

内部资料

汉方与现代医学

(日) 绪方玄芳著

广西壮族自治区医药情报中心站

1986年8月

9.9

工本费 4.20元

广西图书馆知青印刷厂印

勘 误 表

	误	正
1页13行	我己在	我已在
2页13行	特独	独特
4页倒16行	大 老师	大冢老师
10页16行	完成	完全
12页倒17行	治疗	治疗癫痫
12页倒1行	部症	郁症
16页7行	証状	症状
16页倒9行	胸肋苦满	胸胁苦满
25行12行	胸协苦满	胸胁苦满
32页1行	复作	发作
50页倒18行	脂脂	脂肪
50页倒17行	制造镜检)。	制造)镜检。
56页倒19行	1978期	1978年
57页17行	是各	是否
58页13行	病例:	病历:
59页3、5行	桅子	梔子
60页倒16行	透透	透过
63页倒12行	脏肾	肾脏
63页倒4行	现症	现证
64页倒9行	己经	已经
71页7行	妻子	妻子
72页倒15行	猪苓	猪苓汤
81页倒3行	在连续	再继续
81页倒3~9行	〔病例207〕除了四、五年之外的“、”应改为“，”。	

	误	正
83页第12行	十败	十味
84页倒1行	已经	已经
87页倒4~5行	把临床检查看成金科 玉律地认真。	认真地把临床检查看 成金科玉律。
88页14页	，，	，
89页4行	排脓散	排脓散(内田制药厂出品)
89页倒1~2行	减量用柴胡	减用柴胡量
92页10行	好转肩	好转,肩
97页3行	液多唾	唾液多
100页15行	防己	防己
104页倒10行	Minophagenc	MinophagenC
107页倒16行	10月末	10月末
114页7行	出耳内脓汁	耳内出脓汁
115页倒19行	中散炎	中耳炎
118页18行	吸呼	呼吸
118页倒13行	窍通汤	通窍汤
126页4行	设有	没有
126页15行	注注射	注射
128页3行	第一节、	一、
134页16行	续续	继续
136页倒13行	角制	角度
137页倒13行	甲宇汤	甲字汤
139页倒10行	综上所述	综上所述
140页1行	将尾	将阑尾
140页2行	道格阑拉斯	道格拉斯
141页倒18行	利林剂	利尿剂
142页6行	血是	瘀血是

	误	正
142页倒11、13行	循环	循环
145页10行	3、	三、
145页14行	这此	这些
146页11行	浮移	浮肿
146页14行	引的	引起的
147页倒11行	由水声	由振水音
148页倒4行	大冢	8、大冢
149页14行	独持	独特
150页倒6行	肉鱼	肉、鱼
151页倒9行	旋下方	斜下方
152页1行	再患者中	再在患者中
155页19行	向题	问题
156页4行	记截	记载
157页倒11行	连翅	连翘
157页倒16行	尾仲章另外：	尾仲章男等：
166页1行	201方	210方
170页倒5行	高术敬次	高木敬次郎
173页倒3行	高木敬次	高木敬次郎
174页倒11行	附子、	附子：
译者的话倒3行	报歉	抱歉
目录第4页倒12行	消刺	粉刺
著者后记6行	床床	临床
著者后记6行	教受	教授
著者后记10行	教师兄	师兄

第一章 从西医改为汉方医	1
一、我的行医史	1
二、我为什么要学汉方医	2
三、我对汉方医诊疗的看法和实践	4
四、汉方医与西医对比	5
五、汉方医的优点	6
第二章 治验例选	7
第一节 念珠菌（真菌）感染症	8
一、中耳炎〔病例1~2〕（荆芥连翘汤、十味败毒汤）	8
二、阴部感染〔病例3~7〕（十味败毒汤）	9
第二节 神经、肌肉系统病	11
一、类脑中风证〔病例8〕（加味八疝汤、续命汤）	12
二、帕金森氏征〔病例9〕（小承气汤合芍药甘草汤）	12
三、癫痫〔病例10〕（小柴胡汤合桂枝加芍药汤）	12
四、郁症〔病例11〕（反鼻交感丹）	12
五、眩晕〔病例12~17〕（苓桂术甘汤、女神散、当归芍药散、人参当芍散）	13
六、晕车〔病例18〕（小半夏加茯苓汤）	14
七、失眠〔病例19~21〕（加味逍遥散、加味温胆汤、桂枝茯苓丸）	14
八、由心下部向咽喉的涌上感〔病例22〕（加味逍遥散、苓桂甘枣汤）	15
九、肋间神经痛〔病例23~25〕（清湿化痰汤）	16
十、头痛〔病例26~47, 388〕（吴茱萸汤、麻黄细辛附子汤、钩藤散、小建中汤、大柴胡汤、桂枝人参汤、清上蠲痛汤、桂枝加桂汤、八味地黄汤、延年半夏汤、选奇汤、抑肝散）	16
十一、不定愁诉综合症〔病例48~49〕（加味逍遥散、抑肝散）	22
十二、洗脸时鼻尖部发红〔病例50〕（葛根红花汤）	23
十三、疲劳〔病例51~53〕（补中益气汤、调中益气汤）	23
第三节 瘧病〔病例54〕（抑肝散加陈皮半夏汤）	24
第四节 呼吸系统病	25
一、感冒〔病例55~60, 392, 397〕（麻黄细辛附子汤、柴芍六君子汤、桂枝汤、桂枝加厚朴杏仁汤）	25
二、咳嗽〔病例61~72, 394, 395, 403〕（大柴胡汤、半夏厚朴汤、桂枝加芍药汤、橘皮半夏汤、麦门冬汤、栝楼枳实汤、华盖散）	26
三、喘息〔病例73~74, 399~400〕（小建中汤、小柴胡汤、五虎二陈汤）	29
四、喘息性支气管炎〔病例75〕（五虎二陈汤）	29
五、支气管扩张症〔病例76〕（清肺汤）	30
六、湿性胸膜炎〔病例77〕（柴胡桂枝汤）	30

第五节 循环系统病	31
一、重症心脏病〔病例78〕(炙甘草汤)	31
二、冠脉功能不全〔病例79~80〕(半夏厚朴汤、变制心悸饮)	31
三、发作性频脉症〔病例81~82〕(半夏厚朴汤合桂枝甘草龙骨牡蛎汤、柴桂姜汤)	32
四、高血压病〔病例83~94, 345~349〕(八味地黄汤、七物降下汤、防己黄芪汤、六味丸、钩藤散、大柴胡汤、九味槟榔汤)	33
五、低血压病〔病例95~99〕(苓桂术甘汤、补中益气汤、八味地黄汤)	36
第六节 消化系统病	38
一、牙槽脓溢〔病例100~104, 398〕(甘露饮、千金内托散、托里消毒散)	38
二、牙龈囊肿〔病例105〕(托里消毒散)	39
三、口唇部糜烂〔病例106〕(凉膈散)	40
四、咽喉堵塞感〔病例107〕(茯苓饮)	40
五、食欲不振〔病例108~109〕(香砂养胃汤、柴胡桂枝汤、抑肝散加陈皮半夏汤)	41
六、胃弱〔病例110~114〕(大建中汤、半夏泻心汤、六君子汤、十全大补汤)	41
七、打嗝〔病例115〕(柿蒂汤)	42
八、心下部钝痛〔病例116〕(枳缩二陈汤)	43
九、烧心感〔病例117〕(香砂平胃散)	43
十、胃胀闷〔病例118, 355〕(枳缩二陈汤, 小柴胡汤)	43
十一、胃下垂〔病例119〕(加味逍遥散)	43
十二、腹痛〔病例120~122〕(半夏泻心汤、至嘔刺痛汤、桂枝茯苓丸)	44
十三、腹部膨满〔病例123〕(六君子汤)	45
十四、下腹部气滞〔病例124〕(八味地黄汤)	45
十五、腹泻〔病例125~135, 364〕(柴胡桂枝汤、真武汤、半夏泻心汤、小建中汤、抑肝散、补中益气汤、四君子汤、人参汤、半夏厚朴汤)	46
十六、十二指肠溃疡〔病例136〕(坚中汤)	49
十七、慢性阑尾炎〔病例137〕(甲字汤)	49
十八、非特异性多发性小肠溃疡症〔病例138〕(柴胡桂枝汤)	49
十九、肝炎〔病例139~153〕(柴胡桂枝干姜汤、小柴胡汤、茵陈五苓散、当归芍药散、补中益气汤、调中益气汤、当归白术汤、柴胡桂枝汤)	52
二十、肝硬化〔病例154~155〕(补气建中汤、五苓散、加味益气汤、补中益气汤、安中散)	61
二十一、胆石症〔病例156〕(千金当归汤)	62
二十二、胰腺炎〔病例157〕(良枳汤)	62
二十三、腹水〔病例387〕(WTTC加云芝)	161
二十四、食道炎〔病例389〕(梔子甘草汤)	161
第七节 肾、泌尿系统病	62

一、肾变病〔病例158〕(分消汤)	62
二、直体性蛋白尿〔病例159〕(小柴胡汤)	63
三、肾炎〔病例160~175〕(小柴胡汤、猪苓汤、小建中汤、柴胡桂枝汤、当归芍药散)	63
四、周期性浮肿〔病例176〕(加味逍遥散合五苓散)	70
五、肾功能不全〔病例177〕(八味地黄汤)	70
六、肾结石〔病例178〕(猪苓汤合芍药甘草汤)	71
七、尿道结石〔病例179~183〕(猪苓汤、芍药甘草汤)	71
八、夜尿症〔病例184~187〕(柴胡桂枝汤、小建中汤)	72
九、频尿症〔病例188, 356~358〕(八味地黄汤)	74
十、残尿感〔病例189〕(桂枝茯苓丸)	74
十一、排尿后下腹部不舒服感〔病例190〕(当归芍药散)	74
十二、膀胱炎〔病例191~194〕(五淋散、小建中汤、猪苓汤、四物汤、八味地黄汤)	74
十三、前列腺肥大〔病例195~196〕(八味地黄汤、八味丸)	76
十四、小便不利〔病例197~198, 391〕(腾龙汤、八味丸、五苓散、八味地黄汤)	76
十五、血尿〔病例402〕	164
第八节 血液、造血系统病	77
一、急性白血病〔病例199〕(加味归脾汤加紫根)	77
二、紫癜病〔病例200〕(柴桂汤合五苓散)	78
三、贫血〔病例201〕(加味归脾汤)	78
第九节 代谢、营养障碍, 胶原病	79
一、糖尿病〔病例202~205〕(八味地黄汤、十全大补汤、大柴胡汤)	79
二、低血糖〔病例206〕(饴糖)	80
三、胶原病〔病例393〕(麻杏薤甘汤)	162
第十节 外科病	81
一、瘰癧〔病例207~208〕(逍遥散、小柴胡汤)	81
二、感染性粉瘤〔病例209~210〕(托里消毒散)	82
三、疖〔病例211~212〕(十味败毒汤)	83
四、指甲周围炎〔病例213〕(托里消毒散)	83
五、挫伤〔病例214~219〕(治打扑一方)	83
六、肩部跌伤后遗症〔病例220〕(二术汤)	84
七、肺切除后遗症〔病例221〕(十全大补汤)	85
八、手术后局部肿胀硬结〔病例222〕(治打扑一方)	85
九、下腿部疼痛〔病例223〕(持续加温法)	85
十、直肠周围炎并发脓疡、蜂窝织炎〔病例224〕(托里消毒散)	86
十一、直肠脓肿出血〔病例225〕(WTTC)	88

十二、肛门出血〔病例226~227〕(乙字汤).....	88
十三、肛门周围炎〔病例228~229〕(排脓散、破敌膏、托里消毒散).....	89
十四、痔核、痔瘡〔病例230~235〕(乙字汤、托里消毒散).....	89
十五、腹股沟疝〔病例185〕(小建中汤).....	73
第十一节 整形外科病.....	91
一、肩周炎〔病例236~242, 353, 354, 391〕(小柴胡汤、延年半夏汤、葛根汤、加味逍遥散、人参当芍散、枳缩二陈汤、治肩背拘急方、三术汤).....	91
二、颈部痉挛〔病例243〕(抑肝散).....	93
三、风湿性关节炎〔病例244~246〕(桂枝加苓术附汤、桂枝二越婢一汤).....	93
四、膝关节痛〔病例247~255〕(薏苡仁汤、桂枝茯苓丸料加薏苡仁、防己黄芪汤).....	94
五、诸关节痛〔病例256~257〕(葛根汤、薏苡仁汤)〔病例401为痛风〕.....	96
六、腱鞘炎〔病例258〕(桂枝二越婢一汤).....	96
七、背部痛〔病例259~260〕(清湿化痰汤、小柴胡汤合桂枝茯苓丸).....	97
八、变形性关节炎〔病例261~262〕(防己黄芪汤).....	97
九、椎间盘脱出〔病例263〕(芍药甘草汤合桂枝加苓术附汤).....	100
十、腰痛〔病例264~268〕(牛车肾气丸料、桂枝茯苓丸、十味挫散).....	100
十一、颈部疼痛〔病例363〕(半夏厚朴汤).....	127
第十二节 皮肤病.....	102
一、湿疹〔病例269~272〕(半夏白术天麻汤、加味逍遥散合四物汤、桂枝加黄芪汤、祛风败毒散、温清饮、小柴胡汤合桂枝茯苓丸料加薏苡仁).....	102
二、特异反应性皮炎〔病例273〕(治头疮一方).....	103
三、荨麻疹〔病例274~277〕(加味逍遥散、十味败毒汤).....	104
四、疣〔病例278~279〕(薏苡仁, 灸法和紫云膏外用).....	105
五、瘙痒感〔病例280、351〕(当归饮子、大柴胡汤).....	105
六、掌脓疱症〔病例281~282〕(五苓散).....	106
七、消刺〔病例283~287〕(清上防风汤、十味败毒汤、当归芍药散、葛根红花汤).....	106
八、酒渣鼻〔病例288〕(桂枝茯苓丸).....	107
九、肝斑〔病例289〕(加味逍遥散).....	108
十、寻常性痤疮〔病例390〕(白芷升麻汤).....	108
十一、圆形秃发症〔病例345〕(大柴胡汤).....	123
第十三节 妇产科病.....	108
一、月经异常〔病例290~293, 396〕(桂枝茯苓丸、加味逍遥散、抑肝散加陈皮半夏).....	108
二、子宫出血〔病例294~295〕(温清饮、八味带下方).....	109
三、带下、阴部湿疹〔病例296〕(加味逍遥散).....	110
四、寒证〔病例297~298〕(当归四逆加吴茱萸生姜汤、当归芍药散).....	110

五、更年期障碍〔病例299~300〕(女神散)	111
六、卵巢机能缺损症〔病例301〕(桂枝茯苓丸)	111
七、不孕症〔病例302〕(加味逍遥散)	112
八、习惯性流产〔病例303〕(当归芍药散)	112
九、剖腹产后瘻孔形成〔病例304〕(托里消毒散)	112
十、死产后多发性肿疱〔病例305〕(当归芍药散加薏苡仁)	113
第十四节 耳鼻喉科病	113
一、中耳炎〔病例306~315; 352〕(蔓荆子散、荆芥连翘汤、桂枝加黄芪汤、 香苏散、小柴胡汤、托里消毒散)	113
二、腮腺炎〔病例316〕(驱风解毒汤)	116
三、鼻息肉〔病例317~318〕(辛夷清肺汤)	116
四、上颌窦积脓〔病例319~323〕(通窍汤、荆芥连翘汤、葛根汤、托里消毒散、 丽泽通气汤)	117
五、鼻塞〔病例324~326〕(通窍汤、小柴胡汤、辛夷清肺汤)	118
六、过敏性鼻炎〔病例327~334〕(黄芪建中汤、桂枝加黄芪汤、苓甘姜味辛夏仁 汤、半夏厚朴汤)	119
七、扁桃体炎〔病例335~336〕(驱风解毒汤、清上养中汤)	121
八、咽头炎〔病例337~340〕(桂枝五物汤、清上养中汤、麦门冬汤)	121
九、声嘶〔病例341~344; 365〕(麦门冬汤、黄柏煎、响声破笛丸、外台四物 汤)	122
十、咽部堵塞感〔病例362, 365〕(半夏厚朴汤)	127
第十五节 方剂治验例选	123
一、大柴胡汤〔病例345~351〕	123
三、小柴胡汤〔病例352~355〕	125
三、八味丸〔病例356~361〕	125
四、半夏厚朴汤〔病例362~365〕	127
第三章 研究和考证	128
第一节 局限性肠炎和肠痈	128
一、局限性肠炎的文献考证和治验例〔病例366~371〕(千金内托散、托里消毒 散、肠痈汤、十味败毒汤、柴胡桂枝汤、甲字汤、伯州散、大黄牡丹皮 汤、桂枝茯苓丸)	128
二、肠痈、悬痈和囊痈〔病例372〕	138
第二节 瘀血、水毒的概念及其有关事项的考证	141
第三节 水毒证、瘀血证的治疗〔病例373~376〕	149
第四节 经验的食物疗法〔病例377~379〕	151
第五节 病因不明热〔例380~386〕	156
补充	161
1、用WTTC加云芝治疗腹水〔387〕	161
2、用抑肝散治疗顽固性头痛〔388〕	161

3、用栀子甘草汤治疗食道炎〔389〕	161
4、用白芷升麻汤加味方治疗难治的寻常性痤疮〔390〕	161
5、用术汤治疗肩周炎，用八味地黄汤治疗小便不利〔391〕	162
6、用麻黄细辛附子汤治疗老年性感冒头痛〔392〕	162
7、用麻杏薏甘汤治疗胶原病〔393〕	162
8、用麦门冬汤治疗顽固性咳嗽〔394〕	162
9、用麦门冬汤治疗连续两个月的干咳〔395〕	163
10、用抑肝散加陈皮半夏治疗月经痛〔396〕	163
11、用麻黄细辛附子汤治疗微热和恶寒〔397〕	163
12、用托里消毒散治疗牙槽脓溢〔398〕	163
13、用小柴胡汤和五虎二陈汤治疗喘息〔399〕	163
14、用五虎二陈汤治疗喘息〔400〕	164
15、用桂枝越婢汤治疗痛风〔401〕	164
16、用清肠汤治疗血尿〔402〕	164
17、用麦门冬汤治疗咳嗽〔403〕	165
18、用栝楼枳实汤治疗顽固性咳嗽〔404〕	165
附录：汉方索引	166
著者后记	175
著者简历	175
〔病例405~410〕	176
勘误表	1

第一章 从西医改为汉方医

一、我的行医史

我现在是京都市内的私人开业汉方医，是年近半百时才由西医改为汉方医的。

我并不是完全抛弃了西医，而是尽管表面上不显露出是西医，但仍保持长期以来所学到的西医医术的优点，在诊疗时仍从西医的角度出发去考虑问题，另一方面吸取发挥汉方医的特长，用专门的汉方医方法诊疗疾病。换句话说，我不是沿用德川时代(1603—1867年)以来的汉方诊疗方法，而是采用昭和时代(1926年以后)的西医和传统的汉方医去进行诊疗的方法。

我在1942年9月毕业于大阪高等医学专门学校。1943年10月1日征兵检查时为甲等合格者，被征入家乡鹿儿岛陆军西部第18部队(我本以为征兵检查时由于体格瘦弱而成为第二乙等合格者，毕业后可在某大学医院学习临床)。

在接受4个月的一般兵训练后，经陆军卫生部甲等干部候补生考试合格，接受熊本西部第16部队集训，后来在创设于新加坡的南方总军陆军军医学校毕业而成为军医。

虽然我已在1942年10月获得了医师行医许可证，可以名符其实地开医，但几乎无临床经验。

在陆军军医学校毕业后，我被分配到爪哇泗水市的重装备部队。1943年9月，在我被转到濠北派遣军第12野战医院的途中，即乘明石号航行于印尼班达海时，船被美军潜水艇发射的鱼雷击沉。我的左下腿受伤，左右鼓膜破裂。从半夜12点到下午3点，整整在海上飘浮了15个小时，九死一生。1945年4月7日，我从大阪陆军医院出院时退伍。

当时，我的家乡鹿儿岛县是冲绳决战的基地，被美军的空袭彻底破坏。我由于重伤，连日常生活也不能自理，更不能进行临床医学学习了。

我不想回家乡，因而去拜访了大阪高等医专时代教过我私塾的京都府乙训郡神足村长冈禅塾的梅谷香洲老师。

梅谷老师对我的退伍非常高兴，建议我在该塾休养，考虑今后如何处世。我深感老师的深情厚意，但休息了几天以后，我跟我的二哥(京都府立医大毕业，当时为舞鹤海仁会医院的小儿科主任医师)商量，并由二哥带去见京都府立医科大学的横田教授，请求当他的助手。

那时，横田教授是日本内脏外科界屈指可数的著名教授，他在1938年的第35次日本外科学会上作了《急性腹膜炎》的专题报告，是该学科的权威。

教授当场答应道：“我正缺人，赶快来吧。”这使我很受感动。当时医务界几乎空空无人，他手下只有讲师1人、助手1人、辅助工作人员1人、学生1人。

我从在教授那里开始工作的第二天就每晚都值夜班。每晚都有急诊。当时我用电话向教授报告患者的病历、症状并请示是否做手术。教授往往在深夜从他在下鸭的住处赶来，对他自己指定的患者执刀动手术。我当助手学到了不少本领。在和平时代长期遇不到手术难以取得经验而在战争时代，却在很短的时间能有机会执刀进行各种手术取得经验。同时，我不仅获得

了临床知识，也获得了教授给我的做医生的经验体会。

1946年秋天，我在日本外科学会近畿外科学会上做了《对肝硬化形成的腹水进行横田氏造大网膜诱导腹壁瘻管手术》的报告。

到了1948年，由于新来的和复员的医务人员很多，我在一个月中只能治疗一位入院患者，我的临床学习机会减少。

恰当此时，在大阪市交通局医院的渡边完院长和忠田喜一主任外科医师的邀请下，横田教授组织了一个外科手术组去大阪，我是教授指名的该组成员之一。

教授向该院院长和主任外科医师说明我可以在该院继续完成博士论文的写作。这样，我在1953年向京都府立医科大学提交了申请博士学位的论文《人肠蠕动的一种新观察方法及其生理基础与临床应用》和十篇临床论文，从而获得了医学博士学位。

大阪市交通局医院是在战时受了很严重损失的大医院。我擅长于内脏外科，但整形外科方面的知识和技术很差，却有许多整形外科患者到该院治疗。

1955年时，大阪市立医科大学有一种特独的以在市内医院工作的医师和开业医师为对象的进修制度。我在渡边院长的介绍下当了整形外科水野祥太郎教授的进修生。这样，我可以随时进入手术室，跟教授学真本领。我出席了每周一次的临床讨论会，在会上讨论了对患者的诊断、治疗和手术等。

我当时是全心全意从事西医工作的，对汉方药并没有研究，只是知道有中将汤、六神丸、奇应丸、救命丸等成药名，路过汉方药店，对蝮蛇、人参等也只是看一眼就过去了。

二、我为什么要学汉方医

1958年夏，我同医院的同事从医院回家途中常去大阪北部的啤酒店喝酒。也许是喝酒的结果，我患了耳漏。耳鼻喉科医师诊断我患了中耳炎并进行了治疗。这是我以前左右鼓膜破裂穿孔留下的病根。中耳炎是慢性的，主治医师让我接受根治手术，但由于手术后可能引起听力减退而使我决心不接受手术。

1960年夏，我常看在京都市寺町二条南江堂书店买到的大冢敬节、矢数道明、清水藤太郎共著的《汉方诊疗的实际》（南山堂发行）这本书。并自服小柴胡汤加桔梗石膏方剂。一周后，耳漏治好了。继续服一个月，主治医师说炎症也消失了。

我听过学汉方医的某按摩师的讲话，也听过石原明博士在小太郎制药公司主持的汉方演讲会上的演讲，我从此对汉方医有了兴趣，也就是开始在汉方医门口踏步。对汉方医药我曾三分相信七分怀疑，也就是说存在过偏见。

通过吃汉方药，我那难治的中耳炎被治好了。听到这件事中耳炎患者要求我给他治疗，我就用在读《汉方诊疗的实际》时得到的知识，告诉他去汉方药店买浸膏片服用。当时，我的汉方医知识很差，治愈率很低，这是因为我缺乏汉方医的诊断力，也就是说没有正确把握汉方医的证。

汉方医方剂在广泛使用当中，有的对证是很严格的，有的却不太严格。现举例如下：

(1)对扭筋、落枕，西医用止痛或肌肉松弛剂，但汉方的芍药甘草汤比它的疗效好得多，而且几乎没有副作用。

(2)对挫伤等皮下出血,西医常用Venostasin。对负伤当时或刚手术后用之疗效好,但对旧伤看来无效,汉方则不问虚实,都可用桂枝茯苓丸或治跌打损伤一方就有很好的疗效。

(3)对咽峡炎、扁桃体炎等,西医用抗菌素或消炎剂,但汉方药用桔梗汤或驱风解毒汤就有很好的疗效。

如上所述,我用汉方治疗了一个时期。1965年夏,我的中耳炎复发。这次不同于1958~1960年,是由绿脓杆菌混合感染的。耳漏每晚湿润了枕头,颈部和肩部发硬酸痛、头重、头痛、耳背、耳内闭塞、患处动脉搏动感强。

我边接受耳鼻喉科医师的治疗边服小柴胡汤加桔梗石膏方剂,但不象上次好得那样快。后来,我将该中药增量,每6小时服用1次,1天服4次,正如掰手腕那样胜负难分,用尽一切方法治疗,好不容易止住了耳漏。但双耳闭塞感、颈部、肩部的发硬酸痛、头重感、头痛、患处动脉搏动感、耳背仍然存在。在此期间,我患了肝炎住院。住院后又开始耳漏,上述的症状全部再现。这次是真菌混合感染,炎症有从骨进入脑的危险。耳鼻喉科医师认为不使用抗菌素不行,并让我跟内科医师商量。

内科主治医师说:“你本身是医师,咱们可以实话实说,对肝炎患者,特别是象你这样的肝炎患者,如果使用抗菌素,肝会坏死,一年之后就有死亡的危险。但是,如果不使用抗菌素,则炎症有波及到髓膜的危險,因此应将抗菌素的用量限制在最低限度。”我当时说:“是否可以服汉方药?汉方药可能对肝无副作用吧。”(现在回想起当时那种提问太不高明了,因为对方并不是汉方医)。

那位内科主治医师说:“汉方药是草根树皮吧,可能没有抗菌素那么危险吧。”

我当时想:注射或服用抗菌素可能会导致肝坏死,但不使用抗菌素却会因髓膜炎而死。反正几十天或一年内会死,还不如用汉方试一试,汉方对真菌也许有效。于是,我就将小柴胡汤加桔梗石膏方剂增量,每6个小时服1次,结果还是好转(当时,我对汉方很生疏,不看是否对证,而是象西医那样,从维持血液中的浓度方面考虑用药时间)。耳漏止住了,但头重感、头痛、颈部和肩部发硬酸痛、闭塞感、患处动脉搏动感等症状依然存在,正如耳鼻喉科医师所说的那样,从外面也可以看到真菌还在里面作祟。

不久,我到东京请大家敬节老师看肝炎。老师问:“耳漏好了吗?”我说:“好了,但不能保证以后不再出现耳漏,到那时服什么汉方药好呢?”老师说:“你现在是阴虚证,宜服千金内托散。”

回到洛北三天后,症状恶化,并伴有耳漏。我又一次接受耳鼻喉科医生的治疗。这次也是真菌感染,预感到情况不妙了。

第二天,我按大家老师说的那样,早晨到乌丸二条汉方药店买了内托散煮服,结果当天晚上到第二天早晨,耳漏止住了。从来没有获得这样的好结果,因为以往通常耳漏一流就是几天。那天上午去耳鼻喉科医师那里,医师将我耳中的药棉取出,很惊讶地说:“您换了新药棉了吧?”我说:“没有。”医师说:“真奇怪,耳孔里的脓液一点都没有沾上。”他边用眼镜看中耳边念叨说:“真奇怪,奇怪!”

我心里想:“好极了。”我没有告诉该医师自己服了内托散。所有的症状都减轻了,我继续服内托散。结果当天晚上到第二天早晨,耳漏较以前多了一倍,但头重感、头痛、颈部肩部的发硬酸痛,耳内闭塞感、患处的动脉搏动感等全消失了。第二天,耳鼻喉科医师从我耳中

取出了被脓液湿透了的药棉给我看，我看了默不作声。继续服内托散的第三天晚上，耳漏好了。第四天药棉上只沾一点脓液。紧接着耳漏好了，流出了血块黄层样物。

许多自觉症状都消失了。我又连续服了内托散三周，以后再没有复发。从此，我通过切身体验被汉方的神效迷住了。有人说这是偶然的巧合，还有人说没有通过双盲法（在判定某种药物效果时，为了防止参与判定的医师陷入主观，在给药时应由对照实验专家掌握，使给药医师和用药患者在均不知道是用安慰剂还是药物的情况下进行实验的方法——译注），更有人认为汉方能治好病是愚蠢的想法，但我并不介意。我以前认为汉方是不可捉摸的偏见烟消云散了，终于发现了汉方的优点，开始认识到汉方学是疗效很高的医学，西医也应掌握它。

在修琴堂医院接受大冢老师治疗的某一天，老师对我说：“好几位西医患了难治的病被我用法治愈了，但没有一位西医想用汉方治病。”我问他：“我能否用法给患者治病。”老师说：“不是能不能的问题，先使用起来再说，如有不懂的地方，我不管什么时候都会教你”。

我因病休息了近一年。由于汉方治疗了许多西医难治的病，在恢复上班以后，终于向大阪市交通局的上级提出了开汉方医门诊的申请，结果上级很赞赏我的想法，我终于能以大市职工及其家属为对象，用法药给他们治病。

我读过前述《汉方诊疗的实际》一书，同时还买了许多有关汉方药的书来读。难以理解的中医理论对我这样的自学者来说困难是很大的，而治愈西医难治的病困难更大。

我当时认为学汉方医只能从大冢老师那里才能学到正统的汉方医，这种学习得到了老师的许可，但需要大阪市交通局上级的批准。最多辞去西医工作不干去学汉方医。这样想了，也这样做了。我向上级申请到东京跟大冢老师学汉方医，当时由于自己已经休息了近一年，还以其它事作为理由，终于得到了人事科的准许，给了我法去东京的特别休假，但停发工资，费用全部自负。

我以背水一战的精神，立志当汉方医，全力以赴地进修，平时行汉方医时的疑难问题也得到了老师的解答。

那时，我在大阪市交通局森之宫诊疗所工作，当时的优越环境使我有法可能用法药治疗各科病人。

1974年1月在大阪退休时，我终于有了信心去开私人的汉方医诊所。

三、我对汉方医诊疗的看法和实践

我在《汉方的临床》（第21卷·第1号）上发表的《汉方诊疗验例》一文中叙述了我对汉方医的看法，这个看法至今未变。

我在诊疗病人时是按下列原则进行的：

对病人先进行西医的诊断，即进行临床各种检查，正确把握病名，考虑具体治疗方案。同时，我用法汉方医四诊（望诊、闻诊、问诊和切诊）。临床各种检查并不是汉方医四诊的根据，两种方法不能等同替用。

但是，作为西医来说，当然要用临床检查把握病理学现症。如果发现有癌症，那么对早

期的要及早规劝患者接受手术。

在用汉方治疗过程中，有时要配合用西医临床检查，有时要进行西医抢救手术。

临床检查还有利于在用汉方治疗过程中把握病变的量的指标，以判断汉方是否有效。例如对肝炎，在治疗前进行各种肝功能检查，这样就可以判断治疗是否有效。这样还可以把握汉方药复方中究竟用哪种处方和汉方药有效。

我有时还并用汉方和西药。例如，对糖尿病患者，必要时用胰岛素注射和汉方药同时治疗。但我并不在一张处方中并用汉方药和西药，决不进行汉方药和西药的混合。

再举骨科病为例，如对主诉腰痛的病人，除用徒手检查外，还要进行X射线检查，必要时还要进行血液检查。西医的诊断可看出椎间板突出、脊椎变形、脊椎分离症、脊椎前移等。我同时也用汉方医诊断。如果用汉方治疗较好或更好就要用汉方治疗。如果用腰部的石膏绷带有效也可采用。

有些患者喜欢用汉方药，但我认为西医治疗方法更好，就要先用西药治疗。但这种情况很少，因为患者来之前多半经西医治疗过。

针对每个患者，采用汉方医西医哪种方法好，必须精通汉方和西医才能办到。要做到孙武所说的“知彼知己，百战不殆”的确不容易。我深知这样做有困难，但我尽最大努力，这样也是让患者知道汉方药真正价值的一种方法。

四、汉方医与西医对比

现代人类受到了被认为是有史以来最好的进步的医术的西医的恩惠，但同时也为许多难治的疾病而苦恼。

医学分科越来越细，其专门知识的范围变窄，解决了许多未决的问题，然而存在着“只见树木不见森林”的问题。

汉方医是从整体出发去考虑问题的，对同一症状、同一病名，不用同一方法去治疗，而是根据每个人的体质差异进行诊断和因人制宜地用不同方法去治疗。

汉方医是从气、血、水等致病原因来考虑对患者施行治疗的。例如对哮喘，西医认为其成因是过敏、感染、精神状态、内分泌失调、植物神经失调、支气管过敏等，并进行对症和对因治疗，而汉方医却认为其成因是水毒证或食物偏嗜性水毒证。

对跌打损伤等伴有皮下出血的外伤，汉方医用活血化瘀良效方剂，如桂枝茯苓丸或治跌打损伤一方等成方药效果就很好。

对外科的化脓性疾病，西医用抗菌素最有效，而汉方医却常用葛根汤、托里消毒散、十味败毒汤、千金内托散、伯州散、排脓散（汤）等方剂，大部份连硬结也不留就能治愈。但在人为的组织损伤引起的败血症等紧急情况下，必须用抗菌素。

对其它疾病，汉方医比起西医来也有“较好”或“最好”的疗效，但汉方也不是对一切疾病都是万能的。

汉方和西医均各有所长和不足之处。我认为，只用西医治疗或只用汉方医治疗，犹如坐井观天。如果将医疗选择的范围扩大，即用西医合用汉方医去治疗，疗效要好得多。

认为汉方医是低级的民间疗法的看法是一种偏见，是不正确的评价。日本厚生省（卫生

部)还没有承认“汉方医科”，但我认为，汉方医对西医来说，是很值得研究和实践的医学，

先不详细解说汉方医，但有一点是公认的，就是说来看汉方医的多半是西医认为难治或不治的患者，西医能治好的患者是不来看汉方医的，而来看汉方医的患者中有许多人被汉方医治愈了。

对汉方药更是如此，一般人甚至西医对它还没有正确的认识。

综合大学药学部或药科大学的学生学习我们使用的汉方药，他们都开有生药课，而生药在日本药典中也同一般西药所使用的化学药品一起收载。但西医很少进行生药研究，可以说除了两三个例外几乎不研究。希望今后对汉方药西药的研究能引起重视。

近来来日本掀起的汉方药热，其实质只是半通不通的大众的行为，而不是西医的热潮，只不过停留在民间疗法上，如果同中国的中西医结合比较起来则相形见拙。

如果日本厚生省要承认“汉方医科”，那么必须有很多西医能理解和掌握汉方药，并且公认它的药效才行。

实际上，西医与汉方医是不同的医学，是很难结合起来的。我是承认了这一点才去改学汉方医的，是从西医一步一步变成汉方医的。

汉方医中最值得费心研究的是正确把握患者的个体差异。我在汉方治验中尽可能注意到这方面的问题。

不久以前，有数十种汉方药(从使用的汉方药总数来看，这只不过是很少的一部分。译注：目前已达210种)制剂被认为是保险的，一般的保健医生也能使用。

西药按药效说明书使用就行，但汉方药却不同。同一症状、同一病名也要根据患者的个体差异，即按其体质进行辨证施治。为了更好地把握各种个体差，我的治验例里还写下了现证。

学汉方医也要象一般学校教育那样，采用从总论到各论顺序进行的正统的方法，这就需要时间和毅力。目前西医很忙，能否按这种系统的方法学到汉方医知识是个疑问，多半是半途而废。

我自学汉方医时起初也用过上述的正统学习方法，也受到过挫折，停滞不前。我终于以汉方医诊断之纲，即阴阳虚实为指导来看病，参考先人的治验例和文献等，从手边的一个个汉方药复方出发，自然而然地学到了汉方医知识。

我的经验是具体地通过一个个病例，研究汉方医同西医看法的不同，按照文献上记述的证和汉方复方，对汉方和西医不同的治疗效果比较其优劣，对汉方药复方优点中没弄清的地方随时看总论和各论，这样进修可能是实际上行得通的捷径。

最好拜著名的汉方医为师，但并不是人人都有这样的条件。

师傅领进门以后就要看个人意志的强弱而取得不同的修行程度了。

五、汉方医的优点

在此不可能将汉方医的优点写得很详细，但举一方面的例子就可以说汉方医同西医的不同在于要很好地认识到患者的个体差异，以进行汉方药和食物治疗。

个体差异首先是虚实。典型的实证是实证的体征，脉切起来强而有力，腹部隆起，触之发