

目 录

一定要按照中医的体系来学习中医.....	林平青 吕维柏 (1)
学中医必须重视理论.....	李英林 (3)
祖国医学临床实习心得(一).....	吕维柏 (5)
祖国医学临床实习心得(二).....	李世忠 (11)
学习内经后的一些体会.....	范正定 (25)
学习内经知要的体会.....	许志义 (35)
学习内经知要后对中医阴阳、	
五行学说的点滴体会.....	黄志立 (40)
阴阳五行学说在医学中的应用.....	孙弼纲 (46)
对祖国医学病因学说的点滴体会.....	高耀宗 (52)
学习伤寒论后的体会.....	陈泽霖 (55)
我对伤寒论的六经和辨证论治的初步认识.....	曾昭碧 (59)
中医临床治疗及方剂运用的规律探讨.....	宋式夷 (71)
如何学习“神农本草经”.....	孟沛霖 薛 峰 (88)
中医外科临床实习心得(一).....	法乐宾 (91)
中医外科临床实习心得(二).....	陈梅芳 (126)
学习祖国医学皮肤病学的体会.....	方大定 (148)
学习中医眼科的一些体会.....	维定中 (159)
对经络学说的体会.....	黄教巖 (165)
针灸实习二个月的体会与收获.....	陈泽霖 (171)
祖国医学遗产内有关神经论思想初步探讨.....	靳福全 (175)
中医的“气”学说与辩证唯物论的神经类型学说及唯心	
的和机械唯物的性格类型学说的比较.....	薛崇成 (182)
中国古代医学在血液学方面的伟大贡献.....	张爱斌 (198)
对灵枢经“骨度篇”有关表面解剖学	
记载的考证.....	王亚成 莫楚屏 (207)
祖国正骨科的科学成就.....	叶衍庆 (218)
500例上呼吸道感染之门诊观察和中药	
银翘合剂的疗效报告.....	朱文超 汪鑫爵 (225)
用中药鱼腥草合剂治愈大叶性肺炎	

五例报告.....	李中才 張鴻銘 王澤民 王泰玉 曹炳华 (234)
中医中藥治疗膜毒病之初步报告.....	賀光永 (242)
用“陈佛手干及敗酱草”治疗傳染性肝炎	
64例初步报告.....	郭淑华 張晏平 穆兰仙 (252)
复發性胆囊炎經中医迅速治愈的临床	
經驗报告.....	丁履伸 李兆順 袁立来 (256)
胆石症, 通过中医治疗排出結石之一例.....	曾昭普 (258)
中医中藥治疗糖尿病的疗效.....	楊立德 范毓芳 (263)
加減“犀角地黄湯”治疗“流行性	
脑脊髓膜炎”介紹.....	張鈞衡 (270)
中医治疗麻風 309 例的初步疗效.....	郭利生 王尊义 于 达 徐耀先 孙恩喜 (273)
中医治疗 27 例破伤風的 初步 报告.....	曲 克 (282)
內痔中医疗法与西医手术疗法的比較.....	中直三院外科小組 (287)
用中藥治疗圆形脫毛症(斑禿)一例报告.....	于晨光 (294)
滑脉对停經病診斷的初步估价.....	張开甫 (296)
中医“通乳藥”治疗 100 例乳汁缺乏	
症的疗效观察.....	沈阳医学院医疗系妇产科教研組 (298)
“蛇床子”治疗阴道滴虫炎的研究.....	桂承会 (302)
中医磁珠丸治疗白內障之临床疗效	
初步报告.....	沈祖寔 郎志清 方謙遜 徐志章 (310)
养阴清肺湯对急性扁桃體炎百例疗效观察.....	張祖榮 (321)

一定要按照中医的体系来学习中医

林 平 青 呂 維 柏

到南京来实习中医已经有五个月了，有人問我們要怎样学才能学好？肯定地回答那就是：“一定要按照中医的体系来学习中医，不然就会碰釘子。”这个回答也正是碰了几次釘子以后得出来的教訓。

在实习之初，常好把病例按西医病名分类，然后归纳分析，得出对该类疾病的中医诊断与治疗方法。例如“肝炎”病人有肝区不适疼痛，食欲不振，食后腹胀等症，常可给予舒肝理气和胃的藥。在一般的情况下这种归纳分析的方法，也常能有助于分清头目，便于理解和记忆。但是，如果过分肯定地把西医病名与中藥联系起来，在有些情况下，就会上当。例如一个傳染性肝炎的病人，黄疸已退，主要症状是精神疲乏，食欲很差，进食以后常觉腕部及右肋部眼闷，肝区有压痛，脉弦滑，舌苔白，根膩，由于先存在了“肝炎”的印象，于是就用了舒肝理气和胃为主的方子。老师见到了以后，指出病人表现的症状，主要还是“脾虛湿困”，应该以扶脾化湿为主，不宜舒肝理气。又譬如对哮喘的人，总是想到哮喘是肺的疾病，要从理气化痰止咳定喘来治，但是有的病人喘得非常厉害，气不相接，全身汗出，四肢發凉，老师却不去治肺而去治腎，用金匱腎气丸或七味都气丸等。开始的时候还有些疑虑：为什么要用这些既不能平喘又不能止咳化痰的藥来治呢？但是后来发现用治腎的藥，果然有效。再举例說：我們大家都知道，乙型脑炎相当于暑温病，要用白虎湯。但是我們在南京市傳染病院实习脑炎的时候，却发现用白虎湯的只占一部分，其余有的以豁痰为主，有的以化湿为主，有的以泻下为主，甚至在某些情况下还有用大熱藥附子、干姜为主的，也一样都能治好病。

这些教訓，对我们來說，都是非常深刻的，它教我們更深切地

体会到一点：要学好中医就必须掌握中医的理论体系，按照这一体系来把疾病分类，确定诊断，开出方子就不会犯错误。这种按照八纲的分类法是以临床症状为基础的，所以能灵活地应付临床上千变万化的症状。它和西医的一套按照病因和病理的分类法完全不同，只根据四诊及临床症状的综合等等来确定诊断为“脾虚”，而不管肝臟發不發炎。我們学过西医的人，要在脑子里完全不想病理、生理的一套是很困难的，但是至少不能为其左右，更不要簡單地以此来替代中医的体系。中西医将来一定会逐步合流，但是目前，在刚刚开始学习中医的时候，結合的問題还是稍微慢一步較好。

由此也就联想到所謂“實習条件”的問題，本来在我們思想上都存在有既要有名中医也要有高級西医和設備的医院，以便确定西医诊断；現在看起来，这些对将来做研究工作很必要，但在目前實習的阶段里，就不是那么重要了。我們今天主要是学习中医的包括理論体系都在內的完整的一套，首要条件就是中医老师必須有較高的水平，这个“水平”主要是指能在临床上純熟准确地运用中医理論。另外，我們也觉得實習單位和老师也应该严格地按照中医的理論体系来培养和教育我們。有的老师常常好結合一些西医的病名和病理来加以說明，結果往往弄得不对头，我們觉得最好还是避免这样做。我們也觉得应该要学习写中医的脉案，因为脉案是体现中医理論指导临床的一种良好的方式。

党提出要我們对祖国医学“系統学习，全面掌握，整理提高”，現在更体会到“系統”与“全面”四个字的重要性。过去有人認為中医只有經驗，沒有理論，因此就过于性急，学到中医的一鱗半爪，就过早地想把它与西医的理論結合起来，虽有时能局部获得成效，但絕大多數是牵强附会的。如果我們碰到腦炎就用白虎湯，碰到肝炎就舒肝理气，毫無疑問一定会碰釘子。如果是失敗了，那就不能怪中医无效，只能怪自己沒有“系統”学习，“全面”掌握中医的理論和實踐。

（轉載 1958 年 1 月 17 日健康報）

学中医必須重視理論

中医研究院中医研究班學員 李 英 林

我在中医研究班學習祖国医学理論和临床實習近两年的期間里，有一个非常深刻的体会，就是學習中医必須重視中医理論。

二年前，我对祖国医学理論是抱着怀疑和不重視的态度的。今天，事实証明我的看法是不正确的。中医理論是我們祖先数千年来长期在治疗过程中积累創造出来的。产生的过程，是一个实践（治疗病人）——理論——再实践（再治疗病人）——再理論的循环过程。因此，中医理論的产生是有科学根据的。我們主要应当学会如何掌管与开鎖的本領，着重吸取与學習它的指导思想，也就是“整体观念”，“辨证施治”的理論；当然，經驗也要一并接受下来。

临床症状随时都在千变万化，中医的解釋又是多种多样，我們对于这些症状，以及中医解釋的理論，从末梢的枝节部分去看，的确嫌龐杂的，望洋兴嘆，不知从何处着手。可是，假如我們从中枢的主干部分去看，就不难發現，我們聰明的祖先，已經在这些錯綜复杂的症候中，用一条非常正确的巨索把它貫穿起来，那就是“八綱”。“八綱”就是根据望、聞、問、切四診所得的复杂的客观症候，进一步分析与归納，从而辨別四个相对立的表里、寒热、虛实、阴阳。表里說明病变的部位；寒热反映疾病的性質，其中还有真寒假热，真热假寒，表寒里热，里寒表热，上热下寒等的区分。虛实代表邪正的消長，“虛”指机体抗病力的減弱，而在临床上出現一系列的机能低下現象；“实”指病勢的旺盛，而在临床上出現一系列的机能亢奋現象，其中还有虛中夹实，实中夹虛等的区分。广义的阴阳包括表里、寒热和虛实，屬於表、热、实的为阳，屬於里、虛、寒的为阴。狭义的尚可指真阳、真阴，前者即元阳，也就是腎中命門之火，后者可指腎中真阴，另可代表有形的血液、津液、水分以及具体的

臟陰等。临床上，中医就依据这八大綱領，参考時間、地点等外在环境的变化，来作为治疗的根据。

从表面看来，“辨症施治”和“八綱”理論，好像籠統而粗糙，实际这些理論是既有原則性(根据“症”辨别“八綱”，症候不論多么复杂，但总不能越出“八綱”范疇)，又有灵活性(以症候群为轉移)的一种辯証的具有先进性的理論。

以肝硬变为例，按照中医的理論認識，就沒有固定的，一成不变的治疗方法。临床上根据每个肝硬变病人所表现症候的不同，而有不同的治疗方法。沒有腹水的早期肝硬变病人，以肝脾腫大(症显胁下脹痛，按之尤甚)作为主要表現者，則左屬肝积(肥气)，右屬肺积(息賁)，治之以“坚者消之”、“留者攻之”、“結者散之”的原則，左侧脾臟腫大多加入活血藥，右侧肝臟腫大多加入行气藥，以“肝胃湿熱”或“肝熱”“肝火”或“肝郁”等症候为主要表現者，治疗又須根据症的不同而清熱祛湿或清肝熱、泻肝火或舒肝郁等。这些均为实証、熱証，亦屬阳証。在临床上，尚有以阴虛(肝阴虛，或腎阴虛、血虛、津虛)或阴虛生內熱或气血两亏等作为主要表現者，則又須根据不同的症候，而用不同的治疗方法和不同的藥物。这些都是虛証、阴証。此外，更有虛实互兼的症候，另有不同的治疗方法。病变进入晚期，出現腹水的，可属于單腹脹或水鼓門。病原又可責之于脾、腎、肝、心、肺五臟之一之二或三等，治疗更为复杂。

上面这个例子，只是依照中医理論，将一般肝硬变的病情發展过程所最常見的症作一極概括而簡單的描写与分析，实际临症更是錯綜复杂得多。充分說明了中医治病有其完整的理論作为指导思想，其辨症又是非常原則与灵活的。我們只有懂得这些理論，才能更正确与有效的研究發揚中医疗效。如果我們不深入了解这些理論，遇到一切肝硬变病人，根据已知的一些膚淺的中医理論結合西医診斷，千篇一律的舒肝、柔肝、活血、清熱利湿，那将大錯而特錯。因为中医的舒肝術語，用意乃是肝之用(功能)的舒暢条达，并不是質的消散；况且中医的所謂肝，也并不完全是指着西医的解剖学右肋下的肝实質臟器，柔肝乃是滋阴帶有柔补以克剛之意，活血和清熱利湿亦应根据症候的存在作为治疗的依据，“有是症用是

藥”，而不是死板板的固定的。

當然，必須說明，我也並不是說，我們一點也不要考慮西醫的臨床診斷。在中医治療上，作為西醫學習中医的同志，西醫的理論和臨床診斷，對於中医治療可以起參考作用。某些地方能够結合得上的，當然可以結合，因為中西醫將來畢竟是要合流的。但是，在沒有切實的全面掌握住中医理論以前，過早的結合和過多的考慮西醫診斷，而牽強附會，就不免帶來失敗。

（轉載 1958 年 4 月 1 日健康報）

祖國醫學臨床實習心得（一）

中医研究院中医研究班學員 呂維柏

我們因在北京理論學習告一段落，遂到南京江蘇省中医院開始臨床實習。從針灸到內科臨床，現在已經度過了四個月緊張實習生活，雖然以後還要繼續實習下去，但是在過去這一段短短的實習期間，使我已經增加了許多新的知識，特別使我感到中医臨床必須以中医理論體系為指導原則的這一重要意義。為了提供大家參考，僅將我對於認証方面的一些不成熟的體會，介紹在下面：

一、關於四診方面 四診是辨証、認証的手段。因此，在臨床上是十分重要的。對於四診的重要性，各家認識不一。有的主張望診最重要，說是“望而知之謂之神”。並且舉出扁鵲單凭望診而診斷齊桓侯疾病的事例來。也有不少人把切診說成最重要。中医界中，還有流傳某些名醫單凭切脈就可治病，有的老百姓來看病時，也往往只把手一伸，一言不發，說是要讓醫生從脈里診出病來，這是一種片面有害的看法。其實，在黃帝內經的“征四失論”中早就批評為“卒持寸口，何病能中？妄言作名，為蠱所勞！”結合現代醫學來看，則更屬不可思議。如此複雜的病理變化過程，要在一根動脈中都表現出來，實在很難令人相信。當然，中医的脈診是有價值的，但必須和其他三診結合運用才行，不能孤立地談脈。

对于四診的重要性，我的初步体会是：問診應該放在第一位，望診和切診放在第二，聞診第三。現依次論述如下：

中医診病和西医診病是不完全相同的。其中有一点是，西医診病的依据是自觉症状，物理檢查和化驗三方面并重；而中医则主要依据病人的自觉症状（主訴），物理檢查（舌、脉等）只起一部份輔助作用。因此，从中医的观点看来：①只要病人感到有某些不适，就是有病。即使經過一切檢查都正常，还是算有病，还可以治。②有症状的病好治，效果好，没有症状的病（如有的肺結核或高血压病）不好治，效果也差些。③痊愈的标准，就是症状消失，症状消失，才算痊愈。那么，这些症状从何而来呢？还不是从病人口中問来的。根据我在北京和南京两地的观察，没有一个中医不是对于問診寄予高度重視的。也没有一个中医不是仔仔細細地向病人詢問着各方面的自觉症状的。

除此以外，我还感到問診是一項具有高度技巧的診療手段。看到有的老师問病，如層層剥茧一样，一步深入一步。問完了，診斷、立法、处方，就已經大致有了一个眉目。要做到这一点，确实是很不容易的。我所体会到的問法，有下列几点：

（1）有几項似乎是問診中的常規。对每个病人几乎都要这样問，如：①病期長短，②有无寒热？出汗否？口渴否？③飲食（包括食欲，食入有何不适），④二便（尤其是大便情况，是瀉还是結），⑤头、目、胸、腰、腿各部，是否痠痛暈脹？⑥妇女必問月經。其中对飲食和二便，似乎特別重視。因为都和脾胃有关。而中医在治病时，是特別注意脾胃的强弱。这不仅和病有关，更牽涉到用藥問題（中医用藥，多半是口服）。

（2）問診要有目的地进行，也就是要圍繞着病人的主訴，来进行詢問。目的是要想到这一疾病的病因和病理状况，以便下藥。例如遇到头痛病人，就要想到可能是肝阳，或外感，或痰厥，或湿遏，就要追問下去。在問診中，进行鑒別診斷。如果有头昏、眼花，則想到可能是肝阳。那就可以再問有无面赤、胁痛、脾胃症状，性情是否急躁，是否失眠等等。

（3）問診要結合疾病分类，同一胃痛，有因肝郁的，有因血

虛的，也有因中虛的，因血虛的等等。治療起來，各不相同，甚至完全相反。能通過問診來初步分一類，很有必要。

(4)問診要結合八綱，例如發現病人脈數就可以進一步問有無發熱，口渴，溲赤等以區別寒熱。也可以問有無惡寒，頭痛，鼻塞，哮喘等以區別表里。也可以想到是否血虛發熱？舌是否紅？有無月經過多，痔瘡便血等等。

(5)問診要結合用藥：在用補藥，尤其是滋膩的藥（如熟地，杞子等）之前，必須詢問食欲如何？（苦寒藥也需要注意食欲）用溫燥藥，如桂枝，蒼朮，厚朴時，應注意有無口渴，潮熱等里熱陰虛的現象。用行氣破血藥前，應該問清楚是否懷孕？用發表藥時，要知道是否有汗？用燥濕藥前，要問是否便秘……。

總之，能夠有系統、有步驟、有中心目的地進行問診，對於診斷、立法和處方來說，確實是有莫大的好處的。

其次，對於脈診，我体会到兩點：

(1)寸關尺的區別，在本院似乎是很少用，臨床價值似乎不大，因為不用它也同樣的治好了病。

(2)所謂29脈，在臨床上的價值並不一律。實際上所看到的常用的脈只不過是下列九種：沉、數、遲、滑、濡、弦、濡、細、小。其中最常用的則為沉、數、細、小、滑、濡、弦七種。大部份脈案中的脈象，都由這些構成。也有一定的臨床意義，如數為熱、遲為寒、滑為痰、弦為肝、濡為濕、細或小為氣血虛、濡為血虛。這些對診斷和治療是有幫助的。另外我感到在臨床很少看到用浮脈，這一點別的同学也有同感。有表證的病人並不少，但脈象多半為數，一部分為滑，有時摸起來似乎象浮脈，結果又不是。相反的沉脈却是很多的。

第三在望診方面，一般的要注意下列幾點：①面色，紅為肝陽，盛系發熱，或是癆瘵。白為血虛。黃為黃疸。②浮腫，③倦怠，精神萎靡為氣虛。④體肥者多痰濕，氣虛。但望診的重點，是放在舌診上。尤其是急性熱病更為重要，變化亦快。必須連續觀察。雖然有的書將舌苔分成幾十種，五花八門，無奇不有。實際上我覺得最常見和重要的只有三種。即，白苔，黃苔和紅舌（絳舌）。在白

苦和黃苔中，還要看看是厚、是薄、是膩、是糙，苔在舌心或舌根。掌握了這些以後，對一般疾病的表、里、寒、熱、虛、實、氣、血、營、衛、痰、濕等方面的鑒別，都會有不少幫助。當然，這只不過是初步，是決不能以此為滿足的。

對於問診方面，我没有什么特殊的體會。

二、關於八綱方面 兩個月來，通過觀察和試診，對於八綱的辨別，已經開始逐步的脫離單純理論的階段，慢慢地有了更多地實際地和具體的體會。

我覺得，所謂八綱，實際上只是六綱。陰陽二綱是對其他六綱的概括，如表、熱、實屬陽；里、寒、虛屬陰。有時則被用作為氣和血的代表（陽主氣、陰主血）。因此，和其餘六綱並列，是有些不大恰當的。

在六綱中，要區別表里並不难，因為所謂表症很容易辨識，如惡寒、發熱、頭痛、鼻塞、咳嗽等。有此為表，無此則屬里，問題不大。

實際上，需要仔細辨別的，是虛、實、寒、熱四綱。在辨別這八綱的時候，就可以發現，八綱只不過是一個初步的辨證，單憑這個是遠遠不夠應付臨床上的需要的。也就是說，在按八綱分了以後，還要結合五臟、六腑，結合氣、血，結合風、寒、暑、濕、燥、火等六淫，加以仔細地分辨。

在這四綱中，虛是最常見，也是最重要的。單單說明這個病是虛症，是不夠的，要看看是哪一臟虛，是脾虛，還是腎虛，還是肺虛？在這些方面，還要進一步分出是脾陰虛，還是脾陽虛？腎陰不足，還是腎陽不足？另外，還要看看是氣虛，還是血虛？每一種虛的症候一般都會有一些比較特殊的症狀。也就是說，看到這一症狀，就會聯想到是某一臟虛。例如腰痠，往往就會想到腎虛（腎陰不足）。泄瀉的發病原因是很多的，但終容易想到與脾虛有關。當然，再參以其他的症狀，就更容易明白一些了。如果能夠事先對五臟、六腑虛損不足的主要表現，有一個概括的了解，那麼，對於辨證來說，是十分有利的。

本院的門診病人中，屬於各類虛症的很不少。這可能和來診的多半為慢性病有關，因為久病必虛。

其次，有关实证方面。因为“实”主要是指邪实，所以很重要的就是要辨明究竟是什么邪？例如：食滞、痰饮、邪火、郁怒之气、瘀血、風寒、虫痞、湿热等結滯不行，則成为实邪。这些实邪，也常常發生于某些臟腑。除掉腎无实证以外，其他各臟都常有某些实邪結于其中，成該臟之实证。如心有邪火，肝有郁怒之气及邪火，脾有食积、虫痞、湿热；肺有風、寒、痰、飲。这些各各有其特殊的症状，治法則或攻之，或消之，或导之，或清之（泻之），視病邪不同而用不同的藥。如对食积，則用消食藥；对瘀血，則用祛瘀藥；对肝郁气滯，則用疏理气藥；有虫，則杀虫；有心火，則清心（泻心）；有風寒外感，則宣肺發表等等。

第三，寒症。表寒是容易認識的。最主要的，是惡風、惡寒。里寒也有其一定的症状，如喜熱飲，唇舌白，便溏下利，腹冷痛，尿清長，脉迟等。拿臟腑來說，心肝兩臟很少言寒，寒症多見于肺、腎、脾、胃，也各有其特殊症状。如肺寒有咳嗽、吐白痰、流清涕、惡寒等。腎寒即命門火衰，有陽萎、便溏、形寒等。脾寒則下痢。胃寒則胃綿綿作痛、喜欢熱等。再配上舌及脉象，是可以得到診斷的。

第四，熱症。主要的是區別虛實的問題。其中虛火較為常見。这也和本院病人虛症多有关。因为虛火都是由于陰虛所生。根据“陰虛則陽亢”的理論而得。还是需要分臟腑。因为五臟皆可有一陰虛。如肝陰不足，心營不充，肺陰不足，脾陰虛，腎陰虧，胃陰不足等。也各有其特殊症状。如肝陰不足，主要表現为肝陽上越，肺陰不足，則有癆瘵的一些症状。如潮熱、頰紅、勞嗽、咯血等。心營欠充，表現为心悸怔忡。胃陰不足，則胃中嘈雜或有燒灼感。腎陰不足，則或表現为相火偏旺；或表現为肝陽上越；或其本身的一些症状，如腰酸腿軟，小便不禁等等。治療之法，則离不开朱丹溪的滋陰、降火。看那一臟陰虛，則滋那一臟之陰。

在診斷虛火的時候，脉和舌是很重要的。脉象多半是細數，舌診多半为舌尖紅或舌質紅絳，看舌苔光剝，則說明陰已大伤了。

至于实火，則最常見的是肝、胃二臟。心肺則次之。其中尤以肝經实火为最。如面赤、頭痛、善怒、口苦、胁痛等都是。

上面只是簡單地談了一下我对虛实寒熱的粗淺的体会。其实

在临床上却并不如此这样簡單。拿虛和实來說，除掉有些比較明顯的虛症和实症以外，更多見的虛中夾实，实中夾虛，上实下虛，正虛邪实等复杂情况。在寒热方面，也很多都是真寒假热，真热假寒，表寒里热等寒热夹杂的情况。这就需要进行更細致的辨証。診斷何者为主，然后才能确立治法。这一步走錯，則治疗还是不正确的。

此外，各臟腑的虛实寒热的情况，需要了解掌握，但也应注意各臟腑之間，是密切相关联的，在發病的时候，常常是一臟有病涉及他臟，例如腎阴不足，水不涵木，就引起肝阳上越。脾土不健，就引起肝木克土等等。或兩臟互予影响，如水不上承，火不下降，水火不能互济，則形成了心腎不交。那么，治疗的时候，也就不一定治疗其本臟。根据“虛則补其母，实则泻其子”的理論，可以运用培土生金，滋腎降火等法則了。

由此，也联想到一点。那就是把临床所見的各种症状，加以归納，作出診斷的时候，應該尽可能的使其一元化。可以充分利用各臟腑間的关系。例如：一个病有肝經和心經的症状，同时又有血虛的情况，那么就可以用“血虛心肝失养”来概括之。如果一元化不可能，那也不一定勉强，可以采用“并列法”。例如“脾腎阳虛”，“心腎兩亏”等等，可以兼治兩者。

总之，辨証是中医临床工作中的基础。这里面，就貫串着中医的理論体系。有些人所以不重視中医，主張廢医存藥，就是因为看不到这一点的重要性。这是置数千年的寶貴經驗于不顧，是不科学的态度。有人用黃連来治一切痢疾，进行研究，这当然是一种研究方法。但不是主要的研究中医中藥的办法。我觉得要研究中医中藥，不應該离开中医的理論体系，而正應該在具体掌握和运用中医的理論体系时，来进行研究。

其次，我感到辨証是一項十分細致复杂的工作。具有很大的灵活性。因为临床上的情况，是千变万化的。因此，掌握辨証，也和临床經驗的积累有关。看病看得多了，各种类型，各种变化，以及各种藥物的治疗效果，都看到过，那么再辨証起来，自然就会容易得多。当然，这也不是說，在辨証当中，沒有規律可循了。我們就是要在老师們的教导下，来尽快地掌握这样一些規律，以奠定中

医临床工作的基础。

此外,对于方剂、藥物和有关治疗方面,也有不少体会。限于时间,就不在此多說了。

(轉載江苏省西医學習中医學習心得彙編)

祖国医学临床實習心得 (二)

中医研究院中医研究班學員 李 世 忠

我們来医院實習已二个多月了。由于領導上的重視和关怀以及老师的積極認真和热情耐心的教导,不仅使我們的實習工作能够順利的有計劃的进行,且在这短短的时间里使我們在学习祖国医学上有了不少的收获。今将我个人在这一阶段的初步体会向領導上作一簡要的彙报。

一、病名 中医的病名相当复杂而且不統一,同一个病可以有許多不同的名称,沒有严格的統一的規定,根据我初步的体会,中医的病名大致是从下面几个方面来命名的。

(一)从症状来命名:例如咳嗽、哮喘、便血、膨脹、怔忡、不寐……等等。

(二)从病因来命名:例如伤風、中暑、痰飲、虫病、中風……等等。

(三)从时令来命名:例如春温、暑温、伏暑、秋燥……等等。

(四)从臟腑气血結合八綱来命名:例如肝阳、腎亏、气虛、血虛、肺損、腸癰……等等。

在临床實習中很清楚地体会到中医治疗疾病不是以病名为根据,而是以“証”为标准,中医的診斷也不是在于确定病名而在于認“証”和辨八綱。又由于中医过去对病名沒有統一的标准,所以我覺得它对于目前临床的意义不大,我們在診病时不必拘泥在病名上,而要紧紧地掌握辨証施治的原則。至于今后中医的病名,應該有一个統一的規定,是完全必要的。

二、四診 中医诊断的特点是以四診的方法来辨八綱，更具体的說，就是用望、聞、問、切的方法，以八綱的标准来衡量病人的症状而得出的“綜合証”。中医诊断的目的和要求，不是命名，而是需要包含着病邪的盛衰，人体正气的强弱(虚实)，病变的部位(表里)，病状的性質(寒热)及病証的类型(阴阳)等方面的一个整体概念。这一点是中医所独有的，是很好的东西，这也可以說明中医在诊断和治疗疾病上是以整体观念为基本的原則。

望、聞、問、切是中医诊断病症的四种方法，这四种方法是一个完整的東西，不能分割和孤立地运用其中的一种，若單凭某一診或二診而不全面的考虑則不能得到完全正确的诊断，往往会發生錯誤。不过从二个多月的临診观察，我体会到四診固然是一套整体的認証方法，但是其中也有主次之分。我認为問診是最重要的，望次之，切脉又次之，而聞診在中医診療上的价值居于四診之末。难經云：望而知之謂之聖，聞而知之謂之神，問而知之謂之工，切而知之謂之巧。这似乎使人容易誤解为望診是最重要，問診居于第三位，也或許会导致某些人想單以望診为識病治疗并以此为准，事实上也有过这类的医者，这是他們对此四句的誤解，我認为望、聞、問、切的排列及聖神工巧之比喻不能理解为这是中医诊断时重要与否的次序，这样排列的意义可能是根据医生在診察病人时的先后步驟，例如一位病人来到医生处求治，一般來說，总是首先看到病人的，其次是听到病人的說話或呻吟或呼吸所發出的声音，然后对病人进行問診及切脉或其他檢查等，因此四診排列的次序是望、聞、問、切。若要按其重要与否的排列，应以問、望、切、聞的次序較合适一点。总言之，四診是中医诊断疾病的工具，四者是一个完整的統一体，在辨証施治时必须四者結合起来，互相參合才能获得正确的全面的诊断，有了正确的诊断，才能有正确的治疗，这是不变的真理，因此四診是中医治病最基本最主要的方法之一。

1. 問診：問診在中医的诊断治疗上的重要性，可以列在四診之首。因为中医治疗与诊断多依据病員的主訴，尤其門診的病員，病状的变化几乎完全由病員叙述，只有依靠問診才能詳細了解，同时許多诊断用藥上的有些主要問題，必須靠問診才能确定才能知

道的，例如：惡寒惡風，寒熱往來，胸悶口苦，或口粘膩，喜冷飲或喜熱飲，頭暈頭痛之部位性質等等症狀及情況，除了問診外沒有更好更簡便的方法能夠確定，而這些材料對於辨證用藥時又很重要。

對於問診中西醫各有不同的重點和內容，這是由於中西診斷疾病的方法、診斷的要求及所要了解的材料不同之故，例如西醫診斷的主要目的是要確定病名：肺結核、肺炎、支氣管炎、肺膿瘍等等；而中醫的診斷主要是辨證，辨表、里、寒、熱、虛、實，因此問診各有其不同的內容及重點。中醫的問診着重於現在症（尤其是近日及就診時的症狀）。很重視自覺及主訴症狀。我體會目前在問診時必須要問下列各點，

（1）先問病人的主訴症狀，可提供問診和思考方向。例如脘痛，食後嘔噁，則大致可以知道屬於胃的疾病，因此再從這方面着手進一步詢問。

（2）問起病的日期，可知患病之久暫，患病之長短，對於辨虛實有幫助，一般是久病多虛，新病多實証。

（3）探問引起本病發生的可能因素，例如是否因外感六淫之氣，內傷七情，或因飲食、勞倦等。

由此可以幫助了解本病的病因，例如：由於飲食過度而引起脘腹脹痛，或吐或瀉，則可以推知本病系飲食失節損傷脾胃所致。

（4）詢問病症的演變經過，過去的治疗及療效等以便於對病症作較全面的了解。

（5）最近及就診時的症狀，必須詳細詢問，一般的結合八綱為原則，我覺得下面幾點是必須要問的。

①目前最主要的病狀是什麼？病變的部位？

②有無寒、熱、惡風、頭痛、鼻塞等以判斷有無表証之存在。

③有汗與否？有汗則其程度如何？并問汗出於何時？自汗還是盜汗？

④飲食情況如何？食欲有無改變？喜熱還是喜冷？或喜甜？食後有無不適等等，以辨脾胃之寒、熱、強、弱。

⑤口渴與否？口渴思飲還是不思飲？喜冷飲還是喜熱飲？有無口苦、口甜、口粘膩、口淡等感覺？

⑥大小便情况,量之多少,色泽如何,大便的溱结?

虽然中西医在問診的重点内容有些不同,但問診必須有一定的步驟和技巧,这是大家所一致公認的,我覺得这一点在中医方面尤其感到重要,因問診所能获得的材料較其他三診为多,而且較重要,如沒有一定的步驟,沒有相当的技巧則不仅杂乱无章、問东忘西,而且花了很多時間都找不到要領,弄不清病症,得不出正确的診断。張景岳的十問为我們問診时提供了最基本的原則,这是很好的参考材料,但在目前临床应用时尙有不够完善的地方,須我們自己在临診时根据具体情况加以补充或修改。

2. 望診: 中医对于望診一向很重視,望診的内容包括四个方面,即神、色、形、态,所謂“神”“神气”“精神”;“色”是色泽,主要是面部的色泽,色为五臟气血之外荣,气血旺盛則色泽荣潤是正常的状态,若气血衰减,則色泽枯槁而失去正常的色泽;“形”是指身体的形状,体質的强弱,丰盛或消瘦,以及有无异常;“态”是动态。神色形态是望診活动的基本状态,若身体有了病变則会引起神色形态方面的某些变化,由于这些变化可以帮助我們了解疾病的情况。从望診上可以帮助辨别气血之盈亏,体質正气之强弱,邪气之盛衰,病变之性質与部位,病情进退及預后之善恶等等,临床实習时对于望診方面最主要的是察面色、精神和舌苔三点。古代对于面部之色診談得很詳細,而且将面部各处划分为各有一定的臟腑所主。我体会舌診在临床上是很重要的,不論急性病、慢性病,不論初診或复診,不論是大人或小孩,舌診是十分重視的,它对辨証及用藥都起到重大的作用,有时竟成为重要的关键;例如在乙型脑炎病例見得白苔则表示其病在气分在表,治可解表,若見黃苔則可知病邪已入里热在阳明,若現紅絳之舌則可知热已入營,治宜清營,而不能解表。

根据書上所述舌苔有白、黃、紫、絳、黑五种,但我們在实習中最常見到的是白,次之为黃,再次之是絳,黑苔尙未見到过。視察舌苔不仅察其色,同時还要看舌質的情况。下面談談我对白与黃两种舌苔的認識。

白苔: 总的概念白苔是表示病在表在气。凡風、寒、湿之邪初

中在表者，舌苔都是白色的。寒証几乎多見白苔，但白苔亦有不是屬於寒証而屬於痰熱、濕熱或表熱者。

白薄而不膩不燥者為寒邪。有惡寒發熱頭痛邪在表，有汗為表虛，宜辛溫解肌，無汗為表實，治宜辛溫解表。

白薄而干燥者，症有發熱口渴，無或微惡寒，無汗（或微自汗）者，為溫邪而非寒邪，治宜辛涼解表，不宜辛溫解表。

白厚而粘膩者，症有發熱頭身重，口不渴者，為濕溫，治宜解肌去濕，若無表症則為濕濁蘊結於腸胃，白厚而干燥者為元氣素虧，腸胃有積滯。治宜疏導，忌用猛攻致傷正氣。

白滑苔不膩不垢者為風寒而無濕，滑膩者為痰為濕，白膩而厚者濕痰夾寒，舌質淡苔薄白者為虛寒之象。在臨床上白膩之苔是很常見的，慢性病中很多見，在腸胃病中更為常見。

黃苔：总的概念黃苔表示病邪由表入里或里証。表示有熱，或有濕熱或有痰熱或夾食滯。寒症無黃苔。黃苔有許多種，但我在實習中所見到的僅有下面幾種：

（1）黃白相夾：白苔上罩淡黃，在時令病時表示表邪漸入里而表邪仍未除，而熱不甚，在一般慢性病或腸胃病，若口甜膩而口不甚渴者，表示有濕熱，濕多熱少。治療時不宜過用苦寒，應疏導開泄，如藿香正氣散之類，或三仁湯。

（2）薄黃：為熱之症，若症有發熱口渴、煩躁脈洪大者，為陽明經熱，宜用清熱法治之，常用的是白虎湯，我們在實習乙型腦炎時曾經見到過。

（3）黃膩或黃膩而垢者，并有口不渴或渴而不引飲或口苦而干者，為痰熱或濕熱，至於屬痰熱或濕熱，則應結合其他症狀方能確診。治宜清熱兼化痰或化濕，不能單清熱或單化痰。若為濕熱蘊蒸，則苦寒藥為最適宜。此外黃膩而垢之苔，若有發熱腹滿便結之症，則可能為濕熱夾食滯，治宜清熱開結，這種情況在急性熱病時可以見到。

從上面所舉黃白兩種舌苔的情況看來，可以說明舌苔在中醫辨証用藥上的重要性了。雖然舌診是如此之重要，能夠作為診斷和用藥的一個重要指標，但決不能單凭舌苔而不結合其他症狀就貿