

# 中醫疾病新論

(續上期)

姜春華 吳挹青

## 腳氣

維生素B<sub>1</sub>在人體內之作用，是有助於炭水化合物在體內之氧化，緣炭水化合物在體內新陳代謝產生之焦葡萄糖氧化時，需要維B<sub>1</sub>所組成之一種輔酶加入，否則即不能氧化，倘此種乳酸與焦葡萄糖積蓄在中樞神經則發生運動麻痺，知覺異常，臄反射減低等症狀。在末梢神經則因此種產物之刺激使之發炎，而發生多發性神經炎。在心臟則發生右心室擴張，其因有二；（一）心肌因有乳酸之積蓄而變衰弱，（二）橫膈膜神經因發炎而麻痺，使呼吸運動減弱，右心過勞，而經肥厚後擴張，並有血壓下降，及脈搏異常等現象。又維B<sub>1</sub>有保持胃腸之分泌與吸收機能，故缺乏維B<sub>1</sub>時，蛋白質等分解與吸收發生障礙，形成低蛋白血症，發生浮腫、食慾減退、體重減低等症狀。此與脚氣臨床所見之身體倦怠，腓腸肌有壓痛，手足及口吻之知覺鈍麻，下腿浮腫、心悸亢進、心脫苦悶，食思減退，洩少、便秘、脈數、諸徵候甚相脗合。

## 內傷

（非一病之名乃指若干病之原因及症狀）

〔前人學說〕凡人饑飽失時，勞役過度，以致脾腎受傷，忽然發熱，倦怠、嗜臥，懶於言語，亦間有頭痛惡寒者非外感也；外感之惡寒雖近烈火而不休，內傷之惡寒得溫暖而即解。

李東垣曰：「外傷風寒客邪有餘之病，當瀉不當補。內傷飲食勞役不足之病，當補不當瀉」。故其所立補中益氣湯，則以酸味收其散越，甘溫補其虛衰，甘寒瀉其熱火。若時在夏令兼受暑邪，身熱自汗，心煩口渴，倦困少氣，惡食、小便澀少，大便稀溏，則宜清暑益氣湯。

又有寒濕之病；其症內則腹脹，胃脘當心而痛，多溺涕，外則足軟痛不能任身履地，骨乏無力，兩丸多冷陰陰作痛，腰脊脾眼與背皆痛，此則緣脾胃寒濕所致。

外感之自汗，聲高氣壯，內傷之自汗氣短聲微。外感之發熱頭痛，晝夜不止，內傷之發熱頭則有止期，此其別也。

〔新論〕按中醫古籍所言之內傷，細究之不過體力、腦力、操勞過度之衰弱，及由飲食不慎所致之胃腸疾患，蓋身體一部份用之過度，往往影響全身或一部份之健康不能恢復其生理狀況，乃至成他病者。又因體質衰弱及神經機能過敏或衰弱，為由於疲勞而發，未嘗因於風寒，故有別於外感。若言其真正疾病，亦不外體力衰弱，神經衰弱，與急慢性胃腸疾患等。而往昔中醫籍分門別類殊多，其所以若斯者，當不過為便利於認症及治療而已。至於穿鑿附會，重見複出，則由於時代關係事所難免，要在善於識別抉擇耳。再考李氏內傷之說，殆兼於內難，調經論云：「帝曰陰虛生內熱奈何？岐伯曰：有所勞倦形氣衰少，穀氣不盛，上焦不行，下脘不通，胃氣熱，熱氣薰胸中故內熱。」難經云：「飲食勞倦則傷脾」惟李氏謂內傷飲食勞役當補不當瀉，頗有語病，以勞倦不當與飲食對待，而飲食若為過度則為有餘，當瀉而不當補也。

## 虛勞

〔前人學說〕虛勞者；因勞而虛，因虛而病。聖濟總錄謂因五臟則為五勞，因七情則為七傷，勞傷之甚，身體瘦極則為六極。五勞者；肺勞、心勞、脾勞、肝勞、腎勞。七傷者；傷精、傷魄、傷魂、傷志、傷神、傷意、傷氣。六極則為筋極、血極、肉極、精極、氣極也。

李中梓曰：「內經之言虛勞，惟是氣血兩端。至巢氏病源，始分五臟之勞，七情之傷，甚而分氣血筋骨肌精之六極……使學者惑於多歧，用方錯雜伊誰之咎乎？蓋以內經為式但於脾腎分主氣血，約而該確而可守也。」

〔新論〕中醫方書於此病分類最繁，且人言言殊；如巢氏病源於五勞即並列二說，六極七傷亦衆說紛紜。按巢氏之分，以症分也，後人從之因證施治也，李中梓氏非之者，蓋見虛勞病隨症施治之不為功也。考中醫所謂五勞七傷，不過感情衝動，操勞過度而致神經衰弱，結核病，慢性消化系等病，故凡慢性病之機能衰減，營養不良，面色萎黃，陰痿遺精，掌心熱，潮熱等皆屬之虛勞。故李氏主張培養脾胃實有至理，緣中醫

之補脾藥，即健胃而兼強壯藥，中醫之補腎藥，殆有性腺內分泌刺激而兼強壯藥。此二類藥物對肺勞及神經衰弱患者，皆為治本之劑，使患者體質漸趨強健，體質強健則疾病自除，（此種營養療法，在近世仍為醫界推崇）故李氏之說實為證候療治中根本療法，此亦為後世醫家進步之處。

至於中醫認為七情足以致病，往時部份西醫人士多指為臆說，然解放以來吾人學習蘇聯之先進醫學，根據先進的蘇聯生物學發現認為生體與其生活環境為一整體，而偉大之生理學家巴甫洛夫氏，亦曾觀察證明動物之生體與周圍環境為統一性，而患病之生體與周圍環境之間亦存在着此種相互關係，巴氏並研究證明中樞神經系統在生理及病理之過程發展上起主導作用，因此對精神之各種作用能引起某種疾病之發生，如所周知，驚愕、憤怒，有時引起心臟，血管系統，腸等疾病。故人類高級神經系統（精神）之刺激可能是由於所見聞之言語而起。巴氏曾謂「就動物之環境而言可作為信號者，幾乎僅為直接由視覺聽覺及生體其它受體(Receptor)之特殊細胞而傳至大腦半球之刺激及影響，此即吾人由自然及社會周圍之外界環境而來之印象，感覺及觀念，除開所見聞之言語，此即人與動物所共通之第一信號系統，但言語於吾人既為第一信號系統之信號，然又構成人類所特有環境之第二信號系統」由於第二信號系統為抽象，邏輯之思維與語言之生理基礎，故第二信號系統乃由第一信號系統之發展所逐漸形成，因此凡能影響第一信號系統之因素，皆足以改變及影響第二信號系統；相反亦如此。緣此種緊密相互之關係，故巴氏認為第一信號系統所得之刺激，可成為各種疾病原因時，則視聽所得之人類語言亦可能形成各種病理過程之原因。準斯以觀則中醫舊說之七情在病理學說上得巴甫洛夫氏之說，不難予以理解；非全由臆測也。

## 癆 瘵

〔前人學說〕癆瘵者；虛損之極而氣血兩敗也。其為症也；令人肌肉羸瘦，皮毛乾枯而甲錯，睡中盜汗，午後身熱，乾咳，痰嗽，久則聲音嘶啞，咯唾出血，或痰中帶血，有由陰虛乾血者，有由陰虛積熱者。始健不瀉者宜以攻下為先，亦有由蟲者；世有闔門盡死者即所謂傳尸癆也。古人亦名飛尸，又名鬼疰，宋嚴用和濟生方曰：「癆瘵一症，傳變不一積年疰易，甚至滅門。」

癆瘵之疾若至泄瀉則死不治，不瀉而能食者尚可圖之。

〔新論〕按癆瘵即近世之肺結核也。古人因其有羸瘦、盜汗、咳血諸症狀，致以為由於虛損，故亦歸之虛損門中，而言為虛損之極者。本病往往傳染於家族，大有類於遺傳，然據病理學說並無遺傳之事，其所以沾延家屬者，蓋由於父母染有此疾，同胞兄弟姊妹稟賦易染本病之素因，且自幼生活於癆病患者之近傍致易於感染。明虞搏醫學正傳曰：「侍奉親密之人，或同業連枝之屬，薰陶日久受其惡氣多遭傳染，故曰傳尸，初起於一人不慎，而後傳疰於數十百人，甚而至於滅門滅族。古人因見如斯之可駭，宜乎付以傳尸、飛尸、鬼疰種種惡名也。然據古人之經驗亦測知為一種生物作用，惟彼時既未有顯微鏡，且無科學之技術（如染色等）故不知為植物類之細菌，而意為動物類之蟲，醫學正傳故謂：「此病最為可惡其熱毒蘊積之久，生異物惡蟲食入臟腑精華，變生諸般奇狀……」且更附會臆造羅列臟腑，謂勞傷於肝胆者則為毛蟲，勞傷於心與小腸者，則為羽蟲，而徐春甫古今醫統則更推波助瀾，謂蟲候有九，並以腸中寄生之蛔蟲、寸白蟲、燒蟲亦列於其中，甚且謂六蟲傳於六代，其形狀與病狀種種不一。凡此皆鑿空之談。考之西說，結核之病係由於一種耐酸性之結核桿菌藉灰塵及飛沫所傳染，由呼吸道而達肺部，侵入肺組織，結核菌雖不產生外毒素，但活結核菌對組織之刺激性甚大，因此細胞將其包圍構成一小結節，此即肺結核之名所由來，以故結核之形成乃表示身體對細菌之一種抵抗作用，而使其不得擴張，設身體抵抗力得勝，則結核將徐徐消失，或硬化為癍痕，反之傳染擴大，細菌突圍則結核愈趨增大，其中央部營養不足遂死滅變為乾酪樣物質，久之則病變部周圍之結締組織增殖，以後全結節或化為結締組織而治愈，不然則乾酪變性漸次進行，病變部逐漸擴大，乾酪物質隨痰吐出後，該部遂構成空洞，空洞之內或其壁上常有小血管，一旦此血管破裂可致咯血，若較大動脈之突然破裂，可忽發咯血致死，至其全身徵候，其初起常從發熱上發現其病，致熱型為全身證候中之重要徵候，（有低於正常溫者，在早晨甚低，亦有無熱結核長期慢性肺癆病，有時體溫正常而病灶仍在進行者）其熱如緩緩而來者經過大抵良好，在無熱時一般症狀亦佳良，但多數有 $37^{\circ}\text{C}$ — $37.5^{\circ}\text{C}$ 之微熱存續，晨低夕高，所謂低熱狀態，其傍晚熱度昇高時有達 $38^{\circ}\text{C}$ — $38.5^{\circ}\text{C}$ 者，如此日以為常，能持續至六七月之久毫不變化，此期病者午後訴倦怠感，往往自以為無熱，但不能工作，乾酪性肺炎，及粟粒結核等進行迅速者，常伴特殊之發熱，侵晨為常溫與否不論，至晚則達 $39^{\circ}\text{C}$ — $40^{\circ}\text{C}$ 之高熱，著明弛張極有規則，是曰消耗熱，亦能持續至數月之久。就病果而

言，夜晚體溫愈高預後愈凶，亦有晨高而夕低者，則曰顛倒熱，亦為不良之兆，發熱之因固由於毒素形成，但亦有由於繼發之炎症變化，亦有由於自分泌物發生之腐敗性及毒性物質之吸受者，至今未明其究竟。事實上發熱與經過有重大影響，瘦削、衰弱，及各種自覺症狀皆隨發熱而臨，瘦削為肌肉弛緩，皮下脂肪減少而言，其因則緣食慾減退及因發熱而新陳代謝亢進，此外並有關於菌毒之直接作用。有初期即現瘦削者，但以末期最為著明，因瘦削及貧血之結果，活動力減弱甚至無力運動，多數有盜汗，此蓋由於消耗熱之半夜下降，及因呼吸障礙而致血中菌毒及其他毒物積蓄使然。本病無論若何重篤即至最後仍能意識清明，發現神經症及精神症狀者甚罕，有時病人不過能陷於輕度之憂鬱狀態而已，其末梢神經則往往知覺過敏自訴不定部位之神經痛，膝反射多亢進。

本病之治療藥物在近十餘年來實有長足之進步，其在一九三五年以前所用之藥物若砷、碘、金汞之化合物，及魚肝油、染料、鈣劑等，其類雖多然無一確有療效者，推溯其源實由當時研究此病之一般學者，多錯認結核分枝桿菌有臘質外衣之掩護，非任何藥物所能摧毀，以致對結核病之化學治療極為失望，迨一九三五年磺胺發現後，結核病化學治療之研究亦重複引起學者之注意，一九三八年 Rien 氏與 Follis 氏首先試驗發現口服磺胺能稍抑豚鼠結核病之發展，然必服用大量至數週之久方能見效，致不克應用於人，一九四〇年 Felaman, Hinshaw 與 Moses 氏起始研究磺類藥物，發現普洛明 (Promin) 能抑制豚鼠結核病之進展，其作用較磺胺類為大，各國學者復繼此研究成甚多之磺鹵化合物，惟因其缺點多故臨床效用尚不能確定，目前對結核病療效較確定藥物有鏈絲菌素，對位氨基水楊酸，及硫脲胺三種，雖尚未達特效藥之理想，然較往昔之束手無策進步多矣，此類藥物除能制止某些病例之惡化使其體力逐漸恢復以利手術之進行，且對若干病例亦確有療效。最近之異菸醯肼（商品名雷米豐）據學者報告其於試管內抗結核桿菌之作用較鏈絲菌素大五至十倍。而其試用於臨床之報告：對肺結核有顯著療效之適應為浸潤性病灶（即滲出性），血型局部擴散病灶，粟粒性結核，淋巴擴散病灶，結核性肺炎等。致其療效與鏈絲菌素相仿，然其反應輕，應用方便；製造易，價格廉，故有人認為此藥雖非特效，但不失為結核病化學治療之一線曙光。總之此病之治療未可全持藥物而忽略於靜息、大氣、營養、氣候、及一切外科之壓縮、油胸、肺廓成型等標準治療。若病勢已深雖然用藥亦不過緩解症狀，暫免痛苦以苟延時日而已。故此病之療後天多不良。

其經過期間最短者僅三個月，（即俗稱百日癆）最長有延至十年以上者。大抵患此病者愈老則愈輕，年愈幼則愈重，五十以上之人即染有此病亦多無性命之虞。中醫治療此病注重於培養體力，改良血行，緩解症狀在一般無法獲得現代化之治療患者以中藥治之亦不失為一種對付辦法。

當茲預防重於治療之際，對結核病之管制如卡介苗接種，病例搜尋，與夫隔離與治療又不容忽已。

## 泄 瀉

〔前人學說〕泄瀉者為胃中水穀不分併入大腸，多因脾濕不運所致，內經所謂「濕多成五泄也。」其症水穀或化或不化，腹痛或不痛並無帑責亦無膿血及裏急後重，惟覺困倦故與痢疾異。方書分此為濕瀉、濡瀉、水瀉、洞瀉、寒瀉、飧瀉、脾瀉、腎瀉、食瀉、胃瀉、飲瀉、痰瀉、火瀉、滑瀉、大瘕瀉等，然總其綱不外飧瀉、寒瀉、熱瀉、濕瀉、腎瀉、食瀉六種。飧瀉者腸鳴腹痛完穀不化。寒瀉者所瀉澄清微如鴨糞，腹中絛痛，小便清白。熱瀉者糞色黃赤，肛門焦痛，糞出穀道猶如湯熱，煩渴，小便不利。濕瀉者瀉物如水而不腹痛，胸前痞滿而口不渴，小便黃赤，或微感腹痛大便稀。腎瀉者其人每在五更天將明時洞泄二三次。食瀉則多緣傷食，脾滯不能運行水穀，腹中絞痛痛一陣瀉一陣下過稍寬，少頃又痛，所下之物臭穢粘膩。綜上所述泄瀉之症名狀雖衆，而致疾之因則不越寒、濕、熱、食積、脾虛、腎虛各端，臨症宜詳參症脈分而治之。

〔新論〕泄瀉為最普遍之腸胃疾患，綜觀舊說所列各徵候，實該括西說之急性腸炎與慢性腸炎諸病，其病源大抵急性者由於飲食不潔或感受寒冷，及其七腸病之續發。慢性者每由於急性所轉成，其有初起即屬慢性者，則類多為肝臟病及心臟病，或門脈鬱血所累及。本病之一般症狀多為雷鳴腹痛，下利三四次或數十次不等，週身倦怠，口渴，小便少，或同時併發胃炎而現嘔吐、噁心、嘈雜等症狀，所泄之糞便視水分之多寡而異，或如水狀，或如粥狀，且混有粘液及泡沫，（因腸中之炎性滲出物及膽汁，肛門括約肌攣縮不能排泄通暢，久留腹中則發酵而成瓦斯，如廁時瓦斯與粘液雜下則見泡沫狀。）腐臭異常，而以次數既多胆汁不及着色，故呈灰白色，若下利不止體液被耗則生渴感，甚則因水分損失過多，血液循環發生障礙則四肢厥冷，脈搏頻數、眼窩凹陷而現虛脫之象，夏秋之間每被誤認為霍亂，幸中醫治療多為隨症療法，有斯症即用斯藥，雖治霍亂之方移以治此亦屬無妨，主要在辨其

寒熱虛實而投劑，蓋寒、熱、虛、實、為中醫治病用藥之規律，亦中醫獨特之醫療體系，古人對泄瀉之分門如許亦不過為依據證候之發展變化而決定治療方針之便利，是故瀉瀉之治以滲濕，食瀉治以消食，痰瀉治以化痰，餘如寒者溫之，熱者清之，虛者補之，實者攻之，用之適當每亦效如桴鼓。

五更瀉可能為續發性腸結核，因腸結核之下利多發於夜間及早晨，古人以關係生命之病屬之於腎，腸結核在往時本屬豫後不良之病，故古人謂之腎瀉云。

## 痢 疾

〔前人學說〕古代痢疾之名不一，內經謂之腸澼，滯下，難經稱之大瘕泄，其因多緣起居不慎，風暑濕之外侵，內則飲食失節生冷過度所傷，其症多先發寒熱，或先見泄瀉繼而裏急後重，所下或紅或白，或紅白並下如膿血小便赤澀。白痢傷氣，赤痢傷血，腹之疴痛以微與窘而分寒熱，墜則於糞之先後以辨虛實，大抵初痢多為濕熱，久痢症多虛寒。更因症狀之異而病名亦殊，若下痢不食則名噤口痢，糟粕雜於所下之膿血中則名水穀痢，墜痛而膿清血者名風痢，時發時停則名休息痢，膿血雜下五色則名五色痢，所下之物若有臟腐屍臭之氣多凶。

其有一方一家之內上下傳染長幼相似則是疫毒痢也。為時行不正之氣所使，初起多先見惡寒身痛、發熱、嘔吐之象。

丹溪心法云：「下痢若塵腐色者死，下純血者死，下如茅屋漏水者死，大孔開如竹筒者死，唇如朱紅者死。」

千金方云：「凡痢病通忌生冷酢滑，豬羊鷄魚，油乳酪乾酥，醬、粉、鹹，所食諸食皆大熟爛為佳，亦不得傷飽，此將息之大經也，若將息失所則聖醫不能救。」

〔新論〕古無痢字；中醫古籍將此病與泄瀉統稱下利，則以有無裏急後重而別於泄瀉，患之者其病情輕重相差頗巨，其致病之因中醫古說以為飲食不節風冷相干。西說主為痢疾桿菌所傳染，此菌初為日醫志賀氏所發現，本病多見於多人羣聚而衛生環境較差之處，熱帶與亞熱帶尤多此病，其流行季節每自季夏至季秋，兒童之感受性較成人為大，急性之最輕者僅每日泄瀉二三度大便無粘液，亦無全身症狀。暴發型則病起突然有惡戰及高熱，每緣嚴重之血中毒，不久可致命。一般病狀有一至八日之潛伏期，無甚前驅症，普通每以泄瀉，食慾不振，腹部不適及全身違和等發病，本病固有之臨床症狀為頻回之瀉痢，大便之性質混有血液，粘液及膿、腹痛而裏

急後重等，最初泄出稀薄糞便，一日五六次，一二日後泄痢次數加多，排泄物中含糞漸少而混有血液及粘液塊，若此之後早則數小時多則數日，排泄物即為純血液，粘液性排泄物含血多而赤紅者稱赤痢，含粘液或膿多者為白痢。如在廁前降結腸及橫結腸部必現痼痛，而便後又覺便意窘迫，斯即所謂裏急後重，其因蓋由於直腸粘膜既有炎症又遇排泄物經過之刺激而起者，上述痼痛之性質有時較強而延及全腹部。（尤以臍部）腹部一般陷沒，在大腸特於乙字腸處每能觸知索狀物，觸時有壓痛，裏急後重起後又欲排便，排便後感輕快，然俄而裏急後重又作，此為本病之局部症狀，而全身症狀一般較其它傳染病為輕，然若赤痢桿菌產出多量之毒素可能引起各種危重之症狀，如面貌憔悴眼窩陷沒，脈搏細速，皮膚厥冷，聲音嘶啞，每陷於衰弱而死，本病延至一月以上則可為慢性，慢性者多因當急性階段未有充分治療，或過早恢復正常飲食與工作而致病者，經常排泄稀薄而含有少量粘液之糞便，每在再達數年之久或治愈或因衰弱而趨死亡，本病傳染之途徑每為帶有菌菌之糞便污染食物、水，直接或間接侵入吾人之消化道而引起病症，又蠅與蟻亦為媒介物。

另有一種原蟲性阿米巴痢疾者，自一八九七年日人志賀潔氏發見赤痢桿菌奠定菌性赤痢之病原體後，二病方有明確之分野，惟蟲性赤痢之侵襲，不及菌性赤痢之廣泛，其流行之區域以熱帶左近為盛，故又稱熱帶赤痢，非洲之納爾河流域及西印度諸島流行最烈，我國之流行區域，以長江流域為最盛，其病原為赤痢變形蟲，其傳播皆緣患痢者或帶蟲者排泄之帶包裹（Cysts）之赤痢變形蟲沾染飲食所致，在大腸中繁殖使大腸粘膜發生潰瘍，其病狀亦可分急性與慢性兩類，急性者較少見，臨床徵候大致與急性菌痢相似，體溫亦較菌痢為低且無噤口嘔吐，僅中有度之裏急後重，但在大便中可檢得阿米巴繁殖體，其重者病勢突然發作形似蟲樣突起炎（闌尾炎）。急性症漠視不治或治而不效之患者則變為慢性，亦有初起即為慢性者，症狀與慢性菌痢亦相似，且常有原蟲與桿菌混合傳染者，臨床上與慢性菌痢及潰瘍大腸炎似無區別，其特點祇為復發性高熱與腹瀉。大便中混膿血而便中反不易檢得原蟲，在不發作期大便亦較稀薄帶有膿血粘液，其有一種人，大便雖經常帶有阿米巴包裹，其人腸壁雖亦受損傷但不現病狀而可將病傳播他人，此為西說菌痢與原蟲痢之綜概，較以中說則風痢、濕痢、熱痢、五色痢、疫痢、近似於桿菌痢，中說之休息痢則最似阿米巴痢，而治休息痢之鴉胆子經近

人劉效良、吳執中、張昌紹諸氏之研究及臨床試

（下接10頁）

的處方有下列八方。

(一) 胃腸機能紊亂(或瀉或不瀉食物不化,水穀不分等症)用疳痢仙丹一服即可控制其症狀。巴霜五分 胆星二錢 神曲適量作糊 硃砂二錢爲衣 全蝎去足一錢 殭蠶一錢 大黃一錢 麝香五分 萊子大,日服一丸。

(二) 消化不良尤以食餌性消化不良以及異嗜症用消疳飲。

四君子湯加黃連五分 胡黃連五分 青皮一錢 縮砂一錢 神曲二錢煎服

(三) 消化不良兼腹瀉者用山藥茯苓湯  
山藥三錢 茯苓三錢 車前子三錢 烏梅二個 並可加雞肫皮酒煎服

(四) 頑固下痢者理中加茯苓湯  
黨參三錢 白朮二錢 乾姜一錢 甘草一錢 茯苓三錢煎服四肢厥冷更加附子。

(五) 便青用弄玉湯加附子  
茯苓三錢 桂枝一錢 白朮一錢半 甘草一錢 陳皮二錢 黃連一錢 木香一錢 煎服體溫減低者再加附子。

(六) 便青吐乳小半夏加茯苓湯 半夏三錢 生姜一錢 茯苓三錢煎服依症加桂皮青皮伏龍肝

(七) 吐瀉發熱用錢氏白朮散  
黨參三錢 白朮二錢 乾姜一錢 甘草一錢 藿香一錢 木香一錢 葛根五錢煎服

(八) 兼眼症狀者用石決夜明散 石決明二錢 夜明砂二錢爲末每服一——三分一日三次或煮肝食之本方對角膜乾燥,角膜軟化,雀目均有良效,加蕪荊湯送服更佳,蕪荊者衡陽俗呼四葉菜也,對疳疾似有效。

以上所舉方治,是我個人臨床習用,效能可確的一些方劑,當然不是疳疾的處方盡止於此,可能在同業中更有優良的處方,我希望大家交流經驗,求得病名與處方的一致,而作更進一步的研究,除上述方劑以外針灸療法,多數是勝過藥物。我常用的孔穴是四縫 天樞 章門 神闕等

穴,其操作如下:

針刺四縫各一針,針後略加擠壓以出少許組織液爲適合。

灸神闕、章門、天樞三穴自三——七炷(我用的灸是○•三分直徑的艾撚用刺壓法來進行的)

以上針灸均以每週或五天一次效能確實甚至一二次以後顯見體重增加,大便正常,胃納好轉的病例非常多。

結語:

中醫對於疳疾由於診斷學的條件限制,大半都是根據症狀,以主觀意識論斷,各家意見,不能全同,醫宗金鑑,搜集各家意見,分疳疾爲十九種,雖然綱舉目張,但是病理學的基礎是沒有的,因此我們中醫,在偉大的毛澤東時代,科學的唯物主義時代,對於下一代兒童的健康,必須是實事求是用科學來解釋現實,對於爲害兒童最大的疳疾,大家獻出自己的經驗求得一共同認識,這是有一個重要的實踐意義。

又中醫對疳疾所採取的挑疳和割脂,是盛行於各城市和鄉村的,這一點我們也要整頓一下,他們的宣傳是歪曲真理的,以衡陽市而言,他們說挑疳是在四縫穴處挑出疳根,所以把四縫穴位處的肌腱挑得崩崩響,如果挑出脂肪顆粒(魚子一樣)就說是疳根,同時又在少府穴位,以刀割破皮擠出脂肪組織並用鉗子撕離脂肪組織,這種粗暴的手術和宣傳是極不正確的,我們刺四縫刺少府完全是利用刺激的反射作用對器官作用的調整,那裏有什麼疳根,現在我們不接收我們的寶貴針灸遺產,而來一個挑字,一個割字,是極愚笨的辦法,我對於疳症,用針刺四縫輔以灸腹部穴位,無不取效,從不割脂與挑,尤其一般挑疳的醫生所用的器械,既髒又鏽,又不消毒,其影響之惡劣,是不堪想像的,附提於此,以供同業研究。

(上接8頁)

驗之結果證明確實有效,終止急性病例之下痢症狀有類似吐根鹼速效之特性,且較吐根素爲廉便。

古人因時代關係無科學診斷之助不知驗菌,故僅能就其症狀與表面觀察之誘因以立說,故有休息、噤口、五色諸名,後世鑑於有流行傳染之趨勢,則又創疫痢之名。(始見於明醫繆仲醇先醒齋筆記)中醫因不識細菌與原蟲,至其論下利也無論其爲腸胃自身變化,或細菌原蟲侵襲但知依臨床所見徵候施其對症方藥,此種症候療法不

重病因,其在往昔本不足病,然吾人處於今日科學時代對疾病之真正原因實不可不知,亦不許不知,某一疾病其原因爲何?病理爲何?其經過及轉歸又如何?皆所宜全部了解,蓋醫者能具此真知確見然後對同一疾病所見之種種症候,及各種病因所發之同一症候皆能清楚認識,不特於症候療法上有莫大裨益且可作種種合理之措施也,是故吾中醫同道應努力學習科學醫學充實自己,以便能更好地爲人民服務。

(未完)