

证 的 研 究

从《伤寒论》与《内经》的不同学术
渊源来研究“证”的本质

沈 自 尹

“证”者证据，如司法凭证据判案，中医凭证而论治。“证”是中医辨证的基础，也是中医的精华所在，对中医研究的逐步深入，势必要触及“证”本质的研究，这是近年来从事中医（或东洋医学、朝鲜东医等）研究学者所瞩目的专题。

中医从辨证方法而论，有八纲、病因、六经、卫气营血、脏腑、方剂等辨证，在临床应用中各有所适从与有所侧重。若按现代控制论和系统论的观点，对于“证”可理解它是一个概念性统一体（Conceptual unity），若按西医的认识，“证”是机体在致病因素作用下的全身性抗病调控反应的综合临床表现，这种反应是产生各种证型的病理生理学基础，以上只是用现代语言对“证”所作的解释。现时由于中医的辨证方法不同，对于“证”也有不同的理解，例如按照《伤寒论》的辨证论治是“有是证用是方（汤）”，如桂枝汤证、小柴胡汤证是以汤辨证。而按照《内经》的脏腑辨证则按“藏（脏）居于内形见于外”，从病人的外象来推论“证”，这是由于二种辨证的学术渊源不同所致。

一、脏腑辨证与方剂辨证的渊源

脏腑辨证导源于《内经》，《内经》产生在周秦阴阳五行学说盛行之际，《内经》作者把它同医学相结合用作主导思想，富含哲理。《内经》所说的脏腑经络是指一群有联系有系统的生理现象的综合单位，每个单位又有它的特定内容，依此系统而治疗，可收临床效果。历代医家根据《内经》这些系统不断实践并发展，确立了包括五行生克等理论的脏腑辨证。东汉《难经》就有“脏腑病治疗先后”。《伤寒杂病论》中的《金匮要略》首篇载有“脏腑经络先后病脉证”。到六朝时代有了发展，梁·陶弘景著《辅行决脏腑用药法要》以及唐·孙思邈《千金方》以脏腑分篇各列寒热虚实诸病方证。此后宋·钱仲阳《小儿药证直诀》以五脏寒热制方，如肝热用泻青丸、肺热用泻白散、心热用泻心丸、肾虚用地

黄丸……，金元间张洁古师承钱仲阳，分别脏腑经络标本诸证，寒热补泻之治，列为药式，著《脏腑用药式》，其优点为肯定脏腑经络所见之“证”，使后学见病知源，证亦有具体涵义，某证当用何方何药，按图即可索骥。而其缺点则是何证用何方药成为公式化，有失辨证论治精神。至明·薛立斋并以五行生克作脏腑病机，其徒周慎斋推而广之，于是脏腑辨证通行大江南北。至清·叶天士出，遂遍及全国，对辨证固有进一步发展，但因此削弱了经验效方，忽视了方剂辨证，此后诸大名医如王旭高、张聿青、柳宝诒均采用薛氏脏腑辨证。

辨证论治是中医的核心内容，虽然辨证论治的哲学思想来源于《内经》^{〔1〕}，而张仲景把它具体结合于临床，成为实践的科学性理论，所以应该说辨证论治是张仲景奠基的。张仲景主张“博采众方”，在《金匮要略》虽也有用脏腑辨证，然方剂辨证仍为其主要方面，当时方剂组成原始是来自经验方，以求效为主，正如林亿在《伤寒论·序》里提到：“汉张仲景论广汤液，为数十卷，用之多验”，每个汤方都有相应的证，只要有此证即可用此汤方，常称“汤证”，实质是找出汤方的适应证。从广义上说，以汤辨证亦属辨证范围，故称之为方剂辨证。

晋·葛洪集验方为《肘后方》，唐·王焘集诸家验方为《外台秘要》，宋·《圣济总录》《太平圣惠方》，明·《普济方》也均集经验方着重于求效，至清代仍有以方剂辨证为主的著作，如张璐的《张氏医通》，徐灵胎的《兰台轨范》里就不用五行学说。古方药味少，但配伍严谨，稍有更动其主治之证状随之而异，而且往往二方合成的复方亦不是均等组成，如桂枝麻黄各半汤，其桂枝与麻黄之比为1:1，而桂枝二麻黄一汤为2:1，这比例随主证为虚为实而定，桂枝偏于扶正，麻黄偏于散邪，如此“证”的基本形式就较灵活。又如小承气汤为枳实4两、厚朴2两、枳实6枚，承气意在泻实，

故君大黄(大黄倍于厚朴,是以下药为君)。而厚朴三物汤为厚朴8两、大黄4两、枳实5枚,三物意在行气,故君厚朴(厚朴倍于大黄,是以气药为君)。此二汤证药物相同,主药用量不同,其证与主治当也不同,这里显示“证”的存在是由药物效验而成立,有药物反证之意。

二、证的研究概况

我国从五十年代起从脏腑辨证着手,对先天之本的“肾”以及后天之本的“脾”方面研究有较多进展,并开始从阴虚火旺带出“心火”与“肝火”的研究,亦有对“心气虚”与“肺气虚”的研究,这样,脏象本质研究已转入“证”本质⁽²⁾的研究之中。上海第一医学院从1959年以来对“肾”本质的研究中,得到肾虚证具有下丘脑-垂体-肾上腺轴功能紊乱这一结论,初步说明“证”是有物质基础的;从1979年起,增加了甲状腺轴与性腺轴的研究,同时将肾虚者与65岁以上的老年人(生理性肾虚)作对比研究。内容包括:(1)下丘脑-垂体-甲状腺轴全套测定(总 T_3 、 T_4 、TSH, TRH兴奋试验)。在14例慢性支气管炎肾虚组、12例同年龄、性别的慢性支气管炎无特殊证组以及10例平均69岁的健康老年人之间进行比较;(2)下丘脑-垂体-性腺(男)轴全套测定(T 、 E_2 、 E_2/T 、LH, LRH兴奋试验)。在男性10例肾虚组与同年龄男性11例性功能减退组、男性10例正常人以及平均69岁的男性健康老年人之间进行比较。其结果是:①证明肾虚证不仅是肾上腺轴,而是在此三轴上都可有不同环节、不同程度的功能紊乱;②在采取轴间平行观察,温补肾阳法治后靶腺功能恢复明显,以及具有间接反映下丘脑功能测定的紊乱,可推论肾虚的主要发病环节在下丘脑(或更高中枢);③老年人在甲状腺轴与性腺(男)轴的异常与中年的肾虚证者甚为类似,因此肾虚证的外象意味着下丘脑-垂体-及其某个靶腺上有一定程度的未老先衰。

北京中医医院研究“脾主运化”理论以及脾虚证的实质,亦在脾虚证、非脾虚证以及正常人之间作了下列胃、肠、胰各指标的对比。(1)血清胃泌素值:31例正常人,14例脾虚证和64例无脾虚证者中,脾虚证患者值比其他两组显著为低;(2)木糖排泄试验:152例脾虚证患儿比58例正常小儿为低,经健脾粉治疗后,木糖排泄率显著上升,成人43例脾虚证比正常成人45例显著为低,而25例肾虚证、23例气阴两虚证与正常成人相比,则无明显差异;(3)胰液分泌淀粉酶功能测定:88例脾虚证患者值比20例正常人

显著为低。以上表明脾虚证者(包括非消化系统疾病患者)所显示的胃、肠、胰整个消化系统功能的减退和紊乱是脾虚证的一般共性。

上海中医学院于1979年发现同是阴虚火旺证,10例心火旺者尿儿茶酚胺值高于正常,尿17羟值正常;而11例肝火旺者尿17羟值高于正常,尿儿茶酚胺值正常;6例心肝火旺者,有4例尿17羟和儿茶酚胺均增高。1981年对同是甲亢患者具有心火旺16例、肝火旺13例、心肝火旺15例与甲亢之非阴虚火旺22例、阳虚7例进行比较,进一步证明心火旺组尿儿茶酚胺及肝火旺组尿17羟均高于正常,心肝火旺组则两项同时增高;在采用以黄连泻心火,龙胆草、黄芩泻肝火的治疗后,甲亢患者不仅阴虚心肝火旺证改善,尿儿茶酚胺及尿17羟亦相应降低。另对高血压病75例按甲亢患者同样分组、同样测定,也得到同上的结论,如此在各个病种里都提出了反复验证的资料。

日本笃守古代成方,注意方剂辨证,日本称为“方证相对”,就是什么样的证,便应当用什么样的药,例如五苓散或小青龙汤是一组药物群(亦就是方剂),药物群应与症候群(亦就是证)相对应。因此对于如何使方剂辨证中的“证”客观化的研究中,日本寄以很高期望。

五苓散证是口渴、小便不利,饮水亦不能止渴。应用五苓散则渴止,小便通利。伊藤嘉纪⁽³⁾认为在五苓散和五苓散证之间一定隐藏着特异的方证相对的原理。他指出五苓散不同于一般的利尿剂,对于正常人或无五苓散证典型脉证的患者,以及在正常动物实验,几乎见不到五苓散的利尿作用。他发现五苓散证多发生于夏季,这是由于血浆渗透压与钠在冬夏季有显著差别。尽管夏季渗透压比冬季低,而抗利尿激素的量却反而比冬季还多,说明在高温环境下,反复出汗、口渴、反复饮水,使抗利尿激素分泌增加,水分潴留,血浆渗透压的调节点下降,这是既有伤津失水,又有水液内蓄的复杂病理生理改变,也就是五苓散证,而五苓散主要作用即为提高渗透压的调节点。由此亦可见方证相对的研究结果在于找到方剂有效性指标的客观化,阐述五苓散的作用原理。有地滋⁽⁴⁾曾对小柴胡汤证的胸胁苦满的病理生理机制进行研究,发现胸胁苦满患者的局部组织液中出现脂肪酸、类固醇以及胶原纤维增加,因而认为本证是由于患者的局部组织出现结缔组织炎所引起。动物实验也证明,当用四氯化碳造成肝脏损伤后,在相应的胸胁部位的皮下,便出现结缔组织炎,经投与柴胡剂或单味柴胡,结缔组织炎便消失。这也是通过方证相对研究的例证。

三、“证”的客观化和证效关系的研究

我国从脏腑辨证对“证”的研究是通过比较法, 这样可以从对比的方法中, 找出事物的“异中之同或同中之异”。无论是“肾阳虚证”、“脾虚证”、“心火旺证”、“肝火旺证”、“心气虚证”、“肺气虚证”基本上循着以下三个条件进行: (1) 证是临床通过辨别而得, 要设立此证的统一辨证标准 (由于脏腑辨证起源于《内经》, 因此辨证标准是按照《内经》对脏腑功能的阐述为根据, 例如“腰为肾之府”、“肾主骨”、“肾开窍于耳”、“脾主运化”、“脾主肌肉”等都是制定辨证标准的根据), 所选病人是典型而无其它证的夹杂, 便于得出明显效果; (2) 证是出现于各种疾病中, 因此除与正常组相比较, 还须设立此病无证的病人加以对比观察, 以除外疾病对各项检查指标的影响; (3) 证的动态改变应有相应指标的改变, 或针对证的治疗也可见相应指标的改善。可见着眼点首先在揭示包含于“证”中的病态, 亦就是通过“形见于外”而探求“藏居于内”的本质, 用现代科学语言加以阐述, 当然按第三条中也有药物反证的内容。

日本熊谷朗^[1]认为中医治疗的基础决定于“证”, “证”和方剂尽管用词不同, 但终归是取决于一元论。为了使中医治疗客观化, 首先应以“证”的客观化为目标, 只有这样, 方剂有效性指标的客观化才有可能。如将甘草作为方剂中的一味药而模式化, 就有甘草甜素、FM 100、LX₁、LH、甘草甙等多种有效成分, 在这些有效成分中, 仅仅一个甘草甜素的作用也极为复杂, 而方剂是由多种生药和其他复合浸出物所组成, 方剂作用必更为复杂。若能宏观地观察方剂与“证”相对应的效果, 通过分析包含于“证”中的病态和由方剂所改善的过程来推测方剂的药理作用, 这也是解释方剂作用的一种方法论。熊谷氏的观点似乎对“证”进行现代解释是手段, 而研究方剂的药理是目的, 至少是侧重于证效关系的研究。有地滋也是类似的观点, 他认为必须研究“证”, 要用科学方法解释“证”, 如果能完成“证”与方剂间关系的研究, 则不仅中医学的优越性可被广泛承认, 而且会创造出完全统一的“世界医学”, 他认为对“证”的本质做出科学阐明, 就可以理解方剂、生药的作用机理。

北里东洋医学综合研究所^[2]对证的研究, 首先是试图使西洋医学的病名与汉方方剂相对应而开始的, 对治疗效果的评定也是根据西洋医学的药效评价方法进行。与此同时, 并就同一对象进行东洋医学的病证分类, 在评定和对比这两种医学治疗效果的过程中探

讨两者关系。采用这样的方式, 有可能同时取得汉方药药效的客观评价与这两种医学认识疾病的对应关系。对汉方药确已有效的疾病, 由于有了西洋医学的结合点, 因而也能较容易地继续阐明其所以能改善其病态生理的机理和阐明药理活性物质。用这个方法, 通过临床研究了小青龙汤对支气管哮喘的药效。在给各种支气管哮喘患者服用小青龙汤的结果, 证明对难治的感染型哮喘有效。通过这些病例证实了可抑制反复出现的末梢白细胞数增加, 也可使白细胞中 cAMP/cGMP 之比值明显上升, 这种比值上升, 说明支气管的 β -受体受刺激, 引起支气管平滑肌的松弛。

从以上可见方剂辨证“方证相对”的研究, 基本上用的是药物反证的方法。“有是证用是方”是方剂辨证的辨证方法, 由于中医的辨证论治与治疗效果还未能臻于完善之故, 未必一概能以“用是方”纠正“有是证”, 例如《伤寒论》对小柴胡汤证有“有柴胡证, 但见一证便是, 不必悉具”之说, 显然小柴胡汤未必能治好所有的寒热往来或胸胁苦满。还能看到“用是方”能治好的未必为“有是证”, 例如相见三郎^[3]发现大部分癫痫患者都有胸胁苦满与腹肌挛缩同时并存的腹证, 故以柴胡桂枝加芍药汤治疗收到较满意疗效, 以后不管有无腹证, 凡是癫痫均投予本方也同样有效, 故治疗有效的患者未必都具备柴胡桂枝加芍药汤证。“证”是人的反应状态, 病变时机体当时的反应状态对药效的发挥上, 实有重要意义。离开反应状态来解释中药作用是很难触及本质。何况不少中药或方剂根据机体的反应状态而具双向作用 (也有称适应原样作用), 如古方肾气丸和五苓散都治“小便不利”和“小便反多”。若能控制研究条件——机体的反应状态, 药物反证仍不失为一种有价值的研究手段。

因此, 由于不同的学术渊源而产生了对“证”的不同认识以及不同的研究方法。中国按《内经》的脏腑辨证似着重于证的客观化; 日本按《伤寒论》的方剂辨证似着重于证效关系或方剂的药理。

四、不同学术渊源的“证”在医疗中的应用

中医是临床实验医学, 辨证论治是其核心, 故研究“证”的本质必须从临床入手。在医疗中对于不同学术渊源的辨证方法, 应该按取得疗效为准, 这样才能按张仲景在《伤寒论》原序里的“勤求古训、博采众方”的精神以求得临床医疗中的实效。例如支气管哮喘在西医认为属 I 型变态反应具有交感神经 β 受体功能低下, 诊断分型为吸入型、感染型及混合型, 在发作时

都用提高 β 受体功能的药物,很少去注意病人发作时的证候表现是寒是热。发作时具寒喘证者表现为咳逆倚息不得卧,恶寒,汗出淋漓,面目虚浮,唇舌俱淡而痰如水沫而多,此为小青龙汤证,可用小青龙汤逐水驱邪;具热喘证者表现为身热而喘,唇舌均红,痰粘不畅,此为麻黄杏仁甘草石膏汤证。具有典型寒喘证或热喘证当以方剂辨证取效确切。但若着眼于支气管哮喘的远期疗效,则宜按脏象学说的认识进行治疗。如明·张景岳《景岳全书》说“肺为气之主,肾为气之根”,其治疗理论是“未发时以扶正气为主,既发时以攻邪气为主”,所谓“发时治肺,平时治肾”。我们⁽⁸⁾从1957~1982年期间按脏腑辨证采用补肾法对12批共393例哮喘患者作了预防性治疗,使每批病人显效以上者达57.7~86.9%,以未用补肾法的5批共144例患者作对照,其显效以上者仅10.6~22.6%。根据古人的哮与喘证并不只限于支气管哮喘的看法,我们又将此“发时治肺,平时治肾”对喘症的治疗理论移用于慢性支气管炎522例⁽⁹⁾,同样也取得了显效以上者达52.5~72.5%的效果,而对照组显效以上者仅14.3~19.2%。

不同辨证方法也会在同一病种或同一病人上交,例如用大柴胡汤或大陷胸汤治疗急性胰腺炎获得成功,亦是源自《伤寒论》“热结在里,复往来寒热者,与大柴胡汤”和“不大便五六日,舌上燥而渴,日晡所小有潮热,从心下至少腹硬满而痛不可近者,大陷胸汤主之”。对此,正是“有是证用是方”。当然,急性胰腺炎亦可从脏腑辨证中找到依据,即“六腑以通为用”,“不通则痛,通则不痛”。这一理论不仅是治疗急性胰腺炎,也是治疗急腹症作为通里攻下法的指导思想。这说明正确地运用方剂辨证或脏腑辨证也会殊途同归,同时看到病势的症结所在。

其实脏腑辨证与方剂辨证两者应该合流,不必偏废。脏腑辨证是医生从临床而来的证治分类,纠正人体的偏差,并加强人体抗病作用;方剂辨证是医生从辨证的角度采用多方面的方剂,在方证恰合时,多有针对作用。以上各方面都有其优点,亦有其不足之处。如单用脏腑辨证则用药如程式,药物亦有一定的局限性,不能发掘“对病真方”;如单用方剂辨证,在辨证不相符合时则技穷(见《本草述钩元》);如单用验方没有理论作指导,往往施于此而有效,用于彼则无效。看来合之则兼美,离之则两伤。

其它各种辨证方法在临床应用中各有所适从,如六经与卫气营血辨证主要用于外感热病,但亦与八纲辨证、方剂辨证可以配合起来选择应用,总以能综合

考虑优选辨证方法以取得临床疗效为准。

当前,辨病与辨证也是不可偏废,我国在中西医结合过程中提出了辨病与辨证相结合,这是专指以西医辨病与中医辨证相结合,这也是看到中西医是在不同历史条件下发展起来的二种医学理论体系,是从不同的侧面来观察人体的生理与病理变化,往往会注意了一个侧面而忽视了另一个侧面,表现为认识上的片面性,因此各有所长,也各有所短,这样就提供了西医辨病与中医辨证相结合的基础。从脏腑辨证客观化的研究中就可看到同病异证组(同一疾病中选择某证与无证组进行对比)就是出于辨病与辨证相结合的观点而设立的。大量事实证明,辨病与辨证相结合的观点促使“证”的研究及其概念不断扩大与深入,这种发展是符合于时代的潮流。

画画是艺术,无论中国的水墨画,西洋的油画都须要先有一个构思,再加上个人的技巧,使得画能传神,使观赏者得到会心的愉快。音乐是艺术,无论中、西名曲的产生,亦都先有一个构思,加上个人的善于表达,使得名曲久听不厌,听者如身临其境而有内心的共鸣。尽管画家、音乐家都自成一派,但都能兼蓄别人的长处。中医不属艺术范畴,但却具有艺术的某些特征,中医在立法制方时,常写道:“取……之意”“意在……”“仍守原意加减”,无怪有人说“医者意也”,这“意”并非随心之意,而是构思。当然这不像画画或音乐之仅供耳目赏阅,而这构思水平之高低决定治病效果的好坏。其实中医的辨证论治之所以会各人不同,一方面固然随各人的水平而不同,另一方面也因各人在诊治时的构思有异。构思要开阔,要有创见,而不能泥古不化,这才符合辨证论治的精神,无论从《内经》或是《伤寒论》的不同学术渊源,无论从明、清的各家流派或是西方医学里可取之处,在进行辨证或作“证”本质的研究都在于使得构思正确,力求能够符合于客观规律,这样才有可能触及以至掌握“证”的本质,从而提高临床疗效,并使“证”的本质得到科学的阐明。

参 考 文 献

- (1) 姜春华:我对中医理论研究思路及方法的看法。中医杂志 22(1):4, 1981。
- (2) 沈自尹:中医基础理论研究进展。中医杂志 23(1):73, 1982。
- (3) 伊藤嘉纪:五苓散证的病理生理——渗透压的调节点降低。日本东洋医学会志 28(3):1, 1978。
- (4) 王本显:国外对中医基本理论的某些探讨。中西医结合杂志 1(1):50, 1981。

肺原性心脏病阴阳虚证若干指标的观察

福建省中医研究所临床室呼吸组 林求诚 杨震光 吴维钊 郑偶然

福建省立医院内科呼吸组 周其林 游兰姬 何振声

肺原性心脏病(以下简称肺心病)属本虚标实的疾病,在本虚方面有脏腑虚、气血虚、阴阳虚等。脏腑虚主要是肺虚、脾虚、肾虚、心虚,大多数患者都不同程度地存在这四脏的虚证。气虚也常见,血虚仅见于少数患者(血瘀则是共性)。阴阳虚主要是阳虚,不少患者伴有阴虚。因此,我们在临床实践中体会到,肺心病患者的本虚,基本上可以分为阳虚与阴阳两虚两个基本证型。为了探讨肺心病阴阳虚证的实质,我们进行了若干客观指标的观察,现初步报告如下:

对象与方法

一、一般资料

93例肺心病住院患者,均按全国统一规定的肺心病诊断标准而确诊。其中男性72例,女性21例。平均年龄 60.8 ± 8.2 岁。所有病例都是因急性发作呼吸功能不全及不同程度的心功能不全而住院观察治疗的。

二、辨证分型标准

按1982年全国中西医结合虚证与老年病防治学术会议制订的《中医虚证辨证参考标准》进行阴阳虚的辨证。阴虚主证:五心烦热,咽燥口干,舌红少苔(或无苔);阴虚次证:午后颧红,便结尿短赤,盗汗,脉细数。具备以上主证两项、次证一项者定为阴虚。阳虚主证:畏寒肢冷,面目虚浮,舌淡胖苔润;阳虚次证:夜尿频多,便溏而尿清长,脉沉微迟。具备上述主证两项(其中第一条为必备),次证一项者定为阳虚。

统计分析时分为阳虚和阴阳两虚两组。

三、观察指标

有关免疫学方面的指标有淋巴细胞转化率(简称淋转率),玫瑰花结形成率(E-RFC), 29°C 玫瑰花结形成率(29°C -RFC),血清IgG、IgA、IgM,血清抗核抗体等;有关血气、电解质、酸碱平衡的指标有血

氧分压(PaO_2),血二氧化碳分压(PaCO_2),血清钾、钠、氯,酸碱失衡类型等。

结果与分析

一、有关免疫学指标的变化

各组的免疫指标测定分别见表1及表2。

表1 各组淋转率、E-RFC、 29°C -RFC比较

组别	淋转率(%)	E-RFC(%)	29°C -RFC(%)
正常对照	$63.0 \pm 9.7(104)$	$69.9 \pm 9.8(67)$	$49.2 \pm 10.2(63)$
阴阳两虚	$40.1 \pm 19.5^{**}(35)$	$51.7 \pm 14.8^{**}(36)$	$25.4 \pm 8.7^{**}(36)$
阳虚	$57.2 \pm 14.5^{*\Delta\Delta}(23)$	$54.8 \pm 14.6^{**}(23)$	$34.3 \pm 8.2^{*\Delta\Delta}(23)$

注:表中数据为均值 $\pm$ 标准差(例数),数据用方差分析法处理。

*与正常对照组比较 $P < 0.05$; **与正常对照组比较 $P < 0.01$; Δ 与阴阳两虚组比较 $P < 0.05$; $\Delta\Delta$ 与阴阳两虚组比较 $P < 0.01$ 。

表2 各组血清免疫球蛋白含量比较

组别	IgG(毫克%)	IgA(毫克%)	IgM(毫克%)
正常对照	$1206 \pm 341(100)$	$171 \pm 52.5(120)$	$119 \pm 38.5(100)$
阴阳两虚	$1785 \pm 632^{**}(34)$	$334 \pm 185^{**}(35)$	$132 \pm 67.6(36)$
阳虚	$1692 \pm 637^{**}(23)$	$283 \pm 179^{**\Delta\Delta}(23)$	$91.2 \pm 40.2^{*\Delta\Delta}(23)$

1. 淋转率:表1示两虚证组(阳虚组、阴阳两虚组)淋转率均明显低于正常对照组,阴阳两虚组较阳虚组更为低下。

(5) 熊谷朗:从西医看中医。日本东洋医学会志28(4):141, 1978。

(6) 丁宗铁:东洋医学的基础医学研究概述。内部资料, 1981。

(7) 相见三郎等:柴胡桂枝加芍药汤治疗癫痫的疗效观察。

日本东洋医学会志 27(3):1, 1977。

(8) 沈自尹等:支气管哮喘采用补肾法治及其内分泌和免疫方面的观察。中医杂志 22(5):341, 1981。

(9) 沈自尹等:温肾法治老年慢性支气管炎原理探讨。中医杂志 22(10):742, 1981。