



文献校字两则

现代刊刻的中医文献，大多先经传抄，然后付诸梨枣，错讹缺漏误逗的情形十分常见。形成句不可通或难明其义的现象。下文就管见所及，谈两处文字错讹供读者参考。

1. 《千金·养性·房中补益》：“思存丹田……俱入泥垣……其丹田在脐下三寸，泥垣者，在头中，对两目，直入内思，作日月想……。”（人民卫生出版社影印日本江户医学影摹北宋刊本，第四八九页）

按：本节论述了一种气功导引的方法，点出丹田、泥垣的具体部位。考“泥垣”又作“泥丸”，俗称“上丹田”。是气功导引中的重要名词术语，源出道家。如《黄庭内景经》说：“脑神经根字泥丸”，《赤凤髓》说：“泥丸，脑宫津名也。”大体可证泥丸位于颅腔之中。与《千金》“在头中”相合。但“对两目，直入内思”之思，义不可解。据《说文》，思字从心从囟。段玉裁引《韵会》注云：“自囟至心，如丝相贯不绝也。”点出它是个会意字。囟即囟门，位于脑的顶部。疑“思”乃“囟”字之误，后人在“囟”下添“心”，遂成思字。这样，泥丸的部位当在囟之下，两目直入内的交会处。又据《医心方》卷二十七导引第五引《养生要集》云：“旦起东向坐，以两手相摩令热，（再）以手摩额上及顶上，满二九止，名曰存泥丸。”说明泥丸当是额后及顶下的相交部分。与孙思邈所说接近。由于泥丸是一个“合经三寸许”的大致部位，而两目又在额的下缘，练功者自可体会而得。今误“囟”为“思”，则泥丸难觅，文义不通了。

2. 清·魏之琇《续名医类案》卷十郁症：“张之和治项关今之妻，病饥不欲食，常好叫呼怒骂，欲杀左右……众医半载无效……”（人民卫生出版社影印本，第二二四页）。

按：从“×××之妻”可知患者为已婚妇人，但不不知“项关今”为何许人，其妻何敢“欲杀左右”？疑非寻常百姓。考《史记·项羽本纪》：“项氏世世为楚将，封于项，故姓项氏。”司马贞《索隐》：“《地理志》有项城县，属汝南。”张守节《正义》：“《括地志》云：今陈州项城县，即古项子国。”疑“项关”即项城，今河南省东部，比邻安徽西部，故地犹在。而张子和系金元时河南名医，原籍考城（今兰考县）人，去项城约一百五

十公里。对于一位“众医半载无效”的疑难病人，三百里外遍访名医并不足怪。据此，“项关今”恐为“项关令”之讹。今本《续名医类案》“令”下脱落一点，遂致读者竟不知“项关今”为何许人。对此，笔者存疑多日，后来在另一版本中见到上述案例，果是“项关令之妻”。始见文义可疑处，必有缘故。

北京市中医研究所 符友丰

《内经》中二个方剂的误字考证

《素问》缪刺论中有：“髡其左角之发，方一寸，燔治……。”《灵枢》邪客：半夏汤“其汤方以流水千里以外者八升，扬之万遍，取其清五升煮之，炊以苇薪，火沸，置秫米一升，治半夏五合……”。此两段文字中的“治”字，古代注家大多避而不释，现代又多数作为“修治”解。但在《内经》成书的年代，尚无“修治”一词。现与古代方书相参，《医心方》卷二十二引《集验方》“已治艾叶一笥”，对“治”字日文训释为“碎”。考现代出土的《武威汉代医简》“治龙骨”。《五十二病方》“治半夏”，“燔白鸡毛及人发，治……”。《小品方》“乱发烧之治末”。《刘涓子鬼遗方》、《外台秘要》卷十九均有“治葛膏，治葛根”等。再通过《武威汉代医简》的影印资料，“治”和“治”两字绝无通、借应用的可能，例如第一类简“治金创止惠令创中温方 曾青一分长石二分凡二物皆治……”，而且原简中治、治两字并见之处甚多，可以说明这两个字是不应混淆的。

通过上述资料，可知古方中的“治”有捣、碾、研、打的意思。如半夏汤，是将半夏治成碎块，《武威汉代医简》木牘〈80乙〉“半夏毋父（咬）且（咀）”，故用治碎。燔治，是将头发先烧成炭（即“血余炭”），再治末。如此则对《内经》中这二个方剂都能解释通顺。

中国药科大学 钱健雄

变理阴阳法治疗慢性肝炎

在临床中，有部分慢性肝炎患者肝功能异常，具有肝阴虚损症状，但用滋养肝阴药物治疗效果不佳。笔者在此基础上加用山萸肉、仙灵脾、仙茅等补肾阳药物，疗效令人满意。诚然，肝炎患者湿热久羁，热伤阴液。而治疗又用清利湿热药物，更加损害肝阴。

久病缠身，阴损及阳，穷必及肾。况且滋补肝阴药物长期服用有遏伤阳气之弊。因此中医治疗慢性肝炎既要顾护肝阴，又不能忽视纠正损阳的病理变化。所以说治疗慢性肝炎燮理阴阳是一关键，补阳以配阴，滋阴以安阳。阴阳平衡则脏腑功能恢复正常。

基本药物组成：生地、枸杞各15克，黄精、北沙参各20克，川楝10克，当归、白芍、山萸肉、仙灵脾、仙茅各12克。伤阴明显去仙茅加狗脊、杜仲；阴虚症状不显去黄精加菟丝、续断、寄生；湿热之邪未净去黄精加茵陈、虎杖、苍术；脘腹胀满生地、黄精、北沙参减量，并加陈皮、川朴、谷麦芽、山楂；食欲不振加薏仁、内金；肝区疼痛加丹参、郁金；肝肿大加酥鳖甲、三棱、莪术；体倦乏力较甚加党参、黄芪。

例一：付××，男，38岁。住院号：5415。1984年5月7日入院。年前患急性黄疸型肝炎，在某医院住院治疗，症状基本消失。转氨酶130~380单位，硫酸锌浊度15单位。经其他中西药物治疗，始终未能降至正常。自觉右胁不适，乏力纳差，小便淡黄，舌质偏红苔薄黄，脉细弦。中药基本方为生地、枸杞、北沙参、当归、川楝、白芍、制首乌、黄精、仙茅、仙灵脾、山萸肉。另六味地黄丸，早晚各服10克。5月25日转氨酶恢复正常，7月31日硫酸锌浊度降至正常。于8月10日痊愈出院。

例二：黄××，男，35岁。1985年7月6日初诊。一年半前患乙型肝炎，经住院治疗症状明显好转。但精神疲惫、行走乏力，右胁肋不舒，纳呆无味，口苦口干不欲饮，溲黄便结。硫酸锌浊度16~20单位，转氨酶40~80单位。舌质红苔薄黄，脉濡。基本药物为生地、枸杞、北沙参、当归、川楝、郁金、虎杖、丹参、山萸肉、仙灵脾。连续服药四月余，症状消失，精神、体力转佳，肝功能恢复正常。

江西省抚州市中医院 唐学游

阳黄运用温药的体会

《明医指掌》说：“黄疸之病……虽云湿热，不可纯用寒凉……若纯用凉药，重伤脾土，湿未必除，热未必去，反变为腹胀矣。”笔者在临床中对阳黄使用温药进行了尝试，现谈几点粗浅体会，供同道参考。

一、充当反佐，监制苦寒。治疗阳黄的药物大多性味苦寒，有损伤脾胃阳气之弊，脾胃素虚者药后即出现心烦呕恶、便溏等。心烦呕恶者，可加半夏、干姜、吴茱萸；便溏或泄泻者，可加附片、干姜。

例一：韩××，女，21岁，1982年10月13日入院。症见巩膜黄染，全身皮肤微黄，神疲倦，口

干苦，食纳锐减，恶心想呕，脘痞腹满，右胁下胀痛或隐痛，小便色黄，舌红而苔黄腻，脉弦细。证属湿热并重之阳黄，予茵陈蒿汤合四苓散加减。一剂后，患者心烦欲呕，服第二剂时，因呕吐而被迫停药。伏首瞑思，考虑所投药物苦寒太过，于是少佐温药投之。方用茵陈、虎杖、金钱草、车前子各15克，茯苓、泽泻、白术、栀子、板蓝根、半夏、陈皮各10克，大黄、干姜各6克，吴茱萸3克。嘱少量频频温服，2剂后未再心烦呕吐；5剂后诸症渐减，黄疸明显消退；先后去吴茱萸、姜、夏，续治半月而愈。

二、振奋阳气，健脾御变。阳黄的主要病因是湿热，针对湿热之邪的清热利湿药又多属苦寒之品。而湿邪和苦寒药均易损伤阳气，所以在病程的邪盛正虚阶段，要注意扶助阳气，阳气振奋则脾健，脾健则湿去，湿去则热孤，有利于缩短退黄时间和改善症状。另外，尚可防止阳黄阴转，避免病势缠绵。常用的药物有制附片、干姜、黄芪。

例二：张×，男，19岁，1989年2月11日入院。一周前恶寒低热、头痛乏力、纳减，二天后身目俱黄，乏力、纳少加重，伴厌油、恶心，大便干结，舌红而苔黄腻，脉弦滑。证属阳黄，与茵陈蒿汤加解毒、活血之品，治疗十余日后寒热、厌油、恶心消失，但黄疸加深。改用茵陈蒿汤加大剂量凉血活血药，并辅以西药，治疗一周仍无转机。3月4日查房：患者巩膜重度黄染，色泽不晦暗，神疲少言，四肢欠温，口微干苦，舌淡红苔微腻，脉沉细。黄疸指数高达170单位，谷丙转氨酶58单位，呈胆酶分离。综合分析，认为病势为邪盛正虚，有阴转可能，遂于前方中加制附片12克、黄芪20克，以温阳益气。服3剂后四肢转温，调整上方药味及用量又进9剂，黄疸指数降至130单位，食纳增加。其后又以前方进退，续进15剂后黄疸指数下降到45单位，精神大振，食纳复常。至4月初，仍在处方中保留有制附片10克、黄芪15克，继续服用半月，出院时黄疸已不明显。

三、协调寒热，除胀疗满。黄疸病人由于湿热蕴结中焦，肝气失于疏泄，脾气难以升散，胃气难以和降，病程中常出现比较明显的脘腹胀满，单用清热利湿药或加用行气散满之品，其效往往欠佳。此时，笔者常以辛热的干姜、半夏配苦寒的黄芩、黄连，协调中焦寒热，并常规运用茵陈等治黄专药，每获良效。

例三：杨××，男，41岁，1985年6月2日门诊。巩膜明显黄染，其色鲜明，神疲乏力，口干苦，厌油，时而恶心，纳呆，脘腹胀满而午后尤甚，溲黄便干，舌质微红苔黄腻，脉弦。四诊合参属湿热并重