

杨作霖

临证录

甘肃人民出版社

5.7
-6

临 证 录

杨 作 霖

YX159/15

—

甘 肃 人 民 出 版 社

1021348

临 证 录

杨作霖

甘肃人民出版社出版

(兰州庆阳路230号)

甘肃省新华书店发行 兰州新华印刷厂印刷

开本787×1092毫米1/32 印张3.75 字数76,500

1980年8月第1版 1980年8月第1次印刷

印数: 1—45,500

书号: 14096·56 定价: 0.35元

前 言

我院杨作樸老中医，从事中医临床工作四十多年，有丰富的中医理论知识和临证经验，并擅长内科杂证。

《临证录》，是在杨作樸老中医的临证医稿中，按每篇写作的时间顺序选编而成。内容包括“肝胃气痛与心痛方”、“阳痿的常见证型与治疗”、“酸枣仁汤加减方——治疗梦行（游）症的有效方剂之一”等二十二篇临证体验，具有立论明确、分析精详、遣方用药灵活的特点，可供中西医务人员参考。

《临证录》，是由杨作樸老中医自己编选，王志琪、毛玉生等同志协助整理。不足之处，望读者批评指正。

甘肃省中医院

1979年9月

目 录

肝胃气痛与心痛方·····	(1)
芍药甘草汤及其加减治疗习惯性便秘简介·····	(8)
寒热同用——运用反治法临床实践之一·····	(12)
行止并用——运用反治法临床实践之二·····	(14)
阳痿的常见证型与治疗·····	(17)
黧黯(某些种类的黑变病)·····	(23)
口喎风(面神经麻痹)·····	(27)
对重症肌无力的认识及治疗·····	(30)
倒经(代偿性月经)·····	(34)
急性肾盂肾炎、无严重水肿及高血压症的	
急性肾小球肾炎·····	(38)
痹证(一)·····	(47)
痹证(二)——类风湿性关节炎·····	(51)
慢性化脓性鼻窦炎(鼻渊)·····	(56)
阴囊湿痒、出黄汗证(或阴囊湿痒证)·····	(63)
结核性淋巴结炎——颈淋巴结结核(瘰癧)·····	(68)
多发性疔病·····	(77)
口腔粘膜扁平苔癣·····	(80)
天宦(先天性生殖器官发育不全)·····	(82)
民间流行的一首治疗哮喘效方	
——本方供医务工作者参考·····	(86)
痹证(三)——寒湿型痰注肩、髃、臂痛·····	(90)
酸枣仁汤加减方——治疗梦行(游)症的有效方剂之一·····	(94)
腺病毒肺炎——近似风温、冬温·····	(103)

肝胃气痛与心痛方

肝胃气痛是一种常见病，历年来我曾应用心痛方加减治疗过多例本病患者，取得较好效果。同时又用本方加减治疗溃疡病等疾患以及用它制止肝、胃癌患者的疼痛，也多取得较为满意的疗效。现将对肝胃气痛的初步认识及心痛方的分析和运用，介绍于下：

一、肝胃气痛的病因病机与分型、 症征、治则、转化信号

肝胃气痛是一个一般习用的病名。祖国医学上肝气的“气”，本来是指正常的肝脏升发和条畅的一种能力。肝病之后，在气分上往往出现两种相反的情况：一种是肝气太强，疏泄太过而成的肝气横逆等；另一种是肝气不及，疏泄无能而成的肝气郁结。所谓“肝胃气痛”就是指第一种情况——肝气横逆侵犯胃腑的胃脘痛。

肝胃气痛的病因病机，开始多因忧思恼怒而致肝脏作用太强，气机不和，升发失调，因而肝气横逆侵犯胃腑，胃失和降，所以经常发生胃部胀痛，这个阶段以肝气犯胃为主。继因“气有余便是火”，或因肝气久失升发条达，转化为热，而致肝胃阴亏，则入兼有“郁火、郁热”阶段。后以久痛入络，络脉损伤，以致瘀血阻滞而血行不畅，转进兼有“血瘀”阶段。

在这三个阶段里，各有特征，治疗重点也不相同。但第一、二阶段，多属实证，虚证少见；至于第三阶段则虚实均有，在其前期，实证尚多，到了后期，则虚实夹杂，或为实多虚少，或为虚多实少，证征交错同时出现。

型别、症征、治则和转化信号表

型 别	主 症	舌苔脉象	治则	转 化 信 号
肝 气 犯 胃	胃脘胀痛（或只胀不痛），攻痛及胁，按之较舒；暖气。	苔薄白， 脉沉弦。	理气 止痛	如舌质转红，脉亦带数，则欲“化火”。
兼 有 郁 火、 郁 热	胃脘刺痛，痛势甚剧；烦躁易怒，吐酸嘈杂，口干口苦。	舌红苔黄， 脉弦数。	理气 泄热	如舌红少苔，脉弦细数，为“热已伤阴”。
兼 有 血 瘀 (实证期)	胃脘刺痛而拒按，痛有定处，食后多痛，甚则吐血、便黑。	轻证：苔脉与“热已伤阴”同。 重证：舌质带紫、脉涩。	理气 活血 佐以 养阴	如唇白舌淡，脉象细弱；或舌质老红，脉象细数，为实转虚。

二、心痛方的药物分析及临床运用

心痛方——潘兰坪原方如下：

丹参9克 朱麦冬6克 佛手6克 砂仁1.2克 香附3克
 乌药3克 元胡4.5克 川楝子4.5克

或加：檀香少许（磨汁、冲服）或加：百合，水煎服
 在临床实践过程中，我对心痛方的常用剂量：

丹参 9 克~18 克 朱麦冬 9 克~12 克 佛手 9 克~12 克 砂仁
3 克 香附 9 克 乌药 9 克 元胡 9 克 川楝子 9 克
或加：檀香（后下）3 克，或加：百合 9~15 克，水煎服。

（一）药物分析

肝气横逆是肝胃气痛的主要病因，它不论在本病三个阶段的哪一个阶段里，都起着主导作用，在第一阶段当然更是主因。本方的10种药物，重点即从解决主要病因——理气入手。它选用了：

香附——理气以止痛；

乌药——理气以镇痛；

川楝子——疏泄肝热、解郁止痛；

元胡——活血理气以止痛，镇静，解痉；

檀香——理气止痛，健胃；

砂仁——理气宽胸，健胃止痛；

佛手——理气止痛，健胃止呕。

这七味药，实际上已全部或大部分包括了香乌散（香附、乌药）、金铃子散（川楝子、元胡）和丹参饮（丹参、檀香、砂仁）等以理气止痛为主，兼治郁火、郁热和血瘀的三首早已行之有效的方剂。它慎重而又有选择地使用了被誉为“气病之总司”的香附；“不刚不燥”的乌药；“性不燥烈”的元胡等于一方。这样，不仅提高了理气的疗效，基本上可以避免“香燥伤阴”的弊端。

但除痛疼之外，还将会出现或已经出现的兼有郁火、郁热和血瘀的症状，逐渐转化成为主症。为了解除这些症状，本方又选用了：以补阴为主的朱麦冬、（朱砂：泻热），百合（养阴清热）及以活血为主的元胡与丹参（活血去瘀、镇

痛、降压、抗癌)。增加上述四味药物，主要是针对兼有郁火、郁热和血瘀的。

再将本方药物的“味”分析一下，有辛味的砂仁、乌药、檀香；有辛苦（或辛微苦）的元胡、香附；有辛苦酸的佛手；有苦味的丹参、川楝子；还有甘微苦的麦冬和甘淡的百合。这些，不仅符合《内经》指出治肝方面“肝欲散，急食辛以散之，用辛补之，酸泄之”。“肝欲酸”及“肝苦急，急食甘以缓之”的重要原则，也分别主次的概括了历代治肝的“疏肝以辛，清肝以苦，补肝以酸，缓肝以甘”的具体治则。

通过多年来的临床观察，本方在治疗本病上，只要灵活地把理气、补阴、活血三个重点掌握恰当，则不但疗效明显，而且也不会出现什么香燥伤阴的毛病。

（二）临床运用

1. 对本方的加减

（1）用于肝胃气痛方面：临床上最常见的，多属第一、二阶段合型或第一、三阶段合型。又多因外寒、恼怒或挟食诱发而复作。因之，照抄原方（指原方药物及其原量），效果有时并不够理想。历年来个人在使用本方上，采取了二种加减的方法：第一种，根据各阶段见症的主次、轻重，对本方药物，只作用量上的调整。偏于第一阶段者，则将理气类药酌增用量；偏于第二阶段者，就把补阴类药用量加重；偏于第三阶段者，则把活血类药适增其量。第二种，根据各阶段在寒热虚实等方面的突出见症，除个别病例外，仍以本方为主，随症加减。寒证稍露者，加吴萸，减少或去掉川楝子；热证较显者，加山栀，减少或去掉乌药、檀香；虚证将现者，加北沙参，酌减理气药；实证明显者，参照第一种加

减法进行加减；外寒诱发者，加桂枝、紫苏，减少或去掉川楝子；挟有食积者，选加莱菔子、麦芽、建曲。另外，还要注意血压偏低或有出血倾向者，丹参不宜多用；孕妇，元胡慎用；血虚内热或月经先期者，香附不宜用；脾胃虚寒及便溏有湿者，川楝子、朱麦冬、百合酌用。

(2)用于溃疡病方面：基本上仍用上述各法，如兼：吐酸偏寒者加吴萸，偏热者加左金丸；吐血、便黑，加三七；保护溃疡面，加白芨。

(3)用于肝、胃癌方面：一般先用上述治疗“肝胃气痛”各法止痛，继而以治癌为主，另予处方。

2.在这里附带谈两个问题

(1)关于用药剂量大小问题。对于药物用量，有人主张宜大，有人主张宜小，历来医家意见颇不一致。个人认为：如患者虽病而脾胃基本无恙者，较大剂量尚可使用；如患脾胃疾病或因他病损及脾胃的病人，则以较小剂量为佳（若病情严重，非用较大剂量不能挽救者，亦应多次分服），利于吸收，以免脾胃负担过重，徒增刺激。

(2)关于服药时间问题。服药时间，早有食前、食后、空腹等等之分。个人认为：空腹服药，刺激较强，易致恶心、呕吐，除某些必要情况外（如服驱虫药等），一般均以饭后一小时后服药为佳。胃病患者，更应该这样。

3.运用体会

从脏腑方面来说，肝气横逆，侵犯胃脘，引起胃痛，这是因为肝对脾胃起了疏泄作用。所以这种类型的胃痛和肝有密切关系，而不能认作单是胃本身的疾病。根据病因病机，按照“必伏其所主，而先其所因”的理论，指导临床实

践，就是说要以理气止痛为法，应用“心痛方”以理其气。所谓理者，一方面是把胃部横逆的肝气，使其泄降；另一方面又把肝部失调的气机，使其调和。这样，肝脏可以条达，升发可以正常，而病渐愈。临床观察，这类病人多能于服药后半小时疼痛逐渐减轻，以至消失。如：1968年冬我在西和县巡回医疗时期，曾有省金属公司×××同志，因怒后胃痛二日不止，连服并注射止痛药物，如颠茄、阿托品等，同时也用其他疗法，痛未能止。后来，处以本方加减，煎服一次，约半小时疼痛即减，二剂痛失。

从经络方面来说，足厥阴肝经之脉，循少腹，挟胃，布于胁肋。《内经》说：“肝病者，两胁下痛引少腹……。”因为肝脉布于胁肋，少腹属于肝经部位，肝气横逆，多从本脏本经部位开始，继则循经扩散。发病部位虽有不同，病情虽有轻重、久暂，但其病因却是一样。本方以理气为主，兼可泄热、活血，故对溃疡病（包括胃及十二指肠溃疡）使用本方加减，治疗过多例，疗效较佳；对慢性肝炎也常使用本方，能使症征渐减，肝功好转；在1960年初，我运用本方治疗一例少腹痛，多日不止的病人（本院住院患者）连服二剂，疼痛即止；近几年来，又用本方加减治疗过七、八例肝癌、胃癌患者，不仅对上腹部胀满疼痛能较快的起到止痛等作用，肝胃肿块也似有所缩小（附病历）。

再从气血方面来说，如痛经等病证，也都可用本方加减治疗。这一方面，病例不多，尚待今后继续观察和验证。

三、尾 语

肝胃气痛的病因，既然多因忧思恼怒而成，并常因

外寒、挟食，易于诱发。所以在病愈之后，患者应该注意摄生，经常参加体力劳动，以免反复发作，而造成慢性疾患。肝胃气痛发作之时，应在避免香燥伤阴的基础上，先用理气镇痛之药以止痛。痛止之后，再用滋阴柔肝之药，以固其本。这样，才可防止复发。

四、病例介绍

陈××，男性，44岁。患者近几年来，常因上腹部胀满疼痛，前往本市各医院检查诊治。1972年6月下旬以病情危重，随入××医院住院治疗。住院28天因胀痛不除，要求出院。诊断为：晚期肝硬化，肝癌，腹膜炎……。

7月30日初诊：患者右上腹剧烈刺痛，拒按，痛射右肩和背部。上腹部胀满，时有剧痛。一日强进三餐，共计不过二两，食后胀满尤甚，且感恶心，有时腹痛腹泄。身体消瘦，疲乏异常，发热，背部常有冷感。面色黯黑，掌红如朱。近百日来，阳事不兴，龟头有绿豆大小的溃疡面数处。舌尖红而少苔，脉弦而数。证属“症、积”，给清热解毒、化瘀软坚之剂，二付。

8月1日复诊：药后病情无改变，胀痛如旧。患者再三要求先给解除疼痛胀满，续治余症。随以理气、化瘀为主，佐以滋阴软坚。处予“心痛方”加味，嘱服二付。

8月4日遣人来告：次日将药购齐，随即煎服一付，痛即大减，又次日续服一付，基本上疼痛已失，斯日即进主食九两，食后亦无明显的腹部不适，心情顿舒，精神觉佳。愿再续服二、三付。

8月12日又诊：谓将上方连服六付，上腹胀满疼痛基本

消失。仅于二、三日间右上腹部偶感微痛一下，瞬即消失。每日约食6—7两。仍守原方稍事加减。

至8月末，在几次治疗以后，胀痛基本消失，饮食亦佳。

1973年3月写

芍药甘草汤及其加减治疗 习惯性便秘简介

习惯性便秘，多属于祖国医学大便燥结证。凡阴虚血耗，火盛水亏的患者，多会导致津液不生，传道失职，渐成本证。治疗方面，固宜热者凉之，寒者温之，虚者补之，燥者润之，而养血滋阴实为治疗本证的根本原则。不可为了速效，妄用通利，重伤元气，耗散真阴，以致燥结更甚。但遇久病或重症患者，如用养血滋阴，则多缓不济急。若误用通利，而后果又属不良。经过临床实践，证明芍药甘草汤不仅通便效果良好，且无便后燥结更甚之虞。兹谨简介如下：

一、选用芍药甘草汤治疗习惯性便秘的经过

临床上往往遇到不予灌肠（或用指掏挖），就不能自行排出粪块的病人；或在服用大量峻下药后，可暂通便1~2次，后又更显秘结；或屡服泻药而仍不便者。听来似乎属于“小病”，但患者却痛苦不堪。因思如何能在不伤阴、不败胃的基础上，达到较快的无不良反应的使病人大便畅通，且无便后复结的办法？经过再三思考，想到《伤寒论·太阴篇》

中“太阴为病，脉弱，其人续自便利，设当行大黄芍药者，宜减之，以其人胃气弱，易动故也。”这一条，第一把大黄芍药同时并举，都列入“减”例，第二还说明了“宜减之”的原因。我想：大黄芍药作用虽不相同，但其“易动”却是一致的。从而进一步设想，如何才能把芍药用于胃气不弱的习惯性便秘病人，使其能“动”呢？

于是，翻阅了一些关于中药的书籍。《本经》说：“芍药主邪气腹痛，除血痹，破坚积，寒热疝瘕，止痛，利小便，益气。”从其主治中，看不出有明显的通便作用，那就更谈不上用它治疗便秘，何况文中还明白的指出它有利小便的效能呢！再查《别录》，它说：芍药主治“通顺血脉，缓中，散恶血，逐贼血，去水气，利膀胱大小肠，消痈肿，时行寒热，中恶，腹痛腰痛。”这段文字里，也只提到“去水气，利膀胱大小肠”，仍然得不到用芍药治疗便秘的较为满意的答案。

反复思考，张仲景既然提出芍药“易动”，那在他的著述中，总还可以找出一些线索。于是对《伤寒论》、《金匮要略》二书中用芍药的64个处方筛选一下，比较起来，脾约麻仁丸方中之用芍药，似较突出。但该方不以芍药为主，同时又配合了其他几种泻下药物。所以，这也很难说明只以芍药为主，便可治疗便秘的这个问题。

继之又读《本经疏证》：“脾约麻仁丸，则似用芍药为下药者，盖因阴结而地道不行，得此即可通降故也。”虽然说“得此即可通降，”而因配有大黄、麻仁等药物，所以仍难使人理解到“通降”之功，首在芍药。

再读《本草经读》，“芍药，气平下降，味苦下泄而走

血，为攻下之品，非补养之物也。……气滞之病，其主之者，以苦平而泄其气也；血滞之病，其主之者，以苦平而行其血也”。（关于芍药的“味”，另文讨论。）复读《本经疏证》之“芍药能入脾开结”及“芍药合甘草以破肠胃之结”。在芍药为“攻下之品”和芍药合甘草能“破肠胃之结”（所谓结者，是指气滞、血滞；所谓攻下者，是行滞之意，滞去则气血畅而新者可生了。）的启发下，虽然个人阅读有限，未曾见过以芍药为主治疗习惯性便秘一证的先例，但根据上述中医理论的基础以及芍药的功能，分析比较，似可试治便秘。我在临床实践时，重点放在小便正常的病人。服药后，观察其通便方面，能够起到什么效果；小便方面，又会发生些什么反应。

二、处方、适应证及服法

（一）处方：生白芍24克至45克 甘草12克至15克

适应证：燥热、气滞及血虚型便秘（粪干成块，堆集肛口，虽经持久努挣，终仍不能自行排出者）。

（二）处方：生白芍24克至45克

适应证：同上证，兼血压偏高者。

（三）处方：生白芍24克至45克 阿胶（烔化）18克至30克

适应证：同上证，兼阴虚者。

以上三方，均系成人量。水煎服。一日一剂或一周一剂，以便畅为度。

本疗法对于某些疾病所引起的“症状性便秘”，如肠癌、乙状结肠狭窄，肺结核等病人之便秘症状，服后也能起到通便而不伤阴，且无便后更加明显燥结的副作用。但从远效

来说，则仍应以治疗主病为主。

三、病例简介和疑点

我是一个典型的习惯性大便燥结患者。几十年来，常被本证所困迫，后来引起痔疮、便血。虽然习以为常，思想上不太重视，但常因此导致食少及发生其他症状。每用生白芍45克、阿胶30克，煎服一次，6小时左右，即可畅便，次日或隔日续服余药，又必大便。药后便前均无不良反应，小便如常。一周一剂，可达到间日一便。后因阿胶有时短缺，改用白芍一味煎服，亦获同样效果。

1962年间，有一男孩，产于××医院，生后数日尚不大便，于第五、六日灌肠后，方开始第一次大便；直至半岁，每三日必灌肠一次，否则努挣哭号，粪便仍不能排出。后来就诊，处以生白芍9克、甘草6克，服至三剂，即可自便。续服七、八剂后，日便一次，且无努挣表现。至于小便，服药前后，并无什么改变。

多年来，根据辨证选用三方，治疗本证多例（除气虚及阴寒凝结型外），均取得预期的效果。在这些病例中，偶有兼肿胀者，因药后大便得畅而肿消者有之，但未发现一例于服药之后，大便仍然不通而尿量、尿次独现明显增多者。因此，我对《本经》只提及芍药“利小便”，却未明显谈到能通大便一点，不无疑义。当然，这与个人水平低，经验少，病例不多，观察不详，再加之个人未专用芍药以利尿为目的而去治疗水肿病人，不无关系。仅就管见提出，以供研究。

1973年3月写

寒热同用——运用反治法临床实践之一

《素问·五常政大论》：“治热以寒，温而行之。”这种治法，包括着在寒凉药中稍加温热药，作为反佐的疗法，它属于“反治法”的范畴，是热因热用法的一种。我在临床上经常使用这类方剂，治疗多种疾病，不但获得良效，而且它的配伍大多精简，基本上具有验、简、便、廉的优点，所以也就得到患者的欢迎。

一、治疗胃热（火）引起的牙痛，多用《疡医大全》二辛煎。

初步体会：本方以石膏为主，除胃热；佐以细辛，散浮火。药味虽然只有二味，却包括了“治热以寒”，直捣病巢的作用；同时又以从类相求，而运用了“火郁发之”的治则，给热（火）开辟了出路，以达到消炎镇痛的目的。这样，较之单纯使用“以寒治热”硬行扑灭的方法，更胜一筹。寒热同用的疗法，是把一寒一热两类性质、气味、功能完全不同的药物，配合同用。在相反相成中，就能取得另一种新的效果，有的还能治疗一些比较复杂的疾病。

（一）治疗方法

1.实热（热实、脉不虚者）型：成人，一日量：内服一剂（分2—3次，饭后温服），含漱一剂（乘热频漱）。

2.虚实夹杂（热实，脉虚者）型：成人，一日量：含漱1—1剂半（乘热频漱）。

3.处方：生石膏（先煎）45克左右、细辛4.5克左右，