

中医药研究成果汇编

北京医学院

赠阅 请交换

北京医学院图书馆

1977-1979



编者的话

中国医药学有几千年的历史，是一个伟大的宝库，其中存在着大量的科学性的精华，需要努力发掘、整理和提高。以历史唯物主义和辩证唯物主义为指导，应用现代科学的理论和技术来整理研究中医中药，这是发展和提高我国医药学、实现我国医学科学现代化的需要。我院各教研组和临床科室这些年来在中医药的研究方面作了大量的工作，特别是粉碎“四人帮”以来，工作逐步深入。现将近三年来的部分工作已总结成文者汇编成册，以供领导上审查和同志们批评指正。

本汇编是在学院及各部、系、附属医院领导的指导和关怀下进行的，并得到了各教研组和临床科室的大力支持，本院印刷厂以及其他有关单位的热情协助。但由于我们缺乏编辑工作的经验，对全院情况的了解又不够全面，因此难免将一些有价值的文章遗漏。为了能在有限的篇幅内收载更多的资料，对其中一部分文章作了删节，限于我们的水平，肯定会有许多不当之处。这些错误和缺点当于今后的工作中努力改正。

针麻原理的研究是我院的重点科研项目，由于这方面的成果已另有汇编，故在本册中未予编入。我院有些单位在中医药的研究方面作的工作较多，但限于篇幅，对于内容相近的工作只收载了其中少数论文作为代表，未能全部编入。

我院的中医药研究工作由五十年代即已开始，其中有不少内容至今仍有参考价值，但以前未曾作过全面的汇编，故对过去已发表的论文连同近三年来发表的论文未收载入本册者将题目按科别汇编，刊于本册的附录中以便查考。这项工作更难免挂一漏万，其遗漏者容待以后再作汇编时补充。

1980年1月

1022802

目 录

理论研究

- 论中医的诊疗思想……………附属人民医院中医科 陆广莘 (1)
- 有关中医寒热理论的初步探讨
- ……………基础部生理教研组 梁月华、附属第一医院中医临床理论研究室 (9)
- 补气养血对机体免疫功能的影响……………基础部中西医结合教研组 张蕴芬等 (17)
- 中药对抗原结合细胞的作用……………基础部微生物教研组 (24)
- 灵芝的研究和中医扶正培本治则的探讨……………基础部药理教研组 丛铮等 (29)
- 活血化瘀机理的研究
- “冠通四号”对冠心病病人及应激大鼠血小板聚集性的影响
- ……………基础部生物物理教研组 (36)
- 生脉散注射液对家兔实验性心源性休克的疗效及其机理分析
- ……………基础部病理生理教研组 (41)
- 五味子降低血清谷丙转氨酶活性原理的初步探讨
- …附属第一医院传染病流行病学教研组、北京大学生物系中草药药理药化专业 (51)
- 中药穿心莲对实验动物的终止妊娠作用
- ……………基础部生理学教研组生殖生理研究组 (56)
- 利用 ^{125}I 标记的血浆蛋白观察穿心莲对早孕小鼠子宫、卵巢血量的影响
- ……………基础部生理学教研组生殖生理研究组 李伟雄等 (61)
- 穿心莲、雪莲对人早期妊娠胎盘绒毛的影响—组织学和组织化学观察
- ……………基础部组织胚胎教研组计划生育组 孙敏之等 (64)

各科临床

- 中西医结合治疗小儿肺炎临床总结……………附属人民医院儿科 (68)
- 中西医结合治疗小儿肺炎机制探讨—机体免疫状态的初步观察
- ……………附属人民医院儿科 (69)
- 发热二则治验……………附属第三医院中医科 李鸿祥等 (70)
- 慢性充血性心力衰竭中医辨证论治浅见……………附属第一医院内科 洪韻琳 (71)
- 中西医结合治疗阿—斯氏综合征案二例……………附属人民医院中医科 蔡玲 (72)
- 中西医结合治疗急性胰腺炎 56 例的临床分析……………附属第一医院中医科 (74)

以活血化办法为主治疗迁慢性肝炎的初步体会	基础部中西医结合教研组、海淀区北下关门诊部	(78)
小儿急性肾炎中西医结合治疗 89 例临床分析	附属第一医院儿科 赵季琳等、基础部中西医结合教研组 李顺成	(80)
紫草提取物治疗静脉炎 44 例报告	附属人民医院内科 陆道培、药房 李寿英	(82)
急性缺血性脑血管病的舌象和血小板聚集型与疗效的关系	附属第一医院神经病学教研组、基础部生物物理教研组	(85)
抗癫痫灵治疗癫痫 73 例的疗效观察	附属人民医院内科癫痫门诊	(88)
中药黄花败酱镇静安眠作用的临床观察与药理药化研究	附属第三医院精神科中西医结合小组、药理学系中草药教研组	(90)
百会一印堂穴弱刺激电针治疗精神分裂症近期疗效初步观察	附属第三医院精神科 罗和春	(96)
“通痹方”治疗痹症	基础部中西医结合教研组	(99)
点穴麻醉整复上肢骨折脱位	附属人民医院骨科	(101)
治愈一例严重大面积褥疮记实	附属人民医院中医科、内科 周永莹	(103)
中西医结合(非手术疗法)治疗胆道手术后残余结石	附属第一医院外科中西医结合小组 刘国礼等	(104)
以针灸为主中西医结合治疗外阴白斑病的初步小结	附属第一医院妇产科	(109)
茜草粉在拔牙止血上的应用	附属人民医院口腔科	(110)
中西医结合治疗口腔扁平苔癣的临床观察	附属口腔医院 徐治鸿等	(111)
中医辨证治疗口干综合症 20 例的体会	附属口腔医院 魏克立等	(114)
牙周败毒饮的临床应用和实验研究	附属口腔医院 徐治鸿等	(117)
中西医结合治疗慢性鼻窦炎	附属人民医院耳鼻喉科	(121)
头针视区治疗白内障及近视眼	附属人民医院中医科针灸组 刘桂春	(122)
视网膜中央静脉阻塞病人血小板电泳观察及服中药后的变化	附属第三医院眼科 张惠蓉	(124)
一例奇痒的色素性紫癜治验	附属人民医院中医科 周永莹	(131)
旋磁治疗带状疱疹 50 例	附属人民医院中医科针灸组 吴瑞渊、皮肤科 施曼绮	(132)
头针视区治疗足癣	附属人民医院中医科针灸组 宋君惠	(133)

药学研究

抗癫痫的药理研究	基础部药理教研组 裴印权等	(134)
双稠吡咯啉类生物碱结构与生理作用关系的研究	药理学系抗肿瘤药物研究室	(148)
药用紫草素的提取及其制剂的制备	药理学系中草药化学教研组、附属人民医院药房	(156)
β 、 β -二甲基烯酰紫草素的抗炎作用	基础部药理教研组 林志彬等、附属人民医院病理室 郭铃新	(157)
苦参总黄酮抗心律失常的实验研究	基础部药理教研组 张宝恒等	(162)

三七绒根提取物 (76017)对家兔实验性心肌梗塞的治疗作用

.....基础部药理教研组	张宝恒等	(167)
白屈菜药理作用的研究.....基础部药理教研组	张宝恒等	(170)
昆明山海棠(六方藤)总碱药理作用的研究.....基础部药理教研组	张宝恒等	(174)
肺炎合剂Ⅱ号方的药理研究.....基础部药理教研组	刘慧人等	(179)
益气活血方剂—气管炎 75 号方的药理研究.....基础部药理教研组	林志彬等	(183)
几种中草药对即发型变态反应的影响.....基础部药理教研组	张宝恒等	(188)

医 史

世界上最早的提取、应用性激素的完备记载.....医史教研组	杨存钟	(190)
《救荒本草》与我国古代对吸附分离法的应用.....医史教研组	宋之琪	(193)

综 述

中医药治疗免疫性疾病及其实验研究现状

.....基础部中西医结合教研组	崔文英等	(197)
------------------	------	-------

附 录

理论研究.....	(210)
各科临床.....	(210)
药学研究.....	(214)
医 史.....	(215)

论中医的诊疗思想

附属人民医院中医科 陆广莘

中医基本理论的核心，集中体现在它的诊疗思想。

医学理论的基本问题，是研究疾病和健康互相转化的规律。防止发生向疾病的转化，是预防医学的内容；帮助实现向健康的转化，是临床医学的任务。要防病，就要研究发病的原因，包括内部和外部的原因，即关于发病的根据及其相应的条件。要治病，还要研究实现愈病的原因，也包括内因和外因；临床医学所要研究的，也正是关于实现愈病转化的内部根据及其相应的条件。因此，临床诊断的主要任务，应当去找出这个实现愈病转化的内部根据；临床治疗学，则是循此根据，选择相应的条件作为治疗手段，以促成其实现由疾病向健康的转化。

健康与疾病

中医的医药观，认为：“病为本，工为标，标本不得，邪气不服”。¹

正确处理：病人，医药，病因这三者之间的关系，是治疗成败的关键。这里表现为：病人和医药，病人和病因，病因和医药的关系；中国医学把它归结为：病和工，正和邪，毒和药的关系。病和工的关系是病人和医生的关系。医生掌握医药诊疗手段，病人是医生的研究对象和服务对象。愈病转化的根据存在病人身上，医生的诊断应当正确反映它；医药是帮助疾病的条件，医生的治疗应当符合这个内部根据，这样才是“标本相得，邪气乃服”。²“由邪气不服”实现向“邪气乃服”的转化，也就是治愈。

中医的疾病观，认为“邪之所凑，其气必虚”³；中医的健康观，认为是由于“正气存内，邪不可干”⁴，它们都是正邪对立的统一。健康时并不意味着是由于没有邪的存在，恰恰相反，它是人体正气在同邪斗争中，依然能维持自身正常的运动和平衡的统一而得到确认的。人体表面接触微生物何止亿万，或“卒然遭疾风暴雨而不病者，盖无虚，故邪不能独伤人”⁵。疾病状态之所以是“邪气胜者，精气衰也”⁶，犹如：“两军相争，一胜一败，皆决于内因。胜者或因其强，或因其指挥无误；败者或因其弱，或因其指挥失宜，外因通过内因而起作用”⁷。都是正邪相争，健康状态是因为人体防卫力量强，因为自稳调节无误，因此是正气存内而邪不可干。疾病时是因为人体防卫力量弱，因为自稳调节失衡，所以邪之所凑是通过其气必虚这个内因而起作用的。由此，从疾病向健康的转化，并不意味着必须是由于邪的彻底消灭。愈病过程之所以由“邪之所凑”向“邪不可干”转化，从“邪气不服”向“邪气乃服”转化，主要是通过人体内部由“其气必虚”向“正气存内”的转化而实现的。

因此，中医的诊断观，强调了“治病必求于本”⁸，诊断的主要任务应当是：找出人体内部实现愈病转化的根本原因。这个根本原因，就是人体的自稳调节及其相应的防卫抗病能力。有机体是“自相支持，自相改造，自相完善”（巴甫洛夫）的自控稳态系统，对于一切损伤现象，除非它因此而死亡，必将依着生存上的生理要求进行修整和

调节。在与环境的相互关系中,有机体并不是被动的,相反它是主动的自行调节和自行适应,而不是外因决定论。“所以在这里有机体有独立的反应力,新的反应必须以它为媒介”⁹。

和出政给疾病下这样的定义:“疾病是机体对环境变化这个刺激,所产生的反应和适应过程”。(《公害引起的疾病》1974,日)

实际上,不仅疾病时的病理过程,还有治疗时的药理过程,健康时的生理过程,无不都是机体对环境变化刺激的反应和适应过程。有机体依着生存上的生理要求,对环境刺激的反应,都带有适应的性质,都是通过反馈调节以求达到内环境最佳稳态的适应性反应。区别在于:健康时此种适应性反应来得完善和成功,因此表现得好像:虽有“敌军围困万千重,我自岿然不动”。疾病时的适应性反应的特点,则是不尽完善和尚未成功,于是乃有相应的机能亢进的抗病反应激起,它构成了临床表现的主要基础。治疗时的适应性反应,则有助于提高自稳调节和防卫能力,帮助抗病反应的进一步完善和成功,于是,机能亢进的抗病反应不必再行动员而自然平息。例如,呼吸道正常的防卫能力,能够不断清除吸入的异物或微生物,能够不断地适应外环境温度湿度的变化,此时既不咳嗽,又不咯痰。疾病时的清除作用由于不完善和尚未成功,于是乃有机能亢进的痰液分泌和咳嗽反射的动员,它反映了防卫能力的削弱。治疗如能因势利导,使此时机体对于此类药物的适应性反应,有助于加强原来的抗病反应的效果,提高其固有的清除能力,促其成功,则痰液分泌亢进和咳嗽反射的动员,就变得没有必要而自行平息。其他例如在情绪应激和温度刺激时的血管反应,感染时的血管反应和代谢活动的增强,免疫机制、炎症反应、血凝机制以及诸如补体系统的动员等等,都是一系列放大系统所动员的抗病反应。它们不同程度不同范围的变化组

合,构成错综复杂的临床表现。临床上所以有机能亢进的抗病反应激起,反映了适应性反应的不够完善和尚未成功,这就被视为“邪气不服”或“邪之所凑”。当由于治疗帮助了抗病反应,使其完善和助其成功,则机能亢进的抗病反应的平息,被视为“邪气乃服”或“邪不可干”。

人体自稳调节及其防卫抗病能力,是自愈的基础,也就是由疾病向健康转化的根本原因。

邪实与正虚

由疾病向健康转化的根本原因,在于人体的正气,这就是治病必求的“本”。“人之所籍以生者,气也。气者何?阴阳是也”¹⁰。所以说,治病必求本,“本者,本于阴阳也”¹¹。这里有两层意义:一是要求诊断的全面性,二是强调诊断的重点要抓住人体阴阳自稳调节这个根本。

“一阴一阳之谓道”¹²,不能只有阴没有阳,或者只有阳没有阴,这是古代的两点论。“道者,阴阳之理也;阴阳者,一分为二也”¹³。治病求本,本于阴阳的第一个要求是:在诊断上要从对立统一中去把握对立面。

疾病是正邪对立的统一,不能只知正不知邪,或者只知邪不知正。邪之所凑,其气必虚,“邪气盛则实,精气夺则虚”¹⁴,疾病是邪实正虚的对立统一,不能只知邪实不知正虚,或者只知正虚不知邪实。“知丑知善,知病知不病,知高知下,知坐知起,知行知止,用之有纪,诊道乃具”¹⁵,这是关于诊断的两点论。

病机十九条这样提出问题:“夫百病之生也,皆生于风寒暑湿燥火,以之化之变也。经言:盛者泻之,虚者补之。方士用之,尚未能十全”¹⁶。为什么未能十全?张景岳说:“凡邪正相搏而为病,则邪实,正虚,皆可言也。故主泻者则曰:邪盛则实,宜泻也;主补者则曰:精夺则虚,宜补也。

各执一句，茫无确见，藉口文饰，孰得言非”¹³！由于各执一句，只顾一头，割裂了邪实正虚的对立统一；只知其一，不知其二，“知左不知右，知右不知左，知上不知下，知先不知后，故治不久”¹⁵，这样的诊断治疗，经不起时间的考验。例如称百病之生，皆生于风寒暑湿燥火，就只强调邪实这一面。由此在治疗上曾经是：“治寒以热，治热以寒，方士不能废绳墨而更其道也”¹⁶。用热药治寒证，用寒药治热证，这样的拮抗治疗被简单地当作常规应用于临床。但是奇怪的是并不都能奏效，相反地还会出现：“有病热者，寒之而热；有病寒者，热之而寒；二者皆在，新病复起”¹⁶的情况。原有的病证没有治好，还添加新病或老病加重，这样的“服寒而反热，服热而反寒，其故何也”？回答是因为：“治其旺气，是以反也”¹⁶。其所以走向治疗愿望的反面，是只注意“治其旺气”的结果，只知邪不知正，因此“标本不得，邪气不服”¹。还有因为把寒热等这类机能亢进的“旺气”，错误地当作纯粹消极的病因病理破坏，企图用拮抗疗法以“纠正”，立足于祛邪的结果。

恩格斯在百年前说过：“在今天的生产方式中，对自然界和社会，主要只注意到最初最显著的结果，然后人们又感到惊奇的是：为达到上述结果而采取的行为所产生的较远的影响，却完全是另外一回事，在大多数情况下，甚至是完全相反的”⁹。中国医学经历过这种初期的、以追求最显著的“立竿见影”效果的治疗学阶段，经历过把寒热等这类“邪气盛则实”的旺气，把这类机能亢进的抗病反应，错误地当作纯粹消极的病因病理破坏，企图依靠拮抗以纠正，立足于祛邪。结果是因为压而不服，纠而不正，老病未去；甚至是越压越不服，越纠越不正，更添新病，造成药害。由此认识到：这样的“粗工凶凶，以为可攻，故病未已，新病复起”²，治疗手段所以转化为致病因素，原

因就在于：“病为本，工为标，标本不得，邪气不服”¹。认识到：如果只知邪实不知正虚，以为诊断不过是找毛病，以为找到了病邪，可以用医药直接对它主动积极进攻；以为找到了“邪侵正”的病理变化，可以用医药直接去加以“纠正”；这样的诊断治疗，由于只顾一头，“故治不久”，经不起时间的考验。认识到：对于“诸寒之而热者，取之阴；热之而寒者，取之阳，所谓求其属也”¹⁶。强调在诊断上要进一步“求其属”，因为寒热等这类“邪气盛则实”的旺气，它们“皆根于内”，是阴阳这样“精气夺则虚”的外部表现。诊断不光要看到“邪实”这一面，特别应当通过它进一步找出其相应的“正虚”这一面，因为邪实只不过是正虚的外部表现，正虚才是邪实的内部基础。认识到象：“诸风掉眩，皆属于肝，诸湿肿满，皆属于脾”¹⁶等等，因此要求“谨守病机，各司其属”¹⁶。因为“掉眩收引，喷郁肿胀，诸痛痒疮，皆根于内”¹⁷，这些风寒热燥湿火的临床表现，是机体对病邪的抗病反应，所以说“皆根于内”；它反映机体自稳调节和防卫能力的削弱，是精气夺则虚的外部表现。所以要“求其属也”，“各司其属”；所谓属，“属也者，其枢要之所存乎”¹⁸！是人体自稳调节枢要所在，是精气夺则虚的所在。“求其属者，求其本也”¹⁸，这是治病求本，本于阴阳的进一步要求，也是最根本的要求。正为本，邪为标，诊断既要从正邪对立统一中把握对立面，更要着重抓住“其气必虚”的根本，即抓住阴阳五藏自稳调节这个枢要。

血气与阴阳

生物体是热力学家所说的开放系统，它只是由于一种稳定的物质流、能量流和信息流才能存在。这是稳和流的统一，也就是恩格斯所说的：“在活的机体中，我们看到一切最小的部分和较大的器官的继续不断的运动，这种运动在正常的生活时期，是以整个

机体的持续平衡为其结果,然而又经常处在运动之中,这是运动和平衡的活的统一”⁹。

生命运动有赖于物质能量信息的流通,“出入废则神机化灭,升降息则气立孤危;故非出入,则无以生长壮老已,非升降,则无以生长化收藏;是以升降出入,无器不有”¹⁰。升降出入的流通,又必须是相对恒定的:“四者之有,而贵常守,反常则灾害至矣”¹⁰。内外物质能量信息的出入交换,体内物质能量信息的升降代谢,有赖于血气的流通。血气流通的调节,则是来源于阴阳五藏的相互作用:“阴阳和调而血气淖泽滑利”²⁰,而“五藏之道,皆出于经隧,以行血气;血气不和,百病乃变化而生”²¹。在正常情况下,由于“五藏安定,血脉和利,精神乃居”²²。

血气不和,即血气供求关系的不平衡。血气供求水平,决定着整体或相应局部的物质代谢及其功能水平,包括调节机能和防卫功能。风为百病之长,其本质为郁,即血气不和。吴鞠通说:“风也者,六气之帅也,诸病之领袖也,故曰百病之长也。学者诚能体察风之体用,而于六淫之病,思过半矣”²³。

风具二重性,即兼寒热,以“供”的低降为主者表现为寒,以“求”的亢进为主者表现为热。其他如燥湿水火痰瘀,都可以是风的派生,从而构成风寒、风热、风燥、风湿、风水、风火、风痰等等。风即郁,郁的进一步发展就成瘀。“风气通于肝”,“诸风掉眩,皆属于肝”,肝的职能“为将军之官”,是机体执行防卫的主要职能系统。肝藏血,司疏泄喜条达,管理控制着血气的流通和分布于各部,这是它用以执行防卫功能的物质基础。风为百病之长,是概括了以血气供求为基础的抗病反应;由此在治疗上总结了:“治风先治血,血行风自灭”的规律性认识,主旨在于帮助恢复血气的正常运行,全面地改善血气供求关系,即“疏其血气,令其调达,而致和平”¹⁰。风而兼寒,即以

“供”的低降为主者,治主辛散,诸如:疏风散寒,舒肝解郁,理气活血等,均着眼于改善“供”的一面,着眼于流或通。风而兼热,即以“求”的亢进为主者,则有平肝熄风,清热泻火,重镇潜阳等,着眼于降低代谢对血气的需求。“治病之道,顺而已矣”¹³,对于以血气供求不平衡为基础的抗病反应激起,“未有逆而能治之者,夫惟顺而已矣”²⁴。血气欲得行,治疗顺其性,因为血气不和,反映了适应性反应的不尽完善和尚未成功,治疗应当助其完善和促其成功。因为血气流通是机体抵抗力之所在,是自稳调节的信息以及内外的抗病和治疗因素,究竟能否顺利地到达病所的根本条件。

所以,对于血气不和,百病乃变化而生的治疗,推而言之,药治八法中的汗、吐、下、消、温诸法,都可视为“疏其血气,令其调达”的手段,着眼于:流、通、动。清法和泻法,则是降低代谢需求和血气消耗的措施。需要注意的是:“久寒伤阳”,“恣用寒凉,伐人生气”²⁵,它能压抑抗病反应,降低代谢和功能,削弱人体抵抗力。补法主要在于帮助提高阴阳五藏的自稳调节。至于和法,不能认为是一种独立的治法,而是综合其他方法的调理措施。

中医的自稳调节观,认为“亢则害,承乃制;制则生化,外列盛衰;害则败乱,生化大病”¹⁸。亢,即不平衡,对机体的生生化化不利。因为“物体相对静止的可能性,暂时的平衡状态的可能性,是物质分化的根本条件,因而也是生命的根本条件”⁹,同时也就是健康的主要标志。“邪之所凑”的临床表现,“其气必虚”的所以发病,其本质是因为内环境亚稳状态的破坏。“夫阴和阳,可以和而平,可以乖而否,善摄与否,吉凶于是乎歧之”¹⁰!而“亢则害,承乃制之道,盖无往而不然也;故求之于人,则五藏更相平也”¹⁰。人体自稳调节是由阴阳五藏之间互相制化的关系所

实现的。五藏的职能是“藏精气”，藏，有管理控制之义，精气，可理解为调节机能。五藏就是五行，因此说：治病必求于本，本于阴阳五行。

人体内外环境的不平衡是经常存在的，因此才有平衡的必要；由于人体阴阳五藏自稳调节的存在，于是才有平衡的可能。

“且夫人之气也，固亦有亢而自制者”¹⁰，这种人体阴阳五藏自稳调节，不断地克服着不断出现的亢，即亢和制的统一，构成人体运动和平衡的活的统一；也就是表现为“外列盛衰”的亚稳状态，成为健康的基础。当亢和制的对立统一，转化为邪实正虚的对立统一，就成疾病。这种由亢向邪气盛的转化，是由于制向精气夺转化的结果。所以说：“夫充于一身者，一气而已。即其所用，所病而言，于是乎始有异名耳。故平则为正，亢则为邪”¹⁰。阴阳相平就是正气，阴盛阳亢就成邪气；所谓“邪气盛则实”的旺气，说它“皆根于内”，就是这个道理，它是人体自稳调节在“亢而不能自制”的情况下的抗病反应激起。所以，“苟亢而不能自制，则汤液、针石、导引之法，以为之助”¹⁰。帮助什么？帮助抗病反应，助其一臂之力，用势利导，促其成功；帮助自稳调节，减轻负担，减少振荡，助其完善；帮助人体固有的自制能力，恢复其所维持的内环境亚稳状态。“治病之道，气内为宝”¹⁵，根本的是要帮助其实现向“正气存内”的转化。因为人体正气是能够“自愈”的根据，由于它的存在，医药才能“为之助”。治愈必须是在人体自愈能力的基础上才能实现，没有“自愈”的调节能力和抗病能力，也就没有“治愈”成为现实的可能性。以血气供求为基础的防卫抗病能力，以阴阳五藏为中心的自控稳态调节，构成人体抗病愈病的自愈能力。它成为中医的诊断对象，构成辨证的基本内容；证，就是关于人体自稳调节在抗病过程中的具体反应状态。它成为中医治疗的依靠对象和服务对象，因为它是实

现愈病转化的根本原因；药物等治疗手段之所以能呈现疗效，所以能大显身手，只是在这个强大的自愈能力背景下才能显现，因而它成为治病必求的“本”。病为本，工为标；正为本，邪为标，医学研究的众多问题中，病人的正气才是真正的根本问题。

治病与致病

“夫兵久而国利者，未之有也。故不尽知用兵之害者，则不能尽知用兵之利也”。

（《孙子兵法·作战》）用药也这样。

中医的环境观，认为“四时之化，万物之变，莫不为利，莫不为害”，只有“察阴阳之宜，辨万物之利，以便生，故精神安乎形而年寿得长”²³，在环境因素中，能帮助实现愈病的可利用为“药”，能促成发病的则被视为“毒”。在我国古代，毒药是并称的。例如认为医师的主要职责是：“聚毒药以供医事”²⁷；只要正确利用，“毒药苦口利于病”²⁸；所以说：“今世治病，毒药治其内，针石治其外”²。毒药并称是辩证的，它们是对立的统一，在一定条件下可以互相转化；没有什么绝对的毒或药，没有什么毒不可以正确利用而转化为药，也没有什么药不可以因错误使用而转化为毒。医学的任务，无非是趋利避害，化害为利，调动利用积极因素，防止和消除不利因素，并且尽可能化不利因素为有利因素。临床医学的工作，就是要调动内外两个积极性，要实现两个转化：即化毒为药，以帮助体内抗病愈病的积极因素，促成其实现向健康转化。药物病则与此相反，例如：“大戟去水，葶苈愈胀，用之不节，乃反病”³⁰。仅仅是用之不节，向似乎正确的方向多走半步，就成谬误，治疗手段转化为致病因素。中国医学是我国人民几千年来同疾病作斗争的经验总结，其中也包含了关于药物病的经验教训，由此形成了以辨证论治为基础的诊疗思想。它的用药标准是“证”，有是证用是药，成为中医诊治观。

人类医学要从人体内部的自稳调节,从人体对环境刺激的适应性反应,去研究发病与愈病的原理。环境因素中是治病的药,还是致病的毒,只能以人体为中心,以人体自稳调节对它的适应性反应来判断。区分毒和药的科学根据,就是人体的阴阳自稳调节,只有察阴阳之宜与不宜,才能辨万物之利与不利。药物“愈疾之功,非疾不能以知之”¹⁰;同样,是否为致病的毒,也只有“因病始知病原之理”¹¹。凡是削弱人体自稳调节及其适应性反应者,是有毒的毒,凡能帮助提高人体自稳调节及其适应性反应者,则可利用为防治手段。只有抓住人体自稳调节在抗病过程中具体的反应状态,才能正确地区分毒和药,才能防止药转化为毒而免遭药害,也才能有效地化毒为药而正确地应用于临床。

错误是正确的先导,通过药物病的经验教训,中医学总结了:非其证而用是药,是药物病的重要原因的认识。总结了:“治病之道,顺而已矣”¹²,对血气供求为基础的抗病反应,因势利导助其完善的方针。总结了:“治病之道,气内为宝”²⁵,对阴阳五藏为中心的自稳调节,应以保护加以提高的原则。总结了单纯依靠拮抗,“治其旺气,是以反也”¹⁶的教训;批判了“粗工凶凶,以为可攻。故病未已,新病复起”²的错误。寒者热之,热者寒之,这样的拮抗治疗,如果用来减轻内环境的振荡,减轻自稳调节的负担则可;企图依此直接拮抗纠正,立足于祛邪则不可。“手挥五絃,目送飞鸿”,手中用的拮抗疗法,心目中注意着人体自稳调节这个中心。为此指出了:“大毒治病,十去六七,无使过之,伤其正也”³¹的告诫;以及长久用药之害:“久而增气,物化之常;气增而久,夭之由也”¹⁶。因为大量强力和长久用药,必然伤害人体自稳调节这个正气;任何环境刺激,只要是大量强烈和长久作用,都对人体抵抗力不利,韩恩·塞里根据实验得出:“弱的激源提高机体非特异性抵抗力,强烈的尤其是长时期作用的激源,

降低非特异性抵抗力;中等强度激源的预先作用,能提高对该因子的抵抗力,即特异性抵抗力”,但是要注意它却“同时会使对其他因子的正常抵抗力,即非特异性抵抗力降低。看来这里对一种因子的适应,也是靠牺牲对其他因子的适应力而获得的”³²。这是对防止药害值得注意的方面。

那么为什么还会出现追求大量强力和长久用药的风气,原因在于诊断上没有看到人体的抗病愈病的积极因素,只看到疾病的消极面,只看到病因病理破坏,于是只能依靠拮抗以“治其旺气”。于是:“苦寒频岁而弗停,辛热比年而弗止,但谓药未胜病,久远期之”¹⁰。象这样的:“俗尚颛蒙,悖恃方药,愈投愈盛,迷不知返”¹⁰;还误认为是药力还没有压过病情,更寄望于加量、强力和长久地用下去。这是因为不了解:“端本澄源,中含至理;执其枢要,众妙具呈”¹⁰的道理。而药害问题之所以如此“数见者,得非粗工不知求属之道,以成之欤”¹⁰!

药物病的原因,在医不在药,所谓药物公害,主要是医学诊疗思想弊端的惩罚。为了减少药害,关键就在于要“执其枢要”,讲究“求属之道”,无论诊断治疗都要重视人体自稳调节及其相应的抗病反应。抓住自稳调节中心,审察抗病反应之势,这就是辨证:

能攻心,则反侧潜消,自古知兵非好战;

不审势,则补泻皆错,从今用药要深思!

这就是说:用药如用兵。

简单的结语

“唯物辩证法的宇宙观,主张从事物的内部,从一事物对他事物的关系,去研究事物的发展,即把事物的发展看做是事物内部的必然的自己的运动”。医学研究人体与环境的相互关系中,表现为疾病和健康互相转

化的规律,即要研究这种互相转化的内部根据及其相应的条件。环境因素作为影响人体疾病与健康互相转化的条件,被区分为致病的和治病的因素;而人体发病和愈病的根本原因或内部根据,则是人体内部的自稳调节机制,以及人体对环境因素的防御抗病能力。因此,医学研究应当着重从人体的自稳调节及其防御抗病反应,去研究疾病和健康是怎样实现互相转化的,即把发病和愈病的转化,看做是人体内部的必然的自己的运动。所以近年来,在关于医学发展的未来预测中,指出:“同调节机制和防卫反应机制有关的问题,今天在生物学研究中起着最重要的作用,只要弄清了调节机制和防卫反应机制的活动原则,就意味着医学发展中有质的飞跃”。(《展望公元二〇〇〇年的世界》1970西德)这是现代西方医学的发展方向,也是医学科学现代化的主要标志;一切现代科学技术观察方法,都将围绕它并为其服务,即为弄清自稳调节及其防卫抗病反应的活动原则。同时,这也标志着现代西方医学正面临在诊疗思想上的重大变革,从传统的疾病分类学的病因病理观,开始注意人体的自稳调节及其防卫抗病反应,这就使中西医结合有了更多的共同语言。

中西医结合,反映了我国医学在特定历史条件下的特殊任务;因为,我国医学还没有在自身发展的基础上,很好地消化吸收融合西方医学的成就。正如李约瑟(1954)所说的:“中国的医药似乎主要是不受外来的影响而走自己的道路。直到现在,中国的医学还是恪守它的独特的概念——阴阳、五行、郁、气、脉学、砭针、灸等等”³³。近代中国曾是半殖民地半封建国家,饱尝辱国丧权之苦,在民族不平等的历史条件下,西方医学的成就不能正确地介绍给中国人民,以利于批判吸收,促进中国医学自身健康地发展。在“百事不如人”的精神状态下,曾经起着排斥和扼杀祖国医学的作用。例如在1929年要取缔中医的理由是,中医的存在

不利于西医事业的发展。所谓:“旧医一日不除,民众思想一日不变,新医事业一日不能向上,卫生行政一日不能开展”。理由是中医理论不科学:“讲阴阳五行,不重解剖”,不识病原,不懂病理。所谓:“阴阳五行,三部九候之谬,足以废旧医之理论而有余;治病必求本,用药如用兵二语,足以废旧医之治疗而有余”,因此要“绝其产生,遏其蔓延,肃清旧医,预期四十年后”³⁴。

1949年,随着中国人民的解放,中医也得庆翻身;“团结中西医”的方针,改变了社会上长期存在的中西医对立和歧视中医的情况。解放初的中医进修西医,以后的西医学习中医,都为增进相互了解,促进中西医结合,初步提供有利条件。但是,由于中西医学存在着方法学的差异,双方的诊疗思想不同,对中医辨证论治原理的认识和研究水平,受西医辨病认识发展水平的制约。用近代西方医学的病因病理观,去评介中医,以的就欠,用已知的科学“结论”,去衡量“未知”的事物,“往往当真理碰到鼻尖上的时候,还是没有得到真理”³⁵。

毛泽东同志指出:“我们应该在中国自己的基础上,批判地吸收西洋有用的东西”,“应该交配起来,有机地结合”,“创造出中国自己的、有独特的民族风格的东西。这样道理才能讲通,也才不会丧失民族信心”³⁵。

人体心身相关的自控稳态调节,是生命科学的尖端,李约瑟(1977)在国际科学史上指出:“谁知道心身相关概念的未来进展,将在医学中需要怎样进一步发展呢?在这方面,中国传统科学的思想复合体,可能会在科学发展面临决定性阶段的时刻发挥大于人们所承认的作用”³⁶。

解放以后三十年来的历史表明,中国人民绝不缺乏发展我国医学科学的聪明才智。我们不能因为有过曲折和困难,因而怀疑中国医学是一个伟大的宝库,怀疑中西医结合

的历史必要性。只要我们记住：“唯一的危险是很容易把近代科学看成是最后的结论，并仅仅根据它的观点来衡量过去的一切。现代世界科学绝不依赖于西欧历史的偶然事件，它也不可能是：以往一切科学发现的具有多少价值的末日审判法庭”³⁰。实践是检验真理的唯一标准，只要我们坚持以我为主，为我所用地学习现代西方医学有用的东西，有的放矢、实事求是地研究中医和发展中医，中西医结合创造中国的新医药学的历史任务，定将在实现祖国现代化的伟大进程中胜利地达到目的。

“欲求融合，必先求我之卓然自立”。没有特殊，也就没有一般。中国医学只有在自身发展的基础上，融会新知，实行中西医结合，创造中国的新医药学，才能反过来丰富现代世界医学，为人类作出更大的贡献。

参 考 文 献

1. 《素问·汤液醪醴论》
2. 《素问·移精变气论》
3. 《素问·评热病论》
4. 《素问遗篇·刺法论》
5. 《灵枢·百病始生篇》
6. 《素问·玉机真藏论》
7. 毛泽东《矛盾论》
8. 《素问·阴阳应象大论》
9. 恩格斯《自然辩证法》
10. 王履《医经溯洄集》
11. 张志聪《素问集注》
12. 《周易系辞上》
13. 张景岳《类经》
14. 《素问·通评虚实论》
15. 《素问·方盛衰论》
16. 《素问·至真要大论》
17. 《素问病机气宜保命集》
18. 李中梓《内经知要》
19. 素问·六微旨大论》
20. 《灵枢·行针篇》
21. 《素问·调经论》
22. 《灵枢·平人绝谷篇》
23. 吴鞠通《温病条辨》
24. 《灵枢·师传篇》
25. 《素问·疏五过论》
26. 《吕氏春秋尽数篇》
27. 《周礼·天官冢宰下》
28. 《史记·留侯世家》
29. 《淮南子·主术训》
30. 《淮南子·缪称训》
31. 《素问·五常政大论》
32. 《塞里学说概要》
33. 《中国科学技术史》
34. 《中华医学杂志》7:755,1935
35. 毛泽东《同音乐工作者的谈话》
36. 《英国科学史期刊》1978年7月

有关中医寒热理论的初步探讨

基础部生理教研组 梁月华

第一附属医院 中医临床理论研究室

祖国医学认为,发生疾病的基本机理是阴阳失调。阴阳互相调节,维持相对的动态平衡,这是进行正常生命活动的基本条件。若阴阳失调,彼此偏盛偏衰,就会出现气血逆乱,脏腑功能失常,而发生疾病。疾病的表现虽然千变万化,但无一不是阴阳失调的结果,而阴阳偏盛偏衰的种种表现从性质上又可用寒热来加以概括,所谓“阴胜则寒”,“阳胜则热”,“阳虚生寒”,“阴虚生热”,即是此意。治病的目的是调整阴阳使之达到正常的平衡状态,寒热既是阴阳偏盛偏衰的表现,辨明病证的寒热当然对于确定治疗就具有重大的意义,因此,“寒者热之”,“热者寒之”是中医立法处方用药的一个重要原则。由于寒热在辨证施治中占有如此重要的地位,故被列入八纲之中,用以概括阴阳盛衰的情况,说明病证的基本性质。除病证的寒热之外,病邪也有寒热之分,药性更有寒热温凉之别,所以探讨中医寒热的本质,不仅能提高对辨证施治的认识,而且也是中医基本理论研究中的一个重要环节。

近年来已有人应用近代科学的知识和方法对八纲进行了研究,对其中的寒热理论有所阐述。例如,候氏认为寒证与机体内产生的热量减少有关,而热证则是由于产生的热量过盛所致¹。徐氏等认为,寒证大多数系由于机体生理功能衰退,或对有害动因之抗力低落表现,而热证则大多数是机体生理功能较好,对有害动因的反应力旺盛的表现。

热证病人的神经型以兴奋型占优势,交感神经紧张度上升,基础代谢率升高,而寒证病人则以抑制型占优势,副交感神经敏感度上升,基础代谢率偏低,血压偏低²。重庆医学院新医病理学研究小组根据临床病理的资料提出,寒证和热证标志着机体对致病原因的反应类型:寒证时常见内脏器官呈慢性炎症过程,并有全身和局部的贫血、缺血、瘀血及水肿等表现;热证时常见急性炎症、动脉充血与出血,体表血管扩张等³。上海第一医学院脏象研究室对肾阳虚的研究,在许多方面都涉及寒证(虚寒)的本质问题,他们发现这类病人24小时尿17-羟皮质类固醇含量普遍低于正常值,并根据ACTH试验、11-羟昼夜节律测定、Su-4885试验以及血内ACTH含量的放射免疫测定等结果说明有丘脑—垂体—肾上腺皮质系统功能紊乱的情况^{4、5}。上海第二医学院通过cAMP、cGMP的研究发现阴虚患者cAMP/cGMP的比值降低,而多数阴虚患者cAMP含量明显升高,但其比值都无明显升高⁶。以上这些工作都为寒热本质的研究提供了宝贵的资料,但还有许多问题尚未阐明,需要进一步进行大量的工作。

临床上鉴别寒证与热证主要是依据寒热喜恶、动静、面色、渴饮、二便、舌脉等方面,即寒证患者恶寒喜暖,静而少言,面色苍白,口淡不渴,小便清长,大便稀溏,舌淡苔白脉迟等,而热证患者发热喜凉,烦躁不安,面色红赤,口渴思饮,小便短赤,大便干结,舌苔黄脉数等。分析这些临床表现,有些与

全身的代谢状态有关,有些则与器官、系统的机能变化有关。这些机能变化,在寒证时虽多属减弱,在热证虽多属增强,但也不能一概而言。例如,寒证患者静而少言,脉迟等似说明有关的系统或脏器机能活动是处于降低的状态,但大便稀溏便难以完全用肠管的机能活动减弱来解释。无论是外感寒邪的实寒证或是脾肾阳虚的虚寒证,其大便溏薄甚至腹泻往往都伴有肠鸣腹痛,说明肠管的吸收功能减弱,但蠕动则是增强。又如渴饮的问题,据现代生理学的认识,无论口渴的发生机制如何,其共同的特征都是唾液的分泌量减少,从而引起口腔和咽部的干燥,这

是感觉口渴的直接原因。我们曾对寒证和热证病人进行了唾液分泌量的测定,证实热证时的唾液分泌量明显低于正常,而寒证则高于正常(参见表1)。从唾液的分泌机能来看,寒证时并不减弱而是增强,热证时倒是减弱的。目前常用机能减弱(或衰退)和增强(或亢奋)来解释寒证和热证,看来还有进一步研究的必要。

临床症状的出现,一般来说,总是与机能活动的变化有关的。祖国医学既然用寒热来概括阴阳失调所引起的种种临床表现,其中必有规律可寻,寒证和热证时的机能活动变化也应分别各自具有共性。人体的机能活

表1 寒证热证病人的六项生理指标测量值

		人数	唾液量 (毫升/3分)	收缩压 (毫米汞柱)	舒张压 (毫米汞柱)	心率 (次/分)	呼吸频率 (次/分)	口温 ℃	y 值
正 常		165	0.61 ± 0.30	106 ± 9.99	76 ± 7.19	70 ± 10.00	18 ± 3.00	36.9 ± 0.29	0 ± 0.56
热 证	肺热	12	<0.05	112 ± 15.89	70 ± 10.53	94 ± 18.50	23 ± 17.49	38.4 ± 0.84	1.90 ± 0.86
	湿热中阻	8	0.13 ± 0.16	118 ± 18.98	76 ± 9.75	80 ± 18.29	20 ± 3.93	37.4 ± 0.68	1.67 ± 1.26
	胃热	8	0.4 ± 0.42	108 ± 11.71	75 ± 9.21	70 ± 7.40	20 ± 4.39	36.8 ± 0.50	0.34 ± 0.46
寒 证		12	0.95 ± 0.50	106 ± 13.28	70 ± 10.29	74 ± 14.54	17.7 ± 3.28	36.5 ± 0.58	- 0.66 ± 0.86

动受神经和体液的控制和调节,内脏器官的机能活动更是直接由植物神经系统支配,内脏器官本身的病变有时也是通过对植物神经系统的影响而引起该器官的机能活动变化。综合寒证和热证的临床特点,有许多方面是与植物神经的机能活动状态相符的。例如交感神经机能增强时心跳加快,唾液粘稠,分泌减少,胃肠运动抑制,肠管紧张性降低,这些变化似与热证时的脉数、口渴思饮、大便干结等有一定的联系。交感神经机能减弱或副交感神经机能增强时心跳减慢、唾液稀薄、分泌量增加、肠管蠕动增强、紧张性升

高等,这些变化又似与寒证时的脉迟、口淡不渴、大便溏薄等有一定的联系。此外,交感神经系统机能活动增强时促进异化作用,热量的产生增多,而交感神经机能活动减弱时异化作用降低,热量的产生减少。因此,我们设想寒证和热证的本质可能与植物神经的机能活动状态有关。

我们对40名在中医科病房住院、寒热辨证明确的病人综合六项生理指标的观察结果以确定其植物神经系统的机能状态⁷。这六项生理指标是:唾液量、收缩期血压、舒张期血压、口腔温度、心搏间隔、呼吸间隔

等, 将这些数值代入一个根据 165 名正常人求出的回归方程式内, 计算植物神经平衡指数。寒证和热证患者的测定结果见表 1, 从这些结果可以看出, 热证病人交感神经系统机能活动增强, 而寒证病人则相反, 该系统机能活动减弱或副交感神经系统机能活动增强。这些病人经用中药治疗后与病情的好转相应, 其植物神经平衡指数均分别从不同性质的异常恢复到正常的水平, 甚至略向相反

的方向超过。少数病人由于服用大寒大热之药过久, 未能中病即止, 其植物神经平衡指数向相反的方向超过正常较多, 临床上亦出现与原有病证相反的病证, 尤其是素体虚寒的病人因患热证而用寒凉药治疗日久更易发生, 以致在热证消退之后转而出寒证如脘腹疼痛, 喜暖畏寒, 大便溏薄等, 经温补药调理后始恢复正常 (见图 1)。

以上的观察结果初步说明植物神经系统

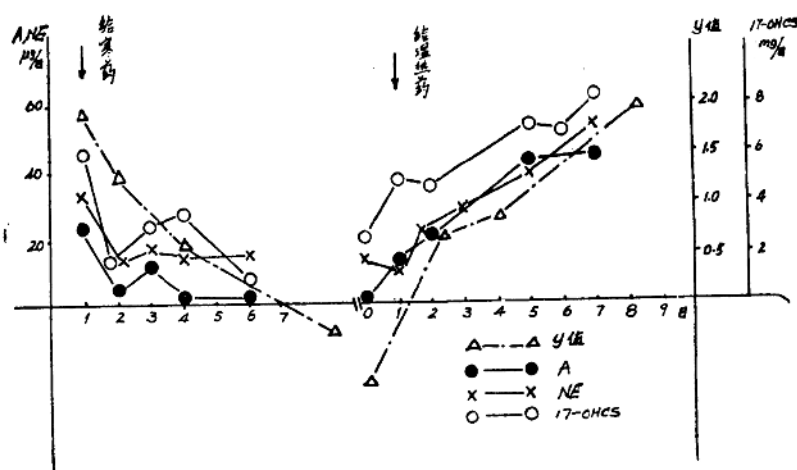


图 1 寒证热证转化过程中各项指标的变化

的机能状态与病证的寒热确有密切的关系。为了进一步探讨机体的神经-体液调节系统的状态, 我们对这 40 例患者还测定了尿内

儿茶酚胺 (肾上腺素[A]、去甲肾上腺素[NE]和多巴胺[DA])及17-羟皮质类固醇[17-OHCS]的排出量, 其结果见表 2。

表 2 尿中儿茶酚胺及17-OHCS排出量的变化

	例数	A 微克/日	NE 微克/日	DA 微克/日	17-OHCS 毫克/日
正 常	15	12.6 ± 5.79	23.58 ± 14.38	116.85 ± 74.02	6.20 ± 4.57
热 证	肺 热	12 39.93 ± 14.78 ^{***}	45.25 ± 17.46 [*]	124.69 ± 30.90	-
	湿热中阻	8 35.45 ± 14.05 ^{**}	32.85 ± 11.01	182.29 ± 42.66 [*]	9.88 ± 5.27
	胃 热	8 15.05 ± 11.85	73.34 ± 54.10 [*]	119.32 ± 85.71	11.68 ± 9.46
寒 证	12	6.16 ± 7.16 [*]	15.54 ± 4.87 [*]	110.10 ± 66.63	2.38 ± 1.81 [*]

* 与正常组对比 $P < 0.05$ ** 与正常组对比 $P < 0.005$ *** 与正常组对比 $P < 0.001$

从测定的结果可以看出热证患者儿茶酚胺和 17-OHCS 的排出量均高于正常,说明其交感神经-肾上腺系统处于机能增强的状态,而寒证患者这些物质的排出量均低于正常,说明其交感神经-肾上腺系统处于机能减低的状态。经治疗后这些物质排出量的变化均与病情好转和植物神经平衡指数的改变相应,在那些用药太过以致出现寒证与热证彼此转化的病例,其儿茶酚胺和 17-OHCS 排出量也都出现相应的变化,甚至在临床症状发生之前即已出现。这些观察的结果进一步证实了交感神经-肾上腺系统的机能状态与寒证、热证的关系。

这 40 例患者经中药治疗后,其中热证 28 例全部治愈,寒证 12 例也均有不同程度的好转,这些热证结合脏腑辨证,有肺热、湿热中阻、胃热等不同,但皆属热证;所用的方剂虽也不同,但均以寒凉为其共性。同样,寒证之中,结合脏腑辨证,有脾胃虚寒、肾阳虚、寒邪阻络等不同,但皆属寒证;所用的方剂虽也不同,但又都以温热为其共性。祖国医药学认为寒热温凉是药物的四种基本性质,对此十分重视,称之为四气或四性。温与热、寒与凉,只有程度上的差

异,因此,实际上是寒凉与温热两性。所谓寒凉药,其共同特点就是能够治疗热证,而所谓温热药,则是能够治疗寒证。既然病证之寒热与交感神经-肾上腺系统的机能状态有关,那么自然就会联想到寒凉药与温热药可能也都具有调整交感神经-肾上腺系统机能的共性,而调整的方向则不同。特别是临床上过用寒凉药和过用温热药能引起寒证和热证的临床表现及尿中儿茶酚胺等的变化,更提示药物在这方面的作用。

为了进一步证明这一点,我们用雌性大白鼠 45 只,用代谢笼单独喂养,分热药、寒药和对照三组。所用的药物系选自上述临床病人治疗中所常用的药物,将寒凉药黄连、黄柏、生石膏、连翘、大黄、黄芩合为一个方剂;将温热药肉桂、附子、党参、黄芪、白朮、干姜合为一个方剂,均用 100% 煎剂灌胃,每日两次,每次 2 毫升。对照组给生理盐水,在观察期间,其心率、饮水量、尿量及尿内儿茶酚胺的排出量均无明显变化(图 2、3)。

热药组在给药后心率加快,饮水量增多,尿量减少,尿内 A 和 NE 的排出量增多(图 4、5)。

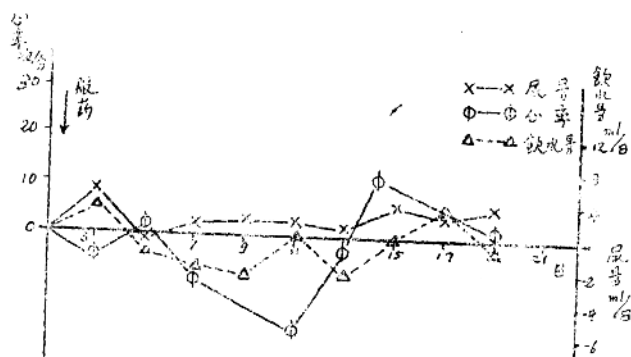


图 2 大白鼠对照组各项生理指标的变化