

目 录

肝胃气痛与心痛方·····	(1)
芍药甘草汤及其加减治疗习惯性便秘简介·····	(8)
寒热同用——运用反治法临床实践之一·····	(12)
行止并用——运用反治法临床实践之二·····	(14)
阳痿的常见证型与治疗·····	(17)
黧黯(某些种类的黑变病)·····	(23)
口喎风(面神经麻痹)·····	(27)
对重症肌无力的认识及治疗·····	(30)
倒经(代偿性月经)·····	(34)
急性肾盂肾炎、无严重水肿及高血压症的 急性肾小球肾炎·····	(38)
痹证(一)·····	(47)
痹证(二)——类风湿性关节炎·····	(51)
慢性化脓性鼻窦炎(鼻渊)·····	(56)
阴囊湿痒、出黄汗证(或阴囊湿痒证)·····	(63)
结核性淋巴结炎——颈淋巴结结核(瘰癧)·····	(68)
多发性疖病·····	(77)
口腔粘膜扁平苔癣·····	(80)
天宦(先天性生殖器官发育不全)·····	(82)
民间流行的一首治疗哮喘效方 ——本方供医务工作者参考·····	(86)
痹证(三)——寒湿型痰注肩、腰、臂痛·····	(90)
酸枣仁汤加减方——治疗梦行(游)症的有效方剂之一·····	(94)
腺病毒肺炎——近似风温、冬温·····	(103)

肝胃气痛与心痛方

肝胃气痛是一种常见病，历年来我曾应用心痛方加减治疗过多例本病患者，取得较好效果。同时又用本方加减治疗溃疡病等疾患以及用它制止肝、胃癌患者的疼痛，也多取得较为满意的疗效。现将对肝胃气痛的初步认识及心痛方的分析和运用，介绍于下：

一、肝胃气痛的病因病机与分型、 症征、治则、转化信号

肝胃气痛是一个一般习用的病名。祖国医学上肝气的“气”，本来是指正常的肝脏升发和条畅的一种能力。肝病之后，在气分上往往出现两种相反的情况：一种是肝气太强，疏泄太过而成的肝气横逆等；另一种是肝气不及，疏泄无能而成的肝气郁结。所谓“肝胃气痛”就是指第一种情况——肝气横逆侵犯胃腑的胃脘痛。

肝胃气痛的病因病机，开始多因忧思恼怒而致肝脏作用太强，气机不和，升发失调，因而肝气横逆侵犯胃腑，胃失和降，所以经常发生胃部胀痛，这个阶段以肝气犯胃为主。继因“气有余便是火”，或因肝气久失升发条达，转化为热，而致肝胃阴亏，则入兼有“郁火、郁热”阶段。后以久痛入络，络脉损伤，以致瘀血阻滞而血行不畅，转进兼有“血瘀”阶段。

在这三个阶段里，各有特征，治疗重点也不相同。但第一、二阶段，多属实证，虚证少见；至于第三阶段则虚实均有，在其前期，实证尚多，到了后期，则虚实夹杂，或为实多虚少，或为虚多实少，证征交错同时出现。

型别、症征、治则和转化信号表

型 别	主 症	舌苔脉象	治 则	转 化 信 号
肝 气 犯 胃	胃脘胀痛（或只胀不痛），攻痛及胁，按之较舒，暖气。	苔薄白， 脉沉弦。	理气 止痛	如舌质转红，脉亦带数，则欲“化火”。
兼 有 郁 火、 郁 热	胃脘刺痛，痛势甚剧，烦躁易怒，吐酸嘈杂，口干口苦。	舌红苔黄， 脉弦数。	理气 泄热	如舌红少苔，脉弦细而数，为“热已伤阴”。
兼 有 血 瘀 (实证期)	胃脘刺痛而拒按，痛有定处，食后多痛，甚则吐血、便黑。	轻证：苔脉与“热已伤阴”同。 重证：舌质带紫、脉涩。	理气 活血 佐以 养阴	如唇白舌淡，脉象细弱；或舌质老红，脉象细数，为实转虚。

二、心痛方的药物分析及临床运用

心痛方——潘兰坪原方如下：

丹参9克 朱麦冬6克 佛手6克 砂仁1.2克 香附3克
乌药3克 元胡4.5克 川楝子4.5克

或加：檀香少许（磨汁、冲服）或加：百合，水煎服
在临床实践过程中，我对心痛方的常用剂量：

丹参 9克~18克 朱麦冬 9克~12克 佛手 9克~12克 砂仁
3克 香附 9克 乌药 9克 元胡 9克 川楝子 9克
或加：檀香（后下）3克，或加：百合 9~15克，水煎服。

（一）药物分析

肝气横逆是肝胃气痛的主要病因，它不论在本病三个阶段的哪一个阶段里，都起着主导作用，在第一阶段当然更是主因。本方的10种药物，重点即从解决主要病因——理气入手。它选用了：

香附——理气以止痛；

乌药——理气以镇痛；

川楝子——疏泄肝热、解郁止痛；

元胡——活血理气以止痛，镇静，解痉；

檀香——理气止痛，健胃；

砂仁——理气宽胸，健胃止痛；

佛手——理气止痛，健胃止呕。

这七味药，实际上已全部或大部分包括了香乌散（香附、乌药）、金铃子散（川楝子、元胡）和丹参饮（丹参、檀香、砂仁）等以理气止痛为主，兼治郁火、郁热和血瘀的三首早已行之有效的方剂。它慎重而又有选择地使用了被誉为“气病之总司”的香附；“不刚不燥”的乌药；“性不燥烈”的元胡等于一方。这样，不仅提高了理气的疗效，基本上可以避免“香燥伤阴”的弊端。

但除痛疼之外，还将会出现或已经出现的兼有郁火、郁热和血瘀的症状，逐渐转化成为主症。为了解除这些症状，本方又选用了：以补阴为主的朱麦冬、（朱砂；泻热），百合（养阴清热）及以活血为主的元胡与丹参（活血去瘀、镇

痛、降压、抗癌)。增加上述四味药物，主要是针对兼有郁火、郁热和血瘀的。

再将本方药物的“味”分析一下，有辛味的砂仁、乌药、檀香；有辛苦（或辛微苦）的元胡、香附；有辛苦酸的佛手；有苦味的丹参、川楝子；还有甘微苦的麦冬和甘淡的百合。这些，不仅符合《内经》指出治肝方面“肝欲散，急食辛以散之，用辛补之，酸泄之”。“肝欲酸”及“肝苦急，急食甘以缓之”的重要原则，也分别主次的概括了历代治肝的“疏肝以辛，清肝以苦，补肝以酸，缓肝以甘”的具体治则。

通过多年来的临床观察，本方在治疗本病上，只要灵活地把理气、补阴、活血三个重点掌握恰当，则不但疗效明显，而且也不会出现什么香燥伤阴的毛病。

（二）临床运用

1. 对本方的加减

（1）用于肝胃气痛方面：临床上最常见的，多属第一、二阶段合型或第一、三阶段合型。又多因外寒、恼怒或挟食诱发而复发。因之，照抄原方（指原方药物及其原量），效果有时并不够理想。历年来个人在使用本方上，采取了二种加减的方法：第一种，根据各阶段见症的主次、轻重，对本方药物，只作用量上的调整。偏于第一阶段者，则将理气类药酌增用量；偏于第二阶段者，就把补阴类药用量加重；偏于第三阶段者，则把活血类药适增其量。第二种，根据各阶段在寒热虚实等方面的突出见症，除个别病例外，仍以本方为主，随症加减。寒证稍露者，加吴萸，减少或去掉川楝子；热证较显者，加山栀，减少或去掉乌药、檀香；虚证将现者，加北沙参，酌减理气药；实证明显者，参照第一种加

减法进行加减；外寒诱发者，加桂枝、紫苏，减少或去掉川楝子；挟有食积者，选加莱菔子、麦芽、建曲。另外，还要注意血压偏低或有出血倾向者，丹参不宜多用；孕妇，元胡慎用；血虚内热或月经先期者，香附不宜用；脾胃虚寒及便溏有湿者，川楝子、朱麦冬、百合酌用。

（2）用于溃疡病方面：基本上仍用上述各法，如兼：吐酸偏寒者加吴茱萸，偏热者加左金丸；吐血、便黑，加三七；保护溃疡面，加白芨。

（3）用于肝、胃癌方面：一般先用上述治疗“肝胃气痛”各法止痛，继而以治癌为主，另予处方。

2. 在这里附带谈两个问题

（1）关于用药剂量大小问题。对于药物用量，有人主张宜大，有人主张宜小，历来医家意见颇不一致。个人认为：如患者虽病而脾胃基本无恙者，较大剂量尚可使用；如患脾胃疾病或因他病损及脾胃的病人，则以较小剂量为佳（若病情严重，非用较大剂量不能挽救者，亦应多次分服），利于吸收，以免脾胃负担过重，徒增刺激。

（2）关于服药时间问题。服药时间，早有食前、食后、空腹等等之分。个人认为：空腹服药，刺激较强，易致恶心、呕吐，除某些必要情况外（如服驱虫药等），一般均以饭后一小时后服药为佳。胃病患者，更应该这样。

3. 运用体会

从脏腑方面来说，肝气横逆，侵犯胃脘，引起胃痛，这是因为肝对脾胃起了疏泄作用。所以这种类型的胃痛和肝有密切关系，而不能认作单是胃本身的疾病。根据病因病机，按照“必伏其所主，而先其所因”的理论，指导临床实

践，就是说要以理气止痛为法，应用“心痛方”以理其气。所谓理者，一方面是把胃部横逆的肝气，使其泄降；另一方面又把肝部失调的气机，使其调和。这样，肝脏可以条达，升发可以正常，而病渐愈。临床观察，这类病人多能于服药后半小时疼痛逐渐减轻，以至消失。如：1968年冬我在西和县巡回医疗时期，曾有省金属公司×××同志，因怒后胃痛二日不止，连服并注射止痛药物，如颠茄、阿托品等，同时也用其他疗法，痛未能止。后来，处以本方加减，煎服一次，约半小时疼痛即减，二剂痛失。

从经络方面来说，足厥阴肝经之脉，循少腹，挟胃，布于胁肋。《内经》说：“肝病者，两胁下痛引少腹……。”因为肝脉布于胁肋，少腹属于肝经部位，肝气横逆，多从本脏本经部位开始，继则循经扩散。发病部位虽有不同，病情虽有轻重、久暂，但其病因却是一样。本方以理气为主，兼可泄热、活血，故对溃疡病（包括胃及十二指肠溃疡）使用本方加减，治疗过多例，疗效较佳；对慢性肝炎也常使用本方，能使症征渐减，肝功好转；在1960年初，我运用本方治疗一例少腹痛，多日不止的病人（本院住院患者）连服二剂，疼痛即止；近几年来，又用本方加减治疗过七、八例肝癌、胃癌患者，不仅对上腹部胀满疼痛能较快的起到止痛等作用，肝胃肿块也似有所缩小（附病历）。

再从气血方面来说，如痛经等病证，也都可用本方加减治疗。这一方面，病例不多，尚待今后继续观察和验证。

三、尾 语

肝胃气痛的病因，既然多因忧思恼怒而成，并常因

外寒、挟食，易于诱发。所以在病愈之后，患者应该注意摄生，经常参加体力劳动，以免反复发作，而造成慢性疾患。肝胃气痛发作之时，应在避免香燥伤阴的基础上，先用理气镇痛之药以止痛。痛止之后，再用滋阴柔肝之药，以固其本。这样，才可防止复发。

四、病例介绍

陈××，男性，44岁。患者近几年来，常因上腹部胀满疼痛，前往本市各医院检查诊治。1972年6月下旬以病情危重，随入××医院住院治疗。住院28天因胀痛不除，要求出院。诊断为：晚期肝硬化，肝癌，腹膜炎……。

7月30日初诊：患者右上腹剧烈刺痛，拒按，痛射右肩和背部。上腹部胀满，时有剧痛。一日强进三餐，共计不过二两，食后胀满尤甚，且感恶心，有时腹痛腹泄。身体消瘦，疲乏异常，发热，背部常有冷感。面色黯黑，掌红如朱。近百日来，阳事不兴，龟头有绿豆大小的溃疡面数处。舌尖红而少苔，脉弦而数。证属“症、积”，给清热解毒、化痰软坚之剂，二付。

8月1日复诊：药后病情无改变，胀痛如旧。患者再三要求先给解除疼痛胀满，续治余症。随以理气、化痰为主，佐以滋阴软坚。处予“心痛方”加味，嘱服二付。

8月4日遣人来告：次日将药购齐，随即煎服一付，痛即大减，又次日续服一付，基本上疼痛已失，斯日即进主食九两，食后亦无明显的腹部不适，心情顿舒，精神觉佳。愿再续服二、三付。

8月12日又诊：谓将上方连服六付，上腹胀满疼痛基本

消失。仅于二、三日间右上腹部偶感微痛一下，瞬即消失。每日约食 6—7 两。仍守原方稍事加减。

至 8 月末，在几次治疗以后，胀痛基本消失，饮食亦佳。

1973 年 3 月写

芍药甘草汤及其加减治疗 习惯性便秘简介

习惯性便秘，多属于祖国医学大便燥结证。凡阴虚血耗，火盛水亏的患者，多会导致津液不生，传道失职，渐成本证。治疗方面，固宜热者凉之，寒者温之，虚者补之，燥者润之，而养血滋阴实为治疗本证的根本原则。不可为了速效，妄用通利，重伤元气，耗散真阴，以致燥结更甚。但遇久病或重症患者，如用养血滋阴，则多缓不济急。若遂用通利，而后果又属不良。经过临床实践，证明芍药甘草汤不仅通便效果良好，且无便后燥结更甚之虞。兹谨简介如下：

一、选用芍药甘草汤治疗习惯性便秘的经过

临床上往往遇到不予灌肠（或用指掏挖），就不能自行排出粪块的病人；或在服用大量峻下药后，可暂通便 1~2 次，后又更显秘结；或屡服泻药而仍不便者。听来似乎属于“小病”，但患者却痛苦不堪。因思如何能在不伤阴、不败胃的基础上，达到较快的无不良反应的使病人大便畅通，且无便后复结的办法？经过再三思考，想到《伤寒论·太阴篇》

中“太阴为病，脉弱，其人续自便利，设当行大黄芍药者，宜减之，以其人胃气弱，易动故也。”这一条，第一把大黄芍药同时并举，都列入“减”例，第二还说明了“宜减之”的原因。我想：大黄芍药作用虽不相同，但其“易动”却是一致的。从而进一步设想，如何才能把芍药用于胃气不弱的习惯性便秘病人，使其能“动”呢？

于是，翻阅了一些关于中药的书籍。《本经》说：“芍药主邪气腹痛，除血痹，破坚积，寒热疝瘕，止痛，利小便，益气。”从其主治中，看不出有明显的通便作用，那就更谈不上用它治疗便秘，何况文中还明白的指出它有利小便的效能呢！再查《别录》，它说：芍药主治“通顺血脉，缓中，散恶血，逐贼血，去水气，利膀胱大小肠，消痈肿，时行寒热，中恶，腹痛腰痛。”这段文字里，也只提到“去水气，利膀胱大小肠”，仍然得不到用芍药治疗便秘的较为满意的答案。

反复思考，张仲景既然提出芍药“易动”，那在他的著述中，总还可以找出一些线索。于是对《伤寒论》、《金匱要略》二书中用芍药的64个处方筛选一下，比较起来，脾约麻仁丸方中之用芍药，似较突出。但该方不以芍药为主，同时又配合了其他几种泻下药物。所以，这也很难说明只以芍药为主，便可治疗便秘的这个问题。

继之又读《本经疏证》：“脾约麻仁丸，则似用芍药为下药者，盖因阴结而地道不行，得此即可通降故也。”虽然说“得此即可通降，”而因配有大黄、麻仁等药物，所以仍难使人理解到“通降”之功，首在芍药。

再读《本草经读》，“芍药，气平下降，味苦下泄而走

血，为攻下之品，非补养之物也。……气滞之病，其主之者，以苦平而泄其气也；血滞之病，其主之者，以苦平而行其血也”。（关于芍药的“味”，另文讨论。）复读《本经疏证》之“芍药能入脾开结”及“芍药合甘草以破肠胃之结”。在芍药为“攻下之品”和芍药合甘草能“破肠胃之结”（所谓结者，是指气滞、血滞；所谓攻下者，是行滞之意，滞去则气血畅而新者可生了。）的启发下，虽然个人阅读有限，未曾见过以芍药为主治疗习惯性便秘一证的先例，但根据上述中医理论的基础以及芍药的功能，分析比较，似可试治便秘。我在临床实践时，重点放在小便正常的病人。服药后，观察其通便方面，能够起到什么效果；小便方面，又会发生些什么反应。

二、处方、适应证及服法

（一）处方：生白芍24克至45克 甘草12克至15克

适应证：燥热、气滞及血虚型便秘（粪干成块，堆集肛口，虽经持久努挣，终仍不能自行排出者）。

（二）处方：生白芍24克至45克

适应证：同上证，兼血压偏高者。

（三）处方：生白芍24克至45克 阿胶（烔化）18克至30克

适应证：同上证，兼阴虚者。

以上三方，均系成人量。水煎服。一日一剂或一周一剂，以便畅为度。

本疗法对于某些疾病所引起的“症状性便秘”，如肠癌、乙状结肠狭窄，肺结核等病人之便秘症状，服后也能起到通便而不伤阴，且无便后更加明显燥结的副作用。但从远效

来说，则仍应以治疗主病为主。

三、病例简介和疑点

我是一个典型的习惯性大便燥结患者。几十年来，常被本证所困迫，后来引起痔疮、便血。虽然习以为常，思想上不太重视，但常因此导致食少及发生其他症状。每用生白芍45克、阿胶30克，煎服一次，6小时左右，即可畅便，次日或隔日续服余药，又必大便。药后便前均无不良反应，小便如常。一周一剂，可达到间日一便。后因阿胶有时短缺，改用白芍一味煎服，亦获同样效果。

1962年间，有一男孩，产于××医院，生后数日尚不大便，于第五、六日灌肠后，方开始第一次大便；直至半岁，每三日必灌肠一次，否则努挣哭号，粪便仍不能排出。后来就诊，处以生白芍9克、甘草6克，服至三剂，即可自便。续服七、八剂后，日便一次，且无努挣表现。至于小便，服药前后，并无什么改变。

多年来，根据辨证选用三方，治疗本证多例（除气虚及阴寒凝结型外），均取得预期的效果。在这些病例中，偶有兼肿胀者，因药后大便得畅而肿消者有之，但未发现一例于服药之后，大便仍然不通而尿量、尿次独现明显增多者。因此，我对《本经》只提及芍药“利小便”，却未明显谈到能通大便一点，不无疑义。当然，这与个人水平低，经验少，病例不多，观察不详，再加之个人未专用芍药以利尿为目的而去治疗水肿病人，不无关系。仅就管见提出，以供研究。

1973年3月写

寒热同用——运用反治法临床实践之一

《素问·五常政大论》：“治热以寒，温而行之。”这种治法，包括着在寒凉药中稍加温热药，作为反佐的疗法，它属于“反治法”的范畴，是热因热用法的一种。我在临床上经常使用这类方剂，治疗多种疾病，不但获得良效，而且它的配伍大多精简，基本上具有验、简、便、廉的优点，所以也就得到患者的欢迎。

一、治疗胃热（火）引起的牙痛，多用《疡医大全》二辛煎。

初步体会：本方以石膏为主，除胃热；佐以细辛，散浮火。药味虽然只有二味，却包括了“治热以寒”，直捣病巢的作用；同时又以从类相求，而运用了“火郁发之”的治则，给热（火）开辟了出路，以达到消炎镇痛的目的。这样，较之单纯使用“以寒治热”硬行扑灭的方法，更胜一筹。寒热同用的疗法，是把一寒一热两类性质、气味、功能完全不同的药物，配合同用。在相反相成中，就能取得另一种新的效果，有的还能治疗一些比较复杂的疾病。

（一）治疗方法

1. 实热（热实、脉不虚者）型：成人，一日量：内服一剂（分2—3次，饭后温服），含漱一剂（乘热频漱）。

2. 虚实夹杂（热实，脉虚者）型：成人，一日量：含漱1—1剂半（乘热频漱）。

3. 处方：生石膏（先煎）45克左右、细辛4.5克左右，

水煎二次，兑匀备用。

(二)疗效

1.多在服药一次后的三分钟左右，患者自觉病牙周围，由疼痛转为麻木，继由麻木转为酸软，后则感到基本正常。药前蹙首捂面、涕笑皆非的神情，立即转变为面有笑容，可饮可食的状态。但肿依旧。

2.继服数次，则痛除肿消。

3.重证，疗效显且快。轻证（包括重证转轻后），自感略慢。

4.只含漱者，虽也能立即见效，但不久又仍会感觉疼痛，故需频漱。

二、治疗热性鼻衄、咯血（包括支气管扩张咯血等）、吐血，我多用民间验方“大黄肉桂散”。

(一)处方及服法

生大黄 肉桂等分 共研为极细末。（孕妇忌服）

重证：每服2.4克至3克，一日二、三次，开水送服。

轻证：每服1.5克，一日二次。

(二)具体运用：这也是一个只用了一寒一热两种气味、功能完全不同的药物，配合而成的民间久已流行的有效方剂。（张锡纯曾将该方增添赭石一味，易名为秘红丹。）

“气有余即是火，血随气上”而“血以下行为顺，上出为逆”则出现衄、咯、吐血。对初起或时日较久的小、中量衄、咯、吐血患者，投以本方，疗效较高（除失血虚家外）。本方以苦寒之大黄，泻火降逆为主，但“治血之要，不外治肝”故配以辛热之肉桂，抑肝扶脾为佐，二者合用，互为制约。这样，不仅改变了它们本来的寒热和功能，同时收到新

的止血效果。更重要的是它能避免血证早用凉血、止血药，而使离经之血内阻，造成后遗之症。

1971年10月间，有一患者因支气管扩张咯血，曾在××医院住院治疗。一周后因咯血未止，自行出院。次日来门诊就诊，处以本方，嘱每服2.1克，一日三次，共给二日量。病人复诊时说：“服药五次，咯血已止。药前，每咳有血，现已两天虽咳无血。”随另处方，重点治其支气管扩张。并嘱：如再咯血，仍服上药。迨至三、四诊时，已愈20余日，再未咯血。

治疗鼻衄病例较多，吐血者较少。偶遇重证，酌加三七，或增加大黄用量，多能取得较为满意的疗效。

1973年4月写

行止并用——运用反治法临床实践之二

行止并用，可以说是反佐法之一，属于反治法——“塞因塞用”一类的一种疗法。在一个方剂中，同时使用一行一止两类功能相反的药物，表面看来，似乎矛盾。但实际上它们在相反相成的过程中，发生了另一种开合相济的新功能，而起到“通则不痛”或“化瘀活血”的疗效。我在临床上，对于瘀血头痛、眼结合膜下出血等疾患，经常运用这种疗法，把行血的红花、丹参与止血的棕炭并用为主，再随证加味，进行施治，取得较满意的止痛或化瘀疗效。

一、瘀血头痛

本证以外伤（包括脑震荡后遗症）及肝火上冲，迁延日

久，以致气行不利、络道不通而引起者占多数。患者头部常感胀闷，时觉刺痛，或发际周围以上，沉重胀痛，如压巨石。气候突变，或情志不畅，尤觉加剧。以手按之，或用冷、热外敷，不得缓解。

(一)脑震荡后遗症——头痛

×××，男，延安人。头痛4—5年，在县、地区医院及西安××医院检查并治疗过，均诊断为脑震荡后遗症——头痛。患者于数年前，曾因故摔伤头部，昏迷半天，经抢救省人事后，随感头部（头后部及巅部）胀痛，并时觉刺痛。几年来，痛无虚日，每遇情志不畅，疼痛更为加剧。1971年秋，借来兰探亲之际，前来就诊，诉以头痛如前，脉细而涩，舌质微紫。证属外伤瘀血头痛，治以本法。药用：

红花9克 丹参12克 棕炭9克 菊花12克 勾丁（后下）12克
羌活9克 藁本9克 香附12克

水煎服

复诊：连服三剂，胀痛均减。以原方略作加减，但主药（红花、丹参、棕炭）没有变更，续服6—7剂，胀痛消失。

(二)肝火上冲引起的瘀血头痛

×××，女性。头痛三年有余，经××医院检查，原因不明。诉以发际周围以上，沉重胀痛，左侧尤甚。剧痛时，则目不欲睁，性急易怒，不寐食少。气候稍冷，或心情不舒时，痛亦加剧，虽拳捶热敷，不能稍缓。脉象沉弦而数，舌尖稍红。诊为：肝火上冲，久则气行不利，络道不通，血苑于上，升降失宜而导致头痛。故稍怒则火更升，遇冷则滞（瘀）尤甚，痛随加剧。治宜重点化瘀，仍用本法，兼以平

肝，使火不再继续上冲。以红花、丹参、棕炭为主，加菊花以除热，勾丁以镇静，羌活以举之，白芍以平肝泄火。连服5—6剂，疼痛基本消失。后因外出，适逢风雪，又感微痛，恐怕复发，又来复诊。守原方，增加白芍用量，复益香附以行气。继服数剂，胀痛全愈。

二、眼结合膜下出血

1967年8月2日，我母（时年已近八旬）初感二目干涩，痒而微痛，一夜之后，突然红丝赤脉或疏或密的布满白睛，上半部色呈红紫，下半部却现深紫，右眼更甚，磨涩难睁，羞明流泪，“肉轮”正常，脉弦数。进以活血行气清热之剂，二付，不效。乃就诊于××医院，诊为结合膜下出血，并云：“已出之血不易很快消失，不如待其自行吸收。若不继续出血，半月左右可渐消失。”但患者因磨擦羞明，不能劳动，心情烦躁，颇感不安。随用“行止并用法”以通络化瘀，并止出血，佐以祛风镇静，略兼补血之品，药用：

红花6克 丹参9克 棕炭9克 菊花9克 勾丁（后下）9克
僵蚕6克 当归9克

于8月6日午后煎服一剂，次日中午瘀消强半；又进一剂，即获全愈。

三、体会和意见

这个“行止并用法”，因其相反相成起到另一种新的功效。故在某些情况下，有时用它，似比相使、相须的疗效较著。从给我母治疗结合膜下出血一证，观察到它在外感化瘀的表现，如此之快。因而联想到，对内部瘀血也会起到类似

的功效。于是，个人常用于治疗瘀血性头痛，也多获得较好的疗效。三七价值较为昂贵。为了提高疗效，减轻患者负担起见，在“化瘀、止痛”方面，如用三七时，可否以红花配棕炭代替。红花、棕炭，不但药价低廉，而且药源丰富。仅特提出，尚希进一步研讨。

1973年4月写

阳痿的常见证型与治疗

阳痿，古称阴痿。本文探讨范围：以肾虚、肝郁所致的阴茎痿缩不举为主证。若因其他疾患——如糖尿病、肥胖病等，以及外伤而引起者，在本文中不做阐述。关于早泄、精虫少、不射精等证，以后另做专题说明。

历年来，曾治疗过多例举而不坚，随举随痿，难以入房的阳痿病人，多能恢复常态。对一些经年累月痿缩不举的重证患者，经治疗后，也多有所改善。患者年龄，从20多岁到40余岁。发病情况，有突然起病，也有逐渐加重者。兼证方面，有明显者，有不明显者。婚姻史，有新婚和久婚。分析阳痿的内因与外因，局部与整体的辨证关系，对突然起病及病势渐重两类患者，抓住“在肝”、“在肾”这一关键，重点应用“疏肝”、“温肾”法则，使疗程比较缩短，疗效也较为显著提高。

根据患者不同的发病原因，产生了不同的证型，对本证的治疗，不应单纯的去治疗肾脏，而是“必伏其所主，而先其所因。”仅就个人在临床上常见的本证证型，对其病因、

证治，试作如下的分析探讨。

一、阳痿病因概述

(一)生理方面：《内经》：“足厥阴之脉，入毛中，过阴器，抵少腹”。《经脉篇》：“足厥阴结于茎”。《内经》又说：“前阴者，宗筋之所聚。”（谢观注：宗筋、阴毛中横骨上下之竖筋，即阴茎内之筋脉也。）《薛氏医案》：“阴茎属肝之经络。”这些内容，主要说明了阴茎与“肝”的密切关系。

(二)病因、病机方面：《灵枢·本神篇》：“肝悲哀动中则……阴缩（按：即阴器痿缩）”。《经筋篇》：“足厥阴之筋病阴器不用；伤于内则不起。”《尊生书》：“阳痿由命门火衰，下焦虚寒之故。”《医镜》：“老人精绝，少年失志，暑月湿热，皆令阳痿，不可误服辛热。”、“少年阳痿，有因志意不遂所致者，宜其抑郁，则阳气舒而痿立起，勿概作阳虚补火。”《类证治裁》：“故阳之痿，多由色欲竭精，斫丧太过，或思虑伤神，或恐惧伤肾，亦有湿热下注……。”上面略举一些著作，主要说明阳痿发生的原因，以及与脏腑、六淫、七情的关系。

在辨证施治过程中，经过反复分析，初步认为：“肝悲哀动中则……阴缩”、“伤于内则不起”，是本证的主要矛盾。就是说，“肝悲哀动中则……阴缩”是指肝气郁结而致的阳痿；“伤于内则不起”是指肾阳虚而致的阳痿。这肝气郁结和肾阳虚（命门火衰）便是本证的“所主”、“所因”。辨证论治时，一定要抓住这个重点，而“伏”之、“先”之。

二、阳痿的常见证型和治则

辨证施治中，针对肾阳虚和肝气郁结，选用以温肾与疏肝为主的两种治疗方法。同时根据病情发展的不同阶段，除将本证归纳为以下两个临床证型外，并各分附兼证于后。至于其他临床少见证型，暂且从略。

（一）肾阳虚型

病因病机：恣情纵欲、或常犯手淫，以致肾阴（精）亏损、肾气不固，如再继续耗伤，则阴阳两虚，而至肾阳不振（命门火衰，下元亏损）。

主症：面色不华，昏蒙无神，气短语怯，形寒肢冷，自汗，夜尿频多，便溏溺清，腰脊酸痛，腿胫酸软，阴茎之勃起，则由正常而力不足，而渐不举，终至痿缩如绵，或兼阴冷。舌淡，脉微迟弱或沉弱。

治则：温补肾阳、兼补肾阴。

兼证：较轻者，火衰不甚，只有气血虚弱见证；影响心脏者可现心肾不交见证；影响脾脏者可现脾阳衰弱见证；兼遗精者，须分梦、滑，先予调治。有炎症者，首当消炎。

（二）肝气郁结型

病因病机：郁怒（或曲意）难伸，肝失条达，气失疏泄，抑郁日久，气机不利，以阴茎属肝之经络，随痿而不举。

主症：精神抑郁，思想上似有难释的重大负担，胆怯多疑，寤寐不宁，没有或兼有轻微的肾虚见证，突然发现阳痿不起。苔薄或白，初病脉象多弦，久则肝脉沉细或弦细。

治则：劝导，说服，解除思想苦闷；疏肝解郁。

兼证：气郁化火：脉现弦数，舌红苔黄，宜兼泻火（须按涉及脏腑分治）。兼遗精者：治同上法。

三、阳痿的常见药物与方剂

（一）肾阳虚型：本型主要的常用药物，约有下列几类。临证时，可根据患者具体证征，灵活选用。

- 1.补阳：附子
- 2.补命门：淫羊藿、肉苁蓉、破故纸、鹿角胶、葫芦巴、肉桂。
- 3.壮阳道：露蜂房、蛇床子。
- 4.滋阴：熟地、山萸肉、龟板、枸杞子、菟丝子、潼蒺藜、巴戟、杜仲、牛膝。
- 5.固精：莲须、五味子。
- 6.补脾：党参、白术、山药。
- 7.补气血：紫河车、当归。
- 8.养心：远志，茯神。

（二）肝气郁结型

- 1.肝郁兼阴虚：达郁汤加味《尊生书》。柴胡、升麻、川芎、香附、刺蒺藜、桑皮、橘叶、枸杞子、菟丝子、远志、菖蒲。
- 2.肝郁兼火化：柴胡疏肝汤《统旨》。柴胡、白芍。枳壳、川芎、香附、陈皮、炙甘草、炒山栀、煨姜。

四、病例介绍

（一）肾阳虚型

×××，25岁。1965年冬初诊：主诉情窦初开之后，常

犯手淫。23岁结婚，复恣情纵欲。不久，时感阴茎勃起无力，犹不自知约束，渐至痿软如绵，数月不举。望之：面色黧黑，动辄气短，精神萎靡，寡言懒动。询知：脑海似空似木，稍事阅读，便昏昏欲睡，腰酸脊困，行动无力，手足常冰。无苔，脉迟而弱。

按：斲毁太过，阴损及阳，证属下元亏损、命门火衰。治宜温补肾阳兼及肾阴，辅以补气。所幸尚不滑泄，劝其必须节欲，嘱以半载不可同房。处以：

鹿角霜 9克 淫羊藿 12克 肉苁蓉 15克 破故纸 12克
枸杞子 12克 菟丝子 12克 山萸肉 9克 潼蒺藜 15克
九 地 12克 巴 戟 9克 杜 仲 12克 党 参 12克
制附片(先煎) 4.5克 龟 板(先煎) 12克

开水煎二次，每次煮40—50分钟。早晚饭后一小时余，各温服一次。

复诊称：“上药已服三周。最近夜半小便时，微有勃起感。”随以原方加蜂房 9克，去龟板(巴戟、山萸暂缺未用。)，嘱以仍一日一剂，连服二周。

三诊：精神好转，言语较多，并称：“腰腿酸减，昼间偶亦勃起，但大便较干，二日一行。”脉已不迟，仍现沉弱，随去附片，加紫河车。有时以糖参易党参，连服月余。

四诊称：“每夜勃起数次，白天亦常勃起，但为时较短。(每次不过5—6分钟。)”除再嘱坚持节欲外，并处以丸剂：

紫河车 45克 当 归 24克 鹿角片 15克 五味子 12克
破故纸 30克 益智仁 30克 肉苁蓉 30克 淫羊藿 30克
枸杞子 30克 胡桃肉 30克 山萸肉 30克 九 地 30克

巴戟15克 杜仲30克 肉桂12克 天冬30克

党参30克 山药30克 煅阳起石12克

研细蜜丸，每丸潮重9克。每次一丸，一日三次，开水送服。

连服三月，阳强逾前，余症多失。嘱将丸药续服二月，以固疗效。1967年冬，得一男孩；逾二年又得一女孩，子女均健壮。

(二)肝气郁结型

×××，27岁。1963年间，从广州来兰结婚。患者因工作关系，不能久离岗位，抵兰三日即结婚，詎料阳痿不起，三日如一。婚后四日，前来门诊就诊，诉以上情，并谓：

“再过一周，必返工作岗位，如病不愈，即提出离婚，云云”当时，神情急切，忧虑重重，要求四、五天内，能有效验。望其形色：面带忧虑，抑郁不乐。但精神充沛，体形壮大，步履敏捷。察其苔脉：脉沉弦，苔薄。询其病史：“平素未曾发现阳痿，婚前偶有手淫。”再经询问，知两月之前，曾因某事忧虑异常，寝食几废，达半月左右。按病起突然，且有明显肝郁病史，似属肝气郁结所致。治以疏肝解郁，察其效果。并劝慰务必排除思想苦闷，使心情舒畅。肝得条达，病可好转。处以达郁汤加味三剂，嘱日服一剂。

但患者求愈心切，不满两天，服药三剂，又来复诊。我怪其服药过多！仍给原方二剂。

三诊称：“服药四天，已有功效，惟勃起不坚，不久。”随以原方去桑皮、菖蒲，加淫羊藿、肉苁蓉、破故纸、露蜂房，续服数剂。

约两月后，患者函告：药后逐渐勃起正常，现虽多日不

服药，但情况仍很良好。

1973年5月写

黥黯（某些种类的黑变病）

黥黯，似为现代医学上黑素增加的黑变病之一。在祖国医学中，名称不一，多列入“面上杂病”类。关于病因，大都认为：“风客皮肤，痰渍脏腑，则面生黥黯。”治疗方法，除《普济方》等书载有“干柿日日食之”等少数内服方剂外，其他医籍一般记载用玉容散、七白散，或用白芷、白茯苓、真珠、白僵蚕等单味药制成粉末，早晚洗面。至于疗效，则谓“久久可以渐退”。但通过临床试用，效多不显。

随着医药知识和医疗技术的日益提高和发展，本病虽无痛痒等主观感觉，但在重视“预防为主”的今天，这个常见病早已引起人们的注意与要求治疗了。现就个人管见，略谈如下。

一、症征、性别、年龄

（一）形状及发生部位

1. 无定形，散发于面部。大小不一，小者如粟粒、赤豆，大者似莲子、芡实，或稍大些。形状不一，多呈长、斜或圆形。发生数目不等，先后也不一，更不相对称。不凹不凸，与皮肤相平。有些女性患者的形状，颇似孕妇黑胞（妊娠期黑变病）。但孕妇黑胞，发生于妊娠期；产后不予治疗，即自行逐渐消失。黥黯既不是发生于妊娠期，如不治疗

则不会自行消失。二者易于鉴别。

2. 蝶形：上起山根（两眼之间），下迄鼻准（明堂）二分之一至三分之二处，旁及二目下（目之中心线以内）与鼻准两侧。上部较窄，下部略宽，呈蝴蝶形，与皮肤也相平。

（二）颜色：初起色如尘垢，日久则似煤黑，枯暗不泽。

（三）兼证（可能是其主因之一）

1. 女性患者：多兼月经不调，或有月经不调史，或做过子宫摘除等手术。

2. 男性患者：除情志方面外，似无其他明显症状。

（四）性别：本病的发生，不分男女，但女多于男。女性患者上述两种形状皆属常见。男性患者，绝大多数都是蝶形。

（五）年龄：多发生于18岁至45岁的青壮年期。

二、病因病机

（一）面病与经络、脏腑的关系：手足六阳之经，俱会于面。故《灵枢·本输篇》说：“诸阳之会，皆在于面”。从下面上走于面者，有：手太阳（小肠）之脉，从缺盆贯颈上颊至目锐眦；手少阳（三焦）之脉，从缺盆上耳上角以屈下颊至颞；手阳明（大肠）之脉，从缺盆上颈贯颊交人中，上挟鼻孔。从面而下走至足者，有：足太阳（膀胱）之脉，起于目内眦，上额交巅上；足少阳（胆）之脉，起于目内眦，上抵头角；足阳明（胃）之脉，起于鼻，交頰中，入齿，挟口环唇，倚颊车，上耳前，过客主人。

《古今医鉴》概括的记载：“手足六阳之经，虽皆上至头，而足阳明胃之脉，起于鼻交頰中，入齿，挟口环唇，循颊车，上耳前，过客主人，维络于面上，故面病专属于胃。”

又说：“足厥阴肝经脉……循喉咙之后，上入颞颥，连目系，上出额，与督脉会于巅。其支者从目系下颊里，环唇内。”这就进一步说明“面病属胃”之外，与肝还有密切的关系。

(二)本病的病因病机：初以忧思过度，或抑郁不遂，影响情志（可能与内分泌有关，待研讨），为时日久，渐伤肝脾，气耗血虚；继则化火，血弱不华，终致火燥精滞而成本病。

三、疗法、疗效及其他

(一)治则：清热凉血，理气通络，疏肝解郁，养血健脾。

(二)方药：轻症，逍遥散加减；重症，再随症选加王旭高治肝法药物。

(三)疗效观察：“无定形”黧黯，消失较快。一般服药5—10剂，病损部分，即可由全部深黑而部分变淡，而全部消失。“蝶形”黧黯，消失较慢。一般需服药20剂以上或更多些。消失过程：好象揩擦倒在厚光纸上的墨水，开始由一片深黑色变成一块黑一块淡。继则整个病损部位，逐渐由深色变为较淡色。再后，黑色日淡，皮肤略呈粗糙。最后，与正常皮肤转变为同一色泽。不论何形黧黯，其消失之快慢，均与发病久暂无明显关系，但似与兼证有关。

(四)逍遥散等治疗肝病方药，对内分泌是否有调整功能，值得进一步观察研究。

四、病例介绍——“蝶形”黧黯

×××，女，年近四旬。1954年间以葡萄胎做过子宫摘

除手术，术后数年，体形日渐肥胖。1966年前，山根、目下、鼻准上部之间，隐约似有尘垢色黧黯数块，大小不等。后则色渐深，数渐多，形渐大，于67年初基本形成“蝶形”黧黯。逾年，颜色深黑，边缘清晰，俨然似将一只全部黑色，形状整齐的蝴蝶标本紧紧贴在面部中央。患部始终不痛不痒，与正常皮肤完全相平，除色黑枯暗外，触之稍觉皮肤粗糙似有皮屑欲脱而已。

1970年3月以本病就诊，除“蝶形”黧黯外，余无明显他症，脉弦稍数，舌微红而无苔。治以丹栀逍遥散加龙胆草（改作汤剂），嘱服4剂，一日一剂。

二诊：症征如旧。原方去当归、白术，加丹参、生地、山药，嘱服10剂。

三诊：由整齐一色的一片，变为边缘模糊的零星数块，颜色有深有浅，也不一致。去龙胆草，嘱再服10剂。

四诊：黑色均减，边缘不清。嘱以前方三剂为末，每服4.5克，一日2至3次。

五诊：患部肤色基本正常，嘱停药观察。逾年，未复发。

附：黧黯基本方

一、基本方：

柴胡9克 生（或熟）地15克 丹参15克 香附12克 茯苓12克 白术9克 （或山药18克） 炮姜1.5克

一日一剂。水煎二次，早晚饭后各温服一次。

二、常用加减药物（以下列症征消失为准，不可过剂）：

有“内热”者，视其轻重，酌加丹皮9克、生（或焦）山

梔4~9克,如兼见带下质粘色黄者,可再酌加龙胆草4~9克;有“内寒”者,选加小茴香3~6克、艾叶4~9克、吴萸3~6克。

三、服药期间,如遇感冒或月经来潮等时,均应暂时停服。

四、野豨消失时间:无兼症者,较快(约20~30天,或更快些)。兼症明显者,则慢;个别患者常需三、四个月才可消失。在基本消失时,如逢经期等,又会暂时较前显著。

1973年6月写

口喎风 (面神经麻痹)

口喎风,一般叫做口眼喎斜、歪嘴风。临床上常见的这种疾患,多突然发病,绝大多数患者既未经昏仆,又无肝阳上亢(包括高血压症)病史及现症,也没有痰的见症,如手足麻木等。病前无甚明显特征,都是在晨起洗脸时,偶然触到面部二侧感觉不同,经过照镜子或别人指出后,才发现的。病人因一侧口眼喎斜而呈现该侧面部表情动作丧失,额纹消失,不能皱眉;闭眼时睑裂不能闭合,不断流泪;鼻唇沟平坦,口角下垂,鼓腮、吹哨或说话时漏气常流口涎;语言不利,舌不灵活或歪斜,笑时喎斜更为明显等情况。根据症征来说,是颜面神经麻痹,在祖国医学上叫做口喎风,和中风病的中经络口眼喎斜一症不同。兹就管见,简介如下。

一、生理、病因、病机与分型

(一)经筋方面:《灵枢·经筋篇——马蒨等注》:“足

阳明之筋……又上于腹中，而布之以上，至于缺盆，复结于上颌，挟于口，络于目下之颧，结颧下之鼻中，其上合于足阳明经。膀胱经之筋……自睛明为目上网，下结于目下之颧。……故彼太阳为目之上网，此阳明为目之下网。……及其为病，则……上引缺盆及颊，为猝然口歪而僻，其目当不合而开。”、“足之阳明胃经、手之太阳小肠经（手太阳之筋……又其直行者，出于耳上，下结于颧上，属于目之外眦。）其筋若急，则口与目皆为喎僻，其目眦亦急，不能猝然视物。”

（二）经脉方面：足阳明胃之脉，挟口环唇。足太阳膀胱之脉，起于目内眦。根据上面的引述，我们知道口喎风的发病部位属于足阳明胃经之筋、手太阳小肠经之筋、足太阳膀胱经之筋和足阳明胃之脉、足太阳膀胱之脉等循行部位，所以说本病是这些经筋、经脉的病变之一。宗筋的功能是“主束骨而利机关”，但诸筋的营养来源，“皆由胃府之津液以濡养之”。这又说明，“阳明主润宗筋”的经筋与经脉（胃腑）的关系。由此可知口喎风的发生，除宗筋本身受邪（风寒）而致之外，与胃腑津液足否更有密切关系。也就是说，如胃之津液缺乏，不足濡养宗筋，则宗筋本身更可因此而易罹疾病。因之，发病原因及类型可分作：一为宗筋受邪；一为平素胃液不足，宗筋失养，加之偶尔再受风寒，随即诱发。至于中风病的中经络范围之内，口眼喎斜一症，多由风痰、阴虚阳亢等因所引起，不属本文讨论范畴之内。

二、治疗及疗效

（一）治疗

1. 风寒侵袭：风偏重者，张锡纯方：蜈蚣1.5克（研成极细末）、防风15克。水煎防风，取汁送服蜈蚣末1成日量，孕妇忌服）。重症一次服下，轻症分二次服。风寒重者，原方酌减防风，酌加白附子。

2. 宗筋失濡、复受风寒：原方加九地、白芍（或生地、赤芍），或加石斛、玉竹。

（二）疗效观察

1. 风偏重者，用原方连服5—6剂，多可全愈。通过临床使用，在疗效方面，本方比较内服牵正散，外敷蓖麻子均佳。

2. 风寒重者，单用原方，效果不著。

3. 胃液不足、宗筋失濡者，重在养液。临床症状消失较慢。

三、病例介绍

×××，男，年约四旬。某日晨起洗脸时，感觉右颊麻木，刷牙时张口不便，含水漱口不能鼓腮，水自流出。取镜一照，又惊又愤：口角歪斜，眼角下坠，急往××医院就诊，诊断为面神经麻痹，即予针刺并给内服药物。

月余之后，症减而未失。于1971年10月间前来门诊，右颊麻木，右目仍不能闭合，且常流泪，人中平坦，口角歪垂，说话时口喎更加明显，同时口涎随下。脉浮微紧，舌苔薄白，舌体不正。处方：防风15克，水煎取汁，一次送服全蜈蚣（研细）1.5克。一日一剂，连服三剂。

复诊：麻木感减，笑时口尚不正，闭目尚不灵活，原方加白附子6克，嘱服四剂。

三诊：口眼歪斜基本消失，泪涎亦止。嘱将上方续服三剂，一日半剂。药后症失，嘱停药观察，再未复发。

1973年6月写

对重症肌无力的认识及治疗

重症肌无力，现代医学认为是短暂性瘫痪，系由肌肉的特别容易疲劳而产生。肌肉开始收缩时尚佳，连续收缩时，则肌力渐减以至瘫痪。但略一休息后，肌力又告恢复。工作不久，又行瘫痪。早晨肌力尚佳，到下午则疲乏加剧。受损肌的变换和瘫痪程度的变动，是本病的特征。受损的肌肉有眼外肌、咽喉、咀嚼及面肌和四肢等身体其他肌肉。

祖国医学里没有这个病名。个人在临床上曾遇见过十几例本病患者，根据审症求因及辨证论治方法，在较短的时期内使患者都恢复了健康。

一、初步认识

先从经络方面探求：

《灵枢·经筋篇》：“足太阳之筋，支者为目上网。”、“足阳明之筋，上合于太阳，为目下网。”——谢观解：“网当作纲，言为目上、下之纲维，而司目之开闭者也。”、“目纲，即目弦也。”、“目弦，目胞上下之两睑边，司目胞之开阖者也。”、“目胞，两目上下外卫之包皮也。也叫目窠，目裹，俗称眼皮。”

沈金鳌：“足阳明（胃）起于鼻，而颧、而齿、而口、

而唇、而颊、而耳，凡面部所有之处，其脉俱有以维络之。”

《内经》：“足太阴脾脉……挟咽，连舌本散舌下……。”
“足少阴肾脉……循喉咙，挟舌本……。”

根据上面所引的足太阳（膀胱）、足阳明（胃）、足太阴（脾）、足少阴（肾）经的经筋、经脉部分循行部位，以及“察其所痛，左右上下，知其寒温，何经所在”的经络在诊断上的指导意义，可以知道眼外肌、咽喉、咀嚼及面肌的隶属经络，同时也就知道这些症状和经络之间的相互关系。这对推求病因，确定病位是一个非常重要的问题。

再从脏腑、气血等方面研究：

《素问·五脏生成篇》：“脾之合肉也。”

《素问·阴阳应象大论》：“（脾）在体为肉。”

沈金鳌：“上下胞属脾，脾主肌肉。”

《灵枢》：“脾藏营……脾气虚则四肢不用。”

《难经》：“其（脾）病……怠惰嗜卧，四肢不收，有是者脾也。”

沈金鳌：“脾统四脏，脾有病，必波及之。”、“脾经不运、阳明之气亦不腾，是以不能出营卫、升达上下也。”

《灵枢·大惑论》：“卫气留于阴，不得行于阳。留于阴则阴气盛，阴气盛则阳蹇满；不得入于阳，则阳气虚，故目闭也。”

杨仁斋：“气血不至，故有……胞垂……之形。”

同样，这些资料又告诉我们本病和脏腑、气血的关系，以及胞垂和“四肢等身体其他肌肉”受损的原因。

总的来说，“气之在人，和则为正，不和则为邪”，所以说“百病皆生于气。”气虽来源于脾肾，但脾胃为后天之

本，五脏皆禀气于胃，胃是五脏之本，脾胃是元气生化之源。同时，“气之为用，虚实逆顺缓急，皆能为病”，故脾胃虚衰则元气不足，元气不足则其他脏腑亦因之而虚弱。脾经之病于是丛生，甚则涉及他脏。

经络是气血循行的通路，也是疾病反映的通路。由于经络贯通人体上下内外，病邪也就凭借这种通路，由内及外，由表传里，由上而下，由下而上的传变起来。经络是按着阴阳表里来配合的，所以上述足太阳、足少阴和足阳明、足太阴等经的主要症征，也可归纳于脾肾二经。

从重症肌无力的各主症与脏腑、经络的关系分析，重点在脾，甚则及肾。审症求因：轻者则为脾气虚，或中气不足；重者则为脾阳虚或脾肾阳虚。而其致虚之由，开始多因“劳则气耗”。这是因为“阳气者烦劳则张”。在劳倦过度耗其精气之后，脾则随伤，脾伤则气亦耗而血亦虚；进一步发展则由气及阳，由脾及肾，便成重证。

二、分 型

根据病情轻重及涉及范围，可分为：中气不足型、脾阳虚衰型、脾肾阳虚型。

三、治 则 与 治 法

(一)中气不足型：宜升阳补气，以补中益气汤（加减）为主。

(二)脾阳虚衰型：宜温运中阳，兼补气血，以理中汤加补气血药为主。

(三)脾肾阳虚型：除酌用脾阳虚衰型药物外，治疗重点

却在补肾。

四、疗效观察

(一)中气不足及脾阳虚衰型：各种见症，恢复较快。

(二)脾肾阳虚型：一般症状，如肌肉疲乏，全身倦怠，少气懒言，语言低微，嚼肌乏力，吞咽无力，面肌瘫痪（面无表情）等，消失较快。惟胞垂一症，恢复较慢。

五、病例介绍

×××，女，30余岁，定西人。1966年秋，病已半载，在该县治疗未效，来兰就医。经省人民医院及兰医一院检查，均诊断为重症肌无力。

初诊：面色恍白，且无表情，目胞均垂，不能睁开；少气懒言，挣扎半晌说出一句，语声低微，当面询问听不清晰；倦怠乏力，举动艰难，稍一行动，须人扶持。每餐不到二两，却需一小时余，吃吃歇歇，再吃再歇，咀嚼馒头面条，好象咀嚼硬质食物一样，吃不到两口，牙关酸困，即无力续嚼。有时把一口馒头，或一口汤水，咽到半截，也要暂时休息才能继续咽下。月经延期，量少色淡。脉虚弱，舌淡苔薄。证属脾虚——中气不足，拟升阳补气法，药用：

生黄芪24克 当归身9克 炙甘草9克 土白术12克 陈皮6克 干姜6克 党参15克 升麻6克 柴胡6克

水煎服，一日一剂，连服四剂。

复诊：服四剂后，倦怠稍减，余证如旧，嘱再服四剂。

三诊：又服四剂后，除胞垂须用手上推，目才可睁，过2—3分钟，又复垂闭外，其余各症，均已明显好转，嘱再

服四剂。

四诊：又服四剂后，二目开阖自如，但久睁尚有乏因感，他症基本消失。嘱将原方减半，续服几剂，以资巩固。

五诊：续服6天，各症均失。来告，拟返原籍。

1973年7月写

倒 经（代偿性月经）

一、病例介绍

例一：×××，女，30岁左右，电信局干部。

倒经7、8年，已婚数载，未生育过。1961年—62年间，初诊：经行先期，每次潮前2—4天，必连续鼻衄2—3天。衄后经潮，经量极少而色不鲜，行前腹痛，腰腿酸胀，头晕胁胀，唇干口苦，脉弦数，舌苔稍黄，诊时尚衄，唯量不多。证似肝经郁火，冲脉上逆，气逆血热，血随气升，上溢而衄。治以平肝解郁，清热凉血，辅以降冲之品，药用四物汤加减，连服三剂，经行衄止，但鼻衄时日及经量多少，一如往昔。

复诊（第二月）：经前一周，恐仍鼻衄而来复诊。以牛膝24克、赭石30克引血下行，镇逆降冲为主，辅以清热等药，囑服三剂。药才服完而衄已作。又来再诊，改给养阴、平肝、凉血、降冲之剂，仍给三剂。药后又衄止经行，而经量仍少，且带有小血块。

三诊（第三月）：经期未至，即来就诊。因思“任脉通，太冲脉盛，月事以时下。”今经行先期，经前鼻衄，脉症

偏热而不属寒。且衄后而经仍行，难以虚寒或冲脉不及论治。仍从冲脉上逆、肝郁化火及阴虚火亢议处，以四物汤加减，重加牛膝、赭石，佐以桃红化瘀，嘱服3—4剂。药后鼻衄行经，均仍如旧。

本例患者先后治疗过4、5次月经周期，总以降冲为主，或辅以平肝清热，或辅以养阴，或辅以化瘀，或独用一法，或兼用数法，终以未获寸效而告结束。

例二：×××，女，24岁，未婚，兰棉厂工人。

14岁月经初潮。向来经行先后无定期，经前或经行之初时有鼻衄，而未介意。近3、4年来，每至月经周期，则经血不行而只连续鼻衄3—5天，闻系倒经，于1969年冬前来就诊。诊时衄后不及半月，唇红而干，视力不佳，脉弦细而数，无苔。宗“二阳之病发心脾……女子不月”，及月事以脾胃为主之意。治以补气生津，辅以补肾安冲，佐以下行通经之品。用加味麦门冬汤方（稍事加减），暂给三剂，嘱即日服一剂。药后约半月，月经即潮，经行4—5天，经前经初均未衄血，亦无其他不适感觉。

观察二年余，月经周期基本正常，鼻衄未再复发，仅于药后之第5、6次经期之前，鼻孔曾有过短暂时间的干燥感而已。

二、对倒经的一点认识及体会

（一）倒经，也叫逆经、月经逆行或经行吐衄。李时珍说：“女人之经，一月一行，其常也。或先或后，或通或塞，其病也。复有变常，而古人并未言及者，不可不知，有行期只吐血衄血，或眼耳出血者，是谓逆行。”

倒经的发病，多在月经周期之前2—3天，或经行初期出现有规律的衄血，连续3—4天左右，多数患者衄后经潮，但量极少，个别患者则经不再行。至于不衄而只吐血者，临床上较为少见。

(二)病因病机：“冲为血海，上隶阳明，下连少阴。”在胃肾正常时，胃气下行上镇冲气，肾气闭藏下摄冲气，上镇下摄，冲气自安，冲血也就不会上逆。如果阳明胃虚，气不下行，少阴肾虚，气不闭藏，不能镇摄冲脉，于是冲气上干，冲血随逆，上溢而为倒经。因此，可以知道，倒经这个病，表面上看来好象冲脉太盛上逆为患，其实是由胃肾之虚所致。而胃肾两虚之中，又以胃虚无力镇安为主，肾虚无权收摄为次。加之血随气逆，为时日久，上部气血日充，下部气血渐虚，虚则流行不畅，气滞血凝，以致下行之路，有所壅塞。上盛下壅，则上溢愈甚，下愈不利。因而，开始衄经并行，后则只吐、衄血而经不潮。

(三)分型及治法：阳明因虚火而逆者，宜养阴、降逆，治以加味麦门冬汤。阳明因虚寒而逆者，宜温降法，治以吴茱萸汤。

一般常见的倒经，多属阳明因虚火而逆者，个人在临床上所遇到的本病患者基本上都属此型；阳明因虚寒而逆者，则十无一二。兹将加味麦门冬汤简介于下：

张锡纯根据“经脉逆转者，宜用《金匱》麦门冬汤，芍药甘草汤加牛膝、茜草之类，兼服四乌贼骨一芦茹丸以调之……。”法，拟加味麦门冬汤方：

干寸冬（带心）15克 清半夏9克 野台参12克 生山药12克
甘草6克 生杭芍9克 丹参9克 生桃仁（带皮尖薄）6克

大枣 7 克

“月经之有无、多少、迟速及一切治疗之原委”、“专主于脾胃”因为“虽曰心生血，肝藏血，冲任督三脉俱为血海，为月信之原，而其统主则惟脾胃。”、“麦门冬汤专入阳明。阳明之脉，以下行为顺，上行为逆。冲任之脉，丽于阳明，三经主血，故本方为正治之法。”、“麦门冬汤是于大补中气以生津液之中，用半夏一味降胃安冲，再以山药代粳米补肾敛冲，加芍药、丹参、桃仁以开下行之路。”所以用本方治疗阳明因虚火而逆者倒经，药后多能吐衄即止而月经即行。

（四）治病必求其本：对于倒经的治疗法则，一个时期我曾认为《内经》“任脉通，太冲脉盛，月事以时下。”一节是治疗月经病的一个基本准绳。因思任脉不通，或冲脉不盛，则月事可能即不以时下。如冲脉过盛，则血可只上溢而不下行，单纯地认为倒经之因，关键在于冲逆，故以降冲为主，随证（如涉及肝火、心火及阴虚等）加^减以治之。临床证实，这种疗法对于轻症或可治愈（个人在临床上曾用此法也治愈过一些病人。），重症则无效验（如病例之一）。有时思及“二阳之病发心脾……女子不月。”倒经一病，虽然古人并未言及，但其疗法，在月事不来一类中，不无可寻，细思经义，兼参他籍，深觉“加味麦门冬汤”加^减，实疗倒经良方之一，随用之以治此疾。证之临床，效高且速。例二之例尚多，暂举一案，以资对比。通过这两种疗法的使用和这两个病例的疗效来研究分析，进一步认识到以降冲为主的疗法是头痛治头、见痰治痰，而“专主脾胃”疗法才是治本之道。因而更觉得凡治一病，一定要掌握好治病必求其本的重

要性了。

1973年8月写

急性肾盂肾炎、无严重水肿 及高血压症的急性肾小球肾炎

祖国医学对急性肾盂肾炎以及无严重水肿、高血压症的急性肾小球肾炎（下同）与慢性肾炎急性发作的疗法，多种多样。我常多用六味地黄汤加减施治，在较短期间，几乎全部病人不仅恶寒发热、腰痠痛、尿频、尿急、尿痛、尿道灼热及眼睑、颜面轻、中度浮肿等症，能够全愈，而且蛋白尿、脓尿或血尿等征也能同时或先后消失；愈后，大都继续作过二、三次尿常规检查，证实了这一点。但遗憾的是：暂因某些原因，多未作过尿的细菌培养。仅就管见，简述如下，请予指正。

—

急性肾盂肾炎和急性肾小球肾炎两种疾患的发病因素既不相同，临床特点也多各有其典型表现，但在尿的改变方面，虽有其区别要点，却也有其共同之点。如：前者，几乎全部病者均有不同程度的脓尿（白细胞多为+++~++++，可有白细胞管型）及轻度蛋白尿（约+~++）；后者，蛋白尿是其中常见表现之一，尿沉淀检查：有镜下血尿，白细胞数远少于红细胞数，各种管型。上述两种不同疾患的共同点，是都有蛋白尿，而尿蛋白之能否消失，则是二

者治愈的主要标准。因之，消除尿蛋白，便成了“异病同治”的焦点，也是治疗这两种疾患的关键。如能及早攻克此关，不仅他症随之而愈，更重要的是绝其向慢性转变之路，以杜后患。至于脓尿、血尿之消失，则较易易。当然，对于重度水肿或血压过高的肾炎患者，自应首先或同时积极治疗这些症征，来减轻病人痛苦，且免导致不良后果——关于这点，另文汇报。

二

肾盂肾炎是否属于祖国医学淋病范畴？暂引一些常用医籍中有关各种淋病的记载来与肾盂肾炎对比一下。

《金匱要略·消渴小便利淋》：“淋之为病，小便如粟状，小腹弦急，痛引脐中。”

《诸病源候论·淋病诸候》：“诸淋者，……小便出少起数，小腹弦急，痛引于齐。”

“石淋者，淋而出石也，……小便则茎里痛，尿不能卒出，痛引少腹，膀胱里急，沙石从小便道出，甚者塞痛令闷绝。”

“气淋者……膀胱小便（太平圣惠方：‘便’作‘腹’）皆满，尿涩常有余沥。”

“羔淋者，淋而有肥，状似羔。”

“劳淋者……尿留茎内，数起不出，引小腹痛，小便不利，劳倦即发。”

“热淋者……小便赤涩……其热甚则变尿血，亦有小便后如似小豆羹汁状者，畜作有时。”

“血淋者是热淋之甚者，则尿血。”

“寒淋者，先寒战然后尿”。

《医学入门·淋》：“淋，小便涩痛，欲去不去，不去又来，滴滴不断。”

“气淋、必（一本无必字）涩滞，余沥不尽。”

“血淋、必（一本无必字）涩痛，遇热则发。”

“石淋、溺有砂石、茎强痛甚。”

“蒸淋、血凝如羔。”

“劳淋、痛引气冲、遇劳则发，痛坠及尻。”

“热淋、暴淋痛甚。”

“冷淋、必先寒慄而后溲便涩数，窍中肿痛”。又说：

“肝经气滞有热者，用……；茎痛引胁者，用……；肠（一本无肠字）痛引腰背者，用……；虚者，用……。”

此外，如《中藏经》、《千金方》、《太平圣惠方》、《朱震亨心法》、《景岳全书》、《医学正传》、《证治要诀》、《证治准绳》、《医宗必读》、《类证治裁》、《杂病源流犀烛》、《证治汇补》、《张氏医通》、《顾松园医镜》等等，所述淋病症征，率皆类此，概不摘述。

详审上引有关各种淋病的症征，在描述排尿情况、尿的色量形状等方面，无不备至。对其疼痛部位、性质方面，也是如图如绘。如：“小腹弦急，痛引脐中”。又如：“小便则茎里痛……痛引少腹，膀胱里急……甚者塞痛令闷绝”、“引小腹痛”。再如：“小便涩痛”、“必涩痛”、“茎强痛甚”、“痛引气冲……痛坠及尻”、“暴淋痛甚”、“窍中肿痛”。可疑的是，除《医学入门》仅在本病患者兼有肝经气滞的情况（肝家茎肋刺如刀）下，只附带的泛泛的提了一句“肠痛引腰背者，磁石汤”外，所引其它医籍包括《医学

入门》，似乎都未明显的提到过腰痛或腰酸痛这一主症。但是，腰酸痛这个症状，不仅现代医学列之为主症，患者也无不诉之为主症，甚至还有不少患者在肾盂肾炎临床他症（尿检除外）消失或长或短的时间后，只以其后遗症——腰酸痛或腰痛为主症而来就诊者。这些，都充分说明了腰酸痛一症，确是肾盂肾炎主症之一，那么，在各种淋病中为什么竟不一提？是否所谓淋病也者，其范畴似不包括或不能完全包括肾盂肾炎，但却与其他泌尿系感染性疾患，则多相类似。这一点，似应再进一步的深入的来进行探讨。

三

肾盂肾炎似应属于祖国医学的腰痛和淋病范畴。它的病因病机和治疗重点，在祖国医学上应是以肾虚为本，因肾虚而涉及膀胱亦虚，以及由此而产生的内蕴湿热为标。

首先，谈谈腰痛。《内经》：“腰者肾之府，转摇不能，肾将惫矣。”这是说腰为肾之外候，诸经皆贯于肾，络于腰脊。如内伤房劳，阳气虚弱，则致腰痛。又“太阳所至为腰痛”，这是说膀胱之脉，挟脊抵腰，此经如虚则六气之邪“客”之，亦致腰痛。因其互为表里，故精耗肾衰者，其膀胱之气也就不能独足。在此气虚的基础上而后外邪才能凑之，所以后者腰痛的根本原因，不外是精气虚而邪“客”之。这也就是说本病腰痛一症的病因，是以肾虚为本，膀胱湿热为标。

其次，谈谈淋病。膀胱与肾为表里，俱主水。若饮食不节，喜怒不时，虚实不调，脏腑不和，加之六气之邪侵入的病因，而形成肾及膀胱俱虚、内蕴湿热的病机。肾虚则小便

即数，膀胱湿热则小便即涩，数而且涩，便淋漓不宣，随即出现尿急、尿频、尿痛、尿道灼热、血尿、脓尿、腹胀腰痛等症征，以及红血球、白血球、蛋白等病理物质。也许随着各种检查方法的改进，将来还会发现一些至今尚未发现的症征或病理物质。这种气虚邪凑、内蕴湿热的病因病机，即多种泌尿系感染性疾患的病因病机，当然也是肾盂肾炎的病因病机。前人对于淋病的病因，多片面的强调为膀胱湿热，这是较肤浅的辨证。只见其标，未求其本。但缪仲淳则不单纯的认为是下焦湿热，而总结为“此属肾虚兼有湿热”；顾松园更不单纯的用清热利尿法，而坚决的主张“凡治五淋，总宜以壮水滋阴渗湿分利小便为主”。这才是分清了标本，抓住了要害、体现出治病求本的原则和精神。

前面说，肾盂肾炎似不能以淋病来概括，为什么在这里却又取法于淋病的病因病机、治疗原则呢？这是因为：一、缪仲淳、顾松园对淋病的认识及治法，与前人有不同处，虽仍沿用旧名，但与肾盂肾炎似相符合；二、祖国医学中的淋病，范围颇广，涉及多种泌尿系疾患，而其大部分症征确与本病有类似之处。因此，这里也仍沿用“淋”这个病名。

再次，谈谈六味地黄汤加减方。从前，我治疗本病，也只抓下焦湿热一因，仅用清热利尿类的药物，治疗结果：对红、白血球及尿路感染症状，均可取得一定疗效；对蛋白的消除，则效果较差；对腰酸痛一症，几无效果。后来，根据上述病因病机、治疗原则和现代医学对急性肾盂肾炎、急性肾小球肾炎主症的叙述，以及个人在临证中的点滴体会，选用了以滋阴清热、利尿解毒为主的治则，拟订了六味地黄汤加减方。本方主滋肾阴兼清湿热，所以能起到水得壮、湿得

渗、热得去、毒得解的作用，而达到腰痛、尿路感染症状等症自失，红血球、白血球、蛋白等病理物质亦除的疗效。因此，本方能治本病，也可治疗无严重水肿、高血压症的急性肾炎及慢性肾炎急性发作。用之临床，结果相符，同时证实它的疗效较高，疗程较短，虽连续服用，亦无任何副作用出现，而且药源丰富，药价较廉，似可推广试用。

四

六味地黄汤加减方：

生地12克~21克 白茅根21克~30克 泽泻9克~12克 茯苓
9克~12克 山药12克~15克 山萸肉9克 独活9克 银花
21克~30克 丹皮9克~12克 车前子9克~15克 小蓟
15克~21克 连翘21克~30克 防风9克 威灵仙9克~15克

（水煎服）

加减法：

- 1.妊娠期，禁用本方；
- 2.月经期间，可去丹皮，减少生地用量；
- 3.无血尿者，去小蓟；
- 4.无恶寒者，去（或减少用量）独活、防风；
- 5.无尿急者，可减少车前子、白茅根用量；
- 6.红、白血球少者，减少银花、连翘用量；
- 7.山萸肉如暂缺时，可代以女贞子。

疗效：

- 1.急性期，连服3~5剂，寒热、尿路感染症状、肾区痛以及尿的改变或轻度浮肿等症，绝大多数患者都能先后消失。

2. 对于后遗症——腰痠痛，疗效亦著。

3. 慢性肾炎急性发作（有严重水肿、高血压症者除外）及上述二病迁延稍久者，往往须服10剂以上，症征才可好转。

※ ※ ※

通过运用六味地黄汤加减方，治疗急性肾盂肾炎、急性肾小球肾炎（严重的水肿、高血压症除外）及慢性肾炎急性发作，谈了一点关于下列三个问题的肤浅体会：①异病同治；②中西医学上的病名，不必生搬硬套，勉强“对号”；③治病必求其本。个人认为这些问题，在中医临证或中西医结合方面，似乎都是一些重要的环节！

病 例 介 绍

例一：

×××，男，47岁，干部。

1976年4月2日初诊：据述五日前以恶寒发热、恶心、尿次较频，曾往××医院就诊，给以感冒药片，并予注射青霉素；二天后，以尿频、尿急、尿道灼痛、腹胀、腰部酸困疼痛，寒热不减又往复诊，经尿检：蛋白++，红细胞++，白细胞+++，诊为急性肾盂肾炎，并予治疗。后二日，上症未失，且以尿频、尿痛难以忍耐（尿液似出不完，又似流不出来，不尿憋的不成，刚尿又热痛难耐，蹲在便盆上，腹胀腰痛不能起来）而来就诊。除上症仍存外，口干、心烦急躁、大便二、三日一行、体温38.2℃、舌边尖红、苔稍黄而腻，脉浮数而滑，证属肾阴虚而兼膀胱湿热。凡腰部酸痛、

小便频数者多属肾虚，小便涩痛则为膀胱湿热，应从肾与膀胱论治，给滋阴清热、利尿解毒之剂。处方：

生地21克 丹皮12克 茯苓12克 白茅根30克 泽泻12克
银花24克 连翘24克 威灵仙12克 防风9克 独活9克
车前子（布包）15克

水煎服，嘱服二剂，一日一剂。

复诊：服后，恶寒消失，余症亦减。原方去独活、防风，嘱服三剂。

三诊：尿检正常，腰已不痛尚感痠困，余症基本消失。随将原方略予增损：

生地15克 白茅根21克 茯苓9克 泽泻9克 山药12克
威灵仙10克 银花15克 连翘15克 丹皮9克 车前子
（布包）12克

嘱服三剂，并应再作1～2次尿常规检查。

月余之后，伴其爱人来诊，告以药后症除，又先后作过二次尿检，均为正常。

例二：

×××，男，43岁，干部。

1976年3～4月间，以急性肾小球肾炎在本市××医院住院治疗过40天，出院时尿检：蛋白+，红血球5～7/每高倍视野，白血球3～5/每高倍视野；腰痛，腹胀，颜面、手及下肢肿胀，微有尿急、尿道热感而小便不利、头昏、倦怠。有肝炎史，时觉右胁下痛，引及胃脘。6月11日以上症未愈来诊，血压正常，体温37℃，脉弦细稍数，舌淡红苔少。患者旧病肝炎，新罹肾炎，肝肾固属同源，急者应予先治，故暂给六味地黄汤加减，重点治其肾虚膀胱湿热之证。药用：

生地18克 山药15克 丹皮12克 白茅根30克 泽泻12克
茯苓12克 防风9克 车前子15克 银花21克 连翘21克
独活9克 威灵仙12克

水煎服、嘱服五剂。

复诊：连服五剂，腰已不痛，尿急热感亦失，头昏、倦怠未减，肿胀犹存；尿检：蛋白微量，脓血球0～2/每高倍视野。上方去独活、防风，嘱续服五剂。

三诊：颜面等处已不浮肿，尚有胀感；倦怠，头昏仍未稍减；尿检：蛋白极微量。即将上方银花、连翘、车前子、白茅根用量酌减，仍给五剂。

四诊：药后，因外出工作，停药月余。近来右胁(肝区)痛，痛扯右背，右肩酸困，稍劳则感乏甚；肝功检查：G.P.T.260单位；尿检：未见异常。随改治肝之剂，并嘱再作尿检。后作二次尿检，均正常。

例三：

建××，男，44岁，工程师。

患者于1968年6月上旬，以腰痛久治不愈来诊。据述五、六年前曾患急性肾炎，经治疗后遗有头昏、疲乏、腰部酸痛等症。常因腰痛影响工作、睡眠；并在劳累或感冒时，眼睑、颜面即感肿胀；尿检多为：蛋白+～++，红血球6～10/每高倍视野，白血球3～5/每高倍视野。近年来屡经断续治疗，上症多可消失，惟腰痛及蛋白尿终未能除。诊时，仍感头昏、疲乏、不耐久劳，眼睑浮肿，腰部酸痛，膝困腿软，小便短赤，并带有两天前作的尿常规检查：蛋白++，红血球5～7/每高倍视野，白血球0～3/每高倍视野，舌红苔薄黄微腻，脉细数。头部昏闷，腰痛腿困，稍劳

则倦，均属肾阴亏虚；脸肿小便短赤则为湿热久蕴。病程虽久，基点仍在肾与膀胱，还须滋阴为主，辅以清热利湿。药用：

生地18克 山药15克 丹皮9克 桑寄生12克 泽泻12克
川断18克 杜仲9克 白茅根18克 银花15克 连翘15克
苡仁18克 威灵仙12克 茯苓12克 牛膝9克
水煎服，嘱服三剂。

复诊：患者自称“服药三剂、腰即不痛。我想几年腰痛，岂能愈于三剂中药？但停药一周，仍不觉痛。”以余症虽减而犹未失，嘱将原方续服十剂。

三诊：尿检：蛋白微量。原方去威灵仙、白茅根，嘱服五剂。

四诊：除有时尚感头昏、疲乏外，其它症征完全消失；尿检正常。又去银花、连翘，再服五剂。嗣后又经两次尿常规检查，均属正常。

1976年10月写

痹 证 (一)

一、病 因

《素问·痹论》：“风寒湿三气杂至，合而为痹也。其风气胜者为行痹，寒气胜者为痛痹，湿气胜者为着痹。”《宣明五气篇》：“邪入于阴则痹”。《灵枢·寿夭刚柔篇》：“病……在阴者名曰痹”。上述材料根据三邪的轻重，分为：风胜，寒胜，湿胜；按其症状又分为：行痹（风性善行），

痛痹（寒主收急），着痹（湿主重滞）。关于如何导致发病方面，它首先说明自然界的各种致病因素，如六淫等，对人体的侵袭，固然有着重要意义，但它们能否导致发病，还要取决于机体内在的情况，即机体的抗病力的强弱，也就是人体的虚实。“风雨寒热，不得虚，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。”（《灵枢·百病始生篇》语）。其次，具体指出痹证为风寒湿三气互相杂合，非可分属的在人体真阴衰弱，精血亏损的基础上，乘虚而入，侵及阴分，以致经络闭塞，血气不流的一种疾患。因之，可以说，其致病的主要因素是内因——真阴衰弱，次要因素是外因——风、寒、湿邪。至于被邪侵袭的要害处所，则在“阴分”。

二、发展规律及预后

为了进一步说明邪（病情）的转变，是由表及里，由浅入深，又按照病之所在、病之所属及其转变规律将风寒湿三气所致之行痹、痛痹、着痹，分为五痹，并列举特征，另予命名，以示转归。《痹论》：“皮痹不已，复感于邪，内舍于肺”而为“肺痹”，烦满喘呕；“脉痹不已，复感于邪，内舍于心”而为“心痹”，烦心上气，噤于善噫；“肌痹不已，复感于邪，内舍于脾”而为“脾痹”，四肢懈惰、呕汗否塞；“筋痹不已，复感于邪，内舍于肝”而为“肝痹”，夜卧则惊，多饮数溲；“骨痹不已，复感于邪，内舍于肾”而为“肾痹”，足挛不能伸而尻以代踵，身傴不能直而脊以代头。所谓皮痹、脉痹、肌痹、筋痹、骨痹者，是指邪之所中的躯壳之间的五种表浅部位，即病之所在；肺痹、心痹、脾痹、肝

痹、肾痹者，是指五脏各有“合病”，久而不去，便内舍于其所合，并非病邪径入五脏，即病之所属。这是说明本证的发展规律，不是说在行、痛、着三痹之外，另有皮、脉、肌、筋、骨五种痹证。这种病情的发展，也予示了本证的预后。它告诉我们对于本证应早预防，早发现，早治疗。如果发展到五脏之痹的症状明显出现后的阶段，就不易治愈了，即所谓“在皮肤者轻，在筋骨者甚，在脏腑者更甚。”《痹论》里也明确指示：“其入脏者‘死’（难治之意），其留连筋骨间者疼久，其留皮肤间者易已”。另外，在临证中，古人还留有许多宝贵经验，如“大抵痹而知痛知痒者易治，不痛不痒者难医”等等，足供参考。

三、分 类

据上所述，我们对于本证便有较为具体的认识和治法了。但历代医家似乎为了更易掌握病情及疗法，又将痹证按其症征，分别命名，以致名目繁多，莫衷一是。到了清代，医者有鉴于此，又复归纳为三大类，并将后世习用名称摘要归类：“行痹者，行而不定，世称走注疼痛之类，俗名流火是也；痛痹者，疼痛苦楚，世称痛风，白虎历节是也；着痹者，重着不移，世称麻木不仁之类是也”。顾松园根据实践经验认为，痹证分为行、痛、着三类，不符合临床实际，又依《内经》“热痹”及丹溪之法，补充了“邪郁病久，风变为火，寒变为热，湿变为痰”的痹证变症。至此，祖国医学在痹证的病因病机、分类(分型)、辨证论治等方面的认识和实践，更加全面和丰富了，而且这些分类到了今天在临床上仍起着必不可少的指导作用。

四、治 则

(一)以风寒湿三邪为主因者，宜用李士材法——“治行痹者，散风为主，御寒利湿，仍不可废，大抵参以补血之剂，盖治风先治血，血行风自灭也；治痛痹者，散寒为主，疏风燥湿，仍不可缺，大抵参以补火之剂，非大辛大温，不能释其凝寒为害也；治着痹者，利湿为主，祛风解寒，亦不可缺，大抵参以补脾、补气之剂，盖土强可以胜湿，而气足自无顽麻也”。

(二)若“邪郁病久，风变为火，寒变为热，湿变为痰”者，却宜用顾松园法——“通经活血，疏散邪滞剂中参以降火、清热、豁痰之品”。

(三)至于“真阴衰弱，精血亏损”明显的患者，则宜用张景岳法——“峻补真阴，使血气流行，则寒邪随去，若过用风湿痰滞等药，而再伤阴气，必反增其病矣。”

总之，痹证的治疗原则，重点在于“阴分”。以上所举，仅其大要。

※

※

※

本证范围很广，包括现代医学的风湿性关节炎、类风湿性关节炎、坐骨神经痛等多种疾患。对于这些疾病的治疗，另行分别介绍。限于个人水平，遗误实多，请予补正。

1976年11月写

痹 证 (二)

——类风湿性关节炎

一

类风湿性关节炎，属于自身免疫性慢性关节炎，是一种常见的慢性关节疾病。以好发于骶髂和手足小关节为特征。

本病多起病缓慢，且多从手，足小关节，尤其是近端指关节开始发生疼痛、肿胀，并形成对称性梭形指，继而向上发展，全身关节均可受累。关节症状在初发时，呈游走性，与风湿性关节炎相似，渐变为慢性固定性。在关节炎反复发作后，终致发生畸形与强直。少数患者在腕、肘、指部伸侧等处，出现花生米大、质硬、持续日久的皮下小结。

类风湿性关节炎属于祖国医学痹证范畴，与痛痹——邪郁病久，寒变为热类，尤为近似。痛痹，后世叫做痛风，也称做白虎历节风。

二

上古时候，人们多患外感，所以《内经》说，三气合而为痹；后世的人多患内伤，气血亏损，湿痰阴火（即肾火），流滞经络，以致气血凝滞，津液稽留，久而怫郁坚牢，营卫之气阻碍难行，正邪相搏，作痛不止，或在四肢，或客腰背。但痰火虽是内因七情六欲，或病后亡津、血热沸腾，亦必略感外邪而后发动；风湿虽是外因涉冷坐湿，当风取凉，体虚肤空，掩护不谨，然亦必血热而后才能凝滞污浊。由此可知，

痛痹的最根本原因多属血虚，血虚然后寒热才得侵犯。有些患者筋脉拘滞，伸缩不利，是因血虚血燥所致；有遇风雨阴晦而疼痛加剧者，是阴邪侮阳之象；有得暖遇热而痛甚者，是湿热伤阴之火证的表现。阴虚患者，夜间痛重；气虚患者，白天痛剧；而且湿多则肿、热多则痛。所以，疼痛多属痰火为患，肿胀多为风湿的象征。

三

主要症征：手指挛曲，身体痠痿（块瘰），其肿如脱，渐至摧落，其痛如掣，不得屈伸。或肢节肿痛，不可屈伸；或走注刺痛，其痛处或肿或红；或筋脉拘挛，屈伸不得；或骨节痛极，久则手足蹇挛；或病至晚期成为尻以代踵，脊以代头。

四

关于治则、用药等方面应注意的几点：

如上所述，本病是在血虚、血热的基础上感受外邪而成。所以在治疗原则和用药重点上，也与一般以风寒湿为主的痹证有所不同。

（一）发表不远热：《内经》既指出，“寒气胜者为痛痹”；又指出，“凡伤于寒者皆为热病”。那么，治疗痛痹（主要指类风湿性关节炎），对于热性药物究应如何使用？《金匱》根据“发表不远热”的原则，对于治疗本病使用附子，乌头时，必将它们加入于表散药中，与桂枝，麻黄等药合用。这样，附子，乌头便协同桂枝，麻黄等，而起到温散作用。但这种治则，只可在本病初起，关节呈现游走性疼痛，

而血虚、血热不甚明显的情况下，可暂使用。

（二）湿胜患者可否使用热燥药物？

对于较轻的湿胜病人，在以燥湿为主要目的时，也可酌用性热而燥之药物。它虽不能养阴，但可以燥轻浅的湿病。因为湿痰得燥则开，热血得热可行，辨证使用，也可取效。但对于病深血虚的患者，此类药物则应禁忌。因愈劫而体愈虚，病也就愈深了。

（三）通阳气、行营卫：痹证之成，不是未感风邪，但因风入阴分，与寒湿互结，扰乱血脉，而致身中之阳不通于阴。所以麻黄，白芷等药，在这种情况下，也不可不用。因为麻黄能够通阳气，白芷又能行营卫的缘故。使用它们的目的，不是为了发表。因之，常把它们或与四君子汤同用，或与四物汤合用，以冀起到通阳气，行营卫的作用。

（四）血虚内热，不宜辛热：

如系因血虚炽盛而致的内热，就是在病初须用表散药时，也不能用辛热之品，可按治疗温热病的表法来进行施治。

（五）一些禁忌药物及疗法：本病初起，骤用参芪归地，则气血滞而邪郁，不可使用。攻里之药，皆属苦寒，用之则阳愈不通，病更深入。因之，攻里之法，绝少使用。

（六）本病治疗大法：《医学正传》：“此病必行气，流湿，舒风，导滞血，补新血，降阳升阴。治有先后，须分肿与不肿可也。”这种治则，对于本病，似较为宜。

五

在临床上，对于本病，个人根据血虚、血热为主，湿热风痰为次的病因及补血导滞、行气流湿，佐以舒风，并调阴

阳的治则，拟订下方——姑名之为“类风湿性关节炎方”用之临床，疗效尚属满意。

处方：

鸡血藤18克~24克 生地18克~30克 防风9克 乳香9克
益母草12克~18克 白芍15克~18克 秦艽9克 没药9克
威灵仙12克 独活9克 防己12克

水煎服

加减：肿胀明显者，减少生地用量，酌加祛痰之品，如胆南星，白芥子等。服药后胃有不适感或恶心者，去没药。月经期、妊娠期酌用。

疗效：连服五至十剂，绝大部分病人关节疼痛症状即可缓解。血沉高者，类风湿因子检查阳性者，继续服用，也能正常。

附言：

（一）鸡血藤（鸡血藤胶疗效更好）：

赵学敏说：“可治血症，大补气血”，治“气血虚弱，手足麻木，瘫痪”，“治风痛湿痹，性活血舒筋……治跌打如神，其性捷能走血分”，“最活血……治风瘫，痹痛有效”。

（二）益母草：贾九如说：“活血行气，而不推荡，使气血流通，以除凝滞，大有益于阴分”，“用之疏滞气，即所以养真气；用之行瘀血，即所以生新血”。黄宫繡说：“味辛，则于风可散，血可活；味苦，则于瘀可消，结可除；加以气寒，则于热可疗”。李时珍更指出：“其根茎花叶专于行”。

病例介绍

冯××，女，26岁，毛纺厂工人。

患者以两手指关节游走性疼痛，两手第二、三近端指关节梭形肿大，腰及骶髂疼痛强直，近二、三年来，屡经本市××医院等检查治疗，均诊为：类风湿性关节炎（血沉、类风湿因子的血清反应等检查，因记录不全，从略）。

1973年冬初诊：腰及骶髂部经常疼痛，日夜无明显差异，并感腰部强直，屈伸不利。因仍坚持工作，故将阿司匹林、保太松，强的松等药，随身常带。疼痛难忍时，及时加服，但仍不能缓解；偶遇感冒或风雨天阴，则痛立剧。腕部、踝部，有质硬的皮下小结几枚。呈消瘦，贫血病容，口干，大便多干，嗜凉饮、水果。脉沉细弱而较数，苔微淡黄。因思证现血虚而热不太著，暂给蠲痹汤加减三剂，以观疗效。

复诊：药后病情无所改变，腰骶疼痛如旧。遂据拟订“类风湿性关节炎方”的病因及治则，改予：

生地15克 益母草15克 独活9克 防风9克
威灵仙12克 秦艽9克 白芍15克 鸡血藤18克
川断12克 金毛狗脊12克

三剂

三诊：服后疼痛大减，随给“类风湿性关节炎方”六剂。

四诊：疼痛大减，腰部亦感灵活，各种止痛药片均已停用。再予原方六剂。

五诊：约三周之后，又来复诊，高兴地说：“近日虽下了二天雪，又加感冒了几天，但腰骶部始终未痛，想再吃几剂，巩固巩固。”遂又再给原方六剂，并嘱有关预防事项几点，以防复发。后逾二年，闻未复发。

1977年1月写

慢性化脓性鼻窦炎（鼻渊）

慢性化脓性鼻窦炎是一种常见病，其中慢性上颌窦炎发病率最高，筛窦炎次之，慢性额窦炎及蝶窦炎则极少见。本病多由急性鼻窦炎转变而成，或因齿源性感染而致，也有因鼻腔疾患（如鼻息肉、鼻中甲肥大、鼻中隔偏曲等）诱发的。主要症状有：单侧或双侧鼻腔时流脓性鼻涕，若带腥臭味，则多为慢性上颌窦炎；轻重不等的鼻塞；如为慢性筛窦炎则嗅觉明显减退；头痛少见，部分病人有头胀、头闷感；还有部分病人有记忆力减退或精神不集中等症。根据这些症征来看，本病属于祖国医学鼻渊范畴。

鼻渊这个病名，最初见于《内经》。“胆移热于脑，则辛頞鼻渊……传为衄蔑瞑目，故得之气厥也。”这是《素问·气厥论》六腑移热之一。所谓六腑移热，是胞移热于膀胱（类经注：胞，子宫也，在男则为精室，在女则为血室）；膀胱移热于小肠；小肠移热于大肠；大肠移热于胃；胃移热于胆；胆移热于脑。这六腑包括了胞、膀胱、小肠、大肠、胃、胆、脑七个腑，它兼有《素问·金匱真言论》“六腑”（胆、胃、大肠、小肠、膀胱、三焦）和《素问·五脏别论》“奇恒之腑”（脑、髓、骨、脉、胆、女子胞）的各一部分。由此可见，在《内经》时期，对于六腑的具体内容，意见尚不完全一致。后世医者对于胆热是通过什么途径而移于脑的这个问题，有不同的见解：认为与经络有关者，如：

王冰：“足太阳（膀胱）脉起于目内眦，上额交巅，上入络脑。足阳明（胃）脉，起于鼻交頞中，旁约太阳之脉。

今脑热，则足太阳逆与阳明之脉，俱盛薄于额中，故鼻頰辛也。足阳明脉交頰中，旁约太阳之脉，故尔”。

马蒔：“胆（足少阳）脉起于目锐眦，上抵头角，下耳后，凡脑后之穴，曲折布绕，故胆移热于脑，则辛頰鼻渊”。

《景岳全书》：“鼻为肺窍……然其经络所至，专属阳明，自山根以上则连太阳、督脉，以通于脑，故此数经之病，皆能及之。……鼻渊证，总由太阳、督脉之火甚者，上连于脑而津津不已”。

这几种解释，都认为胆移热于脑是由经络（即足太阳膀胱脉、足阳明胃脉、足少阳胆脉、督脉）循行路线而转移的。

认为与经络无关者，如：

张隐菴：“胞、胆、脑、髓，奇恒之府也……论奇恒之府相传者，谓胆与脑、胞与膀胱，无经络之相通，乃热邪在气而气相乘也”。

杨元如：“肾主藏精而居下，脑为精髓之海而居上，胆者中精之府也。三者并主藏精，精气相通，故胆邪移入于脑”。

倪冲之：“少阳属肾，胆气通于脑，脑髓通于肾，是精气之上下循环”。

这些解释，否定了经络移热之说，基本上都认为胆热之所以能够移于脑，是通过精气循环的途径。按“鼻渊……得之气厥”及“胆与脑，无经络之相通”来看，后一种解释，或似符合实际。

一、病因

《素问·气厥论》：“胆移热于脑，则辛頰鼻渊”。

张隐菴：“……乃热邪在气而气相乘也”。

《杂病源流犀烛》：“鼻渊者……由风寒凝入脑户，与太阳湿热交蒸而成；或饮酒多而热炽，风邪乘之，风热郁不散而成”。

《张氏医通》：“鼻渊……要皆阳明伏火，或膈上有浊痰湿热所致”。

李时珍：“鼻渊……是脑受风热；脑崩臭秽是下虚”。

《景岳全书》：“鼻渊证，总由太阳、督脉之火甚者上连于脑。”、“此证多因酒醴肥甘、或久用热物，或火由寒郁，以致湿热上熏。”、“凡鼻渊虽为热证，然流渗既久者，即火邪已去，流亦不止，以液道不能扃固也，故新病者多由于热，久病者未必尽为热证”。

《医学入门》：“鼻渊久甚不愈者，非心血亏，则肾水少”。

历代医家，对于本病病因，虽有“移热于脑”、“热邪在气”、“风寒湿热交蒸”、“风热郁不散”、“湿热上熏”、“阳明伏火、或膈上有浊痰湿热”……及“新病者多由于热，久病者未必尽为热证”、“久甚不愈者，非心血亏，则肾水少”的火热湿痰之分，新久虚实之别。但都一致认为热或火是其主因，即部分久病患者也多属于虚热之类的范围。

二、症 征

《素问·气厥论》：“鼻渊者，浊涕下不止也，传为衄蔑瞑目”。

《景岳全书》：“此证……津汁溶溢而下，离经腐败，

有作臭者，有大臭不堪闻者。”、“漏泄既多，伤其髓海，……多见头脑隐痛及眩运不宁等症”。

《杂病源流犀烛》：“其证鼻流浊涕，或稠涕若脓血，腥臭难闻，或流黄水，长湿无干，久必头眩，虚运不已”。

以上所描述的新久鼻渊的主要症征，无一不与现代医学慢性化脓性鼻窦炎相似，至于“鼻塞”、“嗅觉减退”，在祖国医学鼻病中，另有专证叙述，以其非鼻渊之特征，故未赘述。

三、治 则

《景岳全书》：鼻渊“此炎上之火，而治兼辛散（指古法有用苍耳散者等），有所不宜，故多不见效；莫若但清阴火，而兼以滋阴，久之自宁。”、“气虚于上，多见头脑隐痛及眩运不宁等症，此非补阳不可”。

《医学入门》：“久宜养血补肾真——养血则血生而火自降，补肾则水升而金自清”。

这里分别指出：治疗鼻渊，但清阴火，兼以滋阴，或养血、补肾。治疗鼻渊之气虚者，则须补阳两种法则。同时，还在临证实践中证明了古用辛散法的不效及其原因。这一点，足以证明他们不是无选择性的泥于古法，迷信古人，而是具有能够打破不适用的旧常规，敢于创新的精神，也体现出祖国医学的不断前进和发展。

四、预 后

《景岳全书》：“但此证（鼻渊）一见，即宜节戒早治，久则甚难为力也。”这更说明古人对于早发现，早治疗

的重视及其重要性了。

五、临证运用

本病可分为二型：即内火上炎型，临床常见的多属此型；气（阳）虚型，比较少见。我对本病内火上炎型的治疗，是根据下列几法，参照具体病情来进行组方遣药。

《素问·至真要大论》：“高者抑之”。高是指向上冲逆的症候，抑是降抑作用。如前所述，本病主要病因是热邪向上冲逆，因之“高者抑之”一法，实为治疗本病内火上炎型的总则。所以，重点选用生地15克~24克、丹皮9克~12克、赤芍9克为主药，即清阴火、兼以滋阴，养血补肾之意。

其次，本病主因既是热或火，所以除“抑之”之外，清热（或火）便是治疗的唯一中心。《至真要大论》告诉我们：“热者寒之”，但热证有表热、里热、虚热、实热等不同。实热属于表的用辛凉解表透邪，属于里的用清法；虚热用滋阴退热或甘温除大热等法。在治疗本病方面，对里热、实热偏重者，选用黄芩、山栀、黄连、黄柏（寒凉之品，不可过用，免生他病）；偏虚热或兼表热者，可用白茅根、银花、连翘、知母，如兼心火，须酌加灯芯、竹叶、麦冬之类。

再次，本病患者因素内热炽盛，稍遇风寒，即罹感冒，故《至真要大论》所指的“客者除之”一法，在治疗本病的过程中，也常须配合使用。客，指外来邪气。外邪有风、寒、暑、湿、燥、火、饮食积滞等等，治法有祛风、祛寒、清暑、祛湿、润燥、清火、消导等法。除火及清火法，上面

已谈过外。对于其他外邪，特别是风、寒等邪，在治疗中常会出现偏风或风热者，加荆芥穗、菊花、桑叶；偶感风寒者，羌活之类也须酌加。

还有，鼻为肺窍。本病病位在鼻，故泻肺热法，也是治疗本病的重要一环。桑白皮，甘辛而寒，应予重用久用。

他如排脓一法，虽属治标，但在脓涕连连，腥臭难闻，有碍呼吸、说话、睡眠之时，也得酌用，以减病人的痛苦。苡仁、连翘、桔梗等，可以选用；至于苍耳子虽能祛风散湿，但其性温，不可过服。

以上所举，仅其大要，试之临床，尚属有效。

病例介绍

例一：

×××，女，成，××文工团。

1963年夏初诊：近四、五年来，因鼻塞时流脓涕，声音异常，不便歌唱，曾经××医院等治疗，诊为慢性上颌窦炎，先后穿刺冲洗过20多次。来诊时，涕呈脓性，每隔二、三天，即从一侧或双侧鼻腔内擤出状如两端被剪掉的花生外壳，长约半寸余，粗似小指的管状黄色脓性腥臭鼻涕干痂，外粘内干，有时带血；鼻塞，说话声音俨如重感冒之状。因久不愈，现已改业为图书管理员。常感头部闷闷不清，喜凉恶热，热则昏昏欲睡。苔薄黄，舌边尖红，脉浮弦而数。证属内火上炎，肺心之热尤甚，宗“高者抑之”法，予清火滋阴，兼以排脓之剂。

处方：

生地18克 丹皮12克 赤芍9克 黄芩9克 白茅根21克

银花18克 连翘18克 桔梗12克 桑白皮18克 苍耳子9克
灯芯1.5克 竹叶9克 川连3克

水煎服（四剂）

复诊：脓涕大减，原方去苍耳子，加苡仁30克，再给四剂。

三诊：管状脓涕干痂已无，涕变白色，但质仍粘，已无腥臭味。原方仍去苍耳子，再去川连，仍加苡仁30克，再加山梔9克，嘱服四剂。

四诊：涕清，量亦很少，除头部仍有闷感外，余症基本消失。嘱再取四剂，两日煎服一剂，共服八天。药后数月，来诊他病，询及前疾，知未复犯。

例二：

×××，女，成，××歌剧团演员。

1975年4月下旬初诊：73年前以鼻流腥臭脓涕，鼻塞，音哑，屡经××医院等门诊及住院治疗，诊为慢性上颌窦炎，鼻中隔偏曲。73年住院时曾作过上颌窦穿刺冲洗术十余次，疗效欠佳，建议手术治疗，因不同意而出院。来诊时，虽常用血管收缩剂滴鼻，但仍因鼻塞而影响睡眠，语音犹如感冒之状，脓涕时流且味腥臭。不论冬夏，虽特加注意，仍常感冒。一遇感冒，上症立即加重。因不能练功、歌唱，已改业为打字员。口干喜生冷，粪呈块状，苔黄，脉数有力。此系鼻渊。病起感冒，火由寒郁，久则湿热上熏，津液溶溢，流通不畅，稽留腐败，遂涕脓腥臭，鼻塞如堵。素因内热炽盛，故稍遇风寒，或夏月乘凉，即又导致感冒。又因屡再反复，病情自亦与之俱增。内热不除，病无愈日。但病重且久，非苦寒之品所能独胜其任，更非辛散之物可以用武之

地，惟宜以养血补肾法治之，即所谓“养血则血生而火自降、补肾则阴升而肺自清”。

处方：

生地21克 丹皮12克 赤芍9克 菊花15克 桑白皮15克
桑叶12克 黄芩9克 山栀9克 连翘15克 荆芥穗9克
苡仁30克 藁本9克

水煎服（三剂）

复诊：脓性鼻涕已减，色仍黄，量仍多，鼻仍塞。原方去藁本，加桔梗9克。（三剂）

三诊：症状减，虽停用滴鼻剂，但睡时呼吸尚利。原方去藁本、荆芥穗，仍加桔梗9克。（三剂）

四诊：近感冒，涕痰俱增，但不腥臭。改给感冒药。

五至八诊：其间又感冒二次，除暂给感冒药外，余仍均以原方加减治之。

九诊：已服原方（稍事加减）20剂，各症基本全愈，随去芩、栀、芥穗、藁本，加元参15克，嘱服十剂。药后，诸症已失。但说话时，声音仍似有轻微感冒状（这一点，可能与鼻中隔偏曲有关）。

1977年2月写

阴囊湿痒、出黄汗证（或阴囊湿痒证）

一

阴囊湿痒、出黄汗证在祖国医学中，有列为“七伤”之一者，也有列入“汗门”者，还有列入“杂病”之内者。这

种分类上的不同，可能是因为历代医家对于“七伤”的七种具体症征所指不一的缘故。其所以所指不一：可能是因为古代医药经典著作中，只提到“七伤”之名，而无“七伤”的具体症征，^①后人则各依己见，列举了同类的七证，谓之“七伤”之故；也许是医学发展的一种表现——后世医家通过临床实践，提出新的“七伤”内容。因个人阅读有限，似未见过有关纠正旧说而另提出新的专题论述（存疑、待考）。

二

现将有关描述本证症征基本相同的“七伤”——指“虚劳”文献以及将本证列入“汗门”或“杂病”的概况，略述于下：

（一）《武威汉代医简·木牘85甲——85乙释文》：“何谓七伤？一曰阴寒，二曰阴痿，三曰阴衰，四曰橐下湿而养、黄汁出、辛患（注释：橐——指阴囊，养——用作‘痒’，患——即痛字的异体），五曰小便有余，六曰茎中患如林状（注释：林——即淋），七曰精自出，空居独怒，临事不起，起死玉门中，意常欲得妇人，日甚者更而苦（？）轻重时腹中患，下弱旁光（注释：弱——即溺字，旁光——即膀胱。）此病名曰内伤”。

《武威汉代医药简牘在医学史上的重要意义》指出：“简牘中所描述的‘七伤’症的症候，较《内经》有关虚劳的描述，更明确而具体。同时代的张仲景的著作中，虽然也有‘五劳七伤’的内容，但关于‘七伤’的具体症候，则付之阙如。有关‘七伤’的具体记载，首见于武威简牘”。

（二）隋代巢元方《诸病源候论·虚劳候》：“七伤者：

一曰阴寒，二曰阴痿，三曰里急，四曰精连连，五曰精少、阴下湿，六曰精清，七曰小便苦数、临事不卒”。

(三)明代唐守元《医鉴》：也以基本相同的七种症征：“阴汗，精寒，精清、精少，囊下湿痒，小便涩数，夜梦阴人”，列为“七伤”。

以上所引各家著作，虽其所述“七伤”的具体症征，并不完全一致，但大都认为其所举七证均属虚劳，是内伤病之一——肾虚证。到了明季（或更早一些），尤其清初，则一方面将本证摒于“七伤”之外，或列入“汗门”，或列于“杂病”。如《罗氏会约医镜》、《张氏医通》、《杂病源流犀烛》等，而另一方面则以“一阴寒、二阴痿、三里急、四漏精、五精少、六精清、七小便数”为“七伤”的七种具体症征，如《入门》等。

三

病因、治则（或用药）和分型：《武威汉代医简》认为本证是“内伤”，属于肾虚，所以用牛膝、续断、杜仲、山萸肉，肉苁蓉、天雄等补肾的药物治疗。《诸病源候论》将“七伤”列入“虚劳候”，认为本证是虚劳内伤病之一——肾气亏损。《医鉴》虽将本证也列为虚劳的“七伤”之一，但同时指出：“其证皆小便赤热，或如针刺。”窥测其意，似乎认为“七伤”证，不尽属于“肾虚”、“肾气亏损”（指虚寒）。所以在列举七证之后，接着又叙述了它们的共同之症（似指虚热）。

到了清初，不少医家虽将本证摒于“七伤”之外，而多列于“汗门”，但在病因的认识及治则方面，却似比较前人

有所发展，较为全面。如《罗氏会约医镜》说：“凡两腿挟中，行走劳动，汗出腥秽，此‘下焦湿热’也。以渗湿热治之。”《张氏医通》说：“阴汗、股汗，为‘肝家湿热下渗’之征验。”又说：“阴间有汗，属‘下焦湿热’。”《杂病源流犀烛》作者在写该书时，所持态度是“古人治病，温凉补泻，各有偏主，是书所引诸方，惟乞有当于病，当温则温，当凉则凉，当补则补，当泻则泻，因病用方，不敢稍存成见。”所以作者对于本证的辨证具体指出：“有阴囊汗者，为‘肾虚阳衰’。”又“有阴囊汗出，久而生疮，其痒甚苦，搔之不足，后必自痛者，则为‘湿热流注’。”个人认为：沈氏这种运用辨证方法，将本证病因分为二种，而且是寒、热不同的二种，不仅阐明了本证比较全面的、实际的病因，更重要的是指出了本证在临床上的二种不同的治法。这一点，从表面上看，似仅综合了前人的二种不同病因和治法。其实，很可能是因为作者有这种临床经验之后，才能作出这样的分类（或分型）的。

四

个人对于本证采用的疗法：《内经》：“足厥阴之脉，入毛中，过阴器（络阴器，出其挺末），抵少腹。”这是肝脉所过之处。阴囊出黄汗，湿而痒，甚则有臊气，这是肝经湿热下注之征。所以，本证的治疗重点应在于肝。至于治则，据《内经》“下焦如渎”及“在下者引而竭之”的原则，对于湿热下注之症，即应采取“决前阴以去之”之法。因之，对于本证我常用：

1. 内服：龙胆泻肝汤（证治准绳方）

处方及其药物的功能(用量可根据病情轻重斟酌使用)：

车前子、泽泻、木通——淡渗以利小便，除臊气，即“在下者引而竭之”。

龙胆草、生地——苦寒以泻湿热，更兼车前子之类，可彻肝中邪气。

柴胡——入肝、为引。

当归——肝主血，用它以滋肝血。

2. 外擦：牡硃丹

处方：牡蛎粉30克 枯矾60克 黄丹30克 研为细末。

用法：用手捏药少许，于痒处痛擦之，不一时又擦之，三四次后痒即顿减；次日再擦，虽大减仍擦；后则自愈。

黄丹——辛微寒以除毒热。

牡蛎——清热除湿、去阴汗。

枯矾——燥湿、止痒。

内外同治，标本兼顾。这样，既调整了整体，又注意到局部，湿热一去，病自向愈。

病例介绍

×××，男，40岁，干部。

1976年3月下旬初诊：阴囊湿痒，出黄汗，约两载。卧时，两腿呈圆规形不敢靠近；坐则两股必呈“八”字形，膝不敢并，股不敢叠，尽量让阴囊悬空。虽如此，但不逾时，衬裤仍即粘于囊股之间，湿痒难忍，即须站起来抖抖裤裆，擦擦阴囊，然后再坐。每半日（4小时）间，必须如此反复数次。如果走路或劳动，则汗出更甚。白色衬裤，隔日不换即被黄染。同时，愈汗愈湿、愈湿愈痒，日日夜夜如此，月

月年年如此，深以为苦。又感精速，阳起易痿。屡服六味地黄丸、八味地黄丸、补肾汤剂等等，效似不著。体伟气壮，面色红润，溺黄赤，口渴喜饮，苔薄黄微滑腻，脉弦数稍滑，证属肝经湿热流注下焦；精速、易痿，病亦在肝，而非肾虚。故予龙胆泻肝汤，内服以泻肝经湿热；又予牡矾丹，外擦以去囊汗而止痒。

复诊：服药二剂（一日一剂），擦丹四、五次（一日二、三次），汗痒已减。仍给汤剂二剂，并嘱日可擦丹四、五次。

三诊：药后二、三日来诊称：除服药二剂外，每日擦丹四、五次，现似囊已无汗，不仅走路（每行约20分钟）不汗，虽多次的试验性的并膝或叠股跣足久坐，亦无湿痒感。嘱只擦丹，以观疗效。

四诊：又复擦丹四、五日，症征尽失。迄今一载，未再复发。

1977年3月写

结核性淋巴结炎——颈淋巴结结核（瘰癧）

结核性淋巴结炎是慢性淋巴结炎中最多见的一种类型，也是一种最常见的结核病。本文讨论的重点为颈淋巴结结核，其它从略。

颈淋巴结结核是结核菌从外界侵入（幼年患者）或从肺部等结核病灶传播（成年患者）而致。病程缓慢，全身反应较少，或仅有低热、怠倦和食欲不振等症状。淋巴结被感染

后，即行肿大，但其受累的数目不一。早期淋巴结的包膜以未被侵，故能活动，也无压痛。若发生淋巴结周围炎，许多淋巴结相互融合，与皮肤和肌肉粘连，则不能推动。体弱者，受累的淋巴结多形成冷脓肿，常自穿破，形成慢性溃疡或脓窦。体质较强，其已融合的淋巴结又能各自分开，或缩小，或成坚硬结节，或可钙化。但在机体抵抗力减退时，又可复发。根据上述症征来看，本病属于祖国医学“瘰癧”范畴。

瘰癧

瘰癧这个病名，最初见于《灵枢·寒热篇》。但有谓“独形者为结核，续欲连结者为瘰癧”；有谓“小者为瘰，大者为癧”，名称繁多，勿庸列举。如《诸病源候论》所载三十六种，《太平圣惠方》等所论瘰癧九漏等，多为此疾。不过，根据它的发生部位、形状或发展阶段的不同，另予命名而已，实则主要多是指颈部或颈腋部淋巴结结核。

薛己对于本病在继承前人（如《灵枢·寒热篇》及窦汉卿《疮疡全书》、齐德之《外科精义》、李梴《医学入门》等瘰癧篇）完整的学术基础上，经过系统整理，并结合自己临证实践的体会，总结出一篇较全面具体的治疗瘰癧的“可为典要”之作，载于《外科枢要》，似较适合于临证之用。其主要内容约有下列几点：

在病因病机方面，指出瘰癧的主要致病因素是外因——风热邪气和内因——怒、思、精亏、血燥等，属于肝、胆、肾经疾患，特别强调：或因肝胆怒火、风热血燥，或因肝肾亏损，虚火内动，或因恚怒、忧思而气失调，风热邪气内搏

于肝所致。以“怒伤肝，肝主筋，肝受病则筋累累然如贯珠也”。

在症征方面，先指出“其候多生于耳前后项腋间，结聚成核”。次按先后涉及经脉，由轻到重、由此及彼的分别叙述了转变情况。初病在肝，有气血之分：“初觉憎寒恶热，咽项强痛”、“若寒热焮痛者”，是肝火风热而气病；“寒热既止，而核不消散者”，则为肝经火燥而血病。继则由肝及脾，其表现为：“肿高而稍软，面色痿黄，皮肤壮热，脓已成也”。久则肝脾肾俱病，而重点在肾：“经久不愈或愈而复发，脓水淋漓，肌体羸瘦”时，慎防“变成九痿”。《素问·生气通天论》：“陷脉为痿，留连肉腠”，即指这类严重证候。

在治疗上，指出宜忌方面。先谈了些治则，一般地说，不论结核大小，如果脉象显示出左关弦紧，左尺洪数者，是肾水不能生肝木，以致肝火燥而筋挛，须滋化源以治其本。如《外台秘要》所谓“肝肾虚热则生疔”，《病机》所谓“瘰癧……因虚劳、气郁所致，止宜补形气、调经脉。”皆属治本之意。接着谈到禁忌方面，则谆谆告诫：“其不详脉证，经络受病之异者，下之则犯经禁、病禁，虚虚之祸，如指诸掌”、“使不从本而治，妄用伐肝之剂，则误矣！盖伐肝，则脾土先伤，脾伤则损五脏之源矣。可不慎哉！”这些治则和禁忌，确是经验之谈，应予认真研究、遵守。

对于预后，提出不治和死的先兆两方面。所谓不治，曾列举了两条：一为“脉洪大、元气虚败”者；一为“面皓白”，表现出“金克木”之象者。至于所谓死的先兆，则是概括了《寒热篇》所述大意，“若眼内赤脉贯瞳人，见几条

则几年死”。

学 习 礼 记

一、薛己对于本病固已阐述甚详，惜在病因方面，似有不足之处。颈淋巴结结核，多列入祖国医学劳瘵、虚劳等门。按照劳瘵、虚劳的某些类型予以施治，疗效始可显著。这一点早在1196——1280年的窦汉卿，不仅将本病症征描述详尽，其中且有多处与现代结核病的特征颇相符合。病因方面，在《灵枢》的基础上，更进一步明确指出它属劳瘵、虚劳之类，给后人在治疗上开辟了新的有效途径，确实值得认真研究。他曾重点指出：“……惟午后微热，或夜间口干，饮食少思，四肢倦怠，（核）则坚而不溃，溃而不合，皆因气血不足，往往变为‘劳瘵’。……破溃遍项，渐流脓血，……因‘虚劳’、‘气郁’所致。”就是一个明显的例子。

二、禁忌

（一）肝不可伐的原因和应采取的治法：肝病的各种证症，虽不外肝之不足和有余两类。不足之证，固应滋养。但对有余之证，应该如何治疗，却必须先了解它的发生原因。所谓有余，实由肝阴不足所引起，所以有郁胜所生之病。如“肝气之逆”是因“肝志之郁”所生，这种郁证，只能运用“以辛散之，以辛补之”，不可妄用攻伐之剂。又如，“肝火之实”是因“肝血之虚”所致，这种从虚的基础上表现出来的实证，也要治本，应该用“以酸收之，以甘缓之”，不得不用滋养之品。因之，清肝火、补肝血，便成了治疗肝病的重要法则。

（二）伐肝的一般含义及其常用的药物等等：伐肝（抑

肝)，实际属于疏肝一类，是抑制肝气过旺的方法。伐肝药物一般常用者，有柴胡、青皮、广木香、佛手等。伐肝药物是否不论病程先后等等绝对禁忌，一概摒弃不用呢？否。如遇下列情况，或可斟酌选用：处方的配伍；同时并服养肝血、生肾水之剂；更重要的是，病变中心以肝本脏为主的阶段，可以也需要配合使用它们。如薛己医案中即有此例。

三、预后

（一）“若面眇白，为金克木，亦不治”。这一条可能是根据《医学入门》：“癰疽……盖耳前后与缺盆、肩上、胛下，属足少阳部分；延及颊项颊车与颐，属足阳明部分；延及胸中中府云门肺经部分者死”而来的。本病发展到这个阶段，自属重症无疑。但一概把它划入不治之证，恐非确论。

（二）“若眼内赤脉贯瞳人，见几条则几年死”，系根据《灵枢·寒热》而来。这种决生死的诊断方法，在《灵枢》中用同样的辞句，先后谈过两次，一为专谈癰疽的《寒热》篇，一为单谈寒热的《论疾诊尺》篇。其《寒热》篇说：“决其生死，奈何？”、“反其目视之，其中有赤脉，上下贯瞳子，见一脉，一岁死；见一脉半，一岁半死；见二脉，二岁死；见二脉半，二岁半死；见三脉，三岁而死；见赤脉不下贯瞳子，可治也。”对这种诊断方法，后世也有不同认识。如陈言《三因方》：“虽有此说，验之病者，少有此症，亦难考据。”但《灵枢识》却认为：“……此往往是三阳传诸阴经方有之，若本脏发，未必有此，学者知之，是实验之说，殆可信据焉。”证之临床，在绝大多数癰疽患者中，不论新病久病、已溃未溃，确是少有此症。

临 证 实 践

瘰癧方是一首用之有效、流传不广的经验良方。我在临床上，常以该方为主治疗瘰癧。通过临证实践，证实该方确有一定疗效。方中虽有所谓“反药”，但在治疗过程中却未发现过任何不良反应（是否与病例不够太多有关？）简介如下，仅供参考。

一、原方

蜈蚣（一条）0.7克 全蝎（十二个）3.3克 海藻11克
粉甘草11克

春用黄酒、秋用海带为引（成人量）。

二、临证运用

（一）病在肝，且无明显气血虚者，给以原方，或酌减全蝎、粉草用量（不必用引药）。

（二）涉及脾肾者，遵薛己法，加服他药，如益气养荣汤，或补中益气丸、六味地黄丸之类。

三、服法、疗程及疗效

一日一剂，或与他药间服，隔日一剂，水煎服（实践证明：散剂不如煎剂效佳），连服20剂为一疗程。较轻者，约须二个疗程左右；重症，约四个以上疗程；久溃者，则须时较久。

四、附带语

蜈蚣：辛、温，有毒；全蝎：辛、平，有小毒；均为足厥阴肝经药。《枕中方》、《本草经疏》、《本草纲目》、《本草述钩元》等等，都认为蜈蚣是治疗瘰癧之要药。杨时太还认为全蝎不宜用于“肝实”证，他说：“瘰癧一证，乃风火之结毒以病于血，是物（指蜈蚣）固其的对。”、

“蝎……此味妙在‘散风’……试观所主诸患，多属于虚……至肝实者，不可复助之焰。”张锡纯则认为蜈蚣、全蝎并用，其力益彰：“蜈蚣……凡一切疮疡诸毒皆能消之”、“蝎子……消除一切疮疡，为蜈蚣之伍药，其力相得益彰也。”但也有人认为：“蜈蚣性强悍，能令血液化燥。”因此，我们在使用时，应该注意配伍，或得效后，即可停用。

海藻：咸苦、寒，无毒。《药鉴》：“治项间瘰癧”，以其有“咸能软坚、苦能泄实、寒能劫热”之力。《本草述钩元》更进一步说明它的适应症：“第咸润下，寒泄热，止宜于阴气虚而化湿热者，如阴气虚而病于寒，则不宜也”。

甘草：从北齐徐之才说“甘草反大戟、芫花、甘遂、海藻”之后，基本上中药书籍无不列为反药。虽在古方中有甘草与海藻等同用者，但无人明文否定这种说法。即李时珍在《本草纲目》甘草条、气味项下，也先引了徐之才曰：“反大戟、芫花、甘遂、海藻”之说。接着他说：“甘草与藻戟遂芫四物相反，而胡洽居士治痰癖，以十枣汤加甘草、大黄，乃是痰在膈上，欲令通泄，以拔去病根也。东垣治项下结核，消肿溃坚汤加海藻，丹溪治劳瘵，莲心饮用芫花，二方俱有甘草，皆本胡居士之意也。故陶宏景言，古方亦有相恶相反，并乃不为害，非妙达精微者，不能知此理”。在海藻条，也先引徐之才曰：“反甘草”。接着他又说：“按东垣治瘰癧、马刀，散肿溃坚汤海藻甘草两用之，盖以坚积之病，非平和之药所能取捷，必令反夺，以成其功也”。从李时珍所引各方及陶宏景之言，他自己之意来看，海藻、甘草同用，是相恶相反，并不为害，治疗这种坚积之病，必令反夺，才能以成其功。还称赞处方者为“非妙达精微者，不

能知此理”，似已肯定的否定了徐之才相反之说。其实，后代医家藻草同用者，亦不罕见。如《清太医院方》等书，均载有此例。1960年间，有些杂志也报导过这类材料。但他又在甘草条、发明项下说：“甘草……而大戟、芫花、甘遂、海藻与之相反，是亦迂缓不可以救昏昧，而君子尝见嫉于宵人之意与？”他以迂缓、君子比甘草，以昏昧、宵人比戟、芫、遂、藻，又以不可以救、尝见嫉于来形容它们之间的情况，这岂不是说如果同用，起码会发生副作用，甚至会相反么？再查《中药大辞典》海藻条，在毒性栏内明载：“在对家兔灌胃时，与甘草并无明显的毒性相加作用，即并未发现中药中所谓‘相反’的情况。”据此，则似肯定藻草不是反药，同用无害；但在宜忌栏内却又引用《本草经集注》：“反甘草”为第一条。这样，藻草究竟能（宜）否同用，似又不无疑义。

还有一点，也需说明一下。临床上有时会遇到极少数患者，在内服含有甘草的方剂（不配合反药）后，有发生浮肿者（天津医药1976年4期，曾谈过这个问题）。但也有原来有轻度或中度浮肿的病人，在内服含有甘草的方剂后，浮肿却不加重者。所以，在用本方时，如果发现患者浮肿，除即停药外，应予详细检查，不可便认为是反药所致。

病例介绍

××，女，11岁。

1957年秋，初诊：患儿以右颈部发现肿大的淋巴结多枚，先后曾经××医院等门诊及住院治疗，诊为结核性淋巴结炎。来诊时，受累的淋巴结除右颈间尚有几枚坚硬者外，

右颌下有一脓肿，自溃日久，不能收口，脓汁稀白、不断流出。患儿年虽十一，但身矮且瘦，俨如八、九岁儿童。面色痿黄，唇白目青，午后微热，卧多盗汗，手足心灼热，睡时须伸至被外，食欲不振，精神倦怠，苔薄脉虚，反其目视之未见赤脉贯瞳。证系瘰癧，属于劳瘵类型。患儿久病，其受累淋巴结至今仍有坚而不溃者，亦有溃而不合者，脉征合参，说明关键在于气血不足，病已由肝而及脾肾，不得不扶正与驱邪并用。故除予瘰癧方以驱邪外，尚须根据齐德之之说：“结核瘰癧，初觉有之，即用内消之法；经久不除，气血渐衰，肌寒肉冷，脓汁清稀，毒气不出，疮口不合，或聚肿不赤，结核无脓，外证不明者，并宜‘托里’。脓未成者，使脓早成，脓已溃者，使新肉早生；血气虚者，‘托里’补之，阴阳不和，‘托里’调之。大抵‘托里’之法，使疮无变坏之证。”同时兼用“托里”之法，以复气血而愈溃瘍。

处方（瘰癧方）：

全蜈蚣0.7克 全蝎3.1克 海藻9克 粉甘草9克

益气养荣汤：

党参9克 炒白术9克 茯苓9克 黄芪9克

陈皮6克 炒芍药6克 当归9克 川芎4.5克

九地9克 炒桔梗4.5克 贝母6克 香附8克

炙草3克

以上二方各给五剂，轮流煎服，一日一剂，十日服完。

二诊：药后，各症无明显改变，亦无不良反应。嘱将原方各续服15剂。

三诊：脓液基本消失，未溃淋巴结不易扪及，低热、盗汗、手足心热，均已大减，饮食亦增，行动有力。随将益气养荣汤方稍事增损，嘱除感冒暂停外，可各服20~30剂。

四诊：溃疡已愈，余症亦失，嘱停药观察。

1977年5月写

1979年2月修正

多发性疔病

疔，是一种生于皮肤浅表的急性化脓性疾患，一般认为是外科疾病中的小疮，所谓“疔、疮之小者”，毒轻易治。但多发性疔病却是一种易于复发，此愈（或未愈）彼起，日久不瘥，极其顽固的病证，治疗有时比较困难。在临床上，凡遇本病初起未成脓者，或已有脓而红肿者，我常用“疔疔方”加减治疗，多获效验。

一、病因病机：除因经常接触某些有毒物质而致者，在其停止接触或予治疗，自可全愈外。本病多因内有郁热，微感风邪，以致气血凝聚，经络阻滞，毒蕴皮肤而成。

二、症征：疔为色红，灼痛，突起根浅，肿围约略一寸的疮证。它不分季节的可在身体各处皮肤发生，但好发于项部、臀部、背部。发病后，在其原发之处及其附近，多次复发，缠绵不休。常有项部（或臀部）同时发生五、六个疔肿，经年间已生者未艾，复发者又兴，起伏不绝，脓血连连。在其初发或复发的开始，多有恶寒发热、口干、头痛、

心烦、便秘等症。

三、治则：清热解毒，理气化痰，以通络而消肿。

四、处方：

山甲（蛤粉炒）12克 全蜈蚣2.2克 皂刺12克 乳香9克
没药9克 天花粉18克 知母18克
水煎服

加减及禁忌：皂刺，用于“未破者，能引之以开窍”，用于“已破者，能引之以排脓”，酌情使用。

恶寒甚者，加荆芥9克、防风9克；

发热甚者，加连翘15克；

小儿及体弱者，用量酌减；

妊娠者，禁用。

五、疗效：止痛方面：一般连服二剂，即可止痛；但也有只服一剂，疼痛即失者。

制止复发方面：轻证三至五剂，重证十剂左右，即可制止；个别患者在服药三至五剂时，仍续有较轻微的间断复发，连服则止。

六、病例介绍：

例一：×××，男，35岁，××军分区干部。

1973年11月中旬初诊：患多发性疔病，数月不愈，项部此发彼起，几乎三至四天即有新者兴，而原发者仍未稍艾，以致项部包括将愈及新出者不下七、八处，干痂、脓血、肿块挤满全项，几无完肤，头部仰俯不便，旋转更难，灼热疼痛，夜不成寐。曾用过多种疗法，进行治疗，疗效不著。脉弦数，舌苔微黄，全身有不适感。因思久病伤络，应以疏通经络，清热解毒为主。处以：

蛤粉炒山甲^{12克} 乳香^{9克} 皂刺^{6克}
全蜈蚣^{2.2克} 没药^{9克} 知母^{18克} 天花粉^{18克}
水煎二次饭后分服，连服二剂。

翌日下午，携一同病同志来诊。兴奋地说，昨日服药一剂，全夜熟睡，几无痛感。在说述的同时，并将头部前后仰俯，左右旋转，与人笑语，以示不痛。后经稍事加减，连服十余剂，而告全愈。

例二：×××，男，20岁，工人。

1970年12月中旬初诊：患者于1969年秋至1970年冬，项部、额部、臀部等处，不断复发疔肿。初发，红肿热痛，一周左右始可稍减，有时上臂及胸部偶亦发生。总之，不过半月不论原发者愈否，必有新者接踵而生。每值复发，必有寒热，口干而渴，大便素干。脉浮数，苔黄。因其热邪较重，重用清热解毒之品，仍处“疔痛方”，但变更其主次用药。处以：

天花粉^{30克} 知母^{24克} 连翘^{15克} 荆芥^{9克}
全蜈蚣^{2.2克} 皂刺^{9克} 乳香^{9克} 没药^{9克}
蛤粉炒山甲^{9克}
水煎服，嘱服三付。

复诊：已发者似有减轻，新出者凶势稍杀，嘱将原方续服三剂。

三诊：疔肿热痛大减，大便较稀，随减花粉、知母用量之半，并去连翘、荆芥。再给三剂。

四诊：停药二月，其间偶有小者复发，但肿痛灼热的程度，均远逊于前。嘱将上次处方，间断再服五、六剂。

后一年，询知诊后半月间，服药六剂，再未复发。

1977年5月写

口腔粘膜扁平苔癣

口腔粘膜扁平苔癣，是一种非感染性慢性粘膜炎症疾患。它的特征是：有特有的小丘疹，以及由此形成的灰白色网状或花边状线纹；触诊病变粘膜表面，仍柔软有弹性，而无粗涩感。好发于颊面、舌面、唇内、牙龈等处。病区的粘膜出现糜烂后，有明显的疼痛，影响饮食、说话，往往经久不愈。

对于本病的治疗，我曾试拟了“升麻银翘汤”一方，屡经使用，效果尚好，特别在制止疼痛方面，疗效尤为显著。

一

《灵枢·脉度篇》：“脾气通于口”。《素问·金匱真言论》：“脾开窍于口”。祖国医学认为口腔多种疾病，主要与脾经关系密切，并涉及其他有关经脉。

从本病症征观察，属于口舌生疮等一类疾患范畴。在病因、治则和用药等方面，古人早已积累了很多的宝贵经验。如明代繆希雍曾指出：“口疮者，手少阳三焦经、足阳明胃经、足太阴脾经热极故也，散三经之火，则证愈矣”。唐代孙思邈通过治疗实践，更早的报导了疮出烦疼、热毒盛者，用升麻治疗的经验。至于《本事方》的治口舌生疮方（升麻30克、黄连0.9克为末，绵裹含咽），则更具体了。从历代医家逐渐积累的经

验看，大都认为升麻是治疗口舌生疮的有效主药。而升麻之所以有效，主要是因为它具有解热毒的作用。这一点不仅《本草经》载有升麻主解百毒之说，而且周岩（升麻，入阳明经，味苦能发，主气，升阳气而解毒，……热盛则有毒，升麻能解毒而升阳亦无所妨）。黄官繙（升麻……以升其阳，而散其热，俾邪尽从外解，而浊自克下降，故曰能以解毒）。杜文燮《药鉴》（惟升麻能解脾胃肌肉间热，故能散手足阳明经邪）等等，更从性味、归经以至药理等方面说明它的效能和作用。

二

为了更进一步的加强疗效，在《本事方》治口舌生疮方的基础上，用既能清热又能疗疮疡、消肿毒、散诸经血凝气聚之银花、连翘，易去黄连，而组成“升麻银翘汤”。其处方为：

升麻_{15克} 银花_{30克} 连翘_{30克}

用法：轻症，一日一剂，水煎二次，含漱及内服各半剂。

重症，一日二剂，各水煎二次，含漱及内服各一剂。

久虚者，酌用。

疗效：连服二日，几乎全部病人病区粘膜糜烂面的疼痛都能消失。糜烂面的愈合，较晚一些。

禁忌：凡阴虚火炎、上实下虚者，禁用升麻。若久虚者，连翘不可重用。

病例介绍

×××，女，约40岁，干部。

1971年7月间初诊：二年多前以口舌疼痛，曾往××医院诊治，经检查诊为双侧性颊粘膜扁平苔癣。来诊时，颊沟、胎线部位仍有大小不等的环状癣及糜烂面多处，说话时呈疼痛面容，病区有微热感，并述平素吃饭时常以冷热之物入口引起疼痛而致未饱中止，大便较干，脉弦数，因伸舌不利，仅察及边尖色红。审无阴虚、下虚之症，而现口疮，脉数，舌边尖红等上焦热象，亟应清热解毒，处以升麻银翘汤。药用：升麻15克、银花24克、连翘24克。嘱取三剂，一日煎服一剂，二日共服二剂；另以一剂水煎取汁分二日含漱之用。

复诊：药后痛疼即失，说话饮食均无痛感，病灶颜色基本正常，但糜烂面仍存。仍给三剂，嘱日煎一剂，含漱内服各半。

三诊：病情同上，仍给三剂，用法同上。1973年冬来诊感冒，谈及前病，方知后因我有病住院，又自续服数剂，糜烂面才愈，迄今再未复发。

1977年6月写

天宦（先天性生殖器官发育不全）

一

《灵枢识》：“天宦者谓之天阉。不生前阴，即有而亦小缩，不挺不长，不能与阴交而生子，此先天所生之不足也。”本病属于先天性外生殖器或睾丸缺陷及第二性征发育不全一类疾患。它包括了《本草纲目——人傀》条所指出的“五不男：天（阳痿不用，古云天宦是也），犍（阳势阙去，寺人

是也），漏（精寒不固，常自遗泄也），怯（举而不强，或见敌不兴也），变（体兼男女，俗名二形）”的第一、三、四种病证，临床上较为少见。在经过治疗之后，虽较常人为逊，但与治前对比，不论在长度、硬度等方面，均能取得明显改变。

二

《灵枢·五音五味篇》：“宦者去其宗筋，伤其冲脉……”（按：宗筋者前阴也，下同；但这里指阴丸而言。）、“其有天宦者，未尝被伤……此天之所不足也，其任冲不盛，宗筋不成”这就说明了宗筋和冲及冲、任的关系：一个正常的男子，如去其宗筋，就能伤其冲脉；一个天然无生殖器，即有亦短小而不能交媾的男子，是因其任冲不盛，而致宗筋不成。另外，《灵枢·经脉篇》又告诉我们：“（足）厥阴者，肝脉也；肝者，筋之合也；筋者，聚于阴器”《类经》说：“阴器者合太阴、厥阴、阳明、少阴之筋，以及冲任督之脉，皆聚于此，故曰宗筋。厥阴属肝，肝主筋，故络诸筋而一之，以成健运之用”。这又说明生殖器和肝——经筋的关系。如肝的经脉得不到营养时，也会使宗筋痿弱小缩。据此可知，天宦的病因病机关键在于任冲不盛和肝脉弗荣。

三

《五音五味篇》：“冲脉任脉，皆起于胞中。”《类经》：“胞者……此男女藏精之所……然冲任督脉，皆起于此，所谓一原而三歧也。”、“冲任为血之海”。肝主藏血。精血足则冲任盛，肝脉亦荣；精血不足则冲任不盛，肝脉弗荣。

所以治疗任冲不盛及肝脉弗荣的关键，又在于填补精血。

四

精血是“阴”的主要组成部分，古人早就指出“血化精”、“精为真阴”。但阴生于阳、孤阴不生，欲治真阴，而舍命门，非其治也。《类经附翼》释为：“阴不可以无阳，非气无以生形，阳不可以无阴，非形无以载气，故物之生也，生于阳，物之成也，成于阴”。阴阳互根，阳生阴长，阴阳双方既是对立的，但又是相互依存、相互转化的。所以《景岳全书》概括补阴要点为：“善补阴者，必于阳中求阴，以阴得阳升，则泉源不竭。”根据上述理论指导，选用下列几类常用而又有效的药物，以补精血。

(一)补阴药

熟地 山药 首乌 枸杞子 当归

(二)补阳药

肉桂 附子 巴戟 锁阳 肉苁蓉 补骨脂 杜仲 菟丝子 淫羊藿 鹿角 黄狗肾

(三)加强补药作用的药物

党参（或生晒参）——张景岳说：“人参之功，随阳药则入阳分，随阴药则入阴分，故欲补命门之阳，非此不能速效”。

紫河车——丹溪说：“气虚者同补气药用，血虚者同补血药用。”《医镜》又说：“人胞得精血之气而结，从其类以补之也，绝非金石草木之类可比。”、“益气养血补精，阴阳并补之神品”。

(四)防止补药副作用的药物

茯苓——能使补阴药补而不滞，更好的发挥补药作用。

知母——能使补阳药补而不燥，更好的发挥补药作用。

病例介绍

××，男，年约三十，未婚。

初诊：身长体胖，颇似壮健（身长170多公分，体重140余市斤），惟面部微肿；言语清晰，但声略短促。诉以阳物细小，柔软如绵，常不勃起，且于酣睡中无梦也多无感觉的流出精液。有无治法？因问：究竟多长？答以短小的很；嘱于勃起之时，量一下长度，再行研究。

约七、八日之后，复诊称：昨才偶然一兴，赶快量了一下，全长不够6.5公分。兴而不怒亦不坚，勃起全程不到一、二分钟。微兴，茎内即有似痛、似刺、似痠困之感。阴头冰冷，睾丸痠困，囊缩且紧，小腹胀硬。近年来，体重续增，气短渐甚。还有头痛头晕，记忆力差，阅读书报就打瞌睡，思考问题便觉头昏，心悸，自汗，难寐易醒而且梦多。三、二日滑精一次，有时一夜滑精二次，精液稀而少，泄时偶有痛感。畏寒肢冷，手足心热，面部时感烘热，但瞬息即失，腰痠腿困，周身不适。大便时溏，小便尚可。舌质淡白，脉沉细而迟，证属元阴不足，阴损及阳，“此先天所生之不足也”。按患者体伟而阳物短细，且常不兴，实系天宦。拟补元阴兼及元阳，佐以固涩之品，嘱服一周。

处方：

熟地24克 山药12克 杞子12克 肉桂4.5克（后下） 肉苁蓉12克 补骨脂12克 淫羊藿12克 制附片9克（先煎） 鹿角片9克 知母4.5克 金樱子15克 胎盘片10片（分二次服）

开水煎二次，早晚饭后各温服一次。

三诊：滑精好转，余症如旧。仍本原意，略事加减：以原方（去胎盘片）二剂，加紫河车一具、生晒参30克、黄狗肾三具。研细，水丸。每服6克，一日三次。药完续配，连服三月。服药期间，如遇感冒，暂时停服。

四诊：服药三月余，体重略减（较初诊时约减7至8市斤），精神较佳，阳兴较频，茎似粗长，惟一周左右仍滑精一次。随以上方再加五味子18克、芡实24克。仍作丸剂，续服三月。

五诊：又服药三月余，茎长10公分强，易兴而坚，勃起亦久，余症多失。嘱将上方再续服三、四月。

六诊：续服四月，除阴头尚感不温及偶有遗精外，他症基本消失，惟茎长仍为10公分强而较坚硬。嘱必静心节欲，再续服上丸三月。逾年，体重又减，精神亦较充沛。

1977年7月写

民间流行的一首治疗哮喘效方

——本方供医务工作者参考

×××，女，成，工人。

患者幼罹哮喘，初中读书时，于夏秋间游泳后，病势加剧。十余年来，病与日增，虽正年富力强，但常喘声吼吼，痰鸣辘辘，俨若老人之状。不论冬夏，哮喘一发，吼吼辘辘，声闻数武，抬肩喘息，咳嗽不绝，气蹙面赤，汗出溱溱，痰涎上涌，涕泗滂沱，擦颈捶胸，坐卧不宁，急躁烦闷，苦不堪言。

近十年来，到处就医，有时也住院治疗，稍事缓解，即

行工作。但常在上班期间，咳喘突发，不得不中途休息。西药、中药、土方、草药，不知吃过多少，针灸、按摩、理疗，确也难以数计，还有“兔脑埋藏”、“清炖全猫”、“松塔豆腐”、“冰糖××”，凡闻效方，无所不试，惜无寸效。

1976年10月，病复加剧，11月初实以咳嗽、哮喘再难忍受，在无可奈何的情况下，家人给买了三付传抄来的什么“专治气管炎、不论轻重三付去根”的中药（方附于后），如法煎服，随感发热、恶心、头昏（当时或有感冒），粘性凉痰连吐不已，并腹泻几天。之后，好了，不喘了，也不咳了。闻着隔壁炒菜的油味，甚至在其卧室炒菜，不咳也不喘了；一早一晚骑车或步行外出，不咳也不喘了；室温虽低，着衣虽少，不咳也不喘了。除77年元月下旬，气温突降，稍感气憋，又买了三付照服，服后即感气畅，并无不良反应。截至二月底，将及四月，寒冬已过，未再咳也未再喘过。同时精神日佳，饮食亦增。《灵枢·九针十二原》说“……或言久疾之不可取者，非其说也。……疾虽久，犹可毕也。言不可治者，未得其术也”从本例来看，真是如此！

附：原方

青木 双皮 青下 西茯苓 甘草 当归 川贝母 杏仁 五味子各6克

我曾托人询问患者原购药处的划价员，承告：青木即青木香，双皮即桑白皮，青下即清半夏，西茯苓即白茯苓。这种解释，是否完全正确，应再细加研究。总之，这张处方来自病人辗转传抄，鲁鱼亥豕，在所难免。如欲试用，务将所列药物进一步弄清，以免发生不良反应。

服法：第一天晚上，煎服第一付头煎（药渣留存），第

二天早上，煎服第二付头煎（药渣留存）；第二天中午，煎服第三付头煎（药渣留存）；第二天晚上，把所留存的三付药渣，同纳一罐，再煎一次，顿服。

注意：每次服药之后，接着再喝一杯冰糖水。

禁忌：治疗时，禁止吸烟，并禁食辣椒、葱、蒜、酒（酒恐系韭字之误）。

治疗时起，七天内禁止同房。

一 些 体 会

一、原方（按药店划价员的解释，下同）似以二陈汤为基础，去掉陈皮，加入川贝母、杏仁、桑白皮、五味子、青木香、当归而成。个人认为，它的重点在于祛痰而兼平喘止咳。似以痰多质稀，久喘且咳，舌苔白腻而无新感外邪，寒热不著，证属湿痰者较为适用；至于痰黄而稠咯吐不利，热证明显者或寒证显著者，均恐其效不著。是否如此，有待实践证明。

二、原方之所以有效，关键在于青木香。青木香，即马兜铃根，又名土木香、独行根等。它的功用及副作用有：“治风湿，葳蕤汤用之，并治痈肿，痰结气凝诸痛。治热肿、蛇毒，水磨傅之。治蛊毒，酒水和煎服之，毒从小便出”（张石顽）。“治血气”（《大明》）。“利大肠，治头风瘙痒秃疮”（李时珍）。“亦为散气药，故疝家必需”（冯楚瞻）。但其性味为辛苦冷，有毒。《肘后方》用治蛊毒，以“兜铃根30克，为末，水煎顿服，当吐蛊出。”马志：“独行根有毒，不可多服，若多服则吐利不止。”《本草纲目》：“其根吐利人”。由此看来，青木香在原方中所起的作用，主要是吐利痰液；配当归以治血气。积痰去，血气调，

而病自愈。

三、对原方及服法的几点看法和设想

(一)原材料嘱取药三剂，从第一晚开始到第二晚服完，这实际上等于取一剂各18克的药，于24小时内，将头煎分三次服，二煎一次顿服。《肘后方》吐蛊，用兜铃根30克，水煎顿服。今原方用18克而分服，则吐利之力自弱，身体较强或积痰不多者，可不吐利。

(二)五味子用量也是18克。李杲：“五味子收肺气，乃火热必用之药，故治嗽以之为主，但有外邪者，不可骤用，恐闭其邪气，必先发散而后用之，乃良。有痰者以半夏为佐，喘者阿胶为佐，但分两少不同耳。”按哮喘之发作，多因新感外邪所引起。这一点，似应注意。

(三)杏仁用量也是18克。据说，有些地方对于杏仁的炮制方法，是把干燥的苦杏仁放于铁勺里，在火炉上一炒即得。用这种炮制方法炮制成的杏仁，用上18克，毒性如何，也应注意。该患者第一次服药后，恶心头昏，是否与此有关？

(四)半夏用量也是18克。半夏温燥化湿，为治湿痰之要药，如属阴虚燥痰，即不宜使用，较大用量更不可用。

(五)原方药物共计九味，每味都是18克而无主次之分，似欠恰当，也应予以考虑。

(六)哮喘一证，也有寒热之分，虚实之辨，种种不同，原方究以何者较为适应？似不可一见哮喘而概用之，以免影响疗效，甚或发生不良反应。

(七)1963年夏即有人持此方和大家研究过，可惜当时因为传抄多误，未加认真研讨。但十三年后它仍流传于病人之间，说明它还是有一定的疗效。否则，早已自行灭绝。更

加近来个人目睹该患者服药前后，俨若两人的情况，虽仅一例，也实属可贵！这个有可能治愈某些类型的老年性支气管哮喘的苗头，应予大力支持，故特简介如上，以供医务工作者参考。错误之处，请予指正。

补记：患者于三月份以新婚之后前往夫家探亲，道路遥远，感受风寒，及因饮食不当，先后曾复发过二次。但均较治前轻甚，又各连服三剂，即告全愈。说明该方对于治疗哮喘复发，疗效亦同，且无不良反应。

1977年7月写

痹 证（三）

——寒湿型痰注肩、髃、臂痛

寒湿型痰注肩、髃、臂痛，是着痹的一型，属于湿已变痰、寒未变热，风邪不著之型，而非血虚，更非湿热等病因所引起者。

关于自肩至手的部位名称：据《铜人图》上肢部位名称，项旁缺盆之上曰肩；肩下臂上通名曰髃（俗谓之膊）；髃下臂上接处曰肘（肘即臂节）；肘下手上名曰臂（臂有二骨）；臂下手上接处曰腕（又云：掌后为腕）；腕之下曰手；自肩至手曰上肢。

关于湿与痰：湿的表现，在经络则为痹、为重、为筋骨疼痛、为四肢痿弱痠痛，在肌肉则为麻木、为附肿。湿的分

类，主要可分为湿热、寒湿二类。湿热证，必多烦渴、小便赤涩、大便秘结，脉见洪滑实数；寒湿证，湿证而无热脉、热证者多属寒湿。湿的治疗，湿热宜清宜利，热去则湿亦去；寒湿宜燥宜温，非温而不能燥。

痰，在祖国医学上一种是指呼吸道分泌的病理性产物，另一种是指某些病变器官、组织内积存的粘液物质。这些都叫做痰。

痰是由津液变化而成。津液有因风、因火等六淫病邪薰灼变化成痰的，有脾、肾因虚、因实（五脏有病，虽然都能生痰，但关键在于脾、肾二脏）而生痰的，故有“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”、“痰之化，无不在脾，痰之本，无不在肾”之说。痰之成因不同，所以又有寒痰、湿痰、风痰、热痰、虚痰、实痰等等之别。但总的认为，脾主湿，湿动则为痰；肾主水，水泛亦为痰，而且痰浊随气升降，无处不到。

对于痰注一词应如何理解？前人认为，痰浊随气升降，无处不到。所以对于某种四肢疼痛，以为是痰注（痰所流注之处）所致。这种说法，似应考虑。例如，痰注肩、髃、臂痛，是肩、髃、臂部因为病变而组织内积存下的粘液物质，还是痰浊随气升降，流注于肩、髃、臂部呢？根据张景岳说，“凡经络之痰，盖即津血之所化也。使果营卫和调……何痰之有？”的论点来看，似以前者为是。

痰注的治则：调营卫是治痰注的总则。营卫怎调？因风者治其风，因湿者治其湿；因寒者治其寒；因虚者治其虚；等等。风寒湿等邪得祛而痰自清，虚证得复而痰自失，因为痰必因病而生，非病因痰而致。如果对风、寒、湿、虚等是

本，而痰是标认识不足，就会被一些痰症所迷惑，见痰治痰，忘记治病必求其本的原则。寒湿痰流注所致之肩、膈、臂痛，是临床上常见的、多发的痰注之一，故本文重点只谈本型。

在临床上遇到本病，我常用《直指方》天仙藤散加减治疗，效果颇佳。原方：

天仙藤 9克 片姜黄 18克 制半夏 15克 白术 9克 羌活 9克 白芷 9克

共为末。每以末15克，加姜3克，水煎服。

运用体会：因血虚、湿热而致痛者，禁止使用，误用则痛反剧。以散剂易为汤剂，虽用量较大，但效果较好。风偏重者，可加防风。湿偏重者，前四味用量酌增。寒偏重者，酌加细辛、制附片（用开水煎药）。血压偏高患者，不宜服用本方；如必用时，应去白芷。凡疼痛如以“寒湿痰流注”而致者，不论只在肩部、或膈部、或臂部、或肩膈部、或肩膈臂部、均可使用。

关于风寒湿痰的辨证，参阅痹证（一）、（二）。

附记：

天仙藤：是马兜铃的茎。味苦，性温。有疏气、活血、利水等作用。

片姜黄：味辛，性温。辛能散，温能通，故能祛寒湿、理气血、破结消瘀。血虚者服之以耗其气，而痛增剧。

制半夏：降气开痰。

白术：温能胜寒，燥能驱湿，故主风寒湿痹。

羌活：辛，温。宜用于风寒、风湿，而不宜于湿热。能直上顶巅，横行支臂，搜风通痹，故专主上部之风寒湿邪。

白芷：性味辛温，故属上升之品。功能燥湿，可治寒湿，故非湿热所宜。

总之，本方药物皆属温燥与辛，功能疏气活血，开痰通痹，以祛风寒湿邪而调和营卫，故治本病疗效较佳。

病例介绍

×××，男，40余岁，司机。

1967年秋末，以右肩、膈痠痛，外旋或上举则痛剧，曾治数月疗效不著。所服药物，多系大、小活络丹、归脾汤、蠲痹汤等加减，以及西药止痛药片等，其中归脾汤加减独多，约有五、六十剂。经查询后，发现右肩胛有杏核大小的痰核一枚，顶部凸出皮肤约一公分弱，皮色不红也不肿，微有压痛，已一年余；肩膈痠困稍感冷痛臂困手麻，膈部不能高举、只可平肩，向外及后旋肩部掣痛，有碍工作；体胖气粗，大便较稀，舌苔薄白滑腻，无口渴感，脉无热象。证属寒湿痰注肩膈痛，主以温燥寒湿，兼以豁痰通痹而调营卫。方用天仙藤加味：

天仙藤12克 片姜黄12克 制半夏12克 白术12克 羌活9克 白芷9克 防风9克

水煎二次，早晚饭后各温服一次（四剂）。

复诊：痛减痠失，痰核如旧，原方又给四剂。

三至七诊：均以原方为主，每给三剂，症遂渐失，痰核亦渐软而小，肩膈活动正常，痠痛软麻均失。

1977年9月写

酸枣仁汤加减方

——治疗梦行（游）症的有效方剂之一

一、酸枣仁汤加减方

近十几年来，基本上以酸枣仁汤加减方为主，治疗过几例梦行症（包括癫痫性及癔病性梦行症），均收到预期效果。现将该方简介于下：

首先，谈谈该方的药物功能。酸枣仁，入心、肝经。以其味酸性收，故其主治多在肝胆。肝藏魂，卧则魂归于肝，肝虚则阴伤，不能藏魂，而致烦心不卧。肝受养，则能熟寐也。枣仁虽是补养肝阴之品，却也实为补心要药。它能养心液，补心宁神，能摄纳虚浮之火（虚阳），能收藏耗散之阳气。这些功能正是“安神涵敛”的主要作用。

茯神功与茯苓无异，苓则能入脾与肾，而神则多入心耳。故有开心益智，安魂定魄之功。其入心也，无非导其痰湿，而使心与肾交。但赤茯苓功能泻热行水，以其泄膀胱而降心热，实即通导下流，使高源之气火，随之以泄之义。白茯苓属补心补气之类药物，主要有安心益气，定魄安魂的功能。

川芎，入肝、胆经，功能宣展气滞，升举下陷之清阳。惜其有阳无阴，有走无守，加之疏泄之力又迅，故惟肝气遏抑及气血交滞，不利通行者宜之；若气火有余，横逆恣肆者则为禁忌。但以其属于血中气药，故对肝郁欲散者则能以辛散之，且可辅佐枣仁调血养肝，增强安神的作用。

知母，苦寒而润，沉中有浮，降中有升。有上清肺胃，下泻肝肾之燥热的功能，从而起到补阴而敛龙雷之火的作用。使水壮而魂自宁，火清而神亦静，最后达到睡眠自可安宁的目的。

柏子仁，入心、肝、肾经，是血分之药。入心故能养神，入肾故能定志，而功专于下行，故能峻养肝肾。以其与枣仁所治略同，故安心之药每用枣仁，补心之丹，不遗柏子仁。因为枣仁善补心血，柏子仁长于清气分之火的缘故。

朱砂，色赤通心，重能镇怯，寒能胜热，甘能生津，能抑阴火之浮游，以养上焦之元气，为安神之要药，而下降痰热，沟通心肾，尤其所长。

生龙骨、生牡蛎，入心、肝、肾经。龙骨重能镇怯，潜能固脱，直达肝肾能涵敛浮越之虚阳。牡蛎能摄纳龙相之火，潜阳而止虚脱。但其性寒，对于虚寒之证，须与温药同用。

合欢皮，味甘气平，甘主益脾，脾实则五脏自安；甘可以缓，心气舒缓，则神明自畅。虽能入脾补阴，入心缓气，但必重用，久服，方有补益之效。

夜交藤，入心、肝经。因能养肝肾，安心神、引阳入阴，故治夜少安寐。与枣仁、柏子仁同用，可以加强其疗效。

综合上述各药的功能，可以看出酸枣仁汤加减方，主要有养肝血，安心神，涵敛虚阳，交通心肾，清热祛痰等作用。《灵枢·本神》说“肝藏血，血舍魂”、“肝藏魂”，说明魂是“阳之精，气之灵”。人身气为阳，血为阴。阳无阴不附，气无血不留。肝主血而内含阳气，是谓之魂。“随神往来者谓之魂”，是指出魂与神、肝与心的关系。故遇肝不

藏血、肝血不足等原因后，即可导致魂不随神而动，神亦不安的情况，而出现梦游等病症。本方因有上述作用，故通过治疗癫痫性梦游症，证明它的疗效尚较满意。

二、癫痫性梦行症

神游症，梦行(游)症，都是现代医学精神病学的癫痫性精神障碍的一种，也是神经官能症的癔病的精神方面的临床表现形式之一。本文重点讨论梦行症，其他从略。

(一)癫痫性者：梦行症，是在意识模糊的情况下所表现的运动状态。大部分是在夜晚熟睡后，突然起床，在屋内走动，搬挪物件，或外出进行一些比较复杂的活动。如挑水、扫院子，或者取柴回屋内生炉子等。醒后对在梦行中所经历的情况，往往不能回忆。本症可以单独出现，即在无癫痫征象时发作；也可在抽搐发作之前或其后发生。病程长短不一，短者仅数秒钟至数分钟，长者可达数小时或更久。

(二)癔病性者：癔病性梦行症与癫痫性梦行症的临床表现基本相同，也是从睡眠状态进入到另一种意识障碍状态的表现。本症的症状，除癔病特征外，患者夜间从床上起来，开门外出，厮卧他处，或从事一些复杂的活动后，又复上床入睡，次日醒来，对夜间所作所为，完全不能记忆。虽然癫痫性患者也可有类似表现，但常伴有其他形式的癫痫发作。

梦行症在常用的，特别是个人案头现有的一些祖国医学书籍中，似无这类病证名称，亦无这类症状的描述。《简明中医辞典》可能是在中西医结合的基础上，于“魂”条中有“由于肝不藏血，肝血不足等原因，可致魂不随神而动，出现梦游”的记载，但也无梦行症的专条论述。祖国医学虽无(?)

本症名称，但关于其导致原因——癲病，瘧病（脏躁）却在《内经》、《金匱要略》等书中，早有详细记载，并在临床上仍起着指导作用。兹仅就其属性，先谈谈癲病的有关部分：

“癲、瘧一病也。”癲病是怎样发生的？先从十二经脉的第七经膀胱经经脉之行谈起。《黄帝内经太素卷第八》：“膀胱足太阳之脉，起于目内眦，上额交颠上……其直者，从颠入络脑，还出别下项，循肩髃内、挟脊、抵腰中，入循膂，络肾属膀胱……是主筋所生病者……狂颠疾”，它告诉我们，狂或癲疾都是本经经脉循行部位的病证。但诸病之生，或出本经，或由合经。在《黄帝内经太素卷26·寒热相移》说：“二阴急为瘧厥”。二阴是指足少阴肾经。膀胱经经脉行至至阴穴，交于肾足少阴之脉，而肾与膀胱互为表里，所以认为各种瘧病都是肾经失职之病。肾经为什么会失职，又会引起什么后果？癲病的发生，主要是因为肾气之厥，而邪伤在阴与筋。按肾气主少阴与枢（枢的含义是户枢、转折处；按三阴的离合来说，少阴是太阴、厥阴、表里出入的户枢。）如少阴逆而枢失，则气塞于经而上行。若肾气逆心，心火则郁。若肝阴先不足，则肾气逆肝。肾、心、肝气上逆，则上实下虚。所以《黄帝内经太素·经脉病解》说：“阳尽在上，而阴气从下，下虚上实，故癲疾”。少阴何以上逆？由于肾中龙火上升，而肝家雷火相从而助所致。火邪伤阴，痰热随生。所以癲病的病因病机，可概括为肾气上逆，连及心（心火郁——>心血虚）、肝（肝阴虚——>肝气逆）。由于阳尽在上，火邪伤阴，而生痰热，且伤及筋，遂生癲病。

癲病性梦行症，既属癲病之类，而癲病发作多有卒倒，为什么这种患者反能在熟睡中突然起床，表现出一些运动状

态呢？主要是本症之因，固亦在痰，但痰在膈间，则眩微不仆。其经时必自止者，正是《素问·调经论》所谓“气复反则生”也。至于癲病的症状，《备急千金要方》中描述的十分细致而又生动，如在《治诸横邪癲狂针灸图诀》节说：“凡诸百邪之病，源起多途。其有种种形相，示表癲邪之端。而见其病……或昼夜游走”。细审本节所述各症，可能包括癲、狂、痴等病证的症状。但这里所谓昼夜游走一症，明显的不是狂病等的狂走、疾走或妄行，而可能是指漫游狂的无目的的漫游，或癲病性神游症及癔病性神游症的游走，也可能是指癲病性梦行症的游走。因为我国古代文字言简意赅，似应正确地多方面来理解它。不过，在本节文字的叙述中，其他有关梦行症的记述却似不多，而这点滴描述，确也实属凤毛麟角，足堪珍惜了！

三、病例介绍

×××，男，27岁，兰州市西固××厂工人。

1967年秋初诊：患者与其家长同来门诊。本人低头不语，其母代述：十几年来，患者不断在夜晚入睡之后，突然起床，不论冬夏都穿好衣服鞋袜，不言不语，也不开灯，便下床活动。有时扫地，有时擦擦桌椅，别人叫他，他也不答，约10～20分钟，他又脱衣而睡，次日问他，他说未曾起床。日子久了，习以为常，大家也就都不过问了。曾经兰州市××医院等诊断为梦游症。近两年来，不但夜夜起床，而且活动较前复杂，时间亦久。我们住在二楼，他一人独居一室。半夜起床后，常常生火炉，然后开门，拿上桶担，下楼挑水，回来又把门都关好，将水倒入缸里，又把铁壶灌满，放

在火上。有时随即复睡，有时把水烧开(?)，灌倒热水瓶里。但从未发现他吃过喝过，不论他干什么，都是轻手轻脚，从不碰撞，所以别人当时很难发觉。有时问他，他仍一无所知。

患者自述，除感经常头晕，有时心烦外，别无不适。但察其神色似有痿靡，表情略呈淡漠、寡语少言，目光无神。从无癫痫发作及癔病史。历年来虽曾断续治疗多次，但效果不著。舌边、舌尖红而少苔，脉细弦而稍数。证属肝阴不足，肾气上逆，火扰心神，伤阴生痰，以致魂不随神而动。故宜养血安神，清热祛痰。以酸枣仁汤加减方治之。处方：

炒枣仁30克 柏子仁15克 合欢皮12克 夜交藤12克

川芎10克 知母12克 茯神12克 生龙骨12克 生牡蛎12克

朱砂末1.5克

(分二次冲服，水煎服五剂。)

药后复诊，症脉似无改变，原方再给五剂，嘱其家人细为观察。

服药十剂后，自述头晕、心烦大减；其母说，夜仍起床活动，但不外出。仍以原方稍变用量，续给五剂。

服药后，据称：已不每夜起床活动，但过二至三夜仍犯一次；不过时间似短，活动似少。嘱将上方连服半月，再来复诊。

又诊称：经细观察，近一周来，再未犯病，精神较前亦佳，有时还主动找人说话。遂嘱可间日服药一剂，继服十余剂，以固疗效。翌年夏季，其母因病来诊，告以患者已十月有余，再未复犯。

四、附 带 语

(一)关于癫痫性梦游症的发病处所。先从脑与五脏功能

的关系谈起。脑，又名髓海、头髓，是奇恒之府之一。《素问·脉要精微论》：“头者，精明之府。”李东垣引张元素话说，“视听明而清凉，香臭辨而温暖，此内受天（脑）之气而外利九窍者也”。李时珍则强调“脑为元神之府”，金正希更指出“人之记性皆在脑中。”其它还有“脑为髓之海，诸髓皆属于脑，故上至脑，下至尾骶，皆精髓升降之道路也。”这些引述，说明人的视觉、听觉、嗅觉、感觉、思维记忆力等，都是由于脑的作用，肯定了脑是精髓和神明高度汇聚之处。由此可见，祖国医学对于脑髓的生理、解剖早有认识。但因古人把人的精神活动，归纳为五脏功能的一种反映。所以从表面上看，关于脑髓主要的专题论述似乎不多，而实际上却都把它包括在内了。祖国医学首先把人的精神活动（人体生命活动及思维意识活动），归之于心神的功能，如“心藏神”、“心者，君主之官、神明出焉。”而且认为心神统管人的五脏六腑，如“心者，五脏六腑之大主也，精神之所舍也。”对于肝与精神活动的关系，亦直接指出肝为“将军之官”、“主谋虑”；又指出魂与肝血的关系，“肝藏血，血舍魂”、“肝者，罢极之本，魂之居也”。对于肺，则谓“肺藏魄”、“肺者，气之本，魄之处也。”“魄之为用，能动能作，痛痒由之而觉也。”说明听觉、视觉、冷热痛痒感觉和躯干肢体的动作等，都属魄的范围，魄是精神意识活动的一部分。至于包括思维、注意力、记忆、技巧等智力活动范围的精神功能，与脾的运化、输布功能是否良好有密切关系；另方面，“肾藏精、精舍志”、“主技巧”。说明肾的功能除智能外，还与人的情绪等有关。所以《黄帝内经太素卷六》说：“肝藏血，血舍魂；心藏脉，脉舍神；脾藏营，

营舍意；肺藏气，气舍魄；肾藏精，精舍志。”《素问·宣明五气论》也说：“五脏所藏，心藏神，肺藏魄，肝藏魂，脾藏意，肾藏志。”这些所谓神、魂、魄、意、志，均属于精神活动的表现，亦即脑髓功能的概括性的分别叙述。因此可以说，某些五脏功能的失调，实即脑髓功能的某些病变。

再从经络循行部位来看。在十二经脉中，“膀胱足太阳之脉，……从巅入络脑，……络肾属膀胱”，与肾足少阴之脉相交。在奇经八脉中，“督脉……与太阳起于目内眦，上额交巅上入络脑，……入循脊络肾而止”（见《黄帝内经太素卷十》）按膀胱、督脉的循行部位而言，都是络（或属）肾。据此，可以认为本症的发生是与膀胱、肾、督三脉有关，特别与肾足少阴之脉的关系，尤为重要。既此三脉都入络脑（包括本经及合经），可以说，本症为三脉的疾患，但这也不过是一个代名词而已。其实，等于说，本症是脑疾患的一种罢了。

（二）为了深入研究、学习祖国医学对于癫痫性梦游症的理论和治疗经验，除向我院借阅《备急千金要方》、《珍本医书集成》外，仅就案头现有有关书籍，遍查有关本症的类似记载，不意终无所获！此亦不足为怪，首先是，中医书籍浩如烟海，此次所查阅者，为数寥寥，当然不会倖中；第二、由于时间、人力有限，查而不细，阅而不详，难免有所遗漏！但却深信，以祖国医籍之夥，历代医家之众，纵然中西病名不一，但绝不会没有类似描述及临床记载。为此，特将已查书籍抄列于后，深望知者明以教我。

1. 论述类

《黄帝内经太素》	《黄帝内经素问》
《灵枢经》	《金匱要略方论》
《诸病源候论》	《备急千金要方》
《外台秘要》	《太平圣惠方》
《本草纲目》	《普济方》
《证治准绳》	《景岳全书》
《类经》	《图书集成医部全录》
《医贯》	《先醒斋医学广笔记》
《医学入门》	《徐灵胎医书全集》
《石室秘录》	《格致余论》
《辨证录》	《类证活人书》
《中医临证处方入门》	《证治要诀》
《冷庐医话》	《脉因证治》
《证因脉治》	《顾松园医镜》
《医宗金鉴》	《杂病源流犀烛》
《张氏医通》	《医学心悟》
《罗氏会约医镜》	《医醇剩义》
《寿世保元》	《世补斋医书前后集》
《奇效良方》	《中国医药汇海》
《脏腑药式补正》	《中西汇通医经精义》
《医学衷中参西录》	《皇汉医学丛书》
《杂症广要》	《东医宝鉴》

2. 医案类

《珍本医书集成》（医案部分）

《名医类案》	《续名医类案》
《杏轩医案》	《柳选四家医案》

《张聿青医案》 《清代名医医案菁华》

《临证指南医案》 《全国名医验案类编》

3. 杂志类

(1) 解放前的几种中医刊物。

(2) 建国后的大部分中医刊物。

(三) 梦游症，根据近代睡眠生理的研究，认为是在觉醒障碍时所发生的一种疾患。治疗时，常用安定药。如用治疗量的氯丙嗪，不但不能引起睡眠和麻醉，而其功效却首先表现在对皮质机能的抑制影响，能降低皮质兴奋过程，增强抑制过程，因而呈现安定作用。根据这类药物的功能来看，酸枣仁汤加减方似有共同之处。本方的主要作用是安心神，但以心肝互资、互为配合，故养肝血以滋心肝。为了使心肾相交，水火互济，故敛虚阳以交心肾。因火邪作祟，故携清热之品；又以痰液为患，故兼祛痰之药，互为配伍，标本同治，故可收到因除症消之预期目的。总的来说，同时兼采几种治则，都是为了消除心神不安的病因而辨证组方的。不过，从表面上看，二者似有繁简之别。从疗效上说，或有殊途同归之效，因未作过对照治疗，所以二者远期效果的对比，暂难推测。

1979年5月写

腺病毒肺炎——近似风温、冬温

一

腺病毒，是于1956年始由Enders氏等人所组成的委员

会创议定名的（《医学微生物学》）。腺病毒肺炎，多发于冬、春季节。患者多为3岁以内的小儿。临床表现，主要症状有持续高热，咳嗽（以呛咳、频咳及阵咳为多，且多兼有喘憋），较特殊的有面色苍白、神萎、嗜睡、烦躁；后则惊厥、昏迷、肝脾肿大等。还有一些症状易被误诊，如嗜睡、阵咳、皮肤瘀点、各种类型皮疹，以及呕吐、腹泻、结膜炎等。诊断根据，以临床症状加X线检查为主。

本病与细菌性肺炎病因不同，治法亦异，因之必须区分。其鉴别主要有：（一）本病的多数病例起病后即有持续性高热，经抗菌素治疗无效。（二）有嗜睡、神萎等症。嗜睡和烦躁交替出现。面色苍白，肝脾肿大明显。后见心力衰竭、惊厥等合并症。（三）肺部体征出现较迟，有湿性罗音、喘憋。（四）白细胞总数较低，多不超过12,000/每立方毫米。（五）X线检查，肺部可有较大片状阴影，以左下为多见。必要时可作血清学检查，以确定最后诊断。

本病属于祖国医学温病范畴。但温病是由外感温热病邪所引起，以热象偏重为主要特征，并具有季节性和不同程度传染性的一类疾病的总称。它包括风温、春温、湿温、伏暑、秋燥、冬温等四时温病。那么，本病究竟近似温病中的那种病证呢？首先从发病季节来看，本病发病季节为冬、春两季。温病中，除暑温、湿温、秋燥外，风温和春温的发病季节都是春季，冬温是冬季，伏暑是冬季或秋季。再从症状来分析，春温的主要病因是伏热，虽有因春季阳气开泄，伏热外溢，与因再感新邪，引动伏热而发病的二类。但其初起即见里热伤阴或表里同病（里热与卫表见证），所以并不完全相似本病的临床症状。伏暑初起，虽兼卫分表证，但很快出现气分

少阳症或营分热证,也与本病不完全近似。风温和冬温的因、证、脉、治大都一样,只是发病季节有所不同。这两种病的初起,病邪都在肺卫(纯见表证),主要特征为头痛、无汗或少汗、发热微恶风寒、咳嗽、咽痛等,这与本病初期主症大致相近,续现各症亦多相同。因之,可以说本病近似温病中的风温、冬温,并可根据风温、冬温的辨证施治来治疗。

二

病因病机。温病的致病主因,是外感温热之邪,所以说温病之原于火。但因其热象偏重,故又有六淫化热成温之论;因其传染、流行,故还有疫气、疫病之气、时邪等病因学说。

温病病邪的种类虽如上述,而其属性却不外温热与湿热两类。一般说来,温热病邪致病,起病急骤,呈急性或亚急性发病,而且病程较短,传变较快,易于逆传突变,伤津耗液严重。这是因为温为阳邪,最善发泄。阳盛必伤阴,故首郁遏太阴经中之阴气。太阴,阴脏也。温热,阳邪也。阳盛伤人之阴也。湿热病邪致病,起病较缓,传变亦慢,易发白痞,病程相对较长。湿热留恋,可损阳气。风热,是冬春季温病的致病主因,所以风温、冬温都是由风热病邪所引起。春季温暖多风,或冬季应寒反暖的气候环境,最易造成风热为病。故吴塘说:“风温者、初春阳气始开,厥阴行令,风夹温也”、“冬温者,冬应寒而反温,阳不潜藏,民病温也。”风热病邪致病,最易侵犯人体上焦、肌表,出现卫表肺经证候。正如吴塘所说:“温病,由口鼻而入,自上而下,鼻通于肺,始手太阴。太阴,金也,温者,火之气。风者,火之母,火未有不克金者,故病始于此。”由于风性善行数变,

故风温病发病较急，传变较速。如初起治疗不当，每易逆传心包。

有关辨证的一点设想：卫气营血是用以阐明温病过程中的病理变化，从而作为区分证候类型，标志病情浅深轻重，概括传变过程，确定治疗方法的大纲依据。在治疗方面，采用随证治之，有斯症必用斯药之法，固是治疗中的重要一环。但是个别患者，已因某些原因失去了预防为主的时机，来不及防患未然。而医者如能知肝传脾，见微知著，掌握好温病的传变规律，特别是其传变先兆，对发病过程来说，虽已“失之东隅”，却可“收之桑榆”。这样，不仅可防止或减少（减轻）症状续发，且可减少患者痛苦，缩短疗程。更重要的是，或可防患未然，转危为安，及早恢复康健。因此，对它的由卫而气而营而血的各种重要传变先兆，包括顺传和逆传两种，都应认真探索，以利运用。

三

温病（主要指风温、冬温）的一、二个常见症状的鉴别或说明：

（一）发热恶寒。发热恶寒，是指发热与恶寒同时出现的一种热型，是温病初起邪在卫表（肺主气属卫）的特征。

如上所述，温病之原于火。与温为阳邪……，故首都遏太阴经中之阴气，而为身热等症。又因肺主化气，肺病不能化气，气郁则身亦热也。也就是说，这种发热是热邪侵袭肌体肺卫后，正气奋起抗邪。由于邪正相争、导致卫气营血功能紊乱，阴阳失去平衡，初则造成阳胜则热，终则引起阴虚内热的病理变化，以致体温升高而发热。至于温病之恶寒，

肺合皮毛而亦主表，故亦恶风寒也。又有先感温邪，复感风寒，亦有恶风寒之症。

既知发热恶寒之因是邪在肺卫，那么如何祛此表邪？解表法，是驱除表邪、解除表证的一种治疗方法。它具有疏泄腠理、透邪外出的作用。使用后常能达到汗出而解的目的，所以又称为汗法。但吴塘曾说：“汗之为物，以阳气为运用，以阴精为材料。阴精有余，阳气不足，则汗不能自出……；阳气有余，阴精不足，多能自出。”因此，“伤寒……以救阳气为主，所以不可不发汗；温热病……以救阴精为主，所以断不可发汗。”又《温病条辨》也戒之曰：“太阴温病，不可发汗。”并指出发汗的恶果是，“发汗而汗不出者（血燥），必发斑疹；汗出过多者（表疏），必神昏谵语。”还说明汗后出现恶果的原因是，“温病忌汗者，病由口鼻而入，邪不在足太阳之表”。果如上述，则温热病断不可发汗了。可是，《温病条辨》却明确指出：“太阴风温、温热、温疫、冬温，初起恶风寒者、桂枝汤主之。”按风温、冬温等病，初起既恶风寒，虽非寒水之病而是温热之邪，纵不是温自内发，风寒从外搏，成内热外寒之证。但有恶风寒之症，便可能不是单纯的不兼寒风。既兼寒风，则必依其轻重，酌予辛温解肌法——桂枝汤，是温病忌汗、最喜解肌故也。并在本条桂枝汤方后特别叮咛：“煎法服法，必如《伤寒论》原文而后可，不然不惟失桂枝汤之妙，反生他变，病必不除。”再查《伤寒论》桂枝汤服法为：“适寒温，服一升（ $\frac{1}{3}$ ）。服已，须臾啖热稀粥一升余，以助药力。温覆令一时许，遍身淅淅，微似有汗者益佳。不可令如水流漓，病必不除。……若不汗，更

服依前法。又不汗，后服小促役其间，半日许令三服尽。……若汗不出者，乃服至二三剂。”细审用桂枝汤法（包括啜热粥、温覆及连续服用）之目的，虽云桂枝解肌，有汗用桂枝。但似总不外使其汗出，如不汗出，绝不罢休（停药）。果亦如斯，则温热病断不可发汗，以及太阴温病，不可发汗之谆谆告诫，又当如何理解呢？实践解答了这个问题。《时病论·章某案》：“得春温时病，前医不识，遂谓伤寒，辄用荆、防、羌、独等药，一剂得汗，身热退清；次剂罔灵，复热如火，大渴饮冷，其势如狂……。丰曰：‘此春温病也，初起本宜发汗，解其在表之寒，所以热从汗解。惜乎继服原方，过汗遂化为燥……，以致诸变丛生’”。这使我们既学会了一些治疗温病的经验，也收到了一些教训。一方面，它告诉我们，表有寒邪，即宜发汗，汗之则热从汗解；另方面，它又告诫我们，不可过汗！过汗则热化为燥，诸变丛生。这些不汗而热不退的经验和过汗而热化燥的教训，确实是一些宝贵资料。因之，对于温病的汗法，必须熟练的掌握，才能达到预期的目的。关于汗法的运用：

1.禁用、忌用、慎用

（1）温病初起无表证者，如不恶风寒，则不兼风寒者，禁用解表法。

（2）风热表证，忌用发散风寒的辛温解表法。

（3）使用解表法要适可而止，如《温病条辨》所说，以免过汗伤阴。

（4）掌握各种解表法的适应证和方药的选择性。

2.必汗、宜汗

（1）初病有表证者，必须解表，所谓“在卫汗之”也。

但须温邪辛凉（辛凉开肺，便是汗剂），寒邪辛温，风邪疏风。春温外有寒邪，风温外有风邪，初起之时可以辛温辛凉，以其表有寒、风，所以不忌辛散。

（2）病程虽久，而表不解者，仍必解表。

（3）表邪未尽者，不论久暂，首必解表。但须区分火极似水——内热盛而反见恶寒的假象，与余邪（表邪）未尽的所谓“有一分恶寒，即有一分表证。”应汗者必汗，汗之则病必瘥。忌汗者勿汗，否则火必燎原。还要区分发热恶寒与寒热往来，分别选方遣药。

（4）对于“客寒包火”表闭较重者，必在辛凉剂中，酌情伍以辛温之品。

（二）温病下泄与便结。温病便泄：是因热蒸于内不得外解而从下泄。但泄则热有出路，不为大患，所以便泄者其病较轻。临床上常见的这类下泄，约有四种。

1. 热泄。属肺，为肺热遗于大肠所致。粪便溏薄而色鲜黄，肛门灼热，直注难忍。

2. 热而挟湿之泄。属脾，为脾湿下溜所致。粪便浑浊如黑豆之汁，而色如酱。

3. 热而挟积之泄。属肠胃，为肠中燥粪郁塞而邪热胶固所致。频转矢气，或腹胀作痛，或欲解不畅，粪便粘腻。

4. 热结旁流之泄。与热而挟积之泄同属肠胃。但纯利稀水，并无粪杂，或兼热炽，或兼拒按。

至于粪便硬结，数日不解者，则为或以表邪久闭未解而内热郁遏，或因表里俱热而表证仍在，以致内热时积日炽，热化为火，脏腑被灼，津液大伤，热无出路所致。是故便结者，病则较重。

四

病例介绍

邱××，女，2岁。

患儿于1978年11月6日以发烧、咳嗽等症，前往某职工医院门诊部门诊，曾给注射百尔定及口服土霉素、枇杷露、A.P.C.等。9日又往就诊，以支气管肺炎（急性细菌感染）收入住院。入院时体温37℃（当日下午即上升为38.4℃，夜晚上升为39.3℃。9日至14日体温不稳定，有时上升为40℃，但基本持续在39℃上下）。神志清楚，面色苍白，呼吸急促，但无紫绀，心率126次/分，两肺满布中、小湿鸣音，腹部平软，肝脏在肋下可以触及，余无异常。

住院后，按一般支气管肺炎处理，给青霉素、链霉素，并由静脉给10%葡萄糖及青霉素。两天后（11月11日）患儿病情突然加重，体温40.1℃，精神萎靡不振，两肺湿性罗音，由小变中、大水泡音，腹部胀气，给氯丙嗪，并由静脉给卡那霉素及10%葡萄糖。11月12日呼吸急促较前更为加重，紫绀明显，心率100—110次/分，肝脏增大至肋下2 Cm，有压痛感，当即加给毒毛旋花子苷K（总量为0.46mg）。11月13日以病情不减，改用红霉素+10%葡萄糖静脉点滴，每6小时1次，直至14日。且因紫绀不退，持续输氧及交替注射可拉明、洛贝林；同时为了改善病情，14日输全血100c.c，并给A.T.P，辅酶A、细胞色素C、氯化可的松等药。以高热不降，故将冰袋一直使用。但病情难遏，仍有发展趋势。诊断为腺病毒肺炎，心力衰竭。并已给其家长发出病危通知

书。11月15日中午来邀我往诊。患儿面色苍白，咳嗽，气急促而憋，鼻翼煽动，胸部起伏，痰鸣，高热而微恶寒，有时微汗^⑤，神志不清，口唇干裂，紫绀明显，大便已四天未行。指纹色紫、透过命关，舌苔因吸氧、头皮静注，且因续服镇静药物，未能详察。但启唇探视，舌尖及尖边色红而紫。

根据现症，知其虽有高热而仍微恶风寒，说明病邪仍在肺卫。因未汗解，故表证仍在而寒热不退。高热可量而知，至其仍有微恶风寒，何以知之？病房室温较高，而患儿身着棉装又覆棉被，上与颌齐，蜷卧不动而无恶热表现，则其恶寒可以推知。又因偶有微汗，故亦知其非“客寒包火”之表闭重症。但温邪始从上受，病在卫分，得从外解，则不传矣，不解则传。又患儿已四日大便不行，高热又复有增无减，可知病已由肺卫下行胃肠，故知其神志昏迷（在两次给镇静药之间，或下次给药和过时给药之时，仍昏迷如旧），而非逆传！且无入营他症出现。于是，更可推知其高热不退，乃因表邪未解，而神志昏迷则系来自高热。是顺传之象毕露。因由上焦气分以及中、下二焦者为顺传，即邪从气分下行为顺之意。至于大便不解，则系不从外解，必致里结之故。这里需注意之处，首在逆传。“包络上居膻中，邪不外解，又不下行，易于袭入，是以内陷（是指邪入营分，而非真气下陷。因邪从气分下行为顺，所以此种内陷，绝非升提所宜，不可妄用升提之品。）营分者为逆传，亦即邪入营分内陷为逆之谓。因之，患儿病程虽已较久，病情虽较危重，但审证求因，关键仍在因表邪未解，热无出路，而致诸症纷起，以至出现心衰危症。所以治疗重点，仍应以解表为主，兼以清热。但非表闭重症，不可过用辛温，以冀微汗淅淅，俾可热

退寒除，诸症随之而减。针对外有风寒而未解，内有热邪而日炽的现症，故用辛温之荆芥，以散邪解肌出汗，使表得解，热有出路，由于邪盛而作之寒热可除。再用银花清表热，连翘清里热，二者大量同用，常能起到持久微汗，助以薄荷辛凉，增强散邪清热之力。又以邪已入胃，气分热炽，出现呕吐、便秘，故加竹茹、芦根，清热止呕。但其重点仍在肺卫，故以桑白皮、杏仁，一面肃肺以止喘咳，一面开提肺气以通大肠而助大便，辅之浙贝母、海浮石、海蛤粉以祛痰而减喘咳。温邪最易伤阴，故佐小量麦冬，润肺利咳，俾免再损阴液。以其量小，不虑其起恋邪之弊，且可纠正荆芥辛温，因汗而致咽干的副作用。处方如下：

银花30克 连翘30克 竹茹12克 芦根30克 荆芥12克
薄荷7克 麦冬12克 桑白皮15克 浙贝母10克 杏仁8克
海浮石10克 海蛤粉8克

水煎二次，浓缩为200c.c，每服50c.c，4至5小时一次（一剂）。

11月17日二诊。患儿家长来述：“15日下午4时许开始服药，后则每4至5小时给药一次。当夜大便4次，粪黑色呈糊状，尿量也稍增多，身有微汗，热渐减而神志亦渐清。16日晨，发绀腹胀均有改善。据医生说，心音也较前有力。且自索饮食，喂以牛奶，犹感不足，见其母在旁早餐（面条），即喊吃面面不休，少与之，始安卧。为了就诊方便，已于当日下午转入距此较近的××医院。但傍晚左右，热势似有所增，咳喘亦较午前为频。”因思药仅一剂，而症已减。到了次晚，热、咳等症又较午前为重者，乃余邪未清，肺热作祟。随将上方减味酌增葶苈、大枣，加重泻肺之力。嘱服二剂，

一日一剂，仍分 4 次，每 6 小时给药 1 次。处方：

银花30克 连翘30克 竹茹10克 芦根30克 荆芥10克
薄荷6克 麦冬9克 葶苈子7克 浙贝母10克 杏仁8克
大枣9克

患儿之母于二周后来告：“连服二剂，各症基本消失，眠食精神日佳，二便正常，此次药后亦未再泻。惟肺部罗音尚未消失，经电疗10次，于12月4日病愈出院。”

1979年8月写