

综 述

对“下法”研究进展的回顾和体会

武汉医学院第二附属医院 李 鸣 真

疾病的发生、发展是邪正交争的过程，治疗疾病的原则不外祛邪与扶正两个方面。“下法”用于攻逐病邪，是祖国医学治病八法之一。古人运用下法积累了不少宝贵经验，近数十年来不少单位在临床实践的基础上又开展了一些实验研究，在理论探讨上作出了新的成绩。认真回顾这些成就，可为我们今后对下法的进一步研究起到指导或借鉴作用。

祖国医学对“下法”认识的发展

早在二千年前的《黄帝内经》中已有有关下法治病的记载。如《素问·阴阳应象大论》谓：“中满者泻之于内”。《素问·至真要大论》谓：“盛者泻之”、“留者攻之”。指出凡邪气实，病邪积留于内致中满腑实者均宜采用攻逐泻下法治疗。《素问·热论》还指出：“其未满三日者可汗而已，其满三日者可泻而已”。所谓“未满三日”，指病浅，邪在表，可用发汗法治疗；所谓“满三日”，指病深，邪入里，宜用泻下法治疗。尽管《内经》只是概括地提出一些治疗法则和应用下法的适应范围，并未涉及具体方药，但对后世掌握下法运用的原则，仍具有指导作用。

汉末张仲景在《内经》理论指导下，根据不同辨证，拟订不同的泻下方剂，其中寒下如三承气汤，温下如大柴胡汤，峻下如白散、十枣汤，缓下如麻子仁丸、蜜煎导等合共三十余方。为了能更切合病机，仲景在具体运用下法时，还注意与其他治法合用制方。如燥屎内停则下法与理气法合用，如大、小承气汤通下消胀；如热邪搏结则下法与清法合用，如大柴胡汤泻心汤清泄里热；如蓄血在里则下法与化瘀法合用，如桃核承气汤、抵当汤通下逐瘀等。这些灵活运用下法所创制的方剂至今仍有实用价值。

金元时期张子和着重攻邪治病，他认为病邪有在上、中、下之异，攻邪有用汗、吐、下之别，提出“凡积聚陈莖于中，留结寒热在内”，都应逐去；并谓下法能使“陈莖去而肠胃洁，症瘕尽而营卫昌”，强调邪气致病时必用攻法祛邪，方可不致邪气停留而元

气自复。张氏认为除宿食在胃脘、心下硬满、腹中满痛、黄疸、食劳等皆可攻下外，“诸如落马坠井，打扑损伤，汤沃火热，车辗大伤，肿发痠痛，日夜号叫不止”等症，亦都可用攻下取效，进一步扩大了下法的应用范围。此外张氏还举出泻下药三十种，下法禁忌七条，明确了运用下法的宜忌原则。清·吴又可著《温疫论》，认为下法不仅泻实，亦且泻热，倡“温病下不厌早”之说，主张“注意逐邪，勿拘结粪”。并具体指出：“温疫可下者，约三十余症，不必悉具，但见舌黄、心腹痞满，便予达原饮加大黄下之。”对热性病运用下法提出了理论见解和具体掌握方法。此外在下法与其他治法的配合应用方面，金元·刘完素突破了“表未解未可攻里”的藩篱，主张表里同病时可以表里双解，所制防风通圣散方为下法与汗法合用的代表方。明·陶节庵的黄龙汤治里实而兼气血虚，清·吴鞠通的增液承气汤治里实而兼阴津亏，均属下法与补法合用的代表方，对本虚标实而又不得不下者，解决了攻邪伤正的矛盾。

解放以来，在党的中医政策的鼓舞下，不少医疗、科研单位对下法在各科的临床应用及其代表方药对机体作用等方面，做了许多工作，为指导下法的合理运用以及进一步探讨中医基础理论奠定了良好基础。

“下法”的临床研究

临床运用下法，常与清热、理气、化瘀、逐水、补益等治法法则配合应用，治疗范围很广。

一、急腹症

急腹症多属里实热证，病位多在六腑。六腑以通为用，不通则痛，故治疗上通里攻下常列为首选。

(一) 急性阑尾炎：相当于祖国医学的“肠痈”，国内用《金匱》大黄牡丹皮汤化裁治疗病例已达数万名，近期疗效多在80%以上。实验证明大黄牡丹皮汤能加速阑尾腔内脓液的排空，有利于梗阻及炎症的消除^{〔1〕}。治疗阑尾炎一般认为须清、下、消法合用。对单纯性

或早期化脓性阑尾炎,重用大黄通下常能及时控制炎症,痛随利减;对坏疽性及梗阻性阑尾炎通下药就不能重用,否则有加速其穿孔及扩散的可能;而对于阑尾周围脓肿的治疗,除清、下外,尚需加强化瘀软坚⁽²⁾。在阑尾炎穿孔合并腹膜炎的治疗方面,有人提出在用通下药的基础上加用大剂量清热药,并持久用化瘀药,再配合应用抗菌素等,非手术率可达80%,死亡率一般在1%以下⁽⁸⁾。

(二)胆道蛔虫病:汉·张仲景关于蛔厥的记载与本病临床表现颇相类似,用其所创制的乌梅汤(丸)加减作为安蛔的治疗已为国内所习用。近年来不少报道认为,在安蛔的同时加以驱蛔和通下,疗效较为满意^(4,5)。我院观察到用通下法疗效明显优于安蛔法⁽⁸⁾,且用巴豆治疗效果亦佳⁽⁷⁾。实验证明泻药大黄及其复方等均有不同程度的利胆和排胆作用,有利于蛔虫自胆道排出⁽⁸⁾。

(三)胆系感染和胆石症:临床表现类似《伤寒论》所载结胸证或少阳阳明合病,见黄疸者多属湿热发黄。各地据此拟订的胆道排石汤、清胆汤等治疗了大宗病例,效果满意^(4,9,10)。亦有报道用单味大黄治疗急性胆囊炎取效者⁽¹¹⁾。1970年后不少单位在舒肝利胆、通里攻下的治疗基础上采用“总攻疗法”治疗。实践证明这一疗法对促进排石、解除胆道梗阻和控制胆系感染等方面均有较好作用。据我国13个单位运用不同的总攻方案统计,共治疗胆石症582例,排石率为70.2%,死亡率仅0.6%⁽⁴⁾。综观各地的总攻方案,中药大黄和西药硫酸镁常必不可少,可见下法在总攻排石中的重要地位。急性梗阻性化脓性胆管炎过去死亡率在20%以上,自中西医结合运用下法为主治疗以来,明显地提高了疗效,有些地区死亡率已降至10%以下^(12~16)。据观察用泻下药治疗后,胃管内有大量混浊胆汁出现,特别是用大黄排便后,病情迅速好转,有的排出结石,表明下法能在一定程度上起关键作用⁽¹⁵⁾。

(四)急性胰腺炎:我国的胰腺炎多继发于胆系疾病,因此治疗胰腺炎时也同样注重下法,其所用方药也常与治疗胆系疾病者相仿。如天津南开医院治疗胰腺炎的清胰汤与治疗胆道疾病的清胆汤相比较,方中除均有柴胡、木香、元胡外,通里攻下的大黄亦属必用之列⁽⁴⁾;同样如遵义医学院的清胰Ⅱ号和清胰Ⅲ号方与该院胆道排石汤相比较,其药物组成亦颇多雷同⁽⁴⁾。有的报道单用一味生大黄^(17,18),或用硝、黄粉⁽¹⁹⁾亦可取效,只待大便一通,疼痛即可明显缓解或消失⁽²⁰⁾。对于重型胰腺炎不少单位主张早期重用下法^(21,22)。

(五)急性肠梗阻:除手术治疗外,西医保守疗法的指导思想多立足于“静”,即减少肠蠕动,减少分泌,以待肠壁水肿消退而解除梗阻;中医治疗的指导思想则立足于“动”,主张通下,因势利导,排除积滞以解除梗阻。一般采用大承气汤加减治疗;也有采用“总攻”疗法,于短时间内加强通下,提高了疗效⁽⁴⁾。实验结果表明,大承气汤可以增加肠道运动,解除形成梗阻的因素,并能促使肠内容物通过部分梗阻点下行,有利于扩张肠道的复原⁽²³⁾。此外,不少单位简化处方,或选用三物备急丸(大黄、巴豆、干姜)⁽²⁴⁾,或单用寒下的番泻叶⁽²⁵⁾、温下的巴豆⁽²⁶⁾、峻下的甘遂⁽²⁷⁾,亦均取得了满意的疗效。在用药途径方面,为避免患者呕吐,有报道将攻下中药保留灌肠,对大肠也有明显增强蠕动的作用^(28,29)。总之自采用下法治疗以来,急性肠梗阻的手术率已明显降低,死亡率也由10%降至3%以下。

(六)胃、十二指肠溃疡急性穿孔:当疾病处于第二期,即穿孔闭合至腹腔渗液吸收期,辨证属里实热证者宜行通下。毒热炽盛患者并用大剂量清热解毒药治疗,效果亦好⁽³⁰⁾。也有不少单位采用清、下、消法合用取得疗效者^(31~35)。有的主张在复方大柴胡汤的基础上加重通里攻下、清热解毒药,并配合灌肠疏通肠道。有的提出,加重通里攻下药能改善胃肠壁血液循环,促进腹腔渗液的吸收,有利于清除腹腔感染,预防肠粘连发生⁽³⁶⁾。

(七)泌尿系结石:属中医“砂淋”、“石淋”或“血淋”范畴,多与湿热下注膀胱有关,一般主用清热利湿通淋的八正散、石苇散等治疗,加用大黄常有助于结石的排出。有人主张凡输尿管下段结石均须加用大黄⁽³⁷⁾。实验观察证明复方巴豆散(巴豆、大黄、桃仁)能增强输尿管蠕动⁽³⁸⁾,说明在用通淋利湿药促进尿液分泌和排泄的基础上加用通下药,可促进输尿管蠕动,有利于结石的排出。

(八)宫外孕:山西医学院附属医院在中西医结合治疗宫外孕的观察中,发现其最常见的兼症为腑实证,常致腹痛加重和恶心呕吐。这不仅影响休息,且可导致再次出血,加重休克。实践证明,硝、黄、巴豆等均能减轻腹痛,并能促使血肿包块的吸收,对防治肠麻痹和肠梗阻皆有裨益⁽³⁹⁾。

二、内、儿科疾病

(一)急性高热:很多急性热性病,包括感染性疾病在内,属中医温病范畴。柳宝诒说,“温热病热结胃腑,得攻下而解者,十居其六七”。凡证属实热而兼腹胀、便秘者,于清热的同时加用大黄通下往往取

效。关于其疗病理多谓热性病时消化液分泌减少,肠蠕动能减弱,导致便秘,有利于肠内腐败过程的加剧和有害物质的吸收,通过感受器可给中枢神经以不良影响。大黄之所以能退高热,可能是通过泻下以排除有害物质及其对局部肠神经丛的刺激作用,进而引起全身反应,改善机体状态而取得的^(88~43)。此外对于感染性疾病,其疗效的取得可能还与其抗菌作用有关。

(二)肺炎:一般用清肺化痰加清热解毒方药治疗,但对燥屎内结,腑气不通,高热不解患者,加用寒下药釜底抽薪,常在便通后热势渐降⁽⁴⁴⁾。表明通利腑气可以清泻肺热。

(三)渗出性胸膜炎和支气管哮喘:分别属中医“悬饮”和“支饮”的范畴,前人主张用攻下逐水药治疗。不少单位报道十枣汤治疗渗出性胸膜炎有效。对于支气管哮喘,亦有报道用十枣汤或甘遂治疗者⁽⁴⁶⁾。有人观察到,病人在发病前常有便秘,药后便通,哮喘即止⁽⁴⁸⁾,体现了肺与大肠相表里,通利大便可肃降肺气的关系。

(四)吐、衄、咯血:中医认为许多出血性疾病与血热妄行有关,故常用三黄泻心汤泄热止血。有报道用大黄与白及等分研末内服治疗上消化道出血者⁽⁴⁷⁾。也有报道主用大黄粉治疗,止血速度快,吸收热消退早⁽⁴⁸⁾。大黄之所以能止血有谓因其可使血凝时间缩短,促进骨髓制造血小板,使毛细血管致密,改善其脆性而达止血目的;同时大黄所含鞣质及钙有使蛋白质凝固进而起收敛止血的作用^(18,42,49)。由此可以认为,除吐、衄、咯血外,其他多种出血症大黄治疗当均有效。

(五)头痛、高血压病、脑血管意外:这些病症按中医辨证多属肝阳上亢、冲气上逆。凡积热内结肠腑者除平肝潜阳为治外,宜加硝、黄通腑,可以提高疗效^(43,60)。

(六)肝硬化腹水:多为虚实夹杂证,当水湿泛溢,腹水量多时,于温补脾肾的同时,加用攻下逐水之剂,能祛除水邪,使邪去正安。常用的攻下逐水药有甘遂、二丑、商陆、大戟等^(51~54)。但久病体虚的肝硬化顽固性腹水患者,不耐峻下,峻下往往易致消化道大出血,需要警惕⁽⁵⁵⁾。

(七)肾功能衰竭:常表现为阴阳两虚,痰火上扰,在渗利方中加用通下药,有助于降低血内非蛋白氮水平⁽⁵⁰⁾。据报道病人经用大剂量硝、黄峻泻后,头晕、乏力、嗜睡等症状可减轻或消失,恶心呕吐亦在用药的第一天获明显缓解或消除⁽⁶⁶⁾。此外也有报道用攻下药甘遂⁽⁴⁸⁾或用生大黄煎剂保留灌肠治疗

者^(49,57),后者可降低血非蛋白氮,在一定程度上尚可降低血肌酐及尿素氮⁽⁶⁷⁾。

(八)消化不良:中医称为食滞,常用消食导滞药治疗,加用大黄泻实,效果更好。因大黄含苦味质,小剂量应用能促进胃液分泌,有调中化食、健脾增食之效^(42,49)。

三、传染病

(一)黄疸型肝炎:多属湿热黄疸。古方治黄疸如茵陈蒿汤、大黄硝石汤、栀子大黄汤等多以大黄为主组方,近人亦多认为重用大黄可消除脘满,促进食欲,对消除黄疸有显著疗效^(58,59)。有人观察到茵陈配大黄对降低黄疸指数较单用茵陈或茵陈与栀子合用者为快⁽⁶⁰⁾。至于暴发型肝炎,因热毒化火,邪陷心包,且常见阳明腑实,用大剂清热解毒药配合大黄通腑泻火后常神志转清,对降低死亡率有积极意义⁽⁶¹⁾。有人认为大黄在退黄方面有类似皮质激素的效果,而无引起出血、感染等副作用及使用激素时的禁忌症,并认为其退黄降酶的作用机理可能是由于疏通胆小管和微细胆小管内胆汁的淤积,增强胆管舒缩功能所致⁽⁴⁹⁾。

(二)急性细菌性痢疾:中医认为系湿热壅遏大肠所致,但“无积不成痢”,故治疗时除清热理湿之外尚须通里攻下以推荡积滞,即所谓“通因通用”。临床上用含大黄之芍药汤、导气汤加减治疗的报道较多,尚有运用大黄丸或番泻叶等寒下药治疗取效者^(45,62)。特别是中毒型痢疾,发病急骤,阳明腑实,内陷心包,常因呼吸循环衰竭未及排便而即死亡。运用下法治疗往往可以荡涤湿热,热去厥回。这可能是通下后使细菌及其毒素迅速排泄,从而减轻全身中毒反应,缓解脑水肿而取效^(63,64)。

(三)流行性乙型脑炎:属中医暑温范畴。因三焦热炽,阳明腑实,邪陷心包,常须通腑泻热,于大剂清热解毒方内加硝、黄通下。有人认为本病为热极生风,宜泻火熄风,而阳明为十二经之海,“六经实热总清阳明”,应用承气汤后,腑通便行,腠开汗出,随之热退神清,抽搐渐止,病情趋于好转⁽⁶⁵⁾。有人据临床观察认为攻下法可能有降低颅压的作用⁽⁶⁶⁾。

(四)流行性出血热:亦属温病范畴。不少患者有腹腔微循环障碍表现,如便秘、尿闭兼腹痛、呕吐、呃逆等,主张及早采用通下法⁽⁶⁷⁾。另有认为通下法具有抗感染、排泄毒素、防治肠源性内毒素休克和肺部损伤的作用,与活血化淤药合用并可控制高血钾、水中毒,使病人能安全渡过少尿期⁽⁶⁸⁾。我院亦发现,试用巴豆、大黄、芒硝、番泻叶导泻可以缓解高血容量,降低血钾,解除肺、脑水肿,并主张一俟休克好转,

血压稳定,即可提前导泻,防止病情恶化⁽⁶⁰⁾。

(五) 寄生虫病:对于虫积,中医常在用驱虫药如使君子、雷丸……等的同时,加用下剂通腑,可以提高驱虫效果⁽⁵⁹⁾。根据药物分析,寒下之大黄尚有杀灭变形虫、滴虫、蛲虫、血吸虫的功能^(40,70),故下法每为治疗寄生虫病所常用。

四、外科疾病

通里攻下法不仅广泛用于急腹症的治疗,在腹部手术废除“两管一禁”、减少肠粘连的发生,以及高选择性迷走神经切断术后解决肠麻痹等方法,下法也能起重要作用。此外,对于急性化脓性感染、急性损伤、骨折、挤压综合症、烧伤、前列腺肥大……等,用泻下药为主的复方内服或外敷,可达清热泻火、逐瘀散结、推陈致新的目的^(40,42,50,71)。

五、妇科疾病

妇女常易出现瘀血症,宜逐瘀为治。临床上为增强活血化瘀之力,常与下法合用,药物多选用大黄,因其不仅有攻下之效,且有化瘀之功,除治疗子宫外孕如前述,他如闭经、痛经、妇科慢性炎症、附件炎性包块……等辨证属瘀血症者用之也都能奏效^(42,49)。

六、精神科疾病

风中医癫狂范畴,多与痰热蒙蔽心窍有关,宜下痰、泻火、开窍为治,常用含攻下药之礞石滚痰丸、控涎丹等治疗,各地有用上方加减治疗取效的报道。

七、五官科疾病

火性上炎,火盛常侵犯头目而致目赤、口舌生疮、咽喉肿痛、牙痛、吐衄等症,治疗除清热宜窍外,加用通里攻下常能导热下行,较快控制头面部炎症^(48,49,50,72)。

八、皮肤科疾病

大凡皮肤痒疹、湿疹,中医认为多系风、湿、热邪为患。当郁热内结胃腑而见便秘时,除予疏风、祛湿、清热之外,酌加通下之品,常能取得较好疗效。有人认为这可能与大黄的抗菌、消炎、抗过敏及外用有收敛作用等有关^(42,49,72,73)。

“下法”的实验研究

为了阐明下法的作用机理,多年来有不少实验研究报告,归纳如下:

一、对肠道运动机能的影响

应用炭末推进实验,观察到大承气汤、甘遂通结汤、甘遂末、三物备急散等不同通下方剂,都能明显增强小白鼠胃肠道推进功能⁽⁴⁾。动物实验表明,大承气汤除能明显增强小肠输送速度外,另有加强肠蠕

动⁽⁷⁴⁾、增加肠容积^(4,75)和使肠套迭还纳的作用⁽⁷⁶⁾,其作用已证实是直接兴奋肠管平滑肌^(77,78)。在观察一些泻下药对家兔离体小肠运动的影响中,发现巴豆、甘遂能使家兔离体小肠紧张性明显增高,收缩幅度变小,其作用可被阿托品拮抗⁽⁷⁹⁾;大黄可使紧张性高、处于收缩状态的肠管转为张力降低,出现舒张,而使紧张性低、处于舒张状态的肠管转为张力提高,出现收缩⁽⁸⁰⁾。

二、对肠血流量的影响

据报道在用狗作游离肠襻实验中观察到大承气汤能明显增加肠血流量,改善肠管血运状态,而且在增加肠管血流量的同时,还可见到有肠蠕动的增加。认为这些作用的重要意义在于:(1)能增加肠壁或腹腔脏器的血氧供应,有利于保持肠壁生理机能;(2)肠麻痹或肠循环不足时,肠内腐败分解过程增加,厌氧菌繁殖可能加速,而肠蠕动的增加和肠壁血液循环的改善,可改变细菌学状态,并促使肠内腐败物质分解;(3)肠壁血运增加有利于腹腔渗出物的吸收及白细胞析出,有利于消除炎症⁽⁸¹⁾。

三、对毛细血管通透性的影响

实验证明大承气汤有降低染料在皮肤组织内的扩散作用,有抑制血液循环中色素向腹腔内移行作用;且在用组织胺、松节油等引起毛细血管通透性紊乱时,有降低与血浆蛋白相结合的染料从毛细血管中透出的能力,显示大承气汤对毛细血管通透性有抑制作用。众所周知,透明质酸酶能使联接毛细血管内皮细胞的粘质中所含主要成分透明质酸解聚,为造成毛细血管通透性升高的重要因素之一,实验证明大承气汤有抑制透明质酸酶的作用,从而能降低毛细血管通透性,减少炎性物质渗出,限制炎症病灶的扩散^(42,82)。

四、抗菌作用

寒下药大黄为下法方剂中应用最多的药物。研究证明大黄对多种细菌有不同程度的抑制作用,对它比较敏感的细菌有葡萄球菌、溶血链球菌、白喉杆菌、伤寒和副伤寒杆菌、痢疾杆菌等。其抑菌有效成分主要是蒽醌衍生物,如大黄酸、大黄素、芦荟大黄素等。其作用机制主要是抑制糖和糖代谢中间产物的氧化和脱氢,抑制氨基酸的同化及氨基酸的氧化、脱氢和脱氨,抑制蛋白质和核酸的合成。此外,大黄还有抗真菌、抗病毒作用^(42,83,84)。

五、促进腹腔内血液吸收作用

据报道于小鼠腹腔内注射抗凝“O”型人血,观察到甘遂通过促进肠运动能促进腹腔内血液的吸收^(4,85)。于小鼠腹腔内注射陈旧性人“O”型血,观察到大黄、

芒硝、巴豆等泻下药对腹腔内异种血均有加速吸收作用；另通过观察排尿次数及颜色，其中芒硝尚示有较弱的促进吸收后异种血色素排泄的作用⁽⁶⁶⁾。

六、预防术后腹腔内粘连的作用

有人在兔实验中，于阑尾切口缝合后灌服复方大承气汤与生理盐水，其腹腔内粘连情况明显不同，复方大承气汤示有预防术后腹腔内粘连的作用⁽⁴⁾，另有人观察到用丹黄汤(丹参、大黄、芒硝、厚朴、枳实、三棱、红花等)灌胃，与不给药动物相比较，腹腔内粘连的长度及数目两组也均有明显差别，粘连的紧密度也有不同^(4,87)。

七、利胆作用

据报道大黄可促进胆汁分泌，并使胆红素和胆汁酸含量增加⁽⁴²⁾。大黄复方胆道排石汤有很强的利胆作用(胆汁可增加3~27倍)，能显著降低奥狄氏括约肌紧张性，有加强胆囊收缩的作用⁽⁸⁾；通过正交实验发现方内以大黄、白芍之利胆作用较强⁽⁸⁸⁾。我院在作家犬急性利胆实验中，也观察到大黄、番泻叶、芫花能增加肝胆汁分泌，大黄、巴豆能降低奥狄氏括约肌紧张性，其中以大黄的作用为最强，也最全面，示下法与利胆有一定关系⁽⁸⁹⁾。

八、利尿作用

除峻下的逐水药外大黄亦有利尿作用。口服大黄后尿中钠、钾含量明显增加，pH上升。这些药兼具通大便与利小便两方面的作用，可使体内蓄积的水分排出，为治疗严重水肿和体腔积液所常用^(42,70)。

九、降低血压及血胆固醇作用

大黄素对实验动物有降压作用。又大黄对正常兔血清胆固醇无影响，但对因服胆固醇而致血清胆固醇升高的家兔则有明显抑制作用，可使血清胆固醇与总磷脂比值也明显下降⁽⁴²⁾。

对“下法”进一步研究的展望

下法，作为祛邪的重要手段，用治多种疾病有效，特别是对急腹症等病的治疗，突破了一些旧的传统观点，通过促进机体本身抗病能力的发挥，因势利导，取得了许多可喜成就，这将使我们对其治愈机理某些理论问题不得不作出新的估价。

临床实践是理论研究的基础。过去虽已总结出不少病种运用下法的疗效，但还需继续重复验证，并与不用下法治疗者作对比，以便有分析地确定下法在疾病的整个治疗过程中的作用和地位；过去通过辨病而确定应用下法的较多，今后还宜将辨病与辨证结合起来，根据不同病情和疾病的不同发展阶段，灵活运用

下法以及与其他治法相配伍，以进一步摸索规律，提高疗效。这些，都是临床研究值得注意的问题。

在实验研究方面，由于下法主要影响消化道的功能，故过去的研究多侧重于肠道局部的作用，而关于下法对全身各系统的影响则研究较少。如“肺与大肠相表里”的实际内容是什么？通下何以能平喘？下法何以能止血？下法何以能治疗高血压、脑血管意外？用下法消除浆膜腔积液的具体途径是什么？此外，对精神神经系统以及泌尿生殖、免疫、内分泌等各系统的影响又怎样？下法的不同用药(寒下、温下……)的作用又有哪些差异？单用下法与与其他治法合用将起哪些不同变化……等等，都有待于作进一步研究。

今后对下法的研究也需要多学科协作，在目前器官水平的研究基础上，从微观和宏观两方面作进一步研究，把分析与综合结合起来，达到辨证的统一，使我们对下法本质的认识日益深刻，揭示出其病理机理所在，这将为发展我国的新医药学作出有益的贡献。

参 考 资 料

- (1) 天津市中西医结合研究所：中西医结合治疗急腹症理论研究的进一步探讨。内部资料，1975。
- (2) 武汉医学院第二附属医院中医科：新医药学杂志(8)：14，1975。
- (3) 郑显理等：中医杂志(1)：76，1981。
- (4) 天津市南开医院等主编：新急腹症学。人民卫生出版社，1978。
- (5) 湖北中医学院附属医院急腹症小组：中西医结合治疗胆道蛔虫病。内部资料，1975。
- (6) 武汉医学院第二附属医院中医科：武汉医学院学报(1)：89，1975。
- (7) 武汉医学院第二附属医院中西医结合治疗急腹症小组：新医药学杂志(2)：66，1977。
- (8) 裴德恺等：大连医学院学报(创刊号)：20，1960。
- (9) 遵义医学院编：中西医结合治疗急腹症。人民卫生出版社，1972。
- (10) 天津市南开医院编：中西医结合治疗急腹症。人民卫生出版社，1972。
- (11) 焦东海等：陕西中医(3)：13，1980。
- (12) 旅大市第二人民医院外科急腹症研究组：新医药学杂志(6)：19，1976。
- (13) 蒋俊明等：中医杂志(1)：23，1980。
- (14) 大连铁路医院外科急腹症病房：中西医结合治疗急性梗阻性化脓性胆管炎46例临床小结。内部资料，1977。
- (15) 薛怀玲等：中西医结合治疗胆石症、胆道感染并中毒性休克(111例临床总结报告)。内部资料，1978。
- (16) 黄仲初等：中医杂志(1)：31，1981。
- (17) 卢湾区中心医院：新医药学杂志(11)：577，1978。
- (18) 贝润浦：辽宁中医杂志(3)：1，1980。
- (19) 顾连文：上海中医药杂志(2)：15，1980。
- (20) 上海中医学院附属曙光医院：湖南医药杂志(5)：20，1976。
- (21) 郑显理等：中西医结合治疗急性胰腺炎1000例报告。内部资料，1979。

- (22) 申杰: 出血性胰腺炎。内部资料, 1977。
- (23) 陈星荣等: 中华医学杂志(2):120, 1978。
- (24) 贵州铜仁地区医院: 三物备急丸治疗肠梗阻 35 例。内部资料, 1976。
- (25) 贵阳医学院附属医院: 番泻叶治疗急性机械性肠梗阻 106 例。内部资料, 1976。
- (26) 武汉医学院第二附属医院中医科: 巴豆治疗手术后粘连性肠梗阻。内部资料, 1974。
- (27) 广东省五华县人民医院外科: 甘露末治疗单纯性肠梗阻 50 例报告。内部资料, 1976。
- (28) 北京市工农兵医院中西医结合治疗急腹症小组: 中西医结合治疗急性肠梗阻—180 例分析。内部资料, 1976。
- (29) 广东中医学院外科: 广东中医(3):32, 1962。
- (30) 天津市南开医院: 中华医学杂志(11):655, 1977。
- (31) 吉林医科大学第三临床学院基本外科: 同上(3):146, 1976。
- (32) 遵义医学院急腹症研究组: 中西医结合治疗溃疡病急性穿孔。内部资料, 1977。
- (33) 北京宣武医院外科: 中西医结合治疗溃疡病穿孔缩短疗程和非手术适应证选择的探讨(附 210 例小结)。内部资料, 1977。
- (34) 哈尔滨医科大学附属第二医院急腹症治疗小组: 中药冲剂治疗溃疡病急性穿孔。内部资料, 1977。
- (35) 沈阳医学院附属一院外科急腹症组: 中西医结合治疗溃疡病急性穿孔(202 例)临床体会。内部资料, 1977。
- (36) 天津市塘沽医院外科: 中西医结合治疗溃疡病急性穿孔 177 例报告。内部资料, 1978。
- (37) 中医研究院广安门医院泌尿科: 中华医学杂志(3):151, 1976。
- (38) 林茂樟等: 中药对输尿管蠕动的影 响。内部资料, 1978。
- (39) 山西医学院中西医结合治疗宫外孕研究室临床组等: 中华医学杂志(6):408, 1975。
- (40) 天津中医学院中医研究班外科小组: 中华外科杂志(7):491, 1961。
- (41) 孙爱贞等: 上海中医药杂志(6):35, 1979。
- (42) 陈琼华: 新医学杂志(5):226, 1974。
- (43) 李维藩: 同上(5):230, 1978。
- (44) 何世英: 天津医药(3):101, 1974。
- (45) 钱远铭: 辽宁中医杂志(6):24, 1980。
- (46) 张树一等: 上海中医药杂志(1):15, 1965。
- (47) 金业城: 陕西中医(6):24, 1980。
- (48) 焦东海: 中成药研究(2):34, 1980。
- (49) 张镜人等: 陕西中医(6):36, 1980。
- (50) 谢昌仁: 新医学杂志(3):115, 1978。
- (51) 赵恩俭: 中医杂志(4):260, 1958。
- (52) 中医研究院附属医院: 中医杂志(4):222, 1960。
- (53) 高蕊娟等: 同上(3):155, 1960。
- (54) 李昌源: 肝硬化腹水的中医辨证论治临床体会。内部资料, 1976。
- (55) 李绍白: 临床医学讲座, 1977。
- (56) 李棠甫等: 中医杂志(1):36, 1981。
- (57) 钱广平等: 同上(11):818, 1980。
- (58) 王筠等: 天津医药(2):84, 1978。
- (59) 邢锡波: 同上(2):56, 1974。
- (60) 陈伯涛: 江苏中医(2):17, 1962。
- (61) 中国人民解放军 185 医院: 新医学杂志(2):15, 1974。
- (62) 叶茂成: 同上(6):253, 1978。
- (63) 裴正学: 新中医(4):44, 1973。
- (64) 中国人民解放军 266 医院: 新医学(10):471, 1976。
- (65) 东莞县中医院: 新中医(2):20, 1973。
- (66) 阎田玉等: 中医杂志(10):772, 1980。
- (67) 东海县人民医院等: 中西医结合治疗流行性出血热 168 例临床分析。内部资料, 1977。
- (68) 周世钧等: 新医学杂志(7):327, 1978。
- (69) 武汉医学院第二附属医院内科: 武汉医学院学报(2):54, 1975。
- (70) 袁昌贵: 湖南医药杂志(11):45, 1978。
- (71) 辽宁中医学院: 中华医学杂志(1):57, 1978。
- (72) 赵绍琴: 中医杂志(2):31, 1962。
- (73) 张德超: 同上(2):95, 1956。
- (74) 张金哲等: 医学研究通讯(10):17, 1980。
- (75) 天津市南开医院药理室: 天津中医药杂志(10):790, 1965。
- (76) 天津市南开医院: 同上(10):792, 1965。
- (77) 天津市南开医院: 大承气汤增强胃肠道运动的作用与迷走神经及肾上腺的关系。内部资料, 1976。
- (78) 天津市南开医院: 大承气汤对豚鼠离体肠管运动的影响及其作用部位的分析。内部资料, 1976。
- (79) 遵义医学院急腹症研究组: 新医学杂志(10):468, 1975。
- (80) 遵义医学院急腹症研究组: 同上(11):521, 1975。
- (81) 天津市南开医院: 大承气汤对肠血流的影响。内部资料, 1977。
- (82) 天津市南开医院: 大承气汤对毛细血管通透性的影响。内部资料, 1977。
- (83) 陈琼华等: 生物化学与生物物理学报 3:426, 1963。
- (84) 李电东等: 同上 4:151, 1964。
- (85) 湖南医学院第一附属医院外科: “下法”在腹腔炎症性疾病中的应用(120 例临床观察和动物实验报告)。内部资料, 1975。
- (86) 李乐天等: 中医杂志(6):71, 1980。
- (87) 青岛市台西医院: 常见急腹症。山东人民出版社, 1973。
- (88) 裴德恺等: 上海中医药杂志(1):44, 1981。
- (89) 叶望云等: 中医“下法”与利胆、排胆作用的关系。内部资料, 1981。

(上接第59页)

rgess Publishing Co, 1957.

- (14) Park CW, et al: Korean J Pharmacol 10(1):1, 1974.
- (15) Брехман ИИ, и др: Фармакологическое изучение гликозидов из жень-шеня и элеутерококка Рефр 54, Фарм Химнотер Сред Токс отдел Бы-пуск 3, 54, 818, 1970.
- (16) 吉林省中医中药研究所中药研究室化学组: 新医学杂志(2):44, 1977。
- (17) 威廉斯 K 威尔逊: 实用生物化学原理和技术, 246 页, 科学出版社, 1977。
- (18) Yokozawa T, et al: Chem Pharm Bull 23:3095, 1979.
- (19) Oura H, et al: Chem Pharm Bull 19:1598, 1971.
- (20) Oura H, et al: Chem Pharm Bull 20:980, 1972.
- (21) Lijima M, et al: Chem Pharm Bull 24:2400, 1976.