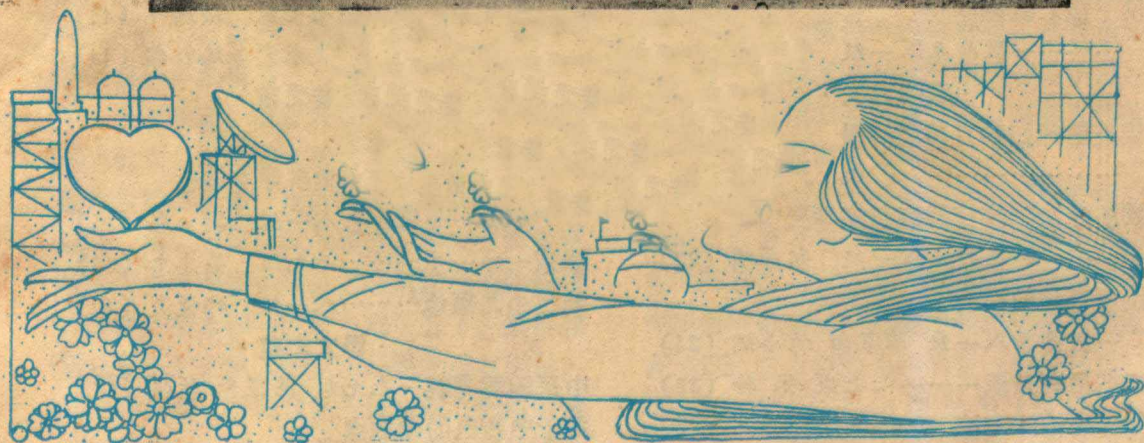


献给振兴福建中医大会

桃李吐芳



福建中医学院科研处

1985.7

福建中医学院学生论文选编目录(总第三辑)

· 学习与探讨 ·

- 探求与设想……………七七级 陈耀青 (1)
腹部切诊法在“肠痈”病证中的应用
……………七七级 李灿东 (2)
大黄止血机制初探…八〇级 陈 臻 (5)
浅谈验方的形成和应用
……………医疗系八一级 黄海松 (6)
重视七情对胃十二指肠溃疡的影响
……………医疗系八一级 方建伟 (8)
讨论胃脘痛
…巫伯康主治 七九级 华碧春 (9)
殊途同归——略谈伤寒与温病学派的
治效同一性
……………医疗系八一级 钟少川 (10)
补气法在治疗病态窦房结综合征中的
作用……………七七级 周建宜 (13)
督脉能否络一身之阴
……………骨针系八二级 林秋芳 (14)

· 岐黄溯源 ·

- 历代闽医学学术成就初探
…医疗系八一级 黄海松 徐松洲 (15)
《黄帝内经》成书年代的研究
……………医疗系八一级 徐松洲 (18)
浅说下法之源流
……………医疗系八一级 张爱平 (19)

· 实习大夫 ·

- 吴桂英老师妇科方药之运用
……………八〇级 严玉清 (21)
“放筋疗法”治疗暑痧急症举要
……………医疗系八一级 郑启明 (22)
男性不育症的福音
…医疗系八一级 陈家新 林小端 (24)
妊娠期用药杂谈……………七七级 张 玲 (26)
肩凝症的治疗方法
……………骨针系八一级 陈定家 (27)

- 麻黄汤一得……………医疗系八一级 李 珍 (38)
茵兰合剂治疗急性黄疸性肝炎
……………七七级 康少洪 (30)
自拟“茵陈三金汤”治疗胆囊炎、胆
石症……………七七级 吴伯惠 (30)
浅谈落枕……………骨针系八一级 薛叶祥 (31)

· 医学新探 ·

- 运气浅识……………七七级 吴志忠 (32)
中医学中的形象化方法
……………七七级 陈沧潮 (33)
漫祖国医学对生物钟原理的认识和应
用……………七七级 李学麟 (34)
浅谈医学模式问题…七九级 王 葵 (36)
漫谈“八卦”……………七七级 吴庆丰 (37)

· 课堂内外 ·

- 伟大的宝库、灿烂的前程
——“你对中医的认识”讨论会
纪要……………《求索》编辑部 (39)
我对《内科学》教材之管见
……………七七级 陈 禧 (41)
读《人参论》后思
…医疗系八一级 沈晓芬 方建伟 (42)
谈谈“治肝实脾”在治疗“乙肝”中
的作用……………七七级 赖瑞祥 (43)
巧记汤头……………《求索》编辑部 (44)

· 科普之窗 ·

- 从三粒路头砂谈起
——漫说中医学的科学 与 迷信
……………医疗系八一级 斯 磊 (45)
话茶……………七七级 吴志忠 (46)
修园小儿额诊……………八一级 邱模炎 (8)

· 译文之苑 ·

- 中医的营养观…七七级 陈耀青 林帆 (47)
关于中西医的接触点
……………七七级 肖林榕 (49)

探 索 和 设 想

七七级 陈耀青

气功的研究是当前生命科学领域很重要一环，对当代科学的发展起着保健作用。特别对中医传统的经络、气血、五运六气等基础理论的记实也有其重要意义，有可能促进中医现代化，中西医结合的蓬勃发展。

在目前气功的研究中，从气功师的外气发放人们测知，外气是一种脉冲型的特殊物质信号，运行速度25—50cm/秒，可能具有正负电荷，也排除了电磁波或机械波的可能性。有的命名为生物等离子体，有的命名为微粒流，有人测到了红外辐射的信号，但又不同于正常红外线。它带有一定的信息，独特的频率；有人测到了静电和磁场的信息……。总之，外气的物质性是毋庸置疑的了。在内气研究方面，我国62年某些实验报道了练功时出现基础代谢率降低，血压下降，胃肠蠕动增强等生理变化。近年来，发现了练功者血中五羟色胺代谢水平增加，肾上腺素和去甲肾上腺素代谢水平降低氧耗量降低，血压、心率、呼吸频率降低，胸电波 α 慢波同步化增高。

在医学上，随着人类的进步，开始分出两大分支：在西方，从文艺复兴时代开始，生产力迅速发展，较适合于从肉体方面、客观上、局部上进行深入研究，形成了以实验事实为根据的医学理论。在我国漫长的封建社会中，由于社会生产力水平低下，适合偏重从意识上、从人们主观感受上深入探讨，处在一种具有猜测性的思辨阶段，形成中医独特的理论。由于意识和肉体的联系并不为人们所认识，所以把中医某些理论误认为“唯

心”、“不科学”。只有在科学技术水平不断提高基础上，把意识和肉体当作整体，从不同的角度来探索它们之间相互作用的本质和规律，揭示出它们之间的联系，这样，从意识和肉体上对人体的认识逐渐趋于统一，在这医学基础理论上，将发生重大的变革。在这种情况下，中西医结合不仅是可能，而且是融洽，自然地结合，成为殊途同归。

中医的经络的循行路线在一般的解剖上难以发现，所以被认为其有主观的唯心的成份，然而，人体主观上的某些感受是具有一定客观基础的，是现代化的仪器装置难以测定的，因为仪器毕竟是人制造的，且生理病理现象是发生在人身上的，随着科学技术的发展，意识和人体相互作用关系逐渐被阐明，人们发现了经络有其内在的物质基础，现在对经络进行红外线、幅射场摄影等研究中已基本得到证实，并且循行路线和古典医著中所记载的路线基本相符。所以主观感觉的描述，几分猜测性的思辨可以填补单纯以实验事实为根据的现代科学理论的不足。如能阐明中西医二者内在关联，在对人体的认识上将产生惊人的飞跃。

临床方面，过去人们常认为中医缺乏客观依据，带有主观成分。岂知这种主观因素在中医治病上发挥着重要作用。一般说来，许多疾病都是由精神状态和理化状态的改变所组成，二者是相互作用的。现代科学已经证明50~80%的疾病是由身（肉体）一心（精神）失调所致。西医临床上多侧重从病人肉体上，理化状态的改变着手，如血压的

腹部「切诊」法在「肠痈」病证中的应用

七九级
李灿东

改变，心电图改变等等；中医临证上多侧重从病人主观上、精神状态上的改变着手，如病人之七情改变，主诉感觉等等，这种侧重的不同决定了二者在治疗上各有千秋。现代医学已经逐渐揭示出病人精神状态和理化状态相互作用发生异常的规律。如果不注意中医认识疾病、治疗疾病侧重从主观感觉异常这方面着手的特点，将会使中医在临床治疗上大大逊色。笔者认为，这个特点将作为中医精华中的一个组成部份，如果在这方面对中医基本理论和临床进一步深入地探讨，这将会推动当代医学的发展，在减轻病人的痛苦上起着很大的作用。所以目前完全有必要用现代化的手段展开“中医疾病心身学”的研究，探求病人的精神状态和理化状态相互作用发生异常的规律及其中医对它的认识。值得注意的是，在目前提倡中医现代化的时候，要求中医在临床诊断上客观标准化，使疗效具有可比性，可重复性。但也必须看到，中医长期重视患者主观精神状态的变化，这在中医临床诊治上占有一定的比重。所以在制订的标准时要充分考虑老中医这个特点。笔者认为，当人类能够从整体上认识到意识和人体相互作用的规律，完全有可能产生一种新的诊断、治疗学来专门对付那些有精神状态改变，而理化状态暂时还未发现异常的患者，也好象目前用药，手术等手段，来征服病人的理化状态异常一样。

当前气功的研究，逐渐地揭示人体心身相互作用的本质和规律，这将为证实中医基理论的科学性、中医现代化的可能性打下坚固的基础，为中医西医结合的可能性，必要性提供科学根据。我们应认识到中医从理论到临床都注重人们主观意识改变这个特点，来进一步掌握中医治病的规律，造福于人民。

〔选自《求索》(1)1980〕

“肠痈”一词源于《内经》，《素问·厥论》“少阳厥逆……发肠痈不可治”。它类似于现代医学的急慢性阑尾炎等。在中医辨证施治方面，腹部的切诊（简称腹诊）是十分必要的却常被忽视。本文着重就此作一探讨：

肠痈腹诊法的基本内容

根据切诊时用力的轻重可分为轻触和重按；手法上可分为触按、推按、叩击三种。但临床上多综合应用，现分述如下：

一、轻触：所谓轻触就是用手轻轻地自上而下抚触病人的腹部，着重于体察肌表的温度变化。若肤热灼手者为热毒炽盛；肤热不甚者为热毒较轻；若肤微冰冷多为寒留肠腑，或湿热之邪从寒而化。如在病程中腹部皮肤由凉转热为肠痈热毒渐盛痈脓渐成，由热转凉则为病邪渐退或正气损伤之象。

此外，轻触时尚应注意皮肤光泽、汗出与否。若触之光润荣泽多为气血尚荣，皮肤干燥甚则脱屑为正气已伤。汗出蒸蒸为热邪所迫，汗出如油为阴阳亡脱所致。

二、重按和弹按：重按，是用较重手力按压患者腹部，一般是从左而右。主要是借以分辨腹按痛程度或疼痛的性质。弹按，是在重按的基础上，迅速把手撤去，注意是否应手而痛。若按之胀痛多为气滞。按之如针刺刀割多为血淤。按之微痛或仅限于右下腹部为痈毒初起，热邪较轻；按之痛甚或全腹按痛为热毒渐盛；若按之腹如板状者多为痈脓已成或脓已破溃。弹按应手而痛，亦主热毒较盛或淤结之征。

三、推按：用手由轻而重地推触患者腹

壁,着重注意腹部饱满程度和推寻腹中痞积。如果见腹胀隆起者,在早、中期多属邪实;若晚期体弱正伤见之,多为胃肠功能极度低下,传送无力;推之有块为热结或血淤之象。

四、叩击:用手指或手掌轻叩腹部,叩之如鼓为气滞;叩之声实沉重为淤滞之征。因此腹部切诊则可有寒、热、虚、实之分。

现代医学认为,“阑尾炎”多有压痛、反跳痛,腹肌紧张等表现。根据这个特点,并结合上述方法,可以看出:“肠痈”虽然有寒热虚实之分但以实证、热证多见。

肠痈病腹诊的临床观察

对于腹诊协助肠痈辨证的准确性,笔者在83年一年临床过程中,曾对31例阑尾炎(肠痈)进行术前腹诊,并根据手术结果进行分析,列表如下:(31例中单纯性急性阑尾炎12例,慢性复发性阑尾炎4例,坏疽型阑尾炎8例,穿孔型阑尾炎5例,阑尾周围脓肿2例)详见附表。临床上肠痈千变万化,想靠简单、机械地划分几个类型是不够的。《外科学》教科书上把肠痈分为淤滞型、湿热型、热毒型进行论治虽然是大概常见的几个类型,临床上也有一定意义,但是,忽视了肠痈的寒化、正虚方面,兹举临床一例加以说明:

患者:黄××,男,26岁,自诉2天前起无明显诱因出现转移性右下腹痛,伴腹胀、纳呆、微恶寒、发热($T38^{\circ}\text{C}$),大便数日未通,舌红苔黄腻,脉弦。腹诊:肤微热,较干燥,按之右少腹痛,腹略胀,叩诊鼓音,弹痛不著无触及包块。血Rt:WBC:10200 N79%。考虑湿热蕴结,热壅气滞,方选:大黄牡丹汤(原方)×3,服药后便畅痛减,唯有纳少脘胀。但第四日复诉腹痛复发,恶寒更甚,时欲呕,腹诊大致如前,考虑素体阳气不足,肠痈开始虽为热证,但一投寒药则随素体而寒化,拟:薏米30g、附子7g、败酱草24g、香附7g,1服药后腹痛略减,继服2剂而痛除,后加调养而愈。

从这例可以看出,临床上肠痈多种多样,即使同一疾病的不同阶段也有所不同,不可泥于书本。上述病例若按全身状况进行辨证即属实热证。但是如果认真分析一下腹诊结果,则肤不甚热,肤燥,叩之如鼓伴恶寒出现应考虑寒化趋势,而不要过投寒凉之品。因此,腹诊在有些时候是很重要的。

肠痈腹诊的讨论

1、对于肠痈患者,近代临床上,中西医都进行不同程度的腹诊,但是大多从西医诊断上着手,着重诊断阑尾炎及其分型(西医分型),而腹诊对辨证施治的参考价值,因此在诊断上、治疗上常出现如下情况:1、缺乏直观指征。我们并不否认,在肠痈诊断上全身四诊的重要,但是,由于各种原因,某些病例单靠一般检查尚不能很好反映疾病本质。笔者曾经见过这样一例患者,除了右下腹痛外,尚见发热($T39.5^{\circ}\text{C}$)、口干、汗出、欲呕,舌红苔黄,脉数。发病虽只一天,但腹诊见:全腹板硬、按痛、弹痛明显。某医以热毒炽盛辨之,投大黄牡丹汤一剂,当夜腹痛加剧而急转西外手术治疗,结果为阑尾穿孔。虽然以上辨证并无大错,但如果详细进行腹诊,则不难发现:其虽热毒炽盛,但已肉腐脓溃或欲溃,而不应再行保守治疗。

2、不能及时发现疾病变化,由于肠痈发病紧急,有些病人没来得及反映在全身状态上的改变,有些病人除了少腹疼痛外没有其他症状,这时,如果没有进行腹诊,则容易因误诊而耽误病情。

笔者认为,腹诊对肠痈的诊断有如下意义:1、腹诊只要手法掌握得好,一般对病人无不良影响,而且十分方便,不受设备限制。但是,不宜过重按压。2、腹诊有时较其他诊法直观、准确。这主要是由于腹诊检查的是痈肿的部位,而痈肿最先反映是在局部,因此有特别意义。3、腹诊是辨证的重要依据。前面提过,腹诊本身可分寒热虚

实。因此，从中医的角度进行腹诊在辨证施治过程中有重要参考价值，这是中西医结合治疗阑尾炎的前提，这也是本文重点所在。

但是，必须说明的一点是：在强调腹诊的同时，我们不能否认肠痛其他诊断手段，如脉舌及问诊等的意义。相反地，这些手段仍然是主要的，但是若在此基础上，加上腹诊，则利多弊少。

尾 语

本文论述了肠痛的腹诊方法和观察，认为腹诊在肠痛一病的诊治中是十分重要的手段。除此之外，一些“急腹症”诊治中，腹诊也有一定意义。因此，作为诊断手段之一的腹诊是值得提倡的。但是，由于作者水平及经验不足，错误之处，敬请批评指正。

〔选自《求索》(14)：1983〕

附表：

31例肠痛腹诊观察表

病 因	轻 按					重 按					推 按			弹按	叩 击		辨证结果
	温热	不温	荣	燥	汗	胀痛	刺痛	全腹痛	局部痛	板状腹	包块	无包块	隆起	痛	鼓音	浊音	
急性单纯性阑尾炎	11	1	10	2	2	5	3	2	10	0	0	0	0	3	2	2	痈毒初起 热壅气滞
慢性复发性阑尾炎	2	2	3	1	0	1	2	0	4	0	0	0	1	1	1	0	温热内壅 或淤热互结
坏疽型阑尾炎	8	0	8	0	1	1	6	2	6	1	0	0	1	2	2	6	热盛肉腐 热淤互结
穿孔型阑尾炎	5	0	4	1	2	0	5	4	1	4	0	0	0	5	4	1	热毒炽盛 血腐脓溃
阑尾周围脓肿	2	0	1	1	0	0	1	0	2	0	1	0	2	2	0	2	温热蕴结 气滞血淤

尝 试 · 失 败 · 成 功

“最难忘的，是聚光灯下、手术台旁的数个不眠之夜”我们学研会科研实验小组的某君感慨道。想当时，不熟悉动物手术学，翻书查资料，上！没有设备经费，争取支援自己努力，上！！我们的实验就这样上了——众所周知，苍术、白术分别为燥湿药、健脾药，临床对水肿患者的辨证用药中常屡试屡效，又，淋巴回流障碍是水肿的重要病理变化，那么苍、白术是否通过影响淋巴回流而产生健脾燥湿、利水消肿之功？翻阅了近年来国内数种药理学杂志及以往的记载尚是空白，于是集思广益，制定了《健脾燥湿药对淋巴回流的影响》这一科研课题。确立了课题之后，紧接着编写出设计原理、实验目

的、实验的具体步骤……参加实验组的同学们短时间内掌握了与本实验有关的动物手术学内容，记熟了实验的每一细小步骤……聚光灯下，一丝不苟的目光注视着细小的胸导管，将细细的套管插进去；手术台上，忙而不乱的手递接着手术的器械；记纹鼓上忠实地记下淋巴回流的情况，大家期待的曲线，顽皮地时隐时现，总不大方地亮出来。一次次地期待、探求，探求、期待……

目前实验的第一阶段正在进行初步的小结，关心它的人们可以从一张张实验报告中得到答案。

(方建伟)

〔选自《求索》(21)1985。〕

大黄止血机制初探

八〇级实习生 陈 臻

指导教师 严连卿

近年来，人们对中药大黄的研究逐步地深入，应用范围也不断扩大，尤其它的止血作用，被广泛应用于治疗上消化道的各种出血、肺部小血管破裂咯血，手术后出血，外伤性出血等。疗效很好。那么，大黄的止血机理究竟何在？本文就此问题进行初步探讨。

一、大黄本身具有收敛止血的作用 其实古人早已提到，如《金匱要略》里用泻心汤（大黄二两、黄连、黄芩各一两）治疗心气不足吐血衄血；《千金方》中用大黄二钱一方匕，生地黄汁半升治疗虚劳吐血；《本事方》中尚有“龈络出血、渐至崩落……大黄米泔浸软、生地黄各裱切一片，合定贴上，一夜即愈……”的记载，但，古人应用大黄收敛止血毕竟不多，所以大黄的这一功效一直未被肯定。

现代药理研究动物实验表明，大黄含有大量蒽醌衍生物、鞣质、游离没食酸和钙等，局部用药具有收敛消炎的作用，并能沉淀蛋白质减少创面体液的外渗，缩短血液的凝固时间而止血。内服大黄或针剂注射则能明显地增加纤维蛋白原，缩短凝血时间，降低毛细血管通透性，改善脆性，还可促进骨髓制造血小板而达到止血的目的。因此临床上直接应用生大黄粉、大黄炭或是大黄的各种制剂：煎剂、浸剂、酊剂、针剂以及大黄为主药的汤方治疗各种出血症，止血效率多可达90%以上。有人通过实验比较，认为大黄的止血速度和能力，超过了仙鹤草、白芨、紫珠草等一般止血药物。

以上事实足以证明大黄具有收敛止血的功效，而且是较理想的止血药，

二、泻火凉血而止血 《景岳全书·血症》中说：“凡治血症，须知其委。而动血之由，惟火惟气耳。”《济生方·吐血》中指出“夫血之妄行，未有不因热之所发，盖血得热则淖溢……”由此可见火邪在血症的形成中占有相当的地位。火有实火和虚火之分，均能灼伤血络，迫血妄行，但临床上一般以实火为病者多见。火伤阳络则血外溢，常表现为吐血、咳血、衄血、紫斑等；火伤阴络则血内溢，多表现为尿血、便血、崩漏等。因此在治疗上总宜清热解毒，泻火凉血，直折炎火之势以防动血，达到止血的目的。

大黄味苦性寒，善能泻火凉血，《本草纲目》谓其入“足太阴、手足阳明，手足厥阴五经血分药。凡病在五经血分者皆宜用之”，因此，当火热炽盛，迫血妄行之际，应用大黄最为见效，正如金元大家朱震亨所说：“大黄泻去亢甚之火，使之平和则血归经而自安”。

三、逐瘀通经而止血 因瘀而致出血，这是古人通过长期的医疗实践和临床观察总结出来的精辟论断，血行脉中，犹如水流河道，河床阻塞则水泛溢也。血一旦离经，即为瘀血，瘀血阻络又使新血不能循其常道而继续外溢造成恶性循环，常表现为吐血便血不止，月经淋漓不尽，产后恶露不断，崩漏反复发作等。

针对这种类型的出血，古人提出：“见血休止血，首当祛瘀”。“行血则血循经络，不止自止”。故采用力壮气猛，擅能逐瘀通经推陈出新的“将军”——大黄，每收良效。譬如《医林集要》应用武当高士孙碧云之元极丸（以大黄为主药，配合童便，红

花、当归、巴豆、酒等)治“妇人经血不通,赤白带下、崩漏不止、肠风下血、五淋、痃瘕腹痛、男子五劳七伤、小儿骨蒸劳热,其效甚速。”再如,现临床上应用生大黄粉治疗上消化道溃疡出血。这种病人在辨证上多属脾胃虚寒淤血内阻,气不摄血,血不归经,因此服用大黄粉后一方面能直接起到收敛止血的作用,另一方面药物吸收入脉后又能祛淤通络,消散离经之血,引血归经,真可谓“一举两得!”故疗效卓著。外地报道有效率达97%。平均止血天数为1.5天,且有止血不留淤,祛淤又生新的特点。待血止之后(大便OB连续二次阴性),再予辨证论治,这样辨病与辨证相结合,就能缩短病程,提高疗效。

四、泻火降气而止血 我们知道,大黄性寒苦降,擅长泻火降气。所有趋上之血证,如吐血,咯血,鼻衄,齿衄,倒经等,无不以“血热气逆”为直接病机,故应用大黄治疗最为合适,通过泻火降气,引血下行而达到“气顺则血止”的目的。《血证论》的作者唐容川,亦十分重视大黄的应用,他在论述“吐血”一证的治疗时指出:“血虽非胃所主,然同是吐证,安不责于胃!……阳明之气,下行为顺,今乃逆吐,失其下行之令,急调其胃,使气顺吐止,则血不致今脱也。”可见,降气、引血下行是治疗吐血及一切上逆之势的血证之关键。

总之,大黄的止血机制是多方面的,它既能收敛止血以治标通治一切血证,同时又能针对实热、淤阻、气逆等所致的血证,而发挥其特有的泻火、逐淤、降气的功效以治本。实践证明,应用大黄止血不仅廉、简、便、旋、取效迅速、安全,而且无止血留淤之弊,值得提倡应用,建议以后教科书把大黄的止血作用列入其功效,或干脆把大黄归入止血类药物。

(选自八〇级《实习通讯》(4)1985)

浅谈验方的形成和应用

医疗系八一级 黄海松

验方系指临床上对某种病证有效验的方剂,是医者临床经验的结晶,始为独家所传,为某病证的“特异性”方剂,常言道:“祖传验方”、“秘方”,流传于民间。当前年轻中医师对验方是否违背中医辨证施治原则,疑惑不解。笔者以客观的角度,来探讨验方的形成和运用。

验方的源流

验方多流传于民间。民间医生甚至名医,对某病证的最有效治疗的几味药,就常用并世代相传,形成“验方”,后人沿用,出现了“一症一方”。验方是临床上反复实践的结晶,它不断运用在临床实践中,经历了从实践到认识的循环不息。按习惯把《伤寒论》和《金匮要略》所载314首方剂称为验方〔注一〕。验方在“经方”范畴之外,但历代医书也对民间验方进行归纳整理。晋·葛洪《肘后方》,唐·孙思邈《千金要方》与《千金翼方》,宋元方书《太平圣惠方》、《圣济总录》,《济生方》等,载方万计,其中包括大量民间验方。但也有因编著者不明医理,医书出现真假参杂,验方不验的情况。据裘沛然教授对宋代医界风尚的研究和考证:“当时社会对现成方药风靡一时,不仅是医生爱用成药,就是其他非专业人员如治政家、文人、历史学家、科学家以及佛教徒等等,也都喜欢收集成药,编辑方书。例如象著名历史学家郑樵,他就编过《鹤顶方》三十四卷,颇负盛名的《灵苑方》就是科学家兼政治家沈括编写的。”其他如苏东坡的《苏沈良方》,陆游、司马光

等^①，其中包括许多真假参杂的验方。明代李时珍的巨著《本草纲目》附方逾万，是“搜罗百姓”“访采四方”吸取大量民间验方，收集归纳整理出来的。清代出现许多收集单验方的专书，如鲍相璈的《验方新编》，共8卷〔注二〕（分内、外、妇、儿、急救等99门）。特点是用药少、方便易得，是部流传很广的验方著作。其他如《春脚集》、《信验方》与《续信验方》、《便易经验集》、《医方易简新编》等，大多为民间验方汇编，且具有廉、便、验的优点。建国后，随着祖国医药宝库的挖掘和整理工作的深入开展，单验方著作也大量出现，为众目共睹，此不赘述。这些验方的总结，是认识过程的一次飞跃，对民间验方的搜集、整理和提高，是对感性材料进行“去粗取精”、“去伪存真”的过程。验方书籍为后人学习、沿用和验证提供材料。

验方的运用

验方应用甚广，医学诸科无所不涉。尤为伤、外两科，运用得当功效显著。如骨痹敌、骨增丹、消痔散、红灵酒、红油膏、生肌散、三黄洗剂、鹅掌风浸泡方……凡此等等，举不胜举。这些验方的制成药物的多应用对症治疗，多数验方仍遵循中医基础理论，其“辨证求因”、“审因论治”主要体现在加减法上。试以胃脘痛一证说明之。胃、十二指肠溃疡（确诊）表现为“胃脘痛”一症，董建华教授主张香苏散加减。尚有医者，或惯用丹参饮；或习以香砂六君子汤化裁；或常以溃疡散〔注三〕为主者，如此不一而足。但加减上却大同小异，如嗝气吞酸，多以左金丸或海螵蛸（制酸，抑制胃酸生成）治之。实践证明，尽管他们惯用方药各异，治疗途径有别，但均疗效满意（此类报道甚多）。正因为疗效确实，才成惯用之方药。验方、秘方的应用或有涉及整

个区域众多患者，上证（即胃、十二指肠溃疡），在吉林省通化、桦甸等地区流传一秘方：砂仁、肉桂各三钱，研末过箩，分九份。先以芥菜、母鸡肉拌馅饺子，食后半小时，再将药末一份温水冲服^②。此方易于普及，治愈率达70%。凡此种疗法，固与“同病异治”之准绳相吻合，然“医者意也”，所悟有别，其诊断指标各异，或相去甚远，甚或仅凭医者所悟，置八纲、六纲、脏腑、气血、三焦、病因、卫气营血辨证方法于不顾。

近年来开展中西医结合研究，涌现出冠心病Ⅰ号、Ⅱ号方；宫外孕Ⅰ、Ⅱ号方；清胰汤一号、胆道排石汤^③等研究成果。此类验方，疗效确实，对证明确，更符合中医辨证施治原则。

如何评价验方

掌握相当数量的验方，对更好地进行临床实践，甚至攻克某些危难重证，有所意义。从搜集、整理探讨和阐述，促其完善，系当务之急。临证时须持审慎态度，从整体观出发，因人、因时、因地制宜，合理化裁，不可泥守一方。对某些验方，包含迷古和玄虚，或组方真假参杂、“奇特”，具体对待，深入研究，使其水落石出。

参考资料

- ①裘沈然：《听罢歌扬咀贬声——漫谈圣子散》1984,9 上海中医药杂志
- ②齐俊祥：《治疗溃疡病的秘方》1983,5 新村
- ③《方剂学》全国统编教材1979年8月第一版
〔注释〕：
〔注一〕：经方有三种说法，本文取通常的说法。见《中医名词术语选释》P268。
〔注二〕：有8卷，又有16卷、24卷等版本。刊于1846年。
〔注三〕：溃疡散组成：党参、黄芪、茯苓、当归、赤芍、海螵蛸、白芨。功效活血化瘀，健脾益气止痛。主治胃、十二指肠溃疡病后期。
〔选自《求索》（19）：1984〕

重视“七情”对胃十二指肠溃疡的影响

医疗系八一级 方建伟

异常精神活动成为一种不可忽视的致病因素，不仅造成人体的功能性疾病，而且与不少器质性疾病也有很大关系。本文试图说明“七情”因素是造成胃、十二指肠溃疡的重要原因。

祖国医学在论述胃脘痛（包含胃、十二指肠溃疡）病因中，素来很重视“七情”影响气机疏泄和对脾胃功能造成的损害，具体地可归为两个方面：一、恼怒伤肝，肝气郁结，横克脾土，脾胃气机郁滞，不通则痛。如《儒门事亲》云：“夫怒伤肝，肝属木，怒则气并上肝，而脾土受邪。”二、忧思伤脾，脾土虚弱，肝木乘之，肝气结于脾胃，乃发斯痛。如《医学入门》云：“思虑伤脾脉涩不畅。”或又《灵枢》云：“忧恐忿怒伤气，气伤脏，乃病脏。”叶天士说：“肝为起病之源，胃为传病之处。”《医学正传》曰：“胃脘当心而痛……七情九气触之于内所致。”等记载亦可佐证。再则在治疗中也注意消除情志异常所造成的影响，对于病史过程中出现的“七情”活动，可能与疾病有关的，都予以注意，利用药物治疗或其他调节异常情志、改善精神状态的手段，以求“气和志达”，

而体现了“治肝可以安胃”的治则。

胃、十二指肠溃疡的病因并非单一，它与食物、遗传等因素都有关系，但对不良情绪造成的影响，我们却应更加重视。一般可以通过催眠、暗示疗法、行为疗法、气功及生物反馈疗法等来达到稳定情绪，恢复大脑皮质正常功能，调节迷走神经、交感神经的异常活动，以消除其对胃肠的不良影响。祖国医学早在《内经》时期就提出了心理疗法“人之情，莫不恶死、乐生。告之以其败，语之与其善，导之与其便，开之以其若，虽有无道之人，岂有不听者乎。”这就是采用开导劝慰的方法，消除患者的对抗情绪，引导病人正确对待生活，建立健康的心理，以达到除病安身的效果，这对当今临床心理疗法是有一定启示的。

我们认识了异常精神活动能导致或诱发胃、十二指肠溃疡，目的是为了在临床的治疗中能更全面地考虑治疗方案，以求达到较满意的治疗效果。由于笔者才粗学浅，斗胆将此学习之得，奉给同学，渴求共同商榷。

〔选自《求索》（19）·1984〕

修园小儿额诊

中医诊治疾病以“四诊”为主法，而小儿的问诊、脉诊等往往难以施行，因而小儿察指候以诊疾为人们所重视，小儿额诊鲜为人用，现将陈修园先生关于额诊的方法摘录分析，以供参考。

适应年龄：半岁小儿。

方法：将食、中、无名指置于眉心为下，中指居中。

候疾：

1、外感风邪（指外感病）三指俱热。

2、内外俱寒，三指冷冽。

3、上热下寒，食、中指热。

4、小儿受惊，无名指、中指热。

5、食积，食指独热。

陈氏小儿额诊，后人少用，至于其临床效验、医理等还不十分明了，笔者仅此提出，以望同道共同探讨，以丰富中医诊法的内容。

（八一级 邱模炎）

〔选自《求索》（21）1985〕

讨论胃脘痛

龙溪地区中医院：巫伯康主治

七九级 华碧春整理

胃脘痛是常见病、多发病。巫老治疗胃脘痛经验丰富，他总结了中医对胃脘痛的临床分型与治疗，并将证型与西医病名对照，体现了中医辨证与辨病相结合的原则，对斯症的临床辨证用药有一定指导意义，特整理于此，供同学们参考。

一、寒痛：每因劳倦，过饥过饱，过食生冷而发或外感寒邪。

(一) 虚寒痛（十二指肠溃疡和慢性胃炎）：症见喜温喜按，初起得食得休痛减，泛吐清水或暖气吞酸，痛涉背脊，神疲乏力，舌淡苔白腻，脉缓虚弱。治宜温中补虚，佐制酸止痛，以黄芪建中汤加海螵蛸，煨瓦楞。临床加減：**(1)** 水饮内停（胃潴留，幽门梗阻）症见胃脘胀痛，胃中振水音，频频噯腐，纳食不入，舌淡苔白厚，脉虚或弦。治以温胃化饮，取小半夏加厚朴汤合白术附子汤加減。**(2)** 吐酸反胃，但喜热饮。治以温胃制酸，取吴茱萸、红豆蔻、附子、后服黄芪建中汤。**(3)** 挟痰湿内盛泛吐清水、痰涎，苔白厚，先取藿香、厚朴、半夏、茯苓，陈皮、白蔻、竹茹，后用原方。

(二) 寒虚痛：（多见于慢性胃炎，胃溃疡）：症见脘痛遇寒而甚，得温痛减，吐清水，苔白，脉浮紧，治宜温胃散寒，方以高良姜汤。若见舌暗红，可加乳没、元胡等活络止痛之品。

(三) 虚实夹杂：（球部溃疡，肥厚性胃炎）：饥饱皆痛，时长，脘胀，寒热俱痛，喜按但按之痛不减，舌暗淡苔白腻，脉弦

缓。宜温中养胃。

二、热痛：饮食不节，过食辛辣、肥甘厚味，致湿热中阻；或素体阳亢，气郁化火。

(一) 湿热痛（慢性胃炎、十二指肠炎症，慢性胰腺炎、十二指肠溃疡）：症见时痛时止，痛无定时，噯气脘胀，口干不多饮，尿黄便秘，舌红苔黄腻、脉滑。治以清热燥湿和中，方以清中汤（茯苓、半夏、甘草、黄连、枝子、）加陈皮、草豆蔻。痛甚加元胡、连翘、马蹄金；消胀加川朴、便秘加大黄粉。

(二) 火热痛（急慢性胰腺炎、胃炎活动期、十二指肠炎）：症见胃脘疼痛，痞满拒按，烧灼痛或低热不退，口渴，便秘溲赤舌红苔黄，脉数。治以清热泻火，方以清胃散合泻心汤加減。

(三) 寒热错杂（慢性胃炎、十二指肠溃疡）：症见胀痛呃逆，时作时休，痛而拒按，冷热皆痛，口渴不饮，大便先硬后溏，唇舌暗红，苔黄腻，脉沉数。治以辛开苦降，方以半夏泻心汤。活动期去参加藿梗、元胡；挟痰热互结，寐差加合欢，竹茹、枳实；挟痰湿内盛，胀甚加茯苓、川朴、藿梗；脘胀便秘，去参、草、枣加五金汤（马蹄金、生麦芽、莱菔子、鸡内金、川楝子）。

三、气痛：饮食不节，寒热失调，运化失健，胃腑积滞，或脾失健运，寒湿内生成木失条达，横逆犯胃。

(一) 食积痛（急慢性胃炎）：症见胃脘胀痛，噯腐吞酸、呕吐不化食物，便秘或滞下，苔厚腻脉滑，治以通导通腑，方用保和丸合小承气汤。

(二) 痰湿痛（十二指肠球部溃疡、慢性胃炎、胃神经官能症）症见胸脘痞闷，噯气呕吐吞酸，咽中如物梗，夜寐不安，苔白。治以化湿祛痰。方以二陈汤加味或乌药百合散加元胡、海螵蛸、藿梗合欢、佛手干。

殊途同归

——略谈伤寒与温病学派的治效同一性

医疗系八一级 钟少川

伤寒、温病是中医学中研究外感病发生、发展、变化规律及防治的两门学科。笔者在学习中就几方面探讨伤寒与温病学派的同一性。不妥之处，敬请前辈、同学斧正。

从科学的历史继承性看其理论渊源

科学的发展具有历史继承性，中医学因时代所限，它是在直观感觉的基础上，进行表面的、整体分析，因此其继承性表现得尤为突出。《伤寒论》

是张仲景沿用《内经》“热论”的三阴三阳理论，结合自己丰富的理论实践经验，融合前人一切良好的思想及经验写成的。《伤寒杂病论》一书以论述伤寒（狭义）、寒邪伤阳为主，也论述了风温、风湿等，且认为寒温有别，不可混同，它借广义伤寒之名，概括了一切外感病。这是仲景对《内经》“今之伤于寒也，则为病热”观点的继承和发展，方药中教授在这方面有相当见的。更主要地，《伤寒论》奠定了中医辨证论治基础，为中医学发展做出极大贡献，后世温病学以此为基础，继承《内经》有关热性病理论，顺应需要而形成发展起来。从王孟英《温热经纬》的篇目分类可以看出，温病排除了伤寒（广义）的中风、伤寒（狭义）之治，其余的多继承和补充了伤寒（广义）；再者，温病学中的麻杏石甘汤、白虎汤、白虎加人参汤等方就是伤寒方的沿用，还有一些方剂则是对伤寒方的充

（三）气郁痛（胃神经官能症，慢性胃炎）：症见胃脘疼痛，胁胀，夜寐不安，心烦。治宜柔肝和胃，方以沉香正气散（沉香、百合、乌药、白芍、甘草、川楝、佛手、合欢、竹茹、半夏）。

四、虚痛：劳倦过度，脾胃虚弱，中气下陷，或久病阴虚津伤，胃络失养，阴虚火旺。

（一）胃气虚痛（胃下垂，慢性胃炎）：症见脘痛绵绵，喜弯腰，用力痛甚，得卧则舒，午后胀痛，晨起则安，形体清瘦，纳食久佳，大便时溏时硬，舌淡胖。治以补中益气，升阳举陷，用补中益气汤，但宜消补兼施，与健胃散交替使用（枳实、生姜、麦芽、陈皮、佛手干）。另一验方，黄芪30克、莲子15克、淮山15克、芡实10克、炒内金6克、小茴香10克、炖猪肚，猪肚用花生油洗，干净而不减药效，临床用之效验。

（二）胃阴虚痛（慢性萎缩性胃炎）：绵绵作痛胀闷不舒，嘈杂易饥，饥饱皆痛，治宜益胃养阴，益胃汤化裁（沙参、麦冬、淮山、白芍、甘草（慢性溃疡，胃粘膜出血，胃粘膜脱垂）。

（三）淤痛：久痛入络或血止留淤或胃中积热火旺淤滞，血行不畅，或痰水积聚，胃脘痛如针刺刀割，痛有定处，拒按，食后胀痛欲呕，或吐血，便血，舌有暗斑，脉细涩。治以活血止痛，方用桃红四物汤。出血者用川七、大黄。

〔选自《求索》（17）：1984〕

名言录

心之官则思，思则得之，不思则不得也。

——孟轲：《孟子·告子上》

运筹策帷帐之中，决胜于千里之外。

——刘邦：引自《史记·高祖本纪》

实，如增液承气汤是在调胃承气汤基础上加入生地、玄参、麦冬以养阴生津、增液润燥。温病学是在伤寒学的基础上产生，并弥补了《伤寒论》的不足，丰富和充实了中医外感学理论，温病导源于《内经》，基础于伤寒并羽翼伤寒。所以应从历史继承性方面，正确分析两学派的同一性及差异性，以积极寻求统一的基础。

异中析同 同中辨异

伤寒、温病学有共同之处，但也存在差异。首先，病因、症状不同，伤寒主要是感受寒邪，寒邪易伤阳，临床表现以寒性症状为多；温病主要是感受温热之邪，温邪易伤阴，临床表现以热性症状为主。其次，辨证方法不同，伤寒主六经辨证，温病则以三焦为纲，将疾病过程分为卫、气、营、血四个不同阶段。再者，治疗大法有异，伤寒以扶助阳气为重，温病则以顾护阴液为要。

尽管伤寒、温病对于外感病病因的认识不同，辨证手法、治疗手段亦有异，然深入讨求不难发现，二者对病变过程的认识有一致性的看法。伤寒、温病都认为外感病是由外邪引起的，正气强弱在发病中起着决定作用，在这点上，它们都继承了《内经》强调正邪盛衰的发病观。它们认为疾病初期都有表证，治予解表，前者症状偏于寒性，治疗偏于辛温；后者症状以热性为主，治则偏于辛凉。若治疗不当或失治、误治同样可以传变，邪可从表入里，或有化热，如伤寒可由太阳（表）传变于阳明（里），温病可由上焦肺卫，转入气分。伤寒可以伤阳，温病可以伤阴，此言其常；伤寒发展到严重阶段，亦可伤阴，如少阴三急下，阳明三急下，温病亦可伤阳（湿温病湿胜阳微）此言其变。

对疾病传变的认识，伤寒、温病皆源于《内经》。《内经》提出，疾病“循五脏”、

“循经络”、“循阴阳”、“循上下”、“循营卫气血”之序传变，伤寒突出了其中“循阴阳”、“循经络”而发展成为“六经传变”；温病突出了“循上下”、“循营卫气血”而有“三焦传变”，故二者是溯源同而分流异。

就伤寒、温病的辨证方法，伤寒的六经重在表里传变，也分上下，温病的三焦重在上下传变，也分表里。作为病证分属方法，它们原则上遵循《内经》之意，即从“阴阳平和”为要，实质是相同的，只不过具体论治方法不同而已。中医强调以脏腑经络为核心的整体观，伤寒六经和温病三焦的辨证关系实际上是一纵一横的，以脏腑经络为基础的互相联系，临床证明六经中的太阳证为上焦病，阳明、少阳、太阴证为中焦病，少阴、厥阴证为下焦病。

笔者认为，伤寒、温病对疾病的认识不同，与各自所处的社会条件、环境不同有较大关系。伤寒学派在长江以北一带形成发展，仲景主要收集长江以北的病种，而对气候温和地区的病种观察较少，而形成“今夫热病者，皆伤寒之类”的观点，建立了相应的辨证施治理论体系。而叶天士、吴鞠通等著名温病学家多是江浙人，故温病学形成于长江以南。中医历来强调“天人相应”，认为疾病产生受多方面因素的综合影响，因此临床诊治就要因人因地因时制宜，由于长江南北气候相差较大，加之个体特异性，鉴于这些原因，伤寒、温病学派各持己见之争也就不足为怪了。

以上所述，伤寒、温病学派是既对立又统一的正常辨证关系，二者之争实属不该，秦伯未老先生说得好，温病是伤寒的发展，应该承认有区别性，也有共同性，二者既经存在，就当相互尊重，对立完全没有意义，必须消除分歧，才能使中医外感学在临床应用上大大提高一步。

临床病例

秦老先生不仅精辟地论述了伤寒和温病的关系，而且就如何促进伤寒、温病的统一，提高外感学的临床实用价值提出独到见解，“进行讨论，主要是从根本上去认识，从实践中去体会”。对学术争鸣，孰是孰非，从理论上常常难以说服，所以在临床实践中探讨伤寒、温病的同一性是个值得尝试的方法。时振声同志报道一例中西医结合治疗病毒性脑炎的完整经过，其中的中医治疗就是在伤寒学指导下，运用六经辨证而施治的（虽然此病例中医按治病辨证已诊为暑湿挟湿证），其文章对此分析透彻，很令人信服，可成为本文的有力临床证据。笔者在临床中遇到一病例，以伤寒学理论为指导进行诊治，收到满意效果，后又发现若用温病学理论论治，亦是可行的，虽同一个体不能同施以两法，但却从中得到启发，试举如下：

五月二十日，患者郑×，女，58岁。主诉三、四月前冒细雨劳作后，又受风袭，嗣后即觉头晕身重，鼻塞肢冷，畏风怕冷，全身乏力，自以热汤饮下，欲让寒气发散，待病自愈。然二、三日后恶寒虽渐减，而反时觉面部有烘热，伴微咳，纳食渐减，病势渐重，前来就诊。辰下，身热、微寒、头痛目赤，口苦咽干，鼻塞鼻燥，咳嗽不爽，痰少粘白，口渴欲饮，肢节酸楚，胸脘闷胀，倦怠纳少，二便尚调，舌质红，苔薄黄腻，脉浮略带洪象。

观其脉象，乃三阳合病之候。病之伊始，风寒袭于太阳，卫阳被遏，经气不利，故见恶寒畏风，头晕重，肢凉等。失治，邪渐入里，传及阳明，少阳化热伤津，于是三阳合病之症俱见。邪未全离表，故仍有微寒，鼻塞肢节酸楚，脉浮；表邪传里，郁而化热，故见头痛，目赤，面热，咳嗽，口苦

咽干，口渴欲饮，胸脘闷胀等阳明、少阳之症。此为表里同病，故当解表而兼清里，方以柴葛解肌汤为主化裁：

葛根12克，柴胡、羌活各9克，薄荷6克，牛蒡子、杏仁、前胡、白芷、栀子、豆豉、神曲各10克，连服三剂。

数日后偶遇患者，告之服药后病情改善，至三剂尽服，如常人。

此例乃遵伤寒学理论进行辨证施治。而后经师指点，从温病学角度试析：患者不慎淋雨受风，感受湿邪，发病之初，邪郁卫分，见头晕重，鼻塞肢凉微咳等肺卫失宣之症；由于失治，邪渐入里，湿郁化热，湿热恋于气分，见身热、倦怠、头痛目赤、肢节酸楚、胸脘闷胀，纳呆等湿热内困、津液受损之症，辨属湿温之证。邪从卫入气，卫气同病，以气为主，治当利湿化浊，清解热邪，微佐宣表，可拟甘露消毒饮加减。

由上可见，虽然伤寒、温病诊病治病方法不一，却能殊途同归，此乃形异而实同也。

伤寒、温病同一性的初步设想

在上述理论及临床实例启发下，笔者认为探讨两学派的关系单靠理论推理是不够的，而应多开展临床研究，应借助现代科学的新技术、逻辑思维和方法论。具体地，可以用对照实验法，将临床上外感病中症状表现基本相同，而且年龄、性别等因素一致的病例分为两组，然后分别在伤寒和温病学理论指导下进行辨证论治，并对治疗结果进行对照观察和分析比较，从而发现伤寒与温病学派之间在理论和临床方面的内在联系，以求创立统一的中医外感病学。

【参考资料从略】（选自《求索》（20）：1934）

补气法在治疗病态窦房结综合征中的作用

77级 周建宣

病态窦房结综合征(Sick Sinus Syndrome)系由于窦房结及其周围组织的器质性改变,起搏功能的传出发生障碍,或衰竭而产生的一系列心律失常及其可伴有的不同程度的脑、心、肾的供血不足症状所构成的一组综合征。中医治疗病态窦房结综合征的方面屡见。我们曾遇到一位确诊为病态窦房结综合征的病人,以中医补气为主要法则进行治疗,获得成功,兹报道如下:

病历摘要,患者郭××,男,46岁。于1981年8月3日以反复阵发性心前区绞痛四次,伴晕厥胸闷为主诉入院,入院体检见:T37℃,P:44次/分,R:26次/分,BP:100/62汞柱,神清,痛苦面容,脸色较苍白,唇色淡,舌质淡,苔薄白。颈动静脉未见异常。肺(一),心界正常,心率44次/分,偶见早搏,心尖部可闻及Ⅱ°SM,肝在右肋弓下0.5cm,质软轻触痛,脾(一),余(一)。β-脂旦白240mg,胆固醇214mg%,甘油酯50mg%。胸透(一),EKG:心率42次/分,P-R间期0.16秒,QRS时间0.08秒,P I Ⅱ Ⅲ低平、Pv₆双向,QRSV₁V₃可见切迹,偶见室性早搏。EKG阿托品辅助试验阳性。阿托品1.5mg静注后5'10'15'的心率分别68次、71次、75次/分。

治疗经过:入院后诊断:西医病态窦房结综合征,中医迟脉证、胸痹。因患者的主要表现为脉迟而涩,面色苍白,四肢倦怠乏力,少气懒言,时欲昏厥(心源性脑缺血)、舌淡而胖、苔白、完全是以气虚为主要表现,故决定单纯用中药治疗,以补气健脾为主要法则。方用补中益气汤加减:黄芪30克、党参30克、白术20克、炙甘草10克、茯苓30克、当归10克为基本方。治疗过程中随证加

减,如淤象明显加川芎、红花、三棱;寒盛加桂枝、干姜;阴虚热甚加生地、丹参、麦冬。并嘱病人尽可能多次服用人参汤,经服上剂42帖,人参汤6次,患者心率明显上升,稳定于58次±1—2次/分,心前区闷痛消失,余证全部缓解,消失。EKG再次复查为正常心电图。

讨论:中医理论认为气为阳,血为阴,气血相互依存,气之于血有温煦,化生、推动,统摄之作用。《素问·六微旨大论》认为气“非出入,则无以生长壮老已;非升降,则无以生长化收藏。”心位于上焦胸中,主血脉“其华在面。”《平人氣象论》说:“心藏血脉之气。”心脏之所以能推动血液全在于心气的作用。气旺则血液在脉管内运行不息,表现为脉有神,有胃,有根。气不足,心血方少则表现为脉虚弱迟缓,面色无华,甚至结代、涩等表现。气能行血,血液的运行全在于人之心气的推动,肺气的敷布,脾气的统摄,肝气的疏泄,其中心气占主导地位。故气虚导致血行不利,甚至出现血淤的表现。同样、血之于气有濡养、运载功能,血虚无以载气,则气渐衰少。《灵枢·邪客篇》说:“心者……精神之所舍也。”《本神篇》说:“所以任物者,谓之心。”神为血气之性,心气不足,心血亦虚,当气虚严重时,易见眩晕,萎靡不振,甚至突然昏厥等神志症状。总之,临床上病态窦房结综合征患者,特别在早、中期、主要表现为气虚的症候,如脉迟缓无力、结代,倦怠、晕厥、舌质淡等,尤以心脾气虚为病态窦房结产生的关键。治疗上应补气健脾为主。根据以上分析,本病患者以补气药物组成基本方进行施治。获得较好效果。

最早散见于《内经》各篇的奇经八脉内容中，督脉就以“阳脉之海”的身份出现了。不可否认，督脉有统摄全身阳气，维系全身元气的作用，因为督脉循身之背，背为阳，其脉气多与阳经相交会（与足三阳交于大椎），因此，金代医家张洁古认为“督脉为阳脉之都纲”是不可非议的。然而，从李时珍的《奇经八脉考》来看，我认为，督脉的作用不仅仅限于总督全身阳络脉气，与全身阴经脉气密切相关的。

督脉的循行路线可以为此观点提供依据。

《素问·骨空论》说：“督脉者，起于少腹以下骨中央……合少阴上股内后廉，贯脊属肾……其少腹直上者，贯脐中央，上贯心，入喉，上颐环唇，上系两目之下中央。”督脉的分布部位和循行路线是较复杂的，据《内经》、《难经》等重要文献来看，督脉的循行，除主干（即循身之背的干线）外，尚有分支。其中一支从小腹内直上贯通肚脐，向上贯心，到达咽喉部与任脉和冲脉相会合。从这些我们可以得出什么呢？既然督脉能循身之腹而上行，那么据中医的阴阳学说：背为阳，腹为阴。因此督脉也是有统络全身阴气的作用的。

根据经络学说理论，阴经营于脏，阳经营于腑。督脉贯脊属肾，而肾为先天之本，性命始生之门。张介宾在《景岳全书》中说：“命门为元气之根，水火之宅，五脏之阴非此不能滋，五脏之阳气非此不能发。”

研究发现，人参有显著提高心肌DNA的作用，有强心作用，能增强心肌收缩力，明显地兴奋心肌、旺盛心肌的新陈代谢、改善心肌的病理状况，对心肌自律性、传导性、应激性的提高均有独到之处。对衰弱的心脏作用更为明显，此外，他们还能兴奋中枢神经系统，增强大胸皮层的兴奋——抑制过程。

这也说明督脉与五脏之阴经联系密切。

从循行上看，督脉的另一分支与足太阳经同起于目内眦，而五脏均通过足太阳膀胱经背部的俞穴受督脉经气的支配，既然督脉通过“以阴属阳”和“以阳络阴”的作用来维系人身元气，那么也就密切了其于阴经的关系。

在《奇经八脉考》中，还提出了督脉由会阴上于背，任脉由会阴上于腹，冲脉由会阴并少阴之经而上于胸。三脉本起于一体，督脉为任冲之纲领，任冲为督脉之别名。任脉对全身阴经脉气有总揽、总任的作用，其脉与手足三阴经交于中极、关元，而中极、关元正是督脉一分支的所过部位。同时，胞中为男子贮精气，女子维系胞之所，故督脉和任脉有相同的作用：络一身之阴气。另外，冲脉涵蓄了人身先天与后天之真气，它合于宗脉，又与足少阴经并行。且冲脉起于胞中，又可称为“血海”。“血”中医理在论中属于阴，督脉是任冲之纲领，当然对人身阴气也有纲领作用了。

从督脉主病来看，如果督脉脉气失调，就会出现“实则脊强”、“虚则头重”的病证。甚者经气乘错，阴阳之气受阻，发生“大人癫狂，小儿惊痫”、冲病及遗尿、女子不育等阴经经气不足的症候。

综上所述，至少可以说明，在学习督脉的功能时，仅认为它总督全身阳气是不够的，还应该懂得它也能络一身之阴气。

（选自《续断》（3）：1984）

小结：病态窦房结综合征的中医治疗原则有许多不同的报道。本文试图通过确诊的本病治验，传统中医理论分析，补气药物的药理分析等方面，设想气虚是病态窦房结综合征产生的关键，从而确立病态窦房结综合征的治疗应落实在补气健脾为基本原则的基础上。

（选自《求索》（9）：1981）

督脉能否络一身之阴气

骨针系八二级
林秋芳

历代闽医学术成就初探

医疗系八一级 黄海松 徐松洲

福建地处江南，人杰地灵，在祖国医学发展的漫漫长河中，作出了重要贡献。医学旨在除疾活命，救死扶伤。福建医家在长期的医疗实践中，积累了丰富的经验，历代地方史志记载多以“无不全活”、“活人无数”、“立愈”等评价其医疗效果，可见多数医家临床疗效颇佳。而且自宋之后，医家众多，著述丰富，而著述是学术成就、学术思想的主要体现，是作者的研究成果和临床经验总结，因此就为后学者留下一笔宝贵的财富，为祖国医学的发展作出了巨大贡献。笔者在参阅有关史料基础上，试就历代闽医64名的学术成就作一些粗浅的探讨。在分析的64名闽医中，著作65部，其中10部已佚失。（吴瑞甫不计在内）列表如下：

朝代	人数	著作	存	佚	备注
唐	1	/	/	/	巫医
宋	24	29	24	5	
元	4	1	1	/	
明	29	14	9	5	陈修园以16部计
清至民国	6	21	21	/	吴瑞甫没有确切数字，不计。
小计	64	65	55	10	

一、内科：在内科疾病方面，宋·田崑明学善医，善治肺病（结核）。此外宋代的林颐寿、张炳、刘伯恒；元代刘亩、廖文彬；明代的方士、方炯、苏濬、陈洲蕃、邓彦仁、余延瑞、江承偶、林道飞、陈修园等人，疗效甚佳，垂青史册。

在伤寒方面，南宋的钱闻礼、杨士瀛、汤尹才等深有研究，著成《伤寒百证歌》、

《伤寒类书活人总括》、《伤寒解惑论》。清·陈念祖著作颇丰，伤寒杂病方面有《伤寒论浅注》、《金匱要略浅注》等。

在温病方面，以民国吴锡璜（字瑞甫，厦门同安人）成就最为突出。吴老著有《中西温热串解》六册，《新订奇验喉证明辨》二册、《四时感证》等温热病学著作。此外，吴老还校注古今医书达千余卷，如《校正圣济总录》、《评注陈无择三因方》等。著有《中西脉学讲义》、《诊断学讲义》、《伤寒纲要》等十余部，蜚声海内外。他以治温热病见长，主张中西汇通，时刻不忘振兴中医事业，致力创办厦门国医专门学校、星洲中医专门学校、新加坡中国医学会等组织，主编《厦门医药月刊》等杂志。

二、外科：南宋·李迅（字嗣立）以医著名，尤精于外科，对当时医家视为奇疾的背疽精心研究，积极了丰富的治疗经验和理论知识，编成《集验背疽方》，一卷，所集方剂具有简便验廉的特点。明·周用文擅长于疮疡的治疗。

三、妇产科：南宋·朱端章著有《卫生家宝产科方》八卷，书中收集了唐至南宋许多有关产科的经验。宋元间医家李辰拱对妇产科也深有研究，著有《胎产救急方》。

四、小儿科：宋代杨士瀛除在伤寒方面深有研究，著成《伤寒类书活人总括》外，还在小儿科方面作出一定贡献，著成《仁斋小兒方证》；朱端章对儿科亦深有研究，著成《卫生小兒方》。元代叶汝南（字子林）精于痘疹一科。明代的儿科医家较多，如雷伯宗（名勋）精通医术，尤擅长小儿科；郑