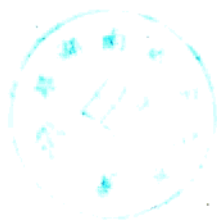


294389

论文选编



中华全国中医学会广东分会

前 言

自党的十一届三中全会以来，广东地区的广大中医工作者为实现四个现代化并多作贡献，在中医药临床和学术理论方面进行了大量的研究，并取得了不少新的成果和经验，从而促进广东地区中医药学术的发展和提高。我会于一九八二年十月在新会召开省中医学术年会交流经验，大会共收集的各科学术论文 260 篇。各地同志均来函索取资料，现经学会组织评审，选出大会宣读24篇全文及分组交流29篇摘要编印成此汇编。

由于评审工作较仓促，加上篇幅所限，不足之处，敬希同志们体谅。

中华全国中医学会广东分会

一九八二年十二月

目 录

谈中医急诊术	广州中医学院	邓铁涛 (1)
试谈冠心病的辨证论治	台山县中医院	李皓平 (4)
海南岛登革热辨证论治探讨 (附505例临床分析)	海南中医院	赵章甫等 (10)
略论针刺补泻手法	广州中医学院	司徒铃 (15)
土芪汤治疗骨折4166例临床疗效分析	翁源县人民医院	杨程耀 (20)
如何学好《神农本草经》原著	广州中医学院	赵思竞 (23)
从《脾胃论》看李东垣的用药特点	珠池卫生院	李德名 (31)
针灸辨证分型治疗急性阑尾炎 (附120例疗效分析)	广东省中医院	陈全新 (36)
急性肾炎的探讨	英德中医院	杨洁丽 (40)
专病专方与辨证施治——试谈急性卡他性中耳炎的治疗	阳江县中医院	林昭焘 (47)
中西医结合治疗上肢骨折400例小结	海南中医院	蔡志利 (53)
小儿伏暑辨治探讨	广东省中医院	林季文 (61)
提高中药疗效的若干问题	广州中医学院	张俊荣 (67)
试论甘温除热法及其临床应用	广州中药三厂	张 荣 (75)
谈和解法与小柴胡汤临床加减辨证应用	新会县中医院	方恩泽 (80)
郁症病机及其发病	乐昌县人民医院	肖丽英 (90)
针刺结合中药内服对69例迁延性慢性乙型肝炎临床疗效分析	广州市中医院	肝炎诊室 (97)
护阴清热法治愈高热急症110例	广州市中医院	杨干潜 (104)
论肾气与肾气丸	新会县城卫生院	陈一平 (111)
先天性心脏病并支气管扩张大咯血	湛江地区医院	王德文 (114)
试论脾升胃降	广州中医学院	梁映寰等 (118)
中医论治高血压的临床体会	广州中医学院	孔炳耀 (126)
浅谈辨证与辨病	广州中医学院	谢世山 (129)
中医药治疗腹腔粘连12例 (论文摘要)	汕头卫生学校	伍湘泉 (135)
谈反治法对急重疾病的临床应用	揭西县东园卫生院	范生满等 (139)
针刺手法	广东省人民医院	庞中彦 (141)
按摩所致寰枢椎脱位	广州医学院第二附院	陈志峰 (142)

1399例死亡时钟分析	北街人民医院 伍怡和等 (143)
风池、太阳、合谷为主治疗偏头痛20例	广东省中医院 林文仰 (143)
试论中医各种脉象的机理及其诊断意义的分析方法	江门市中医院 余邦慈等 (145)
110例正常人平脉脉搏图分析	第一军医大学 陈素云等 (146)
田七、丹参和滋补肝肾药物治疗眼底病的一些体会	广州市中医院 陈锦全 (147)
中医治疗鼻咽癌放疗患者的体会	广州中医学院 王士贞 (148)
针灸治疗口眼喎斜15例	新会县中医院 林其昌 (150)
中西医结合治疗阑尾炎74例临床小结	阳山七拱卫生院 凌宝谦 (150)
口腔颌面部急性炎症辨证施治的体会	解放军一七七医院 吕侠琼整理 (151)
过敏性鼻炎的中医辩证论治体会	广州中医学院 何石生 (152)
“脱发”治验与理论探讨	海南中医院 吴勤文 (154)
33例盗汗症治疗效果观察	韶关市中医院 惠广喜 (155)
川桃片治疗肝特异性脂蛋白 (LSP) 细胞免疫阳性慢性肝炎的疗效观察	空军广州医院 胡肇椿等 (157)
风药在病毒性肝炎中的应用及体会	中山医学院附一院中医科 陈庆全等 (158)
健脾渗湿方在临床上的应用	广东省中医院 郭喜彬 (159)
辛凉清透益气养阴法治疗小儿夏季热	新会县中医院 林瑞石 (160)
小儿秋季泄泻辨证治疗的临床体会	翁源周坡公社卫生院 翁日昌 (161)
谈中医“下法”在肺性脑病救治中的应用	解放军 157 医院 罗宝金 (162)
人参 (党参) 可配五灵脂合用——治疗24例胃肠病有效	广州部队总医院 蒋瑞峰 (163)
慢性肾炎中医治疗的几点认识	新会县中医院 温荣进 (164)
统一外感热病辨证法初探	广州中医学院 钟 嘉 (166)
小儿热病后盗汗的辨证论治	英德县中医院 张太鏊 (167)
谈谈溃疡病从肝论治的临床体会	湛江市中医院第一门诊部 陈茂森 (169)
《伤寒论》组方用药规律的探讨	海南医专 陈启智 (170)
加味济生橘皮竹茹汤治疗肝病持续性呃逆12例报告	韶关市第二医院 余振华 (174)
镇肝熄风汤加减方的药理研究	第一军医大学中医系 郑有顺等 (175)

谈 中 医 急 诊 术

广州中医学院 邓铁涛

解放后，党中央制定了中医政策，使已处于奄奄一息的中医学复苏了。但由于种种原因，中医学并未达到党与人民所要求那样发展壮大，中医事业三十年有发展、有成绩，但不够理想。并隐伏着危机，这是我辈老中医的看法。我的发言所以加上抢救中医学术，就因此故，敬请教正。

一、必须抢救中医学

解放以前，由于西医人数很少，医院更小，大量的医疗工作，包括抢救严重病人的工作，都是由中医承担的，因此广大中医都各有其急诊之经验，各有所长，而没有条件总结与交流，有少数人把理论与经验总结下来，那只是沧海一粟。大量的东西在中医或群众手里。解放后西医迅猛发展（这是好的），而医院大量建立，且实行了公费医疗，而五十年代中医参加全民机构工作者甚少。这样大量的急诊工作，便转到西医方面来。现在全国中医病床只有五万张，其中大部分是既用中又用西的，而西医病床约有二百万张，中医治疗急诊的发展前途可想而知。其急迫一也。那些在解放初期有急诊经验的中医当时都已在中年以上了（临解放前青年中医极少，因眼看中医没有前途），三十年来受自然规律的淘汰，人数日趋减员；加上三十年来失去抢救病人的阵地，技术也在退化。因此在一般人中做成中医不能治急病的印像，加上政治上的压力与学术上得不到同行评议的待遇，使中医明明能治的病，也不敢治了。一方面不信中医能治，一方面中医不敢治，再加上中药急救常用丸散如至宝丹、紫雪丹、牛黄丸之类药常缺不齐，束缚住手和脚，这就是当前中医学术与治疗急症的现实，这不仅是个技术与科学的问题。因此，我认为要想解决中医抢救危重病人，必先解决抢救中医学术问题，这决不是危言耸听，而是客观现实所决定的，否则，最后的结论仍然是——中医治不了危急重症。

抢救中医学术可以从几方面着手：

（一）文献的搜集整理、研究提高。例如颠簸疗法，治疗急腹症肠扭转，这

是中西结合成果之一。查晋代葛洪《时后备急方·治卒腹痛第九》有：“又方，使病人伏卧，一人跨上，两手抄举其腹，令病人自纵重，轻举抄之，令去床三尺许，便放之，如此二七度止，检取其脊骨皮、深取痛引之、从龟尾至顶乃止，未愈更为之。”这不就是颠簸疗法加捏脊法吗？捏脊也能治急腹痛，特别是胃肠痉挛性的疼痛。又如我们曾用儿科铁镜十三蘸火急救一例婴儿破伤风，火蘸二次加服蝉退、僵蚕、全蝎等药而愈。因此必须有人去做这方面的文献情报工作，若论世界分工，这一工作，非我其谁？这项工作是十分艰巨的，但将来的成就也是非凡的。据说在遗体保存方面，中医研究院医史文献研究室和北京中医学院不是作出了贡献吗？一方面挖掘，一方面去验证，一定能出成果。

（二）民间采风。例如广东民间用针四缝穴治疗疳积腹痛，现在用治蛔虫团梗阻，疗效很好。农村过去治腹痛多用量米竹筒拔火罐，不知治愈了多少急腹痛病人。我祖母（农民）用治蘸铜钱在灯火上烧热放指甲上，把我小时的指甲下脓肿治好了，虽然当时很痛，但一次治愈。又如腮腺炎的灯火疗法。

（三）向老中医学习。这是抢救的主要对象，因此比较现成，比较可靠，并且可以共同研究进一步提高。拨正疗法不是很成功的例子吗？但这方面的例子太小了。

（四）中药问题要解决。由于中药管理三十年来，交给商业部门，把治病救人的工具，当做针线手帕来卖，害得我们中医很惨，致使中药真伪混杂，既不能定性，也不能定量，特别是抢救用的三宝之类药品，因其中有些是进口的药，限制进口量，便修改原处方，或只供出口用。中药材的质量大大不如解放前，所以，最近有人感叹地说，解放前是废医存药，解放后是废药存医，虽然讲得过火些，但这是受害者的心里话。中药问题很多，不是今天所讨论的，但这个问题不决解，急诊除了针灸按摩之外，没有好的药物，用什么呢？传统的都没有，那里能谈中药剂型的改革呢？广东一位农村医生用通关散做成蜜煎导，治愈一例等着开刀的肠梗阻患儿的急腹症。可见并不是旧的剂型不能救急，恢复旧的，创造新的剂型实为当务之急。

应该看到中医治疗急症的未知数，比之已知数，不知大多少倍，因为中医几千年来的成就，一直未经系统而全面的整理之故，若从继承与发扬论中医，则目前最急迫者乃是继承问题，当然继承与发扬是辩证关系，光有继承，没有发扬，中医之生命即将停止。但没有继承只追求发扬，是无本之木，无源之水。任令这一伟大宝库埋没下去，则是我们这一代（特别是搞中医工作的人）的罪过，将受到

子孙的唾骂与世界人民的指责。若果由日本人或其他国医学家做了我们应做的工作，那就是永远不能洗刷的耻辱！！

二、点滴经验与体会

（一）高热：

1. 外感发热：宗《伤寒论》，主温病学说，兼疫、痧等论。
2. 内伤发热：阳虚发热、阴虚发热。

（二）出血：唐容川《血证论》值得细读，不能忽视气血阴阳、寒热虚实、四诊辨证。

1. 自拟止血散：花蕊石2，白芨2、血余炭1、共为极细末，凡上部出血者急用童便冲服（男小孩中段尿），一日数次，另辨证用药。

2. 梅花针扣击人迎（颈动脉区）从中心开始，扣击十分钟以上，亦治上部出血。

3. 血崩：血余炭末原味冲服1—3克，日数服，或加胶艾四物汤。

产后大出血，急灸（直接）隐白（右）、大敦（左）、绿豆大数壮，兼辨证用药。

（三）疼痛

1. 针太阳穴与太冲穴治剧烈头痛。
2. 按肩井穴治胃痛。
3. 针足三里上下压痛点治急腹痛。
4. 肠梗阻、实证用攻下法；虚证用大建中汤。
5. 针四缝穴治蛔虫团梗阻。
6. 旋复代赭石汤加蜜水灌肠加梅花针扣击患处，治小儿肠套叠。
7. 胆蛔汤治胆（蛔虫）绞痛（椰子15、使君子12、槟榔13、乌梅五枚、苦楝根白皮15，小儿量）。
8. 拔火罐治肾绞痛，或加耳针。
9. 补气止痛法。

（四）其他

1. 骨梗（威灵仙）
2. 腹胀 艾灸法及灌肠法。
3. 尿潴留（指压法、肉桂心、五苓散、济生肾气丸）
4. 中毒：（1）DDT 中毒一例

试谈冠心病的辨证论治

台山县中医院 李皓平

中医虽无冠心病的病名，但早在二千多年前中医的古典著作《内经》已有“心痛”、“真心痛”的记载。考《内经·素问·脏气法时论》称：“心痛者，胸中痛，胁支满，胁下痛，膺背肩甲间痛”。这些描述与心绞痛颇相类似。《内经·灵枢·厥论》又有“真心痛，手足青至节，心痛甚，旦发夕死，夕发旦死”的记载，这与心肌梗塞亦甚相近。至汉·张仲景的《金匱要略》则有“胸痹心痛短气病脉证治”的专章讨论，认为“胸痹”的主要表现为胸中气塞，心痛，短气等症状，其病理的关键为胸中之阳气“极虚”所致。因心居胸部，心阳虚则气机转输不利，痰湿上浸，气血运行阻滞，则胸中气塞，短气，心痛等症状相继发作，故治疗以除痰化湿、温通心阳、益气祛寒为主。《金匱要略》关于胸痹的论述，与冠心病的临床表现颇相符合，出具之方药，至今仍为中医临床所常用，尤以对痰浊型者，每收良效。

后世继承仲景胸痹、心痛、短气之说，对冠心病的辨证治疗不断有所发展，尤以清·王清任在他的著作《医林改错》中指出：“忽然胸疼”，“心跳心慌”，用血府逐瘀汤。这一宝贵的经验，为冠心病运用活血祛瘀法的治疗，提供了很大的启示。但因历史条件所限，前人对冠心病仍缺乏较为完整的论述，古人的经验只能散见于有关的临床病证之中。在中西医结合不断发展的过程中，中医对冠心病的认识也较为完整，谨就个人肤浅的体会，试略述如下：

一、病因病机

1. 劳累过度（特别是脑力劳动）：因“劳则气耗”，气伤则血液运行阻

(2) 食物中毒：

①山荔枝中毒197例

②食不洁烧鹅中毒200例

③食炸鱼中毒90多例

滞，心失所养，气血失和，疼痛乃作。

2. 精神因素：情绪、精神因素对心脏及气血的运行均有直接的影响。《灵枢·口问篇》说：“心者五脏六腑之主也……故悲哀忧愁则心动……”；《素问·举痛论》说：“怒则气上，喜则气缓，恐则气下……惊则气乱……思则气结”。可见精神因素的作用，可使人的气机失调，血运不畅，而致心脉阻滞诱发疼痛。

3. 饮食因素：膏粱厚味或饱餐，虽直接影响脾胃功能，而脾胃与心在经络方面互相联系；脾统血，心主血，故脾胃与心的关系亦很密切。倘因饱餐或膏粱厚味，可使中焦受阻，气机升降失调，血脉不畅，有碍于上奉于心。或因脾虚而积湿生痰，痰浊上浸，胸阳受遏，均可诱发心痛。

4. 寒冷：因寒冷而诱发心绞痛者，临床亦屡见不鲜，《素问·调经论》说：“血气者，喜温恶寒，寒则泣不能行，温则消而去之”。可见寒冷可使气血凝涩，运行障碍，故瘀滞而作痛。

上述种种因素虽各不相同，但均可导致正气内虚，气血运行受阻所致。

总之，本病的发生，是在正气内虚的基础上，通过上述的各种因素而诱发，且病位在心，故首先当以心之阴阳亏虚为主。根据临床观察，似多以阳虚为先，继则阳损及阴。惟五脏相关，在病理演变过程中，必然涉及其他脏腑，其中以肝、脾、肾三脏的关系尤为重要，以致脏腑虚损，功能低下或失调，是冠心病的本质所在。

心阳亏虚，可导致脾失健运而痰浊内生；膏粱厚味，湿热中阻，则炼液成痰，或痰浊久郁化热，均可形成热结，进而导致心、肝、肾之阴液耗伤；或因寒邪侵袭，直接影响气血之运行。其结果均可形成气滞血瘀。故80年在全国冠心病辨证论治研究座谈会上曾提出血瘀、气滞、寒凝、热结、浊阻等均为本病的基本致病因素的论点。若从病理过程结合个人的肤浅体会，上述各种因素，似始于痰浊，终于血瘀，而气滞则贯彻始终，寒凝、热结可兼挟出现，这又为致病因素演变的特点。

致病因素属邪、属实、属标，而心阳心阴之亏虚，脏腑功能低下或失调属本，故本虚标实乃为本病的性质特点。标实来源于本虚，实宜攻，虚宜补，根据病情的轻重缓急，恰当运用攻补兼施，则为辨证论治的重要原则。

二、关于分型治疗的问题

各地对分型的意见仍未统一，且证型往往随着病情的演变而转化，这是在辨

证上不可忽视的重要环节。且本病的性质特点为本虚标实，治宜标本兼顾，因此，个人的意见认为以标本结合分型似较为恰当。即本虚方面，先宜区别心阳虚与心阴虚，虽或心之阴阳两虚，但临床上仍多表现以某一方面为主，而另一方面则处于次要地位，倘涉及其他脏腑同时虚损，则仍应以心之虚损为主，而兼顾其他脏腑。标实方面，则应根据血瘀、气滞、寒凝、热结、痰浊等基本致病因素予以鉴别。在病理上，因气滞可贯彻始终，每一类型均可存在；而热结又每多因痰浊久郁化热所致，可以说热结多来源于痰浊，故临床上痰浊与热结更易反覆互相转化。因此，标实的类型，则分为痰浊、血瘀、寒凝似可概括其他。

至于治疗，虽不离标本兼治，仍应根据具体情况，权衡先后缓急，倘以标实为主者，应以治标为主，兼治其本；若以本虚为主者，应以治本为主，兼治其标。总之，以祛邪兼防伤正，扶正兼防滞邪为目的。

证型的划分：

（一）本虚

心阳虚：心悸，气短，胸部憋闷，心痛，面色黯滞或晄白，畏寒，肢冷，自汗，小便清长，大便稀薄。舌质淡白胖嫩，苔白而润，脉细弱或虚软，或结、代。若心阳虚脱则大汗淋漓，四肢厥冷，脉微细或脉微欲绝。

心阴虚：心悸，胸部憋闷，心痛，伴有口咽干燥，耳鸣，失眠，多梦，盗汗，或兼见腰腿酸软，五心烦热等。舌质嫩红瘦薄少津，舌苔薄白或无苔，脉细数而促，或细涩而结。

心阴心阳两虚：上述两种类型的症状均可兼见，但要注意鉴别以心阴虚或心阳虚为主。

（二）标实

兼痰浊：舌苔白腻或厚浊，脉缓或滑或兼促、结、代，心痛多呈闷痛状。或伴见胸满脘痞，纳呆，身重，四肢疲倦等。若舌苔黄腻，则为痰浊向热结转化（湿热相兼），要注意鉴别以痰为主，或以热为主，以利于权衡用药之主次。倘以热结为主，则心痛多呈烧灼感。

兼瘀血：舌下静脉紫黯，甚则迂曲而起结节，为瘀血之特征，或可兼见舌质紫黯而润，或舌边有瘀点，苔薄白或苔少，脉细而涩或兼促、结、代。心痛多呈锥刺状。

兼寒凝：主要是突受寒邪侵袭，或骤进生冷饮食而心痛暴发，甚则呈绞痛状，喜暖畏寒，肢冷。舌淡苔薄白而润，脉沉紧。

痰浊、瘀血、寒凝各种证候均可兼见于心阳虚、心阴虚、心之阴阳两虚三型，而痰、瘀、寒三者既可在同一病者的不同阶段先后出现，亦可同时并见，更可互相转化或互为主次。或某一阶段以标实的症状为主，某一阶段则以本虚的症状为主，在辨证时应注意鉴别。

常用方药及其运用：

1. 心阳虚兼痰浊：加减瓜蒌薤白半夏汤（瓜蒌皮15克 薤白12克 法夏15克 佛手10克 陈皮6克 桂枝12克 茯苓15克 枳壳10克 炙甘草6克）。气虚者选加参、芪，心痛明显者加服苏合香丸。

若痰浊化热（舌苔黄腻或黄白相兼）：三仁汤合小陷胸汤加减（北杏12克 苡仁30克 白蔻仁6克 滑石30克 通草6克 川连6~10克 厚朴12克 法夏15克 蒌皮15克 郁金15克 佛手10克 绵茵陈30克），热盛者酌加黄芩10~15克，心痛明显者郁金可重用至25克，气虚者选参加、芪。

兼瘀血：加味冠心二号方（川芎10~15克 红花6~10克 赤芍15克 降香15克 丹参30克 桂枝15克 党参30克 当归15克），心痛明显者加三七末3克冲服。

兼寒凝：本型多原属兼痰或兼瘀的患者，因偶受外寒侵袭或骤进生冷饮食而暴发心痛（痰浊化热者，因有热邪内蕴，故临床上未似见有寒凝与热结同时出现），只在兼痰或兼瘀型的方药中加入祛寒药即可。如属外寒侵袭，可加祛风散寒药，如：细辛、桂枝、草拨、姜活、生姜之类。如属饮食生冷所致，可加温中散寒药，如：干姜、吴萸、良姜、蜀椒之类。亦可同时兼服苏合香丸，以加强止痛作用。

阳虚之心痛，每好发于午夜阳气最衰之时，故于睡前（晚上10时左右）加服对症之药物一次，可明显提高疗效，且可预防心痛发作。

若阳气虚脱，大汗淋漓，四肢厥冷，脉微细，或脉微欲绝者，急宜回阳救逆，如参附龙牡救逆汤加桂枝（人参10~15克另炖兑服 熟附子15~30克 生龙骨30克 生牡蛎30克 白芍15克 炙甘草10克 桂枝15克）之类。

2. 心阴虚：多以生脉散为主方（党参30克或用红参15克另炖兑服疗效更佳 麦冬15克 五味子10克）。兼痰浊者可选加瓜蒌、薤白、佛手、海浮石、天竺黄之类，心痛明显者加郁金。兼瘀血者，可选加丹参、红花、赤芍、山楂、三七末之类，心痛明显者，可重用三七。兼寒凝者多属阳虚之体，故阴虚而兼寒凝者，临床尚属少见。

3. 心阴心阳两虚：可参考上述两型混合拟方，但应注意鉴别以阴虚为主或以阳虚为主，在遣药时才有主次之分。

急性心肌梗塞：因持续剧烈之疼痛，对生命威胁甚大，务求迅速控制，故中西医结合及时抢救亦属必要。从中医辨证分析，此时多以实证为主，应区分痰浊、血瘀、寒凝等不同类型，选用苏合香丸、三七，或祛寒药物，祛邪止痛，防止发厥，祛邪才能存正。

还应警惕急性心肌梗塞常可引起便秘，而大便是否通畅，又是急性心肌梗塞在医疗护理中的一个值得十分重视的问题，每有因用力排便后，可使心肌梗塞的范围扩大而致病情恶化，甚或突然心脏骤停而死亡者。对此，我院既有成功的经验，也有失败的教训。中医认为“六腑以通降为顺”，“实而不能满”，因此，应根据证候的特点，辨证立方遣药，可使病者顺利解决通便的问题，有助于病情向正常康复。我院曾收治一位急性心肌梗塞的病者，当剧痛阶段，中医辨证为心阳虚衰，瘀血闭阻，除了配合西药的镇静止痛、护心、消炎等措施外，中药则以扶阳救脱，活血祛瘀为主，顺利度过了剧痛的危关。但因病者入院后62小时无大便，腹胀、呕吐、肠鸣音减弱等症状相继出现，中医认为皆由阳虚气弱，肠道传送乏力所致，乃转用通阳理气之剂内服（熟附子10克 桂枝10克 党参30克 腹皮15克 木香15克（后下） 佛手12克 郁金15克 黄芪30克 白芍25克），并用芳香理气通便之剂灌肠（苏叶30克 腹皮30克 大黄30克煎至150毫升，微温低压灌肠），药后效如旋踵，大便通利后，腹胀呕吐消失，肠鸣音恢复，病情康复较快，可见通过辨证运用不同的药物，均可达到“六腑以通为用”的目的。

当标证缓解后，往往本虚的状症又较为突出，此时又当以治本为主，兼顾其标。如前所述，本病与肝脾肾三脏的关系密切，如属阳虚者，每兼见脾肾阳虚之证，宜选加温肾健脾之药，如：白术、砂仁、补骨脂、附子、羊脂、仙茅之类。如属阴虚者，每兼见肝肾阴虚，甚或阴虚阳亢之证。宜选加滋养肝肾、育阴潜阳之药，如：桑寄生、桑椹子、女贞子、杞子、首乌、石决明、草决明、牡蛎、龟板之类。便秘者宜重用首乌或玉竹、草决明之类。

因心与肾在经络上互相联系，而本病又好发于40岁以上，正如《内经·素问·上古天真论》所说“五八肾气衰，发堕齿槁”，的时期。根据有关文献报导，从药理实验观察，不少补肾药可降低胆固醇及增加冠脉流量，结合临床体会，当标证缓解时，可根据病者的体质特点，在调治心阴心阳的基础上重视补养肝肾，兼顾其标，可使心绞痛的缓解期延长，减少发作，可见肾对本病的发生及发展均

起着重要作用，故有人提出“心本于肾”，“其标在心，其本在肾”的论点，值得重视和探讨。

此外，还须注意适当的体育锻炼，劳逸有度，饮食有节，坚持调治结合，藉以调整机体气血阴阳，对进一步巩固疗效，防止心痛复发，均有很大的作用。

三、结 语

中医对冠心病的辨证论治，其疗效是肯定的，不少科研资料及临床报导都足以证明。但目前因中药的剂型改革还未能跟上形势的要求，特别是对危重病人的抢救，尚缺乏定型的、给药途径快捷的、可以立即发挥中药效能的制剂。因此，在紧急处理的情况下，如何更好地体现中医药的特长，仍存在不少问题。虽然某些有条件的单位，已将一些中药改变为静脉注射剂，对抢救危重病人起到极为重要的作用，如：人参静注对急性心肌梗塞合并心源性休克及心衰，红花静注对急性心肌梗塞合并顽固性心绞痛，桂枝静注对急性心肌梗塞合并末梢循环衰竭等，均取得满意的疗效。但惜因各单位的设备条件不同，中药的剂型改革仍受到种种条件的限制，未能普遍地广泛开展，以致直接影响中药的实际疗效，这些都有待于今后继续发挥中西医结合的作用，和深入开展中药剂型改革，相信必定会逐步加以克服，使中医药的疗效不断提高。

海南岛登革热辨证论治探讨

——附505例临床分析

广东省海南中医院 赵章甫 郑志荣

一九八〇年入夏三个月来，海南岛登革热暴发流行，蔓延迅速，患者极众。我院门诊先后收治登革热550例，随访观察505例，从临证上初步掌握登革热发病和治疗规律，本文试将有关问题进行探讨。

一、病名的商榷

诸家对登革热之中医病名尚未统一，有人似名“暑湿疫”^[1]、“湿温”、“暑温”、“伏温”，众说纷纭，莫衷一是。我们认为无论是暑湿疫、湿温或暑温，多以地区性、季节性和症状特点来立论。至于“伏温”乃根据不足，和之者寡。俾论之新感温病，务必掌握其季节性，明乎天候地气，审察病因，详析兼挟。探讨海南岛登革热一名，多用温病一语以概括，但从狭义上一般多是暑温病证。此次登革热流行甚广，如《素问·遗编·刺法论》所说：“五疫之至，皆相染易，无问大小，病状相似”。说明暑温易夹杂传染性疠气，前人称为“暑温夹疠”。此名较为现实妥当。缘由其一有明显的季节性，《素问·热论》曰：“先夏至日为病温，后夏至日为病暑”，合之暑温独见夏令，符合我区登革热流行高峰季节；其二有一定地区性，埃及伊蚊是登革热的传染媒介^[2]，我区气候适宜蚊虫孳生，夏季是繁殖高峰。即使夏令前后，我区暑热气候时长，气温高，降雨量少，所以表现的登革热症状皆为暑温主证。

二、病因的争论

过去对温病病因论述不外六淫因素，不够确切，值得诂议。李东垣说：“暑热者，夏之令也，人或劳倦，或饥饿，元气亏乏，不足以御天令亢热，于是受伤而为病”；雷少逸曰：“其时天暑地热，人在中，感之皆称暑病”。倘若具体来说，暑热病毒、人体元气亏虚唯是发生登革热的基本原因。然而，登革热的病因立论仍有分歧，其新感或伏邪之病因争论较为突出。主张有伏邪的理由：一是以

登革热“潜伏期”解释伏气；二是以全身肌骨痛或腹胀胸闷现象来解说伏气温病伏气藏伏肌骨、募原等部位。上述论点比较合混，很难说通的。无疑，新感与伏邪是温病的二大病因，到底登革热病因归属那一类，值得探讨。据《伤寒总病论》考证伏气其伏藏时间长短，“短为旬月”。是与登革热潜伏期截然不同，其伏藏时间又不符合，不能解释其发病急和暴发流行情况。再辨新感与伏邪，无论由表及里（新感）或内伏外发（伏邪），其疾病演变过程大抵可能出现邪遏某些部位的症状，乃非区别于本质的标象，因此不能认为凡是邪伏部位则证之伏气温病所有也，相反之，根据典型登革热症状：恶寒发热，头痛口渴，脉浮数，舌红。其病因多属新感温病类型。

三、发病规律的认识

夏暑炎热，地气升发，人或元气有亏，暑邪乘虚袭入便发病。基于登革热起病特点，卫气营血传变规律及我区流行情况来看，又异于其他暑温病，既有普遍性又带特殊性。

（一）发病过程有共同性。

登革热具有其他温病正复相同的特点：（1）以卫气营血四个层次论证为纲领。借于识别邪气之浅深，登革热从发生到痊愈，不一定都经过卫气营血四个阶段，但可以经过这四个阶段；（2）正邪消长足能反映疾病归转及生理病理的全过程。实际上登革热病情孰轻孰重是由外邪和正气这对矛盾力量对比来决定；（3）起病急，发展快，变化多；（4）临床症状和各种急性热病有共同之处，如发热重，易于化燥伤阴，后期易见斑疹，吐血，昏痉等。

（二）传变阶段有突变性。

由于登革热传变迅速，所以卫气营血的界限不可能划分得很明显。有人亦把卫分证列为登革热分型中一项，如果从理论上解释尚可，但是从临床上验证，基本上无卫分证独立存在。我们专设卫气同病一型，收集404例，占80%；不难发现，许多病例（即使是轻型登革热）临证往往不显示卫分阶段，而是卫气同病症状表现。这种突变现象的病机是，暑温虽由暑热病毒诱发，邪气从表及里，然暑为火热之邪，伤人最甚，且易伤气，加上患者平素津液不足，在未发病前先有不同程度的邪热炽盛现象，这样，初病一起证见暑温热盛（卫气同病）。此种分型，不仅和暑温发病规律极为吻合，而且是登革热的特点之一。

另一种突变现象是登革热的证候变化比舌象变化快。本文收集暑入心营22例，热伤血分2例，观察绛舌9例，紫舌2例，其余13例均为舌质呈红，故与

“其热传营，舌色必绛”的论点有出入。探讨其因，可能是登革热病变迅速，证候比舌象突变快的缘故。

（三）病变部位有选择性。

（1）基本无肺卫症状。505例患者中，咳嗽，仅三例，皆是原有慢支并发登革热。说明“温邪上受，首先犯肺”的理论不是暑温传变的唯一途径，亦足见登革热与其他暑温迥异之处。

（2）邪遏脾胃现象。夏时若有雨天，或因天暑下逼，地温上蒸，热湿之邪易于相伙为患，故暑温常兼挟湿邪，斯定为暑温挟湿型。盖脾为湿土，胃为燥土，其病邪之来，皆从湿土郁蒸多犯阳明胃经，合之夏暑发自阳明之说，细察不典型登革热，多为暑湿积郁脾胃所致。我们收集22例，占15.2%（即暑温挟湿型）。至于热后伤阴或余邪未解，常有脾胃不健证候。

（3）可有暑入心营、引动肝风一证。夫暑为君火，心为火脏，故暑易入心。临证多见年幼弱者。演变中，热邪窜入营分，然营气通于心，报易热闭心包，出现神志症状，火行乘木，心营热盛鸱张必引动肝风。

（四）热型变化有特殊性

多数登革热患者的热型有壮热和身热不扬，前者属阳热实证，多见典型登革热（卫气同病阶段）；后者为湿遏热伏所致，多见不典型登革热（邪遏脾胃阶段）。若热伤血分、劫烁营阴阶段，则身热夜甚之象。至于“双峰热”之说^[3]，此种热型乃登革热的典型症状之一，收集101例，占20%，惟以热程长者多见。探讨其原因，可能在卫气和营血传变之间还有缓冲区，或是邪正交争中缓冲现象，另外，“断骨热”之称^[4]，其义似发热伴骨痛，肌痛，头痛矣。是登革热常见症状。收集490例，占96.8%。此种痛证和热象有关。与别种痛证有所不同，常见热伤血分阶段可能发热使患者血液动力学和血液粘度的改变，产生“瘀血”，“不通则痛”有关。

（五）斑疹引发有规律性。

收集202例，占40%，多见发热2—5天，或初次退热始见斑疹。其时机凡见烦躁不渴、目赤舌白将发斑疹之候。当然，斑疹不独登革热所有。

四 中医诊断标准及临床分型

登革热一证，始终是以邪热为主的症状，典型者安能诊断，惟不典型或轻型登革热诊断颇为困难，甚至出现差讹。基于这个原因，很必要突出中医诊断。我们制订中医诊断如下：流行期间，凡突然骤起发热，且无鼻塞，流涕、喷嚏、咳

嗽无肺卫症状，若具有下列一项证见者，方可诊断为登革热。其中白细胞减少，血小板减少和淋巴结肿大作参考标准。

(一)病起急骤，暴热恶寒，口渴，面红目赤，骨节疼痛，头痛甚剧，纳呆溲赤，斑疹外露，舌红苔黄，脉浮滑数。

(二)身热不扬，背微畏寒，头重胀痛，无渴口苦，胸脘痞闷，泛恶欲呕，便溏，溲淡黄，后出皮疹小而稀，苔白腻微黄，脉濡数或濡缓。

(三)身热汗微，头痛如劈，斑疹暗红，溲短涩，甚或神昏谵语，或痉李口噤，或卒然昏仆，舌红绛干，脉弦细数。

(四)热烦夜甚，口干无渴，骨节疼痛，头痛尤甚，嗣后证见吐衄便溲血等出血诸症，斑疹外发，舌质红绛，脉沉细数。

鉴于临床分型，我们以常见的主要的证候归纳为四种类型。对于热后伤阴虽不列入，但不可忽视耶。

(一)暑温热盛(卫气同病)

证见壮热恶寒，口渴面红，微汗或多汗，头痛身痛，溲黄，舌淡红或红，苔白或黄，脉浮数或洪数。治则：祛暑清热，解肌透表。方药：新加香薷饮柴葛汤加减。处方：葛根15克 银花10克 连翘10克 柴胡10克 黄芩10克 竹叶10克 香薷10克 甘草6克。口渴汗多者去香薷加石膏、知母、花粉。

(二)暑湿挟湿(邪遏脾胃)

(1)偏热型：证见壮热烦渴，汗多，溺短，恶呕，脘痞身重，斑疹后隐现，苔白腻微黄，脉洪数。治则：清热化湿。方药：白虎苍术汤加减。处方：石膏30克 知母10克 甘草5克 苍术10克 竹叶10克 薏米25克。如腹胀加厚朴，呕吐加藿香、竹茹。

(2)偏湿型：证见身热不扬，背微恶寒，头重身困，胸脘痞闷，大便溏，舌白不渴，脉细濡或濡缓。治则：清热利湿，宣化畅中。方药：三仁汤加味。处方：杏仁10克 滑石15克 通草6克 竹叶6克 厚朴6克 薏米25克 半夏10克 蔻仁6克 银花10克 连翘10克。

(三)暑湿挟风(暑入心营)

证见灼热心烦，口不甚渴，夜寐不安，头痛如劈，斑疹隐隐，神昏谵语，或昏愠不语，或舌蹇肢厥，舌绛而干，脉细数或弦数。治则：清营解毒，清心熄风。方药：清营汤加味。处方：犀角3克 生地25克 元参12克 竹叶心5克 银花10克 连翘10克 黄连5克 丹参10克 麦冬15克 莲子心3克 羚角2克