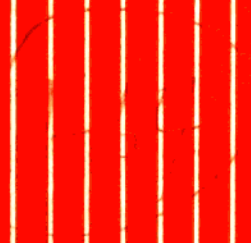


西医学习中医 学习心得汇编

第二集

(内部材料 仅供参考)



安医附院革委会中西医结合领导小组

一九七七、六

毛主席语录

中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高。

团结新老中西各部分医药卫生工作人员，组成巩固的统一战线，为开展伟大的人民卫生工作而奋斗。

中国的长期封建社会中，创造了灿烂的古代文化。清理古代文化的发展过程，剔除其封建性的糟粕，吸收其民主性的精华，是发展民族新文化提高民族自信心的必要条件；但是决不能无批判地兼收并蓄。

古为今用，洋为中用。推陈出新。

把医疗卫生工作的重点放到农村去。

前 言

伟大领袖和导师毛主席教导我们：“**中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高。**”西医学习中医“**这是一件大事，不可等闲视之**”。英明领袖华主席也指出：“毛主席提出创造中国的新医学、新药学已经好多年了，但进展不快，要认真总结经验，很好研究，要抓紧搞，不能遥遥无期”。因此有计划的分期分批组织西医离职学习中医，是加速中西医结合的重要措施之一。

在全国人民深揭狠批王、张、江、姚“四人帮”的大好形势下，我院第二期“西学中”学习班，经过半年的学习，在院党委正确领导和全院广大医护员工的大力支持下，业已胜利完成了预定的学习任务。在整个学习过程中，始终贯彻“**古为今用，洋为中用**”，“**推陈出新**”的教导，深入临床，走出医院大门，奔赴大别山区开门办学，热情宣传毛主席革命卫生路线，积极用中西两法为广大工农兵防病治病。为总结经验，以利再进，每个学员结合专业写出了学习心得体会，现汇编成

册，供同志们在临床与学习中参考。

由于我们政治与业务水平有限，书中错误之处，在所难免，愿同志们读后不吝指正。

安医附院“西学中”学习班编写组

一九七七年六月

目 录

中医中药治疗脑血管意外.....神经科 祝锦涛 (1)

浅谈中医对病毒性肝炎的辨证论治

.....传染科 曹慰祖 (6)

我对中西医结合治疗胆道感染的认识

.....中医科 姜良云 (11)

浅谈中西医结合治疗冠心病.....内 科 刘志杰 (15)

祖国医学对肾炎的认识及其主证的治疗

.....内 科 陈世茂 (20)

浅谈祖国医学对溃疡病的认识.....内 科 徐宜楠 (24)

对“肝病”证治的认识.....内 科 刘学珍 (29)

痢疾的辨证施治.....中医科 张 健 (33)

祖国医学对肾盂肾炎的认识和治疗

.....内 科 周维华 (36)

活血化瘀、行气导滞防治肠粘连与粘连性肠梗阻初探

.....外 科 江积瑞 (39)

祖国医学防治宫颈癌的展望.....肿瘤科 张缔华 (44)

瘀血证治及其在妇产科的应用.....妇产科 陈 忻 (54)

“肝”与月经病的关系.....妇产科 高廷美 (59)

小儿肺炎的辨证施治.....儿 科 周亚熙 (64)

中西医结合治疗小儿急性肾炎的初步探讨

.....儿 科 鲁发和 (69)

对中医眼科疾病的粗浅认识.....眼 科 程绍洁 (75)

附 方..... (79)

中医中药治疗脑血管意外

祝 锦 涛

一、概述

脑血管意外临床上多以突然发病，轻的出现口眼歪斜，言语不利，或半身不遂，重的突然倒地，昏迷不醒为特征。本病包括脑溢血、脑血栓形成、脑栓塞、蜘蛛膜下腔出血等。属于中医学“中风”、“卒中”范畴。

二、病因病机

关于中风的病因，在唐宋以前，认为由于外感风寒，到了金元时代，则由外感而转到内伤学说。但各家的说法又不一，《河间六书》主火，认为是“将息失宜，心火暴盛，肾水虚衰”所致。《东垣十书》主气，“凡人年逾四旬，气衰之际，或因忧喜忿怒伤真气者都有此疾……”，《丹溪心法》主痰，“多是湿土生痰，痰生热，热生风耳。”综上所述，风、火、痰为造成中风的三种主要原因。多因高年精气衰少，肾阴不足，水不涵木，虚风内动；或五志过极，郁火内生，火胜风动；或高粱厚味，脾失健运，湿痰内生。如风火相煽，火籍风势，痰随火升，风痰相搏，形成中风之症。风、火、痰流窜经络，经络闭阻不通，出现喎僻不遂，是为中经中络，若风火痰

上阻清窍，则诸窍闭塞，突然神志昏迷失语，舌强难言，是为中腑中脏。邪实内闭是为闭证，若正不胜邪，由实转虚，则成中风脱证。

三、辨证施治

(一) 中经络：

主证：头痛头晕，口眼歪斜，语言不利，半身麻木不仁或半身不遂，舌质正常，苔薄白，脉弦滑。类似脑血栓形成，脑溢血恢复期。

治则：祛风化痰，活血通络。

选方：通窍活血汤⁽¹⁾加减。

(二) 中腑：

主证：突然发病，神志朦胧，口眼歪斜，言语蹇涩，半身不遂，颜面潮红，舌质红，或边尖红，苔黄，脉弦劲。类似脑溢血。

治则：平肝潜阳，熄风化痰。

选方：镇肝熄风汤⁽²⁾加减。

(三) 中脏：又可分为闭证和脱证二种：

1. 闭证：

主证：神昏不语，烦躁不安，面红、身热、气粗、牙关紧闭，两手握紧，二便闭塞，舌红苍老，苔黄腻，脉弦数者为阳闭。若面白唇紫，痰涎壅盛，四肢欠温，舌质正常，苔白腻，脉沉滑为阴闭。

治则：阳闭用辛凉开窍，凉肝熄风。阴闭用辛温开窍，豁痰熄风。

选方：阳闭先用至宝丹⁽³⁾灌服，再用羚羊角汤⁽⁴⁾加减。阴闭先用苏合香丸⁽⁵⁾灌服，再用涤痰汤⁽⁶⁾加减。

2. 脱证：

主证：昏迷不省人事，张口目合，两手撒开，呼吸微弱，汗出如珠，二便失禁，四肢厥冷，舌痿，脉沉细欲绝。

治则：扶正固脱，益气回阳。

选方：急服大剂参附汤⁽⁷⁾。回阳后改用地黄饮子⁽⁸⁾。

加减：若汗出不止加煅龙骨、煅牡蛎，五味子。

(四) 并发症：

1. 肺部感染：病程中出现咳嗽、气喘、痰声漉漉，时有发烧，宜清肺化痰，采用清肺化痰汤⁽⁹⁾加减。

2. 消化道出血：病程中出现吐血，便血者，宜凉血止血，采用犀角地黄汤⁽¹⁰⁾加减，并合用10%白芨胶浆口服，三七粉吞服等。

(五) 后遗症：

1. 半身不遂：宜益气养血，祛瘀通络，采用补阳还五汤⁽¹¹⁾加减。如效果不显著者可加入水蛭、虻虫等虫类药物，或用大活络丹⁽¹²⁾、小活络丹⁽¹²⁾。

2. 舌暗不语：宜豁痰宣窍，祛风通络，采用解语丹⁽¹³⁾。若病久失语，宜填补精气，采用地黄饮子⁽⁸⁾加减。

3. 口眼歪斜：宜祛风除痰，通利经络，采用牵正散⁽¹³⁾加减。

4. 尿失禁：宜补中益气，固脬缩尿，采用补中益气汤⁽¹⁴⁾加减。

四、几个问题的探讨

(一) 有关活血祛瘀：祖国医学对于脑血管意外与“瘀血”的联系，早有叙述。如《内经》中说：“大怒则形气绝而血菀于上，使人薄厥。”“血菀”就是血郁积的意思。《丹溪心法》指出，中风是由于“死血”、“瘀血”所致。宋代早就应用

活血祛瘀的大、小活络丹治疗中风瘫痪的记载。《医林改错》作者创立了活血祛瘀的补阳还五汤。我们通过临床实践证明，补阳还五汤治疗半身不遂，有较好的疗效。本方并能广泛应用于其他闭塞性脑血管疾病，也有一定效果，但方中黄芪不一定按原方剂量；一般为数钱即可（南方地区以棉花根，千斤拔作为黄芪代用品），方中活血祛瘀药如赤芍、川芎、桃仁、红花、归尾等用量应比原方为大。总之活血祛瘀法在脑血管疾病治疗中，有一定的治疗价值。活血祛瘀能否用于脑溢血急性期，有人认为活血祛瘀药物只能用于闭塞性脑血管疾病，对脑溢血急性期是禁忌的。因为药理研究，活血祛瘀药，多半是具有扩张血管、降低脑血管阻力、改善脑循环作用，有的能抑制血小板的凝集，因此有考虑必要。然而近年来有报导，脑溢血急性期，经清热、化痰、开窍、平肝、熄风治疗，效果不显著，加用活血祛瘀后，可以提高疗效。祖国医学有“止血防瘀”、“瘀血不去，血不循经”的理论，故往往需要在止血药中加些活血药，起到祛瘀止血作用。活血与止血是矛盾的，但在一定条件下又能统一。这里还存在着相当复杂的理论问题，因而活血祛瘀法应用在脑溢血急性期，在时机、药物选择和剂量等问题上，还需进一步探讨。

（二）有关芳香开窍药的应用：“闭证宜开”在祖国医学对中风的处理上是首要原则。而芳香开窍药如至宝丹、苏合香丸，虽然临床上常用于闭证，但历来也有人反对。认为可能促使阳气亡脱，不利病情，对脱证则更属禁忌。因为芳香开窍之药辛燥为多，虽开窍力强，但能耗伤阴液，尤其对肝肾阴虚，肝阳上亢的昏迷患者并不适宜，在应用时要认真考虑。

（三）关于大秦汤⁽¹⁸⁾的适应症问题：运用祖国医学的方药治疗现代医学确诊之疾病，不能拘泥于某方治某病，而要

根据辨证论治的原则。以大秦艽汤为例，此方以大队风药为主，配伍一些养血、益气，清热药组成。《景岳全书》对它的评论说：“秦艽汤虽有补血之药，而寒散之剂居其半，夫既无六经之外邪，而用散何为也？既无阻隔之火邪，而用寒何为也？寒散既多，又果能养血气而壮筋骨乎？”实际上此方只能用于真中风，对类中风证（内风）则绝对禁用。近年来部份著作中多以大秦艽汤加减，作为治疗脑血栓形成的方剂，说法不十分一致，有的在方剂组成上与原方有本质上的区别，减去了部分寒凉药和祛风药（包括秦艽在内），而增加了活血祛瘀药如丹参，祛风通络药如地龙、僵蚕、全蝎等。个人体会原方似乎适用于风湿病引起脑脉管炎或脑栓塞兼有寒热者，若用于高血压动脉硬化引起的脑血栓形成，值得商榷。

（四）关于黄芪的应用问题：祖国医学传统认为黄芪、升麻有提升作用，对于肝阳偏亢，肝风上扰是不适宜的，用了会助长风阳上旋。现在对这个问题的说法也不一致，有的认为病程不久，邪气尚盛，正气未衰，血压高，脉弦滑有力，以不用为宜。也有的认为只要脉象不数实，即使血压稍高，也还是可以重用的。如果配伍一二两重镇潜阳的石决明或真珠母，则更不考虑黄芪的升提。据近代药理研究，黄芪有强心、利尿、扩张血管、降低血压和抗菌作用，并且还有加强毛细血管抵抗力作用，能使白细胞增多，而对红细胞系统则无影响。据此看来黄芪对肝阳上亢的高血压当并无禁忌。

浅谈中医对病毒性肝炎的辨证论治

曹 慰 祖

一、概念

病毒性肝炎现代医学分为黄疸型和无黄疸型肝炎两种，无黄疸型肝炎亦可在某一时期因病情变化出现黄疸时，都包括在祖国医学的“黄疸”范畴。

黄疸型肝炎，以目黄、身黄、小便黄为特征。本病《内经》首创其病名，并详述其主证。《金匱要略》有黄疸专篇，详述其脉证，方药及预后转归。后世根据本病不同症状和病情演变过程，在临床上划分为阳黄、阴黄、急黄三大类。“阳黄”相当于现代医学的急性黄疸型肝炎，“阴黄”相当于慢性黄疸型肝炎，“急黄”（亦称“瘟黄”）相当于急性和亚急性肝坏死。

无黄疸型肝炎约属于中医学“胁痛”、“郁症”、“肝胃气痛”、“脾虚湿困”、“积聚”等范畴。以恶心、胁痛、脘腹胀满，身体倦怠等为特征。

二、病因病机

黄疸型肝炎，多因七情内伤，饮食不节或过度饮酒，以致肝失条达，脾失健运，湿热毒邪，乘虚入侵肝胆，胆汁外溢，

郁于血分而发黄疸，亦有因脾阳不运，湿郁热熏而发黄疸者。

无黄疸型肝炎，由于正气不足，湿浊邪毒乘虚而入，加之饮食失节，以至湿邪内阻，脾失健运，肝失疏泄而发病。如迁延不愈，湿邪逗留，肝脾两伤，气滞血瘀，则转为慢性。

三、辨证施治

(一) 黄疸型肝炎：

1. 阳黄

临床特点为黄疸色泽鲜明如橘子色，伴有身热烦渴、胸闷、腹胀、大便干结，小便短赤，舌苔黄，脉滑数。临床上又分为热重于湿，湿重于热和湿热并重三种类型。

(1) 热重于湿

主证：黄疸色泽鲜明如橘色，发热，烦渴，胁腹胀满或疼痛，小便短少黄赤，大便干结，舌质红，苔黄腻少津，脉弦数。

治则：主以清热，佐以利湿。

选方：茵陈蒿汤⁽¹⁶⁾合六一散⁽¹⁷⁾加黄连、黄柏、板兰根、田基黄或平地木、垂盆草等。

(2) 湿重于热

主证：黄疸色泽不如热重者鲜明，头沉重，体倦乏力，胸脘痞塞，纳呆胀满，恶心呕吐，尿黄便溏，舌苔厚腻微黄，脉弦缓或濡缓。

治则：主以利湿，佐以清热。

选方：胃苓汤⁽¹⁸⁾加茵陈、板兰根、郁金等。

加减：恶心呕吐加砂仁、生姜。发热者加银花、连翘。

(3) 湿热并重

主证：上述两型证候均甚显著。

治则：清热利湿。

选方：茵陈蒿汤⁽¹⁸⁾ 合四苓散⁽¹⁹⁾ 加板兰根、黄柏、滑石等。

2. 阴黄

主证：黄疸色泽晦暗如烟熏。腹胀闷，纳呆，便溏，神疲畏寒，舌淡苔白腻，脉弦细或沉迟。

治则：温化寒湿，舒肝健脾。

选方：茵陈术附汤⁽²⁰⁾ 加郁金、茯苓、泽泻等。

加减：胸闷、胁痛加香附、延胡、丹参、青皮；纳少、神疲加党参、五味子、山药、鸡内金（研粉冲服）

3. 急黄（瘟黄）

主证：发病急骤，黄疸色深，高热烦渴，神昏谵语，衄血，便血，或肌肤斑疹，或见腹水。舌质红绛，脉弦滑而数。

治则：清热解毒，凉血救阴。

选方：千金犀角散⁽²¹⁾ 加玄参、生地、丹皮、郁金等。

加减：神志昏迷者可用安宫牛黄丸⁽²²⁾ 或至宝丹⁽²³⁾ 或紫雪丹⁽²⁴⁾；出血重者加白茅根、仙鹤草；有腹水者加车前子、泽泻、大腹皮。

（二）无黄疸型肝炎

无黄疸型肝炎临床表现较为复杂，一般按肝、脾、气血等方面进行辨证论治。根据不同的临床表现可分为以下四个证候。

1. 肝郁气滞

主证：右胁隐痛或胀痛，胸腹胀满，嗳气、食减，疲乏无力，或见低热，口苦，心烦易怒，失眠，大便不实，舌苔薄白，脉弦。

治则：疏肝理气。

选方：柴胡疏肝饮⁽²⁴⁾ 加郁金、川楝子、青皮等。

加減：如氣郁化火，口苦，小便黃，舌尖紅，脈弦數或衄血，加丹皮、山梔、白茅根；如肝痛甚者加丹參、延胡索。

2. 脾虛濕困

主證：胸脘痞悶，肋痛，倦怠無力，納谷不香，食後作脹，噁心欲吐，大便溏薄，舌苔白膩，脈弦緩。

治則：芳香化濁，燥濕健脾。

選方：藿朴夏苓湯⁽²⁵⁾加減。

加減：肋痛明顯加川楝子、延胡索；脘腹脹滿加木香、砂仁、雞內金；兼有氣虛者加黨參、黃芪。

3. 肝腎陰虛

主證：肋肋隱痛，身倦乏力，眩暈耳鳴，失眠多夢，心煩急躁，腰腿痠痛，舌質紅，苔薄少津，脈弦細數。

治則：滋陰柔肝。

選方：一貫煎⁽²⁶⁾加五味子、女貞子等。

加減：陰虛而見午後低熱者，加丹皮、地骨皮；口干食少者加生麥芽、石斛；眩暈重者加白蒺藜；失眠重者加首烏藤、炒棗仁；鼻衄加白茅根。

4. 氣滯血瘀。

主證：肋肋脹痛或刺痛；定着不移，肋下有塊（肝腫大、或肝脾腫大）面色晦暗，形体消瘦，食少，有血痣（蜘蛛痣）及肝掌，舌質紅或暗紫有瘀斑，苔白，脈沉弦或弦澀。

治則：活血軟堅，疏肝理氣。

選方：桃紅四物湯⁽²⁷⁾加鼈甲、牡蛎、郁金、青皮等。

加減：刺痛甚者加制乳沒或玄胡、五靈脂；食少加神曲、山楂、谷麥芽；腹脹加枳殼、萊菔子；低熱加地骨皮；浮腫加豬茯苓、澤瀉；出血加地榆炭、藕節炭或仙鶴草。若有脾功能亢進，偏陰虛（手心發熱，舌質紅，苔少，脈細數）加當歸、

生地；偏阳虚（畏寒，四肢不温，便溏，舌质淡、苔薄白，脉细弱）加党参、黄芪。

我对中西医结合治疗胆道感染的认识

姜良云

一、概述

胆道感染是胆囊和胆管系统的炎症，病原通常以大肠杆菌感染最为多见，是消化系统常见疾病之一，临床上常与胆结石合并存在。过去以手术治疗为主，目前系用中西医结合非手术疗法，效果满意，这是我国走中西医结合道路的成果。

胆道感染在祖国医学早有记载，《灵枢·胀论》说：“胆胀者，胁下痛胀”，“肝胀者，胁下满而痛引少腹”。《伤寒论》中的结胸发黄一病与胆道系统感染很相似。

二、病因病机

本病多因外感六淫、内伤七情、饮食不节等引起肝失条达，胆失疏泄，肝胆气滞，湿热蕴阻，则寒热往来，胁腹疼痛，若胆汁溢于肌肤，而发黄疸，热积不散，则郁而化脓，若湿热煎熬胆汁，凝结为沙石，湿热炽盛，正不胜邪，则病邪内陷，出现休克。

三、辨证施治

(一) 气滞型