

汉方与现代医学汇通治验录

HANGFANG YU XIANDAIYIXUE
HUITONG ZHIYANLU

(日) 医学博士 绪方玄芳 著

王庆勇 译 王仲东 校



陕西省科学技术情报研究所

1985.6.



序 言

某大学的一位女大学生患了局限性肠炎，该大学进行了确诊并告诉患者的母亲做手术可能会治愈。患者的母亲要求我不用麻药，不做手术而用汉方中药解除女儿腹部的剧痛。我给患者并服小建中汤和大建中汤。两周后，患者的腹痛全部消失，大有不动手术而单用中药即可治愈之势。这使该大学的医师迷惑不解。患者逐渐恢复健康并要求复学。学校答应了患者的要求并告诉患者能上几天学就上几天学，不必勉强。复学一个月左右，该患者腹痛复发。这次，一服中药就吐出，用药无效。这使我感到束手无策。

当时，自己对局限性肠炎的治疗是头一次，完全没有把握。不久，我在《汉方的临床》上连续看到了绪方博士发表的《局限性肠炎的文献考察和治愈例》、《内托散对局限性肠炎有著效》等文章。如果自己能在治疗该患者之前看到这些文章该有多好。

最近，绪方博士在日本东洋医学会关西支部例会上发表了有必要同局限性肠炎进行鉴别的《非特异性多发性小肠溃疡症治愈一例》一文。该文章收在本书中，不过是本书治愈的许多病例中的全豹一斑。自己谈起绪方博士的书稿，深感他精通汉方医和中西医结合，取其它各自长处，并将中西医很好地汇通起来，着重用汉方药治疗。

我高度评价本书，给今后汉方医和西医结合和中药治疗指出了的方向，特此向读者推荐。

大塚敬节*

1980年初夏

*大塚敬节是原日本北里研究所附属东洋医学综合研究所所长，于1980年10月15日逝世。大塚敬节逝世后失数道明先生被推举为该所所长。两位汉方医都有50多年的临床经验，对推动、发展汉方医学作出了卓越的贡献。

自序

我于1970年末，在大阪市交通局森之宫诊疗所工作时开始用汉方治病。最初是自学的，但很不象样，因而决心学正统的中医。我以背水一战的精神拜大塚敬节和伊藤清夫两位老汉方医为师，经过上级许可，每周到东京中将汤大楼诊疗所去学正统的汉方医。能在这样的公立医院，能得到上级的支持边学边用，能见到各科患者，我感到格外幸运。在这里，我学到了汉方医本领。因此，当自己1974年元月在大阪退休时就有当汉方医的信心。1975年2月，我终于在京都开了私人的汉方医诊所。

开业几年后，我写了《中医诊疗验例》一文，登在《汉方的临床》上。大塚老师看到此文后很高兴并鼓励我再接再厉，气贺林一总编辑则鼓励我继续写下去。在相识和不相识的医生和患者的鼓励下，我把数年来所治愈尽管不成熟的病例发表在《汉方的临床》、汉方友会的《活》杂志、《日本东洋医学会志》等刊物上。

几年前，大塚老师希望我将这些已发表汉方医治疗经验成果综合起来出一本书，并向创元社的保坂编辑部长作了介绍。由于我的写作能力差，经过很不应手的选择取舍和补充修改，终于写出了初稿并交给出版社。承蒙该社费了很大劲对本书进行编辑，因此应特别感谢该社的帮助。

我的汉方医医术同自小就学汉方医的老汉方医不同，是在当了二十多年的西医之后转为汉方医的，而且时间很短，很不成熟。在汉方医的医术修养和诊疗方面同老汉方医是不同的，我是从汉方医同西医对比中着重用汉方中药治病的。我在私人诊疗所开业时说过要用毕生精力致力于汉方医同西医对比研究，用汉方医和西医最好的方法去治病。开业以来我是朝着这样的目标一步步去做的。

拙著如果说有一点价值，那么可能是从汉方医和西医两个角度来探讨了病例。近来西医学中医的人越来越多，如果本书能给他们引点路，那么我作为作者则感到莫大的欣慰。

本书出版时，大塚老师特意写了序言，特此深表谢意。对本书的夸奖，自己感到不安。对将本书介绍给汉方研究人员的诸位的努力深表谢意。

绪方玄芳

1980年初夏于洛北

目 录

序言	(I)
自序	(II)
第一章 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	(7)
第二章 治验例选	(7)
第一节 念珠菌感染症	(9)
一、中耳炎 (病例 1)	(9)
二、阴部感染 (病例 2~4)	(9)
第二节 神经肌肉系统病	(11)
一、类脑中风证 (病例 5)	(11)
二、帕金森氏证 (病例 6)	(11)
三、癫痫 (病例 7)	(12)
四、眩晕 (病例 8—9)	(12)
五、站起来头发晕、眩晕 (病例 10)	(13)
六、失眠、眩晕 (病例 11)	(13)
七、失眠 (病例 12)	(13)
八、晕车 (病例 13)	(14)
九、由心下部向咽喉的涌上感 (病例 14)	(14)
十、肋间神经痛 (病例 15)	(14)
十一、头痛 (病例 16)	(14)
十二、发作性头痛 (病例 17)	(15)
十三、偏头痛 (病例 18、19)	(15)
十四、顽固性头痛 (病例 20)	(16)
十五、少女头痛 (病例 21)	(16)
十六、头顶部疼痛 (病例 22)	(17)

十七、眉间深部头痛(病例23)	(17)
十八、失眠(病例24)	(17)
第三节 瘵病(病例25)	(18)
第四节 呼吸系统病	(18)
一、老年人感冒(病例26)	(18)
二、老年人感冒、胃弱(病例27)	(18)
三、顽固性咳嗽(病例28—30)	(19)
四、哮喘(病例31—33)	(20)
五、支气管扩张症(病例34)	(20)
第五节 循环系统病	(21)
一、重症心脏病(病例35)	(21)
二、冠脉功能不全(病例36、37)	(22)
三、发作性频脉症(病例38)	(22)
四、高血压病(病例39—43)	(23)
五、低血压病(病例44~45)	(24)
第六节 消化系统病	(25)
一、牙槽脓溢(病例46~47)	(25)
二、牙根囊肿(病例48)	(25)
三、口唇部糜烂(病例49)	(27)
四、咽喉堵塞感(病例50)	(27)
五、呕气、食欲不振、倦怠感、眩晕(病例51)	(28)
六、胃弱(病例52~53)	(28)
七、胃下垂症(病例54)	(28)
八、腹痛(病例55~56)	(29)
九、下腹部气滞(病例57)	(30)
十、腹泻(病例58—63)	(30)
十一、腹泻、便血(病例64~65)	(33)
十二、非特异性多发性小肠溃疡症(病例66)	(33)
十三、肝炎(病例67~80)	(36)
第七节 肾泌尿系统病	(44)
一、慢性肾炎(病例81)	(44)
二、肾变病(病例82)	(44)
三、直体性蛋白尿(病例83)	(44)
四、肾炎的汉方药治疗(病例84—95)	(45)
五、肾功能不全(病例96)	(50)
六、肾结石(病例97)	(51)
七、尿道结石(病例98~99)	(51)
八、夜尿症(病例100~103)	(52)

14)	(53)
舒服感 (105)	(54)
十一、膀胱炎 (病例106~108)	(54)
十二、前列腺肥大 (病例109~110)	(55)
十三、尿不利、排尿痛 (病例111)	(55)
第八节 血液、造血系统病	(55)
一、急性白血病 (病例112)	(55)
二、紫癜病 (病例113)	(57)
第九节 代谢、营养障碍	(57)
一、糖尿病 (病例114~116)	(57)
二、低血糖 (病例117)	(58)
第十节 外科病	(60)
一、瘰癧 (病例118)	(60)
二、粉瘤 (病例119)	(60)
三、疖 (病例120)	(61)
四、面疖 (病例121)	(61)
五、指甲周围炎 (病例122)	(61)
六、胸部挫伤 (病例123)	(61)
七、跌伤 (病例124、125)	(62)
八、下腿部疼痛 (病例126)	(62)
九、痔核 (病例127)	(63)
十、外痔核 (病例128)	(63)
第十一节 整形外科病	(63)
一、左肩酸痛 (病例129、130)	(63)
二、风湿性关节炎 (病例131、132)	(64)
三、膝关节痛 (病例133)	(65)
四、慢性腱鞘炎 (病例134)	(65)
五、膝关节水肿 (病例135、136)	(65)
六、胸背部疼痛 (病例137)	(66)
七、椎间盘脱出 (病例138)	(66)
八、变形性关节病 (病例139、140)	(66)
第十二节 皮肤病	(69)
一、湿疹 (病例141~143)	(69)
二、特异反应性皮炎 (病例144)	(70)
三、荨麻疹 (病例145—146)	(70)
四、返老还童例 (病例147)	(71)
五、疣 (病例148)	(71)
六、搔痒 (病例149)	(71)

七、粉刺 (病例150~151)	(71)
八、酒渣鼻 (病例152)	(72)
第十三节 妇产科病	(72)
一、月经异常 (病例153—156)	(72)
二、子宫出血 (病例157—158)	(73)
三、带下、阴部湿疹 (病例159)	(74)
四、寒证 (病例160)	(75)
五、更年期障碍 (病例161~162)	(75)
六、不孕症 (病例163)	(75)
七、习惯性流产 (病例164)	(76)
第十四节 耳鼻喉科病	(76)
一、中耳炎 (病例165—169)	(76)
二、扁桃体炎 (病例170—171)	(78)
三、鼻息肉 (病例172)	(78)
四、嗅觉丧失 (病例173)	(79)
五、声嘶 (病例174—176)	(79)
第十五节 方剂治验例选	(80)
一、大柴胡汤 (病例177—183)	(80)
二、小柴胡汤 (184—187)	(81)
三、八味丸 (病例188—193)	(82)
四、半夏厚朴汤 (病例194~197)	(83)
 第三章 研究和考证	(84)
第一节 局限性肠炎和肠痛	(84)
一、局限性肠炎的文献考证和治验例 (病例198—203)	(84)
二、肠痛、悬痛和囊痛 (病例204)	(96)
第二节 瘀血、水毒的概念及其有关事项的考证	(98)
第三节 经验的食物疗法 (病例205—207)	(106)
 附录：汉方索引	(111)
 著者后记	(125)
 著者简历	(125)

第一章 从西医到中医

一、我的行医史

我现在是东京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。从半夜十二点到下午三点，整整在海上飘浮了十五个小时，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，更不可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弹塾的梅谷香洲老师。

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,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,我在日本外科学会的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独特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,对中药并没有研究,只是知道有中将汤、六神丸、奇应丸、救命丸等成药名,路过中药店,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塚敬节、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,我从此对中医有了兴趣,也就是开始在中医门口踏步。对汉方医药我曾三分相信七分怀疑,也就是说存在过偏见。

通过吃中药,我那难治的中耳炎被治好了。听到这件事的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,告诉他去中药店买浸膏片服用。当时,我的中医知识很差,治愈率很低,这是因为我缺乏中医的诊断力,也就是说没有正确把握中医的证。

中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，西医用止痛药或肌肉松弛剂，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，但中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险，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？中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，因为对方并不是中医）。

那位内科主治医师说：“中药是草根树皮吧，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，我到东京请大塚敬节老师看肝炎。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，我按大塚老师说的样子，早晨到乌丸二条的中药店卖了内托散煮服，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：“你换了新药棉了吧？”我说：“没有。”医师说：“真奇怪，耳孔里的脓液一点都没有沾上”。他边用耳镜看中耳边念叨说：“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。

许多晚期症状都消失了。我又连续服了三周内托散，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塚老师治疗的某一天，老师对我说：“好几位西医患了难治的病被我用汉方治愈了，但没有一位西医想用汉方治病。”我问他：“我能否用汉方给患者治病。”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，我终于能以大阪市职工及其家属为对象，用中药给他们治病。

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塚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，也是这样做了。我向上级申请到东京跟大塚老师学中医，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，给了我到东京的特别休假，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可能会用中药治疗各科病人。

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》一文中叙述了我对中医的看法，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进行手术。

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方子和中药有效。

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盘突出、脊椎变形、脊椎分离症、脊椎前移等。我同时也用中医诊断。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，采用中西医哪种方法较好，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，这样做也是让患者知道中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着施行治疗的。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，大部分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。

对中药更是如此，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中药，他们都开有生药课，而生药在日本药典中也同一般西医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。希望今后对中西药的研究能引起重视。

近年来日本掀起的中药热，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绌。

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中医药，并且公认它的成效才行。

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）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症。

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，能否按这种方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。我终予以汉方医诊断之纲，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的了。

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，触之发硬。

典型的虚证是脉切起来细弱，腹部软弱无力，触如丝棉。但虚实兼夹证则百人百样。

个体差异其次是阴阳。阴阳的概念随时间和情况而变化多端，一言难尽。阴可想象为是代谢机能低下和精气衰退的状态；阳可想象为代谢机能亢进的状态。

此外还有气、血、津、液等病理观点。汉方医认为气、血、津、液变化失调会引起疾病。

汉方医治疗以“虚者补之，实者泻之，干者润之，湿者燥之，热者寒之，寒者温之”为一般原则。

中药和食物根据其对身体温、不温不凉或凉的作用而分为温、平、凉性。

西医可以说没有按汉方医上述理论去治疗，药疗、食疗偏寒。因此，比较起来西医对阴虚证患者的治疗是困难的，而汉方医则较容易。

象我在第二章写的那样，西医能治好的患者就不会来找我们汉方医。虽然也有例外，但来我们这里求治的多半是下列三种病人：

1. 西医宣告不治之症，或对患者家属预告过有死亡危险者；
2. 用西医方法治疗，病情没有好转的；
3. 西医治疗后，西药有副作用的，或害怕有副作用的。

其中属于阴虚证而被预告死亡的患者用汉方恢复了健康，这是因为汉方温内脏，属于用温补剂来温补内脏的食疗范围（关于食疗请参阅第三章）。

汉方药也有对血液失调有效的活血化瘀方药，它对妇科病、痔疮、手术后组织的溢血、充血等有消除作用。对许多炎症有效，也被广泛使用。

汉方药还有对水毒有效的利尿药，对内脏、皮肤、皮下组织、肌肉内的浮肿，它可以改善症状。例如，五苓散对浮肿，吴茱萸汤对偏头痛（水毒）等就是其代表方。

汉方中的行气方药以半夏厚朴汤为代表方，应用于瘰病等。

第二章 治验例选

这一章的治实例选自我在大阪市交通局森之宫诊疗所和以后私人开业的医院。多半登载于《汉方的临床》上，少量也登载于《活》、《日本东洋医学会志》上。除了第十五方剂治验例选而外全部按病症分类编写。如欲从方剂寻找治验例，请查用附录：方剂索引。

〔前言〕 关于病例报告之我见

我在用汉方治疗前，读起汉方治验例来总感汉方治验例比起我的外科病例来太低级了。但后来学了汉方，在大阪市交通局森之宫诊疗所用汉方治疗，拜大塚敬节、伊藤清夫等老一辈的汉方医为师学了正统的汉方医术，以及看了古今著名的汉方医的治验例之后，才知道这种想法是错误的。西医同汉方医在治疗效果的判定和在病例的研究上如果用同一方法来衡量，往往是不合理和不可能做到的。例如西医为衡量治疗效果，必须用双盲法。只有双盲法获得合格，该试验药物才能判定是有效的。但汉方药则在许多情况下是不能用双盲法的。为什么呢？例如有些慢性中耳炎患者用西医治疗无效，而改用汉方药千金内托散在短时间内病情就好转了。在评价内托散在慢性中耳炎的疗效时，如果用双盲法，那么就需要用对照的安慰汉方药治疗的做为的一组患者，用内托散治疗的为另一组患者。这两组患者各需20~30名，即共需40~60名。但内托散只对它对证的患者才有效，对不对证的患者却无效。如果像西医那样，随便给20多名慢性中耳炎患者内服内托散，那么结果是不会好的，因为慢性中耳炎患者中内托散对证的患者只占几分之一。

对诊断力不强的汉方医来说，慢性中耳炎初次发病时要发现内托散对证的患者是很困难的，第二、三次发病时可能不那么难以发现。

此外，对中耳炎用小柴胡汤或者其他药方治疗也有同样情况。

说来可能离题，汉方医的诊断比起西医来说需要有高超的技术。书本上汉方的许多症候群，真真假假，很难抓住真正的东西，换句话说汉方医高超的技术往往不能用文字来表示。必须刻苦学习，进行修养使自己的心理活动和风度接近于名人。这是单从文字上所难以表达的。名医同一般医生之差别往往就在于此。

汉方药里是否有像西药乳糖那样的安慰剂？我是有疑问的。

从上述可看到汉方医同西医的一个很大的不同点。

目前还不能断定汉方医不能用双盲法，但我认为现阶段汉方医用双盲法是非常困难的。

我搞了30年的西医临床工作，对西医的优缺点了解得较多。西医的优点：基础医学较优，种痘及其它传染病的防治，外科手术不用说，就拿我们在学生时代（1935年前后）难治的病来说，由于战后西医医术的进步而已能治好，当时的不治之症也有很多变成最近易治之症。但目前仍有不少西医难治的病改用汉方才能治好。如上述我所患的病（中耳炎和肝炎），自己和主治医师都认为现代医学是难治的病，却用汉方很快轻易地治好了。这种事实很有说服力。有些人贬低汉方的作用，但只要是经过长期考验的西医难治的病用汉方药治好的，做为医生应该有良心报告这些治验例，这样做我认为没有什么不好的。我的经验表明，对于被疾病折磨而陷入困境的人，不管是西医还是中医，只要把病治好了就是好的。

关于治验例的写法有西医的写法和汉方医的写法。我在行汉方医时有按西医临床报告形式写的，但也有自古沿传下来的对话式或座谈式的形式，总之形式是较灵活的。

第一节、念珠菌感染症

一、用荆芥连翘汤治疗念珠菌性中耳炎

〔病例1〕患者6岁，男，初诊于1975年2月12日。

病历：1974年1月4日，继发高烧之后左右耳患中耳炎。开始在他家（滋贺县高岛郡）就近的开业医生那里治疗，但一向无效，并有恶化倾向，转到京都市某大医院耳鼻喉科，被诊断为念珠菌性中耳炎，耳漏未停。

现证：身材瘦型，易患感冒，脸色稍青白，无精神，无汗，耳漏（流耳脓），耳背，鼻闭塞感，大便1日1次，普通便，尿量少，偏食，多食水果。

舌苔薄白，腿部左右有胸胁苦满。

治疗：连服小柴胡汤加桔梗石膏二十多天，耳漏全停。患儿的母亲告诉我：“医院科主任看了患者病后说中耳很干燥，但还有念珠菌病灶。”于是再让患儿连服该方至6月中旬，但医院诊断仍有念珠菌病灶，因而让患者改为连服荆芥连翘汤。

连服60日后患儿的母亲在从该医院回家的途中遇到我说：“我儿子去医院看病有三周了，科主任说，念珠菌病灶已经消失了。”

以后继续服该方，又经过一个月左右，患者的母亲打电话告诉我：“今天带儿子去看病，科主任说我儿子的病完全好了。我实在太感谢您了。”

二、用十味败毒汤治疗阴道、外阴部念珠菌感染

〔病例2〕患者37岁，女，初诊于1975年8月26日。

病历：妇科医师诊断为阴道、外阴部念珠菌感染症。

现证：患者主诉“外阴部结酒渣样物，发痒，有白带。”

舌白苔厚、干，脉沉弦，左右腹部有胸胁苦满。

治疗：连服十味败毒汤加连翘14日为一疗程，共用5个疗程，即白带消失，搔痒、酒渣样物消失。

但那时由于没有做真菌培养，是一时性好转还是痊愈尚不清楚。

〔病例3〕患者47岁，女，已婚，初诊于1975年9月27日。

病历：外阴部有粥样物，白带呈乳液样。妇科医师诊断为念珠菌感染症。

现证：舌苔白，脉沉弦，左右腹有胸胁苦满。

治疗：连服十味败毒汤加连翘14日、即患处发痒、白带消失，继续共服60日即证状完全消失。

此病例也没有进行真菌培养，不知是否痊愈。如果患者不合作，则得不到完整的病例。

三、用十味败毒汤治疗阴部念珠菌感染

〔病例4〕患者30岁，女，已婚，初诊于1974年10月23日。

病历：1974年7月初，外阴部剧痒，有白带，在住处附近的开业妇科医诊断为念珠菌症。经过冲洗阴道，用阴道栓剂，用软膏涂抹外阴部治疗约两个月，但一向无效，大阴

唇部发痒越来越剧烈，转某大医院妇科检查两次，仍诊断为念珠菌感染。每周看门诊3次，仍然是冲洗阴道，用阴道栓剂，用软膏涂抹外阴部治疗，还是未见效。患者终于来我的诊疗所治疗。

现证：身体中等，稍胖，由于外阴部剧痒，十分焦躁。

舌苔白厚、干，脉沉弦，右腹部有轻度的胸胁苦满，脐左右斜下部有压痛。由于我的诊疗所无该诊断设备，没有检查患部，但患者本人（护士）说左右大阴唇部表面稍硬，附着白酒渣样物，并能触及小豆大至大豆大的小肿瘤各5—6个。

我只读过妇女阴部搔痒病例，但没有诊治过妇女阴部的念珠菌感染症，也没有读过先辈的这种治验例，因而有点犹豫。

治疗：我先让患者连服据说对阴道滴虫有疗效的龙胆泻肝汤7日，后来又连服该方10日，但全部无效。

后来着眼于治疗大阴唇部的小肿瘤而连服十味败毒汤14日，患者即说白带增多，局部小肿瘤减至 $\frac{1}{3}$ ，发痒减轻了很多。后来我认为白带可以先不考虑，以先治愈大阴唇部搔痒为目的（搔痒是主诉），继续服该方14日，则局部的小肿瘤全部消失，白酒渣样物也消失，发痒消失，白带也消失。

我让患者再连服30日并告诉她服完药后到大医院去检查。患者服了十几日后来电话说，一周前感冒了没洗澡，但患处不痒了，病可能好了，准备去检查。再过十几日，某大医院妇科检查结果认为念珠菌感染症完全治愈。

根据这个病例，谈一点个人的看法：

我所接触过的妇科医师都认为妇人生殖器的念珠菌感染症非常难治。即使一时治愈也常复发。因此我告诉患者，自觉和他觉症状都消失后还应该继续服用十味败毒汤一个时期以便彻底治愈。

这里想告诉读本文的没有中医诊疗经验的各位西医师：

像我们这么大年纪的学西医的人，在学生时代只学过化学药品的药理而没有学过生药。而在生药中大半是中药。因为没有学过生药，因而对中药非常生疏。因此对许多西医来说，中药很不好理解。

从这一治验例可看出，患者虽然经过西医治疗，但难治愈，却用汉方药治愈了，对这一治验例，西医是怎样看的呢？

我认识的一位妇科医师看了这个治验例认为“只有这一例，恐怕是偶然碰上的吧……”的确这是我目前为止治愈该病的唯一病例，但我自己还有亲身治疗经验，我曾患过念珠菌性中耳炎，的确也是用中药（内托散）治愈的。如果有许多念珠菌症病人来让我治疗，我的治验例是会增多的，但一般人是难以相信汉方药能治愈念珠菌症的。

众所周知，英国的弗莱明发现粗糙的青霉素时是偶然的，以后经过科学研究才制成了营救了丘吉尔肺炎的精制青霉素。

我引用这个例子是为了说明以下事实：目前念珠菌感染症有增多的趋势（由于抗菌素越来越广泛的应用），但西医对此病的治疗停留在低级水平上。但如果能使用中药提高疗效，对这种病人来说是很大的福音。中药成为很有力的工具，对医生来说也是非常高兴的事。