

西 医 学 习 中 医 参 考 资 料 选 编

第 二 集

福建省卫生局中西医结合办公室编印

一九七八年一月

目 录

内科领域中中西医结合的初步探讨·····	沈自尹 (1)
肝病与胆迁相结合的进一步讨论·····	沈自尹 (16)
开展中西医结合的点滴体会·····	陈守方 (29)
学习祖国医学的几点认识·····	黄耀恆 (35)
谈谈学习祖国医学的几点认识体会·····	李宗士 (41)
略谈中医学的脏腑辩证论治·····	巫百康 (49)
中医诊法 (四诊) 的发展和其特点·····	郑幼年 (59)
谈谈学习方剂的点滴体会·····	赵 葵 (72)
脾胃学说及其在临床上的应用·····	赵 葵 (87)
对祖国医学脾与胃的认识·····	玉林地区第一期西中班 (101)
谈谈脾胃在脏腑中的主导作用·····	湖北中医学院 赴潜江临床教学组 (107)
脾胃学说在临床应用上的体会·····	邓铁涛 (132)
脾胃病的治法和临床点滴体会·····	陈增銓 (144)
试谈脾胃有关论述的认识及其临床指导作用 ·····	赖亮泉 (158)
有关补脾的几个问题·····	张海峰 (169)
有关中医脾胃理论研究的概况·····	王明辉 (179)
试述归脾汤的临床应用及点滴体会·····	柯尊三 (187)
运用脾胃学说治疗慢性低热70例初步报告 ·····	广东中医学院脾胃研究组等 (203)
试探调理脾胃在儿科临床中的重要意义·····	张利荣 (216)

脾胃学说在儿科临床上的应用.....	王伯岳 (223)
对抗性疾患和非对抗性疾患的辨证论治.....	岳美中 (240)
以唯物辩证法为指导 坚持辨证与辨病 相结合.....	张笑平 (246)

内科领域里中西医结合的初步探讨

上海第一医学院华山医院中医科 沈自尹

中国医药学有数千年的历史，是中国人民长期同疾病作斗争的极为丰富的宝库。西医学是随着现代自然科学的发展而发展起来的医学，也是劳动人民智慧的结晶，在不同历史条件下发展起来的这二种医学理论体系，都应该一分为二，各有所长，各有所短。在实践中体会到有些中医的所长是西医的所短，有些西医的所长也正是中医的所短，于是中西医按照取长补短，互相补充，最后产生的飞跃，就有可能创立我国统一的新医学新药学。

中医具有朴素的辩证唯物观点，着眼于整体，重视人体内在的抗病能力，并且有丰富的相应的治疗措施。西医注重实验研究，观察比较深入，治疗的针对性强，但中西医都受到历史条件的限制而有形而上学的东西阻碍着各自的发展，中西医要能正确的结合，就必须统一到辩证唯物主义的观点上。是用唯物辩证法指导医疗实践，还是用形而上学来指导医疗实践，其实是二条路线斗争在医学领域中的反映。

我们在内科领域里进行中西医结合的过程中，也曾产生过二个问题，就是“中西医怎样结合”和“怎样结合得好”。

对于中西医怎样结合，我们的体会是：中西医结合的初步途径是“辨病与辩证相结合”。

这里先要说明一下证与病的概念。

证不只是一个症状或一个综合症群，而是概括了产生疾病的各方面因素和条件，这些因素结合着不同体质而表现出各种不同的证。中医的辨证虽也从症状着手，但由于分析了症状的部位（脏腑辨证），原因（病因辨证），性质（八纲辨证），归纳成比症状更接近于疾病本质的“证”，或是这个阶段的主要矛盾，因此就区别于见痰治痰，见血治血，见热退热的对症治疗。

中医也有病的名称，如痢疾、泄泻、黄疸，但中医之认识疾病基本上从证入手是其特长。辨病则是西医的特长。因此辨证是中医的证，辨病是西医的病。

一、辨病与辨证同用的必要

中医的脏腑辨证对不少疾病的运用具有很大的优越性，成为中西医结合过程中提高疗效的重要环节之一，但它也不免有一定缺陷。例如脏腑症状是固定的，药物也加以固定，如肺阴虚、肾阴虚都有固定的症状和固定的方药，成为一定的配合。当脏腑受到某些病因而致病，如病因已去，针对脏腑症状治疗将是有效的；如病因持续存在，则单纯针对脏腑症状治疗就往往无效。肺结核辨证多为肺阴虚，伴有低热内热、咯血、舌红、脉细等，采用补肺阴，清肺热只有症状好转，而对于结核病灶改善则帮助不大。现在汲取了辨病的长处，正在从传统用于补肺、祛痰、镇咳如白芨、黄精、丹参、百部等药物中找寻能针对结核杆菌的有效成分，来补充脏腑辨证的不足。这也是辨证和辨病的必要。祖国医学由于历史条件的限制，对有些疾病还不能完善地认识，例如那些没有浮肿而尿里有蛋白、管型

的肾炎，那些没有症状而是在检查身体时发现的肝炎，以及即使有症状，但单凭辨证不容易抓住主要矛盾，如缺钾引起的软弱、心悸，重金属中毒引起的一系列症状。

若单讲辨病而不辨证地运用中药，也就是一律采取对号入座的方法（对号入座不是不要，问题在于“一律”采取对号入座），什么病用什么药，或者什么特殊症状用什么药，而忽视具体情况具体分析对待，这也是一种形而上学的观点，因为几千年来，中药主要是在中医理论指导下辩证论治而发挥了很好的作用。当然，单方、秘方、草药常常是不需辨证，有时也有很好的疗效，但就是运用单方、草药时，也要考虑到辨病与辨证的结合。例如单方中用含砒的丸药（如砒礞丸、寒喘丸）治疗支气管哮喘，具有一定的疗效，但在追查无效的患者中则多半是热喘，而且明显热喘的患者在服用含砒的丸药有发作加剧的表现，就因为砒是大热的药物。所以即使近代医学对某些病已有较好的治法，但大多数疾病还是存在着不同体质对疾病的不同反应，所以中医的证分寒、热、虚、实，治有标本缓急，正是目前西医的病里所欠缺的。同是一种病，有些可出现不同的证，而不同的病却可以出现相同的证。因此既要重视辨病，又要重视辨证。即以“阴虚内热”、“阳虚外寒”来说，由于近代科学方法还未能对此作出客观检查的结论，说不出什么病，看不到它的本质，更拿不出治疗方法，采用中医调整阴阳的治法，就有利于整个治疗。

对待一个初诊的病人，首先以西医的诊断方法明确是什么病，再以中医辨证明确是什么证，就可以得出中西医哪一种方法对病人好处大，就采用哪一种方法，这只是用西医辨病与中医辨证的方法加以筛过，扩大思路与治疗方法，更重要的是在于将辨病与辨证相结合。

二、辨病与辨证的結合

辨病与辨证的結合中，最常用的方法是在诊断是什么病，以后再以辨证分型，以便于按型分治以提高疗效，例如潰瘍病常分为气滯型、虛寒型、血瘀型，各型都有针对性的治疗原则与方法，比单按西医辨病采用止酸解痉为好，同时也比单按辨证为好。因为慢性胆囊炎也可表现为气滯的症状，虽与潰瘍病一样可能都用疏肝理气法，但由于认清了病的不同，即使潰瘍病的气滯型里虽然没有泛酸，按西医的认识，有潰瘍（指胃、十二指肠）的地方就有胃酸，若于疏肝理气药里加入止酸药，如烏賊骨、煅瓦楞，效果会更好。同样，慢性胆囊炎的气滯型里若按病的认识加入利胆药，如广郁金、金錢草，效果也会更好些。

更进一步是中西医病理观点上的結合，例如无黄疸型迁延性肝炎或慢性肝炎，在辨证上多有肝郁气滯或气滯血瘀，这在西医的病理变化上也能相符，即肝细胞炎性肿胀，肝内血流不畅，所以肝脾肿大，二胁疼痛，治疗多以化淤理气。同时，迁延性肝炎或慢性肝炎之兼有活动性变化而致转氨酶或其它急性指标升高，患者有或多或少“热”证或“肝阴不足”证，需要清热与补阴。这样的辨证与辨病結合，就可在一个黄疸型肝炎活动期的治疗，大体上按照清热、养阴、理气、化瘀的治则，結合病人具体情况而配合组方。又由于肝炎之病邪属性是湿热，而肝又属刚脏，喜阴柔而忌热性药物，肝炎发展多数有肝阴暗伤或不足的表现（因热邪耗阴），所以对于肝炎的用药原则是尽量避免热性药物（如桂枝、乌头等），除非有“阴黄”证的表现。可暂用茵陈术附湯，从长远的治则来看，肝炎以阴

性药为宜。所以辨病与辨证相结合可以在疾病的发生与发展上提高新的认识，并在长远的治则上有所依据。

三、舍证从病，舍病从证

在辨病与辨证相结合的时候，有时须舍证从病，有时须舍病从证。如何取舍，就必须按照毛主席的教导：“矛盾着的两方面中，必有一方面是主要的，他方面是次要的。其主要的方面，即所谓矛盾主导作用的方面。事物的性质，主要地是由取得支配地位的矛盾的主要方面所规定的。”例如急性肾盂肾炎（辨病）为下焦湿热（辨证），理应采用清热（清热解毒药里大多有抗菌消炎作用），利湿（利湿药多为利尿排毒）。在应用清热利湿药后，下焦湿热证如尿频、尿热等已不明显，由于清热药为寒性而略有胃肠不适，若按辨证由于湿热证已消失，应停用清热利湿而改用健脾理气，这样原来的肾盂肾炎就会很快的复发，所以这时必须“舍证从病”，坚持原有清热利湿方剂，再加用对症治标，健脾理气药，或加用西药减少胃肠道副作用，使尿常规检查、尿培养阴性后1~2周才停清热利湿药，这就是因为急性肾盂肾炎的发热、尿频、腰痛、苔黄、脉数是外表的现象，而化验上的脓尿、菌尿，则成为反映疾病的主要矛盾，只有坚持把脓尿、菌尿肃清，急性肾盂肾炎才有可能不成慢性。

毛主席还教导我们：“然而这种情形不是固定的，矛盾的主要和非主要的方面互相转化着，事物的性质也就随着起变化。”例如大叶性肺炎（辨病）为肺热（辨证），理应采用清肺热的方法以祛邪，如草药鱼腥草之类，绝大多数在二天内可退热，但个别病人虽肺部啰音消失，白细胞总数及分类也下

降，但体温持续不退，从证来看，舌质转红，苔转少，是久热而致气阴两亏，若按辨病来说，这时即便再改用各种抗菌素也不能退热，即应“舍病从证”，改用育阴和中汤加凉药可退热，因为这时主要矛盾不是局部的肺炎，而是正气受伤，整体对体温调节的障碍。从以上三个例子说明辨病和辨证相结合，必然会把识病治病的水平提高一大步。辨病与辨证是否结合得好，其中取舍的关键，必须按照唯物辩证法为指导，判断何者是主要矛盾，何者是次要矛盾，正确处理局部与整体，现象与本质，内因与外因等关系，所以在结合的过程中要善于去粗取精，去伪存真，而更重要的是在于今后以大量的实践结果来证实，所以说辨病与辨证相结合是中西医结合的初步途径。

中西医结合是为了创造我国统一的新医药学，但是理论上的结合，必须有实践上结合的基础。我们相信，今后会有一个以唯物辩证法为指导的新的医学理论，但是这样的理论决不可能是天上掉下来或者是哪一个人冥思苦索突然之间世出来，必须按照毛主席的教导“人的正确思想，只能从社会实践中来”，要由广大的中西医在大量的中西医结合实践基础上，逐步形成一个崭新的中西医结合理论。中西医结合就是由这样点滴聚合而成，由小到大，由浅入深，至于设想出来各种结合的方式是否正确，我们唯一的检验标准是疗效是否提高，正如毛主席的教导：“一般的说来，成功了的就是正确的，失败了的就是错误的，特别是人类对自然界的斗争是如此。”当然，任何新生事物不可能一帆风顺，而是要我们付出艰巨的劳动。

中西医如何结合得好，也就是如何体现中西医相互取长补短，在具体方法途径上，我们以自己的体会结合兄弟单位的经验，总结了五种常用的中西医结合方式，也可以说是五种思

路。

(一) 中西医分阶段结合

疾病的发生和发展多具有阶段性，不同的阶段各有主要的矛盾，针对不同的矛盾应该采取不同的方法加以解决。例如哮喘在发作时，主要矛盾在于平喘，而不发时就在预防再发；肝硬化在有腹水阶段，主要矛盾在于消退腹水，腹水消退后也在预防再发。

以往，一个肝硬化腹水病人入院以后，首先为消退腹水，就中西药都采用利尿，一个哮喘发作的病人入院，首先为制止发作就中西药都采用平喘药，结果，腹水退后容易再发，哮喘平后容易再发，问题在于中西医用药重复。对于这些病，中西医各有其长处，西药利尿或平喘的作用迅速，见效快，而中药调动内因，改善反应状态，容易巩固疗效。以哮喘来说，中医理论在这方面提到“肺为气之主，肾为气之根”，说明哮喘虽然表现在肺，而更重要的原因在肾，所以明代对哮喘的治疗就有“发作时治肺、未发时治肾”，包含着补肾可以取得远期效果的意思。我们从57~64年间，曾先后在二批共计105例患者中进行观察，每批都分成相同条件的二组作对照治疗，结果补肾三年随访有效率在85~95%，对照组则为27~28%。1965年又试用补肾法于预防哮喘发作，每年国庆节前一个月服补肾药（制成片剂），结果补肾组121例，有效率83~90%，对照组70例，有效率39~49%。这样分阶段治疗充分发挥中西医药的特点，平喘用西药，巩固与预防都可用中药。

对肝硬化腹水的病人采用西药利尿，从双氢克尿塞和安体舒通的配合，以至速尿、利尿酸钠等，再加用中药，按辨证采用活血祛瘀，健脾理气以改善肝脏功能，达到巩固的作用，结果比单用中药或单用西药，或中西药重复为好，这样按疾病的

阶段或治疗角度不同，运用中西药的长处，达到了中西医结合，取长补短的作用。当然，长处和短处是相对的，在某些特殊情况，西药平喘或利尿有困难，而有明显的“证”，采用辨证用药，有时也可以取得显著的效果。

遵义医学院对于胆、尿结石的治疗采取“总攻”疗法，例如胆石症患者于晨8时半服排石汤6号一剂药以促进胆汁逐步增加排泄，9时半皮下注射吗啡5毫克，使胆道口括约肌收缩关闭，则胆道可积累胆汁，使胆道内压力不断上升；10时皮下注射阿托品0.5毫克，以开放胆道口括约肌，充分发挥胆汁“内冲洗”作用，促使胆石排出；10时10分再口服33%硫酸镁40毫升，继续开放胆道口括约肌并收缩胆囊（排石汤可使犬胆汁流量增加7倍，而33%硫酸镁则增加14倍，所以在胆结石在总攻方案里先用力最较弱作用持久的排石汤，以后进一步用力量较强的硫酸镁，使胆汁不断增加，达到“内冲洗”作用）……。在一个较短的时间内，集中力量采用各种中西医有效措施，分阶段配合运用，以发挥其协同作用，结果明显地提高了排石率。

（二）以中医理论指导结合

中医理论概括性高，容易接触到事物的共性，并着重从运动的观点，从整体去认识人和疾病的关系，这些都是中医理论的长处。

我院1960年开始研究中医辨证论治时不知从何入手，将上海第一医学院各附属单位研究情况进行整体汇报后，找到了共性，那就是在西医是全然不同系统的疾病，如支气管哮喘、功能性子宫出血、红斑狼疮等，按其不同阶段，采用补肾方法可有或多或少疗效的提高，这是符合中医辨证论治的理论“同病异治”、“异病同治”，既然异病可以同治，则必有共同物质

基础，由此，组织了各个疾病的研究小组，采用现代科学方法，通过六年的反复研究，发现肾阳虚病人具有下丘脑——垂体——肾上腺皮质系统机能紊乱的证据，这就是从中医理论“异病同治”找到了中西医结合的研究方法和成果。

对于急性胰腺炎的西医治疗，主要治疗措施目的在于减少胰腺分泌，使之得到休息，用阿托品之类药物抑制付交感神经；除了直接减少胰腺分泌，同时胃肠蠕动与分泌均减少，也间接减少对胰腺的刺激，为了保证胰腺和胃肠的绝对休息，于是禁食，胃肠减压管也要用上，病人痛苦上还要加痛苦。按中医辨证，急性胰腺炎是湿热壅滞，不通则痛，而中医理论是“六腑以通为用”，我院采取辛开苦降方法加以疏通，这与西医的使胰腺、胃肠休息静止的概念恰恰相反，却是采取主动积极的治疗措施，促使胰腺和胃肠的功能在正常的运转中逐步得到恢复。我院近20例按此法治疗迅速全愈，并基本上废除了禁食与胃肠减压。急腹症中肠梗阻、胆道梗阻、尿路梗阻、兰尾梗阻，这些都是管道组织，都可按“六腑以通为用”的理论为指导，进行中西医结合，这方面遵义医学院和南开医院都进行了大量实践，获得较高疗效，使不少病人免于手术，免放胃肠减压管，并迅速恢复健康。

在继承和发扬祖国医学遗产上，中医理论具有朴素的唯物辩证观点，我们的想法是应多侧重于中医理论的运用。

（三）以西医理论指导结合

西医理论开始来自形态学的观察，对疾病发生发展的认识比较深刻，所以治疗措施就针对性强，这是西医理论的长处。

西医对任何脓瘍的处理原则是“有脓必排”。肺脓瘍既已形成而局限化，采用全身的抗菌治疗，总不如针对局部的治疗，因为肺脓瘍的全身症状如发热是由局部引起，正如疮癰化

脓后，用大量抗菌素不如切开引流。但西医对深部脓肿除手术以外缺少办法，体位引流既不方便，效果也不满意，也有采用支气管镜来吸脓痰，一般病人难以接受，所以在实践中并没有充分运用这“有脓必排”的理论，而且肺脓肿通常采取大剂量并二种以上抗菌素联合，或用气管滴入直至病灶，但脓液不排除，可想而知，疗程就比较长，一般要二个月。肺脓肿既是局部病变对全身的影响，治疗应从局部着眼，现在却没有充分采用局部脓液引流的方法，我们知道中药桔梗是强有力的含皂素祛痰药，于是用有脓必排的理论，以X线检查配合来运用中药。

第一阶段：病人多由于炎症与脓液引流不畅而发热，并于X线片上见脓腔有平面，以大量桔梗（3~4钱），配合肺炎Ⅰ号合剂。一般情况这一阶段只需2~3天。

第二阶段：病人咯出大量脓痰，热退，X线片上脓腔全显，已无液平面，则以桃仁、冬瓜子、苡米仁祛瘀化痰，以破散脓腔，配合肺炎Ⅰ号合剂。

第三阶段：X线检查上炎症已消，但脓腔未闭，可在消炎祛瘀基础上加黄精、白芨补肺助正气恢复，以达到脓腔闭合。

按照这样的方法，在我们治疗的病程未滿二个月的肺脓肿，没有用一点抗菌素，平均一个月左右，X线检查脓腔完全消散，证明正确地应用西医理论来指导中西医结合还是可取的。

对于肺炎，有怕冷发热、咳嗽气急，中医传统辨证认为表寒里热（肺热）或热入卫分气分，采用银翘散，或麻杏石甘汤或白虎汤，虽也有一些效果，但退热较慢，从西医的认识是病变在肺，这种怕冷寒战也是高热以前，人体产生热量的一种

措施，只要内部炎症控制，寒战与发热都一齐解决。不象感冒，中医认为病还在表浅部位，要动员外表的防御功能（如发汗），所以针对肺部炎症，在草药里选择清热解毒，也就是能杀菌的鱼腥草、鸭跖草、半支莲、野荞麦根各一两，虎杖根五钱，而不用解表或发散卫分的药物。我们观察了有X线检查证明的26例肺炎（包括8例休克型肺炎，此型病人肺炎退热单用中药，休克用西药），采用上述成分组成的肺炎Ⅰ号合剂，不加任何抗菌西药，取得全愈率92%，平均退热1.5天，在用肺炎Ⅰ号合剂之前，我们用鱼腥草、鸭跖草、半支莲三味草药组成的肺炎Ⅰ号合剂，还不能令人满意，按照西医对抗菌药物的认识，联合应用一般可提高抗菌作用，于是再加二味草药为肺炎Ⅰ号合剂，疗效就明显提高，这也是在实践中证明正确地采用西医理论来指导中西医结合，是可取的。

（四）处方意义（方义）的中西医结合

中医处方传统是按理、法、方、药来制订，几千年来，留下不少好的古方，但事物总是在发展，这些传统的方剂也不是一成不变。目前在处方的意义上采取了西医辨病与中医辨证相结合，可以使方剂更好发挥作用，这里面体现了“古为今用，洋为中用”。

百日咳在西医主要采用抗菌素，其中以氯霉素较好，要连用7~10天，但也仅对早期病人有效，由于氯霉素有可能抑制骨髓造血功能不能在流行地区广泛使用。中医传统按干咳久咳伤阴，采用天冬、麦冬、百部等单纯润肺止咳，效果也不明显。毛主席教导我们：“我们必须继承一切优秀的文学艺术遗产，批判地吸取其中一切有益的东西，作为我们从此时此地的人民生活中的文学艺术原料创造作品时候的借鉴。……但是继承和借鉴决不可以变成替代自己的创造，这是决不能替代的”。我

们在山区看到百日咳流行，手头没有现成的有效的药物，但山区有丰富的中草药，就按当地容易办到的中药，在传统的中医理论基础上，结合现代医学观点，自拟了一个处方，方义是这样的：

(1)抗菌：采用多种对百日咳杆菌可能有抑制作用的中药，如黄精、射干、百部，复方组合可免细菌产生耐药性。

(2)扶正：百日咳之所以久咳，因为中枢神经有不正常（有人认为病理兴奋灶），而临床上常见神经系统的病理或损害多表现为阴虚，且久咳伤阴，须用补阴药物，如天冬、麦冬。

(3)治标：频繁咳嗽消耗体力，久咳后支气管平滑肌疲劳不能有效排痰，以致成为恶性循环。虽说是“标”，但可上升为主要矛盾，按急则治其标，以百部镇咳，枳实兴奋已疲劳之支气管平滑肌，紫苑协助祛痰，使痰容易排出，咳也减轻。

这样，由黄精、百部、天冬、麦冬、射干、百合、紫苑、枳实、甘草，组成的处方，处理了细菌与人体的关系，整体与局部的关系。至于这种设想的中西医结合处方是否正确，唯一的标准是通过实践的检验。我们在山区治疗73名小儿，经采用大锅汤发药上门，连服三天，不论早期或晚期都有效，取得有效率90.4%，迅速扑灭了百日咳流行，每个孩子每天仅费1角，而用氯霉素则每个疗程约2元。

中毒性休克在感染控制后，一般可以把升压药物撤掉，但有些病人不行，升压药物稍滴得慢一些，血压就下降，这是因为升压药毕竟是被调节，如果病人本身的调节能力没有恢复，就不是一个根本的办法。我们从调动内因着手考虑中西医结合处方，根据中医传统是用参附汤来治厥逆（休克），但人

名贵不便于推广使用，于是设想方义如下：保留参附汤中的附片三钱作为温阳强心，而人参就代以黄精一两，黄精补气补阴，补阴可配附子补阳，而且黄精有比较广谱抗菌作用，对感染也有好处，另加生甘草一两，因它有去氧皮质酮样作用，对钠与水有潴留作用，或可增加血容量，生甘草又有解毒作用，对中毒性休克也有一定好处，这如同百日咳设计的处方一样必须通过实践。我们用这“稳压汤”观察了中毒性休克都是用补液、升压药、激素，以至输血，而血压仍不稳定二天以上者，最严重的病人，收缩压曾降到零，时间最长的病人，18天撤不掉升压药物，以至做了高位大隐静脉插管。这些病人都在用“稳压汤”1~2天内撤去升压药，恢复了正常血压（但我们观察到“稳压汤”并不能代替升压药物的作用，而是在升压药物起作用后，人体调节能力欠佳时起作用）。

通过以上二个例子，我们体会到一张中医处方的方义上要体现中西医结合的观点，也必须以唯物辩证的观点来指导，在继承的基础上加以发扬，才能有所前进。

（五）药物的中西医结合

急性肠梗阻按“六腑以通为用”的理论，采用大承气汤通泻有一定疗效，但高位肠梗阻者多伴有呕吐而不能服药，于是不能发挥药效。南开医院实验研究证明大承气汤兴奋肠管的作用是不受阿托品的抑制，于是这种情况可采用中西医结合，肠梗阻有呕吐者大承气汤可与阿托品同用，达到取长补短的作用。

中药的给药途径以口服为主，对于胃肠道系统疾病固然较好，但其缺点是在胃肠不能吸收，或者血内浓度提不高的情况下，不能充分发挥作用，改用西药的制剂力差（须注意不能丢

失有效成分)就常能提高疗效。心绞痛与心肌梗塞后的胸痛按辨证是气滞血瘀,不通则痛,可用活血祛瘀的丹参,但口服效果不明显,改用静脉注射液(复方丹参注射液为丹参、降香)直接推注即有明显效果,西药低分子右旋糖酐本身可扩张微细血管,但不持久,现将复方丹参注射液放于低分子右旋糖酐里滴注,这样可直接作用于心血管,效果明显提高。我院在冠状动脉心脏病有心绞痛与心电图异常改变者,经以上治疗,症状改善并伴有心电图改善。

湖北省中医学院附属医院在几年的中西医结合摸索中,对流行性脑膜炎的中医治疗,从辨证论治找到几张有效的处方,以后把主药合成为一个主方,但口服的疗效在轻型病人为78%左右。由于流脑本身是一种败血症,必须将抗菌药物的浓度提高,于是通过剂型改革成为复方流脑静脉注射液——双解素注射液,各型病人的疗效顿时提高到95%,不亚于大量抗菌素西药的效果。这种从流行性脑膜炎辨证而来的处方,通过剂型改革已非原来面目,不仅提高了药物的血内浓度,而且便于普及推广,这也是中西医结合重要方式之一。

以上五种方式的中西医结合都比单用中医或单用西医治疗为好。一般的说,单用中医或单用西医能解决的问题,我们以不一定要强求中药加西药,以避免浪费与重复。但是当前的关键问题还是应该西医多学习与发掘中医的精华,批判西医学中的形而上学观点和民族虚无主义。不能以为西医能解决的问题就不需中西医结合了,正如肺炎与流行性脑膜炎,虽然已是西医大致解决了的疾病,经过中西医结合,不仅中药能与抗菌素媲美,而且减少药物副作用,降低病人经济负担,尤其肺炎完全用草药,对于落实“备战、备荒、为人民”的伟大战略方