

前 言

在市委直接关怀下，成都市卫生局，成都市中医学会，于今年四月召开了“成都市中医学术经验交流会”，这既是一次贯彻三中全会精神，实行工作着重点转移，进一步落实中央〔1978〕56号文件的动员会，又是我市二十多年来，中医学术活动的一次盛会。参加会议的有省、市医疗单位的老中医、青壮年中医、西学中的代表、负责同志和部分专县的特邀代表共四百余人。与会同志精神饱满、热情洋溢，畅谈了中医药事业发展的的大好形势，交流了学术经验。一致表示，要认真贯彻毛主席、周总理、华主席对中医工作的指示，坚持四项基本原则，搞好中医中药和中西医结合工作，走中国式现代化道路，为创造我国的新医学、新药学作出贡献。

为了活跃学术空气，开展学术争鸣，广泛交流经验，促进中医药学术的发展和提高；推动中医药和中西医结合科研活动的开展，我们选编了这本资料，其中包括论述、治疗经验、医案医话、单方验方四个部分，共一百另二篇，以供参考。由于我们水平有限，不当之处在所难免，敬请批评指正。

选 编 组

一九七九年八月

C0124573



目 录

第一部分 论述

经络感传与经络气血关系的探讨·····	成都中医学院针麻经络研究室 (1)
从一些疑难证的治疗看辨证施治的重要性·····	彭履祥 (8)
《伤寒论》证治实质的探讨·····	郭子光 (18)
急性梗阻性化脓性胆管炎中西医结合辨证论治规律的探讨 (摘要)	
——160例临床研究综合报告	
·····	四川医学院附属医院中西医结合治疗急腹症小组 (30)
中西医结合治疗急性白血病辩证的探讨 (摘要)	
·····	四川医学院附属医院 内科血液组 中医教研组 (33)
脉学心悟举隅·····	王文雄 (34)
营卫气血之探讨·····	王文雄 (37)
针麻胃大部切除 142 例个体差异的研究·····	陈道志等 (40)
祖国医学阴阳学说的体会 亡阴亡阳——病机转变的危候·····	杨大中 (49)
有关中药剂型改革工艺设计中几个问题·····	冯菊农 (61)
活血化愈治则在急腹症中的临床应用·····	周紫娟 (66)
应用通里攻下治疗梗阻性急腹症的点滴体会·····	李素梅 (73)
提高哮喘远期疗效的体会·····	白淑仪 (76)
肺结核病的中医分型与治疗·····	汪娟文 (80)
试谈胆石病的排石条件·····	唐智伟 (83)
论风温辨证施治中的几个问题·····	徐慧灵 (89)
浅谈扶正与祛邪的运用·····	殷明贵 (93)

第二部分 治疗经验

中西医结合治疗视网膜静脉周围炎·····	成都中医学院附属医院眼科 (97)
针灸治疗癫痫病 270 例的临床观察·····	关吉多 (103)
治疗慢性附件炎 190 例的疗效观察·····	王祚久 (107)
治疗病毒性肝炎的一些临床体会·····	廖元益 (112)
豁痰丸 (汤) 治疗痰热壅肺伤津危症的体会·····	江绍基 (120)
惊风·····	熊建明 (123)

痛风病的诊断与治疗·····	郑怀贤(126)
中西医结合治疗败血症有关中医辨证施治的初步体会·····	王文雄(131)
“421”治疗溃疡病出血104例临床观察·····	刘颂达等(137)
中西医结合治疗蛛网膜下腔出血25例报告·····	杨中林等(142)
草药验方治疗22例毒蛇咬伤的报告·····	杨中林等(146)
中西医结合治疗中风102例临床分析·····	廖先齐(153)
中西医结合治疗慢性荨麻疹疗效观察——附16例报告·····	杨可辅(161)
中药治疗带状疱疹疗效观察·····	杨可辅等(165)
中西医结合治疗成人慢性肾病综合征5例报告·····	王有惠等(168)
清胰汤加减治疗急性胰腺炎15例临床小结·····	王航新等(172)
中西医结合治疗肾病综合征11例小结·····	谢守亨等(175)
中药治疗频发室性期前收缩15例报告·····	文瑞莲(178)
对儿童急性肾小球肾炎辨证论治的探讨·····	林成峨(182)
“草血竭”冲服剂治疗急慢性腹泻87例临床观察·····	何正刚(185)
使用“603”消毒液注射疗法的临床体会·····	吴萍砚等(189)
中西医结合治疗14例四肢开放性骨折初步小结 ·····	成都中医学校附属医院骨科(194)
治疗结核性溃疡与淋巴腺结核的点滴体会·····	徐忠德(197)
针刺麻醉对216例痔漏手术的临床观察·····	成都市东城区痔漏医院(203)
切开挂线疗法治疗马蹄形肛漏的临床体会·····	王维烈(205)
平痫散治疗癫痫20例小结·····	付名成(208)
绞绳法固定治疗髌骨骨折·····	张鉴明(212)
治疗牙周尖的肤浅体会·····	陈湘尧(216)
治疗癫狂的临床体会·····	陈绍永(218)
针麻拔牙的一些体会·····	余光达(223)
谈谈对褥疮的治疗体会·····	裴升宣(227)
黄芪建中汤加减治疗虚寒型胃、十二指肠溃疡·····	李世林(231)

第三部分 医案、医话

阴虚发斑·····	宋鹭冰(235)
结核性脑膜炎后遗症一例·····	徐庶遥(239)
针灸治验三则·····	廖宾甫(241)
腕腹痛治验预·····	陈建章(242)
阳虚不能摄血治验二则·····	施治全(245)
张澄菴 医案一则·····	杨中林整理(247)
治愈重症胎黄三例·····	徐梓柏(249)

“术后饮”预防妇产科手术后肠胀气·····	张国娟等(251)
颌下腺导管结石一例·····	刘金玉(252)
怔忡病案二则·····	刘金玉(254)
蔡荣生 验案两则·····	蔡昌寿整理(255)
痰火扰心(精神分裂症)一案·····	赖崇坤(257)
肾阳虚衰、牙松痛案·····	彭成芸(258)
气虚崩漏案·····	陈伯熙(259)
结核性胸膜炎胸水一例·····	苏煜文(261)
毛发红糠疹治验一例·····	杨合元(262)
肝风挟痰(脑后交通支动脉血管瘤)案·····	许世瑞(263)
一例疑难症·····	王静安(265)
自制“清透导和汤”治疗小儿低热三例·····	王静安(266)
脾虚水肿(慢性肾小球肾炎)一例·····	王玉宝(268)
精神分裂症一例·····	伍质圻 (270)
中风一例·····	伍质圻 (272)
胃下垂并发溃疡一例治验·····	张矩白(274)
治愈顽固性呃逆一例·····	付明成(275)
治疗淋巴囊瘤肿两例·····	唐文阶(276)
医案两则(冠心病、脑震荡)·····	江伯文(278)
中风一例·····	肖德宣(299)
胃壁恶性肿瘤一例·····	刘吉明(280)
麻疹挟斑治验·····	徐伯惠(282)
针刺治疗解颅一例·····	朱元仲(283)
眩晕一例·····	张筱泉(285)
尿血(肾结石)一例治验·····	付明先(286)
眼口生殖器三联综合征一例治验·····	肖天化(287)
心肾阳虚(植物神经功能紊乱)一案·····	党泽孝(289)
楮斋医话节选·····	徐庶遥(290)
治麻经验谈·····	徐梓柏(292)
治疗小儿腹泻的临床经验·····	徐梓柏(294)
卓雨农 老中医对痛经治疗的经验·····	卓启尧整理(296)
谈谈师传毫针的升法、降法和升降并用法的点滴体会 ·····	甘定中(298)
痲癖在妇科的分型与治验·····	缪东初(301)
从治疗“癰闭”一案谈起·····	刘静庵(304)
湿温发热治验心得·····	唐化熹(306)
参苓白术散的临床应用·····	肖猷好(309)

第四部分 单方、验方

已故儿科名老中医熊宝珊 遗方·····	市一医院(313)
王祉珍 老中医遗方·····	市一医院(314)
苍耳油·····	赵希礼(316)
蚂蝗蜂蜜液·····	徐素辉(317)
验方三则·····	成都市东城区草药针灸按摩医院(318)
骨科熏洗验方·····	罗良经(318)
彭鹤龄老中医的调胃疏肝汤·····	彭子渊(319)
蛇咬伤验方·····	陈福春(316)
清骨散·····	沈定旭(321)
损伤散·····	陈直卿(322)
中草药经验方·····	江正元等(233)
译 文	
甘草和甘草甜素的付作用·····	唐彤译(325)

经络感传与经络气血关系的探讨

成都中医学院针麻经络研究室

前 言

经络学说是祖国医学的重要组成部份,它是我国古代在朴素的辩证法影响下,以丰富的临床实践为基础,对人体生理、病理、临床所作的概括。从基础到临床都离不开经络学说的指导④。中医认为经络是“内通脏腑,外络四肢百骸”的联络结构。它把各器官组织联系成一个统一整体,其功能是“行气血而营阴阳,濡筋骨、利关节”。这说明经络与气血的关系非常密切。而经络感传是常见的经络现象之一,在临床实践中“循径取穴”和“候气、运气”又是针刺疗法的基本原则。因此,进行经络感传的研究是达到说明针刺麻醉原理的重要途径之一。遵照毛主席“古为今用,洋为中用”,“推陈出新”,“百花齐放”的教导。我们一方面要肯定,继承经络学说的精华,另一方面又不能满足于古书中找答案。在对经络学说这一宝贵遗产的发掘、整理、提高中,不少单位作了大量工作,取得了可喜的成绩⑦但有一些问题尚有进一步探讨的必要。如经络感传和十二经气血的多少有无关系?经络感传和气血运行的方向是否有关?经络感传是否受时间因素的影响等等。弄清这些问题,对针麻原理的探讨,提高临床疗效,可能有所裨益。为此,我们结合1078例经络普查工作,对上述问题进行了一些初步探讨。兹将结果报告如下:

方 法

一、对象和刺激方法:见另文(低频脉冲电刺激十二经原穴的感传调查)。

二、记录:

1.感传程度:(1)感传阴性:刺激原(俞)穴后感传的距离未超过5厘米者。(2)感传阳性:刺激原(俞)穴后感传距离超过5厘米者,又分为两种情况:I、投射性感传:感传的距离超过5厘米,但近侧端未超过肘、膝关节者。II、经络感传:感传沿经(或大体沿经)超过肘、膝关节者。

2.感传的方向:凡感传阳性者均记录其方向。

(1)向一端传导的:离心性经(手三阴,足三阳)向远端传导的为顺,向近端传导的为逆。向心性经(手三阳,足三阴)与此相反。

(2)向两端传导的:I、双向传导;远端未达到井穴,向远、近端传导的距离相等

• 1 •

者。Ⅰ、远端未达井穴，向远、近端传导的距离不等者，则按传导距离较长的一端定其顺逆。Ⅲ、远端感传达到井穴，近端感传的距离等于或大于远端的距离时，则测查合穴（肘、膝关节附近）后再定其感传方向。

结 果

一、1078例共12936条经（每例测查一侧经络，共12条）中，感传阴性者2555条，占19.75%。感传阳性者（包括投射性感传和经络感传）10381条，占80.25%，其中属于投射性感传者9851条，占76.15%，属于经络感传者530条，占4.10%。将投射性感传的经络按其感传方向分为向上（向肢体近端）向下（向肢体远端）双向三组统计，其结果见表一。

投射性感传的方向

表一

	向 上	向 下	双 向	合 计
经 络 数	265	9417	169	9851
百 分 比	2.69	95.60	1.71	100.00

由表一，可见投射性感传的方向绝大多数是向下传导，仅少数是向上，或呈双向传导。因其符合感觉的投射定律（详见后），故不列入经络感传内。以下仅对经络感传进行分析。

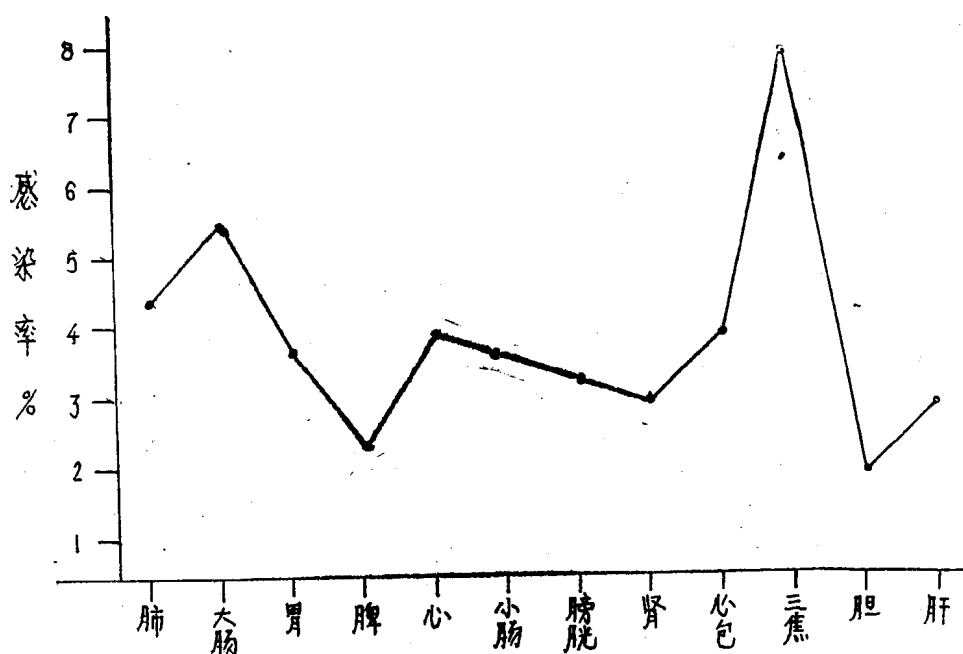
二、十二经的经络感传出现率。详见表二

十二经经络感传出现率

表二

肢 别		上 肢							下 肢						
经 络		肺	心包	心	大肠	三焦	小肠	小计	脾	肝	肾	膀胱	胆	胃	小计
经络感传	例	44	48	47	69	86	42	336	27	32	35	36	21	43	194
	%	4.08	4.45	4.36	5.40	7.79	3.89	5.19	2.50	2.97	3.25	3.34	1.95	3.99	3.00

从表二，可见十二经的经络感传出现率有明显差异。上肢有经络感传者336条，占5.19%，下肢有经络感传者194例，占3.00%。经统计处理， $X^2 = 39.62$ ， $P < 0.1\%$ ，说明上下肢的经络感传差异非常显著。在十二经中以三焦经的经络感传出现率最高，占7.79%，胆经最低，占1.95%。若按经络感传出现率的高低，则其顺序为三焦经>大肠经>心包经>心经>肺经>胃经>小肠经>膀胱经>肾经>肝经>脾经>胆经。除胃经的经络感传出现率略高于小肠经外，下肢的其余各经的经络感传出现率均低于上肢各经。若按气血在经络中运行的顺序作图，（见图1）则可见随着气血在经络中的运行，经络感传出现率的起伏亦较大，无规律可循。



三、气血多少对经络感传出现率的影响：按〔素问〕气血形志篇和〔针灸大成〕①将十二经按气血多少分为三组，即多气多血组（胃经、大肠经），多气少血组（三焦经、胆经、肾经、心经、脾经、肺经），少气多血组（心包经、膀胱经、小肠经、肝经）。分别统计其经络感传出现率，进行比较。详见表三。

气血多少与经络感传的关系

表三

组 别	多 气 多 血	多 气 少 血	少 气 多 血
总 条 数	2156	6468	4312
经络感传条数	112	260	158
百 分 率	5.19	4.02	3.66

由表三，可见多气多血组的经络感传出现率最高，少气多血组最低，多气少血组介于二者之间。经统计处理， $X^2 = 8.92$ ， $P < 5\%$ ，说明该三组之间差异显著。

四、阴经和阳经的经络感传：按阴经（手三阴，足三阴）阳经（手三阳，足三阳）分组统计其经络感传出现率。结果：阴经的经络感传出现率均数为3.16%，阳经为4.59%，经统计处理， $X = 4.54$ ， $P < 5\%$ ，故阴阳经之间，经络感传出现率差异显著。

五、气血运行的方向对经络感传的影响：

1. 按中医理论将经络分为向心性和离心性两组，前者包括手三阳、足三阴，后者包括手三阴，足三阳。在四肢向心性经内的气血运行由远端到近端，离心性经则与此相反。

分别统计向心性和离心性经的经络感传出现率。结果：向心性经的经络感传出现率均数为4.50%，离心性经为3.70%。经统计处理， $X^2 = 5.31$ ， $P \leq 5\%$ 说明向心性经和离心性经间的经络感传出现率差异显著。

2. 将经络感传的方向按顺、逆、双向进行统计，结果见表四。

经 络 感 传 的 方 向

表四

经络感传方向	顺	逆	双 向	合 计
经络感传例数	208	153	169	530
百 分 比	39.25	28.87	31.89	100.00

由表四，可见在出现经络感传的530条经中，其感传的方向与气血运行的方向一致者（顺）多于与气血运行方向相反者（逆）。经统计处理，它们之间的差异显著。

六、时间因素对经络感传的影响：祖国医学遗产之一的子午流注针法注重于时间的条件，认为气血的运行不但是“流行不止，环周不休”，而且像潮水一样涨落有时，即每经、每穴的气血呈周期性的盛衰。在适当的时间针灸一定的经穴，可提高疗效。我们按不同的时间统计了脾经（商丘）、膀胱经（昆仑）、心经（神门）、胃经（解溪）、心包经（大陵）的经络感传出现率。结果见表五、六。

不 同 时 辰 的 经 络 感 传

表五

	巳时（9—11点）			午时（11—13点）			申时（15—17点）		
	调查经络条数	经络感传条数	百分率	调查经络条数	经络感传条数	百分率	调查经络条数	经络感传条数	百分率
脾 经	340	11	3.24				293	6	2.04
膀胱经	340	15	4.41				293	7	2.30
心 经				85	4	4.65	332	16	4.81

穴 位 开 阖 时 的 经 络 感 传

表六

	开 时			阖 时		
	调查经络数	经络感传数	百分率	调查经络数	经络感传数	百分率
解 溪	57	5	8.77	50	1	2.00
大 陵	77	2	2.70	48	2	4.16

将脾经、膀胱经、心经在一天中所属时辰（即脾经巳时，心经午时，膀胱经申时）的经络感传出现率和另一时辰（即非所属时辰）的经络感传出现率分别统计。在所属时辰共测查719条，有经络感传者22条，占3.06%。在非所属时辰共测查经络965条，有经络

感传者37条,占3.83%。经统计处理, $X^2 = 0.73$, $P > 5\%$ 。表明在不同时辰的经络感传出现率,差异不显著。

注:解溪的开时为壬日申时,阖时为癸日申时,大陵的开时为戊日巳时,阖时为己日巳时,由表六,可见解溪在开时的经络感传出现率为8.77%;在阖时为2.00%。大陵穴与此相反,在开时经络感传出现率低于阖时。但经统计处理,解溪、大陵在开、阖时其经络感传出现率均无显著差异。

讨 论

一、经络感传和感觉投射:在1078例健康成人的12936条经络中,刺激原(俞)穴其感传能循经(或大体循经)超过肘、膝关节且传导较慢者530条,占4.10%,因它们符合较典型的经络感传的条件,故列入经络感传现象加以分析。而其余的感传未超过肘、膝关节,且绝大多数(95.60%)的感传方向均向肢体远端传导者,因更符合感觉的投射定律^⑤,故暂把它们叫做“投射性感传”,以区别于典型的经络感传现象。但是,必须指出,这种划分是人为的,并不表明它们之间存在着质的差异,而仅仅是为了便于对典型的经络感传现象进行观察、分析的缘故。按照生理学的知识:刺激感觉通路的任何点(感官以上的中枢端)所引起的感觉是投射到外周,而不是投射到刺激点。例如在开颅手术时刺激清醒病人的大脑皮质所引起的感觉,好像不是来自头部,而是来自身体某部皮肤;第五腰椎椎间盘突出,使后根受刺激,常引起臀部到大腿后部的痛觉等等,都是感觉投射定律的典型例证。而我们在实际工作中,当刺激强度较小时,被测者感到电极接触到的局部有针感,定位明确,范围局限,这是穴位处的感受器直接受到刺激所引起的感觉。当刺激强度逐渐加大时,则多数情况是针感向远端传导,走行的路线及其分布范围和周围神经的干(或细支)基本一致。^⑥这显然是由于经过穴位处的神经干(或支)受到刺激所引起的感觉投射。由于周围神经(包括血管的感觉神经)的解剖特点决定了该投射是多数向远端而且距离长,少数向近端而且距离短,虽针感存在于每个穴位,而感传则非每个穴位所必有。基于上述,把典型的经络感传现象以外的大量感传现象看作是“感觉的投射”,或许对经络感传现象的观察,分析是更有利的。但典型的经络感传现象和感觉的投射之间的关系如何?尚待进一步的工作。

二、经络感传和气血多少的关系:中医认为十二经的气血多少有所不同。虽然内经本身对三阴经气血多少的记载有矛盾,但经历代医家的实践、认识逐渐统一于(素问)的“气血形志篇”。本文据该篇的分类进行统计,结果表明,经络感传出现率和气血的多少有关。按中医理论,气血虽然同行于经络,但“气为血之帅”,气有统率血的功能,气为阳,是动力。故经气和经络感传的关系理应更为密切。而经气的内容复杂,包括营气、卫气、宗气和原气^⑦它们和经络感传的关系是是否都同样密切呢?看来不是。本文的结果是经络感传出现率上肢高于下肢,阳经高于阴经,三焦经高于其他各经。这表明卫气与经络感传的关系尤应重视。这点在中医古籍中论述较多而明确。例如:“卫出上焦,营出中焦”(千金方:三焦脉论)。“上焦者受气而营诸阳也”,(灵枢:五味

论)。”阳受气于上焦，以温皮肤分肉之间”(素问：调经论)。“卫气者，出其悍气之慄疾，而先行于四末皮肤分肉之间，而不休者也，昼日行于阳，夜行于阴，……”(灵枢：经脉)。“卫气者，所以温分肉，充皮肤，肥腠理，司开阖者也”(灵枢：本篇)。综上所述，说明卫气出自上焦，白天循行于人体的阳份，包括脉内脉外都有^②，其生理功能是调节体温，营养肌肉、皮肤，管理汗腺的分泌，保卫机体免受外邪侵袭等。因诸阳受气于上焦，卫出上焦，日行于阳。按部位上肢和上焦的联系最紧密，故经络感传上肢较下肢好，阳经较阴经好。而三焦主持诸气，主通行三气(难经)。这里所指的“诸气”、“三气”自然就包括有卫气在内。三焦属阳，为六腑之一，又称为阳气之父，卫气亦称阳气^③，故三焦经的经络感传出现率最高，进一步说明了经络感传和卫气的关系是非常密切的。虽然对于卫气的实质还不够清楚，既然它具有调节体温、营养肌肉皮肤，管理汗腺分泌、防御外邪等作用，并受视觉器官的影响(灵枢：卫气行)，至少部分是和间脑—垂体系统的功能一致。因而进一步探索间脑—垂体系统和经络感传这一特殊感觉间的关系，对阐明针麻原理或许有所帮助。

三、经络感传和气血运行方向的关系：

祖国医学认为气血的运行有一定顺序，按正常顺序循行则为顺，反之则为逆，即为病态。关于经络感传的方向，许多单位的报导均呈双向性，即气血运行的方向对经络感传无影响。本文结果为向心性经的经络感传出现率高于离心性经，与经络气血运行方向一致的(顺)较与气血运行方向相反的(逆)经络感传出现率为高。当然，本文所指的顺、逆不是绝对的，其中一部分并不是只向一端传导，而只是向某一端传导距离更远些(见方法)。但也能说明古人对气血运行方向的说法不是无根据的臆测，而可能在很大程度上是以针感的传导为依据。在临床实践中，根据气血运动的方向进行补泻手法并解释某些症状，也说明古人对气血运行方向的重视。因而在未认识本质，验证其疗效前，尚不能全视为糟粕而弃之。

四、时间因素对经络感传的影响：⑧⑨⑩⑪本文根据子午流注针法统计了脾经、膀胱经、心经(按纳支法)和解溪、大陵(按纳甲法)在开、阖时的经络感传。解溪穴在开时经络感传出现率为8.77%，阖时为2.00%但经统计处理，其间的差异无显著性。其余经穴的经络感传出现率亦未看出开、阖时的差异。但据此尚不能对子午流注针法给予全盘否定。这是因为：①本文所观察的例数尚少，可能尚未揭示出事物本身的规律。②经络感传是否为观察经穴开阖的理想指标。③子午流注针法在临床实践中的实际疗效如何等等都应进一步摸索。恩格斯说：“虽然十八世纪上半叶的自然科学在知识上，甚至在材料的整理上高过了希腊古代，但是它在理论地掌握这些材料上，在一般的自然观上却低于希腊古代”^⑫。子午流注针法是我国针灸古法之一，由于受唯心主义的影响，具有神秘主义的色彩。但它的基本观点是把人体内气血的周流看作像潮水一样，有着涨退的节奏。即从子时到午时，从午时到子时，随着时间的先后不同，表现出周期性的盛衰开阖。开时气血旺盛，如潮汛之涨，阖时气血渐衰，如潮汛之退。因此、在治疗上要求按时针灸、如顺水推舟，可以提高疗效。〔灵枢〕卫气行篇：“谨候其时，病可与期，失时反候者，百病不治”。〈医学入门〉指出：得时谓之开，失时谓之阖，开则乃气生血旺之

时,故可辨虚实刺之,阖则非气行未至,即气行已过,则不刺”。很显然,古人从环境对人体的影响和长期的医疗实践中发现人体内存在着“近似昼夜节奏”这一重要的生理现象,并利用它为临床治疗服务,较之西方提出“生理钟”的概念早约两千年,这是应当珍惜的。事实上,依赖于时间的生物学过程相当普遍,如人的体温、血糖、基础代谢、经络电势等都发生昼夜性变化。生物体对同样强度的刺激也随着昼夜节奏的周期而反应有所不同。这些现象都是和子午流注的基本观点相符合的。我们应对它进行研究,取其精华,去其糟粕,作到“推陈出新”,“古为今用”,为创造祖国新医药学而努力。

小 结

- 1.本文报告了电刺激1078例健康成人原(俞)穴的感传现象。属于感传阴性者19.75%,属于投射性感传者76.15%,属于经络感传者4.10%。
- 2.经络感传出现率上肢高于下肢,阳经高于阴经,三焦经高于其他各经。
- 3.经络感传和气血多少有关。多气多血组的经络感传出现率高于多气少血组和少气多血组。
- 4.经络感传和气血运行的方向有关。向心性经的经络感传出现率高于离心性经,顺行传导者多于逆行传导者。
- 5.本文未发现时间因素对经络感传的影响。
- 6.对卫气与经络感传的关系进行了初步的探讨。

主要参考资料

- 1.明、杨继洲著:针灸大成。人民卫生出版社影印本。1959。
- 2.上海中医学院:针灸学。人民卫生出版社。1974。
- 3.中医研究院等:中医名词术语选释。人民卫生出版社。1973。
- 4.上海市中医学会:经络学说的理论及其应用。上海科学技术出版社。1960。
- 5.T·C、鲁J·F、付尔顿合编:《医学生理学和生物物理学》上册。科学出版社。中译本。1974。
- 6.重庆医学院生理教研室针麻研究组:300例针感现象的普查资料。四川科技情报。总第10期。1973。
- 7.湖南中医学院,针麻经络组:刺激十二经井穴经络感传的结果分析——对中医气血学说与经络感传关系的探讨(内部交流资料)。1976。
- 8.承淡安等:子午流注针法。江苏人民出版社。1957。
- 9.司徒铃:从子午流注法测知人体十二经穴电位值的初步质察。广东中医,4(10),399—401,1959。
- 10.王书荣:自然的启示。上海人民出版社。1974。
- 11.E、比宁:生理钟。中译本。科学出版社。1965。
- 12.恩格斯:自然辩证法。人民出版社。1971。

从对一些疑难症的治疗看 辨证施治的重要性

成都中医学院 彭履祥

对祖国医药学的整理、发掘、提高工作是多方面的，例如从辨证到辨病，从传统理论到运用现代科学方法从事原理的研究，从民间的单方、验方到有计划临床验证，从膏丹丸散传统剂型到片剂、合剂、冲剂、针剂等改革剂型……，形式多种多样。这些基本上是从辨证施治开始，逐步“推陈出新”，从量变到质变的。但它们不能完全代替中医认识疾病、治疗疾病的基本方法——辨证施治。大量临床实践证明，辨证施治是科学的，符合辨证法的，不能忽视。因此，继续使用和进一步研究辨证施治，是继承和发扬工作中不可缺少的部分。应该看到，辨证施治不是变化莫测、捉摸不定的，一般来说，将望闻问切所得资料，进行综合、分析、归纳，提出治疗的理论依据，立法处方，并不是很难掌握的，不过每个病人体质虚实不一，受病轻重各异，病情变化缓急不同，因此，临床表现错综复杂，或表里同病，或本虚标实，或虚实互见，或寒热错杂，真寒假热，真热假寒等等，辨证就比较困难些。但古代医家总结了丰富的辨证施治经验，如能结合临床进一步钻研祖国医学理论，密切观察每一个病人的证候表现，也是能够正确辨证、掌握病机的。个人理论知识肤浅，临床经验不多，但在学习祖国医学理论和临床实践中深切感到，必须以理法指导方药，即对待每一个病人，必须审证求因，据理立法。依法处方选药，务使理法方药一线贯通，方能不断提高疗效。现拟将这方面的点滴体会，作为抛砖引玉，错误之处，请批评指正。

寒凝痰结 喉阻咽痛

喉阻咽痛，一般多以为系火热上灼咽喉。因阳明为燥热之经，少阳厥阴同司相火，少阴主君火，其经脉皆循咽喉，一般外感风热、温毒、疫疔等病，多干及之，故咽痛喉痹以热证为多。然证诸临床，远不只此。如外感风寒郁遏卫阳，少阴寒邪上逆咽喉，太阴湿痰上泛于咽，以及气郁痰结、阴虚阳亢等，皆可导致喉阻咽痛，岂只以火毒概括一切！《灵枢·经脉篇》、《灵·枢经别篇》皆认为，十二经脉、支络大都循、喉咙。人身气血相通，经络相贯。因此，凡外感内伤，干及咽喉，俱可出现本证。

此证初起，咽喉肿痛，现代医学称之为“喉炎”、“咽炎”，若不详辨兼证，不细

察火之虚实，概施苦寒泻火，以求消炎抗菌，如上清丸、六神丸、黄连解毒汤以及板兰根、青黛、山豆根等，往往药过病所。诚然苦寒泻火，对于实火、温毒重证，确有药到病解之效，但亦须适可而止。若病程稍有迁延，即以为炎威虽退，余焰犹存，更进大剂苦寒，以熄余焰，多犯始于热而终于寒之弊。若系风寒、阴寒、湿痰，气郁等证，仍宗上法，克伐正气，资助病邪，寒凝痰结，疼痛梗阻非但不减，且与日遽增，终致莫知所措，或以为病重药轻，屡用泻火解毒，或持阳常有余，阴常不足之论，迭进阴柔滋腻，而致寒凝痰结更甚，梗痛难除，甚至数月数年不愈，患者亦东猜西疑，思想负担很重。究其所现证候舌脉，类似寒热错杂，虚实并见。如胸中痞闷，若有痰涎积结，咽中梗阻，如有炙脔，甚至咽喉干燥，灼热疼痛，唇口亦觉灼热不适。但察其口舌，津液满布，咽喉不红不肿，舌质淡，苔薄白，或无苔而有津液。脉亦沉缓无力或见沉弦。服苦寒、阴柔之药，则疼痛增剧。上述表现，实系寒结少阴，随经上逆咽喉，正邪纷争所致。《伤寒论》少阴病，咽中痛，半夏散及汤主之一条，即为寒邪客于少阴，上逆会厌之轻证而设。若系过用苦寒，伤及肾气之重证，往往迁延难愈，前方亦难奏效。须以温经通阳之麻辛附子汤，酌加桔梗、甘草。方用附子温肾气以生少火，麻黄、细辛、桔梗既能温通经脉，祛散凝寒，又能引附子温热之力上达咽喉，直入病所，祛邪外出。使以甘草甘缓守中，方虽辛温但不致伤阴耗液，寒邪去而浮热不生，庶免矫枉过正之弊。若因苦寒重剂，损伤中下之阳，脾肾阳虚，湿痰内生，而致湿郁痰结，并随太阴经脉上逆于咽，亦可出现上述证候。治宜温经壮阳，祛痰降逆，以薤苡附子散和三因白散子同用，亦可收效。方用附子温肾气以壮元阳，苡仁、半夏祛痰邪而降逆气，佐以滑石，并可使已成之痰随三焦水道下行。病邪去而梗阻疼痛渐解。兹举近期病案二例如下：

一案、何××，男性，48岁，住彭县城关革委会。自述从1975年3月开始，自觉咽喉灼热疼痛，吞咽不适，经西医检查，确诊为咽炎，用四环素、土霉素等抗菌素治疗近一月，疗效不显著，遂改服中药近百余剂。查所服方药，不外清热解毒，滋阴润燥一类，如玄麦甘桔汤加马勃、射干、山豆根、板兰根等，或地黄丸加味。疗效仍不佳。改用中药改型剂，亦不效。再经成都××医院检查，仍系慢性咽炎。按医嘱从未间断中西药物治疗，但疼痛梗阻，未见好转。1976年5月11日乃往我院开门办学点医治。询问其现证，有咽喉疼痛，吞咽不适，自觉牙龈肿痛，口唇内外灼热干燥，头晕重痛，身倦乏力，精神不振等。察其舌脉，舌淡苔腻，脉沉弱。咽部不红不肿，齿不动摇，牙龈亦不红肿，扪之口唇不热、舌润多津。此证系起于风热，过用苦寒，使真阳下虚，火不归元，虚阳上浮之证。投以麻黄附子甘草汤和三因白散子，加枳实、桔梗、苡仁温经通阳，降逆散结。连服二剂，头痛大减，咽痛稍轻，但牙龈肿痛、口唇干燥仍自觉如故，脉沉弱。系病重药轻之故，非大辛大温之剂，不能祛散凝滞阴寒。改用麻黄附子细辛汤加桔梗、甘草，嘱服二剂。三诊时，诸证基本消失。阳和护布，阴寒已散，上方不能再进，恐矫枉过正。宜扶阳益阴，改用芍药甘草附子汤，仍服二剂。四诊时，身无不适，仅喉间似觉有痰，偶有清稀痰涎咯出，脉沉有力，舌苔白腻。此乃下焦阳气未复，寒痰未尽征象。改用真武汤全方四剂，寒痰尽而阳气复。停药观察三月，未见再发。

案二。刘××。女性。37岁，工人，住彭县城关副食店。自述1976年2月下旬患感

冒，恶寒发烧，头痛身疼，咽喉疼痛。经中医治疗，感冒已愈，惟咽痛不解。后请西医检查，诊断为慢性咽炎，用抗菌素，穿心莲等治疗一月余，疗效不著。又改服中药，如板兰根、连翘、银花、黄芩、黄连等清热解毒剂，或玄麦甘桔汤、养阴清肺汤、地黄汤类加减，效果均不理想，近来咽痛反有加重。于同年5月8日来我院开门教学点门诊。证现咽喉干燥疼痛，牙龈肿痛，牵引颈项亦痛，心累气短，全身乏力，痰少，口干苦不欲饮，饮不欲食，小便黄少大便干燥，观其咽部略红，舌质稍红，苔白薄，寸关脉细数，两尺沉弱。系寒湿盛于下，虚阳浮于上。乃以薤苡附子散加菊花、麦冬，取护阳和阴之义。连进二剂，自觉口不干燥，小便转清，咽痛龈肿明显减轻，脉转和缓，但仍沉弱。咽中略有梗阻，惟出少量鼻血，此为阴寒欲去，阳气健运征象。法当温肾气以固本，清虚热而和阴。上方去苡仁，加山药、沙参、白芍，迭进四剂，咽痛、龈肿消失，饮食增加，脉象缓和。惟觉咽干不欲饮，舌质略红，苔薄而少，是阴寒去而气血未复，乃仿全真益气汤去白术、淮牛膝，加山药，再进四剂，诸证消失，停药至今未见复发。

湿热瘀血 历节烦疼

历节疼痛，相当现代医学类风湿性关节炎。祖国医学早就认为本病是一独立存在的疾病，与风寒湿三气杂感之痹证（相当现代医学风湿性关节炎）迥然不同。然近代中医著述，多将痹证、历节合二而一，混淆了两者界限，将痹证之方药，施治于历节，失之太远，临床鲜有获效。

祖国医学对历节的认识很早。之所以认为本病是一独立疾病，是因为具有以下特点：①多关节受累：表现为“历节痛”、“诸肢节疼痛”（《金匱》），“流注关节”（《三因方》）；②疼痛剧烈：如“其痛如挚”（《三因方》）、“昼轻夜重，痛时觉热”（《医学纲目》）；③关节畸形：“脚肿如脱”（《金匱》）、“其肿如脱”（《三因方》）；④肢体功能障碍：如关节“不可屈伸”（《金匱》）；⑤全身性疾病，常伴有其它证状：如“短气”、“自汗”、“头眩”、“脉涩小”（《金匱》）等。因系独立之疾病，故有其独立之病名。除历节之外，尚有“历节风”（《诸病源候论》）、“白虎病”（《外台》）、“白虎风”（《圣惠方》）、“痛风”（《格致余论》）等名称。本病之形成，历代医家多宗仲景之说，即肝肾气血不足，络脉空虚，筋骨失养，贼邪不泄，蓄于关节，病自内生；或因血寒痰凝、血虚生风、湿热内注、气虚血瘀等亦可发生历节疼痛。至于饮酒汗出当风，或汗出入水中浴等，是诱发因素。

然近年来临床上惟湿热内侵经络，流注筋骨，深伏关节，而致气滞血瘀者较多见。这类患者。多见于体质较好的中、青年。其诱因：或因感冒，或因跌仆闪挫而发作。发病之初，腰脊四肢烦疼，指节红肿。灼热疼痛，游移不定，反复发作，不断加重，积年累月，经久不愈。其中热偏盛者，发展迅速，遍及全身，多在一年之内，即出现畸型，关节肿大，不能屈伸，肌肉消瘦，剧烈烦疼。但面色红润，若无病容，关节皮色如常，不清不黯，舌质红赤，脉多细数；湿热俱盛者，发病稍缓，发作间隔较为稀疏，常在发病2~3年后，逐渐累及手足腰脊，关节出现畸型，甚者口不能大张，咀嚼无能。发作

时关节红肿，疼痛缓解后，关节皮色黯黑，肿胀较突出，但手足尚能勉强动作，多伴有口渴、自汗、盗汗，小便短赤，面色赤，唇色黯，饮食减少，舌尖红赤，舌根白厚等，湿偏盛者，起病缓慢，常局限指趾关节，局部灼热，红肿疼痛，发作间隔较长，不治疗，或间断治疗，即逾十年八年，病变仍然局限不变，或略有发展，亦多不重，对日常生活、生产劳动，一般无妨，饮食、二便如常，舌苔厚白，脉多弦缓。

上述三种类型，热偏盛者，治愈较难。常因疼痛难忍，多用西药皮质激素类。中药清热凉血、解毒养血、活血通络方药，较之激素生效迟缓，多不为患者接受。但于发病之初，与医生合作，坚持凉血解毒，清热透络，禁用辛温走窜，耗气伤血。饮食清淡富于营养，不食辛辣厚味，庶免助长热毒，耗伤津液，可不致关节气血壅滞，而遏止病情急剧恶化；湿热俱盛者，于发病初期，及时采用清热化湿、行血活络法，如薛生白《湿热病篇》第四条方药（鲜地龙、秦艽、威灵仙、滑石、苍耳、丝瓜藤、海风藤、黄连）加入赤芍、鸡血藤等，可取得较好疗效。即使病程已逾1~2年，只要关节尚能勉强活动，未服或已停服皮质激素，上方加入清解血热、活络定痛之乳香、没药、赤芍、伸筋草等，亦可使疼痛缓解，红肿消失，湿偏盛者，乃历节之轻证，肝肾气血未至大亏，仅营气不通，卫不独行，脉络空虚，湿邪外袭脉络、内侵筋骨，而致湿郁痰凝，气滞血凝，流滞关节，故病变局限。宜辨其气血湿痰郁滞程度，选用仙方活命饮加减，可以完全控制病情。凡历节疼痛，不宜食醇酒厚味。附病案二则如下：

案一，李××，男性，46岁，彭县银行工作。于1976年5月8日其家属用自行车推来就诊。患者口不能大张，言语吃力，病史由其爱人（西医）代述。

据云：患类风湿性关节炎两年半，加重半年。于1974年春发病，开始手脚关节、腰脊肩背，游走掣痛，在当地医院服西药无效，嘱来成都检查。经中医学院附属医院、四川医学院、省人民医院三次照片，诊断为风湿性关节炎、骨质疏松，口服强的松，注射中药针剂，兼饮药酒辅以外治法，治疗四月有余，病情有增无减，指关节开始红肿变形，颈椎、胸骨、肘、膝、髌等关节相继红肿灼热，游走掣痛，并有严重功能障碍，腰不能直立，手不能握，口不能大张，咀嚼无能，仅可送进如豆大食物。步履维艰，生活不能自理，浣洗、进食、赴厕均需专人护理。入夜盗汗，手足心热，咽红肿痛，口干欲饮。再到成都中医学院等单位复查，检验结果：类风湿因子阳性，血沉30 mm/小时，抗

“O”正常。诊断为类风湿性关节炎，嘱病员回当地治疗。先后在县中医院、某公社医院住院，经中药治疗四月，病仍如故。所服方药，不外温经散寒，活血通络，祛风除湿，补益肝肾等类。就诊时，病员情绪悲观，表情痛苦，面色秽暗，唇口青黑，全身僵硬如前所述。关节灼热，红肿疼痛，小便深黄，舌尖红赤，苔多薄白，脉细略数。初诊为气滞血瘀，经络阻闭，郁而化热之证。拟用活血通络方药。以赤芍、地龙、桑枝、防己清热通络，桃仁、红花、姜黄、乳没法愈活血，反佐党参、桂枝、防己，使血乃行，而气不伤。连进二剂，疼痛略有加重。前方去桂枝、防己，加入玄胡索、金铃子、秦艽、黄芪、寄生、麝虫、苏木。嘱服二剂。剂尽复诊，关节红肿疼痛增剧，不能屈伸，舌赤更甚，六脉仍数。推敲再三，系辨证不确所致。将湿热浸淫脉络、深入筋骨、流注关节之历节病，误为一般寒湿阻痹，气滞血瘀，郁结成热之证。遂改用清热凉血，活血

通络法。仿薛生白《湿热病篇》第四条方药，重用银花藤、桑枝、血木通、伸筋草、地龙、苍耳子，加入乳没、鸡血藤、僵蚕、蝉蜕、赤芍、甘草。一剂已，晚间即觉倦卧思睡，夜半醒来，疼痛减轻，身能转侧，次晨口可张大。二剂完，蹒跚能行。再进六剂，疼痛大减，可自行洗脸，赴厕小便。但有口渴、舌赤、脉数等证，仍宗上方，去乳没、僵蚕、蝉蜕，加粉葛、连翘、花粉、石膏、丝瓜络、海风藤。嘱附六剂，疼痛基本消失，但腕、胫仍然红肿，盗汗依然，小便黄赤。仍本上方，加白芍、沙参。盗汗减轻。以后一直守方，仅随证略有加减。如咽喉红肿疼痛，加桔梗、射干、大力；手足心热，加生地、丹皮、地骨皮等；兼感冒发热，头痛鼻塞，加荆芥、淡竹叶，咳嗽加杏仁、苡仁，前后服药九十余剂，治疗三个多月，证状消失，行动如常，生活自理。再到成都复查，血沉10mm/小时，余无异常。嘱再服前方10余剂，巩固疗效。现已恢复工作，上班两月多，未见不适。此案病情虽已完全控制，但有两点教训：①辨证不要限于历节无热证。故不可妄用辛温方药；②本案属于湿热病范围，表现湿热俱盛，忌用甘温补中。曾因汗多、脉虚，两次加用黄芪，俱使病情加重。

案二，李××，女性，40岁，天全县工作。因指趾关节梭状变形、红肿疼痛、发作频繁、步履艰难入院。就诊前，服强的松已半年有余，不能减量，反因疼痛难忍，增加剂量，但疼痛发作日趋频繁，血沉一直很高。同时，每半月左右，即有类似感冒发生，常须服银翘解毒丸1~2日始可缓解。初辨证系湿热流注关节所致，拟清热渗湿，活血通络方，不效。后力劝患者减少激素用量，前方增入活血定痛之乳香、没药等，疼痛不减。类似感冒证状不断发生，患者误以归脾丸作银翘丸用，果然“感冒”全愈，疼痛减轻。乃气血俱虚，湿热不盛之证，遂宗补阳还五汤加入清热化湿，活血通络之品，守方2月，病情好转出院。现已控制五年，未见发作，恢复上班。此案为气血亏虚，湿热留滞之证。病程较长，使用激素较久，虚实错杂，治疗颇难。

心肺阴伤 百脉悉病

百脉俱病之百合病，多原于大病之后，余热未尽；或汗吐下失法；或平日多思过虑，情志不遂；或卒惊异遇，扰混心神。以致精神涣散，气血抑郁生热。伏萌之火，郁而不伸，损伤心肺之阴，故百脉悉病。惜乎自张仲景提出此病以后，不少金匱注家，虽作了不少补充，但很少进一步阐发其运用。正如陈修园所说：“此病最多，而人多不识耳。”的确本病临床常见，对于是证，患者常苦于病久不愈，医者苦于证状捉摸不定，难于着手。实际上，只要掌握了本病的特点，对其认识不难。凡具备以下三点者，即可诊为百合病：①证以心神涣散为主，如默默不欲言，欲卧不能卧，欲行不能行，欲食不能食，如寒无寒，如热无热，诸药不效，变幻无常；②自觉证状极多，全身似病，苦恼万状，但体检病征极少，身形如和，无显著病态；③头眩、口苦、舌赤、尿黄、脉数常为可凭之证。切不可单凭一些变幻莫测、捉摸不定，有如鬼神驱使之证，即诊为百合病。心肺阴虚，邪少虚多为百合病的特点，故养心肺之阴，清气分之热，为其治疗原则、心肺之阴足，气血之余热得清，则百脉调和，其病可愈。一般镇心安神，和中补气