

综 述

全国中医内科第二次学术会议论文剖析

江西中医学院 洪 广 祥

中华全国中医学会内科学会第二次学术交流会，于1986年10月16~19日在成都召开，会议共收论文100篇，选出大会交流40篇，书面交流(摘要)60篇。现就会议的部分论文从四个方面剖析如下。

遵循中医理论 突出辨证施治

以中医理论为指导，坚持辨证论治，是中医临床科研必须遵循的基本原则，也是中医特色的具体体现。

杨明钧等根据《素问》“诸血者，皆属于心”，和张景岳“血动之由，唯火唯气”，以及唐容川“泻心即泻火，泻火即止血”的理论，应用《金匱要略》三黄泻心汤(名血宁冲剂)治疗上消化道出血175例，大便潜血转阴天数，平均4.3天，对照组(西药)平均8.3天， $P < 0.01$ ，说明血宁冲剂优于西药组。临床研究证实，血宁冲剂对胃热、肝火、脾虚三证出血均有效，证明急性出血之由“唯火唯气”的理论是正确的。并提出所谓“脾虚不摄”，在急性出血过程中，实乃热迫血行，气随血耗或气随血脱的伴发证。火热、气逆乃是急性失血之因，脾虚是急性失血之果。由于血宁冲剂有泻火降逆，化瘀止血作用，因而从根本上治疗了急性出血之因，故能取得较好疗效。

涂晋文等对明确诊断的50例咯血患者，按热伤肺络、肝火犯肺、痰浊壅肺进行辨证施治。对咯血量、病情较重者，配合贴敷药物的方法，取大蒜、硫磺、肉桂、冰片贴敷涌泉穴。结果治愈39例，占78%；好转8例，占16%；无效3例，占6%。其中以肝火犯肺型治愈率较高。作者认为，咯血的病机多属痰热壅阻，灼伤肺络。其病位与肺、肝关系密切。

证候表现以实证、热证居多，因而立法处方以清肺泻肝，止咳化痰为基点，并以黄芩、青黛为清肺泻肝的首选药物。肺癆大咯血患者，由于大量血液不能及时排出体外，形成瘀血阻塞气道，常因此而窒息死亡。李协和认为，应即刻将患者置于头低脚高的体位，用手叩击患者背部的肺俞穴，使血块因受震动而被咯出，并及时清除口腔血块，务使气道通畅，方可挽救。待气畅血止之后，仍须应用消瘀活血之品。

风湿肺热病是常见的急性温热病。北京中医学院东直门医院等对335例风湿肺热病，根据卫气营血辨证原则，结合风湿肺热病的发病特点，分为三期，以相对固定方药为主，进行辨证治疗。初期(邪在肺卫)属表热证，用辛凉解表片或配用清温针；如属表寒证，用荆防针。中期(邪热由卫入气，或入营血)属邪热壅肺，痰瘀互阻，治疗主要用清肺饮。如兼腑实证，配用通腑泻热药直肠滴入液；若高热伤津，静点肺宁注射液；如热入营血，静点清开灵；如继发脱厥，配用生脉注射液。末期(恢复期)，用保肺饮，或选用养阴清肺，益气健脾方药。结果表明，运用中药辨证治疗方案治疗风湿肺热病，其疗效可与西药红霉素、庆大霉素联合应用相比，在治愈率、改善症状、脉象、血象等方面，中药组还略具优势，且毒副作用小，显示了中医药治疗急性热病的一定优势。王竹修对64例肺炎患者进行辨证施治，其中表热证26例，用银翘散或桑菊饮加减；肺热证16例，用银翘散合芩芩汤加减；暑湿证6例，用黄连香薷饮合甘露消毒丹加减；燥热证2例，用翘荷汤合清金化痰汤加减。全部病例，除口服中药外，并配合中药针剂(柴胡针、银黄针)治疗。

见其有引起皮损和致敏的现象。由于中药复方的皮肤吸收试验较为复杂，正待进一步探索，因而没有作口服的长期毒性试验。

为了比较疗效，曾用市售正骨水作阳性对照，息痛乐搽剂在某些方面比之似具有一定优点，提示可作为一种软组织损伤外用药物供临床使用。

参 考 文 献

- (1) Van Arman CG: Anti-inflammatory drugs, Clin Pharmacol Therap 18 (part 2):900, 1976.
- (2) Brown DM et al: Nature 192 812, 1981.
- (3) Winter CA, et al: Proc Soc Exp Biol Med 111:544, 1962.
- (4) 经济合作和发展组织, OECD 化学物质毒性试验指针, 内部资料, 1984.

按内科学会的统一疗效判断标准, 评定痊愈 51 例, 好转 13 例。作者认为, 对肺炎的治疗, 必须在辨证论治原则下指导用药, 由于起病急骤, 变化迅速, 因此应在邪未深入, 正气未虚时, 集中药力, 直驱病邪。

由中国中医研究院广安门医院等 12 个单位组成的全国中医急性胃痛协作组, 按共同制定的科研计划, 对急性胃痛进行辨证分型, 应用北京中药厂按协定处方生产的中药口服液系列药, 共治疗急性胃痛 1387 例, 其中轻度痛者 255 例, 中度痛者 857 例, 重度痛者 275 例, 治疗前胃痛持续时间最长者为 3 个月, 最短者 30 分钟, 绝大多数为急性反复发作的胃痛疾患。辨证分为: 气滞型 571 例, 虚寒型 570 例, 阴虚型 69 例, 瘀血型 70 例, 湿热型 107 例, 治疗组按辨证选用相对应的止痛口服液。每次服口服液 20 毫升, 若服药后 30 分钟内效果不明显者, 可再服 20 毫升。对照组口服 654-2 片剂 10 毫克。按统一的疗效标准评定: 治疗组止痛总有效率 87.86%, 显效率 49.82%, 而对照组止痛总有效率为 76.69%, 显效率 42.7%, 治疗组疗效明显高于对照组。五种中药口服液(理气、温中、益胃、活血、消化)止痛起效时间最快为 2 分钟, 大多数在 10~30 分钟内起止痛效果, 止痛维持时间长, 无副作用与不良反应。说明中药止痛口服液系列药是安全无毒, 高效速效的新剂型, 用于治疗急性胃痛, 既体现了辨证论治, 突出了中医特色, 又适合急诊需要, 值得推广使用。田德荫等根据内科学会脾胃病学组科研方案, 统一的辨证分型和协定处方: 虚寒证用炙黄芪、桂枝、白芍、炙甘草、生姜、大枣、饴糖; 气滞证用柴胡、白芍、枳壳、香附、元胡、生甘草; 阴虚证用北沙参、麦冬、石斛、玉竹、白芍、炙甘草; 火郁证用川黄连、吴萸、元胡、川楝子。对 167 例具有典型胃脘痛症状的患者, 进行临床观察, 汤剂和冲剂的疗效, 无显著差异。总有效率为 98.8%, 显效率为 65.9%。治疗结果说明, 全国脾胃病学组制定的协定处方, 临床上是行之有效的, 是祖国医学的宝贵经验总结。麻仲学等从流行病学的角度, 对胃脘痛的发病情况, 进行整群随机抽样调查 1265 人, 从中筛选出符合胃脘痛诊断的 487 例, 其发病率为 38.5%, 提示本病属常见病、多发病, 且以中青年工人患病率最高。调查表明, 胃脘痛的病因不是单一的, 而是复合的。首以饥饱失宜、郁怒、忧思居多, 次为过量饮酒, 过食肥甘、生冷, 过度劳累, 再次为过食辛辣, 外感湿、寒、燥、暑、火之邪, 及误食不洁之物。按内科学会“胃脘痛”辨证分型方案分析 属虚寒证者 277 例, 气滞证者 78 例, 火郁证者 65 例, 阴虚证者

67 例。湿、瘀、食积、气滞、火郁、阴虚、虚寒等为常见兼夹证。发病季节, 虚寒证易发于冬季, 气滞证易发于春季和冬季, 火郁证易发于夏季, 阴虚证易发于秋季。

同时, 普查资料表明, 胃脘痛虽为内科疾病, 但临床其他各科病亦常兼见胃脘痛, 故多种疾病均与胃脘痛有一定联系。为深入研究胃脘痛的防治, 提供了有意义的调查数据。

发挥中医优势 努力提高疗效

取中医之长, 发挥中医优势, 从提高疗效入手, 对当前急需解决的常见疑难病症, 进行深入研究, 是中医科研的重要任务。

结缔组织疾病是一个多系统、多脏器损害的疾病。在临床治疗上有较大的难度。丁济南认为该病与祖国医学中之“痹症”相似。采用祛风温阳通络法为主, 治疗 200 余例, 其中包括红斑狼疮、硬皮病、皮炎等。服药后多数患者能将大剂量激素逐步递减到维持量, 或完全停用激素而症状缓解, 病情稳定, 各项实验指标亦明显好转。丁氏根据疾病的临床症状、病变部位和实验室检查, 将该类疾病分为风痹损肾, 风痹损心, 风痹损脾, 风痹损肝, 风痹损肺, 及风痹损及肌肤脉络等六个类型。基本方由桂枝、制川草乌、伸筋草、仙灵脾、元参、甘草组成。药理研究证明, 基本方所选用药物, 大多有抗感染和调整机体免疫功能、内分泌功能的作用。56 例红斑狼疮患者服用基本方后, 发热、面部红斑、关节炎、腹泻等症状较快好转, 总有效率在 77% 以上。沈丕安治疗红斑狼疮的方法为: 热盛型选用红一方(生石膏、寒水石、滑石、生地、知母、苡仁、生甘草); 红二方(生地、元参、银花、黄芩、板蓝根、虎杖、丹皮、赤芍、人中黄、牛黄粉); 阴虚型选用红三方(生地、元参、知母、忍冬藤、虎杖、苦参、生苡仁、川牛膝、羊蹄根); 气虚型用补中益气汤加忍冬藤、茯苓、苡仁、生甘草; 瘀滞型, 在养阴或益气中加活血化瘀药。30 例患者治疗结果: 完全缓解 4 例, 显效 10 例, 有效 13 例, 无效 2 例, 死亡 1 例。6~12 个月随访, 完全缓解及显效者各复发 1 例, 无效 2 例中, 1 例死亡。

李俊辉等对急性白血病进行了较系统的治疗观察。认为急性白血病的形成, 是先有精气内虚致温毒内陷, 窜入营阴, 暴发为发热、出血、气阴(血)两虚。治疗采用清热、养阴、活血及抗癌中草药这一顺序用药。在诱导缓解期以清热为主, 养阴(补血)为辅, 在病情缓解后, 则以补肾益气养阴为主兼祛余邪。热入营血型, 用复方犀角地黄汤; 痰热互结型, 用加

味贝母瓜蒌散；气阴两虚瘀毒型，用参麦散、当归补血汤加味。维持缓解期用杞菊地黄汤加味。在常规中医药治疗过程中，适当应用联合化疗。共治疗98例，完全缓解者53例，部分缓解者35例，总缓解率为89.8%，其中热入营血型治疗效果最好，86例中有52例完全缓解。说明中医药治疗急性白血病有良好前景。

中风为我国目前三大疾病之一，发病率、病死率、致残率均甚高。中医治疗中风病有着丰富的经验和较好的疗效，是中医内科的一大优势。王永炎等将急性缺血性脑卒中，分为风痰瘀血、痹阻脉络；风痰上扰，痰热腑实；气虚血瘀；阴虚风动四个证型进行施治。220例患者经治疗后，总有效率为87.7%，基本痊愈及显著进步达70.4%。作者认为，中风为本虚标实之证，在治疗上急性期侧重标实（内风、瘀血、痰浊），恢复期侧重本虚（气虚血瘀）。同时强调要重视通腑化痰和活血化瘀方药的运用。欧阳忠兴为了探索提高中风偏瘫疗效的新方药，在古方大活络丸基础上化裁，采用疏风、涤痰、通络、益气、养血、祛瘀、温阳、清热之法，除去昂贵紧俏药物，创制新方大活络丸，对48例患者进行观察，前40例随机分组，单数服古方，双数服新方，后8例均服新方。每日三次，每次一九，连服3个月。治疗结果：古方组基本痊愈7例，显效5例，进步6例，无效2例，总有效率为90%；新方组基本痊愈15例，显效4例，进步7例，无效2例，总有效率为93%。两者总有效率相近，且均有较大幅度的降脂作用。安邦煜介绍赵锡武运用地黄饮子治疗暗痹的经验。暗痹为中风之一种。赵氏认为，地黄饮子是逐血痹，以补肾阴为主，补肾阳为辅的方剂。对脑栓塞者地黄饮子不去桂附，而对脑出血者则先用凉滋风引汤，继用地黄饮子去附子。赵老讲，“脑血栓非温药不化，脑出血非凉药不止。”为了提高中风重症患者的抢救成功率，张发荣等针对中风闭、脱临床表现错综复杂，疑似难辨的特点，结合临床实践，总结出中风闭、脱证的诊断要点：①望瞳神。双侧瞳孔缩小，或一侧正常一侧缩小，目光无明显失神表现为闭证；双侧瞳孔散大，或一侧正常一侧散大，目光失神为脱证。②脉象弦滑有力或弦劲者，为闭证；脉微欲绝或散大无根，或时强时弱、至数不齐，或脉象躁急失神，缺乏冲和之气为脱证。③汗出如珠如油，或大汗淋漓为脱证。凡三条悉具，则为典型见证，具有两条，诊断可以成立。这对临床正确辨别中风闭、脱证，及时采取相应抢救措施，提高抢救成功率有一定的指导意义。张鹤年对缺血性中

风的先兆预报和防治进行了初步研究。作者提出四条缺血性中风检出条件，和中风危险率检出的公式，以电子计算机运算得出TB值。6年共检出有缺血性中风先兆者64例，其中50例作为防治组，14例作为对照组。对防治组进行辨证分型治疗。方法为：（1）每一病例均予静滴灯盏花（或复方丹参）16毫升，以活血通络。用药7~14天。（2）按辨证分型给药，肝风痰瘀型用平肝通络汤；痰瘀化热型用祛瘀清腑汤；气虚血瘀型用补阳还五汤；阴虚血瘀型用增液活血汤。每天一剂，出院后门诊随访隔天服药一剂，半年后每周服药二剂。50例中风先兆者，防治后3~5天症状消失，血液流变学指标恢复正常，中风危险率降至安全范围。随访4年，未有中风发生；对照组14例，有3例发生中风。说明中医药对中风先兆的防治有着良好效果。

慢性萎缩性胃炎是一种较顽固难治的消化道疾病。为了发挥中医药治疗脾胃病的优势，不少单位开展了萎缩性胃炎的临床研究，并已取得较好进展。如张镜人等将本病分为气滞证和气虚证。气滞证以香苏散合四逆散加铁树叶、平地木、八月扎、湿重加苍术、白术、黄连、半夏、苡仁；热重加银花藤、连翘；气滞腹胀加玉蝴蝶、凤凰衣、佛手或大腹皮。气虚证以香砂六君子汤合小柴胡汤加铁树叶、平地木为基本方，兼有阴虚合养胃汤，脾虚湿重加山药、扁豆。并根据胃镜、病理与胃液分析的具体情况酌加对症药：若见胃粘膜红白相间，以白为主，腺体减少者，加赤芍、丹参、当归、血竭；兼有肠腺化生或不典型增生，加白花蛇舌草、莪术、白英、龙葵等；胃酸缺乏加乌梅、山楂、木瓜。评价疗效以微观病理改变为主。52例患者经连续3个月以上治疗后，显效17例，有效21例，无效12例，加重2例。有效率为73.08%，并认为疗效与服药时间的长短有一定关系。作者指出，萎缩性胃炎的胃粘膜固有腺体萎缩，一般认为不可逆转，但本组病例表明，胃粘膜腺体萎缩的病理改变为可逆性，且对肠腺化生，治疗后亦取得良好效果。杨春波报告88例慢性萎缩性胃炎中医辨证治疗观察结果，一个疗程（3个月）结束后，临床总有效率为93.1%，其中56例经纤维胃镜和胃粘膜组织活检，显效26例，改善10例，稳定20例。作者认为，依据中医理论进行治疗，不但能改善症状和体质，且对胃粘膜也有一定的逆转作用。这对治疗胃癌前期的增殖性病变，提供了经验。

发展前贤经验 力求有所创新

以继承为起点，发扬为归宿，是繁荣中医学的

战略措施。

厥脱证属危急重症。在治疗上历来注重采用益气固脱、回阳救逆等方法,使用独参汤、参附汤、生脉散、四逆汤、参附龙牡汤等。王左等在继承前贤经验的基础上,通过对26例感染性休克的临床研究,认为其病机为热(邪)毒内陷,正气不足,气血逆乱,阴阳之气不相顺接,导致正气耗脱,阴阳离决。在救治过程中,发现对阳气虚脱,气机逆乱重证,仅予补益之法,还不能使阳气运行于周身,故改用人参、附子、青皮制成的针剂治疗本证,观察结果,证明有明显升高血压,改善末梢微循环的作用,使神志转清、汗止、肢温回升、脉图改善,总有效率达73.1%。其中人参、附子有益气温阳固脱之功效,青皮起理气救逆作用,推动补益之阳气,运行于周身,通达四肢,使虚脱得复,厥逆得顺。从而使中医药抗休克从传统应用补法走向通补结合的道路。在肯定临床疗效的基础上,又经在内毒素休克的动物模型上使用参附青针剂静滴,不但有明显的升压作用,而且能抑制内毒素所致微循环障碍,在电镜下观察到,对内毒素休克的动物心、肝等细胞变性有保护作用;同时还发现,参附青针剂对心肌培养细胞表现为阳性收缩,负性频率的作用,这些药理实验报告,给临床使用参附青抗休克提供了理论依据。

熊树德等在继承前贤治疗痹证经验的基础上,结合多年实践,将尪痹(包括现代医学中的类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、结核性关节炎、大骨节病等)分为三种证候:(一)肾虚寒实证;(二)肾虚标热轻证;(三)肾虚标热重证。根据辨证,治疗以补肾祛寒法则为主,药用:川续断、补骨脂、制附片、熟地、骨碎补、淫羊藿、桂枝、独活、赤白芍、威灵仙、麻黄、防风、伸筋草、松节、知母、炙山甲、苍术、炙虎骨、牛膝。临证时按商订的加减法进行治疗。经治76例,其中显效27例,好转42例,无效7例,总有效率占90.8%。

陈孝伯等根据朱丹溪椒目“劫喘”的启示。对椒目平喘进行了剂型改革。将椒目榨油(约15~30%)制成胶丸,每丸含200毫克,每次服600~1000毫克,日服3次,儿童酌减。即刻疗效共观察172例,控制72例,占41.8%,显效30例,占16.8%,好转33例,占19.1%,无效37例,占22.3%。其中对112例病人进行统计分析,喘息症状开始缓解时间,平均为10.5分钟。维持有效时间,最短1小时,最长24小时,平均为6.2小时,与哮喘平疗效对比,二者基本相近。有合并症者疗效较差。喘息型支气管炎与支

气管哮喘、慢性支气管炎伴肺气肿三者有效率相近。说明椒目平喘有一定疗效,值得进一步研究。

建立诊断疗效标准 实现临床科研规范化

疾病的诊断与疗效判定,中医应有自己的独立标准,这不仅是中医临床及科研工作规范的需要,也是实现辨证论治规范化的重要内容。全国中医内科学会,先后制定了中风、哮喘、胃脘痛、痹证、厥脱、血证、热病等常见病的诊断和疗效标准。通过组织全国性的专题协作验证,证明这些方案不仅能较好地突出中医特色,而且也符合科研设计的要求。如全国热病北方协作组(由北京中医学院东直门医院牵头)通过对风温肺热病335例的临床总结,验证了“风温肺热病辨证治疗方案及证候疗效评分法”。结果表明,这一评分法的特点是能将传统的症状、舌、脉等作为评分内容。在治疗方案上,选用了目前公认的疗效比较过硬的西药作为对照组,且允许临时加对症西药,其目的是让西医的检查指标和西药的疗效为中药治疗方案作对比,用以说明本方案疗效的可靠性。为了使两种治疗方案的疗效在同等条件下进行对比,病例选择用随机分组法,疗效评定采用评分法。把治疗前后复杂的症状、舌脉及现代科学检查的结果,用数据客观地显示出来,便于统计处理,以准确判断优劣,通过严密对比,说明中药辨证方案的真实疗效。实践证明,风温肺热病辨证方案是科学的,评分法是先进的。这种评分法不仅风温肺热病适用,其他疾病的中医临床科研也可参照应用。

总之,从这次全国中医内科学术会议的论文来看,有几个鲜明特点:即大多数都能突出中医特色,坚持辨证论治和整体观念的原则;注意发挥中医优势,从提高疗效入手,选择中医治疗经验丰富的病种和当前最迫切需要解决的难题,进行了比较深入的研究;建立具有中医特色的证候诊断和疗效判断标准,并有计划的组织全国性、多单位进行大宗病例的专题临床验证,为实现常见病证辨证论治规范化奠定了基础,摸索了经验;中医临床科研设计水平有了明显提高,科研思路较为活跃,而且都很注意中医疗效的可比性和可重复性,为正确评价中医疗效提供了有力依据。此外,在应用多学科知识和新技术、新方法,研究中医的证、基础脉象以及总结老中医经验等方面,也出现了好势头。我们相信,这次会议之后,必将进一步推动中医科研工作的深入开展,预计下一次全国中医内科学术会议,将会以更新的步伐,更高的水平,更好的成果,展现在全国中医界的面前。

(以上所引,均系会议资料)