

中醫資料彙編

第一輯



郑州市卫生局 编印
中华全国中医学会郑州分会筹委会



前 言

粉碎“四人帮”后几年来，特别是党的十一届三中全会以来，党的路线和各项政策逐步落实，党的中医政策和中西医结合的方针得到进一步贯彻执行。一九七八年九月，党中央批转卫生部党组《关于认真贯彻党的中医政策，解决中医队伍后继乏人问题的报告》，对我市广大医药卫生工作者鼓舞很大。许多老年中医精神振奋，整理和传授自己的经验；青壮年医师刻苦学习，钻研业务，并写出了一些中医理论研究和临床经验等论文。我们将其中一部分汇集成册，作为第一辑，以资交流。由于时间仓促，水平有限，错误在所难免，恳望读者批评指正。

郑 州 市 卫 生 局

中华全国中医学会郑州分会筹委会

目 录

中 医 部 分

基础理论心得

1、“证”析·····	(1)
2、谈谈中药五味的作用·····	(5)
3、试论中风病因病机和分型·····	(9)
4、论脾胃·····	(15)
5、情志致病浅谈·····	(20)
6、谈少阴病“从阴化寒”与“从阳化热”·····	(26)
7、浅谈中药的煎服方法·····	(30)
8、浅论五行学说·····	(33)

临 床 经 验

9、浅谈崩漏·····	(44)
10、急性肾炎分型与治疗·····	(48)
11、清热解毒法治疗再生障碍性贫血的体会·····	(55)
12、阴阳学说在溃疡病辨证分型中的应用·····	(59)
13、中医治疗中心性视网膜病变66例小结和临床体会·····	(63)
14、中药治疗泌尿系结石五例·····	(73)
15、中药治疗复视病的探讨·····	(75)
16、针刺大横穴治疗癔症性晕厥256例的临床观察·····	(78)
17、针刺治疗输液输血及各种药物过敏反应的观察·····	(80)
18、附子临床应用毒性之探讨·····	(81)
19、归脾汤的临床应用·····	(86)
20、治疗脱发的体会·····	(89)
21、干姜在治疗急性黄疸型肝炎中的体会·····	(91)
22、对奔脉气一病的认识·····	(92)
23、自拟黄芪首乌汤治疗坐骨神经痛临床观察·····	(96)
24、中医治疗视网膜中央动脉阻塞临床小结与体会·····	(97)
25、活血化瘀法的认识·····	(102)
26、伤寒、金匱运用半夏之初探·····	(106)
27、清热解毒法治疗血栓闭塞性脉管炎的体会·····	(110)

28、脉管炎治验·····	(112)
29、囊虫病一例治验·····	(113)
30、小儿发烧的临床辨治心得·····	(114)
31、半夏茯苓治疗神经性呕吐两例·····	(118)
32、中草药透敷治疗慢性腰腿痛·····	(119)
33、中医治疗痹证的临床观察·····	(121)
34、香蜜羔治疗瘰病简介·····	(124)
35、大剂量长期使用激素致上消化道出血中医治疗纪实·····	(125)
36、糖尿病三则·····	(127)
37、临床医案三则·····	(129)
38、经络电测定在慢性气管炎分型中的应用·····	(132)
39、高血压症治管窥——治疗五十例高血压、脑血管意外肤浅体会·····	(135)
40、肝硬化辨治浅识·····	(143)

中西结合及其他

41、牵置法结合砂袋固压治疗腹骨中亚骨折56例临床观察·····	(151)
42、眼科气血辨证·····	(153)
43、中西医结合治疗兰尾炎38例疗观察·····	(158)
44、中西医结合治疗骨关节结核病摘要·····	(162)
45、中西医结合治疗冠心病的体会·····	(165)
46、闭合复位钢针贯穿固定治疗四肢近关节、关节内骨折398例的体会·····	(168)
47、中西医结合治疗神经性皮炎30例疗效观察·····	(173)
48、外用中药治疗宫颈糜烂43例疗效观察·····	(175)
49、下颌关节脱位口腔外正复方法和中药治疗经验介绍·····	(178)
50、穴封及羊肠线埋藏治疗面神经痉挛·····	(179)
51、自动牵引手法(按摩)治疗和临床应用及腰腿疼50例疗效观察·····	(180)
52、中西医结合治疗内痔混合痔、内扎注射外切剥离法二反倒临床体会·····	(187)

“证”析

党友健讲述

“辨证论治”是中医基本理论的独有特征。随着中西医结合的发展，国内各杂志发表了很多探讨“辨证论治”的文章，大大丰富了祖国医学的内容。但在运用这一理论时有人把它作“证据”解释，这就欠恰当了。本文从“证”；“证”与“证据”；“同病异治，异病同治”的理论基础等提出一点看法供讨论。

一、证

症，证相通。在古汉语中“证”有五种含义：①

1、**证据**。如人证，物证。《晋书·范宁传》“宁据经传奏上，皆有典证。”

2、**证实**。《论语·子路》：“叶公语孔子曰：‘吾党有直躬者，其父攘羊，其子证之。’”

3、**证验**。《楚辞·九章·惜诵》：“故相臣莫谏君兮，所以证之不远。”

4、**束证**。《国策·齐策一》：“士尉以靖郭君，靖郭君不听。”

5、**证候**。陈师道：《赠·苏公诗》“如大医王治膏肓，外证已解中尚强。”

在祖国医学中“证”一般有以下含义：

1、**证、症通用**，证即证据。如病人患病时的主观感觉和体征：外感热病气分阶段的大热、大渴、大汗，舌红苔黄少津，脉洪大，溺短赤等。

Ⅰ，某一特定阶段疾病的概念和概念推理。医生对病人检查的四诊所得全部材料，结合内外致病因素，治疗经过，在正体观念指导下，对疾病进行剖析、辨识，从而在头脑中形成初步概念，如表证，里证等，并由此再进行概念推理，为论治提供坚实可靠的理论依据，如表虚证，里实热证，气虚证，脾肾阳虚证等。

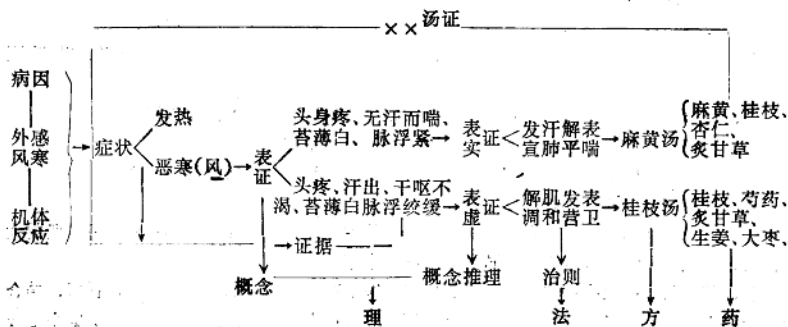
Ⅱ，证又是一个动态概念。因为机体的新陈代谢一刻也不停的进行着，在内外环境影响下，生理病理双方的斗争也在时刻进行变化，其表现出来的证据也有量和质上的差异，此时诊断为某证移时就有变化，故医生必须以动的观点看待变化中的“证”。例如《伤寒论》小柴胡汤就是典范。张仲景在叙述小柴胡汤后（98条）提出“或胸中烦而不呕，或渴、或腹中痛，或胁下痞硬，或心下悸、小便不利，或不渴、身有微热，或咳者……”七种兼或证，并在小柴胡汤附有“若胸中烦而不呕者，去半夏人参，加瓜蒌实一枚。……”七种加减法。真是大匠诲人，不但给以规矩，而且给人巧。同时对小柴胡汤的临床使用还有不少原则性、灵活性的论述：“伤寒中风，有柴胡证，但见一证便是不必悉具。”此处示人不要死扣证据的全面周到。又云：“凡柴胡汤证而下之，若柴胡证不罢者，复与柴胡汤……”有是证，即

用是方，证不变，方亦不变。“服柴胡汤已，渴者属阳明，以法治之。”病人诊为柴胡汤证，当服下柴胡汤时，已不全恰当，反出现热化内传，此乃和解已晚，应从阳明清法论治。如此等等都告诉我们对证要有一个动态概念。灵活机变，不离原则。

二、“证”与“证据”

前边已经说了祖国医学中的证主要是指疾病在某一特定阶段的概念，若把“证”理解为“证据”就是抽去了“辨证论治”的精髓，把唯物辩证法的“证”“降低为条条实据。什么是证据？据以认定病情的材料叫证据。如现代医学的各种检验数据以及医生通过望、触、扣、听、问所收集到的病人主观感觉和客观指征。祖国医学四诊所涉及的全部内容，一句话客观实在。如病人主诉头痛，我们只能叫证据，或叫病，而不能叫证，经过调查研究分析判断而得出他属于血虚头疼或气虚头疼，这才可称“证”。那么《伤寒论》中以方名证的情况能否叫证据呢？亦不能。请看下表

汤证演变表



从上表可以看出《伤寒论》中的麻黄汤证、桂枝汤证等是理、法、方、药的总括。法对理言：法由理来，理寓法中；法对方言：方以法立，以法统方，很类似优选法，一部方剂学是理法方药的结晶，我们抓住了法，上可以推理，下可以组方。以方试病，则方不任咎，以法选方则方由己出。可见以方名证时也不叫证据。

有的学者说：祖国医学的证字关键在于前边有一个动词“辨”字，叫“辨证”②真可谓一语中的明白晓畅。“辨”从“刀”（原作办）本义是用刀剖分物体③推言之，祖国医学的证是对各种征象剖析后得出的结论。是科学的。那么文献中不附这个动词“辨”而出现的“证”是否也具备辨证法内容呢？我们认为这要看伴随条件，一般讲，证后边还有一词者，如证状，同症状，作名词解，证后不附词而前边附一名词者，如表证，里证，阴证，阳证，桂枝证，或名词与形容词结合如里虚寒证，肝胆湿热证等同样含有辨的意义。复习一下伤寒论可以找到上述认识的佐证。本书是一部理论与实践相结合，以辨证法为指导的古代医学文

献。每一篇名都标示“辨”，如“辨太阳病脉证并治法……”。这就把“证”放在辨的前提之下了。是六经总的思想方法。论中397条其中38条42次出现“证”字，而且证字之前都冠以名词，如桂枝证；柴胡证；太阳证；少阳证；外证；表证；里证；阳证；血证；结胸证等等，我们认为这证的前面同样有一个省去的动词“辨”字。成都中医学院主编的《伤寒论》④在397条提要中有近200条都标以“证”、“证治”、“脉证”等，不用辨字亦属省文。可以认为“辨证”与“证”在中医书籍中多数情况下含义是相通的。

唯物辩证法认为精神来源于物质，存在决定意识。人有了病，人这个物质的矛盾运动就一定发生复杂的变化，而出现一些异常征象，我们抓住这些征象就是抓住了证据，而人又生活在复杂多变的社会和自然环境之中，从而造成这些征象有真有假，有主有次，有隐匿有显见，医生就要“去伪存真，去粗取精，由此及彼，由表及里”的做一番细致的调查研究工作。从而抓住主要矛盾和矛盾的主要方面。在祖国医学中这一认识过程就叫做“辨证论治”如病人表现神疲乏力，倦怠懒言，腹胀食少，喜温喜按，便溏溺清长，唇舌无华，面黄，苔白而润，脉沉缓无力。这些都是利用医生的感官收集到的证据，它反映了事物的现象、事物各个片面，以及这些事物的外部联系，“这叫认识的感性阶段，就是感觉和印象阶段⑤”我们认识在这一阶段不能进行治疗，否则就会导致头疼医头，脚疼医脚的结果。犯机械唯物主义错误。原因是我们还没有抓住病人的证、脉、舌等诸多方面的共因。客观事物要求我们的认识必须深化，把事物这些现象、片面、外部联系放在正体观念下，在医生头脑里反复多次，运用“八纲辨证”，“脏象辨证”，“病因辨证”等理论，进行对比、分析、归内取舍从而得出病位里，性质寒，正邪情况虚的概念，称“里虚寒证”。于是在我们头脑里生起了一个认识过程的突变。正如毛主席在《实践论》中指出的，“概念这种东西已经不是事物的现象，不是事物的各个片面，不是它们的外部联系，而是抓住了事物的本质，事物的全体，事物的内部联系了。概念同感觉，不但是数量上的差别，而且有了性质上的差别。”

认识在此阶段还不能准确地处理疾病，因为里对表而言范围很广，“虚则补之”、“寒者热之”也都是针对“虚”或“寒”而提出的治疗大法。虚有五脏之虚，又分阴阳气血；寒有上中下三焦之别，又必须分心肝脾肺肾等证型；补虚之品，温里之药有共性更具个性。同是热药有桂枝之强心阳，炮姜之温脾阳，附子壮肾阳之专长，同是补药亦分熟地补肾，于肉补肝，参耆术补脾胃，酸枣仁补心。医疗实践迫使我们继续进行判断推理，抓出其中特征性的东西：腹胀，食少，便溏是核心，它反映脾胃纳、升清降浊机能不足，中焦虚寒是产生这一组症状、体征的基础，此时“就可以产生出合乎论理的结论来”：脾胃（或中焦）虚寒证。于是温中散寒法，理中汤方，党参、白术、炮姜、炙甘草药都依次产生了。

简言之，在认识疾病的长河中，就中医而言，四诊所得“属于事物的片面的，现象的，外部联系的东西。”处于感性认识阶段，尔后经过医生头脑中的加工“达到了事物的全体的，本质的，内部联系的”“证”。它是认识的理性阶段。然而证的第一次出现能立法，但不能施治，如表证，里证，虚证，实证等，还必须进行概念推理辨出表证的虚实寒热、里证的阴阳、气血、脏腑病位，此时才可向论治发展，理法方药成为统一体。

结论是：证来源于物质，而又高于物质，是祖国医学认识疾病过程中理论与实践相结合的产物。证据是辨证的条件，“证”是辨证的结果。在同一病理阶段，二者不容混淆，正如

《中医诊断学》⑥所总结的：“所谓证或证候，既包括四诊检查所得，又包括内外致病因素，全面而又具体地反映了疾病的特征、性质和在这个阶段的主要症结。”

同时我们也承认，而且必须承认证、证之间的通假依赖关系，它们是我们认识疾病的两个阶段，又必须在实践基础上统一起来。如疾病过程中的病理产物：水湿，痰饮，瘀血，在它们处于次要地位仅仅是一个症状时是辨证的依据，当它上升为主要矛盾，成为诸症状产生的共同基础时，又成为我们由感性认识上升为理性认识的结果。正如恩格斯所说：“原因和结果经常交换位置；在此时或此地成为结果，在彼时或本地就成了原因，反之亦然。”

三、同病异治，异病同治的理论基础

“同病异治”的理论最早见于内经、《素问·病能篇》说：“有病颈痛者，或石治之，或针灸治之，而皆已，其真安在？岐伯曰：此名同异等者也。夫病气之息者，宜以针开除去之；夫气盛血聚者，宜石而笃之。此所谓同病异治也。”仲景在《内经》理论指导下为我们树立了“同病异治，异病同治”的典范。清朝王清任倡瘀血证治，仅通窍活血汤，血府逐瘀汤，膈下逐瘀汤三方就列治病（症）三十九种。包括头面、四肢、毛发、筋脉胸腹、内脏等方面。近几年来活血化瘀法几乎在医学领域各方面都取得一定的进展，大大丰富了祖国医学的内容，为什么？关键是有共同的物质基础，活血化瘀法并非万灵神丹，什么病都能治，是能治诸多疾病在某一特定阶段可产生共同基础“证”。若不明证而仅听病就用活血化瘀法那也是不正确的。因为气血运行是维持生命的必要条件，经气郁阻，脏腑乖和，内伤外感，痼疾癆瘵等，在其进展过程中都离不开气血，机体的防御机能也是通过气血才能作出反应，药物更必须靠气血的载运方可。不同的疾病发展到某一阶段时都可以表现出瘀血的征象来，而成为不同疾病的共同特征，活血化瘀法就是根据这一带有普遍性的病理变化特征而应用于临床的。这也是本法临床使用广泛性的理论基础。此即异病可以同治。那么同病为什么又有异治呢？这是指疾病的客观治疗又一特征。以“乙脑”为例，一九五六年气候偏热，少雨，石家庄地区“乙脑”流行，从“暑温”论治，用白虎汤取得较好的疗效，次年乙脑又发生，仍用白虎汤不效，蒲辅周老前辈抓住天时环境，根据此时气候偏湿的特殊情况，从湿温论治，用通阳利湿法应手而效。同为“乙脑”治各不同效果显著，治法相同得失参半，其道理是证的异同决定于治的异同。所以同病异治的理论基础亦是“证”。

我们认为“证”是“同病异治，异病同治”的理论基础，是祖国医学的理论精华。换言之、“同病异治，异病同治”即“同证同治，异证异治”。

本文仅围绕证的概念谈一下不成熟看法，不是对“辨证论治”的全面探讨，今后用现代医学科学手段揭示“证”的奥秘，将会对祖国医的发展起到很大的推动作用。

胡树芝 整理

主要参考文献

1) 辞海 上海辞书出版社1979年版 879—880页

2) 在中西结合中对辨证论治的几点看法

姜春华新医学杂志(9):5, 1977

3) 古代汉语 王力 1978年版 1130页

- 4) 伤寒论讲义 成都中医学院主编 1964年版
5) 实践论 毛泽东选集 1966年版 274页
6) 中医诊断学 广东中医学院主编 1964年版

谈谈中药五味的作用

张春生

中药的药理作用，是通过对包括四气、五味，趋向和归经的归纳，运用中医基本理论的内容加以说明而得出的。由于祖国医学是以朴素的辨证法——阴阳学说来解释人体生理、病理，诊断，治疗以及处方用药的，所以在药物的运用中，用中药的四气——寒热温凉来调整人体阴阳之偏盛偏衰，并使其平衡，从而达到“阴平阳秘，精神乃治”的目的。所以中药的四气也就较易为人们接受和理解。如“药性赋”即以寒、热、温、凉作为区别药物性能的纲领。这样，在不少人的心目中对中药五味的作用，也就掉以轻心，甚至还有人认为只明四气，不明五味，也照样能治病，这显然是一个误解。

诚然，研究中药的四气是重要的，因为它关系到“寒者热之，热者寒之”，“疗寒以热药，疗热以寒药”这个重要的治疗原则。然而，这决不是说对五味的作用可以忽略。中药五味的存在是一个事实。没有只有气而无味的药品，也没有只有味而无气的药品。这就是说，中药性能的重要组成部分，在实际上是气和味的结合。只有掌握中药四气，又掌握中药的五味，才能对中药的性能有明确的认识，从而为更好地使用中药打下良好的理论基础。

所谓中药的五味，是指辛、酸、甘、苦、咸五种不同的味道，然而，它又不单纯是指的五种味道，更为重要的是指五味的医疗作用。早在两千多年前的《内经》就有“木生酸，酸生肝”，“火生苦，苦生心”，“土生甘，甘生脾”，“金生辛，辛生肺”，“水生咸，咸生肾”的记载。这里中药五味与五脏的配伍，可谓是最早的关于药物归经的理论。除了五味有归经的作用外，《内经》还有关于“辛散，酸收，甘缓，苦坚，咸软”的记述。这种对五味作用的归纳，是人类长期实践的总结。因此是唯物论的，只不过在当时的历史条件下，还不可能用现代中草药化学分析的方法找出中草药中所含的各类有效成份罢了。即便从现代观点来看，中草药所具有的不同功效，是由所含的不同化学成分决定的，但中草药的味也与所含的化学成分有关。例如，“味辛的多含挥发油；味甘的多含有糖类；味酸的多含有鞣质，有机酸等；味苦的多含有生物碱，甙类或苦味质等；味咸的多含有盐类”。①因为不同的化学成分常呈现不同的疗效。所以，古人利用味道的差异来推断中草药的作用是有一定道理的。

随着医学的不断发展，在《内经》对五味作用概括的基础上，后人通过医疗实践又有“辛能散能行，甘能补能和，苦能燥能泻，酸能收能涩，咸能软能下”的补充和发展。根据以上关于五味作用的论述，下面就两个方面谈谈五味的作用。一是五味的归经，即某味对所入的各经在该经中所起的作用；一是五味本身所起的作用。例如：当归虽有辛味而不入肺

经，熟地虽有甘味而不归脾经——这又为今后对某些药物虽无有此味，但却在临床效果上有某种作用的时候，也可以表明和这种作用相同的味打下理论基础。现就五味的不同作用分别述之：

辛 能 散 能 行

归经：辛入肺。《内经》有“肺合皮毛”，“肺主咳”的记载。外邪入内，首先犯肺。故辛味之品入手太阴肺经而治肺疾患，使邪由表而解；例如桂枝，麻黄之辛温解表而散肺经风寒；薄荷、牛蒡子辛寒解表而散肺经风热。

发散：根据“邪在皮表，汗而发之”，“体若燔炭，汗出而散”的原则，欲达开腠发汗，解表祛邪之目的，须用有发散功能的辛味之品。如上面所举的桂麻之散风寒，薄荷牛蒡之散风热。《伤寒论》中治太阳表实之麻黄汤，治太阳表虚之桂枝汤，二方主药都以桂、麻之辛味为用。

行气：根据“气郁血滞而行治”的原则，欲达运行气血，通行经络之目的，须用有行气功能的辛味之品。如：香附之辛平，疏肝理气；陈皮之辛温，理气化痰；白叩之辛温，行气宽中；砂仁之辛温，行气开胃；川芎、红花之辛温，活血行气。例如：气、血、痰、食所致的胸膈满闷而用的越鞠丸，其中香附、神曲、苍术、川芎皆辛温之品，而有行气活血开郁之功。上述诸药，均以辛味为用。

综上所述，辛能散能行，是指辛有发表散邪，开腠发汗，行气宽胸，行气活血的作用。

甘 能 补 能 和

归经：甘入脾，《内经》有“脾主运化”“脾统血”，“脾主肉”的记载。故凡脾阳不振，运化失司引起之大便溏泻、肌肉消瘦等症用黄芪白术、人参之甘温补中益气。脾不统血所致的日久不愈的便血，月经过多，崩漏等症。用人参、当归，元肉等之甘温补脾益血。而益气，益血均以甘味入足太阴脾经之品为用。

补养：《内经》有“精气夺则虚”，“邪之所凑，其气必虚”，“虚则补之”的记载。为达补虚之目的，须用有补养功能的甘味之品。如气虚用人参，黄芪之甘温补气。如健脾补气的四君子汤，其中党参、白术、茯苓，甘草均为甘味之品。血虚用熟地、当归之甘温补血。如补血调经的四物汤，其中主药熟地和辅药当归均以甘味为用。阴虚用沙参，石斛之甘寒养胃生津。如补肾养阴的六味地黄丸，其中主药熟地之甘温，山药之甘平均以甘味为用。阳虚用鹿茸之甘温，菟丝子之甘（辛）平，肉苁蓉之甘（咸）温，杜仲之甘温以助阳补肾。如肾阳虚损所用金匱肾气丸中之主药肉桂、附子，甘（辛）大热以及熟地，山药均以甘味为用。如是，补气，补血，益阴，壮阳均离不开甘之一味。

缓和：根据“急者缓之”的原则，凡脾虚泄泄用山药、茯苓、甘草之甘平和大枣之甘温调和脾胃而止泻。凡内有燥结须下而恐药力峻猛者，当用有缓和作用的甘味之品以缓其药性。如调胃承气汤中之甘草与大黄、芒硝同用，可缓和硝、黄之峻猛，有缓下之意。而大承

气不用甘草者，意在急下，此又与缓下相对而言。由是，甘味缓和之能尤明也。其他，能缓解拘急疼痛，如“伤寒论”中芍药甘草汤，能治筋挛脚疼，也取其甘能缓急之用。

综上所述，甘能补能和，是指甘味有补养正气，益气养血，调补脾胃，和药缓急的作用，

苦 能 燥 能 坚

归经：苦入心。《内经》有“心为君主之官”“主神明”、“主血脉”的记载。凡病邪入于手少阴心，手厥阴心包（心包代心行令，实为一体，故入之）引起之神昏谵语，心烦不眠及经脉不调等，须用苦味入心之品治之。如黄连、栀子的苦寒和牛黄的苦凉清心泻热而治神昏谵语、心烦不眠等。用丹参、赤芍、益母草之苦寒破瘀生新，活血调经。用乳香之苦温，没药之苦平活血止疼。而上述诸药，均以苦入心经而起效用。

燥湿：《内经》有“南方生火，火生苦”的记载。因苦由火生，故苦味多燥。燥能胜湿，故苦有燥湿之功。如黄连、黄柏、黄芩不仅能清热，而且能燥湿。而上药因其苦寒，能清热燥湿，故治湿热之证。白头翁汤，治湿热下利，其中黄连、黄柏、秦皮、白头翁全是苦寒之品，均以苦味为用。

坚阴：所谓坚阴，即存阴之意。上面已谈及苦能燥湿，燥而存阴不可解。此所谓存阴。苦必与寒合，则有降泄之功，热邪去则阴自存也。如大黄苦寒可荡涤肠胃积热而存阴，黄柏知母之苦寒清泄肾火而坚阴。大承气汤中之大黄，枳实均为苦寒降泄之品，火盛阴竭须急泻火存阴；知柏地黄丸中知母，黄柏均为苦寒泻火之品，肾中火旺阴亏，用之正所谓制阳扶阴。而上述诸品均以苦味为用。

综上所述，苦能燥能坚，是指苦有燥湿降泄，泄火存阴的作用。

酸 能 收 能 涩

归经：酸入肝。《内经》有“肝藏血”、“肝主筋”、“肝开窍于目”的记载，凡郁怒伤肝引起之吐血、头晕、面红目赤（肝阳上亢）；肝血不足引起之眼花目眩，两目干涩，雀目（即夜盲证）以及筋挛拘急之腹痛（肝主筋）等，须用入足厥阴肝经的酸味之品治之。例如白芍之酸寒补肝血，平肝阳，柔肝止疼而治肝病诸疾，是治肝病的常用药；山芋肉之酸温补益肝肾而明目，均以酸味入足厥阴肝经为用。

收敛：根据“散者收之”的原则，对于气血亏损引起之自汗，盗汗，欲达收敛之目的，须用有收敛功用的酸味之品。例如五味子之酸温可生津敛汗；山芋肉之酸温滋补敛汗。生脉散中用五味子，即取其酸而收汗的作用。

固涩：根据“涩可固脱”的原则，对于遗精、泻痢等类的滑脱病症，欲达固精、涩肠之目的，须用有固涩作用的酸味之品。如金樱子之酸平能涩精止遗；乌梅，石榴皮之酸温，诃子之酸平均能涩肠止泻。例如六味地黄丸治肾虚遗精，用山芋肉之酸温；四神丸治五更泻泄用五味子之酸温，皆以酸味固涩之品为用。

综上所述，酸能收能涩，是指酸味有敛汗固精，涩肠止泻的作用。

咸 能 软 能 下

归经：咸入肾。《内经》有“肾藏精”、“肾主骨”、“肾开窍于耳”、“肾开窍于二阴”的记载。临床症见遗精、耳鸣、骨痿、腰背不举、五更泄泻等症责之于肾。例如：海狗肾之咸，大热暖肾壮阳；肉苁蓉之咸温，补肾益精；鹿茸咸温，壮阳补精而强筋骨等，均以咸而入足少阴肾经为用。

软坚：根据“坚者削之”的原则，当用软坚之法以削其平。例如瘰癧（即淋巴结核），瘰癧（甲状腺肿大）之类，须用咸味之品软而消之。例如海藻、昆布之咸寒，瓦楞子之咸平，均可软坚散结而治瘰癧瘰癧。像昆布丸治瘰癧，其中昆布、海藻、海蛤壳均为咸寒之品，其软坚散结，皆以咸味为用。

润下：根据“燥者濡之”、“留者攻之”的原则，对燥实内结之证，须用咸味之品润而下之。如芒硝之咸寒，有润便通肠之功；肉苁蓉之咸温，有润肠通下之用。例如调胃承气汤、大承气汤用芒硝者意在咸润通便也。由此可知，咸味有润下之作用。

综上所述，咸能软能下，是指软坚散结，润肠通便之意。

以上是五味的不同作用。除此之外，还有一种淡味，因淡而无味，故不列入五味之中。在临证中，淡有渗泄利窍之功，例如猪苓、茯苓，泽泻均是甘淡之品，其能利水消肿者，取其淡而渗利之用也。

由于中药品种繁多，其用各有所别，故每一药物的性味也不尽同。有一味一气者，有多味一气者。在掌握了五味的基本作用之后，对于帮助我们认识中药的性能就有很大裨益。例如辛、甘、温的当归，有辛、甘二味，辛能行，甘能补，温可胜寒，因其归心、肝、脾三经而走血分，故当归有补血调经，活血止疼之功。（油炒则润通，又当别论）。说明当归于温补之中兼有行血之妙，再如肉苁蓉之甘、咸、温，有甘、咸二味，甘能补益，咸能润下，温可助阳，因入肾，大肠。故可温补肾阳，润便滑肠。从上述例中可知，在中药药理分析的过程中，因为五味的不同，药物之间所呈现出的不同功能是多么明显。同时，从这里也可以看出，五味与四气的关系是多么密切而又不可分割。如果我们不明五味的作用，就不能很好地继承和发扬祖国医药学。我们只有既掌握四气，又掌握五味，才能正确的认识药物和正确的使用药物。

以上所谈，因水平有限，错误之处，请予指正。

注①“中草药方剂学讲义”第20页，山东中医药学校编。

试论中风病因病机和分型

郑纺机职工医院 牛德兴

中风是常见的老年病之一，临床上表现为突然的意识障碍和肢体瘫痪。它包括现代医学的脑溢血，脑血栓形成，脑栓塞、面神经麻痹等疾病。本病对广大人民群众尤其是四十岁以上的人民群众的身体健康威胁极大，也是老年人致残，死亡的主要原因之一。所以我们医务工作者应努力钻研其防治的有效办法。

对中风一证祖国医学很早就有认识。例如《灵枢·刺节真邪篇》云：“虚邪偏客于身半，其入深，内居营卫；营卫稍衰，则真气去，邪气独留，发为偏枯。”以后历代医家对本病都有论述和发挥。但对中风的病因学说认识颇不一致。可以概括两个阶段：汉唐以前多以“内虚邪中”立论，如《内经》、《金匱》都是这一主张，汉唐以来，各医家有了新的发挥。金元时代刘河间主张“心火暴甚”。李东垣认为是“正气自虚”朱丹溪的见解是“湿痰生热”。三家对本病的研究各有所长，但都重视内在因素。这些研究是中风病因学说的一大转折点。

关于中风的病因病机，我认为与以下情况有关：

1、感受外邪侵袭，风邪侵入或中于局部，脉络受邪，风以火化，壅塞经脉，气血痹阻，则发为本病。

2、过食肥甘，膏粱厚味，少于体育锻炼致使脾失健运则生湿生痰，痰湿化热，湿热互结，阻滞气机升降和气血的运行，脉络闭塞而猝然发病。

3、情志劳倦（常久坐夜）或房劳伤及肝肾之阴，则肝肾阴虚，肝阳偏亢，风阳升动，血菀于上发为本病；

4、久病气血衰疲，风邪乘虚而入，中于经络脏腑发为本病。

关于中风一证的病因，临床见于不少青壮年人突然发现口眼歪斜或有些肢体麻木感，这些患者，平素体质较好，劳动活动均健壮，如视其为“内虚”是毫无理由。这些病例是偶遇风邪，风从火化而应属“实证”范围。在治疗上应采取除风清热，活血通络之手段，很快即可治愈。

有不少中年或中年以上患者，素质好，体较肥胖，食欲强，突然发病，出现突然昏仆，不省人事，两手握固，半身不遂，烦躁不安，舌质红，苔黄厚腻，脉弦滑，其病机则是痰湿阻塞于经络，属于实证。这类病人却不少见，我认为这是由于人民物质生活水平的提高，多食肥甘，膏粱厚味之品，又不注意体育锻炼，不能增加和改善体内的血液循环，促进新陈代谢，致使痰湿之邪不能正常排出体外，湿从热化，壅塞经络而发本病。治疗以芳香化浊，祛

痰，活血通络为则。

证见素体消瘦，头晕头痛，耳鸣目眩，少寐多梦，舌无苔，质暗红少津或如猪肝状，口眼歪斜，半身不遂，脉弦细无力，乃肝肾阴虚。其原因多见于长期失眠或常久坐夜，忧思悲怒，酒色劳倦，伤及肝肾而致，治当滋补肝肾，养阴活血。

平时阳气虚弱或久病，突然发病，昏扑，不省人事，目合口张，手撒肢冷，汗出，大小便自遗，脉微弱，舌痿，肢体瘫痪，此乃阳气将脱之象。急救回阳固脱。本病临床很少见到。综上所述，中风一证临床应有虚实之分。

关于临床分型问题，通过实践，我按四个类型进行临床治疗。（不同于中经络，中脏腑。闭与脱的分法。）

一、受风型

证状：患者一般体质较好，仅出现口眼歪斜或有些肢体麻木等。舌苔薄白，脉弦数。

分析：风邪外袭经络，（或局部经络受邪）致使气血痹阻而发生口眼歪斜或见肢体麻木。

治则：祛风清热，活血通络。

处方：桑叶，蜈蚣，菊花，蝉衣，荆芥，防风，白芷，红花，川芎，丹参，陈皮，白蒺藜，甘草。

方义：桑叶，蜈蚣，蝉衣，白蒺藜清热祛风止痉，菊花，荆芥，防风，白芷，祛风散寒，红花，川芎，丹参能活血通络，陈皮，甘草中和，共奏祛风清热，活血通络之功。

二、痰湿阻塞型

证状：体质肥实，素有头晕头痛，突然晕倒，两手握固，半身不遂，烦躁不安，口臭，舌质红，苔黄厚腻，脉弦滑而数或见大便难解，小便赤等。

分析：由于恣食生冷，酒醴肥甘，膏粱厚味，生湿生痰，痰湿化热，痰热实邪，阻塞气机不能升降清浊，痰湿阻塞经络血脉，则突然昏扑，不省人事，两手握固。气滞血瘀，经道不通，气不能行，血不能荣则见肢废不能用，半身不遂，湿从热化则舌红苔黄厚腻，脉弦滑数而有力。

治则：芳香化浊，祛痰，活血通络。

处方：藿香，佩兰，菖卜，苍术，生石膏，当归，丹参，红花，土元，翻白草，车前草，丝瓜络。

方义：藿香，佩兰，菖卜芳香化湿透窍，用苍术配生石膏即能清脾胃之热，又能除湿健脾；因生石膏辛甘，大寒，能缓苍术之辛燥，使之祛湿而不燥。翻白草，车前草有清热利湿使邪有出路之功，湿祛则病安。当归，丹参，红花，土元，地龙，丝瓜络有活血通络，引药通达四肢之功。故本方为芳香化浊，祛痰，活血通络。

三、肝肾阴虚型

证状：消瘦无力，头晕头痛，少寐多梦，口眼歪斜，半身不遂，大便初硬后溏，舌质暗红，无津而光或如猪肝状，脉弦细无力。

分析：肝肾阴虚，肝阳上亢，阴阳失调，血菀气逆，形成上盛下虚，故见头晕头痛，消瘦无力，少寐多梦，舌干无津而暗红，血虚不能充盈脉道则肢体痿缩无力。

治则：滋补肝肾、养阴活血通络。

处方：熟地，芋肉，山药，茯苓，泽夕，丹皮，当归，杭芍，地龙，土元，松节，丹参，丝瓜络。

方义：用归芍六味补肝肾而养阴，加土元，地龙，丹参，松节，丝瓜络活络通脉。故本方有补肝肾养阴活血通络之功。

四、气虚型

证状：突然昏倒，不省人事，目闭口张，鼻鼾息微，手撒肢冷，汗出，大小便自遗，肢体瘫痪。

分析：阳气衰微阴阳离决，阳气将脱，故见目闭口张，鼻鼾，手撒，遗尿等证、息微汗出不止、肢冷、脉微欲绝是阳气将脱的主要表现。

治则：急救回阳、扶正固脱。

处方：力参，附子，黄芪，山芋肉，五味子，寸冬，龙骨，牡蛎，炙甘草。

方义：用参附益气回阳，生脉散益气敛汗，用龙牡芋肉可潜阳固涩，炙甘草可调和诸药，以合阴阳。

对治疗中几个问题的讨论

一、几个特殊的症状

1、中风，昏迷，不省人事。这是个急待解决的问题。一般用安宫牛黄丸，并结合辨证施治，用汤剂药物配合，采用鼻饲法给药。在昏迷好转以后，常遇到第一个症状是大便不通此症在痰湿阻塞型常见。考虑是由于：“湿热滞胃”，引起胃肠失调所致。这对肢体的恢复和药物的吸收以及营养的供应都是极其不利的。所以，必须处理及时，应用清热通便之法，可用温胆汤去只实加生石膏和调胃承气汤治之。肝肾阴虚者，也有大便不通，此是肠中无津液之润而致，治当润肠通便。

2、治疗中风的过程中，一般症状得到恢复后，会出现大小便失禁，或单纯遗尿，或单纯大便失禁。在这个问题上，根据《内经》“中气不足，溲便为之变”考虑到脾的运化功能；同时根据，“肾司二便”，之说，考虑到肾阳的气化。所以在治疗上，健脾与温补肾阳并用，多以参苓白术散为基础加益智仁、补骨脂，菟丝子以达培补脾肾。

3、在治疗中，有些肢体强直或抽搐的症状，对待这一症状是以：“诸风掉眩，皆属于肝”，这一原理为指导，采用清肝舒筋，多用羚羊钩藤汤去羚羊，川贝，茯苓加地龙，僵蚕，丹参，红花，丝瓜络，使其清肝活络舒筋。

4、肢体的肌肉瘦缩，临床颇不少见，它影响着肢体的恢复，必须注意解决，若不得解决，肢体的恢复是不可能的。《素问痿论》云：“脾主身之肌肉”。所以，治疗必须以健脾补肾之意，以补中益气汤加固肾之药即可。

5、四肢肿胀，临床也不鲜见，症状的形成考虑是由循环的滞塞，即气虚血瘀，因为“气为血之帅，气行则血行，气滞则血瘀”。所以治则当益气活血即可消肿，不可执意利水。

二、用药的讨论

1、中风一症使用活血化瘀药物，应当贯穿整个医疗过程。因为活血化瘀药物有调整循环功能，扩张血管、改善新陈代谢，调整内脏平滑肌抗炎消肿，加强组织器官的抗病能力有止血等功能。活血药物的止血作用以“瘀血不去，则新血妄行”之意；以化瘀与止血相反相成而奏效的。出血固宜止血，但瘀血阻滞，血液不能随脉道运行而出血，则须化瘀止血。所以，在脑溢血的治疗中，同样使用活血化瘀之策，但要灵活、要与气虚，血虚，热盛等辨证施治应用。

2、关于马钱子，乌梢蛇，白花蛇等药物的应用，我是主张不用或少用。因为：第一，这类药物有毒，久服对人体有害，常会出现四肢强硬，不能弯曲，影响肢体的功能，甚至导致肢体的功能不能恢复；第二这类药物很缺，患者家属为此到处奔跑，造成人力，物力紧张，第三，根据以上四型来看，此类药物不是非用不可，肝肾阴虚型是此药的禁忌，仅受风型可略用一二。故不必见半身不遂即开本药。

三、针灸的配合

本病配合针灸应当重视，清醒后即可开始配合治疗，这样可以使患者的语言和肢体的功能早日恢复。针灸的常规是从头针开始，针数次头针即可使肢体感觉大大恢复，并能改善肢体的活动功能。嗣后即转入体针和耳针治疗。但在治疗中是辨证用针，如出现肢体痿缩，则根据“脾主肌肉”加健脾穴；肢膝无力，根据以“肾主骨”之理加用肾经穴位；出现肢体强直或抽搐，根据“诸风掉眩，皆属于肝”加用肝经穴位，以活肝舒筋。

四、功能锻炼是十分重要的问题

功能锻炼可以锻炼人的意志、体力。在功能锻炼中找出功能恢复中的弱点和不正确的姿势，进行纠正和治疗，以便功能早期恢复。

（病案举例）

康××，女，48岁，住郑纺机家属宿舍。1973年2月25日来院初诊

主诉：口眼歪斜2天

现病史：患者于2月23日因受凉自觉头痛，未作诊治，第二天早起，感到面部活动不灵，眼睛闭合不全，伴有流泪，口角流涎，语言不清，即到本医院就诊，经诊为面神经麻痹，服药（药名不清），治疗二天未见好转，故求中医诊疗。患者口眼歪斜，进食困难，舌苔薄白，脉弦数。

即往史：身体健康，未患过其它疾病。

辨证：患者由于感受风寒，风邪侵袭经络，风从火化，壅塞经络，致使气血痹阻，而发生口眼歪斜。

治宜：祛风清热，活血通络。

处方：桑叶12克，蜈蚣1条，菊花12克，虫衣12克，荆芥13克，防风6克，白芷6克，红花6克，川芎5克，丹参15克，甘草6克。

配针合灸

2月28日：复诊口眼歪斜大有好转，语言清晰，仍上方叁剂，并每日针灸一次。

3月1日：痊愈

例二，李××女67岁，住郑纺机家属宿舍。

入院：1976年4月26日

出院：1976年6月13日

诊断：脑溢血

主诉：（其子代诉）突然头晕，呕吐，随即躺倒，进入昏迷8小时。

现病史：76年4月25日晚9时30分，洗澡后到家感觉头晕，语言不清，口眼歪斜，随即倒下，呕吐（吐物为食物残渣），神志不清，进入昏迷状态，即到院就诊，血压180/100 mmHg瞳孔不等大，右侧肢体瘫痪，给以安络血，利血平，低分子右旋糖酐治疗。当晚昏迷不醒，大小便失禁，于26日早8时以脑溢血介绍入院治疗。

检查：血压164/86 mmHg神志不清，呈深昏迷状态，被动体位，右侧肢体瘫痪，瞳孔大小不等（右小左大）对光反应差，肌腱反射减弱。心肺听诊：心脏未闻及病理性杂音，肺部左肺底有少量湿性罗音。诊为脑溢血。

4月26日中医结合治疗

昏迷不醒，鼾声呼吸，大小便失禁，左侧肢体瘫痪，口臭，舌质红，苔黄厚腻，脉弦滑而数，此乃痰湿化热，阻塞经络血脉而发本病。治当清热豁痰，醒脑开窍为急，用安宫牛黄丸日服二次，早晚各一丸，鼻饲法给药。