

读者·作者·编者

对加强中医外科和中西医结合外科工作的建议

贵州省贵阳市第二人民医院 陶周行

中西医结合已形成一股潮流，势在必行，并可预期其蓬勃兴旺，这是毋庸置疑的。

笔者从事于外科专业工作近三十年。记得 1954 年在重庆第三人民医院生产实习期间，亲眼见到叶老医师用针刺法治愈了一例膀胱肌无力性尿潴留的老年女病人。该例曾用潮式引流、平滑肌收缩剂等西医办法，请当地的泌尿科西医专家会诊，都是感到束手无策的。在五官科门诊时，用针刺法治疗一位中年男性的神经性耳聋患者，竟获显效。其听力由不能听大怀表而能听到，左侧听距为 37cm，右侧为 35cm，疗程一月。据说，后来还更有进步。这时，我已开始认识到中医的长处，从而开始认识到西医学习中医，中医学习西医和中西医结合的必要性和必然性。1958 年底参加贵州省举办第一期西医离职学习中医班，经过了近三年的系统学习和临床实践，对高血压、肾炎、肝炎、疮疡、痔瘡、直肠脱垂、正骨与软组织损伤的实习和研究，使我对中西医各自的长处有了进一步的认识和体会，决心投身到祖国医药学的继承发扬和中西医结合的事业中去。结业后，在这条道路上虽不平顺，几经周折，但我献身于这一事业的决心不变。

近年来，中西医结合问题，已受到国际、国内的普遍关注。西医学派和中医学派，都在互相学习。中西医结合性的基础理论和临床实践都取得了突破和进展。中央关于中医、西医、中西医结合长期并存，共同前进的指示和决定是有充分的科学依据的。

然而，在医学界里有一种看法，认为“中医外科不如西医外科”，“中西医结合很不适合于外科领域”等等。这种思想的表现形式是多种多样的。如：许多中医院校没有开中医外科课，或没有安排中医外科实习，即使有外科课也基本上或完全为西医学派所代替，十分缺乏中医外科的医护师资。中医院校毕业的学生，竟不知外科疾病也要辨“八纲”，更不知膏、丹、丸、散、酒如何配制。许多外科病，本可取中医疗法之长，偏要就西医学派之短。一般的医院，普遍没有中医外科和中西医结合外科，省市级的中医学会，竟没有中医外科学会或专业组。幸存的“科班”中医外科和西学中外科人员，职称和晋升晋级，工资待遇

等，普遍未得以合理解决，其智力投资甚微或等于零；培养和使用均未做到“人尽其材，物尽其用”，西学中外科人员徬徨于“中医乎？西医乎？中西医结合乎”的三岔路口上；中医外科人员散在于民间或小型合作医院，寥寥无几，后继无人。情况是令人焦虑和痛心的。关键在于解决认识问题。

根据国内外学术动态和切身体会，个人认为：中、西医外科各有高明之处，如就其指导思想某些方面而论，似乎祖国医学的外科部分还更有高明之处。中医外科不但能结合，而且必然结合。

诚然，西医外科学派在无菌术、输血输液、麻醉术、医疗诊断设备、手术技巧以及在微观的许多方面，有它独特的长处（诊断精细），能完成许多高难的手术，抢救应急措施较为完善。然而，它和任何事物一样，仍有其不足的一面。如在对待机体和疾病的认识论和方法论上，仍有其传统的弊病。即立足于“还原论”而偏于局部、片面、静止和孤立的观点，而忽略了它的整体性、能动性和机体内外相关性。诊断着重辨“症”（病），似乎辨得越细微越好，临床分科也越分越细。因而，究其治疗方法，也是以局部和单一的因素为立足点的。故其疗效往往短暂。有本可避免手术的面终致手术，本可简单手段即可防治的，终致繁琐复杂化。手术给机体带来的新陈代谢紊乱是错综复杂的、长期的和严重的，术后并发症叠出，后遗症严重，甚而终身残废。即使生命在一个阶段里得到挽救，但终生反复出现的病痛，无非是变急性病痛而为慢性折磨罢了。故曰：“手术是没有办法的办法”。我们不能片面迷信手术，更不应滥施手术。

中医外科在辩证唯物主义哲学思想——阴阳五行、脏象经络等学说的指导下，一贯强调：“有诸内必形诸外”，“筋骨伤于外，气血伤于内”，对机体的认识，既重于局部和体表，更重于整体和脏腑；既重于机体本身，又重于人的外界（社会和自然）对机体的影响。其诊断着重辨“证”，处方用药，着重整体——对“证”治疗，“治病必求于本”。方有君、臣、佐、使，药本四气五味，这既解决了致病的主要矛盾方面，也兼顾了其次要的矛盾。处方几尽为复方，即使一味药

也含有多种成份；其组成亦绝非简单的凑合，而取其药物对机体的总属性——四气五味：“同病异治”，“异病同治”。因而，中医的膏、丹、丸、散、酒，推拿、按摩、针灸、火罐和气功锻炼法等手段，能解决许多外科急、慢性病证，如现在为国内外公认的正骨、软组织损伤、痔瘘、直肠脱垂、疮疡，脉管炎、淋巴腺结核、皮肤病和蛇伤等等。就是许多急腹症疾病（内痛等），也可以中医疗法而愈。在这些方面作者也有亲身的实践和体会。

由此可知，中、西医外科是各有其长短的。如能两者结合起来，扬长避短，融合其共性，保持其特殊性，必将使外科学术大放异彩。

加强中医外科和中西医结合外科工作的关键在于组织领导，要有一套明确而坚定的方针和政策；要有

雷厉风行和脚踏实地的措施，从上而下，积极地组织起来。首先抢救中医外科，发掘、培养和充分使用“科班”或有真才实学的中医和西学中外科人员，充实中医院校及其附院的中医或中西医结合外科师资，打破“单位所有制”，将专职中医外科或西学中外科人员调至更加需要的院校、研究部门和其它单位集中使用；各地应成立中医外科和中西医结合外科学会，积极开展学术活动，落实中医外科和西学中外科人员的职称、晋级晋升和各种待遇问题；以及大力在各级医院设立中医外科和中西医结合外科，进行智力投资和大力培养、扶植。总之一定要把祖国医学中的外科部分继承发扬下去，把中西医结合外科事业创建和兴旺起来。我想，这也是“振兴中华”的一个重要组成部分吧！

对《冠心病(心绞痛、心肌梗塞)中医辨证试行标准》的几点意见

南京中医学院附属医院内科 张永健 俞荣青

《冠心病(心绞痛、心肌梗塞)中医辨证试行标准》(下称《标准》)由1980年全国冠心病辨证论治座谈会订立。登载于同年《中医杂志》第八期上。我们试用它衡量了1980年12月到1982年9月治疗的30例冠心病患者，男29例，女1例；年龄在55~80岁之间。因病例数少，体会还不够深刻，但感到《标准》尚存在可以商榷的问题，提出来供参考。

一、我们实际工作中的中医辨证与按《标准》辨证相比较，基本相符的共23例，基本不符的7例；凡辨证与《标准》一致的，疗效较好(有效率78.3%)，不一致的疗效较差(有效率28.6%)，说明《标准》有一定作用。又发现辨证与《标准》不相符者有较多的合并症，其中以慢性支气管炎(简称慢支)、胆石症、慢性胆囊炎、泌尿系结石居多。

二、《标准》中，“痰浊”必备条件有“胸脘痞满及苔腻，或恶心、脉滑”，其中用“或”字，我们感到欠妥。既为必备条件而又用不肯定语“或”，具体应用时不好掌握。不知订立时原意是否仅有“恶心、脉滑”亦可定为“痰浊”？“气滞”必备条件有“胸闷憋气”，此“胸闷”与“痰浊”之必备条件“胸脘痞满”，实践中该如

何区分？也宜加以明确。又“气虚”条件之一“气短”，与“气滞”必备条件“憋气”具体分辨也有困难，我们体会应结合脉象等综合分析，才能辨证明确，故“气滞”与“气虚”必备条件中应分别列出脉象。

三、冠心病是老年病，多合并症，中医治病很重视整体观念，故冠心病的中医辨证必然受合并症的影响。例如，我们的30例按《标准》辨证，内有挟“痰浊”者10例，此10例中有6例合并慢支，而20例无“痰浊”者仅1例合并慢支，说明冠心病有“痰浊”者多合并慢支，在今后修订《标准》时似应将常见合并症的影响考虑在内。

四、我们按《标准》辨证，“肾气虚”者疗效较其它型为差，设想今后可以对不同型的冠心病比较其辨证之间的异同，以便了解不同辨证与预后的关系，进而建立一些中医估计预后的指标。

通过我们初步的工作，体会到《标准》对冠心病的诊断及治疗确有一定意义，希望今后在中西医结合治疗冠心病的实践中发挥其应有的作用，对于《标准》中可以商榷的问题，也希望在今后实践过程中，逐步修订完善。