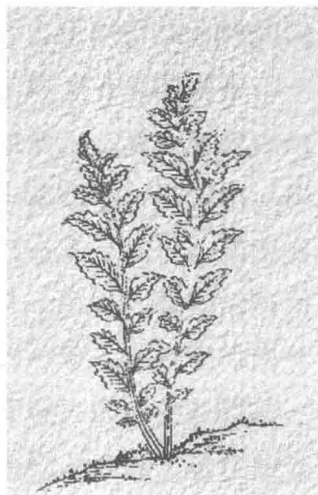
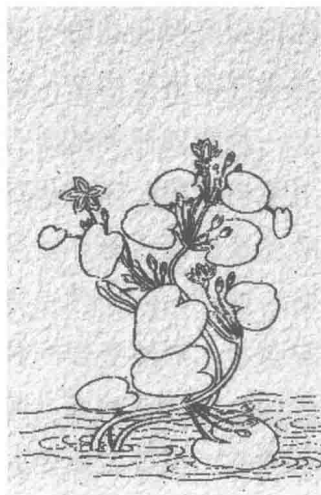


第1讲 医话篇



医话乃临证随笔，是中医特有的文章，如医案一样，亦可作为医者行医的真实记录而说教言传，是广博学识必须多读的一类文章。写法或严谨，言辞或随意，体裁或议论，文字或记叙，有理论的深刻探讨，有临证的自我感悟，文字流露从乎心中，读如面谈亲授，焉不细心阅之？



浅谈桂枝汤

桂枝汤为《伤寒论》开卷第一方，柯琴称其为群方之冠，足见其在《伤寒论》中的重要地位，确实如此，《伤寒论》总共113方，只桂枝汤加减变化组方的就有20多方。因此，参透了桂枝汤，基本就等于明白了《伤寒论》近1/5的方剂，其功伟矣。

在介绍桂枝汤之前，先对《伤寒论》这本书做一个概括的总结。

东汉医学家张机的《伤寒论》是一部介绍广义伤寒，即包括所有外感病在内的疾病发病规律和治疗方法的书。同时，又是一部包括了诸多杂病（内伤）的发病规律和治疗方法在内的书，故而有“六经钤百病”之说。因此，又可以说《伤寒论》

是一部总结所有疾病的发病规律和治疗方法的书。之所以形成这样的局面，是由于疾病的特性决定的。疾病的发生包括了两个方面的因素：一方面是病邪的侵袭；一方面是人体自身免疫力的改变。二者合起来，也就是我们《黄帝内经》中所说的“正邪相争”。由此我们可以看出，疾病是一种正邪相争的免疫反应。其中，人体的正气占主导地位，是疾病发生的内因；病邪占次要地位，是疾病发生的条件。所以，我们治病用药一定要顺应人体免疫反应的趋势，也就是病机的趋势：病机趋势向外的，要发汗表解；向里的要清下；半表半里的要和解；虚的要补要益；实的要疏要泻；寒的要温要热；热的要清要滋。否则，违背了这样的规



《伤寒论》书影



律，病必不愈。《伤寒论》所介绍的内容，皆是疾病的免疫反应趋势或病机的趋势以及相应的治疗方法，虽然其中也涉及风邪和寒邪两类病因，但是却又绝不仅仅局限于具体的某种疾病，或某种病邪引起的疾病。尽管它的书名标明的是介绍外感病的发病规律和治疗方法，但其内容却是涵盖了人体内在抗病机制所表现出来的规律和相应的救治方法，所以说，它不仅是一部治疗外感的书，也是一部治疗内伤的书，包括了外感、内伤在内的所有的疾病。

疾病的发病规律，就是我们上面说的疾病免疫反应的趋势或病机的趋势。治疗方法，就是《伤寒论》中的所有方剂。

接着，我们再介绍一下《伤寒论》所讲发病规律的结构。

在此之前，我们要先排除用脏腑经络理论来解释《伤寒论》，因为《伤寒论》中的六病绝不是六经病，更不是某某经腑的病，而是一切疾病，只要有某病的表现就是某病。不用脏腑经络来解释《伤寒论》，不代表我们就排斥和否定脏腑经络理论，我们只是说《伤寒论》不是在脏腑经络的理论基础上写成的，虽然它有时也讲脏腑经络理论，但其实它是在八纲理论的基础上写成的。虽然如此，脏腑经络理论依旧是我们中医园地里的奇葩之一，有着不可估量的价值和成就，并且依然将常放异彩。

用八纲理论来解释《伤寒论》的发病规律具体方法如下：因为阴阳为八纲之总纲，涵盖其他六纲，故此书中以阴阳为纲，把所有的“证”分为阴病和阳病。然后，阴病和阳病又根据表、里不同的病位各分为三种病。阴病分为三阴病：太阴病、少阴病、厥阴病。其中，少阴为表，太阴为里，厥阴为半表半里。阳病分为三阳病：太阳病、阳明病、少阳病。其中，太阳为表，阳明为里，少阳为半表半里。也即是说，太阳病为表病之阳病，少阴为表病之阴证；阳明病为里病之阳病，太阴病为里病之阴病；少阳病为半表半里之阳病，厥阴病为半表半里之阴病。六病之间可以传变，或合病或并病，但其传变或合病或并病也是有一定规律的，绝非随意的。



桂枝汤作为《伤寒论》里的一首名方，主要具有两方面的作用和用途：一是外能充营卫、散外邪；二是内能温脾胃、生阴血。下面我们分别讨论。

桂枝汤充营卫、散外邪，主要用于太阳病中风证。为了便于理解太阳中风证，我们先说一下太阳病的病机。太阳病的病机是人体正气与病邪抗击于体表皮毛、肌肉、筋骨，企图通过发汗的形式将病邪排出体外，从而达到病愈的目的。人体体表为营卫二气所固护和营养，故表病也就是太阳病，即是营卫二气与邪气之争。人体正气在内曰气血，在外曰营卫，其实气血营卫本不同之说法也。我们暂不讨论气血，只说营卫。营卫二气产生于脾胃运化、吸收的水谷精微，脾胃功能一差，营卫二气必然不足。故脾胃功能正常，是保证营卫二气充足且功能正常的根本。气血亦是如此。知道了太阳病的病机，再解释桂枝汤就好理解了。

《黄帝内经》有云：“邪之所凑，其气必虚。”后人又有“邪气太盛”之说，这两句话道出了疾病发生的两种形式。也就是说，人体疾病的发生皆是由于正气先弱，正气虚馁，外邪方可侵袭；或者正气不虚，邪气太盛，正气抵挡不住，也可引起疾病的发生。太阳病有两种类型：即太阳中风证和太阳伤寒证。治疗太阳中风证的主方是桂枝汤，治疗太阳伤寒证的主方是麻黄汤。太阳伤寒证就是属于正气不虚，邪气太盛所致。其始，邪气侵袭人体后，正气，也就是营卫二气奋起抵抗，企图拒邪于人体之最外层——皮肤，通过出汗把病邪排出。此时，正气不虚而邪气旺盛，二者交争于体表皮肤。虽正不虚，而邪太盛，故靠自身之卫气尚不足以抗邪兼蒸腾营阴做汗，排病邪于体外，故此时，宜用药物顺应正气抗邪于体表而向外的病机，助机体汗出，以使病解，麻黄汤就是这样一首方剂，辛温散邪以助汗出，汗出邪去而病告痊愈。太阳中风证却是脾胃虚寒、营卫不足在先，而后遭受病邪侵袭的一种类型。其病理为外邪侵袭后，卫气奋起抵抗，由于卫气本不足，再全力抗邪，致使卫气固护营阴的功能减弱，令营阴外泄。营阴本已不足，又兼外泄，就更加不足。鉴于以上两种原因，故汗出而邪不去、热不退。此时，对于疾



病的治疗应采取温补脾胃以生营卫，使营卫充足，再兼助发汗以驱外邪的治疗方法，使汗出邪去。桂枝汤就是依此而制定的。桂枝汤中桂枝、炙甘草、大枣、生姜温补脾胃之虚寒，以生营卫二气，同时又用芍药、大枣补充营阴之不足，再兼用桂枝、生姜味辛以助发汗驱邪。药后服热粥，以增营卫之化源。由此而知，桂枝汤乃是治疗营卫不足、脾胃虚寒型外感的方子。但，有时患体虽有这种病理状态存在，却患外感后而症状不明显，同样也用此方治疗，关键就看医者的辨证水平了。

说桂枝汤充营卫、散外邪，而不说其调和营卫，是因其内在的病理因素决定的。患体脾胃虚寒在先，必导致营卫不足于外，故说充营卫而不说调和营卫。调和营卫之说，来自《伤寒论》第53条：“病常自汗出者，此为荣气和，荣气和者，外不谐，以卫气不共荣气和谐故尔，以荣行脉中，卫行脉外，复发其汗，营卫和则愈，宜桂枝汤。”这里所说的“卫不和”，实际乃是卫气受邪，失去其固护营津之功能，与上面所述桂枝汤病机一样，只不过感受外邪的症状不明显罢了。其治疗仍然是用桂枝汤充营卫、散外邪。

桂枝汤温脾胃、生阴血，主要用于治疗一些内伤杂病，其病机为脾胃寒、阴血少。比如治疗失精梦交的桂枝加龙骨牡蛎汤等。

桂枝汤治外充营卫、散外邪也好，治内温脾胃、生阴血也好，有时候并不是分得那么清楚，往往是彼中有此、此中有彼。桂枝汤的作用和用途到此就介绍完了。

下面介绍桂枝汤证的脉象。

桂枝汤证的脉象在《伤寒论》中介绍了两种：一是脉缓，一是脉浮弱。本来太阳中风之脉应该浮缓，至于仲景为何说脉缓而不说脉浮缓，是有深意的。脉浮缓是说中风之脉，也就是后面所说的脉浮弱；而脉缓不仅包括了浮缓，还可以不浮缓；不仅包括了中风营卫不足、风邪侵袭的病机，还包括了内伤脾胃虚寒、阴血不足的病机。

那么，什么样的脉是缓脉，什么样的脉是弱脉呢？其实缓脉也好，弱脉也好，它们的共同特点是：脉初取脉体和缓松弛，按之则软弱少



力，内容物少。胡希恕形容为紧脉是装满烟丝的烟卷，缓脉是去掉一部分烟丝的烟卷。直观形象，易于理解。浮弱脉，就是弱脉再加上浮脉。不过，应该注意的是，这里所说的缓脉、弱脉与后世脉学中所描述的缓脉、弱脉是不同的。后世脉学所谓的缓脉是以至数来论，一息四至谓之缓；弱脉是沉细无力谓之弱。

下面我们总结一下桂枝汤临床应用的不同情况。

- ① 太阳中风证。
- ② 太阳病汗、吐、下之后，太阳病仍存在的。
- ③ 自汗出或自汗出时发热，属营卫不和的。
- ④ 非太阳病而现桂枝汤证的。
- ⑤ 太阳阳明合病而有桂枝汤证的。
- ⑥ 太阳少阳合病，发热、恶寒、关节疼痛的。
- ⑦ 太阳中风证而症状不明显的。
- ⑧ 脾胃虚寒、阴血不足的。

综合上述，我们可以把桂枝汤的临床应用要点归纳为两点：

1. 临床上只要病机在表，也就是说，脾胃虚寒、营卫不足在先，有外邪侵袭的有症状或无症状的疾病；
2. 脾胃虚寒、阴血不足的疾病。二者之脉象皆缓弱无力，内容物少。

[李盼广（平凡中医）]

肝硬化治疗之心得

肝硬化属中医胁痛、黄疸、积聚、臌胀之门。肝硬化是一种慢性进行性肝病，是由各种原因引起的肝脏慢性弥漫性炎症，或广泛的肝实质变性和坏死继续发展的结果。病情进展到一定程度，可出现肝门静脉回流障碍、门脉压升高、血浆胶体渗透压降低、肝淋巴液溢出等多种病症而导致腹水，这就是晚期肝硬化的腹水期，中医又称为臌胀（此种腹水主要在腹，与心性、肾性等先由躯体四肢水肿而后及腹者有严格区别，故又称为单腹胀）。慢性肝炎大多由乙型肝炎或丙型肝炎转化而成，因长期病毒复制和肝功能异常而形成早期肝硬化。早期肝硬化一般还是气滞血瘀，到了晚期阶段以血瘀为主，成为血胀。由于脾大，血小板减少，侧支循环障碍，胃底静脉曲张，出现大量的出血、呕血，深度黄疸，甚至肝性脑病、无尿，导致肝肾脑综合征，病死率极高。

笔者行医三十余年，一直从事肝炎的研究与治疗工作。今天和同仁们一起讨论肝硬化的辨证论治问题，以如下病案形式进行探讨。

反治法病案二则。



精血内耗，阴虚臌胀

金某，男，66岁，温州建筑公司工人，1978年6月1日初诊。

患者面色晦暗，形瘦如柴，腹大如鼓，神志烦乱，纳谷不香，口燥咽干，咳嗽少痰，呃逆不止，下肢浮肿，大便周余未解。舌红绛，无苔少津，脉象弦细。中医诊为“单腹胀”，证属精血大伤，津液极虚。治



宜养胃滋阴，益肾柔肝。予叶氏养胃汤合一贯煎加减。

处方：北沙参30g	生地黄60g	麦冬15g	玄参15g
枸杞子15g	当归3g	玉竹15g	川楝子10g
天花粉15g	赤芍10g	生何首乌15g	

3剂，水煎服。

二诊：咳嗽呃逆未止，大便仍不解，视物不清，神志欠清。遵上法增水行舟，原方去当归、川楝子，加肉苁蓉15g，鲜石斛24g，3剂。

三诊：大便行，小便亦长，腹满略减，仍守上法，加鸡子黄2枚，阿胶15g，冲服，10剂。

四诊：腹水已衰其六七，下肢肿消，纳食转香，神志亦清，能下床行走，舌红苔薄，此为胃阴渐复，原方加入牛角塞30g，茜草15g，凉血散瘀，消其热毒，以防后患。10剂。

五诊：腹水小退，二便如常，纳食亦佳，予六味地黄丸吞服，以资巩固。1980年1月7日随访，病未复发。

按：此证属瘀热内积而致精血不足、津液大伤之腹水，治不能行气破瘀、逐水利尿，而应当用大剂益阴之品增水行舟，方能获效。用麦冬、生地黄之类滋水治水，此为塞因塞用。



瘀热内积，吐衄泻热

姚某，男，45岁，温州市工科所技术员，1978年7月10日初诊。

患者面色灰滞，目黄如橙，胸中烦痛，吐血色紫，神志如狂，大便日结十余次，色黑如酱状，舌尖红，边紫暗，苔黄燥，脉象弦数。此为瘀血内阻，热入营血。治宜清热解毒，散瘀开窍。拟犀角地黄汤合血府逐瘀汤加减。



处方：柴 胡6g 赤 芍10g 当 归9g 枳 实6g
 生地黄20g 川 芎6g 桃 仁12g 红 花9g
 牛角腮60g 茜 草15g 牛 膝12g 天花粉15g

另生大黄30g泡服，至宝丹2粒冲服。2剂。

药后胸痛大减，神志转清，苔黄已去，大便次数减少，心烦口渴，牙龈出血，舌红边紫，脉洪大无力，此为营阴受伤，法宜养阴解毒，拟化斑、清营为剂。

处方：石 膏30g 知 母10g 生地黄20g 金银花12g
 牛角腮50g 生晒参12g 郁 金3g 玄 参10g
 牡丹皮10g 茜 草10g 紫 草10g

2剂。另万氏清心丸8粒。

药后牙龈出血即止，唯心烦不寐。法宜清心养阴，解毒安神。予柏子养心丸吞服。

按：初诊察其病证，实为瘀血内积而吐衄，热结旁流而泄泻，故以犀角地黄汤合血府逐瘀汤加减，活血散血，清热导滞。方中当归、川芎、桃仁活血化瘀；大黄、天花粉、牛膝可引瘀毒下行。瘀毒既有出路，气血乃得运行无阻，病有转机。若见血止血，见泄止泻，瘀毒内蕴，焉得有济。吐衄，以桃红之类活血祛瘀；泄泻，以大黄之属泻热导滞。此为通因通用，医者不可不知矣！

以上两则病案，于1983年发表于《河北中医》第4期（38页），至今已事隔28年。当时用纯中医的格式来描述，病案显得比较简单古朴。笔者曾随访过以上两位病人，第一位病人活到60岁，最后不是死于肝病，而是死于脑梗死。第二位病人在相隔11年后病情复发，死于门静脉高压大出血。

说来也巧，前几天参加在温州市中医院的老同事叶建青医师的家宴，



与肝炎科老同事们坐在一起，在酒席上谈到笔者过去在肝炎科时治疗重症肝炎和肝硬化病人的经过，竟意外地在旁边酒席上遇见以前治疗过的病人谢某（男，现年58岁）。28年前谢某患亚急性肝坏死，住进我院，当时深度黄疸、昏迷、腹水、无尿。当时他神志昏迷不清，酶胆分离，24小时无尿，笔者用呋塞米（速尿） $20\text{mg} \times 7$ 支一次性静脉滴注，结果小便通了，神志逐渐清醒，腹水渐消，中西医治疗2个月后康复出院。笔者在中医院任两届肝炎科主任，一共8年，治疗过肝硬化、重症肝炎近千例，临床实践证明，有相当一部分失代偿期的肝硬化病人还是可逆的，至少可以延长其寿命，像谢某这类亚急性肝坏死的肝肾综合征，如果在现在的医疗条件下，采用人工肾血液透析，进行中西医结合治疗，治愈率会更高。而几十年前，由于医疗条件落后，这种病人病死率很高，大多死于DIC和肾衰竭。

最近门诊遇一中年男子，患有酒精性肝硬化，黄疸，腹水，全身水肿，属阴黄证。用茵陈真武汤加大腹皮、莪术、葫芦，方中重用附子60g，共14剂，腹水、黄疸俱消，转肽酶（ $\gamma\text{-GT}$ ）由 218U/L 降至 60U/L 。笔者治疗肝炎大多采用伤寒六经辨证，此病人属于脾肾阳虚，肾水泛滥，脾虚肝郁，而致黄疸，属于阴黄。若不以温肾利尿，佐以调气活血，重用附子和生姜以消阴，难得奏效。

中医治疗与西医有所不同，中医用药的剂量奇重奇轻，才能出奇制胜。如附子，有时候仅用3g，但笔者曾用附子理中汤，方中附子用量为90g。患者是一位在温州打工的重庆人，男性，45岁，患有十二指肠球部溃疡和胃角溃疡，面色晄白，四肢不温，胸闷气短，重度贫血，脉细欲寐，血压 $80/50\text{mmHg}$ 。不过用附子一定要加生姜，以减轻附子的毒性，且能相得益彰。王清任《医林改错》中的补阳还五汤用黄芪量达120g，笔者曾用六味地黄丸加减治疗2型糖尿病，一剂药的熟地黄用量达250g，以甘治糖，以多糖治单糖，效果相当显著。西医用药如常用量、极量、致死量，药物剂量要求非常明确。不过也有例外，1976年笔者在温州市第二人民医院做见习医生时，时任内科主任在抢救农药有机磷中毒过程中，阿托品总量用到2000多毫克。但如果一个胆囊炎的病人



一次用阿托品10~20mg，就会出问题，出现面色潮红、口干、心率增快、膀胱括约肌松弛、尿潴留。像化脓性心包炎等，当时临床医生用青霉素剂量达到1600万U，每日2次，静脉滴注。中西医如果以药物的剂量倍数来比较，笔者重用的附子、熟地黄的剂量真可谓小巫见大巫了。

肝硬化的中医治疗，辨证非常重要。上述病案一，患者精血内耗，阴虚腹水；最近笔者接诊的酒精性肝硬化，脾阳不足，肾水泛滥。病位都在少阴，但病证却不同，一个是阳衰腹水，一个是阴虚臌胀。在治疗上截然不同，一个用温肾利尿，一个用养阴滋水。中医治病注重辨证，若辨证准确得当，都能取得良好的效果。这两则病案足以说明，阴虚阳虚是辨证的问题，非学术的问题。如下用六经的传变过程来揭示阴虚阳虚之本质。请中医学者不要搞门户之见，现在有许多人还在为扶阴派、火神派的观点而争论不休，实在是不懂中医的奥秘所在。中医乃为仁术，众妙之门；医者意也，玄乎又玄；国医国粹，博大而精深。中医学浩如大海，不可窥一管而谓知全豹也。

从六经辨证传变过程来看，由于体质和疾病的类型不同，一个向直的方向转化，一个向横的方向转化，一个是阴化寒化，一个是阳化热化。建立一个黄疸模型，什么是阴黄证，什么是阳黄证，什么是阴虚，什么是阳虚。就可以清楚地看到其传变过程，其模型见表1、表2。

★ 表1 黄疸病方药

辨 证	方 药
太 阳	麻黄连翘赤小豆汤、宣痹汤
少 阳	三仁汤、甘露消毒丹、连朴饮
阳 明	茵陈蒿汤、栀子柏皮汤、近效茵陈蒿汤
厥 阴	局方甘露饮、清营汤
少 阴（热化）	犀角地黄汤、安宫牛黄丸、至宝丹、紫雪丹
太 阴	茵陈胃苓散、茵陈青附金丹、茵陈理中汤
少 阴（寒化）	茵陈真武汤、茵陈附子汤



★ 表2 阴黄和阳黄的症状归类

证 型	症 见	病机与选方
太阳 黄疸	身目微黄，恶寒发热，口微渴，全身皮肤瘙痒，小便不利，来势较急；舌苔白或微黄，脉弦数	风热郁遏于里而发黄，肺气不宣，水道失调而水肿，选用麻黄连翘赤小豆汤； 湿热痹证，湿聚热蒸，阻于经络，寒战发热，骨节烦疼，面色萎黄，小便短赤，舌苔黄腻或灰滞，面目萎黄，选用宣痹汤
少阳 黄疸	身目俱黄，黄色鲜明，发热口渴，或心中懊侬，口干苦，恶心呕吐，小便短黄。舌苔黄白，脉象弦数	用甘露消毒丹治湿热并重之黄疸；用连朴饮治少阳阳明合病；用三仁汤治少阳太阴合病
阳明 黄疸	身目鲜黄，发热口渴，或心中懊侬，腹部胀闷，口干，口渴，恶心呕吐，小便短少黄赤。舌苔黄，脉象弦数	身热，面目、周身黄如橘色，小便黄赤短涩，大便不畅（或秘），腹微满，口渴胸闷，烦躁不安，或有头汗出，别处无汗，苔黄腻，脉滑数，用茵陈蒿汤
厥阴	身面深黄，目睑垂重，常欲合闭；或饥饿心烦，不欲饮食；目赤肿痛，肢体微肿，胸闷气短，大便不调，小便黄涩，或时身热	胃中湿热，身目发黄，目睑垂重，常欲合闭；或饥饿心烦，不欲饮食，用甘露饮；身热夜甚，神烦少寐，时有谵语，目常喜开或喜闭，口渴或不渴，斑疹隐隐，脉细数，舌绛而干，用清营汤
少阴 （热化）	身目黄，如烟熏，身热谵语，舌绛起刺，漱水不欲咽，斑色紫黑，脉细数	安宫牛黄丸长于清热解毒，适用于热盛之证；至宝丹长于开窍醒神，化浊辟秽，适用于痰浊偏盛、神昏较重之证；紫雪清热解毒之力不及安宫牛黄丸，开窍之力逊于至宝丹，但长于息风止痉，故对热闭心包及热盛动风，神昏而有痉厥者，较为适合
太阴	身目俱黄，黄色晦暗，或如烟熏，脘腹痞胀，纳少，大便不实，神疲畏寒	皆以茵陈为君，湿重者，浮肿泄泻，呕吐黄疸，小便不利。小便癃闭，大便飧泄、濡泻，用胃苓散；肝郁气滞、气虚，用茵陈青附金丹；虚寒甚者，用理中汤
少阴 （寒化）	身目皆黄，晦暗，畏寒神疲，口淡不渴，舌淡白，苔白腻，脉濡缓或沉迟	偏小便不利，四肢沉重疼痛，腹痛下利，或肢体浮肿，苔白不渴，脉沉，用茵陈真武汤；偏脘腹冷痛，呕吐泄泻，手足不温，用茵陈附子汤



中医辨证非常重视人体的整体观与人体内外环境，阴黄、阳黄的传变在相当程度上取决于内环境和体质因素。因此，在临床上根据病位和病证，在治疗上采用辨证施治和非特异性疗法，以消除症状而消灭病原。中医治病主要是根据证的变化，其次再考虑病，不管是肝炎还是胆囊炎。如黄疸病，西医认为有肝细胞性、阻塞性、溶血性3种。中医认为有阴黄、阳黄之分，阳黄有偏湿、偏热之不同，在治疗上采取不同的治则，清热燥湿、淡渗利湿、芳香化湿均能取得消退黄疸的效果；阴黄有偏湿、偏虚、偏寒之不同，在治疗上采取不同的治则，有健脾化湿、益气行瘀、温肾利尿等，也能消除黄疸。这就是所谓“同病异治，异病同治”。

在我国正常人群中，乙型肝炎病毒携带者有1.3亿之巨，每年患慢性肝炎和肝硬化者达300万人，有30万病人死于肝癌。本病自觉症状似比其他肝炎为轻，有些没有症状，是一种慢性进行性全身性疾病。大多肝功能正常，有些病人长期肝功能异常，也有肝功能损伤甚大而致肝硬化腹水者，甚至发展为肝癌。在这方面，如果中西医能在治疗上相辅互补，无疑将是对世界医学的一大贡献。目前甲型肝炎基本被消灭，乙肝疫苗预防接种已被列入计划免疫项目，近20多年，乙型肝炎发病率逐渐降低。由于乙型肝炎抗病毒药物拉米夫定、阿德福韦酯片（代丁）、恩替卡韦的出现，在临床上肝硬化病人和肝癌病人发病率也逐渐降低。如果中医的治疗和西医互补，其疗效应该超过纯西医的治疗。特别是用中医辨证施治乙型肝炎很有特色，因为乙型肝炎为慢性进行性疾病，其病毒复制导致体内的变态反应，使肝组织逐渐纤维化，笔者应用中医的活血祛瘀、清热化湿、疏肝调气等方法，对控制慢性肝炎的症候群及西医的化验指标都很见效。

笔者根据伤寒六经辨证的原理，已经基本建立起中西医治疗乙型肝炎的病理模型。该病理模型中，病位在少阳是治疗乙型肝炎的最佳时期，用小柴胡汤和抗病毒药物阿德福韦酯片（代丁）、恩替卡韦一般都能控制病情，很少转化为厥阴或少阴的肝硬化阶段。乙型肝炎病位在少阳，也是用干扰素和 α 胸腺肽的最佳时期，同时有相当一部分人HBsAg转阴和HBV-DNA



病毒消除。《黄帝内经》有“上工治未病而不治已病”一说。因此，将乙型肝炎控制在少阳病位，一般很少转为肝硬化，这就是中医六经辨证的治未病截断疗法。如果发展到厥阴和少阴病位，出现肝硬化，形成结节、肝癌的时候，不管中医或西医，疗效都不会很好。即使用现代医学方法如化疗、放疗、介入或肝切除，其存活率也是非常低的。正如《素问·四气调神大论》曰：“夫病已成而后药之，乱已成而后治之，譬犹渴而穿井，斗而铸锥，不亦晚乎？”

中医的优势在于辨证和治未病的非特异性治疗及整体观念上，而西医的优势在于技术与特异性的抗病毒治疗以及针对性的局部治疗上。

中西医各有优势，在治疗上应该借鉴和互补。因此，据中医伤寒六经辨证建立乙型肝炎病理模型（模型



可参见《未来中医——橙色革命》一书），对中西医治疗乙型肝炎用药方面有着指导作用，对乙型肝炎疾病全过程的有效控制也具有重大的意义。六经辨证是一个中医全息治疗的辨证程序，是一个中医宏观调控和西医微观分析的医学模式，是一个定性把握与定量分析的群体共存的医学模型，是一个注重横向联系和纵向深入的病理整合新系统。

[金松亭(jinsongtingdr)]

谈中医不传之秘

都说中医不传之秘在于量，确实如此，这个量一般人就以为药量越大越好。到底如何去度这个量，是个费脑筋的问题。近些年来，中医界有用药量愈来愈大的苗头，不排除以药养医之嫌，如美其名曰为提高疗效，就不是那回事了。现在中医诊疗的病多是疑难病及慢性病，这些病的治疗多需要较长过程，若为急于求效而不加以分析地任意加大药量，不见得会“一剂知，再剂愈”。急、危、重症者多因病情所需，或因急病急治，或危重证为救命，药量适当大些是合乎情理的，但是一般的医生很难遇到这些急危重症。常见小剂量用药者被讥讽为“时方医”“温病派”，敢问用大剂者就一定是“经方家”么？！剂量大小应根据实情所需，信手大方重剂，并不见得会提高临床疗效。



药量与药效

大家都知道，剂量与药效并不成正比例关系。某些药物的作用因药量的大小而变化，具体如下。

- ◆ 升麻，小量升阳举陷，大量可败毒。
- ◆ 柴胡，可疏肝解郁，也可解表，决定效果的在于量。
- ◆ 荆芥，大量可发汗解表，常可用至20g甚至30g，小量10g以内就可疏风止痒。
- ◆ 薄荷，小量有疏肝解郁之功，量大就是辛凉透表之药。
- ◆ 连翘，常规剂量可败毒散结，为疮家圣药，大剂使用可辛凉透表



发汗，为温热要药。

- ◆ 桑叶，常量使用可散风清热，量大就能凉血止汗。
 - ◆ 白术，常量可补土止泻，大量可润肠通便。
 - ◆ 苍术，常量可燥湿，大量可发汗。
 - ◆ 红花，小量养血，中量行血，大剂破血。
 - ◆ 大黄、黄连、龙胆草，小量可苦味健胃，量大作用就不同了。
 - ◆ 枳壳、枳实，量小可宽中理气，大量能破气破积。
 - ◆ 厚朴，量小走上宽胸，量大走下宽肠。
 - ◆ 甘草，量小调和诸药，益气补中，大量败毒……
- 凡此种种，不可不明。



药量与病证

病有轻重，证有虚实。轻病用轻药，重症用大剂，这是一般常识。病轻药重，药力太过，徒伤正气，如发表太过，汗漏不止而亡阳；泻下过急，洞下不禁而丧液；温阳太过而化热，补中太过而壅气；清热过度就寒滑或化燥，消伐过施必伤气血津液。重病用轻药，效力不及，多延误病情，然常有用轻剂而愈疾者，也不可不知。慢性病多有虚证，或病情复杂，治疗就有个调理的过程，药重急于求成反而鞭长莫及；实证为祛邪计，多用大剂重方，然常有轻可去实者，也不可不讲。故药量应根据具体病况而定，以为不量大不治病而大量用药者，实不可取也！



药量与体质

生活中，见有酒量大小、饭量不同者，则人之禀赋不同可见；饮有浓