



若為他人母，十棗湯—— 傷寒雜病論「十棗湯」治療肺惡性腫瘤性 胸腔積液（懸飲）的臨床經驗、適應症與 幾個話題

李政育¹、吳哲豪¹、羅瑞陽²、柯中龍²、爐冰林²、黃景宏²、
陳怡蓉²、孟繁俊³、廖炎智⁴、馬辛一⁵

¹ 育生中醫診所、² 祥同中醫診所、² 遼寧中醫藥大學國際學院

³ 三軍總醫院胸腔內科、⁴ 三軍總醫院核子醫學部、⁵ 三軍總醫院神經外科部

摘要

「十棗湯」治懸飲，一切胸、腹、腦，全身水腫致橫膈膜無法上下昇降，擴胸神經受抑制之狀態，良惡性水蓄皆可。劑量以一次二公克，須配合能緩解「峻瀉」「快利」之脫水，致低血鈉，低血鉀，低血蛋白諸危象，及脫水後的心腦血管病變之昏迷、休克、猝死，其方劑大約為：

茯苓八、豬苓八、蒼朮八、澤瀉十五、葶藶子十五、炒白朮八、麻黃三、紅棗二十枚、仙楂四、龍眼乾八、防己四、天麻八、人參粉三（單位：錢），以水十二碗左右煮一小時成三碗，溶入人參粉，一天分三次服。

峻瀉、快利以水瀉七八次為度，日常保養應多服含各種動植物營養的「糜粥」，加強電解質的補充，工業用粗鹽最具高濃度鈉、鉀、鎂、鈣，可改用為調味料或加入水煎劑中，令各種電解質維持在中央偏高，才不致胸腹腦、肌膚水份不停滲出。

關鍵詞：肺癌、肺積水、懸飲、十棗湯

壹、前言——若為他人母，十棗湯

家母身體一向壯健，自父親去世後，自己一人在嘉義山上老家獨立生活十一年。民國一〇五年初的春節，全家返家過農曆年，突發現動喘、胃納差、體瘦，由平素44公斤瘦到38公斤，足膝乏力，曾出現慢走中突痿跌而下。由於獨立個性加上自尊心強，不想麻煩兒女，經多番勸勉，由長兄載北上。我懷疑可能腦水



腫或萎縮厲害，請三軍總醫院馬辛一教授門診收入住院，經住院近一週，只發現右肺積水，CT、MRI 報告不排除惡性腫瘤。經吸氧且服中藥粉香砂六君子湯合併麻杏甘石湯，再加人參，短時間穩定出院。返桃園又喘甚，喘息、倚息、躺臥亦喘，後由胸腔內科孟繁俊主任予抽吸肺水 200 多西西，並續服香砂六君子湯合併麻杏甘石湯、人參、茯苓加重，撐不到一週，又發喘急，知其肺肋膜腔的積液又滲出太多，如依目前西方醫學的角度，應再抽吸積液，但自己知道越來會越滲快，且越抽會越貧血，血容量與血液粘稠度，全身循環，皆會立即短時間出現不可逆轉性病變而往生。

五月六日週五，我在中正紀念堂有一場演講，故提早到診所聯絡一台自動製氧機，並請助理陳璟徽聯絡多家 GMP 中藥廠，皆無產製「十棗湯」，只好聯絡中盤商立即送來甘遂、大戟、芫花，烘乾，研磨出一百公克的藥物，並煮三帖前方。

姪兒約下午四時左右來取自動製氧機及藥，晚餐左右服第一次，以「十棗湯」約一·五公克調於藥湯喝下，無反應。第二天晚上再以「十棗湯」二公克調於藥湯喝下，一夜水瀉七至八次，連起坐在床邊的活動坐馬桶都來不及。

第三天以後只吃前開藥粉或人參粉，人參粉每次約六公克，一天二三次。前開藥粉每次約十公克以上，一天亦二三次，魚肉蔬共米煮成糜粥，正常調味，慢慢胃口漸開，經二週再請孟醫師複診，照 X-RAY 發現胸腔已無積液。前煮藥湯亦慢慢偶吃一碗，體力漸長，肌肉漸生，由稍坐起動喘，慢慢可稍走幾步，到 6 月 14 日來住我家，已可走十五公尺以上才有心悸、吸短，但一日夜仍有數十次咳出水狀中有勾芡狀痰，改予「知柏地黃湯 2 射干麻黃湯 1g 人參 1 鹿茸 0.5」比例的藥粉，第一次晚上睡前予約六公克試服，發現夜咳較少，次早痰較易出。第二天予二次，一次約十公克，當夜即較熟睡，少咳，次早動喘較少，走快、聲大、只偶一咳。第三天改予一次約十二公克，二次，交代可加重到十五公克一次，在第三天就幾乎無咳與動喘，連夜臥也無用氧氣而好睡。

貳、傳統醫籍對「十棗湯」的記載

一、傷寒雜病論「十棗湯」的記載

醫宗金鑑「訂正仲景全書傷寒論註上·辨太陽症脈證并治上篇」：

太陽中風，下利、嘔逆，表解者，乃可攻之，其人漐漐汗出，發作有時，頭痛，心下痞硬滿，引脅下痛，乾嘔，短氣，汗出不惡寒者，此表解裏未和也，十棗湯主之。〔按〕：下利之「下」字當是「不」字，若是下字，豈有上嘔、下利而用十棗湯峻劑攻之之理乎？惟其大便不利，痞硬滿痛，始屬裏病；小便不利，嘔逆短氣，始屬飲病，乃可攻也。發作之「作」字，當是「熱」字。若無熱汗出，乃少



陰陰邪寒飲，真武湯證也。且「作」字與上下句文義皆不相屬。〔註〕：太陽中風，表邪也。不利、嘔逆，裏飲也。表邪解者乃可攻裏飲也。審其人微汗漦漦不輟，發熱有時，頭痛，若仍惡寒，是表未解，尚不可攻。若不惡寒，則為表已解矣，而更見裏未和之心下痞、硬、滿，引脅下痛，乾嘔短氣，水蓄無所從出之急證，故徑以十棗湯峻劑，直攻水之巢穴而不疑也。〔按〕：傷寒表未解，水停心下，嘔逆者，是寒束於外，水氣不得宣越也，宜小青龍湯汗而散之。中風表未解，水停心下而吐者，是飲格於中，水氣不得輸洩也，宜五苓散，散而利之。此皆表未解，不可攻裏之飲證也。至如十棗湯與下篇之桂枝去芍藥加白朮茯苓湯二方，皆治飲家有表裏證者。十棗湯治頭痛、發熱、汗出、不惡寒之表已解，而有痞、硬、滿、痛之裏未和，故專主攻裏也。桂枝去芍藥加白朮茯苓湯，治頭痛、發熱、無汗之表未解，而兼有心下滿、微痛之裏不和，故不主攻裏，當先解表也，然其心下硬、滿、痛之微甚，亦有別矣。〔集註〕：杜任曰：十棗湯，惟壯實者宜之，不宜輕用。

方有執曰：乃可攻之，以上喻人勿妄下早之意，漦漦汗出至短氣，言證雖有裏，猶未可下。直至汗出不惡寒，方是承上起下，言當下，以出其治也。喻昌曰：此證與結胸頗同。但結胸者，邪結於胸，其位高，此在心下及脅，其位卑。然必表解，乃可攻之，亦與攻結胸之戒不殊也，藥用十棗，亦與陷胸湯相倣，因傷寒下法，多為胃實而設。胃實者邪熱內盛，不得不用硝、黃以蕩滌之，今證在胸脅而不在胃，則蕩滌之藥無所用，故取蠲熱逐飲於胸脅之間，以為下法。張志聰曰：頭痛，表證也。然亦有在裏者。如傷寒，不大便五、六日，頭痛有熱者，與承氣湯。與此節之汗出、不惡寒而頭痛，為表解裏有飲，用十棗湯。則凡遇風寒頭痛，表未解之證，當審別矣。程應旄曰：所可惑者，頭痛外，惟身汗一證，表裏難辨。汗出、發熱、惡寒，則微有表，若汗出、發熱、不惡寒，則祇從不惡寒處認證，知表已解，裏氣為飲邪搏結不和，雖頭痛，亦屬裏邪上攻，非關表也。

魏荔彤曰：太陽之邪既入裏，宜下矣。又有不下胸膈，不下腸胃，而下心與脅下者，較下結胸部位稍卑，較下胃實部位又稍高，此下中之又一法也。須認明同一下也，證不同而法自別。蓋太陽、陽明之交，必辨表裏而施汗下。彼之在裏應下，乃邪熱挾食物為胃實；此之在裏應下，乃邪熱挾水飲為飲實，二者俱必待表解而後下，此大同也。

【十棗湯方】芫花（熬）甘遂 大戟 大棗（擘）十枚 以上三味等分，各別搗為散，以水一升半，先煮大棗肥者十枚，取八合，去滓，內藥末，強人服一錢七，羸人服半錢，溫服之，平旦服。若下少病不除者，明日更服，加半錢，得快下利後，糜粥自養。

【方解】

仲景治水之方，種種不同，此其最峻者也。凡水氣為患，或喘、或咳、或



悸、或噎、或吐、或利，病在一處而止。此則水邪留于中，心腹脅下痞滿鞭（硬）痛，三焦升降之氣阻隔難通。此時表邪已罷，非汗散之法所宜，裡飲實盛，又非淡滲之品所能勝，非選逐水至峻之品，以直折之，則中氣不支，束手待斃矣。甘遂、芫花、大戟三味，皆辛苦氣寒而稟性最毒，并舉而用之，氣味相濟相須，故可直攻水邪之巢穴，決其瀆而大下之，一舉而患可平也。然邪之所湊，其氣必虛，以毒藥攻邪，必傷及脾胃，使無沖和甘緩之品為主宰，則邪氣盡而大命亦隨之矣。然此藥最毒至峻，參朮所不能君，甘草又與之反，故選十棗之大而肥者以君之。一以顧其脾胃，一以緩其峻毒，得快利后，糜粥自養，一以使穀氣內充；一以使邪不復作，此仲景用毒攻病之法，盡美又盡善也。昧者惑于甘能中滿之說而不敢用，豈知承制之理乎！

醫宗金鑑「訂正仲景全書金匱要略註下·痰飲咳嗽病脈證并治第十三」：

病懸飲者，十棗湯主之。〔註〕：此承上條，以明其治也。主以十棗湯，亦形氣實者宜之，若形氣稍虛，又當臨證斟酌也。

〔集解〕：趙良曰：脈沉病在裏也。凡弦者，為痛、為飲、為癖，懸飲結積在內作痛，故脈見沉弦。

【十棗湯方】芫花熬甘遂、大戟各等分，以上三味，搗篩，以水一升五合，先煮肥大棗十枚，取八合，去滓，內藥末。強人服一錢匕，羸人服半錢，平旦溫服之。不下者，明日更服半錢。得快利後，糜粥自養。

〔集解〕：李紘曰：三物皆味苦，苦以泄之，能直達水飲巢囊之處，但恐峻利泄人真元，故加大棗甘以緩之，且棗為脾果，補土所以制水也。

醫宗金鑑「刪補名醫方論」「十棗湯」：

【十棗湯】

治太陽中風表解，漦漦汗出而不惡寒，裡有水氣，小便不利，嘔逆短氣，心下至脅痞滿硬痛者。此治水之急方也。大棗擘，十枚 甘遂 大戟 芫花 熬，各等分，上三味，各別搗為散，以水一升半，先煮大棗肥者十枚，取八合，去滓，內藥末，強人一錢，羸人服半錢，平旦溫服。若下少病不除者，明日再服，加半錢。得快下後，糜粥自養。

〔集註〕：柯琴曰：仲景治水之方，種種不同，此其最峻者也。凡水氣為患，或喘或咳，或悸或噎，或吐或痢，病在一處而止。此則水邪留結於中，心腹脅下痞滿硬痛，三焦升降之氣阻隔難通。此時表邪已罷，非汗散之法所宜，裡飲實盛，又非淡滲之品所能勝，非選逐水至峻之品以折之，則中氣不支，束手待斃矣。甘遂、芫花、大戟三味，皆辛苦氣寒而稟性最毒，併舉而用之，氣味相濟相須，故可夾攻水邪之巢穴，決其瀆而大下之，一舉而患可平也。然邪之所湊，其氣必虛；以毒藥攻邪，必傷及脾胃，使無沖和甘緩之品為主宰，則邪氣盡而大命亦隨之矣。



然此藥最毒，參朮所不能君，甘草又與之相反，故選十棗之大而肥者以君之，一以顧其脾胃，一以緩其峻毒。得快痢後，糜粥自養，一以使穀氣內充，一以使邪不復作。此仲景用毒攻病之法，盡美又盡善也。昧者惑於甘能中滿之說，而不敢用，豈知承制之理乎？

二、日本醫家對「十棗湯」的記載

1. 奧田謙藏著·郝毅譯「漢方古方要方解說」：

十棗湯（傷寒論及金匱要略方）

芫花 甘遂 大戟

右三味等分，各別研成細末，混合為散，以水一合，先將大棗十枚（12.0）煮取三勺，去大棗，加散 2.0 頓服。

「若下少，病不除者，明日再服時加半錢（2.0）。快下得利後，用粥自養。

此方，先以大棗十枚為之，故名十棗湯。

又曰，此方古名稱朱雀湯。朱雀即四神之一，而以其大棗之色赤，立此方名。

此方，可視做大黃硝石湯之變方或類方。

藥理

芫花 薩摩藤之花蕾。其性能

於藥徵云

「主逐水也。旁治咳、摯痛。」

又於古方藥議云

「味辛溫、主欬逆上氣、喉鳴、喘、咽腫、短氣、瀉水氣、脹滿、殺蟲。」

大戟 中國產大戟之根。其性能

於藥徵云

「主利水也。旁治摯痛，咳煩。」

又於古方藥品考云

「氣味苦而有毒。故其能破癥關，利二便，以療痞滿，滿痛，水飲等。」

本方證

十棗湯之證治，摘要舉傷寒論部分

熱熱汗出，時有發作，頭痛，心下痞鞭，滿引脇下痛，乾嘔短氣，汗出不惡寒證。（太陽病下篇）

又於金匱要略

（一）懸飲（水飲懸胸間，咳唾引痛證）證。（痰飲欬嗽病篇）。

（二）咳家，其脈弦證。（同上）



(三) 支飲家、欬煩、胸中痛證。(同上) 等。

本方功效

此方，由芫花，由芫花以下三味組成，而其藥量雖然等分，可是於其服用時，再於此加以大量的大棗。

即此方，因以上諸藥相互協同，以完成其功效。

故於方極附言云

「治胸腹掣痛，息迫者。」

此說，可謂將本方之功效充分予以簡述。

腹證

於腹診配劑錄云

「心下痞滿而痛，而其痛，引脇下。故呼吸短息。」

應用

(一) 無熱候，胸部滿悶而時時痛，發痛則不能俯仰，二便減少，其脈緊證。

(二) 胸脇部疼痛、腹筋攣急、利尿減少，其脈稍浮而滑證。

(三) 濕性肋膜炎，及其類證，而強實者。

(四) 風濕性疾患，而無虛候證。

(五) 水腫性腳氣等，而強實證。

於外台秘要云

「療久患癖飲，停痰不消，津液在胸膈上，時頭眩而痛，或眼睛，身體攣，手足十指之甲盡黃者。亦療脇下支滿，飲（水飲）即脇下引痛。」

又於類聚方廣義云

「治支飲、咳嗽、胸脇掣痛、及肩背，手腳走痛者。

痛風，走注肢體，手足微腫者，給與甘草附子湯，若兼用此方，有掙掙之功。為丸用之亦佳。」

此二說，為本方運用之參考。

2. 大塚敬節・矢數道明，清水藤太郎合著・吳家鏡譯「漢方診療醫典」：

第六三八頁「處方集要」「十棗湯」：「芫花、甘遂、大戟各等分，為細末。先取大棗 4.0，加水 200 西西，煮成 100 西西，去滓，加右末 1.0，頓服。」（按：在卷首指明劑量單位為公克（瓦）



參、幾個話題

到底十棗湯如何泡製與服用：

自「醫宗金鑑」「傷寒論」與「金匱要略」除劑量外，服法、紅棗煮法皆相同，但與「刪補名醫方論」，則不同，更與日本「奧田謙藏」著，郝毅譯「漢方古方要方解說」則不同。大家皆知道日本的漢方（中醫藥）的劑量，幾乎皆保留在唐朝時候，沒有任何更改，而日本對中國醫藥的輸入，幾乎只採用到萬病回春、六科準繩等書，皆為明朝以前的，清朝的沒有收錄，所以與醫宗金鑑的官訂版有差異，是學中醫藥者所應知的。

茲將四者差異表列如下：

十棗湯劑量、製法、服法比較			
	製法	服法	劑量
醫宗金鑑傷寒論 太陽上篇	各別搗為散	去滓，內藥末， 平旦溫服之	強人服一錢七，羸人服半錢。若下少，病不除者，明日更服，加半錢，得快下利。
醫宗金鑑金匱要 略第十三	以上三味搗散	去滓，內藥末， 平旦溫服之	強人服一錢七，羸人服半錢。不下者，明日更服半錢，得快利。
醫宗金鑑刪補名 醫方論	與太陽上篇同	與太陽上篇同	強人一錢，餘與太陽上篇同
漢方古方要方解 說	各別研成細末， 混合為散	煮取六勺	加散 2.0（瓦 = 公克）頓服，若下少，病不除者，明日再服時，加半錢（2.0 公克），快下得利。
漢方診療醫典	各等份為細末	煮成 100 西西加 右末	1.0（公克）頓服。

2. 十棗到底是多少，大棗有多「大」？

十棗到底是十棵紅棗，還是只是形容詞為「十」的多而已，因為依「大」棗在目前所取者；較小粒的約 35 公克，如依書所言，取「大棗」，應儘量挑「大」粒的紅棗，則目前市面可取的約 60 公克，就二者折中，亦可得約 47 到 50 公克，如此重量的紅棗，如依「漢方古方要方解說」一書之述，「以水一合，先將大棗十



粒（12 公克），煮取六勺，去大棗。則此一「合」之水，如何能煮出六勺的湯，以目前市售紅棗五十公克，光泡在一「合」水中，一下就被吸乾了水份，不用煮就沒湯了，可是對「傷寒雜病論」在日本，一定依唐朝的方法，這就很令人為難，如何服用了。

如依「漢方診療醫典」之煮法，以水 200 CC，煮成 100 CC，如此紅棗的成份也尚未滲出於藥湯中。

如依「醫宗金鑑」的煮法，三處皆以水一升五合，或一升半，煮成八合，倒較合乎中藥煎煮法。但也要小心，不然一下就被煮乾了。

所以如依日本醫家的敘述，漢朝到唐朝間的紅棗稱大棗者，竊思應為今日所稱山東的「雞心棗」，極為細小，不然十粒大棗才十二公克，是目前無法在市售紅棗者取得。而「醫宗金鑑」為官訂者，為皇家所修，其取得的棗應為今日台灣市售乾燥後紅棗。

3. 到底服多少芫花、甘遂、大戟的總量？

醫宗金鑑、傷寒論太陽上篇：先服一錢七，如病不除，明日服加半錢，漢朝用刀幣、布幣，一錢依目前台灣一錢 3.75 公克統計，一錢七，為 6.375 公克，如再加半錢相當於二錢二分，等於現今 8.25 公克。如一錢七為一錢七之誤，則第二次亦服一錢半，其量亦為 5.625 公克。

醫宗金鑑·金匱要略第十三：先服一錢七，則為今日台灣的一錢，等於 3.75 公克。如不下者，更服半錢，為今日 1.845 公克。

漢方古方要方解說：先服二公克，病不除，「加」半錢（2.0 公克），即第二次服四公克，即以台灣一錢相當於日本四捨五入為四公克計算。並非再服半錢，而是原劑量再加半錢。

漢方診療醫典：只寫服一公克

所以，到底甘遂、大戟、芫花，每次服幾多重量，最多可服幾多重量，有 1 公克到 8.25 公克，莫衷一是。

4. 甘遂、大戟、芫花到底是如何研磨？

依上列五書，有「各別搗為散」、「三味搗為散」、「各別研成細末，混合為散」「各等份為細末」，即有分開研磨，與混在一起研磨，這在療效上是有差別的。而且到底是分別各散，分別服用，還是服用前將分別研後的散末，充分混勻後再服用，沒有個準，這在療效亦有大差別的。

5. 到底要甘遂、大戟、芫花在何處被吸收？

而大棗湯如 100 CC，至少充分將甘遂、大戟、芫花送入胃，只有極少數會留



在口與食道中，表示日本醫家在「漢方診療醫典」中是藥效要在胃與十二指腸中吸收。而「漢方古方要方解說」應是要在口腔與食道中吸收，胃吸收極少。醫宗金鑑的水份夠多，亦可充分送入胃中，只極少數在口腔與食道，這種水份的劑量亦影響療效極大，快利的速度亦不一。如「救心」、「六神丸」這類會在口腔黏膜、食道黏膜被吸收，立求急救效果的用「口含」，而甘遂、大戟、芫花的「十棗湯」，到底能否口腔與食道黏膜吸收則不知，所以「給藥途徑」為何？由上述五書無法得知。如依「醫宗金鑑」與「漢方診療醫典」應是在胃與小腸。如依「漢方古方要方解說」應在口腔與食道，這種不同「給藥途徑」，影響療法極大，快利速度不同，快利嚴重度亦不同，被快利致「脫水」程度亦不同。

依個人臨床經驗與其他醫師經驗，強人服 1.5 公克到 2 公克，就會通利六七次，大便水瀉到來不及如廁，而滲入褲襠了，今日台灣病患的營養與體質之強健、電解質取得之方便，尚且會有如此小劑量就有大快利。古人如服 4 公克到 8.25 公克，竊思不「脫水」、「虛脫」甚或死亡者，難。

6. 隔多久可服第二次，或進行第二個療程用法？

依前五書所述，第一個療程皆平旦、溫服，明日再（更）服，這應為第一個療程，可是如無以他法來讓第一療程見效之後，進行胸腔內尚遺留積液的繼續排出，且無適當充足的血中「電解質」「蛋白」的量的維持，不久就又会形成胸水的「懸飲」，頂多三五天就又滲出，如此的又進入第二療程，相信沒多久會療效遞減，人越虛滲出越快，光「糜粥」來給養，跟本無法補充被「峻瀉」「快利」所脫掉的電解質、與蛋白、水份，沒兩下，相信就脫水而亡，或血液黏稠度太高，形成心肌梗塞或腦梗塞而死亡，所以多久可服第一療程的第二次藥，或多久可進行第二療程？亦無法得知。

7. 服「十棗湯」是否應忌葷、腥、鹽？

依中藥學與一般服十棗湯、大陷胸湯、舟車神祐丸、疏鑿飲子、黎峒丸、三黃寶臘丸、紫金錠（太歲墨）……等藥服用禁忌中，皆寫的忌鹽、忌腥葷，是否正確？也有極大商榷空間，因為依目前所遇到不管腹水、胸腔積液、皮水……，所有「水蓄」的病患，其血檢可以肯定發現幾乎百分之百的「低血鈉」、「低血中蛋白」，如不補充大量的「鈉」與動植物蛋白，加上「攻峻」瀉下，相信血鈉與蛋白會突大為降低，立即可能出現「低血鈉危象」、「低血鉀危象」、「低蛋白危象」……的發生，猝逝是必然的，難怪註釋「傷寒雜病論」諸醫家，對「十棗湯」類「攻峻」藥皆語焉不詳。依個人臨床經驗應大量攝取含電解質的鹽或羔湯、動物蛋白，才能有足夠體力撐過治療的危險，且將肺癌所引起的胸腔積液充分排空，才能不再喘息、倚息、不得臥，甚至於「剛瘕」。古代醫家因沒有今日的「血檢」



可參考，不敢與不會使用「十棗湯」，其疏誤是可被原諒的。

8. 如何緩解「攻峻」藥之「峻利」，讓藥物「十棗湯」在腸胃停留時間久點，讓腸胃多吸收一些，以增療效？

如依台灣在民國四五十年代以前的台灣與中國古代人民體質、營養狀態，一旦有肺癌形成肺、肋膜、心包膜、縱膈腔的積液，嚴重到血氧濃度降低、血中蛋白低、血鈉偏低，致動則喘而心悸、喘息、倚息、咳或無痰、或有痰、喉中瀝瀝有水聲、或水汲汲自喉中自出，不得臥……等症狀，一旦予使用「十棗湯」自4公克到8公克多，在民間普遍缺水、缺營養情形，不堪一服的一攻就脫水而逝，不用談「糜粥」自養了。那如何緩解攻下峻劑之免於患者脫水呢？依個人經驗可將「春澤湯」加入防己、葶藶子、紅棗、龍眼乾，二朮同用，但頭劑可將麻黃、杏仁同入，去桂，如痰出有黃則加黃芩，且補充並加強「十棗湯」未竟之功，讓不再滲出胸水；如只乾咳則加元參、天冬、青蒿、知母、地骨皮、桔梗……類能養陰潤肺單味藥。我都以人參粉三錢直接調入已煮好的湯劑中，而茯苓、澤瀉、葶藶子則一開至少一兩半、防己八錢、二朮則六錢、紅棗切開，二三十粒、龍眼乾至少八錢，如此方可一方面將「十棗湯」未完全利出的惡性胸水，慢慢利出，並令不再急速又滲出；或在肺水抽吸引流之後，立即又滲出；並讓攻峻藥可在腸、胃間停留時間久些，讓腸、胃能有充分時間慢慢吸收「甘遂、大戟、芫花」的成份，緩解「峻利」的次數，且不致於低血糖昏迷。

9. 到底「十棗」應用多少水煮，才能充分將紅棗成份充分釋出？

依前述諸書所用煮紅棗的方法，很難能讓紅棗的成份充分釋溶於水中，以緩解「峻瀉」導致的低血糖性昏迷，與延長腸胃對「大戟、甘遂、芫花」的吸收，因為前述五書所用的水，稍一煮就乾掉了，而一合水無法煮的。

如不用其他方劑來緩解「峻瀉」，光用紅棗，以目前台灣市售紅棗的大小劑量，以十棗重五十公克的平均數，將紅棗剖開，以水至少600 CC到1000 CC，以瓦斯爐或電爐，以冷水快火煮開後，維持小慢火，使可沸滾但不滿溢出，不用蓋鍋蓋，花30到60分鐘的煎煮，使成約150CCC到200 CC，如此紅棗的棗泥才可充分釋溶於湯中，去滓即去棗皮與子，如此煎好的「十棗」水份劑量，調入藥粉，方可將「十棗湯」中的甘遂、大戟、芫花，完全送下到胃中，並有充分的水份避免脫水。如煮成四五百西西的水，送下甘遂、大戟、芫花共研的藥粉後，將剩餘紅棗湯慢慢吞嚥，是最為理想。或再加人參三錢左右，與紅棗同煮最為理想，當然還不如我個人前述經驗，以淡滲利濕且瀉肺水、止喘的方劑來配合。



10. 服「十棗湯」會有什麼反應？

到目前尚未見到古書，有描述服用含有「甘遂、大戟、芫花」類方劑的服用後的反應詳細描述，所以在我開「十棗湯」給九十二歲老母親服用時，才会有「若為他人母，十棗湯」之嘆，葉天仕的「若為他人母，人參白虎湯」是小小事，在目前醫藥發達的台灣，根本是小事不值得在中醫學史上留傳的。我從十八歲開始習醫，也拉雜寫了四十餘本書，四十餘種中、美、台專利，也是危急重症、難治病、中醫藥進入ICU、NICU的領頭推動人，說實在的，到目前近五十年的習醫，行醫時間中，完全沒有開過「十棗湯」類方劑，但家母在胸水抽吸後不到五天就又大喘起來，表示肺水又出，亦知反復抽吸，會越滲越快且量越多，多抽幾次就人往生了，不得已，翻了幾本書，又參考日本古方劑量，決定予1.5到2公克的甘遂、大戟、芫花的共研粉末，調入緩解「峻瀉」，並令殘餘肺水能回滲，且不再令再滲出的水煮藥方，心中的掙扎，相信各位醫界同行可以體會，可能一服，一瀉就往生了，變成我殺了我自己的母親→九十二歲高齡，不到四十公斤，膝足痿無力以動，動則喘急。

服「十棗湯」只知會「快利」，如何「快利」呢？不知，無資料可查，日本的臨床醫書亦查不到，尤其近代醫家，如矢數道明、大塚敬節、清水藤太郎……諸人也無具體描述。只好戒慎恐懼以行了，結果以緩解「峻瀉」「快利」湯劑服用之下，家母第一天晚上服下約1.5公克，無動於衷，第二天又服下2公克左右，連續水瀉7到8次，甚至於來不及坐到床邊的便盆架而拉到褲裡。

大家想想如果光照原方給藥，無加入各種淡滲利濕，緩解並治療腹瀉的藥方，會拉幾次？我也不知道。難怪古書都無真正了解仲景方義的人，純理論，空談理論的傳抄與註解了，因為不敢用，沒用過，沒有這種病例，所以沒有辦法詳述如何緩解「峻瀉」「快利」，「快利」是什麼現象不知道。服後如何不讓肺胸水再度滲出，意即肺癌形成胸水，服「十棗湯」後的病情，或後續治療不知道。

肆、結論

所以全身，包括腦、胸、肺、心包、縱膈腔、腹、手足、皮膚、水腫積液，導致橫膈膜無法上下升降、擴胸肌無法自主翕合、腦脊髓液回流不良，雖腦壓正常，但有喘息、倚息不得臥，或口吐水份自出，尿癱閉、水眩悸而吐，皆可使用，皆屬懸飲範圍，但須注意血鈉或血鉀的過低，引起低血鈉危象，或低血鉀危象，所以忌不忌鹽或鹹，須依血檢作決定，血鈉最好要維持在「140」上下，血鉀維持在「4」上下。至於血中蛋白要維持在「7」上下，所以加用未過度精練的鹽（海鹽），即工業用鹽，日常醃漬物品的鹽最理想。如血鈉低於135，每帖藥至少加入



一錢鹽；如低於 130，每帖藥要加入二至三錢鹽；低於 125，加三至五錢的鹽，令血鈉長期維持在 140 左右，最能保持各種滲出液不再滲出，否則偏低的血鈉，雖然服下「十棗湯」，甚至於加大劑量，亦會極短時間就又滲出。

如反復滲出，又反復予「十棗湯」服用，必也劑量越來越大，以至於隨消隨滲，最後脫水而死，這與西醫用針筒反復抽吸或負壓引流胸腔、心包膜、縱膈腔的水份，最後的結論相同。或反復大量放腹水（負壓引流），只放個三四次就去逝情形相同。

通訊作者：李政育

聯絡地址：台北市羅斯福路三段 261 號 4 樓

電話：02-23670436

E-Mail：chenyr.lee@msa.hinet.net

受理日期：2016 年 11 月 2 日；接受日期：2016 年 12 月 2 日