

2

中医临证经验专论

井冈山地区卫生局 编

毛主席语录

中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高。

应当积极地预防和医治人民的疾病，推广人民的医药卫生事业。

团结新老中西各部分医药卫生工作人员，组成巩固的统一战线，
为开展伟大的人民卫生工作而奋斗

把中医中药的知识和西医西药的知识结合起来，创造中国统一的新医学新药学。

古为今用，洋为中用

中国应当对于人类有较大的贡献。

C0149147



中医临床经验专辑

目 录

治疗湿温伤寒经验介绍	肖俊逸 (1)
喘哮辨证治疗	肖俊逸 (6)
从医案二则略谈辨证论治	王醒民 (9)
治疗“湿遏发热”病证的体会	王明浩 (11)
乙型脑炎后遗症经验介绍	周炳文 (14)
治疗中风点滴经验	罗道揆 (15)
肝病的治疗和体会	张中立 (18)
三方合剂治疗胃脘痛的一点体会	胡良铭 (21)
急黄治验	聂文敏 (23)
白头翁加阿胶甘草汤治愈慢性直肠炎	段育瑞 (24)
痉 病 (流行性肌痛)	陈 奇 (25)
出血性肠炎治验介绍	周炳文 (26)
通结驱蛔汤治疗蛔虫性肠梗阻 60 例疗效小结	丁大材 (26)
尿路结石辨证施治举例	周绪彬 (28)
治疗不孕症的体会	彭光祖 (29)
崩 漏	李友三 (32)
室女郁证	曾超和 (33)
妇科治验 (胎漏、闭经、倒经、不孕症)	杨君柳 (34)
治愈热陷血室发狂一例	谢之敏 (35)
儿科医话	孙静如 (36)
儿科临床治验	王传珍 (39)
麻疹闭证浅谈	曾超和 (43)
小儿麻痹症的治疗和体会	刘万起 (44)
医案五则	周炳文 (46)
癩 痢	彭恢谱 (49)
面神经麻痹治验	彭恢谱 (50)
痹证治验	刘林卿 (50)
临床治验 (胎漏、痿证、癩狂)	杨建华 (51)
失 音	陈效平 (54)
治验两则	杨宗震 (54)
补中益气汤治验四则	刘长华 (56)
二胞丸治愈慢性支气管炎一例	钟毅鸿 (57)
益母草嫩苗治疗肠道病	潘致祥 (58)

治·疗·湿·温·伤·寒·经·验·介·绍

井冈山地区第一人民医院退休老中医 萧俊逸

前 言

湿温为广义伤寒之一，发生于夏末秋初的湿土主气时期，故本病与时令气节有关。湿温自古流行，但名称各异，有称“时行”和“天行”，亦有称为“时疫”者。后来一切发热性传染病，多包括湿温症状在内。现在认为本病即系西医的“伤寒病”且中医生临床上所治的湿温病，经过化验的结果，大多数是西医所谓的肠伤寒，亦称“肠热病”。

本病源流，最早见于《难经·58难》，说：“伤寒有五：有中风、有伤寒、有湿温、有热病、有温病。”这是祖国医学文献有“湿温”病名记载的开端。迨至宋代朱肱《活人书》对本病的病因、症状、脉象、治法等，始有较详备的阐述。他说：“其人尝伤于湿，因而中暑，湿热相搏，则发湿病……”。宋代对本病已有一定的认识。金元以来，对本病虽肆力研究，获得进一步的发展，惜在治疗方面，仍局限于伤寒范畴。到了清代温病学说已形成整个系统，不论在治疗方面或理论方面，都有发挥和创造。

考湿温名称是由时令六气来的，先贤有这样的说法：“湿温一症，必在长夏得之”。实则四时都有，不过以长夏流行较盛。晚近社会人士，只知伤寒之名，而不知有湿温之称，因此“伤寒”二字已成为大众化的名称了。

一、病 因

本病病因，多因夏秋肠胃功能减退，湿与热互结肠胃，酝酿而成，现代证实伤寒杆菌为本病病原，是一种菌血症。

本病的发生，一般都是夏末秋初，大暑至白露期间，感当令之邪而发病。湿为六气之一，为重浊阴邪，主于长夏，感之而酝酿成温，其来也渐，其去也迟。且其性氤氲粘腻，非若寒邪之汗即解，湿热之清即退，故难速已。总的说来，有内外二因凑合而成，吴鞠通曰：“湿温者，长夏初秋，湿中生热，即暑病之偏于湿者也。”总之，本病主要病因，湿热相搏，酝酿成温。

二、症 状

湿温病程长，变化多，症状错综复杂，现就它的主要症状，分为初、中、末之三期，扼

要的分述如下：

(一) 初期(卫分症状)：本病初起，头痛恶寒(初期一般多误作感冒治疗)，身重体痛，脘闷不饥，舌苔白腻，脉象濡数。

初期症状的特征，是恶寒解除后，但热不寒，且热型逐渐上升，不得退热。

(二) 中期(气分和营分)可分气营两部分：

1、气分症状：本病在卫分时间很短暂，不久即转入气分，身热稽留，成为日晡潮热，朝轻暮重的现象，与卫分症状不同之点：为舌苔白腻转为黄腻，大便闭结或溏，秽臭难闻。同时还可以出现红疹白痞这是湿温的正局。

2、营、血分症状：病邪感受太重，或因治不得法，未能在气分时期解除，而使病邪深入营血，壮热口渴神昏谵语，舌苔深黄或焦黄，或焦黑起刺，甚则两目直视，痉厥抽搐，舌质光红或深绛而干，斑疹吐衄，上下失血等症，随时可以出现。

(三) 末期：病情至此，有两种转归，即好转与恶化。好转的：身热退清，体温正常。一般要退至常温以下，才算彻底退清。食欲渐恢复，神清气爽，睡眠安好。恶化的，有三种情况：

1、伤阴：湿热久稽化燥，内侵营血而致伤阴，神昏痉厥，寻衣摸床，口糜，生疮，舌干光绛或裂破等症。

2、亡阳：忽然体温下降，四肢厥冷，甚则全身清冷，神志不清，大汗，囊缩貌萎，脉微欲绝，此乃亡阳虚脱之变。

3、下血，湿热劫伤阴络而致大便下血(即肠溃出血之症)，体温骤降，目定面恍，冷汗恶心，好象亡阳的情况一样，或腹膨高大，腹剧痛肠鸣(即肠穿孔，腹膜炎之症)种种恶候，而致死亡，出现这种情况死亡率很高。

三、诊 断

本病的诊断，可根据上述症状，脉象、舌苔及发病季节等几个方面，其中尤以热型的特殊最为重要。

(一) 初起热度逐日升高，作阶梯式稽留热型，与各种热型病的发热不同。

(二) 早晨热度较低，午后热度较高，但相差很少至一度。

(三) 热度虽高，但脉搏与呼吸不随热度并增，每有热度在39至40度，而脉搏不过90至100次。

四、论 治

湿温病并非难治的病，所以难治的，并非湿温本身难治，实因下列原因所致：

(一) 医者不能早期确诊，而误作其它疾病治疗，造成预后不良。

(二) 湿温的病程很长，病情又很反复，尤其在病势进行中，用药虽然中肯，却效力一时难以显著，身热不能短时退清，要是病家没有坚强的信心，那有不数故更医，方药乱投呢？这些一来，本是可治的病，结果终成不治之症。

(三) 湿温恶化，不外亡阳与下血，而亡阳与下血，实因肠出血与肠穿孔而来，而肠出血与肠穿孔实由治疗不合理所造成。欲求合理治疗，必须了解病理。盖湿温病的发热是由血中毒素而来。病变部位是肠粘膜红肿发炎，肠肿是局部病，发热是全身病，如果病毒不除，则发热不退；肠肿不消，则溃烂出血，甚则肠壁穿孔。根据上述病理，如欲避免肠出血和肠穿孔，必须清除血中毒素和消退肠粘膜的红肿，红肿消退，自然不会生疮溃烂，那肠出血，肠穿孔的危险，也自然不会发生了，那合理疗法只有“清肠解毒”。

清肠解毒的药物，平日所用是以苦寒的三黄：大黄、黄芩、黄连为主。由于湿温的病因为湿热，苦能燥湿，寒能清热，除局部清肠消炎外，同时还有全身清热解毒的作用。其中尤以大黄的功效为显著。湿温菌血症，患者的血液里面，含有伤寒杆菌，故三黄是本病最合理的药物，据历年临床经验，大黄对于本病可以始终服用，一直服至热退苔化为止，至稳至当。若能早期服用，不但可以防止肠出血的危险，还能早日退热缩短病程。吴又可治主早下，戴北山更推广其义曰：“下不厌早”。确是经验名言。有人认为湿温初起，在卫分期有作寒热不可用苦寒泻下。我认为如能早期诊断为湿温，亦尽可用泻下，盖湿温病的重心在肠胃初起并无卫分症状，其可以作寒热者非真有表邪，也非所谓湿邪外袭，表阳被遏，实由肠肿之故——肠之炎症，正如痲疮之初，多有作寒热者，亦非表邪所致。

用大黄的目的，对于局部疗法是在清肠消炎，对于全身疗法是赖以清血解毒，非为攻泻肠中积滞而设。不可认为病人多日未食，肠中无物可泻，遂致不用大黄。吴又可说：“应下之证，见下无结粪，以为下之早，或以为不应下，而误投下药。殊不知承气本为逐邪，而非专为结粪而设也，如必俟其结，则血液为热所搏，变症迭起，是犹酿病貽寒，医之过也；况多有溇粪失下，但蒸作极臭，如败酱，如藕泥，临死不结者，但得秽恶，邪毒因此而消，脉证从此而退，岂徒孜孜结粪而后行哉。”戴北山亦说：“伤寒在下其燥结，时疫（古时湿温也称时疫）在下其郁热。”湿温有便闭及便溇者，不可认为便溇者即不可用大黄。吴又可曾说过：“其人平素大便不实，虽胃家热甚，但蒸作极臭，至死不结。应下之证，设引经论。‘初硬后溇，不可攻’之句成为千古之弊。”现代医学谓肠伤寒是菌血症。我认为发热乃血中毒素作祟，毒素一日不除，则发热一日不退，所以用大黄须一直服至热退为度，若热虽退，而黄苔未化，则是病邪尚未清除，亦须继续服用，不然必有再燃之虞。

大黄本是缓泻健胃药，若再配以芳香化浊之品，则泻下更缓，所泻多是污浊酱粪。《别录》谓：“黄连有调胃厚肠之功，清热燥湿，是其专长”。大黄用量不宜重，一般二、三钱，不取猛攻，但在下其郁热。（按病列举要④）。

有人每以大黄之泻下为虑，以为不断使用大黄，其泻下次数必愈多，而人必愈困，遂致有效良药，弃而不用，纵有敢用者，也不过二、三日而辄之，而终不能得到全愈的希望；有时医生敢用，而病家不敢服。不知大黄含有鞣酸成份，有收敛及防腐作用，若服至肠肿完全消除的时候，虽用大黄也不会泻下，也就是肠中湿热（肠中炎肿）完全消除的表现。（举例④），三黄清肠解毒是本病的基本疗法和方剂。可以随证加减，若有脘闷暖气，则加芳香化浊之品，如叩仁、木香、陈皮等；舌燥口渴，则加芦根、茅根、知母、花粉等生津之品；正虚则加人参、当归等，阴虚则加西洋参、生地、阿胶、白芍等。平日对湿温的治疗，除舌燥津枯外，必佐以芳香化浊药物，如是则能久服而无流弊。且精神食欲日渐好转，恢复期不必另服其它调补剂，征之久服大黄败胃之说，是莫须有的。

有人认为：化浊渗湿如三仁汤是治疗湿温的正确方法。湿温原系便溇脘闷气居的居多，

岂能再服用大黄？不知湿温的脘闷暖气便溏，舌苔腻浊等症，都是毒邪郁积，肠肿气逆所致，若仅用芳香化浊渗湿之药，不但不能解决问题，而且贻误不浅。陈存仁《湿温伤寒手册》说：“湿温病注重湿字，固是时方派之特长；其实（湿）者均是宿滞未清，肠肿增甚之故”。化浊渗湿是姑息疗法，只有坐误病机，陷入于亡阳下血之变。须知大便溏泻正是肠中湿热已盛（即肠炎红肿太甚之证）惟其便溏，正所以适合三黄苦寒泻下，以祛湿热而解湿者（病例举要①）。本病有湿热极重，大便一日泻下数十次的，俗称“漏底伤寒”，此病最为危险，若对此病没有经验，不但不敢用大黄，即芩连也不敢用。由于“漏底伤寒”来势很凶，若不急用三黄以清热解毒，燥湿止泻（清热解毒消退肠粘膜红肿），则很容易酿成肠出血，肠穿孔的危险；并须重剂急服，一日二剂，但此等处方，必须耐心向病家解释清楚，说明“漏底伤寒”是肠子红肿得厉害，所以泄泻无度，非用强有力的清肠解毒的大黄，不足以止泻，用大黄正所以止泻，决不会增加泄泻，泻的次数必逐日减少，服至最后还会便秘，这就是肠中湿热完全消退的表现。这样，病家才能接受治疗。举例说明：

李××，男，十九岁，一九四八年秋，患湿温病，身体热稽留已七、八日不退，腹痛，泄泻，痛一阵，泻一阵，进迫作声，日夜无度，口渴，瘦赤、舌赤、苔黄腻，脉濡滑。此乃湿热过盛，肠之炎肿剧烈进行，俗称“漏底伤寒”，急宜清肠解毒，大剂追服，以防肠出血之危。处方：银花五钱、赤芍三钱、丹皮三钱、大黄三钱、川连三钱、黄芩三钱，一日二剂追服，共服三日。复诊：午后热较低，腹痛减轻，便泻减为日夜七、八次。效不更方，再进三剂，一日一剂。三诊：热型弛张，肠腹不痛，泻止，大便一日一次，精神渐复，食欲日增。原方减轻份量，加青皮、川朴以和中，再进旬余，始得热退，苔化，一切恢复正常。

先哲对于治疗湿温，应下即下是不拘于时间性的，但西法至两周后，绝不敢泻下，以免增加肠部蠕动充血，促成肠出血的危险，征之中医临床经验，究非事实。湿温两周前后，正高热稽留，亦即肠炎红肿最剧烈的时候，此时若不急用泻下，以清肠解毒，那就是故意给予溃烂出血的机会。两周以前即失于下，两周以后又惧怕增加肠管蠕动充血，又不敢下，那末只有听其肠溃出血，陷于危险之境。平日治疗本病，除患者正虚外，没有不采用大黄，有时正虚邪实，势必用大黄，也设法辅以扶正之剂配合使用，从不拘以时间性，每获良效。

聂云苔说：“观各家医案，多言下之而愈，亦有连下三、四次而愈者，其不用下药而出血者方书多有之，用下药而致出血者，则各书中无所述，予耳目所及，亦复如是”。聂所述并非虚语。

湿温失下多有亡阳下血之变，因为湿热毒邪蕴积肠内，致使肠粘膜红肿溃烂，多在三周后溃烂出血，此时应注意检查大便，若便下稀稠黑粪，或光亮色黑的硬粪，这都是肠出血的征象，不过出血的程度尚轻，若身热未退，舌苔仍黄或黄黑，此时肠虽出血，但肠中湿热炎肿仍然存在，还须用大黄清热解毒，以防肠管溃烂扩大，若心脏衰弱，可配人参以强心。苟仅凭理想，不重事实，谓：肠即红肿溃烂，肠部的安静保护尚不暇，怎能用大黄以亢进肠的蠕动，而使溃者愈溃。那末，结果真使溃者愈溃，卒不免于肠出血或穿孔而死。不知肠虽出血，而肠的炎势（红肿）尚未停止，此时须防其溃烂扩大，故必用大黄以清肠解毒防腐生肌。大黄能保护肠膜乃系事实，因用大黄而促其出血，盖系理想，只要肠内湿热毒邪彻底肃清，则肠之愈合是非常快的。比如痢疾下脓血，只要湿热清除，肠溃自愈，痢疾之剧者亦非大黄芩连莫居。

在临床上常发现肠已溃烂出血，为人所不能觉察的，其症状神志不清，语言蹇涩，身微

热，亦有体温骤然下降，肢厥脉微者。舌心有黄黑苔堆积如疮痂，便闭，腹陷有压痛，脉象糊数，此时大便虽闭，但是肠已溃烂出血，肠中停积的乌血不少，只因没有泻出。故人多不知肠已出血，只要大便一通，即见乌黑血便。如发现上述情况，即应当向病家说明：“肠已出血，只因便闭血停肠间，尚未泻出。”否则，服药后如发现泻血，必埋怨用药错误。

治疗的方法，当采用扶正开窍，清热解毒复合疗法。扶正可用人参和六神丸，开窍则以紫雪丹为最妙，至于清肠解毒非三黄莫属，因此时扶正固为要着，但肠中停留的毒血亦须趁早排泄，以免侵蚀健康肠壁，减以腐不去新不生，且毒血停留肠间尤易自家中毒（神昏谵语）故通便排血当与扶正并重，大黄不必虑其泻下之耗损正气（即衰弱心脏），至于人参此时尽管放胆使用，不可为着黄黑苔而致踌躇，须知苔虽黄黑，可是正气已因肠出血而陷于衰弱之境，有立刻虚脱的危险。况人参配于清肠剂中，尤不必顾虑。大黄剂量二钱足够，只取其缓下而已，服后若得便通血泻，则无须再用大黄。清肠防腐，芩连已足胜任。清血解毒，银花，地于也是要药。若见舌黑无津，西洋参、阿胶和增液汤，势必选用。脉细气虚应加归芪，以助肠壁生肌。

本病有出血过多，立呈神昏鼻燥，呼吸困难，脉微欲绝，冷汗肢厥亡阳等症，此时当急用回阳固脱止血疗法，纵有它证亦当缓议。处方可用北野参，北芪、阿胶、当归、枣皮、龙骨、牡蛎大剂追服。若汤药一时配合不及，可先用六神丸三十粒一次化服，亦可暂时强心救脱。若腹痛便下血水者，宜用托里解毒剂（北芪五钱、当归三钱、甘草三钱、白芍四钱、银花八钱、川连一钱、黄芩三钱）在临床上曾见湿温大出血，服一、二剂扶正止血药后，即从此痊愈。大抵湿温毒邪，都从肠血一泻而净，因此当出血之时，苟能用药扶持正气（维持心力）得以度过虚脱关头，即可逐渐恢复健康，而无其他病症遗留。

在临床上每见强壮者肠虽出血，亦不出现亡阳虚脱症。湿温化燥劫伤营血，出现舌干黑者宜急滋阴救液，兼予清血解毒止血可用犀角地黄酒，加西洋参，阿胶，地于、银花，若舌苔黄而垢腻者，当清肠解毒，佐以止血，白头翁汤加地于，银花有卓效，故宜合并使用。

湿温病热久稽，病邪深入，非短期泻下所能痊愈，必须有坚强识力，守方守法，稳步前进，才能大功竟成。举例：

1、吉安市伪建设银行刘××之子十余岁，于一九四七年夏，患病近一月，多医不效，高热稽留，狂妄谵语，舌黑脉糊，人咸谓不治。余诊断为湿温病，主以清肠泄热，给服三黄合剂三十余日，热退而愈。

2、吉安水东张家鹤小学教师，亦是年秋，在吉安市患湿温病，嗣因病危，前医宣告不治，乃归水东乡村，延诊时，人已昏迷，足卷语塞，苔黄黑，服三黄合剂丸三月余，始得热退体健，翌年春节相遇，则形体丰满，几不相识矣。

举述二案，籍明湿温之缠绵，有如此之久者。湿温有身冷服重剂大黄而复生，戴北山谓：“诸病身冷皆阴症，在时疫身冷属热症”。也即热深厥亦深，治湿温恒以大剂下药起沉痾，兹举一重要医案以供参考：

族兄秉彝，素体强壮，平日嗜酒。一九一九年，患湿温病淹缠月余，病势日剧，神昏谵语，舌黑起刺，唇焦、肢冷，脉伏死而复苏者数次。一日通体冰冷，惟胸部尚温，目呆脉绝，殓服具陈，邻里相传，咸谓某二已死矣，但自午至酉，胸部犹温，先君认为热厥无疑，若得合理治法，尚有望，止勿急殓，嘱将坐石蒸研末调水频频灌服，至夜分，忽作呻吟，守护者咸吃一惊。察之，厥回脉起。缘病前有房事，族兄嫂未便以告，心中常存夹阴伤寒之

想，方中大黄皆秘密取出不用，有时或抓出半数，而先君未之知也。后以服石羔肢冷复温，脉绝复起，乃悔悟前此窃取大黄之误，遂将前情据实以告。嗣后每剂中之大黄，竟用至四两之多，人咸咋舌，计共用大黄数斤，病乃痊愈。

喘、哮辨证治疗

井冈山地区第一人民医院退休老中医 萧俊逸

概 说

喘、哮是临床常见的顽固疾患，恒数年或数十年不得根治。以致影响劳动和工作。祖国医学对此两种疾患，阐发详尽，有丰富治疗经验。

呼吸短促急迫，甚至张口抬肩，是谓喘；气为痰阻，喉中有水鸣声，持续常发是为哮。喘以声响名，喘以气息言，哮必兼喘，喘不必兼哮。

喘有虚实之分，肺为五脏华盖，职能清肃，若为风寒燥热等邪气所侵，则肺气胀满，发为喘，多属实喘。肺为气之主，肾为气之根，肺主出气，肾主纳气，若出纳升降失常，而作喘乃属虚喘。

哮有冷热之分，冷哮多由痰喘久延，肺胃阳气亏耗，复感外邪所诱发。热哮多由痰热素甚，肺气郁滞，痰浊挟热，阻塞气道而发。若反复发作，久延不已，可导致肺脾肾三脏皆虚，出现本虚标实的证候。

哮证相当于现代医学中的支气管哮喘，由于哮证中多有兼喘，故喘证中亦包含有该症。至于支气管炎，肺炎、肺气肿、肺结核、心脏性喘息等疾患中均有喘症出现；哮证经久不愈，则易出现虚喘，此时，哮与喘同见而难分。

辨 证 原 则

喘证分实喘与虚喘。

一、实喘：气长有余，胸满气粗有力，喘促不得卧，痰黄粘稠，舌苔腻浊，脉滑数。

实喘又有风寒、燥热与痰浊的区别：

1、风寒性喘证：多因感冒后发作，症见咳嗽，气促，形寒无汗，不渴，舌苔薄白或白腻，脉濡数或浮滑。系风寒之邪外束，如体内伏痰互阻肺络。法宜温肺化痰，疏风散寒，可用小青龙汤或三拗汤加减。

2、燥热性喘证：发热气喘，胸膈口渴，小便黄，大便干燥或闭结，舌苔薄黄或厚白腻，脉滑数，系痰热内蕴，肺失宣达。法宜清肺化痰，止咳平喘，方用麻杏石甘汤或定喘

汤，热盛者可用清肺化痰汤加鱼腥草、银花。

8、痰浊型喘证：喘咳痰多粘稠，咯吐不爽，胸闷，舌苔白腻，脉滑。法宜宣肺祛痰平喘，可用三子养亲汤合二陈汤加川朴、杏仁。如湿痰化热，或痰火素盛，咳痰黄稠，喘急，口干，苔黄腻，脉滑数，此乃痰热壅肺之实喘。治当涤痰清热肃肺平喘，可用桑白皮汤加葶苈子、杏仁，以泻肺逐痰，则喘急自平。

二、虚喘，动则气急，呼吸短促无力，苔少或光剥，脉多细弱。可分为肺虚、肾虚、脾肾阳虚，心阳衰竭等型。

1、肺虚：动则气短汗出，言语低怯，面色㿔白，神疲，舌胖淡，或有剥苔，脉虚细，可用生脉散加沙参、玉竹、贝母、黄精，或补肺汤加减和洁古黄芪汤加减。

近几年来，用自拟清肺益气汤一号，二号甚效。治验举例，一九七三年二月，家属王传珍，时年六十三岁，患气管炎，喘咳不能落枕，痰涎稠粘，而且痰量多。平日血压高，口不渴，脉象弦滑有力，行动则喘促特甚。此乃肺气虚肺热痰盛之证。治以清肺益气汤一号，以补肺气，清肺热，润燥，化痰平喘。服一剂，喘咳即止，痰涎尽除，能平卧如常人，疗效之速，出乎意外。共服四剂基本痊愈。但脚痿不能行走，行则气喘，无痰，亦不咳，此乃肺气仍虚，肺热未清所致。用清肺益气汤二号，服一剂，则喘止，下肢亦不痿软，共服四剂痊愈。一号方的前仁，并非用以利尿，实乃止喘润肺的作用。自后，在临床上遇有同样患者，用此二方均有同样效果，且应用的机会亦甚多。

2、肾虚型：动则气喘更剧，腰酸耳鸣，短气，舌质淡，脉沉细，可用肾气丸加味。方中六味地黄汤补肾阴，以桂附温补肾阳，使阳归于阴，肾气得以固藏，则喘息可平。病重者可加人参、五味、补骨脂以助阳纳气。或用蛤蚧四子汤以纳气归肾。若肾阴偏虚，五心烦热，常易升火，咽干口渴，喘则面红脚冷，舌红、脉细数，为阴不敛阳，气不摄纳，可用左归丸加减，或生脉散合六味地黄汤以滋肾纳气。

3、脾肾阳虚型：喘而汗出，夜难平卧，动则更甚，肢冷形寒，面㿔白，小便清，大便溏，纳少，痰清稀，舌淡苔白，脉沉细。可用温肾益气汤，以温补脾阳，摄纳肾气。

4、心阳衰弱型：喘息久延不愈，不仅肺脾肾俱虚，心阳亦同时衰竭，以致喘促剧烈，烦躁不安，肢冷汗出，脉浮大无根，呈现孤阳欲脱危证，应急用参附汤、黑锡丹，或全真一气汤，大剂追服，以扶元救脱，镇逆肾气，或可挽救。

哮喘证，一般分为冷哮与热哮。

一、冷哮，遇风寒便发，呼吸急促，喉中有哮鸣声，痰涎清稀，喜暖怕冷，胸膈满闷，舌苔白滑，脉浮紧，按照风寒实喘治疗，病情缓解后，可常服紫河车粉，一日二次，每次1~2钱。

此病多是逢冬易发，可于冬季前服七味饮，以预防发作，纵发亦较轻。

此病有脾肾亏损者，可用异功散加紫河车粉四钱分二次吞服，不论大人小儿俱效。我在临床上，用此方屡效。

二、热哮：发作以夏多于冬，呼吸急促，喉中有哮鸣声，胸高气粗，痰浊黄稠，胸中烦闷不安，面赤自汗，口渴喜饮，舌质红，苔黄腻，脉象滑数，可用定喘合剂，此方效果可靠。治验举例，一九七〇年秋，地区一院内科病房王××，小学教师，患支气管哮喘，经用西药不效，请中医会诊。患者发作时呼吸异常困难，胸高气粗，端坐呼吸，痰黄稠粘，汗出淋漓，面色青紫，四肢发凉，日夜不得安枕，痛苦不堪，口渴，舌苔黄厚，腻浊，脉象弦滑

有力，根据脉症分析，属于痰热实证，当用定喘合剂，可是王××身怀有孕，已三月，方用大黄、芒硝，均为孕妇忌用，有堕胎之虞。当时用了些其它方剂疗效不显。论脉症，只有定喘合剂很适宜。当时十分踌躇，若用此方身担风险，而病人又十分痛苦，不能再事拖延，坐视不救。结果，不考虑个人得失，只从病人出发，大胆使用该方。每剂大费用到八钱，芒硝六钱。服药后，大便每日泻十余次，解下很多像凉粉冻样的脏物。泻后，哮喘立见好转，精神稍振，饮食增进。服至十余剂后，哮喘显著平静，可以上床落枕。共服二十余剂，病得全愈，母子无恙。次年，又在我院安全生产。此案，计共服大黄一斤余，芒硝近一斤，诚所谓“有故无殒，亦无陨也！”

一 点 体 会

哮喘均为顽固难治之症，症情的出现，常为错综复杂，极少单纯。不论喘或哮，常有实中挟虚或虚中挟实，治疗时当仔细权衡虚实邪正之孰轻孰重，而后订出治疗方案。

关于治疗方法的体会，喘、哮之虚多在于肾，初期或肾阳虚或肾阴虚，但阴阳互根，阳得阴助而生化无穷，阴得阳升而泉源不竭。久发不愈，多为阴阳两虚，惟阴阳各有偏胜而已，所以在临床上以阴阳俱虚为多见，治疗上应以阴阳并补为基础，根据阴阳偏胜而权衡阴药与阳药的比例，以左、右归九加减较为有效。

肾阳肾阴俱虚者，其脾阳未有不虚，盖命门火衰则阳虚，未有命门火亏而脾阳不虚者，只是虚之程度有微甚不同而已。因此，喘证肾阴肾阳俱虚而脾阳亦虚者也不在少数。治法温补脾肾之阳，又须滋养肾阴，治法较为复杂矛盾。治验举例：一九六四年三月间患者左××，男，五十三岁，终年气喘痰咳，同时伴有肺结核，头昏、发烧、面部浮肿，行动则喘甚，纳少、厌油、便溏，日二次，夜间小便多，舌质紫，苔白腻，脉弦软，住院治疗多次，迄不得痊愈。我认为肾之阴阳俱虚，命门火亏不得温养脾土，故痰浊不化，饮食少思，肾不纳气故上逆而为喘，方用六味地黄汤合理中汤加巴戟、远志、菖蒲、半夏、首乌，温阳滋阴同时并进。不用党参用朝红参二钱。五剂后，面部浮肿消退，痰咳减少，渐思食，十剂后，头昏、失眠消失，纳增，脚肿全消，半年从未上过街，此时，已能上街看电影而不觉气喘。后去红参改用党参四钱，共服药约一月，诸症痊愈。由此可见，肾虚之久者，脾阳亦亏，补肾之中，配以理中之温脾健运是值得注意的。也充分说明，虚喘的原因是由于肾的阴阳失调，而脾阳不足，只是肾阳亏损的结果。

病程短者偏于阳虚者居多，若病延日久，则见阴阳两虚。临床上单独偏于阴虚则少见。

哮喘患者，每多痰涎壅肺，舌苔白腻，此仍脾肾阳虚，必须采用补脾温肾，佐以化痰，七分治本，三分治标。

脾肾阳虚而兼见阴虚者，可于温肾益气汤加北沙参、麦冬、生地或理中地黄汤加附子。

哮喘发病机理，以脏腑而言，肺为气之主，肾乃气之根，这是说明哮喘虽然表现在肺，而根本原因在肾，故治疗之法，发作时治肺，未发时治肾。治肺者治其标，宜透气道，勿使痰阻，喘迫自平，治肾者治其本，温其命门，摄纳虚气，勿使痰生，以期根治，这是先治标，后治本，邪盛正未大衰的处理，若邪盛正也大衰，则宜标本同治。

选 方 附 后

- 一、清肺化痰汤：萎皮四钱 浙贝三钱 胆星三钱 条芩三钱 桔更三钱 杏仁三钱 陈皮二钱
- 二、桑白皮汤：双白皮三钱 半夏三钱 杏仁三钱 苏子二钱 条芩二钱 黄连钱半 枝子二钱
- 三、洁古黄芪汤：人参四钱 黄芪四钱 地骨皮四钱 桑皮四钱 甘草二钱
- 四、清肺益气汤1号：党参五钱 五味三钱 麦冬四钱 北沙参四钱 冬瓜仁四钱 瓜萎皮四钱 桑皮四钱 前仁四钱 贝母三钱
- 五、清肺益气汤II号：党参四钱 五味三钱 麦冬四钱 北沙参四钱 冬瓜仁四钱 茅根八钱 花粉六钱 甘草二钱 芦根八钱
- 六、蛤蚧四子汤：蛤蚧一对 女贞子四钱 枸杞子四钱 兔丝子四钱 沙苑子四钱 前胡三钱 紫苑三钱 叭杏四钱 沉香末六分（冲服）
- 七、温肾益气汤：党参四钱 白术三钱 干姜钱半 甘草二钱 黄芪四钱 五味二钱 陈皮钱半 附子二钱
- 八、全真一气汤：党参五钱~一两 五味三钱 麦冬四钱 熟地六钱~一两 附子二钱 白术三钱 牛夕三钱
- 九、七味饮：山药六钱 黄精六钱 续断三钱 熟地五钱 天冬四钱 兔丝四钱 淫羊藿六钱
- 十、定喘合剂：防风二钱 荆芥二钱 连召三钱 麻黄钱半 薄荷一钱 川芎钱半 当归二钱 白芍三钱 山枝二钱 大黄六钱 芒硝四钱 条芩三钱 甘草二钱 滑石四钱 白芷二钱 胡莲子三钱

从医案二则略谈辨证论治

永新县中医院 王醒民

【案一】袁×× 男 十五岁 学生 住内科8床

患者因夏季劳作，感受暑热，又过食生冷，于八月四日自觉腹部不适，且痛。尔后腹痛加剧，当夜解水样杂鲜血便，量较多。次日抬来住院。检查：体温38.5℃，左下腹压痛明显；粪检：红血球 $++$ ，白血球 $+$ ，脓球 $++$ 。西医诊断：1、急性出血性坏死性肠炎；2、急性阿米巴痢？用痢特灵、安络血、氯梅素、庆大霉素、氢化可的松等药，并予补液输血等法治疗。三日后，病未减轻，而采取中西药结合治疗。当时以清热解毒祛湿的白头翁汤为主方加地榆、石榴皮、黑查等。二剂后粪量、次数稍减，血便如前。改用川黄连、干姜、黑查、扁

豆、车前、淮山、白芍、地榆、石榴皮、粟壳等清热收涩药。二剂后，里急后重甚，便次愈多，呈脓血样粘液粪，点滴而下，临厕后重甚，饮食未进，病势危急。八月十二日改余诊治，见患者形态消瘦、神萎、头汗出、四肢凉，烦躁，苔黄黑而润、脉细数无力，按脉参症，为湿热之邪蕴结于下，内逼大肠，损伤脾阳的正虚邪实证。如不通泄，邪毒不去，愈伤其正，攻之又恐脱元。在此千钧一发，刻不容缓之际，尤须当机立断，慎察细微，遣方用药。乃急处攻补兼施的陶氏黄龙汤加减（大黄四钱，开水泡另服，只实三钱、厚朴三钱、当归三钱、红参三钱（另蒸服）、生地三钱）嘱服后大便如解黄色水样粪，立服后方——附子理中汤（熟附片二钱、党参四钱、白术三钱、炮姜一钱半、甘草二钱）接前方昼夜服。

次日，家属喜而告之曰：前方服第一次即解黑色水样粪，腹痛、后重等大减。二服又解黄色水样便二次，后重除，痛止，热退。随即服后方，服后患者舒适可睡。苔黄润，脉细缓稍有力。此积滞已去，中阳渐复。原方除党参改红参三钱（另蒸）续服三剂。

三诊：患者精神颇佳，能独自坐床诉说，知饥思食，每餐能进一碗稀饭，日解1~2次半稀粪，下肢微浮，苔薄黄，脉同前。此虽中阳已复，调治仍须顾及脾胃，方用四君加淮山、米仁、以益气补神，健脾除湿。

四诊：上方服至三剂，患者已能慢步行走，浮肿渐退。家属要求出院回家休息。予嘱原方再服至肿全消后来院更方。时过五天，家属复来院转方，说浮肿全消，精神、食欲显著好转。惟自觉行走两足无力，仍以健脾为法，于原方加黄芪、当归、嘱服5—10剂，以善其后。

按：此由外受暑湿，内伤生冷，损及脾胃，至湿无以化，邪热滋长，湿热互结，壅遏肠胃，与气血相搏，故初起解水样杂鲜血便，伴发热后重。复因兜涩太早，积热留恋不去，下逼乙肠，气机阻滞，不得宣通，故肠反窒，后重甚，临厕痛剧，解后暂缓。邪气逗留，正气愈伤，邪恋正虚，致成危候。法宜先剿而后抚，首投攻补兼施的黄龙汤加减以扶正攻下，使积去痢止后，立进温助中阳的附子理中汤回阳固脱，俟阳回正复，则予四君加减调补脾胃，遂获愈。

〔案二〕陈××男 三十四岁 住水上公社

患者近一日来大便粘液挟脓血，日解二十多次，微有里急后重，纳呆，神疲体馁。检查：体温37℃，形容消瘦，左下腹有压痛。粪检出阿米巴滋养体，西医诊断为阿米巴痢。用痢特灵、氯梅素、依米丁、安痢生等药治疗二十余日，大便次数稍减，余无改善。八月十日采取中西药治疗。先后用芍药汤除桂、甘加秦皮、川柏、黑查、及白头翁汤合香连丸加黑查、当归等方药共二十余剂，兼以鸦胆子桂园肉包吞服七次，每次15~20粒，后转下痢清稀，稍挟脓液，每日仍解二十余次。至九月二日邀余诊治，其症形容消瘦，下腹冷痛，肢凉，不思食，卧床不起，舌淡苔薄白，脉沉细弱。纯属正虚又误服苦寒导致的虚寒痢。治当温中散寒、健脾固涩。用附子理中汤加味（制附片二钱、党参四钱、白术三钱、炮姜一钱、甘草一钱、炒扁豆三钱、石榴皮三钱、石莲子三钱、山药三钱）进药三剂后，下痢大减，精神渐佳，胃纳大展。舌淡苔薄白，脉沉细，应指稍有力。此乃脾阳渐复，向愈佳兆。故于原方加神曲三钱、芡实三钱，以健脾胃，共进药十三剂。尔后诸症俱减，显效尤佳。日解黄色软便1—2次，饮食正常，步履稳健。二次粪检无阿米巴，痢症已愈。

按：此证初系湿热伏于肠道而成痢，后因久痢致胃肠受损，又过服寒凉，脾阳不振，失其常制，致成虚虚之弊。正气益虚，不能胜邪，留之不去则导致正虚邪恋的虚寒痢。故症见

下利清稀，下肢冷痛，肢凉，脉沉细弱等一派中阳虚衰之证。根据《内经》“病发而不足，标而本之”的原则，用附子理中汤温助中阳，加淮山、石榴皮等健脾固涩，守服十三剂后回痢愈。

中医的“辨证施治”既有其原则性，又有其灵活性。对于痢疾的辨证，在祖国医学文献中有不少记载，《景岳全书》凡治病最当察虚实，辨寒热，此泻痢中最大关系。”指出了辨证的原则。至于治法，先哲亦有不少论述。如张仲景提出了温、下、清、涩四法，刘完素主张调气、和血。从以上论述看来，治疗不外寒者温之，热者寒之，虚者补之，实者泻之等原则。但在临床实践中，由于疾病本身有传变，病程有久新，年令有老少，体质有强弱等不同特点，或由治不得当，调养失常所引起的病变不同，出现的症状也错综复杂。在这种复杂情况下，应仔细观察，分析病情，根据各阶段出现的不同症状灵活性的进行辨证，找出它的主证，拟定治疗方法。只有这样，才能提高疗效，否则，药不对症，病势益增。如案一，病属湿热，治法宜清，由于过早加入石榴皮等收敛固涩之药。使湿热留恋不去，下迫肠道，而出现临厕腹痛，解后暂缓的湿热积滞之证。于此，足见“痢无止法”之言之确切。盖因邪毒久羁，必伤正气，正虚邪实，治以攻补兼施的黄龙汤加减，一服而积去痛除。后以附子理中汤温阳补正。六剂而获痊愈。案二属久病体虚，故下痢粘液多，后重微，脉沉细。脉症互参，应为中阳不足，正虚邪微的虚寒证，并无实热之象。反投以苦寒，使阳更虚，正愈衰。因此，用附子理中汤温补中阳为急务，连服十三剂后，诸症悉除。

对于鸦胆子虽习用治阿米巴痢，案二曾七次吞服罔效。兹据临床验证，对湿热痢确有卓效，虚寒痢效差或无效。张锡纯氏亦有这样的论述。他说：其性苦、凉血亡血，兼能化腐生新，凡痢之偏于热者，用之皆有捷效，而以治下鲜血之痢，泻血水之痢，则尤效。”实为经验之谈。

总之，从医案二则的治疗经过看来，不但要掌握一般的辨证施治原则，更重要的是善于抓住疾病发展各阶段所表现的主要症状，灵活地进行辨证施治。即从多种矛盾中找出主要矛盾，从普遍矛盾中抓住特殊矛盾。只有这样，才能解决矛盾，提高疗效，得心应手。否则，易犯虚虚实实之弊，使轻者重，重者危，慎之慎之。

治疗“湿遏发热”病证的体会

吉水县人民医院 王明浩

湿热病证是湿热二气为患。湿热病的属性，有湿重于热和热重于湿。其病变部位，有在表在里和在上下之各殊。究湿热病证，虽是二气为患，其实以湿邪为主，结合人体的机体强弱，而有湿从热化和湿从寒化的虚实寒热的机转，是比较复杂的。这里不全面论述。本文要介绍的重点，乃湿遏于表，属湿重于热的病证。为热从湿生，致发热不退。这种热，不是热邪的本质现象，而是湿蕴生热的一种病症。一般最容易误认为是热邪。湿重于热的病症，如果治疗不当，会使病程延长，若以汗解热，则热暂减，继而复热；以清润来除热，则湿遏

越盛热象越高，以下来泻热，则伤脾胃而致腹泻。因此，在治疗上是不可用普通的汗、下、润的疗法来取效。一般湿热病在表的固宜要做汗法湿，但不能象治风寒的汗解法，只可用芳香宣化之品；在里的固宜要清利湿热，但不可用退下和滑润法，而只能用苦温化湿及淡渗利湿之品。这种疗法，有气化则湿亦化和湿去则热亦难存之理。

湿重于热病证的主症，一般以始恶寒，后但热不寒，身重，无汗或头汗出齐颈而返，胸闷，不渴或湿喜湿饮（不多饮），口味腻或甜感，舌苔白腻或微黄腻，脉缓或濡或濡数。下面列举“湿遏发热”四例，就是根据这些主症进行辨证论治，而获得较满意的效果。

病例一

李×× 女 3岁 阜田公社广播站家属。

发热不退已十二天，日夜高烧达四十度左右。经医院门诊治疗，中西药均曾服过，未见热减。因我在家休假，病儿母亲于1975年9月29日下午抱来我家求诊。

现在症：全身肌肤灼热，面色萎黄，口渴不多饮，唇舌不燥，苔略腻，呼吸稍促，微咳有痰，小便不甚黄，大便略干（当时未纪录指纹）。

论治：属“湿遏肌表，致高热不退”。治宜芳香宣化，取微汗透热。投以香薷饮加减香薷一钱，川朴二钱，藿香钱半，佩兰叶钱半，杏仁一钱，叩仁一钱。

当晚服药一剂后，有微汗，热遂退，安睡。翌日下午一时复诊，体温35℃，嘱其母为之保温。改服四君汤加佩兰、藿香。第三日未见复热而停药。

分析：一般发热病多是面色红润。该病孩发热已十二天，反面色萎黄，认为是湿遏之证。同时，口渴不多饮，唇舌不燥，苔又略腻，溲不甚黄，更显示属湿邪为患。虽高热多日，否认实热证。故用香薷饮加减，取芳香宣化，达微汗透热。后因服药，体温退到正常以下，怕已伤正气，故用四君汤扶正。又恐湿邪未净，汗出热退，继而复热（一般第二天下午有复热）。故在四君汤内仍用藿香，佩兰的宣化，以防湿存复热。因此，虽是一剂热退，其实第二天的用药，不致复热，是有其一定的效力在内。

病例二

昌×× 男 32岁 阜田缝纫社工人。

高热十多天（39℃以上），经中、西药治疗，热仍未退。于1975年9月30日下午探听我在家休假，自动出院到我家求诊。

现在症：全身灼热，无汗，脉濡数，食欲差，舌质不甚红，口味有甜感，夜卧不安，体瘦如柴（患者素有咳嗽及咳血史。现高热多日，反不见咳嗽）。

论治：属“湿遏热伏，致高热不退”。治以芳香宣化，苦寒燥湿及苦辛淡渗，取内外夹攻，以期速效。处以三仁汤加苓、连、藿、佩。杏仁一钱，苡仁五钱，叩仁钱半，竹叶钱半，厚朴三钱，滑石五钱，法下二钱，通草一钱，黄芩钱半，川连一钱，藿香二钱，佩兰二钱。

服一剂药后，当晚即热减。但咳嗽发作及呕吐水饮，伴微有咽痛。10月1日从原方去苓、连加胆星一钱，竹茹五钱，豆根二钱。服药后，安睡如常，食欲转旺，体温降至37℃。2日照原方继续服。3日复诊，仅以旧病咳嗽复发较甚，改以止咳化痰方。则不属前因的病证了。

分析：一般热证多口苦。该患者有口味甜感一症，认为是湿邪稽留的特征（阴虚发热，不但舌质干红，而且有盗汗的出现）。故以三仁汤加味处理。在服药后，有呕吐水饮的

出现，知错用苓、连的苦寒伤胃。因此，在第二方中去苓、连，因咽痛加用山豆根；因咳嗽有痰，加用胆星；因有呕吐加用竹茹而收效。

病例三

罗×× 男 24岁 吉水县化肥厂工人

患者于1975年9月20日，因右下腹疼痛，阵发性加剧一天而入院。当晚即行兰尾切除术，见兰尾为网膜包裹，兰尾红肿，有少量脓性分泌物溢出。手术过程顺利。术后第二天开始发热，有时高达39°C。患者并无腹痛，手术刀口亦无明显压痛与硬块。经治医师先后使用过青、链、氯霉素、四环素、强力霉素及激素等。同时，也给服过中药（清热解毒剂等），延续半月之久，热仍未除。

10月6日参与会诊。患者现在症：发热（39°C）头汗出至颈部，指端微凉，腕闷，舌根部苔腻而白，脉濡数。

论治：为“湿热蕴结”属“湿遏生热”。治以芳香宣化为主，以期湿去则热除。处以三仁汤加减：藿香三钱，佩兰三钱，苡米五钱，法下二钱，砂仁二钱（因缺叩仁），竹叶二钱，连召三钱，通草钱半，云苓四钱，一剂。

当日下午即服一剂，次日患者热已全除，囑照原方日服二剂，防其复热。三天内体温无回升现象。在第四天晚，患者因在露天看电影回院后，有二天出现寒热往来，口苦，不饮食，胸闷，脉弦，舌根部苔稍厚腻。遂给小柴胡汤二剂和解而愈。

分析：兰尾术后第二天就开始发热，很象术后感染炎症。但患者无腹痛，手术刀口无硬块红肿，而且用过多种抗菌素药，否认与手术后炎症有关。

“头汗出至颈而止”和“身热汗出不解”，是中医辨别湿遏热蒸的一个特征。患者有“头汗出至颈部”这一突出的症状，加上舌苔有腻及腕闷的湿性病征，启示了为“湿遏生热”。以三仁汤加减来处理。仅服一剂即热退，第二天囑一日服原方二剂，也是同病例一防其复热的理解一样。

病例四

彭×× 女 25岁 吉水县化肥厂工人家属。

患者于一周前，行过人工流产。由于流产当天洗衣感凉，即有畏寒发热，身疼。某医曾给解表药数剂不效。于75年10月18日转我给治。

现在症：发热（38.8°C）着衣则汗出，身疼重，形体瘦弱，舌苔黄白而腻，口渴喜温不多饮，脉濡数，手指及伸舌时微有颤动。

诊断：为“湿遏生热”兼血虚。治以芳香宣化及淡渗之品为主，佐以养血。三仁汤加减：

藿香二钱，苡仁五钱，杏仁三钱，厚朴三钱，滑石四钱，竹叶三钱，通草钱半，连召三钱，子芩二钱，秦艽三钱，当归三钱，川芎钱半。

当晚煎服一剂，次日热减，续服二剂，囑一日服完。第三天患者仅下午微热，伴下半夜腹泻三次，翌晨呕痰涎一次，有胸闷，微咳不爽，面色黄萎，表情淡漠，体温37.2°C，舌苔黄白微腻，脉仍濡数，仍以芳香化浊，利湿清热。照原方出入：藿香三钱，佩兰三钱，黄芩二钱，滑石三钱，苡米三钱，竹叶三钱，杏仁三钱，法下三钱，煨竹茹五钱，砂仁二钱，郁金三钱。

服一剂，热退至正常（36.8°C）昨夜仅腹泻一次，量少。胃部有空虚感，汗仍自出，舌

质转淡，舌苔转白润。照上方加白术二钱，六汗三钱，续服一剂。

次日复诊，患者仍汗出，不渴，舌淡苔净，脉弱无力，指端微凉，改桂枝汤合四君汤六剂调治，身体渐复正常。

分析：身疼重，是湿邪在表的特征。加之舌苔黄白而腻，又是湿热之苔。其口渴喜饮而不多饮，为湿重于热的象征。结合上症，对发热不解，正是湿邪遇热所致，患者形体瘦弱，加上人工流产后发热多日，又服过解表发汗药，以致出现脉虚数（濡数）和手指及伸舌时有微颤的血虚现象。故以三仁汤加减，在透湿除热，渗湿清热的原则下，佐以养血。在养血药中，因有湿邪，不好用板凝的熟地、阿胶之类，也不好养血柔筋的白芍的酸收，而只用了一味当归和川芎。川芎有点辛窜，本不宜用，但有身疼重一症，呈疼重属湿，因患者曾人工流产，未免与血分有关，故用之也无妨。待无身疼重症存在，第二方时则已去用此药。后因腹泻三次，而不用止泻药，正因为湿邪从肠道而出，只可继续用淡渗利湿药，而泻自减。最后，患者汗仍自出，是因病致虚，肌表不固，故改用桂枝汤合四君的益气扶脾固表法，因而获得渐复。

上述四例病案，同一病因（湿遏生热），又同一病位（湿遏在肌表），而且同一属性（湿重于热）。因此，均是以芳香宣化法，达到湿透热除。而药皆以藿香、佩兰、叩仁的芳香化湿，苡米、滑石、通草的淡渗利湿为主。其余，则随症加减。

该类病案的病证，相当于现代医学的肠伤寒初期的发热不退。但有许多病例类似肠伤寒，而作重氮反应及肥达氏反应，又系阳性，用现代医学病名又不好命它什么病。我过去对类似这种病的发热，不管重氮反应和肥达氏反应阳性的或阴性的，均按芳香宣化法处理。一般较为满意。而且对病程每每要缩短。如果初期处理不当，则发展到较深的病变，往往使病程延长和病情加重。这是个人的肤浅认识，是否正确，仅供参考，并请指正。

乙型脑炎后遗症治验介绍

井冈山地区第一人民医院中医科 周炳文

乙型脑炎是现代医学名词，祖国医学没有这一病名，但是根据温病学说和它的临床症状以及发病季节来看，大都属于温热病中的“暑温”一类的病症。我们就是根据这类温热病治疗规律，以治本病后遗症而获得良好效果。

兹就一九七五年连续治疗本病重度后遗症多例，仅举四例，简介如下：

例一：阮××，男，6岁，患重型脑炎十余日，遗下低热，胸闷不语，神志痴呆、痰鸣咽阻，脉滑数，舌红苔粗灰黑，予以清热解毒养阴利窍。白虎汤加生地、白芍、丹皮、川连、沙参、玄参、桔梗、菱仁，连服七剂，热清舌净，神爽、胸快，恢复说话出院。

例二：戴××，女，7岁，患重型乙脑十余日，高热降后神痴不语，手足伸不能屈，强直仰卧，脉弦数，灰黑苔成片脱落。初进清热解毒，兼补阴养血，石羔、川连、条芩、丹皮、生地、白芍、别甲、牡力、青蒿、远志、石菖连服八剂，热除神清，项背僵硬反张现象