



关于“针刺条口穴治疗腰扭伤”的适应范围

编辑同志：贵刊1982年第2期第38页刊登了“针刺条口穴治疗腰扭伤”一文。笔者按原文介绍的治疗方法治疗腰扭伤20例，疗效不一：有的针刺1~2次即痊愈，效果明显；有的针刺4~5次后，症状仍无明显改善。原文介绍“此法适用于一切腰部软组织扭伤”，笔者认为此法应有一定的适用范围。

笔者用该法治20例腰扭伤患者，按原文疗效标准，显效者12例，均为急性腰扭伤。主诉腰骶部疼痛，触诊腰骶部有明显压痛，施治前指压患者条口穴，较周围部位压痛明显。无效者8例：其中3例陈旧性腰扭伤，2例腰背筋膜损伤，2例急性梨状肌损伤，1例腰椎间盘突出症。上述8例，双侧条口穴均无明显压痛。因此，笔者认为“针刺条口穴治疗腰扭伤”的适应范围为：急性腰骶部软组织扭伤，条口穴指压试验阳性。不知是否妥当，特此提出来供广大读者进一步验证。

江西省抚州市人民医院伤科 赵伯豪

川芎的妙用

您刊经常选登老大夫“绝招”，很受欢迎。笔者跟随江西景德镇张了然老中医，见到他临床使用川芎往往能得心应手，即使是高血压肝阳上亢或肝火偏盛之头痛，通过巧妙配伍，亦常获得著效，值得向读者推荐。

张师主张使用川芎治外感头痛，必须剂量轻微，一般用2~3克即可，最多不超过4克。“上焦如羽，非轻不举”，是很有道理的。重用川芎，药过病所，不仅头痛难除，反能使人昏聩。但他应用川芎治疗高血压肝阳头痛时，则主张大剂量，一般习用9~12克，并常配合石决明、珍珠母之潜镇。无论其由高血压或低血压疾病所引起，只要通过辨证，诊为血中有滞，放胆使用川芎，不但止痛效果良好，同时对血压亦有相应的调节作用。

江西省景德镇市中医院 邵继棠

《医方集解》中汪昂的记误

清·汪昂《医方集解》一书“凡例”第1条有这样一段话：“……及宋·陈无择始将仲景之书，先释病情，次明药性，使观者知其绪端，渐得领会，其嘉惠后人之心，可谓切至，而世犹以循文训释讥之……”。同书第5条中又道：“仲景《伤寒论》，前人印定眼目，自陈无择而外，鲜所发明……”云云。据笔者查证：宋·陈无择，恐系金·成无己之误，乃汪昂之记误，张冠李戴了。根据如下：

1. 陈无择生平之主要著作，一般认为只有《三因极一病证方论》（简称《三因方》）。该书“首叙医学总论，并将三因（内因、外因、不内外因）作为论述的重点；总论后列述内、外、妇、儿各科病证，并附治疗方剂。”（《简明中医辞典》第47页）该书并未涉及解释仲景书之论，后世对陈无择也无“循文训释”之讥一说。

2. 金·成无己（生于北宋年间，后其地入金，遂为金人）著《注解伤寒论》10卷并《伤寒明理论》3卷。《注解伤寒论》一书“参阅《内经》、《难经》等书阐注《伤寒论》，辨析六经及仲景方论颇详……”。是现存《伤寒论》注本中最早的全注本。”（《简明中医辞典》第559页）

3. 明·陶华（节庵）曾讥成无己注释《伤寒论》，“顺文注释，并无缺疑正误之言。”（转引自贾得道，《中国医学史略》）

4. 成无己和陈无择二名，前二字音同似，较易误记。总之，《医方集解》一书影响颇大，解放后又多次出版，有必要澄清其误，以正史实。

山西省交城县手工业管理局诊疗所 石宝宝

对“真阴衰竭”一文的商榷

贵刊1982年第2期《真阴衰竭一例临床病理讨论》（以下简称“真阴衰竭”）报道了作者运用中西医结合的方法，从病理形态学方面来探讨、研究中医证型和辨证依据，使中医的基本理论和临床证型有所客观证据，这是可喜的开端，这对于中医学的总结提高及临床研究，均有所启发。但是，我们对该病例是否属于真阴衰竭，持不同看法，特提出与作者商榷。

温邪为病，必然耗伤阴津；邪在肺胃，责之伤津；邪入下焦，真阴被劫。这是温病发展的一般规律。但具体辨证，尚应以临床证候为准绳。我们认为，所谓真阴衰竭，应是温邪深入下焦，消耗肝肾真阴，造成虚多实少的温病后期症。如《温病条辨》下焦篇第16条载：“热邪久羁，吸烁真阴，或因误表，或因妄攻，神倦瘈瘲，脉气虚弱，舌绛苔少，时时欲脱……”这就是真阴衰竭的比较典型的证候。然而“真阴衰竭”一文中所举病例，除舌诊外，其余证治与此均有较大出入。试举如下：

一、该病例在治疗过程中体温持续在39℃~40℃以上，在死亡前腋下体温甚至高达41.5℃。这属于中医的“壮热”，在温病辨证中应属于气热炽盛。真阴衰竭虽然也可出现发热，但仅是中等度热，从性质讲属于虚热，是由于水不济火，阴不涵养所致。

二、尸检四肢均见散在瘀点、瘀斑，这与死后的尸斑（呈大片形）不同。我们认为这是温邪灼伤营血，迫血外溢所致，是属温病发斑；而真阴衰竭是温邪已过极期，一般不表现为发疹、发斑而表现虚烦、瘈瘲、低热，甚至虚脱等症候。

三、该病例使用中药治疗重在清热解毒，凉血散瘀，如文中所举广犀角、鲜生地、石膏、知母等代表性药物，均系气血两燔的治疗方药，并不是真阴衰竭的对证方剂。真阴衰竭，则应投加减复脉汤或大、小定风珠等。

上述三点，说明该病例是以温邪为主，温热久恋气分，深入营血，铸成气血两燔的严重证型，这是该病病机的主要方面，也是导致死亡的第一位原因。

该病例尽管也存在壮热日久灼伤阴液，舌光红干瘪，并在治疗中适当加用养阴填精药后病情略有好转等阴津耗伤的征象，但总属次要方面。因此，我们认为，该病例的病机应该属温热稽留，气血两燔，真阴伤耗，邪盛正竭，而不能作为典型的真阴衰竭病例。

另外，本例病史摘要中，几乎没有中医证候的描述，尤其是脉象缺如，从而在分析该病病机的转变中带来一些困难。

上海市红光医院中医科

答 复

上海红光医院中医科的同志，对我院《真阴衰竭1例临床病理讨论》一文的中医诊断所提出的意见（下称“意见”），经过我们认真学习和讨论，认为有几个问题需要提出与大家共同进行讨论。

一、关于中医“证”的客观化、标准化问题。中医

临床辨证是有一定的依据和规律可以遵循的。譬如“湿浊内停”，在临床上就有恶心、呕吐、苔腻、脉滑等症象。不过，有时往往会在某些病人的临床辨证问题上，出现不同的、甚至是距离很大的意见。这是因为中医临床辨证的依据往往只是一些定性指标，大多不能进行定量或加以客观地记录或测试。由于辨证标准不能做到客观化、标准化，这就会使各个人对诊断所持尺度不尽相同，从而造成了辨证意见的不一致。这是很自然的。对于本例真阴衰竭的诊断之所以会产生不同的意见，可能也是上述原因造成。由此可见，重视对“证”的客观化、标准化研究是十分重要的。

二、对本例温病的认识。综合发病及临床症状等方面分析，本例是属于中医温病的范畴。但与一般温病有不同之点：①一般温病大多具有传染性，而“恶组”属血液系统肿瘤，一般认为没有传染性。②一般温病的发热用白虎汤，出血用犀角地黄汤、清瘟败毒饮等治疗有一定的效果，而本例却无效。③一般温病经过适当的治疗大多可以恢复，死亡率较低，而“恶组”病人大多死亡。因此，本例是属于一种不同于一般温病的特殊温病。

三、关于本例真阴衰竭的诊断问题。本例的持续高热是一种虚实夹杂的发热，尤其在疾病后期真阴不足、阴不敛阳、龙雷之火升腾，或真阳不足、虚阳浮越，出现假热及虚火与实火错综交炽一起的现象。王冰在注解《素问·至真要大论篇》中曾指出：“大热而甚，寒之不寒，是无水也”。《重订广温热论》指出：“屡清屡下而热愈甚，是皆属于肾阴虚”“阴复则生，阴不复则死”。此例在死亡前一天，除高热稽留外，神志时清时糊，谵语喃喃，手指蠕动，口角震颤，鼻烟翼煽，此乃肾阴涸竭，肝风内扰，余热熏蒸所致。当时见高热稽留，以为还有实热未清，投以石膏（90克）、知母等清热凉血散瘀之剂，但病情仍急剧恶化。终于肾阴枯竭、阴阳离决而不治。死亡前体温42℃，舌干瘪难伸，苔光剥无津，符合“真阴衰竭、真阳浮越”的病机，也即是所谓“阴精尽，尽则真火自焚而死”。

综上所述，本例虽有邪盛，但最终是死于真阴衰竭，因此，本例可以作为一例典型病例加以分析。

四、复查原始记录，本例的脉象是以细数脉为主。在整理病史时遗漏。由于我们过去研究舌诊较多，一般对热病又多重舌不重脉，故我们对脉象提到较少，这是不够全面的。我们接受红光医院同志们的意见，今后再度整理病史时，注意对脉象的描述。

上海第一医学院附属中山医院 陈泽霖 戴豪良