

蘇州府志卷之四
經籍文彙

吳興木



发扬传统
振兴中医事业

林浩东 于市政协

一九七九年九月

序

苏州中医，历史悠久，名家辈出，代有创新，是中医温病学说之发源地。吴门医学在中医界素有盛誉。特别是当代许多著名老中医，他们年逾古稀，行医将半个世纪，其经验丰富，实为后学之师表，医德高尚，又为青年之楷模。得到各界之尊重，深受群众之爱戴。值此姑苏建城二千五百年之良机，我市广大青年中医为继承发扬老前辈之优良传统，振中医之业，放吴医之光，利用工余假日，或奔走于乡间，或拜谒于深闾，收集资料，筹集经费，编写《苏州市老中医经验文集》，历时一年，终于刊成。全书共收录八十五位苏州当今老中医的文稿，共三十万字。内容丰富，形式新颖，有学术论著，有医事简略。既有科学研究之价值，又供医史研究之参考。青年中医，立志继承，诚属可嘉；岐黄之学，接班有人，确属可喜！是为序。

汪雪麟

於丙寅秋月

编写说明

《苏州市老中医经验文集》由市青年中医学组编写之《苏州市老中医文集》重新编辑而成，共收集了八十五位老中医的文稿，其中内科五十二篇，外科十三篇，妇科五篇，针灸七篇，儿科五篇，气功一篇，医政一篇，医经考略一篇。各类文稿之编排，首分市县，次由职称，再按年岁为序。每篇文稿均有医事简略和医学论著两部份组成，并附一寸正面近影肖象。另外，还附录了二十七位老中医的医事简略，全书共三十万字。在编写过程中，得到了各级领导的关怀和支持，苏州市政府特拨专款作为编印经费；市政协林瑞章主席作了题词；市卫生局汪雪麟局长作了序；封面题字乃我市著名书画家吴敦木老先生之杰作。市中医学会奚凤霖理事长、凌国春秘书长对本文集的编写十分重视；苏州市著名老中医薛济群对本书的编写成功作出了重要贡献；青年中医吴湛仁、俞志高、华润龄、金庆江、蒯伟勇以及朱伟成、宋八恺等同志负责了具体编写工作。由于我们学识浅薄，首次编写，其中尚有许多不足之处，恳请指正。

编 者

戊辰春日

目 录

内 科

黄一峰医师文稿.....	(1)
吴克潜医师文稿.....	(4)
吴怀棠医师文稿.....	(6)
陈松龄医师文稿.....	(10)
奚凤霖医师文稿.....	(13)
沙星垣医师文稿.....	(20)
徐景藩医师文稿.....	(22)
戚景如医师文稿.....	(26)
汪达成医师文稿.....	(30)
薛济群医师文稿.....	(33)
王硕卿医师文稿.....	(35)
陆颂文医师文稿.....	(36)
杨寿元医师文稿.....	(38)
陈雪楼医师文稿.....	(40)
张子瑛医师文稿.....	(42)
何云声医师文稿.....	(45)
王卓成医师文稿.....	(46)
郑重行医师文稿.....	(47)
刘钟良医师文稿.....	(48)
吴韵玉医师文稿.....	(49)
李钟贵医师文稿.....	(51)
周本善医师文稿.....	(54)
孙宝楚医师文稿.....	(56)
王天如医师文稿.....	(59)
陆维民医师文稿.....	(61)
陶佐生医师文稿.....	(64)
吴佐民医师文稿.....	(69)
褚玄仁医师文稿.....	(71)
赵苑香医师文稿.....	(74)
郭守朴医师文稿.....	(75)
季瀛洲医师文稿.....	(78)

顾殿良医师文稿·····	(76)
张勤安医师文稿·····	(81)
邹维德医师文稿·····	(82)
徐震谷医师文稿·····	(84)
施志乐医师文稿·····	(87)
徐亦通医师文稿·····	(90)
龚凤岐医师文稿·····	(92)
钱星若医师文稿·····	(95)
马云翔医师文稿·····	(98)
金储之医师文稿·····	(102)
袁自复医师文稿·····	(104)
杨恺明医师文稿·····	(107)
葛景川医师文稿·····	(108)
陈树人医师文稿·····	(110)
费一峰医师文稿·····	(113)
凌仲穆医师文稿·····	(115)
<u>金里千</u> 医师文稿·····	(116)
何近仁医师文稿·····	(118)
郁司权医师文稿·····	(120)
李澍人医师文稿·····	(122)
戴效岐医师文稿·····	(124)

外 科

王寿康医师文稿·····	(125)
方致和医师文稿·····	(126)
吴仲磐医师文稿·····	(129)
顾大钧医师文稿·····	(131)
李万麟医师文稿·····	(132)
李觉民医师文稿·····	(134)
沈益瑞医师文稿·····	(137)
秦士一医师文稿·····	(138)
王桂章医师文稿·····	(140)
周一先医师文稿·····	(141)
沈濂昌医师文稿·····	(143)
贝荣能医师文稿·····	(149)
钱天心医师文稿·····	(151)

妇 科

孙宁铨医师文稿.....	(153)
陈丹华医师文稿.....	(160)
王雪峰医师文稿.....	(162)
程达三医师文稿.....	(164)
陈芳洲医师文稿.....	(165)

针 灸

丁怀仁医师文稿.....	(169)
尤怀玉医师文稿.....	(171)
郭寿恒医师文稿.....	(174)
承为奋医师文稿.....	(176)
陈朝明医师文稿.....	(178)
江一平医师文稿.....	(180)
徐宗怡医师文稿.....	(183)

儿 科

金绍文医师文稿.....	(187)
包慎伯医师文稿.....	(189)
缪仲康医师文稿.....	(190)
朱继培医师文稿.....	(192)
<u>何建章</u> 医师文稿.....	(193)

气 功

张 炎医师文稿.....	(197)
--------------	-------

医 政

凌国春医师文稿.....	(203)
--------------	-------

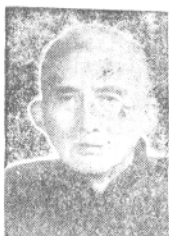
医经考略

袁鸿寿先生文稿.....	(205)
--------------	-------

附 录

俞大祥医事简略	(225)
叶孝曾医事简略	(225)
范丽清医事简略	(225)
沈效山 医事简略	(225)
朱筱良医事简略	(226)
徐锦如医事简略	(226)
周民康医事简略	(226)
虞立安医事简略	(226)
蒋颂椒医事简略	(226)
华志诚医事简略	(227)
楚纫佩 医事简略	(227)
汪良如医事简略	(227)
吕一平医事简略	(227)
许杏初医事简略	(227)
殷铁珊 医事简略	(228)
徐正奎医事简略	(228)
李炯明医事简略	(228)
金光宇医事简略	(228)
顾焕文医事简略	(228)
王性柏医事简略	(229)
瞿泽民医事简略	(229)
谭求真医事简略	(229)
郑绍先医事简略	(229)
倪国瑾医事简略	(230)
张学歧医事简略	(230)
蔡瑞莲医事简略	(230)
邹 贞 医事简略	(230)

黄 一 峰 医 师 文 稿



黄一峰，江苏省名老中医，前任苏州市中医医院院长，中医内科主任医师。一九〇二年生。江苏苏州市人。早年自学中医，一九二八年开业行医，迄今五十余年，临床以肝、胆、脾胃病为其专长。其学术经验见江苏科技出版社出版的《黄一峰医案医话集》。

慢性腹泻的治疗经验

慢性腹泻是临床常见的慢性病，它以腹泻、腹痛经久不愈或反复发作作为主要症状。在古典医籍里称之为“泄泻”或“飧泄”、“下利”、“溏泻”、“脾泄”等。在现代医学中大致见于慢性非特异性溃疡性结肠炎、过敏性结肠炎、慢性菌痢等疾病之中。病者常因此而痛苦不堪，余凭五十余载医疗实践，略有心得一二，现抛砖引玉，请同道指正。

慢性腹泻，以虚中夹实据多。腹泻日久，必累及脾胃，由实转虚。但余邪未净，加之脾胃虚弱，则气机升降失司，运化乏力，而水谷不化，邪湿更易阻滞肠道。因此，在治疗上当慎察病情，只要正气未衰，当以祛邪，配以调整气机为先。

一、六腑以通为用

“六腑者，传化物而不藏，故实而不能满也”（《素问·五藏别论》），故六腑之要，贵在于“通”。肠属六腑，以通为用，小肠接纳经胃腑腐熟之水谷，进一步消化，吸收精微，分清泌浊，下传大肠，最后把糟粕排出于魄门。因此，“通”不仅是指肠在解剖上为一管腔通道而言，而且有消化水谷、吸收精微、排泄糟粕的功能。

肠道宜通，不通则病。慢性腹泻大多由于气滞、湿阻、食积等原因导致肠道被阻，传化失司。加上治疗不当，或以为“久泄必虚”而强食滋补，使邪滞交阻肠道，迁延不愈而成慢性腹泻。因此，对慢性腹泻的治疗应从疏通肠道着手，或行气，或祛湿，或导滞，总以“通”为主要方法。此亦“以通为补”，即寓补于通中。通则肠道邪滞自去，传化功能得以恢复，水谷之精微得以吸收输布，以充养全身，故切不可早投或盲投补益。倘邪滞不去而迭进补益，则留邪助奸，后患无穷。对于邪阻肠道的辨证应抓住临厕腹痛，泄后痛减，或大便夹有粘冻等临床表现，并不失时机，果断用药，祛邪以存正。常用药物：行气用苏梗、香附、川楝子、乌药等；导滞用木香槟榔丸及消导之品；祛湿用药见下文。若能掌握要领，合理用之，则收效甚捷。

二、中焦为气机升降之枢纽

慢性腹泻，多因气滞、湿阻、食积阻遏肠道，进而累及脾胃，使中焦气机升降失

常。临床常见到胸闷、腹胀、暖气等症状。所谓“清气在下，则生飧泄，浊气在上，则生腹胀”。一旦中焦气机升降失常，水谷之运化就不循常道，水谷之精气不能通过脾之运转而上升，反与浊气相混，扰乱肠道的正常传化，又会加重肠道气机的阻滞。因此，气机升降失常，也是腹泻迁延不愈的症结所在。

中焦气机既已失常，治疗当极力调整之，可选用升麻配木香槟榔丸。升麻可以升举中焦之清气，木香槟榔丸可以降中焦之浊阴，使人气机升降复常。湿重者，当配以渗湿之品；当肠道兼有湿热者，可配以败酱草、黄芩，共同行使降浊阴之功能。然而，木香槟榔丸属通下峻剂，应“中病即止”，掌握“衰其大半而止”之要领。

三、利小便以实大便

“湿胜则濡泄”。脾为湿困，则运化不健，水湿内聚，而致清浊不分，并走大肠，这也是造成慢性腹泻的又一重要因素。欲祛其湿，有健脾、温阳、淡渗利湿等法。所谓：“治湿不利小便，非其治焉”。吾吴地处江南水乡，为卑湿之地，水流纵横，湿气充斥，最易伤人害病。腹泻患者，内外被困，更使湿邪逗留肠间。同时，祛湿首推利小便一法。因淡渗利湿之品，甘平清淡，不腻不燥，使湿邪顺从药性之下趋走向，因势利导，下渗膀胱，排出体外，则大便自实。常用药物为茯苓、泽泻、车前子、生米仁、六一散，不拘成方，加减变通。

四、治肺以利大肠

人体各脏腑之间的功能都是相互协调和统一的。肺脏除行使主气司呼吸等主要功能外，又与大肠相表里，大肠的正常通降，有赖于肺之宣肃功能。因此，在探讨慢性腹泻的病理过程中，必须注意肠与肺的相互关系。在临诊中，须详细询问有无胸闷、胸满、喉间痰粘等肺气不畅的症状，如有肺气不畅，当宣发之，此亦“下病治上”之法，有“上通下达”之效。在多年的实践中，我摸索出一条治肺以利大肠的新路子，即在方中加用桔梗、紫菀、前胡、牛蒡之类，以宣肃肺气，使诸药将如虎添翼，肺气一畅，则大肠自调。同时，治肺之品又能奏其“提壶揭盖”之效。治节一畅，则三焦通利，有利于中焦肠道水湿的祛除，这又与上述之利湿法遥相呼应，此乃一法多用也。

五、温阳药之运用

临床上，个别久病不愈，久治不效的患者，常兼有阳气不足寒湿交阻之症。如泻下清稀，甚则完谷不化、腹冷、畏寒等。此时，可运用温阳之剂，特别是对那些顽固不愈，而无明显热象者，往往可以药到病除。具体药物为炮姜、肉桂、附子等，即附桂理中之意。气得阳助，则运行复常，阳光一照，则阴霾自消。

六、散剂的运用

对于治疗慢性腹泻的用药剂型，除投以汤剂外，我常配以散剂。药末经口服后，可以逐渐粘附在肠粘膜表面，停留时间长，使之直接发挥作用，对于肠粘膜的充血、水肿，慢性炎性增生，及浅表溃疡的消退，都是有积极作用的。同时携带服用方便，服药

不致予中断。此乃本人一管之见，有待进一步加以证实。

七、病例介绍：

（一）浦××，女，42岁，医生。

81年1月7日就诊：泄泻十一年（过敏性结肠炎），大便日行2~3次，夹有粘液，临厕腹痛，苔薄腻，脉濡。此乃邪湿夹滞，郁阻曲肠，拟先疏邪化湿，升降气机

苏藿梗 炙升麻 木香槟榔丸 乌药 扁豆衣 茯苓 车前子 桔梗 六一散^包 防风炭，煎服。另：参三七末、肉桂末、沉香末吞服。

上方连服20余剂，腹痛消失，大便转实，日行一次，腹泻基本告愈，为巩固疗效，处以散剂一料：

炙升麻30克 广木香30克 扁豆衣40克 陈皮50克 茯苓60克 淮山药150克 九香虫40克 炒麦芽50克 焦白术40克 防风炭40克 炒白芍50克 藿香40克 共研细末 早晚各服6克。

（二）袁××，男，43岁。

82年2月23日初诊：慢性结肠炎已近五载，经常腹痛，大便日行3~5次，溏薄而不畅，苔薄白，脉细弦，邪滞曲肠，拟先疏导。

制附片 炙升麻 木香槟榔丸 乌药 楂炭 麦芽 泽泻 老苏梗 白芍 鸡金 制香附 炮姜炭 扁豆衣 茯苓 煎服。另：参三七末 肉桂末 沉香末吞服。

3月2日二诊。病情如上，守原方加减：

生紫菀 木香槟榔丸 楂曲 麦芽 乌药 陈皮 苏藿梗 茯苓 车前子 川楝子 川椒目。

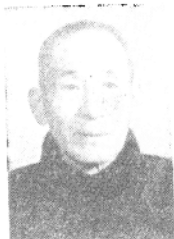
3月6日三诊。服上药后，自觉症状明显好转，腹痛大减，大便转实，日行一次，上方出入继服，并处以散剂一料。

炙升麻30克 防风炭30克 怀山药150克 扁豆衣60克 焦白术40克 白芍60克 煨木香60克 鸡金40克 麦芽60克 九香虫50克 乌药40克 藿香30克 菟丝子50克 牡蛎25克。

上药共研细末，早夜各服6克。

（马振华、黄继峰、葛惠男整理）

吴克潜 医师 文稿



吴克潜，苏州医学院附属第一人民医院中医科教授，中医主任医师。浙江海宁人。1898年10月生于海宁硤石镇。父亲吴绎之，幼习举子业，稍长从嘉善吴树人学医，颇有心得。后因应举进京，遂开业于北京。

吴克潜幼时从父学习中医，1926年开业于上海，并自办《医药新闻》报，宣传中医，提倡建立公医制，提倡办好学校，振兴中医，提高中医地位等。旋即在上海小西门“中国医学院”任教，以薪水的收入，补办报经费之不足，后晋升为教务长，桃李满天下。吴老擅长编著及教育工作，主要著作有《药性辞典》、《实用诊断学》、《吴氏儿科》、《古今医方集成》、《病源辞典》等，洋洋三百万言。近年主要论文有《学习脾胃论的体会》、《关于发热》、《确诊肝脏疾病一得谈》、《十剂衍义》等。医院又将其医案医话汇编成《吴克潜医案医话集》，可谓著作等身。吴老早年的著作已不多见，兹录《药性辞典》、《实用诊断学》、《吴氏儿科》三书的自序各一篇，以飨读者。

《药性辞典》自序

我国医学，肇自神农。神农尝百草，一日遇七十二毒（此言不畏尝毒草而遇毒次数之多），复命馐贷季理色脉，对察和齐，摩踵诤告，以利天下。是上古固先有药而后有医也。夫治病之道，莫先于用药。用药之道，莫先于识药。《神农本草经》药抵三百六十五种（或以为合一年三百六十五天）而分别上中下三品，辨其纯驳，明其体用。后之用者，莫之能易。是真能识药之性者。后世药品日增，互有发明。其合于用者固不为少。而繁而无当者亦居其多数也。循是以降，历代医家，各从本人之意以为之增广，一得之偏见，亦笔而出之。其有效于此，而不效于彼者，比比然也（所以贵在辨其纯驳）。药性之不讲，病家辄疑夫药之不效。而《本经》有效之品，亦浸浸乎启人疑窦矣（但其中有失传者）。等而下之，混堂浴体之水，污浊不堪者，谓可以发痘。寡妇床头之灰，意义全无者，谓可以疗疮。甚而天灵之盖，已死之胎，均谓有补身强脑之效。以宅心慈悲之业，为率兽食人之举，失之医道远矣。且夫搜罗险僻之药，必至遗弃纯正之味。视用药如试投以偶合，变医道为行险以侥幸。毁成法，骛玄虚。如此而欲求医药之进步，不亦戛戛乎难哉。本书之辑，则力矫是弊。选择药品，务求其适于用者，斟酌损益，得六百有余种。皆市上所有而医者堪以取用者，首正其名，次详产地，后则列举性味主治用量、禁忌，使人晓然于真伪之分，刚柔之辨，燥湿之殊，补泻之异。皆所以明药之性而敢使人人了然于胸也。若夫未明其性而徒以博采为能事者，既非神农尝草详识药性之旨，复非适应潮流研求精益求精之方。上不合古，近不合时，启人藉口，无裨实际，则非余之所敢知也。

民国二十一年冬海宁吴克潜识

《实用诊断学》自序

自三·一七事件起，而吾国医界，始知有振作之必要，竞争之不可或缓。数年以来，风气不变，一扫因循之象，咸谋维新之路。顾我国数千年来之医药学说，纷歧无绪，各树门户。所宗既各有所异，其说遂参商难合。故整理虽不乏其人，而系统久未定也。出版之物虽多，类皆宣传一己之经验，治病之心得，亦未遑为医界公众谋也。循是以往，将见言行之不符，进取之中蹶，则医道之晦冥，仍将还复于从前。此有志之士，所不能不引为可虑者也。不佞七载以前，亦曾参赞全国医药团体总会事宜。既以同道之责望，复谬充研究学术之备员。人事忽忽，愧无建树；私衷耿耿，每以为憾。今年大众书局有志提倡中医，以为旧书陈义过玄，不能合于时尚；且纷歧无绪，尤难适于研习。欲其合用，非以整理为梯阶则不为功。于是坚将改编之责，属之不佞。曰：此为医界公众谋，无可旁贷也。不佞既不能以不文辞，惟有勉为采集。既成《药性辞典》于前，复成此《实用诊断学》于后。虽觉于世无补，似亦稍慰私衷耳。是书编制，虽仍以固有之“望闻问切”四诊为中坚。然其运用方法，在示人以融会变化，不拘执于成法。开端重在诊断之大意，则以标本表里虚实寒热为纲领。殿后重在诊法之应用，则以检查身体方法为之辅。剞劂既付，谬蒙海内贤达之奖饰。不虞之誉，受之弥愧。所望将来匡正之有加，俾能遵循无损为尤感也。

民国廿二年冬海宁吴克潜自序于上海。

《吴氏儿科》自序

人生疾病，种类繁多。然归纳言之，除不内外因外，一言以蔽之，外感与内伤而已。外感与内伤，恒有互相之关系。成人然，妇人然，即小儿亦莫不然也。故医者治病，最古不事分科，盖病理医理，其道一贯。适于此者合于彼，初不必为厘然之此疆彼界也。自后以病变之多时有增，治法之出代有加，一人之心思才力，未足以尽其奥也，故特分科以治之。妇科也，以其有经带胎产之异；儿科也，以其无问诊脉诊之难。专科既分，探讨益进，于是妇幼之书，亦复汗牛充栋矣。特是众说纷纭，瑕瑜互见。整理之道，千头万绪。六七年前，余以上海中医专门学校之聘，勉任儿科讲席，当时满拟搜集儿科医书若干种，采其精纯，汰其芜杂，编成较为完备之专书。无如诊务辑务，两少暇晷，往往漏夜属稿，翌日应讲，匆匆半年，草成《痧痘讲义》，虽能塞责于学子，而私衷辄自惭疏漏也。其后又受上海国医学院及上海中国医学院之聘，任儿科教授于两校，凡五易寒暑，修改增益，至数十次，始稍稍自惬于怀。今年春，余书既大部告成，于是同道先进，以及医校学子门下诸弟，咸怂恿付刊，远至广奥之友人，亦驰书促其早日出版。盖儿科专书，群推此为编制较新而网罗较备，一可供家庭社会之检查，二可作专门医校之教本也。余以兹事体大而不能不勉应众命也。乃再以三月之力，改革编纂。分为九章，凡十万言。其中每述一病，必详其来由及病理，于证状及治法，尤三致意焉。惟冀他日剞劂既成，稍补于世而不弃于知者，于私愿为已足。至于整理学术，扶微阐奥，级深梗短，愧余未能。固祈后来者之有以教之也。

（此书大约于1934年出版）

吴怀棠医师文稿



吴怀棠，江苏省名老中医，苏州市第四人民医院中医内科主任医师。一九一七年生于苏州，一九三四年至一九三七年从学于吴门名医经绶章先生门下，悬壶苏州。擅长伤寒、温病、内科杂症。解放后，在党的中医政策光辉照耀下从事中医教育工作。曾历任江苏省西医学习中医讲师团讲师、苏州市西学中班班主任、苏州中医专科学校教务主任、苏州市卫生局中医教学办公室主任、苏州市中医院科研教学办公室主任，以及苏州市中医学会常务理事兼学术股股长、苏州地区中医学会副理事长等职。现任江苏省中医学会理事、苏州市中医学会顾问、苏州市第四人民医院学术委员会委员。

十枣汤治疗悬饮（胸膜腔积液）的经验介绍

十枣汤是汉张仲景所著《伤寒论》及《金匱要略》中记载的用治悬饮的一张古方。根据仲景原文所叙述的有关证状与病机和当前我们在临证实践中应用此方所获得的实际效果来看，古之所谓悬饮，即今之所称胸膜腔积液之类的疾病。我用此方治疗胸膜腔积液，积累了一些经验，确有显著的排液作用。特别是对渗出性胸膜炎所致的积液，更具良效。为此，谨陈一得，并冀共商。

一、原文备考

- （一）饮后水流在胁下，咳唾引痛，谓之悬饮。
- （二）脉沉而弦者，悬饮内痛。病悬饮者，十枣汤主之。
- （三）太阳中风，下利呕逆，表解者，乃可攻之。其人赧赧汗出，发作有时，头痛，心下痞硬满，引胁下痛，干呕短气，汗出不恶寒者，此表解里未和也，十枣汤主之。
- （四）咳家其脉弦，为有水，十枣汤主之。
- （五）夫有支饮家，咳烦胸中痛者，不卒死，至一百日或一岁，宜十枣汤。
- （六）十枣汤方

大戟 甘遂 芫花 各等分 大枣十枚

三味等分，各别捣筛，以水一升半，先煮大枣肥者十枚，取八合，去滓，内诸药末，强人服一钱匕，羸人服半钱匕，温服之，平旦服，若下少，病不除者，明日更服，加半钱匕，得快下利后，糜粥自养

二、古今引证。

现代西医所称的胸膜腔积液，就是在胸膜腔内因各种原因，导致胸膜腔内大量液

体渗出粗滞留于该处所形成的积水之病。按照西医对胸膜腔积液所呈现的具有诊断意义的诸种证状，除了×线透视和听诊检查所得的一部分他觉证状外，其余部分大都与古人所说的悬饮诸状，基本相同。例如：因胸膜炎变渗出初期有纤维素沉着被复于胸膜表面，使胸膜变得粗糙，在呼吸或咳嗽吐痰时两叶粗糙的胸膜互相摩擦，刺激了胸膜神经而表现为临证主要证状的胸胁疼痛；因积液量多时使胸廓局部坚实膨满凸出；特别是最多见由单侧积液而形成胸廓失去对称的特殊体征，以及因积液压迫心、肺、胃、膈所致的痞闷，气急，咳嗽，呕恶；还有因胸膜腔积液的原发病，特别是结核性胸膜炎所发生的急性期的发热恶寒或慢性期的潮热盗汗等证状皆是。我们试再回顾上录原文所罗列的悬饮诸状，如“悬饮内痛”、“咳唾引痛”、“咳烦胸中痛”、“心下痞硬满”、“引胁下痛”、“干呕短气”、“赧赧汗出、发作有时”等两相对照，不难看出，是都能符合的。不仅如此，我们再从悬饮的病机方面观之，原文虽只“饮后水流在胁下”一句，但却非常简要明确地指出了悬饮也是由于水液流渗积聚在胁下部的疾病。而胸胁下部也正是胸膜腔的下半部和积液所处的部位，由此足证，悬饮与西医所说的胸膜腔积液在积蓄部位上是相同的。仲景在当时对此病所以以悬饮名之，主要是因为“胁下”正处于人身上下的中间部位，水积于此，犹如物之悬挂于中，且积水又可称作“饮邪”，故谓之悬饮也。顾名思义，亦颇切合。总之，既然悬饮与胸膜积液在证候和病机方面都符合，那末，毋庸置疑，可以说二者本是一病，不过是古今异名而已。至于饮水之后如何会流到胁下变成悬饮的病理机转，在仲景原文中，未见阐明，但后人曾经为饮病总的作了一些补充解释，亦可借供参考。如，宋《圣济总录》云“若三焦气塞，脉道壅闭，则水饮停滞，不得宣行，聚成痰饮，为病多端。又因脾土不能宣达，致水饮流溢于中，布散于外，甚则五脏受病也”。还有一种说法是“上焦不治，水溢高原，中焦不治，水停中州，下焦不治，水蓄膀胱”。而悬饮当属上焦不治之病。

三、药性说明：

凡服用某些特殊药物，能引起大便剧泻籍以排除体内积水的治法，谓之逐水法。十枣汤乃逐水峻剂，因其中大戟、甘遂、芫花三味药都具有这种效用。按《本草》记载，大戟苦辛寒有毒，能泻藏府之水湿，甘遂苦辛寒有毒，能泻经隧之水湿，芫花苦温有毒，能破饮窠。可见三味皆有毒性，皆能逐水，不过所逐之处各有所异耳。然其所以三者合用，（一）取其同气相济，集中一致，则攻逐之力强；（二）取其所逐各异，既可直达窠囊之病所，又可使积水循藏府经隧而去，终无遗留；（三）取其三物之毒性，或有相异，如是则异性毒量可得相应减低，当较用大剂量之单味毒性药物独用为妥。悬饮既即是胸膜腔内积液，正如古人所谓窠囊之积水。水积窠囊，郁绝难泄，治之自非一般发汗利水所能为力，故必须用十枣汤猛攻峻逐，直捣巢穴，溃其堤，决其湫而大泻之。盖水性就下，遂使高原之溢，得以顺流下泄，从后阴排出体外，方克奏功。此即《内经》所谓“水郁折之，留者攻之”之法。本方所以用十枣煎汤和服药末为引，此因三物性猛有毒，实际上对肠胃均有强烈之刺激作用，不仅能引起剧泻，亦可发生剧吐。泻固为治疗之需，而吐则非施用之宜。故若将药末，就此用水送服，则胃首当其冲，必将立即发生呕吐，遂致不但伤害胃气，且使药末随吐倾出，不能如数达肠，发挥应有之下泻作用。

如是岂非徒劳无功，有害无益！故凡用本方，当谋既使其下泻，又避免呕吐之两全之计。仲景经验唯有用大枣煎汤和服，即可达成此双重目的。因大枣有“甘温补中益气，和百药，发脾胃升腾之气”的作用。换言之，即有扶正护胃之功。证之目前，我们的临证经验观之，亦确实如此。所以大枣之在本方虽属佐使，然为使三味主药能获致良效，则非此不可。此外，甘草亦有“和中、能解百药毒”与大枣类似之功用，何勿用之？古人认为甘草虽说能解百药毒，而唯独对大戟、甘遂、芫花非但不起解毒作用，相反，能增剧其毒。是以历代本草均载有“甘草与大戟、甘遂、芫花相反”之诫，并列入药物配伍禁忌之“十八反”中。由此推测，仲景制方当时，所以不取三味主药，反而特任提出佐药十枣为汤名者，其意大致如下：（一）籍以突出表明凡使用大戟、甘遂、芫花逐水，必须用枣汤和服之重要意义，勿以其仅属佐使而忽视之；（二）亦可使后人提高警惕，避免误用甘草中毒。

如上所述，根据我个人经验体会：（一）从药理学方面观之，可能是属于一种诱导作用，即首先使引起药物性肠炎，泻下大量水份，使身体暂时脱水，变更体内渗透压，从而促使组织积极兴起再度吸收作用最后达到排除局部积液之效果。从中医理论言之，盖肺与大肠为表里，此亦藏病泻府，使属肺之胸膜腔内的积水从大肠泻去之法也。然中药中泻下药甚多，何以不用他药而独用此，恐其中另有特殊性质之成份存在，与他药不同，对此，我甚无知，不敢臆测，留待今后医学界进一步研究之。（二）从治疗学方面观之，尚属于一种对症疗法，用十枣汤只能排除胸膜腔内之积液，而对其原发病因恐不一定起治疗作用。

四、服用方法：

按仲景原文所注十枣汤服法，至今仍有实用意义，兹循原意演绎分述如下：

（一）大戟、甘遂、芫花，三味用各二至三分，应在临用前均必取生药研末即服为佳。若经炮制或霉蛀或已研末存久失其药性者，均不可用，以用之效差或竟无效故也。其他成药如十枣丸、控涎丹亦可用之，但药力较逊，用宜稍增其量，每种约一钱左右。

（二）应于黎明空腹时服之，俾药液易于通过胃逐流入肠，如是可使胃勿受刺激，免去呕吐之虞，基于此理，故不可食后服。

（三）用黑大枣肥者十枚，剖开，加水两碗煎至一碗，去枣取汁，候温入药末，搅和勿令沉淀，即缓缓呷下，服毕不可即进饮食，否则将使药阻于胃而致呕吐，并不得泻下，诚属两不利也。故必当在已得大泻后，始可进饮食。

（四）服后约隔半至一小时，先觉上腹不舒，稍有泛恶，继即腹中鸣响攻痛，痛势由渐下移至少腹，随即大便大泻稀水，一般五、六次，多至八、九次不等，同时或有出汗，此皆应见之药力作用，可嘱病者毋须惊疑。反之，若服后不泻或仅泻一二次，量亦不多，应视为未发挥药力作用，当然也就达不到排液之治疗目的。对此应首先检点所服之药是否已失效者，果若其然，则应另配优质者于翌晨按原剂量再服一次。若确因剂量不足所致者，则可增量一半再服之。总之，务必达到大泻近十次为止。若病者体质较虚，可于事先预服二、三剂如人参、黄芪等补气药，或注射西药高渗葡萄糖液、维生素丙等。或于泻后虚弱不济者，亦可按上法补益之。若发现下泻十次以上，并认为不须再

泻时，可食粥一碗，当即自止，不必用药止涩之。

（五）若服后发生呕吐，并吐出药汁而又未得大泻者，可于翌晨酌减剂量，如法再服之，务使不吐得泻为度。

五、适应病例

（一）十枣汤对结核性渗出性胸膜炎积液最有效，不问积液多少均能排除。然如上述，十枣汤仅属对证疗法，故对结核的原发病仍应给予一定疗程的链霉素，雷米封等抗结核疗法同时并进，一般一次即可排净，极少数用至二次以上者。一旦排净，一般不再重复渗出。

（二）对囊裹性胸膜积液亦有效，但一般须服二次以上，始能排净。

（三）对孕妇患胸膜积液只须无腹痛漏红等殒胎征兆者，亦可施用，有效无碍。

（四）对外伤性胸膜积液，亦能排除。但应同时结合外科手术疗法及内服伤药并进之。

（五）渗出性胸膜炎因混合或继发感染而成脓水胸者，在结合病因疗法同时，用十枣汤排液亦有效。

（六）对水气胸，应先请西医解决气胸或待其自动吸收气体后，再用十枣汤排液亦有效。

（七）对已经西医排液穿刺术治疗而仍反复渗出积液者，用之亦殊有效。

（八）服十枣汤剧泻后，我的经验，应隔七八日后再×线复查、观察疗效，易见满意之结果。若今服药，明日即透视，往往出现令人感到不必要之失望。我的推测是或许由于在较短时间内，组织还来不及再吸收之故。

六、不适用例

（一）十枣汤之主要功用，既全在排除积液，故对干性胸膜炎，不可用之。即使是渗出性胸膜炎，但在初期尚有恶寒发热，无汗等表证时亦不应遽投之，必待如仲景原文所提示的“汗出，不恶寒者，此表解里未和”时始可施用之。按本人经验一般至少应在热势缓解呈弛张热时用之，若能待退净时或本已无热者用之最佳。

（二）血胸及脓胸，忌用。

（三）对胸膜肿瘤或肺癌因压迫性或恶液质引起之积水，因原病难愈，不用为宜，恐得不偿失。

（四）对心脏病、肾病、恶液质、严重贫血等发生全身浮肿，同时存在胸膜腔内积液非炎症性之漏出液所形成之胸水，是属虚证，故不宜用之。但体力尚容许者，亦可试用之。

七、篇后结语

十枣汤治疗悬饮（胸膜腔积液），我认为在目前临证中颇有应用和研究之价值。因此方确实具有有效、安全、价廉、简便等许多优点，可代替西医的排液穿刺术。且渗出性胸膜腔积液是比较多发的常见病，因此应用机会是比较多的。由于我的经验有限，以上的一些介绍是很肤浅的，不妥之处，诸希教正。