

中醫疾病新論(續)

姜春華 吳抱青

消 渴

〔前人學說〕消渴者本謂渴而不小便；其渴而小便多者名渴利，不渴而小便多者名內消，巢源，千金所論是也。唐後漸廢渴利之名而統名消渴，宋元以後又分消渴為上中下三消；上消者上焦病也，大渴引飲隨飲隨渴，以上焦之津液枯涸其病在肺。中消則為中焦病，多食善饑不為肌肉，日漸消瘦，飲水多而小便赤其病在脾胃。下消則為下焦病，飲水多而小便渾濁，為淋為濁，如膏如脂，面黑耳焦其病在腎，古人以為火其實不盡然，如飲少而小便多，色清白者即屬寒。三消渴之小便不臭反作甜氣及如豬脂浮在溺面者重。

〔新論〕消渴病主要包括今之糖尿病，糖尿病屬胰島內分泌障礙而影響碳水化合物代謝紊亂，凡食物經消化後多變為單糖由小腸吸收後經門脈輸入肝臟，再將一部份吸收之單糖變為動澱粉，遇食料缺乏時即漸將此動物澱粉還化為單糖，由肝靜脈輸入普通循環系統以供血液需要。然糖尿病人因胰島素分泌缺乏致使組織細胞內之葡萄糖（單糖）不能利用，血糖昇高超過腎閾而有糖尿，西醫診斷以尿中有無糖質為別，倘煩渴而尿量增加尿中不含糖質者則為尿崩症。有者尿中雖有糖質而尿則不多，尿不多即不渴，其渴飲而尿多者因須多量之水以溶解糖質，有時尿中非但有糖且有蛋白、脂肪，故其尿除甜味外且如膏如脂，蓋糖質原為生理工作之原料絕不當排泄，若機能紊亂而排泄遂成消渴，設其人消化器不病必思攝食以補償，然補償有限排泄無度，故多食善饑而瘠瘦日甚也，其因患此病者皮膚抵抗力低故常見癰癤，中醫治此以所顯症狀為主，用八味地黃丸及麥門冬湯為最普遍，而山藥、黨參、黃耆之治糖尿病亦經近人在臨床上屢驗，其藥理作用以西說解釋應為降低血糖，然經近人趙燦黃、經利彬諾氏之研究報告對制糖作用尚未一致，但臨床上之療效又為不可否認之事實，故其藥理似有待進一步之研究也。

黃 疸

〔前人學說〕黃疸之病由脾胃濕熱鬱蒸漸至身目如金，汗溺俱黃，內經所謂：「濕熱相交民

病瘴也」。疸病有五；身目悉黃寒熱體倦曰黃疸，食已如飢，頭眩煩熱身黃者為穀疸，大醉當風入水心中懊憹，不食欲嘔，面黃赤斑者為酒疸，房勞小腹滿急，額上黑，手足心熱，薄暮發者為女勞疸，汗出染衣色如柏汁，因身熱汗出澡浴，水入毛孔而成名曰黃汗，疸病雖區分為五而大要不外陰陽二症，大抵陽黃多由瘀熱，煩渴頭汗脉必滑數，陰黃多因寒濕，身冷自汗出，脉必沉微。陽黃係胃府濕熱薰蒸與胆液泄越上侵於肺則發而為黃，其色明如橘子故治在胃。陰黃係脾臟寒濕不運與胆液浸淫，外潰肌肉則發而為黃，其色晦如煙薰其治在脾，陰黃雖亦有體痛發熱者，但身如薰黃終不似陽黃之明如橘子黃也。

李挺云：「黃疸以十八日為期，十日以外入腹喘滿煩渴面黑者不治」。

〔新論〕黃疸之病為胆汁成分混入血液循環所致，故能明胆汁之生理作用，則黃疸之病思過半矣，考之平人肝臟分泌胆汁由輸胆管而注入十二指腸以助消化脂肪，且刺激腸壁以促其吸收，故胆色素雜於大便中排出無由入血循環，若一旦十二指腸或輸胆管有蛔蟲侵入或發生胆石以及炎症腫瘍皆足以阻塞胆汁之流通，於是胆管內壓增高，毛細胆管與肝小葉胆管之移行部破裂，胆汁先入肝小葉之淋巴管，然後流入肝竇，終歸入血絡，及引起全身黃疸此謂之阻塞性黃疸。倘肝臟細胞機能發生障礙，如砒、銻等中毒，使肝小葉全部被破壞，使胆汁入肝竇，散佈於全身而形成中毒性黃疸。又有溶血性黃疸者，乃由紅血球為溶血性細菌或寄生蟲所損害，使紅血球大量溶解，產生大量胆紅質，超過肝臟排泄之最大功能，因之大部份停滯於血中使全身組織染成黃色。此為胆汁與本病之因果，本病初起必眼結膜先黃，其病解時而以眼結膜最後退，患者之色澤因胆汁色素入血之成分不同而異，溶血性者因赤血球大量破壞血色素存留血中而呈青黃色，阻塞性者則呈深黃色，細胞中毒性者呈黃赤色，各型患者大抵均小便黃赤而大便反白。此病在解剖視之全身組織無一不黃惟腦脊髓如故，此種黃色素既染於全身諸組織復混於汗液及小便中以排泄於體外，故本病之解必以汗液與小便為出路，中醫謂黃疸由濕熱鬱蒸所致，輕則治以滲利重則治以攻下每多治愈，觀於大黃硝石湯方能去十二指

(下接第31頁)

我對中醫的意見

木 華

一、中醫的來源

人類自猿進化爲人以後，爲了要交換經驗而產生了語言、手的勞動愈頻繁，要交換的經驗就愈多。爲了記憶這些經驗，腦子也愈發達。

比起猿來，當然是個大進步，然而對大自然的一切現象，仍不能解釋，遇到疾病，只有祈禱，於是祝由便隨之而興起。

但祈禱畢竟醫不好病，有的固然因體格強健，僥倖病氣衰而自愈，但大部份終因病加劇而至於死。在這種環境下，就有人以針灸草木藥石試之，因爲獲得了效果，針灸藥石治病的經驗就慢慢推廣，至黃帝時，收集了這些經驗而有靈樞素問之著。周秦戰國，醫術亦精，至仲景更搜集民間醫方，加以整理附以己見曰傷寒論，金匱，是爲中醫湯藥治病方書之起源。

此後葛洪著肘後方，孫思邈著千金方，王貞之著博濟良方，嚴用和著濟生方等，皆是採集民間驗方加以整理而成。由此可見中醫係由羣衆在勞動中創造出來的，其診斷和方劑，是由千百萬人治療經驗的總結。

金元四大家起，各立門戶，造成以後中醫界互相攻訐，各樹一幟，堅持己見的流弊。

明崇禎間，瘟疫流行，吳又可集民間治療方參以自己治療經驗著瘟疫論，葉天士著臨症指南，清代薛生白著溫熱條辨，吳鞠通著溫病條辨。於是中醫之治療漸臻完備。

然而因我國長期處於封建社會，科學不發達，對治療的原因不能解釋，於是醫學理論也就脫不了陰陽五行水火的範疇。直至現在，還一直被視爲不可磨滅的真理。

自毛主席指出了「中醫科學化」的方向後，中醫界正在或即將走上一條嶄新的道路。

二、我的意見

由於黨和政府對中醫的重視，因而指出了「中醫科學化」的方向，它代表黨和人民寄予中醫界的最大希望。

但是，有些人對指示的精神，體會得顯然不够。

在泉水鄉有一位醫生，看到完小校一個姓胡的女教師發丹毒，在診斷書上他寫上慢性貧血病。在民衆鎮一位姓朱的同志，診一小兒肺胃上有微熱，於是診斷書上寫上了肺炎。

還有一位姓劉的醫生，剛業醫不久，把所有的醫書完全拋去不看，也不訂閱有關醫學問題的書刊雜誌，等待着中醫科學化以後，把中藥提煉得像西藥一般後再學習。

這些，顯然都是不正確的，因此我建議：

1. 中醫師應該而且必須學習馬列主義毛澤東思想，樹立爲人民服務的觀點，以唯物辯證的眼光，批判地接受祖國醫學遺產。拋棄其不科學的部份如陰陽五行水火等。

曾經有一個中醫師，認爲陰陽五行水火等說是不可

以廢棄的，理由是「如果沒有陰陽五行水火……怎麼能醫病呢！像傷寒不是太陽傳陽明……的麼」？！

他沒有明瞭中醫的診斷和治療，本身就是由羣衆中來，本身就是千百萬人治療經驗的總結，然後才由某些人付以唯心論的哲學思想而寫成理論的。並不是先有了這些理論而後創造出診斷和方劑來的。

由此可見中醫的診斷和方劑，大部是正確的，而其理論則大半是非科學的必須拋去的糟粕。

2. 中醫界歷來沒有一部完善系統的醫學書籍，更沒有完善的中醫專門學校，不是以師徒方式的個別傳授，就是存心業醫的人自學鑽研，但因中醫書籍繁多，門戶不少，這對自修的學習，當然是非常困難的。因此，我希望中醫界先進編輯一些系統科學的醫學書籍是非常必要的，並以供醫師們的參考。

3. 中醫師應經嚴格的考試；

有些鄉下醫生，對業務知識貧乏到驚人的地步，以一本時方歌括作醫病法寶，有的連時方歌括都不熟悉也在行醫，對最淺顯的病證也不能辨認，用藥達二三十味，涼熱攻下藥都有，僥倖治好了人，病者身體已吃虧不小。因此我建議應經考試合格的才能行醫。

4. 設立中醫專門學校，培養中醫師，設病理藥物等部，學習先進經驗理論、化驗中藥，並研究其殺傷病菌力的有效成份。

5. 提煉中藥，改進配方，經臨床試驗後加以推廣，以減少服藥者的麻煩。

（上接第5頁）

腸或輸胆管之障礙物，使胆汁不致鬱滯而得流動，由斯而論中醫古昔於病理解說雖多不合於近世科學，而治療方法則大有可採也。細繹之金匱所謂之穀疸似指十二指腸之病變，凡胃腸之炎症古概以傷食爲原因，至若食如飢而飽煩眩則爲消化與吸收間亢進及減退之故，因此可知穀疸爲胃腸炎併發之黃疸。酒疸者嗜酒者之慢性酒精中毒，每能使肝臟變硬而致肝細胞原發性變壞，故酒家之發生黃疸亦屬可能，惟女勞疸於近世病理未有明證，考其所舉證候「腹如水狀不治」似係指肝癌或肝性肝硬化末期之現象，黃汗病金匱收於水氣病篇，後人以其汗黃遂列爲五疸之一，自其體腫發熱之主徵孔之應不屬於疸病系統，患者發熱身腫痛口渴，汗之所以黃據一般解釋恐係因高熱溶解赤血球，血色素起化學變化從汗液排出之故，又有據發熱、汗出、兩脛自冷、身常暮盜汗、胸前痛、腰以上有汗腰以下無汗、腰體弛痛如有物在皮中，狀劇者不能食等症狀以爲係胆道疾患，如胆石、胆囊炎等，肝臟腫大亦有可能云，惟黃疸者不僅汗黃其他組織必有着色，今按金匱黃汗各條並不言及其他，故黃汗之病應否屬於黃疸實有問題，吾人於此不强作解人僅提出如是意見而已。