

六經分類治療晚期
血吸虫病經驗選輯

江西省中醫藥研究所編

“六經”分類治療晚期血吸虫病

經驗選輯

江西省中醫藥研究所編



江西人民出版社

52984

目 录

几年来中医药治疗血吸虫病的經驗总结	(3)
血吸虫病“六經”分类的运用和发展	(9)
(一)对血吸虫病运用“六經”分类初步意見	(9)
(二)“六經”分类治疗晚期血吸虫病70例总结报告	(16)
(三)再論“六經”分类治疗晚期血吸虫病	(31)
(四)从“六經”分类治疗晚期血吸虫病31例临床 观察	(40)
(五)晚期血吸虫病“六經”分类治疗运用 “經絡测定仪”的观察	(45)
用玉金消痞丸, 茴香消痞丸和外貼消痞膏治疗晚期 血吸虫病脾脏肿大53例疗效观察	(53)
禹会粮丸治疗晚期血吸虫病肝硬化腹水的疗效观察 ...	(61)
王氏厚朴散治疗晚期血吸虫病腹水12例临床疗效 观察	(66)
附录: 选方备用和介紹代盐醬油	(71)

几年来中医治疗血吸虫病的經驗总结

江西省中医药研究所

几年来，在党的领导下，我省中医治疗研究血吸虫病，已经取得了显著的成績。特别是对晚期重病，改善症状，恢复劳动力等方面，显示了中医药的卓越疗效。并在临床研究的基础上，总结出一套既有系統而又能够反映病所、病机等規律性的“六經分类”，对于进一步发挥中医疗效，总结中医經驗，具有重要意义。

现将我省中医几年来临床研究血吸虫病的主要經驗，初步总结如下。

(一)

中医治疗血吸虫病，虽有千百年的历史經驗，但长期以来，由于历史条件的限制，这些經驗是分散而不系統的。因此在开始大規模治疗研究血吸虫病以前，进行文献整理及有关理論的研究，具有重要的现实意义，从1955年7月开始，我省中医即陸續发表了中医文献中有关血吸虫病的材料。至1956年1月，江西省中医实验院更全面而系統地論証了中医关于血吸虫病的古代病名、流行病学、病原、病理、辨証、

治疗等經驗。指出古代的蠱毒、石水、臃腫、蜘蛛病，单腹脹等十余种病症，均混有血吸虫病的跡象；自第七、八世紀以后，本病主要流行于江南各省，并在論述病原病理后，归納古代治疗方法为逐水、逐瘀、消积、杀虫，扶正等方法，提供了临床实验的初步依据。

在文献整理研究的基础上，省中医实验院进一步提出了中医临床研究具体計劃，并深入玉山等地現場观察，初步总结了临床經驗，为本省各疫区开展中医治疗血吸虫病打下了有利的基础。即对全国各地也发生了一定影响。

随着临床研究的开展，理論研究繼續有所深入，如针对老疫区痞块病人較多，治疗方法較少的情况而进行了血吸虫病痞块的研究等。此外，对于血吸虫病的流行病史，也进行了反复的討論。

(二)

临床研究一开始，即注意了吸取广大群众的經驗。著名的腹水草、半边蓮、千层塔、兔耳乳、海底龙等，成为当时医药界注意的中心。这些民間流傳已久的单方，对于消除腹水有相当疗效。基本上满足了当时群众对于中医的迫切要求，提高了中医治疗研究血吸虫病的信心和决心。但随着治疗研究的范围不断扩大，各种类型的病人都要求中医治疗，单味逐水的单方，已不能适应形势的迅速发展。因此，在这种情况下，不仅机动地运用了各种复方，如以消腹水为主的，有九轉灵丹、三因控涎丹、王氏厚朴散、九龙丸、禹余糧丸等。以消痞为主的，有別甲煎丸、茴香消痞丸、玉金消痞丸

等。以治黄疸为主的，有絳凡丸、当归芦荟丸等，以杀虫为主的，有复方萆薢茄丸、杜吸丸、雄振丸等。此外，还发挥了针灸、敷贴、拔火罐等外治法的作用，使中医治疗血吸虫病的方法，更为丰富多彩。其中有些单方、验方，经过随访疗效较为稳定的，有下列几种：

①馬鞭草：有导泻利尿作用，对消除腹水疗效显著，且能软化和缩小肿大之肝脾，无毒性刺激作用。对临床症状、营养、体力、食欲均有改善，给辨证治疗创造条件。波阳县曾治疗20例，疗效达80%，其中16例腹水全消，3例减轻，一例无效。（按：馬鞭草与复方配合使用，疗效较好）

②三因熵涎丹：玉山县试治50余例，有导泻和利尿作用，使机体恢复，症状改善，缩小脾脏，红血球增加，劳动力恢复。在13例随访中有6例恢复劳动力，7例无腹水增加，脾脏也变软。

③王氏厚朴散：试用12例，能使腹水完全消失，自觉症状改善，食欲增加，其中观察10例有效，2例无效。

④别甲煎丸：曾治251例，对肝脾均有不同程度软化和缩小，有效率达100%。部份伴有高腹水的患者，先给服子龙散消腹水，后再服别甲煎丸，大部份疗效巩固达80%，其中痊愈后恢复全劳动力者78例，占63%，恢复半劳动力者111例，占45%，稍有好转者62例，占25%，无一例无效。

⑤玉金消痞丸：首先试治44例，其中43例脾直径缩小1—10厘米不等。后来玉山县又治疗二百余例，也认为对肝脾缩小和软化有一定疗效。

⑥茴香消痞丸：曾治疗64例，对晚期消痞兼消水，初步

說明有效，并有補血作用，對肝功龍也有改進現象。但本方對年老，侏儒，脾腎虛弱，泄瀉及出現惡液質或有黃疸症狀者，均屬禁忌症。

⑦九轉靈丹：治療15例，有導瀉作用，能消除腹水、軟化和縮小肝脾腫大，且可能有殺虫作用，無毒性刺激作用。其中4例在治療後經大便復查未發現虫卵，另有9例體征完全改善，但有血吸虫卵轉入錫劑治療，並完成療程。

⑧針灸：對處理和預防錫劑毒性反應，在各地試用結果，均獲得一致的顯著療效。

按上述各方，消水如馬鞭草、三因控涎丹、王氏厚朴散、九轉靈丹等，消痞如別甲煎丸、茴香消痞丸、玉金消痞丸等，均有一定的療效。然而各方的適應症，各有不同，倘不隨症施宜，一味執方治病，療效殊有差別，或者是藥症相應，又不堅持療程，也就難以取效。因此，問題不在方劑上，而在我們如何地把它適當運用。此外，殺虫方劑如杜吸丸、復方華澄茄丸，曾先後試治早期血吸虫病1——200例，對部分下痢患者，症狀有改善，大便檢查，對虫卵似有抑制作用，但經過復查，阴性率均顯著降低，說明該二方對殺虫作用，尚不能肯定。

從單方發展到復方，再從復方發展到全面的辨証論治，這是中醫治療研究血吸虫病的发展過程（當然這並不意味着否定單方或某些復方）。1956年3月，我省中醫即開始提出了辨証治療的基本概念，即歸納晚期血吸虫病為癆熱、濕濁、虛弱三種類型。以後並逐步發展提高，終于總結出“六經”分類的辨証論治的規律。

晚期血吸虫病的“六經”分类，认为血吸虫病的发展过程，与“六經”的病理演变相一致。在早期、急性期，往往三阳现象偏多。进入慢性期，則以三阴现象为突出，通过經絡测定仪的观察結果，已証实了晚期血吸虫病三阴腹滿与足三阴經脉相联系的客观存在。对治疗方面，治水莫离太阴，以运脾为主，补土即所以制水；治虛莫离少阴，以溫腎为主，补火即所以生土；治癥莫离厥阴，以柔肝为主，柔肝即所以防厥（昏厥）。經過临床70例的实驗观察，取得了滿意的疗效。以后又反复的实踐，在病理、診斷及治疗方面，均有所补充。在三阴类型鑑別方面，以肿滿、色萎黃、脉緩为太阴。腹滿、足脛肿、色蒼白、脉細为少阴。腹脹滿、色蒼黃、脉弦为厥阴。预后方面，輕則太阴，重則少阴，危則厥阴。病理机轉方面，根据“肝病傳脾”与“乙癸同源”等五行学說，作进一步探討，因而提出了扶正祛邪的方針。对厥阴治疗，如太阴兼厥阴，补充了肝病实脾法；少阴兼厥阴，补充了肝肾同治法。此外，并补充了三阴发热症治，使“六經”分类，治疗晚期血吸虫病，更为全面系統；对于指导臨床实踐，提高疗效，具有重大意义。

(三)

中医对血吸虫病的治疗，具有悠久的历史，积累了丰富的經驗。但千百年，中医治疗对象，以有症状者为主，此类病人，多属現在所称的晚期。通过近年来的临床摸索，我們认为过去追求杀虫，株守方药，均不能进一步发挥中医的特长，因而及时地总结了一套独特的理論体系——“六經”分

类治疗方案。特以三阴为提綱，对晚期血吸虫病腹水、痞块、黄疸三大症，进行了反复实验。从疗效上来看，（1）治疗腹水着重太、少二阴，分别采用了“实脾飲”加肉桂，“金匱肾气丸”等。（2）治疗痞块——肝脾肿大，以运脾为主，配制了“运脾丸”与“归芪建中湯”（丸）等。（3）黄疸从阴黄論治，分别采用了“茵陈四逆湯”与“硝石矾石散”等，疗效均显著，尤其是以“归芪建中湯”为主的肝病实脾法，对軟縮肝脾，改善体征，兼治太阴虚热等，应用广而疗效高。由此說明了这一套理論体系，既能全面地反映病所、病机的治疗規律，又能进一步指导实践。根据这些特点来看，中医治疗研究血吸虫病应以晚期为重点，繼續着重“六經”分类与辨症論治的研究，将更能充分发挥中医理、法、方、药的作用。

当然，在繼續进行“六經”分类和辨症論治研究的同时，更應該結合单方、驗方，使辨症論治体系在应用上更为充实，特别是在专病专药方面，繼續寻找有效杀虫药，是更有必要的。

血吸虫病“六經”分类的运用和发展

江西省中医药研究所

1959年10月全国血吸虫病研究委员会在中医中药經驗总结中关于晚期血吸虫病分类指出：“江西先从湿浊、痰热、和虚弱三型，通过許多病人的实践观察，又发展到結合經絡学說的“六經”分类，进一步得出晚期血吸虫病的类型，大多属于太阴、少阴和厥阴的三阴类型”。同时指出它的优点是：“可以加强治疗中心思想，提高疗效，便于总结經驗，判断预后吉凶等”，这是我省运用“六經”分类的发展过程，从而供作进一步研究肝硬化的参考，同样是有意义的。茲将有关血吸虫病“六經”分类研究資料，系統分列如下：

一、血吸虫病“六經”分类的初步意見

1957年6月間全国血吸虫病研究委员会中医中药組座談会中央卫生部中医司呂炳奎司长在总结会上指示。“从各地材料看来，药方虽多，仍然是机械性往往只在方剂上打圈子，沒有在治疗方法上进行研究，找不到一个中医的治疗規律。正确的做法，应该按照中医的經驗和理論根据，把症状进行系統分类，每一类定一种治疗法則及具体方剂，这样将来才能作出具有中医特点的总结”。因而明确了中医治疗的发展方向 and 今后的正确做法。目前，中医对血吸虫病的辨症論

治，标准殊不一致，疗效尚不够满意。因此，对血吸虫病的系统分类研究，争取创造有效疗法，是迫切需要的。兹拟从伤寒论六经分类入手，提出初步意见如下：

文 献 根 据

1、就受病途径来说，血吸虫病是一种寄生在血里的吸虫所致。雌雄常结合在一起，雌虫排卵于靠近肠壁之微血管中，其卵经粘膜下层进入肠腔，随宿主粪便排体外。成熟之血吸虫卵排出时内含毛蚴，粪便与水接触不久，毛蚴即自卵中解出。毛蚴钻进钉螺体内，在肝脏发育成长为母芽胞幼虫，再生长为许多子芽胞幼虫，约经40天后产生无数尾蚴。尾蚴系血吸虫之传染期，有分叉之长尾为其特征。尾蚴在水中钻入或其他动物（如狗、马、牛、羊等）之皮肤或粘膜后，随血运经肺而终抵门静脉，在这里长大成虫，它的主要病变是在大肠与肝脏，这说明血吸虫病的传染途径，似与中医病因“由表入里”的说法是一致的。例如灵枢云：“虚邪之中人也，始从皮肤以入、其传，自络脉而经而输而伏冲之脉，以至于胃”（节录百病始生篇）。金匱脏腑经絡病篇：“一者皮肤所中，经絡受邪，内入脏腑，为外所因也……适中经絡，未流传脏腑，即医治之，四肢才觉重滞，即导引吐纳，鍼灸膏摩，勿令九窍闭塞”。徐灵胎医学源流论指出：“邪之伤人，或在皮肉，或在经絡，经絡之病，深入脏腑，则以生尅相传”又云：“在经絡者易治，在脏腑者难治”所引虽是前人对受病途径的概念，然与血吸虫病的感染途径，不谋而合，且寓有符合于本病早期治疗的积极意义。

2、就病情变化来说，血吸虫病在急性期，其主要表现为不规则的寒战发热，恶心下痢，腹痛腹胀，具有与伤寒、疟疾、胃肠炎等病之综合症状。在进入慢性期以后，则急性期症状减轻或消失。一般有营养不良，羸瘦贫血，肝脾肿大，导致腹水形成，腹壁静脉曲张，或其他夹杂病。由此可以看出血吸虫病的病情错综复杂，变化多端，又恰似仲景伤寒论中六经病变。正如日人喜多村氏所说：“伤寒论中三阴三阳之名词，乃假以标志表里寒热虚实之界限，阳刚阴柔，阳动阴静，阳热阴寒，阳实阴虚。凡病属阳、属热、属实，谓之三阳。属阴、属寒、属虚，谓之三阴。细而分之，邪在表者为太阳，虚则为少阴。邪在半表半里者为少阳，虚则为厥阴，邪入里而实热者为阳明，虚则为太阴。”（伤寒疏义）由此说明中医八纲——阴阳、表里、寒热、虚实，基本上包括于六经之中。在疾病处理上，无论外感与内伤，又均非掌握六经辨证法则不可。故柯韵伯伤寒论翼更明确指出：“仲景之六经，是分区地面，所赅者广，凡风寒湿热，内伤外感，自表及里，寒热虚实，无所不包”。柯氏的结论是：“只在六经中求根本，不在诸症名目上求枝叶”。从这些论据看来，我们认为运用六经辨证方法，对血吸虫病进行临床分类研究工作，是完全可能的。

临床所见

1、急性期：1957年8月间在江西医学院附属医院会诊了急性发热期血吸虫病患者六例，一般均为农民，因在鄱阳湖捕苗鱼感受水湿而发病。初起恶寒发热，后只热不寒，热

勢弛張，或寒熱往來，均自汗出，歷月余不解。其中有屬少陽與太陽合病者，症見發熱微惡寒，自汗脈浮弦，適用柴胡桂枝湯。有屬少陽病者，症見往來寒熱，胸脇苦滿，適用小柴胡湯。有屬太陽陽明合病者，症見發熱泄瀉，口渴，適用葛根湯。有屬少陽太陰合病者，症見腹脹，大便澀，舌白，不渴，適用柴平湯。經治六例，兼見少陽症者較多。

2、慢性期：1956年3——6月間，省中醫實驗院治療血吸蟲病的初步觀察，內有晚期38例。在辨症上初步的歸納出濕滯型、虛弱型、瘀熱型，三個類型。所謂濕滯型是以腹滿肢腫，食後腹脹，大便澀，舌苔油膩，脈緩等為主症，符合于太陰症狀。虛弱型是以頭暈心悸，腹脹而軟，胃納不健，大便澀，溺清，四肢冷，舌淡白，脈沉細等為主症，符合于少陰症狀。瘀熱型是以腹脹大而急，腹露青筋，肌膚枯瘦，甚則肌膚甲錯，大便黑，溺黃，唇舌紫，脈弦等為主症，符合于厥陰症狀。嗣後并以此三個型作為部分的辨症提綱，據不完全的統計，經治患者以瘀熱型較多。

綜上所述，病例虽不多，但我們初步可以看出，血吸蟲病在急性發熱期相當于三陽病階段，進入慢性期又相當于三陰病的階段。在全程症候上往往表現着錯綜複雜，寒熱虛實諸証互見，不是截然分開的，其主要症狀却各有不同。在三陽則以少陽症為主，在三陰則以厥陰症為主，中醫的理論是：少陽與厥陰相表里，其中表里相傳的病理機轉，尚待進一步研究，然亦可以說明六經辨症法在臨床上是具有它的現實意義。

當我們在玉山疫區工作的时候，曾接到該縣老中醫董燏

董先生的来信称：“血吸虫病的病原，虽然同属蝨毒之类，但因侵入人体內手足阴阳六經的道路不同，对风寒热湿燥火六气的变化，也就随之而異，症状亦显有区别，用药便要配合准确，断不是一、二单方所能通治。建議把血防站檢查大便阳性的早中晚各期症状与伤寒論六經辨症作对照研究。”从今天看来，董老先生的建議，正是我們的要求。

但到目前为止，关于运用六經辨症方法治疗血吸虫病，文献上尚缺乏明显的例子。然辨症、立法，仍不脫离六經范围。为了进一步观察研究，根据我省及他省有关实验材料，試作六經辨症的临床分类如下：（附表一）

运用方法

我們运用仲景方法，必須注意到血吸虫病是一种比較复杂而頑固的慢性疾病，即中医杂病之类。伤寒为各种外感病的总称，相当于现代医学的热性傳染病。在疾病发展过程中，二者緩急不同，疗程亦显有差別，因伤寒为六淫之邪，属于气分。所謂气分，即指气化为病，我們只要善于掌握机轉，則立竿見影，收效甚速。若血吸虫病肝硬化，属于血分，所謂血分，即指眞脏为病。关键在于辨症守方，不能强求速效，以上就不同点而言。然而伤寒与杂病，均不能脱离人体脏腑經絡而发病，血吸虫病也不例外。在急性发热期相当于三阳阶段，往往是三阳症交叉出現，符合于伤寒論三阳篇中所称之“合病”。在慢性肝硬化腹水期則轉入三阴阶段，往往是太阴与厥阴症互見，符合于伤寒論中所称之“肝乘脾”，或見喘滿腫脹之症，又符合于伤寒論中所称之“肝乘肺”。至慢性期的发热，垂危阶段的肝昏迷，正与厥热胜复的“厥阴病”同一危候。再从太阳篇中“脏結无阳症”一語，更体会到晚期肝硬化症只見于三阴，不見于三阳，实与“脏結”相类似。由此說明了以外感病为主要內容的伤寒論，也包括杂病在內。而且伤寒六經病变中有关水分的：蓄水如五苓散症，蓄飲如十枣湯証。有关血分的：蓄血如桃仁承气湯証，血結如抵当湯証。有关黃疸的：阳明瘀热如茵陈蒿湯証。太阴寒湿如茵陈理中湯之类，都可以触类旁通，其中相互交叉形成的复杂关系与病理机轉，与血吸虫病，多有相通之处。尽管二者症候上各有異同，我們只要善于体会伤

案論的基本精神，运用其方法，抓住六經提綱，根据主題分類（見表一），这样不但对鑑別診斷、治療原則与觀察机轉上既可以相得益彰，对我们更可以了解每一例的具体情况，亦能达到我们对血吸虫病分藥法的目的和要求。

本文所列上表，主要内容系根据临床观察和各地报导的實驗資料，以六經分類的方法，初步的分类定型，归納症狀，并把實驗方藥，貫穿于六經系統之中，这仅是指出今后的做法，挂漏在所难免，还必须通过反复实践，逐步的加以补充，俾臻完善。

小 結

我们的研究方法，从中医理論体系出发，通过六經辨証分类来决定治療方針，进而創造經驗，提高療效，主要是調整人体机能，改善症狀，恢复勞動力。正如魯之悛同志所說：“治療疾病时，只要某些療法能影响疾病的发展过程，打乱其因果交替的恶性上升环节，就能帮助病体逐漸恢复健康，單純的強調特效藥，是不恰当的”。目前，中医对杀虫方藥，療効尚难肯定，在改善症狀上已取得了一定的經驗，就可說明这一点。因此，我们对晚期腹脹、痞块、黃疸三大症，更要多下苦功鉅研，即在扫尾阶段許多不能接受錮剂治疗的合併症如心脏病、腎脏病、肺病咯血等症患者，亦是我們的奋斗目标。

过去，中医对血吸虫病的辨症論治，尚缺乏一定的标准，今后的要求，辨症原則漸求一致，用藥又要保持灵活性，苟非具有指导性的辨症方法，不克臻此。今从六經分类

做起点，我相信技术水平将会普遍提高，治疗标准亦将由技术提高而渐趋一致，进一步发挥中医“理法方药”的特点，这不仅是血吸虫病治疗上的一个开端，也将为其他疾病治疗作好准备。

二、“六经”分类治疗晚期血吸虫病⁷⁰

例 总 结 报 告

血吸虫病的发展过程，是错综复杂的，是一个牵涉范围很广、富有研究性的内科疾病，决不是一方一药所能通治。为了进一步寻找中医对晚期血吸虫病的治疗规律，在临床摸索中，初步提出了湿浊型、虚弱型、瘀热型三个类型，进而从中医的学理来探讨。湿浊型的发病机制在太阴，虚弱在少阴，瘀热在厥阴，这是病所、病机的客观存在。再从早期和急性期看来，亦复有三阳症的出现，正与其它疾病一样，只要抓住了“六经”这一纲，便能够明确认识病所、病机的具体机制，对辨证论治上就能起着指导作用，在提高疗效上更能够起着促进作用。故在原有基础上进而提出以“六经”为中心的分类方案进行临床观察，并于1958年9月间，与江西医学院附属医院中医科协作，抽调人员在九江专区湖口县血防站开展工作，通过四个月的临床实践与改进，疗效尚称满意，说明“把症状进行系统分类，每类定出治疗法则”是完全必要的，也是切实可行的。兹将70例晚期血吸虫病的实验经过作出初步总结，旨在吸取各地先进经验，共同发挥中医理法方药的特点，争取在血防战线上获得更大胜利。