

二十世纪中医之精华

● 主 编 张文康

「临 中」 家 「床 医」

王
合
三

王旭等
主编

中国中医药出版社

<http://www.klrs999.cn/>

快乐人生久久久

hbtmy制作



中国百年百名中医临床家丛书

王 合 三

主编 王 旭 王超凡 王继先
编委 王继先 王超凡 王卫红
顾问 王瑞麟

中国中医药出版社

· 北 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

王合三/王旭等主编. - 北京: 中国中医药出版社,
2001.5
(中国百年百名中医临床家丛书)
ISBN 7-80156-180-5

I. 王… II. 王… III. 中医学临床-经验-中国-现代
IV. R249.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2001) 第 16301 号

中国中医药出版社出版

发行者: 中国中医药出版社

(北京市朝阳区东兴路 7 号 电话: 64151553 邮编: 100027)

印刷者: 衡水冀峰印刷股份有限公司

经销者: 新华书店总店北京发行所

开 本: 850×1168 毫米 32 开

字 数: 234 千字

印 张: 10.5

版 次: 2001 年 5 月第 1 版

印 次: 2001 年 5 月第 1 次印刷

册 数: 5000

书 号: ISBN7-80156-180-5/R·180

定 价: 15.00 元

中国中医药出版社



中国百年百名中医临床家丛书

主 编 张文康

副主编 余 靖 李振吉



出版者的话

祖国医学源远流长。昔岐黄神农,医之源始;汉仲景华佗,医之圣也,在祖国医学发展的长河中,临床名家辈出,促进了祖国医学的迅猛发展。中国中医药出版社为贯彻卫生部和国家中医药管理局关于继承发扬祖国医药学,继承不泥古,发扬不离宗的精神,在完成了《明清名医全书大成》出版的基础上,又策划了《百年百名中医临床家丛书》,以期反映近现代即 20 世纪,特别是建国 50 年来中医药发展的历程。我们邀请卫生部张文康部长做本套丛书的主编,卫生部副部长兼国家中医药管理局局长余靖同志、国家中医药管理局副局长李振吉同志任副主编,他们都欣然同意,并亲自组织几百名中医药专家进行整理。经过几年的艰苦努力,终于在 21 世纪初正式问世。

顾名思义,《中国百年百名中医临床家丛书》就是要总结在过去的 100 年历史中,为中医药事业做出过巨大贡献、受到广大群众爱戴的中医临床工作者的丰富经验,把他们的事业发扬光大,让他们优秀的医疗经验代代相传。百年轮回,世纪更替,今天,我们又一次站在世纪之巅,回顾历史,总结经验,为的是更好地发展,更快地创新,使中医药学这座伟大的宝库永远取之不尽、用之不竭,更好地服务于人类,服务于未来。

本套丛书第一批计划出版 140 种左右,所选医家均系在中医临床方面取得卓越成就,在全国享有崇高威望且具有较高学术造诣的中医临床大家,包括内科、外科、妇科、儿科、骨伤科、针灸等各科的代表人物。

本套丛书以每位医家独立成册,每册按医家小传、专病论治、诊余漫话、年谱四部分进行编写。其中,医家小传简要介绍医家的

生平及成才之路；专病论治意在以病统论、以论统案、以案统话，即将与某病相关的精彩医论、医案、医话加以系统整理，便于临床学习与借鉴；诊余漫话则系读书体会、札记，也可以是习医心得，等等；年谱部分则反映了名医一生中的重大事件或转折点。

本套丛书有两个特点是值得一提的，其一是文前部分，我们尽最大可能的收集了医家的照片，包括一些珍贵的生活照、诊疗照以及医家手迹、名家题字等，这些材料具有极高的文献价值，是历史的真实反映；其二，本套丛书始终强调，必须把笔墨的重点放在医家最擅长治疗的病种上面，而且要大篇幅详细介绍，把医家在用药、用方上的特点予以详尽淋漓地展示，务求写出临床真正有效的内容，也就是说，不是医家擅长的病种大可不写，而且要写出“干货”来，不要让人感觉什么都能治，什么都治不好。

有了以上两大特点，我们相信，《中国百年百名中医临床家丛书》会受到广大中医工作者的青睐，更会对中医事业的发展起到巨大的推动作用。同时，通过对百余位中医临床医家经验的总结，也使近百年中医药学的发展历程清晰地展现在人们面前，因此，本套丛书不仅具有较高的临床参考价值和学术价值，同时还具有前所未有的文献价值，这也是我们组织编写这套丛书的由衷所在。

中国中医药出版社

2000年10月28日

▼ 王合三先生 满族黄旗人，以儒医两界名流誉满中州，尤擅长内、
儿、妇科，对《伤寒论》研究颇深，多有灼见。 ▲



目 录

医家小传.....	(1)
专病论治.....	(5)
伏气温病.....	(5)
慢性结肠炎.....	(7)
太阳伤寒病.....	(9)
外感风寒伴荨麻疹	(11)
外感邪入膜原	(13)
瘟疫邪入膜原	(16)
胃寒痛证	(20)
腹泻证	(21)
幽门梗阻	(24)
胃肠心胆多病缠身	(27)
肠梗阻	(30)
急性胃肠炎	(33)
阿米巴痢疾 (一)	(36)
阿米巴痢疾 (二)	(40)
溃疡性结肠炎	(43)
溃疡性结肠炎伴阳痿病	(47)
习惯性便秘	(51)
慢性胃炎、胆囊炎	(55)
老年习惯性便秘	(59)
甲状腺机能低下等多种疾病缠身	(62)

阳虚自汗证	(68)
黑舌苔 (阴虚内热)	(70)
血淋证	(74)
月经病	(77)
狂证	(79)
股痛	(82)
破伤风	(84)
全身泛发性环形红斑病	(87)
脱肛性内痔便后失血	(93)
八十四岁老翁患便秘痔疮便血	(98)
急性胆囊炎和先天性胆、胰管畸形	(101)
小儿急性阑尾炎	(106)
风热感冒	(113)
诊余漫话	(117)
医论	(117)
太阳病总纲	(117)
读仲景书脉症合参悟真谛	(119)
尊仲景与诬仲景	(125)
心下支结	(127)
“小便难”病因	(131)
衄家与衄血	(133)
上窍不通下窍不利治法一得	(137)
从桂枝越婢汤文中领悟阴阳	(139)
阳明病中有四逆证	(147)
论仲景开章先以风寒温三者为纲	(149)
桂枝下咽阳盛则毙	(152)
欲作奔豚与奔豚	(153)

“寒”字与“痰”字	(155)
小议恶寒与恶风	(157)
医使病人登鬼籍论	(159)
小议“传”与“不传”	(162)
小议“顺传”与“逆传”	(165)
悟“结胸”部位	(166)
小议叉手自冒心	(168)
脾瘅与消渴病	(170)
六经与三系列	(172)
心之“君主”与“神明”	(175)
证治方药	(179)
“外感”轻重论治	(179)
潮热与证治	(181)
小承气汤与有无燥屎	(182)
大承气汤与胃家实	(186)
“胃家”的主要证治法	(189)
调胃承气证治法	(191)
论治便脓血	(193)
用栀子豉汤不必泥其方	(195)
谈“亡阳”与治法	(197)
水气证治法	(200)
辨痞当识病因论治	(202)
《伤寒论》方剂歌括解	(205)
白虎加人参汤歌	(205)
桂枝去芍药加茯苓白术汤歌	(209)
桂枝麻黄各半汤歌	(211)
桂枝去芍药加附子汤歌	(213)

王合三论温病	(214)
伤寒温病证治	(214)
温邪“热变最速”之缘由	(217)
通阳不在温而在利小便	(219)
风伤卫与寒伤营	(220)
卫气营血证治法	(223)
邪汗并出宜益胃法	(226)
温病不可固守气血分当下则下	(228)
温病大腹证须验舌论治	(230)
温热传营验舌证治法	(234)
温病挟风挟湿证治不同	(237)
温热病验舌苔证治法	(240)
温热并非在一经不移	(243)
仲景《伤寒论》亦论温病	(245)
评论	(249)
王合三评说张仲景《伤寒论》	(249)
药物功效经验谈	(254)
谈用石膏之经验	(254)
“圣药”附子的临床使用	(260)
葛根至理悟	(264)
王合三论传染病	(268)
肠热（西）温病或胃家实（中）	(268)
虎列拉（西）霍乱（中）	(271)
赤痢（西）痢疾（中）	(276)
斑疹伤寒（西）瘟疫发斑（中）	(281)
痘疮（西）天花（中）	(283)
猩红热（西）烂喉痧阳毒（中）	(285)

白喉	(288)
鼠疫	(291)
肺炎	(295)
疟疾	(297)
流行性感冒	(300)
脑脊髓膜炎	(302)
医家误	(303)
王清任辨证误	(303)
方药用量	(307)
年谱	(313)

蘇子如夢

医家小传

中州王合三先生，男，满族黄旗人，儒医两界之名流也。生而颖慧，博学多能。取青紫后，淡视荣禄，以故废儒学习岐黄，积极参与公益事业，组织医学志士，开展学习交流。为振兴中华医学，培育中医药人才，于1925年、1926年、1939年和1948年在开封创办了中医学校、讲习所等，曾任校长等职。当时，旧中国政府对中医学遗产排斥、摧残，提出要消灭中医时，先生挺身反抗，作出了贡献。诊余“常以整理医学教材为怀，然吾国医术，汗牛充栋，古今学说，各树一帜，聚讼纷云，千古莫解，学者望洋兴叹，医者临症彷徨，噫！医学难矣，而王合三先生不以为难也，自是于业务之余，广集群书，乃苦心钻研，去其糟粕，撷其精华，本之于解剖，征之于实验，范围于自然科学之定律，审慎于客观唯物之现象，阴阳则不墨守，五行则不拘泥，以科学之眼光，持研究之精神，著述《伤寒求实》《温热论中西

合注》《内经从新》等书。初则探讨原因，研究病理，测微穷妙，极力推求；继则证候认识，诊断辨别，反复详论，毫厘不爽；终则治疗方法，剂量配合，歌括撰拟，对症施药，无不曲尽其妙。至于伤寒温病之区别，与治疗之不同，发挥尽致，步骤井然，竭十年之精力而书始告厥成”。先生撰写的《伤寒求实》一书于1930年陆续发表在《上海医报》上，对国内医界中西医汇通影响甚大，且受到了政府奖励，并授予中医科学化医士之名。夫是书也，不惟为先生垂四十余年究心医学之经验结晶，而且为后世习医之规矩准绳。先生擅长内、儿、妇科，设诊从不计诊费，自制中成药固崩片、止溃片、止疟片等，疗效显著，誉满中州。于1953年10月，在开封市解放初期，政府关爱中医知识分子，选先生为政协委员。先生为病人治病解难之余，设立中医学义教班，以所注疏伤寒、温病、内经为主课，传染病学、针灸、药物、生理解剖等辅之，不畏寒，不避暑，耳提面命，口传心授，其诲人不倦，劳瘁不辞之精神，洵为河南医界首创之举也。告学生：“余将平生所学，毫不保留的传给下一代。”打破医学保守之观念，培育出真才实学之人才，其中不少学生，成为建国后早期老一辈河南中医界名医、教授。当河南省中医院成立时，先生被选为首届院长。先生医德之高尚，经验之丰富，诲人不倦之精神，为医界仁人志士所赞颂。先生以疾，于1955年5月12日逝世，享年74岁。政府为先生召开隆重追悼会，学生“愧恨求教之晚，乃化悲痛为力量，承师志于未竟，遂将所授讲义付梓，籍资深造……以志纪念”。先生逝世之后，家人将先生平日节衣缩食购买的各类书籍，全部无偿捐献给国家。先生的医学经验、手迹，由于时日久远，多遗佚无存。多方收集，共获先生遗作《伤寒求实》《温热

论中西合注》《内经从新》《中医内科学问答题解》及《伤寒论方歌括》《症状歌括》及《河南中医学院附属医院院志》，这些资料始成为此次编写整理之“源泉”。在整理王合三先生独到经验之时，由王合三孙女女婿王旭（教授、主任医师）、长孙女王继先（主管药师）、重外孙女王超凡（副主任医师）、王卫红（护理）参加收集、摘抄、整理、编写工作。吾自幼随父王瑞麟习医，父现年 82 岁，吾每遇疑难问题，常常求教于父亲，故父亲为这次整理王合三先生遗作之顾问。中国中医药出版社深入各地不辞劳苦，寻访本世纪知名老中医，整理、总结、继承、发扬其学术思想、诊治经验，这项工程，受到全社会的赞誉，已故老中医亦为此瞑目。趁此机会，向支持、提供资料、捐赠原王合三先生遗作的有关领导、专家、教授和同仁致以谢意。

2000 年龙年春节王旭于深圳梅林一村卫东寓





专
病
论
治

伏气温病

误汗口伤烂赤治愈医案

伤寒一二日至四五日，而始见厥，其为热厥明矣。热厥为里热太过，血管中之水分缺乏，血行不利，使阴阳不相顺接，当其未厥之先，则必发热，是厥之寒热，当于未厥之先，细细留意，所以先热者后必厥，可见厥由于热，若仅以辛温之药发其汗，以热济热，再夺血管中之水分，轻则口伤烂赤，重则亡阴而死。

癸丑年，友人郝又甫患感，盖伏气温病也。余治之，屡以犀角地黄汤大剂投之，斑已见苗矣，然尚未见厥。后延时医，王某诊之曰：“中指发冷，温疹未透也。”一剂荆防，遂口伤烂赤，登高发狂。后用大剂下药与养阴之剂，始庆更

生，然已百日之久矣。故厥深热亦深，厥微热亦微，热厥应下。

【按语】 仲景在《伤寒论》第335条中详细讲述了热厥的临床表现及热与厥的关系，他说：“伤寒一二日至四五日而厥者，必发热，前热者后必厥，厥深者热亦深，厥微者热亦微。”如何治疗“热厥”？仲景只讲“法”不出方。先生治愈此病案不足百字，但对伏气温病之治法，误治之原因，误治后之变证，又如何将病治愈，记录十分清楚，愚略加分析：

①何谓伏气温病？《金匱真言论》曰：夫精者，身之本也。故藏于精者，春不病温。王合三先生注曰：“伏气温病是由冬不藏精，冬伤于寒，伏气所发而致。凡是热由内发者，皆以温病括之矣。”感而后发者，称伏气温病。

②伏邪温病，邪在营血的治法：此案先生“屡以犀角地黄汤大剂投入”，即知温病入营矣。“大凡治病，必先虑邪之出路，然后可水到渠成。邪方入营，不能逐之，必使委委曲曲，达出皮毛，方为正治，故用犀角、羚羊、元参……”服药之后，效果显然，故“斑已见苗矣，尚未见厥”。由于内热得到控制，避免了仲景指出的“厥深者热亦深，厥微者热亦微”的病重现象。“斑已见苗”也是病邪得到控制，正气战胜邪气之佳兆。王合三先生在其注疏的《温热论》中曰：“津液足，则邪仍透皮毛而解，往往斑出……此即透热转气之明证也。”

③误治之缘由：经先生治疗后，病势减轻，向愈之时，改请时医王某诊治。王某既知“温疹未透”，又用辛温发表之法，助温热之邪迫汗伤津，只服“一剂荆防，遂口伤烂赤，登高发狂”，犯仲景“一逆尚引日，再逆促命期”之戒。

④先生用何法转危为安？先生遵仲景法，活用仲景方药，“后用大剂下药与养阴之剂”。大剂下药，乃大承气汤（大黄、芒硝、枳实、厚朴）矣。再佐以养阴之剂，如增液汤方（元参、麦冬、生地）、益胃汤（沙参、麦冬、生地、玉竹、冰糖），服后很快取效，使病人从危转安，“始庆更生，然已百日之久矣”。赠王合三先生“妙手回春”不愧矣。

慢性结肠炎

桂枝汤治表证也治内证（附治愈病案二则）

桂枝汤暖胃又驱风，安息香酸芍药精，姜助桂枝枣助芍，润膜还是草之功。阳热也，阳热浮于表。阴血也，阴血弱于里。故阳浮者，热郁皮肤，所以发热。阴弱者，毛孔未闭，所以汗出。恶寒发热，乃太阳中风必有之症，曰啬啬恶寒，曰淅淅恶风，曰翕翕发热，不过形容其状况。鼻鸣、呼吸短促、干呕者，亦肺病呼吸不利所致，此时太阳中风之证的确矣，故以桂枝汤以解肌。若伤风，病菌常居于鼻腔之内，乘人身温度由高忽然变低之时，即入肺经，故见喷嚏、咳嗽、头痛、发热、恶寒、脉浮等症。皮毛为肺之合，肺既病，而皮毛无不病。我国医人，每见太阳之证如是，遂谓风寒之邪由皮毛而入，亦因不知病菌之理也。

【按语】 王合三先生以歌诀形式明确阐述了桂枝汤治表证也治内证。曰：“桂枝汤暖胃又驱风”。暖胃则有内治之功，驱风则可治太阳中风矣。成无己《伤寒明理论》曰：而此又不特专于发散之用，以脾主为胃行其津液。姜枣之用，

专行脾之津液而和营卫者也。明确指出桂枝汤有增强脾胃功能作用。尤在泾对桂枝汤既治外又治内的作用讲的更为清楚，曰：此汤外证得之，能解肌祛邪，内证得之，能补虚调阴阳。桂枝汤治太阳中风，症见头痛、发热、汗出、恶风、脉浮缓者。主药桂枝有解肌发表、调和营卫和缓解胃部干呕诸症之功；生姜味辛性温，可加强桂枝解肌、调和营卫、暖胃止呕、驱除风邪之功；芍药苦酸性平微寒，和营养阴。诸药合用，调和营卫，发汗解肌，使汗出表解而不伤正。

关于桂枝汤治里，仲景虽未专设条文，但其治“干呕”属里也。再究桂枝汤之药理，其治内之理自明，何况先贤如成无己、尤在泾，均有详述。可谓古今公认桂枝汤既可治表又可医内之理矣。曾经诊治病人王某，男，31岁，农民。患者以腹部脐左侧疼痛，多呈阵发性，每痛时持续半小时之久，夜间更重，大便稀溏，影响睡眠，经某医生诊为“气滞而痛”。给予：香附9g，元胡3g，槟榔3g，广木香3g，砂仁6g，乌药9g，甘草3g，3剂。服后腹痛白天略缓，夜间仍然疼痛加重，大便稀溏，饮食减少，睡眠不好。诊时见患者体胖，面色微黄，脉沉，舌质淡苔薄白，为营卫不和、脾胃虚寒之慢性肠炎症。前药一派行气止痛，未能温通脾胃，虽略见白日腹痛缓解，内中虚寒未动，故仍腹痛夜重，大便稀溏。遵仲景桂枝汤调和营卫法，易桂枝为肉桂，量重用之，增强其温里通阳之力。用肉桂12g，赤芍9g，生姜9g，甘草9g，大枣12枚。服第1剂后腹痛减轻，大便变稠；又服1剂，腹痛消失，大便成形，诸症消失；又让病人带药1剂巩固疗效。仲景对桂枝汤在服用方法上亦十分讲究，对后人启迪很大，曰：“若一服汗出病差，停后服，不必尽剂。若不汗，更服以前法。又不汗，后服小促其间，半日许令三服

尽。若病重者，一日一夜服，周时观之。服一剂尽，病证依次在者，更作服。若不汗出，乃服至二三剂。”处方对证，服法不对，亦碍治疗。近人多遵法依方，活用治多种疾病，取效亦佳。

太阳伤寒病

麻黄汤治外感极重者

麻黄汤里桂枝多，甘草杏仁妙若何？身痛恶风兼发热，无汗喘息起沉痾。太阳伤寒而主以麻黄汤。喘者，是皮毛闭而肺窍不利之象。太阳受病之初，或已发热，或未发热，但指皮上而言。然既明为太阳病，则皮下之热郁也可知，故必见恶寒之症。皮毛受束，皮下充血，故见体痛。皮毛病，实因肺先受邪，故脉见呕逆。毛孔全闭，故不见缓，而阴阳俱紧矣。名之曰伤寒，此外感之极重者也。

【按语】麻黄汤之所以治“外感之极重者”，乃是风寒之邪乘人体之虚，侵袭肺卫肌表，营卫不和也。“寒并与营，营实而卫虚者，无汗而恶风也，以营强卫弱，故气逆而喘，与麻黄汤以发其汗。”麻黄味辛苦温，有入营散寒、宣肺平喘之功，故为君；桂枝甘辛性温，解肌和营，通阳祛风，协助麻黄发汗，以散风寒，为臣；杏仁苦辛，宣肺降逆，助麻黄平喘，以为佐；炙甘草调和诸药，增其发散平喘之力以为使。此当为“甘草杏仁妙若何”之缘由吧。在服药时，应温服取汗，不须啜粥，足知麻黄汤解表、发汗、散寒之力雄，为治外感极重之剂。至于药量，仲景原方麻黄（去节）三

两，桂枝（去皮）二两，甘草（炙）一两，杏仁（去皮尖）七十个。王合三先生特别指出，麻黄汤里桂枝多，要求桂枝量大于麻黄量，以其解肌力大，助麻黄发汗。王合三先生在临床应用麻黄汤，主张加大桂枝用量。曾诊治一患者郭某，男，26岁。以慢性肠炎前来就诊，经治疗症状改善，由于天气突然转冷，发生少见的暴雪，患者又于4天前感受寒邪，致恶寒发热，体温37.4℃，头身疼痛，身困乏力，无汗，脉浮紧，舌质淡红，苔薄白。符合仲景太阳伤寒脉症，用麻黄汤。又因罹患慢性肠炎，胃肠气机不和有表证也有里证，当标本兼顾。药用麻黄4g，杏仁10g，桂枝6g，甘草10g，以驱在表之寒邪；仙鹤草30g，砂仁10g，槟榔10g，旱莲草30g，调理胃肠。让病人取药3剂，每日1剂，水煎服。并嘱出汗后勿着凉，以防反复。于3天后第1次复诊，说服上药1剂，诸症减轻；又服1剂，感冒痊愈。因感冒已愈，未再服第3剂。另用麻黄汤加减治疗痛经，桂枝用量亦较麻黄药量偏大，效果满意。关于麻黄汤的运用王晋三有其独见曰：“麻黄汤，破营方也。试观立方大意，麻黄轻清入肺，杏仁重浊入心，仲景治太阳初病，必从心营肺卫入意也。分言其功能，麻黄开窍发汗，桂枝和阳解肌，杏仁下气定喘，甘草安内攘外，四者各擅其长，有非诸药之所能及，兼论其相制七法：桂枝外监麻黄之发表，不使其大汗亡阳，甘草内守麻黄之出汗，不使其劫阴脱营，去姜枣者，姜性上升，又恐碍麻黄发表，枣味缓中，又恐阻杏仁下气，辗转回顾，无非欲其神速，一剂奏绩。若喜功屡用，必石戢而召亡阳之祸矣，故服已又叮咛不须啜粥，亦恐有留恋麻黄之性也。”关于用麻黄汤中相互比例问题，有人主张“此方药量的比例，以麻黄、桂枝、甘草比为3:2:1为宜（即仲景用药

比例)。掌握这点，能发挥解表发汗最佳疗效”。王合三先生主张，麻黄汤中桂枝用量应多，实践中发汗效果也好，当然用于治疗其他方面病证时，其用量比例应灵活掌握，以取得临床最佳效果为好，不可拘泥。

外感风寒伴荨麻疹

桂麻相合善变通

伤寒至八九日，正是病人出生入死之关头，若病势不见增加，必其人抗毒素甚强，足以扑灭病菌，如症状者，必其病菌仍有残留，故尚见发热恶寒之症。然发热多，是血分有邪。恶寒少，是皮毛无病。不呕胃无病也。圕便欲自可者，肠无病也。虽一日二三度发，是抗毒素抵抗病菌之象。脉微，是病后之脉。脉缓，为已愈之脉。此时不必服药，为欲愈也。所云不可汗吐下者，非听之任之也。仲景不出方，则当于汗吐下三者之外而求之也。八九日面上反有热色，是病邪尚在皮毛肌肉之间，非得小汗，病不解也。病邪久郁皮毛，不得随汗而出，其身必痒，所以然者，病菌久郁皮下，行分裂作用，故以桂枝麻黄各半汤发汗也。

【按语】 人是一个有机整体，与自然界之间经常处于矛盾之中，而又不断地解决着矛盾，从而维持机体与自然界之间的相对平衡。这种相对平衡状态，是人体正常生理活动与外界环境相适宜的结果，也是正气存内邪不可干的大好时期，所以，这时人就不病。反之，人体正常生理活动遭到破坏，就不可避免地要发生疾病。其主要原因有两个：一是正

气不足；二是病邪内侵。人与外界失去平衡，处于不相适应的状态，人体正气无力抗拒外邪，这时疾病就会发生。治疗措施应针对正邪交争的盛衰所反映出来的症状等所确定。如病邪在表时，应辨别是表实，还是表虚，还是介于两者之间，灵活准确地作出判定。若见太阳病发热、汗出、恶风、脉缓者，名为中风，属表虚，当用桂枝汤治之；若见太阳病，或已发热，或未发热，必恶寒、体痛、呕逆、脉阴阳俱紧者，名为伤寒，属表实证，用麻黄汤治之；若见太阳病，如疟状，发热恶寒，热多寒少，一日二三度发，面有热色、身痒等，属表不实不虚，介于半表半里之间，当用桂枝麻黄各半汤。此仲景教后人辨证用药之法也。另外，太阳表虚证用桂枝汤发汗后，若形似疟，一日再发者，属汗后表邪已轻而正气亦弱，当用桂枝二麻黄一汤。王合三先生曰：“此条（《伤寒论》25条）最易细认，不然，则杀人如反掌矣。”只有将《伤寒论》中前后条文互参，而且又能“细认”正与邪的微妙变化，才能做到运用自如，得心应手。既往诊治一位患者，朱某，女，37岁，农民。原患痔疾，手术后恶寒战栗，发烧，大汗出，伴胃痛，后寒热往来，日数次发作，恶寒较重，全身有荨麻疹样大小风团，瘙痒，搔之痒甚，上肢较轻，下肢为重，发热汗出，脉浮有力，舌质淡红，苔薄白，为外感风寒伴荨麻疹。乃拟桂枝麻黄各半汤，用桂枝9g，麻黄3g，赤芍9g，甘草9g，杏仁9g，大枣5枚，生姜9g。3付，水煎，早晚各服1次。二诊：服上药后，上肢瘙痒，风团减轻，下肢诸症未减，已不发热，脉缓有力。因下肢痒甚，风团多，照上药物，分量不变，加牛膝9g，木瓜9g。服药1剂后身瘙痒大减，风团逐渐减少变小。2剂后，诸症消失。值得讨论的是，关于芍药一味的使用。最赞同

明·许宏的用芍药方法，曰：“赤芍药性寒，能泻荣气；白芍药性平，能补荣气，虽皆芍药，补泻不同。仲景桂枝汤中只言芍药，不言赤白。《圣惠方》用赤芍，孙尚方用白芍，许叔微亦用白芍。且寒伤荣，风伤卫，此桂枝汤乃救风伤卫气者也。卫气既伤，荣气有强有不强，不可尽以为荣弱始发热也。若症恶风自汗，脉皆阳浮而阴弱，又复迟缓，此乃荣弱无疑，此必用白芍药以补荣而固其卫。如经中所云荣弱卫强，故使汗出是也。如症自汗恶风，脉却阳浮而阴盛，荣脉反壮，其内热盛，又更其人禀质素壮，血气有余，此必用赤芍药以泻其盛经之气也，岂可反补哉？自张氏至今寥寥数千载间，圣道遥远，人鲜能明。考之圣经，不言而会。如桂枝加芍药汤，乃下之腹满时痛，属太阴，此脾虚也，故用白芍以补之。如桂枝加大黄汤，乃下之因腹满大实痛，此脾气实也，故用赤芍药加大黄以利之。如建中汤、当归四逆汤、真武汤等，皆用白芍。如大柴胡汤、葛根汤、麻黄升麻汤，皆用赤芍。此皆古人所蕴未言之妙也，惟智者能推究之。”

外感邪入膜原

如疟情形教你猜

一天两次病重来，如疟情形教你猜，二分桂枝麻黄一，两汤合并细分开。

服桂枝汤后，形如疟，日再发，是病重药轻，遗邪尚在，按时分裂，故以桂枝二麻黄一汤发其汗。此条最易细认，不然，则杀人如反掌矣。

【按语】 “疟”字最早记载于殷商时代的甲骨文中。此后《周礼·天官》载曰“秋有疟寒疾”等。至《内经》已立有专论，指出：“疟气者……极则阴阳俱衰，卫气相离，故病得休；卫气集，则复病矣”（见《素问·疟论》）。对疟疾的休作有时以及病因证治有详述。疟疾有一日疟、间日疟、三日疟等分别，决不会一日反复发作二三次者，此是如疟，而非疟疾。虽有恶寒发热，或寒热往来，头项强痛，并非是“疟”为患，乃是太阳表证未解，故先生曰“如疟情形教你猜”，让与疟疾鉴别，两者不可混淆。寒热往来，日二三次，是正气虽弱，但仍可与邪抗争的表现。若用麻黄汤有病轻药重之过，若只用桂枝汤，但散表寒之力不足，故仲景根据病邪轻重、在营在卫之不同，采用桂枝汤量的三分之二和麻黄汤量的三分之一，合称桂枝二麻黄一汤〔桂枝一两十七铢（去皮），芍药一两六铢，麻黄十六铢，生姜一两六铢（切），杏仁十六个（去皮尖），甘草一两二铢（炙），大枣五枚（擘）。上七味，以水五升，先煮麻黄一二沸，去上沫，内诸药，煮取二升，去滓，温服一升，日再服〕，服之则邪去表解病愈矣。如误用麻黄汤过发其汗，后果难测，所以王合三先生特别指出“此条最易细认，不然，则杀人如反掌矣”。正如柯韵伯所言：“凡太阳发汗太过，则转属阳明，不及则转属少阳。此虽寒热往来，而头项强痛未罢，是太阳之表尚在。夫疟因暑邪久留而内着于膜原，故发作有时，日不再作。此因风邪犯于荣卫，动静无常，故一日再发，或三度发耳。邪气稽留于皮毛肌肉之间，固非桂枝汤之可解，已经汗过，又不宜麻黄汤之峻攻，故取桂枝汤三分之二，麻黄汤三分之一，合而服之，再解其肌，微开其表，取发汗于不发之中。”

治往来寒热，用小柴胡汤加减，取效亦捷。张仲景《伤寒论》第101条曰：“有柴胡证，但见一证便是，不必悉具。”临床运用很有参考价值。曾诊一患者张某，女，38岁，厨师，汉族。自诉恶寒发热已7天，病因不明，在工作时突然周身发冷，手不能摄物，全身无力。自服西药，未见效果。之后全身发冷，心中颤抖，眼睁不开，欲寐。如此间日一作。近三天每于中午开饭前后发作，先寒后热，心烦，夜间常失眠多梦。患者精神尚可，面色如常，脉沉弱无力，舌质红，舌苔白。分析：患者起病突然，病因不明，“从症求因”，其主症为先寒后热，寒热往来，间日发作，日晡益甚，为邪在膜原之征。至于目闭不睁，心烦颤抖，欲寐，为正虚邪盛，影响心肝。应治其本，使邪从膜原一解，诸症可愈。故以小柴胡汤和解少阳，合达原散驱除膜原之邪，两方随证加减，用柴胡9g，黄芩9g，党参9g，槟榔9g，厚朴9g，知母12g，草果9g，常山6g，甘草6g，水煎服。上方连服3剂，恶寒发热减轻，头痛、身困、不寐未除，右脉沉弱，舌质稍红，舌苔白。照上方加细辛6g，川芎9g，水煎服。连服3剂，恶寒发热、头痛均愈。尚有视物不清，头晕，脉弱无力，舌质红，苔白。改用明目地黄丸巩固疗效，月余后随访病愈。

有发病即见恶寒发热、寒热往来、日晡发热益甚、脉浮数者，常遵吴又可达原散加减治愈；也有因风热表证，治不得法，或延误时日，病邪由表入里，见以上脉症者，也可用本法治疗。如寒热往来，而热不甚者（不超过38℃），方中必用柴胡、黄芩；高热不退，口渴，脉洪大者，可重用生石膏、知母，配山药护胃（有梗米更好）；寒热往来，间日一作，加常山6g（量多易发生呕吐）；若兼见咽喉肿痛者，

加大青叶、生地、元参。此遵仲景方法，不泥仲景之药也。吴又可亦如此也，故吴氏当为仲景之功臣也。

瘟疫邪入膜原

战汗三步曲

太阳病，久失治，必先战栗，汗出而解，此言战汗之情形也。脉阴阳俱停，即脉伏也。盖服药之后，久居之病邪，与药发生激烈战斗，久之邪不胜正，驱之于体外，故始而脉停，继而战栗，终而汗出，此战汗时一定之步骤。然所服之药，亦不必尽属汗剂，亦有服下剂而发战汗者，观吴又可《瘟疫论》可知也。下后而发战汗，盖邪由表入里，凝结固滞，或阳明内实，使汗不能透彻，邪亦不出者，往往里气一通，邪遂透表，此症瘟疫发疹发斑最多，不可不知。

【按语】 战汗是一个症状，不是一个病，是多种疾病在特定条件下，正邪交争，正胜于邪，病人自觉“战栗”汗出的一种病症。战汗一症，太阳伤寒见之，温病、瘟疫亦见之。病邪在表者见之，病邪在里者亦见之。服药后助正杀邪，“与药发生激烈之战斗”，战汗出病解者见之，不服药而正气恢复，战栗汗出病愈者亦见之。战汗是邪与汗并出的一种反应，多视为疾病康复之佳兆，但亦不能忽视潜在之危症。故必须详细询问病史，了解既往治疗情况，认真观察病情变化和进食情况，有无失治、误治，做到心中有数，正确治疗。所谓战汗三步曲，乃王合三先生所言：“始而脉停”一步矣，“继而战栗”二步矣，“终而汗出”三步矣。此乃先

生对疾病长期观察，得出的经验。战汗未出现之前，病人最早在脉象上反映出“始而脉停”；战汗既作之时，正邪交战激烈，“继而战栗”随之第三步“终而汗出”，宣告一次“战役”取得胜利。是否会发生再一次的“战争”，还要看邪气是否彻底被歼灭。这“始而脉停、继而战栗、终而汗出”，简单的12个字，清晰地道出战汗的全过程。下面再看战汗发生在伤寒、温病中的情况。仲景曰：太阳病未解，脉阴阳俱停，必先振栗汗出乃解。但阳脉微者，先汗出而解；但阴脉微者，下之而解。太阳病之所以未从表解，可因失治、治疗不当或未治等，症见头痛、恶寒或发热，脉当浮而反见“阴阳俱停”。此“停”字，虽然是“停止”之“停”，其意则应是潜伏，“即脉伏也”。伏脉法地，如石投水，是正邪抗争激烈之反应，预示战汗来临。由于气血未乱，阴阳尚平，抗邪能力未衰，故“必先振栗汗出乃解”。如单见邪尚在表，随其表实、表虚，用麻桂，除邪扶正战汗病愈。若因邪气从表入里，“凝结固滞”，或因阳明“胃家实”，邪气不能从表而解，可用三承气法，使“里气一通，邪遂透表”，战汗而解。至于温邪，常有二种情况。其一，可战汗病愈。一待正复，与温热之邪交争，正胜于邪，战汗病解。其二，医生详加辨证，用药驱邪扶正，达到战汗之目的。王合三先生说：“温邪不传心胞，始终在气分流连……则战汗之希望，是在医生之权衡耳。”未战汗之因，乃津液暗耗，不能作汗，治当益胃，如增液汤、五汁饮，“阴液既充，邪亦混合其内，血活动，而邪亦活动……则腠理开，邪汗一并而出矣。然此是人为的，非天然的”。有战汗一次病即痊愈者，有战汗未愈者，可再次战汗，至愈为度。战汗之后，还须细心观察，脉症合参，以判断是属病愈或成脱证。叶天士曰：“盖战汗

而解，邪退正虚，阳从汗泄，故渐肤冷，未必即成脱证，此时宜令病者安舒静卧，以养阳气，旁人切勿惊惶，频频呼唤，扰其元神，使其烦躁。但诊其脉，若虚软和缓，虽蜷卧不语，汗出肤冷，却非脱证；若脉急疾，躁扰不卧，肤冷汗出，便为气脱之证矣。更有邪盛正虚，不能一战而解，停一二日再战汗而愈者，不可不知。”但亦有只战不汗出者，其因有三：一是正气虽复，邪热不减，虽有欲战之势，未能邪汗并出，可扶正祛邪，战汗出即可；二因邪热流连，津液暗耗，用益胃法治疗后，较之以往，抗邪力增，但仍不能胜邪，虽战无汗，当再益胃，胃气和，津液足，不愁战汗不解矣。三因邪胜正虚，虽正邪交争，但战而邪不却，随即发生变症，宜急当救治，或可不死。吴又可曰：“疫邪先传表，后传里，忽得战汗，经气输浅，当即脉静身冷，烦渴顿除，三五日阳气渐积，不待饮食劳碌，或有反复者，盖表邪已解，里邪未去，才觉发热，下之即解。疫邪表里分传，里气壅闭，非汗下不可，汗下之未尽，日后复热，当复下复汗。瘟疫下后，烦渴减，腹满去，或思饮食而知味，里气和也。身热未除，脉浮，此邪气怫郁于经，表未解也，当得汗解。如未得汗，以柴胡清燥汤（柴胡、黄芩、陈皮、甘草、花粉、知母，姜枣引，水煎服）和之，复不得汗者，从渐解也。不可苛求其汗，应下失下，气消血耗，既不欲战汗，但战而不汗者危，以中气亏微，但能降陷，不能升发也。次日当期复战厥回汗出者生，厥不回汗不出者死，以正气脱，不胜邪气也。战而厥回无汗者，真阳尚在，表气枯涸也，可使渐愈。凡战而不复忽痉者必死。痉者身如尸，牙关紧，目上视。凡战不可扰动，但可温覆，扰动则战必中止，次日当期复战，战汗后复下，下后越二三日反腹痛不止者，欲作滞下

也。无论已见积未见积，宜芍药汤（白芍一钱，当归一钱，槟榔二钱，厚朴一钱，甘草七分，生姜一斤，水煎服。里急后重加大黄三钱）。”瘟疫战汗亦变化多端，不仅注重辨证论治，必须认真观察，随证治之。切忌粗心大意，误治、失治，后患无穷。曾诊治患者刘某，女，汉族，34岁，工人。自诉：头痛欲吐，周身痛如跳脓状已四五天。病史：初因脱衣受凉，随即感觉肌肉疼痛，又外出淋雨，周身不适。至昨天下午病情转重，心中迷糊不清，全身肌肉疼痛，头痛欲吐，睡眠不熟，恶寒发热（体温 38°C 以上），寒热往来，日晡发热益甚，全身无力，欲吐不出，呼吸气短，急来诊治。检查：表情痛苦，倦困乏力，呼吸气促，尺肤热，体温 38.5°C ，舌质淡，舌苔薄白。诊断：瘟疫邪入膜原。辨证：初因减衣受凉，已见肌肉疼痛，风寒侵表之兆，又淋雨受寒，故恶寒发热，寒热往来，日晡发热益甚，系邪从太阳转入少阳，故倦困乏力，头身疼痛，不寐，欲吐等，应拟清热和胃。吴又可曰：“瘟疫初起，先憎寒而后发热，嗣后但热而不憎寒也。初得之二三日，其脉不浮不沉而数，昼夜发热，日晡益甚，头疼身痛。其时邪在伏膺之前，肠胃之后，虽有头痛身痛，此邪热浮越于经，不可认为伤寒表证，辄用麻黄桂枝之类，强发其汗，此邪不在经，汗之徒伤卫气，热亦不减；又不可下，此邪不在里，下之徒伤胃气，其渴愈甚。宜达原散主之。”用药：柴胡9g，黄芩9g，知母9g，槟榔9g，厚朴9g，草果9g，白芷9g，生石膏15g，山药9g，甘草6g，水煎服。上药先服3剂，战汗出热减，诸症渐减。又服3剂，汗出热退身凉而痊愈。

胃寒痛证

桂枝汤里去芍药妙，去芍药处请君思？

太阳误下体温低，脉促阳微胸满宜，桂枝汤里去芍药妙，去芍药处请君思。太阳病，本不当下，今竟下之，胃气伤而体温降，故觉胸满。肺中之邪，因体温低落之故，更乘机繁殖，将成结胃之症，幸邪未全陷，故脉见促。促者，数而时止也，有竭蹶不安之象，此表邪内陷，结胃将成之脉，故仍用桂枝汤，使病邪还从太阳散出，去方中收敛之芍药，恐其留恋病邪，单刀直入，斩关而出，此仲景治法之意也。

【按语】 这是王合三先生告戒后人，太阳病误下，损伤阳气，下药苦寒，直伤胃肠，使在表之邪陷入胸中，所谓“邪气入里必先胸”，人之内外阳气不振，故见“脉促胸满”，但表邪未解，必用桂枝汤，调和营卫，振奋阳气，不能有一丝损阳助阴之药，之所以去芍药者，去其苦寒（易损阳气）、酸敛（影响阳气升发）之性，充分发挥桂枝汤作用，使病邪从表而解，内外阳气升发，不残留余邪，诸症忽然而愈矣。此则谓“单刀直入，斩关而出”，用桂枝汤之法也。去芍药之妙，妙在充分发挥桂枝汤驱邪。因“芍药专益阴气，桂枝汤去芍药者，误下阳虚，浊阴必僭于中焦，故去芍药之酸寒”（《绛雪园古方选注》）。由于仲景组方科学合理，用药巧妙，思路敏捷，取效神速，后人多遵守之，而且也活用之，使其加减变化，广而用之。如尤在泾曰：“此汤（指桂枝汤）外证得之，能解肌祛邪气，内证得之，能补虚调阴阳”。既

往曾经使用桂枝去芍汤治疗一胃寒痛证患者，刘某，男，38岁，河南洛宁人，农民。患痔疮14年之久。住院期间，身体虚弱，饮食生冷致胃痛，若饮开水，胃痛稍见缓解，随即又复胃痛，且越来越重，脉沉无力，舌质淡，苔薄白有津。思其久病体虚，又因饮食生冷，损伤胃气，当为阳气虚弱，脾胃虚寒证。用仲景桂枝去芍药（防酸寒助邪）汤，药用桂枝12g，生姜9g，大枣10枚，甘草6g，水煎，早晚分服。服药1剂，胃痛若失，又服1剂痊愈，安然无恙返里。

腹 泻 证

小肠的“受盛”与“化物”

小肠为全肠五分之四，是消化和吸收作用最强的部分，和胃相连的部分名十二指肠，输胆管和输胰管都在此汇合。十二指肠连下去是曲屈的空肠和回肠，小肠粘膜表面有很多的皱襞，密生绒毛，绒毛内部有很多乳糜管，乳糜管的周围由网状的微细血管包着，绒毛内又有无数的肠腺，分泌肠液，内含酵素，能把蛋白质分解为后产物，变作氨基酸，此外尚有分解碳水化合物和脂肪的酵素，把小肠接受胃的食物化为血。

【按语】 王合三先生虽属中医，由于坚持走中医科学化道路，对新科学、新技术、新理论、新事物十分敏锐，并吸收其精华，为兴我中医事业而积极探索。此文用现代小肠的生理功能及其内在诸多化学变化作了科学的讲解，明确了“小肠接受胃的食物”，“而化为血”。前者即小肠“受盛”，

后则是小肠“化物”。《素问·灵兰秘典论》曰：“小肠者，受盛之官，化物出焉。”王冰注曰：“传道，谓传不洁之道；变化，谓变化物之形。故云传道之官，变化出焉。”中医理论用现代科学来理解，仍十分吻合！小肠受盛和化物功能与小肠正常生理活动及进入食物等有着密切关系。一般来说，胃对糖类食物、流质食物较蛋白质食物排空快，脂肪类食物排空最慢。在空腹时小肠几乎没有分节运动，当进食后才逐渐增强。小肠的蠕动速度很慢，每分钟约1~2cm，这有利于小肠“受盛”。其营养物质大部分在十二指肠和空肠段吸收，体现了小肠的“化物”作用。但小肠还有一种能把食糜从小肠顶端，直接推送至小肠末端，直至推入大肠的功能，每秒钟约运动2~25cm，若肠道功能紊乱，水泻可能与此有关。既往曾治疗诸多腹泻病人，如张某，女，25岁，汉族，以腹痛、腹泻前来就诊。开始原因不明，突然腹部疼痛，腹泻如注，一日四至五次，今已三天，诸症加重，并伴有轻微咳嗽。检查：精神尚可，面色稍黄，脉象微数，舌质紫黯，舌苔薄白。诊断：急性肠炎。辨证：食物不洁，损伤肠道，致脾虚湿盛，气机失畅，肺与大肠相表里，又兼见咳嗽，肺肠同治。拟清热解毒，健脾宣肺止泄。用药：金银花15g，连翘12g，杏仁9g，陈皮6g，山药12g，云苓15g，泽泻9g，砂仁6g，桔梗12g，党参9g，黄连6g，甘草9g，水煎服。服上药2剂，腹痛消失，腹泻亦减至每日1~2次，咳嗽也减轻。又服1剂，诸症痊愈。

腹泻是一个症状，引起腹泻的原因是什么？属急还是属缓，是新得，还是久患。同时还要注意分辨寒热虚实等。对肠炎泻泄的治疗，应首寻其因，再辨证施治。若染毒内热所致，宜清热解毒，常用黄连、黄柏、马齿苋；食积不化所

致，宜消食导滞，常用山楂、神曲、麦芽、厚朴、大黄；脾虚泻泄，宜健脾利尿止泄，常用党参、白术、云苓、山药、泽泻、车前子等。治泻宜因势利导，不宜急早固涩。前文提到的“肺与大肠相表里”现已用科学方法证实。匡调元氏认为“胃肠道内气体主要依靠肠壁血液循环吸收，由肺部排出。肠内气体经肠壁血液循环吸收，再由肺部排泄的量较由肛门排泄的量高出 20 多倍。胃肠道以小肠吸收气体的能力最强，常人每小时由小肠吸收 CO_2 2500mL 及其他气体 1300mL。如肺部排泄气体功能因肺炎或支气管哮喘等病变而发生障碍时，胃肠道气体的排泄也受到影响，因而引起腹胀。就上述病理生理研究资料而论，作者所见小肠气泡之形成是由于肺部炎症渗出物严重地充塞了肺泡腔，导致肺内换气障碍，而后使血液中的气体不易从肺部排出，血液中的气体分压增高，使肠腔内的气体不能经小肠吸收入血，导致腹胀。在此情况下，血液内的已溶气体及在肠腔内膨胀着的气体必将向压力较低的地方弥散。小肠粘膜相对而言较为菲薄，粘膜下组织又较疏松，因此，血液中的气体及肠腔中的气体都可能进入粘膜下层而形成气泡。如果肺与肠道内气体交换发生障碍时，可引起消化道的机能紊乱；如果肠蠕动增强，分泌增多，则可为“肠热下利”、腹泻；如果肠蠕动减弱、分泌减少，则可为“腑有热结”而便秘、腹胀，中医即称之为“肺移热于大肠”。此不仅在人体找到了肺与大肠相表里的客观依据，亦为“肺肠同治”进一步提高疗效创造了条件。

幽门梗阻

脾胃的“仓廩”与“五味”

脾在胃旁，胰在胃下，古人混成一家，其实不然。若胰属于消化系统，其形扁而长，横在胃下，中藏胰液，由导管输入十二指肠。胃是消化管中最膨大的部分，在腹腔上部的左方，像个不规则的口袋，上连食管的部分名贲门，下连十二指肠的部分名幽门。胃内壁有一层粘膜，表面有许多皱纹，内部有很多的胃腺和粘膜液，胃液中含有盐酸，专杀食物中的有毒东西，古人将十二指肠也划入仓库（廩）之内。因为胆液、胰液、胃液，有苦的、有甜的、有辣的，故以五味比之。

【按语】 在《素问·灵兰秘典论》中将心、肺、膻中、肝、胆、大肠、小肠、肾、三焦、膀胱、脾、胃统称“十二官”，惟独将“脾胃”又称作“仓廩之官”。王冰注云：“包括五谷，是为仓廩之官，营养四傍，故云五味出焉。”扼要说明脾胃可储贮水谷和消化水谷，使其转化成可供人体需要的各种营养物质。王合三先生依据现代解剖和其生理功能，将胃、胰、十二指肠划入“仓廩”之内；其所分泌之腺液，如胆液味苦、胰液味甜，比之为“五味”。脾主升，胃主降，一升一降，脾胃功能正常。《素问·经脉别论》曰：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾。脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱。水津四布，五经并行。”又曰：“脾气通于口，脾和则口能知五谷矣。”《素问·太阴阳明论》曰：“四肢

皆禀气于胃，而不得至经，必因于脾，乃得禀也。从而体现了“脾胃为后天之本”的重要性。因此，医家均把保护胃气作为治疗疾病的重要原则。应诊时治一食入即吐患者，经钡餐透视诊为幽门梗阻，原准备手术，经诊治后获愈。患者占某，男，44岁，患者自诉胃痛9年，久治不愈，近5个月开始食后即吐，多方治疗无效，身体日渐虚衰。于5月24日被某医院内科收入住院，采用中西药治疗月余，诸症不减，腹部膨大日甚，于7月16日行钡餐透视。检查报告：胃呈球形，扩大，高位，胃粘膜不能显示，胃蠕动增强，但未见钡餐通过幽门。5小时后复查，仍未见钡餐通过幽门。诊为幽门梗阻待查。结合患者食后即吐，身体虚弱，腹部胀满膨大日甚等，建议立即转外科手术。入外科后，采用补液加抗生素、肌注阿托品、内服酵母片等治疗，并准备手术。为求一线希望，邀中医会诊。见患者形体消瘦，表情痛苦，呕吐食少，腹部隆起，脉象沉细数，舌质淡，苔薄白有津。考虑为久病气血亏损，脾胃虚寒，升降失司，饮食水谷停滞不化，胃气上逆。治当健脾暖胃，降逆止呕。用王氏温脾降逆汤：苍术 9g，厚朴 9g，肉桂 8g，莱菔子 30g，大腹皮 15g，半夏 9g，竹茹 6g，泽泻 9g，甘草 3g。水煎，早晚频服。服药 1 剂，腹胀呕吐减轻；又服 1 剂，二便通畅，上腹胀满消减，进食亦不呕吐；又遵原方治疗 2 日，精神饮食好，诸症消失，于第 7 天痊愈出院。此案揭示钡餐透视见幽门梗阻，5 小时后复查仍未见钡剂通过幽门的患者，中药治疗仍不失为较好的治疗方法。如属肿瘤性阻塞，中药难于收效时再行手术治疗也为时不晚。令人庆幸的是，近年天津南开医院对急腹症后期和腹部大手术后常出现一过性脾虚证表现的患者进行了较为系统的观察与研究。研究结果证明，当处于一过

性脾虚证候时，患者可出现消化道运动功能障碍，消化吸收功能减弱，胃肠激素、内分泌功能、免疫功能低下等多方面改变。食道下括约肌压力可显著降低，而胃内压有偏高趋势，提示食道下端——贲门呈一低压带，可造成胃内容物向食道反流，并可导致上腹胀满，纳差少食，返酸嗝气；胃肠道运动波型多呈低平慢波，静止期较长，提示胃肠运动功能障碍；直肠敏感度降低，仅为正常对照组的一半，而最大耐受能力仅为正常对照组的 60%；脾虚病人胆囊收缩功能不良率高达 70%，提示胆囊内胆汁在进食脂餐后不能满意地排放，可致脂肪类食物消化障碍，引致消化不良，胃酸分泌功能降低，BAO、MAO、PAO 都显著低于正常对照组，胰腺分泌功能明显降低，小肠木糖吸收明显减退，提示这类病人消化吸收功能较正常人明显降低。血清总 T_3 (TT_3)、游离 T_3 (FT_3) 明显降低，说明脾虚患者甲状腺功能低下，也与“大手术后可以出现低 T_3 综合征”相吻合；血胃动素水平较正常组明显为高，推测与患者食少反射性地引起胃肠饥饿性收缩，挤压胃动素细胞分泌有关。体液免疫功能低下，IgA 和 IgG 最为明显；血中补体 C_3 、 C_4 含量明显升高，推测与细菌或食物性抗原作用于局部免疫功能低下的消化道粘膜，使吞噬这些异物的巨噬细胞被激活，补体合成增多有关。应用宿主防御指数 (HDI) 评价这类脾虚证患者免疫功能状态表明，以 $HDI > 1.5$ 时为脾虚证，则与临床脾虚见证符合率达 87%。鉴于脾虚证患者 CD_4/CD_8 比值绝大多数低于正常值，提出以 CD_4/CD_8 比值为依据，以 HDI 指数判定免疫力低下程度，则有利于判别轻重程度、脾虚程度的设想。可见，脾虚涉及到多个脏腑，与机体免疫力下降有密切关系。

这与王合三先生用现代科学理论解释脾胃的“仓廩”与“五味”涉及“胆（液）、胰（液）、胃（液）”等多脏腑是多么一致。中医学所以将脾胃作为“仓廩之官”，不同于其他脏腑是有一定道理的。如采用现代手段、检查指标，作为判断脾虚的依据是难能可贵的，亦为临床诊治脾虚病人提供了依据。

胃肠心胆多病缠身

缓急轻重亦在临时斟酌耳

三阳合病，必见三阳之脉症。腹满者，火逆中焦也。身重者，邪入血分，使身困倦也。难以转侧，极言身重之情形。邪在血管，全身不利，而舌本亦强，故口不仁。面垢者，因面常有汗出，屡滞灰尘也。谵语者，脑受热灼也。遗尿者，膀胱受热，而筋因失收缩功用也。此三阳合病之极重者。稍有医学常识者，皆不能妄用小柴胡汤，以单治少阳之病。粗工见有发热恶寒，泥于先汗后下之法以发汗，则津液出而内热愈炽，谵语必较前而更甚。若因谵语而下之，不知此病在阳明之经，而不在阳明之腑，愈夺其津液，使身体枯燥，毛孔干闭，不能分泌作汗，故头尚润泽，只见额上汗出。回血管因水少而凝滞，故手足逆冷。此热深厥亦深之症也。若在未经汗下之先，察其人有自汗出之症，当以白虎汤，清阳明经中之热，盖石膏最忌无汗，故仲景特别慎重，阳明解，而太少皆愈矣。若不愈者，以法治之。二阳并病，表证已罢，而阳明之下症悉具，则用大承气汤。上言三阳合

病，不顾太少而竟用阳明之法，此言二阳并病，必待太阳证罢而始用之，缓急轻重，亦在临时斟酌耳。

【按语】 王合三先生为了使学者在复杂多变的多种矛盾中运用好“缓急轻重”的诊治方法，选出以二阳、三阳并病中“极重者”，作为案例，从最基本的症状逐一分析，探本求源。既是三阳合病，必见其脉症。王合三先生分析“腹满”为火逆中焦；“身重”与“身困倦”，为火热之邪入血分，甚则舌强、口不仁、谵语、遗尿等；若有“自汗出”，无燥屎，无阳明腑实证，则阳明经证具矣，当急用白虎汤。并指出“阳明解”，则太少皆愈矣。此乃主要矛盾一解决，其他次要症状，亦即迎刃而解矣。王合三先生认为，一般情况下，在“标”病突出，或危及生命时，当先治“标”，而后治“本”。如原罹患慢性肝病，复感外邪，症见发热、恶寒、头痛、脉浮，当先治新病感冒，而后再治肝病。《素问·标本病传论》曰：“知标本者，万举万当，不知标本，是谓妄行。”仲景《伤寒论》第91条亦曰：“伤寒，医下之，续得下利，清谷不止，身疼痛者，急当救里，后身疼痛，清便自调者，急当救表。救里宜四逆汤，救表宜桂枝汤”。对缓急标本论述颇精。若标本兼重，应采用标本同治法。如体虚感冒病人，体虚为本，感冒为标，应解表与扶正同时治疗。若单扶正则邪恋而表邪不解，只解表则汗出又易损伤正气，故常“表里双解”、“攻补兼施”。曾诊治一多病缠身患者，即用此法，取得良好的效果。患者丁某，女，57岁，平素一贯身体不好。不明原因左少腹慢性疼痛伴食欲不振十六七年。曾到某医院行结肠气钡双重造影检查，结果显示：直肠、乙状结肠及降结肠下段肠管明显变细，充盈不佳，横结肠充盈不佳，并有激惹现象。乙状结肠扩张不佳，横结肠扩

张转好。诊断：①直肠和乙状结肠慢性炎症；②降结肠下段及横结肠慢性结肠炎。有浅表性胃炎、慢性胆囊炎病史。现精神欠佳，身困乏力，饮食少，腹胀满，时胸闷气短，体重减轻。望诊：形体消瘦，面色少华，精神不振。腹诊：上腹正中可触及阳性反应物如条索状，胆囊穴、左侧天枢穴压痛明显。指诊：肠粘膜松弛Ⅰ度，子宫后位。直肠镜检：顺利进入13cm，见肠粘膜充血，水肿，伴小颗粒，并见肠粘液。脉沉弱结（频发早搏）。为多种疾病集于一身（肠炎、胃炎、胆囊炎、早搏），当健脾益心，舒肝和胃，拟用黄芪20g，白术10g，薏仁25g，砂仁10g，仙鹤草30g，旱莲草20g，生山楂15g，玉竹15g，丹参20g，薤白15g，元胡12g，川楝子10g，神曲10g，麦芽10g，水煎服。并配服益寿乐胶囊，每次4粒，日3次。消治露1号，每次2支，日2次，加温后保留灌肠。经上治疗17天，大便日1次，胸闷、气短消失，腹胀减轻，饮食增加，早搏已无，精神也好，体重增加。后感受寒凉，症见头痛欲呕，微咳，恶寒发烧，体温37.8℃，脉浮数，舌质黯红，苔薄黄。拟用和解表里之剂，黄芪25g，丹参20g，白术10g，薏仁25g，砂仁10g，焦三仙各15g，槟榔10g，枳壳10g，柴胡10g，黄芩10g，金银花15g，水煎服。服1剂后，恶寒、发热、头痛均减轻，体温降至正常（36.6℃）。3剂服完后，尚见咽痒咳嗽，乏力，脉浮，舌尖红，苔薄微黄。为余邪未尽，又予柴胡10g，黄芩10g，菊花15g，金银花20g，连翘10g，牛蒡子10g，生贯众20g，板蓝根20g，白芍15g，赤石脂20g，云苓20g，鱼腥草30g，桔梗6g，甘草10g，水煎服。复诊时自诉服上方3剂，感冒已愈。但仍见下肢沉重，暖气，胸部时痛，大便已正常，但因“生气”，诉说病情时即哭泣、流泪，睡眠不好，胸闷，

胸痛，脉弱无力，舌质黯红，苔薄白，此乃中医之脏躁病，即又改用：丹参 10g，麦冬 15g，五味子 10g，浮小麦 30g，大枣 6 枚，柴胡 10g，当归 10g，黄芩 6g，白术 10g，生姜 3 片，薄荷 4g，牡蛎 25g，代赭石 6g，白芍 10g，甘草 10g，服药 3 剂，脏躁病愈。从这一病例可以看出，同时罹患多种疾病时，必须根据主证、主脉灵活运用“缓急轻重，亦在临证斟酌”的治疗原则。

肠梗阻

伤寒大便溏，湿温大便硬，不可攻下

伤寒之邪既去，大便必溏，邪已尽而再攻之，是无的放矢。叶天士曰：“伤寒大便溏，为邪已尽，不可再下；湿温病大便溏，为邪未尽，必大便硬，慎不可再攻也，以粪燥无湿矣。”此等经验，非叶氏不能道出也。

【按语】 伤寒大便溏，无论已下未下，均不可用攻下药，此世人皆知，因无阳明腑实证，决不可攻下矣。湿温却不然，因湿为阴邪，其性粘滞，虽与热邪相挟，其湿邪粘滞之性，未能全失，若湿热郁久，传入下焦，致神昏耳聋，少腹硬满，大便不下。若用攻下之药，必生变证，因湿温之“大便不下”，“非阳明腑实燥粪”所致。其大便不下，亦因湿热之邪为患，大便粘滞不下矣，非大便“硬”，故不可用苦寒攻下，宜用宣清导浊汤。方中二苓（猪苓、茯苓各五钱）、寒石（寒水石六钱），化无形之气；蚕砂（晚蚕砂四钱）、皂子（皂荚子三钱）逐有形之湿，以通大便。此后，

肠道功能恢复，吸收水分之力增强，又无湿温邪毒为害，则大便渐硬，是康复之机，“必大便硬，慎不可再攻也，以粪燥无湿矣”。若湿温病，治疗后湿尽热结，内有燥粪不下时，亦可用承气汤下之。总之，伤寒化热入里灼津所致燥粪内结，宜用攻下，意在急下存阴；湿热郁结下焦，宜用宣通导浊，意在通降湿热，使阳气恢复，病愈体安。此言其治疗大法。疾病有千变万化，临床症状亦变化万千，当随证治之，不可墨守一方一药矣。到外地诊病期间，曾治多例肠梗阻，属中医便秘、关格、腹急痛范畴。轻者单用中药即可，重者西医手术即愈。曾治金某，女，自诉：腹痛1月，加重3天，伴呕吐2天。病史：从8月中旬开始腹痛，经当地医生检查怀疑为“不全性肠梗阻。”内服阿托品等，病情未好转。近三天腹痛加剧，呈阵发性。脐下出现包块，昨天呕吐重，日七八次，为黄色水样液体，不能进食，食则呕吐。当日上午有肛门排气，随后停止。经某医院西医腹部穿刺抽出血性腹水，治疗不效，改请中医诊治。检查：体温36.6℃，脉搏84次/分，神志恍惚，精神萎靡，腹肌较紧张，脐下可见明显肠型，肠鸣音亢进，触压痛不明显，脉数有力，舌质淡，舌苔薄白有津。化验检查：白血球 $14.7 \times 10^9/L$ ，中性83%，血色素163g/L。腹胸X光透视报告：双肺有结核钙化点，腹部有大小不等的七八个液平面。诊断为肠梗阻，实属中医肠结便秘。辨证：腹痛、呕吐、便秘不通、腹肌紧张、肠鸣音亢进、可见肠型、脉数有力等，为脾胃失司，升降失调，肠结便秘；神志恍惚、精神萎靡为正气不足，心神不宁。应调理脾胃，攻下闭结。用药：厚朴9g，枳壳12g，陈皮6g，莱菔子30g，川楝子30g，柏子仁30g，桃仁12g，白术9g，木香6g，杭芍15g，大黄9g，甘草3g，水煎服。治疗

经过：服药 1 剂，腹痛减轻，肛门排气 3 次，触痛不明显，肠鸣音较前减弱，脐下可扪及条索状肠块。因病人体质虚弱，一剂攻下，得利即可，因“邪已尽而再攻之，是无的放矢”，改用益气健脾和胃之法。药用党参 9g，厚朴 9g，枳壳 9g，陈皮 6g，川楝子 30g，白术 9g，莱菔子 15g，柏子仁 15g，木香 9g，杭芍 15g，甘草 6g，水煎服。连服 2 剂，大便 1 次（量多），除腹部少有压痛外，其他都恢复正常。又继续照上方服用 6 剂，痊愈出院。为巩固疗效，又带 3 剂中药。肠梗阻多属中医“便秘”、“关格”、“急腹痛”等范畴。建国前病死率高，建国后死亡率逐渐降低。50 年代开展中西医结合综合治疗，使手术率由过去的 66.7% 降到 14.4%，死亡率由 13.7% 降到 5% ~ 6%，此后其死亡率较之以往大大下降。后本人到西藏工作期间了解到，肠梗阻是高山地区常见病、多发病，以藏族同胞患病率较高。单纯性肠梗阻非手术疗法即可治愈，复杂性肠梗阻需中西医结合治疗，对于较严重或绞窄性肠梗阻以手术治疗为优。我们对肠梗阻诱发原因作了初步探讨，认为与藏族同胞喜食带皮洋芋有关，特别是脾胃虚弱之人，肠胃功能失调，吃带皮洋芋或食生肉容易发病。常用复方大承气汤〔厚朴、枳壳、莱菔子、大黄（后下）、芒硝（冲）、甘草〕加减治疗。也可单用生甘遂末 0.6 ~ 0.9g 冲服。在现代研究方面，吴咸中等主编的《证与治则的现代研究——急性腹部疾病》一书中介绍，研究人员用“家兔可复性肠梗阻模型”造成完全性小肠梗阻，24 小时后开腹探查，可见动物肠管扩张，肠壁充血水肿，动脉血和门静脉血浆血管活性肠肽（VIP）、P 物质（SP）水平增高。证明完全性机械性肠梗阻后，VIP 释放增加是导致肠壁充血水肿、肠腔内液体积聚、腹水等病理改变的重要因素之

一。造模 24 小时后，再次麻醉动物，解除器质性梗阻因素，开腹经十二指肠灌注大承气汤，40 分钟后，动脉血及门静脉血的 VIP 水平较灌注前降低。提示肠道给予大承气汤可纠正肠梗阻动物胃肠激素异常。肠梗阻动物麻醉时，戊巴比妥钠用量应减少 20%。这样的动物模型，不仅为临床提供可重复的依据，对了解肠梗阻病理生理变化以及指导临床用药也有极大帮助。

急性胃肠炎

呕吐证治法

汗出不解，由太阳转属少阳，心下痞硬，邪结于胸膈之中，上攻胃则呕，下攻肠则下利，故以大柴胡汤，上下两解之。胸中膈膜之间有郁火，新病也。胃中有寒邪，宿病也。寒阻小肠之气则腹痛，寒在胃中则呕，故主以黄连汤，用黄连以散郁火，用姜、桂、参、草以散寒而补中益气，半夏以镇呕，诚妙方也。太阳之寒，束于皮毛，少阳之火，郁于半里，若二阳病邪，侵入大肠，则自下利，与黄芩汤，清热以和中。若有呕症，是郁火上升胃经，则加半夏、生姜以治呕也。汗出胃干，发汗过也，故烦躁不得眠。此时欲得饮水者，少少与饮之。少少者，不敢骤然多与，恐胃不承受而呕吐，令胃气得和，其病自愈。若大汗出后，脉浮微热，是表证仍在也。小便不利，是身中之体温因大汗而低落，则膀胱冷，冷则水不化气，是州都之官病，而决渎之官亦失职也，故小便不利。膀胱中水冷，身中之水无不冷，水精不能四

布，故口燥，如消渴之状，其实水入，未必能承受也。五苓散主之，以暖膀胱而利水也。

【按语】 呕吐反映了不同病邪不同程度地对胃造成的一种病理性反应。水谷（饮食物）从口，由食道入胃，经过胃的初步消化，下注小肠。这一过程是胃气和降的正常生理功能，亦是胃主降的生理特点。反之，胃气上逆则呕吐、暖气。若过早地进入小肠，势必引起腹痛、下利等症。《伤寒论》中治“心下痞硬”、“呕吐”、“下利”等，用大柴胡汤（柴胡、黄芩、芍药、半夏、大黄、枳实、生姜、大枣）上下两解之。若太阳、少阳之邪入肠，自下利者，当用黄芩汤（黄芩、芍药、甘草、大枣）。若火郁犯胃而呕者，当与黄芩汤加半夏、生姜止呕。呕吐病因较多，证治复杂，成无己《伤寒明理论·呕吐》论之较详，曰：“伤寒呕吐，何以明之？呕者有声者也，吐者吐出其物也，故有干呕，而无干吐。是以干呕则曰食谷欲呕，及吐则曰饮食入口即吐，呕吐之有轻重可知也。伤寒呕有责于热者，有责于寒者。至于吐家，则悉言虚冷也。经曰：太阴之为病，腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛。又曰：胃中虚冷故吐也。呕家则不然，呕有热者，有寒者，有停饮者，有胃脘有脓者，皆当明辨之。呕而发热者，柴胡汤证具，与其呕不止，心下急，郁郁微烦，大柴胡汤主之者，是邪热为呕者也，膈上有寒饮，干呕者不可吐也，当温之。与其干呕吐涎沫头痛者，吴茱萸汤主之，是寒邪为呕者也。先呕后渴者，此为欲解。先渴后呕者，为水停心下，此属饮家，是停饮呕者。呕家有痈脓，不须治，脓尽自愈，是胃脘有脓而呕也。诸如此者，虽有殊别，大抵伤寒表邪欲传里，里气上逆，则为呕也，是以半表半里证，多云呕也……医者必审其邪气之虚实，疾症之逆

顺，为施药圆，治则当矣。”曾诊治一患儿王某，男，7岁。精神饮食均好，于星期天，其母买一盒“饼干”，患儿非常高兴，连续食入，晚饭进食不多（因吃“饼干”较多），至夜间呕吐，呕吐物多为食入之“饼干”，呈白色粘团状物，先服藿香正气胶囊和黄连素片，因仍呕吐，继而胃部亦痛，又服花椒水，虽有好转，但呕吐时作，腹时痛，并腹泻一次。诊其脉微数，舌质淡红苔薄白。患儿表情痛苦，时时欲呕，体温不高，吐后则感舒服。诊断为急性胃肠炎。药用藿香 6g，佩兰 6g，甘草 2g，陈皮 6g，白术 6g，厚朴 5g，半夏 4g，白芷 3g，大枣 3 枚，花椒 2g，生山楂 3g，麦芽 5g，生姜 2 片。水煎服。服后安然，时欲呕吐，逐渐入睡。至次晨，患儿体温 36.6℃，不呕不泻，但欲饮水。使饮糖盐水，又服上方药液约 300 ~ 400mL。服后胃中不适，心烦不安，欲吐，约三五分钟后，将水药全部吐出，吐后自觉安然。此乃因胃气未和，“欲得饮水者”本应“少少与饮之”，反让患儿过饮，饮后随即呕吐。仲景《伤寒论》曰：“太阳病，发汗后，大汗出，胃中干，烦躁不得眠，欲得饮水者，少少与饮之，令胃气和则愈。若脉浮，小便不利，微热消渴者，五苓散主之。”患者虽非本条所说的太阳病，确符合“欲得饮水者，少少与饮之，令胃气和则愈”之教诲。因患儿体温 37.2℃，乃照上方加柴胡 6g，黄芩 6g，薄荷 4g，水煎，少量频服。后慢慢让患儿服面汤，至下午则病愈矣。

阿米巴痢疾（一）

少阴下利便脓血与痢疾不同

少阴之为病，其脉微细，微为气虚，细为血虚，今脉见微细，是气血两虚也。夫人之所以运动者，气血之充足耳，今气血两虚，所以身体困倦，但有欲寐之状况。后凡言少阴病者，皆有脉微细但欲寐六字。太阴病，气虚肠滑而下利，利久，则肠壁有破处，壁上之膏油杂血而下，故便脓血与痢疾之便脓血外虽同而来源则异，故以桃花汤止利，利止则便脓血亦愈矣。腹痛，为大肠中有破损处。小便不利，因水走大肠，所以下利不止，便脓血。仍主以桃花汤也。

【按语】 少阴病，有从阳转于少阴者，如从太阳、少阳；有从太阴转属少阴；亦有直中少阴者。其所以来路不同，乃因正邪抗争力不同，亦有误治、失治或本属虚寒，直中于此者。虽均属少阴病，但亦有轻重、虚实、寒热之差异也。故王合三先生说：“少阴病脉微细，是心脏衰弱，但欲寐，是神经衰弱，初起之时，有兼表证者，有兼里实者，所以少阴篇中的初起治疗，有麻黄附子细辛汤和大承气汤的分别。”但对虚寒下利，或利久，腹痛，小便不利，便脓血者，当以桃花汤（赤石脂一斤，一半全用，一半筛末，干姜一两，粳米一升，以水七升，煮米令熟，去滓。温服七合，内赤石脂末方寸匕，日三服。若一服愈，余勿服，温里涩肠，则下利便脓血可愈）。曾在临床运用治疗非特异性慢性结肠炎，在五个证型中，其中脾虚湿盛型的证治与仲景《伤寒

论》桃花汤证相类。脾虚湿盛型，属非特异性慢性结肠炎早期，症见身困乏力，形体虚弱，面黄或下肢浮肿，食少纳差，大便不利，脉沉弱无力，舌质淡红，苔薄白或微黄。当健脾消肿，用党参 10~25g，黄芪 12~25g，当归 6~15g，白术 6~15g，山药 10~15g，薏仁 15~30g，云苓 10~20g，赤石脂 12~25g，车前子 15~30g，吴茱萸 6~10g，甘草 3~6g。加减：阳虚加制附片、肉桂、干姜；血虚加龙眼肉、阿胶；温中止呕加姜竹茹、良姜、丁香；中气不足，下坠加柴胡、升麻、枳壳；便脓血加仙鹤草、椿根白皮，重用赤石脂。用法：水煎，早晚服，亦可用 30~50mL 药液保留灌肠。

诊治一溃疡性结肠炎患者，周某，男，16 岁，学生。以脓血便 3 年，加重月余就诊。初因患“痢疾”，在某医院诊治，病情时轻时重，有时胃痛，大便脓血，日 1~2 次。既往患肝炎。精神尚可，面色萎黄，脉沉弱无力，舌质黯红，舌苔薄黄。直肠镜检查：顺利进入 13cm，见肠粘膜色淡，11cm 以下肠粘膜充血、水肿，直肠壁左侧前方有溃疡、糜烂、出血，7cm 以下逐渐加重。诊为溃疡性结肠炎和胃炎。给与健脾和胃、清热止血之剂。用黄芪 25g，党参 30g，白术 15g，云苓 20g，山药 15g，炙鳖甲 10g，花椒 6g，白芍 15g，白及 10g，公英 15g，仙鹤草 30g，益母草 20g，旱莲草 15g，女贞子 15g，瓦楞子 15g，元胡 15g，牡蛎 20g，甘草 10g，水煎服。配益寿乐胶囊，每次 4 粒，日服 3 次。消治露 1 号，每次 2 支，每日 2 次，加温后保留灌肠。因患者上学，时间较紧，治疗 7 天，即自行停药，直到 7 个月后，因便后出血水，日 1~2 次，伴腹痛，病情加重，才来复诊。追问上次服药后情况，患者说服药后便血减少，因上学不便，自用归脾丸等内服，因近来加重，故来复诊。今复用直肠镜检查，

见直肠粘膜从 14cm 向下至齿线以上出血，水肿较重，溃疡糜烂出血以直肠前壁 13cm 处较重，10 ~ 8cm 处直肠粘膜上布满颗粒和白色伪膜。较第一次直肠镜检查结果为重。脉弱无力，舌质红，苔薄黄。给与黄芪 25g，党参 25g，白术 15g，云苓 20g，山药 15g，白芍 15g，仙鹤草 30g，菟丝子 15g，牡蛎 30g，女贞子 15g，白及 15g，赤石脂 25g，甘草 10g，阿胶 10g（烔化），6 付，水煎服。配用益寿乐胶囊、消治露 2 号，用法用量均同第 1 次。如便血加棕榈炭、乌梅炭；胃酸加瓦楞子、海螵蛸；久病伤肾加菟丝子、枸杞、鹿角胶；舒肝养肝加郁金、白术等。共计治疗 40 天，诸症消失。王合三先生教导后人，桃花汤证便脓血当与痢疾便脓血相鉴别，先生指出，“外虽同而来源则异”，治少阴之便脓血，“以桃花汤止利，利止则便脓血亦愈矣”。而“赤痢之原因有二：一为阿米巴赤痢，一为细菌赤痢。中医对本病并无分别，统名之曰痢疾。因无显微镜之故，若论治法以清热消炎为主”。方用葛根黄芩黄连汤（葛根 9g，川连 3g，黄芩 9g，甘草 6g），专治误下后喘汗下痢者；香连丸（川连、木香各等份），专治肠胃发酵里急后重便脓血者。张景岳对痢疾治疗颇有心得体会，曰：“盖肠癖之属，皆缘传化失职，津液受伤，而致奔迫无度，岂可恣行攻伐，以为不易之定法乎？历观时医治痢，无高下贤愚，必用橘皮、枳壳、厚朴、槟榔之属；稍有赤沫，即用芩、连、芍药；水道不利，便与木通、车前；口噤不食，不出黄连、石莲……初起腹痛后重者，则兼木香、槟、朴以泄之；饮食难进者，则兼枳实、焦术以运之；阴气上逆，干呕不食者，则兼丁香、吴茱萸以温之；呕吐涎水者，则兼橘、半、生姜以豁之；脓血稠粘者，则兼茜根、乌梅以理之；水道不通者，则兼升、柴以举之；

身热不除者，则兼桂枝、芍药、姜、枣以和之；阴虚夜热痛剧者，则兼熟地、黄芪、阿胶、归、芍以济之；若数日不已而腹痛后重转甚者，必须参、术、升、柴兼补而升之；久痢噤口不食，此胃气告匱，最为危险，较之初起口噤，尚有浊气可破，积沫可驱，迥乎不同，非大剂参、术，佐以茯苓、甘草、藿香、木香、煨葛根之属，大补胃气，兼行津液，不能升之，但得胃气一转，饮食稍进，便宜独参汤略加橘皮或制香附，缓缓调补，兼疏滞气，最为合剂，如茯苓之淡渗，木香之耗气，葛根之行经，皆当屏除。即如久痢后重用三奇散，取黄芪、防风以开合，枳壳以破滞气，以为卓识不群，然后重稍减，便当改用补中益气，转关妙用，全在乎此……世俗治痢，专守通因通用，痛无补法之例，不知因气病而肠中切痛，非温通理气，则痛不止；因气陷而浊气下坠，非升举其气，则后重不除；因气伤而津液崩脱，非调补其气则积不已；因阴虚而致微热腹痛，非峻补其阴，则痢痛不息。世人见余用参、术、姜、桂温补气血之药，以为可骇，更有用黄芪、地黄滋阴膩滞之药，益怪甚矣。且有用石脂、干姜温涩固脱之药，以为劫剂，而大排之，不知《内经》中原有涩因涩用之法。盖里急后重，数至圜而不能便，非涩而何？况因涩而过用利气，乃致滑脱不收，安得不用涩耶？更有不知调气，但见下痢日久，便行止涩，轻以诃子投之，闭其滞气，迫痛愈加，愈劫愈甚，此与杀之无异也”（见《张氏医通·痢》）。张氏治痢之经验丰富，体会深刻，对后人启迪很大。涩因涩用之法，正是王合三先生所谈少阴病。但是，若因热痢、毒痢致发烧内热盛者，当按王合三先生治痢之法治之，切不可妄用收涩之剂。

阿米巴痢疾（二）

治热利用白头翁汤

瘀热下利，大肠发肿，肠中之道路窄狭，粪欲出而不得出，则里急后重，即《内经》所谓滞下，今人所谓痢疾也。故以白头翁汤，以清大肠之热。下利使水分尽从大肠而出，身中灼热，胃中亦燥，故欲饮水，仍主白头翁汤。

【按语】 关于痢疾，早在《内经》就有赤痢、白痢、赤白痢等记载。如“饮食不节，起居不时者，阴受之……入五脏则腹满闭塞，下为飧泄，久为肠癖”（见《素问·太阳阳明篇》）。此言病从口入，起居失时为病之原由也。“岁少阳在泉，火淫所胜，则焰明郊野，寒热更至。民病注泄赤白，少腹痛溺赤，甚则血便……厥阴之胜……肠鸣飧泄，少腹痛，注下赤白，甚则呕吐，鬲咽不通……少阳之胜，热客于胃……少腹痛，下沃赤白”（见《素问·至真要大论》）。此言赤白痢疾之症状。“肠癖下白沫，脉沉则生，脉浮则死”（见《素问·通评虚实论》）。此言白痢之脉症。“少阴之胜，腹满痛，溏泄，传为赤沃”（见《素问·至真要大论》）。此言赤痢之见症。张仲景《伤寒论》第371条曰：“热利下重者，白头翁汤主之。”又在第373条曰：“下利，欲饮水者，以有热故也，白头翁汤主之”。仲景在《伤寒论》中对热痢用白头翁汤只此两条，虽文字不多，但广为流传。王合三先生对仲景此二条文分析的十分切贴，如对“热利”的解释，从病机上解释为“瘀热下利”，在病变部位、病症上解释曰“大肠

发肿”。王合三先生又进一步阐述了由于“下利使水分尽从大便而出，身中灼热，胃中亦燥”的病机。仲景亦曰：“欲饮水者，以有热故也。”前者重点从局部，后者从全身，两条结合分析，就更全面，采用白头翁汤正确无误也。吴谦《伤寒悬解》卷十二曰：“三阴俱有下利证，自利不渴者，属太阴也；自利而渴者，属少阴也。惟厥阴下利，属于寒者，厥而不渴，下利清谷；属于热者，消渴下利，下重便脓血也。此热利下重，乃火郁湿蒸，秽气奔逼广门，魄门重滞而难出，即《内经》所云暴注下迫者是也。君白头翁，寒而苦辛，臣秦皮，寒而苦涩，寒能胜热，苦能燥湿，辛以散火之郁，涩以收下重之利也；佐黄连清上焦之火，则渴可止；使黄柏泻下焦之热，则利自除也。治厥阴热利有二：初利用此方以泻火，以苦燥之，以辛散之，以涩固之，是谓以寒治热之法；久利则用乌梅丸之酸以收火，随所利而行之，调其气使之平也。”王合三先生对痢疾之病原用现代科学解曰：“赤痢之原因有二：一属于动物性者，一属于植物性者。属于动物性者，为阿米巴赤痢，乃1875年，勒须氏所发见。属于植物性者，为细菌赤痢，乃1898年，志贺洁氏所发见。中医对本病，并无分别，统名之曰痢疾。因无显微镜之故，此病菌存于大肠粘膜，放散毒素，粘膜感受毒素之刺激，遂发炎发肿，大肠之道路窄狭，所以有里急后重下痢红白等症。次数虽多，而出物甚少，阿米巴原虫，较赤血球为大，每每吞食之”。王合三先生依据古今，结合论述，使学者易理解矣。并介绍中医治痢疾经验良方，如凉血止痢汤，专治热入血分发热而下痢者；白头翁汤，专治热痢下重者等。曾治患者崔某，男，21岁，工人，汉族。腹泻，偶便脓血，日大便3~7次之多，已有二年，至今未愈。但病人不知病因，

二年前开始腹痛、腹泻，当腹痛时，则腰难伸直，反复发作，缠绵难愈，医生让服痢特灵等药治疗，均无明显效果。现腹痛、腹泻，有时混有脓血，有时如蛋清样粘液便，有时呈水样便，改请中医治疗。患者精神尚好，脉弦微数，舌质紫黯，苔白。大便检验：粘液便伴少量血液，红细胞（++），白细胞（++），阿米巴原虫极少。诊断为阿米巴痢疾。为湿热蕴结肠道，治宜清热燥湿止痢，方用白头翁汤。白头翁 30g，黄连 9g，黄柏 9g，秦皮 30g，水煎，早晚分服。服 3 剂后，腹痛减轻，泻利、便脓血减少，共服药 9 剂，诸症消失，精神转好，饮食增加，病愈。后连续送大便检验，未找到阿米巴原虫。阿米巴痢疾，也称阿米巴肠病，由阿米巴原虫感染所致。其传播方式，由口而入。常见原由，乃由污染的双手、苍蝇、蟑螂等携带的包囊污染了食物、瓜果等，被吃入的包囊经胃入小肠，在小肠下部，借助胰蛋白酶的作用去除包囊，滋养体即被释放出，并随肠蠕动推入大肠，分裂为四个小滋养体，居住于大肠内，并乘机侵入肠壁组织，转变为大滋养体，继而大量繁殖，吞噬红细胞和组织细胞，破坏宿主组织，造成肠壁损害而发病。值得注意的是，阿米巴原虫的致病性依赖于某些细菌的共生作用。细菌可提供适于阿米巴增值的某些理化条件，并削弱宿主全身或局部抵抗力，为阿米巴入侵创造条件。肠道的理化特性、菌群状态、粘液分泌和蠕动功能，均影响宿主的防卫功能，肠粘膜损伤有利于阿米巴侵袭，合并真菌、弓形虫等寄生虫感染时，肠道上皮细胞损害加重。动物实验表明，肠道无菌状态下不发生侵袭性肠病，蛋白质不足，碳水化合物或铁摄取充足，服用抗生素、细胞毒性药物、糖皮质类固醇可致易感性增高。因此不可滥用药物，并大力开展爱国卫生运动，消

灭苍蝇、蟑螂，讲究饮水和饮食卫生，把住病从口入这一关。

溃疡性结肠炎

三阳合病如何论治

仲景对三阳合病的论述只有二条，曰：“三阳合病，腹满身重，难以转侧，口不仁面垢，谵语遗尿。发汗则谵语，下之则额上生汗，手足逆冷。若自汗出者，白虎汤主之。”又曰：“三阳合病，脉浮大，上关上，但欲眠睡，目合则汗。”三阳合病，必见三阳之脉症，加以腹满者，火逆中焦也。身重者，邪入血分，使身困倦也。难以转侧，极言身重之情形。邪在血管，全身不利，而舌本亦强，故口不仁。面垢者，因面常有汗出，屡滞灰尘也。谵语者，脑受热灼也。遗尿者，膀胱受热而筋肉收缩也。此三阳合病之极重者，稍有医学常识者，皆不能妄用小柴胡汤以单治少阳之病。粗工见有发热恶寒，泥于先汗后下以发汗，则津液出而内热愈炽，谵语必较前面更甚。若因谵语而下之，不知此病在阳明之经，而不在阳明之府，愈夺其津液，使身体枯燥，不能分泌作汗。只见额上汗出，回血管因水少而凝滞，故手足逆冷。此厥深热也深之症也。若在未经汗下之先，察其人有自汗出之症，当以白虎汤，清阳明经中之热，盖石膏最忌无汗，故仲景特别慎重，阳明解而太少皆愈矣。若不愈者，以法治之。脉浮大上于关上，弦脉自在其中，此三阳合病之脉也。邪入血管，使人身重，故但欲眠睡，血液沸腾，故合目

则汗，当用何方，是在人之善悟矣。

【按语】 三阳指太阳、阳明、少阳，三阳合病，系三阳病同时并见也。首先，将三阳各自本经之病证分辨清楚，三阳合病之后，才不至于分辨有误。太阳病证指太阳经与腑的病证。太阳经循脊背两侧到腰部，主一身之表。太阳经病必见脉浮，头项强痛，恶寒。太阳病中，由于病因、病邪、身体强弱等不同，临床症状亦不一样。若见太阳病，发热，汗出恶风，脉缓者，是太阳中风；若见太阳病，恶寒，体痛，呕逆，或已发热，或未发热，脉浮紧者，是太阳伤寒病；若见太阳病，发热，口渴，不恶寒者，是太阳温病。以上统属太阳经病证。病邪可从太阳经入太阳之腑，即膀胱。病邪入于膀胱，则可出现膀胱蓄水、蓄血等证。蓄水证，是指膀胱气化失常，水蓄膀胱，出现发热、汗出、烦渴，或渴欲饮水、水入则吐、小便不利、脉浮等；蓄血证，是太阳表证未解，传入太阳腑，与血相结，蓄于下焦，则出现下焦蓄血、少腹急结，或胀满、烦躁如狂，或发狂、小便自利等。若论治法，因风寒所犯，治宜辛温解表。太阳中风，属表虚证，宜用桂枝汤；太阳伤寒，属表实证，宜用麻黄汤。若见蓄水，治当温阳利水，发表邪，用五苓散。若为蓄血，治当泻热逐瘀，用桃仁承气汤。阳明病，是热从表入里，或表邪由寒化热入里，是正邪抗争最为激烈的时期。入阳明之里，有在经、在腑之别。阳明经证，为太阳和少阳经之病邪入里化热，尚未与肠腑糟粕互结，临床多见不恶寒反恶热、汗出、口渴、脉洪大等症。所谓大热、大渴、大汗出、脉洪大，称无形热邪；阳明腑证，系阳明经热日甚，热盛耗津入腑。在腑在胃肠者，症见蒸蒸发热、日晡潮热、手足濇然汗出、大便燥结、绕脐痛等，所谓痞、满、燥、实、坚者，称

有形实邪。在阳明经者，宜清热生津，用白虎汤。在阳明腑者，宜苦寒泻热，导滞攻坚，用大承气汤。入少阳，是病在太阳之里阳明之外，所谓半表半里。少阳经属胆，其经脉循胸络胁，肝与胆相表里，故少阳病症见寒热往来、口苦、咽干、目眩、胸胁苦满、心烦喜呕、不欲饮食、脉弦等。宜和解少阳，用小柴胡汤。以上是太阳、少阳、阳明三阳经所见病证。虽各不相同，但三阳经亦有其共同特点，即邪盛正实，故三阳病多实多热，病程亦较短，病势多亢进。王合三先生准确地分析了三阳合病“极重者”“必见之三阳脉症”，故不再多加赘述。在此将诸症何属太阳、少阳、阳明分述之：如脉浮为在表；遗尿系因太阳经热邪，或邪热在阳明伤膀胱之腑所致；腹满为邪在少阳、阳明；身重、口不仁、谵语为太阳、少阳病未解，热邪入于阳明经，正邪交争激烈所见。治宜清热生津，用白虎汤。若误将三阳合病给与辛温发汗，必犯“桂枝下咽，阳盛则毙”之戒。王合三先生为让学者多思，并言“若不愈者，以法治之”，又曰：“当用何方，是在人之悟也”。如曾诊治一溃疡性全大肠结肠炎重症患者。周某，男，44岁，工人。因患溃疡性结肠炎，以大便带脓血反复发作来院诊治。自诉突然腹泻，每日大便5~8次，以水样、血水样便为主。纤维结肠镜检查：纤维结肠镜达回盲部，回盲瓣形态正常，其水平下盲肠粘膜光滑，色泽正常，从其水平的远端开始横降及乙状结肠、直肠近肛门粘膜呈弥漫性充血、糜烂、渗血，并可见绿豆大小的息肉2~3个，散在分布在镜检35cm处。乙状结肠活检病理报告：病变符合溃疡性结肠炎。镜检诊断：溃疡型结肠炎（重度）。患者自患病后体重减轻5kg 现腹泻日5~6次，呈稀糊状，或全为血便，气味腥臭，腹痛阵作，胃部时痛，矢气亦

多，身困乏力，发热，精神欠佳，形体消瘦，面色萎黄，脉沉弱，舌质黯苔白厚滑。体温 37.5℃。诊为溃疡性结肠炎（重度），属急性发作期。中医属正气虚弱，湿热内郁，致大肠郁久化热，肉腐为病。拟用扶正祛邪法（健脾祛湿清热止血），药用黄芪 40g，党参 25g，白术 15g，山药 30g，薏仁 40g，仙鹤草 30g，旱莲草 30g，棕榈炭 30g，白及 15g，赤石脂 30g，炮姜炭 10g，巴戟天 15g，牡蛎 30g，砂仁 10g，艾叶 6g，白芍 15g，小茴香 10g，炙鳖甲 10g，地骨皮 10g，青蒿 10g，3 付，水煎服。同时配服益寿乐胶囊，每次 5 粒，日 3 次。消治露 2 号，每次 2 支，日 2 次，加温后保留灌肠。服药 3 剂后，症状减轻，在其爱人照顾下第 1 次复诊：自诉大便脓血减少，腹痛减轻，体温正常。诊其脉弱而无力，舌质淡红，苔薄白有津液。又遵上法，照上原方加僵蚕 15g。3 剂，每日 1 剂，水煎服。第 2 次复诊：大便已不见出血，大便从原水样、血水样转成稀便，便次减少为日 3~4 次，腹痛明显减轻，精神渐复，体温正常，诊其脉弱无力，舌质淡有瘀点，苔薄白。在原治疗方案基础上，增加活血养血之品，药用黄芪 40g，党参 30g，白术 15g，山药 30g，薏仁 50g，旱莲草 30g，三七粉 3g（冲），白及 15g，炙鳖甲 10g，余禹粮 15g，龙骨 25g，牡蛎 30g，炮姜炭 10g，艾叶炭 10g，阿胶 15g（烱化），鹿角胶 10g，巴戟天 15g，乌梅炭 30g，僵蚕 15g，椿根白皮炭 25g，甘草 10g。3 付，水煎服。因病情已趋稳定，诸症减轻，又照上方取药 6 剂。第 4 次复诊：脓血便消失，大便每日 2~3 次，便质有欲成形之势，腹痛隐隐，精神亦好，自觉体力增加，饮食恢复，体重增加 1kg，但仍有腹部不适，肛门瘙痒，牙痛，脉弱无力，舌质紫黯，苔薄白。将益寿乐胶囊增加为每次 7 粒，消治露增加至每次

3支，中药煎剂照上方去椿根白皮炭、龙骨、牡蛎，加肉豆蔻 10g、血余炭 25g，水煎服。病已近康复，用上方和参苓白术汤加减，配服益寿乐胶囊，每日 3 次，每次 4 粒，暂停用消治露。

溃疡性结肠炎伴阳痿病

肾的“作强”与“伎巧”

古人论肾，不是指一处，泛指内肾、外肾、睾丸、生殖器等。《内经》曰：“肾者，水藏也。”是指内肾。

【按语】 肾是人生命根源。肾藏先天父母之精，也就是形成胚胎的原始物质，且有促进生长和繁衍后代的功能，一个人禀性强弱与先天肾精是否充盛有密切关系，故称肾为先天之本。肾有主宰人的发育、生长、衰老和水液代谢的功能活动。《素问·上古天真论》曰：“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，面始焦，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。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；八八天癸竭，精少，肾脏衰，形体皆极，则齿发去。肾者主水，受五

脏六腑之精而藏之，故五脏盛乃能泻；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。”依此可以看出，中医学中的肾与西医现代解剖学是一致的。其功能作用与神经、体液、内分泌一致，尤其是下丘脑-垂体-皮质和下丘脑-垂体-性腺之间关系密切，涉及神经、内分泌、免疫、循环等系统。王之建等人对肾阳虚患者和男性老年人用性腺轴功能全套测定法（睾酮 T、雌二醇 E_2 、促黄体生成素 LH、促黄体生成素释放激素 LRH）进行了下丘脑-垂体-性腺轴功能的观察，发现肾阳虚患者 E_2 和 LH 明显升高；LRH 兴奋试验半数患者为延迟反应，与正常人比较，有显著性差异。张风山等报告了 76 例老年期男性血浆睾酮测定值与肾虚的关系。单纯肾虚、肾阴虚、肾阳虚三组的睾酮含量均低于正常人组及外肾虚组。认为血浆睾酮值下降可以作为肾虚的客观指标之一。俞瑾等观察了多囊卵巢综合征患者在补肾化痰治疗前后血清中性激素的变化，发现补肾化痰能调节下丘脑-垂体-卵巢轴而促排卵。刘目光等报道了补肾法能调节下丘脑-垂体-卵巢轴的功能。有人还发现补肾药可使大白鼠垂体前叶、卵巢和子宫重量增加。王君等检测了 33 例慢性肾炎病患者的淋巴细胞转化功能，T 淋巴细胞玫瑰花环形成率和血清 IgG 的含量，发现各项指标均较健康对照组低。经补肾法治疗后，患者的上述指标都有相应的改善。王鸿发现：①肾阳虚患者在冷水刺激后，其甲皱微循环管襻呈现先收缩后扩张的异常反应较多。②肾阳虚慢支患者的甲皱微循环血流速度对冷比较敏感，在室温 22°C 以上观察的病例未见血流速度减慢，而在 20°C 以下观察的病例则见血流速度减慢。③只有尿 17-羟含量减低的肾阳虚患者才被观察到有甲皱微循环血流速度的

减慢。查良伦等报道，肾阳虚患者的红细胞钠泵活性低下，经温阳中药治疗后钠泵活性明显升高。汪坤等发现肾虚时发中锌、镁、钙、铁含量明显降低。闫梅田认为，中医“肾主水”的论断是中医学对水液代谢的高度科学概括，是指肾通过肾小球滤过功能无溶质水清除功能，血浆胶体渗透压相对恒定及肾血浆流量等主要环节而实现其主水作用的（见匡调元主编《中医实验病理学·肾证动物模型》）。现代的实验研究，不仅丰富了中医学的内容，而且扩大了治疗思路。“久病及肾”早已为历代医学家所重视，在临床对久病、多种疾病缠于一身时，常常在辨证施治的指导下，抓住主要“矛盾点”，辅以对“肾”的治疗，收到良好的效果。既往曾治一例溃疡性结肠炎，患者粘液血便4年，身体虚弱，久病伤肾，肾阳虚衰致阳痿，经调理治愈。患者郭某，男，35岁，工人，主诉粘液血便4年。初在夏季，病因不明，大便带血，某医院以“痔疮便血”进行治疗，一年后突然大量便血，约100mL，入医院输液等治疗后，便血停止，一月后，再次大便出血，每日4~5次，以早晨起床后第一次大便出血量较多，约20mL，后又到某医院中药灌肠治疗，时轻时重，时好时坏，一年反复发作4~5次。后到某医院作肠镜检查，报告为：直肠粘膜潮红糜烂，散在不规则地图状溃疡。活检报告：大肠各段粘膜光滑红润，血管纹理清晰，符合溃疡性结肠炎。诊断为“溃疡性结肠炎”，给肠炎灵等药内服，同时用锡类散、柳氮磺胺吡啶、氟酶松等灌肠治疗（保留灌肠）。持续治疗一年半，大便滴血停止，转为粘液血便，每日4~5次，由于身体虚弱，易患感冒，又伴阳痿，即改请中医治疗。观察其精神差，形体消瘦，面色萎黄，诊其脉弦，舌质淡红，苔薄白，两少腹叩击痛，上腹正中触诊

有一条索状阳性反应物（为胃炎征之一）。肛门指诊检查，未触及肿物，但指套上满布紫黯血迹。行直肠镜检查时，顺利进入 14cm，见 13~8cm 之间直肠粘膜充血水肿明显，粘膜上炎性小颗粒分布密集，9cm 处前壁有一片状糜烂、出血，8cm 以下至齿线以上，充血、水肿明显，均呈糜烂出血状，齿状线上 3、9 点可见静脉丛团状隆起。大便检验报告：潜血强阳性。大便细菌培养报告：无致病菌生长。诊断为：溃疡性结肠炎、慢性胃炎、阳痿、内痔。证属脾肾阳虚，胃肠湿阻。治当健脾祛湿，补肾止血。用健脾消肿汤（党参 10~25g，黄芪 12~25g，当归 6~15g，白术 6~15g，山药 10~15g，薏仁 15~30g，云苓 10~20g，赤石脂 12~25g，车前子 15~25g，吴茱萸 6~10g，甘草 3~6g）和化瘀止血饮（三七粉 1~3g，当归 12~15g，白芍 10~20g，生地 6~15g，白及 10~15g，川芎 6~15g，仙鹤草 15~12g，大黄炭 15~30g，椿根白皮 15~30g，甘草 6g）加减，并配服益寿乐胶囊，每次 3~6 粒，日 3 次，内服；消治露 2 号，每次 2~3 支，每日 2 次，加温后灌入肛内。汤药加减法：阳虚加制附片、肉桂、干姜、淫羊藿、菟丝子。血虚加龙眼肉、阿胶、鹿角胶；中气不足加柴胡、升麻、枳壳；活血祛瘀加红花、桃仁；便血加地榆炭、侧柏叶炭；粘液血便或大便次数增多加乌梅、石榴皮、赤石脂。患者经以上治疗后，共复诊 9 次，大便出血减少，大便次数每日 1~2 次，精神渐好，气色转佳，阳痿已治愈。当复诊到第 20 次时，行直肠镜复查，见有轻度充血、水肿，在 9cm 处有花斑样改变、炎性颗粒，5cm 左前方和 4cm 前壁有片状糜烂出血。在原治疗基础上增加健脾益气药用量，用黄芪 50g，党参 30g，薏仁 30g，乌梅炭 30g，白及 15g。当服药至第 30 次复诊时，患者高兴地告

曰，其爱人生一男婴。在此治疗期间，常因饮食不节，如吃辛辣食物、猪脚等，或因过劳，或因受寒凉，致大便次数增多，粘液血便增加，但都遵上法辨证施治取效。本案充分证明，若能整体辨证论治，特别是久病从肾论治，均能取得较好疗效。另外，注意让病人节制饮食，不吃或少吃含脂高的肉类、牛奶等，勿吃辛辣食物，如酒、辣椒等，禁生冷，注意情绪稳定，防止过度劳累等。

习惯性便秘

大肠的“传导”与“变化”

大肠比小肠粗而短，全体曲折成门形，末端自下终结处即是肛门，那曲折的部分名结肠。直下的部分名直肠。大肠和小肠连接的部分名盲肠。盲肠的下端，有一条虫样的小管，名蚓突，也称虫样垂。在小肠内的食物渣滓，因肠的蠕动，渐次传至大肠，其中大部分水分被吸收，其余变化为粪块，粪块积至一定量时，直肠即开始剧烈蠕动，同时肛门的括约肌弛缓，排泄而出。

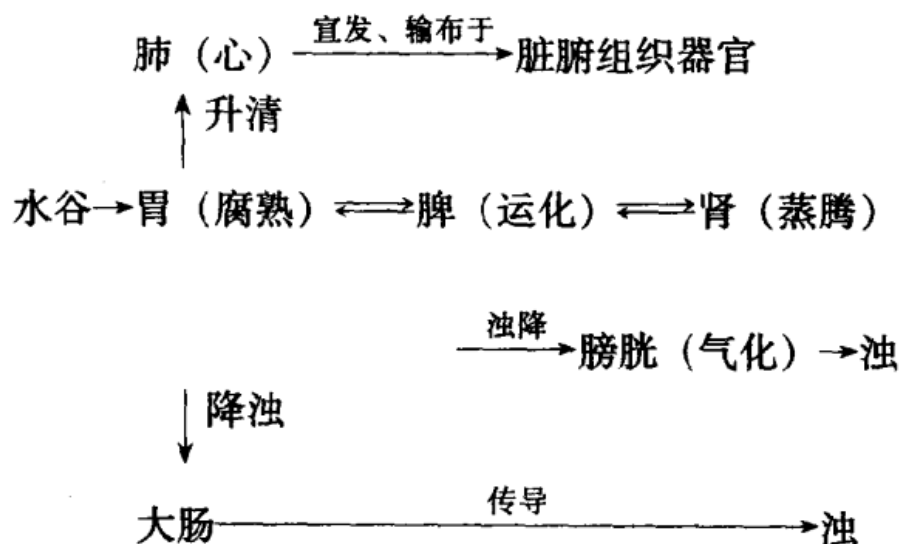
【按语】 王合三先生将大肠与小肠生理功能称之为“变化”。《素问·灵兰秘典论》云：“大肠者，传导之官，变化出焉。”曰传导，谓传不洁之道；变化，谓变化物之形，故云传导之官变化出焉。食物从口入胃，经小肠、大肠、肛门排出体外，这一过程，经历了胃的受纳、腐熟，小肠的“受盛”与“化物”；大肠的“传导”与“变化”，经肛门排出。这一过程，一旦发生异常，必然产生疾病。中医学对其

有独特的认识,《灵枢·平人绝谷》曰:“胃满则肠虚,肠满则胃虚,更虚更满,故气得下,五脏安定,血脉和利,精神乃居。故神者,水谷之精气也。故胃肠之中,当留谷二斗,水一斗一五升。故平人日再后,后二升半,一日中五升,七日五七三斗五升,而留水谷尽矣。故平人不食饮七日而死,水谷精气津液皆尽故也。”正是在此理论指导下,提出了腑的功能为“泻而不藏”、“传化之腑”,治疗以通降下行为顺的原则。在治疗上,根据不同病证,或通里攻下,或理气开郁,或降逆止呕,或健脾和胃等。既往曾诊治一以便秘患者,王某,女,27岁,某大学教师,汉族,因久受便秘之苦,前来诊治。自诉习惯性便秘10年,时轻时重,中西药治疗效果不明显。现大便秘结,排便困难,3~7日排便一次,吐酸,心烦,头面部出疹,胃脘满胀,恶心,腹痛,脉弱无力,舌紫红苔薄黄。直肠镜检查:直肠镜顺利进入14cm,见肠粘膜充血水肿,伴小颗粒。诊为慢性结肠炎伴直肠粘膜内套I度。脉症合参,虽有腑实内热,但脉弱无力,不可用承气攻之,当健脾益气,清热通便,用黄芪30g,白术25g,山药25g,薏仁30g,草决明10g,知母15g,生地15g,白芍15g,元胡15g,公英30g,砂仁10g,青蒿15g,地骨皮15g,金银花30g,甘草10g,水煎服。益寿乐胶囊,每日3次,每次4粒。消治露1号,每次2支,每日2次,加温后灌入肠内。按上方治疗后,大便从3~7日改为2日1次,腹痛胀满减轻,排便较顺畅,心烦、头面红疹消退,手足心不热。又改用野菊花30g,当归15g,生地15g,元参25g,丹皮15g,知母15g,山药25g,公英30g,柴胡15g,黄芩15g,枳壳15g,草决明6g,木香10g,麦冬15g,金银花25g,甘草6g,水煎服。配药同上。前后随病变化,分量

药味出入，计治疗2月余，复诊11次，大便每日1次，排便通畅，头面红疹消失，精神饮食正常。这一病案告诉我们，便秘是全身性疾病的局部表现。一般来说，从口摄入食物到胃和小肠的消化吸收，到大肠形成粪便排出，约需24~48小时，故认为排便若超过48小时，则为便秘。但有人习惯2~3天排便1次，有人甚至4~5天排便1次。只要排出通畅，无任何痛苦者，就不算作便秘。便秘是各种复杂因素和多种疾病引起的粪便在大肠内停留、堆积时间过长的病证。在《内经》、仲景《伤寒论》中都有论述。仲景之后，对便秘的治疗，进行过深入的探索和研究，取得了可喜的成就。如有以八纲辨证，分阳证、阴证、虚证、实证者；有以六经辨证，分为太阳、阳明、少阳者；有以三焦辨证，分为中焦、下焦者；有以病因辨证，分热秘、冷秘、气秘、气虚、血虚、阴虚、产后、初生儿、生理畸形、习惯者；有以证候辨证，分便秘如羊粪、初硬后溏、便秘挟血、风秘、热结旁流者等。张景岳说：“便秘一证，在古方书中有虚秘、风秘、气秘、热秘、寒秘、湿秘等说，而东垣又有热燥、风燥、阳结、阴结之说。此其立论太烦，又无确据，不得其要而徒滋疑虑，不无为临床之害也。不知此证之当辨者惟二，则说阴结、阳结而尽之矣。”清·陈士铎说：“大便闭结者，人以为大肠燥甚，谁知是肺气燥乎？肺燥则清肃之气不能下行于大肠，而肾经之水，仅是以自顾，又何能旁流以润溪涧哉！”近二十余年来，便秘又引起国内外学者的重视和研究。特别是新技术、新方法的出现，使人们对便秘有了更为深刻的认识，而且取得了新的成果。根据中医理论和临床经验，将便秘与有关脏腑的生理关系特别是与脾、胃、肺、肾、大肠的关系阐述如下。先言脾胃：脾与胃，一脏一腑，一阴一

阳，一升一降。脾胃同居中焦，有膜相连。脾喜燥恶湿，主运化，主统血，主肌肉四肢，主升清。其华在唇，开窍于口。胃喜湿恶燥，主受纳，腐熟水谷，胃气主降。脾与胃相表里，脾胃为后天之本。水谷（食物）从口经食道入于胃，经胃腐熟之后，下注于小肠，在脾胃的共同作用下，将水谷之精气和精微津液等上输于肺和其他脏器，与此同时，还将营养物质化生气血，营养周身。此外，还可运化水湿，使脏腑组织得到水液的充分濡润。在肾的协同下使水湿浊邪排出体外，从而维持人体水液的平衡。再说肺与大肠：肺主气，司呼吸，主宣发与肃降，主通调水道，主皮毛。其华在毛，开窍于鼻。大肠主传导。肺与大肠相表里。肺主一身之气，协调脾胃将水谷精微之气和吸入之清气相结合，称为宗气，通过心肺的气化，输布于全身。肃降与宣发相辅相乘，对立统一，如呼属宣发，吸属肃降；输布为宣发，排泄为肃降等。从而使人体浊气通过呼吸排出二氧化碳，浊液下输膀胱排出体外，维持人体正常活动。肺与大肠相表里，肺为脏属里，大肠为腑属表，肺有经脉络于大肠，大肠经脉络于肺，构成肺与大肠的表里关系。大肠的传导有赖于肺气的肃降，如肺气虚，可引起大肠秘结，同样，大便不通，亦会影响肺气的肃降，出现胸膈满闷、气逆而喘等。临床治疗实证咳嗽，配通便药，有泻肺热、下痰壅的作用，可使症状缓解；而便秘病人，配合宣肺之药，往往取得一定效果。因此，肺脏与大肠往往互为因果，必须引起重视。最后言肾：肾居于下焦，肾藏精，主水液，司二便，主纳气，主骨生髓通脑。其华在发，开窍于耳。肾的主要功能有二：一是主宰人体的生长发育。其二主人体水液代谢。肾的正常生理活动，是由肾阳、肾阴相互协调，共同完成

的。肾司二便，肾气虚，可见大小便异常和生殖机能减退等。总之，便秘的病因复杂，涉及五脏六腑、气化等功能，尤其与脾、胃、肺、大肠、肾关系密切。便秘的发生，正是这些脏腑功能失常，阴阳气血津液失去平衡所致。如下图表。在临床辨证论治便秘时，无不涉及五脏六腑，轻者影响单一脏腑，重者多以某一脏腑为主，涉及相关脏腑为患，诊治时应详加辨识，再调理脏腑，使阴阳平衡，气血通畅，津液濡润，甚至数十年便秘，亦可调理痊愈。



慢性胃炎、胆囊炎

解难仲景《伤寒论》第61条

仲景《伤寒论》第61条曰：“下之后，复发汗，昼日烦躁不得眠，夜而安静，不呕不渴，无表证，脉沉微，身无大热者，干姜附子汤主之。”按此症为病解乎？为未解乎？凡注

此条者，皆张皇其辞，不曰气虚，即曰血虚。以余观之，不呕不渴，无表证，脉沉微，无大热，病已解矣。虽有烦躁不得眠之症，眠非昼日之事，观夜而安静，又可证其能眠，安知非昼日触事物之纷扰？病后之人，元气未复而发烦躁乎？余自行医以来，未遇此症，故不敢妄注也。

【按语】 王合三先生对《伤寒论》研究可谓深入、认真、求实。对本条文历代医家争议较多，同一个问题，为什么会产生诸多看法？同一个条文，为什么能产生相反的认识？为什么同一条文，可谓病已解，亦可谓病未解？诸如此类疑难问题，遵循王合三先生已研究的路子探索下去，以解其难。成无己《注解伤寒论》曰：下之虚其里，汗之虚其表，既下又汗，则表里俱虚。阳主于昼，阳欲复，虚不胜邪，正邪交争，故昼日烦躁不得眠。夜阴为至，阳虚不能与之争，是夜则安静。不呕不渴，里无热也。身无大热者，阴寒气胜，与干姜附子汤退阴复阳。言表里俱虚阴寒气胜之证。喻嘉言曰：“上条但言振寒及微细之脉，未定所主之病，以虚证不一也。然振寒脉微细，阳虚已见一斑，设昼日烦躁不得眠，其为阳虚扰乱可知，夜反安静，不呕不渴，则虚阳扰乱，不兼外邪，可知脉沉微身无大热，则烦躁为亡阳之诊，干姜附子在所必需。由此而推，日中安静，夜则烦躁，则为阴病而阳不病。此言亡阳可知。”柯韵伯曰：“当发汗而反下之，下后不解，复发其汗，汗出而里阳将脱，故烦躁也。昼日不得眠，虚邪独居于阳分也。夜而安静，知阴不虚也。不呕渴是无里热也。不恶寒头痛，是无表证也。脉沉微，是纯阴无阳矣。身无大热，表阳将去矣。幸此微热未除，烦躁不宁之际，独任干姜附子以急回其阳，此四逆之变剂也。”陈修园曰：“下之后，复发汗，亡其阳气，昼日为阳，阳微欲受同气之救助而不可

得，故烦躁不得眠。夜为阴，阴盛则相安于阴分而安静。其不呕不渴，知其非传里之热邪。无表证，知非表不解之烦躁也。脉沉微，气虚于里也。身无大热者，阳虚于表也。此时不急复其阳，则阳气先绝而不可救，以干姜附子汤主之。”纵观以上诸家之言，成无己言“阳虚不能与之争”，又言“阴寒气胜”，其意阴阳全在平衡，如“阳虚”“阴寒”必胜，当是阳气降，阴气升之谓；喻氏先言“虚阳”，后言“亡阳”，亦阳气降，阴气升之谓。柯氏言“阳将脱”、“虚邪独居于阳分也”，所言“阳将脱”即阳脱泄之意，“虚邪”乃阴寒之邪。“独胜于阳分”，言阴寒盛而阳气降也。最后言“纯阴无阳”，阳气为阴寒独占也。陈氏言“气虚于里”、“阳虚于表”也，“此时不急复其阳，则阳气先绝而不可救”，亦亡阳之谓。诸家之言，说法不一，本质相同，同在阳降阴升，甚则亡阳，其治均认为当用干姜附子汤。从上可知，王合三先生所言病解乎？未解乎？从中可得悟矣！在整理王合三先生遗作之时，于2000年3月25日经别人介绍来院就诊一患者姚某，女，70岁。胃胀满伴昼日烦躁不得眠夜而失眠10年，加重二年半。10年前由于饮食不当致胃部胀满，稍伴有疼痛，曾到市五院行胃镜检查，诊为萎缩性胃炎。内服药治疗，时轻时重。又于1998年第二次胃镜检查，诊为：①食管贲门慢性炎症；②痘疹性胃炎。服药治疗后胃胀减轻。之后出现昼日烦躁不得眠，每夜入睡2~3个小时，易醒，醒则不易入睡，近胃脘胀满，时有疼痛，不欲饮食，食亦不可吃硬食，食量少，暖气时作，大便干，口干渴，体重减轻。B超检查：肝脏大小正常，轮廓清，被膜光滑，肝内呈细小伴粗大致密光点，回声较强，肝内管道纹理清。胆囊范围53mm×23mm，轮廓清，壁毛糙，囊内未见明显异常，晨空腹胃内见滞留液。提示：①

慢性胆囊炎；②胃内见滞留液。血液流变学检测：血流变轻度异常。患者形体消瘦，面色萎黄。检查上腹正中有一轻度硬条索状物（亦称笔管征），中脘穴及腕 1、腕 2 两穴压痛，脉象弦硬，舌质紫黯，苔干呈灰黄色。诊为慢性胃炎、胆囊炎。治以健脾和胃、舒肝清热，药用白术 10g，生黄芪 15g，山药 15g，厚朴 15g，槟榔 10g，公英 20g，白芍 15g，陈皮 10g，焦三仙各 10g，花粉 15g，甘草 6g，牡蛎 20g，姜半夏 15g，金钱草 15g，水煎服。配用益寿乐胶囊，每次 4 粒，每日 3 次，内服。于 3 月 28 日第 1 次复诊，患者自觉服上药 3 剂后胃痛减轻，饮食渐好转，大便日 1 次，不稀，已不吐酸，脉弦，舌质黯紫，苔从灰黄转为厚腻白苔。照上方去白芍，加小茴香 10g，酸枣仁 30g，远志 10g，生姜 3 片，水煎服，余同前。4 月 1 日第 2 次复诊，自诉服上药 2 剂后情况转好，因吃生梨，又致胃部痛，大便日 1 次，口干减轻，仍昼日烦躁不得眠，夜已睡眠较好，脉弦，舌质黯苔白。又予生黄芪 15g，当归 10g，柴胡 10g，黄芩 6g，白术 10g，生姜 3 片，厚朴 15g，槟榔 10g，丹参 10g，砂仁 10g，金钱草 15g，焦三仙各 10g，花粉 15g，酸枣仁 30g，牡蛎 20g，远志 10g，甘草 6g，水煎服。于 4 月 4 日第 3 次复诊，服上药 3 剂后，昼日烦躁不得眠已基本消失，并可中午睡眠 1 小时，夜已安宁，可连续入睡，而且熟睡达 8 个小时。现患者正在治疗中。愚所以将此病案提供出来，目的有二：其一，仲景《伤寒论》中由于误治造成病人昼日烦躁不得眠，与愚所诊治慢性病患者由于胆囊炎、胃炎等所致胃胀满痛伴昼日烦躁不得眠有类似之处；其二，虽症状相类似，但病因不同，治法亦异。若对此病人误用仲景干姜附子汤，必有变证。

老年习惯性便秘

“阳微结”与“纯阴结”之区别

汗出恶寒，表不解也。手足冷，阳气不达也。心下满，而水结胸膈也。口不饮食，胃液伤也。大便硬，大肠亦燥也。脉细者，脉管中之水分少也。此为阳气微结之证，故虽有汗出恶寒、手足冷、心下满、大便硬等症，恐是阴结，而汗出一症，可为此症之凭据。假令纯阴结之症，不得复有外症，盖悉在于里也。今此症尚在半表半里之间，脉虽沉紧，亦不得名为少阴，阴不得有汗，今只以头汗即知之，与小柴胡汤。误服汤后，仍不了了者，兼属阳明也。得屎则解，其方何如，可一索而知矣。

【按语】 王合三先生在文中所言“阳气微结”亦为“阳微结”，其中“结”字是指大便秘结。辨“结”当分阴阳、表里、寒热、虚实之不同。一般来说，病邪侵入肌表，见太阳病者，多无“结”。若表邪化热入里，可据病邪入里的程度，则其所“结”不同，当分“阳微结”、“阳结”和“纯阳结”。此言阳结之轻、中、重程度不同，即热邪侵入所造成的热“结”不同。仲景《伤寒论》第148条曰：“伤寒五六日，头汗出，微恶寒，手足冷，心下满，口不欲食，大便硬，脉细者，此为阳微结。”尤怡《伤寒贯珠集》卷五曰：“头汗出，微恶寒，为表证；手足冷，心下满，口不欲食，大便硬，脉细，为里证。阳邪微结者，未纯在里，亦未纯在表，故曰必有表，复有里也。”但一定要注意勿将“阳微结”理解为阳气

衰微。故吴仪洛《伤寒分经》卷三曰：“阳微结者，阳邪微结，未尽散也。注作阳气衰微，故邪气结聚，大差！果而则头汗出为亡阳之证，非半表半里之证，阴结又是阴气衰微矣。玩本文假令纯阴结等语，谓阳邪若不微结，纯是阴邪内结，则不得复有外证，其义甚明。”此告后人切勿误也，否则大祸降临！前言诸阳结为患，若为阴结，自当有阴结之轻中重程度不同。阴结当分阴微结、阴结、纯阴结。但不论阴结程度如何，只要是“阴结”，决无表证。故张仲景曰：“汗出为阳微，假令纯阴结，不得复有外证。”这可以说是辨证的关键。朱肱《类证活人书》卷十一曰：“其脉沉而迟，不能食，身体重，大便反硬，名曰阴结，宜用金液丹。”阳结、阴结与之当有别，柯韵伯曰：“亡阳与阴结有别，亡阳咽痛吐利，阴结不能食，而大便反硬也。亡阳与阳结亦有别，三阳脉不至头，其汗在身；三阳脉盛于头，阳结则汗出在头也。邪在阳明，阳盛故能食，此为纯阳结；邪在少阳，阳微故不欲食，此为阳微结，宜需小柴胡矣。然欲与柴胡汤必究其病在半表，而微恶寒亦可属少阴，但头汗始可属之少阳，欲反复讲明头汗之义，可与小柴胡汤而勿疑也。上焦得通，则心下不满而欲食，津液得下，则大便自软而后便矣。此为少阴少阳之疑似症。”以上是太阳病人少阳，阳结于半表半里，以及阳结、阴结与亡阳的鉴别。刘鸿恩《医门八法》从另一角度谈了自己的看法。曰：“秘结，实证也，然有阴虚而成者，且有专证兼证之分，当审其在中焦下焦，然后可以施治。所谓实证者何？瘟疫失下邪热结聚等类是也。此即所谓兼证，盖瘟疫其本病而秘结，其兼见者也。如在中焦则为结胸，如在下焦则系燥屎，方药已载瘟疫类中，兹不复述。此外，如阳脏之人，当少壮之日，食物不检，饮酒过度，实热结聚者亦成便秘之证，

其证在于中焦，胸腹胀痛坚硬拒按，是其确据，调胃承气汤送遇仙丹（川大黄六两，槟榔三两，三棱三两，莪术三两，黑丑三两，白丑三两，木香二两，甘草一两，水丸，每服三钱，孕妇勿服）最为相宜，此等秘结皆实证也。若夫年老之人、大病之人，阴血亏乏、津液不足亦有患秘结者。秘结原系实证，此等秘结因虚而成者也，若不兼他证，专见秘结，万万不可攻下，宜以滋阴血为主。下焦不觉重坠，肛门亦无病痛，其证仍在中焦，加味四物汤（当归身一两，生，熟地二钱，白芍三钱，生，肉苁蓉三钱，洗净，火麻仁三钱，怀牛膝三钱），渐施滋养，自然滑而润下矣。他如瘠羸之儿，值荒歉之岁，专食糠谷苟延性命，其物枯燥艰涩，运送不出亦成秘结之证，此不可以病论，亦不可以药医，其结填塞粪门之中，且散遗于粪门之外，可以望之而见，可以探之而出也。总之，秘结之证，实者宜攻下，虚者以滋养，在中焦者宜药饵，在下焦者宜探取，方书中治下焦秘结，有猪胆导法，然不如麦麸半斤，皂角一两，煎水导之之为愈也。”曾诊治一习惯性便秘患者，师某，71岁，女。40年前因患肠结核收入某医院，采用青霉素等西药治疗近一年，病愈即患便秘。曾服果导片、芦荟胶囊、三黄片、滋阴润肠口服液等。每种药初服二三日见效，再服仍便秘。现大便五至七天一行，腹胀满，伴头晕目胀、纳差、乏力，每日仅吃早餐，便通后，饮食如常，诸症减轻。有肾炎病史。患者精神尚好，面色潮红，脉沉弦，舌质紫黯，苔薄白。指诊：肛内肠粘膜松弛Ⅰ度。直肠镜检：见13cm至齿线上直肠粘膜充血、水肿、小颗粒。诊断：直肠炎和直肠粘膜Ⅰ度松弛。因年老病久体弱，当益气健脾、养阴润便。最忌攻下。药用黄芪20g，当归10g，升麻10g，枳壳15g，木香10g，薏仁30g，知母15g，草决明10g，

黑芝麻 20g, 何首乌 15g, 砂仁 10g, 甘草 6g, 水煎服。配用消治露 1 号, 每次 2 支, 每日 2 次, 保留灌肠。连服中药 3 剂, 患者排便 2 次, 因第 1 次排便较干, 自行加服果导片 6 片 (平时服 12 片), 又排便 1 次较软。复诊时又遵原治疗法则, 适当调大药力, 用黄芪 30g, 厚朴 15g, 柴胡 10g, 升麻 10g, 枳壳 20g, 木香 10g, 白芍 30g, 白术 30g, 知母 20g, 草决明 15g, 黑芝麻 30g, 柏子仁 30g, 牡蛎 25g, 百合 25g, 槟榔 10g, 焦三仙各 10g, 甘草 6g, 水煎服。又配服益寿乐胶囊, 每次 4 粒, 日服 3 次。第 2 次复诊: 自诉服上药后矢气大便 1 次, 从此每日大便 1 次, 饮食增加, 有饥饿感, 精神亦好, 照上方治疗。第 3 次复诊: 患者自诉, 从服上药后, 大见好转, 精神好, 睡眠好, 但多梦, 饮食增加, 腹不痛不胀, 头亦不晕。再照上方, 减去黑芝麻, 继续服用。第 4 次复诊: 患者大便每日 1 次, 排便通畅, 腹不痛不胀, 又遵上方调理之。30 年习惯性便秘已近治愈。对便秘论治, 当别虚实、寒热、阴阳、表里, 故有实秘、虚秘、寒秘、热秘, 当详加辨证。对年老体弱者, 又应考虑气虚、血虚、阴虚等, 除真为实证热证当攻下外, 一应得利即止, 一般当扶正祛邪, 勿轻易攻下。

甲状腺机能低下等多种疾病缠身

少阴病若何论治?

少阴之为病, 其脉微细, 微为气虚, 细为血虚, 今脉见微细, 是气血两虚也。夫人之所以能运动, 气血之充足耳, 今气血两虚, 所以身体困倦, 但有欲寐之状况。后凡言少阴

病者，皆有脉微细但欲寐六字。按少阴脉微细，是心脏衰弱；但欲寐，是神经衰弱。初起之时，有兼表证者，有兼里实者，所以少阴篇中的初起治疗，有麻黄附子细辛汤和大承气汤的分别。朱颜氏指出：“少阴病，无论是疾病之过程中，或初起，如见脉微细，四肢厥冷，都表示循环系统机能不足，宜用四逆白通等汤。”少阴病……其人或咳，或悸，小便不利，腹中痛，统以四逆散散之。有兼症，加味治之可也。

【按语】 《素问·热论》曰：“伤寒五日，少阴受之。少阴脉贯肾，络于肺，系舌本，故口燥、舌干而渴……十一日少阴病衰，渴止不满，舌干已而嚏……两感于寒者，病一日则巨阳与少阴俱病，则头痛口干而烦满；二日则阳明与太阳俱病，则腹满身热，不欲食谵语；三日则少阴与厥阴俱病，则耳聋囊缩而厥，水浆不入，不知人，六日死。”此言少阴病及两感互相传变的情况。仲景《伤寒论》中的“少阴之为病，脉微细，但欲寐”（281条），和“少阴病，恶寒身蜷而利，手足厥冷者，不治”（295条）及“少阴病欲吐不吐，心烦，但欲寐，五六日自利而渴者，属少阴。虚故引水自救，若小便色白者，少阴病形悉俱。小便白者，以下焦虚有寒，不能制水，故令色白也”。都说明太阴病是全身阴阳、气血、心肾功能虚衰的病证。不仅反映出阴阳的偏胜偏衰，亦反映出气虚血虚之不同以及寒化与热化的程度等。如平素体质虚弱，罹患太阳病后误治、失治，表里互传，从太阳传入少阴；肾阳虚衰，病邪直中少阴；或太阳少阴同时合病；亦有从太阴传变入少阴者。因此，病至少阴，则表现出全身阳气衰微，精神疲困，阴阳气血虚弱，心肾之阳两虚等。治当回阳救逆，用四逆汤（炙甘草二两，干姜一两半，附子一枚，以水三升，煮取一升二合，去滓，分温再服。强人可大附子一枚，干姜

三两)。若阴盛格阳于外，里真寒而外假热者，症见下利清谷，手足厥逆，不恶寒反发热，面色赤，或咽痛，脉微欲绝，上方倍用干姜以助药力，此名通脉四逆汤。对此，王合三先生以中西医之理论阐述得十分精当，曰：“下利清谷，里寒甚，而食谷不化，是消化系将成一停摆之机器，里有实寒，则逼热外出，故里寒外热，四肢之部位最远，残阳早已不到，故手足厥逆。脉微欲绝，亦露出少阴阴证之本色，然此时之假热，并非外来之热，乃自内外出无根之热，浮于真皮之上，而表皮下之神经末梢正在其假热之中，故反不觉恶寒，其人面有假热，故面色赤，或腹痛，或干呕，或咽痛，或利止脉不出，皆少阴里寒外热之证也。急以通脉四逆汤挽之。并以歌诀赞曰：外热里寒外戴阳，频频下利热难当，汤用四逆姜倍用，信手拈来即妙方。”若元气虚衰，阴阳俱虚，四肢厥冷，为亡阳虚脱之先兆，本方加人参，名四逆加人参汤。若见心肾阴血不足，虚火内生，即阴虚生内热，故病从热化，此为少阴病变症。其主要脉症为心烦不寐，口燥咽痛，舌质红赤，脉沉细数。治当滋阴降火，用黄连阿胶汤（黄连四两，黄芩、芍药各二两，鸡子黄二枚，阿胶三两。以水六升，先煮三物，取二升，去滓，内阿胶烱尽，小冷，内鸡子黄，搅令相得，温服七合，日三服）。本方加生地黄养阴清热，滋阴降火之力更强，名阿胶黄连汤。少阴病本属虚寒，当用四逆汤，是无可非议，但王合三先生特别指出，“少阴篇中的初起治疗，有麻黄附子细辛汤和大承气汤的分别”，这是什么原因呢？前者因太阳表未解而入少阴，呈现表里兼症，故仲景《伤寒论》第301条曰：“少阴病，始得之，反发热，脉沉者，麻黄附子细辛汤主之。麻黄附子细辛汤（麻黄二两，细辛二两，附子一枚，上三味，以水一斗，先煮麻黄，减二升，去

上沫，内诸药，煮取三升，去滓，温服一升，日三服）发表温经两兼治。王合三先生歌曰：“麻黄附子细辛汤，发表强心两法彰，表证阴阳分太少，是虚是实症须详。”可谓言简意赅。至于少阴篇中用大承气汤，仲景《伤寒论》第321条和322条曰：“少阴病，自利清水，色纯青，心下必痛，口干燥者，可下之，宜大承气汤。”又曰：“少阴病，六七日腹胀不大便者，急下之，宜大承气汤。”对此，王合三先生作了认真的分析，曰：“自利清水而无粪，盖粪结而水从旁流，尽现青色，是肝胆有热，使胆汁分泌过多，未入血管而发黄，使入大肠而发青。心下者，肝系之道路也，肝热故心下必痛。王孟英谓：人身之中肝火最为跋扈，奔于上则呕，攻于下则痢，今见症若此，岂复有水分上润于口乎？泻肝清火之药，皆失其效力，故以大承气汤急下之。”又曰：“大肠中有燥屎，故腹胀不大便，然已至五六日，时已久矣，恐少阴不能支持，故急下之，宜大承气汤，不然屎中微菌，将有窜入血管之虞矣。”因此，对大承气汤之运用，当根据轻重缓急，用量大小，给药方法，亦当有别。如急性肠梗阻等需要在短时间（6~12小时）解决问题者，我们采取大剂量攻下（厚朴一两，大黄五钱，枳壳五钱，芒硝五钱至一两）。如一次未成，且无禁忌，4小时后再服一次（见《证与治则的现代研究》）。在辨证时亦应注意有无兼症，当随其兼症而治之。太阴与少阴病均为三阴病，属里虚寒证。太阴病为三阴之屏障，病轻浅，且局限于中焦。少阴病是病邪发展的严重阶段，病势重，变化多，影响全身。少阴病寒化为其本证，须注意亡阳之危候；热化为其变证，变证较复杂，有表里相兼者；少阴阴液亏竭，又有转化为阳明腑实证者，应详加辨别。少阴病以心肾阳衰里虚为特征，但应注意结合舌苔脉症，辨别真寒假热和真热

假寒，不可混淆。既往应诊时曾经诊治一慢性结肠炎（便秘型）、胆囊炎、胃炎、直肠粘膜松弛Ⅰ度、甲状腺瘤术后致甲状腺机能减退多种疾病缠身的患者。龚某，女，40岁，张家港人，以劳倦、便秘、腹痛、恶心一年半为主诉就诊。患者在某医院行甲状腺瘤手术，术后致甲状腺机能低下，饮食减少，心慌，气短，疲乏无力，体力衰退，易于疲劳，胃部不适，吐酸水，虽经西药治疗，效果不显，遂请中医治疗。现身倦乏力，精神不振，易于疲劳，饮食减少，头晕心慌，胸闷，畏寒怕冷，腹痛恶心，口吐酸水，大便2~3天1次，最长7天1次，大便秘结，失眠多梦，口干不欲饮，下肢浮肿，形体消瘦，表情淡漠，言语少力，就诊时喜伏于诊桌上，疲惫不堪，双目无神，两眼困乏，脉细数，舌质淡苔薄白。查腹部：两少腹叩击痛，中脘、天枢、归来穴有压痛。直肠指诊：直肠粘膜松弛Ⅱ度（伴子宫后位）。直肠镜检查：顺利进入14cm，见直肠粘膜苍白，上附少许粘液，下端充血水肿。诊断：甲状腺机能低下、慢性结肠炎（便秘型）、胆囊炎、胃炎、直肠粘膜内套Ⅱ度。治以扶正祛邪。先予益寿乐胶囊，每日3次，每次5粒，内服。汤剂暂不用，以防“虚不受补”。服药3天复诊，自诉服上药后精神较好，大便不干，饮食稍好，上腹部疼痛，脉弦数，舌质红，苔薄白。仍照上药继续内服。此后，随着病情不断恢复，配服中药汤剂，治疗用药也随之变化。如排便不畅配知母、枳壳；心悸配珍珠母；阳虚加肉桂；湿盛下肢浮肿加薏仁、茯苓；消化不良加神曲、麦芽、炒山楂；腿抽筋加白芍、川牛膝、甘草；腹部胀满时痛用苍术、厚朴、枳壳、木香。共复诊8次。此时患者精神充沛，气色红润，自诉大便间日1次，有时腹部发胀，口流清水，脉弦有力，舌质紫红，苔薄白。仍内服益寿乐胶囊

(因病情好转, 体质恢复), 每次减为 4 粒, 日 3 次服。中药用厚朴 12g, 半夏 12g, 生山楂 15g, 水煎服。此后, 由于患者有时感冒、咳嗽, 则改用麻杏石甘汤加味, 麻黄 6g, 杏仁 12g, 生石膏 15g, 桔梗 12g, 黄芩 10g, 甘草 6g, 水煎服。有时出现五心烦热, 胸中不适, 改服沙参 20g, 青蒿 15g, 炙鳖甲 15g, 地骨皮 12g, 龙齿 20g, 水煎服。咽部发炎, 咳嗽吐痰, 选加半夏、贝母、金银花、连翘、大青叶、冬凌草、生贯众, 或配服六神丸。心血虚用党参、麦冬、五味子加减。血粘度偏高, 配用水蛭、丹参、金樱子、桑寄生。由过度劳累、饮食不当致胆囊炎发作, 则与小柴胡汤加减, 用柴胡 15g, 黄芩 15g, 栀子 10g, 姜半夏 15g, 白芍 15g, 厚朴 15g, 郁金 20g, 金钱草 50g, 公英 30g, 马鞭草 30g, 黄芪 25g, 甘草 10g, 水蛭 6g, 水煎服, 并随其兼症加减。如胃部胀满, 加厚朴、槟榔、枳壳、神曲、麦芽、山楂; 疼痛加川楝子、元胡、木香; 暖气加半夏、代赭石等。又经检查, T_3 较常人低 30%, T_4 低 50%。尚感胃部不适, 暖气, 脉弦, 舌质黯红, 苔白。带药 20 付以巩固疗效。本病案由多种疾病集于一身, 全身机能衰减, 新陈代谢低下, 一派虚寒挟实证, 实属比较典型的太阴病证。由于多种疾病交叉共存, 在漫长的康复过程中, 疾病的从阴转阳, 时而外感风寒, 时而胸胁苦闷, 时而心悸胸闷, 均随其变而辨证用药。

阳虚自汗证

“小便难”津液伤与诸寒收引

桂枝汤里加附子，附子强心贵认真。太阳中风，误用麻黄，毛孔大开，一发而不可收拾，故其人之汗，漏遂不止。毛孔不闭，故其人恶风，身中之体温，将从汗孔尽漏泄，热力减少，膀胱之内大有冻结之势，水不化气，不能排泄而出，故小便难。四肢微急，难以屈伸者，皆因血液收缩，循环不利，正与《内经》诸收引皆属于肾之旨相合，故用桂枝汤，以治中风，加附子以固表。盖附子性热，而有麻醉性，能直达表皮之下，真皮之上，安其神经，实其毛孔，以治漏遂不止之症，汗一止而诸症皆愈矣。此附子所以为大汗亡阳之圣药也。前言麻黄证，不可用桂枝，此言桂枝证，误用麻黄之变证。按此条注者多误，伤寒自成氏注解以后，若朱肱之《活人书》，刘河间之《伤寒直格》，张隐庵之《伤寒论注》，柯韵伯之《伤寒来苏集》，喻嘉言之《尚论篇》，陈修园之《伤寒浅注》，徐灵胎之《伤寒类方》，其中发前人所未发者，诚为不少，可谓仲景之功臣。独于此小便难一症，皆注为汗漏不止，津液丧失，则四肢微急，难以屈伸，与前条风温证中之时痙痙之症相类，不独医理既乖，则与所用之桂枝加附子汤亦不相合。注医书与注他书异，他书只言讲学理，医书贵能实用，毫厘之差，杀人顷刻。惟唐氏容川，独具慧眼，谓小便难是膀胱水结，四肢微急难以屈伸亦是诸寒收引，与下两胫拘急之阴液不养其筋者不同。立论既精，用方亦确，

真大有造于医界也。

【按语】 桂枝加附子汤系仲景用于“太阳病，发汗遂漏不止，其人恶风，小便难，四肢微急，难以屈伸者”（《伤寒论》第20条）。诸家解释王合三先生都很满意，“其中发前人所未发者，诚为不少，可谓仲景之功臣，独于此条于小便难一症……惟唐氏容川，独具只眼”。唐容川曰：“此小便难，是膀胱之水寒结也，与五苓散之水结相似，故五苓散用桂之温之，而此方更加附子，正所以温水散结。四肢微急，难以屈伸，也是诸寒收引证，故当用桂枝、附子，与下文两胫拘急者不同。下文两胫拘急是阴液不养其筋，故用白芍甘草汤。观下文证象阳旦者，为阴液竭，即知此节是阳气亡，非阴液竭也。互勘自明，注家幸勿牵混。”其妙文也。所以王合三先生赞唐氏为“立论既精，用方亦确，其大有造于医界也”。治病求本，辨证无误，用仲景方，效如桴鼓。若认证不清，杂药乱投，变证复出矣。曾诊治一久病阳虚自汗病人，刘某，男，46岁，因患痔疾，多次割治未愈，症见脱肛、便血、肛门疼痛剧烈（既往曾罹患肺结核病，经检查已钙化），致使身体虚弱，虽神志清晰，但表情淡漠，睡眠差，常自汗，并四肢关节疼痛，内服栀子、豆豉、生地、麦冬、丹皮、葛根、麻黄根、浮小麦、黄芩；外用五倍子粉填脐，治疗终无效果。后诊其脉沉无力，舌淡苔白，头痛，体痛，小便少，即用桂枝汤治疗。桂枝9g，芍药9g，甘草9g，生姜9g，大枣12枚，煎服3剂，自汗减轻，疼痛减轻。脉沉无力，苔薄白，阳气不足，营卫未调，照上方加制附子15g。服后汗出大减，头痛、体痛近愈。后更医改弦，用当归、白芍、生熟地、黄芩、黄柏、知母、黄芪、党参、炒枣仁、甘草。患者连服2剂，不仅无效，反汗出多，夜间下肢发凉，屈而不得伸，系阳气

被损所致。又用桂枝加附子汤方3剂，关节屈伸自如，头身疼痛消失，汗出大减，仅留头部汗出，病愈返乡。《伤寒方论·和剂》曰：“漏与亡阳不同，亡阳者是真气大泄，有虚无邪……此阳气与阴津两亡，更加风气缠绵，若用四逆则不宜干姜之刚燥，用真武汤不宜苓、术之渗湿，故用桂枝汤加附子，以固表驱风而复阳敛阴也。然观此方，更用于风湿相搏，身体尽痛，不能自转侧者。则知此处尤着眼在四肢难以屈伸，故加附子以温经而通其邪郁也。”临证必须辨证准确，用药得当，方可取效。

黑舌苔（阴虚内热）

温病体脘证必验舌证治

体脘之部位，在大腹之上，处上焦之下，下焦之上，即今日所谓横隔膜，吴又可所谓膜原也。邪结于此，则按之痛，阻气往来则自痛，或痞胀，当用苦药以刺激之。向之结者，开泄达于肠中，由大便排泄而出，以此地入肠已近，不能从皮毛解耳。若论治，当以验舌为断也。大凡平人之舌，粘膜上皆有一层液体，即章氏所谓如初生之草是也。肠胃有热，此受熏灼而发黄色，血管有湿，舌上分泌之液必多而有浊象，随症施治，或与小陷胸汤，或泻心汤，皆苦泄药也。皮毛发热，舌上之粘膜亦热，故舌苔之白较平人而最显明。白色者，舌苔原有之色也。然热在皮毛，而不在肠胃，舌下之分泌津液如故，故不见燥。或黄白相兼，黄为热之征，白为表邪仍在，或灰白不渴者，以其人阳气不足，体温下降，外虽热，

苔虽显，终见灰色。此三者，苦泄之药，不可乱投也。外邪未解，里邪先结，则舌黄白相兼。邪郁未伸，则舌色白而不燥。中有宿冷，则舌色灰白不渴。皆可由气达卫而解。虽有脘中痞痛之症，亦是气滞，宣通为宜，故曰宜开泄，如杏、桔等药味，轻苦以开结，微辛以达肺，其性质甚流动也。平人皆有舌苔，每因疾病之程度而变化其色彩，故或黄或浊，果为苔之真象，方认为有地之黄，可与前苦之泄法，若光滑无苔，乃其中气素虚，如地下温度不足，表上寸草不生者，然虽有舌上或黄或浊，乃是一层浮垢，是中虚而有湿热之象，前法大为禁忌。

【按语】 脘，王合三先生定位于膜原处，即横膈膜。在大腹之上，上焦之下，相当于胸第十肋下。上脘之上部位，很似张仲景《伤寒论》中“胸胁苦满”症之区域。对于体脘之部位的病证诊治，应掌握四个要点：一详细询问病人自觉症状，如痞满、胀、痛、气上冲心、心下痛和有无寒热等。二触诊检查，患部有无阳性反应物及质地、形态、大小、部位，有无触痛，疼痛的部位深浅，疼痛是固定一处还是放射游走等。三叩诊检查，注意叩击部位，有无鼓音、振水声以及叩击时的疼痛程度等。四舌诊检查，注意舌的形态大小，舌质颜色变化，舌苔厚薄、润泽情况等。对判定病证性质，采取治疗都十分重要。故叶天士指出：“人之体脘在腹上……按之痛，或自痛，或痞胀……必验之于舌……随证治之。”可谓言简意赅。指出脘在腹上，言其部位。“按之痛”，触诊反应矣。“或自痛或痞胀”，询问病人自觉症状矣。“必验之于舌”，言验舌对“脘”部病证之重要性，并根据病证变化，“随证治之”。而王合三先生对“脘”的定位明确，病证分析清楚，使人读后易于理解和运用。第一，明确指出病邪侵犯

于“体脘之部位，”局部出现“按之痛”，或“自痛或痞胀”者，已属中焦，下行则入肠，不可用解表方法治疗，宜采用“苦药”，使邪结开泄，从大便排出。若确有表证，亦应随其变治之。故王合三先生曰：“……虽有脘中痞痛之症，亦是气滞，宣通为宜。”第二，至于如何辨证论治，“当以验舌为断也”。说明舌诊在治疗体脘部病证之重要地位。一般来说，舌能反映人体脏腑、气血、津液的盛衰虚实及疾病的深浅变化等。章虚谷曰：“观舌质，可验其证之阴、阳、虚、实，审苔垢，即知其邪之寒热浅深”。如白苔转为黄苔、灰苔、黑苔是病邪从表入里，逐步化热的征象，同时还要根据舌的润泽与干涸区别寒热虚实等。舌质淡红转为红、绛红、紫黯是病邪由表入里，由轻转重的变化特征，也表明热邪逐步加重。反之，舌质从紫黯转为绛红、红、淡红是正盛邪退，病邪从重变轻至愈的征象。舌苔从黑苔转为灰苔、黄苔、白苔是病邪从里达表，由深去浅，病势转愈的表现。同时还要注意观察舌苔的相兼变化，如若舌为黄白苔、灰白苔、灰苔，症见不渴者，为阳气不足也，“此三者，苦泄之药，不可乱投也”。前者表证仍在，因有一分白苔，便有一分表证，故不可用苦泄之药；后者“症见不渴”为无热，“阳气不足者”为虚寒，均禁用苦寒药。如见“小结胸病，正在心下，按之则痛，脉浮滑者，小陷胸汤主之”。成无己曰：“心下硬者，手不可近者，结胸者，正在心下，按之则痛，是热气犹浅，谓之小结胸。结胸脉沉紧，或寸浮关沉，今脉浮滑，知热未沉结，与小陷胸汤，以除胸膈上结热也。”用小陷胸汤（黄连一两，半夏半升，瓜蒌实大者一个。以水六升，先煮瓜蒌取三升，去滓，内诸药，煮取二升，去滓，分温三服）。若见心下痞，按之濡，其脉关上浮者，大黄黄连泻心汤（大黄二两，黄连一

两，以麻沸汤二升渍之，须臾绞去滓，分温再服）主之。仲景未言舌象，王合三先生曰：“肠胃有热，此受熏灼，而发黄色，血管有湿，舌上分泌之液必多，而有浊象。”其舌苔当是“黄浊”。王合三先生又曰：“外邪未解，里邪先结，则舌黄白相兼，邪郁未伸，则舌色白而不燥，中有宿冷，则舌色灰白不渴，皆可由气达卫而解，虽有腕中痞痛之症，亦是气滞，宣通为宜，故曰宜开泄，如杏、蔻、橘、桔等药，轻苦以开结，微辛以达肺，甚性质流动也。”故临证必须细察，分辨清楚，舌与症合参，全面分析，治疗方不会有误。在临诊时曾见一黑色苔病人，经认真分辨，不属寒，不属热，乃是阴虚内热所致。患者边某，男，27岁，口干、呼吸困难20余天，被某医诊为瘵病。入院后检查：体温37.2℃。发育正常，营养中等，神清合作，气喘状，唇红，面红，咽红，扁桃体不大，心肺无异常。五官科检查，诊为慢性咽炎。经西药治疗仍口渴，喜热饮，大便干，日1次，小便黄，邀请中医诊治。检查：精神尚好，脉象弦有力，舌质红，舌苔黑色满布。诊断：阴虚内热（黑舌苔）。辨证：患者咽痛，口干渴，大便干，小便黄，舌质红，舌苔黑。为阴虚内热，津液耗伤，但胃中有寒，故口干渴而喜热饮。治拟滋阴降火。用药：金银花30g，连翘12g，桔梗12g，生地15g，麦冬15g，元参30g，蝉蜕9g，当归9g，肉桂3g，甘草3g，水煎服。治疗经过：上药连服9剂，自觉咽干稍好，大便干，日1次。脉弦有力，舌质红，苔仍黑。照上方加玉竹30g，石斛30g，丹皮9g，知母9g，连服3剂。口干轻，大便软，黑苔退三分之一，脉弦有力。又照原方服3剂，舌质由红转正常，黑苔全退变薄白苔，诸症基本痊愈。为巩固疗效，改用金银花30g，马勃9g，山豆根9g，桔梗12g，玉竹30g，天花粉30g，石斛30g，陈皮

6g, 生地 30g, 麦冬 15g, 甘草 6g, 水煎服, 3 剂。共服中药 18 剂出院, 带大补阴丸内服。按: 舌见黑苔有因寒因热不同, 临证必须脉症合参。本例为阴虚内热所致黑苔满布, 故用滋阴清热药收效。因隔阴于胃, 故喜热饮, 用肉桂意在暖胃, 引火归元。此阴虚内热用肉桂之理。

血淋证

膀胱的“州都”与“津液”

膀胱是个皮囊, 壁由平滑肌组成, 富有弛张性, 内容积约有一升, 生在骨盆的内腔, 后面下部承接两条输尿管, 前面下部开口于尿道, 尿道与膀胱的分界处有括约肌, 平时紧紧地闭着, 因为贮藏尿, 故说它为“州都之官, 津液出焉”, 可是膀胱内的体温, 必得三十七度半, 始能排泄而出。

【按语】 膀胱位于下腹, 空虚时呈锥体形。膀胱与心、肝、脾、肺、肾多脏腑相距较远, 故有“孤府”之称, 因有贮藏水液和排尿作用, 依此称膀胱为“州都”, 功能为司“津液”。故《素问·灵兰秘典论》曰: “膀胱者, 州都之官, 津液出焉, 气化则能出矣。”王冰在其书中注曰: “位于孤府, 故谓都官, 居下内空, 故藏津液, 若得气海之气施化, 则洩便如常, 气海之气不及, 则闭隐不通, 故曰气化则能出矣。”膀胱随着年龄的不同, 容纳水液不同, 一般正常成人约可容 300 ~ 500mL, 最大容量可达 800mL, 新生儿的膀胱仅为成人的十分之一, 老年人的膀胱肌张力减低, 故容量增大, 女性膀胱容量较男性小。膀胱与肾的关系密切, 相互影响, 在肾气

的作用下排出尿液。故《诸病源候论·膀胱病候》曰：“足少阴其经也，与膀胱合。膀胱主表，肾为脏主里。”又曰：“足太阳其经也，肾之腑也。五谷五味之津液悉归于膀胱，气化分入血脉，以成骨髓也。而津液之余者，入胞则为小便。”但在病理情况下，应当辨别寒热虚实。其气盛为有余，则病热，胞涩，小便不通，小腹偏肿痛，是为膀胱气之实也，则宜泻之。膀胱气不足，则寒气客之，胞滑，小便数而多也，面色黑，是膀胱气之虚也，则宜补之。膀胱与肾的关系十分密切，膀胱的气化情况，直接反映肾气的盛衰。一般来说，虚证多属肾，实证多属膀胱。在实证中，尤以湿热下注最为常见。湿热下注膀胱，属膀胱自身者有之，因肾移湿热于膀胱者有之，因其他脏腑者亦有之，治当区别。膀胱湿热证，多发病急，症状重，时间短，尿频，尿急，尿痛，尿淋漓，尿浑浊或有脓血者，脉滑数，舌质红，苔黄多见，此时宜早治疗，若延误时日，久则易致砂淋、石淋。临床所见血淋者，首当区别因炎症、因结石、因结核、因肿瘤，必须辨病与辨证相结合，求因论治，方不致有误。曾诊治一血淋（血尿）病人，取效甚捷。患者李某，女，27岁。初诊时自诉：尿频、尿急、尿痛、尿血4天。病史：开始小便不利，尿急，尿量很少；继而尿频，尿痛，全身无力，失眠多梦。尿化验报告：色淡黄，碱性，蛋白（+），上皮细胞少许，脓细胞少许，红血球（++）。内服乌洛托品等药治疗，不仅诸症俱在，反见肉眼血尿。检查：形体虚弱，脉弱无力，舌质红，舌苔薄黄。诊断：血淋。辨证：平素体质不健，故形体虚弱，脉弱无力。小便不利、尿频、尿急、尿痛、尿血属血淋症状。下焦湿热，故舌质红。血热妄行，故血尿。拟清热通淋，凉血止血。药用：金银花30g，连翘12g，当归9g，白芍15g，仙鹤草30g，

白茅根 30g, 木通 9g, 云苓 15g, 黄芩 9g, 茜草根 9g, 栀子 6g, 甘草 3g, 水煎服。治疗经过: 服上药 1 剂, 血尿停止, 尿频、尿急、尿痛好转。脉微数, 舌质稍红, 苔转白。又照原方服 3 剂而痊愈。

按: 高山地区有高山不适应性血尿, 治疗以生脉散(党参、麦冬、五味子)和八正散(车前子、瞿麦、木通、大黄、滑石、栀子、篇蓄、甘草)加减。血尿常加茜草根、仙鹤草、白茅根等, 多能取得较好疗效。淋证虽然表现在膀胱, 又多与肾脏关系密切, 与心肝等脏腑相关。因此, 在辨别寒热虚实的同时, 调整内在脏腑至关重要。如治疗高原地区血淋用生脉散, 意在治本, 用八正散治标, 标本兼治, 则病易愈。《临证指南医案·淋浊》曰: “淋有五淋之名; 浊有精浊、便浊之别。数者当察气分与血分、精道及水道, 确认何来? 大凡秘结宜通, 滑脱当补。若因心阳亢而下注者, 利其火腑; 湿热盛而不宣者, 彻其泉源; 气陷用升阳之法, 血瘀进化结之方。此数端, 人所易晓也。独不知厥阴内患, 其症最急, 少阴绕前阴, 小水点滴难通, 环阴之脉络皆痹, 气化机关已息。先生用滑利通阳, 辛咸泄急, 佐以循经入络之品, 岂非前人之未发耶? 若夫便浊之恙, 只在气虚与湿热推求, 实则宣通水道, 虚则调养中州, 若虚实两兼, 又有益腑通腑之法。精浊者, 盖因损伤肝、肾而致, 有精瘀、精滑之分。精瘀当先离宫腐浊, 继与补肾之治; 滑精者用固补摄敛, 倘如不应, 当从真气调之。景岳谓理其无形, 以固有形也。然此症但治肝、治肾而不知有治八脉之妙。先生行孙真人九法, 升奇阳, 固精络, 使督、任有权, 漏后自己。可见平日若不多读古书, 而临证焉知此理! 若不经先生讲明, 予今日亦不知此方妙处。又尿血一症, 虚者居多, 若有火亦能作痛, 当与血淋同治,

倘若清之不愈，则专究乎虚，上则主于心脾，下则从乎肝肾，久则亦主于八脉，大约与前症相同，要在认定阴阳耳！”此言淋浊，当求因论治，并注意鉴别，才不易误矣！

月经病

热入血室即热邪直结血分

男子有精囊，女子有子宫，子宫即中医所谓血室也。我国医人，谓男女皆有，是男子亦有子宫矣。盖男子亦有热入血室之证，即热邪直结血分，而仲景不曰邪热直结血分，而曰热入血室，推其意，不如女子之热入血室证顺口，而后人遂有种种可笑之注解，何唐容川不正之而反从之耶？热入血分，逼血入大肠之间则下血。郁热熏脑府，神经不安则谵语。此名热入血室，不必指定为男女也。夫热入血室，则脉迟身凉，身凉则如无病之人，自然无汗也。惟其头受郁火之蒸，则头汗出，与身之有水气之但头汗不同。因血未结，症尚轻，故不必用小柴胡汤，但刺期门以泄阳明之邪足矣。

【按语】 关于“热入血室”的解释，正如王合三先生所言，众说不一。如金·成无己撰《伤寒明理论·热入血室》曰：“伤寒热入血室，何以明之？室者，屋室也，谓可以停止之处。人身之血室者，荣血停止之所，经脉流会之处，即冲脉是也。”指出冲脉即血室。又如王冰曰：“冲为血海，言诸经之血，朝会于此，男子则运行生津，女子则上为乳汁，下为月水。”此言男女均可罹患，非女子独有此病。柯琴《伤寒论注》卷三曰：“血室者，肝也。肝为藏血之脏，故称血室。女

子以血用事，故下血之病最多，若男子非损伤则无下血之病。惟阳明主血所生病，其经多血多气，行身之前，邻于冲任，阳明热盛，侵及血室，血室不藏，溢出前阴，故男女俱有是证……按蓄血、便脓血，总是热入血室，入于肠胃，从肛门而下者，谓之便血脓血。”以肝为血室。汪琥《伤寒论辨证广注》卷十四曰：“血室虽不分男女，而热入血室之证，则惟妇人有之。既男女皆有血室，单女子病，男子不病，不在情理之中。”《伤寒论直解》卷四曰：“冲任为经血积受之处，故谓之血室。此以中风寒热之时，适于冲任盈满，当泻之候，或热邪煎逼，胞脉已开，子宫之血方出，而热血排闷直入，致为热入血室也。”张景岳《伤寒典》卷下曰：“血室者，即冲任血海也，亦血分也。凡血分之病，有蓄血者，以血因热结而留蓄不行也。有热入血室者，以邪入血分而血乱不调也。故血蓄者，去之则愈。血乱者，调之则安。调之之法，则热者宜凉，陷者宜举，虚者宜滋，瘀者宜行，邪未散者宜解也。然此皆病在下者，故曰无犯胃气及上二焦，必自愈。”以上虽各有议论，但热入血室，男女皆可罹患的认识是统一的，惟汪琥所言非也。血室之部位，多有不同，曰冲脉，曰肝，曰冲任血海。以上各家均从不同的角度，分析了仲景《伤寒论》热入血室证，统一于“血分”，与王合三先生所谈之血分是一致的。因血在血管中循行，无处不到，热入血室，即热入血分，并可根据热邪所侵犯的部位，表现不同的症状。如邪热表浅可见恶寒发热；邪热入里可发热、不恶寒；邪热在两者之间，可见寒热往来；邪热上冲可见头痛；入脑可见神昏谵语；入膀胱可见小便少、尿色黄，甚则可尿血；女子热入子宫，势必影响月经，发生经水适断；若邪热入大肠，可致便秘、肠燥，也可发生便血、脓血等症。其邪热，可因中风、

伤寒化热入血分；亦可因内热入血分；亦可是发病即在血分。但由于病邪不同，人体气血盛衰不同，病邪侵犯部位不同，临床表现亦不同。应针对具体情况，辨证施治。曾治患者刘某，女，27岁，以月经四个月未断前来就诊。在8个月前生一男婴，于第四个月采用避孕环。放环后，月经淋漓不断，时多时少，饮食减少，少腹有时疼痛，虽内服“黑片血药”，亦未见效果。据此诊断为放环后月经不断。根据当地药源情况，拟用侧柏炭30g，甘草6g，水煎，早晚各服1次。出病人意料之外的是，服第1剂中药后，月经量从多减少到微有红色。第2剂药服完后，则出血症状完全消失，少腹亦不疼痛，饮食恢复正常。服完2剂后又来复诊，照上方又开药1剂，巩固疗效。此病案系因放环刺激局部粘膜发炎出血所致，给予侧柏叶炭以止血，加甘草以解毒缓急迫，收到了明显效果。此治病求本之法也。此热入血室与以上所谈又有不同，故当求因论治，不可泥古不化也。

狂 证

热入血室，随其结，治当有别

太阳病，七八日之后，表证仍在，应治表证，今脉不浮紧而微沉，微沉之脉，往往结胸，只见其人发狂者，以热结于下焦血室中，血随火动，则上干脑系，使其人发狂。脉沉为邪在里之血分，血分实而气分虚，故脉反微。此证少腹当硬满，小便自利，以热结于血室而不结于膀胱。下其结血则愈，此为瘀热在里之证，故以抵当汤下之。阳明病胃中有热，

热能消谷，故初欲食，然热气太过，逆于膀胱之内，则小便不利。大肠无热，则大便自调，但其人骨节痛，翕翕如热状，是太阳之表证未解也。忽一日，奄然发狂，发狂之后，漈然汗出而病解者，此太阳寒水之气，不胜阳明燥热之谷气，遂使邪与汗，并在一处，将欲出表，当其发狂之前，必变阳明病之大脉为太阳之紧脉，则为欲愈之兆。按：奄然发狂，漈然汗出，即俗所谓闹汗也。是里热与汗将并，势欲出表，即有烦躁不安之象，观此即可知麻黄、桂枝发汗之理，而温病之不可用麻黄、桂枝，亦可悟矣。

【按语】 关于狂证，早在《内》《难》二书中均有论述。如《灵枢·本神》曰：“心怵惕思虑则伤神，神伤则恐惧自失……肝悲哀动中则伤魂，魂伤则狂忘不精……肺喜乐无极则伤魄，魄伤则狂，狂者意不存人。”《灵枢·癫狂》曰：“狂始生，先自悲也，喜忘、苦怒、善恐者得之忧饥……狂始发，少卧不饥，自高贤也，自辨智也，自尊贵也，善骂詈，日夜不休……狂言，惊，善笑，好歌乐，妄行不休者，得之太恐……狂，目妄见，耳妄闻，善呼者，少气之所生矣……狂者多食，善见鬼神，善笑而不发于外者，得之有所大喜。”《难经·五十九难》曰：“狂疾始发，少卧而不饥，自高贤也，自辨智也，自尊贵也，妄笑好歌乐，妄行不休是也。”以上诸论，对发狂证的病因，与脏腑的关系及临床症状作了明确描述。狂病属阳，有在气分、在血分、在脏、在腑之不同。有虚、有实、有在上、有在下之别。亦有表证与里证兼见者。一般来说，有表证者当先解表，后治其狂。如《伤寒论》106条，即表证与狂并存，其治则“外解已，乃可攻之，宜桃仁承气汤”。对于“太阳表证未解”之病人，必须引起医患双方注意，因“忽一日，奄然发狂”，说明太阳表证可引起“发

狂”。发狂之后，“溼然汗出而病解”。《灵枢》对狂证常采用针刺疗法。在临床诊治狂证时，采用针刺人中、合谷，或针对病因灵活随经选穴，配合中药，效果较好。陈某，女，34岁，患发狂证，其爱人邀余出诊前往。见病人意识不清，狂躁不安，不识人，不入睡，不进食，见人则恐惧，发狂时两人也按捺不住。询其病因，系因情志不遂而致。细察患者表情，面目呆滞，言无伦次，目不识人，时而狂躁，恐惧不安，诊其脉数，此为狂证无疑。求其病因病理，乃因情志不遂，怒气伤肝，肝郁气滞，继而肝风内动，伤及心神，故先则面目呆滞，后则狂躁不安，意识不清。《明医指掌·癫狂》曰：“肝气太旺，木来乘心，名之曰狂……当抑肝镇心”。治当平肝熄风，益气安神。先用针法以治急，继用中药调治。因当时患者正在发作，狂躁不安，两人将其按卧床上，先在中穴刺入，后刺合谷。采用强刺激，用泻法，约15分钟，病人从狂躁，慢慢安静入睡，留针半小时，起针后未醒。中药用党参9g，黄芪9g，麦冬9g，全蝎9g，蜈蚣3条，钩藤30g，五味子9g，竹茹30g，甘草9g，水煎服。当病人醒后，已不发狂，诸症减轻。以后到医院复诊，在上法基础上，随症加减。如心悸失眠，加菖蒲、远志、酸枣仁；头痛加川芎、藁本、白芷；惊恐加朱砂、琥珀等。在治疗过程中发作二次，时间很短，随即恢复，共计治疗不足3个月，病近安然，赴沪探亲。另治一狂证病人，时而狂言乱语，不避亲属，奔跑呼号。诊时见患者正犯病发狂。让家人将正在发狂病人，强行抬至车上，由身强力壮男青年将病人按于车上，立即针人中穴配合谷穴，用泻法，上下提插，左右捻转，如雀啄样，病人由狂躁迅速入睡，将其送回家中，此后未再复诊。此二穴对狂证发作有针后立即缓解的作用，并迅速由狂躁状态而缓慢入

睡。用此法，可针对不同病情配穴，效果更佳。

股 痲

“疮家”忌汗

有疮之人，血液已伤，身虽疼痛，外感血虚，尚不敢定，若再大发其汗，则血中之水分被劫，跳动不利，即变为角弓反张之痉病矣。

【按语】 仲景所言“身疼痛”当区别是因太阳表证，还是因罹患外科“疮”毒所致？若系太阳表证，自当用麻黄汤，或桂枝汤，汗之则愈。如若“疮家”万万不可用麻黄汤或桂枝汤辛温发汗，因“疮”多热毒，火毒为患，岂敢用辛温之药“火上加油”乎！疮本为热毒、火毒，已耗灼津液，若再用辛温之药发汗，不仅助邪，且发汗伤津，筋失濡养，则发痉。故仲景告戒医生，“疮家，身虽疼痛，不可发汗，发汗则痉”。难道患疮病人绝不能发汗吗？非也！仲景所言“疮家……不可发汗”，是指疮家不可用麻黄汤助邪发汗矣！不要将疮家，误认为太阳伤寒病。成无己曰：“表虚聚热则生疮，疮家身疼如伤寒，不可发汗，发汗则表气愈虚，热势愈甚，生风变痉也。”不仅要知道疮家禁用辛温发汗，还要知道《内经》“汗之则疮已”的名言。即疮家亦可用发汗法。在这方面，总结有治“痲”用“汗”、“清”、“利”、“扶正”四法。这四法，重点解除“痲”的病因——“毒”，即“热毒”、“火毒”、“菌毒”、“病毒”，同时，还需要注意人体的“津液”、“气血”、“脾胃”等情况。

1. 汗法：主要使“痈”毒从汗排出，即“汗之即疮已”之意。此法主要适用于“痈”之早期，因其病位浅，正气未衰，症见恶寒发热脉浮等表证时，使“毒”随汗而出。此属治痈排“毒”第一法。

2. 清法：即清除汗法不能排出之痈“毒”，它有清热解毒、抑菌、灭菌、杀菌之功效，故适用于痈之始终。并根据热毒之轻重缓急采用轻、中、重不同的“清法”。因清法使用最广，是治痈必用之法也。

3. 利法：主要使痈“毒”从尿排出。即利尿解毒、排毒之意。因此，适用于早、中、后各期，尤其是部位深又无表证而兼湿重者。汗法用之无效，即“清”毒以后，可用“利”法，将其侵犯于组织、脏腑、营血之毒从尿中排出。此属治“痈”排毒第三法。此法只能排毒于体外，决无引邪入里之虑。

4. 扶正：正气不足者扶之，即“滋阴养血”、“益气和中”。热病最易伤阴，消耗气血，影响脾胃，尤其是发汗、利尿，更应注意滋阴养血。清热解毒排脓，也要考虑到调理脾胃，补血益气，这样才不至于顾此失彼，遗留后患。

以上四法，常结合运用，尤其是对重证又兼表证时，四法合用，取效甚捷。既往曾诊治一患者常某，男，25岁，工人，左股肿痛，伴恶寒发热5天。因半月前左脚第四趾背侧被鞋磨破，4天后左股内侧上端疼痛，自服土霉素，不效。后到医务室医生给肌注青、链霉素治疗，也不见效果，且局部红肿疼痛日渐加重，时觉恶寒发热（体温38℃），结块大如鸡卵，患肢行动不便，疼痛剧烈。症见左股内侧肿痛较重，行动不便，疼痛剧烈，伴恶寒发热。检查：左股内侧上方有9cm×5cm大结块，红肿高突，周围浸润，发红面积

约 17cm × 15cm，触之周围发硬，疼痛明显，中间触之稍软（内已有脓，但量不多），脉象坚实有力，舌尖稍红，苔微黄。诊断为股痈。治宜疏风清利，活血散结，方用清利活血饮加味：羌活 10g，独活 10g，川芎 10g，当归 10g，赤芍 10g，公英 60g，地丁 15g，金银花 30g，连翘 15g，黄连 10g，黄芩 12g，大黄 10g，赤小豆 30g，白茅根 60g，野菊花 30g，水煎服，外用二味拔毒散浓茶调敷。服上药 1 剂，肿小疼轻，热退身凉；又服 2 剂，肿消痛失，并可自由活动，仅留杏核大小结块。因急于工作，未再服药，此后原留之硬核也全消散矣。现已研究证明，感染之所以局限成脓肿，主要是由于金黄色葡萄球菌所具有的凝固酶，使血浆凝固，血管血栓形成，同时又有大量纤维素渗出，形成脓腔壁之故。这就不难看出，当“痈”开始化脓，而脓液量不多时，采用汗、清、利、扶正为主的方法，能够抑制或杀灭葡萄球菌，这时葡萄球菌所具有的凝固酶作用就会遭破坏，不仅炎症得到控制，血浆不发生凝固，血管血栓也不形成，大量纤维素也不渗出，脓腔壁也难以形成，有利于局部的经络通畅，气血运行，即使已生少量脓液，也会被组织吸收代谢，从而达到使已形成的“痈”消散的目的。

破伤风

再谈“疮家”忌汗乎！

疮家身虽疼痛，不可认为中风而发汗，发汗则痉。有疮之人，血液已伤，身虽疼痛，外感血虚，尚不敢定，若再大

发其汗，则血中之水分被劫，跳动不利，即变为角弓反张之痉病矣。

【按语】一般来说，患“疮”疾之人，别无他病，身体壮实，即非“血虚”者。“疮家”，久患疮疾，身体虚弱，或平素气血虚弱，复患疮疾，即“血虚”之人。两者之中，都必须注意其出现的“身疼痛”一症，分清是因感受风寒所引起的太阳病表证，还是因罹患“疮”疾所致。若因外受风寒引起的太阳表证，可用桂、麻发汗，使风寒之邪从汗出而解；若因热毒、火毒发生疮疾，引起身疼痛者，治当清热解毒为重，用辛凉解表即可排毒；若因久患疮疾，耗伤津液，“身疼痛”者，万万不可用麻桂辛温发汗。所以临证必须辨证准确，切不可“外感血虚，尚不敢定”，就“大发其汗”。成无己曰：“表虚聚热则生疮。疮家身痛如伤寒，不可发汗，发汗则表气愈虚，热势愈甚，生风变痉也。”若患“疮”疾，身体壮实，不属“血虚”范畴，又复外感者，仍可用汗法解表，清热解毒，使解表勿伤津。属“疮家”、“血虚”范畴之人，又罹患外感，应汗解，一定要在保证不伤正气、不伤津液的前提下，选用扶正驱邪法。曾治一患者李某，男，31岁，初仅感背部发痒，并未在意，午睡醒后，忽觉恶寒发烧，身困乏力，即到单位诊所就诊，医生诊为“感冒”，给予阿斯匹林，治疗3天，恶寒发热诸症不减，增加头胀，面部发热。又到单位诊所就诊，仍按“感冒”治疗，遂周身不适，诸症加重，但热不寒，面部发烧，口干，大渴饮引，心烦不安，欲睡，背部长一枣大肿块。10日后再次到单位诊所治疗，医生才发现背部肿块，已红肿热痛，发现服用西药后，不但无效，且背部疼痛越来越重，背部沉重，发烧，咳嗽，口渴。至14日后，医生才不以感冒为重点，局部加敷黑色药膏，病势不减，疼

痛剧烈，呻吟不已，烦躁不安，不能仰卧，被迫取侧卧位，不能入睡，至夜发高烧，又转某单位诊所外敷西药，加服止痛剂，无效。又行局部封闭治疗，1 小时后又复疼痛如前，局部肿势日大，全身症状加重，到我院门诊收入住院，采用解毒清热中药内服，外用拔毒膏调养治愈出院。在带教工作时曾治疗一例破伤风患者，李某，男，39 岁，左手外伤，口紧项强 4 天。病史：修排水沟时不慎用铁钯刺伤左手掌。当即到卫生室用水冲洗伤口，清毒后外敷消炎粉，“因没止痛药，肌注阿托品 1 支，另口服 3 包白色面药”。伤口经处理后疼痛减轻，于第二天感觉肘关节以下有困重感。第三天困重感从手部发展到肩部，今日上午感项强口紧，到下午困紧感发展到患侧面部，口不能完全张开，左面部发热，左眼皮发紧，但患处已不很痛，心烦，出冷汗，但不觉发热，二便正常，饮食尚可，吞咽时咽部发紧，故来乡卫生院治疗。检查：发育正常，营养中等，身体壮实，言语清楚，精神也好，颈项强硬，活动受限，口紧吞咽不利，左手指屈伸受限，左眼上睑发紧，左手掌两侧有 4cm × 2cm 大创口，内有少许分泌物，脉弦数有力，脉搏每分钟 86 次，舌质淡，苔薄白。印象：破伤风。治疗经过：当时因无破伤风抗毒素，即介绍病人到县医院治疗，县医院仅给予内服四环素、肌注青霉素和“含化药片”。因当地农民对破伤风治疗有经验，从医院回去后，立即用黄酒冲服蛭螬（焙干研细）7 个，取汗。第 1 次无明显效果，但病势也未发展。第 2 天又用黄酒冲服蛭螬取汗，自觉从头部开始，症状慢慢缓解痊愈。因服用蛭螬后除伤口未愈外诸症消失，故以后患者仅前来卫生院作局部换药处理，不数日收功。本例患者证明土单验方只要对症就能取得好的效果。虽然患者内服四环素，肌注青霉素等对破伤风治疗有帮

助，但黄酒冲服蛭螬对治疗破伤风来说有其特点。查《中药大辞典·蛭螬》，味咸，微温，《别录》谓微寒、有毒。为金龟子科昆虫朝鲜黑金龟子或其他近缘昆虫的干燥幼虫，有破血行瘀散结和治疗破伤风等功用。临床报道用此药治破伤风：将蛭螬倒置（头向下）让其自然吐出黄水（如急用，可剪去蛭螬尾，黄水随即流出），取黄水搽在伤口上（可使伤口麻木，身上出汗）；重症者可将黄水滴入酒中，炖热内服，以使出汗；牙关紧闭者，可用蛭螬水涂擦牙龈。亦可将蛭螬捣烂如泥，外敷伤口，干后即换；或以蛭螬10个，焙干为末，分2次用黄酒送服（小儿酌减）。上述方法每多合并使用。经治14例，结果痊愈11例，死亡3例。有效病例均在15~30分钟即张口自如，喉痉挛消失或减轻，口腔分泌物显著减少，能吞咽食物和药物。服药后抽搐虽能减轻，但尚不能制止，仍需配合其他方法治疗。3例死亡者，均因年老体弱，并有心肺功能不良。此单方治破伤风来自民间，介绍出来供作参考，若条件比较好，破伤风抗毒素仍当列为首选。如在边远地区，一时找不到破伤风抗毒素时，此药采集方便，对症状轻者不妨一试，对较重者，仍需中西医结合治疗，方可收效。

全身泛发性环形红斑病

温病斑疹证治之法

斑与疹，形态之分也。即受其邪，则宜见于皮肤，宜见不见，则为内陷。若见之多者，则受邪重也，受邪重则危。色虽好，而外症危险者，必其人体组织不完备，而抗毒素

减少故也。色不好，而外症平常者，亦如是。辨色为治疹之要诀，辨之之法，即叶天士所云：“红者属胃热，紫者热极，黑者胃烂，亦必看外症所合，可断之。”阴斑与虚斑，气血寒凝，或不足，非温补则斑疹不透，观高世宗《医学真传》自明。气血充者，无论何色皆可救，形色有宝光者，气血充之表示也。火郁血凝，致发黑色，去其火而血自和，血一活，而邪自透，由黑转红，或为可救之证矣。斑有斑邪，疹有疹邪，我即病菌之说也。斑疹即出皮肤之外，皆病菌从汗排出之故也。邪退正安，故神情清爽也。邪欲退而元气大虚，正不胜邪也。此时最易内陷，内陷者，一出而仍没也，宜甘寒养胃。

【按语】 温病在发病过程中，常常以斑、疹的形式表现于体表，故王合三先生曰：“斑与疹，形态之分也。”由于斑、疹的大小、形态、色泽等表现不同，成为临床辨别阴阳、表里、虚实、寒热以及脏腑、气血、津液的盛衰和病邪强弱的重要依据。首当辨何者为斑，何者为疹。斑是皮肤色泽的异常，不高出皮肤表面，亦不向下凹陷的一种皮损。《丹溪心法》曰：“斑有色点而无头粒者是也。”斑，常因色泽不同而区别病邪轻重。如红斑，指压退色，离指仍红，多为血热。稀疏色淡为热轻，鲜红密集为热重。红中透紫，或兼有瘀滞，为热毒炽盛。黑色为热毒之极。紫色斑，压之色不退为血瘀，多见于皮下出血。紫色斑轻者为瘀点，重者为紫斑。红斑是血管的扩张，紫斑是血管出血。此外，湿热火毒入营内陷时，均可见皮肤发斑，属病势危重。另外，亦有斑大于1cm以上者称斑片。疹，也称丘疹。发生于皮肤或真皮浅部，突出皮肤表面，大小在0.5cm以内，状如丘形的小疹子，触之碍手，故曰：“疹浮小有头粒”。疹的形态有扁平、多角形、圆锥形、

半球形等。疹的颜色有多样，一般丘疹色红，多属风热、血热。黄褐色，多属气滞血瘀。“有斑带疹”，可称斑丘疹。王合三先生曰：“斑有斑邪，疹有疹邪……我即病菌之说也。”王合三先生将传统医学和现代科学紧密结合起来，提出“病菌之说”。现已查明，感染性紫癜是由“细菌、病毒、立克次体和原虫感染引起，常见于流行性脊髓膜炎、败血症、出血热、伤寒、斑疹伤寒及疟疾等。产生机理是免疫复合物或病原体直接损伤内皮细胞，或使毛细血管通透性增加，或是毛细血管细菌性栓塞，部分病例由多因素引起。治疗以抗感染为主。儿童在感染后全身皮肤可见大片触痛性瘀斑，伴有出血性大疱和坏死，内脏亦可受累，死亡率较高，称暴发性紫癜（见陈灏珠主编《实用内科学·血管性紫癜》）。这不仅充实了中医斑有斑邪、疹有疹邪的内容，而且在治疗方法上，提供了新的思路。虽然中西医学学术不完全相同，但互补性是不可忽视的。在辨斑疹时，首先区别斑疹，再看斑疹顺逆。一般斑出“云头隐隐”，疹呈“琐碎小粒”。易现于皮肤者，为顺。易见不见，则为内陷。内陷者，为逆。当根据斑疹的色泽变化及脉症等整体情况辨证治之。如“斑色，红者属胃热，紫者热极，黑者胃烂，亦必看外症所合，可断之”（叶天士）。色泽虽好，外症险者，正气不足，“抗毒素减少故也”。若色泽不好，外症又无明显抗病邪之征者，亦是正气虚，治当扶正祛邪。更应注意将疹色与脉症相结合进行辨证。如斑疹色淡红，四肢不温，口不渴，脉不洪数，决非实火热证，为虚斑可知，治当虚者补之。若斑疹，只“胸微见数点，面赤足冷，或下利清谷，此阴盛格阳于上”，乃阴斑可知，当温之，即非温补则斑疹不透。章虚谷曰：“若面足冷，下利清谷，此阴寒盛，格拒其阳于外，内真寒，外假热，郁而成斑，故直

名阴斑也，须附、桂引火归原，误投凉药，即死，实火误补亦死，最当详辨也。”尤为重要者，当视其整体如精神状态、气血、津液等，再与局部斑疹色泽合参，即知预后吉凶矣。叶天士曰：“斑色紫小点者，心包热也。点大而紫，胃中热也。黑斑而光亮者，热胜毒盛，虽属不治，若其人气血充者，或依法治之，尚可救。若黑而晦者，必死。”并从动态观察有无转机之可能性，“若黑面隐隐，四旁赤色，火郁于内，大用清凉透发，间有转红，或可救者”。先贤叶氏，救治危重病人，从不失去任何一点转机，并恰如其分地大用清凉透发之剂，或用炙甘草汤，清热养阴。曾在参加下乡医疗队时，诊治一患者。睢某，男，16岁，以发热伴头项四肢发环状红斑疹瘙痒4天来诊。患者曾在10年前不明原因身上起红色圆形、椭圆形大小不等斑块，斑四周有红晕，瘙痒，发热。每用抗过敏药可缓解。近几年发作间隔时间逐渐缩短，病情依次加重，约2周发作1次。开始全身起鲜红色疹块，高出皮肤，奇痒，疹块逐渐扩大，环形斑疹中间皮肤逐渐转为正常，随着疹块和环形斑的增大，病情逐渐加重，发热，周身不适，不思饮食，继而恶心呕吐，已三日未大便，小便黄，面部、前胸、后背、四肢均有不规则如云形斑块和丘疹，高出皮肤，斑块中间皮肤色泽正常。心率快，94次/分，律齐，体温38℃。脉象沉细，寸关部无力，舌质黯有瘀斑，苔白腻有津。诊为全身泛发性环形红斑疹，属热毒发斑。拟用解毒化斑汤：金银花40g，当归20g，大青叶30g，板蓝根30g，生地15g，丹皮15g，柴胡15g，黄芩15g，元参20g，白芍15g，生石膏30g，知母20g，公英40g，甘草10g，水煎服。连服上药2剂痊愈。第1次复诊，自诉服第1剂后症状减轻，红斑色浅变小，身热减退。服2剂后，全身斑块消失。该患者为热毒发斑，故

以解毒化斑汤迅速获愈。另有一种过敏性紫癜病，也称出血性毛细血管中毒症。是以毛细血管炎为主要病理的变态反应性出血性疾病。致敏后引起毛细血管通透性和脆性增强，使皮肤和粘膜出血。多在前驱症状2~3天后出现，呈对称性分布，好发于下肢及臀部，大小不一，色紫红，属中医学“血证”、“紫癜”范畴。过敏性紫癜除发生皮肤和粘膜紫癜外，常有不同程度的关节疼痛及关节活动障碍。以膝、踝等大关节多见。在医疗队期间，曾参加有关过敏性紫癜病人的会诊与治疗工作中，有的病人出现“急性胆道蛔虫症”和“急性阑尾炎”体征。严重者还出现呕吐，或消化道出血等。其中一例由内科治疗，因“急性阑尾炎”症状得不到控制，后转外科手术，剖腹后证实非“急性阑尾炎”，而为紫癜，肠管上见到散在性出血点和大小不等的黑色瘀斑。这二例病人给我们留下了深刻的印象。下面二例病案，为我们治疗紫癜多有启迪。患者尼某，男，8岁，藏族，由其母介绍患儿病情。以头痛、腹痛伴下肢关节痛及两下肢紫癜2天住院。在一月前患儿开始发烧，出汗，两下肢出现红色皮疹，关节疼痛，右踝关节肿胀，在当地多次治疗未见好转，转入地区某医院内科。检查：体温36.2℃，心率100次/分，发育营养尚可，神清合作。躯干偶见针头大小紫癜，双膝关节以下较多，右踝关节肿胀，按之有波动感和压痛。化验检查：尿：蛋白(±)，红细胞0~2，上皮细胞极少。血液：血色素107g/L，白细胞 $10.2 \times 10^9/L$ ，中性57%，淋巴38%，大单核5%，血小板 $136 \times 10^9/L$ ，血沉4mm/h，出凝血时间30秒。诊断：过敏性紫癜。治疗经过：入院后即采用抗过敏加激素治疗。药用维生素丙、朴尔敏、强的松、乳酸钙等，右踝关节肿略消，饮食尚可，但到第3日上午6时，开始上腹痛，呈阵发性，

经内服普罗本辛、酵母后略缓解，到9点以后疼痛加重，呈持续性，患儿哭闹，辗转不安，但腹软肠鸣音正常，经采用阿托品、鲁米那，又加针刺，效果不明显。邀中医和外科医师共同会诊。患儿呕吐、腹痛，三日未大便，其疼痛部位主要在剑突下和右肋部，胆囊区压痛，出现典型的过敏性紫癜、假胆道蛔虫症，脉数，舌红苔薄白。西药以抗过敏、镇静止痛加激素等治疗，中药予以舒肝和胃，抗敏止痛。用柴胡3g，黄连4.5g，元胡6g，川楝子15g，大黄9g（后入），甘草3g，槟榔6g，川椒9g，乌梅9g，水煎服。经中西医会诊治疗后，大便得利，当晚腹痛减轻。又继续遵上法治疗2日，腹痛消失，未见紫癜新出，原紫癜逐渐吸收，于第4天出院。另一患者，索某，男，19岁。主诉：腹痛、呕吐伴腹泻10天。10天前吃兔肉后，上腹疼痛，食欲不好，在门诊治疗未见效，于昨天开始腹痛加剧，腹泻2次，尿多。检查：体温35℃，脉搏64次/分。剑突下压痛，双踝关节及腕关节发现皮下出血斑。当时医生诊断：过敏性紫癜、急性胃炎？治疗经过：采用抗过敏加激素配合镇静止痛剂，如扑尔敏、维生素B₁、阿托品、强的松治疗等。治疗后双侧踝关节处紫癜已基本消失。但于入院后第3天上午9时，发生上腹部疼痛，恶心，已2天未排便排气，采用冬眠灵等治疗未见效。第4天早晨，患者呈急性痛苦病容，腹肌紧张，尤以右少腹为重，压痛明显，反跳痛，剑突下压痛，经外科会诊，以急性阑尾炎转外科手术。剖腹后流出大量黄色腹水，见回肠浆膜色红。探查回肠，约有40cm肠段上有散在性出血点，有的肠段浆膜上有大小不等的黑色瘀斑，肠系膜充血、水肿，血运正常，无梗阻、扭转现象，探查阑尾，长约9cm，充血，水肿。将阑尾切除后关腹。手术顺利，术后2天仍然腹部疼痛，口干，腹部压痛

明显，已4天未大便，邀请中医给予诊治。诊其脉数有力，舌质淡红，苔白腻。因是术后，当清热祛湿，抗敏止痛。用金银花30g，连翘30g，黄芩9g，甘草12g，藿香9g，佩兰9g，杭芍9g，元胡12g，木香9g，厚朴3g，大黄9g（后入），枳壳9g，水煎服。西药以抗敏、镇静止痛加激素治疗。通过以上中西医结合治疗，次日病势渐好，腹膜刺激征已不明显，双上肢皮疹有所减退，但有血便，色较黑。加服维生素K后，仍解血便，色黯红，又加服云南白药，双下肢皮疹完全消退，上肢大片皮疹大部消退，尚有腹痛。于住院第11天症状好转，已不便血，腹痛亦轻，脉缓有力，舌质红苔白。中药改用扶正祛邪法，药用黄芪9g，党参9g，金银花30g，连翘30g，黄芩9g，槐米30g，杭芍30g，木香9g，公英30g，甘草9g，水煎服。每日1剂，连服6剂（西药以抗敏、镇静、激素为主）。中西医结合治疗6天，病人腹痛好转，腹软，无触压痛。于住院第26天病人腹部不痛，亦无便血，诸症消失，停用一切药物观察。2天后仅膝关节以下发现皮疹，别无不适，又给强的松、朴尔敏治疗，皮疹逐渐消退，共计住院30天，并继续抗敏治疗。对于重症患者，采用中西医结合治疗，效果满意。

脱肛性内痔便后失血

亡血家忌汗

亡血者，刀伤剑伤等去血过多，血亡而气亦亡，若再发其汗，则阳尽随汗去，身中惟留残留之血，将有亡阳之变，

故振寒而栗也。不结胸，或结于膀胱关元之间，此误下后应有之证。今按之腹濡，不惟非结胸证，亦非膀胱关元有结之证。已而厥逆，就其脉之空虚而言，已断为亡血之证，不可下也，强下之再伤其血则死。恶寒脉微而下利，阳气不振也。利之久而后自止，亡阴也。阴即是血，故用四逆以回阳，加人参以养阴。

【按语】 亡血者，失血过多矣。出血的种类，不外内出血和外出血两大类。如吐血、衄血、咳血、便血、崩漏出血，为内出血；刀、剑诸锐器损伤所致肌表血管损伤出血者，称外出血。无论何种，出血过多，仲景称“亡血家”。王合三先生指出：“去血过多，血亡而气亦亡”。说明气血的关系是十分密切的。血为阴，气为阳。血的化生与运行必须依赖于气的作用，而气的生成和作用的发挥，又必须有血的滋养。气血协调统一，是循环周身维持生命的保证。出血是血不循经，溢于脉外所致。出血之因有热毒火毒从营入血、热盛动血、肝不藏血反迫血妄行。《薛氏医案》曰：“出血因五脏之气亏损，虚火动而错经妄行也；或因肝热而妄行者；肝虚不能藏血者；心虚不能主血者；脾虚不能统血者；脾经郁结者；脾肺气虚者；气血俱虚者；阴火动者等。”说明出血之因比较复杂，且与脏腑关系密切。血为有形之物，病理变化中瘀血是由出血造成的，而血瘀又可引起出血。如宫外孕破裂出血，腹内必有瘀血，若瘀血不去，又会引起出血，血瘀早期又必然气滞。故在外科诸血瘀初起，病理以血瘀气滞为特征，而血瘀气滞的进一步发展，皆致瘀久化热，热盛肉腐，损筋伤骨或穿孔。若瘀血内停，可成癥瘕结块等。血瘀则不通，不通则痛，其痛呈持续性，痛有定处。凡有瘀血，其皮肤、粘膜、舌质可见瘀斑或瘀点。心主血脉，主藏神。心是生命活

动最主要脏腑之一，起着主导和支配作用。心血的盛衰不仅直接影响心，对血脉、组织、脏腑等都有直接影响。血与津液的关系极为密切，故有“津血同源”、“血汗同源”之说。《灵枢·痈疽》曰：“津液和调，变化而为赤为血。”正是由于血与气、血与津液、血与汗液关系密切，又相辅相乘，相互影响，所以亡血家，阴血阳气俱伤。故张仲景在《伤寒论》第87条曰：“亡血家，不可发汗，发汗则寒栗而振。”现知成年人身体内之血液总计有5000~6000mL，占常人体重的7%~8%，即每公斤体重约有70~80mL血液。机体依靠心脏跳动把血液压入血管内，这样周而复始，有节奏地使血液川流不息地在体内循环。经研究测试，成人每分钟心跳60~80次时，由于心室的收缩，射血量每次约60~80mL，每分钟从心脏搏出的血液就有4000~5000mL。若将全身大小血管连接在一起有10万公里长，仅人体皮肤上毛细血管连在一起就有30多公里长，心脏搏动不仅保证所需营养物质，也保持了正常体温。可想而知，一旦人体发生大出血，成为“亡血家”，这时治疗措施不得力，血液供应不足，就会出现“寒栗而振”、“恶寒脉微”。现代研究证明，人体在安静状态下，绝大部分血液都在血管中迅速流动，称此为循环血量。一部分血液滞留于肝、肺、腹腔静脉和皮下静脉丛等处，血流较慢，称此为贮存血量。这些地方亦叫贮血库。当人体剧烈活动、情绪激动或大量出血时，贮血库的血液即参加循环，补充循环血量。若人体一次出血量达500~1000mL时，即可发生休克，不仅出现恶寒，脉微，寒栗而振，也必然会发生四肢厥冷、厥逆等恶候，故仲景《伤寒论》第385条曰：“恶寒脉微而复利，利止亡血也，四逆加人参汤主之。”王清任《医林改错·心无血说》曰：“满腔血从刀口流，所以先流者速，继而周身

血退还腔子，所以后流者迟，血尽气散，故死之速。如人斗殴破伤，流血过多，气散血亡，渐至抽风，古人立名曰破伤风，用散风药，治死受伤者，凶手拟抵，治一个，即是死两个，若明白气散血亡之义，即用黄芪半斤，党参四两，大补其气，救一人岂不是救两人。”这一段文字详细描述了王清任先生目睹“满腔血从刀口流”出的情景，直至“血尽气散”速死之状况。后一段描述“斗殴破伤，流血过多，气散血亡，渐至抽风”。由于认识上的不同，治疗方药不同，后果亦不同。前者认为“古人立名曰破伤风”是认识上的错误，将“气散血亡，渐至抽风”误为“破伤风”，错误地采用散风药，结果如何呢？“治死受伤者”，不仅将病人治死，医生亦以“凶手拟抵”，这样医生治死了病人，医生又以“凶手”判死，“治一个，即是死两个”，即此意也。正确的处理方法应当“大补其气”。其中有一个问题值得讨论，即“气散血亡，渐至抽风”。外伤之后，由于“气散血亡”出现了“渐至抽风”，其“抽风”是否是破伤风，《医林改错》三结合评注小组的评注曰：“因斗殴破伤出现抽风者，古人认为是风邪从伤口入于经络，故名破伤风。现代医学阐明系破伤风杆菌侵入伤口，外毒素侵袭神经系统的运动神经细胞，产生牙关紧闭，肌肉呈强直性痉挛等症状，不是因流血过多，气散血亡而致。临床用玉真散、蜈蚣醒风汤、羌麻饮等散风药治疗，有一定效果。若失血过多而虚脱者，可以用参芪补其气血，但决不能一见破伤抽风就用参芪。”因此，临证必须“随其脉症，知犯何逆，随证治之”。如亡阳者，症见汗出如油，畏寒喜暖，渴喜热饮，面色灰白，手足厥冷，舌质淡润，脉微欲绝，治宜回阳救逆，用回阳救逆汤。人参3g，制附子6g，玉竹15g，炙甘草12g，水煎服。如见阳气暴脱，手足逆冷，头晕气短，汗

出脉微，用参附汤。人参 12g，附子炮去皮 9g，若症见四肢厥逆，恶寒蜷卧，下利清谷，脉沉者，用四逆汤。如亡阴者，系指阴液耗损过多。症见汗出过多，肢温怕热，渴喜凉饮，面色潮红，心烦不安，舌红而干，脉虚数者，宜救阴生津，益气固脱，用生脉救阴饮。白干参 6g，元参 15~30g，生地 30g，麦冬 15g，天门冬 15g，玉竹 15g，水煎服。如见热伤元气，阴津大耗，汗多体倦，气短口渴，脉来虚弱者，宜生脉散。人参 15g，麦冬 15g，五味子 10g，水煎服，或用独参汤等。另外，由于失血不十分严重，或进入恢复阶段时，如气虚者，用四君子汤（人参、白术、茯苓、甘草）；血虚用当归补血汤（当归、黄芪）；气血两虚用八珍汤或用十全大补汤。气虚加黄芪、人参；血虚加熟地、阿胶；活血加丹参、泽兰、桃仁、红花；止血加三七粉、荆芥炭、棕榈炭、椿根白皮、白及、仙鹤草、花蕊石等。临床常见消化道出血，或手术后发生大出血者，常根据以上加减治疗，多可取效。李某，男，40岁，医生，因患脱肛性内痔入院。于2月21日行插锭疗法，手术顺利。手术后第9天便血约3~5mL，次日上午又便血约3~5mL，下午2点53分又便瘀血块和新鲜血少许。为防止继续出血，黄芪 20g，党参 15g，荆芥炭 20g，大黄炭 30g，金银花 20g，公英 20g，甘草 10g，急煎服 1 剂。服中药后自觉良好，因其朋友请患者去看病，即自行坐小轿车前往，返回医院时也无任何不适，直到次日上午8时，便后滴鲜血，12时，自觉少腹不适，且有便意，到厕所便鲜血约 200mL，立即用独参汤（西洋参 9g 水煎服）冲服三七粉 9g，并将出血创面用油纱条蘸棉花炭压迫止血，血止创面愈合后出院。

八十四岁老翁患便秘痔疮便血

脾约与大便难

仲景有关脾约之条文有二，曰：“太阳阳明者，脾约是也。”又曰：“趺阳脉浮而涩，浮则胃气强，涩者小便数，浮涩相搏，大便则硬，其脾为约，麻子仁丸主之。”太阳阳明者，发汗利小便后，胃中燥烦实，大便难，脾约是也。趺阳之脉，胃脉也。浮则为里热，里热则胃气强。涩则为血虚，血虚不能约束膀胱，其筋肉不能收缩，而州都失职，则小便频数，数则津液不润大肠，则大便难，此脾约之证也。以麻仁丸润之。古人诊脉，遍于全身，盖全身皆有动脉管也，至秦越人，始定于手腕上，取其便利，汉时去古未远，故当有趺（在足）之诊也。

【按语】 脾病无不涉及胃者，胃病无不影响于脾者。脾主升，胃主降，脾胃主运化。脾可将水谷之精微、津液上输于肺，输布于其他脏腑、组织等。脾可辅助胃肠消化水谷，吸收和输布营养，化生气血，统摄血流运行。脾胃升降失司，则发生疾病。脾约指脾失去正常约束功能。其因为何？仲景虽未详述，王合三先生则曰因“发汗利小便”。汗、利二法，误治太阳病，必然耗伤津液，引邪入内，此时若正被邪伤，脾胃升降功能势必受到不同程度的损害，使脏腑功能紊乱，呈现出趺阳脉浮涩、胃中燥烦实、大便难、小便数等，为内热和血虚并存之候。若用大承气汤寒下，可因无阳明燥屎，而有药重伤正之虑，故不能用。单用小承气，又觉力薄，不

足以祛邪扶正。故用麻子丸，缓下泻热，润肠通便。王合三先生歌颂之曰：“脾约多因胃气强，胃强津少莫匆忙，小承气汤里加芍药，专主麻仁在润肠。”成无己曰：“约者结约之约。胃强脾弱，约束津液，不得四布，但输膀胱，故小便数而大便硬，故曰脾约。与此丸以下脾之结燥，肠润结化，津流入胃，大便利，小便少而愈。愚窃有疑焉，脾弱不能运也，脾弱则土亏矣。必脾气之散，脾血之耗也。原其所由，久病大下大汗之后，阴血枯槁，内火燔灼，热伤元气，又伤于脾而成此证。伤元气者肺金受火，气无所摄，伤脾者，肺为脾之子，肺耗则液竭，必窃母气以自救，金耗则木寡于畏，土欲不伤，不可得也。脾失转输之令，肺失传送之官，则大便秘而难下，小便数而无藏蓄也。理宜滋养阴血，使孤阳之火不炽而金行清化，木邪有制，脾土清健而运行，精液乃能入胃，则肠润而通矣。今以大黄为君，枳实、厚朴为臣，虽有芍药之养血，麻仁、杏仁之温润为之佐使，用之热甚而气实者，无有不安。愚恐西北二方，地气高厚，人禀壮实者可用；若用于东南之人，与热虽盛而血气不实者，虽得暂通，将见脾愈弱而肠愈燥矣。后之欲用此方者，须知在西北以开结为主，在东南以润燥为主，慎勿胶柱而调瑟。”在治疗脾约之病证时，不仅注意大便的燥实，亦要注意体质强弱，气候变化等，才不至发生错误。曾诊治一82岁老翁，因患内痔大便经常秘结，每便出血，长达45年，曾经3次行痔切除术，但均于术后不久，由于内热火盛，便结出血。近来内痔严重，便后脱肛。无奈，病人采取每日灌肠1次，不使大便干燥，减少便后出血和便后脱肛之苦。因灌肠日久，从不间断，排便完全依赖灌肠，否则不能大便，甚感痛苦，故来我院以“三期混合痔”大便秘结、便后脱肛、便血收入住院。采用内痔注射，

内服中药经验方“润肠煎”治愈便秘、便血而出院。歌曰：“老年体弱便艰难，久痔出血病绵缠，日服一剂润肠煎，参芪大黄二麻甘，辨证加减遵法用，何愁便秘伐心肝”。润肠煎方药：人参 10~30g，黄芪 20~30g，升麻 3~10g，火麻仁 15~30g，甘草 2~10g，水煎服。加减：润肠加知母、柏子仁、草决明；内热加生地、元参、麦冬；清热解毒加金银花、连翘、公英、地丁、白花蛇舌草；消化不良加神曲、麦芽、山楂、鸡内金；气虚重用党参、黄芪、白术、山药；活血用丹参、桃仁、泽兰、红花；止血加三七粉、白及、小蓟、荆芥炭、大黄炭、椿根白皮炭、黄芩炭、地榆炭；升举重用参、芪、柴胡、升麻、枳壳等。需要注意的是，粪便在大肠停留时间过长，可引起饮食减少、腹胀、腹痛、下坠，或精神不振、烦躁头晕、头痛、恶心等症，当属“中毒”症状，应引起重视。便秘男女老幼均可发生，但其病因可以各不相同。对便秘的治疗必须找出真正的病因，才可取得满意效果。切忌治便秘，只知用“泻药”，不仅很难取效，后果亦不良。治便秘用苦寒药不可久服，以防苦寒伐胃。一旦罹患便秘，便时排出困难，磨擦直肠粘膜和肛管皮肤，不仅可引发痔疮、肛裂、肛门脓肿等，内痔出血日久，亦可引起贫血。对患有心脏疾病、脑血管疾病的病人，便秘是一个很大威胁，若排便时过分用力，有时可诱发心脏病，或发生心力衰竭，或使脑血管破裂等，危及病人生命。对患有便秘患者，让其作好预防保健也很重要，多吃含纤维素多的食物，如水果、蔬菜（芹菜、韭菜）或红薯等；养成良好的生活习惯，不偏食等；不吃辛辣刺激食物，如辣椒、烟酒等；加强身体锻炼，养成定时排便习惯，防止疾病发生；按摩腹脘，促进肠蠕动，增强肠道功能。

急性胆囊炎和先天性胆、胰管畸形

上下两解用大柴胡汤

经过十余日，又二三下之，再迟四五日，凉柴胡证早罢矣。若仍在者，先与小柴胡汤。服汤已，大呕不止，是三焦久郁，郁火将变为实火，又得参夏以助之，上冲于胃则呕，烧灼膏油，膏油收缩则急，火合心包则烦，此证不只小柴胡证。小柴胡汤但清疏不能降火，故曰为未愈也。与大柴胡汤，汤中有大黄以下之，使火气不逆而解，又必借柴胡以透达膈膜也。十余日之后，热结在里，里者，网油之中也。由网油将欲入里，而里之正气拒之，故复往来寒热，与大柴胡汤而解之。汗出不解，由太阳转属少阳，心下痞硬，邪结于胸膈之中，上攻胃则呕吐，下攻肠则下利，故以大柴胡汤，上下两解之。

【按语】 六经相传顺序是太阳、少阳、阳明、太阴、少阴、厥阴。其传变的时日，当根据正邪交争情况所决定，可一日太阳，二日少阳，三日阳明……亦可数日，或十余日不传者，如《伤寒论》第270条曰：“伤寒三日，三阳为尽，三阴当受其邪。其人反能食而不呕，此为三阴不受邪也。”又在第103条曰：“太阳病，过经十余日……柴胡证仍在者。”至于传于不传，要看正与邪抗争情况，若正胜于邪，则不传，正不胜邪则传。仲景例举了“太阳病，过经十余日”这样一个病人。应当是一个怎样的情况呢？其一当传入三阴经；其二若正盛邪弱，可仍在太阳，或停留于少阳、阳明或三阴经

中；其三若误治、失治，则应根据所见脉症决定病在何经等。实际情况如何呢？经过十余日，又二三下之，再迟四五日，早应传入三阴经。若柴胡证“仍在者”，应遵照仲景“知犯何逆，随证治之”，治当“先与小柴胡汤”。服小柴胡汤后，当治愈，或减轻，反见“大呕不止”，求其原因有二：一是“郁火”日久，将变成“实火”；二是内服小柴胡汤，其中有人参、半夏助火，病邪已从少阴经化热入里，单用“清疏不能降火”，故服小柴胡汤，不仅病未愈，反“大呕不止”，当用大柴胡汤。王合三先生讲用大柴胡汤之意曰：“汤中有大黄以下之，使火气不逆而解，又必借柴胡以透达膈膜也。”对大柴胡汤在此之作用，王晋三曰：“大柴胡汤下也，前章言少阳证不可下，而此复出下法者，以热邪从少阳而来结于阳明，而少阳未罢，不得不借柴胡汤以下阳明无形之热，故于本方去人参甘草实脾之药，倍加生姜佐柴胡解表，加赤芍破里结，则枳实、大黄下之不得表邪矣。柴胡治中，大黄导下，二焦并治，故称大。大柴胡汤：柴胡半斤，黄芩、芍药各三两，半夏半斤，生姜五两，枳实四枚，大黄二两，大枣十二枚。以水一斗二升，煮取六升，去滓再煎，温服一升，日三服。需要注意的是，表与里是相对而言的，如以六经言，三阳为表，三阴为里；以三阳言，太阳为表，阳明为里，少阳介于两者之间为半表半里；若单以太阳和少阳而言，则太阳为表，少阳为里也；若以少阳和阳明而言，则少阳为阳明之表，阳明则为里可知。王合三先生文中所说：“十三日之后，热结在里”，是指太阳与少阳而言，此“热结在里”系指少阳而言，并非指从表入胃肠之里。王合三先生为防止认识上发生误解，紧接上文曰“里者，网油之中也”，“网油”即少阳之地也。病在少阳，当和解之，宜小柴胡汤。今少阳之热邪“由网膜

将欲入里”，此“里”即阳明之里，而正气未衰，虽言将欲入阳明之里，而“里之正气拒之”，这时病邪介于少阳与阳明之间，若用小柴胡汤（柴胡、半夏、黄芩、人参、甘草、生姜、大枣），实感力量不足，若用承气攻下，又觉药力过大，采用大柴胡汤，既可将少阳之寒热用柴芩解之，用大黄又可缓清在里之热，可谓“两全其美”之法。成无己《伤寒明理论·大柴胡汤方》曰：“虚者补之，实者泻之，此言所共知。至如峻缓轻重之剂，则又临时消息焉。大满大实坚，有燥屎，非峻剂则不能泻，大小承气汤峻，所以泻坚满者也。如不至大坚满邪热甚，而须攻下者，又非承气汤之可投，必也轻缓之剂攻之。大柴胡汤缓，用以逐邪热也。经曰：伤寒发热七八日，虽脉浮者，可下之，宜大柴胡汤。又曰：太阳病过经十余日，反二三下之，后四五日，柴胡证仍在者，先与小柴胡汤，呕不止，心下急，郁郁微烦者，为未解也，可大柴胡汤下之则愈。是知大柴胡汤为下剂之缓也。柴胡味苦平微寒，伤寒至于可下，则为热气有余，应火而归心，若先入心，折热之剂，必以苦为主，故以柴胡为君。黄芩味苦寒，王冰曰：大热之气，寒以取之，推除邪热，必以寒为助，故黄芩为臣。芍药味酸苦寒，枳实苦寒，《内经》曰酸苦涌泄为阴，泄实折热，必以酸苦，故以枳实、芍药为佐。半夏味辛温，生姜味辛温，大枣味甘温。辛者散也，散逆气者，必以辛。甘者缓也，缓正气者，必以甘。故半夏、生姜、大枣为之使也。一方加大黄，以大黄有将军之号，而功专于荡涤，不加大黄，恐难攻下，必应大黄为使也。用汤者，审而行之，则十全之功可得矣。”所以会出现“邪热结于胸膈之中”，乃因汗出不解，“由太阳转属少阳”，此结于胸膈之“邪热”，向上入胃则呕，向下入肠则下利，故仲景《伤寒论》第165条曰：“伤寒发热汗

出不解，心下痞硬，呕吐而下利者，大柴胡汤主之。”常用小柴胡汤治疗病邪从太阳表邪传入少阳者，症见恶寒发热，胸胁苦闷，脉弦等，效果良好。对由于胆囊炎、胆结石病所致胸胁苦闷、右胁胀满疼痛，或痛引右背，或恶心呕吐，或发热恶寒等，采用大柴胡汤加减治疗，取效甚捷。今将治疗急性胆囊炎患者病案选择2例，并将总的治疗方法作一简要介绍，从中体会仲景方药和王合三先生治疗经验的可靠与正确。

患者杜某，女，35岁，工人，藏族，以右胁痛来诊。自诉：右胁疼痛，伴食欲不好4年6个月。病史：五年前曾行阑尾炎和输卵管手术。术后右胁疼痛，面目一身尽黄，当地医生误以“肺炎”治疗无效。后到县医院才诊为胆囊炎，用藏药治疗，右胁胆囊仍经常疼痛，且到晚上加重，并感腹满闷胀和压迫感，大便干结，日一行，食欲不好。作胆囊造影，显示胆囊收缩功能差。曾服普罗本辛、四环素、酵母治疗，不仅病情不减，反而加重。检查：患者精神尚可，右上肋缘下可触及肿大胆囊，有触压痛。舌质微红，苔薄白。诊断：急性胆囊炎伴肿大胆囊。因肝胆互为表里，胆气郁结，胆汁瘀滞，易致胆囊肿大与收缩功能差。胆囊触之疼痛，伴大便干结，舌质微红，均因少阳邪热，入里所致，拟用舒肝利胆和解少阳之热邪，和胃清热以下肠中之燥屎之法，用柴胡15g，金钱草30g，黄芩15g，鸡内金12g，厚朴9g，杭芍15g，元胡12g，大黄15g（后下），甘草9g，水煎服。服上药6剂，胸胁满闷缓解，疼痛减轻，大便燥屎得通，肿大之胆囊减小，触痛已轻。又遵上方继续内服12剂，大便从干变软，胸胁满闷已明显舒适，疼痛轻微，精神恢复，饮食接近常人。共计复诊4次，除右胁微有压痛外，诸症全无，又带中药3剂回家巩固疗效。对于胆囊炎的治疗，大体分为急性和慢性二类。

慢性胆囊炎，以舒肝、化痰、益气为总的治疗原则；急性胆囊炎，以舒肝行气、清热祛湿为主。并掌握“六腑以通为用”的原则灵活辨证论治。常以柴胡 9~15g，黄芩 6~20g，金钱草 15~30g，芍药 9~30g，木香 6~20g，甘草 6~15g，为基础方药。如胸胁疼痛加香附、川楝子、郁金、元胡、五灵脂、蒲黄；脘腹胀满加厚朴、枳壳、槟榔、瓜蒌；恶心呕吐加陈皮、半夏、生姜、竹茹、白术；高热口渴加生石膏、知母、寒水石、天花粉；清热解毒加金银花、公英、连翘、地丁、白花蛇舌草；舒肝利胆退黄加栀子、大黄、茵陈、青蒿；清热利湿加黄柏、茯苓、泽泻、薏仁；便秘加大黄（后下）、芒硝（冲）；消化不好加神曲、麦芽、山楂等。轻者，单用中药辨证治疗可愈，严重者，可中西医结合，必要时，非手术不能治愈。如在西藏工作期间，见一 5 个月患儿，名德吉某，女，以腹部增大，尿黄 2 个月，渐渐皮肤巩膜黄染，收入住院。该患儿在 4 个月前头部外伤，此后 20 余天流鼻血。鼻血停止后，逐渐发现皮肤、巩膜黄染，腹部逐渐增大，小便如清油状，大便从出生至今，一直为白色粪便。患儿为第二胎生，顺产，自幼母乳喂养，现胃纳佳，不呕不泻。检查：一般情况尚可，发育营养状况好，头面五官端正，巩膜、皮肤黄染，体温 36.4℃，双腋下及锁骨上淋巴结如黄豆大，活动好。两侧胸部对称，心脏未闻及病理性杂音，但腹部隆起，肝在肋下缘 6cm，质硬，边缘锐，表面光滑，脾在肋下 4cm，质中等硬度，腹部未触及包块，肠音正常，四肢脊椎无畸形。初步印象：先天性胆道梗阻。于 4 月 27 日，中西医会诊，考虑患儿系出生后黄疸至今不退，肝脾肿大，皮肤巩膜黄染，大便灰白，口唇发绀。会诊意见：先天性阻塞性黄疸（①胆道瘀滞；②胆总管囊肿；③胆道阻塞）。先服中药，并准备手

术治疗。予以清肝利胆，用金钱草 12g，茵陈 9g，白芍 3g，厚朴 6g，栀子 4.5g，甘草 3g，水煎，频服。治疗 6 天，诸症未见改善，于 5 月 27 日在全麻下，行脐上右切口，长 8cm。检查肝下发硬，呈胆褐色，未能寻找到胆囊，在毛里生氏窝部位，有 1cm×1cm×1cm 大脂肪垂，肝门部未见有胆总管充盈。切开十二指肠降部前壁，亦未找到奥狄氏括约肌的开口。剖开胃结肠韧带，胰腺表面正常，扪之硬，有 4 个小结节，亦现肿胀，肝呈紫黑颜色，触之硬，压之有弹性，右叶外缘达髂前上棘水平，右半结肠全部游离。阑尾长约 8cm，十二指肠蒂部亦全部游离，手术尚顺利，后缝合关腹。手术诊断：先天性畸形（胆囊及肝外胆管缺如；胰管缺如；右半结肠游离）。术后第三天排便，腹仍胀，全身一般情况稳定，于 6 月 26 日出院。本患儿若不行手术，其诊断难明，中药治疗无效原因难明，本案实属罕见。趁此机会将这一罕见病例介绍给读者。

小儿急性阑尾炎

“绕脐痛”观生理图自明

五六日不大便，屎已硬矣，小肠之部位，在脐之上下左右，而大肠盘绕之，肠中有燥屎，阻滞气行，故绕脐疼，因发烦，通则不痛，不通则痛，故发作有时，此不大便五六日之原因也。今此有燥屎，令人绕脐痛，观生理之消化器图，可以知绕字之故也。大便硬果为阳明之燥热，则必有潮热绕脐痛之苦。

【按语】 绕脐痛在《伤寒论》中只有一条，即“病人不大便五六日，绕脐痛，烦躁，发作有时者，此有燥屎，故令不大便也”（《伤寒论》第239条）。王合三先生对绕脐痛发生原因与解剖关系作了简要的阐述，并指出“观生理之消化器图，可以知绕字之故也”。消化器官主要包括食道、胃、十二指肠、空肠、回肠、盲肠、升结肠、横结肠、降结肠、乙状结肠、直肠、肛门。与“绕脐痛”关系密切的是小肠和大肠。小肠包括十二指肠、空肠和回肠三部分，全长约5~7m，上接胃的幽门，下端与盲肠相连。小肠盘曲于腹腔的中、下部，其空肠段位于左腰和脐部，回肠段位于脐和右腹股间部。大肠包括盲肠（含阑尾）、结肠（含升结肠、横结肠、降结肠和乙状结肠）和直肠（含肛管）三部分。大肠从右腹股间的盲肠端开始（盲肠长约6~8cm），向上至肝右叶下方，称升结肠，长约15cm，折向左前稍下方，再向左上后方到脾的下端，形如一横弓形状，称横结肠，长约50cm，在脾下端，向下降至左髂棘处，称降结肠，长约20cm，然后稍向内向下移行，上端在左髂棘处与降结肠交接，下端平齐第3骶处，呈乙字形弯曲，称乙状结肠，长约40~45cm，在第三骶处与直肠上端连接。直肠向下至齿状线连肛管，长约15~20cm。这样大肠全程呈“门”形，将空肠和回肠包绕于“门”形之内。这正是王合三先生所说：“观生理之消化器图，可以知绕字之故也”。绕，即指包绕空肠、回肠之大肠而言，观此图即一目了然。“今此有燥屎，令人绕脐痛”，其痛是因燥屎，燥屎在大肠无疑也。燥屎在大肠引起绕脐痛，其人必然“烦躁”。故王合三先生将其病理变化作了进一步阐述，曰：“肠中有燥屎，阻滞气行，故绕脐痛，因发烦，通则不痛，不通则痛，故发作有时，此不大便五六日之原因也。”又曰：“大便硬，果为

阳明之燥热，则必有潮热绕脐痛之苦。”张隐庵曰：“此论内有燥屎，乃承上文之意而申言之也。病人不大便五六日，则热邪在里，绕脐痛者，入于胃下近于大肠也。烦躁者，阳明火热之气化，心烦而口燥也，故发作有时者，随阳明气旺之时而发也。此有燥屎在胃肠，故使不大便也。不言大承气汤者，省文也。上文云若有燥屎者，宜大承气汤，此接上文而言。此有燥屎，则亦宜大承气汤明矣。”程郊倩曰：“攻法必待有燥屎，方不为误攻，所以验燥屎之法，不可不备，非持转矢气之一端也。病人虽不大便五六日，屎之燥与不燥未可知矣，但绕脐痛，则知肠胃干屎无去路，滞涩在一处而作痛。烦躁发作有时者，因屎气攻动，又有时伏而不动，亦不烦躁，而有绕脐痛者，断不大便当无差矣。何大承气汤之不可攻耶”。以上均是讨论因燥屎所致脐痛，其部位均言燥屎在大肠中。此言其在正常情况下所出现之症状，但从大肠生理解剖亦有变异之时，对其变异也要了解，才算全面，才有利于对“绕脐痛”进行全面的认识和理解。首先应知盲肠的位置并不是固定的，常因人而异，这是因为均包有腹膜和不发达的系膜，故有一定的活动性。据统计约有 11% 为高位盲肠，系因在胚胎发育过程中未下降到右髂窝内，而留在肝脏的下部。约 13.3% 位于髂前上棘和脐连线的上方，少数人在胚胎发育过程中，因下降过低位于盆腔内，或由于胚胎发育时肠管的内翻或旋转不全，位于右髂窝或腹腔中部。约有 5% 的人盲肠后壁无腹膜覆盖，盲肠直接附于腹膜后蜂窝组织内而无活动性。极为罕见的一种是盲肠和回肠末端均被腹膜包住，形成一个共同系膜，使盲肠有更大的活动范围。但在一般情况下，盲肠的活动范围不应超过 6cm，若被推移至腹中线左侧，称为移动盲肠。另外，在位于盲肠后下方有一似蚓突的细长管

名阑尾，其最长达 20cm，最短不足 2cm，一般长 5~7cm。藏族阑尾较长，其活动性较大，较为常见的有盆腔位，约占 41.3%。阑尾尖端越过小骨盆边缘，亦有贴近闭孔内肌者。由于阑尾发炎的刺激，使大腿屈曲内闭孔内肌受到牵拉，可引起疼痛，盆腔内阑尾炎可刺激膀胱、直肠及子宫附件等，必然引起相应的症状，临床要注意鉴别。盲肠后位约占 29.4%。阑尾在盲肠后壁与后腹膜之间，其尖指向上方。由于该处腹膜没有前壁腹膜敏感，又因阑尾位置较深，阑尾发炎时，引起的转移性腹痛也不十分明显，腹前壁体征常不显著。盲肠下位约占 17.4%。阑尾在盲肠下方，其尖指向右下方，阑尾全部位于右髂窝内，阑尾穿孔，脓液积存于右髂窝，并可向下流入盆腔，向上窜入膈下间隙。回肠前位约占 7.4%。阑尾横过回肠末端之前，其尖指向左前，由于位置表浅，阑尾发炎时，出现明显的右下腹疼痛和压痛。回肠后位约占 4.4%。阑尾横过回肠后面，其尖指向左后上方。因阑尾临近腰大肌，阑尾发炎时，当右大腿过度后伸，即可引起疼痛。另外，阑尾在肝下方者，称高位阑尾，发炎时当与胆囊炎鉴别。移动性阑尾，可伸至盆腔，或越过中线，位于左下腹。诸如此类，阑尾发炎时，可引起相应症状，必须引起注意。其次是乙状结肠，上端在右髂棘处接降结肠，下端平齐第三骶，与直肠相连，全被腹膜覆盖，形成乙状结肠，系膜被固定于骨盆腔后壁。由于乙状结肠的发育，肠管的长度、形状、位置差异较大。乙状结肠可突向右方，可达盲肠，可到肝下，可入盆腔。因乙状结肠系膜过长，常易造成乙状结肠扭转而发病。因此，在临床出现“绕脐痛”症状时，要注意全面考虑，认真分析，才不致发生错误。既往曾诊治一小儿急性阑尾炎。王某，女 12 岁。主诉：食后胃部疼痛，后致

腹痛，剧烈难忍1小时。病史：平素身体健康，因饮食不节，饭后胃部不适、疼痛未引起注意。经医生检查，按胃病治疗，内服木香顺气丸，腹痛不减，3小时后疼痛转移至右少腹，呈阵发性疼痛，约2~3分钟1次，发作频繁，头晕呕吐。检查：患儿烦躁不安，表情痛苦，不断呻吟，时在床上翻动，右少腹麦氏点拒按，有压痛、反跳痛，肌紧张，脉数，身不热，舌质淡红，苔薄微黄，脚部阑尾点有敏感性压痛，阑尾穴压痛。诊断：小儿急性阑尾炎。治疗经过：先拟通里攻下，清热解毒，行气止痛。方用肠痈消散汤加减。金银花60g，公英30g，败酱草30g，野菊花30g，川楝子30g，1剂，急煎服。针刺三里穴下二寸阑尾点和脚部阑尾点。第一脚部阑尾反射过敏点在第三与第四趾陷中，并与内庭穴和陷谷穴形成三角形，各相距一寸，稍偏第三趾骨下方。第二脚部阑尾反射过敏点在外踝之后稍下方，跟骨之上陷中，即昆仑穴下约一寸稍前处。持续留针，间断行针。当夜即可短时入睡，偶有阵发性疼痛，至凌晨腹痛大减，触之虽有压痛、反跳痛，但腹直肌紧张已经不明显。舌苔微黄，脉稍数。仍遵上法佐以活血化瘀，用金银花30g，公英30g，鱼腥草30g，红花6g，桃仁6g，赤芍12g，大黄9g，川楝子30g，败酱草30g，丹皮15g，水煎服。第2次复诊，服上药后诸症消失，恢复健康。为防止复发，仍遵上方巩固治疗1周。急性阑尾炎属肠痈范畴。肠痈早在《灵枢·上膈》篇就有记载，曰：“喜怒不适，饮食不节，寒温不时，则寒汁留于肠中，流于肠中则虫寒，虫寒则积聚……积聚已留，留则痈成，痈成则下管约。其痈在管内者，即而痛深，其痈在外者，则痈外而痛浮，痈上皮热。”之后，医家对肠痈的辨证论治积累了丰富经验，如大黄牡丹皮汤、薏苡附子败酱散等方剂，至今广为临床应用。《华佗神

医秘传》不仅对肠痛的症状描述详细，在服药方法上，一反平常，“必须大剂始效”，若用之过少，反无效矣。关于攻下法的运用，仲景《伤寒论》曰：“阳明病脉迟，虽汗出，不恶寒者，其身必重，短气腹满而喘，有潮热者，此外欲解也，可攻里也。手足濇然汗出者，此大便已硬也，大承气汤主之，若汗出多，微发热恶寒者，外未解也，其热不潮，未可与承气汤。若腹大满者，可与小承气汤，微和胃气，勿令至大泄下。”可见仲景对下法的运用是极其灵活的，切勿一味攻下，更不可单以粪结为攻下之征。吴又可《瘟疫论》曰：“承气本为逐邪而设，非专为结粪而设，必俟其粪结，血液为热所搏，变证迭起，是犹养虎遗患，况多有溏粪失下，但蒸作极臭如败酱，或如藕泥，临死不结者，但待秽恶一去，邪毒从此而退，岂徒孜孜粪结而后用下。要知邪热而致燥结，非燥结而致邪热，是邪为本，热为标，结粪又其标也，能早祛邪，安患其燥结？”故用通里攻下法时，应局部与整体全面分析研究后，再根据情况，选用寒下、温下、润下法，切不可单以一症而定。急性阑尾炎以里、热、实证最多，多涉及肠、胃（脾）诸脏腑，病理以气滞血瘀湿热为主，临床表现分为瘀滞、湿热、热毒三型。以上三型也是初期、中期、后期三个发展阶段。这三型既可单独出现，又常相互兼见。其治疗原则，常以通里攻下、清热解毒、活血化瘀及理气开郁为主。此外，急性阑尾炎在辨证论治时还须参照以下五点：①急性阑尾炎由于病情发展快、变化急，在分型治疗时就重不就轻，做到“治中有防”，用药在疾病变化前头，有利于控制疾病的发展。②急性阑尾炎经非手术疗法临床治愈后最好再巩固1周，清除余毒，减少复发。据阑尾炎病理报告证实，急性阑尾炎临床治愈后，病理报告还有一定炎症。因此，临床自觉

症状消失后，仍须巩固治疗 1 周，这是减少复发的有效措施。

③急性阑尾炎经非手术治疗后，临床症状明显减轻，或自觉症状基本消失，而舌苔黄腻不化，为病邪未退，不可停药，仍需坚持治疗，否则病情必然反复。④急性阑尾炎重症应采用主动进攻，急煎急服，每日数剂的方法。如系腑实，当达到以通为用之目的。⑤妊娠期急性阑尾炎不宜过多地应用活血药，可适当地使用攻下药，但应避免峻下，宜选用清热安胎药。急性阑尾炎经非手术疗法治疗后，由于炎症对阑尾及邻近组织损害的轻重、范围不同，大体可出现四种结局：第一种，大部分急性单纯性阑尾炎，由于病理损害轻微，治愈后可不遗留解剖上的改变。第二种，坏疽性及严重化脓性阑尾炎因损害严重，痊愈后可能形成无腔阑尾，但亦有可能完全被破坏、吸收而成“自家切除”者。第三种，炎症较重但未形成坏疽，痊愈后可遗留永久性解剖改变，造成阑尾腔狭窄或梗阻，成为再发的基础。第四种，发炎后纤维蛋白渗出，造成粘连，使阑尾扭曲，致管腔引流不畅，容易复发，或形成粘连，发生梗阻。综上可知，远期效果良好者多属于第一、第二种，不好者多属于第三或第四种。值得注意的是特殊性阑尾炎，包括小儿急性阑尾炎、老年急性阑尾炎和妊娠期急性阑尾炎。这里重点介绍一下小儿急性阑尾炎：本病系指患于 12 周岁以下小儿，因临床表现与成人不同，发展迅速，穿孔并发腹膜炎的机会较多，死亡率也高，有一定的特殊性。其主要特点是：小儿阑尾壁薄，有时肌层缺失，加之阑尾腔细小，血运障碍时极易坏死穿孔。年龄越小，穿孔率越高，预后越差。据报告，在发病 24 小时就诊的患儿中，约 50% 已有穿孔；48 小时后就诊者，阑尾穿孔率约有 70%，较成人为高。小儿大网膜发育不全（短），功能较差，对感染抵抗力

每加生麻绒，效如桴鼓。章氏虚谷，亦疑一味辛凉之不足恃也。时无彻底知识，暗将辛凉改为辛平，反遭孟英之呵。陆九芝谓：温病在中焦，不在上焦，盖知伏气温乃温病，外感温病，决非温病，确有见地。惜我国治病无精密之分析法，特不知首先犯肺之温邪与太阳伤寒之病菌是否一样，将来解决于显微镜之下，则一切疑团，皆迎刃而解矣。

【按语】 从仲景《伤寒论》之后，温病学术兴起之日，即伤寒与温病争论之始，一直延续至今。对伤寒、温病的认识日趋一致，特别是随着现代科学技术的不断发展，从宏观到微观的认识，在中西医之间逐渐统一，这是非常可喜的现象。伤寒多发于冬季，但也可有温病发生。温病多发于春季，伤寒春季也可见到，西医称为流行性感冒，这本来是无需争议的事，确由于种种原因争论至今，或许还要争论下去。《素问·平热病论》篇曰：“邪之所凑，其气必虚”，就是指的这种情况。即使在同样的环境中，由于年龄、性别、体质的强弱等不同，其结果也可完全不同。《灵枢·五变》篇曰：“一时遇风，同时得病，其病各异……论以比匠人，匠人磨斧斤砺刀，削断材木，木之阴阳，尚有坚脆，坚者不入，脆者皮弛，至其交节，而缺斧焉。夫一木之中，坚脆不同，坚者则刚，脆者易伤，况其材木之不同，皮之厚薄，汁之多少，而各异耶。夫木之早花先生叶者，遇春霜烈风，则花落而叶萎；久曝大旱，则脆木薄皮者，枝条汁少而叶萎；久阴淫雨，则薄皮多汁者，皮溃而漉；卒风暴起，则刚脆之木，枝折机伤；秋霜疾风，则刚脆之木，根横而叶落。凡此五者，各有所伤，况于人乎！”说明起决定因素的是人体正气是否充足，其次才是病邪的侵入。《灵枢·百病始生》篇曰：“风雨寒热不得虚，邪不能独伤人。卒然逢疾风暴雨而

每加生麻绒，效如桴鼓。章氏虚谷，亦疑一味辛凉之不足恃也。时无彻底知识，暗将辛凉改为辛平，反遭孟英之呵。陆九芝谓：温病在中焦，不在上焦，盖知伏气温乃温病，外感温病，决非温病，确有见地。惜我国治病无精密之分析法，特不知首先犯肺之温邪与太阳伤寒之病菌是否一样，将来解决于显微镜之下，则一切疑团，皆迎刃而解矣。

【按语】 从仲景《伤寒论》之后，温病学术兴起之日，即伤寒与温病争论之始，一直延续至今。对伤寒、温病的认识日趋一致，特别是随着现代科学技术的不断发展，从宏观到微观的认识，在中西医之间逐渐统一，这是非常可喜的现象。伤寒多发于冬季，但也可有温病发生。温病多发于春季，伤寒春季也可见到，西医称为流行性感冒，这本来是无需争议的事，确由于种种原因争论至今，或许还要争论下去。《素问·平热病论》篇曰：“邪之所凑，其气必虚”，就是指的情况。即使在同样的环境中，由于年龄、性别、体质的强弱等不同，其结果也可完全不同。《灵枢·五变》篇曰：“一时遇风，同时得病，其病各异……论以比匠人，匠人磨斧斤砺刀，削断材木，木之阴阳，尚有坚脆，坚者不入，脆者皮弛，至其交节，而缺斧焉。夫一木之中，坚脆不同，坚者则刚，脆者易伤，况其材木之不同，皮之厚薄，汁之多少，而各异耶。夫木之早花先生叶者，遇春霜烈风，则花落而叶萎；久曝大旱，则脆木薄皮者，枝条汁少而叶萎；久阴淫雨，则薄皮多汁者，皮溃而漉；卒风暴起，则刚脆之木，枝折机伤；秋霜疾风，则刚脆之木，根横而叶落。凡此五者，各有所伤，况于人乎！”说明起决定因素的是人体正气是否充足，其次才是病邪的侵入。《灵枢·百病始生》篇曰：“风雨寒热不得虚，邪不能独伤人。卒然逢疾风暴雨而

不病者，盖无虚，故邪不能独伤人。”人虽然同处于一个环境之中，但其“虚”各不相同，故有病有不病者，虽病而各不相同，其愈之快慢，安危夭亡也各异。从这简明朴素之理中很易理解有病伤寒。有不病伤寒、有病温病、有不病温病之道理。王合三先生唯恐后人不理解他对伤寒、温病的这种看法，感叹地指出：“惜我国治病，无精密之分析法（认识致病菌的医疗设备），特不知首先犯肺之温邪与太阳伤寒之病菌，是否一样，将来解决于显微镜之下，则一切疑团，皆迎刃而解矣”。科学发展至今天，总算有了一个比较满意的结果。流行性感胃是由流感病毒引起的急性呼吸道传染病，病原体为甲、乙、丙三型流行性感胃病毒，通过飞沫传播……流感病毒，尤以甲型，极易变异，往往暴发大流行。在这些流感病人中，症状因人而异，如表现太阳伤寒症状，治用麻黄汤，表现太阳中风者，用桂枝汤，此辛温解表法也。若表现不恶寒，但发热而渴，是太阳温病，则禁用辛温法，当用辛凉法，并随其表现不同，选用银翘散、桑菊饮等方。若见大热、大汗出、大烦渴、脉洪大四大症状者，用白虎汤。若见痞、满、燥、实、坚之阳明腑实证，定用大承气汤。在临证中春见温病者多，见伤寒者少，冬见伤寒者多，见温病者少，在流感暴发人群中，病症大多相似，但有轻重等差异，治疗既遵仲景之法，用仲景之方，也用叶天士、吴鞠通、吴又可诸家之经验，灵活加减变通。现举一风热感冒2剂治愈医案。袁某，女，37岁，工人，自诉：发热、恶寒、头痛已3天。病史：开始因外出受风，随即恶寒发热，头身疼痛，全身困乏无力，鼻塞流涕，双侧鼻孔充血发红，咳嗽，吐痰呈泡沫样，咽喉疼痛，声音嘶哑，饮食减少，时有暖气，大便稀溏，每日一次，因咳嗽频作致胸腹肌肉疼

痛。检查：精神疲倦，言语少力，声音嘶哑，面色微红，鼻塞流涕，鼻孔和咽喉充血发红，脉象浮数有力，舌质红，舌苔薄白。诊断：风热感冒。辨证：恶寒发热，头身疼痛，舌质红，苔薄白，脉浮数有力，系风热侵犯肌表；鼻塞流涕，咳嗽吐痰，声音嘶哑，咽喉肿痛，为邪热入肺；饮食减少，暖气为胃失和降。拟解表清热，滋阴和胃。药用：金银花 30g，连翘 12g，竹叶 9g，薄荷 9g，荆芥 9g，元参 12g，麦冬 12g，丹皮 9g，杏仁 9g，葶苈子 15g，陈皮 9g，黄芩 9g，大青叶 30g，甘草 6g，水煎服。治疗经过：患者服上药 1 剂减轻，2 剂痊愈。按：肺与胃二个脏腑有病，可相互影响。肺有病可影响及胃，胃有病可影响及肺，治疗也应兼顾。陈修园治肺疾强调“肺最重，胃非轻”，实属经验之谈。临诊必须全面观察，抓住主要矛盾，再随兼证而治之，多可迅速获愈，切忌顾此失彼也。

诊
余
漫
话

医 论

太阳病总纲

太阳病，则必脉浮，头项强痛，恶寒也。太阳病，表病也。风寒之邪，客于肺经，毛孔闭，皮肤之细胞收缩，则皮下血管之跳动，着手即见，故曰脉浮。外感风寒，全身不利，不仅头项强痛也。惟项乃头与脊连锁之地，故易觉之。头为脑府，头部之血管跳动甚疾，而脑受其震荡，故头痛。皮之内温度高，皮之外温度低，两两相形，故常觉寒。此太阳之

标准也。后凡言太阳病，即有脉浮、头项强痛、恶寒等症。

【按语】 王合三先生将太阳病标准及其病理反应作了简明、准确的解说，使学读《伤寒论》时，对太阳病，亦称“总纲”，有一个正确认识，对《伤寒论》后面诸多条文的正确理解更为重要。此条总纲之文，切不可任意增减一字，否则就不能成为“太阳病标准”，亦就不能做太阳病总纲了。吾自幼随父王瑞麟习医，将仲景《伤寒论》列为必读书之一，并熟读“硬记”，深入理解。后入河南中医学院学习，平素又喜读《伤寒论》及有关《伤寒论》资料、杂志、书刊。学习读书有得，并于1959年第4卷第6期《福建中医药》发表了我在学校学习期间第一篇处女拙文，即《我对太阳病总纲的看法——和俞长荣先生讨论“发热”》，回想起来，当时有点初生牛犊不怕虎，自不量力之感觉，也是一种学习热情在鼓舞着。现在来看，此短文仍有一点可供参考之处，从另一个角度证实王合三先生论述太阳病标准之准确。由于文短字少，全文摘后。

读《福建中医药》1958年9月号，刊载俞长荣先生“伤寒论汇要分析”一文后，得到很大帮助和启发。但在第二章第一节中有一点我认为不够妥当，特提出来和俞先生讨论一下，是否完全正确，请俞先生和老前辈们指正。俞先生说：（第一条）这“脉浮，头项强痛恶寒”八个字，是太阳病的总纲，也就是太阳病的特征，但这里还要加上“发热”两字才比较妥当。所和俞先生讨论的就是加“发热”两字妥当，还是不加妥当。我们都知道，脉浮头项强痛而恶寒，是太阳病之总纲。俞先生也这样提出，脉浮，头项强痛，恶寒八个字是太阳病总纲，也就是太阳病的特征，这我很同意。不过我们对提纲不能看的太简单，它是代表一切外感风寒邪气开始

致人得病时产生的病理现象，这些现象必定是这些病（中风、伤寒、温病……）的特征，才能作为提纲。但必须细心推敲，临床详细诊察。而仲师确是这样，所以他列出的提纲是很正确的。若在提纲中加入“发热”两字，我认为是不妥当的。首先看本条是如何组成的：“脉浮是切诊所得，头项强痛而恶寒，是由问诊病人谈出来的。因为人体一受风寒，开始症状都是先恶寒后发热，不过恶寒的程度、时间长短不同而已，但都是恶寒在先，发热在后，所以太阳病三字必须是中风、伤寒、温病……初起所具有的特征（即脉浮，头项强痛而恶寒）。如果加入发热两字，太阳病，或已发热，或未发热，必恶寒，体痛，呕逆，脉阴阳俱紧者，名曰伤寒中的或已或未，必恶寒又作何解释呢？这里再引用俞先生一句话：“温病初起虽然也微觉恶寒，但不久即发热而渴不恶寒……”就可以说明这个问题了。有发热是肯定的，不过出现的时间不同，长短不一，但不能就此列入，作为太阳病之提纲。我这样提出和俞先生讨论，是抱着学习的态度，仅提出一点肤浅的认识，不妥之处请提出指正，以便进一步提高。

读仲景书脉症合参悟真谛

伤寒至八九日，正是病人出生入死之关头，若病势不见增加，必其人抗毒素甚强，足以扑灭病菌。若仍有残留，故尚见发热恶寒之症。然发热多，是血分有邪。恶寒少，是皮毛无病。不呕者，胃无病也。圜便欲自可者，肠无病也。虽一日二三度发，是抗毒素抵抗病菌之象。脉微，是病后之脉。脉缓，为病愈之脉。此时不必服药，为欲愈也。按三指禅于脉中，提出一缓字，为平人之脉，下余二十七脉，皆为对待

诚有经验之论也。浮数之脉，当以汗解，医者不知，而竟下之，伤其津液则身重，误下阳衰则心悸，此皆误下之变症也，其时虽太阳病不罢，但阳气已伤，不可发汗，所以然者，脉微为气弱，此阳气大虚，俟其正气复元，自汗出乃愈。浮紧之脉，身见疼痛，以汗解之，宜也，假令脉不浮紧，尺中见迟，迟为血少，血少者，乃血清减少，故荣气不足，非西医所谓贫血症也，若再发汗，劫血中之水分，则变症丛生矣。伤寒至四五日，其脉沉，其症喘而满，沉为在里之病，喘为火气冲肺，肺胀而觉满，据此脉症，则为内热也，内热则不宜汗，而反发之，津液越出，而大便愈燥，此亦表虚里实之症，久则热气犯脑，脑受病，则谵语多矣。发热恶寒，中风证也。此时子宫内之卵珠，成熟而破裂，则经水适来，至七八日之久，表解热除，诊其脉则迟，迟为血中结，而跳动不利，身凉则身中不热，而少阴之郁火，则随大动脉，上犯脑系，脑不安而谵语……此为热入血室之证也。脉中寒水过多，故血行颛顽，虽阳明宜大之脉，今竟变迟，胃中之水既多，若再纳充分之食以溶解之，则心中反觉不舒，故食难用饱者，不敢多食之谓也，故饱则微烦，水气上干则头眩，水不化气，则小便不利，此时欲作谷疸之病，所谓谷疸者，以其人食难用饱，饱则微烦也。水积不在胃府之消食，所以未下之时则腹满，既下之后，腹满如故，以其人寒水浸淫，使脉行迟之故耳。燥屎结于肠中，热吸于脉管，水分耗，故脉行亦迟，脉虽迟仍为阳明病，故发热不恶寒。此脉迟，为有燥屎，前条之脉迟，为欲作谷疸，同一迟脉也，而病症大异，盖仲景之书，须脉症同参，方能得其真谛，虽有时只言脉不言症，不知症已散见于他条，读者可以举一反三。若死于句下，非但不可学医，且不可读书也。脉实脉滑，为有燥屎，人所共

知也。若脉迟脉微涩，亦断为燥屎，举以语人，人未尝不擎骇而走，可知学医者，不读仲景之书，而日日携王叔和、高阳生、李濒湖、李士材之脉诀，断不足以医病也。

【按语】 仲景《伤寒论》，三百九十七法，论脉二百余次。包括浮、沉、迟、数、滑、大、小、虚、实、弦、细、促、紧、涩、缓、急、芤等，足见仲景对“诊脉”之重视。王合三先生对仲景诊脉方法，结合自己临床经验，对诊脉之重要，诊病脉与常脉，如何运用仲景脉与证之关系等，都作了经验介绍。《素问·脉要精微论》曰：“微妙在脉，不可不测。”指出了诊脉之重要性。同时，指出了诊脉有一定的难度，难度体现在诊脉之“微妙”。王合三先生在文中强调，首先应掌握正常人之脉，知道正常脉象，与其相对应的即为病脉，曰：“按《三指禅》于脉中，提出一缓字，为平人之脉，下余二十七脉，皆为对待。”《内经》对正常之脉作了明确阐述：“黄帝问曰：平人何如？岐伯对曰：人一呼脉再动，一吸脉亦再动，呼吸定息脉五动，闰以太息，命曰平人。平人者，不病也。常以不病调病人，医不病，故为病人平息以调之为法。”因脉为血脉，百骸贯通，大会之地，寸口朝终。一呼一吸，合为一吸，脉来四止，平和之则，五止为可，韵以太息。知道了正常人脉象之后，其他均为病脉。每一种病脉都反映了机体的不同病理反应，其脉象常常随病症以及当时不同病人气血盛衰和病邪交争情况而不同，为了初学者便于记忆二十八脉。吾父王瑞麟编了“病脉五字歌诀”。这二十八脉包括浮、沉、迟、数、滑、虚、实、长、短、涩、芤、弦、牢、濡、弱、细、伏、动、促、结、洪、微、紧、缓、代、疾、散等。诀曰：病脉二十八，浮沉迟数滑。虚实长短涩，芤弦牢濡弱。细数动促结，洪微紧弦伏。代疾散脉全，举手

按详查。为了初学者对不同脉象、主病有所了解，将常见脉象及主病和切脉应注意的几个问题述后：

浮脉 脉象：轻取可得，如水漂木，按之稍减而不空。浮脉主表。见浮脉，为病侵入部位尚浅，或病在上焦，或病属太阳表证，或病证初发。但应区别有力、无力。如浮而有力或浮紧者为表实，见于太阳伤寒病。浮而无力或浮缓者为表虚，见于太阳中风病。若浮数为风热。

沉脉 脉象：中取不显，重按乃得，如石投水，必沉其底之状。沉脉主里。见沉脉为病邪侵犯部位较深，见于脏腑病证，或为正虚、久病。但应区别有力、无力。如沉而有力为里实，沉而无力为里虚。脉沉迟为虚寒，脉沉数为热邪内伏。

迟脉 脉象：迟脉，一息不足4次，每分钟脉率在60次以下，来去极缓。迟脉主寒。见迟脉，为寒邪凝滞，伤人阳气，气血不能正常运行，见于阳虚阴寒病证。但应区别有力、无力。迟脉有力为积冷、寒证，无力为虚寒。阳虚和心气虚者，也见迟脉。柯琴《伤寒论注·总论》曰：“迟为阴，阴主寒……浮迟应表寒，沉迟应里寒，虽迟脉，多有病在脏者。然五脏为阴，而阴脉营其藏，则主藏之大纲也。”

数脉 脉象：数脉，脉动快速，一息六至以上，每分钟脉率在90次以上。数脉主热。数脉，为血脉受热邪鼓动，脉行加速，见于阳证、热证等。但应区别有力、无力。如数而有力为实热，多见于新病，如肠痈、胆道感染等。无力为虚热，多见于久病，如急腹症后期阴虚发热、骨蒸劳热等。外科病早期，脉数有力，为病进；中期脉数有力或洪数，为酿脓；后期脉数为余毒未尽，或气血虚。以上对浮沉迟数四脉的论述，可供参考。如何掌握兼脉的变化及其运用。一般来

说，病脉可独见一脉，又常随病情变化出现两种以上兼脉，其主病，又是各脉主病的综合。如浮脉主表，数脉主热，浮数脉（兼见）则为表热；又如紧脉主寒，若浮紧脉（兼见）则为表寒。其他类推。但临床也有例外者。正如王合三先生所言：“同一迟脉也，而病证大异，盖仲景之书，须脉证同参，方能得其真谛。”脉证合参和舍脉从证与舍证从脉，必须认真诊断，详细查询，方可取舍正确，不致有误。脉与证，一般是相符合的，如表证见浮脉，热证见数脉，里证见沉脉等。也有脉证不相符合的，如虚证见实脉，实证见虚脉，阳证见阴脉等。对此必须脉证合参，并针对具体情况，采取舍脉从证，或舍证从脉之法。如急性阑尾炎病人，症状和体征基本消失，但脉象仍数，为余毒未尽（局部炎症仍在），就应舍证从脉，继续治疗，避免复发。急腹症见四肢厥冷、脉数有力之假寒证，实则是热深厥也深，其脉实热，故当舍证从脉。反之，面颊发红、潮热、舌赤无苔、脉数者，为阴虚发热，其脉数，数则为热证，当舍脉从证，按滋阴法治之，则热自退。同时，要注意脉有力与无力，有余与不足；如正虚邪实，脉应有力，当见有余之脉如浮、数、滑、大、实、洪、弦、紧等脉。当正衰邪去之时，脉应见无力、不足之脉如迟、涩、小、细等脉，为脉证相符。如太阳病早期和热邪传入阳明经，当见有余（有力）之脉。反之，病邪一开始，并未经太阳、阳明，而直入少阴，当见不足之脉，为正虚邪弱，若见有余（有力）之脉，为脉证不符。简言之，正盛见有余之脉者顺，见不足者逆，正虚见不足之脉，为脉证相符，见有余之脉，为脉证不符，相符者顺，不相符者逆。还要重视结、代、散、促及其怪脉。结、代、散、促及雀啄、屋漏、弹石、鱼翔、虾游诸怪脉，虽然仲景未叙述，并非不可见矣！亦当

知之，有些怪脉，在危重病人并非罕见。临诊见结、代、散、促诸脉有时并非恶候，但若久见结、代、散、促脉，必引起注意，故有“代死、结生，久见结代必非佳兆”之说。若见雀啄脉（如雀啄米，连续止而又作）、屋漏脉（状似雨后屋漏，半时一滴）、弹石脉（强硬如弹石搏指）、鱼翔脉（如鱼在水中摇动）、虾游脉（似虾在水中跃游）、釜沸脉（状似锅中水开，沸空浮于上）等怪脉，也称绝脉，预后不良，当分秒必争，积极救治。常言说：“久读王叔和，不如临证多。”并非不让读诸家脉学，而是当理论联系实际。王合三先生告诉后人说：“可知学医者，不读仲景书，而日日携王叔和、高阳生……之脉诀，断不足以医病也。”王合三先生认为读仲景书时，要“脉症同参”，有的《伤寒论》条文“只言脉，不言症，不知散见于他条”，应当前后文字和前后条文互参，深刻理解并运用，“方能得其真谛”。如仲景《伤寒论》第1条曰：“太阳之为病，脉浮，头项强痛而恶寒”。其中“脉浮”是代表病邪侵入人体之后，病邪在表的脉象，因浮脉主表。又如第2条曰：“太阳病，发热汗出，恶风，脉缓者，名为中风。”文中“脉缓”系指“浮缓”脉而言。因文中一开始就曰“太阳病”；凡在《伤寒论》中言“太阳病”者，即指第1条而言，其脉应“浮”，第2条只言“脉缓”不言浮缓者，是仲景已言“太阳病”三字，其中就含有“脉浮”二字。若不前后条文互参，就不能全面理解仲景本意了。类似这一类条文在仲景《伤寒论》中比比皆是。再如第3条，曰：“太阳病，或已发热，或未发热，必恶寒、体痛、呕逆、脉阴阳俱紧者，名为伤寒。”此文中言脉“紧”与第2条言脉“缓”其意相同，故脉“紧”当是“浮紧”脉，其理与第2条相同。从上面不难看出，脉“浮”是太阳中风和太阳伤寒等病邪在表的脉

象，至于是“中风”，还是“伤寒”，应与症状合参，方可决定。如《伤寒论》第45条，曰：“太阳病，先发汗不解，而复下之，脉浮者不愈。浮为在外，而反下之，故令不愈。今脉浮，故在外，当须解外则愈，宜桂枝汤。”仲景明确指出“浮为在外”，是将“浮”脉作为判断病在太阳经尚未入里的依据。在此条文中，仲景并未提太阳中风，但从此条文中所言“浮”脉可知“当须解外则愈，宜桂枝汤”。这里的“解外”是指解太阳病发热、汗出、恶风等症，即仲景所言的太阳中风证。类似这样的文体，在《伤寒论》中可谓俯拾皆是。从仲景《伤寒论》中可知“太阳病”的主脉是脉浮。太阳中风的脉是浮缓，太阳伤寒的脉是浮紧。但随着正与邪的抗争，脉象也必然发生变化。如仲景在《伤寒论》第52条曰：“脉浮而数者，可发汗，宜麻黄汤。”第57条曰：“伤寒发汗已解，半日许复烦，脉浮数者，可更发汗，宜桂枝汤。”若能与以上有关条文互参，结合脉症，对以上二条便不难理解。故王合三先生曰：“若盖死于句下，非但不可学医，亦不可读书也。”

尊仲景与诬仲景

《伤寒论》非专治伤寒之书，凡一切外感悉寓其中，故《难经》云，伤寒有五，风寒暑湿燥火之病古人统以伤寒名之。可知《伤寒论》者，非仅治伤寒之书也，论中各条，读者宜细心体验。自汉季以迄，晋初虽历时未久，其书难保无遗失之处。凡遇不能解释条文，缺疑待考，盖注医书异于注他书也。《伤寒论》在中医书籍中，为最有系统的读本，有症状，有治法，并且有药方，简单朴实，不尚空谈，三百九十

七法和一百一十三方，都是规矩。若依照《伤寒论》灵活运用，去临床实践，确乎能解决疾病，所以今天学习中医的人们，还是普遍地应用着。对于不同意见，则两说并存，以待高明，或从其说。《伤寒论》187条云：“伤寒，脉浮而缓，手足自温者，是为系在太阴。太阴者，身发黄，若小便利者，不能发黄，至七八日，大便硬者，为阳明病也。”在注疏本条后，先生对唐容川对187条文中的“系”字解释提出质疑。先生曰：按唐容川谓系字是联络之义，太阴者，指人身之膏油而言，膏油生周身膜网之上，而邪入膏油，有如联缀之形，若仲景亦知三焦网油也者，不知仲景之用此字，原无深意，如属系字之类，信手拈来，唐氏批太阴即是网膜之成见，故以仲景之说实之，尊仲景实以诬仲景，不然，下条已有转系阳明之文矣，唐氏将何以自解？

【按语】 此篇前者所言，当为尊仲景，后者唐容川氏对《伤寒论》第3条之解释先生认为是“诬仲景”者，意为不同意见者也。

尊仲景者，历代人众，而诬仲景者亦有之。如赞仲景望仲宣之面色，判病预后之神奇，曰：“仲景见侍中王仲宣，时年二十余，谓曰：君有病，四十当眉落；眉落半年而死。令服五石汤可免，仲宣嫌其言忤，受汤勿服。居三日，仲景见仲宣，谓曰：服汤否？仲宣曰：已服。仲景曰：色候固非服药之诊，君何轻命也！仲宣犹不信。后二十年果眉落，后一百八十七日而死，终如其言。”金·成无己《伤寒明理论·序》曰：张仲景“撰为《伤寒论》，一十卷，三百九十七法，一百一十三方，为医门之规绳，治病之案本……”仲景方药为古今医学家所遵循，其医理为历代医家临床指南，被尊为“方书之祖”。但对医圣张仲景所诬者，如清·刘鸿恩《医门八法·

方书之误》曰：“后汉张机术士尊为医中之圣，著《伤寒论》，立桂枝、麻黄诸汤，其说则晦，注解仍不能明其方，则误服之，恒不见效。如《伤寒论》首称太阳中风，阳浮而阴弱，阳浮者热自发，阴弱者汗自出，啬啬恶寒，淅淅恶风，翕翕发热，鼻鸣干呕者，桂枝汤主之。又云：太阳病初服桂枝汤，反烦不解，先刺风池、风府，却与桂枝汤则愈。又云：病六七日，手足三部脉皆至，大烦，口噤不能言，其人躁扰者，必欲解也。既服桂枝汤矣，何以反烦不解，六七日尚大烦口噤，则其药之不效可知矣。且不惟不效已也，伤寒所伤者寒，所病者热，是以啬啬恶寒，翕翕发热，此热非虚热，亦非假热，虽非在里之热，已俨然在表之热证，而予以热药，有不大烦口噤躁扰者乎！故吾谓方书之误自张仲景始。”再如王清任《医林改错·辨于效经错之源论血化为汗之误》曰：仲景“论有汗是伤风，以桂枝汤治之，以桂枝、白芍、甘草三味，然未见治愈一人。桂枝汤所以不见效者，因头痛，身痛，发热，有汗，非伤风症也，乃吴又可所论之瘟疫也。”

从上可知，尊仲景者众，诬仲景者少。但对仲景医论文字个别处有错、漏及文字顺序疑义者有之；有辨证不清，理解有误，归罪于仲景者有之；言词过激者有之……历史证明仲景不愧为医圣。

心下支结

张仲景《伤寒论》146条曰：“伤寒六七日，发热微恶寒，支节疼痛，微呕，心下支结，外证未去者，柴胡桂枝汤主之。”此发热恶寒，支节烦痛，感冒不解，即太阳之表证也。微呕心下支结，淋巴液结，即少阳之水郁症也。心下支结，

正在心下，有一条如树枝然，与《金匱要略》之支饮相同，而外症未解，故以柴胡桂枝汤两解之。外症解，或兼症亦愈矣。

【按语】 此为太阳与少阳合并之病，正如王合三先生所言，“感冒不解”即仲景“外症未去”，即太阳中风病未解，当用桂枝汤，解肌发汗，营卫和而愈。因有少阳病，故不可单用桂枝。少阳病，当用小柴胡汤，因同时合并有太阳中风，故以小柴胡汤和桂枝汤各一半，名柴胡桂枝汤，“两解之”。对此，各家认识基本一致。如柯韵伯曰：“仲景书中，最重柴桂二方。以桂枝解太阳肌表，又所以调诸经之肌表；小柴胡解少阳半表，亦可以和三阳之半表。故于六经病外，独有桂枝证、柴胡证之称，见二方之任重，不拘于经也。如阳浮阴弱条，是仲景自为桂枝证之注释。血弱气尽条，是仲景自为柴胡证之注解。桂枝有坏病，柴胡亦有坏病。桂枝有疑似证，柴胡亦有疑似证。如病似桂枝证，脚挛急，与胸中痞硬者；病似柴胡证，本渴而饮水呕，与但欲呕，胸中痛者是已。此条言伤寒六七日，正寒热当退之时，反见发热恶寒诸表证，便见心下支结诸里证，表里不解，法当表里双解之矣。然恶寒微则发热亦微可知。支节烦痛，则一身骨节不疼可知。微呕心下亦微结，故谓之支结，是表证虽不去而已轻，里证虽已见而未甚，故取桂枝之半，以散太阳未尽之邪；取柴胡之半，以解少阳微结之证。口不渴身有微热者，法当去人参，以六七日，邪虽未解，而正气已虚，故仍用之。外证虽在，而病机已见于里，故方于柴胡冠桂枝之上，为双解两阳之轻剂也。”柯氏对此条文详加阐述，理尽词足，令人信服。关于“心下支结”确有多种解说：“呕而支结……但结于心下之偏旁，而不结于两胁之间，则少阳亦尚浅也”（程知）；“支结是

痞满之始，即阳微结之谓，是半在表半在里也”（柯韵伯）；“呕而心下支结，即心下满，是柴胡证也……盖支结即支满支饮同义。心下指膈中言。膈中行气行水管窍，支分派别，西洋医书图出管窍，则真如树枝贯串。支结者，即指此膈管窍不通也。柴胡汤之胸满，亦是此意，注家何必扯杂”（唐容川）。以上诸家对“心下支结”虽解说不同，均认为属少阳半表半里之柴胡证，也有言“少阳亦尚浅也”。“支结是痞满之始，即阳微结之谓”，是指属少阳微结，痞满之始，病轻浅者。亦有结合西说阐述者。愚则认为，因各人对仲景条文结合自己临床观察认识不完全一样，故各述己见，非“扯杂”之意。因为临床不同症状的出现，病人自诉可不尽相同，病变反应虽在“心下”，亦有上下左右的变异。虽然都认为病在少阳，但处方用药用量亦不相同。王合三先生提出“心下支结，正在心下，有一条如树枝然”。这种反应，应理解为二种含义：其一是病人的一种自觉症状，感觉心下支结状如树枝支撑样痛苦，即“结于心下之偏旁，而不结于两胁之间”，“心下支结，即心下满”。另外一种含义是有“心下支结”病痛的病人，同时可以在心下触到大小、粗细、软硬、长短、痛或无痛的、长短不同的阳性反应物。这种阳性反应物在行腹诊检查时大多可触及到，并成为对胃肠、肝胆疾病诊断的重要参考依据。腹诊早在《内经》和《难经》均有记载。如《灵枢·本藏》第四十七曰：“视其外应，以知其内藏，则知所病矣。”《灵枢·水胀》第五十七曰：“水与肤胀、鼓胀、肠覃、石瘕、石水，何以别之……水始起，目窠上微肿，如新卧起之状，其颈脉动，时咳，阴股间寒，足胫重，腹乃大，其水已成矣……腹胀者，寒气客于皮肤之间，鼓鼓然不坚，腹大，身尽肿，皮厚，按其腹，窅而不起，腹色不变，此其候也。”

鼓胀……腹胀身皆大，大与腹胀等也，色苍黄，腹筋起，此其候也。肠覃……寒气客于肠外，与卫气相搏，气不得荣，因有所系，癖而内著，恶气乃起，息肉乃生。其始生也，大如鸡卵，稍以益大，至其成如杯子之状，按之则坚，推之则移，月事以时下，此其候也……石瘕生于胞中，寒气客于子门，子门闭塞气不得通，恶血当泻不泻，衃以留止，日以益大，状如怀子，月事不以时下。皆生于女子，可导而下。”《难经》第十六难对脐诊曰：“其内证脐左有动气，按之牢若痛，其病四肢满闭，淋溲便难，转筋，有是者肝也，无是者非也。假令得心脉，其外证面赤，口干，喜笑，其内证脐上有动悸，按之牢若痛，其病烦心，心痛，掌中热而腕，有是者心也，无是者非也。假令得脾脉，其外证面黄，善噫，善思，善味，其内证当脐有动气，按之牢若痛，其病腹胀满，食不消，体重节痛，怠堕嗜卧，四肢不收，有是者脾也，无是者非也。假令得肺脉，其外证面白，善嚏，悲愁不乐，欲哭，其内证脐右有动气，按之牢若痛，其病喘咳，洒淅寒热，有是者肺也，无是者非也。假令得肾脉，其外证面黑，善恐欠，其内证脐下有动气，按之牢若痛，其病逆气，小腹急痛，泄如下重，足胫寒而逆，有是者肾也，无是者非也。”仲景《伤寒论》中有关腹诊的论述更为完善，如“心下痞”、“心下痞硬”、“心下痞坚”、“心下满”、“心下悸”、“心下石硬”及“少腹拘急”、“少腹不仁”、“少腹硬”等都是局部症状与体征。腹诊、脐诊、脉诊以及其他诊法，都应认真去学习、掌握，应坚持不懈，认真探索，直至运用自如，得心应手矣！

“小便难”病因

太阳中风，误用麻黄，毛孔大开，一发而不可收拾，故其人之汗，漏遂不止。毛孔不闭，故其人恶风，身中之体温，将从汗孔尽漏泄，热力减少，膀胱之内，大有冻结之势，水不化气，不能排泄而出，故小便难。四肢微急，难以屈伸者，皆因血液收缩，循环不利，正与《内经》诸寒收引皆属于肾之旨相合，故用桂枝汤，以治中风，加附子以固表。盖附子性热，而有麻醉性，能直达表皮之下，真皮之上，安其神经，实其毛孔，以治漏遂不止之症，汗一止而诸症皆愈矣。此附子所以为大汗亡阳之圣药也。前言麻黄证，不可用桂枝。此言桂枝证，误用麻黄之变证。按此条注者多误，伤寒自成氏注解而后，若朱肱之《活人书》，刘河间之《伤寒直格》，张隐庵之《伤寒论注》，柯韵伯之《伤寒来苏》，喻嘉言之《尚论篇》，陈修园之《伤寒浅注》，徐灵胎之《伤寒类方》，其中发前人所未发者，诚为不少，可谓仲景之功臣。独于此条于小便难一症，皆注为汗漏不止，津液丧失，则四肢微急，难以屈伸，不几与前条风温证中之时瘛疭之症相类，不独医理既乖，则与所用之桂枝加附子汤，亦不相合。注医书与注他书异，他书只言讲学理，医书贵能实用，毫厘之差，杀人顷刻。惟唐氏容川，独具只眼，谓小便难，是膀胱水结，四肢微急难以屈伸，亦是诸寒收引，与下两胫拘急之阴液不养其筋者不同。立论既精，用方亦确，真大有造于医界也。

【按语】 王合三先生在上文中以“小便难”为重点，指出仲景《伤寒论》第20条“太阳病，发汗，遂漏不止，其人恶风，小便难，四肢微急，难以屈伸者，桂枝加附子汤主之”

注释者多误。虽然都是注解《伤寒论》之专家，又是张仲景之功臣，惟独对小便难，“皆注为汗漏不止，津液伤失”，不仅与《伤寒论》第6条“若被下者，小便不利，直视失溲，若被灸者，微发黄色，剧则如惊痫时痰厥”中“时痰厥之症相类，不独医理既乖，则与所用之桂枝加附子汤，亦不相合”。原因是仲景《伤寒论》文字古远，历经变迁，对《伤寒论》中一字一文，能领会其精髓，实属不易！真能破其意，识真文，悟真谛，并指导于临床，则贡献大矣！王合三先生在深入研读仲景《伤寒论》的基础上，浏览历代注疏《伤寒论》诸“功臣”之释文，结合现代科研之成果，和数十年临床之经验，对仲景《伤寒论》第20条文中太阳中风当用桂枝汤，而误用麻黄汤所造成的“小便难”的原因进行剖析，“膀胱水结”，以及同时出现的“四肢微急，难以屈伸者”，正与《内经》诸寒收引皆属于肾之旨相合。“小便难”是由于寒，并非像朱肱《活人书》、刘河间《伤寒直格》、张隐庵《伤寒论注》等为汗漏不止，津液丧失。若在医理上认识错误，则治法必错，方药岂能不误！同时，应当与《伤寒论》29条“伤寒，脉浮，自汗出，小便数，心烦，微恶寒，脚挛急。反与桂枝汤欲攻其表，此误也……”文中，因温病误服桂枝汤“脚挛急”相鉴别。王合三先生认为此“乃血管热甚，水分丧失，流行不利，有抽筋之势，虽有微恶寒之症，是温病初起之时，病不在表，而在里矣……津液复，则厥愈足温，必然之理，此时即与芍药甘草汤，以滋养其已伤之血，血得养，其脚即伸矣”。

衄家与衄血

伤寒八九日，始服麻黄汤，然八九日之久，肺热上灼，鼻腔之血管早已受伤，故服汤已，其人发烦不安，目为之瞑，目瞑者，鼻中之回血管将破裂也。轻则汗出而解，剧则衄，然一衄即解，所以然者，药力之阳气重，故如此。屡次患衄之人，谓之衄家。衄者头部回血管破裂也。原其屡次破裂之故，由于气虚，若再大发其汗，则头之阳气更虚，额上之血管塌陷，诊其脉则紧急，如痉病之脉，目直视，睛不和也。不能眴，倦懒也。不得眠，神经不安也。凡此皆衄家发汗之变症。火劫发汗，不惟不能愈病，且邪风与火相将为祟，逼迫血液，则血气流溢，而失其常度。风寒邪也，寒久则化热，热为阳，与火之阳，两相熏灼，血管中水分少，则血液稠，而发黄色。阳盛上犯于脑系，则欲衄。阴虚膀胱水少，则小便难。气血津液俱虚，则身体不润而枯燥，则汗孔滞塞，故身无汗。惟头部无恙，则头汗出，齐颈而还。邪留小肠则腹满。火气熏肺则微喘。口干咽烂，火炎上也。或不大便，或大肠燥实也。此阳盛阴虚之火证也。久之，神经受扰则谵语。胃液灼干，则至哕。手足躁扰，捻衣摸床，此时其人若津液尚存，有小便者可治，否则难矣！按陈修园谓：探其人小便利与不利，用猪苓汤或茵陈蒿汤。不知此乃水竭火炎，复可用通利之药乎？猪苓、茵陈，俱犯操刀之戒矣。修园谓四十年来，始悟仲景存津液三字，何于此症而竟忘之。口干为胃热，鼻燥为肺热，肺胃热而能食，食后脑中之血皆来胃就食，食毕携热归脑，脑亦病矣，回血管破裂则衄。热入血分则口燥，然热在血管，不在胃中，则但欲漱水，不欲咽水，热若

在头部，则回血管破裂，必发衄也。厥而无汗，是少阴之本色，原不能如太阳之发汗也。今强发之，使卫血管之阳气尽从汗孔而出，使血管破裂，故曰必动其血。他处无窍，必征于头，头之回血管破裂，未知从何道而出，或从口鼻，或从目中，是下之身体见厥，上之头血已竭，名曰下厥上竭，为难治之证。

【按语】 鼻衄者，鼻出血也。早在《内经》就有关于其病的记载，曰：“春季者，病在头，故春善病衄衄”（见《素问·金匱真言论》）；“卒然多食饮则肠满，起居不节，用力过度则络脉伤，阳络伤则外溢，血外则衄”（见《灵枢·百病始生》）。以上言鼻衄与季节、生活起居等有关。鼻衄与脏腑关系亦十分密切。曰：“暴瘧内逆，肝肺相搏，血溢鼻口”（见《灵枢·寒热病》）；“脾移热于肝，则为惊衄”（见《素问·气厥论》）；“少阴所至，为悲妄衄蔑”（见《素问·六元正纪大论》）。此言脏腑功能失常亦发生衄血。此外，对衄血的治疗亦有阐述。曰：“衄血不止，衄血流，是足太阳；衄血，取手太阳，不已，刺宛骨下，不已，刺膈中出血”（见《灵枢·杂病》）。对鼻衄的吉凶预后亦有介绍，曰：“脉至而搏，血衄身热者死”（见《素问·大奇论》）；“衄而不止，脉大，逆也”（见《灵枢·玉版》）。张仲景在《伤寒论》中提及“衄”者共9次。对衄又分衄血、自衄、欲衄、衄家等。对衄的病因，有阴阳、表里、寒热、虚实等不同，衄血与内在脏腑有密切关系等都有明确的解释。对衄血的病因、病理、临床表现、预后判断，仲景都作了较为详细的阐述。如《伤寒论》第46条曰：“太阳病，脉浮紧，无汗，发热，身疼痛，八九日不解，表证仍在，此当发其汗。服药已微除，其人发烦、目瞑，剧则必衄，衄乃解，所以然者，阳气重故也，麻黄汤主之。”此

条言太阳伤寒用麻黄汤发汗解表，因“阳气重”而出现的发烦、目瞑等症，这时如出现衄血，乃阳气外泄，病愈之佳兆，故曰“衄乃解”。仲景还指出，有罹患太阳伤寒，不用药物，衄血而解者。如第47条曰：“太阳病，脉浮紧，发热，身无汗，自衄者愈。”此言病轻正气盛，不用服麻黄汤，自衄则愈，病从衄解。《医宗金鉴》称衄血为红汗，意即汗解也。曰：“太阳病凡从外解者，惟汗与衄二者而已。”即此意也。如系经常鼻衄，失血多者，仲景称“衄家，与外感鼻衄不同。衄家失血伤阴，而阴虚火旺之人，为汗法禁忌。”故仲景在《伤寒论》第86条中曰：“衄家，不可发汗，汗出，必额上陷脉急紧，直视不能眴，不得眠。”对此王合三先生作了精确的解释。何谓衄家？“屡次患衄之人，谓之衄家。”并从解剖部位上说明“衄者头上回血管破裂也。”病因为何？“由于气虚，若再大发其汗，则头上之阳气更虚”。衄家发汗之变症如何？“额上之血管塌陷”，脉紧急，“如痉病之脉，目直视，睛不和也，不能眴，倦懒也。不得眠，神经不安也。”可谓仲景言简意赅。张仲景对误治后出现的衄血重证，作了认真分析，指明了可治的依据，曰：“太阳中风，以火劫发汗，邪风被火热，血气流溢，失其常度，两阳相熏灼，其身发黄，阳盛则欲衄，阴虚小便难，阴阳俱虚竭，身体则枯燥，但头汗出，齐颈而还，腹满微喘，口干咽烂，或不大便。久则谵语，甚者至哕，手足躁扰，捻衣摸床，小便利者，其人可治。”对此王合三先生亦作了详细分析，并指出“火劫发汗”致“两阳相熏灼”，造成“阳盛阴虚之火证也”。诸般恶候显见，在此错综复杂情况下，“此时其人，若津液尚存，有小便者，可治；否则，难矣！”同时，王合三先生对陈修园的错误作法提出了批评，曰：“修园谓四十年来，始悟仲景存津液三字，何

于此而竟忘之！”对水竭火炎之证，竟然采取错误的治疗措施，“探其人小便之利与不利，用猪苓汤或茵陈蒿汤。不知此乃水竭火炎，复可用通利之药乎？俱犯操刀之戒矣。”为对患者负责，真是一针见血。若热入阳明同样会发生衄血，仲景在《伤寒论》第202条中曰：“阳明病，口燥，但欲漱水，不欲咽者，此必衄。”成无己曰：“阳明之脉，起于鼻，络于口，阳明里热，则渴欲饮水，此口燥但欲漱水不欲咽者，是热在经而里无热也。阳明气血俱多，经中热甚，迫血妄行，必作衄也。”王合三先生则认为此为“热入血分”，“不在胃中”。仲景在《伤寒论》第227条又曰：“脉浮发热，口干鼻燥，能食则衄。”王合三先生认为此为肺胃之热所致衄血。综上可知，鼻衄有在表、在里、在气、在血、在经、在腑、在脏之不同。病有轻重缓急，有不用药而自衄愈者；有在表，不从汗解而从衄解者；有屡衄不愈而成衄家者；有久病致气虚、血虚者；亦有误治、失治而变证蜂起者。当从中吸取经验和教训，认真细致地辨证论治，正确认识和掌握轻重缓急及处方用药。如太阳伤寒和太阳中风，用麻桂汗解衄愈者，并非麻黄汤、桂枝汤是专治鼻衄之方药，而是使在表之邪热从汗而解使衄愈也。清·刘鸿恩《医门八法·鼻衄》曰：“鼻衄，热证也。内热蒸腾，灼及于肺，则鼻衄之证成矣。各经之血皆趋于肺，则大衄矣。阴虚内损之人，水亏于下，火炎于上，间有见为鼻衄者，此虚热证也，治宜滋阴壮水以制火，一阴煎（生地二钱，熟地五钱，麦冬二钱，甘草一钱，丹参二钱，怀牛膝一钱，炒，醋白芍二钱，加乌梅五个，水煎服）甚为相宜，必重加乌梅以敛之，庶几血可止。上如药难卒制，先用白糖一两，开水冲服如乌梅更好，即所谓独梅汤矣（独梅汤：乌梅三钱，白糖一两，开水冲，微温服）。血止之后，须

服一阴煎数剂，以壮水之源，或乌梅四物汤（当归身五钱，炒，醋白芍三钱，炒，乌梅肉一钱，去内壳，生地五钱，熟地五钱）亦甚相宜也。气血壮盛之人，饮食停积，因食生熟或食芥蒜辛热之物，亦有见鼻衄者，此实热证也，当方衄之时不及治实，迨既衄之后，热因衄而已泄，亦不必治实，此证可以勿药，但以龙骨散（龙骨五钱，煨为细末，吹鼻中；或由纸裹成卷，切成段，塞鼻中）或百草霜吹入鼻中……如果大衄，则一阴煎、独梅汤亦甚相宜，血止之后亦须多服数剂，缘大衄则实亦变而为虚极，须滋养也。此外，如大怒血热上涌，亦有见为鼻衄者，均以前方治之。从来病之趋虚如水之就下，凡证皆然，衄亦如是。既有此证遇热即行举发，须预为防之，但觉肺经有热，如皮肤燥痒，寝不能寐之类，即予服止鼻衄汤（黑荆芥二钱，研，大生地五钱，南薄荷二钱，黑地榆二钱，酒芩二钱，麦冬三钱，元参三钱，灯心二十寸，竹叶十三片引）数剂……瘟疫鼻衄，乃应下失下所致，以瘟为上，但治瘟而衄自止，且瘟热因衄而泄，瘟之为势转轻，即治瘟亦不必大剂矣。”总宜急则治其标，缓则治其本。鼻衄亦有倒流从口中吐出者，知犯何逆，随证治之，才不会有误。因热可转变为寒，因寒可化为热，因实可变为虚，仍当遵热者寒之，寒者热之，虚者补之，实则泄之，相兼者又当辨其偏而治之。

上窍不通下窍不利治法一得

不大便六七日，以为胃家实之病，盖病邪在肠，结为粪便，久之吸入血中，血液不洁，上熏脑，则必头痛，况胃家实，则外必蒸蒸发热，医者此时，果审其头痛有热，而非太

阳之症，不妨与以承气汤，以涤荡大便。若其人小便清长，其头痛有热，亦无阳明之确据者，则知其不大便，乃因外症未解，上窍不通，下窍不利，病不在里，仍在表也。当须发汗，宜桂枝汤。然不大便已六七日，邪入血分，所以苦头痛，血管有破裂之处，则必衄也。按表证不解，大便不通，往往有表证一解，而大便随之，其理云何，不能解也。《内经》曰：病在上而取诸下，病在下而取诸上。

【按语】 从文中可以看出，王合三先生以“不大便六七日”，首先考虑是否阳明脏证“胃家实。”因此，必须排除太阳表证，方可用承气汤攻之。“若其人小便清长”，而有外症未解时，则为“上窍不通，下窍不利，病不在里，仍在表也，宜桂枝汤”。解表病愈，而大便自通，此皆“上窍不通，下窍不利”，用桂枝汤解表，上窍通，下窍利。仲景《伤寒论》第47条曰：“太阳病，脉浮紧，发热，身无汗，自衄者愈。”此太阳伤寒病，不用麻黄汤发汗，自衄者愈，此病从“红汗”解也。与《内经》“病在上而取诸下，病在下而取诸上”相符合。大肠的生理活动有赖于肺气的肃降，肺气的宣发，也有赖大肠的功能正常。匡调元氏探讨了肺与大肠相表里的关系后认为，小肠气泡形成与肺部病变有关，这是由于肺部炎症渗出物严重地充塞了肺泡腔，导致肺内换气障碍，而后使血液中的气体不易从肺部排出，血液中的气体分压增高，使肠腔内的已溶气体及膨胀着的气体向压力较低的地方弥散。小肠粘膜相对而言较为菲薄，粘膜下组织又较疏松，因此，血液中的气体及肠腔中的气体都可能进入粘膜下层而形成气泡。又采用“钳夹肠系膜上动脉，造成肺与大肠相表里的家兔模型……实验结果分析，肺与大肠之间存在着内在联系，当钳夹肠系膜上动脉时，可见到明显的肺损伤”（见《中医实验病

理学·脉症动物模型》)。令人可喜的是，陶御风在“浅谈桂枝汤类方的双向调解作用”一文中认为双向调节的途经主要是通过调和营卫、通畅血脉、调理脾胃、益气健中而实现的。列举了桂枝汤五个方面的双向调节作用，其中提到调节因肺与大肠功能失调所致的久利与便秘证。可见，中医学中“肺与大肠相表里”的理论，对指导“上窍不通，下窍不利”有重要意义，同时，现代科学更进一步验证了“肺与大肠相表里”的理论是有其内在联系和科学依据的。

从桂枝越婢汤文中领悟阴阳

太阳病，发热恶寒，诊得热偏多，寒偏少，即用桂枝越婢汤，若脉浮缓而微弱，此病后津液受伤之症也。与前条之太阳病，得之八九日皆同，不同之处，彼者脉微缓，此则脉微弱，缓为正复之脉，弱为血中水分丧失，血管不能充分跳动，故曰此无阳也。阳字指津液而言，古人谓血为阴，气为阳，气即水也，无水岂可发汗乎？阴阳二字，最难确定，有指症言，有指脉言，有指气血言，有指寒热言，要在各人之领会耳。按桂枝二越婢一汤八字，宜在热多寒少之下，不然，文中明明言不可发汗，而方中仍用麻黄、桂枝，虽有石膏以监制之，恐亦难制其跋扈之性矣。况此方与此证，不甚正对，必是错误。

【按语】 此文为王合三先生教后人如何抓住主症、主脉，并脉症合参指导临床应用。“发热恶寒”是太阳病的主要症状，反映正邪在表交争的具体表现，并可根据“发热恶寒”的变化，来判定病邪盛衰，提出相应的治疗方法。一般来说，有一分恶寒，即有一分表证。王合三先生特别指出在“发热

恶寒”时，一定要仔细观察是恶寒重还是发热重，是恶寒偏多还是发热偏多。若但恶寒，不发热，或恶寒偏多，发热偏少，脉浮紧者，多为太阳伤寒，治当用麻黄汤。成无己曰：“实为寒邪在表，皮肤坚实，营卫盛，津液内固之表实……轻剂所以扬之，即麻黄葛根之轻剂耳。麻黄味甘苦，用以为君者，以麻黄为轻剂，专主发散，是以为君也。桂枝为臣者，以风邪在表又缓，而肤腠疏者，则必以桂枝解其肌，是用桂枝为臣。寒邪在经，表实而腠理密者，则非桂枝所能独散，必专以麻黄以发汗，是当麻黄为主，故麻黄为君，而桂枝所以为臣也。《内经》曰：寒淫于内，治以甘热，佐以辛苦……”若发热偏多，恶寒偏少，脉浮缓者，多为太阳中风，治当用桂枝汤。因“中风者，乃风邪之气伤人卫气而成此证也……卫强则营弱，营弱则发热，头体痛，脉浮而缓……经曰：风淫于内，以辛散之，以甘缓之，乃用桂枝为君，以散邪气，而固卫气。桂枝味辛甘性热，而能散风寒，温卫气，是辛甘发散为阳之义也。芍药味酸性寒，能行营气，退热，理身痛，用之为臣。甘草、大枣味甘而性和，能谐营卫之气，用之为使。先圣配此五味之药，以治伤寒者，乃专主中风之证，而行解肌之法也”（见明·许宏《金镜内台方议·桂枝汤》）。今王合三先生言：“诊得热偏多，寒偏少，即用桂枝越婢汤”，即仲景《伤寒论》第27条“太阳病，发热恶寒，热多寒少，脉微弱者，此无阳也，不可发汗，宜桂枝二越婢一汤”之意。但对仲景原文提出了修改意见，认为“宜桂枝二越婢一汤”，这一段文字，应当放在“热多寒少之下”，即“太阳病，发热恶寒，热多寒少，宜桂枝二越婢一汤。脉微弱者，此无阳也，不可发汗。”王合三先生还较详细地阐述了调整此条文的理由，曰：“文中明明言不可发汗，而方中仍然用

麻黄桂枝……况此方与此证，不甚正对。”仲景言“脉微弱者，此无阳也，不可发汗。”随之曰：“宜桂枝二越婢一汤，”此方中有麻黄，亦有桂枝，与“不可发汗”自相矛盾。修改之后，可谓医理脉症相符，令人敬佩。王合三先生以此条文作为实例，告后人曰：“盖仲景之书，须脉症合参，方能得其真谛，虽有时只言脉不言症，不知症已散见于他条，读者可以举一反三，若盖死于句下，非但不可学医，且不可读书也。”至于为何用越婢汤，成无己解释曰：“胃为十二经之主，脾治水谷为脾脏若婢。”《内经》曰：“脾主为胃行其津液，是汤所以调越脾者，以发越脾气，通行津液。外台方一名越婢汤。”许宏则对其另有新说，曰：“婢，即脾也，岁久传写之误。经注虽曰脾为卑藏，卑者若婢，此非成无己之语，乃后人穿凿强注之耳。所谓越婢汤者，以石膏、麻黄、甘草发越婢之正气，以通行于津液，而散虚邪之留滞于经而不去者”。可谓古距今远矣，加之文字古奥，需“要在人之领会耳”。王合三先生认为：“阴阳二字，最难确定。”阴阳在一定条件下互相转化，阴变为阳，阳变为阴。通常情况下，凡温热的、有力的、活动的、强壮的、进行性的、增长的、明亮的、轻的、在上的、在外的、功能方面的、机能亢进的属阳；凡寒凉的、柔弱的、沉静的、抑制的、变弱的、退行性的、减退的、隐晦的、重的、在下的、在里的、器质性的、机能衰弱的属阴。在表、里、气、血、寒、热、虚、实、脏、腑中，表、气、热、实、腑属阳，里、血、寒、虚、脏属阴。所以一切病证都可以用阴阳来划分。但随着科学研究的不断深入和创新，亦给阴阳赋与新的内容，如近来对微量元素的研究，不仅对阴阳，而且对中医的“八纲”也赋予了新的内容和活力。本人在临床中进行的“非特异性慢性结肠炎与微量元素

临床研究”曾被列为科研课题，经过十余年的临床观察和研究，对 207 例患者血清微量元素锌、铜、铁、镁的测定，并与健康组对照，显示出明显差异；患者间不同年龄、不同性别、不同职业血清微量元素多有差异；而锌铜比值患者组明显低于健康组。此为研究非特异性慢性结肠炎提供了参考依据，也为中医在临床辨证论治的基础上增添了一项新的指标，为临床给患者补充有关元素，开拓了新的思路。该文在《世界元素医学》杂志上刊登，故不多赘述。这里仅将撰写的“微量元素是八纲的物质基础”附录于此，供参考。

1. 阴阳：是人体生理病理的反映，是对立而又统一的概念，可作为辨别疾病的一种手段。如果人体罹患疾病都可以用阴阳进行概括。阴阳平衡则不病，阴阳失调则病生。《类经·阴阳类》曰：“人之疾病，必有所本，或本于阴，或本于阳，病变虽多，基本则一。”一般来说，凡是机能低下的、消极的、寒证、虚证、里证者属阴；而机能亢进的、积极的、热证、实证、表证者，属阳。所谓“阴平阳秘，精神乃治”。反之则病。阴阳与微量元素的关系许多人进行过有关研究，如田氏在研究中发现一种单胺氧化酶（MAO）和另一种乙酰胆碱脂酸酶（ACHE）在一定程度上反映了交感神经与副交感神经不同的功能状态。MAO 增高反映了交感神经功能的偏亢（属阳）。ACHE 偏低，反映了副交感神经功能明显低下（属阴）。这说明两种酶的增减同机能亢进与低下有着密切的联系，而微量元素与酶之间的关系也十分密切。据有关资料证明，有 160 多种酶和蛋白质含有锌。生化研究者认为，揭示“证”本质只要抓住环核苷酸的指标即可。环核苷酸在人体内部有着广泛的双向调节作用，并互相拮抗。利用环核苷酸的含量和比值，便可客观地反映人体阴阳虚实状况及阴阳平衡

状态。国内对头发中含锌锰元素与体内阴阳盛衰关系的研究中指出，发现锌锰确可作为临床辨别阴阳盛衰及其程度的定性与定量指标。以上从不同角度对阴阳进行了研究，相信随着今后微量元素的更深入研究，无疑会为中医阴阳总纲的内涵提供充足的证据。

2. 表里：系指病邪侵袭人体后所处的部位和病势的深浅。一般来说，侵犯肌肤者病位浅，属表，以外感六淫为主要致病因素。具有发病急，病较轻，病位浅的特点。临床以发热、恶风寒、脉浮、苔白为主要症状。里证是指病变部位在里，病势较深，以表邪入里，或情志内伤等作为一种病症。一般以发热不恶寒，或恶寒不发热，脉沉为主要症状。研究者对桂枝汤测定结果指出：桂枝汤含人体所必须的微量元素锰、锌、铁、铜，而这些元素对人体的生长发育，核酸及蛋白质的合成，中枢神经系统的构造及生理功能的维持，血液代谢及内分泌的调节，机体免疫及抗感染方面，均有至关重要的作用。还结合现代药理，说明桂枝汤有清热、抑菌、抗病毒、抗炎、改善神经功能、增加血液循环、解痉、镇静、止痛、调整胃肠功能和抗过敏等作用，这与桂枝汤解肌发表，调和营卫，调和肝脾，温通降逆的机理基本一致。说明现代药理研究、仲景方药机制与所含微量元素的生理功能三者是相符合的，为补充锰、铁、锌、铜治太阳中风证提供了依据。至于其他多种病邪所致表证，无疑也当与微量元素的失衡有关。内在脏腑所引起的疾病属里，有里虚、里寒等不同。在这方面与微量元素的关系就更为复杂，如肝病患者多有脾虚证，脾虚证是以消化系统的分泌、吸收和运动功能障碍为主的全身性适应调节与营养代谢失调的一种疾病状态。镁、锌、铁的补充可改善和治疗味觉异常，食欲减退，胃肠功能减弱，消化

不良，乏力，消瘦，免疫功能低下等脾虚症状。有人对锌与脾虚证的关系进行了探讨，认为中医脾脏的功能以锌为物质基础。我们在临床对非特异性慢性结肠炎病人血清微量元素检测中发现，以缺锌、缺铜最多。同位素研究证明，锌主要在十二指肠和近侧小肠处，先需小分子的多肽构成复合物通过主动运转机制被吸收，最后锌和血浆里的蛋白质或运铁蛋白结合，随血液流注门脉循环。在这一吸收过程当中，小肠里的金属结合蛋白类物质有调节和管理锌吸收功能，并参与小肠上皮细胞内锌的排泄，不使过多的锌进入和贮存在人体内。因此，在临床上调理脾胃功能，结合微量元素配制出“微元舒”进行治疗，收到满意效果。动物试验证明，缺铜雌鼠表现为贫血、水肿、皮下出血等症状，而当饲料中补充铜时，则上述症状均消失，而利水渗湿药、清热解毒药含铜量最高，其次是温里药、活血化瘀药及补阴药。我们用以上药物对消除肠粘膜充血、水肿、糜烂、出血等有明显的效果，可能与富含微量元素铜有关。

3. 寒热：是作为辨别疾病性质，用于概括人体阴阳盛衰的两种证候。一般来说，寒证是感受寒邪或人体机能虚衰所出现的证候，如畏寒喜暖，口淡不渴，手足发凉，面色淡白，小便清长，大便稀溏，舌苔淡白，脉迟等。热证是感受热邪或人体机能亢盛所出现的发热喜冷，渴喜冷饮，面红目赤，小便短赤，大便燥结，舌红苔黄，脉数等阳盛病证。从以上可知，寒证属阴盛，多与阳虚并见；热证属阳盛，常与耗伤津液的证候同时出现。焦君良等人对脾胃虚寒证与正常人血清微量元素比较后认为，脾胃虚寒证患者血清锌、铜和硅的含量比正常人明显降低。著者认为脾胃阳气虚衰，运化失司，导致微量元素代谢异常，从而引起很多疾病的发生。因脾旺

则正气充足，外邪不易入侵，所谓“四季脾旺不受邪”，反之则导致疾病的发生。而缺锌会引起 T 淋巴细胞和胸腺激素活性降低，导致细胞免疫和体液免疫异常，铜和血清铜蓝蛋白具有酶和氧化活性，能增强机体防御机能。缺铜时机体防御能力低下，则易感受疾病。缺硅后粘多糖合成障碍，使组织修复困难，溃疡不易愈合，这与中医学“阴盛则寒”、“阴虚生寒”、“脾旺不受邪”、脾主身之肌肉的理论相一致。热证有表热、里热等不同，涉及微量元素变化也比较复杂。如清热解毒药含铜量最高。热证可能与缺铜有关，用含铜量高的清热解毒药，就能清除热证。又如治疗肝炎，特别是急性肝炎出现的肝胆湿热及热极生风，用清肝泻热药如薄荷、菊花、蔓荆子、竹叶、知母、栀子、夏枯草、地骨皮、黄芩、龙胆草、连翘、大青叶、蒲公英、败酱草、射干、板蓝根、青蒿、白茅根、竹茹、银花、鸡骨草、白花蛇舌草、垂盆草、田基黄、黄连、黄柏和平肝熄风药石决明、龟板、鳖甲效果较好，而此类药含锌量亦高。急慢性肝炎及乙型肝炎病毒携带者，血锌、锰低，铜、锌比值升高。用此类药物，有补充锌和调节铜锌比值的作用。临床使用麻杏石甘汤治疗婴幼儿肺炎感染引起的“热证”，疗效较好，其所以能控制呼吸道一般病菌，可能与石膏、知母中含铁、锌、铜量较高有关，大量应用后可使血中铁、锌、铜等微量元素升高。在感染过程中，各种理化因子刺激均可使白细胞释放的内源性细胞递质使铁、锌加速流入肝细胞内，导致加速合成铜蓝蛋白复合物和急性期反应蛋白，增加杀伤微生物的能力和机体的防御能力，对感染有控制作用。有人对具有清热泻火除烦止呕作用的石膏进行研究，证实石膏这一清热圣药的作用与微量元素镉、镁、锰、铜、锌有关。

4. 虚实：是指人体正气的强弱和病邪的盛衰而言。虚是正气虚，实是邪气实。虚证有先天后天之不同，但多见于后天原因。临床表现有阴虚、阳虚、气虚、血虚等不同。对于虚证与微量元素关系研究较多，但其与微量元素的关系也更为复杂。如肾虚病人，血清或发锌含量偏低。在补肾药中如补骨脂、肉苁蓉、枸杞子、仙茅、淫羊藿、何首乌、熟地、山茱萸、杜仲、肉桂、女贞子、菟丝子、锁阳、续断、巴戟天、蛇床子、覆盆子、五味子等锌、锰含量都很高。对 13 种补肾中成药如六味地黄丸、健肾壮腰丸、玉泉丸、参桂鹿茸丸、乌须黑发丸、金鹿丸、肝肾宁、明目地黄丸、金匱肾气丸、天麻杜仲丸、龟灵集、首乌片、青娥丸的微量元素测定，其中钙、镁、铁、铜、锰、锌含量均较高。补气药如黄精、黄芪、白术的含锌量也很高。这些药物用于肾虚病人，实际上也是补充了较多的锌，与“健脾以滋肾之源”相一致。李楠等对中医辨证属阴虚患者进行血清微量元素测定发现，阴虚证的“锌铜比”值上升，而阳虚证与此相反。按照中医“损者益之，虚者补之”原则给予相应的补虚药。如阴虚患者“铜锌比”值最高，而滋阴药物的“锌铜比”值则最低，呈现互补关系，恰好弥补所缺。由此可知，不同的证，就有不同的缺乏元素和过剩元素，不同证的元素分布值就有与此相适应的药物。实证有表实、里实之不同。表实以感受外邪为主，里实为脏腑功能失调，故涉及广泛，与微量元素的关系也很复杂。如小儿食滞与微量元素关系。对食滞患儿做了全血锌、铜、镁、锰、钙、磷 7 种微量元素的分析，35 例食滞患儿与 42 例健康儿童相比较，除锰外，铜、镁、铁、磷、锌都有不同。依中医“虚则补之，实则泻之”的治疗原则，对食滞患儿采用消导的治法，使微量元素在体内维持正常水平，大可

不必对食滞（脏实证）患儿滥补微量元素，进行不合理的治疗。大承气汤是治疗阳明腑实证的代表方剂，李桂珍等采用无机化学定性、定量法进行试验，认为芒硝在 50℃ ~ 100℃ 溶液中含钠近 43.5%，证明古人提出冲服芒硝是有理论根据的。钠在水液代谢中是主导，但需镁的促 ATP 酶作用才能供给能量，才使组织间物质进行主动运输。所以，钠、镁元素在完成组织间水液代谢方面起主要作用，从而说明大承气汤方大黄的攻下作用是靠枳、朴、硝共同完成的。

总之，阴阳是八纲中的总纲，人体 MAO 和 ACHE 两种酶及环核苷酸均与阴阳有关。可以说这些是阴阳的物质基础。为今后探索中医八纲辨证提供了科学依据。

阳明病中有四逆证

阳明病中，亦有四逆证，可见病变无常，此喻嘉言所以先议症，后议药也。而沈克封谓：凡阳明病，俱有胃家实三字，将何以自解于此条。或曰：此非阳明病也。王叔和误编于此，遁词而已矣。注见厥阴篇，余散见太阳篇内。

【按语】 王合三先生指出的“阳明病中，亦有四逆证，可见病变无常”，系指《伤寒论》225 条“脉浮而迟，表热里寒，下利清谷者，四逆汤主之”而言。又曰：“见厥阴篇，余散于太阳篇内。”可见疾病的发生，并不是太阳病初期只见太阳中风、太阳伤寒、太阳温病，到阳明经只见胃家实，到厥阴只见消渴、气上撞心、心中疼热、饥而不欲食、食则吐蛔等。这些虽然反映各经的特点，但不能忘记疾病是随气候条件、地理环境，特别是人的体质强弱、气血盛衰以及病邪的特性等变化而变化的。如仲景《伤寒论》第 29 条就是由于病

在太阳误治，造成大汗亡阳而出现的四逆证。王合三先生在其《伤寒求实》中曰：“若果为太阳伤寒，发汗过重，复加烧针，一误再误，而致厥逆，此乃阳气尽从毛孔而出，厥逆危在顷刻，急以四逆汤救之。”《伤寒论》第91条曰：“伤寒，医下之，续得下利清谷不止，身疼痛者，急当救里；后身疼痛，清便自调者，急当救表。救里，宜四逆汤；救表，宜桂枝汤。”王合三先生在其《伤寒求实》中注曰：“伤寒误下，消化器受伤，肠胃中温度低落，则完谷不化，故下利清谷。虽有身疼痛之症，是否表证未解，抑或里实已甚，此时尚难分析，惟见下利清谷，是里证已急，急当救里，服药后身仍疼痛，察其里证不见，下利清谷，而清便自调，此里证缓，而表证未解矣，急当救表。救里宜四逆汤，救表宜桂枝汤。”此文不仅告诉后人伤寒误下可造成四逆证，同时告知人们有表证又有里证时，里证急当先治里而后治表。《伤寒论》317条曰：“少阴病，下利清谷，里寒外热，手足厥逆，脉欲绝，身反不恶寒，其人面色赤，或腹痛，或干呕，或咽痛，或利止脉不出者，通脉四逆汤主之。”王合三先生注曰：“下利清谷，里寒甚，而食谷不化，是消化系将成一停摆之机器，里有真寒，则逼热外出，故里寒外热，四肢之部位最远，残阳早已不到，故手足厥逆。脉微欲绝，亦露出少阴阴证之本色，然此时之假热，并非外来之热，乃自内外出，无根之热浮于真皮之上，而表皮下之神经末梢正在此假热之中，故反不觉恶寒，其人面有假热，故面色赤，或腹痛，或干呕，或咽痛，或利止脉不出，皆少阴里寒外热之证也。急以通脉汤以挽之。”钱潢《伤寒溯源集》曰：“四逆汤者，所以治四肢厥逆而名之也。此以真阳虚衰，阴邪肆逆，阳气不充于四肢，阴阳不相顺接，故手足厥冷也。其以甘草为君者，以甘草甘和

而性缓，可缓阴气之上逆。干姜温中，可以救胃阳而温脾土，即所谓四肢皆禀气于胃，而不得至经，必因于脾，乃得禀焉，其所以脾主四肢也。附子辛热，直走下焦，大补命门之真阳，故能治下焦逆上之寒邪，助清阳之升发，而腾达于四肢，则阳回气缓，而四肢无厥逆之患，是以名之曰四逆汤也。”之所以在阳明病中亦有四逆证，张隐庵曰：“此论阳明之有虚寒也。脉浮而迟，浮为表虚，迟为里寒，乃下焦生气不上合于阳明，故表有阳明之热，里有少阴之寒，生气不生，故下利清谷，宜四逆汤启少阴之生阳，助阳明之土气。”总之，只要对王合三先生所言“病变无常”能正确理解，对“阳病中亦有四逆证”就不会产生疑义了。

论仲景开章先以风寒温三者为纲

太阳病	{	中风	}	——感冒
		伤寒		
		温病		

既名曰太阳病，则必脉浮头项强痛恶寒也。发热亦太阳病必有之症，惟口渴一症，乃因之体温高，水分耗，已与感冒恶水之太阳病不同矣。况又不恶寒，明明与“太阳病，或已发热，或未发热，必恶寒”之条文全然相反，岂可因其脉浮头项强痛而认为是太阳之风寒病乎？可知发热者，内之体温高也；口渴者，内之津液耗也；不恶寒者，病不在肺，故仲景不名伤寒，名之为温病。风寒外束，郁而发热，其发热也翕翕，温邪内受，久而化热，其发热也蒸蒸，发热虽同，而其所以发热则异也。内热既久，血分中之水分丧失，故口

渴。凡有一切寒凉之物，客于其身，则必非常爽利，盖其内热既甚，见寒则喜，见热则恶，必然之理也。故阳明篇之太阳转属阳明，有不恶寒反恶热之语，此病即肠热病之初起，冠以太阳病三字，审其见有表证，则于清热方中，兼用一二味表药，可以缩短病之过程，断不可早用硝、黄之类，而造成肠炎、出血、肠穿孔之重症。按唐容川谓：后世温热书，皆谓仲景只论伤寒，不论温热，不知仲景开章，先以风寒温三者为提纲，而以下分经用药，只言某经某症当用某药，而并不辨其为风、为寒、为温，盖仲景已将三者为提纲，而三者变见诸症，但归某经见某症即用某药，虽三者来历不同，而归经则一，谁谓仲景六篇无温热症哉？至于疫瘴，从口鼻入，治法自有小异，然其见各经之症，仍当按经治之。观近代《瘟疫论》，何尝出仲景范围哉？甚矣！六经立法，诚万病之隐括也。今人读仲景此段，多视为借宾定主之文，谓仲景此段，撇去温病，以后乃单论伤寒，不知仲景此段，与上文伤寒中风为三大纲，读者当会其意也。吾乡孝廉林华亭曰：瘟疫自吴又可后，叠出专书，谓与伤寒不同，以伤寒从皮毛入，瘟疫从口鼻入，今必将瘟疫一门，纳入《伤寒论》中，与近日各书不合，不如删去此条，以免滋议。余以其说近理，便疑删削，嗣经邓云航阅至此条，大声疾呼曰：吾素疑仲景《伤寒论》，已将瘟疫概括，此处提温病，与风寒鼎峙有三，细玩文法，并非闲文，实则三大纲也。或疑温病要方，如安宫牛黄丸、羚羊、犀角等，皆非《伤寒论》所有，故谓伤寒瘟疫，各有不同也，不知牛黄难得之物，犀角、羚羊远物难得，圣方平易，不取珍异，安得以仲景方中无犀角、牛黄，遂疑其不赅温症哉？且安宫牛黄丸即黄连阿胶汤意也，羚羊犀角清温汤即白虎汤意也，双解散、通圣散即大柴胡汤意也，

凉膈散、大清凉散亦只是三承气汤之意，或多加数味，或别出巧思，如紫雪丹等，亦只是竹叶石膏汤、柴胡加芒硝汤，增减变化，仍不外乎圣法也。又或以为温疫，从口鼻入，伤寒从皮毛入，不可强同。然观仲景《伤寒论》，无从皮毛入之文，其曰从皮毛入者，后人读仲景书，见其发热恶寒，知为从皮毛入也，独于此节，不知仲景已属从口鼻入之义。盖仲景曰发热，则指明邪在肌肉；曰渴，即指明在口中；曰不恶寒，即指明不在皮毛也；然则发热而渴不恶寒，此数字已显见邪不在皮毛矣。仲景因自解之曰：此为温病，是明指冬不藏精，冬伤于寒，伏气所致，以及从口鼻入，凡是热由内发者，皆以为温病三字括之矣。仲景文法回环，已将之来历露出，而由伏气发，由口鼻入之理，皆在言外，今补注将瘟疫看通，幸勿删削，余以云航此言为是，因并存之。按温病之邪，从鼻口入，论者各有专书，故吴又可谓直入膜原，叶天士谓温邪上受，首先犯肺，学者宗之。不知风寒之邪，亦犹是也。伤寒病菌（即肠热病），由饮食入消化器，有无论矣，若伤风病菌，常居于鼻腔之内，乘人身温度正高，忽然变低之时，即入肺经，故喷嚏咳嗽，而后见脉浮头痛发热恶寒等症，是皮毛为肺之合，肺既病，而皮毛无不病。我国医人，每见太阳之证如是，遂谓风寒之邪由皮毛入，亦因不知病菌之理也。

【按语】 仲景《伤寒论》问世之后，成为历代医家必读、研究、探索之源泉。有释其本意者，有阐述其理者，有窥察其方药者，故其论述各异，并非坏事，形成从古至今对《伤寒论》研究的热潮。之所以形成这样一种局面，乃《伤寒论》自身之魅力！仲景《伤寒论》的编写来自于实践，总结成以六经为特色的“纲”领性条文，在纲下，设不同子

“目”，“纲举目张”，易于理解和运用。王合三先生在太阳篇一针见血地指出了仲景《伤寒论》“开章先以风、寒、温三者为提纲”，并以表格式样显示，使人一目了然。

桂枝下咽阳盛则毙

咽喉干燥，恐其人内热伤津，发汗则伤其水分，与本书存津液之旨相背，此所谓桂枝下咽，阳盛则毙也。

【按语】“桂枝下咽，阳盛则毙”中之“桂枝”应指桂枝汤、单味桂枝以及助阳之药三种含义。在仲景《伤寒论》中只提“桂枝”者一次，但其含义，亦当系指“桂枝汤”。如《伤寒论》第16条曰：“太阳病三日，已发汗，若吐，若下，若温针，仍不解者，此为坏病，桂枝不中与也。”文中“桂枝”是指“桂枝汤”。其余41次，均指名桂枝汤。既然仲景伤寒中所言“桂枝是指桂枝汤，为何“桂枝下咽，阳盛则毙”中桂枝含义为三呢？因桂枝汤是由桂枝、芍药、甘草、生姜、大枣五味药组成，共同治疗太阳中风证，桂枝为主药，其味甘辛性温，生姜亦辛温散寒，为辛温解表方药，故明·许宏《金镜内台方议·桂枝汤戒》曰：“伤寒乃热证，复用桂枝辛热之剂发汗，不可不知戒慎也。”热病岂可用桂枝汤辛温解表乎？王合三先生指出：“桂枝入咽，阳盛则毙。此言人胃有热，不可用桂枝也。若嗜酒之人，胃液久为热耗，若加桂枝皮油辛温之刺激，如火上添油，必起反射作用，引起呕吐。以酒客胃中酸多生热，不喜桂枝之辛温，且带有甘味，甘辛之物，酸炭素最多，过酸作热故也。胃中有热，误服桂枝汤，以热济热而起反射作用，或胃壁生痈而吐脓血，则凡口舌生疮、皮肤发斑之类皆是也。”《医宗金鉴》曰：“酒客，谓好饮

酒之人也。酒客病，谓过饮而病也。其病之状，头痛发热，汗出而呕吐，乃湿热熏熏使然，非风邪也。若误与桂枝汤，服之则呕，以酒客不喜甘故也。”其二，桂枝汤中桂枝为主药，对于内热、外热、阴虚、阳亢使用桂枝均属禁忌之列。《得配本草》曰，“阴虚血乏，素有血证，外无寒邪，阳气内盛，四者禁用”桂枝。周志林《本草用法研究·桂枝禁忌》曰：“桂枝偏阳，最能动血，阴虚之人，一切血证，不可误投，有内热者，脉搏数者，大便干燥者，均忌用。”其三，凡症见咽干，喉痛，咽喉干燥，因内热伤津，本当滋阴润燥，不仅桂枝不能用，桂枝汤不能用，任何助热耗津之药，必在禁用之中。

欲作奔豚与奔豚

发汗后，伤膀胱之阳气，膀胱冷而水不化气，但觉动摇，故脐下悸，大有作奔豚之势，奔豚者，气从少腹上奔于心之谓也。利水和中，兼以温暖膀胱，故以苓桂甘枣汤主之。烧针逼汗，汗过则阳衰，阳衰则内冷矣。针处被寒，其全身可知，内外皆寒，其人之阳气愈受困，致膀胱水动，欲发为奔豚，气从少腹，起上冲心，则外复用火灸以散寒，内服桂枝加桂，以安上奔之水气，藉以收飞散之真阳也。

【按语】 豚，《现代汉语词典》云：“豚鼠，哺乳动物，身体像兔而较小，有须，耳短，前肢短，后肢长，无尾，毛白色带黄色或黑色的斑，也叫天竺鼠，或称荷兰猪。”体小而善动。张隐庵曰：“豚乃水畜，其性躁善奔，故名奔豚。”水畜动物也好，天竺鼠也好，善动，有形体，为其特点，以形容患病部位有形体可见如荷兰猪，或如水豚善奔跑跳跃，故

曰奔豚。何谓奔豚？答曰：“奔豚者，气从少腹上冲于心之谓也。”何谓欲作奔豚？答曰：“但觉动摇，故脐下悸，大有作奔豚之势。”又曰：“致膀胱水动”，可见奔豚的发生部位在脐下（膀胱），欲作奔豚时，脐下有欲“动摇”、动“悸”之感，继而从少腹脐下，奔动于心下，则发为奔豚矣。欲作奔豚和奔豚的发生原因何在？答曰：“发汗后，伤膀胱之阳气，膀胱冷，而水不气化”，或“汗过则阳衰，阳衰则内冷矣”。此均言误汗之后，阳气耗伤，膀胱寒，不能气化所致也。张仲景在《伤寒论》第65条曰：“发汗后，其人脐下悸，欲作奔豚，茯苓桂枝甘草大枣汤主之。”又在第117条中曰：“烧针令其汗，针处被寒，核起而赤者，必发奔豚；气从少腹上冲心者，灸其核上各一壮，与桂枝加桂汤。”此二条均因误汗、误治而发奔豚。唐容川曰：“注家知其然而未明其所以然也。盖肾属水，为卫气之主；心属火，为营气之主。心火下交于肾，从丹田气海之中，蒸动膀胱之水，合化为气，以充达于外，是为营卫。营出于心，属火属血；卫出于肾，属水属气。汗多则泄其肾阳而伤肾气，是以脐下气海虚怯而作悸。气海中之阳，不能蒸化膀胱之水，则水欲泛上而作奔豚。其方不用补肾，但用甘枣茯苓克制肾水，桂枝导心火以交于脐下，则肾水化气而愈矣。”章虚谷曰：“针处被寒，闭其经穴而核起，太阳之邪，不得外泄，内逼肾脏，水寒之气，必致上冲于心，如豚之奔突，以太阳经脉络肾，寒邪由表犯里也。先灸脐上通阳散寒，再服桂枝加桂汤，平肾邪而调营卫，则表里通和，邪解而愈。相传方中或加桂枝或加肉桂，若平肾邪，宜加肉桂，如解太阳之邪，宜加桂枝也。”愚临诊所见病人少腹、脐下、脐上或脐上下左侧，腹诊时可触及其动悸之状如块、如条，脐下动悸，有从下上冲脐上，或直冲心下，似有奔豚之

状者，多见于身体虚弱之人。大多数病人自觉跳动之势上冲，多伴心悸、乏力，其奔豚之处实为腹主动脉搏动，有时轻手可得，有时稍按可知，病人自己接触时亦可见跳动。病人常说病轻跳动亦轻，病重跳动亦重，常随病势而跳力大小不同。若无病，虽有跳动，不知也。临诊应注意区别。《难经》第五十六难论五脏积病曰：“肾之积，名曰奔豚，发于少腹，上至心下，若豚伏，或上或下无时，久不已，令人喘逆。”此言奔豚为肾之积，因脐下深里，乃肾府之地，为久病之意也。病发于少腹，上冲至心下，即剑突下。因心病至重之时剑突下亦时觉悸动。王合三先生认为奔豚系因误汗、伤津液、阳气外泄、下焦寒冷所致，其治疗，轻则膀胱气化受阻，欲作奔豚或已作奔豚，应利水温阳，用苓桂术甘汤即可，重则膀胱难于气化，伤及脾阳，波及心肺，奔豚上冲，心动亦重，甚者心悸，令人喘逆，用桂枝加桂汤，或随其兼症加减治之。另外，必须注意奔豚病状的发生，并非只因误汗而作，奔豚见心肾不交者有之，奔豚见脾肾阳虚者有之，总之以虚证多见，有实者，也多虚中挟实。

“寒”字与“痰”字

仲景《伤寒论》第166条曰：“病如桂枝证，头不痛，项不强，寸脉微浮，胸中痞硬，气上冲咽喉不得息者，此为胸中有寒也，当吐之，宜瓜蒂散。”第176条曰：“伤寒脉浮滑，此表有热，里有寒，白虎汤主之。”注：脉见浮滑，里热已盛，表有大热，而里亦有热痰也，故脉浮滑，以白虎汤清热，热清而痰亦解矣。按此条里有寒之寒字，论者纷纷，或谓寒热二字颠倒，或谓寒字当是邪字，惟王孟英引徐亚枝之言，

谓寒字当是痰字，与脉吻合，用方亦觉正对，盖仲景之书无痰字，不但此条，即前条之胸中有寒，《金匱》中之丹田有热，胸中有寒，亦如是也。

【按语】 对张仲景《伤寒论》之评说，可谓众说纷云，但终以“医圣”、医方之“鼻祖”肯定之。对其错谬、衍文等，也多各持己见。由于文字古奥，与今相距又远，对文义之理解，亦可相异。至于《伤寒论》第166条和第176条二条原文中，“里有寒”、“胸中有寒”之“寒”字，王合三先生尊“王孟英引徐亚枝之言，谓“寒”字当是“痰”字。喻昌《尚论篇》卷三曰：“寒者，痰也。痰饮内动，身必有汗，加以发热恶寒，全似中风，而头不痛，项不强。此非外人之风，乃内蕴之痰，窒塞胸间，宜瓜蒂散，以涌出其痰也。”《伤寒贯珠集》卷二曰：“此痰饮为病，能令人憎寒发热，状类伤寒，但头不痛，项不强为异，正此之谓。”方有执《伤寒论条辨》卷七曰：“少阴之脉，络心，注胸中，皆此下之。”李时珍《本草纲目》卷三十三曰：“瓜蒂乃阳明经除湿热之药，故能引去胸脘痰涎，头目湿气，皮肤水气，黄疸湿热诸症。”治疗寒当用温药，不能治寒又用寒药也。瓜蒂、赤小豆组成的方药可除“内蕴之痰”，非治外人之风寒也，据此也证明是“痰”非里“寒”也。至于176条中用白虎汤，即证实非里有寒，当是里有痰。此痰也是热痰，才用白虎汤，以清内热之痰，若为里有寒，决不会用辛甘大寒能清阳明经大热证之生石膏，此决非仲景之意，属传写有误。成无己曰：“白虎西方金神也，应秋而归肺，热甚于内者，以寒下之，热甚于外者，以凉解之，其有中外俱热，内不得泄，外不得发者，非此汤则不能解之也”。方中行曰：“浮者风也，言不独伤于寒也，滑为里热，以滑且浮，知热不独在里也。故指言此条表有热，

盖表里俱热之谓也。里有寒者，里字非对表而称，以热之里言，盖伤寒之热，本寒因也，故谓里有寒，指热指所以然者也”。程知曰：“厥阴条中有伤寒脉滑而厥者，里有热也，白虎汤主之。可证明此条非里有寒矣”。可见，里有寒的“寒”字和胸中有寒的“寒”字，应是“痰”字，实为传写之错误。

小议恶寒与恶风

凡言太阳病者，则必脉浮头项强痛恶寒也。皮之内温度高，皮之外温度低，两面相形，故常觉寒。太阳受病之初，或已发热，或未发热，但指皮上而言。然既名为太阳病，则皮下之热郁可知，故必见恶寒之症。皮毛受束，皮下充血，故见体痛。皮毛病，实因肺先受邪，故见呕逆。毛孔全闭，故不见汗，而阴阳俱紧矣。名之曰伤寒，此外感之极重者也。太阳病，热郁皮下，故发热。然毛孔尚未全闭，故汗出。惟其热郁皮下也，故恶风。惟其毛孔未全闭也，故脉虽浮，而仍见怠缓之象，此外感之轻者也。后人往往以风寒二字泥之，误矣。若伤风病菌，常居于鼻腔之内，乘人身温度忽然变低之时，即入肺经，故喷嚏咳嗽，而后见脉浮头痛发热恶寒等症，是皮毛为肺之合，肺既病，而皮毛无不病。我国医人每见太阳之症如是，遂谓风寒之邪由皮入，亦因不知病菌之理也。太阳病，无论伤寒中风，无不见恶寒之症，至于有发热无发热者，乃迟早之间耳。若发于阳、发于阴，七日愈、六日愈之说，不可泥也。中风而兼伤寒，故脉症如是（脉浮紧，发热恶寒，身疼痛，不汗出而烦躁者）。烦躁者，乃因其不汗，热为寒束，而无所宣泄也。故以大青龙发汗，汗出而痊愈矣。若中风不兼伤寒，现桂枝之脉症，断不服此汤。若不

知而服之，则阳从汗泄而中冷，中冷则厥逆，筋为之惕，肉为之瞤，将成为亡阳之候，此为逆也。人之体温，原为一定，令欲发汗，而用辛温之药，是釜下添薪之法，服药后，身中之温度加增，逼汗腺分泌而作汗，汗出以后，则身中反应，温度必较未服药以前下降。若弱人毛孔不实，再用大发汗之药，则汗愈出而身愈冷，毛孔愈开而汗愈多，我国医书，所谓大汗亡阳，即此理也。

【按语】 王合三先生在文中明确指出，凡言太阳病，即指仲景《伤寒论》第1条“太阳之为病，脉浮，头项强痛而恶寒”言。只要是太阳病，必具有以上脉症。如太阳伤寒，仲景在《伤寒论》第3条明确指出：“太阳病，或已发热，或未发热，必恶寒，体痛，呕逆，脉阴阳俱紧者，名为伤寒。”若是太阳中风，仲景《伤寒论》第2条中曰：“太阳病，发热、汗出、恶风、脉缓者，名为中风。”为此，后人称《伤寒论》第1条为太阳伤寒、太阳中风等太阳病的总纲。王合三先生在文中对太阳伤寒、太阳中风症状等作了简要的讲解，并强调太阳伤寒是“外感之极重者”，“必见恶寒之症”；太阳中风为“外感之轻者也”，“故恶风”。并说：“无论伤寒、中风，无不见恶寒之症”，因有一分恶寒就有一分表证。特别提醒读者，“后人往往以风寒二字泥之，误矣”。又结合“病菌”学说，作了进一步的解释，说：“若伤风病菌，常居于鼻腔之内，乘人身温度忽然变低之时，即入肺经，故喷嚏咳嗽，而后见脉浮、头痛、发热、恶寒等症。”现已查明，流行性感病毒，存在于病人的鼻涕、口涎、痰液中，并随咳嗽、喷嚏排出体外，散播至空气中，并保持30分钟，易感者吸入后即能感染。据现场观察，感染五个月后虽血中抗体存在，但仍能再次感染同一型病毒。呼吸道产生分泌型抗体，能阻止病

毒的侵入，但当局部粘膜上皮细胞脱落后，即失去保护作用。故局部抗体比血液抗体更显重要。值得注意的是，流感病毒肺炎型，则有肺脏充血和水肿等病变，呈现浆液性出血性支气管肺炎。若合并金黄色葡萄球菌感染，则肺炎呈片状实变或有脓肿形成，易发生脓胸、气胸。如并发肺炎球菌感染，可呈大叶或小叶实变。继发链球菌、肺炎杆菌感染时，则多表现为间质性肺炎（见陈灏珠《实用内科学·流行性感冒》）。这与中医学病邪从口鼻而入、肺主表的阐述，基本一致。

医使病人登鬼籍论

今日医学，未臻大同，病疾之来，多有不能迎刃而解者，中西医士皆然也。大凡遇一病证，久服药而不愈者，非不知病因之所在，即此病断非药石所能疗，杂药日投，不病人亦死矣。王孟英曰：人之死于病者十之三，死于药者十之七，其语岂过激哉！余友人张逊生，病音暗，此乃声带关系，非药之所能治疗也。初求余诊，余曰：不必服药，好则好矣，不好，亦与性命绝无关系。而友不信，又谬于俗人所谓哑癆之说，于是广求名医，朝张主热，暮李言寒，服药总不见效，未半载，遂登鬼籍。观仲景《伤寒论》第16条云：“太阳病三日，已发汗，若吐，若下，若温针，仍不解者，此为坏病，桂枝不中与之也。观其脉症，知犯何逆，随证治之。”而医家病家皆可悟矣。

【按语】 王合三先生以亲身临床经验，目睹友人不听劝告，所谓“广求名医”断送性命的沉痛事实，告戒医者临床诊治病人时，一定要详细询问病史，了解病因，认真细致地进行辨证论治。之所以会发生“遂登鬼籍”，一是医者失治、

误治。正如王合三先生告戒的“杂药日投，不病人亦死矣”。二是患者自身原因。如患者自主服药，或就诊时日过晚，延误诊治时间，失去治疗和抢救机会，使病人致死。在这些方面，古今文献多有记载。如清·陈修园《长沙方歌括》中载：“程郊倩谓怪灾病，孽不在庸医之好造谣言，而在病家之贵耳贱目，执俗本之本草，查对名医之处方，执俗本之套语，贬驳名医之治法，以致名医叹息而不与辨，决然而去，岂非咎由自取耶！忆戊辰春，李太守名符清，患气短病，余主以桂苓甘术汤与肾气丸间服，许以半月必效。旋有所闻，惊怪而阻，别延津门陶老医，服葶苈、杏仁、枇杷叶、木通之类三十余剂，肿胀癰闭而逝。候补知县叶名钧，偶患咳嗽，微发热，小便不利。余曰：小青龙汤一服可效，渠怪而不服，另延姑苏叶天士之族侄诊之，说水不制火，火气刑金，君以地黄两许，麦冬、阿胶、枇杷叶、贝母之类为佐，二十余日后，与余相遇于北关官庙，自言咳嗽已愈，惟早起气觉短促，余无他病，余察其面部皮裹膜外伏青黯之色，环口尤甚，按其脉数而弦芤，重按之散而无神，遂直告之曰，此群阴用事，阳光欲熄之候，宜抛去前药，以白术、附子浓煎，调生姜自然汁半杯，六七服，尚可急救。叶公以余言太激而不答，是晚自觉倦怠异常，前医仍用熟地一两，党参五钱，枸杞、麦冬、阿胶各三钱，杜仲、酒芍、当归各二钱，炙甘草一钱，服之次早神昏不语，痰涎如涌。渠胞弟惊告余曰，前言一线残阳，扶之尚恐不及，况以熟地等助其阴霾之气乎？今阴霾之气，上弥天际，痰涎涌盛，状如中风，盖以肝为风木之脏，人当东方生气将脱之顷，往往外呈此象，其证与中风无异也。诊其脉，弦数散乱，三五不调，余直辞不治，次日未刻果歿。庚午秋七月，前任天津尹丁名攀龙，过余旅寓，见其面上皮

裹黧黑，环唇更甚，卧蚕微肿，鼻上带些青色。余直告之曰，君有水饮之病根，挟肝气而横行无忌，此时急疗可愈，若迟至二十日，病一发作，恐医日多，方日杂，总不外气血痰郁四字，定出搔不着痒之套方，即有谈及水饮，缓治以六君、二陈加减，峻治以滚痰、黑锡专方，此敷衍尽错矣。以药试病，试穷则变计，虽卢扁莫何？丁君心怪言之过激，弗听，至七月下旬病作，中秋后渐重，九月下旬邀诊，余告之曰，向者所陈之弊，今一一蹈之。前说明病发后毋庸用药，非自今推诿，然无中生有之治法，惟《金匱》咳嗽篇用十枣汤，云咳家其脉弦者，有水，此主之。又云：支饮家咳烦胸中痛者，不卒死。至一百日或一岁，亦宜用此汤。推病根成于旧岁冬初，未及一岁，且病发止六十余日，尚在百日之内。喻嘉言《医门法律》咳嗽续论篇，言之甚详，俟有识有胆者用之，而余则不能。坐中有一老医力争不可，余姑拟龙、牡、甘、苓行水化气等药而去，遂不复延。嗣余奉委到高阳办理赈务，闻渠延医满座，日以熟地、枇杷叶、炮姜、附子、肉桂、人参，服之不断，渐至大喘，肿胀吐血，耳目俱出血，小水全无而歿。此皆怪灾病之新案。”以上诸多案例待医者深思之，并可从其处方用药变化中识其真意，悟其真谛。元·朱震亨《格致余论·序》曰：“《素问》载道之书也，词简而义深，去古渐远，衍文错简，仍或有之，故非儒不能读。学者以易心求之，宜其茫若望洋，淡如咀蜡，遂直以为古书不宜于今，厌而弃之，相率以为局方之学，间有读者，又济其方技，漫不之省。医道隐晦，职此之由，可叹也。震亨三十岁时，因母之患脾疼，众工束手，由是有志于医，遂取《素问》读之，三年似有所得，又二年母氏之疾，以药而安。因追念先子之内伤，伯考之窒闷，叔考之鼻衄，幼弟之腿痛，室人

之积痰，一皆残于药之悟也，心胆摧裂，痛不可追……”这血淋淋之事实，乃医之过矣！这确实是我们习医者反思的问题。现代科技比较发达的美国，因医疗失误，每年有十万人丧命，比乳癌、高速公路车祸或艾滋病致死人数还多。同时每年因医疗失误致死致残等所耗费用达 290 亿美元。医疗失误已经成为一个不容忽视的大众健康问题。

小议“传”与“不传”

伤寒一日，病在皮毛，故曰太阳受之。其内尚无病，而循环依然如常，故脉虽浮而尚静也。若颇欲吐，必其人消化系素有病，或停食，或蓄饮，或有陈寒，或有郁热，此时太阳受病，毛孔尽闭，内部之体温，不能到达，而神经更为不安，故见烦躁之象。影响循环，而脉复见数急，数急者，不安静之谓也。夫脉之跳动，原有一定之度数，一息五至，此中医之说也；一分钟 72 次，此西医之说也。过乎此则为数，不及此则谓迟，今内热既郁，外束风寒，阳热不得外泄，血管之跳动必速，故数急。此时太阳病虽在，非太阳之单纯病，仲景特申明之，曰为传也。伤寒已二三日，传变与否，尚不可定，若不见蒸蒸发热、自汗恶热、脉大之阳明里证，不见口苦、咽干、目眩与往来寒热之少阳之半表半里证，原来阳明少阳皆无病，虽太阳受病，不能引之而成合并之症也。此时病仍在太阳，故曰为不传也。二三日之说，不必拘泥。太阳病，无论伤寒、中风，无不见恶寒之证，至于有发热无热者，乃迟早之间耳。若发于阳、发于阴、七日愈、六日愈之说，不可泥也。七日以上，病势自愈者，因经络中抗毒素增加，而病毒受其扑灭故也。若欲再作经者，是病毒未全死却，

知其将传何经，以何经之法治，以达其不能传变之目的，随机应变，活法在人，针足阳明者（胃穴），不过姑举其例耳。按伤寒传变，即一日太阳，二日阳明之说，并非病证一日一变也。故《伤寒论》明明有十三日病不解，太阳病仍在，与麻黄汤之文，是伤寒证反久在一经不移矣。贤如叶氏，亦知外感温病与伤寒并无如何泾渭，徒以千古聚讼之焦点，不敢以身尝度，当众矢之的，遂藉仲景行经之言，为温病与伤寒之证据，其说原未圆满，试问前文之逆传心胞，后节曰结肠胃，为变证焉否耶？

【按语】 王合三先生对伤寒传变之文简意赅，明白易懂。太阳病的传与不传并不是“一日太阳二日阳明”一成不变的，也不是“太阳病欲解时，从巳至未上”等类似经文那样绝对，而是根据病邪入侵的轻重、病人素质抗病能力、治疗方药、治疗后的表现等决定。仲师所言让后人作为参考耳。若机械地去看待经文，就会成为“尽信书不如无书也”。胡剑华在其《伤寒论新注》中对“太阳病欲解时从巳至未上”曰：“此节于理可通，故加诠释，其余阳明欲解于申酉戌，少阳欲解于寅卯辰，太阳欲解于亥子丑，少阴欲解于子丑寅，厥阴欲解于丑寅卯，诚若确实，则诊断学只须数分钟辄可毕业，何待穷年累月之研究哉！质诸明哲以为如何？”关于脉象的研究，当数中国为最早，中医学以脉之形象、次数等为依据，并以寸口脉所在部位所主五脏六腑等，来判断疾病的动态变化。为何独取寸口？王叔和《脉经》卷一曰：“夫十二经皆有动脉，独取寸口，以决五脏六腑死生吉凶之候者，何谓也？然寸口者，脉之大会，手太阴之动脉也。人一呼脉行三寸，呼吸定息，脉行六寸，人一日一夜，凡一万三千五百息，脉行五十度，周于身，漏水下百刻，荣卫行阳二十五度，行阴

亦二十五度，为一周也。故五十度而复会于手太阴者。寸口也，即五脏六腑之所终始，故取法于寸口。”现已证明成人体内流动着的血液有 5000 ~ 6000mL，每分钟心跳 60 ~ 80 次，而心室收缩射血每次以 60 ~ 80mL 计算，每分钟心脏搏出的血液竟有 4000 ~ 5000mL，24 小时搏出的血液高达 7000kg 之多。人体全赖心脏有节奏的搏动，将血液推入有弹力的血管，周而复始，循环不止，维持着人的生命，故中医学称心为君主之官是十分正确的。对于脉诊的重要性，早在《内经》就有论述，曰：“微妙在脉，不可不测。”西医注重脉的次数，以脉管跳动次数，了解心脏跳动。中医诊脉，以一呼一吸合为一息，脉来四至，合为一息，五至为可，闰以太息，六至以上为数。西医以分定次数，一般来说，正常成年人心脏跳动每分钟 60 ~ 100 次，多数人每分钟跳动 65 ~ 85 次，女性稍快，60 岁以上老人大多每分钟低于 60 次（心血充足者多在 60 次以上），3 岁以下儿童每分钟跳动 100 次以上。所谓窦性心律，系指成年人心跳每分钟超过 100 次，即称窦性心动过速，若每分钟低于 60 次，称窦性心动过缓。婴幼儿每分钟心跳超过 150 次，称为窦性心动过速。所谓早搏，即过早搏动，又称心脏早跳，类似中医结脉。原因是在正常心律的基础上，突然提前出现心脏收缩，继而有个较长的间歇，使心律发生紊乱。早搏分室性早搏、房性早搏及房室交界性早搏三种。中医学对脉象的研究较为深入，如凡病在太阳者脉必浮，伤寒脉浮紧，中风脉浮缓，脉数为热为病进，阳明则脉大等。判定传与不传，切不可仅根据时日，当脉症合参，故王合三先生曰：“二三日之说，不必拘泥。”

小议“顺传”与“逆传”

伤寒已二三日，传变与否，尚不可定，若不见蒸蒸发热，自汗恶热，脉大之阳明里证，不见口苦咽干目眩与往来寒热之少阳之半表半里证，原来阳明少阳皆无病，虽太阳受病，不能引之而成合并之症也。此时病仍在太阳，故曰为不传也。二三日之说，不必拘泥，若必谓二三日，为阳明少阳主病之期，则不是活活泼泼的《伤寒论》。

温邪者，温暖时期之邪气，换言之，即春日之病菌也。春日温暖，病菌最易发生，游离于空气之中，或由口中之扁桃腺乘机侵入，以口鼻是人最高之地位，故曰上受。首犯之地，即为肺经，因肺开窍于鼻也。肺系空气，藉心之小循环，而输送于心中，故肺经受温邪，若不能由毛孔排泄体外，即往往传于心中，不特此病为然，一切温热之病，由口鼻而传染者，莫不如是。病由气入血，故曰逆传。此等学说，确与今日生理病理，丝毫不爽，真吾国医学之精粹也。

【按语】 传与不传根据罹患伤寒之候、正气的盛衰、病邪毒力的强弱决定。一般来说，正盛邪弱，可阻止病邪的发展，病邪无力从表入里，从浅入深，为不传；若正邪抗争，正气不胜邪气，抗御不了病邪毒力的进攻，即从表入里，从浅入深者，当视为传。《素问·热论》曰“伤寒一日，太阳受之……二日，阳明受之……三日，少阳受之……四日，太阴受之……五日，少阴受之……六日，厥阴受之”。若按此顺序相传，亦可认为是顺传。仲景认为传与不传要根据具体情况而定；故有“伤寒一日，太阳受之，脉若静者，为不传。颇欲吐，若躁烦，脉数急者，为传也”（见《伤寒论》第4条）。

“伤寒二三日，阳明、少阳证不见者，为不传也”（见《伤寒论》第5条）。“风家表解而不了了者，十二日愈”（见《伤寒论》第10条）。更有“伤寒十三日，不解”等论述，说明传经的多样性。张仲景《伤寒论》第180条曰：“阳明之为病，胃家实是也。”第186条曰：“伤寒三日，阳明脉大。”第182条曰：“问曰：阳明病外证云何？答曰：身热汗自出，不恶寒反恶热也。”王合三先生从仲景文中提炼出阳明病证特点，曰“见蒸蒸发热，自汗恶热，脉大”即为阳明里证。又根据仲景《伤寒论》第263条“少阳之为病，口苦，咽干，目眩”；第266条“本太阳病不解，转入少阳者，胁下硬满，干呕不能食，往来寒热”，总结出少阳病证特点，曰“口苦咽干目眩与往来寒热”为少阳半表半里证。若见脉浮，头项强痛，恶寒者，即太阳证。若能掌握六经各经病证主要脉症特点，不仅能辨认出传于何经，而且可辨别出是二阳合病，还是三阳合病，或是直中三阴。更要我们学习的是王合三先生运用排除法，即排除不是者。如文中曰“若不见……阳明里证，不见……少阳之半表半里证”，现虽然患太阳病，也就不会有合病或并病了。所谓“逆传”，系指温病而言。叶天士曰：“温邪上受，首先犯肺，逆传心包。”其意温病与伤寒不同。温病按卫气营血传变，或由表（卫）直传心包。正如王合三先生说：“注医书与注他书异，他书只讲学理，医书贵能实用，毫厘之差，杀人顷刻。”

悟“结胸”部位

病为感冒之热证，应按法以治之，而粗工一味蛮下，热邪入于肺间，凝结坚固，则为结胸。病为感冒之寒证，更不

应下，反而下之，因作痞，所以然者，以不当下而下，徒损肠胃之气，使病气不能由毛孔排出，凝结于肺中，其言发于阳发于阴者，指感受之症言。按下之早，而成结胃，何以陷胸，而仍用下药，盖前曰之误下，必须涤荡之剂，徒使病邪不能从毛孔而出，结于肺部，只得用硝黄杀菌，使从大便而解，正所谓错从错路走也。又按结胃证，结于何处，或谓在胃，或谓在膈膜，而不知实在肺也。盖风寒之邪，初在肺经，乘势汗之，原可从毛孔而解，今因误下，毛孔愈缩，肺中之邪，永无出路，病菌繁殖，故肺部胀痛。观大陷胸丸有葶苈、杏仁，白散内有贝母、桔梗，可以悟矣。

【按语】 病邪在表，误用下法，可致结胸。王合三先生言此结胸，乃病邪结于肺中矣。医者误此结胸在胃，所谓“结胃”，而再用攻下之药“涤荡之剂”，其又误治也！即王合三先生指出的“正所谓错从错路走也”。此乃因未认真辨认，实将结于“胸”，误为结于“胃”，故用大黄、芒硝误治也。沈明宗《伤寒六经辨证治法》卷一曰：“病发于阳即风伤卫，表证未尽而下之早，邪陷于里，与痰携结胸间，位高而痛，谓之结胸，属阳而为实证。”钱潢《伤寒溯源集》卷三曰：“胸者，中焦之上也。位高而属阳，以诸阳皆受于胸中，故膻中为气之海，上通于肺而为呼吸，阳邪陷入必伤阳经，故结于胸中也。”以上均言结胸为结于“肺”。发病之初，病邪从肺部始，肺主皮毛，出现太阳表证，即王合三先生所说，“病为感冒之热证”，本当治表而误下，“病为感冒之寒证，更不应下，而反下之”，不仅损伤正气，在肺部之“病菌繁殖”，肺部炎症加重，范围扩大，故出现结胸，即王合三先生言“肺部胀痛”。钱氏和沈氏及王合三先生三家对结胸证看法一致。王合三先生为了更进一步阐述此结胸部位在“肺”，又从

仲景所用药进行剖析，曰：“观大陷丸，有葶苈、杏仁，白散内有贝母、桔梗”，均为治肺药，就此一项，即可认为结胸在“肺”。钱潢《伤寒溯源集》卷三曰：“大黄、芒硝、甘遂，即前大陷胸汤之意。白蜜二合，亦即十枣汤中之大枣 10 枚也。增入葶苈、杏仁者，盖以胸为肺之所处，腹中为气之海，上通过肺而为呼吸。邪结于胸膈硬满而痛，气道阻塞则有少气、烦躁、水结胸胁之害，故用葶苈、甘遂以逐水泻肺，杏仁以利肺下气也。”仲景《伤寒论》第 131 条曰：“病发于阳而反下之，热入因作结胸……宜大陷胸丸。”第 141 条曰：“寒实结胸，无热证者……白散亦可服。”明确指出，前者言因热结胸，后者言因寒结胸，王合三先生用歌诀形式曰：“寒也能变结胸，症状无热你记清，巴贝桔三名白散，可与热实对立称。”可知结胸结在肺中，同时注意因寒因热之不同。

小议叉手自冒心

重汗耳聋，盖因头中之津液伤，耳膜开合不利，凡声音震荡，耳鼓而不能报之于脑也。按唐容川谓：此条当缺疑。《医宗金鉴》不知叉手冒心为何故，但此条无难解也。三十年前，先严偶感时证甚重，招蔡协堂先生医治，未诊脉，见先严叉手冒心，曰：此冒胸也。余当时年幼，未知云何，后用甘寒养津之药而愈，惜以前未知所用何药，果为重汗之剂否耳？发汗过多，津液大伤，血中之水分缺乏，故臂每好屈曲，仰卧之时，臂屈曲，则两手冒心。发汗多伤气虚，心之跳动，亦易觉之，故心下悸，欲得按，此病解后，阳气虚之证也，主以桂枝甘草汤。

【按语】 读王合三先生“小议叉手自冒心”一文后，使我对仲景《伤寒论》第75条“未持脉时，病人叉手自冒心，师因教试令咳，而不咳者，此必两耳聋无所闻也，所以然者，以重发汗，虚故如此”产生如下思考：其一，仲景临床经验丰富，对望闻问切四诊运用自如，独具特色，因而才总结出此条文，以示后人。医生接触病人时，首先运用的是望诊。仲景运用望诊，达到了入神境地。首先从望诊看到了病人的姿态，双手相叉于胸前心口，凭其经验已知为“叉手自冒心”证，并辨别“叉手自冒心”这一病理性体征是真还是偶然的一种姿态。若是真，患者必两耳聋，是误汗耗伤津液，病人身体虚弱所致。为此仲景运用了“教试令咳”法作试验，目的是验证“叉手自冒心”是否属真，故仲景让病人咳嗽，若病人两耳有所闻，一定会遵医嘱，此时无任何反应，知“两耳无所闻”，系因误汗致虚无疑，“叉手自冒心”征属真。故仲景对叉手自冒心和“两耳无所闻”这两个临床突出症状和体征，以自我发问的形式告诉后人，曰：“所以然者，以重发汗，虚故如此。”“望而知之为之神”，在望诊方面，仲景给我们树立了榜样，并告知后人“未持脉时”运用望诊之重要性。其二，若临床经验不足，或从未遇见此类病人的医生，可对此条文产生以下三种态度：虚心学习仲景经文，不断结合临床，认真观察病人，对如何运用望诊等不断进行探索；满足自己“一孔之见”，自己不知，别人亦不知，对此文不予理采；认为“此条难解，当阙疑”；曾遇见过此类病人，知此条文对后人确有启迪之力，如王合三先生曰“此条无难解也”。原因是什么？因先生在年幼之时，虽未习医，曾见“蔡协堂先生”“见先严叉手冒心”，即诊断出“此冒胸也”，虽因先生当时年幼，不知所用何药，但习医后方知“用甘寒养津之药

而愈”，印象极深。仲景之所以只言法不言药，并非无方、无药，乃教后人学其诊法悟其方药也！王合三先生习医之后，正如其学生在先师王合三先生编授《伤寒求实讲义·赘言》中所言：“读书不易，注书尤不易，注医书则更不易；业医者难，习医者尤难，教人习医则更难；注医书而教人习医者，则更难乎其难焉……噫！医道难矣，而吾先师不以为难也，自是于业务之余，广集群书，乃苦心钻研……以科学之眼光，持研究之精神……不畏寒，不避暑……常训生等曰：余将平生所学，毫不保留地传给下一代。其诲人不倦，劳瘁不辞之精神，洵为河南医界首创之举也。”可见王合三先生对仲景经文理解之深。其三，并非表证误治必致“叉手自冒心”。误汗误治程度不同，轻者可见“叉手自冒心”，所以，王合三先生所见“先严偶感时证甚重”，一言道破关键所在。不重则难见叉手自冒心矣！故有医者数十年不见此病，是完全可能的。其四，一旦误治、误汗，出现“叉手自冒心”，亦因整体情况和造成的损害不同，用药不同。故王合三先生幼年所见叉手自冒心，蔡协堂先生用“甘寒养阴之药而愈”，与王合三先生文中介绍之“叉手冒心”为“阳气虚之证也”显然不同。

脾瘕与消渴病

温病湿热聚于胰脏，胰脏者，甜肉也，其脏有热分泌之甜汁必多，上泛口甜，与胆有热口发苦，其理相同，故舌苔粘腻，口吐浊涎。我国医人，不明胰腺分泌化物之理，故曰脾瘕也。伤寒少阴病，自利清水而无粪，盖粪结而水从旁流，尽现青色，是肝胆有热，使胆汁分泌过多，未入血管而发黄，使入大肠而发青。心下者，肝系之道路也，肝热故心下必痛。

王孟英谓：人身之中，肝火最为跋扈，奔于上的则呕，攻于下则痢，今见症若此，岂复有水分上润于口乎？平肝清火之药，皆失其效力，故以大承气汤急下之。按胆汁过多，入大肠而泻青水，何以不入血分而发黄哉？盖饮食入胃后，由胃入肠，受胆汁胰汁几番作用，而后由小肠四壁之乳糜管吸其精华，遗其糟粕，转大肠而排泄，是胆汁得入血分，小肠为必由之路，今既入大肠矣，何以通过小肠，而安然无阻哉？盖小肠热甚，蠕动甚速，乳糜失其作用，所以传导之责任未尽，而胆汁与精华已奔入大肠，泻利青水之理，盖由于是。

【按语】“脾瘕”和伤寒少阴下利，均涉及胰腺液和胆汁，用现代生理病理解释脾瘕和少阴下利，令人信服。《素问·奇病论》曰：“有病口甘者，病名为何？何以得之？岐伯曰：此五气之溢也，名曰脾瘕。夫五味入口，藏于胃，脾为之行其精气，津液在脾，故令人口甘也，此肥美之所发也。此人必数食甘美而多肥也，肥者令人内热，甘者令人中满，故其气上溢，转为消渴。治之以兰，除陈气也。帝曰：有病口苦，取阳陵泉，口苦者病名为何？何以得之？岐伯曰：病名曰胆瘕。夫肝者，中之将也，取决于胆，咽为之使。此人者，数谋虑不决，故胆虚气上逆而口为之苦，治之以胆募俞。”文中有关胆、胰生理病理论述，以近代科学之理互相学习、理解，实感中西合璧之重要，王合三先生不愧为“中西科学化医士”之名也。脾瘕发生，由于饮食不节，“必数食甘美而多肥也”，终至“转为消渴”。唐·李郎中《消渴方》曰：“消渴者，原其发动，则肾虚所致。每发即小便至甜，医者多不知其痰，今略陈其要。按《洪范》稼穡作甘，以物理推之，淋饧醋酒作脯法，须臾即能甜也。足明人食之后，滋味皆甜，流在膀胱。若腰肾气盛，则上蒸精气，气则下入骨髓，其次

以为脂膏，其次为血肉也，其余别为小便。故小便色黄，血之余也。”若罹消渴病，“腰肾既虚冷，则涌蒸于上，谷气则尽下为小便也，味甘不变，其色清冷，则肌肤枯槁也”。在唐代如此阐述消渴尿甜之机理，实属不易。糖尿病属西医代谢内分泌病。其病理生理为绝对或相对胰岛素分泌不足和胰升糖素活性增高所引起的代谢紊乱，包括糖、蛋白质、脂肪、水及电解质等。并认为遗传为糖尿病重要诱因，表现于第6对染色体上 HLA 某些抗原的阳性率增减。这与早在唐初李氏认为消渴病的发生与“肾虚所致”是一致的。王合三先生认为“脾瘕”的发生是温病湿热聚于“胰脏”，并指出胰脏者“甜肉也”，以及“上泛口甜”。若将古今之理融汇贯通，必然会结出丰硕成果。王合三先生对仲景伤寒下利之所以“口苦”，为何不入血循环出现黄疸，反入大肠而发生下利“泻青水”及胆汁和胰汁相互作用，之所以用大承气汤急下之之理，用科学之理进行阐述，使人读后有耳目一新之感受。

六经与三系列

我常研究《伤寒论》中的六经，可归纳到三经来讲，太阳和少阴，阳明和太阴，少阳和厥阴，都可作一系列看，要是不然的话，你看太阳篇的麻黄汤和麻杏石甘汤与少阴篇的麻黄附子细辛汤，是不是一系列的东西？阳明篇的三承气跟太阴篇的桂枝加大黄汤，是不是一系列的东西？若说到少阳和厥阴，更为显明，如少阳篇的寒热往来，与厥阴篇的热几日，厥几日，症状皆一系列，不过强人得病为阳，弱人得病为阴罢了。总之，《伤寒论》是中医的传染病学、症状学，又是方剂学，积累了多少的经验，通过了无数次的试验，使得

这个药方，在今说来，也算是中医的结晶。

【按语】 从王合三先生文中可知其对《伤寒论》六经之研究已为长久矣。仲景《伤寒论》所述之六经，涉及的脏腑理论、证治原则等均源于《内经》《难经》。毫无疑问，仲景在其基础上，又有新的创新和发展。这些可从仲景伤寒自序了解，更可以从《伤寒论》文中获悉，还可以从历代注释仲景《伤寒论》的专家、学者的书中学习到。如仲景在《伤寒论》自序中曰：“余每览越人入虢之诊，望齐侯之色，未尝不慨然叹其才秀也……乃勤求古训，博采众方，撰用《素问》《九卷》《八十一难》《阴阳大论》《胎胪药录》，并平脉辨证，为《伤寒杂病论》，合十六卷。”王合三先生将《伤寒论》“归纳到三经来讲”，与《素问·血气形志篇》第二十四“足太阳与少阴为表里，少阴与厥阴为表里，阳明与太阴为表里，是为足阴阳也。手太阳与少阴为表里，少阴与心主为表里，阳明与太阴为表里，是为手之阴阳”，有其相通之处。因仲景《伤寒论》中的六经，是在《内经》十二经脉的基础上形成和发展的，既有相同，又有相异。因此，不能将《内经》中的十二经脉与《伤寒论》中的六经辨证等同起来，亦不能拿仲景伤寒的六经与《内经》十二经硬套，应从两者之中，找出其异同，从两者中走出新路子。王合三先生“研究《伤寒论》中的六经，可归纳到三经来讲，都可作一系列看”，这就是研究《伤寒论》走出的新路子，为学习、研究、运用《伤寒论》开了一个新窗口，使我们的视野更加广阔了！若再从另一个角度看，一切事物，都可以用阴阳来概括。仲景《伤寒论》中的太阳病、阳明病、少阳病统称三阳病；太阴病、少阴病、厥阴病统称三阴病。三阳和三阴是相对应而言。一般来说，阴阳是代表事物相互对立、相互统一的两方面，是一切事物

和现象矛盾双方的总概括，如《素问·阴阳应象大论》篇曰：“阴阳者，天地之道也，万物之纲纪，变化之父母，生杀之本始，神明之府也，治病必求于本。”疾病的病种多，病因病机复杂，病情千变万化，如何认识和掌握它的规律，达到正确辨病、辨证的目的，必须先别阴阳。仲景《伤寒论》中的三阳即为在表的、热的、实的；三阴即为在里的、寒的、虚的；而介于表里之间的，属半表半里。王合三先生正因为对仲景伤寒的深入研究，探索出“太阳和少阴、阳明和太阴、少阳和厥阴各为一系列，实际六经为三系列矣！”此于《素问·热论》中所说的“两感于寒者，病一日则巨阳（即太阳）与少阴俱病，则头痛口干而烦满；二日则阳明与太阴俱病，则腹满身热，不欲食，谵语；三日则少阳与厥阴俱病，则耳聋囊缩而厥，水浆不入，不知人，六日死”有类似之处，而仲景又有新发挥。如第一系列太阳篇中的麻黄汤、麻杏石甘汤、大青龙汤、小青龙汤、桂枝麻黄各半汤、桂枝二麻黄一汤、桂枝二越婢一汤、葛根汤等，是太阳病风寒表实而出现的各种变方。少阴篇的麻黄附子细辛汤、麻黄附子甘草汤等，属少阴病肾阳虚出现的变方。太阳属表，少阴属里。太阳病属实，少阴病属虚。太阳病症见发热、恶寒、头项强痛、脉浮，可发汗。少阴证见无热、恶寒，不可发汗。第二系列阳明篇中的大承气汤、小承气汤和调胃承气汤等，是病邪由表化热入里，而出现的“阳明之为病，胃家实是也”。突出在“胃家实”所表现的不同症状，而采用大小承气汤和调胃承气汤。太阴篇中的桂枝加大黄汤，是因“胃家”有实邪，而复感风寒表邪出现的表虚里实证。阳明属里，是三阳中之里，太阴也属里。阳明病属里热、属实，太阴之里，属寒、属虚。相比之下，阳明属三阳，太阴属三阴。阳明为阳，太阴为阴。

阳明属实，太阴属虚。阳明是热，太阴是寒。阳明里证，见胃家实，可用下法。太阴里证，见自下利，不可用下法。第三系列少阳篇中的小柴胡汤等方，根据病邪不在太阳之表，也未入阳明之里，而在半表半里之间而设。在表者汗之，在里者下之，在半表半里者和解之。在半表半里，症见寒热往来、口苦、咽干、胸胁苦满等。《伤寒论》曰：“伤寒中风五六日，往来寒热，胸胁苦满，默默不欲饮食，心烦喜呕，或心中烦而不呕，或渴，或腹中痛，或胁下痞硬，或心下悸，小便不利，或不渴，身不微热，或咳者，小柴胡汤主之”。王合三先生曰：症见“在表多，在里偏少，就用小柴胡汤，从表解；在里偏多，用大柴胡汤，从下解”。厥阴病，也属半表半里证，症见寒热错杂，厥热进退，治宜寒热补泻并用。如蛔厥，用乌梅丸；治手足厥寒，脉微细欲绝，用当归四逆汤等。王合三先生将六经分为三系列，这为学习《伤寒论》开辟新路子做出了新贡献。

心之“君主”与“神明”

心脏是循环系统的总站，因为血液是从心脏里出发，经动脉，过毛细血管，集合到静脉，再由静脉回到心脏。因血能营养全身，所以古人将心比成专制时代的君主，因为君主，有教养天下的责任，即主神明。心脏是一个圆形的肌肉囊，它的壁很厚，在两肺中间，斜挂胸内，外有许多肋骨护着，内分为四部分：右心房、左心房、右心室、左心室。心房和心室交界处各有膜瓣，所以有三尖瓣、半月瓣、僧帽瓣的名称。

【按语】 王合三先生以现代解剖生理为证据，说明

“心”在脏腑、组织、器官中所起的主宰作用。如《内经》马蒔注曰：“凡此十二官者，上下相使，彼此相济，不得相失也。故十二官中，唯心为君主，君主不病，则百体自宁，犹人主明，则下民自安也。以人身而言，用此法以养生，心泰而体宁，必有寿而终身不治。以人主而言，用此法以治世，君明而下安，心大安而天下盛治，否则心主不明，则十二官危，凡各经转输之路，皆闭塞而不通，其形乃大伤矣。以此养生则受殃，以此治世，则宗危，可不知所戒哉。”王合三先生从现代解剖所见说清了“心”在人体所居至高无上的地位，清楚地认识到，“心”不仅包括我们现代解剖所见“心脏”与动静脉血管所形成的大小循环，还包括了“脑”的功能。这对正确认识和理解“心者，君主之官，神明出焉”有一定帮助。王清任《医林改错》曰：余友薛文煌，字朗斋，通州人，素知医。道光十年二月，因赴山东，来舍辞行，闲谈言及古人论生血之源，有言心生血脾统血者，有言脾生血心统血者，不知宗谁。余曰：皆不可宗。血是精汁入血府所化，心乃是出入气之道路，其中无血。朗斋曰：吾兄所言不实，诸物心皆有血，何独人心无血？余曰：弟指何物心有血？曰：古方有遂心丹治癫狂，用甘遂末，以猪心血和为丸，岂不是猪心有血之凭据？余曰：此古人之错，非心内之血，因刀刺破其心，腔子内血流入于心，看不刺破之心，内并无血，余见多多；试看杀羊者，割其颈项，不刺心，心内无血也。又曰：不刺心，何死之速？余曰：满腔血从刀口流，所以先流者速，继而周身血退还腔子，所以后流者迟，血尽气散，故死之速。如人斗殴破伤，流血过多，气散血亡，渐至抽风，古人立名曰破伤风，用散风药，治死受伤者，凶手拟抵，治一个，即是死两个，若明白气散气亡之义，即用黄芪半斤，党参四两，

大补其气，救一人岂不是救两人。朗斋点首而别。评：本节以问答形式阐明“心无血”的观点，这个观点是错误的。由于王清任看到被杀猪、羊的心脏内无血，从尸体中又看到胸腔积血，便认为血腑存血，心脏只是出气入气之道路，因而提出了“心无血”说的错误观点。文中提到古人论生血之源的几种说法，含义不同，所指各异，并不互相矛盾。“心生血”见于《素问·阴阳应象大论》，原文为：“心生血，血生脾。”意思是说心气能化生血气，血气充足，又能生养于脾。“脾统血”来源于《难经·四十二难》“脾主裹血，温五腑”，意思是指脾能统摄血液，维持血液正常运行，濡养周身。“脾生血”是说血液的生化来源，《灵枢·决气》篇“中焦受气取汁，变化而赤，是谓血”，中焦指脾胃，人吃进体内的水谷，通过胃气化作用，才能转变成红色的血液。“心统血”与《素问·五脏生成篇》“诸血者，皆属于心”有关，意思是说血液的循环运行必须靠心来完成。因斗殴破伤出现抽风者，古人认为是风邪从伤口入于经络，故名破伤风。现代医学阐明系破伤风杆菌侵入伤口，外毒素侵袭神经系统的运动神经细胞，产生牙关紧闭，肌肉呈强直性痉挛等症状，不是因流血过多，气散血亡而致。临床用玉真散、蜈蚣醒风汤、羌麻饮等散风药治疗，有一定效果。若失血过多而虚脱者，可以用参芪补其气血，但决不能一见破伤抽风就用参芪。王清任的“心无血说”这一错误论点，是历来儒医们借以攻击他的把柄。然而，这毕竟不能由此而否定他的学术成就。从上可知，王清任为了纠错，而自己又犯了错，这是他本人没有想到的，这是由于他所处条件、环境以及未能从多角度去认识的原因。随着科学技术的不断发展，对问题的认识更为准确。匡调元《中医病理研究·心神病机论》中记有一例因“与人争论，情

绪激动”致心脏病发作，到死亡仅 28 小时的案例。死后病理解剖发现：心包外表呈暗紫色，膨胀饱满，推之有波动感。心包大横径达 12.5cm。切开心包，取出积血及血凝块共约 350mL。心脏呈收缩压迫状。心肌质硬。左室前壁中下方有一裂口，裂口与左室腔相通，长约 3cm，宽约 0.2cm。裂口周围之心肌色灰红，界限不清，扪之柔软如面团，横径约 4.5cm。裂口内部心内膜附有少量新鲜附壁性血栓，色紫红，易撕脱。剖开冠状动脉，在左前降枝及其分枝，左旋枝及右旋枝均有中度冠状动脉粥样硬化，管腔无显著局部狭窄，另小动脉分枝管壁稍有均匀性增厚。在左前降枝的分枝内，即心肌软化区的上缘，在管腔内找到血栓，色黯紫，长约 0.3cm，宽 0.1cm。血栓与管壁有小粘连，该处血栓呈条纹状，灰白色。血栓将管腔全部阻塞。显微镜检查呈急性心肌梗死的病理学改变。经分析临床病理有以下四点：发病前已有四年高血压病史，而于发病后血压持续升高达 21.3/17.3kPa。②病理解剖所见冠状动脉之粥样硬化，硬化区上方冠状动脉左前降枝分支内的新鲜血栓形成急性心肌梗死，心脏破裂与急性心包填塞是明确的。③此次发作和患者“与人争论，情绪颇激动”有密切关系，可认为是急性心肌梗死、心脏破裂的直接激发原因。尤其是冠状动脉痉挛，在原有粥样硬化之基础上很快形成新鲜血栓，完全阻塞了左前降枝的分支，引起急性心肌梗死。由于情绪处于持续紧张状态，血压持续升高，左心室负荷持续增加，于是突破梗死软化之心肌而造成心肌破裂，导致急死。④国外文献报告，因急性心肌梗死发生心脏破裂者在普通医院占心肌梗死病例 5%~10% 之间，而某些精神病患者竟高达 73%，有力地说明精神因素与心血管系统疾病的关系。本病例提示“心脏”和“精神”有十分密切的关系。

证治方药

“外感”轻重论治

太阳病，热郁皮下，故发热，然毛孔尚未全闭，故汗出。惟其热郁皮下也，故恶风。惟其毛孔未全闭也，故脉虽浮，而仍见怠缓之象，此外感之轻者也。后人往往以风寒二字泥之，误矣。荣气为邪热所逼，故弱。卫气为邪热所郁，故强。所以营弱卫强者，以表有风邪，毛孔不闭而汗出也。得汗则表解，荣卫和矣，宜桂枝汤。按成氏风伤卫寒伤荣之说，后人遵之，至唐氏尽反其说，谓寒伤卫，风伤荣，皆非也。盖病邪入肺，能令皮肤干燥，然亦有轻重之分，轻则毛孔不闭，故汗出；重则毛孔闭，故无汗。可知汗之有无不在乎中风、伤寒，而在乎皮毛之闭与不闭，不然大青龙汤证，亦为太阳中风矣，何以脉紧无汗耶？太阳受病之初，或已发热，或未发热，但指皮肤上而言。然既名为太阳病，则皮下之热郁也可知，故必见恶寒之症，皮毛受束，皮下充血，故见体痛。皮毛病，实因肺先受邪，故见呕逆。毛孔全闭，故不见汗，而阴阳俱紧矣，名之曰伤寒。此外感之极重者也。太阳伤寒而主以麻黄汤。

【按语】 太阳病发热，汗出，恶风，脉浮缓，为中风。王合三先生从病因病理方面进行分析，认为此属“外感之轻者也”，用桂枝汤，营卫和则愈。“桂枝为解肌圣药，所以然

者，以桂枝味辛，其性温，能入血管之中，蒸动水分，从汗腺以达皮毛”。张隐庵对桂枝汤诸药之功用论之更详，曰：“桂枝本为解肌，盖三焦木火之气，通会于肌腠，桂为百木之长，气温色赤，秉木火之性，主助肌中之气，以解肌表之邪。芍药味苦平，能开赤白，放于二气之中，得少阴君火之气，主益神气，为助肌中之血，肌腠之气调和，而邪自不能容矣。甘草、生姜，宣达胃中之气，而辛甘发散，大枣色黄味甘，脾之果也，主脾气之转输，而为胃行其津液，汗乃水谷之津，故啜热稀粥以助药力，中焦之津液外布，即有留舍之邪，与汗共并而出矣。津液外泄，则中气虚暴，故忌食生冷肉面酪臭恶等物。”同时，王合三先生对太阳伤寒之病理病机进行剖析，指出太阳伤寒属“外感之极重者也”，而主以麻黄汤。钱潢《伤寒溯源集》曰：“李时珍云麻黄同桂枝引出营分之邪，达之肌表，佐以杏仁，泄肺而利气，是则麻黄汤，虽太阳发汗重剂，实为发散肺经火郁之药也。濒湖此论诚千古未发之秘。惟桂枝为卫分解肌之药，而能与麻黄同发营分之汗者，以卫居营外，寒邪由卫入营，故脉阴阳俱紧。阳脉紧，则卫分受邪，阴脉紧，则邪伤营分，所以欲发营内之寒邪，先开卫间之出路，方能引邪由营到卫，汗出而解也。”王合三先生认为麻黄证断不可用桂枝汤也。太阳伤寒，若误投桂枝，为闭门击犬，乌乎可！故仲景曰：当须识此，勿令误也。若太阳中风，误用麻黄，毛孔大开，一发而不可收拾，故其人之汗，漏遂不止。前言麻黄证，不可用桂枝，此言桂枝证误用麻黄之变证。特别需要指出的是，王合三先生认为太阳中风和太阳伤寒“后人往往以风寒二字泥之，误矣”。又曰：“可知汗之有无，不在乎中风、伤寒，而在乎皮毛之间闭与不闭，不然大青龙汤证亦为太阳中风矣，何以脉紧无汗耶？”王合三

先生用“病菌”作了解释，曰：“温病之邪，从口鼻入……不知风寒之邪亦犹是也……若伤风病菌，常居于鼻腔之内，乘人身温度忽然变低之时，即入肺经，故喷嚏咳嗽，而后见脉浮头痛发热恶寒等症，是肺之合，肺既病，而皮毛无不病。我国医人，每见太阳之证如是，遂谓风寒之邪由皮毛入，亦因不知病菌之理也。”此乃中西医理结合之谓也，两者互相参证，更有利于辨证论治。

潮热与证治

凡仲景言潮热，皆大肠内实结，外若不解，热若不潮，则不可与大承气汤，以攻伐无过。若腹大满，大便不通，因无潮热之可凭，可微和胃气，勿令大泄下，或误则转病，以小承气汤主之。阳明病，而发潮热，为大便微硬之表示，故与大承气汤以攻之，不然，不可与也。今大便六七日不下，欲知其有燥屎与否？先与小承气汤，服汤已，溶解肠中燥屎，其气先出肛门，则转矢者，为有燥屎，否则其人气虚肠燥，大肠之下口，总有微些之硬粪阻之，则初硬后溏，若再攻之，肠胃更虚，故致腹满不能食。谵语潮热反不能食，此下不通上不纳，有恶食之说也，必肠中有燥屎五六枚，大承气汤攻之。若能食者，此肠中之燥屎未结实，虽外有谵语潮热之症，但硬而已。谵语为脑受热灼，潮热为肠有燥屎，脉见滑急，为血沸之象，与小承气汤。若腹中转矢气，为肠有燥屎，否则即小承气汤，亦不可与之。若服汤已，第二日仍不大便，滑急之脉，已变为涩，微为气虚，涩为血虚，方知前日辨证未清，用药已误，非肠中有燥屎也。外若仍见潮热谵语，此为本虚标实之证，承气汤不中与之。表证已罢，而阳明之下

症悉具，则用大承气汤。缓急轻重，亦在临时斟酌耳。

【按语】 潮热，日晡益甚，属阳明里实，大便实结，可与大承气汤攻之者，即《伤寒论》中之潮热。如《伤寒论》208条曰：“阳明病脉迟，虽汗出，不恶寒者，其身必重，短气腹满而喘，有潮热者，此外欲解，可攻里也。手足濇然汗出者，此大便已硬也，大承气汤主之。若汗多，微发热恶寒者，外未解也。其热不潮，未可与承气汤，若腹大满不通者，可与小承气汤，微和胃气，勿令至大泄下。”说明有潮热，表欲解，属阳明里实，大便已硬，可用大承气汤攻之则愈。表证未解，不可攻里。腹大满不通，无潮热者，不可与大承气汤，应当用小承气汤，微和胃气则可矣。若状如阳明，症见潮热，而大便不硬而溏，胸胁满者，不可攻之，大小承气均不可用，当以小柴胡汤和解之。潮热和大便硬，且属阳明里热实者，方可用大承气汤攻里，余则随其脉症加减变通方可，否则易发生变症也。清·陆以湑《冷庐医话》中冯楚瞻别有独论，曰：“潮热之症，有阴阳之分，平旦潮热，自寅至申，行阳二十五度，诸阳用事，热在行阳之分，肺气主之。日晡潮热，自申至寅，行阴二十五度，诸阴用事，热在行阴之分，肾气主之。一以清肺，一以滋肾。若气虚潮热，参、芪、熟、附，所谓温能除大热也。血行潮热，归、芍、骨皮，所谓养阴退阳也。其论潮热颇详，如《伤寒论》所云，日晡潮热，以阳明主于申寅戌之故，则所谓行阳主肺气，行阴主肾气，乃浑举之辞，不可执一。”可参考。

小承气汤与有无燥屎

若腹大满，大便不通，因潮热之可凭，可微和胃气，勿

令大泻下，或误则转病，以小承气汤主之。按：人因何有燥屎？盖大肠之中，先有微菌，寄生其间，煎熬其津液，能令其人之大便，结成一团或数团而不得下，所以承气攻之。非攻燥屎也，乃攻致屎燥之微菌也。今大便六七日不下，欲知其有燥屎与否？先与小承气汤，服药已，溶解肠中燥屎，其气先出肛门，则转矢气者，为有燥屎，否则其人气虚肠燥，大肠之下口，虽有微些之粪阻之，则初硬后溏，若再攻之，肠胃更虚，故致腹满不能食。人见其不欲食而强饮，以汤水压其胃气则作哕，其后坏症已去，复见阳明之病，而发潮热，或是大便复硬，即硬亦必不多，再以小承气汤试之，不转矢气者，慎不可攻也。内热过甚，逼汗外出，以致津液内伤，而胃家干燥，大便亦因之而硬结，硬是内热所致，故脑府受灼则谵语，以小承气汤和之。此证重在谵语，不重在屎硬，故仲景特申之曰：“若一服谵语止，莫更复服也。”按：肠中有燥屎，便谵语，此臆说也。而唐氏谓胃络通心，胃家实则谵语，虚则郑声。此实字，系邪气实之实，热邪犯脑，一语了当。盖肠中先有微菌，致令燥屎，是谵语由于微菌，而不由于燥屎，不然，脾约之证，十日不更衣，亦无所苦，何以不发谵语？惜汉时科学未明，皆不知脑为全身之主宰，即仲景之所谓谵语，或亦不若是解，而所举之症，实属于脑，贤如唐氏犹谓谵语属心，何怪他人之梦也。谵语为脑受热灼，潮热为肠有燥屎，否则小承气汤亦不可与之。若服汤已，第二日仍不大便，滑急之脉，已变为微涩，微为气虚，涩为血虚，方知前日辨证未清，用药已误，非肠中有燥屎也。外若仍见潮热谵语，此为本虚标实之证，承气汤不中与之。下利必皆清水，燥屎不下，燥屎郁而生热，熏灼脑府则谵语，宜小承气汤和之，使燥屎下，则下利与谵语皆愈也。

【按语】 承气汤证包括在胃、小肠、大肠不同部位之病证。一般来说病变在胃者，调胃承气；在小肠者，小承气；在大肠者，大承气，此只从部位而言也。无论在何部位，不能仅依此一项而治之，必须看到胃、小肠、大肠，三者之间关系十分密切。一旦发生疾病，三者之间亦互相影响，但应辨清以何为主，以何为辅也。病轻者，可只在某一部位，当易辨之；病重者，多相互影响，当区别主次；再重者，常影响胃肠以外部位、组织、器官脏腑等，必须脉症合参，才不致有误矣。王合三先生一开始就指出了使用小承气汤病证部位在小肠，故“腹大满”者也。其主症以“大便不通”和“潮热”为凭。只言大便不通，不言有“燥屎”，非大承气证，不可攻下。用小承气汤“微和胃气”，大便得通则可。若误为大承气证而攻下，不言误下则“腹满，不能食”，而言“误则转病”，其思路广矣。人体质强弱，气血盛衰，有无兼病，用攻下之药剂量大小等诸多因素，误下易致则变化多矣，故不言常因误下所致腹满不能食等，而言误则转病，以引起重视。再者，“误”非单指误用大承气攻下也。此王合三先生丰富经验之结晶也。先生不厌其烦地指出，因何有“燥屎”？乃因“微菌”及其毒素“煎熬其津液”所成。让人们知道，攻下“燥屎”是表象，实则“攻致燥屎之微菌也”。这种“微菌”和毒素，不仅可致“燥屎”，重则可致“谵语”、神志失常。并又进一步阐述，“谵语”、“燥屎”是细菌、毒素所致，“不然，脾约之证十日不更衣，亦无所苦，何以不发谵语？”用字不多，颇有说服力。小承气汤中的主药大黄，现代药理研究证明有抗菌、解热、抗炎、抗内毒素和抑制 DIC 发生等作用。杨文修等观察了大黄煎剂对豚鼠结肠带平滑肌细胞电活动后，提示大黄可直接增强肠管平滑肌细胞的电兴奋性，从而促进

肠蠕动，实现泻下作用。单味大黄对临床腹腔感染患者体内分离出的致病大肠杆菌行体外 DNA 合成抑制试验的结果表明，随着药物浓度增大，大肠杆菌 DNA 合成呈下降趋势，大黄对肝细胞功能具有多种调节作用，并提示生大黄对肝性脑病具有一定的治疗作用。大黄对肠粘膜的完整性具有保护作用（见吴咸中等编《证与治则的现代研究》）。厚朴对家兔的肠管及气管平滑肌都有兴奋作用，有较强的抗菌作用。其抗菌谱较广，主要是对金黄色葡萄球菌、肺炎双球菌、痢疾杆菌有较强的抑制作用。枳实对胃肠平滑肌呈双重作用，既能兴奋胃肠，使蠕动增强，又有降低肠平滑肌张力和解痉作用。三味药结合，不仅增强了胃肠平滑肌蠕动作用，又将致病“微菌”及其毒素给与杀灭、清除，从而达到祛邪扶正之目的。需要指出的是，小承气汤作为一种试探方法试探有无燥屎。服小承气汤后，若腹中转气者，为内有“燥屎”，可再服一次，若不转气者，不可更予之矣。若服汤已，第二日仍不大便，滑急之脉，已变为微涩，微为气虚，涩为血虚，方知前日辨证未清，用药已误，非肠中有燥屎也。更不能犯王合三先生所言“仲景之书，须脉症同参，方能得其真谛”之告诫。临床所见热结旁流症，是因内热肠燥，大便燥结，不能排出，造成对肠管的压迫和机械性刺激，致使肠粘膜出现充血、发炎、糜烂，甚至坏死，而形成一种下利清水而其燥屎不能排出的病证。此时必然引起全身性严重反应，正如王合三先生所说：“下利必皆清水，燥屎不下，燥屎郁而生热，熏灼脑府则谵语，宜小承气汤和之，使燥屎下，则下利谵语皆愈也。”实乃经验之谈。若妄用补剂或收敛之药，不仅助邪为患，而且使毒邪不能排出，后果十分严重。

大承气汤与胃家实

不大便六七日，似为胃家实之病，盖病邪在肠，结灼粪便，久之吸入血中，血液不洁上熏脑，则必头痛，况胃家实，则外必蒸蒸发热，医者此时，果审其头痛有热，而非太阳之证，不妨与以承气汤，以涤荡大便。若其人小便清长，其头痛有热，亦无阳明之确据者，则知其不大便，乃因外症未解，上窍不通，下窍不利，病不在里仍在表也，当须发汗，宜桂枝汤。然不大便已六七日，邪入血分，所以苦头痛者，血管有破裂之处，则必衄也。又按表证不解，大便不通，往往有表证一解，而大便随之，其理云何，不能解也。《内经》有病在上而取诸下，病在下而取诸上之治疗。下之后，心中发烦，审其果非栀子豉汤之虚烦证，并有燥屎之凭据者，不妨再攻，若下后，只见腹微满，此下后而伤正气逆而发胀满，如厚朴半夏人参汤证，不可攻也。有燥屎而攻下之方，当仍用大承气汤。按下后仍下，非真有识者不能，卢不远之医案（见魏氏之《续名医类案》）可恭。而吴又可《瘟疫论》中，有叠用大承气者，即此类也。内中发烦，外则发热，今得汗则热自解，然所以发烦之故，因阳明有病，故如疟状，至日晡所复发热，故曰属阳明也。若脉实者，为肠中燥屎已硬，宜大承气汤，以攻燥屎。脉若浮者，为邪欲外出，宜桂枝汤，以散经邪也。脉既弱，又不见太阳柴胡证，惟烦躁心下硬，为阴为阳尚未可知，至四五日能食，以其人胃气尚强，暂舍其脉弱，少与小承气汤，以治其烦躁心下硬之症。自五日至六日，与承气一升，其人仍不大便，至七日而小便息少者，是大黄之苦，能令膀胱气结而反少，伤其胃气而不能食，此之不能

食，非有燥屎之不能食也。故虽不能食，但初头硬，后必溏，不可攻也，须服小承气汤后，腹中失气，而小便亦利，此定屎硬之候，宜大承气汤。得病二三日之初，便见口燥咽干之症，少阴病不当有此，而有此者，盖里热灼津，津干不能上润于口也。燎原自焚，便在顷刻，故急以大承气汤下其热，热去，而诸症悉愈矣。自利清水而无粪，盖粪结而水从旁流，尽现青色，是肝胆有热，使胆汁分泌过多，未入血管而发黄，使入大肠而发青。心下者，肝系之道路也，肝热故心下必痛。王孟英谓人身之中，肝火最为跋扈，奔于上则呕，攻于下则痢，今见症若此，岂复有水分上润于口乎？平肝清火之药，皆失其效力，故以大承气汤急下之。按胆汁过多，入大肠而泻清水，何以不入血分而发黄哉？盖饮食入胃后，由胃入肠，受胆汁胰汁几番作用，而后由小肠四壁之乳糜管吸其精华，遗其糟粕，转大肠而排泄，是胆汁得入血分，小肠为必由之路，今既入大肠矣，何以通过小肠而安然无阻哉？盖小肠热甚，蠕动甚速，乳糜管失其作用，所以传导之责任未尽，而胆汁与精华已奔入大肠，泻利清水之理，盖由于是。大肠中有燥屎，故腹胀不大便，然已至五六日，时已久矣，恐少阴不能支持，故急下之，宜大承气汤，不然，屎中微菌，将有窜入血管之虞矣。

【按语】 三承气者，即调胃承气、小承气、大承气。为病邪侵犯胃肠不同部位而设也。主要依据胃、小肠、大肠三者解剖部位，从贲门、幽门属胃；从十二指肠、空肠、回肠末端属小肠，从盲肠、阑尾、结肠、肛门属大肠。《素问·灵兰秘典论》曰：“脾胃者，仓廩之官，五味出焉。小肠者，受盛之官，化物出焉。大肠者，传导之官，变化出焉……凡此十二官，不得相失。故主明则下安……主不明，则十二官危，

使道闭塞而不通，形乃大伤。”六腑以通为用，胃肠道以通降下行为顺，上逆则病生。病邪入阳明则为“胃家实”，此阳明病之总称也。所以能致胃家实者，可因阳明经热盛，可从他经传入，可由风寒化热入里，可因误汗、误吐、误下津伤液耗而成者，种种原因，最要明辨。王合三先生特别强调“燥屎”是由“微菌”及其毒素所致。菌毒入胃则呕，入咽则口干，入血则发热，入心脑则头痛，目不了了，甚则神昏谵语、发狂等。而“脾约之证，十日不更衣，亦无所苦”，两者必须区别。菌毒入血，必有蒸蒸发热，或头痛等症，并确系有“燥屎”，即可用大承气汤（大黄、芒硝、厚朴、枳实）攻其实邪。若下后“心烦”，当分辨是栀子汤之虚烦，还是阳明腑实证内热盛之实烦。若阳明腑实，可见如疟之日晡复发热，可用大承气汤。如见“烦躁心下硬”，当区别是太阳柴胡证，还是阳明腑实证。若胃气尚强，虽脉弱，不属太阳柴胡证，不必急用大承气汤，当用小承气汤和下之，并可试之，此一举两得也。若用小承气汤后转矢气者，为内仍有燥屎，再用大承汤攻下为时不晚。若内热极盛之人，得病即见口燥咽干等阳明腑实证，如火之燎原，自焚于顷刻，不可犹豫，当机立断，采用急下存阴之法，用大承气汤。阳明病，发热多汗者；少阴病，口燥咽干者；腹胀满而实，不大便者；下利，三部脉皆平，按之心下硬者，均急下之。仲景在运用大承气汤时，采取“当下之”、“下之”、“可与”、“宜下之”、“急下之”，除文法之意，还有因病势轻重缓急不同而设者。随着科学技术的不断发展，人们对病证的认识亦不断深入，对大承气汤运用范围更加广泛，在用量等方面也有很大变化，并广泛地运用于治疗急腹症中的炎症性、梗阻性以及血运障碍性疾病。大量的实验结果证明，大承气汤或单味大黄，都能明

显增加小白鼠胃肠道推进，提高炭末在消化道中的推进率。大承气汤能促进家兔实验性肠套叠的还纳，使其恢复正常。以细菌性腹膜炎大鼠进行观察证实，大承气汤能降低腹膜炎时高水平的门静脉血 VIP 水平，促进肠液分泌，促进肠蠕动。其增强肠运动的另一机制还与其增加肠道液量有关。大承气汤的峻泻效果有益于肠道中内毒素的清除；体外实验证实以 100% 大承气汤做 1:4 稀释时，对所试肠道革兰氏阴性杆菌如哈夫尼亚菌、乙型副伤寒杆菌、伤寒杆菌、亚利桑那杆菌、爱德华氏菌、雷极化普罗菲登斯菌、肠炎沙门氏菌等均呈抑制效应；当药液稀释至 1:8 时，对痢疾志贺氏菌、耶尔森氏菌仍具抗菌活性；至于大肠杆菌、变形杆菌、绿脓杆菌的抗菌活性，其作用更强，提示大承气汤对肠道常见的革兰氏阴性杆菌具有一定的抗菌活性（见吴咸中等主编的《证与治则的现代研究》第一节通里攻下法）。当愚摘抄此文时，感到中医学之伟大，王合三先生在他的《伤寒求实》中不厌其烦地阐述攻“燥屎”是攻“微菌”，与现代研究基本一致。一言以蔽之曰，现代科学研究成果，对大承气汤临床运用，对张仲景运用大承汤经文理解，对王合三先生丰富临床经验的学习，以及对当今医生临床运用都至关重要。

“胃家”的主要证治法

正阳阳明之证，不因太阳少阳之转入，胃家自实之病，当下也。按胃家实之胃家二字，宜作消化器解，肠实则能攻下，胃实不能攻下。魏玉横谓：食在阳明，而误下之，必死。虽未必尽然，然魏氏或可遇过此等病。沈尧封谓：以手按胃石硬，如大陷胸证，为胃家实则误矣。张仲景曰：“正阳阳明

者，初得病时，不大便，不恶寒，日晡热，脉大，胃家实是也。”太阳病发汗，汗出不彻，或其人胃家早有他病，使汗腺不得分泌，则病邪离太阳而入阳明肌肉之部分，因而转属阳明。

【按语】 张仲景曰：“阳明之为病，胃家实是也。”明确指出了“胃家实”是“阳明病”。诸家解说不同，当以王合三先生为代表的解说易被人们接受。即胃家实之胃家二字，宜作消化器解，切不可将“胃家”单单理解为“胃”，因胃实，不能攻下。“胃家实”自当有可下之症，当然亦有不可攻下之症，故王合三先生言“胃家有实之病，当下也”，此言肯定了胃家实有当下之症，随即指出“肠实则能攻下，胃实不能攻下”，其意应理解为，要根据“胃家实”的具体情况，随证治之。至于“以手按胃实硬，如大陷胸证”，决非胃家实，不言易明。胃家实病因，不外由他经传入，或因误治失治邪入阳明和自发于阳明。在辨证施治时，当先区别是否病入阳明？是在阳明经，还是在阳明腑？在经有无兼证，在腑还应考虑在胃、在小肠、在大肠等，有无波及蔓延于其他脏腑。如太阳病化热入里，致胃中燥热不和，用调胃承气汤。成无己曰：《内经》“热淫于内治以咸寒，佐以苦甘。”芒硝咸寒以除热，大黄苦寒以荡实，甘草甘平，助二物，推陈而缓中。若阳明热结病轻，症见痞实而满，燥屎未结者，宜用小承气汤。若症见痞满燥实坚，阳明热结重者，可用大承气汤攻下之。此热在阳明胃、小肠、大肠，部位不同，症状各异，当详辨之。至于三承气汤中的大黄和大承气汤的功能作用，已在“大承气汤与胃家实”中作了较详细的介绍，可参阅之。吴咸中等将大承气汤用于治疗急腹症病人，根据病情的轻重缓急，遵照前人病重药重，病急治急，病轻药轻，病缓治缓的原则，

确定药味剂量与服药次数。如重剂顿服或连服：对急性肠梗阻等需要在短时（6~12小时）解决问题者，采取大剂量攻下（厚朴一两，大黄五钱，枳壳五钱，芒硝五钱至一两）。如一次未成，且无禁忌证，4小时后再服1次。重剂定期分服：如热毒型阑尾炎或实热型腹膜炎，采用大剂清热解毒药，每日2剂，4次分服。如严重的胆道绞痛，给予大剂舒肝理气药（其中广木香五钱至六钱），每日2剂，4次分服。一般剂量常规：病情已由重转轻或病后调补则用一般剂量，每日1剂，一煎或两煎。需要长期服药者亦可配制丸药。灵活辨证用药。如热入阳明经者，症见脉洪大，大汗出，大烦渴，大热者，用白虎汤（生石膏、知母、甘草、粳米）。如因汗吐下致津液耗伤，其胃中燥热不和，但见大实满，当调和胃气，并少少与温服之，防伤胃气矣。故徐忠可曰：“仲景用此汤凡七见，或吐下津干，或因烦满气热，总为胃中燥热不和，而非大实满者，故不欲其速下，而去枳朴。欲其恋膈而生津，特加甘草以调和之，故曰调胃。”但调胃并非无下之功。故仲景在《伤寒论》第94条中明确指出：“若欲下之，宜调胃承气汤。”方用甘草有和胃之功，还可减少芒硝、大黄对胃的副作用，在服法上采用少少与之，并温服护胃也。这样既可除胃热，又可下肠中之大便，达祛邪保胃之目的，故名调胃承气汤。也是胃家重要治法之一。

调胃承气证治法

若日前津液大耗，消化器中机关受损，排泄物干，滞于大肠之中，故曰胃气不和。胃中神经甚多，胃中不和，则谵语，故少与调胃承气汤，以扫肠中之停滞。曰少与者，在临

症斟酌而定其分量，因其大病之后也。发汗后，恶寒则为表虚；发汗后，不恶寒，但发热则为胃实。盖胃早已不和，久而生热，复得发汗，夺其胃津，故恶寒即去，而现出恶热之证，内热甚也，当和胃气，与调胃承气汤。十三日不解，化热直入血分，扰乱神经，则发谵语，以里有热也。有热当下，下当以汤药涤荡之。若小便过利，是水入膀胱者多，则大肠水少而粪硬，其不大便也可知，其脉实大也可知，观病人现在之症，问医者所用之药，方知其所用之下药为丸药，有攻下燥屎之功，而无涤荡热邪之力，是仅能使脉调和，而不能使谵语便硬尽去，非其治也。若自下利者，脉当微，化热作利，脉当大，今不微不大而调和者，观其症仍如前状，知其为邪热，内实证仍在也，以调胃承气汤主之。十日之后，忽有心下嘔嘔欲吐，胸中痛，大便溏，腹微满，郁郁微烦等症，是虚是实，尚难一定，惟问其先时，曾以极吐极下者，可知其嘔嘔欲吐，伤胃气也。胸中痛，邪逆于胃膈也。大便溏，因下而伤肠气也。惟腹微满，为胃微实，实则郁郁而发烦，可与调胃承气汤以和之。若不郁郁发烦，腹微满者，不可与也。夫此呕而胸痛大便微溏，不见腹满微烦者，因何而致此，乃因极吐极下，已成为阴寒之证，非但调胃承气汤不可用，即此柴胡汤，亦不中与也。伤寒吐后，腹胀满者，与调胃承气汤。

【按语】 纵观仲景《伤寒论》有关条文和王合三先生阐述，三承气涉及消化器官确可因病变部位不同，分在胃当用调胃承气，在小肠当用小承气，在大肠当用大承气三类。在胃势必影响小肠，甚至波及大肠，在小肠同样波及胃与大肠，在大肠亦可蔓延至小肠和胃。同理，由于热毒内盛，均可超越此三承气范围，而燃及其他脏腑组织，如伤及心神则谵语

狂言，伤及肝引风邪内动而抽搐。调胃承气着重保胃而驱出邪热。用治久病津液耗伤，结于胃肠，胃气不和者。仲景曰：“若胃气不和谵语者，少与调胃承气汤。”王合三先生对此文深有理解，“曰少与者，在临症斟酌，而定其分量，因其大病之后也”。所用方剂药物之配伍、分量、煎服方法，均在不言中。若太阳病发汗后，不恶寒但热者，为内热盛，表解里未和，当和胃，宜调胃承气汤。若胃热郁久，热毒入血分，里热内盛，当详询问，辨别轻重，治不失误。如自诉小便多，则大肠水少粪硬，脉实，言已用丸药下之，药小力弱。虽下后，但脉自和，内实乃在者，仍可用调胃承气汤和下之。若误治，因大吐大下之后，伤胃气，又伤肠气，而致吐、下利、便溏、胸痛者，此非柴胡证，乃阴寒之证因极吐下之，故不可与调胃承气汤。若伤寒吐后，无太阳表证，腹胀满者，也可与调胃承气汤。

论治便脓血

无表里证，而一味发热，至七八日之久，是热在血分也，故脉见浮数，浮数者，血沸之象也，可下之。假令已下，而其热不去，胃得热，则消谷善饥，内热最怕下无出路，又六七日不大便，热伤阴络，则必有瘀血，宜抵当汤。若因其热不解，而屡次下之，则血中之热，必入大肠而便脓血。少阴病，气虚肠滑而下利，利久，则肠壁有破处，壁上之膏油杂血而下，故使脓血与痢疾之便脓血，外虽同，而来源则异，故以桃花汤止利，利止则便脓血亦愈矣。少阴之下利便脓血，于桃花汤外，另有刺法也。按：桃花证，宜认定为少阴便脓血之证，则为虚利可知，而陈修园解为热化太过，误矣。先

厥为寒厥，后发热为寒久化热也。则从先之厥利，至此时必自止，热得中和，利止而病亦止矣。今热化太过，逼汗外出，上奔喉咙，则咽中痛，将发为喉痹之证。若热下流大肠，大肠发炎而肿赤，则便脓血。便脓血者，其喉不痹，盖邪热在此不在彼也。热少厥微，仅见指头寒，热轻者也。然寒郁已久，故有默默之态，胃气索然，则不欲食，如少阳证也。郁郁之久则发烦，因烦致躁，理必然也。数日之后，察其小便，前日不利，今则忽利，前日色赤或黄，今则忽白，此为前日所化之热，皆从小便而除去也。热气除则胃气复，故欲得食，其病为愈。若热虽少，厥虽微，而有呕吐胸胁烦满之症，是热邪留滞于胸胁网油之间，上奔于胃则呕，恐火之方兴未艾也。一时未能痊愈，下注大肠，则便脓血也。按阴证之厥阴经，与阳证之少阳经，仿佛相似，病有自太阳来，传入少阳之区域，热盛则转属阳明，寒盛则传入厥阴，轻则出太阳作汗而解。病有自少阴来，传入厥阴之区域，邪盛则厥不回，正盛则化热，轻则转少阳作汗而解。是阴经之厥阴，与阳经之少阳，必有息息相通之路，今此条前之默默不欲食，后之呕而胸胁烦满，皆少阳应有之证也。我先哲初定名之时，不知据何而云然，三阳三阴，种种明目，与今日科学虽然凿柄，而按之实际，则又丝毫不爽，真不可解矣。

【按语】 太阳病中，因邪热盛，或从寒化热，未从表解，必化热入里。病邪与正气交争，正盛可表解而愈，正不盛则邪可从太阳经传入太阳之腑。传入太阳之腑，有入膀胱者，使气化失常，可见小便不利等蓄水证，宜用五苓散（桂枝、猪苓、泽泻、白术、云苓）。若入太阳之腑与血相结于下焦，使下焦蓄血，因未影响膀胱，故少腹急结胀满而小便自利，当泻热逐瘀，宜桃仁承气汤（桃仁、大黄、芒硝、桂枝、

甘草)。若“热伤阴络，则必有瘀血”，虽又六七日不大便，并无腑实证，当攻逐瘀血，宜抵当汤（虻虫、水蛭、桃仁、大黄）。若热久不退，伤及胃肠，未成腑实证，反致热郁大肠，热盛则肉腐，肉腐则成脓，故见大便脓血矣。因此，临床对“大便脓血”一症，不仅要注意脓血便的色泽、气味、量的多少、大便次数、有无粘液等，同时还要了解全身反应，如有无发热、恶寒、口渴、喜热、恶热，有无腹痛，腹痛的部位，腹痛的性质，有无下坠、里急后重，有无呕吐、腹泻等。同时还必须注意，属何病证，在何经、何脏腑，从而辨别其阴阳表里寒热虚实等。否则，辨证不清，动手便错。正如王合三先生所言：“气虚肠滑而下利，利久，则肠壁有破处，壁上之膏油杂血而下，故使脓血与痢疾之便血，外虽同，而来源则异”，并指出“陈修园解为热化太过，误矣”。先生将仲景《伤寒论》第306条“少阴病，下利，便脓血者，桃花汤主之”名之为“桃花证”，并认定此为“虚利”，用桃花汤（赤石脂一半全用，一半筛末，一斤，干姜一两，粳米一升，以水七升，煮米令熟，去渣。温服七合，内赤石脂末方寸匕，日三服。若一服愈，余勿服）止痢，痢止则便脓血亦愈也。若正复邪退，厥还热，得中和，病可利止。若内热日盛，上竅咽喉，可致喉痛，则咽喉肿痛，闭塞不通等。若内热下注大肠，郁结不散，肉腐成脓，可发生肠炎、大便脓血矣。治疗可随证加减。

用栀子豉汤不必泥其方

按：病愈后而仍发烦热者，皆因正气未复，病毒尚有残留。况伤寒病菌，与他种病菌异，他种病菌，死后而毒即灭，

故人愈后即形霍然，伤寒病菌，至死后而其毒始放，盖伤寒病菌，乃荚形，荚破而毒始出也。故栀子豉汤，皆见于下后，不能将其毒逐于大肠之外，故作虚烦等症，学者知其原因，不必泥其方也。大下之后，虚热尚作祟，邪气与正气争，故身热不去，邪结于胸膜之中，阻其气行，故心中结痛，此为病之未欲解也，仍主以栀子豉汤。此条较“发汗，若下之，而烦热胸中窒者，栀子豉汤主之”为重，恐栀子豉汤，不克胜任，还需加味。阳明病，下后里气得通，外气亦顺，其热复出于表，故其外有热，手足温，则先之厥冷也可知。不结胸者，下之不早也。惟胸之正气虚，则心懊侬，虽知饥而胃液未复，则不能食，身因下而身体枯槁，汗腺萎缩，头无恙，则头有汗，不必用重药，以栀子豉汤和之可也。未利时即烦，下利后更烦，即此烦之一症，亦大可研究，盖此症阴阳俱有，亦难为鉴别，惟就心下濡如常人，别无他证可认，此为下利后之虚烦也，宜栀子豉汤。

【按语】“病愈后”系指罹患疾病，经治疗之后，正气未复，病邪仍有残留，呈现出的仍发“烦热”而言，并非是临床症状消失，完全康复。在正气未复，病邪残留之时，因内热而烦，所出现的“虚烦”、“心中懊侬”、“烦热胸中窒”、“心中结痛”，仲景虽言可用栀子豉汤，应当理解为治“烦热”之大法、主方或代表方剂，须根据其身体强弱，病邪残留的多少等，遵其法，用其方，灵活加减之。若能根据疾病的情况，作细菌培养和对药物的敏感试验而选用药物，治疗显然不同。故王合三先生以肠伤寒杆菌作为代表，言其致病菌毒力强，不易控制。并指出“学者知其原因，不必泥其方也”。王合三先生对此深有体会，先生所创的栀子豉汤，乃是根据肠热病潜伏期所出现的症状，既遵仲景之法，又不泥其方而

定，仍名栀子豉汤。其药物组成：栀子9g，香豉9g，菊花9g，川连9g，益元散9g，葱头3个引。从另一个角度告诉后人，当根据不同病证，而灵活运用仲景理、法、方、药。但必须指出，无热，正气未复而大便溏者，虽有似栀子豉汤证，为里寒，不可用栀子豉汤。张锡驹《伤寒直解》曰：“栀子性寒，导心中烦热以下行，豆豉蒸熟而轻浮，引水液之上升，阴阳和而水火济，烦自解矣。”正如仲景在《伤寒论》第81条中所说“凡用栀子豉汤，病人旧微溏者，不可与服之”。至于《伤寒论》第228条“阳明病下之，其外有热，手足温，不结胸，心中懊恼，饥不能食，但头汗出者，栀子豉汤主之”，王合三先生则曰“不必用重药，以栀子豉汤和之可也”。但对《伤寒论》第77条“而烦热胸中窒者”提出“恐栀子豉汤不胜任，还需加味”。至于“汗吐下后，正气未复，虚热尚流血液之间，故虚而生烦。神经不安，故不得眠，若剧者，则反复颠倒，心中懊恼，皆以表示虚烦不得眠之情形，以栀子豉汤可引导出膀胱也。若少气者，为正气虚，则加甘草以补之。若呕者，为胃气逆，则加生姜以和之”。此乃王合三先生知病因而不泥其方，实为习用《伤寒论》而知其要也。

谈“亡阳”与治法

人之体温，原有一定，今欲发汗，而用辛温之药，是釜下添薪之法。服药后，身中之温度加增，逼汗腺分泌而作汗，汗出以后，则身中反应，温度必较未服药以前下降。若弱人毛孔不实，再用大发汗之药，则汗愈出，而身愈冷，毛孔愈开，而汗愈多，我国医书，所谓大汗亡阳者，即此理也。若

一汗再汗，令其亡阳，所谓一日尚引日，再逆促命期也。阳亡则身中冷，重则血管凝滞，不能按时供给脑府，则发谵语，脉短为心脏收缩将停，故死。若脉自和，此阳回而冻解，虽谵语，亦不死。温病误服桂枝汤之变症与救治：脉浮自汗，微恶寒，似桂枝证，增加心烦，似大青龙证，惟小便数，乃热侵膀胱，欲洩不利，滴滴点点，短而且赤，若小便数而清长，则为下焦虚寒，膀胱失其作用也。脚挛急者，乃血管热甚，水分丧失，流行不利，有抽筋之势，虽有微恶寒之症，是温病初起之时，病不在表，而在里矣。反与桂枝汤以攻其表，此无的放矢矣，攻伐无过者也。病人得之突然厥逆，所以然者，桂枝之热，愈耗血中之水分，而回血管几为不流，故四肢冰冷，甚而全身皆冷，正厥阴篇内，所谓热深厥亦深，热微厥亦微也。咽中干者，胃热所蒸也。烦躁者，津液丧失也。吐逆者，胃液伤也。此时不必治其病，当先治其误。若骤以甘寒增液，苦寒驱热，皆恐格格不入。乃以干姜炮黑，变辛为苦，去其辛热之性质，反有刺激之能力，况倍甘草之甘味，大生津液，此中医数千年治疗不可思议之方法也。津液复，则足愈足温，必然之理，此时即与芍药甘草汤，以滋养其已伤之血，血得养，其脚即伸矣。若前日津液大耗，消化器中，机关受损，排泄物干，滞于大肠之中，故曰胃气不和。胃中神经甚多，胃中不和，则谵语，故少与调胃承气汤，以扫肠中之停滞。曰少与者，在临证斟酌，而定其分量，因其大病之后，若果为太阳伤寒，发汗过重，复加烧针者，一误再误，而致厥逆，此乃阳气尽从毛孔而出之厥逆，非水分丧失，血液不流之厥逆也。大汗亡阳，危在顷刻，急以四逆汤救之，

【按语】 王合三先生指出，温病误以辛温发汗，“是釜

下添薪之法”，可致“大汗亡阳”，甚则“突然厥逆”。主张“不必治其病，当先治其误”，特别注意辨别误是“大汗亡阳”还是“热耗水分丧失”。前者宜回阳救逆，后者当用白虎汤，清热养阴。气血的关系密切。血为阴，气为阳。血的生化与运行必须依赖于气的作用，而气的生成和作用的发挥必须有血的滋养，气血的协调和统一，是循环周身，维持人生命的保证。血脉之运行，脏腑之升降等均赖于气。《医林绳墨》曰：“人以气为本，一息不运则机缄穷，一毫不续则穷坏判，阴阳之所以升降者，气也，血脉之所以流行者，气也，脏腑之所以相生相养者，气也。盛则盈，衰则虚，顺则平，逆则病”。亡阳者，亡气也。是阳气耗损过多，以致衰亡。李千古曰：“亡阳者，汗出绝而亡阳气也。”人之所以会亡阳，因出汗过多，吐泄过度，失血严重所致。故虚弱之人，再用发汗之药，可致大汗亡阳；若一汗再汗，出汗过多，也会大汗亡阳。温病误用桂枝汤发汗，耗血中之水分而致厥逆，此为热深厥亦深；太阳伤寒发汗过重，复加烧针，所致厥逆，系因汗出阳气散所致。与前者不同，治当有别。若论治法，因大汗亡阳者，急当用四逆汤救之。若因误治，当先治误，与甘草干姜汤。此乃不可汗而误攻其表，荣卫之气虚所致也。至于其他病证，如脚挛急，用芍药甘草汤，养血滋阴则脚自伸。因胃气不和谵语者，用调胃承气汤，调理之则病自愈。若因心力衰竭，血不养心（脑），血不能供养而神昏谵语者，当用生脉法，如生脉散（人参、麦冬、五味子）或复脉散（炙甘草、人参、桂枝、生姜、生地、麦冬、阿胶、大枣、麻仁）等。若脉短不可及者，死。唐容川曰：“此见谵语，不尽胃实，心神虚乏，亦谵语也。又见心神藏于血中，血脉乏竭，则神不可复，故死。血脉流利，神可归宅，故不死。西医言

心体跳动不休，而脉管随之以动……然观仲景复脉汤，纯治心血，则脉之托根于心为不爽矣。脉短则心血结而神亡，脉和则心血足而神复，仲景示人，至深切矣。”实验表明，生脉散对实验性休克有强心升压和保护作用，能有效地提高心肌DNA；其强心效应可能是兴奋心肌的 β 受体，改善缺血心肌的合成代谢，提高心肌对缺氧的耐受性，减少心肌对氧和化学能量的消耗，使缺血心肌以最经济的方式做功；并能抑制心肌细胞膜三磷酸腺苷酶的活性，改变心肌细胞对某些阳离子的主动运输；可使停搏心脏重新跳动，促进复苏，故有人认为本方是一个相当完善的“强心合剂”。复脉汤现代多用于治疗心律不齐、期外收缩、心脏病所致的心律失常等。相信随着中西医共同努力，将会为张仲景《伤寒论》中的理法方药赋予新义，发前人之未发明矣。

水气证治法

伤寒表证不解，胸膈之间，复有积水，在胃则干呕，呕毕则渴，水浸肺则咳，或喘，水之入肠则利，水结膀胱，不化气决渎，则小便不利，少腹满，凡见此，皆表证未解，兼有水气也。以小青龙汤主之，解表以利水。心下有水气，侵入肺境，则咳而微喘。表未解，故发热。不呕，故不渴。当主以小青龙汤。服汤已，忽增出渴之一症，此寒邪水气，俱欲解也。若吐下之后，水气逆于胸膈之间，故心下逆满。水气随血管上行，则觉冲胸。起觉头眩者，水气随血分而上扰目系也。寒水凝结，故脉见沉紧。若不知沉紧为寒水之脉而误发汗，则动其经脉内外之阳气，其身振振动摇，若不支之状，此寒水发汗之变症也，轻于真武证，故主以苓桂术甘汤。

【按语】 王合三先生，在此水气证治法中明确讲述了表证未解水结胸膈、心下时，还可影响胃、肺、肠、膀胱等，可依次出现心下逆满、干呕、咳喘、下利、小便不利等症，告诫一定不可将沉紧脉误为浮紧脉而误用汗法，否则，则变症蜂起。水液是津液的总称。稀薄的名“津”，浊而稠的名“液”，习惯上通称津液。津液的作用，在人体主要表现在两个方面。一是输布水液于人体细胞、组织、器官、脏腑等，起滋养作用。《灵枢·五癃津液别》第三十六曰：“温分肉，充皮肤，为其津。”二是变化为血。津是血的组成部分，不断补充血中之液，使血液能于脉中运行不息。故《灵枢·痈疽》曰：“津液和调，变化而为血。”津液的新陈代谢是通过脾、肺、肾、膀胱等脏腑共同完成的。如汗液和尿液的排泄，就是津液输布、循环代谢的生理表现。若津液的生成不足，或大汗、大吐、大下、大出血之后，或持续高烧，耗伤津液过多，就必然出现皮肤干，口唇燥，舌面无津，口渴咽燥，大便秘结，小便短赤，甚则四肢挛急、抽搐等一系列伤津耗液的症状。津液与血液的关系十分密切，故有“夺血者无汗，夺汗者无血”及“亡血家忌汗”之警世名言。若脏腑功能失调，或正虚邪盛，水液不能正常输布于人体组织器官，必然发生水液停蓄，引起诸多异常反应。在病理情况下，水属阴，为寒。“若水停滞上部，不能下达，则下部不利，如膀胱不能气化，则小便不利。水气滞于下部，不能向上输布，则口渴、下利或腹泻。若水气停留入胃则呕，不欲食，呕毕口渴。水气上浸于肺，则咳喘等。临证若见水气停滞，当求其因，细心辨证，识其病位，注意鉴别，避免误治。如因太阳伤寒表证未解，脉象浮紧，头项强痛，身体痛，恶寒，无汗而兼水气浸肺咳喘诸症时，以小青龙汤，解表以利水。服小青龙汤

后，营卫调和，水气欲随汗解，胃气得和，口渴，可少少与饮之，“此寒邪水气，俱欲解也”。此口渴并非内热盛耗伤津液所致，也非汗吐下水液丢失而成，此乃治疗得当，阴阳自和胃气恢复之状，勿须多饮水，则须少少与之，使胃气和则自愈也。若误吐、下之后，致使正气虚，脏腑气机失常，水气逆于胸膈，心下逆满，随血上行，气上冲胸，头晕目眩，正虚与寒水之气相结，则脉见沉紧。切勿以“紧”脉为太阳伤寒，误用发汗，不仅汗出伤津，阳气更随汗出而走散，筋脉失养，故其身振振动摇，而不能自支持也。此误治之变症，当用苓桂术甘汤，达温中降逆之目的。若损及肾阳，水气泛滥，可用真武汤。故先生曰：“轻于真武证，故主以苓桂术甘汤”即此意也。正如《医宗金鉴》所言：“身为振振摇者，即战振身摇也。身振振欲擗地者，即战振欲堕于地也。二者皆为阳虚失其所持，一用此汤，一用真武者，盖真武救青龙之误汗，其邪已入少阴，故主以附子，佐以生姜、苓、术，是壮里阳以制水也。此汤救麻黄之误汗，其邪尚在太阳，故主以桂枝，佐以甘草、苓、术，是扶表阳以涤饮也。至于真武汤用芍药者，里寒阴盛，阳衰无依，于大温大散之中，若不佐以酸敛之品，恐阴极格阳，必速其飞越也。此汤不用芍药者，里寒阴盛，若佐以酸敛之品，恐饮得酸，反凝滞不散也。”此言用苓桂术甘汤与真武汤用治不同也。

辨痞当识病因论治

病为感冒之寒证，更不应下，而反下之，因作痞，所以然者，以不当下而下，损伤肠胃之气。浮紧之脉，寒也。而复下之，表热入里，则成胃炎痞证，故以半夏泻心汤治之。

心下痞，气结膈膜也。按之濡，非如结胸之寒实或热实也。脉关上浮者，是内热大炽，脉管沸腾所致，故以大黄黄连泻心汤主之，绞汁温服，取其味清走上，以泻痞也。下之后，无故而恶寒汗出者，里不固，阳气大衰，虽有痞证，也当兼顾，故用附子泻心汤，寒热并用，是泻痞者自泻痞，固阳者自固阳也。下伤阳气，寒水遂结于膈膜之间，此水痞也，故与泻心汤。痞不解，其人阳气衰，水津不布，故口燥而渴，心中发烦，惟就其小便不利一症，乃知为膀胱无阳气之蒸动，故州都失职，而主以五苓散也。若发汗病解后，胃中之阳气未复，食入复不能，按时蠕动而进入小肠，故心下痞。此痞在胃，不在胸膈也。食阻胃气，则干噎而带食臭。小肠液伤，不能将水由此吸出，遂流入大肠之间，故胁下有水气，以大肠盘绕小肠，正在胁下也。肠中之气阻水，水不得通过，有时气为水所冲破，若决江河，则腹中雷鸣而下利，必然之势也。故生姜泻心，扶正和胃，兼以散心下之痞硬。误下，伤胃气而致痞。中风证，反下之，伤肠液，则下利日数十行，完谷不化，腹中空虚，气逆则肠鸣，如饥时腹响，心下痞硬而满，胃中有停滞也。有停滞则干呕，心生烦热，医见痞满，谓病未尽，而复下之，胃气再伤，则痞益甚，仲景断之因以致痞也。以甘草泻心汤，和中以泻痞。下利不止，心下痞硬，见于服汤药之后，可知因汤之攻下而伤肠胃也。心下既见痞硬症，服泻心汤已解，而下利不止，遂以理中与之，盖理中为补中气之兴奋剂，服之则血行速，而肠之蠕动也快，故下利益甚。盖理中者，理中焦之气，此利因下焦，大肠液伤，当以赤石脂禹余粮以涩之。若复利，或因三焦之水分过多，浸渍于大肠中，故利小便，亦治利之法也。外症未除，则当解外症。若数下之，一误再误，肠液伤，利遂不止，里气虚，

而心下反觉痞硬，此表里不解也，用桂枝人参汤。桂枝解外，人参托里，两得之也。

【按语】 痞系病人自觉心下胃脘部滞塞不畅的一种病证。多伴噎气（暖气）、不欲食，其腹部多虚软，或在其腹部触及大小不等软硬不同的阳性反应物。其病因多虚、多寒。若因寒邪入侵则更加重其虚寒；若热邪进入，可寒热并存，或从寒化热，此时腹部之阳性反应物多有触痛；有因素体虚弱，食谷不化，误为胃肠实证而攻下致痞者。诸多因素均可致痞，临证应求其因，观其变，随其兼症而治之。如伤寒表未解，心下痞者，当先用桂枝汤，表解然后治痞；如胃气不和，心下痞，或吐者，宜用半夏、黄芩、黄连、干姜、人参、炙甘草、大枣，即半夏泻心汤方；若胃内有热，心下痞，大便秘结，不欲食者，可用黄连、大黄，即大黄黄连泻心汤方；若见不欲饮食，暖气食臭，腹中肠鸣，心下痞，下利者，宜用半夏、生姜、黄连、黄芩、甘草、人参、大枣，即生姜泻心汤方；若见心烦不安，胃虚上逆，欲吐，心下痞者，宜用半夏泻心汤加重甘草，以缓和急迫，即甘草泻心汤方；若素体虚，少气乏力，脾肾阳虚，心下痞，食不知味，内有热，而正气不足，脉虚弱无力，宜用附子、黄连、黄芩、大黄，即附子泻心汤方。张锡纯氏曰：“附子泻心汤方虽妙，然为其大寒大热并用，医者恒不敢轻试。”尤在泾曰：“此方寒热补泻并投互治……以沸汤渍寒药，别煮附子取汁，合和与服，则寒热异其气，生熟异其性，药虽同行，而功则各奏，乃先圣之妙用也。”《金镜内台方议》对仲景五泻心汤论之简明，曰“大黄黄连泻心汤者，乃泻其虚热之邪，心下痞，大便不通者用之；附子泻心汤，乃泻其虚热之邪，恶寒汗出者用之；生姜泻心汤乃泻其汗后余邪，心下痞硬，干噎食臭，胁下有

水气，腹中雷鸣下利者用之；甘草泻心汤乃泻其误下伤胃，上逆虚邪，心下痞硬，下利谷不化，腹中雷鸣，干呕，心烦不安者用之。先圣以五方皆曰泻心而治痞者，各有取用不同也。”临证宜详问病因，细心检查，辨清虚实寒热，有无兼症，随证治之。

《伤寒论》方剂歌括解

白虎加人参汤歌

温病误服桂枝汤，大热大烦渴异常，石母米甘参加味，白虎人参有奇方。

此温病误服桂枝汤之变证也。以热救热，血液沸腾，水分尽从汗孔外出，胃中干燥，故大烦渴不解，血中热，故脉管扩张而见洪大，以白虎汤清热，以人参救大汗出后之津，真特效之神方也。按王清任力诋仲景，谓从来未有服桂枝汤而病愈者，皆本为温病，误投桂枝汤，辨证不清之过也。不得以此为桂枝咎，安得以此为仲景咎！温邪者，温暖时期之邪气，换言之，即春日之病菌也。春日温暖，病菌容易发生，游离于空气之中，或由口乘机侵入，以口鼻是人最高之地位，故曰上受。首犯之地，即为肺经，因肺开窍于鼻也。肺系空气，藉心之小循环，而输送于心中，故肺经受温邪，若不能由毛孔排泄体外，即往往传于心中。不特此病为然，一切温热之病，由口鼻而传染者，莫不如是。病由气入血，故曰逆

传。此等学说，确与今日生理病理，丝毫不爽，真吾国医学之精粹也。白虎汤方：知母六两，石膏（碎、绵裹）一斤，炙甘草二两，粳米六合，以水一斗，煮米熟汤成，去滓，温服一升，日三服。

【按语】 温病早在《内经》中就有关于其发病原因，临床主要脉症、预后等记载。如《素问·金匱真言论》曰：“夫精者，身之本，故藏于精者，春不病温。”又曰：“冬伤于寒，春必病温。”（见《素问·生气通天论》）此言发温之原因也，对于温病之脉症，在《素问·平人气象论》中曰：“人一呼脉三动而躁，尺热曰病温。”又曰：“尺肤热甚，脉盛躁者，病温也。”（见《灵枢·论疾诊尺》）对温病的预后及其病理阐述得亦较详细。曰：“有病温者，汗出辄复热，而脉躁疾不为汗衰，狂言，不能食，病名阴阳交，交者死也。”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。不能食者，精无俾也。病而留者，其寿可立而倾也。《热论》曰：“汗出而脉尚躁盛者，死。今脉不与汗相应，此不胜其病也，其死期明矣。狂言者失志，失志者死，今见三死，不见一生，虽愈必死也。”仲景在《伤寒论》第6条中解释的更为清楚，曰：“太阳病，发热而渴，不恶寒者，为温病。若发汗已，身灼热者，名风温。风温为病，脉阴阳俱浮，自汗出，身重，多眠睡，鼻息必鼾，语言难出。若被下者，小便不利，直视失溲；若被火者，微发黄色，剧则如惊痫，时瘈瘲；若火熏之，一逆尚引日，再逆促命期。”温病的发生是因温热之邪内侵，正气不胜邪气，甚至内有宿热，内外相合而致。外因是条件，内因是基础，外因必须通过内因才能发病。故《灵枢·百病始生》曰：“盖无虚，故邪不能独伤人，此必因虚

邪之风，与其身形，两虚相得，乃客其形。”现已查明，温病的发生乃系由多种病毒、细菌、立克次氏体、螺旋体、原虫等，在人体抗病力降低的时候，侵入人体而致。王合三先生曰：“温邪者，温暖时期之邪气，换言之，即春日之病菌也……一切温热之病，由口鼻而传染。”流行性感胃，是由流感病毒引起的急性呼吸道传染病，病原体为甲、乙、丙三型流行性感胃病毒，通过飞沫传播……流感病毒尤以甲型极易变异，往往造成暴发流行或大流行。各人的抗病能力不同，临床表现亦异。仲景《伤寒论》第16条曰：“桂枝本为解肌，若其人脉浮紧，发热汗不出者，不可与之也。常须识此，勿令误也。”王合三先生注曰：“此言麻黄证，断不可用桂枝也。桂枝为解肌圣药，所以然者，以桂枝其味辛，其性温，能入血管之中，蒸动水分，从汗腺以达皮毛。若脉浮紧，发热汗不出，是毛孔全闭，太阳伤寒，若误投桂枝，为之闭门击犬，乌乎可！故仲景曰，当须识此，勿令误也。”在表之太阳伤寒尚不可用桂枝汤，而温热之邪所致温病再误服桂枝汤，真乃“以热救热”，大错也！许宏《金镜内台方议·桂枝汤戒》曰：“伤寒乃热病，复用桂枝辛温辛热之剂发汗，不可不知戒慎也。张仲景曰：有汗不服麻黄，无汗不得服桂枝……又曰：酒客病，不可与桂枝汤。又曰：伤寒脉浮，自汗出，小便数，心烦，微恶寒，脚挛急，此乃阴阳皆虚也，不可汗之，宜甘草干姜汤、芍药甘草汤。反与桂枝汤欲攻其表，此误也。又曰：桂枝下咽，阳盛则毙。以此推之，桂枝汤乃专主中风解肌之法，若妄用之，必致其咎。明智之士，不可不慎焉。”以上列举误用桂枝汤之例也，其中以“桂枝下咽，阳盛则毙”，后果最为严重。若出现王合三先生文中“以热救热，血液沸腾，水分尽从汗孔外出，胃中干燥，故大烦渴不解……脉洪

大”之证，则以白虎清热，以人参救大汗出后之津。此即仲景《伤寒论》第26条“服桂枝汤，大汗出后，大烦热不解，脉洪大者，白虎加人参汤主之”之意。若一误再误，必然会出现“一逆尚引日，再逆促命期”之严重后果。示后人要详加辨证，认真处治，才不致有误。若为白虎加人参汤证而仅给服白虎汤，病亦不愈，或可转重，再用白虎加人参即愈。张锡纯《医学衷中参西录·续申白虎加人参汤之功用》曰：“白虎加人参汤所主之证，或渴，或烦，或舌干，固有内陷之热邪所伤，实亦由其人真阴亏损也。人参为补气之药非滋阴之药，而加于白虎汤中，实能于邪火炽盛之时立复真阴，此中盖有化合之妙也。曾治一人，患伤寒热入阳明之府，脉象有力而兼硬，时作谵语，按此等脉原宜投以白虎加人参汤，而愚时当少年，医学未能深造，竟与以大剂白虎汤，俾分数次温饮下，翌日视之热已见退，而脉搏转数，谵语更甚，乃恍然悟会，改投以白虎加人参汤煎一大剂，分三次徐徐温饮下，尽剂而愈。”若辨证准确，用药得当，病虽重也可速愈。有的医生由于自己辨证不清，运用张仲景方不效，医生不知是自己辨证不清，用药不当，反谓“从未见有服桂枝汤而病愈者”。王合三先生亦批评王清任“力抵仲景”，云：“本为温病，误投桂枝汤，辨证不清之过也。不得以此为桂枝咎，安得以此为仲景咎！”许宏也指出：“桂枝汤乃专主中风解肌之法，若妄用之，必致其咎，明智之士，不可不慎焉。”从上可知，辨证正确，方药得当，病重亦可迅速治愈，否则动手便错，后患无穷！

桂枝去芍药加茯苓白术汤歌

汗下两误心满痛，表邪一点不轻松，桂枝去芍加苓术，小便不利即见功。

此寒湿之病也。头项强痛，发热无汗，乃太阳伤寒证。心下满微痛，小便不利，乃兼太阴中湿证，心下何以满？以水结胸膈，故阻气之往来，故微觉痛，即所谓不通则痛之义。小便不利者，盖身中湿度高，温度低，膀胱水结之故。医者不知，见有太阳证而即用桂枝，见有心下满症即用下药，皆不合法。故仍见头项强痛，发热无汗，心下满，微痛，小便不利等症。所谓仍者，盖其得病之初，即有是等症也。故用桂枝汤去芍药者，表明寒湿证不当用阴药，再加茯苓白术以利水则得矣。细查此证，颇象五苓，故用药当如是也。《医宗金鉴》谓此方系去芍药。因前条有胸满去芍药之文，此说甚是。长沙之书，当会其意，不可泥其方，一百一十三方，不过示其例耳。此证之初，即用王海藏之神术汤最妥。

【按语】 太阳伤寒，即仲景《伤寒论》第3条“太阳病，或已发热，或未发热，必恶寒，体痛，呕逆，脉阴阳俱紧者，名曰伤寒”。本当用麻黄汤，误用桂枝汤发汗，误以“心下满”用下法，故王合三先生曰“汗下两误”。虽经误汗下，太阳中风和心下满痛，小便不利仍在，特别指出“表邪一点不轻松”。治疗必然用桂枝汤，即使有小便不利诸症，亦当以桂枝汤为主，在解肌发汗之同时，加用利小便之药，才属正治。张仲景在《伤寒论》第28条中曰：“服桂枝汤，或下之，仍头项强痛，翕翕发热，无汗，心下满微痛，小便不利者，桂枝去芍加茯苓白术汤主之。”桂枝汤中桂枝为主药，

若将主药去掉，太阳中风怎能治愈？吴谦曰：“名曰桂枝汤者，君以桂枝也。桂枝辛温，辛能发散，温通卫阳。”许宏曰：“桂枝能治表邪也，若伤寒发散风邪，必用桂枝也。”所以王合三先生在歌中曰：“桂枝去芍加苓术”而不曰去桂也。《医宗金鉴》曰：“去桂当是去芍药，此方去桂，将何以治仍头项强痛发热无汗之表乎？细玩服此汤曰余依桂枝汤法煎服，其意自见。服桂枝汤已，温服令一时许，通身淅淅，微似有汗，此服桂枝汤法也。若去桂是芍药甘草茯苓白术，并无辛甘走营卫之品，而曰余依桂枝汤法无所谓也。且论中有脉促胸满汗出恶寒之证，用桂枝去芍药加附子汤主之。去芍药者，为胸满也。此条证虽异而其满则同，其为去芍药可知。”其言极是，其说理也充足，自当遵之。但陈修园、唐容川另有说法，也可作为参考。如陈修园氏曰：“所以去桂者，不犯无汗之禁也。所以加茯苓、白术者，助脾胃转输，令小便一利，而诸病霍然矣。此一节言陷脾不转输之治法也。”唐容川曰：“此与五苓散互看自明。五苓散是太阳之气不外达，故用桂枝以宣太阳之气，气外达则水自下行而小便和矣。此方是太阳之水不下行故去桂枝，重加苓、术，以行太阳之水，水下则气自外达，而头痛发热无汗等症必微汗而愈矣。然则五苓散重桂枝以发汗，发汗即所以利水也。此方重在苓术以利水所以发汗也。实知水能化气，气能行水之故，所以左宜右宜。”有主张不去桂枝，也不去芍药者，如成无己曰：“头项强痛，翕翕发热，虽经汗下，为邪气仍在表也。心下满微痛，小便利者，则欲成结胸。今外证未罢，无汗，小便不利，心下满微痛，为停饮也。与桂枝汤以解外，加茯苓、白术利小便行留饮。”我们认为当以先生遵《医宗金鉴》去桂改为去芍药为好。一个问题有多种说法，这在古今解说仲景《伤寒论》中

并不罕见，充分体现了“百花齐放，百家争鸣”的精神。

桂枝麻黄各半汤歌

八九天来脸发红，病邪仍在你身中，桂枝一半麻黄半，两样平分即见功。

张仲景《伤寒论》第23条曰：“太阳病，得之八九日，如疟状，发热恶寒，热多寒少，其人不呕，圜便欲自可，一日二三度发。脉微缓者，为欲愈也；脉微而恶寒者，此阴阳俱虚，不可更发汗、更下、更吐也；面色反有热色者，未欲解也，以其不能得小汗出，身必痒，宜桂枝麻黄各半汤。”伤寒至八九日，正病人出生入死之关头，若病热不见增加，必其人抗毒素甚强，足以扑灭病菌，如疟状者，必其病菌仍有残留，故尚见发热恶寒之症。然发热多，是血分有邪。恶寒少，是皮毛无病。不呕者，胃无病也。圜便欲自可者，肠无病也。虽一日二三度发，是抗毒素抵抗病菌之象。脉微，是病后之脉。脉缓，为已愈之脉。此时不必服药，为欲愈也。按《三指禅》于脉中，提出一缓字为平人之脉，下余二十六脉，皆为对待，诚为经验之谈也。所云不可汗吐下者，非任之之谓也。仲景不出方，则当于汗吐下三者之外而求之可也。按此病极多，学者宜细心认之。八九日面上反有热色，是病邪尚在皮毛肌肉之间，非得小汗病不解也。病邪久郁皮毛，不得随汗而出，其身必痒，所以然者，病菌久郁皮下，行分裂作用，故以桂枝麻黄各半汤发汗可也。桂枝麻黄各半汤：桂枝（去皮）一两十六铢，芍药、生姜（切）、甘草（炙）、麻黄（去节）各一两，大枣（擘）四枚，杏仁（汤浸、去皮尖及两仁者）二十四枚，以水五升，先煮麻黄一二沸，去上

沫，内诸药，煮取一升八合，去滓，温服六合。

【按语】 王合三先生对仲景《伤寒论》第23条解释的十分清楚。文中言“八九天来脸发红”，是指患者抗病力较强，若正气虚弱之人，“八九天，正病人出生入死关头”，可传入里引起严重病变。正因病人“抗毒素甚强”，所以至今病邪仍在表，而未传入三阴诸经，故仲景言：“如疟状，发热恶寒，热多寒少……”并让脉症合参，判断是“欲愈”，还是“阴阳俱虚”。若欲愈，无须治疗；若系后者，更不可用汗吐下三法。若见“面色反有热色”、身痒，可断定病邪“未欲解也”，但不可用麻黄汤和桂枝发汗，因已患病日久，达“八九日”，须采用“小汗出”，勿大汗伤津，宜“桂枝一半麻黄半，两样平分即见功”。日本汤本求真对仲景此条文作了认真的剖析，曰：“自太阳病至热多寒少句，自面色反有热色者至其身必痒句，使接续之，即为本方证。其他皆示类证鉴别法。即如其人所以不呕者，因患太阳病，经过八九日顷，当发呕吐与寒热往来而现小柴胡汤证，今反有疟状（此证为类似于小柴胡汤证之寒热往来也）之外证，而疑似于小柴胡汤证，故特云不呕，以示其非小柴胡汤证也。圉便欲自可者，为正常便通顺之意。然特举之者，以明无里证（阳明证）也。又一日二三度发，脉微缓者，为欲愈也者。虽如疟状，日二三发，然脉微缓者，为将愈之征，则不可用本方也。所谓脉微恶寒者，虽如疟状，日二三发。但脉微恶寒者，为体力虚衰，已陷于阴也。是则禁汗吐下之义也。余虽不必解，惟面色反有热色者之热色二字，为颜面泛赤之义也。”仲景《伤寒论》用桂枝达四十余次，药物组方，最简者仅二味，如桂枝甘草汤。而桂枝汤又为《伤寒论》中第一方，其加减变化可谓运用自如，若能从桂枝汤加减变化，悟出张仲景辨证论治之真谛，

学习伤寒则入法门矣！许宏《金镜内台方议·桂枝汤证》曰：“仲景所用桂枝汤者，一十九法，今复书于此，非但使人必合此法方用桂枝汤，乃使后人逐条细读，精详义味，方见古人用药之意，庶几乎其有得矣。惟智者悟乎此，则八方开通，洞然无碍。愚者胶柱鼓瑟，不足与语也。”研读仲景《伤寒论》，理解其加减用药之理，亦悟真谛方法之一矣。

桂枝去芍药加附子汤歌

胸满脉微又恶寒，体温低落细心看，去芍方中加附子，振起残阳病可安。

若下后胸满，脉不见促而见微，又增出恶寒一症，是下后阳气大衰，即用桂枝，恐有亡阳之变，故加附子以强心也。按太阳病，原有恶寒之症，此条之恶寒，何以知其为阳衰恶寒而非太阳病原来之恶寒乎？想其恶寒，必有轻重之别，与太阳病之恶寒，必有特异之点，非久有经验者，不易辨认也。

【按语】 其所以桂枝去芍药者，陈修园曰：“阳亡于外，宜引其阳以入内，芍药在所必用。阳衰于内，宜振其阳以自立，芍药则大非所宜也。”“若脉不见促而见微，身复恶寒者，为阳虚已极，桂枝去芍药加附子汤主之，恐桂姜之力微，必助附子而后可……此节误下而阳伤于内，其方只一二味出入，主治判然。”现代研究提示：白芍对中枢神经系统有抑制和较弱的降温、抗戊四氮惊厥作用，并对家兔离体肠管有扩张和短暂降压作用等。此恶寒乃因阳气虚衰，故仲景在桂枝汤中去芍药，为防芍药对阳虚出现的脉微、恶寒、体温降低等症雪上加霜。附子能兴奋迷走神经中枢而有强心作用，强心成分可耐高温久煎，可能是钙而不是生物碱部分。附子冷浸液

对离体蟾蜍心脏的作用可因温度不同而产生不同的作用，在18℃以上的环境中，乌头碱的毒性作用占优势，先出现振幅增大，频率增加，后则产生心脏传导阻滞，使心跳停止；在12℃以下的环境中，其强心作用占优势。这一结果也部分说明，临床上阳证（热证）用附子易于中毒而阴证（寒证）则不易中毒的道理。附子乃回阳救逆之神药，用时久煎，既减毒副作用，又增回阳救逆之力，与现代药理研究基本一致。在此阳气极度虚衰的关键时刻，只有加用附子减去芍药，方可达到“振起残阳病可安”之目的。

王合三论温病

伤寒温病证治

叶天士谓：温邪上受，首先犯肺，学者宗之。不知风寒之邪，亦犹是也……若伤风病菌，常居于鼻腔之内，乘人身温度忽然变低之时，即入肺经，故喷嚏咳嗽，而后见脉浮头痛发热恶寒等症，是皮毛为肺之合，肺既病而皮毛无不病。我国医人，每见太阳之症如是，遂谓风寒之邪由皮毛入，亦因不知病菌之理也。冬日病以伤寒多见，但并非无温病耳。春日多温病，亦非无伤寒也。若冬日气候反温，春日气候反寒，则冬也可病温，春又何尝不会患伤寒病？首先犯肺之温邪与太阳伤寒之病菌（寒邪）不同，治当有异。

【按语】 “伤寒”、“温病”仲景统属于“太阳病”。西

医称流感、感冒病。由于临床表现不同，将“太阳病，或已发热，或未发热，必恶寒，体痛，呕逆，脉阴阳俱紧者，名为伤寒”（《伤寒论》第3条）。而症见“太阳病，发热而渴，不恶寒者，为温病”（《伤寒论》第6条）。这样划分伤寒与温病，可谓经纬分明，无可非异。王合三先生在前面已作了清晰的说明，曰：“温邪上受，首先犯肺，学者宗之。不知风寒之邪，亦犹是也。”伤寒、温病共同的病位在肺与皮毛，并非是伤寒病邪从皮毛（肌肤）入，温病病邪从口鼻入。正如元·王履《医经溯洄集·张仲景伤寒立法考》曰：“夫伤寒温暑，其类虽殊，其所受之原则不殊也。由其原之不殊，故一以伤寒而为称，由其类之殊，故施治不得以相混。以所称而混其治，宜乎貽祸后人，以归咎于仲景之法，而委废其大半也。吁！使仲景之法，果貽祸后人，《伤寒论》不作可也。使仲景之法，果不貽祸于后人，《伤寒论》岂可一日缺乎。后人乃不归咎于已见之未至，而归咎于立法之大贤，可谓溺井怨伯益，失火怨燧人矣。”其致病之“病菌”现已查明，流行性感胃是由流感病毒引起的急性呼吸道传染病，病原体为甲、乙、丙三型流行性感胃病毒，通过飞沫传播。流感病毒，尤以甲型极易变异，往往造成大流行。张仲景在《伤寒论·序》中告戒后人：“余宗族素多，向余二百。建安纪年以来，犹未十捻，其死亡者，三分有二，伤寒十居其七。感往昔之沦丧，伤横夭之莫救……”说明当时“伤寒”流行者众，死伤者多。当今流行性感胃，不仅在一地、一区、一省、一国，而且导致全球性大流行。如2000年春季寒潮袭来时，因为空气寒凉，使呼吸道局部温度降低，毛细血管收缩，局部供血减少，粘膜上皮纤毛活动减慢，外部细菌和病毒及寄生于粘膜上致病物质如病毒、细菌等，即会在免疫力减低的情况下生长繁殖，

发生疾病。2000年1月11日《深圳商报·国际新闻》在大流感肆虐欧美的标题下，报道了“英国进入瘟疫（按国际公认标准比例达4‰便称为瘟疫）状态”，因英国已达到3‰。最多的是苏格兰，已达到5.4‰，而且这些数字还在增长。加拿大医院应接不暇，医疗部门警告，注射了防流感疫苗的人，也有患流感的可能，因为这场流感并非一种病毒。美国呼吁全民注射疫苗。次日（2000年1月12日），《深圳商报·港澳台新闻》以“流感袭英美，香港应无恙”为标题进行报道，然时隔2天（1月14日），《深圳商报·港澳台新闻》以“港人染感冒每天达5万”进行了报道。香港的“灾情”虽较欧美等地为轻，不过，部分公立医院的病床仍因流感患者增加而爆满。每天患感冒的人数约达5万。台湾也有最少10万人患病。据悉，这次除A型感冒大流行外，还有季节性腺病毒流行。以上是2000年春季寒潮所致流感的有关报道，显示其传染性和多种病毒、细菌交叉感染有关，意在引起重视。伤寒、温病治则大不相同，前者宜辛温解表，后者宜辛凉解表。就以往临床体会，伤寒少于温病。伤寒当别表实、表虚。表实用麻黄汤，表虚则用桂枝汤。若因误治、失治等病邪从表入里，如见恶寒发热、寒热往来、胸胁苦满者，病入半表半里，可用小柴胡汤。若传入阳明，当别在经在腑之不同。在经用白虎汤，入腑用大承气汤。日本名医本间枣轩将流行性感冒称为“六行中风”。认为临床症状随流行情况及个人体质不同而差异极大。麻黄汤用于流感初期，太阳病之体壮阳实证。以完全无汗、关节痛、特别是轻微咳嗽为要点。服药后身体保暖，出微汗即可速愈。若仍见恶寒，汗出不止，则用桂枝汤调和营卫治之（《日本汉方医学精华》流感）。温病邪在表未入肺，治用银翘散，入肺见咳者，选用桑菊饮。本人在西

藏曾用辛凉轻剂银翘散等治流行性感冒 100 余例，少者 3 剂则愈，多则 6 剂即可。但当随其变，运用吴鞠通《温病条辨》方。治温病切忌用辛温之药，所谓“桂枝下咽，阳盛则毙”也。

温邪“热变最速”之缘由

温邪之变热，最为迅速，不若伤寒之十三四日，犹有麻黄桂枝证也。故逆传心包，已为热证。当其邪尚在肺之时，是温邪尚未尽变热耳。

按外感温病，所以异于伤寒病，即此一点，既曰热变最速，当其未变之初，果为何症，当用何药？学医者当悟此言外之意。或者因气候不同，温度差异，病菌增殖之速率亦异耳。

【按语】 王合三先生在文中提出了几个问题：首先需要弄明白的是“温”邪与“热”邪有何不同？王合三先生曰：“当其邪尚在肺之时，是温邪尚未尽变热耳”，如果“温”邪变为“热”，当是“逆传心包”。可见“热”邪比“温”邪严重。常言说，火为热之极，热乃火之渐，若“温”与“热”相比时，应当是“热”为“温”之重（极），温为热之轻（渐）。不只是程度不同，在病势上亦有很大差别！温病的正常发展规律是：“卫之后方言气，营之后方言血”（叶天士）。此言病邪由浅入深。若温邪突然化热，不按以上顺序而内陷心包，故称“逆传心包”。叶天士谓此“温邪则传变最速”，即王合三先生“温邪之变热，最为迅速”之言。均指“逆传心包”而言也。叶天士曰：“盖伤寒之邪留恋在表，然后化热入里，温邪则热变最速。”其次回答了王合三先生提出的当其

未变之初果为何症？当用何药？答曰：温邪尚未化热，当属温病早期，亦即仲景《伤寒论》第6条“太阳病，发热而渴，不恶寒者，为温病”。因属温病早期，宜辛凉轻剂银翘散或桑菊饮。叶天士曰：“温邪未传心包，邪尚在肺，肺主气，其合皮毛，故云在表。在表初用辛凉轻剂，挟风则入薄荷、牛蒡之属，挟湿加芦根、滑石之流，或透风于热外，或渗湿于热下，不与热相搏，势必孤矣。”王合三先生对《伤寒论》第6条亦作了详细分析，并提出治疗方法及注意的问题。曰：“既名太阳病，则必脉浮头项强痛而恶寒也。发热亦太阳病必有之症，惟口渴一症，乃因体温高，水分耗，已与感冒恶水之太阳病不同矣。况又不恶寒，明明与太阳病或已发热，或未发热，必恶寒之条文全然相反，岂可因其脉浮头项强痛而认为太阳之风寒病乎？可知发热者，内之体温高也；口渴者，内之津液耗也；不恶寒者，病不在肺。故仲景不名伤寒，名之为温病。按风寒外束，郁而发热，其发热也翕翕；温邪内受，久而化热，其发热也蒸蒸。发热虽同，而其所以发热则异也。内热既久，血分中水分丧失，故口渴。一切寒凉之物，客于其身，则必非常爽利，盖其内热既甚，见寒则喜，见热则恶，必然之理也。故阳明篇之太阳转属阳明，有不恶寒反恶热之语，此病即肠热病之初起，既冠以太阳病三字，审其见有表证，则于清热方中，兼用一二味表药，可以促短病，断不可早用硝、黄或甘汞之类而造成肠炎出血肠穿孔之重症”。此结合具体病症，对各症进行分析，亦回答了上面两个问题。王合三先生最后又曰：“伤寒多有变症，温热虽久，在一经不移。”似乎与“伤寒十三日，不解”相矛盾，其实不然。从根本上说，温邪传变最速，是邪热盛，正不足以抗拒病邪，才迅速从温化热，“逆传心包”。又言“温热虽久，在

一经不移”，此乃正盛，可抗拒温热之邪，故在一经不移。与伤寒十三日不解，同一道理。若翻开仲景《伤寒论》第4条和第5条一看自明。曰：“伤寒一日，太阳受之，脉若静者，为不传。颇欲吐，若躁烦，脉数急者，为传也。”又曰：“伤寒二三日，阳明、少阳证不见者，为不传也”。切勿拘泥时日。

通阳不在温而在利小便

温病耗阴，人所易知也，救之立竿见影，故曰易。湿温郁阳，人所易忽也，通之如煮茧抽丝，故曰难。然救阴乃甘寒增液之法，非若景岳之用温热为通阳也，温热病之不同杂病者亦此。

【按语】 温热之邪伤人，最易伤津耗液。张仲景曰：太阳病，发热而渴，不恶寒者，为温病。温邪侵入肌表，灼伤津液，故不恶寒，反恶热，口渴。温易挟湿，若温邪挟湿，使温热之病更加复杂。因湿为阴邪，易伤阳气，绵缠难愈，故有“温热（指温挟湿）虽久，在一经不移”之言。阳气损伤，一般疾病，特别是内伤杂病，当用回阳方法如附子、干姜之类，而此湿温为患，用附子等药，易助热邪，用利湿之药，又易耗津。病情缠绵，日久难愈。如湿热郁于下焦，可见神昏，下腹硬满，不大便等。此不大便腹满诸症，系湿热郁阳所致，非阳明腑实证，用承气汤，得利则愈。而湿温所致者，治之如茧抽丝，可见其治之非易事，故称难治。难在不可用回阳救逆之药。若用之，轻则耗灼津液，加重病情，重则阳胜则毙；过用寒凉之品，又易助湿为患，因湿为阴邪，易伤阳气。湿热所致阳气被损，当以甘寒增液之法。正如吴

鞠通所说：“此湿久郁结于下焦气分，闭塞不通之象，故用能升能降、苦泄滞、淡渗湿之猪苓，合甘少淡多之茯苓，以渗湿利气。寒水石色白性寒，由肺直达肛门，宣湿清热。盖膀胱主气化，肺开气化之元，肺藏魄，肛门曰魄门，肺与大肠相表里之义也。晚蚕砂，化浊中清气。大凡肉体未有死而不腐者，蚕得僵而不腐，得清气之纯粹者也，故其粪不臭不变色，得蚕之纯清，虽走浊道，而清气独全，既能下走少腹之浊部，又能化浊湿而使之归清，以己之正，正人之不正也。用晚者，本年再生之蚕，取其生化最速也。皂荚辛咸性燥，入肺与大肠，全能退暑，燥能除湿，辛能通上下关窍，子更能直达下焦，通大便之虚闭，合之前药，俾郁结之湿邪，由大便而一齐解散矣。二苓寒石，化无形之气，蚕砂皂子，逐有形之湿也。”吴氏详细叙述，治“湿温久羁，三焦弥漫，神昏窍阻，少腹硬满，大便不下，宣清导浊汤（猪苓五钱，茯苓五钱，寒水石六钱，晚蚕砂四钱，皂荚子三钱，水五杯，煮成两杯，分二次服，以大便通快为度）”。使下焦湿邪浊气，自二便出，则热邪自透，阳气也通，湿温病愈。

风伤卫与寒伤营

荣气为邪热所逼则弱，卫气为邪热所郁则强。所以荣弱卫强者，以表有风邪，毛孔不闭而汗出也。得汗则表解，荣卫和矣。按成氏风伤卫寒伤荣之说，后人遵之，至唐氏尽反其说，谓寒伤卫，风伤荣，皆非也。盖病邪入肺，能令皮肤干燥。然亦有轻重之分，轻则毛孔不闭，故汗出；重则毛孔闭，故无汗。可知汗之有无，不在乎中风、伤寒，而在乎毛孔之闭与不闭，不然，大青龙证亦为太阳中风矣，何以脉紧

无汗耶！

【按语】 关于营与卫的生成及其功能，早在《灵枢·营卫生会》即有论述，曰：“人受气于谷，谷入于胃，以传与肺，五脏六腑，皆以受气，其清者为营，浊者为卫，营在脉中，卫在脉外，营周不休。”《灵枢·卫气》曰：“五藏者，所以藏精神魂魄者也；六腑者，所以受水谷而行化物者也。其气内于五藏，而外络肢节。其浮气之不循经者，为卫气；其精气之行于经者，为营气。阴阳相随，内外相贯，如环之无端。亭亭淳淳乎，孰能穷之。然其分别阴阳，皆有标本虚实所离之处。能别阴阳十二经者，知病之所生；候虚实之所在者，能得病之高下；知六腑之气街者，能知解结契结于门户；能知虚实之坚软者，知补泻之所在；能知六经标本者，可以无惑于天下。”《内经》将营卫气血的生成、部位、功能、生理病理、阴阳虚实等都作了清晰的阐述。气血的关系极为密切。血为阴，气为阳。血的化生与运行必依赖于气的作用，而气作用的发挥又必须有血的滋养。气血的协调和统一，是循环周身，维持人生命的保证。疾病的发生发展变化无不与气血有关。故有气为血之帅，血为气之母，气行则血行，气滞则血瘀之说。气即卫，营即血。营卫协调统一，则不会发生疾病，否则疾病尤生。仲景在《伤寒论》中特别强调“营卫和”，就是这个道理。太阳中风与太阳伤寒，即是风寒之邪伤于肌表使营卫不和所致，从而形成表虚与表实两种不同的病理变化。故仲景在《伤寒论》第2条即曰：“太阳病，发热，汗出，恶风，脉缓者，名为中风。”在第3条曰：“太阳病，或已发热，或未发热，必恶寒，体痛，呕逆，脉阴阳俱紧者，名为伤寒。”太阳中风者，症见恶风，汗出，脉浮缓，属表虚。太阳伤寒者，症见恶寒，无汗，脉浮紧，属表实。

表虚宜用桂枝汤解肌，表实宜用麻黄汤发汗。故成无己《伤寒明理论》曰：“伤寒恶寒，何以明之？恶寒者，风寒客于营卫之中也。惟其风寒客于营卫，则洒淅然恶寒也。惟其营卫之受风寒，则啬啬然不舒也。其恶寒者，非寒热之寒也，又非恶风也。且恶风者，见风至则恶矣，得以居密室之内，帟帐之中，则坦然自舒也。至于恶寒者，则不待风而寒，虽身大热而不欲去衣者是也。寒热之热，谓寒热更作，热至则寒无也。其恶寒虽发热而不欲去衣也，甚则至于向火覆被而犹不能遏其寒也。所以然者，由阴气上入阳中，或阳微，或风虚相搏所致也。恶寒一切属表，虽里证悉具，而微恶寒者，亦是表未解也。犹当先解其外，俟不恶寒为外解，乃可攻里也。经曰：发热而恶寒者，发于阳也；无热而恶寒者，发于阴也。谓如伤寒，或已发热，或未发热，必恶寒者，谓继之以发热，此则发于阳也，若恶寒而蜷，脉沉细而紧者，此则发于阴也。在阳者可发汗，在阴者可温里。恶寒虽悉属表，而在表者亦有虚实之别。若汗出而恶寒者，则为表虚，无汗而恶寒者，则为表实，表虚可解肌，表实可发汗。”又曰：“伤寒恶风，何以名之？《黄帝内经》曰：卫气者，所以温分肉，充皮肤，肥腠理，司开阖者也。风邪中于卫也，则必恶风。何者？以风则伤卫，寒则伤营，为风邪所中，分肉不温而热矣，皮毛不充而缓矣，腠理失其肥，则疏而不密，开阖失其司，则泄而不固，是以恶风也。是恶风恶寒二字，均为表证，其恶风则比之恶寒而轻也。恶寒者，啬啬然憎寒也，虽不当风，而自然恶也。恶风者，常居密室之中，帟帐之内，则舒缓而无所畏也，一或用扇，一或当风，淅淅然而恶者，此为恶风者也。恶寒则有属于阳者，有属于阴者，及其恶风者，悉属于阳，非若恶寒之有阴阳也……恶风虽悉在表，而

发散又自不同。若无汗而恶风者，则为伤寒，当发其汗。若汗出而恶风者，则为中风，当解其表。里证虽具，而恶风未罢者，尤当先解其外也。”明确指出：“风则伤卫，寒则伤营。”曰：“按成氏风伤卫寒伤营之说，后人遵之。”王合三先生亦同意成氏之学说，另外，又有所创新。曰：“太阳病，热郁皮下，故发热。然毛孔尚未全闭，故汗出。惟其热郁皮下也，故恶风。惟其毛孔未全闭也，故脉虽浮，而仍见怠缓之象，此外感之轻者也。后人往往以风寒二字泥之，误矣。”认为不在乎中风、伤寒，而在乎毛孔之闭与不闭。又解释曰：“伤风病菌，常居于鼻腔之内，乘人身温度忽然变低之时，即入肺经，故喷嚏咳嗽，而后见脉浮头痛发热恶寒等症，是皮毛为肺之合，肺既病而皮毛无不病。我国医人，每见太阳之症如是，遂谓风寒之由皮毛入，亦因不知病菌之理也。”此言因致病菌从呼吸道入肺而引起太阳伤寒和太阳中风诸证。“轻则毛孔不闭，故汗出。重则毛孔闭，故无汗。”此中西医两种学说，被王合三先生融汇贯通。此王合三先生发仲景之不可发者，又一贡献矣！

卫气营血证治法

“卫之后方言气，营之后方言血。”叶氏治病之法，精细之至，真长沙之功臣也。外感温病之邪，初在汗腺，故可汗之，使由毛孔而出，如葱豉银花等汤是。到气仍由毛孔而解，然不能遂解，即用辛凉发汗等剂，亦犯劫津之戒，必用轻气之药，如瓜蒌、黄芩、栀子、苇根与益胃等药，使气热得清，然后战汗透邪也。大凡治病，必先虑邪之出路，然后可水到渠成。邪方入营，不能逐之，使从下解，故必使委委曲曲，

达出皮毛，方为正治，故用犀角、羚羊、元参与清营等药，营热清，则陷入之邪，退出气分。津液足则邪仍透皮毛而解，往往斑出之后，有一层汗疹，出于其上，此即透热转气之明证也。邪入血分，与血相搏，煎熬血液，故须凉之散之，如用生地、丹皮、阿胶、赤芍等，如勋臣之活血，孟英之破瘀，皆从此悟出，必要时，桃仁承气汤亦可借用也。治病之步骤，皆有一定，在卫则汗，到气则清，入营透热转气，入血凉血散血，否则，缓急之序不循，动手便错，不但不能愈病，且反生病矣。

【按语】 卫气营血，为病邪由浅入深，从表入里的一种转化过程。这是继《内经》《伤寒论》之后对卫气营血又一次赋予新的内容，此为叶天士治温病经验之总结。王合三先生又予以发辉，也是仲景、叶氏之功臣也。卫气有温养肌肤，抗御外邪入侵，调节汗孔毛窍开合之功，故《内经》曰：“卫气者，所以温分肉，充皮肤，肥腠理，司开合者也。”病邪入卫，卫气与温邪抗争，可出现微发热、微恶寒、口微渴、头痛、咳嗽、脉浮数、舌边尖红、舌苔薄白等症，当尊叶天士“在卫汗之可也”，用辛凉轻剂桑菊饮。方中桑叶、菊花、薄荷疏散风热，连翘、芦根清热生津，杏仁、桔梗、甘草宣肺止咳。若发热较重，呈现“但热不恶寒而渴者”，可用辛凉平剂银翘散。金银花、连翘、薄荷、荆芥、豆豉清热解表，芦根、竹叶清热生津，桔梗、牛蒡子、甘草宣肺利咽。若卫分不解，化热入气分，是正邪抗争剧烈之阶段，症见但热不恶寒，反恶热，面红目赤，烦躁不安，大汗出，口渴喜冷饮，舌质红，舌苔黄，脉象洪大有力，治宜“到气才可清气”，用清气透热法，方用辛凉重剂白虎汤。用生石膏、知母清热生津，粳米、甘草益胃护津。若热结肠胃，症见痞、满、燥、

实、坚之阳明腑实证者，用大承气汤。大黄，泻火凉血，攻积导滞；芒硝，泻热通便，软坚破结；川朴，下气消胀，除满；枳实，破气散结，除痞。若因热盛耗伤津液，致“津液不足，无水舟停者”，使津枯大便燥结不通，可用增液承气汤。方中元参、麦冬、生地清热生津，大黄、芒硝泻热存津。气分病未解入营，也有从卫分不经气分直传入营，叶氏称“逆传心包”，或不经卫分、气分，得病即在营分。这是温热病进入营分的三种情况。营分为气分之深，血分之浅，营气通于心，营分有热，势必累及血分，影响心（心包）神，症见高热夜重，昼静夜燥，口干而不甚渴，心烦不寐，舌绛无苔，脉细数，甚则神昏谵语，可采用“入营犹可透热转气”，使营分之热转出气分得解，用清营汤。犀角清心热，丹参清营泻血，生地清热凉血，元参、麦冬滋阴清热，金银花、连翘、黄连、竹叶清热解表。若见高热，神昏谵语，四肢厥凉或抽搐者，用清宫汤（元参、莲子心、竹叶、连翘、犀角、麦冬）配服安宫牛黄丸、紫雪丹、局方至宝丹。抽搐加蜈蚣、全蝎、羚羊角等。若营热进一步加重，或由气分热盛不经营分直入血分，是温热入血的严重阶段，可出现吐血、衄血、便血、斑疹、抽搐、若惊等症。肾为真阴真阳所在，热邪动血，耗血过甚必损及于肾，易造成伤阴或热灼亡阴之证。症见身热夜甚、烦扰不寐，甚者神昏谵语，舌质深绛，脉细数，兼见斑疹，衄血等，应凉血散血，用犀角地黄汤。犀角、生地清热解毒，凉血止血；赤芍、丹皮凉血散瘀。若身灼热，皮肤出现斑点，色鲜红或紫黑，甚或神昏谵语者，用化斑汤、白虎汤加元参、犀角凉血化斑。病至后期，肾阴耗伤，肝失所养，出现低热，手足颤动，拘挛，口干舌燥，神倦心悸舌绛，脉虚数者，用大定风珠（白芍、阿胶、生龟板、地黄、

麻仁、五味子、生牡蛎、麦冬、生鳖甲、炙甘草、鸡子黄) 滋阴潜阳熄风。温病发病急，变化快，症状重，临床必须细心辨证，严密观察，症变法变，随证治之，常可迅速获愈，否则逆症、坏证丛生，直至不治。

邪汗并出宜益胃法

温邪不逆传，即有外出之趋向，所以不能作汗者，以流连日久，津液暗耗之故，法宜益胃，如吴氏之增液法。阴液既充，邪亦混合其内，血活动，而邪亦活动，体温必高，热气达于汗腺，汗腺分泌，则腠理开，邪汗一并而出矣。然此是人为的，非天然的，故发战汗。叶天士曰：“若其邪始终在气分流连者，可冀其战汗透邪，法宜益胃，令邪于汗并，热达腠开，邪从汗出。”若邪盛正虚，令邪与汗尽并，故虽战振而不能尽出，必待二三日后，再服益胃药，而发战振，此候瘟疫中常有，非有经验者不知。

【按语】 温病从汗解者，大体不外三种情况：其一，在卫汗之。因温邪在表，用辛凉发汗药，则病从表解。王合三先生曰：外感温病之邪，初在汗腺，故可汗之，使由毛孔而出，如葱豉银花等汤是。其二，到气方可清气。温从卫分入气分，不可用治卫分之药治之，亦易伤津，当用清气分之药使气分热清，温热之邪常战汗而解。王合三先生曰：温热之邪，到气仍由毛孔而解，然不能遽解，即用瓜蒌、黄芩、栀子、苇根与益胃等药，使气热得清，然后战汗透邪也。其三，入营则透热转气。因温热之入营，有从卫分入气分入营分者，有不经卫分直接从气分入营分者，有不经卫分、气分直入营分者。不论何种情况，温热之邪入营初期，用清营法，透出

气分。王合三先生曰：“大凡治病，必先虑邪之出路，然后可水到渠成。邪方入营不能逐之，使从下解，故必使委委曲曲。达出皮毛，方为正治，故用犀角、羚羊角、元参与清营清宫等药。营热清，则陷入之邪退出气分。又曰：津液足，则邪仍透皮毛而解，往往斑出之后，有一层汗疹，出于其上，此即透热转气之明证也。”非临证观察细微经验丰富者不能知也。再说温邪未逆传心包，自当有从汗解之趋向，而久久不作汗者，虽正气不足，但仍可抗拒温邪暂不入里，又不可驱邪外出，实因温热之邪，流连日久，津液暗耗，难于作汗，故当益胃。因胃为水谷之海，应当保护胃气，胃健则水有源。今津液暗耗，难于作汗，亦水源不足，则胃中水液不足。若胃气尚好，水入不足者，当补之以水分，如给予热粥面汤、糯米汤、梨汁等；若胃被热邪耗灼，用热粥等；无济于事时，可用增液法，如五汁饮（梨汁、荸荠汁、鲜苇根汁，麦冬汁、藕汁，临时斟酌多少，和匀凉服，不甚喜凉者，重汤炖温服）、增液汤（元参一两，麦冬八钱，连心，细生地八钱，入水八杯，煮取三杯，口干则与饮令尽，不便再作服）等。胃气和，水源自足，津液可达肌表，腠理开，邪汗并出，得战汗而解。吴又可《温疫论》曰：“温疫得下证，日久失下，日遂下利纯臭水，昼夜十数行，乃致口燥唇干，舌裂如断，医者按仲景协热下利治法，与葛根黄连黄芩汤。服之转剧，余诊视，乃热结旁流，急与大承气汤一服，去宿粪甚多，色如败酱，状如粘胶，恶臭异常，是晚利止。次日服清燥汤一剂，脉尚沉，再下之，脉始浮，下证减去，肌表尚存微热，此应汗解，虽不得汗，然里邪先尽，中气和平，所以饮食渐进，半月后忽作战汗，表邪方解。盖缘下利日久，表里枯燥之极，饮食半月，津液渐回，方能得汗，所谓积流而渠自通也。可

见脉浮身热，非汗不解，血燥津枯，非液不汗。昔人以夺血无汗，今以夺液亦无汗，血液虽殊，枯燥则一，则知温疫非药可得汗者矣。”

温病不可固守气血分当下则下

邪在气分，当从外解。邪入血分，当从下解。治温病一定之法也。今邪在三焦网油之上，若能外解，为最好之机会，而竟不得者，以阳明里结之故，与太阳病汗出不彻因而转属阳明，同为一例，在气当汗，在血当下之，然邪虽在气分，而里已结实，若再谬于气血之分，是因循致误也。

【按语】 温病之邪侵入人体，先自口鼻入于肺经，肺合皮毛，从而发生“太阳病，发热而渴，不恶寒者，为温病”（《伤寒论》第6条）。亦即叶天士所讲的“温邪上受，首先犯肺”。此属卫分，治当采用辛凉解表，所谓“在卫汗之可也”的治法。若由于误治、失治，正虚邪盛之时，温热之邪，可从卫分进入气分，说明病邪由浅入深。但是，由于病邪的强弱、毒力的大小以及人体抗病能力，有时并不按照卫气营血这样一种传变方式。即在转化过程中，见气分证候突出时，营分证亦同时显露；更有热势弥漫气分之热兼见营分热，同时涉及血分亦受燔灼者；亦有温邪化热，不经卫分、气分，而直接入营、入心者。即叶香岩《外感温热篇》开首所言“温邪上受，首先犯肺，逆传心包”。肺主气属卫，“心主血属营”。王合三先生注曰：“以口鼻是人最高之地位，故曰上受。首犯之地，即为肺经，因肺开窍于鼻也，肺系空气，藉心之小循环，而输送于心中，故肺经受温邪。若不能由毛孔排泄体外，即往往传于心中。不特此病为然，一切温热之病，由

口鼻而传染者，莫不如是。病由气入血，故曰逆传。”对于温邪入肺，逆传心包的内在条件，王合三先生曰：“当其邪尚在肺之时，是温邪尚未尽变热耳。”又曰：“故逆传心包，已为热症。”此言温邪传变最速，即指出温邪在肺，化热则逆传了心包。此为温病不可固守气血之分原因之一也。其二温邪不按照卫气营血传变，亦不是逆传心包，而是“气病不传血分，而邪留三焦，亦如伤寒中少阳病也。彼则和解表里之半，此则分消上下之势，随证变法”。临证切不可固守常规，自当“随证变而法变，因对温病的治疗，既遵照叶天士所言之法，卫之后方言气，营之后方言血，在卫汗之可以，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……否则，前后不循缓急之法，虑其动手便错，反致慌张矣。”在遵守一般治疗方法的同时，还要注意到，由于正邪交争的强弱，有无合病、并病等，表现出千差万别的诸多症状，应当随证变法，如卫气营血，互相兼见者，当随其兼，顾其偏而治之。如见气血两燔等，不可犯固守一法之过也。同时，也要注意伤寒与温病在治疗上的差异，不可混为一谈，在这方面王合三先生有正确的解说，曰：“上受之湿温，不传心胞，而留恋于三焦，即吴又可所谓邪入膜原，此症必见往来寒热之候，故曰亦如伤寒中少阳病也。”又曰：“伤寒之邪在三焦，当和解表里之半，湿温之邪在三焦，则分消上下之势，随证变法，在上则用杏仁，在中焦则用厚朴，在下焦则用茯苓，如湿温弥漫三焦，则用温胆汤之走泄，盖竹茹、枳实以利上焦，二陈以利中焦，茯苓以利下焦，一方而兼治之矣。”切不可死板，所谓“按章办事”、“遵经守法”，不能前后理解文意，灵活运用法则，往往动手便错。故王合三先生告戒后人曰：“若能外解，为最好之机会”，亦符合一般治温病之治

则，但必须注意，“虽在气分，而里已结实”，这时千万不可只遵循在卫汗之，到气才可清气……应随证变法”，“若在谬于气血之分，是因循致误也”。故治温病，不可固守气血之分，而邪留三焦，“必致成里结”，当下则下之理自明矣。

温病大腹证须验舌论治

脐上为大腹、小肠之部位，满胀痛，为邪气所盘踞，此时病邪离胃入肠，为入里之确据，断断无从外解之理，故表证未无，即存亦不过十分之一耳。叶天士指出：“亦要验之于舌，或黄甚，或如沉香色，或如灰黄色，或老黄色，或中有断纹，皆当下之，如小承气汤，用槟榔、青皮、枳实、元明粉、生首乌等”（按生首乌是否对证，待酌）。若既无舌苔之足凭，不可骤指满胀痛为实，果审其有别样原因，当用别法治之也。苔黄不厚，为邪在气分，虽热而不兼湿，故舌上所生之粘垢不多，然不燥而滑者，为身中津液未伤，舌上尚有分泌，故清气分之热邪，自透表而解，不可因苔黄而误下矣。津液一伤，苦味最重之药当禁，恐其化燥之故，宜甘寒轻剂，以养脾胃之阴，恐其过寒凉也。

【按语】 大腹在脐上，其内为小肠之部位。王合三先生先将体表“大腹”部位与解剖部位相联系。全身性疾病，都不同程度地反应于舌，而胃肠道疾病与舌的变化，尤为密切，特别是温病出现大腹的胀满、疼痛等症状，一定要注意舌的变化，对了解病证的寒热、虚实，在表、在里等，有重要意义。故叶天士指出“亦要验之于舌”，脉症合参，才不至有误。所以特别指出验舌与大腹出现的病症相结合，对临床诊治，选用方药，都十分重要。明确了以下三个问题：第一

“大腹”病变，是病邪经胃入肠。“离胃入肠”证明病已入里至小肠，这并不是百分之百入里，而表证占的比例“亦不过十分之一耳”，但不能仅凭此就冒然采用治里之法，即使有大腹满痛胀症状，亦要验之于舌，全面分析之后，再决定用药。如舌见黄甚、沉香色、灰黄色、老黄色，或中有断纹，方可采用下法。“若既无舌苔之足凭，不可骤指满痛胀为实。”必须局部症状与验舌一致，全面分析之后，“知犯何逆”，再随证治之，才不致有误。第二，容易发生错误是因辨认不细。如苔黄不厚不燥而滑，此为邪在气分，津液未伤，与前面所说“黄甚”、“老黄”等不同，故不可用下法，当用“清气分之热邪，自透表而解，不可因苔黄而误下也”。其次如苔薄而干，津液伤，治当用甘寒轻剂，以吴鞠通氏增液法，养肺胃之阴可愈，苦味化燥之品当禁。第三，“大腹”部位上接于胃，下与大肠相连。以小肠为主的“大腹”病变，必然会与“大腹”以上的“胃”和“大腹”以下的“大肠”相互影响。临床症状，除各有其主症外，有时会有两者兼见或三者兼见之病症。此时医生必须鉴别清楚，方可正确施治。王合三先生之所以将叶天士“亦要验之于舌，或黄甚，或如沉香色，或如灰黄色，或老黄色，或中有断纹，皆当下之，如小承气汤，用槟榔、青皮、枳实、元明粉、生首乌等，其中生首乌，是否对证，待酌”之文引用，这是有“意”让人去理解、深思，达虽未直言，胜似直言之目的。叶氏此原文，不仅强调了验舌的重要性，并根据舌“黄甚”，或如“沉香色”、“灰黄色”、“老黄色”、“中有断纹”，而不直言用小承气汤、大承气汤或调胃承气汤，而言“如小承气汤，用槟榔、青皮、枳实、元明粉、生首乌等”。其深意有三：一“如小承气汤”。正是病邪入里于胃下，大肠上之中间小肠部位，可用小承气汤，而

不直言“宜”小承气汤者，是让学者根据除“大腹”出现的“满胀痛”和“亦要验之于舌”之外，全面“合参”之后再选择最“佳”治疗方药。因三承气汤适应证各不相同，药物组成、剂量也不一样，因此临证要针对病者的目前实际情况，选用大、小承气汤或调胃承气汤，既可单用，亦可灵活加减。此外，用小承气汤，还可作为试探方法。如张仲景《伤寒论》第214条曰：“阳明病，谵语，发潮热，脉滑而疾者，与小承气汤一升，腹中转气者，更服一升，若不转气者，勿更与之。明日又不大便，脉反微涩者，里虚也，为难治，不可更与承气汤也。”文中服“小承气汤一升，腹中转气者”，系指服后真有转矢气，知内有燥屎，因剂量小，未能速下，可再服一剂，阳明内结之燥屎可排出也。若服后未见转矢气，不可更与之，因不是阳明内结，故无燥屎，切不可再服。故曰：“若不转气者，勿更与之。”系因里虚，病属难治，不可更与承气汤。其二叶氏言“用槟榔、青皮、枳实、元明粉、生首乌等”。意在针对病情变化、轻重程度以及有无兼症等，根据病势轻重缓急，任选其适合病症之药物，故在生首乌之后，又加一“等”字，皆此意。正如唐容川所言：“三承气汤，不但药力有轻重之分，而其主治亦各有部位之别，故调胃承气汤，仲景提出心烦二字，以见胃络通于心，而调胃承气，是注意在治胃燥也。故以大黄色黄归土，气烈味苦，大泻中土之热者为主，佐以芒硝，所以润燥而合以甘草，使药力缓缓留中，以去胃热，故名调胃也。对大承气汤证仲景提出大便已硬四字，是专指大肠而言，大肠居下，药力欲其直达，不欲其留于中宫，故不用甘草。大肠与胃同禀燥气，故同用硝黄以润燥。用枳朴者，取木气疏泄，助其速降也。若小承气汤，则重在小肠，故仲景提出腹大满三字为眼目，盖小肠正当大腹

之内，小肠通身接连油网，油是脾所司，膜网上连肝系，肝气下行，则疏泻脾土，而膏油滑利，肝属木，故枳朴禀木气者，能疏利脾土，使油膜之气，下达小肠而出也。又用大黄归于脾土，泻膏油与脾之实热，此小承气所以重在小肠也。其不用芒硝，以小肠不禀燥气，不取硝之润滑。至于大承气亦用枳朴者，以肝木之气，从油膏下接大肠，《内经》所谓肝与大肠通也。三承气汤药力，皆当从胃中经过，从大肠而去，但其主治各有区别，用者当审处焉。三承气汤作用部位、主证等可参见下表：

三承气汤适用部位、主证、药物

方名	部位	主证	治法	药物
调胃承气汤	胃	心烦、胃中燥热、腹胀满	调胃	大黄、甘草、芒硝
小承气汤	小肠	脉滑而疾、微潮热、汗多、微烦、腹胀满、大便硬、小便数	和下	大黄、厚朴、枳实
大承气汤	大肠	痞、满、燥、实、坚	攻下	大黄、芒硝、厚朴、枳实

其三即王合三先生在括号中“按生首乌，是否对证，待酌”。此当又一深层次思考，亦是王合三先生有意提出让学者对生首乌这一味药“待酌”。愚思之不外可用、不可用。当以“可用”为叶氏之意图。因生首乌味苦、甘、涩，性温，能解毒、消痈、润肠通便、益精血，主治肠燥便秘。此亦当是温病出现“肠燥便秘”时考虑选用药物之一。实际和叶天氏

“虽有脘中痞闷，宜从开泄，宣通气滞，以达归于肺，如杏、蔻、橘、桔等，是轻苦微辛，具流之品可耳”与本条“皆当下之，如小承气汤，用槟榔、青皮、枳实、元明粉、生首乌等”有相似之处，即根据病证，灵活选用药物可也。

温热传营验舌证治法

邪传入营，血管涨大，周身皆发红色，猩红热病，最易见之。其他邪气轻微，肉眼不易辨认，然舌之粘膜，一望即知。叶天士曰：“初传绛色，中兼黄白色，此气分之邪未尽也，泄卫透营，两和可也。”又曰：“纯绛鲜色者，胞络受病也，宜犀角、鲜生地、连翘、郁金、石菖蒲等。”邪入心胞，延之数日，或素日心气虚，与胃中疫盛热邪相合，混为一家，心虚者，血中水分立涸，有痰者，蒙蔽清阳，将有痉厥之变矣。此时植物药品，不足以开其闭，必用金石动物药品，如牛黄至宝之类，以穿经搜络芳香透达也。若“再色绛而中心干者，乃心胃火燔，劫烁津液，即黄连、石膏亦可加入”。如舌上四边虽红，而中心或见黄白之色而干者，虽烦渴烦热，乃上焦热气灼津，既非邪入血分，断不必先用血药，恐其滋腻过甚，反使邪不能透卫而出，只用凉膈散，以清气分之热。再看舌色，变化何如，随症治之。阴虚之体，往往初起而舌即绛，王孟英亦常言之，望之若干，扪之原有津液，此属津亏，分泌甚少之故，若再受湿热之邪，气将竭之，津液煎熬成痰，蒙闭心胞，亦甚易也。胃肠素有瘀血，热邪传入，则血色必紫而黯，因血管有已凝之死血，其色较回血而更紫，无生气，必发黯色，全身皆有血管，即皆有瘀伤宿血，他处皮肤较厚，惟舌上之粘膜容易见之，扪之湿，

则望之必干，此瘀阻津液之故，故加散血之品，以破瘀也。瘀与热相合，使正气不能养神经，则狂证作矣。毒气搏血，则舌色发紫，血液有毒，则舌形肿大，故曰酒毒冲心也（按舌紫而肿大，不必酒毒为然也）。干而不湿，为津液不充，晦而无光，为血球减少，此肝肾水两亏其真，色见于舌，难治。胃中有秽浊之气，故舌上现一层粘腻，急加芳香化浊之药，不然血热胃浊，而为患不浅耳。舌根强硬，此热邪侵扰，将有抽搐之变，故曰有内风也。舌绛无苔，有病之舌也。而蕈状轮状，各乳头收缩，故光亮如板，表明胃中之津液已亡，不能润泽粘膜，急用甘凉濡润之品，如六味地黄之类是也。舌已绛而火症未已，干而且燥，盖火邪深入，劫灼血管中之血清也，故急清火。舌绛为热入血分，仍有黄白之碎点，此表邪陷入血分，久热不退，血清受灼，当生疳证。疳者，小儿之痂也。舌面之乳头胀大而发红，热毒乘心使然，心者，即血也，故用黄连金汁，凉血以解毒。舌虽绛不解，为无苔，干枯而萎，为收缩，血液不充故也，急救肾液，少缓，则肾液已涸，再用药救必不受。舌心绛干，四周仍然黄白，此胃中火势燎原，心营渐次受灼，清胃肃其根本之热，清心是阻止散漫之邪，不然，舌尖再绛再干，身中之水分已涸，必虽盛不受清凉，直棘手也。舌尖乃心之外候，此处绛而干者，心火也。用导赤以泻小肠之火，小肠心之腑也。

【按语】 病邪入营有二个途径：一，气分病进一步发展入里的表现。二，不经卫分，而直接入营分，也称逆传心包。叶天士曰“温邪上受，首先犯肺，逆传心包”即是。值得注意的是营分上与气分下与血分关系密切，因病邪从营分达表，必经气分，病邪入里即入血分，营分常波及气分和血

分是不难理解的，亦是临诊时必须注意的。营分是血分之轻浅者，也是血分的前身，营分有热，势必累及血分。温热毒邪入营，在舌的表现有其特异性，即只要舌质见“绛”色，即可判邪入营分无疑。绛舌，深红色也。病邪在血分之明证。王合三先生特别指出：“邪传入营，血管涨大，周身皆发红色，猩红热，最易见之，其他邪气肉眼不易辨认。”用什么办法可补其不足呢？就是舌诊。强调了验舌的特殊性，曰：“然舌之粘膜，一望即知。”抓住望舌，见舌质绛（深红），即病邪入营分之凭证。再论邪毒入营分的治法，当是“透热转气”法，使营分之热转于气分得解。这是治邪入营分之大法，代表方剂是清营汤（犀角、丹参、生地、元参、麦冬、金银花、连翘、黄连、竹叶）。除此之外，根据病情变化，灵活辨证施治，才能取得满意的效果。如病邪未全入营，必然具有气分和血分相兼的症状，舌见绛色，苔见黄白，治当泄卫透营，可于清营方中，清气透泄之药物加减之即可。亦可参照阳明经证，代表方剂白虎汤（生石膏、知母、甘草、粳米）加减之。病邪初入心包，乃因病邪先犯于肺卫，未顺传，入气分，而逆传心包。此肺卫邪热必重，才可入心，舌必“纯绛鲜色”，兼见心神不宁等，宜犀角、鲜生地、连翘、郁金、石菖蒲等。代表方剂如紫雪丹（犀角、羚羊、滑石、生石膏、寒水石、磁石、木香、沉香、丁香、升麻、元参、炙甘草）。温热之邪入心越久，耗气伤液，或平素心阳虚弱，心阴不足之人，此时常易与胃热痰盛交织，蒙闭清窍，引动内风，出现痉厥、抽搐诸症，治宜“穿经搜络芳香透达”，代表方剂如安宫牛黄丸（牛黄、犀角、郁金、黄连、朱砂、梅片、珍珠、栀子、金箔、雄黄、黄芩）、局方至宝丹（犀角、朱砂、琥珀、玳瑁、牛黄）。若望之舌干，

扣之有津，亦属津亏，再受湿热，亦易成痰热，蒙闭心窍，致痉厥，此时植物药品菖蒲、郁金等药无能开闭，亦当用安宫牛黄丸、局方至宝丹。并可根据病情变化，如舌绛中心干，为心胃火热燔灼，生石膏、黄连可用。如舌边红，苔黄白相兼，邪尚未入血分，用清气分之热法，如凉膈散（大黄、芒硝、黄芩、薄荷、栀子仁、连翘、炙甘草、竹叶、白蜜）随证加减。舌紫黯，望之干，扣之湿，为胸膈素有瘀血，被传入血分之毒热，郁阻津液所致，用琥珀、丹参、桃仁、丹皮等，以散血破瘀。舌见紫干色晦，其真阴真阳被毒热耗灼，损及肝肾，筋脉失养，肝风内动，神昏谵语，痉挛抽搐易见，为难治之症，可在开闭之方中加蜈蚣、全蝎等，以养肝肾，内风自平。若见镜面舌，色绛光亮无苔，此胃阴伤之凭证，叶氏只言“急用甘凉濡润之品”，未言方药，王合三先生凭己经验，用六味地黄丸方（熟地黄、山萸肉、怀山药、丹皮、茯苓、泽泻）。绛舌有碎白黄点者，叶氏认为“当生疳也”；王合三先生认为，“此表邪陷入血分，久热不退，血清受灼”所致，与“伤风不解便成痙”同。至于舌见大红点者，热乘心；绛而不解，干枯痿者，肾液涸；舌中心绛干，胃热心营受灼；舌尖绛干，心火上炎等，当随其万变而治之。

温病挟风挟湿证治不同

肺主呼吸，与周身之毛孔相通，肺既受病，则皮肤之细胞自然收缩而发燥干，故肺受邪也。叶天士曰：“在表，初用辛凉轻剂。挟风，则加入薄荷、牛蒡之属；挟湿，则加入芦根、滑石之流。”此温病在表之初治也。辛凉轻剂，如吴

氏银翘、桑菊之类，轻则轻剂二字，谆谆告戒，恐重过病也。挟湿挟风，随症加减。在表治法，辛凉辛温并用，特看其症之何如，以为进退，故在表初用辛凉轻剂之言，取其顺口，亦如重则如玉女煎，同一口气，章氏改为辛平二字，则画蛇添足矣。若挟风者透风，风去而热亦解。挟湿者渗湿，湿利而热更不留。双关齐下，以孤病势，非透风渗湿之后，另治温热也。活泼泼地信手拈来，此等原因的治法，西医何能梦见。风与温合，久久不去，身中之水分暗耗，故眼中无泪，鼻中无涕，所以然者，我国谓风为阳，热亦为阳，双阳相合而劫灼津液故也。若身中之温度既高，湿度过重，热郁湿蒸，头脑受其蒙蔽，神志模糊，耳为之聾，鼻为之塞，目光亦为之不了了，此湿热相合之浊邪，害最高之地位也。然外感温病之见症，与伤寒相类，最难分析者也。然古人论伤寒，有一日太阳，二日阳明，三日少阳，四日太阴，五日少阴，六日厥阴，至七日后来太阳之说。若温病，始则肺传心胞，或入肠胃，竟有始终在肺经流通者，以此为辨也。如温而兼风，辛凉以散之，温而兼湿，甘淡以驱之，此对症之治法也，若病仍不解，必前日之症为渐欲入营之症，故治法未能丝丝入扣也。

【按语】 先生言温病、风温、湿温病证之治法，当有温挟风、温挟湿之不同，辨证治之。并指出，用药恰如其分，过轻则留邪不去，过重则助邪伤正，“谆谆告戒，恐重过病也”，并随挟风、挟湿、寒热温凉，加减施治，以为进退。如吴氏银翘散、桑菊饮，叶氏之挟风，加入薄荷、牛蒡之属，挟湿，加入芦根、滑石之流，即温而兼风，辛凉以散之，温而兼湿，甘淡以驱之，以风温、湿温、温病在表在上焦之治法矣。若温热、风温、湿温，由于正虚邪盛，或误治

失治，病邪从表入里，即从卫入气入营入血，或从上焦入中焦入下焦。其治法当随其变而治之。如到气分方可清气，见壮热、口渴、脉洪大、大烦诸症，用白虎汤为代表方剂。入营治当透热转气，叶氏用犀角、元参、羚羊角等物，方用清营汤（犀角、生地、元参、竹叶心、银花、连翘、黄连、丹皮、麦冬）或清宫汤（元参、莲子心、竹叶、连翘、犀角、麦冬），配服安宫牛黄丸（牛黄、郁金、犀角、黄连、朱砂、梅片、珍珠、栀子、雄黄、金箔、黄芩）、紫雪丹（滑石、石膏、寒水石、磁石、羚羊角、木香、犀角、沉香、丁香、升麻、元参、炙草）、局方至宝丹（犀角、朱砂、琥珀、玳瑁、牛黄、元寸）。抽搐加蜈蚣、全蝎、羚羊角等。入血，直须凉血散血，最忌耗血动血，叶氏用生地、丹皮、阿胶、赤芍等物，用犀角地黄汤（犀角、地黄、丹皮、赤芍）等。由于病邪的千变万化，除按卫、气、营、血传变外，还可涉及从表入里，如在气分可入上焦心肺，如逆传心包，相当于从卫分不经气分直中营血；亦可从上焦进一步入里发展到中焦脾胃，相当于从卫分入气分，再进一步发展到下焦，浸及肝肾，显现营、血等证。所以说三焦辨证与卫气营血辨证，有同有异，临证应两者结合，相互补充。三焦辨证说明人体上中下三部病变部位和所属脏腑，也代表温热病的发展过程和初中末三个不同阶段。至于温挟风、挟湿的治疗，遵吴鞠通法，更能显示其作用。如早期病邪在上焦，病属初起，见恶风寒者，用桂枝汤（桂枝、芍药、甘草、生姜、大枣）；但热不恶寒而渴者，用辛凉平剂银翘散（连翘一两，银花一两，苦桔梗六钱，薄荷六钱，竹叶四钱，生甘草五钱，芥穗四钱，淡豆豉五钱，牛蒡子六钱，共杵为散，每服六钱，鲜苇根煎汤，香气大出，即取服，勿过煮，肺药取轻清，过煮

则味厚而入中焦矣。病重者约二时一服，夜一服，轻者三时一服，日二服，夜一服，病不解者，作再服。盖肺位最高，药过重则过病所，少用又有病重药轻之患；如风温，但咳，身不甚热，微渴者，用辛凉轻剂桑菊饮（杏仁三钱，连翘一钱五分，薄荷八分，桑叶二钱五分，菊花一钱，苦桔梗二钱，生甘草八分，苇根二钱。水二杯，煮取一杯，日二服，二三日不解，气粗似喘，燥在气分，加石膏、知母，舌绛暮热甚燥，邪初入营，加元参二钱，犀角一钱，在血分者，去薄荷、苇根，加麦冬、细生地、玉竹、丹皮各二钱，肺热甚加黄芩，渴者加花粉）；邪入中焦，见阳明经证者，用白虎汤；见腑证痞、满、燥、实、坚胃家实者用承气汤。由于病邪猖獗，邪入下焦，见身热面赤，口干舌燥，甚则齿黑唇裂，脉沉实者，可下之；脉虚大，手足心热，甚于手足背者，用加减复脉汤（炙甘草六钱，干地黄六钱，生白芍六钱，麦冬五钱，不去心，阿胶三钱，麻仁三钱。水八杯，煮取八分，三杯，分三次服。剧者加甘草至一两，地黄、白芍各八钱，麦冬七钱，日三夜一服）。并随其变化，知犯何逆，随证治之。

温热病验舌苔证治法

肺受寒，则舌色变白，胃有湿，则舌苔发厚，寒湿化火，则舌苔虽白厚而干燥。肺受风寒，舌色微微一层白苔，当用辛温药以疏散之。外感既久，肺中之邪，渐次化热，肺津受灼，故白苔变干，斯时于疏散方中加花粉、玉竹等药养阴而不重浊之药，因病在上，故轻清以治上之品治之也。绛底为热入血分，苔白为胃家有湿邪，泻其湿而热自透，若血

中之热，仍不能透达外出，恐苔就干，再用透热之法，如紫雪、至宝之类，舌即变润。邪伏既久，水分已耗，故一病舌即干。若神不昏，乃水分未全亡，神经有所养，故可治。若神昏，为内之组织，业已破坏，不可为矣。舌上乳头胀大，不拘何色，即白亦是上焦热极，能揩去者，热渐退，旋生者，热势未已也。苔白底绛虽不燥，胸中满闷，乃肺中水分太多，胃中膈膜停饮亦盛，我医人统谓脾湿。舌有血，必问其曾刮与否，盖病湿则苔厚，人每欲刮舌，若是刮而舌有血，仍从湿治也。神识清爽，心中无邪，单见舌胀大不能出口者，是脾胃有毒，延及于口也，若血分有毒，则神昏矣，故用大黄以泻胃家。湿热聚于胰脏，胰脏者，甜肉也，其脏有热分泌之甜汁必多，上泛口甜，与胆有热口发苦，其理相同，故舌苔粘腻，口吐浊涎，我国医人，不明胰脏生汁化物之理，故曰脾瘴也。若舌上如碱者，白厚而有芒刺也，乃胃中浊秽，郁郁生热，熏蒸舌面，而生如此之苔，当急开泄，不使湿热结，则邪易解。无苔为无病，如煤隐隐，此血少不达于舌面，故不渴肢冷，为阴寒之病。舌发黑，口渴烦热，皆伏热所致，故曰胃燥舌也。胃燥不可徒攻，宜甘寒法。舌黑而润者，为阳虚证，宜甘温也。按王孟英谓：有阴虚舌黑者，苔不甚燥，口不甚渴，其舌甚赤，或舌心虽黑，无甚苔垢，舌本枯不甚赤，虽烦渴便秘，腹无满痛，神不甚昏，宜壮水滋阴，不可以为阳虚也。血虚不荣于舌，或津虚不润于色，统炙甘草汤，此舌多见于病后。叶天士曰：“若舌白如粉而滑，四边色紫降者，温疫初入膜原，未归胃腑，急急透解，莫待传陷，为险恶之病，必见凶，需要小心。”

【按语】 舌能反应人体脏腑、气血、津液的盛衰虚实和疾病的深浅变化等。这是因为手少阴心经之别系舌体，故

称“舌乃心之苗”。足太阴脾经连舌本，脾主肉。舌通过经络以及脏腑之间表里关系等，反映五脏六腑、营卫、气血、阴阳、表里的病变情况，为临床辨证论治的重要依据之一。望舌时，要注意舌体的形态大小、舌质的颜色柔嫩、舌苔的色泽及干湿度等。正常人的舌苔由胃气生成。舌面薄白而静，干润适中。有病之舌苔是由内在脏腑病理所化生，可随病气之变化而不同。如白苔主表、主寒。黄苔主里属热。热极黄苔可转为黑苔等。临床常见肺受寒舌色变白，胃有湿舌苔发厚，寒湿化火苔白厚而干等。一般来说，苔白而薄，外感风寒，当用辛温药疏散表邪。如太阳伤寒用麻黄汤，太阳中风用桂枝汤。苔白干薄，可因感受湿热之邪，灼伤肺津，当于辛凉疏散方中加麦冬、芦根等轻清之品。若因风寒化热者，于疏散方中加花粉、玉竹等养阴治上之品。舌质绛苔白者，为热入血分。胃家有湿，宜泄湿透热。邪热从气分出，宜紫雪丹、局方至宝丹，透热转气，舌自变润。起病舌干，水分已耗，神志不昏，正可抗邪，易治，于透邪药中急加扶正之药。若见神昏，叶天士言“此内匮矣，不可救药”，王合三先生言“不可为矣”，难治。当用安宫牛黄丸等加减治之，力求一线生机。舌绛苔白不燥，胸中满闷，脾湿停饮，宜清热利湿，用三仁汤（飞滑石、杏仁、白通草、竹叶、厚朴、生薏仁、半夏、白蔻仁）。舌体胀大不能出口，且神情清爽，毒热未入心神，湿热郁结脾胃，上犯于舌为患，当于清胃热祛湿邪方中用大黄，宜在清热毒于胃腑，除湿邪，则舌胀自消。舌白苔粘腻，口涎厚浊知甜味，为脾被湿困，致脾胃升降失司，郁久化热，湿热熏蒸，王合三先生明确指出，其本在胰脏。“不明胰腑汁生汁化物之理，故曰脾瘴也。”当用辛散之药如省头草之类即可。舌苔白如碱，即吴

又可所言“苔如积粉”。王合三先生详述了此白碱苔“乃胃中浊秽，郁郁生热，熏蒸舌面，而生此苔”。叶天士指出“当急急开泄”，虽未言方药，但从下文“否则闭结中焦，不能从膜原达出矣”可知叶氏将吴又可治瘟疫邪在膜原之方用于治此证也。吴又可治瘟疫之方，为何叶氏用于“胃中宿滞，挟浊秽郁伏”而见“苔上如碱者”？乃遵有是症，即用是药也。吴又可《瘟疫论》曰：“感之重者，舌上白苔如积粉，满布无隙。”又曰：“温疫舌上白苔者，邪在膜原也，舌根渐黄至中央，乃邪入胃，用达原散（槟榔二钱，厚朴一钱，草果仁五分，知母一钱，芍药一钱，黄芩一钱，甘草五分）。”又曰：“但证有迟速轻重不等，药有多寡缓急之分，务在临时斟酌，所定分量大略而已，不可执滞。”另有灰苔转为黑苔。有因热、因寒，有虚、有实不同。热盛者可由黄苔转为灰苔、黑苔，此热内日盛，如火灼成炭者也。若黑苔转为灰苔者，病势减轻，反之病势加重。病重热盛，多口渴，烦热，用甘寒法，因无燥屎，不可攻下。有阴虚、舌苔灰黑者，当用滋阴法治之。若舌黑而滑，为阴证，当温之。舌黑而干，津枯火炽，急用咸苦下之。除此之外，临床根据灰黑苔不同变化，作出治疗。如苔灰黑而润，属内寒病证。苔灰黑而干，是热伤阴液或阴虚内热，不可概为内寒。有一些慢性病见黑苔，多属阴虚，不属重症。

温热并非在一经不移

外感温病之见症，与伤寒相类，最难分析者也。然古人论伤寒有一日太阳，二日阳明，三日少阳，四日太阴，五日少阴，六日厥阴，至七日复来太阳之说。若温病，始则肺传

心胞，或入肠胃，竟有始终在肺经流通者，以此为辨。按伤寒传变，即一日太阳，二日阳明之说，并非病症一日一变也。故《伤寒论》明明有十三日病得不解，太阳病仍在，与麻黄汤之文，是伤寒证，反久在一经不移矣。既明太阳病，则必脉浮头项强痛而恶寒也，发热亦太阳病必有之症，惟口渴一症，乃因之体温高，水分耗，已与感冒恶水之太阳病不同矣。况又不恶寒，明明与“太阳病，或已发热，或未发热，必恶寒之”条文全然相反，可因其脉浮头项强痛而认为太阳之风寒病乎？可知发热者，内之体温高也；口渴者，内之津液耗也；不恶寒者，病不在肺。故仲景不名伤寒，名之为温病。

【按语】 温病与伤寒，正因为发生的症状类似，又不相同，所以才难分辨，但并不是不能分辨。正是因为温病与伤寒，存在难分之处，易于生误，所以仲景在《伤寒论》一开始就将太阳病区分为太阳中风、太阳伤寒、太阳温病。这三种病证，病因不同，临床症状不同，治疗方法不同，决不可混淆。三种病证鉴别如下：

太阳总纲、太阳中风、太阳伤寒、太阳温病之鉴别

名 称	主 证
太阳病(总纲)	脉浮，头项强痛，恶寒
太阳中风	脉浮缓，头项强痛，恶风，发热，汗出
太阳伤寒	脉浮紧，头项强痛体痛，恶寒，呕逆，或已发热，或未发热
太阳温病	脉浮数，头项强痛，发热，口渴

惟叶天士提出温病与伤寒之区别方法：“其病（温病）有类伤寒，其验之之法，伤寒多有变证，温热虽久，在一经

不移，以此为辨。”可以看出叶天士对温病与伤寒的辨别方法，不是以临床症状为依据，而是以“伤寒多有变证，温热虽久，在一经不移”，作为分辨标准。显然与仲景《伤寒论》以临床症状区别伤寒与温病标准不同。而叶氏之说存在自相矛盾，若作为伤寒与温病分辨标准是欠合理的。王合三先生较尖锐地批评叶氏这种分辨伤寒与温病方法。伤寒有传经，但要根据病邪轻重与人体素质强弱不同，“传经可一日一传，可十三日在一经不传而有麻黄治之者”，而温病，也应根据病邪与人体素质，决定其病势移与不移。若言“伤寒多有变证”，是根据正邪抗争所决定，而温病，叶氏在一开首就言，“温邪上受，首先犯肺，逆传心包”。此“逆传心包”可谓正邪抗争之变化矣。何能言“温热虽久，在一经不移”？紧接上文叶天士又言，“盖伤寒之邪留恋在表，然后化热入里，温邪则热变最速”。既然“温邪则热变最速”，又何言“温热虽久，在一经不移”？此上下文矛盾之词。若系指温热挟湿之证，虽较温热病病势缓慢，也不当言温热挟湿虽久，在一经不移。若将“不移”理解为较长一段时间，又与伤寒“十三日不解，太阳病仍在，与麻黄汤”之文很难在时间上作为伤寒与温热病鉴别分辨之标准。愚认为叶氏可称为温病大师，经验十分珍贵，对后世做出了重大贡献，此在文字上是叶氏笔下有误，还是后人传写出错，或王合三先生所言有偏？读者思之。

仲景《伤寒论》亦论温病

唐容川谓：后世温热书，皆谓仲景只论伤寒，不论温热。不知仲景开章先以风寒温三者为提纲，而以下分经用

药，只言某经某症，当用某药，而并不辨其为风、为寒、为温，盖仲景已将三者为提纲，而三者变见诸症，但归某经见某症，即用某药，虽三者来历不同，而归经则一，谁谓仲景六篇无温热症哉？至于疫瘴，从口鼻入，治法自有小异，然其各经之症，仍当按经治之。观近代《瘟疫论》，何尝出仲景范围哉？甚矣！六经立法，诚万病之隐括也。

【按语】 张仲景《伤寒论》之后，自温病、疫瘴（瘟疫）学术兴起之日，即伤寒与其争论之始，一直延续至今。随着科学技术的发展，人们对三者之认识更趋明了，更为一致。首先我们了解一下张仲景写《伤寒杂病论》时所参考的有关资料中对伤寒、温病、疫瘴（瘟疫）的有关论述，有利于对三者清楚地了解和认识。仲景在《伤寒论·序》曰：“乃勤求古训，博采众方，撰用《素问》《九卷》《八十一难》《阴阳大论》《胎胪药录》，并平脉辩证，为《伤寒杂病论》。”《素问·热论》曰：“黄帝问曰：今夫热病者，皆伤寒之类也。岐伯对曰：人之伤于寒也，则为病热，热虽甚不死。”寒气既传于内，无有不郁而生热者，故人之热病虽多，惟伤寒之热其伤为最。《内经》曰：“夫精者，生之本也，故藏于精者，春不病温。”“民乃疠，温病乃作。”指出了疠气与温病的关系。《难经·五十八难》谓：“伤寒有五，有中风，有伤寒，有湿温，有热病，有温病。”从上诸经文，可知“伤寒”其范围是比较广泛的。再说六经，《素问·热论》篇中的六经是“伤寒一日，巨阳受之，故头项痛，腰脊强。二日阳明受之，阳明主内，其脉侠鼻络于目，故身热目疼而鼻干不得卧也。三日少阳受之，少阳主胆，其脉循胁络于耳，故胸胁痛而耳聋。四日太阴受之，太阴脉布胃中，络于嗌，故腹满而嗌干。五日少阴受之，少阴脉贯肾，络于肺，系舌本，故口

燥舌干而渴。六日厥阴受之，厥阴脉循阴器而络于肝，故烦满而囊缩。三阴三阳，五脏六腑皆受病，营卫不行，五脏不通，则死矣。”《伤寒论》的六经，是参照《素问》六经，结合其临床实践，依据疾病的发病规律而赋予了新的内容，并结合病邪、病人素质以及气候变化等，而分为太阳病（脉浮头项强痛而恶寒）、阳明病（胃家实）、少阳病等六经。虽有传经，见何经症状，则曰传某经，与《素问》中伤寒一日巨阳、二日阳明、三日少阳、四日太阴、五日少阴、六日厥阴完全不同，并结合实际，创造性地提出了并病、合病、直中、传与不传等符合客观实际的标准。我们可以肯定地说，仲景《伤寒论》与《素问》中所说伤寒是不完全一样的，正如王合三先生所说：仲景“六经立法，诚万病之隐括也”。并不是只治伤寒，不治温病和疫瘴等。《伤寒论》中的伤寒，只指“太阳病，或已发热，或未发热，必恶寒、体痛、呕逆、脉阴阳俱紧者”而言。也有人称前者为广义伤寒，后者为狭义伤寒。当然亦有将一切热病都称伤寒者。既然《伤寒论》能隐括万病，当然亦包括温病、疫瘴（瘟疫）等病了。之所以后世又提出仲景《伤寒论》只论伤寒，不论温疫、疫瘴……其原因为何？①《素问》中所论伤寒六经与仲景《伤寒论》中伤寒六经不一样。后者是在前者的基础上发展起来的，后者的内容比前者更丰富，更完善，更符合实际运用。②新的内容如温病、疫瘴等在《素问》等先贤书中讲的少，或未能作为重点去阐述，或由于先贤在某方面经验还不那么丰富，讲的不那么深刻等，当然就不如后世在原基础上，又积累了丰富经验之后所论述的全面、具体，或更具实用价值。下面我们将仲景《伤寒论》之后所出现的温病、瘟疫方面专著摘其要即可明矣。清·吴鞠通著《温病条辨·凡例》

曰：“是书虽为温病而设，实可羽翼伤寒，若真能识得伤寒，断不致疑麻桂之法不可用。若真能识得温病，断不致于以辛温治伤寒之法治温病。伤寒自以仲景为祖，参考诸家注可也。温病当于是书中之辨似处究之焉。”又曰：“《伤寒论》六经，由表入里，由浅入深，须横看；本论论三焦，由上及下，亦由浅入深，须竖看。与《伤寒论》为对待文字，有一纵一横之法，实不出此一纵一横之外。”吴鞠通对温疫的看法是：“温疫者，疠气流行，多兼秽浊，家家若是，若役使然也。”讲出了“疫”的流行性，强调了《温病条辨》是对《伤寒论》的发展和补充。清·叶香岩《外感温热篇》曰：“温邪上受，首先犯肺，逆传心包。肺主气属卫，心主血属营。辨营卫气血虽与伤寒同，若论治法则与伤寒大异也。”虽言与伤寒大异也，也言与伤寒同者也。同即是原来之基础，异则是其发展，这不是很正常吗？再看余师愚著《疫病篇·论治疫》曰：“仲景之书，原有十六卷，今世只传十卷，岂疫疹一门，亦在遗亡之数欤！以致后世立说纷纷，至河间清热解毒论出，有高人之见，异人之识，其旨既微，其意甚远，后人未广其说而为偏。《冯氏锦囊》亦云斑疹不可发表，此所谓大中至正之论，惜未畅明其旨，后人何所适从。又可辨疫甚精，如头痛发热恶寒，不可认为伤寒表证，强发其汗，徒伤表气，热不退又不可下，徒伤胃气，斯悟已得奥妙。奈何以疫气从口鼻而入，不传于胃而传于膜原，此论似有语病。至用达原饮、三消、诸承气犹有附会表里之意。惟熊凭昭《热疫治验》药用败毒散去其爪牙，继用桔梗汤同为舟楫之剂，治胸膈手六经邪热。以手足少阳俱下膈与六经，用至高之分，此药浮载亦至高之剂，施于无形之中，随高下而退胸膈及六经之热，确系妙方。余今采用其法，减去硝、

黄，以热疫乃无形之毒，难以当其猛烈；重用石膏直入肺胃，先捣其窝巢之害，而十二经之患，自易平矣。无不屡试屡验，明者察之。”此小小短文，阐述了一个真理，后人多系在前人基础上发展创新的，若其学说，立论不当，则被淘汰。伤寒、温病、疫瘴（瘟疫）历代均有记载，都是在前人基础上发展、创新、补充、完善的。

评 论

王合三评说张仲景《伤寒论》

《伤寒论》是中医的传染病学，在中医书籍中，为最系统的读本，有症状，有治法，并且有药方，简单朴素，不尚空谈，三百九十七法，一百一十三方（实一百一十二个），都是规矩，都是例子。若依照《伤寒论》的规律，灵活运用，去临床实践，确乎能解决疾病，所以今天学习中医的人们，还在普遍地应用着。仲景名机，《后汉书》没有传，但是《三国志·刘表传》里有张羨这个人，为长沙太守，又是南阳人，恐怕就是张机。因为他家中人，死于患伤寒病者很多，遂作这一部书藉，大约是他当长沙太守时，聘请地方名医，开馆编纂，所以全书的条文，文辞多不一致，拿《内经》上的六经，分成六个节段（太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴），见了那一经的症状，用那一经的治法，形态似乎是《内经》，凭证用方，都和《内经》不相干，后人读

《伤寒论》，不明白这个道理，往往用《内经》上的六经，来解释《伤寒论》，遂将实事求是所积累下的宝贵经验，变成形而上学的玄学，你说可笑不可笑呢？我常研究《伤寒论》中的六经，可归纳到三经来讲，太阳和少阴，阳明和太阴，少阳和厥阴，都可作一系列看，要是不然的话，你看看太阳篇的麻黄汤和麻杏石甘汤与少阴篇的麻黄附子细辛汤，是不是一系列的东西？阳明篇的三承气，跟太阴篇的桂枝加大黄汤，是不是一系列的东西？若说到少阳和厥阴，更为显明，如少阳篇的寒热往来与厥阴篇的热几日厥几日，症状皆一系列，不过强人得病为阳，弱人得病为阴罢了。总之，《伤寒论》是中医书的传染病学、症状学，又是方剂学，积累了多少的经验，通过了无数次的试验，仅得这个药方，在今来说，可算中医的结晶。六经立法，诚万病之隐括也。

【按语】 仲景《伤寒论》和《金匱要略》本系《伤寒杂病论》一书，后人将其分为两书。《伤寒杂病论》是继《内经》之后，详细而较全面地总结前人和仲景临床经验而形成理、法、方、药系统诊治的医学全书。正因如此，对后世医家产生了重大影响。遵其理，施其法，用其方药，治疗多种疾病，效如桴鼓，若理解仲景各条文之间关系，并灵活运用其“理”，指导其“法”，遵其“法”，选其方药，可达“举一反三”之效益，故后人称仲景为“医圣”，称其方药为“方书之祖”，不是没有道理的。若只片面理解《伤寒论》，只治伤寒，不治温病，只治传染病，不治慢性病……非仲景之过，乃理解有误矣。更有自己临床运用不当，所致误治、失治，甚至越治越重，直至治死者，也归咎仲景，归咎只治伤寒，不治温病……更有甚者诬仲景，说“论有汗是伤风，以桂枝汤治之，以桂枝、白芍、甘草三味，然未见治愈一人

者”（见《医林改错·辨方效经错之源，论血化为汗之误》）。也有诬仲景《伤寒论》谓“方书之误，自张仲景始”者（清·刘鸿恩著《医门八法·方书之误》）。诸如此类，多为理解运用仲景方书不当，当然也有持偏见者，正如王合三先生所说“盖仲景之书，须脉症同参，方能得其真谛，虽有时只言脉不言症，不知症已散见于其他条，读者可举一反三，若尽死于句下，非但不可学医，且不可读书也”。之所以言仲景《伤寒论》为治病全书，并非包罗万象，之所以称其为“医圣”，并非指仲景完整无缺，若能细细顽味仲景如下之言，以上之疑虑可解大半矣。仲景曰：“余宗族素多，向余二百，建安纪年以来，犹未十捻，其死亡者，三分有二，伤寒十居其七，感往者之沦丧，伤横夭之莫救，乃勤求古训，博采众方，撰用《素问》《九卷》《八十一难》《阴阳大论》《胎胪药录》，并平脉辨证，为《伤寒杂病论》，合十六卷，虽未能尽愈诸病，庶可以见病知源，若能寻余所集，思过半矣。”仲景自己亦认为之所以写成《伤寒杂病论》，乃“勤求古训，博采众方”，所治之病，并非百分之百治愈，而是实事求是，谦虚待人，“虽未能尽愈诸疾，庶可以见病知源，若能寻余所集，思过半矣”。蔡陆仙在《中国医药汇海·伤寒论价值一斑》曰：“继《内经》之后，而以切实之经验贡献于世人者，则为仲景之《伤寒论》《金匱要略》二书，《伤寒》为时病之金科，《金匱》为杂病之玉津。日本学者且中土之绪余，以为三岛文明，弈世钻研，颇有青兰之胜。如吉益氏父子之精当，丹波氏父子之渊雅，其他若尾台榕堂、山田正珍、中西惟忠等，皆风度踔厉，卓然成家，要其归俱取法于仲景。故日本认为东方古医学者，即仲景之学，而日本之汉医，直称为仲景之医学。盖其书不尚空浮之议论，以凭证用药为主，

不啻临床之导师。即在吾国，仲景之书，亦在必读，历代各家诠注之可考者达一百二十种以上，可谓盛矣。”黄竹斋先生为已故我国著名中医，于1924年撰写《医圣张仲景传》，是依历代诸家资料编撰而成的，曰：“张机，字仲景，南阳人也。学医于同郡张伯祖，尽得其传。工于治疗，尤精经方，遂大有时誉。汉灵帝时举孝廉，官至长沙太守，与同郡何颙客游洛阳，探知其学，谓人曰：‘仲景之术精于伯祖，起病之验，虽鬼神莫能知之，真一世之神医也’。后在京师为名医，于当时为上手。仲景见侍中王仲宣，时年二十余，谓曰：‘君有病，四十当落眉，眉落半年而死’。令服五石汤可免。仲宣嫌其言忤，受汤勿服。居三日见仲宣，谓曰：‘服汤否？’仲宣曰：‘已服’。仲景曰：‘色候固非服汤之诊，君何轻命也’。仲宣犹不信，后二十年果眉落，后一百八十七日而死，终如其言。此事虽扁鹊、仓公，无以加也。妙于定方。宗族二百余口，自建安以来未及十年，死者三之二，而伤寒居其七。感往昔日沦伤，伤横夭之莫救。乃勤求古训，博采众方。曰：‘凡欲和汤合药，针灸之法宜应精思，必通十二经脉，辨三百六十孔穴，营卫气行，知病所在，宜治之法，不可不通。古者上医相色，色脉与形，不得相失。黑乘赤者死，赤乘青者生。中医听声，声合五音，火闻水声，烦闷于惊。木闻金声，恐畏相刑。脾者土也，生育万物，回助四旁，善者不见，死则归之。太过则四肢不举，不及则九窍不通。六识闭塞，犹如醉人。四季运转，终而复始。下医诊脉，知病原由，流转移动，四季逆顺，相害相生，审知脏腑之微，此乃为妙也。’又曰：‘欲疗诸病，当先以汤荡涤五脏六腑，开通经脉，理导阴阳，破散邪气，润泽枯槁，悦人皮肤，益人气血。水能净万物，故用汤也。若四

肢诸病久，风冷发动，次当用散。散能逐邪风湿痹，表里移走，居无常处者，散当平之。次当用丸，丸能逐风冷，破积聚，消诸坚，进饮食，调营卫，能参合而行之者，可谓上工。故曰：‘医者意也’。又曰：‘不须汗而强于汗之者，守其津液，令人枯槁而死。须汗而不与汗之者，使诸毛孔闭塞，令人闷绝而死。不须下而强与下之者，令人开肠洞泄，便溺不禁而死。须下而不与下之者，令人心内懊恼，胀满烦死，浮肿而死。不须灸而强与灸之者，令人火邪入腹，干错五脏，重加其烦而死。须灸而不与灸之者，令人冷结重凝，久而弥固，气上冲心，无地消散，病笃而死。’又须珍贵之药，非贫家野居所能立办，由是怨嗟，以为药石无验者，此弗之思也。又曰：‘人体平和，惟须好将养，勿妄服药，药势偏，有所助，令有脏气不平，易受外患。夫含气之类未有不资食以存生，而不知食之有成败，百姓日用而不知，水火至近难识。余慨其如此，聊因笔墨之暇，撰《五味损益食治篇》，以启童稚。庶勤而行之，有如影响耳。’撰用《素问》《九卷》《八十一难》《阴阳大论》《胎产药录》，并平脉辨证，为《伤寒杂病论》，合十六卷。其文辞简古典雅，古今治伤寒者，未有能出其外者也。最为众方之祖，又悉依本草。但其善诊脉，明气候，以意消息之耳。华佗读而喜曰：‘此真活人书也。’论者推为医中亚圣，而范蔚宗《后汉书》不为仲景立传，君子有遗憾焉。清顺治初，叶县训导冯应鳌，得仲景墓于南阳县东郭门外，仁济桥西，乃为祠祀焉。杜度，仲景弟子，识见宏敏，器宇冲深淡于骄矜，尚于救济，事仲景，多获禁方，遂为名医。卫汛，好医术，少师仲景，有才识，撰《四逆三部厥经》及《妇人胎藏经》《小儿颅囟方》三卷皆行世。王叔和高平人也，博好经方，尤精诊处，洞识

摄养之道，深晓疗病之源。采摭群论，撰成《脉经》十卷。编次《张仲景方论》为三十六卷，大行于世。”从王合三评说张仲景《伤寒论》，到黄竹斋先生《医圣张仲景》，再读仲景伤寒自序，作为一个当时长沙太守，又精通医术的张仲景，目睹了其宗族犹未十稔，其死亡者三分有二，伤寒十居其七的悲惨情景，这是对宗族亦是对民族的一种责任感驱使仲景勤求古训，博采众方，著成《伤寒杂病论》。后人称张仲景为“医圣”，其方药荣为医方之“鼻祖”，后人徐洄溪曰：“医者学问，全在明伤寒之理，伤寒理名，则万病皆通。”足见《伤寒论》在医界所处地位之重要。相信，随着中医药的迅速发展和对外开放，中医学，将突破一个个“禁区”，走向世界！张仲景的学术思想，将随着中医学进入世界之林，为中国和世界医药卫生事业继续作出更加伟大的贡献！

药物功效经验谈

谈用石膏之经验

石膏，西医不能提取成分，力诋为无用，鄙人初亦疑之，后遇大热大渴之症，头痛如劈，背如被杖，服石膏无不下咽即愈，故余师愚《痘疹一得》之治，热疫方亦不离石膏。查石膏为含水硫酸钙之药品，意钙能灭酸，当血热沸腾之际，服之而能减少热量，使之复归常道欤，惜后人不能明

其所以然之故，亦医用化学，未臻完全故也。

【按语】 王合三先生临床经验丰富，对石膏之运用有独到之处，运用准确达入神之地步，故有“服石膏无不下咽即愈”之言。石膏在《伤寒论》中以白虎汤（知母六两，石膏碎，绵裹，一斤，炙甘草二两，粳米六合。以水一斗，煮米熟汤成，去滓，温服一升，日三服。此立夏后，立秋前乃可服。正月、二月、三月尚凜冷，亦不可与服，得之则腹痛。利者，但可温之，当愈）为代表，共用13次，其中有8条白虎汤证。石膏在《伤寒论》中用量最大为一斤（30g），小剂量多与麻黄或其他药配用。王合三先生有关使用白虎汤的机理、病证及石膏之运用的有关见解，读者可从中体会其深意。“脉见浮滑，里热已盛，表有大热，而里亦有热痰也。故脉浮滑，以白虎清热，热清而痰亦解也。三阳合病，必见三阳之脉，加以腹满者，火逆中焦也。身重者，邪入血分，使身困倦也。难以转侧，极言身重之情形。邪在血管，全身不利，而舌本亦强，故口不仁。面垢者，因而常有汗出，屡滞灰尘也。谵语者，脑受热灼也。遗尿者，膀胱受热而筋肉失收缩功用也。此三阳合病之极重证，稍有医学常识者，皆不能妄用小柴胡汤以单治少阳之病，粗工见有发热恶寒，泥于先汗后下之言以发汗，则津液出而内热愈炽，谵语必较前而更甚。若因谵语而下之，不知此病在阳明之经，而不在阳明之腑，愈夺其津液，使身体枯燥，毛孔干闭，不能分泌作汗，故头尚润泽。只见额上汗出，回血管因水少而凝滞，故手足逆冷。此厥深热亦深之症也。若在未经汗下之先，察其人有自汗出之症，当以白虎汤，清阳明经之热。盖石膏最忌无汗，故仲景特别慎重，阳明解而太少皆愈也。若不愈者，以法治之。病邪初在肺时，皮毛收缩，汗腺

不能行分泌作用，故无汗，而血管中依然无恙也。此时若投以石膏，则血中之温度必降，而肺中之邪永不能从汗腺达于体外，此表不解，不可用白虎汤也。温病误服桂枝汤之变证，以热救热，血液沸腾，水分尽从汗孔外出，胃中干燥，故大烦渴不解。血中热，故脉管扩张，而见洪大。以白虎清热，以人参救大汗后之津液，真特效之神方也。”以上王合三先生告读者，表有大热，里热亦盛，并有热痰，其脉浮滑，为脉症相符，用白虎汤，表里之热痰随之而解。在三阳合病中，当分清太阳、阳明、少阳何为三阳合病中的主要矛盾所在，抓住主要矛盾方面，其他即迎刃而解。或当分先后治之，既使在表与里证兼见时，按通常治法，当先治表，表解再治里。若里证急于表证时，应当治“急”，里急得治，方可治表。若缓急不分，只遵常规治法，多宜误事，不可不知。至于温病误服桂枝汤，早有“桂枝下咽，阳盛则毙”之告戒！此误治之后又助热邪，津液耗伤，以白虎治沸腾之热，加人参取生液止渴之意也。全在临证，灵活应变，虽白虎汤中加一味人参，但能转危为安，化凶为吉，故王合三先生深有体会地说：“真特效之神方也！”特别提出“余师愚……热疫方亦不离石膏”。可见余氏治热疫用石膏别具一格。若详读余氏《疫病篇》详读，可感论述肯切，体会深刻，治疗无不得心应手。读者若能细加玩味，受益非浅。余师愚曰：“疫证初起，有似伤寒太阳阳明证者。然太阳阳明头痛不甚，而疫则头痛如劈，沉而不能举。伤寒无汗，而疫则下身无汗，上身有汗，唯头汗更盛。头为诸阳之首，火性炎上，毒火盘踞于内，五液受其煎熬，热气上腾，如笼上熏蒸之露，故头汗独多。有似少阳而呕者，有似太阴自利者。少阴之呕，胁必痛，疫证之呕，胁不痛，因内有伏毒，邪火于

胃，毒气上冲，频频而作。太阴自利，腹必满，疫证自利，腹不满，大肠为传送之官，热注大肠，有下恶垢者，有旁流清水者，有日数十度者，此又症异而证同也。”将疫证与伤寒太阳、阳明、少阳、少阴、太阴等临床表现的异同点作了详尽的介绍，可谓简而明也。又曰：“惟熊凭昭《热疫志验》首用败毒散去其爪牙，继用桔梗汤同为舟楫之剂，治胸膈六经邪热。以手足少阳俱下膈络胸中，三焦之气为火，同相火游行一身之表。膈与六经，乃至高之分，此药浮载亦至高之剂，施于无形之中，随高下而退胸膈及六经之热，确系妙方。余今采用其法，减去硝、黄，以热疫乃无形之毒，难以当其猛烈，重用石膏直入肺胃，先捣其窝巢之害，而十二经之患，自易平矣，无不屡试屡验，明者察之。”余氏直言清瘟败毒饮方之源由，及其重用石膏之意，治疗瘟疫“无不屡试屡验”，称“确系妙方”。并进一步描述由于误治所造成之严重后果时曰：“疫热乃无形之毒，病形虽似大热，而脉象细数无力，所谓壮火食气也。若以无形之火热，而当硝、黄之猛烈，热毒焉有不乘虚而深入耶？怯弱之人，不为阳脱，即为阴脱，气血稍能驾驭者，亦必脉转沉伏，变证蜂起，或四肢厥冷，神昏谵语，或郁冒直视，或遗溺旁流，甚至舌卷囊缩，循衣摸床，种种恶候，颇类伤寒。医者不悟，引邪入内，阳极似阴，而曰变成阴证，妄投参、桂，死如服毒，遍身青紫，口鼻流血。如未服药者，即用大剂清瘟败毒饮重加石膏，或可挽回，余因历救多人，故表而出之。”清瘟败毒饮：生石膏大剂六两至八两，中剂二两至四两，小剂八钱至一两二钱，小生地大剂六钱至一两，中剂三钱至五钱，小剂二钱至四钱，乌犀角大剂六钱至八钱，中剂三钱至五钱，小剂二钱至四钱，真川连大剂四钱至六钱，中剂二钱至四钱，

小剂一钱至一钱半，栀子、桔梗、黄芩、知母、赤芍、元参、连翘、甘草、丹皮、鲜竹叶，以上十味剂量酌用。先煮石膏数十沸，后下诸药，犀角磨汁和服。又曰：“乾隆甲申，采客中州，先君偶感时疫，为群医所误，抱恨终天，曷其有极思于此证，必有以活人者，公之于世，亦以稍释余怀，因读本草，言石膏性寒，大清胃热，味淡气薄，能解肌热，体沉性降，能泄实热，恍然大悟，非石膏不足以治热疫，遇其证辄投之，无不得心应手，三十年来颇堪自信，活人所不治者，笔难罄述。然一人之治人有限，因人以及人无穷，因著为《疫疹一得》，公之于世，使天下有病斯疫者，起死回生，咸登寿域，余心庶稍安焉。”余氏这种济世活人思想令人尊敬。余氏在“疫证条辨”中，共五十证，属“热疫恶候”内中四十四证，均言“增石膏”量，足见治热疫恶候，重用石膏之意义，用石膏范围之广泛。最后余氏谆谆告戒：“以上五十证，热疫恶候，变态无恒，失治于前，多致莫救，慎之慎之。”临床实践证明，石膏用之得当，有起死回生之效，若误用、误治，后患无穷！近代名医张锡纯对医生用药，深有感触地说：“尝思用药如用兵，善用兵者，必深知将士之能力，而后可用之以制敌；善用药者，亦必深知药性之能力，而后能用之以治病。”张氏运用石膏另有心得，曰：“石膏之退热，逐热外出也。是以将石膏煎服之后，能使内蕴之热息息自毛孔透出。且因其含有硫，原具发表之性，以之煮汤又直如清水，服后其寒凉之力俱随发表之力外出，而毫无汁浆留中以伤脾胃，是以遇大热势若燎原，而放胆投以大剂白虎，莫不随手奏效。其邪实正虚者，投以白虎加人参汤，是以愚目石膏为实热证之金丹，原非过也……若煨之……若误服，能将人外感之痰火及周身之血脉，皆为凝结锢闭……

愚混迹医界者五十年，对于各处医学志报，莫不竭力提倡重用生石膏，深戒误用煅石膏。”张氏不仅提倡用生石膏，反对用煅石膏退热，而且对“怒吞砒石”致“腹中绞痛，危急万分……急令买生石膏细末二两，用凉水送下……腹痛顿止。犹觉腹中烧热，再用生石膏细末半斤，煮喝两大碗，徐徐饮之，尽剂而愈。后又遇吞服洋火中毒者，治以生石膏亦愈。”足见生石膏治热毒火毒矣。历代善用石膏者，有徐灵胎、吴鞠通、余师愚、吴门江笔花、近人张锡纯、王合三诸家，石膏临床之运用，可谓广矣。若能再结合近代对石膏药理研究之成果运用于临床，并圆满于王合三先生“惜后人不能明其所以然之故，亦医用化学，未臻完全故也”。现代西医已不是过去王合三先生所言：“石膏，西医不能提取成分，力抵为无用”，而是西医学习中医，研究中医药，中西医结合，互相学习，共同努力，为创造我国新医学新药学而积极工作。现研究生石膏主含含水硫酸钙，尚含多种常量和微量元素，如铜、铁、铝、镁、硅、钛、锰、锶、铅、硫等。时钧华等研究表明，白虎汤、生石膏及氧化铝灌胃均有明显解热作用，静脉注射时解热作用更强。测定给药家兔血钙水平，则三者灌服均可见血钙增加，白虎汤的退热效果与血钙水平上升密切相关。这一结果表明，白虎汤退热作用与石膏所含钙密切相关，而肠道对石膏中钙吸收的多少，则可明显影响其退热效果。另有研究证明，生石膏水煎剂对注射消毒牛乳或三联菌苗发热的家兔有解热作用。石膏内服经胃酸作用，一部分变成可溶性钙盐，至肠吸收入血，能增加血清内钙离子浓度，可抑制神经应激能力（包括体温调节中枢），减低骨骼肌的兴奋性，缓解肌肉痉挛，又能减少血管渗透性，故有解毒镇静消炎的作用。对免疫功能的影响：石膏能

加强离体兔肺泡巨噬细胞对白色葡萄球菌及胶体金的吞噬能力，并能促进吞噬细胞成熟，此作用可能与石膏所含的钙离子有关（见《中华本草·石膏》）。本人在临床中对温病、热证体温在 38℃ 以下，有恶寒发热者必用柴胡、黄芩，再配相应的药物，多可迅速退热。体温在 38℃ 以上者，尤其症见高热，但热不恶寒，口渴者，必用生石膏、知母、粳米、甘草，其中石膏必重用。

“圣药”附子的临床使用

盖附子性热，而有麻醉性，能直达表皮之下，真皮之上，安其神经，实其毛孔，以治漏遂不止之症，汗一止而诸症皆愈矣。此附子所以为大汗亡阳之圣药也。果为太阳伤寒，发汗过重，复加烧针者，一误再误，而致厥逆，此乃阳气尽从毛孔而出之厥逆，非水分丧失，血液不流之厥逆也。大汗亡阳，危在顷刻，急以四逆汤救之。下利脉微，少阴之下利也。与白通汤后，下利惟不止，反厥逆无脉，干呕心烦者，此明明为病重药轻，药不胜邪，不能将病邪扑灭，则寒更甚，一时凝滞血管，故厥逆无脉。干呕者，胃亦冷也。少阴之寒证，有热即有生机，再以前汤加猪胆汁投之，盖胆汁味苦，激刺胃壁，使之蠕动，增加速度，而姜附之热，可提前遍行于全身也。

【按语】 王合三先生突出将大汗与亡阳、少阴之寒证和姜附之热三者密切联系在一起，使读者一看自明，即亡阳、少阴之寒必用姜附治之。并告戒读者，使用麻桂诸发汗药时，要认证准确，剂量恰到好处，方可汗出病解而愈。若误治、失治，漏汗不止，大汗亡阳，可致“危在顷刻”，或

耗阳而寒更甚。对于“厥逆”，当分辨其因，再治厥逆，则厥逆易治，若真假不分，病因不明，错上加错，危恶诸候必见。故王合三先生文中指出：“一误再误而致厥逆，此乃阳气尽从毛孔而出之厥逆，非水分丧失，血液不流之厥逆也。”在此顷刻之间，经纬分明，当机立断，“急以四逆汤救之”。若系阳明热盛，水分丧失，血液不流之厥逆，自当用白虎汤，退其热，养其阴，则气血流通，因热深厥逆自还。反之因大汗亡阳之厥逆，误用白虎为雪上加霜，津液被热耗灼，所致厥逆，用四逆，乃火上加油，均须避免之。并善于让人们从细微变化中看转机。如少阴下利，用白通汤，当属正治，服后“下利不惟不止，反厥逆无脉，干呕心烦者”从其变化中，观察到一“烦”字，令王合三先生振奋不已，原因是在错综复杂险症中，看到了一线曙光，曰“当此天寒地冻之时，忽见一线曙光，即在此一烦字，少阴之寒证，有热即有生机”，这就是希望之所在，若再予苦味健胃，用四逆汤之回阳救逆，则其阳气必“可提前遍行于全身也”。附子是四逆汤中回阳救逆之主药，最早载于《神农本草经·下品》，曰：“附子，味辛，温。主风寒咳逆，邪气，温中，血疮，破瘕坚积聚，血瘕，寒湿痹，拘挛膝痛，不能行走。”张仲景运用附子得心应手，创造出多种以附子为主的起死回生方剂，据统计附子在《伤寒论》中入方 23 次，与其他方配用共计 45 次。由于疗效显著，不仅被王合三先生荣“为大汗亡阳之圣药”，张元素亦赞附子为“除寒湿之圣药也”。明·许宏《金镜内台方议》曰：“今此四逆，乃治病在于里之阴者用也。且下利清谷，脉沉无热，四肢厥逆，脉微，阳气内虚，恶寒脉弱，大吐、大下、元气内脱，若此诸证，但是脉息沉迟微涩，虚弱不欲饮水者，皆属于阴也。必以附子为

君，以温经解阳，以干姜为臣，辅佐之，甘草为佐为使，以调和二药，而散其寒也。”若在四逆方中加干姜三两，名通脉四逆汤（见于《伤寒论》第317、370条）。王合三先生曰：“外热里寒面戴阳，频频下利热难当，汤用四逆姜倍用，信手拈来即妙方。”若上方加人参一两，名四逆加人参汤。《伤寒论》第385条曰：“恶寒脉微而复利，利止亡血也，四逆加人参汤主之。”王合三先生注曰：“恶寒脉微而下利，阳气不振也，利之久，而忽然自止，亡阴也，阴即血也，故用四逆以回阳，加人参以养阴。”除此之外，多种方剂中加用附子。如《伤寒论》第20条曰：“太阳病，发汗，遂漏不止，其人恶风，小便难，四肢微急，难以屈伸者，桂枝加附子汤主之。”王合三先生曰：“恶风偏汗汗津津，肢急尿难屈伸，桂枝汤里加附子，附子强心贵认真。”王合三先生又曰：“此条注者多误，若朱肱之《活人书》，刘河间之《伤寒直格》，张隐庵之《伤寒论注》，柯韵伯之《伤寒来苏》，喻嘉言之《尚论篇》，陈修园之《伤寒浅注》，徐灵胎之《伤寒类方》，其中发前人所未发者，诚为不少，可谓仲景之功臣，独于此条于小便难一症，皆注为汗漏不止，津液伤失，则四肢微急，难以屈伸，不几于前条风温证中之时疫之症相类，不独医理既乖，则与所用之桂枝加附子汤亦不相合……医书贵能实用，毫厘之差，杀人顷刻，惟唐氏容川，独具只眼，谓小便难，是膀胱水结，四肢微急难以屈伸，亦是诸寒收引，与下两胫拘急之阴液不养其筋者不同，立论既精，用方亦确，真大有造于医界也。”仲景加减变化，虽药味不多，治确有别，为后世医家辨证论治，加减用药，树立了榜样。张璐赞仲景加减配伍时曰：“此皆得配之神妙，能起死回生于反掌间。”在临床中对附子的运用应重点掌握：凡阳虚里

有寒者用附子配干姜。治欲呕或呕吐者，附子配生姜、竹茹。少腹痛，由于内寒者，用附子配干姜、白芍。恶寒怕冷，用附子配肉桂。因寒腹泻下利者，用附子配薏仁、云苓。风寒湿所致关节痛偏寒者，用附子配桂枝、独活。因寒疝痛引少腹者，用附子配川楝子、小茴香。素体虚寒，脉沉细无力，面色晄白，言语少力，胸闷气短，用附子配丹参、玉竹。久咳连绵，伤及肺肾者，用附子、鱼腥草、炒杏仁、炙冬花效好。至于附子的用量，一般来说，从小量开始，逐渐加大剂量。曾治一慢性结肠炎病人，病系肾阳虚，方中用制附子，从每日 6g 开始，逐渐增至 30g 时，患者又将一剂药二次煎液合在一起顿服，致出现头晕、心慌、四肢乏力等症状，经停药后，逐渐恢复正常。故应用附子时一定要注意剂量，不可量大，应适中为好。并告诉病人不可将两次煎液合在一起顿服，以防过量！若需用生附子，常与干姜配伍，久煎至 1 小时，较为安全。王瑞麟《中药顺歌》曰：“附子辛热有大毒，心脾肾经均可入，回阳救逆散温中，散寒燥湿虚脱固，四肢厥冷出虚汗，心腹冷痛呕泻注。”附子能兴奋迷走神经中枢而有强心作用，强心成分能耐高温久煎，可能是钙起作用，而不是生物碱部分。附子冷浸液对离体蟾蜍心脏的作用可因温度不同而产生不同的作用，在 18℃ 以上的环境中，乌头碱的毒性作用占优势，先出现振幅增大，频率增加，后则产生心传导阻滞，使心搏停止；在 12℃ 以下的环境中，其强心作用占优势，故呈持续强心作用。这一结果也部分说明，临床上阳证、热证用附子易于中毒，而阴证、寒证，则不易中毒的道理，也对服用附子后不宜入浴、饮酒等说法提供部分实验证明。乌头碱对小鼠有镇痛作用。乌头碱及次乌头碱均有局麻作用。对动物甲醛性和蛋清性关节炎有

明显的消炎退肿作用。另有研究证明，附子具有显著的强心作用，其煎剂、久煎剂、水溶性部分等对蛙离体心脏、蟾蜍心脏、豚鼠离体心脏以及正常和衰竭心脏均有明显强心效果。并认为去甲药碱是附子的强心成分，后又提得氯化甲基多巴胺（棍掌碱），具有 α -受体激动、升压以及具有 α -、 β -肾上腺素受体激动作用的去甲猪毛菜碱。此外，钙离子在附子的强心作用中也可能起了部分作用。以附子为主要组成之一的多种复方，如参附汤、参附青注射液、四逆汤等也有显著的强心作用。如参附汤可使离体兔心心肌收缩幅度增大，并可使冠脉血流量增加，参附青可增加培养心肌细胞搏动幅度，四逆汤可使离体兔心收缩幅度增大近一倍，四逆汤的强心作用，可被心得安所阻断。参附注射液强心机制与其能抑制心肌细胞膜 ATP 酶有关（见王浴生等主编的《中药药理与应用·附子》）。现代药理研究，为临床提供了重要依据。

葛根至理悟

汗出恶风者，太阳中风也。今增一背强，乃脊椎两旁之筋脉劲急，亦不仅为太阳中风矣，故加葛根于桂枝汤中，以滋润脊椎中两旁之筋脉。唐容川曰：“葛根其藤最长，其根入土最深，吸引土下黄泉之水气，以上于藤，有如太阳经引膀胱水中之阳气，以上达于经脉也，人必知水中之阳，化气上行，而为太阳经，乃知葛根能引土下之水，上贯其藤，即与太阳化气上行，其理更无以异。”按中国古人治病，往往以药之形状，而治人之病，其理本近渺茫，而功效捷于桴鼓，其中必有至理，惜今人尚未悟也。

【按语】 太阳中风治当用桂枝汤。仲景《伤寒论》第

14条曰：“太阳病项背几几，仅汗出恶风者，桂枝加葛根汤主之”。不言而喻，加葛根在此方中专治“项背强几几”也。因葛根具有“以滋润脊椎中两旁之筋脉”功用。王合三先生引唐容川采用取类比象方法，言明葛根所以可治太阳中风项背强几几之理。王合三先生对唐容川之解释，使其更进一步联想到古文献中有关“以药之形状，而治人之病，其理本近渺茫，而功效捷于桴鼓”其中之理，其中之奥妙，“惜今人尚未悟也”。对于葛根一味的药理治疗作用，从仲景《伤寒论》有关条文及历代注释诸家中了解，再据现代对葛根的临床疗效及药理研究不难悟出其中必有至理。仲景《伤寒论》中葛根共入方4次，其中以葛根为首命名的有葛根汤、葛根加半夏汤、葛根黄芩黄连汤三方，另一方即桂枝加葛根汤。下面将此四个方剂，所治主要脉症分列于后：

条文	主要脉症	方名
14	太阳病，项背强几几，反汗出恶风者	桂枝加葛根汤
32	太阳与阳明合病，自下利者	葛根汤
33	太阳与阳明合病，不下利但呕者	葛根加半夏汤
34	太阳病桂枝证，医反下之，利遂不止，太阳证仍在，脉浮变促者表未解也。若太阳病已罢喘而汗出，利遂不止者。	葛根黄芩黄连汤

从上面4个条文可以看出，葛根一味，在《伤寒论》中所见病症主要有四个方面：①太阳中风病见项背强几几，如桂枝加葛根汤；②太阳与阳明合病，自下利者，如葛根汤；

③太阳与阳明合病，不下利但呕者，如葛根加半夏汤；④太阳病，误下，利遂不止者，如葛根黄芩黄连汤。从而说明葛根用于太阳中风见项背强几几，和内热下利证。用葛根解肌之功，可协助麻、桂调和营卫，解肌发汗，治在表之邪引起之项背强几几，并可清胃肠之热，而治下利、泄泻。再从历代医药家有关葛根的功用来看。《神农本草经》曰：“葛根，味甘平，主消渴，身大热，呕吐，诸痹起阴气，解诸毒，葛谷，主下利。”《本草十剂》云：“轻可去实，麻黄、葛根之属。盖麻黄乃太阳经药，兼入肺经，肺主皮毛；葛根乃阳明经药，兼入脾经，脾主肌肉，所以二味皆轻扬发散，而所入不同。”（见《本草纲目·卷十八》）汪昂《本草备要》曰：“葛根，辛甘性平，轻扬升发，入阳明经，能鼓胃气上行，生津止渴，兼入脾经，开腠发汗，解肌退热，为治脾胃虚弱泄泻之圣药。”柯琴《伤寒附翼》卷上曰：“要知葛根秉性轻清，赋体厚重，轻可去湿，重可镇动，厚可固里，一物而三美备，惟表实里虚者宜之，胃家实者，非所宜也。故仲景于阳明经中不用葛根，东垣用药分经，不列于太阳而列于阳明。易老云：未入阳明者不可服，皆未知此意。喻氏谓仲景不用于阳明，恐亡津液，与本草生津之说左，又谓能开肌肉，又与仲景治汗出恶风桂枝汤中加葛根者左矣。盖桂枝葛根但是解肌和里之剂，故有汗无汗、下利不下利皆可用。”以上诸说细加玩味，对仲景《伤寒论》有关条文的理解、运用和葛根作用若能结合现代药理更易悟也。现代药理研究发现，“葛根浸剂给家兔灌胃，对因注射过期伤寒混合疫苗引起的发热有明显解热作用。葛根煎剂或提取物均有轻度的降压作用。葛根黄酮给狗作冠状动脉内注射，有短暂的增加狗脑动脉、冠状动脉血流量的作用，而对脑血管的扩张作用比

对冠状动脉血管明显。葛根黄酮体给大白鼠灌胃 500mg/kg, 有拮抗因脑垂体后叶素引起的心脏缺血反应。葛根煎剂给家兔灌胃后 1 小时使血糖上升较正常稍高, 第 2 小时即较正常稍低, 第 4、5 小时左右降低最显著, 此时肝糖元有增加倾向, 肝糖元无大改变。小鼠口服葛根制剂有避孕作用, 这可能与葛根异黄酮具有女性激素样的作用有关。葛根水煎剂对痢疾杆菌有抑制作用”(见《中药顺歌·葛根》)。王瑞麟在葛根歌括中说:“葛根甘辛微寒平, 能入脾胃退热证, 生津止渴透斑疹, 表邪寒热渴头痛, 耳聋项强高血压, 斑疹隐隐功独宗, 急性胃肠炎呕泄, 梗阻痢疾心绞痛。”特别需要提出的是葛根的解痉作用, 研究证明, 葛根中含有大豆黄酮, 对小鼠、豚鼠离体肠管具有罂粟碱样解痉作用, 此解痉成分能对抗组织胺及乙酰胆碱的作用; 葛根酒浸膏和总黄酮可抑制由乙酰胆碱和前列腺素 $F2\alpha$ 引起的大鼠离体回肠收缩, 对正常状态下的大鼠离体回肠也具有明显的松弛作用。葛根对组织胺引起的豚鼠支气管平滑肌收缩和乙酰胆碱引起的回肠平滑肌收缩均有抑制作用, 并有量效关系。葛根芩连汤对乙酰胆碱所致豚鼠气管平滑肌收缩和肠道平滑肌收缩均有抑制作用, 并对肠道平滑肌有直接松弛作用。此外, 对葛根扩张冠状血管、增强心肌代谢、降压、降血糖、抗炎免疫、增强学习记忆功能, 抗凝血、抗肿瘤等都有新的研究成果(见《中华本草·葛根》)。不仅对古人使用葛根的机理做了明确解释, 而且扩大了葛根的使用范围。随着对葛根的深入研究, 一定还会有更多的发现不断被丰富和充实。

王合三论传染病

肠热（西）温病或胃家实（中）

按本病西医名为伤寒，盖彼始来中国时，见《伤寒论》中的阳明证有类似本病者，遂即名本病为伤寒，不但意义不合，即字面亦不相属，故仍名之曰肠热。系一种杆细菌，侵入小肠，所发生之疾病，系 1880 年亚伯特氏所发现，越四年，加夫奇氏设法培养，而本病之原因，于是乎确定。该菌由口入胃，由胃入肠，而本病遂发。患本病者，除肠部外，而心肺脾各脏器，往往发炎肿胀，所以《伤寒论》中，往往有胸胁满痛，即此症也。潜伏期，大约十日至十四日，最短仅三五日，然亦有过四星期以上者。当潜伏之时，微感头痛，不思饮食，睡卧不安。症状分三期：（甲）增进期：自第一星期起，此七日谓之增进期，言本病日日加增也。发热恶寒，头痛衄血，至四五日，便秘，或下利，六七日腹部发疹，唇焦齿垢，舌苔灰白而厚，其热型，一日高一日，如登梯然，故此期之热，名之曰阶梯热。（乙）终极期：自第二星期起，七日之间，谓之缓解期，言本病至此，已达于极点也。恶寒头痛虽罢，而他症加甚，或神识不清，发谵语，热型达于极高度数，约在 40℃ 以上，早晚一样，故名之稽留热。（丙）缓解期：自第三星期起，七日之间，谓之缓解期，言本病至此，渐有缓解之希望也。脉搏与症状，徐徐减退，

轻者即可向愈，若诸症不减，下利脓血而发腹痛，恐即发生肠出血、肠穿孔等症，最为危险，再由此经过第四星期，重者即死。本病如此期之热型，名之曰弛张热，此时病虽向愈，体力未完全恢复，水分缺乏者，宜甘寒增液，体温低落者，宜甘温激奋。中医对本病之治法，分疏解、清热、活血、通畅四个步骤，故增进期之发热恶寒时，头痛衄血时，用辛凉发汗，如麻杏石甘汤；下利或便秘时，用通肠消炎法，如加味小承气汤；发疹时，用清营透热法，如化斑汤；终极时之神识不清，发谵语时，用清热安神法，如牛黄丸、紫雪丹之类。至缓解期之下利脓血，用桃花汤；若愈后水分缺乏者，用叶氏养液法，如养胃汤之类。温度不足者，用东垣劳倦法，如补中益气汤之类。西医治本病之药物，不过初起用甘汞，以后对症下药，如撒娄尔、硫酸镁、白阿胶等，亦无何效果。虽近日新出之链霉素等药，云有立竿见影之效，然仅得诸传开，确否未敢必也。故于本我的经验所得，摘录数方，写之于后，用之得当，确促短本病之经过。栀子豉汤，专治潜伏期时发热恶寒头痛衄血者。栀子三钱，香豉三钱，菊花三钱，川连一钱，益元散三钱，葱头三个引。加味银翘散，专治本病有表病而衄血者。金银花三钱，连翘三钱，牛蒡子三钱，炒，薄荷一钱，荆芥穗二钱，豆豉三钱，杏仁二钱，鲜苇根一两，茅根五钱，侧柏叶二钱。止泻药片，专治本病四五日肠炎下利者。川连一钱，木香一钱，金银花三钱，桃仁三钱，红花三钱，地丁三钱，丹皮三钱，滑石三钱，紫草钱半，大黄五分。增液小承气汤，专治本病四五日大便秘结者。大黄二钱，枳实二钱，厚朴钱半，元参三钱，生地三钱，寸冬三钱，麻仁一两。化斑汤，专治本病发蔷薇疹者。石膏三钱，知母三钱，元参二钱，甘草钱半，犀

角五分冲，粳米六钱。牛黄丸三分，紫雪丹三分，至宝丹三分，专治本病邪入营分神昏谵语者。按以上三方，各药皆有制成者，药味太多，且多贵重，故不录。清营汤，专治本病十余日热邪入营分者。犀角三钱，生地五钱，元参三钱，竹叶一钱，寸冬三钱，丹砂二钱，川连二钱，金银花三钱，连翘三钱。加味桃花汤，专治本病十余日下利脓血者。赤石脂五钱，干姜三钱，粳米一两，白及三钱，阿胶四钱。加味益胃汤，专治本病愈后津液缺乏者。沙参三钱，寸冬五钱，冰糖一钱，生地五钱，玉竹钱半。补中益气汤，专治本病愈后中气不足者。黄芪三钱，潞党三钱，当归二钱，陈皮钱半，白术二钱，升麻五分，柴胡一钱。本病四时皆有，预防宜时时注意。该杆菌多存于不洁水中，由苍蝇传播，搬运于吾人之食物，食之，遂罹本病，故吾人食物，以清洁为上，煮熟为次，凡本病流行之时，一切饮食，皆当十分注意也。

【按语】 伤寒杆菌之所以会在人群中蔓延发展，与其在自然界中生活力较强有关。伤寒杆菌在粪便中可维持1~2个月，在冰冻及严寒环境中可生存数月，在水里可生存2~3周，但在日光直视下，数小时即死，加热至60℃，30分钟死亡，煮沸后立即死亡。故王合三先生在文后特别介绍预防方法。由于当时历史原因，西药对本病治疗，亦甚为棘手，罹患本病后，死亡率高，先生在其《伤寒求实》第216条注中介绍朋友患此病后，由于缺乏治疗方法，虽在南京某医院住院，未能免于一死的悲惨情景，曰：“西医所谓肠热病，日本所谓肠窒扶斯也。客岁余小友舒康福，在南京病此，而入某医院诊治，已至发不识人，独语见鬼之时，诊其脉则尚弦，即该院之医生，亦谓其人心脏甚强，而苦无治法，静候病菌为白血球扑灭，遂迁延致死，亦可悲也！”我

国当时如此，国外亦如此。当本人整理此文时正是电视连续剧“钢铁是怎样炼成的”播放时，剧中人在严寒冬季大雪纷飞修建铁路时，肠伤寒流行，多人病死，保尔转送回家，“青春的活力占了上风。伤寒没能致保尔于死地，保尔第四次越过了死亡线，回到了人间。只是又过了一个月以后，才能起床下地。骨瘦如柴、脸色苍白的保尔，拖着绵软的双腿，站起身来，扶着墙壁，想在房间里走走。在母亲的搀扶下，他走到了窗边，在那儿久久地望着屋外的道路，雪融化后形成的一个个小水洼，闪闪发亮，屋外是冰雪初融的早春天气了”（见《钢铁是怎样炼成的·第三章》）。这虽然是小说家的描述，确真实地反映出肠伤寒无论在中国和乌克兰及世界各国在当时生活环境恶劣，缺乏较好的医疗条件下，医生亦“苦无治法”，“遂迁延致死”，即使幸存者，也会使人“骨瘦如柴”，从严冬到初春，这样一个漫长的恢复过程。王合三先生怀着对友人、国人的一种责任感，在其专著《中西对照传染病讲义》中作了较为详细的讲解，“将经验所得，摘录数方，写之于后，用之得当，确促短本病之经过”。读后不仅学了王合三先生多年之经验，对其医德，亦更加敬佩！

虎列拉(西) 霍乱(中)

本病为霍乱病菌所发生之肠胃病，其形状短粗而弯曲，如新月形，为 1884 年谷霍氏所发见。该菌由口入胃，往往为胃酸所杀死，幸而落网者，由幽门而窜入小肠，遂翻起滔天之祸，繁殖甚速，毒力甚大，能使全身之水分顷刻之间尽入肠中而排泄之，故病人每吐泄几次后，而大肉即脱。按霍

乱之名，始见于《内经》，在我国古时即有是病，几千年来，名医迭出，治本病特效良方，颇为不少，至王孟英著《霍乱论》一书，虽不免与急性肠胃炎未能分辨清楚，然其书中之四逆证、理中证，确是真霍乱之证。本病之潜伏，平均不过三日，然亦有数小时者，初起时，脉伏，手梢发冷，上吐下泄，全不感觉腹痛，所泄之水，如米泔样，甚则小便全无，四肢厥冷。西医对本病，无特殊之办法，所谓绝对休息，维持体温，多饮开水，冰块镇压，禁食亦属无聊之举动。若求之于中医，如《伤寒》《医林改错》《治暑全书》《霍乱论》中确有特效之治法。西医对本病之药物，如注射生理盐水，有时加葡萄糖，或服多量之白陶土，以吸收毒素，亦与中医之用地浆同意，兹录中医之特效良药于后：黄芩定乱汤：专治霍乱肢冷、脉伏、口渴、舌黄、小便闭而烦躁不安者，药用黄芩、栀子、香豉、蚕矢、半夏、橘红、竹茹、蒲公英、川连、陈茱萸，转筋加丝瓜、薏仁。蚕矢汤：专治霍乱转筋、肢冷腹痛、口渴烦躁、目陷脉伏者，药用蚕矢、薏仁、豆卷、木瓜、川连、半夏、条芩、通草、栀子、吴茱萸，地浆水煎。按前症似为急性肠胃炎，然移来治霍乱前期，颇有捷效。清任活血解毒汤：专治霍乱吐泄邪入血分者。药用桃仁三钱，红花三钱，丹皮三钱，赤芍三钱，金银花五钱，地丁二钱，厚朴二钱，甘草钱半。孟英解毒活血汤：专治毒邪深入营分吐泻肢冷、多汗溲闭、口渴、面黑目陷者，药用连翘、丝瓜、紫草、菖蒲、蚕矢、川连、丹皮、地丁、薏仁、金银花，地浆煮绿豆四两，取水煎药。四逆汤：专治吐泻、小便不利、下利清谷、舌无苔而润、脉微欲绝者，药用附子、干姜、甘草。通脉四逆加猪胆汁汤：专治吐泻已止、汗出而厥、四肢拘急、脉微欲绝者，药用甘草、干姜、生附

子、猪胆汁。霍乱亦消化器病，预防之法，与肠热病同，每遇本病流行之时，食勿过饱，令胃酸足以浸透食物，足以杀死病菌。

【按语】 霍乱最早见于《素问·气交变大论》，曰：“岁土不及，风乃大行，化气不令，草木茂荣，飘扬而甚，秀而不实，上应岁星，民病飧泄霍乱。”霍者挥也，乱者变也，病起于食卒，而挥霍变乱也（见明·方隅《医林绳墨·霍乱》）。《诸病源候论》卷二十二霍乱病诸侯曰：“冷热不调，饮食不节，使人阴阳清浊之气相干，而变乱于肠胃之间，则成霍乱。”《冷庐医话·霍乱转筋》曰：“初起先腹痛，或不痛，泻利清水，顷刻数十次，少者十余次，未几即手筋抽掣，呕逆，口渴恣饮，手足厥逆，脉微欲绝，甚则声嘶舌短，目眶陷，目上视，手足青紫色，或偏身青筋硬凸如索，汗出脉绝。急者旦发夕死，夕发旦死，缓者二三日或五六日死。”从上可知，霍乱是一种长期危害人类健康的一种来势凶猛、变化急速、传染性强、流行广泛的烈性甲级传染病。有多种病名，如“吊脚痧”、“虎烈拉”、“绞肠痧”、“霍乱”、“副霍乱”等名称。根据临床症状、发病特点以及致病菌的不同，名称各异。所以称霍乱者，由霍乱弧菌引起，所谓副霍乱，由爱尔托生物型引起者。因这两个霍乱菌生物型在形态和血清学方面几乎一样，临床表现、防治措施亦基本相同，故现在统称为霍乱。现研究证明，霍乱弧菌胃酸对其有作用，正常人食入霍乱弧菌超过 $10^8 \sim 10^9$ 个时，均可发病。因此把住病从口入这一关十分重要。由于这种病从古至今未停止过对人类的侵袭，世界性大流行已达七次，并不断地域性发生，对人类造成的危害极大，为此亦总结出了预防方法和治疗措施，大大减少了霍乱的发生和流行。一旦发病，及时

隔离治疗，不仅缩短了疗程，也大大降低了死亡率。霍乱毕竟是一种烈性甲级传染病，必须保持警惕，做好预防工作，把住病从口入这一关。王合三先生说：“几千年来，名医迭出，治本病特效良方，颇为不少。”王合三先生治疗霍乱经验方药，已作介绍。历代医家经验，略选一二，再作参考。王清任著《医林改错·瘟疫吐泻转筋说》颇有见地，曰：“上吐下泻转筋一症，古人立名曰霍乱。宋朝太医院立方，名曰局方，立霍香正气散以治之。以邪气伤正气之病，反用攻发正气之药，岂不愧太医之名。至我朝道光元年，岁次辛巳，瘟毒流行，病吐泻转筋者数，国家发帑放棺，月余之间，费数十万金。彼时业医者，有用参术姜附见效者，便言阴寒；有用芩连栀柏见效者，则云毒火。余曰：非也。不分男女老少，众人同病，乃瘟毒也。或曰：既是瘟毒，姜附热，芩连凉，皆有见效者，何也？余曰：芩连效在初病人壮毒盛时，姜附效在毒败人弱气衰时。又曰：有芩连姜附服之不效而反有害者，何也？余曰：试看针刺而愈者，所流尽是黑紫血，岂不是瘟毒烧炼！瘟毒自口鼻入气管，由气管达于血管，将气血凝结，壅滞津门，水不得出，故上吐下泻。初得用针刺其肘弯处血管，流紫黑血，毒随血出而愈。或曰：所刺是穴？请明指示。余曰：余虽善针，不必论，是穴名曰尺泽。人气管周身贯通，血管周身亦贯通，尺泽左右四五根血管，刺之皆出血，皆可愈，尺泽上下，刺之亦可愈。总之，用针所刺而愈，皆风火气有余之证。不足之证，愈针愈坏。此针灸家隐讳而不肯言也。仓卒之时，用针刺，取其捷便也。一面针刺，一面以解毒活血汤（连翘二钱，葛根二钱，柴胡三钱，当归二钱，生地五钱，赤芍三钱，桃仁八钱研，红花五钱，枳壳一钱，甘草二钱，水煎服）治之，活其血，解其

毒，未有不一药而愈者。但此证得之最速，伤元气最快，一半日可伤生。若吐泻一两时后，或半日后，一见腿抽，便是腿上气少，一见胳膊抽，便是胳膊上气少。如见眼胞塌陷，汗出如水，肢冷如冰，谩言凉药有害，即余所立解毒活血汤，亦有过无功。此时无论舌干口燥，大渴饮冷，一时饮水数碗，放心用姜附回阳汤（急救回阳汤），党参八钱，附子八钱（大片），干姜四钱，白术四钱，甘草三钱，桃仁二钱（研），红花二钱。歌曰：急救回阳参附姜，温中术草桃仁方，见真胆大能夺命，虽有桃红气无伤。解毒活血汤与急救回阳汤，两方界限分清，未有不应手而愈者。慎之！慎之！”王清任创立的这种治疗法则，从表面看似矛盾，实质符合辨证论治的精神，这也正是王清任对中医学治疗原则的创造性发展。联系现代关于休克发生原理中的微循环机能障碍以及弥漫性血管内凝血的存在，王清任的这些理论和实践，有助于打开我们的思路，有必要在临床上根据具体情况，进一步试用和验证（见《医林改错·评注》）。《冷庐医话·霍乱转筋》曰：“世医认为暑湿，妄投凉泻，或认为痧气，妄投香散，鲜有不弊，宜用当归四逆加吴茱萸生姜汤（当归二钱，炒白芍钱半，桂枝钱半，炙甘草一钱，通草一钱，吴茱萸钱半，细辛八分，生姜三片，黑枣三枚，水煎冷服）。轻则二三剂即愈。重者多服数剂，立可回生，百治百效，真神方也。如呕者本方加姜制半夏三钱，淡干姜一钱。口渴恣饮舌黄加姜炒川连五分为反佐，经所谓热因寒用也。腹中绞痛，名转筋入腹，加酒炒木瓜三钱。手冷过肘膝，色现青紫，加制附子三钱。若声嘶目上视，舌卷囊缩，脉已绝为不治，服药亦无及，速用艾灸法（脐下三寸关元穴，用附子捣烂，捏作饼如钱大，穴上以龙眼大艾炷加其上灸十四壮，重者三十

壮，呕泻止厥回即愈，如无附子用生姜切片如钱贴灸亦可，无姜贴肉灸亦妙，病人腹内知温，呕泻即渐止。量寸法以病人中指中一节若干长为一寸，用草候准量之不可截断，只须操作三叠即三寸矣），此证种种皆肝经现症，亦寒邪为病。可疑者，口渴舌黄喜冷饮及不欲衣被两症耳。缘坎中真阳，为寒邪所逼，因之飞越，所谓内真寒而外假热，但以脉辨之，自无游移矣。有习用温补之医，知此证为阴寒，治用附子、理中、四逆等汤，温补脾肾，究非是厥阴，仍不奏效。余按此病，自嘉庆庚辰年后患者不绝，其势至速，医不如法，立时殒命。而方书罕有详载治法者，特备述之以贻世云。”本病属烈性传染病，贵在预防，一旦发病，尽早治疗，不可延误时间。隔离亦至关紧要。

赤痢(西) 痢疾(中)

赤痢之原因有二：一属于动物性者，一属于植物性者。属于动物性者，为阿米巴赤痢，乃 1875 年勒须氏所发见。属于植物性者，为细菌赤痢，乃 1898 年志贺洁氏所发见。中医对本病，并无分别，统名之曰痢疾。因无显微镜之故，本病菌存于大肠粘膜，放散毒素，粘膜感受毒素之刺激，遂发炎发肿，大肠之道路窄狭，所以有里急后重下利红白等症。次数虽多而排出物甚少，阿米巴原虫，较赤血球为大，每每吞食之。潜伏期大约至十日，其初起，大便水泄后，则腹痛下坠，所下之物，或白或红，总觉有排泄不尽之感，动物性者，带全身症状甚少，若植物性者，除里急后重下痢脓血外，多有发高热、恶寒、战栗等症。陈修园谓“热不休，死不治”，即是此症。西医治痢，分杀菌清泄洗肠收敛等法，

与中医治痢，无大出入，惟清泄一法，与中医不甚相合，唐容川生大黄暂一攻之说，总是例外，盖痢疾之下坠，非下药所能治也。中医治痢，以清热消炎为主，若热退炎消，而动物植物病菌皆自然不能存在。西医对本病之初起，用甘汞，与治肠热同，下重甚，则硫酸镁以清泄之。继则用收敛剂，如硝、苍之类，随症施治，颇有效果。兹更录中医之经验良方于后。葛根黄芩黄连汤：专治误下后喘汗下痢者。葛根三钱，川连一钱，黄芩三钱，甘草二钱。香连丸：专治肠胃发酵里急后重便脓血者。川连、木香各等份。黄芩芍药汤：专治腹痛下痢者。黄芩三钱，白芍五钱，槟榔二钱，木香一钱，当归三钱，滑石三钱。凉血止痢汤：专治热入血分发热而下痢者。白芍三钱，川连一钱，木香一钱，丹皮三钱，地丁三钱，紫草钱半，桃仁二钱，滑石三钱。白头翁汤：专治热痢下重者。白头翁三钱，川连一钱，秦皮二钱，黄柏二钱。乌梅丸：专治久痢者。乌梅三钱，细辛一钱，干姜钱半，川连钱半，当归三钱，附子一钱，蜀椒一钱，桂枝二钱，人参二钱，黄柏二钱。黄芪滑石汤：专治虚人久痢者。黄芪一两煎，滑石三钱冲。预防之法，与霍乱肠热之法同。

【按语】 痢疾最早见于《内经》，称“肠癖”，又有“赤痢、白痢、赤白痢”之分。《素问·太阴阳明篇》曰：“饮食不节，起居不时者，阴受之。阴受之则入五脏；入五脏则臌满闭塞，下为飧泄，久为肠癖。”其言发病之原因。对赤痢的临床脉症亦有记载，曰：“少阴之胜，腹满痛，溏泄，传为赤沃。”（见《素问·至真要大论》）又曰：“心肝癖亦下血，二脏同病者可治。”（见《素问·大奇论》）又曰：“肠癖下脓血，脉悬绝则死，滑大则生。”（见《素问·通评虚实论》）关于下痢赤白的病因和症状亦有记述，曰：“太阳

司天，风湿交争，民病注下赤白。”（见《素问·六元正纪大论》）又曰：“岂少阳在泉，火淫所胜，民病注泄赤白，少腹痛，溺赤。”（见《素问·至真要大论》）此后，《难经》《伤寒论》《诸病源候论》都有详细论述和治疗方法。王合三先生将西医阿米巴肠病和细菌性痢疾称作“赤痢”和“痢疾”。从病因、病理、治疗诸多方面进行了中西医相结合的论述，并介绍了“中医之经验良方”，直至今天，仍为治疗痢疾的经验良方。现代研究认为，阿米巴肠病是溶组织阿米巴引起的肠道感染，以近端结肠和盲肠为主要病变部位，典型者以痢疾症状为主，易于复发变成慢性。这与《诸病源候论》中“血痢候”、“久血痢候”是一致的。深组织阿米巴有两种形态，即滋养体和包囊。包囊则是传播本病的唯一形态，是原虫的感染型。滋养体是寄生形式，寄生于肠腔和结肠壁中，以两分裂法繁殖，在无氧条件下生长最好，需细菌或其他组织才能生存。包囊被吞食后，在回肠下部和盲肠去包囊后，成为小滋养体，直径约 $10 \sim 20\mu\text{m}$ ，因不侵犯肠壁，故称肠腔型滋养体。致病型滋养体，体积增大，直径可达 $30 \sim 40\mu\text{m}$ ，活动性强，光镜下见虫体伪足呈定向活动，内胞浆中除核和各种食泡外，常有被吞噬的细胞、组织碎屑和细胞碎片，是识别大滋养体的重要标志。常见于急性期患者的粪便和病灶组织中，又称组织型滋养体。本病农村比城市发病率高，夏秋季为多发季节。此病原体可经肠道血流或直接蔓延而侵入肝脏等肠外组织，可致脏腑的阿米巴病，如阿米巴肝脓肿。阿米巴原虫致病依赖于某些细菌的共生作用。细菌可提供适于阿米巴增殖的某些理化条件，并削弱宿主全身或局部抵抗力，为阿米巴入侵创造条件。对于阿米巴痢疾的治疗，仲景《伤寒论》论述热利治用白头翁汤共有 2 条，

即 371 条和 373 条。曰：“热利，下重者，白头翁汤主之。”又曰：“下利，欲饮水者，以有热故也，白头翁汤主之。”本人在参加西藏医疗队期间，用仲景白头翁汤治疗阿米巴痢疾取得了较好的临床效果。藏族医生强巴丹增同志热心学习中医，共治 14 例，其中痊愈 10 例，好转 4 例，有的病人只服 1 剂中药，大便送验阿米巴原虫即为阴性，说明王合三先生介绍白头翁汤确是“经验良方”。对白头翁汤剂的研究表明，对痢疾杆菌有较强的抑制作用，尤其对志贺氏痢疾杆菌、施氏痢疾杆菌效果最显著。此外，对金黄色葡萄球菌、表皮葡萄球菌等均有抑制作用。所以王合三先生在文中认为“阿米巴赤痢”和“细菌赤痢”中医“统名之曰痢疾”。虽“无显微镜”，只要辨证准确，施方恰当，都可收到显著效果。细菌性痢疾是痢疾杆菌引起的，以结肠化脓性炎症为主要病变，常见于急性肠道传染病。所有痢疾杆菌都可产生内毒素、细胞毒素、肠毒素（外毒素），志贺氏痢疾杆菌尚可产生神经毒素。目前以福氏和宋内氏菌占优势。有些地区仍有志贺氏菌群流行。此三种菌群，临床表现各有特点：志贺氏菌毒力最强，可引起严重症状。福氏菌感染易转为慢性，宋内氏菌感染，多呈不典型发作。病程超过 2 个月，即称慢性菌痢。《诸病源候论》中的“久赤痢候”、“久赤白痢疾”等，当属慢性范畴。若论治法，仲景《伤寒论》第 34 条曰：“太阳病，桂枝证，医反下之，利遂不止，脉促者，表未解也；喘而汗出者，葛根黄芩黄连汤主之。”王合三先生对此方治痢作了简明的回答：曰“葛根黄芩黄连汤专治误下后喘汗下痢者。”本人在临床不仅用此方治细菌性痢疾，而且对非特异性慢性结肠炎急性发作期合并肠道细菌感染，伴有恶寒发热时，用此方加减治疗效果亦很满意。值得重视的是，在治

痢疾时，一定要与肠道非细菌性疾病所致便脓血相鉴别。仲景《伤寒论》第306条云：“少阴病，下利，便脓血者，桃花散主之。”王合三先生在对此条注解时曰：“少阴病，气虚肠滑而下利，利久，则肠壁有破处，壁上之膏油杂血而下，故使脓血，与痢疾之便脓血，外虽同，而来源则异，故以桃花汤止利，利止则便脓血亦愈矣。”细菌性痢疾中医亦称“热痢”、“毒痢”，其放出之“毒素”人体吸收后必然引起不同程度中毒反应，如高热甚至中毒死亡者。治疗应当清热解毒治痢，不可止痢，当使菌痢所致肠道脓性分泌物，即脓血便排出，最忌使用收涩之药，毒物不能排出，必然病势加重，甚则转危！因“来源不同”，治当别论。故《质疑录·论痢无止法》曰：“痢必由于积滞，故曰：‘无积不成痢’。治痢初起，必用消积导滞，以推荡之法。此仲景治痢十法，均主大、小承气。而河间亦曰：‘行气则后重自除，调血则便脓自止’。此盖为痢之有实邪者言也。所谓‘痢无止法’是也。若久痢之后，元气已亏。如气本陷矣，而复行其气，后重不将甚乎？中本虚矣，而再攻其积，元气不将竭乎？湿热伤血，自宜调血，若过用推陈，血愈伤矣。积滞频下，谓当消导，久为克伐，积益多矣。此但知据见在者，为有形之疾病，而不知所伤者，皆无形之气血也。岂可执‘痢无止法’一语，而曰《内经》有‘通因通用’之治，以致杀人也哉！”因此，临床必须辨证准确才不致有误，对于久痢，亦当随其证而施治之。细菌性痢疾切忌用收涩止痢，否则后患无穷。对于阿米巴痢疾和细菌性痢疾都必须作好预防，把住病从口入这一关。

斑疹伤寒(西) 瘟疫发斑(中)

病原为立克次氏体，由虱之传染而来，病毒存于虱之粪中，人被虱咬，因搔痒之故，由皮肤损伤之处，侵入人体，放出毒素，而人之血色变黯，本病遂起。潜伏约五日至十八日，其初颇类肠热，发高热，头痛，舌苔白厚，正如余师愚所谓“舌如积粉，唇齿枯焦，面红目赤，呕吐谵语，五六日腋下脊背等处，即有红斑隐隐，其后蔓延腹部及四肢，渐及全身，惟颜面稀少”。西医对本病无治法，中医对之以凉血解毒为主治。西医仅于恢复期注射血清，或柠檬酸钠，有时注射强心剂，中医对此效方很多，兹摘录于后。加味银翘散：专治瘟疫发斑未见点时。银翘散方见前，加茅根五钱、大青叶五钱（肠热病内）。化斑汤：专治斑点隐隐高热不止者。化斑汤方见前肠热病内。孟英解毒活血汤：专治热在血分瘟疫发斑者。解毒活血汤方见前霍乱病内。益胃汤：专治斑透津伤发热不退者。益胃汤方见前肠热病内。五汁饮：治与前同。梨汁、荸荠汁、鲜苇根汁、麦冬汁、藕汁或用蔗汁。雪梨浆：治与前同。以甜水梨大者一枚，薄切，新汲凉水里内浸半日，时时频饮。宜注意衣服、被褥、身体常洗涤。

【按语】 瘟疫发斑，言其以发斑为主要临床表现，且具传染性，故以此名之。西医也名之流行性斑疹伤寒。从病名亦可见中西医互通之处。关于瘟疫发斑所具有的传染性，早在《素问·六元正纪大论》已有记载，曰：辰戌之岁，初之气，民厉温病。卯酉之岁，二之气，厉大至，发善暴死。终之气，其病温。寅申之岁，初之气，温病乃起。丑未之岁，二之气，温厉大行，远近咸若。子午之岁，五之气，其

病温，已亥之岁，终之气，其病温厉。后世吴又可《瘟疫论·病原》曰：“病疫之由，昔叔和云，凡时行者，春时应暖而复大寒，夏时应大热而反大凉，秋时应凉而反大热，冬时应寒而反大温，非其时而有其气，是以一岁之中，长幼之病，多相似者，此时行之气，指以为疫。余论则不然……疫者感天地之厉气，在岁运有多少，在方隅有轻重，在四时有盛衰，此气之来，无论老少强弱，触知者即病……”在王合三先生文中已知斑疹伤寒“病原为立克次氏体，由虱之传染而来”，因具有传染性，故现名为流行性斑疹伤寒，又称虱传染斑疹伤寒。是普氏立克次氏体通过虱传播的急性传染病。罹患本病之后，数月至数年，可能出现复发，称复发型斑疹伤寒。普氏立克次氏体在虱的肠中发育，其基本形态为微小球杆状，沿长轴排列成链状，革兰氏染色阴性。虱专食人血，当吮吸人血的同时排出含有病原体的粪便于皮肤上，可通过搔抓之皮损处，或穿刺进入人体，当然亦可由结膜、呼吸道、口腔粘膜感染者。以冬春季节发病多，因此时气候寒凉，穿衣较厚又不勤洗和更换，易于虱的寄生和繁殖。发病之后，以发热、头痛、发斑或疹为特点，伴发神经和心血管系统症状，如剧烈的头痛、惊恐、神志昏迷、谵妄或胸闷痛、呼吸急促、恶心呕吐等。王合三先生谓“其初颇类肠热”者，系指有典型的潜伏期（5~12天，平均为10~12天），并有疲乏、头痛、头晕、畏寒、低热、眼结膜及面部充血等前驱症状及发病急骤、寒战、剧烈头痛、身体痛等症，皮疹于4~6天发生，初见于胸、背、腋窝、上臂两侧部，常在一天之内疹发全身，头面和下肢皮疹较少。这和余师愚描述的瘟疫发斑基本一致。余氏为了避免把瘟疫误为伤寒，专立“论疫与伤寒似同而异”，曰：“疫症初起，有似伤

寒太阳阳明证者。然太阳阳明头痛不至如破，而疫则头痛如劈，沉而不能举。伤寒无汗，而疫则下身无汗，上身有汗，唯头汗更盛……有似少阴而呕者，有似太阴自利者，少阴之呕，胁必痛，疫证之呕，胁不痛，因内有伏毒，邪火干胃，毒气上冲，频频而作，太阴自利，腹必满，疫证自利，腹不满……”对于斑疹的辨认，余氏有其独道之处，曰：“如斑一出，松活浮于皮面，红如朱点纸，黑如墨涂肤，此毒之松活外见者，虽紫黑成片可生。一出虽小如粟，紧束有根，如覆透针，如矢贯的，此毒之根锢结者，纵不紫黑亦死。苟能细心审量，神明于松浮紧束之间，决生死于临证之顷，始信余言之不谬也。”乃经验之谈也。若论治法，王合三限于当时的医疗条件，言“西医对此病无治法”，数十年来由于医学的发展，新药研究，疗效都有了很大提高，陈灏珠主编的《实用内科学·流行性斑疹伤寒》曰：“氯霉素、四环素等对本病及复发型斑疹伤寒均具特效。”已较王合三先生写此文时西药治疗有了根本性的改观。关于中医的治法，指出“以凉血解毒为主……若中医对此效方很多”，都作了较详细的介绍，如银翘散、化斑汤、解毒活血汤、益胃汤、五汁饮等，故不多赘述。至于余师愚的清瘟败毒饮及其加减运用，可读余师愚著《疫病篇》，对本病诊治有实用价值。

痘疮(西) 天花(中)

按天花为传染病中之最惨酷者，中国古时，尚无此症，故《内经》《难经》《伤寒论》《金匱要略》等书，皆不见天花之记载，西医对于本病，只知点种牛痘。种牛痘，诚善法也。设若天花发见，如去年前年之流行，将何法以挽救之，

乃不得不乞灵于焦头烂额，钱、朱、张、万及叶氏之法。此病为过滤性之病毒，至今原因尚未确定，大抵由呼吸器，感受经肺之小循环，侵入血中，遂发生此病。潜伏期大约十日至十四日，突然发热恶寒，咳嗽喷嚏，眼内含水，或下利，或痉挛，皆天花初起必有之症状，后二三日见点，后二三日起胀，后二三日灌浆，后二三日结痂，痂落后，本病结束矣。大抵本病逆者不能治（如蒙头锁项之类），顺症不必治（如寒热轻微见点如期廖廖若星然），所治者，惟可生可死之险症。西医对本病无治法，而中医分期施治，有一定之步骤，如发热时，宜清解；见点与起胀宜凉血解毒；灌浆时，宜托补；至结痂以后，按病人之体质，可温可清，或分寒热而利小便，此正常之治法也。若变症多端，活法在人，另有专门之书籍。中医治天花之药方很多，或偏于凉，或偏于热，各有至理，然不能为一定之标准，兹选择中医之平和者，写之于后，运用在人，不能刻舟求剑也。清温化毒汤，专治天花发热期有表证者。金银花三钱，连翘三钱，羌活三钱，牛子三钱，薄荷一钱五分，芥穗一钱，茅根三钱。解毒活血汤，专治见点起胀时血热者。赤芍三钱，金银花五钱，丹皮三钱，地丁三钱，紫草一钱五分，元参三钱，甘草二钱。补中益气汤，专治灌浆气虚者。补中益气汤方见前肠热病内。保元汤，专治灌浆时而浆水不足者。炙芪五钱，党参三钱，元肉三钱，肉桂一钱。预防之法是种牛痘。

【按语】 天花，王合三先生形容本病为“传染病中最惨酷者”。天花记载最早见于晋葛洪著《肘后备急方》中。书中对天花病及其流行都作了详细记述，比9世纪阿拉伯医生拉锡有关天花的著作早700多年。天花是由天花病毒所引起的烈性传染病。1966年世界卫生大会决定每年投资250万

美元，规划 10 年消灭天花的方案，1967 年执行，于 1980 年 5 月第 33 届世界卫生大会宣布全球已消灭天花。我国最后 1 例发生于 1960 年 3 月云南接近缅甸的边区，以后在全国范围内消灭了天花（包括输入性病例）。由于天花已被消灭，种痘已无必要。全世界自 1977 年发生最后 1 例天花以来，已有 18 年未有新的病例发生。全球现仅有二处储存和研究天花病毒株的基地，即美国的疾病控制中心（CDC）和俄国柯索夫的分子生物学研究所（IMB）。1993 年 8 月在英国格拉斯哥召开的第四届全球病毒会议上讨论其保存毒种的销毁如保留的利弊问题，意见未能统一（见陈灏珠主编《实用内科学》）。王合三先生文中所述证治方药，就作为历史性资料参考吧。

猩红热(西) 烂喉痧阳毒(中)

猩红热之病，原体而未参，全然明悉，晚近美人，以溶血性链状球菌为病原，而意人以过滤性之球菌为原因，然证诸各方之复试，则过滤性球菌之说，尚未蒙各方之公认，而溶血性链球菌之说，虽尚不能为本病确实病原，然与本病原因上，有密切之关系，取患者咽头溶血性链球菌，移种他人之咽喉，则发生同样之猩红热症，且注射此菌于肌肉，数时左右，则发生猩红热同样之症状，若其人有免疫性，而注射此菌，或与免疫血清混合而注射之，则不发生任何症状，是链状球菌为猩红热的原因，尚觉比较确实也。本病的潜伏期大约四日至七日，后即恶寒发热，头痛，呕吐，咽痛，约二三日后，面红舌绛，如覆盆子，自颈部起，全身发斑，如涂染红墨水状，且斑上发生一层白色汗疹，咽部发白色，类似

白喉之义膜。按本病之发生，说者谓在雍正二年，不知本病在中国古时，类此病之记载者甚多，故录《金匱要略》一条，以备参考。“阳毒之为病，面赤斑斑如锦纹，咽喉痛，五日可治，七日不可治，升麻鳖甲汤主之。”虽举之症状，不甚完全，而发斑与咽痛等症，皆已悉具，况以药方证之，升麻甘草以解毒，当归鳖甲以破血，若雄黄，若蜀椒，又皆有杀菌能力，确是治猩红热之准绳。予四十年来，本此意以治猩红热，无不取效。若今日拟作中西医病名工作，必取古今中西医之症状，丝丝相合，方是一病，则刻舟求剑矣。西医对本病无治法，求之中医，升麻鳖甲汤，虽未能丝丝入扣，而其治疗之意义，可以推想。升麻可以解毒，而银花、蒲公英之类，皆可以代替，当归可以破血，而桃仁、红花，皆可以代替，况且雄黄、川椒等药，又能灭菌杀虫，按其意而不泥其方，而猩红热之治疗，不过如是。中医有效药方，分录于后，以备应用。犀角地黄汤：犀角三钱磨汁，连翘三钱，生地五钱，生甘草五分。神犀丹：犀角尖六两，石菖蒲六两，黄芩六两，怀生地一斤，金银花一斤，连翘十两，粪清十两，板蓝根九两，香豉八两，花粉四两，紫草四两，元参七两。解毒活血汤：专治热在血分瘟疫发斑等者。汤方见前肠热和霍乱病内。锡类散：珍珠粉五分，上青黛六分，象牙屑三分，壁钱二十一枚。共研细末。八宝吹喉散：珍珠、牛黄、上琥珀、珊瑚、五倍子、凤凰衣、西瓜霜、梅片、青黛、月石，共为细面用。预防措施应注意感冒，猩红热之病毒，每于病人落屑之后，飞散于空中，若平常之时，亦难侵入人体，惟当人感冒之时，乘此机会侵入肺经。

【按语】 猩红热病系由化脓性链球菌所致。主要有急性咽炎、急性扁桃体炎、肺部感染、猩红热等，并可发生全

身性感染，但在一定条件下，可引起心内膜炎、泌尿系感染和中枢神经系统感染，亦是变态反应性疾病风湿热和急性肾小球肾炎的间接病因。陈邦贤编著的《中国医学史·猩红热》有这样一段文字，曰：“中国猩红热的发生，大概是从国外来的，上海租界因猩红热而死的第一人，发现于1873年，同时烟台也发生猩红热。1920年猩红热流行于上海，死者达一千五百余人。”清·余师愚《疫疹一得》曰：“乾隆戊子年，吾邑疫疹流行……”又曰：“疹色淡红而活，荣而能润，是为佳境。深红较重于淡红，血热也，色艳如胭脂，较深红而更恶，血热极也。色紫赤如鸡冠花而更艳，较艳红而火转盛，不急服清凉解毒，必致变黑。”王合三先生曰：“按本病之发生，说者谓在雍正二年，不知本病在中国古时，类此病之记载者甚多。”故以中医烂喉痧阳毒名之。《喉痧证治概要·喉痧证治总论》曰：“凡痧子初发时，必有寒热、咳嗽、胸闷、泛恶、骨痛等证。揆度病因，盖外邪郁于腠理，遏于阳明，肺气不得宣通，胃气不得泄越也……而时疫喉痧初起，则不可不速表，当先用汗法，次分清法，或用下法，须分初、中、末三层，在气在营，或气分多，或营分多，脉象无定，辨之宜确，一有不慎，毫厘千里。初则寒热，烦躁，呕恶，咽喉肿痛，腐烂，舌苔或白如积粉，或薄腻而黄，脉或浮数，或郁数……轻则荆防败毒散……重则麻杏石甘汤。如壮热，口渴，烦躁，咽喉肿痛，腐烂，舌边尖红绛，中有黄苔，丹痧密布，甚则神昏，谵语，此时疫邪化火，渐由气入营，即当生津清营解毒，佐使疏透，仍望邪从气分而解，轻则用黑膏汤，鲜石斛、豆豉之类，重则用犀豉汤、犀角地黄汤，必待舌色光红或焦燥，痧子布齐，气分之邪已透，当用大剂清营凉解，不可再行表散。此治时疫喉痧之次第也。”

假使早用寒凉，则邪遏在内，必致内陷神昏或泄泻等症，致成不救。如表散太过，则火炎愈炽，伤津劫液，引动肝风，发为痉厥等险象，仍当大剂清营凉解，或可挽回。先哲云：丹痧有汗则生，无汗则死。金针度人，二语尽之矣。故此证当表则表之，当清则清之，或用釜底抽薪法，亦急下存阴之意。谚云：救病如救火，走马看咽喉。用药贵乎迅速，万不可误时失机。”此叶天士卫气营血之治法，可参考叶天士治温疫发斑，并灵活运用之。王合三先生录《金匱要略》之条文曰：“阳毒之为病，面赤斑斑如锦纹，咽喉痛，吐脓血，五日可治，七日不可治，升麻鳖甲汤主之。升麻鳖甲汤方：升麻二两，鳖甲手指大一片，当归一两，甘草二两，雄黄半两，蜀椒一两。上六味以水四升，煮取一升顿服之，老小再服取汗。”又曰：“阴毒之为病，面目赤，身痛如被杖，咽喉痛，五日可治，七日不可治，升麻鳖甲汤去雄黄蜀椒主之。”赵献可与王合三先生认识接近，曰：“此阴阳二毒，是感天地疫疠非常之气，沿家传染，所谓时疫证也。观方后老小再服可见。”对于猩红热的治疗王合三先生有丰富的经验，曰：“予四十年来，本此意以治猩红热，无不取效。”

白喉

由勒夫勃发见之白喉细菌而生，此菌侵入人之扁桃腺，即发生白色，蔓延悬雍，垂及口腔周围，皆发白色，并且发生毒素，放散全身血液之中。本病之潜伏期，为二日至七日，喉痛，喉肿，甚至于声音不出者，有初起兼见发热恶寒头痛等症。西医治白喉，惟白喉血清，用之于初起最早时，迟则无效，而中医按表里施治，有收效最捷者。西医对本

病，除注射白喉血清外，不过用盐水漱口，至于气管切开，总属危险，无甚效果。而中国医书中，选录药方若干，以备应用。麻杏石甘汤：专治白喉兼有表证者。麻黄、杏仁、石膏、甘草。解毒承气汤：金银花、连翘、蒲公英、大黄、枳实、厚朴。养阴清肺汤：专治白喉纯然内发者。生地、丹皮、川贝、麦冬、元参、甘草、杭芍、薄荷。预防之法：当本病流行之时，不可与患本病之人接近，尤宜注意感冒，注射白喉血清。

【按语】 白喉最早见于《重楼玉钥》，原称“白缠喉”。曰：“喉间起白腐证，其害甚速，此证甚多，唯小儿尤胜，且多传染。”另有名“风热白喉”和“时疫白喉”等。白喉的发病特点是发病急、症状重、变化快、极具传染性。《重楼玉钥·论喉间发白治法及所忌诸药》曰：“喉间起白如腐一症，其害甚速。乾隆四十年前无是症，即有亦少。自二十年来，患此症者甚多，惟小儿尤甚，且多传染，一经误治，遂致不救，虽属疫气为患，究医者之过也。按白腐一证，即所谓白缠喉是也。诸书皆未论及，惟《医学心悟》言之。至于论治之法，亦未详备。缘此症发于肺肾，凡本质不足者，或遇燥气流行，或多食辛热之物，感触而发。初起者，发热或不发热，鼻干唇燥，或咳或不咳，鼻通者轻，鼻塞者重，音声清亮，气息调匀易治，若音哑气息，即属不治。遇有好奇之辈，一遇此症，即用象牙片动手于喉中，妄刮其白，益伤其喉，更速其死，岂不哀哉！余与既均之弟疗治以来，未尝误及一人，生者甚众，经治之法，不外肺肾，总要养阴清肺，兼辛凉而散为主。”《类证治裁·失音》曰：“肺为音所自出，而肾为之根，以通会厌，而肾脉挟舌矣。夫金空则鸣，失音一症，亦如金实则暗，金碎则哑，必辨其虚实，而后治

法可详。”王合三先生强调“按表里施治，有收效最捷者”。所谓“表”者，即王合三先生言“初起兼见发热，恶寒头痛等症”，也在肺之意，因肺主表；所谓“里”者，乃指肾和胃家而言。实证、热证，多易耗伤肾阴，使胃家实。若论治法，白喉兼有表证者，宜用麻杏石甘汤加减；若热毒内盛，胃肠有实邪者，宜解毒承气汤加减；若热邪耗伤肾阴者，亦王合三先生言“白喉纯然内发者”，宜用养阴清肺汤加减。勿忘“知犯何逆，随证治之”，不可拘泥一方一药。需要注意的是白喉杆菌按细菌的形态、特性、菌落及毒力分为轻型、中间型和重型三种。白喉杆菌能产生强烈的外毒素。在易感者的上呼吸道（多为咽部）粘膜表层组织内或体表皮肤内繁殖，分泌外毒素。当外毒素渗入局部及周围组织，可致组织坏死和急性假膜性炎症。假膜的形成，是从血管渗出的液体，内含易凝固的纤维蛋白，将炎性细胞粘膜坏死组织和白喉杆菌凝结一起所形成。白喉杆菌外毒素的吸收与假膜所在部位和蔓延的程度成正比，以咽部最易吸收，依次为扁桃体、喉、气管。毒素与组织结合时间越久越牢固，也就不易为抗毒素所中和，因此，早期治疗是十分重要的。由于抗毒素能中和游离的毒素，而不能中和已结合的毒素，以在病程不越三日应用效果较好，以后疗效显著降低，在使用前必须作过敏试验，阴性者方可使用。确定本病的诊断，最好是对患部直接涂片检查及细菌培养，发现白喉杆菌即可确诊。西药目前使用青霉素、红霉素、羧氨苄青霉素有效，气管切开在危重病人呼吸困难时仍不失为有效方法之一。在使用中药辨证治疗时，切勿用辛温发汗药，避免“桂枝下咽，阳盛则毙”，未见阳明腑实证，勿用攻下，以防损正助邪。

鼠疫

本病乃耶新发见一种短小之杆菌，在跳蚤口腔之中，侵入人体，而此种跳蚤，寄生于鼠身，故名本病为鼠疫。亦有一种，由呼吸器传染者，名曰肺鼠疫。由皮肤侵入者，先侵入淋巴管，复繁殖于淋巴腺，而本病遂起。若肺鼠疫，率由呼吸传染。本病之潜伏期，五日至六日，发高热，头痛，脉细欲绝，呕吐，甚至吐血，谵妄。本病侵犯心脏，易使心脏衰弱，即叶氏所谓“温邪上受，首先犯肺，逆传心胞”。西医对本病每谓预后不良，别无治疗之法，若求之《医林改错》与《温热经纬》等书中，尚可借用一二焦头烂额之药方。中医药方，分录于后，以备参考。王清任解毒活血汤，方见前霍乱病内。王孟英解毒活血汤，方见前霍乱病内。加减桃仁承气汤，王孟英方加减：忍冬蕊五钱，炒山栀三钱，小川连一钱，生大黄二钱，蒲公英五钱，连翘壳三钱，酒黄芩二钱，净芒硝钱半冲，广陈皮钱半，川黄柏二钱，粉丹皮二钱，细木通二钱。抵当汤，水蛭、虻虫、桃仁、大黄。神犀丹，方见前猩红热病内。预防方法，注意捕鼠。

【按语】 鼠疫是鼠疫杆菌通过鼠蚤传播为主的烈性传染病。据陈帮贤《中国医学史》记载：“我国鼠疫记载最早，当推洪稚存北江诗话。‘赵州师道南，今望江令师范之子也。生有异才，年未三十卒，其遗诗名《天愚集》，颇有新意。时赵州有怪鼠，白日入人家，即伏地呕血死。人染其气，亦无不立殒者。道南《赋鼠死行》一篇，奇险怪伟，为集中之冠。不数日，道南亦以怪鼠死，奇矣！’这是记载乾隆壬子癸丑鼠疫在中国流行惨酷的状况。师道南的《鼠死行》：‘东

死鼠，西死鼠，人见死鼠如见虎；鼠死不几日，人死如折堵，昼死人，莫问数，日色惨淡愁云获。三人行未十步多，忽死两人横截路。夜死人，不敢哭，疫鬼吐气灯摇绿。须臾风起灯忽无，人鬼尸棺暗同屋。乌啼不断，犬泣时闻，人含鬼色，鬼夺人神。白日逢人多是鬼，黄昏遇鬼反疑人。人死满地人烟倒，人骨渐补风吹老。田禾无人收，官租向谁考。我欲骑天龙，上天府，呼天公，乞天母，洒天浆，散天乳，酥透九原千丈土，地下人人都活归，黄泉化作回春雨。”在其所记载的鼠疫流行地区染病后的症状表现以及染疫后的悲惨情景，读后如古疫之再现，痛感医生肩负责任之重，当时社会卫生环境之恶劣，人们生活在水深火热，疫病缠绵之中。文中曰：“同治初年，云南的鼠疫流行，俞曲园《笔记》说道：‘同治之初，滇中大乱……时则又有大疫，疫之将作，其家之鼠，无故自毙，或在墙壁中，或在承尘上，人不及见，久而腐烂，人闻其臭，鲜不疾者，病即骤然而起，身上先坟起一小块，坚硬如石，颜色微红，扪之极痛，旋身热谵语，或逾日死，或即日死，诸医束手，不能处方，有以刀割去之者，然此处甫割，彼处复起，其得活者，千百中一二而已。疫起乡间，延及城市，一家有病者，则其左右十数家，即迁移避之，蹈于道者无莫，然卒不能免也，甚至阖门同尽，比户皆空，小村聚中，绝无人迹。’其次《药言随笔》记载如下：‘滇黔两奥，向有时疫痒子症，患之者十中难愈二三，甚至举家传染，俗名耗子病。以鼠先感受，如见有毙鼠，人触其臭气则病，室中或不见鼠，时症必流行。所感病象，无论男女强弱，一经发热，即生痒子，或在腋下，或现两膀、两腮，或痛而不见其形，迟则三五日，速则一昼夜则毙’。光绪二十年，鼠疫曾发现于香港，后则酿成疫病，流

行于世界。清末民初，东三省及北部诸省，受鼠疫传染而死亡者，计六万余人，经济上损失达一万万元。及至民国九年、十年，东省又发现鼠疫，人民被传染而死亡者计九千三百人（内有俄人六百名），此外山西、陕西、绥远，在民国十七年、十八年及二十年都先后发现鼠疫，嗣后福建也屡有发现，幸为数不多。”“1992年全世界报告发生人间鼠疫的有巴西、中国、马达加斯加、蒙古、缅甸、秘鲁、美国、越南及扎伊尔等9个国家，共1582例，病人大多集中在非洲，病死率为8.7%，我国29例，集中在西双版纳。中国证实的鼠疫源地区分布在17个省（自治区），216县，动物鼠疫不断。人间鼠疫由1995年二个省区（青海、西藏）扩大至云南、内蒙古、新疆、甘肃等六个省区。1994年毗邻的印度暴发鼠疫693例。我国防治鼠疫的工作仍非常重要（见陈灏珠主编《实用内科学·鼠疫》）。我国鼠疫杆菌共17个型。鼠疫杆菌在脓液、痰、蚤粪、土壤中分别存活10~20天和6个月至1年以上，主要由鼠类和其他野生啮齿动物进行传播。病菌由蚤类叮咬后感染，因主要侵犯淋巴腺，故称腺鼠疫。若由呼吸道吸入被污染鼠疫杆菌，可致肺鼠疫，严重时其他型均可发生败血症，故又称败血型鼠疫。朱颜编著的《几种重要传染病的认识及处理·鼠疫》中有中药治疗：腺鼠疫可用大连翘饮（万病回春方，治一切热毒。连翘、瞿麦、车前子、牛蒡、赤芍各八分，山栀、水通、当归、防风各四分，柴胡、黄芩、荆芥各一钱二分，蝉蜕五分，甘草一钱六分，竹叶十个，灯心十茎，水煎服）或普济消毒饮（李东垣方，治大头瘟，憎寒、壮热、头面肿痛。黄芩、黄连各五钱，人参三钱，橘红、柴胡、玄参、桔梗、甘草各二钱，连翘、牛蒡、板蓝根、马勃各一钱，僵蚕、升麻各七分。上为

末，用汤调，时时服，或每服五钱，水煎服）。肺鼠疫用犀角地黄汤（千金方，治发热、鼻衄、吐血。犀角三钱，地黄一两，芍药三钱，丹皮三钱。水五杯，煮取二杯，分二次服，渣再煮一杯服）、解毒犀角饮（治热毒，发疹。牛蒡、犀角、荆芥穗、防风、连翘、金银花、赤芍、甘草、川连、生地，水煎服）或清营汤（温病条辨方，治发热、神昏、嗜眠。犀角、元参、麦冬、银花各二钱，生地五钱，连翘、丹参各二钱，竹叶心一钱，黄连一钱半。水八杯，煮取三杯，日三服）。一旦发生鼠疫，最有效者还是使用鼠疫疫苗预防注射。平素做好灭鼠、灭蚤。在流行区采用中西医结合方法尽快控制疫情。当我写到这儿时，想到历史上鼠疫流行所造成的惨酷状况及当时医疗技术落后，“诸医束手，不能处方”，这不能不使我感到清政府的腐败，旧中国的黑暗无能。谁知就在这时，日本法西斯在第二次世界大战期间，在我国东北进行的细菌战研究犯下的滔天罪行。他们“拿活人当老鼠”进行试验，目睹者说：“真是惨不忍睹！从前胸到面部，因皮下出血完全变成了黑紫色，腋下和两股之间淋巴线也肿得非常厉害，皮肤呈现着暗淡的粉红色。”“这个‘木头’痛苦已极，声嘶力竭地嚎叫，拼命地挣扎了一会儿之后，也许是精力耗尽了才断了气。时间觉得似乎很长，实际上只不过两三个小时就结束了。”还将带有鼠疫菌的馒头扔到离日本731细菌部队驻地“不到十公里之处”，他们这些狗豺狼“用中国话把小孩子们哄住了，从口袋里掏出馒头来，每人给了一个”。此后第三天“我才知道在那个中国人的村庄里发生了鼠疫……原来是采取阴谋手段，来进行细菌传播实验的……吃了馒头的小孩子们，一个不剩，都得了肺鼠疫，其中有好几个早已丧命……从1942年冬到翌年的春天，在农安

县城（吉林省）流行过鼠疫，四五千户人家被烧毁了一多半，据说这也是“731”阴谋破坏班暗中搞的……”这是《731细菌部队》这本书的著者（日）秋山浩亲身参加过日本进行细菌研究的经历。他所揭露的血淋淋的罪恶事实，使我们认清了日本帝国主义的狰狞面目和反动本质。这一段历史中国人永远不会忘记，更激发了我们坚持改革开放，把我们的科学技术搞上去，保卫我们社会主义祖国，为中国和世界卫生事业做出更大贡献的决心。

肺炎

1884年夫冷克尔由患肺炎病人体中发见一种细菌，为重球菌，定为肺炎之原因。重球菌直达肺脏，由气管粘膜侵入淋巴腺，达于肋膜，以气管支淋巴腺为根据地。本病之潜伏，尚未确定，其症状为发热恶寒，咳嗽吐痰，有粘液性，二三日后，带有血丝，稍呈红色，继成铁锈色，舌有苔，胸痛，呕吐，口渴，便秘，头痛，失眠，有发梦吃者。西医用樟脑油与橄榄油，注射皮下，或注射肺炎血清，认为有特效。中医以感冒为主，随症加减。中医药方，录列于后，以备参考。泻白散：桑白皮、地骨皮、甘草。小青龙汤：麻黄、芍药、细辛、干姜、甘草、桂枝、五味子、半夏。桔梗汤：桔梗、甘草。清燥救肺汤：霜桑叶、杏仁、麦门冬、生石膏、人参、阿胶、胡麻仁、枇杷叶、甘草。预防之法是注意感冒。

【按语】 肺炎是指肺实质的炎症病变。早在《内经》就有关于“咳逆”、“喘咳”、“咳嗽”等有关肺部病变的记载，同时明确指出：“五脏六腑皆令人咳，非独肺也。皮毛

者，肺之合也。皮毛先受邪气，邪气以从其合也。其寒饮入胃，从肺脉上行至于肺则肺寒，肺寒则外内合，邪因而客之，则为肺咳。五脏各以其时受病，非其时各传以与之。此皆聚于胃，关于肺，使人多涕唾而面浮肿气逆也。”又曰：“肺咳之状，咳而喘息有音，甚则唾血。”（见《素问·咳论》）

仲景《伤寒论》论之更详，且有方药，其疗效好，故一直沿用至今，如《伤寒论》第40条曰：“伤寒表不解，心下有水气，干呕，发热而咳，或渴，或利，或噎，或小便不利，少腹满，或喘者，小青龙汤主之。”第41条又曰：“伤寒，心下有水气，咳而微喘，发热不渴，服汤已渴者，此寒去欲解也，小青龙汤主之。”细菌性肺炎占成人各类病原体肺炎的80%，由于侵犯部位不同，分大叶性肺炎、小叶性肺炎和间质性肺炎。病发初起为干咳，逐渐有咳嗽吐痰，痰多呈脓性。并可根据痰色不同判定致病菌，如痰色黄，多为金黄色葡萄球菌肺炎；铁锈色痰，是链球菌肺炎；淡绿色痰，常是绿脓杆菌肺炎；痰呈砖红色粘冻样，为肺炎杆菌。全身症状可见头痛，体痛，乏力，少数人可见恶心呕吐，腹胀腹泻，甚者见嗜睡，意识障碍，惊厥。此与王合三先生所描述的病证，及选用的方药，是完全符合中医既往文献中“咳嗽”、“感冒”、“伤寒”、“温病”范畴的。王合三先生对仲景《伤寒论》用小青龙汤，阐述的十分清楚，曰：“表证不解，胸膈之间，复有积水，在胃则干呕，呕毕则渴，水浸肺则咳，或喘，水之入肠则利，水结膀胱不化气则决渎，则小便不利，少腹满，凡见此，皆表证未解，兼有水气也。以小青龙汤主之，解表以利水。”又曰：“心下有水气，侵入肺境，则咳而微喘。表未解，故发热。不呕，故不渴。当主以小青龙汤。服汤已，忽增出渴之一症，此寒邪水气，俱欲解也。”

足以说明肺炎合并头痛发热等表证时，用小青龙汤是完全可以的，亦是王合三先生运用仲景小青龙汤治肺炎经验方之一。但不可泥于一方一药，应当随其变化，而灵活运用仲景之方。在此文中只举小青龙汤和清燥救肺汤、泻白散三方，但不可拘泥也。王合三先生还曰：“温病误服麻黄辈，故汗蒸蒸而出，然未入阳明，而病邪流连肺经而喘，正叶氏所谓：久在一经不移，故主以麻杏石甘汤，理肺以清热。”此即活用仲景《伤寒论》和温病叶天士之法也，随其变而治之。现代药理研究证实，麻杏石甘汤有镇咳平喘作用和增强机体免疫功能及抗病毒抗菌作用。其煎剂对金黄色葡萄球菌、绿脓杆菌有较明显抗菌作用。其所以治肺炎其理自明矣。

疟疾

系一种孢子虫，寄生于血中，其虫为马拉利亚原虫，多因蚊子吮已染疟疾病人之血液，复吮他人，遂被传染。马拉利亚原虫侵入人之血球，经过二小时至四小时或三十八小时发育成熟，遂使血球破裂，而恶寒之症遂起。本病之潜伏，六日至二十一日，发作之时间有定，分三期：（甲）恶寒期：血球破裂之时，正病人恶寒战栗之时；（乙）发热期：人身正气反应以与病毒相战，正病人发热之时；（丙）出汗期：正气扑灭病虫，残留者，窜入其他血球，正人大汗淋漓之时，诸症消失。西医对本病，不外扑灭原虫，而中医之截疟，亦同此理。西医之特效药为奎宁，或更注射剂，若恶性疟疾，则为砒剂。若中医药方，有效者很多，故摘录于后。常山截疟饮：常山、槟榔、元参、青蒿、鳖甲、地骨皮。桂

枝白虎汤：桂枝、白芍、石膏、甘草。截疟秘方：常山、草果、槟榔、全蝎。

【按语】 疟疾早在《内经》中就有详细的论述。对疟疾发病季节、发作时症状以及一日疟、间日疟、三日疟等，都叙述的很详尽。如《素问·生气通天论》曰：“夏伤于暑，秋为疟疾。”《素问·疟论》曰：“疟先寒而后热者，夏伤于大暑，其汗大出，腠理开发，因遇夏气凄怆之水寒，藏于腠理皮肤之中，秋伤于风，则病成矣。”此言疟疾与季节之关系。《素问·疟论》曰：“疟之始发也，先起于毫毛，伸欠乃作，寒栗鼓颌，腰疾俱痛，寒去则内外皆热，头痛如破，渴欲冷饮。”此言疟疾发作时之典型症状也。《素问·疟论》曰：“卫气者，昼日行于阳，夜发于阴，此气得阳而外出，得阴而内薄，内外相薄，是以日作。”此言一日疟也。又曰：“间日发者，由邪气内薄于五脏，横连膜原也。其道远，其气深，其行迟，不能与卫气俱行，不得皆出，故间日乃作也。”此言间日疟也。又曰：“时有间二日或至数日发，其间日者，邪气与卫气客于六腑，而有时相失，不能相得，故休数日乃作也。”此言三日疟也。另有“寒疟”、“风疟”、“温疟”等。《内经》专立“疟论篇”和“刺疟篇”说明对“疟”的认识已有一定深度。此后历代医家就疟都有详细阐述。王合三先生在其编注的《伤寒求实》中曰：“按以小柴胡汤，为治疟之主方，后人遵之者频多，不知仲景只言如疟状，用小柴胡汤，而于《金匱要略》之疟疾篇，虽未明由微生物传染所致，而通篇亦不用小柴胡汤，叶氏遵之是矣。而徐灵胎攻之，反谓小柴胡为治疟天经地义之主方也，非白璧之微瑕乎？”王合三先生所言疟疾“由微生物传染所致”，已知寄生于人体疟原虫有间日疟原虫、三日疟原虫、恶性疟原虫和卵

形疟原虫四种。此与《内经》中所说间日疟、三日疟等是一致的。疟疾由蚊传播，主要媒介为中华按蚊、微小按蚊、雷氏按蚊等。常由于地区不同，蚊种亦异，如中华按蚊遍布全国，微小按蚊是长江流域以南山区和丘陵区的媒介，巴拉巴按蚊则见于海南岛山区等。自感染后间日疟原虫 8 天，恶性疟原虫 5.5~6 天，卵形疟原虫 9 天，三日疟原虫 11~12 天，裂体发育成熟，其体内含大量裂殖子，其中一部分进入红细胞内发育繁殖。于 1 周左右大量裂殖子侵入血流，入肝细胞内发育。有性生殖是患者血被蚊吸入胃，进行配子生殖，受精后形成合子，当能活动时，称动合子，入蚊的胃壁外层发育成囊合子，自胃壁突出蚊体腔内，发育成熟，产生数百至上万个镰刀状子孢子，后集中于唾腺，一只蚊子唾腺所含子孢子多至 20 万个，此时按蚊即具有传染性。间日疟和三日疟又称良性疟，其裂体繁殖在周围血液中进行，多在发冷期及发作 6 小时内作血片检查可见到发育期的各种形态。恶性疟，临床症状复杂多变，可呈凶险性发作，如脑型、肺型、胃肠型等，偶亦发生于间日疟。关于治疗，奎宁仍不失为控制临床发作消灭裂殖体的药物。关于中药王合三先生介绍的有效方剂如常山饮、桂枝白虎汤、截疟秘方等，均有较好的临床效果。本人常以小柴胡汤加常山等治疟，亦有较好疗效。目前从中药青蒿中提取的含过氧基团的倍半萜内酯，其结构超越现有抗疟范围，对各种疟原虫的红内期和无性体均有作用，其作用机制可能是抑制原虫蛋白合成。原虫血症于 48 小时可被清除，故可迅速改善间日疟和恶性疟的症状。蒿甲醚片适用于各类疟疾的治疗，包括抗氯奎恶性疟的治疗。本品口服给药，每片 50mg，成人每次服 100mg，首量加倍，连服 5~6 天。儿童根据年龄及体重酌减。妊娠

3个月内的孕妇及严重呕吐者慎用。预防至关重要，做好灭蚊，控制传染源，避免蚊虫叮咬和预防用药等。

流行性感冒

此菌在各种病菌中，较为短小，多在病人鼻涕痰涎之中，乃1892年普淮飞所发见，近人谓此病并非细菌，乃一种显微镜不能见之物质，此说赞成者不多，尚难证实。除气管有轻微发炎外，别无特别之显著之病理改变，若有并发症者，不在此限。本病之潜伏，一日至三日。其症状为发热恶寒，鼻涕目红，或衄血，身痛，头痛，或咽痛，然与本病并发者，有兼消化系者，有兼神经系者。（甲）兼消化系者：如中医所谓太阳与阳明合病必下利或呕是也。（乙）兼神经系者：如伤寒论中表邪不解而谵语是也。中西医对本病之治疗，皆以发汗为主治，而中医之治法，尤有一定之步骤，总以解表为主。桂枝汤：桂枝三钱，白芍二钱，甘草钱半，生姜钱，大枣五枚。麻黄汤：麻黄二钱，桂枝三钱，杏仁二钱，甘草钱。麻杏石甘汤，方见前白喉病内。九味羌活汤：羌活钱半，防风钱半，苍术钱半，白芷一钱，川芎一钱，黄芩一钱，生地一钱，甘草一钱，细辛五分。加生姜葱白煎。银翘散：连翘三钱，银花三钱，桔梗二钱，薄荷二钱，竹叶一钱，甘草一钱半，芥穗一钱，豆豉钱半，牛蒡子二钱，苇根二钱。葱豉汤：葱白、香豉、童便一合，水煎日三服。预防方法：注意身中体温，常保持三十七度半。按流行性感冒与寻常之感冒不同，寻常之感冒，不过鼻塞声重，轻微咳嗽，如《温病条辨》中之桑菊证。若流行性感冒，则必发热恶寒，头痛，身痛，富有传染性。

【按语】 流行性感胃是由流感病毒引起的急性呼吸道传染病。其病毒由飞沫传播，有甲、乙、丙三型。尤以甲型流感病毒极易变异，往往造成大流行。仲景在描述当时伤寒病流行时曰：“余宗族素多，向余二百，建安纪年以来，犹未十捻，其死亡者，三分有二，伤寒十居其七，感往昔之沦丧，伤横夭之莫救。”可见当时伤寒流行的情景。吴又可在其《温疫论·序》中对当时温疫流行及其惨景和医生缺乏治疗经验时说：“投剂不效，医者彷徨无措，病者日近危笃，病愈急，投药愈乱，不死于病，乃死于医，不死于医，乃死于圣经之遗亡也。”温疫流行常波及数省，曰：“崇祯辛巳，疫气流行，山东、浙省、南北两直，感之尤多，至五六月益甚，或至阖门传染。始发之际，时师误以伤寒法治之，未尝见其不殆也。或病家误听七日当自愈，不尔十四日必瘳，因而失治，有不及期而死者；或有妄用峻剂、攻补失序而死者；或遇医家见解不到，心凝胆怯，以急病用缓药，虽不即受其害，然迁延而致死，比比皆是。所感之轻者，尚可侥幸，感之重者，更加失治，枉死不可胜计……余虽固陋，静心穷理，格其所感之气，所入之门，所受之处及其传变之体，平日所用历验方法，详述于后，以俟高时者正之。”从汉·仲景《伤寒论》到明·吴又可《温疫论》、清·吴鞠通《温病条辨》及叶天士、王孟英、余师愚等温病学家，都是在不同时期、不同情况下传染病流行时总结的治疗经验，流行性感胃定在其中，又因流感病毒有甲、乙、丙等类型，再加之甲型流感病毒极易变异等特点，单用一方一药，或仅遵一家之言，是不能解决好不同病毒及其变异后致病情况的，因此，应当像王合三先生那样，加强中西医学习，不断总结出新的治疗经验和方法，把仲景、叶天士、吴又可等医家理论

及其治疗独到经验和现代医学研究成果紧密结合，随着流感病毒的变化而变化用药，做好预防，及时治疗，减少蔓延和流感的暴发，尽早尽快使现证病人康复。王合三先生综合各家之长，结合中西医理论和自己的经验，选出行之有效的治疗方药。如流感伤人出现太阳中风证，用桂枝汤；出现太阳伤寒证，用麻黄汤；若见风寒湿邪袭表，兼见内热者，选用张元素九味羌活汤；或因湿邪为患侵及肌表，用辛凉解表，选用银翘散、桑菊饮等。随证加减治之。

脑脊髓膜炎

为一种双球菌，存于脑脊髓细胞内，此菌似由鼻咽粘膜侵入，乃1887年外克塞耳包姆所发见。病菌侵入之后，转入血液中，再集中于脑髓膜，而膜即充血，红肿发炎，而本病遂起。本病之潜伏期，约一日至七日，其症状为战栗，发高热，激烈头痛，呕吐，惊厥，头项强直，角弓反张，或发斑疹，神识不清，谵语。西医用脑脊髓膜炎血清注射入脑脊髓腔内或静脉管，而中医每按其症之表里而施治。中医药方，分录于后，以备参考。葛根汤：专治本病初起时有表病者。桂枝、白芍、甘草、生姜、大枣、葛根、麻黄。大承气汤：专治本病大便不通肠实或确据者。大黄三钱，芒硝二钱，厚朴二钱，枳实二钱。白虎汤：专治本病大热大渴不发寒大汗者。生石膏三钱，肥知母二钱，生甘草一钱，白粳米二钱。紫雪丹：专治本病大热大渴神昏谵语者。该药皆有制成者，且药味太多，且多贵重，故不录（见肠热病内）。

【按语】 流行性脑脊髓膜炎是脑膜炎双球菌引起的化脓性脑脊髓膜病变。本病的发生是在机体免疫力降低时，经

空气飞沫传播，或潜伏于带菌者鼻咽深部淋巴组织内，一旦抵抗力下降，即易发病，随着冬季临近而增加，2~4月份为发病高峰，5月下降。以6个月至2岁婴儿发病率最高。先从鼻咽部侵入，出现上呼吸道感染症状，若毒力盛则进入血液，继而发生败血症，甚则侵入脑脊膜，发展成化脓性脑脊髓膜炎，出现发热、头痛、呕吐、皮肤瘀点及颈项强直、足弓反张等症。当病人咽喉疼痛、鼻粘膜充血、分泌物增多时取下作培养，可发现致病菌。亦可从病人血液、脑脊液和皮肤瘀点中检出，但以刺破皮肤瘀点，挤出少许血液及组织液，涂片染色后镜检，阳性率最高，可达80%以上。目前治疗西药仍以磺胺药为首选，或以青霉素G主治疗，详细请参考陈灏珠主编《实用内科学》。王合三先生主张初起有表证时用葛根汤；热盛入阳明经，症见大热、大渴、大汗出、脉洪大时用白虎汤；有确证热入阳明见脏实证时，方可用大承气汤；有斑疹者，可用化斑汤；见神昏谵语者，用紫雪丹治疗。若病势严重，可采用中西医结合治疗，充分发挥中西医的各自优势，使病人早日康复。并注意做好卫生宣传，药物预防，早期发现，就地隔离治疗。

医家误

王清任辨证误

张仲景《伤寒论》曰：“服桂枝汤，大汗出后，大烦渴

不解，脉洪大者，白虎加人参汤主之。”此温病误服桂枝汤之变证也。以热救热，血液沸腾，水分尽从汗孔外出，胃中干燥，故大烦渴不解，血中热，故脉管扩张，而见洪大，以白虎清热，以人参救大汗出后之津，真特效之神方也。按王清任力诋仲景论是方错，谓从未见有服桂枝汤而病愈者，皆本为温病，误投桂枝汤，辨症不清之过也。不得以此为桂枝咎，安得以此为仲景咎！

【按语】 “论有汗是伤风，以桂枝汤治之，以桂枝、白芍、甘草三味，然未见治愈一人。”此言出自王清任《医林改错》“辨方效经错之源，论血化为汗之误”中。系王清任与其胞侄问对之言，内中涉及《伤寒论》麻黄汤、桂枝汤、葛根汤及麻黄、葛根等，并由《医林改错》三结合评注小组评注。曰：“胞侄作砺来京，见《脏腑图记》问曰：伯父所绘之图，经络是气管，皆本于卫总管，由卫总管散布周身，是周身经络通连，并非各脏腑长两经。侄思古人若不明经络，何以张仲景著伤寒按足六经之现症立一百一十三方，分三百九十七法，其方效者颇多，侄不解其理。余曰：尔看其首篇，细心研究，便知其方效论错之理。如首篇论足太阳膀胱经，为寒邪所伤，则令人头痛、身痛、项强、发热、恶寒、干呕、无汗，用麻黄汤治之；若诸症如前而有汗，是伤风，用桂枝汤治之。所论是足太阳经，足太阳专通两足而不通两手。其论传经，传足六经，不传手六经。尔看初得伤寒，头痛、身痛、项强、发热、恶寒，未有两胳膊两手不疼痛发热恶寒者，用麻黄汤，亦未有周身皆愈，而独不愈两胳膊两手者。岂不是方虽效而论经络实错明证？若仲景以前，有人亲见脏腑，注明经络贯通，仲景著伤寒，必言外感寒邪入周身之经络，用麻黄汤发散周身之寒邪，一言可了。论有

汗是伤风，以桂枝汤治之，以桂枝、白芍、甘草三味，然从未见治愈一人。桂枝汤所以不见效者，因头痛、身痛、发热、有汗，非伤风证也，乃吴又可所论之瘟疫也。又问：寒邪在表，自当见头痛、身痛、发热、恶寒，无汗之表证。初得伤寒，尚未传里，如何即有作呕之里证？仲景著论，王叔和等数十人注释，并未说明表证作呕之所以然。侄实不能明白，求伯父明白指示。余始看尔不过有读书之志，而无业医之才，今据尔此问，尚有思路，将来不致粗心，轻忽人命。尔问寒邪在表，如何有作呕之里证，余详细告汝：寒邪始入毛孔，由毛孔入皮肤，由皮肤入孙络，由孙络入阳络，由阳络入经，由经入卫总管，由卫总管横行入心，由心上行入左右气管，由左右气管上攻左右气门，故作呕。此表证所以作呕之本源也。用麻黄汤服之入胃，其药汁由津门流出，入津管，过肝，入脾中之珑管，从出水道渗出，沁入膀胱为尿；其药之气，即药之性，由津管达卫总管，由卫总管达经，由经达络，由络达孙络，由孙络达皮肤，由皮肤达毛孔，将寒邪逐之自毛孔而出，故发汗，邪随汗出，汗出邪散，故呕即止。此周身经络，内外贯通，用麻黄汤发散表邪，随汗而出之次第也。又问：仲景论目痛，鼻干，不得眠，是足阳明胃经之表证，以葛根汤治之，其方内有葛根，仍有麻黄，此理不甚明白。余曰：寒邪由表入经络，正气将寒邪化而为热，故名曰邪热，邪热上攻头顶，脑为邪热所扰，故不得眠；目系通于脑，邪热由脑入目故目痛；鼻通于脑，邪热由脑入鼻，故鼻干。明是邪热上攻之火症，并非足阳明胃经之表寒，用葛根而愈者，莫谓葛根是温散之品，葛根乃清散之药也。其方内用麻黄者，发散在表未化之寒邪也。此又是方效络错之明证。又问：仲景论胸胁痛、耳聋、口苦、寒热往来

而呕，其症在半表半里，是足少阳胆经之症，用小柴胡汤治之，其方神效。侄思此症，若不在胆经，其方又神效，若在胆经，胆又居膈膜之下，其痛又在胸胁，此一段侄又不明白。余曰：尔看脏腑图，膈膜以上之血府便明白。邪热入于血府，攻击其血，故胸胁作痛；邪向血内攻，血向外抗拒，一攻一拒，故寒热往来；热灼左右气门，气上下不通，故呕而口苦；邪热上攻，故耳聋目眩。柴胡能解血府之热，热解汗自出，邪随汗解，故效甚速。此亦是方效论经错之明证。至传变多端，总不外表里虚实。尔若明伤寒，须看吴又可之瘟疫。若见书少，必有偏寒偏热之弊。昨晚尔当客问：古人言汗在皮肤是血，发于皮肤外是汗，言汗即血化，此理尔不解。彼时不告汝者，非谓尔当客多言，固客初知医，并非名手，故不当客告汝。汗即血化，此丹溪朱震亨之论，张景岳虽议驳其非，究竟不能指实出汗之本源。古人立论之错，错在不知人气血是两管，气管通皮肤有孔窍，故发汗；血管通皮肤无孔窍，故不发汗。何以知血管通皮肤无孔窍？尔看生疮破流黄水者，其毒由气管而来，每日常流黄水，其皮肤不红；疮毒若在血管，初起皮肤必红，必待皮肤溃烂，所流必是脓血。尔再看瘟毒、发斑、出疹、小儿出痘，包虽红而不流血，岂不是血管通皮肤无孔窍之明证乎？侄作砺来京，因闲谈问余。彼时是书业已刻成，故书于卷末以记之。”通过各种辨证方法，对疾病作出具体分析，找出病因、病机进行治疗，是中医学治疗疾病的特点。脏腑辨证、经络辨证、八纲辨证、六经辨证、卫气营血和三焦辨证等，都是临床常用的辨证方法，它们各有特点，各有侧重，但又互相联系，互相补充。《伤寒论》所说的六经是分类、归纳外感病复杂症状的辨证纲领，不是指十二经络，也不是指那个脏，那个

腑。因此，王清任提出的几个方效经错例证是错误的。王清任把动脉误认为是气管，把静脉误认为血管，以气管通皮肤，有孔窍，能发汗；血管通皮肤，无孔窍，不发汗，来证实血化为汗是错误的，这种认识不够正确。中医学认为，血是由水谷之精气津液通过中焦（脾胃）气化作用生成的。如《灵枢·营卫生会》云：“中焦亦并胃中，出上焦之后，此所受气者泌糟粕，蒸津液，化其精微，上注于脉，乃化为血……”汗也是来源于津液。张景岳说：“汗者津之泄也。”《灵枢·决气》说：“腠理发泄，汗出溱溱，是谓津。”临床中，大汗伤津影响血液，失血者汗液减少，故《灵枢·营卫生会篇》云：“夺血者无汗，夺汗者无血。”说明血汗同源，它们之间有一定密切关系。此乃王清任改错又错！错中错矣！

方药用量

按钱天来云：汉之一两，即今之二钱五分也。一升即今之二合半也。汪令友云：古云铢者，六铢为一分，即二钱半，二十四铢为一两也。去一升者，即今之大白盏也。古方全料为一剂，三分之一为一服。凡用古方，先照原剂，按今之码子折实若干重，古方载三三服者，只取三分之一，遵法煎服，两服者，宜分两次服之，顿服者，取一剂而尽服之，只要按今之码子折之。至大枣、乌梅之类，仍照古方枚数，以码子有古今之不同，而果枚古今无异也。程扶生云：古之二十四铢为一两，一两分为四分，计两钱五分，则所谓十八

铢者，盖三分之重，古之七钱半也。然以古今度量及黍考之，以一千二百黍之重，实于黄钟之龠，得古之半两，今之三钱也，合两龠为合，得古之一两，今之六钱也。十铢为一千黍之重，今之二钱半也。一铢为百黍之重，今之二分半也。或又谓古今度量，惟汉最小，汉之一两，惟有今之三钱半强，故《千金》《本草》，以古之三两，即今之一两，古之三升，即今之一升。然世有古今，地有南北，时有冬春，人有强弱，大约古用一两，今用一钱足矣，不必胶柱而鼓瑟，则为善法仲景者矣。陈修园云：古之一两，今折为三钱，不泥于古，亦不离于古也。又按仲景一百一十三方，不外汗吐下与温补等法，各有深意，原非信手拈来也，汗者以辛温之药入血管中，鼓其跳动，加其速率，使身内之温度增高，促水分从毛孔排泄而出，邪亦随之以去，其有外来风寒，闭其毛孔，则用开毛孔之药以开之，所以发汗剂中有麻黄桂枝之异，麻黄汤中有桂枝，桂枝汤中无麻黄，其故亦可思矣。邪在胃中，汗下皆不中病，则用吐法，吐法者，用药刺激肠壁，使胃起反射作用，一涌而出，所谓在高者，因而越之是也。至于下法，有热下，有寒下，皆因肠中有燥屎也，寒下则用大黄，如阳明篇中之三承气是也，热下则用巴豆，如太阳篇中之三物白散是也，大黄味苦，巴豆味辣，皆能刺激肠胃，使其蠕动异于平时，则燥屎自下，且大黄味苦，能杀微菌，是所下又不仅燥屎矣。若受寒太甚，身中之温度下降，则用温法，温法者，釜底添薪之意，且其药多带麻醉性，能止局部因寒之疼痛，而神经之因寒妄动者，亦可安之。惟仲景之补法，与后人大异，炙甘草汤，为补血之方，三百九十七法中，只此而已。他如急下存阴，下后则阴存，硝黄亦补药也。急温其里，里温则阳复，乌附亦补药也。若

必汇人参熟地等药，而制为常服之丸药，名曰补剂，噫立齐景岳之方也。

【按语】 药方，一名处方，一曰方剂。即医生经询问病史，采用望、闻、问、切、验五诊之后，综合分析，辨病、辨证之后，提出治疗原则，开出“药方”，告知病人注意事项，这一次诊病方告结束。王合三先生专论“药方”者，乃病人从就诊开始，一切与治疗相关的“活动”，最后，亦是最关键的一个环节，要落实到“药方”上面。病人从取药、煎药到最后将药服下，这一全过程都围绕“药方”活动，可见药方在诊治过程，占地位之重要了！王合三先生首言药方中药物的计量单位，必须准确无误。但由于我国历史悠久，人口众多，计量方法又有较大变化，特别是日常生活中，进行物资交换、交流环节中所使用的计量方法、方式不同，特别是中药使用过程中有时与此并不相同，这样在学习和运用古代不同时期，采用的计量可有很大的差异，古动辄用两、用升、用斗，如果对此不了解，必然会发生误解、误用或无所适从。对此，王合三先生引用了钱天来、汪令友、程扶生、陈修园等关于古今计量论述，可从中得出正确的认识。李时珍《本草纲目》中“陶隐居《名医别录》合药分剂法则”论之也很适用，曰：“古秤惟有铢两而无分名。今则以十黍为一铢，六铢为一分，四分成一两，十六两为一斤。虽有子谷秬黍之制，从来均之已久，依此用之。今方家云等分者，非分两之分，谓诸药斤两多少皆同尔，多是丸散用之。凡散云刀圭者，十分方寸匕之一，准如梧桐子大也。方寸匕者，作匕正方一寸，抄散取不落为度。钱五匕者，即今五铢钱边五字者抄之，不落为度。一撮者，四刀圭也。药以升合分者，谓药有虚实轻重，不得用斤两，则以升平之。十

撮为一勺，十勺为一合，十合为一斤。升方作上径六分，深八分。内散药，勿按仰之，正尔微动令平尔。凡酒膏药云咬咀者，谓秤毕捣之如大豆，又吹去细末。药有易碎难碎，多末少末，今皆细切如咬咀也。凡丸药云如细麻者，即胡麻也，不必扁扁略相称尔。黍粟亦然。云如大麻子者，准三细麻也。如胡豆者，即今青豆也，以二大麻准之。如小豆者，今赤小豆也，以三大麻准之。如大豆者，以二小豆准之。如梧子者，以二大豆准之。如弹丸及鸡子黄者，以四十梧子准之。凡方云巴豆若干枚者，粒有大小，当去心皮秤之，以一分准十六枚。附子、乌头若干枚者，去皮毕，以半两准一两。干姜一累者，以一两为正。凡方云半夏一升者，洗毕秤五两五正。蜀椒一升，三两为正。吴茱萸一升，五两为正。菟丝子一升九两为正。庵蓂子一升，四两为正。蛇床子一升，三两半为正。地肤子一升，四两为正。其子各有虚实轻重不可秤准者，取平升为正。凡方云桂枝一尺者，削去皮重半两为正。甘草一尺者，二两为正。云某草一束者，三两为正。云一把，二两为正。凡云蜜一斤者，有七合。猪膏一斤者，有一升二合也。凡丸散药，亦先切细暴燥乃捣之。有各捣者，有合捣者，并随方。其润湿药，如天门冬、地黄辈，皆先增分两切暴，独捣碎更暴。若逢阴雨，微火烘之，既燥停冷捣之。凡筛丸散，用重密绢，各筛毕，更合于臼中，捣数百遍，色理和同，乃佳也。巴豆、杏仁、胡麻诸膏膩药，皆先熬黄，捣令如膏，指攪视泯泯，乃稍稍入散中，合研捣散，以轻疏绢筛度之，再合捣匀。凡煮汤，欲微火令小沸。其水依方，大略二十两药，用水一斗，煮取四升，以此为准。然利汤欲生，少水多取汁；补汤欲熟，多水而少取汁。不得令水多少。用新布两人以尺木绞之，澄去混浊，纸覆令

密。温汤勿用铁器。服汤应小沸，热则易下，冷则呕涌。凡渍药酒，皆须细切，生绢袋盛，入酒密封，随寒暑日数漉出，滓可暴燥，微捣更渍，亦可为散服。凡建中、补肾诸补汤，滓合两剂，加水煮竭饮之，亦敌一剂，皆先暴燥。凡合膏，初以苦酒渍令淹浹，不用多汁，密覆勿泄。云晬时者，周时也，从今日至明旦。亦有止一宿者，煮膏当三上三下，以泄其热势，令药味得出。上之使匝匝沸，乃下之使沸静良久乃止。中有薤白者，以两头微焦黄为候。有白芷、附子者，以小黄色为度。以新布绞去滓，滓亦可酒煮饮之。摩膏滓可敷病上。膏中有雄黄、朱砂、麝香辈，皆别捣如面，绞膏毕乃投中，疾搅勿使沉聚在下。有水银、胡粉者，于凝膏中研令消散。凡丸中用蜡，皆烱投少蜜中搅调以和药。凡用蜜，皆先火煎，掠去其沫，令色微黄，则丸药经久不坏。”以上统言药古今之分量不同，以对照参考运用。一定要结合当今临床和现代中药常用剂量如《中国药典》中分量，不可盲目使用。至于汉代《伤寒论》中古今分量折算以一两即合16两制；一钱折合公制3g；一升合六钱至一两，合18~30g；一方寸匕合二钱至三钱，合6~9g；一钱匕合五分至六分，合1.5~1.8g。汉时六铢为一分，四分为一两，二十四铢为一两。陈修园说的好，“不泥于古，亦不离于古”，既遵古，又要结合目前实际，以达用药恰如其分，治病救人为宗旨矣。



年

谱

中州王合三先生，男，享年 74 岁。满族黄旗人。随先人从东北奉天（沈阳）迁居河南开封市。“生而颖慧，博学多能，取青紫后，淡视荣禄，以故废儒学习岐黄”，成为中州“儒医两界之名流”。“素抱提倡中医科学化之志，专心钻研古今中西医籍，勤学不倦。”为振兴中华医学事业，1923 年王合三先生著《伤寒求实》于江苏省昆虫局；1925 年王合三先生与同道共同创办了河南中医学校（私立）并任校长；1926 年创办河南中医学校；1929 年联合同道成立开封市中医研究会；1930 年将所撰写的《伤寒求实》一书陆续发表于《上海医报》。王合三先生在其《伤寒求实·自序》中曰：“仲景原文，能解之者则解之，不能解者姑存之，以作符号。凡注一症，必用物理之方法，推其原因结果，遂觉三百九十七法中，可以说明指实者，约十之八九，间有未知者，如太阳之头汗，阳明之日晡潮热，厥阴之涎沫等条，则

复询生物专家，以求其原委。竭十年之力，而其书始成，名曰《伤寒求实》，盖亦实事求是，不尚空谈之谓……”未料此书在《上海医报》连载之后，“对国内医界中西医之合流影响甚大”。1929年国民党南京政府中央卫生委员会通过“废止旧医”案，引起全国反对，波及开封，使汴垣派生出维护中医学正常学术发展同时反对“国粹派”守旧复古势力的学术斗争。王合三所著《伤寒求实》《内经从新》都有较大影响，既反对取缔中医的错误政策，也不赞成复古，为振兴中医作出了贡献。还与全国研究《伤寒论》之专家，如承詹安等都建立起友谊，并进行学术交流。又于1932年在开封成立了河南国医分馆，著述《温热论》《春温三字诀》《金匱要略注释》等书。后于1934年和1939年开办中医讲习所，“主讲《伤寒》《金匱》及《内经》”。1948年创办开封民办中医学校。经先生培育之中医医师甚多，可谓“桃李满天下”。先生擅长内、儿、妇科，设诊开封三十余年，从不计诊费，自制中成药止溃片、止疟片、固崩片，荣满中州。建国后，先生如鱼得水，垂四十年究心医学之经验结晶，倡导中医科学化，主张中西医结合，由于成绩显著，被政府誉为“中医科学化医士”之名。“先生致力于中医典籍之整理……《伤寒求实》一书，以人体生理学、解剖学之观点注解《伤寒论》，对国内医界中西之合流影响甚大。其他注释如《叶氏温热论》《春温三字诀》《金匱要略》《内经》等亦多以新观点解释古文，深得中医界名流好评”。党和政府关爱少数民族，重视发挥知识分子作用，选先生为政协委员，从1953年4月5日“开封市少数民族医疗队全体工作人员暨各少数民族代表合影纪念”中可以看出，先生虽年势已高，但精力充沛。为了中医事业，开展学习交流，先生还参加在武

汉召开的中南五省学术经验交流会议。后于“1953年10月，在开封市设中医学习义教班，计学生四十余人，以所注疏《伤寒》《温热》《内经》为主课，《传染病学》《针灸》《药物》《生理解剖》等辅之，不畏寒，不避暑，耳提面命，口传心授，其诲人不倦，劳瘁不辞之精神，洵为河南医界首创之举也！”当1953年10月18日成立河南省中医院时，王合三先生任首届院长。先生医术之高尚，经验之丰富，诲人不倦，极尽全力服务病人工作之精神，为医界仁人志士、党和政府所赞颂。患病期间，除了正常工作，还积极参加社会活动，为中医事业的发展辛勤劳动，从1955年3月3日“河南省中医委员会全体委员摄影留念”中可以看出，王合三先生为了中医事业的发展，为了中医科学化，为了中西医结合工作，将要耗尽全部的聪明才智和健壮体魄。照片中先生的憔悴神色告诉人们，他将要把最珍贵的生命奉献给伟大祖国的医药卫生事业！先生从无声中发出了最强劲的声音：我的一生，无愧于党和政府的关怀，无愧于走中医科学化事业，无愧于中西医结合。此后，仅69天，于1955年5月12日，王合三先生因病医治无效与世长辞。党和政府为先生逝世召开了隆重追悼会。还未结业的“中医学习班全体学生等同拜言……生等愧恨求教之晚，乃化悲痛为力量，承师志于未竟，遂将所授讲义，用敢付梓，藉资深造，谨为赘言，以志纪念”。先生逝世之后，家人将先生平日节衣缩食所购买的各类书籍，全部无偿地捐献给国家。先生遗作虽丰富多彩，但十分难得，甚为憾事！

中国百年百名中医临床家丛书

(按姓氏笔画排列)

丁光迪

万友生

王文彦

王任之

王伯岳

史沛棠

叶熙春

刘仕昌

刘弼臣

许玉山

杜雨茂

何世英

余桂清

宋建民

张梦依

张 缙

李玉奇

李济仁 张舜华

于己百

马光亚

王云铭

王合三

邓铁涛

叶心清

石筱山 石仰山

刘冠军

朱良春

许润三

吴考槃

何炎燊

宋祚民

张子琳

张 琪

张镜人

李克绍

李斯炽

干祖望

马新云

王乐亭

王国三

韦文贵 韦玉英

叶桔泉

刘云鹏

刘炳凡

米伯让

邢子亨

何 任

余无言

宋爱人

张珍玉

张云鹏

李今庸

李寿山

李翰卿

杨甲三
汪逢春
陈苏生
周仲瑛
孟澍江
林如高
罗元恺
俞慎初
祝湛予
胡希恕
哈荔田
徐恕甫
贾 堃
钱伯煊
盛国荣
黄坚白
韩百灵
蔡小荪
潘澄濂
魏龙骧

傅方珍

杨志一
邱茂良
陈景河
周次清
岳美中
林沛湘
郑守谦
姜春华
查玉明
赵 棻
夏桂成
耿鉴庭
高辉远
龚去非
章真如
董廷瑶
谢海洲
路志正
颜德馨

杨继荪
邹云翔
单健民
周筱斋
承淡安
欧阳锜
郑魁山
施今墨
胡天雄
赵心波
徐志华
袁鹤侪
郭士魁
梁剑波
黄宗勛
董建华
蒲辅周
廖蓂阶
魏长春



责任编辑 李 占 永
封面设计 董 玲 萍



ISBN 7-80156-180-5



9 787801 561800 >

<http://www.klrs999.cn/>

快乐人生久久久

定价：15.00 元

hbtmxy制作