

目 录

一、教学法探讨

1. 关于海外中医函授生临床带教的体会 (1)
2. 略谈海外中医函授教学作业的命题批改 (7)
3. 如何减少流生率的探讨 (11)
4. 对海外中医函授生“三基”培养的探讨 (16)

二、教学辅导

1. 学习《中医内科学》之管见 (19)
2. 学习《伤寒论》之管见 (23)
3. 如何应用阴阳学说来认识人体的病理现象 (29)
4. 略谈切脉 (33)
5. 略谈气血病的治疗原则 (41)
6. 《方剂学》问题解答(一) (47)
7. 《方剂学》问题解答(二) (53)
8. 《方剂学》问题解答(三) (60)
9. 《方剂学》问题解答(四) (66)
10. 前人医案浅析 (71)
11. 胃脘痛 (78)
12. 耳鸣、耳聋 (84)

三、方药应用

1. 桂枝汤临床应用的体会 (90)
2. 参苓白术散的临床应用 (95)
3. 血府逐瘀汤加减的临床应用 (101)
4. 温胆汤加减的临床应用 (107)
5. 芪蕙大枣汤的临床应用 (116)
6. 黄芪在临床上巧妙应用 (121)

四、临床治验

1. 谈谈泄泻若干治法…………… (125)
2. 汗证治验…………… (133)
3. 活血化瘀疗法及其临床应用…………… (137)
4. 健脾法临床运用举隅…………… (147)
5. 脾胃病治疗的几点体会…………… (153)
6. 补肾法的临床应用…………… (156)
7. 试论湿证的辨治…………… (162)
8. 略谈“反佐”药的临床应用…………… (168)

五、中西医结合探讨

1. 病态窦房结综合征与中西医诊治…………… (174)
2. 高脂血症与中西医诊治…………… (186)
3. 支气管哮喘中医证治…………… (195)
4. 慢性肾炎中医证治…………… (202)
5. 中西医结合治疗椎动脉型颈椎病…………… (210)
6. 甲状腺良性肿瘤的中医证治…………… (213)
7. 心律失常的中医诊治…………… (219)
8. 胃与十二指肠溃疡病中医证治…………… (227)

六、专家经验

1. 盛国荣教授治疗卒中的经验…………… (233)
2. 无价丹治疗阳萎 30 例临床观察 …… (238)

七、临床医案

1. 内科治验(一)…………… (241)
2. 内科治验(二)…………… (246)

八、附录

1. 沉痛怀念洪天吉同志…………… 庄明萱(254)
2. 执着的追求 无私的奉献…………… 张珍荣(257)

一 教学法探讨

关于海外中医函授生临床带教的体会

海外中医函授教学中的临床教学,是整个教学计划不可分割的重要组成部分,即使是有一定临床经验的海外中医函授生,临床实习也必不可少,因为这是中医后期教学的重要(环节),对于能否真正掌握中医学的辨证论治、理法方药等系统理论知识,能否真正理论联系实际,达到合格中医师的要求,都具有关键性的作用。因此,搞好临床教学,始终成为我们海外函授教学的突出课题,经过不断研究实施与完善,取得显著效果,广受海外学生欢迎。现据笔者几年来临床教学的心得,谈谈以下几点体会。

一、掌握情况,因材施教

中医海外函授教育属成人教育的范围。由于客观原因,海外函授生存在着文化程度、中医基础、临床经验等方面的差异,因此只有从实际情况出发,采用因材施教的方法,才能使程度不同的函授生通过临床实习,学有所获,达到教学大纲的要求。

要做好这项工作,就需要对每期参加临床实习学生的基本情况有个了解。例如函授生的各科成绩、职业、年龄、是否有临床经验等,必须做到心中有数。为了深入了解情况,我们便在函授生进入临床实习之前,进行基本理论的调查测试。经过调查与测试,可将他们学习情况大致区分为三种类型:1. 理论知识掌握还不够熟练,

又缺乏一定的临床基础；2. 有较好的理论基础，基本知识掌握较好，但缺乏临床经验；3. 有良好的中医基础知识，并有多年的临床经验。

在了解基本情况的基础上，我们于临床教学中相应采取了“抓两头带中间”的做法，即对第二种类型者按实习计划进行临床带教。对第一种类型者得适当放慢独立应诊时间，并对基本理论的缺漏加以个别辅导。如采用布置作业的做法，每天实习前进行检查指导，或晚上进行个别辅导，或安排一定时间进行系统地复习等，使这类型的函授生在较短的时间内，提高到第二类型学生的水平。对第三种类型者，在执行实习计划中可适当加快进度，提前进入独立应诊阶段，除给予处理常见病、多发病之外，适当给予个别疑难病证的处理，并根据学生的情况，指导他们运用中医“经典医著”来指导诊疗疾病。还给他们传授古代、近代名医医案的经验。如《临证指南医案》等，使这类有良好素质的函授生，在原有的基础上取得更多的收获。

在分组带教时，我们根据上述三种不同类型，进行适当安排，即对第一种类型者，先安排在校本部医院带教，经本院老师“加工”以后再回到市区规模较大的医院实习。对第三种类型者，一般先安排到市区医院实习，然后再回本校医院继续提高。这样就使三种不同类型的学生在临床实习中，取得相应的收获，达到教学大纲的要求。

二、“三基”训练，循序渐进

临床带教必须坚持“三基”的系统训练。例如“四诊”训练，要力求精、准、全。即对病史的采集必须精细，诊断要求准确，内容必须全面，这样才不致误诊漏诊，贻误病情。在临床操作过程中，要求多问、多看、多想、多写，使学生掌握要领，体会深刻。进行辨证论治时，要求学生每个病例都要达到理、法、方、药一致性的训练，掌

握中医辨证论治的基本要领,帮助个别学生解决开方无法,用药无方,主兼症混淆不清的难题。

同时,注意遵循循序渐进的教学原则。例如在初诊阶段,必须经“四诊”基本功的训练以后,再进入辨证论治阶段;在辨证论治的基本要领掌握之后,才让学生独立应诊,书写完整的中医病历。

三、大胆放手,严格把关

在学生独立应诊阶段,我们要求带教老师既要大胆放手,又要严格把关,即“放手不放眼。”对初诊病人,先让学生应诊,但对学生的理、法、方、药必须严格把关,如有错漏,即予纠正补充。对开方用药的加减,以及用药份量的多少,药物的先煎后下等,均要一一给予指导。在诊疗中,我们还注意处理好辨证与辨证病的关系,对个别病例一时不能下明确诊断者,则不排除借助化验和其它检验手段的“辨病”来协助诊断,使学生的诊治水平得到较快的提高。对复诊者(包括由西医和其他医生初诊)转来的病例,如疗效不显著者,就让学生独立思考,并指导他们分析疗效不佳的原因及改进的思路,提出看法。正确者采纳,不正确者,给予更正,使他们既有充分发表意见的机会,又能取得总结归纳与分析提高的效果。

四、定时考查,及时指导

临床带教中,我们根据不同阶段的要求,对学生进行不定期的考查。一般每周安排1—2次。通常是在每天上午实习前,用10—15分钟的时间进行小测,小测之后当场评审讲解,及时了解学生的实习效果和各阶段学习情况,并根据学生存在的问题,进行有针对性的辅导,指导他们掌握有关学习内容和学习方法。例如有的学生对方药的基本知识掌握得不够熟练,甚至有的知其然而不知其所以然,(如龙胆泻肝汤中为什么要配当归、生地及利尿药等),都要一一给予讲解,从而通过具体问题的分析,启发他们也“知其所

以然”。

五、结合教材,联系实际

在临床辨证中,我们力求按教材内容来分型,使学生有所依循。而在立法处方中,则以一个或两个典型的药方为主,进行加减变化,便于他们理论联系实际。当然,对那些较有临床经验者,我们则多传授一些现代各地名医的独创性、确有疗效的方药,及其他老师的临床经验。例如盛国荣教授创造的“三台粉”治疗冠心病,笔者应用补肾活血法治疗“骨质增生”病等。

六、个案分析、系统观察

在临床教学时,我们注意到了对较典型的病例进行充分的分析。其中包括对病例的病因病机和疾病的发生、发展、转归、预后等的分析。特别是对类证的鉴别诊断,更要加以深入介绍。例如一般外感病与风湿病的鉴别,湿热痢疾与湿热泄泻的鉴别,咳血与吐血的鉴别要点等等,都要在带教中加以指导,对于常见和某些疑难病证的论治,也要注意指导学生系统观察、全面分析。如黄疸病的潜伏期、发作期、中期的临床表现和后期的转归等,都要求学生深入细致地观察和记录,以达到“学一病带多病”的教学效果。

七、典型病型,启发讨论

对某些较典型的疑难病证,我们也采取组织学生讨论的方法。讨论的方式一般有两种:一是当场讨论,在诊疗中由各位实习生发表意见,然后由带教老师综合分析。其二是把所诊察的病例(如住院病例)让学生详细“四诊”之后,回去准备,第二天在查房前进行讨论,最后由带教老师综合讲解。第一种方式适用于较简单的常见病与多发病,如感冒、咳嗽、不寐、胃脘痛等。第二种方式适用于较复杂的病证,如中风、肺癆、吐血、臌胀、昏厥等病证。病案分析也是

实习期间的固定课型之一。

八、结合临床,传授经验

在完成临床教学大纲的基础上,我们还注意适当地传授带教老师自己的临床经验。如鉴别诊断,立法处方,用药配伍以及对某些疾病的治疗经验与专病专方专药等等。笔者曾应用理气化湿法治疗多囊肝、多囊肾;应用首乌配决明子等治疗高脂血症等等,这些内容虽然教科书未记载,但在临床上确取得较满意之疗效,这对函授生的学习也是很有收益的。

九、书写病历,总结提高

我们要求实习生病历书写做到全面、准确、精练。“全面”就是要系统地记录病历(包括现病史、个人史、家族史等)和现在症及其有关的检查内容;“准确”就是对采集“四诊”的材料要力争准确,用词不夸张;“精练”就是重点要突出,主次要分清,即主证兼证不错漏,以达到“精而不漏,多而不杂”的记录。我们严格规定,没有完成规定数量的合格病历者,不能参加毕业考试。

通过病历的书写,学生可以从个案的收集得到多种病证的总结,从而提高其理论认识。例如笔者治疗汗证的经验,治疗泌尿系结石的经验体会等,就是从个案的认识总结出较完整的治疗经验。病历的书写,也可以对“经方”加以总结提高,如笔者对桂枝汤、参苓白术散、血府逐瘀汤加减的临床应用体会,都是从书写完整病历开始,总结出独到性的临床经验。这些经验对参加实习的函授生诊疗水平的提高,也是有较好的启发作用。

十、言教身行,教书育人

在临床带教中我们还注意做好医德医风教育。我们的主要做法是,要求带教老师必须以身作则,言行一致,做到“三要”、“三不

要”。“三要”就是对待患者要认真负责,将心比心,体贴照顾和具有实事求是的科学态度;对业务技术要精益求精,具有胆大心细的精神;对待他人的经验要博采众长,取其精华以利提高。“三不要”就是不要把患者当成实验品;不要在处方用药中谋求私利;不要对病人有贵贱亲疏之分等。总之,带教老师必须以自己的实际行动来诱导学生,既做到无私地传授业务技术,又有机地进行教书育人的工作,这样才能培养出既有较高水平的业务知识,又有献身于中医事业良好医德医风的海外高级中医师。

(原载《中医教育》1994,(1)42~44;四川《中医函授》1991,(3)41--43)

注:本文在全国中医药成人教育学会二届二次学术年会上,被评为优秀论文二等奖。

略谈海外中医

函授教学作业的命题批改

中医海外成人教学中,作业的命题与批改是极其重要的环节,关系到教学质量和教学效果,是了解学员学习情况,以致减少流生率,提高毕业率的重要因素。现就本人几十年来的教学经验体会,提出以下几点管见,愿与同道们商讨。

一、目的要求

1. 执行教学计划:按专业的课程设置,与各门课程的教学计划要求,必须安排一定数量的作业,规定自学时数与作业时数,以利于学员循序渐进,如期完成教学任务。

2. 指导学员自学:有人说考试是“指挥棒”,我们认为对函授学习而言,作业亦是督促学员自学的“指挥棒”,所以要求命题时重点要明确,要有启发性、综合性与独立思考性,而且覆盖面要宽,做到由易而难,步步深入,实现教学计划。

3. 检查自学效果:学员对知识掌握程度的好差,学习进度的快慢,学习态度认真与否,基本上能在作业上反映出来,这样有利于任课教师对每位学员存在的不同问题,针对性地进行指导。

4. 沟通师生感情:从作业的命题、批改、以及通信答疑,师生之间可以建立深厚的感情,特别是通过教师认真指导,学员实践之后,对老师有效经验,印象尤为深刻,永不忘怀。

二、作业命题

1. 要注意几个方面:即重点与难点面,以及题目的覆盖面。重点要求突出,难点明确,题意要清楚,难易结合。这类可用问答题、或比较题,或病案讨论题的形式体现。覆盖面要宽,其题型可以用多选题,填空题等形式体现。

2. 要注意“三基”的培养:尤其基础理论课,一定要突出基础课论、基本知识与基本技能的培养与训练,使学员在自学中打好坚实的基础,以利于临床学科的教学。

3. 在命题中要注意“四性”:即连续性,启发性,综合性与实用性。连续性是指上下课程的衔接与本课程前后的衔接;启发性指题目不要呆板,要促使学员发挥独立思考的能力,避免简单抄书的现象;综合性即是培养学员辨证论治与理、法、方、药综合应用能力,尤其临床学科必须增加这类题型的份量,以利综合分析能力的培养;实用性就是指联系临床,使学员所学的知识紧密地与临床实践结合起来,学以致用,使学员越学越有兴趣。

4. 命题中可以适度“超纲”:一般是按教学大纲的要求而命题,但考虑到部分学员水平较高基础较好者要“吃够饱”的要求,可以适度“超纲”,但比例不宜太大,可以控制在3—5%之内,可使部分程度较好的学员感到学有所获,有可学的奔头,随着我国每年举行的中医师水平考试工作的实施,为适应海外学员的需要,还可根据国际中医师考试大纲的要求,参照修订作业范围。

三、作业批改

1. 作业批改要求规范化、标准化:其一,符号的使用要统一,前后的课程相一致,这样才会使学员领会任课教师的意图,以及应纠正的问题。其二,文字的使用,一定要按我国国务院公布批准的简体字为基础,不能出现不规范的简体字、别字,以免学员看不懂。其

三,眉批、段批、总评等,均必须按规定的预留空白处书写,以利学员复习时参考对照。

2. 对教师的要求:要经常研究成人教育的特点,练好基本功。其基本功之一,即字迹要端正清晰,卷面整洁,语法规范,条理分明。另一方面在业务上要概念准确,针对性强,内容精炼,力求运用最新的科研成果与统一规范的定义。例如《方剂学》的配伍原则的佐药中,应明确介绍佐药有三种含义(即佐助药,佐制药,反佐药)之内容。这样才有利于教学质量的提高。担任函授教学的教师,必须经常研究成人教育的特点。如成人教学是在业余、分散、自学的形式下进行,同时其年龄高低不一,程度差异悬殊较大,但求知上进的欲望则较高,有自觉学习、刻苦钻研的精神,所以在作业批改中其用词必须讲究,语气要中肯,使学员心理上形成一种可受性、可学性、可信心及其亲切感,用辞千万不要简单化,以免挫伤学员的自尊心、自信心与自爱心。要做到上述几点,对每位海外函授教育工作者,必须做到对自己的事业树立“三心”(即:爱心、细心、耐心)的献身精神,对学术才能虚心严谨,对工作才能细心耐心,对每位函授生才能树立爱心,有这样的一支教师队伍,我们海外函授教育事业,才能蒸蒸日上,兴旺发达。

3. 业务指导:要因材施教,鉴于海外函授生的文化高低不一,中医基础知识功底差别较大,临床经验经历不同,我们在批改作业时,必须采用因材施教的教学方法。一般可以分为三个层次给予指导。其一,对初学者,而中文水平较好的学员,可以按教学计划、教学大纲的要求进行教学;其二,对程度较差,中文水平一般者,一定要细心指导,从文字上到内容上都要一一给予批改,如错漏较多,又不能领会题意者,要要求学员重做作业。此时,函授教师必须提示学员如何做,可以通过写信的形式给予示范指导,甚至要帮助学员分析答错的原因,这样才能避免今后发生类似的差错,真正做到细心指导,循循善诱,爱生重教;其三,对一部分程度较高又有多年

临床经验的学员,一般成绩都在优良以上者,其作业应如何批改呢?我们认为除了命题中加少量“超纲”题目外,在作业中亦可以加深内容,从拓宽深度与广度入手,加以指导,例如对某些疑难病证的治疗,除了按教材内容指导之外,亦可以介绍杂志上报导行之有效的治疗方法,同时亦可介绍自己的临床治疗经验等内容,这些内容可以满足这部分“吃不饱”学员的需要。另外应注意一个问题,即内外有别,不任意引用未经公开发表的机密内容。总之,要做到因材施教,掌握差别,分别对待,既不泄密又做到有问必答的教学态度。

四、作业评分

作业的评分一般可分为五级评分法,即:优、良、中、及格、不及格。从量化而言,90分以上为优,80—89分为良,70—79分为中,60—69分为及格,59分以下属不及格。评分掌握的原则宜粗不宜细,宜就高不宜就低,宜向前看不宜向后看的办法。因为学员的作业是在自学基础上完成的,可以看书,可以参考其他资料,甚至相互讨论后再作答,所以评分时宜粗不宜细。学员作答的作业,其基本内容能掌握,无差错者,一般可以评给“良”的成绩;能掌握课本内容之外又有所发挥者,可以评“优”,对某些题目有独特见解者,亦可以评“优”,以利于鼓励学员学习的积极性;对于某些同学开始时成绩较差,而以后进步提高较快者,亦可以采用向前看的评分法。对于前面所说的“超纲”题目,在评分中只作参考,不必全部加入计算,但如能解答者,可以加分,给予肯定与鼓励。总之,既要有统一的评分标准,又要有灵活掌握的评分办法,才能鼓励学习,鼓励奋进,促使树立信心,及时完成作业,培养海外合格的中医师,使中医事业在五大洲开花结果。

(原载《中医教育》1993,(5):45—46)

如何减少流生率的探讨

减少流生率是海外函授教学中的一项重要工作。近年来在院领导的重视下,各位任课教师做了大量工作,流生率有了明显下降。现以中医内科专业《方剂学》的流生情况统计为例:(1986年4月8日统计)

分类 届数	共有 学生	已经学完	现在学习	流生人数
81 届	54 人	37(占 68.51%)	4(占 7.4%)	13(占 24.07%)
82 届	71 人	53(占 74.64%)	6(占 8.45%)	12(占 16.9%)
83 届	45 人	35(占 77.7%)	7(占 15.35%)	3(占 6.66%)
84 届	28 人	11	17	0
85 届	5 人	0	5	0

从以上统计可以看出流生率逐年下降,这是因为领导重视,教师及时做好通信联系工作,及早发现函授生存在的各种问题,有针对性的帮助解决的结果。也说明只要发动群众,特别是任课教师,做好学生工作,是可以把流生率减少到一定的限度内。现就如何做好函授生工作,谈谈以下几点体会。

一、加强联系,及时发现问题

要做好学生的联系工作,必须定期或不定期地检查学生缴交作业的情况,如有3~5个月没交作业,应及时去信了解情况,帮助

解决问题。例如香港学生黄××，在1985年10月份停止了三个月没交作业。当我们去信了解到她由于学习气功，而影响函授作业的完成时，我们即去信一方面鼓励她好好学习气功，并指导她要学好气功，也必须在中医学基本理论的指导下才能学好。使她认识到学习气功与函授学习之间并没有矛盾，并且可以互相促进。因此她停了三个多月之后，又再继续函授学习。此后，她不仅就学习方剂中的有关问题来信请教，而且还把她学习气功的体会和存在问题来信探讨。这样就更加进一步地加强了师生的联系，促进了学员函授学习的积极性。

又如缅甸学生林××。自从1984年10月份以后停止交作业。我们在今年(1986)二月份去信询问后，他即来信反映：由于寄交作业时遭到当地邮局的拒绝。并提出须交当地情报部门检查，方可寄出，由此产生了困难，无法缴交作业。正在着急之中接到我们的去信，喜出望外，立即把我们的信件取去与我驻缅甸领事馆联系，在我领事馆的大力协助下，他的作业和信件才得以寄出。当我们接到他的来信之后，即去信赞扬他不忘函授学习的可贵精神，同时指导他寄交作业时应注意的问题，如次数不宜过多，字迹可写小一些，而且纸张的两面均可书写，这样一方面可以减少邮寄重量，另一方面可以避免当地邮局之麻烦。因此这位同学又再继续函授学习。

二、加强辅导，介绍学习方法

对某些在学习中有困难的函授生，必须加强辅导，介绍有关学习方法。例如缅甸学生温某，在学习中有些作业完成不太好。我们就及时去信介绍学习《方剂学》的某些方法。辅导她学好方剂学不但要熟识汤方的组成、功用、主治，而且可以从方剂的配伍意义来加强记忆。同时亦可以从类方的比较中掌握汤方的特点。此后，她的最后几次作业都完成得比较好。她的学习有进步，使她父亲非常高兴，并表示学完内科有关课程之后，她父亲要送她来校实习。在

她没来之前还安排她补习华文,以便做好实习前的准备。

三、做好答疑,及时解答疑难问题

认真做好答疑,及时解决学生函授学习和临床工作中的有关问题,可以大大加强函授生学习积极性。例如澳大利亚学生蔡××,曾多次来信询问病例,不管是中医、西医的病例,我们都认真解答,使他感到学有所得,感到学习理论能解决临床中的实际问题。这样可以加强函授生的学习积极性与刻苦钻研业务的精神。这位同学在学完方剂学之后,除来信表示感谢之外,还建议我们要研究治疗癌症的新方药。

又如印尼学生陈××,在阅读国外杂志中发现有些中草药的药名不知如何翻译成中文,即来信询问。当时由于我院的资料有限,一时不能查核解答,我们为了不使函授生在学习中发生困难,即请教我校生物系王老师,在王老师的大力协助下,查清了中草药的名称科属,当他接到我们的解答之后,来信表示万分的高兴。

四、关心函授生,帮助解决有关问题

当海外函授生在工作、生活、学习中发生困难时,我们应当及时去信关怀。例如泰国学生苏××,年已70多岁,仍坚持函授学习。在1984年8月间曼谷发生洪水时,他家住处受到洪水冲击,而且他身患高血压,工作生活甚为困难,因而被迫停止函授学习。我们了解以上情况之后,立即去信慰问,并开了一张处方供他治疗高血压时参考,同时安慰他先把家庭生活安排好,身体治疗好之后再继续函授学习。当他接到我们的信件时,即来信赞颂祖国对海外赤子之关怀,表示在他有生之年,一定要学好祖国医学。

五、分析情况,及时、有针对性地指导

有些函授生学习成绩尚好,但有时也停了一段时间没交作业,

我们应当及时去信了解情况,以便及时针对性地指导。例如某日本学生 1985 年 6 月之后停了 3 个月没交作业,当我们去信,了解到在日本学习方剂时都以古方研究为多,经常一律以“方证相对”而学,不许任何加减变化。如证不符方即无所适从。因此,我们就去信阐明学习古方的目的,必在于古为今用,即在临床辨证的基础上可以大胆地加减应用,才能取得较好疗效。例如“四逆散”,此方不但可以治疗《伤寒论》所说的病证,亦可以治疗慢性肝炎、胆囊炎、胰腺炎、神经性胃炎等属于肝胃不和的病证,并例举了一些杂志上的报导。这样不但扩大了学生学习的视野,也加强了学习古方的兴趣,从而促进了函授学习的信心和进度。

六、介绍学术进展,加强学习信心

有些海外函授生,对学习中医缺乏了解和信心,我们在加强与学生的通讯联系中,介绍中医学的历史和现代某些学科研究的新进展。例如中医中药治疗急性病,治疗冠心病,治疗肿瘤,治疗急、慢性肾炎、中草药治疗疟疾等研究的新成果(指公开发表的)。这样一方面可以使海外函授生了解我国中医中药研究的新进展,同时可以加强学生学习中医学的信心。例如法国学生刘××,新加坡学生赵××,香港学生胡××等,我们经常来信中或作业中介绍以上情况,因此,他们来信普遍反映很好,如赵××说:“以前认为中医是分各种各样学派的(如伤寒派、温病派等),各干各的医术。现在看到祖国医学已用现代科学的方法加以研究,创立了新医学,使我们海外赤子学好祖国医学加强了信心,同时也对如何大胆加减应用方剂,增加了新的知识”。

以上几点体会,说明教师努力做好海外函授生的通信工作,有“三有利”、“四好处”。三有利即有利于丛谈业务,了解海外的情况;有利于丛谈学习,了解学生的思想动态;有利于丛谈学术,扩大海外的文化交流。四好处即:一,可以减少流生率,把流生率减少到一

定限度内,从而更好地做好函授教学工作;二,可以及时了解海外情况,增进师生感情,从而更好地帮助函授生解决有关困难问题;三,可以促进函授生学习我国文化的积极性,从而更好地扩大国际影响;四,可以从中做好教书育人的工作,使函授生在海外更好地发挥作用。

(本文为 1986 年三十周年院庆科学讨论会论文)

对海外中医函授生“三基”培养的探讨

在海外中医函授教学中,如何提高《方剂学》的教学质量,是关系到本专业学习能否顺利进展,减少流生率,提高毕业率的重要课题。因此,我们几年来在海外函授教学过程中采用了因材施教、图表示意、编写辅导资料、联系临床实践等方法,来提高海外函授生“三基”素质,取得了一定的成效。

一、因材施教

由于海外函授生的华文水平、年龄、职业、中医基本理论水平的差别和临床经验的不同,使我们在教学过程中,必须采用“因材施教”的教学方法。在海外函授生中,一般可把学生分为三种类型。第一种类型,即指初学者,有较好的华文基础,但没有临床经验;第二种类型,即有较好的中医理论知识,但没有临床经验;第三种类型,是指有良好的中医理论知识,又有多年的临床经验。在上述三种不同类型中,我们采用了抓两头带中间的办法,对第二种类型的函授生,根据教学大纲的要求,按计划进行教学。对第一种类型,在教学过程中编写若干的辅导资料,加以辅导,要求重点掌握80~100个重点方剂。在批改作业中,着重指导方剂学的基本理论和基本知识,使这部分函授生达到教学大纲的要求。对第三种类型,除了按教学大纲要求之外,在教学过程中,还适当介绍一些教材之外的内容,例如杂志上报导经方的临床应用和名老中医的临床经验等,以扩大这部分学生的知识面,从而使上述三种类型的函授生各自都学有所获,在原来的基础上得到提高。

二、图表示意

为了帮助学生更好地掌握方剂的基本知识,我们介绍推广了福建中医学院黄荣宗老师编写的“脏腑用方示意图”。这个图表对函授生如何进行脏腑辨证用方,很有启发,海外函授生反映很好。

三、编写辅导资料

在函授教学过程中,为了帮助学生掌握方剂的基本知识和类方的鉴别应用,我们编写了若干辅导资料,例如理中汤、痛泻要方、藿香正气散在功用、主治上有何异同点? 归脾汤、黄土汤在药物组成、功效、主治上有何异同点等内容。同时在教学中,对海外函授生来信提出的疑难问题,编写回答形式的材料在我院“中医海外教学”里刊登,定期发给海外学生,供他们在学习中参考,从而使函授生更好地理解教材,掌握方剂的基本知识和灵活加减应用的技能。

四、联系临床实践

在后期的面授教学时,我们采用了理论联系实践的教学方法,即专题介绍了若干常用方剂的临床应用,例如桂枝汤、参苓白术散、血府逐瘀汤、温胆汤、龙胆泻肝汤、百合固金汤等十几个重点有代表性的方剂的临床应用,使学生理论联系实际,开拓了方剂应用的视野,扩大了知识面,从而巩固了理论学习的成果。

在回校参加临床实习的学生中,要求带教老师所开的处方,力求按教材为主,以便使学生学有所循。在带教过程中,经常发现学生对方剂的药物配伍中,知其然而不知其所以然,带教老师必须及时地对实习生加以指导。例如,六味地黄丸的药物配伍为什么要“三补”、“三泻”,龙胆泻肝汤中为什么要用补血药和利尿药,玉屏风散中芪防合用的意义等等,从而使学生在临床实践中,加深对方剂学基本知识的掌握。

五、指导学习方法

在函授教学中,根据函授生的不同情况,可以及时地介绍有关学习方法。例如对年龄较大,记忆力较差,而理解力较好的函授生,我们着重指导他们采用方剂配位加减记忆法和类方比较应用法,例如六味地黄丸加减变化的有关汤方,二陈汤加减变化的有关汤方,麻黄汤与桂枝汤的组成、功效、主治的比较,五苓散与五皮饮功效、主治的比较等等,从而增强函授生的理解力和记忆力,更好掌握方剂的基本知识。

有些函授生在海外已经不同程度地学过方剂学,有的地区多用“科学中药”或提炼中药,认为学不学方剂无所谓,甚至个别学生认为“学方三年无病治”、“治病三年无方医”的错误思想,从而出现开药无方,或开方无法的弊端。我们即针对这些学生存在的思想,介绍学习方剂学的意义,方剂学在本科的地位和作用,使他们端正学习态度,认真地学好本课程,以达到学而不厌和温故而知新的教学效果,对于那些较年轻、记忆力较好的函授生,即强调必须熟读背诵汤头歌诀,来帮助掌握方剂学的基本理论和基本知识,从而使他们在临床实践中提高应用方剂的能力。

(本文于1991年9月8日在全国方剂学教学学术研讨会作大会发言;
1988年全国中医学会方剂学研究会年会论文集选登)

二 教学辅导

学习《中医内科学》之管见

《中医内科学》是本专业的一门重要临床课,安排的学习时数及其临床实习的时间最多,由此可见本课程在中医专业中所居之地位和作用,是极其重要的。对于海外函授生如何学习本门功课,现提出个人之管见,以供同学们参考。

一、系统学习,掌握“三基”。

本教材共有 49 个病种,除疝气、脚气、奔豚气、疟疾等几个次要病种之外,其他 30~40 个常见病,多发病都必须系统学习,掌握各个病种之病因病机,辨证要点,治疗方法,为临床独立应诊打下良好的理论基础,其基本知识的核心是辨证施治,每一个病种的证型必须熟练掌握。例如感冒有三大证型,即风热感冒,风寒感冒,体虚感冒,而体虚感冒又有气虚、血虚、阳虚、阴虚之别。各证型的主证,主要病机、治法方药都必须系统学习,全面掌握,临床时才能心中有数。而各证型的主要辨证要点一主症、舌苔、脉象必须加以鉴别,才能力求辨证准确,治法方药切合病情,以提高临证的治疗正确率。当然,临床工作中,也常常看到虚中夹实,实中夹虚,寒热互参的现象,如果我们掌握了其辨证要领,就有可能从错综复杂的病证中,辨别出是本虚标实,或是本实标虚,从而找到疾病的根源,采取正确的治疗方法。

二、纵横联系,前后互参。

中医内科学是一门临床课,要学好这门临床课,必须在学好中医基础理论、诊断学、中药学、方剂学以至内经、伤寒论、温病学的基础上,才能学好本门功课,故在学习中必须前后互参,纵横联系。当学习到病因病理时,要联系到中医基础理论的病因病机的内容。当学习辨证分型时,要联系到诊断学的八纲辨证,脏腑辨证,气血津液辨证等内容。当学习到论治时,必须联系中药学、方剂学之内容。所以只有学习好上述基础课,在学习本门功课时才可以前后互参,融会贯通。

三、重点记忆、加深理解。

对每个疾病的证型是重点记忆之内容,例如咳嗽有外感与内伤之分,而外感有:风寒咳嗽、风热咳嗽、燥热咳嗽;内伤有:肺虚咳嗽、痰湿咳嗽、肝火犯肺之咳嗽。这样,内外共有六型,这六证型的主症、病机、治法、方药即可串连起来记忆。至于病因病理亦是学习的重要内容。再以咳嗽为例,它的病因病理主要有两个方面:(1)是外邪侵袭,主要是六淫外邪的侵袭,即风、寒、暑、湿、燥、火由口鼻或皮毛侵袭机体之肺卫而发病;(2)脏腑功能的失调,一般有脾失健运与肝火犯肺两个方面,因脾为生痰之源,肺为贮痰之器,脾失健运、痰湿内生;肝气郁滞,郁而化火,火邪灼津,化痰犯肺。所以重点记忆,加深理解亦是学习本门功课的一种方法。

四、背诵警句,掌握要领。

在学习中有些重要的警句必须背诵,来加深理解发病的病因病理,或者鉴别诊断的要领。例如眩晕病,《素问·至真要大论》云:“诸风掉眩,皆属于肝。”《景岳全书·眩运》云:“眩运一证,虚者居其八九……,无虚不作眩”,《丹溪心法·头眩》云:“无痰不作眩

……治痰为先”。由此可见,眩晕一证与风、虚、痰之发病有密切的关系。在疾病鉴别诊断方面亦有许多的警句与要言,如咳血与吐血的鉴别,《症因脉治·吐血咳血总论》说:“胃中吐出名吐血,肺中嗽出名咳血,吐血阳明胃家症,咳血太阳肺家症。……咽中胃管呕出名吐血,喉中肺管嗽出名咳血。”又如癫与狂的鉴别,《难经》云:“重阴者癫”,“重阳者狂”。王太仆又说:“多喜为癫”,“多怒为狂”。这些都是鉴别诊断扼要之论,如果记熟了,临证时就可给鉴别诊断提供很好的依据。

五、举一还三,由博反约。

在临证治疗中,只要带教老师提出某种治法,学员就要领会其涵义,即举一还三,由博反约。如“虚则补其母,实则泻其子”之治法,是根据脏腑生克关系运用于临床的治疗方法。所谓“虚则补其母”,就是指当某脏虚弱时,除了直接对该脏进行补法治疗外,也可间接补益它的母脏,如脾与肺是母子相生关系,脾为肺之母,肺为脾之子。若肺气不足,就可影响其母脏,如虚劳病人久咳肺虚,会出现脾胃不振、纳呆、便溏等症,治疗时就可按照“虚则补其母”的方法进行治疗,候脾胃健全,食欲增进,不仅便溏自止,而且因肺得谷气的滋养,久咳等症也可治愈,这就是常用的“培土生金”法。“实则泻其子”,就是指某脏之病由于子实而引起时,可泻子之实的治母病。如肝火偏盛,影响肾的封藏功能,而致遗精梦泄,在治疗上就应清泄肝火之实,使肝火得平,则肾的封藏功能也就会恢复,遗精梦泄可随之而愈。

在治法当中还有“壮水制阳,益火消阴”,“泻表安里”、“开里通表”以及“清里解表”等法。临床辨证时经常应用,要求学员即要领会其涵义,包括病因病机,主症、方药。

六、博采众长，虚心求教。

在临证工作中，有的是教科书上没有讲，而许多名老中医多年实践积累的独特经验。只要我们虚心学习，博采众长，就可以学到书本上没有的知识。例如冠心病的治疗，冉雪峰主张先通后补，常用利膈、通络、消症、散结等法治之；蒲辅周主张活血顺气，反对破血攻气；岳美中主张以阳药及通药廓清阴邪，不可参杂阴柔滋敛之品，因证选方。又如表里同病的治法，程门雪主张：“热病可以表里同治，解表时必须清里；如寒病则不宜表里同治，应先温里而后解表，温里药不致妨碍外邪，而有托邪之力。”在50·60年代泉州名老中医陈世哲治疗肺癆病的患者，经常用驱虫药（如百部、贯众、雷丸、鹤虱等）来治疗肺结核，以达到消除结核杆菌之目的。这些都是我们学习中医内科学不可多得的宝贵经验。

七、博览众书，精读医案。

程门雪说：“一个临床医生，没有扎实的理论，就会缺乏指导临床实践的有力武器。而如无名家医案作借鉴，那么同样会陷入见浅积寡，遇到困难就会陷入束手无策的境地。”因此，精读名家医案也是学习本门功课的重要内容。例如《叶氏医案存真》云：“胃主纳，脾主运，能食不化，泄泻，治在太阴脾脏，此脏为阴脏，阳动则能运。凡阴药取味皆静，归地之属，反助病矣。淡附子、淡干姜、生益智、生砂仁、人参、茯苓……。”此案为脾阳不振，运化失司所引起的泄泻，叶天士在辨证中提醒用药把关之要点“阴药取味皆静，归地之属，反助病矣。”这说明在叶氏治疗之前有人误用归地之品，因泄泻日久，可能有血虚的表现，此时叶氏提醒医者不能再用阴药（如熟地），有滞气之弊，只能通过健运脾阳，才能达到化气生血，因脾主益气，为生血之源，故叶氏最后指出“阳动则能运”一句，确是至理名言。所以精读医案，取其精华，古为今用的确很重要。如《清代名医医案精

华》、《临证指南医案》、《叶氏医案存真》、《全国名医医案选》等，这些书均可选读、精读、读后最好做学习笔记，从而不断提高内科病的诊疗水平。

八、辨证治疗，以常达变。

学好内科学的基本理论、基础知识，为临床辨证论治打好基础是很重要的，但更主要的要根据临床的实际情况，采取不同的措施。《内经》所说的“急则治其标，缓则治其本”、“间者并行，甚者独行”的治疗原则，对治疗急、危、重证是极其重要的。在疾病发展过程中，如果出现紧急危重的证候，影响到病人的安危时，必须按“急则治其标”，如便血的患者，出血较多，头昏眼花，脉沉细欲绝，必须先给独参汤或参附汤以扶元气，然后再用止血的汤方治疗。“缓则治其本”，是指一般较平稳的病情，或慢性病的治疗，如阴虚燥咳，则燥咳为标，阴虚为本，在热势不甚，无咳血、咯血等危急症候时，当滋阴润肺以止咳，阴虚之本得治，则燥咳之标自除。“间者并行，甚者独行”是指在标本俱急的情况下，必须标本同治，以及标急治标，本急治本的原则。如见咳喘、胸满、腰痛、小便不利、一身尽肿等症，其病本为肾虚水泛，病标为风寒束肺，乃标本均急之候，所以就必须用发汗、利小便的治法，表里双解。如标证较急，见恶寒，咳喘、胸满，而二便通利，则应先宣肺散寒以治其标；如只见水肿、腰痛、二便不利，无风寒外束而咳嗽轻微，则当以补肾通利水道为主，以治其本之急。总之，在临证错综复杂的病证中，既要按一般常规的治疗法，亦要根据实际情况以常达变，才不会延误病情，及时地得以治愈。

（本文原载于《中医海外教学》1993，（2）：29～31）

学习《伤寒论》之管见

《伤寒论》是中国医学经典著作之一，有很高的科学价值，至今仍有很强的临床实践意义。但由于《伤寒论》成书年代较早，文字比较古奥，对初学者确有某些困难。现就个人之管见提出以下几点意见，供同学们学习时参考。

《伤寒论》与《内经》、《难经》的关系

据仲景自序，曾撰写《素问》九卷、八十一难……等，可知《伤寒论》与《内经》、《难经》有着密切的关系。如《伤寒论》里对“六经”、“阴阳”、“营卫”、“气血”等的命名，都是从《内经》、《难经》里引用出来的。

《伤寒论》一方面继续了《内经》学说，另一方面由于作者——张仲景根据本身临床实践，天才地创造了六经证治法则，因而《伤寒论》里的许多观点，有的是遵循《内经》，有的则与《内经》不尽相同。

例如“阴阳”、“六经”这些基本名词，仲景的用意与《内经》就有一定区别。《内经》里的“阴阳”，所指的范围很广。它除说明人体生理、病理问题外，还包括代表人体以外的自然现象等。《伤寒论》里的“阴阳”，则是用来解说疾病现象和机体机能的。它有时是指病势的进退，有时是指机体机能的盛衰，有时是指脉象，有时既指病势又指人体的机能。

六经的使用意义，是随着使用这一术语的作者观点而异。同属《内经》系统，《灵枢》六经和《素问》六经就不完全相同，而《素问》六

经和《伤寒论》六经更有差别。《灵枢》六经是指手、足十二经的经脉，是适用于针灸运用经络穴位以及言经脉的循行路线的；《素问》六经除指手、足十二经脉的经穴路线以外，还指十二经脉发病的病证——主要是手、足六经的病证，同时还指及岁时气候——五运六气的运行和交错；《伤寒论》的六经，是作为说明伤寒病证候出现的六个提纲，也就是将伤寒病分为六个证候群。每一经代表某一些证候群，只要看《伤寒论》里对三阳、三阴，只称“病”而不称“经”，就可以理解仲景沿用《内经》六经名称，内容含义却和《内经》不同。

又如，伤寒一日传一经，六日传尽的说法，是仲景引用《素问》的记载，但经过他的临床实践，认为这些理论不尽切合实际。此后仲景在这个问题上，既不推翻，也不泥守，因此论中就有“伤寒一日，太阳受之”，“伤寒三日，三阳为尽”……等，按《素问》的说法，也有“太阳病八、九日”，“伤寒四、五日，身热，恶风”……等，根据他临床体会的说法，前者拘于日数，后者不受日数所拘，看起来好象矛盾，其实不然，我们如果历史地辩证地看待事物的发生与发展，这个问题就可以解决了。

明确了上述这些问题，我们就可以体会到《伤寒论》的条文，有些地方是可以《内经》学说解释，而有些却不能勉强解释，如果附会强解，就会“求深反凿”了。

《伤寒论》与汉代医家的关系

我们知道，汉代医家有医经派和经方派，医经派注重理论；经方派则注重临床实践。仲景是经方派的代表人物。所以仲景著《伤寒论》时，是从三方面着手的：一是总结古代医学理论——即“勤求古训”；二是总结当时医家的经验——即“博采群方”；三是总结自己本身的临床实践体会（这是最主要的，最基本的）。所以《伤寒论》之内容有的是医经家的理论，有的是经方家的经验。其中有关针灸部分，有的是仲景自己实际经验，有的仅仅是引用当时针灸家

的学说。

《伤寒论》与汉文学的关系

汉代散文是先秦历史散文和哲学散文的继续，文字比较古朴简练。所以《伤寒论》在文句结构上，也继承了当时以前的传统，沿用了前代的“省文”、“举客略主”、“插叙”、“倒叙”等笔法。

1. 省文：《伤寒论》文字较为精练，有的单提一证，有的单提一脉，但其中包含着很多意思，需要和其它条文互参，或需依方测证，才能更好地明确运用。

例如第18条：“喘家作，桂枝汤加厚朴杏子佳”。这一条是指素有哮喘的病人，如今受了外感，具有桂枝汤的证候，必须用桂枝汤时，可在该方中加入厚朴和杏仁。

又如第69条：“发汗，若下之，病仍不解，烦躁者，茯苓四逆汤主之”。这是误汗又复误下所产生的变证，所以说：“病仍不解”，不是说太阳病不解，而是指由于误汗下后津液亏损太过，阳气大虚而表现烦躁。依方测证，当有脉微、心悸、小便不利、厥逆、下痢等证候。

其他如第37、42、44、63、73、154、155、176、232、244、253、254、255、262、276、320、321、322、334等条文都属于这类笔法。

2. 举客略主：有些条文往往不叙主证或叙主证不全，而偏重于副证（客证）的记述。

例如第25条：“服桂枝汤，大汗出，脉洪大者，与桂枝汤如前法”。桂枝汤证的脉象一般是浮弱或浮缓，“洪大”是偶然的。这条文是指“大汗出”后（桂枝汤证一般是汗出或自汗出），桂枝汤证仍在，还可以用桂枝汤，同时在运用时应与桂枝二麻黄一汤证的恶寒、发热但脉不洪大，以及白虎汤加人参汤脉洪大而有烦渴不解，相互鉴别，这条的“大汗出”、“脉洪大”，都是偶然之脉证（客证），不述主证是省略。

又如第 55 条：“伤寒脉浮紧，不发汗。因致衄者，麻黄汤主之”，本来衄血者不应用麻黄汤的，但是如果病人体质壮实，表邪蕴郁较重，麻黄汤证悉具的，还是可以考虑用麻黄汤。这条文“脉浮紧、不发汗”就是麻黄汤之主证，但较略，“因致衄”是偶然证（客证）。

其它如第 26、39、52、169、216、225、350、273 等条文都是这类笔法。这样的条文之文法，如果不很好体会，单从条文简单解释，断章取义，往往不容易领会。

3. 插叙：有些条文除叙述该条文的主方、脉证外，并有插述其他汤证。作为鉴别（有时插述病理机转），如果不加辨别，往往会互混不清。

例如第 23 条，其中：“脉微缓者，为欲愈也。”是插述病的向愈机转；其中又说“脉微而恶寒者，……更吐也。”是插述另一种机转，并提出禁例；其中还有暗示用桂枝去芍药加附子汤之意（前条）。本条“太阳病，……一日二、三度发”，和“面色反有赤色，……身必痒。”才是麻黄各半汤的主证；上述中间一段是插文。

又如第 45 条：“脉为在外，……故在外”，是注释“脉浮者不愈”的机理，是插叙。其他如第 106、134、149、208、244、251、338 各条文都是属于这类的笔法。

4. 倒叙，倒叙也叫“倒装”。现代文法上把定语加在中心词组后叫倒装，有时主谓语也有倒装法；但《伤寒论》的倒装法与现代文法却有不同。

《伤寒论》条文，一般是首述脉、证，次定主方；或首述脉、证，次定主方，末述服药后的机转，这是顺叙法，但有些条文把服药后的机转插在脉象之下，而把主方放在末句，这就叫倒叙。

例如第 41 条：“伤寒心下有水气，咳而微喘，发热，不渴，服汤已渴者，此寒去欲解也，小青龙汤主之。”“小青龙汤主之”原应在“发热、不渴”下；“服汤已渴者……”就是叙述服小青龙汤的机转。

又如第 46 条：“太阳病，脉浮紧，无汗，发热、身疼痛，八、九日

不解,表证仍在,此当发其汗;服药已微除;其人发烦、目瞑,剧者必衄,衄乃解,所以然者,阳气重故也,麻黄汤主之。”“麻黄汤主之”原应在“此当发其汗”下,“服药已微除,……”是叙服麻黄汤后的可能出现的现象。

其他如第 27、56、215、217 等各条都属于这类的笔法。

5. 对称语:对称语是骈偶文的变形。汉代自建安以后,骈偶文风日盛,《伤寒论》在词句上也有个别地方受骈偶风气所影响,如“阳浮者,热自发;阴弱者,汗自出”,“阳盛则欲衄,阴虚小便难,阴阳俱虚竭,身体则枯燥”,“浮为风,大为虚;风则生微热,虚则两胫挛”,“浮则胃气强,濇则小便数”等等都属于此类笔法。

6. 假设语:《伤寒论》中有关日数的记载,如“太阳病得之八、九日”,“伤寒五、六日中风”,“伤寒十三日”,“伤寒十日”等等,都是大约之语气,切不可受文字所拘。

7. 或然词:如《伤寒论》中的“若”,“法当”,“必”等。

8. 通用词:如“内”同“纳”,“俨”同“谵”,“虺”同“蛔”等等,音义均同。

9. 同字异义:如“亡”有的作“死亡”解,有的和“无”通用;“寒”有的作“寒热”用,有时和“痰”通用;“胃”有时指实质器官,有时代表消化系统,有时则指阳阴病;“清”有时作形容词用,有时作动词用。

上述各种文法和词语,例子很多,难以一一列举。正由于《伤寒论》文词简朴,叙述或详或略,有些条文往往文义互见,因此学习时必须全面照顾,互相对勘,不但要领会条文的正面,还要领会它的反面、侧面,通过精密的综合分析,才能有深刻的认识。

(原载于《教学参考资料》中医版(5):3~5)

如何应用阴阳学说 来认识人体的病理现象

中国医学对疾病的认识,是建立在阴阳失调的基础上的,认为人体的病理现象是一个邪正相搏的病理过程,在这个过程中,是由于人体阴阳互根的生理关系被破坏,而代之以新的阴阳失调的病理关系。这个病理过程,就是阴阳失调的过程。

一、病因上的阴阳对立关系

中国医学的病因内容很多,从阴阳对立的观点来认识,按其属性可分为阴阳两大类:以“六淫”而言,风暑燥火(温热)属于阳邪,寒湿属阴邪。以“七情”而言,喜怒都属阳,忧思悲恐惊多属阴。凡阳性之邪,都容易使阳气亢奋,阴液消耗,而表现为阳盛阴伤的病理现象。凡阴性之邪者容易伤害阳气,使阴性的病理产物(如痰饮、水液)增多,表现为阳虚阴盛的病理现象。但是,病因的致病特性,并不是一成不变的,它们在一定的条件下可以发生性质的转变,即阳邪可以转变为阴邪,阴邪也可以转变为阳邪。这种转变,大多是随着人体的阴阳偏颇而发生的。认识这一点,对于掌握病因辨证和疾病预后都有一定的指导意义。

中医传统的“三因”学说(内因,外因,不内外因),大多属于外因范畴,而真正的内因主要是指人的精神因素和体质的阴阳属性而言。人的体质由于先后天因素的不同,从而具有不同的阴阳属

性,体质的阴阳属性,总不外乎阴阳之间的偏颇。如素体阳虚者,感邪后易从阴寒方向发展;而素体阴虚者,感邪后易从阳热方面发展。认识人体中个性的特性,对于辨证用药有重要的指导意义。

二、正邪相争上的阴阳对立关系

发病学上的正邪相争:中国医学把一切致病因素及由此而产生的病理损害作用统称为邪气,而把健康状态下维持阴阳动态平衡的调节机能,以及疾病状态下对邪气的抗病能力称为正气。正邪力量的强弱,是决定疾病发生与否的关键,而以正气起主导作用。正气强盛能抗御病邪的入侵,则可能不发病,所谓“正气存内,邪不可干”;反之,若正气虚弱,不能发挥抗邪作用,病邪就乘虚入侵而发生疾病,即所谓“邪之所凑,其气必虚”。中国医学把发病学建立在邪正斗争这一理论上,承认“内虚”在发病学上具有一定的指导意义。

病理变化上的正邪消长:疾病发生以后,引起病理变化的原因同样也取决于正邪双方力量的对比。首先,正邪消长的相争过程,决定着病理过程的虚实转归。在正邪相争过程中,凡正气强盛有足够抗病能力而病邪亢盛者,在病理性质上则表现为实,所谓“邪气盛则实”;凡正气不足,抗病能力较差,或正气的修复过程缓慢不足以填补病邪的损害作用,在病理性质上则表现为虚,所谓“精气夺则虚”,而虚或实的挟多挟少,根本上也取决于邪正力量的对比。其次,疾病的转归上,同样也取决于正邪双方力量的对比,特别是以正气强弱为转移。凡正气抗邪有力,足以克服病邪的病理损害作用,以致于彻底清除病邪对机体的危害,则疾病就会向好或痊愈方向发展;凡正气不足,不能制止病邪对机体损害作用,正邪相争中,正气节节败退,邪气步步深入,则疾病就向恶化或死亡方向发展。总之,正邪消长运动的结局,可能是正气战胜邪气,促进疾病矛盾运动趋于结束,恢复阴阳动态平衡,从而开始新的、正常的生理活

动；也可能是病邪亢极，正气衰竭，出现阴阳离决，或内闭外脱，从而以死亡结束邪正相争的运动。

正邪斗争的变异与传变：在疾病发展到一定阶段，由于机体内部的阴阳变异，病邪性质的转化，可以使疾病过程构成不同的差异。这是因为疾病的矛盾运动是整体性的，在这个疾病整体中，由于构成疾病过程的根本矛盾逐步激化，及为此根本矛盾所规定的或影响的许多大小矛盾中，有些已经激化了，有些是暂时局部地解决了或缓和了，而有些是再发生了或发展了，于是疾病过程就是显示出不同的变异，这种变异就是疾病的阶段性，或疾病发展过程中的联络性。如温病学上的“卫——→气——→营——→血”不同阶段的证候，就是一个联络性的例证。但有的变异表现为矛盾的飞跃，例如温病学上的“逆传”，《伤寒论》中的“变病”、“坏病”，就是一种特殊的飞跃式的变异。

三、阴阳失调的病理过程

中国医学认为，致病因素虽然构成了发病的条件，但它只是起了推动作用，而引起疾病反应的根本则在于人体内部的变化。这种变化就是旧有生理状态的矛盾关系被破坏，代之以新的疾病状态的矛盾关系。中国医学把这种状态称为“阴阳失调”。阴阳失调的病理变化，可归纳为以下三种类型：

其一是阴阳的偏盛偏衰。如阳盛则阴病，阴盛则阳病，其结果是：“阳盛则热”，表现为实热证；“阴盛则寒”，表现为寒实证；“阳虚生寒”，表现为虚寒证；“阴虚生热”，表现为虚热证。这说明阳偏盛必累及于阴，阴偏盛必累及于阳，这是阴阳失调病理变化的一般规律。

其二是重阳必阴，重阴必阳。也就是通常所称的阴极似阳、阳极似阴，真寒假热，真热假寒。产生阴阳相似，寒热真假的原因，是一方亢极，另一方至虚，阴阳不能正常地互根，而产生的阴阳格拒

的现象。

其三是阴阳离决。阴阳离决是物质和功能极度衰竭的现象，到了此时，人体内部邪正相争的矛盾运动消失了，紧接着人体的生命活动也告终止。

总之，正邪相争的阴阳盛衰的矛盾运动，决定着疾病过程的发生发展与转归，决定着病理变化的性质。由邪盛则实，正衰则虚，阳盛则热，阴盛则寒，就形成了寒、热、虚、实四大证候，而这四大证候是病理上最具有代表性、最具有普遍意义的临床证候，因而也是中医判断疾病具有纲领性的依据，也是辨证论治的基本核心。

(原载《教学参考资料》中医版(1): 9~11)

略 谈 切 脉

切脉也称诊脉,切诊,是祖国医学诊断疾病的基本功,它是“四诊”中的重要环节。要怎样学习切诊呢?在诊断学讲义里已介绍了。为了帮助同学们更好地领会讲义的精神,学好切脉基本功,兹提出如下几点,供同学们学习时参考。

一、切脉的重要意义

脉搏是脉气在人体上的反映,由心所主。正如《内经》所说:“心主身之血脉”、“心为君主之官”,说明了人体各器官的活动,依赖于心血的供养,而内脏各器官的功能要在心的领导下进行分工合作而活动的。但每一个因素所引起的内脏功能变化,都能影响心的正常活动,从而发生脉搏的变异,所以脉象的变化,不仅指心脏跳动而使脉管搏动作用和血液流通情况的变化,同时体现了整个脏腑功能活动所影响的气血循行变化的反映。气血在人体内的情况,《内经》有了确切的比喻:“天有宿度,地有经水,人有经脉。天地温和,则经水安静;天寒地冻,则经水凝泣;天暑地热,则经水沸溢;卒风暴起,则经水波涌而陇起。”这说明了脉象和气血的运行,在不同的气候环境中,会发生不同的反应。同时气血在脏腑发生病变时,脉搏往往先受影响,在疾病未显露之前,脉已有变化。例如周学海说:“若夫病证未形,血气先乱,则脉在病先,诊脉可以预知将来之必患某病也。”所以切脉在临床中有它的现实性和科学性。在临床实践中也有它的一定价值,有些疾病用现代科学工具不能完满地查出其发病的依据,而在切脉中可以获得患者自觉症状的病变。例

如腹痛在大便检查中,发现虫卵,认为是虫在作祟,服驱虫药后虫卵消失而痛依然。经中医切脉,右手关尺部脉象沉紧,可知为寒滞肠胃而痛,与虫痛不同,改用温中散寒,理气导滞之法治之,腹痛即愈。所以说切脉可以测知人体脏腑功能的活动及其气血盈亏、邪正消长等情况,作为临床辨证论治的依据,有它的重大意义和临床价值的。

二、怎样认识脉象的变化

要认识脉象的变化,首先必须明确正常的脉搏是均匀协调,不得相失的。病脉是对平脉而言,凡脉搏异于平脉,无论太过或不及,都属病理变化的反映。大抵可以归纳为脉的至数、脉的部位以及脉的形象等方面的变化,现分别介绍如下:

1. 脉搏至数变化的机理:一般健康人的正常脉一息四至为和平,形气壮实的也可见到五至,所以脉搏跳动不及四至者称为“迟脉”,跳动超过五至者称为“数脉”。当然在脉的至数中还有结、代、促等脉象,在临床中也必须加以细心诊察识别之。

(1)“迟脉”:大致往来缓慢,一息不及四至称之。因为人体气血运行有赖于阳气的温养,血气遇寒则凝泣不行,往来迟缓,所以每当寒气内盛或阳气不足以温养血气时,则血气亦寒,气寒则缩,血寒则厥,因气为血之帅,气行血则行,气滞血则滞,故反映在脉至则为迟脉。因此迟脉多为阴胜阳亏之候,多属阳气亏损,里有虚寒的象征,一般来说,多主脏腑机能衰退,或痰多凝滞、积冷、症瘕等病候。但在临床诊察中是变化多端的,若迟而有力属实,迟而无力属虚。此外在三部之中也各有主候,两寸脉迟多为气不足,示上焦有寒;两尺脉迟多为血不足,主下焦阳虚;两关脉迟,多主中焦藏寒,脾胃受冷;左寸脉迟则为心气不足,心痛停凝;右寸脉迟为脉寒短气,肺痿咳沫等,必须细心诊察。

(2)“数脉”:为迟脉的反面,即脉主往来急速,一呼一吸,脉来

六至以上者称之,如果热之太过,则血气运行满溢滑利,奔流急速,故数脉多为阳热之象。数脉主腑,属阳,其病为热,往往多见于热性病。数而有力乃实火,数而无为虚火。以部位来说,左寸脉数为心热,右寸脉数为肺火;左关脉数多为肝胆火热,右关脉数多为胃火脾热;两尺脉数多见遗精溺赤,便秘等,若数而细者,多由阴虚生内热所致,如虚劳失血,咳嗽上气等,而细数无力者为阴虚,数大而软弱者多为阳虚等,这些必须加以鉴别的。

2. 脉位变化的机理:脉搏的升降,高低,叫做脉位,也就是指脉在体表上浮沉的情况而言。在临床中审察脉位的指法有三种,即举、按、寻。轻手循之叫做举;重手按之叫做按;不轻不重,委曲求之叫做寻。一般来说可以归纳浮脉和沉脉两大类。

(1)“浮脉”:就是按之不足,轻举有余的脉状,轻手候之,就能发现,其脉如在肌肉之上,如木浮于水面一样,按之反觉稍减。人体正常的生理状态是营、卫各走其道,营居脉中,卫行脉外,二气运行,无时相息,互相调济,所以有自然驱邪的机能,当病邪犯表,则正气御于表分,因之导致营卫运行失序,若卫气伤,仅能外泄,而不能内还;若营气郁,但能内郁,而不能外发,因此生理常规混乱,变为病理征象。正如张景岳说:“浮脉为阳,凡洪大芤革之属皆其类也,为中气虚,为阳不足,为风为暑,为胀为满,为不食,为表热,为喘息”。所以说,浮而有力者为阳有余,属体内热盛的表现,如痰壅于中,气壅于上等;若浮大中空者,为阳不足,属水亏之候,多见于血不营心,或精不化气,如呕血,下血等症状。

(2)“沉脉”:沉脉为浮脉的反面,形容脉在肌肉之下,筋骨之间,轻按不得,重按才可触到。古人有“如石沉水中,必极其底”的比喻。因为机体感受邪气,其邪在里时,正邪搏聚于里,表分阳虚而里寒偏盛,故脉为之不浮而沉。如徐灵胎说:“沉脉为阴”,是邪伏在里的证明;如果是无伏邪,那就是气滞的原故。这说明了沉脉的形成,皆由于阳气衰微,不能统运营气于表,或卫气内郁不能浮达于外所

致,这都是阴邪所胜,血气困滞不振的缘故,故沉脉主里属阴,一般多见于寒病、水病、气郁、停饮、症瘕、洞泄等阴寒气血内聚的症候。

2. 脉搏形象变化的机理:脉搏形象包括脉状和脉势。脉的形状是指大小,长短,曲直或中空等;脉势是指有力,无力、软硬、流利、不流利等不同的变化。正常的脉象为不大不小,不长不短,应手中和,而意态悠扬,如果太过或不及就是病态,如滑脉与濡脉就是脉搏形象的代表。

(1)“滑脉”:滑就是滑利的意思,有如盘走珠,往来流利的形状。《内经》说,脉来弱而流利,是有胃气的象征,也就是脉来应尺部,为血盛的表现,并非病脉。所谓病脉,是当邪入于阴时,正气一时空虚,故为气少邪盛之候,由于阴邪搏阳,阳气壅结,致使阳气不足,阴气有余,故阴血邪实,则经血沸腾,而阳气虽一时不足,但卫气未衰,正邪相搏,其热亢进,故脉呈滑利。由此可知,形成滑脉,是由血实气壅之候,皆属有余之脉。其病理变化,往往是病势亢盛的邪实证和急性病居多,如风寒伤肺,痰饮壅滞,气机不利,则脉呈浮滑;或为下焦蓄血,或为中焦满实,都能呈现滑脉,在临床上见于痰饮,吐逆,呕恶,宿食,蓄血等症。

(2)“濡脉”:是脉往来不利,虚细而迟,且三五不调,象雨水漂沙,象轻刀刮竹丝的形状。由于肌体津血亏少,不能濡润经络,所以脉为之濡濡不调,或由气滞气少,不能运血,则血行阻滞,而为濡象。凡属濡脉,大多为寒,为血虚,为气少,其濡细而迟又散的,都是不足的象征,《内经》说,脉小弱而濡的,多为久病,因为气不足则脉小,血不足则脉濡,故气血两损,知为久病正气已备之征兆。

三、怎样学好切脉的基本功

我们认为要学好切诊,首先必须把脉学的基本理论弄通,各种脉象要熟读熟记,特别是临床上常见的脉象,如“六纲脉”(浮、沉、迟、数、滑、濡)更必须熟练掌握。更重要的是要在临床中细心诊

察,归类鉴别,总结经验,古人说“熟读王叔和,不如临症多”,是有一定意义的。但是脉象繁多,古代医学有“廿八脉”之说,有些脉象很相似,不小心极容易混淆。徐灵胎在《洄溪脉学·宝象论》中已有介绍,它将相似的脉象归纳为“比类法”和相反的脉象归纳为“对举法”,用来作为临床鉴别诊断的方法,确有实用的价值,现特介绍如下:

1. 比类法:

迟与缓:迟脉一息三至,形小而衰;缓脉一息四至,形大而徐。

沉与伏:沉脉轻举似无,重按乃得;伏脉重按亦无,推筋乃见。

濡与弱:濡脉细软而浮;弱脉细软而沉。

微与细:微脉不及于细,似有若无,状如蛛丝;细脉则稍胜于微,应指极细,状如一线。

弦与长:弦脉状如弓弦,端直挺然而不搏指;长脉状如长竿,过于本位而不搏指。

短与动:短为阴脉,无头无尾,其来迟滞;动为阳脉,无头无尾,其来数滑。

洪与实:洪脉状如洪水,盛大满指,重按则稍减;实乃充实,应指有力,举按皆然。

牢与革:牢脉沉大而弦,牢守其位;革脉虚大而浮弦,内虚外急。

数与紧、滑:数脉往来急迫,呼吸六至;紧脉左右弹指,状如转绳;滑脉往来流利,如珠圆滑。

浮与虚、芤:浮脉举之有余,按之不足;虚脉大而无力,按举皆然;芤脉沉浮可见,中按则无。

促与结、濡、代:促脉急促,数时暂止;结为凝结,迟时暂止;濡则迟短濡滞,至而带止,三五不调;代则动而中止,不能自还,止数有常,非暂之比。

2. 对举法:

浮沉：是脉之升降也，以察阴阳，以分表里。浮法天，为轻清；沉法地，为重浊。

迟数：是脉之急慢也。脉以四至为和平；五至必形气壮盛，或闰以太息，则五至为无病之象。不及为迟，太过为数。

虚实：是脉之刚柔也。皆以内之有余不足，咸以按而知之（实为脉道充实，浮中沉三候皆有力；虚为脉道空豁，应指无力）。

长短：是脉之盈缩也。长脉首尾端直，超过本位，主病有余。短脉首尾俱俯，不能满部，主病不足。

滑濇：是脉之通滞也。滑者血多气少，血多故流利圆滑；濇者气多血少，血少故艰濇而散。

洪微：是脉之盛衰也。血热而盛，气随以溢，满指洪大，冲涌有余，故洪为盛；气虚而寒，血随以濇，应脉微渺，欲绝非绝，故微为衰。

紧缓：是脉之弛张也。紧为寒伤营血，脉络激搏，若风起水涌，又如切绳转索；缓为风伤卫气，营血不畅，脉不能疾速，宛似徐行而息。

动伏：数见关上，形如豆大，厥厥动摇，异于他部，是为动脉；深藏于内，不见其形，脉在筋下，是为伏脉。

结促：是脉之阴阳也。阳甚则促，促疾而时止；阴甚则结，结徐而时止。

至于代、革、牢、弦、芤、濡、细、弱等八脉，是不可能归纳对举的，故从略。

上述的鉴别方法可作为临床参考，但在初学的时候，可以先在正常的人体上切脉之，也可以在强壮的与体弱多病的身上作对比。在切脉时先从六部脉的轻重、强弱形象上以辨别它和正常的脉象有什么不同，再从浮取、中取、沉取中辨别它的疾徐、升降，然后辨认各种脉的形态，再进而分辨三部九候及其所属脏腑变化的机理。例如，左手寸口脉，轻举细弱，重按沉而无力，这是“微弱”的脉象，

就可以知道他的心气不足，血液必虚，从而在四诊合参的情况下可以推断有关脏腑的变化和伴见的症状。再如浮而弦，可测知他多为夜寐欠佳，神扰多梦。至若从六部脉的不同形象，来测知脏腑之间的不平衡，而获得发生的病变，那必须在临床中深入地诊察，才能达到炉火纯青之候。

四、怎样对待“脉象”

脉象是中医诊断疾病的宝贵经验的总结，正如《内经》所说：“微妙在脉，不可不察”，因此我们就可想而知它在临床诊断中的重要性。同时《内经》又说：“能合色脉，可以万全。”就是告诉我们必须四诊合参，灵活掌握，不能机械地强调脉象。在临床中，一般来说，脉与证是相应的，但也有不相应的，如阳证见阴脉，阴证见阳脉，因此在临床辨脉时，在脉证不相符的情况下，就有“舍脉从证”，或“舍证从脉”的必要。

1. 舍脉从证和舍证从脉：

张景岳说：“凡见脉证不相符合的，则其中必有一真一假，所以有阴证见阳脉，阳证见阴脉，虚证见实脉，实证见虚脉。”因此在诊断时必辨其真假。例如外虽烦热，而脉见微弱者，是属虚火；腹虽胀满，而脉见微弱者，此属虚胀，此类的“虚火”、“虚胀”在治疗时不能用攻伐，必须从其脉之“真虚”，而不从其证之假象。再如素来体质本无烦热，而脉见洪数者，并不是火邪；又如本无胀滞，而脉见弦强者，并非内实，如此的“无热”、“无胀”，就不以脉之“洪数”、“弦强”泻之，就必须从其证的“真虚”治疗，而不从其脉之假实。何梦瑶在《医碥》中说：“如伤寒邪内伤，或食停气滞，而心腹急病，以致脉道沉伏，或促或结，此以邪气内闭使然，既有痛胀气实之证可据，则脉之虚乃假虚，当从证不从脉。又若伤寒四肢厥逆，寒战，而脉见数滑，此由内热格阴，何以知之？以病由传经渐致，并非直中阴经，从无热证转寒之理，既有数滑之脉可据，则外证之虚为假虚，亦从脉

不从证也。”

2. 四诊合参,辨证论治:

望、闻、问、切四诊,各有其独特的作用,在临床上,不但不应截然分开,还须密切结合应用。《内经》说:“诊察病人的色泽和脉搏,首先要辨论病证是属阴或属阳;审察五色的浮泽或重浊,从而知道病的部位;观察四时色脉的正常与否,来分析为何脏、何腑的病;诊察尺脉和寸口,从它的浮、沉、滑、濡,来了解疾病所生的原因;这样的诊断和治疗,就不会发生错误。这就明确地告诉我们诊断的基本原则,但由于在临床中所反映的证候是极其复杂的,因为证不只是一个症状,或一个综合症候群,而是统括了产生疾病的各方面因素和条件,它包括了人体内部的不同因素和宇宙间一切事物之能影响于人体的因素,这些因素作用于不同体质类型的人体,而表现出各种不同的症状。因此在辨证时,就必须综合各方面的材料,互相参考,找出可资鉴别的地方,分析产生疾病的原因、病机、病所、病态等,从而运用八纲的阴阳、表里、寒热、虚实,进行分类归纳,找出发生疾病的主要矛盾,然后治疗之。所以在临床中,必须四诊合参,才能相得益彰,辨证论治也才能准确而不致差错。

(原载《教学参考资料》中医版 1966,(1):13~18)

略谈气血病的治疗原则

一、气病治则

中医学上人体“气”的概念即指各器官组织的生理功能，古人对此有详细的描述：“气原出中焦，总统于肺，外卫于表，内行于里，周流一身，出入升降，昼夜有常”。总之，“气”是一身活动的源泉，如血的流行必需气的推动，胃的接纳食物要靠胃气，脾的消化吸收要靠脾气，肺的呼吸要靠肺气，肾的正常生长发育和生殖功能要靠肾气，这些都代表了各脏器的生理功能。

气在人体运行不息，并有一定规律，如果由于情志内伤或外邪侵袭，或药物影响，都可能导致气的运行失常而呈病态。例如肺气、胃气以向下为顺，向上为逆，脾气以向上为顺向下为逆。逆就是气行失常。肺气上逆则为咳喘，胃气上逆则为暖气、呕吐，脾气下陷则引起脱肛、久泻。对这类的呕吐、咳喘就用“降气法”，对这类的脱肛、久泻就用“升气法”。

胃气为后天元气的根本，胃气旺盛则五脏都受益，胃气伤则疾病易生，而且药之所能战胜病邪，也必需胃气以敷布药力。治病时须注意保护胃气，如热病用大寒药物（如大青叶、龙胆草等），须注意不能久用，或配以和胃的药物以保护胃气，否则，胃气一败，就会影响后天营养的来源，妨碍继续用药，这样就不利于整个治疗。胃为六腑之一，六腑应保持通畅（即六腑以通为用），胃气上逆若系宿滞（宿食停滞），或热郁，须加用消食或清热药（唯有宿食停滞于下焦才可用泻法）。

脾气有转运的功能以升清气，脾气宜升不宜降。若脾气虚弱，清气不升反而下降，可产生腹胀、内脏下垂（脱肛、子宫脱垂）等症状，称为“中气下陷”，这时除了健脾益气，还须采用升清气的药物。

肝气常侵犯脾胃，使其升降失常而出现胃肠道或肝胆系统功能紊乱的症状。肝气犯胃则见暖气、恶心、呕吐，或塞于咽喉成梅核气，或吐酸水，吐涎沫，或胃脘饱闷不思饮食；肝气犯脾则见腹胀，或大便溏薄不爽。不论肝气犯胃或犯脾，都或多或少伴有肝气郁结的症状，如胁痛、少腹窜痛、性情急躁或喜叹息、乳房胀或痛等。一般运用疏肝利气药如柴胡（有恶心、呕吐等上逆症状者不用，因柴胡性上升）、郁金、香附、枳壳、金铃子等。若肝阴亏损时不宜用香燥的药物，因香燥药物多用时易耗散肝阴。临床上肝阴、胃液未亏损（如舌苔不光，并无热象），可用吴茱萸、桔叶疏泄肝气，用半夏、生姜和胃气；若肝阴胃液已虚（如舌红少苔或光剥，并有热象）则需用白芍、木瓜养肝阴，用麦冬、石斛、扁豆、粳米养胃液，另加药性平和之药如绿萼梅以疏泄肝气。

肺为娇脏（娇嫩），容不得异物，也经不起寒、热、燥的影响，否则引起咳痰，甚至喘促。所以一般外感引起的肺气不利，宜升宜降。“升”肺气可使外邪及痰液不致于收闭于内，而便于排出，常用麻黄、前胡、桔梗等。“降”肺气可使咳嗽、气喘平息，常用苏子、杏仁、半夏等，其中应以“升”为主，有升才能有降。

古人说“肺为气之主，肾为气之根”，意思是气虽出于肺而摄纳于肾。例如外感引起的喘咳多是肺气上逆，采用既升又降可以平喘；若无外感基础，也无炎症证据，而呼吸气短、声音低微，多是病后肺气虚弱，可用党参、黄芪、五味子之类补益肺气；但有些哮喘久久不平，既无外感，又无炎症，也无心力衰竭，却也是呼吸短促无力，可能由于藏气的肾不摄纳，所谓“肾不纳气”，须吞服参蛤散（以人参、蛤蚧为主药），或用熟地、五味子、补骨脂、杜仲等补肾纳气才会平喘，这三种情况由于治则完全不同，就须仔细辨别。

二、血症治则

出血与寒热的关系比较密切,因为血有“得热则行,得寒则凝”的特点。如鼻出血只要用凉湿毛巾敷于鼻根部即会止血。出血大都是由于“血热妄行”,而止血药确也绝大多数是凉性。出血时一般少用温性药,但也有用温药止血,如炮姜与艾叶。炮姜可治久痢便血;胶艾四物汤治月经滴沥不止,就是因为这二种情况都是虚寒性出血,凉血药不一定有用,而某些温性药可能通过对人体某些功能低下的调整改善,从而达到止血作用。

有些上部(如胃、肺、鼻)较大量的出血,古人认为是气挟血上逆,须用大黄等泻剂挫折其锐气。临床实践证明生大黄对治疗上消化道出血、鼻衄等上部出血确有疗效。这可能是由于大黄的泻下作用,诱导性地引起下部充血,而上部血液骤然减少,从而创造止血的条件。

当血未成瘀时,一般不用化瘀药,因化瘀药大多数可活血,易引起出血。例如当归就不宜用于出血者及有出血倾向者(除非配合有止血药)。若出血后有瘀存在,此时瘀血不去,阻滞血行,可引起血溢而再出血。如子宫外孕用祛瘀药使瘀血消除,则血能循行通畅,反而起到止血的作用,这就叫“祛瘀生新”。

出血后见血虚,其治则须按血之生成来源来考虑。血之生成与心、脾、胃、肾关系密切。一般血虚有用四物汤来调治血病,也有主张用归脾汤以兼顾心、脾、肾,或用当归补血汤来治疗血虚证。至于骨髓性贫血,就须从补肾着手,并加用血肉有情之药,如鹿角胶、阿胶等。

三、气血兼顾的治疗原则

气与血在正常情况下是相互依存的,古人称“血为气之根,气为血之帅”,“气无血以涵养则为无根之气,血无气为之统帅则为散

溢之血”，“气能生血，血能藏气”，这些也是阴阳互根的关系。

血为有形的物质，气为无形的功能。血之运行有赖于气，气有病就会影响到血，所以活血化瘀时常要加入利气药。如无黄疸型肝炎早期常表现为肝郁气滞的症状，如腹胀、消化不良、暖气，治疗多用疏肝利气。但若至慢性期，则有肝脾肿大而疼痛，舌边见紫色瘀条或瘀斑，舌下静脉充盈或怒张等血瘀现象，即使这时以瘀的症状为主，但治疗仍须利气与化瘀同用。因为这血瘀是由气滞所造成的，所以有“气行则血行，气滞则血瘀”之说。

一般说，治气的药（补气或利气）可促进血的生长转化作用。因气药多属阳性，能健脾推动运化因而达到补血作用，如党参、黄芪、木香、川芎等，所以调治血病须加治气的药，例如四物汤为调治血病的代表方剂，其中川芎就是利气药。又如当归补血汤是补血为名的方剂，而此方仅二味药，黄芪、当归的份量为五比一，黄芪为主，补气以助血，就是“阳生阴长”的意思。

血易于亏损而难于生长，急补难于短期内见效，除非采用输血，但输血是替代的输入，并非人体自己生出。大出血时，随着血的丧失，附着于血上的气也突然受到影响，可以表现有气脱的现象，这时有用独参汤急补的，这就是急补元气，以防气脱，而不是补血，故有“血脱益气”之说。

现将气病与血病的症治，归纳如下简表，以供参考。

气病	补气	{ 气虚
		{ 症: 气短, 懒言, 乏力 药: 人参(党参)、黄芪、白术、甘草
	升气	{ 中气下陷
		{ 症: 久泻, 脱肛, 内脏下垂 药: 升麻、柴胡、葛根
	降气	{ 气逆而升(肺胃之气逆)
		{ 症: 嗝气, 呃逆, 呕吐, 喘促 药 { 轻: 苏子、旋覆花、枇杷叶、大腹皮 重: 沉香、郁金、厚朴
顺气	{ 肝与脾胃不和	
	{ 症: 胃脘或腹部胀满 药: 苏梗、木香、香附、砂仁、陈皮	
破气	{ 气结停滞	
	{ 症: 胸闷, 痰在深处不易咳出, 腹胀便秘 药: 枳实(枳壳)、青皮、乌药、槟榔	
纳气	{ 肾不纳气	
	{ 症: 动则气喘, 呼与吸均短促 药: 蛤蚧、五味子、补骨脂、杜仲、胡桃肉	

血病	补血	血虚
		症：面色苍白或萎黄，出血后
		药：熟地(生地)、白芍、鹿角胶、枸杞子、龙眼肉、何首乌、阿胶
凉血	血热	
	症：各部位出血并具热性症状，月经提前且量多 药：生地、丹皮、赤芍、茅根、白薇、槐花、地榆、黄芩、黄连、大黄	
活血	血瘀	
	症：肝硬化、脾肿大，腹内结块，舌有瘀斑 药：丹参、当归、桃仁、红花、五灵脂、炮山甲、莪术、地鳖虫	

(原载《教学参考资料》中医版(4):6~9)

《方剂学》问题解答(一)

一、问：方剂汤剂内某些中药为什么要先煎、后下、布包入煎、另包冲服、另烊冲服、另煎兑服等方法？

答：1. 先煎：凡难溶性药物，应先煎十五至二十分钟，如矿物类中的药物磁石、紫石英、石膏等，骨角类及甲壳类药物如鹿角等。还有某些有毒性之药物需先煎二小时左右，助以解毒，如草乌等。

2. 后下：凡芳香性药物、树脂类药物，或少数结晶性泻下药物，应在汤剂煎煮十五分钟或药快煎好前三、五分钟，才可加入，以减少挥发性成分散失，或保持泻药的峻烈作用。如薄荷、木香、芒硝等。

3. 布包入煎：凡粉末状、毛茸多、细小之种子或煎后呈糊状的药物，宜用布包入煎，以免下沉粘附锅底，或毛茸悬浮于药液中，服后呛咳。如车前子、海金沙、蒲黄、旋覆花等。

4. 另包冲服：贵重药、芳香细料药、使用剂量小的药物，每制成粉剂，宜另包用药液冲服。如三七粉、珍珠粉、麝香等。

5. 另煎兑服：少数价格昂贵的药物，如人参，应另煎取汁再兑入其它药液中服用。

6. 另烊冲服：胶类药物入煎时容易与其它药物粘附在一起，并易沉结锅底，而使药物烧焦。故应先将其它药物煎取药汁，再将胶类药物放入药汁烊化后服用。如阿胶、鹿角胶等。

二、问：无汗可以用白虎汤吗？

答：吴鞠通在《温病条辨》中为运用白虎汤立了“四禁”，其中一禁为：“汗不出者不可与也”，难道“无汗”真不可用白虎汤吗？不然，吴氏在中焦篇第13条中云：“下后无汗……脉浮洪者，白虎汤主之”即是无汗用白虎汤的一例证。吴氏解释云：“若脉浮而且洪，热气炽甚，津液立见消亡，则非白虎不可。”这就是说，温病阳明腑实证下后本伤津液，此时气分热邪仍甚，无以蒸液作汗，若固执“无汗不可与也”之禁，岂不是热更炽，津愈伤吗？故对于阳明气分热盛而又无汗者，可以用白虎汤。后世对白虎汤的运用已超越外感热病的范畴，如消渴病，证属阳明气分燥热，阴津受烁，以白虎汤为主方，清阳明之热，生津止渴，颇为理想。

对于“汗不出不可与”白虎汤，主要是指表邪不解而恶寒无汗的“无汗”症；至于温病阳明气分证的汗之有无那是不必悉具的，若见身大热、口大渴、脉洪大即可用白虎汤。

三、问：六味地黄丸配伍中为什么要肾肝脾三阴并补？为什么要“三补”、“三泻”？

答：六味地黄丸用治真阴亏损、虚火上炎者颇为适宜，方中熟地黄滋肾阴、养肝血；山萸肉养肝肾而涩精；山药益脾气、补脾阴而固肾。三药虽均可补肾，但又是肾肝脾三阴并补。肾阴以肾精为物质基础，肾藏精、肝藏血，肝肾同居下焦，精血同源，血可转化为精，精也可转化为血，肝血充足则肾精充盈，因此养肝血可间接补肾阴。脾胃为后天生化之本，肾藏先天之精需赖水谷所化的后天之精不断地供养才能充盛，补脾即可补后天以资助先天。所以方用三阴并补，尤重用熟地以补肾为主。方中不仅有三味“补”药，尚有三味“泻”药。配伍“三泻”其因有三：一由肾的生理特点所决定：肾为水

火之脏,内寄真阴真阳,肾水不足则相火易亢,相火亢盛则消烁真阴。如不泄相火,纯用滋阴,真阴亦不得补,故用丹皮、泽泻泄肝肾相火,以保真阴,此乃“以泻代补”之法。肾又司开合,主水液代谢,若浊水不降则真水不升,故配伍泽泻、茯苓降泄肾和膀胱浊水,浊水得去,才能更好地发挥补肾药的作用,此乃“以泻助补”之法。二是病证的需要:肾阴不足多系慢性病,阴虚则生内热,临床每兼见虚火上炎之症,配伍“三泻”泄相火以治之,以纯用滋阴“壮水之主,以制阳光”更为全面。此即《素问·标本病传论》所谓“间者行之”之意。三是药物配伍的需要:熟地滋腻易滞腻碍胃,故用泽泻、茯苓以监之;萸肉酸涩易敛相火,故用丹皮以制之;山药甘涩,有茯苓之淡渗则能健中而运脾。由于“三补”、“三泻”的配伍使本方补而不滞,成为一个有开有合、平补肾阴的良方。由此可见,临床论治用补法时不可一味蛮补、呆补,只有补泻得宜才能收到事半功倍的效果。

四、问:麻黄加术汤和麻黄杏仁薏苡甘草汤,其所治证病因病机和辨证有何不同?

答:麻黄加术汤和麻黄杏仁薏苡甘草汤两方均治湿邪在表之证。其病因、病机和辨证各有区别。前者是素有内湿(湿家),复感外在之寒(湿)邪。后者是素有内热(化热速,发热日晡所剧),故易汗出,汗出而复感风邪,或贪凉太过风湿外袭。其病机前者是寒湿在表(表湿为主),经络痹阻,为寒湿之痹证。后者是风、湿、热邪,三气交阻,闭塞经络,为风湿热之痹证。在辨证上,前者有恶寒无汗,身体肌肉关节疼痛重着(寒胜则痛,湿胜则重),因痛剧则烦扰不宁,痛有定处,关节不热,皮色不变,发热轻或不发热,即有发热,早暮变化也不大,舌质淡,苔薄白或白腻,脉浮紧。后者是发热重,日晡加剧,恶寒轻或不恶寒,无汗或有汗(风湿热痹多有汗),肌肉关节游走疼痛,痛无定处,关节灼热红肿,舌质红或淡,苔白腻或黄

膩，脉象浮数或滑数。所以在治疗上，前者麻黄合桂枝，辛温发汗，散寒通络，配白术可行表里之湿，而发汗又不致太过，目的在于温化湿邪。后者麻黄配薏苡仁甘草寒淡渗，清化湿邪，通络行痹，《本草求真》说：“薏苡仁上清肺热，下理脾湿，性寒泻热，味淡渗湿”目的在于清化湿邪。至于麻黄杏仁甘草配薏苡仁与麻黄杏仁甘草配生石膏，意义有相似之处，两者皆有内热，但有轻重不同，以及夹湿与否之异。

五、问：《温病条辨》中银翘散的加减法有哪些？

答：《温病条辨》中银翘散的加减法共有如下几个方面：

(1)银翘散加藿香、郁金，治手太阴温病（限于风温、温热、温疫、冬温四种。2-7的加减法亦同），但热不恶寒而渴兼胸膈闷者；(2)银翘散加马勃、元参，治手太阴温病，但热不恶寒而渴兼项肿咽痛者；(3)银翘散加天花粉，治手太阴温病，但热不恶寒而渴甚者；(4)银翘散去荆芥、豆豉，加白茅根、侧柏炭、栀子炭，治手太阴温病，但热不恶寒而渴兼衄者；(5)银翘散加杏仁，治手太阴温病，但热不恶寒而渴兼咳者；(6)银翘加生地、麦冬，治手太阴温病二、三日，病犹在肺，热渐入里者；(7)银翘散加知母、黄芩、栀子、麦冬、生地，治前症服前药不解，兼见小便短者；以上七个加减法见于上焦篇第4条银翘散方后。(8)银翘散去牛蒡、元参加杏仁、滑石，治太阴伏暑，舌白、口渴、无汗者；(9)银翘加生地、丹皮、赤芍、麦冬，治太阴伏暑，舌赤、口渴、无汗；(10)银翘散去牛蒡、元参、荆芥，加杏仁、石膏、黄芩，治太阴伏暑，舌白、口渴、有汗或大汗不止；以上三个加减法分别见于上焦篇第38、39、40条。(11)银翘散去豆豉，加细生地、丹皮、大青叶、元参，治太阴温病误汗、汗不出而发疹，或阳明温病下后，疹续出者。以上见于上焦篇第16条及中焦篇第22

条。

六、问：湿病的治疗，为什么常用温药？试分述桂枝附子汤、白术附子汤、甘草附子汤三方治湿的异同？

答：湿病有外湿、内湿之分。治湿常用之法，不外利小便、发汗两种。但湿为阴邪，其性重浊腻滞，故侵犯人体，最易损伤阳气，且不易发泄。所以治湿虽有发汗之法，但不在于重用解表药，而是常用温药振其阳气，透发湿邪，始得汗出病除。

桂枝附子汤、白术附子汤、甘草附子汤三方，同治阳虚复感风寒湿邪而致的湿病，因风寒湿三邪轻重不同，各有所偏，病人素质亦不同，古处方用药也有所区别。桂枝附子汤证为表阳虚，风湿袭表，风重于湿者，故桂附相合以温经通阳而散风湿；白术附子汤证为里阳不振，表湿难解，湿重于风者，故术附相合，以健脾利湿而行水气；甘草附子汤证为表里俱虚，风湿并重者，故术、附、桂同用，以助阳温经而除风湿。

七、问：简述十剂的名称与作用，并举方例。

答：宣剂：宣可决壅，能催吐祛邪，如瓜蒂散等。

通剂：通可祛滞，能通利小便，如八正散等。

补剂：补可祛弱，能营养滋补，如十全大补汤等。

泄剂：泄可祛闭，能泄下大便，如大承气汤等。

轻剂：轻可祛实，能发散表邪，如麻黄汤等。

重剂：重可镇怯，能镇心安神，如朱砂安神丸等。

滑剂：滑可祛着，能滑利肠道，如五仁丸等。

涩剂：涩可固脱，有涩遗止泄，如固精丸等。

燥剂：燥可祛湿，能燥湿化痰，如二陈汤等。

湿剂：湿可润燥，能生津增液，如增液汤等。

八、问：试述理中丸和吴茱萸汤的组成、方义，二者在功效与主治上有何异同？

答：理中丸组成：干姜、党参、白术、炙甘草。方义：本方为治中焦虚寒证的代表方剂。寒者宜温，故方用干姜辛热入脾胃，温中祛寒为主（亦有认为以党参为主药者）；党参甘温补中益气健脾为辅；因脾土主湿，故用白术燥湿健脾为佐；炙甘草甘缓能补益中上，调诸药为使。共奏温中祛寒，补气健脾等功效。

吴茱萸汤组成：吴茱萸、党参、生姜、大枣。方义：本方为治足三阴寒证的方剂。寒者宜温，故方用吴茱萸味辛苦而性热，入肝脾胃肾四经，温经散寒，能降三阴之逆气为主；生姜辛温散寒，助主药温阳祛寒降逆为辅；党参、大枣甘缓温补，补脾胃，调诸药为佐使。

同点：二方均有温中补气健脾等功效，用治中焦虚寒所致的呕吐或下利等证。

异点：理中丸以温中祛寒，补气健脾为主，可用于由脾胃虚寒所致的吐利腹痛，或霍乱吐泄，或阳虚失血，或小儿慢惊，或病后唾涎沫，或胸痹证等；吴茱萸汤以温化三阴经的寒邪为主，可用于脾胃虚寒之呕吐，厥阴头痛，呕吐涎沫，少阴吐利烦躁等证。

（原载《教学参考资料》中医版，（8）：41～44）

《方剂学》问题解答(二)

一、问：分述逍遥散和小柴胡汤的药物组成、功效和主治。

答：逍遥散组成：当归、白芍、柴胡、茯苓、白术、炙甘草、生姜、薄荷。

功效：疏肝养血、燥湿健脾。

主治：由肝郁血虚为主影响脾所致的两胁作痛，头痛目眩，口燥咽干，脉弦而虚，或往来寒热，或神疲食少，或月经不调，或乳房作胀等症。

小柴胡汤组成：柴胡、黄芩、党参、生姜、大枣、半夏、炙甘草。

功效：和解少阳，补中降逆。

主治：由少阳郁遏为主影响于胃所致的口苦，咽干，目眩，寒热往来，胸胁苦满，脉弦，或嘿嘿不欲饮食，或呕，或心烦等。

二、问：甘麦大枣汤能否用于胸闷纳呆之症？

答：如胸闷纳呆由于湿阻中焦，脾运不健所致者，则甘麦大枣汤为甘味壅气助湿之品，确非所宜。但胸闷纳呆若是由于情志抑郁，肝气不舒，或思虑过度，心脾两亏者，并见悲哭忧郁，恐惧多疑等精神症状，则甘麦大枣汤甘缓之品，不但不忌，且为常用之方。

本方出自《金匱要略》，专治“妇人脏躁，喜悲伤欲哭”。所谓“脏躁”，类似现代医学“更年期综合征”，并不拘于妇女，男子亦可患此

症。凡病人“悲伤欲哭”者，不可能胸怀舒畅，食欲旺盛，而多见胸闷纳呆之症。这种症状与由于湿阻中焦，脾运不健所致者不同，决非用一般的健脾化湿之品所能奏效。甘麦大枣汤治疗情绪抑郁，哭笑无常，神思迷惘，言语错乱等症，随症加减，有很好疗效。

三、问：桂枝汤是发汗剂，还是止汗剂？

答：桂枝汤是发汗剂。但如在用药剂量和配伍中加以灵活变化，也可以作止汗剂之用。

根据《伤寒论》原文：“…汗自出，啬啬恶寒，淅淅恶风，翕翕发热，鼻鸣干呕者，桂枝汤主之”。并指出：“若一服汗出病瘥，停后服，不必尽剂；若不汗，更服”。可见桂枝汤主症是自汗、恶风、发热，但热势并不高，桂枝汤的作用在于发汗解表，调和营卫。如病人经常出虚汗，又有些恶风，并无寒热，乃营卫不和，腠理疏松所致，可配煅龙骨，煅牡蛎以调和营卫、固摄止汗；如体虚自汗，恶风，发热不明显，易感冒，乃体弱气虚，表卫不固所致，可配黄芪以调和营卫，益气固表；如自汗，恶寒，肢体不温，乃阳气亏虚，阳不敛阴所致，可配附子合龙骨、牡蛎以助阳散寒，温摄止汗。上述固摄、益气、温阳诸法，还可结合病情，配合使用。

但必须注意：桂枝汤用于发汗解表时，桂枝剂量宜重，可用10克左右，芍药剂量宜相对减少；用于止汗时，桂枝剂量宜轻，可用3-6克，芍药剂量相对增加。

四、问：比较黄土汤与归脾汤在组成、主治、功效及药物配伍上的异同点。

答：共同点：

组成：均有白术、炙甘草。

主治：均可治脾虚不能统摄之出血证。

功效：均有健脾止血之功。

配伍：二方中均有补脾药与养血药。

不同点：

组成：除上述共同药外，黄土汤尚有生地、附子、阿胶、黄芩、灶心土；归脾汤则有黄芪、党参（人参）、当归、茯神、远志、枣仁、木香、龙眼肉、生姜、大枣。

主治：黄土汤用于脾气虚寒不能摄血的出血，归脾汤用于心脾两虚，脾不统血的出血证。

功效：黄土汤重在温阳止血，偏于温；归脾汤重在补脾养心，偏于补。

配伍：黄土汤用温阳健脾药与养血坚阴药配伍，方中有止血药；归脾汤用补脾益气药与养心安神药配伍，方中无止血药。

五、问：藿香正气散、理中汤、痛泻要方在主治上有什么相同点？它们的主治证候及药物配伍意义各有什么不同点？

答：（一）相同点：三方所治病证均为泄泻。

（二）不同点：

藿香正气散主治外有风寒、内有湿滞之证，症见恶寒发热，头痛、胸脘满闷、腹痛，肠鸣，呕吐，泄泻，口淡，舌苔白腻。

理中汤主治脾胃虚寒证，症见腹痛，泄泻清稀，呕吐，四肢不温，舌淡，苔白，脉沉细或迟缓。

痛泻要方主治肝旺脾虚（即肝木乘脾）的痛泻，腹痛、泄泻交替发作，泻前必痛，肠鸣，苔白，脉弦。

2. 药物配伍意义：

藿香正气散重在化湿解表，方中用藿香芳香化湿，和中解表为主药；苏叶、白芷解表散邪；桔梗宣肺散邪；腹皮、厚朴燥湿除满；半夏、陈皮降逆止呕、理气和胃；白术、茯苓、甘草、姜、枣益气健脾和

胃。

理中汤重在温中益气,方以干姜温中祛寒为主药,党参补脾益气,白术健脾祛湿,炙甘草补脾和中,调和诸药。

痛泻要方重在补脾平肝(或补脾泻肝),方中用白术健脾补中为主药,白芍平肝缓急止痛,陈皮理气和中,防风搜风祛湿。

六、问:对麻杏石甘汤中有汗用麻黄,无大热者用石膏有何看法?

答:素有麻黄汤治疗太阳伤寒表实证,为峻汗之剂,表虚有汗者不可妄用;白虎汤治疗阳明大热,非“四大”(身大热、汗大出、口大渴、脉洪大)俱全者不可轻投之说,而《伤寒论》中云:“发汗后……汗出而喘,无大热者,可与麻黄杏仁甘草石膏汤”者何也?盖麻杏石甘汤证中之“汗出”是因肺热壅盛所致,因肺主气,外合毛皮,热壅于肺,蒸迫津液,外走毛窍,故汗出,此与太阳表虚且外不固汗出者不同;“无大热”是指表无大热,非里无大热也。凡此与表虚汗出禁麻黄、里无大热禁石膏并无矛盾。

另者,一个方剂的作用如何,常因配伍的不同而异,如欲求麻黄发汗,必合桂枝,且须温复,其效始著。如配杏仁则止咳平喘;配干姜则宣肺散寒;配附子则温经发表;而在阳和汤中配肉桂则温散寒邪、宣通气血……。如用石膏清阳明大热,必合知母,如合桂枝则清热通经,配细辛则清热止痛;配熟地则清胃滋阴;配人参则清热益气,治热盛津气两伤。总的说来,大都取它清肺凉胃的功效。麻杏石甘汤中麻黄与石膏相配,则能清热透邪,宣肺定喘,且本方石膏用量多于麻黄,以监制麻黄辛温之性而为辛凉之用,正因两者互有佐制,则绝不同于麻黄汤中解表发汗之麻黄,亦不同于白虎汤中治大汗大热之石膏,故此证汗出不忌麻黄,无大热不忌石膏,正所谓治病必求其本。本病病机是“肺热”,主症是“喘”,临床尚可兼见

热蕴烦躁、面赤唇红、舌赤苔黄、口渴脉数等热象。总之，只要是肺热咳喘，均可以本方治疗，不必限于汗出与否。如目前治疗肺热壅盛的肺炎咳喘证，本方已为常用。

七、问：根据温病“在卫汗之可也，到气才可清气，入营犹可透热转气，入血直须凉血散血”的治疗原则，各阶段举出一个代表方剂，并说明其组成、主治和方解。

答：温病初期，总的治疗原则是辛凉解表。辛可解表，给病邪以出路，使之从皮毛汗孔而解；凉可去热，使热邪去而阴液不伤。此即所谓“在卫汗之可也”。代表方剂，温邪偏重在卫者用银翘散；偏重在肺者用桑菊饮。

以银翘散为例：主治温病初起，邪重在卫，药由银花、连翘、桔梗、薄荷、竹叶、甘草、荆芥、淡豆豉、牛蒡子、芦根等十种组成。方中银花、连翘清热解毒，辛凉透表，为主药。薄荷、荆芥、淡豆豉辛散表邪，透热外出，为辅药。其中荆芥虽辛微温，但加于大队辛凉解表药中，可增强疏散透表之力。桔梗、牛蒡子、甘草以宣肺祛痰、利咽散结。竹叶、芦根甘凉轻清，清热生津止渴，为佐使药。全方为辛凉解表、清热解毒之剂。

温病传入气分，临床以身大热、汗大出、口大渴和脉洪大为典型表现，即可按“入气才可清气”的原则治疗。代表方剂为白虎汤，主治气分热盛。白虎汤由生石膏、知母、粳米、甘草四味药组成。方中石膏泻胃火而解肌热，清除气分实火，为主药。知母清泄肺胃之热，质润以滋胃燥，为补药。知母与石膏配伍，则清热除烦作用更强。粳米、甘草益胃护津，为佐使药。全方共为清气热、泻胃火、生津止渴之剂。

温热之邪由气分转入营分，热伤营阴，而气分之邪尚未尽解

者,治宜在清营解毒之中,配以清气之药,即为“入营犹可透热转气”的治疗原则。代表方剂为清营汤,主治邪热传营。清营汤由犀角、生地、玄参、麦冬、银花、连翘、丹参、黄连、竹叶心九味药组成。方中犀角清解营分热毒,为主药。生地、玄参、麦冬清热养阴,为辅药。黄连、竹叶心、银花、连翘清热解毒,透热于外,使邪热转出气分而解,即为“入营犹可透热转气”之意,共为佐药。丹参协助主药清热凉血,并能活血散血,以防血与热结,且引诸药入心,以起佐使作用。全方为清营解毒、透热凉血之剂。

热毒炽盛于血分,不清心火则毒不能解,不凉血散血则血不能宁,故有“入血直须凉血散血”的治疗原则。其代表方剂为犀角地黄汤,主治热入血分,由犀角、生地、丹皮、芍药四味药组成。方中犀角清心火而解热毒,因心火清而诸经之火自平,故为主药。生地凉血而滋阴液,故协助犀角以解血分热毒,并增强止血作用,故为辅药。芍药和营泄热,丹皮凉血散血,协助犀角、生地加强解毒化斑的作用,同为佐使药。全方为清热解毒、凉血散血之剂。

八、问:试述青蒿鳖甲汤、秦艽鳖甲散、当归六黄汤的组成,并比较三方临床应用的区别。

答:青蒿鳖甲汤由青蒿、鳖甲、生地、知母、丹皮五药组成。

秦艽鳖甲散由秦艽、鳖甲、地骨皮、知母、当归、柴胡、青蒿、乌梅八药所组成。

当归六黄汤由当归、生地、熟地、黄芪、黄连、黄芩、黄柏七药组成。

以上三方均有滋阴清热的共同点。但青蒿鳖甲汤以鳖甲滋阴,青蒿透邪外出,生地、知母助鳖甲清热养阴,丹皮助青蒿清阴分伏热。全方养阴和透热并用而偏重于养阴,多应用于热病后期,夜热早凉的邪伏阴分者。秦艽鳖甲散以鳖甲、当归、知母滋阴养血清热,

秦艽、青蒿、柴胡清泄阴分伏热，地骨皮清热退蒸，乌梅生津止汗。全方养阴和泄热并用而偏重于退热，多应用于阴虚血少，热邪伏于阴血的骨蒸潮热者。当归六黄汤以当归、二地滋阴养血，黄芪补气强卫、固表止汗，三黄清火泻热。全方滋养阴血和清火泻热并用而偏重于养阴泻火止汗，多应用于阴虚火旺盗汗而中气未伤者。

(原载《教学参考资料》中医版，(9)：51~54)

《方剂学》问题解答(三)

一、问：龙胆泻肝汤(丸)、当归龙荟丸与泻青丸三方都能泻肝火，它们的配伍用药和适应症有何不同？

答：龙胆泻肝汤(丸)、当归龙荟丸与泻青丸三方均以龙胆草、山栀子等苦寒泻肝火为主，并以当归养肝血为辅而成。三方都可用于肝火旺盛之头痛、目赤、惊痫、高血压、中风等症，这就是共同点。由于配伍用药不同，其功用和适应症亦有差异。

龙胆泻肝汤(丸)以柴胡、黄芩、山栀子、甘草协助龙胆草清肝泻火，以当归、地黄养血补肝，配以木通、泽泻、车前子加强龙胆草清热利湿的作用，着重于利小便，使肝火湿热之邪从小便排出，这是它的特点。

当归龙荟丸的处方是在黄连解毒汤的基础上，配合龙胆草，其苦寒泻火之力更强；又加大黄、芦荟，有缓下、消痞、驱虫的作用；药取木香配当归以调和气血；青黛清肝；麝香开窍。所以本方在泻肝实火的同时，并有通便、消痞、驱虫、开窍的功效，这是它的特点。

泻青丸以龙胆草、大黄、山栀子苦寒泻火，配以羌活、防风祛风解痉，当归、川芎养血疏肝。本方具有泻肝火、散风、镇痉等作用，这是它的特点。

因此，三方的主要区别在于：龙胆泻肝汤(丸)所治除上焦肝火旺盛之证外，兼清下焦湿热，多用于泌尿系统和生殖系统方面的疾病。当归龙荟丸于泻肝胆实火的同时，并能通便、消痞、驱虫、开窍，

多用于消化系统和脑部的病变。泻青丸泻火、散风、镇痉，适用于新感外邪，壮热抽搐、头痛、目赤等头面部的病变。

二、问：在温病中，黄连阿胶汤、大定风珠、青蒿鳖甲汤三方如何区别运用？

答：温病后期，热邪久羁，深入下焦，劫烁真阴，治当滋补肾液。三方皆有养阴之功，然同中有异，临证时需辨其阴虚的程度、邪正的盛衰，分别使用。吴氏在《温病条辨》中说：“壮火尚盛者，不得用定风珠、复脉（汤）；邪少虚多者，不得用黄连阿胶汤；阴虚欲痉者，不得用青蒿鳖甲汤”，明确指出了运用三方的区别点。

黄连阿胶汤：适用于肾水亏于下，不能上济于心，心火亢于上，不能下交于肾而致的阴虚火炽，虚实互见之证。即吴氏所说：“真阴欲竭，壮火复炽”之候。证见身热、心烦不得卧、舌苔黄、脉细数等。治宜泻南补北，攻补兼施。吴氏又说：“以黄芩从黄连，外泻壮火而内坚真阴，以芍药从阿胶，内护真阴而内捍亢阳。名黄连阿胶汤者，取一刚以御外侮，一柔以护内主之也”。如纯用苦寒之品，不能救阴；如纯用养阴之品，则又恐恋邪，故吴氏又说：“壮火尚盛者，不得用定风珠、复脉”，即是此意。

大定风珠：适用于真阴欲竭，邪热已除，而致水不涵木，虚风内动之候。即吴氏所说：“阴虚欲痉者”。证见手足蠕动、甚或瘈疝、心中螾螾大动、时时欲脱、神倦耳聋、舌绛脉虚等。治宜滋阴熄风。因本方皆系一派血肉有情之品，故必须在纯虚无邪的情况下方可使用。如用芳香搜剔之品，不仅药不对证，反能损正伤阴，所以吴氏说：“阴虚欲痉者，不得用青蒿鳖甲汤”。

青蒿鳖甲汤：适用于温病后期，热邪虽重，但深伏阴分，消耗阴液，损伤正气，往往缠绵难解，即吴氏所说：“邪少虚多者”之候。证见夜热早凉，热退无汗，舌红少苔，脉细稍数等。治宜滋阴透邪。吴

氏说：“此方有先入后出之巧，青蒿不能直入阴分，有鳖甲领之入也；鳖甲不能独出阴分，有青蒿领之出也”。故本方组成，滋中有清，清中能透，养阴而不留邪，祛邪而不伤正。如纯用苦寒，既无入络搜邪之功，而徒伤正气。如纯用滋阴，则闭门留寇。故吴氏说：“邪气深伏阴分，混处气血之中，不能纯用养阴，又非壮火，更不能任用苦燥”；“邪少虚多者，不得用黄连阿胶汤”。

三、问：桂枝去芍药加附子汤与桂枝附子汤药味相同，其主治有何不同？为什么？

答：桂枝去芍药加附子汤与桂枝附子汤均为桂枝、附子、甘草、生姜、大枣五种药所组成。但从《伤寒论》原文来看，其主治却大不相同。22条“太阳病，下之后，脉促，胸满者，桂枝去芍药汤主之；若微恶寒者，桂枝去芍药加附子汤主之。”179条“伤寒八九日，风湿相搏，身体疼烦，不能自转侧，不呕不渴，脉浮虚而涩者，桂枝附子汤主之。”可见桂枝去芍药加附子汤是主治太阳表寒虚证因误用下法，虚涉少阴里阳，邪气又随下法而内陷于胸，致成胸满、恶寒、脉微或促而无力等太阳表寒兼里阳不足之证。桂枝附子汤是主治外感风湿之邪，初起留着经络肌表而致恶寒发热、身体疼痛、不能自动转侧、脉浮虚涩等太阳类似病证。两方的主治从大体上说都属阳虚阴盛的病证，但桂枝去芍药加附子汤证并不夹湿，且阳虚较轻微；桂枝附子汤证则兼夹湿邪且阳虚较严重。

两方组成药味相同，其主治不同的原因主要在于所用桂枝、附子二药份量上。桂枝去芍药加附子汤取桂枝三两，以辛、甘、温解肌发散表寒，配甘草扶助心以抗内陷之邪，开胸除满，同时以炮附子一枚，温补少阴阳气而治因误下里虚之脉微恶寒。桂枝附子汤加重桂枝用量为四两，不仅能解散表寒，且能温经散寒以通经络。加上炮附子用至二枚，大辛大热，更能通痹镇痛，扶阳以祛寒湿，故主治太

阳风湿留着肌表的寒热身疼,不能转侧等证。可见同一桂枝,量小则解肌散寒,量多则温经散寒;同一附子,量小则温补阳气,量大则通痹镇痛。因此,对于《伤寒论》方剂药量的轻重是不能忽视的。

四、问:玉屏风散与桂枝汤都能治表虚证,两者有何区别?

答:玉屏风散与桂枝汤两方虽然都能治疗表虚自汗之证,但两者的病机和立法意义迥然不同。玉屏风散由黄芪、白术、防风三味药物组成,功能益气固表止汗,适用于卫气不固的表虚自汗证。方中选用黄芪益气固表为主药;配以白术健脾益气为辅药,使卫外有权;又佐防风走表以祛风邪。三药合用为补中寓散之剂。此方妙在芪、防同用,能固表止汗而无留邪之弊,解表祛邪而又不伤正气。一固一散,不但卫气不固的自汗证可用,对于卫气虚弱,腠理不密易于感冒者,服之亦能解除外邪,且有实表之功。

桂枝汤是桂枝、芍药、甘草、生姜、大枣五味药物组成,功能解肌发汗、调和营卫,适用于营卫不和,汗出恶风和表虚证。方中桂枝温通卫阳,解肌发汗,为本方主药;芍药敛阴和营,两药相配,一散一收,能和营卫而解表邪;佐以生姜、大枣,可助桂、芍和营卫;使以甘草调和诸药。所谓“营卫不和”,是由风寒之邪,客于肌表,卫气与邪气相搏而发热;正虚于内,营阴失去卫阳的照顾不能内守而汗出恶风。治疗当用桂枝汤调和营卫,营卫得和,则诸证悉解。

由此可知,玉屏风散证的病机是卫气不固,故用黄芪配防风,重点在于益气固表;桂枝汤证的病机是营卫不和,故以桂枝配芍药,目的在于调和营卫。一气一血,各有侧重,病机不同,治法亦异,临床当辨证选用。

五、问：开窍剂中安宫牛黄丸、至宝丹、紫雪丹、苏合香丸如何区别运用？

答：中医临床上常用安宫牛黄丸、紫雪丹、至宝丹、苏合香丸治疗窍闭神昏之危证，四方均是急救的重要方剂。窍闭神昏之证，按病因病机分，有热闭（阳闭）、寒闭（阴闭）的不同，因此开窍剂有凉开、温开之别。

安宫牛黄丸、紫雪丹、至宝丹均有清热解毒、熄风镇痉、开窍安神之功效，适用于温热邪毒内陷心包、痰热蒙蔽心窍的热闭证。此类方剂配伍大量清热药物，能清除内陷心包之热邪，为凉开剂，临床上称“三宝”。“三宝”均由清热解毒、祛痰开窍、镇惊安神三类药物组成，但由于药物选择不同，因此功效各有特点，适应证亦有差异。安宫牛黄丸，用黄连、黄芩、山栀、郁金清三焦之火，泻肝胆之热；牛黄、犀角凉血清营；麝香、冰片开窍；朱砂、珍珠镇惊；雄黄辟秽解毒。本方药性最凉，长于清热解毒，宜用于肝胆系统及多种急性传染病的高热神昏之证。紫雪丹用石膏、寒水石、滑石甘寒清热，犀角、元参、升麻凉血解毒，羚羊角、磁石平肝熄风，木香、丁香、沉香调气宣中，朴硝、牙硝软坚通便，麝香开窍，朱砂安神。本方用羚羊角、磁石平肝熄风，因此紫雪丹长于熄风镇痉。又妙在用滑石通调水道，朴硝软坚通便，能导热下行，起到釜底抽薪的作用，适用于阳明热盛之高热痉厥、神昏谵语。至宝丹，重在冰片、麝香、安息香开窍，玳瑁、琥珀、朱砂安神镇痉，少佐犀角、牛黄、雄黄凉血解毒，故通闭开窍之力较胜，清热之功略逊，适宜于中暑、中风、中恶所致之神昏不语、痰盛气粗。如治疗温病邪热内陷心包，还应配合其他清热药合用。可见，三方均有开窍解毒作用，而安宫牛黄丸主泻肝胆和心包之火；紫雪丹长于熄风镇痉，且能清阳明之热；至宝丹擅长通闭开窍，宁心安神，临床上应予区别运用。

苏合香丸为温开之剂，由芳香开窍、辟秽化浊之品，配合温中散寒、辛香行气之药组成。方中集中了苏合香、安息香、麝香、木香、丁香、沉香、檀香、乳香、香附、冰片等十种香药为主体，有芳香开窍、行气解郁、散寒化浊的作用；再配藜蘆温中散寒，犀角清心，朱砂安神，白术健脾。适宜于寒湿痰浊上蒙清窍所致的卒然昏倒、不省人事、牙关紧闭、面白唇青、四肢不温、苔白滑腻、脉沉滑，以及时疫霍乱、气机阻滞而致的腹痛吐泻，亦可用于治疗冠心病之心绞痛。

六、问：二陈汤中用乌梅有何意义？

答：二陈汤出自《和剂局方》，原方由半夏、陈皮、茯苓、甘草、乌梅所组成，有燥湿化痰、理气和中之效。是临床治疗湿痰的常用方。由于乌梅味酸而涩，能敛肺生津，似对湿痰不宜，与半夏相抵触，故有些方书如《医方集解》、《成方切用》、《医宗金鉴》等，多不予载述。现在临床上也少有应用者。其实，二陈汤中用乌梅，是属于中医组方的一种配伍方法。石寿棠曾说：“用药治病，开必少佐以升。”二陈汤中，半夏辛散，乌梅酸收。半夏配乌梅燥湿化痰而无耗伤肺气之忧；乌梅得半夏，收敛肺气而无碍邪之虑。两者合用，相反相成，独具匠心。

（原载《教学参考资料》中医版，（7）：44～47）

《方剂学》问题解答(四)

一、试述王、李两氏清暑益气汤的区别应用。

答：王孟英的清暑益气汤为清暑益气养阴之剂，方中黄连、竹叶、荷梗、西瓜翠衣有清热解暑之作用；西洋参、麦冬、石斛、知母、粳米、甘草有益气生津之力，总之有清解暑热、益气生津之功效。用于治疗夏月伤暑，津气两伤的病症，如身热气高，汗多口渴，心烦溺黄，肢倦神疲，脉大而虚数等。

李东垣的清暑益气汤为清暑益气利湿之剂。方中人参、黄芪补益被暑热所伤之元气，麦冬、五味子保肺气而生津液，当归养血和阴，互相配合，扶助正气。苍术、白术燥湿健脾，黄柏、泽泻清泄暑热，青皮、陈皮、神糶理气消食而和中，再加升麻、葛根解肌清热而升清气。总之，有辛甘化阳、酸甘化阴、扶正祛邪、清暑益气的功效，可治暑热伤气，气虚挟湿诸证，如低热微寒，肢倦少气，心烦，自汗，口渴，纳呆，小便短赤，大便溏薄，舌苔薄腻，脉虚数等。

总之，两方均有清暑益气的作用，能治疗暑病兼气虚之证。但王氏清暑益气汤是以养阴生津为主，用治暑热伤津耗气之证；李氏清暑益气汤是以运脾燥湿为主，用治元气本虚，而伤于暑湿者。

二、对《伤寒论》白虎汤证“伤寒脉浮滑，此以表有热，里有寒，白虎汤主之”等条文应如何理解？

答：《伤寒论》云：“伤寒脉浮滑，此以表有热，里有寒，白虎汤主

之。”又说：“伤寒无大热，口燥渴，心烦，背微恶寒者，白虎加入参汤主之。”这两条经文前人有不少评论，认为“里有寒”，能用白虎汤吗？“无大热，背恶寒”，又何以有用白虎之理？

白虎汤所主治的证候是表里俱热，不恶寒，但发热，汗出烦渴。假使其人表有热而里有寒，白虎汤是绝对不可使用的。历代注家谓“表”、“里”两字当互易，意思是说应作“表有寒，里有热”，其实表寒未解者亦不可用白虎汤。但热结在里者表热可能不显著，甚至指端微厥，这叫做“热厥”，热厥是可以白虎汤的。如厥阴篇中说：“脉滑而厥者，里有热也，白虎汤主之。”就是指此而言。不过热厥的脉多数是沉而滑，不是浮而滑，而且热厥毕竟和“表有寒”有所区别。因此，可以肯定地说前条经文之白虎汤证的文字有明显的错误，不足以用白虎汤。

白虎汤本是为大热证所设，无大热就根本用不到白虎汤。但白虎汤证是经常出汗的，在大汗出后的顷刻间，肌表的热也可能一时降低一些，甚至由于气阴不足而感觉到背部有寒意。可是尽管表热不太高，而“口燥渴、心烦”的里热却是很鸱张的，虽然在汗出时，体温暂时低一些，但在汗少时，体温仍然会高起来。因此，用白虎加入参汤并没有错，只是条文叙述过于简略，说得不够明确罢了。

从上所述可以得到如下结论：

1. 壮热、汗出、不恶寒，但发热、烦躁不安、渴欲饮冷、脉洪大滑数，是白虎汤的典型症状。

2. 基本症状是发热、汗出、不恶寒，但在汗多时，表热较轻微，甚至有时背部微有寒意，在汗少时，表热即会升高起来，有时手足微有厥冷，但口干舌燥，烦渴欲冷饮，按其胸腹部必有明显的灼热感，按其脉搏必滑数，观其舌质必深红，其苔必黄而干，这也是适用白虎汤的证候。不过这种证候的出现，大多与汗出过多及气阴不足有关，故需加入参而治之。

三、试述炙甘草汤的配伍意义及其临床应用。

答：本方主药是炙甘草，《别录》说甘草能“通经脉，利血气”。很明显地说明了甘草对于血行障碍是有疗效的。故现代常以此为主药治疗“脉结代，心动悸”的病症，是可以理解的。桂枝能“温筋通脉”（《别录》），平冲逆，与炙甘草配合便可制动悸。张仲景在治疗动悸的方剂（如桂枝加桂汤、苓桂术甘汤、苓桂甘枣汤、茯苓甘草汤等）里，都要用甘草、桂枝两味药，就足以说明了它们的这种效用。《本经》说阿胶主“心腹内崩劳极”，地黄主“伤中，逐血痹”。两药配人参、麦冬、甘草、大枣四味药能发挥补养强壮的功能。麦冬润肺止咳，麻仁润肠通便，二药对阴虚液少的患者，都可起润燥的作用。总之，炙甘草汤是《伤寒论》中一首突出的滋补剂，它的特点是在大队滋养药中配以健胃通阳的人参、桂枝、生姜、清酒，其意义十分深刻。这些补气温阳药，不但能使滋养药的成分充分地被消化吸收，以发挥其应有的作用，而其本身也可以配合滋养药来通调血脉，调和阴阳，以达到复脉定悸的目的。近人应用此方，常去姜、桂，以姜、桂辛温易化热之故，在温热病中，理该如此，但若用治“脉结代，心动悸”之心阳虚衰证，就无必要去除具有温阳通脉功效的姜、桂了。

四、试述五泻心汤治疗痞证之区别和各方临床应用之要点。

答：五泻心汤即半夏泻心汤、生姜泻心汤、甘草泻心汤、大黄黄连泻心汤及附子泻心汤，均是治疗痞证的方剂。所谓“痞”，多由胃气素虚，或治疗失误（吐、下），邪热内陷，以致升降失常，阴阳不调，寒热互结，闭塞不通，上下不能交泰而成。诸泻心汤大多刚柔相济，阴阳两调，为治痞证常用的方剂。

半夏泻心汤用半夏之苦温以下气开结，和胃消痞，为君药；干

姜味辛，能辛散开痞结以和阴；黄芩、黄连味苦入心，苦降泄热以和阳，寒热并用，共为臣药；用人参、甘草、大枣“甘以补之”之意，能益气和胃，扶正祛邪，而为佐使药，一方之中温清并备，补散兼施，共奏和中降逆，散结泄痞之功，临床应用是以痞（心下痞硬，但满不痛）、呕（干呕或呕吐）、下利（肠鸣泄泻）为三大适应症，或有脘中烦热，食纳不振，口苦，舌红，苔薄腻等见症。对伤寒误下成痞，或不由误下而寒热中阻致痞，以及湿热留恋，脾胃虚弱，升降失调而成痞者，均可选用本方施治。

生姜泻心汤即半夏泻心汤减少干姜之用量，再加生姜而组成。方中以生姜宣表和胃散水，辅以半夏泻心汤开结除痞，是微寓解肌于散痞之中，且半夏得生姜则水消，芩连得干姜而痞散，合而具有宣表散水、和胃消痞之功，与病情更为妥贴。临床用于水热互结、胃中不和、心下痞硬、呕吐、干噎食臭、肠鸣下利、口苦、舌红、苔滑等。

甘草泻心汤系半夏泻心汤加重甘草之用量而组成的。方中用甘草为主药，一以泻心除烦，一以健胃安中，又有缓和逆气之作用；重佐干姜为辅，既取温中散寒，且行芩连之气而泄痞，助半夏除呕，协甘草和胃。所谓“甘草得位而三善备，干姜任重而四美具”，说明其方义配伍甚妙。其功效有补虚降逆，消痞除烦的作用。临床可用于治疗胃气虚甚，气结成痞，心下痞硬而满，腹中雷鸣，下利完谷，干呕、心烦不得安等症。并可用于默默欲眠，目不得闭，卧起不安，咽喉和前后二阴腐蚀之狐惑病。

大黄黄连泻心汤方用大黄、黄芩、黄连大苦大寒之药以泄热开结攻痞。方中不用芒硝、枳、朴，其用意不在攻下实邪，乃专导无形之热气；且用泡剂，取其轻扬荡涤以清泄热痞。临床用治热邪内陷，胃气痞塞，心下痞满，按之自濡，关上脉浮；或邪火内结，迫血妄行，吐衄发斑；或湿热内蕴，身目发黄，大便滞下；或三焦积热，头痛，目赤，口舌生疮，便秘，发狂，舌红，脉滑数等症。

附子泻心汤即大黄黄连泻心汤加附子组成。方以麻沸汤渍寒

药,附子煎浓汁,上用凉而下用温,上行泻而下用补,扶阳开痞,并行不悖。适用于邪热内结,卫阳不固,心下痞满,恶寒汗出,四肢厥冷等症,并治老人停食,心下满拒按,额上冷汗,闷瞽不安,肢厥,脉伏之“食厥证”。

总之,五泻心汤中以半夏泻心汤为寒热交结,少阳正痞之代表方;而生姜泻心汤主太阳少阳并病之胃虚水热痞;甘草泻心汤主少阳阳明并病之胃虚痞;大黄黄连泻心汤主热邪壅甚之热痞;附子泻心汤主表虚里实之热结阳虚痞,后世运用五泻心汤实际已远远超过《伤寒论》以痞为主要指征的治疗范围。

(原载《教学辅导》中医版,1984(2):22~24)

前人医案浅析(五)

在临床工作中,如何通过学习前人医案,来提高辨证施治水平,提高用药处方的技巧,提高理法方药配伍的能力,提高治疗疑难病的疗效,对于一个临床医师来说是必不可少的工作。所以现拟就前人若干医案,加以浅析,供同学们在临床实习中参考。

一、先述症状,后论病机

例:脉缓身痛,汗出热解,既而复热,此水谷之气不运,湿复阻气,郁而成病。仍议宣通气分,热自湿中而来,徒进清热不应,黄芩、滑石、茯苓皮、大腹皮、白蔻仁、白通草、猪苓。(《临证指南医案》)

按:本案先写出“脉缓身痛,汗出热解,既而复热”等症状,再分析这些症状是“此水谷之气不运,湿复阻气,郁而成病”,最后提出治法。这种先述症状后议病因病机的案例写法,在近代的医案中,多数如此,在古代医案中也有许多。因为辨证总是要先从症状着手的,所以这种写法,也可称之为正叙法。

本例病为湿热互郁气分,汗出则邪热随汗外泄,故身热稍退,但湿性粘滞,不能随汗而尽解,故继而复热。方用黄芩清热燥湿,蔻仁、大腹皮理气化湿,其余都是淡渗利湿之品,所谓“清热于湿中,渗湿于热下”,即是此意。又吴鞠通《温病条辨》有“黄芩滑石汤”,方药组成,即是本例中之药味,主治亦同,可见吴氏制方意义,即本从叶氏此案而来。

二、先论病机，再述症状

例：肺为贮痰之器，脾为生痰之源。肺虚则痰不易化，脾虚则湿不能运，痰上逆而喘咳，湿下注而足肿，肿之与喘，无非气失升降而乏运行之权也。今拟脾肺同治，冀痰湿运行乃吉。党参、葶苈、杏仁、泽泻、大腹皮、半夏、赤苓、陈皮、通草、冬瓜子、枇杷叶、枣。（《柳选四家医案·环溪草堂医案》）

按：本案先论病机，后述症状。病因病机是从症状中辨析得来的，因此，这种写法，实际上是“倒叙法”。本案证状是喘与肿，病因是痰与湿，病位在肺与脾。方中用药，健脾利湿以消肿，肃肺化痰以定喘。辨证确切，论治亦当。

三、分析症状，联系病机

例：口甜属脾热，龈烂属胃火。口渴引饮，热在上焦无疑。脘嘈求食，热在中焦显著。小便频多，热在下焦可知。照此形状，已成三消。脉象左大，舌质薄腻。滋五脏之阴，泻三焦之火。形肉未消，尚可挽救。大熟地、牛膝、石膏、知母、麦冬、生白芍、大生地、木瓜、丹皮、银花、淡竹叶、大麦。（《清代名医医案精华·金子久医案》）

按：本案例举了口甜、龈烂、口渴引饮、小便频多，五个症状，逐症加以分析，接着指出：“照此形状，已成三消”。就是说，根据上面这些症状，可以诊断为“三消证”。这里说明，对各个症状逐一分析，并不是彼此孤立的，互不关联的，而是有机地联系着，这就是中医辨证的整体观。

四、先论证治，后析症状

例：喘由外感者治肺，由内伤者治肾，以肺主出气，肾主纳气也。出气阻而喘为肺病，吸气促而喘为肾病。今上气喘急，遇烦劳则发，不得卧息，必起坐伏案乃定；近则行步亦喘，是元海不司收纳

之权，致胶痰易阻升降之隧。急急摄固真元。熟地炭、牛膝炭、茯神、五味、萸肉、补骨脂、莲子。（《类证治裁》）

按：本案例之首对喘病证治，作了扼要阐述，喘有虚实之分，内伤外感之辨。昔人谓“肺为气之主，肾为气之根”，故喘之为病，皆不离肺肾两脏。大抵在肺为实，多属外感，治宜宣肺平喘；在肾为虚，多属内伤，治宜纳气定喘。本案证情是属于后者，用药重在纳气归肾。

五、援引文献，提供依据

例：经云：“烦劳则张，精绝，辟积于夏，令人煎厥。”夫劳动阳气弛张，则阴精不司留恋其阳，虽有若无，故曰绝。积之既久，逢夏季阳正开泄，五志火动风生，若煎熬者然，斯为晕厥耳。治法以清心益肾，使肝胆相火内风，不为暴起；然必薄味静养为为稳。连翘心、玄参心、竹叶心、知母、细生地、生白芍。（《临症指南医案》）

按：前人医案中援引《内经》及其他先贤文献者甚多，这样书写，既为辨证立法提供理论根据，同时也丰富了案语的内容，提高了医案的质量，但必须引用恰当，切忌生搬硬套，甚至弄虚作假。如单纯追求案语文采，而不合实际病情，那是没有意义的。

本安症状及病机，全部引用《内经》原文而加以解析，提出治法，可备医案之一格。方用连翘心、竹叶心清心火，玄参心、知母、细生地益肾水，生白芍敛肝，使水足火平，肝胆之风火得敛，而晕厥自可不发。

又本案例除药物治疗之外，还提到“薄味静养”。在前人医案中，论及饮食起居、精神调养等方面的案语甚多，说明中医治病，不是单纯唯药观点，在饮食护理方面，也相当重视。

六、论述证情，寓意治法

例：偏枯在左，血虚不荣筋骨，内风袭络，脉左缓大。制首乌四

两、枸杞子二两、归身二两、淮牛膝(蒸)二两、明天麻(面煨)二两、三角胡麻二两,研末、用黄甘菊三两、川石斛四两、小黑豆皮四两,蒸汁,加蜜丸极细,早服四钱,滚水送。(《临证指南医案》)

按:本案为中风后遗症。根据偏枯在左,脉左缓大,断为“血虚不荣筋骨,内风袭络”。案语中未言治法,而养血熄风,自是言外之意。前人谓“治风先治血,血行风自灭”,又肝主筋,肾主骨,立法重在滋补下焦肝肾,养血熄风。方中除用较多养血药以外,更以石斛滋阴清热,牛膝补肝肾,壮筋骨;天麻、甘菊熄风。标本兼顾,允治病情。

又本例案语比较简略,前人医案,类此者甚多。当然,我们写医案,特别是初涉临床的医生,应该尽量书写详细,或者做到简而不疏漏,详而不噜苏。但我们前人医案,应从其辨证或用药精当处,细心揣摩,取其所长,以资临床借鉴。象上述这类医案,固不能以其太简而忽视之。

七、先述病史,再述转归

例:去秋咳嗽,些微带血,已经调治而痊。交春吐血甚多,咳嗽至今不止,更兼寒热,朝轻暮重,饮食少纳,头汗不休。真阴大亏,虚阳上亢,肺金受灼,脾胃伤戕,津液日耗,元气日损。脉沉细涩,口腻而干。虚极成劳,难为力矣。姑拟生脉六君子汤,保肺清金,调元益气,扶过夏令再议。洋参、沙参、麦冬、五味子、扁豆、制半夏、茯苓、陈皮、炙甘草。另枇杷叶露、野蔷薇露各一杯,冲服。(《柳选四家医案·环溪草堂医案》)

按:本案证候,颇类今之肺结核症,叙述病情经过,颇为详细。方中用药,注重在脾肺两脏,为培土生金之法。

又本案不但叙述病史,分析病情,且提出预后判断,前人案语中写到预后诊断者甚多,不另例举。

八、辨证论治,层层阐述

例:血虚则木旺,木旺则脾衰。脾衰则痰湿不化,肝旺则气火易升。是以腹中时痛,脐右有块,目中干涩,口常甜腻,舌苔白而经水不调也。治法不宜制肝,制则耗其气,但当养阴以和肝;不可燥湿,燥则劫其阴,只宜和脾以运气。此仲景治肝补脾之要法也。党参、当归、白芍、茯苓、冬术、半夏、陈皮、丹皮、香附、橘叶。(《柳选四家医案·环溪草堂医案》)

按:本案总的辨证,应是“血虚肝旺,脾有痰湿”。对症候的分析,采用层层叙述,步步深入的手法。“血虚则木旺,木旺则脾衰”,这是第一层;“脾衰则痰湿不化,肝旺则气火易升”,这是第二层;所述各个症状,是第三层。本案目中干涩为肝血不足;腹中时痛,脐右有块,是肝气横逆;口常甜腻,舌苔白而经水不调,为脾有痰湿。脾之有痰湿,是由于肝气犯脾,脾虚而失于运化;肝气之横逆,是由于血亏不能养肝。案语所云,真是探本穷源,分析入微,这是辨证方面。在论治方面,案中提出治法宜忌,也是深入细致。最后说:“此仲景治肝补脾之要法也”,可谓画龙点睛之笔。方用六君子汤健脾理气而化痰湿,归、芍、橘叶、香附养血疏肝而调经,丹皮清泄肝火,辨证用药,可谓面面俱到。

九、旁引类证,再论本证

例:古人治胁痛法有五:或犯寒血滞,或血虚络痛,或血着不通,或肝火抑郁,或暴怒气逆,皆可致痛。今是证脉细弦数不舒,此由肝火抑郁,火郁者络自燥,治法必当清润通络。潮瓜蒌、炒香桃仁、归身、新绛、炒白芍、炙甘草。(《叶氏医案存真》)

按:本案在案首论及同类证候,再根据病情,指出是属于哪一种,也是医案写法之一格。叶氏所论“火郁者络自燥”,而用清润通络之法,可说是叶氏之创论,证之临床实践,确有较好之疗效。

十、提醒辨证,把关用药

例1:胃主纳,脾主运。能食不化,泄泻,治在太阴脾脏。此脏为阴脏,阳动则能运。凡阴药取味皆静,归地之属,反助病矣。淡附子、淡干姜、生益智、生砂仁、人参、茯苓。(《叶氏医案存真》)

按:根据脾胃的生理病理,能食不化,泄泻,为脾不健运之症,故用温运脾阳之药,自是正治。案语中“归地之属,反助病矣”,说明在叶氏治疗之前,有人用过归、地,可能这病人还有血虚的表现,不然,像这一类病人,一般会用归、地的。但病人能食不化而泄泻,脾阳既已不振,即使有血虚表现,也只有达到脾胃旺盛之后,才能化气生血,以脾主益气,为生血之源,所以案中特别指出“阳动则能运”一句,确是至理名言。

例2:遗精无梦,少劳即发,饥不能食,食多即胀,面白唇热,小便黄赤。此脾家湿热,流于肾中为遗滑,不当徒用补涩之药,恐积热日增,致滋他疾。草薢、砂仁、茯苓、牡蛎、白术、黄柏、炙草、山药、生地、猪苓。(《清代名医医案精华·尤在泾医案》)

按:遗精无梦,少劳即发,一般辨证为肾虚;饥不能食,食多即胀,则为脾虚。这种病人,很容易辨为脾肾两虚。然而面白唇热,小便黄赤,结合上述症状,乃是脾家湿热,流于肾中之遗精。这说明我们临床辨证,必须全面考虑,不可疏忽。案语中“不当徒用补涩之药,恐积热日增,致滋他疾”,可谓大声疾呼,提醒大家。而辨证着眼之处,殊足发人深省。

结束语

1、学习前人医案要与临床实践紧密地结合起来,也就是学以致用。学前人的经验,再通过自己的临床实践,其收益就会更大。

2、前人医案与其他历史文化遗产一样,要以正确的历史观点和辨证的思想方法来对待,要用科学的态度,实事求是的精神,取

其精华,弃其糟粕,以达到古为今用的目的。

3、学习前人医案,可以用现代科学的手段来加以总结提高,以推陈出新。

4、前人医案比较简单,文字比较古奥,文笔写法不一,学习时只能学习前人的经验,不宜学习前人的写法。

总之,学习前人医案要不断实践,不断总结,不断提高,不断地发展。

(原载《教学参考资料》中医版,(8):58~64)

胃 脘 痛

一、定义

贲门部为上脘,幽门部为下脘,上脘下脘之间为中脘,三部统称胃脘。

胃脘痛又称胃痛,是以上腹胃脘部近心窝处经常疼痛为主要症状者,多由忧思郁怒,肝木犯胃,饮食不节,损伤脾胃之气所致。包括现代医学之食管炎、慢性胃炎、胃十二指肠溃疡、胃肠神经官能症,胃下垂等范畴。

二、病因病机

1、郁怒伤肝,肝气犯胃。忧思恼怒、情怀不畅,肝郁气滞,疏泄失职,横逆犯胃,气血壅而不行,不通则痛。

2、饮食不节,损伤脾胃。暴饮暴食,或饥饱无常,最易损伤脾胃之气。过食生冷,寒积胃脘,气血凝滞不通,而致胃寒作痛;或恣食肥甘辛辣,过饮烈酒,以致湿热中阻,胃热作痛。

3、禀赋不足,脾胃虚寒。脾胃素虚,或劳倦内伤,或久病不愈,或用药不当,皆可损伤脾胃,致脾胃虚寒,运化失常。

三、鉴别诊断

胃脘痛应与真心痛区别

	部位	性质	预后
心痛	胸中	针刺痛	较危险
胃痛	上腹部	钝痛、隐痛	较好

四、辨证治疗

1、脾胃虚寒型

主症：胃脘隐隐作痛，喜暖喜按，得食痛则减，大便溏薄，舌质淡，脉细弱。

病机：脾胃阳虚，纳运不健，胃失温煦，中寒内生，故胃脘隐痛，喜暖喜按。

辨病：多见于胃、十二指肠溃疡，慢性胃炎，慢性胃窦炎或萎缩性胃炎。

治法：温中散寒，行气止痛。

方药：常用方黄芪建中汤：黄芪 9 克，芍药 18 克，桂枝 9 克，炙甘草 6 克，生姜 10 克，大枣四枚，饴糖 30 克；香砂六君子汤：人参 10 克，白术 9 克，茯苓 9 克，炙甘草 6 克，陈皮 9 克，半夏 12 克，木香 6 克，砂仁 6 克；附子理中汤：人参 6 克，干姜 5 克，甘草 6 克，白术 9 克，附子 6 克。

针灸：中脘，足三里，神阙，内关。

外敷：暖脐膏（沉香、小茴香、乳香、肉桂、麝香等组成）。

食疗：胡椒粒 10—15 克与猪肚炖服。

饮羊乳 2—3 次/日。

2、肝气犯胃型

主症：痛引两胁，口苦咽干，呕吐酸水，舌红，苔黄，脉弦细。

辨病：常见于胃、十二指肠溃疡，胆囊炎，急性胃炎，萎缩性胃

炎等。

病机：忧思恼怒，肝郁气滞，肝气横逆。

治法：疏肝理气，和胃止痛。

方药：

(1)四逆散合左金丸：炙甘草 6 克，枳实 6 克，柴胡 6 克，芍药 9 克，黄连(姜汁炒)6 克，吴茱萸(盐水泡)1 克；柴胡疏肝散：柴胡 6 克，陈皮 6 克，川芎、香附、枳壳、芍药各 4.5 克，炙甘草 1.5 克；丹栀逍遥散：柴胡 9 克，白芍 9 克，当归 9 克，白术 9 克，茯苓 9 克，甘草 3 克，生姜 3 克，薄荷 3 克后下；金铃子散：川楝子 9 克，延胡索 9 克。

(2)青蒲饮：青木香 6 克，蒲公英 15 克，生白芍 12 克，炒枳实 10 克，川黄连 6 克，粉甘草 3 克，广郁金 10 克，川楝子 10 克。

(3)疏肝止痛丸：柴胡 10 克，白芍 12 克，延胡 10 克，郁金 10 克，川芎 10 克，香附 10 克。

(4)百丹汤：百合 30 克，丹参 20 克。

3、胃阴不足型

主症：胃脘隐隐作痛，口燥咽干喜饮，大便干燥，舌红少苔，脉弦细。

辨病：多见于急、慢性胃炎，萎缩性胃炎，胃下垂等。

病机：胃热素盛，气郁化热，灼烁胃阴。

治法：养阴益胃

方药：

(1)常用方：养胃汤合芍药甘草汤(沙参、麦冬、天花粉、玉竹、石斛、扁豆、白芍、甘草)。

(2)益胃汤合竹叶石膏汤(生地、沙参、麦冬、玉竹、竹叶、石膏、半夏、甘草、大枣)。

(3)补中益气汤合左金丸加减：黄芪、党参、白术、炙甘草、当归、陈皮、柴胡、升麻、黄连、吴茱萸。

4、瘀血内阻型

主症：痛如针刺，痛有定处，痛而拒按或是吐血，便血，舌质紫暗瘀斑，脉涩。

辨病：多见于胃、十二指肠溃疡并发出血，慢性胃炎等。

病机：气滞血瘀，瘀血阻络，甚则损伤胃络。

治法：活血化瘀，理气止痛。

方药：

(1)常用方：失笑散合丹参饮：五灵脂 6 克，蒲黄 6 克，丹参 30 克，檀香、砂仁各 5 克。

(2)五灵枯矾散：五灵脂 9 克，枯矾 4.5 克。

(3)大黄白芨粉：大黄 10 克，白芨 15 克。

(4)乌贼白芨粉：乌贼骨 10 克，浙贝粉 10 克，白芨粉 15 克，粉甘草 5 克。

5、饮食积滞型

主症：嗜食生冷、辛辣，胃脘胀满疼痛拒按，噎腐吞酸，或呕吐不消化之食物，大便溏稀，舌苔厚腻，脉弦滑。

辨病：多见于急性胃肠炎，急性胃炎等。

病机：食滞中阻，纳化失常，胃失和降。

治法：消导行滞，和胃止痛。

方药：

(1)保和丸加减：山楂、神曲、莱菔子、制半夏、茯苓、陈皮、连翘。

(2)木香槟榔丸加减：木香、槟榔、香附、青皮、陈皮、莪术(行气导滞)；黄连、黄柏、大黄、牵牛子。

(3)槟榔回消丸：槟榔、大黄、山楂、砂仁、厚朴、麦谷芽。

五、其他疗法

1、单方验方：

(1)血瘀型胃脘痛——桃脂散：桃仁 15 克，五灵脂 15 克，研末调米醋为丸，如小豆大，每次服 5—10 克，日三次。

(2)气滞型胃脘痛——①姜附散：姜黄 18 克，香附 15 克，研细末，每次 2—3 克，日三次。

②香砂散：黑香附 12 克，砂仁 3 克，甘草 3 克，研细末，日三次，每次 2—3 克。

(3)胃寒型：萆豆散：萆澄茄，白豆蔻各等量，研细末内服。

(4)虚热型：百胡药：苏百合 30 克，延胡索 9 克，台乌药 9 克水煎内服，日一剂。

(5)食积型：金椽散：鸡内金 10 克，香椽 10 克，共研细末，每次 2 克，日三次。

(6)萎缩性胃炎

a. 肝郁化热型：青蒲饮：青木香、蒲公英、甘草、芍药、黄连。

b. 胃阴不足型：养阴和胃方沙参、麦冬、乌梅、芍药、甘草、大黄。

c. 气滞血瘀型：桃仁肉物汤合失笑散加减：桃仁、红花、赤芍、生地、当归、川芎、蒲黄、五灵脂、瓦楞子。

(7)溃疡病：

a. 乌贝散：乌贼骨、浙贝粉。

b. 胃得灵散：乌贼骨、浙贝、延胡、血竭、甘松。

c. 愈疡散：乌贼骨、煅牡蛎、煅瓦楞、炒党参、白芨粉、粉甘草、三七粉、延胡索、台乌药、姜半夏、广木香、川厚朴、青陈皮、茯苓、丁香、三棱、莪术、红花。

d. 积雪草，煎汤内服。

(8)加减法：胃热：加蒲公英、知母、黄柏、川楝子、百合、白芍；泛酸：加凤凰衣，煅瓦楞子、马勃、海螵蛸；疼痛：加白芍、延胡、五灵脂、桃仁。

(9)痢特灵疗法：痢特灵 0.1 每日三次连服两周停药，继用中

药黄芪连中汤,每日一剂,连服三剂,为一疗程。

2、针灸疗法:

(1)针刺:内关、中脘、足三里(实则泻之,虚则补之)

(2)艾灸:中脘、足三里、神阙(适用于虚寒性胃痛)

参考文献

黄文东等,实用中医内科学,上海科学技术出版社出版,215~222,1985。

耳鸣、耳聋

一、概述

1、定义：耳鸣、耳聋是听觉异常的症状。耳鸣是指病人自觉耳内鸣响，如闻蝉声或如潮声；耳聋是指不同程度的听觉减退，甚至消失。耳鸣可伴有耳聋，耳聋亦可由耳鸣发展而来，两者在病因病机上均与肾有密切关系，故合篇论述。

二、古代论述：

《灵枢·决气篇》：“精脱者，耳聋”；《灵枢·海论篇》云：“髓海不足，则脑转耳鸣”；《诸病源候论·耳病诸候》云：“肾为足少阴之经而藏精，气通于耳，宗脉之所聚也。若精气调和，则肾脏强盛，耳闻五音；若劳伤血气，兼受风邪，损于肾脏而精脱，精脱者，则耳鸣。”

3、现代论述：

中医之肾与现代医学的生长、发育、生殖、内分泌及体液代谢等方面有密切的关系。耳为肾窍，肾主耳，肾气通于耳。

①肾与耳的细胞有相似之处 肾小管细胞和内耳血管纹细胞在形态上都非常相似，均含有丰富的 A、T、Pase，均含有大量的碳酸酐酶。

②抑制肾功能的药物也能抑制耳功能。如耳毒性抗菌素（链霉素、庆大霉素、卡那霉素，新霉素等）。

③促肾功能的物质亦能促进耳功能：如醛固酮对听元细胞与听神经的功能具有促进作用；醛固酮也是肾上腺分泌的一种盐皮

质激素,临床上肾阳、肾阴虚的患者,小便中的糖皮质激素的排出量下降。

①肾虚耳聋之患者血清铁含量明显低于正常人;有的学者认为微量元素铁可能是“肾开窍于耳”的生物化学物质基础之一。因为听力减退是肾虚的主要表现,而含铁很高的磁石及西药铁剂治疗肾虚耳聋有效,血清铁含量亦升高。

二、病因病机

(一)体虚肾亏:素体不足,精血衰少,肾精亏耗,髓海空虚。

(二)外邪侵袭:感受风邪,壅闭清窍。

(三)肝火上扰:情志抑郁,肝失疏泄,郁而化火,清窍被蒙。

(四)痰浊阻耳:素体肥胖,多食厚味,痰浊内生,上蒙清窍。

(五)瘀阻宗脉:耳为宗脉之所聚,经脉瘀阻,经气不通,耳失滋养。

三、鉴别诊断

(一)聋哑:耳鸣,耳聋多发生于成年人,耳虽聋而无口哑。聋哑多发生于幼儿,因热病后遗,亦有先天所致者;一般先耳聋而后口哑,口哑必有耳聋。

(二)耳菌、耳痔、耳挺:

耳菌、耳痔、耳挺均属于肿块阻塞耳道而致耳鸣,耳聋。因肿块的形态不同而有不同的病名。形如磨菇,名耳菌;形如樱桃、羊乳者,名耳痔;形如枣核者,名耳挺。肿块清除,耳鸣、耳聋自愈。

四、辨证论治

(一)要点

1、区分暴聋、久聋:暴聋、久聋在临床上很容易区别。暴聋是突然出现耳聋,亦称卒耳聋,多属外感或痰热。久聋是指逐渐地出现

听觉减退,或由耳鸣转化而来,多属肾虚。《证治准绳·七窍门·耳》说“耳鸣,耳聋,须分新久”;“新聋多热,少阳阳明火多故也”;“旧聋多虚,肾常不足故也。”

2、审察病变虚实:耳鸣,耳聋有虚实之分,一般暴起者多实,渐起者多虚。实证宜分风、火、痰、瘀。头痛发热,耳内作痒者为风;心烦易怒因而耳鸣耳聋加重者属火;形体肥胖,耳鸣重浊如塞,苔腻者属痰;面色黧黑,耳聋闭塞,舌黯者属瘀。虚者分气、血、肝、肾。无力倦怠,面色皤白耳鸣者属气虚;皮肤甲错,唇白耳鸣者属血虚;耳鸣,耳聋伴有腰酸者属肾;耳聋耳鸣伴有胁痛者属肝。《医钞类编·耳病门》曰:“耳聋、耳鸣,有痰,有火,有气虚,有阴虚,有肝火;少壮多属痰火,中年必是阴虚”。

3、注意标本缓急:耳鸣、耳聋虽以肾为本,风火痰瘀为标,但在临床上往往标本互见,如肝肾不足,可使肝火偏亢,既表现为面部升火,心烦易怒,又表现为腰膝酸软等症。一般而论,耳鸣,耳聋暴起以标症为主,耳鸣耳聋长久不愈以本虚为主。久聋久鸣而又突然加重,则多属本虚标实。

(二)证治

1、实证

(1)风邪外袭

主症:卒然耳鸣、耳聋,头痛恶风或有发热,骨节酸痛或耳内作痒,脉浮数,苔薄白。

病机:风邪所乘,搏于经络,随其血脉上入耳,正气与邪气相搏,故卒然耳鸣、耳聋。

治法:以祛风解表为主。

方药:常用的方剂有清神散。方中防风、荆芥、羌活、菊花疏风解表;菖蒲、木通通窍开闭。若风热上袭,可选用防风通圣散加减。若耳中疼痛,流脓或出血水可用蛇蜕烧存性,吹入耳内。若有发热,咽痛者,加用银花、连翘、大青叶、板蓝根等。若项背强急不舒,宜加

葛根等解肌药。

(2)肝胆火盛

主症：卒然耳鸣、耳聋，头痛面赤，口苦咽干，心烦易怒，或夜寐不安，大便秘结，舌质红，苔黄，脉弦数。

病机：暴怒伤肝，肝胆火逆，上壅于耳，清窍失灵，故卒然耳鸣、耳聋。

治法：清肝泄热。

方药：龙胆泻肝汤或当归龙荟丸。方中龙胆草、山栀、黄连、大黄、芦荟等苦寒泻火；柴胡、黄芩清泄肝胆之邪热；木通、车前子、泽泻导热下行，以泄肝胆之火。

(3)痰火郁结

主症：两耳蝉鸣，有时闭塞如聋，胸闷，痰多，舌苔薄黄而腻，脉象滑数。

病机：痰火上升，郁于耳中，阻塞清窍。

治法：黄连温胆汤含礞石滚痰丸加味，温胆汤加黄芩、竹沥、黄连、菖蒲等泻火行气，化痰开闭。礞石滚痰丸中大黄、黄芩、沉香清火下气，礞石重坠下痰。

(4)瘀阻宗脉

主症：耳鸣、耳聋如塞，面色黧黑，耳流脓血。舌质紫暗或瘀斑，苔薄，脉涩。

病机：十二经脉均上络于耳，耳为宗脉之所系，经脉瘀阻，阻塞耳道。

治法：通窍活血。

方药：通窍活血汤加减。方用赤芍、桃仁、红花或加当归、丹参等活血祛瘀；老葱、麝香通窍。在临床上往往瘀痰互结，因此，可在活血化痰通窍方中加入象贝母、海藻、昆布等化痰较坚之品。

2、虚证

(1)中气不足

主症：耳鸣，或如蝉噪，或如钟鼓，或如水激，久则耳聋。面色黄白。神疲纳少，大便易溏，脉细弱或大而无力的，苔薄、质淡、有齿痕。

病机：素有脾胃虚弱，中气不足，气血生化之源亏损，经脉空虚，不能上奉于耳。

治法：以益气健脾，升提中气为主。

方药：常用益气聪明汤、补中益气汤等。方用黄芪、人参、升麻益气升提；葛根、蔓荆子引药而至耳部。若兼有肾气不足者，可加用熟地、山药、菟丝子、杜仲等品；若兼有心气不足者，可加用五味子、远志、酸枣仁、柏子仁等；若兼有肝胆之火者，宜加山栀、丹皮、车前子等。

(2) 阴血亏损

主症：耳鸣嘈嘈，甚则耳聋，面色无华，唇甲苍白，脉细无力，舌质淡，苔薄。

病机：阴血素亏，耳失濡养或劳伤气血，宗脉空虚，不能滋养耳窍，而致耳鸣嘈嘈，听觉失聪。

治法：以补益气血为主。

方药：八珍汤或人参养营汤等。方用人参、黄芪、白术、茯苓、甘草健脾益气，当归、熟地、芍药、川芎养血补血；或加血肉有情之品，如鹿角、龟板等补阳益阴，滋生血液。若心血不足者，可加龙眼肉、益智仁、酸枣仁、麦冬等。若肝血不足者，可加木瓜、女贞子、旱莲草；血虚有热者加用柴胡、山栀等品。

(3) 肝肾亏损

主症：耳聋、耳鸣、兼有头晕目眩，腰酸遗精，脉弦细或细弱，舌质偏红。

病机：肝肾不足，精血亏虚，不能充养清窍。

治法：补益肝肾为主。

方药：耳聋左慈丸、补肾丸等。左慈丸方用六味丸补肾，柴胡、磁石疏肝、镇肝以治耳鸣耳聋。若肝阴亏损明显者，可加枸杞子、女

贞子、墨旱莲等。

五、其他疗法

单方：

(1)吹耳方：a. 麝香末少许以葱管吹入耳内。

b. 麝香 0.9 克、冰片 0.9 克煅蛇衣少许吹入耳内
可治暴聋。

(2)黄芪丸—治肾虚耳鸣黄芪 30 克，白蒺藜 15 克，羌活 15 克，附子 10 克，羊肾一对，研为末，蜜丸，如橘核大小，每次 3 克，食前服，煨葱盐汤送下。

(3)枸杞子 15 克，苍耳子 10 克，煎汤和猪肾服用。

参考文献

(1)黄文东等，实用中医内科学，上海科学技术出版社出版，321～325，1985。

(2)曾兆麟等：醛固酮对耳蜗功能的影响，《中华医学杂志》(2)：89，1980。

(3)程万里：略论中医肾与耳的关系，《中医文献研究》(1)：16，1982。

三 方药应用

桂枝汤临床应用的体会

桂枝汤是《伤寒论》治疗太阳中风外感风寒表虚证的主方。在本方的基础上加减变化,用途甚广,王叔和曾经说过:“桂枝下咽,阳盛则毙。”其是何意呢?因此,有必要把桂枝汤的配伍意义和它的功效加以阐述。

《名医别录》说桂枝“温筋通脉”,张元素又说能“解表发汗”。对于芍药,张元素认为能“固理,和血脉,收阴气”。《名医别录》则说能“缓中”。《神农本草经》记载能“止痛”,桂枝、芍药这两味药的功效虽不一致,但配合使用则可一开一合,使表邪得解,里气以和,生姜能协桂枝以解表开胃,大枣协芍药。炙草以安中缓急。姜、枣在方中虽属佐使药,但对桂枝、芍药两药都分别起了协同作用,至于炙草一药,《名医别录》说它能“通经脉,利血气”。可见它能协助桂枝和畅血行,则与桂枝相配,有利于冲逆、动悸的解除。李杲说炙草能“缓正气,养阴血”,说明它能帮助芍药除血痹,而达到缓急、舍挛、止痛的目的。

桂枝汤如何加减应用呢?后世医学家和现代杂志上的均有许多报导,现就笔者的临床点滴体会,拟以下六个病例加以说明,以供参考。

一、产后外感症

林××,女 32 岁,小学教师。

患者于 1972 年 4 月上旬分娩,不慎外感风寒,曾服解表药数剂,汗出较多,仍觉畏寒风,历经四十多天,不能痊愈。于 5 月 14 日就诊,症见面色皤白,棉被裹体,四肢冰冷,肌肤微微汗出,怕风,口淡无味,舌质淡,苔薄白,脉浮缓。拟诊:外感风寒,气血不足,营卫失调。治宜调和营卫,补气固表。

处方:小桂枝 8 克,生白芍 15 克,红大枣三枚,生姜三片,炙甘草 4 克,太子参 15 克,炙黄芪 15 克,紫苏叶 6 克,软防风 6 克,水煎内服。

上方服二剂后,汗出畏寒消失,自觉神清身轻。二诊时原方去苏叶、防风加黄精、首乌各 15 克,再进三剂而病愈。

按:妇女产后气血亏虚,复感风寒,营卫失调。前医投以解表药过多,汗出过甚而伤津血,汗血同源,更损其本。方用桂枝汤温经散寒,调和营卫,加入补气太子参,炙黄芪用以补气而固表,后加黄精、首乌即气血双补,扶正固表而收功。

二、寒邪迫肺咳喘证

苏××,男,12 岁,小学生。

患者于 1978 年 5 月 12 日上体育课,赛跑 400 米之后,汗出甚多,即感胸闷不畅,随后咳喘不停。经 X 光胸透,未见异常。服西药后未能取效,要求中医就诊,症见咳喘频作,面色皤白,畏寒肢冷,恶风汗出,胃纳减少力乏,舌苔薄白,舌质淡白,脉浮数。拟诊:风寒迫肺营卫失调,气机不利,治宜疏风散寒,调和营卫,宣肺纳气。

处方:小桂枝 4 克,生白芍 6 克,红大枣三枚,北杏仁 6 克,川厚朴 6 克,胡桃肉 10 克,黄精 12 克,五味子 5 克,苏百合 6 克,三剂,水煎内服。

药后咳喘大减,再步上方加太子参 10 克,再服三剂而痊愈随访半年未见异常。

按:肺主气,司呼吸,外合皮毛,主宣发和降,肺气必须同通畅,呼吸才能正常进行。患者因运动过度,汗出过多,复感风寒之邪,侵袭于肺,则肺气壅遏不宣,诸肃之令失常,气道不利,肺气上逆,则见咳喘。方用桂枝汤加厚朴、杏仁疏风散寒,调和营卫,宣肃肺气;加百合、太子参养肺阴补肺气;用胡桃肉、黄精补肾纳气而定喘;用五味子增强敛肺止咳之力而取效。

三、胸痹症

沈××,男,57岁,教师。

患者于 1976 年 11 月自感胸闷心悸,偶有胸痛,夜寐欠佳,四肢冰冷,时有喘促,大便干燥,形体消瘦,口唇紫暗,舌质淡紫,苔薄白,脉沉涩而结代,经心电图检查提示:室性早博,低电压、血压:130/88mmHg。拟诊:胸阳不振;气虚血瘀,阻塞脉络,治以温经通脉,补气活血。

处方:小桂枝 6 克,生白芍 6 克,北干姜 6 克,红大枣 4 枚,炙甘草 6 克,黄精 30 克,广郁金 10 克,枇杷叶 10 克,京丹参 12 克,茜草根 10 克,水煎内服。

上方进退共服一个月,胸闷脉结代消失,心电图复查:低电压,随访半年未见复发。

按:患者因劳心过度,素体心气不足,心阳不振,鼓动无力,气血亏虚,瘀血内阻,致使胸痹症。用桂枝汤加减、生姜易干姜以助温经通脉之力;加黄精补气;茜草根、京丹参活血化瘀,广郁金、枇杷叶协以理气活血,药证合拍而取效。

四、表虚自汗证

黄××,男,44岁,教师。

患者于1972年间,经常活动,两手心微微汗出不止,继则四肢汗出如珠,一年四季均如此,经中西医治疗未得取效,于1974年春就诊。症见四肢冰冷而汗出不止,面色皤白。入寐后即周身汗出淋漓,经胸透未见异常,形体虽健但自感乏力,智力减退,胃纳欠佳,舌苔薄白脉浮缓,拟诊:营卫失调,气虚卫阳不固,治以调和营卫,补气固表。

处方:小桂枝4克,生白芍15克,炙甘草4克,红大枣5枚,生龙牡各20克,浮小麦30克,炙黄芪15克,黄精30克,五味子6克,党参15克,水煎内服。

上方加减治疗一个月后,汗逐渐减少以至停止,精神转佳,随访半年,未见复发。

按:卫气有固护津液,不使妄泄的作用。肺气不足之人,肌肤疏松,腠理不固而自汗出。明·王肯堂《证治准绳·自汗》说:“或肺气微弱,不能宣行营卫而津脱者”。患者由于经常运动,耗伤肺气,营卫失和,外卫失司而见自汗证,治用桂枝汤调和营卫;用黄芪、黄精、党参补气固表,用龙牡、五味子、浮小麦协以固表敛汗之功而取效。

五、太阳中风头痛证

蔡××,男,42岁,工人。

患者于1974年12月因下班后回家,感受风寒,左侧头痛,服用中西药一个多月未能痊愈,而要求就诊。症见面色萎黄,讲话时流涎,左侧头痛如触电感,恶风畏寒,遇刮风时则头痛加剧。夜寐欠佳,舌质淡红,苔薄白,脉弦细。拟诊:外感风邪,经脉失舒,治宜驱风散邪,舒筋通络。

处方:小桂枝6克,生白芍10克,红大枣四枚,炙甘草4克,北干姜6克,抚川芎10克,香白芷10克,当归尾10克,地龙干12克,金蝎6克(吞服),水煎内服。

上方加减治疗两星期，偏头痛痊愈，随访半年未见复发。

按：头为“诸阳之会”、“清阳之府”，五脏精华之血，六腑清阳之气，皆上注于头，《内经》说：“伤于风者，上先受之”。风性善行而数变，患者因严冬夜间感受风邪，直犯清空，致使寒凝血滞。治用桂枝汤温经通络；加川芎、白芷行血中之气，祛血中之风；用归尾养血活血；加地龙干、全蝎协以驱风通络，共奏疏风散邪，温经通络，活血止痛之功效，药到病除。

六、妇女痛经证

朱××，女，18岁，学生。

患者于1986年6月间下海游泳后，自感小腹胀胀继而疼痛，历经10多天不能痊愈，就诊时小腹冷痛加剧，甚则牵连腰背，恶寒肢冷，月经已42天未来潮，面色皤白，胃纳欠佳，二便正常，舌苔薄白，脉沉细而涩，证属寒邪内阻，气血瘀滞，经水不通所致。治拟温经散寒，活血祛瘀。

处方：小桂枝6克，赤芍药10克，北干姜6克，红大枣四枚，炙甘草4克，制香附10克，苏木6克，小茴香5克，当归尾9克，京丹参10克，抚川芎9克，茺蔚子10克，水煎内服。

服上方三剂后，月经来潮，量少色黑，腹痛减轻，再进三剂后月经正常，疼痛消失。

按：患者于月经来潮前感受风寒邪，客于胞中，血被寒凝，瘀血内阻，正如《医宗金鉴·妇科心法要诀》说：“经前痛，则为气血凝滞”。治用桂枝汤温经散寒；加丹参、川芎、苏木、茺蔚子活血祛瘀；用当归尾养血活血；用小茴香附理气止痛；寒得温瘀得通，痛则止。

（原载《中医海外教学》1988，（2），12~14）

参苓白术散的临床应用

参苓白术散有益气健脾和胃渗湿之功用,可以治疗脾胃运化失常而引起的多种疾病。笔者运用本方加减变化,治疗小儿脾虚虫积泄泻、术后泄泻、慢性肾炎、产后缺乳证等疾病,都取得了较满意之疗效。现简介如下:

一、治疗小儿脾虚虫积泄泻

例一,蔡××,女,4岁。

患者经常大便泄泻,胃纳欠佳,经服中西药治疗,未能痊愈。于1988年4月门诊。症见:面色皤白,眼球见有紫灰色之斑块,形体消瘦,四肢欠温,腹满膨胀,时感胀气,大便溏薄,便时见不消化之食物,纳呆。舌苔白腻,舌尖呈梅花状,脉细数,大便常规检查提示:蛔虫卵++++,并见不消化之残渣,拟诊:脾胃虚弱,运化失司,虫积内生。治宜健脾渗湿,消积驱虫。

处方:潞党参8克,白茯苓6克,炒白术6克,炒扁豆6克,淮山药8克,莲子肉6克,苏芡实8克,炒苡仁8克,焦山楂5克,焦二芽各4克,使君子四枚,雷丸8克。水煎内服。

服六剂后,大便已成形,日行一次,胃纳增加。上方去使君子、雷丸,加冬虫夏草1克,阳春砂2克,药煎后炖瘦肉内服,再进三剂,胃纳大增,一月后复查大便,未见虫卵,唇红面华,体重增加1.5公斤。

按:凡虫积之生,多由脾气不足,复有饮食不洁之物而引起。本

案由于脾胃气虚,复感蛔虫内扰,治当健脾渗湿,驱虫为先。后乃拟健脾益气,温胃醒脾而取效。因脾为阴,胃为阳,在脾胃运化过程中,脾脏不能单独完成,必赖于胃阳的鼓动。张景岳说:“命门为元气之根,为水火之宅,五脏之阴气,非此不能滋,五脏之阳气,非此不能发。而脾胃以中州之土,非火不能生……岂非命门之阳气在下,正为脾胃之母乎。”这说明了火能生土的母子关系,所以在参苓白术散方中加入冬虫夏草以达到益肾生火之目的,且用砂仁鼓动阳气,而达到健脾胃,醒脾阳,而助运化之功效。对小儿脾胃阳虚,运化失常者,笔者用此法治疗屡屡取效。

二、治疗术后泄泻

例二,郭××,男,56岁。

患者因患胃、十二指肠球部溃疡出血,于1986年2月在香港某医院行胃大部切除术,术后大便泄泻,经中西医治疗未能取效。于1986年6月来厦求医。症见形体消瘦,面色萎黄,肠鸣漉漉有声,腹痛即泻,日行5~6次,完谷不化,胃纳欠佳,形寒肢冷,疲乏倦怠。舌质淡白,苔白腻,脉沉细。证属脾胃虚寒,运化失常,下元亏虚。治拟健脾温胃,固涩下元。

处方:炒党参15克,白茯苓12克,焦白术10克,炒扁豆12克,阳春砂6克,炒苡仁15克,苏芡实15克,焦山楂10克,焦二芽各6克,肉豆蔻10克,煨诃子10克,炮姜9克,罌粟壳9克,炙甘草4克。水煎内服。

上方加减治疗二个月,大便逐渐成形,日行1~2次,完谷不化已消失,胃纳较佳,但如受寒,或饮食不洁之物,乃见腹泻。后拟参苓白术散加油肉桂末,调麦芽糖内服,以调善后。于1987年8月复诊,泄泻已愈,精神较佳,面色红润。

按:患者术后,元气大伤,脾胃运化失常,下元亏虚,固涩无权。因脾主运化,胃主受纳,脾胃虚寒,则不能受纳水谷和运化精微,以

致水反成湿，谷反成滞，湿滞内停，清浊不分，遂成泄泻。治以参苓白术散健脾渗湿；加入炮姜、煨诃子、罂粟壳固涩下元；药用焦白术、焦山楂、焦二芽以健脾消积，而助固涩之力。后用参苓白术散加油肉桂，以借补命门之火而达到温煦脾土之疗效。

三、治疗慢性肾炎

例三，郭××，男 22 岁。

患者于 1979 年 9 月患急性肾炎，在香港未得及时治疗，致使水肿，蛋白尿卅，于 1980 年 1 月回厦治疗。经住院用中西药治疗六个多月后水肿已消，但蛋白尿卅~卅，未见好转。于 1980 年 7 月要求中药治疗。诊时症见，面部虚胖，面色皤白，四肢消瘦，形寒肢冷，头晕耳鸣，腰背酸痛，精神倦怠，胃纳欠佳，大便溏泻，完谷不化，日行 1~2 次。舌质淡苔白，脉沉细，两尺微弱。证属脾肾阳虚，运化失司。治拟温补脾肾，固涩下元。

处方：炒党参 15 克，白茯苓 12 克，炒白术 12 克，炒扁豆 12 克，四陈皮 6 克，淮山药 15 克，莲子肉 12 克，炒苡仁 5 克，阳春砂 5 克，苦桔梗 8 克，黄精 15 克，枸杞子 12 克，乌稽豆 30 克，苏芡实 15 克。水煎内服。

上方加减治疗一个月后，大便正常，而蛋白尿卅~卅，仍未消失。后拟上方去桔梗、陈皮，加冬虫夏草 2 克、补骨脂 10 克、油肉桂 4 克，治疗二个月，尿蛋白复查(±)。再用参苓白术散合龟龄集调理善后四个月而痊愈。随访二年，未见复发。于 1986 年结婚。

按：经云“脾为后天之本”、“肾为先天之本”，脾之健运，化生精微，须借助于肾阳的温煦，故有“脾阳根于肾阳”之说。肾中精气亦有赖于水谷精微的培育和充养，才能不断充盈和成熟。因此，脾与肾在生理上，它们是互相资生与互相促进的。患者脾肾阳虚，肾阳不足，不能温煦脾阳，则见溏泻、完谷不化、腰酸耳鸣；脾阳久虚进而损及肾阳，更加促使下焦亏损，固涩无权。故用参苓白术散健脾

渗湿,加用温补肾阳之肉桂、补骨脂、冬虫夏草等药,而促使脾肾功能恢复。后拟参苓白术散合龟龄集,乃宗温肾健脾之旨,而取得满意之疗效。

四、治疗水肿病

例四,林××,女,42岁,工人。

患者于1973年3月间,先头面浮肿,后及四肢,时肿时消,食欲欠佳,倦怠乏力,少气懒言,面白不华,大便稀溏,舌淡苔白,脉缓弱。经小便常规检查,未见异常。拟诊:脾胃虚寒,运化失常,水湿漫溢肌肤。治宜温中健脾,利水消肿。

处方:潞党参12克,淮山药15克,莲子肉12克,扁豆肉12克,茯苓皮12克,炒白术10克,生苡仁15克,大腹皮10克,阳春砂4克,炙甘草4克,制附子6克,红大枣五枚,车前子10克,广木香6克。水煎内服。

上方加减内服六剂后,水肿已消,大便正常,胃纳增加。随访半年,未见复发。

按:所谓“脏寒生满病”,“胃中寒则满”,此乃与脾胃虚寒,运化失司,湿困中焦所致。患者证属脏寒,脾胃虚盛,阳气不运,而致阴盛阳衰,水湿内停,横溢肌肤,而成水肿病。治用温中健脾,利水消肿,取参苓白术散加附子以温运中土;用大腹皮、车前子、茯苓皮协以利水消肿之力;加木香以助化气利水之用,则药到病除。

五、治疗带下病

例五,许××,女,36岁。

患者素来月经量少,色淡,而经后则带下绵绵不断,色白如涕,经妇科检查,未见异常。要求中药治疗。于85年4月3日门诊,症见面色皤白,精神疲乏,胃纳欠佳,四肢清冷,腰背酸痛,大便溏薄,小便清长。苔薄白,脉沉细。证属脾肾两虚,寒湿下注,冲任不固。

治宜健脾渗湿，温肾固冲。

处方：炒党参 12 克，白茯苓 12 克，炒白术 10 克，炒扁豆 12 克，阳春砂 5 克，苏芡实 15 克，莲子肉 12 克，淮山药 15 克，鹿角霜 20 克，补骨脂 10 克，煅龙牡各 15 克，金樱子 10 克，菟丝子 10 克。水煎内服。

上方加减治疗九剂后，带下基本痊愈。后拟参苓白术散加白果炖猪肚内服，以调善后。

按：《女科经纶》引缪仲淳语：“白带多是脾虚，脾伤则湿土之气下陷，是脾精不守，不能输为荣血，而下白滑物，……。”患者由于脾肾两虚，脾虚不能运化水湿，肾虚则冲任不固，致使带下绵绵。治当健脾渗湿，温肾固冲。方用参苓白术散以健脾渗湿；药用补骨脂、菟丝子、鹿角霜、金樱子、龙骨、牡蛎以温补肾阳，而达到固涩冲任之目的。

六、治疗产后缺乳症

例六，郑××，女，27 岁。

患者于 1974 年 11 月，分娩时出血较多，产后乳汁点滴难下，形体消瘦，面色萎黄，胃纳欠佳，神疲乏力，苔薄白，舌质淡，脉细数。拟诊：脾胃气虚，生化无权，治宜健脾益气，佐以通脉生乳。

处方：潞党参 12 克，炒白术 10 克，白茯苓 10 克，生黄芪 15 克，莲子肉 12 克，淮山药 15 克，阳春砂 3 克，炒苡仁 15 克，黄精 15 克，当归 10 克，苦桔梗 8 克，白通草 6 克。水煎内服。

上方服三剂后，饮食较增，乳汁已能下，再进三剂后乳汁涌下。

按：脾有运化，益气，生血等功能。正如《素问·经脉别论》说：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精……水精四布，五经并行，合于四时五脏阴阳，揆度以为常也”。今患者由于脾胃气虚，生化之源不足，加上分娩失血过多，致使无力生化乳汁。故方用参苓白术散以健脾益气，使脾有生化水谷精微之机；再加黄芪、黄精协

以补气生血之力；用当归补血养血；再用桔梗、通草协以通脉生乳之力，总之健脾运，气化，血生则乳汁涌下。

（原载《中医海外教学》1989，（3）：21～23）

血府逐瘀汤加减的临床应用

血府逐瘀汤是王清任以“血府”命名的方剂。以后有人根据《素问·脉要精微论》“脉者，血之府也。”和脉是人体脏腑、四肢、皮毛、骨肉等周身气血通行的道路，提出本方能治疗人体由于某种因素影响而发生瘀血所致的许多疾病。现就笔者的临证体会，初步总结以下五个病例以供同道参考。

一、治疗乳房纤维腺瘤

陈××，女，46岁，教师。

初诊：1979年4月27日。

患者自感左侧乳房外上方有二硬结物，历经3~4个月，且有逐渐增大之感。经某医院外科检查，其硬结物如乒乓球大，质地坚实，表面光滑，触之疼痛，与周围组织无粘连，经穿刺细胞学检查，诊断：乳房纤维腺瘤。外科建议手术摘除，病人因怕手术，要求服中药治疗。诊时面色暗紫，两胁胀满，月经退后一周左右，经色紫暗且夹有血块，行经时小腹疼痛，痛引腰背。舌质紫暗，苔薄白，脉弦细。拟诊：肝气郁结，气滞血瘀。治宜活血化瘀，理气消结。

处方：当归尾10克，生地黄15克，赤芍药10克，抚川芎10克，桃仁10克，红花8克，柴胡9克，怀牛膝9克，炒枳壳10克，穿山甲15克，王不留行15克，蒲公英15克，苦桔梗8克，粉甘草4克。水煎内服。

上方服三剂后，月经来潮，经色较红，两胁疼痛减轻。用上方去桃仁、红花，加郁金12克、白芥子15克，再服三剂，并于每次月经

来潮前服上方6剂,连用三个月,月经正常,左乳房之肿块已不能触及,随访一年未见复发。

按:患者由于情志不畅,肝气郁结,气滞血瘀,瘀阻胸中,胸胁为肝经循行之处,肝郁不畅,气机阻滞,日久遂成此疾。故治当活血化瘀,行气消结。方中用桃红四物汤活血化瘀而养血;用四逆散行气和血而舒肝,用桔梗开肺气,载药上行,合枳壳升降上焦之气而宽胸,用牛膝、王不留行、山甲、公英通利血脉,引血下行,后加白芥子、郁金以增加理气散结之力,使瘀化结散,宿疾可除。

二、治疗泰齐氏病(非化脓性肋软骨炎)

郭××,女35岁,排印工人。

1977年5月24日西医邀请会诊。

患者由于长期工作劳累,于1977年5月间自感胸肋闷胀,继而月经失调,甚则50~60天不来潮一次,来潮时胸肋闷痛加剧,于同年9月间,突然发现两侧肋软骨肿痛。经西医外科拍片等检查,诊断为泰齐氏病(即非化脓性肋软骨炎)。经注射青霉素,内服消炎止痛药一星期,其症未见好转,要求中医会诊。诊时,见两侧第三肋软骨明显隆起,接触疼痛,面色暗黑,月经已两月未来潮,妇科检查排除妊娠反应。舌质紫暗,苔薄黄,脉沉涩。拟诊:气滞血瘀,胸中瘀血不畅。治法:活血祛瘀,行气散结而止痛。

处方:①桃仁10克,红花6克,当归尾10克,生地黄15克,赤芍药10克,抚川芎10克,北柴胡10克,醋炒枳壳10克,苦桔梗8克,粉甘草4克,广郁金12克,枇杷叶10克,青皮9克,制乳没各6克。水煎内服。

②外敷药:《外科正宗》回阳玉龙膏:草乌60克,干姜60克,赤芍30克,白芷30克,南星30克,肉桂15克。研粉末调温米酒外敷患处。

上方内服九剂,外敷药膏三贴,两侧肋软骨肿痛消失,随访半

年未见复发。

按：现代医学对本病发病的原因，目前尚不明确。中医学认为人体的正常生理活动，均与气的运行息息相关，因为气为血之帅，血为气之母，气行则血行，气滞则血瘀。患者由于长期工作劳累，致使气行不畅，气滞血瘀，瘀阻胸中。治法当在活血化瘀之中，加以理气消瘀止痛，方用血府逐瘀汤加郁金、枇杷叶、乳香、没药，以加强理气消瘀止痛之力，另外用回阳玉龙膏，亦是协助理气散寒，化瘀消肿，内外配合，双管齐下，从而药到病除。

三、治疗白塞氏病

阮××，女，19岁，工人。

1985年4月17日西医外科邀请会诊。

患者十三岁初次月经来潮，至十七岁后月经常见退后，历经年余，甚则月经2~3个月来潮一次，来潮时小腹疼痛难忍，经量少而紫暗，至1985年4月12日因小腹急痛，外科拟“急腹症”收入住院，经检查发现口腔及生殖器多处溃疡，诊断为“白塞氏病”，要求中医会诊。诊时小腹呈阵发性疼痛，形体消瘦，面色皤白，眼结膜、角膜轻度发炎，口腔多处溃疡，体温 $37^{\circ}\text{C}\sim 38^{\circ}\text{C}$ ，口干喜冷饮，腹痛难以入寐，精神恍惚不安，胃纳欠佳，小溲短赤，大便干结，舌质紫红而干，脉细数。拟诊：气血不足，气滞血瘀，瘀久伤阴。治宜活血祛瘀，补气养阴。

处方：①西红花5克，打桃仁10克，当归尾10克，赤白芍各10克，抚川芎10克，怀牛膝10克，京丹参12克，地鳖虫6克，徐长卿10克，生黄芪15克，黄精30克，二地黄各12克，地龙干15克。水煎内服。

②珠黄散外敷口腔。

③外洗方：明矾30克，蛇床子30克，川黄柏15克，泔苍术15克，皂角20克，蒲公英15克，紫地丁15克，胡黄连15克，白花蛇

舌草 20 克。水煎外洗生殖器，一天 2~3 次。

上方连服六剂后，月经来潮少许，色紫暗夹有血块，小腹痛减，再服三剂后，经量较多，经色较鲜红，小腹疼痛消失。二周后，上方去徐长卿、地鳖虫、地龙干，加太子参 15 克，龟板 15 克，川石斛 15 克，连服六剂后，口腔、生殖器溃疡消失。住院六周、痊愈出院。随访半年未见复发。

按：患者长期月经不调，与心肝脾三脏亏虚有密切的关系。因脾主运化，运化失常，纳食呆滞，故血无所养，津液亏虚，则血少瘀滞；又脉为血之府，与心相连，正如《素问·五脏生成篇》说：“诸血者，皆属于心”，患者心气不足，推运无力，则血行不畅，亦可致使气滞血瘀；肝以血为体，以气为用，由于疏泄失职，可波及气滞血瘀，故治疗用活血祛瘀，补气养阴，扶正祛邪同时兼顾，另用外洗药与珠黄散，以增强局部溃疡面愈合。

四、治疗冠心病

陈××，男，61 岁，教师。

1981 年 12 月 12 日初诊。

患者于 1981 年 11 月间，自感胸闷痛，痛甚引肩背，BP：150/100mmHg，经心电图检查提示：S—T 段压低，T 波倒置，诊断为“冠心病”。经服西药治疗无明显好转，要求中医诊治。症见：面色暗晦，口唇青紫，胸闷短气，遇寒胸痛加剧，痛甚如针刺，甚引左侧肩背，心烦少寐，舌质紫暗，舌下静脉可见瘀血，脉沉细而涩。拟诊：寒凝血瘀，心脉痹阻，血脉不通。治宜活血化瘀，温阳补气。

处方：炒枳实 10 克，赤白芍各 10 克，北柴胡 9 克，京丹参 12 克，抚川芎 12 克，当归尾 10 克，苦桔梗 8 克，怀牛膝 10 克，桃仁 9 克，红花 6 克，制附子 8 克，北干姜 6 克，生黄芪 15 克，太子参 15 克。

上方加减治疗一个月，上述症状明显好转，复查心电图：低电

压, T波已基本恢复正常。上方去枳实加失笑散,再治疗二个月,胸闷胸痛消失,心电图复查正常。随访半年未见复发。

按:患者由于长期脑力劳动,气血郁滞,又复感寒邪而发病。《内经》云:“脉者,血之府也…涩则心痛”,又云:“心痹者,脉不通”。故寒凝血瘀,心脉痹阻,血脉瘀阻不通为发病的主要病机。治疗当活血祛瘀,温阳通络,佐以补气。方用桃红四物汤活血祛瘀,用柴胡、枳实、桔梗、牛膝相配伍,一升一降,调畅气机,开胸通阳;用黄芪、太子参以补气而活血;加附子温阳散寒而通脉;后用失笑散以增强活血祛瘀之力,使瘀散,脉通,则痛止。

五、治疗四肢震颤证

廖××,女,59岁,主妇。

1987年9月14日初诊。

患者于1984年5月间,因受精神刺激,继发上肢震颤,后于下肢亦发震颤。经服中西药治疗三年多,未见好转。于1987年9月14日就诊,症见阵发性四肢震动,头昏目眩,胸闷心悸,夜寐多梦,腰膝酸软,面色暗晦,语音缓慢而单调,口干喜饮,纳呆。舌质紫暗,少苔,脉沉细而涩。证属肝肾阴虚,气滞血瘀,虚风内动。治拟滋补肝肾,活血祛瘀,潜阳熄风。

处方:打桃仁10克,西红花6克,生地黄15克,赤白芍各10克,抚川芎12克,京丹参15克,当归尾10克,怀牛膝10克,地龙干15克,炒鳖甲15克,黄精30克,龙齿30克,玳瑁20克,枸杞子15克。水煎内服。

上方加减治疗一个月,下肢震颤基本痊愈,精神紧张时,上肢乃有轻度震颤,后根据《内经》之旨意:“治风先治血,血行风自来”,上方去赤芍,加何首乌15克,当归改用15克,龟板15克,继治一个月而痊愈。随访二年未见复发。

按:《素问·至真要大论》云:“诸风掉眩,皆属于肝”,掉者即震

顛也。患者由于思慮內傷，心脾俱虛，氣血不足，氣滯血瘀，瘀阻經脈，筋脈失養所致；且年邁肝腎陰虛，精血虧耗，以致水不涵木，木火偏亢，虛風內動，致使顛動震掉。治宜滋補肝腎，活血祛瘀，潛陽熄風。方用血府逐瘀湯加減，以活血祛瘀，使瘀化絡通；用黃精、枸杞、龜板、鱉甲等滋補肝腎；用地龍、龍齒、玳瑁以潛陽熄風；后重用首烏、當歸以協養血熄風之力，使瘀血化，陰分復，風自滅，震顛除。

（原載《福建中醫藥》1992，（4）：33—34）

温胆汤加减的临床应用

《三因极一病证方论》之温胆汤，为理气化痰清胆和胃的方剂，可治疗胆胃不和，痰热内扰所引起之疾病。笔者以本方加减治疗胆囊炎，胆石症，以及呼吸系之支气管哮喘、“老慢支”、肺气肿等病症，都取得了满意之疗效。现初步总结如下，愿与同道商讨。

一、胆囊炎、胆石症

例一：陈××，女，65岁，农民。于1979年3月15日初诊。

患者患胆囊炎、胆石症已有年余，经中西药治疗未得痊愈，自感胆囊区闷痛，明显压痛，痛甚可放射至肩胛部背部，呼吸时疼痛加重，时有恶寒，低热，恶心想呕，大便干燥，2~3日解一次，口苦咽干，胃纳欠佳，每吃油腻及油炸之品，则疼痛加剧，小溲黄赤，舌苔黄腻，舌质红，脉弦数。经B超检查提示：胆囊液性暗区增大，胆囊壁增厚，胆囊内可见2×3mm之反射光团，拟诊：肝胆失疏，痰湿内阻，气血凝滞。治宜清热祛湿，疏肝利胆，通导腑气。处方：北柴胡10克，金钱草20克，广郁金12克，枯黄芩9克，四陈皮6克，淡半夏12克，白茯苓15克，炒枳壳10克，竹茹10克，川楝子10克，青木香8克，车前草10克，川军6克，粉甘草4克，水煎内服。

上药服6剂后，疼痛明显好转，但乃觉口干，便结，上方加川军6克，生栀子9克，冬葵子10克，服6剂后大便较软，日行一次，小便清长。嘱上方再服10剂，上述症状基本消失，B超复查，反射光团消失，惟胆囊壁较厚。随访6个月，未见复发。

按：胆囊炎、胆石症是消化系常见的疾病，二者往往互为因果又可用时存在。中医学界有记载，如《灵枢·胀论》说：“胆胀者，胁下胀痛，口中苦，善太息。”胆为中清之腑，以通为用。胆囊炎多因湿热之邪侵袭肝胆，肝胆失疏，气血阻滞，不通则痛。肝胆经脉循胁肋，肝胆气滞，疼痛可先右胁下，并放射至右肩胛和背部。肝郁气滞，湿热壅阻，日久影响肝的疏泄和胆腑的通降功能，胆汁郁结则湿热内生，湿热互蒸，久经煎熬而成结石。故治疗当疏肝利胆，清热祛湿，通导腑气。

二、急性支气管炎

例二：郑××，女，45岁，教师。于1978年5月6日就诊。

患者反复咳嗽已二个多月，经中西医治疗未得痊愈，自感咽痒，咳嗽痰白清稀，夜间咳甚，纳呆乏力，咳甚气喘，自汗出，舌质淡，苔薄白，脉细数，胸透提示支气管炎，肺纹理增粗。拟诊：脾肺气虚，痰湿内阻，气机不利。治拟理气化痰，健脾祛湿。处方：四陈皮6克，姜半夏12克，白茯苓12克，炙甘草4克，炒枳实10克，姜竹茹8克，制南星10克，百部12克，蜜紫菀10克，远志肉6克，五味子6克，香前胡10克。服六剂后咳嗽已基本消失，但仍感气虚自汗。5月14日再次复诊，上方去香前胡、远志肉，加生黄芪15克，炒白术12克，再服六剂诸症已痊愈。

按：支气管炎是由细菌、病毒以及物理或化学刺激等因素引起的支气管炎症。发病季节以冬春多见。根据病程的长短，分为急性或慢性两种。咳嗽是本病的主要症状，部分病例有喘。属于祖国医学的“咳嗽”，“痰饮”，咳喘范围。急性支气管炎多因人体正气不足，卫外失护，复加感受外邪所致。外邪以风寒为主，风寒束肺，肺气壅遏不宣，肃降失常，以致引起咳嗽气喘、恶寒等症。若风寒化热或风热袭肺，可见咽痛、发热、咳痰黄稠等热象。若肺气虚弱，卫外不固，经常遭受外邪侵袭，以致咳嗽反复发作，逐渐形成慢性支气管炎。

也因年老体衰,脾肺气虚,以致痰饮内聚,停蓄于肺,引起长期咳喘而成为慢性支气管炎。治拟理气化痰,健脾祛湿。

三、慢性支气管炎

例三:丁××,男,59岁,干部。于1991年12月3日初诊,患者反复慢性咳嗽、咳痰已10余年,近日因外感风寒,咳嗽、咳痰,气喘加剧,夜间不能平卧,时时咳喘,痰白清稀,面色皤白,形体消瘦,讲话无力,自汗盗汗,纳减,苔薄舌质淡,脉细数、尺弱。拟诊:肺气不足,痰湿壅肺,肾不纳气。治拟理气化痰,降气平喘,补肾纳气。

处方:四陈皮6克,姜半夏12克,白茯苓12克,炙甘草4克,炒枳实10克,姜竹茹8克,紫苏子10克,白芥子10克,炒莱菔子10克,五味子6克,北细辛6克,胡桃肉15克,补骨脂10克,菟丝子12克。

上方治疗一个月诸症好转,后拟胡桃肉15克,枸杞子12克,淮山药15克,冬虫夏草2克,太子参15克,菟丝子10克,肉苁蓉10克,川石斛12克,生黄芪15克,炒白术12克。煎汤炖猪肺内服,调理善后而痊愈,随访六个月未见复发。

按:慢性支气管炎常起病于感冒、急性支气管炎之后,患者往往在受凉、淋雨、涉水之后发生咳嗽,以后迁延不愈,反复发作。或继发于其他疾病,如哮喘、肺结核等。一般先有长期的反复的咳嗽、咯痰症状,此等症状随着病程的增长而逐渐加重。数年以后多数病可出现不同程度的喘息短气或胸闷等症状。本病发作与气候有密切关系,多在秋末或冬季发展和加重。在本病过程中,往往外邪引动痰饮,导致咳喘加剧,而脾肺气虚,痰饮停肺,又是容易招致外邪侵袭的内在原因。因此,本病的临床过程多表现为反复的外感及咳喘的发作与加剧。久病之后,常由脾肺而损及肾,导致肾气亦虚;肾虚则失于摄纳,故本病晚期常有短气喘息,动则尤甚等肾不纳气的表现,故治宜理气化痰,降气平喘,补肾纳气。

四、肺气肿、肺心病

例四：洪××，男，60岁，干部。于1993年2月26日初诊。

患者就诊前曾因“慢支，阻塞性肺气肿，液气胸，肺心病”住院治疗三个月，经中西医治疗有所好转，于1993年1月出院，但出院后乃是咳喘，夜间不能平卧，痰涎清稀，时感欲呕，头昏无力，自汗出，纳呆，形体消瘦面色皑白，口唇紫，BP13/8kPa，舌质淡，苔薄腻，脉细数。拟诊：肺气不足，肺阴亏虚，肾不纳气。治法：理气化痰，降逆平喘。

处方：四陈皮6克，姜半夏12克，白茯苓15克，炙甘草4克，炒枳实10克，姜竹茹8克，炙百部12克，制南星10克，蜜紫菀10克，炒白术10克，生黄芪15克，太子参15克，北细辛6克，蜜冬花10克，五味子6克。水煎内服。

服6剂后症状明显好转。3月3日复诊，上方去冬花、五味子，加胡桃肉15克，补骨脂10克，菟丝子10克。后拟苏百合12克，生黄芪15克，黄精15克，枸杞子12克，冬虫夏草2克，川石斛10克，炒白术12克，川贝母8克，胡桃肉15克，调理善后。

按：喘症是以呼吸急促，或喘鸣有声，严重时张口抬肩，难以平卧为特征的一种疾患，常为某些疾病的主要症状。《内经》论喘，有“喘鸣”、“喘喝”之称。《金匱要略》又名“上气”，并有“咳而上气，喉中水鸡声”的记载，说明喘促之甚或因痰阻者，常可哮鸣有声。后世将喘哮分而为二，如《医学正传》说：“喘从气息言，哮以声响鸣。喘未必哮。哮必兼喘。”这样区别，对辨证施治有一定意义。但临床上哮与喘常不易区分。就是同一病人，发作轻时似喘，发作加重时即可成哮，病因病理也大致相同，喘证病理主要在肺，而关系到肾，严重时又常影响心脏。因肺主气，以肃降为顺，喘为肺气上逆，无论何种因素导致喘息，均与肺脏有关。故《内经·至真要大论》指出：“诸气贲郁，皆属于肺。”而喘病日久或患者老弱，必致肺肾两虚，肾虚

则气失摄纳,亦使病情加重。此外因心脉上贯于肺,肺气不足,久则心亦受累,故肺肾俱衰之时,心阳同时衰竭,可出现阳气俗脱的危候。喘的辨证,首先应分清虚实。《景岳全书》指出:“实喘者有邪,邪气实也;虚喘者无邪,元气虚也。”虚证起病较缓,病程较长,呼吸短促难续,声音低微,但得以深吸为快或动则气喘。其症时轻时重,治疗着重在肺肾两脏,以培补摄纳为主。治宜理气化痰,降气平喘,补肾纳气。

五、失眠症

例五:黄××,男,72岁,教授。于1992年11月2日初诊,患者因体虚畏寒,经常外感,咳嗽痰稀,经治疗后咳嗽已好转,但夜寐欠佳,经常夜12点以后方能入眠,自感腰背酸软,四肢无力,面色皤白,晨间咯咳,纳减,苔薄质淡,脉沉细,尺弱。拟诊:痰湿内阻,心肾不交。治拟理气化痰,交通心肾。

处方:四陈皮6克,姜半夏10克,白茯苓15克,炙甘草4克,炒枳实10克,姜竹茹6克,远志肉6克,油肉桂3克,太子参12克,川雅连3克,夜交藤15克,何首乌15克,菟丝子10克。

服六剂后,夜寐好转。

按:失眠系指经常不能获得正常的睡眠而言。轻者入眠艰难,或睡眠不稳,时寐时醒,严重者可整夜不眠。在古代文献中又称为“不得眠”或“不寐”。本证可兼是头晕、头痛、心悸、健忘等症。

症多见于神经官能症。患者多因痰热内阻,由于病久,经常外感,腰背酸痛,四肢无力,纳减,亦转成虚症,治宜理气化痰,交通心肾。

六、偏头痛

例六:黄××,男,42岁,干部。于1985年9月2日初诊。

患者患左侧偏头痛已五年多,每逢工作紧张,即头痛不能入

寐,发作时左侧尤甚,呈抽痛,自感到烦躁不安,口苦咽干,小溲黄赤,大便干燥,舌质红,苔薄黄,脉弦细。拟诊:痰湿内阻,清阳被遏。治宜理气化痰,清热除烦,佐以活血通络。

如方:四陈皮 6 克,姜半夏 12 克,白茯苓 12 克,炒枳实 10 克,姜竹茹 9 克,生栀子 6 克,川黄连 6 克,香白芷 10 克,川芎 10 克,全蝎 6 克,双钩藤 15 克,珍珠母 30 克。上方加减连服 12 剂,疼痛痊愈。

按:头痛是一个常见的自觉症状,可见于许多疾病中。关于头痛一症,祖国医学还有头风,脑风等记载,实际上仍属于头痛,故《证治准绳》说“医书多分头痛,头风为二门,然一病也,但有新久去留之分耳。浅而近者名头痛,其痛卒然而至,易于解散速安也。深而远者为头风,其痛作止不常,愈后遇触复发也。皆当验其邪所从来治之。”头痛可见于现代医学内、外、神经、精神、五官等各科疾病中。该患者痰湿内阻,头痛不能入寐,发作时呈抽痛,烦躁不安,口苦咽干,小溲黄赤,大便干燥,治宜理气化痰,清热除烦。

七、癫痫病

例七:尤××,女,34岁,工人。于1983年4月25日初诊。

患者患癫痫已有10余年,近日加剧,发作较频繁,2~3日发作一次,发作时自感到头昏,胸部闷塞感,面色苍白,人事不省,目发呆,昏扑倒地,口吐白沫,四肢抽搐,牙关紧闭,小便失禁,约30分钟后方能苏醒,醒后自感到头痛头昏,口干喜饮,心跳加快,四脚乏力,舌质淡,苔薄白,脉细数,拟诊:劳累过度,情志失调,风痰内阻清窍。治宜:清气化痰,开窍熄风。

处方:四陈皮 6 克,姜半夏 12 克,茯神 15 克,甘草 5 克,炒枳实 10 克,竹茹 10 克,天竺黄 9 克,地龙干 15 克,石菖蒲 6 克,胆南星 12 克,白僵蚕 8 克,双钩藤 15 克,生龙牡各 21 克,琥珀 6 克(研冲)。服 6 剂用参苓白术汤调理善后。

按:“痫”是一种间歇性阵发性神志昏迷,肢体抽搐,口吐涎沫的疾病。又有“癫痫”和“羊痫风”等称。如《医碥》中说:“痫者,发则昏不知人,卒倒无知,口噤牙紧,将醒时吐涎沫,甚则手足抽搐,口眼相引,目睛上视,口作六畜之声,醒后起居饮食皆若常人。”现代医学亦称“癫痫”。分原发性癫痫和继发性癫痫两大类。原发性癫痫原因不明,但与遗传有一定关系,继发性癫痫多继发于脑肿瘤,脑囊肿,脑外伤等。一般初起较轻,如反复发作,正气渐衰,痰浊不化,愈发愈频,使正气愈衰,互为因果,其病亦渐重。所以在治疗上要分缓急标本。发作时,当着重涤痰熄风,开窍定痫,以治标为先。间歇期应根据脉症选择健脾化痰,疏肝解郁或调补气血,养心补肾等。以治其本。

八、妊娠恶阻

例八:张××,女,28岁,农民。于1989年3月25日初诊。

患者停经65天,自感怕油腥味,频频恶心呕吐,呕吐痰涎清水,甚则食物呕出,面色皤白,四肢无力,口干喜热饮,经妇科检查确诊早孕,苔薄白,质淡,脉滑,拟诊脾胃虚寒,运化失调,痰湿内阻。治宜理气化痰,温中和胃,降逆止呕。

处方:四陈皮6克,姜半夏12克,白茯苓12克,粉甘草4克,姜竹茹10克,阳春砂6克,紫苏叶6克,红大枣四枚,生姜三片,炒白术10克,方柿蒂8克。共服6帖,症状渐之消失。

按:恶阻的病机是冲脉之气上逆,胃失和降。病因多的身体素虚,脾胃虚弱。呕吐与恶心两者虽有所区别,但只是症状表现的轻重不同,恶心又常为呕吐的前驱症状,即出现泛泛欲吐,溢出清涎或酸水等。在临床上两者往往同时兼见,在辨证施治中,也大致相同,该患者脾胃虚弱,中阳不振,水谷不能承受,所以饮食稍多即脘胀不舒,甚则恶心呕吐。阳虚不能湿布,面色皤白,口干喜热饮,呕吐痰涎清水。脾不运化,痰饮内停,则脘闷不食,胃气不降,上逆而

呕吐清水痰涎。治宜理气化痰，温中和胃，降逆止呕。

九、噎膈证

例九：郭××，男性，农民。于1975年4月10日初诊。

患者因吞咽梗阻感于1974年在漳州175医院行钡餐检查诊断“食道癌”（在食道中段），粒米不进，只能喝流质，于1975年4月来我院行食道球拉网检查，提示大量“鳞状癌细胞”脱落。患者形体消瘦，面色萎黄，精神疲乏，进食物梗阻感，后呕吐泡沫状分泌物，舌苔薄白，质淡红（呈粉红状），脉细弱。拟诊：脾胃虚弱，运化失司痰瘀内阻，升降失调。治疗：健脾理气，化痰止呕，佐以活血祛瘀。

处方：四陈皮6克，姜半夏12克，白茯苓12克，粉甘草4克，炒枳实10克，姜竹茹10克，阳春砂6克，红大枣五枚，半枝莲20克，鹅管石30克，急性子20克，瓦楞子12克。共服6个月，症状逐渐缓解。能进食稀粥。

按：噎是吞咽之时，梗噎不顺，膈是胸膈阻塞，饮食不下。据临床所见，噎虽可单独出现，而又每为膈的前驱，因此都以噎膈并称。噎膈的形成，《素问·阴阳别论》首先指出三阳结，谓之隔。《素问·通评虚实论》说：隔塞闭绝，上下不通，则暴忧之病也。”本病初起为吞咽困难，尤其是固体食物，虽勉强咽入，亦必阻塞难下。逐渐发展，则胸膈疼痛，饮食膈阻不下，随即吐出，全身消瘦，大便经常秘结，恶重时吐出物如赤豆汁。在辨证方面，首先应察其标本虚实。初期以标实为主，标实者系指气、血、痰三者互结于食道；后期以本虚为主，本虚者津血之日渐枯竭，以及阳气亦衰。治法当权衡病情之轻重，根据不同阶段，适当加以处理。

参考资料

1. 温胆汤加减治疗内科杂病《新中医》(7): 35. 1986

2. 温胆汤临床应用举隅:《河北中医》(1):37。1986
3. 黄连温胆汤临证治验:《吉林中医》(1):19。1986
4. 温胆汤的研究进展:《中医药学报》(3):430。1987
5. 上海中医学院主编,《内科学》,上海人民出版社出版,21~25;102~108~109;114~115;134~135。1975,(6)

芪薏大枣汤的临床应用

自拟芪薏大枣汤的组成是生黄芪、生薏米、红枣、茯苓。本方具有健脾益气,利水渗湿之功效。笔者在临床加减应用中,治疗了多种疾病,并取得满意之疗效。现初步总结以下几个病种:病后气血亏虚证,更年期水肿,高血压病,单纯性肥胖症,中枢性尿崩证等的治疗经过,供同道参考。

一、病后气血亏虚证

例一:陈某某,女性,45岁。1992年3月6日初诊。

患者因左肺感染服用“红霉素”、“交沙霉素”、“螺旋霉素”等多种抗菌素两周后,自感到头晕眼花,少气懒言,口渴引饮,纳减体倦,气短声低,面色少华,自汗出,四肢冰冷。体检:巩膜无黄染,甲状腺无肿大,心律齐,心率80次/分,双肺呼吸音对称,无干性罗音,肝脾未触及,四肢活动自如,血常规,尿常规,大便常规均正常,肝功亦正常。舌质淡红,苔薄白,脉沉细。拟诊:气血亏虚,卫阳失固,治宜补气养血,益气固表。用芪薏大枣汤加减。

处方:生黄芪25克,炒薏米20克,红大枣5枚,茯苓12克,太子参15克,浮小麦30克,麦门冬12克。水煎代茶服。服三剂后患者精神较好,头晕,口渴明显减轻,再服六剂后上述症状消失,能正常上班。

按:脾胃为后天之本,气血生化之源,患者由于多用抗菌素而损伤脾胃,耗伤气血,气虚则清阳不振,清气不升,血虚则肝失所养,而虚风内动,致使头晕眼花,少气懒言等症而生;气虚见卫阳失

固,甚则自汗出,汗出则更加伤津耗血。故治宜补气养血,益气固表。方中重用黄芪补气,加太子参以增强益气生津之力,用炒薏米,茯苓健脾祛湿之功,用红枣以养血补血,加浮小麦以增强固表之力,加麦冬以增强养阴生津之用,故药到病除。

二、更年期水肿

例二:林某某,女,48岁,1991年4月6日就诊。

患者月经不调,有时2~3个月来潮一次,夜寐欠佳,烦渴,夏天尤甚,渴时喜欢饮白开水,小便短少,眼睑浮肿而沉重感,面色萎黄,神疲肢冷,大便溏薄。体检:BP13.5/9.5KPa,心肺正常,肝脾未触及,肾区无叩击痛,血糖,尿糖,尿常规均正常。舌质淡,苔白滑,脉沉缓。证属脾阳不振,水湿浸渍。治宜健脾祛湿,温阳利水。方用芪薏大枣汤加减。

处方:生黄芪15克,生薏米30克,茯苓12克,红大枣4枚,砂仁5克。水煎代茶饮,禁饮用白开水及冷茶。服三剂后尿量较多,眼睑浮肿消失,再服六剂后上述症状消失,随访六个月,未见复发。

按:《景岳全书·肿胀》云:“盖水为至阴,故其本在肾;水化于气,故其标在肺;水惟畏土,故其制在脾。”因此,导致水肿者,与肺脾肾有密切的关系。患者更年期脾肾两虚,天癸将尽,脾阳不振,水湿浸渍。治疗当以健脾入手,方中用生薏米,茯苓以利水渗湿,取黄芪补气利水之功,用大枣温中和胃,加砂仁醒脾以利水之力,则脾健水消,诸恙消失。

三、高血压病

例三:叶某某,女,46岁。1992年5月11日就诊。

患者高血压病已7~8年,眼睑反复浮肿,周身沉重感,下肢酸痛,舌体胖大而不灵,经常咬破舌头,口渴,喜饮茶水,心悸怔忡。体检:BP24/14Kpa,肥胖体型,眼睑略浮肿,甲状腺无肿大,气管居

中,心律齐,HR80次/分,无器质性杂音,肺(一),肝脾未触及,肾区无叩击痛,颅神经征(一),锥体束征(一),胆固醇7.24mmol/L,三脂1.24mmol/L,尿常规正常。舌质淡舌体胖大有齿痕,苔白腻,脉沉细。证属脾胃气虚,运化失司,水湿浸渍。治宜健脾祛湿,温阳利水。用芪薏大枣汤加减。

处方:生黄芪30克,生薏米30克,红大枣6枚,炒白术15克,茯苓15克,砂仁5克。水煎内服,连服12剂。

药后血压渐降18/13kpa,患者自觉舌头较灵活,四肢比较轻快,舌体正常,无齿痕,体重下降2公斤。

按:患者由于喜饮茶水,损伤脾胃,健运失职,水湿内停,流注肌肤,故见眼睑浮肿,四肢沉重。舌体胖大见齿痕等症。运化失司,水谷精微不能化气生津,故是口渴喜饮,水邪凌心,则是惊悸怔忡。故治当健脾祛湿,温阳利水。正如李用粹《证治汇补·水肿》指出:“调中健脾,脾气自能升降运行,则水湿自除矣。”

四、单纯性肥胖症

例四:王某某,女,60岁。1992年11月2日就诊。

患者7~8年来自感体重增加,周身沉重,四肢不灵活,烦渴喜饮,疲乏无力,小溲短少,食少便溏,心悸气促。体检:BP16/10.5kPa,肥胖体型,眼睑无浮肿,甲状腺无肿大,心肺正常,肝脾未触及,肾区无叩击痛,四肢无畸形,下肢脚背呈凹陷性浮肿,颅神经征(一),锥体束征(一),血糖4.28mmol/L,三脂1.9mmol/L,胆固醇5.25mmol/L,三大常规正常。舌苔薄腻,舌质淡,脉细滑。证属脾虚湿困,水浊内停。治宜健脾祛湿,利水消肿。以芪薏大枣汤加减。处方:生黄芪20克,生薏米30克,红大枣5枚,茯苓15克。水煎代茶服,每日一剂。

治疗二个月,患者烦渴消失,下肢脚背浮肿消失,体重减轻3公斤,自感四肢灵活,行动轻快,心悸气促消失,精神较好。

按：肥胖病的产生，“多由饮食不节，入多于出”。患者由于脾虚湿困，水浊内停。因脾的运化能力下降，水谷精微化为湿浊停滞，或水浊在组织肌肤之间堆积，造成形体肥胖而兼有浮肿。治疗以健脾祛湿，利水消肿。方中取薏米仁、茯苓，健脾祛湿而消肿，胖人多气虚，故用黄芪益气以助消肿之力，红枣温中和胃。使脾健，湿化，水消而病愈。

五、中枢性尿崩症

例五：陈某某，女，50岁。

患者因烦渴多饮，多尿症状，于1992年1月4日就诊于上海医科大学附属华山医院，经多方检查诊断为：部分中枢性尿崩症垂体微腺瘤，给予双克25mg，2次/日口服，于9月20日门诊要求中医治疗，仍感到口渴，日饮水量达6000cc，日尿量达6000cc，自感到头昏乏力，口舌干燥，烦渴多饮，尿频量多，腰膝酸软，舌红而干，脉细数。PE：BP10.6/7.2Kpa，心律齐，HR56次/分， $A_2 > P_2$ ，肺（一），肝脾未触及，膝反射存在，血常规正常，尿比重1.005、 K^+ 、 Na^+ 、 Ca^{++} 正常，心电图提示I°I型房室传导阻滞。西药用心宝2粒/次，3次/日，配合双克25mg，2次/日，VitB₁，VitB₆口服，肌苷注射液0.2肌注1次/每日。中医认为属肺肾阴虚，下元失固，治拟滋肾养阴，益气生津。方取芪薏大枣汤加减。

处方：生黄芪15克，生薏米20克，红大枣5枚，茯苓15克，黄精30克，枸杞15克，淮山药30克，太子参15克，天花粉15克。水煎代茶服，每日一剂。

经治疗二个月后，患者口渴减轻，双克改25mg1次/每日，饮水量从6000ml减至3000ml尿量从6000ml减至3000ml，尿比重为1.005升至1.010。1992年11月29日心电图复查提示：I度房室传导阻滞。患者自觉精神较好，能参加正常工作。1993年底停用双克，仍用芪薏大枣汤加减代茶，尿比重已升至1.015，随访5个

月,病情稳定。

按:尿崩症,是由于下丘脑—垂体后叶病变,导致抗利尿激素缺乏,肾小管重吸收水的功能障碍,从而引起的疾病。属于中医学的“消渴”的范畴,主要累及脏腑是肺、脾(胃)、肾三脏,但以肺肾为主,因肺为娇脏,主气、主宣发肃降,通调水道。肺阴不足,肺燥失润,则气机升降失司,水精不能四布,直趋膀胱,则尿频量多。阴虚生内热,热伤津液则烦渴多饮。肾为先天之本,主水藏精,主纳气。肾阳亏虚,无以化气,津液不布,则口渴多饮,下元失固,膀胱失约,则尿多而频。

〔原载《中医海外教学》中医版,1995,(1):43—45〕

黄芪在临床上巧妙应用

黄芪，古称黄耆，耆是长者的意思，故称黄芪为补药之长。黄芪，味甘，性温，有补中益气，托疮利尿的功用，是一味主要的补气药，不但可补全身之气，而且善补肌表之气《本草纲目》说：“黄芪甘温纯阳，其用有五：补诸虚不足，一也；益元气，二也；壮脾胃，三也；去肌热，四也；排脓止痛，活血生血，内托阴疽，为疮家圣药，五也。”

生化分析：黄芪含有蛋白质，淀粉酶，蔗糖，葡萄糖醛酸，核黄素，胆碱，甜菜碱，叶酸，钙，磷，铁等矿物质，以及多种氨基酸。

现代药理研究：黄芪有明显强心作用；有扩张冠状血管及全身末梢血管作用，能使血压下降，并能改善皮肤血液循环，增加皮肤的营养；黄芪能减轻肾脏病变，降低尿蛋白排泄，其利尿作用类似氨茶碱。黄芪还有保肝作用，可防止肝糖元的减少；并可增强造血功能，促进白细胞生长，能对抗因化学物质，放射线或其他原因引起的白细胞减少，可显著提高单核巨噬细胞系统和白细胞的吞噬能力，加强人体的免疫机能。近年来，医学研究还发现，黄芪根含有 γ -氨基丁酸，是降压的有效成分。黄芪富含微量元素硒，硒可以抗癌，同时，硒又是体内酶类自由基损害防御物质抗氧化酶谷胱甘肽过氧酶的重要组成部分。因此，黄芪不仅具有抗癌作用，还有消灭体内自由基而抗衰老的作用。

黄芪，是一味多功能滋补药物，笔者的体会是体弱气虚，气血不足，易感冒的人，在临床上巧妙的应用，有意想不到疗效。

一、巧在早应用

感冒属于外感疾病。主要临床表现有：头痛、鼻塞、流涕、喷嚏、恶风、发热等症状。感冒的病因，主要是感受风邪病毒所致，常因气候失常，寒暖失调以及体质虚弱等因素有关，感冒的病变部位在肺系和卫表，所以常有肺卫的表证。体虚感冒，最常见的有气虚感冒，阳虚感冒，血虚感冒，阴虚感冒等。治疗原则是扶正祛邪，标本兼顾，根据黄芪有抗病毒，增加免疫能力，对气虚、阳虚感冒早应用黄芪，可以收到意想不到疗效。

例一：谢××，女，42岁。自感头重，恶寒较为严重，四肢冰冷，自服“通宣理肺丸”，无效果。就诊见面色皑白，四肢冰冷，舌质淡脉沉细拟诊：气虚感冒。治拟益气解表，给自拟芪苈米大枣汤加减。

处方：黄芪15克，苈米20克，茯苓12克，红枣8粒，紫苏叶8克，煎汤代茶，服用二剂，上述症状消失。

二、巧在长时间应用

黄芪是一味多功能的滋补药物，体弱气虚，气血不足，易感冒的人，能长时间耐心服用，可起到预防保健作用。

例二：洪××，女性，54岁。反复高血压伴反复感冒3~4年，每次感冒迁延不愈达2~3个月。每年冬天四肢冰冷，生冻疮。PE：BP22/14Kpa，心电图提示广泛ST-T改变，舌质淡，苔薄白，脉沉细，舌下静脉瘀。自90年5月起始服用自拟黄芪苈米大枣汤。

处方：黄芪30克，苈米30克，茯苓15克，红大枣8粒，煎汤代茶，每日1剂。

1993年起改用2~3次/周，BP17.5/11-12Kpa，血压较稳定，心电图接近正常，不易感冒，冬天手脚温暖，不生冻疮，舌质淡红，脉有力尤见两尺脉，舌下静脉瘀血消失。黄芪有明显的强心作用，有扩张冠状血管及全身末梢血管作用；黄芪有保护心肌，降低

心肌耗氧量,以提高心肌耐缺氧能力;黄芪还可改善微循环,使血管扩张,增加心肌血流量,从而起到保护心肌的作用。根据中医气血理论,气为血帅,气行血行,气虚则行血无力而致血瘀,因此,通过补气可使血瘀得到改善。

三、巧在用量上

黄芪具有双向调节作用,双向调节作用似与用量有关。

例三,李××,男,56岁。持续高血压已10多年,BP17—18/14—15Kpa,脉压差小,长期服西药降压如心痛定,或尼群地平,有时加用开搏通,但感到周身乏力,口渴,睡眠差。PE:BP17—18/14—15Kpa,心肺正常,舌质淡红,苔薄白,脉细。自93年12月始用黄芪薏米大枣汤代茶。

处方:黄芪50克,苡米30克,茯苓15克,红枣8粒。

方中重用黄芪,量多在50克以上,经2~2个月服用,乏力,口渴消失,易入睡,可睡5~7时/每晚,BP18/12KPa脉压差大,黄芪适用于高血压病,尤以气虚或气虚痰浊见症者。不宜用于肝风,肝阳见症者。黄芪的用量比较灵活,如用以降压则宜重用,用量多在30克以上。王清任补阳还五汤黄芪用量高达四两。今临床用治脑血栓后遗症,黄芪用量亦多在60~120克上下,如此大量,很少有升压之弊,可见重用降压;如用以升压则宜轻用,多不超过15克。

四、巧在配伍上

1. 如黄芪与葛根同用,常用于高血压兼见颈项强痛者;与防己同用,常用于高血压兼见下肢水肿者。

2. 黄芪与辛荑花、薄荷、紫苏叶用于打喷嚏、流涕、鼻塞初感症状。

例四:洪××男,16岁,反复打喷嚏,鼻塞,流涕,服用“扑尔敏”及滴呋麻剂显效不大,后改用黄芪15克,辛荑花6克(后下),

薄荷 4 克(后下),紫苏叶 6 克。煎汤内服。服用二剂,上述症状全消失。黄芪有托疮排脓、抗病毒、增强免疫力作用;辛黄花祛风寒,通鼻窍,有收缩鼻粘膜血管作用,可治各种鼻疾患。

3. 黄芪与薏米、茯苓、红枣、太子参、浮小麦配伍应用治疗服抗菌素后体虚,多汗,乏力,详见于芪薏米大枣汤的临床应用(例一)。

4. 黄芪与生薏米、红大枣、茯苓、黄精、枸杞子、淮山药、太子参、天花粉配伍,煎汤代茶,治疗尿崩症。详见于芪薏米大枣汤临床应用(例五),陈××,女性,50 岁。患尿崩症,经用上方 1 年多的调理,服用双克 25 毫克 2 次/日减到一次/日,93 年 12 月全停用。饮水量由 6 千毫升减到 3 千毫升,尿量由 6 千毫升减至 3 千毫升,夜间小便 1 次,尿比重由 1.005 上升达 1.015 左右。

5. 黄芪与温胆汤加减应用在体虚的急慢支气管炎,肺部感染等,收到较好的效果。

五、黄芪在季节性巧应用

妇女更年期,月经不调,夜寐欠佳,烦渴,夏天尤甚,饮白开水,眼睑浮肿而下肢沉重感,小便短小,可用黄芪与薏米、大枣、茯苓配伍煎汤代茶喝,上述症状不再出现。更年期,脾肾两虚,天癸将尽,脾阳不振,水湿浸渍,夏天可用芪薏大枣汤代茶喝。详见芪薏大枣汤和临床应用(例二)。

参考资料:

1. 杨立祥,黄芪降压妙在巧,中医杂志,31(2):50,1990。
2. 万同己,补气之长话黄芪,健康报,9.5.1992。
3. 雷正一,王硕仁,黄芪对心血管系统的作用,中国中西医结合杂志 13(7):443,1993。
4. 黄文东等,中医内科学,厦门大学海外函授院教材,1-7,1982。

四 临床治验

谈谈泄泻若干治法

泄泻,又称“腹泻”,是指排便次数增多,粪便稀薄,甚至泻出如水样而言。

本病《内经》称为“泄”。有“濡泄”、“飧泄”、“泛泄”等名称。汉唐时代多与痢疾统称为“下利”。宋以后一般都称为“泄泻”。但也有根据病因或发病机理而称为“暑泻”、“大肠泻”的。但名称虽多,总离不开“泄泻”二字。《谦斋医学讲稿》云:“腹泻的本质不一,以本质分析不外二类:虚证属于内伤,浅者在脾,深者在肾;实证属于病邪,以湿为主,结合寒邪和热邪以及食滞等。腹泻的治疗原同其他疾病一样,实则泻之,虚则补之,根据病因病机,分别使用化湿、分利、疏利、泄热、消导、调气等,多系泻法;健脾、温肾、益气、升提、固涩等,多系补法。泻法中又用补法,补法中也能兼用泻法,同时与其他活法互相结合,均须分清主次。”给后世治泻有很大的启示。现就笔者的临床体会,总结以下十种治法。供同道参考指正。

一、淡渗利湿法

病例一:郑××,男,46岁,干部。

低热,泄泻二周。泻下热臭,日行5~6次,胸闷欲呕,腹部胀痛,口苦且腻,胃不思纳,困倦乏力,舌红苔淡黄而垢腻,脉象滑数。体温:37.8℃。大便化验:白细胞10~15,粘液++。西医诊断为:

急性肠炎,辨证属暑湿挟滞,湿热并重,脾胃运化受阻,大肠传热失导。治宜淡渗利湿、清热导滞。拟三仁汤合甘露消毒丹化裁。

处方:薏苡仁10克,豆蔻仁2克(后下),北杏仁10克,四陈皮6克,制半夏9克,川朴花6克,焦山楂15克,焦神曲15克,枯黄芩9克,连翘壳9克,佩兰叶6克,藿香叶6克,六一散30克。水煎,日服二次。

连服九剂后,低热退而泄泻止,胃纳增进,仅感到疲乏,舌淡红、苔薄黄。大便化验正常。湿热已清,予参苓白术散加减,健脾利湿以调善后。

按:湿是泄泻的主要病因之一,由于湿邪有轻重,兼挟脏腑有虚实等不同情况,故治法当辨证施治。但泄泻日久多致伤脾,泄水过多又必耗津伤气,而淡渗药物不但性味平和,且兼补脾胃。因此,淡渗利湿法在祛湿中占有重要地位。

二、清热利湿法

病例二:胡××,男,56岁,干部。

高热,腹痛,泄泻,泻下热臭,日行10多次,口渴且苦,烦热不安,胃不思纳,舌红,唇干,苔黄腻,脉滑数。体温39.5℃,大便化验:白细胞10~15,红细胞3~5,西医诊断:急性肠炎。证属暑热挟湿,热重于湿,内传大肠,表里同病,治当解表清热,清暑利湿,拟葛根芩连汤加味。

处方:粉葛根12克,枯黄芩9克,川黄连5克,六一散30克,金银花10克,马齿苋30克,马鞭草30克,人字草30克,广木香6克,川朴花9克,木棉花9克,水煎服,日服二次。

按:对热性泻利,多采用葛根芩连汤加减治疗。本方原治伤寒误下,实热下利,为表里双解之剂,但对热泻,热利之无表证者,也可使用,并可加入炒银花、人字草、木棉花等以清热利湿;腹痛甚者加入木香、白芍利气止痛之品;暑湿较甚者加入绿豆衣、佩兰叶、

藿香叶、六一散、川朴花等清暑利湿之药。

三、消导和胃法

例三：刘××，男，44岁，干部。

患者因饮食不节，腹痛泄泻，呕吐而入院治疗，经补液，禁食后腹泻已减，自觉腹胀，肠鸣，纳呆，大便稀薄而热臭，头昏乏力，体温37.9℃，舌苔厚腻而黄，脉滑近数。此因饮食不节，脾胃受伤，升降失常所致，正如《内经》云：“饮食自倍，肠胃乃伤。”“治宜消积和胃，方拟保和丸加减。

处方：建神糅10克，山楂肉9克，云茯苓12克，法半夏9克，连翘壳9克，四陈皮6克，炒腹子9克，制佛手9克，鸡内金6克，川朴花9克，炒二芽各9克。水煎服，日服二次。

连服三剂后，病情好转，体温正常而出院。

按：饮食不节，脾胃受伤之泄泻，轻者用保和丸二粒煎汤内服，日服1~2次即可见效，重者可用保和汤加减治疗，方中用焦神曲，焦山楂，焦二芽效果更好。

四、化痰清热法

病例四：李××，男，52岁，职工。

患者曾得“菌痢”，嗣后大便常呈糊状，并挟有大量白色粘冻，日行3~4次，大便化验：粘液(++++~+++++)白细胞50~100，红细胞3~5，有时可找到吞噬细胞。先后住院三次，经各种检查(包括大便培养，乙状结肠镜及胃肠X线摄片等)，确诊为：溃疡性结肠炎。曾用各种抗菌素及中药清热利湿，健脾涩肠治疗，后用中药及氢化可的松灌肠，均无明显疗效，或有暂时性好转，而且复发。

就诊时大便每日四次，伴有大量白粘液，无腹痛里急，精神食欲均佳，体胖，舌淡红，苔黄白滑腻，脉小滑，大便化验：粘液++++

十,白细胞 60~80,红细胞 0~1,吞噬细胞 0~1。证属痰热湿毒蕴于曲肠,治当清热解毒,化痰燥湿。

处方:枯黄芩 9 克,川黄连 5 克,炒银花 9 克,鱼腥草 30 克,瓜蒌皮 9 克,薤白头 9 克,炒白术 10 克,四陈皮 5 克,制半夏 9 克,云茯苓 10 克,红大枣七枚。水煎服,日服二次。

用此法进出治疗二个月,大便减至每日 1~2 次,软而成形,化验检查正常,后以原方加炒苡仁,赤小豆等健脾之品善后,随访半年,未见复发。

按:治疗痰湿泄泻常以二陈汤为主,临症再根据不同情况辨证施治。寒痰当选加煨姜、细辛、桂枝等温中散寒;热痰宜用瓜蒌皮、黄芩、鱼腥草等清热化痰(本案例即属此型);痰热泄泻伴恶心呕吐者,选用黄连、竹茹等清热止呕;热痰泄久不愈,大便不畅,腹部胀痛者,可选用礞石滚痰丸,以清泄顽痰;寒热错杂之痰泄可选加瓜蒌、薤白之类。又脾为生痰之源。故治痰泄还须加入健脾利湿之品。

五、疏肝理气法

病例五:王××,女,28 岁,工人。

患者二、三个月来,每因情志不舒,即发生腹痛泄泻,泻下稀溏,泻后痛不减,日行 2~3 次。平时患有胸胁胀闷,纳少,肠鸣矢气,舌淡红,脉微弦。此属肝气郁结,横逆犯胃,脾先受制,运化失常所致,正如吴昆《医方考》云:“泻责之脾,痛责之肝;肝责之实,脾责之虚,脾虚肝实,故令痛泻。”所以治宜泻肝补脾,调理气机,拟痛泻要方合四逆散化裁。

处方:炒白芍 10 克,炒白术 10 克,四陈皮 6 克,软防风 6 克,北柴胡 8 克,炒枳实 9 克,广郁金 9 克,盐青皮 6 克,粉甘草 3 克。水煎服,日服二次。

连服六剂后,痛愈泻止。

按:肝郁气滞,侮土犯脾,而致腹痛泄泻,为临床常见。痛泻要

方,泄肝健脾,缓急止痛,为肝旺脾虚,腹痛泄泻之主方。气滞较甚,疼痛较剧者可合四逆散、逍遥散等以加强散郁止痛之功。

六、活血化瘀法

病例六:石××,男,46岁,教师。

患者小腹刺痛,痛有定处,按之更甚,痛后大便稀溏,挟有粘冻或挟脓带血,日行2~3次,面色晦暗,畏寒肢冷,舌边见有瘀斑,舌质暗红,脉细涩,病延年余。经结肠镜检查,提示:肠粘膜充血,水肿,有三个溃疡病灶,此因寒湿瘀滞,郁结曲肠,病久入络。治宜通因通用,化瘀通络,拟少腹逐瘀汤加减。

少腹逐瘀汤加减:小茴香,炮姜,延胡索,当归,川芎,赤芍,京丹参,小桂枝,蒲黄,五灵脂。

按:瘀血内阻致使泄泻的特点为泄泻不爽,腹部刺痛不移,按之痛甚,渴不多饮,面色晦滞,舌边有瘀斑或舌质暗红。多为血瘀肠络,传导失司。治宜宣化通络。

七、健脾利水法

病例七:孙××,男,47岁,工人。

患者素体阳虚,又喜饮水,日久自觉肠鸣漉漉有声,日夜无间隙,腹胀,食后更甚,大便清水,或泡沫状,日行2~3次,常有口吐清水,苔薄白,脉弦滑。此因饮水过多,脾胃受伤,水饮停肠。治宜健脾利水,前后分消。拟苓桂术甘汤加减。处方:小桂枝3克,云茯苓12克,炒白术9克,汉防己15克,川椒目9克,葶苈子18克,花槟榔15克。水煎服,日服二次。

连服十剂后大便成形,肠鸣消失,后拟温肾健脾调理善后。

按:此案阳虚脾弱,饮水过多,宣降失调,留滞肠中,以致出现腹胀肠鸣,便泄清水或泡沫状等症,治当健脾利水,苦辛通降,前后分消。若腹中冷痛者可与桂枝汤加减同用。

八、健脾燥湿法

病例八：郑××，男，67岁，干部。

患者慢性腹泻已五年，大便培养（一），大便化验：偶有少量白细胞与粘液。乙状结肠镜检：结肠粘膜充血。诊断为：慢性结肠炎，肠功能紊乱。

就诊时大便呈糊状，日行4~5次，腹痛腹胀，舌红苔淡黄厚腻，脉小弦滑，大便化验无异常。证属脾虚生湿，湿热内蕴，湿胜则濡泄。拟健脾燥湿清热为治，胃苓汤合连朴饮加减。

处方：泔苍术9克，炒白术9克，川朴花9克，广陈皮4克，制半夏9克，石菖蒲4克，川黄连3克，枯黄芩9克，人字草30克，云茯苓10克，光泽泻9克，鲜芦根30克。水煎服，日服二次。

以上方进出治疗一个月，其症逐渐好转，后加参、芪健脾补中之品，以调善后。

按：脾脏喜燥恶湿，湿邪最能引起泄泻，正如《难经》云：“湿多成五泄。”其它寒邪或暑热之邪，除了侵袭皮毛肺卫之外，也能直接影响脾胃，使脾胃功能障碍，而引起泄泻，但仍多与湿邪有关。所以治疗多以健脾入手，或加清热，或加燥湿，或加利湿，或加温中，或加升阳等法为宜。

九、温补脾肾法

病例九：纪××，女，38岁，教师。

患者围产期因饮食不节而致泄泻已年余。后经乙状结肠镜检，胃肠摄片，大便培养，西医诊断：慢性结肠炎，肠功能紊乱。长期服药。时好时剧。

就诊时泄泻加重，日行5~6次，无腹痛腹胀，大便糊状或如水样，常挟有不消化食物，自觉腰酸肢冷，足踝浮肿，舌淡胖，苔白薄腻而润。大便化验：无特殊变化。此乃久泻伤脾，脾虚及肾。治宜

温肾健脾，拟四神丸合附子理中汤加减主之。

处方：炒党参 12 克，炙黄芪 12 克，炒白术 9 克，炙甘草 5 克，炮姜 5 克，制附子 10 克，煨肉蔻 9 克，补骨脂 10 克，炒吴萸 3 克，炒苡仁 15 克，焦山楂 9 克，四陈皮 6 克，云茯苓 10 克，水煎服，日服二次。

以上方进出治疗二个月后，大便逐渐成形，日行 1~2 次。后以参苓白术散加肉桂调饴糖调理年余而收功。

按：脾阳与肾中真阳有密切关系。命门之火能助脾胃“腐熟水谷”，帮助脾胃消化吸收，如果肾阳虚衰，则命门之火不足，命门火衰，则脾阳亦受其影响，不能腐熟水谷，因而引起泄泻。此外，古人还有“肾为胃关”之说。肾阳不足，关闭不密，于是大便下泄。如张景岳说：“肾为胃之关，开闭于二阴，所以二便之开闭，皆肾脏之所主。今肾中阳气不足，则命门火衰，而阴寒极盛之时，则令人洞泄不止也。”故治必脾肾兼顾。如《内经》所云：“寒者温之”。是也。

十、固涩止泻法

病例十：张××，男，72 岁，教授。

患者长期腹痛泄泻，泻下赤白相兼，或见咖啡样便，经化验检查，查出阿米巴原虫。经数次住院治疗，服中西药后，时好时坏。

诊时症见腹痛泄泻，日行 3~5 次，便色咖啡样，时见不消化之食物。形体消瘦、精神疲乏，面色萎黄，四肢欠温，舌淡苔白腻，脉沉细。此属久泻伤脾，脾阳不振，久病伤络所致。治拟温补脾阳，固涩以敛，用真人养脏汤合赤石脂禹余粮汤加减。

处方：煨肉蔻 8 克，生白芍 10 克，太子参 12 克，全当归 9 克，焦白术 9 克，油肉桂 3 克，炙甘草 3 克，广木香 6 克，煨诃子 10 克，罂粟壳 9 克，赤石脂 21 克，禹余粮 21 克，鸦胆子 10 粒，（置胶囊内吞服）。水煎服，日服二次。

以上述方药进出治疗三个月后，其症已瘥，大便质软但未见咖

啡样,化验结果,未查出阿米巴原虫,随访一年未见复发。

按:《医宗必读》云:“注泄日久,幽门道滑,虽投温补,未克奏功,须行涩剂。则变化不愆,揆度合节,所以滑者涩之是也。”注泄日久,滑泄不愈,除以温补脾肾外,加涩肠止泻药,用真人养脏汤,赤石脂禹余粮汤等治疗可获满意疗效。

〔原载《福建中医药》1984,(4):52〕

汗 证 治 验

治疗汗证,须辨证求因,审因论治,方可取得满意疗效。现就笔者的临床体会,初步小结以下案例,以资参考。

一、营卫失调之自汗证

人体之卫气有因护津液,不使妄泄之作用,当肺气虚弱,营卫不和,卫阳失守,腠理不固,则汗自外溢。王肯堂《证治准绳·自汗》云:“或肺气微弱,不能宣行营卫而津脱者。”治当调和营卫,益气固表,方可取效。

案例:吴××,男,41岁,教师。患者于1972年间,经常打排球,嗣后自感两手心微微汗出不止。经中西医治疗,不但不能痊愈,反而汗出如珠,夏冬季均如此,延续年余。于1974年春求诊,症见两手汗出如珠,四肢冰冷,面色皑白,胸闷气短,胃纳欠佳,头昏力乏,舌质淡白,苔薄腻,脉弦细。拟诊营卫失调,气阴两伤。治宜调和营卫,补气敛阴。处方:黄精30克,黄芪15克,桂枝6克,白芍15克,党参15克,荞麦30克,牡蛎20克,五味6克,炙草4克,水煎服。用上方治疗六剂后,汗止病愈。随访半年,未见复发。

按:汗为心之液,卫阳不固则腠理稀疏,汗液外泄。药用黄芪、黄精、党参益气固表;牡蛎、荞麦敛阴止汗;桂枝调和营卫;芍药、五味子敛阴和营;炙草和中,使营卫调和,气足表固。

二、湿热熏蒸盗汗证

饮食不节或外感湿邪,损伤脾胃,运化失常,湿浊中阻,蕴久化热,熏蒸迫汗,所以脾的运化功能失常,与汗证息息相关。

案例：何×，男，61岁，教授。患者因长期得支气管哮喘日益加剧，于1973年3月入院治疗，住院月余盗汗日益严重，不分昼夜，凡入眠即大汗淋漓，衣服全湿，甚连被褥也被沾湿。曾请中西医会诊，投以大量补气固表敛汗之药，未能奏效。余诊其脉浮滑而数，苔黄腻而厚，小便短少色黄。拟诊湿热内蕴，熏蒸迫汗。治以清热利湿。处方：川黄连3克，绵茵陈15克，生苡仁5克，赤小豆30克，杜藿香3克，石菖蒲3克，白通草3克，滑石粉18克，粉甘草3克。水煎分服。以上方进退，连服12剂后，汗止喘平，胃纳大增，精神好转。

按：患者因长期多食牛乳，麦乳精等甘温之品，伤及中土，运化失司，湿热内蕴，蒸蒸汗出。治以川连清热泄火；苡仁、赤小豆、茵陈健脾利湿；藿香，菖蒲芳香化浊，开泄气机；通草、六一散引热下行，以达到清热于湿中，渗湿于热下，湿热清利，气机通畅，则汗自止。

三、气阴亏耗之盗汗证

《证治准绳·盗汗》说：“虚劳之病，或得于大病后阴气未复，遗热尚留；或得之劳役、七情、色欲之火，衰耗阴精；或得之饮食药味，积成内热，皆有以伤损阴血，衰惫形气。阴气既虚，不能配阳，于是阳气内蒸，外为盗汗。”说明虚劳者，多有阴精亏耗，气血不足，气不敛阴，则汗液外泄。所以治疗时须补气敛阴，才能达到敛汗之目的。

案例：苏××，男，62岁，农民。患者10年前患肺结核病，素体阴虚。1971年4月间，因外感风寒，前医投以温经散寒之药，因发散太过，汗出过多，延续周余不得痊愈，诊时证见：胸闷气短，头身微汗出，入寐后则大汗淋漓，四肢冰冷，时欲昏厥，口渴引饮，腹胀纳呆，形体消瘦，手心潮热，舌质红少苔，脉细而数。此属气阴两伤，气不敛阴，阴失其守；盗汗证，治宜补气养阴，固表止汗。处方：西洋参6克，生黄芪20克，银柴胡30克，盐青蒿15克，地骨皮12克，黄精30克，五味子6克，炙龟板12克，生龙牡各20克，粉甘草4

克,水煎内服。以上方加减治疗两周,汗止喘平。

按:本案属阴精亏耗,气血不足,气不敛阴,阴不守阳。所以药用西洋参、黄芪、黄精补气生血而固表;银柴、青蒿、地骨皮、龟板养阴生津以除潮热;龙牡、五味子协以敛阴止汗;甘草和中,使气得补,阴得充,表则固,汗自敛。

四、虫积伤脾之盗汗证

小儿气血薄弱,腠理未密,若误食不洁,蕴酿生虫,虫积伤脾,致使脾气不足,肌表不实,腠理疏松,皮毛失固,气不敛津,则可见夜寐盗汗证。

案例:苏××,男,5岁。患者得盗汗证已有半年余,经服补气固表止汗之药,未得取效。诊时证见:面色皤白,四肢消瘦,腹部胀大,但肝脾未触及,胃纳欠佳,嗜食生米等异物,经常口流唾液,两眼角膜可见青紫色之斑块,舌苔薄白,舌尖呈梅花点状,脉细而数。拟属:虫积伤脾,脾虚卫阳失固。治宜健脾、除虫、消积。处方:使君子五枚,雷丸8克,鹤虱子6克,花槟榔8克,川楝子8克,建神曲6克,炒二芽各4克,鸡内金4克,山楂肉4克。水煎内服。上方连服三剂后,大便排出蛔虫40几条。投参苓白术散加使君子炖瘦肉,调理脾胃而收功。

五、腑气内蕴之自汗证

腑气内蕴,肝胆郁热,薰蒸津液,迫津自汗。正如《素问·举痛论》云:“炅则腠理开,荣已通,汗大泄……。”所以治应疏通积滞,透解郁热,使气机枢转,里热清降,汗可自止。

案例:隐××,男,21岁,鱼民。患者因嗜食酒甘厚味之品,伤及脾胃,致使泄泻每日2~3次,自服氯霉素等药物,泄泻虽止,但自感腹胀闷痛,烦躁不安,大汗淋漓,四肢冰冷,口干纳呆,口唇红燥,小便短少色黄,舌质红,苔黑而干燥,脉中取若有若无,沉取按

之有力。证因腑气不通，阳气内郁，热蒸迫汗。治拟泻热导滞，透解郁热。

处方：大黄 12 克，枳实 9 克，厚朴 9 克，柴胡 8 克，白芍 9 克，内金 6 克，神曲 12 克，山楂 10 克，甘草 3 克。水煎内服。

服三剂后，腑气得通，里热得解，大汗自止。

按：本例用小承气汤泻热破结，疏通积滞；用四逆散透解郁热，宣通阳气；加神曲、内金、山楂等消导之品，协以排除胃肠之积滞，审证求因，药到病除。

六、心肾亏虚之自汗证

心主血，汗为心之液，心阳亏虚，阴失阳护，腠理稀疏，则汗液外泄；且肾主藏精，肾阳衰惫，不能温煦心气，可见汗证。

案例：徐××，男，53 岁，干部。患者得风湿性心脏病已 10 余年，伴发“阵发性心动过速”，经多方治疗未能痊愈，屡屡复发，3~5 日一次，进则一日 2~3 次。前医曾投归脾丸、天王补心丹、炙甘草汤等药，未能取效。于 1970 年 9 月间求诊。证见：汗出淋漓，烦躁不安，心悸怔忡，喘逆气短，呼多吸少，头昏力乏，四肢冰冷，唇紫，舌淡少苔，脉虚而数（160 次/分）。拟诊：心肾亏虚，气不敛阴，肾不纳气。治宜温补心肾，补气敛阴。处方：小桂枝 6 克，生龙牡各 20 克，黄精 30 克，胡桃肉 30 克，五味子 6 克，炙甘草 6 克，高丽参 6 克（另炖冲服）。水煎内服。服二剂后喘平汗止，但脉仍近数（100 次/分），再服三剂，诸症消失。但每因劳累时宿疾复作，再服上方诸症即安。后拟紫河车合七味都气丸，调理六个月而收功。

按：本案先用高丽参、黄精补气敛阴而止汗；用桂枝、炙草温经通脉而平冲逆；用龙牡、五味子镇惊悸，协以敛阴之力；用胡桃肉补肾而纳气。但病久难愈，后用紫河车合七味都气丸以补肾温阳，以治其本。才得控制。

[原载《福建中医药》(1988, 19(2): 28~29)]

活血化瘀疗法及其临床应用

活血化瘀疗法是祖国医学治疗瘀血疾病的一种重要方法。它是由活血化瘀,行气通络等药物所组成的。可以治疗心血管、血液、神经、精神、肿瘤、跌打损伤、妇科、皮肤科、五官科等疾病,在临床上都取得了一定的疗效。

一、瘀血与活血化瘀的概念

现代医学系指血液循环发生障碍而引起的局部或全身性的病理变化,往往是指静脉回流障碍而发生的瘀血等。祖国医学认为,凡属血脉瘀滞不畅,脏腑经络气血不通,气滞血瘀等所引起的病证,都属于瘀血的范畴。例如各科内脏的疼痛、急腹症、四肢麻木疼痛、外科痈疖、溃疡、脱疽、跌打损伤、肝脾肿大、肿瘤、各种白血病、妇科的痛经、不孕症、脑系科的癫狂、痫症及神经衰弱症、眼底疾病、白斑、皮肤甲错、脱皮症等。

1. 关于“气为血之帅”之论点

气血是脏腑功能活动的物质基础,五脏六腑功能的协调,无不依赖于气血的供养,而气为阳,血为阴,血依阳气以运行,二者是互相依赖,互相促进而共存的具体物质。所以有“气为血帅”、“血随气行”的观点,如气血失调即产生疾病。《内经素问·举痛论》云:“百病生于气也:怒则气上,喜则气缓,悲则气消,恐则气下,寒则气收,灵则气泄,惊则气乱,劳则气耗,思则气结”,所以怒、喜、悲、恐……思等情志的波动变化都可以导致气机方面的改变,而发生气滞血瘀。元·朱丹溪说:“气血冲和,百病不生,一有怫郁,诸病生焉”,进一步地说明了“气为血帅,气行则血行,气滞血则瘀”的机理。清·王清任在《医林改错》一书中治疗中风半身不遂的“补阳还五汤”。

方中当归、赤芍、地龙、川芎、桃仁、红花、都用3~6克(即1~2钱),而黄芪即用120克(即四两),体现了气为血帅的重要意义。

2. 关于“不通即痛,通则不痛”的论点

中医认为“疼痛”的基本病机是脏腑经络气血阻塞不通之故。因此活血化瘀疗法是在辨证的基础上,突出一个“通”字,而这个通字必须加以全面的理解,绝非单指泻下的意思,正如《医学新传》一书中说“夫通则不痛,理也,但通法,各有不同。调气以和血,调血以和气通也;上逆者使之下行,中结者使之傍达也;虚者补之使通,寒者温者使通,无非通之法也。若必从下泻为通则妄矣。”近代我们临床上常用调气活血,温中散寒治疗心绞痛,应用承气汤治疗阑尾炎等,都是以通为手段达到痛止病愈的目的。

3. 关于瘀血分“虚”、“实”的论点。

血瘀的时候,血脉运行不畅,这是共性。但必须根据八纲辨证分清“虚”、“实”。虚则补之,实则泻之。“血实”,则疏其气血,令其条达。例如临床上见到由于瘀血积面的肿瘤,就要破血祛瘀。血虚夹瘀血症临床上也常见,例如清代妇科医生傅青主,根据妇女产后多属气虚的特点,同时又伴有各种瘀血的特征,从而巧妙地抓住“血虚有瘀”这个环节,运用“生化汤”治疗产后多种疾病。

4. 关于瘀血分“寒”、“热”的论点

血宜温,温则通,寒则血瘀,这是一般机理,但是热邪也可致瘀血,这就是血因火而结,火为热之极,火邪灼耗津液,津枯而血结成瘀。临床上常见的疮疖化脓感染病证,都有不少存在瘀血化热者,治疗原则,以“寒则热之”,“热则寒之”。治疗瘀血中偏于温性的中草药有:三七、仙鹤草、骨碎补、刘寄奴等,可应用偏寒的病证;偏于寒性的中草药有虻虫、茜草、大蓟、侧柏叶、地榆、槐花等,可运用于瘀血偏热的病证,例如临床上治疗心绞痛,在区别寒痛与热痛的基础上,确定应用活血化瘀的方药后,寒痛者可加吴茱萸、肉桂,热痛者可加黄芩、瓜蒌。

5. 关于“治风先治血，血行风自灭”的论点

中医认为“风”为致病的六淫之一，它包括内风、外风两个方面。内经云“风为百病之长”，所以风寒、风热、风湿等等都会影响人体气血的变化，发生气滞血瘀，其重者可风中脏腑经络，出现中风不语，半身不遂等，治疗可以选用小续命汤等；风中肌肤者，可出现荨麻疹，皮肤瘙痒症等，治疗时可用养血、息风、活血之方法，如当归饮子（本方由四物汤加黄芪、荆芥、防风、蒺藜、首乌所组成）治疗，临床效果较满意。

6. 关于活血化瘀疗法需加引经药的论点

治疗瘀血时，由于血瘀的部位不同，所以需辅以引经药，以直达病所，药到病除之目的。一般瘀血在头部者用白芷、川芎；在胸部者用桔梗；在上肢者加桂枝；在下肢者加牛膝。清·王清任，根据血瘀的部位不同，拟定了通窍活血汤治疗头部的瘀血症，用血府逐瘀汤治疗胸部的瘀血症（胸痹证），应用膈下逐瘀汤治疗下腹部的瘀血症（如小儿痞块），应用少腹逐瘀汤治疗少腹痞块疼痛，如月经不调等。

二、瘀血的临床诊断依据

1. 体征方面

①舌诊：舌质暗紫，或有紫斑，紫块，舌根部有紫纹。

②眼睛：睑下或眼眶青紫，白睛溢血，球结膜血管怒张弯曲，巩膜血管末梢有瘀血。眼底为观察颅内血管的一个窗口，可见有出血、水肿、栓塞、硬化等改变，均为瘀血的体征。

③面部：可见面部晦暗紫黑，有色素沉着。

④皮肤：有出血倾向，表浅静脉怒张，皮肤暗褐，紫斑、白斑、蜘蛛痣、皮肤粗糙，毛发干枯无光泽，或枯脱。

⑤四肢：肢体活动障碍，感觉异常。

⑥大便：大便溏腻，或色见紫暗漆黑。

⑦脉象：可见沉、弦、涩、结、代脉，或见无脉症。

⑧触诊：肝脾肿大，或有肿瘤结块，骨质变形，疔肿，症瘕积聚、痞块等。

2. 主诉方面

疼痛不移，健忘，口干不欲饮，干呕，噎膈，少腹略满，低热，胸闷，失眠多梦或梦游，性情变化（如多疑、喜怒无常，易激动或沉默寡言）等。

3. 病史方面

外伤史（如脑震荡史），手术史、癫痫史，月经异常史（色紫量少，血块，腹痛，不孕症），精神病史（包括神经官能症，神经衰弱），小儿惊吓史，胃脘疼痛史，产后等。

三、活血化瘀疗法的药物分类

1. 活血化瘀兼有养血生新的药物

当归、丹参、红花、番红花、益母草、茺蔚子、海马、鸡血藤等。

2. 活血化瘀兼有通经活络的药物

泽兰、桃仁、五不留行、月季花、凌霄花、穿山甲、鬼箭羽、马鞭草、干漆、虎杖根、急性子、红梅消、川牛膝。

3. 活血化瘀兼有消肿止痛的药物

石打穿、铁扫帚、茜草根、赤芍药、牡丹皮、生蒲黄、平地木、血竭、毛冬青、落得打、皂角刺、参三七、琥珀、麝香、自然铜。

4. 活血化瘀兼有行气止痛的药物

川芎、乳香、没药、姜黄、郁金、延胡。

5. 活血化瘀兼有破血散结、消除症积的药物

水蛭、虻虫、蛭螬、地鳖虫、莪术、三棱、刘寄奴、苏木、水红花子、五灵脂、喜树、阿魏。

四、活血化瘀药物的配伍应用

活血化瘀疗法主要用于活血通脉，祛除瘀滞为主。治疗上需根

据体质强弱,患病新久,病情轻重缓急来选方用药。

一般来说,治疗蓄血证所用方剂,往往用逐瘀药与荡涤热邪的药物配伍;治疗症积血块的方剂,往往用逐瘀药与消壅化积的药物配伍;病久入络痛处不移,痛如针刺,属于瘀阻血络者,往往用逐瘀药与通经活络的药物配伍;治疗瘀血证时,往往用活血化瘀药与理气药及引经药配伍。因为血滞则气也滞,气行则血也行,加以引经药可使药物直达病所,祛除病邪。

1. 活血化瘀药与理气药相配伍

①膈下逐瘀汤(《医林改错》):当归、五灵脂、延胡、川芎、赤芍、丹皮、桃仁、红花、乌药、香附、枳壳、甘草。此方适用于胸腹有痞块,腹痛有定处,或久泻不止,粘液、血与粪便杂下。

②少腹逐瘀汤(《医林改错》):小茴、延胡、桂心、干姜、没药、当归、川芎、五灵脂、生蒲黄、赤芍。此方适用于小腹症积疼痛,妇女月经接连不断,一月之内来潮三、五次,其色或紫或黑,或有瘀块。少腹疼痛或带下色赤如粉红色。

③血府逐瘀汤(《医林改错》):枳壳、柴胡、当归、生地、桃仁、红花、赤芍、甘草、桔梗、川芎、牛膝。此方适用于胸中血瘀,血行不畅的胸痹证,胸痛日久不愈,痛如针刺而有定处。或呕逆日久不止,或内热烦闷,心悸失眠,入暮潮热,或舌质黯红,舌边有瘀斑、唇黯,或两目黯黑,脉涩或弦紧。

2. 活血化瘀药与补气药配伍

①补阳还五汤(《医林改错》):生黄芪、当归、赤芍、川芎、桃仁、红花、地龙干。此方适用于半身不遂,口眼歪斜、语言蹇涩,口角流涎,遗尿不禁等。

②当归补血汤(《内外伤论》):黄芪、当归。此方适用于妇女崩漏,产后或大出血后,面色萎黄,神疲力乏,或有低热,脉虚无力等气血虚弱证。

3. 活血化瘀药与祛风药配伍

①身痛逐瘀汤(《医林改错》):桃仁、红花、当归、炙草、五灵脂、香附、淮牛膝、地龙干、秦艽、羌活、川芎、没药。本方适用于全身痹痛,经久不愈,按之更痛,唇舌青紫或有瘀斑。

②着痹汤(经验方):炙蜈蚣、炙全蝎、炙虻螂、炙蕲蛇、炙蜂房、炙地鳖虫、炙虎骨、寻骨风、伸筋草、钻地风、炙甘草、鹿含草、全当归、老鹤草。本方适用于着痹证,关节疼痛,反复发作,久治不愈,甚至关节畸形,僵硬不能伸直。

4. 活血化瘀药与清解药配伍

①西黄醒消丸(《外科全生集》):牛黄、麝香、乳香、没药、雄黄。本方适用于痈疽,瘰疬流注,无名肿毒。

②大黄牡丹汤(《金匱要略》):大黄、丹皮、桃仁、芒硝、冬瓜仁。本方适用于肠痈证(阑尾炎),脓未成,少腹两旁肿硬,右下腹(即麦氏点)尤极,触痛,怕冷发热,舌苔黄腻或黄燥,脉弦紧或弦数,或洪数。

5. 活血化瘀法治疗寒、热痞症

(1) 治疗寒证

①生化汤(《傅青主女科》):当归、炮姜、炙草、川芎、桃仁。本方适用于妇女产后气血两虚,瘀血内阻,或产后恶露不行,少腹疼痛。

②温经汤(《金匱要略》):吴茱萸、当归、川芎、芍药、党参、桂枝、阿胶、丹皮、生姜、炙草、半夏、麦冬。本方适用于冲任虚寒,瘀血阻滞,月事不调,小腹冷痛,久不受孕。

(2) 治疗热证

①大黄虻虫丸(《金匱要略》):地鳖虫(䗪虫)、干漆、熟地、甘草、水蛭、赤芍、杏仁、黄芩、桃仁、虻虫、蛭虫、大黄。本方适用于五劳虚极,腹满纳呆,内有瘀血,肌肤甲错,两目黯黑。

②复元活血汤(《医学发明》):柴胡、天花粉、当归、红花、甘草、穿山甲、制大黄、桃仁。本方适用于跌打损伤,瘀血停滞,胸胁疼痛,痛不可忍者。

(3) 治疗痞证

鳖甲煎丸(《金匱要略》):鳖甲、射干、黄芩、柴胡、地鼠、干姜、大黄、芍药、桂枝、葶苈、石苇、厚朴、丹皮、瞿麦、紫葳、半夏、人参、廬虫、阿胶、蜂房、赤硝、蛭螂、桃仁。本方可以用于肝脾肿大,对疟疾日久不愈之胁下痞硬肿块,或为虐母者,有一定的疗效。

五、活血化瘀疗法的临床应用

最近几年来活血化瘀疗法在临床上都得到广泛应用。据报导,在心血管系统疾病,血液系统疾病,神经、精神系统疾病,肿瘤,外科急腹症等等都取得了良好的疗效。现在就以笔者临床上的点滴体会简介如下:

1. 中风之后瘀阻经脉之偏瘫症

方××,男,37岁,教师。患者于1975年春参加学术讨论会时,突然昏倒不省人事,送入某医院急救治疗,该医院诊断为“脑血栓”,经住院治疗二个多月后,转来我院继续治疗。证见人事已清醒,但右侧上下肢偏瘫,手指蹇曲麻木,右侧下肢难伸,且见肌肉中度痿缩,口眼蜗斜,发音不清,生活不能自理,智力衰退,头昏耳鸣,舌苔薄白,舌质红紫,舌下见青紫,脉象弦细,两尺沉弱。血压160/100mmHg。拟诊:血脉瘀阻,经隧不通所致,治以活血通络,佐以育阴潜阳。药用:当归尾、京丹参、地龙干、淮牛膝、桑寄生、真珠母、鸡血藤、炒鳖甲、生白芍、生黄芪、双钩藤、抚川芎。照上法进退治疗近一月左右,血压下降为140—150/85—90mmHg。患侧蜷曲逐渐松动,麻木感较好转,再步补气活血,补肾益气继治,药用生黄芪、全当归、地龙干、淮牛膝、黄精、鹿含草、仙茅、肉苁蓉、潞党参、小桂尖、京丹参。恒守此法连服三个多月,基本痊愈而出院。出院后能自行慢步门诊就诊,先后调理六个月而收功。休息一年后,能上班参加工作。

按:此患者因久经脑力劳动,五志过劳,肝肾真阴亏耗,真阳浮

越,致使肝风内动,风动迫血妄行,血不循经,瘀阻脉络,所引起之半身不遂,口眼喎斜等症,治疗先投育阴潜阳,活血通络,后以补气血,益精气专攻其本而取效。

2. 肝气郁结气滞血瘀之肝脾肿大症

陈××,男,40岁,电缆工人。患者长期作业地下电缆工作,于73年冬发现肝脾肿大,经某医院检查诊断为“慢性迁延性肝炎”,服西药治疗。数月未见好转,于74年春来我院门诊检查治疗。超声波提示:Ⅲ级密集微小波,肝区反射面增多,偶见复波,肝肿4公分(右叶),脾肿2公分,GPT180单位(80单位以下属正常),脑絮++++,麝絮++++。自感肝区闷痛,口苦纳减,小便短赤,大便干燥,舌质红边紫,舌苔黄腻,脉象弦滑,此因肝气郁结气滞血瘀所致。治宜疏肝、活血、理气、佐以清热利湿。药用:广郁金、枇杷叶、生白芍、京丹参、炒鳖甲、川石斛、绵茵陈、赤小豆、生苡仁、栀子根、川楝子。恒守上法治疗三个月后,肝区闷痛消失,复查GPT60单位,脑絮、麝絮+,超声波复查见Ⅱ级微小波,肝区反射面轻度增多,脾肿消失,肝肿右叶2公分。再步平肝和胃继治二个多月而痊愈。随访二年余,未见复发。

按:患者长期地下作业,加上毒气蒸蒸,致使肝失条达,肝气郁结,气机不利,气滞血瘀,故见肝脾肿大,肝区作痛等证。治宜先疏肝理气,活血祛瘀。证见神疲纳呆,属肝胃不和,脾失健运,湿热内生,所以治疗时应在理气活血的基础上,加以平肝和胃,清利湿热,最后以调和肝脾而收功。

3. 胃络受损瘀血内停之出血症

陈××,男,38岁,教师。患者于77年3月间突然大吐血而入院治疗,入院后仍两次大吐血,血色暗红,夹有少量食物,大便每日2~3次,色如墨汁,潜血试验强阳性。经西医点滴,注止血针之后,呕血已止,但大便潜血仍见++++~++++进退,历经十余日潜血未见消失。当时证见,面色苍白,神疲力乏,舌质淡,苔白腻而干,

脉两寸微、关寸沉弱，证属胃络受损，瘀血内停，不能生新所致。治拟温中和胃，止血祛瘀。药用：黑干姜、黑艾叶、干侧柏、阿胶片、潞党参、黑蒲黄、五灵脂、白芨粉、三七粉（吞服）。连服三剂后，大便潜血逐渐消失，后拟温胃和中，益气健脾而收功。

按：本例患者有胃病史，因饮食不节，加上脑力劳动过度，胃络受损，迫血上溢，虽用多日之止血针，大便潜血仍未消失，此因瘀血内停，新血不生反而出血不止，所以治疗在温胃散寒之中必须加以活血祛瘀；同时患者胃脘闷痛，喜温畏冷，脉证合参确属虚寒证候，并非血热迫血妄行证，故治以温胃清降为主。若不分寒热之别，误用寒凉止血之药，恐有血凝气阻之弊。

4. 胸阳不振，气滞血瘀之结代脉象证

陈××，男，47岁，教师。患者自感心悸不宁，胸闷不舒，偶有胸痛，睡眠尚好，大便干结，舌质干，苔薄腻，脉弦细，时见结代。于75年6月心电图检查提示室性早搏，低电压。证属胸阳不振，气滞血瘀所致。治拟通阳理气，活血化瘀。药用：炙甘草、小桂枝、赤芍药、茶树根、西红花、广郁金、枇杷叶、京丹参、延胡索、潞党参、黄精、制香附。连服二星期，心悸、胸闷、结代脉基本消失，胸痛减轻，改用成药调理善后。

按：患者心悸、胸痛、胸闷由胸阳不振，气机不畅所致，病延日久则气血瘀滞，脉络受阻，可见结代脉象。所以治疗用炙甘草配桂枝通心阳为主；用广郁金、枇杷叶、黄精、党参，以行气开郁；用延胡索、制香附、茶树根理气止痛。从而达到补心气，通心阳之目的，心气复则结代脉等诸恙可除矣。

5. 肝气郁结之乳房肿块症

杨××，女，42岁，教师。患者月经来调前乳房肿胀已两年多，经西医服药打针治疗未得痊愈，转来中医门诊治疗。诊察六脉弦细两尺沉弱，舌苔薄、质淡边紫，形体健壮肥胖，问其何因，得悉因长期服用激素所致。此属肝气郁结，气虚血瘀所致，治拟疏肝理气，活

血通络。药用：广郁金、北柴胡、赤白芍、穿山甲、王不留、蒲公英、盐青皮、路路通、当归尾、京丹参、制香附。月经来潮前一周，连服六剂，调理三个月而痊愈。

按：经前乳房胀痛，甚见，肿块者，仍为肝气郁结。盖乳头属足厥阴肝经，肝气郁滞，日久脉络不通，气滞血瘀。治以调理肝气，佐以活血通络。瘀化血通经调，乳房肿块可消矣。

6. 外伤引起瘀血停留脉络之偏头痛症

阮××，男，56岁，工人。患者于76、77年先后两次头部受伤，经某医院住院治疗三个月后，转来我院继治。患者伤口已愈，人事已清醒，但感头部经常抽痛，视物不清，听较大声音时，即如触电感，头昏眼花，耳鸣，少寐，时有欲呕，二便正常，舌质淡红，少苔，脉弦细而数。此因头部受伤，瘀血内停所致。治拟平肝潜阳，活血化瘀。药用：双钩藤、真珠母、紫石英、生白芍、白蒺藜、抚川芎、蔓荆子、香白芷、枸杞子、蜈蚣、京丹参、胡桃肉。恒守上法治疗三个月，诸恙均减，出院时能自行回家，但气候变化时仍有头昏沉重感。仍门诊治疗，以滋水涵木法调理善后，随访二年余，能自行散步，做些较轻之家务劳动。

按：患者头部两次剧烈撞伤之后，脑部震伤，引起肝阳上升，瘀血内停，脉络不通，故见头痛、耳鸣、眼花、失眠等证。治以平肝潜阳、活血祛瘀，使肾水得济，阴精得充，瘀血得化，脉络通畅，肝血得养，肝火得平，诸恙则减。

活血化瘀疗法，近年来引起了我国医药界普遍重视，可以预见，在不远的将来它将有更大的发展，将进一步丰富祖国医药学的内容，为创造中西结合，提供更宽广的道路。

〔原载《教学参考资料》中医版(1)：54~60；临床应用
原载《福建中医药》1982，(1)“瘀血证治验”〕

健脾法临床运用举隅

一、健脾化湿法,治疗腰痛证(多囊肾、多囊肝)

郑××,男,36岁,工人。

患者长期工作繁忙,嗜食烟、酒、茶,于1973年春自感腰背酸痛,小便黄赤,肝区闷痛,头痛头昏,恶心呕吐,厌食乏力,低烧(T:37.5~38℃),而住院治疗。经西医检查拟诊“肾结石”、“慢性迁延性肝炎”、“美尼尔氏综合征”等,治疗二个月症状未见好转,于1973年5月转上海××医院全面检查,确诊为:多囊肾(两侧)、多囊肝。同年7月12日再次住院治疗。症见:头昏眼花,腰背疼痛,畏寒发热,汗出欲厥,四肢冰冷,小便黄赤,纳呆,恶心欲呕,舌苔黄腻,舌质紫暗,脉弦滑。血压:130~140/80~90mmHg,体温:37.3~37.8℃,尿常规:蛋白(+),红细胞(++),白细胞(+++),草酸钙(+++);肝功:GPT65单位(30单位以下正常),脑絮(+++)。中医辨证:脾虚湿困,运化失常,湿热内蕴。治宜健脾化湿,清热利尿。

处方:绵茵陈20克,赤小豆30克,生苡仁15克,漂白术12克,淡豆卷8克,茯苓皮15克,大腹皮10克,藿香叶5克,佩兰叶5克,石菖蒲5克,车前子10克,光泽泻10克,生栀子10克,广郁金10克,枇杷叶10克,太子参15克。水煎内服。

以上方为主加减治疗三个月,症状好转,再步健脾理气,上方去栀子、菖蒲、大腹皮、加佛手、橘叶、砂仁,继治三个月后,复查肝功,GPT:35单位,脑絮(-),麯絮(-);尿检:蛋白(-),红细胞

(一),白细胞 2~3,草酸钙(++),已基本恢复正常出院。随访 10 年未见复发。

按:患者由于长期工作劳累,加上饮食失常,致使脾胃受损,运化功能失常,湿热交阻,薰蒸肝肾。治疗以健脾化湿,清热利湿入手,继用健脾理气协以醒脾而收功。方用太子参、白术、茵陈、赤小豆、苡仁、豆卷以健脾祛湿;用芳香之藿香、佩兰、石菖蒲助以化湿之力;用茯苓皮、大腹皮、车前子、光泽泻取其利尿消肿;用郁金、枇杷叶、橘叶、佛手疏肝理气,用梔子清热祛湿而除烦;取砂仁温胃醒脾。

二、健脾益气法,治疗出血证(血小板减少症)

刘××,女,57岁,退休职工。

患者得肝脾肿大、糖尿病已二年多,于 1987 年冬继发血小板减少症(4 万/立方毫米),经常口腔、舌出血,经注射止血敏等止血药后,症状有所好转,但血小板指数未见上升。于 1988 年春要求服中药治疗,症见面色萎黄而暗晦,皮肤见紫斑 3~4 处,晨间口腔出血,且感口干喜饮,头昏乏力,动则气喘,形体消瘦,小便黄赤,大便溏薄色黑(隐血+),舌质紫暗或红绛,脉细数。拟诊:脾胃气虚,统摄无权,气虚血滞,血溢络外。治宜健脾益气,兼养阴凉血。

处方:(1)太子参 30 克,生黄芪 30 克,黄精 30 克,炒白术 30 克,川石斛 15 克,生地黄 30 克,黑元参 30 克,炒鳖甲 15 克,穿山甲 15 克,紫珠草 15 克,鲜藕节 30 克,侧柏叶 15 克,苏芡实 15 克,白茅根 15 克,鸭胆一个(吞服)。水煎服。

(2)天花粉 30 克,赤小豆 30 克,粉葛根 30 克,淮山药 30 克,研成粉末,每餐饭后服 10 克。

上方加减治疗三个月,血小板指数升至 8~9 万/立方毫米,口腔出血已止,皮下紫斑消失,大便隐血复查阴性。

后用牛骨髓、藏红花、阿胶片、蜂蜜煎熬成膏,每日服二次,每

次 10~15 克,以资巩固疗效。

按:脾统血,肝藏血,心主血,血的生成及统摄有赖于脾气的健旺。患者脾胃虚弱,中气不足,脾不统血,溢于肌肤而皮下紫癜;胃经又循行于口,则见口唇出血,脾气虚弱则见面色萎黄,头昏乏力,气喘、便溏、脉细;脾阴不足则见口干,舌绛。治当健脾益气,养阴凉血,药用太子参、白术、茯苓、淮山、芡实、赤小豆健脾;用黄芪、黄精补气;用石斛、鳖甲、天花粉养阴;用生地、元参、茅根、藕节、紫珠草凉血止血,后用“红胶骨髓膏”协健脾养血之力,使脾旺,气足,阴充而奏效。

三、健脾补肺法,治疗肺癆病(肺结核)

魏××,男,52岁,工人。

患者得肺结核已有三年多,经用抗结核药治疗,时减时剧,于1971年春要求中药治疗。症见咳嗽痰中带血丝,午后潮热,夜寐盗汗,自感胸闷,喘促气短,纳呆,神疲乏力,面色皤白,舌苔白腻,舌质淡红,脉细弱。体温 37.4~37.8℃。拟诊:脾肺气虚,肺阴亏耗,肺络受损,治宜健脾补肺,培土生金。

处方:太子参 20 克,炒白术 15 克,白茯苓 12 克,炙百部 15 克,苏百合 15 克,生熟地各 12 克,麦门冬 10 克,黑元参 10 克,川贝母 8 克,生白芍 10 克,苦桔梗 8 克,银柴胡 15 克,地骨皮 12 克,粉甘草 4 克。水煎内服。

上方加减治疗三个月,咳减血止,潮热解除。改用食物治疗法,方用:苏百合 15 克,太子参 15 克,炒白术 10 克,白茯苓 12 克,冬虫夏草 3 克,川贝母 6 克,枸杞子 10 克,黄精 15 克,生白芍 10 克,川石斛 10 克,煎汤后炖猪肺内服,以达到健脾补肺,补肾养阴之目的,此方调理二个月后,经 X 光拍片检查提示:肺纹理增厚,右上肺见二处钙化点。自感精神较好,体力逐渐恢复。随访一年,未见复发。

按:肺结核属中医学的“肺癆”“癆瘵”等范畴,肺癆是由于癆虫侵蚀肺叶引起的一种具有传染性的慢性衰弱性疾病,其病位在肺,病变过程与五脏亏损有关,主要与肺、脾、肾三脏有密切关系,本案以补土生金,滋肾养肺而取效。药用四君子汤以健脾益气;用百合固金汤加减补肺养阴;再加地骨皮、银柴胡养阴除骨蒸劳热;用百部止咳除癆虫。后用食物疗法,达到肺、脾、肾三脏具补。总之以健脾为主,补肺为辅,滋肾为佐,符合《内经》“虚则补之”之旨。

四、健脾利水法,治疗水肿病。

洪××,女,54岁,家庭妇女。

患者经常眼睑浮肿,甚则下肢浮肿,历经数年,经肝、肾、心等各种检查,均未发现异常,服中西药治疗均未取效。于1987年8月求治。症见面色皑白,眼睑水肿,晨间尤极,午后两下肢中度浮肿,纳少,便溏,自感头昏乏力,脘腹胀闷,神倦肢冷,舌淡苔滑,脉沉缓。拟诊:脾胃气虚,水湿内停,浸溢肌肤,治宜健脾利水,化湿消肿,方用参苓白术散加减。

处方:潞党参20克,茯苓皮20克,炒白术15克,炒扁豆15克,春砂仁6克,炒苡仁20克,炙甘草4克,炙黄芪15克,四陈皮6克,川升麻4克,赤小豆30克,大腹皮12克,红大枣6枚,莲子肉15克。水煎内服。

以上方加减治疗一个月,水肿消失,饮食增加,精神好转。随访三个月,未见复发。

按:人体水液的运行,有赖于脏腑气化,诸如肺气的通调,脾气的转输,肾气的蒸腾等。病由脾胃气虚,运化失常,水溢肌肤所致。治当健脾利水,化湿消肿,方用参苓白术散健脾利水;用补中益气汤补益中气,升阳走表而利水,则水肿自除。

五、健脾消积法,治疗小儿疳积(小儿营养不良)

苏××,男,12岁,学生。

患者食欲不振,历经年余,于1972年春求诊。症见面色萎黄,神疲乏力,肠鸣泻泄,完谷不化,偶见便结,腹部胀大如鼓,青筋暴露,四肢消瘦,毛发干焦发黄。腹检:肝脾未触及,舌淡苔白,脉细数。证属脾胃受伤,运化失司。治当健脾补胃,消积除疳。方用参苓白术散加减。

处方:潞党参10克,白茯苓8克,焦白术8克,炒扁豆8克,花槟榔5克,鸡内金5克,焦二芽各4克,焦山楂6克,使君子8克,淮山药10克,苏芡实10克,莲子肉10克,阳春炒3克,炒苡仁10克。

上方炖瘦肉内服,连服三剂后,饮食增加,腹胀消失,精神充沛。

按:胃主纳,脾主化,人体以胃气为本,患儿因脾胃受伤,不能消谷运化精微,营养脏腑百脉,所以治拟健脾消积而除疳,方用参苓白术散健脾胃;再加二芽、内金、山楂消积而助运化;又用使君子、花槟榔协以除疳消积,而取得良效。

六、健脾温阳法,治疗胸痹证(冠心病)

陈××,女,62岁,教授。

患者得冠心病已二年多,自感胸闷胸痛,痛甚时引肩背部,经西医检查,诊断为“冠心病”。服西药治疗胸痛时减时剧,于1986年春要求中药治疗。症见:自感胸闷胸痛,痛时有如针刺,头昏目眩,心悸健忘,多梦易醒,肢倦神疲,饮食欠佳,面色少华,舌质淡紫,苔白腻,脉沉细而结代。心电图提示:S—T段水平压低,T波倒置。证属心脾两虚,气血不足。治拟健脾温阳,补气活血。

处方:太子参30克,生黄芪30克,炒白术12克,茯神15克,

酸枣仁 10 克,黄精 30 克,广郁金 12 克,枇杷叶 10 克,京丹参 10 克,川芎 10 克,制附子 6 克,小桂枝 4 克,炙甘草 5 克,远志肉 6 克,广木香 6 克。水煎内服。

上方加减治疗两个月,自感胸闷胸痛好转,结代脉消失。后用“三合粉”(西洋参、田七、鸡内金各等量),每日二次,每次二克,继续治疗六个月,上述症状消失,心电图复查提示低电压。随访半年未见复发。

按:心主血,脾为生血之源,心脾两亏,血不养心,则见心悸健忘,多梦易醒,脾气虚则无力行血,而引起气滞血瘀,致使胸闷胸痛,舌紫,脉细而结代等证。治疗当健脾温阳,补气活血。药用太子参、白术、茯苓、炙草健脾益气;用附子、桂枝温经通脉;用黄芪、黄精补气活血;用丹参、川芎、郁金、枇杷叶理气活血;用酸枣仁、远志肉养心安神;用木香理气醒脾,使补而不滞。后用“三合粉”补气活血而收功。

(原载《中医海外教学》中医版,1989,(2);59~62)

脾胃病治疗的几点体会

一、人体各个脏腑的生理功能和病理变化,与脾胃的运化功能如何有密切的关系,临床上可以应用五行生态的原理,来调理脏腑之间的关系。在脏腑之间的关系中,笔者认为脾与肾的关系最为密切,因一为“先天之本”,一为“后天之本”,后天之本可以补充先天之不足,先天之本可以帮助“运化”、“温煦”脾胃的功能。所以在临床上治疗脾胃病时,常在健脾中加入补肾药,可以起到相辅相乘、相得益彰的效果,例如治疗“痿证”(重症肌无力)一例中,就是采用健脾补肾法而取效的。

二、脾胃病的治疗,必须紧紧抓住脾的生理特性“喜燥而恶湿”,因为脾与湿邪为患有密切的关系。临床治疗上,要根据湿邪的程度,部位等不同情况,分别采用不同的治疗方法。如:

湿邪困脾,治宜燥湿健脾,方如平胃散加味;湿郁化热,治宜清热利湿,方如茵陈蒿汤加减;

脾虚湿困,治宜健脾祛湿,方加六君子汤加减;湿热中阻,治宜清热化湿,如甘露消毒丹加减;

湿热下注,治宜清热解毒,方如白头翁汤加减;湿聚为水,治宜祛风胜湿,方如麻黄连翘赤小豆汤加减,

痰湿内阻,治宜燥湿化痰,方如温胆汤加味,

湿热内蕴,治宜辛开苦降,方如连朴饮加减;

湿温内遏治宜芳香化湿,方如藿朴夏参汤加减。

在应用化湿、祛湿、利湿法时,必须注意保护脾阳和胃阴的亏耗,所以对苦寒之品,应适而中止;利水之药,中病即停,切不可多

用久用,以免碍胃伤阴之弊。

三、对脾胃病的中后期,临床上常见虚多实少,寒多热少,其治法必按“虚则补之”,“寒则热之”的原则。笔者认为脾胃虚除表现运化功能紊乱之外,更重要的与“气虚”有密切的关系,正如李东垣《脾胃论》里认为元气是人身最重要的健康因素,而元气产生,全在于脾胃。所以笔者应用健脾补气这个环节,治疗了以下几种病证:健脾益气固表法,治疗气虚自汗证;健脾补气活血络法,治疗冠心病;健脾益气生血法,治疗血小板减少症;健脾理气利水法,治疗水肿病;健脾补气填精法,治疗精虫减少症;健脾补气滋肾法,治疗慢性肾炎;健脾益气温中法,治疗慢性泄泻;健脾补气固涩法,治疗妇女带下病;健脾补气定喘法,治疗哮喘病;健脾益气补肾法,治疗重症肌无力等,都取得了较满意的疗效。健脾补气药,除了传统的党参、黄芪之类外,笔者认为黄精是健脾补气、补肾养阴的良好药物,多用久用未见副反作用。

四、对脾胃病的治疗,在辨证中必须分清阴阳,在用药中必须注意“阴阳互根”的辨证关系。临床上胃阳不足者,多有口淡,不思饮食,或食而停滞中脘,烦闷不舒或朝食暮吐等,治当温阳化气,胃阴不足者,多有口干,食难下咽,或饥而欲食,胸中嘈杂,或胃中灼热而痛,或大便燥结难解,治当滋养胃阴。但临症中,经常见到两者相兼的现象,但各有偏重,必须根据不同的情况,调理阴阳之间的关系。如妇女妊娠恶阻,经常见到胃阳受损,且伤及胃阴者,应用小半夏茯苓汤加川石斛,玉竹,小麦而取效;若胃阴不足者,当滋养胃阴而少佐醒脾之品,如治疗慢性胃炎,见胃阴不足之症外,又兼见完谷不化者,可用益胃汤合芍药甘草汤加焦二芽,焦山楂等而取效。

脾阳不足者,可见饮食不化,食不为肌,下利清谷,完谷不化,或停痰,积饮,水肿等,治当温补脾阳;脾阴不足者,可见肌瘦而干,甚则皮肤粗糙,大便干结难解,或消渴等,治当滋补脾阴。但临床上

往往两者相兼出现。若脾阳不足为主,又兼见脾阴亏虚,治当温补脾阳,佐以滋补脾阴,如慢性泄泻日行4~5次,除见脾阳不振外,乃见口干喜饮,可用理中汤加莲子、芡实甘淡养阴之品,若脾阴不足,又见脾阳不醒者,治当滋养脾阳,佐以醒脾之药。如治疗消渴病时,除见“三消”症外,又见大便溏薄,可用六味地黄汤合六君子汤加减治疗。总之,在临证工作中,必须根据脾胃阴阳亏耗的不同程度,调理它的阴阳的关系,才能做到辨证明确,用药得当。

五、脾胃病的中后期,配合食物疗法,可以取得较好的疗效。食疗在《内经》中有“五谷为养,五果为助,五畜为益,五菜为充,气味合而服之,以补益精气”的论述。笔者在临证中,经常用参党白术散加使君子或冬虫草,炖瘦肉,治疗小儿消化不良;用百合固金汤加减,炖猪肺,治疗肺结核,支气管哮喘;用归脾汤加藏红花,阿胶,蜂蜜熬牛骨髓,治疗血小板减少症;用六味地黄汤加冬虫草,炖猪腰,治疗慢性肾炎;用自拟四藤汤即(清风藤、石南藤、鸡血藤,忍冬藤)加牛膝、当归、生苡仁、千年健炖猪脚,治疗风湿性关节炎等等,都取得了较好的疗效。

补肾法的临床应用

补肾法在临床上的应用十分广泛,凡辨证与肾虚有关的疾病,都可用补肾法进行治疗。笔者在临床上对某些西医疾病,通过辨证与辨病相结合,应用补肾法获得了较好的疗效,兹就临证体会,总结如下:

一、骨质增生症

骨质增生症有因肾精亏耗,精髓空虚所致者。《内经》云:“肾主骨”、“肾生骨髓”、“髓通于脑”……。肾精不足,则骨骼失养,异常增生。故治宜补肾益精,活血通络为法。

例一:郑××,男,42岁,干部。

患者于1973年开始腰背酸痛难忍,活动困难,气候变化加剧。经××医院拍片检查诊断为:颈、胸、腰椎骨质增生。多方治疗未见好转,要求就诊。症见腰背酸痛,行动困难,脸色欠华,两膝酸软,头昏耳鸣,舌苔薄白,舌质紫黯,脉弦细,两尺沉弱。证属劳损过度,伤及肾精,骨髓空虚。治宜滋补肾精,佐以活血通络。

处方:黄精 枸杞子 巴戟天 黑杜仲 川续断 金狗脊
鹿含草 肉苁蓉 鸡血藤 京丹参 骨碎补 怀牛膝

以上方进退治疗四个月,诸症逐渐好转。休息三个月后,能胜任从楼下挑水至楼上的劳动。

二、精虫减少症

精虫减少症之原因甚多,但与肾精亏耗,脏腑亏虚有密切关

系。《内经》云：“肾者主蛰，封藏之本，精之处也”、“肾者主水，受五脏六腑之精而藏之”。故治当以益肾填精为法。

例二：杨×，男，36岁，工人。

患者结婚八年，未见生育，女方经妇科检查，未见异常。后查患者精虫提示：镜下精虫12000只左右，且一半已死亡，其他活力较差。就诊时症见：头昏力乏，耳鸣眼花，腰膝酸软，小溲长期白浊。舌苔薄白，脉沉细，两尺沉微。证属精关不固，肾精亏耗，脏腑空虚。治拟补肾固涩填精。方用五子衍宗丸加减。

处方：金樱子 覆盆子 枸杞子 五味子 车前子 白蒺藜
潼沙苑 苏芡实 莲子肉 建莲须 制黄精

以上方进退治疗三个月，小溲清长，诸恙好转，后用金樱子、覆盆子各等量研细末，调蜜内服，早晚各服15克，连服半年。一年后其妻顺产一女婴。

三、老年性耳鸣

肾开窍于耳，老年人肾精不足失于充养，耳鸣。《内经》云：“髓海不足，则脑转耳鸣”，“精脱者，耳鸣”。所以治疗老年性耳鸣多以补肾入手，可以取得满意疗效。

例三：林××，男，58岁，教师。

患者长期从事脑力劳动，忙于教务，经常深夜入寐，近一年多来常有耳鸣眼花，腰背酸痛。就诊时自感两耳如小虫鸣叫，日夜不停，且夜间尤甚，夜寐欠佳。舌苔淡白，脉沉细，两尺沉弱。证属肾精亏耗，髓海空虚，七窍失养所致。治拟补肾益精。

处方：制黄精 枸杞子 桑椹子 苍耳子 补骨脂 牡丹皮
生白芍 菟丝子 山茱萸 石菖蒲 远志肉 肉苁蓉

以上方加减治疗三个月，诸恙减轻，左耳鸣叫已停，右耳劳累时仍觉轻度鸣叫声。拟杞菊地黄丸合磁珠丸继治三个月而收功。

四、慢性肾炎

慢性肾炎临床表现多见水肿,蛋白尿等症。《内经》云:“诸湿肿满,皆属于脾”,“其本在肾,其末在肺……皆积水也”。说明此病的发生多由于脾肾功能失调,阳气虚损,气化障碍,使体内水液代谢失常所致。正如《诸病源候论》所说“水病无不由脾肾虚所为,脾肾虚则水妄行,盈溢皮肤而令身体肿满”。此病治疗除补肾健脾外,还应注意益气,因元气根于肾,经由三焦而分布全身。

例四:王××,男,52岁,干部。

患者于半年前得肾炎,经住院治疗好转后出院。但蛋白尿始终未消失,常卅~卅。就诊见面色少华,且有轻度浮肿,四肢乏力,头晕耳鸣,腰膝酸软,纳减。苔薄白,舌质淡,脉沉细。此属脾肾亏损,气血不足所致。治宜补肾健脾益气。

处方:制黄精 枸杞子 黑杜仲 乌梢豆 炒白术 生黄芪
云茯苓 大腹皮 车前子 光泽泻 红大枣 生苡仁

以上方加减治疗两个月,尿蛋白(±),浮肿消退,精神好转,继服金匱肾气丸与龟龄集以调善后。

五、重症肌无力

重症肌无力是由于神经肌肉传导阻滞,使某些横纹肌非常容易疲劳,并产生暂时性瘫痪的疾病。此病与中医学的脾肾息息相关。《内经》云“脾主身之肌肉”,“脾其华在唇四白,其充在肌”。说明了人体脾气的盛衰可以从肌肉上反映出来,肾为先天之本,元气之根,命火能温养脾土,故肌肉虽为脾所主,却也与肾有密切关系。在治疗上常于健脾益气法中参入强肾补精之品。

例五:林××,女,42岁,教师。

患者于1974年患多发性胸腺瘤,经北京××医院行胸腺瘤切除后,继发重症肌无力。证见脸色苍白,眼睑下垂,时有斜视,复视,

闭目无力,且呈现“翘翘板”样,即左侧眼睑下垂好转后,转至右侧眼睑下垂,吞咽困难,时流口唾,四肢肌肉中度萎缩,少气懒言,生活不能自理。舌质胖,苔薄白,脉沉细。证属脾肾阳虚,气血不足。治拟健脾补肾,益气养血。

处方:黄精 炙黄芪 西洋参(或党参) 炒白术 乌稽豆
阿胶珠 肉苁蓉 巴戟天 补骨脂 枸杞子 炒鳖甲 莲子肉
苏芡实 生白芍

上方进退治疗六个月,病情好转。再拟补肾健脾调理半年,诸恙消失,能参加半天工作。

六、坐骨神经痛

坐骨神经痛是指在坐骨神经通路及其分布区疼痛,自臀部沿大腿后面、小腿后外侧向远端放射的病症。发病原因甚多,其中肝肾亏虚,气血不足,筋脉失养是引起本病的原因之一。用补肾壮阳,益气活血,而有治愈者。

例六:洪××,男,39岁,工人。

腰背酸痛两年余,引及臀部及两侧下肢,经××地区医院检查诊断为坐骨神经痛。多方治疗未能取效。来诊时腰背及臀部疼痛,如针刺样,两膝酸软,两下肢肌肉已中度萎缩,不能久立行走,四肢冰冷,头昏眼花。舌淡白少苔,脉沉细无力。此属肝肾亏耗,气血不足,筋脉失养所致。治拟补肾壮阳,益气活血通络。

处方:肉苁蓉 巴戟天 怀牛膝 桑寄生 黑杜仲 川续断
鸡血藤 生黄芪 京丹参 地龙干 制黄精 仙茅

以上方加减治疗两个月,诸症逐渐好转,生活能自理。

七、小儿麻痹后遗症

小儿麻痹症又叫脊髓灰质炎,是一种病毒引起的急性传染病。常有高烧,肢体疼痛,继而发生弛缓性麻痹。因多见于小儿,故称

之。严重者可留有瘫痪之后遗症,可见肢体麻痹,肌张力低下,腱反射消失等,中医学认为,肝主筋,肾主骨,脾主身之肌肉。故对于小儿麻痹后遗症的治疗,可以从肝、脾、肾三脏入手。用补肾健脾,强筋活络之法治之,可以收到一定的疗效。

例七:吴××,男,6岁。

患儿于就诊前三个月,曾发高烧,经××医院治疗近十天后热退,但见下肢瘫痪,不能下地行走,诊时面色少华,两下肢肌肉中度萎缩,右下肢尤甚,知觉麻木,腱反射消失,肢体不能抬举,纳减。舌苔薄腻,脉细带数。证属脾肾两虚,筋脉失养。治拟健脾补肾,强筋活络。

处方:潞党参 生黄芪 鹿含草 桑寄生 怀牛膝 一条根
入骨丹 丝瓜络 枸杞子 炒白术 黄精

针灸:环跳、风市、委中、阴阳陵泉、足三里、承山、承扶、秩边等穴位。每次可选用3~5个穴位治疗。

经三个月治疗后,能下地行走,生活尚可自理,但右侧下肢仍有轻度跛脚。后再用补肾壮阳药炖猪足内服调理善后而收功。

八、支气管哮喘

支气管哮喘是一种常见的、发作性的、肺部过敏性疾病。由于发病时细支气管平滑肌的痉挛、粘膜充血、水肿和分泌物增加,故常见胸闷、气急、哮喘、咳嗽和咳痰。中医认为人体的呼吸虽然由肺所主,但还有赖于肾气的摄纳。《类证治裁·喘症》说:“肺为气之主,肾为气之根,肺主出气,肾主纳气。”所以对于哮喘的治疗,除了注意益肺降气之外,还要考虑到补肾纳气,才能取得满意疗效。

例八:吴××,男,72岁,渔民。

患者得支气管哮喘病已十几年,时减时剧。就诊时,由于气候变化,不慎感受风寒引动宿痰。症见呼吸急促,喉中有哮喘音,畏寒肢冷,伴有咳嗽痰白,呈泡沫状,胸膈满闷,夜间不能平卧,面色晦

滞带青，口和。舌苔白滑，脉两尺沉细，证属风寒犯肺，肺气失宣，肾不纳气所致。治拟宣肺化痰，补肾纳气。

处方：北细辛 蜜麻黄 五味子 小桂枝 炒枳实 四陈皮
姜半夏 紫苏子 胡桃肉 补骨脂 炙甘草

上方加减治疗一星期后，痰消喘平，后用参蛤散调理善后而收功。

〔原载《中医海外教学》中医版，1986，（1）：45～48〕

试论湿证的辨治

湿邪为致病的六淫之一，临床上有内外湿之分，外湿多由于气候潮湿、涉水淋雨、久居湿地侵袭人体所致。内湿既是病理产物，又是致病因素，多由脾失健运，水湿停聚而生。内湿与外湿虽有不同，但在发病过程中又常相互影响，外湿易犯脾胃，致脾失健运，湿从内生；而脾失健运又容易招致外湿的侵袭。湿邪侵入人体，常因人体脏腑功能的不同、素质的差异、各个地区湿邪的不同程度、四时气候的变化、以及治疗之失当而转化。如脾阳虚者，易从寒化；胃热盛者，易从热化；过用寒凉者，易从寒化；妄用温燥者，易从热化。湿为阴邪，湿胜则阳微，故湿常易寒化。湿邪又易与其他致病因素结合而发病，如风湿、痰湿等。现就笔者的临床体会，初步总结以下八种证型，以资参考。

一、寒湿困脾型

主症：脘腹胀闷，不思饮食，泛恶欲呕，口淡不渴，腹痛溏泄，头重如裹，身重或肿，面色黄晦，舌胖苔白腻，脉濡缓。

病机：多因饮食生冷，寒湿停于中焦所致。脾为寒湿所困，运化失司，升降失常，故脘腹胀闷，不思饮食，泛恶欲呕，腹痛溏泄；寒湿滞于经脉，则见头重如裹，身体沉重；湿溢肌肤则为肿；脾为湿所困，生化不足，气血不能外荣，所以肌肤、面色萎黄不泽。

治法：利湿、健脾、和中。

方药：胃苓汤加减：泔苍术、川厚朴、制陈皮、粉甘草、赤小豆、光泽泻、炒白术、白茯苓、小桂枝、猪苓、半夏、生姜。

按：方用平胃散燥湿运脾，行气和胃；用五苓散利水渗湿，温阳化气；加入半夏、生姜以增强温中和胃降逆之力。如气滞较盛者，可加木香、枳实、佛手；如湿盛者，可加苡仁、赤小豆、扁豆肉。

二、湿热内蕴型

主症：脘腹痞闷，呕恶厌食，肢体困重，大便溏泻，小便短赤，或见面目肌肤发黄，或感肌肤发痒，或有身热起伏，汗出热不解。舌苔黄腻，舌质红，脉濡数或滑数。

病机：湿热之邪蕴结脾胃，受纳运化失司，升降失常，故脘腹痞闷，呕恶厌食；湿热交阻而下迫，故大便溏泻不爽，小便短赤；脾胃湿热熏蒸肝胆，胆液外泄，则皮肤发痒，面目肌肤发黄；湿邪粘腻，湿热互结，故身热起伏，不为汗解。苔黄腻，脉濡数或滑数，均为湿热之象。

治法：利湿化浊，清热解毒。

方药：甘露消毒丹加减。白豆蔻、藿香叶、绵茵陈、滑石粉、木通片、石菖蒲、枯黄芩、连翘壳、川贝母、赤小豆、苏薄荷、垂盆草、生栀子、车前子。

按：方中滑石、车前子清利湿热；绵茵陈、垂盆草、栀子清热利湿而退黄；黄芩清热解毒而燥湿；石菖蒲、豆蔻、藿香、薄荷芳香化湿，行气悦脾；贝母降肺气；木通、赤小豆协滑石、茵陈清利湿热；连翘协黄芩清热解毒。诸药相伍，重在清解渗利，兼事芳香行气，理肺悦脾而祛湿。

三、湿热下痢型

主症：腹部疼痛，下痢赤白粘冻或脓血，初起或为水泻，后一、二日再便下赤白，里急后重，肛门灼热，胸脘痞闷，小便短少，舌苔黄腻，脉滑数。

病机：湿热积滞，蕴结肠中，气血阻滞，传导失司，为湿热下痢

的主要病机。盖火热之性急迫，故为腹痛里急，气滞湿阻，痢下不畅，而后重。湿热熏蒸，气血瘀滞，化为脓血赤白。湿热下注，则肛门灼热，小便短少。苔黄腻，脉滑数，亦俱为湿热之象。

治法：清热利湿，理气导滞。

方药：四花汤合香连丸加减。银花炭、木棉花、白头翁、川朴花、广木香、川黄连、马鞭草、马齿苋、炒枳实、建神曲。

按：方用自拟四花汤清热利湿；取香连丸协以清热解毒；用木香、枳实理气导滞；加马鞭草、马齿苋协以清热利湿之力；取神曲消积导滞，使湿热清，热毒解，积滞除。

四、水湿停聚型

主症：全身水肿，下肢尤甚，按之凹陷不易恢复，身体困重，脘闷腹胀，饮食减少，大便溏薄，面色萎黄，神倦肢冷，小便短少。舌质淡，苔白腻，脉沉缓。

病机：水湿之邪，浸渍肌肤，壅滞不行，以致肢体浮肿；水湿内聚，三焦决渎失司，膀胱气化失常，所以小便短少；水湿日增而无出路，横溢肌肤，所以肿势日甚，按之没指不易恢复；脾为湿困，阳气不得舒展，故见身重神疲，脘闷纳减，面色萎黄等症。苔白腻，脉沉缓，亦为湿胜脾弱之象。

治法：温中健脾利水

方药：实脾饮加减：炒白术、泔苍术、川厚朴、宣木瓜、大腹皮、茯苓皮、北干姜、制附子、广木香、草果、甘草。

按：方用白术、附子、干姜、甘草振奋脾阳；用木瓜、大腹皮、茯苓皮行气利水；用厚朴、木香、草果、苍术理气健脾而燥湿。如水湿较重，小便甚少，可加桂枝、猪苓、泽泻以助膀胱气化，通利小便；如大便溏泄尤甚，可用焦白术，干姜易炮姜，并酌加芡实；如脾虚气短，可加黄芪、党参以补脾益气。

五、肺脾痰湿型

主症：咳嗽痰多，痰白而粘，胸脘作闷，食纳欠佳，四肢乏力。舌苔白腻，脉濡滑。

病机：脾虚健运失常，以致痰湿内生，上渍于肺，阻碍气机，故咳嗽痰白而粘，“脾为生痰之原，肺为贮痰之器”，即此之谓；痰阻胸膈，气机不畅，则胸脘作闷；纳减；四肢乏力，既因脾胃虚弱，也因湿困脾胃；舌苔白腻，脉象濡滑，为痰湿内聚，气失宣展之征。

治法：健脾燥湿，理气化痰。

方药：增补二陈汤加减：制陈皮、姜半夏、白茯苓、粉甘草、炒白术、制南星、川厚朴、肉豆蔻、藿香叶、扁豆肉。

按：方用半夏、南星燥湿化痰；陈皮理气，使气顺痰降，气行痰化；痰为湿生，脾运健则湿自化，湿祛则痰消，故配以茯苓、白术、扁豆健脾利湿；甘草用以健脾和中；加豆蔻、厚朴、藿香协以芳香悦脾理肺。如痰湿较多，脘闷明显者，可加木香、枳实、苡仁之类，以增强燥湿化痰之力；如证属寒痰者，可加细辛、百部、干姜以温化；如属风痰者，可加白附子以祛风化痰；如久咳体虚者，可酌加黄芪、党参以补气化痰。

六、风湿相搏型

主症：肢体关节重着疼痛，或肿胀，痛有定处，手足沉重，活动不便，肌肤麻木不仁。舌质淡、苔白腻，脉濡缓。

病机：感受风寒湿邪，而以湿邪偏盛，因湿性重浊粘滞，故见痛有定处，麻木重着，肿胀。湿留肌肤，阻滞关节，故手足沉重，活动不便。苔白腻，脉濡缓为湿邪偏盛之象。

治法：除湿通络，祛风散寒。

方药：薏苡仁汤加减：薏苡仁、软防风、桂枝、羌活、独活、麻黄、川乌、苍术、桑枝、海风藤、豨莶草、生姜。

按：方用苡仁、苍术健脾除湿；羌活、独活、防风、海风藤、豨莶草祛风胜湿；川乌、麻黄、桂枝、桑枝温经散寒除湿；生姜、甘草健脾和中。如风胜者，可加清风藤、石南藤、千年健、一条根；如湿胜者，可加防己、蚕沙、秦艽；如寒胜者，可加细辛、小活络丸等。

七、肝热脾湿型

主症：胸闷胁痛，甚引腰背，腰酸而胀，头昏乏力，面色萎黄，口苦咽干，胃纳欠佳，小溲短赤，大便溏薄而秽臭。舌质红，苔黄腻，脉弦滑。

病机：脾主运化，肝主疏泄。脾土受伐，运化失司，湿热熏蒸肝脾，致使胸胁闷痛；脾运失常，则纳减、便溏；湿热下注，致使小溲短赤；湿热熏蒸，灼耗津液，则口苦咽干；舌红苔黄腻，脉弦滑，均为湿热之征。

治法：清热利湿，疏肝理脾。

方药：自拟清热解郁汤：广郁金、枇杷叶、生白芍、生苡仁、赤小豆、菜豆壳、藿香叶、佩兰叶、滑石粉、粉甘草、车前子、光泽泻、绵茵陈、金钱草。

按：药用郁金、枇杷叶疏肝解郁；取白芍平肝而养肝阴；用苡仁、赤小豆、菜豆壳、茵陈清热利湿；用泽泻、金钱草协以清利湿热。本病证临床上可见于慢性肝炎，或多囊肝、多囊肾者。

八、脾湿肤痒型

主症：肌肤瘙痒，并见红赤色或白色的疹块，时隐时现，或伴有腹痛、纳呆、大便秘结或泄泻，或见恶心呕吐。舌苔黄腻，脉滑数。

病机：脾主运化，胃主受纳。饮食不节，脾胃运化失常，湿热内蕴，通调失司，故见腹痛、便秘或泄泻；胃失和降则恶心呕吐；脾主四肢，风湿热毒浸淫肌肤，则见瘙痒或疹块。正如《证治要诀·发丹》所说：“才食则丹随发”；舌苔黄腻，脉滑数均为湿热之象。本证

若由胃肠风湿热毒薰蒸于肺，拂郁于皮肤，可先见腹痛等症，而且见皮肤瘙痒疹块；若风邪侵袭肌肤，随后转入脾胃，与湿热相并，则每先见皮肤瘙痒疹块，而后再见腹部症状。但临床上也可肤疹与腹部症状同时出现。

治法：健脾利湿，清热解毒，凉血驱风。

方药：自拟利湿解毒汤加减。生苡仁、白扁豆、土茯苓、赤芍药、蒲公英、紫地丁、牡丹皮、白藓皮、五加皮、软防风、刺蒺藜、金蝉衣、粉甘草。如皮肤疹块破溃者，可加用外洗汤：明矾、蛇床子、泔苍术、黄柏、黄连须、大枫子、鹤虱子、胡黄连、皂角、白花蛇舌草。水煎外洗。

按：方用生苡仁、白扁豆健脾利湿；土茯苓、蒲公英、紫地丁清热解毒；牡丹皮、赤芍药、白藓皮、生地清热凉血；用五加皮、金蝉衣、刺蒺藜、防风驱风而止痒；甘草和中而协解毒，诸药配伍，使风寒湿邪、热毒得解，而瘙痒疹块可除。如腹痛者，可加木香、川楝子、台乌药；如呕吐者，可加半夏、生姜；如便秘者，可加大黄、枳实。

〔原载《中医海外教学》中医版，1990，（1）：25～28〕

主要参考资料

上海中医学院主编，《内科学》，上海人民出版社出版：18～19，1975。

略谈“反佐”药的临床应用

反佐,是指药物配伍中加入少量与病性相同的药物,以防病势拒药或减缓药性之过偏的方法。《素问·至真要大论》云:“奇之不去则偶之,是谓重方;偶之不去则反佐以取之,所谓寒热温凉,反从其病也。”说明某些疾病在发展到一定阶段,可以加入少许与病性相同的药物,以达到治疗之目的。《景岳全书》说:“反佐者,谓药同于病而顺其性也,如以热治寒,而寒拒热,则反佐以寒而入之;以寒治热,而热格寒,则反佐以热而入之。”亦说明在药物配伍中,必须巧妙应用反佐药,方能达到疗效,在临床药物配伍中有寒热并用、补泻兼施、升降配合、敛散互佐、行止配用等等之方法。现就笔者之临床体会,初步总结以下几种应用。

一、寒热并用

例一,苏××,男,31岁,农民。

患者于暑天劳动后发热已二日,自服退热药不解而就诊。证见高热,汗出淋漓,体温39.6℃,面赤气喘,口干唇燥,四肢逆冷,但胸腹灼热,烦躁不安,时感欲呕,舌质红,苔黄燥,脉洪数。体检:神经征均阴性。证属暑热郁遏于阳明气分,不得疏泄所致。治宜清暑养阴,少佐温中和胃。方取白虎汤加味。

处方:生石膏30g,寒水石30g,滑石粉21g,知母10g,甘草4g,粳米15g,太子参12g,金银花10g,连翘心9g,生姜二片。

服二剂后,汗出神清,诸恙悉减。

按:暑热导致阳明热盛者,方用白虎汤为正治。但其壮热已发

展到寒热格拒的严重阶段,若药取大队寒凉之品,恐有热邪拒药之弊,所以在方中加入少许生姜,粳米以温中和胃,且能引药入里,以达到治疗之目的,故称为以温佐寒,寒热并用。

二、敛散互佐

例二:王××,20岁,学生。

患者于一个月前参加赛跑后,夜间自汗淋漓,历经2~3星期,服西药未见好转,要求中药治疗。证见面色皑白,时感畏寒,四肢倦怠而冰冷,头昏力乏,记忆力减退,胃纳欠佳,舌苔薄白,舌质淡,脉细带数。证因气虚卫阳不固,,营阴失守所致。治宜益气固表,祛邪止汗。方拟玉屏风散加味治疗。

处方:生黄芪30g,软防风8g,炒白术12g,苏芡实15g,生龙牡各21g,潞党参12g,荞麦30g。

连服九剂后,汗止病除。

按:证因气虚卫阳失固,腠理稀疏,营阴失守所致。方用玉屏风散重用黄芪等益气固表;取白术健脾益气,佐以防风走表而散风邪,且黄芪、得防风,固表而不留邪;防风得黄芪,祛邪而不伤正,实系补中有疏,散中寓补之意。

三、升降配合

例三:李××,男,49岁,教师。

患者胃脘闷痛已4~5年,时有肠鸣转矢气,大便稀溏,日行2~3次。经胃肠钡餐检查,诊断:胃中度下垂。自感胃纳欠佳,精疲力乏,形体消瘦,少气懒言,身热而烦,食后腹胀且有重坠感,舌苔薄白,舌质淡,脉虚大无力。证系脾胃气虚,中气下陷。治宜益气升阳,调补脾胃。方取补中益气汤加减。

处方:炙黄芪15g,炙甘草6g,潞党参15g,炒白术10g,当归身6g,四陈皮6g,川升麻6g,北柴胡6g,炒枳壳9g,佛手9g。

上方进退治疗二个月,诸恙好转,胃纳转佳。

按:李东垣《脾胃论》云:“内伤脾胃,乃伤其气,外感风寒,乃伤其形,伤其外为有余,有余者泻之;伤其内为不足,不足者补之。”故补中益气汤为益气升阳,调补脾胃之方,一则补其中而升其阳;一则甘温益气以除大热。方中用黄芪补中益气,升阳固表;配以党参、白术、炙甘草助黄芪益气补中之力,使脾旺气主;当归补虚养血;更用少量之升麻、柴胡,取其升举阳气之效,助黄芪以升提下陷之阳气,升柴与黄芪合用,相得益彰,标本兼顾,更用陈皮、枳壳下气和中。故此方升中有降,降中有升,而可达到调气升阳之目的。

四、补泻兼施

例四:郑××,男,47岁,职工。

患者得高血压(180/110mmHg)病已二年有余,经常头昏乏力,耳鸣眼花,记忆力减退,腰背酸痛,两膝无力,夜寐作梦,口苦咽干,手心潮热。舌红少苔,脉细带数。证系肝肾阴虚,水不涵木。治宜滋补肝肾,滋水涵木。方取六味地黄汤加味治疗。

处方:二地各15g,山萸肉10g,淮山药15g,光泽泻9g,牡丹皮9g,白茯苓10g,生白芍10g,桑椹子10g,蔓荆子10g,桑寄生15g,双钩藤10g。

恒守上法治疗二个月,血压下降至140/90mmHg,诸证好转。

按:方用六味地黄汤以滋阴补肾为法,滋阴以济阳,壮水以制火。方中用二地滋肾阴而填精髓;山萸肉养肝肾而涩精;山药益脾肾而固精液,三药合用,收三阴并补之功,这是补的一面。又配泽泻清泄肾火;丹皮清肝火;茯苓渗脾湿,共为佐使药,这是泻的一面。总之,有熟地之滋补肾水,又有泽泻之清泄肾火以济之;有山萸肉之养肝涩精,又有丹皮之清泻肝火以佐之;有山药之益脾固精,又有茯苓之淡渗脾湿以和之。诸药合用,使滋补而不留邪,降泄而不伤正,补中有泻,寓泻于补,相辅相成,为通补开合之剂。

五、行止配用

例五：陈××，男，44岁，教师。

患者得胃、十二指肠溃疡病已5-6年，胃脘疼痛而喜按，得热饮则痛减。就诊前一星期，因工作劳累，饮食不节，宿疾复作。证见胃脘闷痛，面色苍白，全身无力，头晕目眩，大便如柏油样，隐血试验(+++)。舌苔薄腻，脉细。证属脾胃素虚，饮食不节，伤及胃络所致。治宜温中和胃，祛瘀止血。方拟香砂六君汤合失笑散化裁。

处方：广木香 5g，阳春砂 4g，焦白术 10g，云茯苓 10g，炙甘草 4g，四陈皮 6g，京丹参 9g，蒲黄 9g，五灵脂 9g，川军 6g。

服九剂后大便隐血转阴，继用小建中汤加减治疗一个月而收功。

按：胃脘疼痛一症，以肝气犯胃和脾胃虚寒为常见。而此案十二指肠溃疡并发出血者属后者，且劳倦伤中，牵动宿疾，导致胃络受损，脾虚统血失司之候。故治疗当以温中散寒为主，并加入化瘀之品，取其祛瘀生新，行瘀止血之效。

六、消补兼治

例六：蔡××，男，57岁，工人。

患者自感胃脘痞满，已有2-3个月之久，纳呆力乏。经胃镜检查提示：慢性胃炎。证见面色萎黄，头昏倦怠，四肢无力，大便秘结，3-4日一次，舌苔薄腻，舌质淡，脉弦。证属脾胃素虚，气机阻滞，治宜行气降痞，兼以益气和中，消补兼施。方用枳实消痞丸化裁。

处方：半夏曲 12g，炒麦芽 8g，炒枳实 9g，广木香 4g，川厚朴 9g，炒白术 10g，白茯苓 10g，太子参 12g，炙甘草 4g，佛手 9g。

上方服六剂后，诸恙悉除。

按：此案系脾胃素虚，运化失职，日久成痞。以枳实、厚朴为主消痞除满；半夏曲、麦芽，协以消食导滞；木香、佛手助以宽中理气

之力；再取太子参、白术、茯苓补益脾胃，因气旺则有助痞满之消除，故本方乃消法兼补之剂。

七、固利结合

例七：杨××，男，20岁，学生。

患者经常梦遗，2~3日一次。自感头昏力乏，腰膝酸软，耳鸣眼花，智力减退，面色苍白，口苦而涩，手心潮热，小便清长，甚则余沥不尽，大便正常。舌苔薄腻，质淡，脉细带数。此属肾虚，下元失固所致。治宜补肾固涩，兼以疏利肾气。方拟五子衍宗丸加味治疗。

处方：五味子 6g，枸杞 10g，覆盆子 10g，菟丝子 10g，车前子 9g，鹿角霜 21g，益智仁 9g，苏芡实 12g，云茯苓 10g，沙苑子 9g，金樱子 10g。

上方进退，治疗三星期，诸证逐减，后拟六味地黄丸调理善后。

按：梦遗之证，多由相火偏亢，久遗成虚。此案即病久肾虚失藏，精关不固，真阴亏耗。治当以补肾涩精为主，药用枸杞、菟丝、覆盆补肾；取鹿角霜、益智仁、沙苑子、金樱子助以涩精填髓之力，苏芡实、五味子协助补肾固精。再用车前子、云茯苓疏利肾气，使肾之余火得以疏泄。故本方实为补中有泻，固利结合之剂。

八、以热佐寒

例八：黄××，男，32岁，工人。

患者胃脘疼痛已有年余，经胃肠钡餐检查，诊断为十二指肠球部溃疡。近日因劳累，夜寐欠佳，宿疾复作。自感口苦咽干，经常呕吐酸水，胃脘疼痛且有灼热感，纳呆力乏，二便正常。舌质红，苔黄腻，脉弦细。此因肝气郁结，横逆犯胃所致，治拟疏肝和胃。方取左金丸合四逆散加减。

处方：川黄连 8g，吴茱萸 1.5g，海螵蛸 10g，生白芍 9g，生白芨 10g，炒枳壳 9g，北柴胡 9g，粉甘草 3g。

服六剂后,诸证好转,恒守上法治疗三星期而收功。

按:上方取左金丸清泻肝火,用四逆散疏肝和胃。左金丸中用黄连苦寒以泻心火,此即“实则泻其子”之意,少佐吴茱萸即能疏肝解郁,又能降逆止呕,并以温热之性制黄连偏于苦寒之用,二药合用寒热配合,辛开苦降,以热佐寒,相反相成,相得益彰。

〔原载《教学辅导》1985,(1):14~16〕

五 中西医结合探讨

病态窦房结综合征与中西医诊治

一、概述

(一)定义:病态窦房结综合征(Sick Sinus, Sgndrome 简称·SSS)以下简称“病窦”,是多种原因引起窦房结激动形成激动传出障碍,产生一系列心律失常及引起血液动力学障碍,心排血量减少,引起脑、心、肾等供血不足之临床症状群。由于心律失常的表现不同,因此,文献上的命名颇不统一,如窦房结功能失调、窦房结功能衰竭、窦房结迟钝综合征、过慢的窦性心律,窦房结性晕厥、心动过速—过缓综合征,以及病态窦房结综合症等。虽则名称不同,但实际上都反映了窦房结所导致的心律失常,因为“病态窦房结综合征”这一名称最简单且能说明病变发生的主要部位,因此,近来较多应用。

(二)窦房结解剖特点与临床关系:窦房结位于心房的上腔静脉入口处,呈新月状或豆点状。

1. 细胞组成:在光学显微镜下和电子显微镜下观察窦房结由四种细胞组成:(1)P细胞:是真正的起搏细胞,它在窦房结动脉周围数目最多,排列于结的中间;(2)T细胞:也称移行细胞,其结构介于P细胞与一般工作心肌之间;(3)浦肯野氏纤维:排列于结外周,与周围的心房工作肌细胞相连;(4)一般心房工作肌细胞,位于

结的周缘。

2. 窦房结的血液供应:由冠状动脉的第一支分支于特定的窦房结动脉供应。(1)60%的病例由右冠状动脉供给,起始于右冠状动脉起始部1~2cm以内,经右心房内侧表层心肌内,到上腔静脉口,以逆时针方向绕上腔静脉口,由窦房结尾端入结。窦房结动脉的管径只1毫米以内,是小冠状动脉的一种。(2)约40%例子,窦房结动脉由左冠状动脉支起始1cm以内发出,经左心房的内侧、肺动脉和主动脉的后方,再以逆时针方向环绕上腔静脉口,由窦房结的尾端入结,从头端出。

3. 心脏的自律性:心脏的特殊传导组织有自律性,在正常情况下,窦房结自律性最高,在成人其自动兴奋频率为100次/分,平时在迷走神经抑制下,通常仅有60~80次/分,部位愈低自律性愈低,房室结为40~60次/分,房室束以下约为25~40次/分,通常心脏搏动在窦房结控制之下,当窦房结自律性异常减弱或低位节律点自动性异常增强时,低位节律点暂时或较持续性代替窦房结,控制心脏产生逸搏或逸搏心律。

4. 心脏的神经、体液的调节:人体丘脑的下部、延脑、交感神经节及颈动脉窦等,通过交感及迷走神经调节心率,交感神经兴奋,使心搏及传导速度加快,而迷走神经兴奋作用则相反,二者对立的神经机能,在大脑皮质调节下互相制约,取得协调。但某些原因而引起二者兴奋性失去平衡时亦可以发生心律失常。如迷走神经兴奋过度或交感神经受到抑制时,可产生窦缓、窦性静止、窦房阻滞,乃至房室阻滞,此外体内电解质及酸碱平衡失调,也会影响心脏的兴奋。但这些因素都是暂时的。

5. 窦房结容易发生病变的原因:(1)窦房结是跨多层组织分布,处在上腔静脉入口处;(2)窦房结多为单支血管供血;(3)窦房结动脉与窦房结细胞存在密切的组织与机能的联系,小动脉的路程长;(4)窦房结动脉属于小动脉的范畴,窦房结是心房组织的一

部分,凡能引起心房病变的因素便可引起窦房结受累;(5)窦房结是心脏起搏传导系统的中心部份;(6)窦房结体积小,位置深,功能单位少,早期诊断难,恢复难;(7)窦房结胶原纤维和弹力纤维随年龄增长而增加。

二、病因及病理

(一)病因

1. 缺血:凡是任何原因引起窦房结动脉硬化,管腔狭窄,甚者闭塞。如上所述,人类的窦房结供应,60%例子来自右冠状动脉,40%例子来自左冠状动脉回旋支,因此与冠心病的关系较为密切,冠心病尤其是急性心肌梗塞是病窦最常见的基本疾病,约5%的急性心肌梗塞病人有窦房结功能失调。有窦房结功能障碍的常见于右冠状动脉主干的疾病(急性下壁心肌梗塞)和冠状动脉左旋支的疾病引起(急性前侧壁心肌梗塞),半数以上的下壁心肌梗塞患者常伴有窦房结功能失调,窦房结功能失调常发生在急性心肌梗塞后4天以内,开始是间歇性的,有些病例持续1小时左右,这种表现提示窦房结功能即将衰竭。以后随着窦房结的纤维病变,一旦发生晕厥,可能致死。因此,在临床上必须多加观察。

(2)心肌炎性病变:各种原因引起的心肌炎心肌病变可侵犯窦房结,引起病态窦房结综合征。见于风湿病,心包炎,病毒性心肌炎,遗传性运动失调,进行性肌营养不良,胶原性疾病,淀粉样变性,血色素沉着病及原因不明的孤立性局部纤维化病变等。其中以风湿性等病毒性心肌炎为常见。

3. 创伤:外科手术损伤或其他创伤,直接损害窦房结,或损伤冠状动脉招致窦房结功能失调。

(4)肿瘤浸润破坏:心脏的原发性或继发性肿瘤直接侵犯窦房结,或间接招致窦房结供血障碍所引起。

5. 家族遗传性:见于不伴有其他疾病的家族性窦房结疾病,以

及遗传性 Q—T 间期延长综合征,后者伴有心律失常、昏厥、偶可伴有先天性耳聋和突然死亡,尸检发现窦房结动脉的结内部分有闭塞等变化,窦房结有进行性改变。

(二)病理:常见的基本病理改变,系由于原发或继发于某些血管疾病引起窦房结动脉狭窄、闭塞、缺血、坏死、弹力纤维和胶原纤维出血,纤维化淀粉样物质沉积,萎缩等退行性变或炎症性充血、水肿、炎症浸润,脂肪浸润,肿瘤细胞浸润等。

三、病理生理。

1. 发病机理:由于窦房结受到上述病因影响自动除极化减慢,激动减少(冲动生成抑制)及激动外出阻滞(冲动传导抑制产生窦慢、窦房阻滞、窦性静止,继发逸博心律。)而心房、房室结病变可产生早搏,通过折返可发生室上性快速心律如室上性心动过速,房颤继发超速抑制,发生心动过缓。

2. 血液动力学影响,病窦的基本病理变化是持续严重的心动过缓,心率可以低于 20~30 次/分,使重要器官明显供血不足,这是病窦主要矛盾。

四、临床表现。

1. 心脏节律性的改变是本病的主要表现和确诊的必备条件:
(1)窦性心动过缓:常见的症状占 80%,特点——起源:激动起源自窦房结,频率 <50 次/分;逸博:主要低位逸博或快速心率(异位伴有心、脑、肾缺血、缺氧的表现)。具有缓慢、渐进发展的倾向,早期间断窦性心动过缓,持续短、药效好;后期从间断→持续→药效差,病程短者几年,长达 10 多年;排除其他原因引起窦缓药物,如心得安、奎尼丁、普鲁卡因胺,利多卡因,乙胺碘呋酮,但这些药物对于窦房结功能的作用是可逆的,不属于病窦;(2)窦性静止:心电图,有窦性 P 波,停止时间大于 2 个 P—P 间期。窦房阻滞,表现

为窦房结的冲动不能正常的传到心房,阻滞部位可在窦房结内,也可在窦房交界区、心电图有窦性P波,暂停时间等于2个P-P间期。(3)房早后代偿间歇延长,或单个早搏造成窦性静止→逸搏;(4)慢性心房颤动,复发性心房颤动及少数心房扑动,同时伴缓慢的心率,或在其前或其后发生窦性心动过缓,窦性静止,窦房阻滞;(5)房室连接处逸搏心率,或逸搏—夺获二联律,不完全或完全性干扰性房室脱节;(6)过缓过速综合征:在窦性心动过缓基础上发生快速异位心律,如房颤、房扑或阵发性心过速。(7)房室传导阻滞和室内传导阻滞并存。

2. 器官灌流不足的表现:临床表现差异很大,早期多无症状,或呈间歇性发作。少数可突然发作心—脑综合征,乃至猝死。除原来发病表现外,主要由于心律失常导致组织缺血,脑、心、肾的血流灌注不足所致。此外因本病可继发于高血压、冠心病、心肌炎、慢性风湿性心脏瓣膜病变,代谢性疾病,甚至有个别报告可并发于甲状腺机能亢进者。因此,除心律失常引起的症状外,尚有原发病的各种临床表现。

(1)脑供血不足:脑血流量轻度降低,可产生个性改变:淡漠、易兴奋、健忘、头晕、眼花,失眠等类似神经官能症表现。脑血流量中度或重度降低可产生语无伦次,失语、轻瘫、判断能力失常、眩晕、昏厥乃至抽搐、昏迷等。

(2)冠状动脉供血不足,可产生胸闷、心悸、心绞痛、心梗、可加重心衰,肺水肿及休克等。

(3)肾血流量不足:可有间歇性,少尿或夜间多尿,蛋白尿乃至诱发尿毒症。

(4)胃肠缺血:可引起消化不良、腹胀、腹痛、大便溏薄。

(5)其他:肌肉酸痛、四肢乏力,动脉栓塞,听诊心律失常,脉迟缓,沉细或结代,舌质淡白或兼胖嫩,齿印、少数舌质红绛,苔薄白或微黄。

五、病窦的诊断及有关的检查方法。

1. 窦房结功能不全为诊断的依据之一,表现为持续的,明显的窦性心动过缓,短暂的窦性停搏而无逸搏出现,或较长时间停搏后出现房性或结性心率;长时间的窦性停搏后出现室性心律。

2. 心脏节律连续监测:作为诊断初筛试验,大部分在夜间至凌晨(1~5点)或午睡出现缓慢心率。

3. 24小时动态心电图监测:当前 Holter 动态心电图监测已在临床普遍应用,可分析24小时内心电图的P波形态,节律、频率、找出最快和最慢的心房率,以及在发现窦性心动过缓基础上发生的低位快速节律。

4. 运动试验:下蹲30~40次/分或15-20次/分,心率 <90 次/分,为运动试验阳性,也可登楼试验。按标准运动量作蹬车,踏板运动试验,当达到一定活动量而心率不能按标准相应增快时,应考虑窦房结功能低下。

5. 药物试验:阿托品试验总的是好,阳性率高,在90%以上,方便、安全,简单、便宜。剂量 $0.03\text{mg}/\text{kg}$, 50kg 以下用阿托品 1.5mg +生理盐水 2CC 静脉推注, 50kg 以上用 3mg +生理盐水 2CC ,静脉推注,测即刻、15分钟、30分钟心率,心率 <90 次/分为阳性。个别会发生室速、室颤,应密切预备抢救措施。

六、临床电生理检查判断窦房结的功能

(1)窦房结自律性功能测定:目前用心房调搏超速抑制测定窦房结恢复时间(SNRT),以此评价窦房结功能。适用于基层医疗单位的是食道调搏法。即用食道电极代替心房内电极。所谓超速抑制,即外加起搏频率大于心脏自主频率时,窦房结自发除极功能暂时被抑制,当外刺激停止后,恢复窦性心律的时间窦性停搏的时间,若长于正常人,表明窦房结自律性降低。窦房结恢复时间 $<$

1400 毫秒,正常人 1200 毫秒以内,老年人 \leq 1500 毫秒,超达 1400 毫秒为异常,提示窦房结功能不全;达 2000 毫秒,可确定窦房结的功能不全。

(2) 窦房结传导功能试验,即窦房结传导时间(SACT)的测定。在每 8 个窦性周期后,于舒张期给一个人工心房提前刺激,每次缩短 10 毫秒连续刺激直至不应期。若发现人工房性早搏进入窦房结,根据恢复周期与窦性周期之差可测出 SACT。SACT 是了解窦房结的传导功能,当窦房交界区电生理异常时,测定 SACT 比 SNRT 敏感,病窦患者 SNRT 正常而 SACT 异常。窦房结传导时间。正常人 $<120\text{ms}$,60 岁以上人 $<180\text{ms}$,SACT 延长者提示 SAN(窦房结),功能不全。

七、中西医结合治疗

(一) 西医治疗

1. 根据心率,采用相应的药物治疗:

(1) 心动过缓(或伴房室传导阻滞):维持适当心率,保证生命器官供血。a 迷走神经阻滞剂如阿托品,654-2,普鲁苯辛等;b. 交感胺类如异丙基肾上腺素舌下含或以 1-10 微克/分速度静滴,应慎重,应注意异位心律 \rightarrow 室速、室颤发生。麻黄素口服,夜间迷走神经张力高,睡前可给药一次。心率慢伴心衰或/和低血压者可用小剂量多巴胺(0.25~1 毫克/分)静滴。c. 烟酰胺:它可加强心脏收缩力,增加心率,改善房室传导。用法:烟酰胺 400 毫克/日静滴,疗程一个月,无明显副作用。d. 心宝:用法与用量,2~3 次/日,每次 1~2 丸,温开水送服。病态窦房结综合征轻型:每天 3 次,每次 2~3 丸;中型每天 3 次,每次 4~5 丸;重型每天 3 次,每次 5~6 丸。

(2) 心动过速—心动过缓综合征:此类病例于心动过缓时,仍可谨慎使用交感胺类或迷走神经阻滞剂。但心动过速为主,可谨慎使用乙胺碘呋酮,伴有充血性心衰又无明显传导阻滞者,可以应用

洋地黄类(选用毒毛 K 或地高辛较好)。

(3)人工心脏起搏器

应用起搏器指征:

①有明显的症状窦缓,窦阻或快—慢交替综合征,经药物治疗无效者;

②频发昏厥者;

③心室律缓慢之房扑,房颤并发心衰,而心衰不能控制者;

④因心动过缓而频发心绞痛者;

⑤因心动过缓而频发室早者。

2. 防治合并症:(1)阿—斯综合征(心脑综合征)(2)心衰;(3)心源性休克;(4)脑血管栓塞;(5)快速综合征;均可引起死亡;可引起心率减少药如洋地黄,乙胺碘呋酮,普鲁卡因胺,不用或慎用,并应以小剂量开始。

3. 病因治疗

常见冠心病占 5%,治疗冠心病,改善心肌及重要脏器的微循环,如低分子右旋糖酐加复方丹参注射液静脉滴注,可用硝酸甘油,消心痛等。

4. 辅助治疗:

(1)肾上腺皮质激素:适用于急性期,病程短,尤其伴房室传导阻滞者。地塞米松 0.75 毫克每日三次;氢化考的松 200~300 毫克加葡萄糖液 250~500 毫升静滴,每日一次。

(2)心肌代谢药物:如辅酶 A,细胞色素 C,肌苷注射液。

(3)极化液疗法(G、I、K),使休止电位水平下降,兴奋性降低,适用于心动过速为主者。

(二)中医治疗

病态窦房结综合征在中医文献记载中类似迟脉证。大多属于阳虚,其临床表现为寒证,虚证居多。或兼有气虚,阴虚或挟有瘀血,痰浊等不同证候者。一般根据“虚者补之,寒者温之”的治则,采

用温补方药为主治疗,可取得较好疗效。

1. 治疗几种法则

(1)益气法:病态窦房结综合征有较大一部分人具有神疲乏力、短气懒言,自汗舌胖,脉沉迟无力等症状,辨证属气虚证。《金匱要略·血痹虚劳病脉证治》云:“脉沉小迟,名脱气”。《景岳全书·脉神章》云“虚脉正气虚也,无力也,无神也,浮而无为血虚,沉而无为气虚,数而无为阴虚,迟而无为阳虚”,因而病态窦房结综合征在治疗上益气之法亦属常用。但病态窦房结综合征在临床上往往气虚与阳虚同时并见,故治疗上益气法多配伍温阳法合用,称为益气温阳法,多以补中益气汤合麻黄附子细辛汤加减。

例一,患者王××,男,36岁,惠安县石匠。患者以心慌,心悸伴反复短暂性晕厥为主诉于1979年3月17日急诊入院。患者发病前10天曾流涕,打喷嚏,咽痛,咳嗽又伴发热达39℃左右,按感冒处理,10天后出现心悸,心慌伴反复短暂性晕厥6~7次,由家属急送入院。发病后无恶心呕吐,二便如常,既往体素健,嗜烟史,余无特殊发现。PE: T38℃, BP90/60mmHg,发作时 BP50/30mmHg, P40次/分(发作时可低25次/分)。心界不大,心律整,心率40次/分,无器质性杂音, P2>A2,双肺呼吸音对称,肝脾未触及,锥体束征(-),颅神经征(-),EKG提示窦性心动过缓,36次/分,入院给予阿托品2mg激发试验阳性,诊断病毒性心肌炎;病态窦房结综合征;阿-斯综合征。脉细无力,苔薄白质淡。请胸外科安装心脏起搏器,同时给激素,能量合剂,极化液疗法,并配合中医益气佐以温阳,处方:党参15克,黄芪20克,黄精30克,附子8克,干姜8克,炙草5克,升麻8克,当归身10克。水煎内服。渐渐恢复自主心律,50~60次/分,停用起搏器,住院三个月痊愈出院。

(二)温阳法:温阳,是治疗病窦综合征的基本方法之一。病态窦房结综合征患者临床多具脉迟,肢冷之通证,有的还兼畏寒,小

便清长,舌淡苔白等虚寒证。对于病态窦房结综合征阳虚型的患者,心阳虚之外,肾阳亦见虚衰,如《沈氏尊生书》云:“阳虚阴虚皆属肾,阳虚者,肾中真阳虚也,真阳即真火也……?”故治疗时除温补心阳之外必加以温补肾阳,才能获得较好的疗效。

例二:李××,女,70岁。惠安县农村妇女。既往体健。患者以反复短暂性晕厥4~5/次为主诉于1979年2月4日入院。患者于2月3日上山放牛时,在追赶牛时突然感到心慌,心悸,胸闷,四肢乏力,继而出现反复短暂性晕厥4~5次,伴见四肢轻微抽搐,每次持续1~2分钟,嗣后由家属急送入院。检查:T36.5℃,BP100/60mmHg,P42次/分,无器质性杂音,肺(一)肝脾(一),颅神经征(一),椎体束征(一),血脂偏高,ECG:提示窦性心动过缓,阿托品激发试验阳性。诊断:“病态窦房结综合征。请中医会诊:患者面色皤白,四肢冰冷,心悸怔忡,胸闷气短,腰膝酸软,自汗息微,苔白质淡,脉沉细而迟,拟诊阳气亏虚,命门火衰。治法温阳补气,益火消阴。方药:桂枝甘草细辛汤加味:制附子9克,小桂枝6克,北干姜9克,北细辛6克,炙甘草5克,高丽参9克(另煎),五味子6克,补骨脂10克,肉苁蓉10克,炙黄芪15克,龙骨牡蛎各30克。水煎内服。患者住院治疗3个月,上述病症渐消失,心率60~65次/分, BP105/67mmHg, P58次/分,好转而出院。

(三)祛瘀法:血瘀(心脉瘀阻)大致在气虚,阳虚的基础上产生的,故治疗时除了活血祛瘀之外,还必加补气温阳药,方能奏效。因心主血脉,若心气不足,心阳不振,阳气不能鼓动血液循环,或因寒邪侵袭,寒凝血瘀,均会导致心脉瘀阻产生心悸怔忡,其特点为胸痛彻背,痛有定处,舌紫暗或见瘀斑,脉沉涩等。

例三:患者林××,女,50岁,干部。1983年4月23日患者由于反复头晕,四肢乏力,胸闷胸痛,间歇性记忆力下降而入院。迄7~8年,每逢劳累、情绪紧张,即诱发头晕,胸闷心慌,尚能参加工作,此后每年均反复发作,逐年加重,头晕较甚时需卧床休息,伴有

恶心呕吐,曾一度诊断“内耳性眩晕”,服药疗效不明显,头晕胸闷间歇时间越来越短,曾有一次头晕发作时,发现脉搏44次/分,于是来院诊治。既往身体素健,仅月经量较多。体检:BP100/80mmHg,P44次/分,心界不大,心律整,心率44次/分,无器质性杂音,肺(一)肝脾(一),胆固醇270mg/ml,ECC提示心动过缓,心率42次/分,阿托品激发试验阳性。诊断:病态窦房结综合征。要求中医会诊,证见头昏胸闷,心悸不安,甚则胸闷唇紫,四肢冰冷,舌质紫暗,苔薄,舌下静脉瘀斑,脉沉细而涩。拟诊心气阳虚,瘀血内阻,血脉不通。治法:活血化瘀,补气通络。处方:血府逐瘀汤加减;当归尾10克,川芎10克,赤芍10克,桃仁10克,红花6克,柴胡9克,枳壳10克,丹参12克,桔梗9克,郁金12克,延胡10克,地龙干15克,降香4克,桂枝4克。水煎内服。以上方加减治疗二个月后,明显好转,BP120/80mmHg,P56次/分。

(四)养心补肾法,此法多用于心肾阳虚亦有阴阳两虚者,大都以阳虚为主,兼及阴虚者。多见心悸心慌,心烦少寐,头昏目眩,甚则晕厥伴腰背酸软,耳鸣眼花,四肢冰冷或下肢浮肿,舌淡苔白,脉沉细而尺微弱。

例四,患者洪××,女,50岁,干部,南安人。于1982年3月15日初诊,自诉7~8年来经常头昏目眩,尤其精神紧张,劳累之时更为明显,但尚能坚持工作,近半年来自感到心悸心慌加剧,胸闷伴见头昏,腰背酸痛,少气懒言,夜寐欠佳,智力下降,反复发作,日益加剧,就诊时头昏欲厥,面色皑白,下肢略肿,舌淡苔白质暗紫,脉沉细欲绝。检查:BP95/50mmHg,心率44次/分。给阿托品0.3mg/3次/日口服,心率略提高,其他症状改善,ECC检查提示窦性心动过缓,阿托品激发试验阳性,胆固醇320mg/ml血脂440mg/ml,西医诊断为:病态窦房结综合症,高脂血症。中医拟诊:心肾阳虚,水不制火,相火亢,上扰心神,治宜养心安神,滋水涵木。处方:太子参20克,制附子6克,枸杞子12克,二地黄各12克,黄

精 30 克,双钩藤 15 克,珍珠母 30 克,黑杜仲 15 克,炒鳖甲 15 克,炒苡米 20 克,生黄芪 15 克,夜交藤 15 克。水煎内服。以上方加减治疗三个月,症状明显好转,BP105/60mmHg,P58 次/分。

2. 单方治疗:

(1)细辛:先用 3 克,以后逐渐增量,每 2~3 天后加 1 克,加至 6 克,可常服一段时间。

(2)附子 6 克先煎后加入西洋参 3 克。

参考文献

- ①邱治民,心脏应用解剖学,福建医科大学,29~32,1980。
- ②病态窦房结综合征的新进展。《国外医学心血管疾病分册》(2):78,1982。
- ③心血管疾病的诊断与治疗,福建省心血管学习班资料,(2):99~105,1984。
- ④病态窦房结综合征诊断中的难点。《实用内科杂志》,(2):59,1991。
- ⑤中医治疗病态窦房结综合征的几种常用法则《上海中医杂志》,(4):13~14,1981。
- ⑥细辛治疗病态窦房结等心动过缓《中医杂志》,(7):384,1993

高脂血症与中西医诊治

一、概述

高脂血症指血液中一种或多种脂质成分异常增高；如高胆固醇血症，高甘油三脂血症。

高脂蛋白血症指血液中一种或多种脂蛋白成分异常增高；如高 β 脂蛋白血症，高前 β 脂蛋白血症。

高脂血症是动脉粥样硬化的主要发病因素之一。由于血液中的脂质是以与蛋白结合成脂蛋白的形式运转的，所以高脂血症也常反映了高脂蛋白血症的存在。

血浆内各种脂质颗粒大小不同，比重不同，用超速离心法可将脂蛋白分为两大类：①高密度，颗粒小的脂蛋白即 α 脂蛋白；②低密度颗粒较大的脂蛋白。后者又分为低密度 β 脂蛋白、极低密度前 β 脂蛋白、乳糜微粒。各种脂蛋白质和各种脂质的含量有所不同。 α 脂蛋白颗粒最小，约含蛋白质45%；胆固醇25%； β 脂蛋白含蛋白质仅20%，而胆固醇占50%；前 β 脂蛋白含甘油三脂较高，占60%，而乳糜微粒则主要含甘油三脂90%。在电泳野上各种脂蛋白有不同的移动率，乳糜微粒不移动，停留原处， α 脂蛋白移动最快，其次为前 β 与 β 脂蛋白。

正常人空腹血脂含量

脂质成分	正常范围	过高界限
总胆固醇	91.5 - 215.5(毫克%)	229毫克%

胆固醇酯	约占总胆固醇 2/3	
甘油三脂	20—111	130
磷半脂	110—210	
游脂肪酸	200—600	
β 脂蛋白	240—480	

二、西医分型

(一)高脂血症分型：按血胆固醇和甘油三脂增高情况分三型：

1. 单纯性高胆固醇血症。
2. 单纯性甘油三脂血症。
3. 高胆固醇高甘油三脂血症。

(二)高脂蛋白血症分型：可分 5 型，其中 I 型又可分为 I α 及 I β 两个亚型。

1. I 型：高乳糜微粒血症：空腹血浆中存在乳糜微粒，极低密度脂蛋白(VLDL)正常或轻度增高。为一种极少见的先天性脂蛋白酶缺陷，不能水解从肠道吸收的外源性食物中甘油三酯，造成乳糜微粒堆积于血液中。本病多在青少年时即发现。

临床表现：有时，背或臀部疹状黄色瘤；脂血症性视网膜；肝脾肿大；腹痛。

生化特点：血浆上层呈奶油样，下层澄清。甘油三酯明显增高，酯蛋白酯酶活力显著降低。

2. I 型：高 β 脂蛋白血症，又称家族性高胆固醇血症，呈显性遗传，低密度脂蛋白(LDL)浓度增高，其中 I β 型除 LDL 增高外，极低密度脂蛋白(VLDL)也高；而 I α 则极低密度脂蛋白(VLDL)正常。

临床表现：有眼睑黄色瘤，肌腱黄色瘤或皮下结节黄色瘤；脂

性角膜弓；早发动脉粥样硬化。

生化特点：Ⅰa及Ⅰb型临床表现相似，但生化略异。Ⅰa血清澄清，胆固醇增高，甘油三酯正常。脂蛋白电泳 β 带深染。Ⅰb血清可略混浊，胆固醇和甘油三酯均增高，脂蛋白电泳 β 和前 β 带均深染。

对Ⅰ型诊断时尚需考虑由摄食胆固醇过多、骨髓瘤、肾病综合症、阻塞性肝病、粘液性水肿等继发因素。

3. Ⅲ型：“漂浮 β ”或“阔 β 型”，血浆中存在异常高的胆固醇含量和异常电泳移率的极低密度脂蛋白(VLDL)增高。较少见，常为家族性显性遗传。

临床表现：黄色瘤和早发冠状动脉疾病外，常伴有肥胖和尿酸增高，部分病员可有异常的葡萄糖耐量曲线。

生化特点：血浆常混浊，胆固醇及甘油三酯均增高，脂蛋白电泳呈“阔 β ”带。

4. IV型：高前一 β 脂蛋白血症，极低密度脂蛋白(VLDL)增高；低密度脂蛋白(LDL)不增高，临床上最多见，有时为家族性显性遗传，本型特点为内源性甘油三酯异常增高，可能由于肝脏合成增加或由于周围组织消除减弱。

临床表现：肌腱黄色瘤、皮下结节状黄色瘤、皮疹样黄色瘤、眼睑黄色瘤、视网膜脂血症、动脉粥样硬化发展迅速、尿酸增高。

生化特点：甘油三酯增高，胆固醇轻度增高，脂蛋白电泳前 β 带深染。

5. V型：高前一 β 脂蛋白血症和乳糜微粒血症，本型为Ⅰ与IV型的混合型，具两型特征。极低密度脂蛋白(VLDL)增高；有乳糜微粒。

临床表现：常继发于急性代谢紊乱，如糖尿病酸中毒、胰腺炎、肾病综合征，也可为家族性，肝脾肿大，腹痛伴胰腺炎常可见到，病员对于饮食和内源性甘油三酯耐受不良，具异常葡萄糖耐量曲线

和高尿酸血症。

生化特点：血浆上层呈“奶油”样，下层混浊，甘油三酯明显增高，胆固醇增高，脂蛋白电泳中原点出现一深染的乳糜微粒带，前 β 亦深染。

(三) 诊断

空腹血清外观澄清度、脂蛋白电泳、胆固醇、甘油三酯及葡萄糖耐量试验。

(四) 防治

甲、合理的饮食治疗

(1) 外源性高甘油三酯血症(I和V)主要减少膳食中的脂肪摄入。

2. 内源性高甘油三酯血症(II、IV、V型)，治疗重点如限制碳水化合物化合物的摄入，降低体重。

3. 高胆固醇血症，用低胆固醇低饱和脂肪饮食治疗。

乙、药物治疗

1. 烟酸及其衍生物

(1) 烟酸：可使血浆中VLDL和LDL降低，开始100毫克每日3次，以后根据血脂变化渐增至1~2克，每日3次，饭后服。副作用为皮肤绯红及瘙痒；亦可胃部不适或消化不良。适用于II、IV、V等型。

(2) 烟酸肌醇脂：作用机理与烟酸相同，血管扩张作用较烟酸缓和而药效较持久。0.2—0.4克每日3次。

(3) 苯氧乙酸衍生物：安妥明，主要抑制甘油三酯由肝脏转移到血液，血中VLDL含量降低。此外，更能增加纤维蛋白溶解活性，降低血浆纤维蛋白之的含量及降低血小板的粘附性。适用于II、IV、V型，对部分I_b型也有效。胶丸有0.125及0.25两种。0.5克，每日3次。副作用较少，偶有胃肠道不适，少数可有脱发、白细胞减少，粒细胞缺乏、SGPT轻度增高。故应定期检查白细胞及

肝、肾功能。

3. 不饱和脂肪酸及其复方制剂、亚油酸丸、益寿宁、脉通、心脉乐、血脂平等。广泛地用于高胆固醇血症。

4. 胆固醇酰胺及其他结合胆酸的药物：胆固酰胺，适用于Ⅱ型，尤其是Ⅱ_a型，4克，每日3~4次。

5. 右旋甲状腺素：适用于Ⅱ及Ⅲ型高脂蛋白血症。每日1~2毫克。注意点：冠心病病人可诱发加重心绞痛，长期应用可出现甲亢症状。

6. 雌性激素：可使 α 脂蛋白增高， β 脂蛋白减少，血胆固醇下降。每日2~3毫克，用20日停5~7日。

三、中医辨证

(一)病因病机

1. 七情内伤：情志郁结，或长期精神刺激，可导致气机不畅。气为血之帅，气滞血瘀，以至心脉闭阻。

2. 肾气不足：年老肾衰或年虽未老而肾气已亏，肾阳虚则不能鼓舞其他内脏之阳。例如，脾胃因缺乏肾阳之腐熟蒸腾之力而运化无能，以致营血虚少，脉道失充，血液流行不畅。

3. 饮食失节：膏粱厚味，或经常饱餐无度，则损伤脾胃，不能运化水谷精微，痰湿内生，久则痰浊上犯于心胸，以致胸阳阻遏。

此外，如因久坐，多卧，缺乏运动，或疾湿之体，肥胖而气衰，虚气互结，也能使气机不畅，气血流行受阻而成为本病。

(二)辨证治疗

1. 气滞血瘀型

主症：胸胁满闷，隐隐作痛，痛有定处，甚则痛如针刺，暖气，喜太息。苔薄，舌质暗红，紫暗或有瘀斑，或舌下血脉青紫。脉弦涩或结代。

病机：情志郁郁，气滞血瘀，血脉瘀阻。

治法：活血祛瘀，行气通脉。

方药：血府逐瘀汤合柴胡疏肝散加减：当归尾、川芎、桃仁、红花、赤芍、柴胡、枳壳、桔梗、香附、丹参、郁金、陈皮、甘草。

2. 痰浊闭阻型

主症：胸闷气短，倦怠无力，面色萎黄，咳嗽痰稠，甚则胸痛彻背，四肢厥冷。苔腻，脉滑数。

病机：痰为阴邪，其性粘滞，停于心胸，则窒息阳气，络脉阻滞，酿成是证

治法：清热化痰，宣通血脉。

方药：涤痰汤与瓜蒌薤白半夏汤加减。陈皮、半夏、制南星、枳实、茯苓、竹茹、石菖蒲、瓜蒌实、薤白、郁金、枇杷叶、甘草。

3. 气阴不足型

主症：心悸气短，胸闷，怔忡，心烦不寐，头晕无力，盗汗口干，舌红少津，苔薄或剥，脉细数，或结代。

病机：素体气血不足或思虑劳心过度，耗伤气阴，心脉失养所致。

治法：养阴补气，温通血脉。

方药：生脉散加味：太子参、麦门冬、五味子、黄精、川芎、丹参、赤芍、降香、菖术、小桂枝。

4. 气阳亏虚型

主症：心动悸，胸闷，神倦怯寒，四肢欠温，自汗出，面色皤白。苔白腻，舌质淡，脉虚细而迟，或结代。

治法：补养心气，振奋血脉。

方药：参附汤合保元煎加减：党参、黄芪、附子、川芎、丹参、赤芍药、降香、菖术、肉桂、甘草。

(三)单方或验方治疗

1. 降脂汤：笔者应用本汤方治疗高脂血症 20 多例，均取得了良好而快速的降脂作用，其药物组成是：黄精，何首乌，桑寄生，草

决明。上药煎汤代茶服，每日一剂，七天为一疗程，一般服药一疗程，即可获得明显的降脂疗效。

2. 茵陈汤：茵陈 15 克。水煎代茶服用，每疗程一个月。

3. 大黄祛脂胶囊：用大黄研粉装入胶囊，每粒含生药量 0.25 克，一日三次，每次 0.5 克，一个月为一疗程。

4. 白金丸：用法每日三次，每次 6 克，饭后口服，20 天为一疗程，可连服 2~3 疗程。

5. 参竹丸：用党参、玉竹各 12.5 克，粉碎后制成 4 丸蜜丸，每日服二次，每次 2 丸，45 天为一疗程。

6. 决明子：据目前所知其成分含有大黄根酚，大黄根酚蒽酮等大黄素成份，可能与促进肠管蠕动，抑制胆固醇的吸收有关。

7. 首乌片：用首乌片 0.5 克，每天三次，每次三片。药理实验何首乌中所含卵磷脂能阻止胆固醇在肝内沉积，阻止类脂质在血清中滞留或渗透到动脉内膜，有减轻动脉粥样硬化作用，本药还有溶纤作用，能促进纤维蛋白元裂解，延缓粥样硬化的发生。

8. 冬青膏：据近代药理分析，冬青子含有多量葡萄糖、齐墩果酸、甘露醇、软脂酸、硬脂酸、油酸及亚麻仁油酸等，其降脂作用可能与其中的不饱和脂肪酸有关。

9. 山楂片：山楂主要药理作用有降压、强心、扩冠、抗心律紊乱及降血脂等作用。实验证明本药对家兔实验性动脉粥样硬化有轻度治疗作用，表现对血脂下降较快。

10. 三合粉：是盛国荣教授六十年代创造治疗肝硬化、冠心病、高脂血症、高血压等疾病的良方。其药物组成是：三七、西洋参、鸡内金各等量，研细粉内服，每日 1~2 次，每次 1~2 克，二个月为一疗程。经临床反复多次实验证明，本药对高脂血症有良好的降脂降醇作用，现广泛为海内外患者所采用。

11. 大麦根须（又名“502”或复方磷脂酶片）：上海第一医大、中山医院等单位报导，使用上海啤酒厂利用制啤酒的废料，将大麦发

芽过程中的根须做成制剂,治疗冠心病心绞痛 32 例及高脂血症 9 例。方法:口服 100~200 毫升(2—4 片),少数病人 300 毫升(6 片),每日 3 次。

12. 719 丸;本品系家蚕蛹油经分离提纯而制成的丸剂。中国人民解放军空军心血管防治协作组和 719 丸治疗 31 例高胆固醇血症患者。

13. 中药降脂灵:(经验方):茵陈、黑山栀、苍术、黄柏。上药喷雾干燥剂制成冲剂。每次 2.5 克,每日三次口服。功用:清热利胆,燥湿化痰。主治:高脂血症。疗效:升高胆固醇血症,降 β —脂蛋白;升高甘油三脂血症。

14. 桑葛丹:桑寄生、葛根、丹参按一定比例制成水丸,日三次,每次 4 克,30 天为一疗程,最多治疗三个疗程。

15. 清宫仙药茶:应用清代宫廷具有减肥降酯作用的医方,由乌龙茶、六安茶、泽泻等八味药组成。本研究应用静脉注射高胆固醇脂肪乳剂,快速形成家兔高脂血症的模型,观察该方降血脂的作用。结果表明该方对脂肪廓清起着加速作用,并能降低血清总胆固醇与甘油三酯的水平;且对血清高密度脂蛋白胆固醇有升高的趋势。

16. 丹田降脂丸:本品由丹参、田七、川芎、泽泻、人参、当归、首乌、黄精组成,每日服 4 克,早晚服,45 天为一疗程。

参考文献

1. 上海第二医学院编,《内科手册》,上海科学技术出版社出版,1982。
2. 杨松年等,《茵陈降低血清胆固醇 82 例近期疗效观察》。《中医杂志》,(1):39,1980。
3. 游金根等,《大黄治疗高脂血症 30 例临床观察》,《福建中医药》,(1),19,1983。
4. 江西省白金丸降血脂科研协作组,《中药白金丸治疗高脂血症 344 例效果分析》,《江西中医药》,(1):1,1980。

5. 申德鑫,《参竹丸治疗高脂血症的疗效观察》,《辽宁中医杂志》,(1):6,1980。
6. 《佳木斯医学院附属医院用决明子治疗高脂血症患者 100 例》,《新医药杂志》,(3):30,1974。
7. 新疆医学院附属医院,《首乌片治疗高脂血症 30 例》,《中草药通讯》,(4):46;(5):37,1977。
8. 张焜《冬青子膏降低高脂血症介绍》,《新医药杂志》,(3):23,1977。
9. 山楂片:《江苏新医学院资料汇编》,(2):76,1975。
10. 大麦根须:上海第一医大中山医院等单位报导。
11. 静文英等《中药降脂灵治疗高脂血症 100 例临床观察》《中西医结合杂志》,(1):6,1986。
12. 杨登高等,《在桑葛丹防治高脂血症动脉粥样硬化的初步研究》,《中成药研究》,(4):42,1986。
13. 徐铭渔等,《清宫仙药茶对实验性高脂血症的影响观察》,《中国医药学报》,(3):23,1986。
14. 黄震东等,《丹田降脂丸治疗高脂血症的疗效分析》,《中医杂志》,(12):39,1986。

支气管哮喘中医证治

支气管哮喘是一种发作性的肺部变态反应性疾病,其临床特征为反复发作的、阵发的、带哮鸣音的呼吸困难。属于中医学的“哮证”范围。本病是常见的慢性病,农村较城市多见。半数病人在十二岁前开始发病。大多数好发于秋冬季、春季次之,夏季则变轻或缓解。

一、临床表现

本病发作和缓解均迅速,开始觉胸部满闷,迅速发生呼吸困难、呼气延长、有哮鸣声。为了减轻气喘,病人常取端坐姿势,张口抬肩,额部冷汗,甚为痛苦。发作时体检,胸部较饱满,呈过度清音,两肺满布哮鸣声,重的不用听诊器亦可听到。严重者可有唇指紫绀。发作一般持续几分钟、几小时。一次哮喘发作超过二十四小时者,称为“哮喘持续状态”。缓解前往往有粘稠痰液咳出,随之哮鸣音逐渐消失,呼吸困难迅速停止。间歇期如常人,或只有乏力食欲不振等不适。

外来的变态反应原所致的哮喘,来势急,诱因常清楚,病人较年青,发病常随年龄增长而渐减,甚至消失。内在变态反应原所引起的哮喘,来势较缓,病人多在中年以后,常随年龄增长而发作加剧。

长期反复发作的病人,晚期可并发肺气肿和肺原性心脏病。此时,呼吸困难,成为经常性,可见到肺气肿与慢性肺原性心脏病的症状与体征。

二、诊断要点

根据其临床表现,其诊断要点可归纳以下三点。

1. 呼吸困难,喉间哮鸣或胸部听诊闻及双肺哮鸣音者。
2. 夜间发作或加重,有明显的时间性者。
3. 缓解后近于常人。

以上三个特征并见则基本可以明确诊断,只见一、二两项时仍须慎重诊断。病情迁延较久较重或症状不十分典型时,应详细询问病史并借助于物理诊断与实验室检查,不仅可以帮助明确诊断,并可为检验临床永久建立评估指标。

4. X线检查:哮喘发作时或病程较长者,可见肺野透明度增强,心影缩小,膈肌低平等类肺气肿征。

5. 实验室血象检查:部分病人嗜酸粒细胞在3%以上,个别可达15%。

6. 肺功能检查:发病时表现肺活量降低,最大通气量减少,残气量占肺总量百分比增加,通气和血流比率失调。二氧化碳分压在本病早期可降低,但重症则增高。故重症患者血酸碱值偏低。这些改变可随病情缓解而恢复。

7. 免疫检查:血内IgE增加。用可疑的过敏原之浸出液1/500至1/1000皮试,15~30分钟看结果,丘疹直径在0.5cm以上为+,1.0cm以上为++,2.0cm以上者为+++ ,如同时有伪足为++-+++。

三、鉴别诊断

1. 心性哮喘:原有左心疾病,常在夜间睡眠中憋醒,发生呼吸困难,坐起后渐恢复。X线检查呈肺瘀血征。肺泡水肿时咯血性水样或泡沫样痰。肺间质和肺泡水肿时也可以出现哮鸣音。使用支气管舒张剂疗效不佳。以益气温阳,活血祛瘀法可以取效。

2. 喘息型慢性支气管炎：本病除喘息外，还有显著的咳嗽、咯痰，而哮喘在平时可无咳嗽，咯痰。本病入冬或感染后加重，而哮喘则接触过敏原后发病。本病一般辨证治疗，采用合理的止咳、平喘、化痰、补肾纳气法，常有很好疗效。

3. 其他疾病，严重呼吸困难，伴喘鸣的疾病，还可见于支气管异物，中心型肺癌，纵隔气肿，气胸、肺不张、肿瘤等，因其各具特征不难鉴别。

四、病因病机

本病属于变态反应性疾病的范畴，具有变态反应素质的人，与某些物质接触后，即能逐渐形成变态反应性。这种能使某些人产生变态反应性的物质，被称为变态反应原，可归纳为外源性及内在性两种：前者包括植物的花粉、动物的皮毛、霉菌孢子、某些生产性粉尘、细菌、药物及鱼虾等，常通过吸入，食入或直接接触进入机体；后者主要是病人呼吸系统内的病灶或细菌产物。当上述抗原再次进入已产生了变态反应性的机体，即可发生变态反应。此时中小型支气管肌肉痉挛、管壁粘膜红肿和管腔内粘稠分泌物增多，使空气不能顺利地进出，遂发生带哮鸣音的呼吸困难。由于呼气时支气管管腔比吸气时更狭小，所以这种呼吸困难以呼气困难为主，呼气延长。

中医学根据本病发作时痰气相激，哮鸣有声，经过化痰等治疗或粘痰一经咯出后病即缓解，从而认识到宿痰内伏，是哮喘病理的主要环节。如《症因脉治》指出：“哮病之因，痰饮留伏，结成窠臼，潜伏于内，偶有七情之犯，饮食之伤，或外有时令之风寒，束其肌表，则哮喘之证作矣。”导致宿疾内伏的原因，有以下几个方面：

1. 外邪入肺：屡因外感风寒病邪，侵袭于肺系及肌表，在内则阻遏肺气，在外则郁闭皮毛，使肺气失于宣降的功能，气逆而喘。或风寒表邪未解，内已化热，以致肺气壅实，不得宣降，因而成喘。或

因肺脏素有蕴热，郁而化火，又为表寒所束，火不得泄，导致肺气上逆，发生喘促，或因感受风热之邪，侵犯肺系，表解而肺热不清，热壅为火，耗伤肺金，使清肃失司，导致喘证。如《景岳全书·喘促》说：“实喘之证，以邪实在肺也，肺之实邪，非风寒则火邪耳。”

2. 痰浊壅盛：若恣食肥甘生冷饮食，或嗜酒过度，均可损伤脾胃，使脾失健运，不能化生精微，而致生湿生痰。脾为生痰之源，肺为贮痰之器，痰浊日渐积累，由脾犯肺，而贮于肺，致肺道壅阻，肺气不宣，气机失利，难以下降，导致呼吸急促而成喘证。若痰湿久郁化热，煎熬津液而成痰浊，则痰火交阻于肺，痰壅火迫，肺失清肃，于是胀满壅实而作喘。《仁斋直指方·喘嗽方论》说：“惟夫邪气，伏藏痰延浮论？呼不得呼，吸不得吸，于是上气促急。”即指痰浊之喘而言。

3. 情志所伤：情怀不遂或忧思不解，使气郁而结，若阻于胸中，胸阳被遏，气机不利，上逆而为喘。或因郁怒伤肝，肝郁化火，木火刑金，肺金被遏，使肺气不得宣肃，升多降少，发为喘证。《医学入门·喘》说：“惊忧气郁，惕惕闷闷，引息鼻张气喘，呼吸急促而无痰声者”，当属此类。

4. 肺肾虚弱：素有喘证，咳嗽等病证者，久咳伤肺，肺气日虚，或疲劳过度，汗出过多，导致肺阳不足，气失所主，而短气喘促。故《证治准绳·喘》说：“肺虚则少气而喘。”若肺部疾病，迁延不愈，由肺及肾，导致肺肾俱虚，或劳欲伤肾，精气内夺，导致肺的气阴不能下于肾，肾的真元真阴损伤，不能上主于肺，则肺气应降而不降，肾气贡纳而不纳，逆气上奔而为喘。《医贯·喘》云：“真元损耗，喘出于肾气之上奔……乃气不归元也。”

五、辨证论治

(一) 发作期：哮喘病在发作期主要表现为实证，但有寒热之别。寒证内外皆寒，谓之冷哮，其证喉中如水鸡声，咳痰清稀，色白如泡

沫,口不渴,舌质淡,苔白滑,脉浮紧,热证痰火壅盛,谓之热哮,其证喉中痰声如曳锯,胸高气粗,咳痰黄而稠,咯吐不利,口渴喜饮,舌质红,苔黄腻,脉滑数。

1. 冷哮

主症:初起恶寒发热,头痛无汗,咳嗽咽痒,呼吸急促,或鼻痒身痒,鼻流清水;继则喘促加剧,咳中痰鸣如水鸡声,咳吐稀痰,不得平卧,胸膈满闷,面色苍白或青灰,背冷,口不渴,或渴喜热饮;舌质淡,苔白滑,脉浮紧。

病机:感受风寒,或坐卧寒湿,或进食生冷,或气候突变,新邪引动在里之伏痰,壅于气道,痰气交阻,故得本病。

治法:宣肺散寒,豁痰平喘。

方药:《丹溪心法》九宝汤加减:蜜麻黄、北杏仁、炙甘草、四陈皮、姜半夏、赤茯苓、苏薄荷、生姜、生葱、肉桂、紫苏、大腹皮。

2. 热哮

主症:发热、头痛、有汗、气促胸高、喉中哮鸣声若曳锯,张口抬肩,不能平卧,痰色黄而胶粘浓稠,呛咳不利,胸闷,烦躁不安,面赤,口渴喜饮,大便秘结。舌质红,苔黄腻脉滑数。

病机:肥甘厚味,酿痰积热,熏灼肺胃,引动宿痰,窒塞关隘,致肺失清肃下行之常。

治法:宣肺清热,涤痰利气。

方药:定喘汤加减:麻黄、白果、桑白皮、款冬花、半夏、紫苏子、北杏仁、桔黄芩、甘草。

(二)缓解期:哮病在缓解期,可有轻度咳嗽,咯痰,呼吸紧迫感等表现,但亦有无症状者;病程日久,反复发作,平时亦可见气喘,咳嗽,呼吸时喉间有声,以及自汗畏风,神疲形瘦、腰酸、浮肿等症。

1. 脾肺气虚型

主症:咳嗽短气,痰液清稀,面色皤白,自汗畏风,纳呆便溏,头

面四肢浮肿,舌淡,有齿痕,苔白,脉濡弱。

病机:反复发作,正气日伤,脾失健运,土不生金,致脾肺两虚。

治法:健脾益气,补土生金。

方药:四君子汤合金玉屏风散加减:太子参、白术、白茯苓、生黄芪、软防风、炙甘草、浮小麦、红大枣、淮山药、苏芡实、炒薏米。

2. 肺肾两虚型

主症:咳嗽短气,自汗畏风,动则气促,腰膝酸软,脑转耳鸣,盗汗遗精,舌淡脉弱。

病机:肺为气之主,肾为气之根。久病不已,穷必及肾,肾气亏虚,肺气失纳所致。

治法:肺肾双补,补肾摄纳。

方药:四君子汤合金匱肾气丸加减:人参、白术、白茯苓、熟地黄、淮山药、菟丝子、补骨脂、胡桃肉、陈皮、半夏、肉桂、炙甘草。

(三)哮喘危重期(即阳气暴脱型)

主症:哮喘发作过程中,陡见吐泻,肉瞤筋惕、神气怯倦、面色青紫、汗出如油,四肢厥冷、脉微欲绝、舌色青黯、苔白滑。

病机:哮喘屡发,正气日虚,内外皆寒,阳气浮越于外,阴邪盛于内,或凉下太过,克伐真阳,而致阳气暴脱。

治法:回阳救逆。

方药:回逆人参汤合陶氏回阳急救汤加减:人参、附子、干姜、炙甘草、肉桂、麦冬、五味子、麝香。

六、其他疗法。

(一)单方验方

1. 玉蜒丹:蜒蚰 20 条,浙贝母 15 克,共捣烂晒干为末。另以麻黄 10 克煎汤,拌和为丸,每服 3 克,一日三次。

2. 五味子蛋:五味子半斤,水七斤,煮 30 分钟,待凉时用新鲜鸡蛋 20 只,浸入汤内,七天后,待蛋壳变软,即可取服,早晚各一

只,热水中浸五分钟后去壳喝下。

3. 哮喘冲剂:麻黄、白果、大青叶、平地木、桑白皮、旋覆梗、前胡、半夏、甘草。开水冲服,每次一包。用于热性哮喘。

4. 《圣济总录》四神汤:麻黄、五味子、杏仁去皮、炙甘草。哎咀,如麻豆,水煎五分,空心温服。用治肺气喘嗽证。

(二) 针灸治疗

1. 实证,宜针。常用穴位有大椎、身柱、风门、肺俞、丰隆、膻中、曲池、合谷、外关、商阳、鱼际等。

2. 虚证,宜灸。常用穴位有肺俞、璇玑、膻中、天突、气海、关元、膏肓、神阙、三阴交、肾俞、复溜、命门等。

主要参考文献

1. 何绍奇主编,《现代中医内科学》,中国医药科技出版社出版,·(7)·,197~200,1991。

2. 黄文东 总审《实用中医内科学》上海科学技术出版社出版,·6·:157~163,1985。

3. 黄文东,《中医内科学》厦门大学海外函授学院教材:27~33,1982。

4. 黄络新主编,《内科理论与实践》上海科学技术出版社出版,872~879,1982。

慢性肾炎中医证治

一、概述

慢性肾炎亦称慢性肾小球肾炎。本病的发病原因尚未完全明确,可由急性肾炎演变而来,但在临床上,急性肾炎病史多不询及。本病是一种常见的慢性肾脏疾患,以男性患者较多,发病年龄大多在青壮年期,其临床表现,大部分病例都有水肿,尿常规检查以蛋白尿、管型、红细胞为主要表现,常伴有高血压与不同程度的肾功能减退。

中医学中的“水肿”、“虚劳”、“腰痛”等篇中均有类似慢性肾炎的记载。例如《素问·至真要大论》说:“渚湿肿满,皆属于脾”,《素问·水热六论》说:“其本在肾,其末在肺……皆积水也。”又如《诸病源候论》说:“水病无不由脾肾虚所为,脾肾虚则水妄行,盈溢皮肤而令身体肿渴”。

二、病因病理

现代医学对慢性肾炎的病因及发病原理尚未完全阐明。有的认为,慢性肾炎与急性肾炎是同一疾病不同病期的表现,是一种与感染特别是链球菌感染有关的免疫反应性疾病。也有的认为,目前所谓的慢性肾炎,除链球菌等感染引起者外,还包含着多种疾病,是一组常见的肾脏疾病的综合征。

中医学认为本病的发生,是由于“外邪侵袭,内伤脾胃”。其根本原因是由于脾肾的功能失调,气阳虚损,使体内水精散布,气化

发生障碍。《素问·水热六论》说：“肾者胃之类也，关门不利，故聚水而从其类也。上下溢于皮肤，故为跗肿。跗肿者，聚水而生病也。”《中藏经》云：“水者，肾之制也，肾者，人之本也，肾气壮则水还肾，肾气虚则水散于皮。”巢之方进一步解释：“风水病者，曰脾胃气虚弱所为也。肾劳则虚，虚则汗出，汗出遇风，风气内入，还客于肾，脾虚不能制于水，故水溢于皮肤，又与风湿相搏，故云风不也。”又云：“肾者明气也，主于水，又主腰脚，肾虚则腰脚血气不足，水之流溢，先从虚而入，故脚先肿，肾虚不能制水，故水妄行，浸溢皮肤而身体肿满。”脾肾功能失调，可归纳以下几点：

1. 久居湿地，或涉水冒雨，水湿之气内侵，或平素饮食不节，湿蕴于中，脾失健运。如湿郁化热，湿热交蒸中焦，可使疾病加重。

2. 劳倦伤脾，兼之饥饱不调，致脾气日渐亏损，脾虚及肾，以致脾肾两虚。

3. 素体肾虚或病后体弱，肾气内伤，进而导致肾阳不足，不能温养脾土，可使本病加剧。

本病的一般演变规律，多数表现脾肾两虚，气血不足或水湿之邪虽去而正气未复。若以脾阳虚为主，由于脾阳不足，使湿困中焦，则表现水湿逗留的症状。若以肾阳虚为主，由于肾阳不足，使水湿内盛，则表现水湿泛滥的症状。部分脾肾阳虚的病例可以阳损及阴，肾病及肝，则表现肝肾阴虚，肝阳上亢的症状，最后导致阴阳两虚，肝、脾、肾三脏由虚入损，逐渐使肾的分清泌浊的功能丧失，脾的运化输布机能衰退，从而使机体的整个气化功能逐渐衰惫，则表现正虚邪实的症状。

本病与肺的关系，不一定表现肺经的症状，如咳嗽，气急等。但是当脾肾阳虚，水湿泛滥时，又兼有外感风邪，使肺气不宣，一方面不能通调水道，下输膀胱，使水肿加重，另一方面则出现肺经症状。也有一部分患者，脾肾阳虚，累及心脏，或水邪凌心，可以出现心肺的症状。

三、临床表现

本病的临床表现与急性肾炎大致相似,但比急性肾炎更为复杂,在不同的病例或相同病例的不同阶段中可以一种症状为主,或以多种症状出现,并常伴有疲乏、贫血、消瘦等慢性病态表现。

慢性肾炎可由急性肾炎演变而来,一般认为急性肾炎持续一年以上仍未痊愈者,就称为慢性肾炎。有的慢性肾炎患者则无急性肾炎病史,当发现有尿液变化时已是慢性;有的病人则因有恶心、呕吐、腹泻、贫血等尿毒症现象而就诊时发现。常见的现象有以下几种。

(一)水肿:慢性肾炎的水肿可有可无,可重可轻。一般说,肾变性型患者因大量蛋白尿的排出,血浆胶体渗透压的迅速下降,而有显著的全身性水肿,并有浆膜腔(胸腔、腹腔等)积液。慢性肾炎的前几年中,水肿可持续存在,随着肾脏病变的发展,后期因肾功能显著减退,蛋白尿减少,水肿也相应不如前期显著,在反复发作的患者中,发作期可产生水肿,间隙期则水肿不明显。

(二)高血压:慢性肾炎常有血压升高现象。早期血压可稍升高,以舒张压为显著,可有波动性。晚期则血压持续升高。因此,临床上可出现头晕、头痛、胸闷、视觉模糊等症状,严重的因心脏负担增加,使心血管发生明显变化,而产生左心室肥大或心力衰竭,甚至出现高血压脑病等并发症。

(三)尿液异常:

1. 血尿:慢性肾炎的血尿也可常见,慢性肾炎早期或急性发作期更为显著。可有肉眼血尿,但多数为显微镜下血尿,晚期因肾脏萎缩可使尿中红细胞减少。

2. 蛋白尿:慢性肾炎患者,早期多出现蛋白尿,尤其以肾变性型为最显著,24小时尿蛋白定量可高达5~10克。晚期因肾功能衰退而蛋白尿减少,但很少有完全消失者。

2. 管型：可出现透明、颗粒性、上皮细胞性、脂肪性等多种管型，晚期肾功能显著减退时，管型与蛋白尿也相应减少。

4. 尿量与比重：慢性肾炎为早期尿量较少，尤以肾变型最为显著，这时因大量蛋白尿而使尿液比重升高。晚期则因肾小管机能也严重损害，可出现大量低比重尿，比重常在 1.008~1.010 左右，尿毒症时尿比重则又减少。

(四) 血液变化：

1. 血象：早期病例除有尿液异常外，一般无明显的变化。晚期病例因血液中非蛋白氮、尿素、肌酐等增加，抑制了骨髓的造血功能，而出现贫血，一般与肾功能的损害时间与程度成正比。贫血严重者，每立方毫米的红细胞可在 200 万之下，血红蛋白可在 6 克% 以下；更严重者，每立方毫米红细胞可在 100 万以下，血红蛋白可在 3 克% 以下。血小板与白细胞等一般无变化。

2. 血液化学变化：慢性肾炎因其类型、病程及肾功能损害情况而有不同的血液变化。隐匿型患者一般无明显的血液变化。肾变型患者因大量蛋白尿，所以血浆总蛋白降低，其中白蛋白显著下降，可导致白蛋白与球蛋白比例倒置，胆固醇与类脂质可显著增高。当蛋白尿逐渐改善后，血液中的低蛋白血症等可逆转。当肾功能显著减退时，由于肾脏排泄功能降低，因而血液中的非蛋白氮、尿酸、肌酐等增加，血钙降低，血钾或血钠则因多种原因，可升高或降低，并可出现酸中毒。

(五) 肾功能减退：血中含氮物质(如非蛋白氮等)的增多，尿液异常等，可说明肾功能减退外，酚红试验、尿素清除率等均呈不同程度的降低。一般可将肾功能分为三期：

1. 正常期：血液变化、尿比重试验、各种清除试验或排泄试验等大致在正常范围。

2. 代偿期：肾功能减退，主要是指肾小管重吸收功能减退，浓缩功能不足，而出现尿比重固定于低而狭的范围内，但血液内无明

显的氮质滞留,临床上有多尿与夜尿等症状。

3. 衰竭期:因肾小球与肾小管的广泛严重损害,而出现血液中的明显氮质滞留。有关肾功能的多种试验均异常,临床上尿毒症前期或尿毒症表现。

四、鉴别诊断

临床上急性肾炎病史、蛋白尿、血尿、水肿、高血压、肾机能减退等典型病症者,诊断并无困难,如过去无肾炎史而仅有一、二症状,既不明显又不典型者,则诊断可能有困难,必须经详细检查观察后方可确诊。难于鉴别者有以下几种情况。

(一)体位性蛋白尿:主要表现为蛋白尿。如有可疑,可嘱病员于临睡前排空小便,早晨醒后卧床排尿,作蛋白测定,应不含蛋白;起床后再作尿蛋白的检查,又出现蛋白尿则为本病。

(二)急性肾炎:与慢性肾炎的急性发作易于混淆,但有肾炎既往史、将久性高血压、左心室肥大、动脉硬化、贫血、固定的低比重尿、肾机能减退等,均有利于慢性肾炎的诊断。

(三)肾盂肾炎:早期以镜下血尿为主要表现时,或晚期出现肾功能不全时,可与慢性肾炎混淆。但肾盂肾炎常有发热、尿痛、尿频、尿急等现象,尿常规常有多量脓细胞排出,细菌培养多数阳性,必要时可作抗菌素治疗试验,肾盂炎常有良好疗效。

(四)原发性高血压:30岁以下、有浮肿史,尿变化出现于明显血压增高以前、肾功能明显损害、贫血等,则倾向于慢性肾炎的诊断。有高血压家族史、血胆固醇增高,血压很高而肾功能及尿变化轻微者,则倾向于原发性高血压的诊断。

(五)肾结核:晚期双侧严重肾结核,尤其经长期链霉素治疗后之萎缩肾,可发生尿毒症,临床上与晚期肾炎不易区别,但病史中有较多血尿发作、脓尿、尿痛、尿频、长期发热、结核病灶等证据。

五、辨证治疗

对慢性肾炎的治疗,全国肾炎座谈会对本病分为正虚与邪实两大类。正虚方面分气阴不足、脾肾阳虚,肝肾阴虚;邪实方面分为水湿浸渍,湿热壅盛,瘀血内阻,共六型。现分述如下:

(一)水湿浸渍型

主证:全身水肿,按之没指,小便短少,身体沉重困倦,胸闷、胃纳欠佳,泛恶,苔白腻,脉沉缓。起病较慢,病程较长。

分析:水湿浸渍肌肤,壅阻不行,以致肌体浮肿不退。水湿内聚,三焦不能疏通水道,膀胱气化不利,所以小便短少。水湿逐渐加重,出路受阻,横溢肌肤,故肿势日甚,按之没指。脾受湿邪困扰,阳气不能舒展,故见身重神倦、胸闷、纳呆、泛恶等症。苔白腻,脉沉缓是湿胜脾虚的征象。湿为粘腻之邪,不易骤化,所以病程较长。

治法:健脾化湿,通阳利水。

方药:五苓散合五皮饮加减:炒白术、茯苓皮、陈皮、桂枝、猪苓、泽泻、生姜皮、大腹皮、川厚朴、生黄芪、生薏米。

(二)湿热壅盛型

主证:遍体浮肿,皮色润泽光亮,胸腹痞闷,烦热口渴,小便短赤,或大便干结,苔黄腻,脉沉数。

分析:水湿之邪,郁而化热,壅阻在肌肤络脉,所以遍身浮肿而润泽光亮。湿热薰蒸,气机升降失常,所以胸腹痞闷。热盛消耗津液,所以烦热口渴,小便短赤。湿热壅盛,所以大便干结,苔黄腻,脉沉数。

治法:清热除湿,利水消肿。

方药:通苓散加减:车前子、木通、茵陈、瞿麦、泽泻、猪苓、茯苓皮、炒白术、川草薢、赤小豆、土茯苓。

(三)瘀血内阻型

主证:下肢或全身水肿,气短喘逆,脘腹胀闷,肋下痞块而疼

痛,舌质紫暗,口唇发绀,脉结代。

分析:气血不足,心气亏虚,心阳不振,是导致产生本型病证的主要原因。气血不足,血脉运行受阻,气化行水之功失权,可引起水肿,甚则气短喘逆。肋下痞块,疼痛,舌紫唇青等均为瘀血之征象。

治法:活血化瘀,补气消肿。

方药:桃红四物汤合圣愈汤加减。桃仁、红花、赤芍、川芎、归尾、黄芪、党参、地龙干、益母草、茯苓皮、土茯苓、生薏米。

(四)脾肾阳虚型

主证:面色皤白,神萎倦怠,形寒肢冷,周身浮肿,尿少,腹水,腹胀纳呆,腰酸膝软,甚则咳逆上气,苔薄白或薄腻,脉沉细,两尺弱。

分析:脾阳气虚,运化失常,水邪浸渍肌肤,故见浮肿、面白、神疲纳呆。肾阳亏虚,水液气化失常,可使浮肿加剧,腰为肾之府,肾虚则腰膝疲软,两尺脉弱,气化失常,故见尿少腹水,寒水射肺,故见咳逆上气。

治法:温阳利水。

方药:济生肾气丸合真武汤加减:附子、肉桂、车前子、白术、茯苓、生姜皮、泽泻、牛膝、葫芦巴、山茱肉、金狗脊、生薏米、川厚朴。

(五)肝肾阴虚型

主证:肋肋满痛,面热潮红,眩晕头痛,失眠,遗精,肢体浮肿,舌质偏红,苔薄,脉弦细。

分析:肝失调达,气滞水停,故见肋肋满痛,肢体浮肿;肝肾阴虚,水不涵木,故见面热潮红,失眠,遗精;舌红,脉弦细亦为肝肾阴虚之征象。

治法:养阴补肾,平肝潜阳。

方药:枸菊地黄丸加减:生地黄、淮山药、山茱肉、枸杞子、甘菊花、牡丹皮、茯苓、光泽泻、生白芍、车前子、炒龟板、川石斛。

六、气阴不足型

主证：脸白欠华，神疲乏力，脸身浮肿，腰膝酸软，四肢欠温，口干舌燥，舌红少苔，脉沉细。

分析：阴伤气耗，气不化水，故见身脸浮肿，神疲乏力，四肢欠温；阴液亏虚，气不化津，故见口干舌燥，舌红少苔，脉沉细。

治法：养阴补气。

方药：六味地黄丸合四君子汤加减：生地黄、山茱肉、淮山药、光泽泻、白茯苓、车前子、太子参、炒白术、粉甘草、生黄芪、黄精、枸杞子。

参考文献

1. 上海中医学院主编，内科学，上海人民出版社出版，：73～76；216～221，1975，5。
2. 黄文东等，中医内科学，厦门大学海外函授学院教材，：258～263，1982，12。

中西医结合治疗椎动脉型颈椎病

吕俊忠 洪玉丽 洪天吉

颈椎病是由于颈椎间盘组织退变及其产生的继发性改变刺激或压迫周围组织,从而引起一系列临床症状的疾病。该病最近 20 多年来才逐渐得到进一步的认识。根据其临床表现分为颈型、神经根型、脊髓型、椎动脉型、交感型及其它型。从 1985 年 1 月至 1989 年 12 月我们对椎动脉型颈椎病 60 例,采用中西医结合方法治疗,近期效果满意,并进行了 3~7 年的随访,未见复发。现报道如下:

1. 临床资料

1. 一般资料 60 例中,男 40 例,女 20 例,年龄 30~40 岁 2 例(3.3%),40~50 岁 5 例(8.3%),50~60 岁 33 例(55%),60~70 岁 16 例(26.6%),70~80 岁 4 例(6.6%),平均年龄 56.3 岁。其中教师和科研人员 58 人,面包师 2 人,均为长期伏案工作者。伏案时间平均每天 4~12 小时,以 7~8 小时居多。

2. 诊断标准 根据 1984 年 5 月桂林全国颈椎病专题座谈会制定的诊断标准(试行方案),本组均符合下列几项:①有 1 至数次颈性眩晕或猝倒发作史;②旋颈试验阳性;③均可排除耳源性和眼源性眩晕;④可除外神经官能症、颅内肿瘤;⑤X 线片显示椎间关节失稳或钩椎关节骨质增生,部分并有颈椎生理曲度变直,椎体前后缘增生等改变。

2. 治疗方法

1. 西药治疗 ①植物神经调节药：“谷维素片 30~40mg 每日 3 次。②血管扩张剂：陪它啉片 4mg 每日 3 次。磷酸川芎嗪注射液 50mg 肌注每日 1 次，重者可用 100mg 加低分子右旋醣酐 250~500ml 静滴，14 天为一疗程。③改善脑细胞代谢药物：胞二磷胆碱 0.25~0.5g 肌注，每日 1 次，14 天为 1 疗程。

2. 中医辨证治疗 中医学对本病治疗，一般可分为肾阴亏虚型，肝阳上亢型、瘀血内阻型以及痰湿阻络型四个证型。临床中以肾阴亏虚型最常见，可用枸杞地黄丸加蔓荆子、川芎等治疗；肝阳上亢型选用天麻钩屯饮加龙胆草、夏枯草等治疗；瘀血内阻型应用通窍活血汤加细辛，地龙等治疗；痰湿阻络型可用半夏白术天麻丸加减治疗。14 天为 1 疗程，并每天配合颈部推拿按摩。

3. 治疗结果

治疗 1 程后，眩晕消失者 40 例，占 66.7%；眩晕明显减轻者 12 例，占 20%；眩晕减轻后又再复发者 8 例，占 13.3%；减轻及复发者经第 2、3 疗程后均治愈，疗程间隔为 7 天。所有病例经 3~7 年随访，均未见复发。

4. 讨论

1. 椎动脉型颈椎病主要是由于椎间盘退化，椎间隙变窄，失稳，使椎动脉相对变长迂曲；及因骨赘形成，压迫椎动脉，从而出现椎一基底动脉供血不足的症状。中老年人动脉硬化，弹性减弱，加上椎动脉孔纤维化，使其更容易受压、扭曲、变形。此外椎动脉表面分布着大量交感神经纤维，受刺激时也可使动脉痉挛缺血。我们采用中西医结合办法治疗该型颈椎病，取得满意效果。西药方面谷维素有良好的调节植物神经功能，陪它啉是强有力的脑血管扩张剂，

川芎嗪注射液可抗血小板凝集,扩张小动脉及改善微循环,胞二磷胆碱可参与改善脑细胞代谢,促进脑细胞功能的恢复。

2. 中医认为本病病因多为肝肾阴虚,气血不足,瘀血内阻所致,治疗当补肾益气,活血通络。肾主骨,肾水不足即不能滋养骨髓。骨髓空虚,就会出现头晕目眩,脉络不通致使头晕手麻等证的发生。所以采用中药并配合推拿按摩,更能舒筋活络,缓肌肉痉挛,纠正颈椎间的轻度移位,从而减轻椎动脉受压,以改善脑缺血。

3. 本组发病年龄以50~60岁为高峰,占55%,60~70岁次之,70岁以上较少,其原因可能是随年龄增长颈椎趋于稳定和侧枝循环逐渐建立,使脑循环得到改善。此外本组均为长期伏案工作者,平时又缺少体育锻炼,颈肌相对软弱,容易产生颈部累积性劳损,促进椎间盘退变,骨赘形成,导致颈椎病的发生。

4. 笔者认为,要巩固疗效及预防复发,应教会病人做好自我保健。伏案工作者要定时做颈部按摩及旋转活动,特别是凤池、肩井、大椎、百会等穴位按摩,以放松肌肉,减轻椎间盘压力。同时注意防止颈部外伤。

冬春季节要避免颈部受凉,尤其是睡眠时要注意颈部保暖。枕头高度要适中,松软适宜,预防落枕。配合中药食物疗法有良好效果。方用枸杞子10g,胡桃肉15g,抚川芎10g,生白芍10g,淮山药15g,黄精15g,川石斛10g等补肾填精药物,炖猪腰或猪脑内服,每周1~2次。

[原载《中西医结合临床杂志》1993,(3):30]

甲状腺良性肿瘤的中医证治

一、概述

甲状腺肿瘤可分良性和恶性两类。前者包括腺瘤与囊肿,后者为各种类型的甲状腺癌。本文主要讨论甲状腺良性肿瘤的中医证治。

祖国医学对本病的记述散见于有关瘰病的论著之中。瘰病是由于情志内伤、饮食水土失宜,以致气滞、痰凝、血瘀壅结颈前所引起,以颈前喉结两旁结块肿大为主要特征。早在公元前三世纪,我国已有瘰病的记载。战国时期的《庄子·德充符》即有“瘰”的病名。《肘后方》首先用昆布、海藻治疗瘰病。《诸病源候论·瘰候》指出“瘰者由忧恚结所生,亦曰饮沙水,沙随气入于脉,搏颈下而成之”。《千金要方》及《外台秘要》记载了数十个治疗瘰病的方剂,其中常用到海藻、昆布、羊靛、鹿靛等药,表明此时对含碘药物及用甲状腺作脏器疗法已有相当认识。《三因极一病证方论·瘰瘤证治》指出本病的分类法:“坚硬不可移者,名石瘰;皮色不变,即名肉瘤;筋脉露结者,名筋瘰;赤脉交错者,名血瘰;随忧愁消长者,名气瘰。”《儒门事亲·瘰》谓:“海带、海藻、昆布三味,皆海中之物,但得二味,投之水瓮中,常食亦可消矣”,作为防治瘰病的方法。《本草纲目》明确指出黄药子有“凉血降火,消瘰解毒”之功效,用黄药子酒可治疗瘰病的记载。《外科正宗·瘰瘤论》提出瘰病的主要病理是气、痰、瘀结的观点,采用的主要治法是“行散气血”、“行痰顺气”、“活血消坚”,该书所载的海藻玉壶汤等方,至今仍为临床所用。

二、临床表现

本病好发于甲状腺功能活动旺盛时期,即青壮年时期。40岁以上者发病率可逐渐下降。初发症状多数为颈前肿块。肿块一般如指头或桂圆大小,其硬度与橡胶相近,也有稍软而具囊性者。肿物依附于甲状腺左右侧叶生长,表面光滑,边界清楚,与皮肤很少粘连,可随吞咽而上下活动。肿物生长缓慢,除少数人因颈前部微痛或有压迫感而发现甲状腺区有局限性单发结节外,多数病人的颈部肿物常有别人所发现。也有肿瘤突然增大、变硬、伴有胀痛者,大多为腺瘤出血所致。数日之内,肿瘤可自行缩小,这种现象多为血液被吸收使然。

部分患者可合并甲状腺功能亢进,可兼见消瘦、性情急躁、心慌、出汗等症状。腺瘤的癌变率约为10%。若肿瘤呈持续性加速增大,则须提防其恶变。

三、病因病机

1. 情志内伤:由于长期忿郁恼怒或忧思郁虑,使气要阻滞,肝气失于条达。津液的正常循行及输布,均有赖于气的统率。气机郁滞,则津液易于凝聚成痰,气滞痰凝,壅结颈前,则形成瘰病。痰气凝滞日久,使血液运行受阻,而产生气滞血淤。正如《济生方·瘰瘤论治》说:“夫瘤者,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,为瘰为瘤。”

2. 水土失宜:饮食失调,或久居高山地区,水上失宜,一则影响脾胃功能,使脾失健运,不能运化水湿,聚而生痰;二则影响气血的正常运行,痰气瘀结颈前则发病为瘰。《杂病源流犀烛·颈项病源流》说:“西北方依山聚涧之民,食溪谷之水,受冷毒之气,其间妇女,往往生结囊如瘰。”说明瘰病的发生与水土因素有密切关系。

3. 体质因素：妇女的经、孕、产、乳等生理特点与肝经气血有密关系，遇有情志、饮食等致病因素，常引起气郁痰结、气滞血瘀及肝郁化火等病理变化，故女性易患瘰病。此外，素体阴虚患者，痰气郁滞之后易于化火，灼耗阴津，阴越伤而火越炽，形成恶性循环。

四、现代诊断要点

1. 在甲状腺区出现局限性肿块，该肿块如果不属于甲状腺的均匀肿大，即可考虑本病。

2. 同位素碘扫描：良性肿瘤多数为“温结节”，腺瘤出血时表现为“冷结节。”（注：吸¹³¹碘功能高于附近正常甲状腺组织的结节或肿块，称为“热结节”；接近正常甲状腺组织的结节，称为“温结节”；低于正常甲状腺组织的结节，称为“冷结节”。）

3. 超声波探测：根据波形，可以鉴别甲状腺肿物的物理特性，如实质性、囊性等。

4. X线摄片检查：摄取颈部正侧位片，仔细观察气管受挤压的情况，可以鉴别甲状腺肿瘤的位置、大小和形态。有肿瘤史的患者，于肿瘤部位可见钙化斑块。

5. 组织学检查：甲状腺腺瘤是一个球形肿物，表面有完整的包膜包裹，瘤组织向周围呈膨胀性压迫性生长，一般系单发。瘤细胞分化好，间变不明显，细胞形态和组织结构接近其母组织。

五、鉴别诊断

1. 瘰疬：瘰病与瘰疬两者都在颈部有肿块出现，需要加以鉴别。鉴别的要点：一是患病的具体部位；二是肿块的性状。瘰病的肿块在颈部正前方，肿块一般较大；而瘰疬的患病部位是在颈项的两侧，或在耳前后，连及颌颌，且其肿块一般较小，每个约胡豆大，个数多少不等，甚至累累如贯珠。

2. 消渴：瘰病中的瘰气，常表现多食易饥的症状，应注意和消

渴病相鉴别。消渴病以多饮、多食、多尿为主要临床表现，三消的症状常同时并见，尿中常有甜味，而颈部无瘰肿。瘰病虽有多食易饥，类似中消，但较少同时合并多饮、多尿，而颈部有瘰肿为主要特征，且伴有比较明显的烦热、心悸、急躁易怒、眼突、脉数等症。

六、辨证治疗

(一)气郁痰阻型

主症：颈前正中肿大，质软不痛，颈部觉胀，胸闷善太息，或有胸胁窜痛，病情的波动常与情志因素有关，苔薄白，脉弦。

病机：忧思郁怒，情志内伤，肝气郁滞，痰浊壅阻颈部。

治法：理气舒郁，化痰消瘰。

方药：四海舒郁丸加减。方中有青木香、陈皮疏肝理气；昆布、海带、海藻、海螵蛸、海蛤壳化痰软坚，消瘰散结。如情志郁结，胸胁闷痛者加郁金、柴胡、香附、枳壳；痰气互结，触有结块者，加丹参、莪术、三棱、王不留行以活血化瘀；声音嘶哑者，加木蝴蝶、川射干、马勃、牛蒡子、石仙桃以利咽消肿。

(二)痰结血瘀型

主症：颈前出现肿块，按之较硬，或有结节，肿块经久未消，胸闷，纳差，苔薄白或白腻，舌质紫暗，脉弦涩。

病机：气机郁滞，津凝成痰，痰气交阻，日久则血行不畅，血脉瘀阻，致气、痰、瘀壅结颈前。

治法：理气活血，化痰消瘰。

方药：海藻玉壶汤加减。本方以海藻、海带、昆布化痰软坚，消瘰散结；青皮、陈皮、半夏、贝母、连翘、甘草理气化痰散结；当归、川芎养血活血，共奏理气活血、化瘀消瘰之功。若郁久化火而见烦热者，加夏枯草、元参、丹皮以泻火散结；胸闷发憋者，加郁金、石菖蒲、瓜蒌实开郁散结；结块坚硬者，加黄药子、三棱、莪术、丹参等以增强活血软坚、消瘰散结的作用；肿块坚硬且移动性减少，甚至不

可移动者,除加上述四药外,可配加蜂房、山慈姑、蛇莓、天葵子、半枝莲、肿节风等;气虚纳差者,可加党参、黄芪、白术、茯苓、淮山药以健脾益气。

(三)肝火旺盛型

主症:颈前轻度或中度肿大,一般柔软、光滑,烦热,易出汗,性情急躁易怒,眼球突出,手指颤抖,面部烘热,口苦,舌质红,苔薄黄,脉弦数。

病机:痰气壅结,气郁化火。

治法:清肝泄火,理气消痰。

方药:栀子清肝汤合藻药散加减。栀子清肝汤中,以柴胡、芍药疏肝解郁清热;茯苓、甘草、当归、川芎健脾养血活血;栀子、丹皮清泄肝火;配合牛蒡子散热利咽消肿。藻药散以海藻、黄药子消瘰散结,黄药子且有凉血降火作用。若肝火亢盛,烦躁易怒,脉弦数者,加夏枯草、龙胆草以清肝泻火;风阳内盛,手指颤抖者,加石决明、双钩藤、白蒺藜、牡蛎以平肝熄风;胃热内盛而见食易饥者,加石膏、知母以清泄胃热。

(四)心肝阴虚型

主症:瘰肿或大或小、质软,起病较慢,心悸不宁,心烦少寐,易出汗,手指颤动,眼干,目眩,倦怠乏力,舌质红,舌体颤动,脉细数。

病机:火郁伤阴,心阴亏虚,心失所养;肝阴亏虚,虚风内动。

治法:滋养阴精,宁心柔肝。

方药:天王补心丹加减。方中以生地、元参、麦冬、天冬养阴清热;人参、茯苓、五味子、当归益气生血;丹参、酸枣仁、柏子仁、远志养心安神。若肝阴亏虚,肝经不和而见胁痛者,可用一贯煎养肝疏肝;如虚风内动,手指及舌体颤抖者,加钩藤、白蒺藜、白芍平肝熄风;脾胃运化失常致大便溏薄,次数增加者,加炒白术、炒薏米、苏芡实、炒麦芽以健运脾胃;肾阴亏虚而见耳鸣,腰酸膝软者,酌加龟板、桑寄生、牛膝、菟丝子滋补肝肾;久病正气亏耗,精血不足而见

体瘦乏力,妇女月经量少或闭经,男子阳萎者,可酌加黄芪、山茶萸、熟地、枸杞子、何首乌等补益气血,滋养肾精。

七、其他疗法

(一)单方

1. 海带、昆布、海藻任选一、二种,每种30~60克,每日一剂,水煎内服。

2. 猪鬃、羊鬃或牛鬃;焙干研粉,每日服0.1~0.2克。

3. 黄药子,每日9~12克,水煎服或泡酒服。治瘰疬或瘰气。

(二)经方

1. 《千金要方》以海藻、龙胆草、海蛤壳、通草、昆布、白矾、松萐、麦曲、半夏等治疗石瘰、气瘰、劳瘰、土瘰、忧瘰等。

2. 《太平圣惠方》:神效方(海带、海藻、昆布)治瘰气经久不消。

3. 《儒门事亲》化瘰丹(海带、海藻、海蛤、昆布、泽泻、连翘、猪鬃。)

4. 《卫生宝鉴》海带丸(海带、川贝、青皮、陈皮)。

5. 《证治准绳》守瘰丸(海藻、昆布、通草、杏仁、射干、牛蒡子、诃子)。

6. 《外科正宗》活血散瘰汤(白芍、当归、红花、丹皮、川芎、熟地、人参、茯苓、半夏、青皮、陈皮、木香、肉桂、昆布、甘草)。

[原载《中医海外教学》中医版1993年(增刊):20-23。]

参考文献

1. 上海第二医院编,内科手册:801~802,1981,4。
2. 黄文东总审,实用中医内科学,上海科学技术出版社出版,493~497,1985,6。

心律失常的中医诊治

一、概述

1. 心律失常属于中医的“心悸”，“怔忡”的范畴。常见症状：心悸、气短、胸闷、肢冷、血压下降、厥脱，甚则心跳骤停。西医之各种原因引起的心律失常，如窦性心动过速，窦性心动过缓，过早搏动，心房颤动与扑动，房室传导阻滞，束支传导阻滞，病态窦房结综合征，预激综合征等。

2. 中西药治疗的比较：

①西药：如异搏定，乙胺碘呋酮。不利因素：停药经常反跳，疗程长，根治效率差。

②中药治疗特点：a. 疗效持久，部分可根治；b 疗程短，数日或数周即可；c. 适应性广，辨证用药针对性强。

3. 中医对心的认识：

①心主血：血为阴，气为阳，心气足才能推动血脉的运行。

②心藏神：藏则安，失藏则乱，乱则脱。

③五(脏)藏与心的关系：肝郁可导致心气郁滞；心神不安可导致心气不宁；脾气虚则心失滋养；肺气不足可导致心气的布达……；肾水不足可导致心火旺盛。

④邪气犯心：常见有一火、寒、痰、瘀、气滞。火则通心，寒则遏心，痰瘀气滞则阻心络而致心气逆乱。

⑤用药特点

凡用阳药，风药有增快心率作用：如麻黄、附子、细辛、桂枝、荆

芥、防风。

凡用重镇、收敛、养阴药有减慢心率作用如朱砂、磁石、阿胶、地黄、五味子。

二、辨证施治：

1. 寒阻心脉型：

主证：畏寒、胸闷、肢冷，静则加剧，动则好转，舌淡苔滑，脉沉缓而结代。

病机：寒为阴邪，寒性凝闭，心阳失常，则见脉来迟缓且不齐。

治法：辛温宣达，温阳通络。

主方：麻黄附子细辛汤：桂枝 8 克，白芍 12 克，干姜 8 克，附子 6 克，大枣五粒，麻黄 6 克，细辛 6 克，炙草 4 克。

加减：久寒加吴茱萸，生姜；肾阳虚加补骨脂、仙灵脾、肉桂、菟丝子。

例一：陈××，男，60 岁，教师。

初诊：1979 年 2 月 15 日。因半年前感受风寒，发热恶寒，后继发心跳不规则，每日下午频频发作，并感胸闷憋气。舌质淡，苔薄白，脉细，结代。

西医检查：心律不齐，心率 65 次/分，早搏 10 次/分，胆固醇 250mg/ml，三脂 140mg/ml，心电图检查提示频发性室性早搏。

西医诊断：心律失常（室性早搏）

中医辨证：寒阻心脉，心阳不能宣达。

治法：温经通脉，宣透阳气。

方药：麻黄附子细辛汤加味。处方：麻黄 6 克，细辛 6 克，制附片 10 克（先煎），仙灵脾 15 克，补骨脂 10 克，菟丝子 10 克，五味 5 克。

复诊：2 月 28 日。上方服 6 剂后心率 80 次/分，心律不齐消失。舌质淡红，脉细，结代消失原方加通草 8 克，再服六剂而病愈。

2. 热结心气型：

主证：心烦、口苦、多梦、手足心热、易怒、舌质红、苔黄、脉滑数而促。

病机：内热灼耗心阴，阴虚火旺。

治法：开达郁热，苦寒泄火。

方药：葛根芩连汤加减；葛根、黄芩、黄连、炙甘草。

加减：阴亏——加麦冬、生地、元参；火旺加栀子、人参叶、龙胆草；胸闷——加广郁金、枇杷叶、桔梗。

例二：郭××，男，18岁，中学生。

初诊：1982年11月2日，心跳过快已二个月。自感心悸，气短，憋气，经服用西药“异搏定10mg”，可控制发作，停药又发作。同时出现心苦心烦，多梦，手足心热，舌质红，脉象促而数滑。

西医检查：甲状腺无肿大，心律齐，心率120次/分，无杂音。心电图检查提示窦性心动过速。血沉检查正常。

西医诊断：窦性心动过速。

辨证：心液亏耗，热壅心脉。

治法：清心泄火，滋养心脉。

方药：葛根芩连汤加减。处方：葛根20克，黄连6克，黄芩9克，麦冬12克，黄精15克，莲子心6克，炙草9克，太子参10克，五味子6克。

复诊：11月10日，上方服三剂后，心烦，多梦消失，舌质淡红，脉数滑。上方加生地黄15克，元参12克，继续治疗半个月而收功。不必再服异搏定，心率90次/分。

3. 风热陷络型：

主证：流涕、咽痛、寒热，继则胸闷，心悸、气短、脉数而结代，舌质红，苔薄白。

病机：心气不足，风热乘虚陷入心络。

治法：宣络泄热，疏风散邪。

方药：加減升降散：僵蚕 10 克，蝉衣 8 克，姜黄 6 克，旋覆花 10 克，淡豆豉 10 克，桔梗 7 克，枳壳 6 克，青葱管 7 寸。

热留心包者——可用安宫牛黄丸或抗热牛黄散。

例三：郑××，女，18 岁，学生。

初诊：1980 年 3 月 17 日。患者于半月前感冒伴恶寒发热，咽痛，此后自感到心悸、气短、四肢乏力、舌质紫暗、苔薄黄、脉细弱而结代。

西医检查：口唇略紫，精神差，气急促，心律不齐，心尖心音低钝，心率 118 次/分，早搏 10 次/分，心电图检查，频发性室性早搏，胸前导联 T 皮低平，血沉 40mm/h。

西医诊断：病毒性心肌炎。

中医辨证：气机郁滞，热陷心络。

治法：理气解郁，透热宣络。

方药：广郁金 12 克，枇杷叶 10 克，金蝉衣 8 克，僵蚕 9 克，旋覆花 10 克（布包），连翘心 10 克，牛蒡子 10 克，苦桔梗 6 克，炒枳壳 8 克，青葱管 3 根。每日一剂，每剂分三次服。服三剂后，苔黄渐退，脉搏 90 次/分，早搏 4—5 次/分。再服三剂后，心率 80 次/分，早搏偶见，心电图检查提示正常心电图。后用生脉散加郁金，藕节调理善后而收功。

4. 热伤心气型：

主症：心悸、气促、低热、自汗、口干唇燥，时时欲呕，舌嫩苔燥，脉细数。

病机：热病之后，余热扰胸，伤津耗气。

治法：益心气，清余热。

方药：竹叶石膏汤加減：竹叶 10 克，生石膏 24 克，麦门冬 15 克，西洋参 6 克（另煎），半夏 10 克，粳米 15 克，甘草 6 克，龙牡各 20 克（先煎）

加減：低热——加银柴胡、青蒿、地骨皮；阴虚——加生地，黑

元参、二冬；气虚——加太子参、黄芪。

例四：谢××，女，47岁，教师。

初诊：1982年4月10日。患者一个月前因子宫颈肿瘤手术，出院后一周，自感口干舌燥，喜饮，气逆欲呕，心悸不安，自汗盗汗，精神困倦，气急促，皮肤红疹作痒，少许活动心悸难受，舌红而干，苔燥黄，脉数而无力。

西医检查，心律齐，活动时心率160次/分，无杂音，安静时心率110次/分，心电图提示窦性心动过速。

西医诊断：窦性心动过速。

中医辨证：余热未清，热伤心气，气阴两虚。

治法：清泄余热，益气养阴。

方药：竹叶石膏汤加减。处方：淡竹叶6克，西洋参3克（另炖），生石膏12克，麦冬12克，法半夏6克，龙牡各21克（先煎），竹茹6克，青蒿6克，地骨皮9克，银柴胡15克，黄精15克，浮小麦30克。服三剂后，心悸汗出减轻，上方加川石斛15克，炒二芽各9克，再服三剂上症大减；第三次复诊上方加天花粉15克，川石斛15克，太子参20克。连服10剂而痊愈。

5. 痰瘀阻络型：

主症：间断性心悸、胸闷、心烦、痰多、舌暗红、苔厚腻、脉弦滑而结。

病机：肝气郁结，心气失疏，痰浊内阻，气滞血瘀。

治法：解郁消痰，化痰散结。

方药：越鞠丸合三子养亲汤加减：苍术、香附、川芎、神曲、槐子、白芥子、苏子、莱菔子。

加减：解郁—加旋覆花、郁金；清火—苦参；化痰—加失笑散；涤痰—加冬瓜子。

例五：吴××，女，50岁，教师。

初诊：1985年2月20日。患者自感心跳不规则已半年，夜间

频繁出现心悸怔忡,入睡前自感到5~10次心跳即有一次停搏,自感到胸闷,心烦,痰多,舌质暗红,口唇青紫,左脉弦滑而结,右脉虚细而结。

西医检查:口唇青紫,心律不齐,心率80次/分,早搏5~6次/分,心电图提示:室性早搏。胆固醇250mg/ml,三脂140mg/ml。

西医诊断:室性早搏。

中医辨证:痰浊气滞,瘀阻心脉。

治法:理气化痰,散结消瘀。

方药:越鞠丸合三子养亲汤加减。处方:苏子10克,白芥子8克,炒莱菔子15克,冬瓜子15克,广郁金12克,枇杷叶12克,旋覆花(布包)12克,蒲黄10克,五灵脂10克,香附10克,川芎8克,生栀子9克,神曲12克。服6剂后,心动悸明显减轻,偶发早搏。前方加丹参12克,姜黄6克。治疗一个月,脉律整,心电图正常,自觉症状消失。

6. 惊恐扰心型:

主症:惊狂不安,心动悸,头昏眼花,口干喜饮,烦躁易愁,舌红苔少而干,脉弦细而结代。

病机:受惊扰乱神明,神失所守,心失所安。

治法:重镇安神,养心宁悸。

方药:磁珠丸加味。处方:磁石24克,朱砂1克(泡冲),紫石英30克,龙牡各20克,柏子仁10克,茯神15克,酸枣仁20克,麦门冬12克,五味子6克,太子参15克,生地黄15克。

例六:尹××,男,59岁,干部。

初诊:1986年5月14日。半月前因坐车,途中发生车祸而受惊,嗣后自感到心惊不宁,心前区疼痛持续不止,舌红少津,脉象沉细而结代。

西医检查:心律不齐,心率88次/分,无杂音,早搏5~10次/分,心电图提示频发性室性早搏,部分呈二联律。

西医诊断:心律紊乱(室性早搏)

中医辨证:惊恐扰心,心气逆乱。

治法:重镇安神而定志。

方药:磁朱丸加味。处方:朱砂 1.5 克(冲),灵磁石 30 克(先煎),生龙牡各 30 克(先煎),京丹参 12 克,酸枣仁 15 克,柏子仁 10 克,茯神 15 克,远志肉 6 克,麦门冬 12 克,苦参 12 克,甘草 9 克。服三剂后心悸明显减轻,再服三剂夜寐较佳,心电图检查提示偶发室性早搏。上方加太子参再服六剂巩固疗效。

7. 虚热扰心型:

主症:五心潮热,心悸不宁,心烦易怒,少寐,舌红少苔,脉细数。

病机:虚火扰心,心气不宁。

治法:清虚火而镇浮越,敛心神。

方药:酸枣仁汤合磁珠丸加减:酸枣仁 15 克,知母 10 克,川芎 3 克,茯神 15 克,龙牡各 30 克,磁石 20 克,朱砂 1 克,柏子仁 12 克,麦冬 10 克,黄连 6 克,神曲 10 克(另包冲服)。

例七:唐××,男,38 岁,教师。

初诊:1992 年 4 月 12 日初诊。患者因半年来工作紧张,不寐心悸日渐加剧,自感心烦易怒,烦躁不安,口干喜饮,手心发热,头痛头昏,舌嫩红,苔少,脉细数。

西医检查:甲状腺无肿大,心律齐,心率 100 次/分,心电图提示:窦性心动过速。血糖 80mg/ml。

西医诊断:窦性心动过速。

中医辨证:肝肾阴虚,心脉失养,虚火内动。

治法:滋补肝肾,养心安神。

方药:酸枣仁汤加减。处方:酸枣仁 15 克,盐知母 10 克,莲子心 6 克,川芎 10 克,京丹参 12 克,枸杞子 15 克,真珠母 30 克,二地各 12 克,炒鳖甲 15 克,茯神 15 克,柏子仁 10 克,夜交藤 15 克,

双钩藤 15 克,紫石英 30 克。服 6 剂后心动悸、头痛、头昏明显减轻。再服六剂而痊愈,心电图提示正常心电图。

8. 虚实夹杂型:

主症:心动悸,心痛彻背,心烦气短,胸闷乏力,痰多而稠,口舌生疮,舌质红而暗紫,脉细涩而结。

病机:心气虚,又痰热瘀阻气机,而致气滞心络。

治法:补心气,清痰热,化瘀通络。

方药:十味温胆汤:陈皮 8 克,半夏 12 克,白茯苓 12 克;甘草 4 克,炒枳实 10 克,竹茹 10 克,川黄连 6 克,远志肉 6 克,石菖蒲 6 克,洋参 6 克(另煎)。

加减:痰多加瓜蒌,薤白;瘀血——加三七,京丹参。

例八:吕××,女,42 岁,教师。

初诊:患者于一周前夜间 1 点钟自觉心前区闷痛,呈针刺样,疼痛向左手臂放射,自感心悸怔忡,自汗出,口干喜饮,痰黄而稠,口舌生疮,舌红嫩,舌下静脉瘀,脉细涩而结。

西医检查:BP140/90mmHg 心律不齐,心率 84 次/分,心电图检查提示:窦性心律不齐,胸前导联 V₁V₂V₃V₄T 波倒置。偶发室性早搏。

西医诊断:心肌劳损。

中医辨证:心气不足,痰涎阻遏,心脉瘀阻。

治法:益气养心,化痰宣络。

方药:十味温胆汤加减。处方:陈皮 6 克,半夏 12 克,竹茹 10 克,甘草 4 克,炒枳实 10 克,茯神 15 克,川黄连 6 克,瓜蒌 12 克,薤白 9 克,降香 6 克,京丹参 12 克,三七粉 3 克(冲),西洋参 6 克(另炖),麦门冬 10 克。服六剂后,诸症减轻,自汗已愈。上方去瓜蒌,薤白,加黄精,五味子,再服 6 剂,心电图复查提示正常心律;波基本恢复正常。再服 6 剂诸证消失。

胃与十二指肠溃疡病中医证治

溃疡病旧称“消化性溃疡”，是常见病之一，多见于青壮年，病程迁延，且往往反复发作。临床上常有周期性、节律性疼痛，伴见反酸、嗝气、呕吐等症状。本病的好发部位为胃和十二指肠球部，常为单个性，但也可有多个溃疡。胃与十二指肠球部溃疡同时存在时，称复合性溃疡。

一、病因病理

溃疡病的病因及发病原理至今尚未明了。一般认为反复的精神刺激或长期的精神过度紧张，造成大脑皮层机能失调，或饮食不节，饥饱失常和过食刺激性的食物等，除直接损伤胃肠粘膜外，也作用于中枢神经系统，引起调节机能紊乱，致胃和十二指肠壁的血管痉挛、胃肠异常收缩、胃液分泌失常、胃酸过多、侵蚀粘膜；同时又因胃肠壁血管痉挛，局部营养障碍，粘液分泌减少，保护粘膜的作用低下，从而逐渐形成胃或十二指肠的溃疡。其周围组织有炎症渗出物、水肿、充血、致局部张力增大，压迫末梢神经而引起上腹疼痛。

溃疡病多发生在胃小弯，幽门部和十二指肠部，溃疡深浅不一，早期只达粘膜下层，久之可深达肌层，甚则达浆膜层而引起穿孔。若溃疡腐蚀了较大血管可引起大量出血。胃粘膜与纤维组织的再生，溃疡可以愈合。若瘢痕的收缩可使胃及十二指肠球部变形，常后遗幽门狭窄或梗阻，见上腹部胀闷或痛、呕吐等症。

二、中医病机

溃疡病的病位虽在胃,而中医学认为与肝、脾有密切的关系。胃主受纳,腐熟水谷,以和降为顺,脾主饮食精微的运化转输,以上升为常。二者同为后天之本,仓廪之官,在生理上相互配合,在病理上亦相互影响,如劳倦内伤饥饱无常,每多脾胃同病。肝属木,为刚脏,喜条达,主疏泄,肝气横逆,木旺乘土;或中上壅滞,木郁不达;或肝火亢炽,迫灼胃阴,或肝血瘀阻,则胃失滋荣。故胃病亦多关乎肝。根据以上认识,本病大致可归纳以下几点:

(一)郁怒伤肝,肝气犯胃:忧思恼怒,情怀不畅,肝郁气滞,疏泄失联,横逆犯胃,气血壅而不行,不通则痛。

(二)饮食不节,损伤脾胃:暴饮暴食,饥饱无常,或过食生冷、辛辣之品,最易损伤脾胃之气,因寒作痛,亦皆临床常见之。

(三)禀赋不足,脾胃虚弱:素体脾胃虚弱,或劳倦内伤或久病不愈,延伤脾胃,或用药不当,皆可损伤脾胃。

三、临床表现

(一)症状:溃疡病以上腹部疼痛为主症,痛的性质不一,如钝痛、胀闷而痛、灼热样疼痛、饥饿样疼痛,甚则刺痛,绞痛难忍。疼痛呈节律性之特点,胃溃疡多在进食后半小时到一小时左右发生疼痛,持续1—2小时后才逐渐缓解,下次进食后,又可重复出现;十二指肠溃疡多在食后2~4小时发作。呈空腹痛或饥饿样疼痛,进食后则疼痛缓解。疼痛的部位,胃溃疡多在上腹正中或稍偏左;十二指肠溃多在上腹稍偏右,后壁溃疡可放射到脊柱两旁相应的部位,前壁溃疡可放射到同侧胸骨附近。少数不典型的溃疡病,平时并没有上腹部疼痛的症状,直至其溃疡出血,呈现呕血,黑粪,甚至穿孔时才被发现。

溃疡病除上腹部疼痛外,还常可兼有消化系统和全身症状。

(二) 体征: 溃疡病的体征, 一般不明显, 仅在上腹有轻度压痛。腹壁一般柔软, 如溃疡底接近腹壁层时, 可有深压痛或伴有局部的腹肌轻度强直感。有的患者在背部 7~12 胸柱两旁有压痛点。

(三) 实验室检查:

1. 胃分泌功能检查: 目前好的方法是测定每小时基础胃酸分泌量(BA₀)和每小时胃酸分泌最大量(MA₀), 每小时胃酸分泌最大量(MAO)再算出 BA₀/MA₀ 的比例。我国正常人 BA₀ 为 4.49 ± 3.19mEq/时; MA₀(用双磷酸组织胺 0.04mg/kg, 肌注。最好用戊胃泌素 6ug/kg, 皮下注射)为 16.68 ± 6.84mEq/时。一般胃炎和胃溃疡大致与正常人相近; 而萎缩性胃炎的数值较低。十二指肠球部溃疡的数值较高; 胃泌素瘤的数值最高。正常 BA₀/MA₀ 约为 0.2, 十二指肠球部溃疡在 0.4 左右, 而胃泌素瘤大多 > 0.6。

2. X 线钡餐检查: 胃部良性溃疡的主要 X 线表现为一个四壁光滑、整齐的龛影, 周围粘膜呈放射状纠集征象。龛影的切面观常可见到“项圈征”、“狭颈征”和 Hampton 氏线。胃窦、胃底、贲门区的小溃疡易漏诊, 应注意检查。十二指肠球部溃疡, 大多表现为间接的 X 线征象, 即球部激惹, 畸形(可呈山字形、花叶形、不规则切迹等形态)、压痛、幽门痉挛等。少数可见到点状龛影及周围粘膜纹向龛影集中的表现。

3. 纤维胃镜检查: 内窥镜下所见胃溃疡的形态多为圆形或椭圆形, 有的呈不规则形, 少数为多个性。通过胃镜检查, 可以区分溃疡属活动期、愈合期或疤痕期。通过形态观察、活组织及细胞学检查可区别良性或恶性溃疡。十二指肠以球部前壁最多见, 其次为后壁、小弯及大弯侧。内窥镜所见之溃疡形态有圆形、线形、不规则形及降霜形等四种。

(四) 并发症的诊断。

1. 穿孔: 急性穿孔者常突然发生上腹部剧烈疼痛, 伴恶心、呕吐、烦躁不安, 甚至休克等症状。体检发现上腹部板样强直, 伴明显

压痛和肝浊音界缩小。X线检查可发现膈下游离气体。老年病员由于腹肌松弛,肌强直可不明显,应提高警惕,防止漏诊。溃疡穿孔如缓慢进行,则可与周围脏器粘连,然后穿透到邻近器官(如胰腺、肝脏),引起疼痛节律的改变和加重,并向背部放射。

2. 大量出血:先有溃疡症状加重,一旦大量出血时,疼痛症状反而缓解,但可出现呕血或柏油样黑便,以及内出血征象(面色苍白,心率增快,出冷汗,昏厥等)。在诊断中需特别注意和食道静脉曲张破裂引起的出血鉴别。

3. 幽门梗阻:多发生于幽门区溃疡及十二指肠球部溃疡。主要症状为食后上腹部饱胀感、暖气和呕吐(呕吐物量多、味酸腐、带有宿食)。体检可见上腹部膨胀、有振水音,有时可见胃蠕动波及胃大体轮廓。

(五)鉴别诊断

1. 癌变:胃癌患者一般年龄多在40岁以上,病程较短,并有进行性恶化过程,晚期可有恶病质。疼痛无规律性,而且不为进食和制酸剂所缓解。一些患者在上腹部可触到肿块,锁骨上淋巴结肿大,胃液分析多缺胃酸,大便隐血持续阳性,放射线检查可发现恶性溃疡等。

2. 胆囊炎胆石症:常有典型的胆囊触痛征和急性胆绞痛史,疼痛多在右上腹部,往往向右侧肩部放射,无节律性与周期性,疼痛可因进食脂肪食物而诱发。放射线胆囊造影检查,可发现胆石或胆囊机能减退。

四、中医辨证治疗

(一)肝郁气滞型

主症:胃脘胀痛,两胁胀闷,暖气、吐酸、喜怒而太息,饮食减少,苔薄白,脉弦。甚则心烦易怒,嘈杂吐酸,口干口苦,舌红苔黄,脉弦数。

病机：肝郁气滞，不得疏泄，则横逆犯胃乘脾；肝胃不和故胃脘胀满而疼痛。

治法：疏肝理气，和胃止痛。

方药：柴胡疏肝散加减。柴胡、制香附、生白芍、炒枳壳、广陈皮、川楝子、延胡索、广木香、紫苏梗、粉甘草。

(二)脾胃虚寒型：

主症：上腹部绵绵作痛、痛时喜按、或喜热畏寒，遇寒痛甚，或受冻，劳累每易发病。兼见面色萎黄，肢末久温，倦怠乏力，吐清涎，大便溏薄，舌质淡，苔薄白，脉濡细。

病机：脾胃虚寒，纳运不健，胃失温煦，中寒内生，故胃隐痛，喜暖喜按。

治法：温中散寒，益气和中。

方药：黄芪建中汤加减：炙黄芪、生白芍、小桂枝、炙甘草、红大枣、生姜、饴糖。

(三)胃阴亏虚型：

主症：胃脘隐隐疼痛。口燥咽干喜饮水，大便干燥不畅，舌质红少津，脉细弦。

病机：胃阴素虚，或胃痛日久，化火伤阴，胃络失于濡润，故胃中隐痛。

治法：养阴益胃。

方药：养胃汤合芍药甘草汤加减：北沙参、麦门冬、天花粉、玉竹、川石斛、扁豆肉、生白芍、粉甘草。

(四)瘀血阻络型：

主症：胃脘疼痛，痛有定处，甚则痛如针刺或刀割，或见吐血紫黯，便血色黑，舌质青紫或有瘀斑，脉象细涩。

病机：胃痛反复发作，气滞血瘀，瘀血阻络，脉络损伤，血不循经。

治法：活血化瘀，理气止痛。

方药：失笑散合丹参饮加减：生蒲黄、五灵脂、京丹参、延胡索、阳春砂、檀香。如吐血、便血者，可加参三七、生地榆，生白苈等。

参考资料：

①黄文东总审，实用中医内科学，上海科学技术出版社出版：215～221，1985。

②上海中医学院主编，内科学，上海人民出版社出版：192～197，1975。

③上海第二医学院编，内科手册，上海科学技术出版社出版：277～283，1982。

六 专家经验

盛国荣教授治疗卒中的经验

卒中又称中风。“卒”，急也。因其发病急骤，变化较快，故有“卒中”、“中风”之称。本病的发生有轻重缓急之不同，有中经络和中脏腑之分，中脏腑又有闭证、脱证之别。中经络由于络脉空虚，风邪入中，肝风夹痰，窜入经络、气血失调，呈现口眼歪斜，口角流涎，半身不遂或恶寒、发热、肢体拘急，关节酸痛等证。中脏腑、闭证、乃风、火、痰、热之邪上扰清窍，症见面赤、身热、气粗、口臭、烦躁不安，即《素问·调经论篇》云：“血之与气，并走于上。则为大厥，厥则暴死，气复返则生，不返则死”。脱证，则突然昏倒，目合口张，鼻鼾息微，手撒足冷，汗多，大小便自遗等证。本病以男性为多。

一、病因病理

《素问·通评虚实论》云：“凡治消瘵仆击，偏枯痿厥，气满发逆，甘肥贵人，则高粱之疾也”。《素问玄机原病式·火类》云：“暴病暴死，火性疾速故也。斯由平日衣服饮食，安处动止，精魂神志，性情好恶，不循其宜而失其常，久则气变兴衰而为病也。或心火暴甚，而肾水衰弱，不能制之，热气拂郁，心神昏冒，则筋骨不用，卒倒而无所知，是为僵仆也。甚则水化制火，热盛而生涎，至极则死。微则发过如故，至微者，但眩暝而已，俗云‘暗风’，由火甚制金不能平木，故风木自甚也。”东垣十书·溯洄集·中风辨》云：“中风者，非

外来风邪,乃本气自病也。凡人年逾四旬,气衰之际,或因忧喜忿怒,伤其气者,多有此疾”。如此,本病的发生,古代医学认为情志不调,如七情的喜怒衰忧郁,久而化火酿痰,或因贪食肥甘油腻,肥胖生痰,痰多生热,或因肝肾阴虚,肝阳上亢,而导致发病的基础,其病理如《金匱要略》云:“浮者血虚,络脉空虚,贼邪不泻,或左或右;邪气反缓,正气即急,正气引邪,唱僻不遂,邪在于络,肌肤不仁;邪在于经,即重不胜;邪入于腑,即不识人;邪在于脏,舌即难言,口吐涎”。朱丹溪认为本病乃血虚有痰。《丹溪心法》:“中风大卒主血虚有痰,治痰为先,次养血行血,或属虚,挟火与湿,又须分气虚血虚。半身不遂,大卒多痰,在左属死血瘀血,在右属有痰有热,并气虚。”张景岳认为本病非外感之风,乃内伤积损所致。《景岳全书·非风》云:“非风一证,即时人所谓中风证也。此证多见卒倒,卒倒多由昏愤,本皆内伤积损颓败而然,原非外感风寒所致。”叶天士以本病为内风。《临证指南·中风·华岫云按》:“今叶氏发明内风,乃身中阳气之变动。肝为风脏,因精血衰耗,水不涵木,木少滋荣,故肝阳偏亢,内风时起。……更有风木过动,中土受戕,不能御其所胜,如不寐不食,卫疏汗泄,饮食变痰。……或风阳上潜,痰火阻窍,神识不清。……若肢体拘挛,半身不遂,口眼斜喎,舌强言蹇,二便不爽,此本体先虚,风阳挟痰火壅塞,以致营卫脉络失和。”综上所述,本病的发生,主要由于七情内伤,饮食起居失宜,脏腑失调,气血先虚,内生风、火、痰、湿、瘀等,初起多标实本虚,有的从实转虚。

二、辨证论治

本病可分为中经络、中脏腑两大类,在中脏腑又可分为闭证和脱证。中经络治以平肝熄风,化痰通络。常用药以天麻、钩藤、地龙干、菊花、桑枝、白蒺藜、胆南星、半夏、全蝎、蜈蚣、祈蛇、天竺黄等。中脏腑属于闭证,风邪痰火,蒙蔽心窍,治以熄风清火,用羚羊角、石决明、生牡蛎、磁石、胆南星、川芎、贝母、川蒲、龙胆草、黄芩、代

赭石；热盛加生石膏、知母、竹沥汁；大便秘结燥热甚者加黄连、大黄、番泻叶、草决明；痰涎壅盛，急用苏合香丸或至宝丹。热盛用紫雪丹，昏迷重用安宫牛黄丸，用温开水化开灌服（或用鼻饲法）。脱证，是指正气虚脱，先用生脉散，用洋参7克，麦冬10克，五味子5克水煎，顿服或鼻饲法。然后治以扶正固脱，益气回阳法，用人参、川附子、肉桂、黄芪、山萸肉、龙骨、牡蛎、干姜、吴茱萸、熟地、白术、枸杞子、黄精等。总之，治疗本病要视病人症状轻重缓急，邪正盛衰，分别采用祛风、化痰行瘀、通络或补气养血，滋养肝肾等法，其治法应辨证采用，应胆大心细，当机立断，方能得效。

三、病案举例

例一：林××，男，60岁，1981年12月14日初诊。患者突然头痛，意识迷糊，左侧上下肢瘫痪，伴发热六天。体检：体温39℃，呼吸20次/分，脉搏90次/分，血压180/130毫米汞柱，神志昏迷，时作呓语，口眼歪斜，呼吸深长，鼻鼾声重，颜面潮红。查右侧上下肢腱反射均消失。西医诊为高血压性脑溢血。中医认为，气粗息高，面赤唇红，牙关紧闭，舌蹇语涩，脉象弦动滑大，乃肝火横逆，上蒙心窍。治以大息风而兼清热，开窍而兼潜阳之剂。处方：1. 地龙干、双钩藤、桑寄生、石决明、竹叶心各30克，黄芩、龙胆草、连翘心、莲子心、川菖蒲、川贝母各9克。水三碗，煎成一碗，徐徐灌入，日服三剂。2. 清心牛黄丸一枚，开水溶化，日服三丸。3. 正珍珠9克，猴枣、牛黄、熊胆、羚羊角各1.5克，共研细末，每次服1.5克，生竹沥汁一杯送下。

12月24日二诊：神志逐渐清醒，病情转危为安，已稍能进食，惟舌蹇语涩，右侧上下肢仍然瘫痪，血压160/90毫米汞柱，脉仍弦滑，舌苔黄厚，大便秘，小便失禁，于上方去连翘心、莲子心、川菖蒲和清心牛黄丸，加牛膝、生地各15克。

12月28日三诊：病情显著好转，语言清楚，惟口角略歪斜，已

能起坐。至次年1月20日已稍能行动一、二步，惟右侧手指尚未恢复。继用通经宣络，育阴熄风，并配合针灸，症状已逐渐恢复。

例二：张××，男，54岁，已婚，于1982年6月4日7时15分住院。患者开会回家后，突然昏迷不省人事，来时大小便失禁，右侧上下肢不能动弹。体检：体温38℃，呼吸20次/分，脉搏85次/分，血压210/130毫米汞柱。发育营养中等，意识昏迷，不能语言，重症病容，右侧上下肢瘫痪，知觉减退，心音正常，肺呼吸音减低。化验：血红蛋白13克，红细胞430万/立方毫米，白细胞10,800/立方毫米，分类：中性85%，淋巴13%，大单核20%，血丝虫检出，非蛋白氮38.5毫克，肌酐1.3毫克，胆固醇190.4毫克。西医诊为原发性高血压，脑出血。中医认为，面红眼赤，口唇干燥，发热，气粗息高，神识昏迷，鼾声入睡，大小便失禁，右侧上下肢瘫痪，卧床不能自动，脉劲疾，乃肝风上逆，气血奔涌，邪塞心窍。治以熄风，开窍，通络之剂。处方：1.石决明30克。桑枝、黄芩、双钩藤、连翘心、竹叶心、莲子心各15克，日服一剂。

2.生苡仁30克，大白颈蚯蚓15条，水一碗煮五分代茶。

3.清心牛黄丸，每日服一次，每次一丸。

6月15日二诊：体温下降正常，但仍昏迷不醒，大小便失禁，至6月21日意识已清醒，右侧上下肢仍不能转动，继续服上药，停用清心牛黄丸，配合人参再造丸，每次服四丸，日服两次，服至7月4日，大小便已能自觉，右侧上下肢能伸缩，继续服至17日已能倚墙步行，至8月日能放手走路，而精神胃纳均正常，血压120/90毫米汞柱，已能如正常工作，但记忆较差。

例三：李××，男，76岁。于1983年11月20日下午六时许突然头晕，右侧上下肢瘫痪，神志不清，大小便失禁而入院。

既往史：有高血压病史，几年来经常头晕眼花，疲乏无力，在发病前因与邻居争吵而引起。体检：体温37℃，呼吸20次/分，脉搏78次/分，血压180/120毫米汞柱。营养中等，瞳孔对光反应迟钝，

角膜反射消失,右侧膝腱反射减弱,巴彬氏征阳性,体质较瘦、神志昏迷,时作呓语。西医诊为脑溢血。中医认为,面色潮红,口唇干燥,口微开而鼾睡,脉细而数。此为肾阴不足,水亏肝旺,气血上逆于上。治以摄合真阴,潜镇肝阳,滋水养木之法。处方:1.地龙干、白蒺藜、双钩藤、桑枝、茯神、金钗斛、熟地各 15 克,石决明、酸枣仁、生龟板各 30 克,川芎蒲 9 克。水二碗煎至八分,口服一剂。

2. 安宫牛黄丸,每服一粒,开水烔化,徐徐灌下。

连服五天,神志逐渐清楚,已稍能进食,惟右侧上下肢软弱无力。于前方去川芎蒲,加甘枸杞子、黄芪、祈蛇,配合人参再造丸,日服一丸。调整二个月,至 1984 年 6 月已能行动。

高血压性脑溢血,在祖国医学中属于中风,临床以中脏腑之闭证为多见。

本病多因心火亢盛,肝阳上亢,肾阴不足,风火相煽,血随气道,挟痰挟火,横窜经隧,蒙蔽清窍。其主要症状,发病突然,半身不遂,口眼喎斜,或神识昏迷,大小便失禁等。本文所介绍乃系高血压性之脑溢血,盛教授认为这种疾患多属于中风的“卒中”。

(洪天吉整理)

原载《新中医》1985,(12),7~8

无价丹治疗阳萎 30 例临床观察

洪天吉 洪玉丽

“无价丹”是我国著名老中医盛国荣教授的家传秘方，临床应用治疗阳萎 30 例，疗效显著。现报告如下：

1. 临床资料

本组年龄 35 岁以下 5 例，35～45 岁 8 例，46～55 例 11 例，55 岁以上者 6 例。病程 1 年以内 10 例，1～3 年 13 例，4～5 年 5 例，5 年以上者 2 例。

2. 病例选择。

①临床表现为肾阳虚的阳萎患者；②删除隐睾、睾丸发育不良及副睾病变患者；③前列腺指诊正常，前列腺液常规检查未见白细胞或每高倍视野少于 5 个。30 例阳萎患者中，卵磷脂小体 75% 以上者 22 例，75～50% 者 7 例，50% 以下者 1 例。

3. 治疗方法

每日 2 次，每次 2 丸，温开水送服，治疗期间停用其他药物。

4. 疗效观察

1. 观察症状分别填表记录，主要症状：阳萎程度分阴茎勃起 +、++、+++、++++；性欲 +、++、+++、++++；性交

期间,射精及频度。其他症状:头晕耳鸣,精神疲乏,腰酸腰痛,二便及舌脉情况。

2. 疗效标准:①显效:阴茎勃起坚而有力,同房能成功,房事后自觉不疲乏,其他症状消失。②有效:阴茎勃起有力,同房能成功,但两者有时好有时差,其他症状好转。③无效:阴茎勃起虽有进步,但尚无法行房事,或无明显变化,其他症状好转或无变化。

3. 治疗结果:本组显效 24 例,有效 3 例,无效 3 例。总有效率 90%。疗程最长 14 天,最短 6 天,平均 10 天。

病案举例

杨某某,男,34 岁,工人,1990 年 4 月 12 日就诊。

患者婚后 6 年未生育,性欲一般,伴见头昏目眩,腰酸背冷,夜尿频繁,尿后时有粘液,大便溏薄,房事不举,排精量少而冷,面色皤白,形体消瘦,舌质淡,苔薄白,脉沉细而无力。外生殖器检查正常。前列腺指诊:前列腺 2cm×2cm,质软,中间沟存在。前列腺液常规:白细胞(一),卵磷脂小体 60%。精液检查:精液量 1.5ml,精子数 220 万个,死精占 90%,女方检查正常。

服用无价丹。每日 2 次,每次 2 丸,温开水送服,连服 7 天,诸症明显改善。随访 2 年,性生活正常,其妻已育 1 女婴。

讨 论

“无价丹”是国家级名老中医盛国荣教授祖传八代秘方和他本人多年来临床验证,加以总结,以科学的方法提取药物有效成份研制而成。本方主要由人参、海马、鹿茸等组成。考人参:性味甘微苦温,大补元气,主治阳萎。药理研究能缩短神经反射潜伏期,加快神经冲动的传导,增强条件反射的强度,减少疲劳。实验证明能作用于垂体而兴奋垂一肾上腺系统,从而增强对有害刺激的抵抗能力,有促进性腺激素样作用,增强男女性腺机能,可使去势大鼠出现交

尾现象,促进和加强雄性大鼠的交配行为,可使家兔睾丸中精子数增多,且活力增强,体外生存期延长。海马:亦是壮阳之品,具有性激素样作用,可延长动物的动情期,增强生殖器的发育。以小鼠前列腺、精囊、提肛肌的重量作为指标,海马提取液表现雄性激素样作用,其效力较其他壮阳药佳。鹿茸:性温味咸甘,能补肾阳,益精血。药理研究有强壮作用。能促进机体生长发育,提高工作能力,减轻肌肉疲劳,认为能改善阳虚状态时能量代谢低下的病理变化。给幼年大鼠皮下注射鹿茸精有使前列腺与精囊增重作用。上药配伍共奏大补元气,益精提神,补肾壮阳,强身保健之功效。对性功能低下的命门火衰,表现腰膝酸冷,阳萎早泄,眩晕耳鸣者均有良好效果。

[原载《福建中医药》1993,(4):7-8]

七 临床医案

内科治验(一)

医案五则

一、怔忡证

许××,男,42岁,工作人员。

病史:有风湿性关节炎病史,嗣后复得怔忡十余年,经某医院心电图、X光等检查诊断为:“阵发性心动过速”,余无其他病变。经服西药数载未得取效,屡屡复发,三、五日一次,甚则一日二、三回。1970年发作加剧,前医曾投柏子养心丸、归脾丸、天王补心丹等方药,均未获效,1971年九月转来我处求治。

症状:心悸怔忡,烦躁惊恐,头昏乏力,自汗出,短气喘逆,呼多吸少,唇紫红,舌淡少苔,脉虚而数(220次/分)。症由心阳不振,心气衰弱,血流不畅所致。治仿仲师桂枝甘草龙牡汤之意,温阳安神以定忡。

处方:小桂枝9克,炙甘草12克,龙牡各18克,高丽参6克。

服二剂之后症减,怔忡已定,但脉象仍近虚数(120次/分)。随后连服三剂,随访三月,先后发作过三次,约廿多日一次,发作时续服上药,诸症即安。患者于1972年来信请求根治宿疾。复信嘱发

作时再续服上方，怔忡平定后，三餐分服紫河车，七味都气丸，以善其后。

按：此患者得怔忡历经十余年，发作时每每汗出淋漓，烦躁怔忡。汗为心液，心主血脉，汗多则耗心血，心血亏耗，心阳衰弱，心气不足，心神不安，甚则烦躁怔忡等症可见。故治以温心阳，益心气，定心神为法，仿仲师桂甘龙牡汤加参主之。药取桂枝合炙草血脉，平冲逆，制悸动，缓急迫；用龙牡除烦躁，镇惊悸，止汗出，加入人参大补元气。阳得温，阴得敛，神则安，悸可平。发作时，短气喘逆，呼多吸少，乃属久病气虚，气不归元，肾失摄纳所致，故其根本在于心肾阳虚，拟温肾纳气以收功。但症属顽疾，必须多服调治，方可根除。

二、妊娠喘息证

妇女陈××，妊娠六个月突然喘促不能平卧，于1971年6月某日午夜邀余出诊。诊时患者畏寒微热，呼吸困难，时时喘促，精神疲乏，下肢浮肿，小便短少。听诊左侧呼吸音消失，叩诊左肺呈实音。舌质淡、苔薄白，脉浮数而尺沉弱。经某医院X光透视，诊给为：“左胸腔积水”，余三思之后，认为此属肾阳不足，温运失司，治以温肾利水，补肾纳气。投济生肾气丸化裁。

处方：熟地黄10克，山萸肉9克，淮山药15克，光泽泻9克，车前子9克，白通草3克，怀牛膝9克，茯苓皮10克，油肉桂3克，制黄精30克，五味子6克。

上药连服三剂之后水肿消退，能平卧入睡。再服三剂，余症痊愈，后足月顺产一男孩。

按：肾为先天之本，中寓命门之火。妇女妊娠期间，冲妊受累，肾气亏耗，肾阳不足，不能温养，则水气不化；肾不纳气，故呼吸喘促。药投济生肾气丸化裁，以温补肾阳，滋补肾阴，水火并补，阴阳协调。邪去正复，肾气自健。张景岳曰：“善补阳者，必于阴中求阳，

善补阴者，必于阳中求阴。”《中藏经》云：“火来坎户，水到离局。”说明阴阳为一整体，治疗时必须两者兼顾，方能药到病除。

三、盗汗淋漓证

何×，男，61岁，教授。

患者因长期患支气管哮喘日益加剧，于1973年3月入院治疗。住院月余盗汗日益严重，不分昼夜，凡一入眠即大汗淋漓，衣服全湿，甚至连盖被也被沾湿，曾请本市名老中医会诊，投以大量补气固表之品，未能奏效。余诊其脉浮滑而数，苔黄厚腻，小便短少色黄，此属湿热内蕴，熏蒸迫汗所致，拟清热利湿为治。

处方：川黄连3克，绵茵陈15克，生苡仁15克，赤小豆30克，杜藿香3克，石菖蒲3克，白通草2克，滑石粉18克，粉甘草3克。

连服十二剂，胃纳增加，精神好转，喘息也大减。

按：《内经》云：“诸湿肿满，皆属于脾”，此证因长期多食牛乳、麦乳精等甘温之品，湿热留滞，熏蒸迫汗所致。所以药以川连清热，泻火，苡仁、赤小豆、茵陈健脾利湿、藿香、菖蒲芳香化浊、开泄气机、通草、六一散引热下行，以达到清热于湿中，渗湿于热下，湿热清利，气机流畅，则汗自止。

四、小儿呼吸急促证

陈××，男，10岁。

患者于1978年3月间，在学校上体育课时赛跑八百米之后，即自感呼吸急促，周余不能恢复，于四月上旬求诊。诊时经心肺检查，X光透视均未发现异常，但患者时时呼吸急促，面色皑白，口干纳减，心率105次/分，舌质淡，苔薄白，脉细数，二便正常。拟诊肺气不足，肾阴亏耗所致，治以补肺气，养肾阴。

处方：太子参10克，麦门冬8克，五味子6克，苏百合9克，熟地黄8克，生白芍6克，苦桔梗6克，黄精15克，胡桃肉15克。

上药连服三剂之后,呼吸急促即平。于四月下旬因提水劳动,又再发作,但较轻,再步上方六贴痊愈,随访半年未见复发。

按:此病主要在肺,关系到肾。肺主气,司呼吸;肾藏精,精足则能化气。患者急剧跑步,伤及肺气,精气亏耗,导致肺气不敛,肾不纳气,短气喘促即由此而生。《难经》云:“损其肺者,益其气;损其肾者,益其精”。故治以生脉散益气生津,以胡桃、熟地、黄精补肾纳气,再加百合、白芍以助生津敛肺之力,桔梗引药归经,收到满意的疗效。

五、痹证

曾××,男,70岁,退休教师。

患者罹坐骨神经痛已十余年之久,时轻时剧,气候变化更甚,近二三年来病情日益严重,经本市中西医治疗,未见好转,于1977年3月来我处求诊。证见下肢活动困难,左侧更甚,时要扶杖方能行动。患者自诉:两下肢痛麻如针刺,夜间尤极,脚底时感如蚂蚁爬行,臀部酸痛坐立不安,膝关节亦有酸胀感。舌质淡,苔薄白,脉沉细,尺部沉迟而弱。此属肝肾阴虚,气血不足,筋脉失养所致,拟为痹证,治以补气活血,舒筋活络。

处方:当归尾12克,制黄精30克,千年健9克,京丹参15克,地龙干12克,怀牛膝12克,生黄芪30克,抚川芎10克,肉苁蓉12克,仙茅10克,鸡血藤5克。六剂。

二诊:服上药后宿疾大减,夜能入寐,再守前法继治,上方去川芎加清风藤15克,续服六剂。

三诊:药后酸痛感已基本消除,但行走时仍觉腰膝乏力,苔薄白,脉细尺弱。治拟补气活血协以补肾壮阳为治。

处方:当归尾10克,生黄芪30克,京丹参15克,怀牛膝12克,制黄精30克,千年健15克,肉苁蓉12克,仙茅12克,锁阳12克,黑杜仲12克。六剂。

四诊：服药后，自感腰背及下肢有温热感，精神振奋，活动正常，已能去扶杖慢步海滨，诊其脉较有力，但尺仍细弱，再以前法继治。上方加桑寄生 15 克，续服六剂。患者于同年五月间就诊时，坐骨神经疼痛已基本痊愈。拟补肾壮阳之品制成药丸早晚分服，巩固疗效。

按：此患者素体肝肾阴虚，气血不足，而职为教师，多年久立伤其筋脉气血。素问云：“肝主筋”、“肾主骨”、“气为血帅”，所以气虚则血瘀，筋脉气血流通不畅，不通则痛也。治疗拟补气活血，舒筋活络，使其气血流通，后以补肾壮阳固其本而收功。

[原载《教学参考资料》中医版，(2)：33～36；《福建中医学院校友学术资料汇编》1985. 7.]

内科治验(二)

一、脑血栓形成

李××,男,78岁,教授。

初诊:1989年11月20日。患者头晕伴右下肢乏力已20多天,精神疲乏,夜多梦,思维能力下降,行动较慢。舌质淡红,苔薄黄,脉沉弦,舌底静脉瘀。

西医检查:BP18/12kpa,神清,心肺正常,肝脾未触及,颅神经征(-),巴彬氏征(-),右下肢肌力比左侧略低。CT检查提示:左侧基底节区陈旧性脑梗塞。

西医诊断:左侧小脑血栓形成。

中医辨证:气虚血滞,脉络瘀阻。治法:益气活血通络。处方:重用生黄芪30克,京丹参12克,淮牛膝10克,鸡血藤15克,地龙干15克,炒鳖甲15克,桑寄生15克,双钩藤12克,石决明20克(先煎),生白芍12克,独活6克,枸杞子15克,服6剂后,右下肢活动较自如,上方加减再服六剂,右下肢活动已自如。用黄芪、鸡血藤、淮牛膝,枸杞子、淮山药、白芍和食物调理善后。

按:本型主要由于气虚不能运血,以致气血瘀滞,血脉痹阻而引起肢体偏瘫。

二、血管神经性头痛

叶××,女,46岁,干部。

初诊:1993年6月5日。患者自诉左侧头部持续性疼痛,阵发性抽痛,时呈闪电式疼痛,无呕吐,不能入睡,手心潮热,曾服用消炎痛,静滴低分子右旋酞酐 500cc+川芎嗪 100mg,上述症状改善不著,要求服中药治疗。舌质淡红,苔薄白,脉细弦,舌下静脉瘀。

西医检查:BP20/14kpa,颅神经征(-),颈软,心律齐,HR78次/分,肺(-),肝脾未触及,克匿氏征(-),巴彬氏征(-),血糖 4.2mmol/L,胆固醇 4.8mmol/L,三脂 1.24mmol/L,CT检查:正常,心电图正常。

西医诊断:血管神经性头痛;高血压病。

中医辨证:肝阳偏旺,瘀血内阻。治法:平肝熄风,补气活血而通络。处方:双钩藤 15克,石决明 21克(先煎),生熟地各 12克,白芍 12克,淮牛膝 10克,川芎 10克,香白芷 10克,小桂枝 4克,制附子 6克,生黄芪 30克,枸杞子 12克,炒白术 12克,生薏米 15克,全蝎 6克(后下)。

复诊:6月23日上方服 6剂,头痛明显减轻,能入睡,但四肢仍浮肿,舌质暗紫,苔薄腻,脉沉细。上方去白芍、桂枝,加赤小豆、茯苓皮。再服 6剂,诸症消失。

按:瘀血内阻,挟肝阴而升动,治给予平肝熄风,补气活血而通络。

三、冠心病室性早搏

王××,男,55岁,教授。

初诊:1993年4月24日。主诉:反复心前区闷塞,心慌,心悸,心跳不规则,人疲无力伴头晕。脉沉细,时见结代,舌质淡红,苔薄白。

西医检查:BP14/8.5kpa,心律不齐,HR70次/分,早搏5—10次/分,肺(一),肝脾未触及,血糖4.8mmol/L,胆固醇4.2mmol/L,三脂1.24mmol/L,心电图提示:各导联均见异形QRS波,主波与T波相反,代偿间期完整。

西医诊断:冠心病心律紊乱型。

中医辨证:阳气衰弱。治法:温阳通脉,补气活血。处方:制附子8克,炮姜8克,小桂枝5克,生黄芪15克,太子参15克,川芎10克,京丹参12克,苏枳实15克,广郁金12克,炒白术12克,炒枳实10克,枇杷叶10克,苦桔梗8克。

复诊:5月12日上方服12剂后,诸症明显改善,心慌、心悸、头晕消失、心律齐、心率70次/分,早搏消失,心电图提示正常心电图,但感到口稍干,舌质红,苔薄白,脉沉细。仍守前法,上方去枇杷叶,桔梗,加黄精,枸杞子,再服6剂,诸症消失。

按:阳气虚衰,不能温养心脉,心阴不振,故心悸不安。治宜温阳通脉,补气活血。

四、病毒性心肌炎

林××,女,37岁,工人。

初诊:1993年10月13日。主诉:感冒半个月后,反复心悸、头晕、少寐、口干、喘促、四肢乏力、舌质红、苔薄白、脉沉细带数、尺弱。

西医检查:BP12/8kpa,心律齐,心率130—140次/分,肺(一),肝脾未触及,心电图提示I、II、avFST—T水平压低0.05—0.1mv,偶发早搏。血沉40.2mm/h。

西医诊断:(1)病毒性心肌炎。(2)低血压

中医辨证:阴虚火旺。治法:滋水涵木,安神定志。处方:双钩藤15克,真珠母30克,生白芍12克,枸杞子12克,蔓荆子12克,生熟地各12克,夜交藤15克,黄精15克,川芎10克,京丹参12

克,酸枣仁 12 克,麦冬 12 克,生黄芪 15 克,太子参 15 克。

复诊:10 月 30 日上方服 6 剂,自感到头晕,心悸减轻,但感到手心潮热,口干喜饮,夜寐作梦,舌质红,苔薄白,脉弦细。上方去生熟地、夜交藤、川芎、丹参、麦冬、加紫石英、五味子、茯神、正朱砂、龟板,再服 6 剂诸症消失。

按:肾阴不足,不能上济于心,以致心火内动,扰乱心神;或真阴亏损,阴不潜阳,肝阳上扰,而致心悸而烦。故滋水涵木,安神定志。

五、慢性支气管炎急性发作

蔡××,女,70 岁,退休工人。

初诊:1993 年 3 月 24 日。主诉:反复咳嗽,咳痰已月余,尤以夜间较明显,伴咳喘,口干喜饮水,腹胀,大便不通畅。舌质红,无苔,舌面干,脉细数(既往慢性咳嗽史)

西医检查:BP14/10kp, T36.5℃,慢性面容,口唇红,咽微红,心律齐,心率 92 次/分,右肺闻及湿性罗音,腹壁厚,肝脾未触及,白细胞 5600/mm³,中性 74%,淋巴 26%,胸片提示:肺纹理增粗。

西医诊断:慢性支气管炎急性发作。

中医辨证:肺阴亏虚,肺津不足。治法:养阴清肺,化痰止咳,健脾益肾。处方:陈皮 6 克,半夏 10 克,炒枳实 10 克,竹茹 8 克,白茯苓 10 克,甘草 4 克,生黄芪 15 克,百部 12 克,北沙参 15 克,麦冬 12 克,太子参 15 克,五味子 6 克,川贝粉 4 克(另冲),白术 10 克,枸杞子 10 克。

复诊:4 月 12 日上方服 6 剂,口干,咳嗽、咳痰症状明显减轻,但感到腹胀,小便清长,舌质红,苔薄白。上方去川贝、加补骨脂 10 克,砂仁 6 克。继续服 6 剂,小便基本正常,大便通畅,咳嗽,咳痰症状消失,口干亦消失,右肺湿性罗音消失。

按:本例属肺阴亏虚,肺津不足。舌质红,无苔,舌面干,脉细

数。方中北沙参、麦冬、太子参养阴生津，润肺止咳。

六、泌尿系结石

例一：章××，女，64岁，离休干部。

初诊：92年10月6日，主诉：腰痛已式周，行走时尤甚，无尿频，尿急，发热等症状，舌质红，苔薄白，脉弦细。

西医检查：双肾区叩击痛，尿常规：白细胞(++)，红细胞(+)，B超检查提示：右肾见0.6×0.3cm光点。

西医诊断：右肾结石。

中医辨证：湿热蕴结。治法：清利湿热，利尿通淋。处方：海金沙(布包)10克，鸡内今8克，金钱草20克，车前子10克，光泽泻10克，红大枣五枚，川草薢12克，猫须草20克，蓄蒿10克，瞿麦10克，黑杜仲15克，巴戟天10克，琥珀(研冲)6克，甘草4克。

复诊一：92年11月20日，上方服6剂，药后，大便较稀，舌脉如旧，上方加白术。

复诊二：92年11月25日。上方服3剂，药后自感胃脘闷痛，苔薄白，脉弦细。处方：金钱草20克，海金沙10克(布包)，鸡内今8克，砂仁6克，车前子10克，光泽泻10克，木通10克，川草薢12克，黑杜仲12克，赤小豆30克，肉苁蓉12克，粉甘草4克，琥珀6克。

复诊三：12月23日。上方再服6剂，药后如常，苔薄白，脉细弦，上方去木通，琥珀，加滑石粉(布包)30克，生苡米20克。

复诊四：12月23日，上方再服6剂，药后无异常反应，并做肾B超检查：右肾小光点消失。

例：李××，男，78岁，教授。

初诊：91年4月27日。主诉：发现血尿二天，时感腰酸乏力。既往有泌尿系结石史，曾做膀胱结石粉碎术。舌质偏红，苔薄黄，脉弦细。

西医检查:尿常规:白细胞(+),B超检查提示右肾下极见0.5和0.8cm二个增光团,声影不清。

西医诊断:右肾结石。

中医辨证:湿热下注。治法:清热利湿,利水排石,补肾益气。处方:海金沙(布包)10克,冬葵子10克,金钱草20克,猫须草20克,鸡内金8克,车前子10克,光泽泻10克,川草薢12克,生黄芪15克,枸杞子12克,黄精15克,生杜仲12克。

复诊:5月20日,上方服8剂,药后如常,苔薄黄,脉沉弦,上方加白通草8克。

复诊:6月12日,上方服8剂,于6月20日再次B超:右肾下极未见小结石。

按:湿热蕴结,砂石移动,损伤脉络,则尿中带血,属于石淋,方中用金钱草、海金沙、鸡内金为排石通淋的要药。

七、肾盂肾炎

卢××,女,24岁,学生。

初诊:93年5月19日。主诉:反复小便涩痛伴腰酸已1年多,近加剧。自感下肢胀,皮肤紧束感。舌质红,舌根黄腻,脉弦细。

西医检查:尿常规蛋白(++)、白细胞(卅)

西医诊断:慢性肾盂肾炎急性发作。

中医辨证:湿热蕴结。治法:清利湿热,利尿通淋。处方:麦穗疔20克,瞿麦15克,金钱草15克,猫须草15克,淮山药15克,泽泻10克,川杜仲10克,狗脊10克,五加皮10克,黄柏10克,大腹皮12克。

复诊:93年6月2日。上方服6剂,自感到胃不适,食欲差,恶心、头晕,动则更甚,BP12/8kpa,舌淡,苔薄干,脉弦细。治法:和胃益气养阴。处方:党参15克,茯苓15克,麦穗疔15克,泽泻10克,木通10克,淮山药12克,杜仲12克,麦冬10克,陈皮6克,车前

子 15 克。

复诊：6 月 19 日。上方服 6 剂，上述诸症消失，尿蛋白消失，白细胞 3—4 个/高，舌质淡红，苔薄白，脉沉细，继续用六味地黄丸调理善后。

按：湿热蕴结于膀胱，膀胱的气化功能发生障碍，所以小便不利而热赤，甚或闭而不通。湿热互结，气滞于下，少腹胀满。故治法清热利湿，利尿通淋。

验方介绍

(一) 茅莓

茅莓治疗睑腺炎(麦粒肿)

[地方名]：火梅刺(南安、德化)，地杨梅(泉州、安溪)，火呀刺(惠安)，晃刺(莆田、仙游)。

[药物来源]：药用其叶、茎、根。根四季可采，洗净，切片，鲜用或晒干备用。叶茎多鲜用。

[性味功能]：甘酸平。利湿、消肿、解毒。

[用法用量]：用新鲜茅莓茎叶(叶茎根均可)30—60 克，炖瘦肉(酌量)内服，干品可酌减，每日一剂，连服 2~3 剂即可痊愈。

[典型病例]：陈××，男，厦大教师，于 82 年 6 月 30 日上午自感到左上眼睑不适感，渐渐局部红肿发赤，牵引疼痛，球结合膜轻度浮肿，诊断睑腺炎(麦粒肿)，发病后第二天开始用鲜茅莓根 30 克炖赤肉(酌量)服，服后疼痛渐渐减轻，局部痒感，红肿明显消退，渣再炖赤肉服用，第四天痊愈。

(二) 绿豆粉治疗泥沙状泌尿系结石

绿豆粉：别名真粉

[药物来源]：生绿豆磨粉，晒干备用。

[性味与功用]：味甘，寒，无毒，清热解毒。

[用法与用量]：取其绿豆粉 30~40 克，调冷开水内服，每日早

晨空腹服一次,服药后再服 500~1000cc 车草汤(车前草 60~90 克加水 1200cc 煎成 800~1000cc 连服 1~2 个月)。

[典型病例]:苏××,男,45 岁,教师。患者于 78 年 8 月间,小便红赤疼痛如刀割,尿常规验查,红细胞卅,后再逆行泌尿系统造影,诊断为尿道结石呈泥沙状,服药一周后其症明显减轻,两周后疼痛全消失,尿常规正常,连服一个月,经泌尿系造影其结石消失。

八 附录

(一)

沉痛怀念洪天吉同志

厦门大学海外教育学院院长——庄明营

洪天吉同志于11月13日因公出差,突发急病,经抢救无效,于11月23日凌晨在北京逝世。我们为此感到十分悲痛,许多同志和亲朋好友都用各种方式表示对他的悼念,在今天的缅怀会上,我代表海外教育学院,并受郑学檬副校长委托代表校领导,向洪天吉同志的亲属表示深切的慰问,向在抢救与治疗期间,为洪天吉同志付出关怀的个人和单位表示衷心的感谢!

洪天吉同志的一生,是为执着崇高理想而勉力的一生,是为发展我国对外中医教育事业而献身的一生,也是值得我们无限怀念的一生。他1938年出生于福建南安县,先后在家乡中小学、厦门双十中学高中部完成学业。1958年至1964年在福建中医学院攻读,曾被学校评为“三好学生”,积极分子。1964年中医学院毕业后,一直在我院从事对外中医教学工作,1988年,加入了中国共产党。在我院工作期间,历任助教、讲师、副教授,中医内科教研室副主任,全国中医药高等教育国际合作与交流学会常务理事,香港新华医学院学术顾问。

洪天吉同志是一位具有崇高思想政治品质的同志。他一贯热爱党、热爱祖国、热爱社会主义事业。衷心拥护党的十一届三中全会以来所确定的四项基本原则和改革开放政策，自觉参加多项政治学习和社会活动。并且把所焕发出来的政治热情同本职工作密切结合起来，竭诚做好我院的复办和中医部的教材建设、队伍建设、学科建设等方面工作，为发展海外中医教育事业，为促进中外人民的友谊、传播中国优秀文化，作出了可贵贡献。

在业务工作中，洪天吉又是一位兢兢业业而勉力建树业绩的同志。在教学方面，他以高度的责任感和严谨教风，抓好备课、教书、育人、理论与应用相结合。因材施教等重要环节，出色地完成函授、面授和临床带教等各项任务，取得了很好的教学效果，培养出数以千计的海外中医人才。在临床医疗方面，他具有良好的医风医德，医疗技术上精益求精，认真总结临床经验，深入探讨学科理论，参加编写有关医学专著，函授教材，在省级以上刊物发表一批有价值的医学论文。他的研究成果，不但使海外的研习者受益，而且引起同行的重视。近期撰写的一篇论文，荣获全国中医药成人教育学会 1992 年度的优秀论文二等奖。

在长期的生活历程中，洪天吉同志表现出超平庸的优良作风。他处处以高标准严格要求自己，以事业为重，顾全大局，坚持原则，维护团结。在工作任务面前他身体力行，不畏困难，任劳任怨，勇挑重担，并且关心青年老师的成长，重视发挥所在教研室各位老师的作用。他作为一名骨干教师和老教师，从不居功自傲，放松自己，而是能尊重组织领导，关心集体，爱护群众，廉洁奉公。因此，深得广大师生的尊敬和爱戴。

现在，洪天吉同志溘然逝世，使我们失掉了一个好党员，失掉了一位好老师和好医师。是我们学院对外教育的一个很大的损失，深深地引起我们的悲痛。为了安慰洪天吉在天之灵，我们要化哀悼和缅怀为力量，学习他那种献身于事业的崇高思想政治品质。学习

他那种不断进取,勉力建树的工作精神,学习他那种超越平庸的优良作风,完成他所悬挂而未尽的事业,为发展海外教育而贡献出最大的力量!

(在“缅怀洪天吉同志大会”上的致词 1993 年 12 月 2 日)

(二)

执着的追求 无私的奉献

——记厦门大学海外教育学院中医部内科
副主任洪天吉副教授

洪涛 张珍荣

他在人生的道路上只走过五十五个春秋。没有惊天动地的壮举，没有令人陶醉的鲜花，也少有奖章和奖状。然而，他却有着一颗对事业执着追求的赤诚之心，有着一片对同志关怀备至的炽热之爱。

他不幸因公殉职已经整整一年了，人们仍然在深深地怀念他，怀念这位人民的好医生、好教师——厦门大学海外教育学院中医部内科副主任、共产党员洪天吉副教授。

他倒在毕生为之奋斗的岗位上

1993年11月14日，全国中医高等教育国际合作与交流会成立大会在北京举行，洪天吉作为厦门大学的代表赴会。接到会议通知后，妻子洪玉丽考虑到丈夫血压偏高，而北京与厦门温差近30℃，担心他身体适应不了，一再劝他别去。可天吉回答：“这个会很重要，跟我们海外教育关系密切，我们学院应该去人。”为了不耽误学生的课程他利用赴会前一星期抓紧所有内科课上完（包括把作业改好）。赴京那天，他拖着疲惫的身子离开家门，还破例地要妻子帮他提行李。妻子感到诧异：以往丈夫出门从不让她帮提行李，他这次一定是累了。可是，妻子怎么也想不到，此一别竟成了他们

夫妻的永诀！

会议在北京开了五天。洪天吉在会上宣读了他撰写的论文《关于海外中医函授生临床带教的体会》，受到与会专家学者的高度评价，他本人也被推选为“全国中医高等教育国际合作与交流学会”九名常务理事之一。

1993年11月19日，这是天吉启程返厦的日子。离家数日，他真想念妻子和儿女，真希望早日回家与亲人们团聚。可是，天有不测风云，一股十一年罕见的寒潮突袭而来，整个北京冰天雪地。由于长期超负荷工作积劳成疾，加上气温骤变，洪天吉突发脑溢血，经抢救无效于11月23日凌晨溘然长逝于北京，以55岁的盛年，倒在了他毕生为之奋斗的中医事业岗位上。

洪天吉因公殉职的噩耗传来，首都和厦门中医界、教育界和海内外人士无不为之震惊、痛惜。他们追忆、缅怀洪天吉的生前事迹，无不为他的高贵品质和奉献精神所深深感动。

默默奉献 无求无怨

洪天吉1938年9月出生于福建省南安县莲华镇华美村。在这个偏僻而美丽的小山村，他读完了小学和初中，后又到厦门双十中学读完高中。1964年8月，他以优异的成绩从福建中医学院毕业后，被分配到厦门大学海外华侨函授部（今“海外教育学院”）任助教。其间除下放德化县山区两年外，他在厦门大学工作了整整27年。

1978年五、六月间，他在香港的亲人要他到香港定居，手续已开始办理。正在这时，学校把复办海外函授部（海外教育学院前身）中医科的任务交给他。是走还是留？在两种选择面前，他毅然放弃赴港定居的机会，愉快地接受了学校交给的任务。

经过十年浩劫，要复办海外函授部谈何容易？时间紧，任务重，条件差，可谓困难重重。说来也巧，当时妻子正好到泉州进修内科，

他又无暇照管年仅 10 岁的女儿，为了把全部精力扑到工作上，他只得将女儿寄养在朋友家中，长达两年之久。没有教学大纲，他自己动手编写；没有教材，他经常到泉州、福州、上海等地四处奔波；没有师资，他多次到全省各地物色人才，甚至为了调进一名教师冒着严寒前往浙江山区面试其家属；没有图书资料，他利用出差机会跑遍各地新华书店，选购大量中医书刊带回学校。在学校领导的重视和支持下，厦大海外函授学院终于复办起来了，天吉象十月怀胎的母亲见到呱呱落地的婴儿一样兴高采烈。论功劳，他当记头功，可是根据上级安排，他只担任中医内科教研室副主任。当时，不仅家人不理解，不少熟人也为之不平：“洪医生，早知今日，何必当初？”在名利地位面前，天吉表现得十分淡泊、坦然。他笑道：“干工作，办事业，不能计较个人得失，而要问自己能做些什么。我本来就是医生、做医务，搞教学，不正是学以致用、适得其所吗？为什么非要当官呢？”他还教育女儿：“你年纪小，要懂道理，一事当前，不要老是为个人打小算盘。为革命牺牲的无数烈士，有的连姓名都不可考，我们还计较什么名利、地位？”

正是在这种革命的人生观、世界观指导下，洪天吉多年来尽管患有高血压、胃出血、痔疮等疾病，但也总是象头老牛一样，在海外教育的园地里辛勤耕耘，任劳任怨地工作着。有一天中午，妻子下班后走进卧室，发现丈夫躺在床上，面色苍白，四肢冰冷，冷汗直冒，忙问“天吉，你怎么啦？”天吉喘息着告诉妻子：“刚才连续伏案工作数小时，突感头晕、恶心想呕吐……”妻子给丈夫冲了杯洋参汤喝下后，这才发现书桌上、沙发上摆满了各种参考书和杂志。原来，丈夫正在为学生出综合性试卷。他实在太累了。

痔疮发炎、出血，是天吉深为烦恼的病患。1989年3月，他内外痔发炎，肿胀如龙眼大小，行动十分不便，可是为了不耽误学生课业，他忍着剧痛坚持天天到校上课。1992年他赴香港临床带教前夕，痔疮突然大出血。妻子劝他别去了，他说：“这怎么行？香港

的学生都在等着我哩,总不能为了我而影响了他们的学业。”几天后,他依然抱病赴港为学生临床带教、直至任务完成。

言教身行 教书育人

“言教身行,教书育人。”这是洪天吉在他的遗作《关于海外中医函授生临床带教的体会》(发表于《中医教育》1994年第一期)一文中提出的观点,也是他从教27年严于律己的座右铭。

作为一名人民教师,他以高度的责任感和严谨踏实的教风,认真抓好备课、教书育人、理论与应用相结合、因材施教等重要环节,出色地完成了函授、面授、临床带教学各项任务,取得了很好的教学效果,培养了数以千计的海外中医人才。

他常说:教书育人要树立爱心、细心、耐心;要做到“四要”、“三忌”,即:要博览群书、要博采众长、要易于实践、要善于总结;忌故步自封,忌一知半解、忌贪多求快。在教学中,他善于根据海外学生文化水平的高低、医疗实践的多寡、接受能力的强弱,因材施教,谆谆善诱,以一丝不苟的作风、深入浅出的教学,赢得学生的信任和爱戴。许多学生在给他的来信中都称赞他“课教得好”、“易懂,收效大。”

认真做好答疑。有的学生经常来信提问西医疾病,有的比较难懂,例如白塞病、嗜铬细胞瘤、醛固酮增多症等,这些基本上是西医内分泌疾病,而他认真找有关书籍,自己先学习,不懂再问人,及时给学生回答问题。这种事例无法计算。

八十年代初,第一批函授生回校实习。有一位澳门学生梁某某,平时学习很刻苦,学习成绩好,来厦门一直持续发热。他亲自为她请医师诊病,需要住院替她办手续,安排住院生活。本人担心学习任务完不成,对她耐心开导安慰,病好后又积极给她补课,使她如期完成实习任务。该学生很受感动,赞扬他是一位好老师。

他平易近人,乐意帮人。教研室一位姓刘老师病逝,他亲自为

他抬棺木。作为教师，他对学生的每一点进步倍感欣喜。有一位来自台湾的学生听了他的课后，将他开的药方带回台湾，制成药剂后卖给病人服用，治疗效果很好。天吉知道后，非但没有责怪他，反而感到十分高兴。

一位姓周的青年女教师想攻读硕士研究生学位而选修洪天吉开设的方剂学课。说来也巧，当时报这门课的唯独她一人。尽管如此，天吉丝毫没有因为只有一名学生而马虎应付，依然十分认真地备课、授课，从不随意停课，就像给全班同学上课一样。经过两个多月，这位女教师终于获得优异的成绩。

在认真教书育人的同时，洪天吉还善于不断总结教学和临床经验，深入探讨学科理论，积极参与编写有关医学专著和函授教材。他主张中西结合，施行现代化教学。中医对外函授，主要课程是以中医课为主。他主张中医函授本科及面授专科均要学习西医课，把辨证与辨病，把中医“面诊”与现代检查手段有机地结合起来，故设置解剖、病理、生理、生化、内基等西医课。为完善学科建设，联系教材，日夜操劳，直到该项工作走上正轨。

随着医学的现代化发展，他认为中医对外函授不能停留在一支笔、一并墨水、一张纸上，应该有自己的特色。A、修改编写有自己特色的函授教材；B、要现代化教学设施；C、现代设备临床基地；D、实行学分制。这是他很早就设想的。十几年来，他先后撰写并发表各类医学论文 37 篇，其中 15 篇在全国和省级刊物发表。近期撰写的一篇论文，荣获全国中医药成人教育学会 1992 年度优秀论文二等奖。他的研究成果，不仅让海外研习者受益非浅，而且引起了海内外同行的高度重视。他先后受聘为福建省中医药学会理事、全国中医药高等教育国际合作与交流会常务理事、香港国际中医学院内科系顾问、香港新华中医学院学术顾问等。

救死扶伤 完全彻底

洪天吉既是教师，又是医生。在大学毕业后走上工作岗位的三十年中，他时时以白求恩大夫为榜样，将自己丰富的医药知识、精湛的医疗技术，连同的一颗火热的爱心，全都献给了病人，千方百计地解除病人的痛苦。

他勤于总结，勤写病史，点点滴滴地积累临床经验，故对于一些疑难病症能迎刃而解，如用健脾化湿法治疗多囊肝多囊肾；用补肾法治疗骨质增生；以及盗汗淋漓症、痹症、泌尿系统结石排石、胃肠病等的治疗，效果都很好。

1970年，洪天吉下放到位于戴云山脉的德化县双汗公社上春大队。四周重山峻岭，几十里荒无人烟。在艰苦的生活和工作条件下，他迎难而上，积极支持农村合作医疗，把全部精力都投入到当地的卫生事业中。

他认真培训赤脚医生和卫生员，手把手地教会他们诊病、打针、配药、护理病人，还时常带他们到深山老林采集中草药，有时一去就是整天，连中饭也顾不上吃。他无论白天黑夜、寒冬酷暑，总是热情地为缺医少药的山区病人出诊看病，近则十几公里，远则数十公里，有求必应，从不推辞。因超负荷工作，最后自己胃出血住院。

调回厦门大学后，他在完成繁重的教学任务之余，经常利用节假日和中午、晚上休息时间，继续热心地为学校教职员工和学生治病解痛，并且从不收取分文报酬。20年来，经他诊病治愈的患者少说也有数百人。该校中文系有一位教师，他70多岁的老母亲患有严重贫血、肠胃疾病等综合症，而他家偏偏又住在半山腰，出诊很不方便。为了治好老太太的病，天吉经常利用晚上休息时间，打着手电筒，一次又一次地前去为其诊病，从无一句怨言。有时，他还拉上学西医的妻子一同前去“会诊”。这位老人住院时，天吉主动为她办理一切手续，还常为她送汤送饭。

一天晚上，天吉因痔疮出血在家休息。突然，电话铃声响了，原来是台湾研究所一位教授打来了，诉说腰腿病痛难忍，请求出诊。说实在话，天吉当时自身病体疼痛，虚弱，真不想再挪动一步。可他想，救死扶伤是医生的天职，病人告诊正是对自己的信任，即便再苦再累，也不能让病人失望。于是，他打着手电筒，忍着自身的病痛，又毫不犹豫地跨出了房门。妻子原想劝阻他，可她忍住了，因为她深知丈夫的脾气；在丈夫的心目中，病人比自己更重要。

洪天吉走了，走得那么匆忙，那么急迫，连句遗言也没有留下。然而，他给亲友、师生留下了永久的怀念，他给社会留下了一份用金钱无法估量的财宝——全心全意为人民服务的精神。

1994、12