

上 海 市
1977 年度中医年会论文汇编
(二)

上 海 市 中 医 学 会

1978 年 12 月

上 海 市
1977年度中医年会论文汇编
(二)

上 海 市 中 医 学 会

1978年12月

目 录

(一) 内 科

中医中药治疗心肌梗塞的经验介绍

-上海中医学院附属曙光医院 张伯臬主治 郑平东 严世芸整理 (1)
- 宁心汤治疗冠心病 30 例疗效观察杨浦区中医医院 孟百三 张 萍 (3)
- 真心痛 4 例治验第二军医大学第二附属医院 张志雄主治 高月华整理 (5)
- 谈辨病上海中医学院 金寿山 (7)
- 以鱼膘胶为主中药复方治疗再障 9 例小结上海第二医学院附属新华医院 金谷城 (11)
- 谈谈胆寒症上海第一医学院华山医院 苏读贤 (13)
- 治疗久泻的临床经验上海中医学院附属龙华医院 黄文东主治 程焕章整理 (15)
- 中医中药治疗乙型肝炎 53 例临床分析上海中医学院附属曙光医院 夏德馨 王灵台 (18)
- 湿热与慢性肝炎关系的探讨上海第二医学院附属第三人民医院 曾民德 (20)
- 漫谈慢性肝炎的治疗浦东中心医院 顾雨时 沈澄寰 章济量 (23)
- 癖囊(胃下垂)病机与治疗上海市第六人民医院 金明渊 (25)
- “癥瘕”治验上海中医学院附属曙光医院 张羹梅主治 张 天 唐荣华 康正祥整理 (28)
- 哮喘治疗经验介绍上海第二医学院附属瑞金医院 朱星江主治 丁钰熊 朱建秀整理 (29)
- 慢性气管炎的肾虚本质及应用补肾药物的探索
-上海中医学院正常人体病原病理教研组 上海中医学院附属曙光医院慢支组 (31)
-上海第二医学院病理解剖教研组“慢支”组 上海第二医学院附属瑞金医院内分泌组
- 低热的中医辨证论治规律探讨上海市纺织工业局第二医院 林宗广 (37)
- 中医治疗急性肾炎的经验(附 349 例疗效观察)..... 上海市第七人民医院 叶景华 (41)
- 同种异体肾移植中西医结合治疗的初步体会上海第一医学院中山医院 邹相华 章 敏 (44)
- 肾阳虚的肿瘤病人免疫功能改变以及补肾免疫汤的疗效观察(摘要)
- 后方瑞金医院内科 检验科 (46)
- 癌症临诊体会上海市肿瘤医院 胡安邦 (47)
- 重症肌无力与祖国医学的脾肾学说虹口区中心医院 李庚和 (50)
- 活血化瘀对周期性精神病的治疗..... 上海精神病防治院 周 康 殷国宝 徐声汉 (52)
- 一万例冲饮中药番泻叶作 X 线腹部摄片前准备的观察杨浦区中心医院放射科 (55)
- 中医中药对纠正水与电解质平衡中的应用第二军医大学第二附属医院 张鸿祺 (56)
- 芍药甘草汤在临床的应用长宁区中心医院 陈之才 (57)
- 桂枝的性味和功能及其临床应用的探讨第二人民医院 王正公 (59)
- 热入营血辨证论治上海市六、二六新针疗法门诊部 张镜人 (61)
- 4 例再生障碍性贫血的临床观察上海华东医院 乔仰先 (64)

(二) 外 科

- 异体皮肤穴位埋植治疗银屑病 36 例报告第二军医大学第二附属医院 王 琪 冯雪梅 (68)
- 中医治疗骨结核 100 例的辨证分型及疗效分析.....上海市闸北区北站医院 史济柱 (69)
- 乳癖和功能性不孕.....上海铁路局中心医院 顾伯棠主治 潘 群整理 (71)
- 对血栓闭塞性脉管炎分期方法上的一些认识虹口区中心医院 奚九一 (73)
- 中药长皮膏治疗指端损伤 40 例报告上海第二医学院附属第九人民医院 毛文贤 (76)
- 外切内扎、外剥内扎治疗内痔,混合痔的临床体会(附 1122 例资料分析)
..... 上海市第四人民医院 林之夏 梁林江 (79)

(三) 妇 科

- “产科消炎合剂”防治产褥感染 321 例临床小结上海第一医学院妇产科医院 钱祖琪 (83)
- 50 例闭经小结上海中医学院附属岳阳医院 朱南荪主治 王采文 邬之萍整理 (85)
- 妊娠中毒症的证治经验介绍静安区静安医院 余蔚南 (87)
- 外阴白斑治疗体会上海第一妇婴保健院 曹锡万 (90)
- 活血化瘀在崩漏的临床应用..... 上海黄浦区牯岭路地段医院 蔡小荪 (91)
- 子宫肌瘤的临床经验简介虹口区中心医院 黄廷钧 (93)
- 中西医结合非手术方法治疗宫外孕的体会和随访
..... 中国福利会国际和平妇幼保健院 李国维等 (95)

(四) 儿 科

- 小儿哮喘、疳积的治疗体会上海中医学院附属龙华医院 徐伯远 (97)
- 中西医结合治疗小儿肺炎的体会上海第一医学院儿科医院 顾文华 (98)
- 卫气双介汤治疗小儿上感高热的体会虹口区中心医院 洪百年 (101)
- 鹿蹄草素治疗小儿肠道感染疗效观察.....上海中医学院附属曙光医院儿科 (102)
- 鸭跖百苓汤治疗痉挛性咳嗽 72 例小结中国人民解放军 411 医院儿科门诊 (104)

(五) 眼 科

- 中医眼科发展简史...上海第二医学院附属第三人民医院 陆南山 上海市眼病皮肤病防治所 姚芳蔚 (106)
- 活血化瘀法在眼科的应用上海第一医学院眼科教研组 蔡松年 (109)
- 角膜溃疡(炎)的中医分型和治则探讨
..... 上海第二医学院附属第三人民医院中医科 陆南山 邓子宏 杜金妹 唐根英 倪燮虎 (111)
- 龙新眼药水预防电光性眼炎 1800 例临床观察上海中医学院附属龙华医院眼科 (115)
- 六味地黄汤在眼科上的应用上海市眼病皮肤病防治所 姚芳蔚 (116)
- 试论中医眼科对免疫学的认识上海市六二六新针疗法门诊部 陆汝贞 (118)

(六) 针 灸

- 影响针麻效果的若干因素的探讨(甲状腺手术 600 例总结) ...上海中医学院附属龙华医院针麻组 (120)

针刺足三里、上巨虚穴虚证患者~指脉波变化与针麻效果的关系

-上海中医学院中医实验研究室 杨 蕤 基础部 柯雪帆 附属曙光医院 叶强等 (127)
- 絮刺火罐疗法治疗脊椎肥大症.....上海中医学院附属曙光医院 杨永璇主治 杨依方 徐明光整理 (131)
- 皮刺贴灸疗法(附 250 例疗效分析).....第二军医大学附属第二医院 张剑秋 (133)
- 针麻应用于眼科手术留针和不留针的初步观察杨浦区江浦街道医院 王崇贤 (135)
- 腹部切口旁针及针刺人中、素胶穴对皮肤痛阈及耐痛阈的影响
.....中国福利会国际和平妇幼保健院针麻组 中国科学院上海生理研究所二室针麻组 (137)
- 电针加强法在“人流”术中的应用
.....中国科学院上海生理研究所第二研究室 中国福利会国际和平妇幼保健院门诊手术室 (140)
- 浅谈辨证施治在针灸科临床上的应用体会.....静安区余姚路地段医院 方幼安 (143)
- 运用耳穴诊断肝癌.....上海市耳穴诊断肿瘤协作组 许平东 陆克祐整理 (144)
- 针刺提插补泻法治疗耳聋杨浦区中心医院 屈春水 曹建国 杨浦区中医医院 郭雅英 (147)
- 黄连素穴位注射治疗 112 例急性菌痢临床观察 ...上海中医学院附属龙华医院 程子成 薛福林 (149)
- 针灸治疗腱鞘囊肿 31 例疗效分析上海第一医学院中山医院 杨玉泉 (151)
- 火针治疗网球肘 447 例疗效观察上海第二医学院附属第九人民医院 彭瀛西 (151)

(七) 伤 科

- 中医伤科的发展卢湾区中心医院 施维智 (153)
- 双层马粪纸夹板治疗(新鲜)桡骨远端骨折上海中医学院附属龙华医院 钟锐球 (159)
- 肩关节周围炎的手法治疗(附 30 例疗效小结)
.....上海市伤骨科研究所 上海第二医学院附属瑞金医院 魏指薪 李国衡 (160)
- “脑震伤”的辨证论治静安区中心医院 陆云响 (163)
- 头颅血肿的辨证论治(附帽状腱膜下广泛血肿一例报告)闸北区中心医院 石纯农 (166)
- 介绍“弹力胸围”治疗肋骨骨折的临床应用杨浦区中医医院 邢妙秀 高菊梅 (167)

(八) 推 拿

- 推拿史概述上海华东医院 朱春霆 (169)
- 推拿治疗 ST-T 波改变介绍上海中医学院附属岳阳医院 潘崇海 芦云芳 (170)
- 关于我国推拿穴位的初步整理上海中医学院附属龙华医院 金德康 唐明扣 (172)
- 推拿治疗小儿肌性斜颈 150 例临床报导 ...上海中医学院附属曙光医院推拿科 黄浦区推拿门诊部 (173)
- ✓ 简易穴位推拿治疗小儿慢支哮喘 30 例疗效观察
.....嘉定县桃浦街道医院 姚志香 王建国 施韵芳 (174)
- 综合治疗软组织劳损性腰腿痛的体会 ...宝山县罗店卫生院 吴文豹 南汇县周浦卫生院 饶小康 (177)

(一) 内 科

中医中药治疗心肌梗塞经验介绍

上海中医学院附属曙光医院 张伯臾主治 郑平东 严世芸整理

急性心肌梗塞的临床表现似祖国医学文献记载中的“真心痛”。本病凶险,死亡率高。现将张老医师治疗急性心肌梗塞的经验介绍如下:

一、学术见解

张老医师吸收了张仲景“阳微阴弦,即胸痹而痛,所以然者,责其极虚也”。的理论,通过临床观察,看到了“真心痛”往往由胸痹发展而来,痹者闭也,不通则痛矣,故认为本病本质为“本虚标实”。本虚即患者本身心脏虚弱,阴阳失调,功能低下;标实则指“气滞”,“血瘀”,“痰浊内阻”,“寒邪凝泣”,所引起的脉管不通。一九七六年我院共收治9例急性心肌梗塞病员,有的并发休克、心力衰竭和严重的心律失常,在张老医师亲自指导下,采用以中药为主,适当配合些西药进行抢救、治疗,无一例死亡。

由于本病实质为“本虚标实”,治疗当以“扶正祛实”为原则,但须据病情的轻重缓急,或先扶正,或先祛实,或补中寓通,或通中寓补,或通补兼施。一般以邪实为主者当辨“气滞”,“血瘀”,“痰浊痹阻”,“寒邪凝泣”之不同,治疗以“通”为主,常用“芳香开窍”,“理气止痛”,“活血化瘀”,“宣痹通阳”,“散寒通脉”等法;以正虚为主者须别心阳虚,心阴虚,心脏阴阳两虚之异,治疗以“补”为主,常用温阳,坚阴,阴阳两补等法,但仍须佐以理气止痛,活血祛瘀之品。“补之时,毋忘通”;虚实并见者,要根据病情轻重,分别主次,“通补兼施”。

治疗本病张老医师特别强调关键在于防

“脱”,防“厥”。凡病心肌梗塞,胸痛彻背引臂,身寒肢冷,喘息不能平卧,或汗出,脉沉者,虽血分尚未明显下降,用药也宜“防脱”为先。阳虚有寒者选用参附汤、参附龙牡汤、四逆汤、四逆加入参汤等;阴虚有热者以生脉散(用西洋参或皮尾参)加生地;汗多需重用山萸肉,黄精之类。张老医师认为真心病属热者每挟腑气不通,尽管病情重笃,也须通腑泄热,甚则用承气汤之类。对于痛甚者,止痛乃当务之急,否则必致厥逆,可用乳香、没药、失笑散,若痛仍不止,乌头也可考虑应用。至于本病已发展至阳微阴绝,心阳外越之休克,或见阳虚水泛,水饮凌心射肺之心衰,以及心阳阻遏,心气不通之严重心律失常,则应以中西两法进行抢救。

二、常用方药

(一)芳香开窍:冠心苏合丸(本方久服有耗损心阴之弊,证情稳定,若见心阴不足,张老医师则用降香60克,没药60克,血竭30克,共研细末,每日三次,每次3克以理气和血止痛)。

(二)理气止痛:丹参饮(丹参,檀香,砂仁)、瓜蒌薤白白酒汤(瓜蒌,薤白头,甜酒酿露冲服)。

(三)活血化瘀:膈下逐瘀汤(桃仁,红花,赤芍,归尾,川芎,玄胡,枳壳,乌药,五灵脂,香附,丹皮,甘草)。张老医师常用降香代香附,黄连或莲芯代丹皮)。

(四)宣痹通阳:括蒌薤白桂枝汤(括蒌,薤白头,桂枝)。

(五)温振心阳:参附汤(红参15克另煎冲,

附片 15 克)汗多成脱加煅龙骨,煅牡蛎,山萸肉 30 克。

(六)补养心阴:生脉散(皮尾参 15 克另煎代茶,麦冬 30 克,五味子 5 克)。

(七)回阳救逆:参附龙牡汤合生脉散同用,病后调理多用炙甘草汤(炙甘草,桂枝,党参,生地,麦冬,阿胶,大麻仁,生姜,大枣)调和阴阳。

三、病案举例

(一)陈××,男,61岁,74年2月7日入院。住院号:74/4681。

入院诊断:急性前壁心肌梗塞。

胸痛彻背引臂,胸闷气短,得饮则作呕欲吐,大便秘结,苔白腻、脉小滑。阴乘阳位,清阳失旷,气滞血瘀,不通则痛,金匱曰:“胸痹不得卧,心病彻背者,括萎薤白半夏汤主之,”治从其意。

瓜蒌实 10 克,薤白头 6 克,制半夏 10 克,云茯苓 10 克,桔红 6 克,丹参 15 克,桃仁 10 克,红花 6 克,郁金 10 克,当归 10 克,制香附 10 克,生山楂 12 克。

按:本例为痰滞交阻,气滞血瘀,先用瓜蒌薤白半夏汤加味,通阳散结,豁痰化瘀,服十五剂症状消失,心电图提示:急性前壁心肌梗塞恢复期,后再用生脉散益气养阴调治,住院 25 天出院,未用西药。

(二)成××,男,71岁,76年6月21日入院住院号:76/2057。

入院诊断:急性前壁心肌梗塞伴频发房性早搏及偶发性室性早搏。

左胸阵发性刺痛二天,便秘七日,口臭口干,心悸,脉小弦不匀、舌边红带紫、苔白腻。湿热瘀滞交阻,拟清热祛滞活血通腑。

黄连 5 克 制半夏 12 克 全瓜蒌 12 克 生川军(后入)6 克 枳实 15 克 川朴 6 克 当归 15 克 川芎 10 克 红花 6 克 失笑散包 10 克 苦参片 15 克。

按:本例湿热瘀滞交阻,先用小陷胸汤合小承气汤加味治疗,后再用生脉散合清化通瘀之品调理。住院三周,心电图复查提示:前壁心肌梗塞恢复期。住院期间因严重心律失常曾用利多卡因二天。

(三)袁××,女,59岁,76年2月12日入院住院号:76/466。

诊断:广泛性心肌梗塞(无痛性)。

胸闷神疲、畏冷、动则汗出、便秘、血压不稳、脉细而迟、苔薄腻。心脏虚弱而痰滞瘀血交阻、颇虑厥脱之变、治宜扶正理气活血,佐以通腑。

朝鲜白参(另煎冲) 12 克 熟附片(先煎)6 克 麦冬 18 克 山萸肉 12 克 全瓜蒌 12 克 薤白头 6 克 制半夏 10 克 当归 18 克 红花 6 克 炒川连 3 克 生川军(后入) 10 克。

按:本例为无痛性心肌梗塞,症状虽不明显,但心电图提示:广泛性心肌梗塞。用上方加减,服四剂,复查心电图即转急性心肌梗塞恢复期,全予中药治疗好转出院。

(四)黄××,男,48岁,74年2月20日入院住院号:74/4789。

诊断:前间壁心肌梗塞向前壁发展

胸闷痛彻背,咳嗽气急,汗出,四肢欠温,血压 100/60 毫米汞柱,苔薄,脉沉细。心气极虚,胸阳不宣,血行失畅,颇有正气暴脱之虞,急拟养心固脱,参以活血。

红参(另煎冲) 10 克 麦冬 10 克 五味子 3 克 炙甘草 6 克 黄精 30 克 山萸肉 15 克 煅龙骨(先煎)30 克 当归 10 克 红花 6 克 桃仁 10 克。

按:本例为心脏气阴两虚,血行不畅,用生脉散加味治疗,症状迅速消失,心电图提示,前间壁心肌梗塞恢复期,住院 56 天好转出院。(入院第一天曾用地塞米松 10 mg。)

(五)薛××,女,75岁,1976年4月17日入院住院号:76/1292。

诊断:急性膈面心肌梗塞,心源性休克。

心前区绞痛一小时,头晕、随即昏厥,面色苍白,神志不清,小便自遗,冷汗湿衣,四肢厥冷,血压 70/60 毫米汞柱,脉细欲绝,舌淡苔薄白。心阳不振,血行失畅,厥脱重症,危在旦夕,急拟参附龙牡回阳救逆,配合西药共同抢救。

红参 15 克另煎代茶 熟附片 15 克(先煎) 山萸肉 18 克 全瓜蒌 12 克 薤白头 6 克 当归 18 克 红花 6 克 降香 5 克 煅龙牡各 30 克(先煎)。

按:本例为心阳式微,用参附龙牡回阳救逆加山萸肉以增强其固脱之力,好转后以气阴双补而收功。曾合用阿拉明、氢化强的松、西地兰等西药。住院 72 天,症状全部消失心电图已提示:陈旧性心肌梗塞出院。

(六)陈××,男,48岁,1976年6月29日入院住院号:76/2169。

诊断:急性下壁心肌梗塞,心源性休克,Ⅲ度房室

传导阻滞。

晨起左胸痞闷隐痛持续不止，气急唇紫，身热汗出，大便秘结，口臭泛噯，血压 80/50 毫米汞柱，脉细弱，舌红绛，苔白腻而干。心阴损伤，心火内燔，瘀滞痹阻，乃阴伤热瘀交阻之重证，急拟养心阴，清心火，佐以化痰通腑。

皮尾参（另煎代茶）15 克，鲜生地 30 克 北沙参 30 克 麦冬 18 克 川连 3 克 全瓜蒌 12 克 鲜石斛（先煎）30 克 炒丹皮 10 克 赤芍 10 克 红花 5 克 鲜石菖蒲 10 克 制川军 10 克。

按：本例为心肌梗塞之阴伤，热盛，瘀阻重症，虽血压下降不用参附龙牡，而用养阴清热活血通腑法，配合西药阿拉明、多巴胺、异丙肾肾上腺素、强的松等共住院 74 天，心电图为心肌梗塞恢复期，好转出院。

（七）李××，男，55 岁，1974 年 3 月 15 日入院。住

院号：74/5025。

诊断：急性下壁心肌梗塞，心源性休克。

心肌梗塞六天，持续用升压药血压尚未稳定，但心绞痛已止，胸闷气急，汗多肢冷，脉沉无力，苔薄白质暗，心脏阴阳二伤，痰瘀中阻，颇有厥脱之险，拟参附龙牡合生脉散，阴阳两补，坚阴饮阳。

熟附片（先煎）15 克 红参（另煎代茶）10 克 煅龙牡（各先煎）18 克 麦冬 10 克 五味子 5 克 当归 12 克 红花 6 克 桃仁 10 克 炒川连 2 克 全瓜蒌 12 克 薤白头 6 克。

按：本例为心脏阴阳两伤，持续用西药抗休克治疗六天，血压仍不稳定，张老医生会诊后用参附龙牡合生脉散，仅二剂血压即趋稳定，二周后症状消失，心电图提示：下壁心肌梗塞恢复期。

宁心汤治疗冠状动脉粥样硬化性心脏病 ——30 例疗效观察

上海市杨浦区中医医院 孟百三 张 萍

病例选择

30 例均参考 1974 年上海市冠心病普查预防座谈会修订的《冠心病诊断参考标准》确诊。治疗前大都均有典型心绞痛发作，心电图异常，（其中明显缺血表现 10 例，运动试验阳性 6 例，严重心律失常 14 例）治疗时间为在 1 个月以上。本组计男性 21 例，女性 9 例，年龄最小者 40 岁，最大者 71 岁，平均年龄 53 岁。病程 1 年以内者 10 例，2 年者 9 例，3 年者 5 例，4 年者 2 例，7~10 年者 4 例。疗程：3 个月以内者 7 例，3~6 个月者 5 例，6 个月以内者 18 例。

治疗方法

辨证施治分四型治疗，治疗期间，一般都停用西药。

一、气阴两虚型计 17 例，占总数 59.7%，多数病程较长。胸痛（心绞痛）如物压，胸闷气短、心悸、头晕、乏力、易汗出、夜寐欠安、口干、舌苔薄白、舌质红、边有齿印、脉细弦或有结代。

二、阳虚型计 4 例，占总数 13.3%。胸痛（心绞痛）有紧束感，心悸、手麻、胸闷气塞、动则气急、形寒肢冷、浮肿乏力、易汗出、面色苍白、胃纳差、大便溏薄、舌苔白腻、质淡胖、脉沉细缓、伴有结代或涩。

三、阴虚型计 4 例，占总数 13.3%。胸痛（心绞痛）胸闷、有烧灼感、心悸头晕、盗汗、夜寐欠安、口干、纳少、舌尖红苔少、脉细弦，时有代脉。

四、痰湿型计 5 例，占总数 16.7%。胸部抽痛或刺痛（心绞痛）痛引左肩背，胸闷心悸、头晕目眩、肢痠乏力、夜寐多梦、大便溏薄、舌苔白腻、脉濡缓、偶有结代。

宁心汤：孩儿参9克 丹参9克 当归9克 川芎3克 生地9克 赤白芍各9克 桃仁9克 红花4.5克 茯苓9克 广木香4.5克 陈皮3克 炙甘草3克。主治气阴两虚型。若为阳虚型加桂枝4.5克；浮肿明显者加熟附片4.5克；若为阴虚型加元参9克 麦冬9克；若痰湿型去生地、当归、川芎加炒苍朮9克 制半夏9克 焦查曲各9克 泽泻9克。

疗效分析

1. 心绞痛疗效：根据74年上海市冠心病普查预防座谈会修订的《冠心病心绞痛及心电图疗效评定参考标准》以下简称参考标准，提出了疗效分级，本组29例心绞痛(1例无症状)患者中，计轻度12例，中度17例。经过治疗，其中显效者14例，改善者14例，基本无效者1例，总有效率96.6%。

2. 心电图的改变：根据《参考标准》本组病人心电图治疗前后可对照者12例，经过治疗，其中显效3例，改善4例，无改变者5例，总有效率58.3%。

3. 血脂的改变：本组病人的血脂检查前后可对照者，胆固醇异常数11例，经治疗后降至正常者7例，明显下降1例，退步者2例，无变化者1例，总有效率72.7%，三酸甘油脂异常者14例，治疗后降至正常者4例，明显下降者8例，无变化者1例，退步者1例，总有效率85.7%。

讨 论

一、关于冠心病的病因病机问题：

祖国医学古代文献上虽无冠心病的病名，但类似冠心病的症状，则早有记载。

根据我们临床实践，心血瘀阻不通则痛是冠心病各种类型病人的共同的病机，其病因主要有：

(一)素为肝肾阴虚之体(包括高血压)病延日久，加之年老体弱，肾气不足，心气亦虚，导致

气阴两虚，血行不畅心血瘀阻，(气阴两虚型)

(二)素本先天不足，心肾阳虚，加之平素多静少动，造成阴盛阳虚；或过分劳累，损伤心脾，心脾气虚，进一步发展形成心阳不足，气血瘀阻(阳虚型)。或因重病之后，阴血亏耗，心失所养，血行不畅，心血瘀阻(阴虚型)。

(三)饮食不节，多食肥甘厚味，损伤脾胃之阳，(厚味为阴、淡味为阳)脾阳不运，则寒湿凝滞，湿盛生痰，湿痰内聚，阻遏心阳。

(四)七情内伤，主要七情伤于气《素问·举痛论》“怒则气上，喜则气缓，悲则气消，恐则气下，惊则气乱，思则气结。”由于长期精神紧张，或过分激动，或久郁不解，均可造成气血紊乱，气滞血瘀，导致心血瘀阻。

以上病因并不是孤立而是相互影响的，而七情内伤是各类病人共有的触发诱因。在本组病人中，不少病人常因情绪不佳而引起病情变化。

二、关于冠心病的治疗问题

在急性心绞痛发作时，一般均采用温阳止痛的方法，如冠心苏合丸之类，以解痉止痛，舒张冠状动脉，但多用则耗气伤阴。必须探索以治本为主的有效药物，通过二年的观察，我们发现宁心汤，药性平和，功能益气养阴，活血化瘀，既有培元固本之功，又无耗气伤阴之弊，对心绞痛的缓解，心电图的改变，血脂的下降似有较好疗效。病人服用后无明显副反应。

三、关于止痛药和降脂药物的应用问题

一般常用的止痛药物大都为芳香理气之品，在急性心绞痛时有效，而对慢性心绞痛的效果欠佳。宁心汤中理气药少，剂量亦轻，而止痛效果尚好。说明辨证施治的可贵，运用益气养阴，活血化瘀药物也可达止痛之效。

对高血脂病人的治疗到某些祛脂药物如茶树根，山楂等服用时血脂可暂时下降，但停用药后反跳明显，似为治标之药。本组病员中有些病人只服用宁心汤，未服上述祛脂药，血脂下降后疗效较持久，是否由于益气养阴，活血化瘀，调整了机体本身脂肪代谢功能，间接地达到降脂的目的，其确实机制有待研究。

真心痛 4 例治验

第二军医大学附属第二医院西学中班 张志雄主治 高月华整理

心肌梗塞所产生的一系列症状祖国医学列入真心痛范畴。其病因大多与大寒犯心，情志所伤、过食肥甘等有关。通过气滞、血瘀、阳微，阴盛等病理机制而致胸痹心痛，治疗以芳香开窍、活血化瘀，宣痹通阳，益气养阴为常法，基本处方为益母草、丹参、川芎、桂枝、瓜蒌、半夏、枳实、厚朴，病情较重者加用失笑散以增化瘀止痛之效。

张老师每以此方随证出入，灵活运用，药到病除，现举记录完整的真心痛治验 4 例，结合自己的学习体会介绍如下。

例一 田×× 女 63 岁 家务 住院号 108629。患者在 1966 年体检发现高血压，伴有头痛头昏，血压最高达 220/110 毫米汞柱，间断服降压片尚可控制症状，1976 年夏季开始，经常发“心绞痛”，发病前一日，下午饱餐后上腹部疼痛如绞，曾用阿托品等无效，第二天上午阵发性绞痛加剧，伴呕吐、便秘，再次复诊，以腹痛待查入院。体检：体温 38.2℃，脉搏 72/分、血压 160/110 毫米汞柱，精神差，心浊音界向左下扩大，心率 72/分，心尖区二级收缩期杂音， $A_2=P_2$ ，腹软，无包块，剑突下触痛明显。心电图提示：急性下壁心肌梗塞。

〔初诊〕 心下疼痛如绞、神疲乏力，大便干，脉弦细，舌质红，苔黄腻，症属真心痛，气滞血瘀型。治宜：活血化瘀，豁痰通络。

处方：益母草 丹参 川芎 瓜蒌 半夏 枳实
黄连 失笑散 青宁丸

〔二诊〕 服药七剂，心绞痛未发作，四天后腹痛消失，精神好转，大便通畅，心电图符合心肌梗塞演变期，原方不更动，继服七剂。

〔三诊〕 两周后偶有胸闷憋气，指末不温，脉细无力，苔厚腻虽化，舌质仍偏红，属于气阴两虚之证。治宜：益气养阴，化瘀通络

处方：南北沙参 麦冬 五味子 石斛 丹参
川芎 苏木 桂枝 生地黄

服药后症状消失，原方续服、以巩固疗效。出院。

〔讨论〕 本病例梗塞部位在下壁，直接和膈肌相贴，反射性地引起胃肠道症状比较明显。祖国医学文献中，在心腹痛一门内有心绞痛的描述。该病人之上腹部疼痛、实际上即是心绞痛之表现，其病理机制同样符合冠状动脉供血障碍，心肌缺血坏死，与气滞血瘀的理论是相吻合的。在用药方面，其中丹参、川芎、益母草均有祛瘀生新之功、川芎为血中之气药，走手足厥阴两经，能加强活血之效能，如心痛甚者，加失笑散吞服，瓜蒌、半夏、川朴，枳实以豁痰化浊，理气行滞，心肌梗塞病人，在进入恢复期的往往表现为阳损及阴，阴损及阳的阴阳失去平衡的情况，因此后期多以益气养阴或益气温阳的方法来调治之，通常以生脉散为主方，其中以南北沙参养肺胃之阴，麦冬除滋养心营之外，尚有兼清胃热之功，五味子为收敛之品，该方一补，一清，一敛。桂枝一药，温经通阳有独特之功，配生地黄滋养血液，又可免除桂枝之温燥。

例二，唐×× 男 47 岁 工人 住院号 109705。

三年前发现高血压，一般在 130~150/90~100 毫米汞柱，伴失眠，头昏，头痛、服降压片可控制，今年二月曾发生心前区疼痛一次，在一周前突然出现阵发性胸骨后压榨性疼痛。一日发作数次，每次 3~5 分钟，在原单位医务室认为系胃炎，胃痉挛，服阿托品、普鲁本辛等药品无效，即来院急诊，当时持续性疼痛，且阵发性加剧，向左肩背部放射，上腹部胀痛、大便干，头昏，心慌，气急，出冷汗而住院。体检：体温 37.5℃，脉搏 76 次/分，血压 124/84，神志清，口唇指趾无紫绀，心界不扩大，第一心音减弱，律齐，无病理性杂音， $A_2>P_2$ 肺部阴性，剑突下压痛。心电图提示：急性前壁心肌梗塞。

〔初诊〕 胸闷憋气，胸膈两乳间疼痛，心痛彻背，头昏心慌，出冷汗，上腹部胀满不适，大便干，脉弦滑数，舌质红，苔黄腻，症属真心痛，表现为阳明腑证。治宜：攻里通下，祛瘀化浊。

处方：生军 川朴 枳实 黄芩 半夏 瓜蒌

菖蒲 川连 吴萸 丹参 失笑散

〔二诊〕 服药后,诸症大减,脉转弦滑,舌质较稠,黄腻苔较前亦化其半,复查心电图符合心肌梗塞演变期。处方用药,当予益气养阴、化痰通络,稍佐调理脾胃之品,服十四剂,病情稳定。

〔讨论〕 本病例初起表现为胸闷憋气,其后心痛彻背、胸膈间疼痛,上腹部胀满,大便干、结合脉证舌象分析,脉弦主痛主实,滑为痰浊,数则有热、舌质红苔黄腻,证属痰浊交结,痰热互阻胸中,故从阳明腑证治之,以大黄、枳实、厚朴通腑泻热,瓜蒌、半夏、菖蒲化痰浊兼通心气,丹参、失笑散和营理气止痛,黄连、吴萸和胃降逆。投药七剂,诸症减轻。总之六腑以通为用,阳明腑证则非通不治,但一味攻下通腑易伤正气,当因势利导。在病情稳定诸症减轻,处于恢复阶段,当以益气养阴,兼顾脾气,方能达到巩固疗效之目的。

例三 张×× 男 50岁 干部 住院号 109971。

患者在 1972 年发现高血压,一般在 130~160/110 毫米汞柱左右,时感头昏,1973 年查血脂偏高,1974~1975 年曾有两次心绞痛发作、但心电图阴性。近来工作较忙、在入院当天中午与他人谈话之际,突然胸骨后闷痛,汗冷而多,左手发麻,约持续十分钟左右、口含硝酸甘油片后疼痛暂缓解,四小时后又类似发作,且伴呕吐,故入院治疗。体检:体温 37.5℃,脉搏 60/分,血压 130/90 毫米汞柱,形体肥胖,神志清,精神差,唇无紫绀,心界不大,心音低钝,律齐, $A_2=P_2$ 腹部无异常。心电图提示:急性前间壁心肌梗塞。

〔初诊〕 胸闷憋气,胸痛有定处,脉弦,舌质胖暗,边有齿痕,苔面黄腻,症属真心痛,痰浊痹阻心阳。治宜:宣痹通阳,豁痰化浊

处方:瓜蒌 半夏 黄连 枳实 川朴 失笑散 青宁丸 二剂

〔二诊〕 药后胸闷憋气改善,胸前区疼痛已止,脉弦,舌质仍淡胖有齿痕,上述方药有效,继服七剂。

〔三诊〕 胸前区疼痛未再发作,但有时仍有胸闷憋气感、仍属瘀阻,心阳不振,继续上方治疗。

〔四诊〕 服上方七剂,症状消失,复查心电图,示心肌梗塞愈合型,但按脉虚细,指末不温,舌质润、苔面薄腻根部厚腻。治宜:益气温阳,化痰通络。

处方:熟附块 桂枝 黄芪 益母草 丹参 川

芎 半夏 瓜蒌 苍术 甘草 大枣 服药七剂,带方出院。

〔讨论〕 本病例以瓜蒌 半夏 厚朴 枳实宽胸理气化痰,益母草 丹参 川芎 三药根据药理研究,有明显的扩张冠状动脉作用,使局部血流量增加,改善血供和氧供,达到宣痹通阳的目的,使被损病灶逐渐恢复,但欲善其后、还得补其不足,根据急则治其标,缓则治其本,先以益气温阳,待阳气来复后,再加入化痰通络之方药收功。

例四 陈×× 男 64岁 工人 住院号 108309。

高血压病史 15 年,近两月来胸前区疼痛反复发作似刀割,全身冷汗,活动及劳累加剧,地段医院诊断为冠心病,来院当天复查心电图为急性前间壁心肌梗塞。

〔初诊〕 患者体型肥胖、胸前区疼痛如刀割、大汗淋漓、大便干、脉弦滑数、舌质紫暗、舌边缘有瘀斑、苔面白腻,症属真心痛、阳微厥逆、气滞血瘀型。治宜:回阳救逆、活血化痰。

处方:人参 附子 龙骨 牡蛎 桂枝 益母草 丹参 川芎。服药后,症状明显改善,守方不更,再进三剂,复查心电图为前壁心肌梗塞演变期,由于舌暗转润,苔腻亦化,即改用益气养阴、化痰祛瘀方法以善其后。

跟随张志雄老师学习后,我对心肌梗塞的治疗有下列几点体会:

一、急性心肌梗塞,在祖国医学是属于真心痛范畴,其特征是来势急,病情重,病变速,应力争尽早中西医结合治疗,可缩短急性病程,改善坏死后的血供。

二、中药的运用,早期重在活血化瘀,后期当宜益气养阴等法。

三、在治疗中要精于抓住主要的矛盾,辨证施治,不能固守一方,不能一成不变。

四、本文所选四例,在住院期间,均用过复方丹参静脉滴注,个别病例先用复降片、地戈辛、维生素丙等,效不显,后经张老师会诊而见效,说明中医中药在治疗心肌梗塞中确有良好作用。

谈“辨病”

上海中医学院 金寿山

我这里谈的辨病，是谈中医的“病”。目前常常讲到“辨病与辨证(证)相结合”的问题。

这里的所谓辨病，实际是指辨西医的“病”，辨证是指辨中医的“症(证)”。中西医相结合，有利于认识疾病的本质，有利于提高诊断和治疗质量，是很对的。但也有一些人误解为中医只讲辨证(证)，不讲辨病，甚至认为中医只能辨“症(证)”，不能辨“病”，那就不对了。

中医是讲辨病的，所谓“伤寒”，“温病”，都是病名；《金匱要略》，是一本论述杂病的古书，其中，有中风、疟疾、血痹、虚劳、肺痿、肺癰、寒疝、积聚、痰饮、消渴、淋、水气、肠痈、蛔虫病等名称，也都是病名，它以“××病脉证并治”名篇，就是说明必须在识病的基础上来辨证(证)施治。可见自古以来，中医是讲辨病的。有人以为，中医讲“辨证(证)施治”，那么，只要能够辨别气虚、血虚、阴虚、阳虚、气滞、血瘀、肝失疏泄，脾失健运、肺失肃降……等，就可以“异病同治”，还要辨什么病(中医的病)？这把中医看得太简单了。诚然，上面这些症(证)，是要辨别的，但仅仅辨这些是不够的，它只能解释疾病过程中出现某些症候的病理，而不能认识到某一个病的全部病理。全部病理不明，立法就没有原则性，今天看到阳虚用温阳药，明天看到阴虚用养阴药，无异被动应付。“有是症用是药”这句话，是指在见症确切的情况下，大寒药、大热药、大攻药、大补药、剧毒药应该放胆使用而说的，并不是说治病可以毫无原则地“随症变法”。岳美中老大夫有治一慢性肾炎的病例，始终用防己黄芪汤，将近二百剂。就因为岳老有真知灼见，识其病属“水气”，温运脾阳是一大法，性质属于脏病，不能急于求功，必须假以时日，故

能有方有守，终于治愈。尽管中医所定的“病”，与西医所定的“病”，理论上的立足点有所不同(但也有相同的)，但既然确定是一个病，决不是一个孤立的症(证)候，也不是所谓“症(证)候群”，而是有原因，有发病机理，有发展过程，有规律可循，有预后可测，它的治法也有一定的原则，若干方是其专方，若干药是其专用药或首选药。但又并不等于一病只有一方或二方。以痰饮病为例，凡肺有停痰，膈有留饮，肠胃有积水而表现寒象者，中医称为痰饮。辨明这个“痰饮病”，首先必须辨明体内有无停痰、留饮或积水存在；必须认识它的原因是由于津液运行失常，津化为饮；进一步必须辨明津液之所以运行失常，是由于肺失通调，或脾失运化，还是由于肾失温蒸；还要认识肺、脾、肾三者之间的相互关系，从肺与脾的关系来说，脾是根本的，因为脾是生痰之源，从脾与肾的关系来说，肾又是根本的，因为肾阳为诸阳之本，又主水液。肾阳不足，气化功能减退，阳衰寒盛，是痰饮病的特性，所以治疗痰饮的用药原则，“当以温药和之”。掌握了痰饮病的发展规律一般是由肺及脾，由脾及肾，所以先则治肺，继则治脾，终则治肾。理、法、方、药，就是这样一气贯通的。

再如六经辨证(证)，卫气营血和三焦辨证(证)，首先就是用于辨伤寒还是温病？伤寒伤于寒邪，是其特性，故发表不远热，不避麻桂之辛温“伤寒之邪，留恋在表，然后化热入里”，又是一个特性，因为寒邪可以化热入里，但有一个过程，所以“外证未解，不可下也，下之为进”；寒邪容易伤人之阳，故《伤寒论》论述少阴病特为详尽，脉沉便当急温，才不至于内热炽盛，危症迭出，这更与伤寒病的特征有关。至于温病，则

原为热邪，即有表症，只可用辛凉解表，而且化热最速，可及时应用苦寒直折；温邪容易伤人之阴，最怕伤津液，故叶天士说：“或其人肾水素亏，病虽未及下焦，每多先事傍徨，此必验之于舌，如甘寒之中加入盛寒，务在安其未受邪之地，恐其陷入易耳”。注意“务在先安其未受邪之地”一语，就不是见到阴伤液涸的地步而后用养阴药，而是认识到温病有伤阴的特性，必须事先虑及，照顾津液。谈到这里，必须进一步指出，治疗温病须及时照顾津液，这是指一般温病，如风温，暑温而言；至于湿温病，就又有特殊性，有时还要促使它化燥，如张聿青治以翁湿温蒙闭一案，其症神昏足冷，身热并不炽甚，脉浮滑并不甚数，苔白腻并不焦黑，张氏认为此症紧要关头，全在表热外扬，邪方透达，用芳香通神，辛苦苦降之法，复诊由张氏学生代去，见其热已起而厥渐转，舌绛，中带焦黑而干，认为湿已化燥，拟用牛黄丸、犀角地黄汤，或鲜石斛及清营汤加减，但张氏则认为“尚不可言化燥，燥化未足也，不可滋腻，再用开泄，冀其化热化火，须十分透彻乃妙。”仍守原方出入。为什么张氏能这样看问题？就因为他能辨病，辨其病属湿温，其病机是“温盛之极。中阳不运，致湿蕴成痰，痰蒙清窍。”胸有成竹，故能不为出现“舌绛。中焦带黑而干”一症所动摇而贸然改用滋腻之药。

伤寒、温病须着重辨病，慢性病也是一样。如“虚劳”一病，仅据《金匱要略》所描述的见证，就有渴，亡血、失精、不育、半产、干血、腰痛、腹痛、下利清谷、喘、悸、盗汗、失眠、瘰癧等等，已很繁多。后世对虚劳的认识和发展，见症远不止于此，但尽管繁多，仍可概括为几个特点：1. 慢性；2. 进行性；3. 消耗性。它的症（证）候突出表现就是“虚”。根据这些特点，故认为是由于五脏气血亏损所致，这就是久虚不复谓之损，损极不复谓之劳，虚损劳三者相继而成的道理，它与一般所称气虚、血虚、阴虚、阳虚既有联系又有区别，有联系的是虚劳病的见症，总不出气虚、血虚、阴虚、阳虚范围；区别的是气虚、血虚、阴虚、阳虚的症候，在各种疾病或在各种疾病的某一阶段，或在疾病的恢复期中都可以出现，并

不就是虚劳病。虚劳是中医所称的“病”，气虚、血虚、阴虚、阳虚是中医所称的“症”（证），就是区别之点。

虚劳既是一个病，那么，它就有原因，有发病机理，有发展规律，有治疗原则，必须对它有一个全面的认识。下面以虚劳为例，进一步予以说明。

虚劳一病，首先应该根据《难经》，分为上损、中损、下损。所谓上损，包括心肺之损，是“一损损于皮毛，皮聚（皱缩）而毛落”，亦即损其肺；“二损损于血脉，血脉衰少，不能营于五脏六腑”，亦即损其心；所谓中损，是“三损损于肌肉，肌肉消瘦，饮食不为肌肤”，亦即损其脾；所谓下损，包括肝肾之损，是“四损损于筋，筋缓不能自收持”，亦即损其肝；“五损损于骨，骨痿不能起于床”，即损其肾。再要根据《金匱要略》分为：“脉大为劳，脉极虚亦为劳”两大类，脉大，脉极虚。表面上是讲脉，实际是讲病机，所谓“脉大之劳是烦劳伤气，脉极虚之劳是精血内夺。”《难经》与《金匱要略》的论述其实互有联系，前者是经，后者是纬。总的来说，就是五脏气血亏损。它的发展过程，根据叶天士经验总结，上损可以及下，下损可以及上，过中就为难治（临床所见确属如此）。总的治疗原则是：“虚者补之”，“损者益之”，“劳者温之”（温是温养之义，不是指尽量用温热药）。进一步则分五脏论治，所谓“损其肺者益其气；损其心者调其营卫；损其脾者调其饮食，适其寒温；损其肝者缓其中；损其肾者益其精。”至于处方用药，脉大之劳，上中之损，用药首推黄芪建中，这是因为，“损其肺者益其气，”而甘温之药能够益气，叶天士就这样运用，举《临证指南》医案一则如下：“伍，56岁，劳力伤阳，自春至夏病加，烦倦，神羸，不食，岂是嗽药可医。《内经》有“劳者温之”之训，东垣有甘温益气之方，堪为定法。黄芪建中汤。”损其心者，法当调其营卫，何以也可用黄芪建中汤？这是因为“胃为卫之本，脾乃营之源”（李东垣学说），建立中气即所以调其营卫。当然，治上中之损，并不只有黄芪建中汤一方，用黄芪建中汤也必须有一定的适应症。从叶天士医案中

可以看出应用黄芪建中汤有下列几个指征：1. 久病消瘦乏力；2. 胃纳不佳；3. 时寒时热；4. 喘促短气，容易汗出；5. 脉虚无力，不数；6. 有操劳过度既往史。反之，有阴虚内热现象者，就不可用黄芪建中汤，只可用炙甘草汤。如《临证指南》虚劳门一案：“某，脉虚细，夜热，畏寒，烦倦，口渴，汗出，脏阴已亏，为元气外泄，宗《内经》凡元气有伤，当予甘药之例，阴虚者用复脉汤（即炙甘草汤）。炙甘草汤是《金匱》虚劳篇的附方，主治虚劳不足，汗出而闷，脉结，悸。虽为后人所附，但确是张仲景的方子，以治心律失常，用之有效，故一名复脉汤。它的作用：是补心气、通心阳，滋心阴、养心血，兼而有之，从而恢复心主血脉的功能，确为治疗“二损损于血脉，血脉虚少，不能荣于五脏六腑”之良方。为什么炙甘草汤既用参、桂、姜、草等阳药，还有酒；又用阿胶、麦冬、麻仁、地黄、大枣等阴药？徐忠可的解释较好：“脉结是营气不行，悸则血亏而心无所养，营滞血亏而更出汗，岂不立槁乎？……人参、桂枝、甘草、生姜行身之阳；胶、麦、麻、地行身之阴，盖欲使阳得复行阴中而脉自复也。后人只喜用胶、地等而畏姜、桂，岂知阴凝燥气（即指营滞血亏），非阳不能化邪？”但必须指出，本方以炙甘草为主药，用到四两，这不足为奇；最突出的是地黄用到一斤，大枣用到三十枚，此二味用量之重，这在张仲景方中是仅见的。可见本方平补阴阳，而以滋阴为主，其中甘草、地黄、大枣都是通经脉，利血气，补少气，少津液的首选药。方中阴药方面要用得重，阳药要用得轻，只用阴药不用阳药固然不对；在一般情况下，把用量颠倒过来，也是错误的（即阳药用得重，阴药用得轻）。因此，本方与黄芪建中汤是治虚劳病的两个重要方剂，叶天士最为赏用，称为“理阳气当推建中，顾阴液须投复脉。”损其脾者，当调其饮食，适其寒温，处方用建中汤更属理所当然。补脾之方还有归脾汤，补中益气汤亦属常用之方，此两方的区别应用，王旭高要言不繁地说：“思虑伤脾之营，劳碌伤脾之气。归脾汤，补脾之营也；补中益气汤，补脾之气也”。损其肺者益其气，损其心者调其营卫，损其脾者调其饮食，适

其寒温，这是辨病施治；理阳气当推建中，顾阴液须投复脉，补脾之营用归脾汤，补脾之气用补中益气汤，这就是在辨病的基础上的辨证（证）施治。

脉极虚之劳，多由精血内夺，症（证）属肝肾下损。《金匱》虚劳篇，治肝方虽有酸枣仁汤，治肾方虽有肾气丸，然前者只是治损其肝者中的一个症候（虚烦不得眠），后者只能温壮肾阳而不能填充肾精，《金匱》对论述肝肾下损方证，显属未备，后世在补肝肾方面却大有补充和发展，约言之，补肝之法：一曰养肝，肝脏血，补血即所以养肝，当归、杞子、首乌是常用药，一贯煎是一个代表方剂；二曰敛肝，肝以酸敛为补，萸肉、白芍、木瓜、乌梅都有敛肝作用；三曰缓肝，“肝苦急，急食甘以缓之”，甘麦大枣汤三味皆属甘药，正合“损其肝者缓其中”之义，药虽平淡，再加白芍、萸肉，以治肝失柔和，用之每多卓效。叶天士所谓治肝不外辛以理用，酸以治体，甘以缓急，后二者即属补肝之法。损其肾者，《难经》已经明确指出，须益其精，故叶天士每用滋阴填阴之法，以复脉汤为主方，再加河车、龟、鹿角胶、猪、羊脊髓等血肉之品栽培精血；佐以温柔，如苁蓉、枸杞子、菟丝子、潼蒺藜、巴戟天等药。但是，用这些药，有一点必须注意，就是病人必须胃口好，如《临证指南》虚劳门一案说：“王，22岁，此少壮精气未旺，致奇脉纲维失护。经云：“形不足者补之以气，精不足者补之以味，”今纳如常，当以血肉充养。牛骨髓 羊骨髓 猪骨髓 茯神 枸杞 当归 莲子（可能是丸方）。”在阴伤及阳，下损及上之虚，必须从乎中治，如《临证指南》遗精门华案说：“……久伤精气不复谓之损，然必纳谷资生，脾胃后天得振，始望精气生于谷食……，阅古东垣，丹溪辈，于损不肯复者，首宜大进参术，多至数斤，谓有形精血难生，无形元气须急固耳。况上下交损，当治其中。”

由上可见，治虚劳的大法，既要分阴阳治，又要看上、中、下见症。阳伤者以黄芪建中汤为主方，阴伤者以复脉汤为主方。症属下损而胃纳佳者可用填阴之药，若已经“食减、便溏、欲吐、腹痛，二气交伤，然后天为急”（叶天士

语),又要用建中汤了。

谈虚劳已谈得较多,目的是说明辨病的重要性。象虚劳这类范围广泛,见症繁多的疾病,仍然有它共有的特性,有它的发展规律,因而对它的治疗,仍有一定的原则性。可见,中医本身也要辨病与辨证(证)相结合,辨病而施治,这是认识和解决每一疾病的基本矛盾;辨证(证)而施治,是认识和解决疾病过程中的主要矛盾。只有在辨病的基础上辨证(证)施治,才有全局观点,诚如叶天士所说:“疾病有见证,有变证,有转证,必灼见其初终转变,胸有成竹,而后施之以方。”只有辨病,才能掌握疾病发展的规律性,肝病传脾是一个规律,所以“见肝之病,知肝传脾,当先实脾。”只有辨病,方能体现出中医治病整体观。我们常说中医有一套完整的理论体系,这个体系正是通过联系辨病的实际来体现的(例如辨明痰饮病,必须运用有关津液生成,输布和排泄的理论)。可以认为,同一疾病(中医的病),在其不同阶段,或在特殊情况下,当然应该“异治”,但在多数情况下,不是“异治”而是“同治”,“同治”是常法、古法;“异治”只是变法。不同疾病,原则上是“异治”的,即使性质相类似的疾病(如痰饮与水气),在某一个阶段的处方用药基本相同,但从全部过程来看,还是“异治”的。至于某些方药可以广泛应用于多种疾病,这在西药也有这种情况,不能因此就无条件地认为异病可以同治。还有在临床上,根据四诊所得的材料,暂时还不能判明属于何病,只能辨证(证)施治,这是特殊情况,不能认为是“异病同治”,更不能因此就认为可以不要辨病。

当然,不通过辨证(证),辨病是无从入手的。强调辨病,并不是说不能辨证(证),而是说明辨证(证)更要深化,在辨证(证)的时候,要有全局观点,不能仅着眼于当前的见症,而是要进一步分析为什么会出现这个“症”(证),预测出可能发生的变化及其后果,即所谓通常适变。前面所谈到的虚劳病,就说明先从辨证(证)入手,认识它是虚劳病,又在辨病的基础上进一步辨证(证),分别施治,不能认为辨病既确,治法就

可千篇一律,见到黄疸一病(中医称它是病),就只知道清湿热,或者只知道辨别阳黄、阴黄、湿热、虚湿,而不知道黄疸一病,不但可用下法,清法,温法,还可用补法及其它方法。《金匱要略·黄疸病脉证并治》有“男子黄,小便自利,当予虚劳小建中汤”一条,就用补法。小建中汤上而加上“虚劳”两字,已点出症属虚黄,而其病还是属于黄疸,尤在泾,王旭高认识到这一点,都有虚黄案例,近人也有用黄芪建中汤治疗虚黄报导(见《中医杂志》1958·7)。但也有人认为该条所论述,不是黄疸,而是萎黄病,就是所见不广。萎黄病当然可用小建中汤,但萎黄病面黄而目不黄,黄疸病例面目身体悉黄,尽管出现虚症,还是属于黄疸。尤案,王案用建中法都有面目身体悉黄见症,足证确为黄疸。尤在泾于《金匱》黄疸病篇总结为“夫黄疸之病,湿热所郁也,故在表者汗而发之,在里者攻而去之,此大法也。乃亦有不湿而燥者,则变清利为润导,如猪膏发煎之治也;不热而实,不实而虚者,则变攻为补,变虚为湿,如小建中之法也;其有兼证错出者,则先治兼证而后治本证。如小半夏及小柴胡之治也。”就是对同一疾病的同治与异治关系的阐述。

辨病也好,辨证(证)也好,必须理论通,思路广,方法多,既要掌握原则性,又要有一定的灵活性。其次,强调辨中医的病,并不是说不要辨西医的病,因为中医所称的“病”,来自经验的总结,并在理论上有它的立足点,但毕竟是古代所定,受着历史条件的限制,一般来说,不及现代医学所定病名之准确(中医所称的某些病,实际上还是一个症),这是无容讳言的。就以虚劳一病为例,因五脏本身气血亏损而成者,固属有之;但更多的是因他病而导致五脏气血亏损,即所谓“病致虚”。治其原发之病,才是治本之计,不去其病,虚亦终不能复。古人也看到这一点,所以有用大黄廋虫为除干血以治虚劳之法;但又不是完全认识清楚,把活血化瘀的大黄廋虫丸直接认为“缓中补虚”之方,(尽管方中有补养之药,但全方决不是补方)这就是时代的局限性。我们要辨中医的“病”,这在中医理论范围

来说,是对疾病的认识深化了一步,对诊断和治疗质量也一定会有提高。但我们又决不能以辨中医的“病”为满足,而必须与辨西医的“病”相

结合,不断总结经验,才能使中西医学,真正从理论上做到融合贯通,而创造中国统一的新医学,新药学。

以鱼鳔胶为主中药复方治疗再障 9 例小结

上海第二医学院附属新华医院 金谷城

鱼鳔胶即石首鱼的鳔加工而成。古代记载有暖精种子之功,有大补真元调理气血的特效,是治虚劳的有效药物之一。我们自 1975 年开始用鱼鳔胶治疗一例原因不明红细胞系统增生不良性贫血后,进一步治疗 8 例再障小结于下:

一、第一个有效病例介绍

张×× 女, 27 岁, 住院号 9481、入院日期 1975 年 7 月 10 日出院日期: 1975、12、17。

主诉: 头昏、心悸、气急、面色苍白一月。

简史: 自 1975 年 6 月中旬起, 感觉头昏、心悸、气急, 同时伴有胸痛、四肢面部麻木、纳呆。休息后能缓解, 尚能坚持工作。以后休息时亦感心悸、气急、胸闷、以致卧床不起。在外查血: 红细胞 250 万, 血红蛋白 5.5 克、网织 0.6%, 白细胞 4200。发病前一向体健。无特殊服药史及接触化学药品史。无急慢性失血史, 无家族性贫血史。

体检: 明显贫血貌, 巩膜无黄染, 浅淋巴结无肿大。胸骨压痛(一)两肺(一), 心率 128/分, 律齐, 心尖可闻及 II° 收缩期吹风样杂音, 腹软, 肝脾未及, 皮肤粘膜未见出血点, 四肢关节无异常。

化验: 红细胞 175 万, 血红蛋白 4 克, 白细胞 7400, 中性 64%, 淋巴 36%, 网织 0.1%, 血小板 84000, 骨穿: 红细胞系极度增生低下。

诊断: 原因不明红细胞系增生不良性贫血。

住院经过: 入院后用强的松, 苯丙酸诺龙及中药治疗。入院两个月内共输入全血 1200 毫升, 红细胞 1600 毫升, 血红蛋白稍有上升, 一周输血 2~3 次情况下, 血红蛋白仅在 5 克水平, 如果输血减少即不能维

持, 症状未见改善。自 9 月 15 日开始在补气、补血、补肾中药方中加入鱼鳔胶 30 克/日, 不久由于血源紧张未予大量输血, 自 10 月初自觉症状稍有改善。10 月 13 日发现网织突然上升到 2.3%, 10 月 15 日上升到 4.5%, 当时红细胞还在 150 万, 血红蛋白 5 克, 由于对鱼鳔胶的作用认识不够, 甚至怀疑网织计数有差错。故自 10 月 13 日起又加了丙睾。10 月 24 日红细胞已上升到 290 万、血红蛋白 7 克。症状逐渐缓解。经过内科中医科讨论①再生障碍性贫血诊断肯定。②雄性激素剂量不大, 不能发挥治疗作用, 而且自觉症状好转和网织上升发生在用丙睾之前。强的松主要作用于白细胞, 对于红细胞系作用不大。③患者入院 3 个月余已输血(包括全血和红细胞)4900 毫升, 中西药物积极治疗无效, 自加入鱼鳔胶后一个月血象有显著上升。故肯定是中药, 特别是鱼鳔胶的作用。为了进一步观察疗效, 停用全部西药, 单用鱼鳔胶(剂量加到 45 克/日)为主的中药复方。一月以后(11 月 25 日)血红蛋白上升到 10 克, 12 月 10 日复查骨髓像, 结果正常。出院时血红蛋白 11 克, 红细胞 380 万。经继续治疗至 12 月 31 日血红蛋白 12.5 克, 1976 年 1 月 7 日血红蛋白 14.5 克停药。中途又得血清性肝炎, 用中药治疗。现已随访二年余, 血红蛋白在 12~14 克之间, 红细胞在 400 万以上。属基本治愈, 疗效肯定。

二、9 例再障患者治疗小结

在第一例成功以后, 二年多来为了观察疗效。在有关单位配合下, 我们一共观察了 8 例, 加上第一例共 9 例, 现小结以下。

附表：9例再障患者治疗情况表

编号	性别	年龄	原因	治疗前血像				骨髓像	病程	用药时间	治疗后血像				疗效评价
				RBC	Hb	WBC	BPC				RBC	Hb	WBC	BPC	
例1	女	27	?	175万	4g	正常	正常	红系极度增生低下	1月	4月	>400万	12~14g	正常	正常	基本治愈
2	女	40	氯霉素	155万	5.5g	"	"	增生不良	3年	6月 ⁺	>300万	12g	"	"	"
3	女	13	氯霉素	173万	6.2g	2000	32000	增生障碍	7月	10月	300万	10g	3100	34000	缓介
4	女	43	?	106万	4.7g	2300	58000	增生低下	6年	1年	300万	10g ⁺	4400	42000	"
5	男	22	化学毒品接触史	96万	3g	2100	35000	增生型再障	3月	1年 ⁺	300万	10g	4000	60000	"
6	女	26	保太松	83万	2g	1500	40000	增生障碍	5年	20月	同		前		无效
7	男	18	氯霉素	100万	3g	2100	30000	增生极度低下	1年	1年	同		前		进步
8	男	20	?	121万	3.5g	3700	20000	增生低下	10年	8月	同		前		进步
9	男	49	合霉素	250万	6g	3700	20000	增生不良	15年	1年	同		前		进步

(一)病例选择：所有患者经本院或外院内科确诊，已经历多种方法治疗，有的曾经缓介过。

(二)治疗方法：以鱼腥胶为主中药复方(即第一例有效方剂)进行治疗。该方以补气补血补肾药物组成，病情不同，处方略有不同。鱼腥胶每日30克~45克。鱼腥胶来源有两种：一是中药房供应，另一种是生的鱼腥干，由病员自己泡制。中药复方：桂枝9克 党参15克 茯苓12克 炙甘草9克 熟地24克 白芍15克 当归15克 杞子12克 丹参12克 麦冬15克 陈皮9克 三棱9克 莪术9克 半贝丸9克包

(三)随访制度：门诊病例每周随访一次，病房病例每周随访二次。每周复查一次血象。因限于条件未做到专人操作。见效停药以后，则间歇随访。

(四)结果：按全国统一标准评定疗效。

1. 基本治疗：症状完全消失，不需输血，血象基本恢复正常，即血红蛋白维持在10~12

克%以上(男性12克，女性10克% 白细胞4000/立方毫米左右，血小板计数正常或接近正常，随访二年以上病情稳定者。本文占2例，(例1、2)。

2. 缓介：症状完全消失，不需输血，血红蛋白维持在10~12克%以上，白细胞3500/立方毫米左右，血小板计数也有一定程度的恢复，随访6月病情稳定或继续进步者。本文占3例(例3、4、5)。3例中有2例已随访二年以上，红细胞白细胞均在正常范围，唯血小板偏低。

3. 稳定：治疗前经常输血，治疗后至少3个月以上不需输血，而症状减轻，血象维持稳定者；或治疗前不常输血，治疗后症状减轻，不需输血，血红蛋白较治疗前升高1~2克%，并维持3个月以上者，血象稳定。但由于药源不足，常常中断。例7在停药后死亡。

4. 无效：经充分治疗后症状及血象不能达到稳定者。计1例，(例6)

共计：有效8例，无效1例。总有效率89%。