



自学中医阶梯

重庆出版社

自学中医阶梯

(二)



重 庆 出 版 社

一九八六年·重庆

1144765

封面设计：吴庆渝

自学中医阶梯（二）

万承荣等编

重庆出版社出版（重庆李子坝正街102号）
新华书店重庆发行所发行
重庆印制一厂印刷

开本：787×1092 1/32 印张：9.25 插页：2 字数：195千
1986年1月第一版 1986年1月第一次印刷
科技新书目 121—205 印数 1—10,940

书号：14114·20

定价：1.26 元

自学中医

出版者的话

自学，是中医人才成长的重要途径。然而，中医学术源远流长，中医典籍浩如烟海，自学者常常感到“摸不着门径”；即或初步入门，想要进一步提高，也会感叹“缺乏阶梯”，因而渴望得到辅导。为了满足这种要求，我们决定组织编写出版这类读物，以帮助自学者入门，引导他们攀登，特取名为《自学中医阶梯》丛书。

自学中医，入门并不难，深造也是办得到的。关键在于立志坚韧，自学得法，所以本书以“治学之道”为先导。许多自学者已经具备一些中医知识，有的还有一些临床体验，但对中医治疗学却缺乏系统的知识，所以着重讨论这方面的问题。本书作为丛书的第二集共分：外感疾病，内科疾病，妇科疾病，儿科疾病和皮肤科、外科、五官科疾病等五部分。

本书的编写得到了广泛、热情的支持。作者中既有老一辈的著名专家，又有承先启后的中年骨干，还有自学成才的青年中医。他们结合自己的读书心得和临床经验，深入浅出地讲解道理，生动具体地介绍实例，回答自学者遇到的种种问题。这些答复未必尽善尽美，有些见解也并非定论，提出来只是为了启发读者思考，并和大家共同讨论。为了便于读者与作者继续通信研讨，在每封信后都署具作者的单位和姓名。

自学，并非无师自通。自学需要良师，自学需要益友。

切望中医界的有识之士都来关心自学中医的青年，为他们铺路，为他们搭梯，做他们循循善诱的良师，促膝谈心的益友。

组织编写《自学中医阶梯》乃是一种新的尝试，颇不成熟，不当之处，恳请指正，以便使它臻臻完善。

最后，我们特别对在本书选题和编审工作中，付出了大量辛勤劳动的马有度同志、张启基同志和谢亚松同志表示衷心的感谢。

1984年元月10日

2K57/22

毛主席语录

我们的教育方针，应该使受教育者在德育、智育、体育几方面都得到发展，成为有社会主义觉悟的有文化的劳动者。

中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高。

把医疗卫生工作的重点放到农村去。

中国应当对于人类有较大的贡献。

104064

参阅室

目 录

一、外 感 疾 病

感冒病虽小 善治费思考.....	1
辨虚实识感冒兼挟 议方药应根据理法.....	6
外感咳嗽外邪侵 祛邪宣肺咳嗽宁.....	12
风温之邪由外侵 传变程度须辨清.....	18
暑温是急症 诊治须谨慎.....	24
谈谈湿温病辨证治疗中的几个问题.....	26
秋燥分温凉 用“润”要灵活.....	32
温毒病势急 治法宜断截.....	37
百合病证治漫谈.....	42
治疟当辨寒热虚实 预防为主不可忽视.....	47

二、内 科 疾 病

内伤咳嗽病缠绵 扶正化痰总为先.....	51
哮、喘本一病 根治要补肾.....	56
肺痈症分初中末 祛邪扶正临证酌.....	59
肺胀分实虚 治痰又治气.....	62
咳血不可怕 善治辨实虚.....	66
谈中医治疗肺病的优势.....	70
心悸症常见 思考要周全.....	74
心痛须详审 诊治分标本.....	78
肋痛的治疗.....	83

黄疸治非易 悉心辨阴阳	87
郁症一谈	91
治不寐难 难在何处	96
眩晕非小病 诊治宜审慎	100
痲症虽顽固 治尚有良方	105
癩狂难疗 知难而进	109
厥症辨证施治几个问题的讨论	113
痿症肢无力 治独取阳明	117
脚气分三型 关键要治湿	122
痹症多型 以“通”为治	126
噎膈是难症 关键须早医	129
诊胃痛有三型三辨 治胃痛以综合法佳	133
吐血单用大黄效 辨证论治更重要	137
腹痛原因最繁 部位性质须明	141
泄泻虽常见 临证当详辨	145
痢疾泄泻要区分 新病久病治当别	149
便秘要辨虚实 治分主次缓急	153
膨胀是难症 缓治图生机	157
谈积聚的几个问题	162
小小蛔虫病 诊治要用心	166
水肿古今有 探讨出新法	169
淋症淋病要区分 治淋方法有创新	174
欲求尿血疗效好 善施治法多用脑	177
腰痛多发病 分型以治之	181
谈谈阳痿证治	184
遗精与滑泄 论治在心肾	188

从前列腺肿大话癃闭·····	192
关于消渴病的一次辅导答疑·····	196
虚劳证候多重在分纲目·····	202

三、妇 科 疾 病

月经不调休烦恼 中医调经有妙方·····	207
痛经常见病 辨证却非易·····	211
浅谈带下证治·····	214
漫谈崩漏病证·····	217
妇女产后患乳痈 内外合治贵乎“通”·····	220

四、儿 科 疾 病

麻疹顺逆的证治·····	223
疝腮的治疗·····	230
论治小儿咳喘非同成人·····	234
百日咳并非定咳百天 初中末三期治法各别·····	237
辨小儿急惊分表里 识六淫积滞定治法·····	241
怎样防治小儿泄泻·····	247
小儿疳积病 防治当并重·····	251

五、皮肤科 外科 五官科疾病

漫谈风疹·····	257
紫癜需细辨 治法有多端·····	261
疮疡审阴阳 走黄宗温病·····	235
暴发火眼赤肿 并非纯属火邪·····	239
涕流不止非小事 仔细斟酌选效方·····	273

鼻衄原因有别 辨明方可处方·····	273
口疮的辨证施治·····	282
怎样防治咽喉病·····	285

一、外感疾病

感冒病虽小 善治费思考

赵建业同志：

你好！说来真巧，我也曾有过与你类似的经历：初出茅庐的时候，认为感冒是个小毛病，很容易治疗，特别是治好了一些病人之后，更是掉以轻心。谁知后来竟被这种“小毛病”弄得束手无策，甚至狼狈不堪，才知道要治好各种各样的感冒病，绝非轻巧易事，于是回过头来再重新学习，加以研讨。

今天我休息，就来回答你在临证诊疗中遇到的一些问题。

感冒有轻有重，轻的叫伤风，重的称为时行感冒。无论轻重感冒，都有两种基本类型，一种属风寒，一种属风热。究竟怎样鉴别呢？比较典型的病人，只要从恶寒重或发热重、流清涕或流浊涕、口不渴或口微渴、痰稀白或痰黄稠、苔薄白或苔微黄，以及脉浮紧或脉浮数等方面加以鉴别，就不难区分了。即使不太典型的病人，如能从以上各点细加分

辨，全面衡量，也能鉴别开来。

区分风寒、风热两种证型，才能采用相应的治法，前者用辛温，后者用辛凉。至于为什么风寒不能用辛凉，风热不可用辛温，我是这样理解的：寒是阴邪，容易伤阳，如果使用辛凉，不但不能驱除寒邪，反而会损伤人体阳气。热属阳邪，本易伤阴，倘若再用辛温，不但表热不解，反而更伤人体阴津。因此，对于风寒感冒，必须辛温解表，不能误用辛凉；对于风热感冒，只能辛凉解表，不可妄投辛温。这是医生治疗时不能随便更改的基本法则，所以早在《素问·至真要大论》就特别强调指出：“治寒以热，治热以寒，而方士不能废绳墨而更其道也。”

如果违反这个法则，必然动手便错；只要遵循这个法则，就能随手取效。历代的医案记叙很多，证之现代临床，也无不如此。据报道，用银翘散粗末治疗风热感冒1150例，每次服18克，每日服3次。服药一天后，热度普遍降低，轻症即可痊愈；发热较高的，退热时间稍长，但其他症状均能迅速减轻；平均痊愈时间还不到三天。至于用荆防败毒散等方治疗风寒感冒，疗效也大多比较满意。

你认为麻黄汤在古代用之有效，在现代已无实用价值。其实不然，只要辨证确属表寒实证，放胆投之，同样能够取效，有时收效甚捷。有人治疗一位中年男性工程师，始因受凉感寒，症见恶寒战栗，身痛明显，两脉浮紧，于是给予麻黄汤原方，一剂后得汗，恶寒即止，身痛亦除。又有人治疗一位老农，因操劳过甚，复又感受风寒，因而恶寒发热，无汗微喘，浑身酸楚烦疼，舌苔薄白，脉来浮紧带数。显然属于麻黄汤证，但又考虑到患者年事已高，使用峻汗法，恐难承

受，虽然处以麻黄汤原方，心中总不踏实，于是特别嘱咐他的儿子注意观察，如果病情有变，随时来诊。数日后，其子特来道谢，因为服药二剂，病即痊愈。

治疗普通伤风感冒是这样，治疗时行感冒也同样如此。

你以为流感有传染性，会造成流行，自然属于温病，所以初起时一律使用辛凉的方药治疗，但有时却毫无效果，因而感到迷惑不解。

这是你误解了。流感虽然和温病比较类似，但又不尽同，所以成都中医学院编写的《中医内科学》将其归入“时行杂病”，与疟疾、痢疾、霍乱、痧证并列。这是因为流感的病理以脏腑、经络的变化为主，大多局限在肺卫，不一定呈现卫气营血的过程，所以常用脏腑经络辨证来指导治疗。甚至还有人认为《伤寒论》主要就是研究流感证治的专书。这种看法固然失于偏颇，但证之临床实际，属于风寒的流感，绝非少见，有时可能比风热型更多。五十年代，上海市第七医院在春、夏两次流感流行中，根据辨证论治的原则，酌情选用荆防败毒散、银翘散、藿香正气散、甘露消毒丹、香薷饮以及止嗽散等方，治疗流感 459 例，全部治愈。但在两次治疗中，都以使用荆防败毒散的次数最多，因为该年的流感病人，以表寒证型更为多见。

当然，属于风热型的流感，必须辛凉透表，使用银翘散常有良效。据报道，大多在 1~2 天后症状减轻，3~4 天痊愈，特别适用于春季发病的，而且症状以发热为主，并有咽痛、咳嗽、苔薄黄、脉浮数等症。病情较轻而咳嗽明显的，使用桑菊饮即可取效。有人治疗 50 例，有效率为 86.5%，病员服药两天后就完全退热，痊愈时间为 2~4 天。

但是，属于风寒型的流感，使用银翘、桑菊又不行了，而荆防败毒散却有较好效果。湖南衡阳市中医院曾用此方治疗流感420例，症见恶寒发热，无汗，头身疼痛，咳嗽痰多，舌苔薄白，脉浮紧等，一般于服药四天后症状基本消失。

然而，对于外感风寒的表实重证，即使应用荆防败毒散，疗效也不满意。江西中医学院曾经报道过一批典型病例，颇能给人以启示。事情是这样的：有一次，在一个煤矿里流感流行，最初都用桑菊感冒片、银翘解毒片等成药治疗，有的治愈，有的无效；继而发现治愈的都属表热证型，无效的则是表寒证型，于是改用荆防败毒散，但仍有不少病例疗效欠佳；后来进一步诊查，才知道这些患者大多是青年矿工，平素身体壮实，发病后恶寒发热或寒战高热，无汗，头身疼痛明显，有紧束感，脉来浮紧。虽然多数病例曾使用解热镇痛的西药，但仍然无汗或汗出不透，寒热不退。这显然属于风寒表实重证，因而使用仲景峻汗法，投以麻黄汤原方，果然获得良效，一般服药二三剂后就汗出热退而愈。

话又说回来，无论古今，单独使用麻黄汤原方的机会毕竟不多。仲景对麻黄汤就采用了多种加减方法。特别是明清以来，不少医家更喜师其法而不泥其方。例如，清代名医程钟龄就特地创制了加味香苏散，由苏叶、香附、陈皮、荆芥、防风、秦艽、蔓荆子、川芎、生姜、炙甘草组成。用来治疗冬月的正伤寒，随手而愈；对于春、夏、秋三时感冒，也可取效。他在分析此方时强调说：“有汗不得用麻黄，无汗不得服桂枝，今用此方以代前方，药稳而效，亦医门之良方也。”尤其可贵的是，他在使用本方通治四时伤寒的同时，并非死守此方以治各种活病，而是根据患者病情的不同需要，仔细

补充了十几种加减方法，务使方药对症，丝丝入扣。

多年以来，我在治疗风寒感冒时，最常使用“荆防小柴胡汤”，即以小柴胡汤加荆芥、防风、葛根、川芎、神曲为基础方，常能取得较好疗效。

这是为什么呢？小柴胡汤具有和解表里、扶正祛邪的特点。而病人感受风寒之后，往往不是当天就请医生看病，因而就诊时属于半表半里证的较为多见，只是有些病例并不典型罢了，所以使用小柴胡汤就能取效。究其机理，是通过和解少阳，疏利枢机，使病邪向外疏泄而解。小柴胡汤虽然并不是解表发汗的方剂，但药后见效时，往往是病随汗出而解。正如《伤寒论》所指出的：予小柴胡汤后，“发热汗出而解”或“身濇然汗出而解”。然而小柴胡汤透汗之力毕竟不强，所以特仿仲景柴胡桂枝汤之意，再加荆芥、防风、葛根以增强解表的功效，这就更适用于临床最常见的半表半里而偏于表者。而且葛根长于解肌以改善项强，川芎又善止头身疼痛，神曲则既能消食又兼有轻度透表功效。

你大概也有这样的体验：身强体壮的人，偶然伤风，往往不药自愈。如果感寒较重，又多呈表实证型，并非小柴胡汤所宜。但平素体虚，特别是年老体弱，以及经期、产后感受风寒，属于桂枝汤证者固然也有，但表现为邪实不甚而正气偏虚的却极为多见，因此使用扶正祛邪的荆防小柴胡汤更是合拍。

当然，为了与各种病情更加贴切，还须灵活变通，随证加减。例如，一般均以泡参代人参，正虚较显者，又宜使用党参，如果正气大虚，则以沿用人参最妥。有时候病证并不明显偏于在表，但其他某些兼有症状较为突出，则又以小柴胡

原方加减为好。例如，咳嗽较显著者，宜加杏仁、苏叶之类；停食突出者，又宜加入山楂、神曲之属；呕噎明显者，酌加陈皮、茯苓等药；头痛甚剧者，须加川芎、白芷，身痛厉害者，当加羌活、独活。为了便于记忆，特将这些加减方分别称为杏苏小柴胡、查白小柴胡、二陈小柴胡、芎芷小柴胡、二活小柴胡等。

建业同志，尽管已经说了这么多，但主要谈的还只限于风寒、风热两种基本证型的治法。如果进一步分辨起来，则尚有夹湿、夹燥、夹暑、兼痰、兼食、兼虚，以及表里俱寒、表里皆热、表寒里热、表寒里饮等种种复杂情况，而在每种兼夹证中，又有不同情况，例如兼虚，就有兼气虚、兼血虚、兼阴虚、兼阳虚，等等。治疗起来，当然也就各各不同了。

这样看来，的确是感冒病虽小，善治费思考，你以为如何呢？

祝你

学习进步

重庆医学院第一医院 马有度

辨虚实识感冒兼挟 议方药应根据理法

艾川同志：

今天给你写信，回答你上次来信时所提出的有关感冒兼

挟证证治的一些问题。

请先看八纲辨证在感冒辨证论治中的运用：从表里两纲来看，感冒本证属于表，从而确定了“其在表者，汗而发之”的治疗原则；从寒热两纲来看，区分出了感冒的风寒、风热两大本证，制定了辛温、辛凉解表大法；从虚实两纲来看，能衍变出感冒的各种兼挟证，并确定治疗大法。阴阳是对相关事物属性的概括，阴阳两纲已寓表里、寒热、虚实六纲之中。

所以，我认为从虚实两纲入手，便于探讨感冒兼挟证的治疗。

先说虚实是如何指导感冒兼挟证的辨证的。你知道，虚是指正气虚。正气是人体机能的总称，指抗病能力。正气虚就反映在气、血、阴、阳等虚损和不足方面。感冒兼虚证，即指兼气、血、阴、阳之虚。

感冒兼阴虚证，即是外感风热表证加阴虚内热证（热为阳邪，伤人之阴，阴虚之体亦易感风热）。感冒兼血虚证，即是外感表证，加血虚证。单纯的血虚证一般不见热象，与阴虚多内热见证有别。感冒兼阳（气）虚证，即是外感风寒表证加气虚证（寒为阴邪，伤人阳气，阳气虚弱之体亦易感风寒）。气属阳。气虚进一步发展，可致阳虚。一般气虚证发展而出现全身虚寒证时，即是阳虚证。二者不难辨识。

实是指邪气实。感冒挟实证的辨证，比较容易，其辨证要点，即是掌握六淫与痰、食、气滞之邪的致病特点。

在治疗感冒兼证时，除了使用汗法祛邪外，处方用药应调整气血阴阳，从整体上进行治疗，扶正祛邪并举。感冒兼气虚者，益气解表；兼血虚者，养血解表；兼阴虚者，滋阴

解表；兼阳虚者，助阳解表。

对于感冒挟实证，就要独治其标了，以祛邪为急务，让邪有出路，免其久留，耗伤正气，变生它证，所谓祛邪以扶正也。感冒挟暑者，解表清暑；挟湿者，解表祛湿；挟温燥者，辛凉甘润；挟凉燥者，苦温辛甘（《素问·至真要大论》：“燥淫于内，治以苦温，佐以甘辛”）；挟寒饮者，化饮解表；挟食积者，解表消导；挟气滞者，理气解表。

感冒兼阴虚证的临床特征是：既有发热、微恶风寒、无汗或汗不多、头痛、咳嗽等表证，又有心烦、口渴、咽干、舌红、脉细数等阴虚内热证。治宜滋阴解表，代表方剂如《通俗伤寒论》的加减葳蕤汤。血属阴、失血、产后，或素体阴血亏虚，复感外邪，为感冒兼血虚证。其临床特征是：既有微恶风寒、身热无汗、头痛、苔薄白等表证，又有面色苍白或萎黄、唇舌爪甲色淡无华、头晕目眩、心悸、脉细等血虚证。治宜养血解表，代表方剂如《外台秘要》的葱白七味饮。

感冒兼阳虚证的临床特征是：既有恶寒重、无汗、发热轻、头痛身痛等表证，又有身倦无力、喜加衣被、舌淡苔少、脉沉无力等心肾阳虚证。治宜助阳解表，代表方剂如《伤寒论》的麻黄附子细辛汤。气属阳。气虚阳弱外感，其临床特征是：既有恶寒发热、头痛肢节酸痛、咳嗽等表证，又有心悸、气短、身倦、舌淡、脉虚等气虚证。治宜益气解表，代表方剂如《小儿药证直诀》的人参败毒散。

挟实证，重点是挟暑、挟湿。叶桂说：“长夏湿令，暑必兼湿”，王士雄说：“暑令湿盛，必多兼感”，都强调了暑湿相杂为患的特点。其临床特征是：既有因夏月乘凉饮冷，感

受风寒湿邪所致皮肤蒸热、微恶风寒、头身疼痛困重等风寒挟湿束表之证，又有发热较高、脘闷心烦、苔薄白腻、脉濡数等暑湿证。治宜解表清暑，代表方剂如《温病条辨》的新加香薷饮。

感冒挟湿证：常见的有如下三种证型。一、湿邪困表。证见恶寒发热、头身重痛、脉浮等外感风寒湿邪的证状外，又有头重如裹、或一身尽痛、不能转侧、苔白腻等表湿证。治宜发汗祛湿，代表方剂如《内外伤辨惑论》的羌活胜湿汤。二、表里寒湿型。临床特征是：既有恶寒发热、头身重痛等在表的寒湿证，又有脘痞腹痛、纳呆呕恶、肠鸣泄泻、口淡不渴、苔白腻、脉濡等里湿寒证。治宜解表和中，理气化湿，代表方剂如《和剂局方》的藿香正气散。三、表湿里热型：既有恶寒发热、头痛项强、肢体酸楚疼痛、无汗等表寒湿证，又有口苦微渴等里热证。治宜发汗祛湿，兼清里热，代表方剂如《此事难知》的九味羌活汤。

熟悉了上述感冒兼挟证的证治，方能提纲挈领，给临床工作带来很多方便。

至于感冒挟燥，挟痰，挟食，挟气滞等，就不一一说了，你可试着归纳一下其证治吧。

治疗感冒兼挟证时，你应注意处方用药必须根据理法这个重要原则。处方用药根据理法，首先要求辨证准。秦伯未有一则医案，可供学习。“男，四十七岁。感冒流行，亦受感染，寒重热轻，头胀身痛，胸闷不咳，服银翘解毒片四日不解。我按脉象沉滑，舌苔白腻如积粉，二便俱少，与一般感冒不符合。诊断为湿浊中阻，肠胃气滞，即拟不换金正气散法，用苍术、藿香、厚朴、半夏、陈皮、菖蒲、大腹子

皮、枳壳、生姜。依此加减，……调理半月始愈。”此案感冒挟湿，辨证即属表里寒湿，湿浊中阻尤甚，兼有肠胃气滞。前医用辛凉解表的银翘解毒片治疗，与病机不符，故服药四日不解。秦老用生姜、苍术解表祛风胜湿，苍术、半夏、菖蒲、藿香则芳香燥湿化浊，厚朴、陈皮、枳壳、大腹子皮调理气机。用药重点在里。处方用药完全根据理法，针对病因病机治疗，故能治愈。你可能会说：“表里寒湿，一般选藿香正气散，若是我治，可予成药藿香正气水，亦绝不会用银翘解毒片。”你这意见基本上是对的，只是辨证不够细，用药层次不清，病重药轻，方药不能完全入法合拍，所以效果不一定好。这正是我要说的处方用药除了首先要求辨证准外，其次就是辨证要细。我治疗感冒兼阳虚证，无汗者，本《伤寒论·301条》“太阴病，始得之，反发热，脉沉者，麻黄附子细辛汤主之”之法，选麻附细辛汤助阳解表。有汗者，属阳虚外感风寒，兼营卫不和，卫气不固，若再用麻黄细辛发汗，会更伤其阳；故不宜再用上方，而选玉屏风散加附子、生姜、大枣。用附子助阳，玉屏风散益气托邪，姜枣调和营卫。本方的运用，是学习蒲辅周治疗阳虚外感的经验。同是感冒兼阳虚证，有汗无汗微微之辨，对处方用药指导意义甚大。总之，处方用药必须根据理法，才能入法合拍，丝丝入扣，亦才能取得满意的疗效。

你要求介绍治疗感冒兼挟证的经验方药，前面提到方，未说药。现在择要介绍三种常用药物。柴胡：其味苦，性平，解热，疏肝，升阳。在外感热病中，主要取其解热作用。感冒偏热者，用柴胡配连翘、银花、桑叶、菊花辛凉解表；配石膏、知母、芦根、竹叶清热解肌。偏寒者，配荆

芥、防风、羌活、川芎辛温解表。挟湿者，配佩兰、藿香、苍朮、苡仁、厚朴、通草解表化湿。挟暑者，配香薷、扁豆、厚朴、黄连、豆豉发汗清暑。以上是张济民治感冒兼挟证使用柴胡的经验，这在临床上可行的。我常遇感冒兼挟证汗出热不解时，于方中加柴胡、黄芩，效果好。柴胡用量，成人量宜15克。邪入营血后则不用。

苍朮：其味辛苦，性温，祛风胜湿，燥湿健脾。古人用于治疗感冒兼挟证，配伍苍朮的成方，如九味羌活汤、神术散、柴平汤等，总因挟有湿邪而选用。中医治病不仅因人制宜，而且尚须因时因地制宜。凡淫雨季节，或居处潮湿，或水上井下作业者，外感多挟湿邪，我常在处方中用羌活，以解表祛风胜湿，效果很好。焦树德说：“羌活常用于治疗风寒感冒表证，对身冷无汗，头痛明显的有显效。由于羌活兼有胜湿的作用，所以对挟有湿邪的感冒具有特效。”

香薷：其味辛，性微温，解表，祛暑，利小便。用于治疗“阴暑”是最理想的药物。我一般用量为6克左右，小儿3克（处方注明后下）。李时珍说：“香薷乃夏月解表之药，如冬月之用麻黄。”属于“阳暑”者，香薷是不用的，体虚者亦忌之。香薷配厚朴，散寒化浊。香薷配银花，散寒清暑解热。香薷配黄连，散寒清热燥湿。“阴暑”伴胃肠道症状者，香薷黄连必须配用，效果可靠。

小艾同志，在中医基本理论指导下，从虚实入手探讨感冒兼挟证病机，熟悉兼挟证证治，遵循处方用药必须根据理法的原则，掌握常用药物的使用及配伍方法，那么你对感冒兼挟证的诊治水平，定会提高。

祝你

外感咳嗽外邪侵 祛邪宣肺咳嗽宁

肖莉莉同志：

你看到了我在《中医杂志》发表有关咳嗽的文章后，来信要我进一步谈谈外感咳嗽的问题。其实，我治疗咳嗽的临床经验是不多的。要迅速彻底治愈外感咳嗽并非易事，关键是要有一套对路的辨证论治方案，祛邪截咳，从速取效，以免久咳伤肺，变生他患。今天我就外感咳嗽的内容谈一些浅薄的看法，供你参考。

咳嗽，是人体肺部疾病的信号。肺位于胸部，居于五脏六腑的上首，好象保护伞一样护盖着其他脏腑，所以说“肺为五脏六腑之华盖”。肺上连喉咙，开窍于鼻，司呼吸，外合皮毛，直接与外界接触。但是，肺又是最娇嫩的脏器，容纳不得一点病邪。当风、寒、暑、湿、燥、火六淫之邪侵袭人体的时候，往往是首先通过人的皮毛、鼻、喉的途径进入而感受于肺，于是肺气壅遏不宣，清肃之令失常，引起咳嗽。所以叶天士曾说：“风邪上受，首先犯肺”；《河间六书，咳嗽论》说：“寒暑燥湿风火六气，皆令人咳”，就是这个意思。古人的想象力是非常丰富的，他们还把肺脏比喻为一个悬垂的金钟，外感之邪侵犯于肺，譬如叩撞金钟发出鸣声一

样发出咳嗽的报警信号，这对外感引起咳嗽的病理真是一个绝妙的比喻啊！

再说外感咳嗽四个字，拆开来说，就是既有外感，又有咳嗽。顾其名而思其义，凡是感冒的一系列症状中，咳嗽的症状比较突出，或是突发咳嗽而兼有感冒症状的，都可以统称为外感咳嗽。明白了这个道理，再加上你已经掌握的对感冒辨证的方法，那么，你可以对外感咳嗽的病证概念先有一个大致的认识。

我的老师——著名老中医姜春华教授对治疗咳嗽有着丰富的经验。他曾对我说，外感咳嗽既然是因为外邪侵袭，感受于肺，肺气不得宣发而引起，辨证论治的要点当然是区分感邪的性质而选择祛邪宣肺的方药，务使外邪去而金钟宁，肺气宣而咳嗽止。

根据姜老的经验，凡是一切外感表症而有咳嗽者，以解表为主，加入宣肺止咳药。例如表寒性症状明显的咳嗽患者，其特点是咳嗽声重，痰稀色白，同时可伴有头痛、鼻塞、流清涕、骨节酸痛、寒热无汗、舌苔薄白、脉浮紧等症状。姜老常用的处方是：荆芥、防风、淡豆豉、紫苏、前胡、百部、杏仁各9克，细辛、桔梗、生姜各3克。如天冷风寒较剧，恶寒无汗者，还可选加麻黄、桂枝各3克，以增强辛温解表宣肺的功效。

如表热性症状明显的咳嗽患者，其特点是咳嗽不爽，痰稠而黄，同时可伴有头痛、身热、恶风汗出、口渴咽痛、鼻塞涕黄、舌苔薄黄、脉浮数等症状。姜老常用的处方是：银花、连翘、桑叶、桑皮、白前、牛蒡子、枇杷叶各9克，马勃、黄芩各6克，开金锁12克，蝉衣、薄荷各3克。如流行

性感冒热毒较重的还可选加大青叶、板蓝根、鸭跖草、鱼腥草等，以增强清热解毒宣肺止咳的功效。

当然，临床中外感咳嗽的症状是变化多端的。有时风寒与风热的辨证症状比较清楚，容易区分；有时往往寒热的症状区别不明显，或者表寒表热的现象兼而有之，或者表寒与里热的现象兼而有之。对于这种情况的外感咳嗽怎样处理？姜老有一个巧妙的方法，那就是将辛温和辛凉的药物根据具体情况参合用之。有一次，姜老治疗一例肺炎患者，西医曾用过大量抗菌素而发热咳嗽不减。患者的症状是恶寒头痛、汗出不畅、周身酸痛、体温在38~39℃之间、胸痛咳嗽不爽、痰黄稠、舌苔薄黄、脉浮滑数，追问病史患者说他约一星期前曾涉水淋雨，第二天就发高热咳嗽。这是一例典型的外感咳嗽，但并不是单纯的风寒或风热，而是风寒外束，内有痰热，单用抗菌素表证不解，所以发热咳嗽不减。姜老拟了一张辛温解表祛邪、辛凉清热宣肺的方子，取麻杏石甘汤加味，方用：炙麻黄、前胡各6克，光杏仁、桔梗各9克，生石膏15克，鱼腥草、开金锁、鸭跖草各12克，生甘草3克。说也奇怪，就这么一个简单的方子，病人服药后就觉遍身微微出汗。第二天恶寒、周身疼痛和头痛的表寒症状就消失了；第三天体温降至37.5℃，咳嗽胸痛明显好转，惟痰多色黄。于原方加象贝9克、竹茹6克，续服5剂，患者咳嗽发热痊愈，肺部X线复查，肺炎病灶已全部消失。

从这个例子可以看出，不管西医诊断的支气管炎也好，肺炎也好，中医治疗时就要根据中医的辨证。如果外感表证未解而又有咳嗽，就当作外感咳嗽治疗。外感咳嗽重在宣肺祛邪，姜老在处方里用麻黄6克，就是让表寒之邪宣透有

路，正如《内经》所说：“体若燔炭，汗出而散”。一方面透表寒，一方面清肺热，方证合拍，所以发热咳嗽随汗而解。

你来信中要我介绍一张治疗外感咳嗽的秘方，并要求这张方子简便有效，只要稍为加减就能适用于临床各种各样的外感咳嗽，以便基层单位的医务人员使用。我可以给你介绍一张古方，这张古方经我二十年的临床使用验证，证明对各种外感咳嗽都有显著疗效，它就是明朝名医程锺龄在《医学心悟·咳嗽》篇中制订的“止嗽散”。止嗽散有桔梗、荆芥、紫菀、百部、白前、甘草、陈皮七味药。程锺龄极为推崇这张方子，他说：“予制此药普送，只前七味，服者多效。或问：药极轻微，而取效甚广，何也？予曰：药不贵险峻，惟期中病而已，此方系予苦心揣摩而得也”。止嗽散既然“服者多效”，说明有重复疗效；因为“药不贵险峻”，所以便于临床常用；而且这张方子是程氏“苦心揣摩而得”的效方，现在再介绍给你，不正是符合你提出的“简便有效”的要求吗？

也许你要问，止嗽散为什么能治外感咳嗽呢？且听程锺龄本人解释：“本方温润和平，不寒不热，既无攻击过当之虞，大有启门驱贼之势。是以客邪易散，肺气安宁。宜其投之有效欤！”当然，在临床运用时，可作适当的加减，那么治疗外感咳嗽的疗效就更加显著。《江苏中医》1965年第4期曾有一篇报道，介绍用止嗽散治疗外感咳嗽280例，其中238例发病时间均在15天以内，多数伴有发热、头痛、怕冷、舌苔薄白、舌质正常或边尖红、脉滑或浮数等症。加减法是：如风寒初起，头痛鼻塞、发热无汗、怕冷而咳嗽者，加

防风、苏叶、生姜；如风热咳嗽、头痛、发热有汗、不恶寒、微恶风、口干欲饮、咳嗽无痰或少痰、舌苔薄白或薄黄、舌质边尖红、脉浮数者，加桑叶、菊花、牛蒡子、薄荷、芦根；痰湿偏盛，咳嗽多痰、口淡纳呆、胸闷泛噁、舌苔白腻而滑、脉濡滑者，加半夏、茯苓、苏子、冬瓜仁。结果治愈273例，7例无效，其中227例服2~3剂痊愈，均无任何不良反应。可见止咳散治外感咳嗽疗效很高。

此外，还有一种燥热咳嗽，也属于外感咳嗽的范围。燥热咳嗽常见于气候干燥的秋天，如《素问·生气通天论》指出：“秋伤于燥，上逆而咳”。因为秋季是燥气主令，人体感受燥邪之后，燥热伤肺，肺津受灼，肺气失宣，于是可出现干咳无痰，或痰少粘稠难以咯出，鼻燥咽干，舌干少津等症状；燥热灼肺，肺失清润，气机不利，所以秋燥咳嗽往往咳甚则胸痛；秋燥之邪，客于肌表，所以还有恶风发热的表证。舌尖较红，苔薄白而燥，脉多浮数。治疗秋燥咳嗽可以《温病条辨》的“桑杏汤”为主方，方中桑叶轻宣燥热，杏仁苦辛温润，宣利肺气，共为主药；淡豆豉助桑叶轻宣解表，沙参、生梨皮润肺生津，同为辅药；山栀清泄上焦肺热，象贝止咳化痰，为佐使药。合用就成为轻宣燥热、润肺止咳之剂，所以《温热经纬》中说：“以辛凉甘润之方，气燥自平而愈。”如果燥热咳嗽时恶寒发热明显，而且头痛无汗，这是燥热与风寒合并为病，称为“凉燥”，可用桑杏汤加入荆芥、防风、紫菀、款冬花、散寒宣肺与温燥化痰并进，共奏祛邪止咳之效。

秋燥咳嗽因肺津已经受损，祛邪截咳宜速，否则久咳更伤肺阴，易转为慢性内伤咳嗽。如果秋燥咳嗽一时止不了怎

么办？你可在桑杏汤内加入珍珠母粉30克、青黛1.5克（两味共包煎），润燥止咳非常灵验。这两味药方名“蚌粉青黛散”，据说还有一个有趣的典故：北宋年间，宋徽宗赵佶有个十分宠爱的妃子突然在秋燥时节得病，咳嗽日夜不休，痰稠难咯，甚至咳得面部都肿了。太医院的医生用药无效，急得徽宗召来太医院头目李某，命他三天内治好妃子的病，否则杀头。李某忧心似焚，回家与妻子抱头痛哭，自知没有把握治好妃子的病，必死无疑。正在这时街上有人叫喊：“卖咳嗽药，一文钱一帖，吃了马上止咳。”李某一听，心想：反正是一死，何不买来让妃子一试呢？就派人去买了十帖，打开一看，是一些灰白色药粉。于是将三帖合并为一帖，亲自煎好，自己先试服未见有任何不适，就将余下的药仍以三帖合并为一帖，当晚进宫请妃子分两次服用。妃子服药后，李某侍候在宫外，整整一夜坐立不安。翌日清早，妃子传出话来：服药后一夜未咳，面肿亦消了。李某听了，大喜过望，一下子瘫倒在坐椅上。徽宗闻太监奏报妃子玉体已得安康，不免诧异，急忙起驾赶到妃子身旁视察，果真如此。徽宗龙颜大悦，一下子赐给李某价值万贯的金银布帛。一夜之间，李某从死亡的边缘到获得皇上的重赏，他几乎怀疑是在做梦。他事后召集仆人们把卖药人找来，不惜重金买下治咳嗽的药方。没想到，如此神效的秘方，原来由极普通的二味药所组成，即蚌壳粉置于新瓦上炒至红色，再拌以少许青黛。正是“单方一味，胜过名医”。珍珠母粉有清肺润肺止咳的作用，青黛有清热解毒祛燥的作用，我临床用治秋燥咳嗽时加入其它辨证复方中，觉得润燥而不膩，清肺而透热，止咳确有效验，你不妨一试。

总之，外感咳嗽多为新病暴咳，急性发作，要妥善处理好祛邪与止咳的关系，务使表邪透解而咳嗽尽快截止。我编了四句话：“外感咳嗽外邪侵，肺若悬钟叩则鸣，辨证需分寒热燥，祛邪宣肺咳嗽宁”。莉莉同志，这四句话能否概括外感咳嗽的要领，请你指正。

今天就写到这里，欢迎你来信咨询，共同切磋中医临床中的一些实际问题。

顺致

敬礼

上海市卢湾区医院 贝润浦

风温之邪由外侵 传变程度须辨清

东平同志：

你好！从来信中得知你正在自学中医的温病理论，并提出了一些有意义的问题，我真为你的进步而感到高兴。今天借回信的机会，先就风温范畴的问题谈一些个人肤浅的看法，供你学习时参考。

所谓风温，顾名思义，是人体感受风温二气所致。根据四季时令主气的特点，春季风气当令，阳气渐张，温暖多风。如素体气阴不足，或因生活起居不慎，腠理失于致密，则可感受风温之邪而发生本病。所以叶天士说：“风温者，春月受风，其气已温”。吴鞠通说：“风温者，初春阳气始开，

脉阴行令，风夹温也。”吴坤安也说：“凡天时晴燥，温风过暖，感其气者，即是风温之邪。”这些说法是对风温病因的最好阐述，也可见风温是属于新感温病的范畴。

那末，风温与风热有什么不同呢？风温是一种具体的温病病名，有其特定的病因病理、发病特点及治疗规律。风热则是中医的一种证型，如见咽痛、目赤、鼻流黄涕、恶风发热、咳嗽痰黄、口干、苔微黄、脉浮数等症，即可辨其外感风热。前者是病，后者是证，这是它们的区别。当然，风温初起多出现风热的证型，风热可表现为风温的早期症状或轻证；但风温另有温病的特点，如不及时治疗，可出现卫气营血的传变或热入心包的逆传，这就不是风热所能概括得了的。所以，风温与风热既有区别又有联系，风热不过是风温的前驱症状而已。

风温感受途径自口鼻而入，依据其发病部位及证候特点的不同，大体分三种情况：

其一，温邪上受，客于肺系，即鼻腔、咽喉等肺系部位症状明显，亦即上呼吸道感染症，这是风温轻症，多在表卫阶段即被治愈。

其二，温邪上受，首先犯肺，肺合皮毛主表，故也可出现表卫之证，但多以肺胃为病变重心，常表现为急性支气管炎或急性肺炎。严重的可呈现卫→气→营→血传变。

其三，风温犯肺，逆传心包，因其传变迅速，很快出现神昏、谵语、斑疹等热入心包、内动营血之证，临床表现为休克、菌血症和毒血症。

以上三种情况，可用叶天士所说的“温邪上受，首先犯肺，逆传心包”来概括。“温邪上受”，上者，肺系也；“首

先犯肺”，指以肺胃为病变重心；“逆传心包”，即重危症候，出现神志症状。从叶氏之论可以看出，温病可出现传变，而传变又有顺传与逆传之分。何以会产生不传（如第一种情况）、顺传（如第二种情况）及逆传（如第三种情况）的不同传变呢？其原因大抵有三：一是邪气有轻重；二是正气有强弱；三是治疗是否及时与得当。

怎样对风温辨证论治呢？也可根据上述三种情况处理。

风温初起，邪袭肺卫，出现发热、恶风寒、无汗或有汗、咳嗽、口渴、咽痛、苔薄白或薄黄、脉浮数等风热型的上感症候，可用辛凉解表、疏风散热的“银翘散”。如表证较轻而咳嗽较明显者可用疏散风热、宣肺止咳的“桑菊饮”。这两张方子都出自吴鞠通的《温病条辨》。“银翘散”为“辛凉平剂”，《广东中医》1962年第5期曾报道用“银翘散”治疗风热感冒1,150例，一般一剂后热度降低，2~4天可以痊愈，平均疗程2.7天。“桑菊饮”为“辛凉轻剂”，《广东中医》1959年第2期亦曾报道用“桑菊饮”加减治疗流行性感冒50例，患者均有发热恶寒、头痛、鼻塞流涕、咳嗽等症状，其中86.5%病例服药2天即完全退热，症状减轻，绝大部分病例4天内痊愈。这是对风温出现第一种情况，即“温邪上受”有表卫之证时的治疗措施，务使透邪于外，截病于表，不使内传。

风温表邪入里，壅迫于肺，痰热相搏，肺失宣降，则会出现高热汗出、烦渴、喘咳、胸闷或胸痛、痰粘、苔黄、脉数等症，此时当用“麻杏石甘汤”清热宣肺。你在信中曾提出：“麻杏石甘汤是《伤寒论》经方，用于治温病，麻黄辛温合适吗？”其实，麻黄与石膏同用，辛温之性受制，功专疏泄开肺，对于风温肺热壅遏，专为合拍。记得《丁甘仁医

案》中就有用“麻杏石甘汤”治愈风温挟痰热的病例。那是一个姓徐的孩童，发热6天，汗泄不畅，咳嗽气急，喉中有痰声漉漉，咬牙嚼齿，时时抽搐，舌苔薄腻而黄，脉滑数不扬，指纹色紫，已达气关。前医曾迭进羚羊、石膏、钩藤等，病情反而加剧。丁氏诊断后认为这是无形之风温，与有形之痰热互阻肺胃，肃降之令不行，阳明之热内炽，太阴之温不解，有似瘧厥，实非瘧厥，即是马脾风之重症，所以用羚羊等治厥阴无效。在这种危急的情况下，非大将不能去敌，于是用“麻杏石甘汤”进行抢救。方用麻黄3克、杏仁6克、甘草3克、石膏9克、象贝9克、天竺黄6克、郁金3克、鲜竹叶30张、竹沥5钱、活芦根30克(去节)。服药一剂后发热减，咬牙嚼齿抽搐均定，续予原方杏仁增为9克，去竹叶再加马兜铃4.5克、冬瓜子9克，击鼓再进，使风温得以外解，痰热渐化，后又用清泄肃肺的方药方使病愈。由此可见，“麻杏石甘汤”治风温邪热壅肺确有大将制敌之功。据《上海中医药杂志》1959年第2期报道，用“麻杏石甘汤”治疗小儿肺炎30例，患者表现为发热、气喘咳嗽、咽痛、咽部充血、肺部干性啰音等症状，结果是痊愈26例，显效1例，好转3例，疗效十分显著。

如风温病邪入里，无形邪热燔灼于阳明气分，出现身热、汗出、心烦口渴、面赤恶热、脉洪大，舌赤苔黄而干，宜用辛凉泄热、甘寒救液的“白虎汤”。如有形邪热积聚阳明之腑，肺金受灼炼液为痰，出现潮热便秘、喘促不宁、痰涎壅滞、脉实大、苔老黄，可用清热宣肺、通腑撤邪的“宣白承气汤”。此方出自《温病条辨》，取白虎、承气二方之意，而变其制。以石膏两清肺胃之热，大黄通泄肺胃郁热，杏

仁宣肺降气，栝蒌肃肺利痰，是为清泄太阴、通达阳明上下合治的方剂。这是风温邪壅肺胃，出现第二种情况的辨治方案。

风温第三种情况即是温邪由肺很快逆传心包，或风温之邪由气分深入营血，多属危重之证。如邪热初入营分，症见身热烦扰、口渴或不渴、时有谵语、心烦不眠、或斑疹隐隐、舌绛而干、脉来细数，可用清营解毒、透热转气的“清营汤”。如邪犯心包出现神志昏迷，可在“清营汤”基础上另加“至宝丹”开窍豁痰、清心解毒；如热甚动风出现手足扈瘈，可用“羚羊钩藤汤”加“紫雪丹”凉肝熄风、清热开窍。如温邪深入血分，迫血妄行出现吐血、尿血、便血、斑色紫黑、舌绛起刺等症，应急投大剂“犀角地黄汤”清热解毒、凉血散瘀。

诚如你信中所说，刚开始做临床医生，碰到温病重症时，往往是病人“热入心包”，医生“心跳紧张”。这是因为缺少临床经验的缘故。记得20年前我刚毕业时，在病房里遇到一例发病于春季的流行性脑脊髓膜炎患者。病史是开始有上呼吸道感染症状，类似风温的卫分症候；三天后即进入“脑膜炎期”，高热持续不退，头痛剧烈，呕吐频繁，烦躁不宁，接着神昏谵语，手足抽搐，皮肤有红色斑疹，西医曾用多种方法抢救，患者仍处于昏迷抽搐状态，遂请中医会诊。我看到病人危急的征象，心里也很紧张，不敢轻易用药，而有的西医亦用怀疑的眼光看着我。我强使自己镇静下来，根据风温卫气营血的辨证规律，对症状进行分析。患者因为温邪传里，热毒炽盛，充斥内外，所以高热灼手，持续不退；由于温邪逆传心包，扰乱神明，则躁扰不宁，神昏谵语；热毒内

播营血，迫血外溢肌肤，因而斑疹密布；风火相煽，横窜经络则抽搐不止；舌绛苔黄，脉弦数，与温邪内陷营血、逆传心包、闭窍动风的症情相符。于是采用清营凉血、开窍熄风的方法治疗。处方：

水牛角片（代犀角）60克（先煎半小时）、生地15克、玄参9克、丹皮9克、白芍9克、丹参12克、黄连4.5克、银花12克、钩藤12克（后入）、地龙9克、羚羊角粉0.6克（分二次冲）、紫雪丹1.5克（分二次冲）。用鼻饲法灌下。

说来也奇，中药服后第二天患者神志转清，热减，后来又随证适当加减用药，患者一星期后症状全部消失，十天后出院。由于这是我第一次用风温的辨证方法治愈重危病例，所以把处方记录下来。以后在长期的临床实践中，我既遇到用中医药抢救成功的病例，也受到不少失败的教训。我体会到，中医的温病学有很多学问，关键是多读书，在临床中要善于理论联系实际，这样才能使疗效不断提高。

东平同志，拉扯至此，时已深夜，该搁笔了。最后遥赠歌诀一首，作为临床参考：“风温之邪由外浸，顺传逆传须辨清，症情凶险莫慌乱，卫气营血是纲领。”

顺祝

自学进步

上海市卢湾区医院 贝润浦

暑温是急症 诊治须谨慎

张振华同志：

你好！你来信说得好，中医治疗急症有许多经验，今举暑温谈谈我的认识，供你参考。

暑温是夏季感受暑热病邪而引起的一种急性热病，发病急骤，初起即见壮热、烦渴、汗多、苔黄、脉洪数等气分证候，即所谓夏暑发自阳明。其传变迅速，易伤津耗气(壮火食气)，闭窍动风(暑邪直入心包)。

暑温的治疗，应先掌握诊查要点：1.阳历7~9月，凡见发病急暴、高热、汗出、烦渴，甚至昏睡抽风者，即应考虑到本病。化验检查血白细胞、大便、脑脊液等，有助于诊断。2.本病传变迅速，每因高热而致神昏、谵语、惊厥，并见肌肤灼热、肢厥、舌绛等症。如不及时抢救，恐有内闭外脱之危。3.要特别注意观察病人有无头痛、呕吐、项强、抽搐、角弓反张、喉中痰鸣、气息短促不匀、瞳孔大小不一等危候，有条件时应查眼底，有无脑水肿等。4.暑温多有兼证，有无腕痞、苔腻或恶寒无汗等症，这些对暑温兼湿或暑湿兼寒都有重要的诊断意义。

暑温的治法，张凤逵说：“暑病首用辛凉，继用甘寒，终用甘酸敛阴，不必用下。”王纶又说：“治暑之法，清心利小便最好”，暑为无形之热，故治宜清气。“温邪上受，首先犯

肺”，得辛凉则平，首用辛凉如白虎之类。“继用甘寒”，指的是热甚伤津，甘寒以救阴，如王氏清暑益气汤“终用甘酸敛阴”，津伤气耗，必须酸甘化阴，以敛津气而和阴阳。如生脉散与连梅汤(黄连、乌梅、麦冬、生地、阿胶)。“不必用下”者，暑乃无形之热，入阳明而成燥实者不多，常法多不用下，但是，当有可下之证者则宜下，不能拘泥。暑必兼湿，利小便可使热从下行，邪有出路，故王孟英说：“暑令湿盛，必多兼感，故曰挟，……治暑病者，须知其挟湿为多焉。故曰：“治湿不利小便，非其治也”。

我们根据“温病下不厌早”，仲景“急下存阴”等理论，近年来对暑温的治疗则主张用下法。这是因为“温病以祛邪为急，逐邪不拘急下”、“得大黄促之而下，实为开门祛贼之法”。一般讲，下法有祛邪、泄热、逐水、排毒等作用。

暑多兼湿，在治疗暑湿时应重视对“兼湿”的处理，否则，往往病势缠绵，后遗症较多。故有人在治疗暑湿型钩端螺旋体病时，也强调处理“湿”的重要意义。我们常在辨证治疗方中加白茅根、车前子、葶苈子等，这些利湿药似具有减轻脑水肿的作用。

我们认为，暑温同其他温病一样，最根本的致病因子是“毒”，“毒寓于邪，毒随邪入，热由毒生，变由毒起”。邪毒不除，则热不去，必生逆变。所以，我们对暑温常用清热解毒的治法。对轻型或早期（卫、气型）患者用辛凉平剂以透邪清热，常用银翘散，或白虎汤加减，对中型或中期（气、营型）患者则用辛凉重剂，以清热解毒、凉气清营，常用白虎汤加减，重型（极期）用清热解毒、清营凉血，佐芳香开窍、平肝熄风，如清营汤加减。祖国医学还强调，“治未病”

的原则，进行预防性治疗，不拘于“到气才可清气”，而“务在先安未受邪之地”。

现代医学的“抗感染”，与中医温病的治“邪”论，其出发点是一致的。据目前所知，解毒疗法，可以作用于传染病的多个环节，如杀灭或抑制病原体，对抗与中和内、外毒素……所以我们在治疗暑温时，往往辨病与辨证相结合，积极选用已知的抑杀病原体的中草药，如乙脑常用板兰根、大青叶、金银花、连翘等；钩端螺旋体病可加穿心莲、土茯苓、山豆根、千里光、大青叶等。

“急则治其标”，对暑温的临床主证如高热、神昏、抽风，可选用“三宝”（紫雪散、至宝丹、安宫牛黄丸）口服或鼻饲。亦可用针刺放血。我院对高热昏谵抽风者，用自制针剂“醒脑静”（麝香、冰片、郁金、山梔、黄连素）肌注或静滴；50%犀角水（犀角及羚羊角水）口服或鼻饲，疗效颇佳。

振华同志，暑温诊治的一般原则及我们的点滴体会，就简单介绍到这里。

祝你在中医急症治疗方面不断提高！

陕西中医学院附属医院 乔富渠

谈谈湿温病辨证 治疗中的几个问题

素群同志：

这几天工作不很忙，就来回答你关于湿温证治中提出的

一些问题，并和你共同研讨。

首先，谈谈你提出的关于湿温病的概念、临床特点和辨证要点问题。

所谓湿温病，就是由感受外界湿热病邪引起的、以湿热蕴蒸为主要病理变化和症状表现的一种外感热病，多发生于气候炎热、雨湿较盛的夏秋季节，且以病程比较绵长为特点，属于祖国医学温病学中湿热类温病中的一种。从临床实际来看，常见的如伤寒和副伤寒，沙门氏菌属感染和一些病毒性感染，以及钩端螺旋体病、流行性乙型脑炎和流行性出血热的一部分，都属于湿温的表现和范畴。因此，从这个意义上讲，湿温并不是一种单独的疾病，而是包括了多种传染性和感染性疾病在内的一种外感热病的总称。

湿温病既是由湿热病邪引起，并以湿热蕴蒸、暑湿合化为基本病理演变，因此，在临床表现上，就以湿证和热证同时出现与存在为最显著的特点，既有发热、口渴、舌黄、脉数、小便黄少，以至发斑、出血和神昏谵语、痉厥抽搐的热象和热证，又有热势不扬、口虽渴而不甚思饮、胸脘痞闷、呕吐恶心、头昏重胀痛、四肢倦怠、肌肉酸疼、舌苔厚腻、脉濡、大便溏滞不爽和神情淡漠呆钝等湿象和湿证。这一根本特点在湿温病的发病开始，就会明显地表现出来。因此，清代著名温病学家薛生白和吴鞠通总结它的临床表现特点是：“始恶寒，后但热不寒，汗出胸痞，舌（苔）白或黄，口渴不引饮”，“四肢倦怠，肌肉烦疼，亦必并见”，“头痛恶寒，身重疼痛，舌白不渴，脉弦细而濡，面色淡黄，胸闷不饥，午后身热，状若阴虚，病难速已”。这种湿证和热证交合并现的证象，可以持续相当长的时间，乃至表现于全部病

程经过中，所以历代医家常以“如油入面”、“氤氲粘腻”和“缠绵淹滞”等加以描述和形容。

在夏、秋二季暑湿交蒸的时令，如有上述湿热蕴蒸证候的外感热病，就可以判定是“湿温”病。再根据恶寒的有无和湿证、热证的轻重多少，结合舌苔脉象的变化，辨别不同的病程、病位，确定湿热偏盛的病理性质和证候类型。病起不久，有恶寒头痛和肌肉酸疼困重，病在上焦卫分；同时又见发热、胸痞、口渴不思饮、小便黄少等气分里证的，则是卫气同病，表里合邪，这是湿温初起的主要表现形式。如不恶寒而恶热，则病入气分，常以中焦脾胃为病变中心，可表现为湿偏重或热偏重的不同证型：如湿偏重者，热象不甚显著，故发热不甚，口不甚渴，病位在足太阴脾，为邪从湿化。热偏重者，常见高热、口渴、舌黄、脉洪大等热证重而湿象不显，病位在足阳明胃，为邪从热化。湿、热同时都很明显，难以区分其轻重主次的，则属湿热俱盛，为湿热合化或湿热胶结。如病程迁延日久，湿证全无或很轻微，而仅有或主要表现为高热口渴、唇舌干燥乏津，舌质红绛，乃至发斑、出血或神昏、抽搐的，则属湿热化燥化火，入营入血。这就是湿温病最为常见的几种病理演变和证候类型，也是湿温病的一般规律和辨证要领。

第二个问题，如何掌握湿温病的治疗要领和方药的运用？

湿温病的发病和病理变化，既然以湿热相合为核心，治疗上自然就应以清热祛湿，使湿热分消，不至相合搏结为基本原则。这就是叶天士说的“或透风于热外，或渗湿于热下，不与热相搏，势必孤矣”，和薛生白说的“湿热两分，其病

轻而缓，湿热两合，其病重而速”的治法和道理。在此基础上，再按照湿热偏盛的不同情况和卫气营血与三焦的不同病程和病位，分别掌握清热和祛湿的主次，选用适宜的对证方药。一般规律和常用方药是：初起湿邪在表，湿遏卫阳较重，恶寒比较明显的，常用藿香正气散加减，适当减少或减轻方中辛温发散与渗湿燥湿的药物如白芷、大腹皮、白朮等；如湿郁表里，卫气同病的，常用藿朴夏苓汤、三仁汤加减，或二方合用以化裁。病入中焦气分，湿重于热的，以祛湿为主，兼清热，常用三仁汤加减；热重于湿的，清热为主，兼以祛湿，常用王氏连朴饮、苍朮白虎汤化裁，或于治疗方中酌加芩、连、梔、知等清热药物；湿热俱盛，或湿热胶结为病的，则清热祛湿并进，常用甘露消毒丹、黄芩滑石汤等加减。如出现神识昏蒙，但时清时昧、似寐似醒、意识不甚清醒的，为湿热酿化痰浊，蒙蔽心包，可于治疗方中加菖蒲、郁金、竹沥等芳香开窍豁痰药，或用菖蒲郁金汤加减，同时冲服至宝丹。如湿热酿发黄疸的，则可于治方中加茵陈、梔子、虎杖等利胆消黄，或按黄疸辨治。如果湿热化燥，深入营血，而现发斑出血、昏谵痉厥等证，可按一般温热病营、血分的治法和方药加以运用。以上常用治法和方药，只要审证准确，使用得当，可以取得很好的疗效。历年来各地在治疗乙脑、肠伤寒、传染性肝炎和钩端螺旋体病等湿温、暑湿类疾病中，运用以上方剂，都取得良好效果。

清热祛湿，分解湿热的治法，实质上就是清热药物（包括清热解毒药）和祛湿药物的适当配合组方运用。常用的清热药有黄芩、黄连、梔子、知母、石膏、银花、连翘和竹叶等；祛湿包括芳香化湿、苦温燥湿和淡渗利湿，常用的有石

菖蒲、佩兰、藿香、郁金、荷叶、半夏、厚朴、陈皮、白蔻仁、草果、苍朮、枳壳，苡仁、滑石、通草、芦根、冬瓜仁、白茅根、猪苓、茯苓、大腹皮、豆卷、防己等，这些药物同时还分别兼具开窍醒神、宣畅气机和清热、通络作用。只要根据病情选用配合得当，就可收到很好的效果。例如成都中医学院在钩端螺旋体病一次流行期间的防治中，根据当时所见的钩体病，基本上属于湿热蕴蒸、暑湿合化的湿温、暑湿为病，因此确定以清热除湿解毒的基本治则，采用当地易于采到和购得的一些中草药，如银花、连翘、黄芩、梔子、白茅根、淡竹叶(或竹叶)、藿香(或佩兰)、芦根、通草等九味组成方剂(后取名为“成都中医学院钩体方”)，共治一千多例，效果很好；其中确切记明单纯使用本方加减治疗的有310例，均全部治愈，与同时使用青霉素治疗的病例疗效基本相同，而且症状消失较快，后发热也较少。

最后，谈谈你提出的第三个问题，湿温病常见的变证有那些和怎样治疗？

湿温病最常见的变证有失血和亡阳两种。它们本来也是湿温病过程中发生和出现的一种病理变化和证候表现，由于不是每一个病人都会发生或大多数病人一般不出现，且多系突然发生，一旦发生之后，病情多急转直下，预后较差，所以叫做“变证”。

湿温病中的失血、亡血变证，是由于湿热化燥化火，深入营血，损伤血络，逼血外溢而造成的。常见的有肺络损伤而致的咳血或咯血，肠络损伤而致的便血或下血。严重的血出甚多，或倾盆盈碗、或如喷似涌、或大便漆黑、或血下如注，同时伴有面色苍白，心慌气促和烦躁不安。治疗应急以

清热解毒、凉血止血为法，一般用大剂薛氏犀角地黄汤为主方（犀角、生地、赤芍、丹皮、银花、连翘、紫草、茜根）加减。咳血、咯血，可选用清瘟败毒饮加大剂量白茅根，并冲服三七粉或云南白药；便血、下血，也可选用黄连阿胶汤或白头翁汤加减，酌加地榆炭、槐花炭等。

湿温病中的亡阳变证，多发生于下述两种情况：一是剧烈、频繁吐泻或泻利，或大汗不止，致阴液大量亡失，由液伤及气，亡阴而导致亡阳；二是失血过多，致气随血脱而成。此外，在病程稽延过久或服寒凉方药过多的情况下，也可使阳气耗伤过甚而致亡阳。表现为四肢逆冷，肌肤发凉，面白唇淡，冷汗淋漓，脉象沉微或微细。治疗上应急以益气回阳、救逆固脱为治，前者宜急用独参汤或生脉散加龙骨、牡蛎，益气救阴以固脱；后者宜急用独参汤、参附汤或附子理中汤，益气摄血，回阳固脱；或用人参、参附、生脉液针剂注射。在病情需要和条件许可下，还可以同时配合必要的西医药抢救措施。待病情转危为安后，再继续治疗原病。

素群同志：以上对于湿温病的基本辨证治疗规律和一般治法与常用方药的浅见，谨供您参考。由于湿温病是中医温病学中包括内容比较广泛、文献资料十分丰富的一种疾病，加上时间和篇幅的限制，就不赘述了。希望你参考学习薛生白的《湿热病篇》（见《温热经纬》一书）和吴鞠通《温病条辨》中的湿温病内容，同时参阅一些有关湿温证治的文献报道，结合你自己的临证体验加以领会，相信一定会得到进一步提高。

不妥之处，请批评指正。祝学习进步！

成都中医学院 赵立勋

秋燥分温凉 用“润”要灵活

李新同志：

您来信谈到秋燥病临症中的问题，我觉得讨论它很有意义。它虽是发于秋令的普通热病，但何廉臣有言“六气之中，惟燥气难明”，可见诊治并非轻而易举。现在我谈谈这个问题。

我认为要掌握秋燥的诊治，首先要明确其病因病理。所谓“秋燥”，乃是指感受秋令燥气病邪而发生的外感热病。由于秋燥之气有“夏火之余气”与“近冬之寒气”的不同，因而感受了这种不同属性偏热或偏寒的燥气病邪，临床上便产生温燥或凉燥这样两种不同的证候。不过无论温燥或凉燥，其特点都是：除初起具有肺卫的表证外，都必兼有津气干燥的见症，这是因为燥易耗津所造成的。本病初期邪在肺卫，病情轻而传变少，但失治或误治，或体质素弱，邪于里，亦可产生与其他温病相似的病理演变过程。

弄清本病的病因病理，这只是掌握其诊治的基础和前提，临床具体辨证，当首先辨别凉燥或温燥。什么是凉燥，什么是温燥呢？我们选两个病例来分析就一目了然。《重印全国名医验案类编》中记载的单××，年36岁，由“秋深初凉，西风肃杀，适感风燥而发病”。初起有“头痛身热，恶寒无汗，鼻鸣而塞”，“唇燥噤干，干咳连声，胸满气逆，两

肋串疼，皮肤干痛”、“脉右浮涩，左弦紧，舌苔白薄而干”等症候，此例就是凉燥证。凉燥证是肺受燥而偏寒之邪而有津液损耗的证候。该书记载的王××，年35岁，由“秋深久晴无雨，天气温燥，遂感其气而发病”，初起有“头疼身热，干咳无痰，即咯痰多稀而粘，气逆而喘，咽喉干痛，鼻干唇燥，胸满胁痛，心烦口渴”、“脉右浮数，左弦紧，舌苔白薄而干，边尖俱红”等症候，此例就是温燥证，温燥证是肺受燥而偏温之邪致肺津受灼的证候。凉燥与温燥除了发病的气候时令不同外，在症状方面凉燥类似风寒、温燥近似风温，二者有以下几点不同：1.温燥恶寒轻，不久即随汗消失；凉燥恶寒重，持续时间亦较长。2.温燥鼻中必有燥热感；凉燥鼻鸣而塞，或流清涕。3.温燥咯痰多稠而粘，凉燥痰多清稀，化热后始变胶粘。4.温燥唇燥咽干，心烦口渴；凉燥唇燥咽干，口不作渴。5.温燥苔薄白而燥，舌边尖红赤；凉燥苔薄白而干，舌质未有变化。6.温燥劫灼阴液较凉燥为速；凉燥化热后与温燥同趋一辙。掌握这几条，二者鉴别并不困难。

由上可知，温燥热偏重，凉燥寒偏重，但不能以体温的高低作为温燥与凉燥鉴别的依据。因为体温的高低并不完全等于中医“热”的辨证意义，临症时不可将二者等同。

说到凉燥、温燥与风寒、风温类似，但在感邪、发病、症状方面又有不同。凉燥与温燥是感受偏热、偏寒的燥气病邪发病，多局限于秋季；风寒由感受风寒邪气而发病，以冬季发病为多；风温由感受风热邪气而发病，多发生在春季。尤其“燥胜则干”造成的证候特点，是温燥与风温、凉燥与风寒鉴别的关键。

您提到秋燥与“伏暑”如何区别的问题，这也是鉴别诊断中应当注意的。伏暑虽也发于秋季，但由夏令感暑湿之邪至秋复感新凉而发，故吴鞠通指出：“长夏受暑，过夏而发者，名伏暑。”伏暑在临床症状方面，初起虽有表证，但以暑湿在里的见症为主，且起病急、变化多、病势重而又缠绵等可与秋燥鉴别。

秋燥的辨证，除了从病性上辨别凉燥和温燥以外，从病程变化的病位以及兼夹证方面还有上中下三燥之分，初中末三期之别，所兼何邪（兼风、兼寒、兼伏暑等），所化何邪（如化火、未化火等），所挟何邪（挟水、痰、食、内伤等）之异，这里就不一一讨论了，下面谈谈秋燥的治疗。

根据“燥者润之”的原则本病的治疗以润燥为主，但随证情变化又各有不同。

以初起证来说，凉燥类风寒，温燥近风温，证有不同，其治亦异。凉燥证由燥凉犯肺，治当辛甘温润，用杏苏散或香苏葱豉汤加减；温燥证由燥热伤肺，治当辛凉甘润，用桑杏汤、桑菊饮之类。对此我认为：二者虽均润燥，但一有宣肺达表、一有宣肺透表之作用。这就是说，秋燥虽有“燥”象，但它毕竟是外感燥气为病，在初起存在表证的情况下，于润燥的同时，应分别病邪属性辅以解表之治，以驱邪外出，方能较好地达到治疗目的。

您认为杏苏散可通治四时感冒咳嗽，其实并不允当。为什么呢？因为方中虽有苏叶、前胡辛散达表，杏仁宣肺润燥，桔梗、甘草、枳壳、橘皮、半夏、茯苓化痰止咳，姜枣调和营卫，但它是辛温发散之剂，用于风寒或凉燥初起原为确当，如误用于风温或温燥初起，则易劫伤肺阴，甚至因此

久虚不复而成损证。反之，若以辛凉之剂，如桑杏、桑菊等方以治凉燥、风寒之咳，亦能使邪不外解，终乃导致虚损。这是由于病邪属性、病证性质各有不同的缘故。

上面所谈的只是初起证的治疗，至于有传变的证候，从病程变化来说又怎么治疗呢？方书中有一名言，叫做“上燥治气，中燥增液，下燥治血”，此即秋燥证初、中、末三期治疗之大法。因凉燥化热之后的病机演变与温燥相同，现就温燥证谈谈其含义：

上燥在肺，肺受燥热燔灼，而见咳嗽少痰、身热气粗、舌燥咽干、口渴等症，应用清燥救肺汤，清泄手太阴气分燥热，此即所谓上燥治气；中燥病多在胃，胃阴受燥热所伤，而见口干作渴、咽燥舌红、干咳等证，宜用沙参麦冬汤、五汁饮等，生津养胃，此即所谓中燥增液；下燥病多在肝肾，燥病日久，必然伤及肝肾之阴，而见昼凉夜热、干咳、便秘，甚或水不涵木，筋脉失养，而致虚风痉厥，应用三甲复脉汤、大定风珠等，填补肝肾之阴，此即所谓下燥治血。按燥分上中下论治，不仅根据其病机有所不同，而且亦根据其病邪有轻重之殊。上燥病多邪重而肺阴受伤，中燥病为邪未清而胃阴受伤，下燥病则邪少而肝肾之阴大，此中病机如能辨析清楚，立法处方自不致误。

您提到治燥和治火的区别问题，我认为：燥证不完全同于火热。火为实证，热盛阳亢，法宜苦寒夺其实而泻其热；燥为虚证，阴亏失润，法宜甘寒养其阴而润其燥。所以，治火可用苦寒，燥证则宜柔润；火郁可以发之，燥邪则宜濡之；治火可以直折，治燥只宜滋润。当然，这只是言其一般，不可机械看待。

秋燥兼证的治疗较为复杂，这里只谈谈“秋燥夹伏暑”。其治法一般是：先用苦温发表、辛润宣上，以解凉燥外搏之新邪，俟凉燥外解，湿开热透，然后肃清其伏热，或用芳透清化，或用缓下清利，必俟伏邪去净，津液两亏，改用增液育阴以善后。临床辨证还应区分湿化和火化的问题。如初起头痛恶寒、咳嗽鼻塞、咽痛、渴不思饮等，此乃秋燥夹暑而从湿化，即肺燥脾湿之证，当先以辛凉解表，化气开湿，可用葱豉桔梗汤加杏仁、枳壳、藿香、佩兰等；若湿重脘闷但无压痛，当苦辛开气、淡渗利湿，可用半夏泻心汤去干姜加芦根、滑石、茯苓、枳实。若初起病即感喉痒而咳，咳甚痰中带血，腹部烙热，两胁刺痛，下利肛门灼热，舌燥起刺有裂纹者，此为秋燥夹暑已从火化，即肺燥肠热证，法当甘凉清润，润燥坚肠，用阿胶黄芩汤；若烦渴不解，灼热自汗，肢厥干呕，或气冲脘痛者，此乃胃燥肝热，法当甘寒救液、清润胃燥、兼疏肝木，可用清燥养营汤去归、橘，加黄柏、胆草等；若动风而癩痧，则加羚羊角、钩藤、鲜石斛以清营熄风。

谈到这里，最后想再说明一点，就是治疗秋燥虽以润燥为原则，但并不是盲目地、呆板地使用润剂，还当掌握辛润、温润、凉润、清润、甘润、咸润、滋润等灵活变化，而且无论哪一种“润”法，都不能脱离开达气机这样一个环节。“润”中要寓“开”，“开”要不违“润”。拿治温燥来说，初起病寒轻者用杏仁、牛蒡子、葱白、前胡、桔梗等；寒重者用生姜、薏仁、橘红等。在上焦，邪气闭通，胸膈咳嗽者，宣畅上气用苏子、百部、紫苑、远志等；在中焦，脘闷呕、噎、噎腐吞酸者，疏畅中气用莱菔子、萝卜汁、蜜炙枳实

等；在下焦，里气不畅，大便秘结者，通畅下气用炒萸皮、鲜薤白、春砂仁拌捣郁李仁等。如此，祛邪不伤津，润燥不留邪，气机畅通，阳生阴长，才是治“本”之法。治凉燥如此，治温燥方法、用药不同，不忽视气化其理则一。喻嘉言说：“不深达治燥之旨，但用润剂润燥，虽不重伤，亦误时日。”这是“治燥之旨”中应该掌握的问题。

李新同志，以上所谈，仅是个人认识，欢迎您批评指正。总之我认为对秋燥的诊治，要掌握燥邪的致病特点，紧紧把握住病机演变和证情变化，胸有成竹，不忽于细，必工于微，知常达变，方能诊治自如。

祝您

学习进步，工作顺利！

安徽中医学院 夏学传

温毒病势急 治法宜断截

小刘：

你好！

你这次信中说自己对温毒的概念，尤其是辨证施治、对症遣药和提高疗效方面，认识不足，缺乏经验，希望我给你提供一些基本的，临床实用的见解和体会。现就温毒证治中的有关问题，结合个人见解，笔之于书，供你参考。

温毒是温热时毒疾患的总称。人们通常把感受温热疫毒之邪，除表现有一般外感证候外，而又见局部红肿热痛，甚则溃破糜烂、高热神昏等病状的疾患，统列于温毒名下。从临床角度来说，其证候特点是起病急、病势猛、病情重。属中医内科急症范畴之一。

诚如你所说，由于温毒时邪侵犯机体部位之不同，加之正气虚实、邪势盛衰等诸因素的影响，其临床表现也颇不一致。根据症状变异，通常又把温毒分为大头瘟、发颐、疔腮、烂喉痧、发痧伤寒等，治疗也不尽相同。

你问及温毒在西医中包括哪些疾病，我想是否可以这样回答中、西医学是两个不同的学术体系，认识疾病的方法不同。据个人体会，以高热、头面或咽喉肿痛、出血性皮疹等为特征的温毒证，从西医的角度来看大体上包括两类疾病：一是头面、口腔、咽喉急性感染的化脓性疾患，如继发性化脓性腮腺炎、扁桃体周围脓肿、急性化脓性扁桃体炎等；二是某些急性流行性传染病，如流行性腮腺炎、猩红热、麻疹伤寒和暴发型流行性脑脊髓膜炎等。这样的理解是否符合临床实际，尚有待实践中加以验证。

关于温毒的“辨证”与“论治”，传统上，对温毒主张以卫气营血（我称之四层学说）辨证者多，然而，我则以为不然。因温毒之证由于起病急、发展快，有的甚至初起即以高热神昏而急诊入院，故无法以“卫气营血”来截然划分。事实上，往往“卫中有营”、“气中有卫”或“卫血互见”等一系列极其复杂的症候群，所谓“卫之后方言气”、“营之后方言血”的层次学说，就温毒而言，几成纸上谈兵，不合实际。在治疗上，若囿于“在卫汗之可也，到气才可清气，入营尤

“可透热转气”按步就班的“尾随法”，则往往贻误病机。因此，许多有识之士，如金·刘河间、明·吴又可、近贤祝味菊等，主张针对病因进行攻击性治疗。这种对因发药的治疗原则，在温毒的治疗中，堪称疗效卓著。上海姜春华教授反对“尾随”，倡导针对病因，运用“截药”给病邪以迎头痛击的截断法，用意全在扭转病势，这在温毒的证治中十分切用。

关于温毒的辨证施治，我从临床中体会到，治疗温毒应首重辨证与辨病（当然是中医的“病”）相结合的原则。其次根据发病部位和证候特点归类，大致可以分为三类症论治，这样既便于掌握，又切合实用。

温毒的三类症，既有共性，又有不同的个性，因此，我常根据每一类症拟定专方以为攻击病因之法，随具体病情之殊，辨证施治。类症证治梗概如下：

类症一：头面部温毒，包括大头瘟、发颐、疔腮等疾病。临床上以头面部焮肿、高热口渴，甚则神昏谵语等为主症。治疗当以清热解毒、截断病势为法，普济消毒饮（见《东垣十书》）加减为主。我在临床上习用，疗效堪称满意。倘能结合外治法，奏效更捷。外治之法，1.仙人掌捣烂，加食盐少许，外敷患处，干则易之。2.青黛调醋，外涂患处，日涂十数次。3.用三棱针挑刺患处，轻轻挤压，出血紫黑如露珠状即可。若温毒邪入肝经，在男孩常见前阴肿痛（西医称为睾丸炎），急宜方中加龙胆草、焦山栀、黄柏之属，清解温毒，当能奏效。

类症二：口腔、咽喉部之天行温毒时病，如喉蛾、烂喉风、烂喉痧、走马牙疳、口糜等疾病皆属之。临床上以口腔

糜烂、咽喉红肿疼痛或白腐、壮热口渴，甚则烦躁谵语等为主症。宜以清泄热毒，扭转病势为法，前贤论之详矣。近代著名温病专家丁甘仁先生于喉痧证治，殊多卓识，他从犀角地黄汤化裁而出的凉营清气汤(见《喉痧证治概要》)，何廉臣先生推荐“为治温毒喉痧之主方”，确非虚语。今录《全国名医验案类编》丁甘仁温毒喉痧案一则，供你参考——

〔病者〕 夏君，年二十余，扬州人，住上海陈大弄。

〔病名〕 温毒喉痧。

〔原因〕 患时疫喉痧五天，痲痧虽已密布，独头面鼻部俱无，俗云白鼻痧，最为凶险。曾经服过疎解药数帖，病势转重。

〔症候〕 壮热如焚，烦躁谵语，起坐狂妄，如见鬼状(病家以为有祟为患)，咽喉内外关均已腐烂，滴水难咽，唇焦齿燥。

〔诊断〕 脉实大而数，舌深红。余曰：此疫邪化火，胃热熏蒸心包，逼乱神明，非鬼祟也。

〔疗法〕 头面鼻部，痧虽不显，然非但用升葛等升散可治，急投犀角地黄汤解血毒以清营、白虎汤泄胃热以生津，二方为君，佐以硝黄之咸苦达下，釜底抽薪。

〔处方〕 黑犀角1.9克(磨汁，冲) 鲜生地31克 赤芍6克 丹皮6克 风化硝9克(分冲) 生石膏31克(研细) 白知母12克 生甘草2克 生大黄12克。

〔效果〕 服后，过数时解大便，即能安睡。次日去硝、黄，照原方加金汁、竹油、珠黄散，服数剂，即热退神清，咽喉腐烂亦去。不数日而神爽矣。

类症三：为温毒时病邪势盛的全身性反应——温毒发

斑，又称发斑伤寒(见《通俗伤寒论》)。多为温毒之邪内蕴肺胃，充斥六经，波及营血，透露于肌肤而发为痧疹。痧大而疹小，痧平而疹凸。清·何秀山云：“痧重而疹轻；痧夹丹疹并发者重；痧夹痘疮并发者尤重；黑痧如果实靛，蓝痧如烂青果，极重而必死，不治。”大凡痧疹以红润鲜活为顺，紫暗枯燥为逆。西医所谓暴发型流行性脑脊髓膜炎、斑疹伤寒、流行性出血热、猩红热等急性传染病的发疹期颇与此类似。临床上以壮热不退、口燥喜冷饮、全身发出斑疹，甚或神昏谵语等为主症。治法以凉血宣气、解毒透痧为主。凉血用犀角、羚羊角、大青叶、鲜生地、鲜茅根、青蒿、紫草、丹皮、山栀、元参之类；宣气用葱白、豆豉、葛根、薄荷、嫩桑芽、芦根、鲜竹叶、鲜菖蒲之类；解药用银花、紫花地丁、生绿豆汁、金汁、人中黄、黑木耳、紫金锭之类；透痧用牛蒡子、连翘、蝉衣、僵蚕、钩藤、西河柳之类。再摘取广东已故名医曾月根先生治温毒发斑的验案一则：

〔病者〕 张少卿，年二十二岁，法政学生，住广东五华大田。

〔病名〕 温毒发斑。

〔原因〕 感染温毒时行而发。

〔症候〕 面赤唇红，一身手足壮热，血毒外渍，神烦而躁，发出红痧。

〔诊断〕 六脉洪大，右甚于左，舌鲜红，阳明血热无疑。血为阴，气为阳，阳盛则瘀血，血热则发痧矣。

〔疗法〕 凉血解毒，以泄络热。故以生地、犀角之大寒为君，以清君火，佐以芍药、丹皮之微寒，以平相火，火熄则痧黄阳毒皆净尽矣。

〔处方〕 鲜生地31克 犀角尖6克 赤芍药18克 丹皮8克

〔效果〕 一服热清瘧透，继用清养法调理而痊。

温毒发瘧，常法用犀角地黄汤加减，但病变万千，间亦有叠用清透而不效者。所以，何廉臣说：“温病发瘧之际，用清营透络、解毒化瘧仍不透，往往用攻下逐毒，腑气一通，而瘧始大透，伏邪从瘧而解者，亦常见之。”的确是经验之谈。

小刘，我今天以三种类症的形式来讨论温毒的证治，所谓“专病专方，辨证加减”的原则是针对温毒时邪的同一病因而言，目的是为了快速控制病情，阻断病势的发展。治疗诸如温毒这一类发展快、变化速、来势凶、病情重、威胁大的急重症，必须针对病因截断以治，以扭转病势，这就是辨病论治的对因性。当然，同一种温毒，由于地理环境、生活习性、季节差异、病程阶段、体质强弱等不同，其临床表现则各有差异。因此，在治疗上要因人、因时、因地制宜。

专此，即候
诊祺！

浙江省绍兴中医学会 陈天祥

百合病证治漫谈

金福同志，

来信收到了，您对《金匱》中百合病这一篇的学习，部

分内容搞不清楚，这是初学古典医著的常见情况，因为原文叙述比较简略，有必要作一些阐述。

首先，百合病究竟是一种什么病？历代医家对其理解不一。一般说来，有以下四种说法：1.认为是一种热病后余邪未清的疾病。即因热病后余邪未清，营血津液耗伤，会使心神涣散，故出现脉微数、口苦、尿赤，行动乏力，睡眠、饮食欠安等症。这与百合病主症符合。2.认为属现代医学中的神经衰弱一类疾病。凡出现失眠、健忘、多梦、心悸不宁，均可以百合知母汤及百合地黄汤为基本方治之。3.或包括有类似神经官能症之一的焦虑症和病后的精神神经衰弱症。4.认为百合病应为“百日病”（即Q热，病原为贝氏立克次体，是一种自然疫源性疾病，临床症状有颈痛发热、咳嗽、全身肌肉痠痛、纳减、疲乏等。家畜是主要传染源。呼吸道、消化道及接触均可传播，病程短者仅五日左右，长者可达数月。我认为本病的口苦、小便赤、脉微数等症状是主要的，是阴虚内热的征象，所以确认它是热病后期余邪未尽的说法是比较中肯的。

本篇的原文首条指出：“……百合病，百脉一宗，悉致其病也。意欲食，复不能食，常默默，欲卧不能卧，欲行不能行，饮食或有美时，或有不欲闻食臭时，如寒无寒，如热无热，口苦，小便赤；诸药不能治，得药则剧吐利，如有神灵者，身形如和，其脉微数……”。根据这一条文，本病的症状主要有：不正常的精神状态；想吃东西，却又不能吃，常默默不语，想睡又不能入睡，想走路又不能走路，有时感到饮食口味很好，但有时连食物的气味都不愿闻一闻。有时象有寒象，有时又象有热象，但又不見寒热。各种药物都不

能进、治，服药后反而会剧烈地呕吐、泄泻。精神恍惚不定，可出现幻听、幻视、幻觉，如象有神灵驱使一般。

为什么称这种病为百合病呢？历代医家众说不一，但不外乎以下二种：一、《巢氏病源》说：“百合病，谓无经络，百脉一宗，悉致病也。”尤在泾说：“分之则为百脉，合之则为一宗”。百合病属心肺阴虚内热之病，心主血，肺朝百脉，心肺正常则气血调和，百脉皆得其养；若心肺阴虚，则百脉失其所养而得病。2.用百合为主药可以治疗本病，且百合百瓣一蒂，合百脉一宗之意。魏念庭说：“因百合一味而瘳此疾，因得名也”。百合用于治疗本病有效，因药效而得名，是符合客观事实的。

下面再谈谈百合病的治疗问题：

本篇原文说：“其证或未病而预见，或病四五月而出，或病二十日或一月微见者，各随症治之。”其中“证”是指头痛诸证，“病”是指百合病。指出了不论发病情况如何，或误治及变证等，在治疗上均应以辨证为主。

百合病的特征，是分不清阴阳、表里、脏腑、经络，而是系全身百脉一齐受病。百合病的病机，是心肺阴虚内热，原则上以养阴清热为法。百合地黄汤为其正治方。百合功能润肺清心，益气安神；生地汁益心营、清血热，合而养阴清热。但生地汁性凉，多服能使人便溏，所以方后指出“中病未更服”。服药后大便如漆，为生地汁所染，并不是消化道出血。

百合病为热病传变而致，故应时时顾护津液。在治疗上本无实邪可攻，如果误用汗、吐、下法，则诛伐无辜，更伤津液。原文指出：

“百合病，发汗后者，百合知母汤主之。”

“百合病，下之后者，滑石代赭汤主之。”

“百合病，吐之后者，用后方（指百合鸡子黄汤）主之。”

百合病不应当发汗而发了汗，使津液衰少，阴分受伤，必然会出现烦热、口渴的症状，可以用百合知母汤清热生津。

如系误下之后，正气更虚；下伤中气，必有痞满噎气之证，根据“在下者，引而竭之”的方法，采用滑石、代赭石清热降逆，利小便而实大便，使邪从小便排出。

误吐之后，损伤胃气，可出现虚烦不安、胃中不和之证，故用百合合鸡子黄补虚安中、养阴降逆。

目前临床极少使用吐法。上述三方中指出的症状也可由不经误治而成，临证时，只要病机相符，即可选用，不必受汗、吐、下误治的限制。

对于百合病的变证，原文说：

“百合病，一月不解，变成渴者，百合洗方主之。”

“百合病，渴不差者，栝蒌牡蛎散主之。”

“百合病，变发热者，百合滑石散主之。”

上三条是讨论百合病久延不愈，变为渴与发热的证治。本病原来没有口渴的证状，如果病程较长，一月以上仍不解者，则变成渴病。这是肺胃阴虚，水津不布所致。肺合皮毛，其气相通，用百合煎汤外洗，表通里和，以利百脉，并食煮饼，以利胃气。此方实开外洗药治病之先导。如果用了洗方渴仍不解，是肺胃燥热，津液不复、虚热上浮之征，所以用栝蒌根清润生津止渴，牡蛎咸寒，潜降摄纳，引热下

行，使热不致上炎而消烁津液，津生热降，渴证自解。本病无热，如出现发热证状，是热盛于里，外达肌肤的征象，可用百合滑石散，百合滋养肺阴，滑石清里热、利小便，使热从小便排除。但以上变证均应结合百合地黄汤应用。

至于百合病的轻重和预后，原文说：“每溺时头痛者，六十日乃愈；若溺时头不痛，渐然者，四十日愈；若溺快然，但头眩者，二十日愈。”指出了疾病的预后与病证的轻重、正气的强弱间的相应关系：一是每溺时头痛——说明正气较弱、病情较重。二是溺时头不痛，仅有渐然寒凛的现象——较第一种病情轻。三是溺快然，但头眩——正气尚盛、病证较轻。故疾病的愈期长短，主要根据热邪的浅深、正气的盛衰为标准。文中所说的具体天数，并非定数，不能用机械的眼光看待。

后世医家运用百合地黄汤治愈百合病的例子不少，疗效满意。

如有人用加味百合地黄汤治疗瘵病 45 例，临床治愈 23 例，明显好转 11 例，好转 8 例，无效 3 例。本方组成是：百合、炒枣仁各 30 克，生地、竹茹各 15 克，知母 12 克，远志、茯苓、龙骨、郁金各 9 克，甘草 6 克。加减：头痛头眩加川芎、天麻各 9 克；恶心纳差者加陈皮、法半夏各 9 克；气血不足者加黄芪 18 克，当归 12 克；胸胁痛者加川楝子、玄胡各 9 克；咽干耳鸣者加麦冬 9 克，桑椹子 15 克；昏厥者可以针刺救之。

以上简单地作了一些分析，供你学习时参考。希在理解原文精神的基础上，进一步旁参各家注释，自可豁然贯通，全面领悟。

祝你

进步！

江苏省南通市中医院 朱良春

治疟当辨寒热虚实 预防为主不可忽视

张晖同志：

你好！来信已悉。在此，介绍一些有关疟疾辨证施治的方法，想会对你有所帮助。

疟疾俗称“打摆子”，“瘴气”等。三国时代，《太平寰宇记》及《三国志》中就有“士卒感染瘴疠，祭泸水以消息”的记载。唐代诗人白居易有“闻道云南有泸水，椒花落时瘴烟起，大军徒涉水如汤，十人未过二三死。”的诗句。清代诗人杨升庵说：“六月草青青，无谋不可行；八月草交头，无谋不可游。”这些诗词反映了疟疾的发病季节及其当时对人民身体健康的严重危害，张景岳说：“疟者虐也，凌虐之义”。一语道破了疟疾命名的内在涵义。由于此病在我国流行已久，祖国医学对其早有认识，《内经》，《金匱要略》就有“疟论”、“刺疟论”、“疟病脉证并治”等多篇专论。

寒热定时而作，是疟疾的主要临床表现，《说文解字》谓：“疟，寒热休作”。因此，寒热的多寡可作为疟疾辨证的参考。有的书将寒热均等的疟疾称为“正疟”。它的发生与感受外邪有关，邪从外入，卫阳受阻，营行不畅，患者出现阿

欠乏力、全身痠困、畏寒战慄等症，继而阳郁化热，寒去而壮热，火性炎上则头痛面赤、邪热伤津则心烦口渴；终以邪正交争，正胜邪退，毛窍疏松，汗出热散而身凉脉和。此时患者除感倦怠乏力之外，一如常人，但间隔一定时间后，疟疾复作。由此可知，寒热的休止乃是邪气潜伏于体内，不与正气相争所出现的暂时现象。《医门法律·疟证门》认为：邪气“每伏藏于半表半里者，少阳也。”治正疟宜用和解达邪法治。多选用小柴胡汤加常山，草果等涤痰截疟之品，俗话说：“常山与草果，摆子无处躲”。为什么治疟要加用涤痰截疟的药物呢？医有“无痰不成疟”之说；《内经》提出疟与感受风、寒，暑、湿等邪有关；《诸病源候论》指出疟与脾胃湿痰有关。以病多发于夏秋季节，这时天暑地热，雨多湿重，人多露卧阴冷潮湿之处，饮食每多贪凉饮冷，故而脾胃损伤，痰湿遂生，留阻中焦，发而为疟。

在临床上，由于病人的体质不同与受邪各异，疟疾的分型除正疟以外，尚有偏寒证与偏热证。素体阳盛者多感受暑热之邪，病疟后除见热多寒少或但热不寒外，常伴有内热壅盛的临床见症，如面赤心烦、汗出口渴、小便短赤，舌红苔黄，脉洪大等。这种疟疾，称之为温疟，治疗以清热为主，方用白虎汤加味。《金匱·疟病篇》以白虎加桂枝汤治疗温疟兼表寒者，著名老中医岳美中验案谓：“友人裴某之第三女患疟，某医投以柴胡剂二帖，不愈。余诊其脉洪滑，询之月经正常，未怀孕，每日下午发作时热多寒少；汗大出，恶风，烦渴喜饮。思此是‘温疟’。脉滑洪，烦渴喜饮是白虎汤症；汗出恶风是桂枝汤症。即书白虎加桂枝汤：生石膏48克，知母18克，炙甘草6克、粳米18克、桂枝9克、清水4盅，

煮米熟汤成，温服。一剂病愈大半，二剂疟不复作。足见迷信柴胡或其它疟疾特效药而不知灵活以掌握者，殊真失中医辨证施治之规律。”

素体阳虚者疟症多感受寒、湿之邪，其症除寒多热少或但寒不热外，尚多兼寒湿内阻的临床见症，如口渴不饮、精神倦怠、胸脘痞闷、食少腹胀，舌淡苔白厚腻，脉弦迟等。这种疟疾证型，称之为寒疟(或牝疟)。治疗时应辛温达邪，温里除湿，可选用《金匱》柴胡桂姜汤，效验较好。1972年，我在带学生实习期间，一女学生病疟，因煎药不便，采用西药治疗，周余不效。疟疾隔日一发，发时寒多热少、口苦不渴、恶心欲吐、不思饮食、喜温热食物、腹胀便溏、周身乏力，该生平素畏寒，衣著较多，舌质淡红、苔淡黄厚腻，脉象弦迟。诊为寒疟，以柴胡桂姜汤加苍术、厚朴、陈皮、茯苓。服药三剂，寒热止，后以柴芍六君加味调理，体渐复元。总之，治疗疟疾应首先掌握病情的寒热，明阴阳的盛衰。

此外，尚应注意病人体质的强弱。有体虚之人，疟病常遇劳即发，中医称之为劳疟，治疗时应扶正为本。我曾治一农妇，每逢夏秋季节疟病发作，此次病已20余天。每日午后先寒后热，寒多热少，患者面色萎黄、形容憔悴、身体瘦弱、气短懒言、两胁隐痛、食少腹胀、大便稀溏，日一、二行，舌淡苔白，边有齿痕，脉象细弱。诊为劳疟。因其脾胃虚弱，气血两亏，病属正虚邪恋，投归芍香砂六君汤加柴胡益气健脾，疏肝达邪。二剂寒热止，大便成形，原方加减续进十余剂，诸证皆除，后以饮食调理而康复。劳疟选用何人饮，青蒿鳖甲汤等都是根据患者不同体质而设的，临证时如

运用得当，自能收到满意效果。

至于疟疾的预防，从某种意义上讲，比治疗更有积极的作用。解放前，云南仅在本世纪内就有三次疟疾大流行，当时一些高疟区流传着这样的民谣“要走怒江坝，先把老婆嫁”、“十人到猛腊，九人回不了家。解放后，由于党和政府的关心，全国各地进行了大规模的防治工作，消灭蚊蝇孳生场所，改善卫生条件，提高人民生活水平，疟疾的发病率大为降低，再未有过流行。张晖同志，你一定以为我在云南治了不少疟疾了吧。不，说实在的，现在，昆明是很难见到此病的，就是过去的高疟区，发病率也不高了。

综上所述，治疟应知“病有虚实，证分寒热，预防为主，防治结合”。

时间关系，恕不多写。

祝你

学习进步！

云南中医学院 孟如

二、内科疾病

内伤咳嗽病缠绵 扶正化痰总为先

露原同志：

你提的问题很好，在医学领域内常常会遇到很多问题，使我们束手无策，这并不奇怪，遇到问题只要我们仔细研究，具体分析，用中医辨证施治的法则往往是容易解决的。内伤咳嗽病程缓慢，在起病之初往往不能引起病者和医生的重视，结果使疾病延误，到了后期常常演变为难治之症。引起内伤咳嗽的原因是多方面的，概括地说不外以下几种因素：一是外感咳嗽未能即时治疗或者治疗不当，使邪气久恋损伤正气，肺脾亏损所致；或素体虚弱每感外邪必伤肺系，积年累月咳嗽不愈，终使肺脾肾三脏俱损而成内伤咳嗽。二是由酒色劳伤，产后血亏、病后失调损伤肺气或素体阴亏病久伤阴，虚火上炎耗伤阴液；或郁怒伤肝，肝郁化火，痰火迫肺等均可引起咳嗽。以上种种因素终将导致肺脾肾俱虚，气机升降失常浊邪留滞上焦，而形成久咳难治之顽疾。

咳嗽一般分外感、内伤两大类。外感咳嗽久治不愈或反

复发作，常转变为内伤咳嗽，外感咳嗽易治，内伤咳嗽难疗。青年人初学中医总觉得咳嗽是小毛病，易学、易懂、易治，因而放松了对咳嗽的深入探讨，偶遇一些慢性久咳，肺脾亏损患者，虽费尽心思，反复更方仍疗效不显，究其原因还应考虑其辨证之准确性。

在辨证问题上你的认识是对的，近数十年来在教科书上都是以痰湿咳嗽、肝火咳嗽、肺虚咳嗽论治。这种分型论治一般讲都能收到满意的效果，但是要注意疾病的多变性，和复杂性，随着疾病的变化，体质的差异病邪的新久而灵活加减随症用药。那种抱着少数几个方剂，墨守成规的治疗常是失败的原因。我主张在诊断上采取辨病和辨证结合，在治疗上使用辨证加对症的治疗办法。辨病有两重意义，一是指现代医学的病，如慢性支气管炎、支气管扩张、哮喘、肺结核、肺气肿等。一是指中医的传统病名，如肺癆、肺痿、痰饮、喘症、哮症、肺劳、咳嗽等病。有条件时尽量将西医诊断搞清楚。这对疾病的发展及预后估计都有帮助，没有条件时必须将中医之病症辨别清楚，因为上述这些疾病在发展过程中都表现有不同程度的咳嗽，且多属久治不愈的内伤咳嗽。临症时如能将上述疾病鉴别清楚，咳嗽一证那就容易解决了，这里的辨证主要是指辨别每个病的证型，也就是你所讲到的痰湿咳嗽、肺虚咳嗽肝火咳嗽。在治疗用药前必须将每个病的证型辨准，再考虑它的治则及方药。辨证既准还得要察看患者有无突出的症状，如痰、喘、便秘等，根据这些症状再加入必要的有效药物，谓之对症治疗，即我们常说的随症加减。对症治疗很重要，它常能减轻患者的主要痛苦，辨证加对症二者相辅相成，有标本兼治之功。

你说，二陈汤治疗内伤咳嗽痰湿型，常感力弱效薄取效甚缓，有时甚至无效。其原因可能是多方面的。内伤咳嗽的根本原因是虚，脾主湿，脾为生痰之源，脾虚则痰湿内生因而咳嗽。《医方集解》云：二陈汤“治一切痰饮为病，咳嗽胀满，呕吐恶心、头晕心悸”，本方为祛痰和胃之剂，用于痰湿咳嗽无可非议。痰湿咳嗽变化多端，使用二陈汤治疗重在一个“活”字，掌握这一点很重要，因此要重视加减。如腹满纳差加木香、砂仁理气和中；如胸闷脘胀、痰多不利，加桔梗、枳壳宣肺利气；咳而气喘者加麻黄、杏仁、苏子；兼有外感而恶寒头痛者，加荆芥、苏子、白前解表散寒；咳逆倚息不能卧者加葶苈子、大枣泻肺气；脾湿而兼痰热加黄芩、桑白皮清热；咳而气短、腹胀、大便秘，加苏子、白芥子、莱菔子、麻仁降气消胀。如果久咳不愈也可加入乌梅、五味子、款冬花、粟壳之类敛肺止咳。还有人用二陈汤加当归治疗长期夜间咳嗽不愈者，服数剂而效，足见二陈汤使用之灵活。

肝火咳嗽是内伤咳嗽化热的一种表现，它由肝气郁结，郁久化热，热邪犯肺引起。临床除有热的表现外，咳引胸胁疼痛是一重要症状，往往也是我们辨证的依据。治疗用清热泻火化痰之方，多能收效。但值得注意的是要与肺痈、悬饮鉴别清楚。肺痈的特点是咳唾脓血如米粥，当病情稳定，脓血不多之时则与肝火咳嗽相似。治疗仍然要依千金苇茎汤加减。悬饮症临床表现为胸胁胀满、咳嗽，呼吸及转侧时胸胁疼痛，此乃胸中气机不利，升降失常，水饮停留所致。治疗以攻逐水饮为主，不宜用清肝泻火化痰。如果咳嗽无痰谓之干咳，《丹溪心法》云：“干咳嗽难治，此系火郁之证，乃

痰郁其火”用丹栀逍遥散加黄柏、桔梗开郁清火，再用养阴润肺之剂常效。

肺虚咳嗽，《景约全书·咳嗽》篇说：“咳证虽多，无非肺病，说明无论外感内伤咳嗽，其病位都在乎肺。如久嗽不愈均伤肺气，耗伤肺阴，而致咳嗽连绵不愈。肺虚咳嗽不能单从肺阴虚治疗，如单从阴虚治疗常是失败之主要原因。肺虚常见有肺气虚、肺阴虚、肺肾虚以及其它兼证。临证时必须明察细审，用药灵活，如症见咳嗽痰少，喘促气短、语声低弱、自汗畏风、舌淡苔白膩、脉沉细数，则属肺气虚弱。宜用补肺止咳化痰法，生脉散加减。痰多色白、脉沉迟者，加干姜、细辛、贝母、黄芪以温肺益气化痰。若咳嗽日久不愈、反复发作、痰白而利、咳重喘轻、动则气短、面色青黑、腰痛尿频，舌质紫暗，脉沉细，则为肺肾虚弱。宜补肺益肾，化痰止咳法，用七味都气丸合生脉散。若咳嗽少痰，痰中带血，或咯血，口燥咽干，舌红苔少，脉细数者则为肺阴虚。当用养阴清肺，化痰止咳法，方如二母二冬散加沙参、花粉以养阴生津。

阴虚咳嗽经久不愈，或见潮热盗汗，两颧发红，反复咯血者，多系肺癆咳嗽。虽阴虚症状明显，但病因不同治疗难于取效。这时必须在辨证的基楚上加百部、黄连止咳清热杀虫。可选月华丸，加服獭肝散。咳嗽一证无论内伤外感，皆有咳嗽咯痰之证，内伤咳嗽其本在脾，但均有肺脏受损，痰气交阻于肺之表现，所以古人有“治咳不治其肺，非其治也”之说，因此在治疗中常须考虑加入宣肺化痰之药，以利快速收效。

内伤咳嗽，积年累月久治不愈，或愈而反复发作，常给

效，防止复发。

内伤咳嗽大多属于慢性支气管炎、支气管扩张、肺气肿。近十余年来对慢性咳嗽临床的研究较多，多是从单味药物着手，或配复方，都取得了较高的疗效。据全国各地报导治疗慢性咳嗽的有效药物多达数百种以上，如东北的满山红，陕西的野萝卜根，兰州的矮地茶，湖南的小叶枇杷，河北的猫眼草等，对内伤咳嗽都有很好的疗效，有些已制成成药销售，可以选用。

露原同志，希今后在漫长的医疗道路上，多钻研、勤学习、常总结，定会取得显著成绩的。

陕西中医学院 邵生宽

哮、喘本一病 根治要补肾

陈浩然同志：

你好！来信提到的问题，带有一定的普遍性。我过去也有着同样的经历：开初总认为哮喘就是哮症和喘症的合称而已，按照教科书上进行遣方用药，有哮治哮，无哮治喘。谁知后来临证多了，才觉得哮与喘难分难合，不好掌握。有的方书上讲应该合治，有的医家又强调要进行区别，还有人认为根本就没有单纯的哮症，诸多论述都各有道理，令人无所适从。只好回头来重新学习，细心研讨。

你首先承认哮喘有区别，这是对的。不然，又哪来的哮

证？何况从古到今许多医家都说它们是有区别的两证。如《医学正传》说：“哮以声响言，喘以气息言”。又说：“喘促而喉中作水鸣声者，谓之哮；气促而连续不能以息者，谓之喘。”但是也不能不看到这种区分中存在的问题。正如你提到的，如果不把这些问题加以澄清，仍将继续成为学习上的“拦路虎”。

比如哮症的由来和什么是哮症的问题：从历史渊源上讲，作为独立的哮症，明代以前的医籍就很难见到。包括象《内经》、《伤寒》、《金匱》以及《千金》、《外台》和《圣济总录》等，这些重要的经典和医学巨著，都只有喘症论述，而无哮症记载。有人说：“元代朱丹溪首创哮喘之名”。其实丹溪也是混言喘症。所以哮症的出现，应当始于明代。而明代医家之所以提到哮症，又多半是从《内经》、《金匱》和《千金要方》等书中描写喘有声响的症状中领会出来的。这些喘中之声后来就成为哮症的由来，而且至今仍把它作为哮症成立乃至辨别哮症的唯一根据，好象没有它就没有哮症了。因此，什么叫哮症？是否凡咳喘有声响的都叫哮症。显然是有问题的，值得研究。

又如哮喘症的分与合的问题：哮喘之所以又分又合，至今难于统一。除了实际证情的需要外，受到某些大医家的影响也是一大原因，如叶天士《临证指南医案》说：“哮多有兼喘，而喘有不兼哮者”。此话本身并不错，但不少医家把它当作双关语用于哮喘症的分与合。如主张合的人，常取其上半句，曰哮多兼喘，故名哮喘。而强调分的人，则又取其下半句，曰喘不兼哮，故有分的必要。到底听谁的？是分是合，还是不分不合？这个问题，总不能永远争执下去。

从历史来看，哮喘，有“天哮”、“风哮”、“冷哮”、“风哮”、“水哮”、“热哮”、“寒哮”、“食哮”、“糖哮”、“醋哮”，等等。总而言之不管什么哮，它们都必须遵循一条，即依附于喘症而存在，这是它的临床实际。叶天士说的“哮必兼喘”实指哮基于喘，那种所谓“喘不一定兼哮”，也是理所当然的事。因为喘本来就可以不必有哮。这种情况，明代以前的医家是有所了解的，所以他们才只言喘而不言哮。即使在今天，不少医家也对哮喘的独立性表示了怀疑。如秦伯末就只承认“‘哮喘’为气喘中一种突出症候”，而不专提哮喘。

你知道，现代医学的支气管哮喘，是由于支气管的痉挛收缩所引起的喘、鸣并见，也就是既有喘息又有声响的一种疾病。本病的病因虽然非常复杂，但一般都认为主要基于变态反应和过敏体质。什么叫变态反应和过敏体质？这个问题我们在此暂不深入探讨，但它提示的理由确能启发我们去认识中医的哮喘。实际也是这样，打开中医明代以后的书籍，几乎所有谈哮喘病因者，都离不开体质关系这一条。这种体质关系，就是和变态反应相关联的。诸如《赤水玄珠》中的“自童幼时被酸咸之味……”、《景岳全书》中的“哮有夙根”、《证治要诀》中的“宿有此根”、《沈氏尊生》中的“或于幼穉之时”、《临证指南》中的“幼稚天哮”、《类证治裁》中的“盐哮、糖哮、酒哮”以及《医宗必读》中的“或因过食酸盐”和《医碕》中的“食味酸咸太过”，等等，均明显地属于机体“素质之偏”。也正是这种素质之偏才共同构成了哮喘症候的三要素，即病有宿根、发作有时、呼吸有声。而这三大要素都是现代医学支气管哮喘不可缺如的重要条件。舍此就不能称之为哮喘，包括中医也无不是这样。这就是你所要

求知道的较准确含义的哮喘症。

不久前就有人严格按照这个标准观察40例病人，而且全部采用中医补肾的方法去治疗。这些标准是：1.近三年来连续有明显的季节性发作情况；2.都有哮喘史，且平均为17年；3.排除了各科非典型疾病。据报道，疗效均好，仅三例无效。又据岳美中医案载：岳老曾用单味鲜紫河车炖食，治愈一例慢性哮喘性支气管炎病人，只服用了4具，便宿根顿除，后追访四年未发。诸如此类情况，他们在临床实践中，对中医的哮喘症所作的准确诊断，和充分重视先天补肾大法，都是颇能说明问题和给我们重要启示的。

浩然同志，哮喘虽然是可以区分的两症，但实为一病。不知你意下如何？在这里本来还想继续谈一些治疗方面的体会，由于时间关系，只好暂时搁笔。

祝你

工作顺利！学习进步！

四川省温江地区人民医院 冷其林

肺痈症分初中末 祛邪扶正临证酌

谢明同志：

你好！你问及如何鉴别肺热咳嗽与肺痈咳喘，以及肺痈的辨证论治等问题，现得便回信与你讨论。

肺痈为病，因风热火毒壅滞于肺，热壅血瘀，肉腐血败

而成，主症除见风热之象：身热恶风、口渴咽痛、脉浮数外，还突出表现在气滞血瘀，营卫不通，肺热壅滞之征，如胸痛、咯浓稠痰等。

肺痈辨证论治的关键是什么呢？我认为主要是把握肺痈病程中邪正的消长盛衰，掌握好祛邪扶正的轻重缓急。在肺痈病程中，既有风热火毒壅滞于肺，气滞血瘀，蒸津败血构成的邪实一面；又有壮火食气，津血败伤构成的正虚一面。肺痈初起，风热壅肺，气血郁闭，乃邪实为主，治疗的重点在于祛邪，邪去则正安；肺痈中期，热毒内盛，痰热壅肺，瘀热内结，败血伤津而为肺脓，邪实盛而正渐伤，治疗的重点仍在祛邪，务求痈毒内散；肺痈之末期，痈肿内溃，咳吐脓血腥臭之痰，津血大伤，正气已虚，治疗应当扶正托里，解毒排脓，务求气血津液渐复而脓尽病安。

关于肺痈的治疗，我个人常以千金苇茎汤（苇茎，前仁各30克，冬瓜仁24克，桃仁9克）为基础方加减化裁。该方以苇茎为主药，擅长于清泄肺热，辅以冬瓜仁、桃仁祛痰排脓，清热利湿。其中桃仁活血化瘀，药虽平淡，但功效全面，对于肺痈将成，服之可使其消散。已成脓者，服之使脓排痰去，痈可自愈。本方清化痰热，尤能使痰涎稀薄易出，故无论肺痈初期，成痈期，溃脓期，恢复期均可参合运用。

本病宜按病程分期治疗。初期风邪痰热壅盛，证见恶寒发热、咳痰稠粘、胸痛喘满、呼吸不利、舌苔薄黄，脉浮滑数。治宜疏散风热、清肺解毒。用千金苇茎汤加鱼腥草、蚤休、蒲公英、金银花、连翘治之；或用银翘散与千金苇茎汤合方加减化裁，咳甚痰多常加苏子，葶苈子、瓜蒌、浙贝以化痰止咳；胸痛甚常加瓜蒌、郁金、赤芍宣痺化瘀以止痛；化

燥伤津者可酌加沙参、麦冬、天花粉以养阴生津。成痈期，因热毒内盛，痰热蕴结，证见壮热汗出、时作寒战、胸闷胸痛、咳喘气急、咯痰黄稠腥臭，舌苔黄腻，脉象滑数。治宜清热解毒，化痰散结。处方应在千金苇茎汤基础上，重用三组药：一是清热解毒，以鱼腥草、蒲公英、金银花、连翘、大青叶等；二是解毒散瘀，以重楼、丹参、赤芍等；三是清热化痰、泻肺去壅，以葶苈子、桑白皮、全瓜蒌、浙贝母、牛蒡子等。溃脓期以热壅血瘀日久，败腐精血内溃成脓，此时患者咳吐大量腥臭脓血痰、心胸烦满而痛、喘急难以平卧、身热面赤，舌质红绛、苔色黄腻，脉多滑数，治疗的重点在清化排脓。仍以千金苇茎汤为基础，一、重用清化排脓药，除冬瓜仁、苡仁重用外，可加桔梗、牛蒡子、浙贝母；二、加强清热解毒，可加鱼腥草、败酱草、野荞麦根、蒲公英、紫花地丁、白花蛇舌草；三、适时扶正，托里排脓，用于溃脓而见正虚者。气虚加生黄芪，土黄芪（见《滇南本草》），阴伤加北沙参，南沙参、百合、山药；四、咳血多者宜加凉血止血药，如栀子、白茅根、银花炭、生地炭、丹皮、川军等。肺痈恢复期，邪气退而正渐复，表现为身热渐退，脓痰日少，咳嗽减轻，临床症状日渐缓解。但因火毒痈脓耗伤气阴，见症多以气阴两衰为主，舌质多红，脉细数无力，治疗应以扶正为主。我常以生脉千金苇茎汤加减治疗。方中沙参、麦冬、五味益气养阴，润肺扶正，千金苇茎清化热痰以除余邪，酌加鱼腥草、白茅根以增强凉血解毒之力，如纳呆食少，神疲乏力甚者，可酌用山药、百合、百部等以健脾益肺。

综上所述，一、肺痈总是以痰热壅盛为基础的实热证，

在邪盛期的治疗要有胆有识，敢于下手，除邪务尽，大剂清热解毒药用得越早越好。喻嘉言说：“凡治肺痈病，以清肺热，救肺气，俾其肺叶不致焦腐，其金乃生，故清一分肺热，即有一分肺气。”而恢复期的治疗则比较缓慢，不可性急，要守法守方，务求正气恢复，阴阳调和，自能全愈。因此，益气养阴，培土生金，甚而滋水润肺之法，只要对证，就要用长久一些。第二、肺痈邪实期，切不可过早应用补益和罂粟壳，诃子等收涩止咳之品。否则“助邪资寇”加重病势。另一方面，也不可过用苦寒的清热解毒药，以免损伤脾阳。

谢明同志，以上体会仅供你学习参考，相信你在实践中也会总结出自己的经验的。

顺致

学业进步

昆明铁路局中心医院 詹文涛

肺胀分实虚 治痰又治气

克楠同志：

你好！来信希望谈谈有关“肺胀”，的问题，现回复于后：

你说现在很少用“肺胀”这个病名了。是的。现在一般不用这个病名做诊断。然而早在《灵枢·胀论》中就有：“肺

胀者，虚满而喘咳”的记载《金匱要略》也讲得很明确，《肺痿肺痛欬嗽上气病脈证治》篇说：“咳而上气，此为肺胀”；又说：“上气喘而躁者，属肺胀”。《中医内科学》说：“肺胀是指久患咳嗽、哮、喘等证不愈，出现以胸中烦闷、膨膨胀满、上气咳喘、甚则面目晦暗、唇舌紫绀、颜面四肢浮肿、病程缠绵、经久难愈为特征的一种疾患。”并认为“本病与现代医学的肺气肿，肺源性心脏病颇相类似”。当然，中医所说的“肺胀”可能还包括西医诊断的其它一些疾患。

关于肺胀的病机。古人认为主要是肺的气机失调。先天不足，后天失调都易感外邪，发生咳喘，肺胀。而长期咳喘气逆，反复发作，易致肺、肾、脾、心的亏损，加剧了肺胀病的发生。当肺为外邪所凑，例如寒饮犯肺或热痰壅肺，均可造成肺失宣降。《诸病源候论》说：“肺主气，邪乘于肺，则肺胀，胀则肺管不利，不利则气道涩，故气上喘逆，鸣息不通”。咳喘日久，肺肾皆虚，气虚致使气滞；气虚又可造成水饮（气不化饮），痰凝（气虚生痰），血瘀（气不行血）以加重肺胀。在临证时，就要看正虚，邪实孰轻孰重了。

肺胀可分为两大类。实证和虚证。实证多为外邪所致。虚证多由咳、喘等疾长期不愈，机体正气逐渐虚损形成。

实证可分为寒饮犯肺型及热痰壅肺型。寒饮犯肺型见胸胀满、咳逆喘促、吐泡沫样清稀痰，甚则气逆不得平卧、口干不想喝水，可有恶寒发热、无汗身痛，或兼见口唇清紫，舌苔白滑，脉象浮紧等。这是因外有寒邪，内有停饮，寒饮犯肺所致。可用小青龙汤散寒涤饮，降逆平喘，如寒重可加重麻黄、细辛、干姜、桂枝的用量，如痰饮重可加二陈汤，兼烦躁，寒欲化热者可加生石膏。《金匱要略》有“肺胀咳

而上气，烦躁而喘，脉浮者心下有水气，小青龙加石膏汤主之”的记载。热痰壅肺主要见症是：气急胀满、咳喘烦躁、发热微恶风寒、声嘶、痰多黄粘或易咳出、面赤口渴，舌尖红、苔黄，脉滑数等。这是因热邪壅肺，灼液成痰，痰阻气道所致。可用葶苈大枣泻肺汤合麻杏石甘汤泻肺降气，清热化痰。热盛者可加银花、连翘、黄芩、知母、鱼腥草、败酱草等；痰多可加贝母、瓜蒌、天花粉、竹沥、胆星等；咳痰带血为热伤肺络，可加生地，玄参，茅根，藕节，侧柏等。

虚证可分为肺脾气虚和肾不纳气。肺脾气虚主要见证是：胸满气短、咳声低微、动则气促、语言无力、纳谷少思、腕部痞闷、面色晦暗，或有稀痰、轻度浮肿，舌质淡，脉沉弱。这是因为肺气不足，脾气亦虚所致。可用四君子汤，六君子汤，人参蛤蚧散等以补肺脾之气。畏寒短气可加附子，生脉散等。自汗、易感冒可加黄芪或玉屏风散，以固卫外之气。肾不纳气主要见症是：胸中虚满、气短不续、呼多吸少、畏寒肢冷，小便清长或腰膝酸软，舌质淡，两脉沉细，尺部尤弱。这是因肺病久必及肾，肾不纳气所致。可用右归饮，黑锡丹等以温肾纳气。对肾虚，肾不纳气型病人，可嘱其多吃核桃，如每天吃核桃3~5枚，有补肾纳气的作用。冬天，肺肾气虚的人也可适量饮用人参蛤蚧酒，人参枸杞酒之类。

肺胀为病，多本虚标实，或虚实并存，故实证泻肺不可太过。如《张氏医通》治孙起柏肺胀案，“服耗气药过多，脉浮大而重按豁然，饮食不入，幸得溺清便坚，与局方七气，每剂用人参三钱，肉桂、半夏曲、炙草各一钱，生姜四片，四剂霍然。”特别是虚证时更要益气。另一方面，肺胀有外邪

时，不能骤补，理所共知；就是在以虚为主时，也不可“蛮补”，否则肺气壅塞可加剧肺胀胸满。我在早年临证时，曾有过蛮补而使病人胸闷气憋的误治教训。虚证需补时，也要补而不滞。

当外邪已去，久病痰挟瘀血碍气而胀者，我常遵《张氏医通》“肺胀而咳，左右不得卧，此痰挟血碍气而胀，当归、丹皮、赤芍、桃仁、枳壳、桔梗、半夏、甘草、竹沥、姜汁”的明训，活血化瘀，降气化痰为治。

若肺胀损及心阳时，真武汤加减，对兼有咳逆水肿者，常获效。本方对肺源性心脏病也有强心利尿作用，能减轻肺的负担。

为避免肺胀的发生，要预防感冒，增强体质，及时治疗。晨起常做以腹式呼吸为主的深呼吸运动，练太极拳等都是健身防病的好方法。徐州市医学科学研究所，对14例病人体疗一年，通过观察病人的肺肝界、横膈活动度、以及吹火试验、肺功能测定等，前后对照，结果经常坚持体疗的5人中，4人显效，1人好转；偶有间断，但基本仍能坚持体疗的6人中，1人显效，5人好转；3例完全未能坚持体疗者，均未获得治疗效果。一般经过一年多体疗患者的自觉症状均有不同程度的好转。如食欲增加，体力增强，睡觉时不再感觉胸闷，咳，喘减轻。说明体疗对肺气肿所引起的自觉症状是可以改善的，有利于病人康复。今天就谈到这儿吧！

祝你

一切顺利

第三军医大学第一附属医院 戴裕光

咳血不可怕 善治辨实虚

张继承同志：

你好！临证之初，由于没有经验，一遇到咳、衄、吐血等证，每因病员恐惧，家属紧张，自己又不善辨证，不分青红皂白，一概投以止涩之品，希图速效，结果并不如意。须知，咳血之治，止血虽重要，但要达目的，仍当辨证论治。一般认为实证多热。其轻者，常在咳痰中带血，并兼见发热口干、鼻燥咽痛、脉浮数等证。其重者，则咳血鲜红、来势暴急、烦躁易怒、大便干燥、小便短赤，苔黄，脉弦数。虚证起病缓慢，干咳少痰，颧红、潮热、盗汗、甚或面色少华、头昏耳鸣、心悸、神倦乏力，舌质淡红，脉虚细或见芤象。虚实之外，还要分外感和内伤。外感者，病邪在表，病程短，病势轻；多属外感风热，肺有燥热；证见发热咳嗽、咽痒头痛、口鼻干燥、痰中带血、苔黄燥、脉浮数。内伤者，病位在里，病程长，病势重；证见咳血鲜红、口苦胁痛、烦躁易怒，舌质红、苔薄黄、脉弦数，为肝火犯肺；证见干咳痰少、痰中带血、两颊潮红、午后潮热、五心烦热、舌红苔少、脉细数者，为阴虚火旺。《景岳全书·血证》载：“肾主五液，故凡病血者，虽有五脏之辨，然无不由于水亏，水亏则火盛，火盛则刑金，金病则肺燥，肺燥则络伤而嗽血。”强调了咳血与肾、肺的关系。

那么，又如何辨标本虚实呢？咳血可由实转虚，或因虚致实，或虚实参差互见。因此，在辨证上就有一个明标本，辨缓急的问题。一般按照正气为本，邪气为标；病因为本，见证为标；旧病为本，新病为标，来对复杂的病情进行分析判断。就外感而言，风热燥邪为标，肺系络脉损伤为本。初起出血量多，色鲜红，属实证。如咳血不止，正气受伤，甚则气随血脱，则由实致虚，转为虚证。内伤咳血，以脏腑病变而论，其标在肺，而本在肾。肾阴亏损，虚火上炎犯肺，呈上盛下虚之候，虽咳血量少，但缠绵难愈，故属虚证或虚实夹杂证。《景岳全书·血证》指出：“凡咳血、嗽血者，诸家皆言其出于肺，咯血、吐血皆言其出于肾，是岂足以尽之。而不知咳、嗽、咯、吐等血，无不有关于肾也。”

关于咳血的治疗，个人的肤浅体会是：

清热泻火，凉血止血，以治其标。因风热燥邪，或肝之怒火，均为阳邪，火热窜肺伤络，致使血液离经而出，是以火热致急为标，故应治火为先。若系风热乘肺，当清热解表，润肺止血。选桑杏汤去香豉，加白茅根、茜草炭、侧柏叶以止血，发热者加薄荷、菊花辛凉解表。肝火犯肺，应泻肝清肺，凉血止血。投泻白散、清热泻肺，合用黛蛤散凉肝止血，可酌加白茅根、茜草根、仙鹤草凉血止血药。如血出如涌，血色鲜红，宜清热凉血，用犀角地黄汤加藕汁、参三七研细末调服。有报导用凉血清热，止血行瘀的十灰散9~15克，加白藕汁或生萝卜捣汁吞服，治疗咯血27例，有效22例，多在4~6天止血。亦有用紫雪丹1.5~3克，一日三次，冷开水调服，配合凉膈清金汤（生地、山梔、花蕊石、大小蓟、茜草、黄芩、仙鹤草、蒲黄、炒阿胶、藕节炭、鲜芦根）

治疗27例（对各种止血药一时不能控制的急性咯血，全部有效），其中20例在3~5天止血，收到热去血止之效。

当然，热势已去，或热象不明显者，就不能再用清热泻火止血法了。可用欬肺散瘀止血，急治其标，如选白芨、花蕊石、血余炭各等分，研细末，每次6~9克吞服，或白芨粉30克、竹节三七粉1.5克，混匀，每次3克，一日2~3次，应急止血。福建省立医院肺科用白芨合剂（白芨浓煎，百合、桃仁均用浸膏溶液，混合制成）每次10毫升，共治咯血100例，药后即止占46例，2~3天停止41例，无效只有13例。

滋肾养阴，润肺止血，再治其本。咳血虽由肺出，究其源在肾，肾精亏虚，虚火伤肺，咳血加重，若长期咳血不止，久病及肾，真阴耗伤，肺失濡养，则出血缠绵不愈，故应滋养肾阴，使阴虚之本得治，则咳血之标自除。用大补元煎加减（人参、熟地、山药、山茱萸、杜仲、当归、枸杞子、炙甘草、旱莲草、仙鹤草、侧柏叶、茜草炭，诸药合用有补肾益精，养阴润肺止血之功）。有报导用加味大补阴丸（生地、熟地、焦栀子、知母、龟板、麦冬、牛膝、枇杷叶、侧柏叶、旱莲草）水煎服，治肺癆大咯血10例，9例止血，一般服1~2剂显效。

但是，如见气短自汗、颧红、脉细数等阴虚者，应益气救阴、欬肺止血，以治其本。用生脉散加龙骨、牡蛎。大量咯血，证见面色苍白、四肢厥冷、大汗淋漓、甚则昏厥、鼻息微、舌质淡、脉微细或芤，气随血脱的危重症时，应根据“有形之血不能速生，无形之气所当急固”，“血脱先益气”的原则，急当补气回阳，救脱。用人参10~15克，煎水100~200毫升，频服或灌服；或用人参针2~4毫升，肌肉注射，益

气固脱；或用人参12克，制附片10克，水煎服，回阳救脱。

化瘀止血，以防后患。至于血止之后为什么必须活血化瘀？我的理解是，因离经之血便是瘀血，瘀血阻滞，则血不循经，或瘀而化热，灼伤肺络，可使咳血反复频作，甚至出现胸满、口燥、舌质青紫、脉来滞涩等血瘀经隧，气机不利，阴津不行的变证。此外，在止血的同时，亦应注意祛瘀，勿使瘀血停留。以血府逐瘀汤加减（当归、赤芍、桃仁、红花、丹皮、枳壳、生地、丹参、瓜蒌、生蒲黄）较为常用。而目前多数是在分型治疗方中，加活血化瘀之品，如参三七粉2~3克或云南白药每次0.4克，均为一日三次，温开水吞服。或用三七粉6克、血余炭6克、花蕊石24克，共研细末，分四次用温开水吞服。实践证明，效果显著。

继承同志：咳血的主要原因，主要是火与虚两方面。因此，治疗中是以火（虚火或实火）为主，还是以虚为主，当须细察，同时，病之表里亦当辨明。由于肺为娇脏、喜柔润、恶燥热，故用药时还宜甘寒滋润，慎用温热动血之品。血热妄行之初，宜降气，“气降火亦降”，忌用升散，以免气火升腾，“动者多由于火，火盛则迫血妄行”，使咳血加重。邪在表属实火者，应清热解表，润肺止血，忌用发汗解表。若大量失血，阴血已耗，复为发汗，必更伤阴血，甚则阳气亦随津外泄，产生亡阳之变。故《金匱要略》指出：“亡血不可发其表，汗出即寒慄而振。”

综上所述，咳血不可怕，善治辨虚实。

祝你

学习进步！

重庆市中医研究所 罗本清

谈中医治疗肺癆的优势

方学：

收到你迈出校门，步入临床后给我的第一封信，非常高兴！

你谈了许多，但从学术方面的内容来看，可以归结到一点来加以讨论：中医治疗肺结核的优势何在？

是的，中医对本病的认识，曾经在许多方面都处于领先的地位，但是，由于它一直徘徊在宏观现象的水平上，因而进展缓慢。与此相反，西医的研究是在微观世界展开的，所以产生了飞跃。法国医学家雪尔弗发现粟粒性结核于解剖刀下。德国医学家柯赫发现结核杆菌于显微镜下。X线的应用，为诊断结核病提供了有力的武器。化学合成药物的应用，极大地提高了疗效。在肺结核治疗进入了化疗时代的今天，疗效已提高到90%以上，我们该怎样认识中医治疗肺癆的优势呢？

俗话说得好：尺有所短，寸有所长。这句话好就好在符合辩证法，尽善尽美的事物从来就不存在。西医治疗肺结核也有不足的一面。

如出现下列情况之一时，西医称为“难治病例”：1. 结核菌对多种药物高度耐药；2. 非典型抗酸菌感染；3. 因各种原因造成药物中断或不能用药；4. 个体的免疫缺陷。这些不能用化疗手段达到治愈目的者，约占复治病例的

20%。而在这些情况下，如果运用中医治疗，发挥其优势，常能弥补西医的不足。

北京结核病医院对长期服用抗痨药效果差，或出现药物反应的200例患者进行了中医辨证分型治疗，其中正盛邪微型14例，阴虚型108例，气阴两虚型57例，阴阳两虚型21例。针对这些不同证型，他们分别运用了自拟的补肺益气汤、补肺养心汤和传统的沙参麦冬饮、六君子汤、十全大补汤、生脉散、理中汤等加减治疗。从总的疗效分析来看，是比较令人满意的：有效者125例，占总数的62.5%；无效者46例，占23%；恶化者29例，占14.5%。

上海中医学院附属龙华医院针对结核患者多阴虚这一特点，以“清养肺金”为法，筛选出清肺泻火的黄芩、百部，去瘀生新的丹参、桃仁，制成浓缩煎剂，有计划地治疗对抗痨药产生耐药性的空洞型肺结核。他们在1965年至1966年期间，总结了127例，痰菌阴转率高于47%。通过试管抑菌试验及豚鼠结核模型实验性治疗，证实这种煎剂具有中等度的抑菌和治疗作用。在此基础上，精减药物并改良剂型制成“芩部丹”，用来治疗连续抗痨一年以上，病灶呈纤维空洞，痰菌反复阳性的患者110例，除症状普遍好转以外，胸片病灶吸收30例，痰菌阴转率34.5%，并使三分之一的长期病休者恢复了工作。

上述临床总结表明：中医治疗长期服用抗痨药效果差，或出现药物反应，或产生耐药性的患者，有一定的优势。

随着医学科学的日益发展，免疫学越来越为人们所重视。

现代免疫的概念，有排斥异己，保存自身的含义，这与

中医“正气”的作用是并行不悖的。由于正气与肺、脾、肾三脏关系尤其密切，成都军区机关门诊部曾对中医诊断为肺虚、脾虚、肾虚的患者进行了免疫学检查，结果免疫指标全都比正常的低，提示中医的正气与机体免疫功能确实相关的。更有意思的是这些患者分别接受益肺、健脾、补肾治疗后，再次测定机体的各项免疫学指标，均相应地有所提高。

那么，肺结核患者的免疫状态如何呢？

有人通过实验得出结论：肺结核进展期各项细胞免疫指标显著降低，好转期明显回升，稳定期基本正常。沈阳市第二结核病防治院的研究，同样证实了这一点。他们对20例复治病例应用化疗时，加用扶正培本的中药，结果PHA皮试、IgG血清含量，E玫瑰花结试验在治疗后均有显著性增强或增高。由此可见通过中药扶正培本的治疗，可以改善机体免疫功能，从而显示出中医抗痨的优势。

肺结核患者，往往有反复咯血、低热缠绵、食欲不振、恶梦纷纭、盗汗淋漓等症状。在改善这些症状方面，中医从整体观念出发，采用丰富多采的治法，常能获得良效。

北京结核病医院报导：用清骨散加减治疗肺结核低热、五心烦热者共80例，结果治愈38例，好转32例，无效10例。用加减当归六黄汤治盗汗100例，治愈82例，好转12例，无效6例。用酸枣仁汤化裁治失眠120例，治愈70例，好转35例，无效15例。用桔半枳术汤加味治疗食欲不振或因服对氨柳酸钠等抗痨药引起反应者共80例，治愈41例，好转25例，无效14例。用茵陈蒿汤、小柴胡汤合方加减治疗由抗痨药引起的肝功能异常，共100例，治愈85例，无效15例。用自拟止血一号方治疗反复咯血曾用西药各种止血药无效者共60例，结

果治愈35例,好转13例,无效12例。这些疗效的取得绝非简单的对症治疗的效果,而是中医整体观念和辨证论治优势的体现。

最近,我应邀会诊一例咯血患者,男性,47岁。1983年5月22日因大咯血三天急诊收入我院(住院号:3513)。入院当天即下病危通知书。经输血,并用各种止血剂及强有力的抗痨、抗炎和激素治疗,效果不佳。除5月29日以外,连续咯血历十一天之久,总量达3000毫升以上。会诊时间6月2日。兹将会诊时的病程录摘抄于下:

患者大咯血总量达3000ml之多。前日出现大汗淋漓,时断时续,至今未止。不大便已四日,小便短赤。患者面色觥白,目光暗滞,爪甲无华,神情紧张。赤身卧于凉席之上,语音低微断续,自觉心烦发热。并见纳差。六脉细数,按之无根。舌质淡嫩,苔薄黄,边见齿痕。

病情危重,将有气随血脱之势。能止血者,此时惟有峻补元气一法。元气健旺,统摄有权,血不止而自止也。急予下方:

人参60克、大枣5枚、熟军9克(后下)以水500毫升煎前二味,至250毫升时下熟军,一、二沸后药即成。趁热徐徐饮下。

患者药后嗜睡,血止。次日解黑稀便,出汗减少,食欲转佳。此后,心累、气促、烦热减轻,一改悲观、低落之情绪,精神好转。至今未再咯血。当然,这一显著疗效的取得虽不能完全归功于中药,因当时西医的治疗也发挥了重要作用的,且在服中药的当天又再次输血300毫升。但是,如果中医方面不从整体观念出发,辨明标本缓急,认清气随血脱

是眼下的主要症结所在，而孤立地见血止血，其后果将是不堪设想的。

通过上面的讨论，可以将中医治疗肺结核的优势归纳为三点：(1)增强患者免疫机能；(2)消除结核中毒症状，(3)促使难治病例获得康复。

方学：明代医学家虞抟曾强调治疗肺癆“一则杀其虫以绝其根本；一则补其虚以复其真元”。说得多好啊！至今仍具有现实意义。遵循这一名言，运用西医的抗癆药以治病因，施展中医的补虚法增强免疫机能，辨病论治与辨证论治结合，定能提高疗效。

祝你

学习进步！

重庆市第二结核病医院 谢亚苏

心悸症常见

思考要周全

笃群同志：

你好！来信收到，我非常乐意就你来信中提出的有关“心悸”的问题，谈谈我的看法。

心悸之证，临床较为常见，是病人的一种自觉症状。《张氏医通》说：“悸即怔忡之谓，心下惕惕然跳，筑筑然动，怔怔忡忡，本无所惊，自心动而不宁，即所谓悸也。”在病因方面，《诸病源候论》认为：“心藏神而主血脈。虚

劳损伤血脉，致令心气不足或为邪气所乘，则使惊而悸动不定。”《丹溪手镜》对于“心悸”形成的病因认为：“有停饮者，饮水多必心下悸”、“心火恶水，心不安也。……以水停心下，散而无所不至”、“有气虚者，由阳明内弱，心下空虚，正气内动，心悸脉代，气血内虚也。”《伤寒论》对于“心悸”的发病有多条指出，例如：“太阳病，若下之，身重，心下悸”、“太阳病，发汗过多，其人叉手自冒心，心下悸”、“少阳病，不可吐下，吐下则悸而惊”，又“少阳病不可发汗，发汗，发汗则谵语，此属胃，胃和则愈，胃不和，烦而悸。”；“伤寒二三日，心中悸而烦……”“少阳病，四逆，其人或咳或悸”……，等等。说明了“心悸”症状的发生与外感邪气传变的关系和医者误治的关系。

中医辨证治病很讲究虚实，对于本病也不例外。认为实证多由外因引起，可由风寒湿邪侵袭经脉，邪气随经脉至心，使心气被阻，血液运行失常，而发为心悸。此类多属功能性病变，当外邪除去后即可恢复正常。虚证则多为内伤所致，与气血不足，心阴、心阳衰弱使气血运行不畅有关；还可因他脏患病累及。如脾肾阳虚，不能蒸化水液，聚液成饮，饮邪上逆，损及心阳而发为心悸。因虚证有一部份是属于器质性病变，恢复起来就要困难些，缓慢些。

中医还认为情志刺激对于本病的形成有重要关系，早在《素问·举痛论》中即指出：“惊则心无所倚，神无所归，虚无所定，故气乱矣。”由于突然惊吓或大怒大恐，或因思虑过度，劳伤心脾致使心神不宁，均可引起心悸。情志刺激本属外界因素，而往往又与机体本身的机能障碍互为关联，如果一时性因素除去后，本身功能健全的，心悸很快就可消

失；而本身机能障碍再加上精神因素的长期作用，心悸症状则时时发作而经久不愈，需要配合药物治疗才能好转。

本病辨证要抓重点。除了“心悸”这个主证以外，病人还有哪些重要的兼证和体征？通过望、闻、问、切四诊把主要的特征掌握好，然后分清虚实，对证下药方可收到较好的疗效。当然，客观条件允许，现代医学的各项检查结果可供我们在辨证论治和选方用药时作为重要的参考；如果条件不允许，那么，就应当根据中医的四诊所得进行综合分析，作为辨证论治的依据。

据我个人在临床所见，心悸虽有实证，但总的来说，还是虚多于实；虚实夹杂，虚多实少的情况也常有所见。那么，在病情错综复杂的患者面前，如何抓住其病情的实质，这就需要我们勤练中医的基本功了。

一般地讲，心悸病属虚证的大体可分为心神不宁，气血不足、心阳衰弱和心肾亏损四种类型。心神不宁型的特点是：善惊易恐，坐卧不安，多恶梦，易惊醒，脉数。气血不足型的特点是：面色萎黄，舌质及唇色淡红，苔薄，指甲、皮肤苍白，声音低弱，动则心悸气短，常兼有头晕目眩，体位改变时尤为明显，四肢乏力，脉细或濡细。心阳衰弱型的特点是：面色晄白无华，声低息微，说话有气无力，头晕神倦，畏寒肢冷，活动后心悸加重，心胸憋闷，四肢皮肤发凉，自汗，舌质淡，舌体胖嫩边有齿痕，切诊脉沉细无力或兼结代。心肾亏损型的特点是：面色略暗，眼眶发黑，心烦少寐，眩晕耳鸣，健忘，腰痠无力，舌质红，脉细数。临床时只要抓住以上特点，大体上是能分清病因病机的。至于属实的有以下两个方面需要考虑，一是水饮内停型，其辨证特

点是：心下胀满，小便不利，头眩晕，甚则浮肿气喘，咳吐痰涎，舌质白或白腻，脉象沉滑；二是瘀血内阻，此型多先有气滞而后方有血瘀，或气滞与血瘀并见。其辨证特点是：胸闷不舒，甚或心痛阵作，气短喘息，舌色紫暗，脉涩或兼现结代。以上两类是为实证。

具体的选方用药，心神不宁型我常用甘麦大枣汤加味，即加茯苓，硃灯心。病情较重的还可加磁硃丸（磁石、硃砂、神曲）冲服，以重镇安神宁心。民间偏方用硃砂3光、置于洗净之猪心内蒸熟，连药带猪心一日内分2~3次服完，治疗心神不宁型之心悸有效。气血不足型常选用归脾汤（《济生方》黄芪、党参、白术、茯苓、当归、远志、炒枣仁、元肉、炙草、木香、生姜、大枣）补气养血、安神定悸。方中可以加桂枝，麦冬养心阴壮心阳，并可酌加龙牡、珍珠母重镇安神以定悸。心阳衰弱型用炙甘草汤加减，以养心通阳双补气血。心肾亏损型常用滋阴清火、养心安神的补心丹，生脉散合方加减（当归、生地、茯苓、麦冬、玄参、丹参、党参、炒枣仁、柏子仁、五味、远志，磁石、牡蛎等）。成药硃砂安神丸对此亦有较好疗效。若阴虚症状明显，证见五心烦热、口干舌苦者，可酌加黄连、莲心、知母以清心肾两经之虚火；兼腰痠遗精可酌加炒杜仲、川断、金樱子、锁阳等，以加强补肾固精的功能。

心悸属实证的治疗，有水饮内停者可用健脾利湿，温阳利水的苓桂术甘汤加减，如兼有肾阳亏虚以致水气凌心的，则用真武汤加减以温阳行水；若症见痰热上扰，心悸痰多，舌苔黄腻、脉象滑数者，用温胆汤（茯苓、陈皮、半夏、甘草、竹茹、枳实）或导痰汤加减（姜半夏、陈皮、茯苓、枳实、

甘草、竹茹、胆星、黄连、栀子、远志、炒枣仁等)以清化痰热,养心安神而定悸。

瘀血内阻型宜用活血祛瘀的血府逐瘀汤(当归、生地、桃仁、红花、赤芍、枳壳、柴胡、甘草、川芎、桔梗、牛膝),可酌加瓜蒌、薤白、半夏、丹参、郁金等宽胸理气兼化痰浊。有瘀血者,常兼有气滞和心阳不足,用药时宜配伍壮阳强心,理气宽胸兼活血化瘀的药物并用,这样效果更为明显,且不致因活血化瘀药久用而伤气,可以收到一举两得的效果。

此外,前人医案,对我们也很有启发。如清代张石氏曾治一病例,患者为一老僧,心悸善恐,遍服补养心血之药剂不效,服天王补心丹数斤,症状反而加剧。张视其人面目四肢微有浮肿,体型肥白不坚,脉濡弱而滑,遂诊为气虚痰饮浸渍于膈上而致心悸,用导痰汤加参,桂通其心阳,服数剂后惊悸悉除,更以六君子加桂泛水为丸,调补中气而愈。从这一案例中,我们可以看出,治病要善于溯本求源。

祝你

进步!

北京友谊医院 周临深

心痛须详审 诊治分标本

张建新同志:

您好,来信收到了,知道您学习中医已经取得了一定成

效，十分高兴。

信中谈到您常遇到心痛病人，想了解一下有关心痛的辨证论治情况。这个问题并不是三言两语能够说清楚的，但确实有深入讨论的必要。

心痛从广义上讲，还包括胸痛、胃脘痛等等。由于前几次的通信中，我们曾讨论过有关胃脘痛等的辨证论治，所以，今天想同您谈一下因心脉本身病变而引起的两乳之中，鸠尾之间，也就是膻中部位疼痛为主的心痛的诊治，供您参考。

这类心痛的部位可以局限于膻中附近，或者在左前胸，甚至牵及手臂及背部作痛。有关这类心痛的病名很多，如“厥心痛”、“卒心痛”（《素问·缪刺论篇》）是就其心痛的卒发特点而命名的；“真心痛”是指病变发生具体部位及病发严重程度“手足青至节，心痛甚，旦发夕死，夕发旦死”而命名的。同时《灵枢厥病篇》还有按其兼证不同而以五脏划分命名者。其他如按具备心痛表现而命名的尚有胸痺（《金匱要略·胸痹心痛短气病证脉治篇》）及心痺（《灵枢·厥病篇》）等。

总的说来，心痛的命名还是以病损部位及疼痛具体表现命名为根本。

心痛的病位虽然在心，但请您注意，心痛发病与脾、肾、肝、肺诸脏的盛衰强弱都有密切的关系。它是属于本虚标实的病证。大抵由于情志失调，劳逸不当，或饮食失节，或因起居无常等因素导致了病变的发生。其病机主要是，（一）心气心阳不足，血脉瘀阻。您已经学过《金匱要略》，可能记得其中“阳微阴弦，即胸痺而痛”的论述，即是说，因为心

气或心阳鼓动力弱，血行不畅，以致心脉瘀阻而作痛。(二)心肾阳虚，寒邪凝滞。在内有阳虚、外有寒邪的情况下，血遇“寒则凝”、寒凝则血脉瘀阻，心脉不通，则引起心痛发生。(三)肝失条达，气滞于内。或因情志失和，肝郁气结；或肝阴虚损肝阳偏亢、热郁血结，瘀阻心脉为痛。(四)脾肾阳虚，痰浊阻滞。脾肾运化失司，不能温煦水谷，以致饮食不化精微而为痰聚浊，瘀阻脉道不通而作痛。

当然，上述病机有时独立存在，有时也可几种兼见。如果您感到掌握还有困难的话，可以记住：在脏腑功能失调或虚损的情况下，因血瘀、寒凝、气滞、浊阻、热结而引起的心脉瘀阻是导致心痛的根本病机。

建新同志，您在信中提到要重点讨论一下心痛的辨证论治问题，下面结合个人的体会谈一谈。

您知道，心痛证候是以疼痛为主证的，虽然也还有其他伴随症状，但辨证时，仍要以疼痛为重点详细分析。

首先要分析疼痛的性质，以辨别其发病原因。一般说来，闷痛的多为气滞、浊阻；刺痛的多为血瘀；灼痛的多为热结；绞痛的多属寒凝。有时疼痛的性质复杂，则其病因常常是兼见并存。

其次要注意疼痛时间，以分析病情轻重。疼痛发作时间短、次数少、时间不固定的，一般病情较轻；疼痛发作时间较长、次数多、时间固定（如每天夜间、或凌晨等）的，一般病情相对较重。

再次要详审伴随症状，以判定脏腑虚损或失调程度。心痛出现的伴随症状，常常是脏腑功能低下或失调的反映，伴随的症状多，则涉及的脏腑病变多或重；伴随症状少，说明

涉及脏腑病变少或轻。至于究竟涉及何脏何腑、则应按伴随症状情况分析判定。

以上的辨证要点并不是绝对的，临症还应结合舌、脉、病史等分析才能更符合病人的病情。

当前对于心痛的辨证论治途径很多，有随证施方者，有用固定方药者，有按法治疗者，有标本兼治者等等（详细情况您可参阅一下《新中医》1980年5、6期上，我写的综述）这里，我想仅就当前较多采用的标本结合辨证论治向您做一介绍。大抵是先分析心痛证候的标（血瘀、寒凝、气滞、浊阻、热结）本（脏腑功能失调或亏损），然后将两者结合辨证，并给予相应的治疗方药。

先说标证：血瘀者治疗以丹参、川芎、赤芍、乳香、没药、血竭为常用；气滞者多用郁金、川楝、延胡、香附；寒凝者多用桂枝、茱萸、良姜、细辛；浊阻者常用栝蒌、薤白、半夏、羌活、蔻仁；热结者多用黄连、石菖蒲、野菊花、寒水石。再说本证：心阴虚者以生脉散为主方加减；肝肾阴虚以一贯煎为主方加味（加丹参、鸡血藤、柴胡、郁金、姜黄等）；肝郁脾虚以四逆散或逍遥散加减；心脾气虚以丹参饮或人参汤为主方；心肾阴虚：真武汤合苓桂术甘汤；脾肾阳虚：右归饮为主方加减。

我们采用标本兼治法治疗了28例（有自身对照）冠心病心绞痛病人，显效率42.8%，有效率85.6%；而对照组（长效硝酸甘油片、潘生丁）的显效、有效率分别为11.5%及50%，两组有显著差异（ $P < 0.05$ ）。我们认为，标本兼治辨证论治原则的优点是从中医整体观出发，既注意病变本身，又注意机体反应状态，因此能够提高疗效。

另外，在辨证论治的基础上，按法（治则）治疗心痛，也能取得较好疗效。如解放军总医院中医科按法治疗123例冠心病心绞痛病人，其显效率是37.1%，有效率达99%。我院曾对45例冠心病患者按辨证情况，分别予活血化瘀、定痺通阳、益气活血等法治疗，心绞痛有效率为87.8%。均表明按法治疗的针对性较强，有助于提高疗效。下面，简要向您介绍一下：（一）活血化瘀法：是针对气滞血瘀这一病机采用的治疗大法，它的目的在于“疏其气血，令其调达”，代表方如血府逐瘀汤（《医林改错》）。我们体会，运用此法时，要注意气与血的关系，活血不忘治气，还要注意血虚与血瘀的关系，因为也有血虚兼血瘀者，临证时还要防止攻逐太过。再就是采用活血法时，慎用破血药，以防伤正。（二）芳香温通法：主要是根据“通则不痛”的理论，使“不通”向“通”转化。此法的特点是缓解疼痛较快，当前一些控制心痛的速效药多由芳香温通开窍药组成，如苏合香丸、冠心苏合丸及我院常用的宽胸丸、心痛丸都属此类。个人体会使用本法还应与治本方药，特别是与温阳法合用，疗效更好。（三）宣痺通阳法：此法是“以通为补”，代表方如栝蒌薤白半夏汤。临床多与活血化瘀法、益气、温阳法合用。（四）清热宣痺法：凡热结胸中者，常用之。代表方如小陷胸汤。运用此法时要注意热盛伤阴情况。（五）舒肝解郁法：常用于肝郁气滞而致心痛者，此法体现了“木郁达之”的治疗原则，常用方如四逆散等，临床应用多与活血法及养阴法合用。（六）滋养肝肾法：心痛属于肝肾阴虚者不在少数，治疗用一贯置为主方合活血理气之品化裁。（七）温补肾阳法：主要是“益火之源、以消阴翳”，临床常与宣痺通阳法合用。代表方如金匱

肾气丸。(八)补气养血法：主要用于气血两虚者，代表方为生脉散合当归补血汤。总之，以法为主治疗心痛是有效果的，临床上如能掌握病机，辨证准确，运用得法，是可以收效的。

建新同志，有关心痛的辨证论治，暂与你讨论到这里。当然，有关心痛发作时的临时控制，以及出现其他合并病的处理等，也可能是你关心的问题，我们以后再谈。

祝您

进步！

中医研究院西苑医院 周文泉

胁 痛 的 治 疗

何明同志：

你好！来信收到。你对《灵枢·五邪篇》“邪在肝，则两胁中痛”一句经文理解不深，希望我谈谈如何正确理解这句经文，以及胁痛的治疗经验。我们知道，两胁是足厥阴肝经和足少阳胆经循行的部位，胆又附于肝，所以胁痛多与肝胆有关。

根据胁痛形成的不同原因，临床上可分为肝气郁结、瘀血阻滞、肝胆湿热、肝阴不足等证型。肝气郁结者，多由情志不畅，或郁怒伤肝，致肝失条达气阻肝络而成。其特点是一侧或两侧胀痛，痛而走窜不定，随情志的变化而增减，暖气、矢气后稍舒，常兼胸闷不适，饮食不思，恶心呕吐，肠

鸣腹泻，苔薄，脉弦等肝胃（脾）不和症状。治疗当疏肝理气，气机通畅疼痛即可以缓解。常用的疏肝理气药物如柴胡、青皮、香附、郁金、枳壳、木香、香橼等；方如柴胡疏肝散、逍遥散之类。若肝郁过久，易致肝气横逆犯胃犯脾，除胸胁胀满疼痛外，还可见呃逆暖气、恶心呕吐、脘腹胀满的胃气上逆症状，以及不思饮食、肠鸣腹泻的脾虚失运症状。在治疗肝胃不和时，就应抑肝和胃，使肝气条达，胃气得降。抑制肝气横逆的药即疏肝理气药；和胃降逆药常用半夏、赭石、旋复花、竹茹、生姜等。对肝气犯脾、脾失健运而出现的肝脾不调者，也当抑肝理脾；健脾药常用党参、白朮、茯苓、淮山、陈皮、莲米、扁豆、木香、炙甘草等。肝郁日久，还可因气滞而成血瘀。

瘀血阻滞者，血瘀胁痛的特点是刺痛，痛有定处，按之痛增，夜间痛甚，舌质紫暗，或见紫色的斑点。治疗多在理气的基础上加活血化瘀药，取“气行则血行”之意。活血药如当归、丹参、鳖甲、桃仁、红花、三七、延胡索、五灵脂、蒲黄、三棱、莪朮等。方如血府逐瘀汤、复元活血汤。必须注意，肝郁和血瘀症状上不能截然分开，往往相互兼夹。因为气滞可使血液瘀滞，血瘀阻塞脉道又更加促使气滞，所谓“初痛在气，久必及血”。因此，气滞和血瘀只不过是先后出现的证候而已。治疗时要看患者以气滞为主，还是以血瘀为主。如气滞证候明显而兼血瘀证时，当重在疏肝理气，佐活血化瘀，用柴胡疏肝散加桃仁、红花、当归、延胡延之类；如血瘀证候明显而又有气滞证时，应以化瘀为主兼理气，用血府逐瘀汤加郁金、香附。用药时对气虚兼气滞，或阴虚兼气滞者，应考虑其本虚标实，着重益气兼疏

肝，或育阴兼理气。这是因为疏肝药物大多辛香走窜，易于耗气伤阴。肝为刚脏，宜柔不宜伐，疏气药过多，能耗气耗血，对肝不利。如果有肝气郁结证状，而又出现心烦、口苦、小便黄赤、舌红苔黄、脉弦数时，这是气郁化火，当在理气的同时选加丹皮、栀子、黄芩、川楝子、龙胆草、青黛等清泄肝热的药物。

肝阴不足者，多隐痛，其痛绵绵不休，除胁痛外，还兼头晕目眩、两目干涩、咽干口燥、心中烦热、舌红少苔、脉弦细数等肝血不足，阴虚火旺的症状。法当补养阴血，只有阴血充足，筋络得养，疼痛才能停止。补养阴血的药物如当归、白芍、首乌、熟地、女贞、枸杞、龟板、枣皮、阿胶、玄参、旱莲草等，代表方如杞菊地黄丸、一贯煎之类。

肝胆湿热的胁痛多灼热疼痛，为湿热壅滞肝胆，气机受阻，肝失疏泄所致。因此兼有胸闷不饥、口苦口粘、恶心呕吐、小便黄赤，甚至面目发黄，舌红苔黄腻，脉濡数等湿热证候。解除这种胁痛，必须用清热除湿的方法。药如茵陈、滑石、豆卷、苡仁、佩兰、萆薢、藿香、木通、泽泻、车前仁之类；方如甘露消毒丹、龙胆泻肝汤等。

你认为病毒性肝炎有胁痛的症状，应归属于《中医内科学》“胁痛”范畴，在治疗时可以不分证型，一律使用柴胡疏肝散、逍遥散和板蓝根，均能收到一定的疗效。对这个问题我认为单纯以中医“胁痛”病名来概括是不全面的，如果仅用一方一药来治疗病毒性肝炎，更是和祖国医学“辨证施治”的原则不符的。因为病毒性肝炎是现代医学的病名，我们从临床实践中体会到本病属于祖国医学湿热病中湿温的范畴，又与黄疸、胁痛、急黄、臌胀以及癥积等证有关。如急

性黄疸型肝炎，因其巩膜、皮肤出现黄疸，这与医籍里的阳黄证很相类似；急性无黄疸型肝炎，患者常感右上腹部不适或隐痛，并伴有食欲不振、恶心呕吐、腹胀乏力等症，中医又常列入胁痛及肝胃不和、肝脾不和以及湿邪困脾等证型中；重症肝炎，其势暴急，黄疸增加迅速，并出现狂躁、谵妄、抑郁以及昏迷等中枢神经系统症状，古人称之为“急黄”或“瘟黄”。对慢性肝炎出现的肝脾肿大，以及肝炎后导致的肝硬化腹水，又多归于癥积和臌胀的范围。在治疗这些疾患时，要收到满意的效果，就必须运用祖国医学“辨证施治”的原则。绝不能千篇一律死守一、二个成方，或几味药物去进行治疗。

至于急、慢性胆囊炎，胆石症，在急性发作期间，有剧烈的胁痛，可牵引右肩背，甚至有恶寒，发热、恶心、呕吐等症出现，中医是怎样认识和治疗的问题，祖国医学也是有很好的认识和治疗经验的。例如《灵枢·经脉篇》说：“胆足少阳也，是动则病口苦，善太息，心胁痛，不能转侧”，《灵枢·胀论》说：“胀者，胁下痛胀，口中苦，善太息”，《景岳全书》又说：“凡寒邪在少阳经，乃病为胁痛，耳聋而呕。”这些论述都很明确地指出了胆囊病的各种症状。中医认为本病多由肝郁气滞，或湿热蕴结于肝胆，使肝络失和，胆失疏泄，兼之饮食不节，寒温不适，或虫积中阻等引起。由于肝与胆，一脏一腑，互为表里，络脉相通，其经脉布于胁肋，属肝络胆。肝喜条达，最恶抑郁，胆宜通降，若长期情志抑郁不舒畅，就可使肝气郁结；过食肥甘厚味，就会湿热内生；外感寒热，致使少阳枢机不利；虫积肠胃，最易窜入胆道，阻碍胆汁的疏泄；湿热煎熬，可炼胆汁为砂

石，阻塞胆道；所有这些原因都可导致胁肋疼痛，而出现寒热往来、心烦口苦、恶食肥甘、恶心呕吐、脘闷纳差、便秘尿黄，甚或面目发黄等证。因此治疗本病，首当疏肝利胆，清热通腑。应根据“六腑以通为用”、“通则不痛”的治疗原则。临床上常用四逆散、柴胡疏肝散、大柴胡汤、茵陈蒿汤等，随证加减化裁，定会收到效果的。

何明同志，有关“胁痛”的问题还很多，这里我仅给你讨论了部份问题，我的这些看法是否有助于你呢？如果对胁痛还有什么问题，我们以后再行讨论吧。

祝你

工作愉快！

四川省宜宾卫生学校 李龙维

黄疸治非易 悉心辨阴阳

衷中同志：

你好！拜读来信，知道你在中学念书时，曾患过黄疸病，经当地中医治疗，很快就康复了，从此就立志学习中医。你谈到在临证时，对黄疸病在诊治方面，还存在一些问题不甚了了。现在就你提出的有关问题，作如下回答，供你参考。

黄疸，不能单纯从发现病人皮肤出现黄色而定。早在

《素问·平人氣象论》就有记载：“溺黄赤，安卧者，黄疸；……目黄者，曰黄疸”，《灵枢·论疾诊尺篇》又说：“身痛而色微黄，齿垢黄，爪甲上黄，黄疸也。”由是观之，从古至今都是以目黄、身黄、尿黄为主要症状，其中尤以目黄为确定本病的重要依据。

黄疸的分类，一般常为阳黄与阴黄。怎样鉴别呢？一般而言，须从发病的急速或缓慢，黄色的鲜明或晦暗，病程短或长，舌质红或淡，舌苔黄腻或白腻，脉象弦数或濡缓等方面加以鉴别。前者为阳黄，后者为阴黄。实践证明，阳黄常见，而阴黄较少见。但二者在一定的条件下可互相转化，如阳黄迁延失治，或过用苦寒致脾阳受损，则可转化为阴黄；阴黄过用温燥药物，伤阴化燥，或者再感受湿热外邪，致湿热内蕴，也可转变为阳黄。

另外，你提出临证常见湿热为患者，为什么有的病人又不出现黄疸呢？这是由于湿热尚停留气分，还未造成瘀阻，故一般多不出现黄疸。只有湿热郁阻血脉才会出黄疸，《伤寒论》说：“瘀热在里，身必发黄”。唐容川《金匱要略浅注补正》指出“一个瘀字，便见黄皆发于血分也，小便黄赤短涩而不发黄者多矣，……故必血分湿热乃发黄也”，说明湿热邪气入于血脉，阻滞血络，逼迫胆汁外溢，浸渍于肌肤，才能出现黄疸。所以，纵然湿热内蕴，偏于气分则可以不发黄，偏于血分则可以发黄，此其理也。

黄疸既有阳黄、阴黄之别，故治疗当用不同的法则。阳黄属热证实证，治用清热利湿、活血退黄；阴黄属寒证虚证，治当温化寒湿、活血退黄。

你问：阳黄既然是湿热为病，治疗上清热利湿不就行了

吗？为何有的疗效并不理想呢？这首先应当辨别湿热孰轻孰重。如病人表现为：身目色黄鲜明如桔子色，发热口苦，渴而喜饮，恶心呕吐，腹胀胁痛，纳减厌油，小便黄赤短少，大便秘结，舌红苔黄或黄腻，脉弦数等。这类病人则属于热重于湿，治当清热利湿，攻下瘀热，选茵陈蒿汤加味。如果病人身目色黄鲜明，四肢倦怠，胸脘满闷，腹胀便溏，恶心呕吐，纳减厌油，小便黄少，苔白腻或黄腻，脉濡等，属于湿重于热，治当利湿为主，佐清热活血之法，选茵陈五苓散加减。

你认为阳黄即现代医学之急性黄疸型肝炎、胆系感染等疾病，应该说还远不只此，只能说上述疾病可以在中医黄疸病中求治。就以急性黄疸型肝炎来说吧，从我多年来临床所见，绝大部分病人表现为阳黄。据中医研究院报道128例中，除1例为阴黄外，其余均为阳黄。在90例急性黄疸型传染性肝炎的治疗中，主要以茵陈蒿汤、茵陈五苓散和小陷胸加枳实汤论治。临床治愈78例，基本治愈12例，平均治愈天数为41.6天，巩膜黄平均消失天数为24.7天。多年来，我在治疗急性黄疸型传染性肝炎中，除使用清热利湿常法外，注重解毒、活血、舒肝，在选用茵陈蒿汤或茵陈四苓散时，常加入丹参、山楂、柴胡、蒲公英、板蓝根等药，加强清热解毒、活血化瘀、利湿舒肝的作用。尤强调必用活血舒肝之药，使肝之疏泄正常，气血冲和，瘀滞消除，以加速退黄。近年来，对急性黄疸型肝炎治疗的报道很多，也多不离此原则。如有人用茵陈板蓝根汤（茵陈蒿汤加板蓝根、玄胡、鸡金、丹参、前仁、观音草、白芍、胆草）治疗急性黄疸型肝炎29例，均是阳黄，临床治疗21例，显效和好转8例。类似

的方剂如板蓝根栀子汤、茵陈蒿汤、降黄汤1号、降黄汤2号等，均系茵陈蒿汤加减化裁，对黄疸型肝炎均有较好疗效。应注意在临床工作中，不能一听说是黄疸型肝炎，就一味清热利湿，因为有少数病人可能是阴黄，也可能是在阳黄治疗中转化为阴黄，临证当详辨，不可掉以轻心。慢性肝炎也有少数病人属阴黄者。据报道：病人张某，男性，42岁，患慢性肝炎三年余，症见面色晦黄、纳少腹胀、肝区隐痛而有定处、神疲畏寒、大便不实、小便黄少，苔白微腻，脉来沉缓，肝大，肋下2厘米(可扪及)，质地较硬，肝功异常。考虑为阴黄，治以温振中阳、祛湿散寒、活血退黄的茵陈朮附汤合下瘀血汤化瘀，(茵陈、焦朮、熟附片、干姜、郁金、党参、茯苓、丹参、桃仁、廔虫、甘草)。服药34剂，诸症基本消失，肝功能正常。

至于胆系疾病，有的病人出现黄疸，而有的病人则不出现黄疸。有人报道在69例急性胆囊炎中，出现黄疸者22例。有人用茵陈胆道汤治疗胆石胆囊炎，治愈率达43.8%，在缓解腹痛、退黄、体温复常、腹部体征消失方面均比较满意。该方实际也是由茵陈蒿汤加金钱草、柴胡、黄芩、枳壳、木香等组成。我在临床所见这类病人，皆以腹痛为主，并见恶寒发热或寒热往来，恶心呕吐、厌油纳呆，便秘尿赤，舌质红，苔黄腻，脉弦数等。若出现黄疸者，常习用大柴胡汤加茵陈、栀子、金钱草、广香等，疗效比较满意。

你谈到地处农村，常在葫豆成熟季节有黄疸病人出现。这又要考虑有无葫豆黄的可能，如有条件当做相应化验检查，就可确诊葫豆黄。也可以阳黄论治，它是湿热为患侵及血分，但一般尚兼有气血亏损，这是它的病理特点。除用清

热利湿退黄外，应佐气血双补之法。有人用蚕豆黄合剂（茵陈蒿、栀子、党参、大青叶、茯苓、藿香、车前草、山楂）治疗蚕豆病100例，除4例合并肺炎外，其余96例均于1~3天痊愈或好转。

前面所谈的有关黄疸的问题，还很不全面，虽然讲了这么多，总的说来，在临床实践中，就黄疸的基本辨证而言，必须分清阴黄、阳黄，不致在治疗时出现差谬。实际上黄疸的临床变化，还有种种复杂的情况，如有各种兼夹症者又当灵活处理。此外，尚有重危证候，如热毒炽盛，伤及营血，引起高热、神昏、出血等严重表现的急黄；有因天行疫病，以致发黄的瘟黄等，最易危及生命，更须详加辨认，针对病人寒、热、虚、实等具体情况，使用不同的治疗方法和方药，这里就不再一一论及了。

衷中同志，上面所谈到有关内容，如有遗漏可再来信。

祝你

努力学习！

四川省内江地区第二人民医院 支同寿

郁 症 一 谈

继业同志：

你好！收到你的来信，十分高兴。你提出的有关郁症的几个问题，对我颇有启发。这里谈谈初步看法，供你参考。

郁症的名称和概念，以及历代医家对本病的论述，看似名目繁多，其实，只要抓住一个“郁”字，就能执简驭繁。例如《素问·六元正纪大论》所论的木郁、火郁、土郁、金郁、水郁，是从五行结合五脏论郁；《景岳全书》的怒郁、思郁、忧郁、悲郁、惊郁、恐郁，则是从情志论郁；《丹溪心法》提出的气郁、血郁、湿郁、热郁、痰郁、食郁，又是从病因、病机论郁。凡此种种，无一不归结到一个“郁”字。“郁”者，郁滞不通也。64年版《中医内科学讲义》指出：“郁症是情志怫郁、气机郁滞所引起的疾病的总称”。这一定义，言简意赅。若认真领会，自能得其要领。

郁症病因，主要由情志郁结所致。但忧思恼怒，本是人之常情，为什么有的人患郁症，有的人又不患郁症呢？这除了与其所受情绪刺激程度的轻重以及持续时间的久暂有关外，还与人的性格特征密切相关。据临床所见，郁症患者多有个性孤僻、沉默寡言、气量狭窄、多愁善感等个性上的特征。因此诊断郁症，了解和掌握患者的性格特征十分重要。来信中谈到，你在临床上曾遇到过平素性格刚强、果断、豪放的人也有患郁症的。不过，这种情况毕竟不多见。

情志怫郁虽是导致郁症的重要原因，但不是唯一原因。因病致郁在临床上也不少见。如有一女青年，平素身心健康，后因患病毒性脑炎，虽经治愈后，但功能恢复不好，以致长期心情不舒、急躁易怒、睡眠欠佳、面容憔悴，成为典型的郁症。因患胁痛、惊悸、失眠等内科疾病而继发引起郁症例子更是屡见不鲜的。此外，一些慢性疾病久治不愈，导致“心病”，也可形成郁症。某些较难治的痼疾，医者如能细察，也有郁症之迹可循。

因此，人们常用“因郁而病，因病致郁”来概括郁症的病因。《景岳全书》说：“五气之郁，是因病而郁；情志之郁，是因郁而病。”若只强调因郁而病，而忽视因病致郁，显然是不全面的。

至于郁症的病机，总的来说不外情志抑郁、气机郁滞、气血失调、脏腑功能紊乱。其病变过程，多先由气滞，继至血瘀、湿停、痰阻、食滞、火郁，进一步发展可损伤脾胃功能，耗伤肝肾阴血，导致虚损。所以《内证治裁》指出：“七情内起之郁，始而伤气，继必及血，终乃成劳。”

临床如何掌握本病的辨证施治要点呢？我的体会是：病变在气而病位在肝，疏肝理气乃为治疗大法。《临证指南》中所辑郁症医案凡38例，其中大都为“悒郁动肝”、“气郁不舒、木不条达”所致。郁症所表现出的一系列主症，如情志怫郁、胁肋疼痛、烦躁易怒、头晕脉弦等，多属肝经症状。至于病变在气，丹溪有精辟的论述，他说：“气血冲和，万病不生，一有怫郁，诸病生焉。”尽管郁症病机复杂，然其关键的病机乃是气机郁滞逆乱，故只要抓住气郁这一病变实质，就能纲举目张，分析辨证就比较容易了。故疏肝理气之法，正是针对病位在肝、病变在气而设。《素问·六元正纪大论》指出“木郁达之”，就是说肝郁当用疏理条达的治法。费伯雄说得更为具体，他指出治疗的措施在于“气血疏通”。

法既立，我认为方可选四逆散化裁，本方药味虽少而构思精妙。“疏肝气、止疼痛、散郁热”，可谓“调和肝脾、肝胃之要方”，用于肝气郁滞，肝脾失调所致的胃脘痛、腹痛、疝气、肝炎、肝硬化、胸痛、胁痛等多种疾病，均有很好的

疗效。由于本方长于调理气机郁滞，深合郁症病位在肝，病变在气的病理特点，故以本方为基础，随证加减，可统治气郁诸证。气郁甚者，加川芎、香附；脾虚者，加白朮、茯苓；犯胃者，加厚朴、陈皮；横串经络者，加橘络、丝瓜络。至于夹痰夹瘀夹食化火者，则半夏、川芎、神曲、梔子均可酌情选用。

逍遥散治郁症，疗效也很好。我认为，逍遥散实为四逆散演化而成，故善用四逆散加减，逍遥散之法自在其中，且更显得轻灵圆活。

丹溪对郁症深有研究，倡导气、血、湿、热、痰、食六郁之说。所创越鞠丸，以香附理气为主，辅以川芎调血、苍朮去湿、神曲消食、山梔泄火，一方而六郁通治。前人验案甚多，现代报道肯定本方疗效的亦不少。例如《医方新解》指出本方“主治气、血、痰、湿、食、火等郁滞引起的精神抑郁、烦躁失眠、胸腹胀痛、食欲不振以及痛经等症。”并认为用本方酌情加减，治疗神经衰弱、胃肠神经官能症、乳腺病、更年期综合征，以及小儿消食不良，疗效甚佳。可见，越鞠丸治郁之功，不可忽视。

在熟悉上述治法的基础上，临床还应注意，肝郁日久、或屡用疏肝理气之剂，往往化火伤阴，使病情由实转虚，形成虚实夹杂的病机，出现胸胁灼痛、烦躁易怒、手足心热、心悸失眠、头晕目眩、口燥舌红、脉弦细数等见症，此时又当顾护阴血，不可一味疏泄。对于这种虚实夹杂的病情，要本着养阴不碍气化、理气不伤阴血的原则，精心选方用药。偏气郁者，可用四逆散加麦冬、女贞子；偏阴虚者，可用一贯煎加味；二者并重者，可用四逆散与滋水清肝饮合方化

裁。凡阴虚气郁兼见之证，在单味理气药的选择上，川楝、郁金、佛手、白蒺藜、麦芽尤为适宜，因其既善理气解郁又无伤阴耗血之弊。当然，如纯属阴血耗伤、神躁不宁者，又当以滋养为主，《金匱要略》百合地黄汤、甘麦大枣汤用之得当，可收满意疗效。曾遇一青年男子，因择偶几反几复，致现神思颠倒、饮食无味、睡眠欠佳、面容憔悴、言行急躁、坐立不安，脉数急之象，先用疏肝解郁之剂无效，改用甘麦大枣汤而愈。

郁症治疗，除药治外，精神疗法不可忽视。《灵枢·师传篇》强调要“告之以其败，语之以其善，导之以其所便，开之以其所苦。”华岫云指出“郁症全在患者能移情易性。”俗云“看花解闷，听曲消愁”均形象地说明了“心病还须心药医”的道理。药物治疗和精神疗法，是治疗郁症不可偏废的两个方面，具体运用时，要谨守病机，有所侧重，或以药疗，或以心治，或两法兼施，否则，“药逍遥，人不逍遥，其乐何有？”

祝

进步、愉快！

四川省黔江县第二区医院 张廷瀚

治不寐难 难在何处

余辉同志：

来信已阅。从你的提问里，知你过去在治疗不寐方面走了一些弯路，而且至今尚未摆脱这种困境。此种情况的出现，对于刚刚接触临床和临床不久的同志来说，并不奇怪，也不可怕，而是探索前进中常常遇到的事情。只要你知难而进，反复实践与认识，这些问题是会逐步解决的。

下面就你的提问，谈谈我的肤浅看法。

不寐：病证名。出于《难经·四十六难》。《素问·调经论》称“不得卧”，《伤寒论》、《金匱要略》称“不得眠”。此证病情表现不一：有难于入寐者；有寐而易醒，醒而不寐者；有时寐时醒者。总之，统称为不寐或失眠。

你认为“引起不寐之原因，都由心不藏神所致。”这是不恰当的。为什么这样说呢？因为，心不藏神并不是不寐之因，而是各种病因直接或间接地作用于心脏，引起心脏藏神功能失调之结果。既然如此，那末，导致心不藏神的主要原因有那些呢？简而言之，有四个方面：一是思虑劳倦过度，损伤心脾。心伤则阴血暗耗，并加剧脾失健运；脾伤则生血不足，心血更亏。二者互为因果，致血虚神无所依，故不寐；二是饮食不节，肠胃受伤，以致宿食积滞，或食积酿痰化火，或恣食生冷、酒酪、肥甘致痰湿内生，或郁而化火，

上扰神明。此即“胃不和则卧不安”。三是先天禀赋不足，或病后真阴亏损。肾水不足，不能上济于心，心火偏亢，不能下达于肾，水火失济，心肾不交，神明受扰。四是素体心胆虚弱，善惊易恐，惊恐又致心胆气虚。如此恶性循环，则神魂不安，不寐即生。

由于你对不寐之因缺乏明确认识，所以，在辨证方面，看到的只是现象，而不是本质的东西。我认为，这就是你把朱砂、琥珀、真珠母、生龙骨、生牡蛎、远志、合欢皮、夜交藤合为一方，用来治疗一切不寐（而很少获效）的根本原因。

认识是逐步深入的，失败是成功之母。为了提高治疗不寐的效果，你吸取了前面的教训之后，经过了一段时间的临床实践，认为不寐分虚实两类，即“有邪多实，无邪为虚。”勿庸置疑，这是完全正确的。可是，话又说回来，为什么你“用温胆汤治疗数例实证不寐，效果悬殊很大呢？”我认为，主要有以下两个原因：一、实证不寐并非仅指胸脘胀闷，呕恶，苔黄腻，脉滑数或弦数之痰火壅遏中焦症，还包括脘腹胀痛，暖气食臭，纳呆乏味，脉沉实之食积症，和症虽类同因痰火阻遏而苔白腻滑、脉不数之痰湿中阻症。上述诸症，病因不同，或不完全相同，用温胆汤统治，痰火者可效，余皆难效也；二、实证不寐，多因食、痰、火相因或相兼为患，故必须权衡三者之轻重而治之，否则，疗效当然不高。我常把二陈汤和平胃散相合作为基础方，随症加减，用于上述诸症。如痰湿重者，加苍朮、白朮、石菖蒲、川贝；食积者，加神曲、麦芽、楂肉；食积或痰湿郁久化火者，加竹茹、枳实，火甚者，更加黄芩、栀子。

你问：“心脾亏损、心肾不交、心胆气虚，都可导致不寐、心悸、多梦等心虚之症，临床上如何鉴别呢？”

首先，心脾亏损之心虚症，是以血虚为主，心血不足，不能华面荣舌，故有面色萎黄、舌质淡之见症；心肾不交之心虚，是以阴虚为主，故有阴虚生内热之表现，如口干咽燥、心中烦热、舌红苔少等；心胆气虚之心虚，是以气虚为主，故每有自汗、少气、甚则心中空虚、惕惕而动之症。其次，心脾亏损，必有脾气虚弱，健运无权，统血失职之食少便溏、倦怠乏力和肌衄、妇女行经量多及崩漏等表现心肾不交，与肾阴虚关系非常密切。肾主骨，生髓，藏精。肾阴不足，则骨失所荣，髓海不足，藏精失司，故多有腰酸腿软，头昏耳鸣及遗精之外候；心胆气虚者，尚兼善惊易恐之特殊症状。

症候区别开了，治法方药也就有了。如心脾亏损，当补心血，健脾胃，归脾汤最为适合；心肾不交者，应滋阴清火，交通心肾，朱砂安神丸、交泰丸均可随证选用；心胆气虚者，宜益气镇惊，安神定志。酸枣仁汤和安神定志丸均合病情。

由上可见，上述三症，因为病因病机不同，临床表现各有特点。抓住这些特点进行辨证，就可以透过现象，认清本质，把它们区别开来，并分别给予恰如其分的处置。

“治不寐难，难在何处？”由上可知：难就难在辨证。然而，就不寐来说，我认为，辨证之难，又在虚症和虚实相兼方面，其理由是：一，虚是一个笼统的概念，若辨不清虚在何脏，是阴虚、阳虚，还是气虚、血虚，而妄施补药，则不仅治无效果，徒费药物，还会加剧病情，给病人带来不必

要的痛苦；二，虚证不寐，往往累及多脏，扑朔离迷，难以辨别。设若已经查明虚在何脏，属何性质之虚，但不知何脏为主，何脏次之，用药不中要害，也是难于取效的。记得一文姓不寐患者，其证兼倦怠乏力、食少微呕、便溏、并有五心烦热、腰痛绵绵、舌淡、脉细弱等症，由于我当时没有把脾虚和肾虚证状出现之先后弄清楚，故用八仙长寿汤致腹泻日五六次。虽然后来用六君子汤加山药、黄芪而泻止，又用八仙长寿汤治愈了患者的不寐，但是，这个教训，至今仍深深地印在我的脑海里。三，虚实兼杂者，其证比较复杂。治疗上既要注意虚实之轻重，又要考虑到标本缓急。如实中挟虚，是实证为主，虚证为次。实证急者，应先驱邪后补虚；反之，当侧重驱邪，兼以补虚。虚中挟实则不然，它以虚证为主，实证为次，除实证急迫者，当先治实外，一般情况下，都应虚实同治，断不可纯用补法和攻剂。否则，补必助邪，攻辄伤正。兹举我治验一则说明之：周××，女，65岁。患者素患不寐，伴多梦，腰痛绵绵，双目干涩。诊前3日呕吐，为饮食物及痰涎，入水亦吐，苔白腻滑，脉细数，此乃肝肾阴虚挟痰湿之候。因为痰湿证急，故药用陈皮、云苓各12克、半夏15克、生姜、枳壳、藿香各9克。2剂后呕吐止，苔退大半。痰湿未尽，阴虚之证著，遂用杞菊地黄汤合二陈汤加川贝母，4剂而愈。

临床上，还有两个应该引起重视的问题：一是虚证不寐，来势较缓，由渐而成，病程较长，取效甚慢，只要辨证无误，就应守法守方。若求效心切而任意变法更方，越频繁则取效越难而变证越多；二是有的不寐，尤其是情志失调所致的不寐，不能只强调药物治疗，而应当配合做细致的思想工

作，以解除顾虑，增强病人战胜疾病的信心，否则，欲求良效，是很难办到的。

以上谈了很多，说明治不寐难，首先难在辨证；而辨证之难，重点又在虚证和虚实相兼方面。这是我的认识，也是我写这封信的结束语。

祝

学习进步！

四川省华蓥工农区803信箱职工医院 陈国华

眩晕非小病

诊治宜审慎

甘益民同志：

你好！你希望我谈谈眩晕的诊断和治疗，今不揣浅陋，管见如下：

眩晕是以病人的自觉症状来命名的一种疾病，可出现在多种疾病过程中，需要注意，它不等于西医的“美尼尔氏”病。有人曾统计过140例眩晕病人，其中美尼尔氏病仅占11.4%。

眩是眼花，晕是头晕，两种症状常同时出现，故统称为眩晕，一般人则称为晕病。眩晕有轻有重，轻者只觉头昏眼花，闭目片刻就过去了；重者常觉得天旋地转，有时只能静卧在床上，起则站立不稳，还会出现恶心、呕吐、出汗等。

我初临证时，只知“无痰不作眩”；“头旋眼花，非天

麻、半夏不除”等句子。因此，每遇眩晕病人概用半夏白朮天麻汤加减。这样治疗，失败的时候多，而成功者少。在这种情况下，我曾多次向老中医请教，并细心观察他们的辨证施治，一方面又认真用学来广闻，以用来读书，收集资料，才逐渐认识到，眩晕的病因和证型是很复杂的。根据前人的总结，其病因病机归纳起来，有“风”、“火”、“痰”、“虚”四种。风为阳邪，其性善动易升，故有“高巅云上惟风可到”之说；火亦为阳邪，其性炎上，故有“无火不作眩”之说；痰为阴邪，其性重浊，易阻遏气机升降，故有“无痰不作眩”之说；张景岳根据《内经》“上气不足”、“髓海空虚”可产生“头为之苦倾，目为之眩”，“脑转耳鸣，胫酸眩冒”等论述，又提出了“无虚不作眩”。这四种病因病机，又可用“虚”、“实”二字概括。临床上，如能抓住虚实辨证，治疗就比较容易了，就能掌握其要领。

眩晕的基本证型，一般认为有风阳上扰，心脾两虚，痰浊中阻，肾精不足。风阳上扰可由肝肾阴虚，阴虚阳亢风动而成，亦可由肝火或风热伤阴转化而成，可用天麻钩藤饮加减治疗。心脾两虚是因心血不足和脾气亏虚两种因素综合而成，常用归脾汤加减治疗。痰浊中阻可因脾失健运而致痰湿中阻，也可因水湿困脾而致清阳不升、浊阴不降，这才当用半夏白朮天麻汤加减治疗。肾精不足可因房劳伤肾而致，也可因虚下损及肾而成，常用右归丸加减治疗。当然，临床见到的眩晕病人，决不只是这四种类型，风热上攻、肝火上冲、肝郁化火、肝风内动、痰火上扰、水饮留聚、单纯气虚、单纯血虚、肾阳不足、阴阳两虚、冲任亏损等证，都可见到，但只要掌握了基本类型，灵活变通，其它证型也就不会

太难了。

你来信说，“掌握处方用药要容易一些，就是辨证最难”，临床确是这样。因为单纯一种病因，侵袭一个脏腑，出现一种单纯的证型，临床上虽然有，但并不多见。多见的还是两种以上的病因，侵袭一个或两个以上的脏腑，而产生的复杂证型。因此，只记住书本上所讲的病因、证候、症状和方药，去应付临床所见到的错综复杂的证候，是难以得心应手的。

那么，对眩晕的辨证是否就无从下手呢？不是，疾病都有一定规律可循。我认为，要紧的还是先分清虚实，再辨别风、火、痰、虚。只有在分清虚实的基础上，进而辨清为风、为火、为痰、为虚，才不会犯使实者更实、虚者更虚的错误。所以在辨证时，除症状和舌脉外，你应该注意：一、诱发原因：凡因劳倦、房室、思虑、失眠、失血、久病而引起眩晕者，多为虚证；凡因恼怒、醉酒、暴食、斗殴、热病引起者，多是实证。二、发病时间：经常犯病，病的时间又长，多是虚证；头一次发病，病的时间又短，多是实证。三、病势的缓急轻重：一般来说，虚者多发作缓慢而病情逐渐加重，发作次数逐渐增多；实者多突然发病且病情开始即重，晕无休止。此外，头晕较轻，病人可以忍受，眼睛发黑或冒金星，只要闭目片刻即可消除，多为虚证；若病人自觉头旋脑转，不能站立，不敢睁眼，睁眼则视物皆转，多为实证。眩晕发作后，有时轻有时重，有时晕有时不晕，多为虚证；若发后既不减轻，也无停止之时，而是一直持续眩晕状态，多是实证。老年病者多属虚中挟实。四、头部的感觉：病人自觉头晕而兼痛胀者，为实证；头脑空虚感，是虚证；

有痛感的是风邪；有胀感的为火热；有紧束或沉重感的多痰湿，亦有气血不足或阳气亏虚者。如果把以上几点同兼症、舌、脉结合起来，进行全面的综合分析，确定眩晕的病因、虚实、证候就不会十分困难了。辨证清楚，治法就可以确定，处方用药也就有依据了。

临床上，有时还可能遇到兼证少、舌脉多无异常，有时甚至出现无症可辨的情况。该怎么办呢？经验告诉我们，一般来说：

一、青年多火，中年多郁，老年多虚。

二、男子以精为贵，精易耗；女子以血为重，血易损。

因此，对于无症可辨的眩晕病人，可根据年龄和性别特征治疗。方法是：（一）青壮年，不分男女，可按风热上扰处理，疏风散热，清利头目。用清眩丸（成药），或桑菊黄芩汤（桑叶、菊花、黄芩、钩藤、蔓荆子、白芍、石决明、甘草）。（二）中年妇女，气郁化火者较多，宜清肝疏郁，用肝经气火方加减。该方由菊花、钩藤、夏枯草、赤白芍、生牡蛎、白蒺藜、蔓荆子、川芎、木通、薄荷组成。（三）中年男子，阴虚肝旺、风阳上扰常见，宜滋阴平肝、疏风定眩，用滋生青阳汤加减。该方由桑叶、菊花、生地、白芍、麦冬、石斛、丹皮、天麻、磁石、石决明、柴胡、薄荷组成。（四）老年妇女，眩晕时发时止，或一日数发者，血虚肝旺、血不养肝较多，宜养血调肝、胜风定眩，用养血胜风汤加减，用桑叶、菊花、当归、白芍、川芎、地黄、枸杞子、黑芝麻、五味子、枣仁、柏子仁、大枣等。若眩晕不止，甚至数日亦无休止者，多为冲任不调，可用二仙汤加减，调理冲任，药用仙茅、仙灵脾、当归、知母、黄柏、广

巴戟等。(五)老年男子，眩晕时发时止，或一日数发者，肝肾阴虚居多，滋补肝肾，可用杞菊地黄丸加减。若眩晕较重，甚至数日无休止者，要防肝风内动，急宜镇肝熄风，用镇肝熄风汤加减。如遇上述这些情况，你可参考试一试。

益民同志，眩晕不是小病，有时仍然可以危及生命。

《证治汇补·上窍门》“眩晕死症”条说：“凡眩晕言乱，汗多下利，时时自冒，卧亦旋转者，虚极不治”。更何况因眩晕而导致中风等大病者，亦不乏其例。朱丹溪说过，“眩晕者，中风之渐也”。历代很多医家亦都认为它是中风最常见的先兆症，并可根据它的性质和伴见症来预测中风。近人马有度曾指出：“眩晕大多和其它症状相伴出现，如耳内蝉鸣、目赤鼻蛆、说话不流利或含糊不清、嗜睡、甚至短暂的意识障碍。有时还伴见呕吐、震颤，颇似耳源性眩晕。如果伴见剧烈的头痛，则往往预示即将暴发中风。”一旦发生中风，当然死亡率是很高的。所以，对本病的诊断和治疗，一定要细心审慎，切不可掉以轻心！

如有不当之处，请你一定来信指正。

此致

敬礼！

四川省彭县卫生局 刘继安

痫症虽顽固 治尚有良方

秦卫民同志：

来信收到，关于痫证的一些问题，我是这样认识的：

痫证，是一种发作性神志异常的疾病，又名癫痫。但历代医家认为痫证与癫证是两种不同的病证。如《临症指南》说：“癫则或歌或笑，如醉如痴，甚至不知秽洁，其候多静而常昏。痫则发作无时，卒然昏仆，筋脉痠痲，口中作声，……经时必止。”可见痫证与癫证的临床表现是不一样的。又如痫证与中风证都有“卒然昏倒”的共同点，其区别何在呢？中风证在发作以后，或轻或重地留有口眼喎斜，半身不遂的后遗症；痫证在发作以后，神志大约在半小时内恢复，生活起居如常。

痫证的临床特征，其表现发作时突然昏倒，昏不知人，口吐涎沫，两目上视，四肢抽搐，或口中如作猪羊叫声，移时苏醒，醒后如常人。此外，常伴有情绪不安、急躁易怒等情志症状。其特点有三：一是发作时突然昏倒，神志不清；二是四肢或全身抽搐；三是短小时内苏醒如常人。由于痫证发作时机体有较大的消耗，虽然醒后如常，可是常感体力不支，有头昏乏力的表现；由于发病年龄有大小不同，发作间隔时间有长短之异，发作症状有轻重之别，因此不可一概而论。

历代医家认为，本病与情志不调、饮食不节和先天遗传等因素有关。本病的病机，主要责在肝、脾、肾三脏经气失调，风痰气併，蒙蔽清窍发为痫证。如《临床指南》指出：

“痫病或由惊恐，或由饮食不节，或由母腹中受惊，以致脏气不平，经久失调，一触积痰，厥气内风，卒焉暴逆，莫能禁止，待其气反然后已。”近代提出头颅外伤，瘀血滞塞脑络，亦是诱发病证的重要因素，如罗国均氏提出：“头部外伤，或温热病引起的后遗症，瘀血阻滞于脑，使脑气与脏腑功能失和而致痫”。至于先天遗传问题，《素问·奇病论》中早有论述。《活幼心书》就明确指出：“胎痫者，因未产前，腹内被惊，或为七情所伤，致伤胎气，儿生百日有者是也。”由上可知，痫证的发生原因是先天遗传和后天头颅外伤，瘀血滞塞脑络而诱发。

痫证的治疗，虽然至今尚缺乏理想的治疗方法，但是在控制症状、减少发作等方面，古今名方、验方，内容丰富多采，值得我们学习和借鉴。以下诸治法和方药都有一定参考价值，可资选用。

熄风定痫，豁痰开窍，是常用治法。由于痫证发作时有突然昏倒，口吐涎沫，四肢抽搐的特征。病机属于“诸风掉眩，皆属于肝”、“诸暴强直，皆属于风”的范畴，所以多从“风”、“痰”论治。发作期首选的成方有五痫神应丸、白金丸、定痫丸、温胆汤、风引汤、磁珠丸、紫金锭等都有一定疗效。痫证的发作多与郁热化火，引动风痰有关。所谓“痫证之疾，因火动所作”（《医学正传》）。故王庆其氏在定痫熄风、豁痰开窍法中参与泻火通实法，并在定痫方中配伍生熟大黄、枳实、黄连、知母、七叶一枝花等。姜致康氏以五痫神应丸治疗痫证 28

例，全部控制者5例，部分控制并间隔延长者12例，部分控制症状者7例，有效率为85.8%。并认为此方对大发作，伴有精神性发作，或小发作均有显著控制效能。《景岳全书》论此方“治癫痫潮发不问新久”。再如《医学心悟》的定痫丸（天麻、川贝、胆星、半夏、陈皮、茯苓、茯神、丹参、麦冬、菖蒲、远志、全蝎、僵蚕、琥珀、辰砂、竹沥、甘草）是治疗痫证的常用方。西安医学院第一附属医院用此方治疗21例，总有效率为85.7%。刘伯诚氏用仲景风引汤合定痫丸加减（天麻、桔红、半夏、茯苓、丹参、菖蒲、天竺黄、僵蚕、南星、黄连、生姜）治疗痫证31例，其中9例随访2年未发，11例基本控制，5例好转，其余无效。可见疗效比单用定痫丸为佳。近人王焕庭氏古方新用，以紫金锭治疗儿童痫证50例，取得显著疗效。治愈（停药2年以上不发病）16例，有效（症状减轻）发作间隔较原来延长三倍）18例，无效16例，并观察到本方对大发作型和精神运动性发作型疗效最好，小发作型较差。紫金锭并非专治痫证，但是它具有辟秽、化痰浊之功，符合痫证病机，因而取得较好的疗效。又如张志兴氏等运用泻火攻实祛痰法，自拟“羊痫疯并药”（煨青礞石、半夏、南星、海浮石、沉香、生熟二丑、炒建曲）治疗139例，药后93例一年未发。近有黑龙江、山东等地采用张氏经验治疗痫证均获良好效果。本方疗效高于其它诸法，值得重视。

除采用以上传统方剂治疗痫证外，自拟经验方亦不乏其人。他们各自的方药虽有不同，然而豁痰熄风定痫的宗旨不变。因例数不多，疗效不等，故不一一赘述。仅举胡建华氏改革《医学心悟》生铁落饮，制成“定痫镇癌合剂”合星蜈

片或蝎蜈片，治疗痫证30例，总有效率为66.7%。根据王庆其氏运用此方的体会，认为对各型痫证均有一定疗效。尤其是蝎蜈片、星蜈片二药，熄风抗痉的作用十分显著，对大发作型疗效颇佳，值得试用。我在治疗本病时，凡属风痰实证者，常用白金丸、黄连温胆汤合止痉散加减；明矾、郁金、黄连、枳实、法夏、茯苓、桔红、远志、全蝎、僵蚕、蜈蚣、天竺黄、菖蒲等，对于缓解症状、控制发作，收到一定效果。

痫证初发，体魄尚健，发作期治标为主，以祛风定痫，豁痰开窍为常法。若因头颅外伤，或温毒犯脑所致，又当以活血化瘀、熄风定痫之法为宜。杨公华氏用活血化瘀药作基础方（黄芪、当归、鸡血藤、川芎、丹参、乳香）随证加减，治疗痫证40例，显效（药后半年至一年以上未发作）15例，好转（发作次数减少20~50%以上，症状减轻）17例，无效8例。李绍先等以活血化瘀为主，治疗一例脑外伤所致的痫证，服药二月诸症缓解，五年未复发。活血化瘀治痫，应用的时间虽短，但已经取得了较为满意的临床疗效。

育阴潜阳法也是痫证的治疗法之一，常用于部分长期发作的痫证患者，久病体虚，水不涵木，肝风动摇所致的抽搐。岳美中氏治疗顽固性痫证多采用育阴潜阳法，“因势利导，以柔制刚”。方取柴胡龙骨牡蛎汤合甘麦大枣汤，以缓急迫。王庆其氏在熄风定痫、化痰开窍法中亦配合甘麦大枣汤、百合地黄汤，也取得较好效果。总之，痫证反复发作，精气耗伤，证见虚实错杂，治宜标本兼固、攻补并施才是上策。

针灸对痫证也有较好疗效。中医研究院针灸研究所用头

针治疗痫证，70例，其中显效（发作被控制50%以上者）达46.88%，有效率（发作被控制30~50%者）达67.71%。薛宏焕氏在长强穴用埋线法，治疗本病269例，有效率达51.3%。此法简便易行，确有可取之处。

纵观古今医家，治疗痫证的方法颇多，针药皆备。由此看来，痫证虽顽固，治尚有良方。你以为如何呢？

祝你

学习进步！

重庆市第二中医院 韩为琨

癫狂难疗

知难而进

治学同志：

你要我谈谈癫狂病病因和治疗方法，兹复如下，供你临证时参考。

癫狂病，多见于青壮年。本病是由不同原因引起的心脑功能紊乱，表现为哭笑无常，胡言乱语，无故猜疑，打人骂人等精神活动失常的疾病。

引起癫狂的病因较多，目前公认的主要有情志因素和遗传因素。一般情况下，情志属于人的正常精神活动范围。但是，当受到恶性的、剧烈的、持久的情志刺激，超过了人体心理生理调节限度时，轻则造成精神创伤，重则引起心脑功能紊乱，发生癫狂病，于是就成为致病原因了。本病远自古

代，近至当今的医籍，都有丰富的论述：“狂始生，先自悲也，喜忘、苦怒、善恐者得之忧饥”（《灵枢·癫狂篇》）；“江勳臣之妻，素性急躁，与夫吵闹，遂如癫如狂”（《全国名医验案类编续编·尹性初医案》）。此外，大家熟悉的“范进中举”便是一例“喜迷心窍”的癫狂病患者。据观察，喜、怒、忧、思、悲、恐、惊等七情都与癫狂病有直接的因果关系。特别是以恐吓、失恋、纠纷、升学落榜，亲人亡故者居多，但有时又仅仅是诱发条件，必须因病因人因时而异，才能作出较正确的诊断。至于遗传因素，早在《内经》中就有认识：“人生而有病癫疾者，病名曰何？安所得之？岐伯曰：病名为胎病，此得之在母腹中时，……故令子发为癫疾也”（《素问·奇病论》），明确指出了先天禀赋在本证发生中的作用。此外，高烧、内脏疾患、中毒、外伤等，都可能是癫狂的发病因素。因此，归纳癫狂的病因，不离内外二因，但外因必须通过内因起作用。

癫狂的病情十分复杂多变，《中医内科学》总结前人的经验，把它分为癫与狂两大证型来讨论。癫以沉默痴呆，语无伦次，静而多喜为特点；狂以躁扰不宁，狂妄打骂，动而多怒为特点。癫是阴证，狂是阳证，《难经·二十难》说：“重阳者狂，重阴者癫”。癫狂和其它内科杂病一样，也有外感内伤之分。外感每由热邪侵犯心包，或寒邪化热，里结阳明，上扰神明所致；内伤多因情志不疏，郁滞气机，久则生痰、化火。气、痰、火三者相互为患，既可形成肝气郁滞，脾气不升，痰气郁结，阻蔽神明的癫证；又可导致肝火暴张，鼓动阳明痰热，上扰神明的狂证。由此看来，癫与狂之间有着共同的病因病机，故能互相转化，癫变狂，狂变癫。癫狂日

久不愈，必然耗气伤血，由实证转成虚证。

治疗癫狂病，自始至终，要严格遵守辨证论治法则，从药物治疗和心理治疗两方面着手。相对而言，外感癫狂者少，较易治；内伤癫狂者多，较难疗。实证用攻法，虚证用补法。或吐、或清、或下、或消以攻其实；或补气、或养血、或滋阴以补其虚。癫证常选温胆汤；狂证常选生铁落饮，三承气汤等。如现代某医治一癫证。老年工人，半年前因抑郁起病。证见心悸，妄想，坐卧不宁，日夜难眠，神情痴呆，喃喃自语，杂乱无章，大便干，三、四日解一次，尿少，舌淡红、尖赤，满布白腻苔，脉滑细数。投化橘红6克 法半夏9克 云茯苓12克 生甘草3克 青竹茹9克 枳壳6克 北秫米15克 郁金6克 瓜蒌3克 三剂。苏合香丸，二粒。药后复诊，神情不现痴呆、举止安静、能主动讲话、睡眠尚可、大便通畅，舌淡红、苔薄白，脉沉细滑。仍以前方加黄连，续服12剂，精神恢复正常。药后大便稍干，苔白厚微黄，脉滑数，唯恐复发，改投枳实9克 川厚朴6克 川军5克 黄连3克 黄芩6克 半夏2克 干姜3克 瓜蒌24克 郁金2克 石菖蒲2克 十二剂。观察两月，未见反复，为巩固疗效，改而为丸散。以礞石滚痰丸62克，每次6克，早服一次；广郁金12克、明矾6克、硃砂面3克，共研匀，分10次服，每晚一次。随访10个月，癫疾未犯。本案初起选温胆汤加芳香化浊开窍的苏合香丸，收效显著；次用承气、陷胸、泻心三方化裁，清阳明湿热，澄源固效；末以滚痰丸，白金散加味，缓缓化气涤痰，镇心安神，以图根治，防止复发。多年来，个人习用硃砂、枣仁、柏仁、五味以安神定志；石菖蒲、远志以开窍；黄连、梔子、龙胆

草、生石膏、生大黄以泻火；胆南星、青礞石、制半夏、天竺黄以涤痰；生铁落、龙骨、牡蛎以潜阳；郁金、厚朴、枳壳、丹参、红花以行气活血；党参、黄芪、当归、生地、天冬以益气养阴；适当配合滚痰丸，安宫牛黄丸等成药，也能收到某些效果。曾治一人，龚××，男，25岁，农民。因事与妻口角，忧结于心，整天沉默不语，饮食少进，大便干结，数日不解，阵发性面热，头痛，心慌乱，倦卧于床，神志不清，约一小时方解，日发数次，已一月余。用调胃承气汤加龙胆草四剂而瘥。

俗话说：“心病还得心药医”。用心理疗法治疗癫狂病，正是这个道理的运用。癫狂多由情志过极，伤及心神而起。所以，只治病，不治心，有舍本求末之蔽。要治心，一要详细了解病人的生活经历；二要认真分析病人的心理矛盾，才能收到应有的效果。“人有五脏化五气，以生喜怒忧思恐”（《素问·天元纪大论》）。情志分属五脏，总归于心。五脏之间有依次相克的内在关系，从而引出了“怒伤肝，悲胜怒”；“喜伤心，恐胜喜”；“思伤脾，怒胜思”；“忧伤肺，喜胜忧”；“恐伤肾，思胜恐”（《素问·阴阳应象大论》）的情志相胜法则来。张子和以思胜恐的法则治一妇人，因夜宿旅舍，遇盗贼烧房，惊恐坠于床下。过后每闻声响，惊倒不知人事，屡治无效。扶妇坐高椅上，面前放一小桌，使人击打，边击桌边解说。妇见其行，听其说，思其理，知其原，胆气渐增，惊恐自平，不药而愈。此案提示我们，根据情志相胜的原理，通过各种形式的生动表演，逐步诱导病人重新认识病因，促进癫狂痊愈，是一项行之有效的心理疗法。

以药治病，以心治心，二者有机配合，可以收到不同程

度的疗效。话得说回来，癫狂证情复杂多变，病程长，易复发，尚难根治。希你知难而进，味在其中。

祝你学习不断进步！

四川省万县精神病院 万承荣

厥症辨证施治几个问题的讨论

永新同志：

来信提到你在学习厥证时，遇到一些问题，今就所提问题综合答复如下，供你参考。

关于厥证的概念，你提出究竟是指气机逆乱所致的厥，还是手足逆冷的厥，这是一个容易混淆的问题。我的看法是厥证确有两个不同的概念：一是指由于阴阳失调，气机逆乱所致的、以突然昏倒，不省人事，或伴有四肢逆冷为主要表现的一种病症。一般发作后常在短期内苏醒，醒后无半身不遂、口眼喎斜、失语等后遗症。特别严重者也可一厥不复而导致死亡。这种厥证的特点是以气机逆乱的突然昏倒为主症，病情十分严重，即昏厥之厥，故《类证治裁·厥证》谓：“厥者，尽也，危候也。”而四肢逆冷仅是厥证发作中的一个且属非必见之伴发症。另一个概念是专指肢体和手足逆冷为主症的厥，即厥冷的厥。至于厥证的名称，历代医家有多种阐述。《内经》列厥的名称有30多种，《素问》设有厥论专篇，既论述昏厥之厥，也论述厥冷之厥。《素问·厥论》篇说：“厥……或令人暴不知人，或至半日，远至一日乃知

人者……。”指的是昏厥之厥。《伤寒论》论厥，主要以手足厥冷为主，故《伤寒论·厥阴篇》337条谓：“凡厥者，阴阳气不相顺接便为厥。厥者，手足逆冷者是也。”后世医家论厥时，则对昏厥之厥有较多的充实和发挥，并归纳为气、血、痰、食、暑、尸、酒、蛔等，多种厥证，而对厥冷之厥则论述甚少。可见厥证作为一个病证而言，应该是指气机逆乱而昏不知人的厥。

关于厥证的病因病理，《证治汇补·厥》有精辟的论述：“人身气血，灌注经脉，刻刻流行，绵绵不绝，凡一昼夜，当五十营于身，或外因六淫，内伤七情，气血痰食，皆能阻遏运行之机，致阴阳二气不相接续，而厥作焉。”指出了气血运行受阻是导致阴阳失调，气机逆乱的主要机理。凡是导致气血运行受阻的原因即是厥证的病因，归纳之不外虚实两端。

属实者常见有气、血、痰、热等因。气逆作厥，多由七情内伤，或因恼怒惊骇、悲恐过甚，或气郁化火、肝气上逆，致气机壅滞，阻遏气血运行之机。血瘀作厥，则因五脏功能失调，气血运行失常，导致瘀血内生，闭阻经络或瘀塞心窍，阴阳气血不能顺接。痰阻作厥者，多见于形盛气弱之人，或因嗜食酒酪肥甘之品，脾胃受损，运化失职以致聚湿生痰，痰浊阻遏气血运行之机。暑热作厥，多发于夏令炎暑之季，或高温作业，感受暑邪，热郁气逆，阻遏气血运行之机。

气血运行受阻，除因实邪阻遏外，若气血运行无力，也可产生类似病变而致阴阳二气不相接续，气机逆乱而为厥。这就是说，气血因虚而阻遏。气为血帅，气行血行，若元气

素虚，或大病久病之后，气虚无力推动血液之运行，致气血不运。另外，气血运行全赖阳气之温煦、推动，若素体阳虚，或久病气虚，气损及阳，则阳气虚衰，气血运行无力。再者，由于各种疾病而失血过多，或生化之源不足，血枯气虚而影响气血之运行。以上虚实各因皆属常见者，其它尚有因于饮食劳倦，剧烈疼痛等所致，就不一一细列了。

识别厥证：首先应弄清其特点，归纳其特点有：病因为气（气逆、气虚、阳虚），血（色瘀、血虚），痰，热所为。病机为气血运行受阻，阴阳失调，气机逆乱。临床表现是一时昏倒、不省人事，或有手足逆冷，即一般昏厥时间较短，少有一厥不复而死者；且醒后无口眼喎斜，半身不遂等后遗症。既然厥证的突然昏倒、不省人事为主证，因而要注意与有类似证候的中风鉴别。中风证中经络者，不见神志症状，不难与厥证鉴别；中脏腑者，虽见神志症状，但并见肝肾阴虚，气血虚衰之候；昏迷一般持续时间较长，且伴口眼喎斜、语言蹇涩、半身不遂等候，即使神志清醒后，其伴发证也很难恢复而成后遗症。《医宗金鉴》为了将厥证和中风区别，把厥证称为类中风，归纳为八证，即中虚、中气、中食、中寒、中火、中湿、中暑、中恶。并指出其区别在于：“辨在喎僻偏废间。”其它如痫证，虽有卒然昏仆，移时苏醒而类似厥证，但发作后喉中发出异常声音，并有宿根，反复发作等特点，故与厥证不难区别。

弄清了厥证的概念及发病机理，再谈谈我对厥证辨证的一些体会。厥证辨证重在辨明虚实。一般可从以下几方面进行：首辨病因：因于气逆、血瘀、痰阻、暑热者属实；因于气虚、阳虚，血虚者属虚。其次辨证候：一般实证表现为昏厥

而气壅息粗、喉间痰鸣、牙关紧闭，或面赤唇紫、胸闷身热、脉多沉实或沉伏。虚证表现昏厥而气息微弱，张口自汗，肤冷肢凉，脉沉细而微。掌握了虚实这个纲，分型就容易掌握了。你提出平时记不住证型名称，而临床表现也难记忆，这点我想并不太难，因为一般厥证的病因即证型名称。再根据证型名称就可推出相应的临床表现，用不着死记硬背。比如属实证的气厥，多因精神刺激而反复发作，因而有情志不畅的病史可寻。临床表现除以突然昏倒、不省人事，或四肢厥冷为主证外，多易发易醒，并见气机郁闭不宣诸证，如口噤拳握，呼吸气粗，脉伏或沉弦等候。属实证的血厥，则以并见血瘀诸候为特点，如心痛阵作，面暗唇紫，舌有瘀斑，脉象沉涩等。属实证的痰厥又多并见痰湿阻遏诸证，如喉有痰声，呕恶，腹胀，胸闷不舒，苔腻，脉滑。而属实证的暑厥，多发生在暑夏之季，常并见气热蒸迫，邪热内闭诸证，如头昏头痛，胸闷身热，面色潮红，舌红而干，脉象洪数或虚弦而数等。由于“壮火食气”、“热盛伤阴”，因而暑热又易耗气伤阴，常致阴竭阳亡，由闭转脱而见面色苍白，大汗淋漓，四肢厥冷，则属极重之候。属虚证的厥，除具突然昏仆，不省人事，或四肢厥冷外，气虚作厥并见中气不足，肺脾气虚之候，如面色苍白，气短息微，少气懒言，舌淡苔白，脉沉无力。阳虚作厥，常见心肾阳气不足诸证，如心悸，气短，畏寒，汗多，下肢浮肿，夜尿增多，舌淡齿痕，脉象沉迟等。而血虚作厥，多有失血病史可寻，并见面白无华，四肢震颤，舌淡苔白，脉细无力等象。

厥证既属危重之候，因而厥证一旦发生，切勿惊惶失措，频频呼叫患者，如发生在烈日之下或高温环境，应及时

把患者移至阴凉通风之处，若发生在严寒的野外，则需及时移入温暖之室，注意保暖。若喉间痰鸣者，要及时吸痰，保持呼吸道通畅，防止窒息死亡。最好的应急措施是针灸治疗。至于中药，可按虚实不同辨证施治，实证常以开窍醒神之法为主；气逆作厥者，芳香开窍合理气开郁，可选用苏合香丸，五磨饮子；血瘀作厥者活血开窍，选用通窍活血汤、通瘀煎。属痰厥者，则宜涤痰开窍，用涤痰汤、礞石滚痰丸、玉枢丹。暑热作厥又当清心开窍，解暑益气，选用安宫牛黄丸、紫雪丹、清暑益气汤等。虚证以益气养血，温阳活血为法，气虚、阳虚、血虚之间很难截然分开，我常用王清任急救回阳汤作基础方加减应用，该方用人参、白朮、甘草健脾益气，附子、干姜温阳，桃仁、红花活血，对虚证作厥的各型皆宜。偏气虚者可加黄芪或合六君子汤。偏阳虚者合麻黄附子细辛汤，偏血虚者再配人参养营汤，则更为全面。

厥证辨证施治中的几个问题就谈到这里。

祝

身体健康！

成都中医学院附属医院 杨明均

痿症肢无力

治独取阳明

艾轩仲同志：

现就你来信中所提关于痿证的一些问题简复如下：

痿证是一种手脚软弱无力，上肢不能抬举，下肢不能屈伸，双手不能握物或两脚不能下地，丧失劳动功能的疾病。单纯两腿痿软的，则叫“痿躄”。根据《内经·痿论》的论述“肺热叶焦”是产生痿症的病机，“独取阳明”是痿症的治疗大法。可是为什么病在太阴肺而治在阳明胃呢？

我们知道，肺和胃的关系极为密切，在正常生理状态下，胃能蒸化津液，经脾的转输，上升于肺；而肺将津液宣发全身充养脏腑经脉。因而肺中有热必波及于胃，热伤肺阴则常耗夺胃阴，津液受劫，不能濡润筋骨关节，就会形成所谓“肺热叶焦”的痿证。反之，胃中有热，胃阴耗伤，不能运津液于肺，则肺中燥热炽甚，也会形成“肺热叶焦”的痿证。因此，在治疗上要用“清胃火以救肺热”的治法，以达到热清液布，筋脉濡润，关节疏利的目的。这就是病在肺而治在胃，即“治痿独取阳明”的道理。

肺中燥热成痿的表现为：低热，咽干，口渴，干咳少痰，肢体痿软，舌红苔黄，脉弦细而数。治宜清肺润燥，用清燥救肺汤。方中桑叶、杏仁、麻仁清润肺金，石膏、沙参、麦冬亦为清胃热生胃阴之品，所以本方不仅清燥救肺，亦含清热养胃之功。吕程霄用三才汤加山药、木瓜、苡仁、宽筋藤等肺胃同治，疗效很好。我用竹叶石膏汤加桑枝、木瓜、葛根、玉竹、地龙治疗暑温（乙脑）后期，胃热未清，胃津未复的肢体痿软或肢体活动欠灵患者，效果满意。竹叶石膏汤能清胃生津，亦能清燥救肺，由此可知能清胃热养胃阴之品。亦能清肺热养肺阴；反之亦然。上述三方就是“治痿，独取阳明”在治疗上的具体运用。

燥热成痿，治在阳明；寒湿成痿，治在太阴。有时可以

碰到一些病人涉水之后，突然肢体痿软或久居湿地而成痿的，表现为四肢痿软，腰脊重着，纳少浮肿，肢胀便溏，苔白舌胖，脉濡弱。这是由于寒湿下受，侵袭肌肉，湿困脾阳，阳气不能达于四肢所致。这就需要温运脾阳佐以通络，从脾论治了。方用六君子汤加木瓜、苡仁、苏木、寄生、地龙、狗脊等。

叶天士有“治痿宜通任督”之说，与补益肝肾有何不同呢？要理解这个问题，首先从痿症的肝肾论治谈起。痿症的表现为四肢筋骨不用，肝藏血而主筋，肾藏精而主骨，外感成痿，多由肝肾先虚，抵抗力不足而罹病。就用湿热成痿为例，其表现有痿软、身体困重、微热胸闷、小便黄赤热痛、面垢、苔黄腻、脉象濡数等，朱丹溪用加减二妙丸治疗。方中用苍朮、黄柏、萆薢、防杞清热化湿，淮牛膝、龟板，当归补益肝肾。正如李时珍所说：“湿热成痿，乃不足中有余”之证。清湿热为泄其有余，益肝肾为补其不足，此为治痿补肝肾的一个方面。所以凡遇久痿体弱、腰脊疲软、头昏、目眩、小便不禁、大便失调等，是为肝肾不足，法当补益肝肾，其代表方为虎潜丸。方中虎骨、牛膝、锁阳益肾壮筋骨；当归、白芍、熟地滋阴养肝，无阴虚内热者去知母、黄柏，酌加枸杞、巴戟天、肉苁蓉、当归等。此为久病致虚从肝肾论治的又一个方面。

任督与肝肾的关系极为密切，督脉总督一身之阳经，为“阳脉之海”；任脉担任一身之阴经，为阴脉之海，而隶于肝肾。肝藏血，肾藏精。当肝肾之精不足时，任督亦虚，其腰背痿软，佝偻，更与督脉直接相关，所以久病虚衰过甚之时，由于肝肾精血损伤，势必累及任督。治宜养血生精，通

补任督，正如李时珍所说：“若精血枯涸成痿，乃不足之中不足也”。所以，通补任督为补肝肾的更深一层治法。叶氏之“通补任督”的用药规律，概括之，就是在用枸杞、沙苑子、肉苁蓉、巴戟、补骨脂、菟丝子补益肝肾的同时，配用血肉有情之品。阳虚用鹿角霜、鹿茸、鹿角胶、紫河车、羊肾等；阴虚用龟板、阿胶、人乳、牛脊髓等，填补任督，滋养精血；并佐当归、泽兰、土元、鳖甲、小茴、川芎、桂枝等以通经活络，流通气血。由此可知“通补任督”就是在补益之中，结合通调，务在达到气血充沛调合之目的。其须注意之点是：滋而不膩，润而不燥，活而不滞，通摄兼施。

地黄饮子加减可作为通补任督的代表方，河间用本方治“语声不出，足痿不用，中风瘫痪”之症。本方加减可治疗“脊髓空洞症”，表现有肌肤麻木、肌肉萎缩、关节屈伸不利，步履困难，言语不清，腰酸肢冷等症。我曾用本方加龟板、鹿角胶、土元治愈一例腰部外伤后，出现腰腿软弱无力，两脚麻木如穿棉靴感觉的患者。可见本方不仅能补肝肾，通任督，且还有续绝伤之功。

王清任的补阳还五汤能治瘫痪和半身不遂等证。中风偏瘫与痿症有无区别呢？治疗有无不同呢？这也是需要明确的问题。半身不遂，多由内伤病引起，起病为单侧性的，50岁以上多见。我曾用本方治疗乙脑恢复期，留有语言障碍，肢体痿软，拘急不灵，但其邪热已去，阴液已复者，药用黄芪、当归、赤芍、红花、川芎、地龙、羌活、葛根、远志、菖蒲、寄生等，收到较好的效果。可见补阳还五汤主以益气化痰，可用于气虚络瘀之痿症。

痿症用针灸治疗的效果也不错。南京中医学院主编的

《针灸学》：“取手足阳明经穴，轮换使用，上肢用肩髃、曲池、合谷、阳溪；下肢取髀关、梁丘、足三里、解溪……配尺泽、肺俞清肺热”。肝肾两亏当取肝俞、肾俞、悬钟、阳陵泉；有热者加大椎。此外，还可采用督脉的大椎、命门、腰俞；任脉的神阙、关元、气海。我所师怀堂同志针灸治疗痿证（急性传染性神经炎），初期邪实正盛，或邪实正虚时，以祛邪疏泄为主。重以梅花针强力叩刺背部太阳经穴，以疏泄其邪，并配以督脉经穴清热疏导；后期，热退正衰，唯以软弱为主，重用梅花针，中轻度循经叩刺背俞、夹脊、带脉等，适当配用火针焮刺夹脊以温养扶正，调养诸脏。这种治法实际就是通补督脉为主的治疗方法。

另外，石健华同志用“多向刺”方法治疗痿痺57例。从结果来看“多向刺”比“单向刺”有效率高。其操作方法是在所刺的穴位上，采取弱刺激兴奋的手法，即每刺入一个方向时，当刺到一定深度则施捻转一、二下后，即退至皮下，再向另一个方向刺入，五向刺毕，立即起针。他认为多向刺是治疗痿证偏枯疾患的一种较好的针刺疗法。治疗时可以参考。

最后，还有一个问题：为什么有人提出痿症忌用风药和避免强刺呢？因为风药多温燥，能损伤阴精和耗散阳气；强刺激亦能损伤正气。

痿症包括现代医学的感染性多发性神经炎、脊柱炎、脊髓空洞症、小儿麻痹等病，可据其不同表现，采用上述不同的治疗方法。

总之，痿证的治疗规律，可概括为早期治胃（脾），晚期治肝肾，虚衰过甚通任督。

轩仲同志，尽管痿症是个大症，但若辨证精细，处理得当，遇到疑难，多加思考，疗效还是较高的。

祝

学习进步，工作顺利！

山西省中医药研究所 王怀义

脚气分三型 关键要治湿

尹红同学：

你好！来信谈到最近遇到一个“软脚病”病员，经治疗一段时期，不见好转，反而逐渐加重，出现肿痛，行走不便等，希望我谈谈此病的“来龙去脉”，以期能掌握它的规律，提高疗效。

软脚病，又叫“脚气病”。我国对此病认识较早，公元三世纪初，晋朝的中原地区，发生过长达16年之久的战乱。在那兵荒马乱的岁月里，人们疲于奔命，饮食失节，脾胃损伤，运化失常，以致积湿蒸热，流注于下，聚于足胫，兼之江南为土地卑下之域，雾露所据之所，春夏之交，山林郁蒸，风湿毒气更甚，脚受其邪，壅滞经脉，以致脚软无力，当时称之为“缓风”。由于北方很少这种疾病，来到南方突然大量发生，当时对本病又缺乏认识和治疗经验，因此，由本病致死的人较多。直到公元六世纪初，隋代的《诸病源候

论》才根据病从脚起、初发而肿满等，始正式提出“脚气”这个病名；并根据临床的不同表现，分成“脚气缓弱候、上气候、痺弱候、疼不仁候、痺挛候、心腹胀急候、肿满候、风经五藏惊悸候”等八个类型。唐代《千金方》进一步归纳为“肿”、“不肿”及“脚气冲心”三个类型。这种分型方法，与目前中西医的分型，大致相似。

近代对本病的认识，已比较统一。大致可分为湿脚气、干脚气和脚气冲心三个类型。“湿脚气”多发于春夏之交、长夏湿土主令之时，多见于素体阳虚湿盛之人。不同程度的浮肿首先发生于足胫部，肿大重着，皮肤略红，浮肿逐渐加剧，可发展至膝及大腿、甚至全身；下肢多麻木不仁或无力，行动不便，舌苔白腻，脉缓。“干脚气”多见于素体内热，或阴虚液少之人，感受风湿毒邪，湿从燥化，易伤津劫血，使筋脉失养。故初起多下肢无力，感觉异常，从足掌及踝呈现麻木感觉及灼痛，甚至刺痛，夜间尤甚，两足胫不肿反而日渐消瘦。湿毒内犯阳明使胃气上逆，故食少干呕，大便秘结、小便热赤、舌质红而脉弦数。但无论干、湿脚气，治疗不及时，都可逐渐发展加剧，到后期就会发生“脚气冲心”之证，出现呼吸急促、心悸而烦、呕吐不食、神志恍惚、言语错乱、鼻煽唇紫、面色晦暗等危候。“脚气冲心”从湿脚气转化而来的，以湿毒为主，故有舌胖口不渴、脉沉细等阳虚内寒之象；由干脚气转化而来的，则以热毒攻心为主，故见舌红而干、口渴、脉细数等证。

但临床所见并不都是这样典型，有的突然发生，有的逐渐加剧。如最近某医务室转来一个女病员，36岁。一周以前只感脚软无力，两天后发现踝关节以下肿胀麻木，三天后，

脚至膝关节以下都肿起来了。而踝关节处又发现一些红紫色的硬结，热痛难忍，不能行动，经抗感染治疗后无效，肿势更增，部份皮色红白相间，前医认为深部化脓而用空针抽取，结果脓血俱无，遂转来我院门诊。查体温及血象正常，故排除一般感染的可能性而诊断为“脚气病”。

诊断明确，这是治疗的前提。如何治疗？千余年来，已积累了丰富的经验。《千金方》在总结前人经验的基础上，认为脚气病是因湿邪壅滞所致，强调祛邪扶正，既不滥用峻补之药以助邪，也不宜用猛泻之药以伤正。当用宣通之剂，使湿气不能形成壅滞。《直指方》认为本病虽主症在足，但湿的根源则在中焦脾胃必须“宣壅逐湿”，才能使邪去有路。

目前，临床上“湿脚气”以逐湿通络、调气舒筋为主，如上述病例，就可选用《王氏集验方》的鸡鸣散。方中吴萸、生姜散寒降逆；槟榔、陈皮下气驱湿；苏叶辛香开化宣散，数药皆以气胜，气胜则行速，是取“着者行之”之义，又用木瓜下行，舒筋通络，配合槟榔导湿，桔梗开上，宣畅三焦，佐苏叶宣散，全方有开上、疏中、导下、宣通降浊的作用。鸡鸣时服药，则取其力专行散，借助于人体阳旺之时容易见效。且服药时宜冷服者乃“从治”之法，故本病例根据上述原则治疗能很快取效。

“湿脚气”中还要分风湿、湿热和寒湿的不同，但其基本治疗原则是一致的。如我院治疗一名16岁的男孩，证见双下肢腓部以下肿而不红，痛而不能着地，食少腹胀，苔白腻质淡红，脉数，足跟处有丘疹，渐成水泡状、大如蚕豆共五个，破后脱皮无溃疡，体温37℃，口干渴、饮冷已半月。诊断为“湿脚气”，辨证为“湿热壅滞”，仍用鸡鸣散方化裁，

用槟榔、苡仁、苍朮、枳壳、苏叶、木瓜、土茯苓、桔梗、黄柏、杏仁、木香、防己等，服药两剂后肿消痛止。复诊时见局部疱疹流黄水溃烂，仍以除湿清热法为主，用苍朮、黄柏、苡仁、土茯苓、苦参、龙胆草、六一散，连翘、地榆、栀子等内服后，以药渣熬水再加白矾洗涤局部，调理而愈。

“干脚气”在养血和营的情况下，也应清热利湿，大法仍是宣通湿毒壅滞。如治李某，56岁。脘腹作痛、泛酸暖气、二便正常、两足挛急作痛、反复发作已十多年，处方以小陷胸汤加瓜蒌、薤白、吴萸、香附、木香、佛手，服两剂后，脘腹痛减；但两足挛急发作频繁，每日20余次，苔黄舌质红，脉平。经重用芍药甘草汤加牛膝、木瓜、细辛才逐渐向愈。《古今医鉴》曾说，治脚气病“法用苍朮、白朮以治湿；黄芩、黄柏、知母以清热；当归、芍药、地黄以调血；木香、槟榔以调气；羌活、独活以利关节而散风湿；兼用木瓜、牛膝，防己引诸药下行，此治之大法。”可供临床参考。

本病的预后，脚气冲心乃病变后期的危重证，临床表现常见心悸气促，胸膈闷痛脘腹痞闷、呕恶等证，病在中焦，为脾土衰败之象，故治当调理脾胃；若心下硬紧而兼脾肾阳虚者较为难治，因此，关键不在于脚而在于了解脘腹部的情况如何。即使脚肿已消，麻木缓解而脘腹部症状突出者，说明病根没有消除，很容易复发。

以上体会，有不够恰当的地方，欢迎你提出来共同讨论。

致

礼！

重庆市巴县中医院 陈功泽

痹症多型 以“通”为治

王强同志：

您好！

在此谈谈我对痹症诊治中的一些肤浅认识。

痹症是一种常见病、多发病，又是一种较顽固而易于反复发生的疾病。为了有效地诊断、治疗，我们认为应该首先弄清楚痹症的基本概念。何谓痹？痹者，闭阻不通也。通常指风寒湿三种邪气同时或先后侵犯人体，滞阻于皮肤、肌腠，流注于经络和关节等处，以致经脉凝滞，气血不通而谓之痹。在临床上出现皮肤、肌肉、经脉和关节疼痛、重着、酸楚、麻木或不仁，或关节肿大屈伸不利，或灼热胀麻等一类的症状。有关痹症的分型，《素问·痹论》：“风寒湿三气杂合而为痹也。其风气胜者为行痹，寒气胜者为痛痹，湿气胜者为著痹。”这些理论至今仍指导着临床实践。除此，还有因患者素体阳气偏胜，或内蕴湿热，当外邪侵袭，湿热流于关节，或风寒湿郁久化热，其临床症状表现为关节红肿、灼热、疼痛的称为湿热痹。由此可知，痹的发生，与气候变化、居处环境和工作条件，人的体质有着非常密切的关系。比如我们五通桥，处于山环水绕的盆地，湿度较大，还是盐都，盐井多，其特定环境条件就是“潮湿”。本地区患痹病居多，特别是盐业工人，患痹病者比比皆是。也说明风寒湿

三种邪气是痹症发生的条件，而人的体质虚弱是发痹病的依据。概而言之，痹病的发生，首先是人的身体虚弱，卫外不固，腠理不密，以致风寒湿乘虚而入，故痹以成。

痹的病因是风寒湿三种邪气；病性有行、痛、着、热之别；病机是阻滞肌腠、经络、气血；在病位上有表里、上下之分；病势上有轻重缓急虚实的不同，只有把握住了这些基本概念，对于痹病的临床诊断和辨证施治也就不会束手无策了。还要注意在治疗上不可偏执一端，不分主次，不辨寒热，更不能固守一法一方。中医治痹的特点，仍是审证求因，审因论治，本着寒证当温，热证当清，虚证当补，实证当泻，结合调气血等方面进行遣方用药，达到通痹除湿的目的。

一般而言，风偏胜者，其临床症状有肤体酸疼，病无定处，脉多浮弦，苔薄白或白而滑，治法当以祛风为主，兼散寒除湿，养血活血，即所谓“治风光治血，血行风自灭”，代表方剂有防风汤、薏痹汤之类；以寒邪偏胜者，其症状是关节剧痛，遇热则缓而遇寒则痛，脉见沉紧或弦紧，苔白，治法当以散寒为主，祛风除湿为辅，治寒非大辛大热不能逐寒解凝温经通络以止痛，乌头汤、乌附麻辛桂姜汤（成都中医学院附院戴云波制方）；以湿邪偏胜者，其症状多为肌肤麻木，关节重着，痛有定处，脉多沉缓、苔白腻，治法以燥湿为主，佐以祛风散寒。尤其注重健脾，脾运湿除，如苍朮、苡仁、晚砂之属，如果肢体、关节肿胀加用防己黄芪汤之类加强补气健脾、利湿通络以分消内外的作用。你提到了使用乌头等药时顾虑其毒性大，不能大胆使用。是的，乌头属于大辛大热而有毒。使用乌头时应扬长避短，既要发挥它除

寒定痛的作用，又要避其毒性的作用，关键在于乌头的炮制和煎熬的方法，煎熬的时间要长，才能分解其毒性，更重要的是要向病人交待清楚，处方也要写清楚用法和煎法，临床上使用乌头是不必多虑的。

多年来，我们在临床上治疗风寒湿痹病证，喜欢用附子苟芍甘草汤合麻黄细辛桂枝薏苡汤，收效较好，如果诊断辨证正确，可以说比较得心应手。是方机理：附子桂枝温经除寒，通阳宣痹，麻黄细辛祛风散寒、除湿通痹，薏苡防己健脾除湿、舒筋行痹，川芎当归芍药通血脉、行血痹以达到内外同治，气血兼顾。但不能拘泥于这些方药，总之要根据邪之偏颇，辨证用药，重点突破，才能达到预期的效果。说了这样多，不外乎要做到全面分析，灵活变通，随证立法，用药精当。这就是治疗风寒湿痹的基本原则。

王强同志，关于风寒湿痹的治疗就谈到此，以后有机会再共同讨论。由于水平低，这些意见仅作你临床上参考。如有不当之处，望你提出来纠正。

再见

四川省乐山市五通桥人民医院 柯毅

噎膈是难症

关键须早医

张建民同志：

你好！从来信中知道你村受人尊敬的张大伯，最近死于“梗积病”，临死前的一段时期很痛苦，因此想知道这个病是怎么得的，并想学会治好这个病的方法，解决这类病人的痛苦。你这种急病人所急，痛病人所痛的精神是值得我学习的。现将你信中所提的有关问题综合回答如下。

“梗积病”是民间的说法，由于病人进食梗阻，最后滴水不进而活活饿死。从前得了这种病是很难医好的，故人们称此病是“千古难治之症”，不过近年来医学（特别是肿瘤学）的发展，已使许多早期病人获得治愈。

梗积病，中医称为“噎膈”。噎是吞咽之时梗噎不顺；膈是胸膈阻塞、饮食不下。噎为膈之渐，膈是噎之甚，故二者合称噎膈。

噎膈的病因是什么呢？《内经·阴阳别论》说：“三阳结谓之膈”、“膈塞闭绝，上下不通，暴忧之病也”。《诸病源候论》认为：“皆由阴阳不和，三焦膈绝，津液不利，忧虑嗔怒所生”。仲景《金匱要略》更具体指出：“噎膈一证，必以忧愁、思虑、积劳积郁或酒色过度，损伤而成。”清代，徐灵胎补充说：“噎膈之证，必有瘀血，顽痰逆气，阻膈胃气”。《医碥》又说：“酒客多噎膈，饮热酒者尤多”。根据

前贤的论述，噎膈之因，以情志因素为首，其次饮酒（热酒）过多，或过食辛辣香燥热，或进食过烫、过快，引起局部损伤的也常见，其发病机理《诸病源候论》认为：“忧思则气结，气结则津液不宣流使噎。”因忧思伤脾，脾伤则气结，气结则津液不得输流，便聚而成痰；而恚怒伤肝，肝伤则气郁，气郁则血液不得畅行，遂积而为瘀，于是痰瘀胶结，阻塞食道，故食难下行。食不下行，精微无以化生，故口干咽燥，大便干涩，肌肤枯槁随之而成。所以徐灵胎说：“噎膈一证，每由湿痰死血阻塞胃口（食道），阳结于上，阴涸于下”，实为构成本病的主要病机。至于酒色香燥亦不外积热耗阴，精少液枯，都可加速本病的形成。

你提到噎膈与反胃如何鉴别？反胃亦称胃反，或翻胃，是食物入胃经久复出，或朝食暮吐，或暮食朝吐，食而不化，酸臭难闻，多由胃寒引起，一般预后良好。而噎膈则不同，凡进食即梗阻，先是吃干饭梗，后是吃稀粥也梗，最后滴水不入，即使勉强吃进一点东西也会马上吐出，发病多为老年人。《医贯》说：“噎膈者，饥欲得食，但噎塞，迎逆于咽喉胸膈之间，在胃口之上，未曾入胃，即带痰涎而出，若一下胃，无不消化，不复出矣。唯男子高年者有之，少无噎膈。翻胃者，饮食倍常，尽入于胃矣，朝食暮吐，暮食朝吐，或一两时而吐，或积至一日一夜，腹中胀闷不可忍，而复吐原物，酸臭不化，此已入胃而反出，故曰翻胃，男女老少皆有之”。这里，赵氏把二病鉴别得很清楚，证之临床，确实如此。

你谈到噎膈与西医的什么病相似？据我临床所见，噎有功能性疾病（食道炎、食道痉挛），也有器质性疾病（食道

憩室、食道癌、贲门癌），一旦发展至膈证，大多为器质性病变，且多为癌证。如何鉴别是功能性疾病或是器质性病变呢？常用食道吞钡检查法，此法简单易行，公社医院都可展开。如怀疑器质性病变，应尽快作食道拉网，或用食道镜、胃镜检查法确诊，以便及时确定治疗原则和判断预后。

噎膈病的治疗原则，如是功能性疾病，中药治疗效果是很好的，曾治一女性病员，因吞咽困难三月，以“食道癌”转来我院治疗，经吞钡检查食道完整无缺，食道镜检诊断为食道炎，服中药50余剂后病愈。但如果是器质性病变（如食道癌），就必须根据病情灵活选用治疗方法。一般在早期，除食道上段或年高体弱不能耐受手术者外，应尽快手术切除。对不能手术者，可选放射治疗或中草药治疗。至于中医治疗，一般可分为以下四型。

肝郁气滞型：症见胁肋胀满串痛，偶因郁怒诱发进食梗阻，停食后可自行缓解，苔薄脉稍弦，此属噎膈早期；治以疏肝理气降逆法，方用四逆散加味，药用柴胡、白芍、枳实、香附、厚朴、旋复花、郁金、丹参、甘草。水煎服，日一剂。

但此型患者多不就医，故使病情继续发展约经过三个月即出现痰气交阻型。

痰气交阻型：进食梗阻加剧，不能自己缓解，仅能进软食，呕吐痰涎多，胸膈痞满隐痛，形体渐瘦，大便多秘结，小便黄，舌红苔黄腻，脉弦滑；治以理气降逆，豁痰开窍法，方用二陈汤合消瘿丸加味，药用陈皮、法夏、茯苓、胆星、浙贝、玄参、牡蛎、黄药子、蚤休、海藻、夏枯草。水煎服，日一剂。

此型病情虽已加重（中期），但尚能进软食。因本病多为老年患者，老年软食量减亦为入之常情，故仍有部分病员未必就医，约3~6月即发展成瘀血内结型。

瘀血内结型：进食梗阻更剧，只能进流汁，甚则水饮难下，胸骨后疼痛，或有烧灼感，体质更渐消瘦，肌肤枯燥，大便坚硬如羊粪，小便黄少，舌红少津，舌边尖有瘀斑，脉细涩。治以滋阴养血，破结行瘀法，用《兰室秘藏》通幽汤加味，药用当归、生熟地、桃仁、红花、蜣螂、土鳖虫、黄药子、石见穿、急性子、水蛭、丹参、白花蛇舌草，水煎服，日一剂。

此型病属晚期，但只要积极治疗仍有部分病人可望缓解，延长寿命，如治高××，男，60岁，舌咽梗阻半年余，现水饮难进，经西医食道吞钡检查，发现食道中段有2~3厘米一段扩张受限，边缘欠光滑，但钡剂通过尚好。食道拉网检查发现“部分食道上皮细胞呈重度核异质，并发现鳞癌细胞”，诊断为食道癌。以后病情迅速加重，饮水难下，来我院治疗。自述进食梗阻疼痛，仅能吃稀粥少许，出气灼热，打呃时疼痛更甚，伴有头痛，咳嗽，多梦易惊，舌紫暗，苔黄腻，脉弦细涩，用上法加减治疗，约5个月梗阻消失，精神饱满，体重大增。后因患肝病出现全身黄疸，虽经保肝利胆退黄治疗，两年后死亡。病至此型，治疗困难，不治则1~3月即可死亡。

气虚阳微型：瘀血内结型未能控制，病情继续发展，水饮不下，形体瘦弱，面色苍白，形寒肢冷，气短乏力，泛吐清涎，面足浮肿，舌淡苔薄，脉细弱，治以补气健脾，温中回阳降逆法，方用理中汤加味，药用党参（红参）、黄芪、

白朮、茯苓、干姜、旋复花、水蛭、三七粉、白花蛇舌草。

此型正气衰微，不胜攻伐，在扶正前提下兼以攻邪，虽不能转危为安，仍能延长岁月。

这次就谈到这里吧。

此致

敬礼！

重庆市卫生局中医处 韩志文

诊胃痛有三型三辨 治胃痛以综合法佳

马建明同志：

你的来信提出了一个很有意义的问题，即对于初学中医的青年来说，如何去掌握某些常见病的辨证论治要点，这对于临床无疑是非常重要的，胃痛亦是这样。

胃痛又称胃脘痛，是以胃脘部经常发生疼痛为主症，并常兼有腹胀、嗳气、泛酸、呕吐或黑便等症状。《灵枢·邪气脏腑病形篇》：“胃病者，腹膜胀，胃脘当心而痛”，指的便是胃痛证。现代医学所说的胃及十二指肠溃疡、胃炎等疾病，便常包括在祖国医学的胃痛证范畴之内，其治疗亦多参照胃痛的辨证论治内容。

本病的发生，主要与饮食不调、情志不和、感受寒邪及

脾胃虚寒等有关。过食肥甘、辛辣、生冷或饥饱无常，能损伤脾胃，使胃气失于和降而发生疼痛；情怀不畅或恼怒伤肝，肝失疏泄，气机阻滞，或郁而化火亦可致胃痛。《素问·六元正纪大论》说：“木郁之发，民病胃脘当心而痛”。叶天士《临证指南医案·胃脘痛》说：“胃脘常痛，情志不适即发”。可见肝气犯胃，确能导致胃痛。脾胃虚寒，中阳不振，可使寒从内生，或复感外寒，寒气客于肠胃，使脾气不运，胃气失和，亦可导致胃痛。综合上述，胃痛的主要病位在胃，但与肝脾关系至为密切。

对于胃痛的分型不宜过于复杂，因为繁琐的分型不利于临床掌握。我在临床中常以脾胃虚寒、肝胃不和及胃阴不足等三型作为基本类型。对于这一点，不知你意如何？

肝胃不和，临床表现主要为胃脘疼痛，或痛连胁背、或兼腹胀、暖气、泛酸、舌苔薄白、脉弦。治法应以舒肝和胃为主，可选四逆散加减。脾胃虚寒，临床表现常为胃痛隐隐，喜暖喜按，时或泛吐清水、酸水，胃纳少进，神疲倦怠，四肢乏力或四肢不温，舌质淡嫩，苔白润、脉缓细或迟。治应健脾温中，可用黄芪建中汤或香砂六君子汤。寒甚者，可用附桂理中汤温中散寒。属胃阴不足，常表现为胃脘隐痛，或见灼热嘈杂、食欲欠佳、饭后腹胀、口干欲饮、手足烦热，或心烦失眠、大便秘结、舌红少苔、脉象细数，治应滋养胃阴，可用芍药甘草汤合麦门冬汤加减。兼食滞者，佐消导化滞；兼血瘀者，配活血化瘀。

当然，上面说的仅是胃痛的一些基本类型和治法，但我觉得，如果能够先掌握好这些基本证型的辨证施治，以后就可以在此基础上扩大，灵活化裁，这就是“巧不离乎规矩”

的道理。

除上述之外，胃痛的辨证要点还包括辨寒热、辨虚实、辨气血。如痛而偏寒者，则胃脘疼痛、遇冷加剧、泛吐清水、形寒喜温、喜热饮；偏热则胃痛而有烧灼感、口苦口干、泛酸暖气、便结尿赤。又胃痛拒按为实，喜按为虚，脉实气逆者为实，脉虚气少者为虚；新病体壮者为实，久病体弱者虚。而胃痛属气分者，常见胀痛并作，且胀多于痛，而痛无定处，时作时止，常与情志不舒有关。胃痛之属血分者，则痛为主，且痛如针刺，痛处多固定，舌质紫暗，久痛不愈也多与血分有关。这些辨证要点都是值得初学者掌握的。

脾胃为后天之本，对于胃痛的治疗，要处处注意保护胃气，一般来说，清胃热勿过苦降，以免损伤脾胃之阴；养胃阴勿过用滋腻，过用则助湿伤阳，影响脾胃升降；气痛过用香燥理气药，则伤阴耗气，反致疼痛缠绵不止或加剧；活血化瘀不宜峻猛。这些治疗要点，都是临床中总结出来的，很有参考意义。黄文东教授治胃痛颇有经验，他选药重视配伍，认为木香入胃，香附入肝，合用于胃痛偏寒者；肝气郁结、暖气频作，常用佛手、玫瑰花；肝气横逆，胃痛连胁用柴胡、郁金；又当归、丹参、赤芍同用，在化瘀药中最为平和；桃仁、红花兼有润肠活血之功；而失笑散及少量制川军，有化瘀止痛通络作用；胸脘满闷用砂仁、白叩仁；腹中胀满用川朴、槟榔；吞酸用煅瓦楞、白螺蛳壳；散寒止痛用肉桂、干姜；清泄肝火用黄芩、黑山栀；养胃阴取白芍、甘草酸甘化阴，加沙参、麦冬、石斛、人参。广东名医梁乃津，治胃痛强调以“不损胃，不破气，不滋腻”为原则。认为芍药甘草汤是“忌刚用柔”的代表方，对胃痛各型的治疗

均可以此方为基础方。梁老对于胃热致痛，认为蒲公英有清热健胃而无劫津之弊，并有散滞止痛之功，故为清热和中药物中的首选药。对于脾胃虚弱，胃阴不足者，喜用补中益气汤合芍药甘草汤加味，升阳补中，鼓舞胃气，兼养胃阴。当然，胃痛的治疗，不仅局限于药物这一方面，气功、针灸治疗都是有效的治疗措施。我平时在临床中常喜针药并用，胃痛发作时，针刺或艾灸内关、合谷、足三里、中脘，这些穴位都有较好的止痛作用。日人多贺须幸男等认为，对急剧的胃痉挛疼痛，可选用胃仓及梁丘穴针刺。沈阳军区总医院曾报告，通过X线观察，针刺合谷和中脘穴，对溃疡病人有解除幽门痉挛的作用。

饮食疗法对胃痛也有辅助治疗作用，梁老对脾胃虚弱、胃阴不足之胃痛，主张兼食陈皮、红枣、糯米饭，谓此饭有调补脾胃、补中益气和保护溃疡面功效，并称之为“补中益气饭”。患者平时要“慎食生冷、燥热、硬腻之品”，“对胃酸多者要忌食酸品及少食甜品；胃酸少者，适当进食少量酸品，但不宜过多。”

建明同志，前面和你谈了有关胃痛辨证论治的要点及其他一些问题，最后我还想重复一下，为了防止胃痛的复发，平时一定要注意“适寒温、慎饮食、调情志”，俗话有“十剂之功，废于一怒”的说法，可见情志的调节，对胃痛的治疗和预防都有着重要的作用。愿你也能把这些道理告诉患者，使他们能更好地配合治疗，取得更好的疗效。

祝你

进步！

广州中医学院 赵立诚

吐血单用大黄效 辨证论治更重要

赵明同志：

你好！

来信谈到你最近根据国内有关临床报道，采用单味大黄治疗吐血病人，收到了较为满意的疗效。根据这一情况，你认为目前对吐血的治疗方法已经突破了辨证论治的约束。因此，你提出：“对吐血的治疗，是否还有必要进行辨证论治？”现结合有关资料，谈谈我的一些想法，供你参考。

信中谈到有人用单味生大黄粉（片或糖浆）口服治疗急性上消化道出血，890例，每次3克，一日三次。不用其它止血药，有838例止血。有效率达97%。平均止血时间2天。不但与西药组比较有止血时间短、健康恢复快等优点；且与用辨证施治的复方治疗比较，也有止血时间短的特点。而在此之前的有关临床报道，试用单味大黄的五种制剂，口服治疗急性上消化道出血（肝硬化食道静脉曲张破裂出血除外）462例。全部病人入院后一律不用其它止血药，也不禁食。平均止血时间为1.5天。24小时止血214例，占46%。总有效率也在97%。根据上述资料，再结合有关用中医辨证论治方法治疗本证的临床报道进行比较，证明用单味大黄的制剂，尤其是单味生大黄粉的疗效确实优越。

上述资料是否就意味着治疗吐血就可不用辨证施治了呢？不是，绝对不是！从表面现象看，似乎这种治法是不分寒热、虚实，都能用之有效。事实上，这种治法仍然没有违背辨证论治原则的基本精神。

你知道，急性上消化道出血是以吐血和黑便为临床主证。其常见的基本证型是胃中积热与肝火犯胃二种。一般认为，凡是吐血暴发的证候，病因病机除了以火热上炎为主外，与胃气壅实上逆也有密切关系。因为“气有余，便是火”，所以火因气逆，血也随之上涌而出。针对这一基本病机，《先醒斋医学广笔记·吐血》提出了治“吐血三要法，宜行血不宜止血，……宜补肝不宜伐肝，……宜降气不宜降火。”因为气降则火降而血方能止。养肝则肝气平而血有所归，恐血止后留瘀，故强调行血应先于止血，使血能循经则自不外溢。为此，前贤张锡纯、唐容川等，均十分推崇仲景泻心汤之用大黄。以其既能降逆通腑，又能止血消瘀，有标本兼顾作用，十分切合吐血的病机。如《血症论·吐血》说：“大黄一味，能推陈致新，既速下降之势，又无遗留之邪。”又说：“大黄降气以降血”，能“止血而不留瘀。”故大黄常为治疗吐血的要药。

大黄不仅活血止血、攻坚破积，而且，通腑降气、清热解毒，并有健胃消痞、化痰利水的作用。在这里，我们要注意到中医学对大黄的傳統认识和使用习惯。如果认为吐血是因气、火上逆所致，止血只是治其标，降气泻火才是治其本，那么，用大黄就能标本兼顾，并能通过活血行瘀，泻下积滞作用而杜绝后患。这乃是大黄不同于其它止血药的地方。

由于大黄具有上述多方面的作用，因此，可以认为大黄本身就是针对火热性吐血病机而设，是符合辨证论治理论原则的。凡药单行，必然势专力猛，功宏效捷。故用大黄治疗急性吐血有时比用复方收效快。

但是，大黄的使用范围毕竟是有限的。它既不可能适用于吐血的所有证型，也不能适用于某一吐血证型的所有阶段。因此，治吐血还是要辨证施治，这是十分重要的。

《血证论》“吐血”一门中提出了治疗血症的四大法则：“唯以止血为第一要法，血止后其离经而未吐出者，是为瘀血，……故以消瘀为第二法；止吐消瘀之后，又恐血再潮动，则须以药安之，故以宁血为第三法；……去血既多，阴无有不虚矣，……故又以补虚为收功之法。四者乃通治血症之大纲。”吐血是以主症命名的疾病。血止后只是疾病的主要症状基本解决了，病还是依然存在的。如不从根本上加以解决，就有可能再次出血，且吐血这一主要矛盾解决后，其它次要矛盾也会上升为主要矛盾。随着疾病基本矛盾的发展和演变，病情总在不断地变化。而由于吐血所导致体内血络的破损、阴血的骤减、瘀血的滞留，以及由此而产生的气血逆乱、阴阳失调等等，一系列问题都有待进一步加以解决。唐氏四法正是从本质上概括了有关血症的基本症治规律，故为广大医家所奉行。

所谓止血，即急则治其标，及时地制止出血，以解决主要矛盾。祛瘀则是消散其离经之血，疏通血络，使血能循经，以防后患。宁血，是更进一步从根本上消除导致出血的病因，解决基本矛盾，如逆者降之、燥者润之、寒者温之、虚者补之等。我们可以理解为清其余邪，除其隐患，使血能

安宁以巩固疗效，防止再次出血。补血，则是复其亏损以益正气。

由上可知，大黄的适应症也是极其有限的。如吐血的病机有胃中积热与肝火犯胃。前者用泻心汤合十灰散加减，后者则以龙胆泻肝汤主之。上二型暴发，出血量多的可用犀角地黄汤调服三七粉以凉血止血；缓发而血出不止的，则以玉女煎养阴清火。我认为用单味大黄治疗吐血应当主要指以上二型之偏于实证者，即急性发作、出血较多的症候。若对阴虚所致的虚火伤络，或虚寒性的吐血反复发作，缠绵不止的脾不统血，就不适宜了。当然，在归脾汤益气摄血的基础上加适量的大黄，取其通腑降气、止血消瘀还是可以的。但这毕竟是在辨症论治思想指导下的方、药配伍问题，与单味取效是有区别的。

必须注意的是各种症型的稳定性也是相对的。就是火热实证，也可因误治、失治而由实转虚，甚致因虚致脱。一旦出现虚脱危象，就必须急予大剂独参汤以益气固脱。若因大失血后，阴不恋阳，致阳气浮越时，宜用当归补血汤益气生血。总之，必须自始至终遵循辨症论治的原则，才有可能对疾病作出正确的处理。

当然，在辨症论治的指导下，治疗吐血，大黄也不失为一员能征善战的“将军”。如张锡纯氏所创制的“秘红丹”，大黄与肉桂同用，佐生赭石末，用治呕血有降胃平肝的作用，不论寒、热都有效。这种例子很多，就不一一列举了。

祝你

学习进步！

重庆市第五人民医院 谢亚江

腹痛原因最繁 部位性质须明

李小岑同志：

您在来信中要我谈谈腹痛的辨证论治——这是您给我出的一道难题。您知道，腹痛是一个临床症状，凡是发生在腹部的、以疼痛为主要表现者，均可称作腹痛。而腹腔里的脏器，有胃、肝、胆、脾、肾、大肠、小肠、膀胱、女子胞（子宫）等等，手、足三阴、足阳明、足少阳以及冲、任等经脉亦循经腹部。因此，内、外、妇科的许多疾病，都可以出现腹痛，牵涉到的范围相当大。即使按照教科书的写法，把发生在上腹部的胃痛分出去，而肠痛等急腹症，以及淋症、痢疾、霍乱、积聚等，也由于另有专篇，可以不作重点讨论，其内容仍然很多。要想在一封短信中把这个病证讲得十分全面、细致，显然是困难的。但好在您已经自学完了《中医内科学讲义》，有一定基础了，因此我仅就有关腹痛的辨证论治的几个主要问题和您一起讨论，希望能对您有一些帮助。

您在信中说，很多疾病都会出现腹痛，而且原因也很复杂，怎样才能抓住辨证要领呢？我认为其要领可以总结为六个字，即“明部位，辨性质”。

明部位：即通过主诉，结合腹诊，弄清疼痛究竟发生在什么位置，以了解是何脏何腑的病变。属下脐上为上腹部，

上腹部正中称作“脘腹”，属脾胃；左右肋下称作“胁腹”，属肝胆；脐周称作“脐腹”，属肠与肾；脐下至耻骨毛际以上为下腹部，其左右两侧称作“少腹”，属肝；脐下正中偏下的位置，称作“小腹”，属肾与膀胱。需要说明，上述这些部位，并不等于西医的解剖部位，而是中医学中脏腑的归属部位和经络循行部位。例如左、右少腹和胁腹属肝，便是因为足厥阴肝经经脉“抵少腹”、“布胁肋”的缘故。您也许会问：肚脐这个部位为什么与肾有关？这也是因为足少阴肾经经脉的分支从脊内分出，由会阴上经腹部的缘故。了解疼痛所在的部位，除了依靠患者的主诉之外，腹诊也是很重要的，不可忽视，否则往往会由于主诉不清而造成延误。记得二十多年前我刚刚行医的时候，就曾经有过这样一次教训：一位女社员来看病，我问她“哪里不舒服？”她说“肚子痛”，此外还说有点怕冷、发热、恶心、腹胀、不想吃东西。诊之，脉浮而数，舌质红，舌苔白腻。时当夏秋之交，我考虑她是由于在地里劳作，感受暑湿所致，既没有仔细询问疼痛的部位，也未作腹诊检查，就匆匆忙忙开了一帖藿香正气散与六一散的合方。自己还暗忖这样理气止痛、清暑化湿的处治不会有误，准可以药到病除。谁知道当天晚上她的家属又来请我出诊，说喝了药以后，腹痛更厉害了。我急忙赶去，一摸患者额部滚烫，再检查腹部，发现右下腹腹壁紧张，并且有明显压痛和反跳痛，才知道是肠痈（急性阑尾炎）。于是赶紧用大黄牡丹皮汤加味，通里攻下、清热解毒、活血化瘀，连进三剂，始得缓解。后易方调理，旬日始安。这个教训说明了，对于腹痛的病人，一定要察明部位，不能忽视腹诊。

辨性质：总的说来，腹痛的性质不外寒、热、虚、实四个字。分辨虚实的要点，一是要看病的新久。一般地说：病程长的多属虚证，或虚中挟实；病程短的，多属实证。二是要看具体表现：疼痛徐缓，痛时喜按，按之其痛可以暂缓的属虚证；疼痛急骤，痛时拒按，按之更痛，甚至手不可近的属实证；痛而兼腹胀、便秘者多实，不胀不闭者多虚。分辨寒热的要点是：寒证腹部发凉，喜热食、热熨，大便稀溏或清冷，舌质淡，苔白，脉沉迟。热证则腹部灼热，饮食喜冷，大便干结，舌质红，苔黄，脉沉数或滑数。

要是临床上能做到“明部位，辨性质”六个字，我想，就基本上抓住了腹痛的辨证论治的要点。当然，虚证还须细分虚热、虚寒，实证的内容更多，如气滞、血瘀、寒实、实热、湿热、食积、虫积等等，均属实证。此外，还应该明白：寒热虚实虽为辨证大纲，但并非一成不变，临床上往往互为因果，相互转化，如虚中挟实，寒化为热，气滞而导致血瘀……等等。因此，在辨证时，还需要更进一步分析、弄清何者为本，何者为标；何者为主，何者为次，治疗上才能够既突出重点，又机动灵活。

关于腹痛的治疗，您在来信中问：前人所说的“通则不痛”，是否可以作为基本原则？对于这个问题，我想引明代医家张介宾的话来作答。他说：“通则不痛，此以闭结坚实而言，若腹无坚满，痛无结聚，则此说不可用也。”也就是说，这只是就实证而言，而腹痛有实证也有虚证，如果不管什么情况都硬搬这一条，就不对了。当然，临床上所见的腹痛，确以实证为多，特别是多种急腹症的腹痛，多属实证。近年来，在“通则不痛”这一治疗思想指导下，各地采用攻

里通下为主的治法治疗多种以腹痛为主要表现的急腹症取得了很好的效果，绝大多数病人往往可以“痛随利减”。如上海瑞金医院报导，用清胰合剂（大黄、芒硝、柴胡、黄连、黄芩、木香、延胡索、白芍等）治疗92例急性胰腺炎，疗效满意。他们认为取得疗效的关键在于以下法为主的方药，使大便通畅。湖北中医学院附院用胆蛔丁号（大黄、芒硝、乌梅、苦楝根皮、川椒、桂枝、干姜、黄柏、槟榔等）治疗胆道蛔虫症，腹痛都在2~3天内消失。武汉医学院附属二院用巴豆为主治疗胆道蛔虫症，平均0.95天即可缓解剧痛。他们认为疼痛的缓解主要是由于大便排泄通畅达到的，所有病人，其痛均随畅泻而大大减轻。天津市南开医院治疗一般性肠梗阻以及胆囊炎、急性阑尾炎用加味大承气汤（大承气汤加莱菔子、桃仁、赤芍），已应用二十余年，只要用之得当，疗效颇为卓著。这些例子都说明“通则不痛”这一治疗思想，对于痛之属实者确实是正确的。当然，“通则不痛”不仅仅限于攻里通下一法。如实证腹痛中的瘀血腹痛，用活络效灵丹（当归、丹参、乳香、没药）或血府逐瘀汤（即桃红四物汤合四逆散加桔梗、牛膝）活血化瘀；气滞腹痛用柴胡疏肝散（即四逆散加香附、川芎）疏肝理气；食积腹痛用保和丸、枳实导滞丸（成药）消食导滞……虽然处方中不用攻里通下药，但也属“通则不痛”的范围。

至于虚证腹痛，临床上以虚寒腹痛最为多见。虚寒腹痛是因人体的阳气不足，以至脏腑经络失于温煦而引起的，所以治疗上以温养阳气，温散寒邪为大法，常用黄芪建中汤（黄芪、肉桂、白芍、甘草、大枣、生姜、饴糖）或附子理中汤（党参、白朮、干姜、甘草、制附片）一类方剂。如有

报导指出：胃、十二指肠溃疡患者大多数表现为脾胃虚寒，（约占2/3左右）其特点是绵绵作痛，饥饿或受凉后加重，得食得暖可缓解，喜按，面色少华，舌质胖淡，苔薄白，脉细弱或微弦。他们先后收治了72例，经用黄芪建中汤治疗，总有效率达95.8%。我在临床工作的二十多年中，也经常用此方加减，治疗虚寒性胃痛、腹痛，只要辨证无误，确可收到较好的疗效。但也有虚热腹痛，这类腹痛，一般书上很少记载，所以想谈一下。虚热所致的腹痛，是由于阴血不足，脏腑经络失于濡养，或阴虚火旺，熏灼经络而引起的，其特征是腹痛而兼见阴虚内热表现。我常施以大剂芍药甘草汤加减治之，以育阴、缓急、止痛。以上都说明，对于前人所说“通则不痛”，“痛无补法”等，应该辩证地看。上述说法仅仅是就实证而言，实证固然不能用补，虚证却不可以不补。

小岑同志，我在这封信里，就腹痛的辨证要点和治疗原则两个问题谈了一些不成熟的看法，同时也结合临床谈谈自己的体会，这些都只能供您参考。

祝您学习进步！

中医研究院研究生部 何绍奇

泄泻虽常见 临证当详辨

陈健同志：

你好！来信收悉。在临床诊疗工作中，泄泻虽常用利湿

以止泻的治法，但不是唯一之法。泄泻虽与脾胃、大、小肠都有关系，但其病变主脏在脾。致病之因虽多，而主要为湿。《难经》云：“湿多成五泄”。脾主运化，喜燥恶湿，湿盛是发病的病因病机。临床常见有寒湿、湿热(暑热)、伤食、脾虚、肾阳虚、肝旺脾虚等证型。

如何鉴别这些不同证型呢？首要的是必须掌握各型的主要特点。《医学心悟·泄泻》云：“口渴溺赤，下泻肠垢，湿热也；溺清口和，下泻清谷，寒湿也；胸满痞闷，噎腐吞酸，泻下臭秽，食积也；食少便频，面色㿠白，脾虚也；五更天明，依时作泻，肾虚也”。简明扼要地提示了上述不同证型的主要的特点。掌握了这些特点，就为临床治疗奠定了基础。

辨证时，除掌握它们的主要特点外，还要根据发病原因、病势的缓急、体质的强弱及舌、脉，来辨识证候的虚实寒热。一般说来，新病暴泻多实，反复发作多虚，或虚实错杂。但虚实可以互相转化和互见，暴泻日久可以转虚，久泻复受其邪，亦可转为实证。外感者，以祛邪为主，较易治疗；内伤久泻，正气亏损，或虚实错杂，应扶正培本，或攻补兼施。下面谈谈各证型的治疗。

寒湿：常见恶寒、身微热、骨节酸楚之表证，又有湿困脾胃、恶心欲吐、便下稀薄之里症者，宜解表散寒，化湿止泻，用藿香正气散加减。如证偏寒，便少水多、腹痛隐隐者，加干姜、车前子、泽泻、砂仁以温化渗湿。桂林专区人民医院治疗85例急性腹泻，大便次数在4~10次/日，水样便或粘液样便者74例，脓血样便者11例，均用藿香正气散成药，每次服6~12克，每日三次。有效率100%。大部分病

例均于服药1~2天后症状消失。有人用本方加减治疗非特异性肠炎30例，每日腹泻4~8次，大便呈粥样或水样、淡黄色或有泡沫，伴见腹胀、腹痛、食欲不振及肠鸣，均获痊愈。平均治愈时间为1.4天。而对照组西药治疗30例，平均治愈时间为2.9天。可见本方治疗外感风寒夹湿泄泻，疗效可靠。

湿热泄泻，大多发病于夏秋季节，骤然发病，腹痛而泻、口渴烦热、大便如水样，一日10~20次，粪便黄褐色而臭，肛门灼热，小便短赤，苔黄腻。治宜清热利湿，表里双解，用葛根黄芩黄连汤酌加藿香、连翘、六一散。有的用本方为主，配合输液，治疗小儿中毒性肠炎，1~4天治愈。临床使用时，热重者加银花，肺热咳嗽加桑白皮，有积滞者加麦芽、莱菔子。

泄泻由于饮食积滞者，不能直接止泻，应通过消导，除去积滞，以达止泻目的，即所谓“通因通用”之法。用保和丸加减。有用本方化裁（山楂、神曲、麦芽、陈皮、木香、鸡内金），治疗消化不良130例，治愈128例，好转2例。还有人用本方主药山楂、麦芽、神曲炒焦后制成煎剂，治疗单纯性和中毒性消化不良62例，治愈率达98.2%，平均退烧时间为1.5天，大便恢复正常时间为2.3天。

脾虚泄泻，因于脾胃虚弱或脾阳不振，或命门火衰，不能温暖脾土，以致运化无权，升降失司；证见大便溏薄、完谷不化、腹痛隐隐、喜温喜按；治宜温中健脾，益气调中。方用香砂六君子汤，或理中汤，或参苓白朮散加减。若温盛，泻下水样便者，可加分利、收涩之品。有人单用六君子汤加减治疗脾虚型婴幼儿腹泻150例，其中单纯性消化不良83例，中毒性消化不良67例，服药3~6剂，治愈147例，仅

3例无效。其中只有10例脱水较重而配合输液治疗。若脾胃虚寒者加吴茱萸、炮姜、肉桂；脾肾阳虚者加补骨脂、制附片；水泻如注者加车前子、滑石、苡仁、苍术；便有粘液者加葛根、白芍、木香；稍有表证者加防风、苏叶。有用健脾粉（党参、白朮、炒扁豆、山药、苡仁、莲肉（去心）、芡实各30克），为末过筛，根据年龄大小分成7~15份，加入大米同煮为粥，可调入少许食盐佐食；或加面粉煮成糊状，配食糖代早餐，治疗两百余例，一般用二料而愈。

脾虚命门火衰，黎明前腹泻，依时发作者，治宜温肾运脾，涩肠止泻，可用四神丸，或附子理中汤加减。有用四神丸合四君子汤加减（补骨脂、吴茱萸、肉豆蔻、党参、白朮、茯苓、山药、甘草、鸡内金）治疗五更泻20例，有效率达100%。四神丸治疗过敏性结肠炎也可获得良效。

肝旺脾虚之泄泻，暖气、食少、肠鸣攻痛，腹痛而泻，泻后痛减，矢气频作者，治宜抑肝扶脾，用痛泻要方加减。有人用本方加减治疗急性肠炎60例，发病时间1~4天，多服1~2剂而愈。若水样便者酌加车前子、茯苓、干姜；粥样便者加苍术；脓血样便者加白头翁、黄芩；发热者加黄芩、黄连；后重者加槟榔、木香；腹痛甚者倍白芍，加青皮、香附。

泄泻不论新久、病因如何，都是脾的病变，治法上初宜分利中焦，渗利下焦。但应注意，一般久泻，口干不渴，正气虚弱，脉症多寒，阴不足者，不可利尿；只有泄泻无度脾肾阳虚的虚寒证，才能加用收涩之药。如果湿热等外邪侵入，早用收涩之品，则闭门留寇，变生他疾。临证时还应注意，初泄不宜过用苦寒清热，过则伤脾阳；久泻不宜过用

甘温滋补，甘能壅中碍湿而不利于水湿的渗利和气机的畅达。泄泻病因虽多因湿，但不是唯一的病因。所以分利小便、利湿而止泻之法不可能将所有泄泻患者治愈。诊治时，必须辨明虚实寒热，依法遣方用药，才能获得满意的效果。

以上治法，谨供临床参考，你有何意见，可来信告知。

祝你

工作顺利！

四川省自贡市中医医院 冯志荣

四川省自贡市卫生学校 齐仕元

痢疾泄泻要区分

新病久病治当别

王立华同志：

你好，对你信中所提到的有关痢疾的问题，在此谈谈个人的看法，供你参考。

痢疾，《内经》称“肠澼”，《难经·五十七难》称“大瘕泄”，仲景称为“下利”，《诸病源候论》有赤白痢、血痢、脓血痢、热痢、久痢、休息痢等，以后方书中还有风痢、寒痢、湿热痢、寒湿痢等等，名目繁多。其实上述文献中有的指的是痢疾，有的则不是痢疾，而是泄泻。总之，唐代以前痢疾和泄泻这两个病的概念未分开，是笼统地进行论述，你在看古代医书时要注意这个问题。

泄泻和痢疾区别不难，痢疾指下痢腹痛，里急后重，痢

下赤白脓血为特征。金、元以后把“痢”和“利”作为痢疾和泄泻加以鉴别，这种区别是必要的，两者病机和发病不同，治疗也不同，在病机上如《景岳全书》说“泻浅而痢深，泻轻而痢重；泻由水谷不分，出于中焦，痢以脂血伤败，病在下焦”。《局方发挥》对二者作了扼要鉴别，他说：“泻利之病水谷或化或不化并无努贵，唯觉困倦，若滞下则不然，或脓或血或脓血相杂。”这里泻利是指泄泻，滞下是指痢疾，可见痢和泄的区别是明显的。

这个病的发生和季节、天气饮食有关，多在夏秋之间暑热湿甚之时，热郁湿蒸，乘凉饮冷及不洁之物使脾胃气机阻滞，不得宣通，致气血凝滞，热伤肠络所致。沈金鳌《杂病源流犀烛》说“大抵痢之病根皆由湿蒸热壅，以致气血凝滞，渐至肠胃之病”，所以解出大便有脓血粘液。

本病具有较强的传染性，我们的古人早就指出这个问题，金元时期朱丹溪指出“时疫作痢一方一家之内，上下传染相似。”故有“疫毒痢”之名。这是痢疾病的严重表现，诊治时要特别小心。

你问：同样是一个痢疾病，为什么有的表现较轻，有的表现较重？这是怎么一回事？我的看法是这样的：发病的轻与重主要决定于正气的强弱和病邪的盛衰。小儿、年老及病后体弱患此则较重。患儿可出现高烧、抽风、瘧厥等，象“乙脑”样症状，若不注意，容易误诊。我曾有这样的教训。67年8月上旬，曾遇一患儿，症状完全象乙脑，但治疗无效。后因患儿尿布上解出粘液脓血便，怀疑是中毒性菌痢，检查果然如此。从痢论治，很快奏效。说明本病诊断虽然容易，但也不可掉以轻心。

关于本病的治疗，《河间六书》提出“行血则便脓自愈，调气则后重自除”，又曰“后重则宜下，腹痛则宜和，身重则除湿，脉弦则去风，脓血粘稠以重药竭之”。这些经验值得重视。我们在临床上常用白头翁汤，芍药黄连汤，木香槟榔丸等三方化裁为一个方：白头翁、木香、白芍、当归、黄连、槟榔、酒炒大黄、黄芩等。加减治疗，效果的确很满意。但对一种泻下血便的所谓“血痢”，因无粘液脓涎，里急后重之症，本方则不适合。可用白头翁、苦参、黄连、当归、秦皮、地榆、仙鹤草、侧柏叶等药煎汤冲服，或鸭蛋子仁15粒装入胶囊内，每日三次。有人单用鸭蛋子仁每次10~15粒用桂圆肉或豆腐皮包裹，一日三次饭后服，连服7~10天，停一周后再服，有效。

现在一般方书均把疫毒痢分开讨论，说明本病的严重，应区别对待。其实疫毒痢和湿热痢本质是一样的，只不过湿热痢是湿甚于热，此乃热甚于湿，湿热成毒，疫毒深重，化火生风，伤津耗液，内陷心胞，动及肝风所致，可用前面治湿热方去木香加银花、连翘、赤芍，并配合紫雪丹或至宝丹治疗。药用银花、连翘、黄连、丹皮、赤芍、生地、牛黄、麦冬、白头翁等。此外，由于本病往往危象频生，所以必要时应配合现代医学抢救。

至于痢疾后期或慢性久痢，一般有两种情况：一是痢久伤阳，一是痢久伤阴，必须区别。

所谓痢久伤阳，表现为下利不爽，里急后重，大便次数不多，但便常夹粘液，胸腹满闷，食少纳呆。我常用千金温脾汤以温阳运脾，散寒除湿，即党参、茯苓、白朮、陈皮、白芍、炙甘草、干姜、黄连、防风等，煎服，另外加少许大

黄水浸液1~2次（待里急后重除，则停药），其效颇速。

若下痢日久、成为滑脱不禁、脱肛不收、虚坐努责、腹痛绵绵、喜热喜按，此属脾肾阳虚，宜温中固涩，用真人养脏汤（党参、白朮、甘草、当归、白芍、肉桂、木香、诃子、罂粟壳）。

若痢下日久，伤阴耗液，又兼湿热未净，其证表现为下痢脓血粘涎、口干、咽干、唇红、心烦潮热、脉细数、舌质红，甚者发热、烦渴，至夜加剧，此时清热除湿则伤阴，滋阴又碍湿，应宜滋阴存阴，佐以除湿解毒。方可用《类证制裁》阿胶连梅丸（即阿胶、黄连各93克，当归、白芍、茯苓、黄柏、乌梅各46克，炮姜3克，醋煮阿胶为丸。可酌加仙鹤草、地榆。

立华同志：你问痢疾小便黄少，能否加利尿之品？我的看法是这样的：从原则上说，不能利小便。因古人讲“利尿可以伤阴”，不同于泄泻系水湿过多可以分利，即利小便以实大便。

你认为“休息痢”实际是一种慢性痢疾，不一定全是所谓阿米巴痢疾，我同意你的看法。所谓休息痢之名是曹元方提出的，看来主要是脾虚兼湿热所致。其形成正如何梦瑶《医碥》中指出“屡发屡止，经年不愈，名休息痢，多因究湿太早，积热未清，或服寒凉，元气下陷，肾虚不固所致。”至于发时是虚是实，治标治本应根据病情作具体分析。

“禁口痢”不应算作一种证型，而是痢疾证候中表现兼有呕吐、恶心、饮食不下、纳呆、脘胀的症状，不必另立一型。治痢时兼顾和胃化浊，降逆止呕即可。

你问入药即吐，吃不下药如何办？这里我介绍三种办

法：一、吃冷药，少量多次频服；二、可先服少许玉枢丹。并针刺内关穴；三、可用灌肠法，由肠道给药。

总之治疗本病要辨清寒热虚实，这是关键所在。不必去分休息、噤口等情况。正如《景岳全书·痢疾》说“凡治痢疾最当察虚实、辨寒热，此泻痢中最大关系。”

最后还需指出，由于本病发生与饮水和不洁之食物有关，要向病员作卫生宣传，平时多吃醋、大蒜、马齿苋，不仅可以预防而且还有治疗作用。

祝你

进步

四川省内江市人民医院 胡国栋 陈蔚彬

便秘要辨虚实 治分主次缓急

刘毅同志：

你好！来信收到。

你说便秘无器质性病变，容易诊断，治疗也较简单。我认为这种看法不够全面，便秘虽是常见病，但也不能小视。便秘患者中既有魁梧强壮的彪形大汉，也有弱不经风的老弱童稚。有的患者便秘数年不愈，苦不堪言；有的患者大便七、八日不行，腹满胀痛，急如燃眉。其间虚实寒热，各不相同，要真正掌握它的规律，还须下一番功夫。

便秘症，可由多种原因造成，兼见于多种疾病，但是总起

来看，不外虚实两个基本类型。它们的根本区别在于：实证是邪气有余，虚证是正气不足。所以二者的治法也大不相同，实证便秘要祛邪通腑，虚证便秘则须扶正祛邪。这就是《金匱要略·脏腑经络先后病篇》所说的“补不足，损有余”的治疗原则。若违背这个原则，就会使虚者更虚，实者更实，南辕北辙，愈治病愈甚了。你在信中谈到两个病例，同用大承气汤攻下，张×泻后病愈，李×泻后却便秘更甚，问我这是为什么？其实，原因就在于你没辨清虚实。张×腹满拒按、大便干结、小便短赤、心烦口臭、舌苔黄燥、脉滑数，证属热结便秘，是实证。用大承气汤通腑泻热，邪去则正安，故得泻而愈。李×年高久病，头晕心悸、舌淡脉细，病由血枯津少，不能润滑大肠，是虚证。这种便秘，叫“无水舟停”，治疗当用“增水行舟”法，即用生地、当归、元参、苁蓉、柏子仁等养血滋阴，以润滑大肠、帮助排便。而你却以虚作实，误用大承气汤强行攻下，犯了虚虚之戒，难怪泻后津液更亏，大便也就更加秘结难行了。大承气汤泻下峻剂，容易耗伤正气，一般的便秘很少用它治疗。《医学实在易·秘结诗》首句就强调：“秘结三承慎用之”（“三承”指大承气、小承气、调胃承气汤。），其道理就在于此。

谈到这里，你自然要问：便秘的实证和虚证应如何辨别和治疗呢？要回答这个问题，必须先分析一下常见的便秘类型。实证便秘，主要包括“燥热”和“气滞”两个类型。其主症除了便秘、腹胀痛之外，又有以下不同：燥热型有身热面赤，口渴心烦，小便短赤，舌红苔黄，脉滑数等里热证。治疗这种便秘，关键在于清热润肠。清热可用大黄，润肠可用火麻仁等。气滞型则以暖气纳呆，胁腹痞满等气滞的症状

为主，治疗重在降气导滞。降气可用木香、枳实，导滞可用槟榔、大黄等。对于虚证便秘，首先要辨明虚了什么，然后才能根据“虚则补之”的原则，有针对性地进行治疗：气虚可用参芪、补气，血虚可用归、地养血，阳虚可用桂、附助阳，以治其本；然后酌情加用白蜜、苁蓉、火麻仁、柏子仁、桃仁等滋阴润肠，少佐枳实、莱菔子等降气导滞，以治其标。上述各种便秘，可分别选用麻子仁丸、六磨汤、黄芪汤、润肠丸、济川煎加肉桂等方加减化裁。

但是，临床上所遇到的便秘，往往数型相兼，或超出了上述范围。这就要求我们熟练地掌握上述治疗方法，灵活变通。比如，蒲辅周曾治一个高龄二便秘涩的患者，证见腰背酸痛、足冷、大便难、小便短数不畅、口干口苦、饮水不解，舌淡少津、无苔，右脉洪大无力，左脉沉细无力，处以金匱肾气丸加减，并令取白蜜一两与煎液同服。三剂而大便畅通，诸症悉减。后以上方化裁，改制蜜丸缓服，以收全功。此案很能说明问题，下面扼要分析一下。腰为肾之腑，“腰背酸痛”是肾虚的表现。虚了什么？“足冷”“小便短数不畅”是肾阳虚不能温煦固摄所致；“右脉洪而无力”是虚阳外浮的脉象；“大便难”“口干口苦，饮水不解”，乍看似实热证，但全面观察，可见“舌淡少津无苔”“左脉沉细无力”，症状与舌、脉合参，知为阴虚不能濡润所致。辨证结果是肾阴肾阳俱虚。所以，蒲老用桂、附补肾阳，六味养肾阴，以治其本；又用白蜜一两润肠通便，以治其标，方证相符，故能药到病除。其更妙者，在剂型的运用。蒲老先以汤剂救其急，迅速解除患者的痛苦；继以丸剂拔其根，逐步扶助正气，因而水到渠成，疾病得以根治。

对便秘的治疗，前人积累了丰富的经验，很值得借鉴。如清代名医陈修园认为，便秘的原因，除了热结胃肠之外，皆由肾阴虚不能滋润所致，主张以滋肾为主，“肾热者凉而滋之，肾寒者温而滋之，肾虚者补而滋之，肾燥者润而滋之。”北京名老中医魏龙骧，对治疗便秘有独到的经验，他认为便秘多由脾不散精所致，处方以生白朮为主，一剂药中少则10~20克，多则用40~50克，取其健脾散精以润大肠，便干者加生地以滋之，同时少佐升麻以升清降浊。我在临床上见到便秘而兼有脾虚不运的患者，常以此法为主，随证治之，取效满意。

另外，从信中看出，你对单方验方持有偏见。这是需要纠正的，单方验方也是祖国医学宝库中的一个组成部分，俗话说“偏方治大病”，也并非过誉之辞。至于你曾碰到几个使用偏方不灵的患者，并不奇怪，因为偏方也是有针对性的，也存在着一个辨证问题。只要方证相符，就会取效，甚至有意想不到的疗效。比如，一味番泻叶泡水饮服，用于肛门疾病手术后的通便，可以防止术后第一次排便因大便干燥而引起的疼痛出血；用于新产妇，治疗产后便秘，也有很好的效果。有的地方已将番泻叶定为产妇新产后的常规用药。所以单方验方也是大有可为的，下面介绍几则治疗便秘的单方验方，临证时不妨试一试。

小儿便秘，可用炒莱菔子研末，晚间以白糖开水冲服3克，第二日大便即解，数次后便秘可愈。此方加大剂量，每晚白糖水冲服10克治疗成人顽固性便秘，也有较好的疗效。

习惯性便秘，可用决明子（炒至微焦、发出香气），成人每用12~15克，加白糖少许，开水浸泡代茶饮，连服3~4

天即可舒适正常地排便。本法无任何副作用，故宜于妇女孕期便秘。又因决明子有清肝作用，所以对高血压偏瘫患者的便秘就更适合了。决明子茶有类似咖啡的香味，比较可口，颇受欢迎。

便秘的治疗，大法不外“辨虚实、分缓急”。也就是说，首先要辨清是实证还是虚证。实证宜泻；燥热者清热润下，气滞者降气导滞；虚证用补；气虚者益气润肠，血虚者养血润燥，阳虚者温肠通便。数证兼有者，数法合用；虚实夹杂者，攻补兼施。关键是分清主次，掌握分寸。此外，还要注意“分缓急”，即要掌握急病急治，缓病缓图的原则。大便数日不通，腹满痛急者，可用承气汤类峻下剂，急煎顿服以荡涤之。长年便秘，缠绵不愈者，视其病情，予对证丸剂常服久服，缓缓图之。并调整饮食，增加含纤维素较多的蔬菜、水果，养成定时排便的习惯等等，就能对各种类型的便秘取得较好的治疗效果。

祝

进步！

山东省济南市立中医院 陈家骅

臌胀是难症 缓治图生机

方良同志：

来函收悉，知你近来勤于攻读，学问日进，而疑窦频

生。古人云：“学贵有疑，小疑则小进，大疑则大进。”兹就所询“臌胀”一病，略陈管见，与你共商。

如你所言，臌胀作为中医内科四大证（风、劳、嗽、膈）之一，治疗颇为棘手。有的方书称其为“千古难治之证”，亦不无道理。我临证体验，若臌胀病至晚期，气血阴阳俱虚竭，邪气复鸱张，加之脾胃衰败不能运药者，预后多险恶。然为医之道，“见一叶而知秋”，苟能细心体察，防患于未然，一见端倪，便思良策，防微杜渐，及时治疗，截断其传变之路，多可渐臻泰境。纵使胀势已成，正虚邪实，苟能恰当掌握攻补之分寸，时时着意顾护患者之正气（尤其是脾胃元气），亦可缓缓取效，或带病延年。最堪忧者，一见臌胀，便迎合患者希图速效之心理，而妄投攻伐之猛剂，“不知宽得一日半日，其肿愈甚，病邪甚矣，真气伤矣。”（朱丹溪语）斯乃取败之道也。故我治臌胀，恒遵吴鞠通《治病法论》之名言——“治内伤如相”（坐镇从容，神机默运，无功可言，无德可见，而人登寿域），斯乃化难为易之道也。纵使腹水严重，不得不暂用逐水峻剂者，亦先审患者体质虚羸之性质与程度，酌用补剂，待其恢复至可任攻下时，才轻投牵牛头末或甘遂末，“衰其大半而止”。水泻之后，赍续予以调补，岂敢急功近利，“毕其功于一役”哉！

为什么治臌胀不能毕其功于一役呢？这是由其病因病机所决定的。俗话说：“冰冻三尺，非一日之寒。”推原臌胀之病因病机，大要有三：气滞血瘀，湿热蕴蓄，疫虫感染。凡此三者，均非朝发夕至，而是积重难返，臌胀乃生。如“气滞血瘀”者，先因情怀不畅，肝气郁滞，久则气病及血，络脉凝瘀，且横逆乘脾胃，脾胃受戕，运化失职，水湿

停蓄，与凝瘀相合，复阻气机之升降，中焦为之壅塞，渐成臌胀；“湿热蕴蓄”者，先因饮啖不节，酿湿生热，脾胃受累，复因房室劳倦，久亏脾肾，脾失制水之职，肾乏主水之权，浊水瘀热蕴蓄中焦，渐成臌胀（其由黄疸、积聚等病久不愈，转化而成臌胀者，亦同此理）；“疫虫感染”者，血吸虫为患也。因失治而迁延至晚期，疫虫久居腹内，蚀耗脏真，伤肝损脾，扰乱气机，使清浊混淆，脉络室寒，瘀水久积，渐成臌胀。于斯可见，臌胀之生，系由于以上致病因素淆乱肝脾肾之气化功能，导致滞气、瘀血、浊水等停蓄于腹内，其来也渐，其积也深，故尔难求速效，惟宜细审病因病机，谨察其间甚，缓缓图治，方为良策。

然而理论上好讲，实际做起来还是不容易。我对此体会殊深，所以你要我介绍自己治臌胀的“独特经验”，直令我汗颜！及观古今方书与现代中医刊物，除了攻逐腹水尚有较完整的病案资料外，大多数治验系个案；这些当然亦有借鉴价值。但你知道，中医治病，讲究整体观念和辨证论治，强调因时、因地、因人制宜，忌讳模仿和照搬。我相信，你一定会用这种观点来对待我的粗浅的治疗心得。

我治臌胀的基本原则是：疏导气血水，调补肝脾肾。我认为，理论上虽有“气臌”、“血臌”、“水臌”等证型之划分，但临床上最忌乎拘执。盖因不论从生理还是病理上看，气、血、水三者都是攸切相关，密不可分的。如气之与水，本属一家。唐宗海说：“气生于水，即能化水；水化于气，亦能病气。气之所至，水亦无不至焉。”而水之与血，本为同类；血之与气，又是对子。一者病，其余二者亦病，只有主次、轻重之分，断无此病彼安之别。其中尤以气与水关系密切，

故合为一型，血臌为另一型，兹分述之：

气臌、水臌：以腹大胀满，按之不坚为主证。若重按片刻，微现凹陷，小便不利者，为水臌；重按无凹陷，小便自若（或略短少）者，为气臌。不论气臌与水臌，我均用张锡纯所制“鸡脬汤”合“鸡脬茅根汤”（载《医学衷中参西录》）加味，其基础方为：鸡内金、白朮、山药、赤芍、白芍、柴胡、陈皮、生姜、鲜茅根、丹参、琥珀。该方以鸡内金之善化有形瘀结者为君；赤芍、丹参、琥珀、鲜茅根化瘀利水；柴胡升肝，陈皮降胃，参入白朮健运中州，斡旋升降；山药保定肾气，生姜配白芍调和营卫，俾周身之气化流通。通观全方，药性平和，不凉不热，奏效固缓，却无流弊。若阳虚者，酌加肉桂、熟附片、干姜温补脾肾，化气行水；阴虚者，以生姜皮易生姜，枳壳易陈皮，合猪苓汤育阴清热利水；若偏于气滞者，合旋复花汤疏肝通络；若食后胀甚，暖气、矢气频频者，可暂用厚朴生姜半夏甘草人参汤（方中人参改用泡参，厚朴重用20~30克），缓解后再用基础方；若湿热蕴结明显者，可暂用中满分消丸（去人参、干姜），缓解后再用基础方；若水蓄太甚，正气又虚，经调补后尚堪攻下者，可暂用峻下逐水药：吞服牵牛头末1.5克，或甘遂末0.5克（均宜装入胶囊）。隔日再吞服一次，不可连服。水泻之后，急急用香砂六子汤加减调补脾胃，待其纳开之后，再用基础方缓图之。

血臌：以腹大坚满拒按，脉络怒张，胁腹刺痛为主证。凡无明显出血倾向者，我均以自拟“血臌散”为基础方：制首乌、山药、白朮、木瓜、鸡内金各20克，丹参、乳香、没药、郁金、赤芍、白芍各15克，琥珀、三七各10克，血竭6

克，白茯苓18克，共为细末，每次用鲜茅根30克煎汤，吞服6克，早晚各一次。此方调补肝脾肾，化瘀生新，调气行水。坚持服用，自可缓缓取效。又血虚多有阴亏者，如见烦热、口干舌燥、舌红少津等，可用玄参、生地、石斛各15克，鲜茅根30克煎汤送服。若兼有出血倾向者，可先服一贯煎合玉女煎(齿鼻衄者加仙鹤草、鲜茅根，大便色黑者加地榆、槐花)，待血止后再用基础方。必须注意，治血虚切忌用峻破血之药，不尔，阴络阳络俱破裂，出血不止，极难挽救。

以上所述，乃虚证之一般治法。若病至晚期，气血水瘀积深沉，肝脾肾俱衰败，使血无所统摄，气无所依附，随时可出现危候。如血分热炽，突然大量吐衄、便血者，急用犀角地黄汤并吞服三七粉，以凉血止血；如气随血脱，四肢逆冷，汗出淋漓者，急用独参汤益气固脱。又有肝肾阴竭，邪热鸱张，致神明无主，肝风内动，证见神昏、抽搐者，急用安宫牛黄丸、紫雪丹等开窍醒神，镇痉息风，必要时须中、西医结合救治。

“纸上得来终觉浅，绝知此事在躬行。”我相信，你在弄清虚证来龙去脉的基础上，只要勤于临证，不断求索，是一定会有所发现，有所创新的。但愿你在实践中检验我的一孔之见和一得之愚，如发现悖谬之处，尚祈不吝赐函指正！

祝你
一帆风顺！

四川省乐山人民医院 江尔逊

谈积聚的几个问题

求知、务实同志：

你们好！

从来信得知你们在讨论“积聚”时发生了一些争论，对某些问题各持己见，相持不下，要我来当“裁判”。我虽不敢担此重任，但愿就其中的几个问题谈点个人的看法，希望对你们有所帮助。

求知同志问：“积聚”和“癥瘕”、“癖结”、“痞块”是同一类病证，还是几种不同的病证？

要回答这个问题，我认为首先应分别弄清楚其各自的含义。什么是积聚呢？明代医家张景岳解释说：“盖积者，积壘之谓，由渐而成者也；聚者，聚散之谓，作止不常者也。由此言之，是坚硬不移者，本有形也，故有形者曰积；或聚或散者，本无形也，故无形者曰聚。……旋成癥块者，皆积之类，其病多在血分，血有形而静也。诸无形者，或胀或不胀，或痛或不痛，凡随触随发，时来时往者，皆聚之类，其病多在气分，气无形而动也”。这就说明“积聚”是指腹内结块，或胀或痛为主症的一种病证。什么是“癥瘕”呢？明代医家李梴明确指出：“有积聚成块不移动者曰癥，言坚硬贞固也。或有或无，或上或下，或左或右者曰瘕。”这就不难看出，积聚和癥瘕是异名而同类的病证。一般以坚硬成块，固定不移，推揉不散，痛有定处的为积、为癥，其病

位在血在脏；而胀满无形，且推揉转动，时聚时散，时发时止，痛无定处者名瘕、名聚，其病位在气在腑。但在临床上，瘕积和瘕聚有时难于截然划分，故常常二者并提。至于古代一些医书上所提到的“癖结”、“痞块”，实际上都是指的腹腔内包块，都属瘕积的范围。

务实同志提出：积聚是不是就是肿瘤？我认为，腹腔内肿瘤（恶性和良性）肯定属于中医的积聚范畴。但积聚绝不等于肿瘤，因为它还包括了现代医学所称的肝脾肿大、胆囊疾患、幽门梗阻、肠梗阻及胃肠功能紊乱等等疾病在内。至于胃、肝、肾等等内脏器官下垂，则不能看作是积聚。因为，这些本是正常脏器，由于某些因素造成了位置的下移罢了，若当作积聚去治疗就错了。

怎样才能正确诊断积聚呢？我认为要正确诊断积聚，至少应做到以下三点：（1）要学习和了解一点正常人体解剖学知识。因为要知其常才能知其变，也才不会把正常组织器官误认为是积聚。我在几年前曾遇到过这样一件事：一位体型瘦高的农民来门诊找我看病，他说日前在当地有位医生扪到他肚子里有一个较大而又很硬的包块，叫他赶快到成都大医院来验查。我仔细验查后，发现所谓包块实际上是脊柱腰椎段生理性前凸。这种生理性前凸，人人都有，只不过在较消瘦的人身上更易摸到而已。经过一番解释后，终于消除了他一场虚惊。（2）要学会正确使用按诊。按诊，是切诊中的一种，也就是医生运用指端触觉在病人一定部位进行触、摸、按、压，以了解病情的方法。此法常被一部份临床医生所忽视，这是值得注意的。我们在诊断积聚时，绝不能仅凭病人的自述而不经仔细的按诊就作出结论，否则会造成误诊。尤其

在当今“恐癌症”泛滥之时，更需要引起我们的重视。例如：有些消瘦的病人自述在腹部正中摸到一个长条形的，不停地跳动的包块，特别是空腹平卧时更加明显，怀疑得了肿瘤。这时我们运用按诊验查一下，就会发现那是正常的腹主动脉在有节奏地搏动，根本不是什么包块。当然，我们也就不会错误地给患者戴上积聚的“帽子”了。相反，一个腹痛、腹胀的患者来诊，我们如不进行按诊，也常会漏掉积聚的诊断。例子还很多，限于篇幅就不一一列举了。（3）应尽可能借助X线、超声波、放射性同位素及内窥镜等等现代医学的验测方法和技術，帮助我们诊断积聚，特别要注意发现一些体积较小、部位较深，而运用按诊难于发现的包块。这有助于早诊断、早治疗，从而提高临床疗效。

治疗积聚，从原则上讲，主要是掌握攻、补二法。但是，在临证中切不可不根据实际情况而畏攻专补，或轻补专攻。

为什么畏攻专补不对呢？这是因为积聚的形成和正气不足有关，但是任何病邪留于体内，都要损伤脏腑，耗散正气，这也就是“因病致虚”。如果我们不在患者正气尚旺之时，抓住病机，采取强而有力的措施，尽快消除积聚，那就会犯下“养痍遗患”的错误。若到了结块坚硬，正气大衰，甚或出现吐血、便血、臌胀等证时，治疗起来就非常困难了。所以，不能畏攻专补。当然，我绝不是提倡不顾实情去强攻滥伐，而必须时时想到顾护正气，特别是要注意保护胃气。

为甚么说轻补专攻又是错误的呢？在前面我们已经明白了，正气不足既是积聚形成的内在因素，而病邪不除又要不断耗伤正气。所以，在病程的中末期，患者之形体消瘦，甚

而形消骨立，食欲不振、精神衰惫等等虚衰征象非常突出。此时我们不大力补虚、扶正、固本，而是用一些峻猛之剂去大攻大伐，就必然会进一步损伤脾胃，耗伤气血，不仅不能消除积聚，反而会使残存的一点正气也随之消亡。这不但对中末期病人是如此，即对那些正气素来很虚，或身患多种慢性疾患的早期积聚病人也是如此。张景岳有一段话说得很精辟，他说：“治积之要，在知攻补之宜。而攻补之宜，当于孰缓孰急中辨之。凡积聚未久而元气未损者，治不宜缓，盖缓之则养成其势，反以难制，此其所急在积，速攻可也。若积聚渐久，元气日虚，此而攻之，则积气本远，攻不易及，胃气切近，先受其伤，愈攻愈虚，则不死于积而死于攻矣！此其所重在命，不在乎病，所当察也。”

另外，通过近年来国内一些单位的临床观察及实验研究，证实补法治疗积聚并不是一个消极的办法，而是有一定积极意义和实用价值的。如我国江苏某县用扶正抗癌汤合并小剂量氟脲嘧啶（一种化学抗癌药）治疗原发性肝癌50例，经过3年的观察，生存一年以上者17例，占34%（其中生存2年以上者8例，占16%）。而据国外1972年报道，单纯应用化疗的原发性肝癌101例，其相对一年生存率为12%。

总之，积聚的病因病机是复杂的，治疗又很困难，需要人类共同努力，研究它、攻克它。

祝

工作顺利，身体健康！

成都中医学院附属医院 何光鉴

小小蛔虫病 诊治要用心

永吉同志：

你好！

蛔虫病是我们经常碰到的常见病，然而要能“药到病除”，确实有探讨一番的必要。

蛔虫是中医所称“九虫”中最普遍的一种虫，可以说自有了人类以来就危害人类了。几乎每个人一生中总有被感染上的时候。《内经》称蛔虫为“蛟蝮”、《金匱要略》称为“蚘虫”、《诸病源候论》称为“长虫”，而民间又俗称为“蟠虫”。

蛔虫病本来是一个简单的病，但在辨病辨证时，常与其它病证相混淆，有时弄得扑朔迷离，难以分辨。我们先从病因上看，蛔虫病是因“蛔”而致，属于“虫因”。蛔寄生于小肠，损伤脾胃，脾胃为中土，后天之本，脾胃伤则气虚血亏。所以，临症若见脾胃的病理症状和气血两虚的表现，如果可以排除其他病因，便可考虑到“虫因”了。

轻微的蛔虫病患者与正常人没有什么异样，找不出异常的体征。稍重的蛔虫病由于损伤了患者的脾胃，可出现脾胃症状：或时有乏力、面色萎黄、不思饮食，是为脾虚；或时有口干、嘈杂、烧心、善饥食多，食多而渐现清瘦，乃为胃热；或时有干呕、暖气、不时吐唾沫、口流清涎，则属气逆。此外，部分患者可表现所谓“嗜异癖”，诸如咬手指甲、

吃黄泥巴、吃干草、吃石灰墙的石灰块……，甚至于喜欢吃自己和别人伤口上结的痂等等。还有的患者鼻孔无缘无故地发痒，搔痒局部又无红肿、丘疹等异样表现。较严重的蛔虫患者，会呈现：一、花剥苔，或舌上出现圆形红斑，边缘整齐，突出于舌面，数量不等，部位不定，长期不消失；二、面部蛔虫斑，虫斑的颜色比周围皮肤浅一些，铜钱般大小，呈不规则状，有的连成一片，也有的只是零星一、二处，一般不高出皮肤，摸之不碍手；三、嘴唇内侧粘膜常有数量不等的灰白色粟粒状疹子；四、眼白上可发现蓝斑，呈三角形、圆形或半圆形，不突出于巩膜表面。此外，最常见的症状要算夜间磨牙（俗称“锉牙巴”）和“脐周腹痛”两个症状。非常严重的蛔虫病还可出现气血两虚的征候，如面白、头晕、贫血、失眠，甚至于浮肿。

小儿因感染蛔虫的机会较多，身体原本稚弱，又处在发育阶段，久病不治，即易酿成“蛔疳”，要特别抓紧治疗，否则影响小儿终身的健康。

我个人认为蛔虫病的治疗，应辨证与辨病结合论治。如胃气上逆可用椒梅四逆散；胃热积盛可用左金丸方配驱蛔药；胃气虚弱可用四君子汤配驱蛔药；脾胃阳虚可用理中安蛔汤；气血两虚可用八珍汤配驱蛔药；小儿蛔疳可用布袋丸（《补要袖珍小儿方论》歌云：“布袋丸内用四君，茺萸芦荟共调匀，夜明砂与使君子，虫去疳消法可循。”）和肥儿丸方。

下面我们介绍一些常用的驱蛔药和单、验方：1.使君子仁。1岁1粒，最多不超过20粒，不论早、晚空腹嚼服，连服2~4日。本品服过量会产生呃逆，可以冷开水小口频嚥治之。2.苦楝根皮（去净表面粗皮）。成人每服60~90克，小儿

每公斤体重3~9克(最多不超过60克),水煎服,可适量加糖调味。亦可采用市售苦楝片。注意勿服过量,以免中毒。3.石榴皮。每次30克,煎水,每晨空腹服,连续3日。4.榧实。每次7~10枚,炒香后每晨空腹一次嚼服。5.槟榔。炒香研末,每晨空腹开水冲服6克,连服3日。此外,市面有专为驱蛔而设的中成药可选用:1.化虫丸。出自《医方集解》,由槟榔、鹤风、苦楝皮、芜荑、枯矾、使君子、沙胡粉等组成。2.追虫丸。出自《证治准绳》,由槟榔、雷丸、木香、苦楝皮、皂荚、茵陈、黑丑等组成。3.乌梅丸。出自《伤寒论》,由乌梅、黄连、黄柏、细辛、花椒、干姜、桂枝、人参、当归、附子等组成。本方为临床驱蛔的常用方,疗效甚佳。

还需要着重提到的是蛔厥症。蛔厥又称虫咬心痛,是蛔虫病中的急症、难症。可分为胆道蛔虫症及蛔虫性肠梗阻症。胆道蛔虫症患者发作时总是腹部剧痛,以至大汗淋漓,四肢冰冷,体温多半正常,询问患者常可知以往有蛔虫病史,疼痛的感觉常在剑突下或胆囊区,且有顶钻样的描述,在间隙期间可完全不痛,在疼痛时腹肌不紧张不强直,触摸腹部无“板块”样现象。痛剧时,患者乱滚乱吼,呼嚎不停。此时急用食醋二匙灌下,以后每隔5分钟灌一匙,直至缓解。如在食醋中加少许花椒粉更好,如无食醋,用乌梅子煎水频服亦效。缓解后,急用乌梅丸驱蛔。

如果是蛔虫性肠梗阻,可在患者腹部摸到大小不等的象粗绳子样的条状物,位置多在脐周。这种病一般以2~9岁的小儿多见。此时小儿多哭闹不休,这是腹部疼痛引起的,同时伴有呕吐,如吐出蛔虫更为明证。这时腹部虽膨隆,但腹

肌较柔软。治疗可急用菜油一匙烧熟，加入花椒20粒，熬一小会，冷后去渣，让病人服一匙，隔10分钟再服一匙，直至缓解。缓解后当驱蛔以治本。

你也知道，蛔厥证后果严重，如若上述办法无效，必须尽早争取手术治疗。

驱蛔之后，患者体弱。可用中医治虚劳的辨证处治。气虚者补气，胃虚者健胃，脾虚者补脾，血虚者补血，阴虚者滋阴。临床上当然不会如此单纯，常常有兼证。无论如何，必须兼顾脾胃。可以柴芍异功散或七味白朮散，随证加减，屡试屡验。

以上不过是个人的肤浅见解而已，诚然还有其它的治疗方法，不足之处一定很多。让我们在实践中不断摸索，共同提高吧！

重庆石油公司医务室 谢之林

水肿古今有 探讨出新法

纪大为同志，你好！

你在学习治疗水肿病的过程中，来信问水肿治法的临床运用问题。你自谓曰：对于用五皮饮、五苓散加减利尿消肿，用四君子汤、参苓白朮散加减健脾益气消肿，用真武汤温阳化水消肿，用调营饮加减活血化瘀消肿等治法比较熟悉，有一定临床体会。而对于如何掌握运用宣肺发汗、育阴

利水、燥湿理气、清热解毒、泻下逐水、扶正固本等法以治水肿，则理解不深。现就这些问题，同你讨论。

汗法，在《内经》里称为“开鬼门”。药用麻黄、苏叶、浮萍、荆芥、防风等为主，多用于风寒表证，也可用于水肿。这种治法，不一定加利尿药，但治水肿的效果也很好。实践证明，风水初起，用越婢加朮汤添浮萍、苏叶等疗效不错。在慢性肾炎的某些阶段，亦可用汗法治疗。如一转业军人，患慢性肾炎，高度水肿，住院治疗三月，曾用健脾利尿、温阳化水等法，配合西药治疗病情无好转。病人胸腹满胀，呼吸迫促，百般痛苦，呻吟不止。病情危重，复感外邪，证见发热恶寒、身痛、咳嗽痰多。根据先表后里的治则，投参苏饮加麻黄两剂，表证消失，排尿量增加，水肿也逐渐减轻，收到较好效果。

问曰：滋阴药有助水湿之虞，那末水肿的治疗是否忌用滋阴法呢？这个问题不能绝对看待。《医门法律·水肿》曰：“肾司开阖，肾气从阳则开，阳大盛则关门大开，水直下而为消；肾气从阴则阖，阴大盛则关门常阖，水不通而为肿。”水肿为阴寒证，按常理当然就不适用育阴利水法治疗。但证之临床，却不尽然，临床上阴虚水肿是屡见不鲜的。如水肿证见口渴咽干，头昏目眩，舌红少苔，脉细数，其证为阴虚内热，虚阴上亢所致。治宜滋阴利水，平肝潜阳，根据《伤寒论》用猪苓汤治疗水热互结、小便不利的理论，故可选用猪苓汤、六味地黄汤加减治疗。特别是激素类药的广泛应用，使肝肾阴虚水肿患者显著增加，因此用滋阴利水法治疗水肿收到了较好疗效。如无锡市第二人民医院、湖北地区襄阳医院，以六味地黄丸配合治疗肾炎水肿，疗效就很好。

燥湿理气法用于气滞不行、气化障碍。证见胸腹胀满、舌苔厚腻的患者，通过应用苍朮、草果、厚朴、法夏、木香、枳壳、槟榔、青皮、陈皮等理气燥湿药，以平胃散、胃苓汤加减治之，则能收到气行则水行、气降则水降、畅通三焦、消除水肿的效果。临床运用时，可直接应用燥湿理气药，也可配合利尿药，根据具体病情而定。

清热解毒法何以能治疗水肿？这是因为有的水肿患者是由热毒郁结或疮毒内攻，津液气化失常所致。祖国医学对于疮毒和水肿的关系，观察颇为细致。如《济生方·水肿》说：“又有少年血热生疮，遂变肿满”，《医学入门》亦曰：“阳水多兼食积，或饮毒水，或疮毒所致也”，“脓疮搽药愈后发肿”等。根据这些论述，故用本法治疗发热口渴、舌红苔黄、咽喉肿痛，或身上生疮的水肿患者。常用药物有银花、连翘、黄芩、黄连、蒲公英、紫花地丁、野菊花、板蓝根、射干、马勃等，可选用五味消毒饮、黄连解毒汤化裁治疗。近年来，上海第二医学院用清热解毒利湿药，如白花蛇舌草、蒲公英、竹节草、见肿消等治疗肾炎水肿，疗效有所提高。

泻下逐水法，常用药物为大戟、芫花、甘遂、商陆、牵牛子、大黄等，方剂如十枣汤。本法作用峻猛，用之得当，确能逐水祛邪，转危为安。若使用不当，则耗伤正气，加重病情。在具体使用时，要注意掌握适应证，对于严重水肿，二便不通、病情危急、诸法治疗不效者，可酌情选用。要注意攻补兼施，药后病情去半，即可停药，转用调补之剂。在使用过程中，如病人出现严重腹痛、恶心欲吐，或大便、呕吐物中带血，则须立即停药，否则有大失血之虑。如

一慢性肾炎水肿患者，高度水肿，单用中药，单用西药，中西药并用，治疗毫无进展，遂用牵牛子60克，研成极细末，第一次白开水送服15克，服药后40分钟，腹鸣隐痛，矢气频频，两小时后仍未泻下，再服药末15克，四小时内泻下10余次。泻下之物呈风泡稀涎状。患者呼吸迫促、胸腹胀满各症明显减轻，次日水肿亦随之减轻。停药一天，第三天又重复泻下一次，以后转用健脾利水法进行调理，小便量比过去有所增加。一周之后，仅膝关节以下轻度浮肿。本例水肿患者的治疗，发现一个值得探索的临床现象，即在用泻法之前，施健脾利尿法不效，而在用泻法之后则有效，原因何故？中西医之间曾交换过看法，但未得到满意的解释。尚待探索。

问曰：《千金》鲤鱼汤能否治疗水肿？个人肤浅体会认为，能治水肿。本方适用于病程较长、气血虚衰、血浆蛋白低下的患者。临床使用时，不必局限于鲤鱼汤，可用加味鲤鱼汤，亦可不用鲤鱼而仅师其法。如一青年农民患严重肾病综合征，高度水肿，阴囊肿大如气球，反光亮，触之有水液浪动感，有蛋白尿。臀部注射针药抽针后，针眼绵绵溢水，经中西药治疗三周，效果不好。乃仿鲤鱼汤之意，从实际出发，试投鲫鱼汤（鲫鱼250克，商陆10克），煎汤服，不放盐，每日一剂。有时买不到鲫鱼，即改用鳊鱼，连服一周，小便量未见明显增加，然而水肿大减，连服半月，水肿全消，遂转用肾气丸调理善后，最后病人痊愈出院。本案说明鲤鱼汤之类治疗水肿，实为古人经验之总结，我们只要用之得当，往往能收到其他治法所不能取得的效果。

治疗水肿，千万不可忽视肿退后的巩固治疗。水肿的消退，不等于机体正气来复，邪气已尽，病根已除。要防止病

情复发，进行合理的调治是十分重要的。如何巩固治疗？总的说来，要注意处理好扶正与祛邪的关系。在水肿消退后的余邪未尽阶段，宜以祛邪为主，但应以祛邪而不伤正、扶正而不得邪的和法治疗。待余邪已尽，方可根据气血阴阳的偏衰情况，进行适当的调理善后。如一见水肿已消，便急于转用纯补之剂，往往可能导致这样的后果：过早补阳则助长热邪，过早补阴则助长湿邪，均可引起水肿复发。

肾病水肿消退后，如何治疗蛋白尿问题？据我所知，本证目前尚无特效疗法，尚待中西医继续研究攻关。对于蛋白尿的认识，在七十年代以前，一般认为其病机是：肾气亏虚，精关不固，精气外泄；或由于肾气不摄，膀胱气化失约而产生。故多从补肾摄精论治。近年来，对蛋白尿的治疗总结了一些新经验，提出了一些新看法。如徐嵩年认为，本病的治疗应突出清利，立足于祛邪即可以扶正；重视调整肺脾肾的功能。这一经验可贵，但对全身衰竭、阴阳气血俱虚的患者，不可忽视补益之剂的治疗作用。如我院附院在六十年代用党参、白朮、茯苓、山药、枸杞、杜仲、菟丝子、淫羊藿、芡实、当归、白芍、熟地、炙甘草为基础方，阴虚去黄芪，加玉竹、石斛、生地、制首乌。诸药浓煎熬膏，加用等量蜂蜜为丸，日服三次，每次15克。长期服用，治疗蛋白尿，部分患者有一定疗效。

大为同志，这次就讨论到这里，以后我们还可切磋。上述浅见，难免挂一漏万，仅供参考。

最后，祝你
学业精进，深造成功！

成都中医学院 张发荣

淋症淋病要区分 治淋方法有创新

杨翠莲同志：

来信收到，你信中提到“中医是怎样治疗淋症的？淋病就是淋症吗？特别是听说重庆中医研究所近年来开展中医治疗急症，在淋症的治疗上有许多成功的经验，希望你给我们介绍一下。”对你所提的问题，个人的体会如下，不当之处还望批评指正。

中医说的淋症，《实用中医内科学》样稿是这样表述的：“淋症以小便频急，欲去不去，不去又来，淋漓不断，点滴涩痛，小腹拘急，痛引腹中为特征”；还说淋症“多因肾虚，膀胱湿热，气化失司，水道不利所致”；“淋症亦名淋漓，五淋，简称淋。根据其临床表现的不同，又有热淋、血淋、气淋、石淋（砂淋）、膏淋、劳淋、冷淋之分……”。

该样稿还指出：淋症“主要见于西医某些泌尿系统的疾病，如肾盂肾炎、膀胱炎、肾结核、泌尿系统结石、膀胱癌以及乳糜尿等病”。

由上可知，现代医学中的“淋病”和中医学的“淋症”有本质的区别，这里“症”和“病”虽然一字之差，但两者相去甚远，不能混为一谈。

中医是怎样治疗淋症的？

淋症是各种淋症的总称，而不同淋症的临床特点和治
疗，不能一概而论。热淋，乃湿热邪毒，客于膀胱，因而造
成气化失司，水道不利，治疗以清热解毒、通淋除湿为主，
如八正散之属。血淋，以热毒为患，热灼阴络，迫血于膀
胱，以清热凉血解毒通淋为主，常用小蓟饮子是凉血解毒通
淋的有效方剂。石淋是常见淋症，其因乃湿热下注，热灼尿
浊，结而为石，故其治法以通淋除石为主，如石苇散、化石
汤等。当然，临床还可见到的如气淋、膏淋、劳淋等，其因
也多是湿热流注下焦膀胱，滞塞气机，导致气淋；或因湿热
下迫，脂液外渗而导致膏淋；或淋症延绵不解，肾气受伤，
或心脾之气两损，导致劳淋之症……。其治疗当然应以清利
湿热为先，且宜结合理气活血、补益心脾、补益肝肾而治
之，如膏淋常用萆薢分清饮，清热除湿，分清利浊。

近年来，中医药治疗淋症，取得了新的进步。七十年代
初，遵义医学院创造了排石的总攻方法，排石率达60%左
右。中医研究院广安门医院采用溶石方法，自制清热解毒、
活血化瘀、软坚散结的“溶石汤”治疗尿路结石收到良效，
在部分病人中观察到结石溶解或部分溶解现象。

重庆中医研究所自1975年起，用“愈淋汤”治疗急、慢
性肾盂肾炎，采用分阶段、别类型的分法，再次系统地进行
临床研究，中近期的临床治愈率达90%，尤其是对急性病例
近期治愈率达94%。

具体治法是分急性发作阶段和非急性发作阶段施治，分
为五型，方药如下：

一、重定“肾盂肾炎科研方”丁号(柴胡、黄芩各24克，
大青叶、石苇、萆薢、车前草各30克，广香10克)，每日一

剂，急性高热期每日二剂煎服。本方用于急性发作期的下焦湿热型，疗效优异，值得进一步观察研究。

二、重定“肾盂肾炎”Ⅰ号方（黄柏、知母、泽泻、生地各12克，女贞子、淮山药各24克，车前草、银花藤各30克，茯苓15克，丹皮10克），用于非急性发作期的肾阴不足、下焦湿热型，腰痛明显加淮牛膝、续断，每日一剂，煎服。

三、重定“肾盂肾炎”Ⅱ号方（黄芪、银花藤、车前草、葎草各30克，党参、柴胡、淮山药各24克，黄芩、茯苓、麦冬各15克，地骨皮12克），用于非急性发作期之气阴不足、下焦湿热未尽型，每日一剂，煎服。

此外，用于健脾补肾的菟丝子汤（菟丝子、茯苓、枸杞、莲肉、杜仲、补骨脂各12克，淮山药24克，续断15克）和滋阴补肾的地麦汤（生地、麦冬、续断、淮牛膝、茯苓各12克，银花藤30克，淮山药24克，丹皮9克），以及用于急淋热盛期的甲号方（大青叶、土柴胡各24克，水黄连、马齿苋各18克，车前草、金钱草、银花藤各30克，石苇15克）与用于慢淋的乙号方（鸡爪参、石子、麦冬、地骨皮、木通各15克，土柴胡、刺黄芩各18克，银花藤、车前草各30克，石菖蒲12克）等，经过临床多年来的实践均获得较满意的疗效。

不过临床必须注意证之虚实、寒热，法之攻补、温清的不同，以及个体之差异，结合标本缓急，针对病机，确立治则，立方遣药，方能收到更好的效果。

近年来结合我所深入一步的开展中医药治疗急症，在剂型上、投药途径上，围绕提高临床疗效为宗旨的需要，对临床反复验证有效的方药，改变剂型，从静脉滴注给药，获得成功。对急淋伴有高热不退、或恶心呕吐不能口服汤药的患

者，甚至毒邪深重致危致脱的病例，采用我所创制的“清气解毒针”、“养阴针”、“增液针”、“参麦针”、“生黄针”等，不少病例都收到降温快、菌尿转阴快、中近期复发少等优点，给淋症的治疗，带来一大变革。

以上回复，不知对你了解淋症的论治有无帮助，不妥之处，望予指正。

重庆市中医研究所 杜树明

欲求尿血疗效好 善施治法多用脑

张明同志：

你好！来信谈到你对一个尿血病人以多种方法久治不效，感到棘手和苦恼的现状，希望我能对这例病案进行分析，并谈谈怎样治疗尿血。

为了更好地说明问题，先让我们一起来温习一下与尿血有关的理论。

尿血，是小便中混有血液或血块、尿道无疼痛或疼痛不甚的病症。尿血现象也可出现在血淋病中，但血淋在小便时具有淋漓艰涩、疼痛难忍的感觉，所以在诊断时，尿血同血淋较易加以鉴别。由于尿与肾(水脏)、膀胱(水腑)、小肠(分清别浊)；血与心(主血)、肝(藏血)、脾(统血)密切相关，因此这些脏腑的病变都可以发生尿血。临床上将本病分

为虚实两证论治。概括地说，实证多由火热、湿热伤血动络引发，表现为暴病尿血、颜色鲜红、小便短赤、尿道有灼热感，治宜清热利湿，泻火凉血。虚证多因脾虚、肾虚而血失固摄所致，表现为久疾尿血、颜色淡红、尿道无灼热感，治当益气养阴、收敛固摄。治疗尿血，必须首先作出准确的辨证。搞清楚尿血是属于虚证还是实证，是脾虚还是肾虚，是火热还是湿热，是先实后虚还是先虚后实，是先瘀血后出血还是先出血后瘀血，等等，才能确定采用什么方法治疗更为合拍。这方面的专著首推清代名医唐容川的《血证论》。该书宜置于案头反复学习，所述理论是临床经验的总结，也是指导诊治尿血的基本法则，切不可忽视。

再看这个病例，病人连日来表现尿频尿急，夹下血块，尿道灼热，小腹坠胀，头晕腰酸，神疲食少，舌红苔黄，脉细数而弱。这些情况，提示病情属虚实夹杂的症候，与虚、热、瘀的病理改变有关。其中，虚是造成尿血的基础，热是产生尿血的条件，瘀是尿血发展的结果。

而你看了这个病人后，首先考虑的却是凉血止血，在小蓟饮子中重用生地达60克之多。由于“寒能胜热”、“血得寒则凝”，血凝则止，所以尿血暂时停止。不料，两天后尿血又现。复诊中你根据病人的建议，使用了民间单方(柿饼三个烘干研末，早晨空腹以米汤调服)，治疗十天，也无疗效。后来，又改用清热利湿、养阴收敛等法，但尿血仍然时止时发，遇劳加重。这是为什么呢？

唐容川在《血证论》中指出：治疗血证，“惟以止血为第一要法”。但是，止血法是多种多样的，每一种方法都在中医“辨证求因”、“审因论治”的指导下运用，才能显示其应

有的效果。就本例的治疗来说，尿血既然与虚、热、瘀有关，就不是单用小蓟饮子所能奏效的。况且，小蓟饮子本身就够凉了，你再重用生地，不仅不能祛除旧有的瘀血，反而造成了“瘀凝冰伏”的现状。这正是病情复发的根源。

唐容川根据止血之后，离经而未出的瘀血日久会引起变症的情况，提出“以消瘀为第二法”。而你不辨瘀血病机，在病人复诊后囑以单方柿饼治疗。柿子虽有止血功用，但柿子性寒，对体弱多病、产后、病后的贫血患者，却不宜食用。这类尿血本身就有虚证存在，你用这个单方治疗当然是不会见效的。

唐容川说，血止瘀消之后，应防范其血复潮动而出，当“以宁血为第三法”。宁血法，属于和法的范畴。唐氏认为和法为“血证之第一良法”，和法具有“许多妙义”。他在《血证论》中用小柴胡汤最广，全书计约60处。运用和法宁血，就是根据“辨证求因”，采取多法合用，使乱血得治。本例即属和法解决的范畴。正因为你在后来没有用好活法，才使病程迁延。

唐容川讲，“血家属虚劳门，未有不议补者也”，治疗血证要“以补虚为收功之法”。虽然你也用了补法，但是没有用对，所以久治不愈。

总的说来，对止血法的运用不能脱离“辨证求因”，单方治病不能脱离“审因论治”，治疗血证不能脱离唐氏先止血，次消瘀，继宁血，终补血四大法则。那么，对于这个虚、热、瘀错杂的尿血病人，在当初究竟应该怎样治疗才合适呢？

正好，林斌等发表在《浙江中医杂志》1981年第4期的

报告，可以说明问题。

报告表明，自拟“仙芪地紫合剂”治疗110例肉眼血尿，经观察分析和信访调查，近期疗效达90.9%，远期疗效在90.3%以上，全部病例均与虚、热、瘀三者的病机有关。方中以黄芪、仙灵脾调补脾肾、益气助阳，生地、紫珠草、鹿含草凉血止血，三七、蒲黄活血散瘀止血，车前草清热利湿，甘草清热并调和诸药。全方体现了调理脾肾以补其虚，清热化瘀以祛其邪的治法。由于理、法、方、药丝丝入扣，在辨证求因、审因论治的治疗中做到了有的放矢，所以疗效较为满意。

当然，这并不是要你照搬资料。很明显，你所遇到的病例，是不可能与资料所述尽同的。《素问·至真要大论》所说“疏其血气，令其调达，而致和平”，就是治疗血证的宗旨。上述唐氏治血的四法，正是对这个宗旨的很好发挥。

现在，从病人尿血时止时发，血色淡红，一经劳累之后就感到小腹坠胀而重发此病，面色萎黄、舌淡苔白、脉大而虚等，而知病情已发展到脾气下陷的地步。这时，尿血仅是气陷的表现，气陷才是尿血的本质。因此，论治只宜升阳举陷，补中益气，宜予补中益气汤加知母、黄柏治疗。方中升麻、柴胡升阳举陷，黄芪、党参、白朮、炙草益气健脾，归身补血，陈皮防滞，知母、黄柏滋阴降火。治法取“治病必求其本”的精神，针对脾虚气陷遣方用药，待脾气健运之后尿血即可自止。由于病程较长，本方可嘱病人较长时期服用。当然，在治疗中还要善于根据病情的变化，酌情加减用药，疗效方佳。

张明同志：尿血问题比较复杂，治疗时必须慎重。诸如

凉血应防留瘀，清利应防伤气，益气不宜过温，滋阴不宜过腻，等等。所以说：“欲求尿血疗效好，善施治法多用脑。”

谨祝

学习进步！

重庆桐君阁药厂 谢亚松

腰痛多发病 分型以治之

蔡达知同志：

你好！来信收悉。信中谈到在治疗腰痛中遇到一些问题，望给以解答，兹复如下。

腰痛是常见多发病，其病因多与肾有关，《医学心悟》说：“腰痛，有风、有寒、有湿、有热、有瘀血、有气滞、有痰饮、皆标也，肾虚其本也。”《临症指南医案》：“腰痛一症，不得以肾为主。然有内因，外因、不内外因之别。”《证治汇补》指出腰痛与肾虚密切相关：“诸经皆贯于肾，而终于腰脊。肾气一虚，凡冲风冒湿，伤冷蓄热，血滞气滞，水积堕伤，与夫失志作劳并能患此。”据我们临床体验，腰痛可简要分三种类型：肾虚腰痛、湿滞腰痛，瘀血腰痛。

肾虚腰痛 临床多见以酸软为主，喜按喜揉，腿膝无力，劳则加剧，睡卧减轻，常反复发作。分清肾阳虚或肾阴虚是治疗肾虚腰痛的关键。其辨别要点是肾阳虚者，证见少腹拘急、面色觥白、手足不温、舌淡、脉沉细。治宜补肾助

阳，常用右归丸为主加减，金匱肾气丸亦可选用。肾阴虚者则见心悸失眠、口燥咽干、面色潮红、手足心热，舌红，脉弦细数等。治宜补肾滋阴，以左归丸为主加减治疗，大补阴丸亦可选用。

另外，病人腰痛日久不愈，临床上无明显阳虚或阴虚症状可辨者，一般仍属肾虚范畴，即可选用青娥丸（《太平惠民和剂局方》补骨脂、杜仲、胡桃肉、大蒜头）。

湿滞腰痛 如果腰部酸痛重着，转侧不利，逐渐加重，虽睡卧亦不稍减，遇阴雨天则疼痛加剧，舌苔薄白，脉沉。《金匱要略·五脏风寒积聚病脉证并治》篇说：“肾著之病，其人身体重，腰中冷，如坐水中，形如水状，反不渴，小便自利，饮食如故，病属下焦……。”以上所指的又是湿邪偏重之症，其脉象为沉迟，舌苔必白腻，对于寒湿腰痛临床上常用祛寒行湿，温通经络的治疗法则，常用的方剂为甘姜苓朮汤加减。凡属寒湿所伤，症见腰部冷痛，身重者，宜以本方化裁治疗。如果疼痛部位不定，甚或关节痛（常为下肢关节痛）属寒湿兼挟风邪，在治疗上你就应该用法风活络补益肝肾之独活寄生汤了。

瘀血腰痛 由于外伤损伤经脉气血，或由于久病致使气血运行不畅，或因腰部用力不当等导致经络气血阻滞不通，都可以使瘀血留着于腰部而发生疼痛。辨证治疗应从以下几点入手：腰痛如刺，痛有定处，症轻者俯仰不便，症重者因痛剧不能转侧，疼痛部位拒按，舌质紫暗，或有瘀斑，脉涩，部分病人有外伤史。治宜活血化瘀，理气止痛法。方用活络效灵丹（当归、丹参、乳香、没药）。

蔡达知同志，腰痛的辨证论治问题，归纳起来可以这样

说：腰为肾之外腑，故肾虚之人外感风寒湿或受湿热所侵，以及气滞血瘀，皆能导致腰痛。但你一定要明确肾虚为腰痛发生的主要原因，正如《内经》所言：“邪之所凑，其气必虚。”也如象《证治汇补》对腰痛治法所指出一样：“治惟补肾为先。而后随邪之所见而施治，标急则治标，本急则治本。初痛宜疏邪滞，理经隧。久痛宜补真元，养血气。”因此，临床上对肾虚、湿滞、瘀血引起的腰痛，在辨证施治中，常常加入补肾强腰的药物，如巴戟、杜仲、菟丝子、枸杞子等，以达扶正祛邪之目的。

我们常用独活寄生汤加减治疗腰痛。桑寄生、牛膝、杜仲补肝肾强筋骨，重在补肾；独活、细辛、防风、秦艽祛风除湿，桂枝温散寒邪、通利血脉，合用有宣痺止痛，祛除风湿之功，重在除湿；党参、茯苓、甘草补气实卫，当归、白芍、川芎、地黄养血调营，补血活气，气行则血行，活血则可祛瘀。故本方具有祛风湿、止痺痛、益肝肾、补气活血等多种功能，故对于肾虚腰痛、湿滞腰痛、瘀血腰痛都可以酌情选用。临床上可以根据病情孰轻孰重，其药量也宜孰减孰增；另一方面还可根据患者兼挟病情之不同，适当加减药味；如肾虚偏重者可加威灵仙、续断、巴戟、九香虫、橘核。湿偏重者可加羌活、苍朮、黄柏。瘀滞重者可加三七、丹参、桃仁、红花。

蔡达知同志，我们主要谈了肾虚、湿滞、瘀血等三种基本类型腰痛的辨证和治法，其它尚有如气滞腰痛、痰饮腰痛等，可参照上述讨论，随证施治。

祝你

学习进步！

费遇清

四川省乐山地区人民医院 潘富瀛

周仁蓉

谈谈阳痿证治

钱韶华同志：

你好！你要我谈谈阳痿的辨证施治，兹复如下：

阳痿，是指男子还没到性欲衰退的时期，在性生活时，阴茎痿软，不能勃起；或虽能勃起，但为时短暂而不坚，随起随痿，故称为“阳事不举”。但最早的病名不叫阳痿，却称“阴痿”。《灵枢·本神》：“肝悲哀动中则……阴痿”。《灵枢·经脉》：“阴器不用”、“阴痿不用”。这是最早的文献记载。到了明代，张景岳说：“阴痿者，阳不举也”。可见，阳痿就是阴痿。

阳痿的病因病机，自《内经》以降，历代医家多有论述。《金匱要略·血痹虚劳》说：“夫男子平人，脉大为劳”。《灵枢·邪气脏腑病形》说：“肾脉……大甚为阴痿”。虽然虚劳并不等于阳痿，但阳痿因虚劳而成却屡见不鲜。所以，凡早婚早育、房事太过，或常犯手淫，都可导致肾精亏损。如果病情不能逐渐好转，肾精继续耗伤，阴损及阳，就会出现精气虚寒，命门火衰而成阳痿。当然，素体虚弱，肾阳不足，临床上也常见到。

阳痿一证多虚少实，多寒少热，以命门火衰最为常见。

《景岳全书·阳痿》篇说：“火衰者十居七八，火盛者仅有之耳”。命门火衰也就是肾阳虚。故证见形寒肢冷，面色苍白或灰黑，头晕目眩，腰酸足软，气短自汗，夜尿频多，便溏溺清，舌淡苔白，脉沉细，尺脉尤其细弱无力。治宜温肾阳、滋肾阴。肾为水火之脏，内寓真阴真阳。故纯补肾阳，则可暗耗肾阴。故张景岳说：“善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷；善补阴者，必于阳中求阴，则阴得阳升而泉源不竭”。近代名医秦伯未等也说：“必须于补水之中，加入补火，否则暂时生效，真阴暗伤，后果不良”。所以，治疗这一类型的阳痿，就要补阳以和阴，补阴以谐阳。

温肾壮阳，可选用附子、肉桂、淫羊藿、肉苁蓉、补骨脂、鹿角胶、菟丝子、巴戟天；滋补肾阴，可选用熟地、枸杞子、何首乌、桑椹子，女贞子、旱莲草；振筋起痿，可选用露蜂房、阳起石、海马、黄狗肾、九香虫等。成方如赞育丹、五子衍宗丸、巴戟丸都可酌情选用。

湿热下注，也可以发生阳痿。《类证治裁·阳痿》说：“也有湿热下注，宗筋弛纵而致阳痿者。”《素问·痿论》说：“入房太甚，宗筋弛纵。”“宗筋”即阴茎内之筋脉，若湿热下注，也会发生阳痿，临床多见阳事不举，外阴潮湿多汗，小便短赤，尿出不畅或有热感，下肢沉重酸软，苔黄而腻，脉沉弦滑或濡数。治宜清热利湿。常用知柏地黄丸为主治疗。

我曾遇一患者，孙某，素体健康，婚前偶犯手淫，28岁结婚，婚后半年阳痿不起，邀我诊治。患者自述性欲强烈，怎奈阴茎痿软，不能入房。近月来，外阴、肛周湿润，尤以夜间为甚。小便时黄，间或略有热感，余无他症。观其舌偏红，苔薄黄，切脉沉弦。处以知柏地黄丸加胆草、蜈蚣，并

嘱切忌急躁、焦虑，治疗期间不可同房。先后以上方出入 6 剂，阴茎即能勃起，但为时不久不坚，服药 24 剂，阳痿痊愈。

你说得很对，临床上阴虚阳亢的阳痿也是多见的。阴虚阳亢的阳痿，兼有精神倦怠，头胀、头痛、头晕、阵阵热气上冲，面红目赤，五心烦热，心悸失眠，口苦咽干，大便秘结，小便短赤，舌红，苔黄或薄少，脉弦滑数或细数。这些症状的出现，多是由于素体阴虚，阳气偏盛；或肝火偏亢，肝肾阴虚，或病久不复，阴分亏耗，虚热内生所致。

据报道：广西桂平姚道昌医师用育阴潜阳法，滋肾阴潜阳，稍佐桂、附引浮阳归命门之宅，曾治数例青年阳痿，经多方医治无效而以此法治愈。这说明阴虚的主要治法是育阴潜阳，宜大补阴丸随证加减，用药也当选择生石决、生鳖甲、龟板、黄柏、知母、淮山、磁石、枣仁、麦冬等品，而不必鹿茸、巴戟、肉苁蓉一类壮阳之物。

从来信中看出，你很赞赏“亢痿灵”治阳痿的疗效。的确，这是一个很好的验方。《新中医》载陈玉梅通过对 737 例阳痿的治疗观察，发现证属肝经郁闭，宗筋失养而弛缓者，亢痿灵的近期治愈率达 88.9%。本方由蜈蚣 18 克，当归、白芍、甘草各 60 克组成，各药磨粉，分 40 包，早晚用黄酒或白酒送服半包至一包。陈氏认为，该方以蜈蚣为主药，入肝经，走窜力最速，内而脏腑，外而经络，凡气血凝聚之处皆能开之。全方四药协同，气血兼顾，有补有通，能疏通肝经郁闭。

造成肝经郁闭的原因甚多，凡泌尿生殖系慢性炎症、一氧化碳中毒、汽油中毒、恐惧不释、屡犯手淫、黄疸、郁

症、消渴、癲癩，等等，都可以直接或间接地影响肝失条达疏泄，或肾虚及肝，肝之气血不足，气虚（滞）血凝，最终导致肝经气血郁闭之证。

肝经郁闭之证，多见阳事不举，兼有精神抑郁，目青面黯，胸胁苦满，少腹睾丸坠胀、隐痛、溺时茎中不适，或见尿出不畅，舌偏紫暗，苔薄或白，病初脉弦，以则沉细而涩。治宜疏肝通络。除“亢痿灵”外，还可酌选柴胡、香附、枳壳、白芍、川芎、炙甘草、炒山栀、陈皮、煨姜等药治疗。这就是柴胡疏肝汤，用于此型阳痿，亦颇有效。

以上，我简述了一些属于肝、肾证候的常见阳痿。通过临床观察，肝肾的病理改变，固然多是阳痿的致病之因，但是，七情的不良刺激，也常能导致内脏功能紊乱而引起阳痿。凡是情绪波动、紧张、恐惧、忧郁、焦虑、思想杂乱、感情过度激发都有可能导致“五脏六腑皆摇”。相对说来，在情志所伤方面，心脾受损又是较易出现的证型了。故《景岳全书·阳痿》篇说：“若以忧思太过，抑损心脾，则病及阳明冲脉……气血亏而阳道斯不振矣”。

心脾受损的阳痿，由于心脾因损而虚，肾失心之所主，又失脾之营养，故多见阳事不举，或轻或重。兼有面色不华，神倦肢软，心悸少寐，不思饮食，舌淡，脉细弱。治宜补益心脾。归脾汤、加味归脾汤、人参养营汤等均可选用。其中，以加味归脾汤最为适宜。本方由归脾汤加菖蒲、肉桂而成。取归脾汤补气养血、益脾安神，加菖蒲通心开窍、肉桂温阳益肾，有气血同补，心、脾、肾同治之效。

除药物治疗而外，凡因七情所致的阳痿，还须注意辅以劝导、说服、解除患者的思想负担。正如《中医临证各要》

所说：“本证患者，大多恐惧不释，精神苦闷，对于疗效，亦受影响，应加劝慰。”这种劝慰的精神疗法，也是不能忽略的。

但是，在治疗阳痿时，我们既不能囿于肝、肾、阳明而忽视他脏病变以及对阳痿原发病的治疗，又不能习惯于从命门火衰或湿热下注立论，需要的是准确辨证，随证治之。“必伏其所主，而先其所因”。假如不去求病之因，不去治病之本，动辄清热利湿或壮阳起痿，结果必然无益于病而有害于人。

祝你

学习进步！

四川省合川县太和区卫生院 夏斌

遗精与滑泄 论治在心肾

赵建业同志：

你好！你初临证，诊治中碰到一些问题，是符合认识规律的，一点也不用着急。学问与思考是事业成功的必由之路。遇到问题能促使你思考，是有益处的。要知道，你能把学习和实践中遇到的问题准确提出，并能用文字明确表达，这已经是不小的进步了。有志者事竟成。只要你不断努力，持之以恒，定能在治学道路上做出成绩。

“遗精是不是病？”

这个问题，需要从人的生长发育谈起。《素问·上古天真论》：“丈夫……二八肾气盛，天癸至，精气溢泻。”意思是说，男子到十六岁左右，肾气旺盛，在生理上就有“精气溢泻”的现象。明代医家张景岳在《景岳全书》中写到：“壮年气盛，久节房慾而遗者，此满而溢者也。……去者自去，生者自生，势出自然，固无足为意也。”明确指出偶尔遗精是成年健康男子的正常生理现象。懂得这个道理，你就明白了并不是凡是遗精就是病，只有遗泄频作，一周数次，甚至一夜数次，才是病态。

“有梦为心病，无梦为肾病”的说法对吗？

这种说法基本上是正确的，但是临床所见并不完全符合。正确的一面，是因“梦”属心经的症状，有梦说明与心有关。但是，有部分肾虚的病例也发生梦遗，其病的主因在肾，因此，要是完全认定“有梦为心病，无梦为肾病”的话就会忽视治肾。所以，临证必须四诊合参，进行全面的综合分析，不要单凭有梦或无梦这样简单的判断去作结论。

应该怎样辨证论治呢？

我的体会是：遗精一病宜先考虑肾阴不足。因为肾阴不足可使命门相火妄动，而致心肾不交，且肾阴亏损过甚，阴损及阳，又致肾阳虚衰。抓住了肾阴不足的转化规律，辨证就比较容易，论治也不会偏离大原则。

临床中常见的遗精伴失眠，多梦健忘，心悸怔忡等症状的患者，其病机就是心肾不交。所谓心肾不交是指心阳与肾阴的正常关系失调。由于肾阴不足无以制心火，心阳偏亢，阳亢化火，火扰精室故遗泄；心阳偏亢，心神被扰，神失安宁，就会失眠多梦；心阳偏亢，心阴受损就要发生惊悸怔

仲。治宜滋阴补肾，养心安神。肾水得补，能制约心火，则心阳不亢，无火扰心室，遗精即止。这个道理是很容易理解的，不过，治这类病症不能一开始就滋补肾水，应先益气安神、润燥滋血，待遗精止，再去补肾。

何以不先补肾呢？我是这样去理解的。虽然心肾不交的起因是肾水不足，但以心神症状为主的病证，病机已转化为心火偏亢动扰神明。《理虚元鉴》说：“神不守舍，则精不归元”、“精虽藏于肾，而实主于心。心之所藏者神，神安则气定，气定则水澄，而精自藏于命门”、“故于滑精梦泄种种精病者，必本于神治；于怔忡惊悸种种神病者，必本于气治”，等等。这些论述都是非常实用的。该书的归养心脾汤（人参、黄芪、白朮、北五味、当归、芡实、淮山、茯神、枣仁、熟地、甘草）合天王补心丹加减化裁，对此等病机的遗精滑泄颇有效验。天王补心丹的滋阴清热、养心安神作用较强，而补气作用较弱。归养心脾汤作用偏于益气安神而养血润燥，两方合用，相得益彰。若虚火症状不重的心肾不交证，或虚火初平，却嫌补肾尚早者，归养心脾汤最是合拍。

遗精止后，宜补肾填精，恢复肾之阴平阳秘以减少复发，巩固疗效。

有的病例没有心神症状，也叫心肾不交吗？

否！若只现头昏、目眩、腰膝酸软，或耳鸣耳聋，这类心神症状不明显的病例，应详察细审，大都可获如下阴虚内热症状：如手足心热、潮热盗汗、或骨蒸潮热、舌红少苔、脉象细数等，且每每有腰痛病史。这类病例多数是无梦滑精，由命门相火妄动所致。因为没有动扰心神，当然不叫心肾不交。《类证治裁》说：“相火易动者，宜厚味填精，介类

潜阳，佐以养阴固摄。”宜以六味地黄丸纯阴重味直补肝肾之阴，兼用金锁固精丸潜阳固涩，当能奏效。为了增强补肾固精作用，我又常伍入水陆二仙丹。拟方——

大熟地 茯苓 淮山 泽泻 枣皮
潼蒺藜 丹皮 芡实 莲蕊 金樱子

山楂肉 生龙骨(先煎) 生牡蛎。服三剂以上不止者加石莲肉、刺猥皮(煨)。精止后继服丸药巩固。亦可用六味地黄丸、金樱膏、金锁固精丸混合服，早晚各一次，连续一月。

说到这里，你也许会提出另一个问题：治疗遗精病能用温热药吗？

当然能用。当肾阴亏损，日久不愈，阴损及阳，少火衰微，病机转化为肾阳虚衰时，则当温补。此时精液漏而不止，甚至闻淫声、见女色辄自行下流，其精清稀而冷，兼有腰冷如冰，或阴冷阳痿，或头脑空痛，患者精神萎靡，怯寒怕冷，面色晄白，舌淡不荣，脉象沉迟，细弱无力，呈现一派虚寒症状，温热药不但能用，且是非用不可。《金匱》天雄散就是一个例子。而温热之品，有如姜、桂、附、巴戟天、肉苁蓉、仙茅、锁阳、菟丝、淫羊藿、鹿茸等，均可适当选用。但配伍时应注意补阳必补阴，温肾必益气，同时收敛固涩。病情至此，绝非短时间能见效收功，要守法守方，缓缓图之。

下面举古案一则，对你会有一定启发。

“吕，少年未室，每十日一梦泄，积久疲乏、面少神采，素服滋肾敛涩等药不效。改服镇心安神等剂，亦不效。予谓肝肾脉虚，非相火为害，但精关久滑，气少固摄耳。询之，

果有无梦亦泄。逐重用参、芪，佐以五味、茯神、山药、莲子、菟丝、芡实、杞子，精滑竟止。更用丸剂加鱼鳔而固。

（《类证治裁》）

此案有两点值得一提。一、作者根据“肝肾脉虚”判定为“非相火为害”，是因脉无数象。但“精关久滑”系“气少固摄”，说明脉虚不全是肾虚，故重用参、芪而获效。临床上对气虚、中气下陷所致遗泄者用补中益气汤加温肾固涩取效的实例亦不鲜见。二、用丸剂而固，并不仅仅限于遗精一病。凡痼疾见愈之后，为调理阴阳，培补体质，防止复发，前贤常配制丸剂图之，极有至理。

建业同志：讲了这么多，还只是从肾阴不足的病机转化谈了三个常见证。只要你能洞察病情，脉症合参，谨守病机，治愈遗精病是完全可能的。此外，尚有湿热下注、血精、思虑过度、药误种种所致滑遗者，就不在这次讨论了。

祝你

学习进步！

四川省南川县中医院 王明晖

从前列腺肿大话癃闭

克楠同志：

你好！前次给你寄去了处方，回信说，你祖父的前列腺肿大所引起的尿闭，服药后小便已能解出了，我很高兴。你

说曾用过一些处方，如八正散、五苓散之类，但都效果不好，为何这次能见效？并希望再讲一些关于“癃闭”的治疗问题。上次因为急于给你寄处方没有细说，今天就和你谈谈吧！

还是先从前列腺肿大谈起。前列腺肿大乃是前列腺增生、炎症的原故。肿大的前列腺可阻塞或基本阻塞尿道，因而它主要的表现是排尿困难，尿频尿急，严重的可以尿潴留，颇符合中医的“癃闭”证。当然，癃闭证还可见于西医诊断的其它疾病。

癃闭是指排尿困难，甚至小便闭塞不通的一种疾病。历代医家有将小便不通，点滴而短少，病势较缓的叫“癃”；小便不通，欲解又解不出，病势较急的称做“闭”。但一般都合称“癃闭”。

你刚临证不久，癃闭在基层可能遇到的少一些。

你祖父的病，小便已七八天解不出来了（你知道按西医一般指标来说，24小时小便如果少于400毫升叫少尿，少于100毫升叫尿闭），你说他每天一共滴沥小便不超过50毫升左右，面色苍白，脸浮，下肢微肿，怕冷，四肢凉，大便有近十天未解了，舌质淡胖，苔白腻滑，脉沉细微。一个七十多岁的老人，从以上一派见症来看，当属肾阳不足，命门火衰。《内经》说：“膀胱者，州都之官，津液藏焉，气化则能出矣”。今命门火不足，膀胱虚冷，不能蒸腾气化，故小便不通。至于为什么处方中用当归、肉苁蓉、枳实、半夏、肉桂，又用制硫黄5克（冲服），这主要是温肾阳滋阴液，增气化通二便的方法。苁蓉、肉桂、硫磺温肾；当归、苁蓉润肠通便；枳实理气；半夏化浊。共凑清升浊降，气化水行之

效。《景岳全书》癃闭篇所说：“大小便俱不通者，必先通其大便，则小便自通矣。”此证大便不通非为热结便秘，故不用寒下，而用温润通阳。你说，这个处方效果好，大便一通，小便就来了，就是这个道理。

用中医药治疗前列腺增生引起的尿闭，也就是“癃闭”证，近年来各地都有很多经验报道。《上海中医药杂志》1981年10期上，上海第一人民医院叶朗清氏等报告。他们治疗10例前列腺增生引起的尿潴留，平均年龄69.9岁。病史均为尿闭反复发作，平均病程8.5年。十个人用中药平均治疗35.5天，不加用西药。结果：除2例长期留置导尿管者外，其余8例都有不同程度好转。叶氏在治疗中分为四型，即中气不足、气阴两虚，阴虚挟湿、湿热下注，分别用补中益气汤、补中益气合增液汤、增液汤合八正散，以及八正散加减等方剂。值得注意的是每型方剂加减中，都加用了夏枯草、海藻、昆布以散结软坚，这主要是针对肿大的前列腺，此外，还常选用萆薢、木通、冬葵子以清利湿热。对我们很有启发。

前人有关癃闭的论述，在病因病机方面说得比较简明扼要的，要算明代《景岳全书》了。该书癃闭篇说：“有因火邪结聚小肠膀胱者，此水泉干涸而气门热闭不通也；有因热居肝肾者，则或以败精，或以搞血，阻塞水道而不通也；有因真阳下竭，元海无根，气虚不化而闭的；有因肝强气逆，移碍膀胱，气实而闭的”。在治疗原则上，张氏接着说：“火在下焦而膀胱热闭不通者，可以利之；肝肾实火不清者可去其火，水必自通；肝强气逆，壅闭不通者，可破气行气”。气虚证，“气既不能化，而欲强为通，果能行乎？阴中已无阳，

而再用苦寒之剂，能无甚乎？”由此可知，属肾阳虚的癃闭，用苦寒“强通”是禁忌的。因此，前次你给祖父处方（用八正散等苦寒之品）当然就不见效了。张氏指出：“今人一见此证，但知利水……而不辨其所致之本，无怪其多不治也。”

老年前列腺肿大所引起的癃闭证，除前面说的属虚的中气不足、肾阳虚衰、肾阴亏耗；属实证的膀胱湿热、肝郁气滞外，还有肺热壅盛、膀胱瘀阻等。

老年人前列腺肿大而小便涓滴不通或点滴不爽，同时伴有咳嗽、咽干、烦渴欲饮。呼吸短促、苔薄黄，脉细数等肺热壅盛为主的见症。《证治汇补》癃闭篇说：“一身之气关于肺，肺清则气行，肺浊则气壅，故小便不通，由肺气不能宣布者居多，宜清金降气为主，并参他症治之。”药用黄芩、桑白皮、麦门冬、山栀子配合车前子、茯苓、木通等清肺热、通利水道之品。

有的前列腺肿大并有前列腺慢性炎症。常见血尿、少腹胀急、阵发掣痛、舌质紫暗瘀斑，继则尿闭不通，此种类型的癃闭当属膀胱瘀阻证。治当活血通瘀，其流自开。《医宗必读》说：“血瘀小便闭者，牛膝、桃仁为要药。”我常用《医林改错》血府逐瘀汤或少府逐瘀汤等加减，获得一定的效果。

辨证准确，才能提高疗效，而辨病与辨证相结合，也是提高疗效的重要途径之一。如对前列腺肿大所引起的癃闭，则“前列腺的肿大”应给予足够的注意。有时西医可手术摘除前列腺，以解除尿路的阻塞。在中药就宜用软坚、化痰、通瘀之品。可在辨证的基础上，选夏枯草、穿山甲、莪朮、三棱、桃仁、红花、牛膝、海藻、昆布、南星等2~3味灵活

运用，往往能促进局部的改善，以利癃闭证的缓解。

癃闭的治疗，还可用针刺足三里、中极、三阴交、阴陵泉等穴。体虚可灸气海、关元。或配合推拿按摩治疗。验方中，用食盐适量炒热布包熨脐腹部，能奏气血温通、溲下之功。

以上所谈仅限于前列腺肿大所造成的尿闭、尿潴留的癃闭证，但癃闭，还包括了现代医学中各种原因所引起的尿潴留及无尿症，如神经性尿闭，膀胱括约肌痉挛，尿路结石，尿路肿瘤，尿路损伤，尿道狭窄，老年人的前列腺增生，脊髓炎和尿毒症等而出现的尿潴留及无尿症等等。不过这些病仍可以参考癃闭的辨证施治大法，随症治之。

顺祝

进步！

第三军医大学第一附属医院 戴裕光

关于消渴病的一次辅导答疑

志宽同志：您好！

今日邮来有关消渴病的辅导答疑资料一份，供您自学时参考，阅后请提出宝贵意见！

顺致

敬礼！

四川省泸州医学院 王诗铭

附：辅导答疑资料

×班长：同学们，今天晚上我们邀请×老师作一次有关消渴病的专题辅导答疑。大家欢迎！

×老师：谢谢！同学们学习热情很高，对消渴病提出了不少问题，由于时间关系，今晚只能就消渴病基本的辨证论治方法作一些辅导，不妥之处，请提意见！

大家知道，消渴病《金匱要略》早有记载：“男子消渴，小便反多，以饮一斗，小便亦一斗”、“消谷引饮…小便则数。”即是说，这种病在临床上具有多食、多饮、多尿的“三多”特点，虽渴饮无度但又不解其渴，食量倍增而不能饱其饥，溲频尿多而不得尽其溺，通常情况下病人明显地消瘦起来。它包括“每发即小便至甜”的糖尿病，也包括烦渴多饮、溲频不分昼夜、但不伴有消谷善饥症状的尿崩症，还包括了每因情志过极，化火伤阴所致的精神性多尿症。三者病症、因、脉、治诸方面，都大同小异，其中以糖尿病最为常见。

脏腑柔弱、素体阴亏、真水不足是消渴病发病的内在原因，故《灵枢·五变篇》强调指出：“五脏皆柔弱者，善病消瘵。”若复加七情、劳倦、厚味、饮酒等外在因素，则积热化火，更易损耗人体阴液，阴虚则阳热亢盛发为消渴，呈现一派阴虚燥热的临床表现。阴虚为本，燥热为标，阴亏水乏在消渴病的发生、发展过程中自始至终都起着重要作用。总之，真水不足，积热伤阴是消渴病发病的根本原因，阴液的消长决定着疾病的预后转归，善治消渴者必须以顾护人体阴液为第一要务。《临证指南》提出“消渴一症，虽有上、中、下之分，其实不越阴亏阳亢，津涸热淫而已”，其寓意是很深刻的。

消渴由于阴液亏虚而发病，在五脏六腑之中，肺、脾（胃）、肾与人体水液代谢关系又最密切，所以宋代以后就有人将烦渴引饮责之于肺，名曰上消，治以清热润肺，生津止渴；将善食易饥责之于胃，名曰中消，治以清胃泻火，养阴增液；将尿频量多责之于肾，名曰下消，施以壮水制火。

“三消”之说既立，对后世的影响不小，至今仍有不少人将消渴病按上、中、下三消进行辨证论治的。然而，对于这种按主要症状的轻重不同作为辨证论治依据的方法，历来都有不少医家提出异议。消渴虽有肺燥、胃热、肾虚的分别，但在临床实际中常是三消互见，很难将其截然划分开来。并且，消渴病的发展变化是一个连续的动态过程，初以上消为主的，以后又可转变为中消或下消，反之亦然。因此，对于同一个病人，不能说一会儿是上消，一会儿是中消，或下消。再则，上、中、下三消的划分并非完全符合消渴的病机变化的一般规律。本病病机演变的一般规律是：初期多为单纯的阴虚，基于阴阳互根之理，日久则津伤气亦耗，阴亏阳亦损。所以，临床通常见到病情发展时，有阴虚→气阴两虚→阴阳俱虚这样的阶段性变化，如果治之得法，病情由重转轻，亦可由阴阳两虚→气阴两虚→阴虚转化，进而言之痊愈。依据病机演变的自然规律对消渴病进行辨证论治，符合临床实际一些，疗效也比较可靠。有人曾通过对上千例糖尿病人的治疗观察，总结出糖尿病有阴虚、阴虚火旺、气阴两虚、气阴两虚兼火旺、阴阳两虚、阴阳两虚兼火旺及瘀血七种类型，约而言之只阴虚、气阴两虚、阴阳两虚三种基本证型，兼有火旺、瘀血而已。现代研究也进一步表明，阴虚、气阴两虚、阴阳两虚三型之间在统计学上有明显

的差异，客观指标的变化与临床表现颇为一致，病情愈重，阳（气）虚的症状愈明显，环核苷酸的变化，特别是其比值的变化就越明显。近代治疗消渴者多以病机辨证为准绳，即使采用“三消”辨证者，亦多寓病机辨证于其中。因此，我们应重点掌握消渴病的病机辨证法。

阴虚证 临床表现除多饮、多食、多尿、消瘦等主症外，尚有口燥咽干、五心烦热、潮热盗汗、头晕耳鸣、失眠多梦、舌红少苔（或无苔、或薄白苔）、脉细或细数。治宜养阴清热。消渴证既以阴虚为本，燥热为标，则标本兼顾的养阴清热法，乃是治疗消渴病的根本大法。临床常选用白虎汤、玉女煎、《千金》黄连丸、增液汤、天花散、六味地黄丸、左归饮等加减化裁。常用药物如知母、生石膏、黄连、沙参、天冬、麦冬、葛根、花粉、玉竹、石斛、白芍、乌梅、首乌、生熟地、玄参、枣皮、枸杞子、五味子、女贞子、金樱子等。

气阴两虚证 在阴虚证的基础上，还兼有面色不华、神倦乏力、心悸气短、动则汗出、容易感冒等气虚表现，舌淡胖或边尖红、薄白苔、脉细、或细数、细弱。益气养阴。阴虚而兼气虚者，气不化水，气不摄精，病情较单纯的阴虚证更重，若能在滋阴生津同时着重培补人体元气，则使元阳升而阴应，有云行雨施之妙。常用人参白虎汤、生脉散、《千金》黄芪汤、张锡纯的玉液汤等。人参、党参、太子参、生黄芪、黄精、山药、茯苓、芡实、莲子肉等都常选用，苍术健脾兼敛脾精，是治消渴的要药。

阴阳两虚证 在阴虚或气阴两虚证的基础上，伴见面色皓白、面浮虚胖、形寒肢冷、腰酸膝软、夜尿频数、阳痿早

泄、泄泻便溏、舌淡、舌体胖、苔薄白而润、脉沉细无力等。治则：温阳育阴。消渴病病情进一步发展，必然阴损及阳，导致肾水亏竭，命门火衰，此时急宜补肾固本，“益火之源以消阴翳”。常以《金匱》肾气丸、右归饮、固阴煎、秘元煎、苍朮菟丝丸等参合使用。常用的温阳固本药物有肉桂、附片、鹿茸粉、仙茅、仙灵脾、菟丝子、杜仲等。

无论阴虚、气阴两虚或是阴阳两虚者，但见烦渴饮冷、消谷善饥表现突出，或兼口苦目赤、口臭舌痛、唇赤颧红、心烦易怒、溲赤便秘、舌红苔黄、脉象弦数者，多属火旺，宜兼清热降火。可重用知母、生石膏、黄连，辅以丹皮、栀子、黄芩、黄柏之属；若伴见胸闷、心痛、舌质紫暗、舌上有瘀点、瘀斑等气滞血瘀，兼行气活血，适当加用丹参、赤芍、当归、川芎、红花、木香、郁金、瓜蒌等品。

前面所述，是根据消渴病病机演变的一般规律进行辨证论治的方法，此言其常。临床中，还有许多错综复杂的病机演变情况及兼挟证，由于时间关系，只好留待以后讨论。祝大家进步！

病案举例：

例一：向××，女，44岁，住院号：9280。患者因多饮、多食、尿多、消瘦加重一月入院。自七年前患病以来，病员几乎每年都以“糖尿病”住院一次，而每次都必须用胰岛素、降糖灵治疗病情才能得以缓解。一年前出院以来，一直带用胰岛素36单位/日。一月前因劳累自觉症状加重，查血糖335毫克%，尿糖(卅)。此次于1983年3月17日收入泸医附院中医科病房，除三多症状外，头昏乏力，口苦口干，心悸自汗，手足潮热，四肢末端麻木不仁，小便黄，大便正常，

舌质淡红，苔薄白少津，脉细数，血糖156毫克%，尿糖(++)。诊断：消渴病阴虚燥热期（西医：成年型糖尿病伴末梢神经炎）。予滋肾壮水，养阴清热。方选知柏地黄汤加减，药用知母15克，黄柏、丹皮、萸肉、泽泻、麦冬、沙参各12克，熟地、淮山、玉竹各30克，云苓15克，甘草3克。每日一剂，共服药15剂。服药后，临床症状得到基本控制，血糖降至96毫克%而出院。住院期间未用任何西药。

例二：刘××，男，52岁。病员1979年患糖尿病，血糖315毫克%，尿糖(++)，经用胰岛素治疗(每天32单位)，症状略为缓解，但时有反复。经停用胰岛素服中药治疗，三多症状好转，血糖下降至200毫克%，尿糖(++)。因月前外出饮酒，病情加重，疲劳乏力，两臂酸痛，畏寒肢冷，自汗，易感冒，不思食，口不甚渴，腹胀，便溏，腰膝酸软，夜尿频仍。检查：面色暗黄，颜面虚浮，神疲，舌质暗，苔薄，脉沉缓而细，空腹血糖210毫克%，尿糖(++)，尿酮体(+)。证属阴阳两虚，宜温阳育阴，以复化源。方药：八味地黄丸合二仙汤化裁，炙附片10克，桂枝7.5克，仙茅10克，淫羊藿、五味子、萸肉、泽泻各15克，生黄芪、山药、茯苓各25克。经服上方8周后，完全停用胰岛素，诸症明显好转，全身情况改善，血糖下降至130毫克%，尿糖(+~++)。继续使用上方，并与四君子加生脉散方(加减)交替服用。经12周治疗，体力恢复，肢痛消失，形寒肢冷改善，二便正常，血糖124毫克%。经随访，情况良好，血糖稳定，一直坚持正常工作。

虚劳证候多 重在分纲目

张弛同志：

来信收阅。你所谈有关虚劳的几个问题，确实是在临床工作中经常要遇到的。下面谈谈我的看法，供你参考。

虚劳又称虚损，是以脏腑亏损，阴阳气血不足为主要病机的多种慢性衰弱证候的总称。虚劳涉及的内容很广，可以说是中医内科范围里最广的一种病证。临床辨证诊断时，应着重将虚劳与虚证及肺癆相鉴别。虚劳和内科其它病证中的虚证证型虽然在临床表现、治疗方药等方面有类似之处，但两者是有区别的。虚劳的各种证候，均以出现一系列精气不足的症状为特征。而其他病证的虚证则各以其病证的主要症状为突出表现。例如眩晕的气血亏虚型以眩晕为最突出、最基本的表现；水肿的脾阳不振型则以水肿为最突出、最基本的表现。另外一点区别是：虚劳一般都有比较长的病程，病势缠绵；而其他病证的虚证类型虽然也以久病属虚者居多，但亦有病程较短而呈现虚证者，如泄泻一证的脾胃虚弱型，以泄泻为主要临床表现，有病程长者，亦有病程短者。关于虚劳与肺癆的关系，《济生方·五劳六极论治》已指明了两者的不同，《景岳全书·虚损》对两者的区别作了比较详细的论述：“盖虚损之谓，或有发见于一证，或有困惫于暂时，凡在经在脏，但伤元气则无非虚损病也。至若癆瘵之有不同者，则或以骨蒸、或以干咳，甚至吐血、吐痰……”。就其

要点来说，肺癆为“癆虫”侵袭所致，具有传染性，以阴虚火旺为其病理特点，以咳嗽、咯痰、咳血、潮热、消瘦为主要临床症状；而虚劳则由多种原因所导致，不传染，分别出现气、血、阴、阳亏虚的多种临床症状。

虚劳辨证应以气、血、阴、阳为纲，五脏为目。《杂病源流犀烛·虚损癆瘵源流》说：“虽分五脏，而五脏所藏无非精气。其所以致损者有四：曰气虚、曰血虚、曰阳虚、曰阴虚”、“气血阴阳各有专主，认得真确，方可施治。”一般说来，病情单纯者，病变比较局限，容易辨清其气、血、阴、阳亏虚的属性和病及的脏腑。但由于气血同源、阴阳互根、五脏相关，所以各种原因所致的虚损往往互相影响，由一脏而累及他脏，使病情趋于复杂和严重。

治疗虚劳，以补益为基本原则。《素问·三部九候论》说：“虚则补之”。如何补？必须根据病理属性的不同，分别采用益气、养血、滋阴、温阳的方法；再结合五脏病位的不同而依法选方用药，以加强治疗的针对性。

下面简要谈谈气虚、血虚、阴虚、阳虚的辨证论治。

气虚：临床上最常见，尤以肺、脾气虚为多。气虚可单独出现，也可和其它虚损同时并见，而成为气血两虚、气阴亏虚和气损及阳的症候。“气者，人之根本也。”（《难经·八难》），气对人体具有温煦、防御、固摄、气化等十分重要的作用。正气亏虚以致气的作用不能正常发挥，而出现神疲乏力、短气懒言、语声低微、头晕、自汗、食少等症，并由于鼓动运行之力不足，致气血不能荣于面、充于脉，而面色少华、舌淡脉弱。气虚的治疗应补气益气，《三因方》中加味四君子汤（四君子汤加黄芪、扁豆）对肺、脾气虚是一

个配伍得当的方剂。自汗较多者可加浮小麦、煅牡蛎固表敛汗；大便溏薄加苡仁、淮山健脾渗湿；心悸、气短、动则尤甚者，加五味子、玉竹益气养心；腰膝酸软，小便频数而清，或白带清稀者，加杜仲、续断、菟丝子、山茱萸等益气固肾。

血虚：以心、脾、肝血虚较为多见。由于血具有滋润、濡养全身各脏腑组织的作用，所以血虚主要为失于濡养的症状，如头晕眼花、面色苍白或萎黄、唇舌指甲色淡、脉细等。心血不足，血不养心则见心悸、怔忡、失眠、健忘；肝血亏虚，肝失所养则见胁痛、视物模糊、筋脉拘急或肌肉颤动。妇女肝血不足，冲任空虚，则月经不调甚或闭经。补血养血是血虚的治则。但由于血为气之母、故血虚均会伴有不同程度的气虚症状，且补血不宜单用血药，应适当配伍气药，以达到益气生血的目的。《脾胃论》说：“血不自生，须得生阳气之药，血自旺矣”。《兰室秘藏》的圣愈汤是治疗血虚的一个常用方剂。方中以四物汤补血养血，配合参、芪益气生血。心血虚加丹参、龙眼肉、酸枣仁、柏子仁养心安神；肝血虚加制首乌、枸杞子、鸡血藤增强补养肝血的作用；视物模糊加枸杞子、楮实子、决明子养肝明目；肝血虚兼胁痛，或筋脉拘急加木瓜、丝瓜络、郁金舒筋通络。此外，归脾汤具有良好的益气补血、健脾养心作用，是治疗心脾血虚的常用方剂。

阴虚：五脏的阴虚都比较常见。病情较重者可见气阴两虚或阴阳两虚。“阴虚则内热”，阴虚主要表现为潮热、五心烦热、面潮红、口干、舌红少津、脉细数等。肺阴虚者，常见干咳、痰少质粘、咽燥、失音；心阴虚者，常见心悸、失

眠、心烦不宁、口舌生疮等症；脾胃阴虚者，常见口干唇燥、胃脘灼热隐痛、不思饮食、大便秘结等症；肝阴虚者，常见头痛、眩晕、目干涩、视物昏花、肢体发麻、筋惕肉瞤等症；肾阴虚者，常见腰酸膝软、两足软弱、眩晕耳鸣等症。滋养阴精是治疗阴虚的基本治则。肺、胃阴虚可用沙参麦冬汤；心阴虚用天王补心丹；肝、肾阴虚则常用杞菊地黄丸为基础方。潮热甚者，可加银柴胡、地骨皮、秦艽、鳖甲清退虚热；盗汗，加牡蛎、浮小麦、糯稻根敛汗。其它则可根据症状的不同而分别在前述方剂的基础上酌情加减。

阳虚：常由气虚进一步发展而成。以心、脾、肾的阳虚为多见。阳虚则生寒，症状比气虚为重，以里寒证为其特点。表现为倦怠嗜卧，少气懒言，形寒肢冷，面色淡白，小便清长，舌质淡胖，脉虚弱等症。益气温阳是治疗阳虚的基本治则。心阳虚者，兼见心悸、怔忡、心胸憋闷疼痛、脉细弱或沉迟等症，治疗以保元汤为基础方。心阳虚衰、运血无力、血脉瘀滞而见心胸疼痛者，加郁金、川芎、丹参、三七活血定痛；形寒肢冷、脉迟者，酌加附子、巴戟、仙茅、仙灵脾、鹿茸等温补阳气。脾阳虚则兼腹中冷痛、肠鸣泄泻，可用附子理中汤温中健脾。冷痛较甚者，加高良姜、制香附温中止痛；腹泻，加肉豆蔻、补骨脂温脾涩肠。肾阳虚兼腰脊酸痛、遗精阳痿、小便清长等症，可用右归丸温补肾阳。遗精，加金樱子、桑螵蛸、莲须收涩固精；五更泄泻，当合四神丸温脾暖肾、涩肠止泻。

除了上述内容之外，对虚劳的治疗还要注意三个问题：一、要重视补益脾肾在治疗虚劳中的作用和地位，因脾胃为后天之本，水谷、气血生化之源，正如《中藏经》说：“胃

者，人之根本也。胃气壮，五脏六腑皆壮也。”肾为先天之本，内寄真阴真阳，是生命的本元，正如《景岳全书·真阴不足论》说：“命门之火，谓之元气，命门之水，谓之元精，五液充则形体赖以强壮，五气治则营卫赖以和调，此命门之水火，即十二脏之化源。”二、要治其致虚的原因。对于虚中夹实及兼感外邪者，当补中有泻，祛邪以扶正，防止因邪恋而伤正；三、要将药物治疗与生活调摄及饮食调养密切结合起来，才能收到更好的疗效。

张弛同志，虚劳的证候繁多，中医药对属于虚劳的多种病症有较好疗效，值得深入学习和研究。以气、血、阴、阳的亏虚为纲，以五脏的虚证为目，这确是对虚劳辨证论治的关键所在。因此可以说，虚劳证候多，重在分纲目。

祝

学习进步！

成都中医学院 李明富

三、妇 科 疾 病

月经不调休烦恼

中医调经有妙方

刘莉同志：

你好！来信收悉。

关于月经不调有广义和狭义之分，广义的是泛指一切月经疾病；狭义的是指月经的期、量、色、质任何一方面发生改变的月经疾病。临床表现较为复杂，但主要反映在月经周期与量、色、质的改变。

在周期方面：凡比正常月经周期超前七天以上来潮的称为月经先期；推迟七天以上来潮的称为月经后期；若前后差错七天以上来潮的为月经先后无定期。总之，以平素的周期为标准，注意不要以偶见先期或后期即判早迟。

在量的方面：亦是与平素的量相比较，不外乎过多与过少两种情况。所谓月经过多，一是指经行时间延长（在七天以上）；一是来量较平时增多；反之来的经量较平时减少，或排气时间缩短，就属月经过少了。

引起月经不调的病因很多，但常与外感六淫（其中以

寒、热、湿为主)，内伤七情，饮食不节，房劳过度以及环境变迁有关；病机亦较复杂，涉及肾肝脾胃及冲任二脉；病变则有气血、阴阳、寒热、虚实的不同。下面我着重谈谈月经不调的辨证论治问题。

关于月经不调的辨证，首先应区别是月经本病，还是它病引起月经不调。妇女以血为本，故月经不调皆属血病，而与气密切相关。因此，月经不调的辨证是以气血为纲，寒、热、虚、实为目；局部（期、量、色、质）与整体（神、舌、脉、症）相结合。一般先期多热，后期多寒，量多多实，量少多虚。

寒则证见：恶寒或畏寒，少腹喜温或冷痛，经色紫黯或黯淡，量少或经行不畅，多后期而来。

热则证见：烦热口渴，或手足心热，经色紫红，量多或少，多先期而至。

虚则证见：神疲气短，面色少华，或腰脊酸软，经色黯淡而质薄，量少或多，周期紊乱。

实则证见：腹痛拒按，或闷胀走窜，月经量多或少而挟块，多经行不畅或后期而来。

月经不调的治疗，是以“调经”为根本，若因它病引起的月经不调者，则当先治它病，病去则经可自调。

调经之要，首重气血，以调理肝、脾、肾为主，再结合寒、热、虚、实，治以温、清、补、泻，令气血冲和，月经自当复常。在调治中，还应结合不同年龄的生理特点，治有侧重。如少年肾气未充，治多调补肾肝为主；成年肾气充盛，但气血易伤，治宜调理肝脾为先；中年肾气渐衰，气血亏耗，治多调补脾肾为要。

常用方药是：养血用“四物”。方中地、芍、归、芎，将养血活血熔为一炉（欲补血重用归地、欲行血去白芍，欲止血去川芎，气虚加参、芪，血瘀加桃红等），应用广泛，历代尊为养血调经第一方。

补气宜“四君”。方中参、朮、苓、草，补脾益气，以滋化源，凡气虚之证皆可应用。月经不调偏气虚者，每多气不摄血而月经过多，故重用益气升提之品，方如补中益气汤；若气虚血弱，则宜气血双补，方用八珍汤；若气血亏虚，兼见心血不足，则又宜归脾汤补益心脾；若气血虚寒，则用温养气血的人参养营丸。以上为调补气血之大法。

疏肝用逍遥散。本方具有疏肝、养血、理脾的作用，为治肝郁血虚，月经不调的基础方。本人临床运用，常加香附增强疏肝之功，添泽兰、益母草，一开一阖调经力强，后期量少挟块者，重用泽兰；先期量多则重用益母草；气郁化火则加丹皮、山枝；若肝肾阴虚而经行量多则合女贞、旱莲草。

补肾（肝）多用六味丸或左归丸，本人则以自拟的“固本调元汤”加减治疗，每获良效。方义组成是：“两仪”（人参、地黄）大补元气而益精血为主，辅以“二至”（女贞子、旱莲草）滋养肝肾之真阴兼止血，以“二仙”（仙茅、仙灵脾）温补肾中之元阳而固本，再以甘草补中矫味，调和诸药。本方诸药合用，刚柔相济，调和阴阳，且具有滋而不腻，温而不燥，益气固本之妙，为治元气亏损，肾虚不足，阴阳失调，冲任虚弱病证的基础方。加减法：偏阴虚者，原方地黄用生地，重用“二至”，少用或不用“二仙”，或加龟板（或龟胶）以滋补任阴；若阴虚火旺，则人参易元参加知

母、黄柏以滋阴降火；兼月经过多则加地榆、阿胶或茜草、乌贼骨，以凉血固冲而止血。偏阳虚者，原方地黄用熟地，重用“二仙”，少用或不用“二至”，或加鹿角片（或鹿角胶）以温补督阳；若兼月经过多则加艾叶、阿胶，或茜草、乌贼骨，以温经固冲而止血。若阴阳俱虚者，则当阴阳两补，原方酌加枸杞，龟、鹿胶，河车粉等血肉有情之品，以峻补精血元气。

月经不调的治法还有：

“清热”乃“热者寒之”的正治。临床有血热、湿热、虚热之分。属血热者，用《准绳》先期汤加减；属湿热者，宜龙胆泻肝汤之类；属虚热者，用两地汤加味。

“温经”是“寒者温之”的正法。临床虽有表里虚实之别，但总不离乎一个“温”字，方如《妇人大全良方》温经汤之类。

“化瘀”一法专对因瘀血阻滞致月经不调而设。瘀血阻滞临床表现复杂，在妇女疾病中尤为常见，引起的原因甚多。治疗应在辨证论治的同时兼以活血化瘀，常加丹参、桃仁、红花、泽兰、益母草，方如桃红四物汤、生化汤、下瘀血丸等。

此外，尚有“消痰”调经法。“痰”多为脾虚湿聚的一种病理变化的产物，常见于体虚肥胖之人，在妇科中尤为多见。痰为阴邪，阻遏气机而导致本病。治宜消痰行气、活血调经，常用半夏、胆星、化红、白芥等，方如加味二陈汤或星芎丸合四物汤等。

最后对月经不调的治疗与忌宜强调几句：治疗时除遵照上述原则外，还需掌握经前、经后及经期间这三段时期的不

同的治疗。以月经延后为例，不能等待月经不按时来潮才治疗，而要先时治病，提前一周开始服药，促使月经提前应时来潮；又如月经过多，则月经一来就用药预防，待行经3~4天后，即要止涩，以防气血之耗伤，经后要养血固本。总之，经前、经后及经期间是三个不同的时期，应采用相应的治法随时而治，而且要坚持连续2~3个月经周期的治疗，以巩固疗效，否则易见反复。

中医认为妇女经期，气血耗损，心神不宁，抗病力弱，故宜慎养。调情志，适寒温，节饮食，远色欲等，使精神内守，气血冲和，月经自调。否则，邪气伤人，气血逆乱，导致月经不调。

我们应遵照仲景“上工治未病”的精神，未病摄身以预防，已病早治而防变。希望你争做“上工”，大力宣传经期卫生，注意妇女保健，为她们更好地服务。

祝你

学习进步！

四川省涪陵地区卫生学校 潘 云

痛经常见病 辨证却非易

学华同志：

你好！来信询问有关痛经的问题，今日利用闲暇在此逐

一讨论。

痛经顾名思义是发生在月经经期或经期前后的腹痛，故亦称“经行腹痛”。

痛经发生的机理，你认为是“气血运行不畅，不通则痛”所致，就一般情况而论，确是如此。但是，造成气血运行不畅的原因很多，因寒湿阻滞，或湿热蕴结，或肝郁气滞等，均可导致气血运行不畅，不通则痛，发为痛经。古人特别强调寒邪致病，不过，也有气血不足，精亏血少，胞脉失养而成的“不荣则痛”的虚证。还有虚实错杂等。因此在认识本病的时候，应细审病机，抓住主要矛盾。

你说痛经既然以腹痛为主证，那么是否可按内科腹痛的辨证规律来处理痛经呢？我认为不全面。就辨疼痛的性质来说，大多以冷痛，绞痛，喜温属寒；刺痛，灼痛属热；喜按属虚；拒按属实；胀甚于痛或痛无定处，多属气滞；痛甚于胀，痛处固定，或痛如锥刺多属血瘀等等，这些内容和内科的辨证基本相似，但由于痛经属妇科月经疾病，因此还要了解腹痛与月经的关系，月经周期，经量、色、质的情况，结合兼证，舌脉等综合分析。从时间上辨，痛在经前或经期多属实，经后痛属虚。从疼痛的部位辨，痛在小腹正中属肾、属血瘀，痛在小腹一侧或两侧属肝、属气滞。从月经的量、色、质来辨，月经后延量少、色正常、经血排出不畅或有小块，多属气滞，若经色紫黯、块多、痛剧时经行不畅，血块排出后痛减，多属血瘀，因此辨证要突出结合月经的有关情况。《景岳全书·妇人规》说：“经行腹痛，证有虚实，实者或因寒滞，或因血滞，或因气滞，或因热滞；虚者有因血虚，有因气虚。然实痛者多痛于未行之前，经通而痛自减，

虛痛者于既行之后，血去而痛未止，或血去而痛益甚，大多可按可揉者为虛，拒按拒揉者为實，有滯无滯，于此可察。但實中有虛，虛中也有實，此当于形气稟质兼而辨之。”此论述可作为我们辨证时的参考。

论治上，疼痛剧烈时，“急则治标”以止痛为主。可用针灸或单方、验方以求迅速止痛，待症状缓解后，再辨证施治。一般实证气滯血瘀者以通调血气为主，可用血府逐瘀汤加减，寒湿阻滯者宜散寒除湿，温经止痛，可用温经汤化裁；气血虛弱者，宜益气养血，可用三才大补丸调补肝肾，方选《傅青主女科》调肝汤；虛实兼夹者在补虛中可佐通调之品。本病在痛止后治疗并未结束，仍需继续调治数月，以期巩固疗效。

以上是痛经一般辨证施治原则，不过我在临证中常喜用四逆散为基础上加减治疗各种痛经，也能收到较好止痛效果，寒湿者四逆散加台乌、艾叶，甚者加吴萸、桂枝，适当加入利湿之品如苡仁、苍朮、茯苓等；肝郁气滯者四逆散合金铃子散酌加香附、姜黄、青藤香等；肝郁血瘀者四逆散合失笑散酌加益母草、鸡血藤；甚者可投血府逐瘀汤；湿热蕴结者四逆散合四妙散酌加贯仲、土茯苓、椿根皮；肝郁血虛者四逆散合四物汤合方化裁，如乌艾四逆、金铃四逆、失笑四逆、四妙四逆、四物四逆，以及逍遥散、柴胡疏肝散、血府逐瘀汤等。为什么选用四逆散呢？主要取本方疏肝理气、导滯止痛之功，且药味简单，加减灵活，配以不同方药可治疗多种原因所致的痛经，如体质较差者以枳壳易枳实，有行气止痛之效，而无苦降之弊，如需缓急止痛白芍用量可大至24~30克甚者60克，兼血行瘀滯者赤白芍同用。

当然临证时痛经的证型及兼夹证远较上述讨论内容复杂，单用一个四逆散加减是不够的，不过由于痛经与肝的密切关系，实证的气滞血瘀，虚证的血虚精亏都可导致肝的病理改变，而致气血的逆乱，造成经络阻滞或失荣，从而加重痛经，故治疗中始终兼顾疏肝理气，调肝养肝。

由于疼痛是一个自觉症状，除病人发病时的主观感觉外，到目前为止，还不能用客观方法和数据来检测其病情的深浅轻重，因此对疗效判定还不能标准化，这是临床报道中疗效差异较大的原因之一。不过，随着医学科学的发展，相信今后是可以统一标准来判定对本病的疗效的，而且治愈率也将大大提高。

祝

进步！

成都中医学院 杨家林

浅谈带下证治

王英同志：

来信谈到你在治疗带下病时遇到一些困难。怎样才能掌握带下的辨证要点和常用治法呢？现谈谈我的意见，仅供参考。

带下的辨证及其要点有五个方面：

一、着重辨明带下的病因：带下色黄或黄绿如脓，质稠

而粘，有臭秽气，多为湿热蕴结；带下色灰白或杂见异色，有恶臭，多属于败血瘀浊；带下色黄白相兼，色似豆渣，量多，稠粘臭秽，伴有外阴红肿，痛痒的多属湿毒；带下挟血、淋漓不净者，多属阴虚内热挟湿。

二、从带下的色、质、气辨别：带如蛋清，质粘稠，量不多，属轻症。带下出色白，量多，伴有外阴部搔痒和阴道灼痛等为重症。带下色黄或赤白相杂，气臭秽，质粘稠，为实症、热症；带下清冷质稀，腥臭，多为虚寒湿症。带下杂色、恶臭难闻者，多为湿热内蕴成毒。

三、从发病时间的长短辨别：白带量少而无其它症状者，属正常现象。病程长，带下色白清稀，似米汤样，无臭，长期绵绵不绝，伴有精神倦怠，纳差，多为脾虚。带下清稀量多，绵绵不断，伴腰痛无力，腹部冷痛，多属肾虚。病程短，带下色黄，量多，有臭气，伴少腹痛、胸闷胁胀等，多属肝热脾湿。伴有外阴痒，多属风毒夹杂。

四、从腹痛的部位及性质辨别：腹痛，腹胀，多属气滞血瘀。痛在下腹部，有下坠感，多属血瘀化热。

五、审脉：带呈黄色，量多，脉弦滑，或沉数有力，多属湿热内蕴。白带过多，脉滑大有力，多属痰饮内停。带下清冷，质稀，两尺脉沉迟弱，多属肾阳不足。带下量多，质粘如涕，脉濡而缓，多属脾虚湿阻。

带下的辨证关键在于分清虚实。脾虚者，常见带下色白，质稀，无臭；肾虚者，质清而量多；带下色黄，质稠，有臭气，多见于湿热下注；量多，色黄似浓，恶臭，多属湿毒内蕴。治疗时，脾虚的健脾化湿；肾虚的益肾固涩。湿热，用清热利湿；湿毒，宜清热解毒除湿配合外洗。

辨证施治的常法如下：

脾虚：带下色白，质稀如涕，绵绵不断，面色无华，食少纳呆，倦怠乏力，下肢浮肿，大便溏薄，舌淡苔白厚，脉象细弱。治以健脾利湿，常用完带汤加减。

肾虚：带下色白，量多如水，终日不断，腰酸如折，少腹冷痛，小便频数而清长，夜间尤甚，舌质淡，苔薄白，两尺脉沉迟而弱。治宜补肾固涩，常用内补丸加减。

湿毒：带下黄绿如浓，有臭气，质稠，外阴红肿，阴中瘙痒或小腹痛，小便黄，口干而苦，舌红，苔黄，脉数。治用清热解毒，除湿止带法，常用止带方（茯苓、猪苓、车前子、泽泻、茵陈、赤芍、丹皮、黄柏、梔子、牛膝）配合蛇床子散外洗。

我在临床实践中体会到：虚证中脾虚和肾虚往往同时或交替出现。实证中多由湿热或湿毒引起。治疗应整体与局部结合，以整体为本，重在健脾除湿，温肾固带，结合其他症状，配合疏肝、清热、泻火、解毒。如脾虚带下，我在治疗时补脾益气利湿，常用党参、莲须、芡实、山药、白朮、茯苓、苡仁、车前子。偏于肾虚，用党参、芡实、莲须、金樱子、菟丝子、鹿胶、巴戟、乌贼骨、附片、枣皮。湿热下注，常用银花藤、黄芩、黄柏、土茯苓、梔子、车前子、茵陈、蒲公英、赤芍、侧耳根、椿根皮。如兼外阴搔痒，红肿疼痛等，多配合以蛇床子散（苦参、蛇床子、蒲公英、土茯苓、花椒、白矾）为主，煎薰外洗。

现代研究表明：滴虫性阴道炎、霉菌性阴道炎、宫颈炎、宫颈糜烂、子宫内膜炎、附件炎、盆腔炎等妇科疾病，常引起带下，故针对病因采用中医治疗，获效颇佳。比如：

丹东市第二人民医院妇产科，用仙鹤草嫩茎叶治疗 233 例滴虫性阴道炎（多属白带或黄带，有泡沫，阴搔痒），总有效率达 100%。又如：四川省彭县中草药研究所，用自制金龟莲胶丸（片），治疗子宫颈炎 1638 人，有效率为 96%。再如：梧州地区人民医院妇产科，用金鸡冲剂治疗带下 535 例，其中 322 例附件炎有效率达 95.3%，112 例盆腔炎有效率为 96.4%，99 例子宫内膜炎有效率为 97%。有关资料不尽列举，你可以结合问题进行学习。这对深入认识带下的辨证要点和灵活施用其治法，无疑是有所裨益的。

此致

敬礼！

重庆市第二中医院 段亚亭

漫谈崩漏病证

亚宣同志：

崩漏之名最早见于《内经·阴阳别论篇》：“阴虚阳搏谓之崩”，《金匱要略》中有“妇人陷经漏下”，《诸病源候论》称“崩中漏下”。崩，是形容出血汹涌有如山洪崩下；漏，是形容出血势缓难尽有如屋漏。实际上崩与漏是妇科同一出血证的不同表现。由于崩与漏常相互转化，所以崩漏并称，用以说明这种出血的特征，故先贤命名可说是合理的。

事实上，自有崩漏记载以来，多数医家是将崩漏归在月经疾病中加以研究的。如：《诸病源候论》中说：“妇人经脉调适则月下以时”，“非时而下，淋漓不断，谓之漏下”，“忽然暴下谓之崩中”；《圣济总录》载有：“漏下之病，经血淋漓不断是也，夫冲任之脉，所致有时，非时而下，犹器之津泄，故谓之漏下”；《景岳全书·妇人规》将崩漏归入经脉篇，明确指出：“崩漏不止，经乱之甚者也”；《医宗金鉴》确切地称为经崩，经漏，等等。

在继承前人对崩漏认识的基础上，我认为可以明确地将崩漏归于月经疾病，而胎、产、杂病或其他病种的似崩似漏的下血症则不应属崩漏的范围。即是说崩漏是指经血非时而下，量多势急的称崩中，量少淋漓的称漏下，统称崩漏。这个概念是否恰当，希望能听到你的见解。

临床上，在崩漏患者的现证中常有血热，气虚、脾虚、肾虚、血瘀或肝郁等证象，根据“审证求因”，所以一般认为崩漏发病不外是气虚统摄无权，或热邪迫血妄行，或因瘀而新血不得归经，或因内损外伤脉络而致血溢。崩漏发病机理复杂，我认为主要是冲任不能制约经血，表现在胞宫非时下血，形成崩漏。如《内经》说的：“阴虚阳搏谓之崩”，是指崩漏患者表现的病脉，即尺脉见虚，寸脉搏击之象。这种脉象表示“其阴血已损，虚火愈炽”、“为火迫而血妄行”、“此则指女子而言，按妇人血崩之证，其血从胞络宫而来”，而“胞络宫系于肾而上通于心，故此证实关心肾；经，阴虚阳盛则迫血妄行”（明·清张马合注《素问·天枢》）。所以，崩漏证虽有热、有虚、有瘀的不同表现，但只有累及到肾的功能，以致冲任不能制约经血始能发为崩漏。由于本病

病因多端，机理复杂，故容易反复，难期速效。

前人给我们留下了许多治疗崩漏的经验，如朱丹溪提出“补阴泻阳法”；五肯堂提出“治崩先以养血升提加诸止血药止之”；张景岳主张用甘药生血养营以益发生之气；方药之归纳治崩漏之法不外：塞流，澄源，复旧；傅青主则认为不可独用止血药，当于补阴中行止崩之法；近贤卓雨农重调补肝脾，出血不用当归；蒲辅周主张不宜一见血即用止涩之品，宜调复冲任并消瘀滞……前人的论治见解值得借鉴，但也反映出治崩漏之棘手。

那么，崩漏论治究竟该如何认识和用于临床呢？我体会，仍然要在“谨守病机，各司其属”的原则上辨证论治。此外，我认为，根据崩漏的病因病机须特别注意肾气的盛衰情况，如青春期的崩漏患者当着眼于先天禀赋不足，肾气未盛，冲任未充，而治当补益肾气；育龄期崩漏患者多气血不调，肝肾失养，因而治当调理气血以养肝肾固冲任；更年期肾气渐衰，天癸将竭，肝肾已亏，故治法上当滋补肝肾或以后天强先天。崩漏为耗伤气血之病，故在此同时，又须始终注意气血的变化。

我在临床治崩漏的实践中，常采用补气填精固肾为主法。出血多者适当加重补气固涩药，常以生脉散为基础方双补气阴，加首乌、续断、桑寄生、山萸肉、女贞子、旱莲草、大枣、黄芪；若以崩中为主者，则加乌贼骨、复盆子、阿胶；若以漏下为主者，则加鸡血藤、益母草、茜草根、仙鹤草；偏寒者加炒艾叶，炮姜；偏虚热者加生地、玄参、侧柏炭；偏湿热者加黄柏，蚕砂；兼肝郁者加川楝、柴胡。出血停止则以补肾养血固冲调经为治，以期周期恢复，常采用加味归

肾丸(《景岳全书》):熟地、山药、山茱萸、当归、枸杞、杜仲、菟丝子、紫河车、首乌。更年期患者不加紫河车,加桑寄生。若再出血,又再用前法。如漏下不止,终月难尽,则当先益气活血化瘀,用药2~3日再用前法。

以上是个人对崩漏的一些浅识,对崩漏的治疗可以说还是尝试,累积的资料不多,本不足以一提,但我之所以毫无顾忌地抽抒己见,正是我以诚意希望引出同道的高见。信中有不少不当之处,还待我们今后在信中继续讨论。

再见

成都中医学院 刘敏如

妇女产后患乳痈 内外合治贵乎“通”

甫学同志:

您好!根据您的要求,我就在此谈谈乳痈的诊治吧。

乳痈虽然诊断比较容易,并不算什么疑难杂证,但因为初起病情发展较快,多数患者由于产后气血两亏,抵抗力低下,如果控制不住病情,很快就会化脓,甚至溃漏缠绵,经久不愈。如何提高疗效,缩短疗程,的确是一个值得研究的问题。

乳痈这个病名,最早见于葛洪的《肘后备急方》,又称为妬乳,妬者,是气积阻滞不通之意。后世根据乳痈发病的

时间和病因不同，把在哺乳期发生的称为外吹乳痈；在怀孕期发生的称为内吹乳痈；与哺乳无关的称为哺乳期乳痈。临床上外吹乳痈最常见，据重庆市第二中医院观察统计，产后一月内发病的占71.41%，所以今天主要讨论外吹乳痈的辨证和治疗。

您认为，西医称乳痈为急性乳腺炎，是一种化脓性炎症，炎者，重火也，其病机重点应以热邪熏灼为重点。这是一种误解。中医认为，乳痈，归根到底还是属于痈的范畴，关于痈的发病机理，早在《灵枢·痈疽篇》就有明确的记载“寒邪客于经脉之中则血泣，血泣则不通，不通则卫气归之，不得复返，故痈肿”。说明痈之形成，首先当责之于气血不通。我们还可以从临床实践中得到一些启示，一般认为，外吹乳痈的病因病机大约有如下几种：

1. 乳汁积滞不得外流而发生。例如初产妇乳头破裂疼痛，不能使乳儿吸尽奶汁，或乳头外结黄痂，阻碍乳汁外流，或初产妇乳络不通，或断乳以后乳汁壅滞。

2. 乳儿吮乳时，“吹入不洁之气”。

3. 情绪波动，暴怒忧郁，肝失条达，气滞血凝，壅结成痈。

4. 饮食不节，脾胃受伤，厚味蕴酿，湿热浊气阻结。

5. 产后血虚，外感风寒热邪，壅滞而成。

上述各种病因，都能导致乳汁不畅。所以发生乳痈的关键，似可以用“不通”二字来概括。另外，据报导，南京中医学院许履和老中医善治乳房诸病，他强调“气”是引起乳房病的主要病因病机，认为妇人常多气郁不舒，肝气不畅而乳汁易壅，血脉易滞，痰浊易凝，各种乳房病都因此诱发。

他总结乳痛的病因病机时指出，乳痛之发生是先有气机不畅，进而导致气滞血瘀，乳积，再加上外受毒邪则发痈肿。这就不难看出，乳痛的病机是气、血、乳不通，不通则发肿痛，其中可能有因热邪所致者，但不一定都是“热”。

基于上述认识，乳痛的治疗当然应是以通为主。大量的临床资料也证明，以通为法，疗效确实。中医研究院广安门医院外科，他们在“通则不痛”的思想指导下，治疗各型乳痛110例，其治疗原则是活血化瘀，理气通乳，清热解毒，基本方药是：橘叶、瓜蒌、归尾、赤芍、川芎、王不留行、路路通、青皮、陈皮、蒲公英、生甘草等，水煎服，每日一剂，适当配合外治法，结果110例全部治愈。

乳痛初起要以通为主，到成脓期更应以通为主。在成脓期患者恶寒发热，乳房疼痛，肿块中央渐软，待其自溃或切开引流后，一般都能肿消痛减，但是，如果脓流不畅，肿势不消，疼痛不减，身热不退，此时必须以通为法，托里排脓。如河北省医院中医科用银花、黄芪、甲珠、皂刺、川芎、当归、陈皮水煎服，伤口以油纱填塞引流，治疗本病365例，有满意疗效。许履和老中医经验认为，外吹乳痛，不论何种原因，常有排乳不通的现象，故均可加入山甲、漏芦、路路通、王不留行等通乳药，乳通则痛消，他创制的“乳痛验方”即由蒲公英、青皮、陈皮、山甲、川贝母、柴胡、甘草、全瓜蒌、香附、橘叶、当归、漏芦、王不留行组成。从其药味组成上可以看出，绝大部分都是行气、活血、通乳之品，体现了“通”是治疗乳痛的关键。

在内服药的同时，还要重视乳房局部处理，即使乳痛初起，未成包块时也是必要的，总的目的也是为了“通”。

乳房局部究竟热敷好还是冷敷好呢？这要根据具体情况来定，在乳痈早期应该使用冷的湿毛巾冷敷，可以减少乳汁的分泌，减轻乳房肿胀。患乳痈三天左右，红肿比较明显，这时应该热敷，有条件的可采用紫外线、红外线、超声波等理疗。

早期患者，特别是在瘀乳阶段，用手法按摩通乳、吸奶器吸乳等方法，都能排除瘀乳，消散结块，从而减少化脓的机会。

外敷药物：乳痈早期外敷消肿膏（煨石膏2,000克红丹、冰片各100克 凡士林2,800克调匀），或加等量如意膏（如意金黄粉150克加凡士林调匀），其上撒布清凉丹（煨石膏60克红丹3克 冰片6克 射香0.3克 黄丹3克），能清热镇痛，消肿散结。脓成未溃者，用清凉丹及铁箍膏（五倍子、白芨、大黄、芙蓉花叶粉、黄柏粉各150克，加凡士林2,250克调匀）外敷，可以使脓液集中，防止扩散。溃后可用九一丹（熟石膏27克升丹3克共研极细末）提脓；脓净，以生肌散（制炉甘石15克 滴乳石9克 滑石31克 血珀9克 朱砂3克 冰片0.3克、研细末）收口。

民间有一些土办法，疗效很好，也可试用。用仙人掌捣烂外敷，有行气活血，清热解毒之功；还有一种塞鼻疗法，方法是用鲜莞花根塞入鼻内，疗效达90%以上。此外针刺“乳炎灵穴”（足三里下一寸五分），用毫针刺2~4寸深，强刺激，泻法，留针20~30分钟，每日一次。也有消肿定痛之效。

乳痈和其他疾病一样，必须争取早诊断，早治疗，最好能在初期使之消散而不致化脓。一旦化脓成熟，是不是必须

开刀引脓呢？这是您最关心的问题。一般乳房脓肿，开刀不会损伤输乳管，相反，如果延误手术，脓肿变得更加复杂，损伤输乳管的可能性较多，所以，开刀引流是一种“使通”的好办法，必要时还得当立机立断，大胆切开引流，不必瞻前顾后。

但是，一经开刀，伤口不易愈合，影响哺乳，为了解决这个问题，有些单位采用抽脓不切口的办法，诚是一种两全其美之法。如重庆市第二中医院曾用穿刺抽脓法治疗本病508例，认为这个方法具有症状消失迅速，疗程较短，治愈后不遗留表面瘢痕、乳房很少畸形等优点，而且没有乳漏长期不愈之弊，对于脓腔大，脓液多的，可用腹水穿刺针抽脓，脓腔中注入中药消炎针野菊花、紫花地丁、蒲公英、侧耳根、夏枯草），可促进脓液早尽。

上面，介绍了这么多治疗方法，我认为都不出“通”的大原则，如疏肝理气、活血化瘀、托里排脓、热敷冷敷、手法按摩、切开引流、穿刺抽脓等法，均能使通，通则不痛，从而达到治愈乳痈的目的。

当然，正如您所说的一样，辨证确属热毒炽盛的也不少见，采用清热解毒法，佐以行气活血常有良效。据报导，如果患者形寒壮热、头痛昏胀、烦躁口渴、骨节酸痛、大便结燥、脉弦数、苔黄腻者方以括萎牛蒡汤加减（熟牛蒡生山栀、银花、连翘、全瓜蒌、蒲公英、橘叶、柴胡、黄芩），服药后80%的患者可在2~3天内热退、肿消、痛减、痊愈。

乳痈有没有属寒的呢？有，不过较少见而已。杨君柳氏报导他曾治疗一例乳痈，其症状全属表寒实证，因此投以麻黄汤全方二剂，竟获全愈。有时虽不属寒证，但兼有阳虚不

通的慢性患者，处方中宜加附子或鹿角粉宣通阳气。

对于几经误治，失治，或过早切开引流，火毒内炽的所谓传囊乳痈重症，你也不必害怕，用中药内服加外用，一样可以治愈。如上海中医学院附属龙华医院唐汉钧报导用中药治疗16例传囊乳痈，具体方法是，内服当归、赤芍、川芎、银花、黄芩、连翘、蒲公英、瓜蒌、皂角刺、王不留行，丝瓜络，外敷金黄膏，疮口以药线引流，再用垫棉加压，使脓腔减少脓液滞留，胸罩托高乳房，使积脓排出通畅。漏乳不止者，可用回乳法，内服谷芽、麦芽、山楂，外敷皮硝（用棉纱袋包裹）。结果全部治愈，疗程最短半月，最长两月，平均治愈时间26.8天。

如此看来，中医在辨证论治的前提下，以“通”为主的治疗原则，对乳痈来说确具独到之处，不知您有什么想法，盼下次来信告诉。

祝

进步

重庆医学院第二医院 王辉武

四、儿 科 疾 病

麻疹顺逆的证治

仲文同志：

来信收到，现就信中所谈麻疹有关问题简复如下：

麻疹顺证，一般可分为初热，出疹，收没三期。各期三天左右，全程为十天上下。患儿感染时行疠气——麻毒时邪，性属温热阳邪，由口鼻而入，常先犯太阴、阳明。诚如叶天士所说：“温邪上受，首先犯肺。”谢璞斋说：“毒兴于脾，热流于心，脏腑之伤，肺则尤甚……先起于阳，后起于阴”，这是病因病理的总纲。而初热期的证候有三大特点：

一、初伤肺卫，酷似风热感冒，如发热、鼻塞、喷嚏，流涕等。

二、因“毒兴于脾，肺则尤甚”，故其证面燥腮赤，目红眵多，泪水汪汪，畏光羞明，纳呆等，肺脾症状且呈现麻疹特殊面容，有别于感冒。

三、第2~3日起，颊内粘膜可发现白色针尖样斑疹，有时有红晕环绕，称为“麻疹粘膜疹”，是早期诊断的依据之

一。

出疹的顺序是先耳，后发际头面，后背胸腰腹四肢，最后以手足心见点为疹子透齐。疹形隐隐于皮肤之内，磊磊乎肌肉之间，摸之碍手，初稀后密，颗粒分明，疹间有正常皮肤可见。疹色初红如玫瑰，渐呈暗红色。全身症状表现为发热（热势与出疹的高潮起伏一致），口渴烦躁，纳呆便秘，此即疹毒内犯太阴阳明所致。收没期的证候表现是疹子渐收，并按出疹先后逐渐消失，多有糠麸样脱皮，留有棕色痕迹，1~2周内自然消失。其他如体温，咳嗽、纳呆、便秘等症也逐渐复常。有的常因余热未尽，肺胃阴伤，有低热、干咳、声嘶等后遗症状。目前因广泛开展预防工作，有的患儿症状轻而不典型，疹子也不一定非出到手足心才算出齐。

顺证的治疗应本“以透为贵，因势利导”，“七分护理，三分药治”的原则。初期治宜辛凉透疹，佐清热解毒。可选银翘散加浮萍、西河柳、葛根、蝉衣等鲜肌透疹。出疹期当以清解肺胃热毒为要，疹未出齐时须佐以透疹，疹已透齐则宜佐甘寒养阴，应首尾相顾，不应顾此失彼，一般用银翘白虎汤（即白虎汤加银花、连翘）为主方，随证加减。收没期当以甘寒养阴为主，偏于肺阴虚的用《温病条辨》沙参麦冬汤；偏胃阴虚的用《温病条辨》益胃汤；肺胃之阴俱伤的，两方化裁合用；余热未尽，持续低热的，予《伤寒论》竹叶石膏汤。这是麻疹三期证治的一般规律，务需牢记。目前认为大青叶、板兰根有抗病毒作用；活血化瘀的丹参、红花、赤芍、丹皮亦有助于透疹，故可适当加用。同时饮食宜清淡，注意个人卫生保持空气新鲜，也有助于透疹。一般来说轻证也常不药而愈。但药治能使病程缩短，症状轻快，减少并发

症，故应予以重视。

麻疹逆证，包括疹子逾期不出或一出即收的闭证以及合并肺炎、喉炎、脑炎等并发症。

发生闭证的原因常见有寒、热、食闭、四个方面。寒闭，多因冬令严寒，风寒外束，腠理不开，麻毒内闭不透，形成外寒内热，治当宣毒透疹，寒温并用，方选《医宗金鉴》宣毒发表汤。热闭，常因感邪深重，热毒内炽而津液亏耗，影响气血畅通而内阻，使疹不能宣透于肌表，治宜清热解毒，养阴透疹，方选《温病条辨》清营汤或清温败毒饮（方中犀角可用水牛角粉代替）。食闭，是饮食不当，积食内停，脾胃呆滞，阻滞气血畅行，影响麻毒外透而疹子逾期不出。其证多脘腹胀满，大便酸臭或便秘，苔厚腻，口臭等。治宜和中导滞，辛凉透疹，用《医学心悟》保和汤加辛凉透疹之品。也有因患儿体质较差，元气虚弱，正不胜邪，无力输毒外出，致使疹子闭而不出之虚闭，应益气活血，托毒透疹，可用补中益气汤加丹参、红花等。

以上四种闭证中，寒、热、食闭、属实、以攻邪为主；虚闭则治以温补。

闭证常是并发症之先兆，若不急治，则往往并发症接踵而来，或发生于初热期之末，或出疹期，但也有发生于收没期的。其中麻毒内陷并发肺炎的最为常见。证候表现为疹子逾期闭郁不透，或一出即收，突然喘促气急，甚则胸高抬肩，摇身撷肚，喉中痰鸣，治当辛凉宣肺，清热豁痰，选银翘散合麻杏石甘汤加竹沥、胆南星、天竺黄、大青叶、板兰根等豁痰透疹之品。若其证又兼面色苍白、四肢厥冷、脉微弱、疹子出而复隐，此为并发肺炎，继发心阳衰弱，最为危

险。治当回阳救逆，速用独参汤（或人参注射液肌注或静滴），并频服四逆汤合丹参、红花；呼吸微弱者，再予麝香、冰片冲服或外用闻鼻，或隔姜灸人中、百会、神厥、气海等穴位，俾阳气得回，气血复畅，疹子复显，然后，再予清解透疹，知犯何逆，随证立法。若出疹期见高热、昏迷、惊厥，治宜平肝熄风解毒开窍，急予安宫牛黄丸或紫雪丹、至宝丹等频服或鼻饲、灌肠。

麻疹并发喉炎，轻证咽红赤，频频咳嗽，此因肺胃热毒上蒸，是麻疹全身症状之一，可于清利肺胃热毒方中，佐加对症之药。但重症喉炎，可见声嘶，甚则哮喘，则应选用清利肺胃的《麻疹集成》牛蒡甘桔汤，并兑服喉症丸或外吹《温热经纬》锡类散；若见呼吸极度困难的急性喉阻塞，也可用巴豆硃砂膏（取巴豆、硃砂少许细末摊于橡皮膏内），外贴印堂穴。此本《本草纲目》：“巴豆能治喉痹垂死，缠喉风，咽喉不通”的记载。我屡用于临床，时有效验而免于气管切开。

总之，麻疹顺证，初期辛凉透疹，中期清热解毒，后期甘寒养阴，因势利导，贵乎透彻；逆证则应知犯何逆，以急则治标，或标本同治为要。

顺致

敬礼

成都中医学院 郁文俊

疔腮的治疗

小刘同学：

您好！你的来信和你撰写的《疔腮治验》一文均收到，我反复读过多次，用普济消毒饮加减化裁治疗疔腮，无疑是正确的。本病的诊断并不困难，分型论治也不复杂。但从字里行间我看出你对某些基本概念还不十分明确，因此我想从这些概念入手，结合你提出的问题谈谈我的看法，供你参考。

你说：“疔腮又名流行性腮腺炎，因此本病是热证、实证。”我认为此说欠妥，因为“疔腮”的概念不但包括腮腺炎病毒引起的流行性腮腺炎，而且还包括了其并发的化脓性腮腺炎。临床所见，疔腮虽以实证居多，但也有本虚标实者。《杂症会录》说：“该症误用发散药，体虚者，不任大表，邪因内陷，传入厥阴脉络，睾丸肿痛，耳后全消……”说明体虚误汗者，可致邪陷厥阴之弊，不可不慎。同时本病好发于小儿。其罹患原因在于小儿为稚阴稚阳之体，脏腑娇小，形气未充，即“邪之所凑，其气必虚”同样佐证了不能统言疔腮都是热证实证。特别值得注意的是，当前某些人有用西医的病名来乱套中医诊断的倾向，实际上西医的病名和中医病名是两个不同理论体系所产生的具有不同含义的术语，疔腮与流行性腮腺的关系不是对等的关系。疔腮一病最早见于金代窦汉卿的《疮疡全书》，嗣后明清的外科书籍和某些本草、儿科著作，都有记载。疔腮又名发颐[yí]、或温

毒发颐。颐就是腮。腮是少阳经和阳明经循行所过之处。疔，《广韵》训为“疮不合”。《玉篇》说：“疔，病甚也。”（疔，即疔的古体）《医宗金鉴》解释：“疔腮一名髭发，一名含腮。疮生于两腮肌肉不著骨之处。”此外疔腮还有“大头瘟”、“虾蟆瘟”等俗称。可见疔腮的病性、病位、病机在病名中已经明确表露，它是由风温病毒，自口鼻而入，引动伏火，胆胃之火随经上攻，气滞血壅，致使两腮（或单侧）漫肿、坚硬而疼痛，或红或不红，或溃或不溃，且具有传染性的疾病。可见前人对本病的观察立足于临床表现，它可能指典型的流行性腮腺炎，亦可指流行性腮腺炎并发的化脓性腮腺炎。上海中医学院主编的《中医儿科学》（79年版），关于本病的描述及所引各家论述偏向于与流行性腮腺炎相近，谓其“色白濡肿”、“永不成脓”；但成都中医学院编写的《中医儿科学》（80年版）在论述中则有“或红或不红”、“有的甚至穿腮破颊、化脓溃烂”等描述，与《广韵》中“疮不合”相似，符合化脓性腮腺炎的特征；广州中医学院主编的《外科学》（80年版）所述发颐就是急性化脓性腮腺炎。因此中西医病名之间的关系要具体分析，审慎对待，切忌简单粗糙地划等号，更不能把西医的病名或诊断用来指导中医的辨证论治。

至于疔腮的治疗，我认为可归纳为以下几点：

一、强调辨证，及时祛邪。本病病机是风温病毒自口鼻而入，引动在里伏热，胆胃之火随经上攻致使少阳经脉失和，气机阻遏不通、邪热壅滞、气阻血逆。治当疏风解表、清热解毒、消肿散结。以祛邪为第一要义，即所谓“客邪贵乎早逐”也。本病临床一般分为表重热轻、或表轻热重。表重热轻，可选用荆防败毒散，或银翘散；表轻热重，可用普济消

毒饮。应注意不能因分型简单而忽视辨证。治疗疔腮虽然一般都用普济消毒饮，但在运用此方时，应辨其表邪里热的轻重缓急，确定芩、连等苦降之品与升、柴、薄荷等辛散之品的比例，并结合腮部红、肿、热、痛以及软硬程度，加减活血攻坚、消肿散结之品。更须注意病机的演变、邪正纷争力量的对比。若正虚邪实，热毒亢盛，内陷厥阴，上扰神明，下结睾丸等，应当扶正祛邪，标本兼顾。如有人以普济消毒饮加减治疗疔腮21例，均获痊愈。疗程最短一例三天，最长一例十天，无一例出现睾丸炎等并发症。其加减法为1. 恶寒发热、头痛较重、腮肿不甚、脉稍数者属表邪重而里热未盛，去黄芩而加重解表药量；2. 若恶寒消失、壮热腮肿甚、脉数为主者，原方不动或增加清热药分量；3. 热退、腮肿减轻，但硬块不散者，去芩、连加丹参、甲珠。曠县章柏年认为：“腮腺炎为时邪热病，易伤津劫液，若误治、失治则邪入厥阴。睾丸有外肾之称，所以当滋补肝肾以治本，睾丸红肿疼痛为标实之见，治以清泄肝火，合祛瘀化痰之品以消肿大之积结。”

二、内服外敷，针药并进。

内服药，除前所述普济消毒饮、荆防败毒散、银翘散外，黄连解毒汤、清瘟败毒饮、柴胡清肝散合三妙散等均可化裁使用。此外，近年报导的蓝银夏枯汤（板蓝根18克、夏枯草、银花、生甘草各10克）、乌菝梅煎（鲜乌菝梅120克，或干全草10~15克）都极有疗效。上海中医学院主编的《中医儿科学》（79年版）介绍了下列三个方剂：1. 紫花地丁15克，水煎服；每日1~2剂；2. 鲜海金沙30克或干根15克，水煎服；3. 酸浆草30克煎汤服，另用50克煎汤熏洗患处。四

川省江津094医院林素筠整理了以下六个煎服方剂：1. 鲜野菊花全草50克、鲜紫苏6克；2. 鲜青蒿50克、生姜4克；3. 鲜芦根80克、陈皮8克；4. 鲜鱼腥草60克、葱白10克；5. 鲜蒲公英40克、水灯芯6克；6. 土大黄30克、鱼香草5克。作者并对以上方剂的配伍原则进行了总结：“清热解毒药与解表药同用，比例为8~10:1,可根据病情轻重进行调整。”《杂证会心录》所载主治邪毒入传厥阴，伴睾丸肿痛的经验方甘草、桔梗、丹皮、当归、玉竹、首乌等味组成。由本方滋肾养肝、凉血解毒、消肿散结、标本兼顾、临床证实“多获良效”。

外敷药可用，“车轭膏”（车前草60克、栀子90克，为末配以适量凡士林调制而成）。使用时，先用米醋把患部洗净后行贴敷，每日换药一次，连用3~5天即可。或用青苔加适量石灰水上清液捣碎，摊在菜叶或塑料布上贴敷；或用野菊花或野菊花嫩叶或铧头草一把，或活蚯蚓数条加少许冰片，捣碎贴敷；或用黄柏7份、生石膏3份以水（米醋或酒也可）调敷等等，都有清热解毒、消肿散结的作用。

此外，针灸治疗也卓有效验。浙江省中医药研究杨楣良治82例流行性急性腮腺炎，除2例因并发脑炎而中转内科治疗外，其余80例单用针灸治疗均获临床治愈。治疗次数平均为4.5次（每日针刺1~3次）。其基本处方是：耳尖、关冲（三棱针点刺出血）合谷、颊车、翳风。发热重者加大椎、曲池；腮痛甚者加少商（点刺出血）、列缺；恶心呕吐甚者加内关；并发睾丸炎、卵巢炎者加曲泉、三阴交、大敦。河南省焦作卫校李志文创造了“一针疗法”。根据记载完备的100例统计，95例均针一次痊愈，未合用其它药物。其治疗方法是：“首先摸到患侧的下颌角，然后与耳垂划一连线，其正中点即是针刺

点。进针时针尖稍向口角方向倾斜15~30度，以达肿胀之腮腺中心处为宜。采用快速进针，刺入后捻转2~3分钟即可出针。”

祝您

学习进步

重庆市九龙坡区卫生进修学校 皮肇景

论治小儿咳喘非同成人

刘敏同志：

你好！谈到小儿咳喘首先应该明白，小儿与成人在生理上有什么不同。通常把小儿称为“稚阴、稚阳”之体。稚者，幼小之意也。其特点是生机旺盛，但脏腑娇嫩，容易受到致病邪气的影响。另外，小儿少有情志，嗜慾等方面的疾病。这是和成人不相同的。

小儿咳喘的病因绝大多数是感受风邪（风寒或风热）。因风为阳邪，变化最速，变证多端，又易伤肺，肺伤则其宣发，肃降功能受到影响，宣发失常，就会使肺气郁闭化热；肃降失常，就会使肺气上逆，而咳喘发作。此外亦有先天禀赋不足，或肺气虚而发病的，但这在咳喘证中所占比例是少数。

小儿咳喘的辨证并不困难，只要有发热、咳喘、鼻塞，就可诊断为小儿咳喘。如兼有口唇、舌质、指端青紫时，就属小儿咳喘的重证了。这是因肺主气，心主血脉，血的运行

要靠气的推动,肺气失宣则血运不畅,就会发生气滞血瘀,出现以上见症。如果病情进一步发展,就出现四肢不温,大汗淋漓、脉微欲绝等危候,要及时进行抢救,千万不可贻误病机。

需要强调的是,因小儿病情变化迅速,要时刻把握病机,不要看到患儿精神尚好,误认病邪已退而放松治疗。

小儿咳喘的辨证分型治疗,可按温病卫、气、营、血辨证治疗。临床所见大部分邪在卫、气分,在营、血的是少数。例如我院曾收治小儿咳喘 542 例,其中在卫、气分的就有 423 例。这就说明只要把住气分关,勿使入营,一般都会如期而愈。卫分、气分中又可分为风寒闭肺,痰热闭肺。其中以热证居多。所以在治疗小儿咳喘证中,麻杏石甘汤的运用率较高,疗效也满意。关于这方面的报导很多,你一定有较多的了解,这里仅将自己的几个病例向你作一简介。

曾治一男孩,2岁,咳嗽微喘两天,加重一天。其证不发热、无汗、鼻塞流清涕,食尚可、舌淡红、苔薄白、指纹青红,此风寒闭肺,宜宣肺散寒,止咳平喘。处方:苏叶、杏仁、前胡、茯苓各10克,京夏、麻黄、蝉衣、苍耳、甘草各6克。服两剂咳喘虽减轻,但出现咳吼痰多、鼻涕黄稠、舌红苔黄等,这是郁而化热之象。拟清肺化痰,止咳平喘,改用麻杏石膏汤加黄芩,桑叶、菊花,服两剂而愈。

病在卫、气分治疗得当,不难取效,尚若延误病机,由气入营,就需多费周折了。

一男孩,1岁,咳喘6天,发热7天,夜重昼轻,甚则抽搐。某医院诊断为脑炎,经治不效自动出院。来我院就医,临床表现:咳嗽喘气,甚则呕吐,壮热不解,午后或夜间更甚,纳差神萎,口周发青,大便两日未解,尿黄,舌红苔

黄，指纹青紫等。辨证为小儿咳喘，热毒闭肺，邪在气营。治宜清热解毒，止咳平喘。方用麻杏石甘汤加银花、连翘，黄芩、板兰根、蝉衣、羚羊角粉等。夜间体温 39.8°C 发生抽搐，急针刺人中穴，抽搐止，又急服羚羊角粉0.6克，清热解毒，熄风止痉，连服3剂，热退身凉，咳喘亦平。后以清阴清热法治愈出院。

小儿咳喘，类似现代医学的小儿肺炎，支气管炎。除了按中医温病卫、气、营、血辨证治疗以外，不少单位用单方验方治疗，均取得较好疗效。北京友谊医院儿科，用“平喘合剂”（生麻黄、细辛各3克，射干、桂枝、五味子、半夏各9克，生石膏30克）和“平喘Ⅰ号方”（丹参、瓜蒌各12克），胆南星、红花、乳香、没药各6克，桃仁9克，细辛3克）对小儿肺炎喘型389例进行治疗，属于风寒内闭，肺虚气逆治用前方，若热重兼有瘀证，为痰热瘀阻治用后方，以活血散瘀，清热化痰。结果318例痊愈，69例好转。

还有北京中医学院分院用“气管炎合剂”（杏仁、桑皮、苏子、葶苈子各6克，地骨皮、茅根、前胡各10克，黄芩、瓜蒌、知母、莱菔子各3克，生甘草1.5克）对肺胃实热型的小儿支气管炎100例进行治疗，六日内治愈率达95%，三日内治愈者达81%。

刘敏同志，上面所谈小儿咳喘属实证居多，但虚证也不可忽视。一患儿，男，6岁，常在季节转换或气候变化时发生咳喘。证见身体虚弱、面色不华、眼睑轻度浮肿、精神萎顿、手足不温、干咳无痰、喉间有水鸡声、食少便溏、舌胖嫩，脉沉细等，属肾虚不纳，脾虚运化无权之候，急以补肾

固本，兼扶脾益气。方用紫河车、煅龙骨各9克，五味子、炙草、黄精各6克，鹿角霜、人参各3克，附片、肉桂各1.5克。研细末，一次6克，日3次，温开水调服。药后诸证减轻，食增神安。守方月余，日渐平复，此患儿有肾脾两虚，但肾为先天，脾为后天，小儿生长发育生机在肾，肾安则脾也健，此即“添枝叶不如培根本”之意。

这里尚需说明一个问题，“哮”与“喘”有何区别？通常把呼吸气粗，张口抬肩谓喘；把呼吸出入喉间有水鸡声谓哮，然哮多兼喘，而喘不一定有哮，有时通称哮喘。临床辨证可不必细分。

刘敏同志，以上所谈小儿咳喘的证治不知你的看法怎样，愿和你继续商讨。

祝你

学习进步。

重庆医学院附属儿科医院 孟秀芳

百日咳并非定咳百天 初中末三期治法各别

王静明同志：

惠书收悉，迟复为歉。信中所问百日咳病的几个问题：兹复于下：

百日咳是小儿常见肺系传染性疾。因病程较长，缠绵难愈故名。亦称顿咳、鸪鹑咳、疫咳等。

为什么儿童，特别是五岁以下的儿童容易罹患百日咳呢？这是因为小儿脏腑娇嫩，形气未充。所谓“脏腑薄，藩篱疏，易于传变；神气怯，易于感触。”故儿童对时邪病毒最易感染。肺为娇脏，主气而司呼吸，一旦感受时邪病毒，致肺失清肃，痰浊阻滞气道，肺气不能通达，频频作咳而发为本病。如果邪热久稽，引起肺络受伤，则在咳嗽时伴有咯血，衄血。百日咳一年四季皆可发生，但以冬春两季为多见。

百日咳的治疗，一般分初、中、末三期论治：

初期，百日咳和伤风感冒一样都有咳嗽，喷嚏、流涕、间有微热等症状。如何鉴别呢？我的经验是：伤风感冒经辨清风寒、风热正确处理3~4天诸证均会或减或痊愈；而百日咳则诸症均减，惟咳嗽加重、夜间尤甚。此外，因为百日咳是传染病，还应留心当时的流行情况及患儿有无接触史等，这对百日咳的早期诊断是很有帮助的。

百日咳病的初期还分风热和风寒两类。除证见咳嗽，喷嚏，流涕发热等时邪病毒侵犯肺系以外，若更见面赤、唇红、咳嗽痰稠、口干喉涸，舌红苔黄，脉象浮数者或指纹红紫者，则属风热；若更见面白唇淡，咳嗽稀痰，舌淡苔白、脉浮无力或指纹青淡者，则属风寒。风寒治以祛风散寒，顺气止咳为主，方用《医学心悟》止嗽散（桔梗、荆芥、紫苑、百部、白前、甘草、陈皮）风寒则加麻黄、紫苏梗等。风热治以化痰降气，疏表清热为主，用止嗽散去陈皮、荆芥加桑叶、车前仁、连翘、川贝、黄芩等。

中期（痉咳期）大约在发病的第二周开始，经过时间长短不定，短的数天，长的可达两个月以上，但在临床上一般约

为2~6周。这期中咳嗽逐渐加重，并出现较特殊的咳嗽症状——阵发性痉挛性咳嗽。阵咳每日数次至十数次，以晚间发作较多，非常痛苦。不咳则已，一咳则连续短促十余声以至数十声，咳时面赤握拳，舌向外延，弯腰曲背，头颈筋脉怒张，目珠赤红，眼胞浮肿，涕泪交流，阵咳完毕时接着有一个深长的呼气，发出一种特殊的高调鸡啼样吸气声。如此反复发作，一次较一次加剧，直至咳出粘稠痰液或呕出乳食，阵咳方暂告停止。这一期由于有特殊阵发性痉挛性咳嗽症状，所以是不难辨认的。治法宜以降气化痰，清金养肺为主。方选《统旨方》清金化痰汤（黄芩、山栀、桔梗、麦冬、桑白皮、贝母、知母、瓜蒌仁、橘红、茯苓、甘草等）合《伤寒论》芍药甘草汤（芍药、甘草）加火麻仁润燥补虚、车前仁祛痰止咳。为什么要加芍药甘草汤呢？这是因为芍药甘草汤有很好的缓急止痛作用，对横纹肌，平滑肌的挛急，不管是中枢性的还是末梢性的，均有镇静作用。中期由于时邪病毒郁久化燥，临床多见大便干燥，燥火升而咳尤加剧，肺与大肠为表里，清肺必清肠，肠清痰积易下，气得顺降故肺逆可平，于清金化痰汤中加麻仁润肠补虚的道理也即在此了。在这一期中由于咳嗽反复发作，机体的抵抗力降低，很容易发生严重的并发症，如肺炎、脑病等，是我们注意的。

百日咳的末期，大约经过2~3周。这时咳嗽次数和持续时间逐渐减少，咳而无力，痰稀而少，气短声怯，唇色淡白，舌淡少苔，指纹青淡。说明身体正处于邪退正虚，久咳伤阴，肺气耗散，肺胃俱虚的状态。这期的治法应以健脾和中，养肺止咳为主。选方用《幼幼集成》人参五味子汤加减

施治，可告全功。

百日咳的命名是因为病程较长，缠绵难愈，而取的一个很形象的名字，并非定要一百天才能治好。据报导用“百日咳注射液”治百日咳116例，每次注射1~2毫升，每日肌注2~3次，疗程2~10天，痊愈82例，好转27例，无效7例，总有效率为93.9%。如辨证不准，治疗不当亦有超过百天的。

你问到如何预防百日咳，我认为应该搞好早期的预防工作是很重要的。百日咳的预防，可进行百日咳菌苗预防接种。但必须强调全程，全量接种菌苗才能达到预期的效果。目前国内应用百日咳菌苗、白喉类毒素及破伤风类毒素的三联制剂（简称“百、白、破”）的效果比单用百日咳菌苗为佳。

下面我再向你介绍几个单方和有关用针刺治疗百日咳的经验报导，供你临床时参考，视其具体环境条件灵活使用。

鸡苦胆治百日咳：鸡苦胆一枚，取汁，加白糖适量。用法：一岁以内，三天服一枚鸡苦胆；两岁以内，两天服一枚；两岁以上一天服一枚。每日分2~3次服完。如无鸡苦胆，改用猪胆或牛胆代替，用量按比例适当掌握。

大蒜治百日咳：大蒜一瓣，去皮捣烂，加白糖适量，冲开水，分两次温服。一岁以内，每日一瓣，1~2岁每日两瓣，2岁以上每日服三瓣。

另据报导用针刺治疗百日咳30例有较好疗效。取穴：少商、商阳，局部常规消毒，用三棱针刺出血，如粟米状即可。每隔五日针刺一次，一般1~3次。30例全部治愈。其中一次治愈17例，2次治愈11例，3次治愈2例。

针刺治疗小儿百日咳 112 例临床观察报导：取四缝穴，经常规消毒后，用三棱针（婴儿可用五分毫针代替）点刺，挤出粘液，以酒精棉球轻按针孔。每日 1 次，每刺一手，两手交替轮换。7 次为一疗程，两疗程后无效则停止治疗。总有效率为 92%。以上针刺治疗亦可配合中药使用。

以上所讲的仅是个人粗浅的认识和体会。只能作为你学习和临床参考。

此致

敬礼！并祝学习进步

重庆市轮渡公司卫生所 陈为梁

辨小儿急惊分表里 识六淫积滞定治法

张平同志：

你好！来信要我谈谈小儿急惊风的辨证治疗。现结合自己对本病的临床体会，简复如下。

急惊风是儿科常见急证，来势凶猛，变化迅速。以高热、四肢抽搐或意识不清为主要特征。临床上很多疾病，如各种温病、瘟疫、疫毒痢、积食化热等等，在病变过程中均可因高热而出现抽搐或昏迷。因此，急惊风仅是一个证候，它是以证候命名的。小儿各种发热性疾病，在病变过程中随着热势的增高，出现以抽搐、神昏为主要临床表现的，可考虑诊断为急惊风。

引起急惊风的病因有感受外邪，饮食内伤等。小儿纯阳之体，外感六淫之邪或食滞内阻等，均易从热化，热盛可生痰生风（热邪炼液为痰、热盛引动肝风），痰盛可发惊（痰热闭阻心窍）。因此，前代医家把急惊风归纳为：痰（痰多气促）；热（高热口渴）；惊（神识不清、昏睡惊叫）；风（手足抽搐、角弓反张）四证。这四证往往同时并见，只是轻重不同罢了。

根据病因，可把急惊风分为外感和内伤。

外感惊风以感受温热之邪为多见，可按温病卫气营血辨证治疗。

冬春感受风热病邪，出现发热、头痛、咳嗽、流涕、烦躁、神昏、惊厥、舌苔薄黄、脉浮数等证的，为卫气同病、热盛引动肝风。治当疏风清热，开窍熄风。我常用银翘散合升降散加减，药用银花、连翘、薄荷、荆芥、牛蒡子、菊花、芦根、蝉衣、僵蚕、姜黄、大黄、葛根。

升降散是杨栗山《伤寒瘟疫条辨》用治瘟疫、表里三焦大热，其证不可名状者的名方。方中僵蚕、蝉衣辛凉透邪，姜黄、大黄攻下逐秽，合之能辛凉宣泄，升清降浊，有双解表里的作用。杨栗山说：“其名曰升降散，盖取僵蚕蝉衣升阳中之清阳，姜黄大黄降阴中之浊阴，一升一降，内外通和，而杂气之流毒顿消矣。此方可与河间双解散并驾齐驱，名升降亦双解之义。”我在临床上治疗外感温病高热，常常配用升降散；而无论阳明腑实证具备与否，常可取得里通表和达到良好的退热效果。蒲辅周老中医说：“瘟疫之升降散，犹如四时温病之银翘散”，确为经验之谈。据报道，僵蚕、蝉衣二药，对流感高热具有良好的退热作用。且僵蚕、

蝉衣还有祛风解痉作用，对于急惊既可解热，又可止痉，可谓一箭双雕。

葛根这味药，据现代药理分析，能缓解肌肉痉挛，并有较强的解热作用。《金匱要略》治疗痉病以葛根为主药，很有道理。我在临床上常常使用葛根退热解痉，效果亦是满意的。

夏秋感受暑热病邪，出现发热、头痛、呕恶、项强、惊厥、舌苔薄腻而黄、脉滑数等，为卫气同病，热盛动风，治当祛暑清热，开窍镇惊。可用新加香薷饮加减，药用香薷、银花、连翘、鲜荷叶、黄连、大青叶、青蒿、僵蚕、石菖蒲、天竺黄、羚羊角等送服紫雪丹。

如属阳明气分邪热亢盛，因高热引动肝风，可用银翘白虎汤加减，送服安宫牛黄丸或紫雪丹。近年来许多杂志上都报道，以银翘白虎汤加减，治疗“乙脑”高热抽搐获得很好疗效。

曾记得十年动乱期间，我因武斗避难万县陈家坝，救治一个农村三岁小孩，当时正值八月炎夏季节，患儿高热烦躁、抽风、舌质红、口渴，断为暑温动风，处方用黄连香薷饮合白虎汤加青蒿等药。但因家居农村，一时无法购药，即嘱病儿家长挖地龙十余条，洗净，加入白糖二两，一刻钟后，地龙逐渐化成水，兑入开水冷服。服后不到一小时，抽风逐渐缓解，午后继进中药，三天即热退病愈。通过此例证实，鲜地龙解痉作用的确较好。后来我对各种热性病引起的抽搐，都配合鲜地龙汁内服，每收效验。热盛动风心烦不安者，地龙汁内加入冰片少许（一粒粟米大小），效果更好。

另外，夏秋季节，如雨水过多，亦可感受湿热病邪，湿

热可酿痰蒙蔽心包，引起肝风，出现身热不退，朝轻暮重，神志昏蒙，时而谵语、抽搐、舌苔黄腻、脉濡数或滑数等证。治当清热利湿，豁痰开窍，可用菖蒲郁金汤，送服至宝丹或苏合香丸。这一型可参考湿温门。

如病情进一步发展，不论感受风热病邪或暑热病邪，以及湿热病邪从燥化，出现高热、烦躁、口渴、神昏、谵语、惊厥、舌质红绛苔黄糙等气血两燔证状者，当清热解毒，凉血熄风，可用余师愚清瘟败毒饮，并配安宫牛黄丸或紫雪丹。

我院传染科对于“乙脑”、“流脑”辨证属温热者，入院即用清瘟败毒饮（制成合剂备用）。

如热陷心营，出现高热，神昏，四肢抽搐，舌质红绛等证者，当清心开窍，凉血育阴熄风。可用清营汤加减，送服安宫牛黄丸或紫雪丹。

曾治吴××两岁半，患时疫丹痧，高热神昏、抽风、舌质绛、手足甲床处红肿、皮疹、西医诊为川崎氏病，经用西药，退热不满意。一周后，改用中药，投清营汤加青蒿、羚羊角、抗热牛黄散，一日抽风止，二日热尽退，继用清热养阴生津，病愈出院。

张平同志，以上谈的是外感惊风。至于饮食内伤所致惊风，原因有二：一为饮食不节，进食过多，食积化热，引动肝风；一为饮食不洁，湿热疫毒之邪，由口入腹，郁结胃肠，化热化火，热入心包引动肝风。

食积化热引动肝风，农村特别多见。回忆六十年代，我常在农村巡回医疗，当小麦或苞谷成熟时，食积化热惊风，常可见到。此证发病前常见纳呆、呕吐、腹痛、便秘、继而发热神呆，迅速出现昏迷痉厥、喉中痰鸣、腹部胀满、呼吸

气粗、舌苔黄厚而腻，我常用大柴胡汤治疗。这是因为大柴胡汤中柴胡黄芩可和解退热，枳实大黄可泻下积滞热邪。如以丑牛、大黄为主，配入其它方剂之中（如蒿芩清胆汤），仿古人牛黄夺命散，对食积兼痰水者，也有较好疗效。解放前我治小儿乳积化热抽风，常用保赤散。此方主药是巴豆、硃砂，巴豆泻下去积，硃砂能镇心安神，服后迅速泻下食积，吐出痰涎，抽搐很快停止。

湿热疫毒，阻滞肠道，引起抽风，常有高热、谵妄、呕吐、腹痛、大便腥臭或夹脓血，反复惊厥、舌质红、苔黄腻，属于疫毒痢。我常用黄连解毒汤，白头翁汤合方加减化裁。药用白头翁、秦皮、黄连、黄芩、大黄、地锦草、凤尾草、马齿苋，配合安宫牛黄丸，或紫雪丹。我长孙郑××两岁时，夏令突然高热惊厥，神昏，继而排出少量脓血便，经用上方治愈。

张平同志，急惊风发作时，情况紧急，可配合针刺疗法。一般来说，惊厥，取穴人中、合谷、内关、太冲、湧泉、百会、印堂；牙关紧闭，取穴下关、颊车；高热，取穴曲池、大椎，十宣放血。一次选用2~3个穴位即可。有报道针刺百会、四神聪头针，或醒脑静穴位注射曲池、阳陵泉等，均能使抽搐在较短时间内停止。

张平同志，你来信后面要我解答你在临床遇到的几个问题。你说羚羊角价值昂贵，效果并不明显。我的看法是，羚羊角退热解痉效果是可靠的，特别是近年来，我在本院儿科临床治疗中观察，认为是经得起重复验证的。关键问题是在煎法与服法。记得从前我国羚羊角，锉成末兑药服，结果大便还有羚羊角末。看来用这个方法，羚羊角末没有较好地被

机体消化吸收。后来将药锉成末，用文火煎1~2刻钟，即成乳白汁，一岁以内服一克，煎汁20毫升，分两次单独冷服，药效似佳可以一试。且单独少量冷服，不易引起呕吐，避免药物浪费。

你问止痉散，是蜈蚣、全虫组成，两药均有小毒，会不会有副作用？服多少才有效？止痉散用量是，一岁小儿，每次服0.3~0.5克，开水泡后服，止痉效果好，未发现副作用。但有一次用于一月婴儿顽固抽风，用其它中西药均无效，后来服止痉散约0.3克，服后发生窒息现象，面青、呼吸微，仍抽风，经半天抢救，窒息好了，抽风也从此全愈了。这是否为止痉散小毒引起副作用？但只有一个例子，也不能说明问题。如果说婴幼儿有副作用，我治小儿七天风（新生儿破伤风），也用过止痉散，并无毒副作用。回忆当时是用煎法（全虫一个、蜈蚣半条），是否经过高温毒副作用减少了？特提出来，供你研究时参考。

你问化热痰有哪些药应首选。我在解放前化热痰喜用猴枣散，牛胆黄，三蛇胆陈皮末，目前均不易购到，现在常用人工牛黄，天竺黄、竹沥都有效。痰是由邪热炼液而成，凡是清热解毒清泻的药，解除了热毒，不治痰痰也会好的。

张平同志，以上只是对小儿急惊风辨证治疗及有关问题，作了一些简单的答复，除此之外，还有慢惊风，以及惊风后遗症，请参阅有关书籍，这里就不多说了。

祝你

学习进步！

四川省万县地区人民医院 郑惠伯 王光富

怎样防治小儿泄泻

学文同志：

你好！来信要我谈谈怎样防治小儿泄泻的问题，管见如下。

泄泻是小儿多发病，常见病，往往久治不愈。若不分寒热虚实，单纯追求收涩止泻，每每越止越泻，加重病情实在令人遗憾！

曾治一小儿泄泻，症见腹部胀满、疼痛，泻后腹痛减轻；大便酸臭而有食渣，每天泄泻5~8次，病已10余日，食欲减退，脉滑稍沉，苔浅黄垢腻。显属伤食泄泻。遂用白朮、山药、甘草、茯苓、泽泻以健脾利水，香附、广香、山楂、神曲以行气化积，加藿香、草蔻、苦参以开胃厚肠。因为食积较久，必伤脾胃；脾不健运，则完谷不化，清浊不分；积滞不行，则胃呆食少；营养不足，则正气难复。故健脾开胃以扶正，行气化积以去邪。湖北省黄石市中医院儿科治疗小儿伤食泄泻，用粉葛、茯苓、石榴皮、干荷叶、谷芽、麦芽各6克，白朮、白芍、山楂、神曲各4克，罌粟壳3克，午时茶半块，煎服，以升清降浊，健脾止泻。服药2~3天即获痊愈，有效率达90%以上，可供参考。

小儿受凉饮冷，特别是腹部受凉受湿，也容易产生泄泻。《素问·金匱真言论》说：“长夏善病洞泄寒中”，《素问·阴阳应象大论》说：“湿胜则濡泄……水谷之寒湿，感则

害人六府”，这是由于长夏天热湿重，贪凉饮冷，导致寒湿泄泻。

治疗可用理中汤加扁豆、茯苓、肉桂、广香，温中除湿，行气健脾。湿重而寒微的，则用五苓散，或用四苓散加藿香、草蔻、陈皮、甘草。有报道用白朮、干姜、茯苓、炙草为基本方，随证加减，治疗小儿寒湿腹泻35例，在两天内治愈者5例，3天内治愈12例，4天内治愈者8例，5~7天内治愈者5例，7天以上治愈者3例，无效者2例，也可参考。

夏秋之间，我院门诊常见到许多这样的患儿，泻下急迫，大便稀溏、酸臭，一天十多次，腹痛、烦躁口渴，小便黄，不想吃东西，有时还呕吐；舌苔黄腻，脉滑数。这是湿热泄泻，也叫暑热泄泻。严重时，可因高烧而引起神识昏迷、惊厥等危象。治法：清热利尿。张景岳用大分清饮（茯苓、猪苓、泽泻、木通、栀子、枳壳、车前子）及益元散。我常以葛根芩连汤和猪苓汤加减，即葛根、黄连、猪苓、茯苓、泽泻、白朮、滑石、甘草。呕吐加藿香、草蔻、砂仁；本方清热利尿，若脾虚津少者，宜稍佐健脾开胃，助液生津之品；发烧的，把黄芩也用上，效果良好。有人自拟“止泻汤”，用葛根、藿香、茯苓、乌梅、石榴皮、青黛、草蔻、白朮、板蓝根等药治疗小儿秋季腹泻100多例，均获显效，也可参考。

还有一种泄泻，也是比较多见的，即脾土虚弱，运化失职，以致产生腹泻。《素问·藏气法时论》说：“脾病者，虚则腹满，肠鸣飧泻，食不化”。脾虚泄泻的特点是：大便清稀，完谷不化，粪白不臭，一天泻5~8次左右，小便清长，

或如米泔；形瘦神疲，食欲不振；舌质淡，苔白滑；脉搏濡缓，或兼沉细。这完全是一派虚象，只有腹满、完谷不化的假实证，容易误诊为实证。若用破气消导药，就要犯“虚虚”的过错，反使病情加重。应以健脾益胃为主，用补中益气汤、参苓白朮散、香砂六君子汤等随证加减。如泄泻日久失治或误治，致成虚寒重证，闭目垂头，面暗唇青，额出冷汗，四肢厥逆，声音低微，大便失禁等险象出现者，急宜回阳固脱，用附子理中汤加收涩药，如乌梅、诃子、罌粟壳、赤石脂等。有人用祖传验方“止泻散”治疗小儿脾虚腹泻，以白朮（伏龙肝研末炒）、山药（麸炒）各200克，枣树皮（炒黄）、车前子（盐炒）各150克，共为细末，给1岁以下者每服0.5~1克；2~3岁者2~3克；4~6岁者3~4克（饭前服，忌食生冷油腻物），一日三次，治愈率达80.9%。

若系外感风寒，兼有食积而泻的，可用李东垣的升阳除湿汤（苍朮、陈皮、猪苓、泽泻、神曲、麦芽、羌活、防风、升麻、柴胡、炙草、生姜），解表散寒，消食利水。

小儿泄泻的起因，最常见的是食积，其次是寒湿或湿热，脾虚的也不少。但脾虚多由伤食或久泻所致，即是说，伤食、久泻都可导致脾虚。但脾虚泄泻又往往兼寒夹湿，或兼热伤阴，故不可辨。临证处方之际，用药要适当加减，不可膠柱鼓瑟！总之，辨证必须分清寒热虚实，尤当注意兼证。治疗的基本原则，叶天士认为“泄泻当实脾利水”。我认为虚证当以健脾为主，实证应以祛邪为先。朱丹溪、张景岳等认为泄泻之病，多由水谷不分，以分利小水为治泻之上策。但分利也不可过多，以防伤阴。新病而有实邪的，收涩又不宜过早，以防留邪。

针灸对小儿泄泻的疗效是很好的，幸勿忽视！穴位取神阙、天枢、气海、脾俞、肾俞、大肠俞、小肠俞等，分为两组，轮流针灸。寒证、虚证用灸，最好用艾条悬灸，每穴灸3~5分钟。注意不可灸伤皮肤！热证、实证宜针，惟神阙不可针，手法宜先泻后补。

小儿泄泻，除了上述几种以外，还有因别的病患导致脾肾虚寒，或是过服凉寒攻伐的药物，产生脾肾阳虚的泄泻；也有体质怯弱的小孩，突然遭受惊恐，以致气机升降失调，产生的泄泻，叫做“惊泻”。这些都是比较少见的，可以参考有关书籍，这里就不多加讨论了。

关于小儿泄泻的预后，应该结合全身的证候来考虑，不可孤立地去判断，这就是祖国医学的整体辨证观。朱丹溪《幼科全书》说：“凡治泄泻，不问轻重，只要乳食如常，不生他证者，便易治愈。凡吐利不止，目上视，头后仰，脉沉细，遍身肤冷，不乳食，作渴不止者，不治；大肉瘦削者，不治；又成惊搐者，不治。”这是宝贵的经验，很有参考价值。

学文同志，现在的小孩都是独生子女，家长爱如掌上明珠。因此，我们更要作好卫生宣传，劝导家长，不要给小孩过多的食物，特别是不可暴饮暴食，不可多吃冰糕、瓜果等生冷之物，以及不清洁的饮食！同时避免受凉，受暑，受湿，受惊！那么，小儿泄泻的机会就少一些了，你说对吗？让我们共同努力，把预防工作搞好！

祝你

学习进步！

重庆市第四人民医院 钟益生

小儿疳积病 防治当并重

李自强同志：

你要我谈谈小儿疳积病的证治，个人体会不深，只能肤浅地谈谈本病的一般常识，供你参考。

我认为疳积病是两种病的合称。本病多起于积症，然后发展而为疳病。古人说：“积为疳之母，无积不成疳”，故临床上常疳积合称。

本病的病因病机古人有按五脏划分的，即心、肝、脾、肺、肾五种疳病。我认为此病多因脾胃虚损，消化不良所致，故应以脾疳为主，其他次之。本病表现有其他四脏证候者，多因脾虚生化不足影响了其他四脏之故。

广州老中医钟玉池对本病有两种特殊诊法：1.检查耳背、腹股沟是否有豆大的淋巴结，如存在，则疳积已成（应排除结核病和淋巴结炎）。2.使小儿仰卧，手托其腰部，看剑突以下至脐之间（即腹直肌部），是否臃起，如臃起者疳积未成，不臃起者为脾胃功能已虚，疳积已成。

本病的临床表现是多种多样的，如《幼幼集成》说：“……其症夹皮光急，毛发焦稀，腮缩鼻干，口馋唇白，两眼昏烂，揉眉擦鼻，脊纵体黄，斗牙咬甲，焦渴自汗，尿白泻酸，腹胀肠鸣，癖结潮热，嗜食瓜果咸炭水泥者……。”

导致本病的原因很多，如护理不当，饮食失节，或多食

肥甘，不能消化，易成乳积、食积。或饮食不洁，感染诸虫，症见偏食异物，而成虫积。或积滞日久，郁而化热，热则伤阴，脾胃津枯，肌肤日消；或积久失治，损耗气血；或脾胃虚弱，中焦气机不运；或药物攻伐太过，气血损耗太甚，脾阴受损，津液耗失；或小儿偏食日久，致营养缺乏，气血虚弱，或其他急慢性疾病，久病体弱，脾胃受损，生化无源等等，均能导致疳积病。

治疗本病方法较多，现举江苏儿科老中医奚詠棠治疗验案一例：

戚幼，二岁，四月十三日初诊。断乳太早，胃实脾虚，喜食香甜之品，以致腹膨且硬、青筋暴露、形神羸瘦、大便时溏时坚、尿若米泔、腹痛作止无定。盖小儿脏腑娇嫩，精气未充，耗伤脾胃，已成疳积，治宜健脾和胃，导滞化虫。处方：炒于朮、广皮、青皮、枳实、炙内金、炙蟾皮各4.5克，槟榔、使君子、焦山楂各9克，川朴2.4克，雷丸6克，砂仁1.5克，三剂。复诊，投以导滞和化，药后下酱粪，胶固而稠腻不堪，秽臭异常，腹膨渐松，按之已软，是佳兆也。为今之计，仍应调和脾胃稍佐扶正。处方：太子参、云茯苓、淮山药、焦山楂各9克，枳壳、半夏、炙内金各4.5克，广皮3克，谷芽1.2克，春砂仁1.5克。此症先天充沛，后天失调而已，即作脾胃论治。

按比例奚老医生是用先攻后补之法，初投健脾和胃导滞化虫之剂，后专用扶脾调胃以收功。

又湖南老中赵守真也有验案一则：一男，三岁，病后失于调养，久未复常。其父母以儿多事忙，无暇顾护，饮食失时，冷暖不调，渐至消化不良，腹大肢瘠。因循数月，面黄

肌瘦，腹胀如鼓，青筋暴露，发稀枯黄，尿浑便腥，喜食米炭泥土等物。虽三岁，尚不能行，其先天之薄，身体之弱，以此可知也。本病为饮食伤胃，影响脾不健运，五脏无精微之奉，经脉鲜气血之濡，故形羸发枯，其食滞中宫，郁久则热，热则化虫，故腹大而嗜异物。惟病久体弱，积不可攻，首当健脾胃，待其生化恢复，气血稍裕，再消积驱虫较安稳。又因该儿厌食苦酸，故拟以甘平之品。用五味异功散加黄芪、山药、内金、谷虫、使君子之类补中益气为主，消积杀虫辅之，共研细末，每次18克，早晚用白糖开水调服。是药甘甜可口，儿喜服食。同时用消痞膏摊贴脐处，每周刺两手四缝穴一次。半月后脾胃机能逐步健旺，气血渐充，乃用攻逐之法，仍照服原散，间日吞送《千金方》紫丸1.5克。一周内患儿不断溏泻积粪，间有死蛔，腹消十分之八，遂停药不用，专服散末，仍贴膏药。另用参苓白朮散加五谷虫、鸡内金、雷丸等，研末和白糖成饼，供日常食用，又美食清补，不一月腹尽消，体复健，且可步行。

按此例赵老医生先用补消之法，待患儿脾胃逐渐健旺，气血渐充，才用攻逐之法，后仍用以补为主收功。外用消痞膏兼刺四缝穴，内外合治而收卓效。按五谷虫治“小儿疳胀”《医林纂要》谓其“健脾化食，去热消痞”，可备临床参考。又如江苏中医朱一峰用疳积散外敷内关穴，治疗小儿疳症，也收到了满意效果。药为：桃仁、杏仁、生山栀各等分，晒干研末，加冰片、樟脑少许即成。同时取药末15~20克，用鸡蛋清调拌成糊状，干湿适宜，敷于双侧内关穴，然后用纱布包扎，不宜太紧，24小时后则去之。适应症：面黄体瘦，烦躁易怒，好哭，时有低热，日轻暮重，口渴欲饮，但饮不

多，食少偏食香甜，便稀苔白膩等。疳症初期、中期，一般一次见效，少数患儿敷两次，最多不超过3次。以上这些治法，均是我国名老中医的临床验案，可供我们临床参考。

我对本病的治法，虽有寒热虚实的不同，但总的治则，则着眼一个“虚”字。在虚字的基础上加用消导、杀虫、清热养阴等法。我对此病属虚，是受《幼幼集成》一书的影响。它指出：“……即热者(指疳症)，亦虚中之热，寒者亦虚中之寒，积者亦虚中之积，故治积不可骤攻，治寒不宜峻温，治热不宜过凉，虽积为疳之母，而治疳必先去积，如遇极虚者而速攻之，则积未去而疳危矣……。”余师其意，常以半补半消、七补三消、九补一消，作为治疗本病的一般规律。这种拟定，是按药味多寡剂量轻重定的。如半补半消，即补药和消药的药味多寡和剂量轻重大体相等。余仿此。以上安排，一般是用于疳病的初期、中期、痊愈期。但并不是一成不变的套用，而是随症加减，灵活掌握。

我治本病的常用方剂，有以下几个：

一、参苓白朮散(党参、白朮、茯苓、甘草、山药、扁豆、莲子肉、苡仁、砂仁、桔梗)。功效：补脾益胃，和化疳积。

二、保和丸(山楂、神曲、半夏、茯苓、陈皮、连壳、萝卜子)。功效：消食和胃化积。

三、健脾丸(党参、白朮、茯苓、甘草、陈皮、山药、神曲、麦芽、砂仁、肉蔻、木香、黄连)。功效：健脾消食化疳积。

四、肥儿丸(党参、白朮、茯苓、甘草、神曲、麦芽、山楂、黄连、胡黄连、使君子、芦荟)。功效：健脾消积驱

虫消疳。

五、布袋丸(党参、白朮、茯苓、甘草、使君子、芜荑、夜明砂、芦荟)。功效：健脾驱虫消疳。

六、化虫丸(鹤虱、槟榔、苦楝根皮、铅粉(炒)、枯矾)。功效：杀肠内诸虫。

七、追虫丸(黑丑、雷丸、大皂夹、木香、槟榔、苦楝根皮)。功效：攻积杀虫。

八、鳖甲消疳汤(鳖甲、石斛、地骨皮、干蟾、生地、知母、丹皮、鸡内金、胡黄连)。功效：养阴清热消疳。

在加减药味上，我的点滴经验是：如气血均虚，可加当归、黄芪；如肤热下利口渴，可加葛根、黄连、黄芩；消谷善饥，可加竹茹；食少纳呆，可加鸡屎藤、菖蒲；口淡苔腻，可加白蔻、藿香、佩兰、苍朮；阴虚肝热，可加青蒿、白薇、银柴胡；肚大腹胀，可加大腹皮；腹内有积块舌有瘀点，可加三棱、莪朮、桃仁、红花、赤芍化瘀消积；去蛔虫重用使君子、苦楝根皮、槟榔、百部；杀绦虫加南瓜子、槟榔；杀钩虫，酌加青矾、白矾。干蟾皮一味，为疳症要药，余常用之，疗效颇佳。

但是单靠吃药还不行，应在服药的过程中，注意调整小儿饮食，并耐心护理，方可提高疗效。

自强同志，我们知道，疳积病是儿科四大症(痘、麻、惊、疳)之一，是一种不能求速治愈的疾病，仍应以预防为要务。我们当医生的无论在临诊和诊余之暇，对儿童家长和儿童要多作预防宣传指导工作。如稍微发现有类似以上疳积症状之一者，就要告诉家长赶紧带孩子到医院检查医治，以免造成疳症痼疾。在日常生活中，要重视小儿饮食，要定时定

量，不偏食零食，要细嚼烂咽，要寒温适中；食物要新鲜清洁，品种要多样，要有味道，使小儿吃得高兴。两岁以上小儿，饭前要洗手，饭后要漱口。这样有重点的注意小儿饮食，使他吃得好，睡得好，就可预防疳积病的发生。古人说：病从口入。就是这个道理。所以我说：小儿疳积病，防治当并重。

自强同志，祖国医药学是个伟大的宝库，它包括医药卫生各个方面，有待我们勤学苦练，整理提高，使它发挥更大的效能，为人类健康多作贡献。让我们携起手来共同努力吧！最后我以两句成语，作我们学习中医的格言。

书山有路勤为径，医海无涯苦作舟。

祝您

学习进步！

重庆市市中区人民医院 赵国瑞 何德荫

五、皮肤科外科五官科疾病

漫谈风疹

曾学同志：

你好！上次见面，由于公务在身，没有能够详细摆谈，关于你问到的风疹一病，就让我在信中作概略地回答吧。

风疹，也叫风痧，是一种较轻的发疹传染病，五岁以内的小儿容易染上这种疾病。因此，中医教材上都归于《中医儿科学》内，与麻疹、幼儿急疹、猩红热、水痘等病并列。这是因为这几种疾病都有传染性和发疹性的共同点。列在一起，对照学习，便于鉴别区分。

与其他疾病一样，风疹也有自己的发病特点，虽然大多数教材中都把它与麻疹、幼儿急疹、猩红热等发疹疾病列表区分鉴别，我认为在临床中这样进行区别比较，头绪较多，难免感到不便。其实，只要掌握了它的主要特点，即具有类似风热感冒的症状，出现搔痒感的细小疹子或疹块，耳后枕部淋巴结肿大等征象，鉴别风疹也并不难。抑或症状不太明显的患者，根据风疹的主要特点认真地审辨，也是能够作出比较正确的判断的。

风疹是因为感受了风热时邪致病的。正如《巢氏病源》说：“夫小儿风搔癩疹者，由汗出解脱衣裳，风入腠理与血气相搏，结聚相连，遂成癩疹。风邪只在腠理浮浅，其势微，故不肿不痛，但成癩疹搔痒也。”清代吴瑭也说：“若明六气为病，疹不难治。”外界不正之气是风疹致病的因素，时邪热毒自口鼻而入，首先侵犯肺卫，邪毒一时不能外泄，则郁于肌表，蕴于肌腠，与气血相搏，而从皮肤、血络发出。因此，风疹患者有发热、咳嗽、流清涕、发疹等风热邪毒郁于肺卫、发于肌肤血络的症状，并且由于风疹是时行邪毒侵袭所致，所以有传染性的特征。这样，知道了风疹的发病机理，就能够制定出相应的治疗方法，遣方用药，就能得心应手了。

风疹既为风、热两种邪气同时侵犯人体而致病，因此，疏风清热则是治疗风疹的方法。而风热二气皆为阳邪，所以用药时必须投以辛凉之品方能奏效。银翘散加减用于临床治疗风疹是有一定效果的。银翘散为辛凉平剂，具疏散风热，清热解毒的功效，多用于风温初起、风热表证，见有发热，微恶风寒，口渴等证状者。用于风疹，也就是取其疏风清热的作用。一般常习惯去荆芥、豆豉等辛温之品，而加入蝉衣以增强疏散风邪，祛风止痒的作用。

长期临床中，我对于治疗一般风疹患儿最常用“桑菊饮”加减，即用“桑菊饮”去杏仁，加银花增强清热解毒的功效，加蝉衣增强祛风止痒的作用，常能取得比较满意的效果。这是因为“桑菊饮”为辛凉轻剂，具有疏风清热，宣肺止咳的功效，多用于风热感冒初起而有微热，咳嗽等证状者。临床所见的一般风疹，大多邪轻病浅，病邪多在肺卫，

发热不高，微咳，与风热感冒的症状相似。并且小儿生机蓬勃，脏气清灵，病因比较单纯，虽然投以较轻剂量的药物，然而只要审证准确，病情是同样好转得快的。正如《景岳全书·小儿则》中说：“其脏气清灵，随拨随应，但能确得其本而撮取之，则一药可愈，非若男妇损伤积痼痼者之比。”

在临床治疗风疹的时候，不能照搬套用固定的方药，应该根据患者不同的发病时间，不同的体质，不同的机体反应性或不同的兼挟证等，施以不同的方药治疗。例如上海中医学院附属龙华医院报道：一4岁女孩患风疹，微发热，目赤，红疹密布全身，咳嗽阵作，舌苔薄白，舌尖红，脉滑数。初诊处以荆芥、防风、前胡、桔梗、象贝、僵蚕、蝉衣、紫菀、薄荷、甘草方二剂；二诊：风疹已减，痰多白色，咳声不畅，脉浮滑，处以麻黄、杏仁、桔梗、甘草、半夏、陈皮、紫菀、蝉衣、射干、车前子方二剂，疹回咳平。一诊之方用“荆防败毒散”化裁，二诊又仿“麻杏二陈汤”加减，虽然所用方药不同，然而辨证准确，施药得当，所以见效迅速。

有些风疹病人见高热、心烦、神倦、溲黄，疹子的颜色鲜红或紫暗，融合成片，搔痒较厉害等症状，这是什么原因呢？这是由于时邪热毒太盛，影响到营分，邪毒从血络而出，外发于肌肤的表现。在这种情况下，单纯疏风清热显然不行，必须加入凉血之品，才能切中病情。我用我的老师、重庆名老中医谢浴凡创制的“荆银止痒汤”加减治疗，临床疗效颇佳。

“荆银止痒汤”由荆芥、银花、生地、赤芍、苦参、地肤子、僵蚕、蝉衣、丹皮、黄连、白癣皮等11味药组成，方中荆芥疏表达邪，与蝉衣、僵蚕同用法风止痒，银花、黄连清

热解毒，生地、赤芍、丹皮清热凉血，更用苦参、地肤子、白癣皮增加清热、祛风、止痒的效果，全方具有清热解毒，凉血祛风的功效，所以治疗邪毒炽盛影响营分的风疹收效甚捷。如果其他兼挟症状突出时，也可以加入相应的药物对症治疗。比如口渴较甚者，加天花粉；纳呆食少者，加山楂、神曲；胸腹闷胀，适当加入陈皮之属；小便黄赤，增入竹叶、滑石；大便干结，又宜稍加生大黄，等等。

曾学同志，以上谈的这些，主要是说明对于风疹，只要认真辨证审因，根据辨证论治的原则进行治疗，就能取得较好的临床效果，但是，不能认为风疹是个小毛病，就掉以轻心，你上次问到风疹是否只局限于小儿患者，成人是否也有患风疹的可能，我觉得这个问题提得很好，可以促使对风疹有更深入的认识。

临床上，风疹虽然大多见于小儿，但是，它既为感受风热时邪而致，成人也是可以传染上的。只是成人患风疹后，症状不突出，一般没有显著的皮疹，只有轻微的发热、咳嗽、耳后枕部淋巴结肿大等，有的甚至毫无症状，形成所谓的隐性感染，在风疹流行时，隐性感染或无皮疹风疹是常见的。据有些地区调查：有一个显性风疹病人，就可以有6~9个隐性风疹病人。那么，成年人患风疹，究竟有什么危害性呢？当然，从成人的自我感觉来说，患风疹并不会造成多大的痛苦，但是患风疹的成人会成为风疹病的传染源，可以传染给其他的小儿或成人；更重要的是据现代医学研究，风疹是由于人体感染了风疹病毒引起的，如果妇女在妊娠头三个月传染上风疹后，风疹病毒就能够侵入胎儿体内，并且随着胎儿的长大，病毒也不断繁殖，直到胎儿出生，脱离母体数月，

甚至数年，在他们的体内仍可找到风疹病毒，而且使小儿的各组织器官都遭到损害，这就是所谓的“先天性风疹”。据报道，1964年美国发生风疹大流行，第二年就在新生儿中发现有20万名先天性风疹。妇女妊娠三月内得风疹后，轻的可以使胎儿发育迟缓，重的能使胎儿出现先天性心脏病、先天性白内障、聋哑、发育滞呆……先天性畸形等，严重影响下一代的健康。因此对于风疹病决不能等闲视之，发现风疹病人，一定要积极治疗，只要风疹患者减少了，也就减少了风疹的传染源，孕妇患风疹的可能性也就相应地小了。

曾学同志，这次主要概略的谈了风疹的发病机理、临床鉴别，以及治疗方法等。其他如怎样预防风疹，如何对风疹病人采取隔离、护理，以及风疹患者的禁忌，治疗风疹的单方等，就留待我们下次见面时详谈吧。

祝你

努力学习

重庆江北区中医院 梁一训

紫癜需细辨 治法有多端

热中同志：

来信收到，对紫癜之疾，首先要弄清紫癜的概念。紫癜，是指皮肤、粘膜内出现出血点或出血斑。这似乎只是局部病变，然祖国医学认为“有诸内必形其诸外”。七情、饮食、

外邪等均可使脏腑功能失调，影响阴阳气血的盛衰，使血不循径，外溢肌肤则紫癜，内损脏腑则吐血、便血。因此，临床上不仅是外在的局部病变，而实质上是内脏功能失调，气血逆乱、阴阳偏盛偏衰的结果。

那么属于中医什么范畴呢？中医无紫癜这一病名，据该病的临床表现，归属在“温病发斑”、血证、虚劳等范畴。多见于现代医学中的血液系统疾病，如血小板减少性紫癜、过敏性紫癜等疾。

如何分辨紫癜的证型呢？我认为应分四种类型：一是血热，以高热、紫癜为主，发病急、病程短，其斑色紫，或红润明亮、密集成片，伴有面红目赤、口渴心烦、溺黄便秘、舌红苔黄、脉弦数或滑数，甚者有吐血、便血、尿血等。多见于温病气血两燔阶段，系由温热邪毒郁于营血，迫血妄行所致。邪入营血则耗血、动血，故吐血、便血；气分热盛则口渴心烦，面红目赤溺黄便秘，舌红苔黄、脉数，均为热毒炽盛之征。二是阴虚，发病较缓、病程较长紫癜时轻时重，且散在、斑色浅润，有时伴有鼻衄、衄衄，头晕心悸，口干咽燥，甚者潮热、盗汗、手足心热、舌红或绛、苔少、脉细数。多因阳明胃热，耗伤阴血，或血热日久，阴液亏虚，虚火伤络之故。阴血虚衰则斑色浅淡，虚火灼络则鼻、衄衄血，阴津不足则口干咽燥，阴血虚心肝失养则头晕心悸，阴虚生内热故潮热盗汗，手足心热，舌红绛，脉细数。三是气血两亏，紫斑病程较长，时起时伏。其斑色浅乏润，伴有面色无华、神倦乏力、心悸气短、纳差便溏、舌淡脉虚。此因劳倦内伤，或血虚气弱，脾胃虚损气不摄血，血不归经，溢于皮间则紫癜生。气血虚弱故斑色浅淡，中虚生化之源不足故面

色无华、心悸，脾虚失运则纳差便溏，中气虚则气短乏力、神倦，舌淡脉虚为气血两亏之象。四是风邪挟湿伤络。紫癜多见于四肢，呈对称出现，轻则如针点，重则紫斑成片，色红而润，或伴有腹痛、尿血、腰痛、舌红苔腻、脉浮或弦滑。系因风邪伤络，或为饮食所伤而湿滞中焦之故。往往具有风或湿的特点，故既有发病较急又有病情缠绵。风伤肌肤之络则紫癜，若搏于血分则紫斑成片；湿邪伤中，瘀滞肠络则腹痛；湿邪下注，肾与膀胱受损则尿血腰痛。

上述辨证分型，在临床中并非一成不变，若血热日久，阴液受损，或耗气动血，既可演变成阴虚，也可转变成气血两亏。反之，阴虚或气血两亏，感受湿热邪毒，逼迫营血也可演变为血热，但何主何从，应分清标本缓急。有时两型或三型并见，故临床中绝不可刻舟求剑。

至于治疗，仍当遵辨证施治的原则。血热者清热凉血、活血止血，方用犀角地黄汤加丹参、茜草、藕节、炒栀、连翘等。方中犀角药稀价昂，可用水牛角，每剂30克。出血甚者，可加童便、茅根等凉血；热毒盛，加银花、大青叶、蚤休、白花蛇舌草等清热解毒。阴虚者滋阴清热，活血止血，方用玉女煎合茜根散加丹参、旱莲、女贞、仙鹤草，大小蓟等。若阴虚血热可重用生地，每剂用至30~90克；肾阴不足以熟地为宜；中虚便溏加淮山、白朮。气血两亏者益气补血，活血止血，方用归脾汤加丹参、参三七、阿胶之属。方中参、芪、朮需重用，以补中益气、引血归脾。风邪挟湿伤络者疏风清热、利湿活血，方用经验方“金蝉脱衣汤”（银花、连翘、防风、蝉衣、苡仁、茵陈、猪苓、苍朮、赤芍、红枣、郁金、桂枝），《医宗金鉴》的消风散亦可选用。

紫癜属热、属阴虚者固然多，这是常，但虚寒者亦有之，是为变。故临床之时应知常达变，结合紫癜颜色、伴随症状及舌脉，区别应用之。

需指出，在上述各型论治中，均贯穿着活血止血之法，是什么道理呢？《先醒斋广笔记》对血证的治疗说得好：“宜行血不宜止血，宜补肝不宜伐肝，宜降气不宜降火”其中活血化瘀对血症有独特的疗效，现已日渐引起人们重视。从理论上讲，离经之血便是瘀血，止血则留瘀，瘀血不去则出血不止，新血也不生，故欲止血者，必行瘀。有报导以桃红四物汤为主，随证加减：血热加生地、黄芩、槐花、炒栀；寒加炮姜、麻桂、附片；挟风加蝉衣、地肤、白癣皮；挟湿加茯苓、苡仁、泽泻；气滞加香附、木香；气虚加参芪；瘀重加三棱、莪朮等治疗紫癜、红斑类皮肤病48例，均取得了较好疗效。实验研究表明活血化瘀药对血流、血管及免疫等有多方面的影响，因而对紫癜也有作用。但必须指出，紫癜伴有咯血、吐血、便血者，尚应慎用或不用。因该类药有动血之虞，会加重出血。

谈到单方验方的问题。我认为对紫癜之疾，千万不要丢掉中医的辨证论治，一意寻求单方验方。

有人介绍用藕子草治疗原发性血小板减少性紫癜46例，显效34例，有效8例，总有效率为91.3%。其他如红皮花生衣生血小板，生地具有激素样作用，小蓟饮子对紫癜有效等等，均可随证加用。

祝你

学习进步

重庆建设机床厂医院 刘祥泉

疮疡审阴阳 走黄宗温病

齐继承同志：

来信收悉，迟复为歉！

下面对您临证时，抓不住疮疡辨证的重点，谈谈我的看法，谨供参考。

我们都知道人体是有机的整体，疾病发生无不导致局部、全身一系列病理反应。内、妇、儿科病辨证要遵循“整体观”，疮疡也必须掌握这一中医的基本特点。疮疡病位虽在表面，但诊断应按“四诊”、“八纲”进行，因此切脉是理所当然的，是不可缺少的。那种“瞧疮瘡的医生还摸脉”的讥讽说法当然是错误的。

中医辨证内容很多，疮疡重点辨什么？《素问·阴阳应象大论》云：“善诊者，察色按脉，先别阴阳。”《疡医大全》也说：“凡诊视痈疽、施治，必须先审阴阳，乃医道之纲领。阴阳无误，治焉有差！医道虽繁，可以一言以蔽之，曰阴阳而已。”阴阳是辨别一切疾病性质的总纲，用于疮疡辨证，同样能起到执简驭繁的作用。《外科正宗》说得更明白：“痈疽不论上中下，惟在阴阳二症推。”明辨阴阳，这既可以指导治疗，也可判断预后。

如何鉴别疮疡阴证与阳证呢？回忆临床之初，我也和您现在一样，感到棘手。通过对文献的反复学习，老师的指

点，临床的观察，我认为疮疡的阳证大致可归纳为：起病急，病程短，病位浅，肿形高突而局限，肿硬略甚于正常组织，皮色红赤，肌肤灼热，疼痛剧烈而拒按，脓汁黄稠有光泽，脉多弦、数、有力，全身症状初起即呈形寒发热，便秘、尿短赤等实热证候；疮疡易消、易溃、易敛，预后多良好。《赵炳南临床经验集》疮疡阳证医案一则可供参考：刘×，男，三十七岁，五天前于左肘部生一小疙瘩作痒，骤然发红、剧痛而肿，就诊前一天已累及手腕部，肿胀疼痛，同时伴有心慌，恶心烦躁，头痛头晕，纳食不香，大便尚可，脉数，苔白舌红。辨证为毒热蕴郁，火毒结聚（肘疔）。拟清热解毒，消肿护心之剂，数日而愈。”凡属阴证可归纳为：起病缓，病程长，病位深，肿形平塌而散漫，肿胀如石或软如绵，皮色紫暗或不变色，肌肤不热或微热，疼痛不显或隐痛，脓汁稀白或如败絮，脉多细、弱、沉缓无力，全身症状初期不显，久后多见阴虚内热证候；疮疡难消、难溃、难敛，预后多不良。《外科证治全书》阴症一则：“闾门龚姓，腰患一疽，根盘围阔二尺余，前连腹后连背，不红不肿，不痛不软，按之如木。初延余治，以肉桂、炮姜书于方首。别后另延苏域内外三、四名家。众观余方皆曰酷暑安可用此热剂，以余为非。议用攻托清凉，连治五日，病者神昏无味。复延余治，患仍不痛，色如隔宿猪肝，言语不清，饮食不进。余曰：能过今晚再商。是夜即毙，然其至死不痛。”从上两案可见疮疡首辨阴阳的重要性。若阴阳颠倒，动手更错，后案是很深刻的教训。还要注意一点的是：疾病的变化是一个复杂的过程，其表现的症状并不是这样单纯，往往许多症状错杂交织在一起，临证所见就不是单纯阴或阳的证候了。

常见多为阳中有阴，阴中有阳，或半阴半阳证。因此，在辨证时，要紧紧抓住证候中的主症，全面分析，综合判断，最后作出确切诊断，并在此基础上辨出痈、疽、发、疔、疖、流注、丹毒、走黄、内陷、瘰疬、流痰……的不同；还要掌握疮疡的初期、成脓、溃后三个转化过程。才能为施治提出可靠的依据。

消、托、补是治疗疮疡的三大法门，总的来说：初期应“消”，脓成宜“托”，溃后当“补”。由于证有阴、阳及初、脓、溃三个变化过程，阳证初期应宗《素问·至真要大论》：“结者散之”，“治热以寒”，以消肿散结，清热祛瘀为法。常用仙方活命饮，外敷如意金黄散或虎杖末以助外消。若热毒炽盛者应清热解毒，活血消肿，常选五味消毒饮、黄连解毒汤、犀角地黄汤合方加减，外敷芙蓉膏（芙蓉叶、大黄、黄柏、蚤休、蒲公英、花粉、凡士林），内外同消。脓成而正虚或排脓不畅，宜托毒透脓，常选透脓散（《外科正宗》）并切开排脓。溃后毒去而虚弱者，法当补益气血，常选八珍汤加减，外用生肌散（炉甘石、滴乳石、滑石、琥珀、硃砂、冰片）生肌收口。

阴证初期宗《素问·至真要大论》：“结者散之”，“治寒以热”，以温阳散寒、通滞消肿为治。常选阳和汤，外敷回阳玉龙膏，内外合治而温消。脓成宜补益气血、托毒、常选托里消毒散。溃破当补，根据气、血、阴、阳的虚损程度，宗“虚者补之”之旨，分别选用益气、养血、滋阴助阳之剂，外用提脓祛腐的七三丹（熟石膏、升丹），待脓将尽之时再用八宝丹以收口（《疡医大全》）。这些都是常规常法，但由于患者体质的差异，病情和病位的不同，所以没有一病一

方固定的格式可寻，关键就在于要辨证施治这个纲，辨证求因，审因论治，机圆法活，才能收到事半功倍之效。

你问疔疮走黄如何诊治，北京名医赵炳南的经验是：对患者的全身和局部症状进行全面观察，宗温病卫、气、营、血辨证方法，按走黄先兆、走黄、走黄危重三个证型施治。分别予：清营解毒、凉血护心法，拟解毒清营汤（银花、连翘、公英、生地、茅根、玳瑁、丹皮、赤芍、黄连、绿豆衣、茜草、栀子）；解毒凉血汤（犀角、生地炭、银花炭、莲子芯、茅根、花粉、地丁、梔仁、蚤休、甘草、黄连、石膏），并选用安宫牛黄丸、至宝丹等；益气养阴、清热解毒的解毒养阴汤（西洋参、沙参、石斛、玄参、佛手参、黄芪、生地、丹参、银花、公英、二冬、玉竹）。同时还施外用药：初期用六神丸、蟾酥丸，或用鲜马齿苋、鲜白菜汁捣烂后，调化毒散、如意金黄散如糊状外敷；溃脓期外用芙蓉膏、铁箍散软膏各半调合外敷；已溃后可用化毒散软膏外贴。贺执茂报道，用清营、凉血解毒之剂，清营汤合黄连解毒汤加减，随疮加服安宫牛黄丸或紫雪散等，救治27例疔疮走黄患者，治愈26例，死亡1例。顾伯华用中药为主，适当佐少量抗菌素，治疗疮走黄25例，全部治愈。我临证按温病卫、气、营、血辨证治疗走黄，也收到了理想的效果。明·陈实功在《外科正宗》早就说过：“痈疽虽属外科，用药即同内伤。”走黄宗温病，可谓经验的总结。

继承同志，您的大名，正是我们中、青年中医努力的方向，让我们今后一起继承、发扬祖国医学遗产，为振兴中华，贡献自己全部智慧和力量！

祝您

暴发火眼赤肿 并非纯属火邪

蕴清同志：

你好！来信谈到，你用清热泻火之剂治疗暴发火眼疗效不显著等问题，要我谈谈对暴发赤肿的认识和辨证施治体会，今不揣浅陋，归纳介绍如下：

记得我临证初期，也曾遇到过类似情况，认为暴发火眼是热候，用“治热以寒”为法较易解决，尤其偶用清热泻火剂获效便固守一法，未从致病根源进行辨证施治，临床效果并不满意。多年来，通过古典医著的学习和探索，始知暴发火眼赤肿并非只因火邪一端。

暴发火眼又称天行赤眼，一眼发病或双眼并作，发病急骤、症状剧烈、初起红赤疼痛、刺痒畏光、眵多胶结，甚则胞睑赤肿如桃、白睛充血肿胀、间或白睛赤丝纵横、或点状溢血，外观似一派风火炽盛之证。但细审确不尽然，暴发赤肿实际多种病邪皆可为之。

为进一步明确暴发火眼的多种病因，首先，有必要复习祖国医学对火热致疾的有关论述。早在《内经》一书就有：“人伤于寒而传为热，寒盛则生热也。”（《素问·水热穴论》）以及“风入头系，则为目风眼寒。”（《素问·风论》）等记载。

金·刘完素亦谓：“风本生于热……凡言风者，热也。”“积湿成热”，的见解；至于寒邪，除阴盛阳衰之里寒外，认为如感受风寒或内伤生冷，亦可“冷热相并，均能使阳气佛郁不能宣散而生热”。从而创立风、寒、燥、湿皆可火化的理论。就暴发火眼而言，外受四时六淫邪毒，内因脾胃痰湿凝滞，或兼肺胃积热，以致热毒内蕴，内外合邪，交攻于目均可酿发。

此外，巢元方认为本证乃由“……风热痰饮，渍于脏腑……热冲于目，故令赤痛。”；元末明初眼科倪维德认为是“风热不制之病”或“淫热反克之病”；龚信在《古今医鉴》中说：世谓目病而痛，多由火热及血太过……然外无风寒闭之，目亦不病，虽病不甚痛，盖人感风寒则、腠理闭塞，火热不得外泄，故上行走窍而目病矣。”强调因邪实阻滞气机，内郁不宣，邪气不得泄越，邪郁火化发生目赤肿痛。综观前贤的论述，大要不越风热、风寒。

不过，怎样鉴别风热和风寒型呢？首先，应重视时令季节。一般春夏多风热，冬季多风寒。但也不是绝对的，本证常可因体质、气候不同而异。风热型特征为白睛赤丝纵横，色呈火焰状，热泪多眵，眵胶粘结，严重者还可见发热烦渴，便结溲赤，脉多浮数，舌质红，苔黄或燥；风寒型多见白睛暗紫血丝、且肿胀高突、泪液清稀或涕泪交作，甚则恶寒、四肢痠痛、脉多浮紧、舌苔薄白等。临证必须区分寒、热证型，才能有的放矢，拟定合理的治疗方案。

治疗方面，风火邪毒，宜疏风清热，用银翘散或驱风散热饮子加味（连翘、牛蒡子、羌活、白芷、荆芥、菊花、薄荷、防风、大黄、川芎、赤芍、归尾、栀子、甘草），若灼

热疼痛较甚、虬脉纵横、白睛溢血、胞肿头痛、眵多粘结、舌红苔黄、脉数者，为邪毒内侵，宜加入解毒凉血药，用泻肺饮加味（石膏、生地、赤芍、桔梗、当归、黄芩、菊花、川芎、桑白皮、枳壳、木通、连翘、荆芥、羌活、防风、甘草）；若肿痛难开、伴躁烦口渴、溲赤便秘、为里热壅盛者，宜疏风泻火，兼通其腑，用凉膈连翘散加味（连翘、黄芩、大黄、枳壳、桔梗、薄荷、防风、羌活、白芷、朴硝、甘草）；若白睛溢血，历久不消，则须加入活血祛瘀药。此外，近代不少医家还创制了许多外治方法，如姚和清先生的银花蒲公英合剂（金银花、蒲公英、野菊花各6克蒸溜取液洗眼）；河北名医庞赞襄用霜桑叶30克水煎乘热薰眼，待冷后再用此洗眼等法。

风寒型用八味大发散（麻黄、细辛、白芷、川芎、蔓荆、藁本、羌活、防风）则有独特疗效。多年来，我曾用此方治疗暴发火眼、陷翳、风弦赤烂、流泪等证（常见头痛、身痛、无汗、泪液清稀、或涕泪交作、舌苔薄白、脉浮紧等），按病情随证加味，均有较好效验。

古代医家对火眼“治之以寒”也有不同的观点，如张三锡认为“目病多用凉药，世俗之见也。”火眼之为病有寒有热，仅用寒药是不合辨证施治原则的。就是热证，也还要掌握分寸。故傅仁宇说：“治火虽云苦寒能折，如专用寒凉不得其当，则胃气受伤，失其温养之道，是目病久不愈也。”《银海精微》亦谓：“不宜通用寒药，恐冰其血，凝而不流，亦成固疾。”古人这些经验，对于指导临床，具有现实意义。

我在处理暴发火眼时，常用八味大发散加味，这是因为暴发赤肿虽状似风火，但并非完全由风火炽盛所致。时邪之

着人，多为上焦心肺阳虚，腠理不固而为风寒所束，肺郁不宣，则内火不得外泄，郁而化火，上冲于目，因之此火当为郁火，而非实火。“火郁发之”，故宜辛温发散。若用寒凉直折，无异抱薪救火，助邪伤正。八味大发散在临床运用中还应适当加减，如眼珠胀痛者宜加玄参、夏枯草、香附子；刺痒甚加荆芥、陈艾叶、僵蚕、川椒；大便秘结加大黄、厚朴、枳实、莱菔子；小便黄赤加车前仁、梔子、木通；口苦加柴胡、黄芩；关节重着疼痛加独活、苡仁、木瓜、秦艽、苍朮、桑寄生；寒湿重加生姜、附片；云翳併发宜加柴胡、白芍、枳壳、蒺藜、木贼草、谷精珠、石决明、蝉脱等退翳明目。

暴发赤肿虽以风寒，风热最为常见，但深入细辨，还有风重于热、热重于风、或风热夹湿、夹燥、风寒夹湿或三阳合病等复杂证候。因此，治疗时必须遵循“知犯何逆，随其实而取之”的原则。不可执一方，而希图全治。

暴发火眼的预防，首先要普及眼的卫生保健知识。在流行季节，要减少交叉感染，一般春夏宜用菊花、夏枯草、桑叶等煎水代茶饮用；秋冬用陈艾叶、老姜、火葱煎水薰洗，趁热暖脚等法，进行防治。

总之，我们要鉴别致病因素，不可被其表面证候所迷惑，要重视辨证施治，临证时既不盲目信手拈拈苦寒之剂，也不应未经辨证妄投辛温发散，这是我从失败的教训中得到的体会。以上供你参考，你以为如何？

祝你

学习进步！

重庆市中医学校门诊部 李坤吉

涕流不止非小事 仔细斟酌选效方

志明同志，

你好！来信收到。信中谈到你曾治疗一个流浊涕数月不止的儿童，按“鼻渊”给服苍耳、辛夷之剂，未能获得满意疗效，因而怀疑自己是否诊治有误，并提出怎样认识“鼻渊”的一些问题。现将个人的认识，陈述如下，供你参考。

首先谈谈鼻的生理：鼻为肺窍，是呼吸出入的门户。具有主气、主声、主嗅等生理功能。但这些功能的维持，与心、肺等脏腑和全身经脉都有关系。视、听、言、嗅等都是“心之使”。《内经·脉度》篇述：“肺气通于鼻，肺气和则鼻能知香臭矣”；《邪气脏腑身形》篇则进一步加以补充：“十二经脉，三百六十五络、其气血皆上注于面而走空窍……其宗气出于鼻而为臭”。故心肺相辅为用，全身气血和调，方能维持其鼻功能的正常。

“鼻渊”一病，早在《内经·气厥》篇中就已有记载：“胆移热于脑，则辛頞鼻渊、鼻渊者，浊涕不止也。”指出了本病的成因及其证候特点，至今仍具有一定的指导意义。此病在古代医书中又称为“脑渗”、“脑漏”、“控脑砂”、“历摘”等。与西医的急、慢性鼻窦炎相似。

究其病因病机：《内经》认为是胆热移脑、迫脑液下渗

之故。但后世并不拘于此说。如明代《医学准绳六要》云：“浊涕如渊……阳明伏火所致”。《本草纲目》则认为“鼻渊流浊涕，是脑受风热”。而《外科正宗》则指出：“脑漏者，又名鼻渊，总因风寒凝入脑户与太阳湿热交蒸而成。”亦有因心肾不足而致的如《医学入门》所说：鼻渊“久甚不愈者，非心血亏则肾水少”。

概而言之，鼻渊的成因是多方面的，只不过是因人而异而已。《内经》说的“脑液下渗”，只是“鼻渊”的一种。因鼻之上为额，额之上为脑。可因先天畸形、外伤、或额部的病理性损害而成为“脑脊液鼻漏”。这已为现代医学的中外学者所证实。我们临床常见的鼻渊证，则多属其它内、外因素所致。外因中的风、寒、湿、热、火、毒；内在因素中的肺胃积热、肝胆郁火，或心肾脾肺亏损，均可犯鼻致渊。诸如风伤肺卫，鼻窍不利；阴寒伤阳、气血凝塞；温毒上攻，侵蚀鼻窍肌膜，以及湿浊壅滞鼻窍；肺胃积热上蒸，肝胆郁火炼涕致渊等等在历代医家的著作中，均有阐述。如像《医旨统论》所说：“鼻主天气，设肠胃无痰火积热，则平常上升之气，皆清气也。纵火热主令之岁，何尝病耶？若夫肠胃素有痰火积热，则其平常上升之气，皆氲而为浊耳。金职司降，喜清恶浊。今受浊气蒸熏，凝聚既久，壅遏郁结，而为痰涕也”。

关于辨证，鼻渊的临床特点是浊涕下流不止，有如水泉之渊源和鼻额部的辛酸不适。由此可知，其病变的部位必在鼻腔的深部。诊断并不困难，但其鼻涕有清浊多寡的不同；病因有寒热湿毒之异；证候有虚实轻重之别；病势有新久暴缓之殊；嗅觉有敏钝存亡之变，以及兼夹证之不同等等，都

须仔细分析。一般来讲，涕多而清稀，鼻塞，头痛，初起多为风寒外侵；久病则多属肺脾气虚。涕多而黄浊、头额昏痛，甚至剧烈难忍，并伴全身寒热的，多为脾（胃）胆诸经邪热上蒸。病久浊涕黄臭，以致嗅觉失灵的，多是邪毒蚀肌，为鼻渊重证。鼻前庭红肿、不闻香臭者，多系风热壅盛。若鼻腔粘膜淡白肿胀，嗅觉迟钝的，多为脾肺虚寒。临床应结合脉象和全身情况仔细鉴别。

关于治疗问题，中医治鼻渊的方法很多，近些年来，杂志报导的有效方药亦不少。但以本人体会，仍应坚持辨证施治，综合治理的方针。可以用内治法，也可用外治法；可以用药，也可用针灸，或针药并用，内外兼治。因人制宜，随证选用。今择要介绍，以供参考。

一、内治法

1.疏风解表法：鼻渊初起，系风寒外袭而鼻息不利的，可用“荆防败毒散”⁽¹⁾之类；若系风热温肺，则用“苍耳子散”⁽²⁾加黄芩、菊花之属。

2.宣肺通窍法：邪袭肺窍、壅塞不通、鼻阻、涕多、头目不爽，可用“苍耳子散”⁽²⁾加藿香、菖蒲、桔梗、佩兰等以宣肺通窍。

3.清热解毒法：诸经火热邪毒上攻，壅鼻窍，侵蚀肌膜，涕浊如脓而带腥臭，以致嗅觉失灵的应用“五味消毒饮”⁽³⁾之类。若邪热夹湿郁于肝胆，症见口苦、昏眩的可用“龙胆泻肝汤”⁽⁴⁾；若湿热重于脾经，浊涕黄稠量多、嗅觉减退、头重、胸闷、苔腻、脉濡者，可用“甘露消毒丹”⁽⁵⁾等方加减。

4.利水渗湿法：本病之涕流不止，都是津液外渗与邪气

相合，化为湿浊壅滞之故。须在治渊诸法中佐以利水渗湿之剂，如猪苓、茯苓、泽泻，前仁、桑皮、冬瓜仁之属，以分利其水源。

5. 行气活血法：凡邪留病久，气血瘀滞，致使鼻夹肥大紫赤，鼻塞不通，须重用行气活血化瘀通窍之剂，如“当归芍药散”⁽⁶⁾、“凉血四物汤”⁽⁷⁾之类加减。

6. 托里消毒法：病若本虚标实，浊涕绵绵，经久不愈的，可用扶正驱邪，托里消毒之“托里消毒散”⁽⁸⁾加减。

以上诸法，可依病情掺合选用

二、外治法：

1. 滴鼻法：将药液直接滴入鼻腔，此方为中西医普遍采用，制剂如“滴鼻灵”⁽⁹⁾；“苻蓉滴鼻液”⁽¹⁰⁾……有清热涤浊之效。

2. 塞鼻法：用蘸有药液、药粉、药膏的棉团或特制的药丸塞入鼻腔，定时更换。如用“黄连膏”⁽¹¹⁾、“辛夷膏”⁽¹²⁾塞鼻有清热解毒、化瘀止痛的作用。

3. 吹鼻法：将药粉直接喷入鼻腔，如用“冰连散”⁽¹³⁾、“鱼脑石散”⁽¹⁴⁾吹鼻，有清热、疏风、通窍的作用。

4. 熏洗法：将辛夷、苍耳子、菊花等治渊药剂置砂壶内煎熬，病人从壶嘴闻吸蒸气，亦有涤浊之效。

5. 刺穿灌洗法：若渊涕源于上颌窦病变，久治不愈，可采用中西医结合，施行上颌窦穿刺、灌洗，注入中药“鼻窦炎灌洗液”⁽¹⁵⁾。

6. 针灸疗法：常取迎香、合谷、通天、曲池等为主穴，再根据病情选配拈竹、上星、风池等作强刺激，亦能取得良好疗效。

临证若能选方适宜，内、外合治，收效是不难的。苍

耳、辛夷确乎治渊良药，但你为何用之收效不大，是否忽略了辨证施治原则及综合治理之故？可参照上面的提示，仔细地对照分析，另选良法治之，若仍有困难，欢迎经常来信，以便进一步探讨。

就此搁笔。顺致

夏安

四川省泸州医学院 符 采

附方：

1.荆防败毒散(证治准绳)：荆芥 防风 羌活 前胡 柴胡 枳壳 桔梗 赤茯苓 川芎 甘草。

2.苍耳子散(医方集解)：苍耳子 辛夷花 白芷 薄荷。

3.五味消毒饮(医宗金鉴)：金银花 野菊花 蒲公英 紫花地丁 天葵。

4.龙胆泻肝汤(和剂局方)：龙胆草 栀子 黄芩 泽泻 木通 车前子 当归 柴胡 生地黄 甘草。

5.甘露消毒丹(温热经纬)：白叩仁 藿香 茵陈蒿 滑石 木通 石菖蒲 黄芩 贝母、射干 薄荷 连翘。

6.当归芍药汤(中医五官科学)：川芎 泽泻 当归 茯苓 白朮 赤芍药 黄芩 辛夷花 地龙 甘草 薄荷。

7.凉血四物汤(医宗金鉴)：当归 红花 川芎 生地黄 赤芍药 茯苓 陈皮 甘草。

8.托里消毒散(疡科选粹)：黄芪 刺皂 银花、连翘、白芷、桔梗、陈皮、川芎、当归、白芍、茯苓、白朮、党参、甘草。

9.滴鼻灵(中医五官科学)：鹅不食草、辛夷花、盐酸麻

黄素粉、葡萄糖粉。

10. 苻蓉滴鼻液(中医五官科学): 肉苻蓉、羊藿叶、当归、桂枝、黄芪、石腊油。

11. 黄连膏(医宗金鉴): 黄连、当归尾、生地黄、黄柏、姜黄、香油、黄腊。

12. 辛夷膏(聖济总录): 辛夷、白芷、藁本、当归、甘草。

13. 冰连散(中医五官科学): 黄连、辛夷、冰片。

14. 鱼脑石散(中医五官科学): 鱼脑石粉、冰片、辛夷花、细辛。

15. 鼻窦炎灌洗液(中医五官科学): 辛夷花、白芷、薄荷、羊藿叶、野菊花、桂枝、当归、栀子、黄芪。

鼻衄原因有别 辨明方可处方

张连祥同志:

你好! 来信收到。你要一张治鼻衄有效而常用的处方, 处方虽有, 但不可能都适用于各种鼻衄病人, 因为中医治病不是头痛镇痛, 出血止血, 而是强调辨证施治, 就是说要根据病人的临床表现, 运用四诊八纲, 进行分析、归纳、综合, 确定病性、病位, 采取相应的治疗措施。只有这样, 才能提高疗效, 否则, 用一张处方以应万病, 这是不可能的事。就说鼻衄吧, 所有的病人都表现为鼻孔流血, 看来是一

祥的，似乎都可以用一种方药治疗，其实不然，虽说都是鼻孔流血，可造成流血的原因不尽相同，都是些什么原因呢？

我们可以从分析病人的临床表现中，进行总结。

周姓，女，28岁。每年由春末至夏初，经常发生鼻衄，证见出血鲜红，鼻孔干燥，口干喜冷，咳嗽痰少，怕热，大便干燥，舌质红，苔薄黄，脉弦数。根据以上病情，我们可以这样分析：鼻为肺窍，若肺有蕴热，则火热容易上炎，一旦灼伤血络就会发生鼻干和流血；肺热肃降失常，则为咳嗽、痰少，热耗津液，就口干想喝冷水、大便干燥。综合起来看，这个病人发生鼻衄的原因是肺热，治法应采用清肺热而止衄的方法，用生石膏、茅根各30克，桑叶、黄芩、杏仁、麦冬、阿胶各10克，沙参20克，枇杷叶15克。

王姓，男，50岁，嗜酒，喜食辛辣。1982年7月的一天午后发生鼻衄，证见血色鲜红、口渴思饮、鼻孔干燥、口臭、牙隐痛、心情烦躁、大便干结、舌苔黄厚、舌质红、脉滑数有力。这是胃热引起的鼻衄。为什么胃热也可以引起鼻衄呢？因为经络学说中有胃脉通于肺的说法，而且胃经的支脉通过鼻的两侧，这样胃热炽盛，可以烧灼胃中津液引起口渴、口臭；牙龈属胃，又可以引起牙痛；且胃热可循经脉入肺到鼻，引起鼻孔干燥和鼻衄，由于热盛，故见大便干燥，心中烦躁等。本例也有肺热的表现，为什么不谈“肺热鼻衄”呢？原因是肺热因胃热而起，只要胃热一清，肺热就自然消除了。这就叫治本。对这种病情的治法，就是清胃热，凉血止血。用生石膏30克，怀牛膝、生地各15克，知母10克，麦冬、丹皮、黄芩各12克，小蓟20克，甘草5克。服药三剂鼻衄即止。为了预防再发，嘱病人尽量少吃辛辣食物，

多吃蔬菜水果，以防胃热再生。

以上两个病例都是热盛，但一个是清肺热而止血，一个是清胃热凉血而病愈，治法不同是因为热邪产生在不同的脏腑。

上面所说的两个病例，并没有完全概括热盛鼻衄，此外还有因“肝火”盛而引起的。这类病人或因情志不畅，郁怒伤肝，气郁化火，或因素体阳气亢盛，性情急躁，肝胆热盛而引起。为什么肝热也可以引起鼻衄呢？因为肝在生理上是主疏泄的，又有藏血的功能，一旦肝的疏泄失常，就会发生郁滞，气郁化火，火性炎上，迫血妄行上走空窍，就会发生鼻衄。“肝火”引起的鼻衄，临床一般表现为：血色鲜红，头痛眩晕，易怒，两胁不适，目赤多眵，口干口苦，舌红，脉弦数。治疗方法是：清肝泻火，凉血止血。选用方剂可以用龙胆泻肝汤加减。龙胆草、栀子、黄芩、柴胡、生地、泽泻、当归各10克，丹皮12克，木通6克。也可以用化肝煎加减（青皮、陈皮、丹皮、白芍、栀子、泽泻）。

由此可以看出，鼻衄的发生，多由肺、胃、肝的热盛而引起。《诸病源候论·鼻衄候》说：“血性得寒则凝涩，热则流散；而气，肺之所主也，肺开窍于鼻，热乘于血，则气亦热也。气血俱热，血随气发于鼻，为鼻衄。”但也不能认为都是“热盛”，也有因虚引起的。《诸病源候论·鼻久衄候》说：“劳损脏腑，血气生热，血得热则流散妄行，随气发于鼻者，名为鼻衄。”这就是因虚热而引起的鼻衄。有这样一个病人，女性，43岁，身体消瘦，失眠多梦，腰酸痛，头昏，常觉背部发热，月经两、三月一行，夜间常发鼻衄，血色鲜红，舌苔少，脉细。这是“肝肾阴虚”引起鼻衄。因肝肾同

源，肾阴不足，肝阴也亏，阴虚则生内热，虚火上炎而致鼻衄。治当滋补肝肾，用桑椹30克，丹皮12克，泽泻、知母、茯苓各10克，山药、生地、女贞子各20克，怀牛膝15克。

小张同志，鼻衄的发生有这么多原因，按你的想法我该寄哪张处方呢？单寄哪一张都是不合适的，这道理不是很明白了吗？如果今后你再遇到鼻衄患者，可以根据临床表现，选择上面的处方进行治疗，大原则是不会错的。

此外，还有两个问题须注意：一、有些病人的鼻衄有一定的规律性，每当月经来潮的时候就发生鼻衄。中医称为“经行吐衄”，也叫“倒经”或“逆经”。例如有个患者，20岁。自12岁初潮起，经期提前，量少血紫黑，每到月经的第二天，就发生鼻衄，血量较多且挟有瘀块。经前烦躁易怒，头昏，腰痛，小腹痛，检查舌苔正常，舌质较红，脉弦滑。分析她的病情，每次月经前烦躁易怒、头昏、腹痛是因肝郁化火，怒则气冲逆上，血随气行，则发生血逆上溢，鼻衄遂发。辨证属肝旺倒经，治以清热平肝，凉血止衄，处方：茅根、藕节各30克，生地15克，龙胆草、麦冬、栀子、黄芩各10克，枳壳、丹皮各6克。经服上药倒经治愈，月经亦调。倒经除肝郁化火而外，也有因心阴不足，虚热内生，灼伤肺津，上炎鼻窍而致的。其治法则须润肺生津止衄。二、必须注意治鼻衄不要任意发汗。《金匱要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治第十六》说：“衄家不可汗，汗出必额上陷，脉紧急，直视不能眴，不得眠”。就是说鼻衄病人再发汗，将重伤其阴，使额上两旁的动脉陷下不起，可因血虚筋脉失养而发生拘急，目不得血养而转动不灵，发生直视，因血虚也会发生失眠。古人的这些经验，在今天也仍有临床意义，

不可不知。

祝你学习进步！

重庆医学院第二医院 李家振

口疮的辨证施治

晓岚同志：

你来信说，有几位患者得了口疮病，治疗效果不理想，希望我提供良方。还记得上次我和你谈的祖国医学基本特点，不就是辨证施治吗？口疮虽小病，提高临床疗效也离不开辨证施治的原则。

口疮的病因病机，不外实火、虚火两端。实火发病急，病程短，较易治；虚火发病慢，病程长，较难治。

实火又分实火与风火两型，多发于小儿，其病因，多由过食膏粱厚味、炙烤煎炒，渐渐积热于胃，导致心脾俱热，热盛化火，上冲口舌，发为口疮。乳儿或由乳母体内有邪热，儿吮其乳，也可引起口疮。亦有风邪外袭，热邪内闭，风热相搏，上冲口舌而发病。前者即实火，后者即风火。证见口腔内灼痛，局部呈现鲜红色小点，继则变白成片，出现浅表性溃烂，无脓苔，周围色鲜红，多集中于舌部或其它各处，进食困难；婴幼儿不进乳食，常啼哭不止。以上若有发热恶寒者，多为风火，无发热恶寒者，多为实火。实火宜清热解毒，用保安散黄连、栀子仁、朱砂各30克，黄芩、郁金、川军各20克，冰片、牛黄各3克。一日二次，每次1~2

克，开水送服。小儿酌减，婴儿1克分10次，乳汁调服。风火宜疏风清热，用荆芥、薄荷等量送服保安散。

若表里俱实者，既有恶寒发热之表证，又有咽干口渴便秘之里证，宜服防风通圣汤（防风、芥穗、栀子、白芍、连翘、甘草、桔梗、当归、薄荷、白朮各10克，麻黄、川芎各5克，生石膏粉30克，滑石粉、黄芩、大黄各15克）水煎服，另以芒硝15克分3次，药汁冲服。外用搽青黛散（青黛30克，黄连、黄柏、硼砂、儿茶各20克，栀子10克，冰片3克，薄荷冰1克，共为极细末）或用少许吹患处，一日六次或频吹。乳母体内有热者，母子同服保安散，其子局部搽青黛散。

虚火口疮又分阴虚血热与阴虚湿热二型，虚证成人多，小儿较少，二者常虚中挟实。证状开始见口腔及舌部出现暗红色小点，疼痛，继则腐烂，表面覆盖白色或黄色脓苔，烂面大小不等，小如粟米，大如扁豆或蚕豆，周围暗红或淡红，常伴有手足心热（两手心热甚为心肺阴虚；两足心热甚为肝肾阴虚；脾主四肢，手足心俱热甚为脾阴虚，或阴虚）；或口渴不欲饮；或午后病重；舌质红、苔黄或薄白或厚腻。阴虚血热者，其症状为周围暗红，脓苔色黄，治宜补阴凉血，方用：知柏四物汤加味（知母、黄柏、当归、白芍、丹皮、酒黄芩各15克，川芎5克，地骨皮、生地各20克、或佐少量肉桂引火归源）水煎服。若血虚者倍加当归；血瘀者用赤芍；血热者用生地；肾阴虚者用熟地；肾火旺者加龟板或知柏加量；肝阴虚者用白芍；肝火盛者加胡黄连；脾阴虚者加石斛、葛根；脾火盛者加黄芩；心阴虚加麦冬；心火盛加黄连；肺阴者加天门冬；肺火盛者加桑皮、天花粉。阴虚湿热

者其证表现为烂面周围淡红，脓苔色白，舌润苔淡黄或腻，治宜清热渗湿为主，方用五苓泻心导赤汤（白朮、茯苓、猪苓、泽泻、竹叶各15克，肉桂5克，黄连、木通、甘草各10克，生地20克，灯心草作引）水煎服。肺阴虚者加天冬；心阴虚者加麦冬；脾阴虚加石斛、葛根；肝阴虚者加白芍；肾阴虚者加熟地、石斛。湿盛便溏者加茵陈、倍泽泻。虚中挟实者，其证兼口渴喜饮，舌燥苔黄，尿黄便秘，脉数有力。于上二型中，口渴喜饮加生石膏；便秘加酒军或生大黄。若由其它诱因引起暴发者，可据病情加减，切不可拘泥，要灵活化裁。

疾病的发生发展是错综复杂的，乃多种因素混杂在一起，临证如不详加分析，则很难提高疗效，现举一例案，以示临证辨证施治的一般法则。

例一、一男，39岁。患“虚火口疮”十余年，近四、五年加重，不停地连续发作，曾用中西药不效，表现为舌下（舌腹）左侧溃烂如豆大，牙绀及口唇也有溃疡面，周围色鲜红；兼舌赤苔黄厚，脉弦细数，性情急躁易怒，便溏十余年。按久病多虚，溃疡面周围鲜红，舌赤苔黄厚，脉有弦数象（脉细数也属阴虚），性情急躁易怒，均属实象，故按“阴虚血热虚中挟实证”治疗，方用：知柏四物汤加味（知母、当归、白芍、酒芩、苦参、木通、胡连各15克，生地、地骨皮各20克，丹皮10克。3剂，水煎服，另用保安散10包，每服1包，每日2次，外用青黛散1包，频搽患处。服上方15剂，保安散10包，青黛散1包，全愈。加味知柏四物汤是滋阴清热凉血之剂，治虚火口疮比较适合，因长期便溏，是因脾胃湿热，故加苦参、木通以清热渗湿而补肝肾；性情急躁

易怒，脉弦数为肝胆有热，舌下左侧溃疡属肝，下唇溃疡也属肝，足厥阴肝经，经过目系下颊里、环唇内，故加胡连以清肝胆而泻火；心脉布舌上，脾脉布舌下，舌下溃疡是脾经有热，口腔口唇均属脾胃，这都说明脾胃有热之故。此方既补肝肾，又清脾胃之热。所以，口疮十余年，便溏亦十余年，用加味知柏四物汤取效。

晓岚同志，临证用药时，你应当记住，中医对任何疾病的诊治，都不能一病一方，抑或是同一病名，也要针对病情的复杂变化，随机应变，才能取得较好疗效。

祝你在实际工作中不断进步。

再见

辽宁中医学院 杨连生 李素勤

怎样防治咽喉病

来新同志：

来信收到。你有志于继承和发扬中医喉科事业，非常值得称道，我表示热烈支持！

你要我介绍中医防治咽喉病的经验。这方面的内容是十分丰富的。根据古资料，有关咽喉病的内容，文字记载已有三千多年历史。中医曾将咽喉疾病分为36种，有的甚至分成72种，小小咽喉方寸之地，就区分出几十种病证，说明了祖国医学在长期实践中对此有着深刻的认识。这次就从中医喉科最常见的病症——喉痹谈起吧。

《内经·阴阳别论》说：“一阴一阳结谓之喉痹”，这里一阴指手少阴心经，一阳指手少阳三焦经，它们的经脉均络于咽喉，若气热内结，则成喉痹。

喉痹有急慢之分。急性喉痹相当于西医所称“急性喉炎”常见者为“风热喉痹”，多因外感风热之邪，直犯咽喉，加上饮食不当，过食辛辣炙烤之物，致热毒内生，痰热蕴结，引起咽痛，发热等症，如热毒炽盛，咽喉部焮红肿痛，治宜清热解毒、化痰利咽。我从临床经验中总结的经验方“金灯山根汤”，用治急性喉痹（也适用于喉风、乳蛾、喉痛初起等症）确有相当疗效，兹介绍给你。药由挂金灯、牛蒡子各9克，山豆根、射干各6克，桔梗4.5克，生甘草3克组成。每日一帖，分二汁煎服。方中挂金灯，一名锦灯笼，性味苦寒，功能清肺胃之热，为消咽喉肿痛常用之品；山豆根性味苦寒，对咽喉焮红肿痛病症具有良好的清热解毒、利咽消肿作用；牛蒡子疏散风热、化痰利咽，与射干合用，对咽痛痰多更为相宜；桔梗宣肺利咽，甘草清热解毒利咽，相互配合具有甘缓利咽止痛作用，符合《内经》“病生于咽喉，治之以甘药”的原则。

此方还可根据病情，适当加减：畏寒发热有表症的，酌加荆芥、薄荷、蝉衣；壮热邪盛的、酌加川连、黄芩、山栀等；痰多酌加贝母、瓜蒌皮；口干舌红阴虚火旺，酌加生地、玄参、麦冬；肿胀红肿明显，酌加丹皮、赤芍；大便秘结，酌加火麻仁、元明粉等。

本方没有副作用。个别病员服后有恶心、胃脘不适，或轻度呕吐现象，这与病员素有胃病而服药方法不适当有关。为了克服这一现象，最好在饭后1~2时将药缓缓分次慢咽；

或对山豆根、桔梗、射干等药用量作适当减少，可减少对胃刺激。

还可配合外治，用散剂吹喉。我常用家传吹喉验方：“珠黄青吹口散”（薄荷叶、尿浸石膏、人中白、飞青黛、大梅片各2.1克、牛黄0.6克、珠粉0.3克，共研极细末）及“喉科牛黄散”（川连、生黄柏、薄荷叶各4.8克，西瓜霜、飞雄黄、硼砂、大梅片各1.5克，牛黄0.6克，共研极细末），每日3~4次，吹咽部患处，有清热解毒、消肿止痛、去腐利咽作用。还可用“银硼漱口液”（金银花12克，薄荷叶、生甘草各4.5克，硼砂6克，土牛膝根30克）煎汤冷后作漱口用，每日多次。

慢性喉痹，相当于西医的慢性咽炎，多属“阴虚喉痹”，可由急性喉症失治，迁延日久而成，或因脏腑功能失调所致。可表现为咽喉部经常干涩作痛、发胀发痒，如有物梗塞，或粘痰增多难以咯出等，症状时轻时重，可反复发作。我常用自订“养阴利咽汤”（南北沙参、天花粉各10克，桔梗、射干各4.5克，生白芍9克，百合12克，生甘草3克）每日服一帖，分二汁煎服。方中沙参养肺胃之阴，清肺胃之热；百合也是清肺养阴的要药，都是针对阴虚不足而设；射干、桔梗、甘草，清热利咽；花粉润燥。全方标本兼顾。加减：咽喉干燥加元参；咽痒加牛蒡子；充血明显加黄芩、赤芍；痰多加冬瓜子；声嘶加凤凰衣；肝气郁结加野蔷薇花、绿萼梅等。另可配合“清咽噙化丸”含化。其处方为：薄荷叶、桔梗、乌梅肉、生诃子肉各30克，白柿霜60克，西月石、射干、生甘草各15克，研细末后和匀过筛，炼蜜为丸，咽部不适时放口内含化徐徐咽下。有生津、润燥、开音作用。

除以上具体治法外，治疗咽喉病还有几个要点。

1. 整体观，咽喉病症虽属局部疾患，但局部是人身不可分割的组成部分，全身病变可反映在局部，咽喉病也势必影响全身，所以治疗要结合整体，全面考虑，采取相应的措施。由于“喉主天气，咽主地气”，咽喉是饮食之要道，呼吸之门户，其病与肺胃两经有密切的联系，因而多热毒为患，故以清泻肺胃热毒为主要法则。当然，也有的属于“肝火遏郁”，就要用清肝泻火的方法；有的属“心火上炎”，就要加清降心火的药物，要灵活运用，不可一概而论。

2. 咽喉病症既然重点表现局部，对局部症状也须结合全身观察，仔细辨证。一般来说，红痛多与火热有关。焮红而痛剧者，多为热毒炽盛；淡红而痛不剧者，多为虚火上炎。肿胀多与血瘀或痰结有关。胖胀而伴焮红剧痛，多为热毒血瘀所致；肿胀色淡钝痛者，多为痰气互结。白腐化脓者，多为热毒炽盛所致。干燥多为阴津不足。咽喉部色红之处出现红色点状突起称为“小瘰”（淋巴滤泡增生）；出现丝状赤脉交叉者，为毛细血管充血；其纹粗而鲜红者，为虚火与实火相参；纹细而色暗红者，属虚火。“小瘰”生于咽前及底壁、有结节而色红高突者为火盛；细而色红者，为虚火上炎；若其形大，斜视之有如水泡状而透明者，大都为挟湿之症。

3. 正气是人之根本，用药要注意保护正气。对热毒炽盛、咽喉肿痛之症，用清热解毒泻火之剂时，应顾及脾胃，即使脾胃功能一向好的人，使用苦寒清热药也不要过量，时间不宜过长；脾胃虚弱者，不要纯用苦寒，恐热邪还没有根除，而中焦已受损伤，胃气一败，不利于康复。对肝气郁结

者用疏肝理气药时，忌过用辛燥，可用芳香轻宣理气药如野蔷薇花之类，以免伤阴之弊，效果亦良。

4. 要注意保持大便通畅。咽喉是肺胃上口，肺与大肠相表里，咽喉病患者，如果大便秘结，邪火不得下泄，咽喉火热恐难消除，及时通利大便，能引热下行，有利于消除咽喉肿痛，这就是“上病下取”、“釜底抽薪”的方法。当然，用通下法时也要根据病人的体质、年龄、病情轻重，采取峻下、润下、“增液行舟”等不同方法，以免过泻伤正、消耗阴液。阴虚喉痹病人更为紧要。

5. 重视对疾病的预防，是祖国医学的优良传统，《素问·四气调神大论》说：“圣人不治已病，治未病；不治已乱，治未乱。夫病已成而后治之，譬犹渴而穿井，斗而铸兵，不亦晚乎？”医者的责任不仅仅在于治病，还要预防为主。这就是“治未病”的思想。预防喉科疾病的发生，应注意下面几点：

1) 气候、天时无常，暴冷暴热时，要注意冷暖，免感受外邪，遵《内经》：“虚邪贼风，避之有时”的原则；

2) 勿过食辛辣刺激食物，禁烟及避免酗酒；

3) 保持心情舒畅，勿过度思虑、忧郁、生气和劳累；

4) 急性病要早治，避免迁延而转为慢性；

5) 秋天天气干燥，容易发生咽喉病，可用萝卜叶煎汤代茶饮；也可用新鲜白萝卜60~120克，加青果5~8枚煎汤频饮，或捣汁后开水冲服。此方古人称为“青龙白虎汤”，有清火化痰利咽作用，简易有效，常服无妨。

祝你

学业猛进！

上海中医学院 张赞臣

[G e n e r a l I n f o r m a t i o n]

书名 = 自学中医阶梯 2

作者 =

页数 = 2 8 9

S S 号 = 0

出版日期 =

封面
书名
版权
前言
目录
正文