



自学中医阶梯

重 庆 出 版 社

自学中医阶梯

(一)



重庆出版社

一九八四年·重庆

1128863

封面设计 吴庆渝

自学中医阶梯(一)

马有度等编

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
重庆新华印刷厂印刷

*

开本787×1092 1/32 印张7.375 插页2 字数153千
1984年12月第一版 1984年12月第一次印刷
科技新书目87—249 印数: 1—99,000

书号: 14114·14

定价: 1.03元

内 容 简 介

本书是自学中医的辅导读物，由老、中、青中医工作者集体创作。

全书分四部分，以通信的形式讨论有关中医治疗学的种种问题。各篇专题文章中，既有经典名著的传统论述，也有目前应用的规范、法则，还有著者个人的经验之谈。这样，有利于自学者较迅速、较全面、较系统地掌握中医治疗学知识。

本书也可供其他中医人员参考。

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》。

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。本书作为第一集分治学之道、治疗探讨、治则浅说、治法漫谈四部分；第二集将进一步讨论临床各科病证的治疗问题。

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，做循循善诱的良师，做促膝谈心的益友。

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和张启基同志表示衷心的感谢。

1983年12月20日

作 者 (以姓氏笔画为序)

马有度	邓中光	邓铁涛	王法德
王国三	王 琦	叶成炳	朱曾柏
孙光荣	孙曾祺	李兴培	李聪甫
余瀛鳌	沈仲圭	张之文	张奇文
张浩良	项 平	范准成	姜春华
赵健雄	柴中元	谢海洲	

责任编辑 谢 先

目 录

一、治学之道

从自学成才谈起·····	1
有志者事竟成·····	6
治学的诀窍和艺术·····	11
由约而博 由浅入深·····	17
读书贵在抓特色·····	23
资料贵在一线穿·····	29
临证贵在知常达变·····	34
读书临证 相得益彰·····	39
写好中医病历 总结临证经验·····	44

二、治疗探讨

中医治疗学的源流与特色·····	49
学好《内经》《难经》 临证成竹在胸·····	55
谈谈《神农本草经》的成就·····	59
学好《伤寒论》 治病有遵循·····	63
《伤寒论》的核心·····	68
程钟龄研究仲景学说的心得与方法·····	74
浅谈《金匱要略》对临床的指导作用·····	80
《千金方》在治疗学方面的主要成就·····	84

中医为什么注意治肾·····	88
脾胃学说很值得学习与研究·····	95
治脾胃之法 莫精于升降 ·····	101
浅谈温病的截断治疗 ·····	105
学习《温病条辨》 治疗外感热病 ·····	109
继承发扬瘟疫学说 防治外感热病流行 ·····	116
温病神昏病危急 辨证论治建功奇 ·····	121
外感热病易治 内伤热病难疗 ·····	127
内伤热病证治再识 ·····	133
黄疸有非湿 治疗要灵活 ·····	138

三、治则浅说

从整体调治谈起 ·····	144
治病必求于本 ·····	148
治病如用兵 ·····	153
峻缓得宜 轻重有度 ·····	157
相天时 审地利 看体质 ·····	162
动态观察 治分阶段 ·····	166
治证又治病 ·····	171
治养须结合 ·····	175

四、治法漫谈

从治法的源流谈起 ·····	182
汗法浅说 ·····	187
运用清法应注意些什么 ·····	192
适时施下法 邪去正可安 ·····	197

消法的临床运用	202
漫谈虚不受补	206
怎样运用回阳救逆法	211
涩法可固正 配伍贵在精	215
和法虽平淡 屡屡建奇功	221

一、治学之道

从自学成才谈起

自强同志：

一口气读完了你的来信，心情久久不能平静。经过徬徨和曲折，你终于找到了求知的钥匙，走上了自学的道路。

古往今来，许多有建树的人，就是在这条崎岖的路上奋勇攀登，终于达到光辉的顶点。

瓦特，因家贫不能上学，先在家里帮助父亲干木匠活，以后又到钟表店当学徒，到实验室作修理工。经过刻苦自学和实验，发明了双动式蒸汽机，使人类进入了“蒸汽时代”。法拉弟，十二岁时当报童，以后又当了八年学徒，后来在实验室给人做助手，一边自学，一边实验，发现了电磁感应现象，创造出第一台感应发电机，提出了电解定律，成为近代电磁学的奠基人。爱迪生，出身于贫苦农民家庭，只上过三个月小学。他利用赶马车、卖报纸的空余时间，学会了收发电报的技术。后来经过刻苦自学，反复实验，发明了电灯、

电影、蓄电池、留声机等一千多种东西，成为举世闻名的“发明大王”。瑞典化学家诺贝尔，美国物理学家道尔顿，苏联园艺学家米丘林，他们都只上过几年学，但却为科学事业做出了重大的贡献。至于通过自学取得成功的文人学者，更是屡见不鲜。英国的莎士比亚，十三岁因经济困难而停学。十八岁去伦敦谋生，先是在剧场外牵马，伺候看戏的绅士，后来加入剧团。在扮演配角的同时，他还改编旧戏，修改别人的剧本，进而独立创作，终于成为戏剧大师。苏联的高尔基，生于木工家庭，只在小学读过三年书。从十岁起，就出外谋生，当过学徒、搬运工，长期过着流浪生活。正是在这所“社会大学”里，他学到了丰富的知识，成为文学巨匠。英国戏剧家肖伯纳，十四岁时因家里贫穷，不能继续升学，做过抄写员和会计。二十岁到伦敦，想以写作为生，最初九年并不成功，但他毫不气馁，更加刻苦自学，勤奋练习，终于成为诺贝尔文学奖的获得者。其他如法国诗人鲍狄埃，英国作家狄更斯，丹麦童话作家安徒生，无不经过坎坷的道路，终于取得了成功。

在我国，自学成才者，不仅历史上比比皆是，即使在现代，同样是屡见不鲜。有人对近年新成长起来的四百名科技人员作过调查，有百分之五十四的人没有上过大学。其中有工人、农民、战士、服务员、待业青年和身患残疾者。事实证明，自学之路就是成才之路。

来信提到关于自学的兴趣问题，的确是一个值得探讨的问题。

纵观古今中外，自学成才的人，都是热爱自己的事业，而对所学专业具有浓厚兴趣和爱好的。明末清初的雷发达，

从小喜欢钻研木工技术，后来成为著名的建筑设计家。他的设计具有独特风格，被称为“样式雷”。清代的黄履庆，从小喜欢设计制造新奇的东西，七八岁时就能做木制自动人。后来又自学几何、代数和机械知识，在青年时期就成为著名的机械制造家，并能制造双轮自行车、土造望远镜、显微镜以及自动玩具等等。北宋时期的陈旉，从小喜爱钻研农业科学。后来一边从事农业生产，一边总结水田耕作技术和生产经验，写出了专著《农书》，成为卓有成就的农学家。南北朝时期的祖冲之，从小爱好数学，后来他算出了圆周率“ π ”的值在3.1415926与3.1415927之间，他提出密率值比欧洲要早一千多年。明代的徐霞客，从小就喜欢阅读地理书籍，对游记尤其爱不释手，从中萌发了走遍三山五岳，探索大自然奥秘的强烈愿望。后来，他从二十二岁开始，花了三十多年的时间，考察了十几个省市的一百多个岩洞，深入地研究了石灰岩的分布和类型，写出了世界上最早的一部详细描写石灰岩地貌的光辉文献——《徐霞客游记》。

这些事实充分说明兴趣爱好是人才成长的起点。少年时期的兴趣爱好对后来的成才有着重要的影响。达尔文在《自传》中就深有体会地说过：“就我记得的我在学校时期的性格来说，其中对我后来发生影响的，就是：我有强烈的多样的趣味，沉溺于自己感兴趣的东西，深喜了解任何复杂的问题和事物。”华罗庚之所以告诫自学青年，“要抓住自己最有兴趣的东西”，那是因为他对数学的兴趣曾经达到了入迷的程度。他十六岁失学后，就每天站在杂货店的柜台前，顾客来了就帮助父亲卖货、打算盘、记帐。顾客一走，他就埋头看数学书，演算数学题，有时竟忘了接待顾客。每逢遇到怠慢

顾客的事情发生，父亲又急又气，骂他念“天书”念呆了。这种入迷的兴趣爱好，无疑是他成才的重要原因之一。

学习中医，也要注意培养兴趣，只有对这一古老而深奥的学术有浓厚兴趣的人，才会主动地去学习和探索。从小就喜欢中医中药，也是许多著名医家成才的一个重要原因。他们对祖国医学的兴趣，有的是受到家庭的熏陶，有的是受环境的影响，有的则是经过事实的教育。李时珍的祖父以医为业，父亲是位很有学问的医生，又热心为群众治病。李时珍从小喜爱花鸟虫鱼，对中医中药兴趣很浓。后来父亲催促三进考场，三次落榜，父亲要他再次赴考，他却毅然矢志攻医。王鹏飞的家庭也是三世为医，他的祖父因善治小儿诸病被誉为“小儿王”。其父也是儿科名医。家庭的陶冶，亲身的感受，使他也走上业医之道。他回忆说：“我生长在中医世家，从小耳闻目睹，并亲身体会到了中医中药为众多的患者解除痛苦的生动情景，使我爱上了中医事业。”赵炳南的家里虽然无人学医，但隔壁却住着一位名叫王二大妈的民间医生。赵炳南五岁出天花，六岁得痢疾，七岁患疟症，都是这位土医生治好的。他经常和王二大妈接触，不仅耳濡目染，学会了一些简单的验方小药，而且这位民间医生以她高尚的医德，精良的医术，潜移默化的言传身教，使他从小培养起对中医中药的浓厚兴趣，在幼小的心灵里萌发了学习中医的强烈愿望。

当然，对中医学的兴趣和爱好，也可以在年长之后逐渐培养。东汉名医华佗，自幼本来喜爱经学，稍长以后才逐渐对医学发生兴趣，深钻医学，终于精通内外妇儿及针灸各科，尤其擅长外科，被后世誉为“外科圣手”。西晋针灸学家皇甫

谧，原本是研究经史及文学的，在文学上还很有名气，别人请他给左思《三都赋》写了一篇序文，文词精妙，传抄的人极多，竟使洛阳的纸都涨价了，此即“洛阳纸贵”的典故。这当然主要是因为左思的《三都赋》写得好，但也足见他文学造诣之深。中年之际，因误服五石散得了风痹证，四肢麻痹，耳朵也聋了，使他痛感医学的可贵，于是改钻医学，由于经常接受针灸治疗，对针灸学尤感兴趣，经过长期研究，终于写出了在国内外都有重大影响的《针灸甲乙经》。岳美中本来也是攻读经史诗文的，并任小学教员。二十五岁时因肺癆吐血，到医院就诊，答复是：“肺病已深，非短期可治”。他想，难道医学对肺病真的没有办法了吗？在床第呻吟之中，萌发了学习中医的念头，因而一边读中医书一边试着吃中药，肺病竟慢慢地好起来，觉得中医确能治病，增强了学习中医的兴趣。于是立志学习中医，无师指点，就走自学之道，终于学有所功。

即使在中医入门之后，兴趣也往往是促使自己深入钻研的重要催化剂。李聪甫在博览医书之中，对《医宗必读》、《士材三书》、《医门法律》很感兴趣，认为议论精辟，见解独到，极有实用价值。于是深入精读，写下了十几万字的读书笔记。从此以这三部书作为业医的蓝本，而且以此为基础，在兼采各家之说的同时，着重专攻脾胃学说，达到了“术业有专攻”的境地。他深有体会地说：“对某种理论、某家学说、某种疾病，乃至某种治疗方法，如果发生了浓厚的兴趣，就绝不应当放过它，而应紧紧抓住它，不断培育它。”

自强同志，你从小喜爱文史，后来因病停学，在病中翻阅中医文献，读来颇有兴趣。特别是中医中药使你的病体逐

渐康复后兴味更浓，从前年开始自学中医，已有所获，这是一个良好的开端。你在自学中由于资料不足，无师指点，困难较多，担心是否能够学成，加上听到一些人对中医中药的种种非议，甚至想到过另选专业。我能理解你的处境和心情。不过，这也说明只凭兴趣还不够，还得有信心。但愿古今中外自学成才的事例，能够给你以力量。只有立下坚韧不拔的志向，才能毫不动摇。下次再详谈。

切望

自强不息！

重庆医学院第一医院 马有度

有志者事竟成

自强同志：

“古之立大事者，不惟有超世之才，亦有坚韧不拔之志。”这是北宋大文学家苏轼对古人成才经验的高度概括。的确，古今中外，凡是学有成就的人，都是有志气，有抱负的人。没有志气，缺乏抱负，是难以办成任何事情的，正如明代学者王守仁所说：“志不立，天下无可成之事。”

前次谈到，自学中医要注意培养兴趣爱好，因为只有对中医学术有浓厚的兴趣，才会主动地学习和探索。然而，只凭兴趣又是远远不够的，遇到挫折就可能半途而废。只有对中医事业抱有强烈热情，又立志为发扬中医学术而献身的人，

才能顽强地战胜一切困难，最后取得成功。

汉代张仲景，自幼就攻读经史及医书，当他从史书中读到扁鹊给蔡桓公望诊的故事时，很感兴趣，深受启迪，萌发了学医的念头。但真正促使他走上研究医学的道路，还是当时腐败的封建统治以及连年战争所造成的疫病流行。他目睹疫病流行所造成的惨状，正如他在《伤寒杂病论》序中所描绘的：“余宗族素多，向余二百，建安纪年以来，犹未十稔，其死亡者，三分有二，伤寒十居其七。”这使他十分感伤，“感往昔之沦丧，伤横夭之莫救”。为了解除群众的疾苦，于是发奋研究医学，“勤求古训，博采众方”，终于写出了治病救人的临床典籍《伤寒杂病论》，成为“医方之祖”，他本人被后世誉为“医圣”。

明代李时珍，从小爱好医学，二十四岁起独立给人诊病。在行医过程中，他发现许多讲药物的本草书籍并不完全可靠，有的名实相混，甚至把一些毒性很大的药物，误作为补药，危及病人生命。于是，他立下宏愿，决心把历代本草学认真整理一番，纠正错误，驳斥邪说，补充新知。于是挑灯夜读，搜罗百氏，博览群书，有时为了一味药，就要查阅几十种文献。例如在研究白芨敛肺止血的功能时，他除了查阅大量历代本草书籍之外，还从笔记杂谈之类的书里去搜寻，终于从宋代洪迈的《夷坚志》中觅出十分重要的资料。该书记载，台州有个囚犯，前后越狱六次，每次被重新捕获，都受到严刑拷打，因而“肺皆损伤，至于呕血”。但他用“白芨为末，米饮日服”，竟然“其效如神”。这一秘方的效果，成为李时珍论证白芨敛肺止血功能的重要佐证。他在编写《本草纲目》的过程中，参考过八百多种图书，单是直接引用的文献就有七百五十八部

之多，如果加上间接引用的，则将近千种之巨。没有宏大的志愿，能办得到么？！为了搞清每一个疑问，他尤其重视实地考察，他不辞辛劳，不避艰险地“访采四方”，奔走于河北、河南、江西、江苏、安徽、湖北、湖南、广东等地，虚心向农民、猎人、渔民、樵夫、药农和铃医请教；为了亲身体验药物的性能，他还冒着生命危险，亲自吞服一些作用剧烈的药物，有时弄得精神恍惚，甚至失去知觉。没有宏大的志愿，能够办得到么？！为人民群众解除疾苦的赤诚之心，为发扬中医药学术的坚韧之志，使他倾注了四十年的心血，才使医药巨著《本草纲目》得以完成。他在回忆这一历程时写道：“年行三十力肆校讎；历岁七旬，功始成就。”

近代卓有成就的中医专家，也无不经过艰辛曲折的道路。特别是在解放前，由于反动政府实行歧视、排斥、消灭中医的政策，中医的处境尤其艰难，但有志者仍然纷纷成才，诸如恽铁樵、陆渊雷、秦伯未、程门雪……。《名老中医之路》中众老的经验，归根结底，就是走的一条自学成才之路。那时候，许多青年明知此道艰难，为什么仍然立志学习中医？

第一，中医先辈的民族自豪感和责任心，面对逆境而毫不动摇的坚定信念，为继承和发扬国宝的献身精神，给他们树立了典范。岳美中写道：“半个多世纪以来，我亲见了中医界的同道们，在旧社会的贫苦中自处，与反动派的压迫作抗争，对偏见者的歧视不动摇……为民族保存、继承、丰富了中医学这份遗产。他们是无愧于历史的。我只是同辈先进的一个追随者。”周凤梧听了他表兄的“启蒙一席话”，认识到中国医药学是最可宝贵的遗产之一，应当为此感到自豪，应当

努力加以发扬，从而坚定了他学习中医的信心和决心。

第二，他们深切地认识到人民群众需要中医中药。杨永璇在回顾自己学习中医的历程时写道：“我幼年时，上海市郊缺医少药，眼见亲邻苦于病痛，为求医常需驱车步行，往返数十里，费时旷业，引为憾事。因此，在我十七岁时完成了私塾学业后，就立下了学医志愿。”

第三，他们认识到中医中药确能防病治病，坚信其中必有科学道理。陆士谔初学中医时，信心不足，以为“中医不如西医”，学习的成效甚微。后来身患咳血之病，服用西药无效，病情渐剧，于是请他的老师诊治，按照中医理论，辨证用药，不久就痊愈了。这使他认识到用中医理论指导看病，疗效甚好，再学中医理论就渐有所获。随着学习的深入，体会日深，学习中医的信心更为坚定。李克绍在解放前本来是做小学教员的，后来由于叔父患热性病被庸医药误致死，才立志学医。他之所以不学西医而选择了中医，还是受了反对中医者的启示哩。他购买的第一本医书，是浙江汤尔和翻译的西医著作《诊断学》。汤氏是最反对中医的，他在序言中写道：“吾固知中医之已疾，有时且胜于西医，但此系结果，而非其所以然。徒以结果与人争，无已时。”看了这一段话，李克绍发现，连西医也承认中医治病的效果有时比西医还好，只不过由于中医讲不出道理，才瞧不起中医，他当时想：“结果”和“所以然”究竟何者重要呢？如果汤氏得了重危之病，他是愿意明明白白地知其病之所以然而死去呢？还是想法活着而宁肯暂时不知其所以然呢？他又进一步想：世上真有无因之果吗？中医能愈病，必有所以能愈病的道理，只是这种道理，可能暂时尚未得到解释，或者已经有了中医的解释，而

是目前人们暂时尚不理解罢了。通过这样的思考分析，使他学习中医的信心和决心更足了。

李克绍虽然是回忆解放前的事情，但至今仍然有现实意义。解放以来，随着中医政策的实施，中医防治疾病的疗效进一步得到公认，中医理论研究也取得了初步的成果，而且在国际上也有重大影响，不少国家出现了“中医热”、“中药热”和“针灸热”。有的学者还特别强调指出：“二十一世纪将是中医中药的世纪。”然而，在少数人的心目中，对中医学术仍然存在一些偏见，这可能影响一些缺乏主见，立志不坚的人，而对于决心为中医事业献身的人，只会激励他们更加发奋自学，刻苦钻研，去取得更高的疗效，并进一步探索其“所以然”。自学成才的刘玉梅医师就是其中的佼佼者。他早先在一家医院做行政工作，二十二岁才改行学习中医骨科。当他第一次出现在中医骨科专家崔萃贤老教授的面前时，崔老笑容可掬地问道：“当今西医西药发展迅速，各方面条件都较优越，你为什么来找我学中医呢？”刘玉梅不假思索地答道：“西医能看病，中医同样能看病，西医有了较快的发展，我们为什么不能让祖国的传统医学有更快的发展呢？”他就是抱着这样的志向，一边学文化一边钻研祖国医学，由初中文化程度提高到高中毕业的文化水平，由一个“半路出家”的年轻人，成为一个在骨科理论方面造诣颇深，而且实践经验丰富的中医师。他一方面整理崔老的正骨经验，一方面将自己的独特见解写成了论文；他还在北京骨科学习班培训了二百多名学生。后来这些学生大多已成为本单位的技术骨干，有的还成为很有发展前途的新秀。

事实证明，有志者事竟成。中医事业需要千千万万的人

来干，而要干得有成就，必须要有坚韧不拔的志向。

自强同志，你有广泛的兴趣，这很好，但立志务须坚定专一。古人说：“志于彼而又志于此，则不可名为志，而直谓之无志。”因为一个人的精力毕竟有限，要想在各个领域都取得成就是不可能的，只有把自己全部的精力集中在一个确定的目标上，下定决心，一往直前，百折不回，才能取得成功。你既然认准了自学中医这条路，就要坚决走到底，只要自强不息，成功一定属于你。

祝

学习进步

重庆医学院第一医院 马有度

治学的诀窍和艺术

自强同志：

金寿山说得好：“路，是人走出来的。中医是可以自学成功的。”自学之路究竟应当怎么走？我以为，最重要的就是“下苦功”。只要下定决心，刻苦自学，定能成功！祖国医学，博如大海，只有舍得吃苦的人，才能抵达彼岸，正如古人所说：“学海无涯苦作舟。”中医书籍，垒可成山，只有走勤奋苦学的道路，才能探得其中的奥秘，亦如前人所说：“书山有路勤为径。”这就是古今中医名家自学成才的“诀窍”。

李聪甫十三岁即到药店作学徒。老板给他的活计是：早

上扫地、挑水、抹柜台、擦灯罩、灌水壺、擦烟袋；白天碾药、晒药、检药。一早一晚要拆、上门板。老板给他的规矩是：身稳、手稳、嘴稳、眼明、耳灵、腿勤。经过请求，老板总算准许他夜读医书，但条件是守夜店，在二更上门板后，才能在柜台上看书。读点书可真难呵！那一年除夕，老板早早关了“财门”，他总算找到了最好的自学机会，抱着一本《药性赋》，一口气读了个通宵，一直读到满街鞭炮响，老板开“财门”。可以读书了，但又无钱买书，因为老板对学徒只管吃饭，不给工资。好在偶尔给店主跑路送礼能得点小费，于是他把这些“脚板钱”积攒起来，全部送进了古旧书店，总算换来了一些医书。有书了，但又无师指点，向别人请教吧，有问必答的时候不多，所以只好借助字典，读一遍加圈点；读二遍，加批语；读三遍，记笔记；读四遍，再默诵；最后采用自问自答的方式做作业。就靠这苦和勤，打下了自学祖国医药学的初步基础，以后终于成为一代名医。

金寿山从小就按父亲的要求，不仅要背四书五经，而且不管懂与不懂，硬要把全部《黄帝内经》也读熟背出。由于背不准十二经脉的循行路线，不知受了多少责难，可谓苦矣！丧父之后，家境贫寒，只得到私塾去当“小先生”。小学生在课堂上读“人之初，性本善”，“小先生”就在讲台上读“四君子汤中和义，参术茯苓甘草比”。白天时间不够用，就在晚上读到深更半夜，真是挑灯苦读。即使正式行医之后，走的仍然是苦学之路：无钱买书，就借书、抄书；无师传授，就设法“偷学”，经常在药店柜台上反复揣摩别人的处方，为了学得名家的绝招，甚至每天花几个钟头混在病人陪客中间去偷学；无人指导看书，就自己边琢磨，边整理，竟把手头仅有

的两部医书读得破烂不堪。还是这苦和勤，把他引向了成功之路。

求学问，固然艰苦，但苦中有乐，这是许多人都有深切体会的。王谓川在青年时期，经常到“善化堂”去翻书、借书、抄书，并以此为无上至乐。邓铁涛的先父邓梦觉先生，虽然几十岁了，仍然把经常背诵《内经》作为一种乐趣。金寿山的体会尤深，他在古稀之年回忆说：“苦学养成习惯，则不以为苦，而以为乐。我现在生活上没有什么爱好和癖好，坚持六分之五的时间用于业务，手不释卷，而且到午夜。无他，乐在其中也！”近年自学成才的中年中医刘玉梅，尽管多年来工资很低，他仍然将全家人节衣缩食积攒下的钱购买医书，还订阅六、七种医学杂志，每夜伴灯苦读，虽然生活清贫，但心里却感到无比甜蜜。

乐于苦学的人，必然勤学，成才之人闲不住。他们善于抓时间，挤时间，合理地安排时间来学习，一点一滴，日积月累，知识越来越丰富。就是靠这“点滴勤”，终于达到“术业有专攻”的境地，正如唐代大诗人韩愈所说：“业精于勤”，岳美中在晚年回顾治医生涯，就深感“勤”之可贵。他说：“稍可自慰者，唯有勤奋读书，从未松懈这一点。几十年的生活，基本上是‘日理临床夜读书’。临床常无暇日，读书必至于时”，“做任何学问都要勤奋和持久，治医学尤需如此。”

你询问怎样治学才能更有成效，这个问题很重要。治学之道，虽无捷径可走，但有方法可循；虽然离不开一个勤字，但却须勤而得法，勤而又巧。姑且称为治学的艺术。概而言之，就是五勤：勤读、勤思、勤问、勤写、勤习。

勤读，就是反复阅读，把书读熟。每读一遍必有一遍的

收获，重复的次数愈多，理解得也愈深刻；即使深奥难懂的书，通过反复阅读，也会逐渐明白其中道理。正如《朱子读书法》所说：“古人云：‘读书千遍，其义自见。’谓读得熟，则不待解说，自晓其义也。”对于必须精读的书，特别是其中的关键部份，如能读到熟能成诵，在运用时将会更加得心应手。正如岳美中所说：“对《金匱要略》《伤寒论》，如能做到不加思索，张口就来，到临床应用时就成了有源头的活水。不但能够触机即发，左右逢源，还会熟能生巧，别有会心。”背书，还要早下手。姜春华说：“趁年轻记忆好，读熟了后来大有用处。”许多老一代的中医，在早年背熟的医书，到了老年仍能成诵，可说是终身受益。彭履祥就深有体会：“早年熟读的理法方药内容，不仅长期不忘，随着反复运用，认识更能不断加深。”相反，读书很马虎，记不住也就用不上。正如《医宗金鉴·凡例》所说：“医者书不熟则理不明，理不明则识不清，临证游移，漫无定见，药证不合，难以奏效。”

读书是为了明理，而要真正懂得书中的道理，就必须开动脑筋，勤于思考，古人说得好：“学以思为贵。”在读书时，如果不加思索，只知死记硬背，那是难以把道理弄明白的，所谓“学而不思则罔”。懒于动脑，必然智力贫乏。正如高尔基所说：“懒于思索，不愿意钻研和深入理解，自满或满足于微不足道知识，都是智力贫乏的原因。”因此，要丰富自己的知识，不仅要勤读，尤其要勤思。宋代朱熹就强调熟读与精思结合，他在《读书之要》中说：“观书：先须熟读，使其言皆若出于吾之口；继而精思，使其意皆若出于吾之心。然后可以有得耳。”《朱子读书法》指出读书要心到、眼到、口到，其中以心到最为重要：“心不在此，则眼看不仔细。心眼既不专

一，却只漫浪诵读，决不能记，记亦不能久也。三到之中，心到最急，心既到矣，眼口岂不到者乎。”阅读医书，同样重在“心到”，只有在熟读中“精思”，才能把书中的内容消化，彻底明白其中的道理，变成自己头脑中的东西，所谓“医书不厌千回读，熟读精思理自知。”确是经验之谈。

在勤思之中，又贵在勤问。要把一部书读懂，首先要自己问自己，自己提出疑问，自己来答疑，如果一时尚难释疑，可以先做个记号，等到全部读完之后，回过头来再读、再思、再问、再答，直到疑问冰释，真正读懂弄通为止。《朱子读书法》就谈得很明白：“读书：始读，未知有疑；其次则渐渐有疑；中则节节是疑。过了这一番，疑渐渐释，以至融会贯通，都无可疑，方始是学。”还强调说，经常深入质疑的人，学识能进步得更快，所谓“大疑则大进”。阅读中医书籍，如能自问自答，解除疑问，对于明理也是大有裨益的。赵素就颇有体会。他见脉学上讲到浮脉“如水漂木”，好象易懂，但追问它的实际标准，又难定论。古人为什么说浮脉“如水漂木”？如果只从字面去理解，浮脉在皮肤上，如木头浮于水面上一样，其实这是一知半解。须知中医言脉，在于脉气，即脉之动态。浮脉即应指上浮之力。临床验浮脉，即重按之后，随即轻轻提起，手指不离皮肤，脉气亦随指上浮，这就是浮脉。

当然，在自学中遇到的问题，有些是自己难以解答的，这就需要有人指导、点拨，才能少走弯路。所以自学不仅要嘤嘤求师，还要广开师路，拜能者为师。而要真正学得知识，还须诚心、虚心。宋朝有个名叫杨时的人，终身坚持自学，四十岁时，还到洛阳拜师。一天，他到理学家程颐家去登门

求教，但程颐正在睡觉，于是他就垂手立在门外。而那天大雪纷飞，所以程颐醒来时，杨时脚下已雪深过尺，冷得打颤。程颐连忙请他进屋，并歉疚地说：“为何不早点唤醒我？”杨时谦恭地答道：“先生忙于学问，歇息片刻，怎能打扰？”程颐见他求师如此心诚，当即收他为徒。这就是程门立雪的美谈。得到扁鹊真传的公乘阳庆，医术高明，但不愿收授学徒。淳于意前往求教，由于态度虔诚，虚心好学，彬彬有礼，使年逾古稀的公乘阳庆深受感动，便破例收他为徒。叶天士出身于祖传数代的医生世家，早年即已名噪一时，但他仍然坚持向一切内行的人学习。只要听说哪位医生有特殊专长，就前往求教，有时还隐姓埋名。他先后拜了十七位老师。由于他诚恳虚心，谦恭知礼，所以被询访的医生都乐意相告，而且推心置腹，言无不尽。朱丹溪到了功成名就的暮年，不顾年老体弱，还千里迢迢寻访葛可久，虚心请教，邀同会诊，以弥补自己针灸学方面的不足。古人说：“好问则裕，自用则小。”让我们共勉。

信已经写得很长了，主要谈了勤读、勤思和勤问，关于勤写和勤习，今后再谈。希望知道你在治学方面的见解、经验和教训，以便我从中吸取教益，好吗？

致

礼

重庆医学院第一医院 马有度

由约而博 由浅入深

自强同志：

“读书破万卷，下笔如有神。”习文吟诗是这样，习医治病也是这样。张仲景“勤求古训，博采众方”而成“医圣”；孙思邈博览群书，广收民间方药而为“药王”；巢元方如无渊博学识，岂能写出内容广泛、规模宏大的病因病理学巨著；李时珍倘不“渔猎群书，搜罗百氏”，爬山涉水，实地考察，要想写出“中国古代的百科全书”，简直不可想象……。要真正精通祖国医学，除了博览古今医著之外，尚应了解天文、地理、历史、文学、哲学。

邓铁涛说得很形象：知识既要有深度，也应有广度。积累知识好比建筑金字塔，底宽顶尖，乃能巍然屹立。知识的广度可以使我们视野开阔，能帮助克服保守思想，能推动专业知识的深化和发展。清代陈实功也强调指出：无论从事内科或外科的医生，都必须熟读古代的名医论著，并能灵活运用，而且对当代医家的新论，对文学家和哲学家的著作，必须广泛参阅，以增长学问和见识，这是做一个好医生必备的基本要求。的确，学好古文、历史和哲学，对于学习中医至关重要。这是因为：中医书籍多是古文，特别是经典著作，与现代白话距离尤大，如果没有一定的古汉语知识，就无法读懂，更不要说深入研究了，甚至难以成为一个合格的医师，俗话说：“文墨不通，难作医工。”中医学的形成和发展，与古

代文化和哲学思想密切相关，如果缺乏文史和哲学知识，也很难深入研究祖国医学；不少医学资料，还散见于文史书籍之中，倘能留心文史，必能搜集到不少零金碎玉。古今医学名家无不精通文史，因而学习中医更为方便，俗话说：“秀才学医，笼里捉鸡。”任应秋在学医之前，就通读十三经和一些有关诗文典故的书，使他打下了古汉语的良好基础，成为他后来“学习中医学较雄厚的资本”。岳美中不仅在学医前攻读经史诗文，即使在业医之后，仍然喜读“二十四史”，并涉猎六经、诸子以至佛教、道教著作。从中得来的文史知识和修养，对他学习和研究中医学的长进大有裨益。李聪甫之所以强调哲学著作应列为医家必读之书，是因为《矛盾论》使他深得其惠。他说：“唯物辩证法是中医基本理论的精髓，能够学习和运用它，很多问题能迎刃而解。”

当然，我们的主要精力应当放在博览中医文献上来。无非是三个方面：一是经典著作，一是各家学说，一是现代著述。经典著作是中医学的根柢，对于生理、病理、药理、诊断、治疗、预防、摄生，都有重要的指导作用，必须认真钻研，得其要领，善于运用。但是，单靠这些经典著作还不行，因为经典著作谈理论较为原则，讲临床经验以及选方用药亦限于当时的水平和范围。因此，还应广泛阅读历代各家著述和后世方药专书，才能更深入地理解理论，更广泛地掌握治病手段。至于现代中医著述和医药杂志则有如烂漫山花，如不广泛涉猎，就不能获得新知。

博览群书，当然不是平均使用力量，而应把重点放在得力的著作上。历代的大学问家，在学海泛舟之际，往往着重深钻一两部“得力”之作，终身受用。韩愈得力于《史记》，柳

宗元得力于《离骚》，王安石对一部《毛诗》更是“朝夕不离手”。“读破万卷书”的成功经验人所共知，而“专攻一部书”的成才隐秘，却较少有人知晓。任应秋说，他研究《黄帝内经》等经典著作的许多方法，是受《辘轩语》的影响。姜春华说，《医学源流论》对他的医学思想“最有启发”。李聪甫研究《伤寒论》，以《伤寒来苏集》奠基，深受其惠。他还认为，对于理法方药每一大类的书，都应慎重选择善本，下苦功深钻，打好基础，再广泛涉猎，就不至于茫无头绪。李聪甫介绍的这一经验，是极其宝贵的。这就是由约而博。有些人“读书破万卷”，但却下笔如有“鬼”，写不出好文章；有些人沉溺书海，但一生却一事无成，弄得来“读书死”，就正是不懂得由约而博，没有真正读懂一本好书。所以，宋人黄山谷主张：“泛滥百书，不如精于一也。有余力然后及诸书，则涉猎诸篇亦得其精。”确为至理明言。

读书固然多多益善，但仅仅博览还不行，还必须由博返约。因为在古往今来的浩繁文献中，陈陈相因、大同小异者甚多，学派不同，立说各异，阐发独特经验者亦复不少，只有善于分析归纳，才能把其中的精华学到手。

自强同志，你提出的关于博与约的问题，就暂且谈到这里，关键是八个字：由约而博，由博返约。下面谈谈浅与深的问题。

学习中医著作究竟应从何下手？一种主张是由源到流。有的认为应从难入手，首先学好经典，然后旁通各家，方能取得高屋建瓴之效。有的认为只有学好了《内经》，才谈得上打好了中医学的理论基础。只有打好了理论基础，进而学习临床各科、学习各医学家的著作，才可能左右逢源，事半功

倍。并强调说这是学习中医学的大路，是从正门而入，如果舍此正路和大门，是很难学而有成的。还有人认为，采用浅显读物作教材的老师，几乎都偏重于传授自己的经验为主，而忽视经典著作的讲授，所以培养出的学生，也往往是侧重于临床，而忽视理论方面的研究。

强调学习中医理论，强调学好《内经》等经典著作，无疑是正确的。但是学习中医的入门方法，则不一定非要从难入手。一般说来，应从易入手，由浅入深，循序渐进，效果才好。学习任何科学都是如此，学习祖国医学，也并非例外。特别是对于古汉语和文史知识根柢不深的人，倘若硬要先啃“硬骨头”，往往事倍功半。赵金铎最初遵照其本家祖父“先去熟读《内经》”的意见，于是“闭门死读起来，风雪严寒，烈日酷暑，无一日辍止。怎奈自己文识浅陋，其中大部分章节，百思不解。”后来，其本族伯父告诉他：“医之为术，易学难精，要由浅入深，循序渐进。依你的条件，开始自学《内经》是不实际的，应先读一些比较通俗、实际的著作。”于是他依其指点，改弦更张，从《古今医鉴》开头，接着学习《陈修园七十二种》、《万病回春》、《医方集解》等等。方法一变，耳目全新，因为这些书文字较为通俗，且内容多涉及临床实际，故兴趣油然而生，学识也大大地长进了。陈源生从背诵《药性赋》发蒙，先学通俗读物，从易入手，由浅入深，因而“一切都很顺利，对医道兴趣倍增”。正是这“兴趣油然而生”，正是这“对医道倍感兴趣”引导他们深入研究祖国医学，终于学而有成。如果在初学中医时就勉强去啃深奥难懂的“硬骨头”，兴味索然，必然收效甚微，对于立志不坚的人，还会丧失信心。楼百层在回忆解放前的“浙江中医专门学校”时就谈到，

新生入校时每班有六、七十人，但一、二学期后，自动退学者辄多达半数以上。一方面固然是由于反动政府歧视、压制中医，蔑之为“不科学”，另一方面，则是由于教学不能由浅入深，不注意联系实际，使学生难以领会，没有兴趣，不愿学习。例如，“上生理课中的‘太极生两仪，两仪生四象，四象生八卦’和病理课中的‘阴阳五行’等理论，常使初学者感到飘渺玄虚，难以领会。”从易入手，由浅入深，终于学而有成的医家是很多的。李聪甫是从《药性赋》发蒙的；岳美中是从《药性赋》、《汤头歌诀》、《衷中参西录》入手的；姜春华的启蒙书除《药性赋》和《汤头歌诀》之外，尚有《四言脉诀》；裘笑梅从师之初，老师给了他四本书：《医学心悟》、《瀕湖四言脉诀》、《药性总赋》、《汤头歌诀》；孙允中最初学医，得益于《药性赋》、《汤头歌诀》、《瀕湖脉学》、《医学三字经》，所以他称之为“四小经典”。事实说明，从通俗读物入门，也是正门，由此入门之后，再溯源而上，深研经典，旁通各家，也是一条大路，是完全可以学而有成的。不仅可以成为经验丰富的临床家，也可以成为能指导临床的理论家。

即使学习经典著作，也宜由浅入深。由于《伤寒论》内容是谈辨证论治、理法方药，文字亦较朴实，而且此书能承上启下，所以不少医家从学习本书入手，进而勤求古训，上溯《内经》，博采众方，下循各家，收到事半功倍的效果。王伯岳就是遵循其师所指引的这条途径学而有成的。许多医家学医之初，在学习通俗读物的同时，也学习《伤寒论》，岳美中、姜春华等就是走的这条路。

初学《伤寒论》，在读白文的同时，先选择一、二本深入浅出、浅出的后世之作着重攻读，往往能够事半功倍。陈源生对此

深有体会：“我学《伤寒论》是先从原文开始的。惜乎条文古奥，措词晦涩之处，实在不懂。还是经叔祖父指点，以《伤寒来苏集》、《伤寒贯珠集》与仲景原文相互参证，读而思，思而再读，反复多遍之后，感到见效确要快些。”他还主张把《长沙方歌括》作为入门钥匙。李聪甫则力主以《伤寒来苏集》奠基，因为该书分析精详，切合实际，且有因方辨证的特点，易于系统学习。当然，采用其它善本奠基亦可。蒋洁尘最初学习四大经典，因无师指点，未能窥得门径。后来“得阅恽铁樵之《伤寒论辑义按》及陆渊雷之《伤寒论今释》、《陆氏论医集》，以其浅而易懂，读后对此道渐次有所理解，而更坚定学习中医之信念。”解放以后的许多著述，也可从中选择，如徐荣斋编著的《重订通俗伤寒论》，南京中医学院编写的《伤寒论译释》等等。

学习其他经典同样宜于由浅入深。例如，学习《内经》，可以从学习秦伯未编著的《内经知要浅解》入手；学习《金匱要略》，可从学习何任编著的《金匱要略新解》入手。

自强同志，两年前你初学中医时，曾得益于秦伯未在一九五九年编著的《中医入门》。那本书虽然还不到九万字，但却把祖国医学画出了一个轮廓，写得深入浅出，通俗易懂，没有“八股”味道，对初学中医者很有帮助，所以深受欢迎，先后印刷九次，发行近六十万册。你现在想要进一步深造，我建议你系统自学中医学院统编教材，还是从《中医学基础》入手为好。只有打好基础，才能建成高楼。现在倘能由浅入深，今后才能深入浅出。

信口说来，一泻千里，其实主要就是两句话：由约而博，由博返约。由浅入深，深入浅出。

祝

学习进步！

重庆医学院第一医院 马有度

读书贵在抓特色

自强同志：

“读书难，读医书尤难；读医书得真诠，则难之尤难。”这是陆士谔发出的感叹。正因为难，必须苦读；正因为难，又必须巧读。苦读才能得真诠，巧读才能更快地得真诠。

巧读者，讲究读书的方法也。纵观古今，学有成就的人，无不重视读书之法。有关论述大多散见于各家著述之中，也有这方面的专论，《朱子读书法》就是成功之作。在中医著作中，陈修园提出“读书十劝”，王立山提出“读书四字诀”，陆士谔提出“读书十则”，任应秋归纳出精读、深思、勤写、善记四项，彭履祥概括为信、静、细、活四字，都是有得之言。

在前面的信中，我们曾讨论过读书的五勤：勤读、勤思、勤问、勤写、勤习。除此以外，还应特别强调一点：读书贵在抓特色。抓住了特色，也就获得了真诠。我们不可能把每一本书里的大量内容和事实全部记住，只能把它“提纲挈领”地装入脑中，只有抓住文献的特色，才能做到“提纲挈领”。陈修园就善于根据文献的特色，加以高度的概括，这也是《医学三字经》的特色。他把李东垣的学说归纳为“重脾胃，升清

气”，把张子和的学说归纳为“主攻破”，把刘河间的学说归纳为“专主火”；把朱丹溪的学说归纳为“阴宜补，阳勿浮”。经过这样言简意赅的归纳，就抓住了金元四大家的特色，掌握了四家学说的要领。

当然，在提纲挈领之后，还须将反映特色的具体内容加以分析归纳，才能执简驭繁。如能写出有骨有肉的读书心得，则收益更大。今寄上我发表在《河南中医》上的一篇读书心得——《〈医学心悟〉的特色》，不知能否对你有所裨益。

此致

敬礼！

重庆医学院第一医院 马有度

附：

《医学心悟》的特色

马有度

清·程钟龄的《医学心悟》问世之初，即“抄阅者众”；解放以来，虽已印刷五次，但仍供不应求，何以如此备受欢迎呢？原来此书颇有特色。

有的放矢 切中时弊

首卷以“医中百误歌”为先导，开宗明义第一句就说：“医中之误有百端，漫说肘后尽金丹，先将医误从头数，指点分明见一斑”。接着就针对当时医

林、药界及病家实际存在的种种弊端，一一加以剖析。而存在于医生中的错误，事关重大，尤须重点纠正，所以首先针对“医家误”而“指点分明”，分析了一系列的弊端，诸如辨证难、脉不真、失时宜、鲜定见、强识病等等。疗效的好坏，与病人的配合密切相关，与亲友邻居也有关系，和药物的关系就更加密切，所以又先后分析了“病家误”、“旁人误”及“药中误”。只有纠正这些弊端，才能取得良效，所以作者最后概括地说：“此系医中百种误，说与君家记得熟，记得熟时病易瘳，与君共享大春秋。”

针对有些时医妄用温补治实火，滥施攻泻治虚火的毛病，又写了“火字解”篇，并在凡例中强调说：“虚火可补，实火可泻，若误治之，祸如反掌。”

针对“时医更执偏见，各用一二法，自以为是，逐至治不如法，轻病转重，重病转危，而终则至于无法。”程氏对“医门八法”进行了详尽论述。而阐发的重点，均是针对“用之不当”的时弊。例如清法，就分析了误用的四种情况：“有当清不清误人者，有不当清而清误人者，有当清而清之不分内伤外感以误人者，有当清而清之不量其人，不量其证以误人者，是不可不察也。”对于汗法，则指出误用的五个方面，其他各法也无不如此。

提纲挈领 执简驭繁

摄生预防，最为重要，因而提出“保生四要”：“节饮食、慎风寒、惜精神、戒嗔怒”。简明扼要，

使人一目了然。

一旦患病，首先需要推求病因，于是又提出“内伤外感致病十九字”：“风、寒、暑、湿、燥、火、喜、怒、忧、思、悲、恐、惊，以及阴虚、阴虚、伤食。总而言之，十九字不过内伤、外感而已”。纲目何等分明，示人执简以驭繁。

了解病因之后，还应全面搜集病情并初步辨证。对望、闻二诊，他提出“入门辨证诀”，认为“凡看症之法，先辨内伤外感，次辨表里，得其大概，然后切脉问症”。对切诊，他概括为“脉有要诀，胃、神、根三字而已”。进而又将29种病脉区分为阳脉和阴脉两大类。可谓得其要领。

在此基础上，还须深入辨证。辨证的目的是为了论治，包括立法、遣方、用药。而治法上承辨证、下统方药，是至关重要的一环，所以程氏对治法的论述极详，但始终围绕“医门八法”加以阐述，他强调说：“此数十年来，心领神会，历试而不谬者，尽见于八篇中矣。”治法如此之多，而以“八法尽之”，概括得何等精炼。

辨证论治是中医学术的精髓。程氏认为：“论病之源，以内伤、外感四字括之。论病之情，则以寒、热、虚、实、表、里、阴、阳八字统之。而论治病之方，则又以汗、和、下、消、吐、清、温、补八法尽之。”寥寥数语，将辨证论治概括无余，可谓提纲挈领。

程钟龄对伤寒病提出“伤寒主治四字论”，对时

疫之症概括出“来路两条，去路三条，治法五条”，对杂病则又提出“杂病主治四字论”，对于外科治疗，则总结出“外科十法”。

由此可见，《医学心悟》提纲挈领、执简驭繁的突出特色贯穿全书，充分体现：知其要者，一言而终，不知其要，流散无穷。

汇通各家 取其精华

程氏虽然尊崇仲景，说“医道自《灵》、《素》、《难经》而下，首推仲景，以其为制方之祖也。”但他并不认为《伤寒论》完美无缺，说《伤寒论》对温疫和温热阐发不够。

对于金元四大家，他认为均有重大贡献，但又都有偏而不全的缺点。如“河间论温热及温疫，而于内伤有未备”，而“东垣详论内伤”，但对“阴虚之内伤，尚有缺焉”。因此，他主张汇通各家学说，取长补短。如将东垣之补气与丹溪之养阴合之，则对于内伤的论治就比较全面了。

由于程氏善于吸取各家之长，因此，他不仅在《医学心悟》中论述较为全面，而且临床疗效也大为提高。正如他的学生吴体仁所说：“吾师钟龄程先生，博极群书，自《灵》、《素》、《难经》而下，于先贤四大家之旨，无不融会贯通，以故病者虽极危笃，而有一线之可生，先生犹能起之。”

看似平淡 确有效验

程氏遣方用药，看似平淡无奇，用之确有效验。例如程氏所创名方止嗽散，迄今仍为最常用的有效良方。据报道，以本方为基础方，治疗外感咳嗽280例，包括上感、支气管炎及肺炎，结果治愈273例占97.5%，仅7例无效〔《江苏中医》(9)：13, 1965.〕。又据报道，用本方加减治疗外感咳嗽64例，有效率亦达95.3%〔《广东中医》(2)：58, 1959.〕。此外，尚有报道用本方加减，治疗发热不高、咳嗽较剧的流感，也取得一定疗效〔《上海中医药杂志》(5)：14, 1958.〕。程氏创制的其他方剂，如治疗痢的消瘰丸、治肺癆的月华丸、治痰湿眩晕的半夏白术天麻汤等方，疗效均颇确实。

程氏尤其善于借鉴前人的验方，或加以创新，或灵活变通而用之，常能取得比前人更高的疗效。如程氏加味香苏散，即是由《和剂局方》的香苏散加味而成，程氏用以治疗冬月的正伤寒，随手而愈；对于春、夏、秋三时感冒，亦可取效。他在分析此方时说：“有汗不得服麻黄，无汗不得服桂枝，今用此方以代前二方，药稳而效，亦医门之良法也。”其他如程氏柴葛解肌汤、程氏蠲痹汤、程氏葶藶分清饮、程氏透脓散等方，只要用之得当，疗效亦佳。这些方剂都是在前人经验的基础上发展而来的，所以程氏的受业门人指出：“大抵方药一衷诸古，而又能神而明之。”

资料贵在一线穿

自强同志：

学习任何科学，研究任何学问，都必须读书刊，查文献，从流溯源，尽可能多地占有资料，以便充分了解众多的学说和不同流派的见解，才能治学有成。正如前人所说：“人能由众说之流派，溯学海之渊源，则是书之成。”经常作好札记，积累资料，是治学的重要基本功，“札记之功，必不可少”。不注意积累资料，必难学而有成；不充分占有资料，要从事研究工作，简直寸步难行。因此，治学之人，应该养成查阅文献并认真摘录的习惯，就象每天要看报一样。要经常做搜集资料的“有心人”，随身携带笔记本，无论在哪里看到有价值的资料，就立刻记录下来。当然，大量的文献资料要靠自己主动地、有针对性地查阅和记录。记录的方式以摘卡片较好，也可以采用分门别类作笔记的方法。无论采取何种记录方式，内容都应包括文献的作者、题目和内容提要；对文献出处必须写清楚：期刊的名称、卷、期、页码，书籍的版本、出版社名称、出版时间等等。

值得注意的是，在查阅文献的过程中，有时会产生重要的联想，或有所感，或有所悟，甚至“灵感”触机而发。这时就应立即记录下来，除了在书刊上作眉批之外，还应在卡片和笔记本上醒目地记录，倘不及时记录，就可能无影无踪，后悔莫及。清代章学诚强调说：“如不札记，则无穷妙绪，皆

如雨珠落大海矣。”

尤其值得注意的是，在掌握了大量资料之后，应及时地将有关资料对比研究、分析综合，结合自己原有的认识和体验去思索，把这些资料串联起来，形成自己对某一问题的新观念，最后写出有自己心得的文献综述。这就把“死资料”变成了“活材料”，收益更大，对别人也有所帮助。我发表在《四川中医》上的《浅谈中风预测》，就是采取一线贯穿的方式来活用资料的。随信寄上抄件一份，供你参考，并请指正。

祝

学习进步

重庆医学院第一医院 马有度

附：

浅谈中风预测

汪明同志：

你好！来信收到了。你在自学了中风的辨证论治之后，很希望知道怎样预防中风，今天就和你谈谈这方面的问题，就从中风预测谈起吧。所谓“三年早知道”，是人们对吹牛者的嘲讽，然而对于中风暴厥，有时确可预测三年。

早在元代，罗天益就指出：“凡大指次指麻木或不用者，三年中有中风之患。”明代张三锡也强调

说：“中风症，必有先兆。中年人但觉大 拇 指作麻木或不仁，或手足无力，或肌肉微掣，三年内必有暴病。”近年来，福州神经精神病防治院在临床观察中也发现，从出现中风先兆到暴发中风的时间，最长者三年。

古往今来，凡是预测中风，无不重视观察先兆征象。这些先兆可以在发病前几分钟、几小时、几天内出现，也可以在几个月、几年前出现。常见的先兆有哪些？有些什么特点？

眩晕，是最常见的先兆，正如朱丹溪所说：“眩晕者，中风之渐也。”眩晕大多和其他症状相伴出现，如耳内蝉鸣、目赤鼻衄、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、眼球震颤，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。

肢体麻木，特别是手指麻木，也是很常见的征象。罗天益、张三锡均着重强调这一征兆。清代王清任也在《医林改错》中指出：“有胳膊无故发麻者，有腿无故发麻者”。这种肢体麻木大多表现在一侧，常常伴见手足颤抖、酸软无力，甚至出现动作不灵，正如王清任所描述的：“有行走两腿如拌蒜者”、“有脚孤拐一阵发软向外棱倒者”。

有些先兆，可以持续存在。王清任就观察到：有一手长战者、有两手长战者、有下眼皮长跳动者、有眼前长见旋风者。但是，中风先兆大多是突然出现，呈阵发性的，且所出现的异样感觉，常常无

故发生。王清任列举的三十四种中风先兆中，就用了十四个“一阵”和十二个“无故”。诸如：有头无故一阵发沉者，有头项无故一阵发直者，有耳内无故一阵风响者，有无故一阵眼睛发直者，有手大指无故自动者，有肌肉无故跳动者，有腿无故抽筋者，有心口一阵气堵者，有心口一阵发空，气不接者，有心口一阵发忙者……。王清任在《医林改错》“记未病前之形状”中描述的这些征象，在现代临床观察中也初步得到证明。例如福州神经精神病防治院收治的370例脑血栓形成病人，不少病例在中风前都出现多种多样的先兆征象，许多症状都与王清任的观察相同。

由此可知，仔细地观察先兆症状是预测中风最简便可行的方法。特别是出现一些明显的先兆征象，如平素聪明忽然无记性，忽然说话少头无尾、语无伦次，甚至出现短暂的意识障碍和肢体不遂（称为“小中风”），则更是预测中风的重要信号。当然，即使先兆症状不重，也不能忽视，因为预防中风必须防微杜渐，所以王清任谆谆告诫说：“因不痛不痒，无寒无热，无碍饮食起居，人最易于疏忽。”

一旦发现中风先兆就要及时注意预防。《证治汇补》就强调指出：“平人手指麻木，不时眩晕，乃中风先兆，须预防之。”怎样预防？第一，慎起居：一方面是生活要有规律，注意劳逸结合；另一方面要进行适当的体育活动，如散步、打太极拳，但不宜剧烈运动，以免诱发中风。第二，节饮食：除了不

能进食过饱，切忌暴饮暴食之外，还要以清淡为主，避免肥甘油腻，切忌嗜烟酗酒，因酗酒而诱发中风者，并非少见。第三，调情志：经常保持心情舒畅，情绪稳定，做到怡情放怀，如果焦虑不安，情绪激动，特别是突然暴怒，往往诱发中风。

如果出现“小中风”，则更应特别留心，因为“小中风”往往容易反复发作，病情也一次比一次加重，正如《脉因症治》所说：“中风之症……一年半载，又复举发，三四发作，其病渐重。”《沈氏尊生书》也强调指出：“若风病已愈，而根株未能悬拔，隔一二年或数年必再发，发则必加重，咸至丧命。”所以前人对于已有“小中风”或已往患过中风者，更是强调“平时宜预防之”。认为如能注意避免过劳，防止暴怒郁结，善于养精神，调气血，又常服药以维持之，就能“庶乎可安”。宜服什么药物呢？当然应辨证论治，因人而异，但值得注意的是，除了酌情采用滋阴、潜阳、平肝、息风等治法外，着重使用活血化瘀法，常有较好的预防效果。

总而言之，中风是一种病死率很高的严重疾病，正如喻昌在《医门法律·中风论》中所说：“中风一症，动关生死安危，病之大而且重，未有过于此者。”世界卫生组织曾统计，在总人口中，大约有千分之一的人死于脑血管意外。而中风的治疗效果，迄今不够满意，所以加强预防尤其重要。

汪明同志，我拉杂地谈了这些看法，不恰当的地方，请来信指正，千万不要客气。

此致

敬礼

重庆医学院第一医院 马有度

临证贵在知常达变

之新同志：

您好！

“纸上得来终觉浅，绝知此事要躬行。”陆游的这两句诗极富哲理。要想深入地认识事物，单凭书本知识是不够的，还必须亲自实践才行。研究医学尤其如此，必须医术精良，最忌纸上谈兵。因为良医可以助人、活人，庸医则会误人、害人。而要医术精良，博通医籍固然重要，临床经验尤其可贵。所以陈修园、程钟龄等许多医家都主张白天看病、夜晚读书，意在学以致用，学用结合。清代作家吴敬梓也深明此理，他在《儒林外史》第三十一回中写道：“熟读王叔和，不如临证多。”缺乏临床经验，疗效必然不高。岳美中在回忆录中就谈过：“我行医之初，靠书本上的一些知识辨病投方，疗效并不高。”因此，古今医家在独立诊病之前，大多先要跟师“侍诊”，就是为了看看书本知识怎样与临床实际结合，吸取老师的宝贵经验。上海名医丁甘仁根据辨证施治的原则，结合他几十年的临床经验，已构成一套经过锤炼的常规成方，卓有显效，其弟子经过跟师“侍诊”再独立诊病，就比较心中有数了。邓铁涛先后跟随了几位不同派别、各有专长的老师实

习，收获良多。他亲见其父使用仲景治产后腹痛的枳实芍药散，治愈一例需注射吗啡才能暂时止痛的产妇，才体会到这个既简单而又不属于止痛之剂的药散，确有惊人的效果。

当然，临床经验主要还得靠自己在医疗工作中去积累。只有亲身实践，反复多次，才能把书本知识和别人的经验变成自己的经验，灵活运用，加以发展。而善于掌握临证规律的人，则进步得更快。无非是两个方面的：一是辨证论治的一般规律，一是灵活变通的特殊规律。掌握了前者才能对常见病证应付裕如；掌握了后者才不至于面对疑难病证束手无策。二者不可偏废，所以说：“临证贵在知常达变。”

对于初学中医者来说，首先要知其常，打好扎实的基础，切忌好高骛远，结果连最常见的感冒也不能正确处治。秦伯未给中医学院的学生作了一次关于感冒辨证论治的学术报告，并将讲稿收入《医学谦斋讲稿》之中，颇有深意，请仔细看看这篇文章，并望见到你的读后感。现寄上我的读后感《感冒病虽小，善治费思考》，请批评指正。

知其常，就是要搞清楚每一病证的概念、病因、病机、证候，能够准确地辨认其基本类型，能够正确地立法、遣方、用药。倘能如此，一般多能取得较好的疗效，因为患常见病证并表现为基本证型的病人毕竟是多数。例如感冒和外感咳嗽在临床上最为常见，其中多数病人又呈现为风寒、风热这两种基本证型。又如泄泻、胃痛，临床亦颇常见，泄泻以湿热、脾虚、伤食三型为多；胃痛以虚寒和肝胃气痛二型为多。善于治疗这些常见病的基本证型，也就对多数病人做到了正确诊治，这也是许多名家之疗效高于一般医生的原因之

一。这是极为重要的基本功，务须熟练掌握。

然而，仅仅掌握辨证论治的一般规律，那是远远不够的。在知其常的基础上又贵在达其变，这是名家之疗效高于一般医生的又一重要原因。例如感冒固然以风寒、风热为基本类型，治宜辛温发汗或辛凉解表。但冒风声哑，则需轻宣肺气法；雨湿外乘，又宜疏表化湿法；暑令感冒，多宜清疏暑风法；感受秋燥，常宜清气润燥法；至于虚人外感，则更有助阳解表、滋阴解表、益气解表、养血解表等法；倘是体虚易感冒或感冒后绵缠不解，则宜固表祛邪法；妇人经期感冒、老人及小儿感冒，治法又各各不同……。由此可见，治病除了掌握常用的基本治法以外，还必须掌握变通之法。

就方剂而言，掌握一些常用的通治之方，是临证所必不可少的，否则无规矩可循。特别是历代名方，经过千锤百炼，如能正确运用，疗效甚佳。雷福亭写道：“尝考丹溪治病，凡遇气亏者以四君子汤，血亏者以四物汤，痰饮者以二陈汤，湿食者以平胃散，都以四方为主，更参解郁治之，药品不繁，每多中病。”使用通治方必须切合病情，不可以方试病，拘方治病，贵在根据病情，灵活变通，程钟龄就很善用古方，正如其弟子吴体仁所说：“大抵方药一衷诸古，而又能神而明之”。李聪甫在随师应诊时，发觉其师很少使用完整的“汤头”，询问其故，老师笑道：“所谓‘读方三年便谓天下无病可治’，将来，你‘治病三年，乃知天下无方可用’了。成方与证相合，当可用之。但应知常知变，以方套病，误人深矣！”

为什么“以方套病”会“误人深矣”？因为方是死的，病是活的，以死方硬套活病，犹如削足适履，自然难以取效，以

致贻误病人。因此，应“师其法而不泥其方”，着重研究方中之法，探讨药物如何配伍和方剂如何组织的规律。例如麻杏甘石汤，属于清宣肺热之剂，其配伍规律是由解表平喘药与清泄肺热的药物组成，用于治疗外感风邪，肺热咳喘之证。我使用本方，一般都加入黄芩以增强清肺泻火之力。如果患者兼有呕恶或腹泻，则减去石膏，虽已不成其为麻杏甘石汤，但仍属清宣肺热之剂，同样有效，我名之曰“麻杏芩甘汤”。一个民间医生用麻黄、鱼腥草、桔梗、枳壳、凤凰衣组方，自然更不成其为麻杏甘石汤，但仍属清宣肺热之法，用以治疗麻疹肺炎，有时竟获良效。现代多用麻杏甘石汤治疗急性支气管炎、哮喘性支气管炎、支气管哮喘、大叶性肺炎、小儿肺炎以及麻疹合并肺炎等病。但由于方中缺乏苦寒泻火及解毒之品，特别是对于较重之症，则嫌病重药轻，所以一般宜酌加黄芩、银翘、鱼腥草等，疗效优于原方。

要做到知常达变，当然不是一朝一夕的功夫，但只要坚持理论联系实际，功到自然成。你现在已经开始接触病人，为了缩短这一进程，注意以下几点，可能对你有所帮助。

第一，在临证时，不仅要随时参阅一般临床著作，还应同时看些古代医案和现代临床报道。这是因为，一般书本上的论述是经过条理化的，大多讲的是一般规律，与临床实际不可能丝丝入扣，完全吻合。而古代医案和现代临床报导是理论与实践结合的产物，是临证经验和教训的具体总结，不仅能从中受到启发，而且可以重复验证加以运用，这就能经常吸取活的知识，弥补自己经验的不足。秦伯未说得好：“各家医案是医生终身的良师。”当然，一个人的精力有限，无论各家医案和现代资料都要有所选择，特别是根据自己在临

证中碰到的难题，有针对性地选读，收效更大更快。

第二，在临证时，要留心观察其他医师的处方。从病历上的记载，病人保存的处方，以及病人的诉说中都可以吸取别人经验，所谓“处处留心皆学问”。著名医家张简斋在渝期间，陈源生就常从病人处研究其处方，发现张老板善清灵，药量虽小，但却每起沉痾，很受启发。岳美中早年用玉屏风散治气虚感冒，多是大剂突进，虽然数剂即效，往往不易巩固，后见蒲老治疗此病的处方，也是用玉屏风散，却是小量长服，疗效颇好。从中悟到治疗慢性病，有“方”还需能“守”的道理。陈耀堂在上海时，从病人手中看到一张颇有特色的有效处方，得知是出自一个从四川来的医生之手，便前往请教，学得了擅用附子的特长。他后来回忆说：“这些经验之谈是书本上找不到的。”

第三，要认真总结自己的临床经验和教训。李聪甫说得好：“在实践中，一定会时有所感，时有所得。这些成功或失败的感受都是稍纵即逝的，必须以‘今日事今日毕’的态度记录下来，尤其是疑难病证的处方，要将理法方药一一叙明，并具存根。这样日积月累，自然能受其益。”魏长春在开业行医之初，即遵照其师“处方要留方底”的临行所嘱，每诊一病均留方底。在诊余之后，则根据治疗效果随时总结，寻找短处，据此确定下一步的治疗措施，因而进步颇快。并为他后来著文写书积累了宝贵的资料。直至八十高龄之后，仍然保持录存医案，随时总结医案的习惯。

书写好中医病历，是总结临床经验的基本功。至于怎样写才符合要求，请参看我写给赵建业同志的一封信，发表在《中医杂志》一九八三年第二期上。

虽然言犹未尽，但午夜来临，就此搁笔，改日再谈。

此致

敬礼！

重庆医学院第一医院 马有度

读书临证 相得益彰

厉志承同志：

你好！来信收到了。你说经过三个多月的试诊，各方面有了提高，但也常常感到自己理论知识和临床经验还不够丰富，有时面对复杂的病情，会觉得不知所措，诊断、处方时，自己心里不踏实，效果自然也不会很好。要我谈谈怎样学习书本知识，处理好理论和实践的关系，尤其是谈谈有关治则和治法方面的问题。你所提出的问题带有一定的普遍性，初学的人时常会遇到。现在，就围绕这些问题，谈一下我的粗浅体会，供你参考。

先从怎样读书谈起。前人宝贵的临床经验，主要依靠书籍，世代相传，得以保存到现在。现存的祖国医学书籍，据统计大约有8,000多种。我们说要继承祖国医学遗产，其中重要的一环，就是对历代典籍的继承。这8,000多种书籍，有的是寥寥短篇，有的是洋洋巨著，总起来，可以说是浩如烟海。要把这些书全部读上一遍，对一般人、尤其是初学者来说，是很难办到的，而且也没有这个必要。学习祖国医学，对《内

经》、《伤寒论》等经典著作，及历代各学派的代表作，须择要精读，深刻领会；而对一般著作，则略知其大意即可；一小部分陈陈相因，互相抄袭，别无新义的作品，便不值得化大气力去阅读和研究了。

谚云：“开卷有益”。但开卷所获益的程度，也有不同。这里便涉及一个读书方法的问题。首先，读书不可钻牛角，去做那些无谓的争论。例如三焦有形还是无形，古人争论了几千年，也没个结果。现在再去讨论，则徒扰烦声，无裨实用，我看就大可不必了。而把三焦理解为对脏腑功能系统的一个特殊的分类方法：上焦包括心、肺，中焦包括脾、胃，下焦包括肝、肾；其他组织、器官，可根据各自的部位，以类相从，分属于上、中、下三焦。在病理学上，更可把它看成是一个辨证分类的体系。这样的理解，既不悖于古人，又能指导临床，对初学来说，简单明了，容易掌握。你说对吗？

随着医学的发展，某些术语和概念也会逐渐有所变化，如果简单地以今例古，常会发生错误的理解。举解表这一治疗法则来说，对“发表剂”的解释，古代和现代便有不同。《素问·六元正纪大论》有“发表不远热，攻里不远寒”的话，后世医家因此有“发表攻里，寒热殊途”的说法，并且用仲景发表方剂如麻黄汤、桂枝汤都是辛温之药，三承气汤都是寒凉之剂证成其说。明代医学家张景岳说：“中于表者多寒邪，故发表之治不能远热，夏月亦然。……今之昧者，但见外感发热等病，不能察人伤于寒而传为热者，有本寒标热之义，辄用芩、连以清其标，亦焉知邪寒在表，药寒在里，气求声应，致使内外合邪，遂不可解，此发表用寒之害也。”（《类经》卷二十六运气类930页，人卫版）张景岳的话，是代表了当

时流行的观点。它曾经严重地束缚了温病解表治则的创立。因为按传统的说法，发表只能用辛温的麻黄汤、桂枝汤之类，虽外感发热(其中包含温病)或时处夏月，也不例外。用辛温发表剂治疗温病，反使病情加重，而当时又无相应的辛凉解表剂供用，故长期以来有温病不可发汗之戒。温病解表方剂，如银翘散、桑菊饮等方，在创立的时候，并不把它们看成是解表剂或发汗剂。吴鞠通一方面说温病不可发汗(见《温病条辨·上焦篇》第16条：“太阴温病，不可发汗”。)一方面又创用银翘散、桑菊饮治疗温病，现在看起来好象矛盾，其实在吴鞠通那个时代却自有它特定的含义。因为他说温病不可发汗，是指不可用麻黄汤类辛温发汗，而银翘散、桑菊饮当时并不叫发表或发汗剂(吴鞠通称桑菊饮为辛凉轻剂，银翘散为辛凉平剂，白虎汤为辛凉重剂，是《温病条辨》治上焦温病有名的辛凉三方)，而称作辛凉解表剂，是很晚近的事。知道了这一点，我们阅读明清时代的医学著作时，遇到这些地方，便不致于感到无所适从了。另外，如阴阳、水火、气血等概念，在不同的时代，例如在先秦时代和宋元以后的著作中，在意义上就存在着微妙的差别。这主要是由于宋元以后受到了理学影响的缘故。关于这些方面，你现在暂时还不可能理解，以后读的书多了，通过比较，慢慢会体味出来。在这里，我也就不多谈了。

再谈临证。一个医生，首先应该掌握最基本的知识，把每一个患病的基本证候、基本治则、基本方药牢牢掌握。这也可以说是中医临床的“三基”吧。比如水肿病，当分辨阳水和阴水，阳水其肿常先见于上身，多发热烦渴，面目鲜泽，声音高爽，尿赤便秘，脉象沉数，属阳热实证；阴水其肿常先

见于下身，多身凉不渴，气色枯白，语言低怯，小便清利，大便溏泻，脉多沉迟，属阴寒虚证。这是水肿病的基本证候。对一般水肿的治疗，《金匱要略》有“诸有水者，腰以下肿，当利小便，腰以上肿，当发汗乃愈”的话，结合阳水当祛邪为主，阴水当扶正为急，治疗时胸中先有主见，便不致于为复杂的现象所迷惑。一般水肿病，可用五皮饮合五苓散加减治疗，有表证身热的加麻黄、石膏（越婢汤法）；腰以下肿，可加车前子、防己；阴水可加附子、肉桂、干姜。水肿消退后，宜用补脾、补肾的方药善后。这是水肿病的基本治法和方药。这些基本知识一经掌握，便不会犯虚虚实实，寒热杂投的错误了。

辨证论治，要做到知常达变。初学首先要知常，上面讲的“三基”，就是一般需要掌握的东西，就是常。现在有些书籍，把证型分得很细，这自然有它的道理和必要性，但对初学者来说，分得过细，把常见的证型和少见、罕见的证型并列在一起，记不住，也抓不住重点。《伤暑全书》说：“暑病首用辛凉（如白虎汤），继用甘寒（如王氏清暑益气汤），终用甘酸敛津（如生脉散），不必用下。”这是指常见的暑病本证的基本治则（其症状表现为头痛壮热，烦渴多汗，脉洪大而数等）。泄泻的治则，一般采用健脾、燥湿、利小便的方法，如胃苓汤，适用于一般泄泻，脘腹不适，大便多水，小便不利等证。记熟这些基本治则和方药，并能进行必要的加减（举泄泻为例：如伤食加神曲、山楂；热泻加黄芩、黄连；寒泻加干姜、吴茱萸，等等），那么，对一般暑病和泄泻就能应付裕如了。

从方剂来说，《内经》有13方，张仲景《伤寒论》有113方，

《金匱要略》205方，到唐代《外台秘要》有方6,000多首，宋《太平聖惠方》16,834首，《聖濟總錄》約20,000首，明《普濟方》達到61,739首，而《普濟方》等書未收錄的方劑，和清代、近代出現的方劑又不知有多少。單從方劑一項看，一個人即使花上畢生的精力也不能完全掌握，何況其他！歷代醫家早已体会到這一點，常有許多執簡馭繁的方法。張仲景對桂枝湯的加減，可作為方劑加減的典範。桂枝湯通過加減，方名冠以桂枝者，即達20余首，被廣泛地運用於傷寒、雜病的臨床治療。李東垣《用藥凡例》，則把治療常見疾病的常用藥簡單地作了介紹。最突出的是《丹溪心法》，每病根據臟腑、氣血、痰火濕食郁等病因病理，運用不多的幾個祖方，進行加減進退，而應無窮之變。後來李用粹著《證治匯補》，法丹溪之意，每病列《用藥總法》，如濕證“用藥總法”：“主以四苓散；在上加紫蘇、防風微汗之；在中加蒼朮、半夏、厚朴燥之；在下加防己、木通利之；挾風加羌活、獨活、藁本、防己散之；挾寒加干姜、肉桂、椒目、附子溫之；挾熱加黃連、黃芩、山梔、黃柏清之……”執簡馭繁，對初學很有指導意義。

徐靈胎《慎疾言》說：“學問之道，必由淺入深，……所謂淺近者，傷風則防風、荊芥；感寒則蘇葉、蔥頭；咳嗽則蘇子、杏仁；傷食則山楂、神曲；傷暑則香薷、廣藿；疰疾則柴胡湯加減；痢疾則黃芩湯加減；婦人則四物湯加減；小兒則異功散加減。”這就是最基本的知識，也就是執簡馭繁之法。如這些淺近的知識還未掌握，而去侈談奇證怪疾、罕用方藥，這種學習方法往往事倍功半，對初學是不適宜的。

當然，我這樣說，並不是教你安於淺陋而不去鑽研高深的知識。我上面說過，要知常達變，奇證怪疾、罕用方藥還是

要研究的，但只有在掌握基本知识的基础上进行提高，即先知常，然后达变，这样才能取得良好的效果。“不弃卑近，故能成高大”，不能本末倒置，欲速则不达。

拉杂写来，唠唠叨叨的就说了那么多，聊作一夕之谈。希望你在读书、临证的过程中，扎扎实实掌握基本知识，做到读书临证，相得益彰，逐步提高，循序渐进。

祝你

学习进步！

中医研究院 沈仲圭

写好中医病历 总结临证经验

赵建业同志：

你好！来信收到，分外高兴。一个只有初中肄业程度的青年，在那边远的山区农村，又缺乏辅导，经过几年的刻苦自学，终于考核合格，成为一名中医士，确属难能可贵，我衷心地祝贺你。

刚刚参加中医院工作，在医疗上必然会遇到不少问题，只要认真对待，都会逐步得到解决的。

你提到的问题，大多带有普遍性，估计其他自学中医的青年朋友以及在基层工作的中医同道，也会有类似的问题，所以将回信寄给你们的良师益友《中医杂志》，进行公开答复，但愿能对你们有所裨益。

问题较多，究竟从哪儿谈起呢？还是急需的先说吧。你自学了一些中医理论，也有一些零碎的临证经验，为了系统地积累和总结经验，提高学术水平和医疗质量，因而，迫切地希望实行病历制度，这个建议提得好。有人认为写病历是西医的事，中医从来就不写病历。其实，这完全是一种误解。

中医书写病历，由来已久。远在两千年前，我国就已有关于病历的记载。当时不叫病历，称为“诊籍”，是汉代著名医家淳于意首创的。由于他在齐国当过主管国家仓库的官员，所以人称“仓公”。司马迁在《史记·扁鹊仓公列传》里就记录了仓公的二十五个医案。例如，临淄有个妇女，名叫薄吾，腹部肿胀，食少纳呆，皮肤黄而粗糙，经常发热，烦躁不安，难以入睡。许多医生都认为无法救治。仓公仔细地进行诊察，认为是由“虫气”引起的“蛟瘕”病，并给病人服用芫花汤，三十天后，腹部肿胀消失，已无所苦。又如，有一次，齐国的国王病重，众医都诊断为“豎”，仓公切脉后，辨证为“痹”，并且分析说：“根在右肋下，大如覆杯，令人喘，逆气不能食。”于是先用“火齐粥”治疗，六天后病情减轻，又改服丸药治疗六天，病就完全好了。在其他的医案里，还有病因病机分析以及对预后的推断等。可见当时的记录，虽然文字不多，但内容已经包括病人的姓名、性别、职业、地址以及主觉症状，而且对医生望诊切脉的情况，对病情的分析和诊断，治疗的经过和结果，以及对预后的推断等等，都有简要的记录，可说是病历的早期雏型。

两千年前的医案，已经达到了这样的程度，难道今天反而连病历都不记录了么？！

到了宋代，许多医书里都附有病案，名医许叔微的《普济本事方》附案尤多。他在卷八“治太阳病汗过不解，头眩筋惕肉瞤，真武汤”这一条的后面，就附有一则精采的医案：“乡里有姓京者，以鬻绳为业，子年三十。初得病身微汗，脉弱恶风，医以麻黄药与之，汗遂不止，发热，心多惊悸，夜不得眠，谵语不识人，筋惕肉瞤，振振动摇。医者又进惊风药，予曰：此强汗之过也。仲景云：‘脉微弱汗出恶风者’不可服大青龙汤，服之则筋惕肉瞤，此为逆也。惟真武汤可救，进此三服，佐以清心丸，竹叶汤送下，数日愈。”

这则医案，字数不到两百，但却记录得相当完整。不仅指出病人姓京，家住乡里，以卖绳为职业，在三十岁那年发病，而且对初病的主要病情，前医用峻汗法误治引起的种种反应，以及改服真武汤等救治而转危为安的结果，都作了详略得当的记叙。特别是许氏不仅引证前人的论述，而且结合自己的经验，对病机进行了中肯的分析，知犯何逆，认证无差，施治得当，有法有方，确实反映出中医辨证论治、理法方药的特色。这对我们今天书写病历，不是很有启示么？

尤其值得重视的是，明清时期不仅医案专集愈来愈多，还将怎样书写医案，作为一门专门学问来加以研究。明代《韩氏医通》将书写医案的格式概括为“六法兼施”：“某处有某人，某年、月、日填写医案一宗，按次填写望形色、闻声音、问情状、切脉理、论病原、治方术”。很明显，韩氏强调书写医案既要详于四诊，又要反映辨证求因、审因论治的特点。可惜谈得过于简略。而清代名医喻嘉言，则在《寓意草》中专门写了一篇《与门人定义病式》，将其内容略加归纳，就可看出已经包括以下项目：

1. 一般记录：“某年、某月，某地，某人，年纪若干。”
2. 发病与治疗经过：“病始何日？初服何药？次后再服何药？某药稍效，某药不效？”
3. 目前症状和体征：“形之肥瘦长短若何？色之黑白枯润若何？声之清浊长短若何？时下昼夜孰重？寒热孰多？饮食喜恶多寡？二便滑涩无有？二十四脉中何脉独见？何脉兼见？”
4. 辨证分析：“其症或内伤？或外感？或兼内外？其标本先后何在？”
5. 诊断：“依经断为何病？”
6. 治法：“汗吐下和寒温补泻何施？”
7. 方药：“以何汤名为加减和合？”
8. 疗效预测：“其效验定于何时？”

喻氏对病历记录的要求，不仅全面详尽，主次分明，而且反映出中医辨证论治一线贯穿、理法方药环环紧扣的完整体系。

前人给我们留下了如此丰富多采的医案，又摸索出如此完整系统的书写格局，难道不值得认真继承和借鉴吗？当然，时至今日，我们还须加以发展。由于我国的多数中医目前以门诊为主，所以写好突出中医特色、切实可行的门诊病历，是总结临证经验的一项极为重要的基本功。

历代有成就的医学家，无不重视这一基本功。大多是本人亲自记录，也有人指导弟子在随诊时笔录的。也许有人会提出疑问，号称“医圣”的张仲景为何例外？其实，仲景又何尝例外？如果没有大量的临证诊疗记录，他又怎么能总结出辨证论治的规律来呢？请看：《伤寒论》第29条说：“伤寒脉浮，

自汗出，小便数，心烦，微恶寒，脚挛急，反与桂枝欲攻其表，此误也。得之便厥，咽中干，烦躁吐逆者，作甘草干姜汤与之，以复其阳。若厥愈足温者，更作芍药甘草汤与之，其脚即伸……”这不就象一则夹叙夹议的生动病历么？类似的条文还很多，《金匱》痰饮篇第35至40条详细论述了服小青龙汤以后的各种变化，完全是一份痰饮咳嗽的病历记载。

建业同志，你院即将开设病房，这对于系统地总结临证经验，尤其有利。所以你更应加紧练习写好住院病历的基本功。除遵照前面谈到的书写格式以外，还要注意写得真实具体，主次分明，文笔流畅，特别是充分体现辨证论治的特色，保持理法方药的完整和统一。当然，为了明确西医诊断，对于体检和实验室检查结果以及诊断要点，也应认真记录，但务必简明扼要，尤其要注意真实确切，切忌冗长繁杂，虚假失实。

总的说来，写好中医病历，是确保医疗质量的重要环节，也是总结临证经验，提高学术水平的重要基本功，必须严肃认真，一丝不苟。

今天就说到这里，下次再谈。

此致

敬礼

重庆医学院第一医院 马有度

二、治疗探讨

中医治疗学的源流与特色

刘念清同志：

你好！来信收到，对你近年来所取得的进步感到十分高兴。你向我提出有关中医治疗学的两个问题，今答复如下，供参考。

中医治疗学的源流是怎样的？

中医治疗学在世界的传统医学中，可以说是历史悠久、内容丰富而又不断发展的医学科学。在1973年湖南长沙马王堆出土的汉墓医书中，有春秋战国时期撰成的《五十二病方》（见三号汉墓），这是我国目前所能看到的有关治疗学最早的医学帛书。全书记载了五十二种病证的治法，现能辨认的医方约有280首，包括内服、外治、药疗、食疗等多种治疗手段。说明当时我国已具有较高的医疗水平。这比过去所考证的“《内经》十三方”为时更早，方治更为广泛。

西汉年间，著名史学家司马迁在《史记·扁鹊、仓公列

传》中，曾生动地载述了战国时期的大名医秦越人（世称“扁鹊”）的医疗事迹。他长于各科临床，能根据所游历地区人民在诊疗方面的需求“随俗为变”。他不仅是切脉诊病的创始者，也是精于多种疗法（药疗、针刺、灸熨、按摩及其它外治法）的临床医学家。

东汉时期有两位杰出的医学家，即张仲景与华佗，他们对中医治疗学均有重大的贡献。张仲景针对当时疾疫流行，严重危害人民健康，遂“勤求古训，博采众方”，于公元三世纪初撰写了《伤寒杂病论》（后世将它分为《伤寒论》和《金匱要略方论》二书）。书中体现了伤寒热病、内科杂病及女科等多种病证在诊治中最鲜明的特点——辨证论治。全书列述三百余方，具有主治明确、方药精炼、效验卓著的特点，故被后世誉为“众方之祖”。书中还介绍了十多种外治法，包括针灸、熏洗、浸浴、敷贴、舌下给药、吹药、坐药、导便以及抢救溺水的人工呼吸法等，为后世借鉴而应用于临床。故从治疗学的角度而言，张仲景为我国临床医学奠定了坚实的基础。华佗则是一位擅长外科、针灸和体疗的大名医，据《后汉书》载，他曾让患者酒服“麻沸散”，达到全身麻醉，施行腹腔手术。他所创造的“五禽戏”（虎、鹿、熊、猿、鸟），也可以说是我国较早的体疗保健项目，具有防病和治病的双重作用。尚须指明的是，东汉时还编定了我国第一部药理学专著——《神农本草经》，这表明医药学家注意将零散的药疗经验加以系统化的发展趋势。

晋代出现了我国第一部针灸学专著——《针灸甲乙经》（皇甫谧撰），为后世针灸治疗学提供了系统的理论经验。葛洪的《肘后备急方》，对多种疾病的急救治法，较之前人有所

补充和突破。

唐宋时期，涌现了多种临床方书。如唐·孙思邈的《千金要方》和《千金翼方》；北宋·王怀隐等所编《太平圣惠方》；还有宋·太医局所编《和剂局方》；南宋·许叔微《本事方》、严用和《济生方》等，这些方书体现了中医在方治上又有了较大的进展。经治的病种较《伤寒杂病论》时期增加了十倍以上。而自晋唐迄宋，差不多各大科的临床专著都已先后刊行，这又属于治疗学中的分科成就。

金元时代最显著的特点，就是学术争鸣的蓬勃开展。最有代表性的是以各自的治疗主见加以划分的“金元四大家”。后世称金·刘河间为“寒凉派”，张子和为“攻下派”，李东垣为“补土派”，元·朱丹溪为“滋阴派”。其中，尤以李、朱二位的学术思想和治疗方法对后世治疗学有更为显著的影响。

明代的临床医学专著很多，但大致有一个共同的特点，即多数医家赞赏王纶《明医杂著》的看法，所谓“伤寒法仲景，内伤法东垣，热病用河间，杂病用丹溪”。意即在治疗上应撷取诸家之长。故从治疗学的观点，明代的综合性医著大多切于实用。值得一提的还有两部重要著作，即明初朱橚等主编的《普济方》，这是一部大型临床方书，收方达61,739首；另一部则是举世闻名的药物学巨著——李时珍《本草纲目》，使中医药物治疗的水平，达到了空前的高度。

清代在治疗学的发展方面，比较引人注目的主要有两个方面。一是温病的治疗得到了较大的突破和提高，其中以叶天士、吴鞠通、王孟英诸家尤为著名。另一方面是出现了外治法专著，其中以吴师机的《理渝骈文》较有代表性。民国时期，中西汇通派名医张锡纯所撰《医学衷中参西录》，将某些

西药加入方剂中同煎服用，反映了当时欧西医学东渐所带来的影响。

建国后，在党的中医政策号召下，卫生部相当重视我国传统治疗学的发掘整理，有条件的医疗科研单位，对心血管病、传染病、血液病、急腹症、痔疮、骨折、白内障等多种病症，较广泛地开展中西医结合治疗，使中医治疗学的水平，提高到一个新高度。

中医治疗学有哪些特色？

中医治病与西医相比，就其思想方法和治疗手段而言，确有若干特色，现扼要地归纳于下。

第一，以辨证论治为主，结合辨病论治。

所谓辨证论治，即医生运用四诊八纲，联系病因、病机，综合辨析患者的症候和体征；并在辨证的基础上，定出治疗原则和措施。这也是中医的理、法、方、药在疾病过程中的具体应用。正因为如此，如果说西医治疗疾病时，在未得到确切诊断之前，往往难以给予患者有效的治疗，那么，中医治疗一般不存在这个问题。因为不管什么病，都可以通过中医特有的“辨证”以决定治法。但中医在治疗中，也有结合辨病的情况，特别是明代《简明医彙》作者孙志宏，他几乎将各类病证均列“主方”一项，这实际上相当于各病的通治基础方。故一病虽有多方，但如掌握“通治方”随症加减变化，可以执简驭繁。又如当前在临床上用养阴清肺汤治疗白喉；用补中益气汤治疗胃下垂、子宫脱垂、脱肛等病；用白金丸治疗癫痫；用普济消毒饮治疗流行性腮腺炎等，在一定程度上都具有辨病论治的特色。而正确对待治疗，又当注意将辨证和辨病有机地予以融合。

第二，强调整体观念，重视正邪标本。

中医认为治疗各种病症，均应重视从整体考虑，因为人体的组织器官、脏腑经络是相互联系的。要熟悉这些，又必须精研中医基础理论，如“肝开窍于目”，在治疗眼病时，往往须考虑治肝的问题，当清则清，当补则补……。同时，中医认为疾病的过程，反映了人体正邪相争、阴阳失调的情况，故在治疗时当衡量人体抗病力(正气)和致病、犯病的因素(邪气)的具体情况，或以扶正为主，或以祛邪为主，或二者兼用，以达到治病的目的。对人体阴阳、虚实、寒热等的调整，也是在整体观念和辨证论治的学术思想指导下进行的。中医治病，还十分重视区分标本。从病症本身来说，病因为本，症候是标；从病症的新旧、原发与继发来说，旧病和原发病是本，新病和继发证候为标。关于掌握标本的治疗，大体都是遵循“急则治其标，缓则治其本”的原则。在特殊情况下，又须注意标本兼顾。

第三，同病异治与异病同治。

所谓同病异治，指同一病证可因人、因时、因地的不同，或由于病情的发展、病型的各异、病机的变化，以及用药过程中正邪消长等因素，在治疗上根据不同的情况，采用不同的治法。例如，同为咳嗽，风寒咳嗽用金沸草散、杏苏散等方；风热咳嗽用桑菊饮、银翘散等方。异病同治，是指不同的疾病(包括不同科别的疾病)临床表现有所不同，若病机相同或相近，可用同一治法治疗。如肝肾不足所致之视力减退，目涩痛，迎风流泪的眼病，和某些辨证属于肝肾阴虚所致的眩晕或慢性肝炎等，都可以用杞菊地黄丸加减治疗。

第四，讲求意治和知常识变。

唐初名医许胤宗曾有“医者意也”(《旧唐书》列传第一百四十一)的学术见解。这句话对后世的影响很大。医者求“意”，是指医生在精细辨证、思考的基础上运用圆机活法治疗疾病。这是对中医临床工作者的较高要求，也是反映中医治疗学水平达到的较高境界。我们知道，经过数千年的经验积累，中医对很多病证已有一套常规的治疗法，这是一般中医师都应该掌握的。但作为一名基础较好、进取心强的中医临床医师，还必须知常识变。即在复杂多变的病情中能同中求异，异中求同，运用灵活圆通的治法，求取良效。宋·许叔微曾说：“用药要在变通”(《普济本事方》卷三)。而这个治法、用药中的“变通”，须建立于审证确、思虑精的基础之上，故治法中的知常识变与“医者意也”又有比较密切的关系。“用药如用兵”，通权达变，出奇制胜的治法，决不是凭空臆想可得；而是在病情变化中，通过精细辨证，洞察其症候本质，才能娴熟、有效地予以运用。

以上是中医治疗中的几个主要特色。当然中医治法是丰富多彩的，除内服汤、醴、膏、丹、丸、散等多种剂型外，还有外治法、针灸、按摩、正骨、导引、气功，以及心理治疗(包括情志相胜疗法，如怒胜思、喜胜忧、思胜恐等)，饮食治疗，更有“上病下取”(如阳明病头痛、便秘，用承气汤泻热通便)，“下病上取”(如用蓖麻仁、枯矾等分为末贴巅顶百会穴治疗子宫脱垂)等。上述治法，实际上也反映了中医治疗学的一些特色。限于时间，就不一一详谈了。专此布复。

祝 工作好！学习好！

中医研究院 余瀛鳌

学好《内经》《难经》 临证成竹在胸

赵建业同志：

你好！来信收到了。你信中提到：从中医治疗学的角度来看，《内经》和《难经》有哪些主要成就？特别是对今天的临证治疗，还有哪些指导作用？现在就这些问题，谈谈我们的看法，供你参考。

我们知道，《内经》和《难经》都是论述中医基础理论的古典医学著作，其中脏象学说、经络学说、病机学说以及治则学说等内容，都是指导我们临床治病的理论基础。

从脏象学来说，它是临床确立各种治法的依据。对“脏”和“腑”的功能特点，《素问·五脏别论篇》说：“五藏者，藏精气而不泻也，故满而不能实；六腑者，传化物而不藏，故实而不能满也。”这就是说，“脏”的功能以“藏精气”为主，这里的“精”是广义的精，包括精、气、血、津液、神在内，所以，人体精气的不“藏”，或“藏”的不足，如精亏、血少、气虚、神怯等病症，多与五脏有关。《难经·十四难》据此而提出五脏治法：“损其肺者，益其气；损其心者，调其营卫；损其脾者，调其饮食，适其寒温；损其肝者，缓其中；损其肾者，益其精。”为五脏虚证的治疗，指明了方向。而六腑的功能以“传化物”为主，胃实而肠虚，肠实而胃虚，必须有入有

出，既能受纳，又能传导，才是正常的生理状态；如果只实不虚，腑气不通，是六腑发生病变的根源。这一理论，对“急腹症”的治疗，具有突出的指导作用，如北京某医院，把《伤寒论》的大陷胸汤改为“甘遂黄硝散”，治疗溃疡病穿孔、胆道疾患、肠梗阻、急性胰腺炎等外科急腹症100例，治愈91例，使绝大多数病人免除了手术的痛苦，就是应用六腑“传化物而不藏”的理论，采用泻下通腑的治疗方法，而取得的新成果。

从脏病和腑病的预后来说，因为五脏属阴、主里，其病较深较重；六腑属阳、主表，其病较浅较轻。所以《难经·四十五难》说：“脏病难治，腑病易治。”指出了脏病和腑病治疗效果的一般规律。《内经》又把脏与腑相配，分成五大系统，用来概括人体的生理功能、病理机制和疾病证候。临证时，当见到某一系统的症状，就按着这一系统来进行治疗，例如肝喜条达、主疏泄，若疏泄不及，出现肝气郁结的症状时，就可以用疏肝理气的方法治疗。曾有一女病人，患慢性阑尾炎，自觉右少腹胀痛，时发时止，最近又发作三天，诊得脉弦细而涩，舌苔薄白。这是因肝失疏泄，引起肠道气机郁滞造成的，所以用四逆散加味来疏泄肝气、宣通肠道郁滞，只服药三剂，疼痛即止。

再从方剂和药物方面来说，方剂君、臣、佐、使的配伍，药物的归经、升降浮沉，以及方剂和药物的作用原理等，都与脏象学说的理论有着不可分割的关系。例如，感受风寒引起的咳嗽，因肺主皮毛，职司清肃，所以用麻黄、苏叶疏散解表，杏仁、象贝宣肺化痰。即使病在鼻腔、喉头，出现鼻塞流涕，喉痒声嘶，治疗上也从“肺开窍于鼻”和“喉为肺系”

来考虑，而采用辛荑、苍耳子、桔梗、蝉衣、甘草之类以宣肺利咽通窍，以上这类药物，从归经来看，大多是入肺经的。如果咳嗽痰多，不是由于外感风寒，而是因为痰湿停滞所引起的，那就要根据“脾主运化”的理论，用半夏、陈皮、茯苓等健脾燥湿化痰的药物来治疗。可见，临证治病，必须以脏象学说等基本理论为指导，才能做到理明、法合、方对、药当；如果仅仅只掌握某药止咳，某药化痰，应用时不分脏腑经络，不辨疾病性质，就会无的放矢。

经络在体内起着对脏与脏之间、脏与腑之间以及脏腑与体表组织之间的联系作用，所以，一脏有病可能会影响他脏，脏腑发病也会在体表上反映出来。临证时，可根据疾病证候出现的部位和经络循行路线，为治疗提供定位依据。如足跟痛，从经络循行来说，肾经“起于小指(趾)之下，邪(斜)走足心，出于然谷之下，循内踝之后，别入跟中”，肾的经气与跟骨相系，所以这个病主要在肾，病人肾虚，精气不能滋养跟骨而成，可采用补肾的方法，如肾阳虚选用金匱肾气丸，肾阴虚选用六味地黄丸治疗，往往有效。因为经络是从属于脏腑的，脏腑的病理也包括着经络的证候，所以脏腑和经络在机体中构成了一个有机的整体，成为祖国医学辨证论治的理论基础。

在病机方面，《内经》强调“审察病机，无失气宜”，把临床上某些错综复杂的证候，以五脏、六气为纲，作了分类和归纳，扼要地举出十九条例子，以作举一反三的示范，用来指导辨证论治。以“诸痛痒疮，皆属于心”为例，这句话的意思是说，多种疼痛搔痒疮疡的病症，大都与心有关，比如中医研究院广安门医院所编《朱仁康临床经验集》里，有关治疗

皮肤病的内服方72首,用药160味左右,其中运用入心经、调营卫、养血、凉血、活血化瘀等方剂,有64方,约占总方数的90%;用药方面,如用入心经的生地32方、当归31方,约占总方数的44%,用赤芍25方,约占总方数的35%。这就说明,不少以痒为特征的皮肤病,必须注意从“心”论治。

在治则方面,它从整体观念出发,因人、因地、因时制宜,并以审因辨证为前提,根据疾病的标本缓急等,论述了“治病求本”的原则性,及“急则治标”、“标本兼治”的灵活性。此外,按证候与治法的关系,又提出了“正治”、“反治”的处方用药原则,在具体治疗中,还强调把“治未病”放在首位。《内经》和《难经》中,都提到“治未病”,从治疗学角度讲,就是要早期治疗。《素问·八正神明论》说:“上工救其萌芽,……下工救其已成,救其已败。”就是说,对已经发生的疾病,要早期治疗,如清代医家张璐,对秋冬遇冷则发的哮喘病,在夏月三伏天中,用白芥子涂法敷贴穴位,来预防哮喘病的发作,有一定的效果。这种“冬病夏治”的作法,就是“治未病”思想的具体体现。《难经》提出要治未病的脏腑,《第七十七难》说:“所谓治未病者,见肝之病,则知肝当传之于脾,故先实其脾气,无令得受肝之邪。”按照五脏相关的理论,肝木可克脾土,所以,肝郁的病人除证见胁痛外,往往还有胃脘胀满、吃饭不好、大便不正常等现象,就是肝气犯胃乘脾造成的。治疗肝郁常用的著名方剂逍遥散,在疏肝理气的同时,还用茯苓、白术等药来健脾,就是为了治未病的脏腑。

以上从脏象、经络、病机、治则等方面,谈了《内经》、《难经》的主要成就对今天临床工作的指导作用。从中也说明

了这样一个道理：只有把这些古典著作的主要精神学好、吃透、灵活运用，才能做个好医生。所以，历代中医学家，都把《内经》《难经》等，看作是“医门之径”，道理也就在这里。因此，我们应当十分重视对中医经典著作的学习，你说对吗？

祝你
学习进步！

中医研究院 王 琦 范准成

谈谈《神农本草经》的成就

刘继业同志：

来信收到。对你提出的问题，简复如下。

《神农本草经》简称《本经》，是我国最早有系统论述药物的文献，是古代医疗实践的宝贵经验结晶，是药理学最有价值的经典著作。《本经》总结了两汉以前药物治病经验，学习《本经》可了解二千年前我国就已经建立了的理论体系和用药规律。根据现代科学研究结果，证明此书所记载的药物功效，十之有九是与现代药理学相符合的，无疑是很宝贵的药学史料。

《本经》何以要托始神农？古代托名的事是屡见不鲜的，这可能是相传，也可能是将荣誉归功于当时的首领人物，如盘古氏开天辟地，女娲氏补天，燧人氏钻木取火，伏羲氏画

八卦，神农氏教民稼穡等等。汉初《陆贾新语·道基篇》、《淮南子·修务训》等史料记载，都说明神农氏时代，社会生产力有了进步。《汉书·艺文志》则于农兵、五行、杂占、经方、神仙诸家，都有托始神农的著作，言必称古，原是当时的风气。《淮南子·修务训》说：“世俗之人多尊古而贱今，故为道者必托之于神农、黄帝，而后能入说。”依照神农教民耕种这话来讲，《本经》托名神农就不足为奇了。食物与药物是同出一源的。在古代，当人类为了争取生存，必须寻求食物，首先是属于植物性的食物，在这同时，会遇到一些不适合食用的，进一步也就发觉到了可以利用它们来治疗疾病的那些植物性药物和毒物了。因之，本草的内容，必然是以植物性药物——草药占着最大的比重，同时也必须是以植物性药物居于首要的地位，其所以提名为《本草》也正是说明了这一点。

《本经》既属托名，那就是说它既非神农时期的作品，又不可能与神农这一虚构人物有什么关联。那么关于它的作者和成书年代，我们可以肯定的说，决非一个作者，也不是一个时期的作者。它是我国古代很多医学家，把从远古以来，甚至是口耳相传、结绳记事，相传下来的与疾病作斗争的经验和知识，不断加以积累和总结的结果。虽然《汉书·楼护传》有本草名字的记载，可是《汉书·艺文志》并未记载有《本草经》，直到六朝梁代的阮孝绪《七录》中才首先记录了它，那么大致可以肯定是东汉后期成书的。

《本经》是我国古代药物知识的一次大总结，内容十分丰富，记载了至今仍多属常用的三百多种中药，并且上升到了系统理论的水平，为以后历代本草的发展起到了奠基的作用。其主要成就在于：

第一，创造了药物最早的分类方法。分无毒、有毒、多毒上中下三品，体现了《本经》的系统性和法则性。

“上药一百二十种为君，主养命以应天。无毒，多服、久服不伤人，欲轻身益气，不老延年者本上经。”这是说上品药收载一百二十种，大都是补养药，可以养生长寿，是无毒，可以多服久服的药。“中药一百二十种为臣，主养性以应人，无毒、有毒斟酌其宜，欲遏病补虚羸者本中经。”这是说中品药也收载一百二十种，一部份具有防病治病的作用；一部份仍具有补养的作用。有有毒的，也有无毒的。用时斟酌处理。“下药一百二十五种为佐使，主治病以应地。多毒，不可久服，欲除寒热邪气，破积聚，愈疾者本下经。”就是说，下品药一百二十五种，多毒性，不可久服，是治疗多种疾病的药。可临时用来攻除寒热邪气和积聚等，衰其大半而止，这类药包括现在的剧毒药和毒性药。

第二，提出了中药基本理论。

在药物配伍方面，不仅提出药物配伍关系有七个方面——七情，而且强调君臣佐使、相宜摄和以及药物的阴阳配合。在基本药性方面，提出四气、五味。在用药法则方面，提出疗寒以热药，疗热以寒药，病在胸膈以上者，先食而后服药，病在心腹以下者，先服药而后食；强调“欲治病，先察其源，候其病机，五脏未虚，六腑未竭，血脉未乱，精神未散，服药必活。”对有毒药物的用法及用量提出了谨慎的意见。疗病“初起如黍粟，病去即止，不去倍之，不去十之，取去为度”。这种由少量递增的方法是非常科学的。在采药加工方面，指出“阴干暴干，采制时月，生熟，土地所出，真伪新陈，并各有法”。意思是说有的药物可以直接晒干，有的就

必需阴干，如果晒干就失效或减低效力了。药物要按时采集，不是随时可采的，要根据药物的入药部位的成熟期而定。药材有的可以生用；有的就需要进行炮制加工。鉴别药物，使用道地药材，有的用鲜药，有的用陈品，入药方良，当时已初步知晓。在制剂方面，指出“药有宜丸者、宜散者、宜水煎者、宜酒渍者、宜膏煎者，亦有一物兼宜者，亦有不可入汤酒者，并随药性，不得违越。”这里包括了两层意思，一是剂型的多样化，一是因病情而设，选用疗效最适宜的剂型，使病人受益。有时二者兼取，有时则取其一。以上《本经》提出的这些最基本的药性理论、用药法则、药物产地、炮制等，一直沿用到二千年后的今天，其对中医临床的指导意义，于此可见一斑。

第三，创造了各药安排的记录次序，以配合中医治疗法则为目的。

《本经》各卷药物叙述次序，都是先列金、石，其次草、木，再次动物，最后是果菜五谷。每味药物首列正名，次列性味、功效，再述主治、生长环境(山谷、川谷、平泽、池泽、川泽等)，最后列有别名，也有记载附种的。这种编排记录之次序以及每个药物的叙述方法，一直影响了近二千年，为历代本草学家所沿袭应用。《本经》开后世同类著作之源，历史价值不可泯灭。

第四，记述了中医的病、证名称达一百几十种之多。

举例来说，如风眩、头面风、伤寒、温症、霍乱、黄疸、癩痛、噎、口疮、肠癖下利、鼻息肉、面疔疮、痈疽、漆疮、痔、蛔虫、寸白、肺痿、鼠瘻、青盲、二虫、关格、死肌、虚劳、阴痿、喉痹痛、产难、妇人崩中、淡饮、消渴等等。

这些病名、证名，内外妇儿各科均有，并且有的一直沿用至今。通过这些病、证名称的记载，我们可以推知当时疾病的情况，对于考察古代疾病史也是很有意义的。如果把我国最早的一部医书《黄帝内经》中关于病、证名称的记载和描述，与《本经》记载内容参照分析，那么，对古代疾病发生、古人的认识以及治疗等情况，就会得出一个梗概性的轮廓，这对中医疾病名称的研究以及规范化是大有裨益的。

《神农本草经》是我国第一部本草专著，应该很好地学习它，充分发挥“古书今读”的效益，为整理发扬祖国医学打下一个良好基础。那种认为：读一读、学一学后世本草书籍，或只学“讲义”就够了的想法，显然是狭隘的偏见。精读原著的好处，是举凡有学之士所同意的。

谨祝

学习进步

中医研究院 谢海洲

学好《伤寒论》 治病有遵循

刘振华同志：

你初中毕业后在边远农村随师学医三年，读了《药性赋》、《医学三字经》、《汤头歌诀》、《寿世保元》和《医学心悟》等书，在老师指点下，治好了一些病，患者反映良好，这是值得庆贺的。你忘寝废餐地自学了《内经讲义》、《中药学》和《方剂学》，

感到临证时思维豁然开阔了，觉得选方用药时心里更加踏实，这真是“开卷有益”！惟你浏览《伤寒论》已经两遍，殊感文理艰深难学，一些问题遂油然而生。值此夜阑人静之时，谨就所提问题，谈谈自己的一些粗略看法，供你参考。

历代医家通过自己的临床实践对《伤寒论》赞誉颇多，如皇甫谧：“仲景垂妙于定方”，孙思邈：“认为其方，行之以来，未有不验”；张蕨：“华佗指《伤寒论》为活人书”；喻嘉言：“为众方之宗，群方之祖”。日本医学博士和田正系为其师《伤寒论阶梯》作序：“经常遇到疑难病症 踌躇莫决，或虽诊断明确而无良好疗法，或治疗而越时重发，但此种情况下，往往易为汉方医学处方所奏效。此种事例，颇不鲜见”；《伤寒论阶梯》译者叶心铭谓：“二十年前开始学习时，即喜读《伤寒论》。由于在临床应用西药‘黔驴技穷’时采用《伤寒论》方剂往往获效，有‘山穷水尽疑无路，柳暗花明又一村’之感。”任应秋直云本论“就是疾病论”；刘渡舟认为系“辨证论治的书”；金寿山声言其不是经方派，但常用本论九十个方子，“大都用之有效”，并举大量实例论证之；刘鹤一：“贵在朴实可学，经千年之临床实践，依然确凿可验，值得认真钻研。”古今中外，众多医家对本书有着如此高度评价，值得我们深思！

本论最主要的学术成就和功绩，在于创立了祖国医学辨证论治的体系。他以六经论伤寒，三因类病因，辨证寓八纲，治疗创八法，因证脉治朗若眉目，第一次将理法方药融为一体，实垂范于后世，要妙无穷。

诚如来信所说“八法”二字在《伤寒论》中确未提及。然而，八法的内容却已融会于诸篇经文和附方之中，从而执简驭繁地确立了祖国医学的治疗大法。

试以“汗法”而论。当汗之证，有治疗太阳伤寒表实无汗之麻黄汤证，其病机为寒邪干犯太阳经脉，毛窍不通，气不外达，邪出交争于肤表，袭迫于经络窍隧，故用宣畅气机、大开毛窍之麻黄祛邪，桂枝辛温散寒，杏仁苦降利气，炙甘草益气液、培汗源，俾表寒一散，波及肺胃之喘呕随之悉解。设若太阳中风之表虚自汗，桂枝汤为对应佳方。须知，汤证中有形容发热之“翕翕”，为汗出时热轻，汗止时热重，乃汗与热俱有欲达不能之势，是故投予解肌发汗、调和营卫之桂枝汤。

你信中问及仲景汗法怎么仅此辛温一端？不是！试观太阳中风不汗出而烦躁之用大青龙汤；伤寒脉浮缓，身不疼但重，乍有轻时，无少阴证，亦主以大青龙汤；汗下后不可更行桂枝汤，汗出而喘之“可与麻黄杏仁甘草石膏汤”，岂非变辛温发汗为辛凉解表之法？！其后言汗下后“不可更行桂枝汤”，弦外之音须忌辛温。你又问到：既然汗出，怎能用麻黄？可知汗出仍喘，为喘不因汗减，喘不止乃肺气内壅，“气有余，便是火”，火郁则发之，遂择麻黄汤去辛温之桂，益以凉透之石膏，此一药之增损有如天壤之别。倘证势发展为阳明里热实证，则须大清阳明用白虎汤，即又深一层。此外，太阳篇不可汗证亦深有阅历之言，当悬为禁例，慎勿违之。这是汗法之大法。本论法度谨严处，从这里可以概见。

方药制剂，本论匠心独具。最明显的特征是大部分方剂药简、功专和效宏，足见其为千锤百炼之结果。六经病各经有主证，主证有主方，主方有主药，根据病情增损，极其灵活。以治疗“脉结代，心动悸”的炙甘草汤为例，炙甘草《别录》谓“通经脉，利血气”，且甘缓动悸，为主药；地、麦甘

寒滋阴，阿胶滋阴补血，为防止三药阴柔窒滞，益参、桂通气通阳，散阴复脉；姜枣和中以助化源；入清酒通行十二经脉，彻上彻下，快捷奏效；入酒久煎旨在减缓其峻，纯为虚体而设；久煎还使地、麦、阿滋腻之性锐减，使滋而不腻，补而不滞。

方药剂量于本论亦颇讲究，有时一药剂量之增减，即改变整个方剂的性能。如桂枝汤治太阳中风，桂枝加量即桂枝加桂汤，转治太阳表邪犯里之奔豚；四逆汤系太阴、少阴里虚寒盛的通用方，如重用附子，倍干姜，加葱白即是通脉四逆汤，用于治疗阴盛格阳证；小承气和厚朴三物汤两方药同，惟前者大黄为君，意在荡实通便，后者枳朴为主，取其除胀消满。陈修园等认为仲景方不得稍事更动。岳美中认为炙甘草汤、猪苓汤等按原量为佳，主张小柴胡、真武、桂枝和承气诸汤仍须按仲景加减法。但是患者体质有强弱，气候有四季，地域有高下，证状千变万化，即使仲景方亦须酌情通变化裁，否则何异刻舟求剑、守株待兔！赵锡武最擅用经方，他单独用真武汤加减治疗充血性心力衰竭获卓效，有力地说明用经方并非不可越雷池一步，切忌划地为牢，作茧自缚。

朱颜曾以复阳温肺之甘草干姜汤治疗34例共八种寒证，取效每在一、二剂间，重者三、五剂皆愈。类似如此方简效佳者不胜枚举，仲景用心之良苦，可以想见。

你还要我谈谈《伤寒论》对今天临证的指导作用。这大概是后世一度有些人喊出的“古方不能治今病”激起的疑团吧！

尽管当今西学东渐，瞬逾百年，现代医学在我国医学界就从业人员数量而言，已远远超过中医中药人员。即使如此，祖国医学各个流派仍代有传人和发展。历史是公正的见证人。

仲景学说迄今依然光彩照人，辉映医林。我国当代名医蒲辅周以治疗急性病和疑难病见长而著称于世。他的一整套学术思想的形成和发展，是与他穷究经旨，融会诸家，特别是与继承仲景学术思想分不开的。如他以桂枝厚朴杏子汤加味治愈重症腺病毒肺炎；四逆散加味治愈屡用退热剂未效而高热不退的食积发热；驱遣甘草干姜汤点滴频服，温脾阳而复肺阳治愈“重症肺炎”的外感变证，脾阳损伤的逆证；所创“二鲜饮”（芦根、竹叶）治外感发热不退而烦渴，不任汗下，浓煎频饮，清宣达热，生津退热，类似白虎汤，应用数十年屡获佳效。足见蒲老善学古人，乃有所创新。蒲老应用仲景方药取得良效的治案很多，可供反复研读。程门雪本“轻可去实”对轻寒微热者用桂枝汤，桂枝仅用0.3~0.6克同炒白芍，引营出卫或柔营强卫、入营和卫，以调和营卫，每收佳效。颇值一提的是他初读本论麻黄升麻汤条文，觉方证杂乱，不是该书精华，但数十年后阅历加深，转觉其为极有用之良方。这种学而不倦，不文过饰非的精神，深值吾辈学习。米伯让以仲景方药治疗多种外感杂病都取得了很高疗效，如治疗秋温时疫（钩端螺旋体病）657例，治愈率达99.93%，退热时间平均为2.6天，症状体征一般在体温正常2~3天内恢复正常，病程约80%在4~6日内结束。已故全国眼科名老中医陈达夫教授的《中医眼科六经法要》，是他五十年临床实践总结出的以六经辨治眼病的心血结晶，从而在眼科学领域中独树一帜。

全国各地运用本论理法方药治疗多种疾病，成绩卓著。各地应用仲景下法，采承气、大柴胡类方治疗急腹症有了若干新的进展；我根据仲景“呕而发热者，小柴胡汤主之”精神，治愈我院一检验师胃大部切除术后发热，遍投抗菌素热仍不

退且发呕者；我又以炙甘草汤治疗“脉结代，心动悸”——心律失常多例，每获佳效。所有这些，虽则仅系一鳞半爪，但确实显示出本论的无比生命力。

振华同志：我深感本论是承前启后的医学巨著，其确切疗效一直震撼着中外医坛，使众多医家为之倾倒。温故而知新，斟古而酌今。为了继承、整理和发扬祖国医学，在学习中一定要理论联系实际，在实践中反复印证理论。只有这样，才能学得深，记得牢，用得上。子夜已过，天明还有不少事要做。就此停笔，下次再谈。

即祝

学习进步！

新疆医学院第二附属医院 李兴培

《伤寒论》的核心

高欣同志：

诚如来信所说，仲景《伤寒论》创辨证的纲领，定论治的准则，组方严谨，遣药精当，理法方药一线贯串，辨证论治环环紧扣，形成一套独特的诊疗体系。的确，这一体系是中医学的精髓。你询问《伤寒论》的辨证纲领究竟是什么，这个问题很值得探讨。

《伤寒论》沿用了《素问·热论》的太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴，而且以“辨太阳病……”、“辨阳明病……”

等作为篇名，所以古今医家大多认为“六经”是本论辨证的总纲。但“六经”的真义，仲景并未阐发，注家自成无己以下，或从经络、脏腑释义，或从经界、病位立说，甚则从气化大加发挥。但细观本论原文，无一言提及气化，涉及经络者寥寥，惟辨阴阳表里寒热虚实者，比比皆是。在397条中，明确标示八纲内容的条文，几达三分之一；其他条文，虽未明言，亦多意寓其中。概而言之，三阳皆为阳证、热证、实证，三阴则为阴证、寒证、虚证。而在阴阳寒热虚实之中，又有在表、在里以及半表半里的不同。太阳为表，是阳证、热证、实证之表，所以证见发热恶寒；阳明为里，是阳证、热证、实证之里，所以有胃实见证；太阴、少阴亦为里，则为阴证、寒证、虚证之里，所以或见下利，或见但寒不热的证候；少阳为半表半里，是阳证、热证、实证之半表半里，所以证见往来寒热；厥阴亦为半表半里，则为阴证、寒证、虚证之半表半里，所以有寒热错杂的见证。显然，仲景沿用《内经》的“六经”分病，其意实为八纲辨证。所以早在明代《医林绳墨》第一卷“伤寒”章中，即已明确指出：“究其大要，无出乎表、里、虚、实、阴、阳、寒、热八者而已”。近人陈逊斋氏在《伤寒论改正并注》的序言中则进一步认为：“六经者，乃阴阳寒热虚实表里之代名词也。”我以为八纲是《伤寒论》的核心。

证之临床实际，对外感疾病比内伤杂病更须着重运用八纲，始能辨证精确，论治恰当。就“伤寒”病而言，若仅以“六经”分病，而不着重运用八纲辨证，则论治无从下手。例如，仅定为太阳病，而不辨其表虚、表实，则无从确立解肌或发汗的治法；又如，仅定为少阴病，而不辨其虚寒、虚热，又何能确定扶阳或养阴的治法？！

《伤寒论》对八纲的运用极为广泛、深入而具体。其特点有四。

其一，将四诊与八纲结合。本论辨证的依据，全在“脉证”，所以各篇均以“辨……脉证并治”名之。而“脉证”的获得，又靠四诊，论中虽未明示四诊一词，但观其描述，四诊的运用极其深入细腻。就问诊来说，试以出汗为例：“有汗”、“无汗”是说汗的有无；“自汗”、“盗汗”是说汗出时间；“手足汗出”、“但头汗出，剂颈而还”是说汗出部位；“微汗”、“漏汗不止”是说汗出程度，其问诊之详，可见一斑。就望诊来说，诸如“项背强几几”、“振振欲擗地”、“手足躁扰”、“循衣摸床”等种种情状描述，苟非观察细腻，焉能如此生动、形象。就闻诊来说，也有“鼻鸣”、“谵语”、“郑声”等记叙。至于切诊，不仅详于辨脉，亦重按诊，仅按腹一项即有“按之则痛”、“按之石硬”、“按之自濡”等种种区分，倘非仔细触按，何能若此？！

本论运用四诊所得，着重从八纲辨证。就问诊而言，仅以寒热症状为例：据“发热恶寒”而辨其属阳，据“无热恶寒”而辨其属阴；“发热恶寒”并见，知病在表；见“不恶寒，反恶热”，知病在里；见“往来寒热”，则病在表里之间；“日晡所发潮热”提示里热而实，“无热恶寒”提示里寒而虚。就闻诊而言，“实则谵语，虚则郑声”。就脉诊而言，如“脉浮者，病在表”，“脉沉细数，病为在里”；又如“迟则为寒”，“数则为热”。由此可见，仲景将四诊与八纲结合得极为紧密。

其二，将定位与定性结合。本论运用八纲均着眼于“辨”，而辨证的重点，一是确定病位，二是判明病性。例如，“知不在里，仍在表也”，或称“此为半在里，半在外也”，即是辨

病位的在表、在里或在半表半里。“发热恶寒者，发于阳也；无热恶寒者，发于阴也”。是辨病性属阴属阳。“病人身大热，反欲近衣者，热在皮肤，寒在骨髓也；身大寒，反不欲近衣者，寒在皮肤，热在骨髓也。”又是辨病性的属寒属热。而“发汗后恶寒，虚故也；不恶寒，但热者，实也。”则是辨病性的属虚属实。

确定病位与判明病性，必须相互结合，才能全面反映病证特色，所以论中单一标明“表证”、“热证”、“阳证”等证型者较少，而标明为复合证型者甚多。诸如“表有热”、“里有热”、“虚有寒”，或“里虚”、“热实”、“寒实”，或“瘀热在里”、“热结在里”、“寒湿在里”、“阳绝于里”，或“表里俱热”、“表里俱虚”、“阴阳俱虚”等等。此外，更有种种错综复杂的证型。诸如“表虚里实”、“表热里寒”、“里寒外热”等等。

试以太阳表证为例。“脉浮，头项强痛而恶寒”为风寒表证的辨证提纲，明确标示其主证主脉。而表证既为正邪交争，其证当有发热，故论中将“啻啻恶寒，渐渐恶风，翕翕发热”并举。虽也有初起仅见恶寒而暂不发热者，但终要发热，故又有“或已发热，或未发热，必恶寒”的补充说明。本论以“发热而渴，不恶寒”为温热表证的辨证提纲，此与风寒表证迥然不同：一是发热突出，二是津伤口渴，三是恶寒不明显。《温病条辨》论温病初起有“但热不恶寒而渴者”，《医宗金鉴》谓“温病热病不恶寒者，表热也”，皆源于此。谓温病“不恶寒”是与风寒表证“必恶寒”对举，意在强调前者恶寒不明显，而后者则恶寒突出。正如吴鞠通所说：“仲景所云不恶风寒者，非全不恶风寒也，其先亦恶风寒，迨既热之后，乃不恶

风寒耳。”显然，恶寒发热并见，是表证的主要特征，而表属阳，所以本论明确提出：“发热恶寒者，发于阳也。”其他各经病证的种种证候，也都可用八纲加以概括。

无论运用八纲确定病位或判明病性，均非固定不移，而是可以互相转化的。例如，“此为阳去入阴故也”，此即由阳转阴；“此表解，里未和也”，又为由表转里；“汗多亡阳，遂虚”，则系由实转虚。

其三，将八纲与脏腑结合。为使定位更为明确，仲景还将八纲与脏腑作了一定结合。论中将二者并举，并非少见。诸如“此为脏寒”、“热入血室”、“胃中虚冷”、“脾家实”等等。而将“冷结在膀胱”与“热结膀胱”对举，明确区分膀胱病证的寒热两型，即是八纲与脏腑结合辨证，从而鉴别病证类型的例证。至于对胃腑的辨证，则尤为细腻。要而言之，论中即有“胃中寒”、“胃中燥”、“胃中虚”及“胃家实”等多种区分，明确标示胃腑病证的寒热虚实，堪称八纲与脏腑结合辨证的典范。

其四，将八纲与八法结合。本论运用八法，均以八纲为立法依据。表证当用汗法，所以说：“病在表，可发汗”、“表未解也，可发汗”。里证则须根据病位的上下，以及病性寒热虚实的不同，而酌情选用吐、下、清、消、补诸法。邪结胸中的里实证，宜用吐法，所以说：“病在胸中，当须吐之”。邪结胃肠的里实证常用下法，所以说：“此为实也，急下之”、“大便难而谵语者，下之则愈。”其他有形实邪，也宜使用下法，如“有宿食也，当下之”、“为有血也，当下之”。热证则用清法，如“里有热，白虎汤主之”、“以有热故也，白头翁汤主之”。寒证又宜用温法，如“自利不渴者属太阴，以其脏

有寒故也，当温之。”虚证当用补法，如“发汗病不解，反恶寒，虚故也，芍药甘草附子汤主之。”、“伤寒脉结代，心动悸，炙甘草汤主之。”至于本论中的消法，则主要体现在消散水气，如“从腰以下有水气者，牡蛎泽泻散主之”、“水逆，五苓散主之”。对半表半里证，则既不能发汗解表，亦不能泻下攻里，只有和解一法，故有“此为半在里，半在外也，……可与小柴胡汤”的范例。

尤须指出者，仲景用方，皆以八法统之，而八法的应用，又与八纲紧密相联，从而使辨证论治一线贯串，理法方药，环环紧扣。概括说来，表证当用汗法。表寒实证宜辛温峻汗，用麻黄汤为主方。表寒虚证，则宜解肌发汗，用桂枝汤为主方。半表半里证，当用和法，以小柴胡汤为主方。里实热证，当用清、下两法，或选白虎汤清气泄热，或选承气汤泻下实热。里虚寒证，当用温法，或以理中汤温中祛寒，或以四逆汤温肾回阳。里虚热证，当用清补之法，或用黄连阿胶鸡子黄汤养阴清热，或用竹叶石膏汤补气和胃、清泄余热。

高欣同志，在即将结束此信之际，我想强调说明一点：《伤寒论》首创辨证论治诊疗体系，而八纲辨证正是这一体系的核心，因此以八纲为主轴来研究《伤寒论》，不仅能提纲挈领，执简驭繁，更易理解和掌握这一体系，便于临证运用，而且对于探讨各种辨证纲领的相互关系，进而创立统一的中医辨证学，也有重要意义。如果以八纲为核心的中医辨证学得以确立，用现代科学阐明八纲实质的研究，就抓住了核心课题。现代对八纲实质的研究，日益引起国内外学者的重视，有从病理生理研究的，有从病理解剖探讨的，有人从分子水平研究其实质，有人用电位变化探讨其机理。近年更有人以

八纲为核心，提出“中医诊治模型的最优码函数形式”，从而给电子计算机应用于中医诊疗开辟了新的途径。我们没有条件从事这些研究，但以八纲为主轴来研究《伤寒论》是可以做的，你愿意从事这一研究吗？

致

礼！

重庆医学院第一医院 马有度

程钟龄研究仲景学说的 心得与方法

冯坚同志：

你看了《〈医学心悟〉的特色》之后，再次重读《医学心悟》，又有新的领悟。希你深入钻研，对“医门八法”要精读，这是该书最精彩的部分，对临证极有帮助。此外，对程氏论伤寒的部分，也不可忽视。

程钟龄对普及临床医学作出的可贵贡献，人所共知。然而，程氏对《伤寒论》的研究，却言者甚少。其实，钟龄先生对此典籍极为重视。他在《医学心悟》的十条凡例中，言及伤寒的即占四条之多，而且第一句话就说：“医道自《灵》、《素》、《难经》而下，首推仲景，以其为制方之祖也。”《医学心悟》原书共五卷，而研究仲景学说的篇幅则达四分之一。其中，第二卷就是专论伤寒的，即使在总述中医一般理论的首卷，也有四篇概论伤寒的专文：《伤寒纲要》、《伤寒主治四字论》、《经

腑论》以及《阴证有三说》。不仅如此，在全书的各个篇章里，仲景学说的影响，亦颇常见。

那么，程钟龄研究《伤寒论》的主要心得有哪些？其研究方法有何特点？这对我们今天研究仲景学说又有何启示？

钟龄先生治学非常严谨，他认为医学精深入微，必须专心致志，深入钻研，绝不可走马观花，一知半解。所以，他在自序中强调指出：“历今三十载，殊觉此道精微。思贵专一，不容浅尝者问津；学贵沉潜，不容浮躁者涉猎。”举凡读书，绝不满足于一般的理解，而是“凡书理有未贯者，则昼夜追思”，不达到透彻理解的地步，是绝不罢休的，真是“读书明理不至于豁然大悟不止。”因此，他对《伤寒论》读得透，钻得深，收效很大。例如，对于仲景处治寒热病证的用药规律，就深有体会：“长沙用药寒因热用，热因寒用，或先寒后热，或先热后寒，或寒热并举，精妙如神，良法具在”。如果没有熟读精思、锲而不舍的刻苦钻研精神，达到融会贯通的境地，岂能得此“长沙真妙诀”？

程氏读《伤寒论》的心得甚多，尤以“伤寒四字论”最为突出。正如他在凡例中所说：“予读仲景书十数年，颇有心得，因著伤寒四字论，以为后学津梁云。”

所谓“四字论”，即是认为“伤寒只此表、里、寒、热四字”，此四字又可引伸为八句：“伤寒有表寒，有里寒，有表热，有里热，有表里皆热，有表里皆寒，有表寒里热，有表热里寒。”程氏对此八证的论述，均颇中肯，涉及各证的成因、主症、治法及代表方剂。例如表寒证，成因是伤寒初客太阳，故称外感；主症为头痛发热而恶寒；应当采用《内经》所谓体若燔炭，汗出而散的治法。又如里寒证，成因为伤寒不由阳

经传入，而直入阴经，故称中寒；主症是手足厥冷、脉微细、下利清谷，治法宜急温之，代表方为四逆汤。再如表里皆寒证的成因，则是表受寒邪，更兼直中于里，故又称为两感寒证，宜用麻黄附子细辛汤治之。对于其他各证，也一一作了简要论述。

尤可贵者，程氏深知读书是为了应用，每有心得，必证之于临床，而且反复加以验证。因此，他不仅读书“恍然有悟”才“援笔而述之”，而且必须临证“应之于手”才“指出而发明之”。其“伤寒四字论”就历经三十年的潜心探索，反复验证，用于指导临床诊疗，确能应手取效。所以他在这篇论文的末尾特别强调说：“予寝食于兹者，三十年矣。得之于心，应之于手，今特指出而发明之，学者其可不尽心乎！”

钟龄先生研究医学，最善于提纲挈领，执简驭繁。对于《伤寒论》的研究，亦复如此。

就寒邪伤人的途径而言，程氏提出应以传经直中四字为纲，称为“伤寒纲领”。传经之邪，在表为寒，入里即为热证；直中之邪，则为但寒无热。无论传经直中，在体内之变化，无非是表里寒热。为何要以传经直中为纲？因为仲景在三阴条下，对此混同立言，如果“昧者不察”，不分清邪之来路，往往“意乱心迷”，不知从何处治，所以只有“先明传经直中，庶寒热之剂，不至混投矣。”

邪既伤人，则病变又有在经在腑之分，所以程氏又提出以经腑为纲。他说：“伤寒诸书，以经为腑，以腑为经，混同立言，惑人滋甚，吾特设经腑论而详辨之。”并且进一步提出“伤寒六经见证法”。他认为，三阳有经、有腑，三阴有传、有中。有三阳之经，就有三阳之腑，即膀胱、胃及胆。三阴

由传经而来者为热，而直中三阴者则为寒。此即“伤寒见证之纲领也”。

在卷二的伤寒各论里，程氏即以经腑及传经直中为纲，分目论述。先论经证，次论腑病，再论合病并病以及直中证、两感证，最后论伤寒兼证，并附诸方补遗。正如他在凡例中所概括的：“兹集分析清楚，纲举目张”。

尤须指出者，前人谓《伤寒论》有三百九十七法，一百一十三方，但仍不能概括伤寒之千变万化，因而有人“遂谓仲景《伤寒论》非全书”。程氏有鉴于此，经过多年钻研、实践，终于提出“伤寒主治四字论”。他说：“予独以四字论括之，何其简也？”执简即可取繁，所以又说：“精乎此，非惟三百九十七法，一百一十三方可坐而得，即千变万化亦皆范围于其中”。而表里寒热虽然变化繁多，但究其纲要，也不过八句而已，即表寒、里寒、表热、里热、表里皆热、表里皆寒、表寒里热、表热里寒。正如程氏所说：“伤寒变证，万有不齐，而总不外乎表、里、寒、热四字。其表里寒热，变化莫测，而总不出此八言以为纲领。”

一部经典巨著，仅仅用此四字、八言，就将其精义概括无余，真是纲举目张，要言不繁，何其简也！

《伤寒论》的精髓，在于辨证论治。而辨证尤为关键，所以程氏研究此书，亦重在分析、辨别证候。他对此提出了严格的要求，务必“分析清楚”、“辩论详明”，而且要达到“毫无蒙混”的地步。因为只有这样，才能“渐登仲景之堂而入其室矣。”

辨析的重点，则又突出主症。例如，对于太阳经证，他辨析了头痛、项背痛、身痛、四肢拘急、发热、恶寒、喘，

以及浮脉和伏脉。而着重辨析的则为头痛、发热和恶寒这三个主症。

辨析的方法，也颇有特色。

其一，采用问答的方式，针对性很强。例如头痛，就设了五个问题：头痛何以是太阳证？三阳头痛有别乎？三阴本无头痛，今见直中证，亦有头痛何也？伤寒传经至厥阴，亦有头痛，何也？阳明腑病，口渴便闭，亦有头痛何也？然后一一加以回答。在设问中，还注意针对仲景条文中的疑点来提问。例如：仲景云结胸症，项脊强，如柔痉状，何谓也？仲景云少阴证反发热者，当用麻黄附子细辛汤，何以故？对于其他书籍的说法有疑似的，也设问提出。例如：身痛既为表证，诸书言里证亦有身痛，何也？《指掌赋》云喘满而不恶寒者，当下而痊，何也？对于这些问题，也一一详加辨析。

其二，在辨析中，除了会通仲景原意来分析说明之外，必要时还引述《内经》的说法加以论证。例如，对于发热何以是表证这一问题，他首先指出发热的成因是风寒郁于腠理，则闭寒而为热，其特点为翕翕然作，摸之烙手，指明关键在于此热发于皮肤，而脏腑无热，名曰表病里和。继而“以《内经》诸论证之，曰风寒客于人，使人毫毛笔直，皮肤闭而为热，可汗而已。又曰因于寒，体若燔炭，汗出而散。又曰人之伤于寒也，则不免于病热，大汗，热自解也。”对于后世诸家之说，亦酌情渗入辨析之中。

其三，在辨析中，不仅论述简要，说理明白，从不故弄玄虚，而且将自己多年辨证的心得渗入其中，特别是一些关键性的鉴别要点，更是强调说明之。例如，对于身痛一症，他就深有体会地说：“总之外有头痛发热，而身痛如绳束者，

太阳表证也；无头痛发热而身痛如受杖者，直中寒证也。一发散，一温中，若误投之，终难取效，可不辨乎！”

钟龄先生对仲景的治疗大法，极为推崇，认为仲景良法，精妙如神。对仲景方亦深有研究，并喜用之。然而，程氏并不赞成盲目地迷信经方，死板地固执古方，因为时代向前发展，情况已经发生变化，所以主张师承其法，不泥其方。他在《医中百误歌》的注释中说：“然时移世易，读仲景书，按仲景法，不必拘泥仲景方”。应当根据不同情况，灵活使用，方能获取良效，所以紧接着又说：“而通变用药，尤为得当”。

例如，对于太阳经证，症见头痛、发热、项脊强、身体痛、鼻鸣、干呕、恶风、自汗、脉浮缓者，他遵仲景解肌法，用桂枝汤。对于前证而恶寒、无汗、脉浮紧或喘嗽者，亦遵仲景发表法，用麻黄汤。但是，根据多年临床体验，他又强调指出：“桂枝汤，乃治太阳经中风自汗之证，若里热自汗者，误用之，则危殆立至。”而麻黄汤则“不宜于东南，多宜于西北。西北禀厚，风气刚劲，必须此药开发，乃可疏通，实为冬令正伤寒之的剂。若东南则不可轻用，体虚脉弱者受之，恐有汗多亡阳之虑”。而无论北方南方，麻黄汤都只宜用于冬寒之令，而于温热之时，则不可用，对于体虚气弱者，亦不可用。所以，使用经方，关键在于切合病情，而且应对天时、地利、体质等等综合考虑。恰如程氏所特别强调的：“大凡一切用药，必须相天时，审地利，观风气，看体质，辨经络，问旧疾，的确对证方为良剂。”如果古方并不对证，则应另行选方或自拟方药。程氏所拟加味香苏散，就是针对东南之地，人禀常弱，腠理空疏的具体情况，用香苏散加荆芥、防风、川芎、秦艽、蔓荆子等药，用于治疗伤寒初起，往往

“一剂愈，甚则两服，无有不安。”由于药性平和，不仅冬令正伤寒可用，春、夏、秋三时感冒，亦可应用。程氏特谓“有汗不得服麻黄，无汗不得服桂枝。今用此方以代前二方之用，药稳而效，亦医门之良法也。”

由此可见，程氏深得仲景心法，而又不拘执其方，尤善于变通用药，并加以发展，确如其受业门人吴体仁所说：“大抵方药一衷诸古，而又能神而明之，以补昔人智力之不逮。”

总而言之，程氏研究仲景学说颇有心得，特别是他的研究方法，尤具特色，可用五字以括之。一是深，读仲景书，深钻精思，力求心悟，绝不浅尝即止，不求甚解。二是简，综观全书，执简驭繁，重在得其精义，绝不节外生枝或死于句下。三是细，突出主症，对比剖析，细辨详明，绝不主次不分，辨析粗疏。四是验，边读边用，反复验证，力求得心应手，绝不纸上谈兵，故弄玄虚。五是活，师承其法，活用其方，变通用药，绝不拘执死方以套活病。

这就是我反复阅读程钟龄论伤寒后的粗浅体会，不尽妥当。希望谈谈你的心得，以资交流，好吗？

谨祝

再有所悟！

重庆医学院第一医院 马有度

浅谈《金匱要略》对 临床的指导作用

徐颖同志：您好！

收到来信，得知您正在自学《金匱要略》，且为不得要领而烦恼，这是可以理解的。因为本书言简意赅，文字古奥，初学是会遇到困难的。至于要我谈谈体会，恐贻笑大方。为使您不致失望，只好勉为其难了。

《金匱》是中医四大经典著作之一。何谓“经”？《左传》谓：“经者道之常也”。常者，规律也。换句话说，经典就是记载规律与大法的书。医经则是为医者制定的规律与大法，是历经长期实践检验而为医家所公认的准则。《金匱》所立辨证规律，基本大法，历千年而不衰，直到今天仍然有效地指导着临床。因此，学好《金匱》会使您的学识更上一层楼。

《金匱》是以整体观念为指导思想，以脏腑经络为理论依据，运用八纲以病与证相结合进行辨证的。其治疗手段八法俱备。尤需注意者，是《金匱》治疗杂病的原则。

其一，整体调治，补虚泻实。

人体的脏腑是一个统一的整体，不能孤立地分割开来。脏腑之间，有相互联系，相互制约的作用。一脏有病，可影响它脏，治病时应注意到未病的脏腑，以防传变。正如《脏腑经络先后病篇》所说：“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”。治疗脏腑的病证，贵在分清虚实，采取“补不足，损有余”的治疗原则。

其二，先治卒病，后治痼疾。

“夫病痼疾加以卒病，当先治其卒病，后乃治其痼疾也”。就是说新病旧病同时存在，当先治卒病而后治痼疾，所谓“急则治其标，缓则治其本。”临床上一般应急者先治，缓者后治。如果痼疾与卒病均急，则在治疗卒病的同时又应兼治痼疾。

其三，治病当因势利导。

《黄疸病篇》谓：“五脏病各有所得者愈，五脏病各有所恶、各随其所不喜者为病。病者素不应食而反暴食之，必发热也。”说明治病应根据脏腑特点及病理特性，近其所喜，远其所恶去治疗。医者能顺其势、审其因，即仲师所谓“当随其所得而攻之”，每能事半功倍。例如：“诸有水者，腰以下肿当利小便；腰以上肿当发汗乃愈”。即是因势利导的范例。腰以上肿，在上属阳，可用发汗祛水以消肿。腰以下肿，在下属阴，可用温利法使潴留于下部的水从小便而去。再如：“一身尽发热而黄，肚热，热在里，当下之”。黄疸病，清利湿热乃正治之法。但湿从燥化，里热甚重，如不能审势用苦寒下泄其热，病势就难以减轻。

其四，脏腑论治的重点在调理脾肾。

脾为后天之本，肾为先天之本，但各有特性。脾为阴土，喜燥而恶湿，治疗时应升散脾阳。仲师在《血痹虚劳篇》说：“虚劳诸不足，风气百疾，薯蓣丸主之”，开舒发脾气之先例，后世李东垣据此创制了著名的补中益气汤。肾中之阳则贵乎降纳，升散则耗其真气。一般情况下宜于阴中养阳，仲景用肾气丸颇有深意。岳美中认为肾气丸阴中求阳，体现了“少火生气”、“有如春风”之意。岳老常用以治疗肾盂肾炎、前列腺肥大引起的尿潴留、五更泄、不孕症等，均获一定疗效。

学习《金匱》除了注意治则之外，还应通过精读去掌握治法。彭履祥说得好：“金匱应读其正面，观其侧面，于无法中求有法，于无方中求有方”。试以《痰饮篇》“病痰饮者当以温药和之”一句为例。

第一，说明了痰饮是里虚寒证，因此得温则散，遇寒则

凝。“温之”，具有温发阳气，温化痰饮之功。

第二，“和之”，徐荣斋认为“以温运不可过燥解释比较妥当”。凡临床上慢性支气管炎、哮喘、胸腔积液、胃潴留、冠心病等属于“痰邪”为患的疾病，当用温运、温通、温化而不可大肆温补。

第三，仲师用小青龙汤及桂苓五味甘草汤类方剂的温散法，苓桂术甘汤的温脾法，肾气丸的温肾法，己椒苈黄丸的温下法，五苓散、小半夏加茯苓汤的温利法，都是临床具体范例，使后学有法度可循。

第四，水气病与痰饮病病因相同，病机相似，故仲景详于痰饮治法而略于水气。因此，治疗水气病当借鉴痰饮篇。在《岳美中教授用经方起大症之经验》中，就介绍了用麻黄加术汤、防己黄芪汤、越婢加术汤治疗水肿病收到较好的效果。

《金匱》所列二百零五首方剂，绝大部分仍为现代临床医生所乐用。例如用白头翁汤治痢，用大黄牡丹皮汤治肠痈，用瓜蒌薤白汤治胸痹等等。北京宣武医院王子和老大夫擅治眼、口、生殖器三联综合征，曾报导七例，其中六例用《金匱》甘草泻心汤加减治愈。乌梅丸治疗胆道蛔虫，是众所周知的。我院五八年以前治胆道蛔虫多用外科手术治疗，五八年以后采用乌梅丸加减治愈了数千患者。程门雪生前十分欣赏治疗妇人脏燥的甘麦大枣汤，他说：“叶天士最赏识此方，在甘缓和阳熄风诸法中用之最多，散见于肝风、虚劳、失血等门内。凡见头眩、心悸、胸闷等症状时辄用此方加味”，“吾亦喜此方，得效亦多”。

徐颖同志，我很难用短短的笔墨，就把《金匱》对临床的

指导作用详尽地写出来。希望您结合临床去仔细阅读，尽心领会。程门雪岐黄生涯五十多年，对《伤寒论》、《金匱要略》等古典医籍批读甚勤。晚年又有“书种室”、“晚学轩”等号，勤奋攻读，到老不倦。他说：“大匠能予人以规矩，不能予人以巧”、“熟能生巧，熟读深思，巧妙自生。功夫是要自己去做的，别人是代替不了的。任何侥幸取巧的捷径是没有的”。尽管《金匱》学习起来是有困难的，如果您能用登山的精神去攀登层峦叠嶂，功夫是不负有心人的。以后愿意与您经常讨论。

祝

不断进步！

泸州医学院中医系 叶成炳

《千金方》在治疗学方面的主要成就

李云龙同志：

你好！来函欣悉，迟复为歉！你询问《千金方》在中医治疗学方面有哪些主要成就？对目前临床治疗有何指导意义？这两个问题提得很好！现简复如下，仅供参考。

初唐孙思邈氏是一位伟大的医学家，所著《千金方》承先启后，影响深远，是活人济世、千载不朽的巨著，对继承和发展祖国药学，指导临床，贡献巨大。仅从中医治疗学角度去看，《千金方》的成就也是非常突出的。

孙氏在疾病防治方面，其预防医学的思想是非常明确

的。他在继承《内经》的基础上指出：“消未起之患，治未病之疾，医之于无事之前，不追于既逝之后。”要求“安不忘危，预防诸病”。应避免过度饮酒和房室之劳，还要动静结合，劳逸适度。他说：“养性之道，常欲小劳，但莫大疲及强所不能堪耳”。他还指出饮食要有节制，生活要有规律。并提倡：常习不睡地，睡时不张口，讲究沐浴，食毕漱口，培养良好的卫生习惯；有病早治，勿使小病变重，遂致不救等等。这些，在今天看来，都有它的现实指导意义。

孙氏不仅积极提倡预防思想，而且重视综合治疗。尝谓：“夫为医者当须先洞晓病原，知其所犯，以食治之，食疗不愈，然后命药”；“药食两攻，则病无逃矣”。这种把食疗放在先于药疗的重要地位和药食结合的方法，对临床有重要价值，值得学习和提倡。因此在《千金方》里各类疾病的治疗既有药治、又有食疗之方。如治脚气病，有用米糠、赤小豆者；而治目盲、夜盲，则用各种动物肝脏；疗消渴，用生莱菔汁；治黄疸，用茺菁汁等，在临床上都切实可行。孙氏在医疗上还提倡针灸与药治相结合，《千金要方》和《千金翼方》都有针灸专卷，并认为治病应该针灸攻其外，汤药治其内，则病无所逃矣。这是合理的，也是行之有效的。所以，林亿对他有很高的评价：“苟知药而不知灸，未足以尽治疗之体，知灸而不知针，未足以极表里之变，如能兼是，圣贤之蕴者，其名医之良乎，有唐真人孙思邈者，乃其人也”。

你来信说：孙氏强调辨证论治，算不算他的贡献，并要我举些具体例子。这很好，我认为应该看作是贡献之一。但在提法上应当补充一点，就是孙氏强调辨证论治，并发展了论治。辨证论治，早在《内经》、《伤寒论》、《金匱要略》等

书里,均已阐明,孙氏在这里主要是起着继承整理的作用。如他在《千金要方》卷一中说:“夫疗寒以热药,疗热以寒药……临事制宜,当识斯要。”从这里不难看出,乃是典型的辨证论治的用药思想,问题的关键不在于此,而在于发展了它。具体地说,即是孙氏将辨证论治与针对性治疗(相当于特效治疗)有机地结合起来。例如他治疗痢疾,广泛应用黄连、苦参、白头翁之类,清热燥湿解毒。统计治痢的58方中,有31方用黄连,说明黄连是治痢之主药。中医理论,痢疾是温热疾患。西医理论,痢疾是痢疾杆菌所引起。黄连苦寒,可以清湿热,这与现代研究证明,黄连对痢疾杆菌起抗菌作用,有着一致性。孙氏在应用黄连治痢时,根据辨证的寒热虚实,再进行适当配伍,这样就将整体性与针对性结合起来了,疗效明显提高。又如治疟疾,用常山、蜀漆;治黄疸,用茵陈;治癭瘤,用海藻。在运用这些主药的同时,同样根据其不同病情,适当配伍,组合成方。这种以针对性疗法结合整体状况的辨证处理,正是中医在与疾病长期斗争中积累起来的宝贵经验,孙氏从《内经》、《伤寒论》、《金匱要略》等经典著作中吸取其辨证论治精华,并加以发展,从而走向了更有效、更合乎科学的道路,是难能可贵的。根据个人临床体会,辨证论治与针对性治疗相结合,疗效更优,孙氏的这一经验值得学习、研究。

来信希望谈谈孙氏在外治方面的贡献。限于篇幅,这里只能简单地说一说:外治法包括药物外治、手法外治和配合某些器械外治,如针灸、按摩、敷罨、薄贴等等。这些早在《内经》、《伤寒论》、《金匱要略》诸书中都已有记载。但孙氏在总结先辈经验的基础上,不断实践,又创造了不少外治法,并对它的发展也有许多贡献。例如湿浴法,用莽草汤浴

方治小儿伤寒、李叶汤浴方治小儿身热、当归洗方治产后劳伤子门开而不闭等。粉法，用三物黄连粉扑身治盗汗。塞法，用通草、辛夷、细辛作蜜丸，绵裹纳鼻中，治鼻塞流涕；用蜀椒、乌头、白芷等研末，绵裹纳阴中，治子宫脱出。摩膏法，用药膏外摩治伤寒初起，头痛项背强。熏法，在疫病流行时用太乙流金散烧烟熏之，以预防疫病。此外，还有滴法、吹法、含咽法、熨法、药枕法、敷贴、外导等，内容十分丰富，举不胜举。尤其值得一提的是《千金要方》还有导尿法的记载：小便不通，以葱叶除尖头，纳阴茎孔中，深三寸，微用口吹之，胞胀，津液大通，便愈。这是多么可贵的记录，它比西医最早用导尿法还早好几个世纪哩！

孙氏的另一特点是重视地理、气候环境对机体的影响，强调临床处方用药必须根据地理环境、气候条件、病人体质等具体情况，斟酌损益，灵活运用，切忌胶柱鼓瑟，一成不变。他说：“凡用药皆随土地所宜，江南岭表，其地暑湿，其人肌肤薄脆，腠理开疏，用药轻省；关中河北，土地刚燥，其人皮肤坚硬，腠理闭塞，用药重复”。阐明了机体与环境的统一，处方用药须随空间、时间的不同而随时调整，也就是中医常说的因人、因时、因地制宜，这对后人临床很有指导意义。

孙氏还善于吸收国外医药学经验，从而丰富和充实了祖国医药学。他吸收外来的药物有：波斯盐、龙脑香、薰陆香、茵桂、茅香、兜婆娄香等；医方有：耆婆万病丸、耆婆汤、耆婆大士补益长生不老方、阿伽陀丸、惇散汤等；医疗保健技能有：天竺国按摩术等。孙氏能虚心好学，没有或较少保守思想，善于吸收国外经验，去芜存菁，去粗取精，取长补短，在这方面作出了贡献，孙思邈氏确是值得我们学习的榜样。

祝
进步！

南京中医学院 张浩良

中医为什么注意治肾

易学中同志：

你好！收到你的来信已经很久了，由于各项工作较繁冗，没有及时回信，很抱歉！

来信谈到你和周围的一些同志正在刻苦自学中医，这令人高兴。中医事业需要大批有志、有恒、有识的人来共同做好。希望你们坚持不懈，努力进取。

你说，经过一段时间的自学以后，觉得中医所说的“肾”太复杂了，不好掌握，更弄不清中医为什么要注意治肾？这个问题确实涉及面较广，在这封信中，只能简单地、扼要地与你讨论一下，供你学习时参考。

要理解中医为什么注意治肾，关键是要掌握“肾”的生理功能及其与他脏的关系。

来信中你列举了几十条经文和历代医家关于“肾”的论述，感到一忽儿说是“先天之本”，一忽儿又说是“封藏之本”；既“主骨”，又“主水”，还“主生殖”，因而觉得“太复杂”了，“抓不住”了。怎样来理清这些头绪呢？办法是分清主要的生理功能和次要的生理功能。简单地说，主要的生理功能只要记住

三个字：“本”、“藏”、“主”；次要的生理功能只要记住两个字：“窍”、“华”。合起来，也只有五个字。

第一个字：“本”。“肾为先天之本”，意思是说，肾是先天赋予的、人体生命活动的基础，是生殖机能的本源。这种“基础”和“本源”是什么？就是“精气”。这种精气是由肾来生成、储藏和排泄的。精气是怎样生成的呢？一种是“先天”的，所谓“人之生，先成精”，这是肾本脏的精气，指的是男女媾精的精气；另一种是“后天”的，所谓“受五脏六腑之精而藏之”，这是饮食精微中吸收来的精气。两者之间的关系是：“后天”的精气靠“先天”的精气来生化、促成；“先天”的精气靠“后天”的精气来滋养、补充。

第二个字：“藏”。“先天”和“后天”这两种精气都由肾来储藏，所以又说“肾为封藏之本”。既然“肾为封藏之本”，当然就可以说“肾藏精”，精气足才能意志旺，所以又说“肾藏精与志”。精气充实旺盛，人的动作才能轻巧灵活。假若肾精亏虚，就会头昏健忘，精神不振，腰酸腿软，动作迟钝，所以说：“肾者作强之官，伎巧出焉”。

第三个字：“主”。由于“肾为先天之本”，所以说“肾主生殖”。由于“肾藏精”，而骨髓是靠肾精化生的，“肾不强，则髓不能生”，并且“脑为髓之海”，于是就形成了肾藏精→精生髓→髓聚为脑→脑、髓养骨的生理关系。肾精的充实与衰竭，直接关系到骨、髓、脑三者的强与弱。所以说“肾主骨”。而牙齿和骨骼的营养都是来源于肾精，肾精衰竭就牙松齿落，所以说“齿为骨之余”。由于人体水液的滞留、分布、排泄是靠肾气的力量来推动的，所以说“肾主水”。这是因为水液进入胃以后，由脾上输到肺，经过肺的肃降，下流归于肾。水

液在体内不能“太过”，太过就可产生水肿；也不能“不及”不及就会津竭。那么，要维持水液在体内的平衡又靠什么来调节呢？从表面看，是靠出汗和排尿来调节的，但汗孔和尿道(肾关)的“开合”又靠什么来控制呢？就是靠肾气来控制。肾气分为肾阳和肾阴，“肾阳主开，肾阴主合”。肾阳肾阴如果偏胜偏衰，就产生水液失调，阴盛阳虚，肾关就“开多合少”(如下消)；阴虚阳盛，肾关就“合多开少”(如水肿)。所以又说“肾主开合”。由于“精”与“气”是密切相关的，互为因果的，因而“肾”与呼吸功能也有关系，虽然人的呼吸是由肺直接进行的，但“肾”对于气有摄纳作用。老年人容易产生气喘，其中一个重要原因就是肾精不足而导致纳气无力，所以说“肾主纳气”。

以上谈了“本”、“藏”、“主”三个字，这是肾的主要生理功能。掌握了这些以后，次要的生理功能就很容易理解了。

第四个字：“窍”。由于肾精充足就脑、髓充实，脑、髓健就听觉灵敏，所以说“肾在窍为耳”，“耳者肾之官”。其次，由于肾经有一条络脉上挟舌本，经过舌下廉泉、玉英二穴而为唾，所以又说“唾为肾液”。由于“肾主水”，同时又由于肾阳虚可以导致脾阳虚而产生“五更泻”(脾肾泻)，所以说“肾开窍于二阴”(前阴是指尿道、精窍；后阴是指肛门)。

第五个字：“华”。本来，“发为血之余”，但血液的生成也靠肾精的化生与滋养。年青人发荣，老年人发枯，这在一定程度上反映出肾气的盛衰，所以说肾“其华在发”。

谈了这些以后，我想，你就不难理解《素问·上古天真论》中这段原文了：“女子七岁，肾气盛，齿更发长；二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下，故有子；三七肾

气平均，故真牙生而长极；四七筋骨坚，发长极，身体盛壮；五七阳明脉衰，面始焦，发始堕；六七三阳脉衰于上，面皆焦，发始白；七七任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，地道不通，故形坏而无子也。丈夫八岁肾气实，发长齿更；二八肾气盛，天癸至，精气溢泻，阴阳和，故能有子；三八肾气平均，筋骨劲强，故真牙生而长极；四八筋骨隆盛，肌肉满壮；五八肾气衰，发堕齿槁；六八阳气衰竭于上，面焦，发鬓颁白；七八肝气衰，筋不能动，天癸竭，精少，肾脏衰，形体皆极；八八则齿发去。肾者主水，受五脏六腑之精而藏之。故五藏盛，乃能泻。今五脏皆衰，筋骨解堕，天癸尽矣，故发鬓白，身体重，行步不正而无子耳。”这段话是相当重要的，它集中说明了“肾”的生理功能。如果你再仔细思考一下，就可以从中抽出一个字来作为总纲，这个字就是“精”。精藏于肾，所以说“肾者精神所舍，性命之根”。正因如此至关重要，中医就必然注意治肾了。

仅仅理解了肾的生理功能还不够，我们还应该在这个基础上进一步了解肾和他脏的关系，才能更深入地理解中医注意治肾的道理。

肾与其他四脏(心、肝、脾、肺)的关系也是相当复杂的。用个什么办法来使你能够扼要地把握住呢？我想了想，用几句浅显的口诀也许简单明了一些吧！

一是“肾与心，上下相交始平衡；心肾不交难成寐，水气逆上可凌心。”这就是说，在正常情况下，心阳之气下降温暖肾阳，肾阴之精上升滋养心阴，这样心肾相交、上下资助才能保持人体动态平衡。假如肾阴不足，心火妄动，就会心肾不交，于是就产生心烦咽干、失眠多梦和遗精等等症状；假

如心阳不振，肾水就不能化，水气上逆就导致水气凌心，于是就产生水肿、心悸、气促等症状。

二是“肾与肝，精血相滋两相安；肝火亢盛必伤肾，肾阴虚损风易生。”这就是说，肝血肾精是互相滋养的（即所谓“乙癸同源”）。只要一方亏损就会引起另一方的不足，产生肝肾阴虚的证候。肝火亢盛必然伤损肾阴，肾阴亏损也使肝阳失去滋养而引起肝阳偏亢，出现肝风内动的证候。

三是“肾与脾，先天后天两相济；脾阳虚损肾阳虚，水液滞泻必无疑。”这就是说，主先天的“肾”和主后天的“脾”是相互滋生、相互制约的。如果脾阳虚，脾就会失去对肾水的制约（土不能制水），水液就会泛滥滞留，形成水肿；肾阳虚，脾就得不到肾阳的温煦，水反侮土，五更泻就由此而产生。

四是“肾与肺，精气相生两相配；肺虚气逆不养肾，肾虚精竭难滋肺。”这就是说，肺气靠肾阳蒸水化气生津来润养，肾精又靠肺气下降来滋生。这就是“金水相承”。如果肺虚，肺气不能下降，肾气也无法上升；肾虚，不能化津液以上升润肺，肺气也随着虚衰而不能下降，就会出现升降不调或开阖失司的证候。

由此看来，肾与心、肝、脾、肺四脏的关系至为密切。同时，由于“肾主水”，而“膀胱者，州都之官，津液藏焉，气化则能出矣”（《素问·灵兰秘典论》）。这个“气化”作用就是靠肾精产生的，所以肾与膀胱的关系是表与里的关系。这样看来，临床治疗小便频数或癃闭，从治肾入手就不难理解了。

讲到这里，中医为什么注意治肾的道理就显而易见了。正如宋·许叔微说的：“肾为一身之根蒂”。它的生理功能关

系到人的生长、发育、生殖、衰老以及精力与智慧，它的病理变化影响到心、肝、脾、肺四脏及膀胱，所以中医注意治肾，这也是“治病必求其本”的含义之一。

学中同志：通过上面的讨论，对你从理论上了解中医为什么注意治肾也许能助一臂之力。但是，中医是重视实践的，它不能脱离临证。因此，下面再简要地补充谈谈中医如何治肾。

自从张仲景在《金匱要略》中创造肾气丸以来，后世医家衍化出许许多多治肾的方剂，如六味丸、知柏地黄丸、济生肾气丸、大补阴丸、返阴丹等等。然而，这些方剂都遵循了一条总的原则，这就是王冰注《素问·至真要大论》中“诸寒之而热者取之阴；诸热之而寒者取之阳”这两句话提出来的“益火之源，以消阴翳；壮水之主，以制阳光。”这就是说，治肾可以分为两大法门：一是“壮水”，即“滋补肾阴”；二是“益火”，即“温补肾阳”。

滋补肾阴的法则，适用于肾阴虚损的证候。也就是你来信中提到的头晕耳鸣、口苦咽干、心烦不寐、遗精健忘、舌红少苔、脉来细数等等，常用的方剂就是六味地黄丸。如果兼见干咳气短、咽燥唇焦、骨蒸盗汗，那么这就是病变由肾及肺了，是肺肾阴虚的见证，就要用百合固金汤等来滋肾润肺了。如果证见动则气喘吁吁，面红足冷，这是肾不纳气，就要用都气丸或麦味地黄丸来滋肾纳气。如果头眩目花，耳鸣脑胀，这是病变已由肾及肝，肝火偏亢了，就要用归芍地黄汤等来滋肾养肝。如果进一步看到头脑晕眩、面赤口苦、脉来弦紧，这是肝阳上亢，就要用杞菊地黄丸加龙骨、牡蛎、石决明、天麻、勾藤这些药来滋阴潜阳、镇肝息风。如

果病已经很久了，而且原患急性热病，以致手足心灼热、口干齿槁、耳聋手颤，这就是久病伤阴，肝肾俱损了，往往容易虚风内动，就必须用大定风珠等来滋阴息风。如果心悸怔忡、心烦耳鸣、夜难入寐、舌红脉细，这就是心肾不交了，就要用黄连阿胶汤来交通心肾。如果进一步出现咽干咽疼、健忘易怒、性欲亢进，这就是阴虚火旺，要用大补阴丸等来滋阴降火。总之，这一法则重在补肾阴，即“壮水”。选用的药物一般是熟地、淮山、山萸、丹皮、泽泻、茯苓以及生地、百合、枸杞、麦冬、女贞、旱莲、阿胶、白芍、龟板、鳖甲、龙骨、牡蛎等等。

温补肾阳的法则，适用于肾阳虚衰的证候。也就是你来信中提到的面色㿔白、少气懒言、畏寒肢冷、滑精阳痿、夜尿频数、舌淡苔白、脉沉细弱等等。常用的方剂就是金匱肾气丸。如果头昏耳鸣、口糜舌烂、腰膝无力、上热下寒、舌红脉虚，这是虚火上炎，就要用肾气丸、左归饮等来引火归原。如果汗出不止，身冷脉微，口不渴而喜热饮，这是亡阳之证，就该用大剂参附汤、附子理中汤等来回阳救逆。如果自汗身冷、咳嗽多痰、喘促气短，这是肺肾皆虚了，可用补肺阿胶汤来温肾补肺。如果进一步看到喘而汗出，不能平卧，这是肾阳亏损，肾不纳气，应当用参蛤散之类来温肾纳气。如果水肿肢冷，按压肌肤出现凹陷，而且腰以下肿势更重，舌淡苔白脉沉，这是肾虚水泛的见证，就要用真武汤等来温肾利水。如果倦怠无力、五更泻泄、肢冷浮肿、舌淡苔滑、脉来细弱，这是脾肾阳虚的证候，应该用四神丸等来温肾补脾。总之，这一法则重在补肾阳，即“益火”。选用的药物一般是肉桂、附片、五味子、补骨脂、人参、蛤蚧、胡桃

肉以及山萸等。

统而言之，正如张景岳所说：“善补阳者，必阴中求阳，阳得阴助，生化无穷；善补阴者，必阳中求阴，阴得阳生，其源不竭。”

学中同志：关于中医为什么注意治肾，就简介了这些，很不全面，希你结合《内经》及张景岳、赵献可等的著述深入钻研。这次就谈到这里。

最后，还得说明一下，这封信是由我的学生孙光荣同志代复、并由我阅过同意发出的。

祝你

进步！

湖南省中医药研究所 李聪甫 孙光荣

脾胃学说很值得学习与研究

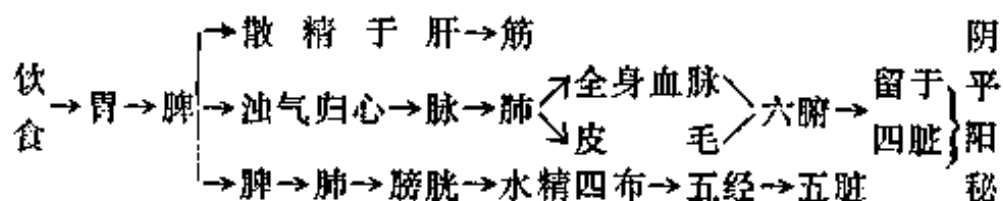
张彤云同志：

你好！来信读悉。信中谈到你在自学中医过程中，认识到中医在预防与治疗中特别重视脾胃，又觉得进一步弄清这一问题有困难。能有这样的体会很好，这的确是一个值得深入研究的问题。我在教学过程中就曾有人提出这样的问题：中医认为“脾胃为后天之本”，但西医用手术切除脾脏或作胃次全切除反而可以治病，中医的“后天之本”论岂不是不攻自破？要回答这个问题，关键在于要弄通中医的“脾胃”指的是

什么。虽然中西医在形态学上对脾胃的描述是大致相似，但在生理、病理以及临床治疗等方面，其差别就较大。

我们知道，中医的脾胃学说是脏象学说的一部分，它是

以人体的脾胃作为对象，从解剖认识开始，通过几千年的医疗实践而不断丰富起来的。早在《内经》就认为脾与胃一脏一腑，在生理上主受纳与运化的功能，所谓“脾胃者，仓廩之官，五味出焉。”“脾合胃，胃者，五谷之腑。”“胃者，五脏六腑之海也，水谷皆入于胃，五脏六腑皆禀气于胃。”其论水谷的运化的过程，大略如下表：



根据《内经》关于脾胃的论述，后世医家都认为脾胃为气血、精、津化生之源，是人体五脏六腑、四肢百骸、筋脉、皮肉、经络等赖以发育、生长，进行正常新陈代谢活动的物质基础和源泉，故有“脾胃为后天之本”之说。从病理角度来看，随着历史的发展，历代医家更是大大地丰富了脾胃学说的内容。祖国医学认为：疾病的发生与否，与人的正气的盛衰有密切的关系，故有“正气存内，邪不可干”、“邪之所凑，其气必虚”、“阴平阳秘，精神乃治”等说法。而人的正气的盛衰，与脾胃这个后天之本是息息相关的。《金匱要略》提出“四季脾旺不受邪”之说，又根据传统的五脏相互关系，强调肝病应注意先治脾胃（“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”）等观点，对后世医家重视脾胃的健旺有重大的影响。元代名医李东垣受仲景观点的影响很深，并有所发展，成为脾胃学说的宗师。在他所著的《脾胃论》、《内外伤辨惑论》等医著中，既继承前

人的理论，又有所创新，使脾胃学说从生理、病理及治疗等方面都有较系统而丰富的论述，并为后人提供了不少至今仍行之有效的治疗方法与方剂。李东垣的脾胃学说对医学的贡献是值得我们敬仰的。简单归纳起来，李氏有关脾胃的主要论点有如下几点：(1)内因以脾胃为主：李氏认为内在的元气是人体健康最重要的因素，养生当贵元气，元气不充，诸病可以由此产生。而元气的充足与否，关键在于脾胃元气有无所伤。这一论点可以看作是张仲景“四季脾旺不受邪”理论的深化，既指出脾胃健旺则百病不生，指出治病必须注意脾胃有无损伤(这一学说提出新的课题——健脾与免疫的关系)。(2)治脾胃以升发脾阳为主：李氏认为脾胃为人身升降的枢纽，脾主升，把水谷精微之气上输心肺，流布全身；胃主降，使糟粕秽浊从下而去。这一升一降，使人体气机生生不息。主张升清降浊以调理脾胃，而升清降浊两者，其主要方面在于升清。许多疾病的发生，与脾阳的不升有密切的关系，故创立不少以升阳为主的方剂，如补中益气汤、升阳益胃汤、升阳除湿汤、升阳散火汤等，都以升发脾阳为宗旨。升发脾阳对于一些消化系统的疾病的确有效，如补中益气汤对于胃下垂，黄芪建中汤对于胃、十二指肠溃疡，都是以升发脾阳而收到治疗效果的。(3)“火与元气不两立”：李氏认为元气不足，会引起心火独旺，这种阴火独旺又反过来耗伤元气，所以李氏在升发脾阳之外，或兼用清火的药物。李氏此说受到明代张景岳的批评，认为不符合中医的传统理论。根据个人的体会，用健脾补气药加些川连、山栀、黄柏之类治疗胃炎、胃窦炎之属于脾虚兼有虚火者确有一定的效果。其实张仲景的半夏泻心汤、生姜泻心汤等方剂，就是温运脾阳之药

与苓、连同用的，已开此法之先河。(4) 甘温除热法：李氏在《内外伤辨惑论》里详论内伤与外感发热的鉴别，在阴虚发热的传统理论之外，提出内伤(脾胃)发热的理论。李东垣之后，不少医家对脾胃学说加以验证、发挥和补充，特别是明代的张景岳与清代的叶天士，他们的观点对后人的影响较大。张景岳认为脾胃有病应当治疗脾胃，这是常理，但脾为土脏，灌溉四旁，所以五脏都有脾胃之气，而脾胃之中也有五脏之气，所谓“互为相使”，五脏有可分和不可分的关系，所以善治脾的，能调理五脏，即可以治脾胃；能治脾胃，使食进胃强，就可以安五脏。他说：“如肝邪之犯脾者，肝脾俱实，单平肝气可也；肝强脾弱，舍肝而救脾可也。心邪之犯脾者，心火炽盛，清火可也；心火不足，补火以生脾可也。肺邪之犯脾者，肺气壅塞，当泄肺以苏脾之滞；肺气不足，当补肺以防脾之虚；肾邪之犯脾者，脾虚则水能反克，救脾为主；肾虚则启闭无权，壮肾为先。至若胃司受纳，脾主运化，若能纳而不化，此脾虚之兆易见，若既不能纳又不能运，此脾胃之气俱已大亏，即速用十全大补、六味回阳等剂犹恐不及，而尚欲以楂、苓、枳、术之类冀为脾胃之永赖乎？是以脾胃受伤，但使能去伤脾胃者，即俱是脾胃之药。”(《景岳全书·论治脾胃》)张氏之论，是值得人们重视的，它不仅适用于治脾胃，引伸到治五脏，也应该本此精神，这是五脏相关学说的具体应用。五脏是一个整体，治一脏可以调四脏，调四脏可以治一脏。中医治病灵活多变，运用不同的方剂，能治疗同一的病种就是这个道理。清代叶天士对李东垣的脾胃论补充了养胃阴之说。叶氏的门人华岫云在《临证指南医案·脾胃》案后对叶天士有关脾胃的见解加以阐述，指出东垣长于治

脾而略于治胃，至叶天士始知脾胃当分析而论。胃属戊土，脾属己土，戊阳己阴，阴阳之性有别；脏宜藏，腑宜通，体用各殊。又认为：纳食主胃，运化主脾，脾宜升则健，胃宜降则和，太阴湿土得阳始运，阳明阳土得阴自安，以脾喜刚燥，胃喜柔润也。若脾阳不足，胃有寒湿，一脏一腑，皆宜于温燥升运，用东垣之法，效如桴鼓；若脾阳不亏，胃有燥火，则当遵叶氏养胃阴之法。凡患燥热之证，或病后热伤肺胃津液，以致虚痞不食，舌绛咽干，烦渴不寐，肌燥高热，便不通爽，九窍不和，都属胃病，胃病就不能用芪、术、升、柴等药，必先用降胃之法，所谓“胃宜降则和”，但不宜用辛开苦降或苦寒下夺以损胃气，应该用甘平或甘凉濡润以养胃阴，使津液来复，达到通降之目的。根据个人体会，如萎缩性胃炎，胃酸减少等病证，以及其他疾病出现舌嫩苔少，甚或剥苔而舌质嫩红少津者，多宜先养胃阴以固后天之本。

张彤云同志，上面简单地介绍我国医家关于脾胃学说的一些较为有代表性的学术观点。我们可以从中体会到中医的脾胃学说在中医的理论体系中是放在一个很重要的位置上的，它决不能和西医学的脾胃之说等同起来，故当今的许多学者根据祖国医学对脾胃的生理、病理的认识，认为脾胃与人体内的消化、吸收、代谢、排泄、内分泌、免疫以至神经系统的调节功能都有密切关系，并开展了不少研究工作。但若问中医的脾胃实质究竟是什么？这个结论要等将来中医、中西医结合的大量研究工作去答复了。若要提个假设的话，个人认为从生理、病理来看，中医的脾胃应包括整个消化系统以及支配整个消化系统的神经与有关体液。若从治疗脾胃的角度来看，范围就复杂得多，可以说，调理脾胃能治疗各个系

统的某些有脾胃证(甚或没有脾胃见证)的范围相当广泛的疾病。你来信所提出的中医治疗特别强调脾胃其道理就在这里。

至于你在来信中所提到的治疗脾胃病要特别注意些什么问题?我不打算再多谈,因为上文的字里行间已对这一问题作了原则性的回答,只要你能认真钻研前人与今人的理论和经验,就一定能不断地提高自己的理论水平和治疗水平。不过有一点值得补充提一下的,治疗脾胃疾病,自东垣以至叶天士,多从补虚方面加以发挥,虽然张景岳有“故善治脾者,能调五脏,即所以治脾也”的说法,但张景岳本身也是个温补派。今天来看,特别是从不少消化系统疾病来看,应重视发掘“补”的对立面——“攻下”的经验与理论。攻下法早见于《伤寒论》及《金匱要略》,叶天士指出:“仲景急下存津,其治在胃。”可见叶天士养胃阴之说也是受到张仲景的启发,近年不少总结报导,如治疗肠梗阻的大承气汤,治疗急性胰腺炎的大柴胡汤,治疗急性阑尾炎的大黄牡丹皮汤,都是《伤寒》、《金匱》的方剂,足见汉代对“攻下”的理法方药已有一定的成就。金元时代的张子和,治疗上强调用汗、吐、下三法,被后人称为攻下派。张氏说:“下之攻病,人亦所恶闻也,然积聚陈莖于中,留结寒热于内,留之则是耶?逐之则是耶?《内经》一书惟以气血通流为贵。世俗庸工,惟以闭塞为贵。又止知下之为泻,又岂知《内经》之所谓下者,乃所谓补也。陈莖去而肠胃洁,症瘕尽而荣卫昌,不补之中有真补者存焉。”(《儒门事亲·凡在下者皆可下式十六》)张子和这个论点是有道理的,事物都要一分为二,脾胃有虚证,便有实证,有寒证,也有热证,治疗原则自应有攻、补、温、凉,补之中又

有补阳与养阴之别，把有关的学说集中起来，取长补短，就能掌握比较完整的脾胃病的辨证论治之法。

脾胃学说自《内经》以至现代历两千多年，内容十分丰富，所涉及的领域较广，对临床医学贡献很大，就当前来看，对预防医学，对基础医学(如有关免疫问题)，都有很大启发，值得深入研究。希望你能努力学习，不断钻研，一定能取得成果，有所作为。

祝

学习进步!

广州中医学院 邓铁涛

(邓中光整理)

治脾胃之法 莫精于升降

王小剑同志：

你来信询问脾胃升降运动在脾胃病过程中的临床意义是什么？这个问题，是脾胃病医家所要研究的主要问题之一。

人从口摄取饮食之后，通过食道，下输到胃和小肠消化、吸收，然后通过大肠将所余糟粕排出体外。这个自上而下的过程，用一句话概括，称之为“胃主降浊”。换句话说：水谷中的糟粕得以下传于小肠和大肠，是有赖于胃气的下降而下降的。脾主运化，把水谷中的精微物质上输到肝、心、肺等脏，转化为气、血、津液等等。脾的这种自下而上的输布作

用，也可用一句话概括，称之为“脾主升清”。换句话说：水谷中的精微，是随着脾气的上升而上升的。由于“脾主升清”、“胃主降浊”，这就形成脾胃的升降运动。

脾胃相表里，两者的关系很密切。脾病可以影响到胃，胃病可以影响到脾。李东垣在《脾胃论》中说：“脾既病，则胃不能独行津液，故亦从而病焉。胃既病则脾无所禀受，故亦从而病焉”。这一脏一腑，互相依存，互相制约，燥湿相济，升降相因，对立统一，这样保持了脾胃之间的动态平衡。如果不按时进饮食，或饮食的凉热不适当，或疲劳困倦过度，或内伤七情，或外感六淫，或其他脏腑病变的影响，损伤了脾胃，破坏了动态平衡，使脾胃的升降失调，就会酿成脾胃疾病。

脾胃是后天的根本，是气血生化的源泉。如果脾胃升降失调，接着就要出现化源不足，脏腑失养，功能失调，产生多种疾病。以脾为例，常见的病症就有：脾虚不能制水（水肿）；中气下陷（子宫脱垂、脱肛）；脾不统血（崩漏、月经过多）；脾不化湿（湿痹）；脾不统血，四肢不荣（痿证）等等。

谈到脾胃疾病的治法，《吴医汇讲》说：“治脾胃之法，莫精于升降”。叶天士提出：“脾宜升则健，胃宜降则和”。临床证明，这些治疗法则都是行之有效的。“脾宜升则健”。脾气的上升运化功能正常，水谷的精微物质，转化输布到全身，元气充足，生机旺盛，脾的功能才是健运的，身体才能健康。如果运化失常，清阳之气不升，就要生病。例如，老年性前列腺肥大引起的尿闭，就是清阳不升，中气下陷所致。在治疗上，要注意脾主升清的特性。曾治张某，男，72岁，素来身体瘦弱，精神倦怠，食欲不振，暖气，腹胀，大便溏

泻，每日2~3次。前列腺炎病史十年。一个月前，因劳累而突感小腹坠胀，继则尿路不畅，小便点滴，小腹日益膨隆，渐而胀痛难忍，隔日导尿一次。来诊时，舌胖质淡，苔薄白，脉沉细无力，予补中益气汤，连服十剂而愈。临床上，运用益气升阳的法则，以补中益气汤、举元煎等方剂治疗子宫脱垂、脱肛等病，也取得较好疗效。在用药方面，也应该注意研究。中气虚损宜用参、芪、草甘温以补益之。但黄芪是静药，应该用动药陈皮与之相伍，以免因静而滞；中焦虚寒者，用于姜或肉桂、附子等热药以温化之，务必使寒邪尽除，但又不能过用温热药而使阳亢；湿气过盛者，用苍术、白术以燥之，困脾的湿邪消除，运化功能恢复，就要停用，过用刚燥，则易于伤阴；清阳下陷者，用升麻、柴胡升其清阳，用量不要过重，过重则药过病所；胃脘气机滞塞者，用陈皮、木香以调理之，气畅则停用，防止过用损伤正气。总之要升下陷的清阳，潜降阴火的上逆。如果阴火炽盛上逆者，加黄柏以泻之；因血中伏有阴火而心烦者，加生地以清凉滋养之；因伏火煎熬而气血日减者，加当归以和之；阴火不能下降，气浮于上而心乱者，加朱砂以镇摄之。在临床上，应当细心审察，恰当用药。

“胃宜降则和”。胃的特性主降。阳明燥土，得阴始安。胃阴不足胃气就不得下降，反逆于上而为病。叶氏说：“所谓胃宜降则和者，非辛开苦降，亦非苦寒下夺，以损胃气，不过甘平或甘凉濡润，以养胃阴，则津液来复”。曾治刘某，女性，患慢性胃炎，恶心呕吐五年余。因饥饱无常，寒温失调，引起胃脘不适，偶发恶心呕吐，初未介意，仅作一般处理，后来症状逐渐加重，呕吐频发，中西药治疗，均未收效。一

年来，身体瘦弱，面色无华，短气无力，餐后必吐出大半，口渴喜冷饮，舌红无苔，脉沉细无力而稍数。予《温病条辨》益胃汤加竹茹、芦根，连服15剂，呕吐明显减轻，食欲渐振，口渴基本消失，舌质转为淡红，渐生白苔，脉较有力。但食后腹胀，原方加调气药，连服20剂，诸症消失而愈。此病例，因胃阴虚损，阳无所附，故浊气不降，反逆于上。应用益胃汤加味治疗，津液来复，浊气下降，胃气自和。六腑以通为用。仲景治阳明腑实，急下存阴，其治在胃，亦出于此意。叶氏的养胃阴法，出于张氏学说，又发展了张氏的学说。但在具体治疗用药上，就要分清阴阳升降，恰当选用。胃虽然喜柔润，恶刚燥，但胃阳虚者，刚燥药也在所必用。轻症用苍术、白术、陈皮、半夏；重症用肉桂、附子、干姜。胃阴虚者，就必须用柔润药去治疗。如胃阴虚而热仍在者，用鲜生地、鲜石斛、沙参、元参、知母、石膏以清之；热去而胃阴虚者，用麦冬、茅根、蔗汁、梨汁清而润之；津液亏少者，用金石斛、花粉、山药清而滋之；也可用白芍、木瓜、五味子等微酸以敛肝，胃津自充；用枣仁、淮麦、益智仁等宁心以生液，胃阴自复；人参补中生津，温和而不刚燥，滋润而不寒凉，是胃阴薄弱、生化不充的良好药物。临床之际，需要从错综纷乱中审察阴阳升降之机而选用之。

若清阳不升又浊阴不降所致的吐泻交作证，则宜升清的藿香、紫苏、白芷、桔梗与降浊的云苓、通草、苡仁、半夏、厚朴等相伍，使升降复常，中焦得和，吐泻自止。脾胃损伤，升降失司，元气衰少，已不能承受重负，大剂峻补不仅无益，反而会加重病情，宜以甘平柔润的药物，缓缓补之。后期尤宜转用食补，以“谷、肉、果、菜，食养尽之”。

应该指出，治疗脾胃病，是通过消除致病之因，调整脾胃功能，达到升清降浊的目的。如理中汤是治寒证吐泻的方剂，但理中汤所用的参、术、姜、草，没有一味是长于治吐泻的药物，而是通过调理脾胃功能，达到清升浊降而吐泻自止的目的。又如半夏泻心汤是治热证吐泻的方剂，方中只有降浊的半夏，并无升阳举陷之品，是通过芩、连清热解毒，消除致病之因，姜、夏促进中焦运化水湿之功，达到浊降而清自升、泻自止的目的。此方既用苦寒的芩、连，又用辛温的姜、夏相配伍，完全符合胃喜清凉、脾喜温运的特点，体现了更深一层的调理脾胃升降的配方法度。

总之，人体是一个统一整体，脾胃健运，才能维持正常生理功能。气机升降失调，就会出现各种疾病。脾胃的生理、病理过程，都贯穿着升降运动。对此只有研究到入细处，证药相合，丝丝入扣，泛应曲当，才能取得好的疗效。以上是一己之见，你以为何如？

祝

进步

河北唐山中医医院 王国三

浅谈温病的截断治疗

钱仲明同志：

来信收到。你问为什么在温病治疗中除了按照一般的卫

气营血辨证施治之外，还要特别使用“截断治疗”。要回答这个问题，首先得说明一下什么叫温病，知道温病是什么病，就容易了解为什么按卫气营血辨证施治之外，还要使用“截断治疗”的道理了。

温病之名源于《内经》“冬伤于寒，春必病温”，“冬不藏精，春必病温”。前一说法，是说冬天受了寒，到春天要生温病；后一说法，是说冬天不能闭藏精气，到春天就可能发生温病。温病是指发热的病，《伤寒论·伤寒例》说：“伤寒而成温者，先夏至日为温病，后夏至日为病暑”。就是说，伤寒是一种病原，因发病时间不同而名称不同，这是后来“伏气”说的根源。《难经》说伤寒有五：有中风、伤寒、湿温、热病、温病。《伤寒论》里有伤寒、中风、温病、暑病。由此可知古人以为伤于寒可以发生各种病，温病是其中的一种。

前人说温病即是热病的一种，从它的症状看，即是现代的急性传染性热病。急性传染性热病包括好多种病，如消化道的肠伤寒，神经系统的脑炎，呼吸系统的肺炎，它们既有属共性的发热，又有属个性的各种特定症状。正如《伤寒论》里的中风、伤寒、痉、湿、喝一样，有个性的不同，有特定症状，又可见到共性的症状，如神经精神症状，可见于肠伤寒、脑炎、肺炎等多种热病。

温病的发病机转，一般人都认为“温邪上受，首先犯肺，逆传心包”是叶天士发明的，其实是明代袁体安说的。袁氏指的是春天风木升发，温邪上受，首先犯肺，是春天感受时邪，见到呼吸系统症状，继而见到神经精神症状，是一季一种病，不包括四时多种病，开宗明义可见。袁体安在《治病必审四时用药》中指出，四时之气不同，必病不同，治法也就各不

相同。他说：“若时值初春，风木当令，其气升燥，多犯上焦(肺)，所以身热咳嗽微恶寒，用黄芩汤随症加减，如薄荷、桔梗、荆芥、防风、杏仁、苏叶、连翘、贝母、桑叶、菊花、牛蒡、蝉衣之类，取清轻清肃肺卫”。袁氏之所以用清轻，主要是因为肺在上焦，主卫气，且是春时升燥之气所犯，可见不是什么温病都用清轻之剂，也不是什么温邪都自上受。袁氏又说：“若失治久延，渐入营分，有逆传顺传之候”。袁氏明白指出有逆传顺传，而叶氏《温热论》只有逆传，没有顺传，而失治入营之论也是根源于袁氏。叶香岩在三时伏气中提过顺传(章虚谷整理叶氏案察题名)，不知有逆传心包，不知有顺传胃肠，误用金克火为逆传之说，王孟英晓得章氏误解，也只好推论说有逆传必有顺传，顺传当是胃腑，皆因未见到袁氏原著之故。

袁氏又说：“市医徒守仲景六经成法，辄投辛温表散，耗液伤阴”，叶天士说温热则河间主三焦，柳宝贻曾指出他的错误说：“河间并无此说，原书具在”。不难看出叶氏“伤寒应分六经，温病宜分三焦”、“耗液伤津”之说是从袁氏的论述中体会而来的，六经由表入里，三焦自上而下，病的发展过程不同，故症候出现的解剖位置不同，因之说理不同治法也就不同了。

你问温病有伏气和外感时邪的不同，治法是否相同。根据文献的说法，温病有外感时邪，有伏气温病，并谓春时感受风温，或其他时间感受温热之气而发病者为外感，凡冬不藏精或冬时感寒不即发病，或他时感受温热不即发病过时而发，或再感新邪而引发者，为伏气。但是，以现代的认识来看，伏气根本不存在。这也不是新发明，明代吴又可已经驳斥过。

那么，古人为什么要提出“伏气”之说呢？难道是虚构吗？不是的，并不是真有伏气，古人以其症有异于一般时邪，“热自内发，一发则通身俱热”，不同于时邪的初有恶寒，继则身热，初则身热不甚，继则渐盛，病性不同，是推论如此。前人又说，伤寒自表入里，温病自内向外，这种温病是“伏气”，自口鼻而下，由肺卫入心包，或入于胃，这种是外感温热，这些都是为病各异，故治法不同啊！

懂得了上面的道理，现在，回到你所提的问题上来。卫气营血分阶段按顺序治疗之外，应该积极使用截断疗法。

“卫”，在《伤寒论》太阳篇中称营卫，温病亦称“卫”、“营”层次不同。前人称颂叶天士说：“故先生于营卫中又分气血深浅，精细极矣，凡温病初感发热而微恶寒者，邪在卫分，不恶寒而恶热，小便色黄，已入气分矣，若脉数舌绛，邪入营分，若舌深绛烦扰不寐，或有谵语，已入血分矣”，这是热性病由轻到重，由浅到深的发展情形，见到哪一阶段，用哪一阶段的药。依叶氏之论，这是不可错乱的，如见到气分治气分，见到营分治营分，不能见到气分用营分药，所以叶氏说“到气才可清气”，反转来说，不到气分即不可清气。我们如果按《内经》的说法：“治其萌芽”，那么按病势发展，跟踪治疗，并不是治萌芽，截断才是治萌芽，即采取针对性药物，消除病因，截止病势，使其不再发展，病已发展至某阶段，则用某阶段药，入营则清营，入血则治血，是针对病因所造成的损害，按损害的情况进行治疗，也是合理的，不过在病发之初，即行截断，不使其入营入血，“务在先安未受邪之地”方属上乘的治疗。

你也许会问，从理论上讲，治其萌芽，即截断病势于理

可通，不知临床上有可能否？我的回答是：能。明代吴又可即主张截断病势，他主张用针对性药物，说一病有一病之毒，必有一毒制之，只须一药之到，无须君臣佐使之劳。清杨栗山《寒温条辨》也认为，温病自口鼻得之，直入中道，流布三焦，一开手即可用清热解毒逐秽之法，“勿使潜滋”。并说：“所以温病非泻即清，非清即泻，原无多方”。这个说法即含有截断病势之义。其实，仲景治伤寒针足阳明，使经不传，以及三急下症，都是使用的“截断”治法。

解放前，聂云台、肖俊逸等选用三黄治肠伤寒于早期，都能达到截断的效果，近年许多地方治疗大叶性肺炎、流行性出血热等，不按卫气营血，直用清热解毒也都能截断病势，疗效极高。

由此可见，截断治疗在理论上、实践上都比单纯按卫气营血治疗优越而更富有积极的意义。你以为如何？

谨祝

学习进步！

上海第一医学院 姜春华

学习《温病条辨》 治疗外感热病

光瑞同志：

你好！我同意你的意见，《伤寒论》有很高的学术价值，至今仍有效地指导着临床实践。但是，忽视《温病条辨》的学

习是一种片面的看法。要知道《温病条辨》同样是治疗外感热病的专著。作者吴鞠通多次经历温病流行，如乾隆癸丑年（1793）“都下瘟疫大行”，吴氏目睹“其死于世俗之手者，不可胜数”，故专心于温病的研究。他“历取诸贤精妙”，认为叶天士“持论平和，方法精细”，很可取法，同时“考之内经，参以心得”，于嘉庆3年（1799）写成了《温病条辨》。正如作者所说：“是书之出，实出于不得已。因世之医温病者，毫无尺度，人之死于温病者，不可胜纪。”故《条辨》的问世，使对温病的治疗有了“尺度”。该书以三焦为纲，病名为目，据证立法，依法处方，上、中、下三焦篇共计235方。一百多年来，《条辨》一直有效地指导着临床实践，今天仍值得学习和深入研究。

《条辨》论述了九种温病的辨证施治，计有风温、温热、温疫、温毒、暑温、湿温、秋燥、冬温、温疟。作者大致将它们分为两类，一类是有热无湿的（一般习惯上称为温热类），如风温、温热、温毒等；一类是有热有湿的（一般称为湿热类），如湿温、暑温、伏暑等，吴鞠通说：“伏暑、暑温、湿温，证本一源，前后互参，不可偏执。”就是指此而言。作者集中两类温病各自在病因、病机、证候上的共性，进而提出两类温病在治疗上的规律性，即对温热类温病以清热育阴，对湿热类温病以清热化湿为总的法则。这种分类方法，有执简驭繁，便于掌握的优点，故一直为今天临床所习用。

一般而言，上焦属于温病的初期，中焦属于温病的极期，下焦属于温病的后期。吴鞠通将三焦温病的治疗概括为：“治上焦如羽（非轻不举），治中焦如衡（非平不安），治下焦如权（非重不沉）”。如何理解这些治疗原则呢？我想分别以两类温

病来说明这个问题。温热类温病病变在上焦肺卫时，一般较轻浅，宜用质轻性凉的方药（有人称之为轻凉薄剂）清泄上焦邪热，轻宣上焦气机，使初犯之邪从卫分透解。方如银翘散、桑菊饮、银翘马勃散、翘荷汤、桑杏汤、清络饮、普济消毒饮去升麻柴胡黄芩黄连方等。这类方药轻扬上浮（故比喻如羽），专走上焦肺卫，有轻可去实之妙。因其不犯中下，故无药重则过病所，引邪深入的弊病。为了保存这类方药味薄气轻的性能，在熬药方法上也有考究，一般不能久煮久煎。温热病邪传入中焦，要把握好邪正盛衰程度，注意祛邪与扶正的关系，做到邪去正安，使偏颇之阴阳趋于平衡。例如邪胜则阴伤，故以祛邪为急务，或用白虎汤大清阳明之炽热，或以诸承气（大小承气、调胃承气，宣白承气、导赤承气等）攻下阳明之热结。相反，阴伤则邪火更炽，必用益胃汤、清燥汤、雪梨浆、增液汤等增水敌火。这类方药重在滋养胃阴，因胃为十二经之海，十二经皆禀受于胃，胃阴复则十二经之阴皆可恢复。迨至阴津充盛，则能起到所谓“壮水之主，以制阳光”的作用。总之，撤热以存阴，壮水以制火，二者不可偏废。临床上屡见大剂清热泻火而热势不退的病例，这就是在治疗上忽略了“如衡”这个原则，但若寓清热于育阴之中，邪却阴复，热势即可消退。温邪久羁，深入下焦，耗竭肾精，必以复阴为主，即以咸寒柔润、滋腻浓浊之品填补下元，代表方如加减复脉汤，吴氏称其“为热邪劫阴之总司也”。为什么称治下焦如“权”呢？“权”在这里有重的含义。下焦阴竭必用重浊方药，才能坠下填洞。大抵滋阴不厌频繁，必阴精恢复方能敌邪。否则，阴精耗竭，阳气外脱，生命也就停止了。

湿热类温病，其病变与肺脾肾密切相关。因肺主太阴湿土之气，脾主湿土之质，湿者，水也。总为肾所主。故湿邪致病，“上焦与肺合，中焦与脾合，其流于下焦也，与少阴癸水合。”上焦肺主气而属卫，湿热初袭，则见卫受湿郁，气受湿阻的病理变化，宜以轻苦微辛之品（轻扬走上）宣肺化湿，方如三仁汤。因肺气宣发，抑郁肌表之湿邪则化；肺气肃降，则水道通调，湿邪自有出路。这就是通常所说的，肺主一身之气，气化则湿化的道理。脾胃属土，湿为土之气，湿土之气同类相从，故湿热为病以中焦证为多。中焦湿热证的治疗，要根据湿热的偏盛程度，或以化湿为主，或以清热为主，或化湿清热并举。总的目的在于使中焦湿热分解，脾胃升降失衡得以恢复正常。例如湿邪偏盛，脾胃受困，则宜温运化湿，其方剂构成包括燥湿（如半夏、苍术）、理气（如枳实、厚朴）、芳化（如藿香、郁金）等药物。常用方如一加减正气散。我想强调的是，临床上有忽视化湿而重于清热的倾向。有人对温病运用温运法不理解，认为温运化湿的方药不能清热，达不到“抗感染”的目的，故即便湿浊偏盛，仍投以大队清热解毒方药，殊不知湿为阴邪，伤人阳气，重用寒凉，则重抑脾阳，反增胀满、呕逆等证。因三焦升降之气由脾鼓运，中焦和则上下气顺，脾弱湿盛，虽有热邪，当先开泄湿浊，而后清热，不可投寒凉，以闭郁气机，而致湿浊不化，病情迁延难愈。热邪偏盛或湿热俱盛的，则以苦泄为主，或苦泄与开泄并进，方如黄芩滑石汤、杏仁石膏汤、半夏泻心汤去人参干姜甘草大枣加枳实生姜方等。湿邪偏盛，流于下焦，衍为寒湿，则易导致肾阳虚馁。因湿邪偏盛一分，阳气反亏一分，正愈亏则湿愈盛。故治下焦之湿，以温肾化湿为主，如鹿附汤、术

附姜苓汤即是。此与滋填下焦法，正两相对待。湿温的治疗比较复杂，上述仅为大略而已。因湿为阴邪粘腻重着，热为阳邪亢盛炎上，湿热合邪则胶着难解。正如汪瑟庵氏所说：“盖湿温一证，半阴半阳，其反复变迁，不可穷极，而又缠绵粘腻，不似伤寒之一表即解，温热之一清即愈。施治之法，万绪千端，无容一毫执著”。

吴氏不仅仅重视祛邪一面，他还很注重机体因素，常根据邪正消长程度而合理使用祛邪与扶正的法则。例如病在上焦，正未大伤，则以祛邪为主，并预护其虚。病在中焦，邪少正虚，但与滋阴便可涤邪，如酌情应用增液汤、益胃汤等即是。阳明温病，素体阴虚，数日不解大便，属于半虚半实证的，则寓泻于补，常用增液汤，以补药之体作泻药之用，既可攻实，又可防虚。气阴两伤，正虚不运药，下之不通的，则宜扶正祛邪，即益气养阴与苦寒攻下并用，方如新加黄龙汤。热结液干，小便不通的，既要苦寒清泄火腑，又要甘寒滋养泉源，方如冬地三黄汤即是。病入下焦，有以补阴之品为退热之用的；有一面补阴，一面搜邪的；有一面填阴一面护阳的。不一一枚举。

你知道温病是急性热病，昏迷、抽风、出血等危急证候屡见，所以我们还不能忽略吴氏在急救医学方面的成就。例如热伤肺络出血，严重时则因“邪闭肺络”而死亡。吴氏用银翘散败温毒，犀角地黄汤清血分之伏热，且疏通肺络的瘀闭。这实际上是解毒化痰治则。钩端螺旋体病的肺弥漫性出血，可仿此辨证施治，热闭心包昏迷，吴氏制安宫牛黄丸开窍苏神，至今应用的醒脑静、清开灵等都是在该方的基础上化裁而研制成的。肺之化源速绝，证见汗濡、鼻扇、脉散，病死率

高，吴氏称其为“温病第一死法”。系“阳气发泄太甚，内虚不司留恋”导致。吴氏使用生脉散益气敛津而固脱。给药“以脉敛为度”，“脉不敛，再作服”。目前研究提示，生脉散有稳定或升高血压的作用，已应用于感染性休克的治疗，例如四川医学院、重庆中医研究所等单位均有这方面的临床报道。热入心营引动肝风的，证见痉厥并作，“即用清营汤加钩藤、丹皮、羚羊角”以凉营息风。总之，吴氏对闭脱痉厥血证的急救措施，在今天仍值得深入研究，希你在这方面多作努力。

吴氏在处方时，还特别注意药物性味的配伍。例如风温初起，病在上焦肺卫，他据《素问·至真要大论》“风淫于内，治以辛凉，佐以苦甘，以甘缓之，以辛散之”的原则，制定了辛凉平剂银翘散，又恐病轻药重，则另立轻剂桑菊饮。这些方剂通过辛散凉泄而透风热于外。若邪在肺经气分，轻剂、平剂则嫌病重药轻，故立辛凉重剂白虎汤，吴氏说：“按白虎慳悍，邪重非其力不举”。该方即通过寒泄辛透而却邪。热入中焦耗损胃阴，则用甘寒救胃法；邪热尚炽而阴液已伤的，则用甘苦合化复阴法，即甘润苦泄合用，既泄热又养阴；下焦真阴耗竭，则多用咸寒滋肾法，或兼涩津（如一甲煎）、或兼甘润（如二甲复脉汤）、或兼酸收（如大定风珠）等。对湿热类温病的治疗，吴氏制定了苦辛法，取苦能大燥湿，辛能行气化湿之意。具体应用时，当区分湿热偏盛。热偏盛的，用苦辛寒法（如杏仁石膏汤、黄连白芍汤、小陷胸加枳实方等）；湿偏盛的用苦辛微寒法（如一加减正气散）；寒湿证则用苦辛温法（如四、五加减正气散、温脾汤等）。总之，以苦辛寒治湿热，以苦辛温治寒湿，为寻求湿邪的出路，又概以淡渗佐之。

这些皆是根据《素问》脏气法时论、至真要大论所谓脾苦湿，急食苦以燥之。湿淫于内，以苦燥之，以淡泄之等理论而确立的。

最后，我还想说一下吴氏关于温病治疗的禁忌。首禁辛温发汗。认为温病最喜汗解，但最忌发汗，指出“只许辛凉解肌，辛温又不可用”。只要营卫气血调和，自然得汗，而不必强责其汗。温热类温病误用辛温发汗，则汗出亡阳，中无所主，而神昏谵语。湿温误用辛温发散，则湿随辛温发表之药蒸腾上逆，内蒙心窍则神昏，上蒙清窍则耳聋、目瞑不言。其次，禁用或慎用苦寒。病在上焦一般禁苦寒，恐引邪深入而犯中下。如普济消毒饮去芩连，系“畏其入里”，新加香薷饮以银、翘易黄连，则恐黄连“引邪深入”，清营汤去黄连，系“不欲其深入也”。同时，因苦能化燥伤阴，故对温病也需慎用，其非用不可的，则“必大队甘寒以监之，但令清热化阴，不令化燥”。湿热类温病不在此例，正如吴氏所说：“湿温病则不惟不忌芩连，仍重赖之，盖欲其化燥也”。统计该书用黄连的24方中，湿温门就占10方，原因就在于此。再则禁淡渗。吴氏认为“热病有余于火，不足于水，惟以滋水泻火为急务，岂可再以淡渗动阳而燥津乎？”故温热小便不通忌五苓、八正辈淡渗利尿。但是湿热类温病则相反，一般都需淡渗利尿法，因为治湿之法，不利小便，非其治也。就好象洼地积水，必开沟渠以排泄之。

总之，《条辨》是论治外感热病的极为重要的著作，它科学地将温病分为两类，以三焦为纲确立治则，按邪正消长而合理应用祛邪与扶正的方法，根据药物性味灵活配伍处方，制定了一些急救措施，还依据温病的特点指出温病的治疗禁忌

等。该书科学性强，内容丰富，系统完整，具有现实的指导意义。限于自己的水平，不能满意地回答你提出的所有问题。上述认识仅是自己学习后的一些体会，供你参考。今后我们还可以继续讨论有关问题。

致

敬礼！

成都中医学院 张之文

继承发扬温疫学说 防治外感热病流行

光瑞同志：

先回答你提出的第一个问题：温病与温疫有什么区别？我的理解是，温病是呈散在发病的外感热病，温疫是呈流行性发病的外感热病。需要特别提出的是，这里所称的温病或温疫，是根据流行方式不同而命名的，不是从疾病性质而言的。就疾病性质来说，温病与温疫都是外感热病。正如王学权说：“温病、热病、湿温病，治不得法，皆易致死，流行不已，即成疫疠”，说明“疫疠”（温疫）是在温病流行时的一种称呼而已。例如西医所称的钩端螺旋体病散在发生时，属于中医暑温病范畴；一旦引起大流行，则称它为暑热疫了。

古代医家有专从“温疫”立论来研究外感热病的，其中影响大的有两家，即吴又可和余师愚。他们的著作你可能已经熟悉了，吴氏著的《温疫论》，余师愚著的《疫疹一得》。从现

在看，当时他们所防治的是两种不同类型的外感热病，吴氏论治的是湿热类外感热病，余氏所论述的是暑热性质的外感热病。因其已酿成流行，故后世将前者称为湿热疫，将后者称为暑热疫（或燥热疫）。吴余二氏在防治外感热病方面的学术理论和经验，对今天的临床实践仍有指导意义。这就是我要回答你的第二个问题：吴、余二氏有哪些学术成就？下面就谈谈我的一些看法。

吴又可多次经历“温疫”流行，并深入疫区治病。吴氏目睹一些医生用《伤寒论》的方法治疗累不见效的教训，于是静下心来将自己平日观察、研究的“温疫”的病原、成因、传染途径、受病部位、传变方式，以及自己常用的有效治疗方法等，整理成《温疫论》，目的在于正确指导“温疫”的治疗。《温疫论》是温病学发展史上第一部有关温病的专著，代表温病学派初期阶段的学术成就。该书首先明确提出“温疫”不同于伤寒，“守古法不合今病”的独特见解。认为《伤寒论》为外感风寒而设，对“温疫”的论述则很简略，可是当时的医生所记诵的皆是《伤寒论》，而临证所见，绝大多数是“温疫”，真伤寒则百无一二。其结果是“屠龙之艺虽成而无所施”，或以今病求治于本无明论的古书，而投剂不效。同时，吴氏根据临床观察，推论出“温疫”是由无形可求，无象可见，无声无臭，而又客观存在于天地间的一种异气所感。他把这种气称为杂气。杂气不同于六气，故吴氏称其“非风，非寒，非暑，非湿”。杂气包括多种致病因素，其中的疠气（戾气）致病力强，众人触之即病，且为病颇重。吴氏论述了杂气的种种特性，其“偏中性”即指“种属感受性”，如能致病于牛的而不致病于羊，能致病于鸡的而不致病于鸭，能致病于人的而不致病于

禽兽等。不同的杂气引起不同的疾病，即“各随其气而为诸病焉”，此外，杂气还能“专入某脏腑经络，专发为某病”。总之，专务六淫，不言杂气，则不能赅括“温疫”的全部致病因素。就今日而言，吴氏所说的杂气应包括多种致病性微生物，这要比发现细菌的荷兰人吕文虎克氏早34年(1676)。在病理机制方面，吴氏认识到病邪是从口鼻侵入人体，并盘踞于募原。募原位于经(三阳经)胃交关处，属于半表半里。饮食不节、过度劳碌、精神创伤等，使正气受伤，抵抗力下降，募原伏邪则溃散为病。伏邪的传变有九种，有传表不传里的，有传里不传表的，有传表后再传里的，有传里后再传表的……，总不出表里之间。募原伏邪不尽，其病不愈。在治疗上吴氏主张以驱邪为第一要义，他认为只要治邪，不治发热而热自退。他希望找出治疗“温疫”的特效药物，如说：“能知以物制气，一病只有一药，药到病已，不烦君臣佐使品味加减之劳矣。”“温疫”初起，湿热秽浊郁伏募原，吴氏首用达原饮疏利透达。该方全赖厚朴、槟榔、草果“三味协力，直达其巢穴，使邪气溃败，速离募原”，方中其它药物(知母、芍药、黄芩、甘草)不过是调和之剂，而无拔除病根之效。今天应用该方者不算少，一般用至湿开热透时即转手清化，否则有伤津耗液、动风痉厥之变。中期邪已陷胃，则用三承气汤专主下夺。主张急症急攻，勿拘结粪，甚至将数日之法一日行之，总以邪尽方止。后期注意审津液、察虚实，应用扶正祛邪的治疗方法，如柴胡清燥汤、萎贝养荣汤、清燥养荣汤等。吴氏的上述学术思想对后世温病学说的发展影响很大。例如叶天士所称的温邪“上受”，即受吴又可“邪从口鼻而入”的启示而来。又如，吴氏已注意到邪在气分容易疏透，主张从战汗

顿解，邪在血分发斑，病邪胶滞，故当图渐愈。吴氏根据气血病机判断病位浅深、预后好坏，正是叶天士的卫气营血学说的渊源所在。在治疗上叶天士未继承吴又可的攻击性的治疗方法，正如邹滋九所评：“君宗吴氏，又恐邪去正伤”，而是注重因势利导，调节机能，使邪去正不伤的治疗方法的研究。吴鞠通继承叶氏学术思想较系统、全面。我认为，针对病因治疗固然重要，忽视机体因素也是片面的。故应汲取吴、叶二氏学术理论之长，而不能将二者对立起来。

余师愚也生活在瘟疫流行的年代，余氏的家乡“瘟疫”多次流行，其亲属乃至本人均未幸免。因此，他所总结的学术理论朴实、实用。

余氏从运气学说而悟出疫症“乃胃受外来之淫热”，也就是“无形之毒”所导致。因胃为十二经之海，上下十二经都朝宗于胃，毒既入胃，势必敷布于十二经，戕害百骸。余氏认为“瘟既曰毒，其为火也明矣”，火之为病，其害甚大，常燔灼表里内外，而见种种危重形症，余氏将其列为五十二症恶候，如高热、狂躁、吐血、衄血、发斑、发疹等，至今日视之，乃属于暑热疫或燥热疫的表现，与吴又可《温疫论》所治之“湿热疫”不同。若以治湿热疫的方法治暑热疫是不会奏效的，例如乾隆癸丑年(1793)京师春夏两季“瘟疫”流行，用张景岳的方法治疗病死率很高，用吴又可的方法治疗也无什么效验，而用余师愚的方法治疗则“活人无算”。余氏对暑热疫的治疗主张“清解”，反对表散。如前所述，“瘟疫”系热毒炽胃引起，故余氏常重用石膏，直入胃经，先捣其窝巢之害，则十二经之淫热自易平复。余氏认为：“石膏者，寒水也，以寒胜热，以水克火，每每投之，百发百中”，余氏所制清瘟败毒饮即

以石膏为主药。该方用石膏、知母退胃经之淫热；用黄芩、黄连、栀子泻火解毒；用连翘、桔梗、竹叶轻清透邪外达；用犀角、丹皮、赤芍、生地、玄参凉血养阴，散血化瘀。此方有白虎汤、清心凉膈散、黄连解毒汤、犀角地黄汤诸方合用之意，故清热解毒力很强。该方有大、中、小剂的分别，是根据病情轻重酌用不同的剂量而成，如大剂的石膏用至6~8两。闷痧证见六脉细数沉伏，面色青惨，昏愦如迷，四肢逆冷，头汗如雨，其痛如劈，腹内搅肠，欲吐不吐，欲泄不泄，摇头鼓颌，百般不足，朝发夕死，极为危重，用大剂清瘟败毒饮或可回生于万一。例如余氏治祁某案，病人六脉全伏，目红面赤，肢厥如冰，谵妄无伦，呕泄兼作，小水癃闭，即以清瘟败毒饮大剂连进，十五剂后则渐趋痊愈，计用石膏6斤有零，犀角7两有零，黄连6两有零，此真是“前人之所未有，后人之所未见”。该方疗效卓著，“然存活日多，而谤者日益众”，“论者益复集矢于余氏矣”。今天我们如何看待呢？古代医家汪曰桢说得好：“偶有特立之士，力排众论，别出心裁如师愚者，且群目为怪物矣，欲求医学之昌明何可得乎？”他指出了医学要发展，必须具有余氏的创新探求精神。许多传染性很强的外感热病，因其热变最速，卫气营血层次交错不清，或者发病即见热毒充斥卫气营血。若按在卫则汗，到气即清，入营方透，陷入血分才凉血散血，往往治疗追不上病邪的传变，故难见效。清瘟败毒饮有兼顾卫气营气各阶段的病变之长，故临床应用每能奏功。我们曾用此方治疗属于暑热流行的钩端螺旋体病，有一定疗效。需要重申的是，余氏在学术上的探求，绝不是对张仲景的背叛，恰好相反，是发展了仲景学说，正如王孟英说：“独识淫热之疫，别开生面，

淘补昔贤之未逮，堪为仲景之功臣”。这种评价是公正的。

我说了这么多，意思是希你在对温病学的继承上，除全面地、系统地学习叶天士、薛生白、吴鞠通、王孟英等的学术理论外，也要注意汲取吴又可、余师愚等的学术理论和治疗经验。以上意见供你参考。还有什么问题，请随时提出，共同讨论。

致

敬礼

成都中医学院 张之文

温病神昏病危急 辨证论治建功奇

沈明慧同志：

您好！知您学识很有长进，十分高兴，今就您所提有关温病神昏的一些问题，简复如下：

首先，要搞清神昏的概念。“神昏”一词，首见于金·成无己所著《伤寒明理论》，其涵义是“真气昏乱，神识不清”，“识昏不知所以然”。后世所述神昏，包括昏迷、嗜睡、谵妄、昏狂等多种神识障碍。神昏是温病常见的危急证，现代医学的流脑、乙脑、肺炎、菌痢、重症肝炎、败血症、感染性休克等病出现的昏迷，也常按温病神昏辨证论治。对神昏的救治是否得当，常直接关系患者的存亡，所以，我们对此证要

很好地学习和研讨。

怎样来认识温病神昏的病机呢？温病是外感温热之邪所致，温病神昏以热邪内陷为主要原因。心藏神，主神明，出现神昏必然是内陷的热邪，引致心主神明的功能障碍。叶天士说：“外热一陷，里络就闭。”热陷而窍闭，窍闭则神昏。如热陷营血，热入心包，或痰火、瘀热闭塞心窍；腑热上冲，肝热动风，下焦蓄血，热入血室，热扰心神；热灼津枯，亡阴失水，津竭气脱，心神失养，神无所倚，均可致神昏。由于人体是统一的整体，脏腑之间有其内在联系，肺、胃、肝、肾的病变，也可通过各种不同的方式作用于心，引致神昏。如肺热逆传心包，胃热循络上扰心神，肝热动风并热扰心神，肝肾阴伤心神失养，肾阴消亡使心阴、心气告竭等。

还应指出，内陷的热邪，多与痰浊、瘀血相胶结。何秀山说：“热陷包络神昏，非痰迷心窍，即瘀阻心孔。”诸如痰火迷塞心窍，湿热酿成痰浊蒙蔽心包，瘀热阻塞心窍，瘀热互结而成下焦蓄血、热入血室，实为临证所常见。所以，豁痰开窍、凉血化瘀，也就成为温病神昏治疗中的重要方法。

您觉得温病神昏的证治内容零碎，不好掌握。我在学习过程中把常见的温病神昏归纳为七种证型，即热入心包、湿热蒙蔽心包、阳明腑实、热盛动风、瘀热互结、亡阴失水和津竭气脱。前五证属实证、闭证，后两证属虚证、脱证。但闭证也可导致脱证，而成内闭外脱、虚实夹杂。治疗大法，闭证宜开，脱证宜固；内闭外脱者，则开闭与固脱兼顾。开闭有凉开和温开之别，凉开用于热闭，方如安宫牛黄丸、紫雪丹、至宝丹；温开用于痰湿蒙蔽，方如苏合香丸。固脱有救阴和回阳之分，前者用于亡阴，方如生脉散；后者用于亡

阳，方如参附汤。同时，还应结合病情，适当选用清热、养阴、攻下、通瘀、化痰、熄风等法。

您提到热入心包和湿热蒙蔽心包有何不同？先介绍一个医案，岳美中曾治某乙脑病人，初用清宫汤、安宫牛黄丸等效不著，后认定神识昏蒙、鼻鼾嗜睡、喉有痰声、齿垢苔腻，乃暑湿痰浊蒙蔽心包之象，四肢清冷、脉弱无力，系痰厥之兆，改用豁痰开窍之剂，送服苏合香丸，一剂即热退脉起，手足回温。可见痰蒙和热陷必须明辨，辛温与清凉不容混淆。下面，我们来分析此二证的病机证治。

热入心包常见于温热病，其发病方式有两种，卫热直陷心营，热入心包，为逆传，病势险恶，即叶天士所说：“温邪上受，首先犯肺，逆传心包。”卫热转气陷营、热入心包，为顺传。此证神昏较深，持续较久，病在营分，舌质红绛，神昏前可见烦躁不寐的先兆。若兼痰火迷心，可神乱狂妄，痰壅气粗，苔黄腻，脉滑数。兼瘀阻心窍者，则神昏深重，谵妄昏狂，唇甲青紫，舌紫绛，脉沉实。治当清心开窍，常用清营汤或清宫汤送服安宫牛黄丸、紫雪丹或至宝丹。早在唐代，孙思邈即用紫雪，宋代钱乙善用紫雪、至宝，清代吴鞠通又创安宫，因其长期以来，用治热病神昏功效卓著，人称“三宝”。三方皆能清热解毒、开窍止痉，但同中有异，安宫长于清热豁痰，至宝擅于开窍安神，紫雪优于镇痉泻下，可随证选用。兼瘀阻心窍者，何秀山喜用犀地清络饮，近年天津用清瘟败毒饮合血腑逐瘀汤也有很好的疗效。

湿热蒙蔽心包常见于湿热病，因湿热郁蒸，酿成痰浊，蒙蔽心包所致。神昏的特点是神识呆滞，表情淡漠，时昏时醒，缠绵不解。兼见身热不扬，喉中痰鸣，胸腹痞闷，恶呕

便溏，苔膩脉濡等湿热蕴结之证。治当首辨湿痰与热邪的轻重，以选辛温或寒凉。偏痰湿重者，苔白膩，脉濡滑，宜辛温芳香化痰开窍，以菖蒲郁金汤送服苏合香丸；热邪与痰浊并重者，苔黄膩，脉濡滑而数，宜芳香清凉化痰开窍，以菖蒲郁金汤送服至宝丹。

临证若见痰湿与邪热互蕴不化者，亦可温开与凉开并用。上海市第二人民医院治一例病毒性脑炎，先用清热豁痰熄风之剂，送服安宫牛黄丸，热退痉止而神昏一直不解。后用温清合法，以苏合香丸与安宫牛黄丸(或牛黄至宝丹)交替配合使用，五日后，痰热清，湿浊化，心窍顿开，昏迷达57天之久的病人神志转清。

您对通腑泄热法治疗温病神昏很感兴趣，这种上病下取，正是祖国医学的特色。通腑泄热法用于热入气分，阳明腑实，腑热上扰心神的神昏谵语。其神昏的特点是昏谵和发热高低、腑结轻重有关，热炽腑实，则烦躁昏谵；热退腑通，则昏谵顿减。病位在胃肠，兼见身热口渴、腹满便秘、苔黄燥或焦黑起芒刺、脉沉实有力。可选用《伤寒论》大、小调胃承气汤；其后，吴鞠通又创增水行舟法的增液承气汤及攻下开窍并施的牛黄承气汤；以及俞根初创清泻并用、经腑同治的白虎承气汤，均为临证所常用。

温病通下，着眼于逐邪热。吴又可说：“温病以祛邪为急，逐邪不拘结粪”。“温病下不嫌早”之说，即由此而来。我在临证中也体会到，下燥屎、除积滞，邪热每随之而解；热既退、神明清，昏谵亦随之而愈。且清下不必拘泥便结，或气分热炽，或热盛动风，皆可早用下法。特别是大黄，既入气分攻积导滞，又入血分凉血逐瘀，使瘀热毒邪从二便排出，

屡建奇效。朱良春治某乙脑病孩，高热神昏，谵妄痉厥，曾注射解热、止痉剂不效，询其大便一周未行，腹满，苔黄，脉实，以调胃承气汤加味通下，一下而腑通神清。

您问临证常遇到神昏并发抽搐的病人如何处理？此属热盛动风，病位在心、肝，但有热在营、血之别。热在营分，既有邪热，又有阴伤，证见身热夜甚，心烦躁扰，手足瘛疔，时有谵狂，舌绛无苔，脉细弦数，属虚实夹杂之证，治当清营透热，凉肝熄风，用清营汤加钩藤、丹皮、羚羊角，或于紫雪丹。热在血分，心肝热盛，证见壮热神昏，手足抽搐，角弓反张，出血发斑，舌绛而干，脉弦数，属实热证，治当清热凉血，清肝熄风，用犀角地黄汤合羚羊钩藤汤。同时，若兼壮热烦渴、苔黄燥者，系气热未尽，又当气血两清，宜清瘟败毒饮。我治急性菌痢，神昏抽搐，属气血两燔、热盛动风，常用羚羊钩藤汤、止痉散合白头翁汤，并加大黄一味，疗效较好。

神昏，除前述的热入心包兼痰阻心窍外，还有下焦蓄血和热入血室，此二证首见《伤寒论》，以谵语昏狂、精神失常为特征。温病学家又多发挥。吴又可用仲景桃核承气汤减桂、甘，加归、芍、丹皮，治温疫病蓄血症，我以此方治愈产后瘀热搏结下焦、谵妄便结的产褥感染病人。叶天士治疗热入血室，强调在小柴胡汤透邪外出的基础上，加生地、桃仁、丹皮等凉血活血，更切临床实用。

您觉得温病神昏都是实证，这种看法不全面。例如亡阴失水和津竭气脱，就属虚证，但二者病机证治却不相同。亡阴失水指温病后期，热邪久羁，耗灼肝血肾精，肾之真阴消亡，全身水液枯涸，心阴心气告竭，心神失养，而昏沉嗜睡。

兼有皮肤干皱，唇焦舌萎，齿燥积垢，目陷睛迷，手足蠕动，舌绛无苔，脉微细数等失水见证。病属血分，重点是亡阴。治当救阴，宜大定风珠。津竭气脱可见于气、营、血分，暑热耗气伤津，营热劫阴灼精，或汗、吐、泻、失血过甚，津血枯竭，气随津脱，清窍失养，心神耗散，而神昏躁扰。兼见汗出淋漓，气短喘促，舌绛苔少，脉细数无力。治当益气救阴固脱，用生脉散加山萸肉、龙骨、牡蛎。此证发展迅速，进而可阴竭阳脱，则见汗多清凉，四肢厥冷，面白唇青，神昏不语，脉微欲绝，治当回阳固脱，宜参附汤加龙骨、牡蛎。

亡阴失水病程较长，治宜守方。蒲辅周曾治一例重症迁延性肺炎、三度营养不良，属肾阴消亡，气液枯竭的危候，以大定风珠守方服近两月而愈。津竭气脱可和邪热内闭并见，治当权衡轻重缓急，内闭为主，开闭为先，兼以扶正；外脱为重，固脱为要，以免内闭未开而正脱不治。关幼波治一例肝昏迷、败血症，高热神昏下血，脉微细如丝，属正虚邪实，闭脱并见，危在旦夕，急于高丽参、西洋参、麦冬滋阴复脉，兼清热开窍、凉血止血，以扶正固脱为主，佐以祛邪，两剂后神清血止，转危为安。

明慧同志，您听别人说：“中医只能治慢性病，不能治急症。”这种看法是不对的。从上述可见，中医完全能治疗神昏这样的危重症，关键还在于辨证论治。当然，神昏病人口服中药有时会感困难，可用鼻饲或灌肠。潘澄溘治某重型乙脑患儿，深度昏迷，奄奄一息，已拔除鼻饲管待毙，午后中药煎好送至床头，无法送服，改用灌肠，次晨查房，患儿竟豁然苏醒。近年来，重庆、上海等地研制出醒脑开窍、清热

解毒、熄风镇惊、益气养阴、回阳固脱等针剂和输液剂，更便于温病神昏的救治。重庆市中医研究所用醒脑静、清开灵、清气解毒、养阴增液、参麦等十多种针剂，治疗高热、昏迷、休克，取得了可喜的成绩。上海曙光医院用醒脑静、参附、青皮素等针剂，治愈老年重症肺部感染神昏病人。我相信，随着目前对中医急症研究的重视，温病神昏的诊治一定会达到新的水平。

祝您

学习进步！

甘肃中医学院 赵健雄

外感热病易治 内伤热病难疗

李克、张明二同志：

来函奉悉已久，因公务羁身，迟复为歉！

信中提到拙著《论中医内伤热病学》一书发行后，反应比较强烈，这是意料中的事。因为临床上各种各样的内伤热病实在太多了！特别是一些长期发热不退，原因不明的内伤热病，不仅患者极其痛苦，不少医家也颇感棘手。此外，还因为古代医家在论述发热病症时有一种“以寒统热”的习惯，如《素问·热论篇》中说：“今夫热病者，皆伤寒之类也。”“人之伤于寒也，则为病热”。《难经·五十八难》中说：“伤寒有五，有中风、有伤寒、有湿温、有热病、有温病。”《素问·阴

《阳应象大论》中说：“冬伤于寒，春必病温。”等等，因此往往将外感热病和内伤热病混淆，分而不清。由于这些原因（当然也有别的原因），所以对内伤热病的病、因、证、治的探讨，引起人们的广泛重视和关注，就是很自然的了。

你们在信中谈到“对内伤热病要注重辨证施治，发挥中医中药的优势和特色……，从而提高临床疗效，减少或避免滥用抗生素类药物所带来的延误病情以及许多不应有的副反应……。”我深有同感。

二位说我“治疗内伤热病经验丰富……”，那是过誉，而嘱我讲一讲“对一些主要内伤热病的辨证施治……”则是义不容辞，理应报命，现谨借此机会将我多年来治疗内伤热病的一些肤浅体会阐述如次，以供参考。

内伤发热，又称杂病发热。热病，而冠以内伤，就明确指出内伤热病是与一般外感热病有区别的。所谓内伤热病，从总的病证和病情上讲，有以下五个方面的特点：一是病程较长，发热绵绵不止，经年累月，甚至年复一年，反复发热不退。二是患者精神疲惫，肢体乏力，食欲不振。三是以低热为主，或自觉发热、烦热、烘热，但少数患者亦有体温经常在 38°C 以上者。四是低热往往继发于高热或其它疾病之后。五是必以发热为主症，只要能解除发热，其它症状则可随之好转。当然，这五个方面的特点，不是每个内伤热病患者都一一具备，有其中一、二条即可诊断为“内伤热病”。下面就具体讲一讲几种常见的内伤热病的辨证施治。

营卫虚弱发热：经常发热，经久不愈。以低热为主，有时体温也可超过 38°C 。怕风，鼻塞，浑身酸楚不适，出汗，但出汗后发热、怕风、身疼等症仍不减，舌苔薄白，脉浮缓。

这种发热形同外感，所以有些病人说自己“一年四季爱感冒……”，这种反复发热的病症，虽然形同外感发热，实质上是由于机体营卫之气虚弱(或称营卫失调)，也就是机体气血偏于虚弱，不能有效地抗御外邪的侵袭所致。有些疏于内伤热病的医生，见病家自称感冒发热，习而不察，亦常以感冒发热施治。病非外感，按外感用药，自然罔效；而常用发汗解表剂，致使营卫之气屡屡受伤，人为地造成卫表失固(当然也有素体营卫虚弱者)，故稍一不慎，吹风受凉，发热、怕风、身疼之症即作。在我的观察中，发现这类内伤热病，不少是由于施治不当(其中也包括经常滥用抗生素)所造成的。施治之法，应是调和营卫，即提高机体营卫机能水平，扶正以祛邪。药用：黄芪、桂枝、白芍、甘草、大枣、生姜。女病人加当归。药要热服，最好能在喝药后接着喝稀热粥一小碗，盖被静卧，取微汗。这个方剂是借鉴《金匱要略》中的桂枝加黄芪汤，方中药物虽少，但运用得当，确有效验。服药退热之后，隔几天再服药一剂，或将药物研成粗末，每次用50克，微煎，热服。如能坚持服药一、二月，则可使机体气血阴阳从根本振复、调和，发热之病便能根除。我遇到过营卫虚弱，长期反复发热病人，经注射胎盘球蛋白等药后，可以使一、二个月内不发热，然时间一久，或起居不慎，发热身楚等症又作，经用上方药末为治，嘱其坚持服药二、三月，遂使发热之症根除。

湿热内蕴发热：低热不退，或下午热势增高，或兼有怕风。以夏、秋二季多见。热势高时有少量汗出，肌肤湿润发胀。胸脘满闷，饮食不香。或有轻微的头胀、头痛。口腻、口苦、口干，但不欲多饮水。肢体困重，小便短黄。舌苔厚

腻，或舌苔中间和根部黄腻苔不退。舌边、舌尖鲜红。脉象濡数有力。这是由于湿热阻遏气机而引起的低热。起病之初如果适时采取化湿清热，本来是很容易痊愈的，但常因治疗不当或滥用抗生素药物，致使湿热之邪久恋不解，延误病情而低热、身困经久不愈。温病学家对这种绵绵发热之病机喻为“如污泥入油”。治宜化湿清热。药用：藿香、茵陈、荆芥、杏仁、蔻仁、青蒿、黄芩、车前子、金银花、甘草。湿热阻遏发热，常常是以湿恋热，以湿邪为先导，所以方中化湿利湿药较多，湿去热孤，其热即可消退。如口苦、口干、心烦、尿液灼热等症突出，热势增高，是湿邪郁久化热，热重于湿，上方中加入板兰根、大青叶、梔子、连翘。

痰湿内蕴发热：身热不扬，或患者自觉发热如火燎，或肢体某一局部发热难忍。下午或夜间热势明显。测量体温大多数患者体温并不明显升高。常伴有困顿、嗜睡、口中粘腻、饮食不香。虽身热不退，但不欲饮水。喜热食、淡味或焦香食物。女病人常白带多。脉濡缓，舌苔厚腻，舌苔中间或根部常复少许黄腻苔不化。由于身热、困顿、饮食不香，有些不了解中医痰病学说的患者和家属，常常将本病误作虚热，故常有进食鸡、肉等油腻厚味之类食补和药补的作法，然而这种作法，不仅罔费珍饈，且与病情殊不相宜。痰湿阻遏气机发热，病情属实，并非虚热，若再进油腻厚味，或误投补剂，则资生痰湿，助纣为虐，这种误补的治法，中医称之为犯“实实之诫”，所以愈补愈困，愈补愈身热不解。正确的治法是化痰行气，气行则痰消，痰消则热去。药用：茯苓、半夏、陈皮、车前子、炒荆芥、神曲、浙贝母、黄芩。如大便秘结不爽（但粪便并不干结），是痰湿遏阻腑气，可重用白术、

萝卜子、草决明，往往大便一畅，体内痰湿亦随大便而散，身热、困顿等症即可消除。女病人白带多者，加苡仁米、制香附健脾行气以化痰湿。

暑伤气阴发热：气温高时体温高(有时可达40℃以上)，气候凉爽时体温可自行减低，故发热以早晚低而中午高。因此，本证多发于盛暑炎夏和夏季气温较高的地区(如我国中南各省)。由于小儿阴阳稚弱，易于为暑热之气所伤，因此本症以小儿为多见，所谓“小儿夏季热”，即属此类热病。由于热邪伤阴，因此发热时口渴、喜饮、烦躁、精神疲惫、皮肤干燥、食欲极差、形体日益消瘦。尿液清长，舌红少津。体温高时，虚热鼓动脉络，脉现虚数之象。体温低时，气阴虚损内伏，脉络中无气以充，故脉见虚大之象。元气阴津不足之人(特别是儿童)，每逢暑热伤人之际，则气阴受损而生虚热，故本病可年复一年发作。病由外感，实则内伤。治宜补气益阴，兼清暑热。药用：沙参(有条件者用生晒参尤佳)、粳米、麦冬、知母、生石膏、西瓜翠衣、甘草、黄连(少)。如口干口渴特甚，加石斛、五味子，并以西瓜汁为饮料，生津止渴。

如高热经久不退，清热生津、冰敷、输液等均不见效，是热邪伤气之后，元气向外虚张，上方中可重用黄芪补气生津，再佐以当归和少许附片，引阳入阴，使元气有根，高热方可渐退，决不能见高热不退而纯用苦寒直折。苦寒之剂既伤阴、又损阳，对于暑伤气阴发热症是不相宜的。

气郁发热：身热心烦，低热不已，易怒，或时寒时热。体温的高低受情绪的影响。心情舒畅时体温降低或正常，心情抑郁、恼怒时体温升高，因而患者常伴情志抑郁不快，肋

肋不适，睡眠欠佳，饮食不香等症状。舌苔微黄，舌边、尖红，脉弦。本症虽由情志内伤而起，但不纯属虚证，因此尽管热势连绵，低热不已，但形体并不消瘦。由于本症多起于情志久郁不畅，气郁化火发热，中医则称之为“五志化火”生热，故以疏肝解郁、兼以养心清热为治。药用：丹皮、栀子、知母、白芍、柏子仁、郁金、五味子、浮小麦、柴胡、甘草、大枣。

本症男女皆有，但女同志尤多。妇女患者孕育、月经过多，精血耗损，则应加熟地、桂圆肉、当归养阴涵阳，以静制动。

气郁发热、情志抑郁发热之症，还多发于长期在环境嘈杂、污染以及噪音太大的某些工厂的工人中，和长期紧张的人员之中。前些年我在带“西学中”学员临床实习时，特地叮嘱同学们注意这一发病因素，观察到不少患者（特别是女患者）一进通风不好、噪音太大的车间，情绪一紧张，体温即升高；而一出车间，情绪一松懈，体温即下降，故对这类发热病症，取名为“车间热”。（“车间热”之名，本来是言出无意，然却不胫而走，现在有些医生和病人也常常以“车间热”而自谓。事如积薪，总是后来居上，任何名称（包括病名）也总得有个人命名开头，“车间热”能在一定的程度上反应出病症的客观性，又无大害，所以我也就援用此名。）

以上讲的是临床上经常见到的一些内伤热病。从我的观察中体会到，现在由于工业发展，环境污染，生态失去平衡，以及噪音干扰，人口密度增高和情绪紧张、抑郁等等原因，机体阴阳气血暗耗，因而使得各种内伤热病的发病率越来越高，应当引起重视，所以不少医疗单位专门设立了低热门诊

和低热病房(主要是内伤热病)。讲“外感热病易治，内伤热病难疗”，并不是说内伤热病无法治疗，恰恰相反，只要正确地运用中医理论的优势和特色，即辨证施治，一般都能收到较好的效果。特别是对于那些长年滥用抗生素的病人，尤其要注意辨证施治。这些热病中，可能包括一些西医诊断已经明确，但治疗效果不好的疾病，只要症状基本相同，也可用上述方法治疗。

草复是歉，仅供参考。此致

敬礼！

湖北中医学院 朱曾柏

内伤热病证治再识

沈兴同志：

你在来信中提到因偶尔的机会，在李、张二同志案头见到我给他们的信(即“外感热病易治，内伤热病难疗”)，“感到读后余味不足”，“盼请再赐教一、二”云云。“赐教”二字，实不敢当，再写点关于我对内伤热病的体会是可以的。

《黄帝内经》中涉及发热性疾病内容的就有《评热》、《刺热》、《热论》等十多篇。《伤寒论》一书，有人喻为“是一部治疗外感热病的专著”，此说欲扬而抑，并不全面，贬低了《伤寒论》辨证论治体系的价值，因为该书中涉及气虚发热、瘀血发热……的理法方药甚多。嗣后“六气皆从火化”、“六气化火”、

“五志化火”等学说层出不穷，各有其学术特色（尽管这些学术见解概括外感、内伤两类热病）。明、清已降，并形成了专门的“温热学派”。象你这样有志于对内伤热病探讨、喝惯了“浓茶”的同道，感到我给李、张二位的信“馥味不足”，是很自然的。就烟波浩瀚的中医内伤热病学而言，上次信中的内容，却象半杯忘了放“茶叶”的“淡水”，似乎应该加点“东西”进去。

瘀血内结发热：热势昼轻夜重，以低热为主，或下午和夜间发热，上午、白昼热退；或自觉发热，体温并不明显升高。常伴有口干、心烦、胸闷、身热、夜寐不安，或肋下有肿块，唇舌青紫，舌上或有瘀点，或巩膜有血络浮出，脉象沉涩。女病人可出现月经量少，甚至闭经。

气和血是维持机体生命活动的两大物质，不幸患病，不涉及气，便涉及血，古代医家认为，病症虽多，不离气血。所以，内伤热病既有气郁发热，也有血瘀发热。瘀血发热以低热和夜间热势明显或自觉发热为特征。这是中医瘀血学说的特点。午后和夜间，阳气相对地虚衰，阳气推动血脉的运行也就相对地迟缓，因此午后和夜间热势明显是瘀血内结发热的重要特征。如瘀血内结较甚，毛发、肌肤得不到血液的濡养，患者除了发热之外，还可出现肌肤黯晦、粗糙、毛发脱落、形体消瘦，女患者可出现月经量少甚至闭经。瘀血发热的舌脉，一般地讲，可以见到舌质紫、脉沉涩。但也不要拘泥于前人的这些局部经验，有些瘀血发热的病人，并不完全出现上述脉舌，因此诊断是否瘀血发热，要以症状为主，舍脉从症，舍舌从症。治以活血化瘀退热。药用：丹参、当归、生地、赤芍、牛膝、红花、桃仁、土鳖虫、柴胡、枳壳、

桔梗、甘草。

对于瘀血发热的辨证施治，还应注意气血互根、气血互生以及病情的虚实变化，清代名医喻嘉言在《医门法律·虚劳门》中记载：“血瘀则荣虚，荣虚则发热”。这就是说瘀血发热，病程过长，可以因病致虚，形成“荣(血)虚则发热”，如果患者形体消瘦，发热日夜不减，短气乏力，精神萎靡，食欲减退等症，则是病由血瘀导致血虚。由于血虚不能生气，又可导致气虚血枯而发热，这是中医学认识和分析各种疾病演变转归的极其科学的辩证思想，对于瘀血发热也是这样，如患者出现上述这些虚弱症状和体征，则应补气以行血，上方中重用黄芪，再加党参和水蛭等补气通络以退热。

血(阴)虚发热：发热绵绵不断，手足心热。并伴有骨蒸、盗汗、口干、面色淡红、头昏、心悸、疲乏，小劳则热势增高。低热多见，也有高热。如病情深重，热邪动血，可出现皮下和鼻、齿等处出血，由于血虚，女病人可出现月经少而色淡；也可由于热邪动血，出现月经鲜红而量多。舌质淡、无苔、或舌苔花剥光红。脉细数或虚数无力。

血属阴，所以血虚发热，中医古籍中有时包括在阴虚发热之中。血虚发热是阴虚发热证中的重证，由于血生于气，“善补阴者，当于阳中求阴”(《景岳全书》)，因此治法上除了补血养阴之外，又要兼以益气，使“阴生于阳”。药用：当归、熟地、阿胶、黄芪、枣仁、北沙参、桂圆肉、生地、炙甘草、猪骨髓、鸡蛋黄(用温药冲服)。如出血明显者，用生地黄炭、血余炭、海螵蛸，共研极细末，每次随药吞服3克。

气(阳)虚发热：发热昼重夜轻，热势以机体阳面(如背部、手部等)明显，或自觉烘热和肌肤灼热。古代医家如李

东垣、朱丹溪等人对辨别气虚、阴虚发热积累了很多宝贵经验，指出：发热昼重夜轻，口中无味为阳虚；午后发热，夜半则止，口中知味为阴虚……。古代医家这些实践经验，直到今天仍有指导意义。由于阳气虚衰，机体各种功能下降，因此虽然烘热，而又同时怕冷，食少纳差，食而无味，精神疲惫，出汗，大便夹杂不消化物，小便清长。发热高时，虚热鼓动脉络，脉见虚大而疾数，由于是虚阳鼓动，所以脉搏重按则空虚无力，舌质淡，少苔。治宜补益元气，甘温除热。药用：黄芪、当归、党参、制首乌、熟地、炙甘草、五味子（少）、肉桂（少）、附片（少）。

下面讲几点与治疗内伤热病息息相关的问题。

《黄帝内经》中说：“人以胃气为本”，“五脏六腑皆禀气于胃”。这一学术思想，既讲未病之人要注意保持胃气正常，也指病中和病后要采取相应措施来保持和加强胃气，而病中和热病初愈保持胃气旺盛、正常，尤其重要。古代医家将这一保胃气的学术思想发展成为“后天养先天”，成为“脾胃学说”的重要内容。张仲景说：虚热之人，“不能消谷，损谷则安”。“损谷则安”，是言其热病初愈，胃气未复，若恣食豪饮，重伤胃气，会导致虚热复发。“人染沉痾……，先当用糜粥以饮之，和药以服之，待其脏腑调和，形体渐安，然后用肉食以补之，猛药以治之，则病尽去，人得安全也。若不待气脉和缓，便投以猛药厚味，欲求安保，诚为难矣！”这是《三国演义》诸葛亮“舌战群儒”中的一段话。中医常说：“用药如用兵”，这话是很有道理的。所以保持和促进热病中和热病初愈后的胃气旺盛和正常，在某种意义上讲，“食疗”尤为重要。内伤热病，或热势稍退之后，饮食以营养丰富而又系清淡之

物为宜，切忌骤进油腻厚味。《素问·热论》有言：“病热少愈，肉食者复，多食则遗，此其禁也。”可见古代医家对内伤虚热之症注意饮食调理是很重视的。现在有一种情况，对于内伤热病，特别是反复发热和久热不退之症，总以为是身体虚弱，常以母鸡、猪排……等熬成浓汤强食或劝食。这不仅对于湿热、暑湿之症，容易资生痰湿，即使是血虚、气虚之热，“虚不受补”，也是罔费珍饈，并不相宜。

内伤热病，患病时间愈长，机体正气阴液亏损的程度就愈加严重。立法用药不能为表面现象所惑，要透过现象治理本质。苦寒之剂，特别是苦寒重剂，乍看起来，似有消炎退热、直折火热之势的作用，然苦寒既可“苦寒伤阴”，也能伤害机体阳气，因此苦寒药，特别是苦寒重剂，与长期发热和反复发热之内伤热病皆不相宜。现在有一种说法：长期、反复发热的病人，注射和内服中、西药品过多，产生了耐药性，因而对于苦寒药的剂量越用越重。金银花、连翘、板兰根、蒲公英……，剂量在30克以上者，屡见不鲜！其疗效不仅不好，有的还可加重病情，这种情况我时所遇，良可叹矣！对于内伤虚热之症而过用、纯用苦寒剂贲事者，中医喻之为“灯烛之火，见水即灭！”讲得形象，也是事实。

长期、反复发热的病人，元气虚损，推动血脉运行和运化津液的功能减弱，既可聚饮成痰，又可因血液运行迟缓而成为瘀血。而成痰成瘀之后，造成发热而夹痰夹瘀。因此，久热不退，反复发热病人，伴有胸闷不适，呼吸不利，胸中闷热，肢体困重，面色晦暗，舌质紫暗，小便短黄，或热势独盛于肢体某一局部者，应在适用方中，酌情选加一、二味化痰活血药，其疗效要比径直退热效果要好。如：郁金、桔

梗、浙贝母、丹参、丹皮、赤芍、炒荆芥等等，皆可选用。

内伤热病学，不仅是中医学术宝库中的一大内容，而且是临床、教学、科研中首当其冲的内容，由于内涵外延极其丰富，源远流长，因而诊治内伤热病中所要注意的也远不止上述三个方面。诸如：慎风寒、节房事、畅情怀、远噪音等等，都应注意。以上虽然补充了一些内伤热病的内容，但仍有“言止曲终意未尽”之感，但话总说不完，止于可以止！

此致

敬礼

湖北中医学院 朱曾柏

黄疸有非湿 治疗要灵活

仲庆同志：

来信收到。你说你平时处理黄疸病人，用清利湿热法治疗，一般效果尚好，但也有些病人，辨证明属阳黄，用了茵陈蒿汤与茵陈五苓散却无效，改用其他清利湿热方药，也无济于事，后来加重药量，原想增强药效，结果反败了胃口，感到难以理解。其实，这正是初搞临床的人经常碰到的问题。

诚如你所说，湿热确实是引起黄疸的常见病因病机。但必须明确，并不是一切黄疸都是湿热所引起。实际上，即使阳黄，也不一定全属湿邪为病。茵陈蒿汤与茵陈五苓散，对

湿热黄疸疗效可靠，这是前人从实践中反复筛选出来的有效验方，经得起重复，而黄疸又是以湿热引起者居多，所以你对热偏重的用茵陈蒿汤，湿偏重的用茵陈五苓散，随证加减，一般都能取得较好效果。如果碰到一些并非湿邪致病的黄疸，而胸中先有了“黄疸无湿不成”的成见，就会受到主观成见的干扰，辨证不确，治疗中仍然局限于这两张方子，当然就无效了。

你说：“陈修园说过‘黄疸皆由 湿热成’，而仲景也有‘黄家所得，从湿得之’与‘诸病黄家，但利其小便’之明文，所以，治黄疸只要从湿论治，就不会错。”我认为你对仲景经文，缺乏全面的理解。“从湿得之”一句，只不过是言其常，而医之所以可贵，贵在知常达变。至于“诸病黄家”一句，这个“诸”字，同内经病机十九条中的“诸”字是同一意义，也就是说：“诸”是指不定的多数，不可作一切解释，否则《金匱要略》中“诸黄，猪膏发煎主之。”等其他条文就无法理解了，因为猪膏发煎中不但无治湿之药，而且猪膏润燥，正与治湿相反。可见仲景并没有“无湿不成疸”的意思。至于陈修园之说，是来自朱丹溪，这种讲法，虽然也是就黄疸之常说的，但毕竟太绝对、偏激了，所以早在明代，就有人提出过批评，如张景岳说：“黄疸一证，古人多言为湿热及五疸之分者，皆未足以尽之。”又说：“丹溪曰：‘疸不必分五种，同是湿热，如盒糲相似。’岂果如盒糲，悉可谓之湿热耶。弗足凭也。”从《伤寒杂病论》来看，仲景论黄疸，虽然是以湿热黄疸为最详，但论非湿黄疸的条文也很多，我曾经粗略归纳了一下，认为热燥、燥痰、瘀血、虚寒、疫毒等均可引起黄疸，这几种黄疸都可以与湿邪无关，所以写了“非湿黄疸论”，发表在1981年第2

期的《山东中医杂志》上；“《伤寒论》第200条释疑”发表在1982年第4期的《河南中医》上，建议你来看一下，可作临床之参考。不过，我感到文章还很粗糙，其缺点是没有将验案写入，如果将非湿黄疸的验案与理论上的分析互相印证，结合起来谈，不但生动，论据也就显得更充足了。我们治病，不能满足于掌握一般常规处理方法。你为了提高疗效，碰到常规治法不能取效的病人，能认真探索，向有经验的老医师请教，与同道们共同研讨，这种精神很好。你好学而不耻相师，向我发问，所以我也乐意结合医案，向你详谈一下有关问题，借此作为“非湿黄疸论”一文的补充。现在有人治疗黄疸，跳不出清热、利湿、行瘀的圈子，用药雷同，凡是黄疸肝炎病人来了，总是茵陈、栀子、大黄之类，剂量又偏大，以致渗利伤阴、苦寒损胃的情况常有所发生，这实在是当今治疸之一弊。

徐忠可在《金匱要略论注》里说：“予友骆天游黄疸，腹大如鼓，百药不效，用猪膏四两，发灰四两，一剂而愈。”这个医案是燥瘀黄疸，燥瘀黄疸如用清利湿热的常法去治疗，自然百药难效。徐氏和张石顽一样，懂得“黄疸有干有湿”这个道理，所以用猪膏润燥以助血脉之流通，用发灰行瘀以助气化之恢复，二者配合，既补虚，又去实，对燥瘀黄疸中的虚证十分贴切，所以获效。浙江已故名中医杨则民还认为猪膏发煎可治女劳疸，这是很有见地的。

魏玉横《续名医类案》里，有这样一个医案：“朱天一，年二十余，喜食糖及燥炙诸饼，忽病黄，面目如金，脉之关数实有力，尺滑，大便六七日不行，小便黄涩。此敦阜太过，加以素嗜炙火，其色必黄，非湿证也。与小承气汤加当归、

白芍，一剂便行而瘥。”这也是燥瘀黄疸，但前一案久治不效，虚多实少，此案未经误治，实多虚少，兼有实热，所以用小承气抽薪泄热，实热去则阴自复，加入归、芍润燥行瘀，瘀结去则黄自退。且大黄得归、芍，攻邪而不伤正，归、芍合大黄，推陈致新效更强，这样组方，十分简洁恰当，对人很有启迪。此案因药证相合，所以也一剂而瘥。

1982年第2期的《绍兴中医》(内部刊物)里，有这样一个医案：徐××，患黄疸病，治疗二月余，病情有增无减，后邀老中医章柏年往诊，见前方大都用茵陈蒿汤、栀子柏皮汤、茵陈五苓散三方出入，而患者已有阳证转阴之象，于是改用茵陈术附汤。治疗十天后，反而燥象毕露，章老亦感棘手，乃挑灯夜读，遍查方书，最后根据王肯堂“治疸须分新久”，“久则气血虚弱，必用补剂，庶可收攻”之说，改用归脾汤，重用熟地，少佐茵陈，就逆转病势，取得了效果。但时医只知黄疸属湿，熟地恋湿，多不敢用，殊不知《圣惠方》治心黄的生地黄饮子，《千金方》治急黄的地黄汁汤方，《幼科铁镜》治胎黄的地黄茵陈汤，都用地黄为主药。《圣济总录》治黄疸的木通汤，《外台》治黄疸的黄连丸方，《医学传灯》治黄疸的加减柴胡汤等，也都有地黄。张景岳说茵陈治疸，“黄而湿者多肿，再加渗利；黄而燥者干涩，再加凉润……”，此案熟地茵陈合用，与景岳所说的后一治法大致相符。

我去年治钱某，因急性黄疸肝炎入院，用中西药治疗一个月，巩膜黄染+++，黄疸指数65单位，月底由某主治医师介绍来我处诊治。见其并无湿热之象，惟倦乏较著，身黄目黄溲黄，作虚黄治，用桂枝加黄芪汤倍黄芪、芍药，予四帖，黄即迅速消退。继续治疗，黄疸指数也逐渐降至正常。此案

起初也是清热利湿行瘀之品备尝，但总不退黄，改方后消退较快，以后几诊，坚持守方，药味基本不变，只在最后一诊时才改用异功散合当归补血汤作病后调理之用。

关于非湿黄疸，实际上前人早有论述，如《幼科择迷》：“身不痛，有干黄者，燥也”。王海藏说：“干黄，燥也，小便自利。”刘宗厚说：“一身尽痛而黄者，湿胜也……干燥者，热胜也。”张景岳说：“惟以干涸，所以枯黄。”黄宫绣说：“如亩值于大旱，则苗必燥而黄，是苗因燥而黄者也；大涝则苗必湿而黄，是苗因湿而黄者也。”这个比喻，说得最为形象。由于以前没有论非湿黄疸之专文，以上医家之论干黄，又都是一鳞半爪，所以影响不大，又因后世医家多遵朱丹溪、陈修园之说，使仲景论燥黄之旨，未能昌明，所以非湿黄疸值得认真讨论一下。医者忽视燥黄而泛用渗利清通的误治案，古今都很多，这种失败的教训，应当引起我们重视。赵养葵鉴于此种弊病，曾经说：“有湿热发黄者，当从郁治，凡湿热之物，不郁则不黄，禁用茵陈五苓散，凡用茵陈五苓散者，十不一生，当用逍遥散。”这虽为纠弊而发，但太偏激了，茵陈五苓散治湿偏胜的黄疸还是有效的，“十不一生”这话，也太夸大了。但黄疸以肝病居多，肝病未有不郁，郁则每每克土，而逍遥散能疏肝健脾，且方中归、芍柔肝活血，茯苓利水渗湿，如临证再作适当加减，借治黄疸，是一张很可取的方子，故赵氏的经验之谈，是值得我们重视的。陈复正说：“黄病，昧者一概呼为湿热，无非除湿利水，清热退黄，除此之外，无别法矣。”这话就现在来说，仍然是切中时弊。沈金鳌说：“脾土色黄，病则成疸，其病缘何，先因虚损，复感湿热。”这一见解，有一定道理，黄疸病人大多脾运不健，如果单治湿热，

用大剂苦寒淡渗，损伤脾胃，劫烁津液，即使是湿热黄疸，也难以取得满意的疗效，如果是非湿黄疸，这样用药，尤其错误了。《内科临证录》说：“今人常误认为茵陈为退黄之专药，并无疸不用茵陈之流弊”，“这种一病一药的观点，应该说是错误的。”这个说法，我完全赞同。张景岳基于黄疸多属肝病而肝病多郁的认识，减去茵陈五苓散的茵陈，加入柴胡，制成柴苓饮，这样化裁古方，很有巧思。陈歧德说：黄疸“有热多湿少者，有湿多热少者，有湿热全无者”，“今医治此，概用五苓套剂，岂能愈乎。”重温上述论述和治法，对纠正现在治疸泛用清利湿热法的偏向，无疑是有益的。总之，黄疸有非湿，治疗要灵活。

即祝

医安！

浙江省上虞县中医院 柴中元

三、治则浅说

从整体调治谈起

刘勤同志：

您好！来信收到了。您在自学中医的过程中，体会到治疗原则十分重要，但一般书籍大多写得比较简略，所以您询问中医治则究竟有哪些？怎样深入地理解这些治则？特别是如何运用这些治则去指导看病处方？

这三个问题提得好，确实很重要。可能其他自学中医的青年，也会关心这方面的问题，所以将回信寄给自学中医的良师益友《山东中医杂志》，进行公开答复。这样行吗？

关于治疗原则，牵涉面比较广，究竟从哪儿谈起？还是先说整体调治吧。

中医治病，不是头痛医头，脚痛医脚，而是强调从全身来考虑，所以整体调治就成为中医治疗的关键原则，也是中医治疗学的最大特色。为什么特别重视整体调治呢？

这是因为人是一个有机的整体，内有五脏六腑，外有皮

毛肌肤、眼耳口鼻，通过经络互相联系，共同维持正常的生理功能。一旦局部发生病变，常常会影响到全身，所谓“一脉不和，周身不遂”。因此在治疗时，固然不能忽视局部，但更重要的是放眼于整体。例如，脚上的慢性脓疮，是一种常见的局部病变，由于疮口经久不愈，常流稀白脓水，病人的全身情况越来越差，面色苍白，疲倦无力，怕冷肢凉，舌淡苔白，脉象细弱。这时单从脚上的疮口着眼，采用解毒、排脓、生肌等治法，都难以收效。如果放眼于整体，针对全身的虚寒状态，在使用黄连、连翘等解毒药物的同时，着重使用附片、肉桂、黄芪、当归等温补药物，不但可使全身情况好转，而且疮口也能迅速愈合。

归根到底，一切疾病都是阴阳失去相对平衡的结果，所谓阳胜则阴病，阴胜则阳病。因此，针对阴阳失调的病理变化，采取调整阴阳的治疗方法，纠正阴阳的偏盛偏衰，恢复阴阳的相对平衡，就成为整体调治的首要方面。正如《内经》所说：“谨察阴阳所在而调之，以平为期”。

记得在我初学中医的时候，曾经遇到一个经常头痛的病人，又复发几天了，头痛得很厉害。给他服用川芎、白芷、细辛、蒿本以及元胡这些大队止痛药物，却毫无效果。进一步询问得知还有头昏眼花，看东西旋转等症状，观察他的面色是潮红的，摸脉呈现弦象，因而想到“诸风掉眩，皆属于肝”，于是改用龙胆泻肝汤治疗，症状有所减轻，但不久又复如故，只好转请我的老师诊治。服药三剂，症状明显好转。观其处方，仍然是龙胆泻肝汤，但却减去木通和车前子，加入白芍及龟板。后来又改用知柏地黄汤为主，酌情加入白芍、龟板、龙骨、牡蛎等药。调治半个月就好了，随访一年多，

也没有再复发。

这一病案，引起我的极大兴趣，于是反复向老师请教。原来，引起这个病人头痛、眩晕的病机是肾阴不足，肝阳上亢。所以单用止痛药物毫无效果；使用泻肝的治法，虽然可以针对阳亢之实，损其有余，暂时收效，但不能解决阴亏之虚，因而不久又复如故。只有着重针对阴虚，补其不足，使阴与阳相配，阳亢自然可以平定，难怪知柏地黄汤终于得以收功。

泻实、补虚，说到底，就是调整阴阳。祛寒、清热，说到底，也是调整阴阳。因为无论寒证或热证，都是阴阳偏盛偏衰的结果。拿偏盛来说，阴偏盛时，就表现为寒证，阳偏盛时，就表现为热证，这就是“阴胜则寒，阳胜则热”的意思。治疗应当损其有余者，即是祛寒以损其有余之阴，用“寒者热之”的方法去温散阴寒；或者清热以损其有余之阳，用“热者寒之”的办法去清泻阳热，都可以使阴阳重新归于平衡。拿阴阳偏衰来说，阳偏衰时，就表现为寒证，阴偏衰时，就表现为热证，这就是“阳虚则寒，阴虚则热”的意思。治疗应当补其不足者，或者补阳以散阴寒，所谓“益火之源，以消阴翳”，或者补阴以退虚热，所谓“壮水之主，以制阳光。”由于阴阳任何一方虚损，最终往往导致另一方的不足，因而出现阴阳两虚。这时，只有双补阴阳，才能使它们重新归于平衡。

从整体观念出发，着重协调脏与腑、脏与脏以及五脏与五官的关系，使其恢复正常，是整体调治的又一重要方面。

拿脏与腑来说，既可脏病治腑，也可腑病治脏，还可脏腑同治。例如，由于实热便秘引起肺气壅塞，可用凉膈散泻

大肠而清肺；心移热于小肠，口舌生疮，小便短黄涩痛，又可用导赤散清心而泻小肠。其他脏腑也可采用这种脏腑互治的方法，常能获得较好疗效。

拿脏与脏来说，在治疗时，除了着眼于本脏之外，往往还须从他脏考虑。例如，临床上出现咳嗽、短气、动则更甚、舌淡、脉弱，而又见不思饮食、肌肉消瘦、倦怠无力，病机是脾土虚不能生肺金，给病人服用参苓白术散，随着脾胃运化功能的增强，肺虚的病变也得到改善。其他各脏的功能不足，除可直接补益该脏以外，也可从整体出发，采用这种“相生而补”的治法。又如，临床上出现头痛目赤、心烦易怒、恶心噯酸、便秘尿黄、舌质红、脉细数，并见胸胁胀满、口苦咽干、口舌生疮等，病机是心火盛而犯肝木，给病人服用泻心汤合导赤散，随着心火的消退，肝热也随之好转。其他各脏的功能过亢，除可直接攻泻该脏以外，也可从整体出发，采用这种“泻其子脏”的治法，都能取得较好疗效。

临床上，除了采用上述间接补泻的治法外，更常采用调和两脏的治法。例如，肾阳不足的病人，会有畏寒、手脚发凉、面色苍白、腰膝酸软以及夜尿增多等症状。影响到脾脏时，又可见到胃口不好、大便清稀等症状，形成脾肾阳虚的证候。治疗时，不仅要温补肾阳，还须同时温补脾阳，才能取得好的疗效，可用附子理中丸之类。又如，当肝气太旺而侵犯脾胃，则会出现肝脾不调的证候：烦躁、头昏、食少、噯气吐酸、脘腹胀闷、肠鸣痛泻。治疗时，必须采用调和肝脾的方法，常用痛泻要方及逍遥散之类。

五官的病变，多从五脏来治。例如，眼睛红肿、疼痛、羞明、多眵，使用龙胆泻肝汤来清泻肝火，常能取得疗效；

如果两眼干涩，视物昏花，又多属肝血和肝阴不足，采取补肝血、滋肝阴的治法，使用四物汤、杞菊地黄丸，也能取得一定效果。这是因为眼睛和肝的关系密切，所谓肝开窍于目，所以只治其肝，眼病也能痊愈。

除此之外，根据整体调治的原则，还有上病下取、下病上取、从左治右、从右治左等方法。例如，以针灸治肝阳上亢，常刺在下的太冲；治下部病变脱肛，又常灸在上的百会；治疗偏瘫，常取健侧穴位。这些都是整体调治的体现。

拉杂地谈了自己的肤浅认识，仅供参考，不恰当的地方，请随时指正。今天就说到这里，下次再谈。

此致

敬礼

重庆医学院第一医院 马有度

治病必求于本

刘勤同志：

您好！来信收到，十分高兴。您不仅勤学好问，而且经常和学友展开讨论，这样很好，会进步得更快。至于对辨证论治有不同的看法，可以进一步查阅书籍，最好能联系临床实际来分析。可惜我们相隔千里，只好用笔谈来参加你们的讨论。

中医看病，对症状的询问和分辨都很细致，常用一个主

要症状作为疾病名称，如水肿、咳嗽、头痛等等。于是有人以为辨证论治就是“辨别症状”、“对症治疗”。其实，这是一种误解。单纯针对症状去治疗，只是一种治标的方法，而辨证论治则是“辨证求因，审因论治”的意思，只是为了简便，习惯上就将“求因”与“审因”省略罢了。所以，在分辨症状的基础上，必须尽力探求引起疾病的根源，正如《内经》所强调的“治病必求于本”。

外界的致病因素，如中医所说的六淫、异气，或西医所说的细菌、病毒，固然是导致疾病的重要条件，但中医更强调人体对病因的反应，称为病机。所谓治病必求于本，就是要透过疾病的现象——症状，去探求疾病的根本——病因病机，从而进行针对性的治疗。

疾病的现象和本质大多是一致的。寒病有寒象，热病有热象，虚病有虚象，实病有实象。所以，采用和病象相反的治疗法，例如针对寒象用热药，也就是针对寒病的本质去治疗，《内经》称为“逆者正治”。主要有四种基本情况。

病人怕冷，大便清稀，脉迟而微，这是寒邪在里，阳气衰弱的寒性病证，应当使用附片、干姜等热性药物去治疗，称为“寒者热之”。

病人发热，大汗大渴，脉象洪数，这是邪热炽盛，阳气亢奋的热性病证，应当使用石膏、知母等寒性药物去治疗，称为“热者寒之”。

病人气短乏力，头昏心慌，面色苍白，脉象细弱，这是气血不足的虚性病证，应当使用黄芪、当归等补益药物去治疗，称为“虚者补之”。

病人高热，腹满胀痛，大便不通，脉象沉实，这是邪热

与肠中燥屎相结的实性病证，应当使用大黄、芒硝等攻泻药去治疗，称为“实者泻之”。

然而，有的疾病，现象和本质并不一致。寒病反见热象，热病反见寒象，虚病反见实象，实病反见虚象。所以，只有采取顺从疾病现象的治法，例如虽见寒象仍用寒药，才是针对热病的本质去治疗，《内经》称为“从者反治”。也有四种基本情况。

病人本来患的是热证，但在阳盛热极的时候，有时反而出现怕冷寒战、四肢冰凉等寒象，这是“内真热，外假寒”的“热厥”证，仍然应当使用寒凉药物去清热泻火，内热一除，寒的假象便可消失。这种顺从外见寒象而用寒药去治疗的方法，称为“寒因寒用”。

病人本来患的是寒证，但在阴寒极盛的时候，可以引起虚阳外越，出现面红、烦躁等热象，这是“内真寒，外假热”的“戴阳”证，仍然应当使用温热药去回阳救逆，阳气回复，热的假象就会解除。这种顺从外见热象而用热药去治疗的方法，称为“热因热用”。

病人频频泻痢，但病机是实热积滞，这时不仅不能固涩止泻，而且必须通利泻下，只要热积一除，腹泻自会停止。这种顺从外见通利症状而用通利药物去治疗的方法，称为“通因通用”。

病人腹部痞塞胀满，但病机是脾阳虚弱，这时不仅不能攻泻破满，而且必须补脾温脾，只要脾阳能够健运，腹胀自然消除。这种顺从外见闭塞症状而用补塞药物去治疗的方法，称为“塞因塞用”。

在一般情况下，根据治病必求于本的原则，不能见热退

热，见痛止痛，见咳止咳，见血止血，而应尽力消除病因病机，着重治本，病根一除，各种症状也自然随着消失。例如，感受风寒引起的发热，只要祛散风寒，发热自退；瘀血阻滞引起的疼痛，只要活血化瘀，疼痛即减；肺燥引起的咳嗽，只要养阴润肺，咳嗽则平；胃热引起的牙龈出血，只要清胃泻火，出血自止。

然而，在特殊情况下，由于症状突出，如不首先使其缓解，就会影响对疾病的治疗，甚至症状急迫，如不及时解除，可能危及病人的生命，这时都应赶快治标。例如，发热很高，疼痛剧烈，咳嗽频频，严重影响病人的饮食、睡眠和情绪，削弱病人的体质，因而使病情加重。在这时，首先设法减轻或消除这些突出症状，对于减轻病人的痛苦，维护病人的体力，促进病情的好转，无疑是十分重要的。至于在大量出血的紧急情况下，立即设法止血，更是迫不及待的了。当然，在这些紧迫情况缓解以后，仍然应当针对不同的病因病机，着重治本，才能求得疾病的根本治愈。

中医在强调“治病必求于本”这一根本原则的同时，又指出要根据病情的需要，采取“急则治其标，缓则治其本”的变通原则。综合起来说，在复杂多变的疾病过程中，区分现象和本质、主要和次要以及轻重缓急，从而采取恰当的治疗步骤和方法，这是一项极为重要的治疗原则，所以《内经》强调说：“知标本者，万举万当，不知标本，是为妄行。”

的确，初学中医的人，由于缺乏掌握标本论治的能力，常常要走一些弯路。而古今富有经验的医家，无不善于掌握标本论治，因而在临证时能收良效。他们除能掌握前述标本论治的基本要点之外，尤善于针对病机，灵活变通，

例如，桂枝汤是《伤寒论》的第一方，属于辛温解表轻剂，仲景原用于风寒表虚证。后世及现代医家抓住本方解肌祛风，调和营卫的功能特点，对于凡有风郁肌腠，营卫不调这一病机的各种病证，均广泛应用，多获良效。仅据现代临床报道，就涉及低热证、多汗证、下利证、缩阳证、阴冷证、皮肤瘙痒证、慢性疮疡证，以及慢性鼻疾、慢性眼病等等。

试举两案，以窥一斑。

祝湛予氏曾治一例畏寒证，患者时届盛夏仍着棉衣棉裤。自诉时时遍身冷汗，极畏风寒，脱去棉衣即感风吹透骨，深以为苦。此人平素纳食甚少，倦怠乏力。其病机为正气虚弱，营卫失调。给予桂枝汤五剂后，已不畏风，汗亦减少，并脱去棉衣而改着夹衣，再服三剂，自汗即止，已着单衣单裤了。

柯利民氏曾治一例发热证，每日低热已二十余日，一般体温在 37.5°C 左右，并有头痛、微恶风、动则汗出、倦怠乏力、纳食甚少等症状。其面色萎黄，精神不佳，舌淡苔白而薄，脉浮缓。某医投以清热解毒中药无效。其病因外感风邪，病机为邪恋肌腠，致使营卫不和而发热，故宜解肌退热法，投以桂枝汤两剂，发热即退，诸症亦除。

观此两案，一是畏寒，一是发热，看似迥然相反，但病机都是营卫不和，根据治病必求于本的原则，均用调和营卫的桂枝汤取效。

上次谈到整体调治，这次谈了标本论治，下次想谈谈扶正祛邪，您以为如何？

顺致

敬礼！

重庆医学院第一医院 马有度

治病如用兵

刘勤同志：

您好！您对扶正祛邪的理解，大体上正确。至于祖国医学为什么特别强调这一治则，我是这样认识的：疾病的演变与转归，决定于正邪相争的消长盛衰，正能胜邪，病情就减退，邪盛正衰，病情就增进。因此，扶助正气，祛除邪气，改变正邪双方的力量对比，促使疾病趋向好转和痊愈，防止病变恶化或导致死亡，就成为指导临床治疗的一项基本原则，它的重要性是显而易见的。这就好象打仗一样，有时候需要调兵遣将，大举进攻，尽量消灭敌人；有时候又应当准备粮草，补充兵员，着重加强自己，以利再战。只有这样，才能取得最后的胜利，从这个意义上讲：“治病如用兵”。

那么，什么情况下祛邪？什么情况下扶正？祛邪与扶正怎样配合？

一般说来，在“邪气盛则实”的时候，应当祛邪，采用“实则泻之”的治法。如果处于“精气夺则虚”的状态，则应扶正，宜用“虚则补之”的治法。所以，就药物治疗来说，祛邪就是用攻法治疗实证，扶正就是用补法治疗虚证。针对不同的实证，酌情选用解表、清热、泻下、祛湿、消积、逐瘀、杀虫等攻法；针对不同的虚证，酌情选用补气、养血、滋阴、助阳等补法。而不同脏腑表现出各种各样的实证或虚证，又当采用种种更加具体的攻法和补法，例如清泻肝胆法、温补脾肾

法，等等。

然而，临床上常见这样的情况：既不是单纯的邪气实，也不是单纯的正气虚，而是邪实正虚的复杂状态。这时，专用攻法祛邪，会更加损伤正气，专用补法扶正，又会助长邪势，只有祛邪与扶正兼顾，采用攻补兼施的治法，才能两全。例如，正气亏虚的人又患感冒，既要解表祛邪，又要补益扶正，所以前人总结出益气解表、养血解表、滋阴解表、助阳解表等治法，并且创制了参苏饮、葱白七味饮、加减葳蕤汤、麻黄附子细辛汤等名方，用于各种虚人感冒，常能取得良好的疗效。

当然，祛邪与扶正并举，绝不是半斤八两，二者并重，而应根据邪实与正虚的轻重缓急，或以祛邪为主，扶正为辅，或以扶正为主，祛邪为辅。对于邪实为主的，所谓“二实一虚”，应当重在祛邪，兼以扶正。例如，外感热病，热结胃肠，腹胀腹痛，大便不通，而邪热化燥伤阴，又出现口干唇裂、舌苔焦燥等症。这是邪实导致阴虚，如果单用攻下的治法，虽然可以泻下热结防止继续伤阴，但已经耗伤的津液，却难恢复，只有采取急下攻邪为主、养阴扶正为辅的治法，选用增液承气汤之类，才能取得良好的效果。对于正虚为主的，所谓“二虚一实”，又应重在扶正。例如，内伤久病，脾气虚弱，运化功能衰退，出现脘腹胀满，不思饮食、大便稀溏不畅以及体倦乏力等症。这是脾虚而致食积，如果单用消导的治法，虽然有时可以暂除食积，但脾的运化功能并未恢复，不久必然又复如故，只有采取健脾扶正为主、消导祛邪为辅的治法，选用四君子汤加楂曲之类，才能取得比较巩固的疗效。

需要注意的是，并非一切虚实互见的病证都一定要攻补

兼施，有时单独施以祛邪或扶正，就能取效。主要有两种情况：一种情况是邪实很盛而正虚轻微的，只需祛邪，不必扶正，随着邪气的消退，轻微的正虚自然恢复。例如，外感热病，患者大热、大汗、大渴、脉洪大，说明邪热很盛，但病人又感头昏、乏力，提示正气稍虚，这时只要使用白虎汤清泄邪热，随着病邪消退，病人的体力自然逐渐复原。这就是“祛邪即可以扶正”的道理，也叫做“借攻为补”，正如张子和在《儒门事亲》中所说：“先攻其邪，邪气去而正气自复也，不补之中有真补”。另一种情况是正虚很甚而外邪轻微的，只需扶正，不必祛邪，随着正气的加强，就能战胜邪气而自愈。例如，疫毒侵犯人体而成痢，如果正气虚弱，湿热痢往往转变成虚寒痢，这时虽然不用解毒治痢之品，而用补中益气汤等扶正之剂，随着正气的增强，即可战胜残余的疫毒而痊愈。这就是“扶正即可以祛邪”的道理，也叫做“借补为攻”，所谓“补中自有攻意”。

还需注意的是，关于攻补先后的问题。前人有这样的看法：先虚后实者，宜先补而后泻；先实后虚者，宜先泻而后补。其实，证之临床实际，切不可拘执于虚实的先后，而应根据虚实的程度和缓急来确定先攻或先补。对于先虚后实的，不可固执于先补后攻，一般仍应先攻其邪，正如丹波元坚所说：“其人素虚，阴衰阳盛，一旦感邪，两阳相搏，遂变为实者，此虚中兼实也。治之之法，不清凉无以解热，不转刷无由逐结，然前之虚不得不顾，故或从缓下，或一下止服。前哲对于此症，以为先治其虚，后治其实，此殆未是也。大抵邪不解则不受补，有邪而补，徒增壅住，且积日之虚，岂暂补所能换回乎！”当然，对正气极虚的人，为了挽回正气以救

急，只好暂且先行扶正，所以丹波元坚又说：“倘虚甚者，或不得已姑从于补，虚复而后议泻矣。”对于先实后虚的，也不可拘执于先攻后补。例如，疾病由实转虚，即使尚有少许积滞未净，仍应首先扶正，待“虚甚”好转，再酌情考虑泻积。

攻补的先后问题，也就是掌握攻补时机的问题。对于攻法来说，它是进攻战，选择有利的战机，尤其重要。

一般说来，外感新病的初期，病邪尚未深入，正气比较旺盛，应当尽快着重祛邪。例如，外感风寒，发冷发热，头身疼痛，就应及时祛邪发汗，随着汗出，病人脉静身凉，很快痊愈。如果因为病人体质不够壮实，怕他“虚”而不敢祛邪发汗，反而使病情迁延。又如，外感热病进入中期，病人高热、汗出、烦躁、腹部胀满、大便多日不解，这是里实热证，提示邪正斗争已经发展到高潮，是攻下实热的最好时机，使用大承气汤治疗，随着大便的通利，往往顿挫病势，病情迅速好转；如果犹豫不决，错过时机，正气渐衰，治疗就困难了。

外感病进入后期阶段，一般用药将邪气驱除十之八九，随着正气的恢复，所剩余邪也可除尽。但是，有的病邪较为顽固，如果不彻底驱除，往往遗留祸根。例如，治疗湿热痢，不能看到腹痛、便脓血、里急后重等症状已经缓解就马上停药，必须再治疗些时日才能断根。否则，由于邪未除尽，往往转变成“休息痢”，时时复发，后患无穷。又如，治疗热淋证，不能因尿频、尿急、尿痛等症状消失就立即停药，也应继续治疗一段时间，否则也容易转变成劳淋，经常复发，难以根治。所以，对于这类顽敌，必须乘胜追击，力求彻底肃清。

总的说来，中医治病，既重视祛邪，也强调扶正，这是中医治疗的又一特色。在临床上运用这一治则时，必须仔细观察、认真分析正邪相争的消长盛衰，辨别虚实的轻重缓急，从而决定扶正与祛邪的主次、先后及配合。一般来说，正虚当补，邪实宜攻。虚实并见则攻补兼施；二虚一实，治虚为主，兼治其实；二实一虚，治实为主，兼治其虚。对于虚实缓急，尤宜注意，正如张景岳所说：“无虚者，急在邪气，去之不速，留则生变化。多虚者，急在正气，培之不早，临期无济也。”

今天，就谈到这里。下次谈什么，请来信告之。最好先说说您在自学中的体会和疑问。

此致

敬礼

重庆医学院第一医院 马有度

峻缓得宜 轻重有度

刘勤同志：

出差返家，才见来信，迟复为歉。

您在自学中能抓住要点、提出问题，并有自己的见解，这是极可宝贵的。您认为，《素问·至真要大论》中黄帝在提问时谈到的“治有缓急”，岐伯在回答时所说的“治有轻重”，是提出了一条重要的治疗原则——治病必须掌握缓急轻重。

我赞同您的看法。为了准确起见，在“治病”之后再加上“用药”两字为好，以免和“急则治标、缓则治本”发生混淆。因为这里的“缓急”和“轻重”不是指病证，而是指用药。原文是这样说的：“帝曰：气有多少，病有盛衰，治有缓急，方有大小，愿闻其约奈何？岐伯曰：气有高下，病有远近，证有中外，治有轻重，适其至所为故也。”讲得通俗一点，即是说病气有多有少，病势有盛有衰，因而治疗用药有缓急之分，制方有大小之别。由于病气所在有上下之分，病变部位有远近之别，病证表现有内外之异，因而治疗用药又有轻重之不同，总以恰到好处为准则。

根据您的建议，下面就谈谈运用这一治则要注意些什么。

首先，要注意病之久暴。

新感暴病，邪气在表，病势不盛，正气未衰，这时应当采用急治的办法，一般可用峻剂、重剂，急速祛邪外出，力争早期治愈。如果此时用药过于轻缓，延误时机，以致病邪深入，正气日虚，必使治疗更加困难，即使痊愈，身体也难很快复原。

内伤久病，伤及脏腑，甚至由虚成损，这时又应采用缓治的办法，一般只宜使用轻缓之剂。因为这类病既是逐渐而来，病之去也必然缓慢，只有等待药力逐步发挥，脏腑的精气逐渐充实，病证才能趋于痊愈，病体才能渐渐康复。

总之，一般来说，治疗暴病，祛邪宜急，用药可峻可重；治疗久病，扶正当缓，用药宜轻。正如刘河间在《保命集》中所说：“治主以缓，治客宜急”。当然，并非绝对如此。暴病而正气不强的，攻邪就不可过于峻猛。久病而用缓治见

效不大的，也可暂用急治。例如治疗臌胀病，在必要时暂用峻下逐水以顿挫病势，然后再继续缓治，往往收效更好些。

其次，要注意病位与时机。

用药的缓急，须结合病位的上下来考虑。一般来说，治疗上部的病变，多宜缓药，如用桑叶、菊花之类；治疗下部的病变，多宜急药，如用大黄、芒硝之属。因为缓药气味较薄而容易达于上部，而急药气味较厚则易于直达下部。正如《内经》引《大要》之说：“补上治上，制以缓；补下治下，制以急；急则气味厚，缓则气味薄。”这就是“适其至所”的意思。

用药的缓急，还须看时机是否有利。例如，治疗食积，自然应当尽快驱其外出。但是，必须在食积已经下达肠中的时候，才能攻泻导滞；如果食积还在胃里，只宜采用缓剂来消导和胃。过早的使用峻剂攻泻，不仅不能祛除食积，反而损伤脾胃。其他如水饮、瘀血等实邪，也必待时机成熟，才能急攻。例如，只有热邪与血相结而成蓄血，才能使用桃核承气汤攻下逐瘀。如果过早攻逐，反而损伤人体正气，正如尤在泾在《金匱心典》中所说：“当其流散之际，攻邪不着，必且伤正。”

再者，尤须注意峻缓得宜，轻重有度。

治疗的峻缓轻重，必须根据病情的轻重缓急而定，病急药应峻，病重药亦重；病缓药应缓，病轻药亦轻。病急药缓，病重药轻，难以取效；病缓药峻，病轻药重，反生变证。例如，治疗大热证，使用清剂太微，热证必难解除；治疗微热证，使用清剂太过，反而导致寒证的发生。可见治病用药，无论不及或太过，均有弊端。

然而，一般来说，首先要注意切勿太过。因为药物的气

味多有偏胜，虽然可以祛除邪气、也能损伤人体正气。所以早在春秋战国时期，就已十分强调用药治病应中病即止，不可太过。《内经》就明确指出：用“毒药攻邪”，使邪气衰退过半就可以了，即使采用“无毒治病”，仍然要注意“无使过之”。甚至治疗大积大聚的病证，也只能“衰其大半而止”，倘若过度攻伐，则有“过者死”的危险。

刘勤同志，您只要仔细读读《伤寒论》就会发现，仲景用药不仅法度谨严，而且分寸恰当。

拿汗法来说吧，根据病情的需要，不仅有麻黄汤之峻汗法、桂枝汤之轻汗法，而且有桂麻各半汤之小汗法以及桂二麻一汤之微汗法。推敲得何等细致，真是丝丝入扣。

再拿下法来说，在寒下法里就创制了三个承气汤，以适应病情轻重缓急的需要。峻下用大承气汤，轻下用小承气汤，缓下则用调胃承气汤。不仅如此，有时在使用大承气汤之前，还先让病人服少量小承气汤进行试探。第209条说得明白：“若不大便六七日，恐有燥屎，欲知之法，少与小承气汤，汤入腹中，转失气者，必有燥屎也，乃可攻之。若不转失气者，此但初头硬，后必溏，不可攻之，攻之必胀满不能食也。”足见仲景对于峻下是何等慎重，唯恐用药太过，产生变证。

历代医家也十分强调用药切忌太过，例如明代张景岳就强调说：“用攻之法，贵乎察得其真，不可过也”。

为什么用药要特别注意切勿太过呢？这是因为用药不及，尚可再用以补救，而用药太过则会产生变证，导致“药病”，治疗起来更为棘手，甚至引起严重后果。《医学心悟》在论述使用清法不能太过与不及之后，特别强调说：“但不及犹可再清，太过则将医药矣”，“不思药以疗病，反转而疗药，则病

必增剧而成危险之候。”

当然，用药不及也不行，在前一封信中，我们曾经谈到用药不及的种种弊端。治疗热淋证用药不及，容易转变成劳淋，经常复发，难以根治；治疗湿热痢用药不及，往往转变成休息痢，时时复发，后患无穷。不仅如此，对于某些危重病证，如亡阳虚脱之类，如果用药轻缓，丧失抢救机会，以致病人死亡。倘能及时给予峻剂，则可救人性命。程钟龄对此深有体会，他每遇极虚之人，垂危之病，往往采用参附煎膏，大剂使用，日服数两，终于挽回阳微将脱之证。近年来，各地使用大剂参附汤、生脉散、人参注射液等以抢救休克，亦获良好效果。由此可见，治疗慢性虚证，固然多宜缓补，但在极虚或垂危之际，非大剂峻补不能挽回。张景岳说得好：“用补之法，贵乎轻重有度，难从简也。”

总而言之，患病有新久，病位有上下，邪气有盛衰，正气有强弱，病情有轻重，因而治疗必须区分不同情况，注意掌握用药的轻重缓急，勿使太过或不及。恰如《内经》所说：“气有多少，病有盛衰，治有缓急”，亦如《景岳全书》所说：“治病之则，当知邪正，当权轻重”。

最关键的就是八个字：峻缓得宜，轻重有度。

祝

好！

重庆医学院第一医院 马有度

相天时 审地利 看体质

刘勤同志：

未见来函，深为惦念，总好象缺了点什么似的。今天上午收到志明的信，原来你在病中，望安心调养，早日康复。

志明转告了你的疑问，为了讲清问题，让我慢慢说来。

自然界有春温、夏热、秋凉、冬寒的四时变化，人体就用不同的生理功能来适应。由春至夏，天的阳气日益旺盛，人的腠理逐渐开泄，用增加出汗来加强散热；由秋而冬，天的阴气日趋旺盛，人的腠理逐渐密闭，用减少出汗来帮助阳气潜藏。正如《内经》所说：“天暑衣厚则腠理开，故汗出”，“天寒则腠理闭，气湿不行”一旦患病，不同时令的病理变化也各有特点，所以在治疗时必须因时制宜。

举例来说，同样是风寒感冒，在寒冬可用麻黄、桂枝，酷暑则只宜香薷、苏叶。正如《医学心悟》所说：“若论其时，薷夏之月，温剂宜轻；时值隆冬，温剂宜重。”

当然，也不是绝对如此。四季的气候有时反常，所谓夏有非时之寒，冬有非时之暖，这时就不能受常例的限制。盛夏而遇暴寒，麻黄、桂枝也可酌用；严冬而暴暖兼湿，香薷也可酌选。

尤其需要注意的是，一定要根据病证的性质来灵活掌握。例如，虽是盛夏季节，但病属阴虚，证见潮热、盗汗等，这时如果仍然死板地坚持“春夏养阳”，妄投温燥的方药，必然

贻害病人。虽是严冬季节，但病属阳虚，证见畏寒、冷汗等，这时如果仍然拘于“秋冬养阴”，给予苦寒及养阴的方药，也只能加重病情。

至于寒冬患大热证，仍应使用白虎；盛夏患大寒证，也可使用四逆汤。程钟龄对此深有体会，他说：“霜降之后，禁用白虎，然亦有阳明证，蒸热汗出，谵语烦躁，口渴饮冷者，虽当雨雪飘摇之际，亦曾用白虎治之而痊愈。”他又说：“亦有时当盛暑，而得虚寒极重之证，曾用参附煎膏而治愈者。”这些都是舍时从证的治法。

不同的地区，由于气候条件、水土特点以及生活习惯不同，人的生理活动与病理变化也不尽同，所以临床治疗也应有所差异。这就是因地制宜的治疗原则。正如孙思邈在《千金方》中所说的：“凡用药皆属土地所宜。”

一般说来，我国北方地区，地势高而寒冷少雨，容易患寒证、燥证，治疗常须辛温或甘润方药。我国南方地区，地势低而温热多雨，容易得湿热病证，治疗常宜清热化湿的方药。

即使同为外感风寒，由于北方天寒地燥，人体腠理闭实，治疗时宜用发散重剂，而南方天热地湿，人体腠理开疏，又只宜使用发散轻剂。所以前人有这样的说法：“南人用药宜于轻省，北人用药宜于重实。”程钟龄在《医学心悟》中就介绍过他因地制宜的用药经验。他说：“东南之地不比西北，隆冬开花少霜雪，人秉常弱，腠理空疏，凡用汗药，只须对证，不必过重。予尝治伤寒初起，专用香苏散加荆、防、川芎、秦艽、蔓荆等药，一剂愈，甚则两服，无有不安，而麻黄峻剂，数十年来，不上两余。可见地土不同，用药迥别。”

然而，也不是绝对如此。因为，虽然同属西北或同属东南，各省各县的气候、水土也不尽相同，特别是同一地区的人体质也是有强有弱。正如《续医说》所强调指出的：“北人禀气固厚，安能人人皆实，南人禀气虽薄，安能人人皆虚。”所以不可拘于南人皆用轻药，北人皆用重药。

尤其需要注意的是，一定要根据病证的性质来灵活掌握，切不可拘于西北用温热，东南用清凉。徐灵胎在《医学源流论》中说得好：“西北气寒，当用温热之药，然或有邪蕴于中，而内反甚热，则用辛寒为宜。东南地区，当用清凉之品，然或有气随邪散，则易于伤阳，又当用辛温为宜。”

因人而异地施行治疗，是中医治疗学的重要特色。为什么中医特别强调治疗的个体化呢？

这是因为，病人的性别有男有女，年龄有老有少，体质有强有弱，生活习惯也有差异，因而生理机能和病理变化也各有特点，所以临床治疗也各各不同。

就性别来说，男性有遗精、阳痿等疾患，女性有经、带、胎、产的特点。就年龄来说，老年人的气血衰少，生机减退，容易患虚证，常宜采用扶助正气的治法，即使患实证而须使用攻邪的治法，也应注意顾护正气；小儿虽然生机旺盛，但毕竟气血尚未充实，脏腑尤其娇嫩，往往因饥饱不匀、寒温失调而患消化不良、伤风感冒等病。在治疗时，如果祛邪过重极易损伤正气，使用补药不当尤易留邪。

最值得重视的，是人的体质状况。

体质的强弱，除了先天禀赋和后天调养的差异之外，还与人的职业和生活习惯有关。一般说来，体力劳动者的脏腑比较坚固，大多身强体壮。特别是在户外劳动的，常经风吹

日晒，腠理致密，外邪较难侵入。即使感邪也多患实证。而脑力劳动者，特别是长期伏案工作而不爱活动的人，脏腑比较脆弱，大多瘦弱或虚胖，容易得虚证。由于缺少户外活动，所以腠理疏松，外邪容易侵入，感受邪气后，常常正不胜邪。

体质强弱不同，治疗也不相同。一般说来，体强不可妄补，体弱切忌妄攻。即使同患风寒感冒，用药也有轻重之分，正如程钟龄所说：“体实者，汗之宜重，麻黄汤”，而“体虚者，汗之宜轻，香苏散。”

体质差别不仅在于强弱，而且表现为偏寒、偏热。体质偏寒的，俗称寒体，古称阴脏人，平素怕冷喜温，大便常常稀溏，不敢吃瓜果生冷，所以治疗时要慎用寒凉方药；体质偏热的，俗称火体，古称阳脏人，平素喜凉怕热，大便常常结燥，不敢吃辛辣食品，甚至头痛牙痛，鼻子流血，所以治疗时，要慎用温热方药。即使同患外感风寒，由于体质偏寒偏热的不同，治疗的峻缓，用药的宜忌，也各不相同。程钟龄就强调指出：“夫以气虚无火之人，阳气素微，一旦客寒乘之，则温剂宜重，且多服亦可无伤。若其人平素火旺，不喜辛温，或曾有阴虚失血之症，不能用温者，即中新寒，温药不宜太过，病退则已，不必尽剂。”

在治疗疾病时，如果不重视体质因素，不注意因人制宜，则不仅影响疗效，而且往往产生变证。例如，治疗热证，本应使用清法，对于身体壮实的人，即使清热方药用得重了一些，一般尚无妨碍，但是，对于平素体虚，脏腑偏寒的人，清热方药用重了，就会造成热证尚未解除，寒证却已发生。所以程钟龄强调说：“此清之贵量其人也。”

总的来说，由于四时变化、方土差异和个体特点对疾病有明显影响，所以治疗时，必须相天时、审地利、看体质，因时、因地、因人制宜，才能获取良效。盼将你运用这一治则指导临证的体会来信告之。时已深夜，就此搁笔。

祝

好！

重庆医学院第一医院 马有度

动态观察 治分阶段

刘勤同志：

五月四日的来信，刚刚收到。虽然信很长，但我却读得津津有味。因为你和志明、秀英争论的几个问题，都很有意思，给我以启发，促使我思考。我也来谈谈自己的看法，尽管考虑得很不成熟，反正各抒己见，共同提高。

调整升降是否属于整体调治呢？我觉得志明同志的意见较为正确，调整气机的升降应当属于整体调治这一治则。协调脏腑是整体调治的重要内容，而调整气机又是协调脏腑的一个方面。脏腑失调，往往表现在气机升降的逆乱，如象脾的升清与胃的降浊失调、心火与肾水的不能上下相交，以及气血阴阳逆乱而昏仆等等。因此，纠正这些升降逆乱，恢复气机的正常升降出入，绝不能只单纯考虑一脏或一腑，而应从整体来考虑，从脏与腑、脏与脏的相互关系来考虑。治疗脾

胃气机逆乱，应当采用升脾降胃的治法；治疗心肾不交，又应交通心肾；气血阴阳逆乱而昏仆，则应调和气血，平衡阴阳。即使病变主要在一脏或一腑，也会影响到其他脏腑或五官皮毛，在治疗时也不能忽视从整体考虑。例如实热壅肺以致肺气上逆而喘咳，在清肺降逆的同时，可兼利大肠；脾阳不升而腹泻，在健脾升清的同时，可兼以和降胃气，都有助于提高疗效。

因势利导算不算治疗原则？因势利导是不是只限于外感疾病？

秀英同志认为，因势利导只是一种指导思想，不能称为治疗原则。我以为这种看法尚欠妥当。因为“因势利导”在中医学中具有特定含义，它对不少治法的运用具有指导作用，如果违背它就会发生治疗上的错误，所以应当作为一项治疗原则。

病位有在外、在内、在上、在下的区分，病势有向外、向内、向上、向下的不同，所以必须根据不同病位，顺势就近引导，利用人体抗病趋向来施治。以伤寒来说，表实应顺其向外的趋势而使用汗法，里实应顺其内结的趋势而使用下法；邪在胸膈或胃脘又应顺其上越的趋势而用吐法。所以，张仲景对于邪在太阳的表实证，用麻黄汤发汗，使邪从外而出；对于邪在上焦，又用瓜蒂散涌吐，使邪从上而出；对于邪入阳明的里实证，则用承气汤攻泻，使邪从下而出。

这一原则，并非仅限于外感病证，对于内伤杂病同样适用。例如，无论外感或内伤引起的水肿，在祛除水气时，都应根据因势利导的原则，就近顺势祛水外出。腰以上肿可发汗，腰以下肿则利尿，如果腹水特别明显，还可酌情使用攻

下的治法。

你在信中希望着重谈谈治分阶段的问题，所以我就多说几句。

许多疾病的演变趋势，常常由轻浅而渐盛，由极盛而渐衰，呈现出一定的阶段性。疾病的各个阶段，不仅反映出病情的轻重，病势的进退，而且还能揭示出病机的变化，作为易方更药的依据。所以，动态地观察病情，分阶段来进行治疗，也是临床治疗必须掌握的重要原则。无论外感疾病或内伤杂病，都是这样。

外感病证的初期阶段，邪气未盛，正气未衰，病情比较轻浅，只要给予发散祛邪，就能收到扬之即去的效果。进入中期阶段，病邪逐渐深入，病情日益加重，更要着重祛邪，调整机能，以减轻病势。病证转入后期，邪气渐衰，正气亦伤，这时或者继续祛除余邪，或者着重扶助正气以退邪，务使邪尽正复，获得痊愈。《内经》所谓“因其轻而扬之，因其重而减之，因其衰而彰之”，就是讲的这个道理。

伤寒六经辨证，就有动态观察、分段论治的含义。每一个病程阶段的病机和证候不同，因而治法也各不相同。在太阳表证阶段，宜用汗法；传入少阳半表半里阶段，宜用和法；到了阳明里证阶段，则应采用清法或下法。在三阳阶段未能痊愈，则转为三阴阶段，太阴阶段大多采用温脾的治法，少阴阶段又大多采用温肾的治法，至于厥阴阶段，由于寒热错杂，因而又宜采用寒热并用的治法。

温病的卫气营血辨证，是将一般温病的发展进程，分为卫、气、营、血四个阶段，每一个阶段的病机和证候不同，所以治法也各有特点。在卫分阶段，可用辛凉解表的治法；

到了气分阶段，才能清气泄热；传入营分阶段，除清解营热之外，还可以采用透热转气的治法；如果进入血分阶段，就必须采取凉血散血的治法。这就是叶天士所说的：“在卫汗之可也，到气才可清气，入营犹可透热转气……，入血就恐耗血动血，直须凉血散血。”由于温病传变非常迅速，卫气营血各个阶段往往互相穿插，因而治疗也必须随证变通。卫分与气分同病，宜清气与解表合用；营分和卫同病，又宜解表与透营合用；气分与血分同病，则宜清气与凉血合用。

有些温病，除了按卫气营血分段论治以外，还须参考该病的分期来施以治疗。例如麻疹，可大体分为前驱期、发疹期以及恢复期三个阶段。由于每一阶段的病机和证候各具特点，因而治法也各不相同。前驱期以宣发透疹为主，发疹期以清热解毒为主，恢复期则以养阴和胃为主。如果不注意每一阶段的特点，治不得法，不仅不能愈病，反而产生变证。在前驱期，不注意宣发透疹，反而过用苦寒泻热，常常导致疹毒闭伏，不得外透；在发疹期疹已出齐，仍然继续宣发透疹，则往往热毒上攻，以致高热不退，喘促鼻煽，变证蜂起；恢复期再进苦寒重剂，必然损伤胃气，耗伤阴津，以致发生泄泻、久咳，甚至转为麻疹等后遗症。

内伤疾病，积渐而来，病程演变较为缓慢，但仍然应当注意动态观察，分期论治。初病时期，一般不宜使用峻猛的药物。进入中期，大多正气逐渐亏虚，可用轻缓的补剂；也有因气、血、痰、食、火，郁结而成实证的，因而须用祛邪甚至使用峻药治疗，但也只能暂用。转为末期，往往久虚成损，则宜调和气血，补养五脏，促使病体康复。举两个常见的例子来说吧。

肺癆初起，症見潮熱咳嗽，一般宜清熱潤肺；進入中期，肺陰更傷，損及脾胃，五心煩熱，痰中帶血，消瘦乏力，食慾不振，在養陰益肺的同時，還應配合健脾和胃的治法；病到後期，肺脾腎都已虧損，出現一派虛勞的病象，那就應該同時調補肺脾腎三臟。

症瘕初起，包塊尚未堅實，宜用消散的治法；進入中期，包塊日漸堅實，一般的消散方藥已難取效，所以應當採用攻削軟堅的治法；如果正氣已虛，轉入末期，包塊已基本消散，則只須補氣調血。正如《醫學心悟》所說：“積聚症瘕之証，有初中末之三法焉。當其邪氣初客，所積未堅，則先消之而後和之。及其所積日久，氣郁漸深，濕熱相生，塊因漸大，法從中治，當祛濕熱之邪，削之軟之，以底為平。但邪氣久客，正氣必虛，須以補瀉疊相為用……若夫塊消及半，便從未治，不使攻擊，但補其氣，調其血，導達其經脈，俾營衛流通，而塊自消矣。”

由此可見，病証演變的不同階段，由於邪正的消長，病機的變化，其証候特點各有不同，所以臨証時必須動態觀察，分階段進行治療，才能取得良好的效果。

信已經寫得太長，應該擱筆了。關於怎樣掌握治病與治証的問題，只好下次再談。

致

禮！

重慶醫學院第一醫院 馬有度

治证又治病

刘勤同志：

您好！根据上次的约定，今天谈谈治病与治证的问题。

现代所谓辨证与辨病结合，一般是指中医辨证与西医辨病相结合，在治疗时，既要考虑中医学的“证”，也要参考西医学的“病”。常见的结合形式是：在明确西医诊断的基础上，再按中医辨证，分型论治。这是中西医结合的一种初级形式。

其实，就中医学本身来说，也有一个辨证与辨病相结合的问题。认为中医只是辨证论治而不辨病论治的看法，并不妥当。

早在《内经》中即已涉及一百多个病证，其中就有不少独立的疾病，而且论述得系统而详尽。例如，《素问·疟论》就是专门论述疟疾的。首先生动形象地叙述了疟疾发作时的情况：“疟之始发也，先起于毫毛，伸欠乃作，寒慄鼓颔，腰脊俱痛；寒去则内外皆热，头痛如破，渴欲冷饮。”而且指出疟疾发作的特点是定时而作，所谓“蓄作有时”。继而叙述疟疾一日一发、间日一发等情况，并且分析之所以如此的病机。接着列举了疟疾的常见类型有寒疟、温疟、瘴疟，并且把疟疾与风病的病机作了鉴别。对于疟疾的治疗，不仅在本篇中提出祛邪应在未发病之前或已衰之后，而且另列《刺疟》一篇着重论述如何使用针刺治疗，并且提出了针药并重的观点，“疟脉缓大虚，便宜用药，不宜用针。”足见当时对疟疾一病

的研究已经相当全面和深入，确为中医辨病论治与辨证论治结合的典型范例。

《金匱要略》也体现了病证结合，而且主要以病列篇，诸如“血痹虚劳病脉证并治”、“肺痿肺痈咳嗽上气病脉证并治”、“水气病脉证并治”等等。

后世的医家也大多遵循病证结合的治则，并证明对治疗确有指导作用。清代徐灵胎就说过：“欲治病者，必先识病之名，能识病名而后求其病之所生，知其所由生又当辨其生之因各不同，而病状所由异，然后考其治之之法，一病必有主方，一方必有主药。”他还对忽视辨病论治的医生进行了批评，他指出，有些医生“不能指出病名，惟以阳虚、阴虚、肝气、肾弱等套语概之。”

中医学以辨证论治为最大特色，为什么还要强调与辨病论治相结合呢？这是因为每一种病都有其规律和特点。例如，各种温病既有卫气营血这一般的共同演变规律以及解表、清气、清营、凉血的一般治疗规律，但其中的每一病种，又各有病因病机和临床特点，各有特殊的演变规律和治疗特色，各有其不尽相同的转归和预后。能结合辨病论治，则更具针对性、预见性和灵活性，有时还可酌用专方专药，因而可使疗效提高。

中医的病证结合，还体现为同病异治与异病同治。徐灵胎在《知病必先知证论》中说：“凡一病必有数证，有同病证异者，有证同病异者。”现代一般认为，病同证异者，可同病异治，证同病异者，可异病同治。

拿同病异治来说，同一疾病，由于病因、病机、个体特点以及病变发展阶段不同，表现为不同的证，加之天时、地

区等差别，因而治疗也随之而异。

同属阴挺，气虚下陷的，用补气升陷的治法；肝经湿热的，用清利肝经湿热的治法。同属不寐，因心脾两虚而致的，宜用补益心脾的治法；因水不制火、心肾不交的，又宜使用壮水制火、交通心肾的治法。同属肝郁，有气郁、血郁之分，因而治法也有疏肝理气与疏肝养血的区别。以上各病，都是因病因、病机不同，因而证有不同，所以治法各异。

同是外感温热病，但处于卫、气、营、血不同阶段，所以治法也有解表、清气、清营、凉血的差异。同属肺痈，在早期或中期，其脓刚成或初溃，宜用清热、解毒、化瘀、排脓等治法，重在祛邪；到了后期，往往气阴两虚，又宜采用养阴益气为主的治法，重在扶正以祛邪。以上两病，均因病变发展阶段不同，因而证有不同，所以治法也不相同。

同是感冒，都是感受风邪，但有兼感寒邪或热邪的不同，因而表现为风寒、风热两类证候，所以治法也有辛温、辛凉的区别。

同属风寒感冒，正气旺盛的，单纯散寒解表就可以了；而正气虚弱的，则要扶正解表散寒才行。

同为虚人感寒，气虚感寒的，治宜益气解表；阳虚感寒的，又宜助阳发表；阴虚感寒的，治宜滋阴解表；血虚感寒的，又宜养血解表。

同为气虚感寒，兼有痰湿的，治以益气解表化痰；兼有食滞的，又宜益气消导解表。

同是风寒感冒，初期宜用辛温发汗法；继而由表入里，由寒化热，转成里热证，又当用甘寒、苦寒去清热生津；如果热与实结而成腑实证，则当使用咸寒、苦寒去泻热攻下。

同是风寒感冒，暑天只宜轻汗法，严冬常可酌用峻汗法。

由此可见，同一感冒病，由于病因、病机、病位、病程、病势以及病人体质、时令气候的差异，表现出的证候各各不同，因而治疗也是多种多样，可谓病同、证异、治异，因而所用方药也各各不同，所谓“一病用多方”。然而，既然辨病为感冒，则有其基本特点和发展规律。病因为外感风邪，常见症状是恶风寒、鼻塞、头痛、苔薄白、脉浮。病变常可在初期表证阶段即愈，即使入里化热，其传变亦慢。本病病情一般较轻，预后一般佳良。针对这些基本规律和特点，尽管其证可以多种多样，但治疗却又异中有同，均须解表，故又常有解表之主方，解表之主药。此即所谓“一病必有主方，一方必有主药。”对于感冒的治疗，充分体现了病证结合论治的治则，也可以看出其重点仍在“辨证论治”，反映出中医诊疗的主要特色。

再拿异病同治来说。不同疾病，在其病变的发展过程中，出现相似的病机和相同的证，就可以采取相同或基本相同的治法。

心悸、不寐、健忘、眩晕等不同的病，如在病变过程中，其病机均属心脾两虚，具有心脾两虚证的主要特点，就都可以采用补益心脾的治法。又如，哮喘、肺胀、眩晕、腰痛、虚胀等病，如果出现肾阳亏虚的相同病机变化，或者具有肾阳虚的主要见症，都可以用温补肾阳的相同治法。再如，脱肛、阴挺、久泻、崩漏等不同疾病，如果辨证均属中气不足或气虚下陷，也可以采用补中益气这一相同治法。此外，外感邪热入里而致热结肠胃；或者内伤杂病，食积久滞胃肠而化热，大便滞下不爽者，由于都属于胃肠实热积滞证候，所

以都可以使用寒下法治疗。至于伤寒病热入阳明的胃家实，以及温病热在气分而致胃肠热实，也都可以采用泻下热实的治法。

由此可见，尽管不同疾病各有其特征和基本规律，但在病变过程中，由于出现相同病机，表现出相同证候，就可以采用相同的治法。可谓异病、同证、同治。所以都可给予主治该证的主方，此即所谓“一方治多病”。但各病毕竟各有特点和演变规律，所以治疗又往往同中有异，虽可使用同一方剂，但用药须适当增减。

究竟怎样看待中医学本身的辨证论治与辨病论治的问题，还在讨论阶段，尚无定论。提出上述个人的肤浅看法，意在抛砖引玉，希望知道您的意见，并盼转告志明、秀英诸位，也请他们指正。

顺致

敬礼！

重庆医学院第一医院 马有度

治养须结合

刘勤、志明、秀英：

今天上午同时收到你们的三封来信，真是喜出望外。我想讲的最后一个题目，果然被你们猜中，可见我们的心是相通的。

治养结合的问题，涉及好几个方面，从哪儿开头呢？还是先从病人说起吧。

有些人生了病，就只想到吃药，好象只有药物才能治病。特别是一些患慢性病的人，往往是中药、西药、针药、丸药，齐头并进，整天就忙着打针吃药，但病情却不见好转，总以为是“药不对症”，而对如何调养却毫不在意。

造成这种情形，难道与我们做医生的就毫无关系吗？有的医生开了处方，就以为万事大吉，对怎样让病人配合调养，完全不作交待；疗效不满意时，也只是从处方用药方面去找原因，而对病人调养得如何，却不闻不问，这怎么行呢？！

要知道，人体发生了疾病，特别是慢性疾病，药物治疗固然重要，而着意调养尤其不能忽略。俗话说得好：“三分治疗，七分调养”嘛！

其实，关于治疗必须配合调养的原则，早在春秋战国时期，即已明确提出。《内经》就说过：“毒药攻邪，五谷为养，五果为助，五畜为益，五菜为充，气味合而服之，以补精益气。”这是说：使用药性猛烈的“毒药”去祛除病邪，还必须配合饮食调养。不仅可以减少药物对人体的损害，而且由于将米面、水果、肉食、蔬菜等食品调配得当，就能“补精益气”、使人体营养充足，抗病力增强，与药物共同发挥祛邪的效能，从而加速疾病的痊愈。即使采用药性平和的“无毒”药物治疗疾病，也要适可而止，否则，也会损伤人体的正气。因此，一般说来，当疾病治好了九分之后，即可停药而改用饮食调养，剩下的一分疾病，虽不用药，也能依靠人体的自然修复力，达到完全治愈的目的。正如《内经》所说：“无毒治病，十去其九，谷肉果菜，食养尽之，无使过之，伤其正也。”

饮食调养，首先要注意节制饮食，对难于消化的肉类，更不能多食，所以《内经》强调说：“病势少愈，食肉则复，多食则遗，此所禁也。”疾病初愈，切不可骤然暴食。正如《景岳全书》所说：“新愈之后，胃气初醒，尤不可纵食”。还要注意一点，不要勉强病人进食，否则反而助邪，甚至使病情出现反复，所以张景岳强调说：“不欲食，不可强食，强食则助邪”。遇到这种情况，只要节制饮食，即可不药而愈。《伤寒论》就载有这样的实例：“病人脉已解，而日暮微烦，损谷则愈。”对于有些病症，例如消渴病还要严格控制饮食，《外台秘要》就要求消渴患者“先候腹空，积饥乃食”。少吃多餐，也是一种节制饮食的好方法，对慢性脾胃病以及大病初愈，尤为适宜。因为每餐少吃一点，容易消化，若一次进食太多，则难于消化，所以《外台秘要》又说：“食欲得少而数，不欲顿而多，多即难消也。”

饮食调理，还要注意选择适合病情的饮食，包括饮食的软硬、冷热及品类等等。一般说来，寒证宜进热性食物，如姜、葱、蒜、韭等；热证宜进凉性食物，如水果及一些瓜类；阳虚者宜厚味温补食品，如羊肉、狗肉；阴虚者宜淡薄滋养食品，如淡菜、团鱼之类。就具体疾病来说，风寒感冒宜食姜、葱，湿热痢疾宜食大蒜，食积可用山楂，便秘常服蜂蜜。其他如雀目食羊肝、消渴食猪胰、肺癆食百合与山药、脾虚食莲米及苡仁、消渴食苦瓜与洋葱等等。

饮食调理，尤其要注意饮食禁忌。例如，外感发烧的温热病证，忌食油腻及辛辣热性食物，脾胃功能不足的虚寒病证，禁食瓜果生冷食品。水肿病人，必须禁盐，否则服药无效。《世医得效方》说得最为中肯：“凡水肿唯忌盐，虽毫末许

不得入口，若无以为味，即水病去后，宜以酢少许和食。不能忌盐，勿服药。果欲去病，切须忌盐。”痢疾病人，则应按照《千金方》的要求，忌食“生冷酢滑，猪鸡鱼油”。此外，还须注意食品与药物的配伍禁忌。如服中药忌饮茶，服人参忌食萝卜，食蜂蜜忌葱，以及白术忌桃李、鳖甲忌苋菜、荆芥忌鲫鱼等等。

如果不注意饮食调养，往往使病情加重。《景岳全书》就说过：“有不慎食而更甚者。”例如痢疾初愈，就应暂忌生冷油腻，不能吃得过饱，而且以软食为宜。正如《千金方》所说：“凡痢病后，忌食生冷酢滑……所食诸食，皆须大熟烂为佳，亦不得伤饱”。倘若不注意这些，则会使病情反复，甚至后果不良，所以《千金方》又强调指出：“若将息失所，圣人不救也。”出血病人，必须忌酒及辛辣油腻，否则必然经常复发，难以根治。所以《医学六要》强调说：“血证不断酒色厚味，纵止必发，终成痼疾。”

调养疾病，要注意合理养息。对于急性病的治疗，常需配合卧床休息；对于慢性病的治疗，也应注意适当休息。例如，对于肺癆患者，只靠服药，不注意静养，效果是不好的。著名医学家李梴就说过：“不幸患此疾者，或入山林，或居静室，清心静坐”，只要“专意保养”，则“病可断根”，否则“服药不效”。而有些轻病患者，只要安心静养，即使不用药物也可自愈。正如《理虚元鉴》所说：“初发病尚轻浅，有以静养安乐而不药得愈者。”

调治慢性疾病，静养固然重要，但活动也不可忽视。因为“久卧伤气”，而活动则可畅通血脉，帮助消化，有助于康复。五禽戏、八段锦、太极拳，既是防病延年的健身方法，也是

治疗疾病的体育疗法。但活动量必须恰当，以“劳而不倦”为度，切忌勉强过劳，正如《外台秘要》所说：“人欲小劳，但莫久劳疲极也，亦不可强所不能堪耳。”

调养疾病，还要注意生活有规律，所谓“起居有常”，并且要特别注意“虚邪贼风，避之有时”。因为慢性病人的正气虚弱，最容易感受外邪，以致使正气更加亏损，疾病更难痊愈。正如《理虚元鉴》所说：“虚人再经不得一番伤寒，或一番痢疾，或半年几月之疟疾，即轻而风寒感冒，亦不宜再受。”有鉴于此，该书提出了著名的顺时“七防”：春防风，夏防暑，又防因暑取凉而致感寒，长夏防湿，秋防燥，冬防寒，更防非节之暖而致冬温。并且强调说，以上七防，无论病者或调护者，都必须做到“谨小而慎微”。

此外，调养精神，也很重要。因为患病之后，特别是久病不愈，常常思前想后，顾虑多端，极易产生忧郁、恐惧、急躁等不良情绪，对疾病的治疗十分不利，即使病情已经好转，或已经初愈，如不注意精神调养，也会出现反复，正如《儒门事亲》所说：“不节喜怒，病已而复作”。所以医生在治疗过程中，不仅要观察病情变化，也要重视观察病人情绪的变化，所谓“观其意志，与其病也”。一旦发现反常情绪，就应及时地进行耐心解释，反复开导，热情鼓励，使他们增强战胜疾病的信心，保持乐观情绪，从而主动地配合治疗，以利康复。《内经》指出的“告之以其败，语之以其善，导之以其所便，开之以其所苦”，值得我们借鉴。

关于治养结合的问题，就暂且说到这里。

你们最近又重读了前面的几封信，而且讨论得很热烈，甚至争论不休，居然各写一封信要求我来“裁决”，这就难为我

了。我怎么能裁决呢？我也只有一票，特别是对待学术问题的不同看法，只能通过反复讨论的方法来解决，岂能拘于“少数服从多数”？更不能哪一个人说了算。何况，你们争论的有些问题，我也确实说不清楚，只有留待今后，我们共同讨论。在即将结束治则通信的今天，我仅就涉及“治证又治病”一信中的两个问题，说点不成熟的意见，供你们再次讨论时参考。这决不是裁决！

先说伤寒六经病算不算独立病名的问题。我觉得，首先要明确一点：是否属于独立的中医病名，并不在于是否冠以“病”字。因为，中医病种除了温病、疟病、痢疾、百合病等少数病名冠以病字之外，绝大多数病名均未标明。而标明病字的，也并非都属独立疾病。《伤寒论》的六经病就是这种情况。各篇虽然以六经“病”名篇，但其实质却是伤寒病的六类“证”。即使就字面来看，《伤寒论》里即有太阳病、阳明病、少阳病等提法，也有太阳证、阳明证、少阳证等提法，更有太阳病证、桂枝证、柴胡证等提法。

你们询问独立的中医病名究竟有多少，我也说不上来。近人方药中氏在《辨证论治研究七讲》中曾罗列了将近二百个病种。如果从历代古书上进一步搜集，估计会远远超过此数。如果从严掌握，一个独立的疾病，应该象《素问》记载疟疾那样，包括病因病机，主要脉症，演变与治疗规律，转归及预后，以及病证鉴别等等，那么可以称得上独立病名的恐怕也不太多。对待这个问题，既然你们有兴趣，希望能做些整理研究工作，这也是一个很有价值的研究课题。但愿在不久的将来，能看到你们的初步成果。

时间过得真快，我们刚刚互通了八封信，光阴却已流逝

了两年。我们虽然路隔千里，素不相识，但这信件的纽带却把我们紧紧联系在一起，我们的心是相通的，我们真正认识了，我们是知心朋友了。我盼望着你们的佳音！

此致

敬礼！

你们的朋友 马有度
于重庆医学院第一医院

四、治法漫谈

从治法的源流谈起

王刚同志：

你好！读了你的来信，我的心情激动不已。在那边远的山区，你刻苦地研读中医书刊，数年如一日，从不间断，而且利用业余时间，为群众治疗小伤小病，真是难能可贵。虽然你只有中等文化程度，但只要持之以恒，相信定能成才。可惜我们相隔千里，不能给你切实的帮助，就用这支秃笔回答你提出的一些问题吧！

你特别重视治法，这确实很重要。考虑到其他热爱祖国医学的青年，也会关心这些问题，所以公开答复，但愿对你有所裨益。

中医独特的诊疗体系是什么？就是辨证论治，也可称为理法方药。说得具体一点，可以这样概括：中医诊疗，据理辨证，凭证立法，依法遣方，随方选药，辨证论治环环紧扣，理法方药一线贯穿。而法从证出，方在法中，舍证无从言法，弃

法难遗方药。例如，对于心脾两虚，兼有食积之证，如不确立补益心脾、佐以消食的治法，又怎能选用归脾汤并酌加山楂、神曲之类呢？可见治法上承辨证，下统方药，是至关重要的一环。所以历来受到医家的高度重视。《内经》虽然仅仅载方十三首，但对治法的罗列却很广泛，不仅有内治法，而且有外治法。后世在此基础上，不断充实发展，除药物与针灸疗法之外，还有薄贴、刮痧、火罐、水疗、热熨、浴法、熏蒸、蜡疗、泥疗、推拿、气功、捏脊、割治等等，真是治法繁多，丰富多彩。

然而，就内治法来说，究其大要，也不过八种而已，即是汗、吐、下、和、温、清、消、补，称为“医门八法”。

八法是怎样提出来的？

有人以为，八法是清代程钟龄首创。其实，溯本求源，早在《内经》即有记载。诸如“汗而发之”、“和以所宜”、“治温以清”、“治清以温”、以及“消之、削之、吐之、下之、补之”等等。

但是，《内经》对八法毕竟只是概而言之，甚为粗略，而《伤寒论》就记叙得比较深入具体，特别是将八法与八纲结合，并按以法统方的原则，出示了方剂。治疗表证，应当用汗法，所以说：“病在表，可发汗”，并创制了麻黄汤、桂枝汤等名方。治疗里证，则应根据病位、病性的不同，酌选各种治法。邪结胸皖的里实证，宜用吐法，所以说：“病在胸中，当须吐之”，并出示瓜蒂散一方。邪结胃肠的里实证，又宜下法，对三个承气汤的运用，作了精详的阐述。对于里热证，应当使用清法，白虎汤就是代表方，所以说：“里有热，白虎汤主之”。对于里寒证，又应使用温法，如“自利不渴者属太阴，

以其脏有寒故也，当温之”，并创制了四逆汤、吴茱萸汤等名方。对于里虚证，自应使用补法，以温补来说，有理中丸、小建中汤之类，就清补来说，又有黄连阿胶鸡子黄汤及猪肤汤之类。至于《伤寒论》中的消法，主要体现在消散水气，如“腰以下有水气者，牡蛎泽泻散主之”。如果是半表半里证，既不能发汗解表，也不能泻下攻里，只有和解一法，宜用小柴胡汤治疗，所以说：“此为半在里半在外也……可与小柴胡汤”。

经过后世医家的补充，八法的内容日益充实，特别是清代的程钟龄在《医学心悟》中对八法作了十分系统而详尽的论述。他不仅首次将八大治法并列，并以此概括一切治法，而且明确地将八纲辨证与八法论治相提并论，阐明二者密不可分的关系：“论病之情，则以寒、热、虚、实、表、里、阴、阳八字统之，而论治病之方，则可以汗、和、下、消、吐、清、温、补八法尽之”。

现代医家对八法的研究，也很重视，特别是对下法、清法、补法以及消法中的活血化瘀法，研究得较为深入，但对八法的整体研究，特别是从传统的中医体系来研究，尚不多见，所以谈谈个人的看法，也许对你自学中医和看病处方能有所帮助。

首先，谈谈八法的归类问题。

程钟龄说：“一法之中，八法备焉；八法之中，百法备焉”。而无论“八法”也好，“百法”也罢，都可以用祛邪与扶正两大总法统之。汗、吐、下、清、消，统属祛邪，补法与温法，统属扶正。温法虽然也叫祛寒法，具有祛除寒邪的意思，但从其实质来说，则是通过扶助人体阳气，从而收到温

化里寒的效果。所以《内经》不仅有“劳者温之”的记叙，而且强调指出：“形不足者，温之以气”。在《伤寒论》中更是常常寓补于温。至于和法，则是祛邪与扶正相辅而用的治法。

将八法这样归类，有什么好处？一是更能提纲挈领，执简驭繁，二是使八法与八纲配合得更为紧密。八纲以阴阳为总纲，八法以祛邪、扶正为总括：阳证多用祛邪，阴证常宜扶正；实证、热证多应祛邪，虚证、寒证常须扶正；虚实互见，寒热并存，则宜祛邪与扶正同时并举。

其次，再谈谈八法的调整问题。

吐法在《伤寒论》中应用很少，只有瓜蒂散一方。后世对吐法的应用有所发展，特别是张子和以善用吐法著称，但是他所用的“催吐药”，其实很多并不催吐，而真正取得催吐功效的，常常是所施的探吐方法。到了现代，已经极少使用药物催吐，而使用药物收敛止汗、敛肺止咳、涩精缩尿、固涩止带、涩肠止泻，则是极为常用的治法，具有固护正气的作用。因此，用涩法取代吐法，将涩法列为常用的扶正法，将吐法作为备用的祛邪法，似更适合现代临床的实际需要。

八法的排列次序，本无定论。《医学心悟》按汗、和、下、消、吐、清、温、补的次序排列，现代的排列次序一般为汗、吐、下、和、温、清、消、补。如果用涩法取代吐法，并按祛邪与扶正归类，则按汗、清、下、消、补、温、涩、和的次序排列，较为恰当。这是因为，汗、清、下、消四法属于祛邪，补、温、涩三法属于扶正，和法则属扶正与祛邪相辅为用的治法。而外感病证，实证最多，治宜祛邪，常选汗、清、下法；内伤病证，虚证多见，常宜扶正，多选补、温、涩法。所以将祛邪诸法排前，扶正各法列后。说得具体一点，外感

病均从表证开始，所以将汗法列于首位。表证不解，温病很快传里，化燥伤津，伤寒也渐由表入里，由寒化热，所以次列清法。邪热与燥屎相结，形成腑实之证，则无论温病或伤寒，都应采用攻下的治法，所以将下法紧接清法之后。内伤病，属于虚证的，都应扶正，所以首列补法。对于阳虚、亡阳的病证，则应扶阳、回阳，也就是温补之法，所以将温法紧接补法之后。将涩法排列在扶正法的末尾，因为它不仅是补、温两法的补充，而且常常与其并用于久虚宜涩的病证。为什么将消法排列在中间呢？因为消法在外感病中应用较少，而且大多与攻法配合运用，对于内伤杂病，却应用很广（凡是气、血、痰、食、水、虫等种种郁滞停蓄，都可使用），而且大多与补法并用。正如丹波元坚在《药治通义》中所说：“或与攻配用者，与补并行，各有所适，要均中治之道也。”由于虚实互见，寒热并存的证候，无论外感或内伤病都很常见，所以祛邪与扶正相辅而用的和法，应用得尤其广泛，或寒热并投、表里双解，或攻补兼施、补泻合用，或协调肝脾、调和胃肠，一言以蔽之，也就是调和阴阳，所以将广义的和法列于八法的末尾，则寓有总括的意义。

将八法按汗、清、下、消、补、温、涩、和的次序排列，并分别归入祛邪与扶正两类，又可根据以法统方、统药的原则，把相应的方剂、药物重新排列和归类。就扶正类来说，可按补益、温阳、固涩的法、方、药的次序排列。

总的说来，将八法归类与调整之后，不仅与八纲配合对应，使辨证与论治结合得更为紧密，而且使论治的三个组成部分（法、方、药）一线贯穿，因而更便于掌握这一独特的诊疗体系。

至于究竟怎样正确使用各种基本治法,在今后的通信中,咱们再进一步讨论。

顺致

敬礼!

重庆医学院第一医院 马有度

汗 法 浅 说

李云龙同志:

你好!来信收到,从中看到你的钻研精神,实属可嘉。兹将你所提问题,分别答复如下:

汗法,是运用解表发汗的方药,使机体腠理开泄,适当出汗,以达到疏散外邪,解除表证的一种治疗方法,是临床常用的治法之一,通常又叫做解表法。外感六淫之邪,侵犯人体,在一般情况下大多始于皮毛,然后由表入里,由轻转重。当邪在皮毛肌表之时,病邪轻浅,正气尚充,所见症状如恶寒、发热、头痛、脉浮等,称为表证,此时治疗,可用汗法,使邪从外解,从而控制疾病的传变,达到早期治愈的目的。《素问·阴阳应象大论》说:“其在皮者,汗而发之”,正是这个意思。

汗法适用于什么病证呢?简单地讲就是表证。所谓表证,是外感六淫之邪侵犯人体皮毛、经络、肌肉等部位。机体表现出一组典型证候,即恶寒、发热、头痛、鼻塞、脉浮的总

称。如风寒初起，温病初起，风湿初起以及麻疹、水肿、疮疡等而见表证者，包括感冒、流行性感、上呼吸道感染、麻疹、腮腺炎、流行性乙型脑炎、急性肾炎、急性风湿热等疾病早期而见典型表证者皆可应用。

汗法适用于表证，但表证有表寒、表热之别，又有挟痰、挟气之殊；更有体质上偏于阴虚、阳虚的差异。因此，汗法的运用，也相应的有辛温解表、辛凉解表、化饮解表、理气解表、滋阴解表、助阳解表等类型。下面就来谈谈有关解表的具体方法。

首先是辛温解表法，常用麻黄、桂枝、紫苏、荆芥、羌活、防风、白芷、藁本、细辛、生姜、葱白、辛黄、香薷等药物为主组成方剂，如麻黄汤、桂枝汤、荆防败毒散、九味羌活汤等，取其味辛能散、温以祛寒，所以适用于表寒证（风寒表证）。症见恶寒重、发热较轻，头疼身痛，无汗或有汗不多，咳嗽气逆，口中不渴，舌苔薄白，脉象浮紧或浮缓者。

其次是辛凉解表法，常用薄荷、牛蒡、桑叶、菊花、银花、柴胡、蝉衣、淡豆豉、葛根等为主组成方剂。如桑菊饮、银翘散、升麻葛根汤、柴葛解肌汤等。取其味辛可散，凉以祛热，故适用于表热证（风热表证）。症见发热较重、恶寒较轻，头痛，口渴，无汗或有汗而热不解，舌苔薄白或薄黄，脉象浮数者。

辛温解表和辛凉解表，是汗法的两种基本方法。分别适用于表寒证和表热证。这是从致病因素和机体反应性不同出现的两种不同类型，根据表寒宜汗、寒者热之、热者寒之、温者清之的治疗原则，所以运用辛温解表或辛凉解表法进行

治疗。然而根据各人的体质不同，或素有宿疾，以致内因和外因互相结合，病情表现比较复杂，在运用汗法时，就当全面考虑，灵活应变，采用多种方法配合处理。例如，结合病人体质方面考虑，则可以有滋阴解表法或助阳解表法。滋阴解表法是解表与滋阴两种治法的配合应用，适宜于素体阴虚，而又感受外邪者，虽然表邪宜汗，但因汗是阴液所化，如果用单一发汗解表之药强令汗出，非但病不能除，反而促成津液耗竭，产生变证。假如单用滋阴，又恐滋腻太过，粘滞外邪，反致表证留连不去，同样不利于病情。在这种情况下，就当解表与滋阴两法并用，配合进行，方可两全。但是此处是解表为主，滋阴为辅，主次不能颠倒。代表方剂如加减葳蕤汤。助阳解表法是解表与补阳两法的结合，适宜于素体阳虚而有外感表邪的。虽然汗为阴液，但须阳气的蒸化，故素体阳虚者，单用解表发汗，不易取汗，很难取得效果，甚或反致汗出亡阳的变局。假如单用助阳，则温燥太过，表亦不解。恰当的治法，惟宜解表与助阳并进，双方兼顾。柯韵伯在讨论麻附细辛汤时指出：“设用麻黄开腠理，细辛散浮热，而用附子以固元阳，则少阴之津液越出，太阳之微阳外亡……惟附子与麻黄并用，则寒邪散而阳不亡，精自藏而阴不伤”。颇具灼见，代表方剂如《通俗伤寒论》之参附再造汤。

这里我想举一个病例谈谈，用意是证明对表证而体质阴虚者，在治法上不能一味用汗，必须双方兼顾，方能达到早期治愈的目的。患者陶××，女，五十余岁。患感冒数日，发热，微恶风寒，无汗，烦躁，口渴，咳嗽少痰，饮食不思，肢体酸痛，苔薄白而干，舌质红，脉象浮数而细。前医因见其发热恶寒无汗，肢体酸痛，认为是风寒外感，但已见烦躁

口渴，里有化热之象，用辛温解表复合辛凉法治之，二剂后病情无好转，汗未得而热不解。病家延余诊之：认为此时表证仍在，发汗解表当是正法。但舌红而干，脉数而细，咳而少痰，此为阴液素虚，不能作汗，宜用解表滋阴法治之。解表药中且不宜过于温燥，即于前医方中去辛温燥烈之品，酌加桑叶、花粉、北沙参、太子参，一剂而得汗，两剂而病解，颇为应手。分析这个病例，前医的诊断，并不算十分错误，但缺陷是没有注意到患者的体质，所以汗法虽用，仍不汗解，及余诊治，仅在前医处方上略为调整，效果却很明显。于此可见，临证处方，必须全面考察的重要了。前人说的“凡用药，须活泼地如珠走盘”，极有见地。

如从病邪兼夹方面考虑，则又有化饮解表、理气解表等法。化饮解表法是解表与化痰蠲饮、止咳平喘法的结合，适用于表证而兼有痰饮咳喘的病证，代表方如小青龙汤；理气解表法是解表与行气解郁法的结合，适用于表证而兼有气机郁结者，代表方是香苏散。总之，这些皆属于变法，是针对病情兼夹而设的。病变无穷，但只要掌握辨证论治原则，就可以适应其变，泛应曲当了。程国彭氏在《医学心悟·论汗法》中说：“总而言之，凡一切阳虚者，皆宜补中发汗，一切阴虚者，皆宜养阴发汗。挟热者，皆宜清凉发汗。挟寒者，皆宜温经发汗。伤食者，则宜消导发汗……”。此论足资参考。

云龙同志：你在来信中询问关于汗出的机理，以及发汗与疾病的关系怎样？这问题提得很好。我的理解是这样的：《素问·评热病论》云：“人所以汗出者，皆生于谷，谷生于精，今邪气交争于骨肉而得汗者，是邪却而精胜也，精胜则当

能食而不复热。复热者邪气也，汗者精气也，今汗出而辄复热者，是邪胜也。不能食者，精无裨也，病而留者，其寿可立而倾也”。清代吴鞠通对汗的生理病理论述甚详。他在《杂说·汗论》篇中说：“汗也者，合阳气阴精而出者也。《内经》云：‘人之汗以天地之雨名之’。盖汗之为物，以阳气为运用，以阴精为材料……”。所以，他主张对外感寒邪者，因寒邪肃杀，阳气受损，阴精未伤，必用辛温味薄之药以运阳气而治之。对外感温热之邪者，因热邪灼阴，阴精受损，阳气不伤，必用辛凉甘润之药以祛邪培阴。论述中肯，实为临床有得之言，很有指导意义。

现代科学研究的结果初步认为汗法的作用机理大致是：(1) 促进汗腺分泌和血管舒张反应，以利于清除病邪，其中可能包括排泄毒素、中和毒素、抑制细菌或病毒的生长繁殖；(2) 提高机体免疫力，加强吞噬细胞的防御能力；(3) 通过发汗和扩张周围血管，以发散体温而起退热作用；(4) 改善全身和局部的循环功能，促进代谢产物的排泄和局部炎症的吸收；(5) 通过发汗和全身循环的加强，增加肾小球过滤作用，以排除体内的滞留水分，有利于水肿的消除。

汗法如应用不当，也可使病情加重。那么，运用汗法应注意些什么？我的体会是：(1) 要鉴别表证的属性，风寒表证当用辛温，风热表证宜用辛凉，不可有误；(2) 注意体质和疾病的兼夹，然后对证处方，务求正确；(3) 解表方药，大都是辛散性扬之品，不宜久煎，否则药性易于丧失，影响疗效；(4) 夏季炎热，腠理疏松，汗剂用量可酌情减轻；冬季严寒，腠理致密，汗剂用量，酌情加重。

汗法的范围很广，这里谈的主要是内服方药方面，其余

就不再噜苏了。

泛泛而谈，已经不少，就此搁笔。至于涩法，容后通信再说吧。

即此并候

近佳！

南京中医学院 张浩良

运用清法应注意些什么

王向明同志：

您的来信收到。您对清法提出了一些问题，同时也谈了自己的许多见解。对您这种认真学习和刻苦钻研的精神深为钦佩。

您在信中说：关于清法的含义及其适用范围是尽人皆知的。清法是通过清解热邪的作用，以治疗里热证的一种方法。但应该指出，中医所说的“热证”，与现代医学所说的发热是两个不同的概念，它不是以体温的升高作为标志，而是以临床的证候表现为依据。我非常赞同您的这一看法。发热只不过是“热证”在发病过程中的一种外在的病理表现，而在某些“热证”的发病过程中，发热的表现并不一定明显，有的甚至完全没有发热，但是按照中医的八纲辨证，仍诊断为“热证”。例如某些口舌生疮的患者，见有口渴咽干、心胸烦热、渴喜冷饮、小便赤涩、舌红脉数等证，即使体温不高，也应按照

“热证”处理，当用清心利尿的导赤散等方剂治疗。因此，对“热证”的辨证，必须从整体观念出发，按照中医的传统理论，四诊合参，而决不能仅仅以发热与否来作为诊断“热证”的依据。

下面就根据您的建议，谈谈运用清法时应当注意的有关事项。

首先应该辨清里热证的性质、部位及其病变阶段。

就里热证的性质而言，不外里实热和里虚热两端。里实热证，是由于阳盛所导致，每见身热、口渴、喜冷饮、烦躁、尿赤、便秘、舌红、苔黄、脉洪数等证，此即《内经》所谓“阳盛则热”。里虚热证是由于阴虚所引起，多有五心烦热、潮热盗汗、形体消瘦、舌红少苔、脉细数等证，此即《内经》所谓“阴虚生内热”。同为里热证，由于虚实不同，因之治法亦异。实热者当以苦寒之品直折其热，虚热者应以甘寒之属养阴退热。

由于每味中药都有各自的归经，对脏腑经络有选择性的治疗作用，因此在运用清法时还须辨别一下里热证的部位，即所在何脏何腑，以便选择针对性强的药物，直达病所。例如热在心经者常用黄连、竹叶，在肺经者多用黄芩、石膏，在胃经者每用知母、升麻。

疾病总是在不断发展变化的。由于里热证的发病阶段不同，运用清法时也宜区别对待。叶天士说：“在卫汗之可也，到气才可清气，入营犹可透热转气，……入血就恐耗血动血，直须凉血散血”，如热在血分而治其气，则杯水车薪，无济于事；热在气分而治其血，则药过病所，引邪深入。

其次要对清热药权衡利弊，防止伤阴损阳，败胃碍脾，寒

凉冰伏。岳美中曾说：“任何药物都有长处，也都有短处，治病时要取其长而避其短。”

苦寒药物有清热泻火之效，但亦有苦燥伤阴之弊。况热为阳邪，热盛本易伤阴，所谓“阳盛则阴病”，因此在运用苦寒药物治疗实热证时，不要忘记保阴存津。王向明同志，您仔细分析一下龙胆泻肝汤的组方意义，这一问题就更清楚了。龙胆泻肝汤是清泻肝胆实火的一张方子，方中除了运用清肝泻火的药物之外，又佐以生地和当归。这是因为龙胆草、黄芩、栀子、木通等药皆有苦燥伤阴之弊，且肝为藏血之脏，肝经实火，易伤阴血，故用生地、当归以益阴养血，从而达到火邪去而阴不伤的目的。由此可见前人善用清热药之一斑。有人认为方中生地、当归两药与他药相牴牾，弃之不用，这是只知苦寒之品有清热泻火之能，而不知其尚有苦燥伤阴之害也。

苦寒药物不仅能伤阴，而且还会损伤阳气。对素体虚弱、病后、产后之人，运用清法固须宁轻勿重，适可而止，就是体实之人亦不能过剂，否则会诛伐太过，损伤阳气，致使热去寒生。有人介绍，某医给一肺痈患者迭进清热解毒之品三十余剂，结果咳吐脓血虽止，但胸透液平面持续不消，并出现形寒怕冷，咳吐白色泡沫样痰等阳虚症状。后经另一医生改用温阳法，予以阳和汤化裁而收功。程钟龄在《医学心悟·医门八法》中说：“倘清剂过多，则疗热未已，而寒生矣。”确系经验之谈。

清法皆用寒凉药物，寒凉之品容易败胃碍脾。想必您在临床上可能遇到这样一些患者：原来食欲尚好，但服用寒凉药后，饮食反而日渐减少。人是以胃气为本的，胃气一败，则

百药难施，欲收良效，谈何容易。因此，运用清法时，时时顾护脾胃，做到凉而勿伤，颇为重要。至于怎样顾护脾胃，我认为除了要注意选择适当的药物以及严格掌握剂量之外，合理的配伍也是一个重要的方面。我们不妨以白虎汤为例来分析其组方配伍是如何顾护脾胃的。白虎汤具有清热生津的功能，是治疗阳明经热盛或邪在气分的代表方。方中除用石膏、知母以清热生津外，还佐以甘草、粳米和胃，缓和石膏、知母的苦寒之性，防其寒凉伤中之弊。药仅四味，方义精深。柯琴说：“得二药为佐，庶大寒之品无伤损脾胃之虑也。”仲景这种泻火而无碍中州的配伍方法堪称临床运用清法的典范。

《内经》云：“血气者，喜温而恶寒，寒则泣而不行，温则消而去之。”清热药性属寒凉，常能影响气血之流通，招致寒凉冰伏之患。因此在运用清法时，有时须酌情佐以活血之品，达到寒而不遏之目的。叶天士曾说：“热病用凉药，须佐以活血之品，始不致有冰伏之虞。”清营汤中用丹参即含有此义。

总之，药能治病，亦能致病。我们在运用清法时，要对清热药一分为二，既要知其利而又不忘其害，组方时做到“合众药之所长，而又善护其所短。”只有这样，才能获得满意的疗效。

再者，运用清法应当辨别“热证”之真假，勿被假象所迷惑。

在疾病的发展过程中，特别是在病情的危重阶段，还会出现真热假寒或真寒假热的现象。例如外感热病，在里热极盛之时，由于阳气郁闭于内，不能达于四末，或阳盛于内，格阴于外，可能出现手足逆冷、脉沉等寒象。此寒象是假，而

热盛才是它的本质，此即“火极似水”、“热深厥亦深，热微厥亦微”之谓。对真热假寒之证，当放胆使用清法，切不可误投温药，抱薪救火。《伤寒论》第350条云：“伤寒，脉滑而厥者，里有热，白虎汤主之。”此即内真热而外假寒之证，习惯上又把它称之为“阳厥”或“热厥”。用白虎汤治疗是“寒因寒用”。反之，亦有阴寒内盛，逼阳于外，表现身热、口渴、脉大等假热之象。对于真寒假热者，宜用温法，若妄施寒凉，无异雪上加霜。《医学心悟》在论述了真寒假热证的表现之后说：“世俗不识，误投凉药，下咽即危矣。此不当清而清之误也。”

另外，您还提及对临床上某些服清热药入口即吐的患者应该如何处理。

对于大热之证，无疑要根据“热者寒之”的原则采用清法治疗。但有时单纯用清热药常有药入即吐的格拒现象，此时可采用如下方法：一是药物配伍反佐法，于清热药中少佐以辛温之姜汁为引。《景岳全书》说：“以寒治热而热拒寒，则反佐以热而入之。”二是采用寒药热服法，以顺其病势，即《内经》“治热以寒，温而行之”之义。《医学启源》说：“故动必有静，胜必有复，乃天地阴阳之道也。以热治热法，经曰：病气热甚，而与寒药交争，则寒药难下，故反热服，顺其病势，热势既休，寒性乃发，病热除矣，则如承气汤寒药，反热服之者是也。”

王向明同志，对于清法我就暂谈这些。清法的运用范围较广，在治疗温热病中尤为常用，因此我们必须熟练掌握和正确运用这一治法。

祝

好

山东中医药研究所 王法德

适时施下法 邪去正可安

陈玲同志：

您好！来信收悉。您在学习过程中体会到下法在临床上的应用相当广泛，认为适时地运用下法，能达到邪去正安的目的，是很正确的。至于您询问临床怎样准确地掌握下法的适应证，以及下法运用中的注意事项，是颇值得重视的问题，可能其他自学中医的同志也有类似的疑问。要回答这些问题，还得先从什么是下法谈起。

下法又称泻下法，是使用具有泻下作用的方药，通过泻下大便或积水，以驱除病邪，治疗疾病的一种方法。正确使用下法，能清除肠内积滞或体内积水，并能解除实热蕴结，故下法在临床上主要用于治疗各种里实证。

那么，什么是里实证呢？顾名思义，里实证就是指兼有里证和实证的一类病证，它既具有里证的特点，又有实证的特征。从临床来看，里实证的表现主要有以下三个特点：其一，体实脉实。因患者体质较壮，生理功能健旺，抗病能力尚强，邪正交争相当激烈，所以脉象也多见实而有力。如里实热证的脉象可见洪数有力，肠腑热结证可见脉来沉实有力。

若为瘀血内阻者，则可见脉象涩滞不畅。其二，壅闭之症。由于里实证邪气亢盛，在正邪斗争的过程中往往易于遏滞气机，使脏腑气血流通受阻，而出现多种气机壅闭的症状，如胸痞脘痛，胁腹胀满，气逆喘咳，大便秘结，小便癃闭等。其三，苔厚或腻。里实证邪气蕴结于内，胃气夹邪蒸腾于上，舌多厚苔或腻苔，如里热壅盛者多见黄厚苔，湿滞内阻者每有白腻苔。倘若具备了以上三点，里实证的诊断就能成立。所以，只要临证留心观察，仔细询问，诊断里实证并不困难。

需要指出的是，确定属于里实证仅是运用下法时必须做到的第一步。由于里实证所在部位有五脏、六腑之别，致病邪气有寒、热、虫、食、痰、瘀、水之异，且病势尚有轻重缓急之分，因此还必须进行更细致的辨证，以便选择适当的泻下方药，经过严密的配伍，方能有的放矢，收到满意的疗效。正因为这样，所以下法又有寒下、温下、润下、逐水等区分。我曾遇一张姓妇女，便秘三月，诸医均以大黄、芒硝、番泻叶，一味攻下，迭治不愈，甚至大黄用至30克，药后便行一、二次，停药辄复秘。经细问病史，方知其恙起于情怀抑郁，便秘每因恼怒而增剧，并伴有胁痛腹满，矢气频频，证属肝郁“气秘”。遂以火麻仁、郁李仁、瓜蒌仁等润下之品，配以柴胡、郁金、枳壳、佛手、元胡索、白芍等疏肝行气药物，加之精神开导，药进三帖，其病若失。方虽平淡，然由于辨证准确，配伍得当，故能收桴鼓之效。

一般地说，各脏腑的里实证除具有上述三个特点外，还兼有所在脏腑功能失调的相应表现。如肺实证每伴见胸部满闷，咳嗽气喘；膀胱实证多兼见癃闭、尿频、尿急、尿痛等症。因而在选用泻下方药时，宜照顾到该脏腑的特性，作适

当配伍。肺实证每伍以泻肺涤痰之品，膀胱实证每佐以通淋利尿之药。其他脏腑的实证可以类推。不同病因所致的里实证，则多具有该致病因素所引起的某些特有症状。如瘀血阻滞者每兼见口唇发绀，舌质紫暗，或有瘀斑，脉涩等；水湿壅盛者常兼有水肿脘闷，甚则腹大胀满，如囊裹水等。因此运用下法还应注意根据各种致病因素的特点作适当配伍。瘀血内阻者佐以行气化瘀之品，水湿壅盛者则当选用逐水法治疗。其他病因引起者也可类推。此外，对病势急重者往往要选用泻下作用较强的药物组合成方，如大黄、芒硝、巴豆、芫花、大戟、甘遂等；而病势轻缓者一般选用泻下作用缓和的药物组合成方，如郁李仁、火麻仁、白蜜等。前者称为峻下法，而后者则称为缓下法。

从上所述不难看出，所谓下法决不是泻下药物的单一应用，而是以泻下药物为主，根据病因、病位、病势等因素作恰当的配伍。临床常用的配伍关系可概括为以下数端：治疗肠中实热积滞，腹满而痛，大便燥结，或阳明腑实证，可将苦寒泻下药物与枳实、厚朴等行气之品配伍运用，如大承气汤、小承气汤、麻子仁丸；治瘀热内蕴之肠痛或血瘀下焦，经闭腹痛等证，可配伍桃仁、丹皮、桂枝、地鳖虫等化瘀活血之品，如大黄牡丹皮汤、抵挡汤、桃仁承气汤；温热病邪在上、中二焦，高热、发狂或湿热黄疸之证，可配以栀子、黄芩、黄柏、连翘、石膏、知母等清热药，如凉膈散、茵陈蒿汤、白虎汤、承气汤等；阳虚寒积，便秘腹痛，可伍以干姜、附子、细辛等温里药物，如大黄附子汤、温脾汤；治瘰疬、痰核、悬饮、癲狂等，可配以白芥子，青礞石、贝母、桔梗等祛痰之品，如控涎丹、礞石滚痰丸；若水饮内停，而致水

肿胀满者，可以商陆、甘遂等泻下逐水药配伍茯苓皮、生姜皮、大腹皮、椒目、泽泻、赤小豆等利湿之品，方如疏凿饮子；若遇虚中夹实之证，则可配以补益药物，即为攻补兼施之法；兼气虚者酌加党参、黄芪、大枣等益气之品，如黄芪汤、十枣汤；兼血虚者酌加当归、地黄等养血之药，如承气养营汤；若兼气血两虚者则以益气、养血之药佐之，如黄龙汤。其它尚可根据需要将泻下药伍以驱虫药、安神药，如槟榔承气汤、更衣丸等。

不过，上述配伍仅是举其大要而言，临床疾病变化多端，具体运用中尚须因人因证而变，切忌执方医病，生搬硬套。尤其要注意到复杂病因致病及证情的动态变化。如里实热证而兼痰夹瘀者，则应泻下、清热、化瘀、祛瘀之品为一炉，方能切中肯綮。而里实气滞之证不愈，又兼血瘀者，则当于泻下行气方药中再配伍化瘀之品，才为合拍。其它复杂的情况还很多，只要细心观察，随机圆变，就能取得满意的疗效。年前我曾治一中年男子，周身皮肤焮红搔痒，彻夜难寐，伴腹痛便秘，已一周未大便，曾用西药可的松、抗菌素，配合灌肠，效果不显。予拟泻下通便合疏风凉血方，前后服药近十剂，但诸证减而不已，大便通而复秘。窃思药不中的，其中必有缘由。遂穷究病史，耐心询问，方知患者三年前曾发现患“胃下垂”，症状表现乃一派中虚气弱之象，惜未能认真疗治。故于原方中酌加升麻、柴胡等升提之品，竟两帖而便通痒止，再以补中益气方药善后而安。盖六腑以通为用，然惟有升降得道，腑气方能畅通自如。是案宿有中虚气陷之证，故必略佐升提，有升有降，奏功自易。清代名医怀抱奇运用下法，主张“宜升不宜降”即为此意。可见临证运用下法，配

伍贵在权变，万不可因一方、一案而印定眼目。

历代医家运用下法有许多宝贵经验，随着中医事业的发展，近年来下法的应用更为广泛。特别是在治疗急腹症方面，下法已成为一种主要的治疗方法。如上海第二医学院附属瑞金医院报道用清胰合剂为主(大黄、芒硝、柴胡、黄连、黄芩、木香、元胡、白芍)治疗急性胰腺炎92例，全部治愈。湖北广济县人民医院报告用加味大承气汤(大黄、芒硝、厚朴、枳实、桃仁、赤芍、莱菔子)为主，以中西结合非手术疗法治疗急性肠梗阻115例，治愈率达70.5%，梗阻症状缓解时间最短的只有5小时。下法还广泛用于治疗多种传染病、内科、妇产科、五官科、眼科疾病及精神病。如裴氏报告用新订桃仁承气汤(大黄、芒硝、桃仁、桂枝、甘草、黄芩、黄连、木香、马齿苋)治疗暴发型痢疾26例，疗效满意。牛氏以桃仁承气汤加减为主治疗40例精神病，总有效率为77.5%。赵氏报道用逐水泻下药治疗肝硬化腹水185例，有效率达90%，其中有5例症状、体征、化验检查完全恢复了正常。这些事例表明，及时正确地运用下法确能有效地祛邪安正，促使疾病痊愈。所以只要有适应证，都应及时施以下法，切忌喜补畏攻而贻误病机。

临床运用下法时，注意做到“中病即止”也是很重要的。在具体运用中，一般以大便一日3~4次为宜。若邪去大半，即应逐步酌减乃至停用攻下之品，而参以益脾扶正之药，以免克伐太过，反伤正气。

至于逐水方药，临床主要用于病程较短，正气尚强，饮食未减，而腹胀殊甚，腹水持续增长，溲闭便秘，脉象有力者。但必须注意，逐水药的用量应依据证情而小量递增，并

伍以大枣等益脾和胃之品，一般2~3天为一疗程，必要时间隔3~5日后再用。在使用过程中必须严密观察病情，注意药物反应，一旦发现有严重呕吐、腹痛、腹泻者，即当停药。对于正虚体弱，饮食甚少，发热日重，黄疸日深，脉象细弱，或有出血倾向，或曾并发过上消化道出血，有溃疡病、严重心脏病及肾功能不全者，均不宜使用逐水剂。

此外，临床还可遇到一些患里实证的病员却见到虚证的证候表现，这种虚证的表现实际是一种假象，即所谓“大实有羸状”的情况，临证也当留心鉴别。

拉拉杂杂谈了这些，仅供您学习时参考。若有欠妥之处，请随时指正。

此致

敬礼

南京中医学院 项 平

消法的临床运用

马素芳同志：

你好！从来信得知，你是刚从中医学校毕业，主动要求到边疆地区为牧民服务的女中医。你远离号称“天府之国”的故乡，来到了富饶美丽的准噶尔盆地，支援边疆建设。你为振兴中华而志在祖国四方的可贵精神，是青年人学习的榜样，我十分敬佩。你提到你所在的医院有一位维吾尔族的老医

生，治病很有经验，他喜欢用消导药，但由于语言、药物名称及诊病方法的不同，给你的学习带来了一定的困难，希望我谈谈消法的临床运用问题。几天来，我一直在想，为什么在你们那里用消导药每多获效？是否与牧民的生活习惯及饮食有关，希望你作些调查，并虚心向那位维族老医生学习，认真总结民族医学的宝贵经验，为发展祖国医药学作出贡献。

消法，是中医临床上常用的八法之一，包含有消散和破削的意义，也即《素问·至真要大论》所谓“坚者削之”、“结者散之”的意思。你在来信中提出“消法是否为补法的对立法”，我认为不能这样讲，因为八法是相互为用的，古人就有“以消为补”、“以下为补”的说法。近代名医蒲辅周，在谈应用补法的临床经验时就曾提到这个问题，他认为“气以通为补，血以和为补”，有时用消法、下法也能达到补的目的。他举出《金匱》虚劳篇立有“大黄廑虫丸”一法，就是用消法去瘀生新，以消为补的例子。你询问“消法与下法是否类似”。临床上有时将消法与下法并用，但分而言之，还是有所不同的。下法是针对燥粪、瘀血、停痰、留饮等严重急迫的有形实邪，采用猛攻急下的方法；而消法是针对一般比较慢性的积聚胀满，非猛攻急下所宜的病症，采用渐消缓散的方法，以达到治愈疾病的目的。

消法的临床运用，十分广泛。食滞、痰凝、气结、血瘀、蓄水、停饮、症瘕、积聚等，都可用消法来治疗。疾病的产生往往是多种致病因素的综合，在治疗疾病时，就要把几个不同的方法揉在一起，使其发挥协同作用，才能恰中病机，获得良效。越是病情复杂，在组方时越要考虑到各种致病因素的相互作用，分清主次先后，巧妙地把不同的方法结合在

一起。虽不是面面俱到，但必须把握正邪消长的趋势，或扶正祛邪，或祛邪扶正。无论消补并用或消补间用，都要恰中病机。另外，气、血、痰、食、水、饮等，往往互为因果，盘根错节，难分难解。因此，在运用消法时，要把多种因素考虑进去，不能生搬硬套。

素芳同志，你来信要我重点谈一下消食导滞的问题。我想你们那里患伤食积滞的病人一定不少，恐怕多是伤于肉食和乳食，加上气候多变，内伤外感，互为因果，必然肠胃病者较多，消法就是常用之法了。

消食和导滞是两个不同的概念，但又互为因果，相互联系。消食是为食积而设。由于饮食不节，或暴饮暴食，或食油腻厚味难消化之物，先是胃气受损，日久则伤及脾阳，运化失职，胃不纳，脾不化，就出现所谓“中气伤”的脾胃病了。消食法多用于伤食的早期，常用在胃中有食积停聚之时，出现厌食、噯腐吞酸、胀满痞闷，甚至出现脘腹疼痛。此时由于脾阳未损，胃腑初伤，用消法去其积滞，很快即可治愈。如“迁延日久，积气盘踞坚牢，日渐强大，有欲拔不能之势，虽有智者，亦难为力。”（《医学心悟》）可见应用消法消除食积，必须掌握时机。导滞比消食又更进了一步，导有“疏导”和“导下”之意。滞，除因食致滞外，还可因“气”致滞，因“痰”致滞，因“水饮”致滞。临床上较多见者，还是因气、因食致滞，且往往又是互为因果。气滞还可以导致血瘀，无形变有形，先为聚，后为积，治疗起来往往棘手。总之，消食导滞都是病伤早期所用治法，仍属调理气机的范畴，所用方剂只宜在短期内应用，以求速战速决，不能守方久服，克伐胃气。这也就是蒲老所讲的“消而勿伐”的道理。

至于消食与导滞的具体运用，也并非象有人讲的只要会用“焦三仙”（焦神曲、焦麦芽、焦山楂）、“焦四仙”（焦三仙加槟榔）、木香槟榔丸（木香、槟榔、青皮、陈皮、莪术、黄连、大黄、香附、枳壳、牵牛），就能药到病除，应付自如。其实并不是那么容易。因为食积多半是内因与外因相互作用的结果，并非单一的因素，因此只用几味消食的药物，就难以达到食消的目的，这在小儿身上更能说明问题。众所周知，小儿的病因较成人更为单纯，多饥饱寒温，少七情六欲，“且其脏气清灵，随拨随应，但能确得其本而撮取之，则一药可愈”。（《景岳全书·小儿则》）治疗内伤乳食必须详加辨证，方可疗效明显。这是因为小儿伤食往往多有兼夹，有因于凉，有因于热，有因于暑，有因于湿，有因于惊，有因于虚，……其发病原因，并非伤食一端。若仅着眼于食伤，而不顾及其他，一味消导，往往疗效不佳。譬如，以夏秋之间伤食症来说，在小儿，其原因就是多方面的，暑、湿、凉、热均有所见。伤食诸症易辨，暑湿凉热难辨。我在临床上经常遇到在这个时期的伤食患儿，是因为受凉引起的，开始当暑湿治，往往不效，后来在方子中加点熟附子、炮姜，稍佐以醋军，很快治愈。这是什么道理呢？后来我悟出，夏至之后，阴气渐生，立秋之后，暑气尚存，上半夜多热，下半夜多凉。因热夜寐多开窗启扉，小儿多须大人照料，下半夜大人熟睡之后，遮盖儿腹的被巾因上半夜热被蹬掉，腹部下半夜受凉，加之伤食，第二天即可出现恶心、呕吐、泄泻等伤食症状。从而体会到，“背为阳，腹为阴”、“儿腹宜暖，儿头宜凉”，以及“三岁以内小儿宜带‘兜肚’”的记载，确系经验之谈。

在你们北疆地区，气候的变化与内陆、沿海不一样，希

望你在运用消食导滞的方法时，遵循祖国医学辨证论治的原则，因人、因时、因地制宜，无论施用什么方法，都要从整体出发，加以全面考虑，就能收到好的治疗效果。

山东盛产山楂，是一味消积化痰、行气化瘀的佳品，对肉食积滞的消导作用特别好，我喜欢用它配合炒鸡内金、谷芽、莱菔子等药，研成粉剂治疗小儿乳食积滞腹胀，常获良效。对于妇女产后下腹部瘀血疼痛（俗称儿枕痛），配合桃仁、红花、炮姜、川芎、当归等药，也有很好的效果。近几年来，我还常以此方配合其他药物，用于冠心病心绞痛患者。不少文献报导，山楂肉含有山楂酸、酒石酸、枸橼酸、绿原酸、咖啡酸、苹果酸等，并有大量的维生素C和B₂，能增加胃内酶类分泌，促进消化。其中介脂酶还能促使脂肪消化，能扩冠、降压、降胆固醇。不知北疆缺不缺此药？我想牧民以肉食、乳食为主，常服山楂，定能帮助消化。如果你那里缺的话，请来信，我可以给你联系购买，并帮你办理托运手续。

遥祝

学习进步！

山东省中医药研究所 张奇文

漫谈虚不受补

张振宇同志：

你好！在省政协开会期间，收到你的来信，要我和周凤

梧教授共同为你解答在运用补法中遇到的问题。周老年岁已高，又忙于研究生的带教，授意让我回信。很抱歉，连续到外地参加几个学术会议，未能及时给你去信。在接到你第二封信的当天，我与取得硕士学位的研究生胡兆垣医生共商后，借此星期天回答你提出的几个问题。

正如你所说，有些初接触中医临床的医生，往往认为虚证多，开方喜用补法，但有时效果不理想，甚至还会适得其反，病人服药后症状反而加重。为什么会出现这种情况呢？这是因为：(1)临床上虚证确实不少；(2)虚证在辨证上十分复杂，初学者缺乏辨证经验；(3)调理虚证在组方法度上有些原则，初学者往往不得其要领；(4)病人多误认自己身体虚，喜欢医生给开补药。如此等等，临床上就容易出现喜补恶攻，或出现“虚不受补”的现象。讲实在的，我们也曾走过这段弯路，总认为用补法病人乐意接受，即使有点药不对症，似乎也不会出现大的危害，直至后来，临证多了，才认识到误补之害。

补法，是为虚证而设，虚证是对实证而言。《素问·通评虚实论》说：“邪气盛则实，精气夺则虚”，这是指一般规律来说的。正与邪是相对而言的，不论急性病，还是慢性病，在病程的进展中，随着正邪的消长，虚实可以并见，还可以互相转化。一般说来，在一些急性热病，病之始往往实证多，病之末往往虚实并见，甚至出现虚证；在一些慢性病(包括一些急性病转为慢性病)与急性热病相比之下，虚证比实证多，或虚实并见，或虚实更见。这只能说是一般规律。由于人的体质不同，得病的原因不同，以及生活环境、精神状态、既往病史、治疗情况等等因素，在临证时就不能拘于“急病

多实，久病多虚”的框子，以为对慢性病只有“补”才是“正治”。前贤有言：“有是症，则用是药”，对慢性病，首辨虚实，分清主次，看是否有虚中挟实，或实中兼虚，以及孰多孰少。进一步再确定虚在上部，还是在中部，抑或在下部。大体部位确定之后，还要看是在何脏、何腑、何经，在气还是在血，在阴还是在阳；是先天禀赋不足还是后天失调所致，也要分辨清楚。逐一辨清之后，再确定治疗大法，选择不同的补益方药，有的放矢地进行调理，才能收到好的治疗效果。

这里应该特别提出“虚不受补”的问题。在什么样的情况下会出现“虚不受补”的现象？

虚不受补，首先应该肯定是虚证，具备了虚证的症象：如心悸，心慌，失眠，多梦，胸闷，气短，脉结代或细弱等心虚之症；食欲减退，食后或午后腹胀，大便溏薄，面色萎黄，肌瘦无力等脾虚之证；咳嗽痰白，气短喘促，易患感冒，动则虚汗等肺虚之证；腰脊酸痛，胫酸膝软或足根痛，耳鸣耳聋，发脱齿摇，溺有余沥或失禁，阳萎早泄或月经不调等肾虚之证；神疲乏力，少气懒言，自汗，舌胖而有齿印，脉虚无力等气虚之证；面色苍白，头晕头痛，心悸气短，怔忡易惊，唇舌色淡，经淡量少等血虚之证；五心烦热，咽燥口干，午后颧红，便结而尿短赤，盗汗，舌红少苔或无苔，脉细数等阴虚之证；畏寒肢冷，面目虚浮，夜尿频多，大便稀溏，舌胖色淡苔润，脉沉微迟等阳虚之证（以上参考虚证研究会议所制定的〈中医虚证辨证参考标准草案〉）。按理讲，见虚证用补药，应该是药到病除，至少也应是药后获效。但诚如上面所讲，由于各方面的因素，任何疾病很难框在一个统一的“标准”之中。标准，只能示人以规矩，临床辨证还须根据不

同病人的具体情况，运用四诊八纲，进行周密地调查研究，辨证分析，才能得出一个正确的结论，据此立方遣药，才能丝丝如扣，恰到好处。上面所列的虚证标准，不论是主证还是次证，是仅据“虚”字来归纳的，还看不出是因何致虚，虚在什么人的身上，更难说明疾病发展是恒动的，不是静止的。一个模式，只能代表一个局部，不能体现一个整体，何况在人体来说，中医十分强调阴阳互根、气血依存、脏腑相关、子病及母、母病及子等等。人体是在动的平衡中进行自我调节，时刻受外界和内在因素的影响，处在各种致病因素的包围之中，特别是虚证病人，更难杜绝内外致病因素（诸如情志、饮食、风、寒、暑、湿、燥、火等）的干扰。因此，临床上就一个病人疾病的全程来说，标准的虚证，往往是不多见的，或多或少都各有兼挟，必须辨证论治，方可收到调补的捷效。为了说明这个问题，我可以举个例子，谈谈自己的体会。小儿脾虚，在临床上是很常见到的，其脾虚之原，多因喂养不当，乳食无节，嗜食瓜果，饥饱无度造成的。先是呕吐、腹泻、腹胀，继则厌食、消瘦、贫血、困倦，至此，应当说脾虚症状俱备，可望采用补脾治疗，收到较好的效果，其实却不尽然。细细诊视，每多在脾虚主证之外，还有食积、痰浊、郁火等兼挟症状出现。有的孩子舌苔前面呈现剥脱，而舌根后部却兼见厚腻苔；有的孩子，虽四肢瘦削、皮包骨头，而其腹部却如蜘蛛之肚，青筋暴露；还有的孩子，面黄肌瘦、唇舌淡白、厌食、腹胀、夜寐头汗蒸蒸、头毛作穗、而大便却数日一行、或如羊粪结硬、……。以上种种病象，虽均可责之于脾虚，然各有不同兼挟，若单纯用四君、六君、参苓白术之类补脾，就很难收到“脾运胃纳”之效。我在临床上，对舌苔前剥后腻

的孩子，往往在用补脾(太子参、白术、扁豆)、养胃(沙参、山药、石斛)的同时，还加辛开苦降(厚朴、陈皮，少佐姜、连)之品。沙参、石斛用量不宜过大，伍入焦楂、甘草，取其甘酸化阴，每多药后苔变，食欲大开。对消瘦、腹胀如鼓者，我恒以消胀为先，用木香槟榔丸或五积片，先去其积滞，后用《金鉴》肥儿丸，消补兼施，往往奏效。大便数日一行如羊粪者，我喜用酒炒川军，量其虚实，泡水服，以荡肺经郁火，兼清肠中燥结。肺与大肠相表里，大黄酒制之后，上升能清肺火，下行能导滞热。小儿纵有脾虚，便结多兼郁火，须先下燥屎，然后再议调补脾胃，否则，愈补愈塞，气机郁遏，反而对小儿不利。曾治一傅姓男孩，3岁。自两岁始，经常易感冒，多次患肺炎住院。问其原因，发病多在星期六去奶奶家或姥姥家之后，纵其口腹，恣食厚腻，内伤必兼外感。大便经常干结，数日一行如羊粪。嘱其用酒军泡水，兼服调补脾胃之药，一月乃健。至今已五岁，从未再发烧、便结，面色红润，肌肉丰满结实。

关于应用补法的组方法度问题，建议你看一看南京中医学院孟景春同志在《山东中医杂志》一九八一年创刊号上刊登的一篇文章，题为“补药必佐宣通”。他在这篇文章中，举了很多前人创制补方注意佐用宣通的例子。如补中益气汤用陈皮，归脾汤中用木香，四物汤中用川芎，六味地黄丸中用茯苓、泽泻等等，正如叶天士在《临症指南医案》中所讲的“通补则宜，守补则谬”，也就是已故名老中医蒲辅周先生所讲的“补而勿滞”的道理。你住在交通不便的山区，为了帮助你正确的运用补法，掌握补法的组方法度，我把这期杂志寄给你，就不在信中重复了。

最后，希望你经常来信，共同切磋学问，愿与你共勉！

遥祝

健康！

山东中医药研究所 张奇文

怎样运用回阳救逆法

赵志刚同志：

来信对温法中的回阳救逆法，提出了一些问题。现就我所知，谈谈自己的看法，供你学习时参考。

什么叫回阳救逆法？回阳救逆法是由辛温燥热药物组成，能温经回阳、通脉救逆的治疗方法，属于温法中的一种。

回阳救逆的代表方药有哪些？张仲景创制的四逆汤是回阳救逆的主方。《伤寒六书》的回阳救急汤，《世医得效方》的参附汤，均系根据四逆汤的立方旨意加减而成，也是回阳救逆的代表方剂。

回阳救逆方的配伍特点是：温（散寒邪）、补（益元气）、通（舒血脉）相结合。附子、干姜、人参是回阳救逆的主要药物。附子辛热燥烈，走而不守，通行十二经，功能峻补下焦之元阳，而逐在里之阴寒，故宜用于治疗亡阳厥逆之证。正如陈修园所说：“附子味辛温，火性迅速，无所不到，故为救逆第一要药。”干姜辛热性燥，善祛里寒以温脾胃之阳，是温中回

阳之要药。干姜与附子合用能振奋心脾肾之阳气，恢复生机，所以中医常说：“附子无姜不热。”阳虚是气虚的进一步发展，所以附子常与大补元气的人参相配合，以增强其回阳救逆的作用。另外，肉桂辛甘大热，能补火助阳，温通经脉，凡命火虚衰，虚阳浮越，可用以温阳助火，引火归源。桂枝辛甘温通，能振奋气血，透达营卫，入心走血分，甘温助心阳。细辛辛温性烈，能扶阳通肾，温经达表。这三味药也是回阳救逆常用的重要配伍药。

值得提出的是，清代王清任，把回阳救逆与活血化瘀结合起来，创制急救回阳汤（附子、干姜、党参、白术、桃仁、红花、生甘草），对发展回阳救逆法，有着重要贡献。

回阳救逆法适用于什么样的病症？此法主要用于阴寒内盛，阳气衰微，甚至阳微欲绝的病症。阳气是人体生命活动的根本动力，当人体阳气衰微，病情危急之时，必须用大剂量的温热回阳或温补固脱的方药，来挽救将亡的一线阳气，否则就会发生阴阳离决的严重后果。所以张仲景十分重视此法，常用于：太阳病误汗亡阳；太阳病吐利腹痛，四肢厥逆；少阴病四肢厥逆，恶寒蜷卧，下利清谷，口不渴，脉微细等证。云南老中医吴佩衡先生对回阳救逆法的临床应用，也颇有经验。他说：“四逆，回阳之方也……，在误用汗、吐、下等法，或未经误治而病至阳亡，已现四肢厥逆者，即以此方主之，故名四逆汤也。加重干姜名通脉四逆汤，治阴盛格阳无脉之重症。加参则兼救真阴。加参、苓名茯苓四逆汤，并可以救阳治水而交心肾。去甘草则名干姜附子汤，其热力愈强。去附子名甘草干姜汤，专回上焦气分之阳。去甘草加葱白，名白通汤，专交心肾之阳，以收水火既济之效。

至于白通猪胆汁人尿汤，以胆汁味苦入心，人尿味咸入肾，苦咸性寒之品，能引阳入阴，而交通心肾之阴阳，故能阴阳并救也。通脉四逆加猪胆汁汤，亦是温肝胆之阴寒而降浊阴之气，治阴盛格阳阴寒之方也。阴消则阳自旺，而病自愈。至于在四逆汤中加参、苓、葱、胆、尿，或升或降，阴阳并救者也。”

随着中西医结合的开展，回阳救逆法在中西医结合治疗急重症中的应用，日益广泛。如心肌梗塞合并休克而见汗出、肢冷、脉微等症；脑血管意外出现昏迷、鼻鼾、目合、二便失禁，或汗出如珠、呼吸微弱等症；大出血出现肢冷、汗出、呼吸急促、脉微弱等症；急性热病汗出过多，或大吐大泻以致四肢厥冷、脉微欲绝等症。凡疾病发展到阳气虚脱的严重阶段，均可运用回阳救逆法来治疗。沈阳医学院内科报导，用升压汤(附子15克、肉桂15克、丹参30克、五味子20克、麦冬25克)抢救感染性休克13例，其中大叶性肺炎合并休克12例，胆道感染合并休克1例，全部收到升压和稳定血压的效果。辽宁中医学院肺心病研究组用抗休克1号(人参、麦冬、附子、干姜、甘草)和抗休克2号(附子、麻黄、甘草)治疗肺心病并发休克11例，全部治愈。中国人民解放军总医院根据中医辨证，认为休克多以“亡阳”为主，用该院自制的具有回阳救逆作用的参附注射液(人参、附子、甘草)治疗急性心肌梗塞合并休克，也取得满意疗效。

我们在临床工作中也有同样体会，试举一例：

赵××，男性，47岁，干部。1977年6月28日上午9点在办公室开会，突然心前区痛，头晕，恶心，呕吐，胸闷，随即出现口唇紫绀，出冷汗，四肢发凉。血压下降至50/30毫

米汞柱，脉微细结代，心音低弱，心率慢，56次/分，心律不齐，室性早搏频繁，每分钟28次，心电图表现为 V_2-V_6 ST段呈单向曲线抬高。诊断为急性前壁心肌梗塞并休克。中医辨证属心阳衰竭，亡阳欲脱。急用参附龙牡救逆汤，配合丹参注射液，益气回阳固脱，活血通脉，经一周积极救治，脱离险境。由此可见回阳救逆法对休克的治疗是有较好效果的。另外，用回阳救逆的参附汤为主方治疗心力衰竭，也收到满意效果，尤其对心脏病心力衰竭属于心肾阳衰的病人，效果更好。如见喘急不得卧，为肾不纳气，加黑锡丹；脾阳虚，加干姜、椒目；肺肾阴阳俱虚，加五味子、蛤蚧尾；心中不安并有紫斑、唇绀、脉沉细涩，加丹参、朱砂、琥珀、沉香。本方加味对用洋地黄后有副作用，或长期服洋地黄而失效的心力衰竭患者亦有效（《上海中医药杂志》1965年第11期）。

回阳救逆法所治的阳衰，一般是指肾阳衰微。但五脏皆有阳气，在阴寒偏盛的情况下，都能导致阳气衰微，其中尤以心阳最为重要。临床上心阳虚衰的也比较常见。心阳与肾阳有着密切的关系，当心阳虚衰时，可用四逆汤配合当归四逆汤加减应用。当归四逆汤用当归为主药，佐以白芍养心血、敛心气，桂枝、细辛温经通阳而散寒邪，甘草、大枣、通草缓急，具有补血通脉、回阳逐寒的作用。对于心阳虚弱、兼受寒邪，见心悸、神乱、胸闷、气短、汗出、肢冷、脉细微结代等症，用之有效。中医研究院西苑医院用四逆汤合当归四逆汤（附子6克、干姜6克、肉桂末冲服3克、甘草6克、黄芪24克、当归18克、细辛3克、薤白12克、半蒺12克、乳没各6克、赤白芍各9克）并加用宽胸丸治疗一例重度心绞痛患者，收到满意疗效。

回阳救逆法为阳衰寒盛而设，对于热伏于里、热深厥亦深而成内真热外假寒的禁用。临床上应仔细辨证。由于阳气衰弱、阴寒内盛在临床上有多种表现，或厥逆无脉，或血瘀停滞，或阳虚不能化水，或阳越于上，或格阳于外等，所以在应用回阳救逆法时，应与益气生脉、活血化瘀、化气利水、镇纳潜阳、寒凉反佐等法结合使用。另外，如能在保证疗效的基础上，进行剂型改革，改变给药途径，更快发挥药物作用，进一步提高疗效，也是研究和发展回阳救逆法的重要课题之一。

上面是我对回阳救逆法的肤浅认识，不当之处，请批评指正。

此致

敬礼

山东中医药研究所 孙曾祺 谨复
(张奇文审)

涩法可固正 配伍贵在精

李云龙同志：

来信收悉。关于涩法的讨论，由于杂务缠身，迟至今日方始执笔，请谅！

何谓涩法？简单地讲，凡是运用收敛固涩方药，治疗精气津液耗散、滑脱病证者，总称之为涩法，或收涩法。《素问·至真要大论》说：“散者收之”，《药对》谓：“涩可固脱”。

这就是临床运用涩法的理论根据，也是治疗滑脱不禁诸症的基本原则。

精气津液血液是营养人体的宝贵物质，人体在生命活动中不断消耗，又依靠饮食、呼吸不断得到补充，消长盈亏，周而复始，是为正常。如因病久体虚，或治疗失当，攻伐太过，或元气受损，约束无力，或肾气不固，封藏失职，或卫气失常，失于固护等等，导致精气津液耗散滑脱，消耗过度，而为病症。因此，就必须采取适当的治法，收敛精气，制止耗散。但由于病因病机和发病部位不同，其临床表现也各各有异，如自汗盗汗、遗精滑精、小便遗溺或淋沥失禁、泻痢日久洞泄脱肛或崩漏带下等。所以在治疗上必须区别对待。以个人体会来说，收涩法大体可分为：固表止汗、涩精止遗、涩肠固脱、固崩止带，敛肺止咳、收涩止血等几种，以适应不同病症的需要。

固表止汗：常用黄芪、白术、白芍、麻黄根、碧桃干、糯稻根等敛汗固表药为主组方。常用方如牡蛎散、玉屏风散等。适用于卫外不固，卫气虚弱，或阴虚内热，自汗盗汗之症。《内经》云：“卫者，卫外而为固也”，今卫气衰弱，不能卫外，肌表不固，津液外泄，所以可见自汗，故当补气固表以敛汗，可用玉屏风散。如自汗属卫气虚而兼心阴不足，阳气亢甚者，可用牡蛎散，补气固表，兼潜阳敛液。汗为心液，如心阴虚而不能自守，阳气偏亢，虚热内扰，以致阴液外泄，而为盗汗者，可用当归六黄汤滋阴清热，固表止汗。临床上，热病初愈，气阴未复，外则卫气不固，内则阴虚热扰，往往可见盗汗见症，尤以小儿为多见。愚每以当归六黄汤加减（一般酌情减少苦寒药，适当增加养阴敛液药如：白芍、萸肉、

碧桃干、稽豆衣、凤凰衣等)，应用得当，获效颇速。

涩精止遗：常用龙骨、牡蛎、芡实、莲须、金樱子、桑螵蛸、潼蒺藜等补肾收涩药为主组方。常用方如金锁固精丸、水陆二仙丹、桑螵蛸散等。适用于肾关不固，封藏失职，或肾气不摄，膀胱失约，以致遗精滑泄，小便失禁，溺后遗沥不尽之症。《内经》云：“肾者主水，受五脏六腑之精而藏之”。所以，肾为封藏之脏，如肾虚不固，封藏失职，则可见遗精滑泄之症，故当以补肾涩精之法治之。然而，必须提醒你，遗精一症，并非都属虚症，并非一概可用涩法，与此相反，临床上往往可见湿热遗泄症，或相火偏亢引起者。此时治疗，当清泄湿热或清泻相火，不宜主用收涩。例如：一般姓患者，男，四十余岁，尚未成婚，患遗精症。前医用补肾涩精，不应。延余治之，见其舌红苔黄，脉象弦数，阳事易举，断为相火偏旺。用知柏地黄汤加减，数剂而安。由此可见，临床上切忌胶柱鼓瑟，一成不变。

敛肺止咳：常用五味子、诃子、乌梅、五倍子、罂粟壳等收敛止咳药为主组方。常用方如五味子散、九仙散等。适用于肺虚久咳，干咳无痰之症。肺经咳逆，大都为感受邪气，内生痰浊，阻滞肺气，失于肃降。故其治疗当祛邪、肃肺、化痰。只有久咳肺虚，气阴受损，干咳无痰者，方可敛肺止咳，以收敛肺气而复其呼吸之常态。但在配伍上，除收涩药外，对降气、润肺、补气、化痰药均宜相机酌加，不可偏废。

涩肠固脱：常用药如肉豆蔻、赤石脂、禹余粮、乌梅、粟壳、诃子、炮姜等涩肠止泻药为主组方。常用方如桃花汤、真人养脏汤等。适用于脾肾虚寒，泻痢日久，滑脱不禁之症。

肠者属府，本为传导之官，以通为顺，不宜收涩，但若下利日久，洞泄不止，脾胃受伤，甚或肾气亦受损害者，是当温补脾肾，收涩固脱，庶几泄痢止而中气复，脾肾温而虚寒除，诸恙悉愈。

固崩止带：常用龙骨、牡蛎、海螵蛸、茜草、棕榈炭、椿根皮、山药、白果、芡实等敛涩药为主组方。常用方如固冲汤、椿根皮丸、愈带丸、治带片等。适用于妇女崩漏不止，或带下淋漓等病症。冲为血海，冲脉不固而见月经过多。血崩漏下者，可急则治标，用固崩止漏法以治之；若有热者，可酌情配伍清热，如气虚者，可适当配伍补气。带脉不固，湿浊内侵而致带下绵绵者，可用化湿止带，如为湿热者，一般当重在清化湿热，不宜专事止涩。

至于收敛止血，一般在理血法中讨论，所以，在这里就不再叙述了。

总之，涩法是为正气亏虚，而精气、津液耗散滑脱的病症而设，运用时除收敛止涩药物外，宜根据患者阴、阳、气、血的不足情况和程度，适当配伍补养药物，使之标本兼顾，而达提高疗效之目的。

凡疾病初起，邪气方盛者，如外感咳嗽多痰、湿热泻痢、相火亢盛之遗精、瘀血性漏下、湿热郁蒸引起之自汗等，均非本法所宜。因外邪鸱张，或实邪内盛者，过早运用固涩法，则有“闭门留寇”之弊，当加注意！

云龙同志，你说：“前人有‘酸涩敛邪’之训，又有‘涩可固脱’之论。一言敛邪，一言固正，两者岂不矛盾？”这问题提得好，但两者并不矛盾，乃从不同角度而言。前者，实指其副作用；后者，乃指其治疗作用，故不能混同对待。然而，

酸涩敛邪的副作用，也不能看作绝对，也要辩证地看，问题的关键在于配伍适当，运用合理。如能做到恰到好处，不但无碍于邪正，反可收相反相成的效果。试观仲景用桂枝汤治太阳风寒表虚证，方中桂枝与芍药相配，辛散与酸收并用；小青龙汤治“伤寒表不解，心下有水气，干呕发热而咳……或喘者”，方中麻、桂、姜、辛与五味、芍药相配，亦是敛散并用之例。可见太阳风寒“伤寒表不解”之时，并非绝对禁用收涩。徐洵溪《医学源流论》谓：“故方之既成，能使药各全其性，亦能使药各失其性，操纵之法，有大权焉，此方之妙也”。缪仲淳《本草经疏》也谈到处方配伍，可以合众药之所长，而又善护其所短。合药之长，即现在所说的发挥协同作用，可以提高疗效；善护其短，是指配伍适当，可以减少或消除其副作用。由此可见，酸涩之品，只要配伍得当，可以扩大其应用面，可以消除或减轻其副作用。古人已先我而论之矣。

下面，让我们举具体病症来说说吧！痢疾一病，古称滞下。有人认为“无积不成痢”，故有“痢无止法”之说。其实，此论亦非尽然，试观仲景乌梅丸，主用乌梅收敛，配伍姜、附、连、柏辈，寒热并用，以治久痢，确可取效。不但久痢可用收涩，即使痢疾初起，只要配伍适当，亦可应用。如王作忠等报导用乌连散（乌梅、黄连等分）治疗急性细菌性痢疾328例，治愈287例，好转41例，治愈率达87.5%，全部有效。与氯霉素治疗组相比，平均退热时间及住院时间均略优（辽宁中医杂志1979年4期15~17）。考王焘《外台秘要》卷二有黄连丸，治利下不能食，亦治天行。其方即是黄连、乌梅二味组成。于此可见，收涩剂亦并不绝对禁用于痢疾初起，笔

者亦尝应用之。如治毛××，女，1971年8月15日诊：痢疾，里急后重，大便脓血，腹痛，起病三日。前医用氯霉素，未能控制，体温略高(37.5℃)，大便一日仍5~6次，粘冻色红，苔薄黄腻，脉象濡数。大便检查有脓细胞，红、白血球等。辨证为肠腑湿热内蕴，治以清化湿热，仿白头翁汤酌加利气酸涩，处方为：白头翁30克 秦皮10克 川连3克 诃子10克 石榴皮6克 六一散15克 广木香5克。三剂后复诊，诸症均退，便检已正常，惟纳食较差，苔略腻，乃以平胃、枳曲麦芽调理而安。考诃子虽是收涩之品，但性味苦平，可以化湿，亦能胜热(《本草衍义补遗》称：“实大肠，敛肺降火”。《本草备要》谓：“生用清金行气”。可见亦有清热作用)故对湿热痢下可以起到治本之效，所以《金匱要略·呕吐哕下利病篇》47条有“气利，诃梨勒散主之”的明训，现代研究也证明乌梅、诃子、石榴皮具有明显的抗菌作用，包括痢疾杆菌、大肠杆菌、伤寒杆菌等在内。如能适当配伍黄连、滑石以清湿热，配木香等以通调气机，相互为用，则更可以扬长避短，发扬优势了。由此看来，从古代经验到现代临床，从中医理论到实验研究，其论点有着一致性，故“酸涩敛邪”禁用于疾病初起，作为单味药应用的注意事项是对的，但对治法和方剂来说，由于配伍关系，就不能作为普遍规律了。

谈到这里吧！就此再见。祝您
进步！

南京中医学院 张浩良

和法虽平淡 屡屡建奇功

刘建国同志：

您好！来信收到快一个月了，由于近来工作较忙，未能及时给您回信，很抱歉。您觉得和法的概念不够清楚，迫切希望了解和法的具体内容以及临床运用时需要掌握的要领，这个问题提得好。今天刚好有空，就扼要答复如下，供您参考。

和法，一名和解法，是一种比较特殊的方法，它既无明显的发汗、涌吐、泻下或补益作用，也与祛痰、化痰、逐水、利湿等法迥然有别。其作用和缓，具有和解少阳枢机，调和脏腑气血阴阳的功能。它能够通过表里两解、攻补兼施、寒热并调、升降相因等途径，使机体脏腑气血阴阳的偏盛偏衰重归于平复，表里虚实寒热等复杂证候亦随之得以解除。临床通常用于治疗外感热病中的少阳病、疟疾，内伤杂病中的肝脾不调、肠胃不和等病证，以及因脏腑气血阴阳失调而引起的其他一些病证。

和法有很多种，如清代医学家程国彭说：“有清而和者，有温而和者，有消而和者，有补而和者，有燥而和者，有润而和者，有兼表而和者，有兼攻而和者。和之义则一，而和之法则变化无穷矣。”从临床来看，和法中最常用的是和解少阳、调和肝脾及调和肠胃三种。

和解少阳法是以解表药配伍清里药，以治疗邪在半表半

里的少阳病的方法。它常以辛凉疏表的柴胡配伍苦寒清里的黄芩、青蒿等药，既能达半表之邪以外出，又能清半里之热以内解，表里之邪既除，则少阳病证自不复存。常用的方剂有小柴胡汤、蒿芩清胆汤等。临床可用于治疗少阳病，见寒热往来、口苦、咽干、目眩、胸胁苦满、心烦喜呕、默默不欲食、脉弦等症者，有较好的疗效。还可用于治疗妇人伤寒，热入血室，以及疟疾、黄疸等病见有少阳证者。近年来用于治疗某些类型的流感、败血症发热，产后发热，小儿夜热，以及一些不明原因的长期发热，收到良好的效果。如沈衡甫等以小柴胡汤治疗产后感染发热8例，体温38~39.6℃，白细胞1.2万~3.25万，服药2~5剂，全部治愈。湛江市中医院用小柴胡汤治疗小儿夜热症15例，取得了较好疗效。其使用依据是：发热时间长，舌淡红或红而润，苔薄白或微黄，血白细胞数不增高或偏低，脉弦细而缓。和解少阳法还可用于治疗急或慢性胆囊炎、急或慢性胰腺炎、急性胃炎、渗出性胸膜炎、传染性肝炎、急性肾盂炎、副伤寒、溃疡病等兼有少阳见证者。此外，和解治疟法是和解少阳法的一种变法，它是以燥湿化浊，开达膜原的厚朴、草果、槟榔等药伍以截疟清热的常山、知母、黄芩等，用于治疗疟疾寒热休作有时，头痛口干、胸闷烦躁、苔腻脉弦者，有一定疗效。常用方剂如达原饮、截疟七宝饮等。

调和肝脾法是以疏肝、柔肝药物与健运脾胃之品相配伍，用于治疗肝气郁结，影响脾胃功能而产生的多种病证的方法。它常以疏肝之柴胡、柔肝之白芍配伍甘温益脾的白术、茯苓等，既能条达肝气，又能健运脾气，能使肝郁得解，脾运亦健，肝脾不调诸证自然迎刃而解。常用方剂有四逆散、逍遥

散、痛泻要方等。临床主要用于治疗肝脾不调而见精神抑郁，或急躁易怒，手足厥冷，脘腹疼痛，胁肋胀满，或乳房作胀，或泄利下重，月经不调，脉弦等症者。近年来用于治疗急或慢性肝炎、肝硬化、胆囊炎、胆石症、胆道蛔虫症、胃痛、腹痛、偏头痛、肋间神经痛、急性乳腺炎、阑尾炎、盆腔炎、闭经，以及某些疑难病证，都有较好的疗效。例如，有人以四逆散加萸仁、黄芩、生姜等药，治疗肝厥证卒然抽搐、四肢厥逆、不省人事者，屡建奇效。有人以加味四逆散(柴胡、白芍、枳实、甘草、茵陈、乌梅、川楝子、广郁金、广木香、银花、连翘，有便秘者加大黄)为主治疗胆道蛔虫症41例，全部治愈。有人以逍遥散合硝石矾石散加金钱草为主，治疗胆石症20例，病程最短者1个月，最长者20年，治疗后疼痛完全消失者17例，减轻者3例。有6例经胆囊造影复查，其中5例胆石消失。浙江中医研究所以逍遥散治疗慢性肝炎93例，药后患者肝区痛、失眠、纳呆、腹胀、腹水、黄疸、肝肿大等症状和体征，以及肝功能试验等均有不同程度的改善。

调和肠胃法是以辛温开结之品与苦寒清降之药配伍，以治邪犯肠胃，肠胃功能失调，寒热夹杂的一类病证的方法。它常以辛开之干姜、半夏配以苦降的黄芩、黄连，寒温同用，泄中有开，通而能降，既善解郁聚之邪热，又能祛阴凝之痞寒，使气机畅利，中焦升降机能正常，而肠胃不和诸证默消于无形。常用方剂有半夏、生姜、甘草三泻心汤及黄连汤。临床主要用于治疗胃肠机能紊乱，寒热夹杂，证见脘腹痞满或疼痛，恶心呕吐，噎气呃逆，肠鸣下利，苔腻微黄等症者。近年来用于治疗急或慢性胃肠炎、消化不良、胃液滞留、溃疡病、浅表性胃炎、萎缩性胃炎、外科手术后严重呕吐等有较

好的疗效。如丁文正报告以半夏泻心汤化裁(基本方：党参、丹参、黄连、干姜、法夏、炙草、枳实)治疗溃疡病、浅表性胃炎、萎缩性胃炎70例，治愈7例，有效58例，无效5例，多数病例服药3~5剂后胃痛症状即消失。有报道，以半夏泻心汤治疗外科、眼科手术后呕吐不止者获得良好效果。

综上所述，可以看出和法运用范围广泛，适应证的病情也较复杂，因而对药物的配伍是很讲究的。或以解表药配清里药，表里两解，以治邪在少阳之证(如小柴胡汤之柴胡配黄芩)；或以祛邪药配扶正药，攻补兼施，以治肝郁脾虚之证(如逍遥散之柴胡、薄荷配当归、白术)；或以祛寒药配伍清热药，寒热并用，以治肠胃寒热错杂之证(如半夏泻心汤之芩、连伍姜、夏)；或以升散药配伍降逆药，升降相因，以治肝脾不调，升降失常之证(如四逆散之柴胡配枳实)。总之，它们都是根据证情，将两种或两种以上不同性味而作用又较和缓的药物配伍在一起，使邪气缓消，正气渐复，这就是和法方药配伍上的特点，也是我们临床运用和法时必须遵循的一个原则。了解了这一点，临证即能举一反三，根据证情，灵活配伍，而不致泥于成方。记得是在1976年，我曾治一冒姓妇女，年方二十四岁，婚后两年余未孕，闭经一年，渐至腹大如孕，胸部满闷，饮食少进，夜不成寐，腰酸腿软，大便干结。前医投活血通经药不效，求治于余。察其舌色淡、苔薄白而腻，脉来沉细，再细问病史，揣摩病机，乃知患者素体肾亏，加之婚后求子心切，肝郁气结，血行不畅，累及冲任胞宫，故诸证由生，即《续名医类案》所谓“气胎”之证也。遂以逍遥散合肾气丸化裁，以柴胡、大腹皮、陈皮、薄荷疏利肝气，茯苓、当归、川芎、白芍益脾养血，鹿角胶、怀牛

膝温通奇脉，更益以肾气丸吞服，缓培先天。因药之与证较能合拍，故先后服药28剂，诸恙悉平，于次年四月足月顺产一女婴。

需要注意的是，和法作用平和，使用范围较广，但同样存在着严格选择适应证的问题。和法的适应证多变，但只要抓住其特征，临床辨别就不难。那么，和法的适应证主要有哪特点呢？根据以上所述，可以归纳为三点：就病位而言，每居于半表半里，或病在肝脾，或恙在肠胃等，此其一；就病性而论，每属寒热夹杂、虚实互见，此其二；就症状而辨，较为复杂，往往表现出两个以上脏腑的症状，此其三。若能牢牢掌握这三点，就能较好地辨识和法的适应证。当然，对于邪气壅盛之证，还应以汗、吐、下、清等法为主，以祛其邪。切莫当攻不攻而滥用和法，以致药轻病重，不达病所。在外感病的治疗中，凡属邪在肌表，或表邪已全入里者，均不宜使用和法。因病邪在表，若妄用和法，每易引邪入里，变生他患。如表邪已全入里，盲目使用和法，也是有害无益的。

此外，在临床具体运用和法方药时，应灵活地随证加减药味和调整药物用量的比例。不论是表里两解、寒热并投、攻补兼施，抑或有升有降，都必须注意到这个问题。例如，小柴胡汤有表里两解之妙，但用治少阳病时还当知其寒热之多寡。若半表之邪偏盛，恶寒较为明显，可酌加桂枝微发其汗，并减人参之碍表；若半里之热偏重，热象较为突出时，则可酌加生石膏、知母，并减轻半夏、生姜的用量，以冀药之与证，丝丝入扣，能使机体阴阳平和而邪气顿解。小柴胡汤还寓有攻补兼施之意，但刘渡舟指出，使用本方退热时，柴胡的用量必须大于人参、甘草一倍以上才能发挥解热作用；若

人参、甘草的剂量大于或等于柴胡之量，则不能达到治疗的目的。这一点也是运用小柴胡汤时必须加以注意的。

小刘同志，通过上面的讨论不难看出，和法虽平淡，屡屡建奇功，但只有善用者方能如此，倘不善用，贻害非细，故临证不可不详审而明辨之。我想，您一定也有同样的认识吧！

祝您

学习进步！

南京中医学院 项 平

[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 1

作者 =

页数 = 2 2 6

S S 号 = 0

出版日期 =

封面
书名
版权
前言
目录
正文