

作深入地开展起来。从全国情况来看,研究基地的建设,必须充分利用现有条件,布局合理,各具专长,量力而行,逐步充实发展。这些基地有大有小,首先是抓好中央和省市一级,重点中西医结合专业基地的建设,其次是高等医药院校和条件较好的,大城市综合医院和专科医院的中西医结合研究科室的建设,再就是广大城乡一些重点中西医结合病房的建设,按这样有计划的抓几年,这不是办不到的事情。

### 3. 科研设施的更新,是中西医结合的必要手段

中西医结合,不是单纯的治疗工作,而是运用现代科学方法(包括现代医学方法),继承整理祖国医学遗产,使之发展提高为具有时代水平和民族特色的新兴医学边缘学科。因此,提供和更新必要的科研手段,已成为能否快出成果,多出成果的重要工作,也是中西医结合能否深入提高的决定因素之一。所以也是今后一项急待改进的迫切课题。

### 4. 科研方法的改进,是中西医结合的重要环节

中西医结合的研究,要求高、难度大、经验少、纵然有了队伍、基地和手段,还必须探索有效的方法,才能加快其步伐。改进科研方法,一定要从实际出发,

根据不同单位和不同专题,都要广开思路,改变以往那种不论什么专题,都采用一个模式的研究方法,以便收到更好的实际效果。前述“主攻目标”虽然可行,但切不可只限于这样的范围,因为中西医结合工作至今为止,仍处于探索阶段,所以结合的途径、思路和方法,都缺乏确切的认识和成熟的经验。因此,还应在实践中不断总结,反复验证。

实践是检验真理的唯一标准。二十多年来的实践提示,中西医结合有一个由低级到高级的客观发展过程,从一个局部地区或一个具体单位来看,这个过程是随着中西医结合的骨干力量是否集中使用,上下思想认识是否统一,基地建设是否落实,科研手段是否更新,科研方法是否合适等条件决定的。因此,积极创造这些条件,是会加快中西医结合步伐的。这方面我们虽然底子薄、条件差、困难大,但是党中央对中医和中西医结合工作是极为重视和关怀的,只要领导能切实深入实际,调查了解,大力改进作风,采取有效措施,注意培养典型,不断总结经验教训,充分调动中西医科技人员的积极性,中西医结合工作,做得比现在更好一点,这完全是可能的。

## 三叉神经痛 20 例中药治疗探讨(摘要)

中医研究院 王占玺

本文报道 20 例确诊为原发性三叉神经痛患者,其中男性 9 例,女性 11 例。病程最短者 1 个月,最长者 10 年零 8 个月。职业:军人、教师、工人各 3 例,社员 4 例,技术人员、学生各 2 例,家庭妇女、店员、护士各 1 例。均系曾经应用其它中、西药治疗无效者,作者采用辨证施治方法治疗,获良好疗效。

**辨证施治:**一、清肝熄风法:用于肝郁化热,波及于胃,肝胃同热,化火生风。其特点是因情志变化或肝经郁火而发病,突然头痛呈发作性,虽先发于眉骨或迎香穴或颊车穴处,很快波及患侧面颊引及侧头。痛如刀刮、针刺、火灼。多于午后 3~5 时加重。或伴大便干燥,舌两边苔黄或黄腻,脉多沉弦、数或沉实有力。治宜清肝胃之热以熄风,用三黄泻心汤加味。药如黄芩 10g 黄连 12g 大黄 6~12g 夏枯草 15g 青桔叶 12g 连翘 15g 板兰根 12g 大青叶 15g 生石膏 45g 白芷 12g 蜈蚣 5 条 全蝎 3g 研冲,每日煎服一剂。应用本法者 7 例,均治愈。

二、清胃熄风法:用于阳明实热上熏清阳,以眉

楞骨及前额痛为主,不伴以侧头痛。必有大便秘结,或先患便秘后病头痛,洩黄。以三叉神经第一枝疼痛者居多。舌苔黄或薄白,脉沉实有力。治宜清胃通便为主,佐以清肝熄风。用《太平圣惠方》芎黄散加减。药如川芎 10g 生大黄 12g 后下 芒硝 10g 分冲 板兰根 10g 银花 15g 枳壳 6g 僵蚕 6g 全蝎 3g 研冲,每日煎服一剂。应用本法者 2 例,均治愈。

三、滋阴潜阳法:本法用于阴虚阳亢型之三叉神经痛。偏头或太阳穴处、颞顶处发作性痛,伴以头晕眼花,头部热感,眼痛,耳痛,腰痛等证。舌苔薄白,舌质嫩红。脉象弦或两尺俱弱、左尺尤甚。治宜育阴潜阳。用杞菊地黄丸加味。药如枸杞 12g 菊花 12g 生熟地各 12g 生山药 12g 山萸肉或女贞子 12g 丹皮或丹参 12g 茯神 12g 泽泻 12g 青桔叶 12g 白芷 12g 等。应用本法者 4 例,均治愈。

四、温散祛风法:用于经络感寒,诱发头风,遇寒吹风或遇劳则发,或病久体虚,邪从寒化。其证常

(下转第 34 页)

测, 心绞痛发作时 ST<sub>V1~V3</sub>抬高 0.3~0.8mv, 呈单向曲线, 确诊为变异型心绞痛。入院后以益气活血法治疗, 静点益气活血注射液及冠心 II 号, 服芳香温通中药宽胸丸, 心痛丸, 心绞痛发作次数住院一周时已减为 4~7 次/日, 疼痛时间及程度均减轻, 但仍于夜间定时发作。患者有乏力、畏寒、喜暖及夜间定时发作特点, 为阳气虚弱之证, 改用大剂温通方药, 以四逆汤合当归四逆汤加减 (附子、干姜、甘叶、肉桂、黄芪、当归、细辛、薤白、赤芍、乳香、没药、苏合), 宽胸丸每日三次, 每次 3 丸。治疗第二天心绞痛未再发作。连续 20 多天观察, 仅偶有心前区轻痛或左上肢不适感, 可自行缓解, 不需口含硝酸甘油。精神好转, 活动量增加。

## 讨 论

70 年代以来, 由于加强对不稳定型心绞痛的内外科治疗, 心肌梗塞之发病率及病死率均已明显降低。1970 年以前有报道不稳定型心绞痛心肌梗塞发生率为 21~80%, 病死率 1~60%。近几年已明显下降, 为 7~15% 及 1~2%<sup>(3)</sup>。国外还报道了对不稳定型心绞痛进行内科药物治疗与外科手术治疗疗效对比, 结果两组心肌梗塞发病率为 8% 和 17%, 病死率为 3% 和 5%, 统计学上无显著差别, 认为加强内科

治疗可以控制心绞痛, 减少心肌梗塞发病率和早期病死率, 不稳定型心绞痛可以被稳定<sup>(4)</sup>。本文总结 41 例不稳定型心绞痛患者, 用中医中药治疗能迅速控制心绞痛急性发作, 院内心肌梗塞发生率为 4.9%, 死亡率 2.4%, 值得进一步研究。

不稳定型心绞痛属中医心痛、胸痹范畴。从标本进行辨证, 患者均以严重心绞痛发作住院, 标证心绞痛多见血瘀痰浊, 均重点抓住标证进行治疗, 标证缓解后, 兼顾本证。由于患者病情比一般心绞痛急重, 故改进中药剂型, 从静脉给药, 用川芎总碱、冠心 II 号注射液、丹参注射液等针剂, 起到了迅速行气活血缓解心绞痛作用。

治疗上既要注意共同特点, 也要针对个别病例具体情况, 分别用药, 如 1 例变异型心绞痛虽用活血化瘀法症状有所改变, 但并未消失, 进一步分析其特点, 患者有心肾阳虚之征, 而改用大剂温阳药治疗其本取得显效, 提示我们治疗要注意“标本兼治、治病求本”, 也体现了辨证论治的优越性。此外, 我们对个别患者亦与辨病治疗相结合, 如例 2, 试用单味野菊花辨病治疗取得较好效果。

## 参 考 文 献

1. Report of the joint international society and federation of cardiology of WHO task force on standardization of clinical nomenclature: Nomenclature and criteria for diagnosis of ischemic heart disease, Circulation 59(3):607, 1979
2. Plotnick GD: Medical management of the patient with unstable angina. JAMA 239(9):860, 1978
3. John AC et al: Unstable angina pectoris. Amer Heart J 92(3):373, 1976
4. National Cooperative Study Group: Unstable angina pectoris. Amer J of Cardiology 42(5):839, 1978

(上接第 48 页)

伴以恶寒肢冷、身软无力、体质偏弱。舌苔薄腻。脉沉无力等。用细辛 3~10g 生石膏 15~60g 水煎服。应用本法者 7 例, 6 例治愈, 1 例无效。

附: 外治法: 用于病程过久, 偏寒证之三叉神经痛, 或疼痛较甚, 上述诸法难以控制疼痛发作者, 或用于疼痛发作前 10~20 分钟。药用细辛 10g 胡椒或川椒 10g 干姜 3g 白酒 15~30ml, 加水适量。煮沸后, 用一喇叭形纸筒, 一端罩在药锅上, 另一端接近患者

鼻孔, 吸入药气。每次 10 分钟, 每日二次。用时防止药气烫伤, 更要防止纸罩药锅端过大, 连同火气、煤气一起吸入之弊。

随访情况: 20 例中 1 例来诊两次服药无效, 随转做手术。8 例未做随访。另 11 例分别随访 18 天、1 个月、9 个月、15 个月、16 年者各 1 例, 2 个月、7 个月、10 个月者各 2 例, 均治愈 (服药一周, 疼痛及压痛点消失未再复发)。