A-PDF MERGER DEMO

目　　次

中医治疗遺傳性家族性痙攣性脊髓麻痺症一例
及三年后追踪小結……（1）
中医治疗結核性腦膜炎附蜘蛛膜粘連一例……（5）
治疗中风后遺症……（10）
治疗一例腦外伤性精神病……（13）
中医治疗进行性肌营养不良症……（17）
治疗重症神經官能症……（20）
肝风論……（27）
中医治疗无脉病……（32）
治疗腦囊虫一例……（37）
中医治疗白血病……（42）
中医治疗白內障附玻璃体混濁……（45）
中医治疗青光眼……（50）
中医治疗血小板減少性紫癜症……（53）
中医治疗肺膿腫……（58）
炙甘草湯对心脏疾患的疗效……（62）
中医治疗胃粘膜脫垂症……（66）
中医、磺胺、大蒜治疗細菌性痢疾175例观察报告……（71）
治疗神經性尿頻……（76）
临床治疗遺尿症……（81）
治疗腎結石的体会……（84）
傳染性肝炎的認識与治疗……（89）
再論中医对傳染性肝炎的認識与治疗……（103）
由中医观点探討傳染性肝炎的几个問題……（111）

中医治疗遺傳性家族性痉攣性脊髓麻痺症一例及三年后追踪小結

前言 本病系一家族性或遺傳性疾病，其原因到今天仍未十分清楚，誘因是較多的。国內报导文献較少。本病主要特点为緩慢发生且逐漸进展的兩下肢强硬，无力，步行困难，感覚多无障碍，病理改变主为錐体束的脱髓及錐体細胞的坏变。在資本主义国家的文献中，对本病抱悲观情緒，治疗上是束手无策的。我們在党的領导下，中西医結合，用中药治疗收到較好疗效。但开始时，某些医师亦抱观望态度，甚至病人也缺乏信心。事实証明，該患在治疗后不仅病情未再进展，反而有好轉表現。現將治疗情况介紹如下，以供参考。

病例摘要 病人蔣×华，門診号3021，男性，35岁，汉族，已婚，辽宁籍人，某建筑公司工人。于1958年7月18日，因三年来走路不稳、言語不清而来門診求治。

該患者于1953年开始患膀胱充滿时，如不立即排尿，則不能控制。于55年8月开始走路不稳，腿重感，如醉酒狀，疲劳无力，講話不清，舌头发硬。曾在長春医学院住院兩个月，稍有好轉。近半年来症狀加重。

既往病人在15岁时患过瘧疾，21岁时患过伤寒，24岁时患过痢疾。家族史中，祖母曾因寒腿病故去。其父自30岁开始，兩腿不好使，走路需扶杖，后因咳嗽气短等症死去。病人二弟于20岁时走路腿不好使，漸漸发生語言障碍，手不好使，視力逐漸減退終至失明，前期臥床不起，后期因呼吸肌麻痺而死去（1958年8月死去）。其三弟亦于20岁时发病，症狀同上。病人妹妹亦患同

样病，皆死于呼吸肌麻痺。病人女儿9岁，常常走路跌跤，曾邀来門診檢查，尚未发現明显異常。病人爱人曾患心包炎，目前有肝硬化症和陈旧性风湿症等。

体格檢查：体溫36.8℃，脉80次/分，脉弦有力尺脉弱，呼吸20次/分，血压105/70mmHg，舌苔滑潤，薄白苔，舌質改变不明显，神智清楚合作，发育正常，营养中等，皮肤正常，兩眼有复視，粗試視野正常，兩瞳孔等大等圓，兩眼不突出，对光反应灵敏，輻輳反应正常，眼底有輕度視神經萎縮，甲狀腺不腫大，心、肺听診正常，腹部平坦，肝脾未触知，四肢脊柱正常。

神經系統檢查：意識清楚，发音障碍，呈鼻調，无眼震顫及吞嚥困难等現象，顱神經檢查大致正常，兩下肢肌力減低，走路呈失調步态，反射均增强，直綫前进困难，龙伯氏征（＋），双側均可引出踝震攣，指鼻試驗不稳不准。腦电波及腦脊液檢查正常（吉林医大檢查），常規化驗血清学檢查无改变。

治疗經过：主要投以中药。自7月开始治疗，服三剂后病人自述有好轉，言語稍清晰，蹣跚狀步态好轉，走路較輕快，尿量可以控制一些。

用方为　生石决5錢，龟板4錢，杜仲炭3錢，明天麻1錢，全虫1錢，蜈蚣1条，牛膝2錢，桃仁1.5錢，紅花1.5錢，寸冬2.5錢，薏仁3錢，勾藤2錢，菖蒲1錢，水煎服，日三次。

当服到八剂后（原方），症狀更有好轉，龙伯氏征及踝震攣已不明显，复視現象消失。此后按上方略有加減服一个月。由于感冒，上述症狀又出現。在1958年12月下旬入院治疗99天，仍按原方加減，病人言語已清晰，小便已能控制，无失禁現象，步态已較稳，步行时自覺輕快，已可走直綫，但稍有搖摆，复視消失，眼底檢查正常，龙伯氏征正常，指鼻試驗較前准确。

此后每隔一月檢查一次，病情无改变。但在每次感冒后出現症狀，治疗后即消失。

1960年9月和12月檢查，顱神經正常，膝腱反射亢进，皮

肤冷热痛感正常，小脑平衡失調狀态不明显，但步行有蹣跚狀。其他檢查无改变。

1961年3月20日檢查情况同上。

討論

1. 本病为遺傳性失調的一个类型，它有明显的家族关系，如巴列尔（Bayler）氏报告在五代中有19人罹患本病。本例同胞中有三人罹本病，且多在青年发病。其临床中有60%为痙攣性麻痺綜合征。在文献中將本病分为四組。即以錐体束損伤占优势；以小腦損伤占优势并間有錐体束症狀；以肌肉萎縮占优势；以肌肉萎縮占优势并伴有錐体束損伤症狀。此型进展較快，往往死于延髓麻痺。

吳建氏認为，本病最初仅是攣縮性症候，筋痙縮及腱反射亢进，病程进行緩慢，后来呈現不全麻痺，到极期則肌力減退，呈痙縮性麻痺步态，但在晚期常伴有知覺、膀胱、直腸、羸瘦等等全身症狀。我們認为本病的症候群为下肢强硬，无力，步行困难，步調緩慢，腱反射亢进，呈各型病理反射，并伴有言語障碍，眼震，視神經萎縮，失調，舞蹈样运动等。产生上述症狀机制由神經解剖可以証实。

病理上主要改变为皮質脊髓束，对称性脊小腦束及薄束的脱髓，特别在頸、胸段脊髓水平、貝兹氏細胞及前角細胞萎縮及脱落，克拉克氏柱神經原数目減少。个别病人可伴有小腦底节、腦干、赤核脊髓束等輕微改变（此为吉林医大神經科教研組，在本例病人二个弟弟死后解剖所見）。

因此，本病开始多由頸、胸段逐漸发展到更高部位，其严重者多为死于延髓麻痺。由于发展阶段、部位之不同，所以表現的临床症狀也各異。如能早期控制本病，是可以停止发展的。

2. 祖国医学对本病的認識：本病在祖国医学中屬于什么病呢？我們認为是屬于內风。所謂內风并不是素問上所說的入房汗出中风而得的內风。古人說外风为肃杀寒风，內风則为蘊隆的肝

火，血蓄于上，气血并走于上，是气火升腾，迫血上涌，即是冲激入脑，因而神經紊乱，知覚运动失其常度。扰乱于何部的神經即某一部肢体为之不用，出現相应的症狀，但非驟然而来，亦系病根潛伏，藏气变化，酝酿已深，而是逐漸发展的。正如景岳所說，內伤頹敗，其人中虛已久，則必有先机为之朕兆如神志不宁，或步履之玄和足輕头重等种种情形。

医經上說：东方生风，风生木，木生酸，酸生肝，故肝为风木之脏。因有相火內寄，体阴用阳，其性剛，主动主升，全賴腎水以涵之，血液以濡之，肺金清肃下降之令以平之。中宫敦阜之土气以培之，則剛勁之質，得为柔和之体，遂其条达暢茂之性，則不会有失調（生病）。但是在精液亏損、肝阴不足时，血燥生热，热則风燥上升，窍路阻塞，头目不清，眩晕跌仆，甚則痴癡痙厥。

本例病人脉弦有力，兩尺弱，此为风病，我們認为是肝风。內經上說，厥阴之上，风气治之。肝与胆互为表里，肝胆內风鼓动盤旋，上盛則下虛，故有足膝无力，肝木內风强火乘襲胃土，胃主肌肉，脉絡应肢遶出环口，故唇舌麻木，肢节如痿。河間邑明方論中說，舌强难言，其咎在于舌下筋脉不主流动，以腎脉縈及舌本也。

內經藏象謂：腎为根本左右有二，蓋一阴一阳，互相交紐，水中有火，为生生化育，惟藏蓄不露，斯永年无病，今由于阳不潛藏，变化內风，扰乱虛灵。而肝为腎子，母气旣衰，不能涵养肝木，內风乘龙雷相火，迅速飞腾，陡升莫制，故舌强难言，行路蹣跚，小便失禁等表現。我們都知道肝开窍于目，在体主筋。今肝病則目有复視及筋攣等的表現，这是必然的趋势。

尽管中西医理論互有不同，結合临床症狀判断是一致的，我們的認識完全符合上述西医的分析，治疗方針則应以育阴潛阳、鎮痉熄风、行瘀活血、清心通窍为主的方剂。本例治疗即按本方針而投以藥物。

3．方剂分析：潛阳鎮逆，必以介类为第一主藥，故以石决，牡蠣鹹寒沉降，能定奔腾之气火，具有鎮靜作用，且可抑制肌

肉的痙攣。龟板，别甲，也是潛阳沉降之品，富有脂膏，趋重于育阴，佐以勾藤、天麻，能舒筋除眩，可消除不随意的动作，也具有鎮靜作用。全蝎，蜈蚣均为鎮靜强壯药，能疗諸风掉眩（即神經症狀），惊癇搐搦等动作，为神經科常备药物。杜仲，牛膝則强腰膝而利关节，可恢复下肢无力，能健步强力。桃仁、紅花，行瘀活血，可改善局部神經营养，而促其病灶的吸收和机能的恢复。麦冬、菖蒲則清心通窍，以改善言語的困难（而麦冬不宜多用，菖蒲的作用則为显著）。薏苡仁主为健脾利湿，可解筋拘攣而恢复手足的运动功能。

小結 本病为少見疾患（自1897～1950年間，世界上报告只有181例）。过去在治疗上是束手无策的。我們在党的領导下，中西医协作，使本病例得以控制且有好轉，經过35个月的观察，病情无发展，扭轉了过去預后不良的看法，为变性疾病治疗找到了方向。

中医治疗結核性腦膜炎附蜘蛛膜粘連一例

結核性疾患对人类威胁很大，为目前最多見的疾病之一。自抗癆药物問世后，大大地提高了治癒率，实为人类福音。結核性腦膜炎多見于小儿。近年来成人罹患率逐漸增高，死亡率亦相当高。用抗癆药物后死亡率虽有降低，但疗程很長，常为医师棘手之病。

我們在門診曾治疗三例結核性腦膜炎，其中一例伴有蜘蛛膜粘連，經过中医治疗，二例已基本治癒，一例明显好轉。关于本病报告文献較少，兹特介紹。

病例摘要 例一：楊×珍，門診号11149，女，28岁，工人。住在大安县安广鎮。主訴一个月来剧烈头痛伴有麻木感覚。病人一个月来有持續性头痛、噁心、嘔吐、心难受、肋痛、咳嗽，气短

等症。来診前在吉林医科大学診断为結核性腦膜炎、結核性胸膜炎和結核性腹膜炎。1960年7月4日来門診求治。既往有流产史。1960年3月患粟粒型肺結核、腸結核。体檢：体溫37℃，体格弱，营养中等，顏色蒼白，精神苦悶，无欲狀，声音微弱，脉弦細无力，舌苔白色，胸部叩診短，呼吸音弱，未听見明显的囉音，心界不大，心律整，未听到明显杂音，腹部捫之有抵抗压痛，項部强直 Kernegs 征阴性。同意医大診断。

处方：百合3錢，龟板3錢，二地4錢，元参3錢，貝母3錢，百部草3錢，赤芍3錢，菊花2錢，炒蒼耳3錢，蔓荆子3錢，白芷2錢，桔梗3錢，功劳叶1錢，炙甘草3錢，丹参2錢，阿膠3錢，寸冬3錢，茯苓3錢，地骨皮3錢，半夏2錢，白芨面3錢（分三次冲服），水煎服。

服二剂后头痛明显緩解，上述症狀減輕。

又按原方加青叶3錢，二剂。13天后来函称前述症狀好轉。

按原方去菊花、青叶，加炙复花4錢，赭石2錢，瓜蔞3錢，五剂。8月30日来信說：前病已經基本治癒。

例二：栗×春，門診号6268，女，24岁，干部。住在辽源市。主訴于1958年7月以来头痛嘔吐，右腿无力。本人自1958年7月以来头痛，陣发性剧烈疼痛，嘔吐，右腿发顫不用，下午有发燒，惡寒身慄，言語蹇澀，便干，食欲不振，消瘦。吉林医科大学診为結核性腦膜炎。

檢查：体格瘦弱，营养不良，精神不振，苦悶狀，顏面蒼白，脉弦細无力，舌苔灰白而干。治以滋阴复液，佐以鎮靜之剂。

处方：柴胡3錢，子芩2錢，半夏1.5錢，赤参2錢，生草2錢，龙骨4錢，生牡蠣4錢，生龟板4錢，石决6錢，白芍4錢，寸冬3錢，天麻1.5錢，菊花2錢，元参3錢，全蜈散6錢（分作二次用）。

服20剂后，头痛緩解，食欲有好轉。下午发燒、振顫、下肢无力，又由于天寒及一次精神刺激，症狀又趋于加重。按原方主用生龟板4錢，鹿膠3錢，白芍6錢，生地6錢，元参6錢，磁石1錢，

龙齿4錢，牡蠣8錢，石决8錢，赤参3錢，生芪（薯）3錢，蜈蚣2条，柏仁3錢，菊花2錢，服20剂后（配合針灸），趋于好轉，即回家休养。四个月后恢复工作。十个月后又有头痛，来吉林医科大学診为蜘蛛膜〔粘連〕炎，又来所求治。

投以：赤芍3錢，桃仁3錢，当归4錢，生地3錢，甘草3錢，枳壳3錢，柴胡3錢，川芎1.5錢，桔梗2錢，川牛膝2錢，杜仲炭4錢，川断3錢，藏花1錢，妙蒼耳4錢，菊花2錢，辛荑2錢，澤瀉2錢。

前后略有加減共服18剂，現已工作兩个月。

例三：高×芹，門診号13464，女，25岁，职員。住在吉林省乾安县。主訴七个月来头疼。病人自1960年2月有头痛头暈症，头痛很剧烈，牽引眼痛，視物不清，眼瞼浮腫。哈尔濱医科大学及吉林医科大学診为結核性腦膜炎、子宫脫出症。既往有高血压史。

檢查：体格中等，营养欠佳，顏面蒼白，精神不振，舌被微黄苔滑潤，脉沉細无力。

处方：生芪5錢，赤参0.5錢，桃仁3錢，赤芍3錢，生地3錢，甘草2錢，紅花2錢，桔梗2錢，枳壳3錢，牛膝2錢，香附3錢，藁本2錢，菊花2錢，辛荑2錢，龟板3錢。水煎服。

上方加減服10剂，头痛等症有很大好轉。

討論

1．結核性腦膜炎的发生，可能是由于体內結核灶的結核菌进入蜘蛛膜下腔的結果（結核性脊椎炎，粟粒性結核等）。或染籍血循环經路而发生。腦膜炎发生之前，往往先有原病灶的惡化，結核菌由血液进入蜘蛛膜下腔侵害脉絡叢，由这里进入腦脊液中傳布整个腔內，落着在局部腦膜上。一般发生于小儿。在季节上冬季較多。

临床表現：前驅症狀为全身不适，疲倦，食欲減退，激惹性增高，輕度头痛，逐漸强度增加，在1—3周后，出現腦膜刺激症狀，头痛加剧，体溫升高，常現无意識狀态，經常嘔吐，枕肌强直，出現 Kernigs 征等，續后全腦及腦膜症狀合并有脫水症狀。顯

神經損伤較流行性腦膜炎显著，动眼神經麻痺，眼瞼下垂斜視等。

本病的經过与預后，在前驅期之后，临床症狀的发展，一般是逐漸进行整个临床症狀在第二期緩徐发展，一般是进行性惡化，意識模糊过度到丧失，而晚期呈昏睡狀态。在鏈霉素使用之前，結核性腦膜炎皆以死亡为其后果，在其临床应用后大有好轉，但疗程長，效果有时不确实。

病理解剖：在軟腦膜出現无数粟粒狀性結核节，在蜘蛛膜下腔內有漿液性纖維性滲出液。病变主要位于基底，最初是灰色結节，肉眼很难发現，以后由于酪样分解物而成黃色，腦膜濁染不清，充血，显微鏡下檢查可发現淋巴球瀰散性浸潤和腦膜巨噬細胞瀰散性浸潤。在脊髓脉絡叢中，很少見到結核結节，血管壁明显受損害呈現炎症，侵害血管內膜，有时內皮增生引起血管腔完全堵塞，血管損害而致使腦組織軟化和出血，而出現临床症狀。

关于蜘蛛膜炎，我們知道蜘蛛內层与軟膜之間隙構成蜘蛛膜下腔，腦脊液在其中通过，在枕大孔处腦部与脊髓部之蜘蛛膜下腔相通，在顱底又形成許多池，顱神經与腦血管在顱底穿通且均行經此腔，而使諸池腦脊液循环复杂化，病原体易于滯留，且腦膜与血管之反应較大，炎症易于局限形成粘連。

致病原因：原发者原因尙不十分明了。繼发者与感染如化膿性、結核性腦膜炎等，可使蜘蛛膜粘連。此外外伤及合并症，亦可引起。

其临床症由于部位之不同，表現亦不一致。如視力改变，头痛耳鳴眩暈，嘔吐及腦神經改变等。

2. 中医經典著作中有类似症候的記載，如对痙、惊风、慢脾风、癇症等記載中，包括有本症候。本病多見于小儿，故多考虑惊风，慢脾风，癇症，腦疳等症。成人应屬于痙的范疇。就其前述症狀如倦怠，食欲不振，吐瀉，昏迷，搖搦等，皮質刺激征象，又在得病后肢体冰冷，臉色蒼白，体力消耗快速等症狀是符合于慢惊风的。

关于痉病，金匮要略中曰：太阳病，发热无汗反恶寒者，名曰刚痉，太阳病发热汗出而不恶寒名曰柔痉。又曰：病者身热足寒，颈项强急，恶寒时头热，面赤目赤，独头动摇，卒口禁，背反張者痉病也。夫痉脉按之紧如弦，直上直下。

内經謂：諸痉强直皆屬于湿，肺移热于肾傳为柔痉。又曰：諸暴强直者皆屬于风。气主煦之，血主濡之，阳气者精則养神，柔則养筋，阴阳既衰，脉失其濡养而强直不柔矣。

由上面引述可知痉是风强病，其病皆由血枯津少，不能养肌所致。剛柔乃阴阳之义，阴阳代表虚实，表实为剛，表虚称以柔，其致病原因，或为寒湿为拘，或火热为燥，或亡血失津而不得滋养，故表現为身热、足寒、頸項头疼，恶寒时有头热面赤等症。主为下虚而上盛中枯外燥，由于风寒互为之，重感于邪寒脉則紧，风脉則弦，脉如上下直行，脉經謂为督脉，見之大人癫，小儿癎。

按痉与癎非一病，在輯义千方中記有病发身軟时醒者为癎也。身强直反張不时醒者謂之痉也。癎在圣惠方中称惊风。

我們所介紹的三例皆为成人，就其临床表現多符合于痉病。痉病是不是結核性腦膜炎，很难說，但可以說包括了腦膜炎等疾病。

綜合上述及对蜘蛛膜炎的体会，我常把这类症候归納在"肝病"中〔后有專論〕，因此治疗上不同于前人治法，虽然收到一些效果，理論上尙未完备。治疗原則是清热解毒。养阴为主，蜘蛛膜粘連則以活絡散瘀为主的方剂。

1. 辛凉透邪法，用甘苦而寒、芳香清热之剂，借以調节或降热，可以減輕或消除毒火太盛，扰及心肝和神志譫妄，目斜視等的神經症狀并佐以柔肝熄风药物。

2. 在神經症狀減輕之后，用甘寒养阴的药物，生其津液排出毒素，应以培補元气为主。

3. 在治疗过程中，应当用抑制結核菌等药物。我在1956年在北京医学院学习时微生物教研組曾在試管中試用百部草侵液試驗，較鏈霉素抑菌价高。我在临床中試用效果亦較明显。

上述治疗原則在病程不同时，可辨証施治，不可拘泥。

小結

1. 用中药治疗結核性腦膜炎三例并治疗一例伴有蜘蛛膜粘連病人，近期效果尚滿意。

2. 初步探討中医对結核性腦膜炎的認識，小儿为惊风，成人則屬于瘰病范疇。

3. 在急性期中加用抑制結核菌药物，百部草，試用中效果較好，但需进一步观察及証实。

治疗中风后遺症

本文主以中医观点討論中风后遺症的机制与治疗，未拘于肝风以介类为主的治疗。

病例摘要 孙×庆，門診号 10706，男，45 岁，职員。住長春市西安大路。主訴一个月来左側半身不遂。約在一个月前因出汗受风患左半身运动障碍，口眼輕度喎斜。二便正常。

檢查： 体格中等，营养較好，血压 224/190mmHg，脉微而数，舌苔黄色，皮肤潤澤，心肺无異常，肝脾未触知，腹部稍膨滿，顱神經檢查顏面肌肉松弛，左上肢肌力減弱，握力差，肱肌反射亢进，冷热感覚正常，項部稍有抵抗，語言迟鈍，手脚有振顫（輕度），左手指不能屈曲，运动障碍。二便正常。

此乃卫气既虚复感风邪，邪留不去，发为偏廢（腦出血后遺症？）治因疏风为主。

> 投以黄芪5錢，防风2錢，桑枝3錢，麻黄1.5錢，党参2錢，白芍3錢，杏仁2錢，黄芩1.5錢，防己3錢，甘草2錢，川芎1.5錢，壹付水煎服。

服药后喎邪轉正，左手运动好轉，脉象沉微，舌苔白而淺黄。

原方加勾藤3錢，姜蚕1.5錢，石膏2錢，菊花2錢，服10剂后（原方略有加減），上肢疼已消失，腿沉已癒。

原方加牛膝3錢，赤芍3錢，蒼朮3錢，服4剂，除右手稍感不适外，已无不适，但手屈曲稍差。

原方加鷄血藤3錢，伸筋草3錢，貫草3錢，蜈蚣一条（去头足），秦艽2錢，服6剂后，手指屈曲良好。即改用丸药，以黃芪、人参、防风、赤芍、西花、桃仁、荔枝、夜交藤、地龙、姜蚕、勾藤，子芩、枸杞，寸云、当归、山药、天麻为面，煉蜜为丸，服用后面收效。

当时血压115/74mm Hg，脉弦无力，舌苔正常，病情已基本治癒。

討論

一、本病为临床常見疾患之一，中风后遺症常为終身疾患，我在北京医学院观察病例較多，其中未恢复者，屢見不鮮。当时未以中药治疗，深为遺憾。

此症乃腎精肝血內亏，水不涵木，阳挟內风，故指臂拘攣，口目喎邪（在左）盖肝风阳气从左而升，衝气撞心，消渴暈厥，仲景列于厥阴篇中，肝屬阴木，必犯胃之阳土，飲食热气入胃，引动肝阳，此病乃作。

我們認为中风主要症狀是卒暴僵仆，昏不知人，或半身不遂，或四肢不举，或口眼喎邪，或語言蹇澀等。

灵樞經云："虛邪偏客于身半，其入深，內居营卫，营卫稍衰，則真气去，穢独留，发为偏枯，故其邪气淺者脉偏痛。"又云："偏枯身偏不用而痛，言不变，志不乱，病在分腠之間，巨針取之，益其不足，損其有余，乃可复也"。

証治准繩云："外无六經之形症，內无便溺之阻隔，知为血弱不能养筋，故手足不能轉动，舌强不能語言也。宜大秦艽湯，养血而筋自荣。"

藏复菴云："治风之法初得之即当順气，及其久也即当活

血，久患风症，四物湯吞活絡丹癒者正是此义。卒仆偏枯之症，虽有多因，未有不因眞气不周而病者。故黄芪为必用之君药防风为必用之臣药。黄芪助眞气，防风載黄芪助眞气以周于身者也。”

在中风后，半身不遂，此为气血不至，故痛痒不知，治宜以阴引阳，从阳引阴，从右引左，从左引右，使血气灌注，周流不息，养血溫經是为大法。

二、本例之主要临床所見为口眼喎斜后半身不遂。何以致之？其机制为何？

关于口眼喎斜，內經曰：“木不及日委和，委和之紀其动緛戾拘緩。”又云：厥阴所至为緛。”按緛即縮短之义，因木不及，則金化縮短乘之以胜木之条达。戾者口目喎斜，拘者筋脉拘强之义，木为金之縮短牽引而喎斜拘强，緩者筋脉緩之义，木为金乘則土寡于畏，故土兼化緩縱于其空隙而拘緩者自緩也。所以口目喎斜者，多屬胃土，然有筋脉之分。經云：“足之阳阴，手之太阳，筋急則口目为僻皆急不能卒視此胃土之筋为喎斜。”又云：“胃足阳明之脉挾口环唇所生病者口喎斜此胃土之脉为喎斜”。

关于半身不遂，經云：“胃脉沉鼓濇胃外鼓大，心脉小坚急皆偏枯，男子发左，女子发右，不瘖舌轉可治三十日起其从者瘖三岁起年不滿二十年三岁死。”瘖者为阳盛已衰內夺而厥則为瘖痺，半身不遂习慣上称为偏枯，其原因为眞气不周而病。

胃与脾为表里，阴阳異位，更实更虛更逆更从，或从內或从外，所以胃阳虛則內从于脾，故而脾之阴盛而胃脉沉鼓濇，濇則多血少气，胃之阳盛則脾之阴虛，虛則不得与阳主內反从其胃越出于部分之外，故胃脉鼓大于臂外。大則多气少血，心为元阳君主之官，神明出焉，生血主脉，因元阳不足，阴宜乘之，故心脉小坚急，小者阳不足也，坚急者，阴寒之邪，具有三脉之一者即偏枯，因心为神明开发之本，胃为谷气之本眞气之标，标本相得則胸膈間之膻中气海所留宗气盈溢分布上下中外无不周徧，如标本相失則不能致其气于气海，而宗气散矣。所以分布不周于經脉則偏枯，不周于五脏則瘖。

根据上述可知肝、脾、胃、心之生尅关系阴阳的变化，关键在于真气。正如內經所謂："真气去，邪气独留，发为偏枯"之义也。

三、本病为腦血管疾患。而腦血管疾病甚为常見，且为引致死亡的主要原因之一（腦血管疾患中腦出血为所有神經系統疾病的3.5—5%，而腦血管血栓形成与前者之比則为3：1或4：1）。而常見的腦血管疾病有下列数种：

高血压病，腦血管出血，腦血管血栓形成，腦血管栓塞，蜘蛛膜下腔血管出血和腦动脉硬化，出血，血栓形成和栓塞的各种表現。

一般祖国医学中所說的"中风"或"卒中"、"半身不遂"，就是腦血管疾患的表現。这类疾病，如沒有适当的处理，常引致患者死亡，或造成殘廢而影响劳动能力，一旦发生腦血管疾患以后，治疗上甚为困难，故其預防措施則为非常的重要。

小結 中风后遺症常为頑固的疾病，患者十分痛苦，本例短期疗效，較为滿意。远期疗效追踪观察中，本例来診即为中风后遺症，其发病情况与当时診断无法查考（病人外县来診者），深为遺憾。

治疗一例腦外伤性精神病

中医治疗本类疾病較为少見。本例在中西医理論結合的指导下，用中药治疗，收到了疗效，可供临床参考。

一、大腦外伤与精神病的关系，由于今天工业的发达，交通运輸事业的发展，意外事件增多，加以战爭等等，在医学上已逐漸成为一个非常值得注意的問題。

1. 腦震蕩后遺症

这类外伤性精神病，又可称为腦震蕩后綜合病症，往往是发生

在腦部損伤已相当恢复后，經过一段时間，而开始用腦力或体力工作时，并常常可以因急性外伤而处理不当所造成。有时也因为腦外伤而受感染或过劳所产生。

其主要症狀为以下五个方面：

① 头痛。为一种压痛或鈍痛。有时似尖銳的刺痛或搏动性痛，当安靜休息或平臥时，头痛可減輕，但当用腦力或体力，或受到精神刺激，忧虑，煩惱时可以轉剧。

② 头暈，当头部轉动时常有一种好象血液直向头部上冲的感覚。同时感到头暈，有时是陣发性或持續性。严重的有眩暈及陣发性噁心和嘔吐。

③ 注意力不集中，易疲劳，思想迟鈍，情緒常不稳定，易激动，焦虑，記忆力減退，对周圍环境方面的刺激，如声音，强光、人多嘈杂的場合，常有过度的敏感。

④ 失眠不易入睡，入睡后也很容易被惊醒。

⑤ 植物性神經系統功能失調的症狀，如心悸，心跳过速或容易出汗等。

2. 腦挫伤性精神病

腦挫伤与腦震蕩是不能严格分开的。在腦挫伤时常同时伴有腦震蕩，而腦震蕩时往往常有大腦基底部及腦干的挫伤。因此，当腦挫伤时，臨床的症狀和腦震蕩是相似的。病人可以有意識的朦朧，昏迷，或表現有譫妄遺忘，在許多病例中还可以有癲癇样兴奋狀态发生。一般腦挫伤精神病在恢复过程中，有时可以因腦炎或腦膜出血而趋惡化。

現在將我們治疗一例本症介紹如下：

二、病例摘要

王×民，門診号 11052，男，35岁，采石厂工人，住長春市。主訴六年来四肢震顫并时有抽搐。病人于 1954 年在工作中由高处跌下，当时人事不省，經急救后知覚恢复。此后四肢振顫头疼眩暈，記忆力明显減退，丢东忘西。并頻頻抽搐，发作时人事不

知，不擇場所而跌倒。經常失眠，精神煩躁，自汗，曾在吉林医大診为腦震蕩后遺症，介紹来所就診。

檢查：体格营养中等，脉弦細无力，舌苔黃白，舌質正常，心肺正常，腹部柔軟平坦，肝脾未触知，神經檢查大致正常，兩手握力差。脐，膝反射弱，Kernigs 征(+)巴彬斯氏征（±）印象为肝风內扰（腦震蕩后遺症）。

处方：赤芍3錢，桃仁3錢，紅花1.5錢，龙骨3錢，牡蠣8錢，磁石2錢，地龙2錢，竹茹2錢，桑枝3錢，葛根3錢，合欢花3錢，竺黃2錢，棗仁5錢，全蝎1錢，蜈蚣一条(去头足)，蔓荆子2錢，五味2錢，焦朮3錢，黃芪8錢，蒼朮3錢，牛膝2錢，粳米3錢，水煎服，二服。琥珀1錢，硃砂0.5錢，分二次睡前冲服。

服上方10剂后症狀有好轉，可以入睡，30天內抽搐四次，当服另一医师处方后抽搐又頻发(一周內四次)。又改用上方如下：

桂枝3錢，知母3錢，赤芍3錢，白花蛇1錢，玳瑁1錢，紅花2錢，桑枝3錢，伸筋草3錢，竺黃2錢，炒蒼耳4錢，天麻2錢，勾藤2錢，人参1.5錢，鉄落2錢，磁石2錢，附子1.5錢，焦朮3錢，枳实2錢，透骨草2錢。

連服12付后，20天內未发作，精神愉快，走路不搖摆，要求恢復工作。在10月初因工作与人爭吵后发作一次，仍按原方略有加減，曾內服六味丸，活絡丹等丸药。近日来因公出未与治疗，但病人不服药时即有发作而間隔較長，与治疗前則截然不同，近10个月未再发作，一般情况較好。

三、根据上述临床所見，我認为是大腦精神病，即腦震蕩后遺症，腦挫伤性精神病。

祖国医学中有类似本病的記載。如肝脏乃血与筋合，肝气和，則气血强盛，以行于筋膜，故骨正筋柔，气血皆从。若肝脏气虛，不能营养，則为风邪所侵，搏于筋脉，荣卫凝泣关节不通，令人筋脉抽掣痛疼，以至眩悶，口眼偏邪。

如治肝风，筋脉抽掣疼痛不得屈伸，恍惚多忘，或是恐怖，

茯神丸治之。

素問云：头痛頗疾，下虛上实，过在足少阴巨阳，甚則入腎，徇蒙招搖，目眩耳聾，皆晕之狀，盖下虛者，腎虛也，腎厥則头痛，上虛者，肝虛也，肝虛則头晕。

实則本病为肝风內动，气血上冲，激动腦神經而为譫妄，昏迷，痰瘀抽搐，不仅猝然暴病之类中为然时病之阴明热感或为昏憒，譫語有为胃热神昏，但痰热窒塞，地道不通，有升无降，即气上不下，为厥頗疾，即所謂气血冲腦之症。

根据上述治疗大法是育阴潛阳之大法，据中风斷詮張山雷氏所云：潛阳之法，莫如介类为第一良药，正如云霧漫空，天地晦塞，非得沉潛之力，收攝阴霾而眞珠母，石决明，蛾蝶，牡蠣，貝齿，龟板，别甲数者，皆为潛阳之无上妙剂。而石类中的磁石，龙骨，具有吸力其用亦同。药品虽然寻常，而得效最为效捷，金石类之黑鉛，鉄落，赭石，辰砂等药是以鎮墜見長，而不能吸引者次之。

肝阳之暴动，其本即血液之不充。盖肝之秉性，剛而易动，必賴阴血以涵濡之。凡肝阳上亢皆由于不能涵养，因此治疗肝病之法，急則定其标以鎮攝潛阳为首要，而緩則培其本，以育阴养血为主法。在这里必須加以說明的是，眞阴的盛衰系于腎，而血液的不足在于心，多数肝阳易动的人，多伴有惊悸，怔忡，健妄恍惚諸症。可知欲培本应滋肝腎之阴，所謂"乙癸同源"就是这个道理。启示我們理解涵养肝木、必生心血、养心的重要。中药中养心的药物則有棗仁、淮麦、柏子仁、茯神、沙参、玉竹、合欢花等等。

本病人是以标本兼治，佐以鎮靜息风药物而初步收效。

中医治疗进行性肌营养不良症

本病为少見疾病之一，国內报导不多，中医报导尤为罕見，仅作为抛磚引玉，請高明之士多多指教。

肌营养不良是一組以某些肌肉群的进行性变性为主要征象的疾患。本病常为家族性或遺傳性，并由于受疾病侵害的肌肉分布的不同，在临床上有几种不同的类型，但不論在同一病人或在疾病的不同类型中，可以显出眞性肥大，假性肥大，或者是萎縮。

肌肉組織学的表現，在眞性肥大阶段，目前尙无所知。在假性肥大及萎縮中，最早的变化是一些肌肉纖維的腫脹和肉膜核的增加。此后可見到一些非常小的肌肉纖維进行变性而轉变成为纖維組織，肌肉纖維之間的結締組織的板隔增大。而且有显著的纖維間脂肪沉着。

肌营养不良症比較重要的一些临床类型：肥大性肌营养不良，这是一种非常少見的肌营养不良。假肥大性肌营养不良为最常見的一种类型。发病是緩进的，最常表現假肥大的肌肉是腓腸肌群、臀肌、股四头肌、岡下肌以及三角肌。岡上肌及三头肌亦可能增大。其次二头肌及大鋸肌，前臂肌肉亦可能有同样表現。假性肥大的肌肉，摸上去較正常为坚实，但却軟弱无力，胸大肌的胸骨部分以及背闊肌几乎总是显示萎縮的現象，这一类型通常在最后均发生萎縮。Frb 氏〔一八八三〕幼年肌营养不良症中，萎縮通常自臂部及肩部开始，随后影响軀干及下肢。本类型所以称为幼年型者乃是由于患病年龄通常是在15—35岁之間。

本病在中医文献中尙无記載，关于其征候群則早有叙述。如痿症等、中医文献中謂：肝主筋、脾主肌肉，素問痿論篇記有：

肝主身之筋膜，脾主身之肌肉……肝气热则胆泄口苦。筋膜干，则筋急而攣发为筋痿、脾气热则胃干而渴，肌肉不仁，里为內痿……脾热者色黄而肉蠕动。关于論痿的原因說：肺者脏之長也，为心之盖也，有所失亡。所求不得，則发肺鳴，鳴則肺热叶焦，发为痿躄，有漸于湿以水为事。若有所留，居处相湿，肌肉濡渍。痺而不仁，发为肉痿，才知肉痿得之湿地也。

治疗上有独取阳明之論：謂阳明者，五脏六腑之海，主潤宗筋，宗筋主束骨而利机关也。治疗的大法是：各补其荣而通其兪，調其虛实，和其順逆，筋脉骨肉，各以其时受月，則病已矣。

这一段記載中，中医对痿症已有系統的認識与理論，关于痿症的原因、类型、症候、治疗皆有詳尽的說明。本症屬于痿症范疇。兹介紹一例病人以資考証。

病例摘要 張×东，男，32岁，門診号13724，革命干部。病人自1960年冬季自覚右手发冷麻木，逐漸运动不灵活，每当天冷时加剧，写字时手拿不住笔。以后逐漸发生兩手，上、下肢和面部肌肉消瘦。四肢无力痿痛，不能上举，曾在市医院治疗无效。而到吉林医大神經科住院41天。1961年7月26日来門診求治。

一般狀态尙好，发育中等，营养欠佳，面色蒼黃，表情无特殊，脉弦无力，舌苔白垢苔，十二对腦神經檢查无異常所見，肩胛肌肉消瘦，萎縮，肌力減弱明显，尤其是三角肌，胸大肌岡上下肌，背闊肌以及固定肩胛的諸肌，均有对称性萎縮，翼狀肩胛前后手掌背部肌肉萎縮不太明显，肱二、三头肌腱反射減弱，未引出病理反射。兩下肢、大腿部后骨盆肌肉明显萎縮，四头肌反射稍活跃〔双側〕。兩下肢未引出病理反射，全身无知覚障碍，无肌纖維搐搦，尿、便情况正常。

化驗：血、尿、便常規化驗均无異常。

血：肌酐1.3mg%　　肌酸：3.45mg%

尿：肌酐36.9mg%　　肌酸：35.6mg%

胸透：浸潤型肺結核〔吸收期〕

心电图：第一度房室傳导阻滯，左室劳損竇性心律。

眼、耳科檢查正常。

处方：磁石3錢，当归3錢，柴胡2錢，茯苓3錢，龙骨3錢，桃仁3錢，紅花2錢，全虫1錢，蜈蚣2条，子芩3錢，葛根3錢，桂枝2錢，龟膠3錢，熟地4錢，菖蒲2錢，牡蠣2錢，生草3錢，水煎服。

二診：服八剂后，原方加蓮子2錢，芡实4錢，薏米5錢，天麻2錢，勾藤4錢，貫草3錢。

再診：近几日头暈疲劳、精神不振，心跳气短，腹脹，消化不好，脉弦无力，舌苔白苦。改方如下：

磁石2錢，牡蠣5錢，龙骨3錢，石英3錢，厚朴2錢，赤芍3錢，柴胡2錢，焦虫5錢，鉄落3錢，菖蒲2錢，寸冬3錢，生草3錢，焦三仙6錢，陈皮2錢，姜夏2錢，薏米10錢。

服20剂后精神振作，下肢已有力，除手写字困难外，已无不适。1962年6月复查已正常。

討論

1．在前面病例中記有該病人先有浸潤型肺結核，繼之出現前述症狀，症狀是持續逐漸加重，在我們檢查时，已經是呈現面色蒼黄，肌肉萎縮而无力，甚至步行困难。此为肺热、脾胃失調，肌筋失其荣，故枯萎而不用。

我們已經知道肝主筋，肝伤則四肢不为人用、而筋骨拘攣、久不用則筋肉萎縮。腎藏精，精血相生，精虛則不能灌溉諸末，血虛不能营养筋骨，阳明为宗筋之長，阳明虛則宗筋縱。故不能束筋骨以統利机关。这是胃弱气少、气血津液的不足、是形成痿症的主要因素。

2．按叶天士治痿无一定之法，如冲任虛寒而成痿者，通阳攝阴，兼实奇脉为主，湿热沉著下焦而成痿者，用苦辛寒燥为主。腎阴奇脉兼虛者。用通納八脉，收拾散越之阳明为主。如下焦阴虛及肝腎虛而成痿者，用河間飲子，虛潛諸法。塡納下焦，和肝

熄风为主，阳明脉空，厥阴风动而成痿者，用通攝为主。肝腎虚而兼湿热，及湿热蒸灼筋骨而成痿者。益下佐以溫通脉絡。兼体热者利湿为主。筋骨不利而成痿者，用統通胃气及通利小腸火腑为主。胃阳腎督皆虚者，而固中下为主。阳明虚，营絡热及內风动而成痿者，以清营热熄內风为主。

本例先以清营热熄內风，繼之健胃强脾滋阳为主，佐以甘寒清上热而收效。

按本例为少見病例之一，由其症狀看来，符合于痿症范疇。当然不是典型病例，由中医辨症施治看来，不能拘于古人治痿的症治原則。本例我們主要从肝、脾二經来考虑。

治疗重症神經官能症

神經官能症为临床多見疾病之一，但对其机制認識上有所不同，本文着重由西医特别是由苏联医学来介紹对本病的認識，中医治疗是有其疗效，但在中医辨症中从何着手，提出作者的意見，中心內容是介紹肝风观点，借本病为旁証。

神經官能症为临床多見疾病之一，而重症神經官能症使病人負担很重，对健康，工作，学习影响都很大。現將手中仅存資料加以整理，介紹在下面：

病例1 梁×芳，門診号12066号，女，27岁，工人，住在辽源市。主訴一个月来睡眠不好，三个月头痛心跳气短，下肢有时浮腫。病人1960年5月有头痛，持續性鈍痛心跳气短，下肢时有浮腫，腹脹。全身无力，記忆力減退。一个月来不能很好入睡。消瘦，胸痛并有盜汗，午后有微燒，大便干燥，小便发赤，月經不正常，現已40多天未来月經，在經前腹脹腹痛，量少血淺黃

色，8月18日来門診求治。

檢查： 发育营养中等顏面蒼白，兩眼发直，精神不振，声音微弱，舌苔薄白，舌質紅，脉沉細无力，肺部叩听正常，心界稍大可听到柔和的收縮期吹风样杂音，腹部无異常所見，血压100/60mmHg。

印象：神經官能症（神經衰弱），风濕性心脏病（？）

处方：黄連3錢，阿膠2錢，枳实2錢，竹茹2錢，半夏2錢，陈皮2錢，合欢花4錢，夜交藤2錢，炒棗仁5錢，炙远志3錢，五味子1.5錢，焦朮3錢，二付水煎服。

琥珀1錢，硃砂0.5錢，共为面分三次睡前服一包。

二診：服前藥能入睡，但有腹脹，气悶感思想負担較重，仍按原方加人参、黄芪、秦艽、地龙、牡蠣、蔞仁、薤白、紅花，二剂。

三診：服前藥可以入睡，胸痛已緩解，有头痛，胃痛，腹脹。

处方：赤参2錢，炙复花4錢，赭石2錢，玉竹2錢，生地3錢，炒蒼耳2錢，川芎2錢，白芷2錢，陈皮3錢，厚朴2錢，合欢花3錢，炒棗仁5錢，五味子2錢，夜交藤3錢。

四五六診：服二診方，症狀有好轉，仅有胸腰部疼。

在原方基础上配丸藥一料，回辽源市休养一个月。11月来所自覚服上藥有好轉，仍有心跳气短，胸疼。仍按原方服11剂后已基本治癒恢复工作。

病例2 金×，門診号8140，女，35岁，电力設計院科長。住長春市紅旗街。

主訴十年来心煩失眠，病人在云南工作时精神受到刺激后心煩，失眠，时常彻夜不眠，头暈，記忆力很差，发燒，食欲不振，近二三年来有心跳，气短，血压忽高忽低。9月曾抽搐一次，当时心里很明白，曾在云南，广东，北京等地治疗。在吉林医大診为大細胞低血色素性貧血，既往有二次失血（流产）史。

檢查：发育营养中等，顏面蒼白，精神萎靡，体溫正常，血压110/80mm Hg，顏神經檢查正常，心律不齐，心音不純，肝

脾未触知，腱反射消失，舌苔白，脉沉細无力。

印象：神經官能症（癔病，中医脏燥症）貧血。

处方：焦朮3錢，人参2錢，生芪5錢，当归3錢，柏子仁3錢，石决5錢，牡蠣5錢，元肉4錢，桔紅2錢，仙鶴草3錢，鹿膠3錢，竺黄2錢，赭石2錢，半夏4錢，女貞子3錢，何首烏5錢，炙甘草3錢

兩剂水煎服。

二診：服上藥睡眠好轉。加大麦，大棗，棗仁，龙骨。

三—五診：服上藥有好轉。

六診：自述服前藥明显好轉。但食欲有下降，原方加陈皮，砂壳，建曲，姜夏。

七診：服上方食欲增加，心区有悶感，血压130/80mm Hg，按上方二剂。开始恢复工作。

討論

一、神經官能症是临床上最常見疾病之一。根据多数医院門診的統計約占全部門診人数的40—70%，北京医学院精神科1000例門診的分析中，有638人，約占63.8%，其他各科未統計在內。我在实习及临床过程中，遇到的本症病人是很多的，因本病所造成的痛苦和对工作上的損失，是难以数字来估計的。

根据巴甫洛夫的学說將神經官能症明确的划分三种临床病型：

1. 神經衰弱；
2. 精神衰弱；
3. 歇斯底里（癔病）。

关于神經官能症的病理生理学問題，限于篇幅不能加以討論。請参閱巴甫洛夫学派关于实驗性神經官能症学說。

Ⅰ．神經衰弱，神經衰弱是神經官能症中最常見的一类。为整个神經官能症总数的60%。造成神經衰弱的原因很多。一般来說，急性或長期而持續的神經过程的过度紧張，艰苦与繁重的工作，以及在情緒矛盾和冲突的影响下，以致体力和精神的过度耗損和精

神創伤等起着主要作用。至于傳染病，貧血、內分泌、中毒等都能降低神經系統的机能活动性，为神經衰弱的产生准备了条件。

病理生理过程：

（1）最初阶段：发生紊乱和減弱的首先是抑制过程。由于大腦皮質的特殊活动开始衰竭，一般堅毅和沉着的行为就呈現衰減，于是一些不适于社会所要求的情緒情感反应也就会流露出来了。

（2）第二阶段：由于抑制机能減弱的結果，大腦皮質兴奋机能的調节发生了障碍，于是引起了兴奋过程不受抑制的过分扩散的趋向，表現为兴奋性亢进及反应性升高。

（3）第三阶段：主要是出現了保护性抑制現象，这样就防止了大腦皮質細胞过度耗損，以便代謝过程得以恢复，此时大腦皮質的抑制性較强，相反反应性則較低。

其他植物性神經机能失調的机制：当大腦皮質功能衰弱时，对皮質下部位的植物性神經中樞的調节作用，不仅衰弱，而且往往陷于紊乱，以致植物神經机能被釋放而造成失調現象。

神經衰弱的临床症狀：

根据病理生理机制的不同阶段，把它的临床症狀归納为以下三种：

（1）兴奋型：病人自制力減弱，兴奋性增高，容易激惹和发怒，急躁，不耐煩，由于病人自我掌握的能力減退，与周圍人逐漸疏远，相反的怪罪别人。一般病人的意識和自知力是完整的，但不能集中精力搞工作学习，这类病人睡眠开始发生障碍，很难入睡，但又很快的醒来。此时易思想涌現，睡着后有惡夢，醒后不清爽，好象感到未得休息。此外帶有植物性神經机能紊乱現象，表現为头痛，头昏，多汗心悸，血压暫时增高等等。

（2）兴奋衰弱型：工作能力忽高忽低，精神上淡漠，无精打采，悲观，工作上失望，工作能力逐漸下降，記忆力显著減退。病人焦虑恐惧，自卑，異常感覚如头帶头盔，某血管跳痛。睡眠障碍很显著，出現心跳气短，对疾病有怀疑，焦虑，恐惧。此时

有反射出現。眼瞼，手振顫以及肌肉收縮等。

（3）衰弱型：全身軟弱无力，易疲劳，記忆力減退，上午早晨还好，时間稍長即不能坚持，而陷于极度衰弱的狀态。对一切消沉，情緒很低落，注意力記忆力都有困难。并有食欲缺乏，消瘦，性功能減退，故有大病重病之感。情緒上常有臆想症的色彩。

Ⅱ．精神衰弱

在神經官能症中是比較少見的。其临床症狀在思維方面主要表現为优柔寡断，犹豫不决缺乏自信，对于周圍現实环境缺乏眞实感。特征症狀为常有强迫性狀态，在軀体方面常有性功能降低，缺乏食欲等。

Ⅲ．歇斯底里

在一般临床上，虽然比神經衰弱少，但在精神病院的急症中，还是比較最多見的一种精神疾患。它是一种心因性障碍，在临床上的表現，它的主要病理生理的基础是皮質与皮質下部位相互关系的障碍，第一与第二信号系統相互关系的障碍，以及皮質下活动与第一信号系統活动的占优势。而它的全部病象，通常是在特殊人格結構，独特性格結合而发展起来的。

临床病象：歇斯底里在临床上的症狀是非常复杂而多样化的，这不仅包括精神方面的失調，而且还伴有各种各样的运动，知覚，感覚，植物神經系統等等障碍。整个病象都貫穿着高度的情感性，及高度的暗示性为其特征。因此常在暗示的影响下，会不断的改变着临床症狀。其临床表現可分为下列几点：

（一）关于軀体方面的症狀：

（1）运动障碍：①痙攣发作。②有时出現各种抽搐，震顫以及舞蹈样动作等現象。这是机能亢进的表現。而在机能減退或丧失时的表現为麻痺和不全麻痺。

（2）言語障碍：①歇斯底里性緘默症（不言症）。②失音症。

（3）感覚障碍和感覚器官的障碍：①感覚过敏。②感覚減

退或消失。③聾啞者。④失明。⑤其他味覚或嗅覚的感官障碍。

（4）內脏器官的障碍：是多种多样的。

（5）营养和植物性和神經机能失調。

（二）关于精神方面的症狀：（1）情感的障碍，暴发性情緒运动，恐惧。（2）意識的障碍：①意識朦朧。②Ganser 氏症候群。③歇斯底里性儿童痴呆。④夜游症狀态。⑤神游症或恍惚狀态。

（三）一般行为方面：这类病人情感活动要比理智活动占优势，常常是感情冲动，兴奋和不能忍耐的行为上多半是感情发作的表現，而且是一些不經过檢点的非理性活动。由于理智不足，病人的批判能力就因而下降。

上面我介紹症狀可能多了些，在今天临床上这类病人是多見的，尤其是癔病（歇斯底里），診断是要謹慎的。我常常遇到这类病人被診为其他疾病，久治不癒。如一个女病人二年来兩下肢麻痺，感覚过敏，有爆发性情緒激动，被診为神經系統疾患（截瘫等）。經过各种治疗无效。經过暗示疗法，左下肢已完全恢复正常，右下肢亦有明显恢复，否則必然不能起床。当然我們也遇到診为癔病其結果是某种器質性疾患的例子。

二、在古代祖国医学著作中，很早就已經指出这类疾病的发生与精神及日常生活环境的因素，有非常密切的关系。

素問阴阳应象大論上說："怒伤肝，喜伤心，思伤脾，忧伤肺，恐伤腎。"在举痛論上記有：怒則气逆，甚則嘔血及飧泄，故气上矣。喜則气和志达，荣卫通利，故气緩矣。悲則心系急，肺布叶举，而上焦不通，荣卫不散，热气在中故气消矣。恐則精却，却則上焦閉，閉則气还，还則下焦脹，故气不行矣。"

灵樞百病始生篇云："喜怒不节則伤脏"。本神篇記有："憔惕思虑則伤神，神伤則恐惧流淫而不止，因悲哀动中者，竭絕而失生。喜乐者神憚散而不藏。愁忧者气閉塞而不行。盛怒者，迷惑而不治。恐惧者，神荡憚而不收。"

在金匱要略中所記載的"百合病"很符合今天的神經衰弱。这一个記載一方面包括了軀体疾病过程所导致的神經活动障碍，另一方面也包括了神經活动的原发性障碍，指的是神經因素所致的机能性障碍。如百合症种种奇怪情形，病家医家每委之于鬼祟，不知其根实由七情六欲伤其腦筋所致，发而为病初起病多伪托，忽喜忽忧，惊悸忿怒，哭笑嗔詈相兼有之……或專乎自虑病重无法可治等（医介新篇）各家著叙較多不一枚举。

癫病在金匱要略中"师曰病有奔豚，有吐膿，有惊悸，有火邪此四部病皆从惊发得之，奔豚病从少腹起上冲咽喉，发作欲死，复还止，皆以惊发而得之。"又"妇人脏燥，喜悲伤欲哭，象如神灵所作，数欠伸，甘麦大棗湯主之。"

可知惊恐則伤神，心藏神，腎藏志，神志伤动气积于腎而气上下游走如豚之奔，其气秉心，如事所惊，如人所恐，五脏不定，飲食則嘔，气滿胸中狂痴不定，妄言妄見。脏燥血虛脏燥則內火攪而神不宁，悲伤欲哭，有如神灵，而实为虛病，肺散津而主悲，肺津虛則悲伤欲哭，心藏血而主神，心血虛則神乱，而有神灵所凭。

在这里要着重說明的七情六欲的外部影响，即客观环境的反应引起內部机能尤其是神經系統高級中樞的变化，所謂心主神，腎藏志，肝藏魂……等主为神明之肝、心……等。所謂神明即为今天所指的神經精神因素，古人虽无神經之說，但是明确的否定了神灵的虛无唯心論，当然不能脫离时代、社会、科学的背景来对待几千年前祖国医学。

三、症治：

神經官能症中主要症狀之一为失眠（不寐）。前面二例病人主要临床相亦为失眠，形成不寐的原因也很复杂的。如思虑太过，心脾亏弱、忧劳过度心胆虛怯，湿痰壅遏，胃中不和以及肝腎阴亏、相火易亢等等。而主要是思虑太过心胆虛怯，这些都能导致不寐，給予病人很大痛苦，而頑固性的不寐往往伴发头痛，健忘，心煩，怔忡等症狀，所以在思虑太过心脾耗損，血虛无以养心。多妄

思可用天王补心丹，归脾丸，担忧过度，心胆惧怯可用安神丸，虚烦不眠可用酸棗仁湯，如湿痰壅遏或胃中不和，可用温胆湯，肝肾阴亏，相火易动，宜介类潛阳，咸补甘緩可用真珠母丸。

关于神經官能症，結合科学理論应以鎮靜結合上述辨症可用介类或温胆湯，在临床上易于收效。对于一些病人常用硃砂、琥珀面或用黄連阿膠鷄子黄湯皆收到疗效。

小結

1. 概述神經官能症的机制。

2. 二例重症神經官能症的治疗观察。

3. 本症临床多見应以充分的注意，尤其在診断上更应謹慎。

肝 风 論

本文系按中西医結合，总結前述一些病例的經驗，提出新的看法，包括立論，机制及治疗原則，对于前人所論肝风，提出不同的看法。肝风症为目前常見疾患（西医中許多疾病，而中医書籍中缺乏記載）。是否有当，請中西医同道們指教，我們愿意百家爭鳴，展开討論，以便有所提高。

一、前言 目前多見的疾病中如高血压病、腦出血、腦出血后遺症、神經官能症、結核性腦膜炎、动脉硬化症、脊髓麻痺症、腦震蕩后遺症、精神分裂症及精神神經系統疾患等，在祖国医学文献中缺乏記載，或散見文献中。但在临床上遇見这些疾患时，按中医的辨症論治，理法方药給以治疗，常常收到疗效。我們的思考路子是以“肝病”来考虑的。究竟如何来解釋，各家看法不同，各有千秋。我們是以中西医結合，按肝风症立法，临床

上收效較为滿意，因此提出肝风論。

古人有提到肝风者，但与本文所指的肝风症，含义上有所差别。我們認为每一脏器皆具有二重作用，即肝有血肉之肝……同时有神明的肝……。我們不能把脏器看做是單一的独立的；机体是統一整体，是互相联系，互相制約的。西医同样也有高級神經活动学說，把人看作統一整体。因此我們愿意提出我們的看法。这里包括理論依据，机制及治疗原則，愿海內諸家，提出指正，以便提高我們的認識，糾正我們的偏見。

二、本文 心者君主之官，神明出焉。肝者將軍之官，謀慮出焉。腎者作强之官，技巧出焉，胆者中正之官，决断出焉。这是內經灵蘭秘典所記載的脏器在人体內的作用，重点的說明了人体五脏六腑的功能，及其相互間所以取得統一协調，是由于有以心为主的統一領导关系，所以十二官才能够很好的分工合作，相互維系，进行有規律的活动。

心为人身的大主，知覚运动无不屬之，故百体皆为之臣，心藏神，神即心火，腎阴济之，腎主骨，骨藏髓，髓生于腎精，髓足則骨强，人的才力均出于腦，腦为髓海，腦髓屬腎精，精足則髓足，髓足則腦充，才智精力因而俱盛，技巧亦因而生。肝能制造胆汁，胆汁入胃化谷，肝脉上巔入腦中，肝之系貫膈連心包，腦与心有神經相通即与相連，合腦力与心神所以主謀慮，人的勇怯由于胆，胆汁丰則勇，缺則怯，而十二脏皆取决于胆，有勇气斯有决断。

由上述可知“神明”、“謀慮”、“技巧”、“决断”等实为神經作用，即大腦皮質高級中樞的功能。因之，我們知道有血肉之心、肝、腎、胆等的同时还有神明的心肝、腎、胆等的存在。即是中医对脏器有双重的認識，这些功能只有在大腦皮質的功能完整（非失調时），机体才能統一协調。而金木水火土的生克制化所反应的实質，也是同样。神明之肝等的提法，即是高級中樞神經的功能。古人由于历史条件的限制，虽无神經之說，但已知其作用，这是有理論根据也是完全可以理解的。

在祖国医学中肝的疾患，占有很重要的部分，肝藏魂，所謂魂即神之往来，肝能藏血，性喜条达，忿怒抑郁，是形成肝病的主要因素，肝木之母是肾水，如肾水不足，易导致肝阳偏亢即水不涵木，在肝病的症狀中，最突出的表現是一种屬于风的現象。"諸风掉眩、皆屬于肝"，故临床上多表現为眩晕，抽搐，痉攣等等。

正如叶天士氏所說："精液有亏，肝阴不足，血燥生热，热則风阳上升，经絡阻塞，头目不清，眩晕跌仆，甚則痰壅痉厥，治法以緩肝之急以熄风，滋肾之液以驅热，是介以潛之，酸以收之，厚味以填之，或用清上实下之法。若思虑頻劳，身心运动，风阳內扰，則营热心怪，惊怖不寐，胁中动跃……若因动怒郁勃，痰火风交熾，則有二陈龙荟，风木过动，必犯中宫，則嘔吐不食，法用泄肝安胃……肝风一症，患者甚多，因古人从未以此为病名，故医家每每忽略"。

我們在临床观察中，此类疾患为最多，前面报导的如遺傳性家族性痉攣性脊髓麻痺症，結核性腦膜炎，中风后遺症，腦震蕩后遺症（外伤性神經病），高血压病，神經官能症等等，皆屬于本症范疇，由其辨症施治中，已知以其他症治解釋，不能絲絲入扣，仅是牽强附会，不能令人信服。

徐灵胎氏曾謂："肝风即中风一类，南方很多，却不必另立一門"。但事实并非如此，本病北方亦不少見，我認为徐氏仍拘泥于古人中风看法，未跳出古人圈子。

按祖国医学文献中，有着两种涵义不同的中风，伤寒論記有太阳病发热汗出惡风，脉緩者名为中风。这是外感伤寒。金匱要略記有，夫风之为病，当半身不遂，这是指腦出血后遺症，同为中风意义不同。內經調經論上說："气与血并，則为实焉，气之与血：并走于上，則为大厥，厥則暴死，气复反則生，不反則死"。这里所指的是由于气血上冲而成暴死的中风（腦出血等）。

我們体会"风"是大魄噫气（指的浊气）万物賴之生長，为生長百物之母，亦有肃杀之气，摧殘万有之机，感少灵气，千变万狀，疾病叢生，身外感受者由淺入深，由經絡而腑脏，幻化百

端，不可思議，此为外因之风。

而机体的生長气化，賴以五行涵煦不息之机，以运用其津液气血，古謂风气通于肝，則非天空鼓蕩之外风，其为病則五脏之性肝为最，肝木横逆，則风自生，五志之极皆生火，火焰生騰，則风亦动，推之而阴虛于下，阳浮于上，津液伤耗，蓄血不充，則风以燥而猖狂，此为自內而发，由静生动，风为百病之長，即此意也。

中风之病汉唐治法皆是外因，殆至金元辨症乃識內因，至明代張景岳氏則指出內經所說的风症大多是外感风邪，沒有猝倒昏憒、口眼喎斜，半身不遂等症。有这类症候的是內經的厥症。厥症沒有表症，厥症非风，如为风时則应是肝风。

明繆仲醇論中风的病因，以眞阴亏損为本，热极生风，痰壅气道为标，为中风猝发之时，先治其标，后治其本。

清張伯龙氏对中风、內风有独到的見解，創立了新的理論与疗法，实踐中收效較大。張氏認为此病为上实下虛，上实指风阳上越，下虛指腎水虛衰，如腎水不虛，风阳就不会上越，所以上是假实，下是眞虛，故定出潛阳滋降的方剂。

近人張山雷氏按伯龙理論，在用药方面补充了不少精义，它以潛阳鎮逆，需以介类为第一主药，平肝化痰，清热养阴，皆可用作臣佐，随着时代的前进，科学的发达，对于中风的認識，逐步达到了提高，有了进一步的明确。

一、关于肝风是否指的就是腦出血，高血压症的問題？

肝风包括了腦出血，高血压症，但肝风症本身是症候群，非如張伯龙、張山雷氏所指的肝风，仅为血冲腦經即是中风（腦出血）在張山雷氏著中风詮釋中曾談到如內經五脏生成篇所謂，徇蒙招尤，目眩耳聾，过在足少阳厥阴，甚則入肝。含义是肝胆火升，內风煽动，眩晕昏瞀之候。在玉机眞脏論中謂，春脉如弦，其气来实而强，此为太过，病在外，其气来不实不微，此謂不及，病在中。……太过則令人善忘，忽忽眩冒而巅疾。其不及則令人胸痛引背，下則兩胁肤满。按巅同癫即狂也：癫，小儿癫也，其含

又为巅癫，颠狂諸病，此乃脉眩实强，肝气横逆莫制，故为善忘，为眩晕，为昏冒，阳气上浮，直达巅頂。在生气通天論記有阳气者，煩劳則張，精絕辟积于夏，使人煎厥，目盲不可以視，耳閉不可以听，潰潰乎若坏都，汩汩乎不可止也。按本文指人之阳气由煩劳而其势愈張，此阳升之迭矢更于夏令，阳盛之时阳气必然辟积（复跌重累），发而为厥，昏然无認，莫名所苦也。

又說阳气者，大怒則形气絕而血菀于上，使人薄厥。脉要精微論記有厥成为巅疾也。又謂浮而散者为胸仆也。至真大要論謂諸风掉眩皆屬于肝，諸暴强直皆屬于风，諸热瞀瘛皆屬于火也。脉解篇記有太阳所至，甚則狂巅疾者，阳尽在上，而阴气从下，下虛上实，故为巅疾也。

关于这方面的記載还有許多，不一一例举。上述各条，皆为肝胆火升，浮阳陡动，或为暴仆，或为偏枯，或为眩晕，昏厥，或为目冥，耳聾，或更瞤动瘛瘲，强直暴死，或为头痛，哭笑无常，不能入寐，善忘等諸般病狀，实質为神明之肝病所致（即扰乱腦神經）。这里包括了神經系統主要是中樞神經系統的器質性或功能性疾病。

二、按何以肝胆火升，浮阳陡动，而能扰乱腦神經？其机制为何？

就前面所报告的病例来說，多数为肝风症，临床上并不少見，其实質皆为高級中樞神經的功能改变（病变）所致。前面业已提到，就人体器官来講，有血肉器官的同时具有神明（神經作用）器官。肝风者即着重叙述神明之肝的病理机制及其临床症候，它包括了临床常見的某些神經系統疾患。

三、关于肝风症的治疗 根据前述看法，在临床观察中我們的体会，其治法以潛、鎮、攝、納四字为主。正如山雷先生所指潛阳鎮逆以介类为第一主药，如珍珠母、紫貝齿、玳瑁、石决明、牡蠣之类，咸寒沉降，能定奔騰之火。金石药中則龙齿、磁石、石英、鉄落之屬，皆有收攝鎮墜之功。平肝化痰以木瓜、白芍、橘实主

之。潛阳沉降趋重于育阴者，以龟板、别甲为上品。我們結合病人，辨症施治，給以散瘀活絡，或溫胆祛痰之剂，如桃仁、紅花、胆星、菖蒲、竺黃、棗仁、竹茹、陈皮、半夏等药，在临床中証明只要很好辨症，常常收到很好的效果。所用方剂請参閱前文。

由于我学习不够，又无很多的临床經驗，本文仅系临床体会，理論認識上又是杜撰，錯誤之处必然不少，尙希前輩諸多指教。

四、小結

1. 本文提出神明之肝、心等理論探討。

2. 中风有二种含义，即外感之风邪中人的中风，与肝阳上亢的內风即肝风，二者显然有所不同，应另立一門。

3. 肝风在广义上，非仅薄厥，其中包括有各种神經系統疾患，为今日临床最多見者。

4. 初步探討了肝风治疗的方向。

中医治疗无脉病

无脉病为罕見疾病之一，国內外报导皆不多。在治疗上国外缺少办法，国內在針灸上收到疗效但不巩固。中医药的治疗尙无报导。本例病人为省煤炭工业管理局負責干部，曾在各大医院診治。經过20多个月的观察，疗效是比較滿意的。但由于缺乏参考資料，本文內容不当之处請多指教。

无脉病是一种少見的疾病，国內自1929年报告一例以后，至今已近30例。国外的报导不超过100例。其中曾有以針灸治疗收到效果的报导。但用中药治疗尙无記載。

本病病因尙未清楚，以致病名也未能統一，現有的病名有：无脉病，慢性頸骨下动脉——頸动脉梗阻綜合病症，遊轉性主动脉縮窄，主动脉弓綜合病征，Jakayasn 氏病，主动脉弓分支血栓閉

塞性动脉炎等。目前国内多沿用无脉病的病名，本文亦沿用之。

关于本病的病因各家說法不一，其中有人認为是膠元性疾病，尤其风湿病是当前学者推測具有可能的原因。認为风湿病变可以侵犯动脉引起栓塞性动脉炎，亦有認为风湿性心脏病的病例中約有12%病例在心房內壁易有血栓形成，此种形成的血栓一旦脫落即可引起栓塞而发生本病。此外認为梅毒，結核，先天性血管異常，外伤，动脉硬化等可能均为本病的病因，但均难于解釋大部分病例的原因。

关于无脉病的主要临床症狀，由于供血不良及其侵犯部位不同，所引起的症狀各異，由腦部缺血而表現为头昏，眩晕，发作性昏厥，抽搐，記忆力減退，在肢体缺血則表現为无力，发痠，发麻，而眼部缺血則出現弱視，黑矇等很多症狀。

由于側支循环形成有血管音，肋骨压迹，胸壁表淺动脉搏动等症狀，其它可有听覚，下肢高压，心脏等改变，本病預后，根据文献报导，病程最長者达13年，但病变是进行性的，死亡原因主为腦部缺血所致。

本病治疗在国外尚无滿意的疗法。国內曾用激素、星狀交感神經封閉、理疗、手术等等。針灸在早期疗效較佳。目前尚无中医藥的治疗报导。

現介紹一例中医治疗无脉病如下：

病例摘要 刘×栋，男，50岁，干部，已婚，門診号15025，因三年来陣发性心絞痛，一年来左手无脉于1961年2月6日来門診求治。緣患者于1957年7月突然心窩部剧痛，难以忍受，有恐怖感，在哈尔濱市第一医院診为心冠狀动脉机能不全及心絞痛。又在北京协和医院，沈阳医大、吉林医大、吉林省医院全面檢查，診为粥样冠狀动脉机能不全性心脏病，心絞痛。此后屢有陣发性心絞痛发作，持續时間短，心窩部悶感，左側上肢发凉，麻木感，血压低，头迷头昏眩晕，睡眠不好，記忆力差，自覚头腦不清楚，疲乏无力，1960年2月突然发現左手脉摸不到，前述症狀逐漸加

重，而来門診求治。既往有扁桃体炎史。近一年来有关节疼。

檢查：营养一般，消瘦，舌被白厚腻苔，右脉沉弦有力，左側无脉，測血压左側90—80mmHg微弱，右側140—92mmHg左下肢210—120mmHg，右下肢200—140mmHg頸动脉未听到明显杂音，胸壁未見異常，兩側对称。心界稍向左扩大，心律整80次/分，未听到明显杂音，震顫（—）肺及腹部未見显著異常。

实驗室檢查：

白血球总数 {8100立方毫米。分类{杆狀1%分 叶77%；淋巴 22%
8000立方毫米。

血康瓦氏反应（—），血沉1小时2毫米水柱，尿常規正常。

胸部透視：兩肺清晰，心肺无明显改变。

眼科：試鏡远右0.5×4.00D左1.2×2.50D

眼底无改变（60、11、30）

心动电流图：二次結果

① $RL_{I}+L_{II}+L_{III}<15$毫米

② 各标准导程的Rs之和小于5毫米

③ 各导程T波正常V_5S—T段及T波正常

結論 低电压（60、5、4）

胆固醇、180.1mg%。

印象 无脉病；粥样冠狀动脉机能不全性心脏病。

处方：炙甘草4錢，干姜2錢，寸冬3錢，生地3錢，火麻仁4錢，阿膠3錢，当归3錢，桂枝2錢，肉桂1錢，人参1錢，勾藤2錢，天麻2錢，大棗5个为引，水煎服二付。

二診：脉症同前考虑有血瘀加入活血药物。

按前方加桃仁3錢，赤芍3錢，紅花2錢。

三診：近日来睡眠不好，有咽痛，其他症狀有好轉，左脉可以触到沉細无力（为伏狀），改用下方：

生草4錢，竹茹2錢，枳实2錢，半夏2錢，陈皮2錢，远志3錢，

炒棗仁4錢，竺黃2錢，牡蠣5錢，阿膠3錢，藏花1錢，赤芍3錢，寸冬3錢，人参1.5錢，天麻2錢，勾勾2錢，水煎服二付。

此后来診五次，仍按三診方共服10剂，至9月18日来診时，左脉的沉細有力，已明显可触知接近常人，症狀已消失，7个月中观察有明显好轉。現已恢复正常工作。10月10日邀来檢查，除有腰疼和下肢走路感到无力外，其他无異常，仍按上方服二付，囑勿过劳。

討論

1. 关于无脉病，祖国医学文献中缺乏記載，而切診为四診中主要項目之一，是辨症中不可缺少的主要一环，可知脉在中医診断上占有非常重要的地位，如无脉时則影响了辨症，这只好依靠望，聞，問及其临床証候来分析，这种現象虽然不多見，中医有所謂"故有舍症而从脉者，有舍脉而从症者"。在临床中或文献中散見有无脉的記載，但并非无脉病。无脉病不仅是一側或兩側无脉，而有其一系列的綜合征候的，不要混同起来，有关无脉病的取名确值得商榷。

中医对无脉的記載，明李梴医学入門中記有：一手无脉謂之單伏，兩手无脉謂之兩伏，杂病得之則危，伤寒脉伏，因寒邪郁閉其脉冬月麻黃湯，三时羌活冲和湯以汗之，不可誤为阳得阴脉。病人或无脉若有痛处，当知痛甚者脉必伏如无痛症而不来者死，伤寒阴症无脉姜酒半盞服之，又清高无脉，为清高貴人有兩手俱无脉者，有左小右大，左大右小者，有反关脉者当审辨之。

海藏記脉絕不見，脉絕者阳入于地中也，脉者如地中溝渠也，通过諸經灌溉一体，阳气鼓舞而行之，阳不行則脉不动矣。是乃阴离而不守，故大小便皆为之不禁，內溫之，外灸之，并行而不可緩，溫之四逆輩，灸之臍下气海穴是也。

徐春甫曰：无脉之候，原因不一，久病无脉，气絕者死，暴病无脉，气郁者治，伤寒，痛风，痰积、經閉。忧伤，折伤，关格，吐利，气运不应，斯皆勿忌。

李梴为明代临床医学家論脉頗为詳尽，如視病人无脉則为危候或絕脉，这是中医宝貴經驗之一，古人論无脉为伏，有一側或兩側之别，伏为隐伏，更下手沉，推筋至骨，始得其形，按伏之义，隐伏而不見，其主病多在沉阴之分，隐深之地，无脉时多主痛，而痛甚則脉伏其含义有瘀也，通則不痛，故有无痛症而脉不来者必死之先見，此皆为有疾而脉不来者，亦有常人无脉者如“清高貴人”有兩手俱无脉者，这里只是說明健康人可以无脉，不是說只有清高貴人，这是可以理解的。上述无脉为无脉病尽管有所不同，但无脉为其中之主要临床指針是无可置疑的。

关于无脉的原因，我們体会，脉为气血之先，气血盛則脉盛，气血衰則脉衰，气血热則脉数，气血寒則脉迟，气血微則脉弱，气血平則脉緩，如气血兩虛，而經隧不通，阴阳不交而形成无脉，或正气大亏，无阳以宣其气，更无阴以养心，亦可形成无脉，蓋血行脉中，脉为血之府，榮气、宗气（心脏搏动）行于脉中，脉中榮气宗气不足，故細如絲濇主少血，心虛而为痛。心主血，合于脉，經云脉出于气口，色見于明堂，心之华在面，故其榮用色，多食咸則水味太过而伤心，其脉凝泣而色天。在这里可以看出脉与心脏的关系，一般規律先有宗气改变然后发展到脉的改变。王氏指出脉不动的原因，徐氏則更进一步分析无脉症的吉凶（預后）这对于我們的分析辨症上皆有很大的指导意义。本例病人是在三年前患有严重的心脏病一年前出現无脉且有一系列症狀，經檢查是符合无脉病的。

2. 症治：

本症为榮气，宗气不足，气血兩虛而經隧不通，血瘀脉濇伏不見，欲去邪必先扶正，故以补气血为主，佐以通經活絡开瘀之药。思其症为心动悸，主为宗气不足，尤以心絞痛为着眼，故以加味炙甘草湯为主方，加入天麻，勾藤，赤芍，桃仁，紅花，以改善血行，在补宗气之同时，通瘀活絡，則塞通痛緩脉可見矣。

按本方为仲师治伤寒脉結代心动悸之圣方，后人以治虛劳，肺痿，癎症，老人虛人津液枯大便秘，可知本方能調血气，补虛

劳不足，滋养心脏之血，潤流脉絡。

陈念祖曾謂“人参、地黄、阿膠、寸冬、大棗、麻仁，皆柔潤之品，以养阴、必得桂枝，生姜之辛，以行阳气。尤重在炙甘草一味，主持胃气，以資脉之本源，佐以清酒，使其捷行于脉道也。”

結語 中医治疗无脉病缺乏报导，我們仅按中医辨症施治治疗一例，初步收到效果，尚談不到体会，仅提出我們的一些看法，不知是否有当，有待高明之士指教。

治疗腦囊虫一例

腦囊虫症是一种难以收效的疾患。我們运用中药收到了滿意的疗效，是在驅虫的同时佐以鎮靜药物。因病例較少，仅作为經驗介紹以資参考。

囊虫病是由一种幼虫期或囊虫期的條虫所引起，人被感染可能的經路有三种：

① 可能偶然一患腸虫的病人大便中排出的虫卵被吞食。

② 本身可能原有腸虫，因便后不洁、虫卵入口。

③ 可能原有腸虫因嘔吐，將孕节所排出的卵，帶进胃內，再轉入十二指腸，这种虫卵經过任何方式到达小腸上端后，都孵出六鈎胚胎，先穿过腸壁，移入腸系膜內細靜脉或淋巴管中，然后再被帶到人体各部組織內，滋長发育。于三个月內变为囊虫。

本病多見于男性，此类疾病有腦病者，預后皆不良，对人威胁甚大。被感染者，幼虫常居于皮下組織、肌肉、眼、口腔粘膜和腦部。当幼虫进入組織內，即为間質所包圍，形成包囊。呈橢圓形，大小約6—8毫米，囊的周圍有血球浸潤，囊內含滲出液，液內浮有一个半透明膜，膜上可見幼虫头，头上有吸盤。豚囊虫可見有鈎、牛囊虫則无鈎，4—5年后可鈣化。

在中枢神經系統，囊虫多散布在灰質，腦室和其附近，腦底腦膜次之，少数症例可見于脊髓和脊膜。在灰質中囊虫周圍有炎症改变和实質的变性改变。囊虫在腦室系統可引起腦积水位于腦膜可产生腦膜炎的病理改变。

一般在幼虫死亡时会有剧烈細胞浸潤現象发生。初时为炎性逐漸纖維增生，故腫块部分逐漸增大，能引起 Jacksoniun Type 癲癇。

前驅症狀为幼虫进入血流散布全身时，有发热、头痛、抽风等，此現象多見于儿童。在成人一般有輕度发热、不适或皮疹。持續时間短，亦可延至数周。

一般器官障碍，此囊散布机体各个地方，如在皮下組織压迫神經，可出現疼痛，位于眼中可发生失明。

在腦症狀上，臨床可分为四型，由其頻度可列举如下：

1. 癲癇：多为限局性者，可为运动性感覚性，亦可为全身性癲癇，此蓋由囊虫散布于大腦皮質之故。

2. 顱压增高症狀，头痛、嘔吐、神經乳头水腫、視力減退。此蓋由于囊虫位于腦室系統引起腦积水所致。

3. 腦底腦膜炎型、輕度发热、头痛嘔吐、多数性顱神經麻痺，腦脊髓中細胞和蛋白增加等，并有腦膜刺激症狀。

4. 精神症狀，由于瀰散性病变出現，腦器質性精神失常，意識障碍，記忆力不佳，定向力不佳，可有幻覚，妄想或有痴呆等病狀。

5. 脊髓症狀，甚屬少見。腦囊虫病人，虽間或可用手术割去顱內腦瘤，但多数病症，仍然沒有滿意的疗法。

最近我們在門診治疗一例，腦囊虫病，收到滿意的效果，介紹在下面：

病例摘要 苏×义，門診号11089，男，32岁，职員，舒蘭县人，現住長春市健康旅社。主訴：一年来屢有抽风并昏倒三次。病人自1959年冬季曾昏倒并有抽风发作約三小时，目直意識不完

全清楚，此后有打嗝，食欲不振，失眠，經常发作无何規律，曾在北京协和医院診断为腦囊虫病。

于1960年6月5日发作一次昏倒，此后則有抽痛头暈等症狀。于1960年6月30日来門診求治。

檢查：体格中等，营养尙佳，顏面枯黄，体溫正常，血压118/60mm Hg，脉沉弦，舌苔萎黄、心脏大致正常，左胸乳头旁有0.8×0.6cm大小的結节，无压痛及粘連，腹部无明显異常，顱神經大致正常。病理反射不明显，腱反射亢进，脊柱四肢正常，但四肢时有抽痛。

杆虫卵（卄）

处方：雷丸3錢，（搗面另包分三次冲服）君子肉3錢，榔片3錢，磁石3錢，全虫1錢，神曲3錢，清夏1.5錢，甘草1.5錢，水煎服。

服四剂后第三次門診时，自述很長时間未抽，胸部結节較前見小，但有小发作及輕度陣发性头暈。

按原方加酒軍1.5錢。

第四次門診自述偶有小发作。

按原方去甘草加酒軍2錢，枳实2錢，病人持方回原工作地点。

討論

1. 囊虫病为條虫所致的疾病，條虫在中医書籍中早有記載，列为九虫类之一，條虫在古代有脾虫、阳虫、寸白虫、條虫之称，对于虫的形态有詳尽的描述，兹不贅言。

金匱 兽虫魚禁忌并治条下有：食主肉成寸白虫。肉中有如米点者不可食。凡肉及肝落地不着尘者不可食。凡肉見水自动者不可食。落水浮者不可食。

由金匱中几条簡單的記載中可知；古代先賢已經注意到條虫的預防，已知如何切断感染途徑，尽管当时还不十分清楚其机制，但是經过几千年的經驗积累丰富了这方面的知識，这是近兩千年前的事。在明王肯堂著作症治准繩中同样指出：虫子所以进入腸

內，主要是誤吞了帶卵的病肉。九虫篇說：食畜兽肉脏，遺留諸虫子类而生虫。同書三虫篇更明确指出：寸白从食牛肉……所成。

这些理論完全符合科学，它以实踐而加以証明，是完全正确的。

关于條虫引起癲癇即本文所报告腦囊虫症，在祖国医学著作中是散見，尙无系統的記載。多数認为飲食不节，易于并发虫病，虫病患者易于并发癲症，关于其机制問題有各种說法，特别是关于癲癇致病因素，及其临床类型是琳瑯滿目，所用方剂与药物亦极丰富。由條虫所引起腦症狀即癇的机制，目前尙不完备，如“久病成积……久积成虫”。久病体弱而易成虫，当然也易于因虫成癇，但为什么由虫成癇，需进一步討論。由虫所致癇是否为民間的羊癇风，也需进一步商榷。但是我們知道，虫卵入胃，然后到血行，可以在体內各器官分布，尤好发于腦部，这是应作为我們分析的基础的，看来是无疑义的。

2. 中药的分析：

祖国医学中有許多治疗癇症的方法与方剂，用药各具其妙，由于各家观点不一，各有所本。在治疗條虫方面早有报导，分歧不大，不外常用几种驅虫药物。我們結合本例病人，是以杀虫鎮靜健脾为主的治疗方針，服药好轉后配合緩下药物而收效。

方中以雷丸、使君子、檳榔为主药，磁石、全虫为鎮靜药物。佐以神曲，半夏，甘草扶脾和中。

雷丸：为多孔菌科雷丸菌的菌核，寄生于竹根上，采取后晒干入药用，是不規則块狀，直徑1—2cm表面暗黑色或赤色，有微細皮紋，內部灰白色，有时是淡棕色，并有半透明及不透明部分交錯，似大理石紋理，質堅硬。搗碎則成白色粉末。为驅除條虫药，能分解蛋白質，口服后能被條虫体吸收，而使虫体蛋白質逐漸分解破坏，虫头不再附着腸壁因而排出。排出之虫头呈显着的褐色，对人体并无副作用。

按本草記載雷丸苦寒有小毒，主治杀三虫，逐毒气、胃中热、

作摩膏除小儿百病。逐邪气，惡风汗出。除皮中热結、积蠱毒，白虫，寸白自出不止，久服令人阴萎，并主治癫癇狂走，且逐风。由上面作用看来，可知应用到腦囊虫等症是恰当的。

使君子：甘温无毒主治小儿五疳，小便白濁，杀虫疗瀉痢，健脾胃，除虛热治小儿百病瘡癬。

明李时珍曰：凡杀虫药，多是苦辛，唯使君子、榧子，甘而杀虫亦異也。凡大人小儿有虫病，但每月上旬清晨空腹食使君子仁数枚，或以壳煎湯嚥下，次日虫皆死而出也。

檳榔：苦辛温濇无毒、主治消谷逐水，除痰癖，杀三虫，伏尸、寸白。本草記有，寸白虫病以檳榔二七枚为末，先以水二升半煮檳榔皮，取一升空心調末，方寸匕服之，經日虫尽出，未尽再服，以尽为度。

可知使君子，檳榔为雷丸之佐，二味皆具有杀虫作用，与雷丸共用可有协力作用，易于奏效，其他药物則为鎮靜和中不再一一分析。

小結

1. 报告一例腦囊虫症，用中药治疗的效果，远期疗效观察中。

2. 雷丸面內服治疗腦囊虫症（伴发癫癇）具有較高的疗效。一般雷丸面內服时最好不用水煎或加热，因易減低药效之故。

3. 探討了腦囊虫症的临床类型及中医理論上囊虫与癫癇的关系。

中医治疗白血病

白血病是临床多見的疾患之一，但在目前治疗上存在問題較多，尙未过关。本文屬于經驗介紹性質，有賴于今后大量观察，总結，以便提高疗效。

前言 白血病(Leukemia)是白血球及其前身增生異常的現象。其原因不明。尙无滿意的疗法。常見的白血病有白血球总数及異常白血球数量同时增多的現象，但在儿童时期往往見到異常白血球增多，而白血球总数不增多或減少的病例。除白血球之外，循环系中白血球及血小板也不正常。因此，白血病非但是白血球質与量的紊乱，而是造血器官的紊乱。

目前对白血病的分类，是由病程經过及細胞形态这兩方面进行分类的。从病程可分为急性，慢性和介于二者之間的亞急性白血球病，亞急性病例多似急性，惟病程較長較輕。从細胞形态可分各种細胞的白血病。

在国內有关本病的报导文献，解放前仅有49例。解放后十二年来，由于党的重視，医学科学和人民医疗事业的发展，报告文献近40篇，病例达700例。关于症狀，診断，鑒别診断、預后、治疗等，各有报导，其中中医治疗报导尙屬不多，而在中西医結合下，中医的疗效則較为滿意。現將我們所治疗的病人介紹如下：

病例摘要 王×茹、男，5岁，前郭旗人，門診号16935，因一年来关节疼、腹脹、发热，于1961年4月24日来門診求治。患者一年来关节疼，而膝关节腫脹，行路困难，全身无力，腹脹，且有发热、夜間加重，自覚心跳快，食欲不振、消化不好，完谷不化，有时便2—4次稀便、尿頻、經儿童医院介紹来我所，既

往无特殊記載，父母健康。

檢查：发育中等，营养不佳、瘦弱、顏面黃白色、精神不振，皮肤枯燥，毛发憔悴，舌被白膩苔，舌質紅、脉細无力、心界向左扩大、肺动脉区有較强的收縮期杂音，肺部大致正常肝腫肋緣下1.0cm，質軟，边緣銳利，压痛（—），叩击痛（—）、脾可触及，兩膝关节腫脹，有压痛，骨擦音（—）。

实驗室檢查：紅血球141万/mm³，血色素32%，白血球6200/立方毫米，分类淋巴45%，分叶核55%，骨髓象粒系統母及幼細胞占40%。

印象：非典型白血病，风湿性关节炎。

处方：人参1.5錢，生芪4錢，焦术3錢，枳实1錢，五味子1錢，肉桂0.5錢，生草4錢，炙远志3錢，首烏3錢，女貞子4錢，别甲1.5錢，枯草1.5錢，阿膠3錢，藕节1.5錢，茅根4錢，紫草1錢，水煎服兩剂。

二診：服前药后热稍退已能走路，食欲一般，仍按原方兩剂。

三診：仍有微热，盜汗，但精神好轉，食欲增加，尿已正常，可以走路，但关节疼，腹脹同前，且有腰疼。

檢查：体溫36.5℃，舌被白滑潤苔，脉細数，頸部可触到淋巴結，肝可触及1.0cm較軟，脾未触清，血常規；紅血球280万/mm³，血色素6克，白血球2600/mm³，分类杆狀1%，分叶31%，淋巴64%，大單核2%，有二个类似前淋巴細胞。

按原方去肉桂加地骨皮2錢，石膏1.5錢，苡米3錢，貳付。

四、五診：脉症較前好轉。

第一方加苡米3錢，地榆炭2錢，貳付。

六診：除胃脹出汗外，已无何不适，关节腫脹消退，肝脾已触不到。仍按前方。

檢查：血常規（10/V）血色素6克，紅血球275万/mm³，白血球2800/mm³，分类幼若2%，杆狀2%，分叶18%，淋巴76%，大單核2%。

此后連續服藥二十剂，症狀有好轉，回前郭旗县按前方繼續服用十剂，現已六个月，基本已恢复。

討論　白血病主要的临床所見为面色蒼白(貧血所致)发热、无力、出血、肝脾腫大，淋巴結腫大、多汗、关节腫脹、疼痛。在祖国医学文献中沒有白血病这一病名，但对白血病所表現的症狀与变化，文献中有类似的描述。結合我們所治疗的5例病人来看，其脉虛弱或細无力，舌被白薄或白膩苔而符合于中医的虛劳症。

虛劳一症，金匱記有"夫男子平人，脉大为劳，极虛亦为劳。男子面色薄者主渴及亡血，卒喘悸、脉浮者里虛也。男子脉虛沉弦，无寒热短气、里急，小便不利，面色白、时目瞑兼衄、少腹滿，此为劳使之然"。这里所叙述的脉、色、症来看，非常符合白血病的临床表現，按此不仅男子，妇幼皆然，这是可以理解的，在这里描述貧血現象是比較具体的，面色薄者失其光潤，亡血者不华于面，渴失津也，亡血所致。劳則气血俱耗，气虛則喘，血虛則悸，劳伤阳，故短气里急、小便不利、少腹滿、面色白。极則伤阴，目不明而衄。治法机要也記有"五脏損伤，骨痿不能起于床，筋緩不能自收持，面无血色，肢体困倦，食少嗜臥，惊悸目瞎"等。

这些都是血虛阴亏的症狀，在症狀中肝脾腫大、淋巴結腫大，皆屬內伤范圍，亦为虛劳的根源，本例病人为元气先虛，虛邪并发，即是邪之所凑、其气必虛。蓋荣血为人之本，血不足則机体即將失去正常生活动力。元气既虛，外邪則易侵入，因而出現一系列症狀，如虛热等等。

症治：白血病屬于虛劳症，因之标症繁多，而辨症論治則很重要，必需在虛弱的基础上标本兼顧，这是关鍵的問題。本例为血虛阴亏而有虛热，此为稟賦不足，荣卫俱虛、心肺郁热、而感外邪、故应标本兼顧、按阳虛气弱，倦怠懶动，动則气喘，表热自汗，身体疼痛，治宜扶阳固卫可用拯阳理劳湯。

阴虛火动、骨蒸潮热、咳嗽痰多、心煩气短、飲食減少、治宜滋阴安荣。可用拯阴理劳湯。考虑外热防止出血、再伤阴血，

佐以藕节，茅根等药物。服药后症狀有所緩解，且有明显恢复而証实这一点。

結語 我們按中医的理法治疗了白血病一例，介紹了我們的一点点体会，当然是非常肤淺的，尙希高明指教。本来我們还治疗四例病人并收到一些效果，但遺憾的是未完成疗程，不能总結疗效。我們相信虽然白血病是难治之症，但在党的領导下，在中西医共同努力之下，是可以战胜的。

中医治疗白內障附玻璃体混濁

白內障为眼科主要疾患、治疗上主要为手术疗法。本文以中药加减石斛夜光丸方治疗二例，短期內收到較好疗效。本病以中药治疗报导不多，現將資料整理介紹出来，以作参考。

病例摘要

病例1：顧×芳，門診号1164，男，52岁，干部。住長春市斯大林大街90号。主訴：20个月来，視物不清，病人于1959年初視物不清，視力逐漸減退。头暈眩，咳嗽痰多，近几个月視力更差，需人領路，故于1960年8月31日前来求治。

檢查：体溫正常，体格营养中等，顏面蒼白、精神苦悶、舌苔白潤、舌質稍絳，脉弦有力、心肺正常、腹部无異常。

1959年1月19日去吉林医大眼科檢查結果，視力左：0.01，右0.1，左10cm0.5，右10cm1.2，兩眼結膜渾濁性疤痕肥厚，角膜上緣垂帘狀云翳，瞳孔等大，对光反应迟鈍、晶体呈現灰白色、虹膜影（+）。

裂隙灯檢查，兩眼底呈散在性脉絡膜萎縮斑，尤以右眼明显，晶体后囊有褐色帶，囊下及后部，呈灰白色渾濁，玻璃体看不清。

我們的印象是并发性白內障，玻璃体混濁，視神經萎縮。中医是內障眼。

处方：寸云3錢，元参3錢，木賊草3錢，蒙花2錢，蒺藜3錢，沒药2錢，澤瀉2錢，猪苓2錢，石斛5錢，女貞子3錢，黃連1.5錢，玳瑁1錢，甘草3錢，牡蠣5錢，磁石2錢，石决明5錢。

水煎服兩付　　內服石斛夜光丸。

貳診：原方加：菟絲子3.5錢，青箱子5錢，菊花2錢，枳壳2錢，五味子2錢，天冬2錢，貳付。

叁診、肆診：服上药后自覚无何发展。

1960年9月20日医大檢查：視力双眼二手动，双眼对紅綠色可辨，双眼晶体后囊渾濁，以右眼为重眼底看不清。

伍診、陆診：服上药方后，自覚視力有所好轉，已能看見窗格，其它无不适，据云医大檢查眼底已有好轉。

上方又加：生地3錢，車前子3錢，杏仁3錢。

柒診、捌診、玖診、拾診、拾壹診、拾貳診：仍服上方，視力大有进步，可以自己走来，且能讀报并无何不适，曾服北京同仁堂石斛夜光丸40多丸。

患者在75天中服上方26剂，石斛夜光丸50丸左右，病情明显进步，已达基本治愈程度。

病例2：王×海，門診号13241，男，55岁，农村人民公社社員，現住長春市紅旗街3委。主訴：五个月来眼不好使，老是有黑影，病人自五个月前視力減退，眼前总是有黑影，不覚痛及痒，曾內服魚肝油丸40丸，六味丸30丸，效果不明显，于1960年10月22日来門診求治。

檢查：发育营养中等，血压122/90mmHg瞳孔等大，左側不圓，舌苔干燥，脉沉緩，心肺大致正常，腹部无異常所見。

印象为老年性白內障（双）中医內障眼。

处方：寸云3錢，木賊草5錢，蒙石2錢，蒺藜5錢，沒药2錢，澤瀉2錢，猪苓3錢，石斛5錢，玳瑁1錢，甘草3錢，牡蠣5錢，

石决明5錢，菟絲子3錢，青箱子5錢，枳壳2錢，菊花2錢，

水煎服，兩付。

貳診：服药后視力好轉，以前看电灯如一个大火球，現能看清灯綫。仍按原方兩付。

11月1日吉林医大眼科檢查，診断書09426号，門診号226082，双眼視力減退右0.06左0.07为老年性白內障。

叁診：服前药視力好轉，能看見东西，近处看人較清楚。按原方兩付。

肆診：服前药視力有进步，按原方去寸云加：生芪5錢，沙苑子3錢，蒙花3錢，天冬2錢。

伍診、陆診：視力已有恢复，欲回乡生产，囑按上方服药。

討論

I．內障时自覚的症狀，表現为視力障碍，視力逐漸減退，其程度是由于混濁的濃度和存在的位置而决定。对于內障的发生原因尙不明了，按其臨床所見可作以下分类：

- 內障
  - 繼发性
  - 原发性
    - 先天性——停止性
      - 后极
      - 繞核形层狀的
      - 前极
    - 后天性——进行性——單純性
      - 老年性
      - 損伤性
      - 并发性
        - 职业性
        - 葡萄膜病的
        - 青光眼
        - 肌强直的
        - 糖尿病的

仅就与病例有关的較典型的后天进行性內障如老年性內障，系屬于皮質內障。初期內障出現于赤道部皮質层，呈放射狀或扇股綫条狀，其基底向赤道部。老年性內障发生于50—60岁，但皮質內障可发生于較早时期，称为老年前期內障。老年內障多为双眼，但非同时患病，而发展的速度亦不一致。

臨床上多分为初期，腫脹期、成熟期、过熟期、而有时呈飞蚊症是点狀混濁，仅存于瞳孔时述有飞蚊症，因視原的轉移而暗影也有

轉移好似飞动。有时有多視症是由于水晶体各部的分析率不同而有不正的乱視。夜盲症是混濁存在于水晶体周边时，在黑暗处弱光的刺激而散瞳，在瞳孔处溷濁时妨害了視力，晝盲症在水晶体中央部有溷濁时，或强光刺激时縮瞳，而妨碍光綫射入眼內所致。

在治疗上到目前为止，內障的手术疗法是一个根本疗法，有用維生素丙治疗，其效果在观察中。

并发性內障，此类包括任何眼病，任何全身疾病或有害的因素作用于晶体时所产生的內障。并发性內障多发生于晶体后皮質层，形如星狀，当患有进行性近視时，可能发生晶狀体硬化，帶有色素沉着，以致晶狀体不透明并呈暗褐色——黑質內障(Catara Ctanigrn)。

关于玻璃体混濁：玻璃狀体为透明无色的膠質体，其病变多由于隣近組織病变所引起，損伤后不能再生。体积容易減小，在視網膜脫离时可縮成管狀，甚至完全消失。

如果眼內发生病变，玻璃体如受累而发生混濁的种类，有蛋白性凝結体或纖維素及集合的白血球，色素粒、晶体粒、膜性組織、紅血球等。

Ⅱ．祖国医学中，对內障早有記載，如楼全善云："內障先患一目，次第相引，兩目俱損者，皆有翳在黑睛內遮瞳子而言，今詳通黑睛之脉者目系也，目系屬足厥阴、足太阳、手少阴三經，蓋此三經脏腑中虛則邪乘虛入，經中郁結，从目系入黑睛內为障翳"。龙木論所謂腦脂流下作翳者即足太阳之邪也，所謂肝气冲上成翳者即足厥阴之邪也。东垣云：肝木旺，則火之胜，无所畏惧而妄行也，故脾胃先受之，或病目而生內障，脾裹血，胃主血、心主脉，脉者血之府也。或曰心主血，又曰脉主血、肝之窍开于目也，治法亦地黄丸，当归湯之类是也"。

經云："五脏六腑之精华，皆上注于目"。又云："目者肝之窍也"。肝与胆为表里，肝液胆汁充足，目乃能远視，故无論外感或內伤，皆与肝胆有关。

由上面記載可知中医对內障認識是很精确的，也完全符合科学的記載。临床观察很仔細，知其先患一眼而累及他眼。諸家皆言及內障与肝胆有关，而与足厥阴、足太阳、手少阴三經皆有因果关系，这在治疗上是有很大意义。

Ⅲ．治疗：

凡眼病久痛昏暗，青盲雀目，內障昏蒙，五色花翳皆虛候也。治宜壯水益火，若阴血虽亏而风热未尽，則当审其緩急，相参而治，若久服寒凉，虛阳轉盛，則当补以甘溫，从乎反佐。內障之症但宜眼药，倘用点药，徒伤其气血，必无益而有損也。

本文二例基本上用一个方剂而取得疗效。所用方剂为加減石斛夜光丸，本方主治目光不斂，神水漸散色淡綠或淡白，昏如霧露或見黑花或視一为二及瞳孔內障等症。

原方：石斛，天門冬，菟絲子，人参、茯苓、甘菊花、山药、麦冬、熟地、蓯蓉、青箱子、生地、枸杞子、羚羊角、草决明、杏仁、五味子、蒺藜、川芎、甘草、黃連、防风、枳壳、犀角、牛膝。

此方为阳衰阴弱，不能升精于目而設，与千金磁硃丸并重治症亦同。然磁硃为鎮墜药，此为滋补药，中以二冬、二地、菟絲子、枸杞、五味子、蓯蓉等群队滋阴之药，以补腎肝之精血，以炙草，山药等培补中宫之健运，佐以蒺藜、菊花、川芎等行肝正气。青箱子、决明子、木賊等解結散滯、黃連、玳瑁等清火瀉热，此中必重用石斛和脾腎、清而行之，要使升精归明之用。

本方用药較多，而在不影响疗效基础上改用前述方剂。

小結

1. 本文二例病人在較短时間內未用手术，服中药而取得疗效。愿意今后多观察。

2. 本方剂除內障外其他疾患（指眼科）亦可試用。

3. 本文在中医理論上作了探討。

中医治疗青光眼

青光眼为預后不好，治疗上缺乏办法又是病人很痛苦的疾病之一。本例病人为医大拒絕治疗者。我們給以中药治疗收到近期較好的疗效。准备繼續追踪观察3—5年，同时多积累資料以便总結。

青光眼是一种最严重而最常見的眼病，主要的症狀就是眼內压力增高，往往引起难以挽救而失明。

青光眼总分为二类，一为原发性青光眼，一般几乎全是双眼病，所以可能双眼同时罹病，但常見一先一后，而且发生在看不出以往发生过什么眼病的眼睛。二为繼发性青光眼，就是由于眼睛先患有其他眼病，而后引起眼压增高，这种病只发生在一眼。

青光眼有三个基本体征：眼压增高，視机能減退及視神經乳头凹陷。其中以眼压增高为主要症狀，眼机能減退，乳头凹陷等全部症狀群均为眼压增高所引起。

关于青光眼的病因，目前尙无滿意的学說，因此治疗上主为对症疗法，基本上为防止眼內压升高，用一些药物或手术疗法。

青光眼在祖国医学中类似青盲症，在文献中早有記載，徐春甫氏(明)記有青盲症謂"此症多因酒色太过，內伤腎气，不痛不痒，漸失其明，眼目俱不伤損，有似常人，只因一点腎气不充，故无所見，有謂瞳人反背，有謂翳膜遮蒙皆非也，宜服还睛滋腎之药"。

王肯堂氏記有：目內外并无障翳气色等病，只自不見者，是乃元府幽邃之源，都遏不得发此灵明，其因有二，一曰神失，二曰胆涩。須訊其为病之始，若伤于七情則伤于神，若伤于精血則損于胆，皆不易治，而失神者尤难，有能保眞致虛抱元守一者，

屡有不治而癒，若年高及疲病或心腎不清足者，虽治不癒。

审視瑤函中亦有同样記載，并提出明目羊肝丸。复明丸，本事方（治青盲內障）等方剂。

按前賢記載，青光眼为难治之症，表現为肝、胆、腎三經病，肝淤內热，胆郁、腎虛为本病之主因。我們临床上所遇到几例病人常有头痛，噁心嘔吐，眼眶涉及鼻根部痛，流泪，眼瞼浮腫，角膜溷濁，視物不清，逐漸失明，外观上眼部改变不明显。脉象呈弦直有力，舌被白膩厚苔等所見。故在治疗上以清肝热利胆，滋腎还睛之药为主，每每收效，寿非眼科医，所知寥寥，仅按前賢所述治疗几例病人，收到微效，現將一例病人介紹如下以資参考。

病例摘要 王×氏：女，62岁，長白县人，住在吉林日报宿舍，門診号22183。緣患者一个月来眼睛发痒，眼珠疼二十余日，自1959年春季右眼患角膜潰瘍經医大經治后現已失明，目前仍有疼痛，60年春季約一个月左眼先发痒角膜充血眼珠疼，眼瞼腫流泪，劇烈头痛并有噁心，診为青光眼，于1961年10月18日介紹来我所。

体質瘦弱，顏面黃白，精神一般，舌苔白厚舌質紅，舌稍向左斜，眼瞼紅腫，角膜充血，羞明，伸手可見手指，脉沉弦有力。

医大眼科檢查：

① 視野＝300左右；

② 眼压右＝30，左＝37；

③ 視力左＝0.4，右＝0。

治則：滋阴补腎清热明目，佐以鎮痛之法。

处方：石斛夜光丸方加減。

寸云3錢，元参3錢，木賊草4錢，蒙花2錢，蒺藜5錢，沒药3錢，澤瀉2錢，猪苓1錢，石斛5錢，女貞子4錢，黃連1錢，玳瑁1錢，枯草3錢，牡蠣5錢，磁石2錢，石决明5錢，菟絲子3錢，青箱子5錢，菊花3錢，枳壳2錢，五味子2錢，寸冬4錢，水煎服兩付。

二診：服前药后，眼疼好轉，眼睛可以睜开，視力仍模糊眼

发痒，脉弦有力，舌被白厚苔，仍按第一方服兩付。

三診：眼睛可睜开，視物較清晰，但有时眼角疼涉及鼻部，睡眠不好，脉沉弦有力，舌根白厚苔。

原方加夜明砂3錢，晚蚕砂3錢，合欢花3錢，外服琥珀1錢，硃砂0.5錢，分三次睡前服一包。

四診：头疼眼疼明显好轉，微感眼部悶感，按原方加三倍加犀角1錢，配丸药一料，每日早晚各一丸。

五診：一个月后視力有好轉，可以見光，并能工作，眼已不疼，已不流泪，脉弦无力，舌薄黃白苔。仍按原上方配丸药一料。

六診：又一个月来复查，服丸药有明显好轉。可做一些針綫活。

討論 青盲治法：一、初宜羊肝丸或复明丸。已成內障者用本事羊肝丸。二、白羊子肝一块，竹刀切片，黃連一兩研末，熟地黃二兩同搗为丸，如梧桐子大，食远茶下七十丸三日服。三、菟絲子，补骨脂，巴戟天，牛膝，枸杞，肉蓯蓉，各一兩。共为末加青鹽二錢，猪腎一个切开去筋膜，入前药末一錢，將綫扎紧，加陈酒燒烂食之。四：寿按各家記載喜用石斛夜光丸（苏沈良方）其主治为目光不斂、神水漸散淡綠或淡白昏如霧露及見物黑花視物不清，瞳人內障各症。其功用为滋阴补腎清头明目。

原方：天冬13.4錢，蒺藜3.4錢，炙草3.4錢，熟地13.4錢，石决5錢，怀膝5錢，蓯蓉3.4錢，杏仁5錢，山药5錢，菊花5錢，人参13.4錢，枸杞5錢，麦冬6.7錢，生地3.4錢，五味3.4錢，川芎3.4錢，菟絲3.4錢，枳壳3.4錢，防风3.4錢，青箱子3.4錢，川連3.4錢，犀角3.4錢，羚羊3.4錢，茯苓13.4錢，石斛3.4錢。

我們根据辨症施治原則按原方加減，考虑青光眼主要症狀为眼压高，因此去掉了人参甘草，而本症亦为肝风症范疇，考虑去掉防风等药为宜，加入止痛，利尿的药物則可降低眼压，其中：木賊草：性甘微苦无毒，主要成分为珪酸及木賊酸，其效为发汗，利湿退翳去膜，用作解肌利尿药及目疾药，主治为目疾，退翳膜，

消积块，益肝痺，疗腸风，止痢，及妇人月水不断，崩中赤白。据国外記載此药不触动神經，又无关于血之运行，而但通利小便，其性收濇有保固强壮之效。

密蒙花：性甘平，微寒无毒，其效能为祛翳障，明眼目專作眼科药。主治青盲肤药，赤腫多眵泪，治目中赤脉，小儿麸豆及疳气攻眼。据載治青盲翳障密蒙花，茺蔚，木賊等配合应用有效。

以上因病例尙少，如能較多的观察，我們准备以專方在可能时用几位專药治疗观察，并准备通过药理試驗加以証实。

中医治疗血小板減少性紫癜症

本文着重介紹搶救一危篤病人的經过。按本病为临床常見疾患，中西医治疗各有其独特之点。因病例較少，愿多总結找出中医治疗規律。

原发性血小板減少性紫斑症（紫癜），亦称出血性紫斑症。因为它的主要临床表現为皮肤与粘膜出血，皮內出血謂之紫斑，亦称为Werlhof氏病。因为他于1735年首先把这病肯定为一个独立的疾病，它的主要发病机制是血小板減少，所以普通称之謂血小板減少性紫斑症，或更确当地称之为原发性血小板減少性紫癜症，因为它的病原尙未确定，在治疗上亦頗为棘手，我們曾治疗几例，其中一例較危篤，为便于討論，介紹在下面。

病例摘要

I　患者刘×氏，女，54岁，住院号29008，于1959年12月21日入院。緣患者自1959年春季以来常有皮肤搔抓后出現血痂，未加注意，入院前一个月来搔抓后不仅有血痂且有小出血点，近三日来增多，主要分布于兩下肢远端为多，兩上肢近端及胸部也較多，

其他部位不显著。在入院前一日中午11时許突然发出齿龈出血，刷牙后出血加剧，約有100—200cc，晚間更重，用腎上腺素，凝血質，維生素丙等未能达到止血，而急診入院，該患除于入院前二月因腰部扭伤曾用云南白药兩瓶，七厘散一包，安痛錠20余片，青霉素片10余片外未用其他药物，病后除感头暈著明外，无发燒，头痛，关节疼，腹瀉，尿血，便血等情况。既往除有四肢关节麻痛史外，其他各系統无可記載。

体檢：血压126/80mm Hg，脉搏80次/分，体溫37.3℃，左肘及双肩外側各有2×4cm大小的紫色斑，周身有針尖至黃豆大散在出血点，下肢伸側及胸部尤多，球結膜有数个粟粒大出血点，口腔齿龈广泛滲血，并有凝血块附着，心肺正常，肝、脾未触知。

入院次日（22日）中医会診，病人神識不清晰，口腔出血，皮肤出現紫斑，脉不整齐，洪数，舌有絳苔，危在頃刻投以大剂清热止血之剂。

大小薊20錢，大青叶5錢，生地10錢，元参10錢，藕节10錢，茅根5錢，犀角2錢，先煎一小时，生草3錢，水煎服。

23日，服前药神識清晰，脉沉数，舌仍有絳苔，已不溢血，但小便为紅色，大便未动应利大便。

生地6錢，元参4錢，川軍4錢，明粉2錢，青叶3錢，大薊8錢，茅根4錢，木通4錢，車前3錢，犀角1錢，川連2錢，水煎服。

服三剂后精神轉佳，出血已止，小便深紅色改轉为淡紅色，脉仍沉而无力。其后主要处方：

地骨皮6錢，粉丹皮4錢，炙龟板6錢，天花粉3錢，石斛4錢，石膏5錢，沙参4錢，生地4錢，当归3錢，酒芍4錢，竺黃2錢，公英8錢，連召4錢，銀花10.0錢，犀角1.5錢，挫碎先煮，血余炭3錢。

至1月2日一般情况良好，二便正常，納食可，已无何自覚症狀，檢查周身出血点已近全部吸收，无新出血点，舌苔薄，脉

細，宜健脾用統血归經之剂。

白朮2錢，党参4錢，炙芪4錢，归身4錢，炙草4錢，茯神4錢，远志4錢，棗仁4錢，奈沉0.4錢，酒芍3錢，元肉6錢，姜棗引水煎服。

化驗檢查：入院时檢查：

血常規：血色素 11.1 克%，紅血球 408 万/mm³，白血球 12,400/mm³分类正常。

血小板数28,560/mm³，出血时間15分未止，压迫止血，凝血时間 8 分。

尿常規：紅色混濁，蛋白（+）紅血球滿視野，凝血酶元时間4′15″，血块收縮时間48小时不良。網織紅血球0.4%。

骨髓穿刺骨髓象，正常，未見巨核細胞的異常。

出院时檢查：

血常規：血色素 10.4 克%，紅血球 396 万/mm³，白血球 9,900/mm³，分类正常。

血小板144,850/mm³，出血时間 2 分，凝血时間 4 分，尿常規：黃色混濁，蛋白（—），紅血球 2—6 个/450×

束臂試驗　（—）血块收縮时間24 小时收縮良好。

Ⅱ　何×琪，門診号13080，女，27岁，干部，住在市人委宿舍。主訴近二个月来下肢出血并有紫斑，緣患者在1960年 8 月兩下肢有出血点然后出現紫斑逐漸加重，曾在市医院住院注射維生素丙，K 等出血停止，但头迷心跳食欲不佳，失眠症狀未見好轉而来求治。

既往肺結核，神經官能症，关节炎史，月經規則无特殊記載。

体檢：体格营养中等，顏面蒼白，脉弦細无力，舌苔黃白薄苔，舌質稍紅，心肺在听診上未見異常，肝脾未触知，兩下肢有大小不等的紫斑已吸收。

化驗：血小板82500/mm³，出血时間2分30秒，凝血时間3分。

处方：赤参2錢，阿膠3錢，茅根5錢，白朮3錢，黃芪5錢，

五味子2錢，熟地3錢，川芎2錢，陈皮2錢，茯苓3錢，炒棗仁5錢，赤芍3錢，冬葵子1.5錢，首烏4錢，炙草3錢，别甲面3錢，水煎服。

另用黄連面1錢，阿膠3錢，为面分三次每次以鷄子黄一个睡前冲服。

服上药已能入睡，头昏皆有好轉。

按原方加蓼什2錢，石斛3錢，节蒲3錢。

服前药睡眠食欲均增加。

又加仙鶴草3錢，藕节3錢。

化驗

血色素10克%，紅血球355万/mm³，白血球5600/mm³，分类正常。

血小板10万/mm³，出血时間2分30秒，凝血时間1分30秒，網織細胞0.5%。

討論

1. 本病在儿童及青年較为多見，60%見于20岁以前，女性稍多。其主要症狀为紫斑或皮肤出血点，这些症狀常出現于急性上呼吸道感染之后，多半患者在紫斑出現之前，有鼻衄或在碰碰后皮下易有出血的历史，但亦有紫斑突然出現而无倘前驅症狀者，紫斑的大小可由針尖至針头，甚至可能为大片出血腫，同样的出血病变亦出現于粘膜，尤其是鼻与口腔的粘膜，有时亦有皮肤无紫斑而只有粘膜出血者。鼻衄与齿龈出血是常見的症狀。此外泌尿生殖系統也常有出血現象，例如子宫出血，尿血，其出血部位可能在腎盂膀胱或尿道，胃腸道出血可表現为嘔血或黑便。神經系統的出血最为严重，可能在腦脊髓，或腦脊髓膜患者呈半身不遂或腦膜炎現象。

体格檢查可发現鼻、齿龈、或其他部位的出血，皮肤可能有瘀血点或斑，这些斑点可能为鮮紅、紫紅、綠或黄色，由出血时間的早晚而定，无蕁麻疹样病变，在1/3患者脾可能腫大，但一

般不超过在肋緣下2—3厘米，无全身淋巴結腫或骨压痛征，全身情况由出血的多少而定，出血严重者可呈休克症狀，亦能有輕度发热，束臂試驗阳性。

化驗結果：血常規一般为正常，但如出血較多者，可呈輕度或中等度貧血，这时白血球可呈反应性增高，但血小板显著減少，一般在每立方毫米5—6万以下时才有出血現象，但于慢性患者，血小板数可能很低，而不一定有出血，血小板的形态常呈異常。出血时間显著延長，可能超过1小时，在身体不同的部位可能呈不同的出血时間。血液凝固时間正常，但血块收縮不良。

由前面二例病人看来，前一例完全符合上述記載，后一例則为出血后恢复过程。

2. 祖国医学称本病症候群为溫毒发斑阴毒阳毒等記載頗为丰富，隋代巢元方諸病源候論中記有"斑毒之病乃热气入胃，而胃之肌肉，其热挾毒蘊积于胃，毒气熏发于肌血而赤斑起，周匝遍体"。外科正宗中提到葡萄疫一症时曾說"葡萄疫其患多于小儿，感受四时不正之气，郁于皮肤不散，結成大小青紫斑点，色若葡萄发在遍体头面，久則虛人"。叶天士記有斑者，有触目赤色，而无碍手之質，即稠如錦紋，稀如蚊迹之象，或布于胸腹或見于四肢，总以鮮紅起发者为吉。色紫成片者为重，色黑者为凶，色青者为不治，蓋有諸內而形諸外，可决其脏腑之安危，邪正之胜負也，殆伤寒溫疫諸症，失于宣解邪蘊于胃腑，而走入营中，每有是患耳，考方書之治，其法不一，大抵由失表而致者，当求之汗，失下而致者必取乎攻，火甚清之，毒甚化之，营气不足者，助其虛而和之托之。

医宗金鑑外科中記載"紫癜风发于身体无定处，不痒不痛，由体热风邪湿气凌入毛孔，与气血凝滯毛窍閉塞而成"。

溫病大家吳鞠通曾說过"太阳溫病不可发汗，发汗而不出者，必发斑疹"。

由上面叙述可知斑的形成为溫邪蘊于肺胃充斥三焦液及荣血，透于肌表，或溫病初起誤用辛溫发汗，津液被劫，血燥不能

蒸汗，汗不得出，热邪入于肌表血分，发为斑疹。

在本症辨症中，我們認为并不完全是阴毒，阳毒或溫病发斑，結合二例病例，主为血热或血虚，在早期治疗以凉血清热止血为主，后期治疗以补气补血补养心脾为主，前二例病人初則用大剂清热止血之剂，病势緩和后用清热滋阴，再次补血健脾，統血归經，补血养心而获得全效。

第一例病人主为中西医会診經搶救后得以痊癒。本病在西医記載中主为先有上呼吸道感染然后出現本病特有症狀，符合于中医的理論，当然也有病人不都有上述經过，所以我們認为主为血热气虚所致。

小結

1. 重症紫癜症經过中西医結合共同搶救以中药为主的治疗，使病人得以痊癒，近期疗效是滿意的。

2. 初步探討了中医对本症的認識。

中医治疗肺膿腫

肺痈症为西医的肺膿腫症，先賢已有詳細的記載，本文仅为驗例介紹以資参考。

肺膿腫在祖国医学上称为肺痈。在青霉素問世之前，本症治疗是較为困难的。由于抗生素应用在临床后，收到較好的效果，但疗程仍然很長，个别病例疗效則不显著。在祖国医学中，几千年来長期与疾病斗爭中积累了丰富的經驗，如对本症所应用的方剂就是有效方剂。

病例摘要

病例1：張×祥，門診号12038，男，26岁，工人，住在長春

市塘瓷厂宿舍。三个月前周身无力，咳嗽，痰多。緣患者在1960年5月初周身无力，头暈嗜睡，食欲不好，燒心胃疼，兩肋作痛，下午发燒时有盜汗，并有咳嗽，以前半夜較甚，影响入睡。痰多，为黃色帶腥臭味，每日約400cc。未間断治疗效果不显著。近日来加重。于1960年8月16日来診。

檢查：体質瘦弱，顏面黃白，舌被白苔，脉弦有力，心脏大致正常，肝脾未触知，腹部有压痛，稍有抵抗。

印象：1．肺膿腫，2．肺結核？3．結核性腹膜炎？

曾在省医院作了各項化驗大致正常。

愛克斯光檢查，病灶位肺右上，边緣清楚，圓形腫块約有蛋黃大。

处方：百合3錢，二地4錢，半夏2錢，陈皮2錢，貝母3錢，胆星3錢，枳实2錢，阿膠3錢，瓜蔞3錢，薤白2錢，細辛0.5錢，五味1.5錢，焦三仙4.5錢，白叩皮1錢，杏仁2錢，水煎服。

并內服白及面3錢，貝母面1.5錢，分六包每天兩次，每次一包。

二診：服药后胃疼和兩肋痛緩解，咳嗽減輕，能入睡，但仍有黃痰，脉弦有力。仍按原方兩剂。

三診：自覚痰多，脉浮滑。原方加竹瀝兩瓶冲服，同时每日一次肌肉注射油剂青霉素30万單位。

四診、五診、六診：除有痰多咳嗽外，无其他不适。改用：桔梗10錢，蘆根10錢，紫苑3錢，冬花3錢，枇杷叶2錢，海浮石3錢，竹瀝一瓶，百合3錢，陈皮2錢，半夏2錢，杏仁3錢，松节2錢，瓜蒂0.1錢，一米5錢，桃仁3錢，水煎服。

七診：服前药輕快感，仍服上方17剂后痰少，咳嗽大減。此后由于感冒症狀增加。重服前药好轉。

愛克斯光檢查右上肺仅有小硬結，前述腫块已消退，腹部抵抗压痛消失。于1月23日恢复工作。

病例2：孟××，門診号8258，55岁，男，工人，住在西朝阳路155組。主訴50多天来发燒，头痛周身不适。病人自二月一日

感覚发燒，头痛，全身不舒服，咳嗽气短，痰多为紫黑色稠痰，并常伴有血液，痰有腥臭，咳嗽剧烈时胸傍作痛。經吉林医大診为肺膿腫而来求治。病人20岁时患肺結核咯过血。

体檢：体格、营养中等，顏面枯黄，精神不振，声音微弱，舌被白苔，脉弦大而数。

印象：肺痈。

处方：葦根10錢，冬瓜仁4錢，桃仁2錢，知母4錢，桑叶3錢，桔梗2錢，生地5錢，石膏4錢，甘草2錢，双花3錢。

二診：較前咳嗽輕些，睡眠較好，脉稍緩和。原方加牛蒡子3錢，花粉3錢。

三診、四診：自覚发热見輕，痰中已不帶血，但痰仍具腥臭味，感覚疲倦无力，脉已不数。原方去生地、石膏，加川貝3錢，天冬3錢，大棗3个。

五診：較好轉，尙感眩暈，精神不振。

白人参2錢，天冬3錢，花粉3錢，牛子2錢，桑叶3錢，知母2錢，川貝3錢，桔梗2錢，双花5錢，甘草1.5錢，冬瓜仁3錢，紅花2錢。

六診：咳嗽痰多不能臥，喉中辞口燥，咳唾黄痰。犀黄丸，每日早晚服之。

七診：一个月后檢查：膿血痰（一），喉中燥（一），体力已恢复正常，胸中痛（一），食欲正常，睡眠正常，症已基本治癒。

八診：一年后因工作劳累感体力弱，气短，脉虛无力。按四診方加焦三仙6錢，黄芪5錢，焦朮3錢，檳榔3錢，兩剂而恢复。

討論 肺痈在祖国医学中記載很詳尽，不再贅述。今天对肺膿腫（肺痈）的診断，症狀，病源及其治疗文献很多，不在本文內討論，仅在中医治疗上談一下个人体会。

金匱要略記有："欬逆上气，时时唾濁，但坐不得眠，皂莢圆主之……肺痈，喘不得臥，葶藶大棗瀉肺湯主之，欬而胸滿，振寒，咽干，不渴时出濁唾腥臭，久口吐膿如米粥者，为肺癰，桔梗

湯主之，千金葶苈湯，治欬有微热、煩滿、胸中甲錯，是为肺癰"。

自上述可知，此症初起咳嗽，咽干，胸痛，咳嗽时加剧，倘喉間覚有腥臭气味，則为生癰而无疑問。

治疗上初起时咳嗽，咽干，胸痛，脉数有力兼有恶寒表症时，可用小青龙湯。如喘不得臥，胸脹，此为肺气閉塞，可用葶藶大棗瀉肺湯，峻瀉肺邪。如咳逆上气为痰濁漸积于肺，宜用皂莢丸以滌其痰濁。

已成之后，咳吐膿痰，臭穢难聞，煩滿发热，胸中甲錯，可用千金葶苈湯，下热散結，兼以通瘀。如唾膿腥臭，形如米粥，則宜排膿，用桔梗湯。

既潰之后，如咯吐膿血，午后身热煩躁，胸肋隱痛，口燥咽干，自汗盜汗，此系癰膿不靜而兼里虛，宜先宁肺，用桔梗湯佐以养阴。如形气虛羸，宜用清热养阴药物。

本文二例主为在癰成之后，其所用主方为千金葶苈湯，按原方如下：

葶苈2升，薏苡仁半升，桃仁五十枚，瓜瓣半斤，右四味以水一升，先煮葶苈得五升，去滓，内諸药，煮取二升，服一升，再服当吐如膿。

按葶苈即今之蘆根，瓜瓣，即今之冬瓜仁有作瓜蒂者，本文所用为加味葶苈湯，一方中用冬瓜仁，一方中瓜蒂由其效果来看皆取到一定效果。

徐忠可注曰：此治肺癰之阳剂也，盖欬有微热，是邪在阳分也，煩滿則挾湿，至胸中甲錯是內之形体为病，故甲錯独見于胸中，是胸上气血兩病，故以葶苈之輕浮而甘寒者解阳分之气热，桃仁瀉血分之結热，薏苡下肺中之湿，瓜瓣清結热而吐其敗濁。

王孟英注曰：葶苈形如肺管，甘凉清肺，且有节之物生于水中，能不为津液閡隔者，于津液閡隔而生患害者，尤能使之通行，薏苡色白而淡，气凉性降，秉秋金之全体，养肺气以肃清，凡湿热之邪客于肺者，非此不为功也，瓜瓣即冬瓜子，依于經內

飄易潰烂，子能不浥，則其能于腐敗之中自全生气，即善于气血凝敗之中全人生气，故善治腹內結聚諸痈，而滌膿血濁痰，桃仁入血分而通气，合而成剂。

考各家注解对于瓜瓣的解釋不一，大多数認为冬瓜仁，而瓜瓣即冬瓜仁的别名，但有謂甜瓜仁者，更有認为为瓜蒂者，按本方用瓜瓣半升如为瓜蒂則用量較大，瓜蒂本为劇葯，不宜多用，但肺痈症治疗上，所謂在上者越之，使用瓜蒂亦有其道理。

炙甘草湯对心臟疾患的疗效

风湿性心脏病，在北方为常見疾患，治疗上在目前尚不能根治，仅能控制心力衰竭。我們曾以炙甘草湯加減方治疗多例，其中有几例杂音性質有了改变，現正在观察中〔自1957年开始观察〕。

本例病人为严重的傳导阻滯病人，各医院拒絕治疗。我們用炙甘草湯治疗后，病人免于死亡，作为經驗介紹提供綫索，供同志們参考。

由于东北地区气候严寒，冬季季节較長，易于罹患风湿性关节炎等症。因之风湿性心脏病較关內为多見。目前对心脏病尚无滿意的疗法。对于控制心力衰竭，中西葯物皆可达到控制。我們曾在門診治疗很多例风湿性心脏病，虽然控制了心力衰竭，主要是以炙甘草湯加減方，收到較好的效果，但对根治瓣膜疾患，〔阿少夫小体病变〕尚无特效方剂。目前正在观察中，这是我們今后努力的方向。

我們应用炙甘草湯在临床上較为广泛，对于消失临床自覚症狀效果很好，曾进行一次总結，其中个别病例观察二年多的时間，一般尚能令人滿意。現將严重的一例介紹在下面：

鄒×亞，男，60岁，职員，住長春市兴华路51号，門診号1097，主訴六年来头迷无力，緣患者自1952年发現头迷无力，时有发燒，下肢有輕度或中度的浮腫，心跳，气短，咳嗽，在劳动或用力时常有昏倒，每次数秒中到2—3分鐘失去知覚。近半年来发作較頻，曾在吉林医大診为房室完全傳导阻滯，于1959年1月8日来門診求治，既往有性病史。

檢查：体格营养中等，顏面蒼白，精神苦悶狀，脉沉迟有結代脉，每分鐘32次，舌苔干燥，黃白色厚苔，肺部大致正常，心界不大，心尖部可听到收縮期吹风样杂音。肝腫2.0—3.0cm，質硬边緣清楚，有压痛。其他无異常所見。

处方：党参3錢，桂枝1.5錢，生地3錢，炙甘草2錢，阿膠2錢，火麻仁3錢，白芍3錢，龙骨5錢，生牡蠣5錢，当归3錢，乾姜1.5錢。

二診：服前方稍有好轉。

第一方加棗仁8錢，龙齿2錢，远志3錢，柏子仁3錢，五味1.5錢，竹茹2錢，茯苓3錢，枳实2錢，二付。

曾內服中药50剂后，心跳气短有好轉，脉每分鐘52次。

1960年9月15日恢复工作后，曾倒一次，脚腿沉重感，脉結代，每分鐘34次。仍按原方服后好轉。

討論

1. 心傳导阻滯，主要发生在連絡組織如房室結及房室束，阻滯輕时只是冲动傳导时間延迟，重时則完全阻滯。心傳导的紊乱，引起由心房傳向心室时发生阻碍，按其阻碍程度，可分为以下三度：

第一度：即心房至心室的傳导时間延長，在心电图显示P—R时間延長，所有由心房发生的冲动，仍可傳至心室。

第二度：即一部分由心房傳向心室的冲动，因受阻碍而不能傳至心室，形成部分或不全性心傳导阻碍，高度的傳导阻滯如2：1阻滯，可使心率慢而規則。

第三度：即完全性心房室傳导阻滯，所有的心房冲动，均不能傳至心室，因此心室不得不建立独立的自身节律，心室搏动变成慢而規則，每分鐘常在30—40次左右。

促成心傳导阻滯的最普通的原因包括有若干傳染病，特别是风湿热，白喉及冠狀动脉性心脏病和洋地黄中毒等。

2．若重的談一下：完全傳导阻滯（結合病例）本例为第三度傳导阻滯，在一般虽然心室率很慢，但也可能达到40—50次，心率之快慢是由心室性冲动起源点的位置而决定的。病变在房室結較高的部位时，心率較快，而且常受到迷走神經的影响，如果病变地位低时，其心率較慢，而且不受迷走神經的影响。

在临床上完全傳导阻滯的重要性在于其并发生昏厥。昏厥的发作是由于心室率变得更慢或者是由于心室完全停跳所致。在突然发生心傳导完全阻滯而新的心室节律尚未建立时，或由不完全傳导阻滯到完全傳导阻滯的轉变过程中，也可发生昏厥，在心动起源点再度受压制时，心率降至20次也可有昏厥的发作。可知心室在以每分鐘20—30的速度作規則的跳动时，由于某些原因如血液供給的变化或神經反射作用等而致心脏完全停跳时，昏厥即发生，本例病人心室跳动30—34次而几次昏厥皆在从事劳动时出現的，符合上述說法。

在完全傳导阻滯中常伴有 Adams—stokes 氏昏厥发作，主为心率慢，并有完全傳导阻滯，发作常为間歇性的，有时則为突然发作，其症狀則視間歇时間的長短来决定，間歇如仅数秒鐘，患者只感到一陣发昏或很象癲癇小发作。如間歇时間較長，則患者可以昏过去数秒鐘，如持續20—60秒时則失去知覚。有抽搐及鼾雷样呼吸，如时間再長，超过几分鐘則呼吸停止造成死亡。

3．祖国医学中，对于心傳导阻滯，缺乏記載，对于心脏病記載也不多，仅有类似的記載，究竟为那一种心脏病，已不好考据。但在伤寒論中記有：伤寒，脉結代，心动悸，炙甘草湯主之，脉按之来緩，时一止，复来者，名曰結，又脉来动而中止，更来

小数，中有还者反动，名曰結。阳也，脉来动而中止，不能自还因而复动者，名曰代、阴也，得此脉者，必难治。

由这段記載中可知脉来緩而时一止复来为結，脉来动而中止不能自还因而复动曰代。几动一息，亦曰代。表現为血气虛衰，不能相續也，心中悸动，知真气內虛也，炙甘草湯益虛补血气而复脉。本病在祖国医学中，屬于怔忡范疇。怔忡是心胸跳动，无有宁时。往往上抵心胸，下至臍腹的一种症候，其原因主要是思虑过度，心血虛損，以后惊悸等症拖延日久而成。

关于怔忡和心悸兩症，从病因症狀而論，大致相同，不过病情輕重而已，怔忡是胸腹惕惕，无有宁时，心悸則时作时止，休作有时，在病情上以心悸为重，心悸症有虛有实。怔忡多偏于虛，这是在临床上一般分析，在上文中提到必难治其道理在于凡病得此脉者。攻之則邪未必去，而反伤其正气，如补之則正气未得到益，邪反滯。故曰难治，所謂难治，尙可治非不能治。

4. 方論：脉結代者，邪气阻滯而荣卫澀少也，神气不振，虽有邪气，而攻取之法无所施，故方中以人参、姜、桂以益卫气，膠、麦、麻、地、甘、棗以益荣气，荣卫既充，脉复神完，而后从而取之，为阴阳并調之法，津液枯槁之人。宜預防二便秘濇之虞，麦冬、生地溥滋膀胱之化源，麻仁、阿膠專主大腸之枯約。免致阴虛泉竭，火燥血枯，此为救阴退阳。仲师凡于不足之脉，阴弱者，用芍药以益阴，阳虛者，用桂枝以通阳，甚則加人参以生脉，原方酒七升水八升只取三升者，久煮則气不峻，此虛家用酒之法。而地黄，麦冬得酒則良。心悸脉結代，專主甘草，乃是取乎通經脉利血气，此所以曰炙甘草湯也。

按我在临床中，凡遇到风湿性心脏病（二尖瓣狹窄与閉鎖不全）时，重用炙甘草湯而加紫石英2—3錢，或佐以活絡散瘀药物而收到效果。

紫石英，在本草綱目中記有为本經上品，甘溫无毒，疗上气心腹疼，定热邪气結气，补心气不足，定惊悸安魂魄，塡下焦止

消渴，除胃中久寒，散癰腫，令人悅澤。

李时珍曰：紫石英手少阴，足厥阴血分药也，上能鎮心，重以去怯也，下能益肝，涩以去枯也，心主血，肝藏血，其性緩而补，故心神不安，肝血不足，及女子血海虛寒，不孕者宜之，别录言其补心气。

由上述記載中，可知紫石英对心脏疾患能起一定的作用。

中医治疗胃粘膜脫垂症

本文介紹四例胃粘膜脫垂症，是以中西医結合采取西医診断（中医目前无法診断）中医治疗（西医目前治疗困难）收到疗效。文中作了中西医的探討，仅供参考。

本症为原因不很清楚的疾病之一。过去曾認为本症是罕見疾患。近年来国內外已不乏报导。由于重視了本病，日来頗有增多的傾向。在教科書或講义中，缺乏記載或很少記載，其原因为缺乏典型症狀，需X綫来确診，在临床上常誤診为其他疾患，偶尔发現者亦为常事。一年来我們曾遇見四例，通过X綫确診而采用中医药治疗，并收到較为滿意的效果，茲介紹在下面，仅供参考，尙希多多指正。

病例摘要

I　朴×根，男性，48岁，門診号15572，为延边自治州汪清县人民公社社員，朝鮮族。主訴三年来胃痛，并向肩部放射。病人在三年前有发热，咳嗽帶血絲，曾診为肺炎，服药后好轉，每在劳动后复发，心跳加重，自覚气短，头痛麻木感且有脫发，食欲正常但消化不良，嗳气，呃逆，腹脹，阻塞膨滿感，飯后30分鐘出現針刺样痛，心窩部有难以形容的不适感，如磨辣椒样感，但可以忍受在半夜时有发作，并向肩部放射。近来加重。走路好跌跤，兩下肢乏力，于1961年3月4日来門診求治。既往有陈旧性肺

結核史，曾診为胃炎而經長时間治疗。

体檢：发育营养中等，顏面黄白，巩膜未見黄染，舌被白滑苔，兩脉沉細无力，心肺大致正常，腹部柔軟肝脾未触知，右上腹部有压痛，小野寺压痛点（廿）。

印象：①陈旧性肺結核。②消化道潰瘍？③胃粘膜脱垂症？④心脏神經官能症。

处方：复花5錢，赭石2錢，砂仁1錢，人参1.5錢，赤芍3錢。复仁3錢，藏花1錢，牛膝2錢，香附3錢，当归3錢，蒲黄4錢另包，柴胡2錢，桂枝2錢，白芷1.5錢，四付。

貳診：服上药后胃痛症狀減輕。仍有头痛。脉苔同前。介紹到吉林医大鋇餐造影（照片号16564）。

胸部透視肺野清浙，心膈未見異常，食道鋇剂通过暢順，粘膜皺襞規正，胃呈丁型，幽門处見胃粘膜伸入球底，球部稍大充盈，呈蕈狀底部在压迫时，見向內凹陷，有胃粘膜伸入影，降段十二指腸未見異常，印象胃粘膜脱垂症。处方以加減补中益气湯。

叁診、肆診：症狀有好轉，在左側臥时胃痛已消失。

伍診：胃疼較前加剧，但头疼及睡眠情况較前有明显好轉。改用第一方去赭石加炒升麻2錢，柴胡2錢，生芪面3錢，五付。

陆診：服上剂后胃疼及阻塞感消失，精神愉快，拟回延边，按上方携帶四付。

Ⅱ　梅×广，男性，28岁，門診号291，教員。主訴渠年来心窩部陣发性疼。緣于七年前生活不規律，有时三四天吃不上飯（战时）半年后大口吐酸，燒心，上腹部陣发性疼痛，噁心，每于飢餓时加重，食后減輕，但于一小时后又有疼痛，每于春秋季节尤在情緒变化或过劳时則有发作，每次发作持續1—5个月，入院前兩个月被診为消化道潰瘍，服甘草流浸膏而減輕，半月后經鋇餐造影診为胃粘膜脱垂症，而来所求治。七年来一直診为消化道潰瘍。既往有回归热及痢疾史。

檢查：发育营养中等，心肺正常，腹部平坦柔軟，肝脾未触

知，心窩部有压痛，并压右下腹部时心窩部有不适感，舌苔黄厚干苦舌質紅，脉沉緩而弦。

化驗：血常規正常，尿常規正常，便潛血23/11(+)，13/12(−)，17/1（−）。

处方：生芪3錢、党参3錢，白朮2錢，广皮2錢，升麻1錢，柴胡1.5錢，当归3錢，木香0.5錢。白芍2錢，沒药3錢，元胡2錢，甘草3錢，双花5錢，大毛2錢、砂仁0.5錢。

此后按上方略有加減，住院60天后，病人仅有心窩部悶脹感，其他症狀消失，胃鋇餐透視粘膜有少量脫垂，但已不呈壅狀，較前有明显好轉而出院。

其他兩例省略。

討論

1. 病理生理机制：本症系胃粘膜因某种原因变得冗長，肥大或活动度增加，而导致胃粘膜自幽門脫入12指腸冠部。就目前所知，胃粘膜层并非完全随肌肉层收縮的被动結構，相反由于粘膜肌的作用，粘膜层能自行改变形狀，蠕动的方向而与肌肉层的收縮关系不大。Golden 氏曾观察到当幽門前庭收縮以前粘膜皺襞均排列成横行，而与胃的縱軸垂直。在前庭收縮时則均轉变方向，而与胃的縱軸平行。故在正常情况下当胃环狀肌及縱肌收縮时，胃粘膜皺襞非但不趋向于幽門；反而远离，一旦此种作用消失，即可发生胃粘膜脫垂症。

Yimmer氏在胃切除术的病理标本中，肉眼观察到除粘膜冗長，肥大与輕度充血外，其他正常。氏將本症分为單独一条及环狀粘膜脫垂二型。我們习慣上根据其脫垂的程度分为1、2、3度。一度为輕度者临床上不易发現，多在2、3度时才能診断。

本症以疼痛为主要症候，其原因可能系由于脫垂的粘膜長期水腫，炎症，血液循环障碍而发生小潰瘍及糜烂，加上幽門括約肌的收縮作用；形成病人有疼痛感覚，关于阻塞情况則易于理解。

致成本病的可能原因，在本文四例中，有二例为長期在战爭

环境中，生活艰苦不能按时飲食；一例为長期有胃炎（性質?），在每次进食粘物（如元宵，朝鮮族打糕）时，則出現症狀，一例为农村教員有肝炎及神經官能症，給我的印象是本症主为胃功能失常，而大腦皮层下中樞神經活动功能障碍，对胃腸运动功能失常有密切的关系。据文献报导胃粘膜脫垂症常并发于某些疾病中，如消化道潰瘍，肥大性胃炎，心力衰竭，肝硬化，維生素B缺乏症，貧血等，我們遇到二例是合并慢性肝炎。

2. 本症的临床表現主为上腹部疼及阻塞。其次則为噁心，嘔吐，嗳气，反酸等。腹痛为最常見，其部位多在右上腹部，呈鈍痛，鑽痛，墜痛，絞痛，时向肩部放射，有时是难以形容的不适，如例一病人形容为磨辣椒样感等，多数是在[illegible]加重，食流質則輕，嘔吐后緩解，阻塞亦为常見症[illegible]阻塞，膨滿感。在过劳或情緒激动时更为明显[illegible]本症的并发症常有出血，梗阻，套迭等。

我們的体会，临床类型以疼痛型，阻塞[illegible]（有前二型症狀或以其中一个为主要者）三型为妥当，此[illegible]型为[illegible]見，前二型預后是較好的，而本症易于复发，是当前存在的主要問題之一。

由于本症缺乏典型临床症候，而診断的唯一根据为X綫鋇餐透視，在X綫的主要发見为十二指腸冠的基底部中央充塡缺損，呈扇狀或分叶狀，使整个冠部呈蕈样或傘狀的改变，此缺損即为脫垂的阴影，并見有清晰的胃粘膜皺襞由胃竇部通过幽門与基底的缺損区相銜接，而十二指腸冠部其余部分平滑无改变，十二指腸冠基底部充盈缺損之大小及形狀并不固定，常在一次或多次檢查时发現改变，此改变往往系由于胃竇部蠕动所致。

3. 祖国医学对本症的認識：在祖国医学中很难找到胃粘膜脫垂症的記載，但有类似症候的描述，如反胃，胃脘痛等。本症主为宗气下陷，胃阳不升所致。目前尙难以一个中医病名来解釋。

一般以朝食暮吐、暮食朝吐叫做反胃。多由胃阳虛弱，或命門火衰，不能熟腐水谷，胃失和降所致。

胃脘痛在古代方書里，多作心痛（按心痛即胃脘痛非所謂眞心痛），古人虽分为气、血、冷、火、痰、食、虫、悸、痰九种，然此病初起大多因于縱恣口腹，喜好辛酸或恣飲热酒，或喜食清冷，或忧思郁結，日积月累，致脾胃之气升降失司，肝木乘机侮其所胜，脾胃受剋，气机郁滯，遂成本病。

这里可以清楚的看到这主要是对症狀的描述。我們認为本病主为宗气下陷，胃阳不升而致脏腑功能失其常度，即“泰过不及”之說，而七情六欲为其誘因。本文四例中二例为長期紧張战爭中飲食不节；另一例为农业社員長期有胃炎史；最后一例为教員有肝炎合并症，即木剋土所致。总之我們認为胃阳不升，宗气下陷为本病之根本。

4. 方剂的探討：根据宗气下陷，胃阳不升的理論，是以內伤劳倦为主，故用参芪以补中，二朮以溫燥，升柴升下陷之清阳，陈皮木香理中宫之气滯，若用之得宜每可收效。在临床中我体会到如胃下垂等內脏下垂疾患或胃粘膜脫垂症等，用补中益气湯加減方皆收到良效。考查方中以升麻，性溫味辛微苦，气味俱薄，浮而升阳为足阳明太阴引經的药物，主治消斑疹行瘀血，治阳陷眩晕，胸胁虛痛，久泄下痢，后重遺濁，帶下崩中，血淋下血，阴萎足寒。李杲謂升麻发散阳明风邪，升胃中清气，又引甘溫之药上升以补卫气之散而实其表，故元气不足者，用此于阴中升阳。李时珍曰，升麻引阳明清气上行，柴胡引少阳清气上行，此乃稟賦素弱，元气虛餒及劳逸飢飽生冷所伤脾胃引經最要药也。

柴胡苦平无毒，气味最輕阳也升也，少阳經药引胃气上升，主治心脏腸胃中結气，飲食积聚，寒热邪气，推陈致新，久服輕身，明目益精，元素称“治阳气下陷，平肝胆三焦包絡相火……。”

按治疗粘膜脫垂症最为理想的方法是避免手术，而使脫垂的粘膜恢复其原来功能位置，根据中医的辨症所用药物，尤其柴胡、升麻二药是較为理想的药物，通过病例观察可以达到預期效果。但如何巩固，減少或不复发的問題，仍需进一步观察。

小結

1. 介紹四例胃粘膜脫垂症的中医治疗。

2. 本文探討了本病生理病理机制，及其临床类型，以腹疼型、阻塞型及混合型三型。

3. 初步提出中医对本病的認識及其中药治疗的机制，以升麻、柴胡为主要药物。

由于参考資料尤其中医文献缺少，在認識上很多为杜撰，限于业务及認識水平，錯誤之处很多，尙希多多指教。

中医、磺胺、大蒜治疗
細菌性痢疾175例观察报告

本文系208医院与孙純一老大夫共同观察的175例病人，其中以中药組疗效較好，現在提出来以供参考。

关于細菌性痢疾的治疗，自磺胺药与抗菌素問世以来，有了很大的进步。但尙未达到理想的地步。据文献报告，約有6—10%可轉成慢性痢疾。用磺胺药治疗，有一部分可产生抗药性而不能治癒。用抗菌素治疗，仅对其急性症狀有明显的改善，而对腸粘膜潰瘍病轉变的癒合，并无明显的效果。此类药物。价格也較昂貴。在党的发揚祖国医学遺产的号召下，用中药医疗法治疗菌性痢疾，已有許多报导：如黃連，大蒜、馬齿莧、辣椒、当归芍药湯，芍药合剂，白头翁，青蒿等。对痢疾的疗效都較好，各地多有应用。我們为开展中医治疗菌性痢疾的研究，在中西医共同合作下，將175例菌性痢疾病人，分为中医，磺胺嘧啶，磺胺脒，大蒜四組进行治疗，茲將初步总結报导如下：

一、临床分析

1. 性别年龄：本文175例，男性170例，占97%，女性5例，占3%。年龄20—30岁者170例，占97%，30—40岁者4例，40岁以上者1例。

2. 发病季节：痢疾发病季节多为7—10月。本文病例均为本院今年7—10月四个月中所收治者。

3. 过去病史：175例中，过去有可疑痢疾史者102例，占58.2%。其中以近兩年患病者較多，占全部的40%，可見患病越近，其复发率越高，因此对近年发病者，应为防治的主要对象。

4. 病程：在175例中，多为急性痢疾，由发病至入院时間在7日以內者155例，占99.5%，最長者35天。

5. 病狀与体征：病狀以腹瀉（100%），膿血便(92.5%)，腹痛（82.5%），里急后重（76%）为最常見。在体征中，由于发病时間較短，大都即时在本單位治疗。故身体一般情况尚佳，无明显的脱水情况，而以腹部压痛为最多（69.1%）。（見表1）

表1　　症狀与体征分析

	畏寒	发热	腹疼	里急后重	紅白粘便	腹瀉	嘔吐	腹压痛
例　数	81	94	145	133	162	175	27	121
总数的%	46.2	53.7	82.8	76	92.5	100	15.4	69.1

6. 便次：在175例中，以每24小时排便6—10次为最多，占36%，最严重者有二例，便次无法計算。

7. 大便檢查：175例全部做了常規檢查，都見有多数膿細胞和紅血球，未发現有阿米巴包囊及滋养体等。

8. 大便培养：在175例中，共做大便培养683次，平均每人3.9次。患者入院后，治疗前均采取新鮮大便标本培养，阳性者仅

38例（弗氏杆菌37例），宋氏（1例），占21.8%，阳性率低的原因，恐与病人入院前服用磺胺药物有关（服用磺胺者123例，占70.2%），虽然其他病例培养为阴性，但依临床所見，可予确診，此后每隔日培养一次，三次培养为阴性时，作为痊癒标准之一。

9. 白血球总数及分类：175例中，有41例白血球增加，占23.4%，其中白血球增多最高的病例，大便每日仅6—7次，但中毒症狀明显，可見白血球总数与中毒症狀有关，而与便次并不一定成正比。

二、疗效观察

175例共分为四組治疗：①中医組，②磺胺嘧啶組，③磺胺脒組，④大蒜組。对病例的分組未特殊选擇，各組均有輕症和重症。

在治疗中，除必要时給予輸液或补充維生素治疗外，很少采用其他对症輔助疗法。一組如不見效时，始轉另一組治疗。

治疗方法：

1. 磺胺嘧啶組：按磺胺类常規服用。

2. 磺胺脒組：剂量較①加倍，不同时服用碳酸氫鈉。

3. 中医組：主要应用处方如下（單位为錢）

① 第一类方（加味理中丸及香連丸）。

姜連1錢，木香0.8錢，归身5錢，酒芍3錢，生白朮3錢，大黄0.2錢，明党5錢，干姜3錢，甘草2錢，貢膠3錢，炒地榆3錢，莫萸3錢，双花6錢，生艾叶3錢，姜三片引，水煎服。

② 第二类方（葛根黄連黄芩湯加減）：

葛根3錢，桑叶1錢，苏叶3錢，扶苓4錢，姜連1錢，归身6錢，木香6錢，生芍3錢，萊菔子3錢，神曲2錢，紫寇1.5錢，双花3錢，黄芩3錢，扁豆花3錢，姜一片引，水煎服。

③ 第三类方（芍药湯）：

生芍6錢，归身5錢，生薏米3錢，酒芩3錢，姜連3錢，貢桂1錢，木香1.5錢，檳榔2錢，甘草2錢，黑姜3錢，艾叶3錢，双花4錢，萊菔子1.5錢，姜三片引，水煎服。

4. 大蒜組：先以0.25%鹽酸普魯卡因50—100毫升作保留灌腸，約經10—20分鐘后，再以10%大蒜汁100毫升作低压保留灌腸。在灌腸时，速度不能太快，以免很快便出，不能达到保留灌腸目的。灌腸时常覚下腹部疼痛（10—30分鐘），应使患者耐心合作，1—2小时后即可便出。一般每日一次，如病情重者，可每日二次，治疗10天左右，即可痊癒。

疗效：在175例中，有32例曾先后使用二种方法治疗，故在疗效上，无法加以比較。現仅將單用一种疗法治疗的143例，加以比較。在中医組除便次恢复正常的时間稍長外，其他效果均最佳。在大蒜組，除平均住院日較長外，其他疗效仅次于中医組。而大蒜組住院日延長的原因，主要是治疗后有腹痛，腹脹，这是大蒜組的主要缺点。

表2　　疗效分析

	中医組（34例）	大蒜組（46例）	磺胺嘧啶組（48例）	磺胺胍組（15例）
平均腹痛消退日	2.4	3.6	4.1	4.1
平均里急后重消退日	2.2	2.8	2.6	3.6
便次恢复正常日	3.3	3.6	3.0	3.2
平均膿血便消失日	2.4	2.3	3.5	3.5
平均培养消失日	3.3	4.0	5.6	5.6
平均住院日	10.1	15.8	13.6	14.0

治癒率，我們所用的治癒标准，大便常規檢查正常，便次24小时內不超过二次，大便連續培养三次阴性，腹无自发性絞痛，体力恢复，中毒症狀消失。

1. 中医組：患者入院采用中药治疗者39名，治癒者34名，其余5例用中药15剂以上，中毒症狀都已消失，大便多次培养阴性，但大便每日仍3—4次稀便，下腹仍有隐痛，后改用磺胺嘧

啶治疗而癒出院。

故在本文报告中，中医治癒率为87.2%，較磺胺嘧啶及大蒜組治癒率稍低，但主要原因，恐是主要药物“姜連”一时缺乏而改用“胡連”代替之故，据文献記載，胡連治疗效果較姜連相差甚远，若能使用姜連，則其疗效尙可提高。

2. 大蒜組：入院后即采用大蒜治疗者有46例，經磺胺嘧啶及磺胺脒治疗无效而用大蒜治疗者14例，共60例。其治癒率为98.3%，为四組中治癒率最高者，仅二例效果差，轉用磺胺嘧啶而治癒。

3. 磺胺嘧啶組：入院后即开始治疗者34例，其中有15例經治疗4—5日后无明显效果，而改用其他方法治癒，故本組治癒率为55.9%，是四組中疗效最差的一組。

治疗的副作用。

1. 中医組：39例中，仅有数例偶有食欲不振及上腹部脹悶感，一例发生嘔吐。

2. 大蒜組，在最初2—3天內，有不适感者較少。即使在灌腸后发生腹痛，亦較輕微，且10分鐘后即可消失，但治疗时間越長，則反应越重。于5—6日后，絕大数患者均发生腹痛，需半小时左右消失，但腹脹仍持續存在4—5日后才潮消退。

3. 磺胺类反应如文献記載：

三、討論 磺胺，大蒜对于痢疾的作用，在很多文献中多有專論，不再贅述，現仅就中药对痢疾的治疗，作如下的討論。

中医認为，痢疾是大便下粘物而不暢，乃由外受暑溫之气，內伤飲食生冷，腸胃不和而发生，中医將痢疾分为九种，各有其治法，譬如热痢，它是外伤暑热內伤飲食生冷，腸中不和所致。其病狀下痢赤白，日数十行或百余行，其气热臭里急后重，身热口渴，脉弦数，舌苔黃。在治疗上，由于各人經驗不同，处方也各異，我們在治疗里热盛者，以葛根止瀉，且能发表。黃芩黃連消炎健胃，能止腹內发炎的下痢。

又如寒痢，主为外受风寒，內伤生冷。腸胃不和，遂病痢疾。其症狀下痢色白，其气清冽，并不热臭，腹中微痛并不窘迫，时时惡寒，舌苔白，口不渴，脉迟，应以加味理中湯主之，結合情况，并佐以香連丸等葯。

四、小結

1. 对175例細菌性痢疾，在症狀，体征，檢查等方面分别加以分析与討論。

2. 对中葯，大蒜、磺胺类葯物等治疗細菌性痢疾，概括的作出比較其結果以中葯及大蒜为佳。

3. 中葯与大蒜的比較，各有优缺点：

大蒜优点：（1）治癒率高；（2）价廉；（3）来源充足，可大量供应。

缺点：（1）每日灌腸需时較長；（2）有腹痛腹脹等副作用，使病人稍有痛苦；（3）平均住院日数較長。

中葯优点：（1）无任何副作用，病人无痛苦；（2）平均住院日短；（3）方法簡便；（4）除便次外其他症狀的恢复皆較他組为快；（5）价格較磺胺嘧啶为低廉，而且可大量供应。

缺点：（1）价格較大蒜貴，（2）治癒率較大蒜为低。

我們認为上述中葯对痢疾确为有效，值得推广，不当之处，尚希同志們指正。

治疗神經性尿頻

本例为少見疾患，由于辨症施治的不当，缺乏經驗，用了很多方剂葯物未收效。但使用抗生素后，收到效果，使病人恢复健康。这証明党的中西医合作的方針完全正确。

神經性尿頻为临床不常見的疾病之一，治疗上方法不多，但預后是較为良好的疾病。最近我們曾治疗一例，收到良好的效果，茲介紹如下：

病例摘要 赵×萃，門診号118143，住院号307，女，20岁，工人，吉林省扶余县人。主訴腰痛、胸痛已一年。病人于1959年7月8日因牆倒塌被压后，覚胸痛、腰痛，当时尙能活动，4—5天后遂不能起床，在县医院住院21天又到中医院住院4个半月，約經三个月后始能活动，1960年8月在某医院診断疑似骨結核而来我所求治。9月入院，旣往有尿頻史，其他无特殊記載。

檢查：发育营养中等，心肺正常，舌苔燥，兩手脉沉細无力，腹部柔軟肝脾未触知，臍下部有压痛，脊柱第五胸椎以下均有压痛及叩打痛。

入院时血压120/78mm Hg，体重41kg，体溫36.2℃，脉83次，血沉第一小时16mm，第二小时24mm。

血常規：血色素10.5克，紅血球395万/mm³，白血球6800/mm³分类杆狀2%，分叶54%，嗜酸性3%，淋巴球39%，大單核2%。

尿常規：黃色透明酸性，比重1.010，蛋白（—），上皮細胞（+），白血球（+）。

便常規：黃褐色軟便，鏡檢（—）。

自9月6日（入院六天）排尿次数增加到47次(一晝夜)导尿檢查，尿常規正常，結核菌未查到，尿糖（—），血糖100mg%，Warsermann.R.(—)，培养細菌(导尿)无致病菌生長(9.12)。

病人自覚胸疼，手足发燒、腰疼，四肢无力，周身倦怠，心跳气短，体溫正常，內服。

川断3錢，杜仲3錢，益智3錢，桑螵2錢，生芪4錢，当归3錢，寸云4錢，乳香2錢，沒药2錢，烏药2錢，山药3錢。

曾注射鏈霉素0.5克，每日二次，青霉素一日一次及 Novcain 封閉。

內服：瞿麦3錢，扁蓄3錢，木通3錢，滑石3錢，生地3錢，

山枝3錢，車前子3錢，桃仁2錢，川軍4錢，茴香2錢，通草2錢，益智2錢等藥物。

尿仍頻數一晝夜50—70次，尿量3,000—3,500cc。

改用土霉素后每日0.5克共6克，排尿次数40—50次（一晝夜）改用合霉素后又改用金霉素0.25克共用5克排尿次数13—17次之間。尿量3,000cc左右，停藥后排尿次数是10—12次之間（一晝夜）。

其間曾服：知母3錢，黃柏2錢，龟板3錢，五味1錢，萸肉8錢，胡桃仁2錢，故脂3錢，陈皮3錢，黃芪5錢，白朮3錢，当归3錢，牡蠣5錢，肉桂1錢，附子1錢，炙草3錢，水煎服。

又方：生黃芪10錢，白朮4錢，陈皮3錢，升麻1.5錢，柴胡2錢，白参2錢，炙草3錢，当归3錢，鹽柏2錢，知母2錢，前后服中藥100剂左右藥效不显著。

此間曾作腎盂逆行造影未見明显病变。

X光照片（正、側位）未見明显改变。最后檢尿常規正常。

体重41kg共住院109天。

討論

1. 在正常生理狀态下，成人一晝夜排尿5—8次，日間排尿4—7次，夜間0—1次。如飲水或水分量大超过正常，尿量亦随之增加，即可产生生理性的尿頻，临床上所見的尿頻，一般是屬于病理性的，但多数系尿路有損害的結果，当然亦可由身体其他部分的疾病引起。

病理性的尿頻，大致可有二类，即腎脏排泄尿量的增加和膀胱容量的減少，后者的发生是因膀胱受到異常刺激增加膀胱粘膜壁层的敏感性，或下尿路受到阻塞影响膀胱的完全排空或者在尿道有炎症改变时致使阴部神經傳入纖維，产生較多的刺激而增加逼尿肌的收縮，一般来說膀胱內压較正常易于增加而刺激膀胱內感覚神經。如果这类異常刺激不能及时得到解除或改善，傳入纖維的冲动必然超过正常以致促进排尿中樞作用的发生，在早期时，

节上中樞或可由意志的控制阻抑过早的膀胱收縮，但是这是有限度的。若傳入的冲动超过意志控制的高限性时，脊髓反射作用即可引起无阻抑性的膀胱收縮而发生尿頻的現象。

尿頻的原因是很多而且是复杂的，据林氏等归納大致有二：1）排尿量增加或多尿症；2）膀胱容量減小。

在膀胱容量減小中可由于膀胱收縮，炎症，神經性刺激等等引起。

本例檢查中未发現有其他改变，尤其是各种檢查上使我們考虑到神經性尿頻，关于本症国內报导文献不多，有待进一步探討。

2. 黃帝內經上很早即有尿頻的記載，如奇病論，气厥論，宣明五气論，經脉篇等都有闡述，金匱消渴篇曰："跌阳脉浮而数，浮則为气数即消谷而大堅，气盛則溲数，溲数即堅，堅数相搏即为消渴。"

活人書中謂"腎与膀胱俱虛，而客热乘之二經即虛，致受于客热。虛則不能制水，故令数，小便热則水行澀，澀則小便不快，故令数"。症治要訣謂小便多者，乃下元虛冷，腎不攝水，以致滲泄，宜菟絲丸，八味丸，元兎丹，生料鹿茸丸。

在明医杂著中謂小便不禁或頻数，古方多以为寒而用溫澀之葯，殊不知屬热者，蓋膀胱火邪妄动，水不得宁，故不能禁而頻数来也。

医宗必讀謂"世俗之治小便不禁者，但知补澀而已，不知內經論肝腎膀胱之病，不指为何邪所干，則知七情之气，皆能为病也，又言手太阴虛者，为子母相尅之病，則知所生不胜所不胜之五邪，皆是以为病也。总其大要而言，肺者主气，以下降生水，則下輸膀胱者，津液藏焉，气化則能出，水泉不止者膀胱不藏也，此兩經者实为总司气虛当补气，膀胱虛者为下虛当澀脫……。

由上面几家的看法給我們的印象是尿頻原因是多样的，或寒或热須辨症施治不可拘泥，本例病人在其他医院及入院当时皆認为是骨結核入院，不久即出現尿頻，开始其表明为寒症投葯不效，

改用清热利尿仍不效，改用澀脫效果亦不显著，經过中西医多次会診，各种檢查除外骨結核，但找不出尿頻的可靠原因，我們大胆的改用西药疗法曾用奴沸卡因封閉配合中医針灸及投以各种抗生素，在使用金霉素后收到显著效果。

本例病人是通过中西医結合而基本治癒的。当时病人約20分左右即去到厠所一次，有时尿褲，病人非常痛苦，我們在党的領导下，使病人发揮了主观能动性，認識疾病，培养了乐观精神向疾病作斗爭，战胜疾病，虽然經过时間較長，但是終于战胜了痛苦而恢复了健康，使我們也深深的受到了教育。

3. 药物的討論：前面我又提到服用了較多药物疗效不显著，問題在于我們辨症上缺乏經驗，而使用抗生素后病人开始有了好轉，这就說明了問題。

鹽酸金霉素

本品口服后易于吸收，服 0.5—1g 約 3 小时后，血內濃度即达最高度，若能保持長12小时，对 Gram(+) 菌和青霉素一样有最强的抑菌力，对某些 Gram 氏阴性菌的抑制則比青霉素，鏈霉素，氯霉素均强，但对伤寒杆菌，百日咳，流行性感冒杆菌作用較小，对某些立克次体，濾过性病毒及梅毒螺旋体，阿米巴原虫等均有作用，故适用于原发性非典型肺炎，鸚鵡病，神經梅毒等。

本例应用金霉素后排尿次数有明显下降，其机理为何。我們尚未十分清楚，有待进一步探討。金霉素是否有鎮靜作用？如有鎮靜作用，为什么在用 Novcain 封閉时未取得疗效？还是金霉素有鎮靜作用而超过了鎮靜药物的作用？还是本例病人有炎症而我們未发現？这点有待專家們指教。

临床治疗遺尿症

遺尿症为父母及患儿所苦惱的疾患，如能簡單的服几剂藥物解决遺尿症問題，那是一件非常好的一件事。我們曾治疗几例小儿遺尿症，收到較好的效果。現在介紹在下面作为参考。

遺尿症：三岁以后尙不能自主便溺，称为遺尿症。此症多半見于5—10岁的儿童。膀胱随意性排尿机能的失調，可发生在神經系統不同的各个部位上，大部分是由于大腦皮質及皮質下中樞的机能失調，一部分由于脊椎下部位的損害及其伴发有繼发性的脊髓病变所致。

引起遺尿症的原因很多，其中：

1. 精神創伤：如受惊和不正确的教养，可引起儿童的遺尿。

2. 易于兴奋：过于敏感或睡眠过熟的儿童。

3. 疾病：为疾病的一个症狀或原因病虽已治癒，但习慣尙未消失。

在症狀方面，小儿遺尿多在一定的鐘点，有时一夜遺尿可有数次，往往在夢中排尿。此症可以是一过性，亦有頑固的持續数年。当然，有时遺尿症有时消失，有时又重新出現。

本病在临床为常見疾病，但也是使家長为苦惱疾病之一。治疗办法不多，偶尔控制之后也易于复发。我們門診曾治疗几例，現介紹如下：

病例摘要

例一：

刘×力，男，13岁，学生，病例号12443，住長春市建設街八号。患儿自幼每夜尿床二次，尿床前并无任何感覚。在市儿童医院檢查未发現病理改变，曾經治疗但效果不显著。

檢查：发育、营养中等，顏面黃白相間，心肺大致正常，脾肝未触知，舌苔稍白而潤。舌質較紅，脉沉而滑。

处方：桑螵蛸3錢，牡蠣5錢，官桂1錢，油桂1錢，龙骨3錢，澤瀉2錢，蓮鬚3錢，烏葯3錢，萆薢3錢，益智仁2錢，茴香1.5錢，海螵蛸3錢，芡实2錢，甘草3錢，寸云3錢，首烏3錢，水煎服，兩剂。

二診：服前葯后尿床已有控制，并有感覚。

原方去澤瀉，加附子0.5錢。

三診：九天来尿床三次，尿床前后有感覚。仍服原方，配合針灸。

四診：二十天来未尿床。仍服原方兩付。

五診：因参加劳动受凉，有一次遺尿。仍按原方。

六診：近数十天来无遺尿現象，已基本治癒。

例二：

張×志，男，17岁，学生，住長春市新春街8—3号，門診号13343。自幼每日下半夜遺尿，尿后惊醒。經吉林医大診为遺尿症，既往有腸梗阻史。

檢查：体格营养中等，精神不振，顏色稍白，舌苔滑潤，脉弦无力、声音微弱，心肺正常，肝脾未触知。

处方：桑螵蛸3錢，牡蠣5錢，官桂1錢，油桂1錢，龙骨3錢，澤瀉3錢，蓮鬚3錢，烏葯3錢，萆薢3錢，益智仁3錢，茴香3錢，海螵蛸3錢，芡实3錢，寸云3錢，甘草3錢，首烏3錢，水煎服，貳付。

二診：二十天来未尿床。原方貳付。

三診：我因公出，陈大夫診，按原方，据云尿床已能控制。

討論

一、遺尿症一般多見于童稚，病情方面屬于热者极少，虛寒者多。內經上說，飲入于胃，游溢精气，上輸于脾，脾气散精，上归于肺，通調水道，下輸膀胱。又曰：膀胱不利为癃，不約为遺溺。在这里說明尿的来源及膀胱的生理功能。如膀胱本身病时，可出

現小便失禁及小便不通。

医貫云：睡着遺尿者，此亦下元冷小便无禁而然，凡遺尿者，皆屬虛。刘河間謂热甚客于腎部，于足厥阴之經，廷孔郁甚而气血不宣通，則痿痺，神无所用，故津液滲入膀胱，而溲溺遺失，不能收禁也。

景岳全書上說：遺尿症，有自遺者，于睡中而遺失也，有不禁者以气門不固，而頻数不能禁也。又有气脫于上，則下焦不約而遺失不覚者，此虛极也。总之三者皆屬于虛症，有重輕之不同，在夢中自遺者，多見于稚幼儿童，等到其气壯时自固，但在水泉不止，膀胱不藏者，必以气虛而然，都知道气为水母，水不能蓄，以气始能固也，此失守之兆，大非所宜甚至气脫而遺，无所知覚，更为严重，多見于风症，及年衰气弱之人，或在大病之后，正如仲景先师所說：下焦竭則遺溺失禁。

古方書論小便不禁有屬热病屬虛之辨，結合前述二例病人情况，由其脉症，舌苔来看为虛寒症，一般不禁是以小水太利者，多屬虛寒很少有热症者，如有邪热时小水多頻数，而淋漓点滴，不能禁止，而小水必不利，而且多伴有痛澀，与遺尿〔遺失〕不同，如以虛寒誤認为热，投以瀉火之药，則无不殆矣。

由膀胱不約为遺溺一句話，可知古人虽未提出神經学說，但已观察到遺尿，为膀胱不約，即是括約肌有病变，随意性排尿机律失調，而主要是大腦皮質及皮質下中樞的机能失調所致。在祖国医学認为膀胱不約的主要原因是虛寒所致。

二、本症治疗以补气固澀为大法，凡治小便不禁者，古方多用固澀，然而固澀之剂，主要是固其門戶，非治本也。前面已提到，小水由腎分泌，而腎上連肺，腎为金之子，肺气无权不能掇，所以治水必先治气，宜以归朮参芪桂附乾姜等为主，然后相机加以固澀，必能收效。睡中遺溺者主为下元空虛，所以不固，宜以大菟絲子丸、縮泉丸等。我們依照上述理論，治疗上收到較好的效果。方剂見前。方剂中主要药物为桑螵蛸。

桑螵蛸：本品輕飄如蛸，多采于桑树，故有本名，本品别名較多，常用者为螳娘窠、刀蛸窠、遺尿窩等。本品系昆虫类，直翅类螳蛸之卵，秋存产于桑枝，經日久堅凝而成螵蛸。

其性咸，甘平无毒，效能固腎益精气，补虚治遺尿，用以治阴萎、遺精及遺尿症。

主治伤中、疝瘕、阴萎、遺精、生子、女子血閉、腰痛、通五淋利小便，又疗男子虚損、五脏气微、夢遺失精、遺尿，久服还益气养神。

本品在祖国医学中很早就有記載，如唐甄权药性本草，宋寇宗奭本草衍义，明李时珍本草綱目、清本草求眞等皆有記載，尤其明繆希雍本草經疏中論之較詳。如桑螵蛸树上螳蛸子也，味咸甘无毒，气薄味厚、阳也，入足少阳，太阴經，人以腎为根本，男子腎經虚損，則五脏气微，或阴萎，夢寐失精，遺溺，咸味屬水內合于腎，腎得之，而阴气生長，故能癒諸疾及益精生子也，腎与膀胱为表里，腎得所养，則膀胱自固，气化則能出，故利水道，通五淋也。

可知前輩們很早就应用桑螵蛸治疗泌尿系疾患，并且积累了丰富的經驗。这对遺尿症具有良效的事实是証明了的。

小結

1. 介紹二例久治不癒的夜尿症。

2. 中西医理論上探討了本症的原因及治疗。

3. 桑螵蛸对遺尿症有較好的疗效，愿意以單方观察及研究其药理机制。

治疗腎結石的体会

治疗腎結石，过去是以手术为主。我們按中医辨症施治的原則，以中药治疗，初步收到效果。愿意多搜集病例，观察其短期及远期疗效。現將我們所治疗过的病例介紹在下面，供同志們参考。

肾石病为尿中溶解物質，經沉淀后，凝結成块，按其大小可分为腎砂及腎石。常見者多为一側性；偶而可有兩側发生，往往发生腎絞痛和繼发性感染，进而引起腎机能的減退而造成惡果。

本病多发于20—50岁，10岁左右者亦有发生。男多于女，形成結石的原因至今尙不十分明了。結石的成分，常見的为：

① 尿酸和尿酸鹽；

② 草酸鈣；

③ 磷尿鈣。

結石的大小不等，有小如砂石的，有大到卵圓形的或分枝形的，可能充塡整个腎盂，如停留于腎內，不論大小，对腎組織皆可能发生損害：

① 直接擦伤腎內膜，发生疼痛及出血，因長期刺激腎內膜可以引起鱗狀細胞癌的发生。

② 阻塞和感染可发生腎盂积水或腎盂积膿。并有腎脏損害。

其临床症狀为多种多样的，虽有結石亦可无任何症狀，或結石虽小由于移动，感染或由于部位的不同，而呈現明显的症狀：

（1）疼痛：虽有无疼者，但病人多述有鈍痛，有时为剧烈的疼痛，尤在活动多时可向周圍放散之。

約50%左右腎結石病人，有典型的腎絞痛，由于結石进入輸尿管而发生堵塞所致。开始时腎部有穿刺样疼痛，沿輸尿管放散到膀胱或外阴部，同时有嘔吐和冷汗，間有昏倒及休克，約数分鐘到数小时后逐漸消失，有时病人无典型的腎疼痛，仅覚腎部痠痛，約数小时或数日消失；

（2）尿的排泄：多見为无尿，有时則为尿量多而頻；

（3）尿的变化：主要为血尿，有时肉眼可見到紅色尿，但多依显微鏡檢查，在疼痛及剧烈活动后多見。

如合并有腎盂炎或腎炎时常呈膿性溷濁甚則为膿尿。

治疗上內科主要是保守疗法。外科有手术疗法。

中医对腎結石在古代文献中早有記載：屬于淋病范疇，在五

淋中尤其符合于石淋。

淋，顧名思义，为淋漓不断，因小便澀痛，或結石阻塞，欲便不出，不便自来，甚則閉塞，滴瀝难出，淋可为多种，有石淋、劳淋、气淋、血淋、膏淋等。

关于其成因，在內經有脾湿郁热，在巢氏病源則謂腎虛膀胱生热，后世則有心移热于小腸，气化以及州都，腎虛不能約制脂液等，所以在治疗上有用通利，也有用固澀的，有用清热的，有用化結的，有用生阳的，也有用滑利的，看来主要是辨症施治。

我們治疗几例病人，現介紹二例如下：

例1：欒×新，男，24岁，干部，門診号23051，因三个月来腰疼，于1961年11月21日来門診求治。緣患者自1958年患腎結石曾在医大三院治疗。經腎造影，腎結石較多（兩側），考虑手术治疗，病人未同意。近月来，腹痛、腰痛加剧，每晚不能入睡，陣发性难以忍受，严重时尿血。現尿黄、量少，并有发燒盜汗。

发育营养中等、消瘦，顏面黄白，精神不振，舌被白苔，舌質紅，脉弦无力，心肺大致正常，腹部柔軟，兩側有压痛，血尿常規正常，治以清热化濁，佐以鎮痛軟坚之法。

处方：草薢5錢，石菖蒲2錢，甘草梢3錢，烏药2錢，益智仁2錢，蓮鬚2錢，芒硝3.0錢，金鍵草4.0錢，芡实2.0錢，水煎服，兩付。

二診：自進服前剂后，腰疼症狀明显減輕，已能入睡，无血尿，仅尿黄、量少，晚間仍有盜汗，脉弦微数，舌苔白薄。

按上方貳剂芡实改一米5.0錢。

三診、四診、五診：同前。

六診：腰痛較剧烈，走路困难，腹瀉，多夢，脉弦有力。

川草薢4錢，石菖蒲5錢，烏药3錢，益智仁3錢，甘草梢2錢，生山药5錢，白芍3錢，芒硝3錢，敗醬5錢，郁李仁2錢，川断3錢，杜仲3錢，金鍵草10錢，苡米5錢，女貞子4錢。

七診：服前药后，昨夜七时，剧烈腰疼，难以忍受，后由尿

中排出1×1×1cm大小的結石及几块小結石。脉同前。

仍按上方二付，加茅根5錢，元胡3錢，滑石3錢，賊草4錢。

此后已无疼痛，恢复工作。

例2：刘×，女，24岁，工人，門診号9945，因十天来腹疼腰痛来門診求治（1959年4月12日）。当时腰疼，月經色黑，白帶較多，头暈麻木，口唇蒼白，体格营养中等，顏面枯黃，精神正常，舌被白苔，舌質淡紅，心肺正常，腹部有压痛。当时怀疑附件炎，投以少腹逐瘀湯。10月6日来門診，曾在省医院住院一个月，診为腎結石。現下午仍有疼痛、发冷，尿多，有时腹部剧烈陣发性痛，难以忍受，脉弦无力，舌被白苔。

处方：川萆薢4錢，石菖蒲3錢，烏药3錢，益智仁3錢，甘草梢2錢，生山药5錢，白芍3錢，芒硝3錢，郁李仁2錢，敗醬5錢，川断3錢，杜仲3錢，水煎服，壹付。

再診：腰部仍有陣发性疼，但較前緩，尿次減少，脉症同前。

上方加赤芍3錢，桃仁3錢，紅花2錢。

又診：血尿（－），仍有腰部疼，妇科診为右側慢性輸卵管炎，腹部肝脾（－），腹部右上及右下腹部有压痛。上方再加入金錢草2錢。

又診：服前药有明显好轉。

几月后又診腎結石症狀已消失，二年多来很少发作，現已恢复工作，近日来下肢浮腫，尿頻尿常規（－），脉弦无力，舌正常（X光片上已見不到結石影）。

討論 汉張仲景氏謂：淋之为病，小便如粟狀，小腹弦急，痛引臍中。魏氏注曰；淋病者亦津液病也。热在上焦耗其津液則为消渴。热在下焦耗其津液則为淋。淋者气不足而邪热乘之。所以淋之为病，小便如粟狀，乃邪热煎熬于膀胱之府，致溺結成有形之块，如鹵水煎熬而成鹽块之理也。所結之块有坚为金石不可破碎者，大凡阳盛則軟，阴盛則坚也。

华陀中藏經謂：諸淋者五脏不通，六腑不和，三焦痞澀，荣卫耗失，胃热飲酒过醉，入房竭散其精神，劳伤血气，或因色兴

不洩敗精不出，或因迷寵而眞髓多輸，或惊惶不定，或忧思不宁，或飢飽过时，或奔馳不定，或隐忍大小便，或寒入膀胱，或发泄久兴，或暑中胞囊伤兹不遴塡致起斯疾，狀候变異，各亦不同，則有冷，热、气、劳、膏、砂、虚、实之八种。

砂者臍腹隐痛，小便难，其痛不可忍，須臾，如小便中下如砂石之类有大如皂角子，或赤或白，色澤不定，此因腎气弱，貪于女色因而不泄、泄而不止，虚伤眞气，邪热漸深，結聚成砂。

朱震亨氏謂：諸淋所发，皆腎虚而膀胱生热也，水火不交，心腎气郁，遂使阴阳乖舛，清濁相干，蓄在下焦，致膀胱里急，膏血、砂石从小便出焉。于是有欲出不出，淋瀝不断之狀，甚者窒塞其間，則令人悶絕矣。

李中梓氏謂：石淋者，有如砂石，膀胱蓄热而成，正如湯瓶久在火中，底結白礞也。石淋清其积热，滌去砂石，則道自利，宜神效琥珀散，如圣散，独圣散，随症选用。

石室秘錄記有：人有小便中溺五色之石，未溺之前痛甚，已溺之少少寬快，此即石淋也，交感之后入水，或入水之后交感，皆有此症。

方用：熟地，山茱萸，澤瀉各3两，茯苓，薏仁，車前子，麦冬各5两，青鹽1两，骨碎补2两，芡实8两，肉桂3錢为末，蜜丸，早晚白滚水吞下各1两，十日必无溺石之苦矣。此症感之最苦，欲溺而不溺，不溺而又欲溺，尿管中痛如刀割，用尽力气，止漏一块，其声錚然，見水不化，乃膀胱之火熬煎而成。

按上述几家的叙述，可知在很早之前，已有石淋的記載，关于其发病原因，症狀临床类型，治疗等述之很詳，如朱氏，陈士鐸氏等所述的症狀，与近代医学所述腎結石症完全符合。

目前近代医学除用保守疗法之外，依靠外科手术。如不手术而結石可由泌尿道排出則很是理想，如能自然排出則尤为理想。事实上腎絞痛为极难忍之痛苦，一般不易排出，常依靠手术，故西医有大量飲水促进排出法。中医在疗法上則有不同的办法，甚則

有不同意利尿者。我們根据中医辨症施治原則采用利导清热兼施。一例病人应用金錢草，木賊草及萆薢分清飲而排出栗核大結石及細砂而疼痛緩解。另一例則应用萆薢分清飲加敗醬等服十四剂后，半年未再复发。

按萆薢分清飲是泄濕热去濁而分清，疏逆气溫腎固精而縮小便。主治眞元不固，时下白濁，凝如膏糊，或小便頻数而遺精者。这是补精鎮痛剂。萆薢利尿祛风鎮痛，能泄阴阳濕热，去濁而分解，益智为脾药兼入心腎，强壯补精而縮小便，烏药能疏邪逆諸气，逐寒而溫腎，草梢达茎中而止痛，二者鎮靜止痛，以緩解排尿时的刺痛，菖蒲兴奋健胃，开九竅而通心。

金錢草对結石疾患具有溶化排除作用，关于本药古文缺乏記載，近年来已有較多叙述，兹不贅述。其次关于敗醬及木賊草前已述及。总之，中医药对本疾患具有較高疗效，关于其机制有的比較明了，有的尙須进一步証实。

傳染性肝炎的認識与治疗

著者自1958年参加吉林省肝炎防治工作，本文为三年来防治肝炎的体会，曾在各地作为学术报告資料在杂志上摘要发表，但在今天認識已有所不同，愿列在書中作为参考。

傳染性肝炎是現代医学的名詞，在祖国医学中，并沒有相同的名字，但是有符合这种病症的記載，如在黃帝內經中，就有黃疸和肝热病的記述，而后汉張仲景所著的伤寒論和金匱要略二書中，对黃疸病的发生机制、經过及其治疗等更有精确的記录，迄今犹奉为典范。

中医治疗疾病，主要是在于辨症施治，因此对傳染性肝炎的

認識，重点不在于病名，而在于本病所表現的症候群，并根据不同的症候群来辨别虛实，进行分类，找出治疗原則。

黄疸又名黄瘅。关于“瘅”的記載最早見于山海經。“瘅”和“疸”在古时是通用的，古人的解釋“瘅者黄也”。瘅病注解为黄病。但也有其他的解釋黄疸是一个症狀，很多疾病都可以出現黄疸，因此傳染性肝炎是屬于黄疸病的范疇，无疑問的了。

灵樞經疾診尺篇：“身痛而色微黄，齿垢黄，爪甲上黄，黄疸也。安臥小便黄赤，脉小而濇者不嗜食”。灵樞經脉篇中記載，足太阴，足少阴所生病皆能发黄疸，这是由于脾湿胃热交互郁結而成，因湿热閉藏于脾，脾主四肢，为四运之軸，而脾所留滯的湿热借四运之力，运輸于外，因而发生黄疸。所以內經又記有“湿热相交民当病瘅（疸）”。伤寒論中阳明篇記有“伤寒七、八日身黄，阳明发黄”。金匱要略記載“然黄家所得从湿得之”。又說“胃劳而热为女劳疸，湿热伤脾，而为谷疸”。并記有“跌阳脉紧而数，数則为热，热則谷消，紧則为寒，食而为滿，跌阳脉紧为伤脾，风寒相搏，食谷即眩，谷气不消，胃中苦濁，濁气下流，小便不通，阴被其寒，热流膀胱身体尽黄”。沈氏尊生說：“天行疫厉以致发黄者，皆謂之瘟黄”。三因方記有“各种黄疸都与水食有关”。症治准繩謂“黄疸乃脾胃之气虛，感受湿热，郁于腠理，淫于皮肤蘊积成黄”。医宗必讀：“黄者中央戊巳之色，故黄疸多屬太阴脾經，脾不能胜湿，受挾火热則郁而成黄”。濟程鑑龄氏著“医学心悟”中認为“谷疸，酒疸，黄汗为阳黄。女劳疸为阴黄”。它說“黄疸者目珠黄漸及皮肤黄色，此为湿热蘊遏所致，湿蒸热潮黄色成矣。然湿热之黄，黄如桔皮柏皮間火气而光彩此名为阳黄。又有寒湿之黄，黄为熏蒸色暗不明，手足厥冷，脉沉細此名为阴黄”。关于黄疸的分类由后汉張仲景，金匱要略开始經过隋巢元方著諸病源候論到宋代医家將黄疸分为“五疸，九疸，卅六黄”，等种类很为詳尽，明張景岳主張合繁从簡，实际上分之愈細反而不易辨别和掌握，他把黄疸的症候群根据其性質分为“阳黄”，和“阴黄”兩大类。

急性傳染性肝炎（有黃疸型）可以把它認为是屬于谷疸，酒疸之中，絕大部分屬于阳黃。由于黃疸是一个症候群，其中也包括各种致黃的疾病如胆道疾患等、阴黃則包括一部分慢性疾患如慢性肝炎，肝癌，肝硬化等慢性肝胆消耗性疾患。

无黃疸型傳染性肝炎，在祖国医学中怎样認識呢？在国內曾有不同的看法，在过去教科書中認为无黃疸型傳染性肝炎为包特金氏病（傳染性肝炎）不典型的一型，病程較輕，預后良好的一种疾病。中医一般由于临床辨症看来，多数傾向于"谷疸"即是它仍屬于黃疸症的范疇，其症候群为肝热症，內經刺热篇云"肝热病者，小便先黃，腹痛多臥……胁滿痛"，这是由于肝热气郁所引致的胁痛，痞块肝气郁滯。又內經中記載有："肝脉貫膈布胁肋，足厥阴肝經之絡，令人胁痛"。巢氏病源說："邪气客于足少阳之絡，令人胁痛"。症治汇补說："湿热郁火，风令外侵皆令胁痛"。又說："凡胁痛日久不癒者，乃痰郁結成积块，肝积曰肥气病在左，肺积曰息賁病在右发作有时，皆肝木有余"。症因脉治說："有房气胁痛之症，病起仓卒暴发寒热，胁肋刺痛，沿門相似，或在一边或在兩边，痛之不已，所謂房气流行之疫症"。可知有肝病常胁痛，为其主要的临床表現症候之一，肝为剛脏，易动难靜，受內外之邪所伤，則肝失其条达之性，肝气横溢，不独本脏受病并能波及他脏。因之而出現各种症候群其根源在于肝脏。

症因：

尽管本病发生原因很多，但总不外于內因，外因二大类。

1. 內因：

① 因怒气伤肝，漸蝕其脾，脾气虛极，故阳阴不交，清濁相溷，隧道不通，因而腹部脹大。

② 由于脾湿胃热，交互郁結而成。

③ 飲食，飲酒过度，或食生冷寒凉之物。或为房室所伤而成。

2. 外因：

① 內經云："諸腹脹大皆屬于热"。古人所言热病可能大多数指傳染而来的。

② 多由风雨襲人，山澤蒸气內結不散所致。

③ 天行时气的毒害，亦能引起本病。吳又可說"疫者感天地之厉气，在岁运有多寡，在方偶有厚薄，在四时有盛衰，此气之来，无論老少强弱，触之者即病。邪由口鼻而入則其所客內不在脏腑外不在經絡，舍于脊背之內，去表不远，附近于胃，仍表里之分界是謂半表半里即鍼經所謂横逆膜原者是也"。又說：溫疫有外感內陷的分别，其外越者某經則显某經之症。其內陷者則有胸膈痞悶，或腹中痛或燥結便秘，或热結旁流，或胁热下利，或嘔吐惡心。

在这里比較鮮明的說明了本病是具有傳染性的。

临床症狀及症候类型：

肝炎的一般症狀为全身乏力，易疲劳，胃脘脹滿，食欲減退甚則缺乏，伴有噁心厌油食，大便燥結，有时溏瀉，呈白色或灰白色（黃疸型）尿黃色或深黃色甚至赤濇，右胁脹痛，拒按，背痠，肝脾腫大等症，根据临床所見，一般分为有黃疸和无黃疸型。

黃疸型一般診断較易，中医常常把黃疸型分成二种。

1. 阳黃症：

主要症狀为黃色鮮明，若桔子色，身热煩渴或騷扰不安，飲食有时則消谷善飢，噁心，小便赤濇热痛，大便秘結和溏瀉，胁痛身体瘙痒，全身倦怠，脉洪滑有力或弦数有力，舌苔黃腻或干燥，舌質发赤。

2. 阴黃症：

症为黃色暗晦如烟熏，神思困倦，語言輕微，畏寒少食，四肢无力，胁痛，背痛，便时溏时燥，但以溏为多見，喜靜惡动，脉虛軟或細弱无力，舌苔白腻或光滑。

无黃疸型一般不易診断，常誤診为其他疾病，在临床辨症上，多采用綜合性的鉴别方法。其临床表現主要为右胁脹痛，胃脘脹，食思減退，背痠，肝脾腫大等症。以其脉症表現的不同而

分为实症和虚症两种：

1. 实症：常見于初发的时候，一般病程較短，心中煩热，胃脘脹滿，食欲減退或厌食，有时冷有时燒，右胁疼痛拒按而有头痛头昏，失眠多夢，大便秘結，小便有时不利，舌苔黃膩，舌質赤，脉象弦实或弦数有力。

2. 虛症：多为病程迁延一阶段的，所以一般病程較長，身体衰弱，精神不振，倦怠无力，头暈失眠多惡夢，消化不良，食欲不振，嗳气，腹脹，心跳气短，右胁脹痛，肝脏腫大，舌苔白膩或光滑，脉弦細无力或弦数而軟。

关于四者的辨症列表如下：

分类		黃疸色澤	寒热	汗	头身	胸腹	飲食	大便	小便	舌苔	脉象
黃疸型	阳黃	黃为桔皮柏皮而有光澤	发热	但头出汗身无汗	常煩躁不安	腹滿	厌油食煩渴	秘結干硬	不利热痛	黃膩干	洪滑有力
	阴黃	黃如薑色暗而不明	畏寒不发热	常自汗	精神不振喜靜惡动疲劳感	心下硬按之痛胁痛	口淡味食少	大便不实	自利	白膩光滑	沉細无力
无黃疸型	实症	无	有时有热	不定	头暈头痛煩躁背酸	腹滿胁痛	食欲不振煩渴	燥結	不利或正常	黃膩	数弦有力
	虛症	无	少見	少	倦怠无力精神不振	心下硬按之痛胁痛腹脹	消化不良食欲不振	溏或正常	自利	湿濁白膩	弦数无力

治疗：

治疗原則：祖国医学对肝炎的治疗有很丰富的內容，又有許多确具疗效的藥物和方剂，但在具体进行临床診治的时候，必須考察病人临床症狀表現，病因以及全身情况，再作分析归納，得出正确的判断而定治法。

著者根据治疗傳染性肝炎的体会，其总則是除湿清热，当然湿有輕重，热有高低必須掌握中医辨症論治的法則，才能收效。

黄疸型肝炎的治疗，必先消除黄疸再用清肝化郁之剂或在消除黄疸的同时，佐以疏肝化郁之药。阴黄则宜温补行湿为主，阳黄则以清热利湿通二便为主。

无黄疸型肝炎的治疗，应根据症状辨别虚实之不同，而以清热开郁，养脾舒肝，解毒活血利湿为主的苦辛淡渗法兼通泄法，或苦辛淡清法，在实症时以清肝化瘀泄热和胃之剂。虚症宜用补气和胃，疏肝化郁为主的药物。对于出現腹水及肝昏迷者可采取对症治疗，在下面具体治疗中將要提到。傳染性肝炎治疗中以服药为主，但必須注意配合下列事項：即一般的护理如臥床休息及飲食仍是非常重要，护理得当不仅可以早期恢复并且可以避免发生某些严重的并发症，如肝昏迷等。

肝炎病人在初期需臥床休息，休息的好坏和肝炎的預后，有着密切的关系，尤其是在恢复期，过早的活动，特别是过劳时，常易引起复发（在疗效追踪中再叙述）。飲食方面以清淡飲食为主，給易于消化的食物，对于应不进或少进脂肪类飲食和辛辣魚腥，生冷等食品。在原則上应給予高蛋白，高碳水化合物的食物。在用中药时并不排斥，用其他药物，如維生素乙、丙，酵母片，葡萄糖等一些疗效較好的药物，这种綜合的疗法，常常可以大大縮短病程，在某些严重病人如肝昏迷等应广泛的采取綜合疗法。

所用方剂（主要的）

1．阳黄症处方：

茵陈蒿6錢，梔子3錢，大黄3錢（單位錢），水八杯先煮茵陈減水之半，再入二味，煮成三杯，分三次服。

2．阴黄症处方：（我們遇到的不多）

茵陈蒿10錢，附子2錢，干姜1.5錢，蒼朮3錢，牛膝3錢，木香3錢，甘草3錢，水煎分二次服。

3．无黄疸型肝炎实症处方：

① 当归3錢，蘆薈0.5錢，分二次冲服，青黛布包煎2錢，木香1.5錢，黄芩3錢，黄連1.5錢，梔子3錢，胆草1.5錢，紋軍2錢—3錢，

姜引水煎服（2--3剂为适当）。

② 胆草1.5錢，黄芩3錢，柴胡2錢，車前子2錢，生地3錢，澤瀉2錢，木通2錢，生甘草2錢，水煎服。

4. 无黄疸型傳染性肝炎虛症处方：

① 当归3錢，白芍2錢，柴胡3錢，茯苓3錢，白朮2錢，薄荷1錢，甘草3錢，水煎服。

② 沙参3錢，寸冬3錢，当归3錢，生地3錢，枸杞2錢，川楝3錢，水煎服。

主要加減药物：

1. 肝区痛（胁痛）加，桃仁，紅花，元胡，乳香，沒药，玉金，身体健实者常用生紋軍，生牡蠣，生薏仁，生甘草。有时酌加汉三七。

2. 健脾增加食欲用：焦朮，人参，砂仁，半夏，陈皮，內金，焦三仙，檳榔，如加一苦胆則效果更著。

3. 腹脹时加用：厚朴、枳壳、木香、苏梗、香附、大毛、或加用猪苦胆一个有卓效。

4. 利尿时用，茯苓，猪苓，澤瀉，翠衣，大毛等。

5. 肝脾腫大者：

① 肝脾腫大較硬而身体健实者可加别甲，龟板，牡蠣，三稜，文朮，土虫，蜈蚣，海藻，茯菇。

② 肝脾腫大較軟，而身体較弱，或病久者可加桃仁，紅花，赤芍，大貝，夏枯草，白芍、别甲，牡蠣，丹皮。

6. 改善肝功能时重用；銀花，連召，板藍根，地丁，公英，馬勃，紫草，丹皮，茜草，敗醬草。

7. 睡眠不好时則用，茯神，棗仁，石决，牡蠣，龙齿，竺黄，枳实，竹茹，半夏等。

上述方剂一般疗程为30天，酌情可用60天，但最多不能超过60天。而黄疸型肝炎，用茵陈蒿湯为超过20天效果不显著时，可考虑其他疾病或改用方剂，由于当归蘆薈湯加減方苦寒較剧不宜

多用。

儿童肝炎治疗方剂：

1. 清肝飲：粉丹皮，忍冬花，敗醬花，茵陈，梔子，龙胆草，甘草，玉金，川軍，枳实。剂量按不同年龄投与，每剂分二日服用，水煎服一日三次，連續服，疗程15—20天。

2. 茵陈蜜：

茵陈蒿500g，蜂蜜1000g，貫仲110g，先將茵陈蒿和貫仲用水洗淨，加水3,000cc，慢火煎之1,000cc，加入蜂蜜再煎30分鐘即可。

服法：1—3岁每次15—20cc，5岁以上每次服30cc，日服三次。

禁忌：食辛辣葱蒜菜食物。

对于肝昏迷及出現腹水症的中医治疗。所謂肝昏迷是傳染性肝炎的严重并发症，是肝功能衰竭的后期表現，大致可分为昏迷期与昏迷期。在昏迷前期往往表現为譫語，躁动不安或表現为精神忧郁，神志恍惚，疲乏无力，嗜睡等症狀，当进入昏迷时对外反应消失，呈現昏迷狀态，二便失禁故一旦出現躁动，譫妄狀态，很少不呈現昏迷者，因此从临床上控制其昏迷前期，不使之发展实为关鍵。

昏迷前期：

神志不清，躁动不安譫妄，脉数有力，舌苔薄或舌質紅者可用牛黃安宮丸（成方）。

若伴有牙关紧閉，喉有痰声，舌苔白而膩者，用苏合丸（成方）。

若表現神志完全不清，譫妄重者用局方至宝丹。

昏迷期：

此期病人表現为昏迷，中医习慣上称为“脫症”，宜用参附湯急救回阳，有时佐以針刺中冲，水溝，灸关元，腦中等穴。

人参3錢—10錢，附子2錢—5錢，煎服（患者不能吞嚥时可用鼻飼法）。

腹水的治法：

阳水治法：脉实而数腹胁脹大，小便赤黄而少，口干口苦。八正散，胃苓湯化裁，脉数实小便少，大便燥或溏而色黄，皆宜用大黄。腹大如鼓，脹滿不堪，小便点滴下，病情严重时先予舟車丸輕瀉数次，当腹水減少后以胃苓湯八正散等治本。

阴水治法：脉微弱，下肢发凉，口不干苦，腹胁脹大，小便微黄，可用八味丸重用附子，茯苓，脹甚加三稜文朮，大腹皮，消脹利水，亦可用木香流气飲。

我們对腹水病人曾用过十棗丸（芫花，甘遂，大戟，大棗）每次为1—2錢。巴漆丸（姜春华氏方）巴豆霜五分（剂量）干漆微热去烟3錢，陈皮5錢，生蒼朮3錢，共研細粉蜜水为丸如菉豆大，每次服5分，以后可增至7分—1錢，最高剂量不得超过錢半，每日或隔日一次或数日一次。

对某些病人曾用乾蟾散效果亦較明显。

以上方剂均相当峻烈，瀉水后易消耗元气，故具体运用时，应根据腹水的程度，体質的强弱来决定，同时在瀉下期間可以使用补剂，攻补兩法輪复地进行治疗，可以取得預期的疗效。

外敷药：

为了縮短治疗期間，曾在一部分病人使用了外敷药物，对緩解胁痛（肝区痛）及肝腫消退有一定作用，茲介紹如下：

1. 側柏叶膏：

制法：取来鮮側柏叶45市斤用清水洗淨，放入大鉄鍋內加清水八桶加盖煮熬之沸騰后約4—5小时，將側柏撈出，浸汁用紗布濾过一次再熬，到发泡成米粥狀时，減用文火熬，以后汁变成稠狀即可攤于八裁紙大小正方形白布上，膏的厚度在0.2—0.3公分为宜。

用法：經檢查确診为肝和脾腫大者，給患者消毒后，在肝脾区貼膏药3—4天換一次，貼三貼为一疗程。

注意事項：部分病人貼药后，局部出現湿疹，可內服硫苦一日10—20克，可將药取下，局部敷1—2次、或涂以滑石粉，湿

疹可以控制。

2. 琥珀膏方組成如下：（作用消炎止痛，消肝腫，急性期較有效）。

川軍3錢，芒硝3錢，梔子3錢，葱7枚。前三藥为末以适量蜜搗为膏，攤于紗布上敷局部。

3. 化痞膏方組成如下：（适用于病程較久的肝脾腫大，可消肝脾腫大，止痛）。

甘遂5錢，甘草5錢，硇砂1錢，木別子4錢，共为末以葱头七个，蒜七瓣用蜜搗膏，攤于紗布上，敷局部。

針灸治疗肝炎部分：

針灸治疗肝炎，在我国是广泛应用，取到了一定效果，采用的穴位，手法是依着中央卫生部急性傳染病防治方案，所規定的即是：

（1）肝区痛：

主穴：食竇，肝俞。配穴：太冲、日月，期門、章門、脾俞，留針15—20分鐘。

（2）腹脹：

主穴：足三里。配穴：胃仓，中脘，魂門。

手法：捻轉进針退針，留針15—20分鐘，每隔3—5分鐘加强刺激一次，取針后用艾絨隔葱灸2—3壯。

（3）食欲差：取穴足三里。

（4）虛恭：主穴：足三里。配穴：胃仓，中脘，內庭。

（5）腸鳴：取穴：足三里。配穴：內庭，中脘。

（6）腹鳴：灸法取穴，神闕，用艾絨隔葱叶灸3—5壯。針刺取穴，主穴：水分，阴交。配穴：足三里。

（7）失眠：取穴，由于消化不良，肝区痛所致的失眠、多取穴大陵，神門、太淵，足三里，太冲，合谷，三阴交。

由于精神因素所致的失眠則取穴，大陵，合谷，百合，內关。每次取2—3穴位，留針15—30分鐘，我們曾观察近300例，針

灸治疗肝炎的結果，看来，針灸对自覚症狀的緩解，肝脾腫消退有很大帮助，在目前存在的問題是：效果維持时間較短，另一問題是有部分病人針灸后，肝功能趋向惡化，在配合中药或西药后，可以扭轉上述缺点。

中医疗效統計表

項目 / 方剂名称	病例数	治癒	进步	有效率	无效	惡化	不明	繼續服用
茵陈蒿湯	27	17	6	85%	2	2		
逍遙散加減方	619	374	201	92%	20	6	12	7
当归蘆薈丸	77	59	17	98%	1			
清肝飲	32	24	4	87%	2		2	
茵蜜煎	23	12	11	100%				
柴苓湯	243	132	88	90.5%	9		14	
肝炎湯	113	67	28	84%	5		14	
解毒活血湯	40	32	6	95%		2		
平肝丸	21	20		95%		1		
蠲痰舒肝消腫湯	50	20	15	70%			5	10
茵陈五苓散	16	3	13	100%				
龙胆瀉肝湯	11	2	9	100%				
舒肝化郁湯	31	6	25	100%				
四消丸	13	9	9	92.3%				
振肝湯	7	3		42.8%				4
合計	1,323	781	426	91.1%	39	11	47	21

中药与一些疗法的观察表

药物别		中药		維生素B_{12}		烏洛托品		葡萄糖醛酸		蛋氨酸	
观察例数		1,323		190		77		12		23	
治疗前后		前数	后数	前数	后数	前数	后数	前数	后数	前数	后数
肝功能有改变者	射濁	110	61	肝功能有改变者		15 19.5	11 14.3	11 91.7	9 25.0	6 26.1	2 8.7
	锌濁	175	93	54	43	10 13.0	5 6.5	9 75.0	11 91.7	7 30.4	4 17.4
	腦絮	90	6			5 6.50	0	3 25.6		1 4.6.09	10 43.4
	碘反应	60	28								
肝腫情况	未触到	58	498	肝腫有进步者		0 0	13 16.9	0 0	3 25.6	4 17.4	14 60.9
	0.5cm	82	234			6 7.8	30 39.0	2 16.7	5 41.7	1 4.3	4 17.4
	1.0cm	239	180			32 45.5	32 41.5	7 58.3	4 25.0	13 56.6	4 17.4
	2.0cm	456	83	184	116	30 39.0	2 2.6	1 8.3	1 8.3	5 21.7	1 4.3
	3.0cm 以上	183	23			6 7.8	0 0	2 16.7	0 0		
脾腫情况	未触到		11			70 91.0	74 96.1	8 66.6	11 9.7	20 87.0	21 91.3
	0.5cm	3	2			……		2 16.7	1 8.3	1 4.3	0 0
	1.0cm	4	3			5 6.5	2 2.6	2 16.7	0 0	2 8.7	2 8.7
	2.0cm 以上	11	2			1 3.0	2 1.3	……			

肝炎的預后：

金匱要略記有“黃疸之病，当以十八日为期，治之十日以上瘥，反剧为难治”。巢氏病源还提出急黃的症候說：“脾胃有热，谷气郁蒸，因为热毒所加，故猝然口渴气喘，命在頃刻故云急黃”。“有的病起即身体面目发黃者，有初不知是黃，死后身黃者，其候得病但发热心战者是急黃也”。沈氏亦云“天行疫厉亦有发黃，俗为疫黃杀人最急”。

所謂急黃符合于急性和亞急性肝萎縮，肝昏迷，死亡率較高，一般黃疸型肝炎預后較好，但在急性期，不是行适当的治疗，就有一部分病人轉入慢性，最后有出現腹水，脾脏腫大，四肢消瘦等肝硬化的症狀。死亡率（包括肝萎縮等）1—5%。

无黃疸型肝炎預后良好，在急性期抓紧治疗大部分病人皆可治愈。

肝炎預后与休息的关系，目前有人主張肝炎可不休息，从事劳动，同样可以治愈，但也有人傾向于肝炎应多休息，我們的体会，肝炎在急性期，应很好的休息，过隔离期后結合病人情况可以从事輕微工作，在我們的材料中，大部分（70%）患者休养三个月后走向工作崗位，未再复发，这也是根据条件而决定的，由于前一阶段复发的較多，給予稍長的休养时間，这也是正确的，由結果来看也是必要的。

我們不主張病人長时間的休息（6个月到1年以上），这是因为長时間休息对病程恢复上是有害无益的。我們曾遇到一些病人長期臥床，体征，肝功能业已恢复，病人对身体考虑較多，其結果是很長时間不能适应正常生活，我們遇到的不是个别的。当然确是病情严重的需要休息的不能相提并論。

一般病人可以休息三个月以內，看来这是比較适宜的。有的病情輕的可以縮短休息时間。

复发的問題：

100例肝炎中，过去曾有16名复发史。我們在各方面都进

行了調查，一般說来条件大致相同，而致成复发的主要原因是“过劳”。国內外学者也有人提出这种說法，我們所了解情况也是相同，但不能認为这是絕对的唯一的，而忽略了其他因素。

但也有的人根本未休息，从事日常工作，甚至于从事体力劳动，有的工作八小时以上甚至在夜間經常开会很晚，其他条件相同，这个問題，我們認为过去病人是否是治愈，是否有合并症，特别是与开始診断和治疗得当否有关。

再論中医对傳染性肝炎的認識与治疗

此篇原与鉄南医院馬志院長共同編写，純由中医观点加以整理列入本書。

一、引言

祖国医学討論傳染性肝炎的認識，在典籍中很早已有記載。目前全国各地介紹的治疗經驗頗为丰富。尤对黃疸型肝炎的記載更为詳尽，并有了較細致的分类，按仲景謂：“千般疾难，不越三条”（三条即三因），而“千般疾难”指所表現的症候，总不离于阴阳，元朱丹溪主張“疸不分五，同是湿热如盦蒸相似”。明張景岳又提出：“黃疸症古人多言为湿热及有五疸之分皆未足以尽之，而不知黃疸之大要有四：曰阳黃、曰阴黃、曰表邪发黃、曰疸黃也。知此四者，无余义矣”。尽管各家看法不同，总的来看，对黃疸分类应舍繁从簡，有阳黃、阴黃足矣。

本文仅由中医角度来討論傳染性肝炎，依着前人的論点結合当前治疗体驗，对黃疸型、无黃疸型肝炎的发病机制以及辨症治疗、預后等，作如下的介紹。管窺之見，不免片面，尙希同道多多指教。

二、傳染性肝炎的发病机制

1. 黄疸型肝炎的发病机制：

金匱要略記有："寸口脉浮而緩，浮則为风，緩則为痺，痺非中风，四肢苦煩，脾色必黄，瘀热以行"。程云来注曰："脉得浮緩者必发黄，故伤寒脉浮緩者。系在太阴，太阴者身必发黄，今浮为风，緩为痺，非外症之中风，乃內热貯蓄于脾土，脾主四肢，故四肢苦煩，瘀热行于外，則发黄也"。而唐溶川注曰："瘀热以行"，一个瘀字便見黄，皆发于血分，凡气分之热不得称瘀，小便黄赤而不发黄者多矣。脾为太阴湿土，主統血，热陷血分，脾湿過郁，乃发为黄，故五色惟赤色受湿則发黄色，五行惟火生土，五色惟赤回黄，故必血分湿热乃发黄也。所以鼻衄目黄亦是此义。按唐注所言瘀字的解釋甚为重要，这与西医理論暗合（即胆汁色素侵入血液內）。

金匱又曰："趺阳脉紧而数，数則为热，热則消谷；紧則为寒，食即为滿。尺脉浮为伤腎；趺阳脉紧为伤脾。风寒相搏，食谷即眩，谷气不消，胃中苦濁，濁气下流，小便不通，阴被其寒，热流膀胱，身体尽黄，名曰谷疸。額上黑，微汗出，手足中热，薄暮即发，膀胱急，小便自利，名曰女劳疸，腹如水狀，不治。心中懊憹而热，不能食，时欲吐，名曰酒疸"。

喻嘉言曰："要知外感发黄一症，伤寒阳明篇中已悉，金匱虽举外感內伤諸黄。一一发其底蘊，其所重犹在內伤，前文所論谷疸实論內伤发黄，东垣脾胃論仿佛什一，后世乐宗金匱奥义，置之不講，殊可慨也，細陈之，人身脾胃，居于中土，脾之土，体阴而用則阳，胃之土体阳而用則阴，兩者相合，則不剛不柔，胃納谷食，脾行谷气，遞調水道，灌注百脉，相得益彰，其用大矣，看来嘉言似乎受到东垣的理論影响，所以首先对脾胃的生理机制作此簡要叙述，从而認为仲景所說的"谷疸"、"酒疸"、"女劳疸"等症屬于內伤。

而古今医家对黄疸症的致病原因多側重于脾胃湿热，薛生白

氏曾說过："要之湿热之病邪，从表伤者十之一二，由口鼻入者十之八九，阳明为水谷之海，太阴为湿土之脏，故为太阴阳明受病"。可知湿热病屬阳明太阴者居多，中气实則病在阳明，中气虚則病在太阴。又曰：膜原者外通肌肉，內近胃腑、即三焦之門戶、实一身之半表半里也，邪由上受，直趋中道，故病多发膜原……湿热乃阳明太阴同病也……太阴內伤，湿飲停聚，客邪再至，內外相引，故病湿热，此乃先有內伤，再感客邪……若湿热之症，不挟內伤，中气实者，其病必微，或有先因于湿，再因飢劳而病者，亦屬內伤挟湿，标本同病，然劳倦伤脾为不足，湿邪停聚为有余"。

王孟英氏按："脾伤湿聚曷云有余？蓋太飽則脾困，过逸則脾滯，脾气因之滯而少健运，則飲停湿聚矣，較之飢伤而脾餒，劳伤而脾乏者，則彼尤不足此尙余也。后人改飢飽劳逸为飢飽劳役，不但辨症不明于字义亦不协矣"。

薛氏对湿热的成因及感染經路作了詳細的叙述勿庸贅言，王氏对飽逸二字又作了細致的补充，按薛王二氏的論点，飢劳虽能产生湿热，而飽逸更为产生湿热之主因，按飢劳常兼飽逸而飽逸者未必兼有飢劳，飢飽劳逸之人，皆違背上古天眞論的"飲食有节，起居有常""形与神俱"的养生要求，同时也反映出病从口入的一途，人能很好的本着"劳逸結合"的工作原則，加强体育鍛煉，生活規律，即或偶有不适，亦不会酿成大病，正如薛氏所說："中气实者，其病必微"。也符合內經所說"邪之所凑，其气必虚"前人这些論点，体現了外因是变化的条件，內因是变化的根据，外因通过內因而起作用的唯物辯証观点。

結合几家的論点，說明了內伤黃疸的成因，我們体会湿热較輕者則病谷疸，湿热之最者則病酒疸，濁气由脾寒下流入腎，腎被其寒，若飲食伤脾，加以房劳伤腎，則病女劳疸。

湿热都遇何致以疸耶，朱丹溪氏指出同是湿热如麴麵相似，这是多年实踐証明的科学理断，特别有助于理解谷疸，酒疸二症

（考造麴之法，李时珍曰，五月五日、六月六日或三伏日，用白面百斤青蒿自然汁，赤小豆末，杏仁泥……用汁和面、豆作餅，麻叶或楮叶包著，如造醬黄法，待生黄衣晒收之）。按造麴季节相当于長夏主气之时，計七十二天，由芒种后七日起到处暑后六日止，其时为少阳相火，太阴湿土主令，長夏季节正为溽暑熏蒸之时，素問五常政大論曰"备化之紀……其类土……其候溽蒸，其令湿，其脏脾……其应長夏。"丹溪据物立象，脾胃湿热为黄疸成因，所称如麴麴相似，嘉言亦曰：酒为湿热之最，是知热甚于內者，皆足致此，非独酒矣。可知按湿热之輕重理解谷疸，酒疸，这在辨症治疗上也具有一定的指导意义。

2. 无黄疸型傳染性肝炎的发病机制：当前对无黄疸型傳染性肝炎的发病机制論点有所不同，有本黄疸証論治者，有本肝郁气滯論治者，我們結合这些經驗，提出以东垣脾胃論来考虑无黄疸型傳染性肝炎。无黄疸型傳染性肝炎，虽未出現黄疸，查其主要見証，屬脾胃二經的症候，参閱难經五十六难的"脾之积名曰痞气，在胃脘复大如盤，久不癒，令人四肢不收，发黄疸……"。又按喻氏观点（前述）使我們思惟傾向于东垣所主張者。

东垣引經文"至而不至是为不及，所胜妄行，所生受病，所不胜乘之也"。李氏注曰至而不至为从后来者为虛邪，心与小腸来乘脾胃也，又曰所胜妄行者言心火旺，能令母实，母者肝木也，肝木旺則挾火势，无所畏惧而妄为也。故脾胃先受之，或身体沉重疼痛，盖湿热相搏，风热郁而不得伸，附着于有形也，或多怒者风热下陷于地中也，指出受木火之气乘之，可以出現肌肉四肢的外症，也可出現脾胃本身或其他脏腑的內症。

所生受病者：言受土、木、火之邪而清肃之气伤，或胸滿少气，短气者肺主諸气，五脏之气皆不足而阳道不行。在正常情况下，木受气于火，火受气于土，土受气于金，現在木火之气，下陷地中，失掉了五脏相通，移皆有次的正常旋轉机制，肺金所受之气，乃土、木、火三脏異常之气。則肺之清肃之气必伤，肺主

諸气，因而說五脏之气皆不足，而阳道不行也。所不胜乘之者，东垣謂水乘木之妄行而反来侮土，按所不胜乘之須与所胜妄行和所生受病，結合討論，在所胜妄行阶段子令母实，木火过旺，此木火之气，除了可能下陷于脾胃所屬內外不同部位而发病，另一方面也有都遇在木火本經所屬的部位而发病者，但在木火之气旺盛之时，金气方衰，木火妄行，无論病发何处，都要产生一系列的木火征象，若到金气来复之时，清寒之气較盛，木火之气則随之轉衰，木火阳升之气，反轉为阴降之气，若木火阴降之变不断加深，也能导致子令母实，使寒水气乘木之妄行而反来侮土，这种轉化关系是极則变，盛必衰的自然規律，在所胜妄行阶段，多屬阳症，为前一阶段到所不胜乘之阶段即后一阶段，多屬阴症，此所謂前后阶段者，并非絕对阶段，更主要的是因人而異，决定于人的机体阴阳盛衰为主要轉移。

看来主要論点是水乘木之妄行而反来侮土，故腎入心为汗，入肝为泣，入脾为涎，入肺为痰为咳为涕为嚏为水出鼻，另一方面是下源土胜尅水，致冲、任、督三脉盛，火旺煎熬令水沸騰，而乘脾肺，故痰涎唾出于口也。或水附木势而上为眼泪，为眵，为冷泪，此皆因肺金之屬而寡于畏也。实質上是說腎主五液、說明五液从其所屬而出現各类症狀，我們体会无黃疸型傳染性肝炎，預后中經过若干年后，个别病例有木賊土敗，水来侮土，出現腹水的病人，仍系土不制水，寒水泛濫之故。

在这里体現出，阳精所奉其人寿，阴精所降其人天的要点，东垣脾胃論，辨症論治的中心，側重于春令之升，使之升达，以全其旋轉之道，我們对于傳染性肝炎，黃疸型和无黃疸型肝炎的中医理論，其思路以仲景、东垣、丹溪、嘉言、薛生白等人著作以“脾主長夏”的論点为中心，結合东垣“木火之气下陷地中”“邪中膜原”以理解无黃疸型傳染性肝炎。結合仲景論內伤黃疸为“胃中苦濁，濁气下流热流膀胱，阴被其寒”的論点，理解黃疸型傳染性肝炎，具体来說，認为木火之气下陷地中（脾胃）为

无黄疸型傳染性肝炎的发病机制。

三、重症黄疸症的并发症

重症傳染性黄疸型肝炎在临床上偶有并发症，如昏迷，出血，腹水等症狀，我們对这些重症，沒有經驗，只能在前人理論基础上作如下介紹：

按黄疸重症在道理上看来，当以酒疸，女劳疸为最重，喻嘉言氏在酒疸治法当中，提出酒疸“其酒热內郁心神昏乱，而作懊憹，及痛楚者，則不可下，但下法劫病之法不可久用，久久下之，必肺脾之阴气尽伤不能統領其阴血。其血有日趋于敗而变黑耳”。按酒疸出現心神昏乱而作痛楚者，符合我們临床遇到肝性昏迷的症狀。喻氏又說明酒疸久下之，必肺脾阴气血尽伤，不能統領其阴血，其血日趋于敗，有变黑疸的一途，此外我們考虑，酒疸虽为湿热之最，而能形成血趋于敗以致于昏迷出血的机制，可能由于少火复为壯火，結合阳明酿成的慓悍毒厉之气，加以本病的湿热过盛，其瘀血中而成为极热伤絡，終于血溢炅則气泄，湿盛濡泄等等病理机制，于是就成为重症黄疸症并发昏迷和出血的主因，前人所称“急黄”“瘟黄”“血黄”義指此症而言，至于其重症黄疸的急剧形成腹水，蓋亦不出此因，仅为前者几种机制的輕重之别而已，若黄疸迁延后期出現腹水狀，当作女劳疸考虑。

治疗原則：

中医治疗肝炎的总則是清湿除热，我們知道湿有輕重，热有高低，必須根据中医辨症施治的原則，方能收效。

黄疸型肝炎的治疗，首先是清除黄疸，再用健脾化郁之剂，或在清除黄疸的同时，佐以疏肝健脾化郁之药，阴黄則宜温补行湿为主，阳黄則以清热利湿通二便为主。

无黄疸型肝炎的治疗，应根据脉症，辨别虚实之不同，而以清热开郁，养脾舒肝，解毒活血利湿为主的苦辛淡滲法兼清泄法或以苦辛淡清法，在实症时以清肝化瘀泄热和胃之剂。虚症宜用

补气和胃，疏肝化郁为主的药物，对于出現腹水、出血及肝昏迷者，在下面具体治疗中將要提到，在傳染性肝炎治疗中不应單以药物为主，首先是在党的領导下，病人应建立战胜疾病的信心，自己掌握命运，一般的护理如必要的臥床休息，增加营养等是主要关鍵，护理得当，不仅早日可以恢复健康，且可以避免某些严重的并发症，如肝昏迷等。

常用有效方剂：

1. 阳黃症处方：

（1）茵陈蒿湯：茵陈蒿6錢，梔子3錢，大黃3錢，水8杯，先煮茵陈蒿，水減一半时入后二味，煮成三杯，分三次服。

（2）茵陈蒿10錢，山梔2錢，忍冬藤8錢，玉金3錢，牛膝2錢，甘草3錢，熟軍3錢，水煎分二次服（中医研究院方）。

（3）茵陈五苓散：茵陈3錢，猪苓3錢，茯苓3錢，白朮3錢，澤瀉3錢，桂枝3錢，水煮服。

（4）加味解毒活血湯：生苡米8錢，地丁5錢，益母草5錢，蚕砂5錢，双花3錢，青壳3錢，石菖蒲1.5錢，青蒿2錢，貫众2錢，桃仁4錢，茅根3錢，藕节3錢，茵陈5錢，山梔3錢，黑木耳少許，以阴阳水煮綠豆4兩，取清湯煎药或加童便为引。

（5）加味复肝湯：茵陈、玉金、姜黃、水紅花子、琥珀、大豆黃卷（浙江省中医研究所）。

2. 阴黃症处方：

（1）茵陈蒿10錢，附子2錢，干姜1.5錢，蒼朮3錢，牛膝3錢，木香3錢，甘草3錢，水煎分二次服（中医研究院方）。

（2）逍遙散：柴胡3錢，当归4錢，白芍5錢，白朮5錢，茯苓3錢，煨姜2錢，薄荷1錢，甘草2錢，水煎分二次服。

3. 无黃疸型肝炎实症处方：

（1）龙胆瀉肝湯：胆草1.5錢，酒芩3錢，柴胡2錢，車前子2錢，生地3錢，澤瀉2錢，木通2錢，归尾2錢，梔子1.5錢，生甘草3錢，水煎热服。

（2）当归龙荟丸（湯）：当归3錢，龍荟0.5～1.0錢，分二次冲服。青黛布包煎2錢，木香1.5錢，黄芩3錢，黄柏3錢，黄連1.5錢，梔子3錢，胆草1.5錢，川軍2～3錢，姜水煎服（本剂不宜多用，2—3剂即可）。

（3）甘露消毒丹：滑石150錢，茵陈200錢，黄芩100錢，石菖蒲60錢，川貝50錢，木通50錢，火香50錢，射干50錢，青壳50錢，白豆叩40錢，共为細末以神曲糊丸每服二錢。

（4）綠萼梅丸：党参3錢，茯苓3錢，益智3錢，砂仁3錢，制香附20錢，滑石70錢，山药1.5錢，黄芪1.5錢，甘松5錢，莪朮5錢，远志2錢，桔梗1.0錢，炙草0.7錢，以綠萼梅30錢，丹皮20錢，煎湯煮药晒干为末神曲糊丸，每服一錢。

（5）肝炎湯：黄連5錢，双花5錢，連召1.5錢，土虫1.5錢，桃仁2錢，当归1.5錢，紅花1錢，公英3錢，赤芍2錢，甲珠1錢，姜蚕1.5錢，牡蠣2錢，花粉2錢，加水煎成100毫升日服二次。

（6）佛手丸：佛手30錢，銀胡3錢，香元2錢，川楝2錢，桑叶50錢，川貝10錢，棗仁30錢，人参10錢，蓮肉50錢，神曲20錢，用紅棗煮水和神曲面打糊为丹，每日服二次一次一丸。

4．无黄疸型肝炎虚症处方：

（1）加味逍遙湯：当归3錢，白芍2錢，茯苓3錢，白朮2錢，薄荷1錢，别甲3錢。

（2）一貫煎方：沙参3錢，寸冬3錢，当归3錢，生地3錢，枸杞2錢，川楝3錢，水煎服。

（3）加味枳朮湯：焦朮10錢，枳实5錢，木香1錢，砂仁2錢，水煎服。

（4）补中益气膏：黄芪10錢，人参10錢，甘草5錢，归身3錢，陈皮3錢，柴胡3錢，白朮3錢，生姜2錢，大棗十枚去核以伏龙肝煎湯三次，兑匀再煎去水分，候药汁稍濒加蜜一两收膏每服30—40cc。

（5）綜合治肝湯：柴胡2錢，白芍4錢，甘草1.5錢，水紅

子5錢，黄芩2錢，生地片5錢，砂仁1.5錢，百合4錢，貝母1.5錢，黄精4錢，內金2錢，蒲黄2錢，姜黄1.5錢，丹参2錢，白朮2錢，山萸肉2錢，当归2錢，东党1錢，清夏1錢，生远志2錢，黄柏1錢，川芎1錢，大棗10錢，干姜0.7錢。

煎法：以水 700cc. 煎余200cc，日服兩次（長春市中医院方）。

5. 儿童肝炎治疗方剂：

（1）清肝飲（用于成人效果亦佳）。

粉丹皮，忍冬花，敗醬花，茵陈，梔子，甘草，龙胆草，玉金，川軍，枳实。

剂量按不同年龄投与，每剂分二日服，水煎一日 2—3 次。

（2）茵陈蜜：

茵陈蒿500克，蜂蜜1,000克，貫众100克，先將茵陈等，貫众洗淨，加水至 3,000cc慢火煎至 1,000cc加入蜂蜜再煎三十分鐘即可。用量 1—3 岁，15—20cc，5 岁以上每次服30cc，日服三次。

6. 外敷药：

（1）柏叶膏：（通化方）

（2）琥珀膏：（吉林省中医研究所方）

（3）化痞膏：（吉林省中医研究所方）

7. 合并症的治疗和預防药方省略。

由中医观点探討傳染性肝炎的几个問題

本文系与馬志院長共同編写的，在1961年 9 月在吉林省中医西医經驗交流会議上的报告資料，从中医角度提出对肝炎的新認識以治脾为主，并提出其机制，就当前所爭論的黄疸与无黄疸型肝炎的关系提出看法。

祖国医学文献中，論治黃疸病，多从脾胃着手，側重于脾胃湿热，我們結合这些方面进行探討，黃疸症中包括有肝炎这是无疑义的，所謂肝炎是肝脏有炎症，而中医偏說是脾胃湿热，同时也按脾胃湿热立法而治疗，看来似乎开口动手便錯，实际則不然，肝为五脏的一脏，中医所称之肝和西医所称之肝，其名称虽同，其功能作用含义上是否相同有待进一步商榷，如果我們就肝炎二字进行治肝，这确乎值得研究，因为先不正其名，对肝炎这一疾病的发病和机制和它的发展轉归就不易掌握，我們主張討論肝炎先从脾胃着手，然后再連系其它各脏，这样或能有助于中医施治的整体观念。

另一方面需要說明的是，傳染性肝炎类型常分为黃疸型与无黃疸性。而二者的感染經路同为病从口入其发病則有黃疸与无黃疸之别。我們認为黃疸型屬于"太过"，无黃疸屬于"不及"。太过者称之邪气有余，不及者称为邪气不足。黃疸型应以脾胃湿热有余为主，无黃疸型应以脾胃中气不足为主。以中医观点来理解傳染性肝炎可以从湿热症"黃疸"，溫暑瘧脹，脾胃內伤中考虑。这几种疾病如湿热症和溫暑瘧脹前輩医学强調其感染經路为邪从口鼻而入直趋中道，多归膜原。黃疸症和脾胃內伤虽未明确指出邪从口鼻而入而仲景对黃疸命名谷疸、酒疸。东垣認为脾胃內伤由于……飲食失节。从病名和病因探求黃疸症和脾胃內伤之外因条件，而病从口入則不难理解的。这是我們的想法愿在下面深入地討論一下：

二、黃疸型肝炎

（一）临床症狀：文献記載較多茲不贅举，其所以形成各种症狀，不外乎經文湿热相交民病瘴，一向历代諸家都强調，湿热是黃疸的主要成因，元朱震亨氏主張疸不分其五，同是湿热如盒麴相似，明朝李梴說：湿疸——湿即水也。……湿在經則日晡发热鼻塞，在关节則一身尽痛，在脏腑則清濁混而大便濡泄，小便又澀，腹或脹滿，湿热相搏則遍身薰如黃色。……又曰黃症口渴而

头汗，畜血发黄者，则溺清而小腹急結。

有湿热郁而发黄者身痛发热，色黄而晦。有……指出疸症有在經在腑在脏以及畜热畜血或湿热郁搏，伤风外感飲食內伤等因素。这里突出的是湿热。在下面准备探討这方面問題。

（二）湿热的成因：前人研究形成湿热的成因，当推清代溫病学派，他們虽非專为討論黄疸立論，而形成黄疸或湿热症成因，都是由湿热而成这是一致的。至于二症不同之处，在于湿热之邪陷于何部和机体的具体情况而决定的。如薛生白氏在湿热症篇提綱首条中指出湿热症：始惡寒，但热不寒，汗出胸痞舌白，口渴不引飲。其中汗出二字和湿热发黄則截然不同，仲师伤寒論中曾記有，阳明病发热汗出者此为热越，不能发黄也。但头汗出，齐頸而还，小便不利，可引水漿者，一为溫病一为伤寒有所不同，其为太阴阳明之湿热，是无疑义的。由于湿热形成黄疸或湿热症之主要区别在于有汗无汗口渴不引飲小便不利渴飲水漿等处，特别是瘀热在里的瘀字是形成黄疸的主要机制。

薛氏曾記載有：湿热病屬阳明太阴者居多中气实者則病在阳明，中气虛者則病在太阴。又說要之湿热病邪，从表伤者十之一二，由口鼻入者十之八九，阳明为水谷之海，太阴为湿土之脏故多太阴阳明受病……。膜原者必通肌肉近胃腑，即三焦之門戶，实一身之半表半里，邪由上受，直趋中道，故病变多发膜原。又曰太阴內伤，湿飲停聚，客邪再至，內外相引故病湿热此皆先有內伤，再感客邪，非由腑及脏之謂。若湿热之症，不挾內伤，中气实者其病必微，或先因于湿，再因飢劳而病，亦屬內伤湿，标本同病，然劳倦伤脾为不足湿邪停滯为有余，可以看到薛氏对湿热之成因及感染經路都作了詳細叙述。王孟英氏补充湿邪停聚为有余之說，謂“脾伤湿聚曷云有余？盖太飽則脾困，过逸則脾滯，脾气困滯而少健运，則飲停湿聚矣”。后人改飢飽劳逸为飢飽劳役，不但辨症不明，于字义亦不协关。按薛王二氏的論点：太阴阳明湿热成因，除少数患者从表伤者外。飢飽劳逸是为产生湿热的

主因。所指飢飽劳逸之人皆違背上古天真論的飲食有节，起居有常，形与神俱攝生要求。同时也反映出病从口入的一途。人如很好的本着劳逸結合的工作方針，加强体育鍛煉生活規律即偶有不适亦不会酿成大病犹如內經所云：邪之所湊，其气必虛，和中气实者其病为微，前人这些論点体現了外因是变化的条件，內因是变化的根据，外因通过內因而起作用的唯物辯証观点。

（三）黃疸型肝炎的发病机制：

前面已經提到对黃疸型肝炎的发病机制，現以仲师，丹溪，俞嘉言的論点为中心結合我們的体会进行探討。仲师在金匱要略中記有“趺阳脉紧而数，数則为热，热則消谷；紧則为寒，食即为滿，尺脉浮为伤腎，趺阳脉紧为伤脾。风寒相搏，食谷則眩；谷气不消胃中苦濁，濁气下流，小便不通，阴被其寒，热流膀胱，身体尽黃，名曰，谷疸。額上黑，微汗出，手足中热，薄暮即发，膀胱急，小便自利，名曰女劳疸，腹如水狀，不治。心中懊憹而热，不能食，时欲吐，名曰酒疸”。这是对疸症認識的总綱，喻氏認为仲师所說的谷疸、酒疸，女劳疸等症皆为內伤，唯七情飢飽房劳过于內伤，致令脾胃阴阳不相协合，胃偏于阳无脾阴以和之，如造化之有夏无冬，独聚其精而消谷，脾偏于阴如造化之有冬无夏，独聚其寒而腹滿，这是体現五常政大論备化之紀……其用高下之义，即脾胃剛柔升降的机制。我們体会司人体升降者，乃为金木，脾胃屬土，又何云升降呢？必以阴阳五行这一說理工具，分其屬类，可能有助于理解，脾胃虽同屬于土而脾屬于阴，胃屬于阳，通常称之为阴土，阳土。阴土之气为湿，阳土之气为燥。湿乃土之气，燥乃金之气，燥湿乃六气之类，土金乃五行之嗇，土金是五行相生，燥湿乃六气之相制，湿以潤之燥以干之故“湿潤”“燥干”二者适成矛盾制約，五行屬阴为質六气屬阳为量，土湿金燥意味着質变量变正如張景岳所說造化之机，不可无生亦不可无制无生則发育无由，无制反亢而为害必須生中有制，制中有生，才能运行不息相反相成。前人这种观点体現了

自发地辯証唯物思想。

再进一步言之，木主升，金主降总司全身升降，人身不論那里营有升降作用的皆为金木所司胃屬足阳明經为金，胃主受納水谷，即屬收降，与手阳明經大腸的收降作用分司上下兩环，胃之受納水谷为由外入內，大腸的傳导糟粕为由內而外。脾主轉輸即升之义，木主发散亦为升之义，脾之轉輸，木之升发，二者作用为一致，故脾之主升胃之主降乃为升降作用的一部分，即黃疸症的病理机制〔阴阳升降之釋由来也〕。

关于仲师所指黃疸症的脉象，紧寒，数热尺脉浮趺阳脉紧为伤脾的認識，灵樞邪气脏府病形篇以“急”“緩”二脉为对待，难經第十难也以“急”“緩”二脉为对待，仲景伤寒論則以紧緩为对待。岐伯曰“諸急者多寒”伤寒論曰“脉阴阳俱紧者名伤寒。”金匱曰“寒令脉急”。按急主寒，紧亦主寒紧急二字意义相同故仲师又称脉急为脉紧，紧主于寒，除指狭义寒冷之外，犹重要者为蓄寒收引寒以坚之在广义上代表病机之收引坚藏之意，趺阳脉紧而数，乃紧数同时并見，为湿热困滯于脾，并非独指寒邪伤脾之义，至于风寒相搏是指热結中宫从而食谷則眩。

谷气不消，胃中苦濁，濁者水湿之气，水谷之气不消，化为湿热。濁气下流，小便不通，阴被其寒，热流膀胱，身体尽黃名曰黃疸。胃中濁邪下流脾被湿困轉輸失节，热流膀胱，气化不行，皆能出現小便不通，身体尽黃成为谷疸。按胃中濁热身无汗热不得越，下无溺热不得出。瘀热在里身必发黃，形成了黃疸病的机制。对于女劳疸的認識，喻氏指出，若飲食伤脾，加以房劳伤腎其症必腹滿而难治矣。仲景于女劳疸下重申其义曰腹如水狀不治，岂不深切著明乎；女劳疸，額上黑，謂身黃加以額黑也。黑为北方阴晦之色，乃加于离明之位，此必先有胃热脾寒之濁气，下流入腎益以女劳无度而后成之，其来由自非一日，……故脾中之濁气，下趋入腎，水土互显之色，但于黃中見黑滯耳，若相火从水中上炎。而合于心之君火，其势燎原，烟焰之色，先透

于額乃至微汗，亦随火而出于額，心之液且外亡矣。手足中热內伤皆然，日暮阳明用事，阳明之闔收歛一身之湿热，疾趋而下，膀胱因而告急，其小便自利，大便黑时溏又是膀胱畜血之驗。腹如水狀实非水也，正指畜血而言也，故不治，这是提到病情較严重的一种情况。

下面我們愿意着重的談一下，酒疸的問題喻氏曾指出酒为湿热之最，气归于心肺，味归于脾胃，久积之热不下行而上触，則生懊憹，痞塞中焦則不能食，其湿热之气不上行而上触則为嘔，嘔势轉横逆，偏积于周身也。伤寒論說“阳明病无汗小便不利，心中懊憹者，身必发黄”。是知热甚于內者，皆足致此，非独酒也。我們体会酒乃湿热之最甚者，嗜酒者容易产生湿热，这是形成疸症的一种成因，除此之外湿热甚于內者也是产生疸症的一种成因，我們在临床遇到的黄疸症，有的符合酒疸見証，問其飲食嗜好，极少有飲酒癖者，有多数患者不会飲酒，我們同意喻氏的观点，这是实踐中得来的，我們連想到丹溪所說“疸不分共五，同是湿热，如麴糵相似”的比物立象的意义，考造麴之法，李时珍有五月五日，六月六日或三伏日，用白面百斤，青蒿自然汁，赤小豆汁，杏仁泥……用汁和面作餅，如造醬黄法，待生黄衣晒收之。按造麴季节，当于長夏主气之时由芒种后十日到处暑后六日，計72天，其时正为少阳相火，太阴湿土主令之时。長夏季节为溽暑熏蒸之际正如五常政大論說“备化之紀……其类土……其候溽蒸，其令湿其脏脾……其应長夏。”

丹溪以比物立象的方法，說明了脾胃热湿的成因和黄疸症的发病机制，同时也助于理解谷疸酒疸命名之义，以及区别谷疸酒疸兩症的輕重程度。

前人曾有酒疸較女劳疸难治的說法，按酒疸症候中有酒热內結，心神昏乱，而作懊憹疼楚者的較严重的临床症狀，这与我們在临症中遇到的肝性昏迷前期症狀是頗为符合，我們知道酒疸出現黑色乃是肺脾之阳气尽伤，不能統領其阴血，其血日趋于敗而

变黑，是荣血腐敗之色，水谷之精气，为湿热所郁而不行。其光华之色，較为晦暗，这就反应了酒疸是难治的危候。同时启发了我們知道了遇到肝萎縮病人失血的病理机轉，人的脾胃之气应于長夏相似于自然界長夏溽暑熏蒸之时，若湿热极甚，乃为少阳相火，和太阴湿土之暑湿二气过亢，如素問气交变大論所說的“岁火太过，炎暑流行金肺受邪民病……血溢血泄”。可知湿热极甚之症势必发生金肺受邪，脉絡松濡的病理变化，回忆我們曾参加搶救数例肝昏迷及肝萎縮而失血的患者遭到失敗，在血的教訓下，取得一些經驗，当我們認眞的学习前輩著作时，受到了启示，認識到重症黄疸引起的昏迷乃至失血与无黄疸的湿热症发生瘀厥，以及其它失血症的机制有很多不同，应予分别对待。

（四）黄疸症的辨症施治，綜上所述，內伤黄疸的成因，純为脾胃湿热所致，若脾胃热多湿少，下流膀胱，則病谷疸，湿热过甚，不仅下流膀胱，而更郁于阳明，其湿热之气逆而上触則病酒疸，甚則出現危候，若脾胃热下流入腎，加之房劳伤腎，則病女劳疸，而黄疸外候身黄如桔子色，色黄而明，謂热家之黄，身黄如烟熏色黄而晦，謂之湿家之黄。黄疸症若黄疸从阴阳分之，湿热发黄，皆屬阳黄，可别湿多热少，湿少热多此二者絕少阴寒之症，假如湿热之黄轉屬寒象，犹当别論，本文重点为討論黄疸型傳染性肝炎，对阴黄寒湿发黄茲不贅述。

后世医家宗伤寒金匱之旨，本仲师辨症施治原則各有发明，茲將都潤安氏所归納之辨症論治摘录如下：

梔子大黄湯，茵陈蒿湯，大黄硝石湯，梔子柏皮湯症，其标皆見于阳明。阳明者有在經在府之分，发热汗出，懊憹皆經症也，腹滿小便不利皆腑症也，梔子大黄湯症，經多而腑少，茵陈湯蒿症有腑而无經，梔子柏皮湯症有經而无腑，大黄硝石湯症經少而腑多。

又曰梔子柏皮湯症，有外热而无里热，麻黄連召赤小豆湯，有里热而无外热，小建中湯症，小便自利，小柴胡湯症，腹滿而

嘔。小半夏湯症，小便色不变而噦，桂枝加黄芪湯症脉浮。梔子大黄湯症心中懊憹。硝石矾石散症，額上黑日晡发热，則內外有热，但头汗出齐頸而还，腹滿小便不利口渴，为茵陈蒿湯症矣。腹滿之治在大黄，內热之治在梔子，惟外腹有热，但头汗出，小便不利始为茵陈的治。

按酒疸可用下法，不可久久用之，久用必肺脾之阳气尽伤轉为黑疸。脉浮虽然可用吐法，若酒热內結，心神昏乱，而作懊憹乃痛楚者，不可久用，吐法也当慎用。考涌吐方剂，当推瓜蒂散，梔子豉湯二方。瓜蒂散主实，梔子豉湯主虛，瓜蒂吐痰食宿寒，梔豉吐虛煩客热，若湿热之甚痰而发黄，致成酒疸，恐吐剂上涌，誘导血液上逆，而发失血，从而我們認为吐剂应当慎用，或不用，喻氏对酒疸辨症施治，諄諄教导，正如得效方說，五疸之中惟酒疸辨症最多。我們在临症当中，遇到有似酒疸現象者，应当重視，慎勿忽略。

三、无黄疸型傳染性肝炎 古今医家对黄疸型肝炎的致病成因，絕大多数側重于脾胃湿热。至于无黄疸型肝炎发病初期亦多半与脾胃湿热感染經路主为邪由口鼻而入，中于膜原，李东垣氏認为脾胃內伤，以飲食不节起居不适，喜怒伤气，寒暑伤形，为主要原因，而飲食不节不單指飲食飢飽的一面，主要体現出消化道疾病，我們对无黄疸型肝炎以邪中膜原，脾胃內伤为指导思想，采用了逍遙散，解毒活血湯等方剂为临床观察，經过治疗后收到效果。至于邪中膜原，脾胃內伤，导致无黄疸型肝炎的病理机制，及与黄疸型肝炎发病机制的区别，試作如下的探討。

（一）概述对无黄疸型傳染性肝炎的一般認識：患无黄疸型傳染性肝炎的人，一般的来說很多人都有不同性質的慢性疾病，如慢性胃病，神經衰弱等，当然也有患者无其他病史，但无論其有无既往病史，而与李东垣氏所說飲食不节，起居不适喜怒伤气，寒暑伤形等几个条件都有直接关系。从中医角度来討論无黄疸型肝炎大致有二种傾向，有从肝郁气滞者，有从湿热成疸者，

大致以肝脾兩脏为主。本病临床見症，既有脾症，也有肝症，为了澄本求源，分别主次，認为討論肝炎的发病成因以及肝炎的发展轉归，我們愿意以脾为主，肝則次之但是变化中有时肝症表現突出有时則其他脏府表現突出，那就要根据具体情况，来采取具体措施。至于以脾为本的理論根据除了参考肝炎的临床症狀；我們又考虑了古人論积的辨症論点。如难經五十五难所載脾之积名曰痞气，在胃脘复大如盤，久不愈令人四肢不归，发黃疸，飲食不为肌肤……。肝之积名曰肥气，在左胁下，有头足，久不愈发咳逆瘧瘧，連岁不已……。按难經論积之說，右积屬脾，左积屬肝，与現代医学的解剖位置大相逕庭，若以"痞气"文中发"黃疸"；"肥气"文中有"瘧瘧"二症来看，又完全符合現代医学的肝脾病理变化。再考仲师治"瘧母"用别甲煎丸，謝利恒有按語曰"此症为痰挾血食結为癥瘕，伏于肝經，寒热时作，不可作癖积攻击""且别甲煎丸有虫蟻走血之药，純为入肝所設，这与枳朮湯治疗痞气"之健脾消痞截然不同，据此兩例可以为中医右积治脾，左积治肝的有力左証。按照現代医学的临床診断，肝腫而又伴有脾腫者，而中医治疗法則除了治脾之外佐活血治肝。在肝炎初期肝脏腫大有的患者在剧烈活动后，常常促使肝脏急剧增大，予以适当的安靜休养，肝腫也就很快消退，至于脾脏腫大，其改变則不如肝腫那样显著，当肝炎进入慢性阶段，肝性質轉硬，消退迟緩，彼时亦可考虑活血通絡用作佐使，此处对活血治肝略作叙述，涉及肝脏关系处，另行討論。

（二）无黃疸型傳染性肝炎的临床症狀，一般皆出現全身无力，食欲不振，上腹部不适，右季肋痛，噁心，嘔吐，腹脹，腹瀉等，亦有于初期出現上呼吸道感染症狀，发热，畏寒，头痛，咽腫等此时患者多出現肝腫，且有压痛叩击痛，有时出現脾腫，淋巴腺腫，蜘蛛痣等。而肝炎的色脉所見，据我們的体会脉象多濡洪大，或兼弦兼数，兼濇而兼弦兼数者居多，兼濇者有之，兼代者絕少；这些脉象符合东垣脾胃內伤所見脉象，蓋飲食不节，劳

逸过甚，則心脉变見于气口……故气口脉急大而濇，数时一代而濇也，心脉变見于气口是心火刑肺，其肝木挾心火之势亦来薄肺，經云"侮所不胜寡于畏"者是也。故气口脉大而濇数时一代也，濇者肺之本，脉代者元气不相接，脾胃不及之脉。洪大而数，心脉刑肺也，急者肝木挾心火而刑肺金也，我們应用心肺俱浮，腎肝俱沉，脾脉居中的切脉法則，特别在肝炎初期。患者脉象多半屬于洪大弦数，且中取时脉象較为明显。而洪大兼数兼弦者居多，兼濇者有之，兼代者絕少，我們体会脉象弦大之中兼濇代者，屬于慢性肝炎者有之，非慢性肝炎者很少出現濇代二脉。

肝炎患者，在罹病初期面色晦滯，經过休养治疗色轉明潤者，則为向愈之象，如迟迟不愈，色晦不变，則有趋向迁延可能，若色現青黑，乃脾病水侮木賊，結合脉症参考色診，应注意是否有肝硬化存在。朱丹溪謂脾色如蟹腹之黄，其脉中緩而大，所以为从，若微弦而急，色見如枳什者，岂能从乎。

上述肝炎見証，除于发病初現表症者，其余症狀，完全屬于脾胃見症即或进迁延期，也未出乎这些症狀。只有个别病例，久治不癒，形成肝硬化者，則出現腹水。查肝炎初期呈現胃腸症狀，以及发热畏寒等症，这些現象頗似邪从上受，直趋中道，病发膜原的湿热症的早期症狀，肝炎的早期症狀特别是表症往往經过治疗后消失很快，而与湿热症之发展变局兩者不同。肝炎的表症消失后，一般則皆存在全身无力食欲不振，上腹部不适，右季肋疼痛——因人而異，輕重不一的症狀。把肝炎症基本治癒或迁延型的病程观之，在罹病初期表現湿热症候，一旦拖延，又表現为肝郁气滯脾胃內伤諸象。基于以上結合中医症因脉治的論病法則，我們側重邪中膜原，脾胃內伤，作为討論肝炎的病理机制的指导思想。

（三）对傳染性肝炎黄疸型和无黄疸型的临床探討：因为脾胃湿热，而有形成黄疸症和湿热症兩类不同的轉归，在前面已叙述，为了探討这些关系，提出我們的看法如下：湿热症和黄疸症

在中医書籍里面，有專題論述，二者发病机制同为脾胃內蓄湿热，如以邪从上受，直趋中道，邪中膜原，发病初期湿热症汗出胸痞，舌白口渴不引飲，黃疸症但头汗出身无汗，齐頸而还，小便不利渴引水漿者此为瘀热在里，身內发黃。二者显然不同，至于无黃疸型肝炎我們理解也屬于湿热內蓄——邪中膜原，其与前者之区别，則为內蓄湿热較輕或受邪較淺，另一方面彼为有余此屬不足。正如天元正紀大論岐伯所說“五气之常太过不及发異也”。又曰“太过者暴，不及者徐。暴者为病甚，徐者为病持”。岐伯此論概指一切疾病之发病規律，湿热症，黃疸以及脾胃內伤，亦不越此范圍。太过者发病暴而且甚，不及者发病徐而且持，仅就黃疸型与无黃疸型二者相比。黃疸型肝炎往往发病暴而且甚无黃疸型肝炎則相反多发病徐緩，病程持續日期較長，二者的常例是前者发生危險多且在黃疸的症后，或略后一些时間，但很少有在数月或数年后者，至于后者很少在发病初期暴而且甚者，而有患者在久治不癒数月或数年后发生不良后果（見追踪資料）。古人簡短数言不仅概括了一切疾病的发病和預后更重要的是从发病暴徐，說明了疾病的太过和不及。太过者有余，不及者不足，我們理解黃疸型屬于有余，无黃疸型为不足，但有余和不足常常是互相依伏同时存在的。正如天元紀大論所說有余而往，不足隨之，不足而往，有余从之，所謂往者去也，事物在发展运动中，体現太过和不及的变化規律。例如无黃疸傳染性肝炎，在初期发病規律一般是屬不足，假如久治不愈，到末期往往出現有余，末期肝硬化腹水，就是不足之中的有余。患者气血日衰体力日下，在不足之中出現的有余，它和有余之中的不足完全相反。有余和不足，在正常情况下，也是同时存在这种变化是消息盈亏的运动的結果。前人告訴我們不能机械地对待这种变化故六微旨大論曰“化有大小期有远近”。就是說变化有大小期間有远近，要根据具体情况灵活对待，在这里也体現辨証的論点。人所以产生机体病理变化就是超越了人的机体正常的平衡性。

（四）由中药治疗观察中探討无黄疸型傳染性肝炎的机制問題：

1. 逍遙散加減方：治肝家血虛火旺，头痛目眩，頰赤口苦，倦怠煩渴，抑郁不乐，兩胁作痛寒热，小腹重墜，妇人經水不調，脉弦大而虛。赵羽皇曰，盖肝性急善怒，其气上行則順、下行則郁，郁則火动而諸病生矣。……凡此諸症何？莫非肝郁之象乎。而肝木之所以郁其說有二，一为土虛不能生木。一为血少不能养肝，肝为木气全賴土以滋培，水分灌溉若中土虛，則木升达，阳血少則不滋而枯方用白朮茯苓者，助土德以升木，以当归芍药柴血以养肝，薄荷解热，甘草和中，独柴胡一味一为厥阴之报使，一以升发諸阳，經云木郁达之，遂其曲直之性故名曰逍遙，若內热，外热感者加丹皮解肌热，炒梔清內热，此加味逍遙散之义也。

当前全国各地应用逍遙散治疗无黄疸型傳染性肝炎者报导很多，我省应用較早較多，曾有总結，而收到較滿意的效果，省中医中药研究所对逍遙散作了临床观察以經絡探查仪对用药的前后經絡进行了測定，說明以治脾为主其改变主在脾經并收到疗效的証明（該文另发）。逍遙散在中医界尽人皆知，在临床上所以有效果其道理即如前所述者。

2. 解毒活血湯：清王夢隐方，用治溫暑痧邪深入营分。凡溫暑痧邪，邪从上受直趋中道多归膜原此瘀热在里，故选用此方加減治疗黄疸性肝炎，而用于实多虛少者。

3. 补中益气湯：东垣脾胃論治飲食劳倦所伤，始为热中之方，鉄南医院用此方观察多例疗效較好其道理在前面已提到，不在贅述。

我們認为无黄疸型肝炎，是由于脾胃之气不足，脾胃屬土，土不及則已所不胜侮而乘之、已所胜輕而侮之，尅土者为木，土尅者为水，土气不足木来乘之，水来侮之。此即，至而不至，是为不及所胜妄行，所生受病所不胜乘之意。根据經文及脾胃論的

論点，理論很繁杂，在脾胃衰弱、脾家自病、当有太过不及之别，我們为了便于理解归納如下：

脾胃一伤五乱互作其始病遍身壮热，头痛目眩肢体沉重，四肢不收，怠惰嗜臥，且有飲食不节起居不时者一阴受之则入五脏、則膜滿閉塞，下如飧泄，又为腸澼故气交变論曰“岁土不及风乃大行体重腹痛，肌肉䐜酸善怒，胸胁暴痛下引少腹善太息”。又曰，土不及……其病內舍心腹外在肌肉四肢。至眞大論記有厥阴司天风淫所胜——民病胃脘当心而痛，上支兩胁，咽嗌不通，飲食不下舌本强食則嘔飧泄，腹脹濞泄藏水閉，病本于脾。上述症狀仅为脾土不足，脾症的一部分，也是无黄疸型肝炎临床常見症狀。中医認为当前的肝炎病由初期感染到末期肝硬化，其发展全程，包括湿热，脾胃內伤和膨脹的几个疾病，所說的脾胃土不及和太过，是相对的，脾土不及木来乘之，水来侮之，如是脾土和水木兩脏产生矛盾，水主于寒，木主于温，木是从所胜来者的賊邪，反应阳症热症，水是从不胜来的微邪反应，阴症寒症，医生权衡脾虚等是以四診这一辨症工具，通过四診得出八綱，权衡脾虚多少表邪微正，确定治疗方針，这就是中医的辨症施治。

我們的最后結語是，飲食失节，寒温不适則脾胃乃伤，喜怒忧恐損耗，旣脾胃气衰，元气不足，而心火独盛……心不主令，相火代之（子令母实），脾胃气虚則下流于腎，阴火得以乘位，这与金匱黄疸篇的谷气不消胃中苦濁，濁气下流，小便不通，阴被其寒，热流膀胱，身体尽黄，名曰谷疸，其病理机制兩者大同小異，仲师謂“谷气不消，胃中苦濁，濁气下流……阴被其寒，热流膀胱”。东垣則謂“脾胃气虚，則下流于腎，阴火得以乘其土位”。一屬太过邪气有余，一屬不及元气不足。有余者則制已所胜而侮所不胜，胃中苦濁……热流膀胱是土来乘水，制已所胜，肝屬于木，肝主藏血瘀热以行，热陷血分，是侮所不胜，其不及則已所不胜，侮而乘之，已所胜，輕而侮之，脾胃气虚，土气不及，阴火即相火也！（相火寄于腎水肝木）阴火乘其土位，是已

所不胜，侮而乘之，寒水侮土，是已所胜輕而侮之，东垣指火乘土位，謂之“始为热中”寒水侮土末縛寒中。

关于脾胃气虚，則下流于腎，阴火得以乘其土位，何尝不可做为无黄疸型傳染性肝炎病理机制的一种假說。

如阴盛生內寒，……厥气上逆，寒气积于胸中而不瀉，不瀉則溫气去，寒独留，則血凝泣，凝則脉不通，其脉盛大以濇，为中寒，东垣將“故中寒”轉写故曰寒中，此条經文，是东垣末傳寒中之理論根据，經文有阴盛內生寒……故中寒。中与內字充分体現脾胃中气，受寒水之侮，除指理中湯症外，我們考虑，无黄疸型傳染性肝炎久治不癒，轉为肝硬化，出現腹水，屬于寒症者，又何尝不可根据此条經文，作为肝硬化病理机制的一种假說。

由于时間及篇幅所限，本来預备附加几例典型病例及所用主要方剂，几份附表，不得不暫时省略，有机会时，另行討論。

小結

1. 本文純由中医論点探討肝炎的发病規律，我們主張肝炎辨症施治应以脾胃湿热为主，首先考虑脾其次为肝。

2. 由临床实踐中所用有效方剂，探討其治疗机轉及发病机制。

3. 我們体会黄疸与无黄疸型肝炎是脾胃湿热內瘀但有太过及不及，体現太过者暴，不及者徐，暴者为病甚，徐者为病持的論点。

4. 无黄疸型肝炎我們認为是脾胃气虚，下流于腎，阴火得以乘其土位而作为探討发病机制的根据，并推論其預后的关系。

5. 診断肝炎，除肝炎显有症狀外，对其它症狀也不可忽略，因有助于辨症施治，特别对虚实賊微四邪有参考价值，治疗大法以益土为主，达木次之，阳明湿热者，解毒逐穢，养阴方面，以养血为主滋阴次之。