

綿陽地區老中醫經驗選編

綿陽地區老中醫經驗選編

中華全國
中醫學會
綿陽分會

四川省
綿陽地區
衛生局

一九八一年六月

中華全國
中醫學會
綿陽分會

四川省
綿陽地區
衛生局

一九八一年六月

绵阳地区老中医经验选编 (三) 目 录

医 论 医 话

加味四逆散治疗肠痛（兰尾炎）	普叔兴（1）
我对《伤寒论》“厥阴病”的看法	李兴定（2）
谈“扶正”在临床上的意义	唐成德（4）
病毒性肝炎与“瘟黄”	赵德勤（7）
浅谈麻黄汤及其变方	王元勋（11）
胃痛治疗点滴	高树楷（12）
运用固表祛邪法的点滴体会	王柄如（13）
论水气为患——关于《伤寒论》中水气为患的探讨	羊一贵（14）
肾炎的辨证论治	王临轩（17）
浅谈培补“肾元”	黄先德（20）
浅谈“功能性子宫出血”的辨证论治	陈新三（24）
谈谈“痰迷心窍”论在精神科的实用价值	陈元德（25）
平胃保和汤在儿科的临床应用	侯润生（27）
加味“牵正散”对颜面神经麻痹治验	李益生（30）
“四逆散”治肝郁证的体会	王绍宣（31）
大柴胡汤在临床上的加减运用	罗仲生（33）
宫外孕分型论治	贾心正（34）
“升降出入”浅识	刘康镛（36）
浅谈麻杏苁甘汤合鸡鸣散加减治疗风湿病的体会	白映淮（37）
升、降丹治疗慢性化脓性骨髓炎的体会	阮光鑫（38）
我对活血化淤法的认识	陈庸登（40）
加减托里消毒散治无头疽后期的点滴经验	严子禄（45）
谈谈舒筋保安散治疗痹证	陈烈文（46）
净腑汤治验举隅	熊正坤（47）
小议白术之不滞	范继宝（48）

临 | 床 — · — 报 | 导

500名煤矿工人肛肠疾病普查普治的调查报告	广元中医院痔瘡科（50）
痢灵汤治疗急性细菌性痢疾疗效简报	张云璽（55）
辨证治疗大叶性肺炎32例的体会	刘治安等（58）
溃疡粉（片）治疗胃及十二指肠溃疡病25例临床观察报告	张代祥等（61）

绵阳地区老中医经验选编 (三) 目 录

中西医结合治疗胆石症30例报告·····	李传一 (64)
中西医结合治疗19例流行性出血热小结·····	唐良佐等 (66)
中西医结合治疗钩端螺旋体病46例报告·····	徐文信等 (71)
芪红五通饮治疗脂肪泻60例的临床观察·····	钱书宣 (74)
浅谈乙脑流脑恢复期的中医治疗 (附15例报告)	
·····	贾心正 (76)
中西医结合治疗胆道疾患 161 例临床小结·····	张淑萼等 (78)
乌梅汤治疗胆道蛔虫 100 例疗效观察·····	陈文堂 (81)
肛瘻的手术治疗 (附 136 例报告) ·····	权开武 (84)

医 案 选 编

食道癌·····	郭崇智 (87)
咯血·····	王元勋 (88)
黄疸 (胆管结石、阻塞性黄疸) ·····	王元勋 (88)
不寐·····	徐麟书 (89)
小儿中毒性消化不良·····	马百平 (90)
葡萄胎·····	谢相泉 (91)
痢症·····	王柄如 (91)
多汗症·····	唐良佐 (92)
慢性肾炎·····	唐良佐 (93)
乳癖·····	杨必润 (94)
顽痹·····	杨必润 (95)
崩漏·····	杨必润 (96)
颅脑外伤致双目失明·····	陆云响 (97)
眼、口、生殖器综合征·····	王绍宣 (99)
阴囊湿疹·····	宋 旭 (100)
春温蓄血·····	罗继光 (100)
汗出不止·····	罗继光 (101)
血崩·····	尹显明 (102)
痢疾·····	勾沛然 (103)
腰椎粉碎性、陈旧性骨折·····	蒲海涛 (104)
坤灵饮的临床运用案例·····	陈复安 (105)
咽喉病验案·····	陈吉甫 (106)
乳腺小叶增生症·····	钱书宣 (107)
老年白崩·····	郭寿生 (108)

绵阳地区老中医经验选编 (三) 目 录

肝硬化腹水.....	王金贤(103)
胡豆黄.....	吴南薰(110)
停饮胃痛.....	韩达夫(111)
心律紊乱.....	张淑萼(112)
甘遂冰片外用通二便.....	张淑萼(113)
尿崩症.....	陈文堂(114)
麻后发斑、麻后郑声.....	李知白(115)

针 灸 治 验

针刺治疗三叉神经痛.....	陈继良(117)
点刺井穴治疗功能性子宫出血.....	刘 华(118)
针刺复溜穴治疗白带.....	刘 华(119)
“对应取穴法”浅谈.....	刘 华(119)
“龙虎交战”手法的临床应用.....	刘 华(121)
火针治疗颈淋巴结核.....	杨源清(122)
针灸治疗顽固性尿床一例.....	余奎章(123)
采用“六神丸”贴压耳穴治疗多种疾患.....	陈治平(123)
穴位注射当归制剂治疗神经官能症的头痛失眠65例初步报告	谢煥森(124)
针刺治疗妊娠子痫二例.....	彭鼎三等(125)
针灸配合外敷中药治疗手下垂.....	卢 静(126)
呃逆.....	刘素珍(127)
“足三里”在临床上的应用体会.....	刘素珍(127)
针刺治疗“癱闭病”.....	张玉芳(130)
针刺治疗流行性腮腺炎.....	郭寿生(130)

~ * 补 白 * ~

第三届老中医经验交流会书怀.....	王元勋(49)
步王元勋老师原韵祝大会并柬与会同人.....	马百平(75)
治扭伤方.....	李连荪(96)
消积散.....	张云燮(96)
降脂丸.....	崔渊儒(116)
止血散.....	崔渊儒(116)
女科验方录.....	范继宝(86)
女科诊疗经验拾零.....	范继宝(129)

加味四逆散治疗肠痈（兰尾炎）

广元县一医院 黄叔兴

兰尾炎症，祖国医笈中无此病名。隋代巢元方对“肠痈”病源的论述：“痈肠者，由寒温不适，喜怒无度，使邪气与营卫干扰，血气蕴结，聚积成痈”，东汉张仲景对“肠痈”症状的论述：“肠痈者，少腹肿痞，按之即痛”等记载，颇似近代西医所指的“兰尾炎”。再从《灵枢·经脉篇》所记载：“肝是厥阴之脉……抵少腹”。通过临床实践笔者认为，肠痈属肝气郁结，失于疏泄，气郁不通所致，不通则少腹作痛，若化热，热盛肉腐则成痈脓。

古代有“吊脚肠痈”之称，初起右下腹部疼痛，腰屈之不得伸，若系慢性，疼痛尚缓，若系急性，则急剧疼痛；若系脓肿，右下腹部必现肿块，疼痛更为剧烈。均伴有寒热往来，转侧不便，步履艰难。慢性兰尾炎脉多弦紧，急性兰尾炎、兰尾脓肿脉多弦数洪大。

兰尾炎既属邪气干扰气血，以致郁结作痛，在治疗原则上，“结者通之，积则消之”的治则，以达到祛邪散结的目的，选用仲景伤寒中治疗厥阴腹痛的“四逆散”为主方，辅以活血化淤的赤芍、丹皮桃仁、琥珀等药，定名“加味四逆散”，治疗慢性兰尾炎。用加味四逆散合大黄牡丹汤，治疗急性兰尾炎，均获得显著而迅速的疗效，又用《医宗金鉴》外科篇中治疗大小肠痈的方药“薏苡汤”与《外科全生集》治疗痈脓的“犀黄丸”治兰尾脓肿，亦取得满意的疗效。

方药介绍：

1. 加味四逆散

柴胡10g 赤白芍各15g 枳实15g桃仁15g 丹皮15g 琥珀粉10g(分三次吞服)，甘草6g。

慢性兰尾炎患者大便干燥，不必用泻下药物，可加冬瓜仁30g 薏仁20g。

2. 加味四逆散合大黄牡丹汤

柴胡10g 赤白芍各15g 枳实15g桃仁15g 丹皮15g 琥珀粉10g (三次吞服) 败酱草20g 大黄10g 芒硝10g 甘草6g。

3. 薏苡仁汤合犀黄丸。薏苡仁30g 丹皮30g冬瓜仁30g 桃仁15g 乳没各10g 麝香(轻者0.1g，重者0.2g)。

附注：牛黄缺乏，可用人造黄代替，若又无人造黄，不用亦可，经本人在临床实践中观察仍可收效。

验案举例：

1. 肖××，男，45岁，在广元县委宣传部工作，于1980年10月20日突感右下腹部剧烈作痛，不能下床行动，他爱人来我家求治，（我因病不能出诊）据他爱人谈患者的病况和痛的部位，估计慢性兰尾炎急性发作，当即拟加味四逆散加败酱草，小量大黄煎服两剂后，本人亲自来家复诊，仍予前方去大黄加乳没服两剂后症状大减，继服原方数剂即告全愈。

2. 马××，男，36岁，在广元县钟表店工作，1980年5月间发现右下腹部作痛，诊断为慢性兰尾炎，服加味四逆散四剂全愈。

3. 董××，男孩，14岁，广元嘉陵中学学生，住汽车37队，1980年春患右下腹部

我对《伤寒论》“厥阴病”的看法

绵阳中医学校 李孔定

读了《新中医》一九七九年第六期王琦等同志“关于《伤寒论》‘厥阴病’的讨论”一文后，使我对《伤寒论》“厥阴病”有了一些新的认识，受益不小。现将个人对此病的看法略述如次，以就正于同道。

一、厥阴病的本质

厥阴病是伤寒病的最后阶段，是足厥阴肝的病理反映。病机以阴阳气血衰竭为主，少见寒、热邪气内伏；症状以厥、热、下利为主，余症可伴随存在。

辨邪正盛衰，是各种辨证的主要内容。由太阳到少阳，是邪正双方由盛到衰的过程；由太阴到厥阴，是邪气已微，正气由虚弱到衰竭的过程。单就三阴病而论，太阴为脾胃阳虚，故以吐利腹满为主症。少阴以肾阳虚为多见，故以手足厥冷，自利，脉微为主症。如出现肾阴虚而虚火亢者，则可出现咽痛、虚烦不眠诸症。厥阴病总因阴阳气血衰竭，木失敷和，疏泄失职而致。阳虚或内有寒邪，则成寒厥、寒利；阴虚或邪热深伏则成热厥、热利；既阳虚而又邪热内伏，则成寒热错杂之厥、利。以《伤寒论》厥阴篇所论诸症来看，似不涉及手厥阴心包的病变，虽373条有“谵语”一症，但细观全文，此条“谵语”其病变中心在肠，心包仅受株连而已，故说《伤寒论》的厥阴病包括了以

手足两厥阴的病变，似少根据。

三阴病的病情轻重，可从它们的临床症状上反映出来。以吐利腹满而言，三阴皆可见到，但少阴有干呕、温温欲吐、自利清水、下利清谷、便脓血、腹胀不便等症，较太阴仅见吐利腹满为重；厥阴除可具少阴诸症外，更有嘔、吐衄、吐涎沫、唾脓血、便血、热利下重、胸胁烦满，小腹满按之痛、内拘急、腹濡等较少阴诸症为重之症。少阴仅见手足厥冷、烦躁，而厥阴则可见肤冷、躁无暂安时；少阴之寒证热证，其临床表现是泾渭分明的，厥阴之寒热有时是交互出现的，无论辨证和治疗都比少阴的纯寒纯热证要困难得多。三阴病的病情轻重，还可以从选方用药上反应出来。少阴无用当归之例、而厥阴则乌梅丸、当归四逆汤、麻黄升麻汤皆用之；当归四逆汤用大枣至二十五枚之多，麻黄升麻汤用玉竹、天冬之养阴增液、皆不见于少阴方中，而独见厥阴方中。故凡厥阴病出于凑合，少阴病比厥阴病更为重笃之说，似难获得医林的广泛赞同。

三阴病都以虚为主因，故其出现的症状每可相同，尤其是厥、少两阴以乙癸同源的关系更是如此，只是厥阴的病情比少阴更为严重罢了。但三阴病不必都是循经传来，总以“有是症则为是病”为准的。

剧烈疼痛经我院外科确诊为兰尾脓肿，不愿意手术疗治。服中药苡仁汤和犀黄丸十剂（未加牛黄）全愈。

病中和愈后注意事项：兰尾炎患者在治疗过程中应忌食生冷和肉面。辛辣煎炒，尤

须禁忌，最好以薄粥调养。病后正气未复，除调养之法，起居和饮食外，还须根据身体情况以药协助，如气虚者宜常服四君子汤；血虚者宜常服四物汤；如血气两者宜常服八珍汤。

少阴病既然较厥阴病为轻，那末少阴病为什么会列有死证七条与厥阴病所列的死证条数相等呢？根据《素问》平人氣象论和诊要经终论的精神，五脏或十二经气绝皆能引起死亡，而少阴病已是伤寒论的后期阶段，是很容易出现气绝的，加上肾为先天之本，肾阴肾阳任何一面衰竭都可危及生命。故少阴病的死证亦多。

二、厥阴病提纲

任应秋老师早年在重庆市中医进修学校执教时，在所编著的《伤寒论语译》中就对把少阳、厥阴两篇的“之为病”条作为提纲，提出了异议，认为此二条所列之症可于少阳、厥阴两病中出现，但不能作为两病的提纲。这完全符合临床事实。因为“口苦咽干目眩”既非少阳病所独有，又非少阳病所必有，如以“往来寒热，胸胁苦满”为提纲，倒很确切；虺厥乃患伤寒者偶见，而以不患伤寒者为多。如果需要与厥阴病另立提纲的话，338条的“伤寒脉微而厥，至七八日肤冷，其人躁无暂安时者，此为脏厥，非虺厥也”差堪胜任。

三、关于厥、热、下利

《伤寒论》的作者由于受历史条件的限制，不可能把六经证治都阐述得很完备，即以肝肾的衰竭而言，其所论证治以阳虚为详，阴虚为略，后经温病学家的补充，才使肝肾衰竭的证治达到比较完善的地步。

《伤寒论》厥阴篇的厥证，除水厥、痰厥非厥阴本病引以为鉴别外，余则为厥阴病过程中所出现的厥证。厥阴病的厥证有寒、热和寒热错杂三种。虽“厥者必发热，前热者后必厥，厥深者热亦深，厥微者热亦微”一条，有“厥应下之”之句足证此条是专指热厥而言的，但却不能因此而排斥寒厥和寒热错杂厥的存在，因为本条似不能代表厥阴病中的所有厥证，观377条文便可说明此点，其文云：“凡厥者，阴阳气不相顺接，

便为厥。厥者，手足逆冷是也”。既云“凡”，就不是单指某一种厥证了；既云“阴阳气”，就更具体说明不是单指寒厥或热厥了。据此，则知厥阴病的过程中，由于病邪和病人素质的差异，可以原发寒厥或热厥。虽然在一定条件下由一属性的厥转化为另一属性的厥，是完全可能的，但似不能据此而便认为厥阴病中的寒厥都由热厥转化而来。

无论何种厥证，都属危重之候。但就《伤寒论》厥阴病的厥证言，寒厥比热厥、寒热错杂厥更为重笃。寒厥则用四逆、通脉四逆、当归四逆、灸法等温补之方急补其阳；热厥则犹可用白虎、承气（厥应下之）以清下；寒热错杂之厥则犹可用麻黄升麻汤清温并用，攻补兼施。孰缓孰急，于此略见。当然，此时对热厥进行清下，对寒热错杂厥兼用攻散，系取“无粮之师，贵在速战”之意，所以必须十分谨慎，并要中病即止，不可孟浪施为。

厥阴病中的寒，多是肝肾阳虚所生之内寒，少见外邪内伏厥阴之寒，故治疗以温补为主；厥阴病中的热，则有多种情况，如阴虚内热（此证《伤寒论》论述不详，可参见《温病条辨》下焦篇13、14条）、阴盛格阳、热邪内伏、阴或阳已虚又兼热邪内伏等皆能出现热象，故其治疗则有养阴、温阳、清热之别，还可根据证候数法同用，细审厥阴篇诸条自明。

厥和热的存在，则有三种情况，即：但厥无热；但热无厥；厥热同时存在。如“前热者后必厥”（335条）、“厥五日，热亦五日，（366）、“伤寒发热四日，厥反三日，复热四日”（341）等都分明是说热时不厥，厥时不热。其他还有一些条文如白头翁汤证则为单热无厥，白虎汤证则为单厥无热等，就不一一详举了。339条的“热少厥微”、344条的“伤寒发热，下利厥

谈“扶正”在临床上的意义

遂宁县中医院 唐成德

(一) 正气的概念

“正气”即“真气”是“元气”与后天之精气并合而成。如《灵枢制节真邪篇》云：“真气者，所受于天，与谷气并而充于身者也”。此外，“正气”还包括人的“精神”、“气血”如《灵枢九针十二原篇》曰：“神者正气也”，又《诸病原候论风病诸侯》曰：“人以身内气血为主”。这说明精神、气血皆属于正气范围。故正气是生命活动的体现。它与人体各种机能活动、如生长、运化、吸收、输布等，都有直接的关系。且正气还具有抗御病邪和促进疾病趋向痊愈的能力。人的正气充沛，体质就强壮。因为它对病邪的抵抗力也强，如《内经》云：“正气内存，邪不可干”。如果正气不足，不能抵御邪气，使邪气占着优势。那就不免要发生疾病。所谓百病乘虚而入，这就是说凡是致病因素，都必因人体正气之衰。病邪才有可乘之机。由此可见，正气对于人体的正常生活和防御疾病，均有很大的关系。所以我们在日常生活中，或在已病的治疗过程中，都要十分注意保护正气。

(二) 正邪消长，决定着疾病的发生、发展和转归

疾病的发生和变化，虽则是错综复杂

的，但主要还是表现为正邪相争的矛盾。在整个过程的复杂变化中，无不充斥着邪正双方势力互相消长的矛盾。即邪盛正衰，正盛邪却。但起主导作用的不是取决于邪气，而是取决于正气。祖国医学认为发病的原因有两方面：一是由于正气虚（内因），是决定性的因素；二是邪气（外因）。是致病的条件，《内经》云：“邪之所凑，其气（正气）必虚”。解释就是说只要正气不虚，纵然有不正常的气候（如六淫）也不容易侵犯人体。即或是同样病源，同样气候，同样环境的影响，有的发病，有的不发病。就是发生了病，其病程经过的严重程度，也因人的正气强弱而有差异。由此可见，在正邪相争的斗争中，正气始终处于绝对的主导地位。足见祖国医学对于发病的认识是符合外因是变化的条件，内因是变化的根据，外因通过内因而起作用的原理的，虽然中医强调内因（正气）的主导作用，但并不排斥外因（邪气）在一定条件下的致病作用。基于疾病的发生发展主要关键在于人体正气的盛衰。病邪侵入人体后，又可进一步损伤正气，使病情趋向坏的方面发展。因此，在临床中一方面要注意重视正气（扶正），但也不能忽视作为外因致病的条件的邪气。

逆”、353条的“大汗出，热不去，内拘急，四肢疼，下利厥而恶寒者，四逆汤主之”等都是厥、热同时存在之证。如前所述，这些“厥”不一定是寒证，“热”不一定是热证，必须根据全身症状，参合舌脉，才能定出寒热的属性。

厥阴的下利，也和厥证一样，当分寒、热和寒热错杂三种，亦不全由另一属性转化而来。如353条的四逆汤证则属寒利，370的白头翁汤证则属热利，356条的麻黄升麻证则属寒热错杂利，都是十分明显的。

（三）邪正消长与虚实的关系

一般是，正气不足则表现为虚，邪气有余则表现为实。《素问·通评虚实论》云：“邪气盛则实，精气夺则虚。”正说明在疾病过程中，正邪的消长而反映出虚实两种不同的证候类型。这种虚实的表现是体质与疾病反映，当邪气势盛，正气尚充，两者势均力敌，故表现出来的症状为实证。如正气因抵抗病邪而衰惫，则表现出来的症状为虚证。因此，虚与实在疾病过程中，是正气与邪气消长的标志。由于正邪消长，形成了虚证和实证的两大类型。所以临床对辨别疾病的虚实是非常重要的。一般说，虚证是代表机体正气衰弱，生理机能表现不足，衰退、松弛等症方面。如面色苍白或淡黄，舌质淡薄，气短声低懒言，病程日久，恶寒倦卧、腹痛喜按，腹满时减，减而腹胀，大便溏，或下利清谷，小便不禁，脉微软弱或沉迟无力等。实证是代表邪气充盛。生理机能表现有余。壮实、亢盛等症方面、如面色潮红，舌苔白或黄或黄厚粗糙或黄黑厚腻，声音壮厉，烦躁谵语。腹痛拒按。腹胀不减。病期短暂大便秘结，小便赤痛。脉象浮紧或沉实有力，或滑大弦数，恶寒发热或壮热等。

对于虚实的辨证。还必须结合“八纲”辨证，进行分析归纳，这就是以阴阳为总纲来分析表、里、寒、热的病理。凡表、热、实者皆属阳。里、寒、虚者皆属阴。而虚和实又是表里寒热四者的纲领。因为表里寒热四者都有虚实。因此在辨证中又必须结合表里寒热进行辨证，才能从复杂的症状中细致的分析病情，得出正确的判断。治疗也才不会错。

还应指出：对虚实的辨证，还要注意防止假象。就是假实假虚证。如有的病本属虚证，但从表面看来象似实证《内经》云：“至虚有盛候”，如“景岳全书传·忠录虚实篇”云“心下痞痛，按之则止。色悴声短。

脉数无力。甚则胀极而不得食。气不舒，便不利，是至虚有盛候”的假实证。又如有的真实病，表面却象虚证。《内经》云：“大实有羸状。”如《景岳全书》云：“外感之未除，而留伏于经路，饮食之滞不消，而积聚于脏腑，或郁结逆气，有所不散，或顽痰淤血，有所留藏，病久之羸，似乎不足，不足病本未除，还当治本。”又如《顾氏医镜》云：“积聚在中，按之则痛，色红气粗脉数有力，甚则默默不欲语，肢体不欲动，或眩晕昏花，或泄泻不实，是大实有羸状。”的假虚证。因为这些假实假虚症候往往使人迷惑，假如辨证不清，很容易造成错治。故在临床上必须仔细观察，脉症合参，才能找出同中之异。

疾病在发展过程中，还可以由虚实引起转化，而这种转化是有条件的。总的来说，它取决于邪正双方力量对比的结果。其转化要分两种，一种是由疾病本身的机转，一种是治疗的恰当与否。例如伤寒少阴下利清谷。恶寒倦卧、手足厥冷的里寒证。这是正不胜邪的严重阶段。如果这个时候本身正气无以恢复，就会亡阳。假使这时本身正气能够恢复，出现下利自止，手足温的中阳恢复之兆，那么疾病就可以趋向于转好的象征。这是其本身正气自然恢复的良好现象，其次是药物治疗的恰当否？也是虚实转化的主要原因。如太阳伤寒的麻黄汤症，但尺脉迟者，属有阳虚之征，不可用麻黄汤。若用麻黄汤强发其汗，则人体正气被外来的药物所夺，就会出现漏汗不止而亡阳。假使这个时候用桂枝附子汤扶正助阳，亡阳即可挽回。前者是辨证有错的误治，后者是补偏正治。两者措施不同，故其机转也不同。因此对治疗恰当与否，和疾病的转归，是有很大关系的。总之，由虚转实的多是正气渐复，为病欲愈。或病邪由阴转阳，从深出浅，治疗也比较容易，由实转虚的，多是正气溃退，其病

为进。或由阳转阴，由浅入深，治疗就比较困难，甚或趋于死亡。因此，在临床切实掌握正邪消长虚实转化的规律，谨识病机或扶正以祛邪、或祛邪以安正，调节机体，才能达到治疗的目的。

（四）扶正的临床运用

“扶正”在临床的运用，是根据人体的生理平衡，由于发病后破坏了这个平衡。故通过药物去调整其平衡，所提出来的治疗原则。使人体正气逐渐恢复，从而战胜病邪获得健康。古人云：“久病多虚”，是人们长期在实践中总结出来的一句名言。临床上往往有正虚不能胜邪的状况，而通过药物以扶正，则邪自却。在急慢性疾病中所见不鲜。如温病后期欲动战汗，就是通过药物和有营养的饮料，使正气旺而鼓动战汗。还有甘寒育阴法等，也是通过药物使正气旺盛了。才能战胜邪气。还有这种现象，见于久病脾虚的患者，发热口干不思饮舌质淡而光亮，舌苔腻的尿短色黄，属于湿热蕴结之象。虽久用清热利湿、芳香化湿、淡渗利湿等法，但舌苔黄腻，尿黄依然存在。通过辨证为脾虚湿浊不化。在上法中加入补益脾气之药，如参芪术之类，黄腻苔即可转为薄白，口干亦解，尿黄亦退。从以上情况表明。扶助正气，足可以促使机能旺盛，以祛除邪气。当然强调扶正，并不是不分在任何场合下皆以扶正为先。更不是主张祛邪在辩证论中可置于被忽视的地位。见虚不补，势必久而成

损。余邪未尽，过早用补或不当补而补之，均可致成闭门留寇之患。总之必须视其正邪消长的情况，或扶正有利于祛邪，或祛邪有利于安正。因二者之间的关系是辩证的。所谓祛邪扶正就是寓补于攻。使邪去则正自安。扶正祛邪，就是以补为主，使正盛则邪自却。先扶正而后祛邪，就是考虑到先救虚危而后祛邪。先祛邪而后扶正，就是邪实盛，不祛邪有养痍贻患之弊。此外还有扶正与祛邪并用，就是采取攻补兼施的治疗法则。一般说来。病在初期，大都气血未伤，正气未衰。尤以外感六淫多骤起，可用峻猛之剂。病到中期，则必须视机体和病邪之盛衰为转移，可采用或攻或补或攻补兼施的原则。病至末期，大多正气已衰，此时属于虚证者居多，古人云：“久病多虚”。故在临床都要随时注意扶正和不戕伐正气。但是久病是否一定要补，急病一定要攻呢？这也不能一概而论。例如痼疾之类，就是原有痼积聚久而成为痞块。若用补法，就会愈补愈结，不能消散。必须采用缓攻或攻补兼施的法则，才能取效。若中风病、逢元气暴脱之际，那就不必拘泥于急病须用攻法，须采取大剂补法先扶正，而后治风。所谓“急则治标，缓则治本”，无非是说明扶正与祛邪的关系。不外乎以邪正盛衰消长为依据，并结合临床具体情况，详细辨证，灵活运用。才能对虚实情况有个全面的了解，不致造成虚实虚，损不足而益有余的治疗错误。

（上接11页）

便邪气水饮二者俱愈也。

其麻黄附子细辛汤乃治少阴病，始得之反发热，脉沉者。

按太阳与少阴相为表里，太阳之邪虽得伤少阴，两经俱病。以少阴主里，应无表症，病发于阴，应无热可攻。今无汗恶寒发热的表症仍在，兼之脉沉则里症亦重，安内，则

用附子温经以固肾阳，驱外则仍赖麻黄以解表实，恐其寒邪不去，而再用细辛以散之，此立表里两解之于发汗法中也。

至于麻黄附子甘草汤乃以其病，初得之二、三日无里症而取微汗则解之意，以其邪未深入不若麻黄附子细辛汤之重也，不然，细辛为散少阴寒邪之药，岂甘草一味即能掉换耶？

病毒性肝炎与“瘟黄”

盐亭县医院

赵德勤

病毒性肝炎是一种很常见的疾病，本文试从中西医结合的角度，对本病的病名、病因、发病机制等方面，作一些粗略地探讨，在内容和观点上，与既往类似论述初步有较大的不同，目的仅在于同热心中西医结合的同志们一起讨论而已。

一、病名

病毒性肝炎究竟像中医的什么病？要满意地回答，是有困难的。古代医学上固有的病名，常难满足现代医学上的要求。只能择其近似者采用之。现将“黄疸”、“肝热”、“瘟黄”三种病名作一些比较。

“黄疸”，在我国古代医笈如《内经》、《伤寒》、《金匱》等书中，早有若干描述。但黄疸仅是一种症状，导致黄疸的疾病有多种，当时还不可能把这些疾病的界限准确地分开来，所以“黄疸”既包括了病毒性肝炎，但不能代表病毒性肝炎。

“肝热”，《素问》说“肝热病者，小便先黄、腹痛、多卧、身热、热争则狂言及惊、胁满痛、手足躁，不得卧，其逆则头痛员员，脉引冲头也。”从这段文字的描述看来，很像肝炎的临床表现。最可贵的是把临床症状同主要病变脏器联系起来，而且说得确切。其缺点在于没有明确指出本病具有传染性、对临床上多见的黄疸一证，显得不够突出。

“瘟黄”，是继《内经》而后，历代医家在长期实践中，逐渐认识到在黄疸病中，有一种具有明显传染性且可引起流行的疾病，把它命名为“瘟黄”如晋代葛洪有“天行发黄”、《千金翼方》说“凡遇时行热

病，必多内淤发黄”、《沈氏尊生》说“有天行疫病，以致发黄者、俗谓之黄疸，”

《瘟疫论》说“疫邪传里，移热下焦，小便不利……其传为疸，身目如金”。清代《医宗金鉴》更进一步说“天行疫病发黄，名曰瘟黄，死人最暴也。”

瘟黄是在原来黄疸病的基础上发展起来的，瘟而黄者，虽不仅仅是病毒性肝炎（如钩端螺旋体病等传染病也可发黄），但毕竟以病毒性肝炎为最常见。

以瘟黄来代表病毒性肝炎，也还有一定不足之处，一个是没有指明病变在肝；另一方面，按照“瘟黄”死人最暴的概念，只局限于暴发性肝炎。实际上，暴发型与普通型肝炎，都有明显的传染性。所以瘟黄从广义上说，着重在“天行疫病发黄”，是泛指各类型的病毒性肝炎的，如果从狭义上讲，则仅限于暴发型。

从以上三种名词比较看来，“肝热”与“瘟黄”能较好地代表病毒性肝炎，若将两者掺合一起，则又显得烦冗些，故笔者认为可取“瘟黄”来代表病毒性肝炎，是较为适宜的。

二、病因

在病因方面，主要突出两个观点，即“瘟黄”是疫病为病绝非湿热使然；“瘟黄”能传染而湿热不能传染。

1. “瘟黄”是疫病为病：“瘟黄”既是天行“疫病发黄”，则其真正病因，当然是吴又可氏所指的“杂气”为病了（笔者认为“杂气”实际上指多种不同的病原微生物）。吴氏知道不同的病原体，可引起不同

的疾病,所以他说“为病各种,是知杂气之不一也”。具体的说“瘟黄,究竟是什么样的病原微生物所引起的呢?吴氏只知其“无声无臭”、“不能得睹得闻”、“来而不知,感而不觉”,要更具体解决,在古代就很困难了。据现代研究,已知其病原物为肝炎病毒,有A型与B型,以及近时发现的非A型非B型的第三型。对这些病毒的形态和特性,虽然还研究得不很充分,但完全可以肯定它们是病毒性肝炎之真正病原物。

我国古代医家、对黄疸的病因,曾作了不少的推测。《内经》说“湿热相交,民病疸”。自是而后,医家论黄,多主因“湿热”而成。虽然内经以后,已有天行发黄之说,并没引起后世的重视。这可能与古代医家中一部分人盲目地崇古尊经有关,从而妨碍了医学的发展和进步。但自“瘟黄”一名之确立看来,古代医家中也大有敢于正视现实而明确提出本病具有显著传染性的人,这类医家才真正是继承了祖国医学之优良传统!

那么,“湿热为病”的说法,究竟有没有一些根据呢?据我推测,可能有的。从《温病条辨》中说“夏秋疸病,湿热交蒸,外干时令,内蕴水谷……”等语看来,大概因为黄疸病人夏秋多见,从而推想此时气温与湿度过高,可能系致病的原因。据现代统计,病毒性肝炎,四时可见,以秋后为多。其原因系由于秋季之气温湿度有利于苍蝇之孳生发育,而苍蝇又是传播肝炎之重要病媒,故湿热为病之说,对肝炎说来,似乎言之有据,但未免把诱因错认为真正的病因了。

吴又可早就批判过单纯的“六气为病”观点,吴鞠通没有理解和继承这种正确的观点,在科学不发达的古代,原不足为奇,奇怪的是廿世纪末时的今天,仍有部份医家,一提到病毒性肝炎的病因,依然停留于数千年前“经书”上的说法,认为是湿热为病,

而不承认“疫疠为黄”的正确观点,这种现象,倒实在令人不解!

2. “瘟黄”能传染人,湿热不能传染于人;“瘟黄”是瘟疫之一种,“感天地之疠气,能传染于人;湿热属于“六气”范畴,乃“天地之正气”(宇宙间正常的气候),则不能传染。如《瘟疫论·辨明伤寒与时疫》中写道“伤寒感天地之正气,时疫感天地之戾气、伤寒不能传染于人,时疫能传染于人”。中医之“伤寒”,由感寒而起的寒乃六气范畴,六气是宇宙间正常气候,湿热是六气范畴,是不具有传染性的,弄清这个问题是非常必要的,因为这与病毒性肝炎之有效预防,关系甚大,若听凭“湿热为病”之说泛泛,则贻害非浅,岂能不辨!

大量流行病学资料证明,病毒性肝炎具有明显的传染性,这是无可辩驳的事实,但也常遇到一家之中,有一二肝炎患者,而全家不一定都患此病;有的肝炎患者又无明显接触史可寻,这也不能否定其传染性,这些事实,不独病毒性肝炎有之,其它传染病亦有类似情况,其原因大概如下:

接触史的问题,由于肝炎病毒是“不能得睹得闻”,“来而不知,感而不觉的”。人们在日常生产和社会活动中,很难不与肝炎患者直接或间接的接触,所以接触史不明,也不能否定其传染。何况有的人是无症状的带病毒者,难于辨认,再如病媒之传播、食物之污染等原因所致,就不一定需要直接接触而后病了。

一家之中,有病有不病的问题,这又与受染者抵抗力强弱、病邪之毒力与数量、机体当时状况和个体反应力等因素有密切关系。这些因素,我国古代医家也是颇有认识的。

1. 病邪之毒力与数量:《瘟疫论·杂气篇》说“其年疫气盛行,所患者重,最能传染,即童辈皆知其为疫,至于微疫似觉无

有。……疫气不行之年，微疫转有”。这说明传染病流行之盛衰和发病之轻重，各年常有不同，这可能与当年苗株毒力有关，至于病邪侵入之数量问题。吴又可在《知一篇》以饮酒为例，说明同是饮酒，有的醉有的不醉，其原因甚多，但“多饮少饮”是一个重要因素，酒醉与饮酒数量有关，染病亦与病原体入侵的数量有关。

2. 机体的抵抗力与发病的关系：《内经》：“邪之所凑，其气必虚”。说明病邪入侵固是致病的重要外因，但内因还是起主导作用的，机体抵抗力薄弱了，往往容易遭受病邪之侵袭而致病。

3. 机体当时之状况与发病有关：《瘟疫论·原病》说“若有三人，冒雾早行，空腹者死，饮酒者病，饱食不病，疫邪所着，又何异耶！”这说明由于机体当时状况之不同，其结果也不相同。

4. 个体反应之差异：《伤寒论注、辨太阴脉证并证全篇》写道：“六气之邪感人虽同，人受之而生病各异者，何也？盖以人之形有厚薄，气有盛衰，脏有寒热、所受之邪，每从人之脏气而化，故生病各异也。”吴又可继承并发展了这一观点，在《知一篇》以饮酒这样一个浅近例子，说明同是饮酒，有的易醉易醒，有的难醉难醒，酒醉后各人的表现又不尽相同，其原因安在呢？这是由于各人“气血虚实之不同，脏腑禀赋之各异，更兼过饮少饮之别”。他把这个例子用来解释同样的病邪作用于不同的个人，而各人的反应可以有很大的差别是很说明问题的。

5. 与诱发因素有关：《瘟疫论·原病》说“感之浅者，邪不胜正，未能顿发，或因饥饱劳碌，忧思气怒，正气受伤，邪气始张”。

以上这些因素，虽然是泛论一切传染病的，但对病毒性肝炎说来，也是适用的。所以一家之中，可以有的呈显性感染而病，有

的则可以无明显症状或仅为带病毒者。

三、论所入之门，所受之处及其传变之体。

研究一种疾病，不但要识其病名，明其病因，还要像吴又可说的那样，要研究“所入之门，所受之处，及其传变之体，平时历验方法”等各方面。

“瘟黄”之邪，多从口入，主侵于肝，邪多表里分传。

所入之门：就是指病毒性肝炎之侵入途径。吴又可认为瘟疫之邪，多自口鼻而入，具体到“瘟黄”来说，则主要自口而入，至于经呼吸道入侵是否可能，尚缺乏有力证据。

所受之处：即主要侵袭的组织和器官。吴又可说“盖当时适有某气，专入某脏府，某经络，专发为某病”。这说明一定的病原体，有其好侵犯的脏器，病毒性肝炎，虽是全身性疾病，其主要病变在肝脏。前面提到《素问》所描写的“肝热，许多症状在病毒性肝炎是有的，而且明确病变在肝，这是否与古代曾经作过尸体解剖有关？如《灵枢》说“若夫八尺之士，皮肉在此，外可切循而得知，其死可解剖而视之”。这说明古代不但重视“切循而得之”的体格检查，还曾经作过尸体解剖。这种脚踏实地、实事求是地进行医学研究的精神，是非常值得称道和学习的。可惜由于长期封建社会给予科学事业的严重摧残，致使这种宝贵的科学精神被淹没了，后世医家只能凭临床症状加以推断，难免有不符实际之处。更有甚者，脱离现实，只能在书本上嚼字咬文，穿凿附会，走向不正确的道路去。

除《素问》而外，清代《杏轩医案》在记述一个“痛呕发黄”的病例时写道“至于面目色黄，亦肝郁之使然”，这又说明古人认识肝病与黄疸之关系之例证。

传变之体：所谓“传变”，大抵是指病邪在体内蔓延和扩散及相应的病理改变和随

之出现的临床现象而言。“瘟黄”既不像仲景之“伤寒”由表及里地依次相传；也不像吴鞠通所说之“温病”，邪由上焦传向下焦。其传变方式类似吴又可所论之“瘟疫”，邪自口入，经一定潜伏期以后，常向表里两个方向分传，其向表者，则由于“邪气游溢于经络”（即病毒或其毒素吸入血液循环所致之毒血症或病毒血症），而出现表证；其向里者，因所侵犯之脏腑不同而显不同的里证。总之，其大的方向，不外表里而已。

《瘟疫论》根据表证、里证出现的先后轻重不同及其重现与否，归纳疫邪有九种传变之方式，但具体到某一种传染病或某一个患者来说，往往只限于一种方式。故吴氏说“夫疫之传有九，然亦不出表里之间而已矣。所谓九传者，病人各得其一，非谓一病而有九传也”。而病毒性肝炎，邪多表里分传，下面说明我对这个问题的一些见解：

传变之根据何在？古人多藉临床表现加以分析归纳所得，凡邪之传表者，多显表证；邪传里者，则显里证。

病毒性肝炎之表证：如早期的畏寒、发烧、身酸头痛等中毒症状，这是肝炎之毒血症，符合《瘟疫论》所说的“症邪游溢经络”、“浮越于某经，即显某经之证”。绝大多数肝炎早期都有上述的中毒症状，类似“伤寒”太阳经证。肝炎黄疸期，出现皮肤巩膜的发黄；及伴随而来的皮肤搔痒等症状，也可视为肝炎之表证，但其机制是“肝失疏泄”致胆红素郁积于血液之中而显于巩膜皮肤者，虽显表象而其根在里。

病毒性肝炎之里证：如消化系之食少、痞闷、肝区作痛、或便秘、或腹泻；泌尿系之小便深黄、或尿少、或水肿；神经系之烦躁不安、或谵妄、或昏迷惊厥；血液系统之出血倾向如鼻衄、吐血、便血等，均是肝炎之里证。

表里之关系：肝炎虽有表证里证之殊，但先入于里，根源在里，不能表里等同。

四、“发黄”的研讨

发黄是病毒性肝炎的重要症状，古之论黄者，多主湿热郁蒸为黄，我认为这种说法是错误的。我赞成古代有关“肝胆郁而为黄”的理论。

肝胆郁而为黄前面提到《素问》说“肝热病者，小便先黄。”肝炎之尿黄，常为黄疸之先驱，是古人已知肝病与发黄之关系了。《杏轩医案》又说“面目色黄，亦肝郁之使然”。进一步阐明了黄疸之形成，是由肝郁之所致。《寓意草》说“胆之热汁满而溢于外，以渐渗于经络，则身目俱黄”。这又明确指出胆道淤阻与黄疸之关系。

以上这些见解，与现代的所谓“肝细胞性黄疸”与“阻塞性黄疸”之机制基本相同，即黄疸产生的根本原因，是肝胆不能顺利地胆红素加以排泄，致胆红素郁积于血液之中，经小便而出则尿黄，沉积于皮肤巩膜则显黄疸。

“湿热发黄”之说应当否定：虽然古已有关于黄疸机制之正确认识，何以论黄者仍多主湿热而成呢？我想可能有以下原因：

①《内经》虽然说了“肝热病者，小便发黄”但未明确提出黄疸；《内经》又说“湿热相交、民病疸”。因此，后世多遵照《内经》明确指出黄疸者作为依据。

②《温病条辨》说“夏秋疸病、湿热交蒸、除承袭了内经原文外，并提供发病较多之季节作为根据。

③自然现象之联想：如绿色植物堆集一起，不久绿色变黄，植物堆里温度增高。故推想是由于湿热郁蒸而发黄。殊不知这种现象是植物叶绿素起了化学变化的结果，温度增高是化学变化过程中伴有热能的释放，并不是先有湿和热，最后因湿热郁结而发黄。因果关系必须分清。人不是绿色植物，岂能与之相比！果如此，则于密室之内行“蒸汽疗法”者，岂不都成了黄疸病人了么？

④审证求因：或有认为湿热之说，来源于证候的推断。如肝炎病人，小便多黄，尿为液体，属湿、黄为热相，是湿热也；有的有水肿、腹水、是湿也；有的上腹饱闷，是湿邪困脾；有的苔黄而腻，脉濡而数，凡此均为湿热之相。我认为审证求因原系比喻推断，本不足为凭。至于舌象、脉象、徵诸实际，常非如此！

结 语

“瘟黄”是具有传染性、并可导致流行的“黄疸病”。很像现代的病毒性肝炎。古人对“瘟黄”的认识，是在长期实践中，逐步深入的。起初认识了黄疸及临床表现，

后来进一步认识到诸种黄疸病中具有明显传染性者，而以“瘟黄”名之。笔者坚持“疫病为病”的观点，不同意湿热是本病的真正病因；在病机传变上，根据病毒性肝炎之实际，结合《瘟疫论》关于疫邪传变的观点，突出邪由口入，先入于内，主侵在肝，表里分传的传变方式。在论证方面，充分阐述古代有关“肝胆郁而发黄”的观点，反对“湿热郁蒸”发黄的论断。

笔者既尊重前人的成就，又不以原文为拘，对古代正确的观点，给予充分阐述，对其错误论点，也未敢雷同。一些粗浅体会，愿同道批评指正！

浅 谈 麻 黄 汤 及 其 变 方

绵竹城关中心卫生院 王 元 勋

麻黄汤一方为治伤寒而伤营卫之主方，凡无汗恶寒多用之。以麻黄能开卫闭，营血内郁，故出现无汗恶寒之症。麻黄汤以气药为主，卫郁一开，而营血自和也。方用麻黄之大开皮毛，直透寒邪以行气于玄府，桂枝从肌达表，调和营卫，杏仁治喘降逆，甘草和中。只此四味用之，治太阳之表实证，无不效若桴鼓。

既云：麻黄能开毛窍，为治无汗之专剂，则于汗出而喘之证，当为禁忌之药。而麻杏石甘汤竟用之者，其意何哉。

病有汗下之后，寒邪外束，阳气内郁，酝酿成热壅于肺，肺失宣降，发为喘咳，汗为热迫而出也，故用石膏以清热，热去则汗止。而外寒正盛又不得不用麻黄以解表而兼宣肺，喘为肺气上逆，加杏仁以降气。一宣一降，以解肺气之壅闭，是为麻黄汤之变法，而又另立一法也。柯韵伯称此方为治瘟

病之主剂。盖以其起初之时，即内经所谓未满三日可汗而解之法也。

至于大青龙汤乃治外寒内热之症。其外症虽似伤寒而兼烦躁之象，是结合桂枝，麻黄、越婢三方去芍药而组成。重在发汗之中兼清肺热，以除烦躁，使麻黄得石膏之性进行发外，不留于中。此方有安内攘外之功，为发汗之重剂，但必须审证明确，始可施用。若一旦误投，不特病不可愈，且有汗出亡阳之虞。

仲圣为后世垂戒早有论云：“若脉微弱汗出恶风者不可服。”此圣人既立此方即垂此戒，恐后人用不当反以误人，则害不浅也。

小青龙汤乃治水停心下而表不解，以其平时所积之水气，乘表邪外来泛溢逆行，停于胸肺之间，故用麻黄以攻表寒，姜辛以行里水，半夏降逆，五味敛肺，兼芍药之苦降以开泄，甘草之甘缓以和中，（下转6页）

胃痛治疗点滴

江油县人民医院 高树楷

“胃痛”是一种常见疾患，究其病因，多由于饮食不节，情志内伤，或六淫外袭（多为寒湿之邪）所致。胃痛初起，多属实症、久者虚实夹杂，寒热交错。进而气滞血淤，络脉损伤，出现呕血，便黑等证。根据中医脾胃学说的理论，临床中应充分重视胃的功能和特性，注意胃和其它脏腑的关系，在治疗上才能获得较好的效果。

“胃”汇也，水谷汇聚之所，是谓四时之变病，死生之要会也。“胃”，是人体脏腑中的重要器官，《内经》称它是“仓廪之官”，前人特别强调胃气，所谓“人以胃气为本”，说明胃气在人体有其特殊的重要性。胃之所以能纳，是依靠胃气，如胃气虚弱，则纳食不佳；如胃气衰败，则化源不足。故历代医家在治病时都重视“养胃气”，认为“有胃气则生，无胃气则死”。胃的功能包括“受纳、腐熟，降浊”三个方面。胃的这些功能也反映了胃的特性，即“胃主纳”，

“胃宜降则和”、“胃为躁土”。胃有阴有阳，“阳”是原动力，无“阳”则孤阴不生。故我在临床治疗胃痛时，常在养胃阴的药物中佐用制附片，均姜、吴萸等药。

胃在脏腑中地位重要，它和其它脏腑的关系也很密切，故胃有病可影响其它脏腑。其它脏腑有病，也可影响到胃。结合临床来看，胃和肝胆的关系尤为密切。沈金鳌说：

“胃痛，邪干胃脘病也。惟肝气相乘为尤甚，以木性暴，且正克也。”说明忧思恼怒，气郁伤肝，肝木失于疏泄，可以横逆犯

胃，引起气机阻塞，胃失和降。根据“欲实脾土，必先运肝木”的理论，宜配用白芍，乌梅等药，这样既可柔肝敛阴，同时又不碍胃。而不宜过用香燥破气药，如枳实之类，庶免导致或加剧出血。

胃痛的治疗，必须分清寒热虚实。胃脘冷痛，绵绵不休，时吐清涎，脉迟，多属寒饮留中，宜温脾健胃，用吴茱萸汤或理中汤加减；胃痛而时有灼热感，口干心烦，便秘，渴赤，系胃热阴伤，可养阴益胃，人参乌梅汤增损，痛无定处，痛连二胁，其发病与七情有关者，为肝气犯胃，宜舒肝理气止痛，用柴胡疏肝散化裁；胃痛而有定处，或大便色黑，拒按脉涩，为淤痛宜活血化淤，用失笑散加减；胃脘胀痛、噎腐吞酸，厌食呕吐，脉滑者，为饮食伤胃宜消导和胃，用平胃散合保和丸治疗；胃痛绵绵，时作时止，喜按喜温，遇寒更甚，为阳虚胃寒，用附子理中汤。此外因疣虫扰胃者用乌梅丸，因阴虚阳旺而肠燥不通者，用润泻镇痛法，以上几点，供临床参考。

在胃痛治疗的同时，应特别注意嘱咐病员节制饮食，劳逸结合。王孟英说：“饥饿劳逸，皆能致病。”李东垣说“饥饿不得饮食者，胃气空虚，此为不足。饮食自倍而停滞者，胃气受伤，此不足中兼有余”。对胃气虚和胃阴不足的病人，由于饮食失节，劳逸不均更可以出现出血穿孔等症状，造成危险。注意饮食劳逸，对配合治疗至关重要，不能不察。

典型病例介绍：

左××，男、63岁。初诊78年4月17日。

患者因上腹部胀痛，面色黧黑，大便隐血++++，以溃疡病出血诊断入院。经六天治疗，病情未见减轻，准备手术，因病人年迈体弱，不愿手术，请我诊治。当时患者形体消瘦、面色不华，少气懒言，舌淡苔白、脉沉细，症属脾阳虚弱，统摄失权，血不归经。拟温阳运脾，标本兼顾。处方：苡仁18g，乌梅12g、白芍24g，丹皮12、山查12g、当归15g均姜9g、天雄片18g(另包先煎) 吴茱萸4.5g，甘草3g。

二诊：78年4月26日，药后胃痛减轻黑

便色转，食欲增加，原法合拍，上方去苡仁加细辛3g，均姜增为12g，吴茱萸6g。

三诊：5月17日，精神好转，大便已不黑，食量增加，但时而干嘞，大便三四日一行，脉细数。此乃阴津不足实热内扰。上方加火麻仁24克滋阴润燥。

四诊：5月29日，全身情况逐渐恢复，气色红润，饮食如常，大便不黑，胃脘不痛，嘱注意饮食。处方：泡参24克、白芍24克，苡仁15克，当归15克、均姜9克、制附片18克(另包先煎)，山药18克，木通9克，乌梅9克，甘草3克，谷芽15克、麻仁24克。

半年后随访，未见复发。

运用固表祛邪法的点滴体会

剑阁县城关区卫生院 王柄如

虚人外感是临床常见的证候之一。表虚之躯多属卫阳不固，感受外邪之后，治当固表补气，若一味祛邪，每多伤正，常导致外感终年反复难愈；若专注补正又易伏邪，造成闭门留寇之患，故治不得法，往往犯“虚虚实实”之戒。余临床多年，宗集古训，对此类患者，常采用固表祛邪法治疗，每收到较好效果，简介如下。

一、黄芪赤风汤——寓通于补

黄芪赤风汤为王清任《医林改错》书中之方，由黄芪、赤芍、防风三药组成。黄芪振奋阳气，有益气固表之功，佐防风相须为用，使托风邪外出之力愈彰。赤芍通滞，活血行淤，寓通于补。正如王氏所云：“使气通而不滞，血活而不凝，气通血活，何患病疾不除”。余在此方基础上，随证加味，治疗因常服外感药使表虚易受邪之患者，常收

到满意效果。若邪气较盛而见身疼痛者，则酌加羌活、川芎、秦艽、木通等品以助祛邪之力，并适当减轻黄芪用量，以达既祛邪扶正，又不留邪之意。若余邪未尽，邪少虚多则重用黄芪，略加知母以制黄芪之温，再加补气之党参，养血之当归等品，正气强而邪可留无之地，则疾患自除。

医案：蒲××、男、30余岁，粮站职工，于78年以来，反复感冒，经中西医治疗，迁延半载不愈，身体逐渐消瘦，自汗常出，食欲减退，来院求余诊治。观其面色㿠白，脉象浮虚，舌苔淡白，症现头痛身倦、涕泪俱下，自汗不已，微有寒热感觉，根据脉证论断，系为表虚受邪之候，治以黄芪赤风汤并重用黄芪，略加羌活，川芎、苍耳等味，嘱其连服三剂。再次复诊，诸症悉减，自觉精神好转，食欲增加，行动较前有力，诊其脉象