

《永类铃方》在伤科方面的主要成就

于 文 忠

《永类铃方》，是一部综合性方书，共22卷，元·李仲南撰，刊于1331年。据1961年《中医图书联合目录》载，此书在北京大学图书馆藏有以至顺本为主的22卷（卷17~19以明·书林郑笔山刻本配补），北京图书馆、南京图书馆分别藏有元刻本残本5卷。关于本书作者，明代《李濂医史》不载；清代《古今图书集成医部全录·名医列传》以及近代有关医史文献中，均未见收录；刘伯骥氏《中国医学史》中，虽略有介绍，但其内容均引自《永类铃方》的序言部分。故有关作者生卒、生平等问题，尚有待今后进一步考证。本文仅就本书在骨伤病方面的记载，谈谈个人的一些初步看法：

一、本书的特点

如上所述，本书为一综合性方书，主要收录唐、宋时期某些医书的内容。全书包括内、外、妇、儿、骨伤等科疾病的理法方药及证治经验。不仅论证清晰，且选方简要，而所录之方，多列有出处，故本书对于文献的整理、校勘、辑佚等工作，亦有参考价值。

有关本书的概况，从序言中所记述的：“铃方之作，本之医经”；“泛观之，必以博为烦，详考之，当知其约而且要也”；“大集古人医书，条其铃列，为锡类之书。盖诸科之方药，一阅而无不在目者矣”，便能有所了解。此外，清·钱曾云：“《永类铃方》二十二卷，栖碧山人李仲南，校检古今医书，并以脉病因症治，增为五事，铃而为图，贯串彼此，发明成书，使人一览了然……”，较好地概括了本书的内容。

值得注意的是，本书卷10最后部分及卷22所载录的骨伤科内容，是继我国现存第一

部伤科专著《仙授理伤续断秘方》（以下简称《续断方》，唐·会昌年间，蔺道人撰）之后较为突出的；比同时期危亦林《世医得效方》卷18所载的骨伤科内容，更趋于条理化和系统化。如在编写体例上，是按大体解剖部位进行分类的，计有：（1）头目耳鼻伤；（2）唇喉齿腮伤；（3）肩胛、颈骨、手肘脱伤；（4）胸胁、肠伤；（5）腰腿臀及两腿膝伤；（6）筋伤等等。这种按解剖部位的分类形式，是此前骨伤科文献中罕见者，而且也后世医家在骨伤科的记载上，开了先例。在骨伤科疾病的诊断与治疗方面，本书也作了较为系统的归纳，如（1）明辨经络；（2）相度损处；（3）推按骨白；（4）拔伸收捺；（5）接理夹缚；（6）活血止痛；（7）整洗敷贴等，有利于后学者的学习和掌握。

明·王肯堂《外科准绳》卷6，清代《伤科彙纂》等书，分别转录了本书的部分内容，说明古代医家对本书的重视。此外，《续断方》中的风流散一方，在现存本中只见方名，而无药味组成，属佚文，在本书中得到辑佚，即彭氏风流散，从而弥补了《续断方》的不足。

二、主要成就

（一）首次记载了俯卧位过伸复位法治疗脊柱骨折：众所周知，在脊柱骨折的临床类型中，以屈曲性骨折为最常见，约占脊柱损伤总数的90%^{〔1〕}。对这一类型的骨折，现代医学骨科多采用俯卧位或仰卧位过伸复位法进行治疗，如1885年波伦（Böhler）氏二桌复位法，1927年戴维斯（Davis）氏所提出的两足悬吊复位法，都是这一治则的具体应用，而且在20世纪70年代的骨科学及外科学中，仍有记

载^(1,2,3)。值得注意的是,这种复位原则早在14世纪中叶的《永类钤方》中便已提出,如“凡腰骨损断,先用门扉一片,放斜一头,令患人覆卧,以手捍止,下用三人拽伸,医以手按损处三时久……”,显然,这一复位方法和现代骨科临床所用者,在原则上是一致的。顺便指出,元·危亦林《世医得效方》卷18中所记载的“悬吊法”,也是用于治脊柱骨折的,如果追溯其源,应该说它是在《永类钤方》方法的基础上形成的。因为在成书年代上,前者较后者晚六年,而且两者所用的原则、方法基本一致。从而不难看出,我国古代医家,在过伸复位原则的应用方面,较波伦(Böhler)、戴维斯(Davis)二氏早五百余年。

同样,用手法牵引治疗颈椎骨折始于沃尔顿(Walton)氏⁽²⁾。之后,泰勒(Taylor)、布鲁克斯(Brookes)二氏分别在1924年及1933年,相继作了报道⁽²⁾。今日临床上所用的克拉奇菲尔德(Grutchfield)氏颅骨牵引法,也是在手法牵引的基础上发展起来的。但这种牵引原则,在《永类钤方》中也有相似的记载,如在颈骨摔伤中指出:“令患人卧床上,以人挤其头,双足踏两肩即出”。这是令助手固定患者头部,勿使摇动,然后,医者从相反方向,用足蹬患者双肩并同时牵引头部的办法。说明,早在14世纪时,以牵引手法治疗颈椎骨折,已为临床所应用。

(二)“粘膝”征——鉴别髌关节脱位:关于髌关节脱位的诊断,早在《续断方》中便有“从髌上出”及“从裆内出”的记载。十分清楚地表明,这是以股骨头的脱出方向作为主要诊断依据的,说明蔺道人并没有注意到髌关节脱位后,该下肢所呈现的特殊体位,即髌关节后脱位所出现的:患肢明显短缩、内收、屈曲及内旋畸形;及髌关节前脱位所出现的:患肢明显外展、外旋及屈曲畸形。但《永类钤方》则着重记述了患肢体位的变化,并用“有无粘膝”所见,概括了患肢所表现的症状。他说:“凡辨腿跨骨出,以患人膝比之,如不粘膝,便是出白内;如粘膝不能开,便是出于外”。很明显,

所谓“粘膝”,是指髌关节后脱位患侧膝关节伸展障碍而言,因为,在髌关节后脱位时,患侧下肢的伸肌群完全处于弛缓状态,必然出现下肢、特别是膝关节的伸展障碍。故作者把这一现象叫作“粘膝”,借以区别髌脱位的临床类型,其观点完全符合髌关节后脱位的解剖学变化。所以,用“有无粘膝”作为鉴别髌关节脱位的主要方法,是有科学依据的。可见,《永类钤方》的这一记载,丰富了该病的诊断内容。

(三)对髌骨骨折的处理原则,值得重视:现代骨科临床认为,对髌骨骨折的治疗,除要求恢复伸膝装置功能外,尚应保持关节面的光滑与完整,从而减少或防止创伤性关节炎的发生⁽¹⁾。所以,在处理上,应包括清除关节内积血及整复并恢复关节面平整二个重要环节。在这一问题上,《永类钤方》也有类似的记载,如在膝盖骨损断中指出:“若肿痛,须用针刀去血,却敷贴用夹”。现代骨科临床对于变位不大或无变位的髌骨骨折,在采用非手术治疗时所用之方法,与《永类钤方》的记载基本一致。

值得注意的是,在髌骨骨折的夹缚固定上,临床上均采用膝伸直位。而《永类钤方》则提出“不可大直,不可大曲”的整复固定法,这是此前伤科文献中罕见者。实践表明,当膝关节轻度屈曲时,髌骨的外形最浅表,轮廓最清楚,有利于整复与固定。有的骨科医师在临床实践中,也发现这一方法在某种条件下是可行的。所以,也把“轻度屈曲位”的固定原则用于髌骨骨折的治疗上⁽⁴⁾。对此方法,清代骨科医家也有类似尝试⁽⁵⁾;近代文献中,也有人对此做出较好的评价⁽⁶⁾。可以认为,《永类钤方》中所提出的固定原则,为今后髌骨骨折的研究提供了线索,值得重视。

(四)此外,在对四肢长骨骨折、肋骨骨折、腕及掌指关节脱位以及对软组织损伤等的治疗上,除沿用《续断方》中的手法原则外,均有不同程度的发挥及特点等等,本文不再一一赘述。

总之,《永类钤方》虽是一部综合性方书,但在骨伤科疾病的记载上尤为突出,因它汇集

前人经验之大成,有不少值得深入研究的内容,应予以足够的重视。

参 考 文 献

(1) 天津医院骨科: 临床骨科学, 人民卫生出版社, 1973。

- (2) 猪狩忠等: 骨折治疗的实际, 昭和 41。
- (3) 黄家驷: 外科学, 人民卫生出版社, 1972。
- (4) 岛启吾: 骨折と脱臼一诊疗实际, 1964。
- (5) 诸·钱秀昌: 伤科补要, 卷二。
- (6) 姜式文: 辽宁中医, 4:52, 1978。

充血性心力衰竭中医辨证论治介绍

中国医学科学院阜外医院中医科

我们于 1979 年 4 月至 12 月, 共收住院治疗充血性心力衰竭病人 18 例, 用西医诊断, 中医辨证分型, 中西医结合治疗, 取得较好效果, 介绍如下。

一、一般资料: 18 例中男性 6 例, 女性 12 例。年龄 29~68 岁, 平均 43 岁。病程最短者 1 年, 最长者 25 年, 大部分病程在 10 年以上。

风湿性心脏病 15 例, 充血性心肌病 2 例, 肥厚性心肌病 1 例。心功能Ⅱ级 4 例, Ⅲ至Ⅳ级 5 例, Ⅳ级 9 例。

二、中医辨证论治:

(一) 气阴两虚型: 心悸气短, 胸闷, 头晕, 多汗, 下肢轻度浮肿, 两颧暗红, 或咳痰带血, 脉细数或结代, 苔薄少, 舌淡或红。治以益气养阴。药用: 黄芪、玉竹各 18 克, 太子参 30 克(或沙参 30 克), 五味子 10 克, 麦冬、丹参各 12 克, 炙甘草 9 克。

心慌不宁加炒枣仁 12 克, 紫石英 24 克; 食少便溏加白术 12 克, 茯苓 18 克; 兼有阳虚怕冷加桂枝 9 克, 鹿角 10 克。

(二) 阳虚水泛型: 腰以下水肿明显, 按之凹陷不起, 腰痠膝冷, 恶寒乏力或伴有腹水, 腹胀纳少, 尿少, 脉沉弱结代, 苔白, 舌淡暗或紫。治以温阳行水。药用: 熟附子 10 克, 白术 12 克, 茯苓 30 克, 桂枝、炙甘草、木香各 9 克, 大腹皮 15 克。

气短甚者加黄芪 24 克, 红参 6 克; 恶心厌食加砂仁 6 克, 陈皮 9 克; 喘甚者加葶苈子 10 克; 尿少者加车前子 30 克, 泽泻 15 克, 椒目 12 克; 腹水者加黑白丑末 4.5 克分冲, 沉香末 3 克分冲。

(三) 肺肾两虚型: 咳喘, 心悸气短动辄尤甚, 端坐倚息, 不能平卧, 痰白而稀, 面白唇青, 尿少, 脉虚数或滑数, 苔白或白润, 舌淡暗。治以温补肺肾。药用: 熟附片 10 克, 葶苈子 9 克(包), 茯苓 30 克,

熟地 12 克, 肉桂 4.5 克。

咳嗽甚者加旋复花、贝母各 10 克; 痰多者加海浮石、橘红各 12 克, 白芥子 10 克; 喘甚者加五味子 9 克, 人参 6 克, 蛤蚧尾一对, 山萸肉 12 克。

(四) 气阳两虚型: 气短心慌, 乏力恶寒, 脉沉弱或沉缓, 舌质淡或淡暗, 苔白。治以益气温阳。药用: 熟附子、桂枝各 10 克, 党参、生地、仙灵脾各 10 克, 肉苁蓉 24 克, 丹参 18 克。

心跳慢者加麻黄 6~9 克, 细辛 3~6 克; 血瘀者加桃仁 10~12 克, 红花 10 克, 血竭末 3 克(分吞)。

(五) 气虚型: 胸闷气短, 心慌乏力, 动辄汗出, 脉沉无力, 舌淡, 苔薄白。治以补益心气。药用: 黄芪 20 克, 党参 15 克, 太子参 30 克, 玉竹 18 克, 丹参 12 克。

血瘀者加活血药同上。

本组病人住院期间续服强心利尿西药。

三、疗效分析:

(一) 治疗结果: 显效(症状明显减轻或消失, 体征改善, X线胸片心影缩小) 4 例; 有效(症状减轻, 体征改善) 13 例; 无效 1 例。

(二) 治疗前后症状改变: 治前心慌 18 例, 治后 6 例消失, 12 例减轻; 气短 18 例, 治后均减轻; 咳喘 11 例, 5 例消失, 6 例减轻; 尿少 15 例, 治后尿量均增加。

(三) 治疗前后体征改变: 治前肺湿性罗音 8 例, 治后 4 例消失, 4 例减轻; 肝大 16 例, 14 例缩小, 2 例无改变; 腹水 2 例治后均减轻; 下肢浮肿 5 例, 4 例消失, 1 例减轻; 心率 > 100 次/分者 6 例, 治后平均减少 26 次/分; 8 例做了治疗前后 X 线胸片的对比, 心影缩小者 4 例, 无改变者 3 例, 稍扩大者 1 例; 肺瘀血减轻者 2 例。

(李 引执笔)