

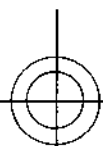
TE SE JIAO CAI

成都中医药大学特色教材

瘟疫学新编

主编 张之文

中国中医药出版社



成都中医药大学特色教材

瘟疫学新编

主 编 张之文

副 主 编 杨 宇 冯全生

编 委 (以姓氏笔画为序)

冯全生 江 泳 张之文 杨 宇

沈 涛 陈丽平 周 宜 岳仁宋

祝 捷 扈晓宇

特约副主编 宋乃光

中国中医药出版社

·北 京·

图书在版编目 (CIP) 数据

瘟疫学新编/张之文主编. —北京: 中国中医药出版社,
2006. 9

ISBN 7-80231-086-5

I. 瘟… II. 张… III. 瘟疫-中医学院-教材
IV. R254.3

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2006) 第 096692 号

中国中医药出版社出版

北京市朝阳区北三环东路 28 号易亨大厦 16 层

邮政编码: 100013

传真: 64405750

北京时代华都印刷有限公司

各地新华书店经销

*

开本 850×1168 1/16 印张 19 字数 443 千字

2006 年 9 月第 1 版 2006 年 9 月第 1 次印刷

书号 ISBN 7-80231-086-5 册数 3000

*

定价: 27.00 元

网址 www.cptcm.com

如有质量问题请与本社出版部调换

版权专有 侵权必究

社长热线 010 64405720

读者服务部电话: 010 64065415 010 84042153

书店网址: csln.net/qksd/

前 言

教材是体现教学内容和教学方法的知识载体,是进行教育教学的基本工具,也是高等学校深化教育教学改革,全面推进素质教育,培养新世纪创新人才重要的条件保证。教材建设工作是高等学校的一项基本建设工作,是衡量一所高校办学水平高低的重要标志之一,是提高教学质量、实现人才培养目标的重要保证。成都中医药大学为了全面贯彻国家的教育方针和科教兴国战略,深化教育教学改革,全面推进素质教育,培养符合新时期中医药事业发展要求的实用型和创新型人才,提据国家“十一五”教材建设规划和教育部有关文件精神,以科学发展观为指导,强调以人为本、坚持质量与特色办学立校的理念,紧密结合高等教育发展和改革新形势,以精品课程建设的成果为依托,通过立项形式进行教材建设,确保高质量、有特色教材进课堂,以保证教学质量。学校鼓励教师根据行业规范和职业生涯对人才培养的要求,把握并拓展现行规划教材的学术思想和教学要点,充实与完善中医药学教学急需的内容,突出与强调知识和能力的综合培养,牢牢把握中医药课程的认知规律和教学知识点,在继承传统的基础上,突出特色与创新,确保教材的客观、公正与权威。

在中国中医药出版社的大力支持下,成都中医药大学编写出版了《中医四诊技能训练规范》、《瘟疫学新编》、《金匱辩证法与临床》、《中医药基础理论实验教程》、《药用植物野外实习纲要》、《伤寒论学用指要》、《中药材 GAP 与栽培学》、

《中医外科特色制剂》、《国际传统药和天然药物》等9部第一批特色教材。

本套教材是我校广大教师多年学术研究和教学经验的鼎力之作。主编中既有担任过全国高等中医药院校规划教材和教参的主编及副主编等全国知名专家教授，又有在中医药教学、科研和应用领域中崭露头角的年轻学者。教材涉及了经典的医理医方、药材药物的认知与使用、中医临床思维和动手能力的培养等领域，做到了继承传统与开拓创新的有机结合。本套特色教材既适合在校学生学习使用，也适合专业课教师教学参考，同时也有利于中医药从业人员的知识更新。

本套特色教材，独具慧眼是其优势，而一家之言在所难免，敬请读者不吝赐教，提出宝贵的意见和建议，以利再版修改完善。

本套特色教材的编写与出版全程得到了中国中医药出版社的直接指导和大力支持，谨此致谢。

成都中医药大学
教材建设指导委员会

编写说明

瘟疫流行历来猖獗，伤寒学说与温病学的发展史可以认为就是与疫病作斗争的历史。正是由于历代著名医家与瘟疫进行不屈的斗争，才积累了丰富的疫病防治经验。时至今日，现代医学及中医学虽然取得了较大的发展，但感染性疾病，尤其是急性传染病在世界各地仍在不断发生和流行。尤其是全球气候变暖，生态条件发生变化甚至恶化，环境污染等，导致原有的瘟疫未完全控制，而新的疫病又有发生，而国际贸易，跨国旅游，人口迁徙流动等，则使瘟疫可能在较短时间、较广泛范围流行甚至暴发。近20多年来，新发现的病原微生物及其传染病的不断增加，已有近40种，使感染成为一大棘手难题，控制较为困难。近年来，人类感染动物源性传染病，并有暴发和大流行态势，为当前瘟疫流行的一大特点，如SARS、人感染猪链球菌病、人禽流感等。另外，部分已被控制的传染病也有死灰复燃的趋势。因此，加强瘟疫的防治，中医学责无旁贷。

中医学在防治瘟疫方面积累了丰富的经验，自吴又可撰写第一部瘟疫学专著《温疫论》以来，其后的学术发扬人，如戴天章、杨栗山、刘松峰以及以吴氏学说为借鉴的余师愚等一大批医家，多次历经瘟疫大流行，经治许多危重险恶疫病，积累总结了一套较为丰富而独特的疫病防治理论体系，形成了中医学史上一大重要学术流派，即瘟疫学派。该学派既与温病学主流学派密切相关，相互影响，对促进温病学的发展发挥了重要作用，其理论体系密切结合疫病的流行，又具有一定的独立性。因此，系统学习和继承瘟疫学说理论，发掘防治瘟疫的治疗方法，构建现代瘟疫学说理论体系，对防治急性传染病，具有重要学术价值和临床实用价值，也具有时代紧迫性。

本书首先对瘟疫理论进行概括、归纳，阐述其基本特点，便于学习者了解和把握其内涵、实质。而后介绍传统瘟疫理论，分湿热疫、暑热疫、温热疫、寒疫以及杂疫，内容涉及众多与瘟疫有关的中医名著，如《温疫论》、《温热经纬·余师愚疾病篇》、《伤寒瘟疫条辨》、《松峰说疫》、《增订进俗伤寒论》、《温病条辨》、《时病论》、《疫喉浅论》、《疫痧草》以及《伤寒序例》、《伤寒总病论》、《三因极一病证方论》、《景岳全书》等。之后介绍现代常见瘟疫的辨治，涉及当前流行的急性传染病，如流行性感冒、SARS、人禽流感等。书后附瘟疫

医案和防治方剂。

本书结合当前瘟疫流行，系统整理历代著名医家防治瘟疫的学术思想和临床精华，将现代急性传染病的辨治与经典名著理论相结合，相互印证，力求体现继承和发展的疫病研究思路。编写本书实为一种探索：一是对历代著名瘟疫学家的学术思想和防治经验进行梳理、总结；二是针对当前危害人类健康特别严重的具有代表性的现代急性传染病，运用瘟疫学理论进行辨治，使学习者能更好地消化吸收瘟疫学说理论。

本书附录的防治瘟疫的方剂，按医家防治疫病的原文，列出了主治和用法，便于使用。书后还附录了部分瘟疫医案，供学习者参考。

本书在编写过程中，得到成都中医药大学的大力支持；研究生郑秀丽、甘海芳参与了部分书稿的收集、整理、校对工作，特此致谢。

本书可供中医院校临床专业本专科学生和研究生学习使用，也可供临床医学工作者、高校教师和相关研究者参考。

编 者

2006年8月于成都中医药大学

目 录

绪论	(1)
第一章 湿热疫	(8)
第二章 暑热疫	(28)
第三章 温热疫	(40)
一、《伤寒瘟疫条辨》选	(40)
二、《松峰说疫》选	(56)
第四章 寒疫	(84)
第五章 杂疫	(96)
一、大头瘟	(96)
二、烂喉痧	(99)
三、霍乱	(115)
四、疟疾	(142)
五、痢疾	(159)
六、诸杂症	(171)
第六章 现代常见瘟疫证治	(179)
一、流行性感冒	(179)
二、传染性非典型肺炎	(183)
三、人禽流感	(193)
四、人感染猪链球菌病	(196)
五、流行性出血热	(199)
六、伤寒（附：副伤寒）	(202)
七、流行性脑脊髓膜炎	(206)
八、流行性乙型脑炎	(210)
九、钩端螺旋体病	(215)
十、日本血吸虫病	(220)
十一、登革热和登革出血热	(223)
十二、获得性免疫缺陷综合征	(226)
附：瘟疫病案选录	(233)
一、时行瘟疫病案	(233)
二、时疫霍乱病案	(245)
三、时行痢疫病案	(251)

2 · 瘟疫学新编 ·	
-------------------	--

四、时疫喉痧病案	(259)
----------------	-------

防治瘟疫名方选	(268)
---------------	-------

一、预防方剂选	(268)
---------------	-------

二、治疗方剂选	(272)
---------------	-------

绪 论

作为中医学“四大经典”之一的温病学，深受历代医家的重视。从构成上看，它与《内经》、《伤寒论》及《金匱要略》等三部经典有一个很大的区别，这就是温病学是由众多医家大量的温病学专著汇集而成。要学有根柢，必须研读原著。查阅《全国中医图书联合目录》可以发现，涉及温病学的专著达240余种之多，而其中相当一部分是专题讨论瘟疫的专著。因此，将这部分中具有代表性的瘟疫学专著，按一种新的体例进行整理和阐释，形成瘟疫学的雏形，以此作为温病学的一大重要分支，对于拓展温病学的研究和应用领域，促进温病学的学术发展和提高临床疗效，具有积极意义。

瘟疫学的含义、主要内容及特点

瘟，《辞源》解释为：“疫病，人或牲畜家禽所生的急性传染病。”进而解释瘟疫为：“急性传染病的总称。”可见，瘟与疫的含义相同，故刘松峰曾说：“‘瘟疫’二字，乃串讲之辞，若曰瘟病之为病疫，如是也。”

疫，《说文解字》解释为：“民皆疾也”。吴又可、刘松峰等瘟疫学家都进一步阐述，指出：疫“如徭役之役，众人均等之谓也”，“以其为病，延门阖户皆同，如徭役然。去‘彳’而加‘疒’，不过取其与疾字相关耳”。

瘟疫具有强烈传染性并能引起流行的这一特性，成为瘟疫与四时温病的一大区别。尽管四时温病也具有传染性，但其强烈程度以及引起流行的范围，都与瘟疫有显著区别。正如周扬俊说：“一人受之则谓之温，一方受之则谓之疫。”究其原因，其中重要的一点即在于瘟疫的致病因素致病力强，传染性强，故瘟疫起病急骤，病情重笃，流行范围广。即如雷少逸《时病论》中说：“温热本四时之常气，瘟疫乃天地的疠气，岂可同日而语哉。”因此，瘟疫与四时温病的治疗也存在很大的区别，雷少逸就指出：“瘟疫之证，与温病因时之证之药，相去径庭，绝不能温、瘟混同而论”。不难看出，将瘟疫与四时温病这两类外感疾病加以区分，有助于分别对其病因、病机及证治进行深入研究，提高疗效，古代医家都认识到这一点的重要性，如陆九芝说：“欲得温热之真，必先严瘟疫之界”。

瘟疫与温疫也有区别。所谓温疫，“温”指病变性质，“疫”指其具有强烈传染性并能引起流行，故温疫是指具有温热性质，具有强烈传染性并能引起流行的外感热病。

就温疫而言，尚可按病邪性质分出温热疫、暑热疫及湿热疫三类。明、清著名医家对这三类温疫皆有专著，其理论和临证心得丰富多彩，不拘一格。

瘟疫涵盖的范围则较广，除包括温疫外，尚包括寒疫和杂疫。所谓寒疫，是指具风寒性

质，具有强烈传染性并能引起流行的外感疾病，一年四季皆可罹患。“杂疫”则除具有强烈传染性并能引起流行的特点外，还具有临床表现千奇百怪，如出现特殊症状和体征的大头瘟、烂喉痧等；其病机则属寒、属热、上寒下热、上热下寒、寒热错杂者皆有；以及治疗“往往以平素治法治之不应”等特点。

综上所述，瘟疫主要包括具有强烈传染性并能引起流行的急性传染病，瘟疫学则是总结古代医家关于瘟疫的发生、发展规律的认识及其诊治方法和经验，使之运用其基础理论及其诊治方法，有效地指导急性传染病的防治。

瘟疫学家强调瘟疫是由特殊的致病因素引起，如吴又可认为系杂气所感，杨栗山宗之；刘松峰认为是感邪毒而起；余霖认为是运气之变，为旺气为病。并认为瘟疫有相对稳定的病变部位，如吴又可所论者，邪踞于募原而传胃；杨栗山述者，邪气怫郁三焦；余霖则认为邪毒炽盛充斥表里。

瘟疫学家所面对的是由特殊致病因素引起的、威胁健康人群、呈流行性发展的外感热病，为控制其蔓延，有效地治疗现有患者，无疑是非常紧迫和关键的。基于这个因素，瘟疫学家在治疗方面，有如下特点：

一是倾向于寻找针对病因治疗的特效药。如吴又可用大黄祛邪治本，他说：“三承气功效俱在大黄，余皆治标之品也”；余霖强调重用石膏直清胃热，而诸经之火自平；杨栗山重视芩、连、梔、柏、大黄等，亦是针对体内怫郁之邪气而用的。

二是注意选择直达病所的药物。正如刘松峰说，“所以瘟疫用药，按其脉症，真知其邪在某处……单刀直入批隙导窾”，如吴又可以达原饮直达其巢穴，使邪气溃散，速离募原，其中槟榔、草果、厚朴是主药，以除伏邪之盘踞；余霖之所以选择石膏，是为了直入于胃，“先捣其窝巢之害”。

三是强调攻击性祛邪治疗。瘟疫学家认为无邪不病，邪气为本，发热为标，故“但能治其邪，不治其热而热自己”。刘松峰还直接提出了“舍病治因论”。正如吴又可说，“大凡客邪贵乎早逐，乘人气血未乱，肌肉未消，津液未耗，病人不至危殆，投剂不至掣肘，愈后亦易平复。欲为万全之策者，不过知邪之所在，早拔去病根为要耳”。其“治邪”方法主要包括：

攻下逐邪。如瘟疫初起，邪在募原，又可用达原饮使伏邪内溃，速离募原，其邪或从表解，或内陷入胃。其入胃者，可早用攻下，逐邪外出。并认为承气本为逐邪，而非专为结粪而设，故主张攻邪勿拘结粪。

清热解毒。吴又可可不重视清热解暑，认为邪在募原，妄用寒凉则损生气；邪热在胃不用攻下，采用寒凉则抑遏胃气，火更屈曲，发热反盛。清热解暑之黄连：只能清本热（正气被郁而发热），不能清邪热。吴又可忽略了清热与“治邪”之间在很大程度上的一致性。故乾隆癸丑年（1793年）京师大疫，以又可法治之者不验。余霖看出了吴又可轻视清热解暑的缺陷，认为达原饮、三消饮，诸承气有附会表里之意。余氏吸取教训，结合临床，创制了“大寒解暑之剂”清瘟败毒饮。凡一切大热，表里俱盛之证，以此方为主。

清热解暑与苦寒攻下并举。杨栗山既注重清热解暑，又重视苦寒攻下，两者常结合使用，使解暑与攻下并举。认为瘟疫轻者清之，包括神解散、清化汤、芳香饮、大小清凉饮、

大小复苏饮、增损三黄石膏汤等 8 首方剂，这些几乎均以黄芩、黄连、黄柏、栀子等为主药，有时还加入胆草、银花、知母等，以行清热解毒之功。又认为重者泻之，即增损双解散、加味凉膈散、加味六一顺气汤、增损普济消毒饮、解毒承气汤等方是也。这些无不是清热解毒配伍苦寒攻下，常以芩、连、栀、柏等与大黄、芒硝并用，共成大清大下之剂。杨氏治法，兼有又可、余霖之长。

为了有效地击中病邪，瘟疫学家使用的方剂多是直接针对病机而提出的，组方稳定，用方不多。如又可首用达原，继用承气攻下；余霖之清瘟败毒饮，“不论始终，以此方为主”；杨栗山虽有十余首清、下之剂，但组方原则基本相同，“而升降散其总方也”。治疗方剂稳定，便于广大人群的防治，也较易观察疗效，如乾隆戊子年（1768 年）桐城瘟疫流行，乾隆癸丑年（1793 年）京师大疫，均以清瘟败毒饮授之，并皆霍然。这些方剂或解毒或攻下，充分体现了对病邪的攻击性。为了祛邪有力，余霖擅长使用大剂量石膏。

四是治疗侧重气分。瘟疫学家虽不用卫气营血辨证（有时用气血概括病机），但今天如用卫气营血辨证来分析，不难看出他们的治疗重点在气分。如吴又可之治在募原与胃，余霖之治在胃，杨栗山之清热解毒、苦寒攻下方药，均以气分为主。看来他们已从实践中体会到：“邪在气分则易疏透，邪在血分恒多胶滞”，故积极逐邪外出，御邪深入，无疑对疾病的预后，具有积极的意义。

瘟疫学在学术上的独特见解，在当时不能为一般医家所接受，故遭到了强烈的抨击，如其时舆论“益复集矢于余氏”，汪曰桢说：“偶有特立之士，力排众论，别出心裁如师愚（余霖）者，且群目为怪物矣，欲求医学之易明何可得乎。”因此，我们今天应当兼收并蓄，积极发掘整理瘟疫学有关内容，使之作为温病学的一大分支和补充。如《温病条辨》与杨栗山《伤寒瘟疫条辨》，尽管两者研究的课题一为温病，一为瘟疫，其理法方药的差异也很明显，但若充分汲取两者的学术营养，使之融会贯通，对于提高临床疗效大有裨益。以温病临床见长的现代中医学家蒲辅周，在他的经验集中曾发表过上述见解，在其温病验案的遣方用药中，这种将吴鞠通、杨栗山两者之长加以融汇的痕迹非常明显，其临床效验也得到了充分展示。

瘟疫学的研究意义

瘟疫学蕴涵着古代医家防治具有强烈传染性并能引起流行的急性传染病的丰富理论及其诊治方法。传染病肆虐给人类带来的巨大灾难，不胜枚举。曹植就曾描述了家家有僵尸之痛，室室有号泣之哀的悲惨情景；近现代瘟疫的流行，也十分猖獗，其危害有时甚至超过战争或自然灾害。自 1948 年 4 月世界卫生组织（WHO）正式成立以来确立的 49 个世界卫生日的主题，就有 10 个与传染病有关。

人类与传染病始终进行着不屈不挠的斗争，如加强对传染病的监测、预防和控制传播途径，加强疫苗和抗生素的研制、开发，在传染病防治中取得了巨大成绩。如天花已被消灭，麻疹、脊髓灰质炎被彻底消灭的日子也为期不远。

但目前仍不可低估传染病对人类危害的严峻性。WHO 发表的世界卫生报告表明, 传染病是人类的第一杀手。目前传染病在世界范围内有卷土重来的趋势, 1995 年报告全世界死亡人数为 5200 万, 其中有 1700 多万人死于各种传染病, 即每天有 5 万人因患传染病致死。目前 57 亿人中约有半数受到传染病的威胁。疟疾每年发病人数高达 5 亿, 其中 200 多万人丧生; 急性呼吸道感染每年造成 400 万儿童死亡; 霍乱、痢疾等每年导致 300 万人死亡。乙肝病毒携带者 3.5 亿, 1995 年就导致 110 万人死亡, 丙肝病毒携带者达 1 亿, 其预后较差。WHO 认为当前人类征服传染病的斗争比以往更为艰巨。有些被征服的传染病重新出现 (1990 年俄罗斯发生白喉流行, 波及东欧 15 国, 病例逾 10 万人); 有些区域性传染病在昔日“安全地带”蔓延 (如 20 世纪 60 年代还局限于印度尼西亚个别地区的埃尔托型霍乱, 目前已在全世界流行); 某些病原体产生了抗药性使医生束手无策 (如被称为“白色鼠疫”的结核病, 近年来耐药菌株严重流行, 致使结核病每年造成 300 余万人死亡)。特别值得一提的是, 除过去一度猖獗的传染病死灰复燃外, 近 25 年来又确认了 38 种新的病原微生物和传染病。新确认的 38 种病原微生物分别为病毒 20 种、细菌 9 种、寄生虫、立克次体及其相关感染病 9 种。新确认的 20 种病毒性传染病如由人免疫缺陷病毒 (HIV) 引起的艾滋病 (1983 年), 由埃博拉病毒 (1977 年) 引起的埃博拉出血热等。它们是人类面临的新的致命杀手。目前艾滋病感染人数已达 2400 万, 其中 400 万人已死亡; 流行在扎伊乐的埃博拉出血热导致成千万人死亡, 占感染人数的 80%。9 种新发现的细菌性传染病如嗜肺军团杆菌 (1997 年) 引起军团病, 大肠杆菌 0157 (1982 年) 引起出血性肠炎, 幽门螺杆菌 (1983 年) 引起的胃溃疡等。9 种寄生虫和微生物如小隐孢子虫 (1976 年) 引起腹泻, 伯氏疏螺旋体 (1982 年) 引起莱姆病等以及新近的人感染猪链球菌与禽流感对人类的威胁等等。WHO 总干事警告说: 我们处在一场传染性疾病的全球危机的边缘。没有一个国家可以躲避这场危机。

因此, 对瘟疫学进行研究、发掘并运用于临床, 具有积极的现实意义。

瘟疫学中居核心地位的是温疫学说, 其对以叶天士、吴鞠通为代表的卫气营血、三焦辨证论治体系, 具有很好的互补作用。

吴又可的《温疫论》, 代表了温病学派初起阶段的学术成就, 对温病学说的发展起了极大的推动作用。受吴又可直接影响的医家较多, 戴天章、陆九芝、何廉臣等均均以《温疫论》为蓝本, 或增订、或重订、或增删而分别写成《温疫明辨》(1722 年)、《广温热论》(1878 年)、《重订广温热论》。杨栗山的《伤寒瘟疫条辨》(1784 年)、刘松峰的《松峰说疫》(1785 年), 在吴又可立论的基础上, 复有创见。余霖的《疫疹一得》(1794 年), 虽不赞同吴又可, 但以《温疫论》为借鉴, 结合临床面写成。除《温疫论》、《瘟疫明辨》外, 上述著作都晚于温病大家叶桂的《温热论》(1746 年)。这提示了一个值得关注的问题, 即这些医家为何不以卫气营血、三焦学说为指导, 而宗《温疫论》自成体系。

叶天士与吴又可相比较, 叶氏声望更大, 按理上述医家应受到叶氏学术思想影响, 而实则不然。陆九芝反对、排斥叶氏学说为众所周知, 故似不能完全用这些医家没有看到叶氏之书作解释, 因为他们的著作晚于叶氏《温热论》数十年上百年。特别是余霖与吴瑭的医疗活动时间相近, 《疫疹一得》仅早于《温病条辨》四年问世, 但从两书内容看, 吴瑭宗叶

桂,余氏则否。说明了他们对学术的继承是有选择性的。从温疫学家长于攻击性的治疗这点看,他们似不同意叶氏按卫气营血分阶段治疗。

从目前大量的临床应用来看,温疫学家所擅长的清热解毒、苦寒攻下,对急性传染病、急性感染性疾病,确有肯定的疗效。古今应用比较一致。例如杨栗山说:“凡见表证,皆里证郁结,浮越于外也,虽有表证,实无表邪,断无正(再)发汗之理,故伤寒以发表为先,温病以清里为主”。说明直清里热,“表证”可自解。现在对于急性传染病、急性感染性疾病的治疗,总的倾向是清热解毒。只要“感染”一经控制,不仅作为菌血症、毒血症反映出的“表证”可以消失,而且复不传里。不按卫、气分治,同样可取得疗效。现代医学的“抗感染”,与温疫学家朴实的“治邪”论,其出发点是一致的。限于古代科学发展水平,不可能从病原学高度筛选出针对病原体的、具有抗病原体活性的中医药方剂。但是,温疫学家从“治邪”的角度而常应用的清解、攻下等方法、方药,确为今天的进一步研究提供了宝贵的资料。已有的一些研究证明,清热解毒药虽然真正具有抗病原体活性的作用者不多,但它们的作用是广泛的,例如有增强单核吞噬细胞系统的作用,能提高细胞免疫能力,或抑制体液免疫功能,或能增强肾上腺皮质功能等。至于攻下方药,也具有消炎、排毒、改善局部血循环等作用。所以从清热解毒、苦寒攻下等法着手,研究温病的祛邪治疗措施,无不具有深刻的意义。

叶桂、吴瑭对以吴又可为代表的温疫学家攻击性的治疗持不同看法。吴瑭说:“在又可当日,温疫盛行之际,非寻常温病可比,又初创温病治法,自有矫枉过正,不暇详审之处,断不可概施于今日也”。实际上,吴又可并非没有从整体观念出发,按邪正盛衰的辨证施治。例如他已注意到邪在气分容易疏透,主张从战汗而顿解;邪在血分发斑,由于邪气胶滞,则“当图渐愈”就是在气分的治法,还有上、中、下焦的区别。并对数下亡阴、下后反吐、主客交等均有较详的论述。只不过不完备、欠系统罢了。叶桂、吴瑭等正是继承、完善、发展了又可在这方面的学术理论。他们创立的卫气营血、三焦学说,与其说是引申了《内经》的有关内容,毋宁说是直接接受了吴又可学术思想的较大影响。他们在按卫、气、营、血及三焦的分治中,吸取了吴又可的有关治法,如五汁饮源于又可治疗热极渴饮的梨汁、藕汁、蔗浆、西瓜等,增液汤、增液承气汤分别受清燥养荣汤、承气养荣汤的启发而立,青蒿鳖甲汤、加减复脉汤仿三甲散意而成,等等。继叶桂、吴瑭之后,王孟英宗叶氏之说。由此,产生了以叶桂、吴瑭、王孟英为代表的、以卫气营血及三焦学说为理论指导的另一学术体系。从今天来分析,他们着重于非特异性的治疗措施的研究,如创立了在卫则汗,到气才清气,入营要透热转气,到血就采取凉血化瘀的顺应调节的治疗原则。这样,温病治疗学日臻完善。例如以前温疫学家对六脉细数沉伏、而色青惨、头汗如雨的闷疫,仍用大剂的清瘟败毒饮,对于身冷如冰,脉搏伏匿之体厥,仍用承气攻下。这种治法,在当时只能起到“与其束手待毙,不如含药而亡”的效果。正如而医对感染性体克的治疗一样,如果仅仅是有效地抗感染,而不果取随着对感染性体克的深入认识而产生的行之有效的其他抗休克治疗,如扩容、纠酸、恰当地应用血管活性药物等,也是难于救治成功的。随着叶桂关于逆传心包学说的问世,以及关于开窍法、凉血散血法的应用,对于“闷疫”、“体厥”等难治之证,开辟了新的前景,从而提高了治愈率。现今应用的醒脑静、清开灵等,都是在开窍方

药的基础上推陈出新而取得疗效的。可见忽略卫气营血辨证指导下的治疗,忽略帮助机体自稳调节能力的恢复,片面强调攻击性治疗,往往是不完全现实的。在今天的研究中,对于邪在卫气分阶段,正盛邪实,应以温疫学家治邪为主导思想,攻击祛邪,力求把好气分关,有效地截断疾病的发展。一旦深入营血,机体处于失代偿期,正气已虚,则应邪正合治,或扶正祛邪,务使邪去而正安。这样将两者结合,既可避免脱离中医理论走上单纯追求中药抗菌的狭窄道路,又能发挥其他丰富多彩的有效治法。

温疫学说的理论和经验,还给后世温病学家以重大启迪与借鉴,促进了温病学学术的发展。

如吴又可擅长攻下,主张急症急攻,祛邪勿拘结粪,并列大便“溱垢”、“胶闭”为应下之征,提出只要“粘胶一去,下证自除,霍然而愈”,突破了《伤寒论》“腹微满,初头硬后必溱,不可攻之”的局限。此对后世叶天士颇具启迪。叶氏认为温病温邪夹滞内搏肠腑,虽大便溱垢,然“亦须用下法”,此与吴氏攻下勿拘结粪的观点一致,并强调此法运用要领在于“下之宜轻”。其后俞根初据此创立枳实导滞汤,清热祛湿、导滞攻下并举,进一步发展和充实了吴氏、叶氏有关湿热类温病用下法的理论与经验。同时,对于吴又可提出的峻下频下之法,吴鞠通认为其初创温病下法,有矫枉过正之弊,故合补正、宣肺、增液、清火、开窍等而创五承气汤。此外,吴又可使用攻下,重视舌诊,如言“邪在胃家,渐上黄苔,苔老变为沉香色者也。白苔未可下,黄苔宜下”。叶天士承其说,在《温热论》中极大地丰富和发展了包括使用下法在内的舌诊内容。

吴又可的其他许多重要观点,亦对后世颇多启示。如其认为气属阳而轻清,邪在气分,容易疏透,主张从战汗而求顿解;血属阴而重浊,邪在血分,恒多胶滞,当从发斑而求渐愈。这一见解,在叶天士《温热论》中得到了更充分的阐释与发挥。再如吴又可提出的疏利透达膜原法、养阴法、搜络散血法等,后世医家加以发展,方药配伍更加合理,疗效得以提高。

温疫学派虽强调祛邪治疗,主张早拔病根为要,但反对妄用寒凉。在《温疫论》中,吴氏撰写了数篇专文批评只知“热者寒之”、选用寒凉所致之冰伏凉遏之弊。杨栗山《伤寒瘟疫条辨》则更明显地承袭了河间“阳热怫郁”之说,倡导清、透、通、利诸法并施。这一重要的治疗思想,在其后的温病学著作中得以继承和发扬,关于寒凉药物运用的时机、分寸、配伍监制等,得到足够的重视与更全面的阐述。

戴天章的《广温疫论》(又名《瘟疫明辨》),更是一部承前启后之作。从其书名顾名思义,不难看出此书之作的初衷在于推广发扬《温疫论》。该书对《温疫论》的内容进行了重大的补充与梳理,将其分列为诊断、表证、里证、遗症及治法等几大部分,使吴又可的理论与经验更趋系统。在有关的诊断内容方面,增订发挥尤多,载有辨气、辨脉、辨舌、辨神以及辨兼证、辨夹证等。在“表证”及“思证”两卷中,突出主证,以主证列条目,共列73条,使辨治内容更为翔实与清晰。该书经陆九芝略加改易后,易名为《广温热论》,意为该书内容不仅适于温疫,亦对温病论治有很好的指导意义。其后又经何廉臣增删补订而成《重订广温热论》。由此可见此书承启作用之一斑。

瘟疫学对温病学发展作出了积极贡献,然其学术上的粗疏或缺陷也值得注意。首先,其

学术体系与以叶天士、吴鞠通为代表的卫气营血、三焦辨证论治体系相比较，显得驳杂而缺乏系统，正如王孟英所评价为“纯疵互见”。其次，吴又可的杂气论虽别开生面，但由于与传统理论脱节，使审证求因、审因论治无从着手，恰如吴氏所感叹：“杂气无穷，茫然不可测”。尽管吴氏已认识到有“物”能制“气”，然而由于当时的历史条件限制，却无法寻找到这样的特效药。同时，吴氏认为邪离膜原后的机转有九种传变，其大要仍不出表里辨证之外，故后世评其为“附会表里”，也颇中肯。治法虽擅长汗、吐、下三法，其偏颇和缺陷也很突出。尽管如此，瘟疫学家在急性外感疾病论治方面的成败得失，都为后世温病学的发展提供了宝贵的正反两方面的经验与启示。

综上所述，对瘟疫学的发掘整理，不仅是人类面临急性传染病挑战的需要，也是对温病学学术思想及内容的丰富和深化。将瘟疫学作为温病学的一大补充，势必有助于提高中医防治急性传染病的水平，丰富其治疗手段和方法。

第一章

湿 热 疫

《温疫论》选

吴有性，字又可，江苏省吴县洞庭东山人，生活于明朝末年至清朝初年。此时温疫流行，崇祯辛巳（公元1641年）岁，南北直隶、山东、浙江等地大疫，时医以伤寒法治之不效，吴氏静心穷理，推究病源、入侵门户、受病部位、传变规律，就所历验，于崇祯壬午（1642年）撰成《温疫论》。古无温病专书，吴氏书出，为温病学理论体系的建立奠定了初步基础。

《温疫论》的学术成就主要有以下几点：①创“杂气”致病说，突破百病皆生于六气的局限；②辨伤寒与温疫有霄壤之隔，大胆提出“守古法不合今病”的独特见解；③始受于膜原，终归于胃腑，揭示了温疫的主要病机及其传变；④在治疗上倡驱邪为第一要义；⑤后期注重滋养津液、清解余邪的主导思想，对后世温病学说的影响甚大。

（一）温疫大纲

【原文】

病疫之由，昔以为非其时有其气，春应温而反大寒，夏应热而反大凉，秋应凉而反大热，冬应寒而反大温，得非时之气，长幼之病相似以为疫。余论则不然。夫寒热温凉，乃四时之常，因风雨阴晴，稍为损益，假令秋热必多晴，春寒因多雨，较之亦天地之常事，未必多疫也。伤寒与中暑，感天地之常气，疫者感天地之疠气，在岁运有多寡；在方隅有厚薄；在四时有盛衰。此气之来，无论老少强弱，触之者即病。邪自口鼻而入，则其所客，内不在脏腑，外不在经络，舍于夹脊之内，去表不远，附近于胃，乃表里之分界，是为半表半里，即《针经》所谓横连膜原是也。胃为十二经之海，十二经皆都会于胃，故胃气能敷布于十二经中，而荣养百骸，毫发之间，靡所不贯。凡邪在经为表，在胃为里。今邪在膜原者，正当经胃交关之所，故为半表半里。其热淫之气，浮越于某经，即能显某经之证，如浮越于太阳，则有头项痛、腰痛如折；如浮越于阳明，则有目痛、眉棱骨痛、鼻干；如浮越于少阳，则有胁痛、耳聋、寒热、呕而口苦。大概观之，邪越太阳居多，阳明次之，少阳又其次也。邪之所着，有天受，有传染，所感虽殊，其病则一。凡人口鼻之气，通乎天气，本气充满；邪不易入，本气适逢亏欠，呼吸之间，外邪因而乘之。昔有三人，冒雾早行，空腹者死，饮酒者病，饱食者不病。疫邪所着又何异耶？若其年气来盛厉，不论强弱，正气稍衰者，触之即病，则又不拘于此矣。其感之深者，中而即发；感之浅者，邪不胜正，未能顿发，或遇饥