

学术年会

資料选編

广州中医学院附属医院编

前 言

在党的十一届三中全会精神指引下，为了开好第二次学术年会，为四化做出更多贡献，向广州中医学院校庆廿五周年献礼，我院临床科和辅助科室人员，认真总结自一九七八年以后的工作经验。为便于学习，交流经验，我们把收集到的文章，编印成此本资料选编。全书共有106篇文章，40多万字，内容计有：老中医经验13篇；临床报导44篇；理论探讨18篇；实验研究6篇；文献综述9篇；译文4篇；教学心得2篇；临床检验5篇；护理心得5篇。由于篇幅有限，未能把收集到的一百五十多篇文章都编入此本选编。在此谨向有关作者致以歉意！

由于水平有限，时间短促，编印工作错误在所难免，敬请读者批评指正！

编 者

一九八一年五月

目 录

老 中 医 经 验 介 绍

刘亦选医案遗案·····	内科 刘亦选整理 (1)
治愈风湿性舞蹈症一例报告·····	内科 江世英 (2)
眩晕症(高血压)临床治验·····	内科 丘典史 (3)
临床对“四诊”合参的看法·····	内科 何斯恂 (6)
黄耀桑付教授治疗脓疮型牛皮癣的经验·····	外科 张曼华整理 (7)
蔡 荣付教授的学术思想和临床经验·····	骨伤科 曾昭铎 何晃中 何振辉整理 (9)
治疗不孕症的初步探讨·····	妇科 罗振华 (13)
杜明昭治麻疹经验·····	儿科 宋国维整理 (19)
杜明昭论小儿泄泻(讲稿)·····	·····儿科 宋国维供稿 (22)
略论补虚法在儿科的运用·····	·····儿科 黎炳南 (24)
《灵枢经·九针十二原》的传统扶正祛邪·····	·····针灸科 司徒铃 (27)
失音症治略谈·····	·····耳鼻喉科 杨志仁 (30)
瞳神紧小症(葡萄膜炎)·····	·····耳鼻喉科 杨志仁 (32)

临 床 报 导

辨证施治结合中药肛滴法灌肠治疗慢性结肠炎的体会·····	内科 脾胃组 (33)
急性心肌梗塞治疗体会(附11例临床分析)·····	内科 陶志达 陈宏珪 (38)
中西医结合治疗肺心病31例小结·····	内科 邓若文 周福生 (43)
对消化性溃疡300例住院患者的调查分析·····	内科 脾胃组 (47)
溃疡病39例治疗小结·····	内科 许鑫梅 劳绍贤 (55)
再从消化性溃疡探讨中医“脾虚”的实质(附66例溃疡病疗效观察)·····	·····内科 脾胃研究小组 (58)
贯桑合剂治疗乙型肝炎表面抗原(HBsAg)阳性的初步临床观察·····	·····内科 付大名 罗日永 (62)
慢性肾炎中医分型与体液免疫的关系·····	内科 肾炎组 (66)
泻下逐水法在原发性肾病及肾炎运用的体会·····	内科 洪钦国 (68)
扶正与祛邪在临床上的运用及体会·····	内科 郭映雪 (70)
吴苓汤临床点滴·····	内科 陈镜合 (72)

活血化瘀法在临床应用的点滴体会·····	内科	高庆通 (75)
支气管肺癌的中医药治疗·····	肿瘤诊室	周岱翰 (77)
卟啉病(Porphyrin, Disorders)·····	外科	张曼华 朱其杰 (83)
对慢性胆道感染和胆道术后病人的辨证浅见·····	外科	张超良 (85)
阑尾炎的中医治疗体会·····	外科	林华森 (88)
注射结扎疗法治疗痔核·····	外科	张均和 (92)
攻下逐瘀在伤科临证的运用·····	骨伤科	张特达 (94)
中西医结合治疗陈旧性肱骨髁上骨折·····	骨伤科	陈基长 (96)
徒手折骨法治疗股骨干骨折畸形愈合(附12例报告)(摘要)·····	骨伤科	黄关亮 (99)
57例迟缓愈合骨折治疗总结·····	骨伤科	彭汉士整理 (100)
96例宫颈炎火烫治疗的观察和分析·····	妇科	肿瘤组 (103)
治疗174例呼吸道疾病的临床观察(摘要)·····	儿科病房	呼吸道小组 (105)
中草药治疗小儿肺炎30例的临床观察·····	儿科	呼吸道组 (107)
中西医结合治疗小儿肺炎54例综合分析——1979年54例 临床分析·····	儿科	谢瑞珍整理 (108)
麻疹肺炎的证治体会·····	儿科	宋礼条 (112)
进行性肌营养不良一例报告·····	儿科	浣兆康 (116)
肾炎中医临床治疗的几个问题·····	儿科	李开注 (117)
中医治疗婴幼儿泄泻47例临床分析·····	儿科	黄玉洁 (120)
105例十二指肠球部溃疡病治疗小结·····	针灸科	溃疡病研究小组 (122)
电梅花针治疗斑秃82例临床观察·····	针灸科	张家维 陆明珍 (128)
针灸治愈垂腕症15例·····	针灸科	郑祥华 (129)
中医针灸治疗腰椎肥大的体会·····	针灸科	杨文辉 (131)
督脉经主治作用的探讨·····	针灸科	杨文辉 (133)
穴位注射治愈脑型疟疾后失明病例报告·····	针灸科	李道生 (134)
甲皱皮肤微循环的检查方法及临床应用·····	针灸科	李道生 黎伟勋 (136)
磁电治疗面神经麻痹·····	针灸科	林秀芬 (139)
针灸治疗泌尿、排尿异常诸症·····	针灸科	王照浩 (140)
耳针为主治疗失眠症·····	针灸科	王照浩 (142)
以中药为主治愈双眼真菌性葡萄膜炎·····	眼科	李云鸾 (143)
高血压病患者眼底之观察·····	眼科	关国华 (145)
内耳性眩晕的中医辨证治疗体会·····	耳鼻喉科	王德鉴 林先智 (150)
鼻渊证治见解·····	耳鼻喉科	王士贞 (152)
我对过敏性鼻炎的认识和诊疗体会(摘要)·····	耳鼻喉科	杨启琪 (154)

理 论 探 讨

慢性风湿心瓣膜病的中医辨证规律探讨·····	内科	心血管组 (156)
脾与免疫·····	内科	陶志达 (161)

张子和学术思想探讨·····	内科	陶志达 (164)
冠心病(心绞痛、心肌梗塞)的辨证论治·····	内科	刘亦选 (168)
病毒性肝炎的辨证分型与治法·····	内科	付大名 (172)
瘀血学说及活血化瘀法在消化系统疾病的应用·····	内科	刘国普 (176)
试论痰厥·····	内科	谢世立 (179)
活血化瘀在急腹症的应用·····	外科	林镇尧 (182)
浅谈《金匱要略》与急腹症的辨证论治·····	外科	郑泽棠 (186)
试论小儿急性阑尾炎诊断与辨证的特点·····	外科	崔学教 (189)
中西医结合非手术治疗泌尿系结石的探讨·····	外科	崔学教 (191)
浅谈“诸痛痒疮皆属于心”·····	外科	陈汉章 (195)
《金匱要略》与皮肤病·····	外科	陈汉章 (197)
循经取穴的应用和研究·····	针灸科	司徒铃 梁楚京 何智明 (201)
针灸补泻法的应用和研究·····	针灸科	司徒铃 何志明
		梁楚京 宫海云 叶少梅 (203)
针刺补泻手法问题初讨·····	针灸科	李道生 (205)
独取一穴的经络感传——102病例分析 报告·····	针灸科	黎泽泉 (209)
《内经》阴阳学说的由来和发展·····	针灸科	黎泽泉 (213)

实 验 研 究

溶解胆色素类结石的实验(之一)——复方猪胆汁酸对 胆色素结石溶解作用·····	外科	刘乃辉 张超良 麦冠民 张成全 (216)
溶解胆色素类结石的实验(之二)——消旋柠檬烯 与复方猪胆汁酸钠溶液交替应用对胆色素类 结石的影响·····	外科	刘乃辉 郭婉嫦 林佩霞 韩玉洁 张超良 麦冠民 (220)
人绒毛膜促性腺激素(HCG)放射免疫测定 法36例临床观察·····	妇科实验室	梁国珍 (224)
人绒毛膜促性腺激素(HCG)血球凝集抑制试验400人 次临床观察与分析·····	妇科实验室	梁国珍 (228)
五爪金龙抗肿瘤作用的实验研究·····	耳鼻喉科鼻咽癌防治组	(231)
外用复方中药眼散治疗家兔实验性化脓性角膜溃疡·····	眼科科研小组	(233)

文 献 综 述

温补方药为主在病态窦房结综合征中的临床应用·····	内科	赵立诚 (240)
中西医结合治疗胆系疾病的进展概况·····	外科	张超良 (245)
中医中药治疗严重烧伤的主要措施及其作用·····	外科	赖振添 (251)
古代外伤科手术疗法·····	骨伤科	何振辉 (255)

皮纹与五迟、五软、五硬·····	儿科	伍詠裳 (261)
再障的治疗进展·····	儿科	梁惠兰 (269)
中医治疗小儿病毒性肺炎·····	儿科	宋礼条 (273)
电子耳蜗植入之实践设想·····	耳鼻喉科	冼国新 (275)
“剂改”应注意中药“汤剂”的特点·····	药房	张 桐 (277)

译 文

电针与非电针对心脏血管和神经系统的应用·····	内科	付大名译 欧明 校 (279)
肱骨髁上骨折·····	骨伤科	何晃中译 麦冠民 岑泽波校 (282)
肱骨干骨折的功能性固定·····	骨伤科	何晃中译 麦冠民 岑泽波校 (287)
针灸效果的报告·····	针灸科	黎泽泉译 莫国万 校 (289)

教 学 心 得

“教学相长”教学各半·····	内科	丘和明 (290)
针灸教学的几点做法及体会·····	针灸科	林秀芬 (293)

临 床 检 验

尿液 VMA ⁻ 测定法·····	检验科	(295)
非离子去垢剂在血清白蛋白溴甲酚绿测定法的应用·····	检验科	(300)
几种常用指示剂用于 EDTA 测定血清钙的探讨·····	检验科	(302)
甲状腺吸碘 ¹³¹ 功能测定·····	同位素室	(308)
肾图的临床应用 (附373例临床分析) ·····	同位素室	(310)

护 理 心 得

67例发热病人使用中西药及物理降温的初步观察·····	内科二区	赵誉华 (312)
中药肛滴法保留灌肠治疗慢性结肠炎、尿毒症体会·····	内科二区医疗护理组	(316)
从病毒脑病人的护理看护理工作的重要性·····	内科一区	张 旋 (319)
对胆道“T”管滴药病人的护理体会·····	外科	护理组 (321)
对股骨上端闭合性骨折病人护理的一些体会·····	骨伤科	辛少芳 (322)

刘赤选医案遗案

内科 刘亦选整理

聂祖武，男性，49岁，解放军干部。于1971年3月30日初诊。

病者于7个月前因抢救化工厂甲醛、丙醛、天那水等燃烧致中毒，以后出现血尿、便血、呕血等。经中西医抢救后痊愈。近一个多月以来觉头顶肿胀，肿痛难忍，心烦易怒，耳鸣疲倦，纳差眠差，腹胁胀痛，舌质微红，苔薄黄，脉弦细数，尺脉弱。检查头顶肿块5×5公分一个和2×2公分二个，硬实压痛。辨证为热毒伤血、气滞血瘀，治宜清热解毒、活血化瘀。处方：生地黄30克，旱莲草15克，丹皮12克，地榆9克，赤芍9克，侧柏叶15克，川红花5克，土银花15克，枳壳5克。水煎服三剂。

1971年4月2日2诊。头部肿块疼痛减轻，腹胁稍舒暢。但胸闷暖气，胃纳欠佳，大便正常，舌红苔白薄，脉浮大。继进下方：蒲公英18克，甘草9克，土银花18克，川红花5克，白芍12克，丹皮12克，生地黄24克，旱莲草9克，桔梗9克，地榆9克。水煎服三剂。

1971年4月5日3诊。头部肿块疼痛继续减轻，但胁痛胸闷，暖气耳鸣，舌转淡红苔薄白，脉浮细数。继进下方：蒲公英15克，土银花15克，枳壳9克，甘草6克，赤芍12克，茯苓15克，柴胡6克，丹皮9克。水煎服三剂。

1971年4月8日4诊。胸胁翳胀消减，头痛消失，仍有耳鸣，舌淡红，白苔，脉细缓。继进下方：柴胡9克，白芍12克，炙甘草6克，枳壳9克，蒲公英18克，土银花18克，杭菊花9克，白蒺藜9克。水煎服三剂。

1971年4月12日5诊。胸胁痛消失，眼睛干涩觉痛，睡眠欠佳，舌红脉细数，改进下方：素馨花6克（后下），陈皮3克，木贼9克，夏枯草12克，白芍15克，甘草梢9克，土银花24克，蒲公英21克，花粉12克。水煎服三剂。

上药服完后、症状全部消失，头部肿块亦痊愈。但恐血热未清，继按清热解毒、活血化瘀原则，在5诊处方基础上，加入蝉退、杭菊、蕤仁、肉苁蓉、白蒺藜、丹皮、海螵蛸、茜草根、石斛、旱莲草、象牙丝等药以清肝明目，养阴熄风，两法合用加减，共服60余剂根治。

按：本例为热毒伤血、肝郁气滞、瘀血内结、阻塞经络，故头顶肿块，胁腹胀痛。后期热病伤阴，肝阴亏损，故眼睛干涩觉痛。在论治上，中医认为“痛则不通，通则不痛。”热痛先用清热解毒、活血化瘀；后用清肝明目，养阴熄风，辨证准确，用药恰当确切。故能取得预期效果。

附：刘赤选教授生前善治肝病胁痛，这例是他辨治甲醛等中毒后肝病的一法，其他肝病辨证论治方法，请参阅《刘赤选医案医话·胁痛三例》。

治愈风湿性舞蹈病一例报告

内 科 江世英

刘敏仁，女性，48岁，病案号10733，广州市生产资料服务公司。

缘患者于1978年8月初得急性风湿性关节炎，当时髋关节疼痛，行走困难，逐渐发展成各关节游走性疼痛。血检：血沉42毫米/1小时，抗“O”1:800，每天服强的松30毫克，阿斯匹林3克，维生素_u2片3次/日。于10月4日中午出现蹇眼和口不自主的向右上方抽动，约一小时后自行消失。次日上午重复出现前症，当即留医于广州××医院，诊断为风湿性舞蹈病，9日晨出现右侧上肢不自主的、大幅度极快的、无目的舞蹈动作，右下肢伸直时震颤，面部蹇眉挤眼，口角右斜的不自主抽动同时存在，舌肌颤动而造成语言不流利，头颈有节奏不自主的转动，经用镇静剂抗风湿药物的治疗，右侧上下肢抽动症状有所减轻，仅剩右手的细颤。迨1979年1月16日再次出现头颈和四肢不自主抽动，生活不能自理。

体检：体温37.2℃（腋探），脉搏80次/分，呼吸16次/分，除神经系统不大正常外，均属正常。神经系统检查：神志清，语言尚流利（但激动时出现口吃状，大抵与舌颤有关），皱眉，挤眼。咀嚼肌颤动，伸舌时可见不自主的动作，初期肌张力正常（双侧上下肢肌力为5°）左右肱二头肌反射（+），左肱三头肌反射（++），右肱三头肌反射（+），未见病理性反射。后来右下肢腱反射稍弱，尚见舌有舞蹈动作，四肢震颤，右上肢静止体位震颤（++），肢体静止震颤（±），意向震颤（±），眼底前动脉反光较强，动脉有硬化的现象，四肢肌肉压痛（±）。k—F环（-），肝不大。

化验血象：白细胞7200/mm³，中性分叶83%，淋巴15%，嗜酸2%，血沉36—54毫米/1时，抗“O”1:800，经西医采取抗风湿镇静治疗，用过地塞米松、阿斯匹林、青霉素、能量合剂鲁米那止痛片等药，结合头皮针、针灸和电针疗法。病情反复，效果不够令人满意，遂来我院门诊治疗。于1979年3月2日接诊：症见四肢关节疼痛，时有发热，体温37.5°—38℃（腋探），头项不自主扭摆、舌颤，上下肢抽动，不能自主摄取食物，步伐蹒跚，病人心情悲伤消极，痛楚万分，舌质暗淡，脉弦数。此属风湿性舞蹈症。治宜镇肝熄风，清热祛湿，佐以活血通络止痛法。并嘱病人慢慢减少激素用量，改服中药，至各种神经症状稍停止即可停服。

处方：僵蚕4克，全蝎3克，威灵仙12克，蜈蚣二条（去头足），地龙20克，防己15克，钩藤15克，苡仁20克，半枫荷30克，黑老虎15克，配药七剂，每天一剂，留楂再煎。

3月7日二诊：服药后精神转好，四肢抽动稍减，头项扭摆渐轻，舌仍不自主颤动，胃纳稍增，舌脉同前。

处方：半枫荷30克，钩藤25克，毛冬青45克，磁石（先煎）30克，地龙20克，祈蛇6克，蜂房6克，僵蚕4克，桑枝45克，防己15克，配药七剂。

3月14日三诊：左上下肢抽动减轻，舌不乱动，右手指仍有不自主抽动，右下肢摆动较少，如休息好可暂停抽动，食欲渐增，仍少寐，舌见暗淡，苔白腻，脉转细数。

处方：地龙15克，白芍15克，钩藤根45克，两头尖15克，蜈蚣二条（去头足），柴胡30克，僵蚕3克，毛冬青25克，全蝎3克，九里香9克，浮小麦20克，太子参20克，合欢皮15克，配药七剂，每天一服。

3月21日四诊：药后五天情况良好，上下肢抽动缓解，舌颤消失，但近二天来因感冒出现，头痛怕风发热，体温38.3℃，关节时痛，伴有恶心呕吐等症状，舌淡红，苔薄白，脉浮数。此时治宜疏风解表和胃降逆，一俟表症已解继守前法。

处方：（1）防风6克，荆芥6克，黄芩12克，藿香梗12克，桑枝25克，白芍15克，威灵仙12克，蝉蜕2克，僵蚕3克，山楂肉12克，白术12克，先服3剂。（2）蜈蚣2条（去头足）柴胡12克，僵蚕3克，白芍15克，陈皮6克，全蝎3克，半枫荷30克，九里香9克，黑老虎12克，服四剂。

3月25日五诊：病情稳定，上下肢已无抽动现象，舌颤亦已消失，胃纳一般，睡眠欠佳，舌质暗红，脉细。

血检：抗“O”1:200，血沉10毫米/1小时。仍需服药巩固。

处方：（1）太子参15克，钩藤根15克，柴胡12克，地龙12克，黑老虎15克，全蝎3克，川木瓜6克，僵蚕3克，宽筋藤15克，白芍12克，老桑头25克，服药三剂。（2）茉莉花6克，钩藤12克，合欢皮15克，全蝎3克，浮小麦12克，大枣7枚，海蛇12克，蜈蚣2条（去头足），配四剂。

4月3日六诊：神志安定、安寐、纳增，神经症状完全消失，舌质红润，脉细缓。

处方：北耆25克，淮牛膝12克，全蝎3克，僵蚕3克，蜈蚣2条（去头足），钩藤20克，白芍15克，五加皮15克，继服10剂，籍以巩固疗效，已恢复全日工作，随访一年未复发。

按语：风湿性舞蹈症在临床上中年发病较为少见，此例典型病人发病急，病情较重，属于中医痹证范畴。痹证的发生，当体虚卫阳不固，腠理空疏，风寒湿三邪乘虚而入入之皮脉筋骨，留滞于内，久而成痹。本病例由于素体阴虚，内有蕴热，则邪易于化热，故初起发热关节疼痛；风为阳邪，其性善窜，所以历节痛无定处。今三邪久留不去，郁而化热，阴液灼伤，则阴液亏虚，精血不足，筋脉失养，致令热扰清阳，湿浊不化，肝风内动，即出现头摇项动舌颤、四肢抽动等一系列全身性的神经症状。故治宜镇肝熄风，清热祛湿，活血通络法。方中重用柴胡配钩藤、全蝎僵蚕蜈蚣者，取其疏肝解痉镇肝熄风之妙；当病人外感发热时，根据急则治其标，缓则治其本的原则，亟宜疏风解表和胃降逆，其症自除。直至患者神经症状完全控制时，注意扶正驱邪，宁心安神，调和阴阳，则痼疾得疗，以收全功。

眩晕证（高血压）临床治验

内科 丘典史

眩晕证（高血压）临床上是多见的，中医治则，一般是平肝潜阳；西医多是采用降压，这是一种常规疗法。但是有些病例，血压不降或降而又升，在这些病例中，笔者力求辨证论治，往往收到不同程度的疗效。

例一，文某，男，五十六岁，铁路工人。1977.9.12.门诊。

患者于一九六八年出现眩晕，西医诊断为“高血压”，经常服降压药，打降压针，血压时高时低，头晕日见沉重，难以维持日常工作。就诊时症见头晕而重，以上午明显，伴恶心欲吐，身倦肢麻，精神不振，胃纳稍差，二便均调，兼有胸痛，耳鸣，睡眠不好，舌质暗淡，苔滑腻，脉弦细滑，血压240/160毫米汞柱。

辨证：气虚湿停，清阳不升。

治则：益气化湿，升清降浊。

方药：益气聪明汤加减，升麻5克，葛根12克，炙甘草5克，北芪15克，白芍12克，瓜蒌皮8克，薤白5克，法夏8克，生姜3片，大枣4枚，配两剂，水煎服。

服药两剂后复诊，病情明显好转，上述证状有所减轻，但睡眠尚差，血压180/140毫米汞柱（无用什么降压药）。按照上方加北杏仁10克，连服十余剂，血压虽然仍在160—180/110—120毫米汞柱之间，但睡眠饮食均好，无不适之感，精神好，能上班工作。

另一医者认为病属肝肾阴虚阳亢，以致血压高，应加以镇潜降压，将前方升麻、北芪减去，加入龙骨、牡蛎、石决明之类，药后病者血压不但无降，反而回升至240/160毫米汞柱，又出现头晕而重欲呕等证。后来不用重镇潜降，而用益气升清之法，则证减、血压亦降。可见中医中药的治法，升中有降之理。

例二，范××，女，七十岁，退休工人，（1975.8.16.住院留医）

患者经常眩晕，痰多呕吐，每因眩晕而不能自理日常生活，需请人照顾。于1975年7月间因剧烈呕吐而晕倒，血压230/130毫米汞柱，收入院留医，半个多月来，西药采用降压，但降而又升。乃转中医治疗。除上述证候外，患者体胖痰多咳少，晕时两眼不敢张开，纳差，口苦而干，不渴饮，大便稍烂，舌质淡，苔白厚腻，脉弦滑，重按无力。

辨证：痰湿中阻，肝风内动。

治则：除痰化湿，养肝息风。

拟方：半夏天麻白术汤加减，陈皮5克，法夏8克，茯苓15克，白术8克，麦芽30克，白芍15克，防风10克，钩藤10克，炙甘草5克，生姜3片，大枣3枚，配式剂，水煎服。

药后病情明显好转，血压降至170/100毫米汞柱，按上方加减调理，十余天而出院，出院后照方加减服三十余剂，上述证状基本消失。1977年9月间随访，并测血压158/94毫米汞柱，无不适之感，两年来，身体健康，精神很好，除能料理一家六口人的家务外，还给别人带一个小孩。

例三，黄××，男，58岁，工人，1978.8.11.门诊

患者于1978年2月间，头晕胀痛而昏倒，在某医院留医，血压210/120毫米汞柱。治以西药降压素，利眠灵之类，中药天麻钩藤饮加龙骨、牡蛎、磁石等，血压降至85/48毫米汞柱，后来又用西药针剂升压，中药补中益气汤加附子、肉桂等，血压又升至190/110毫米汞柱。医者对血压高用降，见低用升之法，血压时高时低，反复不定五个多月。于1978年8月11日，家属扶行来门诊，证见体瘦，行路东歪西斜，说话声低，头晕而重，眼花，肢麻，怕冷而出汗多，筋跳肉跳、心悸胃纳不佳，大便先硬后烂，夜多小便，舌质淡嫩，苔白滑，脉弦缓，带有间歇，血压190/110毫米汞柱。

辨证：阴阳不和，气血失调，以致肝肾不足。

治则：调和营卫，兼益肝肾。

拟用：桂枝汤加味。桂枝12克、白芍10克、炙甘草8克、麦芽30克、草决明10克、乌豆衣10克、明党参15克、狗脊20克、生姜3片、大枣4枚，配三剂水煎服。服药三剂后，8月14日复诊，怕冷现象减，汗亦少，胃纳稍好，其他各证以及脉舌改变不大，照上方去明党参、乌豆衣，加北芪12克，川牛膝10克，苍耳子12克。8月17日三诊，各证明显减轻，舌淡红，苔薄白，脉缓，无间歇之象，血压180/100毫米汞柱，方药如前，嘱其自加生芹菜头一小两入药同煎，按上方加减服四十余剂，证状逐日减轻，血压降至165/90毫米汞柱，病者能上半天班，经过三个多月的治疗，血压维持在126/86毫米汞柱，1979年能整天上班工作，未见复发。

按：眩晕证是包括着高血压，但不能把高血压等于眩晕，因过去无测量血压的仪器，故无高血压之名。但是历代医家所论述的学说，都包含着有高血压的证状。如《内经》云：“诸风掉眩，皆属于肝”，认为肝风内动可以发生眩晕，金元时期刘河间云：“风火皆阳，阳多兼化，阳主乎动，两动相搏为之旋转”。这说明除风之外，还兼有火，风火相搏是眩之因。其后朱丹溪倡“无痰不作眩”之说，主张治痰为先。至明代张景岳则强调“无虚不作眩，”又认为当以补虚为主。总观各家论述，不外是风、火、痰、虚这几方面。笔者上述三例，是运用前人的理论，结合临床实践，进行辨证论治的。如例一，诊为气虚湿停，湿遏阳气，清阳不升，浊阴不降，湿蒙清窍，因而上午出现头晕而重，耳鸣；湿浊中阻，气机不利，胃气不降而上逆则恶心欲呕，脾气失运，聚湿生痰，痰湿内困，故见体倦，肢麻，胸痛，舌淡苔腻，脉细，均为属虚属湿之象。气虚湿停，影响清阳不升，浊阴不降，即采用益气聪明汤，以益气升清，清阳上升，浊阴自降，配合瓜蒌薤白半夏汤，使胸中阳气宣通，痰浊得化，病者证减，血压稍降，后来将方除去北芪，升麻升提之药，加用重镇潜阳降压之龙骨、牡蛎、石决明之品，药后各证重现，血压回升。此系正气受压，湿不得化，阳气不得宣通，升降失调之故。例二：患者体质肥胖，古人云：“肥人多痰，”此为痰盛兼有肝风内动，风痰上扰清窍，而出现眩晕作呕。肝开窍于目，肝血失养，血虚生风，双目得不到血荣，所以不敢张开；痰浊中阻，津液不能上行，见口干不欲饮；纳差，大便溏烂、舌淡，苔厚腻脉滑无力，均属脾虚失运，痰湿内停之候。初起采用降压认为必要，为何降而又升，因其风痰内郁未解，压而不服之象。即采用半夏天麻白术汤加减（无天麻用防风、钩藤代），本方具有祛风除痰化湿，加白芍，麦芽，助防风、钩藤养肝息风之力。经服上药，血压逐日下降，各证随着减轻。例三：据患者起病之因，以及药物治疗经过，又见形瘦气弱之体。初证可能属肝阳上亢之类，届时中西药降压，两法齐下，药过正伤。见血压低，又用强壮补之剂，引动虚阳上浮，血压又高。反复将近半年，结合近证，体瘦筋颤肉跳，心悸，肢麻为阴虚血少；怕冷，汗多，语声低，步不稳，属阳虚气弱；头晕而重，眼花，夜尿多，是肝肾不足；舌质淡，苔白滑，脉缓、带有间歇，为气虚血少之象。病情复杂，血压又高，治亦棘手。试用桂枝汤调和营卫，营属血属阴，卫属气属阳，亦即调和阴阳气血之义，加入草决明，麦芽，乌豆衣，狗脊以养肝益肾。药服三剂，怕冷感减轻，汗出亦少，胃纳稍好，脉舌同前，照原方去明党参、乌豆衣，加北芪、川牛膝、苍耳子意在调和营卫的基础上，用以升降之法。经过二诊，服药六剂，各症明显减轻，脉无间歇，按原方嘱其自下生芹菜头入药同煎，每周复诊一次，证状日益好转，血压逐渐下降，经过三个多月的调治，各证均好，血压正常。此系笔者在临床辨证中的粗浅体会，不妥之处请同志们加以斧正。

临床对“四诊”合参的看法

内 科 何斯恂

临床对诊断要根据审察内外和辨证求因的原则，要怎样进行诊断，要对病人作详细观察和全面了解，要达到这一要求，就必须“四诊”合参。

望闻问切四诊，是在诊断上四者俱备才能见病知源，不能把四者割裂开来去理解。若见头痛医头，脚痛医脚，违背了辨证论治，这是错误的。例如头痛，必须考察其原因，是属于那一种头痛，是外感头痛，还是内伤头痛。若外感头痛，又须分清风寒头痛、风热头痛、风湿头痛等。内伤头痛又要分清肝阳头痛、肾阴虚头痛、气虚头痛、血虚头痛、痰浊头痛、瘀血头痛等。对于四诊，应该详细了解，不能出现一种偏向，不要夸大脉诊，信口开河。舌诊不能一望舌断其病情，草率从事处方用药，而忽视了“四诊”合参的原则。不能一诊代替四诊，应当在问诊上注意对病人的发病经过，痛苦所在，曾患过什么病，经过什么治疗等等资料的搜集，然后注意在闻诊上病人声音、气味有什么变化，最后，对病人在切诊上的脉象和肢体有什么异常变化，作出正确的诊断。疾病的发生、发展过程是复杂多端的，不是千篇一律的。在征候上表现有真象，也有假象，有的假在脉上，有的假在证上，故诊法有“舍脉从证”和“舍证从脉”的理论也不可不知。

临床上如果四诊不全，得不到病人全面的详细资料，辨证就欠准确，甚至发生错误。假如患者自诉发热头痛，病情并不复杂，应该怎样根据两个症状来辨证，首先问他起病多久，如果起病三几天，曾觉恶寒后发热，无汗，食欲不好，大小便如常，望诊神色如常，舌质一般，苔薄白，闻诊觉其声音重浊而鼻塞，切脉浮紧，综其四诊所得，根据八纲分析是外感风寒表实证。若病人病已日久，每于午后发热，手心热于手背，时头痛或不痛，神疲倦怠，两颧发赤，唇红，舌质深红无苔，脉细数，按证分析，这属于内伤阴虚之证。

“四诊”合参和辨证论治是诊断学中的重要环节，所以有正确的诊断，才有正确的治疗。内经《阴阳应象大论》云：“善诊者，察色按脉，先别阴阳，审清浊而知部分。视喘息，听声音，而知所苦，观权衡规矩，而知病所主。按尺寸，观浮沉滑澹，而知病所生。以治无过，以诊则不失矣”。

在诊断疾病中，望色切脉，审察疾病，阴阳，部位，作出诊断治疗，诊断上才不会发生差错。例如：患者主诉胃脘痛已五年，每遇饥饿时痛，胃纳减少，食后饱胀，嗳气吐酸，口淡多痰涎。望其形体消瘦，神疲乏力，舌质淡苔白滑，闻其无特殊臭味，切触其四肢不温，脉虚细。综合四诊，都为虚寒证候，诊断为脾胃虚寒，治以温中健脾。如果单靠脉诊，虽属虚证，不知形态，不明症候，诊断上就会发生错误，所以在临床治疗疾病中，结合四诊，是必须具备的。内经“有诸内必形诸外，有者求之，无者求之，能合脉色可以万全”即此之谓也。

黄耀燊付教授治疗脓疱型银屑病经验

外科 张受华整理

黄耀燊付教授是我省名老中医，从事医疗实践四十余年，积累了丰富的临床经验；黄老对疑难疾病诊治甚多，且多获满意效果。近年来我院收治脓疱型银屑病两例，在黄老的指导下，获得治愈。于1980年5月美国皮肤科医师代表团来我院参观交流时，曾将两病例〈一〉，对该病例的疗效与疗程，表示非常满意，得到专家们一致的好评。现将两病例介绍如下，并予以讨论。

病例〈一〉郑××，住院号19233，男，23岁，职员。于1979年11月15日因高热、全身皮肤发疹，伴有关节疼痛四个月而入院。患者在四个月前自觉左肘关节、左膝及踝关节间歇性疼痛，在当地治疗，效果不著。近八天来全身发烧，关节疼痛，步履困难，皮肤出现大片红斑及无数的小脓疱，并很快蔓延至全身、头皮，部份的脓疱破溃呈现剥脱外观，当时诊断为剥脱性皮炎型药疹；以往无药敏史，亦无关节痛史，本次发病前后无咽喉疼痛及上呼吸道感染等病史。家族中二兄一姐以及堂兄弟均无类似病史。

体格检查：急性病容，体温39℃，虚弱消瘦，烦躁不安。心前区可闻一级收缩期杂音，肺及肝脾（-）。躯干及四肢广泛性大片红斑，其上布满针头及芝麻大小脓疱，腹部及双下肢呈广泛性之皮肤剥脱，基底鲜红而湿润，头面及掌跖部污灰色厚痂，口唇粘膜潮红、肿胀、部分剥脱，大部分的指（趾）甲均明显增厚，左拇指及右食指指甲内含脓、甲周红肿，左环指之甲板尚光泽，其上可见针头大之凹点多个。

实验室检查：白细胞14000，分类：中性80%，杆状2%，淋巴17%，伊红1%，血沉133mm/H，抗链球菌溶血素“O”<500单位，尿常规正常，血小板计数31万，肝功正常，类风湿因子试验（-），红斑狼疮细胞（-），淋巴细胞转化试验30%，玫瑰花结试验15%；心电图示窦性心率不齐。皮肤病理变化：病理号3313，表皮层角化亢进及角化不全，角层内可见小灶性白细胞浸润，上皮脚延长，真皮乳头层水肿，毛细血管扩张。病理诊断：脓疱型银屑病。

治疗经过：

根据患者全身皮肤发疹、潮红，脓疱及剥脱，头皮及掌跖部厚痂，口唇红肿，舌质红略绛，舌苔厚微黄，口干喜饮，脉弦数便秘，溲赤等，辨证为热毒壅盛，热入营血，立法处方以凉血活血、清营解毒为原则，选用加味犀角地黄汤：犀角3克另煎（数天后改为水牛角30克），紫草30克，生地30克，槐花30克，丹参30克，丹皮15克，银花30克，甘草10克，前三付中加用大黄15克后下，芒硝12克冲，川连10克，以荡涤里热；三天后，主方中佐以清利湿热之剂，用鹿含草、白茅根各30克，绵茵陈20克，并给予一般的辅助疗法和外治法。共治疗三周，体温下降至38℃左右，一般情况略为好转，部分皮损痂皮显著增厚，状如蛎壳。当时，虽无新发皮疹，但从舌象脉象与临床表现来看仍属热盛之证，乃继续使用上方，因考虑到发烧月余，而加用了西药红霉素，每天一克静滴及消炎痛口服，外用10%碰黄膏合黑豆馏

油软膏及肤轻松薄涂，多痂部分配合中药浸泡与外洗，方用苦参、黄柏、九里明、枯矾、百部、大黄各30克。经上述治疗一周后，体温恢复正常，二周后皮损明显好转，痂皮大量脱落。红霉素改为口服，每天0.9克，减到0.6克停用。此后单纯使用中药，采取凉血清润法，药用槐花30克、生地30克，麦冬15克，鹿含草30克，川木瓜30克，白花蛇15克，同时每周肌注丙球1—2次，每次320mg，转移因子每周二次，每次2支作皮下注射，经上述继续治疗两个多月，皮损逐渐地完全消退，甲根部新甲出现，血沉逐步降至正常，一般情况良好，共住院119天，痊愈出院，至今14个月病情稳定。

〈二〉梁××，男，11岁，学生，天津市人，皮疹反复发作已十年，近十天来因发烧、躯干及四肢皮肤出现红斑、脓疱，发疹而入院。缘患者出生后二个月，便于甲缘下发生化脓，甲板显著增厚和畸形，经年累月不愈，曾按甲癣治疗作拔甲处理无好转；十年来于躯干及四肢多次反复地发生红斑，红斑上出现小脓疱，轻则数天后可结痂、脱落，重则全身发烧。半年前曾进食燥热之品后咽喉疼痛，全身发烧，皮肤出现大片红斑，并在红斑上出现无数的针尖至针头大小脓疱，在港诊为脓疱型牛皮癣，用激素等治疗略缓解。近10天来又发烧，皮肤广泛性发疹，伴有咽喉疼痛。过去从未服用过中药，家族中无同样病史。

体格检查：患儿一般情况良好，呈满月脸，体温37.6℃，心率98次/分，淋巴结不肿大，咽充血（++），扁桃体肿大（+），心肺（-），躯干及四肢近端皮肤广泛性潮红斑，间有小斑块，大部分皮疹上布满针头大小脓疱，广泛均匀而密集，右手拇指甲灰黄色增厚，前缘松脆，双手2、3指的甲面上可见顶针样凹陷，其余指甲完好。

实验室检查：白细胞10150，分类：中性58%，淋巴33%，杆状1%，伊红6%，大单核2%，肝功正常，尿常规（-），血沉14mm/H。

患儿舌质红润，少苔，未见沟纹，口唇潮红，尿短赤，脉弦数。根据辨证，为血热炽盛，热毒而发斑，采用清热凉血解毒法：生地15克，槐角12克，丹皮10克，赤芍10克，丹参15克，茜草根15克，板蓝根15克，灯芯花5扎，白茅根15克，生甘草6克，后期皮损消退，出现鳞屑，舌质淡红，改用养阴清热法，方用生地15克，太子参15克，麦冬10克，丹皮10克，玄参10克，旱莲草15克。外用硫黄适量冲水沐浴，紫外线照射，外涂仙乃乐（进口肤轻松）。未用过其他药物，共治疗40天，皮肤正常，食欲增进，随访18个月未复发。

讨 论

〈一〉脓疱型银屑病是银屑病中一种比较罕见而严重的类型，常见在指端有反复发作之脓疱或甲下化脓，或先有一般银屑病之红斑，其后突然出现全身皮肤弥漫潮红、脱屑，在红斑上出现无数的小脓疱并有发烧，关节酸疼，血沉加快等全身症状，有时可引起肝脏损害。发作往往呈周期性，随着发烧及皮疹的加剧，甚至引起恶液质合并感染而死亡。在治疗上根据西医常用有肾上腺皮质激素，抗菌素类疗法，免疫抑制剂如氨甲喋呤、硫唑嘌呤等〔1-4〕。但均尚不够理想。

我们主要根据中医辨证的特点，采用凉血活血清热解毒的方法，第一例原单独使用中药，由于进展缓慢，而并用了红霉素，使病情较快地得到控制；第二例独应用中药，取得较为满意的效果。

〈二〉根据祖国医学的记载，本病属“白疔”范围〔5〕，病因系风邪客于肌肤，郁久

化热，以致血热发斑。并根据本型以发烧、脓疱为特点，病情进展，血沉加快，舌质红绛等，属于热毒壅盛，热中有瘀，故我们采用了凉血活血法，方用犀角地黄汤加减，后期加用生地、麦冬、太子参等以养阴清热，使病情得到进一步的控制，收到良效。

〈三〉合并西药的应用问题，我们根据文献的报道〔⁶⁻⁷〕，本病可能与病灶感染有关，并与自家过敏性皮炎相类似，根据中西药物合用，有利于短期内控制病情，而合并使用了红霉素，使体温在短期内降至正常。

〈四〉对于丙球与转移因子的应用，是考虑到该病例〈一〉患者的淋巴细胞转化试验显著低下，结合近代的报告〔⁸〕，上二药是否有增强机体抵抗力，间接地有助于控制病情，起到一定的作用，有待进一步研究。

小 结

1. 本文介绍了我院近年来采用中医及中西医结合的方法治疗二例脓疱型银屑病，获得治愈，并予以讨论。

2. 就本文病例的临床表现，从中医理、法、方、药上，探讨了该病例的中医治疗与用药。

参 考 文 献

- ① Andrews: Diseases Of the Skin, P、241 1971
- ② Arthur Rook et al Textbook of Dermatology P、1225, 1972
- ③ 牛皮癣的治疗, 国外医学参考资料1971, 2、29页
- ④ 氨甲喋呤在银屑病治疗上的应用, 皮肤病防治研究通讯 1974, 1, 80页
- ⑤ 《医宗金鉴·外科心法》
- ⑥ 许德清等, 新医学, 1979,
- ⑦ Successful Treatment of Generalized Pustular Psoriasis by Systemic Antibiotics Controlled by Blood Culture, Brit J Derm 85: 3 274 1971
- ⑧ 上海市银屑病防治研究协作组, 中华皮肤科杂志: 32, 1980。

1981、3、

蔡荣付教授的学术思想和临床经验

骨 科 曾昭铨 何晃中 何振辉整理

一、生平简介

蔡荣是广东省海康县人，生于1921年，终于1980年。他出生于业医世家，1946年大学毕业于江西省，1947至1955年在广州执业中医，1955年至1958年在广州华南中医联合诊所执医。从1958年9月起，二十多年来一直在广州中医学院任教，在1978年定职为付教授，历任

广州中医学院外伤科教研室付主任、中医伤科教研室主任、教务处付处长等职，1977年起任广东省第四届政治协商委员会委员。

蔡荣付教授是祖传骨科医生。他从事骨伤科工作三十多年，具有丰富的临床经验，对中医骨伤科有较深的造诣，并能结合现代科学知识，对骨科进行科学研究，有自己独特见解。刻苦钻研，治学严谨。积极开展对“肾主骨”的基础理论研究，以非手术治疗迟缓愈合骨折、股骨颈骨折、骨质增生症取得较好的成绩，对中医骨伤科学作出了一定的贡献。1959年国庆前夕，他毫无保留地把治疗跌打、刀伤、烫火伤的祖传秘方——“万花油”献给国家，由于疗效明显，已成为广东在国内外畅销的产品。他曾发表了《脾胃与肾命》、《伤科内治八法及其临床运用》、《论伤科病机》等论著，深得中医学界的好评。

蔡荣付教授热爱社会主义祖国，拥护中国共产党的领导，忠诚于党的教育事业，为培养新一代的中医人才勤勤恳恳、实事求是地努力工作，付出了辛勤的劳动。他从事中医教学工作二十多年，一直主讲骨科，教学上高度认真负责，对年青教师言传身教，对学生谆谆诱导，深受广大师生的崇敬。他一向十分注意讲义的编写工作，曾多次编写教材，并主持编写了全国高等医学院校试用教材《中医伤科学》。在患病期间仍孜孜不倦地主持《中国医学百科全书·中医骨伤科学》的编写工作。他严于律己，宽以待人，品质高尚，和蔼可亲，团结周围的人一道工作，毕生兢兢业业，为发展中医骨伤科学事业而奋斗不息。

二、学术思想

蔡荣付教授博学、精思，数十年来孜孜不倦地研读医学典籍，又勤勤恳恳地应用于伤科临床实践，逐渐形成了对中医伤科学病因病机，辨证治法的独特见解，成为他对中医伤科学的突出见解。

蔡荣付教授由博而约，深入浅出，在脏腑学说的基础上，结合伤科的专业特点，总结出伤科的脏腑、经络、皮肉、筋骨、气血、精津病机。他认为损伤和骨关节疾病的脏腑、经络关系极为密切，他在《论伤科病机》一文中指出：“脏腑不和，则经络阻塞，气血凝滞，濡养消耗，肢体受损，以致机体失常而引起病变。”又说：“损伤之证，恶血留内，不分何经，败血凝滞，从其所属，必归于肝……”引证了《内经》及历代医著，说明损伤可内传脏腑，脏腑的病变也可引起局部反应的伤损病机。提出了“经络的病候主要有两方面：一是脏腑伤病可以累及经络，经络伤病又可内传脏腑而出现症状；二是经络运行阻滞，影响循行所过组织器官的功能，出现相应部位的症状。”这一经络病机。他又认为，伤病发生则皮肉、筋骨受损，或损于皮肉，或伤及筋骨；感染或留伏筋骨或阻于皮肉，因而产生一系列病变。对伤病中的皮肉与脾胃，筋骨与肝肾的病机作了详尽论述。他还认为，气血、精津是脏腑功能活动的物质基础。气血、精津的病变，多是伴随皮肉、筋骨、经络、脏腑的伤病而发生，若皮肉受害、筋骨病损，则局部组织为肿为痛，若经络阻塞、脏腑不和，则停积体内化邪为患，以致气血凝滞，或则精津亏耗而引起一系列病变。他特别指出：肾藏精、主水，津液的生成、分布、调节、转化，都与肾脏有密切关系。又进而阐明了精津的生化，能使皮肤润泽、肌肉丰满、脑髓充盈、筋骨劲强、关节自如；损伤和骨关节病变，亦能导致精津亏耗，体液平衡失调，引起机体病变的道路，论述了由于伤病如挤压伤，严重创伤感染，而出现：涎少、汗少、尿少、口渴、口燥唇干、舌裂无津、皮肤干燥、眼窝凹陷的失水症状，由于创

伤失血出现口干烦渴、小便短少、大便秘结等津液不足之候，以及由于创伤、失血引起休克时所表现的神态异常、肢体出汗、皮肤湿润、尿少等征象，均是“精气伤、津液损”和“精津亏耗，则失神”之故，这是对于创伤重症的辨证论治极有指导意义的精辟见解。

蔡荣付教授根据自己对伤科病机的认识，逐步形成了一套颇有特色的伤科辨证和治疗方法。他用中西医结合的诊断方法，把对伤损局部的诊断与八纲辨证、脏腑经络辨证、卫气营血辨证等结合起来，他运用中医伤科的复位、夹板固定、按摩推拿、药物敷贴、熏洗等传统方法有独到的功夫，还以四诊八纲为依据，以中医内治八法为基础，根据伤科的外伤、内损与气血、筋骨特点，损伤的表里、虚实、轻重、缓急证候，总结出伤科内治常用的：攻下逐瘀、行气活血、清热凉血、通窍安神、接骨续损、舒筋活络、补益气血、补养肝肾等八法。这些伤科病机和治法，从理法方药方面，为后学者提供了一套较为完整的伤科辩论治规范。

在伤科的辨证施治中，他尤其推崇薛己以脾胃、肾命为主，重视先天后天，力倡脾胃肾兼补的学术思想，并在自己的临床中加以发挥和提高。他认为损伤连及脏腑，与脾胃、肾命息息相关。对于损伤后期，创伤出血，伤口肉芽不长，骨折迟缓愈合，关节习惯脱位，骨质增生症，肾虚腰痛等等病症，常以脾肾论治，不妄用破血逐瘀而采用补脾、补肾兼补治法而取得卓效。

蔡荣付教授在自己的临床实践中，努力提倡中西医结合，取两法所长应用于临床和教学中。还努力用现代科学方法去总结，说明中医的经验，他组织了对杉树皮夹板进行力学测定，从材料力学和肢体内应力方面对杉树皮夹板在临床上应用作了科学的肯定。进行了中西医结合治疗关节内骨折、骨折畸形愈合、骨折迟缓愈合及四肢、躯干骨折的临床研究。对于关节内骨折，主张在适当整复与合理固定前提下，尽早进行功能活动锻炼，取得了功能恢复好，后遗症少的效果，对迟缓愈合的病例，重视补益肾、脾，结合手法、熏洗等，以非手术的方法取得良好疗效。正是他几十年如一日对学术的孜孜探求、刻意创新精神，使他在伤科的理论 and 临床上都达到了很高的学术水平，为中医伤科学的发展作了一定的贡献。

三、临床经验

（一）骨折迟缓愈合

迟缓愈合是骨折中可见的晚期并发症之一，凡骨折经处理后，其固定时间虽超出该类骨折正常愈合时间一倍以上，但折处仍有疼痛、压痛、纵轴叩击痛，异常活动现象，X线片上，显示骨折端所产生的骨痂较少，骨折线不消失者，即为骨折迟缓愈合。此类骨折，采用非手术疗法，如能正确整复、合理固定，适当的功能锻炼以及药物治疗也能收到良好的效果。

〔医案举例〕刘××，男，三十岁，工人，汕头市发电厂检修工。1974年9月14日来诊。伤者于1974年4月11日，因工作不慎，被机器转动带绞伤右下肢，前臂伤口流血，在当地医院急诊入院治疗诊断为：①右肱骨中下1/3斜形骨折；②右桡尺骨中段开放性骨折。曾进行创口处理，经多次手法整复，采用石膏托固定，均未获满意疗效。同年八月转当地另一医院治疗，效果仍不佳。九月初再由当地转送广州，经两间医院诊查，均认为属骨折迟缓愈合，须手术治疗。因伤者不愿接受手术，遂于九月十四日来诊。查患肢肌肉萎缩，指掌力明显减弱，肩、肘、腕关节僵硬，前臂功能完全丧失，肱骨中下1/3处可扪及骨折远端向后成