

参加第一届全国中医学术 会议资料汇编

中医学会四川分会
四川省医学科技情报站

一九七九年五月

脱落细胞学在温病舌象的观察小结

中西医结合治疗乳痈（急性乳腺炎）1469例辨证论治的探讨

针刺麻醉法在痔疮病手术的临床应用体会

小儿以调整脏腑气血为重

八一二厂第二医院

“龙马散”治疗癫痫的报告

四川医学院☆☆

急性梗阻性化脓性胆管炎中西医结合辨证论治规律的探讨

中西医结合防治慢性肺心病

中西医结合治疗急性白血病辨证规律的探讨

重庆医学院☆☆

体质病理学研究

保津养阴在温病学中之独特作用

重庆地区幼儿病毒性肺炎中西医分型与治疗

中药治疗小儿胡豆黄95例疗效观察

补肾法的临床及近代研究

☆：资料已送大会，故未订入汇编。

☆☆：资料由原单位送交大会，故未订入汇编

目 录

成都中医学院☆

论《中医眼科六经法要》的学术思想

——著名中医眼科陈达夫教授学术成就之一

青黛治疗慢性粒细胞型白血病的疗效观察

靛玉红治疗慢性粒细胞型白血病的临床研究小结

钩端螺旋体病的中医辨证和治疗

瘀血学说及活血化瘀治则

痰饮学说及其临床运用 ✓

经手术证实的40例胃与十二指肠溃疡病的中医辨证分型

病毒性肝炎的临床体会及中医药治疗慢性肝炎200例疗效观察

82例角膜炎的临床分析及中西医结合疗效观察

眼病与湿

成都市第一人民医院

祖国医学阴阳学说的体会

亡阴亡阳——病机转变的危候

“421”治疗溃疡病出血104例临床观察

中西医结合治疗败血症有关中医辨证施治的初步体会

重庆市中医学会

中药验方宫颈丸治疗慢性宫颈炎257例初步小结

中西医结合治疗突发性耳聋

对祖国医学中“腹诊法”的探讨

中西医结合治疗宫外孕35例临床病理分析

中医中药治疗宫颈癌50例临床观察

祖国医学阴阳学说的体会

亡阴亡阳—病机转变的危候

成都市第一人民医院 杨大中

I、阴阳学说的体会

古人在生活劳动生产向自然作斗争的过程中,对自然现象的认识,反复深化,对其变化的规律——不断的矛盾变化——概括为阴阳对立统一的两方面而形成了阴阳学说。用以观察、分析和概括一切事物的变化和它们之间的相互联系和相互制约的关系。在医学上,也应用阴阳学说来探讨和说明人的生命变化现象,在理解正常生理变化的基础上,识别疾病过程中的一切病理变化,从而确定对疾病的治疗法则。它是一种朴素唯物辩证法,而且成功地贯穿在祖国医学的辨证施治中,具有实践的意义。本文就临床学习和运用阴阳学说治疗危重休克病例,谈一点心得体会,难免牵强附会,错误之处,望批评指正。复习中医文献,如《伤寒论》,虽无专题论述亡阴亡阳,但细查其条文,在太阳、少阴、厥阴等篇中,均可看到疾病发展至严重阶段出现亡阳危候,对病因、脉证与病机言之甚详。温病条辨多论及亡阴,以及散在各家的著述和医案,亦复不少。清徐灵胎氏论亡阴亡阳的辨证治疗,更为概括。但由于中医在文字词义方面的界说宽泛(注一),“亡”与“无”有时相通,“亡阳”有时指阳气亡逸的状态,有时指临床的证象。在中医著述中,这些词义所代表的病情浅深和范围亦有差异,因此关于这一问题的理解历来就有分歧。在临床实践结合古人的论著,我们认为亡阴亡阳是疾病严重阶段整体阴阳(即中医谓真阴真阳,元阴元阳或肾阴肾阳)(注二)的有机联系遭受病损破坏,阴与阳亡逸过程中出现的危候。此时病情转变复杂急剧,生命危在旦夕,但不等于死亡,需要及时辨证,正确治疗,以挽救垂危的生命。

阴阳实质

阴阳是对立统一两方面的机动代名词,中医的阴阳学说,贯穿在一切方面,从《内经》、历代医家有关论述结合现代医学科学知识来理解阴阳的含义:对人体的器质结构与机能来说,阴代表器官、组织、细胞等解剖结构的有形物质,也包括各种体液、气体(氧、二氧化碳)及其它供给生命活动的物质基础,就生命机能活动来说,阴代表机能衰减、抑制和静态;阳代表人体的生生化化的机能活动和“能”的表现,及一切兴奋活动。人的生命活动是错综复杂的,各系统、器官、组织、细胞的功能活动和新陈代谢不断的生生化化,相互联系,相互制约的关系,即在阴阳矛盾对立统一的发展过程中,集中表现为整体的内环境动态平衡和与外环境相适应的生命活动。

阳阴互根

人的生命活动需要的物质与能量，来自饮食与天气（氧，食物有气有味，进入人体后要经过复杂的变化，以供构成形质和机能活动的能量的来源。素问⁽¹⁾阴阳应象大论云：阳为气，阴为味；味归形，形归气；气归精，精归化。”又云：⁽²⁾“精食气，形食味，化生精，气生形，味伤形，气伤精，精化为气，气伤于味”，是说明气、味、精、形、化之间的相互作用和转化，大体概括了正常生理作用的基本情况。虽然一系列的变化是复杂的，但最终是物质与机能相互作用的关系。一般都知道植物的光合作用⁽³⁾是光被植物中的叶绿素吸收并由细胞转换为合成糖所需要的化学能。显然光能必定引起叶绿素分子中的某些电子跃进至激发态。这种激发能量以某种方式将水分裂成为有高度还原力的“H”和氧化剂“OH”。因此在光合作用的光阶段里，水的光化学分解作用产生了极其巨量的位能。光不仅对光合作用是必要的，它对叶绿素的产生也是不可缺少的，即原叶绿素只有在光照下才能转变成叶绿素。这就是植物吸收太阳能，形成叶绿素并经一系列变化形成淀粉等，以供生长之用，是植物性食物中包含有“势能”，亦即“阴中有阳”，如果没有这种物质，就没有“能”的来源、是“阳根于阴”。植物要进行光合作用和代谢活动，才能吸收太阳能，而形成叶绿素与淀粉等，是有形的物质，又依赖阳的化生作用。动物以植物为食物（指能量来源的食物，肉类也是动物食植物而形成的），经过机体内一系列代谢活动，以供生长与机能活动的物质与能量需要，这种相互关系，正如《内经》所述：“阴生阳长，阳杀阴藏，阳化气，阴成形”这种阴阳互根之理，实概括了阴阳二者的最根本的关系。就人体而言，各脏器组织细胞，要有完整的形质结构，才能有正常功能活动，整体的完整才能表现正常的完整生命活动，这正如经文所指：阴为体，阳为用。要有正常的机能活动，各脏器、组织、细胞以至整体的正常结构才能不断保持，而正常的功能活动，又要有内在的正常的完整的物质基础。如《内经》云：“阴在内，阳之守也，阳在外，阴之使也”。正常时，体内阴阳消长是在一定限度内的动态平衡，若发生异常，则阴损及阳、阳损及阴、或阴盛阳微、阳盛阴微，亦由阴阳互根之理。

阴平阳秘、精神乃治

《内经》营卫生会篇云：“人受气于五谷，谷入于胃，以传与肺，五脏六腑皆已受气，其清者为营，浊者为卫，营行脉中，卫行脉外，营周不息……阴阳相贯。如环无端……”。灵枢邪客篇云：“营气者，泌其津液，注之于脉，化以为血，以营四末，内注五脏六腑……”，卫气者，出其悍气之标急，而先于四末分肉皮肤之间，而不休者也”。就此两段经文所述，人体生命活动过程的表现所需的物质和能量，是赖营、卫、气、血；同时指出营、卫、气、血来源于水谷精微之化和天气（呼吸中的氧）；“气血运行不休，循环不息，通过气血的循行，以发挥其营卫作用。就祖国医学有关人体生理作用观察的记载，可以看出，气血实为这些变化的基础。近代医学对人体生理的复杂变化的研究不断深入，但最终还是不同功能的细胞、组织、以至器官系统各司其职，在整体调节，互相联系，相互制约关系下活动，实为包括血液，细胞内液与组织间液等全部神经体液系统的正常状态（包括量与质），才能进行正常的新陈代谢活动，得以维持体内外环境的动态平衡，而表现充沛的生命力，是为“阴平阳秘，精神乃治”。

真阴真阳

中医认为真阴真阳（注二）是人的生命的根本⁽⁴⁾。明赵献可提出“或问心既非主，而君主

又是一身之要,然则主果何物耶?何处安顿耶”?而对浩然也”,“玄牝也、空中也,”皆斥之为“虚名,不得已而强名之也”。继从人体解剖部位提出命门即为真阴真阳所在。赵氏既言“左边一肾属阴水,右边一肾属阳水,中间是命门所居之宫,其右旁一小白窍,即相火也,其左旁之小黑窍即天一之真水也”。这些记载很难以今天解剖的资料来证明,而下文又述“此一水一火俱属无形之气”,因此可以认为真阴真阳是存在的,但要从局部一个或几个解剖结构去找寻,如指肾上腺即命门,是难以解释真阴真阳的一切作用的。如“盖此一主者,气血之根,生死之关,十二经之纲维”,“此一水一火俱属无形之气,……日夜周流于五脏六腑之间,滞则病,息则死矣”。“……至于栖真养息,而为生生化化之根者……其实非肾而亦非心也”。

张景岳进一步指出真阴真阳与各脏腑阴阳的相互关系:⁽⁵⁾“命门为精液之海,脾肾为水谷之海,均为脏腑之本,然命门为原气之根,为水火之宅,五脏之阴气非此不能滋,五脏之阳气非此不能发,脾胃中土,非此火不能生,阴阳开阖有乎此,呼吸出入系乎此,无火而能百体皆温,无水而能令五脏皆润。”

从这些有关真阴真阳作用的记载,以现代生理知识来理解:现代生理所述各脏器(此处所指各脏器,就现代医学概念而言,不等于祖国医学的脏腑,虽然各有一些共同之处)功能与整体代谢活动的关系来看肾的功能,是肾小球滤过,肾小管重吸收与分泌、排泄、对维持机体内环境的恒定,起着重要的作用,而肾脏要完成这一功能,又与神经、垂体、肾上腺和血液循环系统的功能有关,心血管包括微循环的正常结构与功能,使血液、组织间液和细胞内液不断交流,使吸收的营养物质得以转输到各组织细胞,进行一系列生化生理的作用,供应机体代谢需要的物质与能量,同时将代谢产物运至一定的脏器排出体外。全身一切生化化的体液环境在川流不息的状态中,神经体液系统如各种内分泌素运送到一定部位以实现它们的作用,是离不开这个体液环境的。在体内复杂的免疫功能,抗体的形成和网状内皮系统的活动和酶系统的活动,也要在稳定的内环境中才能进行。

肺为二氧化碳与氧出入之门:胃肠的消化,吸收和排泄功能,肝脏的转化、合成、储藏、解毒、排泄……等功能对整体的新陈代谢和维持内环境的平衡也是很重要的。

本乎阴阳之理,各脏器的形质,进出其中的一切物质,经过代谢、机能活动的产物等可属于阴,其机能活动属阳。如上述可知各脏器完整的阴阳与一个完整的量与质的全身体液系统(包括血液、间质液、细胞内液及其中一切有关免疫、内分泌物质、酶系统……等的正常量与质的动态平衡,各系统、器官本身的代谢又赖这个完整的体液系统供应营养物质和排除废物。根据前述中医对人体生理机能间的关系和作用的记载,结合对生命活动有关的生化生理的具体内容,从中医的整体观出发,可以认为这一完整的量与质的全身体液系统,是关系到生命活动的整体阴阳所在之处,这样一个脏器阴阳的损害,将波及全身的阴阳,但因损害的程度范围和性质不同,对此整体阴阳产生的影响也不同,而这个整体阴阳受损的结果,又复影响各脏器的阴阳,其间关系已如上述。

II 亡阴亡阳病机转变的危候

中医认为外邪侵入人体,因人的素质不同和正气盛衰的差异,而有不同的脉证与病机,在整个病程中,阴阳消长和转归,有一定规律,兹就有关文献,对此问题,简述如下:

阴虚、阳虚与亡阴、亡阳发展的途径

仲景《伤寒论》⁽⁶⁾ 继承《内经》阴阳之理，运用于临证审脉辨证，以别伤寒病程中的阴阳消长、偏胜而知病之进退，决生死之机。观察细致，分析入微，认识病机转变，给我们的启发很大。清代有关温病的论述，在《伤寒论》的基础上，又有精辟的阐述。

伤寒论27条：“太阳病发热恶寒，热多寒少，脉微弱者，此无阳也，不可发汗，宜桂枝二越婢一汤。”

病机：太阳病表证迁延时日，因循失汗，以致邪郁不解，形成内热外寒的证候，脉微弱为无阳，不可发汗。

伤寒论286条：“少阴病，脉微，不可发汗，亡阳故也，阳已虚，尺脉弱涩者，复不可下之”。

病机：脉搏呈若有若无的征象，这是阳气大虚，尺部脉弱涩是阴亦虚。

以上两条所述，是阳虚，阴虚的表现。

伤寒论283条：“病人脉阴阳俱紧，反汗出者，亡阳也，此属少阴，法当咽痛而复吐利”。

病机：阴证本不当有汗，反见汗出，既吐且利，阴寒已盛，再见咽痛汗出，为少阴亡阳之脉证。

伤寒论297条：“少阴病，下利止而头眩，时时自冒者死”。

病机：利止未言手足转温，而反见头眩和，时时自冒的现象，可知这一利止，决不是阳气来复，而是由于阴液已竭，源泉竭绝，阴液已竭于下，则阳失依附而飞越于上，所以见到头眩而时时自冒，此时阴竭阳越。

伤寒论300条：“少阴病，脉微细而沉，但欲卧，汗出不烦，自欲吐，至五六日自利，复烦躁不得卧寐者死”。

病机：脉细沉，但欲卧，少阴之本证也，汗出不烦，则阳证悉罢，而顾虑其阴矣，正当急温之时，失此不图，至五六日自利有加，复烦躁不得卧寐，非外邪至此转增，正少阴肾中真阳扰乱……顷刻奔放。迁延失治，阴阳离绝的死证。

以上发展过程，是由亡阳而至阴阳离绝的死证。

从《伤寒论》的有关条文，其亡阳的证候，是脉微或脉不至，手足厥冷或四逆，恶寒蜷卧，汗出，烦躁或不烦而躁，息高，自冒……等。虽然不是每一病例都要有这些证候。另以古人行文有列其大者，前后互参，详略互见。亡阳以脉微，四逆为主要症状。

伤寒少阴病，阴寒愈盛，阳气益微，出现阴盛亡阳的证候，若进一步发展至阴阳离绝的死候。

金匱要略方论妇人病脉证第二十一有如下记载：“……产妇喜汗出者，亡阴血虚，阳气独盛，故当汗出，阴阳乃复”。汗出不止又复导致亡阳。

清代温热病学派对亡阴的认识和治疗有精辟的论述。温热之邪最易耗损津液，劫灼真阴，且损害所及，亦不止于胃，如叶天士⁽⁷⁾ 外感温热病篇中有“肺津伤”，“胃津亡”，“肾阴涸”的不同，尤其在验舌验齿，有独特的经验，至今犹可验证。

临床每见慢性内伤疾病，表现一脏或兼有它脏的阳虚，阴虚或阴阳俱虚的证候。兹从《伤寒论》部分条文参考其它记载和体会，将机体各部位，脏腑的阴虚，阳虚的主要证候列表，以供参考（附表）。

在伤寒温病中的急性病症，病理变化与病机转变迅速，仍有一发展过程，伤寒出现亡阳危候，一在遭受病损程度深重，里虚寒盛的少阴阶段多见，一在误汗，误下或误火加重表里阴阳虚损发展至亡卫阳，亡心阳。在疾病发展过程中，局部阴阳受损，阴虚，阳虚发展至亡阴，亡阳的途径，列举几种如下：

(一) 由一部位而来，如误服大青龙汤而至营卫虚至里虚而亡心阳（伤寒论38条）；误服桂枝汤后（伤寒论16条），重发汗复加烧针（伤寒论20条）以致表里阴阳俱虚而亡卫阳。

(二) 由一脏或几脏如脾胃阳虚而致亡阴亡阳（伤寒论369条），（温病条辨中焦篇5¹条）；心阳亡于上，肾阴虚于下，而致亡阴亡阳（伤寒论116条）。

(三) 由一部位与一脏，如下伤中阳复汗伤卫阳而致亡阳（伤寒论60条）。

(四) (8) 温邪久羁中焦，或已下而阴伤，或未下而阴竭……若中无结粪，邪热少而虚热多，其人脉必虚……若再下其热，是竭其津而速之死也，（增补评注温病条辨下焦篇一条及注）。

因此亡阴亡阳多属疾病原有阴阳偏颇，即阴虚，阳虚的基础上，进一步加重发展而来，至于局部阴阳偏颇发展至整体阴阳亡逸的原因和途径亦有不同。

从伤寒，金匱和温病论述，所谓亡阴，亡津液所指为：（一）汗出太多；（二）误下亡津液；亡胃津等实为消化液的丢失，产后亡阴血虚即失血；（三）亡阴有部位的不同如亡胃津、肝阴、肾阴等；（四）亡津液程度有轻重之别。

由于历史条件的限制，当时只能就临床脉证进行观察分析，不可能从生理、生化、病理深入探讨，但所述证候，仍为体液，电解质以及有关生理，病理变化的反映。

伤寒与温病的伤阴伤阳是相对的，只有多少不同，《伤寒论》少阴篇中既有“但欲寐之亡阳”用四逆法，而在心烦不得卧之伤阴证用黄连阿胶汤。温病对病人面色白者，也要顾其阳气。温病发展了救阴的方法，也不排除回阳的一面。但与某些伤寒上的纯阴无阳，阴盛逼阳之亡阳有别。温病的亡阳，是伤阴的基础上，进至亡阴而来，故在回阳之中必须顾其阴液，温病之亡阳，本属险症，阳不回者死，阳回而阴竭者亦死。

从上述可知古人对伤寒、温病的临证，别阴阳、识病机、精辟入微，而亡阴、亡阳实为病机转变的危候。

附表 各脏阴虚、阳虚证候

阴虚或阳虚与部位	证候
肺阳虚	脉象濡软，皮肤畏寒，气短汗出，痰白且稀。
心阳虚	脉虚数无力，心烦，怔忡健忘，心下悸，欲得暖，动则心悸气短。
脾胃阳虚	脉细濡苔白滑或淡白或灰，面色萎黄，干呕，咽痛，吐逆，食欲不振，胸中满闷，腹满、大便溏泻，四肢不温。
肝阳虚	目眵无所见，耳无所闻，如人将捕之状。
肾阳虚	脉两尺无力振寒，不欲食，腰痛脚冷，滑精阳痿，五更泄泻。
肺阴虚	脉浮而芤或数大，干咳少痰，带有血丝，午后烦热，盗汗，消瘦，皮毛焦枯。

心 阴 虚	脉结代或涩，四肢微急，难以屈伸，小便难，心烦躁急，夜寐不宁，梦多心惊，口干且苦。
脾 胃 阴 虚	脉虚大，舌干红而无液，口干，渴饮，食欲差。
肝 阴 虚	脉多弦细面青多暗，善怒烦急，时或作抽。
肾 阴 虚	脉细弦数舌绛口干，五心烦热，大便干结，夜寐不宁。

亡阴亡阳的辨证施治

清、徐灵胎亡阴亡阳论中有云：“……其亡阴亡阳之辨如何，亡阴之汗，身受热，手足温，肌热，汗亦热而味咸，口渴喜凉饮，气粗，脉洪实，此其验也；亡阳之汗，身反恶寒，手足冷，肌凉汗冷，而味淡微粘，口不渴而喜饮，气微，脉浮数而空，此其验也”。

《伤寒论》、《温病条辨》与《温热经纬》等著述中，分别论述亡阴亡阳的病因，病机与脉证均甚详细，但对证候未系统归纳。兹根据学习体会结合临床观察，把亡阴、亡阳的主要证候归纳如下：

亡阳的主要证候：大汗如油，神气衰微，表情淡漠，烦躁不安，代眼上视，语音低微或断续不清，而色苍白，舌本淡润，舌苔薄白而滑，身凉肢冷，脉微细甚至不应指，大便稀，小便清长。

亡阴的主要证候：神昏或神志恍惚，烦躁不安，面色晦暗，唇干齿槁，舌本红而干燥，苔黄，焦黑，扪之粗糙而干，手足温，但亦可发凉，脉微弱或洪大而空，小便短赤。

临床在疾病危重之际，出现上述证候群，即为亡阴或亡阳。由于患者体质，已有阴阳偏颇，病因、病理改变和病机等具体条件不同，亡阴、亡阳证候出现的先后和反映的病机也有差别。

察病机别类型

疾病的证候所反映的病理和病机，决定于具体条件，如汗、下利、出血等，为机体丢失阴液的现象，由于时间久暂和量的差别，机体机能状态不同等，其具体意义不同。如出汗可为正常生理调节体温机能表现之一；伤寒麻黄汤证，则汗起祛邪出表的作用；已有阴虚阳虚的病理情况下，误汗可加重阴虚阳虚；当垂危之际，大汗则为亡阳的表现之一。又如下利，偶有一、二次，量少时间短暂，可以不出现其它证候；亦可在下法之后出现而起治疗作用；少阴病同时有下列，由于同时出现其它证候的变化不同，所反映的病机亦异：一为阳复，一为阴竭阳越。因之，亡阴亡阳证候反映的病理与病机，当从具体条件具体分析。兹就前述阴阳之理，伤寒、温病有关论述，结合我们的临床体会，对亡阴、亡阳的常见类型和辨证施治，举例分述如下：

亡阴：亡阴的病理、病机与病因，证候之间的关系，当从阴的量与质及其在体内的有机作用三个方面的变化来分析，凡呕吐、腹泻、大出血、肠痿、胆痿、胰痿、体腔及肠腔大量渗出，伤口大量脓性分泌物，大量出汗等均为阴液丢失的病理现象，其病损程度和持续的时间不同，造成阴的量与质以及阴在体内的有机作用的不同程度的病理改变后，出现唇干、舌干、皮肤弹性消失……等，是伤阴、阴虚的证候。若有持续感染活跃，持续脏器病损，即

热邪久羁，在阴的量与质的改变的同时，对于阴在体内的有机作用的损害愈益深刻，其总的结果为持续的组织分解代谢，当达到一定严重程度，发生亡阴的病机与症候。在外科常见的溃疡病穿孔、胆囊坏疽、全腹膜炎、败血症……等均有化脓性感染属热邪的病因，而有创面或腹腔大量脓性渗出、呕吐……等丢失阴液的病理现象，当病情发展至深重阶段，出现亡阴危候，符合温病热邪劫阴的病机。

病例 李×× 男 37岁 住院号36655，1959年3月21日以溃疡病穿孔、全腹膜炎、休克入院。检查：体温不升、脉搏、血压均测不到，呼吸每分钟20次，神识不清，烦躁不安，四肢冰冷、出大汗。血色素12克，红血球430万/cmm，白血球14200/cmm，中性88%；尿：阴性。经补液、输血抗休克治疗，注射抗菌素等，无显著好转，估计容量补充已足，局麻下修补穿孔，排除腹腔脓液。术后继续用抗菌素控制感染，输血、输液、给维生素等、休克回复，以后伤口感染，脓性渗液量多，机体日趋消耗。至第10日，血压复下降到90/70毫米汞柱，有继续下降之势。中医诊治：神志恍惚、舌燥、齿无光泽、脉浮虚，原系全腹膜炎，术后伤口感染，大量脓液渗出。邪入血分，真阴煎灼，有亡阴之象，治以清热涤邪，救阴以固本。

米泔参10克 麦冬10克 阿胶10克 黄连3克 血余炭10克 银花炭15克
败酱15克 茅根15克 金铃炭5克 炙甘草6克 淮药10克 杜仲15克

米泔参、麦冬、阿胶扶正补阴以滋液，用血余炭、银花炭、金铃炭、败酱、茅根等甘寒苦降以清热解毒。

服药后舌齿稍润，腹胀痛，脉弦，持续至第三日，脉转微弱，舌黄而干，齿槁，腹胀，面色青暗，正虚邪实，真阴将竭之象，于养阴中佐以疏气，使邪外泄。

米泔参15克 丹参10克 寸冬10克 菖蒲2克 吴芋连5克 金铃炭10克
白芍10克 血余炭10克 白茅根15克 焦梔5克 猪苓10克 前仁10克
炙甘草3克

以人参、麦冬、白芍、炙草养阴敛液，用吴芋连、金铃炭、丹参、菖蒲疏气消胀而泄邪，佐以茅根、焦梔、猪苓苦甘寒淡，血余炭逐瘀守阴，补泻并施，权变应治。

经上法施治，逐日好转，全愈出院。

亡阳：亡阳的病理与病机，主要是病损于阳。往往患者的体质已有阳虚。病因如中毒、寒邪、湿邪等，均伤阳气，临床所见多无化脓性感染，热邪的病因，主要病损是机体机能衰减的阳虚发展严重而至亡阳。

病例 代×× 女 38岁 1960年1月18日入院。诊断为子宫三度脱垂，膀胱阴道壁膨出，全身情况良好，无其它异常发现，11月22日下午4时20分，腰麻下作剖腹子宫悬吊术，结扎输卵管和会阴修补术。历时1点35分。术中对麻醉起反应，呕吐不适，血压下降到70/60毫米汞柱。处理：输液5%葡萄糖盐水1000毫升，注射3%麻黄素3毫升，可拉明1.5毫升，血压回升至110/90毫米汞柱，晚间7:50分，血压下降到60/?毫米汞柱，脉搏扪不清，继续输入5%葡萄糖液300毫升中加入正肾上腺素1毫克后，脉搏转细弱而急，每分钟110次。此时病员尚安静。23日晨4点30分，血压脉搏又测不到。神识尚清，闭目不张，问之能回答，心烦不安，面赤，出冷汗，唇绀气紧，吐血性泡沫痰。四肢厥冷，肺满布湿鸣，右肺为多，心音规律，第一心音减弱，每分钟123次，肝脾未扪及，腹软，无压痛。休克，急性肺水肿，治疗：静脉注射毒K，每次0.125毫克加10%葡萄糖液20毫升缓推，考地松25毫克，每6小时1次，四环素

50毫克，每6小时1次，小量股动脉输血等外同时服中药。

中医诊治：病员本以劳乏伤气，肝肾俱虚不能收摄胞门，遂失约而下脱，加之术中难伤精耗气，故阳微不能敷布肢末而手足厥冷，证显面赤，目闭不张，唇绀气促，语声低微，苔白而润滑，六脉浑浑不清，概为亡阳危象，有向阳脱发展之势，急用四逆回阳。

厚附片30克(先熬) 干姜10克 米洋参10克 炙草6克 肉桂5克 炒杜仲25克
人参益气保液，固阴以实其根，杜仲以通肝肾精气，肉桂以温心肾之阳。

服上方及其它西医治疗后，23日白天，病员安静，唇微发绀，两肺细湿鸣，尤以右肺多，心律齐，每分钟130次，脉搏细微，血压仍测不到，午后体温38.4℃，术后至今日小便200毫升(原为无尿)。

午后6时，中医诊治，病员尚安静，手足回阳，脉仍不清，舌质萎而苔少，不乏津液危候未减，因将亡之阳虽复，却未冲和敷布，治以：

厚附片24克(先熬) 米洋参15克 干姜10克 炙甘草6克 炒杜仲24克 兔丝15克 葱白6克

方用通脉四逆之意，葱白以交通上下阳气，兔丝滋补肾气强阴益精。因服前方，手足温，阳气回，当考虑助阳过甚，阴不内守，反有阳越之虞，故去肉桂，减附片之量，米洋以保液固气，扶阳救阴，不使偏颇。

23日夜曾有过短时烦躁后入睡，24日体温36.4~38.4℃之间，脉搏可扪清，每分钟128次，仍细弱，血压90-80/70毫米汞柱上下，小便500毫升左右。唇已无明显发绀，仍紧，自觉舒适，想吃米汤，言语清楚，舌质淡润，苔少，两尺脉沉细无力，两寸脉仍不显小便少，大便未解，系阳气逐渐回复，仍用前法兼扶脾胃。

白术12克 云苓15克 安桂5克 厚附片18克(先熬) 炒杜仲24克 炮姜10克 生姜10克 红枣15克 砂仁5克(盐水炒) 米洋参15克 炒兔丝15克

元阳已回，方以人参，白术，云苓，姜，枣实脾温脾以扶正，和中建运，充实后天生之源。佐以桂，附，兔丝，杜仲以奠下焦，使阴精内守，阳气得固。

25日以后，体温37~38℃之间；脉搏清楚，每分钟约100次；血压78~70/60~50毫米汞柱之间。至28日稳定在90~80/66毫米汞柱。小便1000毫升以上24小时，大便已解。肺湿鸣日趋减少。本上述治则施治逐渐恢复。

亡阴亡阳：临床所见为小肠扭转，坏死，穿孔，全腹膜炎，中毒性休克败血症等。由呕吐，失水，腹腔和肠腔大量渗出，阴液丢失量大而迅速，复有属于热邪的化脓性感染的因，故病程较亡阴之例为急，而病理改变造成阴的量与质和在体内的作用遭受病损程度较深刻，阴液枯竭，阳无所附而出现亡阳危候。故其病机为阴竭阳越。

病例 王×× 男 46岁 1959年4月12日因腹痛，呕吐二天入院。检查，体温不升，吸20次/分，脉搏，血压仍测不到，急性病容，烦躁不安，唇及皮肤干燥，四肢冰冷，心弱，律齐，肺无异常，腹中等胀，张力增高，全腹压痛及放手痛，肠鸣音消失。诊断：腹膜炎、休克。治疗：静脉滴注5%葡萄糖盐水，5%葡萄糖液，24小时共5,500毫升。输入全560毫升；股动脉注入50%葡萄糖溶液40毫升后，血压曾一度在80毫米汞柱处隐约听到。射青霉素，链霉素，维生素B、C等。入院后用可拉明2.5毫升，安钠咖0.25交替注射，小时一次，共8次。虽经上述治疗，血色素仍为16.7~17.1克，红血球650~674万，说明浓缩，积极补充液体，纠正酸碱紊乱。48小时左右，好转不明显。

14日除继续前治疗外，中医诊治，神识不清，息弱气微，代眼而烦躁不安，四肢厥冷，舌质淡润，六脉微弱，原系热邪侵犯，腹痛呕吐致伤津败液，阴亏而阳气日损，病情发展至阴液消亡，阳无所附，急予扶阳救阴。

黑附片30克(先熬) 人参10克 炒白术10克 苏条参30克 硃寸冬10克
石蒲2克 远志6克 连炒吴萸5克 炙甘草3克 金铃炭5克 白芍10克
兔丝12克 杜仲24克

以附子温肾阳奠先天之根，苏条参佐人参补气养液，用白术助脾阳以安中，其它辛甘温润，兼顾阴精不使枯竭，偏重回阳。

15日神识尚未清楚，烦躁不安，腹微胀，脉搏能扪清，每分钟104次，体温37℃，血压仍测不到，解大量黄色稀便，导出黄色小便1000毫升。

脉应指而弦，右大于左，舌蹇，苔微黄，微咳，系肺气不宣，痰阻清阳，酌入温化祛痰通阳之品。

黑附片24克(先熬) 人参10克 石蒲2克 法夏10克 竹茹10克
硃寸冬10克 杜仲30克 兔丝24克 云苓10克 薤白10克 谷芽15克
炙草3克 远志10克

痰滞上焦肺气枢转不利，阳气来复受阻，加法夏竹茹豁痰以宣清阳，薤白温舒肺气，使气机通畅，本方以扶阳益气为主，佐舒利肺气祛痰之品，因舌蹇苔微黄，脉较应指，显示阳气有复苏之象，因有痰阻，膈络不通。故祛痰以治标，扶正以强本。

16日体温37.5℃，脉搏每分钟90次，血压110/70毫米汞柱，代眼已愈，神志恍惚，能闻声，偶一言语，苔黄焦，脉已应指，但空大无力。原病腹膜炎，热邪内蕴，入院时因伤阴严重，阴损及阳，14日出现亡阳危候，邪盛正衰，命存旦夕。服上方后，代眼去而阳回，而原有邪热证候复现，苔黄焦，脉空大，阴竭之象。治当急于救阴。使已回之阳不再分散。

生地24克 天冬10克 麦冬10克 苏条参30克 石蒲2克 花粉12克
焦栀10克 白芍10克 兔丝10克 杜仲24克 竹茹10克 尖贝10克
粉草3克

合增液生脉以救阴，佐白芍以敛阴，花粉以生津，焦栀以荡邪热，尖贝，竹茹化痰以肃肺而升清气，兔丝，杜仲奠肾，上下兼摄，使阴内守而阳有归。

18日神识清楚，舌干而尖溃，脉虚而无力，仍以滋阴壮水为治。

生地15克 二冬各10克 焦柏5克 白芍10克 粉草3克 前仁10克 炒知母10克
丹参10克 竹茹10克 菖蒲2克 谷芽10克 沙参30克

苔干是液未复舌尖溃为阳回而邪热并炽，用知母、黄柏、生地滋阴清热，沙参益气复阴，用丹参活血祛瘀。因瘀热相结，更劫津液，治本祛邪兼顾。继续上法治疗，逐渐好转，全愈出院。

张××女 48岁 农民。住院号：1978。于1978年8月19日入院。诊断为胆道术后残余结石，急性梗阻性化脓性胆管炎，败血症，经输液、抗菌等治疗，于78年9月9日，持续硬膜外麻醉下剖腹探查：总胆管直径2.5公分，切开后脓性胆汁涌出，在总胆管下端取出2.5×2.5×4公分³褐黄色结石一枚，总胆管下端，左右肝管通畅。放T型管引流。术后头四天体温下降至正常，第5天复上升至39℃，此后一直在37°—39℃之间波动，脉搏在100—130次/分之间，血培养(9月8日)生长大肠杆菌，敏试，对庆大霉素极敏，胆汁培养(9月9日)

生长大肠杆菌。

西医疗疗简要情况：8日入院用庆大霉素8万单位静滴每8小时1次，至22日改用安苄青霉素1克静脉滴注，每8小时1次，至9月29日停止，改为庆大霉素8万肌注每8小时一次，同时用红霉素0.5克静脉滴注，每8小时1次，均于10月7日停止，改用庆大霉素8万静滴，至10月15日改为肌注。术后静脉补充液体及电解质、输血等。

术后病情一度好转，但五天后体温复升、进食少。自9月23日起，每日补充50%葡萄糖盐水，5%葡萄糖液林格氏液等2000~3000毫升；自9月28至30日每日输氯化钾3克，10月1日至4日每日为4克，10月5日以后每日6克。

10月7日，中医诊治：病员神志恍惚，谵语，口不能张，大汗如油，呕吐频繁，小便失禁。脉细弱，舌质淡润，苔少、四肢不凉。

体温36.8℃，脉搏每分120次，腹不胀，腹上区，右上腹肌紧张、压痛、肠鸣无特殊。

白血球：12400/cmm，中性82%

血清：K-7.2毫克%；Na+251毫克%；Cl-365毫克%。

此系脓性胆管炎，大肠杆菌败血症。术后28天，胆道引流通畅，血培养已转阴。体温已下降，从腹部体征，白血球计数，肝内胆管感染仍未消尽，病员术后进食差，自9月23日，每日静脉补充液体2000~3000毫升，自9月28日起，每日补充氯化钾3克，10月5日起每日6克。但为热邪致病，本已伤阴，加之前段时间补充不足，低钾、低钠，虽9月23日以后加强补充，而病情发展，出现亡阳危候，实为阴竭阳越，急于回阳救逆，兼顾阴液。同时继续补液，补钾与钠。

制附片15克(先熬) 红参10克 天冬10克 麦冬10克 浮小麦30克 牡蛎30克
龙骨20克 枸杞15克 杜仲20克 炙草6克

急煎一付，鼻饲管喂。

10月8日，中医诊治，脉左弦数，右细数(每分110次)。反应迟钝，已无谵语，舌淡红而润，昨夜眠不寐，体温不高，亡逸之阳有所收斂，无热邪复炽之象。仍本前法：

制附片15克(先熬) 红参10克 生白芍15克 天麦冬各15克 炒枣仁10克
珍珠母10克 石蒲3克 生龙骨30克 生牡蛎30克 炙远志10克
炒菟丝20克 杜仲15克 炙甘草6克 急一付鼻饲管喂

10月9日，中医诊治：昏睡、安静、问之不答，脉细无力，口仍不张、未视舌征。汗已止、腹软。昨夜大便二次。阳已回，安静能眠，无热邪复炽之象。

制附片30克(先熬) 红参10克 生牡蛎30克 生龙骨30克 炙远志10克
石蒲3克 桂枝10克 炙甘草6克

煎一付 鼻饲管喂。

10月11日，中医诊治：神识清楚，能正确回答问题，两颧发红，舌质红润，有薄苔，四肢温暖，已有食欲，阳已回，能敷布四肢，舌质红有余热，苔薄白胃气渐复。停服中药。

今日血钾16毫克%；血钠255毫克%。

白血球15200/cmm、多核：82%；干状3%淋巴14%，单核1%

低钾已基本纠正，血钠仍低，能进食，继续补充电解质和支持疗法，庆大霉素8万单位，肌注每8小时一次。此后日益好转，于10月19日全愈出院。

〔注一〕以伤寒论为例，27条“太阳病发热恶寒、热多寒少，脉微弱者，此无阳也，

不可发汗、宜桂枝二越婢一汤”。无阳之意，实指阳虚，226条“少阴病，脉微，不可发汗，亡阳故也，阳已虚，尺脉弱者，复不可下之”。亡阳之义，实为阳虚。112条“伤寒脉浮，医以火迫之，亡阳必惊狂的“亡阳”是亡心阳，而非真阳，由此可见、古人用字与术语的界说宽泛。

〔注二〕：中医称真阴真阳，元阴元阳的含义是一样的，肾阴肾阳，一同真阴真阳，一则指肾本身的阴阳，为了避免名词概念不一致，本文用整体阴阳代表真阴真阳。

参 考 文 献

1. 南京中医学院 编者 内经辑要 科技卫生出版社、1959
2. 上海中医学会 “中医脏象之理论与实际” 上海科技出版社
3. 〔美〕WD麦克尔罗伊著 细胞生理学与生物化学 128~134页科学出版社，
杨松榆 梁 康译 1978二次印刷
4. 明赵献可 《医贯》 人民出版社、1959
5. 张景岳 《景岳全书》 上海科技出版社、1960
6. 南京中医学院 编著 《伤寒论译释》 上海科学技术出版社、1959
7. 清、王士雄(孟英)编 《温热经纬》 人民出版社、1956
8. 清、吴鞠通原著 《增补评注温病条辨》 科技卫生出版社、1958
清、王孟英等评注

“421”治疗溃疡病出血104例临床观察

成都市第一人民医院内科

刘颂达、黄淑芳、杨中林、胡洪宾、李清菊

我科从1970年以来，应用民间止血单方——童便（定名为“421”）治疗溃疡病出血231例，止血效果显著，现将1973年后资料较为完整的104例报告如下：

临 床 资 料

本组104例中男79例，女25例，男女之比为3.16：1。年龄最大者80岁，最小12岁，其中以18—50岁最多，共71例，占63.3%，51岁以上26例，占25%。职业以工人、干部为多共68例，占65.39%。全部病例根据有呕血或/与柏油样大便，伴有典型溃疡病史，或虽无典型溃疡病史，但能排除肝硬化及其它上消化道出血疾患，胃肠钡餐检查以及外科手术证实有胃或十二指肠溃疡而确诊。

1. 出血量(估计)：入院时出血量<500毫升者68例，500—1000毫升19例，>1000毫升15例，>2000毫升2例。

2. 大便隐血检查：大便隐血呈++++者35例，+++49例，++11例，+9例，其中++++及+++共84例，占80.76%。

3. 红血球、血色素检查：入院时红血球<200万者16例，200—299万26例，300—399万41例，>400万21例，血色素<7克者26例，7.1—10克34例，10.1—12克28例，>12.1克16例。

4. X线胃肠钡餐检查：本组病例于入院前后曾经X线钡餐检查者共87例，其中12指肠溃疡42例，胃溃疡8例，胃及十二指肠溃疡4例（合并幽门梗阻1例），其他病变5例，未见器质性病变28例。

治 疗 方 法

1. 止血：以“421”为主，一律不使用西药止血剂。

“421”用量及用法：每日3—4次，每次100毫升口服，服至大便隐血转阴为止。

“421”制备方法：每日清晨采集幼儿园中无病男孩之新鲜晨尿，以清洁搪瓷器皿盛装，以消毒纱布过滤后，加入适量白糖及食用香精调味，搅匀放置冰箱备用。

2 其他治疗：如饮食的控制，解痉药物、碱性药物的应用，全身支持疗法（包括输液、输血、纠正电解质紊乱等）与内科治法相同。

输血指征：凡血压在90/60毫米汞柱以下，心率120次/分，血色素降至7克以下并有心慌、出汗，烦躁等症状者。

3. 凡经上述方法治疗，观察1—3天无效时，根据病情酌加西药止血剂或转外科手术治疗。

治 疗 结 果

本组104例中经上述方法治疗后全愈者100例，占96.15%，无效4例，占3.85%。

1. 疗效评定标准：

全愈：凡经上述方法治疗后，呕血便血停止，大便隐血检查连续三次阴性者。

无效：凡经上述方法治疗，观察1—3天，出血未见好转或加重而加用西药止血剂或手术治疗者。

2. 疗效分析

①输血数量：本组曾经输血者28例，最多输血量920毫升，平均输血量371.4毫升，其输血例数和输血量与国内有关报告比较，明显减少。详见表1。

溃疡病出血内科疗法输血统计表

表 1

年 份	报 告 者	总例数	输血例数	最 多 输 血 量 (毫升)	最 少 输 血 量 (毫升)	平 均 输 血 量 (毫升)
1954	徐炳青等	52	23	9500	200	791
1959	唐振铎等	625				900—1450
1960	沈增润	210	140			800—1200
1966	卢济梧等	250		2700	200	
1966前	(本院统计 资料未发表)	104	62	1270	150	459.5
1973后	本 组	100	28	920	250	371.4

说明：本组无效者未予统计