来。他勤读好学，博览群书，学贯中西，融汇古今，理论精深，思维新颖，所写文章颇多精辟之论，在中医界为同仁所瞩目，我受其启迪殊深。

姜老毕生淡泊名利，勤奋著述，奖掖后学，不遗余力，是真正达到朱熹所说的“旧学商量皆邃密，新知培养转深沉”之境地的。1973年我的学生史载祥医师（现为北京中日友好医院主任医师）去上海二军医大协助编写教材，要我写信介绍去拜见姜老。彼不以史君一个年轻后生而薄视，而是热情接待，边吃边谈，谈了一个多小时，史君深为感动，十分敬佩。姜老还对他说：“我的学术观点与朱院长是一致的，是求实派、革命派。”这对他来说是实话，对我则是过誉。

1982年卫生部中医司组织编写的《实用中医内科学》在上海进行统稿、审稿，邀我参予审稿，因金寿山教授膺疾，乃由黄星垣研究员主持全面工作，我与黄所长负责审稿，其他八人负责统稿。我推荐朱步先、何绍奇二位参予统稿，在延安饭店工作了3个月。在此期间，星期日我们3人经常到姜老寓所畅谈。他非常高兴，自己动手烧菜，畅饮啤酒代饭，边吃边谈，愉快地度过了假日，并得到很多教益。步先、绍奇既能饮酒，亦善健谈，与姜老成为忘年交，这也反映了姜老对青年一代的爱护培育之情。

1973年下半年，因听说姜老有回南通探亲之行，即专函邀请他顺作一场学术报告。他于8月6日复信：“接奉大函，敬悉一切。弟仍在修订《辞海》（参加中医学院组），估计需9月底方能定稿完毕，工作甚紧张。现学校放假1周，本拟以此假期作个人活动，或回乡一次，亦因《辞海》任务而不能抽身，姑俟《辞海》完毕之后再谈。上医党委决定成立中医教研组，着我为组主任，兼中山医院中医科主任，脱离华山。因《辞海》之故，尚未报到。弟回通主要向乡里长者学习，讲学岂敢当耶！能有机会一聆阁下及诸君子教益即幸甚！承注敬告。”从来信看，他工作很忙，利用假期回乡探亲，顺作学术报告，是乡里同道十分企盼之佳音；他长我9岁，应是兄长，却屈称为弟，并提到是来学习，聆取教益，其

谦诚胸怀，令人景仰之至！

1979年是章次公先生逝世20周年，我们同学集中了章师的部分医案，由我执笔编按，以作纪念。在编写期间，姜老甚为关切，热诚提出原则性意见：一要保持原貌，对原案不加修饰；二要少而精，不必重复类案；三要按语中画龙点睛，使章老学术思想，发扬光大。这三点成为我执笔时的依据。后来他还为《章案》作序，提出6点看法，是很中肯贴当的。

70年代末，姜老与江西中医学院张海峰教授及我，无形中组成一个小型讲学团，接受各地邀请讲学，经常叙晤，深受教益。特别是他作学术报告时，从不坐着照本宣读，而是站着离稿演讲，引经据典，侃侃而谈，娓娓动听，重点突出，引人入胜。其功力之深，记忆力之强，非常人所及，听者无不赞颂，咸谓是一次高层次科学性的艺术享受。我们三人在1978~1980年之间，多次应邀至浙江、江西、安徽、广州等地联合作学术报告。后来云南、深圳等地邀请，医学院领导提出：姜老年事已高，又有高血压、糖尿病，长途跋涉，尽量少去为是。因此他就接受劝告，而婉言谢绝。所以1988年4月30日来信说：“昆明之游乐乎？昆明气候好，风景好，值得一游，想是饱览风光回来了！深圳去过了，殊无意味。”

姜老是一位理论与实践俱丰的学者，但却十分谦虚，从不骄傲自大。对学术评析，持论公允，有是非之辨，而无意气之争。80年代初，他对热病提出扭转截断论点，打破了卫、气、营、血传变规律，本是中医辨治温热病理论上的一次突破，不意却引起了一场论战。各地同仁纷纷发表文章进行商榷，或直接写信与他讨论，出现了百家争鸣的好气氛。那时他因脊椎压缩性骨折正在中山医院卧床治疗，我去看望他，非常高兴地畅谈学术论争之事，他说：“有部分讨论性意见很好，我乐意接受，予以答复，但也有些是村妇骂街式的胡扯，不值一道，毋庸驳斥，一笑了之！”这充分说明了他虚怀若谷，从善如流，而又坚持己见的学者态度和宽容的胸怀。

1988年姜老已届耄耋之年，作为中医界的耆宿，中国中医研

究院研究生院部分同志拟为其祝寿，写文章来颂扬他的功绩。姜老对花钱、费时，颇不赞成，予以婉谢。他认为“今年两本书可出版，以此为寿最好！学术传后寿命长！”他还慨叹地说：“来日已短，不是方长，可悲！不足庆。剩余时间当节约用。”充分说明他以学术事业为重，不愿搞铺张浪费，要珍惜余阴的高尚心境。但上海第一医学院及中山医院仍然以组织的名义为其祝寿，这在西医院校为中医祝寿者，殊不多见。我与曹向平同志合写了两首诗寄给他，表示祝贺之忱：

少年困学老才雄，万卷方书善贯通；

八十高龄犹述作，三千弟子各葱茏。

立言求是非同俗，论道持平有古风；

遥祝康疆添寿算，隔江缱绻故人衷。

1991年12月下旬，接到姜老来信：“弟因糖尿病而致肾衰，专家会诊，已进行腹透，似有好转，不知吾兄有何高见否？”字迹颤抖歪斜，知其恙情已深，体气大衰，思念老友一晤。当即与南通县中医院季光院长联系，并嘱其向县领导汇报。后由周少逸、季光二位与我于12月30日去中山医院看望。姜老甚感欣慰，但视其神色萧索，大肉尽削，语音低沉，势入膏肓，恐难逆转，深感黯然。建议加服扶正益肾之品，劝其安心静息，慰勉而别，不意竟成永诀。1992年3月11日溘然与世长辞，令人潜然泪下。3月30日在上海殡仪馆举行追悼会，我与许昶主任、季光院长前去参加。上海医科大学党委在悼词中对姜公毕生献身于中医事业，作出卓越贡献，给予高度评价，全国各地唁电、挽联甚多，极尽哀荣。其哲嗣光华继承家学，门人中亦颇多杰出人才。其学术精粹，高尚品德，将长留人间，永垂千秋！姜公九天有知，当可告慰！

（原载于《中医文献杂志》1995年1期）

## 溯古论今谈医德

医德是指医务人员应当具有的道德品质。我国是一个文明古国，提倡医德是我们中医几千年来的优良传统，在我国最早的一

部古典医著——《黄帝内经》中，就有了这方面的论述。其中最著名的有“疏五过论”、“征四失论”等篇章。嗣后，在历代医家的著述中，都续有记载，张仲景在《伤寒论·原序》中，恳切指出了当时医生治学的许多弊端，提出了“勤求古训，博采众方”的医学主张，堪为学习祖国医学之准绳。孙思邈在《千金方》中，于篇首列有“论大医习业”、“论大医精诚”等数篇，对医德作了精辟的论述。南齐《褚氏遗书》中说：“夫医者，非仁爱之士不可托也，非聪明理达不可任也，非廉洁淳良不可信也。”这是对医生道德的基本要求。古今中外，凡是有成就的医学家无不具有高尚的医德，济世活人的动机激发医学家为医学进步奋斗终生。所以说，医德和医术是统一的，相辅相成的。在烽火连天的战争岁月里，广大医务人员在党的教育和培养下，继承了古代医家的传统医德，冒着枪林弹雨，出生入死，抢救广大战士和老百姓的生命，为革命战争的胜利，作出了重要的贡献。而国际主义战士白求恩的伟大形象更是光彩照人，“白求恩精神”就是共产主义医德的结晶。全国解放后，白求恩精神不断发扬光大，涌现出许多象李月华、吕世才那样的英雄模范，他们的光辉事迹为全国人民所传诵。令人痛心的是，经过十年浩劫，医务界的医风受到林彪、“四人帮”的干扰破坏，社会上有一种顺口溜说：“四只轮子一把刀，白衣战士红旗飘。”把驾驶员、肉店师傅、医生、干部，并列为能开后门和善开后门的人。这是群众对我们医生的一种讽刺和批评，说明我们医生队伍中也确实存在着借医行私的现象，这些人为数虽少，但造成的社会影响很大，值得重视。为了肃清林彪、“四人帮”的影响，提高我们卫生队伍的道德修养。我们既要发扬优秀的民族文化传统，继承历史上正确的医学伦理道德观念，又要按照新形势的要求，切实改进我们的医疗作风，使医德具有鲜明的时代特点，从而促进医学科学的发展。

## 一、情操高尚 服务赤诚

自古称医为仁术，这和现代所讲的“救死扶伤，实行革命的人道主义”的精神是一致的。《后汉书·方术传》载：“汉太医丞

郭玉，仁爱不矜，虽贫贱厮养，必尽其心力。”说明古之学有素养的医家对待病人无分贵贱，总是悉心施治。汉代董奉，治病不取报酬，病人愈后，给他种杏树一棵作为纪念，后来他的住宅附近，蔚成杏林，直到现在，“庐山杏林”仍传为医界美谈。今天的医务工作者，理应有超越前人的美德，遗憾的是有人名利熏心，或“看人头”行医；或假公济私；或以病假条作交易，把神圣的医术变成商品。面对我们先人的嘉言懿行，这些人应该脸红。

汉代张仲景，“感往昔之沦丧，伤横夭之莫救”，为了解除当时严重危害人民健康的伤寒等疾病的威胁，精研医术，著成了学术价值很高的《伤寒杂病论》，在祖国医学史上占有光辉的一页，其立言的动机是十分高尚的。《医镜》载：“朱丹溪弃举子业而致力于医，迎候者无虚日，无不即往，虽雨雪载道，亦不为止，仆夫告痛，谕之曰：“疾者度刻如岁，而自逸耶？”这种不畏艰险，体贴病人的精神，无疑是值得我们大力提倡的。今天我们讲“心灵美”，应该表现在爱护病人，关心他们的疾苦，不避辛劳，不厌其烦，全心全意为病人服务才是。那种厌烦病人、训斥病人、讥讽和嘲弄病人的行为，都是违反医学人道主义原则的，其心灵也是丑恶和肮脏的。

唐代孙思邈，学识渊博，道德高尚，他曾说：“人命至重，贵于千金；一方济之，德谕于此。”他又说：“凡大医治病，必当安神定志，无欲无求，先发大慈恻隐之心，誓愿普救含灵之苦。若有疾危来求救者，不得问其贵贱贫富，长幼妍媸，普同一等，皆如至亲之想。亦不得瞻前顾后，自虑吉凶，护惜身命；见彼苦恼，若己有之；深心凄怆，勿避峻嶮；昼夜寒暑，饥渴疲劳，一心赴救，无作功夫形迹之心，如此者可称为苍生大医。”凡是违反这些原则的，他斥之为“含灵巨贼”。我们在日常工作中，必须把为病人服务视为己任，无分贵贱，一视同仁，在任何时候都应该抛却私心，出以公心，勇于负责，积极救人，特别在重症、险症的救治中，“不得瞻前顾后，自虑吉凶”，当同心协力，竭尽一切办法进行抢救，如果遇到疑难，推三阻四，就会使病者失去抢救之机会，这是医务工作者失职、缺德的表现。

## 二、好学不倦 精益求精

作为一名医务工作者，仅仅具有为人民服务的良好愿望是不够的，必须掌握过硬的为人民服务的本领。不精通本行业务，不能正确地分析病情、诊断疾病、处方用药，就会因循误事，甚至造成不堪想象的后果。因此，为人民健康钻研医术是医德的又一表现。祖国医学有高深的理论，浩瀚的典籍，各具特色的流派，我们必须象蚕吐丝、蜂酿蜜那样，终生勤劳，孜孜不倦地学习，才能采撷精华，不断地充实自己，提高业务水平。

孙思邈说：“凡欲为大医，必须谙《素问》、《甲乙经》、明堂流注、十二经脉、三部九候、五脏六腑、表里孔穴、本草药对，张仲景、王叔和……等诸部经方；又须妙解阴阳，……如此乃得为大医。若不尔者，如无目夜游，动致颠殒。”这段话告诉我们，为医者必须打下扎实的基础，要探源穷本，接受历代医学的精华。我们是历史唯物论者，不能割断历史，没有继承就不可能有发扬。而要继承，就得下功夫认真读书，接受了前人广博的理论和经验，才能由博返约。所以喻嘉言说：“医之为道，非精不能明其理，非博不能至于约。”只有这样，我们才能明其奥理，知其大要，在医学领域由必然王国向自由王国逐步迈进。

学习绝不能存门户之见。一叶障目，不见泰山，知识面是很狭隘的。陆定圃说过：“习医者当博览群书，不得拘一家之言，谓已尽能事也。”无论是读前人的书，还是向今人学习，我们都要牢牢记住他的话。任何流派，都有所长。但是，既有所长，必有所短。学其所长，避其所短，始为善于学习；荟萃众长，融一炉冶，才算学有所成。

对于不学无术的庸医，古代医家是深恶痛绝的。张仲景说：“观今之医，不求思念经旨，以演其所知，各承家技，始终顺旧；省疾问病，务在口给；相对斯须，便处汤药；按寸不及尺，握手不及足，人迎、趺阳，三部不参，动数发息，不满五十，短期未知决诊，九候曾无仿佛；明堂阙庭，尽不见察，所谓窥管而已。夫欲视死别生，实为难矣。”这种既无实学，而临证又草率从事者，

是不能胜任医疗工作的。张仲景的这番论述，不啻给那些不学无术者敲了一个警钟。

医学科学是在不断发展的，中西医学的新理论、新成果不断涌现，我们处在知识更新、知识爆炸的时代，必须如饥似渴地接受新的知识，不断开拓我们的视野，丰富我们的医疗手段。医生除需具有比较全面的医学知识之外，还应掌握和了解其它有关学科的知识，包括社会学、心理学、伦理学、自然科学（如：气象、地理、天文、生物、物理、化学、免疫、分子生物学等）及文学艺术等多学科的一般基本知识。

### 三、谦虚谨慎 作风正派

正派的医疗作风大致可包括：关心病员，认真负责，不为名利，不尚浮华，举止端正，态度和霭，文明礼貌，尊重同道，维护集体，等等。一个医院要有好的院风，就要求每个工作人员都有好的作风，我们必须从自己做起，在各方面严格要求自己。

据《医镜》记载：“王琢章，性慈祥，对病者每谆谆告诫如父母，每处方必再三推究，有所增减，虽深夜必使人叩病者门告之，或且深自引咎，改易前方，不自怙过也。”能视病人如己亲，其精神固值得称道，而诊治已毕，继续推敲，务求药与证合，且不讳言己过，其治学之严谨，襟怀之坦诚，更值得我们追慕与学习。

古之名医告诫医者不能沾染骄傲自大的恶习，孙思邈说：“夫为医之法，不得多语调笑，谈谑喧哗；道说是非，议论人物；炫耀声名，訾毁诸医，自矜己德；偶然治瘥一病，则昂头戴面，而有自许之貌，谓天下无双，此医人之膏肓也。”《回春录·序》中说：“故为医无才、无学、无识不可也；为医恃才、恃学、恃识亦不可也；必以平心以察之，虚心以应之，庶乎其可也。”这些论述何等中肯！医生的学识固需广博，但亦不能自恃己能，漫不经心。“恃才、恃学、恃识”，就阻断了自己继续前进的道路。“谦受益，满招损”，这些有益的佳言，我们要牢牢记取。

应当怎样处理同道之间的关系才算比较确当呢？我认为陈实功的这段话是有参考价值的：“凡乡井同道之士，不可生轻侮傲慢

之心，切要谦和谨慎，年尊者恭敬之，有学者师事之，骄傲者逊让之，不及者荐拔之。”只有这样，才能团结同道。今天我们医务工作者，已不是象旧社会那样私人开业，社会主义制度把我们组合在一个大家庭里。一个人的一言一行都和集体息息相关。我们必须处处从大局出发，维护全科、全院乃至医务界的声誉。同道之间，要互相尊重；新老之间，要尊老爱新；上下级之间，要尊上爱下。若自矜己能，目空一切，诋毁他人，炫耀自己，都是无知、无德的表现。

临证必须胆大心细，谨慎从事，在对患者解释、答复问题时，也要尊重客观事实，把握分寸，决不能任意夸大病情，危言耸听，增加病人的精神负担，甚至产生医源性疾病。应该懂得，良好的服务态度，文明礼貌的作风，安慰性的语言，是一种精神治疗，有助于疾病的恢复。马克思曾说过：“一种美好的心理，比十副良药更能解除生理上的疲惫和痛楚。”特别是对一些因精神因素而致病的患者，可以收到药物无法达到的效果，这为医学心理学研究所证明了的。

医德所包括的内容是多方面的，概括起来说，就是要求每一个医务工作者，必须具有心慈（全心全意为人民服务的精神）、德高（高尚的共产主义道德情操）、术精（精湛的医疗技术）的修养。社会主义时代的医务人员是忠实于广大人民的，我们的医德修养是时代的要求，这和资本主义国家对医生的道德要求有本质的区别。在开展“五讲”、“四美”的活动中，大力开展对医学道德的宣传和教育，这对于造就一支具有良好医德修养的卫生队伍，促进四化建设的发展，都具有重大的意义。

（1979年为提倡医德而写的讲话稿）

## 抓住痰、瘀治疗精神疾患之体会

前贤说：“痰为百病之源”；“病有百端，皆痰所致”；“怪病多痰”。而癲、狂、痫等精神疾患则更与“痰”有密切之关系。同时，由于精神病反复缠绵，“久病多瘀”，患者舌质多呈现不同程度的

紫瘀现象，故其病理还兼有“瘀”的因素。因为痰气凝滞，气病及血，气血瘀阻，灵窍为蔽，而神志失常。所以我在治疗神经精神疾患时，主要是抓住“痰”、“瘀”两端，随证选药，往往取得较佳疗效。

## 一、“涤痰”是精神病的重要治则

《内经》只有饮病，未提及“痰”字，但有痰病之描述，如“劳风”唾出苔涕等；至《伤寒论》始有寒痰结胸、热痰结胸；《金匱》并有痰饮的专篇讨论，初步奠定了痰证的辨治基础。随后《诸病源候论》中的“诸痰病候”，王隐君倡导的“怪病多痰”，张子和提出的“痰迷心窍”，朱丹溪的“痰病篇”，李士材的“五痰辨证”，尤在泾的“治痰七法”，唐容川更强调“无一病不关乎痰”的论点，至斯基本形成了一个以“痰”为中心的辨证论治体系。

凡痰在外有形可见者，甚易诊断；而痰在内无形可见者，则较难辨治。李时珍在《本草纲目》说：“痰涎之为物，随气升降，无处不到，入于心则迷窍而癡痫妄见妄言。”这是指出痰迷心窍乃癡痫发病之机理。那么，如何掌握辨“痰”的要领呢？通过临床实践，我认为“痰”有其明显之特征，主要表现为：（1）眼神呆滞，面色黯晦，或眼眶周围青暗；（2）形体丰腴，手足作胀；（3）皮肤油垢异常，或面色光亮如涂油，其两颊色红者，多为痰火；面呈灰滞，恒为痰湿；（4）神志恍惚或抑郁，或躁烦不宁；（5）舌体胖大，苔白腻如积粉，或灰腻而厚，脉沉或弦或滑或濡缓；（6）易惊悸，烦懊不眠，或昏厥、抽搐，或神志失常。这些痰病的特征，显然是与精神病的症状密切相关的，所以此病侧重治痰，是有其实际意义的。以上辨痰要点，不必悉俱，只要见其一二，即可参用治痰之法。

“痰”是病理物质，其内因多由机体功能失调，气道闭塞，脏腑不和，津液凝聚，水湿停留，气化不利，而成痰涎。痰涎壅塞，气道不清，神明之府为痰固蔽，上不能通，下不能达，癡、狂、痫以作。同时，痰性粘滞，常与其它致病因素纠缠其间，而形成痰

气、痰热、痰火、痰瘀、痰饮、痰水、风痰等病机。因此必须辨证明晰，用药始可确定。从精神病范畴来说，其主要证型有三：

1. 痰浊上蒙，扰乱神志 常见沉默寡言，或喃喃自语，或痴呆无知，或神思迷惘，或猝发癫痫，如忧郁性精神分裂症、各种抑制型精神病及癫痫病，均可见此类型。其时发时止，时明时昧，均是痰浊为患，所以舌苔多白腻垢浊，脉多沉滑或濡缓。正如《临证指南》所说：“内脏不平，经久失调，一触积痰，厥气内风，卒致暴逆，莫能禁止，待其气反然后已。”因此，欲醒其脑，必涤其痰，常选礞石滚痰丸，多奏显效。该丸对实痰、老痰、顽痰出现神经系统症状者，最为合拍。然久病、虚证须慎用。

2. 痰火扰心，躁狂风动 前人说：“火为痰之本，痰为火之标。”肝阳挟痰火，上扰心神，则躁动不宁，甚则抽搐发狂，苔焦黄或焦黑，舌质红，脉弦大。兴奋型精神病、躁狂型精神分裂症，多由痰火所触发，因此，治痰清火，即可安神定搐，止痉熄风。痰盛者可选龙虎丸、白金丸以豁痰镇静；火盛者可选牛黄清心丸、紫雪丹、至宝丹以清热降火、涤痰熄风。

3. 痰迷心窍，昏糊谵妄 痰浊内蕴，蒙遏心神，而致神识昏糊，谵妄搐搦，苔白腻而垢厚，脉沉数。可选用玉枢丹、涤痰汤、苏合香丸等化痰开窍。我曾用验方夺痰定惊散（炙全蝎 30 只，巴豆霜 0.5 克，犀黄 1 克（人工牛黄用 2 克可代之），飞硃砂 1.5 克，飞雄精 2 克，制胆星 6 克，川贝、天竺黄各 3 克，麝香 0.3 克（后入），共研细末，密贮。每服 0.6 克，幼儿 0.3 克。每日 1~2 次，和温水调鼻饲后 3~4 小时，排出黑色而杂有黄白粘液的大便，即痰消神苏）治疗乙脑极期，痰浊阻塞气机，蒙蔽心窍，高热昏迷，惊厥频作，痰涎壅盛，声如拽锯，苔厚腻，有内闭外脱趋势者，奏效甚佳。由于此散熄风化痰、通腑泄浊之作用显著，我还用于癫痫、百日咳脑病、肺炎、中毒性菌痢、脊髓灰质炎等痰浊交阻，痰鸣如嘶，或伴见神志昏迷之症，亦可泄化痰浊，防止窒息，并可开窍醒脑，可以互参。

这是以涤痰法治疗神经精神疾患的基本大法。从具体来说，癫、狂、痫的病理因素均不离乎痰。初起体气壮实者，可用攻逐

法，以荡涤痰浊，如控涎丹、龙虎丸之类。痰闭心窍，亦可用开窍法；癫属痰气为主，宜用温开如苏合香丸；狂由痰火，宜用凉开如至宝丹、牛黄清心丸等；痫证之神昏不醒而有身热者，亦可用凉开法。

癫证宜理气、解郁、化痰，可选顺气导痰汤加减，常用药如法半夏、陈皮、胆星、茯苓、香附、枳实、白矾、郁金、石菖蒲等。病久心脾两虚者，又应补养心脾，可用养心汤加减。狂证初起，因痰火上扰，治宜涤痰、清心、镇心，可用生铁落饮、礞石滚痰丸加减，常用药如生铁落、黄芩、天竺黄、陈胆星、川贝、连翘、橘红、龙胆草、山栀及礞石滚痰丸等。病久火灼伤阴，宜滋阴、降火、宁神，可选二阴煎加减，常用药如生地、麦冬、玄参、黄连、木通、灯芯、茯神、枣仁、五味子、炙甘草等。痫证多与精神、饮食以及先天等因素有关，亦可续发于热病、外伤之后，常由气郁生痰，或是脏气失调，痰浊内生，因痰聚而气逆不顺，从而导致气郁化火，火升风动，挟痰上蒙清窍，横窜经络，内扰神明，以致痫证发作。所以在治疗上应豁痰开窍，熄风定痫，常用定痫丸（《医学心悟》方），能熄风祛痰，镇心开窍，对肝风痰浊而致之痫证最合。上海市精神病防治院对此病亦以治痰为主，佐以熄风，用加减五痫神应丸，并指出本方对癫痫大发作有明显效果。西安医学院一附院以豁痰为主，方用镇痫丸，指出该方对癫痫大、小发作均有效，值得参用。我以化痰开窍、熄风定痉之虫类药物为主组成之涤痰定痫丸，长期服用，有控制发作，稳定病情之功。处方：炙全蝎、炙蜈蚣、炙僵蚕、广地龙各 60 克，陈京胆、川石斛、天麻、青礞石、天竺黄各 45 克，白芥子、化橘红、石菖蒲各 30 克，共研极细末，水泛为丸如绿豆大。每服 3~5 克，一日 2 次。临床案例甚多。

## 二、“化瘀”是精神疾患的又一治则

根据临床所见，不少癫、狂、痫的患者，舌质都见到紫气或瘀斑，精神症状呈周期性加重，缘于兼有瘀血。因为痰气凝滞，气病及血，气血瘀阻，蒙蔽灵窍，而致精神失常。《素问·调经论》

提到“血并于阴，气举于阳，故为惊狂”，“血有余则怒，不足则恐”。《金匱》将惊悸与瘀血并在一篇里讨论，说明它内在的联系。《类证治裁》指出：“瘀血在内，而喜妄如狂。”王清任在《医林改错》中更明确指出：“癫狂一症，哭笑不休，詈骂歌唱，不避亲疏，许多恶态，乃气血凝滞脑气，与脏气不接，如同作梦一样。”这些都充分说明气血失调可以导致精神紊乱，为临床应用活血化瘀、调气破血法则治疗癫、狂、痫提出了依据。

我曾多次采用王清任之癫狂梦醒汤（桃仁、红花、柴胡、香附、磁石、青皮、丹参、枣仁、茯苓、远志、木通、赤芍）化裁治疗周期性精神病，有较好之疗效，每日1帖，连服1个月后，病情好转，再服1个月，周期性发作即可控制。部分血虚者，可继续服养血舒肝丸以巩固之。本方桃仁、红花、木通、赤芍活血通经、去瘀清神；柴胡、青皮、香附、远志疏肝理气，通络开郁；丹参、枣仁养血安神，滋阴降火；佐磁石宁心安神，又可防柴胡之升举太过；茯苓渗泄下行，宁心益智。全方相辅相成，于活血行瘀之中，兼寓养心安神之功。

（此文为1983年江苏省中医学学会精神病专业组在南通召开交流会而匆促草写）

## 痰注（结节病）的辨治

结节病是一种原因不明的、可累及全身多种器官的非干酪性上皮样慢性肉芽肿病变，可发生在淋巴结、肺、皮肤、眼、肝、脾、指骨等处。多见于30~40岁的女性。本病发展缓慢，虽属良性，少数可后遗呼吸机能不全或其他器官的不可逆病变。目前对结节病的治疗，成熟的经验较少。个人在临证过程中，曾诊治数例结节病患者，收效尚可，爰简介如下。

例1：李××，女，46岁，友谊服装厂工人。

1978年2月25日初诊：近年来，周身出现皮下结节，有时呈对称、串珠状，逐步增多，已达100多枚，推之可移，按之坚硬，皮色不变，无特殊疼痛，病理切片证实病变属于肉芽肿性质的病

损，诊断为“结节病。”（1977年10月19日病理切片，南通医学院附院病理科，片号：765044）已服中药100余剂罔效。苔薄，脉缓。综合证情，属痰注无疑，予化痰软坚之品以消息之。

炒白芥子10克，生半夏6克，炙僵蚕12克，制海藻、昆布各12克，生姜1片，紫背天葵12克，生牡蛎30克（先煎），夏枯草12克，红枣5枚，6剂。

3月6日二诊：药后自觉乏力，有时口干，苔薄白少津，脉象细软，有气阴两伤之征。上方加入益气养阴之品。

上方加炙黄芪12克，潞党参10克，麦冬10克。10剂。

3月16日三诊：痰核稍有缩小，仍感神疲乏力，口微干。苔薄质微红，脉象细软。效不更方，继进之。

上方加炙蜂房10克，炙地鳖虫10克，川石斛10克，5剂。

4月24日四诊：腿上结节缩小，其质已软，余未续见增多。右肩关节痠痛，动则欠利，曾诊为“冻结肩。”舌质衬紫，脉细弦带滑。此乃痰瘀凝聚，而成结节，导致经脉痹阻，关节不利。仍宗前法，以丸剂继进之。

1. 汤方同上，加赤芍、片姜黄、黄精各10克，10剂。

2. 丸方：生半夏60克，炒白芥子120克，紫背天葵120克，炙僵蚕120克，炙蜂房120克，炙地鳖虫120克，京山棱60克，仙灵脾100克，全当归100克，川石斛100克，陈皮60克，炮山甲100克，鹿角霜80克，生黄芪120克，甘草30克。上药共研极细末，另用制海藻、昆布各240克，煎取浓汁，加蜂蜜为丸，如梧桐子大。每日早晚各服8克，食后服。

5月3日五诊：服药未停。两腿结节消失，腰部结节逐步缩小。苔薄舌微红，脉象细弦。因丸药配制尚需时日，继予汤剂进服，俟丸剂制成，即连续服用。

3月16日方，10剂。

8月12日随访：全身结节消失，病已获愈。

例2：周×，34岁，市图书馆干部。

1962年5月25日初诊：周身关节痠痛，肢困乏力，继而发现自髂嵴连线向下沿大腿后侧散在分布皮下结节60余枚，手背部亦

见3枚，每枚约弹子大小，推之可移，质地较硬，并无触痛。其症已起半年，曾用肾上腺皮质激素治疗无效。类风湿因子试验(+)，血沉30毫米/h，胸部X线检查见肺门淋巴肿大。苔薄腻，舌质衬紫，脉小弦。辨为痰瘀交凝，脉络痹阻。拟予化痰软坚，散瘀消结。

生半夏10克(先煎)，白芥子10克，青、陈皮各6克，生牡蛎30克，生苡仁15克，制海藻、昆布各10克，紫背天葵12克，炙僵蚕10克，生姜1片，炙地鳖虫10克，炮山甲8克，7剂。

6月2日二诊：药后痰核已消其半，所余结节亦趋缩小。苔脉同前。药既获效，无庸更张。

原方7剂。

6月8日三诊：结节已基本消失，唯手背部尚留有半粒弹子大小1枚结节，质软。

1980年6月10日随访：至今已历18年，一直未复发。

例3：余××，46岁，市公安局干部。

1973年2月5日初诊：因工作繁忙，自觉疲惫乏力，体重下降，时有低热盗汗，胸痛干咳，周身淋巴肿大，且出现皮下结节达70多枚，边缘清楚，并无触痛。作结核菌素试验(-)，血沉25毫米/h，胸部X线检查提示两侧肺门淋巴肿大，诊断为“结节病”。苔薄腻，脉细滑。此乃痰核之证，拟方化痰消核，兼益气阴。

太子参12克，川百合12克，功劳叶12克，葎草20克，生半夏10克(先煎)，炒白芥子10克，生牡蛎(先煎)20克，紫背天葵12克，炙僵蚕10克，甘草5克，10剂

2月15日二诊：痰核绝大部分已消弥于无形，仅余数枚尚可触及，唯气阴两虚，尚未悉复，苔脉如前。前法既效，率由旧章。

上方加制黄精15克，20剂。

1980年6月9日随访：向其爱人了解，自1973年至今无任何不适，仅在劳累后尚可扪及结节数枚。因此未再服药。

以上3例确诊为“结节病”(限于当时条件，结节病皮试未做)。根据其临床症状表现，虽有挟瘀或气阴两亏之兼证，但其共

同点都有“痰”证，而见周身皮下结节数十枚，乃至百余枚，故应属于祖国医学中“痰注”、“痰核”之范畴。《丹溪心法》：“百病多有夹痰者，世所不知。人身中有结核，不痛不红，不作脓，痰注也”。与临床所见符合。前人认为百病多由痰作祟，患者皮下坚核，推之可移，按之质硬，皮色不变，又无疼痛，故可确诊为“痰注”或“痰核”。而以化痰软坚为主，在使用药物方面，除选用海藻、昆布、夏枯草、生牡蛎取其消核软坚之功外，临床屡用白芥子、生半夏、紫背天葵、炙僵蚕而获效。因为白芥子、生半夏祛有形之痰核效果最佳。《本草正》曾曰：“白芥子，消痰癖痞痞，除胀满极速，因其味厚气轻，故开导虽速，而不甚耗气，既能除肋肋皮膜之痰，则其近处者不言可知。”半夏长于燥湿化痰，降逆散结，其生者，用治痰核，其效甚著。《药性论》谓其“消痰涎……能除癭瘤”。《主治秘要》亦赞其“消肿散结”之功。配合白芥子擅治痰核，个人临床用量最大曾达18克，未见任何毒性反应，为减少物议，常加生姜1片以解其毒。僵蚕善于化痰散结，《本草纲目》谓其“散风痰结核”。紫背天葵系毛茛科植物天葵的全草，块根名“天葵子”，种子名“千年耗子屎种子”，与紫背天葵草（为菊科植物紫背千里光的全草有祛瘀、活血、调经作用）是两种药，不能混同。紫背天葵功能消肿、解毒、利尿，对瘰疬结核有著效。方中生姜、大枣以调和诸药，缓和某些药物的毒性。

对这3例患者除采用化痰消核之品为主药外，还要视其兼证之不同，辨证用药。如例1在服药后，患者自述神疲乏力，口干少津，分析是因芥子、半夏性燥耗伤气阴之故，故加补益气血之党参、黄芪，养阴之麦冬，使其气运血活，痰消津还。10剂后痰核缩小，又加炙蜂房祛风、化痰、攻毒，炙地鳖虫活血化瘀。又服35剂，两腿结节明显缩小，质地转软。药既获效，仍守前法出入制成丸剂。原方加赤芍、当归、山甲以加重活血化瘀之功；再用姜黄、陈皮、黄精、黄芪补气行气，乃遵严用和所说：“人之气道贵平顺，顺则津液流通，决无痰饮之患。”根据《国外医学参考资料》报道：“在结节病早期急性发作患者的血清中发现循环免疫复合物，也提示体液免疫机制与肉芽肿的发生有关。”且在临床有

用肾上腺皮质激素治疗获效者，故考虑采用提高机体免疫功能的药物，因此处方中选用仙灵脾、鹿角霜大补肾阳，提高细胞、体液免疫功能，以振脾阳，运化水湿，而阻生痰之源。药证合拍，服药2月余全身结节均趋消失，而获痊愈。又如例2患者辨为挟瘀之证，故加地鳖虫、炮山甲以活血化瘀，消核散结。我认为：“治痰要治血，血活则痰化。”根据国外报道用抗凝剂治疗结节病有效，而活血化瘀药物有抗凝作用，因此加用此类药物，必然可以提高疗效，这是值得今后进一步探索的问题。再如例3患者兼见低热、盗汗等气阴两虚之证，则加川百合、功劳叶、制黄精补益气阴；葶草养阴而清虚热，又可化痰消结，诸药配合，而获佳效。

关于生半夏的使用问题，因其有毒，历代均有争议。个人实践证明，生半夏既经煎煮而成熟半夏，毒性大减，并未见中毒之弊，妊娠恶阻亦多用之，经云“有故无殒，亦无殒也”，是实践有得之言。

参考文献 略。

## 慢性粒细胞性白血病1例浅析

章××，男，42岁，教师。

体质素健，无特殊病史，1976年6月份感到头昏乏力，以后体重逐有减轻，当时并未引起重视，直至9月上旬，始行就医。经血常规检查，血红蛋白下降，白细胞升高，并见到幼稚细胞，拟诊为“白血病”，即赴苏州医学院附院血液组诊治。

1976年9月13日：消瘦乏力，无出血，不发热，病情已起3个月，浅在淋巴结不肿大，贫血貌，心、肺（-），肝肋下2指，脾脐下2指，血红蛋白6克%，白细胞24万/mm<sup>3</sup>，血小板5.5万/mm<sup>3</sup>，见到幼稚细胞。提示：“慢粒”。嘱服马利兰2mg，1日3次，见效后渐减量，至白细胞降至1万/mm<sup>3</sup>以下时停药。

髓象分析：原始粒细胞1.5%，早幼粒细胞1%，嗜中性中幼粒细胞6.5%，嗜中性晚幼粒细胞27.5%，嗜中性带状粒细胞18.5%，嗜中性分叶核粒细胞27%，淋巴细胞1%，单核细胞2%，

网状细胞 0.5%，嗜酸性粒细胞 9%，嗜碱性粒细胞 4.5%，中幼红细胞 0.5%，晚幼红细胞 0.5%。粒细胞增生极活跃，以晚杆及分叶核细胞为主，易见到嗜酸和嗜碱粒细胞，单核细胞和网状细胞可见，淋巴细胞和红系统受抑，红细胞易见。结论：髓象提示“慢粒”。

因服马利兰后反应较大，头眩、脱发，乃于 10 月 14 日来诊：症如上述，苔薄舌淡，脉弦细，重按无力。综合病情，属之邪实正虚，气血津液结聚，形成癥积。治当攻邪为主，扶正为辅，以诱导缓解。

生地黄、党参各 30 克，丹皮 9 克，玄参、蚤休、天冬、黄芪各 15 克，甘中黄 6 克，另用板蓝根、白花蛇舌草、龙葵、生鳖甲各 30 克煎汤代水煎药。

上药每日 1 帖。患者白细胞逐步下降，10 月 22 日查血象已降至  $5500/\text{mm}^3$ ，即停用马利兰，但头眩、脱发仍未已。后继服中药，以扶正为主，攻邪为辅，头眩、脱发停止，精神渐振，食欲颇好。11 月 30 日测体重增加 6 公斤，复查白细胞为  $7100/\text{mm}^3$ ，脾肿大及，原方损益，继续服用。12 月 27 日体重又增加 0.5 公斤，精神食欲均好，几如常人，步行数里无疲乏之感。

1977 年 2 月 23 日来诊：面色微见红润，形体较实，无任何不适，苔薄白质淡红，脉虚弦，重按无力，是邪毒挫而未清，正气偏虚之征，续当培益气血，佐以清解余毒之品：

炙黄芪、党参各 30 克，生熟地、天麦冬各 15 克，白花蛇舌草、龙葵、炙鳖甲各 30 克，炙草 6 克，15 帖，每日 1 帖。

1977 年 3 月 12 日来信谓：一切正常，上方仍在间日服一帖以巩固之。

嗣后患者因精神甚好，即自动停药，并上半班。由于患者放松警惕，麻痹大意，以致在 1978 年底突然“急变”，抢救无效面死亡。

按：慢粒一般多发生于 20~40 岁的中年，以白细胞数特殊升高、中晚幼粒细胞增高、肝脾肿大等为特征，与中医之癥积、虚损相似。对其病因病机的认识，虽经各地通过大量探索，但至今

尚有分歧，焦点在于对白血病的本质是虚证，还是实证；是因病致虚，还是因虚致病，迄未取得统一的意见。通过实践，个人认为白血病既不是一个单纯的虚证，也不是一个绝对的实证；它的发生和发展，始终存在着正邪互争，虚实偏胜的现象，是虚实夹杂，正虚邪实的证候；其病“本”是邪毒内蕴，所以应把清热解毒，杀灭白血病细胞作为矛盾的主要方面，主要矛盾解决了，骨髓机能才能得到恢复。所以，我对于白血病的治疗，多以清热解毒为主，佐以扶正固本为辅，辨证地处理其标、本、虚、实、缓、急、先、后的复杂关系，初步取得了一定的疗效，治疗慢粒也不例外。

因为慢粒多呈现头晕目眩、发热口苦、有时鼻衄、神烦不宁、大便秘结之象，在辨证上基本属于“肝实热型”，所以中国医学科学院分院用当归龙荟丸（刘河间方）治疗慢粒取得了肯定的疗效，并在此基础上，又反复筛选，找出当归龙荟丸的主要成分是青黛，遂单独使用青黛治疗慢粒 15 例，也获得不同程度的疗效，平均于服药后 36.3 天白细胞开始下降和肝脏缩小，随之症状改善。此外，牛黄解毒片由牛黄、雄黄、大黄组成，也是清热解毒、泻火通便之剂，近人用治慢粒缓解率可达 86%，每服 4 片，每日 2 次，部分病例服 5~13 天白细胞即开始下降，平均 3 周左右显著下降。这两种药治疗慢粒效果虽是显著的，但两者均为苦寒泄热、解毒通下之品，体质偏虚者，只可暂用，或间断使用，面不宜久服。当归龙荟丸是清热泻肝、攻下行滞的方剂，每服 6~9 克，每日 2~3 次，对头目眩晕，面红而赤，两肋痛引少腹，心烦，大便秘结，小便黄赤，脉弦劲有力者宜之，有效率可达 80%。倘大便溏泄而脉软弱者，即不宜用之。青黛用胶囊装盛，每服 2~4 克，每日 3 次，服后往往有轻度腹部隐痛，大便次数增多，但远较当归龙荟丸为缓。至于牛黄解毒片，因其中雄黄含有砷，长期（6 个月以上）服用可在体内蓄积而引起单纯性红细胞性的“再障”，所以不能连续使用半年以上。而我拟订的诱导缓解方，是以攻邪为主，扶正为辅，可以久服，虚人亦宜。本例即是在服用马利兰产生副作用后继服本方而使病情逐渐稳定的，脾脏缩小，红细胞、血小板

上升，白细胞下降至正常值，体重增加 6.5 公斤多，缓解 2 年余。由于患者放松警惕，未能继续服药，同时也因为直至现在为止，彻底治愈的病例还很少，仅是中位存活时间的长短而已，大多数均难免死于“急变”。不管放疗、化疗，都未能防止急变。国产的“合 520”其缓解率可达 93%，作用较马利兰快，可作为首选药物，但仍不能控制“急变”，据对 446 例慢粒死亡病例统计，有 77% 死于急变；瑞金医院的慢粒急变率为 56.7%。对慢粒用联合化疗和免疫疗法（B. C. G 与粒细胞疫苗），生存期可以延长，部分病例中药合并化疗，其生存期可达 7 年，这对过去的中位存活时间 40 个月左右的界限有所突破，是值得注意的一个方面，充分反映了中西医结合的优越性。

通过这一例演变经过来看，坚持服药，是很重要的，绝不能为暂时缓解的现象所迷惑，要吸取教训，告诫病员，遵守医嘱，争取战胜白血病。

## 控涎丹的方义与应用

控涎丹出于南宋陈无择《三因极一病证方论》，又名妙应丸，至清王洪绪则称之为子龙丸。后世方书，多赞其效。它和同出一书的十枣丸，均由仲景十枣汤演变而来。陈氏一以十枣汤改为丸，一以芫花易白芥子为丸（即本方），各有所主，颇具深意。由于本方是一个药价甚廉而疗效卓著的成方，值得研究和发扬。兹谨整理有关资料，作简要的介绍。

### 一、处方

甘遂（去心制）、大戟（煮透去骨晒干）、白芥子（炒）各等分。

制法：共研细末，面糊或炼蜜或滴水为丸，如梧子大，晒干。

服法：每服 5~10 丸，或 15~20 丸，临卧时以生姜汤或热汤送下，以知为度。

## 二、方义

李梴曰：“控，引也。涎，痰涎也。”王晋三曰：“控，引也。涎读作羨，涵涎也，水流貌。引三焦之水，涵涎出于水道也。芥子色白入肺而达上焦，甘遂色黄入脾而行中焦，大戟色黑入肾而走下焦。故曰白芥子走皮里膜外之水饮，甘遂决经隧之水饮，大戟逐脏腑之水饮，三者引经各异，涵涎于水道则同，故复之为方，而名控涎也。”说明了甘遂、大戟、白芥子三者同用，可以发挥高度的排除痰液作用，因此定名为控涎丹，是名实相符的。

## 三、主治

一切痰证，如癩疾，胁痛，颈项、腰背、筋骨牵引钩痛，流注不定，手足冷木，气脉不通；或喉中结气，似若梅核，时有时无，冲喉闷绝；偏身或起筋块，如瘤如粟，皮色不变，不疼不痛，但觉发麻；或自溃串烂，流水如涎，经年不愈有若漏管；并治疗瘰疬贴骨，鱼口便毒，一切阴疽。

上述主治范围，虽然相当广泛，但却都是实践经验的积累记载，可以作为临证指导。我个人在临床上多将其用于下列疾患：（1）慢性淋巴腺炎（包括颈淋巴结核）；（2）湿性胸膜炎；（3）急性慢性关节炎；（4）骨结核；（5）湿性脚气；（6）气管炎或肺炎而痰涎涌盛者；（7）腹水而兼胸水者。

不过控涎丹用于上列病证时，必须依据中医辨证论治，确定系痰水蓄积而致病的实证，始能应手奏效。徐大椿氏说：“本方乃下痰之方，人实证实者用之。”是非常确当的垂示。

## 四、古人对本方的评价

《赤水玄珠》和《东医宝鉴》同引《世医得效方》：“凡入忽胸背手脚颈项腰膝隐痛不可忍，连筋骨牵引钩痛，坐卧不宁，时时走易不定，俗医不晓，谓之走注，便用风药及针灸皆无益。又疑风毒结聚，欲为痲疽，乱以药贴，亦非也。此乃痰涎伏在膈上下，变为此疾，或令人头痛不可举，或神思昏倦多睡，或欲食无味，痰

唾稠粘，夜间喉中如拽锯声，口流唾涎，手脚冷痹，气脉不通，误认瘫痪，亦非也。凡有此疾，只服控涎丹，其疾若失。”

李时珍《本草纲目》：“痰涎之为物，随气升降，无处不到，入于心则迷窍而癫病，妄见妄言；入于肺则闭窍而成咳唾稠粘，喘急背冷；入于肝则留伏蓄聚而成胁痛干呕，寒热往来；入于经络则麻痹疼痛；入于筋骨则颈项胸背腰膝手足牵引钩痛。陈无择《三因方》并以控涎丹主之，殊有奇功。”

上述记载说明对“痰涎”所造成的各种疾患，控涎丹能收立竿见影之效，古人对本方的辨证论治是很明确精当的。清代医家在临床应用上亦颇推重之，张石顽氏谓其主治胁下痰积作痛，在《医通》痰饮门中说：“湿痰积于胁下，隐隐作痛，天阴更甚，轻则二陈汤加白芥子，重则控涎丹缓攻之。”又说：“痰挟死血，随气攻注，流走刺痛，有时得热则止，有时得热转剧，此本寒痰阻塞，亦以本方为主。”并介绍了李士材以控涎丹治愈遍身如蟹的痰饮沉痾一案，由知张氏对本方亦甚重视。此外最赏用本方的则为王洪绪氏。王氏是清代有名的外科专家，在他的名著——《外科证治全生集》里，对于本方治疗瘰疬、贴骨疽等疾患，大为推崇，他说：“瘰疬生于项间，初起一小块，不觉疼痒，在皮里膜外，渐大如桃核，旁增不一，皮色不异者，以子龙丸每服三分，淡姜汤送服，一日三次，至消乃止。”在他的医案中，述及枫镇闵姓瘰疬之疾，溃烂成串，虽以多方治疗，九十日收功，因未服子龙、小金二丸，其毒根未除，后腋生恶核，仍以子龙丸消之杜患。这充分反映了王氏在临床上对本方是具有深刻体会的，并积累了丰富的经验。所以魏玉璜氏也认为本方乃治疗瘰疬恶核流注之专药，绝非过誉之辞。从这些介绍就可看出古人对本方评价之高了。

## 五、药理作用和临床治验

甘遂含有一种无水酸，据猪子氏实验，能刺激肠管，引起肠蠕动亢进，产生峻下作用，兼有利尿之功。大戟根具有刺激性有毒成分的大戟素及一种甾硷，与甘遂之作用类似。二者均能泻下及排除水毒，因而对于腹水、湿性脚气、渗出性胸膜炎、慢性胃

炎、淋巴腺炎等症，均有泻下利导之作用。白芥子含有脂肪油及白芥子甙、杏仁酶等成分，除作为祛痰平喘咳之剂外，对组织中不正常的渗出物之吸收，尤有殊功。甘遂、大戟伍以白芥子，实为促使控涎丹发挥更广泛疗效的关键。

再从古人对本方三种药物功效的说明来看，就更能体会到本方组织的缜密。《本经》论甘遂曰：“主大腹疝瘕，腹满面目浮肿，留饮宿食，破癥瘕积聚，利水谷道。”黄宫绣《本草求真》谓：“甘遂能于肾经或隧道水结之处奔涌直决，使之尽从谷道而出，为下水湿之第一要药。”《本经》论大戟曰：“主蛊毒十二水，腹满急痛积聚，中风吐逆。”《外科证治全生集》谓：“消颈腋痰块症结，下痞堕胎，治臃胀，利二便。”由此推知甘遂去经隧脉络之水湿力强，大戟去腹膜胃肠间之水力猛，甘遂得大戟而力显，大戟得甘遂而其用著，散布于肌腠关节脏腑之间的水湿，自可排泄净尽。而白芥子一味，在本方的作用，根据朱丹溪说：“痰在肋下及皮里膜外者，非白芥子不能达。”王洪绪曰：“皮里膜外阴寒痰，非此不消。”《本草经疏》谓其“能搜剔内外痰结，及胸膈寒痰冷涎壅塞者殊效”。这和现代药理学研究证明本品能吸收组织中不正常渗出物的结论，是完全一致的。

本方临床应用疗效是卓著的，近人也有不少治验报导。例如聂云台氏所著《结核辅生疗法》中举出很多证例，介绍了朱少波用治肋膜积水、推拿医陆泉源施治于鹤膝风及瘰疬，以及聂先生本人治愈足关节炎肿与内痔出血、腹水的治验，都是很生动的事例。江西章菊生氏治愈痰核流注数例，收效甚捷，已发表于《江西中医药》52年2月号月刊。我在临床上也曾使用多例，均能获得满意的效果。兹择近年来所治湿性胸膜炎2例，作简要的介绍。

例1：李某，女性，51岁。1955年5月11日初诊。病历号：47416。

病历摘要：4月底始觉恶寒发热，头痛肢楚，继则咳呛痰粘，两肋引痛，延医服药，效果不著，截至5月上旬，咳逆增剧，呼吸不利，不能右侧卧，来本院门诊治疗。检查体温37.8℃，脉搏104次/分，脉象沉弦而数，舌苔满布白腻，听诊左肺呼吸音消失，

叩诊自第4肋下呈浊音，右肺呼吸音粗糙，并有湿罗音。印象为湿性胸膜炎。

治疗经过：第1日处方：子龙丸2.2克，同量3包，每晨食后服1包，并予祛痰镇咳利湿汤剂。第3日来诊，主诉服丸药后，畅泻6次，纯为稀水，气促较平，已能右侧卧。听诊左肺呼吸音在上中部已能闻及，叩诊浊音界下移。续予子龙丸2.5克，给同量2包，嘱间日服一包。服后并未泻下，咳逆全平，肋痛逐渐减轻。续以肃肺、祛痰、通络、蠲饮之剂，调理10余日而愈。

例2：陈某，男性，29岁。1955年9月22日初诊。病历号：52844。

病历摘要：发热胸痛，咳逆不平，已经两旬。在苏北医学院附属医院透视证明为左侧胸膜炎，已经注射链霉素5克。检查体温38.2℃，脉搏100/分，脉象弦数，舌苔薄白，听诊左肺中野以下呼吸音减弱，叩诊呈浊音。印象为湿性胸膜炎。

治疗经过：给予子龙丸9克，分为3包，每间日服一包。服后泄泻数行，热势即渐挫降，咳逆已平，胸痛亦减。至27日来诊，体温37.2℃，脉搏90/分，听诊左肺呼吸音较前清晰，仍有湿性罗音，叩诊已呈清音，但有头昏自汗之虚弱现象，改用肃肺化痰，参以益气培元之剂，调理旬日而安。

## 六、结语

1. 控涎丹对痰水的排除有卓越疗效，而且药价低廉，可以广泛应用。

2. 使用控涎丹在辨证和剂量上要掌握得当，始能获得满意的效果，否则易致愆事，此点必须注意。具体说，在辨证上，体气虚弱者应慎用。在剂量方面，慢性疾患如癰疔、流注、痰核等症，宜小量持续服之，一般每服0.9克，1日3次。肺炎痰多气促、湿性胸膜炎、腹水等症，宜每次服2.5~3.8克，每日或间日服1次。如服后隔半日仍未泄下者，可续服1次。倘剧泻者，则稍减其量。总之，必须凭脉辨证，相体论治，权衡活变，始获佳效。

3. 本方用量小而奏效快，主要是药物经研为极细后制丸，便

于胃肠溶解吸收，充分发挥效能，因而提高疗效。陈无择氏所以将十枣汤演变而为十枣丸和控涎丹二方，是通过实践体会而获得的经验创造，这在今后剂型改革上值得参考。

4. 考《圣济总录》脚气门载有趁痛丸，方药与此完全相同。《圣济总录》成书于公元1118年，较陈氏为早，本方是否由趁痛丸易名而扩大了应用范围，还是陈氏自创，尚有待于进一步的研究和考证。

（原载于《上海中医药杂志》1956年8月号）

## 漫谈怎样防病保健、延缓衰老

“有病方知健是仙，人生长寿健为先。”说明预防疾病，保健延年是很重要的。

人人都希望有个健壮的体质、旺盛的精力、乐观的情绪，为美好的明天去奋斗、拼搏，为人类做更多有益的贡献。从医学角度来说：首要的前提，是怎样去维护自身的健康，如何增强体质、预防疾病、延缓衰老。根据生物学家的推测，正常人的寿命应为125~175岁，但是什么原因使大多数人没有能达到这个目标呢？有关学者研究认为：健康和长寿有20%来源于遗传因素，25%来自周围环境的影响，5%来自医疗条件，其余50%完全掌握在个人手中，这就是说人们自身的生活条件、生活习惯、生活方式和嗜好等，是决定一个人健康长寿的重要因素。因为当前世界上还没有长寿不老的灵丹、长生不死的妙药，那么怎么办呢？就请接受医学家提出的最简单的健康公式吧：“健康与情绪感情稳定性、运动锻炼和平衡合理的饮食成正比例，而与郁怒、懒惰、暴饮暴食、烟酒嗜好成反比例。”

下面就情绪、运动、烟酒、饮食与防病保健、延年益寿的关系，谈一些看法，供各位参考。

### 一、精神愉快，青春长在

心理学家将精神紧张、怨怒、恐惧、失望、焦虑、沮丧、压

抑等统称为“情绪困扰”，认为它与疾病的发生乃至猝死，有密切的关系。《内经》将喜、怒、忧、思、悲、恐、惊称为“七情”，认为七情不可过度，否则就会损伤脏腑功能，影响身体健康。故有人提出“情绪困扰”乃百病之源，是有其道理的。它的主要危害：（1）削弱人体免疫系统的功能；（2）是强烈的“促癌剂”；（3）是心脏病“触发器”；（4）是导致胃肠病的“腐蚀剂”；（5）是牙齿的大敌。因此，保持乐观的心态，情绪稳定，是健康长寿的重要因素。由于精神抑郁，或过度紧张、冲动暴怒等精神情绪波动失衡，易削弱自身抵抗力，降低免疫功能，导致许多疾病的产生。例如溃疡病、心脑血管病、高血压、癌肿、失眠、早衰等均与精神情绪失衡攸关。

我常说：“乐则长寿，神安延年。”中国南北朝时代陶弘景曾谆谆告诫人们说：“莫大忧愁，莫大哀思，此所谓中和。能中和者，必久寿也。”所谓“中和”，就是保持精神情绪的平衡，如此，健康就有了保障，当然可以延年益寿啦！现代医学认为：生命以蛋白质为物质基础，以新陈代谢为基本条件，以神经系统尤其是大脑皮质为主导力量。

《人生延寿法》指出：“一切对人不利的影响中，最能使人短命夭亡的，就数不好的情绪和恶劣的心情，如忧虑、颓伤、惧怕、贪求、怯懦、忌妒和憎恨。”人的生理功能，如受到影响的话，身体和精神必然受到干扰和损耗。所以乐观能笑的人最健康，笑可以帮助消化、循环，并具有发汗作用，而且可以振奋全身器官功能。充分说明人的精神情绪与疾病、健康和长寿三者是紧密相连的。根据对长寿老人调查的结果，证明心胸开朗，热爱生活是其共同的要素。

孔子说：“乐以忘忧，不知老之将至。”所谓“人有悲欢离合，月有阴晴圆缺”，“想得开，看得空，才能成为长寿翁”。在漫长的人生道路上，既有轻车熟路，也有荆棘坎坷。人生活在社会上，难免会碰到这样或那样的不愉快，如家庭不和，人事纠纷，受人欺侮，被人误解，事业上的挫折等等，在这个时候，除了要对事情的本身恰当处理外，非常重要的就是思想达观，胸怀开朗，坦然

处之。不要消极、悲观、沮丧，而是要从生活中酿造属于自己的春天，也就是要精神开朗，心胸豁达。“精神愉快，青春常在”，健康长寿，可操胜券。

日本全国老人协会理事长加藤泰纯博士强调：高龄者幸福生活的三大秘诀是忘记死亡、忘记钱财、忘记子孙。这是富有一定哲理的。我们要争做生活的主人，不作生活的奴隶，不要为名利所缠扰，不要为世俗琐事所困惑，就能洒脱轻松，活得很自在，很愉快，必然可以健康长寿了！

## 二、运动可延年，要活就要动

长期坚持适量的运动，能使身体各个系统和器官得到锻炼，增强生理机能，促使身体充满生机和活力。反之，缺乏运动，势必早衰。因为运动就其作用来说，可以代替许多药物，但所有药物，不能代替运动的作用。因此可以这样说：要保持和提高工作效率，预防衰老和疾病的方法之一，是积极、坚持适量的体育活动。“生命在于运动”是一句至理名言。新陈代谢，吐故纳新，是人体保持健康，不断更新的基本条件，而劳动和运动，则是保证人体正常代谢过程的最重要的因素，是增强体质，提高抵抗力的关键。

具体地说，运动养生的道理如下。

1. 运动可以减慢心率 在正常情况下，心率稍慢的人寿命长。因为经常参加体育锻炼的人，心肌收缩有力，排血量增加，心脏每搏动一次输血量达 80~100 毫升，不锻炼的人只有 60~70 毫升。由于输出血量多，营养心脏冠状动脉的口径会增粗，从而心脏供血得到改善，全身血管弹性增强，心跳次数较少和老化现象的进程较慢，最终就表现为寿命延长。

2. 运动可满足机体对氧的需求 人体在运动中可吸进更多的氧气，排出更多的二氧化碳。运动能使肺的通气量增加，氧的利用率增加 4~8 倍，从而促进人体的新陈代谢，起到推迟衰老的作用。

3. 运动可增加高密度脂蛋白的含量 对人体起着重大作用的脂蛋白主要是高密度和低密度两种。低密度脂蛋白象“沉淀剂”，

很容易将胆固醇粘附在动脉粥样硬化的斑块中，从而加速血管的狭窄和阻塞；而高密度脂蛋白则相反，它非但不会沉淀胆固醇，而且还能溶解胆固醇，它象清道夫一样，把胆固醇送到肝脏去排泄，起到软化血管，保持血管弹性的作用。运动可以增加高密度脂蛋白的含量，就能防止和减少心脑血管疾病的发生，延长寿命。

4. 运动可以防癌 “运动运动，癌症难碰。”因为：(1) 运动可使人吸入比正常人多几倍乃至几十倍的氧，吸入氧气增多可防止癌症的发生，即使患了癌症，也能使生命过程延长；(2) 运动会使人流汗，而汗水能把体内的铅(Pb)、镉(Sr)、铍(Be)等致癌物质排出体外；(3) 运动可增强体质，提高人体制造白细胞的能力，战胜癌细胞；(4) 运动可使血液循环加快，体内少量的癌细胞如同湍流中的小沙子，不易站住脚，也不易转移和扩散。实验证明：最易于使人衰竭，最易损害人的健康的因素，莫过于长期不从事体力劳动和体育锻炼，所以没有一个懒人是长寿的。历代帝王的物质生活条件，可以说是最好的，但据统计，中国从魏废帝曹芳(231~274年)至清光绪(1875~1907年)，共计194位帝王，其中80岁以上者仅5人，占2.6%；70~80岁者11人，占5.7%；65~70岁的19人，占9.8%；其余81.9%均中年驾崩，说明奢侈淫逸，肢体少动，必然短命。

体育锻炼的2个要点。(1)“运动要适量”，不要超过自己身体的承受能力，青壮年运动量可大一些，老年人则宜量力而行，散步、慢跑、太极拳、自我按摩均可。散步、慢跑可使全身血液、骨骼、肌肉、韧带活动起来，并能调节内脏功能平衡，推动正常的新陈代谢，产生良好的生理效应，俗说：“百练不如一走”，“步行是运动之王”，即是此意。寺部正雄先生与夫人，长期坚持每天早晨走2800米，这是很好的，祝他俩健康长寿。(2)“贵在坚持”要持之以恒，才能收效。

还有几种简便易行的健身运动：

1. 爬楼梯 不仅可以增加下肢肌肉和韧带的活动能力，保持关节的灵活性，而且能促进人体能量代谢，增强心肺功能。

2. 返序运动 就是倒走路，向后退，能使我们的神经系统得

到更加全面的锻炼和建立新的平衡，使肌肉的活动更加全面，适应性和灵活性都将有所提高。

3. 小雨中散步 可以吸收更多的负离子，具有安神调气、降低血压的作用。

在这里要提一下，早晨切忌空腹运动。因为运动需要能量，平时能量来源主要为饮食中摄入的碳水化合物。如果空腹运动，主要的能量就要靠脂肪。这时，血液中的游离脂肪酸就会明显升高，脂肪酸虽能成为心肌等活动的能量来源，但其量过多又可成为心肌的毒物，能够引起各种心律失常，甚至猝死，特别是中老年人，更应该注意。

此外，多用脑也可延缓衰老。“若要长寿勤用脑，颐养天年在勤”，确是经验之谈。据有关学者估计，人脑的神经细胞有120~140亿个，平均每小时死亡细胞数约1000~1200个，如果一个人的寿命为100岁，所损失的神经细胞也不过10亿个左右，仅10%。也有人认为，从40岁开始，脑细胞逐渐减少，到70岁可减少20%，高龄人脑细胞可减少30%。但总地来说，脑的潜力还很大。人的一生，大脑可贮存1000亿个信息单位，相当于美国国家图书馆藏书量的5倍。遗憾的是入脑尚有90%的潜力未被利用。大脑同样受“用进废退”规律的支配，不用就会产生废用性萎缩，俗说：“脑子愈用愈灵。”因此，长期从事脑力劳动的人，衰退缓慢，而衰老最快的是那些脱离生活的人和那些一辈子没有事业心，老在生活圈子里打转转，而心胸狭窄者。古今中外不少脑力劳动者多获长寿的原因正是如此。

为了保证脑力活动，还应该注意几个问题：

(1) 保证必需的营养：大脑两半球的总通讯量，每秒钟可达40亿次冲动，工作紧张面繁重，为此大脑必须有足够的营养作保证，特别是早餐不宜吃得太少，夜间工作要吃点夜宵。蛋白质的供应，对大脑十分重要，最好是8种必需氨基酸都具备的蛋白质，如鱼、蛋、瘦肉类、乳制品、豆制品、花生、芝麻、核桃等。脑细胞的兴奋，还需要足够的维生素B族和维生素C，因为B族维生素中不少是糖代谢中的辅酶；维生素C具有促进热能源燃烧的

功能，大脑无论需要多少可成为热量的糖质，如果缺少维生素C，就如同加满汽油而未加发动机机油的汽车一样，就不能顺利地工作，新陈代谢也不能正常进行，因而出现各种障碍，如记忆力降低，注意力不集中，或者焦躁情绪愈来愈剧，以致产生精神过度紧张的现象。“胆碱”缺乏也会使大脑工作受到干扰，在食物中适当补充胆碱，对脑活动有益，例如适当吃些蛋类。此外，还应补充脑磷脂、谷维素等。同时在疲劳时，可到旷野、山林、河边散步，因为那儿有较多的负离子，有利于大脑疲劳的恢复。

(2) 适当服些抗氧化剂：大脑衰老过程中，有一个重要变化，就是脑细胞中“脂褐素”堆积，并随年龄而增加。脂褐素的存在，会影响脑细胞的正常代谢功能。要推迟脑细胞衰老，就要设法减少脂褐素的产生。维生素E是目前公认的具有抗氧化作用的物质，可以阻止和减少脂褐素的生成。

(3) 定期做“扩脑运动”：有关专家建议，30岁以上的人，每10年至少得作2次“扩脑”的活动。这个活动包括：①从报刊杂志上重新学习6000个词汇、成语；②结识新朋友，或到自己未曾去过的地方旅行；③研究自己家庭的成员，写一份传记；④找一个过去未接触过的题材，予以深入研究；⑤从家庭的日用需要，设计个新玩意；⑥替你所喜欢的报刊杂志写点意见评论。以上这些活动，都有利于延缓衰老。

### 三、戒除烟酒，规律生活

吴阶平教授谈养生之道时说：“我认为重视自我保健，有意识地培养有利于健康的好习惯，下决心戒除不健康的坏习惯，这就是最好、最有效的养生之道。”这是十分真诚的劝告。什么是不健康的坏习惯呢？为首的是烟、酒，其危害最烈。

吸烟是健康的大敌，吸1支烟会减少人体内维生素C100毫克之多，它相当于每天必需的维生素C摄取量的71%。吸烟后还会使维生素B<sub>12</sub>变得不足，招致恶性贫血等。一个吸烟者，每吸一口烟，就要吸入4000余种化学物质，其中包括氰化氢、一氧化碳、苯并芘和钋-200等30余种致癌物质。目前每年因吸烟而死亡的

人数近 250 万，吸烟者有相当一部分死于心脏病、肺癌和肺气肿，其数量远远超过由艾滋病、交通事故、饥荒、战争和恐怖活动所造成的死亡人数。调查资料表明，吸烟者的死亡率比不吸烟者高 2.5 倍，吸烟人得肺癌的可能性比不吸烟者多 10~25 倍，除肺癌外，吸烟者还能引起喉癌、口腔癌、食道癌、胰腺癌、胃癌、膀胱癌等。难怪有人惊呼，吸烟是 20 世纪的鼠疫，看来不是无稽之谈。据美国肺脏病学会 1985~1986 年度报道：每年美国由吸烟造成疾病而死亡的人数，比在第二次世界大战和越南战场上死亡的人数还要多。据统计肺癌死亡人数中的 85%、心血管疾病死亡人数中 30%~40%、慢性阻塞性肺病（主要是肺气肿和慢性支气管炎）致死人数中 80%~90%，均由吸烟造成。

日本国立心血管病中心的专家，对吸烟和脑中风的关系进行了一项对照研究，他们以因患中风住院的 40~74 岁男性为研究对象，并随意抽查一批未患脑中风的同龄男性对照，结果表明，吸烟使患脑中风的危险性增加，每天吸 2 包以上者，比不吸烟者增加 1.3 倍。吸烟促使人体老化和某些癌症发生，早已被医学界肯定，专家认为：吸烟促使血硒（Se）含量下降，可能是引起上述情况的原因之一。因硒在对抗细胞老化和抑制癌细胞发生的过程中，起着重要的作用。吸烟过多，还易引起高血压等病。

人类即将跨入 21 世纪，科学技术的高度发展，将帮助人类战胜各种疾病，延长寿命。但是医学专家却预言，在未来的 21 世纪，仍有四大“瘟疫”威胁着人类，那就是：艾滋病、香烟、家猫、癌症。其中猫虽为宠物之一，但它会将淋巴腺鼠疫和其它传染性疾病带给人类，到目前为止，至少有 15 种传染性疾病是经过家猫传播的，这要引起注意。

至于酒，有人以为“酒可解乏”，其实这种感觉是中枢神经酒精中毒时所出现的、暂时的欣快感。当血液中酒精的浓度达到 5/10000~2/1000 时，人的大脑皮质就被抑制，这一方面使高级神经活动受到干扰，另一方面使皮质下的中枢失去控制而出现异常的兴奋。导致这种短暂的欣快感，可暂时将大脑疲劳掩盖，但其辨别力、记忆力、注意力和洞察力，均有不同程度的下降。特别是

经常酗酒的人，心脑血管、肝脏、神经系统、胃肠等脏器均受损害，而且慢性酒精中毒，对人体衰老速度所起作用更大。所以世界卫生组织明确指出：“酒精消费，是引起健康损害的最严重的世界性问题，是仅次于烟草的第二号杀手，它引起的死亡，比所有非法药物引起的死亡加起来还多。”有人以为啤酒是饮料，其实多饮了，也易使人患胰腺癌、肥胖症和痛风等病。酒虽是具有魅力的饮料，只可偶而少饮，不可过量为是。

此外，生活要有规律，不要迟睡晚起。纠正不良生活习惯，是预防肿瘤和心脑血管疾病以及延缓衰老的一个重要因素。《内经》早就指出：“上古之人，其知道者，法于阴阳，和于术数，食饮有节，起居有常，不妄作劳，故能形与神俱，而尽终其天年，度百岁乃去。”是很有参考价值的。

#### 四、病从口入，慎食为要

饮食与健康有密切的关系，必须慎食、节食。

1. 饮食有节，防病保健 饮食是人们摄取营养，维持生命的唯一渠道，人要生存，就离不开饮食。但饮食要合理有节，太过或不足，都能影响健康，导致疾病的产生。进食太少，易引起营养不良；过量饮食，由于营养过剩，往往导致肥胖症、高脂血症、高血压、冠心病、糖尿病、痛风等病的发生。特别是暴饮暴食，还会破坏消化功能。2000多年前的《内经》就说过：“饮食自倍，肠胃乃伤。”暴饮暴食会引起急性胃肠炎、急性胃扩张、急性胰腺炎，诱发心脑血管病，危害之大，莫此为甚。有的人认为多吃是“口福”、是“补”，能增进健康，错误地把吃与“补”划等号，从而忽视了大吃大喝的危害，这是极大的误解。“节食可去病，寡欲而延年”，是前人长期观察的总结。

节食可使人的机体免疫力在老龄时，仍保持旺盛，使免疫中枢器官——胸腺的定时紊乱得以推迟，从而延缓衰老过程。节食可使体温略有下降，体温对寿命有决定性的影响，而节食是使体温自然下降的有效方法。最近日本九州大学医学部大村裕教授研究发现：进食过饱后，大脑中一种叫“纤维芽细胞生长因子”的

物质比进食前增加数万倍。这种物质能使毛细血管内侧细胞和脂肪细胞增殖，并能促使脑动脉粥样硬化，是引起衰老的重要物质。大村裕教授指出：目前还没有有效的药物来控制饱腹时纤维芽细胞生长因子的增加，然而通过限止饮食量，减少这种物质在大脑中的生成，推迟脑血管硬化和大脑衰老，则是完全可能的。所以中老年注意适当节食，是很重要的。一方面要减少动物脂肪、胆固醇、高糖、高淀粉食物，另一方面适当增加蛋白质与维生素。因为这种适当节食，是要在保证营养的前提下进行的。三餐都应控制食量，晚餐更应节减。

2. 平衡营养，合理搭配 当前社会物质文明日益发展，生活条件不断提高，在饮食上有些人吃高蛋白、高脂肪、高热量的食物较多，而对一般的家常菜如青菜、萝卜、薯类、豆制品等则相对较少，这是影响健康，导致多种疾病发生的原因之一。

蛋白质的主要成分是氨基酸，是维持生命活动、促进人体生长发育的物质基础，它的主要来源有二：一是动物性食品，如牛奶、牛肉、猪肉、鸡蛋、鸡肉、鱼、人奶等；二是豆类和谷类（大米、麦、玉米），特别是大豆的蛋白质含量高达40%左右。动物类蛋白质含脂肪较多，中老年人不宜多吃，而以植物性蛋白质为佳。

脂肪乃人体重要营养之一，也分两类：一是来自子动物性食物，动物脂肪主要为饱和脂肪酸（低密度脂蛋白），不仅含高胆固醇，而且容易凝固、沉淀于血管壁上，多吃即易引起血管硬化，而产生高血压、冠心病、糖尿病、中风等病；二是植物性脂肪（植物油），主要成分是不饱和脂肪酸（高密度脂蛋白），一般既不含胆固醇，而且还含植物固醇，有阻止人体吸收胆固醇的作用，有利于健康，所以应多用植物油为好。俄罗斯医学专家认为新鲜蔬菜、水果、奶制品、豆制品等组合的植物性食谱最为有益，这很合理，尤其适合于中老年人的保健防病。

人体摄入的热能，要与消耗的热能保持平衡，摄入不足，体力下降；摄入过多，则易于肥胖，影响健康，产生高脂血症、高血压、动脉硬化、冠心病、糖尿病、痛风等疾患，所以俗有“有

钱难买老来瘦”之说。进食要适量，要合理搭配，不要吃得太多、太饱，斯乃保健长寿之道。

要多吃新鲜蔬菜、水果，它不仅含有维生素和矿物质，而且还含有较多的纤维素，由于纤维素能促进胃肠蠕动，能吸收水分而膨胀，起到润肠通便的作用，使粪便中的毒素能及时排出，而避免形成慢性内源性自体中毒，就不会出现头昏乏力、肢体酸软、食欲减退等轻度中毒症状，并可防止粪便中致癌物质的逗留吸收，从而减少直肠癌的萌生。韭菜、芹菜中纤维素含量最高。萝卜、豆芽和丝瓜等 10 多种新鲜蔬菜中，还含有一种“干扰素诱生剂”，能抗病毒感染，抑制肿瘤的发生。“干扰素”是提高人体抵抗力的重要物质，正常人体细胞里含有干扰素基因，在诱生剂的刺激下产生干扰素，发挥抗癌、抗病毒的作用。所以纤维素被称为“防病能手”，是当之无愧的。

3. 老年痴呆，饮食调治 老年性痴呆是脑组织弥漫性萎缩和退行性改变所引起的一种老年性疾病，它一旦发生，患者十分痛苦，失掉人生乐趣和生活自理能力，家人亦受其累，所以要尽早养成好的饮食习惯，以预防此病的发生。

(1) 不要长期吃得过饱：因为经常吃得太饱，将促使大脑中纤维芽细胞生长因子过高，导致脑动脉硬化的加剧，而脑动脉的硬化，则是导致老年性痴呆的成因之一，为了减缓脑动脉硬化的进程，首先要注意控制食量，不要长期吃得太饱。

(2) 不要长期大量饮酒：因为酒精能直接损伤脑细胞，促使脑细胞萎缩而致病。

(3) 要经常吃补脑益肾的食物，如芝麻、核桃仁、黑木耳、桂圆、花生、红枣、山楂、鱼类、乳制品、豆制品等。少吃肥肉、动物内脏及辛辣、油炸之食物。

(4) 脑力劳动者易患脑血管性痴呆，应适当参加体育活动，如太极拳、散步或慢跑等，以防止脑动脉硬化。体力劳动者易患早老性痴呆，应鼓励多用脑，多学习，以延缓大脑衰老，预防痴呆发生。

4. 以食代药，降胆固醇 凡是胆固醇偏高的人，用食疗降低

胆固醇最为妥当。可以避免服用降胆固醇药物的副作用，因为该类药物在加速胆固醇代谢或减少胆固醇生成的同时，对肝、肾及神经细胞，均有一定的副作用，而且停药后易于反跳。大量的医学实验证明，吃低脂肪、低热量、高纤维素类食物，对降低胆固醇含量，有较好的疗效。具体地说，就是少吃动物脂肪、动物内脏等高热量、高胆固醇食物，多吃各类蔬菜、水果等高纤维素、高维生素食物。据研究证明，苹果、洋葱、茄子、海带、紫菜、胡萝卜、大麦、橄榄油、豆类及鱼类等含有可降低胆固醇的化学物质，常将这些食物适当地调配食用，既可降低胆固醇，达到防病保健的目的，又可减少药物的副作用。

5. 糖盐适量，水份补足 糖盐均为营养调味品，但摄入需适量，不可过多，以免影响健康，加速衰老。食糖属于碳水化合物，是人体组织的成分之一，也是人体主要的热能来源，但食用过多，则有损健康。近年来日、英、美等国家科学家以及 WHO 对 23 个国家进行调查发现：人口死亡率曲线与该国的糖消费量成正比关系。通过动物实验推知，长期吃高糖食物的人平均寿命要比正常食糖人的寿命短 20 年左右。糖摄取过多，热量过剩，容易引起肥胖、糖尿病、高血压、心脏病等，并促进老化。大脑的能源是糖，一天只需糖 10 克，超量就会使大脑陷入缺氧状态，从而出现焦躁、烦闷等精神不安症状。为了避免糖对人体的危害，科学家正在寻找新的“糖源”（甜料）。将取而代之的是果糖、木糖醇、甜菊甙等对人体无大害而又富有营养的甜味剂。红糖中的黑色物质能阻止血清中中性脂肪及胰岛素含量的上升，阻碍肠道对葡萄糖的过多吸收。所以红糖有阻止肥胖、防止动脉硬化等功效。总之，适量吃糖是可以的，不可过量，以免影响正常膳食的营养素的摄入。特别是老年人，由于新陈代谢降低，体力活动减缓，能量需要相应地减少，而对其他各种营养素的需要则相对地变动不大，在食量减少的情况下，需要进食一些营养价值高的食物，也就是说，不宜经常食用较多的甜食。

盐（氯化钠）是人体组织的重要成分，能维持体内渗透压和酸碱平衡，调节生理功能。人体每天在新陈代谢中要排出一定数

量的无机盐，故需通过膳食给予补充。但每天摄盐量不应超过 5 克，有的学者甚至主张每天食用 2~4 克更好。如果长期食盐过多，会增加细胞外液量，引起水分潴留，又加重心脏负担；血管、肌肉细胞内钠与水量增加，使血管内阻力加重；盐的排泄又要靠肾脏，日久会引起肾性高血压及水肿。高盐饮食还会破坏胃粘膜的保护作用，增加对致癌物质的吸收，容易发生胃癌。因此，要做到既适当限制钠盐的摄入，又能使人吃到美味可口的营养膳食，应从改善膳食结构着手。在增加副食（蔬菜、豆类、鱼等）的同时，还应减少盐和酱油的用量，并适当增加钾、钙和优质蛋白的摄入量，因为这些营养物质可以减轻钠的升压作用。在烹调上，应尽量少用盐和酱油，可以用糖、醋、葱、姜、蒜、胡椒等调料，进行合理的搭配。

至于饮水，也很重要。水虽是小分子物质，结构简单，但它在细胞中的含量却特别大，水占细胞重量的 85%。人体血液中含水量达 90%，执行机体内物质运转的机能。人体每天的水摄入与排出处于动态平衡之中，否则就要引起水肿或脱水。同时，体内水失去平衡，也是致衰的主要原因之一。要健康长寿，就要使体内水的平衡一直处于最佳状态，解决的办法是定时、定量饮水，主动饮水，补足水分。因为人体缺水最先受影响的便是大脑，长期饮水不足，就会影响脑细胞的正常功能，导致脑的老化，从而带来全身的衰老。一个健康的成年人每天起码要喝 1600~2000 毫升的水，要分次喝，不要一次喝光。中国古代就重视喝水，宋代诗人陆游说：“仙丹九转太多事，服水自可追神仙。”日本也认为水中含有神奇活力，流传着“日饮三杯水，健康不用愁”的谚语。早晨空腹喝杯凉开水，可以稀释血液，增加肝脏的解毒能力，促使新陈代谢，加强免疫功能，也有助于降低血压，预防心脑血管疾患。并能促进食欲，延缓衰老，防止便秘和痔疮。中医十分重视睡前饮水，认为是饮水最关键的时辰，可有效地促进消化和睡眠。由于睡眠时血液浓度增高，饮水可稀释血液，加速血液循环通畅，防止心脑血管疾病，有利于健康长寿。磁化水（可在水龙头上安装一个“磁化过滤器”）含氧量可增加 10 倍以上，进入人体后，与

人体组织细胞产生同步共振，促进人体内生理代谢，提高免疫功能，对高血脂、高血压、肥胖病、结石病、胃病、消化不良、糖尿病、便秘、腹泻等有效。又日本生产的“酸碱性电子离子机”，可使“死水”（自来水是中性水）变为“活水”，使中性水产生人体所需要的丰富的矿物质，能预防和治疗许多疾病，延年益寿，单位和家庭均可采用。

综上所述，饮食与防病保健之关系，可谓十分密切。明代医学家龚廷贤在《寿世保元》一书中对此曾有精辟的论述：“恣口腹之欲，极滋味之美，穷饮食之乐，虽肌体充腴，容色悦泽，而酷烈之气，内蚀脏腑，精神虚矣，安能保令太和，以臻遐龄？……人之可畏者，枉席饮食之间，而不知为之戒，过也。”这是值得参考的。

最后，为了您的健康，谨再重复一下：动则不衰，长乐永康；平衡饮食，戒绝烟酒；规律生活，延年益寿！敬祝各位健康长寿，吉祥如意！

参考文献 略。

（本文系 1995 年 3 月 28 日在日本爱知县西尾市企业法人会上讲演稿。并摘要发表于《大众中医药》1995 年 4 期）

## 浅谈益肾化痰法治疗老年痴呆症

由于人类社会物质文明日益发达，福利保健工作愈趋完善，人类的寿命，不断延长，不少国家成为长寿国，我国也是其中之一，这是可喜的。但老龄化也带来一些老年性疾病，特别是老年痴呆症的发病率，成倍地增长。据联合国世界卫生组织报告，65 岁以上老年有 10% 智力障碍，其中 1/2 发生痴呆。有关资料表明，预计到 2000 年我国 60 岁以上的老人将增加到 1.3 亿，占总人数的 11%。为此，有学者指出：如此发展下去，21 世纪老年痴呆症将成为社会灾难，这不是危言耸听，而是需引起重视，积极采取相应措施，以控制其发病率。这是全民性的工作，需多方面跨学科的协作，开展防治工作，才能收效。

兹就采用益肾化瘀法治疗老年痴呆症，谈一点肤浅的体会。

老年痴呆症临床上主要有两类：一为老年性痴呆，一为脑血管性痴呆，而以后者居多数。两者之病理进程虽有所不同，但其结局为脑细胞萎缩则一。“脑为髓之海”，而“肾主骨生髓”，其病变之症结中心，则为“肾虚”。根据姚培发等对 20 岁以上的 235 例人群进行的调查结果显示：两性从 30 岁起已有一定的肾虚百分率，40 岁以上组可达 70% 以上，老年组肾虚百分率随年龄增加呈递增现象。还发现，70 岁以上常人肾虚率占 95%。陈庆生对 94 例 90 岁以上健康老人五脏功能做了初步分析，发现全部对象均有不同程度的肾虚表现，肾虚率占 100%。由此可见，老年人均有肾虚的存在。肾既虚，则气化无源，无力温煦、激发、振动脏气，“脑髓渐空”，使脏腑、四肢百骸，失其濡养，从而出现三焦气化不利，气机升降出入失常，血失流畅，脉道涩滞，而致血瘀。所以老年痴呆症的主要病因，是年老肾气渐衰。肾虚则髓海不足，脏腑功能失调，气滞血瘀于脑，或痰瘀交阻于脑窍，脑失所养，导致智能活动障碍，脑力心思为之扰乱，而成痴呆。

中医的肾是对下丘脑-垂体-靶腺之神经、内分泌、免疫、生化代谢等生理病理的概括。肾虚是以神经、内分泌紊乱为主的机体内环境综合调控机能的障碍。这些障碍既导致衰老的出现，也是血瘀的根源。肾虚可促进血瘀的发生发展，血瘀又加重肾虚的病情，二者相互影响，互为因果。因此，老年痴呆症的病因病机，是肾虚为本，血瘀为标，虚实夹杂，本虚标实。所以“益肾化瘀法”是治疗老年痴呆症的主要法则，我据此治疗本病，颇为应手。

病案举例：张××，男，66 岁，离休干部。

1993 年 5 月 4 日初诊：原有高血压史，经常头眩、肢麻，近年来记忆力显著减退，头目昏眩，情绪不稳，易于急躁冲动，有时又疑虑、消沉，言语欠利，四肢困乏，腰酸，行走不爽，经常失眠。血脂、血压偏高。CT 检查示：脑萎缩、灶性梗塞。诊为“脑血管性痴呆”。苔薄腻，舌衬紫，舌尖红，脉细弦尺弱。此肾虚肝旺，痰瘀阻窍之“呆病”也。治宜益肝肾、化痰瘀、慧脑窍。

杞、菊各 10 克，天麻 10 克，地龙 15 克，生、熟地各 15 克，

丹参 15 克，赤、白芍各 10 克，桃、红各 10 克，枣、柏仁各 20 克，制胆星 8 克，仙灵脾 15 克，炙远志 8 克，桑寄生 20 克，生牡蛎 20 克，甘草 4 克，10 帖，每日 1 帖煎服。

1993 年 5 月 15 日二诊：药后头眩、肢麻、失眠均见减轻，自觉言语、行走较前爽利，情绪有所稳定，记忆力略有增强，甚感愉快，并能积极配合体育锻炼。苔薄，脉细弦。前法继进之。

上方加益智仁 10 克，继进 10 帖。

1993 年 5 月 24 日三诊：诸象均趋好转，遂以上方 10 倍量制为丸剂，每服 6 克，每日 3 次，持续服用以巩固之。

半年后随访：一切正常。

按：本例系“脑血管性痴呆”之轻者，故收效迅速，如重症需耐心坚持服药，并适量运动，如太极拳、散步等，言语疏导，改善生活环境，使之心情舒畅，消除孤独和疑虑，适当增加高蛋白、低脂肪之饮食，并多吃蔬菜、水果，是有利于康复的。肾虚血瘀证是老年病的病理基础，所以益肾化瘀法是本病的主要治疗法则。因为补肾药是通过调节“脑-髓体轴”而发挥作用的，能使脑功能改善和恢复。据官斌氏实验，补肾中药可通过调整神经递质含量、神经递质受体数量、促性腺及性激素含量、单胺氧化酶（MAO）、超氧歧化酶（SOD）等含量而产生明显的延缓脑组织衰老的作用。梁晓春等实验证明，补肾方既能增强自由基清除剂如 SOD 活性，也能降低过氧化脂质代谢水平，以减少自由基堆积对细胞、组织的损害。所以，补肾是老年痴呆症的主要法则之一。本例处方中枸杞子、地黄、白芍、桑寄生、仙灵脾、益智仁等均有补肾作用，其它如人参、山萸肉、何首乌、山药、菟丝子等，亦可选用。

活血化痰药物能改善血液循环，防止血栓形成，调节细胞代谢和免疫功能，促进组织修复和抗炎。具体地说，它能降低血液粘稠度，改善血液成分和微循环，增加全身组织、器官血流量，特别是增加脑组织血流和营养，从而改善和延缓脑的衰老，提高其功能。本例处方中之地龙、丹参、赤芍、桃仁、红花都有很好的活血化痰作用。其它胆星熄风化痰；远志补心肾、宁神志、化痰滞；菊花清肝明目，止头痛眩晕；龙牡镇摄肝阳，宁心安神；枣

柏仁宁心安眠，这些药物均有助于症状之改善，利于痴呆之恢复。天麻长于熄风镇痉，善治头痛眩晕，《本经》谓其“久服益气力，长阴肥健”，《甄权》称其能治“瘫痪不随，语多恍惚，善惊失志”，《开宝》更指出它“利腰膝，强筋力，久服益神”，对老年痴呆症是既治标，又治本的一味佳肴。据日本丰桥市野依福村医院院长山本孝之等临床证实，天麻治本病有显效，可以改善脑部血液循环，有恢复“缄默症”的说话和“假面具症”的展露笑颜的功能，连服三月，获得殊效，可以相互印证。

当然，临床还需因证制宜，气虚者可重用黄芪、党参；阴虚者加石斛、麦冬、龟版；躁狂风动者加羚羊角粉、灵磁石；火旺者加生大黄、黄连；脾虚纳呆者加白术、山药、木香等。随症损益，始奏佳效。

此外，我在70年代初曾制订“健脑散”，原为脑震荡后遗症面设，因其有健脑补肾、益气化瘀之功，后来移治老年痴呆症，亦奏佳效。

处方：红人参15克，地鳖虫、当归、枸杞子各20克，制马钱子、川芎各15克，地龙、制乳香、制没药、炙全蝎各12克，紫河车、鸡内金各24克，血竭、甘草各9克。上研极细末，每早晚各服4.5克，开水送服，可连续服2~3月。

其中马钱子，又名番木鳖，有剧毒，其炮制确当与否，对疗效很有影响。一般以水浸去毛，晒干，放在麻油中炸，但是油炸时间太短，则呈白色，服后易引起呕吐等中毒反应；油炸时间过长，则发黑炭化，以致失效；因此在炮制中，可取一枚用刀切开，以里面呈紫红色，最为合度。附此，以供参用。

参考文献 略。

(1996年首届国际中医脑髓学会大会发言稿)

## 流行性出血热证治一得

流行性出血热属于温热病范畴，其早期相似于温毒发斑、疫疹、疫斑等。温邪为病，传变迅速，气血两燔，深入营血，热盛

动风，气阴俱伤，热毒内传，蕴结下焦，终则邪热告退，气阴渐复而愈，或气阴耗伤，正不胜邪，脱变而亡。

本病据统计：60%患者有便秘症状，35%的患者在病程中出现少尿现象，5%的病者甚至出现时间长短不一的尿闭，并有腹痛、呕吐、呃逆等气机不畅的见症，即所谓“腹腔综合征”，表现腹微循环障碍，此时邪热夹滞、气滞血瘀的症状加重，耗损真阴，变端蜂起，危在顷刻，必须中西医结合，加以抢救，而“通利疗法”尤为必要。因为：①不急下即不能存阴；②不急下即无以疏通气机；③不急下其郁热难获出路，所以通利疗法对流行性出血热是一个十分重要的措施。实践证明：在本病的治疗过程中，如果能尽早地采取通利疗法，就能有效地阻断其恶化传变，缩短疗程；倘若通利剂用之太迟，或用量太轻，就容易导致留邪生变，产生不良后果。因为瘀热阻滞下焦，而致小便不利，欲利小便，必下瘀热，欲下瘀热，必先通利。《伤寒论》所谓“凡蓄血，小便自利”之说，不可拘。

本病最危险的阶段是少尿期。由于热毒内传，温热蕴结下焦，膀胱气化不利而少尿；热邪销灼肾阴，津液枯涸，化源欲竭，小便涩少，甚则尿闭；热结于下，上壅于肺，肺失通调水道之职，不能下输膀胱，水津不布，气不化津，上凌心肺，可见面浮肿胀，咳呛带血，胸闷气短，喘促心悸等险象。此时最宜滋肾解毒，通腑泄热，泻肺利水，而通利法是最重要的一环。《温病条辨》导赤承气汤（生地、赤芍、大黄、芒硝、黄连、黄柏）可资借鉴。

病案举例：赵××，男，36岁，瓦工，住院号：1121。

1977年12月22日入院：恶寒发热，头痛无汗，眼眶痛，腰痛，肢困乏力，在当地作感冒治疗，恶寒虽除，唯发热未挫，三痛明显，已历五日。

高热 39.8℃；白细胞 9000/mm<sup>3</sup>，中性 65%，淋巴 35%；肾功能 <5%，NPN109毫克%，CO<sub>2</sub>CP18.6；尿常规：蛋白(卅)，白细胞(+)，红细胞(少许)，颗粒(++)；肥达氏反应(-)；肝功：sGPT56U。经对症治疗，热势有下挫之势，但纳呆泛呕，怯冷，尿量逐渐减少，肾区有叩击痛，左侧尤甚，右腋下及胸前有

少数出血点。苔薄腻舌光红，脉细数。诊为流行性出血热少尿期，急性肾功能衰竭，乃温热疫毒之邪，传入下焦，结于膀胱，州都气化失司，水道不利，浊邪上逆，胃失和降。治宜养阴解毒，攻下分利。

鲜生地 120 克，鲜茅根 60 克，玄参、丹皮、赤芍各 15 克，生大黄 18 克（后下），元明粉 12 克（冲），丹参、车前子、泽兰、麦冬各 30 克。

每日 1 剂，并配合西药利尿脱水之品，症情稍有稳定，尿量显增，腰痛亦有轻减，乃守前法继进，尿量续增。5 日后渡过少尿期，而进入多尿期，舌光少津，脉细濡。阴损阳衰，续当养阴温肾。

生地黄 15 克，北沙参 12 克，麦冬 12 克，淮山药 15 克，太子参 18 克，菟丝子 12 克，肉桂 3 克，3 剂，每日 1 剂。

3 日后肾功有所好转，1 周后 NPN42.5mg%，尿常规基本正常，转入恢复期，调理善后而愈。

## 应用培补肾阳法治疗慢性杂病

中医所称的慢性久病包括多种病程较长、体气偏虚的疾患。这些疾病在辨证论治上虽涉及的脏腑较多，但在久治不愈，缠绵难复的情况下，有不少患者每多出现肾阳虚衰的征象，经采用“培补肾阳”法后，往往取得较为显著的效果，通过长期临床观察，进一步证实了此法在慢性久病治疗中有着广泛的应用价值。

### 一、“肾中真阳”是人体生命活动的基本动力

“肾中真阳”就是先天真火，亦即命门之火，它是人身生化之源，是人体生命活动的基本动力。根据“阳生阴长”的规律，命门真火的盛衰，对机体发病、疗愈及生殖、发育、成长、老衰等过程，都具有重要的作用与密切的关系。“命门学说”在中医理论体系中成为一个重要的组成部分，也就基因于此。

命门之名，始见于《内经》：“命门者，目也。”与后世所说之

命门，不是同一个概念。其学说始于《难经》，而完善于明代。《难经·三十六难》谓：“命门者，谓精水之所舍，原气之所系也；男子以藏精，女子以系胞。”基本上指出命门的作用及其重要性。迨至明代，名医辈出，对命门学说大加阐发，如赵养葵认为命门是“人身真宰”；张景岳以斯“为元阳、元阴所自出”；孙一奎指为“造化之枢纽”，都以命门作为十二经之经主，其作用是十分重要的。清陈士铎《石室秘录》更具体指出：“命门者，先天之火也，心得命门而神有主，始可应物；肝得命门而谋虑；胆得命门而决断；胃得命门而能受纳；脾得命门而能转输；肺得命门而治节；大肠得命门而传导；小肠得命门而布化；肾得命门而作强；三焦得命门而决渎；膀胱得命门而收藏；无不借命门之火以温养之。”由此可以看出命门的真阳，是人体一切机能活动的动力，五脏六腑的功能得以正常运转，都有赖于命门真阳的温养煦煦。倘若命门火衰，真阳不振，不仅将出现一系列阳虚症状，而且还会影响整体病变。因此，“肾中真阳”是人身生化之源，机体生命的根本动力，对生命和健康的维护是非常重要的。现代研究初步表明：它与现代医学的肾上腺、性腺、肾脏和其它一些内分泌器官等的功能有关。对于肾阳虚的病人，采用培补肾阳的药物，不仅有调整肾上腺皮质代谢的作用，同时也有调整能量代谢的作用，从而说明它是有一定的物质基础的，不是抽象的假设，中西医学理论是有其内在的联系的。特别是近几年来用分子生物学来研究中医的阴阳，对它又有了进一步的阐明。通过大量实验证明：阳虚者cGMP多显著的升高，而阴虚者则cAMP普遍升高，从而使肾阴虚、肾阳虚更有了客观指标。

但同时应该强调，人之所以生，生命之所以能持续，健康之所以得维护，实基源于水火之相济，阴阳之合和。倘若真阳没有真阴，就失去了物质基础，真阴没有真阳，就消亡了一切动力。所谓“孤阴不生，独阳不长”，“阴阳互根”乃是生命发展变化的客观规律。脏腑百骸的生化之源，正是由于肾脏中的真阴（水）、真阳（火）矛盾运动而产生的。这二种力量，是相互制约、相互依存，既对立又统一的保持着相对的平衡状态，健康才能维护。倘

若某一方面出现了偏盛、偏衰的现象，疾病就会立即发生，甚至某一方面遭到完全破坏，生命也就随之终结。因此在重视“肾中真阳”的同时，也不能忽视“肾生真阴”的另一面，这是辩证统一，也才符合于辩证论治整体观念的原则精神。

## 二、“培补肾阳”在慢性久病治疗上的作用

肾为先天之本，受五脏六腑之精而藏之，所以它是调节各个脏器功能的中心，平衡维系机体矛盾统一的主宰；肾中真阳，更是生命活动的生化之源，它能温养脏腑，煦缩百骸，肾阳振，肾气足，则精神充沛，百病不生。倘肾阳衰，肾气虚，就必然神气衰惫，倦怠无力，百病丛生。同时慢性久病，体气亏虚，传变及肾，也必然耗损肾之阴阳，所谓“穷必及肾”、“久必及肾”。因此，许多慢性久病在治疗上，都与肾阴阳的亏损有关，而培补肾之阴阳，往往能起到比较显著的作用，这是事实。但后人片面地理解了朱丹溪“阳常有余，阴常不足”的学说，以致顾阴者多，补阳者少。其实，丹溪所说的“阳常有余”，是妄动之相火，实际上是病理的火，即邪火，并不是指的人体的阳气。张景岳在《景岳全书·传忠录·阳不足再辩》已言之甚明。他还更进一步强调说：“夫胃为五脏六腑之海，面关则在肾，关之为义，操北门锁钥之柄，凡一身之气消长约束攸赖。故许知可云：‘补脾不如补肾，谓救本之义莫先乎此也’，诚万古不易之良法。”（《类经》）综上所述，结合临床体会，在许多慢性久病处理上，如果“从肾论治”，特别是肾阳不振，使用“培补肾阳”这一法则，往往可以收到满意的效果，就是这个道理。在临床上我们遇到不少劳倦内伤之症，从辨证上来说有阴虚的一面，如专事滋阴补肾，则恢复甚慢；倘以培补肾阳为主，佐以滋肾，则阳生阴长，奏效殊速。所以“培补肾阳”法在某些疾病的治疗上，是有其比较显著的作用的。

## 三、“肾阳不振”的辩证论治

肾中真阳，命门之火，是机体一切功能活动的动力。火能生土，脾土赖火以温燥而运化转输，命门火衰，则食少腹胀，甚则

大便溏泄，完谷不化；肾主纳气，肾阳虚则不能纳气归原，而发为喘逆气促；肾主水，肾阳虚则水气泛溢而为肿为胀；水邪上泛，水气凌心则心悸怔忡；水气凌肺则喘咳；肾司二便，肾阳虚则小便频数、清长、遗溺、失禁、大便溏泄；肾阳虚，肾气失于固摄，而为滑精、早泄，甚则精滑、阳痿，或为带下绵注，或为经行量多，淋漓不净，或为滑胎不孕；肾主骨，腰为肾之府，肾阳衰惫，精气不充，故腰背酸冷而痛，两腿痿软无力；肾者作强之官，伎巧出焉，肾阳虚，则思考力、活动力即显著减退，稍劳即疲不能兴，同时性欲减退，性情淡漠；命火衰微，则真阳不能温煦周身，因之怯寒、肢冷，其畏冷倍于常人，冬季尤感不支；肾主骨，骨生髓，脑为髓海，肾阳虚，脑海亏损，则头眩欲仆，耳鸣耳聋；命火衰微，脏寒之极，则发展为寒证，进一步则转为厥逆。

从以上所述，可以清楚地看到，肾阳不振，命火式微，它表现的症状是多种多样的，当然是以“肾阳不振”的本脏病变为主；但也可以脾肾阳虚或肺肾阳虚的证型出现。此外，还由于肾是水火之脏，既抱肾阳，又涵真阴，而阴阳互根，阳损往往及阴，所以肾阳虚的患者不少是兼见肾阴虚及肝肾俱虚的综合证象的，因此在“肾阳不振”辨证的同时，也相应地要照顾到肝肾阴亏的方面。

肾阴虚与肾阳虚的症状，张景岳在《景岳新方》和林曦桐在《类证治裁》里都叙述得比较明晰。兹结合临床见证，列表对照如下：

	肾阴不足	肾阳不足
面色	颧红面热，午后为甚	晄白无华
头晕目眩	眩晕有胀感	眩晕欲仆，自觉不支
脑力	健忘	集中分析能力减弱
耳鸣耳聋	鸣响如蝉，或有冲跳感	耳鸣闭气，有气窒感
四肢	五心烦热，午后为甚	肢冷，晨暮为甚
冷热	恶热，夏季为甚	怯冷倍于常人，冬季尤甚
神情	虚烦不宁，易于急躁冲动	气短语怯，懒于活动，神情淡漠，沉郁

	肾阴不足	肾阳不足
头发	发秃枯槁	发稀易落
汗	盗汗	自汗
月经	经行先期，色鲜淋漓	经事愆期，量少色淡，或经闭
咳嗽	咳血，鼻衄，痰少	喘促，痰稀量少
口渴	口干少津，日晡更甚	口淡不渴
饮食	火嘈易饥	食少脘痞
血压	阴虚阳亢，水不涵木者，血压多见升高	血压多数较低，少数因阴不摄阳，虚阳上越而有升高者
睡眠	失眠，多梦纷纭	嗜睡
遗精	梦遗	滑泄
腰痛	腰膝酸痛	腰脊冷痛，并有麻木感
腿膝	胫酸跟痛	腿重而冷
性欲	亢进，早泄	减退，阳痿
白带	有腥味，质稠	量多绵注，无腥味，质稀
大便	正常或干燥	溏泄，甚则完谷不化
小便	短赤或有刺痛	清长频数，夜尿尤多
脉象	虚弦而细，或细数无力，左尺尤甚	沉迟无力或虚大，右尺尤弱，重按即杳
舌苔	苔薄舌红，甚则剥裂	苔白滑，舌淡润而胖嫩，边有齿痕

从上表可以清楚地区别二者在见症上的不同，但有时患者症状不是完全悉具，或兼见肺脾阳虚者，有时又大多是肾阴阳俱虚，或以阳虚为主，或以阴虚为主，在此等情况下，就必须辨晰清楚，才能作出确当的处理，获得满意的疗效。

在具体辨证上，我认为脉象、舌苔、冷热感和精神情绪等几点最是辨证上的关键。

关于论治问题，由于人是一个矛盾统一的有机总和，各个器官各个组织之间相互制约、相互联系而构成一个整体，特别是由于“阴阳互根”，阳损可以及阴，阴损亦可及阳的相互关系，所以在治疗上必须强调滋阴阴阳，水火并济，始可收到事半功倍之效。

张景岳说：“善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助，生化无穷；善补阴者，当于阳中求阴，则阴得阳升，源泉不竭。”他还说：“善治精者，能使精中生气；善治气者，能使气中生精。”讲得十分精辟。我很同意他的左归、右归二方之设，正如王旭高评注此二方时所说：“左归是育阴以涵阳，不是壮水以制火；右归是扶阳以配阴，不是益火以消水。与古方知柏八味、附桂八味，盖有间矣。虽壮水益火所用相同，而绾照阴阳，尤为熨贴。”（《王旭高医书六种》）因此，我拟订了一张基本处方，定名为“培补肾阳汤”，药用：

仙灵脾 15 克，仙茅 10 克，淮山药 15 克，枸杞子 10 克，紫河车 6 克，甘草 5 克。

随证加味：

1. 肾阴不足较严重者，加生、熟地黄各 15 克，女贞子 10 克，川百合 12 克。
2. 肝肾阴虚者，加生白芍、生地、熟地各 12 克，女贞子、潼沙苑各 10 克。
3. 脾肾阳虚而大便溏泄或久利不止者，加破故纸、益智仁、鹿角霜、炒白术各 10 克。
4. 肝脾肾俱虚而见慢性泄泻者，加炒白术 15 克，乌梅炭 3 克。
5. 肾阴阳俱虚而带下绵注或经行量多者，加乌贼骨 15 克，茜草炭 8 克，炙龟版 24 克。
6. 腰痛剧者，加炙蜂房、炙地鳖虫、炙乌梢蛇各 10 克。
7. 浮肿者，加熟附片、炒白术、茯苓各 10 克。
8. 哮喘者，加核桃肉 4 枚，补骨脂 10 克，黄荆子 15 克，五味子 5 克；严重者加人参 3 克，蛤蚧 1.5 克，二味共研，分二次冲。
9. 遗精或小便频数者，加山萸肉、菟丝子各 10 克。
10. 阳痿早泄者，加巴戟天、露蜂房、淡苻蓉各 10 克。
11. 心脾两虚，心悸怔忡，失眠者，加潞党参、炒白术各 10 克，炒枣仁 20 克，龙眼肉、当归身各 10 克。

12. 虚阳上扰，血压升高者，加生牡蛎 30 克，紫贝齿 15 克，玄武版 20 克。

13. 更年期综合征，加知母、黄柏、当归、巴戟天各 10 克。

以上是辨证用药的一般常法，在具体处理时，仍需细加审察，辨证定方，始能收到预期的效果。

仙灵脾：味辛，性温，入肝、肾及命门，含淫羊藿甙，尚有挥发油、甾醇等。《本经》言其“主阳痿绝伤，茎中痛，利小便，益气力，强志”，说明它补肾壮阳、祛风除湿之功甚著。近世证实它有改善肾功能，促进肾上腺皮质激素的分泌和促性腺功能的作用，增加精液的生成和分泌，能强壮性机能；还能增加胸腺依赖细胞（T 细胞）的数值，能使抗体形成提前，可以纠正因虚证所造成的免疫功能缺陷；对脊髓灰质炎病毒及肠道病毒，尚有抑制作用；对白色葡萄球菌、金黄色葡萄球菌亦有显著抑制作用；还有镇咳、祛痰、平喘和降压的作用。

仙茅：味辛性温，有小毒，入肝、肾及命门，含鞣质、脂肪及树脂、淀粉等。《海药本草》言其“主风，补暖腰脚，清安五脏，强壮筋骨，消食。”本品温肾阳、壮筋骨之效甚佳，善治阳痿精冷，小便失禁，崩漏，心腹冷痛，腰脚冷痹，并能开胃消食。

仙灵脾、仙茅通过临床实践观察，并无任何不良副作用，凡属肾阳不振者，服后精神振爽，食欲增加，与附子、肉桂等温热药，易引起燥亢现象者，截然不同。或有人认为仙茅辛温有毒，久服殊非所宜。事实上，仙茅虽温，而无发扬之气，长于闭精，而短于动火，用中小量对机体毫无影响，一般用 20 克以内的，从未见任何毒性反应。

山药，甘平，入肺、脾、肾三经，含皂甙、粘液质、淀粉、糖蛋白、自由氨基酸、多酚氧化酶、维生素 C 等。《本草纲目》称其“益肾气，健脾胃，止泄痢，化痰涎，润皮毛。”所以山药补肺、健脾、固肾、益精之功，是很全面的，为理虚要药，治慢性杂病历代医家多用之。诚如王履谦所说：“山药虽入手太阴，然肺为肾之上源，源既能滋，流岂无益。”

枸杞子，甘平，入肝、肾二经，兼入肺经。含胡萝卜素、硫

胶素、核黄素、菸酸、抗坏血酸、 $\beta$ -谷甾醇、亚油酸等。有抑制脂肪在肝细胞内沉积，促进肝细胞新生的作用。《本草经疏》云：“枸杞子润而滋补，兼能退热，而专于补肾、润肺、生津、益气，为肝肾真阴不足，劳乏内热补益之要药。”所以肺、脾、肾阴虚者均适用之。

山药、枸杞子二者同用，有育阴以涵阳之妙，故毋需虑二仙温壮助阳之力峻。首都医院内科气管炎组（内部资料，1977年，未发表）对老慢支肾虚型用补肾药（枸杞子、仙灵脾、知母各9克为一日量，制成片剂服用）观察疗效，测定患者血浆内cAMP含量变化，根据统计，服药后血浆内cAMP含量均有增长趋势，咳嗽症状缓解。赵伟康氏报道（《中医杂志》1982年9月）用温补肾阳药（仙茅、仙灵脾、苁蓉）治疗甲状腺机能减退的动物，能提高甲减大鼠降低的肝组织耗氧量，使之恢复到正常水平。这一作用与其增强交感—肾上腺髓质活动，提高体内CA（可能主要是E）及cAMP的水平有关，而非通过提高垂体—肾上腺皮质活动来补偿甲状腺激素的不足。认为温肾药加强CA对能量代谢的促进作用，可能是临床上改善甲减患者畏寒肢冷等阳虚症状及提高基础代谢率的主要原因之一。这些对“培补肾阳汤”的组合和药理机制，是一个旁证，有一定参考价值。

紫河车：甘咸温，入心、脾、肾三经，其成分较复杂，胎盘蛋白制品中，含有多种抗体及脑垂体激素，在临床上常作为被动免疫。还含有干扰素，有抑制多种病毒对人体细胞的作用。并含有多种有应用价值的酶。所以《本草经疏》称其“乃补阴阳两虚之药，有返本還元之功”。性虽温而不燥，对虚损羸瘦，劳热骨蒸，咯血，盗汗，遗精，阳痿，妇女血气不足等症，均有显效。

甘草：不仅有补益调味之功，且善解毒。综观全方，以温肾壮阳，培补命门为主，助以滋养真阴之品，使阳强阴充，合和绾照，则诸虚百损，自可揆复。

#### 四、“培补肾阳”法临床应用举例

从70年代所治200余例“肾阳不振”之患者的病种来看，计

有高血压、慢性泄泻、顽固头痛、劳倦虚损、月经不调、慢性肝炎、顽固失眠、神经官能症、阳痿、腰痛、浮肿、哮喘、慢性肾炎等疾患。从疗效来看，基本上是令人满意的。从病程来看，大多在1年以上，部分是3~5年，甚至达10余年者。因此，“培补肾阳汤”在临床上应用广泛，疗效较好。

兹列举病例数则于下。

例1：张××，男，58岁，行政干部。

血压偏高已3年有余，迭治未瘥，今乃益剧。头眩胀，健忘，左目视眊（检查确诊为中心性视网膜炎），神疲困倦，心悸失眠，腰酸早泄，怯冷便溏，苔薄舌淡红而胖，脉虚弦而细数，两尺弱。此肾阴阳俱虚之咎。良以命火式微，火不生土，阳损及阴，阴不摄阳，而致诸象丛生。治宜培补脾肾，燮理阴阳，徐图效机。（BP 190/115mmHg）。

基本方加潼沙苑、生白芍、菟丝子各10克，炒枣仁18克（打），5帖。

二诊：药后自觉颇舒，周身有温暖感，胸闷心悸较平，腰酸亦减，便溏转实，尺脉略起。此佳象也，进治之。

上方去菟丝子、生白芍，加熟地黄12克（砂仁3克同拌），肥玉竹12克，5帖。

三诊：血压显降，腰酸续减，惟头眩胀未已，视眊如故，夜寐欠实，间或胸闷，苔薄舌淡红，脉虚弦，右尺仍沉弱，左尺稍振。前法损益。（BP 150/100mmHg）。

基本方加潼沙苑、夜明砂、密蒙花各10克，炒枣仁18克，15帖。

四诊：血压下降在122~118/88~78mmHg之间，怯冷已除，腰酸早泄见复；惟头眩胀、目糊未已，口干，夜寐不熟，便难溲黄，苔白黄舌质红，脉弦。此肾阳渐振，而阴伤未复，以致阴阳失其平衡。兹当侧重滋水涵木，毓阴潜阳，而培补肾阳之品则不宜续与之也。

大生地15克，生白芍12克，枸杞子9克，鲜首乌15克，女贞子12克，龟版18克，川石斛9克，夏枯草12克，炒决明子12

克，粉草 3 克，5~10 帖。

按：患者于三诊后返乡休养，在服药至八九帖时，诸象均见瘥复，血压平降，颇感舒适，乃续服之；由于阳衰已振，而阴损未复，未能及时审证换方，药随证变，以致阴虚益甚，水不涵木，故病情一转而为一派阴虚阳亢之局，呈现头眩而胀，视糊眼燥，口干不适，夜寐欠实，大便燥结，小溲色黄，舌质转红，脉弦有力等象。审斯必须立即改方，培补肾阳之品，不宜再予，而应侧重滋水涵木，育阴潜阳。服此以后，即趋平复，而获临床治愈。从这一病例来看，在临证之际，必须细心体察，中病即止，过犹不及，均非其治也。

例 2：王××，女，36 岁，纺织工人。

因肠套叠曾两度手术，嗣后遗留腹痛便溏，迭治未瘥，曩在上海第一医学院附院请姜春华教授诊治，用温补脾胃之品而好转，回厂疗养，逐步向愈。但近年来又见发作，大便溏秘交替，溏多于秘，腹痛神疲，怯冷腰酸，头眩乏力，长期服用西药，收效不著，苔薄白舌胖，边有白涎，脉细软，右关尺难及。此脾胃阳虚之明证。治宜温补脾胃，益火生土。

基本方加炒白术 12 克，益智仁 9 克，补骨脂 9 克，乌梅炭 6 克，广木香 5 克，5 帖。

二诊：药后神疲较振，大便溏泄好转，腰酸腹痛亦减。效机初见，再益血肉有情之品进治之。上方加鹿角霜 12 克。

三诊：服上药诸象均见瘥复，但嗣以服避孕药片（苦寒剂），又引发腹痛泄泻，服抗生素未见好转，乃续来就诊。苔白舌淡胖，脉细软，尺仍弱，火不足而土为虚，前法仍可中鹄。上方 6 帖。

四诊：服药后，腹痛泄泻即瘥，精神振作，颇感爽适。选附桂八味丸以善其后。

按：此例主要由于两度大手术，以致体气亏虚，肾阳不振，命火式微，火不生土，脾不健运，肾不固摄，诸象丛生，特别是大便溏泄，迭服抗生素终不见解，颇以为苦，而经改用“培补脾胃”之品，即获效机。

例 3：徐××，女，29 岁，干部。

头眩而胀，稍劳即疲不能兴，夜不成寐，即或交睫，亦多梦纷纭，饥嘈不适，得食稍安，冬冷夏热，倍于常人，性情沉郁，有时又易急躁冲动，腰酸带下，经行量多，已起3年，迭治未愈，以致体气更虚，苔薄白，舌有朱点，质微胖，脉虚弦而细，尺弱。此肾阴阳俱虚之候，法宜阴阳并补，师景岳之左、右归意，期育阴以涵阳，扶阳以配阴，得其平则佳。

基本方加生熟地各12克，肥玉竹12克，煅乌贼骨18克，茜草炭6克，5帖。

二诊：药后能安眠终宵，精神振爽，头眩胀大减，腰酸带下亦较好转，此调补肾阴阳之功也。但停药1周后，兼之工作辛劳，又致头眩不眠，但其势较前为轻，苔脉如前，此乃由于恙延已久，体气亏虚，原非一蹴而成者。前方既效，故不予更张，继进之，5帖。

三诊：进服原方，诸恙悉平，宜续服药，以期巩固，间日服1帖可也，5帖。

按：三诊以后，由于间日连续服药，诸恙未见反复，停药以后，亦较稳定，且月经来潮，其量大减，均向愈之象。嘱注意劳逸结合，起居有节，辅以食养，不难日臻康泰。

例4：唐××，女，40岁，某疗养院会计。

一年前患肝炎，肝功一直不正常，肝大3.5cm，脾1.5cm，头眩欲仆，神疲困乏，情绪沉郁，胁痛不寐，心悸怔忡，近数月来体重减轻，纳呆腹胀，大便溏泄，日二三行，镜检脂肪球甚多。苔薄白舌质淡，脉沉细无力，右关尺尤弱。此脾肾阳虚之候。法当温培脾肾，俾火旺生土，脾能健运，饮食能为肌肤，则恙自复矣。

基本方加炒白术12克，益智仁9克，太子参12克，8帖。

二诊：药后精神较振，便溏泄已除，惟仍头眩，纳谷欠香，食后腹胀，有时泛泛欲呕，苔白微腻，脉如前。仍系脾肾阳衰未复之咎，进治之。

上方加姜半夏9克，砂仁5克，6帖。

三诊：泛呕已平，复查肝功亦已正常，惟胁痛尚未已，间或腹胀，夜寐多梦，苔薄白，脉细弱较振，继进之。

上方去半夏，加炒枣仁15克（打），6帖。

四诊：服温补脾胃之品以来，精神较前振爽，自觉颇舒，惟停药旬余，又觉睡眠不实，偶有胁痛，余象尚平，苔薄白，脉细软。原方继服，以期巩固。上方续服6帖。

按：患者因染肝炎，肝功不正常，头眩欲仆，腹胀便溏，疲惫不支而全休疗养，但经半载针药并施，仍未瘳复，颇为焦虑，嗣经诊视为“脾肾阳虚”，乃投予温补脾胃之品，症情显著好转，肝功亦趋正常，出院恢复工作。这说明培补肾阳在慢性疾患疗愈过程中，是具有重要作用的，只要辨证明确，往往效如桴鼓。

## 五、结 语

命门学说是祖国医学理论体系中的一个重要的组成部分，而“培补肾阳”在许多慢性久病的治疗上，是具有一定意义和作用的。

经对多年来诊治的“肾阳不振”疾患的临床观察，发现不少的慢性疾病，在病情发展到某种阶段的时候，往往出现“肾阳不振”的证候，经辨证采用“培补肾阳汤”随证加味治疗，取得了比较满意的效果。

应当指出，“阴阳互根”、“水火并济”的矛盾统一的相互关系，是非常密切的，因为阴阳的偏盛偏衰，在疾病的发展变化过程中，是会相互转化的，阳损固能及阴，而阴损也可及阳。是以在临证之际，必须详审辨证，药随证变，才能收到预期的疗效。从例1来看，是很突出地说明了这个问题。倘若误认为“培补肾阳”对慢性杂病具有佳效，就效不更方，固执一方到底，那就违背了辨证论治的根本原则，将会造成一些不良后果。因为中医处理疾病的措施，是要根据证候的变化而决定的，证变方亦变，并紧紧掌握“持重”和“应机”的两种手段。所谓“持重”，就是辨证即明，用药宜专；所谓“应机”就是证情既变，药亦随易。由于温阳补肾之品，其性多燥，所以特别要注意“毋使过之”的原则，肾阳渐复，即宜将温肾之药减小其剂量；阳既振复，即宜撤去阳药；倘有阴伤之征者，更宜立即增益顾阴之剂。这样才能阴阳合和，水火相济，诸恙悉除，而臻康复。

(80年代讲稿)



综 录 篇



## 序 言 录

### 吴粤昌编著《岭南医徵略》序

老友吴粤昌，精专岐黄，学验湛深，与余神交已逾40载。顷以所著《岭南医徵略》见示，展诵之余，实为敬仰。

岭南钟山川之灵秀，得风气之先声，历代豪杰志士辈出，而医林贤达，尤代不乏人。惟史书所载，仅其荦荦著者，遗漏湮没者，不胜其数，殊为遗憾。

今粤昌道兄有鉴于斯，苦心孤诣，刻意探求，遍览经史子集，尤于地方志籍，广搜博采，上下1600年，集医家500余人，可谓蔚为大观，乃岭南医史之大成也。前辈之潜德幽光，藉以显彰；耆硕之卓识积验，赖以阐发。导源发藻，订坠抉遗，启迪后学者，厥功伟矣！吴兄此著，开全国之先河，余意各地皆可师法，则中医学史可臻完备矣！其义深远，爰乐为之序。

江苏润州朱良春于葆春轩，时在甲子初夏

### 楼定惠等增评《医家心法》序

曩昔尝闻章次公先生言及：“四明高鼓峰乃医林奇人。”盖高氏“起痼扶衰，悬决生死日时，多奇验”，而“治病多奇中”。故奇人者，乃医中之高人也。其所著《医家心法》，流传甚广，颇多精辟论述，真知灼见，弥足珍视。故杨乘六、王汝谦二氏合评之本盛赞之，推崇誉扬，不遗余力；但胡念庵氏由子遵经执着，拘泥不化，其评语时有偏颇过激之言，矫枉反直之辞，屡誉其为妄为谬；一褒一贬，遂使后学难以适从矣！

今定惠、汉良二君有鉴及此，乃将杨、胡二氏评本，互勘比对，综合分析，并联系临床实际，钩玄提要，抉剔幽微，将其中精辟见解，创新论点，予以钩稽发扬，孤诣冥搜，翼翼独造，岂止锦上添花，乃更上一层楼矣，对继承发扬祖国医学遗产，厥功甚伟，高公九天有知，当亦颌首称善也！余故喜为之序。

丹徒朱良春于崇川葆春轩，时在甲子中秋节

## 李济仁等编著《痹证研究》序

余从医已近 50 载，留心痹证之病因病机、辨证施治，已逾 30 余年，于斯略有心得，顷正整理总结，编写痹证系统的医理设计，制作软件，储入电脑，以便推广应用。近获读老友李济仁教授与其研究生全小林同志编著之《痹证研究》，对痹证之涵义，剖析入微；痹证之分类，至为全面；痹证之病机，阐述透彻；对其治疗，从病变为“瘀”，着眼于“通”，可谓深得个中三昧，而先获吾心者，余滋为钦佩！

全书广收博采，条理清晰，说理通达，证治完备；而辨证与辨病相结合，理论与实践相结合，中医理论体系与现代医学相结合，贯穿始终，尤为可贵。乃当前痹证专题研究之巨著，对临床医家及科研工作者，均有参考之价值。

本书问世后，对提高痹证之疗效，为攻克痹证难题，提供重要资料与思路，具有深远意义，其嘉惠医家及病家，殊非浅鲜也！纸贵洛阳，不胫而走，可以预卜，余故乐面为中医同仁介。

丹徒朱良春于崇川葆春轩，时在甲子中秋后一日

## 胡翘武等编著《中医临证三字诀》序

歙县胡翘武先生，乃吾医林之耆宿也，学验精深，誉满杏林，素所钦仰，神交已久。顷以所著《中医临证三字诀》见示，展诵之余，殊为心折。

先贤陈念祖早有《医学三字经》之作，通俗易懂，便于诵读，诚为医学门径书中流传最广之普及读物；但陈氏尊经守古，拘泥执着，时有谬误之处；又以该书之成已近二百余载，部分内容不符客观实际，难切实用。为此，胡老以精湛理论，结合多年教学经验，而有《中医临证三字诀》之作，内容丰富，措词精练，辨治明晰，说理透达，不仅有利于初学中医者之入门，且对青年中医临床之指导，亦有裨益。例如哮喘之辨治，层层推敲，十分完

备，既分寒热虚实，又区别痰壅、气郁、血瘀之兼夹，对虚喘之救治及外治之法，亦详为论述，并赘饮食、寒温之将护，谆谆嘱咐，可谓周全之至。因斯，愚以为此书不仅吸取陈氏《三字经》形式之长，又充实内容，所列二十九种疾病，涉及内妇儿三科，确是最为实用、新颖、完备之中医入门著作，初学中医者及青年中医，均值得一读，对中医学之继承发扬，将作出有益之贡献。斯书一经问世，必将不胫而走，可以预卜，爰乐为之序。

润州朱良春于崇川葆春轩，时在乙丑正月

## 周克振编著《祖国医学之最》序

周君克振，老友周子芳院长之哲嗣也。其家学渊源，勤恳好学，诚医林后起之秀也！

周君数年前著《医苑典故趣拾》及《动物脏器食疗验方》问世，甚受读者欢迎，顷又撰《祖国医学之最》，集医林之最，彰先贤盛德，计一百余则，可谓又一成果。

祖国医学历史悠久，典籍浩繁，历代先辈，创新立异，夺世界之先声，垂万代之楷模，令人钦敬靡已。自西医学东渐后，中医药有式微之势，幸得党和政府积极扶植，人民群众信赖拥戴，得以延续。因此，前人之潜德幽光，亟待继承；典籍之精萃蕴藏，需予发掘，庶使后人获悉祖先聪明才智之过人，对人类保健作过卓越贡献，从而伸张吾中华民族之志气，促进我国中医事业之腾飞。周君此书之作，甚符读者之需要，具有深远之意义，爰乐为之序。

丹徒朱良春志于崇川葆春轩，时在乙丑初秋

## 孙秉华编著《中医元理与实践撷英》序

《素问·灵兰秘典论》：“至道在微，变化无穷，孰知其原？窘乎哉！消者瞿瞿，孰知其要？闵闵之当，孰者为良？恍惚之数，生于毫厘；毫厘之数，起于度量；千之万之，可以益大；推之大之，其形乃制。”经文阐述医理极为精深，变化无穷，如不细心研求，

端难明其本源，得其精要。老友孙秉华主任医师，好学深思，精研典籍，苦心孤诣，刻意研求，探赜索隐，旁搜远绍。以一元论之太极，两分法之阴阳，数理之八卦，类概念之五行，外因之运气，实践之天人相应进行阐述，广征博引，条分缕析，古为今用，立论新颖。末举临床实践之经验，寓医理于实践，以实践阐理论，融会贯通，混然一体，科哲结合，宏论精辟，中医元理，得以阐发，古今医理，赖以沟通，此诚振兴中医之旗帜，发扬学术之号角，发聩振聩，启迪良深，厥功伟矣！拜读之余，实深钦佩。行将付梓，爰草短序以祝。

朱良春志于崇川葆春轩，时在戊辰春月

## 蒋森著《湿热论》序

前人著作详于湿热证治者，首推元代朱丹溪氏，其后则有薛生白《湿热条辨》，载于王孟英《温热经纬》一书中。惜前者散漫而缺乏系统，后者仅论外感而未及杂病，于是蒋森大夫而有《湿热论》之作，以补前贤之不逮，厥功伟矣！

临床所见湿热之病甚多，举凡肝炎、肝硬化腹水、肾炎、肾盂肾炎、尿毒症、痢疾、风湿热、盆腔炎、湿疹等，多与湿热有关；外感病中，钩端螺旋体病、肠伤寒等，亦恒从湿热论治。可见丹溪所云“湿热为病，十居八九”，实乃经验有得之言，洵非虚语。《湿热论》一书，对于外感、内伤湿热，均有详细论述，既有理论之阐述，又有多年临床经验之总结，确系一部颇有功力之作品。本书之梓行，不仅可为中医临床工作者之一助，作为第一部系统之湿热专论，在中医学发展史上，也将成为光辉之一页。

蒋森大夫正当盛年，长期从事中医临床工作，好学深思，为人诚朴，奋笔著述，颇多佳构，诚吾道后起之秀。读完书稿，感慨系之，后继有人，殊堪欣慰。深愿蒋君百尺竿头，更进一步，为中医事业作更大贡献。

丹徒朱良春于南通市，时年七十，丙寅仲秋

## 马继松等编著《现代名医医案选析》序

医案系医者毕生临证经验之结晶，通过简炼的叙述，而将理法方药、脉因证治熔于一炉。因此，阅读、学习医案，并在深入领会的基础上应用于临床，可在病机分析、证候识别、立法用药的思路、方法及技巧诸方面，收到事半功倍之效。学习医案，实为中医工作者所必需。

马继松、吴华强、朱建华等共同编写的《现代名医医案选析》是一部学习、研究医案的入门之作。本书理论联系实际，以辩证法则作指导，层层剖析，深入推敲，使前辈之潜德幽光藉以彰显，耆硕之卓识积验得以阐发，对提高广大中医和中西医结合工作者的辨证识病水平、立法用药技巧，将起到不可估量的作用。

本书特点有三：一是撷取当代名老中医医案之精华，边评边析，使原医疗经验中最珍贵的内容为更多读者所掌握；二是帮助读者学会阅读医案的方法，并为中医院校即将开设的医案课程雪中送炭，增添一本理论联系实际的参考书；三是对半数以上医案的评析均涉及了现代医学的内容，故可作为中西医结合工作者的临床参考之用。本书实乃广大中医工作者渴望之佳作，对促进中医事业腾飞有着深远的意义，一经问世，当不胫而走，爰乐而为之序。

丹徒朱良春志于南通，时在戊辰秋月

## 李润民著《中医时间医学研究》序

时间生物学和时间医学是新兴学科，但它的内容，我国早在2000多年前的《内经》里，就有了比较全面、完整的阐述。通过中医临床长期实践，积累了大量的资料，所以李润民同志的大作，径称为《中医时间医学研究》，我认为这很确切，有深远意义。

数十年来，随着系统论、控制论、信息论、协同学、耗散结构理论和突破论等一些横断学科的崛起，入类对自然界整体性的

认识，有了较大的飞跃，从而引发了全球性学术观念的大转折，人们想用远离平衡状态的开放系统产生的有序运动来描述生命现象。其实《内经》早就建立了“天人相应”、“天人合一”、“因时制宜”的整体观念，并运用阴阳和运气学说来演绎人与自然的关系、自然界的变化及其变化的节律。人们掌握了这些节律，顺应了自然，按此摄生或施治，将获得事半功倍之效，这就是时间医学的巨大价值，也是作者为弘扬中医学学术而撰著本书的目的。

作者对中医时间医学的内涵，论述精辟，资料丰富，熔中西理论于一炉，紧密联系临床实际，并附以验案，翔实生动，引人入胜，有较大的实用价值，确实是一部时间医学新作。广大临床医师、中医院校师生及中医爱好者，颇值得一读。愚拜读佳作，获益良多，故乐而为序。

朱良春于南通葆春轩，时在 90 年代第一春

## 承忠委编著《临证撷萃》序

神交承忠委老医师，出身于中医世家，秉承庭训，好学不倦，博览群书，含英咀华，师古不泥古，师心不蹈迹；求新不求奇，思变不思邪。进德修业，出类拔萃，诚不可多得之医林翘楚也！其医术积验，颇多发前人之未发，补先贤之未逮。今由马继松君及其门人、子女整理成册，行将付梓，纸贵洛阳，可以预卜也。其医德医风，尤令人钦敬，多年来放弃假日之休息，不辞辛劳，奔赴七十余里外之故里，为乡邻诊治疾患，风雨无间，义务服务达六百余次，恻隐在抱，博施济众，仁者之心，实难能可贵，乃吾侪之楷模，杏林之俊杰也。爰草短序，荐于医界同仁，并致钦敬焉。

朱良春于辛未年仲春

## 柯观、许昶主编《南通地方中医史》序

余素潜心于地方中医史志之搜集，惜因诊务羁缠，社会活动

频繁，无暇握管。幸由南通市卫生局、南通市中医学会医史专业研究委员会诸同仁不辞辛劳，广征博采，并邀请南通地方 30 余名专家教授、主任中医师、著名学者撰稿或提供史料，历时两年，完成此任。初稿甫成，邀任顾问，乃得先睹为快。拜读之余，感慰良深。阅竟全稿，觉其内容搜罗广博，史迹翔实；阐述精审，文笔流畅；先辈之潜德幽光，藉以显彰；耆硕之卓识积验，赖以阐发；导源发藻，订坠抉遗；启迪后学，厥功伟矣！洵继往开来之壮举也。爰草数语，聊以代序。

朱良春 壬申季秋谨志于崇川师耆斋

## · 陈幼清等编著《陈朗清医疗经验集》序

陈朗清老先生乃我省名老中医，从医七十载，医理精湛，经验宏富；培育人才，孜孜不倦；振兴中医，卓有建树；蜚声杏林，遐迩景崇；年逾九旬，精神矍铄；仁者必寿，期颐可期！陈老诚吾省医坛耆宿，病患福音也！

顷其哲嗣幼清、贤媳兆新、外孙陈革汇集陈老医疗经验，整理成册，计分八章，每章冠以医论，对辨治要点，用药技巧，预后推勘，阐述精详，剖析透彻，至为警辟，启迪良深。附以病案，列症完备，条理清楚，辨证精细，突出重点，立法明确，用药精当，法圆机融，堪称准绳。末系按语，将陈老经验精髓，画龙点睛，和盘托出，读之如醍醐灌顶，沁人心脾，迪智增慧，茅塞顿开。既见陈老经验之可贵，又证整理者之功力，可谓珠联璧合，确是佳构，非泛泛之医案可相提并论。愚有幸先为拜读，获益非浅，不揣固陋，爰草短序，以为中医同道介。

朱良春敬志于师耆斋 时在己巳夏月

## 何绍奇等主编《现代中医内科学》序

任何一门科学的发展，都离不开继承与发扬两个方面。能继承者斯能发扬，否则便成无源之水，无根之木；知发扬者始善继

承，否则便不免抱残守阙，墨守成规。故历代卓有成就的医家，无一不是学术上的勤求博采者，亦无一不是学术上的革新创造者。

《现代中医内科学》一书，不落俗套，刻意求新。编写体例一改诸书旧例，采用现代医学病名，使疾病之诊断得以明确，疗效、预后均有统一的衡量标准，其作者无分东西南北，内容则参酌乎古今，包容诸家而折衷求是，追求实效而不尚空谈，诚空前之杰构也。

窃思近代以来，中医界有识之士，曾倡导“发皇古义，融会新知”，进而提出辨证与辨病相结合，以谋求中医学之进步。本书实乃此种主张实践之结晶，其影响之深远，自不待言。

本书主编何绍奇同志为我之遥从弟子，好学精思，博闻强志，后又负籍京华，从岳美中、方药中、任应秋、刘渡舟诸先生游，学益进。在编写《实用中医内科学》一书时，已充分展示了他的才华。今复倾注心血，与海内贤达通力合作而成此巨编，诚有功于医林，故乐为之序。

朱良春 一九九〇年六月

## 杨仓良主编《毒药本草》序

所谓毒药者，因其有毒之故。毒药多善疗疾，可起沉痾愈顽疾，故虽非王道之品，亦有可用与必用之处。历代医家对“毒药”的态度不同，或谓此霸道之品、虎狼之药，宁可治病无功，亦绝不敢用，此庸医也；或谓毒药即良药，善用此类药物可斩关夺隘，愈病于须臾。能驾驭毒药者，良医也！昔神农尝百草，一日中七十毒，方知药性，著本草。医圣张仲景、神医华佗、“药王”孙思邈皆为善用毒药治疑难病之先贤，为后世用毒药治病树立了典范。自汉唐以降，善用毒剧药之名医，代不乏人，积累了丰富的经验。

由于迄今尚无一本毒药本草专著，无法将散在于各种医籍中关于有毒中药的知识和经验，进行认真的整理与总结，影响了有毒中药的推广使用，使古今对毒药毒性的认识达不到统一。有的

医生使用有毒中药，带有一定的盲目性，使临床应用毒药造成的毒副反应，甚至中毒死亡事故时有发生，影响了有毒中药的推广使用。

神交杨仓良同志聪慧而贤良，卓拔而不群，与有志于此者潘志强、李遇春、齐英杰、程方等三十余人，广泛搜集古今医籍中关于有毒中药的资料，取精去芜，同心协力，几经寒暑，终于写出我国较完善的有毒中药专著《毒药本草》。余得以先期获阅此书，认为该书资料收集广泛，取舍得当，重点突出了“毒”与“用”两方面内容，使读者学习本书后能较好地掌握有毒中药的使用，知趋利避害，能执简驭繁，知其药之毒，又能防善施。对中医临床、教学、科研都将有较大的参考价值。

本书填补了我国本草学上一大空白，是一部具有较高学术价值的好书，故余乐为之序。

朱良春于南通市 时在辛未初夏

## 董汉良等编《越医汇讲》序

古之吴越，邻国也，今之江浙，邻省也，二千年前虽曾互有攻占，但亦有“吴越同舟”之佳话。仇怨早已泯灭，情谊犹如手足，交往频繁，相互砥砺，人文荟萃，品物纷呈，乃中华民族文化集中之地也。就医学而言，明清以降，吴门医派兴起于姑苏，越都医哲崛起于会稽，名医辈出，贤达蜂起，宏论佳章，炫耀夺目，可谓懿与盛哉！

二百年前吴门唐大烈氏汇辑该地区四十余位医家之论著约百篇，十万余字，钁版印行，名《吴医汇讲》。既有医理阐发、专题讨论、经验交流，又有考据、笔记、书评等内容，对当时中医药经验交流，学术繁荣，颇具发扬促进之功。二百年后之今日，绍兴医家董汉良、毛水泉、柴中元诸氏，乃越中杏林俊秀，医界栋梁，有志于继承前贤之弘愿，振兴越医之大业，收集当代绍籍医家具有特色之医话、医论等八类，近200篇，30余万言，纂为《越医汇讲》，内容新颖，有独到见解，文笔短小精悍，言之有物，

切于实用，对临床、科研、教学、写作，均有较高参考价值。本书与《吴医汇讲》堪称姐妹篇，古今映辉，令人赞赏，乐而为序。

镇江朱良春于南通市中医院 时年七十有六 壬申仲夏

## 姚祖培等译《汉方诊疗便携》序

中国中医药学在公元5世纪经朝鲜传入日本后，日本曾先后多次派留学生来我国学习中医；公元753年鉴真大师东渡，带去医籍和中药，对日本汉方医学起着巨大的传播与推动作用；迨至15世纪，汉方医学在日本已初步奠定了基础。江户时代，又有所发展；到明治维新时，日本的医生92%是汉方医，可谓鼎盛时期。但公元1868年明治维新以后，日本政府大量引进西方文化，在医学方面，吸取荷兰、德国医学的模式，汉方医学逐步为西洋医学所代替，几沦于湮没。直至20世纪初，和田君十郎、汤本求真等学者著书立说，弘扬汉方医学之真谛，使之从奄奄一息中重新复苏。60年代以来，日本医学界有识之士受我国中医中药事业兴旺发达之启迪，同时又由于某些西药毒副作用之影响，从而广泛深入地研究和应用中医中药，又掀起了“中医热”之高潮。1400多年来，汉方医学在日本经历了发展、衰落和复兴的三个时期。目前中日两国邦交正常化，友好往来，中医药之文化交流活动，更是日趋频繁，呈现了一派兴旺景象。

桑木崇秀先生与我交友虽仅八载，两度互访讲学，但我与桑木先生学术师承之渊源，几可溯及半个世纪，因为我的业师之一的叶桔泉先生与日本汉方大师矢数道明先生从30年代初，即书信往来，交流中医学术，为增进中日两国人民友谊和文化交流，起了良好的媒介作用。而桑本先生则是矢数道明博士汉方医学的得意弟子。1990年10月我应桑木先生之邀，前往东京参加东洋医学国际研究财团成立25周年纪念盛会，并作特别演讲，得与矢数道明先生畅叙合影，可谓师友之谊，交融益笃了！

桑木先生早年毕业于庆应大学医学部，获医学和药学博士学位，从事医疗临床及科研、教学工作，继又师事矢数道明先生，研

习汉方医学，深得其传，造诣精湛。先后多次来我国参观讲学，对促进中日两国中医学术交流，做了不少工作，作出了可喜贡献！《汉方诊疗便携》是其众多著作中的一部比较系统论述汉方诊疗的代表作，诚如作者所说：“从中国辨证论治的角度来看，似是甚为不足的，这对贵国的中医界同仁或许起不了多大的作用。但是，为了增进今后日本和中国之间的国际交流，相互了解对方，则是十分重要的；我的这本书若至少能在这方面发挥一些作用的话，也就兴奋无比了！”特别是桑木先生还强调：“日本的汉方与中医学原本同出一源，我认为在今后一段较长的时间内，两者不是可以逐渐走向统一吗？！如果我的这本书能成为将日本的汉方与中国的中医学联系起来的一个契机，则真是喜出望外了！”我对桑木先生的谦虚态度和诚恳愿望，甚表赞同。及门姚祖培医师等勤奋好学，熟谙日语，将其翻译梓行，是有积极意义的；译笔流畅，不失原意，可供有志于中日两国文化交流的中医同道参阅，故乐而为之序。

朱良春志于南通市中医院，时年七十有五

## 康俊杰等整理《肝脏七病诊断与治疗》序

毛泽东同志早就明确指出：“中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高。”而宝库宝在何处？我认为主要有两个方面，一是历代保留下来的大量医药文献资料，二是当代许多名老中医“活的”实践经验，这是十分宝贵，而且是需要积极加以继承整理的一个方面。这项工作比较复杂繁重，如何着手进行，是一个值得认真探索的问题。3年前中央卫生部、人事部和国家中医药管理局有鉴于此，联合制订了全国首批500位名老中医学术经验继承的措施，各省、市主管部门，认真贯彻执行，深得广大中医药工作者的赞扬拥护，也取得了不少令人欣慰的辉煌成果。厦门市中医院康良石主任医师带领的继承者康俊杰、康素琼二位大夫所整理撰写的《肝脏七病诊断与治疗》，就是一部当前诊治肝病不可多得的珍贵资料，值得祝贺和钦佩！

我与康老相识于60年代初，彼时各地肝炎流行，中西医结合治疗，取得较佳效果，但部分慢迁肝、慢活肝则甚为缠绵，不易速愈，中医界经常交流探讨，以期提高疗效。康老以其精湛造诣，丰富经验，对肝病的诊治有独到体会，创订系列方药，疗效甚佳，在华东地区颇负盛名，各地邀请会诊，络绎不绝。南通地区曾两次邀请康老前来会诊，并作专题学术报告，思路新颖，令人耳目一新。我当时受卫生主管部门之委托，全程陪同，相互切磋，获益非浅，由此而过从甚密，成为知交。1992年夏我应国家中医药管理局厦门国际培训交流中心之邀前往办班讲学，又得与康老畅叙，欣悉康老带领哲嗣俊杰、令爱素琼作为学术继承人，我为之欣喜称颂。因为二位继承者，既家学渊源，又勤奋好学，在其尊人康老的指导下，开设肝病专科，系统观察病例，师生定期讨论，探索阐发，在继承的基础上，结合现代医学理论和检测数据，全面完整地继承康老的学术思想和经验，指导实践，颇多创新和发挥。

康老对急性肝炎从疫病的发病机理论治，对慢性肝炎运用郁证“五行相因”的病机作指导，不仅辨证与辨病相结合，还善于发掘民间验方草药，强调辨证施护，这些都是值得我们学习的精湛理论和宝贵经验，因此其疗效是卓著的，平均疗程为63天左右，临床治愈、好转出院率为70.97%，总有效率达95.74%。这种疗效，在国内是领先的，堪供同道们参考应用。所以本书可称为治疗肝病之佳作，肝病患者之福音。承嘱写序，因得先睹为快，乐而为中医和中西医结合工作者介。

朱良春于南通市起凤园，时在一九九四年元旦

## 安铁生编著《百草趣话》序

中华民族在征服疾病、寻求健康长寿的漫长岁月里，造就了许多闻名古今的医药学家，写出了许多光辉千秋的医药著作，引得多少人对它进行生动感人的描述，民间流传史书记载着许多神奇有趣的轶闻佳话，可谓源远流长，蕴藏无垠。我们应该对其进

一步加以继承发扬，这是时代给予我们的使命。

从事中药工作 30 载的安铁生药师，对中药材的基源、性味、功效、炮制等有丰富的经验，并在工作之余，精心写作多年，以跌宕起伏、触景生趣的妙笔将 150 多味中药材纵横古今，漫谈阐述，吉光片羽，随机引发，期望传统中医药文化，能引导广大民众产生感情和兴趣，增进一些自我保健知识；而对从事中医药工作的同仁，也将有一些裨益。因此，本书虽不如中医药书籍直接了当地介绍每味中药的性味、功能，但却好似一部“国药外传”，深入浅出，引人入胜，显示着独特的异彩，确是一部不可多得的科普好作品。我作为一个从事中医工作近 60 年的老中医，欣然将《百草趣话》推荐给大家，希望各位同志都来关心、重视中医药科普工作的开展，共同为振兴中医药事业作出贡献。

朱良春一九九四年于南通师耆斋，时年七十有八

## 柯联才编著《花果疗法》序

中药学书籍所以称为“本草”者，以其绝大部分是属于植物类药之故，如我国第一部中药专著《神农本草经》载药 365 种，其中植物药占 252 种；集药物之大成的《本草纲目》共 52 卷，其中除去序例、主治各 2 卷，水、火、土各 1 卷外，植物类（草、谷、菜、果、木）共占 26 卷之多，而植物类药，大多数有花、果，所以用花果入药，是言之有据的。但专门论述“花果疗法”的专著，则尚未得见。唐代孟诜编著的《食疗本草》，元代海宁吴瑞编写的《日用本草》，以及明代王象晋所著的《群芳谱》和清代刘灏等所编的《广群芳谱》，虽各有所阐述，但均混而言之，未及其详也。

今杏林新秀、科技英才的柯联才副主任医师，广搜博采，系统整理，分花卉、果品两大类，每一花果，均详列 11 项，条分缕析，特别是“常用便方”一项，可谓全书之重点，乃精华之所在。既发掘搜罗民间验方，并结合其导师、当代医学大家盛国荣教授和作者临床应用花果类药物之宝贵经验，以流畅生动的笔调，详细介绍 120 种花果在防病治病、增强体质、延缓衰老等方面的卓

效验方，十分珍贵；既疗效显著，又便于应用。因此，本书是一部有较高实用价值之佳作，是传统医药文化科普园地里的一枝奇葩，她适用于初中以上文化程度的各行各业读者，具有广泛的意义；对于医务工作者及医药院校学生，也是值得参考的资料。

联才同志勤奋好学，刻苦钻研，敏慧过人，著述甚丰，是一位颇有前途的医林杰出之士，令人钦赞！

本书既可“托兴众芳，寄情花木”，陶冶性情，赏心悦目；又可疗疾保健，嘉惠病员，确是一部佳作，故乐为读者荐介。

朱良春于南通市起凤园，甲戌冬月，时年七十有八

## 张兴全著《掌中诀》序

兴全教授，宿根深厚，勤奋好学，既饱览祖传秘籍，又屡得名师指点，对河图、洛书之研索，取得突破性进展，可谓洞察宇宙玄机，顿悟天地奥秘，不仅测人事休咎吉凶祸福，推断如神，而且以数术救治疑难杂症，屡起沉痾，堪称一绝。愚滥竽医林近 60 载，未之能也，愧汗奚似。尤令人肃然起敬者，大师宅心仁厚，行菩萨道，决疑解难，从不挟术以自利，多年来咸以解救疾苦为宗旨，积德行善为根本，崇高品德一代楷模也。

兴全教授曩著八卦太极图问世后，颇得当代学者之赏识好评，今又以其心得要诀写成《掌中诀》一书，其中奥义真谛，继承中华传统文化，弘扬易学预测精粹，厥功伟矣！诚仁者之心也，滋堪景仰，爰草数语以显之，聊表敬意耳。

丹徒朱良春于南通起凤园，甲戌夏月，时年七十有八

## 蒋森著《血瘀论》序

近年来心脑血管、结缔组织、代谢性疾病之发病率日益升高，而首选之治疗法则，以活血化瘀法为最佳方案。因此，一部完整、全而研究血瘀的病因病机和阐述活血化瘀法于临床应用的专著，便显得迫切需要。

中年著名中医学专家蒋森主任医师，勤奋好学，刻苦钻研，努力实践，多所创获。已梓行 4 部大著，其中《湿热论》由香港三联书店印刷，已连续再版 3 次，还由台湾出版 1 次，近日并被译成日文在日本发行，可见其学术水平之高，内容精粹之富，读者欣赏之广也。顷又完成第 5 部专著《血瘀论》，寄来全书提纲及样稿，翻阅之余，欣悦赞赏，乃继王清任《医林改错》，唐容川《血证论》之后，又一部杰出专著也。其中颇多学术论点和实践经验，大大超越前人，可喜可贺！

全书分上中下 3 篇，上篇为总论，中篇为血瘀证论治，下篇为活血化瘀法之临床应用，都 30 余万言，其主要特点有六：

1. 本书是一部全面系统的血瘀系统专著：在总论部分，从血瘀的概念、血瘀学说的源流，到血瘀的病因、病机、诊断、治疗、方剂、药物，条分缕析，全面系统。在中篇论述了内、外、妇、五官、皮肤各种常见的血瘀病证。下篇总结了作者 30 余年临床工作中运用活血化瘀法的临床经验和体会。理论密切联系实践，无浮泛空洞之冗词，而独到之经验，毫无保留，和盘托出，使读者开卷获益，如饮琼浆，沁人心脾，开智迪慧，确是不可多得之佳作也。与《医林改错》相比，在血瘀理论方面，有较多发挥与补充；与《血证论》相比，在治疗方面有较大扩展，介绍许多可贵之实践经验方。因此本书是当前血瘀学说方面的一部比较系统全面之专著。

2. 突出传统的中医血瘀学说，可以反映中医血瘀学说全貌：本书收集了上自《内经》，下至明、清主要医家关于血瘀方面的论述和治疗用药经验，并进行去粗取精的整理、加工，编入各个章节之中，基本上可以反映中医血瘀系统的全貌。

3. 吸收了运用现代科学技术对血瘀和活血化瘀法的研究成果，使血瘀学说和活血化瘀法更具有现代科学依据，从而发展了血瘀学说。

4. 收录了作者 60 余首经得起重复的活血化瘀经验方：这是本书最为可贵的精华部分，因为这些经验方，是作者 30 多年临床反复实践，经过数百例临床观察而拟定的，疗效可靠，经得起重

复，并被全国不少医家所引用，被许多汇编所收集。

5. 在中篇中突出辨证论治，下篇中则在专病专方的基础上进行辨证加减，这样可以说是辨病论治与辨证论治有机的结合。

6. 阐述了一些血瘀理论方面含糊不清的概念：作者对前人的血瘀理论含糊之处，作了澄清，明确指出：血瘀的概念应包括血行迟缓涩滞、血脉痹阻不通、血离经而停滞、血液污秽秽败 4 个方面。这是很全面而完整的定义。

总之，本书对传统的中医血瘀学说进行了全面、系统的整理，并有所发掘、提高；理论方药兼备，内、外、妇、五官、皮肤各科具有；吸收并展现了近 10 余年来运用现代科学手段，在活血化瘀研究方面的成果；突出辨病论治与辨证论治相结合的特色；收录了作者长期实践、总结的 60 多首活血化瘀经验方。这是理论联系实践，非常可贵的一部血瘀学说的杰作，值得中医同仁和西学中同志一读的好书，爰为荐介。

朱良春于南通师耆斋，时年七十有九

## 心得录

### 朱良春治疗风寒湿性关节痛的经验

朱琬华 张肖敏 蒋熙 整理

风寒湿性关节痛是常见的病证。朱良春老中医对其研究有素，注重治病求本，擅长运用虫类药物痹定痛，并配合中药离子导入，收到了较为明显的效果，兹择其要旨，介绍如下。

#### 一、辨证分型

风寒湿性关节痛初起，若见证轻浅，治疗及时，图治较易；若病程长，反复发作，症状重的，尤当辨证论治，审证发药。

##### （一）风寒湿痹型

主证：全身关节或肌肉酸痛，游走不安，以腕、肘、肩、膝、踝关节多见，局部关节疼痛得温则舒，气交之变疼痛增剧；或兼见关节肿胀，但局部不红不热。苔薄白，脉沉细，或细弦，或濡

细。

病机：风寒湿邪，留注经脉。

治法：祛风散寒，除湿通络。

处方：温经蠲痹汤（自拟）。当归10克，熟地黄15克，仙灵脾15克，川桂枝（后下）10克，乌梢蛇10克，鹿衔草30克，制川乌10克，甘草5克。

加减：风盛者加寻骨风20克，钻地风20克；湿盛者加苍白术各10克，生、熟苡仁各15克；关节肿胀明显加白芥子10克，山甲10克，蛻螂虫10克；寒盛制川乌、草乌加重至10~20克，并加熟附片10克；痛剧加炙全蝎3克研粉分吞（或炙蜈蚣）；刺痛者加地鳖虫10克，参三七末3克（分吞），延胡索20克；体虚者仙灵脾加至20克，并加炙蜂房10~12克。

病案举例：程×，女，50岁，教师。

初诊：有关节痛宿疾，一月来因丈夫住院，日夜陪伴，睡卧过道，不慎受寒，两腕、肘、膝关节肿胀，疼痛难忍，肤色正常，手腕活动受限，两膝行走困难，怯冷倍于常人。血检：血沉70mm/小时，类风湿胶乳（-），粘蛋白3.2mg%，抗链“O”<500单位，白细胞4200/mm<sup>3</sup>。两手腕、两膝关节摄片未见异常。舌苔薄白，根腻，脉细濡，此风寒湿痹痛也。既有宿根，更为顽缠。姑予温经散寒，逐湿通络。当归10克，制川、草乌各10克，六轴子2克，鹿衔草30克，地鳖虫10克，炙蜂房10克，乌梢蛇10克，炙蜈蚣3克研（分吞），炙僵蚕10克，5剂。

二诊：关节疼痛减轻，关节肿胀如前，苔、脉如前。药既合拍，上方加白芥子10克，5剂。

三诊：药后已能行走，关节肿胀渐退，但疼痛尚未悉止，入暮为甚。舌苔薄白，舌淡，脉细。寒湿痹痛之重候，病邪深入，肾阳亏虚，续当补肾助阳，温经散寒，蠲痹通络。熟地黄15克，仙灵脾20克，鹿衔草30克，乌梢蛇12克，地鳖虫10克，蛻螂虫10克，炮山甲10克，炒元胡20克，甘草5克，5剂。

四诊：腕关节疼痛明显减轻，自觉关节松适，肿胀亦退，惟膝关节肿痛未已，苔薄白，脉细弦。原方改为电离子导入，以

加强药效。

1. 上方2剂，浓煎成500毫升，加入1%尼泊金防腐。膝关节处电离子导入，每日2次。

2. 益肾蠲痹丸250克，每服8克，每日2次，食后服。

1984年7月10日血检：血沉正常，白细胞 $6300/\text{mm}^3$ 。经用丸药及中药电离子导入后，膝关节肿痛大减，苔、脉正常。继配益肾蠲痹丸巩固之。

随访：1984年8月恢复工作以来，一直坚持上班，关节肿痛未作。

按：风寒湿性关节痛，一般此病均无链球菌感染史，是肌体遭受风寒湿邪侵袭所致，故抗链“O”、血沉、粘蛋白等多属正常范围，症状酷似慢性风湿性关节炎表现。常法选用防风汤、羌活胜湿汤等，以防风、秦艽、羌活、威灵仙等较为常用。实践证明，轻症尚有效果，重症疗效并不满意，且风药多燥，易伤阴耗液。朱师对此型关节痛无表证者，均不予选用，从治病求本计，而予温经蠲痹汤，一面扶正，一面蠲痹。在药物选择上作了推敲，如本着“治风先治血，血行风自灭”之古训，又取地黄与之伍，而达到养血补血之目的。同时又配以温经散寒之川乌、桂枝，益肾壮阳之仙灵脾，祛风除湿之鹿衔草，钻透、搜剔之虫类药如乌梢蛇、地鳖虫、蜈蚣虫等，诸药合用，以奏温经散寒、蠲痹通络之功。验之临床，确属如此。

## （二）郁久化热型

主证：手足关节肿胀，局部灼热，初得凉颇舒，稍久则仍以温为适，口干而苦，苔薄黄或黄腻，舌质红，脉细弦。

病机：风寒湿痹，痰瘀胶结，经脉痹闭郁久化热。

治法：化痰行瘀，通络蠲痹。

方药：仿桂枝芍药知母汤出入。

桂枝8克（后下），制川、草乌各8克，生地黄15克，当归10克，生白芍20克，知母10克，炙僵蚕12克，乌梢蛇10克，广地龙10克，甘草5克。

加减：热盛加虎杖20克，寒水石20克，生石膏20克；湿热

重者加黄柏 10 克，草薢 10~30 克，晚蚕砂 20 克，土茯苓 30~60 克；苔腻而痰湿重者加化橘红 8 克，全瓜蒌 20~30 克。

病案举例：陈××，女，49 岁，农民。

初诊（1984 年 1 月 21 日）：1983 年冬令以来，每天均织布至深夜，自觉周身如浸凉水中，始停工而睡，入睡后亦不觉身暖，而天明仍坚持织布，渐至周身关节冷痛，似风扇在衣服内吹，彻夜疼痛不已，用热水袋置痛处，亦不减轻，形体消瘦，口干，舌红，苔薄黄腻，脉细弦。此寒湿痰瘀交凝，气血阴阳失调，郁久化热。治宜散寒除湿，化痰活瘀，清泄郁热。

川桂枝 8 克（后下），制川、草乌各 8 克，生地黄 15 克，当归 10 克，生白芍 15 克，知母 10 克，虎杖 20 克，生、熟苡仁各 15 克，地鳖虫 10 克，甘草 5 克，5 剂。

二诊（1 月 26 日）：药后尚未奏效，苔脉同前。此非矢不中的，乃力不及也。

上方之制川、草乌改为各 12 克，加草薢 30 克、附片 8 克，7 剂。

三诊（2 月 3 日）：服上药后关节冷痛明显减轻，疼痛已能忍受，苔黄腻稍化，脉细小弦。药既获效，率由旧章。上方 7 剂。

四诊（2 月 10 日）：关节疼痛渐平，口干亦释，苔薄白，脉细小弦。予丸剂以巩固之。

益肾蠲痹丸 250 克，6 克，每日 2 次，食后服。

按：张景岳就痹证论治指出：“若欲辨其寒热，则多热者方是阳证，无热者便是阴证。然痹本阴邪，故惟寒多而热少，此则不可不察。”但风寒湿性关节痛迁延不愈，或用过温燥之品，或秉赋阴虚之体，易于久郁化热，而出现一系列寒热错杂证，如单纯投以寒凉清热之品，寒湿之邪凝滞更剧，痛势必增。朱师曰：“当寒湿未除，寒郁化热之时，治宜辛通郁闭。若误用一派寒凉，血脉更凝，气血壅遏，反助热化，病必加重。”故治疗时在用温热药的同时，伍以寒凉清热之品，如赤白芍、知母、虎杖、葶草、寒水石之类。如热盛剧者，始可考虑用大寒之品，如紫雪丹、大黄、黄柏之类。

### (三) 正虚邪实型

主证：形体消瘦，面色萎黄或晦滞，神疲乏力，腰膝酸软，关节疼痛经久不愈，病势绵绵，甚至彻夜不已，日轻夜重，怯冷，自汗，或五心烦热，口干，苔薄白，脉细小弦。

病机：久病及肾，正虚邪恋。

治法：补益培本，蠲痹通络。

方药：培本治痹汤（自拟）。

生、熟地各 15 克，当归 10 克，仙灵脾 15 克，鸡血藤 20 克，鹿衔草 30 克，寻骨风 20 克，炙僵蚕 12 克，地鳖虫 10 克，乌梢蛇 10 克，甘草 5 克。

加减：偏气虚加黄芪 15~30 克，炒白术 15 克；偏阳虚加淡苁蓉 10 克，补骨脂 10 克；偏血虚加当归、潞党参；偏阴虚加石斛、麦冬。

病案举例：杨××，女 28 岁，纺织工人。

初诊（1984 年 10 月 28 日）：4 年前产后，因过早下冷水操持家务，随后两腕、肘、膝关节疼痛增剧，难以忍受，而来院诊治。顷诊，面色少华，神疲乏力，两腕、肘、膝关节无红肿，遇寒疼痛加剧，得温则舒，气交之变疼痛更甚。血检：血沉 14mm/小时，抗链“O”500 单位，粘蛋白 4.9mg%。苔白腻，脉细濡。此乃气血两亏，寒湿入络。制川乌 10 克，川桂枝 8 克（后下），生黄芪 30 克，当归 12 克，仙灵脾 15 克，生苡仁 20 克，苍术 12 克，徐长卿 15 克，炙蜂房 10 克，炙全蝎 3 克（研分吞），甘草 5 克，5 剂。

二诊（11 月 3 日）：服上药后疼痛增剧，此非药证不符，乃痹闭欲通之佳象，苔薄白腻，脉细。前法继进之。

1. 上方 5 剂。

2. 取上方 1 剂，浓煎成 250 毫升，加 1% 尼泊金防腐，电离子导入，每日 1 次。

三诊（11 月 8 日）：服上药加电离子导入后，关节疼痛白昼已明显减轻，惟入暮后关节仍痛，但能耐受，苔腻亦化，脉细。此气血渐通，阴阳未和之象。继当原法进之。上方 5 剂。

四诊(11月22日):经治关节疼痛渐平,下冷水已不感疼痛。白细胞 $5600/\text{mm}^3$ ,嗜中性71%,淋巴29%。病员甚为欣喜。予益肾蠲痹丸250克,每服6克,每日2次,食后服,巩固之。

按:张景岳曰:“痹证,大抵因虚者多,因寒者多,惟气不足,故风寒得以入之,惟阴邪留滞,故经脉为之不利,此痹之大端也。”痹证日久,气血不足,病邪遂乘虚袭踞经隧,气血为邪所阻,壅滞经脉,留滞于内,肿痛以作。本案选用黄芪、当归益气补血;仙灵脾、炙蜂房培补肾阳,使阳得以运,血得以行,具扶正祛邪之功;炙全蝎、地鳖虫搜风通络,活血定痛;川乌、桂枝、苍术、苡仁、徐长卿温经散寒,除湿通络;再配合中药电离子导入,内外合治,使药直达病所,而取得较为显著之疗效。

## 二、小结

### (一) 辨证与辨病

辨证论治是祖国医学的精髓,在辨病的基础上辨证,有利于更准确地把握病情。

人体患病除外邪致病因素外,正气不足也是主要因素,而痹证又往往先有阳气亏虚之内因。朱老临症时多先分清寒热虚实,常用炙蜂房、仙灵脾来调节机体免疫功能,同时又达到祛风除湿,温经通络之目的。对血沉、抗链“O”、粘蛋白增高而偏寒者,一般选用川乌、桂枝,对偏热者选用葶草、寒水石、虎杖。验之临床,确能降低此3项指标。对依赖激素者,除侧重用益肾培本外,还重用草薢。据药理报导,草薢主要成份为薯芋皂甙,是合成人体激素的基本成份,使用草薢后,体内可自行合成人体所需要的激素,防止激素副作用的产生,值得引用。

### (二) 内治与外治

先贤孙思邈在1000多年前就提出“汤药治其内,针药治其外”的主张。50年代以来理疗工作者创中草药直流电导入法,治疗了大量的病例,积累了一定的经验。但是,关于中草药的有效成份能否电离、其极性、药液制备方法、导入治疗等问题,至今尚未完全解决,有待我们进一步探索。

近10年来,朱老在辨证论治的基础上,用口服汤药加中药浓煎液每日1~2次,在关节疼痛部位作离子导入,内服外治相结合,取得了较为满意之疗效。

### (三) 治标与治本

痹证的治疗原则,不外寒者温之,热者清之,留者去之,虚者补虚时又要考虑到留邪,才不至于误实其实。如初起或病程不长,全身情况尚好,当用温药以温散、温通之。久病正虚邪恋,其证多错杂。朱老认为:“久病多虚,久痛多瘀,久痛入络,久必及肾。”而寒湿、痰瘀、湿热互结,往往邪正混淆,胶着难解,不易速效。必须通盘考虑,不能头疼医头,脚痛医脚。朱老通过长期实践,明确指出:“对久治不愈者,非一般祛风、燥湿、散寒、通络之品所能奏效,必须扶正培本、益肾壮督治其本,钻透剔邪、蠲痹通络治其标。临床上除选用草木之品养血补肾培本外,又藉虫类血肉有情之品,搜风逐邪,散瘀涤痰,标本兼顾,奏效自著。”朱老50年代创制益肾蠲痹汤丸,经临床30余年来验证,对慢性风湿性关节炎、类风湿性关节炎、增生性脊柱炎之疗效达到97%以上。

(原载于《黑龙江中医药》1986年3期)

## 朱良春治疗顽痹的特色

河南省洛阳市第一中医院 张茂松

朱良春老中医擅治痹证,其临床经验在中医刊物上披露不少。本文拟就其它文章未及者再作介绍。

### 一、治顽痹注重益肾壮督

对于痹证的治疗,若只从关节肿痛这一标象着眼,而片面地采用祛风、散寒、燥湿之法,殊欠理想之效果,尤其对顽痹疗效更差。朱老通过几十年的临床探索,治顽痹重视益肾壮督,是其特点之一。

盖肾为水火之脏,督统一身之阳。若肾督亏虚,则卫阳空疏,屏障失固,致风寒湿诸邪乘虚而入。肝肾精亏,肾督阳虚,使筋

挛骨弱而留邪不去，痰浊瘀血逐渐形成，必然造成痹证迁延不愈，最后关节变形，活动受限，顽痹成矣。

“益肾壮督”，大抵包括补益肝肾精血和温壮肾督阳气两个方面。朱老临床常选用熟地、当归、仙灵脾、肉苁蓉、巴戟天，有时用紫河车、鹿角胶、补骨脂、鹿衔草、骨碎补等药，温柔通补，而慎用刚愎之品。盖精血已亏，刚药虑其劫阴。朱老治疗类风湿性关节炎，用益肾蠲痹丸，即是益肾壮督与祛风散寒、除湿通络、涤痰化瘀、虫类搜剔诸法合用，标本兼顾。通过益肾壮督，提高机体抗病能力，使正胜邪却，此即所谓“不治之治，正妙于治也”。另一方面，蠲痹通络之品多辛温宣散，走而不守，药力难以持久，而与益肾壮督之品伍后，其药力得以加强，药效得以延长，所以疗效明显提高。“益肾壮督”法，不仅适用于顽痹的稳定期、恢复期的治疗，即使在起病期、发展期也可采用，前人不乏在痹证早期用温肾助阳驱邪外出之例。临床运用，贵在灵活。

## 二、用虫类巧与其它药相伍

朱老临床喜用虫药，这是他治疗顽痹的又一特点。他认为：“痹证日久，邪气久羁，深入经隧骨骱，气血凝滞不行，湿痰瘀浊胶固，经络闭塞不通，非草木之品所能宣达，必借虫蚁之类搜剔窜透，方能使浊去凝开，经行络畅，邪除正复。”朱老应用虫药治疗顽痹，一方面根据各药的性味功能特点，以发挥其特长；另一方面根据辨证论治的原则，与其他药物密切配合，协同增效。例如：寒湿盛用乌梢蛇、晚蚕沙祛风渗湿，并配以制川乌、薏苡仁；化热者用地龙泄热通络，并配以寒水石、葶草；夹痰者用僵蚕除风化痰，并配以胆星或白芥子；夹瘀者用地鳖虫破瘀开结，并配以桃仁、红花；四肢关节痛甚者用全蝎或蜈蚣（研末冲服）搜风定痛，并配以元胡或六轴子（剧毒药，入煎用2克）；背部痹痛剧烈难受而他处不痛者，用九香虫温阳理气，并配以葛根、秦艽；关节僵肿变形者，合用蜂房、僵蚕、蜈蚣虫透节散肿，并配以泽兰、白芥子；病变在腰脊者，合用蜂房、乌梢蛇、地鳖虫行瘀通督，并配以川断、狗脊。此外，紫河车配制黄精、枸杞子用于身体羸弱；

鹿角片用于脊强而痛；穿山甲治疗拘挛疼痛忽作忽止；水牛角配赤芍、丹皮治疗环形红斑或皮下结节等。

由于虫药多燥，朱老常根据具体情况，在应用时配以地黄或石斛等养血滋阴之品，以制其偏性。实践证明，合理应用虫类药，确能逐顽痹、起沉痾，收到比较理想的治疗效果。

### 三、重辨证亦重辨病论治

朱老告诫后学：“临床之际，必须详审辨证，药随证变，才能收到预期的疗效。”由于辨证论治是动态地诊察、治疗疾病，所以要针对疾病每一阶段的主要矛盾而采取相应的措施。顽痹初期，风寒湿邪阻滞经络，关节肿痛，朱老常用川乌、桂枝、乌梢蛇、徐长卿、寻骨风、苡仁等，祛风散寒，除湿通络，蠲痹止痛；辅以仙灵脾、鹿衔草、鸡血藤等，益肾壮督，养血祛风。顽痹中期，痰瘀阻络，致使关节僵肿变形，朱老常用桃仁、红花、地鳖虫、蜈蚣虫、僵蚕、白芥子等，祛痰化瘀；辅以巴戟天、骨碎补、蜂房等，益肾壮督，以助通经散结之力。病至晚期，正虚邪恋，骨弱筋挛，活动严重受限，朱老常用生熟地黄、当归、紫河车、肉苁蓉、鹿角胶、补骨脂等，益肾壮督，荣筋健骨；辅以虫类搜剔、祛风除湿之品，冀顽痹得除，功能恢复。在顽痹演变过程中，风寒湿邪郁久化热，关节热痛者，朱老常用川乌、桂枝、当归等，辛通痹闭，配以生地、知母、地龙、忍冬藤、虎杖等，清化郁热。若进一步发展成瘀热浊毒之证，关节肿热痛剧，兼见环形红斑或皮下结节者，朱老常用寒水石、水牛角、赤芍、丹皮、地龙等，清化瘀热，配以大剂量土茯苓、萆薢、生苡仁等，降泄浊毒。

朱老辨证用药，切中肯綮。如寒胜者喜用川乌配桂枝，而鲜与麻黄相伍。考乌头辛而大热，除寒开痹，力峻效宏；桂枝辛温，通阳散寒，入营达卫。二者合用，既可散在表之风寒，又可除里伏之痼冷，使气温血暖，卫和营通。麻黄虽可宣痹解凝，但有发越阳气之弊，当为之权衡。对湿胜者，朱老喜用大剂量苡仁以利湿除痹。若大便调则用生苡仁；大便溏则用熟苡仁；若关节肿甚而便溏又非大剂量不为功者，则生熟苡仁合用，此中亦有分寸。治

热胜者，朱老喜用寒水石而鲜用石膏。两药清热泻火、除烦止渴之功相似，然寒水石味咸，入肾走血，不但能解肌肤之热，又可清（血）络中之热，较石膏功效各异。对关节积液不易消除者，朱老除辨证用药外，常加用泽兰、泽泻这一“对药”。泽兰活血祛瘀见长，泽泻利水渗湿功胜，两药合用，活血利水。盖“瘀血化水，亦发水肿”（语出《血证论·卷一·阴阳水火气血论》），用此“对药”，既使已有之积液得以渗利，又使经脉血畅，积液难以再生，故有卓效。

顽痹，包括现代医学中类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、增生性关节炎，以及痛风性（尿酸性）关节炎等多种疾病。每个病各有自身的病理特点，即使辨证为同一证型，其临床特征也不尽相同，治疗用药应当有所差异。朱老认为：“辨证与辨病密切结合，研究疾病和证候的关系，探索临床诊治的规律，必能相得益彰，从而扩大治痹思路。”如类风湿性关节炎属自身免疫性疾病，朱老常用仙灵脾、露蜂房调节机体免疫功能。痛风性关节炎属代谢障碍性疾病（尿酸生成过多，排泄减少），朱老常用大剂量土茯苓、萹藤降低血尿酸指标。增生性关节炎是关节软骨退行性变性，继而引起新骨增生的一种进行性关节病变，朱老常用骨碎补、鹿衔草、威灵仙延缓关节软骨退变，抑制新骨增生。同时，对于颈椎增生加大剂量葛根（30克），腰椎增生加用川断，以引诸药直达病所。强直性脊柱炎，由于椎突关节狭窄，椎间盘外环纤维化，以及椎体周围韧带钙化，使脊柱强直畸形，朱老常用鹿角、蜂房、蕲蛇，活血通督，软坚散结，除痹起废。这些辨病用药规律，是朱老通过多年临床实践不断探索才总结出来的宝贵经验。

（原载于《中医杂志》1987年第9期）

## 热痹佐用热药的体会

南通医学院附属医院 朱建华

南通市中医院 朱璇华

热者寒之，本是治疗之大法。但热痹的治疗，恒需佐用热药。其中机理，颇值得研究。笔者求之古训，结合朱良春老师的经验

和肤浅的临床体会，试作探讨如下。

## 一、佐用热药的理论基础

痹证的发生除有风、寒、湿、热诸邪之外因外，往往有阳气先虚、卫外功能降低之内因，卫外失固，病邪方能乘虚而入。邪伏于内，盘踞经隧，气血为邪阻滞则肿痛以作。尽管其病邪有风、寒、湿、热之别；病位有肌表、皮肉、经络之异，而正虚邪入的病机则一。如失治、误治，或复感于外邪，则往往病情反复发作，缠绵日久，正虚邪恋，五脏气血衰少，气血周流不畅，经脉凝滞不通。此时病邪除风、寒、湿、热外，还兼病理产物痰和瘀。如继续发展，病位深及筋骨，损及脏腑，久病多虚，久病多瘀，久病及肾，则五体痹可以发展为五脏痹。此时五脏虚损于内，风、寒、湿、热、痰浊、瘀血胶凝于经隧，经脉痹阻。故治疗时非温不足以开痹；非活血不足以化瘀；非清凉不足以泄热；非搜风不足以剔邪。从上述痹证的初、中、末三期演变分析看，治疗痹证，温热药在各期、各证中均不可缺少。

热痹，多因外感热邪，或素体阴虚，感受外邪，邪从热化，或感受寒湿之邪，郁久化热所致。“热者寒之”本为治疗的常规。但是，热痹不仅仅是热邪内着，它必然有热邪导致气血痹阻的病理过程，寒凉清热，不能流通气血，开其痹闭，况且疾病单纯者少，复杂者多，若系风寒湿邪郁久化热所致之热痹，往往呈现热邪夹湿或寒热错杂等证候，其治疗必须以清热为主，辅以温通化湿散寒之品，仅用清热药难以吻合复杂的病情。前辈医家对热痹的治疗，多用苦辛寒方，取寒以清热，苦以燥湿，辛通开闭之义。从临床实际来看，一些热痹患者，因过进寒凉，结果导致邪机深伏，热邪未去，寒证已起，以致由急性转为慢性。

朱良春老师认为，热痹佐用热药，在病变早期，有开闭达郁，促使热邪迅速挫降之效；在病变的中期，有燮理阴阳，防止寒凉伤胃之功；在病变的后期，有激发阳气，引邪外出之作用。朱老对寒凉药的选用十分审慎，他认为应以甘寒为主，而慎用苦寒之品，龙胆、芩、柏之属，古人治痹虽有取用者，毕竟易于伤阳败

胃，即使有其适应症，亦只能暂用，不宜久服。

## 二、佐用热药的配伍规律

治疗热痹佐用热药，《金匱》早有记载，如白虎桂枝汤之配伍。此方除治温疟外，还治诸热性病高热恶寒、风湿病发热关节肿痛等，近世一直是作为治热痹的代表方。宋《圣济总录》热痹门，共载5方，升麻汤中犀角、羚羊角配羌活、桂枝；生地黄汤中生地黄、竹沥配羌活、附子；防风汤中羌活、桂枝配芍药、玄参、麦门冬，均是寒温并用、寓意良深之佳方。再如《临证指南》痹门中，叶天士仿仲景木防己汤治行痹、周痹、历节风、风寒化热痹、肢痹痛作频发等痹，案中桂枝配石膏共3案，桂枝配羚羊角共6案，足见叶氏之卓见。

朱老治热痹佐用热药，尝以清热通络为主，佐以温通之品如制川草乌、桂枝等。他治郁久化热证，制“乌桂知母汤”，方以川桂枝、制川草乌配生地、知母、寒水石，通过长期观察，久用无弊。在寒水石与石膏选用上，朱老喜用寒水石，鲜用石膏。考寒水石与石膏，均味辛、大寒，味辛能散，大寒能清，两药均清热泻火，除烦止渴。然寒水石味咸，入肾走血，所以不但能解肌肤之热，又可清络中之热，肌肤血络内外皆清，较石膏功效更胜一筹。知母清阳明之热，生地凉血滋阴，佐以乌头除寒开痹，桂枝温通散寒，入营达卫，共奏清热开痹之功。

温热药与清热药之药量比例，应因证制宜。如风寒湿痰瘀阻络，郁久有化热之势，症见除关节疼痛、肿胀的局部症状外，主要鉴别点为舌红、口干、苔燥或苔薄白罩黄。朱老见上述任一表现即在温经蠲痹汤中增加桂枝、知母用量，以防郁热萌起，桂枝用6克，知母用10~15克。寒湿痰瘀郁久化热时，除关节症状外，主要鉴别点为口干而苦，口干欲饮，舌红，苔黄。若上述症状中任何两点可见，即以此汤变通，予桂枝、乌头配知母或寒水石、地龙、土茯苓，剂量视寒热进退而增减，对寒象重而热象轻的，关节虽灼热，但仍以温为适者，一般制川、草乌各用15克，川桂枝用10~15克，清热药选用土茯苓45克、知母10克。如寒热并重，

温药用量同前，清热药选寒水石 20 克，广地龙 10 克，忍冬藤 30 克。对寒象轻，热象重者，制川、草乌各用 6~8 克，川桂枝 6 克。清热药除甘寒清热外，还加用黄柏、龙胆草、大黄以苦寒直折。如热痹兼见脾虚者，加用肉桂、干姜以温中运脾；如兼见发热，血沉、抗链“O”增高，可加葎草、虎杖、青风藤，既退热又降血沉、抗链“O”；如大便秘结，大黄可用至 15 克。

### 三、医案举例

例 1：杨××，女，33 岁，工人。1986 年 4 月 5 日初诊：去年 10 月开始周身关节疼痛，怕冷恶热，血沉 147 毫米/小时，经常发热（37.5~38.2℃），一度怀疑为红斑狼疮，但未找到 LE 细胞，嗣查类风湿因子（+），乃确诊为类风湿性关节炎。选用抗风湿类药物无效，长期服用地塞米松（3 片/日）以缓其苦。目前关节肿痛、强硬，晨僵明显，活动困难，生活不能自理；面部潮红虚浮，足肿，腰痛，尿检蛋白（++~+++），苔薄黄，舌质紫，脉细弦。郁热内蕴，经脉痹阻，肾气亏虚，精微失固。治宜清化郁热，疏通经脉，益肾固下。处方：

生地黄 30 克，赤芍、当归、地鳖虫、制川乌、乌梢蛇各 10 克，鸡血藤、白花蛇舌草各 30 克，仙灵脾、苍耳子各 15 克，甘草 3 克，10 剂。

4 月 27 日二诊：药后热未再作，关节肿痛显著减轻，乃又自行继服 10 剂。目前已能行走，自觉为半年来所未有之现象。复查血沉已降为 60 毫米/小时，尿蛋白（+）。效不更方，激素在递减。原方生地改为熟地黄，10 剂。益肾蠲痹丸 3 袋，每次 6 克，每日 2 次，食后服。

5 月 10 日三诊：病情稳定，血沉已降为 28 毫米/小时，类风湿因子亦已转阴。激素已撤，汤药可暂停，以丸剂持续服用巩固之。

9 月 2 日随访：关节肿痛已消失，活动自如，体重增加，已恢复轻工作。

例 2：张××，男，48 岁，工人。

1985年3月12日初诊：患类风湿性关节炎已4年余，经常发作，发则周身关节游走肿痛。遇寒更甚，气交之变亦增剧。此次发作，症情同前，但局部有灼热感，初得凉稍舒，稍久则仍以温为适，口干而苦。抗“O”为833单位，血沉32毫米/小时。苔薄黄舌质红，脉细弦带数。迭进温经散寒、蠲痹通络之品无效。此寒湿痹阻经隧，郁久化热伤阴之证。治宜泄化郁热，养血顾阴，佐以温经通络。处方：

生地黄45克，肥知母12克，全当归10克，鸡血藤30克，广地龙10克，青风藤30克，制川乌8克，忍冬藤30克，土茯苓30克，虎杖20克，甘草6克，7剂。

3月20日二诊：药后自觉较适，关节热痛及口干苦减轻，苔薄舌红，脉细弦。原方续服7剂。

3月27日三诊：关节热痛趋缓，口干已释，苔薄，脉细弦。改服丸药巩固之。益肾蠲痹丸3袋，每次6克，每日2次，食后服。

4月10日四诊：症情平稳，复查血沉18毫米/小时，抗“O”<500单位。继服丸剂以善其后。

例3：赵××，男，45岁，干部。

1984年4月3日初诊：患颈椎病3年，曾在昆明某医院摄片确诊，予口服骨刺片、蜡疗，效果不著。近两月来，项背疼痛，左肩胛灼热疼痛，两手臂麻痛处遇风寒疼痛增剧，疼痛难忍。察舌质红，苔黄腻燥黄，脉滑。此乃寒湿郁于经脉，郁久化热，经脉痹闭。治宜清泄郁热，蠲痹通络。处方：

制川、草乌各10克，川桂枝8克，生地黄15克，葛根15克，片姜黄15克，寒水石20克，当归15克，地鳖虫10克，炙僵蚕10克，炙全蝎3克（研末分吞），羌活10克、甘草6克，10剂。

嘱加强功能锻炼。

4月18日二诊：服上药左肩胛灼痛减轻，肩臂疼痛稍缓，苔薄腻黄，脉细弦。此乃郁热有泄化之机，继当原法继进之。上方续服10剂。

4月28日三诊：药后左肩胛灼痛已平，惟肩臂麻木疼痛未已，苔薄白，脉细弦。此乃郁热已净，痹闭尚未悉通之证。继当蠲痹

通络。予益肾蠲痹丸每次6克，每日2次，以善后之。

1987年3月信访，未见复发。

(原载于《中医杂志》1989年第2期)

## 朱良春治疗紫癜经验

南通医学院附院中医科 朱建华整理

紫癜是一种症状，也是一组出血性疾病。现代医学从病理角度分为血管外因素、血管因素及血小板因素三类。它的起因纷繁，分类也较多，但临床以过敏性紫癜和原发性血小板减少性紫癜为常见。平素看到父亲临证治疗这类患者，服药收效甚好。一般早期多属血热胃火型，中期恒见阴虚内热型，后期则为脾肾阳虚型。初病多实，久病多虚，是符合疾病演变过程的。

祖国医学认为紫癜是血分病，属于斑、疹、衄血等门，是血液外溢至皮肤、粘膜，形成出血点和瘀斑，以及鼻、齿龈、内脏组织出血的综合病态。因其以紫癜为主要特征，所以古籍称为“肌衄”，但不能全面概括。清《张氏医通·诸血门》说得比较恰当：“其衄血种种，各有所从，不独出于鼻者为衄也。”因为衄血是血液不循常道，或溢于口、鼻诸窍，或渗泄于肌肤。

过敏性紫癜和血小板减少性紫癜虽为两种不同的疾病，但在临床辨证上有其共同点，故中医辨治尽管有各种不同的分型意见，然总不出寒、热、虚、实四字。明·张介宾在《景岳全书·血证》中总结了出血的原因为火与气两个方面：“而血动之由，惟火、惟气耳。故察火者，但察其有火、无火；察气者，但察其气虚、气实。”并进一步明确指出：“动者多由于火，火盛则迫血妄行；损者多由于气，气伤则血无以存。”父亲在临床实践中，根据脏腑、气血、阴阳等学说，对紫癜总结归纳为内热炽盛，迫血妄行；阴虚内热，血热失制；及脾肾阳虚，气不摄血3个类型，与张氏立论是一致的，并由此而得出治疗法则和方药。因为理论是从实践总结中升华出来的，那么这个理论必然能确当地指导着实践，也必然会得到预期的效果。父亲谆谆启导吾侪：“我们的祖先在实践、认识，再实践、再认识的真理长河中，掌握了这个朴素的辩证法，

从而认识了许多客观规律，并以此来指导、推动中医中药的发展。具体地说，‘辨证论治’的核心体现在整体观和动态观，整体观是既一分为二，又抓主要矛盾；动态观是充分体现了防微杜渐、见微知著的预防思想的。这是祖国医学理论体系的精髓之处，也是我们要重点学习和掌握的方法和内容，循此以进，将可升堂入室，而有所创获。”

## 一、内热炽盛，迫血妄行型

法宜清热解毒，凉血消瘀。

例1：陆××，男，9岁，学生。

1978年2月13日初诊：高热后臀部及两下肢透发紫癜，伴见酱油状血尿，在某医院住院，诊为“过敏性紫癜——肾型”，经过抗过敏、抗感染，使用激素、维生素及对症治疗，有所好转，但不稳定，紫癜与血尿仍时轻时剧。患儿家长要求中医会诊。

面如满月，时有烘热感，口干欲饮。臀部与两下肢有散在瘀点，色紫红，按之不退。尿检：蛋白（++），白细胞（+），红细胞（++），透明管型少许。大便干结，苔少舌红，脉数。此内热炽盛，迫血妄行，外溢肌肤，内渗肾脏。法当清热解毒，凉血消瘀。

生地黄12克，水牛角15克，粉丹皮10克，小蓟10克，生锦纹5克，枸杞子10克，旱莲草10克，炙僵蚕5克，甘草3克，4剂。

2月20日二诊：药后烘热口干显减，紫癜逐渐消退。尿检：蛋白少量，红、白细胞各（+）。苔薄舌红稍减，脉小数。内热见挫，血已循经，原法损益。

上方去生锦纹，5剂。

2月28日三诊：精神颇好，紫癜已消，未再续透。苔薄，脉较平。瘀热渐清，肾功能损害未复，继当益肾培本。

生黄芪12克，淮山药12克，潞党参9克，全当归6克，白花蛇舌草15克，仙鹤草12克，益母草15克，白槿花6克，甘草3克，红枣5枚，7剂。

3月6日四诊：尿检基本正常，精神亦好，苔薄，脉细。病情

稳定，惟体虚未复。再为培益，以善其后。

上方去白槿花，加菟丝子9克、覆盆子9克，7剂。

8月3日随访：精神甚好，紫癜、血尿未再作。

例2：顾××，女，9岁，学生。

1979年12月15日初诊：上月13日起病，腹痛甚剧，继则四肢、臀部出现淡红色圆形丘疹，其色逐步加深，而形成紫癜，呈对称性，即去某医院治疗，诊为“过敏性紫癜”，服用强的松、路丁等药，有所好转，迄未痊愈。紫癜以臀部及下肢为著，呈片状，口干欲饮。舌质红，脉弦带数。此热蕴营分，迫血妄行，溢于肌肤之肌衄也。治宜清热凉血，师犀角地黄汤意出入。

生地黄15克，水牛角15克，丹皮10克，京玄参12克，生地榆15克，旱莲草12克，炙僵蚕6克，甘草3克，5剂。

12月21日二诊：药后肌衄渐止，精神亦振，口干已减。舌微红，脉小弦。营热渐清，血循常道，此佳象也。药既获效，守方继进。

上方加枸杞子10克，5剂。

12月27日三诊：病情稳定，血热已清，紫癜未再透布。有时头晕神倦，纳谷欠香，苔薄脉平。此邪去正虚，脾虚气弱之征。继予培益之品以调之。

潞党参8克，枸杞子12克，淮山药15克，炙黄芪8克，仙鹤草10克，生白芍8克，甘草3克，6剂。

1980年2月7日随访：紫癜未再作，已获痊愈。

按：内热炽盛，迫血妄行型，一般以犀角地黄汤为首选之代表方。因该方是清热解毒、凉血止血、化斑散瘀的名方，父亲随证加味，屡收佳效。以水牛角代犀角，不仅价格低廉，而且疗效亦好，它既可缩短凝血时间，又能提升血小板，用于本症，殊为切合。生地、丹皮、小蓟凉血止血，小蓟可使出血时间明显缩短。枸杞子、旱莲草益阴止血。大黄泻热毒、行瘀血，长于止血，并有升高血小板之作用。僵蚕《别录》称其能“灭诸疮癥痕”，用之可以促使紫癜加速消退，确有疗效。血热炽甚者，可加地榆以增强凉血止血、清热解毒之功。紫癜肾病的紫癜控制后，而肾功未

复者，仍当以益气养血之品，以益肾培本。邪去正虚，脾虚气弱者，又宜培益脾肾，以治其本。

## 二、阴虚内热，血热失制型

治宜养阴清热，凉血止血。

例：周××，女，37岁，工人。

近年来经常下肢透布紫癜，时多时少，有时牙龈亦渗血，经行量多。检查血小板仅5万/毫米<sup>3</sup>，诊为血小板减少性紫癜。伴见头眩、口干、失眠。舌质红，脉弦微数。乃阴虚内热，血热妄行，不能制约之候。治予养阴清热，凉血止血，以二至丸加味消息之。

旱莲草20克，女贞子20克，生地黄15克，枸杞子15克，生地榆20克，甘草3克，7剂。

二诊：药后诸象均见好转，嘱其继服10~20剂。

三诊：复查血小板升至9万/毫米<sup>3</sup>，紫癜未再见，乃以归脾丸、二至丸晨晚分服，每次8克，善后之。

按：此例为阴虚内热，血热妄行，故取二至丸为主，以养阴清热、凉血止血，加生地、枸杞子增益其养阴清热之功；选地榆加强其凉血止血之效。药味虽少，药力精专，奏效显著。随后再以养阴补血之丸剂以善其后，而巩固其效。

## 三、脾肾阳虚，气不摄血型

治宜培益脾肾，补气摄血。

例1：沈××，女，23岁，工人。

1977年6月7日初诊：从去年下半年开始，头眩乏力，经常两下肢透布紫癜，此起彼伏，经行量多如崩，乃去某医院治疗。血检：白细胞4,600，红细胞310万，血小板5.4万。诊为“血小板减少性紫癜”。连续使用利血生、B<sub>12</sub>等药，一度好转，终难痊愈，遂来院门诊。

肌衄之候，起已经年。体秉素虚，面眺形羸，怯冷倍常，纳少便溏。苔薄舌淡，脉细而软。脾肾阳虚，气不摄血，血溢肌肤，紫癜以作。治病求本，理当培益脾肾，补气摄血。

炙黄芪 15 克，全当归 10 克，仙灵脾 15 克，枸杞子 12 克，骨碎补 12 克，油松节 20 克，鸡血藤 15 克，炮姜炭 2 克，甘草 5 克，15 剂。

7 月 2 日二诊：药后精神较振，紫癜消退，已不继透。复查血小板为 10 万。苔薄，脉细。药既奏效，毋庸更张。原方继服 6 剂，然后以丸剂善后巩固。晨服人参养荣丸，晚服归脾丸，每次 6 克。

1980 年 4 月 5 日随访：紫癜迄未再作。

例 2：王×，女，27 岁，干部。

1987 年 9 月 14 日：两下肢透布紫癜，反复出现，已历八月，逐步增多，并见牙龈渗血，县人民医院诊为“血小板减少性紫癜”。素日头昏，神疲，夜寐不实。血小板检查为 65,000。苔薄舌淡，脉细缓。气血亏虚，气不摄血，血溢肌肤之肌衄也。治宜补气摄血。

炙黄芪 15 克，潞党参 10 克，全当归 10 克，仙鹤草 15 克，枸杞子 10 克，鸡血藤 15 克，油松节 10 克，牛角觮 10 克，夜交藤 30 克，炙草 5 克，10 剂。

10 月 12 日二诊：药后紫癜逐步消失，血小板复查已 >10 万，精神亦振，夜寐趋安，苔薄脉细。前法既合，率由旧章。

上方去牛角觮、油松节，加熟地黄 15 克，6 剂。

按：脾肾阳虚，气不摄血型用当归补血汤加味以补气摄血。因为黄芪《本草求真》称其“为补气诸药之最”。对一切气衰血虚之证有强壮补益之功。当归长于补血，为血中之圣药。因此，取其作为主药，而配以益肾养肝、补气生血、止血和血之品。仙灵脾甘温，补肾壮阳，《本经》称其“益气力，强志”，有类激素之作用。枸杞子不仅能补益精气，滋养肝肾，且有止血作用。骨碎补有补肾、活血、止血、生血之功。油松节能通气和血，并有升高血小板、白细胞之功，但因其性温，阴虚血燥者宜慎用之。鸡血藤为强壮性之补血药，父亲常取其与松节同用，认为它有增强升高白细胞及血小板的作用。炮姜《本草正》云：“阳虚不能摄血，而为吐血、衄血、下血者，但宜炒熟留性用之，最为止血之要药。”《本草经疏》谓其“能引诸补血药入阴分，血得补则阴生而热退，

血不妄行矣。”但性辛热，血热妄行者忌服。甘草能补五劳七伤，一切虚损，有肾上腺皮质激素样作用及抗炎、抗变态反应的作用。党参对气血两亏者有益气补血功用。夜交藤有养心、安眠、补血作用。仙鹤草有促进血液凝固的作用，为强壮性收敛止血剂。熟地黄《珍珠囊》谓其“大补血虚不足，通血脉，益气力”。这是脾肾阳虚，气血两亏，气不摄血型的常用方药。

通过以上父亲治疗紫癜的实践经验，对不同的类型使用相应的方药均取得较好的疗效，使我们深切认识到中医辨证论治的可贵。我们必须认真学习祖国医学的基本理论，学习老一辈的丰富临床经验，理论联系实际，不断深化，融会贯通，以提高我们的专业技能，从而有所创造，有所前进！

## 人中诊法初探

福建松溪县中医院 林纬芬整理

祖国医学诊法内容丰富多彩，但是人中的诊法却很少被人们所重视。《灵枢·五色篇》有“面王以下者，膀胱子处也”之说。景岳注云：“面王以下者，人中也，是为膀胱子处之应。子处，子宫也。”指出了“面王以下”与“膀胱子处”的关系，即“膀胱子处”有病，可以从“面王以下”表现出来。

我们认为，经文所说“面王以下者，膀胱子处也”，是单言色诊，至于人中与中指同身寸之差异在辨证中之应用，则未见论述。笔者跟随江苏南通老中医朱良春老师学习时，在这方面获得了初步的认识。根据朱老的多年临床体会，认为正常人的人中长度基本与中指同身寸长度相等，凡是长度不等的，无论男女，“膀胱子处”均有病变，且长度差别越大，症状就越明显，男则有阳事、生育方面的病症；女则见经带胎产等异常。根据临床观察，中指同身寸长度大于人中者较为多见，包罗的病症亦较广泛；而人中长度大于中指同身寸者较为少见，且常为子宫下垂。若兼人中沟深者常为子宫后位，浅者多为前倾，宽阔者多为子宫肌瘤。因此，人中色诊与长度切诊相结合，临证有一定的辅助诊断价值。

曾测量男女病号的中指同身寸及人中之长度各 150 例，现将

其中异常者分述如下。

男性中指同身寸长度大于人中0.5厘米的有29例，占受测人数的19.33%。其中阳痿、早泄的9例，不射精的3例，不育的4例，子痛的3例，狐疝的9例；1例上消化道出血病人长度相差0.8厘米，无生殖系统病症。

女性中指同身寸长度大于人中0.5厘米的有69例，占受测人数的46%。69例中，伴人中沟深者7例，浅者6例，宽阔者15例。其中月经初潮迟（16~21岁）且痛经的16例，崩漏的14例，痛经而7个月早产的1例，经前头、乳房、小腹胀痛或兼吐衄的10例，习惯性流产的2例，痛经伴妊娠恶阻的9例，不孕的3例，痛经伴带多的10例，21岁月经初潮、带多、怀孕2胎均横位的1例，闭经的3例。以上除21例未婚者外，均作了妇科检查。检查结果中，子宫发育不良的8例，子宫前倾的2例，后位的5例，子宫颈口狭窄的4例，粘膜下肌瘤的7例，间质性肌瘤的5例，浆膜下肌瘤的2例，功血症的13例，先天性卵巢发育不全的1例，肥胖性生殖无能综合征的1例。

300例病号中未发现有中指同身寸长度小子人中的。

兹将运用人中诊法之病例简介如下。

笔者曾对1例人中色黑而人中长度短于中指同身寸0.7厘米的阳痿遗精不育患者（疗前精液检查：数量正常，死精虫占70%），结合临床辨证，治于补肾益精，患者人中黑色消除，复检精液：精于6.6千万/立方毫米，活精子占80%，活动良好。又治1例人中色青且赤而人中长度短于中指同身寸0.6厘米的痛经少女（16岁），正值经期，旬日不净，辨为肝热炽盛下扰冲脉，随证施治，痛经止，人中青赤色消失。另有1例左侧睾丸急性炎症患者，人中色青，人中短于同身寸0.9厘米，经用龙胆泻肝汤加减，人中青色消失，病告痊愈。

综上所述，人中诊法包括其色诊、切诊及人中与中指同身寸之差距，对临床辨证施治均具有一定的指导意义。同身寸与人中之长度差距超过正常范围（相差大于0.3厘米）的98例除1例男病号外，均有生殖系统病症。

长度差距在正常范围（相差小于0.2厘米）的则无生殖系统病症。一般经治获效的患者，其人中的异常颜色（如黑、赤、青），均随病情向愈而转为正常，但人中长度不能改变。

（原载于《江苏中医杂志》总056）

## 朱良春老师对“舌边白涎”诊法的经验

江苏省如东县丰利医院 俞淦琪

舌边白涎，是在舌之两侧边缘约5毫米处，各有一条由涎之泡沫聚凝而成的线索状泡沫带，由舌尖的两侧向内伸延可达寸许，清晰可见，不难辨认。有因患者言语、饮食顿可消失者，但静候片刻，即可复出。朱良春老师曰：“舌边白涎乃痰湿凝阻，气机郁结之征也，虽见之于舌，若审其内，证自可见。”临床上朱师常以此为痰气郁结之证，以豁痰渗湿，调气开郁之法辨证论治，屡建殊功。兹将朱师医案举例如下：

### 例1：痰气凝结案

徐××，女性，32岁。

喉中如炙脔，咽之不下，咯之不出，检视无异常。苔白，舌边有白涎两条，脉细。此梅核气也，起于痰气凝结。治拟理气化痰。

制厚朴3克，姜半夏6克，化橘红5克，旋覆花9克，玫瑰花10克，生白芍9克，合欢皮12克，甘草3克。

上方服5剂，并嘱患者怡性悦情。喉中炙脔之物与舌边白涎消失。

### 例2：痰湿中阻案

周××，女性，22岁。

疟疾后1周，痰湿未化，中宫不和，头眩神疲，纳呆，肠鸣泄泻，苔白腻，舌边有白涎两条，脉濡细。法当化痰湿，和中宫。

藿、佩梗各6克，苍术皮5克，广木香5克，山楂炭12克，车前子9克，姜半夏5克，熟苡仁12克，六一散9克。

服3剂，舌边白涎消失，症情趋愈。

### 例3：脾虚痰蕴案

刘××，男性，25岁。

头晕神疲，四肢倦怠，口粘时渗涎沫，纳呆，嗜睡，苔白腻，舌边有白涎两条。此脾虚湿困，痰浊蕴中，运化失司。治拟燥湿运脾，以化痰浊。

焦白术6克，淮山药15克，姜半夏6克，制川朴3克，陈皮6克，熟苡仁12克，白蔻仁3克，香橼皮6克。

服3剂，脾虚渐复，舌边白涎消失，仍予健脾化湿法调治而愈。

#### 例4：痰阻清窍案

任××，男性，50岁。

眩晕宿疾，作则视物旋转，耳鸣呕吐，苔白腻而厚，舌边有白涎两条，脉弦滑。盖无痰不作眩，而痰湿逗留，阻遏清窍。法当渗化痰湿，以利清窍。

代赭石15克，旋覆花10克，焦白术10克，泽泻15克，杭白芍10克，灵磁石15克，姜半夏9克，黄菊花5克，车前子15克。

进上方3剂，症情获瘳。

## 专 访 录

### 献身中医事业的人

周文句 杭旭庄 张贤粉

1991年12月2日，中共南通市委、南通市人民政府联合举行“政府特殊津贴发证仪式”，授予经国务院批准享受政府特殊津贴的3位杰出专家的荣誉称号。

我国著名老中医朱良春是这3位专家中年龄最大的一个，今年75岁。在半个多世纪的漫长岁月中，他为我国的中医药事业作出了杰出的贡献。

朱良春是江苏丹徒人，生于1917年，原在家乡读书，后转学

南通。他在读中学时，因病辍学，于是萌生学医的念头，便恳求父亲：“让我去学医吧！”

“学医是要付出很大代价的。”经济并不太宽裕的父亲为难了。

“我省吃俭用好了。”朱良春答道。

“孩子的前途要紧啊！”在几个亲友的劝说下，他的父亲终于同意了。

离丹徒不远的武进县有个孟河镇，世代出名医。孟河四大医家之一的马培之曾做过慈禧太后的御医，医术高明，深得皇宫的信赖。其裔孙马惠卿聪慧过人，继承了先辈的祖传医术，名闻遐迩。朱良春早年就从师于马惠卿先生，学习了1年，第2年，苏州国医专科学校招生，他以优异成绩被录取并进入二年级下学期的学习。两年后，进入实习的时候，抗战爆发了，学校解散，学生各奔前程。朱良春只身跑到上海，谋求继续学医的门道，凑巧在老校长的帮助下，凭着他的一张“证明”，进入了上海中国医学院四年级，师从医学造诣精深的章次公先生。

1938年是朱良春人生旅途上的一个里程碑。他获得了医科大学的毕业文凭，他发表了第1篇论文——《〈千金方〉博大的内涵》。

1939年，血气方刚的朱良春胸怀凌云壮志，兴致勃勃地来到滨江临海的南通城，决心施展才能，大干一番事业。

江城春早，三月的柳枝冒出了新芽，宅边的桃树绽开了美丽的花朵儿。“国医朱良春诊所”的牌子在一片鞭炮声中挂上了墙头。从此，朱良春开始了漫长的行医生涯。时年，他仅22岁。

然而，开张伊始，门庭清冷，就诊者寥寥无几。

挂牌的第2年，一种叫“革登热”的疾病在南通大流行。患上这种病的人，周身红点，头痛发热，难以忍受。朱良春用一种自己配制的中药小丸，配合汤药，在短短的三四天时间内，为病人解除了痛苦。真是一锤定音！朱良春以自己高超的医术换来了应有的荣誉。人们扛来“华佗再世”、“以良方寿世，如春雨膏田”等匾额，纷纷登门谢诊。

于是乎，朱良春诊所火热起来了，并且和南通城内“瑞成”国

药店的店老板建立了特约关系。凡见盖有朱良春印章的药方子，药店一律免费供药。每年按端午、中秋、除夕三个节气凭处方与朱良春结帐，药费七折计算。朱良春为穷苦人看病，只收三四角，有的不收分文。一年下来，总要贴上百十元。这样做他心甘情愿，心安理得，他觉得自己正在默默地履行着父亲“要积德行善”的亲切教诲。

朱良春名声大震了。然而，对一个新来乍到的年轻小伙子来说，要想出人头地，跻身于名医之列，确非易事。

俗话说：“初生牛犊不怕虎。”朱良春用药大胆泼辣，自成体系，而且买药花钱不多，“顺寿堂”有个老药工说：“朱医师年纪不大，用的‘狼虎药’，自己不怕担风险，很有胆识。”

由于用药猛峻，疗效显著，看病的人一天天多起来了，朱良春高兴、喜悦、忙碌，然而更多的是愤恨、忧虑。当时，日寇侵华，国难当头，人民遭殃。他想，要打败敌人，拯救中华民族，必先壮其筋骨，强其体魄。他从宣传发展医学、壮大医生队伍入手，自己出钱办起了小型杂志，取名《民间医药月刊》。他搜集民间丹方草药，汇集成册，由“翰墨林印刷局”印刷，每期二三百份，免费寄送，深受同道和群众的欢迎称赞。

朱良春在办杂志传播卫生知识的同时，还热心培养中医人才。1945年，他商借了“鞠神殿”的厢房，办起了南通中医专校，邀请名医授课，学制四年，发给文凭。1948年底，20多名学生毕业，后来都在不同的医疗岗位成了业务骨干。

“一唱雄鸡天下白”。解放了！朱良春欢欣鼓舞，浑身有使不完的劲。为了使中西医结合起来，取长补短，他东奔西跑，不辞辛劳，牵头组织起“中西医联合诊所”，他被大家推举为所长。他想尽办法，添置了一些先进的仪器设备，征集了许多医学书籍和资料，使诊所红红火火，热热闹闹了一阵子。后来，联合诊所改组成为“南通市联合中医院”，1956年4月，又由政府接收，正式成立为市中医院，朱良春被市政府任命为第一任院长。中医院刚成立，只有20多人，每天却要接待门诊病人六七百，乃至近千人。朱良春平时以院为家，即使行政工作再多，也照例每天看病四五

十至七八十号，常常中午不得休息，夜里还经常值班、出诊，第二天照常上班。他从不知什么叫疲倦和厌烦，总是默默地工作着、奉献着，毫无怨言。“事有是非明以智，位无大小在于勤”——这就是他的座右铭。

朱良春思想开拓，气量恢宏。他博采众长，努力发掘民间祖传秘方，造福于民众。说起当时被誉为中医院里“三枝花”的来历，还有一段小小的故事呢。

“三枝花”是指季德胜和他的蛇药，陈照和他的瘰癧拔核药，成云龙和他的金荞麦。他们当中有两人被中国医学科学院聘为特约研究员，一人获得国家科技成果二等奖，在国内外都享有盛誉。

就拿季德胜来说吧。他原是一个旧社会流浪江湖的蛇花子，斗大的字不识几个，他的蛇药世界有名，过去什么“半枝莲”、“垂盆草”，对他来说，只知道叫“狗牙半枝”、“黄开口”。尽管季德胜对它们能识、能配、能用，却不能按准确的比例配制出固定的药方。然而他的治蛇经验十分丰富，配制的蛇药十分灵验。过去，祖传的秘方从不外传，并且“传男不传女”。为了挖掘、整理这一稀世秘方，朱良春主动与季德胜交朋友，关系十分融洽。通过看其临床、考其药理、观其疗效这样三部曲，朱良春和同事们终于找到了秘密，配制出比例恰当的药方，进而由秘方变成成品奉献出来。陈照治淋巴结核和成云龙治肺脓疡的独特经验，也是朱良春“待之以礼，处之以诚”，感动了他们而发掘出来的。

朱良春对虫类药颇有研究，造诣很深。他苦心孤诣创制的以全蝎、蜈蚣、乌梢蛇、地鳖虫等虫类为主的“益肾蠲痹丸”，不仅能消炎、止痛、降低血沉和抗“O”，使类风湿因子转阴，还能治疗周身性、终生性的类风湿性关节炎，有效率达95.3%。

有位姓徐的妇女，46岁，患类风湿性脊柱炎3年多，背弯如弓，不能直立，活动困难，虽经多方求医，一无成效。她心灰意冷，几乎失去了生活的勇气，后在一亲戚的引荐下，找到了朱良春。

类风湿性疾病在当今世界上极为普遍，仅在我国就有900多万患者，被视为癌症第二，世界卫生组织把它列为重点攻关项目。

朱良春的医法是取虫类药蠲痹通络治其标，以益肾壮督培其本，抓标治本，标本同治。病人服药的第二天，疼痛减轻了，继续服药30天，病情大大缓解。经医院摄片检查，变形的脊柱已经恢复，人不但能直立，而且能劳动了。随之跟踪1年，未见复发。这位妇女见人便说“是朱医师给了我第二次生命，朱医师简直是个活神仙！”而朱良春却笑笑说：“治好一个病人，让他（她）恢复健康，重上工作岗位，是我的心愿，比得到几万元奖金还要愉快！”

“益肾蠲痹丸”获得了成功！1989年终于通过了鉴定，并获得了新药证书，先后转让给淮阴清江制药厂和广东华南制药厂，投入批量生产。1990年获江苏省科技成果奖和中国中医药管理局科技成果三等奖，并在首届北京国际博览会上获得银牌奖！

## 二

1956年，江苏省副省长季方来到南通，在南公园招待所邀集朱良春等知名人士，征求他们对加入中国农工民主党的意见。

当时，朱良春正在申请加入中国共产党，听了季方的话没有马上表态，后经市委统战部领导同志的解释和说服，朱良春欣然同意，他说：“党的需要就是我的意向。我是一院之长，我的行动能带动一大批人，在工作中将会发挥更大的作用。”朱良春第一个加入了中国农工民主党，又被推选为市委副主委，翌年，他出席了全国农工民主党代表会议。

不久，由于“反右”斗争扩大化错误的影响，朱良春受到了冲击，但他心怀坦荡，光明磊落，在接受批判之余，夜以继日，孜孜不倦，与同仁陈继明、朱子青等人合作，仅用了3个多月，就写出了32万多字的《中医学入门》，后来这本书被朝鲜平壤大学列为医学系学生入门的必修课本。朱良春先后主写或与人合写了《中医内科临诊手册》、《肝炎的综合疗法》和《（汤头歌诀）详解》等医学著作。

正当朱良春在中医学的理论和实践上卓有成就的时候，“文化大革命”开始了。朱良春一下子成了“反动学术权威”、“死不改

悔的走资派”、“5.16的黑后台”……。一时间“帽子”铺天盖地而来。挂牌、游斗、抽吊、踢打……无所不用，备受皮肉之苦，但他始终没有放弃对中医药的研究和为病人治病。白天，他做棉球，折纱布，洗针筒，干勤杂；夜晚回到家里，他为患者开药方治病，仍然受到人们的尊敬和爱戴。

经过两年零九个月的“劳动改造”，造反派实在找不到什么把柄，朱良春被解放了，并给他一个有名无实的“防治组”组长的头衔，他毫不计较，庆幸自己又有了继续为人民服务的权利！

党的十一届三中全会后，朱良春又一次被推上中医院院长的位置，并出席了在北京召开的全国医药卫生科学大会。年逾花甲的朱良春官复原职后，决心把失去的东西追补回来。在粉碎“四人帮”后短短的10年中，朱良春以惊人的毅力，相继写出了“痹症治疗经验”、“急重症的治疗经验”、“通利疗法在温热病中的应用”等60多篇学术论文，先后发表于全国各地中医杂志。1978年，他撰写了12万多字的《虫类药的应用》，1979年，他整理了22万多字的《章次公医案》。这两部医著的出版问世，在医学界引起了极大的轰动。他的“益肾蠲痹丸的临床和实验研究”一文，在世界卫生组织和国家中医药管理局联合举办的“国际传统医药学术大会”上宣读，受到国内外专家的好评。该丸还被国家中医药管理局列入“八五”期间首批推广的良药“金桥计划”。今年，厦门国际培训交流中心举办了“痹症临床培训班”，委托朱良春主讲，为港、澳、台及海外人士传授中医临床经验，深得学习者的好评。

在中国浩如烟海的医学书库中，《虫类药的应用》是第一部专论虫类药的医著，填补了我国虫类药研究的空白。日本中医学术临床研究会会长中尾断二先生、东京药专门学院院长桑木崇秀博士对《虫类药的应用》给予高度的评价。中尾在给朱良春的信中这样写道：“先生大作，实乃极为珍贵卓越之著，令人敬佩不已。在当前日本国，尚未有虫类药方面的专著出版。望今后能永远得到先生的指导和赐教。”

1989年他的门人和子女又整理出版了由刘海粟先生赐题书签的《朱良春用药经验》一书。书中和盘托出了朱老的许多宝贵

经验，诚如姜春华教授所说：“有一心为人民之心，乃有斯成果。又将得来不易之宝贵经验，公诸医界，行见此书为国内外学者所重。”张海峰教授也赞赏说：“本乃不传之秘，竟能公之于世，是仁者之心也。”可见其学术价值了。

朱良春在埋头著书立说的同时，热心讲学，积极从事社会学术活动，把自己学到的一切毫无保留地奉献给社会，奉献给有志于医学事业的同仁。

近十几年来，朱良春不顾年迈，老当益壮，足迹遍及大江南北，边塞海疆，而且还越过国境，远渡重洋。他多次应邀到北京、上海、浙江、安徽、新疆、青海、吉林、广东、广西、云南、贵州、深圳等地和日本讲学，誉满海内外。白发苍苍的皖南医学院李济仁教授在听完朱良春的学术报告后，感慨地说：“朱老把中医理论讲活了，这是很不容易的事情。我的老家在歙县，我要送朱老一方歙砚，以示对知音的敬意。”

1985年和1990年，朱良春两次应日本东洋医学国际研究财团等学术团体的邀请，在东京、札幌、西尾等地，面对众多的日本医学专家，讲解中医学的理论和实践经验，得到了他们的赞赏和高度评价。

1989年6月，日本爱知县的尾崎新一先生因肝病久治不愈，专程来南通就诊。他服用了朱良春开具的60帖中药后，多年不正常的肝功能得到了恢复。十月间，尾崎又带来了一位本国朋友请朱良春施治，并告知自己的肝病已愈，使日本寺本医院院长十分惊讶，赞叹不已。他将药方复印，如获至宝，潜心研习，决心弄个水落石出。

### 三

1983年10月。云南个旧市。

一天，一位70多岁的苗族老大娘背着个小男孩来到“江苏省智力支边团”所在地，跪倒在房门口，伤心地哭诉起来。朱良春被搞蒙了，经当地干部一翻译，方知她的前三个孩子都生同一种病死了，这是第四个，又得了双目失明、不思饮食、日渐消瘦的

怪病。她四处求医，钱都花光了，病还不见好。她对朱良春说：“求求你这个‘活菩萨’，救救孩子的命！”

老人的处境和心情，深深地打动了朱良春的心，他恨不得使出全身的本领，一下子把孩子的病治好。然而，擅长内科和妇科的朱良春对儿科和眼科却非专长，要是等下基层的专科医生来，怕耽误孩子的病，“救死扶伤，实行革命的人道主义”，这是医生的天职！想到这里，朱良春毫不迟疑，鼓起勇气说：

“大娘，别伤心，我尽最大的努力，把你的‘宝贝’的病治好！”

朱良春通过研究病历，测脉观色，凭着50多年的临床经验，断定这是由于营养不良而引起的“角膜干燥症”。随即开了几帖药方子给老人，并叮咛老人回去后用鸡肝和炉甘石粉放在碗里炖熟给孩子吃。还教她为孩子捏脊，每天两次，以提高疗效。临走时，他又细心地给孩子检查了一遍，当感到没有一点疏漏和遗误的时候，这才放心地让他们走了。经过5天的内服、外治，孩子的病情好转了，面色红润了，笑脸也有了。做母亲的也打心眼里乐开了，咧着个瘪嘴，不知说什么感激的话语才好。

孩子的病给治好了，四面八方闻讯而来的许多病员，也得到了及时的治疗，可朱良春因劳累过度病倒了。

一天，他随团到蒙自县为基层医生讲课时，突发肾绞痛，额头冷汗直冒，仍坚持讲课，听课者无不为之感动。要问这是为了什么，“党派我来了，我就要千方百计多做一点好事！”这就是朱良春的回答。

#### 四

青年是人类的未来，是祖国的希望，是支撑“四化”建设大业的顶梁柱。

朱良春十分懂得培养革命接班人的重要。平时，他非常关心青年一代的成长，无论对实习生、见习生、进修生、函授生，还是自己从医的亲生子女，总是苦口婆心、不厌其烦地教，有问必答，一视同仁。他常常告诫每一个学生：“业精于勤，荒于戏嬉”，“只有坚持学习，每日必有一得”。他寄希望于青年人，相信青年

人一定能超过老年人，正所谓“青出于蓝而胜于蓝。”

几十年来，朱良春培养教导的学生达数百人之多。其中卓有建树的不乏其人。如《中医杂志》社副社长朱步先，中国中医研究院研究生院副教授何绍奇，以及台北市文化中心中医院副院长陈九皋等。

朱良春对医学事业，对社会大众，对国际友人，作出的贡献可谓大焉！然而，他从不居功自傲，从不沾沾自喜，而是一如既往，在祖国医学园地上默默地耕耘着，工作着，奉献着……

朱良春为党和人民作出了重大贡献，党和政府给了他应有的荣誉和地位：

朱良春历任全国中医学学会理事、全国中医内科学会委员、《医学百科全书·祖国医学》编委、中国农工民主党第九暨十届中央委员、江苏省政协常委、江苏省卫生厅科学技术委员会委员、南通市政协副主席、南通市科协副主席、南通市农工民主党主委等职。

1987年12月，中央卫生部授予他“全国卫生文明建设先进工作者”光荣称号。同年，国务院批准他为“杰出高级专家”，暂缓退休，继续从事中医理论研究和著书立说工作，为祖国的医学事业作出更大贡献。

（原载于《南通政协》1992年7期）

## 苍生良医 —— 朱良春

朱 清 泽

法古不泥古，求新不求奇，  
慎行不守拙，韬光以举贤。

——朱良春治学座右铭

### 从治服“革登热”到“顽痹克星”

早在1938年，22岁的朱良春从上海中国医学院毕业，带着医科大学文凭徙居南通市，挂起了“国医朱良春诊所”招牌，开始了他那漫长的行医生涯。第二年，南通地区有一种叫“革登热”的

疾病大流行，患者周身红点，发高烧，头剧痛。朱良春急人所难，运用所学知识，创制了一种中药小丸和一种中药汤，二者配合使用，双管齐下，仅三四天就解除了患者的病痛，很快取得了显效，顿时，他名声大振。

50年代初，朱良春从每天门诊中发现风湿性关节炎和类风湿性关节炎（以下简称“类风关”）患者日益增多，有时，日达一二十人。患者四肢疼痛，行动不便，纠缠终身，造成个人和家庭的不幸。中医称此症为“顽痹”，患者称之为“死不了的癌症”，朱良春对此进行了攻关研究。他依照古籍和临床实践，用虫类药和草木药配伍，创制了“祛风通络汤”，服用结果，疗效不错。

到了60年代，他从临床实践中已觉察到治疗类风关与补益肾气有着密切联系。于是，重新修订药方，改称“益肾蠲痹汤”。随后，为方便患者，又把汤剂改为丸剂。

可不要小看一个药名、剂型的改变，它标志着医师临床经验的丰富和发展，也标志着人们由感性认识向理性认识的一次升华。时至80年代初，朱良春经过长期理论思考，对类风关提出“从肾论治”的科学论断。因为“肾主骨”，督脉（脊柱）统督一身之脉，故以“益肾壮督”治其本，“蠲痹通络”治其标，二者兼治，收效始佳。他这一科学的理性认识，把治疗顽痹的研究工作推上一个新的台阶。

他的研究课题，列入省级科研规划，并与中国中医研究院基础理论研究所协作，用现代科技手段，对药理、药化、毒理及病理模型进行了实验研究。与此同时，又在5个省、市医院进一步作临床验证。科学实验报告称：“益肾蠲痹丸”对治疗类风关患者，确有显著的抗炎、消肿、镇痛、调节免疫功能、修复类风关造成的骨质破坏等多种功效。

益肾蠲痹丸于1989年通过省级鉴定，并获中央卫生部新药证书，批准投入生产。到今年初统计，约有20余万患者服用益肾蠲痹丸，有5万多人治愈，摘去了类风关帽子；而95.3%的患者有显著疗效。也因此朱良春教授赢得了“顽痹克星”的美誉。

1989年，朱老的益肾蠲痹丸荣获首届国际博览会银牌奖；

1991年，又获国家中医药管理局科技进步奖。接着，他撰写了《益肾蠲痹丸治疗顽痹的临床和实验报告》。1991年10月20日，他登上了由世界卫生组织和中国中医药管理局联合在北京举办的“国际传统医药大会”的学术讲台。来自42个国家和地区的800多位医药学专家对朱老的研究成果赞不绝口，认为朱老发掘出了中国传统医学理论体系的奥妙之处，十分难能可贵。

诺贝尔医学奖金评选委员会原主席诺罗顿斯·强博士，亲眼目睹朱良春创制的益肾蠲痹丸在中研院基础所首创的病理模型实验治疗的结果，大为惊奇，赞叹道：“中国传统医学真了不起，这是我看到的最杰出的奇迹！它纠正了类风关骨质破坏不能修复的错误认识。”

精于中国科技史的英国著名学者李约瑟博士患类风关，病程缠绵，得知朱良春教授的中药新成果后，特地托人购买益肾蠲痹丸，后由清江制药厂寄赠。

益肾蠲痹丸已在世界许多国家和地区应用，倍受欢迎。

## 从“五毒医生”到虫类药专家

朱老研究虫类药有独到建树，这首先得益于业师章次公先生。章先生是朱良春在30年代就读上海中国医学院时的导师，是一位医道精深、富有创新精神的著名医学者，曾任中央卫生部中医顾问，给毛泽东主席作过保健医生。在早年带领朱良春实习期间，章先生用虫类药为患者治病，疗效甚佳。章先生常教导朱良春要切记：“用百病之方，治百人之病，方称得上是良医。”从此，朱良春开始关注起了虫类药的开发和应用。

他翻阅了中国医学古籍和历代名医良方，惊奇地发现：距今3000多年前的甲骨文就有蛇、蝎人药的字样；汉初《神农本草经》列载虫类药28种；东汉名医张仲景已把虫类药应用于内科、妇科等疾病；唐代名医孙思邈、宋代名医许叔微及金元时代名医，对虫类药又有发展；特别是明代杰出药学家李时珍的《本草纲目》，收载虫类药达107种之多，占动物药444种的24%。

青年朱良春，参照前人使用虫类药治病的经验，努力探索虫

类药的品种、剂量、药理、配伍、疗程等问题，并大胆作临床实践。这时，有些同行误认为他在“冒险而取效”；更甚者，还有的同行则贬他为“五毒医生”。面对各种各样的非议，朱良春坦然一笑，说：“这全系误解。”他研究的结论是，虫类药具有攻坚破积、活血祛瘀、熄风定惊、宣风泄热、搜风解毒、行气和血、壮阳益肾、消痈散肿等八大主治功用。他告诉人们说：“既然虫类药能极大地提高疗效，具有其它药物不能替代的作用，就应加以研究、应用和提倡。至于个人毁誉，在所不计。朱良春积多年潜心钻研之功，应用虫类药，得心应手。他于1962~1963年在《中医杂志》连续发表12种虫类药的临床应用论文，引起不小的轰动效应，得到了医学界、生物学界和哲学界的普遍关注。

1978~1979年，他在人民解放军157医院举办的全军“活血化瘀学习班”作了虫类药的系列专题讲座。

1981年，他的专著《虫类药的应用》出版，填补了祖国几千年医学史上虫类药著作的空白，深得海内外行家的好评。日本中医学学术临床研究会会长中尾断二先生、东京药学专门学院院长桑木崇秀博士等，称此书“实乃极为珍贵卓越之著。”

1985年、1990年、1994年，朱教授先后多次应日本医学界、财界团体和知名学者的盛情邀请赴日访问、讲学和进行学术交流，获得广泛赞誉。

## 从培育“三枝花”到百花盛开

在南通，在江苏省会南京，有许多朋友都知道朱良春培育“三枝花”的杏林佳话。这“三枝花”就是蛇医季德胜、专治淋巴结核的陈照和专医肺脓疡的成云龙。

季、陈、成三人，当初均为当地的民间土专家，他们何以成为“三枝花”？知情人都说，这是朱良春院长热情扶植的结果。

50年代初，在南通市郊20里外的一座破旧土地庙里，住着一个名叫季德胜的蛇花子。他虽然流浪江湖，一字不识，也不懂医药理论，但当地人都传说他治疗毒蛇咬伤特灵。

当时，身为南通市中医院院长的朱良春，爱才好士，对季十

分关注。他专门调查了季德胜治愈的病员，证实季氏蛇药方确有疗效。为了发掘这一秘方，在市卫生局的支持下，朱院长主动与季氏接触，以真诚感动了季氏，二人成了莫逆之交。朱良春通过与季氏一起采药，辨科属，定药名，又一起考察药理，组合处方，观察疗效，终于明白了其中的奥秘。这时，他们配制出了比例恰当的药方，以“季德胜蛇药”命名，从而把有可能被历史湮没的民间土秘方，挖掘改造成造福民众的科学药方。

为了系统研究其药理和疗愈机制，在市科委和卫生局领导下，成立了“季德胜蛇药研究组”。1956年，季德胜成为南通市中医院蛇伤科医师，在朱良春领导下工作多年，两人关系一直甚密。《工人日报》曾以《蛇花子成为大医师》为题专文报道，引起全国轰动。1959年，季德胜与陈照出席了全国医药卫生代表会议，受到周恩来总理的接见，还被中国医学科学院聘为特约研究员，又被推选为省、市政协委员，市科协常委等职。季德胜终于由“蛇花子”成为驰名国内外的蛇药专家。

另外两枝花：陈照，由民间土医生变成治疗淋巴结核的医学专家，并被中国医学科学院聘为“特约研究员”；成云龙，由民间土医生变成专治肺脓疡的医学专家，成为1989年江苏省十佳新闻人物之一。他们的成长，也均与朱良春院长的精心培育有着密切的关系。朱院长在数年间，待之以礼，处之以诚，感动了他们，扶持了他们，与他们和有关同志一起，共同把民间土秘方发掘整理出来，变成人民大众的共同财富。

在朱良春数十年的从医生涯中，他培育的中医人才远不止这“三枝花”。作为一名辛勤的园丁，而今他已是桃李满园了，为新中国培养了一批难得的中医人才。

朱良春进入中老年后，更把培养中医优秀人才作为自己的天职。他通过临床传帮带，指导进修，授课，组织专题系列讲座，指导撰写医学论文，著书立说，以及平时的身传口授等途径，悉心培养的学生约百余人，其中卓有建树者比比皆是。《中医杂志》社副社长兼副主编朱步先先生、《现代中医内科学》主编何绍奇先生、江苏省卫生厅副厅长张肖敏女士、台北市文化中心中医院副院长

陈九皋先生等，皆是朱良春的得意门生。

在朱老的7个子女中，有5个从医，而且个个都取得了突出的成绩，这当然与朱老的言传身教分不开。

## 从学生论文到“岐黄”新篇

朱良春从学生时代发表的《医宗金鉴·内科心法》简介和论文《〈千金方〉的博大内涵》时起，就十分重视汲取前人学术精华，总结临床经验，进行中医理论的深入探索。

他铭记业师章次公先生“发皇古义，融会新知”的主张，逐渐觉察到，作为一名中医师，仅仅具有丰富的临床经验是不够的，要实现中医学的繁荣昌盛，须有赖于学术思想理论上的进步。同时，还要注意汲取其他学科之长，才能丰富发展自己。

1962年，朱良春在《中医杂志》上发表论文，倡导辨证与辨病相结合的观点，展现了一位临床医家的客观眼光。朱老在中医理论上的另一创见，是他对急性热病的治疗，提出“先发制病”的论点。朱老在中医理论上的第三个创见，是他对慢性久病的治疗，提出“从肾论治”观点。朱老对类风湿性关节炎、肾炎、肝炎的治疗研究深邃，诊治自成体系。朱老治疗黄疸久久不退、前列腺肥大、清稀带下等疾病，均具独到精深之妙，都是前人没有道及、古书不曾记载的。朱老在其《传染性肝炎的综合疗法》一书中，还将他关于通过系统地观察肝炎病人眼血管的变化来诊断肝炎病情是加剧、是好转、是恢复的独特诊断方法，作了公开论述，为中医诊断学增添了新的内容。

笔者在朱老的书房中，看到了他的6部医学著作。朱老见我爱不释手，将他1981年出版的《虫类药的应用》、1989年出版的《朱良春用药经验》2本专著，签上大名，赠送笔者和八届政协常委张明将军。另外4本书——《章次公医案》、《〈汤头歌诀〉详解》、《现代中医临床新选》（日文版合著）、《传染性肝炎的综合疗法》，因为只有孤本，笔者浏览一遍即放回原处。此外，《中国名医经验集萃》、《肝病治疗学》等是朱老与人合著的，而《实用中医内科学》、《实用方剂辞典》等，则是经朱老审订后出版的。据

其弟子说，朱老在中医期刊上还发表论文不下 140 余篇。

中医古典名著《黄帝内经》，因系托名黄帝与名医岐伯讨论医学写成的，所以后人称中医为“岐黄之术”。笔者面对朱老的雄文宏著，深深地为他的诸多“岐黄新篇”所感染，进而为这位勇于博采众长、融古洽新、勤奋耕耘、精进不懈、开拓进取的杰出高级专家所折服。朱老却谦虚地说：“我不是全才，还存在不少缺点。我们国家和世界上尚有许多疑难之症没有根治办法，作为一个老医生，想来总是不安。另外，在许多方面我还要向同行学习。”

朱老的四女瓌华说，她父亲几十年来养成一个习惯——每日必有一得。无论治病、读书、交友，如无所得，必不能安寝。老人家的专著和论文，都同他每日一得的良好习惯密不可分。

### 从“纪功桥”到建造“弘医桥”

在明代，南通出了个名医陈实功，他医德高尚，为人治病，不收报酬，他的义举感动了苏州巡抚大人，为满足名医心愿，修建了一座石头结构的通济桥。后人为纪念陈实功的功德，改名称此桥为“纪功桥”。

朱良春徙居南通行医 50 多个春秋，每逢路过纪功桥，总是触景生情，无限感慨。他亲口对笔者说：“我每当走过这座桥，就缅怀那位医德高尚、医术精湛的先贤。如果不能认真学习，努力效法，就会愧对人生。”也因此他萌生了建造一座“弘医桥”的强烈愿望。

1992 年 11 月，“良春中医药临床研究所”正式成立了。朱老说，这是他心目中那座“弘医桥”的起点。

良春中医药临床研究所，是一个集医疗和科研于一体的中医药临床研究机构。按照朱老意图，研究所的宗旨是：方便病员就诊，全心全意为人民群众的健康事业作出奉献；积极探索，竭尽全力为振兴中医事业多作贡献。研究所的目标是：荟萃良医，春暖杏林，造福桑梓，惠及全球。

研究所已邀请国内外著名专家学者 151 人为专家委员会委员；还邀请 15 位知名老中医专家，轮流来所应诊。朱良春教授亲

自出任研究所的董事长。

85岁高龄的名中医汤承祖老先生赞叹说：“朱老胆识过人，75岁上成立研究所，难能可贵。”南通市李炎副市长在成立大会上说：“研究所的成立，顺应时代潮流，这座‘弘医桥’，一定会沟通各代医学家的的心灵，为中华腾飞作出自己的贡献！”

（原载于《今日名流》1994年10期，作者系中国人民解放军大校、中国军事百科学科主编）

## 跋

西汉杨雄说：“师者，人之模范。”朱良春老师正是这样，既是晚辈可亲可敬的良师益友，又是我们宏扬祖国医学和走向成功的榜样。

还是在陕西中医学院读书期间，就听带课老师讲，江苏有个朱良春老中医，善用虫药治疗类风湿性关节炎，疗效甚好。毕业后，我被分配到陕西省中医药研究院工作，先是在《名老中医之路》中看到朱老治学经验的一篇文章，后因科研工作的需要，在查阅资料过程中，又屡屡看到朱老的临床经验报道和学术讲稿，其高超的医术、丰富的经验、广博的学识、精深的医理，令我由衷地敬佩，并由此萌发了一个心愿：向朱老学习，拜朱老为师！后来这一愿望还真得到了实现：1982年11月，我和朱老在“中华医学会纪念孙思邈逝世1300周年学术会议”上有缘相会，我向他表明了心迹，他爽快地接收了我这个遥从弟子。从此，我们之间鸿来信往，十几年来从未间断。尤其难忘的是：1984年8月，朱老去西宁讲学，途中在西安下车，一来为我解疑答难，传授经验；二则以农工民主党中央委员的身份，为介绍我加入该党在西安奔波了一天！虽然事情阴差阳错，后来我加入了“民盟”，但他如此关心帮助后生之举，实在令人感激，没齿不忘；三又寄予厚望，临别时赐言治学八字：“高、实、博、精、新、勤、苦、恒”。

高，即奋斗的目标和习医的起点要高；实，即务实求实，练就深厚的功底，追求卓越的疗效，写出货真价实的文章；博，即博览医著，广阅杂志，从而博采众长，广开思路，使理论和实践均能达到游刃有余、左右逢源的程度；精，即通过精读、精思、精证、精药，由博返约，在某一方面有所突破，有所建树；新，指既要融会新知，又要推陈出新；勤，即勤学习、勤笔记、勤实践、勤思索、勤总结，以勤补拙，以勤出众；苦，即治学中苦作苦受，

以苦为乐，以苦为甘；恒，即一生中要认定目标，锲而不舍，持之以恒，不断地充实自己、提高自己和超越自己。

“高、实、博、精、新、勤、苦、恒”8字，既是老师育人之道，也是老师自身的写照！他一生每走的一步、每取得的一项成绩，无不与此有关，书前所介绍的老师生平事迹正充分说明了这一点。

有道是：授人以鱼不如授人以渔。老师正是如此。欲使弟子成才，即重以治学之道。在朱老师的指导与影响下，学生先苦练了10年的中医理论功底，在出版了4本医著和获得2项省中医药科技成果奖之后，为进一步练好临床功力，并在实践中寻求中医内在精髓，乃于1990年元月毅然告别西安，来到一代中医大师蒲辅周的故乡——四川绵阳，在这里从事着中医临床医疗。由大城市到小城市，由省级单位到基层医院，由熟悉的科研工作环境到完全陌生的异土它乡，这需要相当的勇气，是老师身在南通却享誉全国的榜样给了我力量。在新的岗位上，我遵循老师的治学之道，通过临床实践，领略到了中医疗效的神奇，感觉到了中医潜在的无比威力，前景看好，惟有吾辈继续努力！

今天，老师又推出《医学微言》，选录已发表和未发表的部分论文、学术讲稿和诊余文钞为册，这又为中医学术研究和临床应用增添了一份弥足珍贵的资料。虽然它尚不能完全反映出老师的学术思想和临证经验，但已可得其大要。书中的大部分内容我曾经读过，确实能够有效地指导着临床诊疗工作，同时也使我悟性大开。例如：

对急性热病的治疗，老师提出“先发制病”的观点，强调临证要见微知著，发于机先，反对“入一境，用一药”的清规戒律。这对提高临床疗效，加速病愈机转，具有重要意义。我受此观点影响，在治疗夏秋季外感发热（ $>38.5^{\circ}\text{C}$ ）过程中，往往不分卫气营血先后和上中下三焦，即用荆芥、薄荷疏散表邪，柴胡清透半表半里之邪，生石膏清解气分热邪，青蒿、白薇清解血分热邪，大青叶、板蓝根清解毒邪，芦根导气分之邪下行，白茅根导血分之邪下行。在此基础上，热耗阴津加天花粉，大便干燥加酒军，夏

感暑湿加荷叶，湿困热邪加藿香、佩兰，小儿多挟积滞加焦四仙。诸药合方，大剂频饮，可表里双解，气血两清，邪由外散、内解或下出而病患速愈，无须乎考虑药过病所的问题。

老师治温热病善用通利下法，旨在迅速排泄邪热毒素，促使身体早日康复，从而提高疗效，缩短病程。学生除遵循老师本义之外，尚将其作为引邪外出之法而广泛运用于临床各科，使邪气或行水路或走谷道而出，也可大大提高疗效。

余如，仿老师治慢性杂病主以培补肾阳、治慢性肾炎用益气化瘀、治慢性痢泻行消补兼施、治顽痹巧用益肾壮督等等治法，运用于临床，亦获效良多。

用药方面，老师的经验尤为经得起临床检验。如偏头痛用全蝎；肝病失眠用珍珠母；热痹佐用川、草乌；肝炎肋痛选僵虫；蒲公英用于胆囊炎与肝炎；僵蚕消退过敏性之紫癜；治痛风不离土茯苓和萆薢；治“乙脑”需加大青叶、板蓝根和白花蛇舌草；心动过缓用桂枝；阳痿勿忘有蜈蚣；肾炎水肿，活血利水，改善肾循环，大剂量用益母草；慢性肾衰，改善肾功，巩固疗效，虽物贵奇缺亦须用冬虫夏草；等等经验，俱在重复有效之中。

总之，老师的学术思想和临证经验具有很强的实践性、指导性和可重复性，以上仅略举数端而已。

本书成稿后，老师自谦为《医学微言》。不意中“微言”又有精深奥妙之意，恰与书中内容不谋自合。学生深信，该书而世后，定能有益于社会，有益于医道，有益于后人，爰抒师徒之缘及受惠师泽之得于书后，以志纪念。

门人姜兴俊顿首谨跋

1996年于四川绵阳