

《素问》云：“今夫热病者，皆伤寒之类也。”《难经》云：“伤寒有五，有中风，有伤寒，有湿温，有热病，有温病”。由此看来，伤寒有双重涵义，狭义伤寒单指感受寒邪，感而即发的外感病。广义的伤寒泛指外感病。《伤寒论》一书中包括了感受风、寒、暑、湿、燥、热多种病邪所发生的外感病，因而其伤寒是广义的，但书中与“中风”相对应的“伤寒”是狭义的。因此《伤寒论》中的“寒”有时代表一种致病因素，即自然界之寒邪，或体内已存在的性质属寒的病邪，如第 5 条：“伤寒脉浮紧，不发汗，因致衄者，麻黄汤主之”，寒主要指寒邪；第 139 条：“太阳病，二三日，不能卧，但欲起，心下必结，脉微弱者，此本有寒分也。反下之，若利止，必作结胸”，“寒实结胸，无热证者，与三物白散”，以上寒均是指体内寒饮之邪也。有时“寒”代表病人的症状和病性，如第一条：“太阳之为病，脉浮，头项强痛而恶寒”。

以上所述，“寒”都代表其本义，指阴寒、寒冷。但在个别条文中，寒并不代表其本义，如第 176 条：“伤寒，脉浮滑，此以表有热，里有寒，白虎汤主之。”从原文看，显然“里有寒”的“寒”字，无论在理论上还是在实践中，都是说不通的。因为白虎汤是一首清解阳明气分邪热的良方，其适应证为身壮热不休，烦渴引饮，大汗出，脉洪大有力（简称四大症），属阳明气分热盛于中，充斥表里并漫弥周身所致表里俱热证，绝无一丝寒证可言。对于这里的寒热二字，历代注家认识不一，宋代林亿提出应该为“表有寒，里有热”，也有的将表热里寒改为表里俱热而移于阳明篇解释。这样一改，似乎使白虎汤证原文更符合实际，但笔者认为，仲景这样写可能有其恰当原因，而非谬误。《孟子·告子篇》有云：“吾退而寒之者至矣”，其寒非寒，乃是邪之义。由此推测，邪可能是寒的古义之一。成无己云：“里有寒，有邪气传里也。”王三阳云：“经之寒字，当作邪字解，亦热也。”再从上文看，第 168 条论白虎加人参汤证时早已言明：“热结在里，表里俱热。”白虎汤中无人参，说明其热势比白虎加人参汤证更重，“此以表有热，里有寒”要比“表里俱热”之义更深一层，它提示白虎汤的“表有热”来源于里，是里有邪热所致，言外之意，病之本在里热，表热只是其标，治疗上要从里热着手，不要去解表之热。这突出了仲景精确辨证的思想，用心良苦。

在《伤寒论》中还有一处，“寒”也非其本义，即第 166 条：“病如桂枝证，头不痛，项不强，寸脉微浮，胸中痞硬，气上冲咽喉，不得息者，此为胸有寒也，当吐之，宜瓜蒂散。”本条

中，寸脉微浮，不紧，提示非寒也，可能有热，再以药测证，瓜蒂、赤小豆皆为寒性，岂能治寒证，应当是治热证。因而笔者认为，此条中寒亦指邪也，具体指胸中痰邪水饮。

在伤寒论中，“热”的含义也是多样的，有时指症状，如“阳明病，潮热，大便微硬者，可与大承气汤。”有时指病邪，如“阳明病，下血谵语者，此为热入血室，但头汗出者，刺期门，随其实而泻之，濇然汗出则愈。”有时指病性，如“太阳病，脉浮而动数，浮则为风，数则为热，动则为痛，数则为虚。在有的条文中，热字非寒热之热，而是代言其邪气之意，如“太阳病，外证未除而数下之，遂协热而利，利不下止，心下痞硬。表里不解者，桂枝人参汤主之。”此证显然为外在的风寒未解，而在里又出现虚寒下利，属表里皆寒的下利证，故原文谓表里不解。绝无热证可言，确切地说，应该是“协寒而利”。

在仲景文中，“邪”字出现几率不多，在第 173 条中有“邪气”一词，原文云：“伤寒胸中有热，胃中有邪气，腹中痛，欲呕吐者，黄连汤主之。”此条上热下寒的证治，“邪气”指寒邪。胸在上而胃在下，胸中有热，言热邪在上；胃中有邪气，言寒邪在下。寒热互阻，热雍胃气上逆则为呕吐；寒阻脾络不和而为腹痛。治宜清上温下，和胃降逆，方用黄连汤。第 270 条中亦有邪字，“伤寒三日，三阳为尽，三阴当受邪，其人反能食而不呕，此为三阴不受邪也。”此处“邪”当为泛指，可以是寒，也可以是热，也可以是水饮，因人而异。三阴不受邪，具体而言，如不见腹满而吐、食不下等，是太阴未受邪；无欲吐不吐，或脉微、吐利、厥逆等，是少阴未受邪；无饥而不欲食、食则吐蛔，或肢厥、吐利等，乃厥阴未受邪也。此条寥寥数语，示人应以平脉辨证为本，不必拘于天数。

总之，在《伤寒论》中，广泛应用寒、热二字来描述病因、病性、病机，很少用寒、热来描述治则治法，譬如“热者寒之，寒者热之”等未见。文中亦少用“邪”字来描述病因。在文中，寒热有时未取其本义，而是代指邪气，代言致病因素，有时热意反为寒，有时寒意反为热，这可以结合上下文及方药推断出来。这些问题体现了仲景“勤求古训、演其所知”的创新所获，《医宗金鉴》说，仲景书“不引古医书一语，别出心裁”，正是中肯之言。此告之学习仲景书者，既不能不粗知《内经》、《难经》，又不能仅从内、难去索解。如强用内、难理论去理解仲景的“别出心裁”，则欲明反晦。了解这一点，对于我们学习和研究《伤寒论》原文及临床应用应当有所裨益。

心达康治疗冠心病心绞痛 51 例临床研究

刘伦翠

【摘要】 目的 观察心达康对冠心病（心血瘀阻型胸痹心痛）的疗效和安全性。方法 选择 51 例冠心病（心血瘀阻型胸痹心痛）患者应用心达康治疗，并对其治疗前后的中医症候、心绞痛程度、心电图、血液流变学参数的变化进行比较。结果 心达康能明显改善胸痹心痛的中医症候、心绞痛程度、心电图、血液流变学。结论 心达康对治疗胸痹心痛，疗效确切，未发现不良反应。

【关键词】 心达康；胸痹心痛（心血瘀阻）；心电图；血液流变学

冠心病心绞痛在祖国医学中属胸痹、心痛范畴，是临床上常见的多发性心血管疾病。我们应用四川美大康药业股

份有限公司生产的心达康片，对 51 例胸痹心痛患者进行临床研究，观察其临床疗效及不良反应。现将研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本文所选 51 例患者均为门诊病人，符合冠

心病心绞痛的西医诊断标准^[1], 中医辨证诊断为胸痹心痛(心血瘀阻型)^[2]。对伴有重度心肺功能不全、严重心律失常、神经官能症及更年期综合征者除外。其中男 29 例, 女 22 例; 年龄 42~72 岁, 平均(63±9.15)岁; 病程最长 8 年, 最短 1 年, 平均(5±1.9)年; 心绞痛程度: 轻度 21 例, 中度 30 例; 中医症候: 胸闷 51 例, 心悸 51 例, 气短 43 例, 乏力 46 例。

1.2 治疗方法 应用由四川美大康药业股份有限公司生产的心达康片, 每片含生药(沙棘)5 mg, 3 次/d, 15 mg/次, 服用 1 个月。心绞痛发作时可服用硝酸酯类药物。

2 观察指标

2.1 疗效性指标 中医症候疗效^[2]、心绞痛疗效^[2]。

2.2 检测指标 心电图疗效: 按心电图疗效标准^[3]评定; 血液流变学检查: 采用天津利普生血液流变学测定仪测定。

2.3 安全性指标 一般体检、血常规、肝肾功能及不良反应。

2.4 统计学方法 统计计算用 SPSS. 10.0 统计分析系统进行。

3 结果

3.1 心绞痛疗效、心电图疗效 心达康治疗后心绞痛疗效为显效 14 例, 有效 29 例, 无效 8 例, 总有效率 84.3%; 心电图疗效为显效 7 例, 有效 19 例, 无效 15 例, 总有效率 51.2%。

3.2 与治疗前比较 * $P < 0.05$, $\Delta P > 0.05$

3.3 安全性评估 所有病例未见不良反应, 治疗后对血常规、肝肾功能检测无明显异常。

4 讨论

冠心病心绞痛在祖国医学中属“胸痹”、“心痛”范畴。其病机主要是本虚标实, 在心肾两虚的基础上发生瘀血, 从而引起胸痹、心痛。心达康具有补益心气、化痰通脉、消痰运脾等功效, 用于心气虚弱、心脉瘀阻、痰湿困脾所致的心慌、心悸、心痛、气短胸闷、血脉不畅等症^[4]。现代医学认为: 冠心病患者全血粘度和血浆粘度升高显著^[5]。

冠状动脉狭窄或部分分支闭塞致使血流量减少, 当患者

在劳累、激动等使心负荷突然增加的情况下, 就会出现因心肌缺血、缺氧所致的胸痛、气短及相应的心电图变化。心达康片是天然药用植物沙棘经分离提取其有效部位醋柳黄酮加工而成的, 醋柳黄酮主含异鼠李素、槲皮素、异鼠李素-3- β -D-葡萄糖苷等黄酮苷类化合物^[6], 能扩张冠状动脉, 降低心肌耗氧量, 降低心脏负荷增加心肌供血^[4], 缓解心绞痛的症状。通过对血液流变学观察证实: 心达康对血液流变性的改善, 疗效显著。尤其对改善全血高切粘度、全血低切粘度、纤维蛋白原、红细胞压积经统计学分析 $P < 0.05$, 具有显著性。表明心达康通过改善血液流变性, 从而加速血液流动, 改善微循环, 缓解心绞痛的症状。

本文从临床中选择 51 例胸痹(心血瘀阻型)患者, 应用心达康治疗, 结果显示: 心达康对中医各临床症候疗效包括胸闷、心悸、气短、乏力均有显著改善; 能明显改善心绞痛, 其总有效率为 84.3%; 心电图有效率为 51.2%; 并能降低全血高切粘度、全血低切粘度、纤维蛋白原、红细胞压积($P < 0.05$), 且无明显毒副作用。提示可用于胸痹心痛(心血瘀阻型)的预防和治疗中。

参考文献

- 1 第一届全国内科学术会议心血管病组. 关于冠状动脉性心脏病命名及诊断标准的建议. 中华心血管病杂志, 1981, 9(1): 75.
- 2 王永炎. 中医内科学. 上海科学技术出版社, 2002, 108.
- 3 卫生部. 中药新药治疗胸痹(冠心病心绞痛)的临床研究指导原则, 1993.
- 4 陈可冀. 心脑血管疾病研究. 上海科学技术出版社, 1988, 318-319.
- 5 翁维良, 姜成田, 崔晶, 等. 冠心病心绞痛患者 295 例血液粘度测定. 中华心血管病杂志, 1984, 12(3): 183.
- 6 杨建瑜, 徐叶周. 沙棘果汁中总黄酮甙元的含量测定. 西北药学杂志, 1989, 4(3): 31-32.

· 临床医学 ·

宫腔镜通液联合中药治疗输卵管阻塞性不孕症 30 例

韩永梅

输卵管阻塞是造成女性不孕的主要原因之一, 约占不孕患者的 30%~40%, 近年来其发生率呈上升趋势, 严重影响女性身心健康和家庭幸福。2004 年 2 月至 2007 年 2 月笔者采用宫腔镜输卵管插管通液及中药治疗输卵管阻塞性不孕, 取得一定疗效, 现报道如下。

1 一般资料

观察病例来自河南中医学院第一附属医院门诊及住院患者, 共 90 例。年龄 25~41 岁, 病程 2~10 年。随机分为中药治疗组、宫腔镜通液组及宫腔镜通液配合中药组。各组均 30 例, 年龄、病程对比, 差别无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.1 诊断标准

诊断标准根据《中药新药临床研究指导原则》。有关不

孕症的诊断标准^[1]。

① 夫妇婚后同居 2 年以上, 性生活正常, 男方生殖功能正常, 未避孕 2 年而未受孕者; 或曾有孕育, 未避孕而又 2 年以上未受孕者; ② 子宫输卵管造影证实输卵管阻塞者。

1.2 纳入病例标准 ①符合上述西医诊断标准; ②排除先天性生理缺陷或畸形、遗传、内分泌或免疫等因素所致不孕; ③配合治疗者。

1.3 疗效判定标准 ①治愈: 经治疗后输卵管造影示双侧输卵管通畅, 两年内受孕; ②有效: 治疗后输卵管造影示双侧输卵管情况明显改善者; ③无效: 经半年治疗后输卵管造影仍无改善者。

1.4 治疗方法

1.4.1 治疗时间 月经干净第 3~7 d。

1.4.2 疏通液 生理盐水 40~60 ml、地塞米松 5 mg、庆大霉素 16 万单位、654-2 针 10 mg 及亚甲兰液 2~3 d 滴。