

学用伤寒感悟

——浅谈运用六经辨证治疗脾胃病

● 章浩军* 范文东 林 麟

关键词 《伤寒论》 六经辨证 脾胃病

《伤寒论》源出于东汉著名医学家张仲景的《伤寒杂病论》，成书于东汉末年（约为公元 200 ~ 210 年）。它是一部现存最早、理法方药俱备、理论联系实际的重要古典医书，历代医家将其奉为“圭臬”。该书的主要学术成就为：（1）创立较为完整的六经病辨证体系；（2）确立了辨证论治原则；（3）创制了不少行之有效的方剂；（4）开创理、法、方、药紧密结合的方式。现笔者结合二十余年运用六经辨证治疗消化系疾病的经验，谈谈如何治伤寒之学亦即学好伤寒、用活伤寒。

1 学伤寒重熟读强理解

熟读原文，是学好《伤寒论》的基本功。对主要条文必须熟读，最好能在理解的基础上背诵这些条文。学习的目的在于力求精通，而精通的目的全在于运用，而要精通必须熟读，熟读可以帮助理解，俗谓“文章不厌千回读，熟读深思理自知。”清·章学诚说：“学问之始，非能记诵。博涉既深，将超记诵。

故记诵者，学问之舟车也。”《文史通义》强调了记诵的目的和重要性。吴考槃认为：“《伤寒论》三百九十七法，一百一十三方，字数不多，我认为最好全部或大部背熟，所谓‘熟读唐诗三百首，不会作诗也会吟’。”陈鼎三认为：“经典著作中的条文，乃是从无数病例中总结出来的具有规律性的东西，也就是俗话说‘万变不离其宗’之宗。记住它，背诵它，就能在临床上触发思绪，吃透精神，从熟生巧，别出心裁。”我们认为《伤寒论》中方证的条文和方剂最好能熟记。

1.1 常见文法要掌握

1.1.1 “省略法” 论中不少原文是采用省略的笔法写成的。例如只提一症一脉，以概其余，这就应当前后文联系地读，领悟原文精神。如“脉浮而数者，可发汗，宜麻黄汤。”为什么脉数者，还可以发汗？而且宜用麻黄汤呢？这条原文必须与第一条太阳病提纲，第三条“……名为伤寒”的提纲，以及第三十五条麻黄汤证的主文相互对照，才能搞清楚“脉浮数宜麻黄汤”

的道理。此类条文论中甚多，读时应一隅三反，不然会读不通。

1.1.2 “倒装法” 亦称“倒装句”。论中的原文多数是按主证、主脉、主方，或提示病机、转归、治疗、禁忌等依次排列，这是顺叙，可以一读便通。但有的条文则不然，不一定是按上述主次顺序排列的，如“伤寒心下有水气，咳而微喘，发热不渴，服汤已，渴者，此寒去欲解也，小青龙汤主之。”本条文小青龙汤主之句，应移在“发热不渴”的句下，与全文才能衔接，论中此类条文，在理解时应将倒叙文句，按文理原理，换回顺叙的意思。

1.1.3 “插叙法” 是在叙述中插入其他脉证，或插叙病机，或带有鉴别诊断的作用等。如“太阳病身黄，脉沉结，少腹硬，小便不利者，为无血也，小便自利，其人如狂者，血证谛也，抵当汤主之。”本条是叙述蓄血发黄的证治，与上下文三条并列，都提出小便利与不利，以兹鉴别蓄血证。这类条文六经皆有，应当明辨。

1.1.4 “举宾略主” 亦属“省文”之类。论中六经辨证，提纲中叙述之主证、主脉，在其后的条文中则多有省略，例如“太阳之为病，脉浮，头项强痛而恶寒。”尔后凡提

* 作者简介 章浩军，男，主任医师。第二批全国优秀中医临床人才研修项目培养对象。主要从事中医脾胃病临床研究。

● 作者单位 福建省龙岩市中医院(364000)

“太阳病”三字,则包含本条的脉症。再如“自利不渴者,属太阴,以其脏有寒故也,当温之。宜服四逆辈。”原文中心意思是讨论太阴病的治法。因而“属太阴”三字,则寓有“腹满而吐,食不下,自利益甚,时腹自痛”的主证,其“自利不渴者”,即省略了主证。这种条文必须参合太阴病提纲认识。

1.2 明了伤寒论特点 陈亦人在《伤寒论求是》中指出《伤寒论》的特点有五个方面:一是“变”,论中内容言变多而言常少,对于常规的如六经病的主证主方论述不多,绝大部分是探讨非典型的、证情疑似的、病势不定的复杂证候。通过对这些复杂病情的讨论,从而提示诊察的规律和方法。二是“辨”,每个病篇都以“辨”字冠首,如“辨某某病脉证并治”,全书皆贯穿着“辨”的精神,不但要辨病在何经,而且要辨病性的阴阳,辨病位的表里,辨病情的寒热,辨邪正的虚实(即八纲辨证);不但要能辨简单的证候,而且要能辨复杂的疑似的证候。三是“严”,方药配伍极其严谨,其中一两味药的变动,或仅是药量的增减,作用就显著不同,而且皆有一定的规律,药味少而功效高,充分体现了经方的优越。四是“活”,辨证上很少固定证型,强调具体分析;治疗上不是刻板呆法,主张“随证治之”;方药上反对执方治病,重视加减化裁。五是“简”,《伤寒论》六经病篇同霍乱、劳复等篇在内398条文,只有13404个字(赵开美复刻本),的确十分简要,有些条文只提出一个症状或一种脉象,作为辨证论治的依据,这是举主略次,举变略常,举证略脉,切不可孤立看待。掌握《伤寒论》的特点,有助于对其条文的理解,也有助于理顺《伤寒论》与其他中

医基础学科的关系。例如:小柴胡汤证的四大主证(往来寒热、胸胁苦满、嘿嘿不欲饮食、心烦喜呕)只有一条条文中述及,这是其常,而在具体运用中则提出了“有柴胡证,但见一证便是,不必悉俱”的原则,且有“呕而发热者,小柴胡汤主之”的实例,这就是言其变,从这一特点出发,对于白虎汤证的“四大”、承气汤证的“痞满燥实”等就可以正确的加以理解,对于后世医家提出的不符其常的所谓错简也就可以正确对待了。

2 用伤寒重六经熟方证

从实践的观点出发,落实在一个“用”字上,这是学习《伤寒论》的最终目的。日本学者浅井侦庵在指导门人时说:“学习《伤寒论》时,要把它看成是病人,病人就是《伤寒论》,把《伤寒论》同病人看成一体来学。”丰浦元侦强调,要在病人基础上读《伤寒论》。日本人对《伤寒论》的学习,务求落在临床实处。这实际是一个提高的过程。陈修园主张白天看病,夜晚读书,也是强调学以致用,学用结合。运用伤寒论首先要注重六经辨证、其次应熟知方证,临证方可自如。

2.1 六经辨证贵圆活 六经辨证的基本规律归纳有二:一为六经的主证,二是六经的兼变证。

2.1.1 六经病主证 太阳病的表寒证;阳明病的里热证;少阳病的半表半里证;太阴病的脾阳虚证;少阴病的心肾阳虚;厥阴病的寒热虚实错杂证。此六经病证,必须从病因、病机、证候、治法、方药等各方面详细弄清楚。主证既明,理解兼变证就有了基础。

2.1.2 六经兼变证 六经兼变证,亦是有规律可循的。例如太阳病的转变,实证多传阳明,虚证易陷

少阴。表寒实证多向阳明发展,即表寒郁阳-表寒郁热-表寒化热-纯热证;与此相反,太阳表寒虚证则易陷少阴。因为寒能伤阳,阳气损伤,又可招致水邪内停。所以,表寒虚证之演变,一则为卫阳不足,在表之阳气虚,如桂枝加附子汤;一则为阳虚停水,如苓桂术甘汤证;以及真武汤证等。由此可知,太阳经的兼变证之所以繁杂,正是仲景据六经生理病理,以及误治失治,反复议论,洞悉常中之变,示人以规范。

2.2 方证规律宜通晓 临床上运用伤寒方,要一个一个方去摸索,掌握每一个方的病机和适应证,才能得心应手,运用自如。例如:“手足厥寒,脉细欲绝者,当归四逆汤主之。”据此,“手足厥寒,脉细欲绝”的脉证,其病机是“血虚肝寒”,常用于冻疮。但从“血虚肝寒”的病机推论,笔者用本方治痛经,无脉症,以及脱疽等都取得较好的疗效。本方之所以用于各种不同病例均能获效,病证虽殊,而“血虚肝寒”的病机则是一致的,故能异病同治。

在实践运用中,对论中之方还要一类一类比较,找出一类方中的代表方。如苓桂剂类方中有茯苓甘草汤、茯苓桂枝甘草大枣汤、五苓散、苓桂术甘汤等,此类方共同都能温阳利水,补脾渗湿。而在具体运用时,应将每一方的药物组成,主治功用,结合临床重复验证,取得理论与实践相印证的资料,进而在类方中挑选出代表方。这一类方中,苓桂术甘汤可以推为苓桂剂的首方,用其治脑积水,可配固肾药,或加泻水药;治肺心病可合二陈汤,或配真武汤;治胃液潴留,可配六君子汤;治疗肠炎,可加健脾固涩药等。若从其组方原则来

看,阳虚者加附子,气虚者加参、芪,脾虚者重用术,湿甚者加利水药,随其证加减,这样以一方为中心,权宜应变,反复验证,方剂就用得活,用得精。

3 消化病六经辨治体会

俗话说的好:“熟读王叔和,不如临证多”。学习《伤寒论》应当密切与临床结合,边学边用,学用一致,方能取得良好的效果。下面,笔者结合二十余年致力于运用《伤寒论》六经辨证治疗消化系疾病的经验,谈谈个人体会。

3.1 溃疡性结肠炎注重“六经辨证” 中医六经辨证不仅适用外感疾病,而且同样也能运用于内伤杂病。我们运用六经辨证理论对溃疡性结肠炎进行六经辨治,在临床观察中发现:本病初发型或急性暴发型,多见于六经的三阳证;而慢性复发型、慢性持续型又以三阴证为常见,病在三阳,反映邪实正气不衰;病居三阴,则体现正虚邪恋不去。三阳热利证重心在阳明,邪在太阳、少阳均需内犯阳明方能导致泄利,三阴之利关键在太阴,少阳、厥阴之证都与太阴密切相关,病在太阴脾。若从寒化则易伤少阴肾之阳气而致太阴少阴寒利证,从热化又可内耗厥阴肝之血液。而成厥阴热利证;厥阴上热下寒,正虚邪实可以出现久利不止;太阴脾虚,又易招致厥阴肝气来犯,而见少阴痛利时作,因此,本病的发展变化规律与六经传变理论“实则阳明,虚则太阴”相符,运用六经辨证可以执简驭繁,便于指导临床治疗。

溃疡性结肠炎病情复杂、病性虚实夹杂,运用六经辨证分型多出现二经或三经并病合病形式。三阳热利治用黄芩汤合葛根汤,方中

君以黄芩苦寒清热燥湿于里,葛根解表祛邪于外为臣;佐以白芍柔肝敛阴,缓急止痛。太阴少阴寒利治以附子理中汤加减,方中附子、干姜温肾;党参、白术、炙甘草健脾益气。厥阴热利治以白头翁汤加减,方中白头翁、黄芩、黄连、黄柏、秦皮清热燥湿;生地凉血养阴。厥阴久利治用乌梅丸加减,方中重用乌梅酸涩,辅以干姜、细辛、附子辛热;黄连、黄柏苦寒;党参、当归甘温,共奏清上暖下,攻补兼施之功。少阴痛利方选四逆散加味,方中柴胡、枳壳、芍药疏肝理气;白芍、炙甘草平肝抑木以扶土。笔者认为本病治疗的关键在于太阴脾虚阶段,正如王氏指出本病规律为“始为热中,末传寒中,最后导致脾肾虚寒”,并指出中间阶段是关键,“一定要截断寒中之传”。

病案例举 邱某,男,66岁。1998年7月15日初诊。诉腹痛、解粘液脓血样便1月,大便每日10余次、量少,畏冷肢凉,尿清,舌淡边有齿痕、苔白腻,脉沉细。大便常规:脓球(-)、红细胞少许。纤维结肠镜检查:溃疡性直肠炎。诊断:溃疡性结直肠炎。证属厥阴热利,太阴脾虚。方选白头翁汤合理中汤加减,处方:白头翁 20g、黄芩 10g、黄连 2g、秦皮 10g、白术 20g、生白芍 30g、炙甘草 10g、干姜 15g、赤石脂 20g。水煎服,每日1剂,日服2次。7月18日二诊,患者诉腹痛里急后重减轻,大便次数减为一日4次。守方继进5剂,7月23日三诊,患者诸症均除,大便常规复查正常,守方再服一月,结肠镜复查直肠炎症消除。

按 本例溃疡性结肠炎患者,病机重心已从病初的太阴湿热转为厥阴热利,兼有太阴脾虚。因此,治疗当在白头翁、黄芩、黄连、

秦皮、生白芍之清利厥阴湿热的基础上加用干姜、白术、赤石脂、炙甘草健运太阴脾湿之品,清利与温涩并举,而能获效。

3.2 老年性便秘治从“阳微结”

现代医学认为功能老年习惯性便秘,与肛管括约肌、直肠运动功能动力学改变有关,排便动力缺乏是其常见因素之一。因此,肠蠕动促进剂成为治疗顽固性便秘的重要手段之一。

便秘在中医古有“阳结”、“阴结”之称,前者系病在阳明,为热证、实证;后者系病在太阴,为寒证、虚证。《伤寒论》148条曰:“伤寒五六日,头汗出,微恶寒,手足冷,心下满,口不欲食,大便硬,脉细者,此为阳微结……”“阳微结”之“结”字有两层含义,第一层从症状看,是指大便硬结;第二层从病机分析,道出气机抑郁不伸之内涵。“阳微”并非是“阳气微弱”,意在说明邪结程度尚轻,有别于“阳结”之热结阳明。

老年性便秘中医多责之为“阴结”,究其病因或为津液不足,或是气虚无力所致;其治大多从滋阴养血、润肠通便,或补益肺脾、行气通便入手。笔者据临床观察研究认为,老年性便秘主要病理机制是气机郁滞,并结合其临床症状、治疗用药等特点,与《伤寒论》“阳微结”进行对比分析,发现两者病机相符,即均由肝胆气机郁结不畅,进而影响肠胃运化功能,导致大便秘结。因此,我们认为老年性便秘若无津亏、气虚之征者,皆可从疏利肝胆着手,采用小柴胡汤加减治疗。方中柴、芩相伍舒畅气机,姜、夏相配辛散开结,参、草、枣益气补中,白芍和调肝脾,桔、枳调达升降。诸药合用共奏和畅气机、开郁散结之功,“上焦得通,津液得下”,

则便结自除。

病案例举 刘某,女,70岁。1995年3月24日初诊。诉大便干结10余年,经常排便艰难,便出如羊粪样,腹中隐痛不适,尿色清。舌淡、苔薄白,脉弦细。诊断:老年性便秘。证属肝郁脾虚。方选小柴胡汤加减,处方:柴胡20g、白术30g、党参20g、生白芍30g、炙甘草10g、黄芩10g、半夏10g、枳实15g。水煎服,每日1剂,日服2次。3月27日二诊,患者大便得通,但初头较硬后软。守方继进10剂,4月7日三诊,患者大便质软成形,每日一次,腹痛消除。

按 本例老年性便秘患者之大便难中医辨证为肝郁脾虚,气机郁结而成“阳微结”,进而影响肠道蠕动功能,食物糟粕停留大肠时间延长水分吸收增多以至大便硬排便难。治疗上一方面要以柴胡、黄芩疏利气机;另一方面应以半夏、生姜、枳实辛散郁结;党参、炙甘草、大枣益气健脾,诸药疏通之中寓有补气,符合老年患者的体质特点,不专通便而便自通。

3.3 功能性消化不良关键在“郁”

功能性消化不良是指具有上腹痛、饱胀、早饱、嗳气、食欲不振、恶心、呕吐等症状,并经检查排除引起这些症状的器质性疾病的一组临床综合征,是消化系统常见病证之一,多属于中医痞满、胃脘痛等范畴。笔者运用小柴胡汤加减治疗功能性消化不良,取得较好效果,现代医学认为功能性消化不良是一组以上腹痛,饱胀,早饱,嗳气,食欲不振,恶心,呕吐等症状为主并经检查排除器质性疾病的临床综合征,症状可持续或反复发作,病程一般超过1个月。病因和发病机制尚未清楚,多认为胃肠道动力障碍是本病的主要病理生理

基础。精神和应激因素与本病发病亦有密切关系。西药多潘立酮改善胃运动功能,西米替丁抑酸从而缓解症状,谷维素调整神经抗焦虑,摆脱思想紧张状态。

笔者据临床观察发现,功能性消化不良发病常多与精神情绪因素有关,临床若单纯从脾胃入手治疗,往往疗效欠佳。因此认为该病病理机制关键在于“气机”的功能紊乱郁滞,常因外受邪气侵袭,内伤饮食、七情,均可引起肝胆气机郁结不畅,进而影响肠胃纳运功能,终致中焦气机不畅、胃失和降而发本病。因此,我们认为功能性消化不良若无津亏、气虚之征者,皆可从疏利肝胆着手,采用小柴胡汤加减治疗。方中柴、芩相伍舒畅气机,姜、夏相配辛散开结,参、术、草、枣益气补中,白芍和调肝脾,桔、枳调达升降。诸药合用共奏和畅气机、开郁散结之功,“上焦得通,津液得下”,中焦气机畅通,则痞满、脘痛诸症自除。

病案例举 林某,男,65岁,初诊:2002年10月8日。主诉:脘腹胀满、嗳气1个月。纳食不振,口苦,大便干结,尿色淡黄,舌质偏红,苔薄黄腻,脉细弦。

中医辨证:痞满(肝火犯胃型)。治以柴胡30g、黄芩10g、半夏15g、党参15g、炙甘草10g、白术30g、枳实15g。每日1剂,水煎2次,温服。共5剂。

10月13日二诊,腹满、口苦已减,嗳气得除,大便转软。守上方又进十剂,诸症皆除,嘱按原方隔日一剂,再服十剂以固疗效。随访半年未复发。

按 是证患者以脘腹胀满为主,兼见口苦、尿赤、便干、舌红、苔黄、脉弦。一派明显少阳胆火犯胃、气机郁滞之症状,故治用小柴

胡汤加减,方中柴、芩相伍舒畅少阳枢机,姜、夏相配辛散开结,参、术、草、枣益气补中,桔、枳调达升降气机。诸药合用共奏畅达少阳之郁,而使中焦气机畅通,则痞满、脘痛诸症自除。

3.4 肠易激综合征辨治首重“少阳”

肠易激综合征(简称IBS)是一种肠道功能性疾病,临床表现为腹痛、腹胀、排便习惯和大便性状异常持续存在或间歇发作的一组综合征;而与IBS相关的抑郁症尚有情绪抑郁、疲乏、不欲饮食等肠外症状。临床治疗IBS往往多注重肠道症状的改善,对其肠外症状特别是与之相关的抑郁症较少论及。为此,我们采用《伤寒论》中的柴胡桂枝干姜汤加减治疗与IBS有关的抑郁症,取得满意的疗效。IBS是最常见的消化道疾病之一,目前病因尚未明确,大量研究表明其特征是对多种生理性和非生理性刺激的反应性增高,主要表现为胃肠动力异常和内脏感觉过度敏感以及结肠粘膜粘液分泌增多等。而与IBS相关的抑郁症患者在IBS患者在占有很大比例,如章氏等报道IBS患者有精神病史者占54%,在有精神症状的IBS患者中,约65%患者往往比肠道症状出现的为早。从中医角度分析病机,我们认为肝胆气郁、少阳枢机不畅、气机失调导致肠道气化不利,是与IBS相关的抑郁症的主要病机。肝胆气郁,横逆犯脾,故见腹痛;少阳胆木之郁,干犯胃腑,可见默默不欲食、腹胀、便秘;肝郁日久而致脾虚,出现肠内外症状,如情志抑郁、疲乏、腹泻等症;本病病变部位虽在肠胃,但与肝胆气机失疏泄关系密切;正如黄氏提出:“从肝论治IBS,效果较佳”,并认为“对中枢神经功能的调整作用及对肠道运动

功能的双向调节作用,可能是其治疗 IBS 的药理基础之一”。本研究认为,应注重于少阳枢机的疏通,枢机通则诸郁、诸结皆能开散;运用《伤寒论》中柴胡桂枝干姜汤治疗与 IBS 相关抑郁症,获得较好的效果。该方以柴芩合用,和解少阳为君药;臣以桂、姜、甘同用,辛散微结;天花粉润以生津,牡蛎咸以散结同为佐使。是方寒热并用,肝脾同治,既清肝胆之热,又温脾胃之寒,故特别适用于寒热错杂,气

机失调与 IBS 相关的抑郁症。

病案例举 王某,40 岁,女,1996 年 5 月 6 日初诊。腹痛、腹泻反复发作 6 年,大便日行 3~4 次,兼有粘液,常伴临圉腹痛、乏力,舌淡红,苔薄白,脉弦细。在某市医院纤维结肠镜检查诊断为肠易激综合征。阅前医多以健脾化湿等法治之,疗效不显。今处方:柴胡 15g,黄芩 10g,干姜 10g,桂枝 10g,炙甘草 6g,天花粉 15g,生牡蛎 30g,生姜 10g,大枣 12 枚。每日 1

剂,水煎 2 次,混匀后分 2 次温服。共 5 剂。服药后大便已成形,无粘液,日 1~2 次,腹痛消除。为巩固疗效再进 15 剂。随访 2 年未再发。

按 肠易激综合征是一种高级神经功能紊乱所引起的结肠功能性障碍。中医六经辨证多与少阳有关,少阳枢机抑郁,影响肠道功能所致。故方取柴胡桂枝干姜汤,寒热互用,攻补兼施,各药合用协同拮抗双相调节,故诸症可除。

中医文化

我国现存最早的医学书目

目录,是指一书的篇章或群书经过整理,登记之书名。余嘉锡《目录学发微》称:“目谓篇目,录则合篇目及叙言也”。在我国目录学史上,专科目录的产生,先于系统目录。最早的专科目录,除公元前二世纪杨朴《兵录》外,就是医学文献发展专科目录了。如:《隋志》著录的《四时采药及会目录》,宋·《秘书省四库阙书目》著录的《医经目录》,《大宋本草目》,明·《李嵩诸医书目录》,清·王宏朝的《古今医籍考》,余鸿业的《医林书目》,董恂的《古今医籍备考》,邹澍的《医经书目》等。但这些书目,均已亡佚。我国现存最早的医学文献目录,就是明末殷仲春的《医藏书目》。又名《医藏目录》。

殷仲春,字方权,号东皋子。浙江秀水(嘉兴)人。生平主要活动在明万历至崇祯年间。博学多闻,尤精于医。省疾治病,不分贵贱,一视同仁。危重之疾,每能应手而愈。尝训子孙曰:“医为司命,药若用兵。宁以儒贫,勿以医贱”。据《秀水县志》载:“殷仲春工岐黄,隐居教授,茅屋葭墙,不蔽风雨。生平落落寡合,惟与禾中高士高松声、姚士舜、王淑民、释智舷相过从,载酒问奇,刻烛分韵。著有《医藏目录》,《栖老堂集》,《疹子心法》”等,是一位精通医术,超凡脱俗的儒雅之士。

殷仲春之所以编撰《医藏书目》,他在自序中写道:“平生嗜医家书,恨不多见。仆在宁国,日暇无事,而江西朱纯宇先生处久识宁国诸医家并仕宦家。以饶道尊命,挟一刺借观,然后知医书之浩瀚也。今列为十数函,标为纲目,使仁人求其书,而广济于群生也……。按医藏录者,取诸如来法藏,权立其名,以救困厄”。全书目收书 449 种,分二十函,每函均以佛教用语命名,并于每函之前冠以小序,简明该类书划分之依据。计分:

无上函一内、难类 18 部,正法函伤寒 39 部,法流函一各科 14 部,结集函一各科 36 部,旁通函一各科 28 部,散圣函一各科 34 部,玄通函一各科 6 部,理窟函一脉学 13 部,机在函一眼科 9 部,秘密函一医学杂书 13 部,菩提函一本草 30 部,印证函一各科 32 部,诵法函一各科 12 部,声闻函一各科 27 部,化生函一妇产 19 部,杨肘浸假函一外科 17 部,妙窍函一针灸 17 部,慈保函一儿科 59 部,指归函一医学基础 10 部,法真函养生 16 部。

此书分类命名,带有浓厚的宗教色彩,所以很多地方牵强附会。如“无上函”杂入易经、洪范,“正法函”又附入《东垣十书》等,重出互见亦不少。但作为现存最早的一部医籍专门目录书,犹具有一定的史料价值。

《医藏书目》成书于明崇祯年间(1628-1644 年)。清初,其孙殷观国在补刊《疹子心法》一书后刊印,流传较少。至乾隆中,邵懿辰之《增订四库简明目录标注》中,方有著录。后为丹波元胤载入《医籍考》。现存明崇祯刻本、抄本及 1955 年上海群联出版社据明崇祯刻本印影本。