

中医学术年会資料 汇编



目 录

基础理论

中医辨证处方用药规律的探讨(摘要).....	王雪生 (8)
一字之异与译字之差.....	刘沛然 (7)
伤寒有从证不从脉、从脉不从证辨.....	王乃英 (8)
“桂枝汤条下之禁”质疑.....	刘沛然 (9)
62例畸形桡动脉管的临床观察.....	张 坚 (10)
漫谈八卦.....	邓开仲 (12)
谈“六腑以通为用”.....	郑东利 (15)
“胃不和则卧不安”小议.....	杨宝元 (16)

治法与方药

降压七法

——谈谈高血压病的辨证治疗.....	阎怀增 (19)
滋阴法在急性热性病中的应用.....	李玉英 (22)
运用标本治则研治慢性支气管炎.....	崔雅庭 (25)
治疗慢性肝炎常用七法的体会.....	沈启明 赵玉才 (27)
水肿病治疗八法的探讨.....	朱太惠 (30)
几种儿科病的外治法治验.....	薄会英 (33)
对补阳还五汤加减运用的点滴体会.....	王乃一 (34)

胶艾汤治疗漏证之体会.....	王洪全 主治 秦 良 整理 (37)
-----------------	-----------------------

当归、芍药散的临床应用.....	王雪生 (38)
润肤平裂汤治疗皲裂症临床疗效分析.....	王钧棠 (39)
加味复元活血汤治愈偏头痛案.....	岳冲祖 (41)
温胆汤在临床上的应用.....	陈景华 (42)
健脾消积汤治疗小儿虫积的体会.....	李振基 (44)
“新加金水六君煎”治疗慢性气管炎一得.....	刘俊来 (46)
麻黄附子甘草汤加味治疗冠心病之体会.....	程广里 (47)
临证运用“四妙丸”治验举例.....	陈 域 (48)
“柴胡”功用之探讨.....	张伯禹 (50)
用红芽大戟煮鸡蛋治疗颈淋巴结核.....	张惠中 (51)
麦芽回乳小议.....	薄会英 (52)

临床报道

- 大柴胡汤加减治疗急性慢性胆囊炎93例临床报告.....张耀先 (55)
- 中药清痰涤饮剂治愈耳性眩晕病20例的临床报告.....张惠中 (57)
- 中西医结合治疗再生障碍性贫血46例的疗效观察.....李绍棠 张海莲 (58)
- 中医中药治疗精神病经验介绍.....聂肖群 (60)
- 急性肾炎30例临床总结.....查文安 (63)
- 对泌尿系结石总攻强攻疗法的验证.....万永明 (66)
- 对67例病毒性乙型肝炎临床分析.....王国卿 (68)
- 中医治疗乙肝使HBsAg 转阴的体会.....王秀棠 (70)
- 慢性结肠炎的辨证论治
- 附41例疗效分析.....程广里 (70)
- 乙脑恢复期症状13例疗效观察.....陈云凤 (73)

针灸

- 针刺治疗急性腰扭伤50例.....崔允孟 (77)
- 针刺治疗跟骨骨刺.....赵怀儒 (79)
- 火针治疗疖肿等151例疗效观察.....开滦马矿医院针灸科 (80)

医案、医话

- 红斑狼疮验案三例.....王提波等 (85)
- 病例二则.....王乃一 (87)
- 用中药治疗系统性红斑狼疮、狼疮脑病一例报告.....张耀先 (89)
- 顽痹二例治验.....刘惠印 (90)
- 真性红细胞增多症治验一例.....查文安 (91)
- 中药治疗病毒性脑炎继发——桥小脑综合症一例介绍.....王国卿 (92)
- 以中医药为主治疗“多发性脊髓神经根炎”的经验体会.....王诚斋主治 (93)
- 陈城整理
- 婴儿肠梗阻验案一则.....周静 (95)
- 再生障碍性贫血三例治验.....王克来 (96)
- 我的半身不遂是如何治好的.....徐守文 (97)
- 临床体会四点.....薄会英 (99)
- 试探《杏轩医案》.....吕中 (101)

综述与译文

- 中医中药治疗肺癌的近况 (文献综述).....马秉光 (105)
- 活血化痰法及其在内科临床应用.....顾名俊 (110)
- 用桂枝茯苓汤与五苓汤治疗中心性视网膜炎.....徐守文 (113)

基 础 理 论

中医辨证处方用药规律的探讨 (摘要)

唐山煤矿医学院 王雪生

中医的理论和临床,概括起来可称谓“辨证论治”或是“辨证施治”,它是理、法、方、药的具体运用。“中医辨证论治有没有规律性”,作者就这个问题结合自己的临床体会分三个问题谈谈个人的见解。

一、辨证应明确主症,抓住兼症

辨证时医生首先注意到病人的主要症状,西医从主要症状入手配合各种检查定位定性即可明确诊断,中医在辨证时,听取病人的主诉及四诊收集的主要症状,明确“主症”这是一个方面。但更重要的是要调查病人整体的所有次要的“兼症”。实际上从中医辨证的角度看,在病人身上所反映的“主症”仅仅是一个现象,现象一般是比较容易被我们感觉得到的,而这个“主症”病机的性质,是须要我们经过详细的调查研究,综合分析,才能获得的。所以我们在辨证时除了弄清病人“主症”的同时,还必须详细调查病人全身所有“兼症”,要用四诊去收集病人一切可以追索到的全身的次要症状,及其前后的变化,详细地占有材料,再加以“去伪存真,由此及彼,由表及里”的加工过程,才能判断辨认这个是什么“证”。所以说“主症”仅是一个现象。疾病的性质“证”是靠调查所有“兼症”,从这些“兼症”结合“主症”综合分析得来的。所以在临床忽略了“兼症”的调查过分去注意“主症”,就很难辨认是什么“证”。

举头痛一病为例:主症是头痛,它仅是一个现象,怎样才能确定这一头痛的性质是属哪一经哪一脏腑的虚实寒热呢?只有周密地调查这个病人的所有“兼症”才能得出辨证的结论来。如头痛兼有恶寒发热无汗,周身关节酸痛,脉浮紧苔薄白的,则属外感风寒表证的头痛。如病人无恶寒身热脉浮紧的表证,而是脉沉,头痛有定时,则该头痛可能属里证,再调查其它的兼症,如舌质的色淡与质红,苔之有无,脉之沉弱或细数,畏寒还是怕热等等,就可以辨明其属气虚还是阴虚的头痛。只有调查清楚所有“兼症”结合“主症”进行综合分析,才能辨清疾病的性质,进行论治。

二、药物配伍的基本方法

古人对药物的配伍曾总结归纳为单行、相须、相使、相畏、相杀、相恶、相反,称为“七情”。其内容较繁琐和重复,在临床上一般也不便于应用。作者通过对方剂配伍的调查结合临床体会,认为药物的配伍,除了熟悉药性的四气五味,升降浮沉,主治功

用和归经之外，药物配伍的基本方法，可归纳为协同作用和监制（拮抗）作用两种。举例简述如下：

1. 协同作用

协同是用几种作用基本相同的药物配伍在一起，能加强和提高药效的意思。因此，临床上对一个主要症状或证候，为了增强治疗效果，往往把二味或三味具有相同作用的药物配伍起来应用。

解表：用麻黄伍桂枝，或苏叶伍荆芥，或桑叶伍菊花，或银花伍连翘；

泻下：用大黄伍芒硝，或番泻叶伍郁李仁；

升提：用柴胡伍升麻，或川芎伍桔梗；

降逆：用旋复花伍代赭石，或半夏伍厚朴；

咳嗽：痰饮咳嗽用陈皮伍半夏，燥热咳嗽用沙参伍麦冬，一般咳嗽贝母伍杏仁；

热证：用黄连伍黄芩，或枝子伍黄柏，或石膏伍知母或大青叶伍板兰根，或公英伍地丁；

寒证：用桂枝伍干姜，或附子伍肉桂，或良姜伍吴萸；

瘀血：用桃仁伍红花，或当归伍赤芍，或三棱伍莪术；

虚证：气虚用黄芪伍党参，血虚用熟地伍阿胶，阴虚用生地伍元参。

以上举例，可以说明治疗同一证候或同一症状，为了加强疗效，可以选用具有协同作用的药物配伍起来使用。实际上我们临床经常这样用的。至于选用药味的多少，可按病情的需要而定。

2. 监制（拮抗）作用

监制作用在某种意义上来说，是运用作用相反的药物共同配伍，使其发挥对病人有利的方面，监制其不利于病人的方面起到发挥治疗作用消除副作用。这种方法在古人的处方里和我们临床处方时是经常运用的比如：

治疗小儿病毒肺炎咳嗽而喘：治咳嗽麻黄最有效。但是麻黄辛温，对小儿肺炎高热不利，那末我们就可以用生石膏与麻黄配伍。这样就成了辛凉平喘的方剂，麻杏石甘汤即是这样配伍的。使麻黄发挥了宣肺平喘作用，生石膏监制了麻黄的温性，而发挥了清热消炎的作用。

治疗寒结便秘：用大黄通下作用最好。但是病人如属寒实证，患者阳气较弱，大黄苦寒，不太适宜。那末我们就可用具有温热之性的干姜、附子与大黄配伍使用，这样大黄起通下作用，而姜附监制了大黄的苦寒，起到温阳散寒的作用。温脾汤和大黄附子汤都是这样配伍使用的。

治疗黄疸：消黄疸首推茵陈，仲景有茵陈蒿汤，它适用于阳黄病人。阴黄患者，由于病人脾胃阳气虚衰，茵陈苦寒对病人不利，所以阴黄可加干姜附子配伍，名茵陈四逆汤。这里姜附监制了茵陈的苦寒，起到保护脾胃阳运的作用。二者配伍起到既清黄疸又不伤脾胃的作用。

气血两亏：如遇病人脾胃功能欠佳，用熟地、当归、黄精、党参常会引起虚不受补，服后胀满不舒的感觉。临床习惯用陈皮、神曲、麦芽、鸡内金配伍。气虚而有虚热时，用黄芪补气。因黄芪性温，容易助虚热，可加知母以配伍，以防黄芪助热，有碍病

人的一面。

又如瘀血内积形成包块，中医称为瘀血积聚，用三棱莪术以活血化瘀。如遇久病体弱的患者，长期服用三棱莪术有损正气，又可用黄芪与之配伍，使攻伐的同时不伤正气。前人张锡纯经常这样使用。

总之，这种监制配伍方法。主要目的是使药物发挥其适合具体病人的治疗作用，而减轻或消除其对病人某一方面不利的作用。我们在临床具体运用时，可以是一味药与一味药的配伍，也可以是两味药和两味药的配伍，甚至可以用一个小方与一个小方的配合使用。药味可以多少，但其监制的意义是相同的。

三、处方的原则

方剂的组成，是根据辨证的结果。针对具体病情确定治疗原则立法处方，是中医“理、法、方、药”的具体应用。组方的原则，早在《内经》中就提出：君、臣、佐、使的处方原则，作者根据自己的临床体会和对后世方剂的分析，认为处方的基本思想可以归纳为，整体与局部（病症、邪正）结合的原则。

我们在辨证时用“主症”与“兼症”相结合的方法，也就是整体与局部，病与人（症与证）正与邪相结合的原则。今举例如下：

1. 头痛

局部用药：一般选择对头痛比较有效的药物如川芎、薄荷、蔓荆子、白芷、细辛、全蝎等。

整体用药：如有恶寒发热、鼻塞、肢节痠痛、脉浮紧、苔薄白的，为外感头痛，可用解表发汗药如：羌活、独活、防风、荆芥、桑叶、菊花，或用成方川芎茶调散。如见头痛头晕，心悸失眠，舌淡脉虚，为血虚头痛，可以四物汤为基础加蔓荆子、菊花等，如头痛且晕，气短乏力，纳少便溏，劳累则病重，舌苔薄白，脉濡弱。则属气虚头痛。可用黄芪、党参、黄精加局部用药，或用补中益气汤加细辛、川芎、蔓荆子。李东垣在《脾胃论》中就用这个方法治疗气虚头痛，如头痛昏蒙如在雾中，胸膈满闷；痛时恶心，或呕吐痰涎，苔白腻，脉弦滑者，此系痰饮头痛，可用二陈汤加白芷、天麻、川芎、荷叶，或用半夏白术天麻汤。其它如见舌红无苔、脉细而数，手心发热、心烦失眠，则属阴虚头痛，作者曾用六味丸如蔓荆子、全蝎治疗舌红无苔的阴虚头痛，临床取得很好疗效。

2. 咳嗽

局部用药：止咳药中药不外杏仁、贝母、前胡、苏子、百部、桔梗、紫苑、款冬等。

整体用药：如见恶寒发热、无汗，鼻塞流清涕、头痛肢痠、咳嗽痰稀、苔薄白脉浮紧。属风寒咳嗽。可用麻黄、苏叶、荆芥、防风等，加局部用药，或用三拗汤、杏苏散。如见身热恶风，微汗、口渴咽痛，咳嗽痰稠、舌尖微红、苔薄黄，脉浮数。属风热咳嗽。可用桑叶、菊花、银花、牛蒡子、芦根等，加局部用药，或用桑菊饮等方剂。如见干咳无痰、鼻燥咽干、咳甚则胸痛，舌红苔黄，脉小数。属肺热燥咳。可用天冬、麦

冬、沙参、知母、黄芩、生石膏加局部用药，或用清燥救肺汤一类方剂。如见咳嗽多痰，痰白而粘，纳少口淡，胸脘胀闷，舌淡苔白腻而润，脉濡滑，属痰饮咳嗽。可用陈皮、半夏、川朴、莱菔子、白术、茯苓、猪苓、加局部用药，或用二陈汤合三子养亲汤。

整体与局部相结合的方法，不但可以用于中医的辨证论治，也可以根据现代医学诊断明确的“病”，进行辨病论治。下面结合个人的临床经验，再举几个例子加以说明。

①病毒肺炎

局部用药：一般可选对病毒有抑制作用的中药如大青叶、板兰根、蒲公英、青黛、银花、连翘、蚤休、贯众。

整体辨证：中医辨证认为是肺热咳嗽可用麻杏石甘汤配合使用。对小儿的病毒肺炎效果很好。

②福氏杆菌痢

局部用药：选用对福氏杆菌有抑制作用的中药如：防风、独活、诃子、山楂、地榆、丹皮、地丁等。

整体辨证：此病一般数年屡治不愈，时轻时重，发作时腹痛大便带有脓血，经培养找到福氏杆菌，中医辨证，属于脾虚肝旺，肝脾失调的“痛泻”，选用痛泻要方再加局部用药。作者自七五年以来运用这个方法治疗福氏杆菌痢取得很好的疗效。一般服药1~3月，经培养三次阴性，大便正常而全愈。

③胆道蛔虫症

局部用药：可选用苦楝皮、使君子、乌梅、槟榔等。胆道蛔虫症的主症为右肋连腕部剧痛，局部还可选用疏肝理气止痛的柴胡、白芍、木香、郁金、延胡、川楝子等。

整体辨证：中医理论认为六腑以通降为顺，可用大黄、枳实、厚朴或承气汤加局部用药。

④休克性肺炎

局部用药：局部以抑菌宣肺化痰为主可选用银花、连翘、板兰根、蒲公英、麻黄、杏仁、苏子、牛蒡子等。

整体辨证：患者血压下降，脉沉细欲绝，四肢厥逆，面色惨白，甚至不省人事，中医辨证属少阴心肾阳虚欲脱，选用四逆汤含生脉散，或人参、附子、升麻、五味子，神志昏迷可加适量射香疗效更好。

⑤冠心病

局部用药：心前区疼痛中医认为是气滞血瘀不通则痛，选用活血化瘀的当归、赤芍、丹参、川芎、红花、桃仁、郁金等。

整体辨证：根据近年临床报道以及个人经验，对正气不虚的冠心病可单用活血化瘀理气止痛药可取效，但一般患者心脏本身的正气都有受损。因此，整体必须根据具体病人的情况，心气虚可选用党参、黄芪、甘草、人参等；心阳虚的选用附子、桂枝；心阴虚的选用元参、玉竹、生地、麦冬，心血虚的选用熟地、当归、龙眼肉、阿胶等加局部用药，整体与局部，病证、邪正相结合，可以提高临床疗效。

结 语

本文就中医辨证处方用药的规律,结合个人的临床体会提出辩证应“主症”与“兼症”相结合,用药的基本方法是协同和监制两个方面,处方是整体与局部也就是邪与正、病与人、两个方面的有机结合,经数年的临床实践,确实提高了疗效。初步总结出了这样一个规律。是否正确,望同道加以批评指正。

一字之异与译字之差

开滦煤矿赵各庄矿医院中医科 刘沛然

中医典籍 一字之差,辨证多异,故须慎之。如《伤寒论》21条:“太阳病,下之后,脉促,胸满者。桂枝去芍药汤主之。”279条:“本太阳病,医反下之,因尔腹满时痛者,属太阴也。桂枝加芍药汤主之”。此一胸一腹之异,则明其阳与阴,桂枝汤之芍药,则有一去一加之别。前者误下后,阳虚表邪渐入而究于胸中,有损其胸中之阳,幸以和太阳之表,故去芍药之酸收以避胸中之满;后者因太阳妄下,阳邪下陷,而伤太阴脾气以致里虚,然终是太阳之邪未解,因而有桂枝汤加芍药倍于桂枝,温中补虚,以收敛阴气。

有的书刊引用古书词句,误解原意,甚至全然相反。这对读者和作者,都无益而有损,给后学造成概念不清,无所适从。

如210条:“夫实则谵语,虚则郑声,郑声者重语也……”

《伤寒金匱条释》(李彦师编著,1960年人卫出版,114页)。译为“谵语者,独语如见鬼状是也;郑声者,声重而转其本音是也。所谓重者,乃轻重之重,非重复之重也。若训语言重复后郑声,则胃家热实谵语者,固未尝不重复其词也,今伤寒杂病既笃,声重而变其本音者,是郑声也”。又《伤寒论语译》(中医研究院编,1974年人卫出版,129页)语译:“病体实,就发谵语;病体虚,就发郑声。郑声就是声音低微,语言重复,颠三倒四”。又注出:“郑声是神气虚而不能自主,语言稀少轻微颠倒重复”。考:郑声《汉书·王莽传》注:“郑重犹烦烦也。”《外台》注:“重语者,语而再三言之不休也”。张令韶云:“郑声气短神萧索,郑重烦烦不厌复”。声重曰郑声,虚则郑声,外证大小便利,而手足冷;皆因汗下过多,表里虚竭以致阳脱阴胜,其人正气衰而本音失,精气夺而语句重,神昏舌短,音响模糊与谵语迥不相同。有云:“郑声者,声如郑卫之音不能正也”。故应读重复之重。又例如《内经》生气通天论:“汗出偏沮,

使人偏枯，汗出见湿，乃生痤瘳”。《中医原著选读》（北京中医医院等编，1978年人卫出版，77页）〔词解〕：“偏沮，沮音祖，作止解，偏沮是半边阻止也，偏枯即半身不遂”。

《中医名词术语选释》（中医研究院等合编，1975年人卫出版）注：偏沮（jǔ句）沮润湿之意。“偏沮是偏于半身出汗的症状，因患侧无汗，健侧有汗，故偏于半身润湿”。这样解释与沮字自相矛盾。

《内经释义》北京中医学院主编，1978年上海科技版，163页）：偏沮，沮湿润也，高解“若汗出偏沮，则气血不周于身，故使人偏枯”。

考：沮《说文解字》：“从水、且（jǔ居）”。《诗经》“彼汾沮洳”谓下湿之地。《礼记》“地气沮泄”。谓败坏泄漏，应读（jǔ居），从叠句蝉联“汗出”，阳气发泄，一偏沮，一见湿，其后果不一。此人之身因病常偏汗出而湿润，久久偏枯，半身不遂，正如《中医临证要》（秦伯未编，1976年人卫出版）云：“半身汗出，偏左偏右，多因气血不周……凡半侧汗出后，皮肤空疏，最易感受风邪，形成半身不遂”。《内经》所谓“汗出偏沮，使人偏枯。”

古人著书一字之重，今之译书则有译字之轻，至于读书更不能死于句下，读书不慎虑，对辞不见乎情，则默然而过，无所收获，研读古经应触类旁通，深悟才能继承发挥。编著出版者更应善悟，不能是是非非，否则意念背谬，耽误后学，关系重大在于“悟”。

伤寒有从证不从脉、从脉不从证辨

唐山市中医医院 王乃英

脉浮为表，治宜汗之，此其常也。而有宜下者。仲景云：若脉浮大，心下硬有热属腑者，可攻之。不令发汗。脉沉为里，治宜下之，此其常也。而亦宜汗者。少阴病，始得之，反发热。脉沉者，麻黄附子细辛汤主之。脉促为阳，当用葛根芩连汤之。若脉促，厥冷，为虚脱，非灸非温不可。此又非促为阳之脉也，脉迟为寒，当用于姜附子温之。若阳明脉迟，身体不恶寒，热汗出者，用大承气汤下之，此又非迟为伤寒之脉。四者皆从证不从脉也。

表证宜汗，此其常也。仲景曰：病发热头痛，脉反沉，若不差，身体疼痛，当救其里，四逆汤主之。此脉之沉也，里证宜下之，此其常也，日晒发热属阳明，脉浮虚者宜汗之，用桂枝汤，此从脉之浮也。大结胸证，俱知以陷胸汤下之。脉浮大者不可下，下之则死。是从脉先治其表，身疼痛者当以桂枝汤，麻黄汤汗之。然尺脉迟不可发汗，营血不足故也。宜从脉而调其营，此皆从脉不从证也。

“桂枝汤条下之禁”质疑

开滦赵各庄矿医院中医科 刘沛然

《伤寒论》：桂枝汤方后云：“禁生冷粘滑肉面五辛酒酪臭恶等物”，桂枝加葛根汤方后云：“馥如桂枝法将息及禁忌”葛根汤方后云：馥如桂枝法将息及禁忌，清汤皆仿此”。厥阴病乌梅丸方后则云：“禁生冷滑物臭食等”而不复言肉面五辛酒酪。馥如桂枝加附子汤，桂枝去芍药汤，桂枝去芍药加附子汤，桂枝麻黄各半汤，桂枝二麻黄一汤，皆言“将息如前法”而麻黄汤方后则云：“馥如桂枝法将息”，不复言禁忌。

考：禁忌古之无有，如《礼记》，曲礼上论居丧之礼云，“有疾则饮酒食肉”。檀弓上载曾子曰：“丧有疾，食肉饮酒，必有草木之滋焉。以为姜桂之属也”。杂记下论丧云：“故有疾饮酒食肉”，又“病则饮酒食肉”，丧大纪云：“有疾食肉饮酒可也”，丧服四制亦云：“老、病、不止酒肉”，陈浩注云：“老及病者”身已羸瘠又使备礼，必至灭性故酒肉养之”。由此可知，古人居丧之礼，不饮酒，不食肉，惟有疾病及衰老者，则反以饮酒食肉为礼，盖恐衰败而致死。故杂记下又云：“毁瘠为病，君子弗为也，毁而死，君子谓之无子”，言若一意衰败而致疾病，已为君子之所不许，若既有疾病而不留意将养，坚守不饮酒，不食肉，不加变通，而致衰弱死亡，则古人比喻不孝，故曰：“君子谓之无子”，其垂戒之深，《素问》，有“美其食”，“食养尽之”。《难经》有“所欲五味”扁鹊云：“安身之本，必资于食”，又有：“不知食宜者，不足于存生也，……若能用食平病，释情遣疾者可谓良工，……知其所犯，以食治之”之说。

虽食禁始于伤寒，考非仲景文意，当后人所附益。后魏高湛养生论云：王熙高平人，博好经方，洞识摄生之道，尝谓人曰，食不欲杂，杂则或有所犯。当时或无灾患。积久为人作疾，又食啖鲑，务令简少，必须慎肥腻，饼，酥油之属，又谈鱼鲙诸腥冷之物多损于人，断之意善。《千金》三十六载王熙称食不欲杂，与此同。宋：林亿进呈札子云：叔和性度沉潜，洞识修养之道。世传《伤寒论》乃断简残编，藉王叔和之编次。世有谓欲考仲景原本，须读《千金方》殆未深考。疑恐叔和增句易字投其所好，虽禁条数字，医家不悟，愈疾不利，我们不能从古通弊，应深思查核，应口嗜而欲食之，必自裁制。

唐：孙思邈：一代大医，继《千金》后30年作《千金翼》始全见之，惟诸方之后无一言及禁食者，独乌梅丸后，“禁生冷滑物臭食等”一语而已。则思邈所见仲景书诸方无禁忌之说，不然思邈长隐居，深受养生名士孟先及苍梧道士陈元膏等陶冶，自己亦倾心仙佛，方信斋戒，其《千金翼》卷十四论饮食第四，有必不得害物命，及第一戒慎勿杀等语。若仲景本书诸汤方后有禁肉之言，岂肯删而不载，可疑一也。

继《千金》一百年后王焘《外台秘要》载仲景方291首其中禁忌105首，无禁忌者186首。卷一伤寒上桂枝汤条下却言忌生葱，海藻，菰菜，桂枝加附子汤原为将息如前法，《外台》二十三引忌猪肉，冷水，海藻，菰菜，生菜。葛根汤，麻黄汤等，原“除如桂枝法将息及禁忌”，《外台》忌海藻，菰菜，生葱，与《伤寒论》不符。而乌梅丸，却与《千金》、《伤寒论》同。可疑二也。

《金鉴》仲景方共查264首，其禁仅5首与伤寒皆同。可疑三也。

桂枝汤方用姜桂皆辛而方后乃云禁五辛，自相矛盾，再者太阳中风表虚汗出发热之桂枝汤（12条）有其禁，对二阳中风。太阳未罢仍从太阳治之桂枝汤（234条）及深转太阴兼太阳病，有当从太阳治之桂枝汤（276条）则无其禁。桂枝加葛汤条下。“除如桂枝法将息及禁忌”而《玉函》无将息及禁忌。可疑四也。

仲景方，有乱发滑石白鱼散，猪膏发煎，猪肤汤，当归生姜羊肉汤等。可疑五也。

以今之医学观点，所谓食禁，则据病情，药物，以及营养状况而取舍，非笼统言之，总之所食，与所禁，有与病相宜，有与身为害，若得宜则益体，害则成疾，以此致危，例皆难治。

《伤寒论》条禁疑为叔和所集，或兴于佛老横行，世俗以杀生为戒，杂食为鄙之时，而医药亦受其影响耳。

62例畸形桡动脉管的临床观察

唐山市中医医院 张 坚

中医诊脉，是在两手桡动脉管的寸、关、尺三部进行，这里，是人体十二经动脉气血相会之地，能反映全身之阴阳、表里、虚实、寒热、脏腑、营卫、气血等器官之疾患。《内经》云：“独取寸口，以决死生”。可见诊脉的重要意义！然而，据考证，脉学专著，约有190余种，而对桡动脉管的畸形研究，资料贫乏，所以摸清桡动脉管畸形显得很有必要。我从1961年6月至1965年11月通过对患者的观察，发现并积累了62例桡动脉管畸形的患者，现将观察和体会报告于下：

一、一般情况

在62例桡动脉管畸形的病人中，其职业有医生、调剂员、工人、农民、牧民和干部。其民族有汉、满、蒙、回族。从省籍分析有河北、山西、山东、辽宁、甘肃、宁夏、陕西、内蒙等省，分布在城市、农村和牧区。年龄都是18岁至60岁成年人。男性53例，女性7例，男性多于女性，为8:1。

二、畸形桡动脉管形态

在62例患者中，仅发现67只手有两根桡动脉管，形态方面可分为完全型、不全型、分枝型三类。

(一) 完全型：是一手的寸关尺三部，都有两根桡动脉管的存在，特点是两根直列，紧密并排，管径粗细均匀，故称完全型。

(二) 不全型：一手原是一根桡动脉管，仅在一部或两部（独寸、独关、寸关、关尺）分出两根桡动脉管，两端的上下吻合处，则是单根桡动脉管，而管径比两根的分枝粗一倍。按所分布寸关尺不完全，故称不全型。

(三) 分枝型：在一手既有单根桡动脉管直通寸关尺三部的主枝存在，又在尺部以下相当于前臂的1/4处分出另一枝，沿反关方向分布，呈弓形弯曲状，两枝并存，为树枝样分枝形状，故称分枝型。三型请参看示意图。

畸形桡动脉管各类形态示意图

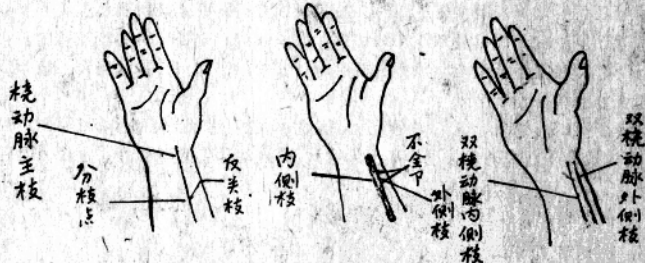


图3 分枝型

图2 不全型

图1 完全型

三、一手畸形桡动脉管的分布

在67只手畸形桡动脉管分布情况，是比较复杂的。完全型者，左手16，右手17，双手者2，共计35只手，占67只手的52.2%；不全型者，独寸部左手4，右手1，独关部左手8，右手4，寸关两部左手3，右手3，关尺两部左手1，右手3，共计27只手，占67只手的40.3%。分枝型者，左手2，右手3，共计5只手，占67只手7.5%。

四、检查法

(一) 完全型和不全型检查法：

医生切脉，常用七种取脉法进行，完全型，可用中取法（即略重下指，按在肌肉间），聚精会神，推寻求取，便觉到两根桡动脉管同时同样地搏动。

不全型的桡动脉管应根据形态特征，在检查中要合用七种取脉法，仔细推寻，才能查明中间分出两根桡动脉管，与上下两端单根桡动脉管吻合部。

(二) 分枝型检查法

这一类型，医生先在寸关尺三部取脉时，得到桡动脉管主枝搏动后，继续查寻有无反关脉搏动，若两者并存，则沿着搏动脉管向心方向触扪，便查到分枝点，呈树枝样的搏动。

五、脉象问题

(一) 完全型：因一手两根桡动脉管笔直通过寸关尺三部，直列并排，粗细相等，同时同样地搏动，故呈现一致性双脉象，若为浮脉，两根桡动脉管皆现浮脉，如是数脉，都为数象，若弦皆弦，总之，完全型脉象为双象。

(二) 不全型：根据此型桡动脉管的分布特征，分出的两根桡动脉管，不论在寸关尺的一部，或两部，在狭小的诊脉局部，既有双桡动脉管壁，又有吻合处的单根桡动脉管壁，从整体看均可表现浮沉迟数四大脉象。细分析指下亦能辨明双脉象，如双浮、双沉、双迟、双数等。所以说如不仔细切按，脉象难辨，这是应当高度注意的。

(三) 分枝型：此型桡动脉管主枝全通过寸关尺三部，诊脉时仍以主枝脉象为依据，反关枝脉象不作参考。

临床所见畸形桡动脉管，如前所述是客观存在的，为解剖学畸形，就如人有六指畸形一样，为先天的。人的六指在诊断上无意义，而桡动脉管的畸形确在脉诊上实有意义。

漫 谈 八 卦

唐山市建材局保健站 邓开仲

八卦原系古代自发之辩证法，是古人观察了自然界的现象，用阴阳这两个相反相成的范畴所归纳出来的简单规律。它的理论体系和图的结构含义，并非如过去有人认为是的封建迷信的东西，而是涉及自然科学和社会科学的学问，是很有科学研究价值的。

首先谈八卦的由来和变化规律

八卦是周易中的八种记事符号。相传伏羲氏创先天八卦，分阴阳之使用，言六合之象，周父王做后天八卦，阐发五行之精微，明气候之详。八卦图中由“——”代表阴

爻，“——”代表阳爻的两种线段组成；其中的乾与坤、震与巽、坎与离、艮与兑是对立的统一，两卦相叠演为六十四卦，以象征自然现象和社会现象的发展变化。卦中的数字，据说“大禹治水，理龟负父列于背，有数至九，禹遂因而第之，以成九畴，其父为戴九履一，左三右七，二四为肩，六八为足，而五居中。”数字交错错综有一定规律性，其错综变化妙趣横生。自然界的天地风雷水火山泽等分为相对的四类，分属于乾坎艮震巽离坤兑。可见八卦乃是古人经过长期对社会与自然界的关系的观察、认识而逐渐形成的。在《周易·系辞》里写道：“仰则观象于天，俯则观法于地，观鸟兽之父与地之宜，近取之身，远取诸物，于是始作八卦，以通神明之德，以类万物之精。（见图一）”

《周易·系辞》中说：“易有太极是生两仪，两仪生四象，四象生八卦”。太极是宇宙中原始的混沌之气，气的动运变化始有两仪——天（阳）、地（阴），阴阳相互作用而生四象——四时（春夏秋冬），有四时之变才有天地风雷水火山泽八种自然物质的产生，以此推衍宇宙万事万物。八卦中之乾与坤，如《周易·说卦》中说：“乾，天也，故称乎父；坤，地也，故称乎母”。它们是宇宙的原始物质，相互对立，相互交感，相互制约，推动事物的发生和变化。所以，在《周易·系辞》中说：“乾坤成列，而易立乎中矣”。

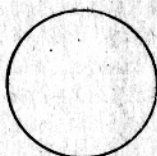
八卦，最重要的贡献是阴阳学说，它是祖国医学理论中朴素的辩证法之核心。宇宙万物的变化，都可以阴阳而概之。八卦本身不仅是形的概念，而且有数的含义，它把自然界的复杂变化规律和关系有形象的表示，如天为阳，天左转，所以阳数从三到九，再由七转到一，象征天的左转，日东出而西没。再如：由东（震）到南（离），或由春至夏，表示阳气上升；从西（兑）到北（坎），或由秋至冬，是表示阳气下降。可见八卦数的变化和方位都可以表明气候和光热的升降与强弱。

其次谈太极和太极图应用的进展

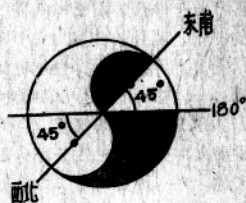
在《宋·周敦颐·太极图说》中写道：“始言易有太极，是生两仪，两仪生四象，四象生八卦。敦颐又推道体之本原曰无极而太极，如吾心寂然无思，万善未发，是无极也。然此心未发自有昭然不昧之本体，是太极也。”何谓太极？太者，极其至大之谓也，极者，至尽而余也。太极本原于无极，无极是圆形，象征事物有具体的形态和完全无缺之实体。即“如吾心寂然无思，万善未发”（见图二）。太极图是无极图内，以曲线分为阴阳，其形如鱼，头部有极化点两个，以示真阴、真阳之所在，如“自有昭然不昧之本体”。在《金鉴·运气要诀·周子》曰：“太极动而生阳，静而生阴之谓也”。实质是说明阴阳是生命现象之本体（见图三）。从图中可见阴阳相抱，阴阳互根，阴中有阳，阳中有阴之生理动态现象。当阴阳因内因或外因而打破相对平衡时，则出现阳胜阴亏或阴胜阳亏的病理变化（见图四）。可以认为太极图应用提供生理和病理变化的模型，同时，对治疗学中提供了新的线索。例如：疾病的发生是阴阳平衡的失调（见图五），而治疗则是据此调整它的统一性（见图六）。诚然，这些模式图，并不能完全概括疾病的发生和治疗的复杂的全过程，但是，它为医学提供了方法学。



图一 八卦图



图二 无极图



图三 太极图



图四 阴胜阳亏



图五



图六

第三谈太极图的两个极化点和假设

从太极图的构成来看，两个极化点的概念是表示真阴、真阳之所在，有着生动的数学含义和生理活动的联系。有报道说，阳的极化点是在无极图内东至西 180° （东南） 45° 线上交叉点求出，称“真阴”，阴的极化点是在北至南 180° （西北） 45° 线上交叉点求出称，“真阳”。认为人体阴阳的动态变化达到相对平衡始能转化，而达到两个真阴、真阳的极化点。两个交叉点均在 45° 线上的两端，这个角度是阴和阳对立统一的运动量的极化点，也是人体最理想的生理活动点。据此，假定 45° 是人体正常之生理角度，除形体的点头，招手、鞠躬……等外，心脏的长轴与人体正中线的夹角也是 45° 。这一很有意义的发现，引起医学界的兴趣。

八卦之说确是很深奥的学问，不仅因为它年代久远词义古老很深，难以理解，而且它含义之深刻以及与现代科学的关系，很有进一步探讨的价值。



改良八卦图