前　言

中医内科学知识源远流长，书籍汗牛充栋。历代佳作，犹如璀璨明珠，光彩夺目。张仲景的《伤寒杂病论》以六经辨外感，以脏腑辨杂病，创立了中医学辨证论治的理论体系，奠定了中医内科学的理论和临床基础。之后，汉唐以来，有《肘后方》、《诸病源候论》、《三因极一病证方论》等。金元时期，有《素问病机气宜保命集》、《脾胃论》、《丹溪心法》、《儒门事亲》等。明清时期，有《证治准绳》、《景岳全书》、《张氏医通》、《医学心悟》、《医林改错》等医学名著。近代中医内科著作，更是层出不穷，硕果累累，异彩纷呈，都是中医伟大宝库中的瑰宝。这些古今医学典籍，构成了中医学术成就的绚丽画卷。

中医内科学发展的光辉历史证明，她的确是一座伟大的医学知识宝库，的确是一个浩瀚无边的知识海洋。

继承发扬祖国医学遗产，是时代赋予我们的使命。对于后学者来说，如何去打开这座知识宝库，如何去遨游这个知识海洋，其中有一个重要的方法问题。由于历史的原因，过去的中医典籍，重在临床经验的总结、基本理论和基本知识的积累。至于如何给后学者从方法学上进行指迷导航，这方面则涉及甚少。有鉴于此，我们在继承发扬前人科学的治学思想的基础上，融会现代方法论知识，参以编者数十年临床、教学和科研心得，编著成《中医内科津梁》一书。

本书详细介绍了中医内科学的学习方法，如何培养正确的临床思维，各种临床资料的记录整理，以及中医内科的现

代科研方法和最新研究进展。旨在使中医院校学生及其他初学者、自学者能从中找到步入中医殿堂的捷径，使中医临床、教学和科研人员能从中找到进一步提高理论知识，积累经验，启迪思维，参与基础和临床科研的方法和途径，为跨越中医内科知识的长河，到达理想的彼岸开设了渡口，架起了桥梁。

本书分为三章。第一章重点介绍中医内科的历史成就，基本知识和学习方法。第二章重点介绍中医内科病历书写，病案讨论，启迪临床思维方法。第三章介绍中医内科研究方法和现代研究进展，引导后学者深入内科学术前沿。

本书第三章的编写，曾得到王飞、曾红兵同志的协助，特此致谢。

由于时间仓促，水平有限，书中难免有诸多不足，切望读者指正。

编　者

1992年9月

目　录

第一章　中医内科学习指导…… 1

第一节　中医内科的发展概况及文献资料学习方法…… 2

第二节　中医内科的病名与分类…… 9

第三节　中医内科的辨证要点 …… 14

第四节　中医内科的学习方法和考核要求 …… 21

第二章　中医内科临床指导 …… 42

第一节　发挥教师主导作用的着眼点 …… 42

一、树立高尚医德，培养严谨学风 …… 42

二、加强四诊实践，贯通辨证施治 …… 44

三、发扬学术民主，开展师生讨论 …… 46

四、系统传授经验，突出学术渊源 …… 46

五、根据临床需要，举办学术讲座 …… 47

第二节　病历书写指导 …… 48

一、中医病历书写格式及内容 …… 48

（一）　入院病历 …… 48

（二）　入院记录 …… 51

（三）　再入院记录 …… 53

（四）　住院病程记录 …… 54

（五）　病例讨论记录 …… 56

（六）　病历摘要 …… 57

（七）　转科（转院）记录…… 58

（八）　交班记录 …… 58

（九） 接班（转入）记录…… 59
（十） 出院记录 …… 59
（十一） 死亡记录 …… 60
（十二） 门诊病历 …… 61
二、入院病历书写提纲 …… 62
三、病历书写示例 …… 70
（一） 入院病历示例 …… 70
（二） 入院记录示例 …… 79
（三） 再入院记录示例 …… 84
（四） 首次病程记录示例…… 87
（五） 病程小结示例 …… 90
（六） 病历摘要示例 …… 91
（七） 交班记录示例 …… 92
（八） 接班记录示例 …… 93
（九） 转科记录示例 …… 95
（十） 出院记录示例 …… 96
（十一） 死亡记录示例 …… 98
四、查房及病案讨论记录书写示例…… 100
（一） 科主任查房记录示例 …… 100
（二） 主治医师查房记录示例 …… 103
（三） 新入病人查房记录示例 …… 104
（四） 疑难病查房记录示例 …… 108
（五） 抢救危重病人会诊记录示例…… 110
（六） 疑难病科内讨论记录示例 …… 114
第三节 关于提高中医临床疗效的关键环节探讨…… 118
第三章 中医内科研究指导…… 124
第一节 中医药研究方法的分类及作用…… 124

一、传统研究方法…… 124
二、现代多学科研究方法…… 130
第二节　中医科研概况…… 137
一、中医科研基本知识…… 137
二、中医科研的选题…… 144
三、中医科研设计方案…… 148
四、中医临床疗效评价的原则…… 161
五、中医科研计划任务申请书的填写…… 163
第三节　中医内科现代研究进展…… 166
一、基础研究进展…… 166
二、临床研究进展…… 186
参考文献…… 221

第一章　中医内科学习指导

中医内科学是阐述内科疾病辨证论治规律的一门学科。其病种范围与妇科和外科有别，论治对象与儿科有异，治疗以内治法为主要手段。广义的内科学，包括现在中医院校开设的内科、伤寒、温病、金匮等四门课程在内。现在的中医内科教材，是指狭义的内科而言，内容仅包括常见的时行杂病、内伤杂病和虫证等。

就全面学习和掌握内科知识，提高内科临床水平来说，应按广义内科学的范畴去下功夫。如果仅是针对大专院校本科、专科和成人自考的分科考试，现行的中医内科教材则是学习和复习的重点。

中医内科是临床学科中的一门主课，它是前期各门中医基础课的继续和深入，阐明有关内科疾病的辨证论治。由于内科辨证论治的理论体系贯穿于临床各科之中，因此它又是中医临床课的基础，在中医临床课中占有相当重要的地位。

中医内科地位的重要性，决定了学习它的必要性和迫切性。要学好中医内科，必须熟读教材，广泛浏览、选读或精读一些参考书、杂志和资料。这些材料来源丰富，垂手可得。但是对于如何学好中医内科学，有关书籍和材料中则涉及较少。本章本着拾遗补缺的原则，拟介绍一些中医内科历代重要参考书、病名与分类、辨证要点、学习的重点环节和内科

试题概况等知识。

第一节　中医内科学的发展概况及文献资料的学习方法

中医内科学的形成和发展，经历了一个漫长的过程，它是我国人民长期同疾病作斗争的实践结果和经验总结。

春秋战国时代，由于无数医家的共同努力，著成了系统反映我国古代医学理论和丰富经验的古典医学巨著——《黄帝内经》，奠定了祖国医学发展的基础，确定了中医学的理论原则，对后世医学的发展产生了极为深远的影响。

汉代张仲景继承了《内经》等古代医籍的基本理论，总结当时人民同疾病作斗争的丰富经验，写成了《伤寒杂病论》，他以六经来概括和认识外感疾病，以脏腑病机来概括和认识内伤杂病，创造性地建立了包括理、法、方、药在内的辨证论治的理论体系，使祖国医学的基础理论和临床实践密切结合起来，为中医内科学奠定了基础。

晋代王叔和将当时散乱的《伤寒杂病论》编次整理，使之能流传后世。并著有《脉经》，把临床常见的脉象归纳为24种，对内科诊断起了很大的作用。

葛洪在《肘后方》里，记载了许多简便有效的方药。如用槟榔驱寸白虫（绦虫）；用含碘丰富的海藻、昆布治疗瘿病（甲状腺肿大）。该书对肺痨、天花、麻风等传染病有一定的认识。

隋代巢元方等编著的《诸病源候论》，是我国最早的病因病理学专书。从这部著作可以看到，我国医学在公元七世纪

以前，已较全面地掌握了内科、外科、皮肤科、五官科、小儿科、神经精神科疾病的知识，其中对内科疾病的记载特别详细，占全书的大半。如该书明确指出，患绦虫病是因吃了不熟的牛肉所致；甲状腺肿大的发生，与水土因素和情志内伤有密切关系；温病、时气温热、疫疠等病相类，有特殊的病因（乖戾之气），会互相传染，需要先服药预防等，它是学习和研究祖国医学的一部重要文献。

唐代孙思邈的《千金方》，和王焘的《外台秘要》，内容非常丰富，收集和保存了许多宝贵的医学资料。如《千金方》对精神病的症状作了生动的描述："或有默默而不声，或变多言而漫说，或歌或哭或吟或笑，或眠坐沟渠，啖食粪秽，或裸形露体，或昼夜游走，或嗔骂无度……如斯种类巅狂之人，合针灸与方药并主之。"书中还记载着用白头翁、苦参治疗痢疾；糖尿病易发生皮肤感染等。《外台秘要》谈到糖尿病的尿中有糖，"每发即小便至甜"。并记载有用动物的肝脏治疗夜盲；用羊靥、鹿靥（动物的甲状腺）治疗甲状腺疾病等。

宋代陈无择根据《金匮》"千般疢难，不越三条"的理论，写成了《三因极一病证方论》。该书内容虽以医方为主，但实际上非常强调研究病因对于治疗的重要性，对病因学和治疗学都作出了一定的贡献。

金元时期，一些医家结合各自的医疗实践经验，在理论上百家争鸣，独树一帜，形成了各具特色的医学流派，出现了以刘河间、张子和、李东垣、朱丹溪为代表的金元四大家。刘河间著《素问玄机原病式》、《伤寒标本心法类萃》、《素问病机气宜保命集》等内科书籍。刘氏对外感疾病的病机有独创性见解，强调"六气皆从火化"，故用药多偏寒凉。张子和

集生平的治疗经验，著《儒门事亲》力主攻邪，善用汗、吐、下攻邪之法。该书理论联系实际，不仅有理论阐述，而且附有验案佐证，较为详细地反映了张氏运用三法治病的基本观点和临床经验。李东垣创立脾胃学说，著有《脾胃论》、《内外伤辨惑论》等书。李氏从生理病理上强调脾胃的重要性，指出饮食有节是保证身体健康的关键所在，补脾健胃是若干疾病的重要治则，创制了补中益气汤、升阳益胃汤等调补脾胃的著名药方。朱丹溪是金元四大家中最晚出的一家，朱氏在内科学术上的传世之作是《丹溪心法》。“阳常有余，阴常不足”之论，是他的基本学术思想，治病善用滋阴养液和调理气血痰湿之剂。

明代的《医学纲目》、《明医杂著》、《证治准绳》、《景岳全书》和《症因脉治》等著作，在内科学上也有重要的贡献。楼英《医学纲目》，对中医基本理论有不少发挥，认为阴阳五行学说为中医理论体系核心，以阴阳脏腑分病，在疾病的分类上有鲜明的特点。王节斋著《明医杂著》，集明医医方，并著以己见而成，书中所载方药，临床较为实用。王肯堂的《证治准绳》，其中的《杂病证治准绳》为内科专著之一。该书本末俱备，分门别目，条理井然，有博而不杂，详而有要的特点。张景岳的《景岳全书》，其中《杂证谟》对内科杂病作了较详细的论述。在内科杂病的辨证论治上，擅长运用温补治法，认为自金元以来，刘河间“六气皆从火化”说，朱丹溪“阳常有余，阴常不足”说，二者均属偏见，加之后人不辨虚实，滥用寒凉攻伐，因此贻患甚多。所以，他力倡人之生气，以阳气为主，而阳气难得易失，故治病多以温补为宗旨。秦景明著《症因脉治》，书中证分外感内伤，治分经络

表里，就证以审因，就因以审脉，形成了辨证求因，审因论治的特点。

清代，中医内科学的一个巨大成就，是温病学说的建立和发展。在总结历代劳动人民和医家对传染病、流行病认识的基础上，继明代吴又可之后，叶天士、薛生白、余师愚、吴鞠通等医家，对温病学说作出了巨大贡献，建立了卫气营血辨证、三焦辨证的温热病辨证方法，发展了温病学说，使之成为中医学里一个有理论和实践意义的重要组成部分。吴鞠通的《温病条辨》和王孟英的《温热经纬》，成为论述温热病的两部重要著作。

清代还出现一些内容丰富的以内科为主体的书籍。陈梦雷等编《医部全录》，其中的诸疾部分，详细介绍了内科疾病的理法方药，分风、寒、暑、湿、咳嗽、呕吐、泄泻、霍乱等五十二门。在治疗方面，除了介绍一般药物治疗外，还收集了针灸、单方等治法。本书汇集古代资料，以病种为纲，以时代先后顺序为目，逐一归类，查阅颇为方便。此外吴谦等的《医宗金鉴》，张石顽的《张氏医通》，沈金鳌的《杂病源流犀烛》，陈文郁的《医述》，徐灵胎的《兰台轨范》，程钟龄的《医学心悟》，林珮琴的《类证治裁》等著作，都在继承前人著述的基础上，溶入自己的实践经验，都是中医内科的重要著作。清末张锡纯的《医学衷中参西录》，反映了当时中西医汇通派的医学观点，书中自拟验方若干首，临床确有较好疗效，在中医学术上取得了开拓性的成就。

应当指出，在中医内科学术发展的过程中，还出现了一些专题性的论著，开创了进行专题研究的先河。如明代胡慎柔著《慎柔五书》，论证以脾胃为主，出入于李东垣、薛立斋

之间，主张虚损、痨瘵分别论治，颇有见地。明代汪绮石著《理虚元鉴》，以论治虚劳（痨瘵为主）为特点，强调治阳虚当以健中扶脾，治阴虚当以清金保肺的治则。清代王清任著《医林改错》，书中论述了二十种气虚证，五十种血瘀证。王氏根据自己对气血关系的见解，提出了补气活血，活血逐瘀的重要治法，结合具体病情，创制或修改名方数十首，创立了较为系统的瘀血学说，对后世中医学术的发展产生了深远的影响。近代唐宗海著《血证论》。从阴阳水火方面深入阐发血证的理论基础，提出了止血、消瘀、宁血、补血等重要法则，对血证研究做出了巨大贡献。近代张山雷著《中风斠诠》，深入地论述了中风的病因病机和辨证论治，为较好的中风专著。

为了适应在新形势下中医学发展的需要，1979 年，原卫生部中医司和上海科技出版社开始组织全国十多所医学院校和中医研究院所的专家进行全国性的协作，编写《实用中医内科学》。该书历经四载，数易其稿，于 1983 年告竣，1986 年由上海科技出版社出版。这是一部既体现了中医内科学特点和内容，又富有现代中医内科时代气息的内科专著。

对于青年学生或青年中医来说，如果要想在内科学术上有所作为，除了学好中医内科学教材之外，还得注意培养自己获取新知的自学能力，阅读中医内科参考书和期刊杂志。

中医文献资料浩如烟海，这是祖国医学伟大宝库的重要部分。直接阅读中医著作，可以加深我们对祖国医学的理解、认识，而且也是继承和发扬祖国医学的需要，可根据学习和工作的情况循序渐进地学习，先重点选读几本，然后逐步深入，扩大范围。

阅读中医著作，应有虚心好学的态度，这样才能吸取书中之长，为我所用。清代医家周学海说得好：各种医书，“平心求之，皆有至理，如此久久，豁然贯通，自然臻于万珠一贯之妙，是从脚踏实地，真积力久而得，非从超颖顿悟，浮光掠影而来，自无明暗相兼，得失参半之敝矣”。而不要“每执一卷，未领真趣，先求其疵”。我们之所以去读中医书，目的在于汲取书中的真知，以致于应用。不是为了“先求其疵”。而且我们要能够真正做到取其精华、弃其糟粕，也只有在认真学习，充分领会原意的基础上才能办到。

读书的方法，除讲义要精读外，其他的中医书一般采取浏览、选读、详读等读法。

浏览：就是大体地、粗略地看一看，以了解该书谈哪方面的问题，对这些问题有一个初步印象。然后再决定是否详读或选读其中的某些部分。

选读：是使用较多的一种读法，中医书籍很多，尤其是对一些大部头的资料性的书籍（例如《千金方》、《外台秘要》等），要把每一本从头到尾读完，是不太可能的，而且收效不会太大。可以根据学习或工作的需要，选读其中的有关部分，以后需要时，又阅读其它部分。

详读：对重要的有关书籍，学术价值高的书籍，应详细阅读。例如《温病条辨》、《温热经纬》之于温病；《医林改错》、《血证论》之于活血化瘀。在学习和研究这些问题的时候，都是值得详细阅读的书籍。

在读一些比较难读，或内容比较生疏而又必须读的书籍时，也可以采取先浏览，后详读的办法。狄慈根所介绍的读书方法，对读医书也很适合。他说：“我阅读关于我所不懂的

题目之书籍时，所用的方法，是先求得对该题目的肤表的见解，先浏览许多页和好多章，然后才从头重新读起，以求获得精密的知识。我对该题目越熟悉，理解的能力就越增加，读到该书的终末，就懂得它的起首。这是我所能介绍给你的唯一方法。”

期刊杂志，可选择几种有关的重要杂志经常阅读，如中医杂志、中医学院学报及一些较好的中医药杂志。看杂志时，可先从目录选择需要的文章，每篇文章又可以先看两头，再决定是否通读全文。

在读书籍或期刊杂志的时候，最好能作一些摘录或读书笔记。这样做的好处是：在写的过程中，可以发现尚未弄清楚的问题；可以加深理解和记忆；可以作为以后参考、应用的材料。

“好记性不如烂笔头”这句话是有一定道理的。随着时间的推移，我们记忆的许多材料印象会逐渐淡漠，若用笔记记录下来，将来复习就有了资料，并可保证一些具体提法及统计数字等的确切性。也就是说，除了大脑记忆外，可以用笔记帮助存贮一些资料。积累多了，可以把相同问题集中归类。

做读书笔记或摘录，作好积累资料的工作，这对于今后无论是从事临床、教学或科研工作，都是很有好处的。要做好这项工作，关键在于坚持，正如陈毅说：“应知学问难，在乎点滴勤”。荀子《劝学篇》说：“不积跬步，无以至千里；不积小流，无以成江海”。以生动的比喻，说明了积累知识的重要性。

第二节　中医内科的病名与分类

中医内科古今病名上百种，至今为临床运用者至少有七、八十种之多。1985年版《中医内科学》教材仅介绍常见病49种。

中医病名历史悠久，早在殷商甲骨文，《周礼》、《礼记》中已有记载。内经《素问》和《灵枢》可谓古代病名的渊薮，较为系统详细地论述了疟疾、疫疠、咳嗽、肺胀、痹证、痿证、癫狂、厥病、鼓胀、消中、腰痛、水胀、饮证、喑病、血枯、伏梁、肠覃、石瘕等数十种，东汉张仲景《伤寒杂病论》，更是以病名为纲，针对各病的本证、兼证和变证，全面地进行辨证论治。例如《伤寒论》在对伤寒、中风、温病等论病之后，进而逐一辨析麻黄汤证、桂枝汤证、葛根汤证、柴胡汤证、白虎汤证、结胸证、膀胱蓄水证等。《金匮》则是以病名、脉象、证候、治疗并列篇名，例如《痉湿暍病脉证治篇》，对于篇中之痉病首先阐明其病以项背强急，口噤不开，甚至角弓反张为特点，然后即论述如何运用栝蒌桂枝汤、葛根汤、大承气汤进行辨证治。

现在中医内科学的体例，实际上源出于《伤寒杂病论》。现在各种版本的中医内科学，都是首先以病定篇名，然后逐一论述病名含义、病因病理、辨证论治。由于时代前进了，现在的内科当然比《伤寒杂病论》更加系统全面。

如何看待中医内科病名，中医内科病名算不算病名，按理这是不成问题的。中医病名历史悠久，内容丰富，本来是毋庸争辩的，现在既然把问题提出来了，那就有正名的必要。

中医病名，是中医在长期与疾病作斗争的过程中总结出来的理论知识和经验的结晶，中医病名是根据中医理论体系确定的，检验中医病名的科学价值，只能用中医的理论和实践作为判断是非的标准，如果舍此他求，则可能得出文不对题的结论。一个中医病名，主要是根据以下条件确定的：在发展过程中，有规律可循，有预后可测；有基本的治法方药。一般说来，中医病名是具备这些条件的。例如消渴病，其一，有固定的病名含义，即指饮食和情志失调等因素引起积热内生、阴虚燥热所致的以多饮、多食、多尿、形体消瘦，或尿有甜味为特征的一种疾病；其二，有基本的病因病理，即饮食不节，情志失调，房劳伤肾，或过服温燥药物等病因。形成阴津亏损，燥热内生的病理；其三，有由阴虚燥热开始→由阴损阳→阴阳两亏→阴竭阳亡的自然病理过程；初期多有“三多”和消瘦的主症，后期多有疮疡痈疽、皮肤瘙痒、肺痨肺痿、白内障、中风偏枯、水肿、泄泻等并发症；其四，根据消渴的基本病理过程和临床表现，系统地总结出了清热、益气、生津、滋补精血等常用治法方药；其五，本病的预后是清楚的：若“三多”严重，大骨枯槁、大肉陷下多属危候；尿浊和尿甜加重，为病重之征兆。戴元礼《证治要诀·三消》指出：“三消久而小便不臭反作甜、气在溺桶中滚涌，其病为重”；小便混浊如浮油状，为恶候表现；从《外台秘要》开始，历代医家都把消渴并发精神恍惚、昏昏思睡、烦躁恍惚，以及并发痈疽、水肿、泄泻等列为恶候；《医宗金鉴·消渴》还把消渴反不能食，传变为水肿、泄泻、热多舌紫而干，并发痈疽等列为不治之证。可见，中医病名具有鲜明的特异性，是对病因病理、临床表现、辨证论治和预后转归的高度概括，对

临床实践具有重要的指导作用。

中医内科病名如此繁多，从分类学的角度予以探讨，究竟有无规律可循，至今尚无一致意见。有的根据“三因”学说，主张分为外感和内伤两类；有的根据病性和病位，主张分为温病、时行杂病、肺病、心病、脾病、肝病、肾病、经终、气血、津液疾病、虫证等若干类；有的衷中参西，把内科疾病分为病、证、症，即认为感冒、疟疾、麻疹等为病，痰饮、瘀血、郁证等为证（指证候群而言），咳嗽、呕吐、胃痛等为症（指一个突出的症状而言）。的确，内科病名命名的根据和类别是多种多样的，然而在分类上还是可以找到眉目的，如感冒、疟疾、痢疾、肺痈、肺痨等，是根据疾病的独立完整性命名的；虫证是根据特定的病原命名的；痰饮、瘀血等是根据疾病的病理产物命名的；郁证、虚劳是根据综合性的病机命名的；头痛、胁痛、腰痛，是主症结合病位命名的；咳嗽、喘证、泄泻、便秘、眩晕、心悸、不寐、遗精、耳鸣、失音、汗证、水肿等，是以症状命名的；黄疸、鼓胀、斑疹等，是以体征命名的。

感冒、疟疾、痢疾等是病名，已得到公认，而咳嗽、水肿等是否算病名，则是当前争论的焦点。象这类症状性的内科疾病名称，仍然不应当把它作为一个孤立的症状来看待。它是以主症为中心，突出主要矛盾，并在此基础上，围绕这个主症，从纵横交错的关系中，从整体观念出发，全面系统地探讨其病因病理、发生发展、治法方药、预后转归，总结出了一套带规律性的东西，这种研究内科疾病的方法，正是中医理论特色这一，如果否定这类病名的意义，在客观上则是否定了中医的理论体系。下面试以水肿为例，看它是否具有

病名的作用。其一，它具有明确的含义，即由于体内津液气化失常，导致水液潴留，泛溢于肌肤，引起头面、四肢、腹背甚至全身浮肿的一种病证；其二，有翔实的病因病理，即风邪袭肺，风湿痹阻心气，疮毒内攻，肺脾肾脏气亏虚是其病因，津液气化失常是其病理；其三，在发生发展上，前人总结了气、血、水之间相互累及，“肺肾相传”、“脾病及肺”、“喘胀相因”，心肺肝之病最易传脾，病至脾肾则常并发凌心犯肺等传变特点；其四，根据错综复杂的临床表现，总结出了利尿、发汗、健脾益气、温阳化水、育阴利水、燥湿理气、清热解毒、活血化瘀、泻下逐水、扶正固本等治法方药；其五，具有较全的预后转归知识，经治后水肿渐消，食欲日增，脉象和缓，精神好转，则是病退佳兆；反之，若水肿日益加重，出现口唇爪甲青紫，呼吸喘促，不能平卧，缺盆、背心、足心平满、纹理消失，肚脐肿满反突，阴囊腐烂，皮肤流水，眼球肿胀，目光失常，舌质晦暗，则表示病重。《诸病源候论·水肿诸候》和《千金翼方》，从不同的侧面，总结了本病有“五不治”的死候；水邪闭阻三焦，出现关格不通，呕逆不止，或并发亡阴亡阳，亦属恶候。

水肿虽属一个症状，但以它为中心，通过历代医家的努力，总结出了这样系统全面的疾病知识，所以无论从过去和现在来看，它都起到了指导辨证论治的纲领作用。如果现在取消水肿这个病名，运用西医病名，那就可能导致在西医的充血性心力衰竭、肝硬化腹水、肾小球肾炎等病名之下，列出几个证型和处方而已，其结果必然是中医理论体系被肢解，其特色就被丢失，严重阻碍中医的独立发展。

现阶段运用中医内科病名，有利于中医学术的发展，这

是无可非议的。但另方面要看到，时代在前进，科学在进步，毋庸讳言，中医的若干病名，由于受历史条件的局限，它在反映疾病的本质方面可能不如西医病名那么准确。如西医的糖尿病属于中医消渴范围，而糖尿病单凭中医的望闻问切四诊资料，不结合血糖、尿糖的理化检查来判断病情进退，有时可能导致治疗上的失误；西医的肾炎属于中医的水肿病范围，如果单凭望闻问切四诊资料，不结合尿和血的理化检查来判断病情预后，有时会造成严重的不良后果。由于过去对消渴、水肿等病的微观变化认识不够，因此有时误将病情好转当成治愈，把病情反复或恶化，仅仅责之于“劳复”、“食复”、“房室复”等因素，这显然是不全面的。

前已述及，中医内科病名的作用和意义是肯定的，但由于它是建立在宏观认识基础上的，因此有其局限性。中医的病是对证的高度概括，而证是病的临床表现。如果通过四诊未发现任何病变，那就无病可言，无证可辨。现在临床实践证明，确有少数病人，西医理化检查有病，而中医望闻问切检查则无异常发现；还有，现代医学的某些病，尤其是神经内科中的一些病，如巴金森氏病、舞蹈病、肝豆状核变性、脊髓空洞症、多发性硬化、肌萎缩侧索硬化、病毒性脑炎等，虽各有其临床表现，但中医诊断常有四不象的情况，很难作出病名诊断。象这些在医学发展过程中出现的新问题，单靠古代的病名诊断难以满足临床需要，应当用发展的观点，面对现实，可以通过广泛的讨论和争鸣，逐步统一认识，不断补充确定新病名，必要时，也可引用一些现代医学病名。

第三节　中医内科辨证要点

辨证论治是祖国医学的基本特点之一，是中医诊断和治疗疾病的基本原则，是中医基础理论在临床实践中的实际运用，也是理、法、方、药的集中反映和具体实施。辨证论治对中医内科来说显得尤为重要，应在认真学习中医学基础、中药学、方剂学、中医内科学等学科及其它有关书籍的基础上，掌握好辨证论治。

一、辨证内容

辨证就是认识疾病的过程。根据四诊收集到的疾病资料，用中医理论进行分析、归纳和综合，从而正确地辨识疾病。作为中医内科来说，辨证要求着重辨识清楚以下内容：

（一）辨病名：中医不仅要辨证，而且也要辨病。但在辨病之后，同样要辨此病属于什么证。中医的证，是对某一特定疾病状态的病理生理、临床表现和诊断意见的高度概括。中医内科的病名，大部分是症状名称，如咳嗽、喘证、心悸、胃痛、黄疸、水肿等；但也有一些属于疾病名称，如感冒、疟疾、痢疾、肺痈、中风、脚气、蛔虫病、寸白虫（绦虫）病等。这些疾病，与现代医学相应病名所描述的临床症状基本相同。或者更确切地说，我国现代医学中类似的有关病名，是根据中医著作里早有认识的一些疾病名称而得来的。也有一些中医病名，其性质介于症状名称和疾病名称之间，如中医的心痛一病，就现代医学名称来说，主要见于冠心病，但还有少数心痛出现在高心病，主动脉瓣狭窄或闭锁不全等疾病，瘿病主要指单纯性甲状腺肿，但瘿病还包括其它一些伴有甲

状腺肿大的甲状腺疾病；又如哮病（又称哮证）主要指支气管哮喘，但还包括喘息性支气管炎。

辨证首先要求根据病人的症状、体征、舌象、脉象，分清主要矛盾，辨识清楚是什么病或什么症。这是辨证论治中极为重要的一环。

（二）辨病因：即辨明由于何种病因（如六淫、情志、饮食劳倦、痰饮、瘀血等）所致病。中医认识病因，主要以临床表现为依据。中医的病因学说，不仅是指致病因素本身，而更重要的是对各种病因作用于人体后，机体所产生的一系列症候的一种归纳、分类方法。因此，可以根据疾病的临床表现，辨识出导致该病的病因。这也是所谓的辨证求因或审证求因。

（三）辨病位：就其大要而言，首先要辨识疾病的在表在里。而病在表在里又与病因有密切关系。正如《景岳全书》所说："以表言之，则风寒暑湿燥慼于外者是也；以里言之，则七情、劳欲、饮食伤于内者也。"在分辨表、里之后，表证应深入一步辨识在肌腠（卫分）还是在肺，抑或肺卫同病。里证应深入辨识在何脏、何腑，或是主要影响经络、气血、津液。而有些疾病是先病在表，渐趋入里，或是表里同病。温病的由卫分到气分，或由卫分直犯营血，即由表入里之例；哮证的表寒里饮，外感寒邪，内有痰饮，则属表里同病。

疾病无论在表在里、在经在络、或在气在血，总是与人体的脏腑有关。所以，无论采用何种辨证方法，深入辨识病位，均需联系脏腑，所以，脏腑辨证又可作为各种辨证的基础，这也就是中医脏象学说在临床实践中的具体运用。

（四）辨病性：即辨识疾病的属寒属热属虚属实。寒证和

热证，是机体阴阳消长的反应。阳盛则热，阴盛则寒，阳虚则从寒化，阴虚则从热化。寒证由于感受寒邪或人体阳气虚衰所致；热证则由于感受热邪或人体阴精亏耗、阳气亢盛引起。除了单纯的寒证、热证外，还有不少疾病表现为寒热错杂，应深入分析证候、舌、脉，以判断其寒热的主次和多少。

辨虚实，即辨识患病当时人体正气的强弱和病邪盛衰的正邪消长情况。“邪气盛则实，精气夺则虚”。虚指正气亏虚，如人体气、血、阴、阳的亏虚；实指邪气亢盛，如气滞、血瘀、停痰、蓄水、热势亢盛、寒邪阻闭等。形成虚证时，主要是正气不足，但邪气亦不盛；形成实证时，主要是邪气有余，但正气亦尚未大衰。但在许多情况下，尤其是病程长，病情重者，往往会形成正虚邪实，虚实交错的复杂病情。且在正、邪之间互有影响，加重病情。如正虚则邪更实，脏腑功能失调，更易导致瘀血、痰浊、水饮等病理产物的停积；而邪实则正更虚，如气滞、血瘀、水停、热盛等邪实，将使正气更受郁遏和伤残。

（五）辨病势：是指用动态的观点，分析病情的寒热之间、虚实之间的进退变化，根据病情的发展趋势，进而判断其预后转归。中医“从阳得生，从阴得死”的理论，对于分析病势和转归有重要指导意义。一般说来，阳证、实证、热证，如伤寒论中的三阳证，预后较好；而阴证、虚证、寒证，如伤寒论中的三阴证，预后较差；阳实证转化为虚寒证为病进，而虚寒证转化为阳实证为病退。

正气和邪气之间的斗争，尤其是正气的盛衰、存亡，决定着疾病的变化、转归和预后。正盛邪退，疾病就渐趋好转、痊愈；正气大亏或邪气极盛，则病情趋向恶化，甚至预后不

良。如外感热病时，若在汗出之后，脉静身凉，即是邪气已退，正气复，疾病向愈的表现。温热病内陷营血，证见神昏、谵语、抽搐、出血等症，则是邪气亢盛，正虚不能胜邪，病情恶化的表现。在内科杂病中，若见脾胃衰惫，丝毫不进饮食；或大骨枯槁，大肉陷下；或声低息微，面色㿠白；或脉搏微细，甚至脉微欲绝等证，则是正气大虚，疾病严重的表现。

（六）辨病机：病机概括疾病的病因、病位和疾病过程变化的主要机理。辨病机即是对上述病因、病位、病性、病势等内容的归纳综合，以求得对病人疾病的完整认识，正确地认识疾病的本质，进面为治疗疾病找出明确方向，辨识和阐述病机，亦即是理法方药中理的部分，这是实施辨证论治首先必须解决的问题。

二、辨证方法

历代医家在长期的医疗实践中，创造了多种内容丰富的辨证方法，内科常用的辨证方法，有病因、八纲、脏腑、经络、六经、卫气营血等辨证方法。这些辨证方法是在不同历史时期产生的，因此内容各具特色，各有所长，各有运用范围。所以，就任何一种辨证方法来说，其内容都不够系统完善，不能离开其它辨证方法而解决内科疾病的辨证问题。至于古今传颂云：某某医家专用这种辨证方法，某某医家则专用那种辨证方法。这些虽一方面反映了某些医家的特长，但另一方面也反映了认识上的局限性与偏见。仔细分析起来，临床上不可能以某一种辨证方法，就能全部辨清一个疾病的病名、病因、病性、病位、病势、病机等各项辨证内容。

还须指出，内科各种辨证方法为内科基本知识的重要组

成部分，但若要系统地解决内科疾病的辨证论治问题，单靠辨证方法是远远不够的，非综合运用系统的内科知识不可。例如，通过运用上述辨证方法，可以辨明病因、病性、病位。然而要作出病名诊断，则必须根据每个疾病的病名含义和疾病的鉴别诊断知识，才能确定下来；辨病势、病机和转归，则必须掌握疾病的发展规律，方能成竹在胸；至于治法方药的选择，则更是重在临床实践经验的具体运用。由此可见，中医内科学与中医学基础，在基本知识上有密切的联系，但二者的研究任务和课程设置的着眼点是有显著差别的。

关于内科各种辨证方法之间的关系，总的来说，它们之间是相互联系，相互配合，相互补充，相互为用的关系。为了便于临床运用，现将其分析比较于后。

从八纲辨证来说，阴阳、表里、寒热、虚实，可以说是各种辨证方法的基础，但必须与其它辨证方法结合运用，它才具有更加实用的辨证诊断价值。例如，八纲辨证与病因辨证相结合，即可辨明风寒表证、风热表证、风寒表实证、风热表虚等证候；八纲辨证与脏腑辨证相结合，即可辨明脾肾阳虚、肺肾阴虚、胃肠实热、肺胃实热、脾胃虚寒、心脾血虚等证候；八纲辨证与卫气营血辨证相结合，即可辨明邪在卫分属表，邪在气营血属里，邪在卫气营多属实热证，邪在血分有邪热动血的实证，也有肝血亏虚的虚证；八纲辨证与六经辨证相结合。即可辨明太阳、阳明、少阳多表实热证，太阴、少阴、厥阴多里虚寒证。

经络辨证是内科学常用的辨证方法之一，但在具体运用时仍不能离开八纲辨证。根据经络循行的部位，可以反应某条经络和所属脏腑的病证；其病证的性质如何，则又必须运

用八纲辨证。如两胁属肝经所主，胁痛多属肝胆疾病，然而病情却有寒热虚实之分；又如头痛一证，痛在前额属阳明，痛在两侧属少阳，痛在颈项属太阳，痛在巅顶属厥阴，而进一步分析病性，则非结合运用八纲辨证不可。

又从病因辨证来说，中医的病因学，除了外感的六淫、疠气，内伤的精神因素，饮食不节、劳倦过度等致病因素外，还包括疾病过程中的病理产物，如痰饮、瘀血等。不同的病因，可以引起不同的病变，因此“辨证求因，审因论治”有重要的临床意义。但病因辨证必须与其它辨证相结合，才能充分发挥辨证诊断的作用。如临床上见到腹泻、食少、身重、苔腻的患者，按病因辨证，为湿邪所致；按脏腑辨证，则病变在脾。把两种辨证方法结合起来进行分析，即可辨明本病是脾为湿困，以致运化功能失常，因而表现为上述证候。又如在热病过程中，由高热引起的抽搐，常诊断为里热炽盛，热盛引动肝风。这些具体的临床运用说明，病因、八纲、脏腑等辨证的关系是不可分割的。

再从脏腑辨证来说，脏腑辨证是针对疾病所出现的各种证候，按照各个脏腑的生理病理特点及相互关系，并结合八纲、病因等辨证方法来进行分析诊断疾病的。如临床上常见的心悸健忘、失眠多梦、食欲不振、腹泻便溏、倦怠无力、面色萎黄、苔白、脉细弱等证，根据脏腑辨证显然属于心脾的病变，进而明确病性必须结合八纲辨证，才能辨明为心脾两虚所致。又如患者出现咳嗽痰多而稀、鼻流清涕、恶寒发热、头身疼痛、无汗、口不渴、舌苔薄白、脉浮紧等，对于这些证候，必须结合病因辨证才能作出风寒犯肺的诊断。

至于卫气营血和六经辨证之间，是既有区别而又有联系。

从表里关系来说，外邪侵入人体，无论是从皮毛入，或从口鼻入，病的发展总会表现出一定的阶段性。六经的三阳，虽同为阳证，但又以太阳为表，阳明为里，少阳为半表半里。卫气营血辨证同样要分表里，如卫分属表，气营血属里。从寒热虚实的关系来说，六经辨证的三阳证重点是分析表、实、热，三阴证重点是分析里、虚、寒；而卫气营血辨证，其中卫分和气分的病变与六经的三阳证有很多共同之处，如卫分证和太阳病都是分析的表证，气分证和阳明病都是分析的里证、实证等。卫气营血辨证的营血阶段，主要是分析热盛伤阴的证候，这与六经辨证的三阴证主要是分析虚寒证有所不同。

可见，卫气营血辨证和六经辨证，都是针对客观实际，结合八纲辨证的理论来分析病情的。而卫气营血辨证对热病的演变规律及治疗方法，都补充了新的内容。例如卫气营血的气分病与六经的阳明、少阳病，证型大多相似，但气分病所包括的范围更广，其中重视肺热的病变，就超出了阳明病的"胃家实"的范围。又如气分病的脾蕴湿热，多见于湿热病，这与六经的太阳病，纯属虚寒比较起来，在辨证论治上就有了发展。而热入营血所致的神昏谵语，抽风痉厥，在六经辨证中没有具体提出，所以，这是对外感热病在辨证上的发展。此外，卫气营血、六经和脏腑辨证的关系是密切的，如卫气营血辨证的"肺主气属卫，心主血属营"；六经辨证的阳明病的胃肠实热，少阴病的心肾虚衰等，都是与脏腑辨证的相互配合运用的例证。

综上所述，内科的辨证方法是多种多样的，内容极为丰富，各种辨证方法之间并不相互对立，而是相须为用的，所以内科各种辨证方法在临床上是综合运用的关系。对于临床

医生来说，融会贯通这些辨证方法，恰当地用以指导临床实践，无疑是提高辨证水平的重要环节。

第四节　中医内科的学习方法和考核要求

中医内科的历史源远流长，典籍汗牛充栋，古代多散见于中医类书之中，明清之后逐步形成专门学科。由于内科是临床各科的基础，是中医学术瑰宝的大荟萃，可见学习和研究中医内科在继承发扬祖国医学遗产中具有重要意义。

关于如何学习中医内科问题，下面重点讨论中医内科学教材和广义内科的学习思路。

一、中医内科学教材的学习

中医内科学教材由总论和各论组成。总论是内科学的一些基本知识，应当了解熟悉。各论是内科的核心内容，应当熟悉掌握。各论的每个病证，由概说（包括含义、沿革）、病因病理、辨证论治（包括治则和分型论治）几部分组成。现将这几部分内容学习的基本要求讨论于后。

（一）概说：重点熟悉掌握每个病证的含义。一个病的完整含义，是对本病病因病理的概括，如感冒的含义指出：感冒是由于感受触冒风邪所致的常见外感疾病，具有一定的传染性。临床上以鼻塞、流涕、喷嚏、咳嗽、头痛、恶寒、发热、全身不适为特点。在这个概念中，明确指出了其病因是外感风邪，病理为卫表不和，肺气失宣，临床表现以表证为主。如果把每个病的含义弄清楚，病证之间的鉴别就不会发生含混，有利于提高诊断水平。

关于每个病发生发展的沿革，教材上介绍的详略不一，了

解每个病的发展史，对于扩大知识面，当然十分重要，鉴于学习这一部分知识的难度大，对于初学内科的同志，可以不把它列为学习的重点，而学有余力者，可以去深入学习钻研它。

（二）病因病机：中医内科疾病，不少病种的病因病位相同，在学习中如何同中求异，突出各病的特点，是必须认真下一番功夫的。下面列举病发于肺，何以发为咳嗽、喘证、哮证、肺痈、癃闭、水肿、消渴、痿证等不同病证加以讨论。

1. 咳嗽的病因有外感、内伤两大类，总的病机为肺失宣肃，气机上逆。学习时，必须抓住肺失宣肃，气机上逆这个特点。

2. 喘证的病因有外邪、痰浊、情志、肺肾虚弱等。同是这些病因，也可以引起咳嗽，但二者的病机则有所区别。

痰浊壅阻于肺（实证）
肺肾清气不足（虚证）} →肺气出纳失常→喘证

可见，同是肺病，宣肃失常，气机上逆则咳嗽，而气的出纳失常则发为喘证。

3. 哮证的病因分为主因和诱因，主因为痰浊内结，诱因为外邪、饮食、劳倦、情志等。

哮证的发作是诱因引动伏痰（宿根）→肺气上逆→痰气搏击→哮证。故肺气上逆，痰气搏击为其病机特点。

4. 肺痈多因机体内热素盛，加之外感风热邪毒，或外感风寒化热，内外合邪，邪毒壅肺，热盛血瘀，化脓成痈。

5. 消渴之上消证，病位在肺和胃。素体阴虚生热，情志失调化火，导致肺热伤津，治节失职，水不化津，直趋于下，则口渴多尿。故肺热伤津，加之水不化液，为本证的病机特

点。

6. 癃闭的证型之一为肺热壅盛，由于湿热之邪壅阻于肺，加之移热于膀胱，以致上焦、下焦为热气闭阻，故形成癃闭。

7. 水肿可因风邪犯肺而引起。风邪犯肺，引起肺不能通调水道和下输膀胱为其病机特点。

8. 痿证可因肺热伤津所引起。外感温热之邪，热灼津伤，筋脉失养，导致手足痿弱不用发为本病。

由上述可知，病因病位基本相同，何以发为不同病证？可以从病机上加以类比区别。

（三）辨证论治：内科各论辨证论治部分，是学习内科的重要内容和着眼点，学习时要注意抓好以下三个环节。

第一，深入理解治则与病机和治法方药的关系。治则是根据前面病机提出来的，而治则又是后面治法方药的依据。如内伤发热，根据病机：

阴阳气血亏虚
劳倦内伤
七情郁结 → 气血阴阳不足→阴阳失调→虚热

气血痰湿郁结 → 气血运行受阻→郁结化热→实热

故治则为：虚者补之，实者发之。补是指调补阴阳气血而言，发是指因势利导，如气郁宜疏解，血瘀宜活血，痰滞宜化痰，湿郁宜辛开苦降。

第二，用类比的方法学习掌握各病证之间，一个病证不同证型之间的异同关系。各病证之间，有的界限清楚，容易鉴别。如中风、痫证、厥证之间，虽然都各有突然昏倒的主

症，但中风可见口眼㖞斜，半身不遂，清醒后常有后遗症；痫证可见四肢抽搐，口吐涎沫，或发出异常叫声，醒后一如常人；厥证多见面色苍白，四脚厥冷，无口眼㖞斜，手足偏废，亦无四肢抽搐等症。三者是可以鉴别的。又如感冒、外感咳嗽、外感头痛之间，三者均可由感受外邪引起，证候可表现为鼻塞流涕或咳嗽和头痛等。同是感冒患者，由于个体的差异，有的有咳嗽，有的无咳嗽；有的恶寒发热轻、头痛轻，而咳嗽重；有的恶寒发热和咳嗽轻，而头痛重。由于这些临床表现的差异，在中医内科病名的诊断上，就可能产生这样的情况，即以表证为主，而无或者仅有轻微的咳嗽、头痛者，就诊断为感冒；若表证较轻，而咳嗽、头痛重者，就诊断为咳嗽或头痛。由此可见，感冒与部分外感咳嗽、外感头痛之间，在一定的范围内是有内在联系的，只是临床症状上有轻重主次的不同而已。当然，必须明确，具有外感咳嗽、外感头痛表现者，涉及的病证很多，所以不能误认为外感咳嗽、外感头痛与感冒都有必然的联系。

又如咳嗽、喘证、哮证、肺胀之间都可出现咳、喘、哮的证候，即咳甚可兼见喘或哮，应该怎样下病名诊断呢？一个内科医师，在诊断过程中，若能认真思考以下三个问题，对绝大多数病证还是可以作出明确诊断的。三个问题为：一是证候的主次。若患者以咳嗽为主，偶因咳甚而兼喘或哮者，就应诊断为咳嗽。推而广之；一个患者可能有许多错综复杂的临床表现，诊断时一定要抓住主要矛盾；二是证候的特点。如咳嗽是肺气上逆、冲击气道所发出的咳声；喘是肺气出纳失常而表现出的呼吸急促，尽管喘也可时有咳嗽或喉间痰鸣，但其发病过程中的基本特点却是呼吸急促；哮证是痰气搏击于

喉间发出的痰鸣声，且有时发时止，止如常人的特点，其特点是其他病证不具有的，尽管哮证可兼有咳、喘证候，故仍是可以鉴别开来的；肺胀是以喘咳上气、胸中胀满、心累气短为主症，根据具有肺心两脏同病的特点，也是可以同其他疾病区分开来的；三是病史的特点，把病程的长短和整个病程中的主症结合起来分析，在诊断上具有重要意义，如哮证多有反复发作，时作时止或季节性发作的病史特点；肺胀的病程较长，有一个由轻到重、由功能性病变发展成器质性病变的过程。可见病史特点在诊断上的价值不可忽视。

又如鼓胀、水肿、癃闭、溢饮之间，几个病证都可以出现水肿证候，必须结合各病证的自身特点才能加以区别。鼓胀的水肿，往往出现于本病的后期，开始表现为腹水，然后逐渐延及头面四肢，且有腹胀如鼓、腹壁青筋暴露的特点；而水肿则常从头面及四肢开始，病至严重时才出现腹水，不具鼓胀的腹胀如鼓、腹壁青筋暴露的特点，二者容易区别。水肿与癃闭的区别困难，癃闭是以小便量减少或小便不通而言，临床常有这种情况，水肿多有小便量减少或不通，而部分癃闭患者亦兼有水肿，对于这类患者，有诊断为水肿者，有诊断为癃闭者，有同时诊断为水肿、癃闭者，究竟孰是孰非？的确难以作出明确的回答。客观加以评论，几个答案各有根据和道理，问题在于病名之间的界限不清，内容有相互包容。至于溢饮，是一个古老的病证名称，后世水肿这个病名确立之后，溢饮本来就已包括在水肿之中了，现在中医内科学之所以仍讲授溢饮，只不过是出自保存仲景论述痰饮内容的完整性而已，实无单独讲授的必要。

又如呕吐、泄泻、霍乱三者之间，也是既有区别，又有

联系的。呕吐、泄泻都是症状性的病名，霍乱具有特殊的含义，有其相对的独立性。呕吐是胃失和降，胃气上逆引起的以胃内容物从口中吐出为主症的病证。由于外邪犯胃、胃失和降，饮食不节，损伤脾胃，情志不舒、肝气犯胃所致的呕吐，属于实证。由脾胃虚弱，升降无权所致的呕吐，属虚证。呕吐患者，兼见泄泻者不少，但毕竟以呕吐为主。

泄泻是指脾虚湿盛、传化失常而致的，以排便次数增多，粪质清稀，甚则泻下如水为特征的一种病证，由寒湿、湿热、食积等引起邪阻胃肠，湿邪困脾，运化失常，清浊不分之泄泻为暴泻，多属实证。由脾虚不运，肾虚火不暖土，肝郁脾湿等引起水湿停滞，直走肠间而反复发作之泄泻为久泻，属于虚证。

霍乱为感受外邪和饮食不慎，其暑湿寒热秽浊之邪，困阻脾胃，引起清浊相干，乱于肠胃，故吐泻交作，津液大量丧失，短期内即可出现形容憔悴、舌卷囊缩、目眶陷下的危急重症。

呕吐和泄泻之间，由外邪和饮食所致之实证，相当部分患者的病因病理相同，只是临床表现以孰主孰次有所区别而已。霍乱的主证是指吐泻并作而言，实则为呕吐和泄泻的总括。其病包括了急性传染病的真霍乱，也包括了一般外邪和饮食所致普通吐泻，这种类型与前述的呕吐、泄泻有密切的内在联系。学习时应当加以融会贯通。

另外，在中医内科学中，由于病势的不同，相同的病因、病机可以引起不同的病证。然而在治法方药方面有无不同点？学习时不可放过对它们进行比较分析。如肝火可引起咳血、鼻衄等出血证。但咳血治宜清肝泻火、和络止血，方如泻白散

和黛蛤散之类；鼻衄的治法，除清肝泻火之外，还应配合凉血止血，方如龙胆泻肝汤之类。又如情志因素可以引起胁痛、呃逆、噎膈、泄泻、便秘、呕吐、聚证、鼓胀等病证，但其治法方药却是有所区别的。胁痛治宜疏肝理气，方如柴胡疏肝散；呃逆治宜降逆化痰，和胃止呃，方如旋复代赭石汤；噎膈治宜润燥化痰，方如启膈散；泄泻治宜抑肝扶脾，方如痛泻要方；便秘宜顺气导滞，方如六磨汤；呕吐治宜疏肝和胃降逆，方如半夏厚朴汤合左金丸；聚证治宜疏肝理气，行气消聚，方如木香顺气丸；鼓胀治宜疏肝理气，除湿散满，方如柴胡疏肝散合胃苓汤。

在中医内科学中，相关疾病内容的交叉、重复、相互包容的现象比较突出，把一些问题人为地加以复杂化，不仅增加了学习研究的难度，而且还会影响中医学术的迅速发展。对于中医学术内容的简单重复问题，在中医院校的教学中反应十分强烈。

一个病证的证型，为辨证的基本单位。它通常以病机命名，如肺脾气虚、脾肾阳虚、痰湿中阻、下焦湿热等。病机指导立法，治法是建立在病机之上的，在学习时，注意分析比较不同证型的特点，这是学习中医内科学的重点环节。一个病有若干证型，它们虽有共同的主证，但在病机、证候、治法方药上是有区别的。如头痛有风寒头痛、风热头痛、风湿头痛、肝阳头痛、瘀血头痛、气血亏虚头痛、阳虚头痛、阴虚头痛等类型。但风寒头痛的特点为痛连项背，治宜疏风散寒，选用针对性较强的川芎茶调散，不宜用治一般风寒感冒的荆防败毒散；风热头痛的特点为兼见风热表证，治宜疏风清热止痛，选用长于治头痛的芎芷石膏汤，不宜用治一般风

热感冒的桑菊饮；肝阳头痛的特点，是痛而眩晕，痛引颠顶，治宜平肝潜阳，选用天麻钩藤饮加减；瘀血头痛有痛久不愈，痛处固定，舌质瘀暗等特点，治宜活血化瘀，选用通窍活血汤加减。实践证明，这种通过类比分析，同中求异，抓住特点，理法方药贯通记忆的学习方法，可收到事半功倍的效果。

至于不同病证之间的相同证型，可以从两方面来理解，一是不同病证的相同转归，故证治相同；二是本属同一病证，具有多个主症，若将主症从不同角度归类，则实质相同的病证可散见于不同的病证之中。在学习中，能够发现和理顺这些错综关系，说明理解深刻，得其要领。

第三，学习中区别各型证候的界限宜清，但理解其间的关系宜活。界限不清，则概念模糊，若区别太死，则脱离实际。疾病证型的划分是相对的，而变化则是不停的，因此证型可以是单纯的，也可以是错综复杂的，这个阶段可以是这些证候，而那个阶段可以演变成那些证候。所以不仅要重视划分疾病的证型，更应重视用动态的观点去认识证型之间、阴阳气血之间、寒热虚实之间的转化和预后转归。

由上述可知，根据中医内科学各病种之间的病因病机和辨证论治内容多有近似之处的特点，所以在学习中要重视运用分析类比的方法。

二、中医内科试题述评

考试是检查和评定教学效果的重要方法。教学过程的完成，一靠学生学习努力，二靠教学有方，所以考试不仅是考试学生，同时也是考核教师。一门课程的考试，必须客观、准确地反应本课教学内容的深度、广度和难度，以及学生对此掌握的熟练程度。要达到这样的目的，就必须拟定一份具有

恰当的题量、题型和覆盖面等方面内容的试题。评估考试的水平，首先应评估试题的质量，如果单以考试成绩来衡量教学效果，那就是舍本逐末了。可见考题的研究十分重要。

当前中医专业的考题，在传统的问答、填空、病案等题型的基础上，又普遍采用了多选题的形式，同时又在是非题的基础上发展形成了判断分析题。从目前的趋势看，这些考题类型将作为一种模式在相当长的时间内被继续采用。为了更好地认识和运用这类题型，我们从内科试题的角度，对各类题型、命题，及其作用、优劣等方面作一点讨论。

（一）中医内科一般考题类型

近年来常用的试题类型有多选题、填空、名词解释、论述、问答、判断分析、病案分析等。

1. 多选题：多选题是50年代以来国外广泛运用的一种考题形式，我国从80年代以来开始用，这几年运用较多，类型有A、B、C、K、多项多选等。

（1）A型题：A型题又称单项选择题或最佳选择题，全题由一个题干和五个备选答案组成，题干位置在前，用以提出要求回答的问题。备选答案平列在题干之后，用A、B、C、D、E标明。备选答案是供应试者从中选择一个最佳答案。

（2）B型题：B型题又称配伍题。全题首先列出A、B、C、D、E五个备选答案，然后在下面提出两道或两道以上的试题，应试者可按要求从中选配正确答案。其列出的五个答案既可多次选择，也可一次都不选择，其中第五个答案E也可以改成“以上都不是”。对题干与备选答案的要求，与A型题基本相同。

（3）C型题：C型题又称比较多选题。命题形式与B型题

类似，也是首先列出一组答案，然后在下面提出两道或两道以上的试题。应试者从中选配正确答案，C 型题共有四个备选答案，它们和试题的关系，是一项对，一项错，或者两项都对，或者两项都错。

（4）K 型题：K 型题又称复合是非题或编码多选题。全题由题干和随后标明①、②、③、④的四段叙述组成。应试者可从四段叙述五种组合中，选择符合题意要求的正确答案，其五种统一组合的内涵具体规定为：

A：只有①、②、③是对的。

B：只有①、③是对的。

C：只有②、④是对的。

D：只有④是对的。

E：①、②、③、④全是对的。

（5）多项选择题：多项选择题由题干和五个备选答案组成。在五个备选答案中，可能有两个或两个以上，或者全部都是正确的。答题时必须将正确答案全部选出才能得分，错选或漏选者不能得分。

2. 填空和名词解释：这两种题型大家较为熟悉，故无须另释。

3. 论述和问答：这两种题型的性质相近。对于同一范畴的内容，命题者可以从论述题的角度命题，也可从问答题的角度命题。例如：

试述虚寒痢和休息痢的辨证要点。

虚寒痢和休息痢的辨证要点是什么？

前者为论述题，后者为问答题，实则两者答题内容和要求基本一致，只是出题和答题的角度有所不同而已。

4. 判断分析：这种题型是首先列出问题，要求应试者判断“正”、“误”，将“正”、“误”填写在括号内，然后再简述其或“正”或“误”的理由。

5. 病案分析：这种题型是考查应试者理论联系实际的分析综合能力。要求对所列病历进行病因病机分析，作出诊断，拟出治法方药。

（二）各类题型的作用及命题

命题、审题和配题是教师教学工作不可缺少的一环，要做好这一工作，首先应了解各题型的作用及命题中应注意的问题。

1. 多选题：在中医内科学中，绝大部分内容都需要记忆，采用多选题考试，因其题量多，考题覆盖面大，从面对每章、每节的重点内容都可以顾及，能较全面地检查学生是否掌握了本专业的基本内容。例如，1987 年底的中医内科学自考卷，其中多选题便涉及了病种 40 余个，占《中医内科学》教材所收病种的 80%左右。试题内容包含了病因、病理、主症、治则、治法、方药、鉴别诊断、病例、文献等，其测试广度是过去那种只出几道问答和病案题的考试根本无法相比的。

多选题中不同类型又各有其特点，现分述之。

（1）A 型题：这是目前最常用的多选题题型。由于试题内容可涉及本教材的各个部分，这就不仅考查了学生的知识面，对其反应速度和判断力也提出了较高要求。该题型的特点是五个备选答案均与主题有关，但只有一个答案是最佳的，其他答案则是干扰性的，用以迷惑学生。

（2）B 型题：B 型题的特点是，一个答案既可能选用一次以上，也可能一次也不选，其难度在于几道题是类似的，思

考就多了一层分析，因为答案可能相同或不同。这类题型可反映学生逻辑是否清晰，概念是否准确。

(3) C 型题：C 型题与 B 型题结构相似，不同的答案只有四个，因为 C 型题的特点是对两种事物（如两种药物、方剂、主证、病因、病机、诊断、治则、脉象、舌象等）进行比较。两种事物相比，只有四种可能，即一项对、一项错，或两项都对、两项都错。C 型题命题要注意两点：一是 A、B 答案不能互为对立、排斥，否则 C、D 答案就失去了存在的前提；二是 A、B 答案不能互相包含，否则 A、B 答案的正确与错误判断不清。

(4) K 型题：K 型题可以考查学生综合理解应用知识和推理的一般能力。但命题时要注意答案条件不能互相排斥和对立，要使应试者觉得所有备选答案都是可能的。还有一点需要说明的是，这种题型备选的四个答案中，学生如果对其中一个条件能够正确辨认，就能否定或肯定其中三个答案，也就是说，推测答对的机率较大，故在整个卷面中其所占比例不宜过多。

(5) 多项选择题：这是内科目前用得较多的题型之一。该题难度大，覆盖面广，无规律可循，考生必须准确掌握问题的全部内容才能得分，出题时要注意答案与教材相吻合，不能选或然症作为标准答案。例如这样一道中医内科试题。

泄泻的主要临床表现是：

A. 排便次数增多

B. 粪便稀薄

C. 急迫欲便

D. 小便短少

E. 肛门重坠

答案：A、B、C。

绝大多数学生未答“D”，原因在于该题要求的是泄泻“主要”临床表现，而“小便短少”仅是泄泻湿热证型中所出现的一个症状。并非泄泻的主要临床表现，所以多数学生不予考虑，拟定这样的标准答案是值得商榷的。类似这样的情况，稍有疏忽就会影响整个考试结果。

2. 填空题：填空可以考核学生对教材的熟悉情况。内容可是含义解释、病因病理、治则、证型、原文等。答案应是比较规范的句子，不宜杂乱。

3. 名词解释：名词解释可了解学生对基本概念掌握的准确程度，但所解释的名词必须是概念确切、有较准确定义的名词，一些本身就含混不清的词不应作为名词解释的试题。如内科的腹痛，本身就无准确的含义，这类名词就不宜作为试题。

4. 问答或论述：本类题型可以从各个角度对各部分内容进行考核。因此，一直是中医传统的出题形式。题目可深可浅，可以考学生的系统知识（从病因病理到治法方药）；又可了解学生横向联系的能力（将几个相似的病证放在一起比较）。命题应注意所提问题范围要适度，太小的题学生回答容易，起不到考核的作用；太大的题又可作长篇阐述，学生往往无所适从，考试时间也不允许。

5. 判断分析：判断分析题是从传统的是非题进一步发展而来的，即要求学生不仅对题目要判断是非（正或误），而且还要进行推理（简述理由）。本题型可了解学生概念是否清楚，掌握知识的深度和是否具备一定的逻辑思维能力。

这种试题的命题，可以说我们是刚刚起步，很多题目还有待于进一步完善，现行的一些命题能否经得起推敲，恐怕值得一问。应该说，出题不仅仅是考核学生，同样也检验了教师的综合知识水平。判断分析题的每一个字都应该是有考究的，稍有疏忽，就可能出错。例如，在一次半期测验中，我们将一道“尿甜是消渴病的主症之一”的判断分析题中的“之一”二字漏抄，结果许多学生因所答与标准答案相违而迷惑不解或提出质疑；又如前面所举“鼓胀皆由黄疸发展而成”一题，其中“皆”字若换为“也”字，题的意思就完全不同了。可见，出好本型试题要字斟句酌，推敲题意是否科学、准确，答案是否紧扣题意，是否经得起逻辑推理等等。

6. 病案分析：这是一个古老的题型，历代的医家都用此传授经验，学生主要也是从此获得医学知识。该题型的最大作用，是将理论与实践密切结合，考查学生归纳分析、解决问题的能力。命题时应注意试题的内容要规范，而所拟定的标准答案中的治法方药应灵活，凡是符合总则的类似方药均应该得分，否则就太死板，不符合临床实际。

（三）中内试题评价

1. 多选题：

优点：

（1）单位时间内题量多，能衡量学生知识面的广度。

（2）可信性较高，能客观反映学生掌握基本概念、基本知识和一般的比较、鉴别、推理、判断及文献知识的质量。

（3）评分客观性强，公正而准确，可以防止主观和客观因素的干扰（如教师阅卷时的情绪好坏、不同教师的认识角度，甚至学生字迹的好坏等），从而提高了分数评定的客观性，

不论谁来评卷，其结果总是一样的。

（4）评分容易，省时、省力。

（5）有利于对试题和成绩的分析和评价。

缺点：

（1）较死板，不灵活，多数只是考记忆。

（2）由于中医学理论的特点，有的标准答案与临床实际有一定距离（标准答案只能按教材制定）。例如这样一道题：

胃痛脾胃虚寒证宜首选：

A. 黄芪建中汤

B. 小建中汤

C. 理中丸

D. 香砂六君子汤

E. 大建中汤

答案自然是教材上所用黄芪建中汤。但从临床角度来说，选用其他方剂又未尝不可。从这类考题上也很难看出学生的实际水平。

此外，多项选择题所特有的一个弊端是，不能区别懂得一些和完全不懂者之间的差距，就是说，一个对某一问题已掌握了大部分内容（或核心内容）而仅漏答了一点不十分重要的（非实质的）内容的考生，与一个完全不懂的考生，都可能同样是零分。

2. 填空及名词解释：这两种题型的共同之处就是死记的成分多，学生没有发挥的余地。因而这两种题型在整个试卷中所占比例以不超过10%为宜。

3. 问答及论述：该题型题目灵活多变，可以有多种形式出现，有深度，也可有一定的广度，学生有自己发挥的余地。

但这类题往往比较杂乱，学生答卷信手阐述，评卷就十分费事，而且容易漏评。

4. 判断分析：该题型的特点是考题难，问题有一定深度。考生不仅要有坚实的理论基础，而且要具备一定的语言修养、逻辑思维、分析理解、归纳综合等能力，通过该型题可看出学生的智力水平。

答题难，出题也难。考题能否准确地表达命题者的考查目的？命题的是非界限是否清楚？题目会不会被曲解？都是十分棘手的问题。这种题型，题目太明显就失去了考试的意义，而太隐蔽又会使考生偏离题意。甚至评卷者能否准确理解命题者的意图，也是一个值得考虑的问题。

5. 病案分析：病案分析题是综合知识的运用，其优点是不言而喻的，不足之处在于考察的范围窄，只能涉及较少病种。

上述各类题型中，多选题一般称作固定应答式或客观性命题，其余的则为自由应答式或主观性命题。这两种形式各有所长，又各有所短，均不可互为代替。自由应答式的考题可考查出学生对知识掌握的深度，其缺点是题量少，考试内容窄，评分易受多种因素的干扰等，而这些恰恰可由固定应答式的考题来弥补。因此，要全面衡量学生质量，一般考试应综合应用两种考题，以满足考核要求的需要。

此外，口试和病历书写也是中医内科常采用的考核方式。

口试可有两种形式，一是统一命题，安排专门时间让学生一一答辩；二是随堂提问，灵活方便。口试可反映学生的应激能力、语言表达能力。同时，师生之间有直接交流的机会，能够沟通思想，加深理解。随堂口试还可及时了解学生

消化吸收情况，有针对性地加以疏导，往往可以产生较为热烈的教学气氛，也可激发学生的学习兴趣和对某些问题深入思考的热情。但口试的不足之处，在于占用时间较多，而且难以统一记分标准，因而不能作为正式考核的成绩。

病历书写是临床医生的基本功，作为一门临床学科，指导学生完成一份完整的病历，为他们走向临床工作打好基础，是内科教学必不可少的一项内容，通过病历书写，学生可初步了解病历的格式和基本要求，同时在临床见习中学得一些采集病史资料的方法。通过一份病历，可以看出学生的业务能力、思想水平、工作态度及综合分析运用知识的能力。由于病历书写是由学生在课堂外自由完成，因而难免有集体商讨成抄袭之弊，从而影响了成绩的真实性、可靠性，所以难以作为评定成绩的客观标准。

一份考题应包涵哪些题型？原因何在？我们已建议于前。但研究尚待深入，故上述意见仅作引玉之砖而已。

三、关于广义中医内科学的学习

广义的内科学，包括伤寒、金匮、温病在内。今之伤寒和金匮，就是东汉时张仲景所著的《伤寒杂病论》。晋代王叔和将其分为伤寒和金匮，伤寒旨在论述外感热病，金匮旨在论述内伤寒杂病。今天学习伤寒和金匮，实际上就是学习的古典中医内科学。

伤寒论是论述的广义伤寒，包括今之温病在内，从张仲景开始，到温病学派形成之前，古代医家基本上都是应用伤寒法则统治外感热病的，到 18 世纪中叶，叶天士创立温病学说之后，在外感热病治疗上，出现了伤寒学派与温病学派的纷争与并存的局面。

伤寒和温病是以不同的理论体系为指导，从不同的侧面阐述外感热病的辨证论治。伤寒学家从伤寒学说的角度，深入、系统地阐述了六经辨证纲领、传变过程和辨证论治规律；温病学家从温病学说的角度，深入系统地阐述了卫气营血辨证纲领、传变过程和辨证论治规律。这两门课程，在理论上都是自成体系，具有很高的学术价值。至于在诸多的外感热病患者面前，究竟孰为伤寒，孰为温病，目前尚无公认的客观标准。近年来，全国高热研究的实践对这个难题作了回答。用温病理论立论的研究者，把外感高热患者都纳入了温病范畴，应用温病方药进行治疗。当前从温病方面研究外感热病者多，取得了一些可喜的成果，而用伤寒理论立论的研究者，把外感高热患者都纳入了伤寒范畴，应用伤寒方药进行治疗，亦取得了良好治疗效果。这一客观事实提示我们，如果把伤寒和温病对立起来进行研究和学习，那就会束缚初学者的思路，一但进入临床之后，对于什么叫伤寒，什么叫温病，难免有茫然之感，需经历一个相当时期的重新摸索之后，才会有所心得体会。为了缩短或者避免初学者的重新摸索的过程，就应以外感热病来统括伤寒和温病，至于辨证论治，可以用伤寒治则，也可以用温病治则；有倡导辨证论治者，有倡以清热解毒的定型处方治疗者，各有千秋，都取得一定成绩。经过这样的引导，就会拓宽初学者的思维，就会在熔诸家之长于一炉方面下功夫，从而建立对外感热病进行全面辨证论治的观念。

至于金匮和今之中医内科学，则是古典内科学和近代内科学的关系，两者所论述的病种，多数病名是相同的，如疟疾、中风、历节、虚劳、肺痿、肺痈、咳嗽、胸痹、心痛、积

聚、痰饮、消渴、淋病、水肿、黄疸、惊悸、吐血、衄血、呕吐、呃逆、下利等病种，两者都作了介绍，但金匮的内容概括简略，从中可以学到有关病证的古典治法和如何学习古典医著的思路。如果说金匮是中医内科学的源，而今之中医内科学则是流，后者的内容更为详细具体，系统实用。在当前，把金匮和中医内科学结合起来学习研究，相互参照，具有相得益彰的作用。

在现行的中医内科学中，内科急症处理的介绍是一个薄弱环节，从临床实际需要出发，象高热、厥脱、神昏、中毒等内科急症，应列为内科的重要章节。

高热是指时疫流行，触冒疫毒之气；或因寒温失调，风寒之邪侵袭；或因感受其它六淫邪气，导致体温升高（多在39℃以上），身灼热、烦渴、脉数等为主要临床特征的病证。病证范围包括伤寒和温病在内。中医治疗高热，以伤寒学说和温病学说为指导，总的疗效较好。近年来治疗高热，采用多种方法治疗，总结了不少好的经验，就其趋势而言，在辨证论治的基础上，采用多种剂型、多种途径投药，必要时中西医结合的综合治疗方法比较符合临床实际。

厥脱是常见的中医内科急症。本病多由感受温热邪毒、内陷营血；或寒邪伤阳，直中少阴；或大汗、大吐、大下和大失血之后；或久病劳伤，气阴亏耗，阴阳之气不相顺接，气机逆乱而起。临床以四肢逆冷，面色苍白，时出冷汗，神情淡漠，脉微欲绝，血压下降，甚至昏不知人，唇甲发绀等为特征。证有寒厥、热厥之分，阴脱、阳脱和阴阳两脱之别。西医的感染性休克、失血性休克、心源性休克、过敏性休克、药物和食物中毒性休克，与本病的临床表现相近。中医治疗厥

脱，根据临床表现的不同，常采用益气、回阳、解毒、通腑、开窍、化瘀、平肝等治法，其临床疗效一般较好，尤其是采用多种剂型、多种途径投药、中西医结合等综合治疗，使急救效果有了明显的提高。

昏迷也是内科常见的急症之一。它是若干内科疾病发生发展的转归，因此病因病理比较复杂。主要病位在心和脑，临床表现以神志不清和昏迷为临床特征，其病机有热陷心营、阳明腑实、痰湿蒙窍、痰热交阻、湿热上蒸和肝阳暴涨等。治宜清热凉营、通腑泄热、涤痰开窍、凉血散瘀、清热利湿和平肝息风，或中西医结合等综合疗法。

中毒急症，古代中医典籍，如《金匮要略》、《诸病源候论》、《千金方》、《景岳全书》、《寿世保元》中，都有一定的论述，惜其近代有所忽略。而在现实工作中，中毒却是一个常见内科急症，应当受到充分重视。所谓中毒，是指某些物质进入人体后，引起机体阴阳失调，气机逆乱，损害组织与器官，甚至引起机体的气机升降废、出入止、神机化灭而死亡的一类病证。引起中毒的物质称为毒物。中毒的原因，以误食不洁的食物，如毒蕈、腐败食物、饮酒过量等为多见。其次为药物中毒，以用药不当、用量过大、炮制煎熬不得法等。再其次，为蛇咬伤、蜂刺伤之类的中毒。

中毒主要的临床表现为，面色潮红、出汗、皮疹灼痛、皮肤溃烂、青紫、黄疸、瞳仁放大或缩小、惊厥、谵妄、麻痹、昏倒、呼吸失常、口干、流涎呕吐、呕血、腹泻、便血、心动过速、心动过缓、流产、耳聋等。

中毒的处理原则：立即终止食用、药用、吸入和接触之毒。迅速清除进入体内已被吸收的和尚未吸收之毒，可选用

涌吐排毒、中和解毒、泻下排毒、利尿排毒等治法。针对中毒出现的抽搐、厥脱、喘促、昏迷进行紧急的急救处理，可用中西医结合的急救措施。

第二章　中医内科临床指导

提高中医内科后期临床教学，所涉及的环节很多。本章重点讨论关于发挥教师主导作用，加强病历书写指导和如何启迪临证思维。

第一节　发挥教师主导作用的着眼点

教学实习，包括课间见习，课间集中教学实习和毕业实习。是课堂教学的继续与深入，是整个教学计划的重要组成部分。

课堂教学和教学实习，是侧重点不同的两个教学环节。目的都是为了使学生获得理论与实践相结合的比较全面的知识。搞好教学实习，不仅可以培养学生的实际工作能力，而且可以在实践中复习、巩固和发展课堂所学的理论知识，并用以解决实际问题。在教学实习过程中，和课堂教学一样，教师是主导，学生是主体，必须充分发挥教师在教学实习中的主导作用，才能收到好的教学效果。如何发挥教师的主导作用，现将其要点分述于后。

一、树立高尚医德，培养严谨学风

医疗道德是医生思想品德表现的一个重要方面。古人对此非常重视。历代受人尊敬的著名医家，都具有高尚的医德。

表现在他们对病人极端负责任，对技术精益求精。张仲景是一位伟大的医学家，他高尚的医德和对医学献身的精神，表现在他勤求古训，博采众方，对病人高度负责。他精心平脉辨证，批判了不详查病情，相对斯须，便处汤药的错误态度。孙思邈在《千金要方·大医精诚》中，强调医生必须博极医源，精勤不倦。不得道听途说，而言医道已了。对待病人，不得问其贵贱贫富，长幼妍媸，怨亲善友，均应当成亲人看待。省病问疾，应当至意深心，详查形候，不得于生命之上，率尔自逞俊快。更不得多语调笑，炫耀声名，訾毁诸医，自矜己德。偶尔治瘥一病，则谓天下无双。国际主义战士白求恩大夫，毫不利己，专门利人，对工作极端负责任，对人民极端热忱。医学院校教师应该在“教书育人”原则指导下，以张仲景、孙思邈、白求恩为榜样，言传身教，把学生培养成具有高尚医德的全心全意为人民服务的好医生。

教学实习过程中培养严谨的学风，是指培养学生用科学的态度观察病情，判断疗效。观察病情要详细具体，注意开始怎样，治疗过程中怎样，治疗后又怎样。必须用动态的观点去观察认识。对于住院的重危病人，更应该详细观察，详细记录，仔细分析，掌握病情转归。例如高热病人，经治疗后汗出脉静身凉，虽然尚有倦怠乏力，仍属佳兆。若汗出之后，烦躁不安，四肢逆冷，脉微欲绝，则属虚脱表现，应及时抢救。若汗出之后，脉象急数，躁扰不宁，神志恍惚，则属邪热内陷，不可放松警惕。又如失血病人，神志安静，脉象虚软和缓，属于病情稳定或趋于好转。若出血之后，更加心烦不宁，脉象疾数，是可能再次出血的先兆。再如温病热入营血，证见高热，舌质红绛。经治疗后随着体温的下降，舌

质也逐渐变淡，是病情好转的表现。若体温下降而舌质不变或反而红绛加深，说明体温可能再度升高。而湿温病人出现发热、胸痞、苔腻，经治疗后诸症均减，则是病退征象。若体温下降而舌苔如故，则病情常有反复。

在实习中，要注意培养学生用科学态度观察治疗效果。是一就是一，是二就是二，不夸大，不缩小，要客观真实。一般说来，观察疗效要考虑以下三个方面：一是病人反映的病情进退情况。二是医生根据四诊合参，加以分析判断的情况。三是结合物理检查、化验检查等进行综合分析。这三种判断依据，后者更为准确可靠。例如肾炎水肿，治疗后病人反映病已痊愈，医生通过四诊，似乎无证可辨。但结合化验检查，尿中蛋白尚未完全消除，故仍属病未痊愈，应当继续治疗。又如消渴病，经过治疗，临床症状完全消失，但尿糖、血糖尚未恢复正常，仍然不可中断治疗。

二、加强四诊实践，贯通辨证施治

中医临床实习，如何四诊，如何辨证施治，是实习阶段基本的训练，也是实习的重点。

四诊的过程，就是对病情调查研究的过程。四诊的内容及临床意义，学生必须熟记。四诊的顺序，现在多数医家主张先问诊，然后望、闻和切。为了方便初学者，有条不紊，全面无遗地进行问诊，明代张景岳提出了“十问歌”：“一问寒热二问汗，三问头身四问便，五问饮食六问胸，七聋八渴俱当辨。九因脉色察阴阳，十从气味彰神见。”由于“十问歌”中有些不属于问诊的内容，因此，方药中教授把它改为：“一问寒热二问汗，三问头身四问便，五问饮食六问寝，七问精神八问变，九问经产十问因，逐一问之莫胡乱。”（见方药中

著《辨证论治研究七讲》，人民出版社，1979）方氏修改的“十问歌”合理，初学者应当记诵。如不熟记，问诊时容易产生片面和遗漏。望诊，指望神色、形态、舌质舌苔、皮肌等。在这些内容中，往往对于望神有所忽视，曾一度被一些学不深究的人误解为虚玄莫测的玄学。其实这是一项朴实的望诊内容，颇有参考价值。神是人体生命活动的总称，包括人体生理机能和病理改变的外在表现，从人的精神状态、眼睛、容颜、舌象、脉象中反映出来。其中眼神最能反映病情变化。《素问·移精变气论》说：“得神者昌，失神者亡。”证诸临床，可谓经验之谈。闻诊，指闻声音、气味。切诊，指切脉象和胸腹四肢。关于切胸腹四肢，古已有之。一些医生将切诊简单地理解为只是切脉，这是错误的。

对疑难病人辨证论治，是学生实习的又一难关。其难点在于：应该采用何种辨证方法，对错综复杂的临床表现如何分析归纳。针对学生的实际情况，教师应当结合具体病人，运用病因、气血津液、脏腑、经络、八纲、六经、卫气营血、三焦等辨证方法，从不同的角度进行分析辨证。反复比较它们之间的异同，找出它们之间的关系。启发学生将各种辨证方法融会贯通。明确脏腑气血辨证适用于辨病位，八纲辨证适用于辨病性的寒热虚实，病因辨证适用于审因论治，六经辨证、卫气营血辨证适用于外感热病。临床上，并非某种辨证方法只能用于某些疾病，也并非一种辨证方法能适用于所有疾病。临证时，往往是几种辨证方法的综合运用。这样启发学生，印象深刻，易于掌握。

在遣方用药上，带实习老师要毫无保留地传授自己独到的经验，这些经验十分宝贵。同时为了使学生能知常达变，在

传授经验的同时，也要指明遣方用药、随证加减的一般规律。

三、发扬学术民主，开展师生讨论

在教学实习中，要注意发扬学术民主，尽量采用讨论的方法带实习。

课间见习，由于学生的课程尚未学完，参考书看得不多，缺乏临床经验。这个阶段主要是教师处理，学生观看，老师带着走的阶段。但在毕业实习时，特别是在毕业实习的后期，学生的基础就不同了。教学计划规定的中西医各门课程均已学完，看了不少参考书，经过前一阶段的见习已有一定的临床知识，因此带实习方法必须相应改变。即采取学生看病，教师把关，疑难病人师生共同研讨的实习方式。

学生在实习中，特别是在写毕业论文的过程中，对某些问题读的资料多，常常可能提出一些难度较高的问题。对这些问题，适于用带启发性的讨论方法解决。对一些需要经过进一步思考和准备之后才能回答的问题，应该认真考证，这样有利于把问题引向深入。

实习学生诊治病人，有正确的，有错误的，也有属于有争议的。教师对于正确的要肯定，对错误的要纠正。对于当前有争议的问题，要引导学生充分发表意见，教师要客观分析，指出争议焦点。不要以个人经验作为划分是非的唯一标准。

四、系统传授经验，突出学术渊源

学习继承带实习教师的学术经验，是实习的目的和意义之一。教师传授经验的途径，或者举办专题讲座，或者学生边实践边指导，或者把经验写成资料，书面传授。教学实践证明，这些都是传授经验的好办法。

关于书面传授经验，过去一些教师做了不少工作，积累了许多经验。例如有的教师擅长运用虫类药物，有的教师擅长治疗肝病、淋证、痹证等，他们将自己的经验整理出来，在学生实习过程中，交给学生抄阅。由于教师给了学生学习经验的方便，因此学生学得全，掌握快，效果好，值得提倡。

教师传授经验要突出学术渊源，不要什么都用我的经验来加以简单化。水有源，树有根。严格说来，我们今天所说的经验，一部分是继承前人经验之后的重复印证，另一部分则是继承前人经验之后的发展创造。为了使学生全面学习掌握教师的学术经验，应当向学生讲清学术渊源。宗哪家哪派，源出哪本著作，如何去学习研究这些著作。这样就自然地把继承和发扬，前人和自己结合起来，源流清楚，印象深刻。

五、根据临床需要，举办学术讲座

临床实习是课堂教学的继续。在临床实习阶段，对于一些课堂教学尚未讲授，临床上又急需的知识，或者课堂上已学，需要结合临床进行深入探讨的知识，应当根据临床需要，举办学术讲座，作为课堂讲授知识的补充。也就是说，临床实习阶段，担负着缺什么补什么的补课任务。

学术讲座的内容，题材应该广泛。如结合时令以及教师专长，有计划地深入讲授内科各个病种。也可以讲授理化检查的基本常识，临床思维方法，中西医结合的新进展。

对于常见病的讲座，在病种方面可能与教材有重复。但由于带实习教师结合了各自的学术专长和临床经验，因此在讲授内容的深度、广度和侧重临床上，则往往有独特的新的内容。所以这类讲座，不是课堂教学的简单重复，而是课堂教学的深入和发展，是医学理论知识与临床实践的有机的结

合，是很有必要的。

第二节　病历书写指导

中医病历是用望、闻、问、切四诊和辨证论治方法，对病人疾病的演变过程、诊治情况、预后转归作真实记录。它是医疗、教学和科研工作的重要资料，是医院医护质量和技术水平的重要标志。它是医务人员将医学科学与临床实践相结合的宝贵产物和劳动成果。必要时，也是重要的法律依据。书写病历是临床医务人员必须掌握的一项基本功和应尽的职责。因此，医务工作者必须用严肃认真的科学态度来对待病历书写，医院必须狠抓病历书写工作。

中医病历的内容，重点突出中医特色。同时根据医疗实践的需要，结合当前中医和西医学术相互渗透的时代特征，对临床有关检查诊断，亦须记录在中医病历之中，作为辨证论治的参考。

现就病历书写格式和内容讨论于后。

一、中医病历书写格式及内容

（一）入院病历

1. 书写要求：书写入院病历的目的，是为了提高助理住院医师和实习医师采集病史、中医四诊、西医查体及记录医疗文件的能力。因此，必须在全面、准确收集临床资料的基础上，以中医整体观为指导，经过分析综合，加工整理后书写。其要求如下：

（1）内容系统完整，重点突出，主次分明。文字简洁精炼，措词准确。切忌杂乱无章，主观臆断，词语含糊，前后

矛盾。应使用医学术语和书面语言记录，使之具有高度的科学性和逻辑性。

(2) 凡病人叙述的病因、诱因、方名、药名、理化检查结果以及用方言俗语叙述的症状、病征，均应加用引号。

(3) 病历中用数字表示的内容如病程、记录时间等，一律用阿拉伯数字。

(4) 实习医师或助理住院医师在住院医师指导下书写入院病历，一般应在次日主治医师查房前完成。用蓝黑墨水钢笔签正楷全名。如系急诊抢救病人，须立即书写抢救记录，待情况允许后随时完成入院病历。但最迟不得超过入院后 24 小时。

(5) 住院医师在入院后 48 小时内，用红墨水钢笔修改审定完毕，并签正楷全名。一律采用正规修改符号。如修改内容超过 10 处或不便修改，住院医师应责成书写者重新书写，再修改签名。

2. 书写格式

姓名　　性别　　年龄　　民族　　籍贯
职业和工种　　婚姻　　工作单位
家庭住址　　负责人姓名
与患者关系　　地址及电话号码
干支纪年　　节气
入院时间　　病史采集时间
病史陈述人　　可靠性

问　　诊

主症

新病史
旧病史
现症
其它

望闻切诊

舌象
脉象
神色
形态
肌肤
声息
气味
头面
五官
颈项
胸胁
腹部
腰背
四肢
俞穴
二阴
排出物

四诊摘要

注：按问望闻切诊的顺序，简明扼要地摘录与诊断辨证有关的资料，以短文形式书写。无临床意义的资料一律省去。

中医诊断及治疗

初步诊断（病名诊断、证候诊断）

治法

方药

煎服法

调护

体格检查

注：按视、触、叩、听、嗅的顺序记录有关的阳性和阴性体征。

理化检查

注：记录病人入院当时所作的各项检查结果。

西医诊断及处理

初步诊断

处理

医生签全名或盖章

病历完成日期

修正诊断或补充诊断日期

修正诊断或补充诊断

注：包括中医和西医的修正诊断和补充诊断。若无，则此项省略。

医生签全名或盖章

最后诊断日期

最后诊断

注：包括中医和西医的最后诊断。若对初步诊断无修正或补充，最后诊断与初步诊断相同者，此项可省去。

医生签全名或盖章

（二）入院记录

1. 书写要求

（1）由住院医师书写。一般在次日主治医师查房前完成。

主治医师应在 72 小时内用红墨水钢笔修改审定并签正楷全名。

(2) 内容顺序与入院病历基本相同，但较简略。每一部分的小标题均可略去，而以短文形式连写。

2. 书写格式

入院记录

一般项目

问诊

注：各部分内容分段书写。旧病史和其它项目的内容只记录与本次所患疾病有关的内容。

望闻切诊

中医初步诊断（病名诊断、证候诊断）

治法

方药

煎服法

调护

体格检查

理化检查

西医初步诊断

西医处理

医生签全名或盖章

病历完成日期

修正诊断或补充诊断日期

修正诊断或补充诊断

医生签全名或盖章

最后诊断日期

最后诊断

医生签全名或盖章

（三）再入院记录

1. 书写要求

（1）因同一疾病复发加重多次住入同一医院的病人，既往病历在档。记录者须在详细阅读既往病历后；书写再入院记录。再入院记录的标题为“第×次入院记录”。

（2）内容和书写格式与入院记录基本相同。每一部分的小标题均可略去，以短文形式书写。

2. 书写格式

第×次入院记录

一般项目

注：记录病人姓名、性别、年龄、入院时间、第几次入院、病史采集时间、陈述人及可靠性。其余项目如与既往病历内容相同，则可略去。

问诊

注：按时间顺序扼要记录历次住院诊治经过。其中重点记录上次出院至本次入院期间的诊治情况及现症。旧病史及其它项目内容与既往病历相同者可略去，有变化者应予记录。

望闻切诊

中医初步诊断（病名诊断、证候诊断）

治法

方药

煎服法

调护

体格检查

理化检查

西医初步诊断

西医处理

医生签全名或盖章

病历完成日期

修正诊断或补充诊断日期

修正诊断或补充诊断

医生签全名或盖章

最后诊断日期

最后诊断

医生签全名或盖章

（四）住院病程记录

住院病程记录包括首次病程记录、续接病程记录和病程小结。由住院医师或住院医师指导助理住院医师、实习医师、进修医师书写。

1. 书写要求

（1）新入院的病人开始3天，必须每天记录一次。其中首次病程记录的完成时间与入院记录相同。续接病程记录普通病人每周记录2次，守方治疗的慢性病人也可以每周记录1次。病情突变应及时记录。危急重病人应随时书写抢救记录。住院日期超过1月者，每月应记录病程小结一次。

（2）首次病程记录的格式和内容

一般项目应以短文形式连写病人的姓名、性别、年龄、职业、民族、婚姻、籍贯及入院时间。

病史特点应编号分段列出入院病历中下述内容特点：

①与诊断治疗关系密切的一般项目特点，如性别、年龄、

职业、节气等。如无关系，则不必列出。

②主症特点。

③新病史及现症特点。

④与诊断治疗有关的旧病史及其它情况特点。

⑤望闻切诊特点。

⑥体格检查特点。

⑦理化检查特点。

中医诊断、鉴别诊断、治法、方药。应通过辨证分析，明确疾病的病因、病性、病位、病势、标本缓急等内容后，作出中医初步诊断（包括病名诊断、证候诊断。并写出辨证分析）。分段书写类证鉴别及其依据，立法遣方依据。指出疾病的发展趋势。安排下阶级的治疗计划。以短文形式书写，不再单列处方。

西医诊断、鉴别诊断、诊疗计划。应简明扼要地写出诊断依据（包括病因诊断、解剖诊断、病理生理诊断、功能诊断），鉴别诊断依据。如配合西药治疗，应说明理由，用药依据及疗程。

（3）续接病程记录内容：以下每项记录均要求突出中医特色，以中医内容为重点记录在前，西医内容于后。

病人目前的症状、舌象、脉象以及体征、理化检查结果等。对比以前的情况并说明其动态变化，判断治疗效果，分析疾病趋势，提出诊治建议。

准确记录上级医师对诊断、治疗和调护的意见及依据，执行情况和结果。

医嘱更改及其依据。

修正诊断、补充诊断、最后诊断及治疗的依据。

特殊药物开始使用日期，停药日期，剂量，疗效及用药后的反应等。必要时制定表格记录。例如马钱子、乌头等毒性药物治疗观察表，地高辛治疗观察表、胰岛素治疗观察表等。

诊疗操作的经过情况。

院内外会诊意见。

病人的思想、情绪和心理变化。对医院科室工作的建议、意见和要求。家属或单位负责人提供的有关情况及医生对他们的说明（包括病情、注意事项等）。

（4）病程小结格式及内容：一般项目同首次病程记录，并写明小结时间，住院日数。

入院时情况

注：包括四诊摘要、体格检查和理化检查摘要。

入院诊断

注：包括中医诊断和西医诊断。

诊治经过

注：入院至小结期间诊断和治疗情况。

目前情况

注：包括经过治疗以后病情的变化情况，目前的四诊摘要，体格检查和理化检查摘要。

小结诊断

诊治计划

注：包括观察病情的重点，计划检查的项目，治疗方法，注意事项等。

医生签全名或盖章

（五）病例讨论记录

病例讨论包括疑难病例讨论和死亡病例讨论。由住院总医师组织，科主任或主治医师以上医师主持，全科医师参加。经治医师应详细记录讨论情况，并于24小时内整理完成，书写在续接病程记录中。格式及内容如下：

讨论时间

讨论地点

主持人（姓名　　职务　　职称　　）

参加人员

病历报告人（姓名　　职务　　职称　　）

病历摘要

发言记录

讨论小结

注：详细记录主持人对诊断、辨证、治疗的全面小结的意见。

记录人签全名或盖章

（六）病历摘要

姓名　　性别　　年龄　　籍贯　　民族

职业和工种　　入院时间

摘要时间　　已住院日数

入院时情况

注：包括四诊摘要，体格检查和理化检查摘要。入院时中医诊断和西医诊断。

诊治经过

注：入院至摘要期间诊断和治疗情况。

目前情况

注：包括经过治疗以后病情的变化情况，目前的四诊摘要，体格检查和理化检查摘要。

目前诊断

目前治疗

其它

注：本项因病历摘要的目的不同，内容也不尽相同。例如，为了会诊可写“会诊目的”，为了病例讨论可写“讨论目的”，因病人单位需要了解情况可写“注意事项”等等。

医生签全名或盖章

病历摘要日期

（七）转科（转院）记录

姓名　　性别　　年龄　　籍贯　　民族

职业和工种　　入院时间　　住院次数

转科（院）时间　　转入科（医院）

转科（院）原因

转科（院）时情况

转科（院）时诊断

注意事项及诊疗建议

医生签全名或盖章

（八）交班记录

姓名　　性别　　年龄　　籍贯　　民族

职业和工种　　入院时间　　住院次数

交班时间　　已住院日数

入院时情况

注：包括四诊摘要，体格检查和理化检查摘要。入院时中医诊断和西医诊断。

诊治经过

注：入院至交班期间诊断和治疗情况。

交班时情况

注：包括经过治疗以后病情的变化情况，目前的四诊摘要，体格检查和理化检查摘要。

交班诊断

注意事项及诊疗建议

医生签全名或盖章

（九）接班（转入）记录

姓名　　性别　　年龄　　籍贯　　民族

职业和工种　　入院时间　　住院次数

接班（转入）时间　　已住院日数

入院时情况

注：书写前应详细询问病员，并认真阅读全部病历。如原病历记录有遗漏或错误，应作出补充或修正。

诊治经过

注：入院至接班以前诊断和治疗情况。

接班（转入）时情况

注：主要依据接班医生或转入科医生根据四诊和体格检查收集到的有关资料及理化检查资料书写。

接班（转入）诊断

诊疗计划

注：接班或转入科医生拟定的诊疗计划。

医生签全名或盖章

（十）出院记录

1. 书写要求

（1）病人出院前一天，由住院医师或住院医师指导助理住院医师、实习医师书写出院记录。

（2）出院病历一式两份。住院病历和入院前的门诊病历

各一份。

2. 书写格式及内容

姓名　　性别　　年龄　　籍贯　　民族

婚姻　　职业和工种

入院时间　　住院次数

出院时间　　住院日数

入院时情况

注：包括四诊摘要，体格检查和理化检查摘要。

入院诊断

注：包括中医诊断和西医诊断。

诊治经过

注：入院至出院期间的诊断和治疗情况。

出院时情况

注：包括经过治疗以后病情的变化情况，出院时的四诊摘要，体格检查和理化检查摘要。

出院时诊断

注：即最后诊断。

出院医嘱

注：指导病员继续执行的诊治意见和调护建议。

医生签全名或盖章

（十一）死亡记录

1. 书写要求

病人死亡后，住院医师或住院医师指导助理住院医师或实习医师，立即书写死亡记录。

2. 书写格式及内容

姓名　　性别　　年龄　　籍贯　　民族

婚姻　　职业和工种

入院时间　　住院次数

死亡时间　　住院日数

入院时情况

入院诊断

诊治经过

注：后三项内容同出院记录。

死亡前情况

注：重点突出病情恶化的经过及诊断。

抢救经过

注：包括参加抢救人员、抢救措施、抢救效应、病情演变等情况。

死亡原因

经验教训

医生签全名或盖章

（十二）门诊病历

1. 初诊病历

一般项目　　初诊日期

病历摘要

注：病员就诊时的四诊摘要，体格检查及理化检查摘要。

诊断

注：主要记录中医诊断，包括病名诊断和证候诊断。

治法

方药

煎服法

调护

其它

注：拟作的理化检查及其它医嘱，如择期入院，它科会诊等。

医生签全名或盖章

2. 复诊病历

复诊日期

记录上次诊疗后的病情变化，包括理化检查结果。复诊时的四诊摘要及体格检查情况，修正及补充诊断，复诊处理意见。

医生签全名或盖章

二、入院病历书写提纲

年龄：记录准确年龄。成人及较大儿童以岁计，1岁以内儿童以月计，1月以内婴儿以天计。

民族：一般只写族名。外国人应写明国籍、人种和民族。

婚姻：可用已婚、未婚、离婚、丧偶等术语。

职业及工种：应详细记录，如汽车司机、汽车修理工、内科医生、传染科医生、中学体育教师等。不能笼统写“工人”、“干部”等外延较广的职业称谓。

工作单位：先记录工作单位地址，然后再记录单位名称、科室或车间等。

家庭住址：街道居民应详细记录省、市（县）、区、街道名称及门牌号码。农村应记录省、县、区（乡）、村名称及组别。

负责人姓名、联系地址及电话号码：负责人应为对患者能承担责任又便于联系的人。联系地址记录较长时间内均能联系的详细地址。电话号码项内必要时还应记录传呼人姓名。

干支纪年、节气：指入院时的干支纪年、节气。如丙寅年处暑后第3天等。

问　诊

主症：主症是指促使患者就医的最主要的症状或病征，以及有直接关系的伴发症状或病征。记录时还应写明主症持续的时间。各个症状或病征按出现的先后顺序记录。痼疾不能记录在此。通过主症的记述，能反映患者目前最主要的疾病和病程。例如同一病人就诊时，既有“反复胃脘疼痛 10 年，发作 20 天，吐血 2 天”，又有“四肢关节红肿热痛 2 年，至今关节仍然疼痛”。但因吐血较关节疼痛更为严重，所以吐血应该是促使患者就医的最主要的症状。胃脘部疼痛时间久，其发作和加重与吐血有直接关系，因而属于吐血的伴随症状，也应记录于主症之中。而关节疼痛与吐血无直接联系，就不作为主症记录。正确的主症记录应该是：“反复胃脘部疼痛 10 年，发作 20 天伴吐血 2 天”。

新病史：应围绕主症的全过程（包括病因、诱因、起病缓急、症状和病征开始的时间及性质、程度、伴随症状、诊治经过等）按时间先后顺序记录。此外还应注意以下几点：

（1）时间：应与主症的时间吻合。一般在时间后加括号注明具体日期。根据时间长短不同，可分别用年、月、天、小时、分钟计。例如 10 年前（1979 年），2 月前（1989 年 5 月 15 日），3 天前（1989 年 8 月 13 日），10 分钟前（今日 10 点 10 分）等。

（2）诊疗经过：按时间先后顺序记录新病发生以来就医时的诊断、治疗过程及治疗后的反应等。特殊治疗，还应记录药物的剂量、给药途径、疗程等。治疗后的反应应当详细准确，不要用“诸症好转”、“病情好转”等术语概括。

（3）痼疾不要记录在新病史中。

旧病史：旧病史包括故病（已经痊愈的疾病）和痼疾（至今未愈的疾病）。为了避免遗漏，应按系统顺序逐一记录。同一系统的疾病，按发生时间的先后顺序记录。各系统的疾病，顺序是：①过敏及过敏性病证情况及中毒病证情况。②温疫及时行病证情况。③头部病证情况。④五官科病证情况。⑤肺系病证情况。⑥心系病证情况。⑦肝胆系病证情况。⑧脾胃系病证情况。⑨肾系病证情况。⑩气血津液病证情况。⑪经络肢体病证情况。⑫外科病证情况。⑬骨伤科病证情况。⑭妇产科病证情况或男科病证情况。

现症：指新病和痼疾目前表现出的症状。记录时，除写出新病和痼疾的症状外，还须写出与类证鉴别有关的症状。记录顺序如下：主要症状，与主要症状关系密切的伴随症状，新病的其它兼见症状，痼疾（本科较严重的痼疾，本科较轻的痼疾，他科痼疾）症状，以便达到主次分明，条理清楚的目的。舌象、脉象不属于问诊内容，记录在望闻切诊项下。

其它：按以下顺序记录。

（1）生活工作情况。包括出生、成长的地方，所到过的地方，文化程度，生活起居习惯，嗜好，情趣，居住条件，劳动工作条件等。

（2）平素体质，健康状况。

（3）婚姻状况。婚否，已婚者注明结婚年龄；夫妻关系及爱人的健康状况。有无未婚同居及婚外同居史。

（4）经带胎产情况。月经情况可用下式表示：初潮年龄 $\frac{\text{持续时间}}{\text{周期}}$ 经绝年龄（或末次月经时间）。

还应记录月经量、色、质等情况。白带情况应记录其量、

色、质、气味。胎产情况可用下式表示：生产总数—流产数—人工流产数—足月生产数。并注明难产、剖腹产、死胎等情况，末次生产日期等。

(5) 与传染病人接触及预防接种情况。

(6) 亲属健康状况，遗传病情况，死亡情况（应记录死亡原因，死亡时间）。

望闻切诊

舌象：包括舌质的神、色、形、态（动态和静态），舌下脉络的粗细、曲直、颜色，舌苔的颜色、厚薄、腐腻、干润等。

脉象：主要记录寸口脉象，必要时还应记录人迎、太溪、趺阳脉象。

神色：包括精神、神志、思维、面色表情、面貌等。

形态：包括体形（如肥瘦等）、体态（动态和静态）。

肌肤：记录肌肤的色泽、润燥、形状、冷热，有无发黄、出汗、出血、水肿、疤痕、疮疡、红丝赤缕等。青筋（又名脉络、血络、筋脉，王清任名为血管）显露与否，如显露应记录形态、颜色。

声息：包括呼吸和声音情况。如呼吸的快慢，均匀与否，气喘、短气、太息以及语言、咳嗽、哮鸣、呻吟、呃逆、嗳气、呕吐、腹鸣（肠鸣）等声音强弱、高低及其它情况。

气味：指口、鼻、汗、脓血及身体的其它分泌物、排泄物的气味。

头面：包括头颅大小形态，毛发分布、色泽、粗细、疏密、发际等情况。面部形态、脉络，有无水肿、出血、疮疡等。

五官：按照眉、眼、鼻、口（口唇、齿、龈、颊、咽、喉）、耳的顺序记录其形态、色、泽、功能及泪涕、唾、涎等情况。

颈项：颈骨有无畸形，颈的俯仰转侧情况，颈部青筋是否显露，若显露应记录其形态、色泽情况。有无红丝赤缕。肺管（又名喉管、肺系）位置，有无臀核，瘰疬、痰核等，如有应记录其位置、形态、大小及活动度，有无压痛等。

胸胁：记录缺盆深浅，胸胁形态，气息动度，虚里跳动情况。乳房形态，有无结块，如有应记录其部位、大小、形态、软坚、活动度以及有无压痛等。乳晕色泽，乳头色泽、形态。腋毛有无、疏密、色泽。腋下有无臀核、痈疽、马刀挟瘿等情况。胸骨有无畸形、压痛等。

脘腹：记录脘腹形态、软坚、喜按、拒按，脉络有无显露，有无肠鸣（又名肠声）及其程度。脐眼的凹凸。脘腹内有无结块，如有应记录其大小、形态、软坚、活动度、有无压痛等。大胯有无臀核，如有应记录其大小、形态、软坚、活动度、有无压痛等。

腰背：脊骨（即脊背骨、脊膂骨和腰骨的合称）形态，俯仰转侧等情况。腰背有无压痛等。

四肢：记录骨骼、骨节、肌肤、爪甲形状、色泽、冷热、润燥。骨节的屈伸转动。脉络是否显露。大、小鱼际的形态、色泽。四肢有无痰核、疱痕、疮疡、水肿等。有无萎软、强直、抽搐、颤抖等情况。

二阴：后阴有无肛裂、肛瘘、痔核、肛蚀等。前阴的阴毛发育情况。男子阴囊、睾丸的形态、色泽、有无压痛。必要时，情专科医生检查。

排出物：医生应亲自观察，并记录病人排出的痰、尿、大便、呕吐物、带下、汗、脓、血等的量、色、质、气味等情况。

四诊摘要

将以上资料加工整理，按问诊、望闻切诊的顺序摘要记录。

中医诊断及治疗

初步诊断：记录病名诊断时，先写新病，再写痼疾。中医诊断除病名诊断外，还应包括证候诊断。证候是反映疾病目前情况和趋势的中医术语，通常用词组形式表达。内容包括疾病的病因、病性、病机（病位、病势、标本），记录时书写在病名诊断之后，并加用圆括号。证候诊断的文字力求简洁、扼要、精炼、确切，忌用笼统、含混之词。

治法：针对目前证候特点拟定的具体治疗法则。如果病情复杂，可以根据疾病演变规律和阶段特点，先拟定总的治疗原则。例如“先解表，后清里”、“扶正祛邪”、“标本同治”等。然后在治则指导下，再针对现阶段证候特点，拟定具体治法。

方药：有多种治疗措施时，可按照针剂，膏、丸、片剂，口服汤剂，外用药以及针灸按摩等顺序，用条款式书写。汤剂方名下的药物提行书写。例如：

（1）5%GS 500 毫升＋生脉注射液 60 毫升 v gtt bid。

（2）溃疡宁 4 tab qid，饭后 1h 服。

（3）四逆汤加味

制附片（先煎 2 小时）30 克　干姜 10 克　甘草 3 克　人参（另煎）10 克　龙骨 30 克　牡蛎 30 克

3剂（8月30日～9月1日）

煎服法：制附片加水500毫升，煎沸2小时后，加入干姜、甘草、龙骨、牡蛎，加水200毫升，煎沸15分钟后取汁。药渣按上法再煎2次。将3次药汁混合。人参加水200毫升，文火煎沸20分钟取汁。依法再煎2次。3次药汁均与前述药汁混合。每次服三分之一，日3次，饭前温服。

（4）灸百会，每次15分钟，日3次。

调护：指病人的调养和护理方法。注意针对性要强，内容要具体。

体格检查

以短文形式简明扼要地记录。其顺序是：

一般检查：体温、脉搏、呼吸、血压、进入病房的方式、发育、体型、营养、表情、面容、体位、步态、神态、语音状态、检查是否合作。皮肤、粘膜、毛发。浅表淋巴结（顺序为颌下、耳后、颈部、锁骨上窝、腋下、腹股沟、肘部、腘窝等）。

头部：头颅、眉、眼、鼻、口、齿、龈、口腔粘膜、咽、耳等。

颈部

胸部：胸廓、胸壁、乳房、肺（视、触、叩、听）、心（视、触、叩、听）。

腹部：（视、触、叩、听）。

肛门、直肠、生殖器

脊柱、四肢

神经系统

理化检查

本院门诊资料在前，院外资料在后。注明检查日期。先记录入院时所作的必要检查（按血、尿、大便常规、生化、内窥镜、X线、心电图、B超等依次书写），然后再记录其它重要检查资料。均应注明检查时间。

西医诊断及处理

初步诊断：多个病名诊断时应编号书写。先写主要疾病（与主症一致的疾病），后写次要疾病（既往所患而至今未愈的疾病）。次要疾病有多个时，本科疾病排在前，它科疾病排在后。每个疾病又先写主病，再写并发病，最后写伴发病。例如胃溃疡、急性胃穿孔、弥漫性腹膜炎（并发）、慢性萎缩性胃炎（伴发）。诊断名称一般先写病名，然后依次写类型、部位、程度等。诊断名称较复杂者，可按病因诊断、解剖诊断、病理生理诊断、功能诊断等依次记录。编号时每一疾病只编一个号，并发病、解剖诊断、病理诊断、功能诊断提行书写，列于该病名之后，不再编号。例如：

1. 风湿性心脏病
   联合瓣膜损害
   心房纤颤
   心力衰竭Ⅱ°
2. 非特异性溃疡性直肠乙状结肠炎
   慢性持续型
   重度
   活动期
3. 胃溃疡
   急性胃穿孔
   弥漫性腹膜炎

4. 慢性支气管炎急发

肺气肿

肺心病

右心衰

修正诊断和补充诊断：病名诊断书写格式同中医初步诊断和西医初步诊断，但要注明日期和医生签名。在当日续接病程记录中写明修正诊断和补充诊断的依据。

最后诊断：主要疾病确诊后，及时记录最后诊断。方法同修正诊断和补充诊断。如最后诊断和初步诊断完全相同，可在该项下注明同入院诊断，也要注明日期并由医生签名。

三、病历书写示例

（一）入院病历示例

住院号数

门诊号数

姓名黄利　性别女　年龄43岁　民族汉　籍贯四川成都　职业传染科医生　婚姻已婚　工作单位四川省成都市锦江区沙河堡××医院一病房　家庭住址成都市成华区建设路11号8幢3单元15号*　负责人姓名李林　与患者关系丈夫　联系地址及电话号码成都市西安路宏声电器厂三车间669723－356　干支纪年丙寅年　节气处暑后第6天　入院时间1985年9月3日3pm　病史采集时间1985年9月3日3：$\frac{30}{pm}$　病史陈述人患者　可靠性可靠

问　诊

主症　咳嗽20天，加重伴胸痛5天。

新病史　20天前（1985年8月15日）“夜间受凉”后即

出现发热（T38.2℃）、恶寒、头汗出，干咳、少痰、喉痒、鼻塞流清涕。在单位医务室就诊（诊断不详），先后给予“感冒冲剂”、“川贝精”、“强力霉素”等治疗1周，病情无明显好转。且咳嗽、咯白色泡沫痰，入夜尤甚。又予“螺旋霉素0.2克qid”、“庆大霉素8万Umq12h”，治疗1周余，咳嗽仍不减轻。5天前（同月30日）咳嗽加重，并出现咳引胸痛，入夜尤甚，须服可待因、安定片才能入睡。入院前4天，在我院胸透提示“间质性肺炎”，今日门诊以“咳嗽”收入住院治疗。

旧病史

（1）过敏及过敏性病证情况：10年前（1975年8月）在传染病院肌注青霉素后立即出现心慌、面色惨白、大汗淋漓、四肢厥冷。诊断为青霉素所致“过敏性休克”，经抢救后痊愈。此后未曾用过青霉素。8年前（1977年5月）进食蘑菇后曾出现腹痛腹泻，在传染病院医务室就诊。诊断为“毒蕈中毒”，经治疗后痊愈。

（2）瘟疫时行病证情况：8年前（1977年8月）突然出现发热，肌肤及目睛发黄，小便色黄。在传染病院查HBsAg、HBeAg均为阴性。中医诊断为“黄疸”，西医诊断为“急性黄疸型病毒性肝炎（甲型）。经治疗后，前述症状消失。以后每年复查肝功能均正常。

（3）头部病证情况：5年前（1980年2月）头部外伤，此后常头痛。2年前经用针灸治疗后痊愈。

（4）五官病证情况：眼、鼻、口、齿、咽喉、耳均未患过严重疾病。

（5）肺系病证情况：未曾患过严重咳嗽、气喘等病证。

（6）心系病证情况：未曾患过心悸、心痛等病证。

(7) 肝胆系病证情况：未曾患过鼓胀、胁痛等病证。

(8) 脾胃系病证情况：未曾患过胃痛、泄泻、腹痛等病证。

(9) 肾系病证情况：15年前（1970年6月）曾出现发热、恶寒、腰痛、小便淋漓涩痛。中医诊断为“热淋”，西医诊断为“急性肾盂肾炎”。经用中药及“庆大霉素”等治疗后，病情好转，但此后常在劳累后复发，至今未愈。

(10) 气血津液病证情况：未曾患过水肿、出血等病证。

(11) 经络肢体病证情况：20年前大骨节出现红、肿、热、痛，“抗O”、“血沉”不正常（具体情况不详）。中医诊断为“热痹”，西医诊断为“急性风湿热”。经用中药清热除湿，通络止痛法治疗（用药不详）痊愈，至今未复发。

(12) 虫证情部：未曾患过寄生虫病。

(13) 外科病证情况：13年前（1972年8月15日）出现右少腹痛，继而发热、恶寒，至某院就诊。西医诊断为“阑尾炎”，经手术治疗后痊愈。

(14) 骨伤科病证情况：30年前曾患巴骨流痰，经治疗后痊愈。未发生过脱臼、骨折等病证。

(15) 痔科病证情况：未曾患过痔疮、脱肛、肛漏等病证。

(16) 妇科病证情况：未曾患过与经、带、胎、产有关的病证。

现症　咳嗽频作，咳引胸痛，入夜尤甚。痰多呈风泡状，色白不易咯出。时气喘，微发热，恶风，微汗出，喉痒流清涕。甚则欲呕，口淡无味，不思饮食。口干喜热饮，口不苦。大小便正常，无淋漓涩痛。两乳房内自扪及结块1个，经前微痛。

其它　生长在成都，一直未到过外地久居。嗜食酸辣食物，晚睡早起，常不进早餐。于20年前毕业于××医学院，此后一直搞传染病防治工作，单位隔离防护条件好。素体阳虚怕冷，但平素健康少病。15年前结婚，爱人健康，夫妻和睦，无婚外同居史。月经12 $\frac{6\sim7}{28\sim30}$ 1985年8月26日，色质正常，量中等，无血块及痛经。白带正常。生育4—0—2—2，末次生产8年前。常与黄疸、肺痨、暑温等多种瘟疫和时行病人接触，但隔离、防护较好。母亲于2年前因患肺胀（肺心病）治疗无效死亡，父亲患眩晕（高血压病）10年，至今未愈。两个孩子健康。家族中未发现有遗传性疾病。

望闻切诊

舌象　舌体胖嫩，边缘有齿印，伸缩灵活，不歪斜。舌质淡红，舌尖有紫暗瘀斑，舌下脉络正常。苔薄白，中部略厚，不腐不腻。

脉象　浮细而缓。

神色　神思不乱，面色黄晦欠荣。

形态　形胖体丰，端坐倚息。外貌无畸形，身躯无颤抖等病征。

肌肤　皮肤红黄隐隐，头部微汗，肌肤微热。无肌肤甲错、出血、水肿、发黄等病征。

气息　气粗，但喉中无声（无痰鸣声），亦无摇身撷肚。语音清亮，咳嗽频作，声扬有力。无呻吟、太息、啼哭、嗳气、呃逆等病征。

气味　无口臭、耳鼻躯体无异常气味。

头面　头颅大小正常，囟门等无陷下、凸起。毛发较细，

色黑有光泽，发际正常，无秃顶、疮疖等。面部形态正常，无红丝赤缕等。

五官　两眉对称，眉毛色黑，有光泽，无脱落等。目窠不肿，开合正常，无倒睫。眼珠转动灵活，白睛不发黄，亦无赤丝、胬肉。黑睛无翳，瞳仁正常，无散大、缩小及圆翳内障等病征。鼻柱端正，鼻色明润。鼻塞鼻鸣，涕清稀，量较多。鼻难分香臭。无鼓鼻、疮疖、鼻衄等。口唇色红，开合灵活，齿洁白润泽。耳聪，耳内无疮疖，亦无脓液、滋水等。

颈项　颈骨正直，俯仰转侧灵活。颈部青筋未见显露。喉结、喉管正常，无瘿核、瘰疬、瘿瘤和红丝赤缕等。

胸胁　胸胁匀称，按之不痛。缺盆深浅正常，无瘿核、瘰疬。胸骨无高起陷下。虚里跳动均匀，应手不应衣。乳房大小正常，左右乳房内各切得一结块，大如蚕豆，圆面光滑，韧面不坚，推之能移，按之微痛。乳头暗红而润，无陷下。腋毛稀疏，黑面泽润，无马刀挟瘿、瘿核等。

脘腹　平软，无脐突，青筋不显露。按之不痛，未切得结块，未闻及肠声。

腰脊　脊骨正直，腰背俯仰转侧灵活，按之不痛。

四肢爪甲　肌肤润泽，微热，脉络不显露。骨节不红不肿，上肢捏握推举有力，下肢活动自如。脉络不显露，无水肿、疤痕、疮疖等。亦无抽搐、颤动、萎软不用、强直、麻木不仁等。爪甲红润，形态正常，无反甲等。

俞穴　无压痛。

二阴　无内外痔及肛瘘等。前阴未查。

排出物　痰色白，较清稀，量多。大便软而成形，小便

不黄。

四诊摘要

患者于20天前因“夜间受凉”，出现发热恶寒，头汗出，干咳少痰，喉痒流清涕。先后服感冒冲剂、强力霉素，肌注庆大霉素等，治疗无效。5天前咳嗽加重，咳引胸痛，故收入住院治疗。15年前患热淋，经用庆大霉素治疗后好转，但至今仍遇劳则发。现咳嗽频作，咳引胸痛，入夜尤甚。痰多色白，呈风泡状，不易咯出。喉痒，涕清稀。甚则欲呕，口淡无味，口干喜热饮，口不苦。小便清长，大便正常。舌质胖嫩，边缘有齿印，色淡红，苔薄白，中心略厚。脉浮细缓。鼻塞、鼻鸣，香臭难分。两乳房各切得一结块，大如蚕豆，圆而光滑，韧而不坚，推之能移，按之微痛。

辨证分析

该病员的新病表现为受凉之后出现发热、恶寒、干咳少痰、喉痒等肺卫症状，此与陈平伯《外感温热篇》描述的“风温证身热恶风、头痛、咳嗽、口渴、脉数、舌苔白”的表现基本相同。此外，起病快的发热疾病还有暑温、湿温、疟疾等，暑温是夏季感受暑热毒邪所致，以壮热烦渴为主要临床表现，且传变速，易动风出血；湿温发病缓慢，病势缠绵，除发热外还有脘痞腹胀、便溏、苔厚腻等脾胃病变表现；疟疾是感受疟邪所致，以寒热往来为其特点，患者无以上暑温、湿温、疟疾等表现，因此这些疾病可排除，而新病表现又与陈平伯所说的风温病基本相同，因而新病诊断为风温。

该病员15年前曾患淋病，虽经治疗后症状消失，但每在劳倦之后复发至今未愈，这一特点符合王肯堂《证治准绳》“劳淋者劳倦即发”的劳淋定义，因此旧病中的这一疾病诊断

为劳淋。

该病员的新病发病于气候炎热之时，其起病速，有发热（体温 38.5℃）、恶寒等外感热证的表证表现，虽有发热，但发热不重，与感受暑热的壮热烦渴不同，因此考虑为风热所致。患者起病即有发热恶寒，现在还有微热、恶风表证表现；从起病至今均有咳嗽、鼻塞等肺系病变症状，因此辨证为风热袭肺。肺主皮毛，风热之邪客于肺，则卫气受阻，因而恶寒；卫气与风热之邪相争，因而发热；风热客于肺，肺失清肃，肺气上逆，因而咳嗽、气促；肺开窍于鼻，风热之邪客于肺，鼻窍不利，因而鼻塞流涕。已用庆大、感冒冲剂等治疗，现热势已减，故舌质不红、苔不黄燥，脉不数。

患者于 15 年前曾出现发热、恶寒、腰痛、小便淋漓涩痛等热淋表现，此后虽“愈”，但常复发，复发时症状与首次发作相似，因而考虑为膀胱湿热所致。劳倦易复发；因膀胱与肾关系密切，互为表里，故考虑为肾气不足。肾气不足的原因主要是素体阳虚所致，其次是在淋证治疗过程中，攻伐太过伤及肾气；膀胱湿热之邪上犯于肾，使肾气更伤，因此旧病辨证为膀胱湿热未尽，肾气不足。由于肾气已不足，劳倦之时肾气更虚，膀胱未尽的湿热邪气则亢盛，故常遇劳倦之时则发作。腰为肾之府，肾气不足则腰痛；膀胱湿热之邪亢盛，则膀胱气化失司，水道不利，经络不通，因而小便淋漓涩痛。

中医诊断及治疗

初步诊断

（1）风温（风热袭肺，肺气失宣）

（2）劳淋（肾气不足，湿热未尽）

治则　先治新病，后治痼疾

治法　疏风清热，宣肺止咳

方药　桑菊饮加减

桑叶 15 克　菊花 15 克　桔梗 15 克　连翘 15 克　杏仁 15 克　甘草 3 克　薄荷 15 克　麻黄 10 克　厚朴 15 克

2 剂（9 月 3 日～9 月 4 日）

煎法　先用清水 500 毫升浸泡 30 分钟后，武火煎沸 7～10 分钟，取汁。煎 2 次；煎法同前。将 2 次药汁混匀。

服法　每次服三分之一，日 3 次，饭后温服。

调护　避风邪，忌食辛燥，勿过劳。

体格检查

T39.5℃，P 92 次/分，R 26 次/分，Bp 13.3/10kPa。步入病房，发育正常，营养中等。急性发热病容，神清合作。肌肤巩膜无黄染和蜘蛛痣。右颌下可扪及淋巴结 2 个，大约 0.3×0.3 厘米，表面光滑，活动度好，无压痛。其它部位淋巴结未扪及。头颅无畸形，瞳孔等大等圆，鼻塞流清涕，嗅觉不敏感。无龋齿，咽部不充血，扁桃体不肿大。胸廓无畸形，双侧呼吸动度一致，双肺下部可闻及细湿鸣。心界不大，律齐，$P_2=A_2$，各瓣膜区无杂音。两乳房内各扪及一个大 1×1 厘米包块，表面光滑，质坚韧，活动度好。腹部平坦，腹静脉不怒张，腹壁柔软，全腹无压痛。肝上界在右锁骨中线第六肋间隙，下界未扪及，肝区无叩痛。脾未扪及。脊柱无畸形，肋脊角无压痛，肾区无叩痛，四肢无畸形，活动自如，无疮疖、水肿，无肝掌。神经系统检查未引出病理反应。外生殖器未查。肛检未见异常。

理化检查

1985年9月3日血常规：WBC 3×10^9/L，其中N 75%，L 23%，E2%。尿常规：无异常。大便常规：无异常。胸透：间质性肺炎。

西医诊断及处理

初步诊断　(1) 间质性肺炎

(2) 尿路感染

处理　(1) 中药治疗

(2) 作有关理化检查（详见医嘱）。

张　利/王光华

1985年9月3日

1985年9月6日

补充诊断　中医诊断　乳癖（痰凝气滞）

西医诊断　乳腺小叶增生

张　利/王光华

1985年9月15日

修正诊断　中医诊断　咳嗽（风寒犯肺）

西医诊断　支原体性肺炎

慢性肾盂肾炎

张　利/王光华

1985年9月26日

最后诊断　中医诊断　(1) 咳嗽（风寒犯肺）

(2) 劳淋（肾气不足，膀胱湿热未尽）

(3) 乳癖（痰凝气滞）

西医诊断　(1) 支原体肺炎

(2) 慢性肾盂肾炎

（3）乳腺小叶增生

住院医师　张　利

主治医师　黄晓华

注：本示例的原始资料中入院诊断除西医间质性肺炎外，均与最后诊断相同。但是，为了体现修正诊断与补充诊断的书写方法，在编写时有意将中医咳嗽（风寒袭肺）写成风温（风热犯肺），将中医乳癖、西医乳腺小叶增生漏诊。特此说明。入院记录的情况与此相同。

（二）入院记录示例

患者黄利，女性，43岁，汉族，四川成都人，传染科医生，已婚。在四川省成都市锦江区沙河堡××医院一病房工作，家住成都市成华区建设路11号8幢3单元15号。由病员丈夫李林负责，联系地址是西安路宏声电器厂三车间，联系电话669723－356。于1985年9月3日下午3时入院（丙寅年处暑后第6天），同日下午3时30分记录。病史由患者陈述，可靠。

问诊

患者因咳嗽20天，加重伴胸痛5天人院。

20天前（1985年8月15日）因“夜间受凉”而出现发热（T38.2℃）、恶风、头汗出，干咳少痰，鼻塞流清涕。在单位医务室等处就诊（诊断不详），先后给予感冒清、川贝糖浆、强力霉素、螺旋霉毒、庆大霉素等治疗，病情不减。5天前（同月30日）咳嗽加重，并出现咳引胸痛，入夜尤甚，以致难以入眠。4天前在我院胸透提示“间质性肺炎”，今日门诊以“咳嗽”收入住院治疗。

患者于10年前（1975年）在传染病院肌注青霉素后立即昏倒，诊断为“过敏性休克”，经抢救后痊愈。8年前（1977

年）曾出现身黄、尿黄、目睛发黄，查HBsAg、HBeAg均阴性，诊断为“急性黄疸型病毒性肝炎（甲肝）”，经治疗后前述症状消失，以后每年复查肝功均正常。15年前（1970年）患热淋，经用庆大霉素治疗后小便淋漓涩痛消失，但遇劳则发。5年前两乳房内各发现一结块，经前微痛，经后痛减，至今未愈。

现咳嗽频作，咳引胸痛，时气喘，入夜尤甚，甚则欲呕，痰多色白，如风泡状，易咯出。微发热，恶风，微汗出，喉痒，流清涕。口淡无味，不思饮食，口干喜热饮，口不苦。大便正常，小便清长，无淋漓涩痛。两乳房内各扪及结块1个，经前微痛，经后痛消。

生长在成都，未到过外地久居。20年来一直从事传染病治疗工作。平素阳虚怕冷。爱人健康，夫妻和睦，无婚外同居史。月经12 $\frac{6\sim7}{28\sim30}$ 1985年8月26日，生育4—0—2—2，末次生产8年前。

望闻切诊

舌体胖嫩，边缘有齿印，伸缩灵活，色淡红，舌尖有紫暗瘀斑，舌下脉络正常。苔薄白，中心略厚。脉象浮细而缓。精神较好，神思不乱，情绪乐观，面色红黄隐隐。发育好，端坐倚息。体胖，肌肤光滑濡润微热。头微汗出，咳嗽声扬，时感息粗，但喉间无声，语音清亮。两乳房内各切得一结块，如蚕豆大，韧而不坚硬，推之能移动，按之微痛。颈、胸胁、脘腹、腰背及四肢望闻切诊无异常，俞穴无压痛。

辨证分析

该病员的新病有如下特点：①起病于炎热气候的8月份，

此时正是温病好发季节；②表现为肺卫为中心的症状，如发热、恶寒、咳嗽、鼻塞等；③有外感热证的表现如发热、恶寒等；④能排除暑温、湿温、疟疾等热性病（病员无暑温的壮热烦渴，传变速，易动易血等表现；无湿温的苔厚腻、胸痞、腹胀、便溏等脾胃为重心的症状；也无疟疾的寒热往来、发作有时的表现），据叶天士《外感温热篇》“温邪上受，首先犯肺”，及大专院校教材制定的风温定义：“风温是由风热之邪引起的一种以肺系病变为中心的外感热病。”该病员新病的以上特点符合风温的定义，且能排除暑温、湿温、疟疾等热病，因而病名诊断为风温。

据前述新病的表现特点——有外感热证表现。又有以肺卫为中心的症状，因而考虑为风热袭肺所致。风热之邪袭肺：因肺主皮毛，故卫气受阻而恶寒，风热之邪与卫气相争故发热；肺失清肃，肺气上逆，聚津为痰，故咳嗽、气促、痰多；肺开窍于鼻，故鼻窍不利，因而鼻塞流涕。因已用感冒冲剂、庆大霉素等治疗 20 余日，热邪已减退，故现舌质不红，苔不燥，脉不数。

病员 15 年前曾患淋证，虽然治疗后症状消失，但每在劳倦之时又再次出现淋证表现，此符合《证治准绳》的劳淋特点——“劳倦即发”。因而旧病诊断为劳淋。

劳淋多为肾气不足、膀胱湿热未尽所致。当肾气充足，湿热之邪衰，邪气潜伏则不发病；肾气不足则正不胜邪，湿热之邪亢盛，则淋证又再次发作。患者肾气不足的原因有：素体阳虚；淋证反复发作，膀胱的湿热之邪上犯于肾，致使肾气不足；久用清热利湿之剂，其攻伐太过，伤及肾气。腰为肾之府，肾气不足，故出现腰痛，肾与膀胱互为表里，劳倦

伤肾，肾气不足则邪气亢盛，淋证复发，肾气充足则膀胱湿热之邪衰，邪气潜伏，暂不为患，因而出现劳淋。淋证复发时则膀胱湿热之邪盛，致使膀胱气化失司，水道不利，膀胱之经络不通，因而小便淋漓涩痛。小便淋漓涩痛等表现是膀胱湿热的征象。现患者淋证尚未发作，但并非已痊愈，是未尽之湿热伏于膀胱之故。

中医初步诊断

(1) 风温（风温袭肺，肺气不宣）

(2) 劳淋（肾气不足，湿热未尽）

治则　先治新病，后治痼疾

治法　疏风清热，宣肺止咳

方药　桑菊饮加减

桑叶 15 克　菊花 15 克　桔梗 15 克　连翘 15 克　杏仁 15 克　甘草 3 克　薄荷 15 克　麻黄 10 克　厚朴 15 克

2 剂（9 月 3 日～9 月 4 日）

上药先用清水 500 毫升浸泡半小时后，武火煎沸 7～10 分钟取汁。共煎 2 次，混匀，分 3 次，温服。治疗期间宜避风寒，忌生冷、辛燥、油腻食物。

体格检查　T37.5℃，P92 次/分，R26 次/分，Bp13.3/10kPa。步入病房，发育正常，营养中等，急性病容，神清合作。皮肤巩膜无黄染，无蜘蛛痣。颌下扪及淋巴结 2 个，约大 0.3×0.3 厘米，表面光滑，活动度好，无压痛，余处浅表淋巴结未扪及。头颅无畸形，眼球转动自如，瞳孔等大等圆，双鼻道通气不良，咽不充血，外耳道无疖疮。颈软，气管居中，甲状腺不大，颈静脉无怒张。胸廓无畸形，双侧呼吸动度一致，双肺下部可闻及细湿鸣。心界不大，律齐，$P_2=A_2$，

各瓣膜区未闻及杂音。两乳房内各扪及一包块，约大1×1厘米，表面光滑，质坚韧，活动度好，有轻压痛。腹部平坦，壁软，腹壁静脉不怒张，全腹无压痛，肝脾未扪及。脊柱无畸形，肾区无叩痛，四肢活动自如，无水肿、肝掌等。神经系统检查未引出病理反射。肛检未见异常。生殖系统未查。

理化检查　1985年9月3日血常规：WBC 3×10^9/L，其中N 75%，L 23%，E 2%。RBC 2.5×10^{12}/L。Hb 75g/L，PLT 8×10^{10}/L。尿常规、大便常规无异常。胸透：间质性肺炎。

西医初步诊断

(1) 间质性肺炎

(2) 尿路感染

西医处理

(1) 中药治疗

(2) 作有关理化检查（详见医嘱）

张　利

1985年9月3日

1985年9月6日

补充诊断　中医诊断　乳癖（痰凝气滞）

西医诊断　乳腺小叶增生

张　利

1985年9月15日

修正诊断　中医诊断　咳嗽（风寒犯肺）

西医诊断　支原体肺炎

慢性肾盂肾炎

张　利

1985 年 9 月 26 日

最后诊断　中医诊断（1）咳嗽（风寒犯肺）

（2）劳淋（肾气不足，膀胱湿热未尽）

（3）乳癖（痰凝气滞）

西医诊断（1）支原体肺炎

（2）慢性肾盂肾炎

（3）乳腺小叶增生

住院医师　张　利

主治医师　黄晓华

（三）再入院记录示例

第三次入院记录

曾凡盛，男性，55 岁，四川省新都县振中肉联厂工人。于 1989 年 8 月 4 日（庚午年秋分前 3 天）3pm 第三次入院，同日 3 $\frac{15}{pm}$记录。病史由患者陈述，可靠。

患者因患消渴 10 年加重半月入院。

患者 10 年前因多饮多尿，消谷善饥，于 1979 年 9 月 8 日首次住入我院内科病房。入院后查尿糖阳性，血糖（空腹）14mmol/L。中医诊断为消渴，西医诊断为糖尿病 I 型。用养阴增液之法治疗 1 月后，多饮多尿，消谷善饥等症消失，尿糖转阴，血糖降至正常出院。出院后长期服用玉泉丸、六味地黄丸等药，尿糖维持阴性。2 年前因发热，咳嗽，咳痰黄稠，神志不清第二次入院。入院后胸片提示“右下肺炎”，痰培养为肺炎双球菌生长。血糖 22mmol/L，尿糖（＋＋＋＋），尿酮阳性。中医诊断为：①风温（见热袭肺，逆传心包）；②消

渴（肺胃阴虚）。西医诊断为：①肺炎双球菌性肺炎；②糖尿病酮症酸中毒。经用中药清开灵等及西药胰岛素等治疗后，体温降至正常，神志转清，咳嗽消失。胸片提示右下肺炎病变基本吸收。血糖 8mmol/L，尿糖阴性。出院后坚持中药治疗，尿糖维持阴性。半月前因脑外伤昏迷住入某医院，停服中药，并用葡萄糖水加入药物静脉滴注（药物不详）治疗。此后多饮多尿、消谷善饥等症复发，今日以消渴收入病房治疗。

半月前脑部外伤后出现昏迷、呕吐，在当地医院就医。中医诊断为昏迷，西医诊断为脑振荡。经治疗后神志转清，呕吐消失，头痛头晕至今未愈。过去曾患劳淋，至今未愈。

现多饮多尿，消谷善饥。饮一溲一，消瘦乏力，大便燥结。小便黄赤，淋漓涩痛。头痛，以枕区为甚，痛如锥刺，失眠，多梦。

舌体瘦小，伸缩自如，色红少津，边尖有瘀点。苔薄黄，中心略黑。舌下脉络正常。脉细数无力。目光呆滞，神思不乱，肌肉瘦削，肌肤甲错，气息均匀，语声低微，面部有一外伤愈后的疤痕。

中医初步诊断

（1）消渴（肺胃燥热，气阴两亏）

（2）劳淋（肾气不足，下焦湿热）

（3）头痛（瘀血阻络）

治法　清热生津，益气养阴。佐以清利下焦湿热，活血止痛。

方药

（1）颅通定 60mg ⓜbid。

（2）清热利湿合剂 20ml tid。

（3）玉女煎加减

西洋参10克　熟地黄15克　生地黄15克　石膏30克　知母20克　花粉15克　玄参15克　黄连10克　黄柏10克　萹蓄15克

4剂（8月4日～8月7日）

西洋参加水100毫升，文火煎20分钟，去渣取汁。如是再煎一次。余药加清水500毫升，浸泡半小时后再煎。先用武火煎沸，继用文火保持微沸。15分钟后去渣取汁。如是再煎一次。将以上药汁共盛容器中混合，每次服八分之一，日服8次，温服。

节制饮食，忌醇酒炙煿之品。慎生活起居，预防外邪侵袭。适当参加体育锻炼。

T37℃，P100次/分，R20次/分，Bp15/8kPa。步入病房，精神差，神清合作。面部有一外伤愈后的疤痕，长约5厘米。瞳孔等大等圆。双肺无干湿鸣，心律齐，心脏各瓣膜区无杂音。腹部平坦，壁软，肝脾未扪及，肾区有轻叩痛。神经系统检查未引出病理反射。外生殖器未查。

1989年8月4日血常规 WBC9.5×10^9/L，其中N 70%，L 25%，M1%，E 4%。RBC 5.5×10^{12}/L，Hb 140g/L。尿常规脓球少许，白细胞（＋＋），红细胞少许。尿糖（＋＋＋＋）。大便常规未见异常。空腹血糖18.2mmol/L。胸透未见异常。

西医初步诊断

（1）糖尿病Ⅰ型

（2）慢性肾盂肾炎

（3）脑外伤综合征

西医处理

（1）中药治疗

（2）作必要的理化检查（详见医嘱）

张　利

1989年8月4日

（四）首次病程记录示例

1987年8月10日4pm

张振华，男，51岁，会计，已婚，汉族，四川成都人。于1987年8月10日8am入院。

病史特点

（1）中年男性，时值长夏。

（2）以腹胀大如鼓，腹壁青筋暴露伴纳呆便溏为主症。

（3）起病隐匿，逐渐加重，病程长。先用多种保肝西药，后服益气健脾中药治疗无效。现午后潮热，五心烦热，双目干涩，身倦乏力，心下痞满，纳呆便溏，小便短黄。

（4）有黄疸病史，不嗜酒，无血吸虫病史。

（5）舌质红瘦少津，舌边尖有瘀点，舌苔白厚润，脉细虚数。精神萎靡，形体瘦削，肌肤干燥。缺盆下陷，乳房结块如粟，质软不痛。腹胀大如鼓，腹壁青筋暴露，皮色苍黄，朱砂掌。

（6）T37.5℃，营养不良，肝病面容。蛙状腹，腹壁紧张度增高，无压痛，腹围82厘米，腹壁静脉怒张，肝脾触诊不满意，移动性浊音阳性，鼓音区在双锁骨中线内。

（7）RBC 3.5×10^{12}/L，　Hb 90g/L，WBC 3.5×10^{9}/L，ZnTT18U，HI5U，A 25g/L，G 40g/L，SGPT正常，抗HBC阳性。B超提示肝内回声增强，光点密集，表面不平，体积明显缩小，肝静脉变细，门静脉增宽，脾肋下3厘米，大量腹水。X线片示食道下段及胃底静脉曲张。

中医初步诊断：鼓胀

证候：肝阴虚、脾气虚、血瘀水停

诊断依据：

病人腹大如鼓，皮色苍黄，青筋暴露，四肢瘦削。符合鼓胀诊断标准。《灵枢·水胀篇》说："鼓胀何如？……腹胀，身皆大，大与肤胀等也。色苍黄，腹筋起，此其候也。"参考B超检查结果，示腹中大量腹水，诊断更加明确。

鉴别诊断：

（1）水肿：是水液泛溢肌肤，出现头面四肢浮肿，严重时可出现腹水。该病人以腹胀大如鼓，大量腹水为主要临床表现，而四肢不肿仅瘦削。《医学心悟》说："目窠与足先肿，后腹大，水也。先腹大后四肢肿者，胀也。"据此，可排除水肿。

（2）癥积：其病为腹内结块。巨大者，腹形胀大，但不对称。切诊能明确结块的大小、形状和位置等情况。该病员虽有腹内结块，B超也提示脾肋下3厘米及肝硬化表现，但临床表现以腹胀大如鼓为主，而腹内结块是引起腹胀大的直接病因，因此诊断应为鼓胀。

（3）痞满：以患者自觉脘腹胀满而外形如常，或脘腹微隆而时消为特征。是无形之气机痞塞不通。该病人以腹中大量水停为主，可鉴别之。

辨证分析：

病人午后潮热，五心烦热，两目干涩，肌肤干燥，舌质红瘦少津，脉细数均为肝阴虚的表现。"诸湿肿满，皆属于脾。"病人腹大如鼓，身倦乏力，精神萎靡，纳呆便溏，舌苔白厚，脉虚无力均为脾气亏虚，运化失司的表现。时值长夏，暑湿当令，使病情加重。气虚则运血无力，加之病程长，有黄

疸病史，因此出现面色黯黑，双颧赤丝，腹壁青筋暴露，朱砂掌等明显的瘀血征象。

病证目前为虚中挟实，本虚标实，宜标本兼治。拟滋肝健脾，化瘀利水。方选生脉注射液静脉给药，桃红四物汤去熟地合五苓散去桂枝煎服（详见入院病历）。其中生脉散益气养阴以治其本虚，桃红四物汤活血化瘀，五苓散去桂枝健脾利水，使腹中积水从小便而去。两方合用，化瘀利水以治其标实。

西医初步疹断为肝炎后肝硬化。支持肝硬化的依据有：①肝功能损害的表现。白蛋白严重降低，A＝2.5g/L，球蛋白明显增高，G＝40g/L，白球比例倒置。ZnTT18U。②门脉高压表现。脾肿大，腹水，食道胃底静脉开放、曲张。③全身症状见乏力，低热、消瘦、面色晦暗等。④消化系统症状见腹胀、消化不良、大便稀薄等。⑤内分泌失调症状可见两乳结块，为男性乳房发育标志。⑥B 超提示肝硬化的表现。支持肝硬化的病因为肝炎的依据有：①有肝炎病史。②目前抗 HBC 阳性，证明有乙肝病史。③不嗜酒，无血吸虫病史及疫水接触史，无器质性心脏病及其它引起腹水的病史。

肝脏功能诊断待有关化验检查回报后补充。病理解剖诊断因我院未开展肝活检，暂缺。

本病应与下列疾病鉴别：

(1)缩窄性的心包炎。该病可导致腹水，但常伴下肢水肿，且心脏有相应改变，有体循环静脉压增高表现。该病人上述症状体征缺如，故可排除。

(2) 肾病综合征：该病严重时出现腹水，但尤以全身高度水肿为主要临床表现。伴低蛋白血症、高脂血症及大量蛋白尿。该病人上述症状体征缺如，故可排除。

(3) 结核性腹膜炎：渗出型可有腹水，但无门脉高压症。肝功一般正常，腹水为渗出液，结核菌素试验强阳性。该病员无结核病史及有关检查的阳性结果，有门脉高压症及肝硬化临床表现，可以鉴别。

(4) 肝癌：常在肝硬化基础上发生。目前B超虽未发现占位性病变，但病人消瘦迅速，应进一步作同位素放射免疫法甲胎蛋白（a—FP）测定及有关其它检查。

目前以中药治疗为主，辅以西医疗法。定期输入血浆或白蛋白，间歇联合使用安体舒通和速尿利尿，注意保钾，避免肝性脑病的诱因。

近期内拟做下列检查：三大常规、电解质、心电图、超声心动图、血气分析、肝功、肾功、血脂全套、蛋白电泳、体液免疫测定、凝血酶原时间及腹水常规、生化等。定期复查B超。

张　利

（五）病程小结示例

曾嘉浩，男，30岁，教师，已婚，汉族，四川仁寿人。

入院时间　1987年4月9日10am，第一次入院。

小结时间　1987年5月9日4pm，已住院30天。

入院时情况　患者以突然呕吐暗红色液体半痰盂，急诊入院。入院前2月，出现胃脘部灼热疼痛，嗳气吞酸，消食易饥，口苦口臭。大便干燥，小便黄。校医诊断为“胃炎”，断续服胃舒平，病情时好时坏。30天前因感冒后自服APC2片，上述症状突然加剧。于上月9日收入住院。入院时面色苍白，大汗淋漓，四肢厥冷，脉微欲绝。舌质淡，苔黄而干。Bp 8/6kPa，心率110次/分，肠鸣音亢进。RBC 2.6×10^{12}/L，Hb 60g/L。中

医诊断为：(1) 呕血（胃热炽盛，迫血妄行），(2) 厥脱（气随血脱）。西医诊断为急性上消化道大出血，失血性休克。

诊治经过　入院后急服三黄泻心汤冲剂1袋，泻火止血。迅速建立静脉双通道，用生脉注射液50毫升静脉推入，继之用生脉注射液50毫升，加入平衡液500毫升内快速滴注。急合血600毫升快速输入。6小时后，病人手足转温，大汗已止，Bp 10/6.6kPa。7小时后，排出黄大便约300毫升，小便250毫升。次日胃镜诊断为十二指肠球部溃疡（活动期）。出血已止，但病人面色不华，唇舌色淡，胃纳尚可，但嗳气吞酸，口苦，胃脘烧灼感。治以补气养血，清胃化瘀。用当归补血汤合葛根芩连汤加三七粉，共20余剂。

目前情况　胃脘时隐痛，按之痛增，疼痛多在饥饿时发生。偶有吞酸。舌淡红，苔薄黄而润。RBC 4.2×10^{12}/L，Hb 110g/L，大便隐血阴性。

目前诊断　中医　胃痛（瘀热未尽）

西医　十二指肠球部溃疡

诊治计划

(1) 继续守法守方治疗半月。

(2) 近期复查胃镜，并做幽门弯曲菌培养。复查血常规，作空腹胃液分析。

(3) 加强营养，以资气血生化之源。忌辛辣燥热食物。

张　利

(六) 病历摘要示例

曾路，男，20岁，四川万县人，汉族，学生。1988年3月1日第一次入院，已住院3日。

入院时情况　病人因发热恶寒，胸痛，吐铁锈色痰12小

时，急诊入院。入院时高热面赤，手足欠温，口渴欲饮，咳嗽胸痛，呼吸气促，鼻翼扇动。舌尖红，苔薄黄，脉浮数。右锁骨中线3～6肋至腋中线3～8肋范围内叩诊呈浊音。语颤增强，可闻及管样呼吸音。WBC 18×10^9/L，其中 N 85%。痰培养，血培养结果未回报。X 线胸片示右中下肺野呈片状均匀致密影。中医诊断为风温（热毒壅肺），西医诊断为大叶性肺炎。

诊治经过　用中药清热解毒，宣肃肺气。方选银翘麻杏石甘汤加鱼腥草、大青叶。日2剂，每2小时服1次。连服2日，热势不减。

目前情况　发热气促加重，今晨出现神昏谵语，循衣摸床。肌肤灼热，四肢厥冷。大便3日未行。舌强语謇，脉沉滑。仍用银翘麻杏石甘汤加鱼腥草、大青叶煎服，加用清开灵注射液20毫升，加入5%葡萄糖液500毫升内静脉滴注，40滴/分，q6h。

目前诊断　中医　风温（热闭心包，腑气不通）

西医　同入院诊断

处理　因病情严重，疗效欠佳，故请张教授查房，解决诊断及治疗问题。

张　利

1988年3月4日

（七）交班记录示例

赵玉珍，女，40岁，四川绵阳人，汉族，已婚，车工。

入院时间　1987年2月1日9am，第1次入院。

交班时间　1987年2月15日4pm，已住院14天。

入院时情况　病人以心慌胸闷，不能平卧半月，伴双膝以下微肿3天入院。入院前半月，无明显诱因出现心慌胸闷，逐

渐加重，不能平卧。在厂医务室诊断为心脏神经官能症，服谷维素、安定等药，治疗无效。3天前出现双膝以下微肿，遂来我院就医，门诊收入住院治疗。入院时，头晕时作，胸闷心慌，面有黑斑，双踝微肿，按之凹陷，纳少欲呕，小便清，大便干。舌苔白厚面润，脉沉弦数。心尖搏动在第5肋间隙左锁骨中线内，叩诊心界略向左扩大，在第5肋间隙左锁骨中线处。听诊心音遥远。超声心动图示心包中等量积液。心电图示左室低电压。X线胸片心影呈普大形。入院时中医诊断为心悸（水饮凌心），西医诊断为急性心包炎（性质待定）。

诊治经过　用中药甘遂半夏汤合苓桂术甘汤一日一剂后，大便泻下数次，小便量增。3剂后，诸症均有减轻。继用苓桂术甘汤合济生肾气丸。于2月7日在B超引导下行心包穿刺术，抽出血性液体100毫升，找到结核杆菌，故又加用短程抗痨药三联疗法。

交班时情况　胸闷心慌稍减，头晕消失，二便正常，纳增不呕，踝肿已消。仍不能平卧，苔白腻，脉沉细。心脏检体同前，但超声心动图提示心包积液略减少。交班时中医诊断为心悸（水饮凌心），西医诊断为急性结核性心包炎。

注意事项

（1）建议中药守法守方治疗，诸症减后酌情补益心气。

（2）继续三联抗痨治疗，防止发展为缩窄性心包炎。定期复查超声心动图及肝、肾功。

（3）加强营养，增加体质。

张　利

（八）接班记录示例

田恬，女，20岁，小学教师，未婚，四川新都人，汉族。

入院时间　1988年6月1日3pm，第1次入院。

接班时间　1988年7月1日10am，已住院30天。

入院时情况　病人因发热不恶寒8月，左胁隐痛7月入院。8月前，患者因“受凉”出现发热不恶寒，肌肉酸楚，到职工医院就诊，诊断为：“感冒”，服麦迪霉素1周无效，并出现齿衄，双下肢紫斑，压之不退色。左胁隐痛，左胁下切得积块，状如覆杯。查血常规则正常，血吸虫皮试阴性，骨髓检查为感染性骨髓象。又用青霉素治疗1周，发热不减。来我院急诊，收入住院。入院时但热不恶寒，左胁下隐痛，并切得结块，状如覆盘，拒按。面色少华，形体消瘦，倦怠乏力，神怯纳差，齿衄时作，双下肢有紫斑7处，大约1×2厘米至2×3厘米，形状规则，按之不退色。舌质红苔黄腻，脉细数无力。查T38℃，皮肤巩膜无黄染，颌下淋巴结左右各扪及2个，约黄豆大小，表面光滑，无粘连及压痛。腹部略呈舟状，脾在左胁下5厘米，压痛明显。RBC 3.5×10^{12}/L，Hb 113g/L，Pt 80×10^{9}/L，SR 60mm/h。其余检查未回。中医诊断为：(1) 内伤发热（气阴两虚），(2) 积证（热瘀互结）。西医诊断为：(1) 发热待诊，(2) 脾肿大待诊。

诊治经过　入院后治以益气养阴，活血祛瘀，方用生脉散加味，并服大黄䗪虫丸。半月后神疲乏力减轻，余症未消。其间先后B超诊断为脾肋下7厘米，肝胆未见异常。胸片未见异常。三大常规在正常范围。三次血培养，一次骨髓培养均无细菌生长，骨髓检查为感染性骨髓象。西医仍不能确诊。

接班时情况　身倦乏力减轻。仍但热不寒（T36.5～39.5℃），无汗，时齿衄，消瘦颧红，纳差，大便干，小便黄。舌红苔薄黄而干，脉细数。颌下淋巴结同前，脾脏肋下8厘米

触及，双下肢紫斑8处。RBC3.2×10^{12}/L，Hb 100g/L，PC 60×10^{9}/L，SR 80mm/h。治法方药同前。西医诊断不能明确，疗效欠佳。

接班时诊断

中医　内伤发热（气阴两虚）

　　积证（热瘀互结）

西医　发热待诊（1）恶性组织细胞病？

　　（2）恶性淋巴瘤？

　　（3）风湿性疾病？

诊疗计划

（1）中药继续守方治疗。

（2）定期复查血常规、血小板，观察血细胞有无进行性减少。定期骨髓穿刺寻找恶性组织细胞，并作骨髓及血培养以排除感染性疾病。

（3）动态观察各浅表淋巴结的形态大小变化，必要时作CT以了解腹腔内及腹壁后淋巴结情况，排除或确诊恶性淋巴瘤。

（4）反复查狼疮细胞、抗核抗体，以判断是否存在风湿性疾病。

张　利

（九）转科记录示例

刘建国，男，56岁，四川成都人，汉族，已婚，工程师。

入院时间　1989年9月10日10am，第1次入院。

转科时间　1989年9月29日4pm，已住院19天。转入本院肛肠科。

本科情况　病人因反复下血2年，头晕目眩3月，入我科

治疗。两年来病人每次大便后多有鲜红血，少则数滴，多则如注。自购三七粉、云南白药口服。3月前出现头晕目眩，耳鸣如蝉，心跳心慌，失眠多梦，纳差等，逐渐加重。入院时面色无华，结膜苍白，唇舌色淡，脉大无力。中医初步诊断为下血（1）痔疮？（2）肠癖？查 Hb 60g/L，RBC 2.6×10^{12}/L，PC 150×10^{9}/L，红细胞偏小，染色不匀。西医诊断为失血性贫血（低色素小细胞性，缺铁性），予归脾汤日一剂，先后输洗涤红细胞900毫升。目前诸症减轻，Hb 100g/L，RBC 3.6×10^{12}/L。9月23日经肛肠科会诊，确诊为内痔Ⅱ期。

转科原因　根据肛肠科会诊意见和病人同意，转入肛肠科手术治疗。

转科时情况　目眩耳鸣消失，久坐起立时感头晕，胃纳尚可，动则心跳，大便后仍有鲜红血数滴。舌淡苔薄白，脉缓。仍服归脾汤，吞服云南白药。

转科时诊断　内痔Ⅱ期并发出血。

注意事项

（1）可继续服归脾汤。

（2）忌食辛燥食物。

（3）建议手术前后输小量鲜血。

张　利

（十）出院记录示例

聂少荣，男，30岁，四川广安人，汉族，已婚，广安县粮站会计。

入院时间　1987年4月6日4pm，第1次入院。

出院时间　1987年5月9日，共住院35天。

入院时情况　患者因反复胃脘部疼痛9年，复发2月入院。

9年前（1978年），患者因“感冒”出现胃痛，治疗后疼痛缓解。此后每逢受凉或进食生冷后，胃痛即发，饥饿时尤甚。服胃舒平后可缓解。5年前因解黑大便，住入当地医院，诊断为消化道出血。用甲氰咪胍治疗半月后，黑大便消失。两月前胃痛复发，遂入我院治疗。入院时胃脘隐隐作痛，喜温喜按，纳差，恶心，呕吐清水，嗳气，神倦乏力，大便色黑如漆。舌质淡红，苔白厚腻，脉弦。胃镜检查为十二指肠球部溃疡活动期。大便隐血（＋＋＋＋）。

入院诊断　中医　胃痛（寒湿中阻，气机郁滞）

西医　十二指肠球部溃疡活动期

诊治经过　治用散寒除湿之法，方选《温病条辨》加减正气散合良附丸化裁。服7剂后，胃痛减轻，余无变化。考虑病人胃脘冷痛，喜温喜按，神倦乏力，改用温中益气法，用黄芪建中汤加法夏、吴茱萸，配溃疡片口服，6片，q4h。服药5天后，胃痛、黑大便消失，余症减轻。大便隐血阴性。继用上法守方治疗至今。

出院时情况　胃痛、恶心、吐清水、黑便、神倦乏力等症消失。3日前胃镜检查诊断为十二指肠球部溃疡瘢痕期（痊愈）。目前仍用黄芪建中汤加减及溃疡片治疗。

出院诊断　中医　胃痛

西医　十二指肠球部溃疡瘢痕期

出院医嘱

（1）禁饮酒、吸烟、喝浓茶、进食辛辣厚味，禁服对胃粘膜有损伤的药物。

（2）溃疡片，6片，q6h。嚼烂吞服。连服1月。

附重要检查号码：

(1) 胃镜号　53687

(2) X片号　42385

(3) B超号　5324

(4) 心电图号　5412

张　利

(十一) 死亡记录示例

郑华，男，65岁，四川珙县人，汉族，丧偶，炊事员。

入院时间　1987年12月5日8am，第三次入院。

死亡时间　1987年12月20日11pm，共住院15日。

入院时情况　病人前2次在我科住院，中医诊断为肺胀，西医诊断为慢性肺源性心脏病失代偿期。此次因天气突变受凉而复发。入院时恶寒发热，无汗，咳逆倚息，不能平卧。目如脱状，咳痰清稀泡沫状，口干不欲饮，小便短少，双下肢水肿及腰，按之没指。喉间痰鸣，口唇青紫，蜷卧。舌质紫黯，苔白滑，脉浮大无力而数。T36℃，P 120次/分，R 30次/分，Bp 21/12.5kPa。球结膜水肿，颈静脉怒张，肝颈静脉回流征阳性。桶状胸，肋间隙增宽，叩诊过清音，双肺满布哮鸣音，中下肺野闻及中小水泡音。心脏搏动剑突下明显，三尖瓣区可闻及Ⅲ级收缩期杂音。肝区叩痛，肝肋下7厘米，中等硬度。移动性浊音阳性。WBC 13×10^9/L，其中N 75%，RBC 5.0×10^{12}/L，Hb 15.5g/L。中医诊断为肺胀（脾肾阳虚，寒饮射肺，血脉瘀阻），西医诊断为慢性肺源性心脏病，失代偿期。

诊治经过　入院后，中医治以温阳利水，宣肺散寒，活血化瘀。用真武汤合射干麻黄汤化裁。静脉滴注川芎嗪和丹参注射液。西医以抗感染为主，用青霉素每日800万U，丁胺卡那霉素每日400毫克，静脉滴注肺脑合剂。口服心痛定、消心

痛减轻心脏前后负荷。持续低流量吸氧。2日后，病情无改善。急查心电图示电轴右偏+210°，重度顺钟转位，肺型P波。胸片示右下肺动脉干扩张，横径大于15毫米，双肺中下肺野炎变。血气分析示PH7.34，$PaCO_2$80mmHg，$PaO_2$35mmHg，严重呼吸性酸中毒，低氧血症。痰培养示肺炎杆菌生长。药敏试验示对青霉素不敏感，对先锋V敏感。电解质K 5.5mmol/L，Na 129mmol/L，Cl 90mmol/L。根据检查结果，治疗上改用先锋V每日6克抗感染。经治疗后，呼吸困难减轻。

死亡前情况　12月20日10pm，病人突然呕吐黯红色液体半痰盂，旋即昏睡不醒，呼之不应。瞳孔缩小，光反应微弱，面如土色，四肢逆冷，大汗淋漓，脉微欲绝。Bp0/0kPa。

抢救经过　主治医师黄晓华立即组织住院总医师刘勇、住院医师张　利、实习医师李彤、护士郑英抢救。急以参附注射液快速静脉滴注，同时输入多巴胺合间羟胺（另一静脉通道输入）。先后静脉推入甲氰咪胍0.4克，止血芳酸0.4克，可拉明3支。紧急合血600毫升，立即输血。抢救至11pm，病人心跳停止，继之呼吸停止。立即体外心脏按压，人工呼吸，静脉推注5%碳酸氢钠50毫升及肾上腺素、洛贝林。但终因抢救无效死亡。

死亡诊断　中医　肺胀并急性呕血（血脱阳亡）

西医　（1）慢性肺源性心脏病失代偿期，肺性脑病

（2）急性上消化道大出血，失血性休克

死亡原因　中医　急性呕血（血脱阳亡）

西医　急性上消化道大出血伴失血性休克

住院医师　张　利

内科主任　邓志成

四、查房及病案讨论记录书写示例

（一）科主任查房记录示例

祝彪　男　34岁　住院号　060466

因反复胃痛8月，发作10天，黑便3天，于1990年3月7日3pm 入院。

8月前（1989年5月）无明显诱因出现胃部隐痛，无嗳气泛酸等症。自服“助消化之品”（药不详）后缓解。但以后经常反复发作。10天前（1990年2月25日）因暴食出现胃部疼痛，痞满不欲进食，未经治疗。7天前因食火锅后上症加重，入夜尤甚，进食则痛减。喜温喜按，喜热饮，畏寒肢冷。自服颠茄合剂后疼痛稍减。3天前（3月4日）解大便时发现大便色黑如漆，伴头昏、心悸。今日到我院门诊肝胆脾胃专科就诊。就诊时心慌、烦躁，继而昏倒在地，大汗淋漓，脉微细欲绝，故以急诊收入住院。

入院时胃部隐痛，畏寒肢冷，心下灼热，口干苦喜热饮。尿黄少，大便溏，色黑如漆。神倦乏力，头昏不欲食。舌质淡，苔微黄，脉细数无力。

查体示 T36.5℃，P 115次/分，R 25次/分，Bp 13.3/9.3kPa。发育营养尚可，自动体位，面色苍白，颌下淋巴结可扪及，胸廓正常，双肺未闻及罗音。心律齐，心率115次/分，心音较弱，各瓣膜区未闻及杂音。腹部平坦，上腹部轻压痛。肝脾未扪及。肠鸣活跃，无移动性浊音。四肢活动自如，无水肿。理化检查示 Hb 119g/L，RBC4.26 × 10^{12}/L，WBC 12×10^{9}/L，其中 N0.73，L0.25，E0.02。Pit 309×10^{9}/L。

BT30″，CT2′。大便隐血＋＋＋＋。因病情危重，辨证复杂，故请科主任查房，解决诊断治疗问题。

张维主任查房

张主任对病人问诊和望闻切诊之后，认为四诊资料无遗漏，无错误。让下级医师发表诊治意见。

实习医师陆小华认为，该病员胃部疼痛，黑便，应诊断为“胃痛”和“便血”。病人胃部灼热，口干苦，尿黄少，舌苔微黄，脉数，均为热象。《血证论·吐血》说：“热者十之八九，寒热十之一二”。因此，该病人便血的原因是胃热亢进，热伤血络。宜用《金匮要略》泻心汤（大黄10克，黄连10克，黄芩15克）治疗。

住院医师王晓凤同意关于胃痛的诊断。但认为病人出现黑便应诊断为“远血”。《景岳全书·血证》在论述远血时，说：“血来者远，或在小肠，或在胃”。根据病人在黑便的同时存在胃痛的症状，故其血来源于胃，应诊断为“远血”。病人除有上述热象外，还有畏寒肢冷、喜热饮等阳虚生内寒的临床表现。因此辨证为寒热错杂，热伤血络。治当温中补虚，清热止血。方用半夏泻心汤加减(法夏10克　黄芩15克　黄连10克　潞党参20克　甘草3克　地榆20克　白芍20克　广木香10克　藿香12克　茯苓15克)。

其他医师意见，与上述两位医师意见略同。

张主任总结病人有以下特点：

1. 青年男性，病程较长，起病较缓。

2. 以胃部疼痛为主要临床表现，且具有疼痛在饥饿时加重，得食则减，喜温喜按，喜热饮等虚证、寒证表现。

3. 最近3月解黑便，便溏，色黑如漆。

4. 昨日曾出现晕倒，伴大汗淋漓，心慌烦躁，肢冷，平卧后上述症状缓解。无半身不遂、口眼㖞斜等表现。

5. 现头昏乏力，神倦懒言，畏寒肢冷，面色苍白。

6. 虽有口干苦，胃部灼热，但喜热饮，恶冷食。

7. 苔薄而呈淡黄色，乏津，脉细数无力。

8. 大便隐血＋＋＋＋，Hb 119g/L，RBC4.26×10^{12}/L，Pit 309×10^{9}/L，WBC 12×10^{9}/L。

9. T36.5℃，P 115次/分，R 22次/分，BP 13.3/9.3kPa。

根据以上病人特点，诊断应为胃痛、远血和厥证。其中厥证应该是虚证中的血厥，是远血出血过多所致。从表面上看，病人既有虚寒征象，又有热象。但病人喜热饮，恶冷食。脉虽数但无力。昨日又出现了厥脱的临床表现。因此病人的热象是假热的征象。《血证论·吐血》说：虚寒者“在吐血家十中一二，为医者不可不知也”，“其证必见手足清冷，便溏遗溺，脉细微迟涩，面色惨白，唇口淡和，或内寒外热，虚寒假热之真情……甘草干姜汤主之。以阳和运阴血，虚热退而阴血自守矣。”《证治准绳》说：“失血后大热大渴发热，证似白虎，惟脉虚大不足实为异尔。误用凉剂必死。”以上说明，失血之后常可出现假热征象，若误认为是热证，投以寒凉之剂，那是很危险的。

综上，诊断应为

（1）胃痛（脾胃虚寒，胃络拘急）

（2）远血（脾胃虚寒，气不摄血）

（3）厥证（气随血脱）

其虚热表现乃为真阳失守，虚阳浮越的真寒假热。病情危重。治当温中补虚，回阳救逆，收敛止血。方用《伤寒论》桂

枝加龙骨牡蛎汤：

桂枝10克　白芍40克　炮姜15克　甘草10克　大枣15克　龙骨粉12克　牡蛎粉12克　分4次冲服。

方中桂枝、炮姜、甘草辛甘化阳，白芍敛阴，龙牡敛汗止血，共奏回阳救逆，收敛止血之功。因有出血，故将桂枝汤中的生姜改为炮姜，取其血见黑则止之意。

张　利

（二）主治医师查房记录示例

卓玛，女，47岁，藏族。住院号057886。

因反复胃痛8年，加重伴泄泻2月，于1989年8月14日入院。

患者于8年前（1981年）出现不明原因胃部胀痛，伴恶心呕吐，经治疗后缓解。以后经常反复发作。2月前胃痛加重，伴泄泻。每日3～10次，质清稀如水。体重明显减轻。来成都就诊，住某医院治疗2月疗效不明显。故来我院就诊，以“慢性浅表性胃炎”、“腹泻待诊”收入住院。

入院时胃部胀痛，喜温喜按，食少眠差，神倦乏力，口淡无味，胃脘灼热感。大便日3～10次，质稀如水，便后肛门灼热感。形体消瘦。舌质淡，苔薄白，脉细缓无力。

T36.5℃，P 64次/分，R 18次/分，Bp 14/9kPa。发育正常，营养较差。甲状腺不大。双肺未闻及罗音。心界正常，律齐，各瓣膜区未闻及杂音。腹壁软，剑下轻压痛，肝脾未扪及。四肢活动自如，无浮肿。血常规无异常，大便常规示质稀，无RBC及WBC。胃镜检查示慢性浅表性胃炎。

患者以胃痛和泄泻为主要临床表现，伴见喜温喜按，大便质稀如水。因此初步诊断为胃痛（脾胃虚寒，胃络气滞），泄泻（脾胃虚寒，运化失常）。治宜温中补虚，行气止痛，运脾

除湿。方用香砂六君子汤加味。

党参30克　白术15克　云苓10克　甘草6克　陈皮10克　法夏10克　二芽各30克　木香10克　砂仁10克　生姜10克　大枣10克

1989年8月19日

王少云主治医师查房

该病员以胃痛和泄泻为主要临床表现，因此同意上述诊断。关于脾胃虚寒的辨证，有其正确的一面，但还不能完全概括之。病员除具有喜温喜按，倦怠乏力，舌淡苔薄白，脉细缓无力等症外，尚有胃脘灼热，便后肛门灼热等表现。后者属于胃肠湿热之象，因此辨证还应补充胃肠湿热。该病员产生泄泻的原因是脾胃虚寒，导致脾运失常。《景岳全书》说："水反为湿，谷反为滞"，清浊不分，合污而下，发生泄泻。泄泻既成，水湿滞于肠胃，久则化热，故出现胃肠湿热。《时方妙用》说："久泻诸药不效，有脏热肠寒，脏寒肠热之辨"。这种虚寒湿热同时出现的证例，治当温中补虚，运脾除湿，兼以清热。方用《寿世保元》的三白散加减。

白芍45克　白术15克　白茯苓30克　干姜15克　黄连10克　泽泻20克　潞党参20克　枣肉20克　猪苓20克　吴茱萸10克。

张　利

（三）新入病人查房记录示例

首先由实习医师汇报全病历，住院医师补充。病历摘要如下：

萧兰，女，39岁，邮电工人，汉族，已婚。于1991年3月27日入院。住内科11床。

因心累心慌，多食易饥消瘦1月入院。1月前病人晚餐过食肥腻后出现泄泻，伴心累心慌。自服山楂丸、黄连素3天后泻止。但仍觉心慌心累，食纳有增无减。每日主食大米饭750克以上，仍有饥饿感，乃以果蔬充食。逐渐形体消瘦，渴喜热饮，每日饮尽10磅开水。在当地医院就诊，诊断为“消渴”，服玉泉丸（每日3次，每次9克）1月后不能缓解，故来我院就诊。

现病人形瘦面红，目光射人，白睛微赤，爪薄色红。虚里动数，时有一止，心累心慌，多饮多食。时时汗出，不恶寒，但恶热，腹皮灼热，双目发胀，头昏失眠，夜间耳鸣，四肢乏力。小便短黄，大便干燥。舌质略黯，舌尖颤动，苔白厚，脉促。

T37.5℃，P 110次/分，R 20次/分，Bp 16.2/7.8kPa。神清合作，营养欠佳，皮肤巩膜无黄染，全身浅表淋巴结未扪及。双目闪光，面红充血。颈部未见异常。胸廓对称，心尖搏动略呈抬举样，心尖区第一心音增强，可闻及收缩中后期Ⅰ级吹风样杂音，无传导，偶发早搏3～4次/分。腹软，轻度凹陷。WBC 5.7×10^9/L，其中N 0.73，L 0.23，E 2%，M 0.02。尿糖（＋）（下午4点）。

中医诊断为消渴（肺胃燥热，灼伤津液），治以清热生津，兼以益气。方用白虎加人参汤。嘱其饮食有节，忌糖。西医诊断为糖尿病Ⅰ型。

1991年3月28日，方成主治医师查房。诊视病人，询问病史，病人补述3年前，父亲因病死亡，悲伤过度，逐渐出现心情烦躁，性急易怒，时时太息。望诊发现颈部略粗，切之发现瘿肿，即甲状腺Ⅰ°肿大，质软无结节，吞咽时上下移动，双手指有细颤。四诊合参，方成主治医师认为该病人有以下特点。

（1）中年女性。

（2）起病较缓，病程较长。

（3）发病前有七情过激的诱因。

（4）现多饮多食消瘦，面红目胀，心累心慌，烦躁易怒，时太息，恶热汗出，目光射人，夜间耳鸣，小便黄短，大便干燥。

（5）舌质略黯，舌尖颤动，舌苔白厚，脉促。颈部切得瘿肿。虚里动数，时有一止。腹皮灼热，爪薄色红。

（6）低热，T37.5℃，P 110次/分，心尖搏动略呈抬举样，心尖区第一心音增强，偶发早搏。甲状腺Ⅰ°肿大，质软无结节，吞咽上移。

（7）餐后2小时尿糖阳性。

根据病人上述特点，应诊断为瘿气。瘿气是瘿病之一类型，以颈前肿大，触之软，无结节，吞咽上移为特点。多见于中、青年女性，常以情志因素为诱因。伴烦躁易怒，消瘦易饥，怕热汗多，脉数。如两目突出则更典型。该病人颈前肿大Ⅰ°，尚属早期。瘿气首先应与瘿囊和瘿瘤鉴别。瘿囊属地方病，多发生在山区，男女均可发生。其颈前肿块柔软滑，弥漫对称，可下坠至胸，其状如囊。目前广泛采用碘化食盐的方法进行预防，因此，瘿囊在我国已基本消灭。瘿瘤肿块偏于一侧，或一侧较大，状如坚果，质硬，有结节。此外，由于病人有多饮多食消瘦的特点，故尚须与消渴病鉴别。消渴以三多一少加尿甜为主要临床特点，而瘿病则无多尿，且具有颈前肿大的表现。值得注意的是，消渴尿中常有甜味，可用现代科学手段查出。空腹血糖或餐后2小时血糖超过正常。瘿病尿中也可有甜味，但主要出现在餐后。该病人餐后2小时尿糖阳性，应进一步查

三餐前及空腹血、尿糖，这样鉴别诊断是不难的。病人发病前有明显的情志内伤的诱因。《济生方·瘿瘤论治》说："夫瘿瘤者，多由喜怒不节，忧思过度，而成斯疾焉。大抵人之气血，循环一身，常欲无滞留之患。调摄失宜，气凝血滞，为瘿为瘤。"故本病以气滞为主，血滞为辅。因颈部肿块触之软，能移动，此属气滞。舌略黯说明血滞不甚。且本病初发不久，初病在气，久病入络。此外，苔白厚，反应存在痰结。至于五脏定位，主脏在肝，涉及心肾。病人烦躁易怒，双目发胀，舌尖、指尖颤动，面红目赤，时时太息，小便黄短。此为气郁化火生风，肝经风火上冲游走之征。且火热甚则易伤胃津，而有多饮多食消瘦。小便黄短，大便干燥，夜间耳鸣，爪薄舌红为肝受损，不能外荣之象。因肝其华在爪，寄窍于耳之故。脉促，数中一止，伴心累心慌，失眠多汗，反应病已及心，火热耗伤心之气阴。月经衍期量少，乏力，日久经闭，为火热耗伤精血，穷必及肾的先兆。综上，此证属肝郁气滞，化火伤阴（津、精），及于心肾，血滞痰结。治当疏肝理气，泻火养阴，散痰通络。方选仲景柴胡加龙骨牡蛎铅丹汤去铅丹加磁石。方中柴胡疏肝理气为主药，重用。辅以黄芩、大黄清泻肝胃之火，法夏配茯苓、生姜散痰，桂枝通络，量宜轻。因铅丹有毒，易之以磁石合龙骨牡蛎，取其重镇降逆平冲。参枣益阴，宜用西洋参。

通过该病例说明，青年医生要加强临床锻炼，实践是掌握医学知识的重要环节。要在四诊上狠下功夫，才能得到全面、正确的临床资料。该病西医诊断为甲状腺功能亢进，弥漫性甲状腺肿大Ⅰ°。明日查 T_3、T_4、TSH，以便进一步确诊，并作为观察疗效的指标。以后每2周复查一次。

此时有实习医师提出是否给病人用西药他巴唑治疗。方

成主治医师认为，中医药对轻、中度甲亢有较好疗效，我们中医学院应按卫生部要求，能中不西，先中后西，中西结合的原则，继承和发扬祖国医学的优势。因此，此例病人是完全能够单用中药取得好的疗效，就不必再用他巴唑了。

张　利

（四）疑难病查房记录示例

先由实习医师汇报全病历，住院医师补充。病历摘要如下：

彭丽，女，37岁，已婚，汉族，工人。于1987年4月3日入院，已住院4天。住内一科7床。

因反复口腔溃疡10年，复发加重7天入院。10年前（1977年）出现不明原因舌尖疼痛，在当地医院诊断为口舌生疮（心火上炎），服三黄泻心汤和维生素 B_2 后治愈。但以后经常反复发作，平均每月一次，间歇期短。溃疡由初发时米粒大小逐渐发展到黄豆大小，甚至硬币大小。有时单个，有时对称。累及部位以舌、颊粘膜、上下唇内侧粘膜为主，咽部发生二次。一般持续10天左右，有时长达二、三月之久。每次都服维生素 B_2，复方维生素 B，外用锡类散，有时服中药煎剂（药物不详）。

入院时两颊粘膜及上下唇内侧粘膜各有一圆形大约0.5×0.5厘米的溃疡，上被白苔，周围红晕，疼痛，畏寒，手足心热，时自汗出，面色黄晦，口臭口苦，胸脘痞闷。小便清长，夜尿多，大便稀溏。右少腹压痛，似有条索状物约8×10厘米。肘膝关节冷痛，双下肢小腿部有约10个大小不等、红色、高于皮肤的斑块。月经量少，色黯，白带黄稠，量多。舌质淡，有两处瘀斑，苔黄厚，脉弱。血沉60mm/h，其余查体及理化检

查未见异常。中医初步诊断为口疳（脾胃湿热）、痹证（寒湿闭阻筋脉）、发斑（热伤营血）。西医初步诊断为复发性口疮，结节性红斑。用乌黄散、小活络丸、犀角地黄汤三方治之，效果不显。入院后检查发现C反应蛋白阳性，X线钡盐灌肠示结肠回盲部及升结肠狭窄，肠壁僵硬，结肠袋消失。目前情况除与入院时相同外，在穿刺抽血的针眼处出现红色小斑点，顶端呈黄白色。眼科会诊诊断为疮疡性结膜炎。妇科会诊时，病人补述入院前有性交疼痛，查得阴道下三分之一处前壁有蚕豆大溃疡两个，白带涂片查见霉菌。因此，情上级医师查房，以便明确诊断，拟定治疗方案。

1987年4月7日，高华主任医师查房。

该病人病情复杂，症状繁多，临床不很常见。医者临证时往往不能找出各个症状之间的内在联系，而作出多个诊断，这不符合中医学的整体观。该病的全部症状，可以用一个病来进行归纳，这就是《金匮要略》中的“狐惑”。原文解释：“蚀于喉为惑，蚀于阴为狐。”即在咽和前后二阴出现溃疡，这是该病的第一个特点。第二个特点是“目赤如鸠眼”，即病变波及眼。因此，在东汉末年，张仲景就观察到狐惑的主要特征具有咽、二阴及眼的三联征，与西医的白塞氏综合征具备同样的特点。西医还发现白塞氏综合征具有一种针刺反应现象，即在针刺部位出现小脓疮或红色丘疹，这个病人就具有典型的针刺反应。本病多见于女性，青壮年。临床表现可归纳为如下八点：①口腔溃疡。②皮肤损害：结节性红斑、毛囊炎或针刺反应。③生殖器溃疡：比口腔溃疡大且深，数目少，疼痛明显。④反复发作的眼部多种炎症：虹膜睫状体炎伴前房积脓（目赤如鸠眼，脓已成），其它如泡疹性结膜炎、角膜炎、巩膜炎

等。⑤关节炎或关节痛。⑥血管病变：静脉炎或动脉炎。⑦胃肠道病变：常见于回盲部和升结肠的非特异性溃疡。⑧神经系统：脑膜脑炎、多发性神经炎。理化检查可见在急性期血沉增快，C反应蛋白阳性，IgG、IgA、IgM增高，RF阴性等。该病的西医诊断主要依据临床表现。凡符合下列两项者可初步诊断：①口腔溃疡、生殖器溃疡、眼部和皮肤病变等4项中具备3项。②伴长期反复发作。

治疗应采用辨病与辨证相结合的方法。首先采用《金匮》的甘草泻心汤。本病寒热错杂，虚实兼见，此方则寒温并用，补泻兼施。从脾胃着手治疗，使后天之本调和则病去人安。在此基础上，针对病机尚存在瘀和湿，可合用当归芍药散。以当归、川芎、赤芍养血活血，茯苓、白术、泽泻燥湿渗湿，更切合病情。口腔溃疡和阴道溃疡，可分别用苦参汤含漱和坐浴，一日2次。随着现代对该病的深入研究，发现雷公藤对该病有特效。雷公藤清热除湿，宣痹通络，在治疗过程中对关节疼痛的缓解亦有良好的疗效。但雷公藤有强的毒副作用，应用时当参阅有关文献。

张　利

（五）抢救危重病人会诊记录示例

首先由住院医师汇报病历。病历摘要如下：

陈实，男，31岁，工人，汉族，四川省井研县人。于1991年3月2日第一次入院，已住院10天。

因反复咳嗽、喘、哮23年，复发2天入院。入院时喉中水鸡声，远近可闻。咳逆倚息不得卧。咳嗽痰黄，冷汗淋漓。呼吸时缺盆、肋隙深陷。小便黄少，大便3日未行。舌边红，苔黄厚，脉细数。既往每年冬春哮喘必发，每因受凉为诱因。外祖父有

哮喘病史，死于肺胀。父母健在。T38℃，P 120次/分，R 30次/分。面白唇绀，颈短肩高，呼吸困难急促，三凹征，双肺高清音，满肺闻及哮鸣音，双肺底散在湿鸣。WBC 15×10⁹/L，其中 N0.90。X 线胸片示肺气肿征，左下肺炎变。中医诊断为哮证（外寒内热型）。西医诊断为支气管哮喘（混合型），左下细菌性肺炎（病原菌待细菌培养报告后定）。

入院后采用中西结合疗法。中医用外散风寒，内涤痰饮，清热宣肺之法。方选射干麻黄汤合千金苇茎汤加鱼腥草，一日一剂。西医常规使用氨苄青霉素，每次3克，每日2次。氢化可的松每日300毫克。氨茶碱每次0.5克，每日2次。以上药物均静脉滴注。口服舒喘灵片，每次2.4毫克，每日3次。夜间严重发作时，曾用肾上腺素0.5毫克，皮下注射，但无明显缓解。经上述治疗后，哮喘有所缓解，但咳嗽有增无减。第7天痰培养报告有大肠杆菌生长，于是停用氢可，按药敏试验结果联合使用先锋霉素Ⅴ，每次1.5克，每日2次。但病人于昨天突然出现寒战高热，四肢抽搐。继之面色苍白，大汗淋漓，表情淡漠，四肢逆冷，唇绀舌缩，小便量少，脉微欲绝。Bp 10.5/7.9kPa。中医诊断为厥脱（阳气暴脱），西医诊断为过敏性休克（氨苄或先锋霉素过敏）。急用参附注射液10毫升加入20%GS 静脉推注。继之用20毫升加入10%GS250毫升，静脉滴注，一日2次。另一静脉通道用氢化可的松300毫克，加入10%GS100毫升，快速滴入，然后用多巴胺50毫克，间羟胺20毫克，加入5%GNS 静脉滴注，维持血压在12/8kPa 左右。停用抗生素及中药煎剂。今晨8时，护士采取静脉血作化验标本时发现针眼血流不止，标本瓶内血不凝固，急报告值班医师。

目前 T39℃，寒战，面红如酒醉，唇绀，神情淡漠，时有

手足躁扰，四肢不温，胸部皮肤广泛充血发红，按之退色，斑疹隐隐。舌质绛，苔黄厚而干。听诊无哮鸣音，双下肢广泛湿鸣。WBC 20×10^9/L，N0.92。

因病情复杂，证候转化较快，故请主任医师紧急会诊，解决诊断治疗问题。

1991年3月11日$8\frac{30}{am}$，李新华主任医师会诊意见如下：

追问病史，病人入院前已自行服氨苄青霉素，每次0.5克，每日4次。复习病历及诊视病人之后，认为四诊资料基本准确可靠。归纳该病人特点如下：

1. 同意人院时哮证的诊断和辨证。入室即可闻及哮鸣音，属哮证重度，采用中西医结合治疗是正确的。因中医尚无治疗重症哮喘的静脉用药，而口服中药，对轻、中度发作效如桴鼓。发作停止后，酌情补益肺肾，注意避免过敏原，可望减少发作次数，减轻发作程度甚至根治。但重度哮证因证候变化快，极易发生肺肾气绝，阳气暴脱，中药煎剂难以控制病情变化。

2. 该病例的一个重要特点是，厥脱的发生是在哮喘缓解之后。厥脱的诊断是成立的，但引起厥脱的原因，是药物过敏还是热毒内陷、阳证转阴？我认为后者是本证的原因。理由是：①此次发作表现为外寒内热，热毒壅盛于内。西医称为混合型，认为除过敏因素外，尚有细菌感染。②治疗后哮喘缓解，咳嗽反加重，痰黄，舌苔黄厚，均反应为痰热内蕴。③热毒的加重有药源性因素。病人在院外已服数天羟氨苄青霉素，入院后又继续用氨苄青霉素静滴7天。在使用广谱抗生素的同时，又使用了肾上腺皮质激素。加之久病肺肾气虚，免疫功能低

下，极易导致二重感染。痰中培养出大肠杆菌，是入院时的痰标本，说明大肠杆菌入院时就已存在，这是热毒的本质，说明热毒的存在。另外，过敏因素导致的厥脱（休克），若不及时抢救，可于数分钟内死亡。该病人出现厥脱后未按过敏性休克常规抢救而未死亡，也反证了导致厥脱的原因不是过敏，而是热毒内陷（感染性休克）。⑤从病情分析，病人先有寒战高热，是热毒成脓之象。《金匮要略》称寒战为振寒，是肺痈成脓期的重要特征。伴四肢抽搐为热极生风。继之出现厥脱的表现，是阳证转阴。在用回阳救逆的参附及西药治疗后，阳气来复，再次与邪热交争，故又表现为寒战高热，阴证转阳。《伤寒论·厥阴篇》称之为厥热胜复。病至厥阴，已是危候，阳气更虚，所以邪热深陷于血分。心主血属营，藏神，其华在面，其充在脉，故出现神情淡漠，皮肤泛红，斑疹隐隐，面如酒醉，舌质绛。舌苔黄而干反应热极津伤，四肢躁扰为正邪交争。针眼出血，血液不凝为热入血分，耗血动血的先兆。WBC 高达 20×10^9/L，N 达0.90，也支持热毒深陷血分。

综上所述，中医诊断为厥阴病，厥热胜复期。热毒成脓，入于营血，气分未尽，伤津动血，正气大虚。急应清热解毒，托里排脓，凉血散血，清气化斑，立即建立静脉双通道，一组输入清开灵注射液40毫升加5%GNS250毫升，快速滴入。另一组先推注生脉注射液40毫升，再用该药80毫升加入10%GS500毫升快速静滴。两组药应于1小时内滴完。同时急煎清瘟败毒饮合千金苇茎汤加黄芪，每2小时服一次。该病人应特别护理。

西医诊断为感染性休克并发 DIC。目前最重要的是用强有力的抗菌药物控制感染。除已培养出的大肠杆菌外，不能排

除普通培养基培养不出的厌氧菌的存在。因此可选用磷霉素合甲硝唑交替静滴。至于厥脱证，首先单用上述中药观察疗效。根据全国急症协作组规定，中医治疗厥脱2小时无效时，可改用或联合西药治疗。我们照此常规处理。最后是 DIC，中药有较好的疗效。单用犀角地黄汤效果优于肝素，且无副作用。在治疗过程中，要重视客观指标的监测，定期复查凝血时间、血小板计数、血 FDP、3P 试验、凝血酶原时间等，随时注意观察病情变化。

张　利

（六）疑难病科内讨论记录示例

按照医院规定，疑难重症病例要进行全科讨论，每月不得少于1次。为了充分发表各级医护人员意见，主持人一般请年资较低的医师和护理人员先发表意见。

病历讨论记录

时间：1990年3月8日8am

地点：本院内一科示教室

主持人：刘晓华主治医师

参加人员：全科实习医师、进修医师、住院医师、主治医师、李新华主任医师以及全科护士，张蓉护士长。

病历报告人：住院医师张利。

病历摘要如下：

萧丽丽，女，61岁，四川德阳市人，汉族，已婚，德阳市人民医院医师。

因反复心跳心慌1年，加重2月，于1990年3月7日$11\frac{20}{am}$入院。

患者于1年前（1989年4月）出现不明原因心跳、心慌，动则尤甚。伴头昏，乏力，但无恶心呕吐。在当地医院就诊，服药不详。经2月后，上述症状有所减轻。以后又就诊于德阳市人民医院，作ECG示“窦性心律，房性早搏”。给予潘生丁，维生素B_1、维生素C口服，硝酸甘油片含化等，症状减轻，但一直不能消失。2月前（1990年1月）出现无明显诱因晕厥，经指压人中4分钟后苏醒，晕厥时未见冷汗、抽搐等症，晕厥前后亦无黑便及其它部位出血。此后心跳心慌加重，卧床休息时也可发生。先后服用归脾汤、温胆汤等效差，故来我院就诊，收入住院。

入院时心跳心慌气紧，清晨及活动后尤甚。伴昏晕、乏力、纳差。舌边尖红，苔黄腻，脉乍大乍小，乍疏乍疾，虚里跳动应手。检体示T36.5℃，P 106次/分，R 21次/分，Bp 23.5/12.0 kPa。营养欠佳，双肺未闻及干湿鸣，心界不大，心率120次/分，律不齐，第一心音强弱不等，心尖区可闻及Ⅱ级收缩期杂音，向腋下传导。腹部平坦，壁软，肝脾未扪及。四肢无水肿。理化检查示WBC 11×10^9/L，其中N0.75，L0.22，E0.03。RBC 4×10^{12}/L，Hb 125g/L。尿常规正常。心电图示心房率520次/分，心室率120次/分。中医诊断为心悸，西医诊断为高血压Ⅰ期，冠心病伴心房纤颤，Ⅲ级心功。

目前病情危重，又易发生厥脱，临床辨证不明。故提请全科讨论，明确该病例的诊断、证候及治疗。

刘晓华主治医师：请全科医护人员踊跃发言。

实习医师王明：《丹溪心法·惊悸怔忡》指出：“怔忡者血虚者多。”按八纲辨证，该病例阴阳表里寒热虚实都不太明显，因此，可按照一般规律，即《丹溪心法》中的血虚辨治。即阴

血亏损，心失所养，心不能主神，故神不安，志不宁，发为心悸。治宜滋阴养血，益气安神。方用炙甘草汤加减：

炙甘草20克　党参20克　大枣12克　桂枝9克　生姜9克　生地黄20克　阿胶12克　麦门冬12克

住院医师张利：王医生辨证为阴血亏损，心失所养，值得进一步商讨。因为血虚主要表现为面色无华，舌质淡。该病员不具备上述特征。且理化检查示 RBC、Hb 均在正常范围，进一步说明血虚的表现不明显。病员形体略胖，舌苔黄腻。古人云："肥人多痰"。《血证论·怔忡》云："心中有痰，痰人心中，阻其心气，是以心跳不安。"因此辨证应是痰热扰心，心神不宁。方用黄连温胆汤加味：

黄连10克　法半夏15克　陈皮15克　茯苓15克　甘草3克　生姜3克　枳壳15克　竹茹15克　远志10克　柏子仁20克

主治医师黄孟云：怔忡一证，虽然虚者为多，但该病例确无明显血虚证候，亦无畏寒肢冷脉迟等阳虚表现。因此，血虚和阳虚可以排除。我以为，该病员表现为气阴两虚，而以气虚为主。其依据一是病人系老年患者，病程长，可出现一系列虚象。二是心跳心慌，动则尤甚，伴头昏乏力，此乃心气不足之故。动则耗气，使已虚之气更虚，则心跳心慌动则尤甚。患者自述气紧，动则尤甚，实为短气不足以息，属气虚。《素问·生气通天论》说："阴不胜阳，则脉流薄疾，并乃狂。"患者脉促，乍大乍小，乍疏乍疾。亦应考虑为阴虚，阴不胜阳，而脉促疾。综上，该病考虑为气阴两虚，心神不安。治宜补气益阴，养心安神。方用生脉注射液50毫升，加入5%GS200毫升静滴，口服天王补心丹加减：

麦门冬15克　天门冬15克　红参10克　玄参15克　丹参20克　远志10克　枣仁30克　五味子15克　当归身15克　生地黄15克　柏子仁15克

其中红参单煎。余药煎2次后去渣，将2次药液混合后，加入红参液混合，分三次温服，红参渣吞服。

护士长张蓉：病员有气阴两亏和热证表现，因此在调护方面应注意以下几方面：①卧床休息。②少食辛燥油腻食物，以防生热生湿。③调畅情志，避免忧思过度或情志不遂，使肝气郁结，木不疏土，伤及脾胃。脾胃受伤，后天生化之源不足，则使气虚更甚，阴精更亏，加重病情。此外，由于病人已经出现过厥脱证，故要密切观察病情变化，一旦出现厥脱先兆，则立即报告主治医师，组织抢救。

最后，由李新华主任医师小结如下：

1. 中医诊断为怔忡。惊悸和怔忡虽然同属一类疾病，但惊悸常因情绪激动、惊恐、劳累面诱发，时发时止，平时一如常人。怔忡则终日自觉心中悸动不安，稍劳即加重。《景岳全书》对该病的记载尤详："怔忡之病，筑筑振动，惶惶惕惕，无时得宁是也"。此证惟阴虚劳损之人乃有之。盖阴虚于下，则宗气无根面气不归源。所以在上则浮撼于胸臆，在下则振动于脐旁。虚微者动亦微，虚甚者动亦甚。该病人终日心跳不安，无时得宁。此与《景岳全书》描述之怔忡相同，因此应诊断为怔忡。

2. 证候方面除存在气阴两虚外，还存在湿热中阻和血脉瘀阻。该病人虽有苔黄腻，但痰热的证据不足，主要表现为湿热中阻，如头昏乏力，苔黄腻纳呆等。经云："胃之大络名曰虚里。"胃与心有密切关系。由中焦湿热，热扰心神，心神不

宁则加重钲仲。由于心主血，心气虚则运血无力。加上该病人病程长，久病入络，曾用多种中西药治疗不效。王清任《医林改错》说："心跳心悸用归脾、安神等方不效，用此方（血府逐瘀汤）百发百中。"因此，考虑有瘀血阻络存在。

3. 治疗宜以益气为主，佐以养阴、清热、除湿、泻血化瘀。方药如下：

（1）五参汤加味

红参6克　丹参20克　北沙参15克　玄参10克　苦参20克　苍术30克　佩兰10克

上方中红参单煎，余药煎2次后去渣，将2次药汁混合后，加入红参，连渣分温3服。

（2）丹参注射液30毫升，加入5%GS150毫升静脉滴注，20～30滴/分，每日1次。

（3）生脉注射液30毫升，加入5%GS150毫升静脉滴注，20～30滴/分，每日1次。

4. 调护同意护士长提出的4点意见。

张　利

按：该病员入院诊断为冠心病，心房纤颤，Ⅱ级心功。经用上述方法治疗3天后，心房纤颤消失，转为窦性心律。

第三节　关于提高中医临床疗效的关键环节探讨

中医学经过2000多年的实践检验，经久不衰，显示出强大的生命力，说明它是具有坚实的科学基础的。这个科学基础不是别的，就是临床疗效。当前，在如何发展中医学的问题上，

不少学者提出了许多战略性的口号，如中医现代化，振兴中医，中医要面向未来，面向世界等。这些口号都是具有深远意义的。但千万不要忽视发展中医的一个核心问题，就是要切实在提高中医临床疗效上下功夫。

提高中医临床疗效，因素复杂，涉及到医、药、患者等诸多方面的各个环节。现将有关问题讨论于后。

第一，医生医术要精，辨识疾病要准。临床疾病的种类很多，表现复杂，变化无穷。无论是哪一级医生，无论是在门诊或病房，要在短时间内把病情弄个水落石出，作出正确的辨证和诊断，的确是件不容易的事情。那种仅凭望容颜，或者仅凭切脉，就能诊断出疾病在某脏某腑，心电图有何改变，肝功能各项检查指标如何等，在现实生活中是不存在的。有的医生，在两三个小时之内，就诊治数十上百病人，难免工作粗糙，疏漏不少。如果用在同一时间内诊治病人的多少，作为衡量医师学术水平高低的标准，这是相当片面的。有些医生看病，正如仲景所说，“省病问疾，务在口给，相对斯臾，便处汤药。”道理很简单，医生对疾病的正确认识，是需要时间和过程的。一个正确的结论产生于调查研究之后，而不是来自主观臆测的未来先知。那种仅凭经验治病，是很难辨别真伪，把握病情性质的。

第二，治法要切中病情。正确的诊断，是正确治疗的前提。但诊断正确了，不等于治法方药都对路。中医治病，有其一般的规律，也有规律之外的特殊经验。所以有个知常达变的问题。在治疗过程中，医生应做到成竹在胸，既有守方守法的方案，又要有酌情变通的方案，不能死守一隅。

第三，关于用药剂量问题。中西药都一样，药物剂量与疗

效密切相关。剂量小了，达不到治疗效果。例如一急性感染性发热患者，辨证为表寒里热，用柴葛解肌汤治疗。一天之后，病人反映服药无效。问其煎服法，病人说，药熬了一次，一天之内仅服了三分之一。显然服药量少了。嘱其再煎一次，与头煎混匀，在一天之内分4次服完。第三天病人向医生报告，服药尽剂之后，诸症消失，效果太好了。说明药物剂量不足，是难以取效的。那么，药物剂量是否与疗效成正比例关系呢？未必尽然。药物用到最佳有效剂量即可。如果无限制增大剂量，有时疗效反而降低，有的还会出现毒副作用。我们在临床上发现，治疗外感风寒表证，用麻黄汤合葛根汤，超过一定的剂量，疏风解表的作用就降低了。这里必须指出，相当部分中药是有毒副作用的，有的还有剧毒。使用这些毒性药物，应当严格掌握正确的炮制加工、煎煮方法和用药剂量。到目前为止，对于具有毒性的中药尚无一个精确的数字统计。常见者有：乌头、附子、马钱子、半夏、巴豆、斑蝥、大戟、甘遂、芫花、苍耳子、苦杏仁、蟾酥、马勃、砒霜、夹竹桃、雪上一枝蒿、川乌、草乌、苦楝子、苦楝皮、万年青、天南星、鸦胆子、使君子、黄药子、桃仁、郁李仁、白果、藜芦、石蒜、钩吻、白头翁、威灵仙、细辛、百部、麻黄、马兜铃、商陆、益母草、天花粉、石榴皮、大麻仁、芦荟、苦参、黑丑、白丑、相思子、藤黄、朱砂、轻粉、白降汞、闹羊花、半边莲、木通、泽漆、狼毒、野百合、广豆根、蜈蚣、全蝎、福寿草等等。使用这类药物，必须正确掌握其剂量与疗程的长短。一旦发生中毒反应，要及时停药，正确处理。

毫无疑问，药物的量效关系是客观存在的。就目前的现状而言，多数中药的量效关系尚停留在经验的水平上，确切的

量效关系还不十分清楚，今后应当加强实验研究。至于临床上的两种用量倾向，一种是所谓的四两拨千斤，主张用量要轻。另一种意见认为，剂量小了，无异于隔靴搔痒，主张用量要重。两种观点各有千秋，不过均非确切的答案。

第四，药物质量与疗效的关系甚大。当前，中药材存在严重的质量问题。市场上的伪劣药材，发霉变质药材，过期失效药材，炮制加工不合格药材，比比皆是。研究中医学的疗效，如不深究药材问题，仅把视野局限在医生的学术水平和临床经验上面，那就是只知其一，不知其二，往往会得出片面的结论。医药本为一体，医生不仅要精研医术，而且还应掌握足够的药物学知识。只有医药紧密结合起来，疗效提高才有保证。针对中药材的质量问题，主管部门应加强管理，把它作为一件大事来认真办理，狠刹行业不正之风。

第五，药物的煎服法系一般常识问题，但却与疗效密切相关，甚至影响到患者生死安危。中药汤剂在煎煮之前须用凉水或温水浸泡半小时至1小时。解表药芳香气薄不宜久煎。滋补药、种子类、块茎类、金石介壳类药物煎煮时间较长，如茯苓、白术、薏苡仁、磁石、代赭石、龟板、鳖甲、石决明、珍珠母之类的药物，煎煮时间宜长。若煎煮时间不够，其有效成分往往不能充分溶解。至于附子、川乌、草乌之类的有毒药物，必须另包先煎2小时。

药物的服法，祖国医学是相当重视的。近代有忽视的倾向，这是不对的。张仲景在《伤寒论》和《金匮要略》中，对每个方药的煎服法几乎都有详尽的交代。如在桂枝汤后指出："上五味，㕮咀三味，以水七升，微火煮取三升，去滓，适寒温，服一升。服已须臾，歠热稀粥一升余，以助药力。温覆令

一时许，遍身漐漐微似有汗者益佳。不可令如水流漓，病必不除。若一服汗出病差，停后服，不必尽剂。若不汗更服依前法。又不汗，后服小促其间，半日许令三服尽。若病重者，一日一夜服，周时观之。服一剂尽，病证犹在者，更作服。若不汗出，乃服至二三剂。禁生冷、粘滑、肉面、五辛、酒酪、臭恶等物。”后世的鸡鸣散、银翘散，对其煎服法，亦作了详细的说明。而今的中医临床书籍，对各种病证的治法，只有方药组成，而无药物剂量和煎服法交待，明显降低了方药的实用性。临床实践证明，不同的病证，不同的方药，其对胃肠有无刺激性，是否需要加矫味剂，什么时候服，是热服还是冷服，是频服还是定时服，其中都是大有文章的，均须一一加以考究，否则会影响治疗效果。如胃肠不适，恶心呕吐的病人，需用大苦大寒之剂，若不加矫味剂，大剂热服，就可能导致恶心呕吐加重。

一般而论，汤剂一般一日一剂，急重病人可每日服二至三剂。峻汗、峻下之剂，服后若得汗、得下，则应减量或停服。若确需继续汗下者，须密切观察病情。

第六，关于方药调整时机的掌握分寸问题。中医治病，讲究辨证论治，是很难一方至底的。随着病情的变化，处方需要适当调整。如何调整？什么时候调整？历来都有争议。对这类问题，近代有两种带倾向性的观点。有的医家认为，据证遣方，方随证转，只要病情有变，不管变化大小，都要调整处方。只有这样，才算辨证论治丝丝入扣。另外一些医家则主张辨病论治，强调专病专方，一方到底。结合临床实际，这两种认识都有待总结提高。前者未免失之过泛，后者未免固守一隅。我们认为，针对病人的基本病机，把握疾病的本质，拟定相对稳

定的治法方药，并随病情变化，酌情调整，更为符合临床实际。

第七，合理的调护是提高疗效的又一重要环节。调护包括日常护理，精神和饮食方面的调理。

日常护理是医疗工作的重要组成部分，有其专业知识和专业人员。但病人和家属掌握一些有关专业知识也是必要的。不同的病种，不同程度的病情，各有其护理常规。这些常规的具体内容，可参见护理学专著，此处不予赘述。这里必须强调一点，针对当前的医疗实际，对于重危病人，家属参加护理，严密观察病情变化，主动与医护人员合作，是非常重要的。

人的生存需要精神支柱，因此在治疗中不可忽视精神疗法。医护人员和病人家属的言谈举止，一切都得有利于增强病人的求生欲望和治疗信心，尽量做到使病人“怡情放怀，可愈此病”。帮助病人克服和消除急躁、忧郁、疑虑、悲伤、恐惧等不良情绪。防止怒伤肝，忧伤脾，悲伤肺，恐伤肾。防止人为的原因导致病人悲观失望，或者造成拒绝治疗和自杀的后果。强烈的求生欲望常会在不治之症的打击下破灭。患者如果在精神上崩溃了，无疑会导致病情急剧恶化。当前，社会上癌恐慌盛行，医生对癌证的诊断要持科学而谨慎的态度，注意医疗保密。到了非告诉病人不可的时候，必须做好思想工作，帮助病人自我解脱。

关于营养与食疗，中西医都有不少专著。不过这部分知识，在一些医护人员、病人和家属中尚未引起充分重视。这里必须强调，今后应按照各类疾病，如消化道疾病、高血压病、冠心病、脑血管病、肝胆疾病、胰腺炎、糖尿病、外科手术前后的具体情况，开展食疗。若有疏漏，可能铸成大错。

第三章　中医内科研究指导

科学研究是一种探索未知的认识活动。中医科研的任务，在于揭示人体的生理病理、疾病的发生发展和预后转归的规律，发掘创制各种防治疾病的有效治法方药和治疗技术，为人民卫生保健事业作出贡献。

第一节　中医药研究方法的分类及作用

中医药研究是现代科学研究的重要组成部分。纵观中医药研究的发展史，清代以前的主要研究内容是理论的系统化和临床经验的总结，其研究方法多局限于文献的整理和经验的总结、归纳。清代中叶以后，由于中西医学的相互渗透，中医学也在不断吸收西医学之实验研究的医学思想。建国以来，中医药的研究有了迅速的发展，初步形成了由宏观深入到微观，传统研究方法与现代研究方法相结合，整理性研究与发展性研究并行的多方法、多形式的研究特点。近年来，随着中医科研工作的深入开展，中医药研究方法在中医科研工作中的地位愈来愈显得重要，广大中医药工作者迫切需要了解和运用中医药研究方法开展科学研究。

一、传统研究方法

所谓传统研究方法，是指用中医理论为指导，对中医基

础理论、中医古籍、中医临床进行系统研究，加以发扬提高。由于研究对象的不同，传统研究方法又可分为中医基础理论整理研究、古籍整理研究、老中医经验整理三类。

（一）中医基础理论整理研究

中医基础理论研究是以中医的一些基本理论、学说、学派（如阴阳五行学说、脏象学说、气血理论、三焦、命门学说、伤寒学派、温病学派、寒凉学派、滋阴学派等）为研究对象，通过对古今文献的考察、搜集，推本溯源，旁征博引，对比互参，抽象归纳，补充和完善中医学术思想，增强中医理论体系的科学性、系统性和严密性。其作用不仅可使中医理论体系规范化、系统化，更重要的是为今后开展临床科研及实验研究提供史料渊源和依据。从中医科研的程序来看，自确定某项科研规划开始，直到取得一定的科研成果并进行总结时，都需从文献的角度考察与该科研课题有关的历史渊源。这是因为一切科研工作，均系在历史成就的基础上总结经验教训而予以发展的。例如业已证实青蒿素在治疗疟疾（特别是恶性疟）方面具有很好的效果，因而还需进一步总结青蒿素的原生药青蒿的临床运用，考察其历史文献的记载。据现有文献溯至战国时期成书的《五十二病方》已有青蒿治疗癥闭的文字记述。《神农本草经》也有草蒿（青蒿的别名）治疗“留热在骨间”的记载，而直到晋代的《肘后备急方》始出现了用青蒿治疗“疟疾寒热”的医方，开创了青蒿治疟的先河，为青蒿素研制的成功，提供了最早的史料渊源和依据。因此，古代文献的收集考察，推本溯源，对发掘中医药宝贵遗产和总结历史经验，都具有十分重要的意义。

在整理古代医籍文献的同时，我们应当把现代文献的收

集、考察放到同等的位置上。因为现代文献反映了现代学者对某方面问题的新见解、新探讨、新发展，以及理论实践经验的新积累，研究这些资料，无疑会使你站得更高，少走弯路。特别是临床文献中的研究进展，往往会使你触类旁通，茅塞顿开，对于今后的科研立题提供有益的启发，起到重要的参考作用。

传统中医理论研究的现状，属文献性者多，而理论密切结合实际者少。理论研究包括学术思想探讨，医史阐述，书刊评介，文献综述，学术争鸣等栏目；在理论研究中，不乏优秀文章，通过理论的推演探讨，使中医理论在实践中更具有指导价值。例如有人通过对中药的相恶配伍理论的探讨，得出相恶是一种或然的配伍禁忌，在组方和炮制药物时可以利用，以提高临床疗效的结论等等。然而，在理论探讨中，更多的则是以古论古，“以经解经”的说教形式的探讨。例如，有人对李东垣关于“阴火”理论的实质进行探讨时，搜集了近20年主要期刊杂志，有关论文40余篇加以分析之后，又得出另一种结论，并“期望更加深入探讨这一学说”。总的看来，大凡中医学术争鸣的对象，往往是“千古疑案”、“悬案”。只要有兴趣重新翻出来，总是“一花引得百花放”，众说纷纭，莫衷一是，最后不了了之。以1987年《中医杂志》连载六期有关“胃家实”的争鸣为例，就其理论来说，究竟有无新意和实用价值，很难判个是非曲直。总之，“公说公有理，婆说婆有理”，象这样没有一个客观尺度检验的争鸣，隔靴搔痒和迂腐的理论探讨，只会是了无结果。就象清代医家苏诏所批评的那样：“惟其无据，皆得以意为之”（《伤寒论注》）。须知中医学是一门应用科学，它追求实效，那种科研与临床脱离，崇尚

空泛玄奥议论之风不可助长。

（二）古籍整理研究

中医古籍的整理出版，是继承发扬祖国医学的百年大计，是整个中医药研究工作中的一个重要组成部分。古代文献特别是传世的著作，由于经历了一系列的抄录、刊刻、修订、增补、缺失、改易等演变过程，从而出现了多种不同的版本、刊本及其派生衍化的著作，致使不少现存的古书虽然名称相同，但由于版本及刊本的各异，内容也有不同，甚至有很大的差别。往往同一古书由于原本的来源根据不一，注释各异，出现了名目繁杂，众说纷纭的情况，使读者参阅时无从着手。又因为有些古典医籍年代久远，文辞艰涩，如不用适当的手段整理，我们这一代人对有些地方还看不懂，下一代人则更难读懂。这样就会严重影响中医学术思想的延续和发展。可见中医古籍整理，并不是象有些人所说的“啃故纸堆”，而是一件关系千秋万代的大事。

所谓中医古籍整理，即指对中医古典医籍进行标点断句、校勘、训诂（包括注字音、释通假、正字形、解词义、详出处、明句义等方法）、提要、补遗、语释等工作，为读者扫清文字障碍，达到读之能懂，引之无误的要求，使被整理出的中医古籍成为新的善本和足本。反映出我们这个时代点校古籍的新成就、新水平。其作用在于继承知识，保持中医学思想的延续性，为其他中医药研究工作提供可靠、完善的古代文献。根据古典医籍的学术价值，刊行年代及阅读的难易程度的差别，现在一般将古典医籍分为三类进行整理。凡属学术价值高、年代久远，阅读最难的古医书为古籍整理的第一类书，要求既有点校、训诂，又有分段提要和语释。如《素问》、《灵枢

经》、《难经》、《脉经》、《经效产宝》、《黄帝内经太素》等。第二类是指学术价值虽高，但刊行年代较近（一般为明代），阅读较难的古医书，要求是以点校为主，适当加以注释。如《医经溯洄集》、《景岳全书》、《医宗必读》、《遵生八笺》等。第三类一般为清代医籍，阅读较易，研究手段仅限于点校。如《喉科指掌》、《疫痧草》、《审视瑶函》等。

（三）临床总结和老中医经验整理

关于临床总结的方式，大体有两种：一种是亦案亦话的传统的经验介绍；一种是临床病例总结报告式的研究方法。经验介绍占主导地位的是病案举偶，以个案为主。这种科研方式的长处是通过一些个案总结，可以发现科研苗头，从而通过多数量的偶然，以发现必然。但由于客观数据少，其科学性和说服力不强，可信度不高。今后应加强临床经验总结的科学性、客观性和可靠性，对各种病证的临床治疗进行系统、全面总结，研究治疗方法、治疗效应与疾病本质、预后转归的关系。

老中医经验整理是指对老中医学术和临床独到见解、经验，进行学术上的研究，文字上的加工，通过抽象、归纳，由经验上升为理论，突出老中医学术上和临床治疗的特色，为进一步的研究提供坚实的实践基础。老中医经验是在人体实验的基础上，经过了一代甚至几代人，花费极大的代价换取的，是人类的宝贵财富。一般而言，老中医经验可一分为二。一是防治疾病中的偶然发现，它与现行的各种医学理论都未建立联系，但是，经验之中肯定包含着未来理论上的突破。另一类是在中医理论指导下总结出来的新经验，这个新经验一方面证明了中医理论的实用价值；另一方面，通过对这一类

经验进行现代研究，反过来会推动中医学理论的进一步发展。基于此，国家中医管理局对整理、抢救老中医的经验给予了极大的重视，正式将整理、抢救老中医的经验列于2000年以前的科研规划之中。

在整理老中医的经验中，医案的整理是一个不可忽视的重要方面。医案是治病的真实、简要的记录，有理论、有法则、有方药，是老中医经验最充分、最具体的表现。著名学者章太炎曾指出："中医之成绩，医案最著。"这句话丝毫没有抬高和夸大老中医医案的地位和作用。清代吴鞠通就是在精研叶氏《临证指南医案》的基础上，创立三焦辨证纲领，写出《温病条辨》这部传世之作的。

近年来，老中医经验的整理已由过去单一的散在的医案式整理发展到集中对某病或某证若干例辨证论治总结的新方式。比如治疗200例咳嗽，其中有些什么类型?各用什么方药?疗效百分比是多少?为何有效?这种整理研究方式开拓了整理老中医经验的新方法，能探索出一些诊治疾病的规律，在理论上和实践上都有一定的学术参考价值。

在老中医经验整理的过程中，不论是对医案的整理，还是病证的辨证论治总结，都要求实事求是，反对浮夸之风。即资料必须齐全，详细具体，客观真实。门诊和住院部的病例，均应详细介绍病情、治疗方法、治疗经过、治疗转归，不要轻易舍去任何资料。切忌报喜不报忧，只录成功病例而舍弃失败的病例。或是只讨论成功的经验而不分析失败的原因。疗效评价更要避免主观片面，不能任意拔高。只有这样，整理、总结出来的资料才符合客观实际，别人才能重复，才能发挥理论和实践的参考作用。

二、现代多学科研究方法

随着世界科学技术革命的迅速发展，应用一门或几门学科的知识、技术和方法，去研究另一门学科的对象，使得不同学科的科学方法和研究对象有机地结合起来，这是现代自然科学发展的一个显著特点。现代医学的主要特点之一，亦是密切与当代其它自然科学相结合，广泛应用当代科学技术的最新成果充实自己。由于现代科学技术的进展，学科相互渗透，目前已出现许多交叉性的学科，例如生物医学工程学、生物物理学、生物力学、生物化学、中医系统工程学等。为此，中医进入现代化的行列，就必须与现代科学相结合，引进现代先进的科学技术。

近几年来，在探讨中医究竟如何发展的过程中，在用现代科学研究中医的基础上，不少学者对中医应用多学科进行研究，并已取得良好成绩。

中医为什么要多学科研究?中医学术理论本身就是多学科相互渗透的历史产物，中医学就是在不断吸收同时代的自然科学知识的基础上，丰富和发展起来的。仅就《黄帝内经》而论，它就吸收了当时诸如天文学、气象学、物候学、历法学、地理学等大量自然科学和社会科学的成就。有人把《内经》称作是以医学为主体的古代百科全书。

从中医发展史看出，在相当长的一段历史时期内中医遥居世界医学之前列。如《内经》关于血液在血管内“流行不止，环周不休”的记载，比英国哈维氏发现血液循环几乎要早2000年；唐《新修本草》比欧洲最早的纽伦堡药典（公元1546年)还要早800余年等。近百年来中医发展之所以如此缓慢，就科学技术发展规律本身来看，其主要原因之一就是只注重在

本学科内进行研究，与近代自然科学技术脱节，没有或不善于吸收、借助近代自然科学的知识和技术不断提高自己。

中医学是一个伟大的宝库，其理论体系具有合理的科学内核，已经历了数千年的历史考验。但是，由于历史的原因，中医学至今还局限于人体生命及其疾病过程的现象观察，对它们之间的相互联系和相互作用所进行的整体性描述，虽然已经涉及生命现象和疾病过程的本质，但尚不足以改变中医学所带有的感性直观的特征。

当前，应用多学科研究中医已涉及哲学、现代医学、时间生物学、心理学、系统论、控制论、信息论、天文学、数学、热力学、地质学及物候学等十个学科。

历史在发展，时代在前进，80年代出现多学科进一步向中医渗透的局面，是中医学术进展的标志，是历史的必然。用现代科学知识和方法来研究中医药学，使之建立在先进科学技术基础之上，必将加速中医药事业的发展，由于研究的角度和目的不同，现代研究方法又可分为临床研究和基础研究两类。

（一）临床研究

临床研究是以临床为基础，在中医理论的指导下，或以病、证立题，或从方药入手，按照科研设计的原则，通过科研设计，总结经验，探索规律。其方式或是验证某个理论，为其提供科学的依据；或是找出某病或某证的客观指标，以利于诊断疾病；或是寻找治疗某病的有效新方药，提高中医治病的准确率、治愈率、有效重复率。如沈自尹的“肾的研究”，就是通过严密的科研设计，对六味地黄丸与左归丸，《金匮》肾气丸与右归丸治疗支气管哮喘、红斑性狼疮等病的对比研

究，既找出了中医肾虚的物质基础：尿17羟皮质类固醇低下，又为临床肾虚的辨证提供了客观指标，印证了中医“阴中求阳、阳中求阴”理论的正确性。

中西医结合临床研究是70年代末，80年代初才发展起来的新的临床研究方法。它的研究思路是根据科研方法中的差异法，将研究对象（一般以西医疾病立题）分为对照组和研究组，对照组采用西医常规治疗，研究组则用中药加西药常规治疗，以此来证明中医治疗疾病疗效的确切性，增添临床治疗疾病的手段，提高临床疗效。中西医结合研究方法的产生，增加了广大中医药研究人员研究中医药治疗疾病（尤其是危重症）的信心，为临床研究提供了一种新的、有效的研究方法。可以预言，中西医结合研究在今后将成为临床研究中发掘中医药宝库的重要方法。

（二）基础研究

基础研究亦称学术性研究或理论研究。研究的目的，在于为发展科学、创新知识、发现新事实等积累科学资料。

1. 中西医结合基础研究的特点是从现代科学（如生物物理、生化、生理、病理、免疫分子生物学、遗传工程学等）的角度，对已知的中医基本理论、学说、气功原理等予以验证，找出其物质基础，阐明其变化机理；分析方药的有效成分，探讨药物的作用原理，中毒机理，研制新的中成药，寻找新的中药剂型。其作用在于促进中医研究从宏观向微观发展，使中医的理论和治疗的机理客观化、定量化，治疗手段的多样化。寻找与现代科学的共同语言，沟通中医与现代科学的关系，缩短中医与现代科技发展的距离。从而为发展中医学术，提高中医疗效，实现中医现代化铺平道路。现代科学的发展，日益趋

向综合化、微观化、定量化；为人体的部分和整体、系统和层次、微观与宏观的联系进行深入探索提供了有利条件，同时也为中医理论由思辨性的描述科学过渡到精密的定量科学开辟了道路。这在客观上必然促进中医理论认识的深化，由自发的辩证法水平逐渐上升到唯物的辩证法水平。建国以来，基础研究如阴阳学说，脾虚学说，舌象、脉象、气功原理、大黄的作用、附子的中毒原理，以及参麦针、清开灵等的研究，都取得了令人鼓舞的成果，在一定程度上推动了中医学的发展。

2. 在《灵枢·阴阳二十五人》体质理论指导下，有的学者对体质、体质辨证与体质病理学进行研究，将人类体质分为正常质、晦滞质（如气血易阻者）、腻滞质（如痰湿易盛者）、燥红质（如阴易亏者）、迟冷质（如阳易衰者）、倦眩质（如气血易虚者），为进一步研究体质病理学提供了一些理论基础和实践基础。并提出这些体质类型，能够在代谢上、机能上及结构上找到客观的相应的物质基础。

3. 中医时间医学的研究。随着新兴的时间生物学的迅速发展，不少学者对中医学中关于时间节律的论述产生浓厚兴趣。从文献整理到临床观察，从调查分析到实验研究做了大量工作，提出了不少阐明中医时间医学的科学论据。仅据1978～1984年公开发表的35篇论文统计，研究课题遍及时间生理学、时间病理学、时间诊断学、时间治疗学、时间免疫学、时间营养学、时间功效学、时辰的含义与推算法等各个方面。新兴的时间生物学进入医学领域内，给古老的中医理论提供了科学的证据，为中、西医对生命基本特征之一——节律性的认识上找到了共同语言。认真吸取国外研究成果，深入研究中医

的时间生物医学，应该成为应用现代科学技术发掘祖国医学宝库的一项重要内容。有人认为，现在我们面临的任务是迅速整理祖国医学文献中关于时间生物学的理论和临床经验，全面准确地掌握中医关于时间生物学的理论，进一步吸取国外研究成果，建立实验研究体系，运用现代时间生物学方法，从器官、组织、细胞、分子各级水平，对《内经》的脉象、气血、经络活动的节律性进行研究，弄清这些节律性的物质基础，对中医基础理论、针灸、中药和中医临床研究起促进作用。

另外，福建、上海、山东、内蒙古等地区观察到：①死亡病例与四季、节气、时辰的关系，与子午流注所揭示的规律基本吻合，从而说明子午流注学说应用价值不仅在于针灸的开穴治疗，而且有助于掌握疾病的发展规律。②从一天十二时辰内死亡机率分布情况的观察中，揭示不同时辰的病死分布情况与疾病性质有一定的关系，如属于阳证类疾病的病死率在正午时达到高峰等，与《内经》中的类似见解相符合。还有人对“时辰针灸”的起源、发展、价值及展望作一简要探索，认为当前我国时辰针灸研究尚在起步阶段，主要进行文献整理及临床验证工作。若把全身每个穴位的时辰性找出来（气血运行时高潮出现在哪个部位，那个部位的穴位就成为时辰穴），通过观察时辰穴开穴时间的不同，认识气血运行规律，进面探讨经络实质，建立时辰针灸学，创立我们独有的时间治疗学。中医时间医学的研究，已取得了一些成绩，为我国医学发展开辟了一个新的领域，也是中医现代化的一条重要途径。

4. 中医心理学研究。医学心理学是研究心理因素在人体

健康和疾病相互转化过程中作用规律的科学，我国是心理学思想最早策源地之一，《内经》及各个时期的代表医家对于心理因素在人体生理、病理、诊断、治疗、预防等方面的作用，都有不少精辟的论述。有人主张中医心理学研究首先是加紧整理中医心理文献，恢复它的应有地位，同时把中医心理学知识运用于医疗、护理等实践中，逐步开展心理咨询和心理疗法，开展实验研究，开设中医心理学课，使中医心理学作为中医学的一个分支学科。

5. 系统论、控制论及信息论向中医渗透和电子计算机的运用。试图用本世纪20年代创立的系统论和40年代创立的控制论、信息论向中医渗透，揭示中医的科学性与探讨中医发展方向的研究，目前尚处在概念对比的探索阶段。电子计算机既是控制论的成果又是控制论的工具。早在60年代初，有人首先把控制论思想引入中医理论研究领域，发表了《祖国医学的基本理论和控制论》，提出辨证论治与电子计算机相结合。70年代初，我国医学家就首先应用电子计算机来研究针刺麻醉原理，继后又广泛用于临床、药物、情报、教学和管理等方面，其中以对辨证论治的研究和电脑中医研究较为普遍。国内应用电子计算机技术，模拟中医辨证论治，大致以医理设计、模型设计、程序设计与临床实用的疗效观察为四项主要内容。此项研究，对规范化、客观化地整理老中医经验有一定意义；但中医辨证论治属于复杂思维活动（包括形象、抽象及灵感思维），采用电子计算机模拟难以完全替代，尚待进一步探讨。

6. 对比研究：①有人从现代科学角度论述《黄帝内经》的科学性，论述了生命的物质观和恒动观、“节律性”与生物

钟；“整体观”与医学气象学、医学地理学；“内因观”与免疫学；“禀赋观”与遗传学；方法观与系统论、控制论和信息论。②探讨道教理论思维与中医药理论体系的联系。道教对于中医药的发展曾经发生过多方面的影响，无论在基础理论、具体方法及方药方面都存在着道家或道教哲学思想的痕迹。许多著名的道家兼医药家的学者曾经对中医药的发展有过重要贡献。该项研究目前也引起了人们的注意。③《本草纲目》中有关物候学的研究。物候学主要是研究自然界的植物、动物和环境、季节等变化之间的相互关系的科学。《本草纲目》中蕴藏的物候知识，是长期实践的积累，目前已有人对此进行研究。

此外，还有不少学者，从哲学思想的角度研究中医学术的形成和发展，具体分析中医的宇宙观、生命观、运动观、摄生观的哲学来源与模式，深刻地揭示了中医学的整体论和辨证论治的思想体系，具有浓厚的东方哲学的信息特点。

关于中医整体论的基础，以太极模型、阴阳、二五之道为运筹和协原理，把音律、历法、星象、气候、地理、医学等统一成为整体观，古时把这种学问称为数术学。《素问·上古天真论》说“上古之上，知其道者，法于阴阳、和于术数”。这是指中医的整体论是数术学的组成部分，或者说中医学是数术学的一个分支。在中医整体理论与数术学关系的研究方面，做了许多工作，取得良好成绩。

中医药研究目前正处于方兴未艾的时期，近年来，越来越多的中医工作者认识到了中医药研究在振兴中医中占有举足轻重的地位，积极参加到中医药研究的队伍中来。我们相信，随着对中医药研究不断深入，掌握和运用中医药研究的

各种方法，将会使中医这颗长青之树结出更多丰硕的果实。

第二节　中医科研概况

一、中医科研基本知识

（一）中医科研的目的和意义

中医学具有独特的理论体系和丰富的临床经验。从中医学的发展历史看，中医学的发展就是在自身固有的基础上不断吸收、消化和融合了各学科、各民族、各地区的知识和研究成果，建立在当时先进的自然科学和哲学的基础上的。可见，中国医药学的发展，历来是多学科间的渗透和相互影响的结果。只是到了近代，由于封建社会的衰败没落，加上帝国主义的侵略，使我国原本处于领先地位的科学技术渐渐落后于西方科学技术，使中医学未能与近代先进的科学技术及其研究方法结合，而只能沿着自己的封闭体系延续下去，造成中医理论长期发展缓慢，甚至停滞。当前，引进现代科学技术和方法是中医学发展的需要，刻不容缓。

通过中西医学历史和现状的考察、比较，我们知道，现代医学正是应用了科学实验的方法才摆脱了古希腊形成的充满宗教神学气味的、较为原始的医学体系，逐步建立了生理学、解剖学、胚胎学、微生物学和病理学等学科而完善起来的。科学实验方法的重要性，不仅在于证明或解释中医药已有的疗效，而且具有方法论的意义。中医现代化，必须补上科学实验这一课，要在中医药各个领域中深入运用科学实验方法。将现代科学技术和方法用于中医科学研究。这必将加速中医辨证论治的客观化、规范化、定量化，明确病证实质性病因

和病理变化，达到更有针对性的治疗目的，从而促进中医基础理论和临床诊疗水平的提高和发展。

可见，中医科研的目的在于运用现代科学技术和方法对某些病证的病因、病机、诊断、治疗、自然病程及其预后转归等方面的有关问题，进行系统地探讨和研究，从而认识疾病的本质，并进行有效的防治，达到保障人民健康和促进社会发展的目的。

中医学历史悠久，临床经验丰富，但是，在长期临床医疗实践中，由于受到人们的认识能力和科学水平的限制，致使某些疾病的病因一时弄不清楚，缺乏特异性的诊断手段；在某些疾病的治疗中，可能将原本无效甚至有害的一些物质，作为灵丹妙药应用，给患者造成严重的损害。因此，为了科学地反应疾病的本来面目，并予以有效地防治，这就需要有高质量、高水平的医学科学研究。我们认为，中医科研的意义主要在于：第一，中医科研可以提高中医证治的质量，使辨证论治客观化，进一步完善中医理论。第二，中医科研可以用一种科学的方法和标准，来评价与确定某一病证的病因、病机；评价与确定一种新的诊断性试验、治疗和预防措施的价值与效果，促使临床医学不断地发展和进步。第三，通过对医学研究结果的分析、比较和评价，能进一步地肯定其价值，从而决定研究成果可否在临床实践中推广应用。

（二）中医科研的程序

从现代信息加工理论角度看，科研是通过实践或调查取得信息，并对其进行加工（如数据处理资料的统计学处理）的过程，具有探索性和创新的本质特征。而中医科研的程序，是指导研究工作正常进行，取得符合科学规律的结果的重要保

证。中医科研同其它科研一样，亦是如此。它主要由以下步骤构成：

1. 课题的选定：即选题。科研课题的选定，首先要有明确的目的性，明确所要认识的或要解决的问题，即明确规定所要达到的目的，对于所提出的问题还应具有一定的先进性，要有较高的起点，要有创新。关于如何进行选题，在后面章节中将要详细阐述。

2. 假说的建立：所谓科学假说，就是人们从观察实验资料出发，在分析与综合，归纳与演绎的科学抽象概括过程中，通过概念、判断、推理，对所研究的问题，提出初步的推测性的带有假定意义的理论解释。科学假说，不是主观的假想，而是在已知的科学理论和科学实验、医疗实践所提供的科学事实的基础上，运用概念和推理等思维形式，对未知的医学现象及其规律作出假定性说明。当然，科学假说还不是科学真理，它必须通过实践的验证，才能发展为科学真理，如实践证明它是正确的，那它就由假说上升为科学理论。

在科研选定题目之后，就要通过分析问题的内部联系（运用先前实践积累的印象、经验和认识），提出对该问题的可能答案或解释；此后，则是设计一些实验或观察来加以验证。

在假说建立的过程中，应注意以下三点：

(1)建立假说的初级阶段需要运用形式逻辑中的类比、归纳和演绎推理。进一步则要运用辩证逻辑从面发展运动，从对立统一的观点进行类比、归纳和演绎推理。当然，在假说建立的过程中，以上三者有时是交错互结而不能截然分开的。

(2) 科学文献中广泛存在着假说这种形式，面且由于它

是解决科学课题的必然阶段，在复习有关文献时要有意识地注意学习如何设计实验或进行新的观察，搜集新的事实材料。根据后者修正甚至推翻原假说，提出新的假说。总之，阅读文献时要尽可能不被已建立的假说所束缚，要从文献提供的事实理论根据中多考虑是否可以建立别的假说。

（3）不要抓住已证明无用的假说不放；要有假说服从事实的思想；要避免错误的观念或假说。

3. 假说的验证：假说的真实性有待于通过实践进行验证，验证假说的阶段，就是通过新的临床检验确定上一阶段（建立假说）的认识是否符合客观规律。验证假说的过程，一方面是设计实验或观察，一方面是拟定由假说推出的结果。然后，将拟定的预期结果与实验观察的实际结果相比较。如果比较是一致的，那么该假说可能成立。如果除一致外，还能借此预见新的现象，而且在新的科学实践中多次被证实（主要为临床或实验室重复实践的可重复性，即每次重复实践均可取得相同或基本相同的结果），那么该假说可转化为科学理论。

总之，假说的验证要经过以下程序：

（1）科研方案的设计

（2）资料的收集和记录

（3）资料的统计学处理

（4）结论和资料的解释

设计，就是制订出完成研究课题的科学实施方案，主要包括处理因素的设计，受试对象的设计，实验方法与观察指标的设计，对照与分组的设计，实践误差控制的设计，统计处理的设计等。科研设计的每一步，都要有坚实的业务知识和统计学知识作基础，更需要科学的方法论作指导。

资料的收集，就是用科学的观察和实验的方法收集感性材料的科学实践，这是医学研究的一个关键步骤。在观察和实验过程中，必须以科学的方法论作指导，收集材料应尽可能全面和客观。

统计学处理，是对实验观察材料进行数量化和精确化的加工过程，是对大量资料进行数量分析的过程。

结论和资料的解释，是医学研究的一个决定性的步骤，科学研究就在于用理性方法整理感性材料，对所获得的感性材料，进行抽象的概括，以建立概念，再运用概念进行判断和推理，从而建立科学理论。

4. 结论与资料解释：结论是从医学实验观察本身概括或归纳出来的判断。下结论的过程，主要是逻辑推理过程。解释也就是新假说（对观察到而未研究过的现象原因的假定说明）的提出。对此，必须提出事实或理论根据，来表明解释或假说是可成立的。例如："针刺治疗心气虚患者48例临床疗效观察"这一科学研究，选用心功能检测项目：心搏出量、心排血量、心脏指数、左室后壁搏幅，若实验设计严密，结果可靠，心虚症状改善且经统计学处理，上述心功检测项目针刺前后有显著性差异。那么，本实验研究结论应为：针刺对心气虚具有治疗作用。至于文中为什么有些病人疗效不好呢？作者根据所得知识，结合实验情况，作出相应的解释，发现年龄较小，病程短，心脏无器质性病变、心排血量减低较小的患者针刺效果较佳，反之疗效较差。这可能与脏腑气血的盛衰及人体正气受损程度有关。由此也可说明：针刺效应与患者本身的机体状况有着密切的关系。

总之，科学研究中更深刻，更有理论实践意义的部分，就

是结论和解释部分。

（三）中医科研的特点

1. 突出中医特色，注重客观化研究

中医学由于受历史上各种哲学观点的影响和多科知识的渗透，在对人类疾病的认识中有许多与其它医学不同的特点和规律。因此，在科学的研究中，我们应抓住中医学的两个基本点，即整体观和辨证论治，采用多学科、多途径、多指标、客观化按照中医的特点和规律进行研究，这样才能保证中医的科研按自己的特点和规律健康发展。

2. 以中医理论为指导，考虑临床价值和经济效益

在中医科研中，必须始终以中医基础理论作为指导，才能保证我们的研究按中医的特点和规律发展中医学术。鉴于我国国情，为了提高课题中标率，因此，在研究中，还应考虑其临床价值的大小和经济效益的高低。如舌诊仪的研究和临床运用，使中医的舌诊尽可能客观化、定量化，有一定的临床价值和经济效益。

3. 前瞻性研究与回顾性研究并存

所谓前瞻性研究，即被纳入科研的患者，在某一试验措施的作用下，需要经过一段时间的观察，然后才能获得其相应的结果，经分析比较后，才能获得某些结论。由于中医学具有独特的理论体系和极为丰富的临床经验，故临床回顾性经验总结显得较为重要，并在中医科研中占有一定的比例。同时，回顾性研究也可以为前瞻性研究提供一些有价值的参考信息，或作为某些参考性的认识基础。

4. 单纯试验措施，进行定量衡量

在研究中，应根据所探讨的问题，选定一个或几个试验

性措施。这种措施被应用于所研究的对象后，要能反映出客观的效应来。与此同时，还要应用某些技术指标，进行定量性的衡量。

为了保证中医科研结果的可靠性和可信性，原则上在一个科研课题中，试验性措施尽可能单纯，一般以一种试验措施为宜。但由于中医学的特殊性，在特殊情况下，亦可多种试验措施同时进行。

5. 随机与对照，综合与比较

为了探讨试验性措施的客观效果，一定要在随机的原则下设置对照组，进行同步的比较研究。当其结果反映出显著的临床与统计学差异时，这样才有可能肯定试验措施的意义和价值。例如，“参附注射液治疗厥脱证的临床研究”的科研，就是在随机的原则下，设置了参附组和对照组，参附组的病人采用中药参附注射液治疗；对照组的病人采用西医常规治疗。最后结果为：参附注射液在治疗厥脱证和目前常用抗休克西药疗效相仿，未见副作用，血压回升及肢冷改善方面明显优于西药对照组。故得出结论：参附注射液在治疗厥脱中发挥作用较全面和综合，并尤适应于阳气暴脱之厥脱证。

6. 防止偏差因素的干扰

在中医科研中一定要防止某些偏差因素的干扰，从而使研究的结果可靠，尤其要注意的是以下常见而重要的偏差因素：

(1) 沾染：即对照组的实验对象接受了试验组的试验措施，从而使对照组的结果与试验组的结果相似，使两组间本来可能出现的差异没有了，这就是沾染偏差。

(2) 干扰：即试验组的实验对象接受了与试验措施相似

的额外措施，致使其结果可能更优于本来的效应，这样，试验组和对照组之间的差异，因干扰而人为地扩大了，于是出现了干扰偏差。

（3）误判：在试验过程中对研究的措施任意增减，致使试验结果与实验设计的需要发生了出入，从而歪曲了真实的效应结果。

（4）混杂因素：在研究过程中，某些可能与试验措施产生类似效应的因素，称为混杂因素，如不防止和排除它们的影响，研究的结果必被歪曲。

（四）中医科研的研究标准

1. 正确的科研选题，恰当的设计方案。

2. 确定一个真正有价值的、创新的开拓性试验措施进行研究。

3. 对于被研究对象，一定要有明显的纳入标准和排除标准，并尽可能使之客观化、定量化、权威化。

4. 必须具备高尚的医疗道德，求实的科研作风，科学的组织与管理。

5. 资料的完整与统计分析的可靠。

二、中医科研的选题

确立选题，实质是一个发现问题的过程。美国著名科学家爱因斯坦说："提出一个问题往往比解决一个问题更重要。"发现问题是认识问题、解决问题的前提和依据，而认识问题、解决问题则是发现问题的目的和结果。在中医科研中，确立选题，就是用研究者已有的理论和经验，提出一个在中医学术上需要认识，值得研究或亟待解决的问题。选题的确立过程，充分反映了研究者的聪明才智和能力技巧。选题工作的好坏，

直接关系着科研工作的成败。

（一）选题的来源

1. 临床工作：这是临床研究者选题的重要来源。由于医务工作者在医疗实践中，往往存在着许多书本上无法解决的问题，同时，为了总结自己的实验，提高医疗水平，也就有必要进行一些研究工作，常见的有临床分析、疗效观察、病案报告、病例讨论等。

2. 文献资料：此种选题面广、量大、可靠。医学工作者常是从平时阅读积累文献资料（书刊、学术会议等）中得到启发，确定选题和写出文献综述。

3. 组织指定：是研究者根据国家和单位的长远或近期科研规划，确定选题。此种形式目前多为投标方式代替。

（二）立题前应考虑的问题

立题与选题不同。立题，是将选定的科研课题，用最简洁而明确的文字写成题目。立题基本上就是以后发表研究成果的论文的题目。可见，选题在先，立题在后。

在立题之前，要在提出问题和查阅文献之后，结合实际，将题目的需要性与计划的可行性综合加以考虑，有了初步设计的轮廓，才能较好地把题目立出来，这样，立出的题目，才有实现的可能性。

1. 题目的需要性：凡在研究方法的新颖性方面，具有独创性，部分独创性或对前人的方法有所改进的这类题目应首先考虑。若预计完成的研制工作，具有较大的经济价值，甚至在国际市场上具有竞争能力，这样的课题应优先考虑。若研究的成果在提高防治疾病水平上有很大作用，社会效益大，这

类课题也是很需要的。

2. 计划的可行性

（1）有否适合的研究对象。

（2）研究方法是否切合实际。

（3）研究的技术力量、仪器设备、经费数量及其来源，协作单位的配合程度。

（4）其它情况。

（三）如何进行选题

1. 查阅文献：研究者在立题前，必须就某一研究课题，广泛查阅文献（文献查阅方法，参阅其它有关参考书），了解国内外对该题研究工作成就及其方法学与动态，进行比较、选择、改进或创新。

2. 课题设计：课题设计是整个中医科研过程中一个重要的环节，它是由具有一定学术专业水平的科研人员为完成某一具体的科研课题而制定的一系列措施和计划，是对科学研究工作做出的全面具体的方案。其内容包括：处理因素的设计、受试对象的设计、实验方法与观察指标的设计、对照与分组的设计、实践误差控制的设计、统计处理的设计等；并且还包括此项科研的领导人员及工作人员姓名、协作单位及负责人的姓名和他们的专业技术职称；国内外的研究水平及动态发展；该项工作的实际价值及理论意义，研究的主要内容、工作步骤、必要的物质设备、本年度达到的指标和各级领导的意见。不难看出，课题设计一方面指导研究人员按计划进行科研工作；另一方面可以作为申请书进行投标或中标后使领导了解本项工作的意义及所需要的人力、物力是否合理，为定期检查提供依据。总之，课题设计的好坏直接影响成果的

水平和准确性。

课题设计和临床试验具体方案设计不同。前者是针对某项科研题目而制定的总的计划方案；而后者是针对某个具体实验而订出的具体的方法和步骤。因此，课题设计包括了具体的试验设计。关于具体的科研设计方案详见于后。

3. 选题的原则

（1）从振兴中医事业，发展中医学术出发，而向防病治病，为提高人民健康水平服务，既着眼于解决医疗实践中的问题，又注意到中医学科和中西医结合学术发展的需要，力求选出有较大社会效益和经济效益的课题。

（2）中医临床科研必须遵循中医理论体系，发扬中医所独具的特点和优势，应用传统的和现代科学技术的方法和手段；中西医结合科研课题必须遵循中医和西医两种理论体系，力求选出疗效优于单纯西医治疗的课题。

（3）以临床为基础，从临床研究入手，在取得疗效、掌握一定规律的基础上开展应用基础理论的研究。

（4）选题新颖，目标明确，思路清晰，具有实用性、科学性、先进性和可行性。

4. 选题的范围：为了便于快速准确的进行中医科研选题，特将选题的范围整理归纳如下：

（1）中医、中西医结合、针灸、气功的临床研究。目前以中医、中西医结合治疗急症，疑难重症的预防、治疗、康复等方面的系统研究为多，尤其是对恶性肿瘤、肝炎、心脑血管疾病和急性热病、血证、厥脱、痛证等的研究。

（2）中医各科具有独特疗效的经验、技术、方药的研究。

（3）中医辨证论治规律、疗效机理和中西医结合规律的

研究。

（4）著名老中医独特的诊疗经验和民间单验方，独特疗法的发掘、整理和提高的研究。

（5）中医诊断方法，如舌诊、脉诊、经络穴位诊断（包括耳诊）等方面的研究。

（6）中医治法的研究，如活血化瘀、扶正固本、清热解毒、通里攻下等的研究。

（7）中医护理、康复和食疗的研究。

（8）电子计算机、诊疗仪器、护理设备在中医领域中的作用研究。

三、中医科研设计方案

中医科研工作者必须学习、掌握和应用科学研究的设计方法，这也是科研成果的重要保证。因此，科研设计方案选择正确得当，其论证的强度就会高；其结论才有说服力，本节将扼要介绍科研设计的基本要点和内容及常用的设计方案。

（一）医学研究设计的基本要点

1. 研究结果要有可比性：即是说在医学研究工作中，要求在同一试验条件下，设置对照组和试验组，两组的结果进行比较，得出的结论就具备可比性，从比较中看出差异。

2. 采用随机分配的原则：要求被研究对象采用随机分配的方法，分配至对照组和试验组，以尽可能避免人为的主观因素。

3. 使用盲法来分析和评价结果：在进行试验性研究时，被研究者和研究的观察者，都不知道这些属于不同试验组被研究者所接受的试验措施（药物）是什么，称为双盲试验法。这就可以进一步地避免试验中的人为的偏差。在这种试验性

结果的最终分析和评价时，同样宜采取盲法。这就是说将试验组和对照组的结果，进行混合编号，此后，由没有参加该试验研究的专家，进行分析和评价，称为盲法分析。它可以避免研究者在分析结果时主观因素的影响，从而做到实事求是。

（二）中医科研设计方案的基本内容

1. 样本的选择：即研究对象或病例的选择。这是要求研究工作者先明确规定研究对象的各项要求，制定纳入标准和排出标准，以便于参加该项科研工作人员在样本（病例）选择时有一致的标准，同时，有利于重复试验。其中研究对象的诊断标准应尽可能客观化、统一化、权威化。关于这个方面，中医临床上的诊断标准是一个弱点，我们应尽可能选全国和国际上承认的标准。如“肾虚病人的T细胞的临床检测”，我们就是采用全国中西医结合虚证与老年病学术专业委员会制订（1987年）的“虚证辨证参考标准”。

2. 样本含量的估计：要使样本代表总体，那么，样本的数量越多越好。因此，许多研究工作者一味追求样本的观察数量，并认为观察例数越多越好。但观察样本数量过多，往往造成不必要的人力、物力、财力和时间的浪费；相反，若观察样本数量过少，又不能说明问题，得不出正确的结论。所以，应先对所需样本数进行估计；一般来说，定性研究（计数资料：结果得出百分率者）所需样本数量要大些；定量研究（计量资料：结果得出均数者）所需数量要少些。为了方便实用，下面将其分别介绍之　（以查表法为例）。

（1）计数资料样本含量的估计

[使用步骤]

（1）了解对照组反应率P_1（根据以往经验和文献或做预

试等方法获知，以%表示）。

（2）拟定试验组期望达到的反应率 P_2（由实验者自己决定，以%表示）。

（3）计算两组反应率的差数（$\delta=P_2-P_1$，单向试验时 $P_2>P_1$）。

（4）规定两组差别比较的显著性机率水平 P（由实验者自己规定 P＝0.05或0.01，即两组结果比较时，具有显著差异）。

（5）规定实验成功把握度为80%、90%或95%（由实验者规定）。

（6）查表：单向试验（实验组的反应率只会比对照组高或只会比对照组低）时用附表2；双向试验（实验组反应率可能高，也可能低于对照组反应率）时，用附表3。

［查表方法］

在表的左侧 P_1 栏纵行内，找到对照组较小反应率相应近似数的所在，以该数为起点，向右与相应的 δ 行相切，按所规定的把握度读取上、中、下项的数字，即为每组所需的最少个体数。表内上、中、下项数字分别为把握80%、90%、95%以及显著性机率水平0.05、0.01的所需实验最少个体数。

［举例说明］

青霉素治疗慢性气管炎的近期控制率根据过去经验为20%，现拟采用某中药方剂治疗该病，以青霉素治疗者为对照组，中药治疗者为试验组，要求该中药的近期控制率须达到40%，才能推广使用，试问每组最少要求多少病例才能得出两组比较具有 P＝0.05的显著性差别的结果？（设把握度为80%）。

由上例可知：$P_1=20$、$P_2=40$、$\delta=40-20=20$，P＝0.05，

把握度为80%，如果为单向试验。从附表2查知，即从P_1栏中找到20，向右与$\delta=20$相交，为63。即每组最少需样本病例为63个。若为双向试验则应查附表3。

（2）计量资料样本含量的估计

[使用步骤]

（1）了解对照组均数及其标准差（根据以往经验获知）并算出其变异系数CV。

$$CV=\frac{\text{标准差 }(S)}{\text{均数 }(\bar{X})}\times 100\%$$

（2）拟定对照组与实验组预期均数之差值（后者由实验者拟定）。

（3）计算两均数差值相当于对照组均数的百分比R（Rate）。

$$R=\frac{\text{两均数差值}}{\text{对照组均数}}\times 100\%$$

（4）规定两组结果比较时应达到的显著性机率水平（P=0.05或0.01）及实验成功的把握度（80%、90%或95%）。

（5）查附表4；参见计数资料查表法。

[举例说明]

若某型动脉硬化病人血清胆固醇均值300mg%，标准差30mg%，现拟用某中药复方降低胆固醇，要求至少能降低50mg%才有意义，问最少需用多少病例才能使真正有效的中药复方能得出显著性差异的结果？（规定P=50%，把握度为90%）

因 $X=300$　$S=30$

则　$CV=\frac{30}{300}\times 100\%=10\%$

又　$R=\frac{50}{300}=16.7\%$

查附表4　R近似值为15，并与CV＝10相交处中项数得9。即每组最少需9例。

请注意，关于样本含量的估计方法还很多，在此不一一介绍，可参阅其它有关书籍。

3. 随机分配样本：合格的研究对象被确定后，就要采用适当的方法，将他们随机分配到试验组和对照组，然后接受相应的试验措施。在此，介绍几种常用的随机分配方法。

（1）抛硬币法：取一枚硬币任意抛掷，假定采用正面向上者，代表试验组；而背面向上者，代表对照组。这样，病人根据抛币的正、背面而纳入相应的组别，其机遇两组大致相等。

（2）查随机分配表法：将欲纳入试验的合格对象，依先后顺序编号；查阅随机分配表（表4）的任意行或列，将表内的数字按顺序地抄下，再将被纳入的研究对象编号与其相配对。若令随机表的奇数代表甲组；偶数代表乙组，其组间分配的机遇大致相等。假如两组例数不对等的话，则可进行调整，调整方法如下：必须再查随机表中原同一行或同一列紧邻的下一个数字，用要调整组的总例数去除，余数就是代表要被调组的对象。

例如：现有样本12例，按随机分配到试验组（甲）和对照组（乙），编号，查表4，单数为甲组，双数为乙组，列下表：

研究对象编号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
随机表数	22	19	16	78	03	93	78	23	15	53	57	58
归组	乙	甲	乙	乙	甲	甲	乙	甲	甲	甲	甲	乙

从上面看出：甲组为7例，乙组为5例。两组间例数不等。因此加以调整，再查表中原来紧邻的那一行或列的下一个数字为19，于是用7去除，余数为5。这样就将第五个甲（编号9）从甲组调至乙组，两组例数就相等了。

（3）配对法：将各方面条件相似或主要影响因素方面相似的对象配成“对”，然后再按随机化分配原则将各个“对”中的一个分到各个区组。区组可以是2个，也可以是3个或3个以上。

（4）分层法：由于临床科研的对象是病人，而患同一疾病的不同个体，其机体的状况和疾病的不同临床特点（如年龄、病程和病情等），或某些重要的危险因素存在与否，都将极大地影响患同一疾病的不同个体的预后转归。因此，为了保证在随机对照研究中，所获得的研究结果的可比性和可信性，必须对被研究的对象在随机分组之前，应用某些对疾病预后有着重要影响的因素，如患者的年龄、病程及病情轻重，进行分层分析。然后将这些分层分析了的个体，再行随机分组，进行试验性处理。这样无疑会大大加强试验结果的可比性和可信性。所以分层分析，随机分配会提高研究的科学性。例如，我院在进行“肾虚患者细胞免疫功能测定”时，就考虑年龄因素，将试验组（肾虚病人）和对照组（健康人）分为青年组、中年组和老年组，这样，提高了科研的说服力。我们认为，在研究条件许可的情况下，尽可能采用随机分层分析法为宜。

4. 设置对照：本书前面已经反复在不同场合下提到对照

和比较的问题。因为有比较才能有鉴别，故在对照组和实验组之间进行比较研究时，是科研中必不可少的方法。正确建立实验组和对照组是科学研究获得成功的重要条件。下面介绍几种对照形式以供选择使用。

（1）空白对照：即对照组的实验单位不加任何处理。

（2）正常对照：即指用标准值或正常值做对照。

（3）自身对照：对照组和实验组的实验单位是共同的，即对同一实验单位，施加不同处理，比较其效应，自身对照实际是更严格的配对对照。

（4）实验对照：这是临床科研采用较多的对照形式。它是指使对照组处于某种有关的实验条件下，观察其结果，与实验组进行比较。例如，研究穴位注射药物的效应，采用穴位注射溶剂作对照，以消除单纯溶剂对穴位的刺激效应的影响，也消除单纯针刺穴位效应的影响。

（5）相互对照：即几个实验组相互对照，比较各组实验效应之强弱。

5. 观察指标的选择：由于中医学的特点所决定，人们在中医临床工作中偏于过多的考虑自觉症状，因此，我们在临床科研中，除选择具有较为统一和权威的自觉症状做为观察指标外，还应尽可能选择客观性观察指标。有意义的指标应该是可以客观测量计数或记录的。例如研究中草药对黄疸型传染性肝炎的疗效时，指标如果以肝区疼痛等自觉症状减轻为主，而不是肝功检查为主，则所得的疗效结果就不可靠，因自觉症状的变化与肝实质的病理改变未必一致。

要选择较好的观察指标，必须利用研究者的业务知识和经验，根据研究单位的条件，选定具有客观性、精确性、有

效性、灵敏性、特异性的指标。

6. 观察记录：在试验设计时，必须对试验项目、方法、记录方法有全面的规划，详细而明确的规定和说明。

（三）常用中医科研设计方案。

1. 随机对照研究方案：这是中医科研中应用较多的一种设计方案。可直接进行两组或多组的比较。此法对比鲜明，设计简单，最适合初搞医学科研试验和写论文的人应用。

［内容］ 首先选择符合纳入标准的合格的研究对象，然后将其随机化分配（分层分析）到试验组和对照组，以接受相应的试验性处理，或经过一段时间治疗后，将两组（或多组）的结果进行分析、比较、评价，从而得出其研究的结论。

［特点］ 采用本研究方案的研究为随机化对照试验，尤其是在条件许可的情况下，应用随机分层分析，可以防止某些干扰因素的影响；由于有合格的研究对象、纳入标准、防治研究措施和评价结果的客观标准，因此，这种研究易重复验证，研究成果可比性好，较有说服力。缺点是在时间、人力、财力上花费较大，在临床研究中，安慰剂不恰当的设计和应用，易造成医德问题。

［举例说明］ 湘西土家族苗族自治州民族医药研究所进行了“水黄连加 TMP 治疗急性菌痢75例疗效观察”的研究。用水黄连加 TMP 治疗急性菌痢75例，其中治愈73例，治愈率为97.33%。同期用庆大霉素加 TMP 对照组治疗73例，治愈率为80.82%，两组治愈率有极显著性差异（$P<0.01$）。

（1）材料和方法

①病例选择与治疗分组：凡符合急性菌痢诊断标准者，均列为本科研观察对象。148例急性菌痢，采用随机分组方法分

为：水黄连加TMP观察组，庆大霉素加TMP对照组。观察组平均年龄为30.5岁，对照组平均年龄为28岁，两组年龄分布基本均衡。性别分布也基本均衡。

②药物剂量及使用方法：水黄连浸膏片每片含生药1.0克，成人一次口服3片，一日3次。庆大霉素成人一次4～8万U肌注，一日2次。TMP0.1～0.2克，一日2次，口服。7天为一疗程。

③疗效标准：按国家统一的急性菌痢治愈、好转、无效标准。

（2）观察结果

①临床疗效观察结果：两组治疗结果见表1。

表1

例数	治愈		好转		无效	
	例数	%	例数	%	例数	%
观察组75	73	97.33	1	1.33	1	1.33
对照组73	59	80.82	12	16.43	2	2.74

$X^2=8.82$　　$P<0.01$

②临床主要症状、体征平均消失时间：两组结果见表2。

表2　临床主要症状、体征平均消失时间（天）

	发热	腹痛	腹泻	里急后重	左下腹压痛	脓血便
观察组	1.52	2.2	1.8	2.2	1.9	1.7
对照组	1.7	3.2	2.3	2.7	2.4	2.2

③粪便细菌培养转阴时间：观察组粪便培养痢疾杆菌阳性者30例，6天内全部转阴；对照组粪便培养痢疾杆菌阳性者共24例，6天内转阴20例，转阴率为83.3%。

由上述资料可知：通过采取随机对照研究方案，分别对试验组和对照组进行观察，结果说明了水黄连加 TMP 的疗效高于同期的西药对照（$P<0.01$），临床症状，体征改善也较同期西药对照组明显。可见，水黄连片剂是一种治疗菌痢有效的民族药。

2. 自身对照研究方案

［内容］ 本试验是在同一个体上进行，并作试验前后的效果比较研究。通常分为两个时期相等的阶段，在前一个时期内，可以使用安慰剂或不作特殊处理；而后一个时期则应用其试验性措施，当试验结束后，将试验前、后两组的结果进行分析比较，从而得出其相应结论。

［特点］ 全部被研究对象均有接受试验治疗的机会，代表性好，并且由于对照试验在同一个体上进行，故可以消除不同个体之间的差异影响。缺点是控制条件要求严格，由于时间因素的关系，试验前、后阶段会对病人产生不同程度的干扰误差。

［举例说明］ 南京中医学院病理教研室进行了“益气养阴法治疗慢性肾小球肾炎血浆环核苷酸及免疫指标变化的初步观察”的研究。42例慢性肾小球肾炎脾肾气阴两虚证的患者，治疗前测定：血浆 cAMP、cGMP 含量升高，cAMP/cGMP 比值下降；免疫球蛋 IgG 含量降低；细胞免疫 E_a 花环含量明显低于正常值，Es 花环含量略高于正常值。经益气养阴法治疗后总有效率90.24%，血浆 cAMP、cGMP、IgG、Es、E_a 花环含量均逐渐恢复正常，治疗前后对比，差异均有非常显著意义（$P<0.01$）。

（1）对象和方法

①病例选择：本组41例慢性肾小球肾炎患者均经过详细专科检查，并在治疗前后测了血清 IgG、IgA、IgM，其中39例同时测定了细胞免疫 E_a、Es 花环，20例还测定了血浆 cAMP、cGMP。

②诊断标准：中医慢性肾小球肾炎脾肾气阴两虚证辨证标准，见表3。

表3 慢性肾小球肾炎脾肾气阴两虚证辨证标准

证别	主要症状	次要症状
脾气虚	疲倦乏力，食欲减退或食后腹胀，舌淡有齿痕，苔白滑，脉缓弱或细弱	面色萎黄或虚浮，少气懒言，大便稀溏或干溏不调，带下量多色白清稀，轻度浮肿
肾阴虚	咽燥口干，手足心热，舌红少苔，脉细或细数	头晕，少寐盗汗，升火烘热，便秘溺亦，遗精或月经失调，长期咽痛或咽红
肾虚	腰脊酸痛，软胫跟痛，脱发健忘，耳鸣听力减退，小便余沥或夜尿增多，两尺脉弱	
辨证标准	肾虚症状一项加脾气虚和肾阴虚的主症各二项；或主症各一项，次症各二项以上	

③治疗方法：基本方：太子参30克　绵黄芪30克　怀山药15克　旱莲草15克　枸杞子12克　山萸肉12克　桑寄生30克　杜仲12克　怀牛膝12克　车前子10克　生牡蛎30克　益母草30克　一日一剂

紫河车粉1.5克，一日2次。

10天为一疗程，一般间歇2～4天，连续服2～4疗程。

④疗效标准：按1964年中华医学会制定的肾小球肾炎的疗效标准，分完全缓解、基本缓解、部分缓解、无效或恶化。

（2）结果

①免疫球蛋白

表4　41例慢性肾小球肾炎

治疗前后免疫球蛋白变化（M±SE）

血清免疫球蛋白（mg%）	治疗前	治疗后	P值
IgG	842.73±55.99	1019.85±56.25	<0.01
IgA	198.61±18.6	214.02±13.54	>0.05
IgM	129.88±12.64	135.7±11.34	>0.05

②细胞免疫：

表5　39例慢性肾小球肾炎

治疗前后细胞免疫变化（M±SE）

细胞免疫	治疗前	治疗后	P值
Eα 花环	24.04±0.64	28.27±0.54	<0.01
Es 花环	5.38±0.26	3.97±0.31	<0.01

③血浆环核苷酸：

表6　20例慢性肾小球肾炎

治疗前后血浆环核苷酸含量比较（M±SE）

血浆环核苷酸（PMOI/ml）	cAMP	cGMP	cAMP/cGMP
治疗前	39.13±1.33	22.21±0.78	1.8±0.08
治疗后	21.9±0.75	6.83±0.35	3.38±0.21
P值	<0.01	<0.01	<0.01
正常人组14例	22.86±0.73	5.25±0.49	4.35±0.91

通过对患者进行治疗前后的自身对照，得出结论：慢性

肾小球肾炎脾肾气阴两虚证的物质基础，可能与细胞内环核苷酸双向控制系统失调、免疫功能紊乱有关；益气养阴法治疗慢性肾小球肾炎脾肾气阴两虚证，可能有双向调节细胞内环核苷酸及免疫功能的作用。

3. 叙述性研究方案

[内容] 此种研究常见于目前的临床杂志中，包括病例分析、病案报道、非随机化临床对照研究，无对照临床研究等。根据研究内容的不同，它可属于前瞻性研究，也可属于回顾性研究，其形式有以下两种。

A. 从病人的后果进行研究，为了明确影响病人后果的因素，在研究中提出了可能致病的因素和接触频繁等一系列叙述性资料。通常设有对照组或用其他资料作为对照。

B. 从病人接触因素进行研究：由研究者提出某种处理或接触可能的致病因素，然后观察疾病的改变（或发生）情况。

[特点] 此种资料易于收集，所观察病例的处理都相同。缺点是无对照组，或用其他资料作对照，因此，在判断结论时，要结合临床经验与所掌握的知识，否则易导致错误结论；另外就是设计简单，论证强度低，常不能作出正确结论。

[举例说明] 齐齐哈尔医专第二附属医院外科李明道十几年来采用中西医结合疗法治疗12例慢性胰腺炎。下面为其临床经验的回顾性分析：

（1）材料和方法：慢性胰腺炎12例，男2例，女10例；年龄45～55岁；分型：反复发作腹痛型10例，消化不良型2例。病程：3～5年10例，5^{+}～10年2例。诊断标准：①有急性胰腺炎病史；②除外溃疡病和胆囊疾患；③反复左上腹痛持续3年以上；④发作时血清胰淀粉酶有不同程度升高。

（2）治疗方法：胆草20克　金钱草35克　郁金25克　柴胡15克　大黄20克　板蓝根20克　党参20克　当归25克　红花25克　赤芍25克　大枣12枚　水煎服。每日一剂。

另加强的松及维生素C及B族药物。

（3）体会：本病病程长并发症多，单纯中医或西医治疗效果不佳，而中西医结合治疗可望收到良好效果。

四、中医临床疗效评价的原则

正确估价中医临床试验治疗效果，无论对一个研究者或者是临床医生来说，都是非常重要的。如在阅读医学文献时，也同样存在这样的问题。一般来说，临床疗效的评价主要是从研究的科学性和防治的适用性来考虑的。

（一）是否在中医理论指导下，突出中医特色

中医临床科研必须遵循中医理论体系，发挥中医特点和优势，采用传统和现代科学技术的方法和手段，促进中医理论的发展，提高中医临床治疗效果。

（二）治疗研究的设计，是否随机对照试验

随机对照试验设计，在研究分析，评价防治措施的客观效果时，有较高的科学价值，它有助于临床医生去识别真伪。实际上，由于临床工作的复杂多变，现阶段较多的防治措施并非来源于随机对照试验的研究结果。但是，当我们解决问题，查阅文献时，应尽可能寻找随机对照试验的材料以资借鉴，若无这种资料，则不得不取非随机对照研究的资料。应当注意的是临床工作者应充分使用自己的理论和实践知识，来判断这种报道的防治措施，是否确实改善了患者的临床状况和结果的可信程度。

（三）全部有关的临床结果，是否作了如实的报告

中医临床科研，对于治疗的正反两方面的结果，必须作全面的忠实报告，这是衡量该科研科学性和医疗道德的一个重要标志。

（四）关于所报道的被研究对象的情况，是否符合病人的情况和医疗实际

总之，在引用他人的临床治疗成果，或研究发展某些新的防治疾病的措施时，一定不能脱离病人、医疗条件和社会经济的实际，否则就达不到预期目的。

（五）临床和统计的分析是否作了处理

在临床治疗性研究结果的总结和分析时，一定要衡量治疗组和对照组之间的临床差异和统计差异，这是评价一项治疗性研究价值的关键。同样，在阅读文献时也是如此。临床差异：就是看治疗组与对照组之间的疗效或者副作用的差异；统计学的差异：就是用统计学方法分析临床差异是否真实。如果某防治措施经过临床对照试验，再加之具有临床和统计学显著性差异时，这一防治措施就有其价值了。

（六）防治措施是否可行

1. 对于所应用的防治措施，应描述全面、详尽、易懂、易于掌握。

2. 明确治疗措施的临床和生物学意义。对于药物，除了掌握药物制剂和用药途径外，还应掌握药物代谢——动力学的资料，以便指导临床治疗用药。

3. 对于探索的治疗措施：应在不同的临床单位使用，重复验证。

（七）纳入研究的全部病人，是否在研究的结果中都被概括了

应将全部纳入研究的病人，在研究的结果和结论中如实地报告出来；这样才能较完善地分析研究的真实度。但是有的研究者对于被纳入的部分病例，因其治疗反应欠佳，或因某种因素而对治疗不依从等缘故，中途退出研究，在总结时仅计算剩下来坚持试验的对象，其结论必然会出现偏差，自然就不客观、不真实。尤其在阅读文献时，在结论中，作者未包括全部纳入的被研究的对象，而又未作出任何交代，我们应如何处理，怎样辨别其真伪呢？下面介绍一个简单有效的方法：

将全部被剔除的病例，纳入治疗效果良好的试验组内，并且将他们全部列入阴性范围内，再进行比较分析和统计学处理。这时若仍有临床和统计学的显著性差异者，则其结论可信，否则就应予抛弃。

五、中医科研计划任务申请书的填写

一个课题选定以后，根据科研管理规定，一定要填好计划任务申请书（这种申请书一经批准以后，也就是计划任务书）。送上级管理部门审阅或专家评议，方得承认其计划，予以支持。计划任务申请书填得是否符合要求？能否准确反映这个课题的价值意义和设计水平，是决定这个课题是否被选中的最后一个重要环节。因此，一个有素养的科研人员一定要认真研究，仔细地推敲，填好计划任务申请书，才能在许多课题的比较中获得优选。同时，这也是科研管理人员必须具备的条件。

（一）目的意义和国内外进展

首先要概括地反映目前该课题研究的现状，提出存在的问题，这个问题确系这个领域在科学技术上尚未解决的问题，

而不是已知的东西，然后说明研究该课题的必要性和重要意义。在中医临床医疗实践的应用或理论上起到什么样的作用，使人一看就觉得开门见山，点中要害，研究的方向目的很明确，有吸引之感。如舌诊是中医传统诊断疾病的重要依据之一，但一直停留在以肉眼观察记录方法作为判断症情轻重程度的标准，有一定主观性和误差。为此，研制一种能客观检测，又具有数量指标记录的舌诊仪器，对提高中医望舌辨识疾病的水平，填补现代医学舌诊研究方面的空白都具有重要意义，这就反映了研究该仪器的必要性和迫切性。所以在写目的意义时，一定要点出问题，针对问题而指出研究方向和目的，这是十分重要的。

在提出问题，指明方向和目的的基础上，进一步从国内外文献中具体综合论述该课题的研究水平和发展趋势，也是很必要的。这既反映了本人选题的水平，又给审阅者分析评价的方便，能较快地判断选题的优劣。中医科研不仅要引述古代文献，也要引述现代报道；不仅要引用国内文献，也要尽可能引用一些有关的国外文献。除公开发表的以外，内部情报资料也可适当反映一些情况，这样就可以使别人能全面分析你所列课题的重要意义。综合反映文献记载或报道资料时，一定要简明扼要，抓住主要数据和问题，既反映出发展趋势，又显露出其薄弱环节和空白，以及你研究该课题可能取得成果的现实性。

（二）主要研究内容，临床或实验设计，主要技术指标及预期结果

研究内容即具体研究什么，一定要针对前面已经定下来的方向和目的订出自己的研究内容，要针对主题，具体明确，

围绕要研究的问题，集中写好。切忌笼统、庞杂、拉扯。

设计是根据上述研究内容决定的，如对象是动物，就要设计什么动物？怎样制造动物模型？用相对固定、排除、暴露、对比等方法进行观察……。这都属于设计上的问题。

指标是根据研究的目的、内容和设计的需要而建立的，是一种方法、手段，是一种客观评价的度量计。指标一定要有特异性、针对性，这是我们要注意的一个重要问题。

预期结果，这是科研提出问题，并要回答问题的最基本要求。它起于选题的目的、思路和设想，通过一定的方法论证，最后说明可能取得的结果。这种结果有两种可能性，一是证实了你起先的设想。二是否定了你的思路和设想，得到的是阴性结果。当然，一般研究者本人都自认为得出阳性结果的可能性较大。所以要求你把自己认为可能取得的阳性结果写出来，这是必要的。

（三）重视预初试验

这是开题申请列入计划的基础，也是研究者立题实践的依据。没有这一条，研究课题尚建立在纯设想阶段，是不可靠的，计划部门就很难同意批准列入计划，中医研究预初试验有二种情况可以考虑：一种是在立题以前就有自己的小计划，作过小样本的探索试验观察，取得某些初步阳性资料；另一种是在临床工作中已积累了大量资料，初步得到了一些现象性的结果，这种结果往往含经验性的东西多，并且又是行之有效的。所以，认真填写此项，这对课题的选中有一定意义。

（四）按年度分阶段具体进度指标

这是从计划安排时间进度上来要求的；一般可按阶段，同时间对应起来写。如第一阶段：基础研究（1986年1～6月）；第

二阶段：临床研究（1986年7～12月）；第三阶段：实验研究（1987年1～7月）；第四阶段：成果鉴定（1987年8～12月）。

（五）现有科研基础和条件

它包括技术力量、仪器设备、临床和实验基地等情况，是上级科研领导管理部门审查计划课题的重要条件之一。它反映申请的课题有否现实基础?是否可行?故应如实填写，以便上级科研领导部门能比较全面地了解你开题的基础和条件，作出决策性的判断。

（六）需要增添的仪器设备和临床（或实验）条件

把仪器的规格、型号、数量、金额及对本课题有关的用途等均要弄清楚，一一填写。

（七）课题完成后的社会效益和经济效益预测分析

这要建立在调查研究和科学分析的基础上。对课题取得成果后将对社会医疗卫生保健事业起到什么作用，或在经济上可能取得怎样的效益、作一些预测性的综合分析和估量评价。这种预测和评价要有一定数据和资料作论据，使人感到有一定的科学性和可能性。

（八）单位行政签署意见

申请时，要附上单位学术委员会或邀请同行专家评议的“四性”、“五级”评分表和意见，以供上级管理部门审查时参考。

第三节　中医内科现代研究进展

一、基础研究进展

近年来，各地学者从不同角度，采用不同方法对中医内

科基础理论进行了广泛的深入的研究。尤其是在应用现代科学技术手段对中医基础理论的核心——脏象学说和辨证论治的研究方面，取得了可喜的成就，使中医理论在从宏观到微观、从定性到定量、从传统方法到现代方法的道路上迈出了重要的一步。

（一）肾的研究

1. 研究肾本质的设想：上海医科大学自1959年组成脏象专题研究组以来，对肾的本质作了较为深入的研究。根据中医"异病同治"的理论，他们发现在西医中完全不同的六种疾病：支气管哮喘、功能性子宫出血、红斑狼疮、妊娠毒血症、冠状动脉粥样硬化、神经衰弱等，在出现肾虚证候时，都可以按照中医辨证论治原则，用调补肾阴肾阳的方法治疗。例如，对支气管哮喘的治疗，西药能迅速止喘，但对巩固远期疗效较为困难。中医认为哮喘发作时表现在肺，究其原因却和肾有关。因此，有"发时治肺，平时治肾"的说法。根据这一理论，他们在剔去各种能影响观察哮喘疗效因素（如发育期、妊娠期、易地治疗、单方治疗等）的64例有肾虚见证的哮喘病人中，对45例在缓解期采用补肾治疗。3年随访时，显著好转38例，占84. 4%。其中5例基本控制（3年中未发作）。另外19例采用西药对照。3年后随访时显著好转5例，占26. 3%。无一例基本控制。以后，他们又作了对23例哮喘患者在缓解期采用补肾治疗，18例对照的工作。3年后随访时，有效率分别为95.6%和27.8%。完全能重复出上一次的结果。证明有肾虚证候的哮喘，在缓解期采用补肾治疗能够获得远期效果。

同样，对于上述除哮喘外的其它五种疾病，当出现肾虚证候时，用调补肾阴肾阳的治法，也都能够提高疗效。

不同的疾病可以辨为相同的证，采用相同的方法进行治疗，说明它们之间有着共同的物质基础。上述完全不同的六种疾病，按照调补肾阴肾阳的方法治疗，都取得了疗效。说明它们之间有一个共同的物质基础——肾。由此，上海医科大学着手对肾的本质进行研究。

2. 肾阳虚与下丘脑—垂体—肾上腺轴：上海医科大学自1959年联系西医神经体液系统的调节作用来研究肾的本质。发现肾阳虚患者24小时尿17羟皮质类固醇（17-OHS）含量普遍低于正常值，并且在以后十几年的测定中，都能稳定地重复上述结论。为了追溯尿17—OHS值低下的原因，更深刻地探寻肾的本质，根据尿17—OHS是肾上腺皮质的代谢产物，肾上腺皮质受垂体、下丘脑控制的理论，他们反复多次用肾阳虚患者和正常人对照，作了促肾上腺皮质激素二日静脉滴注（ACTH）试验、Su—4885试验、血11羟皮质类固醇昼夜节律测定。结果，肾阳虚患者ACTH试验呈延迟反应。在进一步排除了肾上腺皮质激素合成和分解代谢异常的情况下，说明ACTH试验延迟反应是由于垂体—肾上腺皮质系统兴奋性低下引起的。肾阳虚患者血11羟皮质类固醇昼夜节律测定结果多为M型异常表现（正常为V或U或W型）。而血11羟皮质类固醇昼夜节律变化紊乱反映了下丘脑或以上中枢的病变。在排除了疾病本身对下丘脑—垂体—肾上腺皮质系统功能的影响，并且在用补肾法治疗后，再次测定证明了ACTH试验及血11羟皮质类固醇昼夜节律测定多可恢复正常，得出了这样一个结论：下丘脑—垂体—肾上腺系统功能紊乱是肾阳虚发病原理的一个重要环节。

3. 补肾药的药理作用：在取得临床疗效的基础上，上海

医科大学用动物实验研究补肾药的药理作用。采用纯种大白鼠造成模拟肾阳虚病理的动物模型。按同窝均匀分配法分为对照组、可的松组和可的松加补肾药组。治疗一个月后，观察到：可的松组肾上腺萎缩，胸腺重量与体重下降，肾上腺内维生素C含量下降甚少；而可的松加补肾药组肾上腺不见萎缩，胸腺重量与体重下降更明显，维生素C含量下降超过可的松组和对照组。在切除肾上腺后再给补肾药，胸腺未见萎缩。由此证明，补肾药可以保护肾上腺免受外源性可的松导致的肾上腺萎缩，有皮质激素样作用而无激素的副作用。其激素样作用是通过肾上腺或肾上腺以上的系统来实现的。

4. 肾的阴阳互根：在上述研究过程中，还发现肾中阴阳确实具有互根的特点，进一步印证了中医关于阴阳互根的理论。对88例有显著肾阴阳失调的患者，在治疗前后分别作24小时尿17—OHS测定、冷压试验、红细胞糖酵解率测定。发现7例肾阳虚患者由于用温阳药过偏，临床症状转变为阴虚，尿17—OHS由原来的低值相应升至正常最高值或以上；3例阴虚火旺患者用泻火药过偏出现阳虚症状，尿17—OHS也降至正常最低值以下。同时，肾的阴阳偏胜在冷压试验上确有两极分化现象，阴阳转化时，亦伴有冷压试验的相应变化；从红细胞糖酵解率的测定中，也可见肾阳虚者低于正常，肾阴虚者高于正常。经过调节阴阳，使之趋于平衡后，两组肾虚患者的红细胞糖酵解率都趋向于正常值。以上试验证明了肾中阴阳是互根的，阴阳互根是有其物质基础的。在补肾治疗中应当从阴阳互根出发，注意整体阴阳的关系，调补阴阳，才能提高疗效。

5. 肾阳虚与下丘脑—垂体—甲状腺轴：在证实了肾阳虚

患者具有下丘脑—垂体—肾上腺皮质轴功能紊乱的结论的基础上，推论肾阳虚是神经内分泌系统中的一种潜隐性变化。因此，上海医科大学进一步开展了肾阳虚与甲状腺轴、性腺轴关系的研究工作。

在肾阳虚与下丘脑—垂体—甲状腺轴研究中，对14例慢性支气管炎肾阳虚组与12例同年龄、性别的慢性支气管炎无特殊见证组以及13例正常组进行了甲状腺轴全套测定（T_3、T_4、TSH、TRH兴奋试验）的对比观察。结果，肾阳虚组总T_3均值显著低于正常人（$P<0.01$），TRH兴奋试验约半数呈延迟反应。说明其甲状腺轴上有不同环节、不同程度功能紊乱。而无特殊见证组总T_3、T_4与正常人无明显差异（$P>0.05$），TRH兴奋试验呈异常反应者低于10%，属于基本正常。肾阳虚组经用补肾法治疗后，T_3值全部恢复正常，TRH则部分恢复正常。以上实验说明，肾阳虚患者在下丘脑—垂体—甲状腺轴上存在不同环节、不同程度的功能紊乱。补肾法能使紊乱的甲状腺轴功能得到一定程度的恢复。

6. 肾阳虚与下丘脑—垂体—性腺轴：在肾阳虚与下丘脑—垂体—性腺轴（男）的研究中，考虑到人的生殖内分泌功能及生殖激素水平在两性有显著差异。女性生殖功能的调节控制规律较为复杂，且有生理周期变化。为避免上述情况对所观察的肾阳虚证性腺轴功能改变的干扰，因此，观察对象均选择男性。为避免年龄对性腺轴功能的影响，因此选择小于50岁的同年龄组的男性为观察对象。对10例男性（31～48岁，平均39岁）肾阳虚组与11例男性（（31～45岁，平均36岁）性功能减退组（无生殖系统器质性病变，辨证无肾虚症状），以及10例男性（34～49岁，平均39岁）正常人进行性腺（男）轴

功能全套测定〔血清睾酮（T）、雌二醇（E_2）、E_2/T、促黄体激素（LH）浓度、促黄体激素释放激素（LH—RH）兴奋试验〕。三组对比观察结果，性功能减退组与正常对照组比较，各项指标均无显著差异，且LH—RH兴奋试验均属正常反应。而肾阳虚组E_2较对照组显著升高（$P<0.01$），LH也较对照组明显升高（$P<0.05$），且有半数患者LRH兴奋试验呈延迟反应。可见男性肾阳虚患者存在性腺轴上不同环节、不同程度的功能紊乱。而仅有阳萎、早泄症状者性腺功能基本正常。

7. 肾阳虚的病变以下丘脑为主：在上述实验研究中，曾对部分患者作了下丘脑—垂体—肾上腺轴和甲状腺轴、下丘脑—垂体—性腺轴和甲状腺轴以及三轴的平行观察，均看到在各轴的不同水平有散在的功能障碍存在。说明肾阳虚患者存在多靶腺并且互不相干的功能紊乱，这些靶腺都是受制于下丘脑的。结合肾阳虚患者在性腺轴观察中，半数患者LH—RH兴奋试验呈延迟反应，而一般认为LH—RH兴奋试验延迟反应是由于下丘脑内源性LH—RH分泌的长期减弱，使垂体LH的分泌处于一种兴奋性低下的状态所致。因此，证实了肾阳虚患者在下丘脑存在一定程度的功能紊乱。肾阳虚的主要发病环节很可能是在下丘脑（或更高中枢）。肾阳虚患者内分泌系统的亚临床改变可以概括为是以下丘脑功能减退为主的多环节功能损害。

8. 肾阳虚与衰老：在上述下丘脑—垂体—靶腺轴的研究中，都设置了一个年龄在65岁以上老年组与之对照观察。发现肾阳虚患者在上述各轴的改变，均与该轴上老年组的改变相似。在甲状腺轴上，老年组总T_4均值明显低于正常人（$P<0.05$），肾阳虚组总T_3均值显著低于正常人（$P<0.01$）；TRH

兴奋试验老年组80%呈异常反应，以低弱反应为主；肾阳虚组50%呈延迟反应。在性腺轴上，老年组T值降低，肾阳虚组以E_2升高突出。但二者都使E_2/T值上升，且LH及LH—RH兴奋试验均出现相类改变。证明了肾阳虚的出现，意味着下丘脑—垂体—靶腺轴在一定程度上的未老先衰，或可称为肾阳虚的本质之一是内分泌功能的提前衰老。这也与1980年Everitt提出的"老化钟就在下丘脑"这一假说相一致。用补肾法治疗后，可以使低下的下丘脑—垂体—靶腺轴功能得到一定程度的调整和改善，对延缓人体衰老起到一定的积极作用。

9. 肾阳虚与免疫：中医药对免疫系统作用的研究是一个正在开发的领域。从70年代开始，我国广泛开展了此项研究。在对支气管哮喘的防治过程中，发现支气管哮喘患者存在着免疫功能的异常。支气管哮喘是典型的I型变态反应性疾病，其中IgE是引起I型变态反应的主要抗体。哮喘患者的季节性发作，与IgE的季节性升高有关。从1979～1983年，上海医科大学选择了365例哮喘患者，其中5批共284例用补肾法治疗，3批共81例用小青龙汤治疗或空白对照，进行预防哮喘季节性发作与免疫方面的研究。结果，用补肾法治疗后显效率为63.4～75%，小青龙汤和空白对照组显效率分别为19.5～22.2%和18.5%。补肾法治疗组与对照组之间有极显著差异（$P<0.01$）。补肾法组和对照组治疗前（7月）血清IgE水平并无显著差异，到10月发病季节，补肾法组血清IgE水平与7月接近（$P>0.05$），对照组则出现明显季节性升高（$P<0.01$）。说明补肾法能控制哮喘患者血清IgE的季节性升高，从而起到预防发作的作用。1971年Okumura和Tada发现IgE的应答受T细胞的调节。进一步研究发现，T细胞对IgE

的调节主要是抑制性 T 细胞（Ts）的作用。哮喘患者 Ts 的功能降低，且与血清 IgE 呈负相关。在上述研究中，45例哮喘患者治疗前 Ts 抑制率显著低于正常成人（$P<0.001$），经用补肾法治疗后，Ts 值明显升高，并恢复到正常人水平。作补肾法与空白对照组治疗前后血清 IgE 与 Ts 功能的同步测定，以及两组 IgE 与 Ts 治疗前后差数相关性检验。结果，补肾法治疗前后的 IgE 和 Ts 都有变化，IgE 差数在下降，Ts 差数在升高，两者呈明显负相关（$P<0.05$）。而对照组则无此现象。因此可以认为，补肾法能通过提高 Ts 功能对血清 IgE 的季节性升高进行调节，从而起到有效的免疫调控作用。

在补肾法对老年人 T 细胞功能的影响的研究中，发现老年人细胞免疫功能下降是多方面的。即老年人淋巴细胞增殖反应能力和抑制功能均有明显下降。这是免疫机制衰老的一种表现。经补肾法治疗后，其增殖反应能力和抑制功能均有明显提高。说明补肾法具有免疫调节和对免疫功能低下者的免疫增强作用。

10. 肾虚与微循环、微量元素、能量代谢：近年来，各地对肾虚与甲皱微循环、肾虚与微量元素、肾虚与能量代谢等多方面问题进行了研究。发现肾阳虚患者的微血管数明显减少，微血管管径明显缩小。甲皱微循环管襻数目开放较少，部分患者对冷的应激适应能力较差，对冷水刺激呈先收缩后扩张的异常反应。经用温补肾阳法治疗后，其甲皱微循环得到相应改善。并证实肾阳虚患者甲皱微循环血流速度减慢的原因之一是与肾上腺皮质功能低下有关。在肾虚与微量元素关系的研究中，采取头发作电感耦合高频等离子体光电发射光谱法测定，发现锌、镁、钙元素含量低下与肾虚有关。其中锌

含量是肾虚组低于正常人，骨质增生组低于肾虚组，肾虚骨质增生组低下尤著。镁、钙含量肾虚组较正常人低下有显著差异（$P<0.05$）。说明人发中某些微量元素的改变，可以反映肾气的盛衰。在肾虚与能量代谢的研究中，通过红细胞钠泵活性测定和红细胞糖酵解测定，发现肾阳虚患者的红细胞钠泵活性明显低于正常人，糖酵解率亦较正常人低下。反应出机体产热作用减弱，因此出现一系列畏寒肢冷的阳虚症状。经用温补肾阳法治疗后，红细胞钠泵活性明显提高，红细胞糖代谢恢复正常，畏寒肢冷症状得到改善。而肾阴虚患者红细胞钠泵活性及糖酵解均较正常人高，反应机体产热作用过强，出现一系列“热”象。经用滋阴泻火法治疗后，抑制了红细胞 Na^+、K^+—ATP 酶活性及糖酵解过程，使之趋于正常。说明调节肾阴肾阳的药物，可以起到调节机体能量代谢的作用。

（二）肝的研究

1. 肝郁和肝郁脾虚：金益强等对59例肝郁脾虚、肝郁、脾虚证患者和21名健康人，进行了尿 MHPG—SO_4（3—甲氧—4羟基苯乙二醇硫酸酯盐）的测定。结果，肝郁脾虚与肝郁证患者的尿 MHPG—SO_4显著低下，而脾虚组却变化不明显。由于 MHPG—SO_4是中枢去甲肾上腺素的代谢产物，因此，可以认为中枢去甲肾上腺素低下可能是肝郁证的特点。这一结果支持了精神情感异常是肝郁的发病环节的认识。黎杏群等对222例肝郁脾虚证患者和50名健康人进行了血浆环核苷酸测定。结果发现肝郁脾虚证患者血浆 cAMP 含量降低，cGMP 含量升高，cAMP/cGMP比值下降。认为肝郁脾虚病人环核苷酸含量的变化，可能与中枢神经系统对植物神经系统调节障碍，影响到神经递质积放有关。陈国桢对226例肝郁脾虚病人

用体位变换试验、冷压试验、眼心反射、两侧腋温差、太阳神经丛反射、局部皮肤划纹反射和握力试验等7种方法，测定植物神经系统机能状态。结果，205例植物神经功能失调，占总例数的90.71%；对照的50例健康人中，仅有6人植物神经功能失调，占总人数的12%。经用舒肝健脾药治疗后，植物神经功能失调的例数由205例降至102例，植物神经功能改善的程度与疗效呈明显正相关（$r=0.3448$，$P<0.05$）。陈氏还对344例肝郁脾虚证患者测定血液流变学指标。结果172例全血和血浆比粘度及血沉均值有所增高，红细胞电泳时间延长，尤以偏肝郁者更为显著。经用舒肝健脾药治疗后，血粘度明显下降。陈氏等认为，肝郁脾虚证的主要变化有：①植物神经功能失调；②环核苷酸cAMP/cGMP比植下降；③血粘度升高，红细胞电泳时间延长；④小肠吸收功能降低。其病理机制主要是神经体液失调，气血运行及消化机能障碍。胡随瑜等测定了92例肝郁脾虚证患者的脉图，其中87例的脉象为小弦、弦或弦滑。

2. 肝气、肝阳和肝火：气属阳，阳包括气。生理上，肝的阳气的升发作用是促进人体生长发育的一个重要因素。病理上，肝的阳气容易亢奋引起病变，而肝阳肝气亏虚在临床研究中也不可忽视。近年来，一些学者对肝阳气虚证作了研究，发现患者多为40岁以上，病程半年以上至数十年。临床表现为：①情绪抑郁，胆小虚怯，健忘多梦；②胸闷不得太息；③腹胀纳呆，泄泻，遗尿；④四肢乏力，关节不利，筋脉挛缩，抽掣疼痛，爪甲干枯；⑤舌质淡，脉弱无力。具以上特点为肝气虚。若再出现巅顶冷痛空痛，四末不温，阴冷不育，呕吐，舌质胖等，则为肝阳虚。

上海中医学院在对阴虚火旺证的研究中发现，阴虚而肝火旺的患者尿17—OHS多高于正常值，尿儿茶酚胺与正常值无显著差异。提示肝火旺患者大多有垂体—肾上腺皮质或肝脏灭活功能亢进。经用龙胆草、黄芩清泻肝火治疗后，随着症状的改善，肝火旺证的尿17—OHS值相应降低。这些结果，为今后对肝的本质的研究提供了重要线索。

（三）脾的研究

1. 脾虚与消化和代谢功能：经广州中医学院等单位的大量研究发现，脾虚患者的唾液淀粉酶活性在酸性有效负荷下，明显下降，而正常人则上升。脾虚患者胃蛋白酶活性低下，经健脾治疗后，活性提高。同时，脾虚患者胰腺分泌淀粉酶的功能低下，存在小肠吸收功能障碍。部分患者存在不同程度的低蛋白血症。经治疗后，低蛋白血症可以纠正。上述研究结果证明，脾虚患者存在不同程度、不同环节的消化吸收功能障碍。

在上述研究基础上，对脾虚患者作组织病理改变的研究。对脾虚患者的胃粘膜作病理切片检查，用PAS—Giemsa，PAS—AB染色，按照Camcohob方法测量胃粘膜的厚度、腺窝深度、表浅粘液细胞、未分化细胞、主细胞、壁细胞的数量及比例，用镀银法观察胃泌素细胞的变化。结果发现60%病例有不同程度的萎缩性胃窦炎，12.5%同时伴有胃体粘膜萎缩性病变。脾虚患者的胃体粘膜变薄，腺窝加深，未分化细胞增多。这表明脾虚时胃粘膜上皮细胞的再生加强，但存在向成熟细胞分化障碍。由于分泌消化液和消化酶的成熟细胞减少，导致消化功能下降，为脾虚证消化功能障碍提供了病理基础。

实验证明，脾胃气虚患者血清异柠檬酸脱氢酶（ICD）和乳酸脱氢酶（LDH）的活性均较正常人低下，且具有极显著

差异。而LDH同功酶（$LDH_{1\sim5}$）的相对活性中，虽然LDH_3偏低，LDH_1、LDH_2偏高的改变，但无显著意义。经用香砂六君子汤等治疗后，当脾虚症状基本消失时复测，LCD酶活性仍偏低，而LDH总活性及LDH同功酶相对活性均已恢复到正常水平。以上研究表明，脾胃气虚证与机体糖代谢、脂肪代谢和能量代谢都有密切关系。也证明脾虚患者显示有包括胃、肠、胰整个消化系统功能的减退和紊乱。

2. 脾虚与神经内分泌：北京市中医研究所发现，脾虚证患者的胃泌素较正常人低下。国内曾有人从甲状腺素、肾上腺皮质激素着手研究，但结果尚不一致。王清云对157例脾胃气虚患者及32例正常人分别进行24小时尿17—0HCS（17—羟皮质类固醇）含量测定，并对24例肾气虚患者测定同样指标。结果，脾胃气虚的上述三项指标均高于正常人，极显著高于肾气虚组。说明脾胃气虚患者肾上腺皮质分泌的糖皮质醇升高，肝内糖元异生加强，使机体发生负氮平衡，因此出现肌肉消瘦，肢体倦怠，舌质淡胖有齿印等脾虚症状。王建华等采用电生理方法对71例脾虚患者、121例脾虚肝郁患者、20例肝胃不和患者和36例正常人之间作体表胃电图比较。结果，正常人餐后胃电波幅度明显升高，并有较长时间持续。脾虚患者餐后胃电波幅度及高幅时积都明显低于正常人（$P<0.01$）。胃电活动是肌源性的，受体内神经体液调节。餐后影响体表胃电波幅的主要因素是胆碱能迷走神经的功能张力。因此，上述结果提示负荷情况下胆碱能迷走神经功能不足，兴奋耐力差。肝胃不和患者餐后胃电波幅明显高于正常人，脾虚肝郁患者则高低不等。上述各组经相应治疗后，随着症状的改善，胃电参数亦有相应变化。再参看张育轩等测定可以反映植物神经功能活

动状态的血中多巴胺β羟化酶（DβH）、乙酰胆碱酯酶（AchE），结果脾虚患者均值偏低，以及广州关于唾液淀粉酶测定的结果，证明脾虚患者存在着植物神经功能紊乱。

3. 脾虚与免疫：尹光耀等根据“四季脾旺不受邪”的理论，在已有人测定脾虚患者外周血液淋巴细胞的基础上，用植物血凝素皮试测得有脾虚症状的慢性萎缩性胃炎41例中，治疗前低于正常值者占50%，治疗后达到正常值者占91.5%。再次证实脾虚者免疫功能低下。刘尽忠采用α—醋酸萘酯酶标记法，在显微镜下直接观察20例脾气虚患者治疗前后的T淋巴细胞数量变化及规律。结果，治疗前患者T淋巴细胞均值显著低于正常人（$P<0.01$），用香砂六君子汤治疗后，T淋巴细胞值平均增长21.95%，有的恢复正常。也说明脾虚患者细胞免疫功能低下。研究发现，脾虚时机体存在不同程度蛋白质营养不良、低蛋白血症、贫血等情况。在作细胞免疫功能（Et、Ea、PHA皮试反应面积）时，采用统计学的直线相关法处理。结果，Et、Ea、PHA皮试反应面积与血浆白蛋白、血红蛋白之间呈正相关（$P<0.001$）。提示脾虚患者的细胞免疫功能降低与机体的低蛋白血症、贫血等密切相关。因此，纠正脾虚患者的低蛋白血症和贫血，对于提高其免疫功能，增强抗病能力是有一定作用的。同时，脾气虚患者红细胞超氧化物歧化酶（SOD）活性明显升高，而SOD活性明显升高有可能影响机体白细胞的吞噬功能，是脾气虚患者容易感受外邪的原因之一。脾气虚患者血清中IgG、IgM及其补体C_3的含量亦明显低于正常人。经用香砂六君子汤治疗后，随着脾气虚症状的好转，补体C_3也相应恢复正常。尹光耀等将有脾虚证的胃炎和胃癌患者分为有肠化生组和无肠化生组，均作血浆环核苷

酸（cAMP）测定并与健康人比较。结果发现，脾虚证患者血浆cAMP均较正常健康人显著下降（$P<0.001$），且尤以有肠化生者为最低。胃癌患者血浆cAMP亦显著下降（$P<0.001$）。其中9例经中西药治疗后，脾虚证与肠化生均消失，血浆cAMP亦恢复正常。另有9例治疗后脾虚证与肠化生未消失，血浆cAMP变化也不显著。故提示胃病的脾虚证、肠化生、癌变均与血浆cAMP的改变有关，对防治胃粘膜肠化生和癌变有实际的临床意义。

（四）证本质的研究

辨证论治是中医理论体系的核心，证是辨证论治的基础。从肾本质的研究中，发现其具有的物质基础，扩展到脾的研究，肝的研究，以及阴虚火旺证、心气虚证、肺气虚证等的研究。这样，从脏象本质的研究，发展到证本质的研究。从脏象的物质基础，进一步认识到证是有物质基础的。例如，肾阳虚证存在着下丘脑—垂体—靶腺轴上不同环节，不同程度的功能紊乱，其主要发病环节在下丘脑（或更高中枢）；脾虚证（包括非消化系统疾病）患者血清胃泌素值、木糖排泄试验及胰腺分泌淀粉酶功能均呈明显低下，显示脾虚证在胃、肠、胰等整个消化系统存在着功能减退和紊乱等。证就是建立在“藏居于内”的这些共同的物质基础之上而“形见于外”的一组具有本质联系的症候群。如何来辨别这样一些症候群，就需要设立统一的辨证标准，即证的客观化。从50年代末到现在的三十多年中，在这方面的工作取得了很大进展。

除上述诸证外，研究较深入的还有血瘀证及其相应的活血化瘀治法。血瘀证和活血化瘀治法的研究，被列为国家重点研究课题，有着一支相当庞大的研究队伍，采用了先进的研

究途径和方法，取得了显著成绩。

中医古籍对血瘀证的论述较多。概言之，不外乎“血行失度”，即血在脉中的循环流动失去其正常的法度。又有“内结为血瘀”、“污秽之血为血瘀”、“离经之血为血瘀”和“久病入络为血瘀”等不同类型。这是中医关于血瘀和血瘀证本质的最基本的认识，也是血瘀和血瘀证共同的发病机理。随着采用现代科学手段对血瘀证研究的深入开展，对血瘀证本质有了更深入的认识。归纳起来，不外以下几个方面。

1. 血液循环和微循环障碍：中国科学院、上海第一医学院等单位对血瘀证患者进行了甲皱和球结膜微循环观察。发现多数患者的外周微循环显示出程度不同的紊乱和障碍。微血管中血细胞的流动速度明显减慢，微血管襻的顶端有扩张和血液积聚。进一步观察发现，具有血瘀证的冠心病患者冠脉流量指数低于正常值。缺血性脑中风患者的脑血流量减少或血流缓慢。肝硬化腹水和肝炎患者的肝血流量有不同程度的减少。银屑病患者的皮肤血流量减少。经用活血化瘀药治疗后，上述患者的外周微循环得到明显改善，相应器官和部位的血流量有所增加。基于上述研究，中国科学院等单位提出了中医的血瘀即是血液循环障碍，尤其是微循环障碍的看法。这一看法也可称之为有关中医血瘀和血瘀证本质的血液循环障碍，尤其是微循环障碍的理论。

2. 血栓形成：中医血瘀证与西医血栓性疾病之间有着密切的关系，列属于血栓性疾病的冠心病、心肌梗塞、脑中风、血栓闭塞性脉管炎、深静脉栓塞、视网膜中央动、静脉栓塞等，因具有疼痛、舌质暗红、紫绀、红肿等血瘀见证而辨为中医血瘀证。有人采用比浊法测定了多种疾病患者的血小板

聚集性，发现冠心病、心肌梗塞、脑中风和血栓闭塞性脉管炎患者的血小板聚集性高于正常人；流行性出血热和紫癜患者的血小板聚集性却低于正常人。而上消化道出血患者无明显变化。中医研究院西苑医院采用改良的 Schtaz 方法对42例血瘀证患者的血小板表面活性和聚集性进行测定，发现二者均高于正常人。据研究，在动物实验及离体试管试验中，许多活血化瘀药物如丹参、川芎、赤芍、当归、党参、黄芪等，对血小板聚集和释放有抑制作用，而其作用与它们能明显增加血小板内的 cAMP 含量有关。冠心Ⅰ号方对纤维蛋白稳定因子有明显抑制作用。丹参水煎剂能抑制纤维蛋白原转变为纤维蛋白。此外，一些活血化瘀药具有增强纤溶活性的作用，等等。而血小板聚集性增强，凝血活性增高，抗凝活性降低以及纤溶活性降低等都是血栓形成的重要条件。因此，中国科学院等单位提出了中医血瘀和血瘀证似应包括有血栓形成和血栓性疾病。而活血化瘀似应包括有抗血栓形成或溶血栓过程的作用。这一看法也可称之为中医血瘀和血瘀证的血栓形成理论。

3. 代谢失调：具有明显血瘀见证的硬皮病、烧伤斑痕、手术后粘连及炎性包块等，均属于西医结缔组织疾病。它们的发生和发展与结缔组织，特别是胶原代谢有密切关系。硬皮病患者普遍有胶原纤维肿胀或融合，均质化，炎性细胞浸润明显和上皮细胞萎缩。在胶原代谢的生化测定中，患者血清结合己糖及氨基己糖均明显增高。经活血化瘀治疗后，患者皮肤变软，其皮内胶原纤维发生疏松化，胶原结构和束间隙重新正常化，炎性渗出物消失，血清结合己糖和氨基己糖明显下降。说明活血化瘀药是通过影响胶原代谢而起作用的。实际上，活

血化瘀药所具有的调整机体代谢的作用不仅局限于结缔组织，尚表现于机体的其它组织和器官。研究表明，复方丹参具有增强吞噬细胞功能和改善体内的氮质代谢，使动物因创伤而引起的负氮平衡趋于正常，从而有利于急性心肌梗塞、骨折的愈合。丹参所含的邻醌类成分在机体的生化反应中起到电子传递的作用，从而能促进或干扰某些生化反应，影响机体的多种物质代谢。例如，丹参能降低血脂含量，升高部分肝病患者的血浆白蛋白，降低γ球蛋白，对GPT、CPK和AKP等酶具有调整作用等。上述研究提示，中医血瘀证包括有机体的代谢失调，尤其是结缔组织代谢失调。

4. 免疫功能障碍：西医的某些免疫性或自身免疫性疾病，如新生儿ABO型溶血症，系统性红斑狼疮，过敏性紫癜，慢性肝炎，慢性肾小球肾炎，器官移植后的排斥反应等，都具有中医血瘀证的临床表现。经过活血化瘀药物的治疗后也都有一定疗效。另外，中医的某些血瘀证本身虽然不属于免疫性疾病，但也伴有免疫功能紊乱或障碍。例如，有明显血瘀见证的肺心病患者，伴有T和B淋巴细胞的分布紊乱，表现为T细胞比例减少和B细胞比例增多，提示细胞免疫功能发生某种程度的紊乱。经用复方丹参治疗后，随着血瘀症状的改善，T和B细胞的比例也趋于正常。具有典型血瘀证的心肌梗塞患者，同时伴有牛奶蛋白抗体的增多，说明尚有体液免疫障碍。流行性出血热患者伴有抗原抗体复合物的增多，并成为影响血小板功能，使其丧失聚集性的主要原因。冻疮患者伴有冷凝球蛋白的出现，是引起肢体血流缓慢，充血和红肿，以致缺血的主要原因。不少活血化瘀药物具有调整免疫功能的作用。在抢救急性心肺肾功能衰竭的实践中观察到，活血化瘀药

物具有增强吞噬细胞的吞噬能力，增强网状内皮细胞活力，阻断促凝血因子和消除血中已被激活的血物质的作用，以及抑制免疫抗体的作用。

上述可知，中医的血瘀和血瘀证似包括有免疫功能障碍和免疫功能障碍的疾病。而活血化瘀似包括有调整和纠正机体的免疫功能障碍或紊乱。这一观点则可称之为中医血瘀和血瘀证的免疫功能障碍理论。

5. 体液调节功能和内分泌障碍：中医血瘀症中尚包括有一些西医认为属于体液调节功能，特别是内分泌功能紊乱的疾病。当某些有血瘀表现的疾病发展到某一程度的时候，会引起不同程度的内分泌紊乱。例如糖尿病，就是由于胰岛素分泌障碍而引起的典型的内分泌功能紊乱的疾病。妇科的子宫内膜异位症，以周期性内出血为主要临床表现。根据中医“离经之血便是瘀”的辨证原则，故有明显的瘀血表现。而引起其周期性内出血的原因，是由于异位的子宫内膜在激素的周期性变化的影响下产生的，并由此而产生一系列化学性炎症，造成粘连和囊肿。其它如硬皮病，是结缔组织疾病，但是临床上有一系列内分泌紊乱的表现。诸如女性患者月经紊乱或闭经，乳房萎缩；男性患者阳萎及性欲减退。尸检可发现有肾上腺皮质萎缩，肝硬化腹水患者，也伴有内分泌紊乱，表现为继发性醛固酮激素及抗利尿激素的升高。

上述资料表明，中医的血瘀证与内分泌紊乱，活血化瘀与调整和纠正内分泌紊乱有密切关系。这一观点也可称之为有关中医血瘀和血瘀证本质的内分泌紊乱的理论。

6. 血液流变性异常：血液粘滞性是反应血液的流动性的客观定量指标，也是影响血流量或组织器官血液供给的重要

因素。而中医关于血瘀证是由于“血行失度”而表现出的“血凝而不流”、“血瘀滞不行”、“血涩不通”等说法，与血液流变学关于血液的流动性和粘滞性在病理情况下可发生异常，造成血液粘滞度增高和血栓形成，引起血流缓慢或阻滞等说法，是基本相同的。特别是鉴于血液的流动性和粘滞性又是导致血液循环和微循环中的流量、流速和流态变化的基本因素之一，因此认为中医的血瘀和血液流变学的血液流动性和粘滞性异常，血瘀证和血液流动性和粘滞性异常综合征，特别是其中高血粘综合征是对同一事物的不同描述。应用血液粘度这一定量指标，对属于中医血瘀证的各种患者进行测定，发现各种血瘀证患者多显示出血液粘度的异常。其中心肌梗塞，心绞痛，缺血性脑中风，肺心病，肺气肿，心力衰竭，细胞增多症，血栓闭塞性脉管炎等，多表现为血液粘度增高；而上消化道出血，鼻出血，功能性于宫出血，尿毒症，肝硬化腹水，各种贫血症等患者，多表现为血液粘度低下。经用活血化瘀治疗后，随着临床症状的好转或改善，血液粘度的异常也有程度不同的改善或纠正。有人将各种不同病种，如分属于血液系统，肝胆系统，神经系统的疾病，肺病及妇科痛经等疾病，但又同属中医血瘀证者，分为舌质紫和舌质不紫两组，分别测定其全血粘度及血液流变学指标。结果发现，舌质紫的一组中，全血粘度及其它血液流变学指标均比舌质不紫的一组为高。而在舌质不紫的一组中，也发现少数患者的血液粘度异常。这与临床上未见明显的血瘀表现，但也通过活血化瘀方法治疗而治愈的事实，可能有一定联系。这说明血液粘度的测定，作为一种客观的实验室指标，似比肉眼判断舌质紫暗程度更为敏感。一般来说，不同疾病的不同临床表现，反应着体

内不同的或共同的病理变化和病理过程。而血瘀证的各种临床表现所反应的病理过程和病理变化，按照一些学者的意见，大致可归纳为局部缺血，循环障碍的郁血，出血后的瘀血，全身或局部水肿，组织增生及变性，神经系统障碍，组织糜烂及溃疡，各种炎症等八个方面。而根据另一些学者的看法，可能包括如下四个方面的病理变化：①血液循环障碍，主要是静脉血循环，尤其是微循环所造成的瘀血、出血、血栓、水肿等病理变化；②炎症所致的组织液渗出、变性、坏死、萎缩、增生等病理变化；③代谢障碍所引起的组织病理反应；④组织无限制的增生或细胞分化不良。上述病理变化在一些血瘀证中可表现为单一的，也可表现为多方面的。据此，一些学者认为这可能是“活血化瘀”能够异病同治的病理生理基础。

大量研究结果表明，我们对中医的“血瘀证”的本质和活血化瘀的疗效原理取得了下述认识，即所谓血瘀证，就是因血液（或血管）的流变性或粘度异常而产生的全身或局部的“血行失度”或血液循环或微循环障碍，并导致血行的生理功能发生局部或全身紊乱而形成的疾病。而所谓活血化瘀就是利用某些具有改善血液（或血管）的流变性异常，纠正血液循环和微循环障碍以及增加血流量的一些药物的作用，以解除全身或局部的“血行失度”，从而使全身或局部血行的生理功能得到恢复或增强的一种治疗方法。

辨证与辨病相结合，是我国在中西医结合过程中提出的新的辨治方法，是专指中医辨证与西医辨病相结合。旨在力求克服两种医学理论体系各自在认识上的片面性。但在目前的情况下，这种结合尚停留在一种粗浅的、表面的阶段。

任何科学，都必须不断吸收现代科学的成就为之服务，才

能不断发展和完善。当前提出的微观辨证，就是中医在临床上利用四诊收集辨证资料的基础上，不断吸收现代科学的先进技术为之服务，从而在更深入的层次上认识机体的结构、代谢和功能特点，更完整、更准确、更本质地阐明证的物质基础。在设立统一的辨证标准时，逐步探寻到各证的微观标准，即辨证的微观化。这也是在中西医结合的过程中，试图为中西医在对同一疾病的认识中，找到共同的语言。这有可能是一种飞跃，是建立一个统一的新医学的一种途径，一种设想。这个途径和设想还必须以长期和大量的研究工作来证明它的可行性。而微观辨证，作为中医辨证手段的发展，的确已经在各方面显示出了它的必要性。

二、临床研究进展

基础研究的成果，来源于临床实践，又服务于临床，促进临床疗效的提高。

肾本质的研究，起始于对西医全然不同的六种疾病（支气管哮喘、功能性子宫出血、红斑狼疮、妊娠毒血症、冠状动脉粥样硬化、神经衰弱）在具有肾阳虚的共同表现时，应用温补肾阳法异病同治所取得的临床疗效。而肾本质的研究成果，又使更多的疾病在具有肾阳虚证候时得到了相应的治疗。各个脏象本质的研究，以及各种“证”本质研究成果的应用，对中医理论物质性的深刻认识，对中医临床疗效的提高，都起到了积极的作用。

（一）支气管哮喘的防治

支气管哮喘防治的研究成果，进一步证明了中医关于哮喘防治的原则“发时治肺，平时治肾”的正确性，并对其本质有了更深刻的认识。

发时治肺，重在祛邪利气。除常规治法外，70年代对洋金花的研究认为，洋金花的主要成分是东莨菪碱，能扩张支气管平滑肌，调节胆碱能神经过度兴奋所造成的呼吸道分泌过盛，改善气管通路，调节支气管纤毛功能，促进痰液排出，化痰平喘作用迅速。为了克服洋金花的较大副作用，目前多采用片剂、肛栓、气雾剂等。使用方便，又便于控制剂量。有报道用洋金花、远志流浸膏，甘草磨粉赋型，做成“镇平片”，每片含洋金花生药0.42克，远志4.2克，每次口服不超过3片。临床观察治疗40例，服药后30～60分钟喘止者40%，减轻者40%，有效率80%。药效维持3～7小时。另据报道用麻黄6克，半夏10克，桑白皮10克，五味子10克，细辛12克（老幼体弱者减量），山海螺20克、夜交藤20克，胡颓子20克，甘草3克。加水800毫升，煎至200毫升。于每晚8时作高位保留灌肠。5天一疗程。11例患者中8例哮喘重度发作者于灌肠后0.5～3小时开始缓解，两天后完全控制，双肺哮鸣音消失。3例重度发作者于灌肠后1～1.5天开始缓解，5天左右临床症状完全控制。当然，中药在哮喘急性发作期控制症状方面的疗效较西药为差，还有待进一步研究和发掘。

中医药对支气管哮喘治疗的优势，在于从“平时治肾”着手，控制和减少哮喘的反复发作，提高远期疗效。上海医科大学应用肾本质的研究成果，自1957～1979年对七批223例哮喘患者进行以温补肾阳法为主的辨证加减治疗。防治结果，显效以上者占57.7～86.9%，且疗效稳定；而对照组（包括西药对照、小青龙汤治标对照等）3批90例显效以上者仅10.6～22.6%，差别极显著。自1979～1985年在上述研究的基础上，以温补肾阳为主，阴阳互根为依据，固定处方温阳片

（附片、生地黄、熟地黄、山药、仙灵脾、补骨脂、菟丝子等）观察对哮喘的预防效果。七批共419例哮喘患者显效以上者63.3～75.0%；对照组（小青龙汤或空白片）五批共135例显效以上者仅14.0～22.2%。差别极显著。完全能重复以往以温补肾阳法为主辨证加减获得的疗效，为支气管哮喘获得远期疗效找到了一个可喜的途径。温阳片控制哮喘发作的作用环节是多方面的。实验证明，它能够提高下丘脑—垂体—靶腺轴的功能，从而对内分泌起到调节作用；能够提高抑制性T细胞（T_s）的功能，控制IgE的季节性升高，从而起到有效的免疫调控作用；能够改善β受体功能，降低过敏介质组胺的释放率，缓解哮喘发作的临床症状。现代研究证明，下丘脑是联结神经、内分泌、免疫三大系统的整合中枢。因此有理由推测温补肾阳法是在较高环节的下丘脑上发挥作用，从而使哮喘发作的各个环节都有改善，起到减轻和预防哮喘发作的作用。

近年有研究表明，补肾法防治哮喘不仅限于减轻和预防其发作的远期疗效，而且有即刻平喘的作用。有动物实验表明，补骨脂注射液对豚鼠完整气管的解痉率为63.85%，在用药后15分钟作用最强，但略逊于氨茶碱。临床用补骨脂注射液作穴位注射治疗35例各型哮喘患者，其即刻平喘总有效率达84.44%。注射药物后第一秒用力呼气量较注射前有明显改善（$P<0.01$）。在深入研究中，对其在哮喘持续状态抢救中的作用也予以肯定。

据报道，在辨证论治的基础上，适当加入活血化瘀药物，能显著提高哮喘的疗效。这不但符合中医“久病及血”的理论，在实验研究中也发现，哮喘患者甲皱微循环有毛细血管被动痉挛、扩张，血流速度减慢的改变。有人用桃仁、杏仁、地龙

煎剂，对防治豚鼠实验性哮喘有较好的推迟发病的作用；用红花、川芎为主的协定处方治疗哮喘的发作期和缓解期，有提高淋巴细胞转化率的作用。一些活血通络药物如地龙、水蛭、地鳖虫、蜈蚣、甲珠等，对于缓解支气管痉挛有显著疗效。

（二）老年慢性支气管炎

老年慢性支气管炎的发病率与年龄成正比，并且随着患者年龄的增长，病情呈逐年加重的趋势。Johnston 等于1963年选择平均年龄52岁的慢性支气管炎患者111例，第一个五年随访，死亡7例。第二个五年随访，又死亡17例。多数死于心肺疾患。与对照组相比，其死亡率有显著差异。上海医科大学在对老年性慢性支气管炎的研究中，发现属肾虚者占多数，且尤以肾阳虚为主。以1979年观察的64例为例，属肾虚者50例，其中肾阳虚22例。以上结果，符合中医“久病及肾”的理论，证明多数老年性慢性支气管炎是建立在老年肾亏的基础上的。

进一步研究表明，老年性慢性支气管炎患者尿17羟皮质类固醇值低下，老年性慢性支气管炎无肾阳虚患者促肾上腺皮质素（ACTH）试验的反应尚属正常，即有轻微的或潜在的肾上腺皮质功能低下。而老年性慢性支气管炎肾阳虚患者 ACTH 试验呈延迟反应，血浆 ACTH 浓度低下，血浆皮质醇昼夜节律紊乱者占半数左右；T_3低下，促甲状腺素释放激素（TRH）兴奋试验有半数呈延迟反应。提示有下丘脑—垂体—肾上腺轴功能紊乱和肾上腺轴储备功能低下。

根据肾为水火之脏，肾中阴阳互根的理论，上海医科大学采用温补肾阳为主，辅以滋养肾阴的治法，先后对八批共522例老年性慢性支气管炎患者进行防治。于每年发病之前1

～2月开始服药，半年为一防治期。结果，一年疗效考核，显效以上者占42.40～72.50%，对照组仅为14.30～19.20%；五年疗效随访，34例连续防治三年者，临床治愈率为28.1%，显效以上者62.5%。ACTH 延迟反应、血浆 ACTH 浓度低下、总 T_3 低下均恢复正常。表明温补肾阳法对老年性慢性支气管炎的防治疗效可靠，能够重复且远期疗效较为满意。

老年性慢性支气管炎防治的研究表明，“分期论治，贯在固本”是一个重要原则。在对老年性慢性支气管炎固本治疗78例并进行10年随访观察的结果表明，复发次数和程度基本不变者占40.6%，减轻占29%，加重占30.4%；对照组57例，基本不变者占18.2%，减轻占9.1%，加重占72.7%。两组比较有极显著差异（$P<0.001$）。根据冬病夏治的原则，采用固本止咳夏治片（黄芪、黄精、陈皮、沙苑子、补骨脂、百部、赤芍等）于夏季伏天服用，40～60天为一疗程。近期观察1018例，总有效率82.9%。远期观察坚持服药2～5年的155例，其中临床控制47例，显效18例，好转75例，无效15例，总有效率为90.32%。

关于老年性慢性支气管炎与免疫的关系，国内多数资料认为，老年性慢性支气管炎患者血清免疫球蛋白水平在正常范围之内，治疗前后的变化无规律可循。细胞免疫方面，较多资料认为其水平低于正常人，补肾固本治疗后可以回升。另一些资料又表明，老年性慢性支气管炎患者的细胞免疫水平与正常人对比无明显差异，特别与正常老年人相比无明显差异（细胞免疫水平随年龄增长而下降）。经用温肾法治疗后的变化也无明显差异。因此，尚难推断老年性慢性支气管炎的发病机理及其防治效果与免疫功能之间有直接联系。但是可以设

想，温补肾阳法防治老年性慢性支气管炎的效果，可能是作用于下丘脑—垂体—靶腺轴，通过神经体液因素提高非特异性免疫功能取得的。

（三）泌尿系结石

上海医科大学应用温肾利水法治疗输尿管结石嵌顿性肾积水症取得了71%的治愈率。并且用不同方法制作了肾积水的动物模型，观察了不同药物对肾脏结石的排除，肾小管扩张的改善，肾脏生理活动的变化和药物对神经递质、环核苷酸含量的影响。验证了温肾利水药的临床疗效，并对药物作用原理作了初步探讨。

温肾利水药物由附片、桂枝、补骨脂、仙灵脾、川椒、泽泻、车前子、海金砂、石苇组成。在动物实验中，除温肾利水组外，设立单纯利水药组和自来水组对照。实验证明，温肾利水法治疗输尿管结石嵌顿性肾积水症比单纯利水法能获得更满意的临床疗效。温肾利水法在减少大鼠实验性肾内弥漫性细砂样结石的结石数及改善肾小管扩张程度方面均优于单纯利水法。

在对输尿管不完全结扎法狗肾积水的实验中发现，温肾利水药和单纯利水药对健侧肾或积水肾肾动脉血流量的增加均不显著。但两组药物对肾盂、输尿管平滑肌均有直接作用，且温肾利水药无论对狗健侧肾或积水肾所产生的提高肾盂内压力、增强输尿管蠕动的作用，均显著优于单纯利水药。这一结果提示，温肾利水药的作用环节，不是传统认为的通过增加尿液对于结石的冲洗程度来发挥治疗作用。临床治疗的71例患者中，有13例是结石尚留存于输尿管中，梗阻尚未消除时，肾积水即已消失。这也不支持温肾利水药仅仅是通过“冲

洗”来获得疗效的观点。国外研究西药对肾脏的作用时，一般认为输尿管对药物不敏感，药后的反应主要是利尿作用引起的间接结果。温肾利水中药突破了一般的作用环节，通过增加肾盂内的正相压力，加强肾盂和输尿管的蠕动。既有助于推动结石下行，又有助于排除积水，甚至能在结石尚未排除时就使积水消除。这是西药及单纯利水中药所不及的。

现代生理学研究表明，输尿管平滑肌与心肌、胃肠平滑肌一样存在着起步点。输尿管的蠕动主要接受神经体液调节，肾上腺素能神经可以改变起步点细胞的自发动作电位。温肾利水药对肾盂和输尿管的作用是否也是通过神经体液因子来完成，这是需要进一步探讨的课题。但是，上述临床和实验研究已经证实了这样一个道理：水液失于正常代谢而停积于体内某些部位，是由于阳气不足所致。单纯利水药只是治标。温肾利水法能提高机体功能，以治本为主，标本兼治，因而能取得更好的疗效。

中医研究院广安门医院泌尿外科以活血化瘀法为主治疗上尿路结石取得了进展。认为结石滞留在上尿路的主要病机是气滞血瘀。结石表面结构粗糙，引起输尿管水肿、炎症、溃疡、纤维组织增生及输尿管周围炎等病理改变。以活血化瘀、软坚散结为基本治则，方拟化瘀尿石汤（赤芍、川牛膝、乳香、没药、三棱、莪术、桃仁、穿山甲、皂角刺、白芷、枳壳、厚朴、青皮、金钱草、车前子、生薏苡仁）。治疗上尿路结石209例，排石140例，排石率67%；结石下移38例，有效率85.2%。其中肾结石排石率40.5%，输尿管结石排石率72.6%。结石横径在0.8～1.1cm，纵径在1.5～2.0cm 者68例，排石41例，排石率60.3%。结石停留时间6～12个月者30

例中，排石25例，排石率为83.3%。停留时间一年以上者41例中，排石22例，排石率54.1%。实验研究发现，化瘀尿石汤可抑制乙二醇形成大白鼠草酸钙结石（P<0.001），减少肾积水的形成。对大白鼠棉球肉芽肿的形成有抑制作用（P<0.05）。增加狗输尿管蠕动频率（P<0.05），持续时间可长达2～4小时，波幅增加，有新波群出现，而不伴有尿流量显著增加。应用偏光显微镜观察服用该方后排出的结石标本发现，结石薄片的结构断裂、脱落，表层结构的菱形晶（二水草酸钙）变圆钝或有蚕食样缺失，磷灰石部分溶解、消失。这些研究为活血化瘀为主治疗泌尿系结石提供了实验依据。

中药的溶石作用及其机理，是一个有待于进一步研究的课题。不少报道表明，中药治疗泌尿系结石后，结石有缩小、消失、碎解或排出时松软等溶石现象。据推测，中药溶石可能与尿中某些成分改变，使结石致密度及粘附力降低，从而松脆、脱落。再加之尿液得以进入结石内部，长期大量尿液的冲刷作用，使结石裂解、推移，最终排出体外。高氏观察用中药治疗的尿石症300余例，发现尿石有变小、碎裂，或以粉砂样排出等情况。其中系统观察的161例中，有32例出现不同程度的溶石现象。从临床推测以下药物似有溶石作用：硼砂、朱砂、雄黄、白芷、鱼脑石、鱼枕骨、鲤鱼齿、石燕、琥珀、滑石、鸡内金、海金砂等。但尚须进一步研究证实。

草酸钙是人类尿石中最常见的成分。过去防治结石多重视钙的代谢。近年来，了解到草酸在增加尿的过饱和度方面的作用比钙约大15倍。实验证明，食波菜后尿中草酸的排泄量明显增加，食后2～4小时达到高峰，8小时内可增加草酸20～50毫克，按近正常人24小时草酸的平均量。实验证明草酸钙尿石

症与进食的食物含草酸及钙的量有关。用富含草酸的波菜喂养蝌蚪，可以形成实验性肾结石。实验结果显示，金钱草对预防和治疗实验性肾结石具有较好的效果。为单味金钱草预防和治疗尿石症提供了一定的依据。

（四）高脂血症

血浆脂蛋白超过正常高限值时，即称为高脂蛋白血症，简称高脂血症。本症是引起动脉粥样硬化的主要因素。心、脑、肾动脉粥样硬化，常可导致严重后果。近年来，对应用中医药治疗高脂血症作了较为广泛的研究。

一般认为，高脂血症包括在中医眩晕、胸痹、心悸、痰饮、中风等证之中。每每发生于中年以后，过食肥甘，或情志失调，或久坐少动之人。其病机以肝、脾、肾虚为本，以痰、瘀为标。属于本虚标实之证。临床表现有轻有重，病程有短有长。轻者可无明显自觉症状，日久形成动脉粥样硬化，始有头晕、肢麻、胸闷等证。故临床多采用辨病与辨证相结合的方式，参考实验室对血脂的检验结果进行诊治。

临床治疗高脂血症的方剂，据报道不外三个方面。治本主要在于健脾、补肾、益气、养血；治标主要在于疏肝、清热、化痰、活血。由于临床以本虚标实为主，因此以标本兼治在临床较为常见。有用参竹丸（党参、玉竹）治疗本症55例，总有效率达84%。动物实验证明参竹丸能减轻实验性高脂血症。有用降脂汤（首乌、枸杞、草决明）治疗19例高胆固醇血症，22例高β—脂蛋白血症，36例高甘油三酯血症患者。前两组患者均获显著疗效（$P<0.01$及$P<0.05$）。后一组病人的疗效较差（$P>0.05$）。证明本方具有调节脂质代谢的作用。有用桑葛丹（桑寄生、葛根、丹参）治疗150例高脂血症患者；降脂显效

达60%以上，总有效率达81%，服药前后差异显著（$P<0.001$），并证明其降脂作用优于安妥明。此丸含有不饱和脂肪酸、油酸、亚油酸、花生酸以及胆碱、谷丙醇等，对三项血脂的下降率都非常显著。无毒副作用，疗效持久。有用丹田降脂丸（丹参、田七、人参、川芎、首乌、黄精、当归、泽泻）治疗高脂血症251例，结果表明降胆固醇疗效为72.2%，降甘油三酯疗效为81.6%。

治标方面，多数报道从痰、瘀着手。有资料证明，高脂血症与患者血液粘稠度及瘀血痰浊呈正相关。有人对45例高脂血症作舌脉分析，其中滑脉29例，占64.44%；40岁以上中老年人舌体胖嫩，舌边有齿痕，腻苔者均占很大比例。并认为部分祛湿药如泽泻、茵陈蒿等具有祛脂作用，已被证明。研究蒲黄对血脂及血小板功能的影响的报道较多。发现蒲黄能显著降低血清总胆固醇、血小板粘附率、致动脉硬化指数、血小板聚集性及Ⅴ、Ⅳ因子相关抗原等指标，能升高高密度脂蛋白。湖南省中医药研究院采用蒲黄总浸膏糖衣片、蒲黄A_3油剂软胶丸和安慰剂（淀粉）、安妥明对照的方法，先后分三批共330例。观察结果，蒲黄总提取物主要为降低甘油三酯，而蒲黄A_3油剂则降低胆固醇、甘油三酯，有一定减重作用。有人用桃红四物汤作了实验研究，证明本方有降低血清胆固醇作用，对血清甘油三酯也有降低趋势。另有用口服生大黄粉（0.5克，一日1～2次）治疗高脂血症30例，疗程一个月。结果甘油三酯平均下降9.72mmol/L，胆固醇平均下降1.27mmol/L。有用降脂灵（茵陈蒿、山栀、苍术、黄柏）冲剂治疗高脂血症100例，疗程一月。并设烟酸肌醇酯组、通脉组对照。结果表明，降脂灵对各类高脂血症均有非常显著的疗效（$P<0.001$），与

对照组均有显著差异（P＜0.025）。有用三七、山楂、泽泻、草决明、虎杖等作为基本方，随证加减，获得87～95%的有效率，并认为对血小板的聚集和血栓形成有预防作用。江西报道用白金丸（白矾、郁金）治疗高脂血症344例，证明对胆固醇、甘油三酯、β一脂蛋白分别平均下降2.23mmol/L，0.78mmol/L 和4.6mmol/L。下降例数分别占82.8%、71.2%和64.2%（P＜0.01），且对体重有双向调节作用。

临床应用扶正祛邪、标本同治取得明显疗效的报道也不少。有用舒心宁（黄芪、党参、当归、红花、蒲黄）治疗，有用软脉灵（人参、熟地黄、丹参、当归、首乌、枸杞、牛膝等16味中药）治疗；有用降脂通脉饮（制首乌、金樱子、决明子、生薏苡仁、茵陈蒿、泽泻、生山楂、柴胡、郁金、酒军）治疗。另有报道用血脂宁（山楂、首乌、决明子、橘皮、猪胆汁粉0.2克）治疗76例，对胆固醇及甘油三酯均有明显降低作用，疗效优于安妥明。

对降脂单味中药的研究，也取得了较好的进展。选择这些降脂中药制成片剂、丸剂、胶囊剂，更便于患者较长时间服用，是防治高脂血症的重要途径。在降脂中药中，相当部分是具有升高高密度脂蛋白作用的。例如：

蒲黄：在正常大鼠实验中，蒲黄总提取物能升高高密度脂蛋白—胆固醇（P＜0.01，P＜0.05）。降低甘油三酯。用蒲黄治疗本症330例，结果使胆固醇和甘油三酯分别下降1.74mmol/L 和0.11mmol/L，下降率分别为25%和37%。说明降甘油三酯作用优于胆固醇。

人工虫草：每胶丸含人工虫草0.33克，每次3丸，每日3次。疗程1～2月。用双盲随机安慰剂对照法观察本症27例。结

果总胆固醇平均下降17.5%（P<0.001），总有效率61.2%（P<0.005）。甘油三酯平均下降9.93%（P<0.05），总有效率56.7%（P<0.001）。特别值得注意的是高密度脂蛋白胆固醇上升27.19%。（P<0.05），总有效率76.2%（P<0.05）。并证实能抑制血小板聚集。

大蒜：具有明显降血脂、降血压、抗血凝、预防动脉粥样硬化等作用。用大蒜精血胶丸（每日总量0.12克）治疗274例高脂血症患者。甘油三酯平均下降30.2%，β—脂蛋白平均下降18.7%，胆固醇平均下降12.5%。治疗前后比较，P<0.001，有极显著差异。并有升高高密度脂蛋白胆固醇的作用。85例高脂血症患者治疗后，平均升高0.11mmol/L，P<0.01。有抗血小板聚集作用，P<0.05。能使纤维蛋白原下降，优球蛋白溶解时间缩短，P<0.01。大蒜的降脂有效成分可能是烯丙基二硫化物，二烯丙基二硫化物和蒜氨酸。

人参：经动物实验及临床验证，有降低胆固醇、甘油三酯、非脂化脂肪酸的作用。并能升高高密度脂蛋白—胆固醇值，降低血小板粘附性。

首乌：实验证明首乌含有卵磷脂及大黄根酸。前者有益于脂肪的转运，后者能增加肠蠕动及抑制胆固醇吸收。因此，首乌是目前广泛用于临床的降胆固醇中药。可有轻度大便次数增多的副作用。

茵陈蒿：用茵陈蒿15克代茶饮，治疗高胆固醇血症82例。其下降幅度由6.76～11.05mmol/L 降至4.16～9.23mmol/L。认为其作用是通过抑制胆固醇的吸收，阻止胆固醇在体内合成，促进脂蛋白的运输和血脂清除等多种途径实现的。茵陈蒿含香豆素类具有降脂活性物质，可以降低胆固醇，防治动

脉硬化。

水飞蓟种子：用本品的提取物与安妥明对照观察高胆固醇血症30例，高甘油三酯血症34例。证明本品疗效明显优于安妥明。目前临床已广泛用治脂肪肝。

泽泻：经研究证实其所含的三萜类化合物可以影响脂肪的分解，减少乙酰辅酶A的合成，因而影响胆固醇的合成。有较好的降脂作用。临床用治高胆固醇血症135例，平均下降1.15mmol/L，有效率88%。用治高甘油三酯血症127例，平均下降0.36mmol/L，有效率72%。

三七：有人用生三七片、三七冠心宁治疗高脂血症57例。结果证明其降胆固醇作用优于安妥明，降甘油三酯作用略逊于安妥明。无毒副作用。

水蛭：用水蛭粉每晚开水冲服3～5g，30天为一疗程，可用1～3疗程。治疗高脂血症25例。结果胆固醇平均下降0.6mmol/L，有效率77%（$P<0.001$）。β－脂蛋白平均下降4.5mmol/L，有效率79.1%（$P<0.001$）。甘油三酯平均下降1.6mmol/L，有效率91%（$P<0.001$）。对肝无损害，无出血现象，对血象无影响。水蛭含水蛭素、肝素、抗血栓素等，与血液混合可阻止凝血酶作用于纤维蛋白元，防止血液瘀结，缓解动脉痉挛。

（五）高热

70年代以来，我国对高热证治的广泛研究表明，中医和中西医结合治疗高热不仅对一般感染性高热疗效好，而且对重症感染性高热，如败血症高热，脓性胆管炎高热疗效也好。

高热属中医热病范畴。以体温骤然升高，脉数等为主要临床特点。重庆市中医研究所对2391例高热患者，共93个病种的

分析表明，属温病卫气营血证候者占79.29%，属杂病脏腑证候者占13.6%，属伤寒三阳证候者占3.11%。

我国对高热证治的研究，主要从二方面着手。第一方面是探讨多病种中出现的高热的辨证施治规律。有人分析了体温在39℃以上的多种感染性高热880例，其中单纯用中药治疗的587例，用抗生素治疗的293例。治疗结果提示，清热解毒中药的疗效不低于抗生素。有人治疗170例高热患者，共七个病种，用八纲辨证分为表寒里热、表里俱热和表里俱热淫营三型。分别拟定双解Ⅰ号（麻黄10克，丹皮10克，甘草10克，桂枝30克，生姜30克，生石膏30克，黄芩30克，蒲公英30克，连翘30克，大青叶30克，白糖30克，粳米50克，食盐3克），双解Ⅱ号（麻黄10克，桂枝8克，石膏80克，连翘12克，大青叶12克，黄芩12克，甘草12克，蒲公英40克，丹皮15克，粳米50克，食盐3.5克，白糖30克）和双解Ⅲ号（柴胡15克，黄芩15克，甘草15克，丹皮各15克，青蒿25克，石膏100克，连翘40克，大青叶40克，白糖50克，蒲公英50克，粳米50克，食盐4克）治疗。结果1～2剂退热者148例，总有效率87.6%。

由温病引起的高热在高热中占绝大多数，因此各地一般将温病作为高热的主要研究对象。许多资料表明，温病卫气营血辨证能有效地指导高热的辨治。并且有不少资料表明，中药对温病高热的疗效，可能优于西药。有报道用卫气营血辨证治疗高热，有效率可达到92.77%。有研究表明：邪在卫分尚未陷逆时疗效最好，卫气分证的有效率显著高于营血分证；未传变者无效率仅5.66%，面已传变者无效率可高达58.65%。首次用药足量也是保证疗效的一个重要方面。此外，用三焦辨证治疗湿温病在临床上也取得了好的疗效。例如对钩端螺旋

体病及一些原因不明的高热的治疗。但是目前对湿温类温病引起的高热尚缺乏较为系统的研究。

对高热证治的研究，第二方面是探索特定病种高热的辨证论治方法。对中医特定病证的研究，如有人治疗风温126例，分早、中、晚三期，选用成方施治，治愈84例，好转17例，总有效率80%，平均退热时间3.6天。

对西医特定病种的研究报道也较多，是当前研究高热证治的主流。例如：

肺炎：多属中医温病范畴，尤以风温多见，因此治疗多按卫气营血辨证，兼顾挟杂和时令因素。研究表明，注意把好气分关是治疗的关键所在。如黄石市中医院治疗42例，体温在38～39℃的20例，在39℃以上的22例。分型论治结果，痊愈37例。不同证型平均退热时间分别为2天、3.5天、4天和7天。也有不属于风温的情况，如一例类疟肺炎患者，用它法治疗无效，改用小柴胡汤、达原饮加减，并冲服玉枢丹，即迅速退热。

乙脑：多属中医暑温范畴。一般按卫气营血辨证。邪在表，以头痛、项强、怕风、嗜睡为主症。治以清暑解表，多用新加香薷饮加减；表里同病，以体温较高，嗜睡或烦躁，抽搐为主症。治疗应加强清热药物，多用白虎汤加减；乙脑极期或重症病例，出现高热、抽搐、昏迷。治疗重在通腑泻火，多选用凉膈散合龙胆泻肝汤加减。

流行性出血热：本病由疫毒所致，病重势急，死亡率较高。近年来各地大多结合西医疗法按温病卫气营血辨证施治，取得了良好的退热效果，大幅度降低了病死率。江苏东海县人民医院治疗1233例流行性出血热患者，发热期辨为卫分证、气

分证和气血两燔证。立清热解毒为主法，兼顾养阴，早用活血化瘀。分别选用银翘散、白虎汤、清瘟败毒饮加减，重症酌用激素、免疫抑制剂等西药。病死率2.05%，平均退热时间2.5天。较单纯西药对照组为优。有报道将本病发热期按热在气营一个证型施治，用生石膏、金银花、板蓝根、丹参、玄参、知母、生甘草、生大黄、茅根煎服。并可配番泻叶代茶饮，或生大黄、地榆、槐米、芒硝煎水保留灌肠。还有将本病按伤寒论六经辨证治疗，并取得较好疗效。江西曾有报道部分发热期患者按温病施治无效时，改用伤寒辨证方法，用越婢汤加丹参主治14例。其中8例1天内退热，5例2天内退热，1例4天内退热。且有12例跳过休克期、少尿期，直接进入多尿期。仅2例有一过性低血压。

肾盂肾炎：急性肾盂肾炎或慢性肾盂肾炎急性发作伴高热者，其热型多为寒热往来或寒战高热。临床多从膀胱湿热、少阳不和论治。小柴胡汤加清热通淋药以其较好的退热通淋作用而被广泛采用。如重庆市中医研究所拟柴苓汤（柴胡、黄芩、法夏、茯苓、泽泻、猪苓、滑石、甘草、车前草、忍冬藤）、南京中医学院用八正散合小柴胡汤等。

对于高热有效方药的研究，着眼于高效、速效、低毒三个环节。许多成方如麻杏石甘汤、五味消毒饮、清瘟败毒散、白虎汤等，以及柴胡、青蒿等单味中药的良好效果已经得到证实。据143例流感和普通感冒的临床观察，柴胡于24小时内退热者达98.1%和87.9%。山东中医学院发现青蒿素对多种结缔组织系统疾病或自身免疫性疾病引起的高热有一定疗效。特别对于风湿热或类风湿引起的高热，解热作用显著。即使对于长期依赖激素的患者也能奏效。其降热作用缓慢而稳

定，无发汗和其它副作用。

急性发热不等于感染性疾病，治疗感染性疾病不等于清热解毒。中医药对于高热的治疗，常以清热解毒与非清热解毒并用。例如临床常用麻杏石甘汤加金银花、连翘、板蓝根为基本方治疗肺炎。这种有效方药由于作用全面，适应面广，因而更加实用。清热解毒药不等于西药抗生素。实验证明，清热解毒药物的治疗机理不单是通过抗菌途径，更主要是通过提高机体免疫功能，减轻各种中毒反应，改善热毒所致的生化代谢功能失调等广泛的作用途径，达到治疗的目的。与西药比较，其抗菌抗炎作用弱于抗生素、非甾体抗炎药和激素，但无抑制机体免疫功能和炎症反应等广泛的非特异性有害作用。特别由于多途径综合作用的结果，其疗效不低于抗生素。

（六）休克

抗休克的中医和中西医结合治疗研究，近年来重点是研制具有速效、高效、供静脉给药的新制剂。其进展较快，疗效较好。休克属于中医厥脱二证范畴，临床抢救厥脱二证的方剂如生脉散、参附汤、四逆汤等，经大量临床和实验研究证明，确为抗休克的有效方剂，并均已制成针剂供静脉给药。天津南开医院用四逆针和生脉针，抢救各类休克55例，收到显效者占90%。重庆市中医研究所改制的参麦针，与抗休克的血管活性西药对照，观察治疗39例感染性休克。结果参麦针组休克纠正平均为27小时，西药组平均为39小时。实验提示参麦针有非常明显的抗类毒素所致的休克的作用。又治非感染性休克（心源性休克、失血性休克、药物过敏性休克等）共25例，治愈率为92%。

据报道用参附汤抢救休克型肺炎3例，休克缓解时间12～

15小时。北京友谊医院心内科报道心肌梗塞并心源性休克103例，用生脉散、四逆汤及参附姜注射液并西药治疗。在中度休克组中，中西医结合组的病死率为25%，而单纯西药组则为52%。北京积水潭医院用参附汤灌胃，并用生脉散灌胃治愈2例严重创伤性休克昏迷，血压8/5.3～0 kPa，西药无效的病人。

据报道，剂型及剂量对疗效影响较大。用注射剂静脉给药比口服煎剂的疗效明显提高。辽宁丹东市中医院用抗休克中药针剂静脉给药者血压多在30分钟内回升，2～12小时纠正。而口服同样药物则需要24～48小时才能纠正。这显示改革剂型静脉给药的优越性。有人用生脉、四逆针剂静脉给药合并西药治疗中重型休克10例，死亡3例。加大上述中药剂量一倍治疗休克20例，19例治愈，1例无效。提示适当增大中药剂量，可以提高疗效。

在研究中药成方的同时，一些单味中药抗休克的疗效也得到证实。湖南医学院附二院用枳实针治疗各型休克94例，收到了用药后2～3小时即见休克缓解的效果，总有效率为91%。上海中医学院用青皮注射液治疗各型休克22例，有效率100%。徐州医学院等用洋金花总生物碱3～8毫克一次静脉滴注配合冬眠药物，治疗外科休克病人87例。其中中毒性休克52例，其余为创伤及出血性休克，疗效满意。其它如独参针，也是临床证实并广泛应用的抗休克单味中药。

结合对于休克机理的研究，各地在应用上述抗休克中药的同时，应用中医辨证论治，配合多种治法提高疗效。例如，针对休克存在的微循环障碍，在上述抗休克中药应用时，合用活血化瘀法。此法特别适用于休克合并急性弥漫性血管内

凝血者；针对休克合并腑实证，合用大承气汤或大黄、芒硝等药；针对感染性休克，合用大剂量清热解毒药等。华西医科大学采用中西医结合法，用含大黄、芒硝的柴黄解毒汤、柴黄消痈汤并生脉针治疗90例化脓性胆管炎伴中毒性休克的病人，治愈83例，其中52例单用中药控制感染。

药理实验表明，生脉散的药理效应有以下几方面：①增强心肌收缩力，增加心血输出量，有强心效应，并能使停搏的心脏重新起搏。②增加冠脉血流量，改善心肌供血，使缺氧的心肌细胞恢复和再生，使实验性心肌梗塞的心电图正常化。③调整心肌代谢，降低心肌耗氧量，使缺氧心肌糖元升高，乳酸降低，ATP 酶增高，使心肌细胞中的核糖核酸（RNA）及脱氧核糖核酸含量增加，并能促进心肌细胞的肌动蛋白的合成。④双向性调节血压，能使全血粘度比、血球压积明显降低，凝血酶元时间、红细胞电泳时间明显缩短，血小板、纤维蛋白原含量明显升高，有解聚血小板的作用，故能对血管内弥漫性凝血有保护作用。有抑制毛细血管的通透性的非特异性抗炎作用，对 IgE 抗介导的体液免疫有一定的抑制作用，对细胞免疫有促进作用。⑤人参对大脑皮层及延脑中枢有兴奋作用，能兴奋呼吸中枢，增加呼吸的频率和速度。有报告生脉散又有镇静作用。⑥能显著提高动物、健康人内源性皮质激素水平，能降低实验动物血浆中的 PGE 水平。⑦生脉液能使由革兰氏阴性杆菌、内毒素及钩端螺旋体败血症菌株所致的休克动物的死亡时间明显延长，提示有一定保护作用。对内毒素所致的实验动物的体温过高、过低，外周白细胞的急剧升高与过低有调整作用，对所致的腹泻有抑制作用。对正常及荷瘤动物的网状内皮系统（RES）均有明显激活作用。能对抗内毒

素对 RES 功能的抑制。能激发肾上腺皮质功能。能降低血浆中环磷核苷酸（cAMP）的水平，调整cAMP/cGMP的平衡。能对抗免疫抑制剂引起的白细胞下降。动物实验对急性失血性休克、内毒素休克、心源性休克、过敏性休克等均有作用。

人参四逆汤能推迟大白鼠失血性休克发展至不可逆性休克的时间，延长存活时间，提高不可逆休克动物的存活百分率。对缺氧性休克兔、血管栓塞性休克猫、心源性休克兔等均有不同程度提高其平均动脉压，加强呼吸运动，稳定中心静脉压和延缓缺氧引起的异常心电图波形，提高其耐缺氧能力。参附注射液能显著提高离体兔的冠状动脉血流量，改善垂体后叶素引起的心肌缺血，有强心作用。可防止大肠杆菌类毒素所导致的犬急性心肌收缩性抑制，同时又能产生一个使外压力逐步回升的缓慢效应。对大肠杆菌类毒素所致的中毒性休克有一定的治疗效应。

枳实的有效成分对羟福林及 N—甲基酪胺在动物实验中表明，它具有降低冠状动脉及肾血管的阻力，降低心肌的耗氧量，强心，改善心肌的泵血功能，增加心、脑、肾的血流灌注，改善微循环，升高血压的作用。其升压效应主要与兴奋α受体有关，同时兼能兴奋β受体。与去甲肾上腺素相比，具有升压作用快，排泄快，无耐受及蓄积现象，副作用少等特点。对加压胺无效的病例，枳实的疗效较好。若与人参制成参枳注射液，或与生脉注射液并用，效果更好。动物实验证明青皮素主要作用于肾上腺素能α受体，而对β受体的 M 胆碱受体无兴奋和阻滞作用。青皮素升压作用快，对犬、猫、兔和大白鼠等多种动物造成的失血性、创伤性、输血性、内毒素、中药肌松剂、麻醉意外和催眠药中毒等所致的休克均有显著疗

效。对急性过敏性及组织胺所致的休克，也有一定的保护和预防作用。在出血性休克的动物实验中，证明洋金花总碱能显著纠正休克的低排高阻的血液动力学紊乱，解除小血管的痉挛，改善微循环，使尿量增加。且能改善组织器官的血流灌注，显著降低外周血管的阻力，增加心搏量。

（七）急性脑血管病

近年来，采用中医、中西医结合的方法，治疗急性脑血管病（简称中风）积累了不少经验，比过去单纯用西药治疗疗效明显提高，病死率和致残率显著降低。

病因方面，普遍认为与肝肾亏损，阴阳失调，气血逆乱有关，尤其以肾虚为其主要的病理基础。而七情所伤，风寒侵袭，烦劳过度，饮食不节等，皆为本病的诱发因素。有人分析244例中风诱因者，七情所伤占53%，饮食不节，脾虚生痰，痰瘀阻络，蒙蔽清窍者也不少。病变部位方面，除传统的部位在肝外，自明清以来的“脑络”说日益受到重视。病理变化方面，一般认为与风、火、痰、瘀、虚等有关。其中瘀血学说发展较快，不论在指导缺血性中风或是出血性中风的治疗上，均显示出其重要地位。辨证方面，一般按病情轻重分为中经络、中脏腑，二者之中又分别根据病因及临床表现辨证施治。亦有按急性期、偏瘫期、恢复期和后遗症期分别施治的。或者按其主要病理因素的偏重分为阳亢型、血瘀型、痰浊型、混合型。其余分型诸法，与上述方法大同小异。各地报道的资料表明，在上述辨证施治基础上，常常合用活血化瘀、通腑泻下、开闭固脱等法，可以提高疗效。

资料表明，不论出血性中风或是缺血性中风，均以瘀血为其基本的病理基础。出血性中风在出血的同时，可伴有血

瘀；缺血性中风在缺血的同时，也可伴有瘀血、出血。因此，在中风的治疗中，广泛地应用活血化瘀法。例如，有用通脉舒络液（黄芪、丹参、川芎、赤芍）静脉滴注，口服通脉舒络汤（黄芪、丹参、山楂、红花、川芎、地龙、川牛膝、桂枝）随证加减，治疗脑血栓形成110例，总有效率98.2%。有用通脉汤（当归、桃仁、红花、川芎、赤芍、穿山甲、鸡血藤）加减，治疗脑血栓形成107例，观察3个月疗效。基本恢复48例，显著好转40例，好转15例，无效4例，总有效率96.3%。有用益气通络汤（黄芪、当归、地龙、川芎、地鳖虫、丹参、鸡血藤）随证加减，治疗脑血栓68例，有效率94%。有用活血Ⅰ号（川芎、赤芍、红花、丹参、降香）静脉滴注，治疗急性闭塞性脑血管病147例，总有效率79.6%。以上资料比较，提示益气活血法较单纯活血化瘀法对缺血性中风的疗效为优，其益气药主要是重用黄芪。另据资料证实，王清任《医林改错》的补阳还五汤，为治疗缺血性中风的有效方剂。

一些单味活血化瘀药物的疗效也得到证实。上海中医学院曙光医院用丹参针8～16克，加入10%葡萄糖液500毫升中，静脉滴注，每日一次。待患者吞咽恢复后，继用丹参2毫升，肌肉注射，每天2次。治疗缺血性中风65例，有效率87.7%。北京中医研究院西苑医院用川芎Ⅰ号碱（川芎嗪）治疗缺血性中风28例，总有效率89.3%。湖北医学院附二院用25%当归注射液200毫升，静脉滴注，治疗急性缺血性中风50例，总有效率94%。山西省人民医院用50%红花提取液静滴，治疗缺血性中风95例；株州市一医院用生蒲黄提取液，静脉滴注；唐山采用毛冬青根口服，治疗缺血性脑血管病，均取得较好疗效。

实验证明，活血化瘀药能扩张脑血管，增加脑血流量；改

善微循环，改善急性中风的微循环障碍；改善血液流变性，解除血液浓粘凝聚状态；抑制血小板聚集，粘附，并对已经聚集的血小板有解聚作用；促进纤维蛋白（原）的形成与溶解，使之处于动态平衡；降低血脂，减轻动脉内膜斑块形成以及具有抗脑缺氧的作用。

关于中风的预报，上海第一医学院报道了缺血性中风患者在血液流变学上有明显变化。血液八项指标明显异常。血细胞压积增高（或过低），全血比粘度或血浆比粘度增高，红细胞在血浆中电泳时间减慢，纤维蛋白原含量增高或血沉、血沉方程K值增高等。血液流变学上出现明显的"浓粘凝聚"是缺血性中风的先兆表现。临床表现方面，麻木、眩晕、舌强为中风先兆的三大主症。45岁以上，高血压病史多年，有老年环，有突然起病的单侧肢体乏力，或口角歪斜，或口齿不清，或伸舌偏斜，或口流涎沫，或视野缩小，站立不稳，眩晕欲吐等症并反复发作者，均可认为是中风的先兆症状。

综观各地资料提示，中医药治疗缺血性中风有效率在90%左右，痊愈和显效接近60%。疗效好，副作用少，方法多样。但对出血性中风的研究，还缺乏系统、完整的观察和分析。对危重病人用药的剂型及给药途径等问题，尚须进一步研究。

（八）病毒性肝炎

病毒性肝炎是由肝炎病毒引起的传染病。在我国发病率较高。其中尤以重症肝炎和乙型肝炎对人的健康危害性大，且目前西医对该病尚无特效疗法。因此，近年来在中医和中西医结合治疗病毒性肝炎方面做了大量研究工作，积累了较为丰富的资料。

病毒性肝炎属于中医胁痛、黄疸等范畴。一般急性黄疸型

肝炎早期按中医胁痛、黄疸辨证论治，都能取得较好的疗效。但是，迁延性肝炎和慢性肝炎的疗效尚不满意。据统计，乙型肝炎病毒携带者中25%最终将发生肝癌，因此，乙肝抗原阴转率的提高就显得尤为重要。重症肝炎是病毒性肝炎的危重型，西医治疗病死率高达70～95%。因此，当前中医药治疗病毒性肝炎的重点，在于提高乙肝抗原阴转率和提高重症肝炎的疗效，降低病死率。

1. 乙型肝炎：乙型肝炎的主要临床表现有食欲减退，恶心，倦怠乏力，腹胀，右胁不适或疼痛。其病变部位主要在肝和脾。病因主要为湿热毒邪。近年从乙肝治法着手探求中医治疗乙肝的规律，报道较多的，有清热解毒、活血化瘀、健脾养肝、滋补肝肾等法。

清热解毒法，是治疗乙肝最常用的方法。主要针对病原体，用于湿热蕴结者。药物多选择既能清热解毒，又能利湿之品，如半枝莲、白花蛇舌草、虎杖、栀子、贯众、柴胡、黄芩、夏枯草、板蓝根、茵陈、连翘、败酱草、黄毛耳草、白茅根、土茯苓、黄连、蚤休、薏苡仁、茯苓、晚蚕砂等。实验证明，上述药物具有抑制乙肝病毒的作用，能促使 HBsAg 转阴。临床观察，用复方贯众注射液（贯众、土茯苓、丹皮、野菊花）静脉滴注，治疗乙肝90例，其中74例 HBsAg 转阴。另有用板蓝根、龙胆草、丹参、郁金、白术、薏苡仁、砂仁治疗乙肝130例，HBsAg 阴转率为44.23%。

活血化瘀法，多选用三七、大黄、郁金、丹参、当归、赤芍、桃仁、红花、穿山甲、三棱、延胡索、莪术、鸡血藤、川芎、丹皮、生地黄、犀角等药。实验证明，上述药物能减轻由乙肝病毒引起的病理改变或促进其恢复。对部分病例有提高

免疫机能的作用。有利于 HBsAg 转阴。临床观察，有用三七粉治疗乙肝4例，其中2例 HBsAg 转阴。

健脾养肝法，用于脾虚气弱，或肝脾两虚患者。多选用黄芪、人参（或党参、太子参）、白术、鸡内金、怀山药、砂仁、蜂蜜、黄精、枸杞、桑椹子、制首乌、白芍、龟板、鳖甲、石斛、沙参、麦门冬、枣皮等。实验证明，上述药物具有增强机体特异性和非特异性细胞免疫功能的作用。能抑制乙肝病毒，促使 HBsAg 转阴。临床观察，有单用黄芪注射液每日肌注4～8毫升，10日一疗程。停药一周，共2疗程。治疗乙肝39例，HBsAg 阴转13例，滴度下降13例。用党参、山药、白术、黄芪、丹参、当归、茜草、旱莲草、枸杞、女贞子、首乌、半枝莲、白花蛇舌草等治疗乙肝32例，结果主要症状全部消失者23例，部分消失者9例；肝功能恢复正常者30例，HBsAg 转阴16例。有人将164例乙肝患者随机分为中药组104例，西药对照组60例。中药用党参、麦芽、桑椹、女贞子、旱莲、贯众、半枝莲、丹参。西药用植物血凝素静滴或肌注辅酶 Q_1，及口服护肝药。结果，3个月内中药组 HBsAg 阴转率为61.54%，西药为15%。

滋补肝肾法，适用于乙肝具有肝肾阴虚见证者。多选用黄精、枸杞、生地黄、熟地黄、女贞子、旱莲、制首乌、白芍、枣皮、龟板、鳖甲等。据报道用一贯煎合酸枣仁汤（生地黄、沙参、枸杞、麦门冬、当归、川楝、酸枣仁）治疗乙肝6例。结果治愈2例，好转1例，无效3例。有用滋阴汤（生地黄、麦门冬、沙参、当归、川楝子、枸杞、银柴胡、地骨皮、川断、丹参、生山楂）治疗乙肝36例，其中 HBsAg 转阴22例。

资料表明，各地根据乙肝的临床表现，按照中医辨证分型治疗，也取得了较好疗效。其分型大致包括肝胆湿热型、湿

热壅滞型、肝郁气滞型、血瘀型、肝郁脾虚型、肝肾阴虚型等。有人辨证分型治疗乙肝100例，分为四型：①肝胆湿热型，药用白花蛇舌草、黄毛耳草、半边莲、半枝莲、金钱草、虎杖、白茅根、茯苓、滑石、甘草。②脾虚型，药用白花蛇舌草、黄毛耳草、党参、白术、怀山药、扁豆、鸡内金、砂仁、陈皮、柴胡、甘草。③肾虚型，药用白花蛇舌草、黄毛耳草、枸杞、女贞子、旱莲、枣皮、首乌、五味子、甘草。④瘀滞型，药用白花蛇舌草、黄毛耳草、黄芪、当归、地鳖虫、鸡内金、柴胡、连翘、大黄。每日一剂。结果，服药3个月后，HBsAg采用对流免疫电泳法检测转阴84例，反向被动血凝法检测转阴16例。

亦有不少报道是以一组方药为基础，随证加减进行治疗的。在一般的基础方中，也不外乎包括了前述几种基本治疗法则。有用升肝健脾汤（黄芪、柴胡、当归、丹参、郁金、白术、茯苓、鸡内金、生麦芽、川芎、炙甘草）治疗乙肝32例，总疗程2月。结果临床近期治愈17例，好转12例，无效3例。7例HBsAg连续2次阴性，25例抗HBc转阴，5例抗HBs＞1∶16。用柴胡、黄芩、枳壳、郁金、制香附、白芍、半枝莲、炙升麻、炙黄芪、炙甘草为基础方，治疗乙肝80例，肝郁气滞者，加山栀、茜草根；湿邪困脾者，加焦苍术、厚朴、茯苓；肝肾阴虚者，加太子参、麦门冬、生地黄、枸杞；肝郁血瘀者，加苏梗、丹参、当归、炙鳖甲等。其中HBsAg阳性73例，HBsAg阳性和HBeAg阳性6例，HBsAg和抗HBc阳性1例。治疗12周为一疗程。结果显效32例，有效5例，无效43例。其中以肝郁气滞和肝肾阴虚效果较好。分析原因，似与基础方偏于气药有关。用乙肝灵（黄芪、桑椹、黄精、五味子、白术、茯苓、山

栀、板蓝根、柴胡、龙胆草、虎杖、丹参、贯众、白花蛇舌草）治疗乙肝100例，2月为一疗程，共治疗6个月。治疗前HBsAg呈持续阳性，其中抗HBs检50例均为阴性，HBeAg20例阳性，抗HBe 80例阴性，抗HBC 40例阳性，谷丙转氨酶40例高于正常值。结果治疗后上述六项指标有效率分别为27%、28%、25%、8.75%、20%和50%。其中70例有症状者中65例全部症状消失，有效率为92.86%。

不少资料表明，乙肝的疗效与疗程有关。一般在治疗一月后复查一次，多数治疗在2～6月以上。疗程长者不但有利于提高治愈率，也有利于巩固疗效。有用扶正祛邪药治疗1例乙肝患者，8个月共服药106剂。结果复查6次，HBsAg均为阴性。

找出使HBsAg转阴的药物和方法，是解决乙肝治疗的关键。在中医辨证论治的基础上，针对乙肝的病原体选用这些能使致病抗原转阴的药物，将会进一步提高乙肝的疗效。因此，在近年来大量临床观察的基础上，进一步发现和验证使抗原转阴的药物和方法，是今后的研究方向之一。

2. 重症肝炎：重症肝炎属于中医“急黄”、“瘟黄”范畴，以深度黄疸、腹水、出血、昏迷等为主要临床表现。其病因为“脾胃有热，谷气郁蒸，因为热毒所加”。其病机特点为邪盛正衰，正不胜邪。其病势危急，“卒然发黄，心满气喘，命在倾刻”。甚至“有得病即身体面目发黄者，有初不知是黄，死后乃身面黄者”，“体如金色”，“杀人最急”，“毒热攻窜，湿热互结，波及心肝，胀满躁扰，神昏而死”。因此，近年来以降低重症肝炎的病死率，提高治愈率为方向，作了大量研究工作。

在重症肝炎的辨证施治方面，一般认为湿热毒邪是矛盾

的主要方面。治疗应以祛邪为主，而祛邪又以清热解毒除湿为大法。有人提出“清热凉血，解毒利湿，醒脑开窍”的治则，可资参考。

清热解毒药物常常选用强有力且又能除湿者，如茵陈蒿汤、茵陈三黄汤、茵陈消黄汤、甘露消毒丹、清瘟败毒饮、千金犀角散、栀子金花汤等方，加用大青叶、板蓝根、黄芩、黄连、黄柏、大黄、连翘、蒲公英、栀子、败酱草、虎杖、龙胆草等药。清热凉血化瘀常选用犀角地黄汤、清营汤等以及三七、当归、丹皮、赤芍、泽兰、川芎等。醒脑开窍常用安宫牛黄丸、紫雪丹或犀角、石菖蒲、远志，有腑实证用大承气汤加减。

亦有不少报道将重症肝炎归于温病范畴，按卫气营血和三焦辨证施治。分为湿热弥漫三焦、湿热伤营入血、湿邪逆传心包等证。或是自立法则，分型施治，其所分证型归纳起来，不外热陷心包、痰火内闭、湿热蕴结、热毒炽盛、热迫血行、热盛动风、阴虚风动、瘀热阻滞、阳明热结、湿困中焦、肝肾阴虚、脾肾阳虚等。综观其治法及选方用药，实际与按急黄辨证施治大同小异。

黄疸的急剧加深是重症肝炎病情加重的重要体征。阻止黄疸加深和使之尽快消退是重症肝炎临床治疗的重要环节。早期制止黄疸加深是防止肝坏死进展的关键。而消退腹水，防治出血和肝昏迷能帮助患者渡过疾病的极期阶段，争取肝脏修复和再生的时间。也是提高重症肝炎治愈率，降低病死率的关键。

中医退黄的方法，不外化湿利小便，佐以通腑气、化瘀滞等治法。利小便须重用茵陈。一般主张茵陈用至60～120克，

病情减轻后酌情减量。据报道有用鲜虎杖根60克，鲜金钱草60克，鲜车前草60克，水煎服，退黄作用明显。对黄疸较深的患者，多主张早期采用通腑祛瘀治法，荡涤热毒瘀结，减少肠道有毒物质的吸收，有利于保护肝脏，防止血氮升高。目前研究较多，使用较广泛的通腑祛瘀药是大黄。大黄是退黄要药，古代治疗黄疸的百余方中，有三分之一含大黄。北京第一传染病院用50%大黄注射液40～80毫升，加入10%葡萄糖注射液200～300毫升内，静脉滴注，每日一次。至血清胆红素＜85.5μmol/L后停药。共治疗80例。分析其中单用大黄注射液病例的疗效，提示有较明显的降低血清胆红素，改善肝功能及临床症状的作用。在中药辨证施治的基础上，加重大黄粉的剂量，退黄作用较好。通腑祛瘀药除大黄外，经临床验证，虎杖、玄明粉、枳实、厚朴、赤芍也有明显退黄作用。

中国人民解放军302医院创制的茵栀黄注射液（茵陈、山栀、黄连、黄芩、黄柏、大黄）和中山医学院附属医院使用的清肝注射液（茵陈、栀子、大黄、黄芩、郁金、毛冬青）均为清热解毒，利湿通腑之剂，静脉滴注治疗重症肝炎，退黄作用较好。茵栀黄注射液不仅具有清热解毒，利胆退黄作用，而且证明有较强的内源性干扰素的诱生作用，是治疗重症肝炎很有前途的药物之一。宁波市传染病医院用茵栀黄注射液、丹参注射液稀释静滴，并配合肝素等治疗重症肝炎25例，存活17例，效果较好。综合近年来研究，退黄效果较好的中药还有下列四组：①生栀子、白茅根、蒲公英、六一散；②茵陈、大青叶、板蓝根、蒲公英、败酱草、滑石、生栀子、生龙胆草、淡竹叶；③苦参、大黄、栀子、防己、冬葵子、白术；④茵陈、蒲公英、龙胆草、甘草。尤其主张茵陈与大黄配伍，除

能加强退黄作用外，并有止血、消瘀作用。有报道用参三七注射液4～10毫升，稀释后静滴，治疗重症肝炎17例，有12例退黄作用明显。认为其退黄作用可能与肝微循环改善有关。血流量增加，肝细胞炎症消退，从而防止肝细胞进一步坏死。白求恩医科大学学报报道，用熊胆粉治疗经西药治疗无好转的重症肝炎3例，连续服药20～30天。黄疸消退，症状减轻，肝功能明显恢复。

重症肝炎出现腹水，一般按鼓胀辨证施治。用中药利水消胀，副作用较轻，较少出现水、电介质代谢紊乱。一般以清热解毒，泄浊消瘀为法，用茵陈蒿汤为主方，酌加白茅根、冬瓜皮、车前草、金钱草、地骨皮、女贞子、早莲草等药。腹水较多者，再加入大剂量益母草（120克）、泽兰叶（30克）、玉米须（60克）消瘀利水，多能获效。或用五苓散、五皮饮、疏凿饮子、胃苓汤等。重症肝炎并发腹水已属正虚邪盛，治疗虽然以祛邪为主，但峻下逐水之剂，如舟车丸、十枣汤、巴豆、商陆等，毒性较剧，不可妄投。确实需要时，必须视正邪盛衰情况，攻补兼施，中病即止，以免加速病情恶化。

出血倾向是重症肝炎的危候之一。初见齿龈、鼻腔出血或皮肤瘀斑，继之出现消化道出血。如果患者有出血倾向且脉见浮数洪大者，要注意有大出血的可能。重症肝炎出血，是由于热毒深入营血，热伤血络，热迫血行引起的。治疗仍以清热解毒为主，佐以凉血消瘀。可以用犀角地黄汤合黄连解毒汤加茵陈、大黄。或用犀角地黄汤、三黄解毒汤、茵陈蒿汤化裁。在黄疸迅速加深，有出血倾向时，宜用大剂清热利湿、清营凉血药。可酌情选用茵陈、栀子、大黄、金银花、紫花地丁、黄连、夏枯草、丹皮、赤芍、犀角粉等。消化道出血，可用犀角

地黄汤加三七粉。出血量多，应加益气摄血药。三七作为重症肝炎治疗中的常规用药，每次3克，每日1～3次。口服或鼻饲，对防治出血有重要意义。特别在重症肝炎患者血小板偏低，有出血倾向者，可口服参三七液，每日1～2次。资料表明，大黄有较好的防治出血的作用。大黄对重症肝炎发生的出血除可通过减轻内毒素血症的途径防治外，并能使血凝时间缩短，促进骨髓制造血小板，使毛细血管致密，改善管壁脆性，从而起到止血作用。

重症肝炎患者，昏迷出现早。因此多主张在早期使用安宫牛黄丸，每日2次，每次1～2丸，研碎后吞服或鼻饲。或用醒脑静或清开灵（均为安宫牛黄丸注射剂）静脉注射。一般主张早期使用安宫牛黄丸，或用中药醒脑合剂鼻饲，加紫雪丹、安宫牛黄丸，直至清醒为止。据报道通腑泻火对重症肝炎有一定疗效。昏迷患者和昏迷先兆患者，均可以用泻下药，使神志恢复。其原因在于通腑泻热能减少肠内毒素吸收，有助于肝功能恢复。

重症肝炎由于肝细胞大量坏死，内毒素迅速堆积，代谢障碍可引起膈肌痉挛而出现呃逆频频；肝功能严重损害，异常代谢物质的产生、吸收、弥散和血液生化平衡改变，可导致呕吐频作。进一步发展，就会导致肝昏迷。注意肝昏迷前的先兆症状，对临床及早发现和防止肝昏迷有重要意义。

以上各法综合应用，使临床治疗重症肝炎取得较大进展。杭州市第四人民医院应用红参作为主要支持疗法，参三七防治出血，行军散催醒，七叶一枝花清热解毒治疗重症肝炎70例。并与过去应用常规中西医疗法31例进行对比。使病死率由原来的90%下降至44%。

附表 1　随机数字表

编号	1 2 3 4 5	6 7 8 9 10	11 12 13 14 15	16 17 18 19 20	21 22 23 24 25
1	22 17 68 65 84	68 95 23 92 35	87 02 22 57 51	61 09 43 95 06	58 24 82 03 47
2	19 36 27 59 46	13 79 93 37 55	39 77 32 77 09	85 52 05 30 62	47 88 51 62 74
3	16 77 23 02 77	09 61 87 25 21	28 06 24 25 93	16 71 13 59 78	23 05 47 47 25
4	78 43 76 71 61	20 44 90 32 64	97 67 63 99 61	46 38 03 93 22	69 81 21 99 21
5	03 28 28 26 08	73 37 32 04 05	69 30 16 09 05	88 69 58 28 99	35 07 44 75 47
6	93 22 53 64 39	07 10 63 76 35	87 03 04 79 88	08 13 13 85 51	55 34 57 72 69
7	78 76 58 54 74	92 38 70 96 92	52 06 79 79 45	82 63 18 27 44	69 66 92 19 09
8	23 68 35 26 00	99 53 93 61 28	52 70 05 48 34	56 65 05 61 86	90 92 10 70 80
9	15 39 25 70 99	93 86 52 77 65	15 33 59 05 28	22 87 26 07 47	86 96 96 29 06
10	58 71 96 30 24	18 46 23 34 27	85 13 99 24 44	49 18 09 79 49	74 16 32 23 02
11	57 35 27 33 72	24 53 63 94 09	41 10 76 47 91	44 04 95 49 66	39 60 04 59 81
12	48 50 86 54 48	22 06 34 72 52	82 21 15 65 20	33 29 94 71 11	15 91 29 12 03
13	61 96 48 95 03	07 16 39 33 66	98 56 10 56 79	77 21 30 27 12	90 49 22 23 62
14	36 93 89 41 26	29 70 83 63 51	99 74 20 52 36	87 09 41 15 09	98 60 16 03 03
15	18 87 00 42 31	57 90 12 02 07	23 47 37 17 31	54 08 01 88 63	39 41 88 92 10
16	88 56 53 27 59	33 35 72 67 47	77 34 55 45 70	08 18 27 38 90	16 95 86 70 75
17	09 72 95 84 29	49 41 31 06 70	42 38 06 45 18	64 84 73 31 65	52 53 37 97 15
18	12 96 88 17 31	65 19 69 02 83	60 75 86 90 68	24 64 19 35 51	56 61 87 39 12
19	85 94 57 24 16	92 09 84 38 76	22 00 27 69 85	29 81 94 78 70	21 94 47 90 12
20	38 64 43 59 98	98 77 87 68 07	91 51 67 62 44	40 98 05 93 78	23 32 65 41 18
21	53 44 09 42 72	00 41 86 79 79	68 47 22 00 20	35 55 31 51 51	00 83 63 22 55
22	40 76 66 26 84	57 99 99 90 37	36 63 32 08 58	37 40 13 68 97	87 64 81 07 83
23	02 17 79 18 05	12 59 52 57 02	22 07 90 47 03	28 14 11 30 79	20 69 22 40 98
24	95 17 82 06 53	31 51 10 96 46	92 06 88 07 77	56 11 50 83 69	40 23 72 51 39
25	35 76 22 42 92	96 11 83 44 80	34 68 35 48 77	33 42 40 90 60	73 96 53 97 86
26	26 29 13 56 41	85 47 04 66 08	34 72 57 59 13	82 43 80 48 15	38 26 61 70 04
27	77 80 20 75 82	72 82 32 99 90	63 95 73 76 63	89 73 44 99 05	48 67 26 43 18
28	46 40 66 44 52	91 36 74 43 53	30 82 13 54 00	78 45 63 98 35	55 03 36 67 68
29	37 56 08 18 09	77 53 84 46 47	31 91 18 95 58	24 16 74 11 53	44 10 13 85 57
30	61 65 61 68 66	37 27 47 39 19	84 83 70 07 48	53 21 40 06 71	95 06 79 88 54
31	93 43 69 64 07	34 18 04 52 35	56 27 09 24 86	61 85 53 83 45	19 90 70 99 00
32	21 96 60 12 99	11 20 99 45 18	48 13 93 55 34	18 37 79 49 90	66 97 38 20 46
33	95 20 47 97 97	27 37 83 28 71	00 06 41 41 74	45 89 09 39 84	51 67 11 52 49
34	97 86 21 78 73	10 65 81 92 59	58 76 17 14 97	04 76 62 16 17	17 95 70 45 80
35	69 92 06 34 13	59 71 74 17 32	27 55 10 24 19	23 71 82 13 74	63 52 52 01 41
36	04 31 17 21 56	33 73 99 19 87	26 72 39 27 67	53 77 57 68 93	60 61 97 22 61
37	61 06 98 03 91	87 14 77 43 96	43 00 65 98 50	45 60 33 01 07	98 99 46 50 47
38	85 93 85 86 88	72 87 08 62 40	16 06 10 89 20	23 21 34 74 97	76 38 03 29 63
39	21 74 32 47 45	73 96 07 94 52	09 65 90 77 47	25 76 16 19 33	53 05 70 53 30
40	15 69 53 82 80	79 96 23 53 10	65 39 07 16 29	46 33 02 43 70	02 67 40 41 45
41	02 89 08 04 49	20 21 14 68 86	87 63 93 95 17	11 29 01 95 80	35 14 97 35 33
42	87 18 15 89 79	85 43 01 72 73	08 61 74 51 69	89 74 39 82 15	94 51 33 41 67
43	98 83 71 94 22	59 97 50 99 52	08 52 86 08 40	87 80 61 65 31	91 51 80 32 44
44	10 08 58 21 66	72 68 49 29 31	89 85 84 46 06	59 73 19 85 23	85 09 29 76 63
45	47 90 56 10 08	88 02 84 27 83	42 29 72 23 19	66 56 45 65 79	20 71 53 20 25
46	22 85 61 68 90	49 64 92 85 44	16 40 12 89 88	50 14 49 81 06	01 83 77 45 12
47	67 80 43 79 33	12 83 11 41 16	25 58 19 68 70	77 02 54 00 52	53 43 37 15 26
48	27 62 50 96 72	79 44 61 40 15	14 53 40 65 39	27 31 58 50 28	11 39 03 34 25
49	33 78 80 87 15	38 30 06 38 21	14 47 47 07 26	54 96 87 53 32	40 36 40 96 76
50	13 13 92 66 99	47 24 49 57 74	32 25 43 62 17	10 97 11 69 84	99 63 22 32 98

附表 2　计数资料样本大小简查表（单向试验）

上行：　$P=0.05$，　$1-\beta=0.80$

中行：　$P=0.05$，　$1-\beta=0.90$

下行：　$P=0.01$，　$1-\beta=0.95$

P_1较小率（%）	δ=两组率之差（%）													
	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
5	330	105	55	35	25	20	16	13	11	9	8	7	6	6
	460	145	76	48	34	26	21	17	15	13	11	9	8	7
	850	270	140	89	63	47	37	30	25	21	19	17	14	13
10	540	155	76	47	32	23	19	15	13	11	9	8	7	6
	740	210	105	64	44	33	25	21	17	14	12	11	9	8
	1370	390	195	120	81	60	46	37	30	25	21	19	16	14
15	710	200	94	56	38	27	21	17	14	12	10	8	7	6
	990	270	130	77	52	38	29	22	19	16	13	10	10	8
	1820	500	240	145	96	69	52	41	33	27	22	20	17	14
20	860	230	110	63	42	30	22	18	15	12	10	8	7	6
	1190	320	150	88	58	41	31	24	20	16	14	11	10	8
	2190	590	280	160	105	76	57	44	35	28	23	20	17	14
25	980	260	120	69	45	32	24	19	15	12	10	8	7	—
	1360	360	165	96	63	44	33	25	21	16	14	11	9	—
	2510	660	300	175	115	81	60	46	36	29	23	20	16	—
30	1080	280	130	73	47	33	24	19	15	12	10	8	—	—
	1500	390	175	100	65	46	33	25	21	16	13	11	—	—
	2760	720	330	185	120	84	61	47	36	28	22	19	—	—
35	1160	300	135	75	48	33	24	19	15	12	9	—	—	—
	1600	410	185	105	67	46	33	25	20	16	12	—	—	—
	2960	750	340	190	125	85	61	46	35	27	21	—	—	—
40	1210	310	135	76	48	33	24	18	14	11	—	—	—	—
	1670	420	190	105	67	46	33	24	19	14	—	—	—	—
	3080	780	350	195	125	84	60	44	33	25	—	—	—	—
45	1230	310	135	75	47	32	22	17	13	—	—	—	—	—
	1710	430	190	105	65	44	31	22	17	—	—	—	—	—
	3140	790	350	190	120	81	57	41	30	—	—	—	—	—
50	1230	310	135	73	45	30	21	15	—	—	—	—	—	—
	1710	420	185	100	63	41	29	21	—	—	—	—	—	—
	3140	780	340	185	115	76	52	37	—	—	—	—	—	—

附表3　计数资料样本大小简查表（双向试验）

上行：$P=0.05$，　$1-\beta=0.80$

中行：$P=0.05$，　$1-\beta=0.90$

下行：$P=0.01$，　$1-\beta=0.95$

P_1较小率（%）	δ=两组率之差（%）													
	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
5	420	130	69	44	31	24	20	16	14	12	10	9	9	7
	570	175	93	59	42	32	25	21	18	15	13	11	10	9
	960	300	155	10	71	54	42	34	28	24	21	19	16	14
10	680	195	96	59	41	30	23	19	16	13	11	10	9	7
	910	260	130	79	54	40	31	24	21	18	15	13	11	10
	1550	440	220	135	92	68	52	41	34	28	23	21	18	15
15	910	250	120	71	48	34	26	21	17	14	12	10	9	8
	1220	330	160	95	64	46	35	27	22	19	16	13	11	10
	2060	560	270	160	110	78	59	47	37	31	25	21	19	16
20	1090	290	135	80	53	38	28	22	18	15	13	10	9	7
	1460	390	185	105	71	51	38	29	23	20	16	14	11	10
	2470	660	310	180	120	86	64	50	40	32	26	21	19	15
25	1250	330	150	88	57	40	30	23	19	15	13	10	9	—
	1680	440	200	115	77	54	40	31	24	20	16	13	11	—
	2840	740	340	200	130	92	68	52	41	32	26	21	18	—
30	1380	360	160	93	60	42	31	23	19	15	12	10	—	—
	1840	480	220	125	80	55	41	31	24	20	16	13	—	—
	3120	810	370	210	135	95	69	53	41	32	25	21	—	—
35	1470	380	170	96	61	42	31	23	18	14	11	—	—	—
	1970	500	225	130	82	57	41	31	23	19	15	—	—	—
	3340	850	380	215	140	96	69	52	40	31	23	—	—	—
40	1530	390	175	97	61	42	30	22	17	13	—	—	—	—
	2050	520	230	130	82	56	40	29	22	18	—	—	—	—
	3480	880	390	220	140	95	68	50	37	28	—	—	—	—
45	1560	390	175	96	60	40	28	21	16	—	—	—	—	—
	2100	520	230	130	80	54	38	27	21	—	—	—	—	—
	3550	890	390	215	135	92	64	47	34	—	—	—	—	—
50	1560	390	170	93	57	38	26	19	—	—	—	—	—	—
	2100	520	225	125	77	51	35	24	—	—	—	—	—	—
	3550	880	380	210	130	86	59	41	—	—	—	—	—	—

附表 4　计量资料（量反应）样本大小简查表（单向试验）

R(%)		C V (%)									
		2	3 4	5 6	7 8	9 10	11 12	14 16	18 20
	5	3	6 9	13 18	25 33	41 50			
		4	7 12	18 26	35 45				
		7	13 22	33 47					
	10	2	2 3	4 6	7 9	11 13	16 19	25 33	41 50
		2	3 4	5 8	9 12	15 18	22 28	35 45	
		3	4 7	9 13	17 22	27 33	40 47		
	15	2	2 2	3 3	4 5	6 7	8 9	12 15	19 23
		2	2 3	3 4	5 6	7 9	10 12	16 21	26 31
		2	3 4	5 7	8 10	12 15	18 22	29 37	74
	20	2	2 2	2 2	3 3	4 4	5 6	7 9	11 13
		2	2 2	2 3	3 4	5 5	6 7	9 12	15 18
		2	3 3	4 4	5 7	8 9	11 13	17 22	27 33
	25	2	2 2	2 2	2 3	3 3	4 4	5 6	7 9
		2	2 2	2 2	3 3	3 4	5 5	7 8	10 12
		2	2 3	3 3	4 6	6 7	8 9	11 14	18 22
	30	2	2 2	2 2	2 2	2 3	3 3	4 5	6 7
		2	2 2	2 2	3 3	3 3	4 4	5 6	7 9
		2	2 2	3 3	3 4	4 5	6 7	8 10	13 15

参考文献

(1) 肾的研究　续集。沈自尹主编，上海科技出版社，1990。

(2) 血瘀证与活血化瘀研究。陈可冀等主编，上海科技出版社，1990。

(3) 微量元素与辨证关系的研究现况。中医年鉴，1986。

(4) 内科高热急症的治疗研究。同 (3)。

(5) 慢性支气管炎证治分析。同 (3)。

(6) 高脂血症的治疗。同 (3)。

(7) 脑血栓形成的治疗。同 (3)。

(8) 肝的研究进展。中医年鉴，1987。

(9) 脾虚本质研究。同 (8)。

(10) 肾实质研究。同 (8)。

(11) 重型病毒性肝炎的治法及其评价。同 (8)。

(12) 慢性肝炎的治疗及免疫研究。同 (8)。

(13) 厥脱证的治疗与研究。同 (8)。

(14) 高热治疗研究进展。中医急症大成，黄星垣主编，中医古籍出版社，1987。

(15) 休克治疗研究进展。同 (14)。

(16) 急性脑血管病治疗研究进展。同 (14)。

(17) 重症肝炎治疗研究进展。同 (14)。

(18) 中医内科临床进展。江西中医学院中医内科教研组编。

[General Information]
书名=中医内科津梁
作者=张发荣主编　张发荣　张光华　宋荣章　安其编著
页数=221
SS号=11500823
出版日期=1993年03月第1版