

◎ 专科专病经方论治丛书 ◎ 总主编 于俊生

专科专病
内分泌代谢病
经方论治

内分泌代谢病

经方论治

编著 任爱华



人民卫生出版社

【专科专病经方论治丛书】

- ◎ 肾脏病经方论治
- ◎ 心血管病经方论治
- ◎ 消化病经方论治
- ◎ 肿瘤病经方论治
- ◎ 风湿病经方论治
- ◎ 呼吸病经方论治
- ◎ 神经精神病经方论治
- ◎ 内分泌代谢病经方论治

责任编辑 马莉萍 封面设计 代珊珊 版式设计 何美玲 责任校对 宋培茹

ISBN 978-7-117-08687-5



9 787117 086875 >

定 价：24.00 元

专科专病经方论治丛书

内分泌代谢病经方论治

任爱华 编著

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

内分泌代谢病经方论治/任爱华编著. —北京: 人民卫生出版社, 2007. 6

(专科专病经方论治丛书)

ISBN 978-7-117-08687-5

I. 内… II. 任… III. ①内分泌病—经方—汇编②代谢病—经方—汇编 IV. R289.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 059576 号

专科专病经方论治丛书
内分泌代谢病经方论治

编 著: 任爱华

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

E-mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 北京蓝迪彩色印务有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/32 印张: 13

字 数: 326 千字

版 次: 2007 年 6 月第 1 版 2007 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-08687-5/R·8688

定 价: 24.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)



出版者的话

中医专科专病建设，不但历史悠久，而且成效显著，是我国发展中医药事业的一项长期的重要任务。汉代张仲景在《伤寒论》中首创了辨病论治，《金匱要略》全书 25 篇，共论述了 40 多种病证，形成了中医内科、妇科等专科专病的治疗基础。建国 50 多年来，广大中西医运用仲景的理法方药于实践，卓有成效地治疗临床各科疾病，积累了丰富的新经验、新认识。在新世纪，面对中医临床的发展方向和专科专病建设的需求，将仲景学说研究与经方应用和专科专病的研究有机地结合起来，探讨仲景病证结合的辨治体系在专科专病中运用的理论基础，总结专科专病论治中经方的运用规律和名医经验，是当前提升中医专科专病发展水平，提高专科专病临床疗效，进一步发展仲景学说必不可少的环节。鉴于此，由于俊生教授主持并组织部分专家共同编著了这套《专科专病经方论治丛书》（共计 8 个分册）。

承担本丛书编著工作的是参加国家中医管理局 2004 年启动的首批“优秀中医临床人才研修项目”的 8 位专家学者，国家、省、市级重点专科的学科带头人。他们长期从事相关专科专病临床医疗、研究工作，具有丰富的临床经验和学术水平，中医经典功底扎实。特别是经过 3 年的“优秀中医临床人才”

研修，“读经典，做临床，拜名师”，对仲景学说及经方在相关专科专病中的灵活运用获得新的感悟，颇有体会。在编写本书中，编著者紧紧把握经方在相关专科专病中的运用这一主题，着重探讨和研究仲景学说指导相关专科专病诊治的理论基础、辨证思维和规律，分析和总结当代名医运用经方论治疾病的经验，力图使本书能够集中展现专科专病经方论治的最先进水平和精华。

本丛书对各级中医和中西医结合医师、中医药大专院校师生、中医药专业研究生学习提高参考价值颇大。期望本丛书的出版，能有助于中医临床人才的培养和成长，促进和加强中医专科专病建设，提高中医临床诊疗水平，为中医药的继承和创新工作作出应有的贡献。

人民卫生出版社

2007年3月



内分泌代谢疾病目前有逐年增多之势，在浩如烟海的中医古籍中，虽然很难见到这些现代病名的描述，但不乏诊治这类疾病的有效方药。成书于东汉末年的《伤寒杂病论》，就是中医学神奇诊疗体系的杰出代表，这是我国现存第一部理、法、方、药较完备的医学经典，乃千古不朽之杰作，直到今天还有效地指导着临床实践，对现代中医临床实践具有重要指导意义和实用价值。诚如徐大椿所言：“上古圣人，以汤液治病之法，惟赖此书之存，乃方书之祖也。其论病，皆本于内，而神明变化之；其用药，悉本于神农本草，而融会贯通之；其方，则皆上古圣人历代相传经方，仲景间有随证加减之法；其脉法，亦皆《内经》及历代相传的真诀；其治病无不精切周到，无一毫游移参错之处，实能洞见本源，审察毫末，故所投必效，真乃医方之祖也。”在内分泌代谢疾病的诊治中，经方也被古今广泛应用，处处显示其鲜活的学术价值和卓著的临床疗效。

经方的含义有三：①经方者，经验之方也；②经方者，汉以前之方剂也；③经方者，东汉张仲景之方也，被誉为“群方

之祖”。本书所言经方即张仲景《伤寒杂病论》（即今《伤寒论》、《金匱要略》）所载之方。本书力求反映仲景学术思想和诊疗方法在内分泌代谢疾病中的运用，以经方临床应用为主线，以糖尿病为重点，并力图体现经方在治疗主要内分泌代谢疾病方面的研究成果，分为理论篇、方剂篇、疾病篇。理论篇着力阐述仲景学术中，有关该系统疾病的病因病机、辨证要领、病证分型、治法方药等；并分析和总结仲景理法方药于专科专病临床实践的理论基础和运用要点，以期体现仲景辨治疾病的学术思想体系在专科专病研究中所发挥的重要作用。方剂篇选取内分泌代谢病常用经方，分别介绍其组成、功效、方义分析、适应证、类方、加减方、临床荟萃、实验研究、运用心得。疾病篇以西医学病名为纲，内容包括概述、诊断要点、经方论治、名医经验、典型病案、临证心得。

笔者怀着崇敬的心情收集了大量古今贤能运用经方治疗内分泌代谢疾病的宝贵经验和部分临床验案，结合自己参加国家中医药管理局全国优秀中医临床人才研修项目的学习体会和临证心得，探经方奥秘之万一，习经典精华之点滴，不揣浅陋，集成本册，为有志于以经典和经方指导内分泌代谢疾病诊疗的一线医务工作者提供参考，正本求源，有所借鉴。编写中时时为经方的魅力所感染，对许多名中医药学家用经方治疗内分泌代谢病的宝贵经验和各具特色的验案，爱不释手。经方结构严谨，主治明确，疗效可靠，久经实践检验，千古不衰，实为中华民族之瑰宝和骄傲，吾辈当孜孜以求，师仲景法，重仲景方，以担振兴中医、造福民众之大任。因时间仓促，才疏学浅，实乃抛砖引玉之作，不当之处在所难免，欢迎指正。

谨以此书感谢国家中医药管理局全国优秀中医临床人才研

修项目为我们提供的极其宝贵的3年学习机会，感谢为我们辛勤授课的全国近百位名老中医药学家。感谢在本书中被引用资料的所有专家学者，感谢山东中医管理局及山东中医药大学附属淄博市中医医院的有关领导，感谢我的研修指导老师。在本书编写过程中，得到于俊生、阚方旭、宋绍亮、谢旭善、齐元富、周兆山、丁元庆等教授的指导帮助，在此表示衷心的感谢。

任爱华

2007年3月于山东淄博



理 论 篇

第一章 中医对内分泌代谢病的认识·····	3
第一节 肝脾肾的生理功能·····	3
第二节 内分泌代谢病的病因病机·····	7
第三节 内分泌代谢病的治疗原则及常用治法·····	12
第二章 六经辨证与内分泌代谢疾病证治·····	22
第一节 太阳病·····	23
第二节 阳明病·····	27
第三节 少阳病·····	30
第四节 太阴病·····	33
第五节 少阴病·····	35
第六节 厥阴病·····	38
第三章 杂病病脉证并治与内分泌代谢病证治·····	41
第一节 消渴·····	41
第二节 心悸·····	50
第三节 脏躁·····	52
第四节 血痹·····	53
第五节 虚劳·····	54

2 目 录

第六节 女劳疸	56
第七节 痰饮	58
第四章 仲景病邪理论与内分泌代谢疾病	60
第一节 风邪	60
第二节 寒邪	61
第三节 湿邪	62
第四节 毒邪	64
第五节 食伤	67
第六节 忧伤	72
第七节 瘀血	74

方 剂 篇

第一节 四逆散	83
第二节 五苓散	87
第三节 肾气丸	92
第四节 白虎加人参汤	98
第五节 葛根黄芩黄连汤	104
第六节 黄芪桂枝五物汤	107
第七节 真武汤	112
第八节 桃核承气汤	117
第九节 抵当汤	123
第十节 大柴胡汤	126
第十一节 小柴胡汤	129
第十二节 桂枝甘草龙骨牡蛎汤	134
第十三节 当归四逆汤	137
第十四节 麻子仁丸	140
第十五节 桂枝茯苓丸	143

第十六节	大黄黄连泻心汤·····	147
第十七节	乌梅丸·····	152
第十八节	防己黄芪汤·····	155
第十九节	甘草小麦大枣汤·····	159
第二十节	桂枝汤·····	162

疾 病 篇

第一章	内分泌代谢病常见症状及经方治疗·····	179
第一节	口渴·····	179
第二节	汗证·····	187
第三节	便秘·····	194
第四节	水肿·····	202
第五节	失眠·····	212
第二章	糖尿病及其并发症·····	220
第一节	糖尿病·····	220
第二节	糖尿病酮症酸中毒·····	238
第三节	糖尿病肾病·····	248
第四节	糖尿病神经病变·····	262
第五节	糖尿病性心脏病·····	277
第六节	糖尿病足·····	288
第七节	糖尿病合并感染·····	296
第八节	糖尿病合并脑血管病·····	306
第九节	糖尿病性视网膜病变·····	314
第三章	甲状腺疾病·····	323
第一节	甲状腺功能亢进症·····	323
第二节	甲状腺功能减退症·····	334
第四章	肥胖症·····	347

4 目 录

第五章 慢性肾上腺皮质功能减退症·····	358
第六章 女性更年期综合征·····	368
第七章 高脂血症·····	385
附录 方剂汇编·····	399



理论篇

2014



第一章 中医对内分泌代谢病的认识

第一节 肝脾肾的生理功能

内分泌代谢疾病包括内分泌功能紊乱、激素分泌过多或过少以及代谢紊乱等因素导致的诸多疾病，如糖尿病、甲状腺功能亢进症（简称“甲亢”）、甲状腺功能减退症（简称“甲减”）、肥胖症、甲状腺炎、慢性肾上腺功能减退症、腺垂体功能减退症、尿崩症、皮质激素增多症、更年期综合征、高脂血症等。中医学尽管不一定均有相应的病名和专门论述，但对相同或相似于此系统疾病的各类病证却有着详尽的记载，已形成独特的理论体系。不论疾病的病因、病机、证候，还是预防、治疗和预后转归等，都有精辟的论述，不仅为当时条件下的医疗实践的总结，而且在科学技术飞速发展的今天，也具有重要的指导意义。成书于东汉末年，被称之为“方书之祖”的《伤寒杂病论》（即今《伤寒论》、《金匱要略》）中就记载了消渴、虚劳、水肿、血痹、痰饮、惊悸、脏躁、百合病、黑疸等病证，蕴涵着医圣张仲景对内分泌代谢疾病诊治的杰出成就。

内分泌代谢疾病多属于中医“内伤杂病”范畴，与脏腑功能失调密切相关。五脏功能相互联系，脏腑功能相互影响，疾

病的发生常涉及多个脏腑，但在内分泌代谢疾病中，一般认为与肝、肾、脾关系最为直接和密切。因此，了解肝、肾、脾的生理功能尤为重要。

一、肝的生理功能

肝为将军之官，在内分泌代谢疾病的发生及病程中起着重要的作用。它的主要生理功能包括：

1. 肝主疏泄 疏，即疏通；泄，即发泄，升发。肝的疏泄功能反映了肝为刚脏，主升、主动的生理特点，是条畅全身气机，推动血和津液运行的一个重要环节。肝的疏泄作用主要表现在三个方面，即条畅气机、促进脾胃的运化功能、调畅情志。肝的疏泄功能在维护人体内环境稳定，精微物质的化生、封藏、转输，发挥和调节正常生理功能方面都起着重要的作用。肝之疏泄不利，可导致脏腑功能、气血津液等多方面的病变，出现胸胁胀满、消渴、便秘或泄泻、水肿、不寐等诸多病证。目前，由于情志因素导致的内分泌代谢疾病逐渐增多，肝之疏泄功能对内分泌腺的分泌调节有直接影响，在内分泌代谢疾病防治中意义非凡。

2. 肝主藏血 指肝有贮藏血液和调节血量的生理功能，有维护肝的疏泄功能和调节血量、防止出血等作用。肝体阴而用阳，肝的藏血功能是疏泄功能发挥作用的重要基础，对诸多内分泌代谢物质的生成和功能状态有着积极的影响。

3. 肝藏魂 魂乃神之变。《灵枢·本神》谓：“随神往来者，谓之魂”、“肝藏血，血舍魂”。肝的藏血功能正常，则魂有所舍。若肝血不足，心血亏损，则魂不守舍，可见惊骇多梦、卧寐不安、梦游、梦呓以及出现幻觉等症，这在内分泌代谢病中时常见。

4. 肝在志为怒，在液为泪，在体合筋，其华在爪，在窍为目。在内分泌代谢病诊疗中有重要意义。

二、肾的生理功能

1. 肾藏精，主生长、发育及生殖 《素问·六节藏象论》云：“肾者主蛰，封藏之本，精之处也”。肾所藏之精分为先天之精与后天之精，先天之精受之于父母，后天之精化源于水谷，二者相互依存，相互为用。精气是构成人体的基本物质，也是人体生长、发育及各种功能活动的物质基础，故《素问·金匱真言论》说：“夫精者，生之本也”。许多内分泌代谢疾病与遗传和生长发育有关，与肾的关系极为密切。肾为先天之本，为一身阴阳之根本，司二便，主骨生髓。《难经·八难》称肾为：“五脏六腑之本，十二经脉之根，呼吸之门，三焦之原。”人之有肾，犹木之有根。“五脏六腑之阴，非此不能滋；五脏六腑之阳，非此不能发”。中医学中所指的肾，实际上包含了下丘脑—垂体—肾上腺轴和下丘脑—垂体—性腺轴的功能和调节。肾虚则表现为脑垂体、甲状腺、肾上腺、卵巢和睾丸等内分泌腺体呈退行性病变。肾虚时，不仅有内分泌腺体形态学改变，还涉及血液流变学、环核苷酸代谢、能量代谢、微量元素含量和免疫功能改变等一系列生理病理改变。河北医科大学李恩教授根据 20 余年的研究，提出了“肾—骨—髓—血—脑”一体论假说及中医的“肾”是具有包括内分泌信息的调节系统的观点。

2. 肾主水 《素问·逆调论》云：“肾者水脏，主津液”。肾中精气的气化功能，对于体内津液的输布和排泄、维持体内水液代谢的平衡，起着极为重要的调节作用。《素问·经脉别论》论述了体内水液代谢的过程：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱。水精四布，五经并行”。在水液代谢过程中，肾的作用尤为重要，其他脏腑的功能活动皆赖于肾中精气的蒸腾气化功能。在内分泌代谢病中，水液代谢失常的病证比比皆是，从肾论治者甚多。

3. 肾主纳气 纳，即固摄、受纳。肾为气之根。若肾的纳气功能减退，摄纳无权，临床常见呼吸表浅，动辄气喘、呼多吸少等。在内分泌代谢病中亦可见到。

4. 肾在志为恐，在液为唾，在体为骨，主骨生髓，其华在发，在窍为耳及二阴。这些特性均与内分泌代谢病有关。

三、脾的生理功能

1. 脾主运化 运，即转运输送；化，即消化吸收。脾的运化功能，可分为运化水谷和运化水液两个方面。脾乃后天之本，水谷精微化生之源，其中也包括许多内分泌代谢物质的化生和转输。

2. 脾主升清 脾的运化功能以升清为主，与胃的降浊功能相辅相成，共同完成饮食物的消化吸收。脾的升清功能正常，水谷精微等营养物质才能吸收和正常输布，脾气升发，元气充沛，人体始有生生之机，精微物质才不至于泄漏于下。这在内分泌代谢疾病中是十分重要的。

3. 脾主统血 统，有统摄、控制之意。即指脾气有统摄血液而不使其逸出脉外的功能，亦与脾的运化和升清功能相关。《难经·四十二难》云：“脾裹血，温五脏”。脾不统血，则出现便血、尿血、崩漏等证。

4. 脾在志为思，在液为涎，在体合肌肉、主四肢，在窍为口，其华在唇。当出现以上功能障碍时当从脾论治。

四、内分泌腺与肝、肾、脾的关系

内分泌腺与肝、肾、脾密切相关，如脑垂体、睾丸、卵巢、肾上腺似与中医藏象中的肝、肾有关，因脑为髓海，肾藏精主髓，肾主生殖，睾丸属肾又属肝，女子以肝为先天；甲状腺与甲状旁腺似与肝脾有关，因肝主疏泄，胃主纳谷，脾主运化。从经脉循行部位来看，可以发现肝、脾、肾三经的经脉走

行竟与许多内分泌腺体相近或相邻。如足厥阴肝经环绕阴器过小腹（男子睾丸、女子卵巢），再过颈循喉咙（腮腺、甲状腺），上行至额，与督脉会合于巅顶（脑垂体）。足太阳脾经的经脉上膈夹咽（甲状腺），连舌本，散舌下（唾液腺，舌下腺），其支脉由腹哀穴分出，再从胃部中脘穴的外方（胰腺）穿过横膈膜到心中，会任脉膻中穴（胸腺）。足少阴肾经，本经还出，经会阴（前列腺），到下腹部（卵巢），经脉当脐旁之处，左右直属于本经的肾（肾上腺）；直行的经脉，沿着喉咙（甲状腺），并行在足阳明人迎穴的前面到舌根（舌下腺），它的支脉从胸部分出，会于任脉经的膻中穴（胸腺）。故内分泌代谢疾病每与肾、肝、脾三脏密不可分。

与糖尿病发病密切相关的胰腺，在中医学著作中没有同名记载，但《难经》中的“散膏”即是指胰腺，而其功能可归属于中医的脾。

综上所述，肝、肾、脾在内分泌代谢疾病中占有重要的地位，在包括参与机体内分泌代谢过程的精微物质的化生、封藏、调节、输布等方面均起到不可忽视的作用。尤其是肝的疏泄功能、脾的运化功能、肾的封藏功能尤应重视。由于脏腑之间、经脉之间有着千丝万缕的联系，故肝、脾、肾的功能又直接影响到其他脏腑经脉，引起一系列的生理病理变化。

第二节 内分泌代谢病的病因病机

一、常见病因

张仲景在《金匱要略·脏腑经络先后病脉证》中将病因总结为三条，即“一者，经络受邪，入脏腑，为内所因也；二者，四肢九窍，血脉相传，壅塞不通，为外皮肤所中也；三者，房室、金刃、虫兽所伤。以此详之，病由都尽。”内分泌

代谢病病因十分复杂,不同的疾病或同一疾病的不同阶段,常呈现出不同的病因特征,概括起来,内分泌代谢疾病的常见病因有如下几个方面。

1. 禀赋有亏 禀赋系指与生俱来所具有的体质,又称素体,禀质等,是个体在遗传的基础上,在生长发育过程中逐渐形成的结构、功能和代谢上相对稳定的特殊状态,先天禀赋和后天环境影响、年龄、性别,以及环境、生活方式、饮食结构等形成了每个人特有的体质。《灵枢·寿夭刚柔》指出:“人之生也,有刚有柔,有弱有强,有短有长,有阴有阳。”在《灵枢·阴阳二十五人》、《灵枢·通天》、《灵枢·顺逆肥瘦》、《灵枢·卫气失常》、《灵枢·寿夭刚柔》等均有对体质的论述。不同的体质在病理状态下表现为对某些致病因素的易感性及发病之后的病理倾向性。仲景继承了《内经》中的体质学说内容,十分重视体质因素在疾病发生、传变、治疗方法及用药剂量等方面的影响及各种宿邪留聚的体质特征。由于体质的差异有“平人”、“强人”、“瘦人”、“老小”、“盛人”、“旧微瘡”、“骨弱肌肤盛”、“素盛今瘦”、“其人本虚”、“酒家”、“失精家”、“中寒家”、“淋家”、“亡血家”、“疮家”等。同样是感受病邪,但由于体质有别而表现各异,如仲景言:“病有发热恶寒者,发于阳也;病有无热恶寒者,发于阴也”。体质因素对于内分泌代谢疾病的发生关系密切,如呆小症、侏儒症、肾上腺功能减退症等,皆可由先天禀赋不足而引起,糖尿病等许多内分泌代谢疾病亦认为与遗传和生活方式等有关。

2. 外邪侵袭 人与自然息息相关,外邪侵袭对于内分泌代谢病的发生、发展、演变均有一定的关系。《伤寒论》对外感病论述颇详,对内分泌代谢病与外感有关者同样适用。风、寒、暑、湿、燥、火皆可单独为害或相杂侵袭人体。许多内分泌代谢疾病发病时常有外感病史或表现,病变过程中亦可因外邪侵袭而加重或诱发相关并发症。如亚急性甲状腺炎初期,可

见发热、恶寒、头痛、全身酸痛等风寒袭表、营卫不和之证；糖尿病患者常在外感发热后出现相关症状并因此被确诊，而许多至今仍被认为是终生性疾患的内分泌代谢疾病病程中常不可避免地感受外邪。

3. 情志失调 中医学历来对情志致病高度重视，认为百病生于气，人的精神因素对于机体生理病理变化至关重要。突然强烈或长期持久的情志刺激，可使脏腑气血功能紊乱，导致疾病发生。生活和工作节奏的加快造成的心理紧张和精神压力是内分泌代谢病急剧增加的重要因素之一。研究表明，神经—免疫—内分泌是一个网络，网络的任何一环出现问题，都会引起整个网络的功能障碍，精神因素对于内分泌代谢疾病的影响已经得到医学界的共识。在精神创伤的作用下，诱发机体免疫功能紊乱，机体免疫耐受、识别和调节功能减退，从而导致诸如毒性弥漫性甲状腺肿这种甲状腺功能亢进症的发生。焦虑、恐慌、抑郁等精神因素与许多内分泌代谢疾病关系均十分密切，如糖尿病及其多种并发症、更年期综合征、甲状腺疾病、神经性畏食、精神性闭经等。

4. 饮食失调 人以食为天，饮食不节作为常见的致病因素，在内分泌代谢病中亦不例外。如《素问·通评虚实论》“消瘴、仆击、偏枯……肥贵人膏粱之疾也。”《素问·奇病论》：“肥者令人内热，甘者令人中满”，《素问·生气通天论》“味过于甘，心气喘满”。在仲景著述中，不仅饮食不节可以导致疾病，而且在对药物发挥作用的影响和病后饮食调护等方面均作了精辟论述，包括食伤、服药食宜、食复等。由于违背了《黄帝内经》“五谷为养，五果为助，五畜为益，五菜为充”的古训，饮食结构不合理、不科学，加之嗜欲无度、饥饱失常、烟酒偏嗜、饮食不洁、盲目进补等因素，导致许多内分泌代谢疾病防不胜防，如糖尿病、肥胖症、闭经、月经紊乱、缺乳、地方性甲状腺肿、高碘甲状腺肿等病，而在发病后又常因

饮食不节导致病情加重或控制困难。国外研究证实,减少热量摄入尚可延缓灵长类动物免疫系统的老化,故饮食有节对控制内分泌代谢病的发生发展和养生保健有着特殊的意义。

5. 五脏柔弱 五脏柔弱是诸多内分泌代谢病发生的决定性因素。正气存内,邪不可干;邪之所凑,其气必虚。仲景认为,发病与否,关键还决定于正气的强弱,若五脏元真通畅,人即安和,病则无由入于腠理。而经络受邪,深入脏腑的疾病,必有正气亏虚。脾运失司、肾元亏虚、肝失疏泄、肺失宣降、心失所主,皆可导致内环境的紊乱,并常出现脏腑互损、气血紊乱、阴阳失衡、内生五邪、多脏同病、虚实夹杂的复杂情况。

6. 劳逸失度 适当的劳作是保持脏腑功能活动正常的基本保证,劳逸失度却是疾病发生的原因之一。经济水平的提高、生活方式的变化和紧张的生活节奏,导致活动量减少,出现诸如仲景笔下骨弱肌肤盛的“尊荣人”,是目前许多内分泌代谢疾病发生的重要因素。如越来越多的肥胖症、糖尿病、高脂血症等,多与体力活动减少有关。另一方面,过度劳累也常使内环境紊乱,带来诸多疾病。

7. 痰瘀药毒 痰浊瘀血是脏腑气血功能失调的病理产物,形成之后又成为新的致病因素。痰、瘀可单独为害,又可两者结合致病。外感六淫、七情内伤、饮食失宜、劳逸失度、脏腑虚损等皆可导致和加剧痰瘀内阻,痰浊瘀血又可造成脏腑气血功能紊乱而引发多种疾病,尤其成为许多内分泌代谢病经久不愈的重要原因之一。痰为百病之源,瘀为多病之因。仲景在其著述中亦十分重视痰瘀对机体的影响,给我们许多有益的启迪。

药毒是指药物、环境中的有毒物质,对人体危害极大,尤其是对内分泌代谢系统的影响不容忽视。药毒古即有之,如古籍中记载的滥用丹药和某些矿物质而引起的疾病。在现代科技

飞速发展的今天，在人们追求舒适、便利、富足生活的同时，保健品的滥用，手机、电脑、电视、冰箱、微波炉、空调等的不当使用，家居装修和某些有毒气体，水果、蔬菜、各种副食品、粮食、衣物、劣质化妆品、土壤、水源、空气中的不洁物质和有毒物质的渗入，持久而强烈的噪声刺激，都会影响人类健康。即便是在疾病的正常诊疗过程中，现代药物的毒副作用也时有发生，由于药物本身的毒副作用、过度用药、过度治疗、不适当用药及人体对药物的反应不同，导致药毒蓄积，引起内分泌代谢功能紊乱，是目前应当高度重视的问题。药害甚于病害，不死于病而死于药，受其毒却不能自知，重化学药物而轻视自然疗法，对我们的生活和生命安全形成了极大的威胁，破坏了人体内环境的相对稳定，使之出现了许多新病变，我们对此常有耳闻，这也是内分泌代谢病急剧增加的原因之一。此外，不恰当地服用某些中西药物，也可引起不同的内分泌代谢病。如服用甲状腺片过多可引起药源性甲状腺功能亢进症。儿童服用性激素过多可致性早熟。

二、发病机制

内分泌代谢疾病多为多因素、多环节、多脏腑病变，发病机制十分复杂。现结合仲景论述，对发病机制简要阐述如下。

1. 阴阳失调 《素问·阴阳应象大论》云：“阴阳者，天地之道也，万物之纲纪，变化之父母，生杀之本始，神明之府也，治病必求于本”。阴阳自和则身健体壮，阴阳失调则百病丛生。阴胜则阳病，阳盛则阴病。阴胜则寒，阳胜则热。阴虚则热，阳虚则寒。阴阳在生理上互根互用，病理上互相影响。故查色按脉，首辨阴阳。阴阳之盛衰、互损、格拒、亡失导致了許多内分泌代谢疾病或疾病某个阶段的病情变化。

2. 脏腑失和 内分泌代谢疾病多属于内伤杂病，多从脏腑功能失调认识。五脏精气不藏，六腑传化失司，奇恒之腑功

能紊乱，脏腑之间又互为影响，甚则出现多脏腑同病，导致病情复杂缠绵。辨识脏腑病变的病机，把握脏腑病机的演变，是仲景辨证论治体系的重要内容，也是认识内科杂病的主要方法。

3. 气血及津液代谢失常 人之所有者，气与血耳。气血的功能失调，津液代谢失常，可以导致许多疾病的发生。气血津液的运行和代谢离不开脏腑经络，因而通过气血津液的异常可以进一步判断脏腑经络的功能状态；气血津液的病变又可以突出的表现于外，成为辨证的依据。如气滞、瘀血、出血、癥瘕积聚、络病、水肿、消渴等，都是以气血津液变化为主的病证。

4. 正邪交争 疾病的发生，关系到正邪两方面。正气不足是疾病发生的内在原因和根据，而邪气是导致疾病发生的重要条件。正盛邪衰则病退，邪盛正衰则病进（发）。疾病的过程也是正邪交争的结果。仲景十分重视体质和正气的作用，常通过正邪分析来判断预后和转归。在内分泌代谢疾病中，多因正气亏虚、禀赋不足、体质虚弱等因素引发或加重病情，而各种病邪的强弱也起着重要的作用。

第三节 内分泌代谢病的治疗 原则及常用治法

一、治疗原则

1. 治未病 治未病包括未病先防、已病防变两个方面。未病先防，即是通过多种方法，内养正气、外慎邪气，防患于未然；已病防变，则是在疾病发生之后，采取亡羊补牢之法，争取早期诊断和治疗，以减缓疾病的发展与传变。早在《内经》中就有许多精辟论述。如《素问·四气调神大论》说：

“圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱。……夫病已成而后药之，乱已成而后治之，譬犹渴而穿井，斗而铸锥，不亦晚乎”。《素问·阴阳应象大论》：“善治者治皮毛，其次治肌肤，其次治筋脉，其次治六腑，其次治五脏，治五脏者，半死半生也”。《素问·八正神明论》：“上工治其萌芽……下工救其已成，救其已败”。《灵枢·本神》提出“必顺四时而适寒暑，和喜怒而安居处，节阴阳而调刚柔，如是则邪僻不至，长生久视。”仲景在治未病方面颇有发挥，不仅十分重视对疾病的预防和早期治疗，如在《金匱要略·脏腑经络先后病脉证》篇中指出：“适中经络，未流传脏腑，即医治之；四肢才觉重滞，即导引、吐纳、针灸、膏摩、勿令九窍闭塞……”，提出了“若人能养慎”、“若五脏元真通畅”则可预防疾病的观点，而且对未病之脏腑的早期治疗有独特见解，提出了“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”的治法。内分泌代谢病多与体质、遗传、环境等因素密切相关，了解这些易感因素并采取积极有效的措施加以防范，对于控制疾病的发生和发展极为重要，与目前现代医学对于某些疾病的“三级预防”措施是相吻合的。如糖尿病的预防可以通过适当运动、合理饮食、关注体重、劳逸适度、情志调养等来预防；即病之后应通过综合治疗，减缓并发症的发生和发展，保持良好的生活质量。

2. 调阴阳 阴阳失调是疾病发生的根本原因，故调阴阳是中医治疗疾病的根本大法。《素问·阴阳应象大论》提出：“谨察阴阳所在而调之，以平为期”、“治不法天之纪，不用地之理，则灾害至矣。”调阴阳要在辨证精当的基础上，根据阴阳的偏盛偏衰来制定具体的治疗方法补偏救弊，以达阴平阳秘的理想状态。阴阳失调在内分泌代谢病中的表现是十分复杂的，需要细加分辨，损其有余，补其不足，常需结合脏腑辨证和体质特点而定。调整阴阳还应了解阴阳互生互用、相互转化的微妙关系，有时需要阴中求阳、阳中求阴、阴阳双补。在组

方用药方面，也应注意复方药物的内在关系，以体现平调阴阳的治疗大法。

3. 和脏腑 脏腑功能失调是导致内分泌代谢疾病发生的主要原因，故调和脏腑功能是最常用的治疗大法之一。人体是一个有机整体，脏与脏、脏与腑、腑与腑之间在生理功能上是互相协调和相互为用的，在病理上则相互影响。内分泌代谢病涉及到五脏六腑功能的失调，多为多脏腑病变同时存在，因此在调理脏腑功能时，不能单独考虑某一脏腑的某一种生理功能失常，而应注意调理病变所涉及的相关脏腑生理功能及其相互关系，虚补实泻，热清寒温。还应注意分析病势病态，保护未病脏腑，先安未受邪之地，顾护脾胃，充养肾元。在这方面，从仲景著作中可以得到许多启示，如在虚劳治疗中以调补脾肾为主，在治肝之时兼顾实脾。

4. 畅血气 血气流行不居，以畅达为顺。血气冲和，百病不生。在许多内分泌代谢病及其不同的病理阶段，畅达血气是治疗常法。应根据血气不畅的具体原因制定相应的治疗方案，因虚而滞者以补畅之，因郁而滞者以利达之，瘀血为患者逐瘀活血，络脉不畅者主以通络，痰浊阻滞者化痰去浊，癥瘕积聚者消癥散结，总以气血畅达，恢复其正常生理功能为务。仲景调畅气血重调肝胆、脾胃功能，特色鲜明。

5. 扶正祛邪 正，即正气，系指人体脏腑组织的功能活动、抗病康复能力以及机体生命活动的物质基础；邪，即邪气，泛指各种致病因素，如六淫、疫疠、痰饮、宿食、燥屎、瘀血、浊毒等致病因素。扶正是指运用补益药物或其他手段扶助正气以祛除邪气，祛邪则是通过多种治疗手段祛除病邪使邪祛正安，务必损益适度。在具体应用扶正祛邪原则时，要正确判断正邪双方消长与盛衰状况，根据正、邪在矛盾斗争的主次地位，决定扶正与祛邪的主次与先后，使祛邪不伤正，扶正不留邪。如仲景在热盛阴伤病势较急时投大承气汤急下存阴，而

在虚劳兼“风气百疾”时则以薯蓣丸扶正为主。在内分泌代谢病中，由于病情复杂，患者多正虚邪滞，常扶正祛邪同用。仲景六经病的治疗虽统一于保胃气、存津液、扶阳气的原则之下，但六经病治法各异，如病在三阳，体质实盛，则祛邪为主；而病在三阴，体质虚弱，则扶正为主。

6. 治病求本 治病必求于本，这是治疗疾病的大法。临证应分析标本之所在，病势之缓急，病证之本质，善于应用“正治与反治”、“治标与治本”，因人、因地、因时制宜，以指导具体的施治过程。仲景提出虚实必须异治，表里当分缓急，新久宜有先后，攻邪当随其所得（审因论治），都体现了治病求本的原则。内分泌代谢病病证多复杂多变，常有标本主次的不同，因而在治疗上应有先后缓急的区别。“标”与“本”是一个相对的概念。如以邪正而言，则正气是本，邪气是标；以病因病机和症状而言，则病因病机为本，症状为标；以疾病先后而言，则原发病为本，继发病为标；以新病旧病而言，则旧病为本，新病为标。仲景在《金匱要略·脏腑经络先后病脉证》篇云：“夫病痼疾，加以卒病，当先治其卒病，后乃治其痼疾也”，又云：“病有急当救里救表者，何谓也？师曰：病，医下之，续得下利清谷不止，身体疼痛者，急当救里；后身体疼痛，清便自调者，急当救表也”，仲景善用治标与治本的原则还体现在对许多具体病证的治疗中，有许多急则治标、缓则治本、标本兼治的范例。

在运用“正治与反治”、因人、因地、因时制宜等方面，仲景亦得心应手。如在反治法的运用中，身热面赤反用姜附重剂以热因热用；脉滑而手足厥冷用白虎汤以寒因寒用；腹满用理中汤类以塞因塞用；自利清水反用大承气汤以通因通用等。根据不同的病情、体质、时间施治更是仲景所长。

7. 因势利导 根据病邪所在的部位，因其势而就近引导，使之排出体外，以使正气少受或免受损伤。《素问·阴阳应象

大论》云：“其高者，因而越之，其下者，引而竭之；中满者，泻之于内；其有邪者，渍形以为汗；其在皮者，汗而发之；其剽悍者，按而收之；其实者，散而泻之。”仲景在运用因势利导原则方面特色鲜明，如邪在表，治以发汗解表法，投以麻黄汤、桂枝汤、葛根汤等；又如宿食的治法有吐、下之别，在《金匱要略·腹满寒疝宿食病脉证治第十》篇中指出：“脉数而滑者，实也，此有宿食，下之愈，宜大承气汤。”“宿食在上脘，当吐之，宜瓜蒂散。”再如在治疗水肿病时指出，“诸有水者，腰以下肿，当利小便；腰以上肿，当发汗乃愈”等，对内分泌代谢病的治疗有重要的指导意义。

二、常用治法

在仲景著述中所体现的治疗方法，内容十分丰富，灵活多样且变化莫测，对内分泌代谢病的治疗有重要的指导意义，试择其要简述如下。

1. 补肾益气法 肾为一身阴阳之根本，为先天之本，是男女生长发育和生殖系统的基本物质基础和功能基础。许多内分泌代谢疾病与禀赋和肾气虚损关系密切，故补肾益气在内分泌代谢病治疗中尤为重要。补肾益气，即是通过补益肾气而治疗肾气亏虚诸证。肾气包括肾阴和肾阳两个方面，故治疗根据具体临床证候，又分为滋补肾阴、温补肾阳、阴阳双补等几个方面。适用于糖尿病及其多种并发症、腺垂体功能减退症、甲状腺功能减退症、更年期综合征，及内分泌代谢病导致的性功能障碍、月经不调等病证中属于肾虚者。代表方如阴阳双补之肾气丸、温肾利水之真武汤。

2. 健脾和胃法 脾为后天之本，气血化生之源。内分泌代谢疾病病程长，变化多，其发病及预后常与脾胃功能关系密切。健脾和胃法是仲景治疗慢性虚损性疾患的主要方法，包括益气健脾、和胃降逆、温中健脾、清胃养阴法等，适用于诸多

内分泌代谢疾病中表现为脾虚胃弱、中焦失和等证者，如糖尿病胃轻瘫、糖尿病酮症酸中毒、糖尿病抑郁症、甲状腺功能减退症、慢性肾上腺皮质功能减退症、高脂血症等。代表方如小建中汤、理中汤、薯蓣丸、黄芪建中汤、小半夏汤、旋覆代赭汤、白虎加入参汤、竹叶石膏汤等。另外，仲景尚有“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”，先安未受邪之地的治法。在药物配伍和服药注意事项中，仲景亦常以脾胃为虑，在顾护脾胃和更好地发挥脾运功能以增强药效方面的许多具体做法为后人留下了宝贵的财富，值得借鉴。

3. 调气解郁法 气机畅达是脏腑功能维持正常的基本条件和功能表现；气机失调是许多内分泌代谢病发生及发展变化的重要因素，并可由此导致多种病证。故理气解郁法在治疗内分泌代谢病方面尤为重要。气机失调是指气的升降出入失常而引起的气滞、气陷、气逆、气闭和气脱等病理变化。调气解郁法是以调理气机、解郁行滞为主要目的的治法，适用于糖尿病及其诸多并发症、肥胖症、更年期综合征、甲状腺功能亢进症、代谢综合征等辨证属于气机失调者。代表方如四逆散、小柴胡汤、半夏厚朴汤等。治疗中应始终注意恢复肝之疏泄条达之性，同时，心理疏导及许多有益于气机调和的非药物疗法也不应忽略。

4. 清解郁热法 许多内分泌代谢病之郁热证候比较明显，故清解郁热法亦常使用。如代谢综合征、肥胖症、高脂血症、糖尿病、甲状腺功能亢进症等，凡有郁热征象者可用此法。代表方如栀子豉汤、大柴胡汤、调胃承气汤等。应注意分析形成郁热的原因及病变部位，必要时结合其他治法。

5. 利水化湿法 水液代谢失常出现的水肿、身重、喘满、泄泻等病证，在内分泌代谢病中亦属常见证候。如糖尿病及其多种并发症、甲状腺功能减退症、更年期综合征、特发性水肿等。水液的代谢与肺、脾、肾关系最为密切，故在使用利水化

湿法的同时应注意辨析病因及病变脏腑，尤以恢复脾的运化功能最为重要。代表方如五苓散、苓桂术甘汤、防己茯苓汤、泽泻汤等。

6. 攻逐水饮法 水气不化，饮邪泛滥，凌心射肺，或停于腹中肠间，多成危重之势。内分泌代谢病在其病变过程中亦常见此，尤其是合并肾病、低蛋白血症、胸水、腹水、心力衰竭、少尿无尿等情况下屡有发生。攻逐水饮法乃仲景所喜用，治疗内分泌代谢病中有适宜病证者卓有疗效，颇有特色。代表方如十枣汤、葶苈大枣泻肺汤、己椒苈黄丸、甘遂半夏汤。然攻伐之剂，只可暂用，不宜久服，并应注意减毒增效和顾护脾胃。

7. 通腑泻热法 邪热与燥屎互结于内，腑气不通，津液受伤，或虽无燥屎，但热蕴胃肠，或欲从肠道泄解浊毒，均可使用此法，使邪去正安，乃“急则治标”之具体应用。内分泌代谢病诸如糖尿病、代谢综合征、肥胖症、高脂血症等有以上情形者可用此法。代表方如大承气汤、调胃承气汤、小承气汤、麻子仁丸等。使用此法应注意中病即止，不可过用，以免伤正，并应注意善后调理。

8. 清热养阴法 热盛津伤，或阴虚热炽，当用此法。清热养阴与养阴清热乃侧重点不同，但皆以清热、养阴之品配伍。临证应分清虚实证候、主次缓急，有的放矢。清热养阴法在内分泌代谢病中应用甚广，如糖尿病、甲状腺功能亢进症、代谢综合征等，代表方如白虎加人参汤、竹叶石膏汤、百合地黄汤等。使用时常需配合益气之品。

9. 固肠止泻法 脾肾虚损，运化无权，封藏失司，水湿内停，洞泻不止，或久泻不愈，皆可使用此法。内分泌代谢病病程中亦常可见到胃肠功能紊乱而致泄泻不止者，如糖尿病合并自主神经病变等，方如桃花汤、赤石脂禹余粮汤。应用此法，应辨证明确，涩收之法不宜久用，标本兼顾，方为上策。

10. 消癥散结法 气血运行不畅，痰瘀内阻，皆可形成癥瘕积聚，治宜消癥散结。内分泌代谢病如甲状腺功能亢进症、糖尿病肾病、糖尿病血管病变等常有此证。代表方如桂枝茯苓丸。使用该法应注意审因、审证论治，必要时酌加夏枯草、贝母、玄参、穿山甲、皂刺、威灵仙、昆布、海藻等，亦可配合其他治法。

11. 宣痹通阳法 阳微阴弦，痰浊郁痹，胸阳不展，仲景善用宣痹通阳法。在内分泌代谢病中，因病情复杂，缠绵难愈，变证蜂起，常有胸闷、胸痛等证，此法亦属常用。如糖尿病性心脏病、代谢综合征、高脂血症以及多种疾病引发的心肺功能障碍，皆在可使用之列。代表方如瓜蒌薤白白酒汤、枳实薤白桂枝汤、瓜蒌薤白半夏汤。

12. 疏邪解表法 内分泌代谢疾病常由外感诱发，或因外感加重，由于免疫功能紊乱，机体抗病力减弱，许多患者常反复出现上呼吸道感染或类似“感冒”症状，故疏邪解表法亦为常用之法。代表方如麻黄汤、桂枝汤、小柴胡汤、小青龙汤、桂枝麻黄各半汤、桂枝二麻黄一汤、柴胡桂枝汤等。应用时当充分考虑患者的体质因素和节气时令变化，分析正邪力量对比，必要时合用益气、养阴、养血等法。

13. 活血通络法 多种因素可导致气血失和，血脉不通，络脉瘀阻，血流不畅，故活血通络法在临床应用甚广。内分泌代谢疾病伴有血瘀证候者比比皆是，可出现在不同的病理阶段。活血通络法不仅可以有效地改善患者病理状态，使相关症状、体征趋向好转，而且能减缓病情进展，使其他治法发挥更好的作用。代表方如黄芪桂枝五物汤、当归芍药散、抵当汤、下瘀血汤、大黄廑虫丸、当归四逆汤等。使用本法，常与理气、益气、养阴、化痰、散寒、清热等法相伍，有协同作用。

14. 清热解毒法 外感风热毒邪，或寒郁化热，或瘀阻热结，或湿热蕴毒，皆可出现热毒证候，故清热解毒法为临床所

常用。在内分泌代谢病中，热毒内蕴亦常可见到，如在合并上呼吸道感染及多种感染时皆可考虑应用。如糖尿病合并肺部感染、糖尿病足感染、高脂血症、代谢综合征等证属热毒炽盛者。代表方如大黄黄连泻心汤、大黄牡丹皮汤、白虎汤等。应用时常配合理气、活血、解表、化湿等法。具体应用亦可酌情配合或合用后世有关方剂。

15. 祛痰化浊法 痰为百病之源，与气血津液和脏腑代谢的失常密切相关。痰浊为患，表现各异，故有怪病多责之于痰之说。许多内分泌代谢病中皆可见痰浊证候，如高脂血症、代谢综合征、甲状腺功能亢进症、糖尿病及其多种并发症等，凡有痰浊内蕴者皆可使用，代表方如硝石矾石散、小陷胸汤、瓜蒌薤白半夏汤等。

16. 辛开苦降法 辛开苦降法是张仲景所创立的治疗寒热错杂痞证的有效治疗方法，仲景认为，心下痞的特点是“但满而不痛”。一般认为，心下痞的病机为脾胃升降失常，寒热错杂于中。治宜寒温并用，辛开苦降，攻补兼施，阴阳并调。代表方如半夏泻心汤等。内分泌代谢病中有胃肠功能紊乱者常用此法，屡用屡验。在糖尿病酮症酸中毒、糖尿病胃轻瘫及诸多疾病中皆可使用此法。辛开苦降法是仲景提出的一种治疗思路，其创立的许多方剂中均含有此意，须用心揣摩，以使这一治法更好地应用于临床。

17. 调和阴阳法 阴阳失调是疾病发生的根本原因，故调和阴阳应视为中医治疗疾病的根本大法，并由此衍生出许多具体治法。将调和阴阳作为一种具体治疗方法，是指临床所见的证候复杂，寒热错杂，虚实互见，或寒热往来，发作有时，用以上诸法无法取效，可用此法。内分泌代谢病如糖尿病、更年期综合征等常见此证。代表方如乌梅丸、小柴胡汤等。

18. 养心安神法 心为五脏六腑之大主，主血脉，主神志，与其他脏腑病变互为影响。心神不宁、虚烦不寐为临床常

历代中医资料大全分享

你好，我是**逢原**，你现在看到的这本资料是我从网上收集整理的。

本人自学中医多年，耗时多年搜集珍藏了众多的中医资料，包括了目前已经出版的大多数中医书籍，以及丰富的视频教程，而这些中医资料，是博览群书，勤求古训之必备。

只需要在下面输入你的邮箱并确认就可以直接下载中医资料：

http://list.qq.com/cgi-bin/qf_invite?id=03157beabc6d50e0b64029a2715966596d94dcac7ed0cfd7

如果有你也喜欢中医，需要一些学习中医的资料；或者是学习中医的路上碰到了什么问题需要交流；或者碰到一些疾病的困扰，需要求助，可以通过以下方式联系我：

一、发邮件：fyzy999@qq.com

二、加我 QQ/微信：**2049346637**

三、关注微信公众平台——逢原中医，经常有中医文章更新。

四、关注我的空间：<http://user.qzone.qq.com/2049346637>

免责声明：所有资源均是网上搜集，本人收集整理这些中医资料，仅仅为了方便中医同道中人私下交流学习之用，不为营利，将不对任何资源负法律责任。所有资源请在下载后 24 小时内删除，任何涉及商业营利目的均不得使用，否则产生的一切后果将由您自己承担！如果您觉得满意，请购买正版资源。



私人微信号：2049346637



公众平台：逢原中医

见之证。内分泌代谢病中如糖尿病、甲状腺功能亢进症、代谢综合征、更年期综合征等亦常有此证，治宜养心安神。代表方如酸枣仁汤、甘麦大枣汤等。

19. 交通心肾法 此法为心火炎上、肾水不足证而设。心肾不交，症见心中烦，不得卧，口干舌燥，舌红少苔，脉沉细数等阴虚火旺之象。内分泌代谢病如糖尿病、甲状腺功能亢进症、更年期综合征、代谢综合征等常可见到此证候。治当泻心火，滋肾阴，交通心肾。代表方如黄连阿胶汤等。

20. 回阳救逆法 仲景此法为治疗少阴寒化证阴盛阳衰而设，症见四肢厥冷、但欲寐、脉沉甚或脉微欲绝之危重证候。多种内分泌代谢病但见上述证候可使用此法，如糖尿病多种并发症、甲状腺功能亢进症、甲状腺功能减退症、慢性肾上腺皮质功能减退症等。代表方如四逆汤、通脉四逆汤、白通汤等。病情危重，病势较急，当处之果断，一般采用中西药并用，配合现代医学抢救措施。



第二章 六经辨证与内分泌代谢疾病证治

《伤寒论》本无“六经”一词，只有太阳病、阳明病、少阳病、太阴病、少阴病、厥阴病的名称，自宋·朱肱本《素问·热论》之学，视《伤寒论》三阴三阳为人体经络名称，提出“治伤寒先须识经络”，“古人治伤寒有法，非杂病之比，五种不同，六经各异。”之后，“六经”一词，才作为《伤寒论》三阴三阳之代称，被后世医家所沿用。六经以经络学说为基础，源于《素问·热论》、《灵枢·经脉》等篇。《黄帝内经》认为，人体是阴阳两方面的对立统一体，人之五脏六腑、经脉气血、生理病理均可用阴阳两方面来认识和说明，在说明某些较为复杂的情况时，根据六经各自具有多少不等的阴气和阳气，又把阴阳两方面各分为三而成三阴三阳，由此决定了六经各具特点和作用，如《素问·天元纪大论》云“何谓气之多少，……阴阳之气各有多少，故曰三阴三阳也”。

《伤寒论》以六经作为分证纲领，继承了《黄帝内经》中以三阴三阳代表经脉、脏腑、六气等诸多含义，以六经代言脏腑而定病位，明病性（包括阴、阳、表、里、寒、热、虚、实），兼顾气血之分、夹痰夹水、兼郁兼痰，结合体质之异，病因之属性、病势之进退、缓急等因素，层层深入，对疾病发生、发展过程中的各种症状进行分析、综合、归纳，借以判断

病变的部位、证候的性质与特点、邪正消长的趋向，并以此为前提决定立法处方等问题的基本法则。六经辨证实际上是辨三阴三阳六系统病变，包括病、脉、证、治四个方面，其治法涵盖了汗、吐、下、和、温、清、补、消八法，乃后世诸多辨证方法和治疗方法之源。诚如仲景所言：“虽未能尽愈诸病，庶可以见病知源，若能寻余所集，思过半矣。”故有后世“六经钤百病”之说。

《伤寒论》与《金匱要略》是由后人根据张仲景《伤寒杂病论》有关内容整理、厘定、分割而来，《伤寒杂病论》是我国第一部融理、法、方、药于一体的医学典籍，“启万世之法程，诚医门之圣书”，其辨证论治体系对指导辨治外感病、内伤杂病及其相兼病证、疑难杂病则具有非凡的指导作用。《伤寒论》以六经作为辨证论治的纲领，但历史上对于六经实质的认识歧义颇多。六经辨证是以脏腑辨证为基础，主要适用于外感病辨证论治的一种辨证体系，主辨外感，兼辨杂证，为中医临床各科疾病的辨证论治提供了一般的规律，后世运用六经辨证指导杂病临床，亦得到了成功的验证。因此，把《伤寒论》与《金匱要略》完整理论体系完全割裂开来的方法是不可取的。

由此可见，张仲景所创六经辨证体系不仅可用于外感病的诊疗，对内分泌代谢疾病的治疗同样有重要的指导意义，在具体运用中，《伤寒论》与《金匱要略》相关内容可前后互参，互为补充。试述如下。

第一节 太 阳 病

一、太阳的功能特点

太阳包括手、足二经和膀胱、小肠二腑。足太阳膀胱经，

起于目内眦，上额，交巅，络脑，下项，夹脊抵腰，络肾属膀胱；手太阳小肠经，起于手小指外侧，循臂至肩，下行络心属小肠。由于经络的相互络属，使太阳与少阴构成了相互表里的紧密联系。

太阳的生理功能特点可概括为：

1. 阳气较多，正气旺盛 太阳又称“巨阳”、“老阳”。太阳是阳气较多的意思，故太阳的阳气旺盛，抵抗力强。因此，《素问·热论》曰：“巨阳者，诸阳之属也，其脉连于风府，故为诸阳主气也。”

2. 职司卫外，统摄营卫 由于太阳的经络散布于人体之表，是人体最大之经，特别是足太阳膀胱经与督脉并行身后，背为阳府，督脉又为阳经总督，故为阳经之长，为诸阳主气，其阳气充盛而能卫护体表。太阳之气行于体表的隶属于卫气，卫气有温分肉、充皮肤、肥腠理、司开合、卫外固表、抵御外邪之功。太阳统摄体表营卫二气，具有防止外邪入侵的重要作用，故《灵枢·营卫生会》说：“太阳主外”。由于肺合皮毛，故太阳病也与手太阴肺经的病变关系密切。

3. 六经藩篱，受邪首当 “太”有开初之意，由于太阳居六经之首，主一身之表，故外邪侵袭，太阳首当其冲，发病最早，太阳病多为外感病的初起阶段。

4. 参与气化，主司排水 因小肠主分清别浊，膀胱为州都之官，通过气化而贮、排尿液，二腑通和，气化如常，则尿液得以顺利排出，反之每致小便异常。

5. 内应少阴，表里互通 太阳与少阴互为表里，二者经气互通，功能相依，太阳主表有赖于少阴里实，而少阴主里又有赖于太阳表固。故《灵枢·本脏》云：“肾合三焦膀胱，三焦膀胱者，腠理毫毛其应。”从一个侧面说明了二者的关系。因此，太阳失固，就会导致邪传少阴，而少阴里虚，又可导致太阳失馁，易受外邪。

凡是病邪侵害人体，机体开始抵抗的初期，叫做“太阳”。“太”字作初字讲，也就是“起初”和“开始”的意思，阳字作“扬”字解，本义就是一种气体向外发扬的意思，发扬，就是亢奋的表现。所以体力亢奋，反映出初期抵抗疾病的证候群，便是太阳病。

二、太阳病与内分泌代谢病证治

1. 太阳病证治 凡是病邪侵害人体，体力亢奋，反映出初期抵抗疾病的证候群，便是太阳病。太阳病的提纲证为“脉浮，头项强痛而恶寒”。太阳病的病因多为外邪侵袭，病性多属阳实范畴。其治疗以解表祛邪为原则。外感病，邪气侵袭，大多从太阳而入，正气奋起抗邪，故首先表现为太阳病，脉浮，头项强痛而恶寒。外感风邪，营卫失调，则为太阳中风证，临床表现发热，恶风，头痛，自汗出，有时鼻鸣干呕，舌淡苔白，脉浮缓等。外感寒邪，卫阳被束，营阴郁滞，则成太阳伤寒证，临床上常见发热，恶寒，头项强痛，体痛，无汗而喘，舌淡苔白，脉浮紧等证。太阳病日久邪微，汗出不彻，表证羁留不解者，症见发热恶寒，热多寒少，头痛等，谓之太阳轻证。

太阳病篇除论述单纯的表证外，尚有里证、兼证、变证、类似证等。太阳里证是由表证所继发，如外邪由表循经入里，结于膀胱，影响水腑气化，可形成以小便不利为主证的蓄水证；若外邪化热由表循经入里，与血结于下焦，又可形成以如狂或发狂、少腹急结或硬满为主症的蓄血证。太阳兼证是在太阳表证的基础上同时兼夹其他症状，如太阳中风证可兼喘、兼项背强几几、兼汗漏不止、兼胸阳不振、兼身疼痛等；太阳伤寒证可兼项背强几几、兼下利或呕、兼烦躁、兼咳喘等。变证虽缘于太阳之表，而即成之后，则不属于太阳。如热扰胸膈证、心阳虚证、结胸证、痞证等。太阳类似证本属杂病，因其

部分症状与太阳病相似，故亦列入以资鉴别。在内分泌代谢病的治疗中，凡有感受外邪初起在表者，可参照太阳病证治。如部分糖尿病患者，在恶寒发热后发病；甲状腺炎、多种内分泌代谢病合并感染初起，具备太阳病主证、兼证、变证和夹杂证时，均可按照太阳病篇辨证治疗。

2. 太阳病体质辨证 从《黄帝内经》到《伤寒杂病论》，中医学对体质与疾病的关系极为重视。体质决定发病与否及疾病类型、传变等，如邪袭太阳，因体质不同而表现各异。今赵进喜对六经体质与内分泌代谢病论述颇详。太阳体质有卫阳充实、卫阳虚弱、卫阳亢盛之分。卫阳充实之人，其抗邪能力强，正邪剧争于表，因而出表邪闭束，正气抗邪的表实证；卫阳虚弱之人，由于卫阳外浮，腠理素疏，营阴内弱，故出现汗出恶风的表虚证；卫阳亢盛之人，体质较强，阳气过剩，或素有内热，感受外邪，则表现为发热重、恶寒轻、头痛、咽痛、汗出不畅、口渴等表热证（太阳病温病、风湿）。太阳腑证之蓄水、蓄血不同亦是体质使然，太阳之腑气化素差，邪气内入则更伤其正而成蓄水；若血行素滞，邪气随经入里，则成蓄血。太阳病在内分泌代谢病中常见于合并呼吸道疾病、变态反应性疾病等。

3. 太阳病方证应用 抓病机，抓主症，方证对应，可以大大拓展经方的应用。如以桂枝汤加减治疗糖尿病、甲状腺功能亢进症、更年期综合征等病证中营卫失和的自汗，以五苓散、苓桂术甘汤治疗糖尿病肾病、甲状腺功能减退症等病证的浮肿，以栀子豉汤治疗肥胖症、高脂血症等病证的心胸郁热，以真武汤治疗糖尿病肾病等病证中阳虚水泛的心悸、浮肿等，以桃核承气汤治疗多种内分泌代谢病中属瘀热内结者。

4. 太阳病脏腑经络辨证 太阳包括手太阳小肠与足太阳膀胱两经两腑，且与手少阴心、足少阴肾为表里，各有其循行路线。由于仲景六经辨证涵盖了脏腑经络、气血津液的病理变

化，所以在临床上出现相应的脏腑经络病变时可参照仲景太阳病辨证论治。如特发性水肿，可根据膀胱气化不利的病机使用五苓散；糖尿病性心脏病心悸属心阳不振者可予桂枝甘草汤；糖尿病肠病等属热结肠腑可用葛根芩连汤；糖尿病肾病出现烦躁、肢厥等属肾阳不足者可予茯苓四逆汤；内分泌代谢病出现相应经脉循行路线病证时可参照太阳病篇论治，如项背不适可用葛根汤等。

第二节 阳 明 病

一、阳明的功能特点

阳明，指足阳明胃与手阳明大肠而言。足阳明胃，起于鼻旁，下循鼻外，入上齿中，还出夹口环唇，下交承浆，循颊车，经耳前，上发际至额颅；其支者，从大迎前下人迎，循喉咙，入缺盆，下膈属胃络脾；其直行者，从缺盆下循胸腹而至足。手阳明大肠经，起于食指，循臂外侧前缘上肩，下入缺盆，络肺，下膈，属大肠。

足阳明胃腑，与脾同居中州，以膜相连，且经脉相互络属，故相为表里。胃主受纳，腐熟水谷，喜润恶燥，以降为顺；脾主运化，喜燥恶湿，以升为健。脾胃相关，阴阳相调，燥湿相济，升降相因，共同完成水谷的受纳、腐熟，以及营养物质的吸收、转输功能，即所谓“脾胃者，仓廩之官，五味出焉”。故脾胃为水谷之海，而为后天之本，气血生化之源。

手阳明大肠腑与手太阴肺，有经脉相互络属，故互为表里。《素问·灵兰秘典论》云：“大肠者，传导之官，变化出焉。”六腑之气以通为用，以降为顺，实而不能满，饮食入胃，则胃实而肠虚，食物下传于肠，则肠实而胃虚，虚实交替，腑气得以通顺，肠胃中糟粕方能及时排出体外而不滞留。然而，

大肠之传化物、排糟粕，又须依赖肺气的肃降、脾气的布津和胃气的降浊。可见，只有阳明、太阴相济为用，才可完成水谷的受纳、腐熟、吸收、排泄的整个过程。水谷代谢正常，水谷精微就能奉养周身，化生气血，故《素问·血气形志》篇有“阳明常多气多血”的说法。

二、阳明病与内分泌代谢病证治

1. 阳明病证治 阳明病是外感病过程中邪入阳明，正邪相争剧烈，邪热盛极的阶段，其性质多属里、热、实证。

阳明病的成因主要有二：一是由他经传来，如太阳病失治或误治，伤津耗液，以致胃中干燥而转输阳明，即所谓“太阳阳明”；少阳病误用发汗、利小便、伤津化燥而成阳明病，即所谓“少阳阳明”；三阴病阴寒之邪郁久，或少阴热化证伤津化燥及寒化证阳复太过，亦可转输阳明而成阳明病。二是阳明自病，由于素体阳盛，或有宿食，或为燥热所感，病证直从阳明化燥而成阳明病，即所谓“正阳阳明”。

由于阳明多气多血，喜润恶燥，以降为顺，且阳气昌盛，所以一旦感邪发病，每易导致胃肠功能失常，邪从燥化，是以《素问·阴阳脉解》篇云：“阳明主肉，其脉血气盛，邪客之则热，热甚则恶火”。柯韵伯则谓“阳明为成温之藪”。邪入阳明，邪正相争剧烈，故多表现为邪盛正实，这是阳明为病的主要特征，故其病变性质多为里热实证。

“阳明之为病，胃家实是也”，“胃家”泛指胃与大肠，“实”指邪气盛实。阳明病的证候主要有两大类型：一为燥热亢盛，肠道无燥屎阻结，出现身大热、汗出、不恶寒、反恶热、大渴、脉洪大，称为阳明热证（或称阳明经证）。二为燥热之邪与肠中糟粕结成燥屎，腑气不通，出现潮热、谵语、腹满硬痛、或绕脐痛、大便秘结、手足濇然汗出、脉沉实有力、苔黄燥或焦裂起刺等，称为阳明病实证（或称阳明腑证）。此

外，表证已罢，或热病以后，余热未尽，邪热留扰胸膈，出现心烦懊恼不得眠，为栀子豉汤证；阳明病下后，损伤津液，余热未尽，水热互结，出现脉浮发热、渴欲饮水、小便不利者，为猪苓汤证。还有胃热约束脾的运输功能，以至脾不能为胃行其津液，胃肠失润而大便硬者，为麻子仁丸证等。此皆已涉及阳明。

若阳明病热邪不解，与太阴脾湿相合，湿热郁于中焦，热不得外泄，湿不得下行，湿热熏蒸肝胆，而致身黄、发热、小便不利者，为阳明发黄证；也有阳明热盛，深入血分，而见口燥但欲漱水不欲咽、鼻出血等，则是阳明燥热耗伤动血等。

阳明病以热证实证为主，但也有寒证、虚证之变例，如阳明中寒证，其代表汤证为吴茱萸汤证。

阳明病的治疗原则，主要是清、下两法。阳明热证用清法，如白虎汤类；若邪热内扰，郁于胸膈，以清宣郁热，如栀子豉汤类；若水热互结，小便不利，则宜育阴润燥，清热利水，如猪苓汤。阳明实证用下法，如三承气汤类；若津伤便秘，宜用润下或导法，如麻子仁丸、猪胆汁及蜜煎导；若湿热熏蒸发黄，则宜清热利湿，如茵陈蒿汤类，若属阳明中寒证，则宜用温中和胃，降逆止呕之法。总之，阳明里热实证的治疗原则是以清下实热、保存津液为主，而不可妄用发汗、利小便等法。内分泌代谢病过程中出现阳明病证者，可按阳明病论治，如糖尿病初起热盛阴伤者，可予白虎汤、白虎加人参汤加减；肥胖病、高脂血症属热结肠腑者，可予承气辈。

2. 阳明病体质辨证 阳明体质有胃阳亢盛、胃热阴虚、胃寒气实之分。胃阳亢盛者体格壮实，肌肉丰满，食欲亢盛，发病易表现为发热、大便干结的阳明腑实证，所谓“正阳阳明”、“胃家实”是也；胃热阴虚者体质较弱，体形较胃阳亢盛之人瘦，食欲较好，有大便干倾向，发病常表现为大便干结、小便频多的脾约证，所谓“太阳阳明”是也；胃寒气实者体质

尚壮实，纳好，有大便不畅倾向，但平素畏寒，不任生冷饮食，发病易表现为大便不通、胃脘作痛、呕吐等胃寒实证。阳明素有阴亏者，热入则更伤其津而易成燥实；若素有湿热，则更与热合，而成湿热发黄之证。阳明体质在内分泌代谢病中十分常见，易发肥胖症、糖尿病、甲状腺功能亢进症、皮质激素增多症等。

3. 阳明病方证应用 阳明病方证在内分泌代谢病中应用十分广泛，如更年期综合征、糖尿病、甲状腺功能亢进症、代谢综合征、经前期紧张综合征等。凡有虚烦不得眠，心中懊恼，舌苔薄黄者，即可用栀子豉汤；发热，汗出，口渴，脉浮滑者，可予白虎汤；渴欲饮水，口干舌燥者，即可予白虎加人参汤；脉浮发热，渴欲饮水，小便不利者，可予猪苓汤；大便硬，小便数，可予麻子仁丸；津亏便秘者可予蜜煎方、土瓜根或大猪胆汁导而通之。《金匱要略》中厚朴三物汤、厚朴大黄汤、泻心汤等皆可随证用之。

4. 阳明病脏腑经络辨证 阳明包括手阳明大肠和足阳明胃，且与手太阴肺、足太阴脾互为表里。在内分泌代谢病的临床治疗中，可根据其所属脏腑及经脉循行选方用药，常可取得出人意料之效。如肠胃的病变常用调胃承气汤、小承气汤；肺胃郁热可选栀子豉汤等。

第三节 少 阳 病

一、少阳的功能特点

少阳包括手少阳三焦、足少阳胆，并分别与手厥阴心包、足厥阴肝相表里。足少阳胆经之脉，起于目锐眦，上抵头角，下耳后，入耳中，至肩入缺盆，下胸贯膈，络肝属胆，行人身之侧；手少阳三焦经之脉，起于无名指末端，行上臂外侧，至

肩入缺盆，布于胸中，散络心包，下贯膈属三焦。少阳与厥阴经脉相连，脏腑相关。

少阳的生理功能特点可以概括为：

1. 阳气始生，正气偏弱 《素问·阴阳类论》本有太阳为三阳，阳明为二阳，少阳为一阳之说。所以少阳又称“一阳”、“稚阳”、“小阳”。少阳乃阳气初生，虽生机勃勃，应春生之气，然初生者阳气必少，其气尚微。又《素问·血气形志》云：“夫人之常数，太阳常多血少气，少阳常少血多气，阳明常多气多血……此天之常数。”是言人体中气血分布的多少，少阳应为少血多气。总之，少阳阳气始生，气血不足，抗病能力较弱。

2. 疏利气机，通调水道 《素问·灵兰秘典论》云：“胆者，中正之官，决断出焉。”又云：“三焦者，决渎之官，水道出焉。”是言胆性正直，善于决断，与情志有关。而三焦则主疏通水道。胆与三焦经脉相连，功能相关，胆腑疏利正常，则枢机运转，三焦通利，水火气机得以升降自如，可使上焦如雾，中焦如沤，下焦如渎，各有所司。

3. 三阳离合，少阳为枢 《素问·阴阳离合论》云：“是故三阳离合也，太阳为开，阳明为阖，少阳为枢，不得相失……命为一阳。”是言三阳经的离合，太阳主表，是敷布阳气以卫于外故为开，阳明主里，受纳阳气以支持内脏故为阖；少阳居于半表半里之间，转枢内外故为枢，这三经开阖枢的作用，相互为用，调和统一而不能相失。所以少阳为枢，居半表半里之位，为人体阴阳气机升降出入、开阖的枢纽。

二、少阳病与内分泌代谢病证治

1. 少阳病证治 少阳病是邪犯少阳，胆火内郁，枢机不利所致的疾病，是外感热病发展过程中由表入里的中间阶段。少阳病有自太阳传来，亦有本经自感外邪。外邪入犯少阳，胆

火内郁，郁火上炎，三焦失畅，枢机不利，症见口苦、咽干、目眩，此为少阳证提纲证。同时，又因邪正相争，经气不利，邪正相争，木邪犯土等，还可出现往来寒热、胸胁苦满、默默不欲饮食、心烦喜呕、脉弦细等。无论二者单独出现，或相伴出现，均可称为少阳病。少阳居太阳、阳明之间，既不在太阳之表，又不在阳明之里，因而少阳病属于半表半里证。

少阳外临太阳，内近阳明，病邪每多传变，证型常有兼夹。若兼太阳表证，可见发热，微恶寒，肢节烦疼，微呕，心下支结等，治以和解与发表并用。若兼阳明里证，症见呕不止，心下急，郁郁微烦，或发热，心下痞硬，呕吐而下利，或胸胁满而呕，潮热而微利等，治以和解与攻下并行。若太少而和病，少阳郁火内迫大肠，发生下利，或下利兼呕，治当清热止利，或兼用和胃降逆。若兼水饮内停，症见往来寒热，胸胁满微结，小便不利，渴而不呕，但头汗出，心烦等，治以和解与化饮同用。若少阳病误治失治，邪气弥漫，表里俱病，虚实互见，出现胸满、烦惊、谵语、一身尽重不可转侧，小便不利等，治法和解少阳，通阳泄热，重镇安神。

内分泌代谢病与少阳枢机不利关系极为密切，病变过程中出现上述病证时，可按少阳病辨证论治。

2. 少阳病体质辨证 少阳体质可有少阳气虚、少阳气郁、少阳郁热之分，女性相对多见。其少阳气虚者体质虚弱，性情忧郁，多悲观，发病易表现为胸胁胀满，情志抑郁，疲乏无力，腹胀腹泻，妇女月经不调等证；少阳气郁者体质相对较好，平素性喜抑郁，体力尚可，发病易表现为胸胁苦满，抑郁心烦，恶心呕吐，口苦咽干，头晕耳鸣等证；少阳郁热者体质较好，或素有内热，易怒，发病易表现为心烦郁怒，头晕头痛，口苦咽干，胁痛腹满等证。可见于糖尿病、肥胖症、甲状腺功能亢进症、经前期紧张综合征、甲状腺瘤、更年期综合征等。

3. 少阳病方证应用 方证对应就少阳病而言,应用最广的首推小柴胡汤。内分泌代谢病多为本虚标实,且与情志关系密切,糖尿病、更年期综合征、经前期紧张综合征等凡见心烦喜呕,胸胁苦满,纳谷不佳,寒热往来,休作有时,口苦,咽干,目眩,舌上白苔等证者,皆可以小柴胡汤化裁,疗效甚佳。又如发热微恶寒,肢节烦痛,微呕等证可予柴胡桂枝汤;呕不止,心下急,大便不畅,可予大柴胡汤;往来寒热,小便利,心烦等,予柴胡桂枝干姜汤。《金匱要略》中柴胡去半夏加瓜蒌汤、柴胡桂姜汤等亦可依证用之。

4. 少阳病脏腑经络辨证 少阳包括手少阳三焦与足少阳胆,并与手厥阴心包、足厥阴肝相表里。凡相应脏腑经脉所见之病,皆可用少阳病篇之方。如糖尿病合并脂肪肝、胆道感染均可投大柴胡汤加减,临床多有报道。由于少阳经行人身之侧,内分泌代谢病中偏头痛或胁肋不适等证常以柴胡剂化裁。就三焦而言,包括上焦心肺,中焦脾胃,下焦肝肾,所以少阳病包括人体脏腑、气血、经络诸多方面的疾病,少阳枢机不利可导致全身气机失畅,因此,许多病证亦常从少阳论治。

第四节 太 阴 病

一、太阴的功能特点

太阴包括手、足太阴二经和肺脾二脏。足太阴脾经起于足大趾内侧端,上行沿小腿内侧,交厥阴经之前,沿大腿内前侧上行,入腹,属脾络胃。由于经络相互络属的关系,使足太阴脾与足阳明胃互为表里。脾胃位居中焦,脾主运化,升清阳,主四肢,胃主受纳,腐熟水谷,与脾合称为后天之本。脾胃为人体气机升降之枢纽,脾主升,胃主降,脾以升为顺,胃以降为和,脾胃各项功能协调,则清阳得升,浊阴得降,水精四

布，五脏得荣。若脾胃虚弱，或被邪气所犯，以致中阳不足，运化无力，寒湿内停，升降失常则形成太阴病。

二、太阴病与内分泌代谢病证治

1. 太阴病证治 太阴病是由中阳不足，寒湿内盛而引起的疾病。太阴病成因大致有二，一是传经：病在三阳，失治误治，过用克伐，太阴阳气受损，邪从寒化，传入太阴。二是直中：素体中阳不足，或感受外邪，或过食生冷，寒湿之邪直中太阴，损伤脾阳，发为太阴病。

太阴病为三阴病的初始阶段，病性由实转虚，证情局限于中焦，较少阴、厥阴全身性病变为轻，以“腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛”为提纲证，概括了太阴病的基本特点。太阴病兼变证主要有太阴兼表证，太阴兼腹痛证以及寒湿发黄证等。

太阴病以“当温之”为治疗大法，当温中散寒，健脾燥湿，用理中丸、四逆汤一类方剂。太阴病兼变证中，若兼表证，里虚不甚，表证为主者，宜调和营卫，用桂枝汤；如里虚明显者，当以温里为主，兼以解表，方用桂枝人参汤。若兼有腹痛证，应通阳益脾，活络止痛；大实痛则通络，分别用桂枝加芍药汤、桂枝加大黄汤。属于寒湿发黄者，则于“寒湿中求之”。温阳散寒，除湿退黄。

太阴病的预后一般较好，病至太阴，虽属三阴阳虚之证，但其阳虚程度较轻，仅局限于中焦脾胃，治疗得法，病愈不难。其转归主要有以下三个方面：①阳复向愈：若辨证准确，用药恰当，中阳恢复，寒湿解散，病自告愈；若经过恰当护理，脾阳振奋，运化复常，肠道原有腐秽积滞，自行下利而解，即“脾家实，腐秽当去”。②阳复太过，病转阳明：太阴病过用温燥，或寒湿久郁化热，阳复太过，邪从燥化，由阴转阳，由虚转实，有里出表，由太阴而转出阳明，所谓“实则阳

明，虚则太阴”。③阳衰阴盛，病邪内传：太阴病由于失治或误治，进一步导致全身阳气衰微，病邪又可传入少阴或厥阴。治疗当参考少阴或厥阴病。内分泌代谢病中出现太阴病证时可仿此篇论治，如糖尿病胃肠功能紊乱及多种内分泌代谢病之中阳不足证。

2. 太阴病体质辨证 太阴体质可有太阴气虚、太阴阳虚、太阴湿阻之分。太阴气虚者体质虚弱，体力不足，进食生冷油腻有腹泻倾向，发病易表现为腹满胀痛、呕吐、腹泻等证；太阴阳虚者体质虚弱，体力不足，素多畏寒便溏，发病易表现为腹满冷痛、畏寒肢冷、呕吐、下利清水等证；太阴湿阻者体质虚弱，体形虚胖，或素有痰湿，发病常表现为头身困重、脘腹胀满、口中黏腻、大便不爽等证。可见于肥胖症、糖尿病及其多种并发症、内分泌代谢病合并胃肠病等。

3. 太阴病方证应用 内分泌代谢病多为内伤杂病，但凡出现脾胃虚寒证皆可使用太阴病方剂。如太阴兼表证的桂枝汤证，太阴腹痛的桂枝加大黄汤证，脾胃虚寒当用四逆辈。《金匱要略》中的小建中汤、黄芪建中汤、黄土汤、薯蓣丸等亦常应用。

4. 太阴病脏腑经络辨证 由于太阴包括手太阴肺与足太阴脾，又与手阳明大肠和足阳明胃互为表里。故相应脏腑经脉出现病变时可用太阴病的辨证治疗方法。肺与大肠、脾与胃同治在临床十分常用，如肺热壅盛可佐以通腑泻热，脾与胃更是在治疗上密不可分。大腹属脾，腹部病变亦常从太阴脾经论治。

第五节 少 阴 病

一、少阴的功能特点

少阴，即阴气较少之意，故少阴有阴中之“小阴”之说。

少阴包括手足少阴二经和心、肾两脏。足少阴肾经，起于小趾之下，循内踝之后，以上腠内，贯脊，属肾，络膀胱；手少阴心经，起于心中，出属心系，下膈，络小肠。由于经络的相互络属，使少阴与太阳构成了相互的紧密联系。

手少阴心属火，主藏神，主血脉，为一身之主，《素问·灵兰秘典论》云“主明则下安……主不明则十二官危”；足少阴肾属水，主藏精，主水液，内寓真阴真阳（亦称元阴元阳、真水真火），为先天之本，立命之基。生理状态下，心火下蛰于肾，使肾水不寒；肾水上济于心，使心火不亢。心肾相交，水火既济，相辅相成。少阴和太阳里表互通，太阳主表，少阴主里，两者互依互用，维持人体正常的生命活动。

二、少阴病与内分泌代谢病证治

1. 少阴病证治 少阴病是以心肾虚衰、水火不交为主要病理变化的疾病。其中又以阳虚化寒的虚寒证为重点。少阴病的发生，或由外邪直中，或由他经之病传变而来。因为心肾两经两脏关系着全身的阴阳气血，故少阴病多发生于外感病后期，病情危重，为全身性里虚证。少阴与太阳为表里，若正气虚衰，太阳之邪最易陷入少阴，故有“实则太阳，虚则少阴”之说；又少阴肾与太阴脾分别为先后天之本，太阴阳虚严重时，常能累及肾阳，而成脾肾阳虚证。

病人少阴，常见脾肾虚衰，阴阳气血俱虚的病理变化，故以脉微细，但欲寐为提纲。由于体质因素与外邪性质之不同，少阴病可以出现从阴化寒的寒化证，和从阳化热的热化证。少阴寒化证，为心肾阳虚，阴寒内盛，因而除提纲证外，还有无热恶寒，身倦，呕吐，下利清谷，四肢厥逆，小便清白，舌淡苔白等症。若阴寒太盛，虚阳被格于外，可出现格阳、戴阳的面赤、发热、反不恶寒等阴极似阳的真寒假热征象。少阴热化证，多为肾阴虚于下，心火亢于上，因而有心烦不得眠而精神

疲惫、舌红、脉细数等症。有时亦可出现阴阳两虚或阳亡阴竭证。此外，尚可出现寒化证兼表和热化证兼里实的证候。

少阴病的治疗，寒化证治以温经散寒，回阳救逆，以四逆汤为代表方剂；热化证治以育阴清热，以黄连阿胶汤为代表方剂。寒化证兼表者，可用麻黄附子细辛汤等温经发表，若里虚甚而见下利清谷，则当用四逆汤先温其里。少阴阴虚兼里实，易耗肾阴，故用大承气汤以急下存阴。

少阴感寒，多伤阳气，所以少阴寒化证的预后，取决于阳气的存亡，一般是阳回者生，阳衰者重，阳亡者预后不良。内分泌代谢病中糖尿病急慢性并发症、甲状腺功能亢进症、甲状腺功能减退症、艾迪生病等出现少阴病证时，多有心肾器质性病变，可从少阴病论治，常可取得明显疗效。

2. 少阴病体质辨证 少阴病寒化、热化之别与体质密不可分。少阴体质可有少阴阳虚、少阴阴虚、少阴阴阳俱虚之分。少阴阳虚之人，体质虚弱，平素畏寒、腰膝酸冷、性功能减退，发病易表现为畏寒肢冷、腰膝冷痛、神疲嗜睡，甚可见四肢厥冷、冷汗淋漓等阳衰危证（少阴寒化证）；少阴阴虚之人，体质虚弱，平素畏热，寐差，性功能有虚性亢奋，发病易表现为发热、心烦、失眠、五心烦热、遗精等证（少阴热化证）；少阴阴阳俱虚之人，体质虚弱，神疲气短，不耐寒热，发病则表现为四末冷凉而手足心热、心悸气短、心烦而神疲，甚则可见四肢厥冷、汗出淋漓、躁扰不宁或神昏脉微欲绝等阴阳两脱险证。可见于糖尿病、甲状腺功能减退症、艾迪生病、更年期综合征等。

3. 少阴病方证应用 内分泌代谢病多病程长，变化多，用少阴病方证机会较多，临床可审其脉证，随证治之。如但欲寐，脉沉的四逆汤证；下利清谷，脉微欲绝的通脉四逆汤证；背恶寒，骨节痛，脉沉的附子汤证；小便不利，四肢沉重疼痛的真武汤证；下利便脓血无里急后重的桃花汤证；心中烦，不

得卧的黄连阿胶汤证；心烦不得眠，小便不利的猪苓汤证；发热脉沉之麻黄附子细辛汤证；手足厥冷，或见腹痛、泄利下重、咳嗽、心下悸、小便不利之四逆散证；手足逆冷，吐利，烦躁之吴茱萸汤证；下利咽痛之猪肤汤证；咽中伤，不能语言之苦酒汤证；寒邪客于咽喉之半夏散及汤证等。《金匱要略》中肾气丸、瓜蒌瞿麦丸等亦属此列。

4. 少阴病脏腑经络辨证 少阴包括手少阴心、足少阴肾两经两脏，且与手太阳小肠和足太阳膀胱为表里。内分泌代谢病，凡涉及相应脏腑及经脉所过之病证，均可按少阴病论治。如心肾阳虚可用真武汤，咽痛可用甘草汤、桔梗甘草汤等。

第六节 厥 阴 病

一、厥阴的功能特点

厥阴经包括手厥阴心包经、足厥阴肝经及其所络属的脏腑。足厥阴之脉起于足大趾，沿下肢内侧中线上行，环阴器，抵小腹，夹胃属肝络胆，上贯膈，布胁肋，上行连目系，出额与督脉会于巅顶。手厥阴之脉起于胸中，出心包络，下膈络三焦。其支者，循胸出肋上抵腋下，循上臂内侧中线入肘中，下前臂行两筋之间入掌中，至中指出其端。

肝主藏血，内寄相火，体阴用阳，上接君火，为母子相应，下连肾水，成乙癸同源。肝为风木之脏，性喜条达，而主疏泄，对脾胃及胆腑的功能有着重要的影响。心包之火以三焦为通路而达于下焦，使肾水温暖以涵养肝木，故厥阴功能正常，则上焦清和，下焦温暖，而脏腑功能正常。

二、厥阴病与内分泌代谢病证治

1. 厥阴病证治 厥阴病是六经病证的最后阶段。病入厥

阴，则肝失条达，木郁化火，乘脾犯胃，则出现上热下寒、寒热错杂证。症见消渴、气上冲胸、心中疼热、饥而不欲食，食则吐衄，下利不止等证。厥阴有阴尽阳生，极而复返的特性，故其病每多阴阳相争，出现厥热胜复，即厥与热交替出现。其预后总以阳胜为顺，阴胜为逆。若由于阴阳气不相顺接，表现为四肢逆冷者，则成为厥证，如热厥、寒厥、气郁致厥、血虚致厥、水饮致厥、痰厥等。若邪从热化，随病机不同，而有下利、便脓血证，热结旁流证等。若邪从寒化，阳衰阴胜，则出现厥逆下利证；若厥阴上逆，则出现干呕、头痛、吐涎沫等肝寒犯胃证候。

厥阴病的形成，多由传经而来，亦有寒邪直中而成者。其中少阳与厥阴相表里，少阳病失治误治，最易陷入厥阴，反之，厥阴阳复太过，亦可转为少阳病。故有“实则少阳，虚则厥阴”之说。

厥阴病的治法，因病情而异，寒者宜温，热者宜清，寒热错杂，则寒温并用。如上热下寒，宜清上温下，寒温并投，用乌梅丸治疗。肝胃寒逆者，当暖肝降逆，用吴茱萸汤。血虚寒厥者，当温经散寒兼以养血，用当归四逆汤。肝热迫肠下利者，当凉肝解毒治利，用白头翁汤。气郁证，当疏肝解郁，用四逆散，等等。糖尿病、更年期综合征等常出现寒热错杂之证，用乌梅丸治疗疗效满意，其他诸方在内分泌代谢病过程中亦常使用。

2. 厥阴病体质辨证 厥阴病厥热胜复与体质关系密切。厥阴体质可有厥阴阳亢、阴虚阳亢、虚阳亢奋之分。厥阴阳亢之人，体质壮实，性急易怒，发病常见为头晕目眩、头胀头痛，或胃脘灼热疼痛，自觉气上撞心等证；阴虚阳亢之人，体质较虚，易怒，发病易表现为咽干口燥、头晕眼花、耳鸣、烘热汗出、失眠健忘、腰膝酸软等证；虚阳亢奋之人，体质虚弱，体力严重不足，神疲乏力，性急易躁，发病则表现为头晕眼花、虚烦不宁、头痛耳鸣、腰膝酸冷，甚至出现面红如妆、

时时汗出、四肢厥冷等危证。可见于糖尿病、甲状腺功能亢进症、胰岛素抵抗综合征、高血压病等。

3. 厥阴病方证应用 厥阴消渴与内伤杂病消渴证治之争已久，然在糖尿病及其急慢性并发症中常有应用乌梅丸的机会却是不争的事实。临床凡见寒热错杂、阴阳失调之饥而不欲食，消渴，气上撞心，心中疼热，久利等，均是使用乌梅丸的指征，方证对应，效如桴鼓。另外，胃热脾寒，食入即吐，可用干姜黄芩黄连人参汤；手足厥逆，咽喉不利，唾脓血，泄利不止，可予麻黄升麻汤；手足厥寒，脉细欲绝，可予当归四逆汤、当归四逆加吴茱萸生姜汤，尤其在糖尿病周围神经病变中应用十分广泛。

4. 厥阴病脏腑经络辨证 厥阴包括心包、肝，并与手少阳三焦和足少阳胆相表里。相应脏腑及经脉循行之处病变，可从厥阴论治。如肝气不舒，可予小柴胡汤，亦可用乌梅丸，病机虽异，表里有别，所治脏腑则有相同之处，可审其脉证，知犯何逆，辨证治疗。

综上所述，六经辨证对内分泌代谢病的诊治有重要的指导意义，“不知脏腑经络，开口动手便错”，根据六经各自所属经络、脏腑及其表里联系，结合体质特点，选择适证之方，常有事半功倍之效。临床体会，太阳病重在疏达透邪，阳明病重在泄热保津，少阳病重在和畅气机，太阴病重在调理升降，少阴病重在培补精、气、神，厥阴病重在调和阴阳。遣方用药，不独限于《伤寒论》各篇之方，而应明其理，师其法，《金匱要略》方及后世辨证方法、效验名方，皆可运用，融会贯通，并有所创新和发展，而非牵强附会，刻舟求剑。此乃运用六经辨证，提高临床治疗内分泌代谢病疗效之关键所在。



第三章 杂病病脉证并治 与内分泌代谢病 证治

《伤寒论》和《金匱要略》两书记载的病名繁多，涉及内科、外科、妇科、皮肤科等，与内分泌代谢疾病密切相关的主要有消渴、心悸、血痹、脏躁、虚劳、女劳疸等，现分述如下。

第一节 消 渴

一、仲景关于“消渴”的含义

消渴，顾名思义，乃因渴而消，是以口渴多饮、小便频多、久则形体消瘦为主要特征的病证。消渴之名，首见于《内经》。最早载于《素问·奇病论》，曰：“帝曰：有病口甘者，病名为何？何以得之？岐伯曰：此五气之溢也，名曰脾瘅。夫五味入口，藏于胃，脾为之行其精气，津液在脾，故令人口甘也；此肥美之所发也，此人必数食甘美而多肥也。肥者令人内热，甘者令人中满，故其气上逆，转为消渴。治之以兰，除陈气也。”提出饮食不节乃消渴病发生的重要因素。《内经》根据其发病因素及临床表现的不同，而有“消瘅”、“消渴”、“肺消”、“膈消”、“消中”等名称的记载。如《灵枢·五变》篇

说：“五脏皆柔弱者，善病消瘴。”指出了五脏虚弱是发生消渴的重要因素。对于情志失调等致病因素，也作了论述，如《灵枢·五变》篇说：“怒则气上逆，胸中蓄积，血气逆流……转而为热，热则消肌肤，故为消瘴。”后世根据其证候及病理变化，分为上、中、下三消，上消属肺，即《素问·气厥论》：“心移热于肺，传为膈消。”中消属胃，即《素问·脉要精微论》：“瘴成为消中。”下消属肾，即《素问·刺热论》：“肾病热，……，苦渴，数饮身热。”后世三消之说，殆本于此。

《金匱要略·消渴小便不利淋病脉证并治》首立消渴专篇，提出了消渴病的病机、脉证和治疗。对消渴病发生，突出了胃热、肺胃阴伤、肾虚三个方面，首次提出了消渴病的治疗方法。尤其可贵的是，仲景创立的白虎加人参汤、肾气丸临床应用1800余年而不衰，直到今天仍在广泛应用并受到国内外学者的高度重视。正如喻嘉言所言：“消渴之证，《内经》有其说无其治，《金匱》有论有治。”查《金匱要略》除第13篇专论消渴证治外，其余第2、第14、第16篇亦有消渴证治。全书从胃热气盛、气阴不足、湿邪阻滞、瘀血内停、阴阳两虚5个方面论述了消渴的形成、临床表现和治则，为后世医家从上、中、下三消辨治消渴打下了基础。

历代医家对消渴病记载颇多，涉及其病名、病因、病机、辨证论治思路和方药、兼证、预防等各个方面，隋·甄立言所著《古今录验》中云：“消渴有三，一渴而饮水多，小便数，无脂似麸片甜者，皆是消渴病也；二吃食多，不甚渴，小便少，似有油而数者，此是消中病也；三渴而饮水不能多，但腿肿，脚先瘦小，阴痿弱者，数小便者，皆是肾消病也。”至此，甄立言基本上给消渴病下了一个比较完整、准确、科学的定义，从而完善了消渴病的中医诊断。隋·巢元方《诸病源候论》：“夫消渴者，渴不止，小便多是也。”唐·孙思邈《备急千金要方》：“治之愈否，属在病者。若能如方节慎，旬月可

廖，不自爱惜，死不旋踵。方书医药，实多有效，其如不慎者何！其所慎有三：一饮酒，二房事，三咸食及面。能慎此者，虽不服药而自可无他；不知此者，纵有金丹亦不可救，深思慎之。”《丹溪心法》正式提出上消、中消、下消之名，为后世医家所沿用。

《金匱要略》有消渴病专篇，但消渴的证治在其他篇也有论述。《说文解字·病疏下》解释说：“消，欲饮也。”《素问·阴阳别论》：“二阳结谓之消”。王冰注曰：“善消水谷，消指消化。”《儒门事亲·三消当从火断》曰：“消者，烧也，如火烹烧物之理也”，认为消即火烧、烧灼。《景岳全书·消渴》云：“消，消烁也，亦消耗也，凡阴阳气血日见消败者，皆谓之消。”认为消指消削、消耗。可见，消渴病名的确立，不仅提示了该病口渴多饮的主症，更揭示了该病善于消化水谷、耗伤津液，损耗精微，消烁经脉、肌肤、脏腑、筋骨，消耗人体血气精神的基本病势；不仅可解释消渴病多饮、多食、多尿、疲乏、消瘦的临床症状，更可体现该病病机和主体发展方向，便于确立治则治法。

二、消渴脉证及方药

1. 消渴病机与脉证 《金匱要略·消渴小便不利淋病脉证并治》论述了消渴病的病机与脉证。指出：“寸口脉浮而迟，浮则为虚，迟则为劳；虚则卫气不足，劳则营气竭。趺阳脉浮而数，浮即为气，数即消谷而大坚；气盛则溲数，溲数即坚，坚数相搏，即为消渴。”寸口候心肺，心主血属营，肺主气属卫。寸口主候营卫，浮则卫气不足，迟则营气亏损，浮迟并见，则为营卫两虚。浮主表，迟主寒，多见于外感病，而消渴病属于内伤范围的疾患，病由渐积而成，且正气已伤，故这里的浮，当浮而无力，乃阳虚气浮之象，卫属阳气的一部分，所以本条曰“浮则为虚”，“虚则卫气不足”。迟乃因营血不足，

血脉不充，故曰“迟则为劳”“劳则营气竭”。营卫气血俱不足，卫虚气浮不敛，营虚燥热内生，心移热于肺，于是形成消渴病上消证。关于中消的病因病机，则在下面的文字中表述出来。趺阳脉为胃脉，正常脉象应沉而和缓，现反见浮脉，则为病脉可知。脉浮，此并非邪在表，而是胃气亢盛，故曰“浮即为气”。数脉主热，为胃热有余。热盛于内，气蒸于外，故脉浮数。热盛消谷，所以善饥；热盛消谷，水分偏渗膀胱，肠失濡润，所以大便干结，小便频数。“坚数相搏，即为消渴”，是概括消渴病的形成机制。胃热亢盛，则肠燥便坚，溲数津亏；津亏肠燥，阳亢无制，则胃热更炽。二者互相影响，是形成消渴病的主要机制。《素问·阴阳别论》曰：“二阳结，谓之消”。二阳指手足阳明，即指出胃肠热结，是发生消渴病的主要原因。本条是从寸口与趺阳脉阐述消渴病的病机。上消为气虚外浮，脉浮迟无力，以消渴多饮为主证；中消为胃热气盛，脉浮数有力，以消谷善饥，小便数，大便坚为主证。对于中消的治法，后世有人主张用调胃承气汤为主方。

在该篇第8条又进一步论述了消渴的病机与脉证。指出：“趺阳脉数，胃中有热，即消谷引食，大便必坚，小便即数。”趺阳脉候胃，数则为热，胃中有热故消谷善饥，渴欲饮水。胃热盛则津伤，大肠失其濡润，故大便坚硬。饮水虽多，脾失转输，肾失制约，水液直趋于下，故小便频数。由此使阴液愈耗，而虚热愈盛，热愈盛而消谷引饮更甚。陈修园认为“此言淋病由于胃热下注，与消渴异流而同源。”

综上所述，在《金匱要略·消渴小便不利淋病脉证并治》中，张仲景认为消渴病的病因与“劳”、“虚”密切相关，其发病机制为营卫两虚、胃热津亏，与《内经》“五脏柔弱”理论及后世“阴虚燥热”说基本一致。主要证候为消谷引食、大便坚、小便数，在脉象方面则以候寸口脉和趺阳脉相结合来分析判断，常见脉象为“寸口脉浮而迟”、“趺阳脉数”。对于消渴

病的形成提出了“坚数相搏，即为消渴”。这些论述，是张仲景在当时情况下，对消渴病形成之病因、病机、证候等方面认识的一部分，在其他篇章也有许多内容与消渴密切相关，应前后互参，全面理解。

2. 厥阴病消渴 在《金匱要略·消渴小便不利淋病脉证并治》中，有“厥阴之为病，消渴，气上冲心，心中疼热，饥而不欲食，食则吐，下之不肯止。”本条论述厥阴病的消渴不可使用下法。厥阴病一般多表现为两种类型，一为厥热胜负，一为寒热错杂，上热下寒，从本条证候来看，属于后者。消渴是内热耗伤津液所致；足厥阴经循小腹而络于心，肝气上逆，热邪在上，则心中疼热；胃中有寒不能消化水谷，则饥而不欲食，食后即吐。若用下法重伤脾胃，则上热未去，而下寒转甚，故下利不止。一般认为，这种消渴，与杂病消渴不同，厥阴病的消渴，不过是热性病过程中的一种症状，是一时性的，而杂病之消渴病，势缓乃渐积而成。如喻昌《医门法律》云：“消渴之证，《内经》有其论无其治，《金匱》有论有治矣。而集书者采《伤寒论》厥阴消渴之文凑入，后人不能抉择，斯亦不适用也。盖伤寒热邪至厥阴而尽，热势深入，故渴而消水，乃热解则不渴，且不消矣，岂杂证积热渐为患之比乎。”而曹颖甫则认为，厥阴病消渴乃胃中热而胆火炽所致。

对于厥阴病消渴，笔者认为，即使在内伤杂病的消渴病中亦不可忽略。结合临床可知，许多情况下糖尿病可由发热诱发，而糖尿病在诸多情况下也可出现发热，因此，认为厥阴病的消渴仅是热性病过程中的一种症状，而与杂病之消渴病本质不同的认识似有片面之嫌。厥阴病乃阴尽阳升、阴阳失调，厥阴病主方乌梅丸有和调阴阳之妙。在糖尿病发展的许多阶段中，尤其是出现慢性并发症病体衰弱之时，多见寒热错杂、阴阳失和，乌梅丸乃其对证之方。糖尿病酮症酸中毒也常可见到类似厥阴病消渴的诸多症状，如饥而不欲食、食则吐、心中疼

热等，若不能得到及时有效的救治，则可能出现“下之不肯止”。

药理研究证实，乌梅丸确有降糖作用。乌梅丸中以酸、苦、辛药居多，酸可胜甘，苦可清热坚阴，辛可散郁透达，对糖尿病及其并发症的治疗大有裨益。

3. 三消证治 消渴病传统上以三消论治，即把消渴病分为上消、中消、下消来辨证分型治疗，上消治肺、中消清胃、下消补肾。三消论治之说并非由仲景明确提出，但却始于仲景。在《金匱要略·消渴小便不利淋病脉证并治》中，提出“渴欲饮水，口干舌燥者，白虎加人参汤主之”，论述了消渴病肺胃热盛伤津的证治。肺胃热盛即后世提出的上消、中消，而白虎加人参汤既可治肺热，又可清胃热。燥热阴伤，被认为是消渴病传统的病机，亦被公认为是消渴病起始之证候类型。而仲景白虎加人参汤既可清热，又能养阴，堪称消渴病良方。本条亦见于《伤寒论·阳明病》，是言阳明病误下后，里热炽盛，津气两伤而见口干舌燥欲饮水等证。说明白虎加人参汤不仅可治疗消渴病上消、中消，亦可治阳明热盛津伤之消渴证，体现了仲景异病同治的灵活性。

本篇还论述了下消的证治，曰：“男子消渴，小便反多，以饮一斗，小便一斗，肾气丸主之。”这里的所谓“男子”，是指男子以肾为本，精气先虚，病起于下之意，并非是指下消仅见于男子。肾气亏虚所致消渴即下消之说。上消和中消，大多属热，惟下消寒热皆有。肾藏精，为水火之脏，主水液。人体津液的代谢在正常情况下，通过胃的摄入，脾的运化和转输，肺的宣散和肃降，肾的蒸腾气化，以三焦为通道，输送至全身，乃气化为汗、尿排出体外。肾的蒸腾气化作用对津液代谢至关重要，肾虚阳气衰微，既不能蒸腾津液以上润，又不能化气以摄水，水尽下趋，因而出现了“以饮一斗，小便一斗”。治宜补益肾气，以恢复其蒸腾气化之功，则消渴可除，小便方

可恢复正常。故肾气丸乃下消之主方。

· 4. 其他证型消渴举例 在《金匱要略·消渴小便不利淋病脉证并治》中，还有一些条文是论述消渴的。如五苓散化气利水以治气不化津的消渴、小便不利；文蛤散清热润下、生津止渴以治渴欲饮水；瓜蒌瞿麦丸润燥生津、温阳利水，以治下寒上燥的口渴、小便不利；猪苓汤渗利水湿、清热养阴，以治水热互结、郁热伤阴的渴欲饮水、小便不利等。消渴病的证候变化千差万别，张仲景在本篇中列举了消渴病的某些特殊类型，并对其治疗作出了“随证治之”的示范。

5. 对消渴病并发症的认识 在《金匱要略》中对消渴病并发症有一定认识，如《肺痿肺癰咳嗽上气病脉证治》“肺痿之病，从何得之？师曰：或从汗出，或从呕吐，或从消渴，小便数，或从便难，又被快药下利，重亡津液，故得之。”指出肺痿与消渴病有因果关系。后人多从消渴病认识糖尿病，而糖尿病的急慢性并发症较多，苛求从仲景著述中一一找到答案是不现实的，不必牵强附会。应根据有是证用是药的原则来运用经方治疗，对于相应的并发症可参照水气病、小便不利、淋证、虚劳、血痹、胸痹、脑卒中、瘀血、痰饮、惊悸、呕吐、脏躁、不得眠、腹满、痞证、大便难等辨证论治。

三、消渴与糖尿病证治的关系

从张仲景《伤寒论》和《金匱要略》中关于消渴的条文分析可以得知，仲景所论之消渴是包括消渴证和消渴病两个方面。东汉时期尚无“糖尿病”之说，但对临床上一些以口渴欲饮、消瘦乏力、小便不利或小便频数为主要表现的病证，仲景创造性地把这类证候归为内伤杂病的消渴病，与今之糖尿病有惊人的相似之处。尤其可贵的是，他剖析了消渴病的病因、病机，指出营卫气血俱不足、肺热、胃肠燥热、肾气不足等是消渴病的致病之源，并对消渴病的证治做了系统的论述，为后世

医家将糖尿病认定为消渴病及三消论治打下了基础，直到今天仍有效地指导着糖尿病的临床治疗。由此可见，张仲景所论消渴并非专指今之糖尿病，不应等同视之。反之，糖尿病在不同阶段、不同表现、不同合并症的情况下也不宜单以消渴病冠之。《金匱要略》消渴病篇所载方药，对于目前糖尿病的治疗是远远不够的，但其辨证论治的思辨方法和巧妙的组方法度，却可以指导我们在临床上取得满意的疗效。其“审其脉证，知犯何逆，随证治之”的十二字方针是我们应对千变万化、错综复杂的病证的法宝。

从仲景对消渴病的论述还可以看出，消渴病的成因是多方面的，临床表现不一，症状多样，变化多端，难以用一种病机明确表达。证于临床，属于五苓散证、猪苓汤证、乌梅丸证、文蛤散证、瓜蒌瞿麦丸证比比皆是，无需怀疑这些方证与糖尿病之间的密切联系。随着对糖尿病认识的不断深化，我们也清楚了糖尿病的临床表现并不是千篇一律的“消渴”，而是以多组证候群出现，以多样化主诉就诊，如肥胖、水肿、胸痹，等等。对于这些，在处于东汉时期的张仲景笔下不可能详细描述，但许多证候表现却可以用仲景方辨证施治，同样会取得满意的临床疗效。如真武汤治疗心肾阳虚之糖尿病肾病；黄芪桂枝五物汤治疗气虚血瘀之糖尿病神经病变；抵当汤治疗糖尿病证属瘀血阻滞；四逆散治疗糖尿病证属气机不畅；桃核承气汤治疗糖尿病瘀热内结证等。这不仅显示了经方的魅力，同时也进一步印证了中医学治疗的重点是患病的人，而不是仅仅针对某一个病来治疗。对于辨证和辨病而言，中医更强调辨证，此乃张仲景消渴病证治给我们的重要启示。

郭晓东等认为《金匱要略》原版中消渴病篇名为“消渴小便利”，而后来多数注家解作“消渴小便不利”。如果把“消渴小便利”当成一个固定的症状组合，其含义即今消渴病。事实上，仲景是把“消渴小便利”作为一个整体概念来对待的，这

从以下4点可以看出：①本篇篇名原本就是“消渴小便利淋病脉证并治第十三”。②本篇阐释“消渴病”病机的第2条云：“……气盛则溲数，溲数即坚，坚数相搏，即为消渴”。③本篇阐释“消渴病”具体证治的第3条云：“男子消渴，小便反多，以饮一斗，小便一斗，肾气丸主之”。④《金匱要略》第七篇阐释虚热肺痿成因时，原文有云“……或从汗出，或从呕吐，或从消渴，小便利数”。上面提及的“溲数”、“小便反多”、“小便利数”实则都是“小便利”之义。也就是说，仲景在对消渴病的全面阐述中，始终是将“消渴”和“小便利”搭配在一起的。故而认为消渴一词在《伤寒论》和《金匱要略》中本义就是口渴较甚，而“消渴”若与“小便利”并提，可视为消渴病；“消渴”若与“小便不利”并提，可视为津伤之证或水气病。

综上所述，张仲景对消渴的描述应包括两个部分，即消渴证和消渴病。相当于对现代医学所说的糖尿病、尿崩症、精神性多饮多尿、甲状腺功能亢进症、醛固酮增多症等多种症见口渴多饮、多尿的疾病和许多疾病过程中出现这些症状的描述。无论是外感还是内伤，都可能由于多种因素导致口渴欲饮。对消渴病而言，其病因病机在《内经》有“五脏柔弱”和“数食甘美而多肥”的记载，仲景主要从热盛津伤、肾气不足、气不化津、寒热错杂等方面阐述。现代医学的糖尿病应属于消渴病范畴，但无论是否是糖尿病，仲景治疗消渴的方剂同样可以应用。同时，从临床实用的角度看，在治疗糖尿病及其并发症的过程中，只要方证对路，仲景的许多方剂皆可应用，不应拘泥于是否为“消渴”专方。对糖尿病的认识，我们祖先远较希腊、罗马、印度、阿拉伯及欧美等国为早，经方治疗糖尿病在国内外颇有影响，这是不争的事实。

第二节 心 悸

心悸包括惊悸和怔忡，是指病人自觉心中动悸、惊惕不安，甚则不能自主的一种病证。《说文》曰：“悸，心动也”。心悸是内分泌代谢疾病的常见病证之一，患者亦常以心悸为主要症状就诊。临床一般多呈阵发性，每因情志波动或劳累过度而发作。且常与失眠、健忘、眩晕、耳鸣等症同时并见。

《内经》无惊悸、怔忡的病证名称，但有关于惊悸、怔忡的临床证候及脉象的一些论述。如《素问·平人气象论》说：“胃之大络，名曰虚里，贯膈络肺，出左乳下，其动应衣（按《甲乙经》作“其动应手”），脉宗气也。盛喘数绝者则病在中；结而横，有积矣；绝不至曰死。乳之下，其动应衣，宗气泄也。”《素问·痹论》说：“心痹者，脉不通，烦则心下鼓”。证之临床，若虚里的跳动，外可应衣，以及心痹时“心下鼓”，均属宗气外泄的征象，病者多自觉心悸怔忡。另一方面，惊悸怔忡病人，其脉搏亦常有相应的变化，或脉来疾数，或脉来缓慢，或脉律不齐，多有改变。《素问·平人气象论》中提到：“人一呼脉一动，一吸脉一动，曰少气……人一呼吸四动以上曰死，……乍疏乍数曰死。”《素问·三部九候论》说：“参伍不调者病”。显然，这些关于脉搏过慢、过快、不齐等记载，与惊悸、怔忡的脉象变化是颇为吻合的，尤其是其中的脉律不齐，多属于惊悸怔忡范畴。

张仲景在《伤寒论》和《金匱要略》中对于惊悸的论述精辟，内容丰富，论悸的条文计达 32 条，其中《伤寒论》中有 13 条，《金匱要略》中有 9 条，有证有方的共有 13 条。在《金匱要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治》中，正式以惊悸为病名，惊悸连称。在病因病机方面，通过脉象论述了由于气血不足，心失所养，惊恐所触导致心悸的机制，即：“寸口

脉动而弱，动则为惊，弱者为悸”，认为前者是因惊而脉动，后者是因虚而心悸。仲景对“悸”的描述主要有悸、惊悸、心动悸、心下悸、脐下悸、眩悸、喘悸、烦而悸、厥而悸等。论悸之由，大致有受邪、虚劳、水饮、气郁、惊扰等。仲景所论并非皆指心悸，包括了部分胃脘部及下腹的悸动不安等病证，但其发生总与心病有关。

治疗方面，仲景为我们提供了许多宝贵的思路和方药。如在《伤寒论·辨太阳病脉证并治》中有：“伤寒脉结代，心动悸，炙甘草汤主之。”炙甘草汤是治疗心阴阳两虚心悸的代表方，有通阳复脉、滋阴养血的作用，一直受到历代中医学家的重视，直到今天仍是临床治疗心悸的有效方剂。桂枝甘草汤是辛甘化阳的代表方，可治疗发汗过多、损伤心阳的“心下悸”，也是治疗心阳虚心悸的基础方。其他如：温阳利水以治疗阳虚水泛之心下悸的真武汤；通阳、镇惊、安神以治心阳不足、神气浮越的惊狂证之桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤；蠲饮通阳以治疗寒饮凌心之心悸的半夏麻黄丸；温中补虚、调和气血以治中焦虚寒、气血不足、复被邪扰的心中悸而烦的小建中汤；温中散水以治胃阳不足、水停中焦之心下悸的茯苓甘草汤；疏利透达以治心阳郁遏之心悸的四逆散加桂枝等。

内分泌代谢病心悸见证甚多，如更年期综合征、糖尿病心脏自主神经病变、甲状腺功能亢进症等，而治疗上对于经方的运用远超出以上所举，可随症加减，灵活取舍。本病的证候特点是虚实相兼，以虚为主，故对于心悸的治疗，临床当先辨虚实，审因论治，标本兼顾，体用并调，疗虚止损，关注病态、病势及脏腑之间的相互影响，积极治疗原发病，并嘱其静心调养，综合治理。

第三节 脏 躁

脏躁是指五脏躁扰，情志不宁，呵欠频作，神疲乏力，甚或哭笑无常的一种病证。如发生在妊娠期，则称“孕悲”，发生在产后，则称为“产后脏躁”。病名虽异，但症状相同。脏躁之脏，仲景未作进一步说明，后世医家看法不一，有认为心脏者，有认为胞宫者，有认为肺脏者，也有认为泛指五脏者。本病多因精神因素诱发，女性多于男性，发病机制多为五脏虚损，脏真躁急不安，津液阴血不足，阴阳失调，气机紊乱，心神失养。

本病首见于《金匱要略·妇人杂病脉证并治》，曰：“妇人脏躁，喜悲伤欲哭，象如神灵所作，数欠伸，甘麦大枣汤主之。”脏躁多发生于体质虚弱、精血不足、情绪易于波动之人，其主要临床特征为悲伤欲哭，其他尚可有数欠伸、心悸、乏力、纳呆、精神抑郁、注意力散乱、心烦急躁、胸胁满闷、月经不调等，常呈持续性发作或间断、周期性发作。脏躁作为常见的情志病之一，常与五脏功能紊乱均有关系。心主神明，悲为肺志，肝主疏泄，脾主思虑，肾藏志，而精血的化生也常与五脏密切相关。当一种精神因素作用于人体后，常为一脏先损，波及他脏，多有五脏不同程度地受伤，应从整体观念来认识。

脏躁在内分泌代谢病中十分常见。尤其是因为内分泌代谢病病情复杂，治疗棘手，常需长期坚持治疗，加上目前社会、工作、经济、家庭等多种因素的影响，患者易产生忧虑悲观，如在糖尿病合并抑郁症、甲状腺功能亢进症、经前期紧张综合征、更年期综合征等多种内分泌代谢病中，均为常见。其证候表现多为虚实夹杂证，常可裹挟痰、火、郁、瘀。并进一步影响原有疾病，使其加重，甚而使患者不配合治疗，因此，认识

和积极治疗脏躁证，不仅可以使患者的精神状态、生活质量等发生根本的变化，而且对于其原发病的治疗也极为重要。同时，内分泌代谢疾病本身对于患者的情绪有较大影响，治疗时还需标本兼顾。

张仲景所创立的甘麦大枣汤，补养心脾，缓急润燥，是治疗脏躁的有效方剂和祖方。随着对脏躁证认识的不断深化和其病变表现的复杂性，在治疗上常需辨证论治。张仲景在《伤寒论》和《金匱要略》中对情志病有较多的论述，内容丰富实用，治疗时可以参考，不拘于脏躁本篇的方药，常用经方如：甘草小麦大枣汤、百合地黄汤、百合知母汤、酸枣仁汤、黄连阿胶汤、肾气丸、小柴胡汤、柴胡加龙骨牡蛎汤、桂枝甘草龙骨牡蛎汤、柴胡桂枝汤、乌梅丸等，临床可根据患者具体情况或单用一方，或数方合用，或随证化裁。同时，医生和家人要注意对患者的同情、关心和理解，彼若有病，若己有之，付出更多的耐心和支持，引导患者适当多运动，多沟通，提高对疾病的认识，积极配合治疗，方能取得满意疗效。

第四节 血 痹

血痹病渊源于《黄帝内经》。“血痹”一词出自《灵枢·九针》篇，曰：“邪入于阴则为血痹”。《素问·五脏生成》云：“卧出而风吹之，血凝于肤者为痹。”张仲景《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治》篇中论述了血痹的成因，脉象和治法，指出：“问曰：血痹病从何得之？师曰：夫尊荣人骨弱肌肤盛，重因疲劳汗出，卧不时动摇，加被微风，遂得之。但以脉自微涩，在寸口，关上小紧，宜针引阳气，令脉和紧去则愈。”又云：“血痹阴阳俱微，寸口关上微，尺中小紧，外证身体不仁，如风痹状，黄芪桂枝五物汤主之。”

由此可见，血痹是一种因气血不足、感受风邪、血行阻滞

所导致的，以肢体局部麻木不仁、严重者可有轻度疼痛为主的疾病。所谓“骨弱肌肤盛”是指外表肌肉丰盛，但实际上筋骨脆弱，营卫不足，腠理不固，素体阴阳气血不足，稍事劳动则易汗出，复感风邪，因而导致血行痹阻。在治疗方面，仲景提出轻证可以“针引阳气”，即以针刺的方法治疗，重者则根据《灵枢·邪气脏腑病形》“阴阳形气俱不足，勿取以针，而调以甘药”之义，改针为药，以黄芪桂枝五物汤益气通阳，和营通痹。

内分泌代谢病中凡见气虚血滞、营卫不和之肢体麻木或兼有疼痛者，皆可以按血痹治疗。如糖尿病末梢神经病变、糖尿病脑血管病变等，以肢体麻木不仁为主者，临床常选用黄芪桂枝五物汤或随证加减治疗，取得了明显的疗效，并酌情施以针灸治疗。如舌质紫黯，脉沉细涩，可加入川芎、水蛭、鸡血藤等；病在上肢可加羌活、桑枝、姜黄；病在下肢加木瓜、独活、杜仲；乏力明显加太子参、黄精。

第五节 虚 劳

虚劳是因虚致损，积损成劳，是因多种原因引起脏腑阴阳气血虚弱的一种慢性虚损性疾病。《素问·宣明五气》说：“五劳所伤，久视伤血，久卧伤气，久坐伤肉，久立伤骨，久行伤筋。”指出五种过度疲劳引起气血筋骨的损伤，首先提出了虚劳的病因。《难经·十四难》云：“一损损于皮毛，皮聚而毛落；二损损于血脉，血脉虚少，不能荣于五脏六腑也；三损损于肌肉，肌肉消瘦，饮食不能为肌肤；四损损于筋，筋缓不能自收持；五损损于骨，骨痿不能起床。反此者，至脉之病也。从上下者，骨痿不能起于床者死；从下上者，皮聚而毛落者死。”指出五损的病机证候及预后。张仲景《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》篇对虚劳病的证候治疗论述详细，为后世诊

治本病打下了基础。

张仲景对于虚劳的病因方面，首先指出五脏气血虚损成劳，对气血亏虚、阴血亏虚、虚劳脱气、虚劳无子、虚劳盗汗、虚劳脉大、虚劳革脉、虚劳与季节等作了详细论述，指出了虚劳的病机、脉证特点和一般规律。在治疗方面，以脾肾为中心，侧重于甘温扶阳，论述了虚劳失精、虚劳里急、虚劳腰痛、虚劳风气百疾、虚劳不寐、虚劳干血等的证治，将虚劳分为阳虚（气虚）、阴虚（血虚）、阴阳两虚、虚劳干血分别论述。对阴阳两虚的治疗重点是补脾胃，建中气，以达到平衡阴阳的目的，以培补后天之本来化生气血、滋养五脏六腑，这种治疗虚损病的思路对于后世影响极大。同时治疗虚劳病应注意脾肾同补，阴阳共调，寒温并用，润燥结合，扶正祛邪兼顾。

本篇治疗虚劳病有方剂 8 首，即小建中汤、酸枣仁汤、薯蓣丸、大黄廑虫丸、肾气丸、天雄散、黄芪建中汤、桂枝加龙骨牡蛎汤。所述病证以阴阳两虚居多，如桂枝加龙骨牡蛎汤证，属阴阳两虚、虚劳失精；小建中汤证，为阴阳两虚、虚劳腹痛；黄芪建中汤证，属阴阳两虚较重者；薯蓣丸证，属阴阳两虚并夹风气。其他如肾气丸证，属肾虚腰痛；天雄散证属肾阳虚失精；酸枣仁汤证，属于心肝阴血不足，虚劳虚烦失眠；大黄廑虫丸证，属虚劳干血证。其中 4 首为甘温补脾，可见仲景在治疗虚劳病时，以健脾升阳为主，重视先后天之本的充养和互根互用关系，而大黄廑虫丸的缓中补虚，薯蓣丸的治疗风气百疾，为人们治疗错综复杂的虚损性疾病提供了巧妙的组方思路，并取丸者缓也之意，缓缓收功。这些都对虚劳病的治疗有重要的指导意义。

内分泌代谢病多病程缠绵，病情复杂，后期多见虚损证候，与虚劳病有着千丝万缕的关系，从虚劳病辨证者机会甚多。如糖尿病合并多种慢性并发症，甲状腺功能亢进症、甲状腺功能减退症、更年期综合征日久身体日渐衰弱之时，邪正交

争，虚实夹杂。仲景治疗虚劳病的这些方剂，均是内分泌代谢病常用之方，随证加减，疗效可靠。

阮氏等认为虚劳证与胰岛素抵抗有密切关系，胰岛素抵抗是指在遗传和环境因素作用下，人体周围组织胰岛素受体的数量减少，敏感性减弱的现象。通过采集 80 例被调查者的体检结果，经人体调控功能测评和生化因子动态监测，采用糖耐量试验，得到空腹及服糖 2 小时后的二组血糖值、胰岛素值、胰岛素敏感指数，分析这些数值发现虚劳证组中胰岛素抵抗者明显高于对照组，显示胰岛素抵抗与虚劳证有一定联系。对于虚劳证的成因，目前大致有先天不足、积劳内伤等，形成免疫异常、内分泌失调、代谢异常等多种学说，常见的说法是免疫异常和内分泌失调引起激素异常和应激反应的复杂变化。从机体动态平衡的观点来看，机体正常功能由神经、内分泌、免疫系统相互维持而成。虚劳证可能是因为内分泌、免疫系统构成的平衡因某些原因被破坏而发生的一组疾病群。从传统医学的角度看，虚劳证是构成生物体平衡的三要素—气、血、水的平衡失调所致的病理状态。如果参照西方医学，水代表泌尿、内分泌系统；血代表血液、免疫系统；气代表精神、神经系统。它们不仅是独立的，更重要的是相互影响，从而保持生物体平衡。这种平衡被打破，就形成了虚劳证。由此可见胰岛素抵抗与虚劳证的产生与作用机制有许多共同之处，虚劳证是全身功能不平衡的反映，而胰岛素抵抗是人体调控功能紊乱的一种反映，说明胰岛素抵抗与中医“虚劳证”密切相关，它的治疗应以纠正其不平衡、调补诸不足为主，以调理脏器虚弱、阴阳气血不足为其治疗原则。

第六节 女 劳 疸

女劳疸在《金匱要略》将其归入黄疸病篇讨论，但从其内

容来看,则更与慢性肾上腺皮质功能减退症(艾迪生病,CAH)相仿。女劳疸原文中的症状、治疗、预后等方面的内容又与CAH不尽相符,是因为张仲景当时对女劳疸与黄疸两种病证的鉴别还存在着一定的认识不足所致。

《金匱要略》在“黄疸”病篇第2条论述了有关女劳疸的内容,曰:“尺脉浮为伤肾”、“额上黑,微汗出,手足中热,薄暮即发,膀胱急,小便自利,名曰女劳疸;腹如水状不治。”该篇14条又云:“黄家日晡所发热,而反恶寒,此为女劳得之。膀胱急,少腹满,身尽黄,额上黑,足下热,因作黑疸。其腹胀如水状,大便必黑,时溇,此女劳之病,非水也。腹满者难治。硝石矾石散主之。”由原文分析可以得知,这里的女劳疸是一种以“额上黑”为主症的病证,病变关键主要是在肾虚,与黄疸病以黄疸为主症、以湿热或寒湿为发黄机制的证情有所不同。同时它也不同于由黄疸日久转化而致,以“目青面黑”为主症之一的黑疸。

CAH是一种具有特征性的皮肤黏膜的色素沉着,同时伴有倦怠无力,消瘦失水,低血压,和纳呆、消化不良、恶心呕吐、营养障碍等胃肠功能紊乱症,夜尿频多的肾功能障碍症状,以及肺、肾、附睾等处的结核征象的病证。根据CAH的临床表现,中医所认为该病的主要特征,与《金匱要略》中所记载的女劳疸之间存在着诸多的相似之处。

《金匱要略》对女劳疸的治疗方面提出了用硝石矾石散,该方由硝石、矾石等分为散,以大麦粥汁和服。从其方药组成来看,该方是一首祛邪剂,而非补益之方,功在化瘀血,祛湿浊。这是由于在当时的情况下尚不能对女劳疸有全面清晰的认识,与黑疸时有混淆而致。目前常用补肾法治疗该病,如肾气丸等,取得了较好的疗效。

第七节 痰 饮

痰饮病名为仲景所创，在《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》篇，篇名之“痰饮”为广义痰饮，而在四饮之中的“痰饮”为狭义痰饮。虽名曰“痰饮”，实质上重在治饮，而“痰”字只是修饰限定“饮”的形容词。因在汉晋唐时期，“痰”字与“淡”、“澹”相通。《说文解字》：“澹，水动貌”，说明水饮具有运行流动之特性。因此，仲景所论“痰饮”与宋·杨仁斋《直指方》中“稠浊者为痰，清稀者为饮”的概念是不同的。

痰饮病的形成为脏腑功能失调、水液代谢失常所致，与肺、脾、肾关系最为密切。肺失宣降，脾失健运，肾失蒸化，影响三焦水道不利，皆可形成痰饮。在水液代谢过程中，脾与肾的功能尤为重要，二者之间又相互影响。脾虚运化失职，水湿内停；肾气亏虚，蒸化无力，是痰饮形成的主要原因。仲景在论述痰饮病的成因时指出：“病人饮水多，必暴喘满；凡食少饮多，水停心下，甚者则悸，微者短气”，其因仍是指脾失运化、肺失宣降所致。

痰饮的主要部位在胃肠、胁下、胸膈和肢体肌肤之间，根据水饮停聚人体的部位和主要症状不同，仲景将痰饮病分为四饮，即痰饮、悬饮、溢饮、支饮。曰：“其人素盛今瘦，水走肠间，沥沥有声，谓之痰饮；饮后水流在胁下，咳唾引痛，谓之悬饮；饮水流行，归于四肢，当汗出而不汗出，身体重疼，谓之溢饮；咳逆倚息，短气不得卧，其形如肿，谓之支饮。”痰饮还可以影响五脏，出现与五脏有关的外候，因而又有“五脏水”之称。

在痰饮病的治疗上，仲景提出了“病痰饮者，当以温药和之”的治疗原则。饮为阴邪，遇寒则凝，得温则行，得阳则化，故治当温化水饮，振奋阳气，此为治本之法；“和之”是

指温药不可太过，应以和为原则，寓调和人体阳气，并非专事温补，而是兼有行、消、开、导作用。饮为有形之邪，当根据其停留的部位不同因势利导，驱邪外出。在具体方药方面，如治疗痰饮的苓桂术甘汤、肾气丸、五苓散、小半夏加茯苓汤、甘遂半夏汤、己椒苈黄丸；治疗悬饮的十枣汤；治疗溢饮的大青龙汤、小青龙汤；治疗支饮的木防己汤、木防己去石膏加茯苓芒硝汤、泽泻汤、厚朴大黄汤、葶苈大枣泻肺汤、小半夏汤、小半夏加茯苓汤、十枣汤、小青龙汤、苓甘五味姜辛汤、苓甘五味甘草汤、苓甘五味姜辛半夏汤、苓甘五味加姜辛半夏杏仁汤、苓甘五味加姜辛半夏大黄汤等。

内分泌代谢病与痰饮密切相关，如糖尿病肾病、糖尿病性心脏病、糖尿病合并肺部感染，多种内分泌代谢病合并身面浮肿、胸水、腹水、心包积液、身体困重、小便不利、眩晕等，皆可从痰饮论治。脾为生痰之源，健脾温化多以苓桂术甘汤加减，如治疗糖尿病肾病、肥胖症、高脂血症痰湿为重者；肺为贮痰之器，可以用葶苈大枣泻肺汤治疗痰饮壅塞于肺之喘憋胸闷等证，如治疗糖尿病合并肾衰竭、多种内分泌代谢病合并心力衰竭等。其他如以五苓散、肾气丸治疗糖尿病肾病、更年期综合征之水肿，以十枣汤、甘遂半夏汤、己椒苈黄丸治疗内分泌代谢病合并胸水、腹水，以小青龙汤治疗糖尿病等合并支气管感染等，均取得了满意的疗效。内分泌代谢病病程长，并发症多，应根据患者的具体情况辨证使用以上经方，灵活加减。

目前对痰的认识更加深入，并有了实质性的内容。同时内分泌代谢病病程中，痰瘀、痰湿、痰浊、痰热等并见者多，应在仲景痰饮诊治的基础上，酌情加用活血、清热、祛痰、化浊之品。如糖尿病合并心脑血管病、肥胖症、高脂血症等，从痰论治均取得了满意的疗效。仲景“血不利便是水”的论点，对于活血利水治饮，亦有重要的指导意义，可酌情选用当归芍药散，或合用抵当汤等，并注意虚实兼顾，扶助正气，振奋阳气。



第四章 仲景病邪理论与 内分泌代谢疾病

第一节 风 邪

风为百病之长。《素问·生气通天论》云：“风者，百病之始也”，认为风邪是致病的首要因素，侵入人体可发为各种不同的疾病。风为阳邪，其性开泄，易袭阳位，善行而数变，为外感六淫主要致病因素，在仲景著述中论述颇多。风邪为患，既可单独为害，又可裹挟其他致病因素侵袭人体而致病，而以后者更为常见。除外风侵袭致病之外，脏腑功能失调亦可出现内风的证候。

《伤寒论》以伤寒命名，重在论述人体感受风寒之邪所致疾病的辨证论治规律。仲景在《伤寒论》中对外风方面论述颇多，尤其是在太阳病篇，许多条文都将“太阳中风”冠之为首。对于“风”的致病特点，仲景在《金匱要略·脏腑经络先后病脉证》篇中指出：“风中于前”、“风令脉浮”。风邪为患还可以表现为在机体虚弱的情况下，风邪乘虚而入所造成的某些病证，如仲景所论“络脉空虚，贼邪不泻”导致的脑卒中病、五脏风寒、痉病、“风湿相搏”的湿病、“饮酒汗出当风”形成的历节病、“骨弱肌肤盛，重因疲劳汗出，卧不时动摇，加被

微风，遂得之”的血痹、“风气百疾”的薯蓣丸证等。

风之为患，外风宜疏、宜散，内风宜熄、宜调。在外感病的治疗中，风药一般不可缺少，以“邪在外者散而发之”之故。仲景在疏邪解表方面，治疗方药配伍严谨，用药精当，加減灵活，既不关门留寇，又注意扶助正气以抗邪外出。如以桂枝汤调和营卫治疗太阳中风，解表和里，疗效卓著，在临床应用十分广泛。从这里也可以悟出仲景治疗风邪为患的思路和调和营卫法应用的指征，从而超越从药效学角度学习、应用中医解表法的机械的学习方法。在内风治疗方面，应根据病因和病变的脏腑灵活施治，如养血熄风、镇肝熄风、滋阴熄风等，仲景的炙甘草汤等可化裁使用，清代吴鞠通即是根据此方加減，创立了大定风珠等多个治疗内风的方剂。在其他许多与风邪有关的病证的治疗方面，仲景皆创立了相应的有效方剂，值得探讨。

内分泌代谢病许多与风邪相关。在其病程中感受风邪的机会亦多，而由于脏腑功能紊乱出现的诸如肢体麻木、头晕、肢体颤动、心悸等，亦常从风论治，取得了良好的临床疗效。内分泌代谢病与风邪的关系应从三个方面考虑，一是外感病，二是与风邪侵袭有关的临床证候，三是内风为患。由于内分泌代谢病多病程长，患者自身免疫功能较差，脏腑功能紊乱，故常见风邪为患的情况。

总而言之，风邪是内分泌代谢病常见病因和仲景病邪理论的重要内容，临床应予高度重视。值得注意的是，仲景笔下的“风”，有时是泛指外来致病因素和自然界的气候，如“客气邪风”、“风气虽能生万物，亦能害万物”等。

第二节 寒 邪

寒为冬令之主气，寒气凛冽，最易伤人。但由于起居不

慎、体质虚弱或非时之气，四季皆可感受，是最常见的外来致病因素。从寒邪的性质及致病特点来看，寒为阴邪，易伤阳气，其性凝滞，寒性收引。

寒邪是《伤寒论》外感病的主要致病因素，仲景对寒邪的认识及治疗对后世有深远影响。寒邪外袭，伤于肌表，郁遏卫阳，即为太阳伤寒。寒邪亦可直中于里，伤及脏腑阳气。机体阳气不足，失却温煦之职，阳虚则寒，则寒自内生。仲景在这些方面均有论述。寒邪伤阳，贯穿于六经全过程。纵观《伤寒论》六经病的病理发展变化，是以寒邪伤阳为主要矛盾和主线，六经病始终乃以阳气递减一线系之。伤寒病的演变过程即是由太阳—阳明—少阳，在三阳病中阳气渐减。而在三阴病中由量变到质变，即太阴—少阴—厥阴，出现阳衰阴盛。

仲景著述中，对寒邪的治疗内容十分丰富，太阳伤寒代表方为麻黄汤，脾阳不足之寒中于脏治以理中汤，阳虚阴盛治以四逆汤、通脉四逆汤等。在内分泌代谢病中，寒邪为患十分常见。无论是外感寒邪或涉水淋雨，或汗出当风受寒，还是寒邪直中脏腑，或脏腑功能减退而出现阳虚阴盛则寒，在许多情况下皆可见到。越来越多的空调、冰箱及豪饮无度等，也增加了寒邪致病的机会。凡遇此类证候，可遵仲景之旨而治之。

《伤寒论》涉及“伤寒”二字的原文有 98 处，其内涵既有广义、狭义的不同，又有泛指、特指的区别；既有专论并证者，又有兼论证候转变者。

第三节 湿 邪

湿为长夏主气，又为六淫之一，既可外受，又可内生，故有外湿、内湿之别。外湿多由气候潮湿，或居处潮湿，或涉水淋雨，湿自外着；内湿则是由于嗜食肥甘厚腻或思虑伤脾，导致脾运失司或肺、肾、三焦水道功能失调，湿由内生，既是病

理产物，又是新的致病因素。分析湿邪的性质及致病特点，湿为阴邪，易阻遏气机，损伤阳气；湿性重浊；湿性黏滞；湿性趋下，易袭阴位。湿邪致病，缠绵难愈，可与其他病邪交织为患，亦可变生他证。湿、痰、饮，为一源三歧。仲景水气病、痰饮病等皆与湿邪密切相关。湿邪与痰饮都是水液代谢失调的病理性产物，乃有形之阴邪。湿邪可通过变化而为痰饮，湿病日久，湿邪往往积聚浓缩而为痰饮。

《伤寒论》对湿邪所致病证有较全面论述。水湿内停，随气机升降，无处不到。上犯于肺，是为咳喘；阻滞于胃，则为呕逆；上凌于心，则为心悸；上干清阳，则头目眩晕，或为头痛；泛滥肌肤，则身重身痛，亦发水肿；蓄于中焦，则饮水多而心下悸；蓄于下焦，则溲不利而苦里急；停于胸胁，则引胁下痛；趋于大肠，则肠鸣下利。水湿内停，可使阳气敷布失常，还可与他邪相结为患。在水湿病治疗方面，《金匱要略》指出：“诸有水者，腰以下肿，当利小便，腰以上肿，当发汗乃愈”。在《伤寒论》中，治疗水湿病的方法也较为详备，有温阳利水法（代表方如苓桂术甘汤、茯苓甘草汤、真武汤）、育阴利水法（代表方如猪苓汤）、辛开苦降法（代表方如半夏泻心汤、生姜泻心汤、甘草泻心汤）、散结逐水法（代表方如大陷胸汤、三物白散、十枣汤）、解表利水法（代表方如小青龙汤、五苓散、麻黄连翘赤小豆汤）等，此外，尚有清热利湿的茵陈蒿汤、栀子柏皮汤等。

内分泌代谢病中湿邪为患者甚多，如糖尿病及其多种并发症（如糖尿病肾病、糖尿病性心脏病）、甲状腺功能减退症、高脂血症、代谢综合征等，凡见水肿、身重、头胀、纳呆、胸闷脘痞、泄泻、小便不利等证候者，常可结合其他见证从湿论治。湿邪在内分泌代谢病中的表现形式除以上所述之外，又常与痰浊、瘀血、气虚等交织并见，呈缠绵之势。目前的许多辅助检查也为诊断痰湿提供了客观依据。如B超下的肾积水、

腹水，X线下的胸水；又如高血脂为血中有痰浊，其血样可见上聚浊腻油物，亦可为辨证依据之一。常用的经方有活血利水的当归芍药散、桂枝茯苓丸，益气利水的防己黄芪汤，温阳利水的苓桂术甘汤、真武汤、五苓散等。

第四节 毒 邪

在古代医药典籍中，“毒”有多重含义。毒的本义指毒草。《说文解字》训为：“毒，厚也，害人之草。”毒作为病因概念，最早见于《内经》，如“大风苛毒”，《素问·刺法论》：“余闻五疫之至，皆相染易，无问大小，病状相似，不施救疗，如何可得不相移易者？岐伯曰：不相染者，正气存内，邪不可干，避其毒气。”毒与邪往往难以截然分开，毒蕴邪中，邪能生毒，故常毒邪并称。

在古代，毒被广泛地引申运用，或苦痛，或危害，或毒物等。毒在中医学中主要包括四方面内容：一是泛指药物或药物的毒性、偏性和峻烈之性。如《素问·脏气法时论》载：“毒药攻邪，五谷为养，五果为助”；二是指病证，如疔毒、丹毒等；三是指治法，如拔毒、解毒等；四是指发病之因，即对机体产生毒性作用的各种致病因素，即毒邪，如《金匱要略心典》载：“毒，邪气蕴结不解之谓。”《黄帝内经》认为偏盛之气为毒，并提出了寒毒、热毒、湿毒、燥毒、大风苛毒的概念。《金匱要略》提出了阳毒、阴毒致病及其证治方药，并根据证候的属性把毒邪分为阳毒和阴毒，对后世颇有启发。目前一般把毒分为外毒和内毒。①外毒。指由外而来，侵袭机体并造成损害的一类病邪，主要指邪化为毒和邪蕴为毒。前者指六淫过甚转化为毒邪。如《素问·五常政大论》王冰注：“夫毒者，皆五行标盛暴烈之气所为也”。后者指外邪内侵，久而不除，往往蕴积成毒。如湿蕴日久变成湿毒，湿热交蒸而成毒

等，此类病邪或因盛而变，或因积而成，都是在原有病邪的基础上化生而又保存了原有病邪的特点。除上述外，尚有一些特殊的致病物质亦属外毒的范畴，如气毒、水毒、药毒、食毒、虫兽毒、漆毒等。②内毒。指由内而生之毒，系由于脏腑功能失调和气血运行紊乱，使机体内生理和病理产物不能及时排出，蕴积于体内化生而成。内毒多是在疾病过程中产生的，既是原有疾病的病理产物，又是新的致病因素，既能加重原有病情，又能产生新的病证。具体指五志过极化火成毒（热毒、火毒），痰浊郁久而成痰毒，瘀血蕴蓄日久而成瘀毒，湿浊蕴积而成湿毒。毒邪致病，因其种类繁多而表现复杂，有骤发性、广泛性、酷烈性、从化性、火热性、善变性、趋内性、趋本性、兼夹性、顽固性等特点。

中医对消渴病与毒邪的关系早有认识。《黄帝内经》已有胃肠热结、毒邪内蕴、燥热伤津等因素对消渴证影响的论述。张仲景将胃燥热盛作为消渴病的主要病机，其中即有热毒致渴之义。虽在其著作中直接论述“毒”的证治条文不多，对毒的生成、致病特点、致病范围等，认识尚肤浅，缺乏系统深入的阐述，但在其论述的病证和方药运用中，有关毒的证治已蕴含其中。如大黄黄连泻心汤、麻杏石甘汤、白虎汤、白虎加人参汤、葛根黄芩黄连汤等治疗热毒，大黄牡丹皮汤、抵当汤、桃核承气汤治疗瘀毒，五苓散、猪苓汤治疗湿毒，《金匱要略·禽兽鱼虫禁忌并治》中防治虫毒、食毒等，突出的是在《金匱要略》中论述了阴毒、阳毒，均为后世研究毒邪致病及其治疗奠定了基础。

王永炎院士在总结历代中医药研究成果和存在问题的基础上，通过多年深入系统的观察研究，根据糖尿病性脑病的证候特点，提出了“毒损脑络”是糖尿病性脑病的关键病机，益气养阴解毒通络法是治疗糖尿病性脑病的根本大法。认为气阴两伤存在于糖尿病的全过程，得不到有效控制则可由气及血而致

气虚不能行血，使瘀血内停，阻塞脑络，瘀血不去新血不生，脑络失养也可并发脑病；或瘀血内停，败血内蕴化毒，损伤脑络更是造成糖尿病性脑病复杂临床证候的重要病机。若气阴两伤证得不到有效控制尚可阴损及阳或阴虚化热，致热毒熏灼脑络，导致脑病的发生，甚或神昏谵语。上述糖尿病性脑病的病变机制与中医学“久病入络”理论一脉相承。糖尿病患者常伴有高脂血症、高胰岛素血症、高尿酸血症和高血压等病证。高血糖时血红蛋白与之结合成糖基化血红蛋白，其输氧功能下降，造成组织缺氧；高血糖还可以通过醛糖还原生成较多山梨醇，而山梨醇可刺激动脉平滑肌细胞及纤维细胞增生，进而影响动脉壁使之发生硬化；高胰岛素血症可促进甘油三酯（TG）合成而使血脂浓度升高；低胰岛素血症可促进中性脂肪分解，减少 VLDL 分解，使 TG 血浓度升高。TG 浓度升高往往使高密度脂蛋白降低，有利于动脉粥样硬化的发展与脑病的发生。通过多年的临床观察研究，王永炎院士认为，上述病理过程中，甚至可以说所有生化检测中血液成分高出正常时，均表现出中医毒性秽浊的特性。这种秽浊的毒性成分对人体器官的损伤作用，特别是糖尿病患者常伴有的高脂血症、高尿酸血症所表现出来的对血管、脑组织及细胞的毒性作用，又与中医学毒邪致病、久病入络的病机相吻合。近年的研究成果也进一步从分子、细胞水平深入揭示了毒损脑络在糖尿病性脑病中的致病机制，较传统学说更科学、更深入地揭示了糖尿病性脑病的发病机制。糖尿病从毒论治不仅有理论研究和文献记载，而且在今日中医临床中，应用解毒方药治疗糖尿病取效的报道也屡见不鲜。故可认为糖尿病不仅有毒邪存在，而且是其发生发展及出现多种并发症的关键因素，即“病由毒生，变由毒起”。糖尿病常因毒致残，甚则危及生命，所以解毒通络法是有效防治糖尿病性脑病，降低糖尿病患者致残率及死亡率的重要治法。

从毒邪理论上讲，糖尿病和肿瘤一样，均与毒邪侵袭（内

生或外侵)密切相关。消渴病的根本病机在于气阴两虚,毒邪内生。因阴虚生燥热,气虚生寒湿,寒湿燥热日久互结生瘀生毒,入气入营,入血入络,随之虚实并存,导致各种并发症的发生。补气滋阴扶其正,解毒化瘀攻其邪,二者不可偏废。仲景之“急下存阴”即是此意。清热解毒药物不仅具有清除自由基、改善微循环、抗感染抗病毒、灭活内毒素等功效,而且在提高机体免疫力、维护细胞膜稳定等方面也有显著的作用。

毒邪,有外来之毒、内生之毒,其致病过程除毒邪因素外,又与机体脏腑功能失调、气血津液的异常变化密切相关。所以,毒邪所引起的病证,可急可缓,可热可寒,有实有虚,兼夹证多,复杂多变。各种“毒邪”所致病证各有特点,除体质、致病力外,主要是“毒邪”种类所决定的。因此,可结合不同证候和现代实验室检查,直接或间接辨别其不同的“毒邪”,有针对性地选择特效解毒药物。同时,还要根据病性、病变部位等辨证用药。

总而言之,一切致病因素皆可成毒,但其称为毒者,必为致病因素中为害较甚、影响较大、蕴结难解者,虽与一般致病因素密切相关,但亦有所区别。后世对毒邪致病多有发挥,在治疗上有较大进展,但不外解毒、排毒、抗毒等法,具体运用上应注意祛邪扶正、因势利导,使毒解正安。在内分泌代谢病中,食毒、瘀毒、热毒、湿毒致病的情形随处可见,如糖尿病及其多种并发症、代谢综合征、肥胖症等,许多情况下应配合解毒之法。在应用经方的同时可酌情加减,如适当选加蒲公英、金银花、连翘、土茯苓、白花蛇舌草等,以增解毒之效。

第五节 食 伤

张仲景在《伤寒杂病论》中对脾胃的养护十分重视,并把“食伤”作为导致虚劳病的原因之一。临床治疗处处体现出避

免“食伤”的用药和调护思路，试述如下。

一、仲景对“食伤”致病的认识

《金匱要略·禽兽鱼虫禁忌并治》中说：“凡饮食滋味，以养于生，食之有妨，反能为害。自非服药炼液，焉能不饮食乎。切见时人，不闲调摄，疾疢竞起；若不因食而生，苟全其生，须知切忌者矣。所食之味，有与病相宜，有与身为害，若得宜则益体，害则成疾，以此致危，例皆难疗。”强调了饮食宜忌与健康的关系。在《金匱要略·脏腑经络先后病脉证》篇中也指出：“服食节其冷热苦酸辛甘，不遗形体有衰，病则无由入其腠理”。并提出“肝病禁辛，心病禁咸，脾病禁酸，肺病禁苦，肾病禁甘。春不食肝，夏不食心，秋不食肺，冬不食肾，四季不食脾。辨曰：春不食肝者，为肝气王，脾气败，若食肝，则又补肝，脾气败尤甚，不可救。又肝王之时，不可以死气入肝，恐伤魂也。若非王时，即虚，以肝补之佳。余脏准此。”由此可见，仲景十分重视饮食对机体的影响，认为饮食调摄适宜对养生健体和疾病防治具有重要意义。根据《黄帝内经》的五行学说，他也提出了四时饮食五味对五脏可能发生的影响，说明在汉代以前，中医学家已在饮食调摄方面有很高的造诣。

饮食不调不仅损伤脾胃，而且可导致一系列病理变化。仲景在著作中论述了宿食、食复等与饮食不当密切相关，并明确指出“食伤”可以导致虚劳瘀血证，是脏腑虚损的重要致病因素。他的这些理论对后世脾胃学说的形成和发展打下了坚实的基础。在服用药物时，仲景也十分注意饮食宜忌及对脾胃的影响，如在桂枝汤方后云：“禁生冷、黏滑、肉面、五辛、酒酪、臭恶等物。”既可避免其妨碍药物作用的发挥，也有防止其损伤脾胃，造成新的“食伤”之义。

二、脾胃养护法

张仲景对脾胃的养护十分重视，在治疗用药和饮食调摄中体现得细腻周密，对避免食伤有重要的意义，主要表现在以下方面。

1. 粥疗特色 以粥疗疾，是仲景治疗上的一大特色。粥味甘性平，滑润爽口，清淡宜胃，有益胃健脾、温中补虚、护胃和中、助药增效、解毒缓急之功。仲景用粥，往往根据所用药物功效和目的分别施用，同样是粥，却分热粥、冷粥、糜粥、药粥等，服用时间和数量也相当讲究，至细至微。如服用桂枝汤后“服已，须臾，啜热稀粥一升余，以助药力”，功在助药力并借其热力致微微汗出，解表散邪。三物小白散服用时嘱“以白饮和服”，并指出“病在膈上必吐，在膈下必利，不利，进热粥一杯，利过不止，进冷粥一杯”，借热粥以助药力祛寒，以散凝结之寒气；借冷粥则可止泻，一粥两用，泻与不泻，粥之冷热竟起着重要的作用。十枣汤“得快下利后，糜粥自养”，是为利后养胃护胃而设。白虎汤、白虎加人参汤、白虎加桂枝汤、附子粳米汤、麦门冬汤、桃花汤方中皆有粳米，药物与粳米同煮服汁；竹叶石膏汤煎药后“去滓，内粳米，煮米熟，汤成去米，温服一升，日三服”，以上7方虽皆为药与米同用，颇似药粥，却煎服法又异，粳米所用剂量也分别为“六合”、“二合”、“半升”、“三合”“一升”、“半斤”等不同。可见并非随手取用，而是根据不同的病情和所用药物缜密思考而定，由此也可看出粳米在方中所起的作用已超出了养胃生津的功效，而是有其特定的作用。经考证粳米确有滋阴止烦渴、止泻、止胸腹疼痛的药效。

2. 以食代药 在《伤寒论》和《金匱要略》中，使用的食物性药物有数十种，如小麦、大枣、生姜、干姜、蜂蜜、粳米、羊肉、猪肤、鸡子黄、百合、茯苓、猪膏、薯蓣、大豆黄

卷、饴糖、酒、醋（苦酒）、赤小豆、薏苡仁、桔梗、椒目、杏仁、茵陈、豆豉、阿胶、川椒等，充分发挥了这些寻常食物的药用作用。如《伤寒论》、《金匱要略》共载方 317 首，用生姜、大枣者达 128 首，其中生姜、大枣合用者 54 首，单用生姜者 20 首，单用大枣者 54 首。用量最少者如防己黄芪汤，生姜 4 片，大枣 1 枚；用量最大者如橘皮竹茹汤，生姜半斤，大枣 30 枚。

3. 药食协用 仲景方剂药食同用者甚多，对防治食伤有重要意义。药食配伍，除了各自发挥其药效作用之外，尚有协同作用。如治疗风气百疾之薯蓣丸，重用薯蓣专理脾胃为君，使脾胃健运、饮食倍增则诸虚自复。辅以豆黄卷、大枣、曲等食性药物调中，与他药共奏理脾胃、补气血、祛风邪之效。附子粳米汤疗脾胃虚寒、水湿内停之腹满痛，其中粳米、大枣即取其健脾胃、补中州之功，以固其本。疗脾胃虚寒、中焦阳虚之大建中汤，取饴糖温暖甘缓之性，寓诸辛热药中，共疗心胸中大寒痛、上下痛而不可触近之证。小建中汤用饴糖、大枣，亦取其建中缓急之功，使中气健运，阴阳调和，则诸证自愈。上两方中皆重用饴糖，不仅能缓急，而且有直接补益脾胃之功。治疗蛔虫病的甘草粉蜜汤，方中米粉、蜂蜜皆是甘平安胃之品，与甘草为伍可以安蛔缓痛，痛定食进体复，为驱虫创造有利条件。妇人脏躁，多因情志不舒或思虑过度，肝郁化火，灼伤阴液，心脾受损所致，故以小麦、大枣与甘草同用，性味甘平，养心补脾，益胃生津化血，使阴津恢复，脏躁自愈。又如桃花汤由赤石脂、干姜、粳米组成，以赤石脂涩肠固脱、干姜温中阳、粳米益脾胃，三药合用提高涩肠固脱的功效，主治脾胃阳虚，大肠滑脱便脓血证。此外，白虎汤、白虎加人参汤、竹叶石膏汤中均配伍粳米，以益气和中，并可避免寒凉药物伤胃之弊；麻黄连轺赤小豆汤，赤小豆除湿散热，协同连轺等清热除湿退黄，大枣协同甘草和中；瓜蒂散中赤小豆味甘性

平，豆豉轻清宣泄，共助瓜蒂催吐，主治胸膈痰湿证；黄连阿胶汤中鸡子黄、阿胶滋补真阴，共治少阴阴虚内热烦躁；小建中汤中饴糖、生姜、大枣温中补虚，和里缓急；苦酒汤之鸡蛋清、苦酒（醋）润燥敛疮；乌梅丸中醋乌梅、饭、蜜酸甘化阴、干姜辛热去寒。

4. 避毒减毒 大凡药性燥烈峻猛之品，虽能峻逐邪气，但多有克伐正气之弊端。故仲景在此类方剂中多设食性药物以缓其峻烈，制其毒性，使药性趋于缓和。如乌头汤治历节不可屈伸，大乌头煎和乌头桂枝汤治寒疝腹中剧痛，方中川乌峻猛有毒，故取蜂蜜之甘缓，解乌头之毒，使病邪去而不伤正，且可延长药效。甘遂半夏汤治留饮不去，方中用白蜜，抑缓甘遂之毒，以防瞑眩而生变。皂角丸治痰浊壅肺咳喘，不得平卧，皂角药力峻猛，故用酥制蜜丸，枣膏调服，以缓其峻烈之性，兼顾脾胃，使痰除而正不伤。治肺痈喘不得卧、支饮不得息之葶苈大枣泻肺汤，治悬饮咳唾引痛之十枣汤，方中佐以大枣，缓和药性，调和诸药，以扶正固本。下瘀血汤治产妇瘀血腹痛，因三味药破血之力峻猛，故用蜜为丸，以缓其性，而不使骤发。

在《金匱要略·禽兽鱼虫禁忌并治》和《金匱要略·果实菜谷禁忌并治》中，张仲景还汇集总结了前人有关饮食禁忌的丰富经验和解救食物中毒的效方，例如“秽饭馁肉臭鱼，食之皆伤人”、“六畜自死，皆疫死，则有毒，不可食之”；“凡鸟自死，口不闭，翅不合者，不可食”、“鱼目合者，不可食”、“果子落地经宿，虫蚁食之者，人大忌食之”等等。并采用黄柏屑治死畜肉中毒；用香豉、杏仁、芦根汁治马肉中毒；用甘草治牛肉中毒；用紫苏治蟹中毒；用猪骨烧灰治果中毒；并用苦参、苦酒汤和盐汤催吐治贪食不消、心腹坚满痛。篇中还有许多避免食物中毒及解毒减毒的方法，这些对于防治食伤皆有重要价值，值得深入探讨。

第六节 忧 伤

“忧伤”出自《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治》，曰：“五劳虚极羸瘦，腹满不能饮食，食伤、忧伤、饮伤、房室伤、饥伤、劳伤，经络营卫气伤，内有干血，肌肤甲错，两目黯黑。缓中补虚，大黄廬虫丸主之”。张仲景认为，“忧伤”是虚劳瘀血证的致病因素之一。“忧伤”在这里可理解为泛指七情所伤，在内伤杂病发病学上占有特殊的位置，是仲景病邪理论的重要组成部分，对后世治疗情志病尤其是郁证方面有重要的启示和指导作用。

一、仲景“忧伤”病邪致病特点

张仲景将“忧伤”作为致病因素之一，有其重要的理论渊源和临床实用价值。忧为肺之志，肺主一身之气。《内经·至真要大论》云：“诸气贖郁，皆属于肺”。《素问·举痛论》有“百病生于气”的著名论述。情志致病在《内经》中论述颇丰。如《素问·阴阳应象大论》云“人有五脏化五气，以生喜怒悲忧恐”，指出只有通过脏腑功能活动才能产生各种情志变化，中医将这些情志变化概称为“五志”或“七情”。情志活动在病因或非病因之间具有相对性，即人体正气旺盛，气血和平，脏腑功能协调，对外界各种刺激反应正常，此属生理范围；但当外界各种刺激过于强烈或持久，超过了机体生理和心理的适应调节限度，引起脏腑气血功能紊乱，这时的情志活动便会成为内源性病因，导致疾病的发生。《内经》认为脏腑气血的盛衰常变，以及体质的强弱，是决定情志是否致病的主要因素，如《素问·经脉别论》所言：“勇者气行而已，怯者则着而为病也”。在对脏腑的影响方面，《灵枢·口问》云：“悲哀愁忧则心动，心动则五脏六腑皆摇”。《素问·阴阳应象大论》云

“怒伤肝”、“喜伤心”、“思伤脾”、“忧伤肺”、“恐伤肾”。情志变化对机体气机的升降出入有密切关系，是导致气机失调的主要致病因素。气机失调常表现为气机郁滞、气机逆乱、气机下陷、气机闭阻等。如《素问·举痛论》指出：“怒则气上，喜则气缓，悲则气消，恐则气下、思则气结”等。气机失调在临床上可带来一系列病理变化。

张仲景最突出的贡献是创立了辨证论治的理论体系。所谓辨证论治，首先就要针对患者进行全面了解分析，四诊合参，审证求因，因证施治。而人的情志变化对疾病发生发展及预后都起着不可忽视的作用，这一点仲景是十分注意的。仲景“忧伤”病邪理论的建立，对内伤杂病的病因探讨十分有益，尤其是百合病、脏躁、惊悸、脑卒中、胸痹、虚劳、瘀血、厥证、不得眠、虚烦、奔豚气、痉证、腹满等，都与情志密切相关。

内分泌代谢病与情志因素关系最为密切。不良的情志变化在内分泌代谢病发病及发展过程中危害极大，常可诱发或加重病情，并给治疗造成很大的困难。正如《素问·汤液醪醴论》所说：“嗜欲无穷而忧患不止，精气弛坏，荣泣卫除，故神去之而不愈也”。如糖尿病、甲状腺功能亢进症、更年期综合征、经前期紧张综合征、高脂血症等，患者焦虑、抑郁、烦躁、心悸、不寐、烦热、悲伤、易惊、胆怯、善怒、忧愁等情志变化，常为发病或病情加重的因素，也可以说是最重要、最难调理的内在致病因素，直接影响着疾病的发展和预后。

二、“忧伤”证治

在仲景著作中，调理气机、养心宁神、重镇安神、化痰清热、滋阴泻火、调补阴阳等法治疗情志病变颇有特色，所列方剂甚多，如半夏厚朴汤理气化痰治疗梅核气；百合地黄汤清养滋润主治百合病；百合知母汤养阴清热治疗百合病心烦口渴；百合鸡子黄汤清热润燥治疗百合病烦躁不安；枳实芍药散行气

活血治疗“产后腹痛，烦满不得卧”；甘麦大枣汤养心安神治疗脏躁；栀子豉汤清解郁热治疗“反复颠倒，心中懊恼”；大黄廑虫丸“缓中补虚”治疗虚劳血瘀；酸枣仁汤养血安神治疗“虚劳虚烦不得眠”；薯蓣丸治疗“风气百疾”；小建中汤治疗“心中悸而烦”；炙甘草汤通阳滋阴治疗“心动悸”；四逆散理气解郁治疗“悸”、“四逆”等证；大柴胡汤解郁泄热治疗“心下满痛”；小柴胡汤和解少阳治疗“胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕”、“胸中烦”、“胁下痞硬”、“心下悸”；奔豚汤清肝降逆治疗奔豚气；柴胡加龙骨牡蛎汤重镇安神治疗“胸满烦惊”、“谵语”；黄连阿胶汤滋阴泻火治疗“心中烦，不得卧”；桂枝加龙骨牡蛎汤潜镇安神治疗“烦躁”；半夏泻心汤辛开苦降治疗心下痞；桃核承气汤泻下瘀热治疗“其人如狂”；猪苓汤育阴清热治疗“心烦不得卧”等。

综上所述，仲景在治疗情志病变方面提供了宝贵的思路 and 许多有效方剂，临床采用经方治疗内分泌代谢病情志病变亦取得了良好效果，充分展示了中医治疗特色和优势。笔者从事临床工作数十载，所遇糖尿病、甲状腺功能亢进症、更年期综合征等患者之中，有情志因素相夹者十居七八。治疗常宗仲景疏肝理气、活血化瘀、清热化痰、养心安神等法，以柴胡剂为主（如小柴胡汤合升降散、柴胡温胆汤、柴胡陷胸汤、柴胡加龙骨牡蛎汤、大柴胡汤、柴胡桂枝汤、四逆散等），以及甘麦大枣汤、桂枝茯苓丸、桃核承气汤、抵当汤、半夏厚朴汤等随证化裁，配合心理疏导、暗示疗法、运动疗法、针灸疗法等，疗效满意。

第七节 瘀 血

瘀血是指体内有血液停滞，血运不畅，血液阻滞于经脉和脏腑内，或离经之血积存体内；是由于情志失调、痰浊、食

滞、瘟疫、暑热、寒湿等致病因素的作用，使脏腑功能失调所形成的病理产物。瘀血一旦形成，即失去了正常血液的濡养作用，继而又成为一种新的致病因素作用于机体。瘀血是仲景病邪理论的重要组成部分。“瘀”字最早出于《楚辞》“行销铄而瘀伤”；在《说文解字》中释为：“瘀，积血也”。血瘀证和活血化瘀治法在中医学中有着古老的渊源和丰富的内容，远在《黄帝内经》成书以前的“武威汉简”《治百病方》中，就载有“瘀方”。《黄帝内经》中有血凝泣、恶血、留血、凝血、着血、石瘕等名；张仲景则称瘀血、血结、干血、蓄血、瘀热、癥瘕、疟母等。

瘀血的病证特点，因瘀阻的部位和形成瘀血的原因不同而各异。临床表现归纳起来有疼痛、肿块、出血、肌肤甲错、面色黧黑、唇甲青紫、舌质紫黯或见瘀斑、瘀点、舌底脉络黯紫等。张仲景在《金匱要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治》中，对瘀血病有如下论述：“病人胸满，唇痿舌青，口燥，但欲漱水不欲咽，无寒热，脉微大来迟，腹不满，其人言我满，为有瘀血。”“病者如热状，烦满，口干燥而渴，其脉反无热，此为阴伏，是瘀血也，当下之。”指出了瘀血及其化热的脉证和治疗原则，对后世诊治瘀血病证有深远的影响。

关于瘀血的发病原因和病理机制，仲景认为主要有以下几个方面：①寒热（外邪侵袭）郁滞，损伤气机。《金匱要略·妇人杂病脉证并治》：“血寒积结”、“寒伤经络”；《金匱要略·产后脉证并治》：“热在里，结在膀胱”。②饮食劳倦，损伤脉络。《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治》：“五劳虚极……食伤……饮伤、房室伤、饥伤、劳伤，经络营卫气伤，内有干血”，说明过劳伤气，气伤则血不和而形成瘀血证。③情志抑郁，气滞血瘀。《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治》：“忧伤……劳伤，经络营卫气伤，内有干血”。④小产崩中，瘀血内停。《金匱要略·妇人杂病脉证并治》：“曾经半产，瘀血在少腹不去”。

瘀血的诊断与辨证施治：瘀血又称蓄血。若血运不畅或离脉络之血未能消散，均可形成瘀血。在《金匱要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治》中指出了瘀血的症状和体征：“病人胸满，唇痿舌青，口燥，但欲漱水不欲咽，无寒热，脉微大来迟，腹不满，其人言我满，为有瘀血”，又云：“病者如热状，烦满，口干燥而渴，其脉反无热，此为阴伏，是瘀血也，当下之”，具体描述了瘀血证的症状和体征。同时对瘀血停留部位和临床特点作了阐述，如瘀在上焦，“呕吐涎唾，久成肺癰，形体损兮”；瘀在中焦，“在中盘结，绕脐寒疝，或两胁疼痛，与脏相连，或结热中，痛在关元，脉数无疮，肌若鱼鳞”；瘀滞下焦，则“经候不匀，令阴掣痛，少腹恶寒或引腰脊，……气冲急痛，膝胫疼烦，奄忽眩冒，状如厥癫，或有忧惨，悲伤多嗔”。如瘀阻于心，可见胸闷心痛，口唇青紫；瘀着肝脾，可见胁痛癥块；瘀阻胞宫，则少腹痛而拒按，月经不调，经闭，经色紫黑有块，或见崩漏；瘀阻肢体局部，可见局部青紫、肿痛等。这些症状体征的描述，均给后世临床以指导作用。治瘀之法，仲景宗《内经》“血实宜决之”的法则，提出“是瘀血也，当下之”。所谓决之，下之，即活血、化瘀、破血之法。如瘀热互结于下焦、少腹硬满的抵当汤证，瘀血积结、阻遏胞宫的下瘀血汤证、桂枝茯苓丸证，水血搏结于血室的大黄甘遂汤证，寒凝血滞的温经汤证，瘀阻内外的大黄蟅虫丸证，瘀着肝脾的鳖甲煎丸证，还有土瓜根散证、红蓝花酒证等。仲景所创活血化瘀方剂多达 20 余首，约占全部方剂的 1/10。仲景习用的活血化瘀药物有：大黄、桃仁、蟅虫、水蛭、虻螂、蛭螭、鳖甲、干漆、当归、芍药、新绛、蒲灰、白鱼、乱发、硝石、丹皮、川芎、土瓜根等 20 余种，均有良好的活血化瘀作用。仲景活血化瘀方药直到今天仍在临床广泛使用，其组方法度亦成为后世活血化瘀法使用的典范，后世许多活血化瘀方多系以仲景方沿袭而来。

在内分泌代谢疾病中，瘀血见证比比皆是，如糖尿病合并心脑血管病、糖尿病足坏疽、肥胖症、高脂血症、更年期综合征、代谢综合征等。这些病凡见有瘀血之征象者，皆可仿仲景瘀血病诊疗思路以治之。如任继学认为消渴病久病入络，瘀血化方可推陈出新。消渴病久者，必然本元大伤，虚损之象迭现。若气虚则运血乏力，阴虚则血行艰涩，故成久病入络、久虚入络之血瘀证候。详论其证，消渴病兼血瘀者，多伴督热烦躁，失眠，心悸，眩晕头痛，心胸闷痛，舌有瘀点瘀斑，脉多细弱弦涩等症，血糖、尿糖高而久治不下，且每伴血脂高。如消渴病伴心脑血管病者，则多兼血瘀之患。瘀血即成，则反阻新血生化之机，而补益清润之药物，亦不能验。瘀血不行，新血断无生机，欲致新生，必先推陈。治当通补并行，瘀滞甚者或可以通为补。且补益药物多有壅满胀腻之偏弊，论治消渴病等顽久疾患尤须重视。配以辛散活通，活血生新等药物，则每使补益药物活泼畅荣，无壅腻之弊，且其功倍捷。

主要参考文献

- [1] 印会河主编. 中医基础理论. 上海: 上海科学技术出版社, 1984
- [2] 余永谱主编. 中医治疗内分泌代谢疾病. 浙江: 浙江科学技术出版社, 1992
- [3] 王庆其主编. 内经选读. 北京: 中国中医药出版社, 2003
- [4] 李玲, 厉平, 尚晓静, 等. 神经、精神因素对内分泌疾病的影响. 辽宁医学杂志. 2004, 18 (6): 285~286
- [5] 王洪图主编. 全国高等中医药院校教材·内经讲义. 北京: 人民卫生出版社, 2002
- [6] 裴永清主编. 伤寒论临床应用五十论. 第2版, 北京: 学苑出版社, 2005
- [7] 熊曼琪主编. 新世纪全国高等中医药院校规划教材·伤寒学. 北京: 中国中医药出版社, 2003
- [8] 梅国强主编. 全国高等中医院校教材·伤寒论讲义. 北京: 人民卫

生出版社, 2003

- [9] 任应秋主编. 伤寒论证治类论. 上海: 上海科学技术出版社, 1959
- [10] 梁华龙. 六经体质学说肇生及扩展. 河南中医. 1998, 18 (5): 261
- [11] 赵进喜主编. 内分泌代谢病中西医诊治. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2004
- [12] 郁保生. 试述《伤寒论》六经理论的临床应用. 中医药学刊. 2005, 23 (8): 1479
- [13] 冯世伦. 经方的方证体系. 中国医药学报. 2002, 17 (10): 629~630
- [14] 王付, 罗国新. 研究《伤寒杂病论》与辨治疑难杂病. 河南中医. 2000, 23 (10): 1~2
- [15] 余明珠. 《金匱要略》对消渴的论治浅识. 河南中医. 1995, 15 (1): 6~7
- [16] 张军. 消渴与消渴病异同考辨. 光明中医. 2002, 17 (3): 7
- [17] 高彦彬主编. 古今糖尿病医论医案选. 北京: 人民军医出版社, 2005
- [18] 汉·张仲景撰, 何任, 何若苹整理. 中医临床必读丛书·金匱要略. 北京: 人民卫生出版社, 2005
- [19] 曹颖甫主编. 曹氏伤寒金匱发微合刊. 上海: 上海科学技术出版社, 1990
- [20] 陈纪藩主编. 中医药学高级丛书·金匱要略. 北京: 人民卫生出版社, 2000
- [21] 郭晓东, 刘漪. 《金匱要略》“消渴”篇篇名析疑. 国医论坛. 1999, 14 (3): 5
- [22] 孙勤国, 刘学耀主编. 内分泌代谢病中医治疗学. 北京: 中国医药科技出版社, 2002
- [23] 阮奇, 吴琦配, 王德凤, 等. 虚劳证与胰岛素抵抗. 中国疗养医学. 2000, 9 (2): 55
- [24] 蒋明. 《金匱要略》女劳疸与慢性肾上腺皮质功能减退. 浙江中医杂志. 2002, (6): 231
- [25] 范永升. 新世纪全国高等中医药院校规划教材·金匱要略. 北京: 中国中医药出版社, 2003

- [26] 张国骏. 略论《伤寒论》中“伤寒”的多层涵义. 江西中医药. 2003, 34 (11): 9
- [27] 任存霞. 试论《伤寒论》和温病学对湿邪的论治. 光明中医. 2004, 19 (4): 10
- [28] 李运伦. 毒邪的源流及其分类诠释. 中医药学刊. 2001, 18, (1): 44
- [29] 宋福印. 试论毒损脑络与糖尿病性脑病. 北京中医药大学学报. 2000, 23 (5): 7~8
- [30] 朱红霞, 李国臣. 解毒固涩法治疗消渴. 中医研究, 2002, 15 (3): 64~65
- [31] 于俊生主编. 毒邪学说与临床. 北京: 中国中医药出版社, 2000
- [32] 王忠鑫. 梗米在经方中的重要作用. 甘肃中医学院学报. 2005, 22 (2): 42
- [33] 姚惠萍, 刘庆帮. 仲景方生姜、大枣运用规律浅析. 中医研究. 2003, 16 (1): 15
- [34] 任爱华, 阚方旭. 论《金匱要略》的食疗思想. 山东中医杂志. 1988, 7 (6): 13
- [35] 周碧瑜. 试论《伤寒论》中饮食与疾病的关系. 湖南中医杂志. 1994, 10 (2): 29
- [36] 周朝进. 《金匱要略》食疗、食忌篇之我见. 中国医药学报. 1997, 12 (4): 32~33
- [37] 钱自奋, 张育轩, 郭赛珊主编. 祝谌予临床经验集. 第2版. 北京: 北京科技大学、中国协和医科大学联合出版社, 1995
- [38] 何文斌. “瘀血”与“血瘀”辨. 北京中医药大学学报. 2000, 23 (6): 14~15
- [39] 张峻峰. 《金匱》活血化瘀法述略. 中医函授通讯. 1994, (5): 8~9
- [40] 南征, 高彦彬, 钱秋海主编. 糖尿病中西医结合治疗. 北京: 人民卫生出版社, 2002

1945年10月1日，日本投降，结束了长达十四年的侵华战争。中国人民从此开始了新的生活。在党的领导下，全国人民团结起来，共同建设新中国。这一时期，国家面临着许多困难，但中国人民凭借着不屈不挠的精神，最终战胜了困难，建立了新中国。

新中国成立后，国家开始进行大规模的经济建设。在党的领导下，全国人民共同努力，发展生产，改善生活。这一时期，国家取得了许多成就，为后来的发展奠定了坚实的基础。

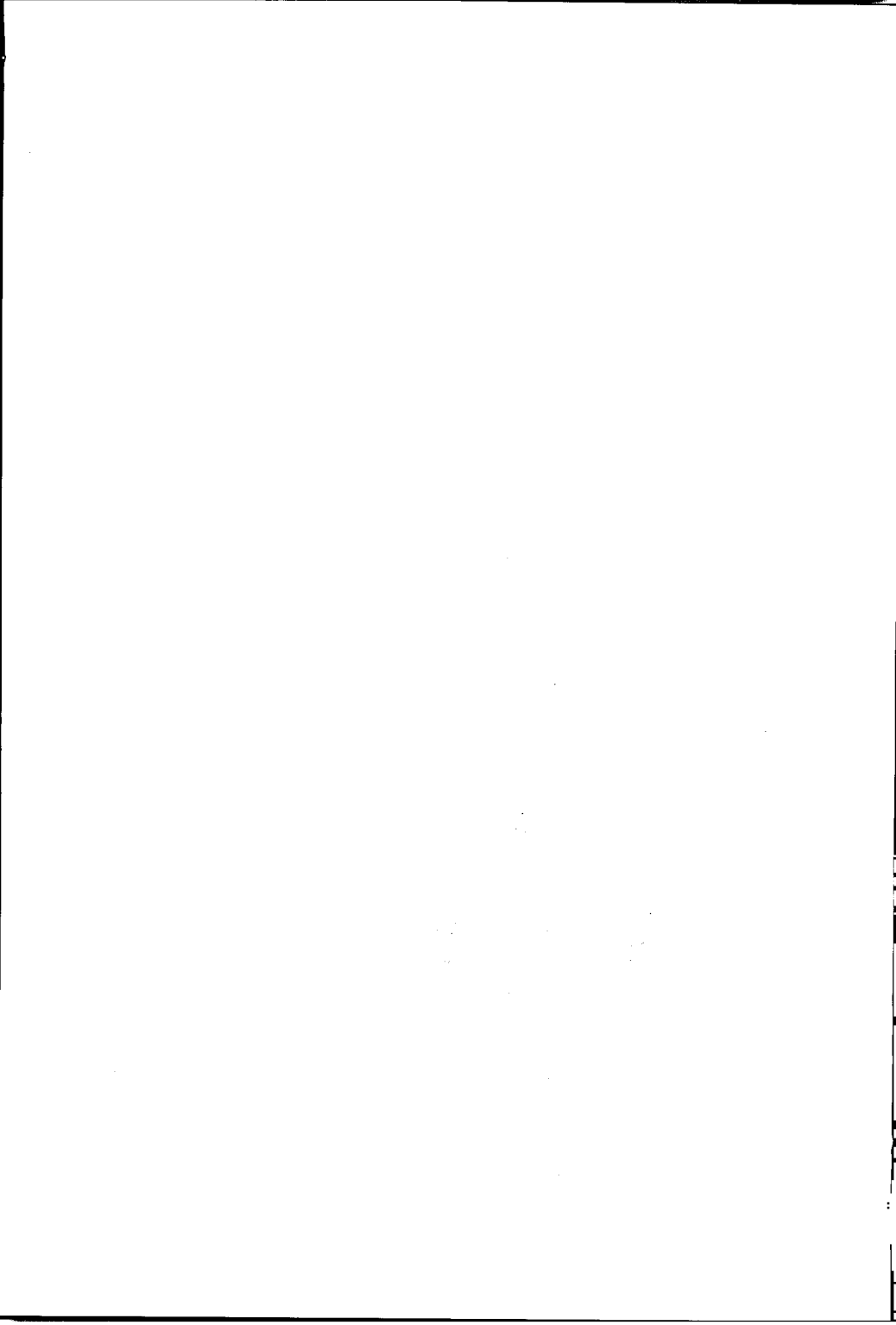
在党的领导下，全国人民团结起来，共同建设新中国。这一时期，国家面临着许多困难，但中国人民凭借着不屈不挠的精神，最终战胜了困难，建立了新中国。

新中国成立后，国家开始进行大规模的经济建设。在党的领导下，全国人民共同努力，发展生产，改善生活。这一时期，国家取得了许多成就，为后来的发展奠定了坚实的基础。

在党的领导下，全国人民团结起来，共同建设新中国。这一时期，国家面临着许多困难，但中国人民凭借着不屈不挠的精神，最终战胜了困难，建立了新中国。



方剂篇



第一节 四 逆 散

〔组成〕 甘草（炙）枳实 柴胡 芍药

上四味，各十分，捣筛，白饮和服方寸匕，日三服。

〔功效〕 解郁透邪，调和肝脾。

〔方义分析〕 方中柴胡为主药，外能和解透邪，内可疏畅气机；枳实下气破结，泄热降浊。二味合而升降调气，既清泄内陷之邪热，又透达内郁之阳气；佐芍药养血柔肝敛阴；甘草甘温益气，益脾和中，调协诸药。共奏调和肝脾、解郁缓急之功，郁得疏利，则阳气透达而厥愈，急得缓则拘挛疼痛自消。汪昂《医方集解》谓本方“用枳实泄结热，甘草调逆气，柴胡散阳邪，芍药收元阴，用辛苦酸寒之药以和解之，则阳气敷布于四末矣。此与少阳之用小柴胡意同。有兼证者，视加法为治。”

〔适应证〕 少阴病，四逆之证。四逆者，阳气内郁而手足不温也。《伤寒论》少阴病篇第 318 条指出：“少阴病，四逆，其人或咳，或悸，或小便不利，或腹中痛，或泄利下重者，四逆散主之。”本方为《伤寒论》治热厥之主方，目前可广泛应用于糖尿病、女性更年期综合征、高脂血症、经前期紧张综合征、单纯性甲状腺肿、代谢综合征、亚急性甲状腺炎、肥胖症等多种内分泌代谢疾病，但见肝郁气滞、肝脾失调证者，皆可随证化裁，诚如唐宗海《血证论》所云：“疏平肝气，和降胃气，借用处尤多”。

〔类方〕

四逆汤：药物组成为附子、干姜、炙甘草。功效：回阳救逆、温补脾肾。主治之四肢厥冷为寒厥，虽与四逆散证症状有相似之处，但其厥逆之性质及程度不同，病情较重。

〔加减方〕

1. 四逆散加减方（吕仁和）

本方赤白芍同用，基本方为柴胡、枳壳、赤芍、白芍、甘草。随证化裁，治疗糖尿病属肝郁气滞者。

2. 加味四逆散（高双，等）

本方为原方加苍术、白术、瓜蒌、薤白、水蛭、川芎组成，功用疏肝理脾、宽胸涤痰、活血通脉，治疗高脂血症痰瘀互结者。

3. 柴胡疏肝散（明·张景岳）

本方将原方枳实改枳壳，加香附、川芎。功用：疏肝理气，活血止痛。主治胁肋疼痛，往来寒热。

[临床荟萃]

1. 糖尿病 吕仁和辨消渴属肝郁气滞者，表现为胸胁痞满，口苦口干，常有太息，急躁，脉弦。方用四逆散加减，药用：柴胡、枳壳、赤芍、白芍、甘草。柴胡、枳壳行气偏上，枳实破气偏下，共畅气机，使升降得行，用量根据大便调整，便稀用 3g，正常用 6g，便秘用 10~12g。赤芍、白芍同用，肝者将军之官，喜柔顺，故用白芍柔之，肝藏血，气郁则血瘀，故用赤芍活血，血活气也顺。甘草，有火者生用，脾虚炙用，不宜量大，一般 3~6g。月经后用当归，使经后的气血有所归附，不致逆乱。腹胀者用厚朴，便溏 3g，正常 6g，便秘 10g。经言“二阳之病发心脾，有不得隐曲。”患者肝郁，是有隐曲之事，即为心脾所发，所以这时还要清心火，可用黄连 3~10g，脾虚用 3g，偏寒者配吴茱萸 3~5g；心烦者加栀子，便干者生用 10g，便溏者炒用 3g；如表现为肝脾不调的可用丹栀逍遥散。

杨晓晖以四逆散加味治疗消渴病肝气郁结证。本组 34 例病人均符合 WHO 糖尿病诊断标准，中医辨证为肝郁气滞证。男 20 例，女 14 例，年龄 30~45 岁 10 例，46~55 岁 16 例；病程 1~5 年 10 例，6~10 年 18 例，10 年以上 6 例；空腹血

糖在 6.7 ~ 11.1mmol/L18 例, 11.2 ~ 16.7mmol/L12 例, 16.8 ~ 19.4mmol/L4 例; 甘油三酯在 1.21 ~ 1.43mmol/L13 例, 1.44 ~ 1.98mmol/L21 例, 1.99 ~ 3.3mmol/L10 例。合并眼病 16 例, 肾病 12 例, 冠心病 12 例, 周围神经病变 10 例, 皮肤病变 6 例, 脂肪肝 8 例, 高血压 14 例。中药以四逆散加味。基本方: 柴胡 10g, 赤芍、白芍各 30g, 枳壳、枳实各 8g, 丹参 30g, 玄参 10g, 葛根 10g, 天花粉 20g, 厚朴 6g, 黄连 8g。根据吕仁和教授经验随证加减, 治疗消渴病肝气郁结证。水煎服日 1 剂, 3 周 1 疗程。治疗后达临床缓解者 8 例, 显效 14 例, 有效 10 例, 无效 2 例。

2. 糖尿病胃轻瘫 王巧云等以加味四逆散治疗糖尿病胃轻瘫。将 112 例糖尿病胃轻瘫患者随机分组, 治疗组 56 例, 对照组 56 例。临床表现为上腹部不适、腕部饱闷感、饱感、腹胀, 饭后更甚; 并伴有嗳气、纳呆、恶心, 重者伴呕吐, 呕吐物为数小时前进食之食物, 饥饿感减退或消失等。初期上述症状间歇发作, 逐渐发展为持续存在。治疗方法: 治疗组予加味四逆散, 药用: 柴胡 9g, 枳壳 6g, 白芍 12g, 甘草 6g, 白术 15g, 党参 15g, 云苓 15g, 元胡 10g, 郁金 12g, 砂仁 6g。加减: 大便秘结加玄参 30g, 火麻仁 30g; 纳呆加山楂 12g。每日 1 剂分煎, 经煎煮、过滤、浓缩、分装共 300ml, 每日 3 次, 每次 100ml, 连服 2 周。服用期间停服其他治疗胃轻瘫的药物。对照组用多潘立酮 10mg, 每次餐前 30min 口服, 15 天为 1 疗程。结果: 治疗组治愈 36 例, 好转 14 例, 无效 6 例, 总有效率 89.3%; 对照组治愈 17 例, 好转 19 例, 无效 20 例, 总有效率 64.3%。两组总有效率比较, 有显著差异, $P < 0.05$ 。治疗期间均未见不良反应。

〔实验研究〕

1. 实验研究 四逆散对正常小鼠的免疫功能有促进和增强作用; 有明显的抗疲劳和改善神经系统功能的作用, 如可以

增强腓肠肌的收缩力，对加强运动功能、消除骨骼肌疲劳可能有益，又如可以改善下丘脑功能；有改善微循环，抑制兔体外血栓形成，明显抑制血小板黏附的功能；有抗心律失常作用，还能使麻醉在犬心脏的心肌收缩力加强，心搏加快，并能显著地对抗戊巴比妥所致的心肌收缩力下降和心脏扩大。对脑血流图影响的研究表明，该方对正常健康者无明显影响，而患有轻、中度动脉硬化者服后脑血流图波形、波幅、上升时间和流入容积速度均有明显改善。实验还发现四逆散对消化系统作用广泛，可增强小鼠胃排空流体和固体的能力，提高大鼠胃运动频率，提高大鼠胆汁流量，改善肝组织炎性水肿，防治肝损伤，改善肝功能，阻止肝硬化进展，进而影响血清 DNA 活性；可改善肝脏微循环，保护肝细胞，具有肯定的抗大鼠肝纤维化作用。另外，四逆散有抗病毒及诱发干扰素作用，有较好的抗感染、镇痛作用。

2. 催眠作用的实验研究 表明四逆散对小鼠有明显的催眠作用，可延长阈剂量戊巴比妥钠所致的小鼠的催眠时间，且实验重现性较好，从而肯定了四逆散治疗失眠的作用。

3. 对肝损害的保护作用及机制研究 能降低石胆酸灌胃造成肝损害的小鼠血清丙氨酸氨基转移酶（ALT）、天门冬氨酸氨基转移酶（AST）、丙二醛（MDA）升高的水平，能升高石胆酸灌胃造成肝损害的小鼠血清超氧化物歧化酶（SOD）、谷胱甘肽（GSH）降低的水平，能使肝损害小鼠肝组织病理变化程度明显减轻。四逆散药粉+米汤降 AST、MDA 作用明显，四逆散煎剂降 ALT 作用明显。结论：四逆散具有一定的保肝作用。

〔运用心得〕 四逆散原为“阳郁四逆”而设，为《伤寒论》治疗热厥之主方，后世医家多用于治疗肝气郁结或肝脾不和所致的胸胁苦满、脘腹胀痛等证。本方药性平和，寓数方之意，有宣通阳气、开郁散结、调和肝脾、泄热消积之功，堪称

疏肝理气之祖方。临床可应用于糖尿病或糖尿病合并胃肠道疾患、合并精神神经系统症状、合并心脑血管疾病、合并便秘、合并阳痿，以及肥胖症、高脂血症、甲状腺功能亢进症、女性更年期综合征等疾病的治疗。药理研究证实有保肝、抗疲劳、改善神经系统功能、增加心肌收缩力等作用。

笔者常以四逆散为基础方治疗糖尿病、代谢性综合征、更年期综合征、肥胖症、甲状腺功能亢进症等症见抑郁不舒、心烦不宁、头目眩晕、胸闷胁痛者，常与其他疏肝理气药、健脾和胃药相伍，疗效颇佳。本方不适宜于脾虚阳微、阴虚火旺之证。

第二节 五 苓 散

〔组成〕 猪苓十八铢（去皮）泽泻一两六铢 白术十八铢 茯苓十八铢 桂枝半两（去皮）

上五味，捣为散，以白饮和服方寸匕，日3服，多饮暖水，汗出愈。如法将息。

〔功效〕 健脾渗湿，化气利水。

〔方义分析〕 方中重用泽泻，甘淡性寒，利水渗湿；猪苓、茯苓甘淡渗湿利水；白术苦温健脾运湿；桂枝辛温，外解太阳之表，内助膀胱气化。方中泽泻配茯苓、猪苓以增强利水蠲饮之功；茯苓配白术以健脾气、运化水湿；桂枝配茯苓以温化水饮，通阳利水。五味相协，使水行气化，表解脾健，而蓄水停饮之证可除。

〔适应证〕 糖尿病及其多种并发症或其他内分泌代谢病，症见发热头痛，烦渴或渴欲饮水，水入则吐，小便不利，身肿、微热、脉浮或浮数者。

〔类方〕

1. 茵陈五苓散 本方在原方中加茵陈，治疗湿热黄疸之

湿重于热者，临床可用于治疗糖尿病合并肝胆病变、自主神经病变而见湿热证候者。

2. 茯苓桂枝白术甘草汤 即五苓散去猪苓、泽泻，加甘草而成；功能温中降逆，化饮利水。主治痰饮病症见心下逆满，气上冲胸，头目眩晕，苔白滑，脉沉紧或沉滑者。常可用于治疗糖尿病、甲状腺功能减退症、肥胖症等病的相应证候。

3. 泽泻汤 本方为原方去桂枝、茯苓、猪苓。主治内分泌代谢病症见心下有支饮，其人苦冒眩者。

4. 猪苓汤 本方为原方去桂枝、白术，加阿胶、滑石组成。主治内分泌代谢病里热伤阴、水气不利，出现发热，口渴，小便不利，或下利，渴而呕，心烦不得眠者。

[加减方]

1. 五苓散加味方（王玉明，等）

由泽泻、桂枝、车前子、川芎、丹参、大黄组成。

2. 加味五苓散（任爱华）

本方为原方加制附子、党参、车前子、牛膝、泽兰组成。

功用：温阳益气利水。主治糖尿病肾病、糖尿病性心脏病等出现下肢浮肿者。

[临床荟萃]

1. 尿崩症 任继学常用五苓散治疗尿崩症舌淡白、苔润滑之阳虚证，认为本病为津液之病，人身之津液随气化而升降出入，故津液之病当求诸气化，究气化则不离乎三焦。《中藏经》云：“三焦者，人之三元之气也，号曰中清之腑，总领五脏六腑、营卫、经络、内外左右上下之气也。”本病实表现为上中下三焦不能交通呼应之象：下焦气化不行，失于蒸腾以济上，则上焦出现烦渴之燥象；上焦气化无力，“上虚不能制下”，则固涩不力而水液下趋；中焦作为升降之枢纽，交通不利，则上下二焦相隔绝。因此，三焦不通，气化失常，是本病的重要病机。其中脾之运化转输至关重要，故治疗上应通利三

焦以复气化之常。清·钱天来注五苓散云：“其立方之义，用桂以助肾脏蒸腾之气，更用诸轻淡以沛肺家下降之功，使天地阴阳之气交通，气化流行，而上下之气液皆通也。”故任老认为此系通利三焦、化气行湿之方，凡水湿留滞、气化不行所致内外上下诸证皆可治疗。水湿留于外之水肿或皮肤湿疹可用之；水留于上之眩冒、痼证可用之；水蓄于中之呕逆可用之；水蓄于下之小便不利可用之……此方能使津液敷布正常，无有余、不足之患。本病津液不足于上而趋于下，故用此方助脾之转输、肾之蒸腾、肺之通调，使三焦水道通利、气化正常，则尿多、烦渴自消。

朱进忠以五苓散合附子理中汤加减治疗尿崩症 1 例，西药治疗半年余未效，症见多饮多尿，疲乏无力，胃脘痞满，舌苔薄白，脉弦大紧。辨证属中焦虚寒，水饮阻滞，津不上呈。予附子理中汤（理中汤加减方）温中健脾，五苓散利水并温膀胱阳气，药用：附子 10g，肉桂 10g，党参 10g，白术 10g，干姜 10g，甘草 10g，泽泻 10g，茯苓 10g，猪苓 10g。3 剂症减，30 剂告愈。

2. 糖尿病神经源性膀胱 王丽娜等以五苓散配合针灸治疗糖尿病神经源性膀胱。对 36 例糖尿病伴有慢性尿潴留的患者进行观察治疗，36 例均为住院病人，按 WHO 标准确诊 I 型糖尿病 5 例，II 型糖尿病 31 例，已排除梗阻性、药物性及颅脑和脊髓疾病所致的尿残余，确诊为糖尿病神经源性膀胱，随机抽签分成治疗组和对照组，治疗组 22 例，其中男 8 例，女 14 例；年龄 43~75 岁，平均 61 ± 9.2 岁；病史 6~14 年；神经源性膀胱病史 10 天~3.6 年；糖化血红蛋白（HbA_{1c}）13%~20%；空腹血糖（FPG）13.5~33.6mmol/l，平均 17.4 ± 7.7 mmol/l；不能排尿 3 例，排尿费力 5 例，尿失禁 3 例，尿频 10 例，残留尿 >100ml 17 例，残留尿 >100ml 7 例。对照组 14 例，男 6 例，女 8 例；年龄 42~76 岁，

平均 59 ± 10.2 岁；病史 7~15 年；神经源性膀胱病史 2 月~4 年； HbA_{1c} $14.2\% \sim 18.9\%$ ； FBG $12.8 \sim 27.2 \text{ mmol/l}$ ，平均 $15.6 \pm 9.6 \text{ mmol/l}$ ；不能排尿 2 例，排尿费力 4 例，尿失禁 3 例，尿频 6 例，残留尿 $>100 \text{ ml}$ 8 例，残留尿 $>100 \text{ ml}$ 4 例。治疗组给予五苓散加味配合针灸 22 例，对照组单纯中药治疗 14 例，两组均应用西医常规糖尿病治疗，予以胰岛素控制血糖，并给予持续导尿。中药药用：猪苓、泽泻、白术、桂枝、茯苓、白茅根、益母草、酒大黄、水蛭。气虚者，加黄芪、党参；阳虚者，加淫羊藿、巴戟天；阴虚者，加山萸肉、知母；尿路感染者，加金银花、黄柏。针灸：关元、阴陵泉、三阴交、气海，每日 1 次，留针 30min，加艾条灸。以上治疗 10 天为 1 疗程，共观察 3 个疗程。结果：治疗组痊愈 5 例，显效 11 例，有效 4 例，无效 2 例，总有效率 90.91%；对照组显效 3 例，有效 7 例，无效 4 例，总有效率 71.43%。

3. 高尿酸血症 王玉明等报道，1991~2000 年应用五苓散加味，治疗单纯控制高嘌呤饮食无效的高尿酸血症 45 例，患者中，男性 41 例，女性 4 例；年龄 36~65 岁，其中 36~45 岁 10 例，46~55 岁 23 例，56~65 岁 12 例；无症状高尿酸血症者 25 例，痛风性关节炎间歇期者 20 例。同时患有糖尿病者 9 例，高血压者 13 例，高脂血症者 33 例。以五苓散加味。药用：泽泻 15g，桂枝 6g，车前子 15g，川萆薢 30g，丹参 30g，大黄 6g。水煎日 1 剂，2 次分服，3 周 1 疗程。治疗 1~2 疗程，总有效率 84.40%。

4. 高脂血症 康兴霞报道采用茵陈五苓散加味治疗高脂血症 30 例，并设西药对照组 30 例进行观察。两组在性别、年龄、类型等方面无显著性差异， $P > 0.05$ ，具有可比性。结果治疗组疗效明显高于对照组，两组有显著性差异， $P < 0.05$ 。

高双等应用加味五苓散治疗高脂血症 100 例，全部病例的诊断均符合卫生部颁布的“中药新药治疗高脂血症的临床研究

指导原则”标准（1995年），治疗结束后按该原则之标准进行疗效判定。结果：临床控制 19 例，显效 45 例，有效 22 例，总有效率为 86.00%。对高脂血症引起的头晕头痛、肢体麻木、胸闷乏力、精神疲乏的有效率分别为 95.35%、96.43%、87.10%和 93.22%，降低 TC、TG 的有效率依次为 87.23%、90.24%。经临床观察，未见不良反应。

5. 糖尿病肾病 毛振营以五苓散合血府逐瘀汤治疗糖尿病肾病（DN）160 例，设对照组 120 例，两组均用格列喹酮或诺和龙，高血压用卡托普利，糖尿病饮食。结果，两组分别总有效率 93.1%、66.7%。

〔实验研究〕

1. 降糖作用 药理研究表明，五苓散中茯苓、泽泻、白术均有降糖作用，猪苓、泽泻还能提高机体的免疫功能。

2. 降脂作用及对酒精性肝损害的防治作用。

3. 利尿作用及对肾功能的影响 本方的利尿作用在许多实验室均得到证实，但方中各药的作用则有不同，可以认为，桂枝和猪苓是五苓散中主要的利尿成分。值得注意的是本方中桂枝（或桂皮）是五苓散方中起利尿效果的重要药物，此与本方中该药起温阳利水作用的认识颇为一致。五苓散对于正常人或无五苓散证的患者以及正常动物都几乎见不到利尿作用。表明五苓散又不同于一般的利尿药。实验还证实本方对活性氧有清除作用，对肾功能不全有保护作用。

〔运用心得〕 五苓散在《伤寒论》中原治表邪未解，热不得泄，膀胱气化受阻，水停于下，津不输布等所致的消渴、小便不利、烦渴、汗出等证，为太阳经腑两解之剂，表里同治，重在化气利水。实验研究表明该方有利尿、保肝、护肾、降脂、降糖等作用。在内分泌代谢病中，该方的使用十分广泛，频见报道。五苓散证的病机重心在于脾虚失运，临床应用可不拘是否兼有表邪。在内分泌代谢病中，常用于治疗糖尿病合并

肾病、甲状腺功能减退症、特发性水肿、高脂血症、尿崩症、肥胖症及其他内分泌代谢病所致的身肿肢重中属于脾虚运化失司者，并可治疗脾运失健所致口渴、小便不利、自汗、盗汗、眩晕、心悸等证。

第三节 肾 气 丸

〔组成〕 干地黄八两 薯蓣四两 山茱萸四两 泽泻三两 茯苓三两 丹皮三两 桂枝一两 附子一两（炮）

上八味，末之，炼蜜和丸梧子大，酒下 15 丸，加至二十五丸，日再服。

〔功效〕 补益肾气。

〔方义分析〕 附子、桂枝温补肾阳；熟地黄、山药、山茱萸亦称“三补”，有益阴摄阳之功，此即“善补阳者，必于阴中求阳”之意；丹皮、茯苓、泽泻亦称“三泻”，利湿泻浊、清泻肝火，意在补中寓泻，以使补而不腻。此方配伍之妙在于阴阳双补，补而不滞。其意非在温肾壮阳，而在补益肾气。

〔适应证〕 肾气亏虚所致的男子消渴、小便反多、少腹拘急、虚劳腰痛、小便不利、阳痿、尿如脂膏、脉沉细无力等证。可用于糖尿病及其多种并发症、甲状腺功能减退症、席汉氏综合征、更年期综合征、慢性肾上腺皮质功能减退症等多种内分泌代谢疾病中证属肾气亏虚者。

〔类方〕

瓜蒌瞿麦丸：肾气丸去山茱萸、丹皮、桂枝、泽泻、地黄，加瞿麦、瓜蒌根组成。功能润燥生津，温阳利水。主治下寒上燥的小便不利。

〔加减方〕

1. 加减肾气丸（任继学）

原方去附子，加五味子、鹿茸、沉香而成。功用温肾暖

肝、生津滋液。治疗消渴病肝肾阳虚证。

2. 肾气丸加减方（岳美中）

原方去桂枝，加石膏，治疗老年糖尿病阴阳俱虚证。

3. 六味地黄丸（宋·钱乙）

原方去桂枝、附子而成。功用滋补肝肾。主治肾阴不足，症见腰膝酸软，头晕目眩，消渴，耳鸣耳聋，盗汗遗精，骨蒸潮热，手足心热，口燥咽干、舌红少苔，脉细数等。

4. 八味肾气丸加减方（潘澄濂）

原方去泽泻，加海蛤壳、黄芪、陈皮、知母组成。治疗糖尿病肾气虚损证。若肾阴虚损，去附子，加枸杞子、玄参或龟板。

〔临床荟萃〕

1. 糖尿病 焦树德治疗糖尿病以肾气丸去附子，加五味子、玄参、天花粉，特别重用生地黄，上消及中消明显者再加生石膏 30~40g，葛根 10g，疗效甚佳。赵锡武认为肾气丸为益水火之剂，水要升，火要降，方能水火既济，当用桂附熏动阴水，以升津液。寒之不寒是无水也，壮水之主以制阳光；热之不热是无火也，益火之源，以消阴翳。糖尿病末期阳虚者，肾气丸桂附可用至 9g。脘腹胀满、腹泻者，茯苓、泽泻增量，去生地黄、熟地黄，或减量。兼见高血压者加杜仲、牛膝。

黄河清等以金匱肾气丸加味治疗肾气虚之 2 型糖尿病 38 例。其中男 23 例，女 15 例；年龄 40~68 岁；病程 3 个月~20 年；合并高血压 17 例，合并冠心病者 8 例，合并视网膜病变者 7 例，合并周围神经病变者 13 例。症见：头晕心悸、神疲乏力、少气懒言，自汗盗汗，腰膝酸软。或口干引饮；或消谷善饥；或小便频数；或面色萎黄、形体消瘦、五心烦热；或面色㿔白、形体肥胖、口黏不欲饮。舌黯红或有瘀点瘀斑，或舌淡胖、苔薄黄或薄白干，脉细数或细弱。基本方：金匱肾气丸加味。药用乌附片 9g，肉桂 5g，生地黄、枣皮、丹参各

15g, 山药、生龙骨各 30g, 丹皮 10g, 黄芪 20g, 茯苓、泽泻、五倍子各 12g。加减: 若燥热口干甚, 消谷善饥者, 加天花粉 30g, 生石膏 50g, 附子减至 5g, 肉桂减至 3g; 若畏寒神疲甚, 小便清长者, 加桑螵蛸、巴戟天各 15g, 附子增至 15g, 肉桂增至 10g; 合并高血压者, 加葛根 20g、茺蔚子 15g、槐米 10g, 并在耳穴心穴用冰片按压, 双耳交替治疗, 3 日更换 1 次; 合并冠心病者加生牡蛎 30g, 赤芍 20g, 全瓜蒌 13g; 若伴发心绞痛, 加用含服速效救心丸; 合并视网膜病变者加菟丝子或枸杞子 15g, 青葙子 12g, 水蛭 9g; 合并周围神经炎病变者, 加丝瓜络、鸡血藤、忍冬藤各 15g, 威灵仙 30g。水煎服日 1 剂。30 日 1 疗程, 连用 2~3 个疗程。治疗期间不用降糖西药, 少数用西药者在半个月內逐渐减少原降糖药用量, 直至停用。结果: 临床治愈 8 例, 显效 16 例, 有效 12 例, 无效 2 例。

廖志峰等报道对 104 例糖尿病患者辨证分为 7 型, 其中阴阳两虚型症见小便频数, 浑浊如膏, 甚则饮一溲一, 手足心热, 腰膝酸软, 四肢欠温, 畏寒怕冷, 甚见阳痿。舌淡红, 苔白, 脉沉细无力。予肾气丸去山药加仙灵脾、赤芍、当归。加减: 双下肢浮肿, 伴麻木困痛者加益母草、地龙; 口干烦渴者加葛根、天花粉。疗效满意。

2. 早期糖尿病肾病 方立曙用肾气丸加活血化瘀药治疗早期糖尿病肾病 23 例, 在糖尿病饮食控制及胰岛素控制血糖的基础上将患者随机分为中药治疗组和西药对照组。中药治疗组 23 例, 尿蛋白排泄率 (UAE) > 20ug/min, 病程 3 个月~5 年, 糖尿病病程 3~21 年。治疗方药以金匱肾气丸为主, 加活血化瘀药, 基本药用: 大熟地黄、丹参各 20g, 山药 15g, 山茱萸、白茯苓、全当归、水蛭、泽泻各 12g, 生牡丹皮、桂枝、制附子、红花各 5g, 生黄芪 30g。潮热口干者加知母、地骨皮各 10g; 目糊头昏者加枸杞子 10g, 杭白菊 5g; 四肢麻木

者加桑枝 10g；下肢痲疽者加蒲公英、紫花地丁、忍冬藤各 20g。1 个月后改服金匱肾气丸，8 丸/次，2 次/日，巩固疗效。西药对照组 20 例，UAE > 20ug/min，病程 4 个月~5 年，糖尿病病程 4.5~22 年。按目前临床常规治疗方法，用开博通（卡托普利）片 12.5mg/次，3 次/日；潘生丁（双嘧达莫）片 25 mg/次，2 次/日，口服。两组均以 1 个月为一疗程。结果：治疗组 8 例显效，11 例有效，4 例无效，总有效率为 82.6%；对照组 1 例显效，8 例有效，11 例无效，总有效率为 45%。两组经统计学处理，总有效率有显著性差异（ $P < 0.05$ ），提示治疗组的疗效优于对照组。

何少霞以金匱肾气丸为主治疗糖尿病肾病。46 例中，中医辨证分型属肝肾气阴两虚型 15 例，脾肾阳虚型 26 例，阴阳两虚型 5 例，均用金匱肾气丸加减。基本方：熟地黄、益母草、黄芪各 20g，山茱萸、茯苓、泽泻、牛膝、当归、水蛭各 12g，丹皮、制附子、桂枝各 5g。每日 1 剂，水煎分 2 次服。加减：肝肾气阴两虚型，加女贞子、天麻；脾肾阳虚型，加党参、白术；阴阳两虚型，加冬虫夏草、补骨脂等。若血压高者，酌加珍珠母、钩藤；胸闷恶心者，酌加法半夏、陈皮；皮肤瘙痒者，酌加地肤子、蝉蜕；湿热内盛者，加黄芩、蒲公英、薏苡仁等。4 周为 1 疗程，观察 2 疗程。结果：肝肾气阴两虚型 15 例中显效 5 例，有效 6 例，无效 4 例；脾肾阳虚型 26 例中显效 15 例，有效 7 例，无效 4 例；阴阳两虚型 5 例中显效 2 例，有效 1 例，无效 2 例。

3. 糖尿病阳痿 杜俊声以该方加减治疗糖尿病阳痿。18 例患者均符合Ⅱ型糖尿病诊断标准，并除外其他原因引起的阳痿。其中金匱肾气丸加桑寄生、黄芪、川断对阳痿肾阳虚证疗效满意。

4. 糖尿病神经源性膀胱 林榕等以金匱肾气丸治疗糖尿病神经源性膀胱。辨证为肾元亏虚、肾阳不足型糖尿病神经源

性膀胱 21 例, 均为 B 超检查提示膀胱残尿量 $>100\text{ml}$ 者。给予金匱肾气丸口服, 每日 2 次, 每次 1 袋, 每袋 12g , 7 天 1 疗程。用药 2~4 周。同时控制血糖, 鼓励患者定期排尿, 无论有无尿意, 每 3~4 小时排尿 1 次。严重尿潴留或尿失禁者配合留置导尿。结果: 17 例恢复自主排尿; 3 例仍有尿淋漓不尽及尿失禁, 排尿后腹 B 超检查提示膀胱残尿量平均为 58ml ; 1 例无效。

5. 尿崩症 12 例患者中男性 10 例, 女性 2 例, 年龄 $45\sim 62$ 岁。病程 1~3 个月。每日尿量 $5500\sim 7000\text{ml}$, 尿频色清, 夜尿显著, 口渴多饮, 饮一溲一, 体倦, 肢冷, 苔白, 脉沉细。尿比重 <1.006 。所有患者经相关影像学 and 生化检查, 排除肿瘤、浸润性疾病、脑部感染性疾病和创伤手术所致继发性尿崩症, 并排除家族性尿崩症。中医辨证为肾阳虚。治以温补肾阳。方以金匱肾气汤化裁: 熟地黄 15g 、山药 25g 、山茱萸 15g 、茯苓 12g 、泽泻 12g 、附片 15g 、肉桂 6g 。阳虚明显者加淫羊藿、补骨脂; 兼有肾阴虚者加石斛、麦冬; 兼有气虚者加党参、黄芪; 眠差者加酸枣仁、柏子仁。每日 1 剂, 煎汁 400ml , 2 次分服。6 天 1 个疗程, 治疗 1~3 个疗程。结果: 11 例患者服药 3~9 天后尿量减少为每天 $1000\sim 1500\text{ml}$, 与发病前尿量基本相等, 平均服药 6.3 剂; 1 例患者治疗 18 天后尿量无明显变化。

6. 艾迪生病、甲状腺功能减退症等。

[实验研究]

1. 对大鼠肾阳虚模型的影响 结果显示: 治疗组大鼠血清中的 SOD、谷胱甘肽过氧化物酶 (GSH-PX)、睾酮含量较模型组明显升高, MDA 含量显著降低, 其中高剂量组睾丸系数明显升高。结论: 金匱肾气丸对大鼠肾阳虚模型有明显的治疗作用。结果表明, 金匱肾气丸能明显升高羟基脲所致肾阳虚小鼠的皮温, 提高自主活动能力及负重游泳时间, 增加耐寒

试验小鼠的生存率,并使血清中 SOD、GSH-PX 活力增强,MDA 含量降低,血清中睾酮含量亦明显升高,而且高剂量组小鼠的死亡率明显低于模型组。证实该方对羟基脲所致的小鼠肾阳虚模型有明显防治作用。

2. 抗过氧化损伤的作用 结论证实,金匱肾气丸可使链脲佐菌素诱导的糖尿病大鼠红细胞 SOD 活性显著降低,血清脂质过氧化终产物丙二醛水平显著升高。说明金匱肾气丸干预治疗可提高糖尿病大鼠红细胞 SOD 活性,降低糖尿病大鼠丙二醛水平,证实金匱肾气丸对糖尿病大鼠具有抗过氧化损伤的作用。

3. 增强小鼠免疫功能作用的研究 对免疫抑制小鼠,金匱肾气丸能提高腹腔巨噬细胞的吞噬功能;能提高胸腺重量;能提高溶血素含量;能促进淋巴系转化功能;能提高红细胞数。说明该方具有增强免疫抑制小鼠免疫功能的作用。

4. 实验结果表明,连续用药 24 天起, SOD 活性水平开始升高, 32 天后 MDA 开始下降。用药 40 和 48 天时,这种趋势更加显著,明显提高了血中 SOD 活性水平,降低了 MDA 含量,提高了自由基清除能力,降低了脂质过氧化物反应,阻滞了生物分子间的交联反应,老年色素及脂褐素生成亦减少。用药 90 天后,与对照组比较,大鼠肾上腺、脑垂体组织的细胞凋亡指数明显降低,阻遏了蛋白质的溶解、变性,保证了细胞膜结构和功能的完整,延缓了细胞凋亡的发生。可以认为金匱肾气丸主要是因能提高 SOD 活力、清除自由基、抑制细胞凋亡而引起到补肾抗衰老的作用。

5. 研究表明,该方能够改善糖尿病大鼠多元醇代谢,可能对糖尿病神经病变有一定的作用。

6. 其他 对循环系统、内分泌系统、生殖系统、脂类及氨基酸代谢、骨生长、抗突变等方面有积极的影响。

〔运用心得〕 肾气丸又称金匱肾气丸、八味地黄丸、八味

肾气丸、桂附地黄丸、八味丸等，后世六味地黄丸、麦味地黄丸、杞菊地黄丸、济生肾气丸等皆由本方化裁而得。肾气丸以补益肾气著称，肾气即包括肾阴和肾阳。仲景此方实为阴阳双补之剂。组方思路系阴中求阳，阴阳互生，温而不燥，补而不呆，阴阳双补，相得益彰。张景岳《景岳全书·新方八略》云：“善补阴者，必于阴中求阳，则阴得阳助，而源泉不竭；善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助，而生化无穷”。在临床运用此方时，应深刻理解其组方思路和配伍技巧，合理应用。方中附、桂所占比例甚少，故其意不在温肾壮阳，而在微微生火，应视为阴阳双补之剂。药理研究表明，该方在调整血糖、抗衰老等方面作用可靠。

肾气丸临床应用广泛，内分泌代谢病适证者皆可选用，如糖尿病、甲状腺疾病、艾迪生病等。肾为先天之本，五脏六腑之根，久病必虚，久病及肾，且许多内分泌代谢病与遗传和体质有关，即与先天的“肾”有关。补肾法应视为治疗内分泌代谢病的第一大法，故肾气丸在临床有极高的应用频率和价值。在具体运用中，应根据具体情况灵活加减配伍，注意阴阳之间、脾肾之间、标本之间的辨证关系。本方在内分泌代谢病中应用时，地黄用生地黄为多，有时也酌用熟地黄。

第四节 白虎加人参汤

〔组成〕 知母六两 石膏一斤（碎）甘草二两 粳米六合 人参三两

上五味，以水一斗，煮米熟汤成，去滓，温服一升，日三服。

〔功效〕 清热生津，益气养阴。

〔方义分析〕 方中石膏辛甘大寒以清阳明气分之热；知母苦寒质润以清热润燥滋阴；人参甘寒，益气生津，保元固本；

甘草、粳米甘平以益胃生津。粳米含有蛋白质、淀粉、脂肪，并含有B族维生素以及钙、铁、钼、硒、锌等微量元素，具有健脾养胃、止渴除烦、固肠止泻的功效。知母、石膏等寒凉药易伤脾胃，脾胃伤则邪易内陷，故以粳米益胃保津，有清胃热保津而不伤脾胃之妙。且甘以缓之，不使寒凉有碍下焦；并其黏稠之性，能将石膏溶解汤中，以增其效。

〔适应证〕 糖尿病、肥胖症、高脂血症、甲状腺功能亢进症、代谢综合征等，证属肺胃热盛、津气两伤所致的烦渴，饮水不解，乏力，身热，汗出，恶寒，口渴恶心，脉洪数或芤。

〔类方〕

1. 白虎汤 即白虎加人参汤去人参；功能清热生津，主治伤寒脉滑而厥，里有热；三阳合病，腹满身重，难以转侧，口不仁，面垢，谵语，遗尿，发汗则谵语，下之则额上生汗，手足逆冷，或自汗出者。

2. 白虎加桂枝汤 本方去人参加桂枝而成。功用清解里热，外解寒邪。主治温疟，身无寒但热，骨节疼烦，时呕者。

〔加减方〕

1. “消三多”方（乔保钧）

以白虎加人参汤与黄连阿胶汤组合化裁而成。药用：人参7g（用党参倍量），知母15g，生石膏30g，黄连9g，阿胶9g，白芍15g，生山药15g，黄精15g，地骨皮9g，蒸首乌15g，麦门冬9g，鸡子黄2枚。功效：清热生津，滋肾益元。治疗糖尿病肺胃郁热，伤津耗气，肾气亏虚证。

2. 消渴方（谢昌仁）

由白虎汤合六味地黄汤化裁而成。药用：生石膏20g，知母10g，甘草3g，沙参12g，麦冬10g，石斛12g，生地黄12g，山药12g，茯苓12g，泽泻12g，天花粉15g，鸡内金6g。功能清热养阴，滋肾生津。治疗糖尿病、尿崩症等病之阴虚燥热证。

3. 二地降糖饮 (汪履秋)

由白虎加人参汤加减而成。药用:石膏 30g (先煎), 知母 10g, 南沙参 12g, 麦冬 10g, 生地黄 15g, 僵蚕 10g, 青黛 5g (包煎), 泽泻 30g, 苦参 15g。功用:养阴清热, 降糖除消。治疗Ⅱ型糖尿病, 症见口渴欲饮, 消谷善饥, 小便频多, 疲乏无力, 形体消瘦, 舌质偏红, 苔薄黄, 脉细数。

[临床荟萃]

1. 糖尿病 曹建生认为, 对于消渴三消症状明显、口舌干渴较重, 属胃腑实热者, 宜将白虎汤与六味地黄汤合用。根据“热则寒之”的原则, 此时应首先大清理热, 但由于热甚伤津, 若用苦寒直折, 则愈伤其阴, 伤阴而化燥。故宜用甘寒之品以泻火生津。白虎汤恰中病机, 再合六味地黄汤, 标本同治, 既能较快解除症状, 又有釜底抽薪的作用, 血糖、尿糖均可改善。实践证明:石膏与知母同用, 有明显降低血糖的作用。白虎与六味共用, 粳米可以去掉, 因有山药一味已足; 甘草可以生用, 意在养阴生津, 免除蜜炙增加血糖之虞。

吴仕九等用加味白虎人参汤治疗胃热型糖尿病。单纯组、混合组 (为用格列本脲 2.5mg 或 5mg, 3 次/日, 服 1 个月以上不显效者) 各 64 例, 均用加味白虎人参丸 (含生石膏、忍冬藤各 30, 北沙参、生地黄各 20g, 知母、玄参各 15g, 玉竹、苍术各 10g, 黄柏 6g。共焙干研极细末, 水泛为丸, 山楂粉炭末包衣), 每次 6g, 3 次/日, 30 天 1 疗程。结果: 本方有显著的降血糖、降尿糖作用, 有效率为 86.27%, 且对口渴冷饮、唇干咽燥、消谷善饥、胃脘灼热等胃热症状有明显的改善作用。两组治疗前后, 自身比较有非常显著性差异 ($P < 0.05$)。

颜耀东以白虎加人参汤治疗糖尿病 58 例。全部病例随机分为两组, 其中白虎加人参汤组 48 例, 对照组 (消渴丸) 10 例。2 个月为 1 疗程。基本方为生石膏、知母、白参、粳米、

甘草。饮多者加花粉、石斛；尿多加覆盆子、桑螵蛸；消瘦加山药；有疖肿、皮肤瘙痒者加生地黄、金银花；有知觉障碍，肢体痛、麻者加丹参、赤芍；便秘者加麦冬。2个月为1疗程。结果：白虎加人参汤组治疗1疗程后，临床治愈32例，好转10例，无效6例，总有效率为87.5%；对照组1疗程后临床治愈2例，好转4例，无效4例，总有效率为60%。两组疗效比较，白虎加人参汤组为优。

武翠凡等将86例2型糖尿病患者随机分为治疗组51例，对照组35例，两组均给予饮食、运动、降糖、降脂、降压等治疗，治疗组加用白虎加人参汤。药用：人参10g，知母20g，生石膏30g，粳米10g，甘草6g。加减：口干舌燥、消谷善饥甚者加花粉30g，葛根25g，玄参10g，生地黄30g；脾虚便溏、乏力者加炙黄芪20g，山药20g，白术10g；肾虚耳鸣、头晕者加枸杞10g，杜仲20g，草决明20g。每日1剂，水煎内服，早晚分服。1个月为1疗程，共观察3疗程。结果：治疗组显效32例，有效17例，无效2例，总有效率92.1%；对照组显效17例，有效10例，无效8例，总有效率77.1%。

谭漪等报告了应用白虎加人参汤对20例2型糖尿病患者的治疗结果。药用：太子参30g，石膏50g，知母15g，甘草10g，粳米10g。加水浸泡30min，煎煮20min，取汁300ml。每日3次，每次100ml。若原服有口服降糖西药者，药物及剂量不变，观察4周。结果表明：该方可以改善2型糖尿病患者常见的口渴多饮、多食易饥、倦怠乏力、自汗盗汗、气短懒言、五心烦热等临床症状。该方与口服降糖西药联合应用，对原西药未能满意控制病情的Ⅱ型糖尿病患者，有降低其FBG、PBG、TG、TC水平的作用，显示出该方与原西药合用所发挥的协同降糖和调节血脂的作用。

2. 胰岛素抵抗 陈俊等认为，胰岛素抵抗（IR）是Ⅱ型糖尿病主要的病理机制及显著的特征，也是国内外关注和亟待

解决的重要课题,白虎人参汤在改善 IR 方面有一定疗效。临床以白虎人参汤加减方治疗胃热炽盛、气阴亏虚证型的 2 型糖尿病 54 例,4 周后观察其治疗前后血糖、空腹胰岛素 (FIns)、胰岛素敏感指数 (ISI)、血脂以及体重指数 (BMI) 的变化。结果显示,治疗前后空腹血糖 (FPG)、餐后 2h 血糖 (2hPG)、FIns、ISI、BMI、TC、TG 存在显著性差异, $P < 0.05$ 或 $P < 0.01$ 。提示白虎人参汤加减方能有效地改善胃热炽盛、气阴亏虚证型的 II 型糖尿病患者的胰岛素抵抗,同时具有降低血糖、血脂以及减重的作用。

[实验研究]

1. 调节血糖作用 经动物实验证明,本方对正常动物的血糖有调节作用,不致引起低血糖反应。由此可见,白虎加人参汤是从整体调节作用上达到明显降糖效果。

实验结果显示,白虎加人参汤能够降低糖尿病小鼠的血糖,其作用主要是人参和知母的结合作用。①白虎加人参汤吸收率为 13%。分光光度法测定 5 种草药,甘草中钙、镁较高 (0.39%、0.69%),石膏中钙最高 (18.2%);②白虎加人参汤对糖尿病 KK-CA^y 小鼠及四氧嘧啶诱发糖尿病小鼠具有同样的降糖作用,在 125~1000mg/kg 呈剂量依赖性,500mg/kg 作用最强;白虎加人参汤作用与各草药提取物混合物作用相当;③白虎加人参汤中,去人参、甘草或石膏的提取物的降糖作用明显低于 5 种药提取物的混合物,除梗米以外的各药提取成分皆显示出明显的降糖作用;④白虎加人参汤的降糖作用被认为是 5 种草药的复合作用,知母-人参剂量比是 5:3。对四氧嘧啶诱发的糖尿病小鼠,知母-人参中加石膏可使其降糖作用部分恢复,用氯化钙代替石膏可以得到同样的效果,当氯化钙加到知母-人参-甘草中,降糖作用明显高于无氯化钙时 3 种药的作用。⑤人参 (90mg/kg)、甘草 (80mg/kg) 对 KK-CA^y 小鼠的降糖作用低于两药合用,在两药中加

0.5mg/kg 氯化钙降糖作用得以恢复, 人参提取物 D-O-ANa (2.5mg/kg)、甘草成分甘草甜素 (100mg/kg) 的降糖作用比两药合用 (102.5mg/kg) 低, 这种降低可以被氯化钙 (0.5mg/kg) 部分逆转。

2. 对该方成分拆方分别研究, 可见人参加石膏或知母加石膏合并降低血糖的作用增强, 石膏、粳米、甘草有一定协同作用。人参加知母不仅不增强反而有降低降血糖效果的作用, 其减弱程度与人参剂量呈负相关。说明白虎加人参汤组方合理, 不恰当的拆方可能出现某种拮抗作用。

3. 白虎加人参汤用药剂量及比例对血糖的影响 将该汤以 245mg/kg 口服, 可使四氧嘧啶性糖尿病小鼠的血糖下降 50%; 单味知母 50mg/kg 或人参 370mg/kg 口服, 亦有同样效应; 其余 3 味无明显降血糖作用。当将知母、人参按不同配伍给予时, 比同剂量分别单独给予作用弱; 当知母: 人参用量比为 5:1 时, 降血糖作用尚强, 而人参含量比越高, 降血糖作用却越弱, 至 5:9 时, 作用几乎消失; 如在知母、人参 (5:9) 中加入无降糖作用的石膏时, 则又恢复了降血糖效能, 并在一定限度内此效能随石膏用量的增加而增强。如在此三方中依次加入甘草、粳米, 也均有增强作用。

4. 保护肾脏作用 白虎加人参汤还有抗顺铂对肾脏毒性的作用。顺铂单独给大鼠使用后尿素氮 (BUN) 值上升明显, 使用白虎加人参汤提取物口服给药, 可预防顺铂引起的 BUN 及肌酐上升, 且呈剂量依赖性。同时对大剂量顺铂的致死毒性有减轻作用。

〔运用心得〕 本方出自《金匱要略·消渴小便不利淋病脉证并治》篇, 原文为“渴欲饮水, 口干舌燥者, 白虎加人参汤主之。”白虎加人参汤为治疗燥热伤津之主方, 祛邪而不伤正, 保津而不敛邪, 《伤寒论》亦有论及, 皆言大渴、口燥渴、渴欲饮水, 均为胃热伤津。关于白虎加人参汤的降糖、抗感染等

实验研究成果早有报道。本方用寒凉药的同时伍益胃和中之品，体现了仲景“保胃气，存津液”的学术思想，足见仲景顾护脾胃之匠心，后学非潜心精研，岂能洞悉真谛。

本方在治疗内分泌代谢病方面应用广泛，尤其是甲状腺功能亢进症、糖尿病、高脂血症、肥胖症、代谢综合征等属于肺胃热盛津伤者，疗效颇佳。如糖尿病患者虽体温正常，或仅有热感，无大热，大汗等症状，也无典型的洪大滑数脉象，这时根据患者异常口干，强烈的渴感和大量饮水，或恶热喜冷饮、苔黄乏津等证候，辨证属于肺胃热盛津伤者，可选用本方加减。以身热、汗出、渴为主要证候要素。白虎加人汤之粳米，在药物发挥作用及护胃方面功效独特，不可轻易弃之，亦可用山药代之。

第五节 葛根黄芩黄连汤

〔组成〕 葛根半斤 甘草二两（炙） 黄芩三两 黄连三两

上四味，以水八升，先煮葛根，减二升，内诸药，煮取二升，去滓，分温再服。

〔功效〕 和解表里。

〔方义分析〕 方中重用葛根为君，既能解肌表之邪热，又有升发脾胃之清阳之功；配黄芩、黄连之苦寒为臣，清胃肠之热，燥胃肠之湿；又伍以甘草和中缓急，调和诸药佐使。诸味相协，共奏解表清里之功。

陆九芝认为，该方为阳明病之主方，即温热病之代表方（陆氏以温热病专属阳明立论），谓：桂枝协麻黄治恶寒之伤寒，葛根协芩连治不恶寒之温热，其方为伤寒、温热之分途”，“阳明之有葛根芩连汤也，犹太阳之有大青龙，少阳之有小柴胡也……若阳明证而有表里，则此方皆主之”。张锡纯亦认为

此方“纯属阳明”。葛根专入阳明，清泄胃热，宣达壅郁，又能解肌散热；其辛凉清透，能引阳明经热以达于外。

〔适应证〕《伤寒论》治疗太阳病误下，表证未解，邪热内陷，表里俱热，升降失调之太阳阳明合病。症见发热，项背强急，喘而汗出，口渴，下利多恶臭，肛门灼热感，苔黄，脉促或滑数。

〔类方〕

黄芩汤：由黄芩、芍药、炙甘草、大枣组成。功效清热止利、和胃降逆。为里热下利之祖方。

〔加减方〕 黄连黄芩汤（清·吴塘）

本方去葛根、甘草，加郁金、香豆豉。治阳明温病，干呕口苦而渴，尚未可下者。

〔临床荟萃〕

1. 糖尿病 张发荣用此方加减治疗糖尿病合并多种慢性并发症。基础方：葛根 30～50g，黄芩 15g，黄连 10g，甘草 6g。加减：肺胃热盛，口渴引饮，合白虎加人参汤、泻白散；舌红少苔或无苔合六味地黄汤或三甲复脉汤；感冒合小柴胡汤；并发疮疡合白虎加人参汤、五味消毒饮；并发水肿合真武汤、葶苈大枣泻肺汤加车前子；并发郁证合小柴胡汤、越鞠丸加酸枣仁、合欢皮、玫瑰花；并发腹泻合桃花汤；并发肺癆合生脉散加百部、黄精、猫爪草；并发心悸合生脉散加黄芪、黄精、丹参、郁金、香附、酸枣仁；合并耳聋加黄芪、石菖蒲、远志、响铃草；并发眼疾合杞菊地黄丸加木贼、草决明；并发脑卒中，气滞血瘀证合补阳还五汤，肝肾不足、阴阳两虚证合地黄饮子。

2. 糖尿病肠病 李志坚报道，将糖尿病肠病在临床上辨证分为 3 型，本方对其中的湿热中阻型疗效较好。症见：腹痛泄泻，泻下急迫，泻而不爽，粪色黄褐而臭，烦渴多饮，脘腹痞闷，小便短黄，舌苔黄腻，脉濡缓。方用葛根芩连汤加味。

药用：葛根 20g，黄芩 10g，黄连、虎杖、苍术、泽泻、甘草各 10g，茯苓 15g，石膏 20g。脘腹胀满加大腹皮 15g，白蔻仁 10g；泄下伴有不消化食物，夹食滞者加神曲、麦芽、焦山楂；夏季夹暑，泄下如水者加藿香、香薷、白扁豆、荷叶。

〔实验研究〕

1. 降血糖作用 通过葛根芩连汤对多种模型血糖影响的研究，证实该方能拮抗四氧嘧啶（ALX）诱导小鼠高血糖，明显降低正常和 ALX-DM 模型小鼠空腹血糖（FBG），降低 FPG 和糖耐量试验（OGTT）后 2hPG，改善地塞米松（DX）致胰岛素抵抗（IR）模型大鼠的糖耐量减退（IGT）。具有与磺脲类药物和双胍类药物相似的降糖作用。

在既往研究已证实葛根芩连汤能降低多种糖尿病动物血糖的基础上，用Ⅱ型糖尿病大鼠模型，进一步探讨葛根芩连汤对病鼠血糖含量的作用，并观察其对 SOD 活性和 MDA 的影响，结果表明该方能降低病鼠 FPG，并具有改善其糖耐量异常和抗氧化作用。

结果显示，葛根芩连汤具有磺脲类药物的降糖作用；至于因地塞米松使氧自由基清除受阻，导致机体脂质过氧化损伤，该方剂则未显示对抗作用。根据葛根芩连汤在降低正常及糖尿病动物血糖，抑制醛糖还原酶活性和蛋白非酶糖基化产物生成，改善 2 型糖尿病动物的高胰岛素血症和 IR、调血脂和抗氧化方面，具有某种或兼有多种药理作用，结合本研究结果及前对方剂及组成该方 4 药的药理、药效研究成果，研究人员认为可用葛根芩连汤治疗 2 型糖尿病和对抗由糖皮质激素引起的胰岛素抵抗。

2. 其他作用 药理研究表明，该方有解热作用、抗病毒作用、抗菌作用、抗缺氧作用、解痉及抑制胃肠运动作用、抗心律失常作用、增强机体免疫作用。

〔运用心得〕 葛根芩连汤是《伤寒论》治疗热利的名方，

但通过探索组方思路及分析药物组成，我们可发现这其实是一张很好的清热解毒、清利肠胃郁热的方剂。从这个角度考虑会大大扩展经方的运用范围。药理研究也证实了其在降糖、抗感染、免疫调节、抗心律失常及保护心脑血管方面的作用。本方在临床应用时应谨守病机，灵活应用，不必拘泥于热利，可广泛应用于糖尿病、甲状腺功能亢进症等多种内分泌代谢疾病之胃肠郁热证，在糖尿病多种并发症中都可加减使用，常有出人意料之良效，感受到经方越用越神奇之处。

第六节 黄芪桂枝五物汤

〔组成〕 黄芪三两 芍药三两 桂枝三两 生姜六两 大枣十二枚

上五味，以水六升，煮取二升，温服七合，日三服。

〔功效〕 甘温益气，通阳行痹。

〔方义分析〕 黄芪甘温，大补益气，固护肌表；桂枝味辛性温，温经通阳，活血通络，又可驱邪外出；芍药和营益阴，理血通痹；生姜助桂枝以通阳行痹，合大枣调和营卫。五药相合，温、补、通、调并用，共奏益气通阳、和营通痹之效。

〔适应证〕 血痹，肌肤麻木不仁，肢体痿弱无力，或周身疼痛、或半身不遂，或胸闷眩晕。舌淡体胖，脉微涩而紧。可用于治疗糖尿病周围神经病变（DPN）及诸多内分泌代谢疾病属气虚血滞者。

〔类方〕

1. 桂枝加黄芪汤 本方为原方加甘草。治黄汗，身重汗出，肌肉跳动，胸痛，腰腿疼痛，烦躁，小便不利等。

2. 黄芪芍药桂枝苦酒汤 本方为原方去生姜，大枣，加苦酒。治黄汗病，身体肿，发热汗出而渴，状如风水，汗沾衣，色正黄如柏汁，脉沉者。

3. 黄芪建中汤 本方加饴糖、甘草，治虚劳里急，诸不足。

〔加减方〕

1. 加味黄芪桂枝五物汤（江育仁）

由炙黄芪 10g，炙桂枝 3g，生白芍 10g，甘草 6g，浮小麦 20g，煅牡蛎 20g，红枣 5 枚，生姜 2 片组成。可治疗内分泌代谢病营虚卫弱或营卫不和而见易汗、易感冒者。

2. 黄芪桂枝五物汤加味方（马德孚）

本方为原方加当归、丝瓜络、鸡血藤、益母草、芦根组成。功用益气通阳，调和营卫。治疗糖尿病周围神经病变。

〔临床荟萃〕

1. 糖尿病周围神经病变 陆学红等以黄芪桂枝五物汤治疗糖尿病周围神经病变。82 例中男性 37 例，女性 45 例；年龄 37~71 岁，平均 51.5 ± 16.3 岁；糖尿病病程 6~19 年，平均 10 ± 9 年。合并高血压 20 例，视网膜病变 9 例，冠心病 7 例。按单盲随机法分为对照组 40 例和治疗组 42 例。DPN 的诊断标准：①四肢感觉异常（麻木、疼痛、蚁走感、冷感）；②踝反射消失；腓神经传导速度减慢；③排除其他系统疾病。治疗方法：两组均以西药控制血糖和注射维生素 B_1 、 B_{12} 。在此基础上，对照组加服黄芪桂枝五物汤加减。药用：黄芪 30g，桂枝 10g，白芍 15g，生姜 10g，川芎 12g，当归 9g，地龙 10g，花粉 15g，女贞子 30g，丹参 6g，甘草 5g，大枣 7 枚。水煎服日 1 剂 3 次分服。4 周 1 疗程。结果：治疗组显效 29 例，有效 6 例，无效 7 例，总有效率 83.39%；对照组显效 8 例，有效 15 例，无效 17 例，总有效率 57.5%。

张志荃等以黄芪桂枝五物汤治疗糖尿病周围神经病变。将 62 例病人随机分为治疗组 34 例，对照组 28 例。在西药控制血糖基础上，治疗组以黄芪桂枝五物汤为基本方随症加减。药用：黄芪 30g，桂枝、赤芍、生姜、大枣各 10g。气虚明显者

黄芪加至 60g, 另加党参 15g; 烧灼样疼痛加太子参、地骨皮各 10g, 生石膏 30g; 针刺样疼痛加丹皮 6g、桃仁、红花、鸡血藤、乳香、没药、枸杞子各 10g; 阳虚明显者加熟附子 9g, 肉桂 30g; 夹湿者加防己 12g, 苡仁 15g; 肢体麻木者加木瓜 12g, 地龙 15g; 肢体痛重者加乌梢蛇、乳香、姜黄各 10g。水煎服日 1 剂 2 次分服。14 天 1 疗程。对照组以维生素 B₁、B₁₂ 及盐酸培他啶 20mg, 加入生理盐水中静脉滴注, 日 1 次, 14 天 1 疗程。结果: 治疗组显效 16 例, 有效 15 例, 无效 3 例, 总有效率 91.2%; 对照组显效 3 例, 有效 7 例, 无效 18 例, 总有效率 35.7%。

谢争鸣运用黄芪桂枝五物汤加脉络宁治疗糖尿病周围神经病变 43 例, 效果满意。患者表现为: 肢麻、针刺烧灼样痛、间歇性跛行、足部溃疡、膝腱反射减退、触觉和痛觉减退、肌肉萎缩或肌无力, 电生理检查有不同程度的单侧或双侧运动神经传导速度减慢, 排除其他原因所致的周围神经病变。治疗方法: 口服降糖药或注射胰岛素控制血糖, 维持血糖值在 10 mmol/l 以下。用脉络宁 30ml 加入生理盐水 500ml 中静滴。每日 1 次, 1 月为 1 疗程; 内服黄芪桂枝五物汤: 黄芪 60g、桂枝 15g、赤芍 20g、生姜 5g、大枣 10 枚。肢麻加木瓜 10g、干地龙 10g; 冷痛加制川乌 10g、制草乌 10g; 灼痛、刺痛加生地黄 10g、红花 10g; 足背动脉搏动减弱加川芎 10g、鸡血藤 30g; 下肢痿软无力加当归尾 10g、怀牛膝 10g。水煎服, 每日 1 剂, 1 月为 1 疗程。结果: 治疗 1 个月后, 显效 16 例, 有效 24 例, 无效 3 例, 总有效率 93%。继续治疗 2 个月, 症状、体征进一步得到改善。

秦玖刚等以黄芪桂枝五物汤治疗糖尿病性周围神经病变 (DPN) 40 例, 药用: 黄芪 20g、白芍 15g、桂枝 12g、生姜 10g、川芎 12g、当归 12g、大枣 7 枚、地龙 10g、花粉 15g、山药 30g、甘草 6g。症状以上肢为主者加桑枝 10g、片姜黄

10g, 下肢为主者加千年健 10g; 疼痛较甚者加桃仁 12g、红花 12g。日 1 剂, 水煎服。观察 30 天。对照组 30 例, 在控制血糖的同时给予谷维素、维生素 B₁。结果: 治疗组显效 12 例, 有效 26 例, 无效 2 例, 总有效率 95%; 对照组显效 5 例, 有效 16 例, 无效 9 例, 总有效率 70%。

孟凡霞等用黄芪桂枝五物汤为基本方, 治疗糖尿病并发多发性周围神经病变 20 例, 疗效较满意。主要临床表现: 消瘦, 乏力, 口干多饮, 双下肢麻木, 感觉障碍, 时感双足部有蚁行感, 下肢隐痛、刺痛或烧灼样疼痛, 夜间为甚, 双下肢行走困难, 患者常在夜间痛醒, 严重影响睡眠。结果有效 17 例, 无效 3 例。9 例病人服药 20 天后血糖降为正常, 8 例病人在第 1 个疗程结束后血糖降为 8.7 mmol/l 以下, 3 例病人血糖持续在 12.8 mmol/l 以下。

2. 糖尿病足 王冰以黄芪桂枝五物汤配合血塞通治疗早期糖尿病足。共观察符合中华医学会糖尿病分会首届糖尿病足学术研讨会诊断标准的早期糖尿病足患者 38 例, 随机分为两组: 治疗组 21 例, 其中男 15 例, 女 6 例; 年龄 37~74 岁, 平均 59 岁; 糖尿病病程 3~20 年, 平均 9 年; 其中干性坏疽 0 级 15 例, I 级 6 例; 空腹血糖平均 8.21mmol/l。对照组 17 例, 其中男 12 例, 女 5 例; 年龄 39~76 岁, 平均 59.6 岁; 糖尿病病程 3~21 年, 平均 8.6 年; 其中干性坏疽 0 级 13 例, I 级 4 例; 空腹血糖平均 8.17mmol/l。两组在控制饮食、口服降糖药或应用胰岛素控制血糖不变的情况下, 血塞通注射液 400mg 加入生理盐水 250ml, 每日 1 次, 15 天为 1 疗程。停药 3 天, 继续第 2 疗程; 山莨菪片每天 1.0mg/Kg, 分 3 次口服。治疗组在此基础上加中药内服外洗, 黄芪桂枝五物汤加味: 黄芪 30g, 桂枝 10g, 白芍 10g, 玄参 10g, 当归 15g, 生姜 3 片, 大枣 3 枚, 红花 10g, 沙参 5g, 刘寄奴 10g, 桑枝 10g, 白蔹 10g, 鸡血藤 10g, 川牛膝 10g。水煎服日 1 剂。另用上

方煎水外洗患处，每日2次。治疗1个月。结果：治疗组治愈13例，显效4例，有效3例，无效1例，总有效率95.2%。对照组治愈4例，显效4例，有效4例，无效5例，总有效率70.6%。两组比较有显著性差异， $P<0.05$ 。

〔实验研究〕

1. 现代药理研究表明，黄芪除有降糖、耐缺氧、镇痛、抗寒、抗疲劳作用外，尚能抑制醛糖还原酶，对细胞代谢、核酸代谢有良好的调节作用。桂枝有镇痛、扩血管、抗凝血、抑制血小板凝聚、抗感染等作用。白芍有镇痛、降糖、抗缺氧、清除自由基、抗感染等作用。大枣有抗疲劳、增强免疫功能等作用。生姜能降脂、镇痛、抗氧化、抗感染、抗血小板凝集，且对环氧合酶及脂氧合酶、6-酮-PGF₁、血栓素B₂等均有抑制作用。

2. 对糖尿病周围神经病变微循环障碍的影响 通过黄芪桂枝五物汤加味方对甲襞微循环、血液流变学等的影响的研究，认为患者治疗前后相比，甲襞微循环、血液流变学的指标差异有统计学意义， $P<0.05$ 。与对照组相比，黄芪桂枝五物汤加味方改善微循环障碍患者的甲襞微循环和血液流变学的指标的作用优于对照组， $P<0.05$ 。

〔运用心得〕 血痹是由于气血不足，感受风邪，导致阳气痹阻，血行涩滞，以肌肤不仁为主证。黄芪桂枝五物汤作为治疗血痹的代表方，可广泛用于治疗糖尿病合并周围神经病变、不安腿综合征、面神经麻痹，以及多种内分泌代谢病中出现的肢体麻木、自汗、胸闷、乏力等证。凡属阴阳、营卫俱虚兼有阴寒内盛之证，皆可用之，随证加减。应用时应根据患者具体情况，酌与活血通络、化痰泄浊、温阳散寒、益气养阴等治法相伍，疗效益佳。

本方根据《灵枢·邪气脏腑病形》篇“阴阳形气俱不足，勿取以针，而调以甘药”之义，对于血痹之轻证给予针刺治

疗；而对于血痹气血不足之重症则给予黄芪桂枝五物汤，以甘药调之。但在临床所用，一般可以针药并施，或适当配合灸法，有较好的协同治疗作用。笔者使用本方加减，治疗糖尿病周围神经病变、糖尿病性心脏病、糖尿病性脑血管病变、糖尿病足、高脂血症等属气虚血滞者，疗效满意。本方乃桂枝汤去甘草，倍生姜，加黄芪而成，笔者临床治疗糖尿病周围神经病变之肌肤麻木疼痛时，常酌情加入甘草。甘草《神农本草经》载“味甘，平。主五脏六腑寒热邪气；坚筋骨，长肌肉，倍力；金疮肿，解毒。久服轻身延年。”甘草与方中芍药配伍即芍药甘草汤，有缓急止痛之效。

关于本方的实验研究报道尚少，在治疗病证方面亦欠广泛，今后应进一步加强。

第七节 真 武 汤

〔组成〕 茯苓 芍药 生姜各三两（切）白术二两 附子一枚（炮，去皮，破八片）

上五味，以水八升，煮取三升，去滓，温服七合，日三服。

〔功效〕 温阳利水。

〔方义分析〕 方中附子辛热，温肾助阳，以散在里之寒水；白术苦温，补脾燥湿，益气利水，附子、白术合用，既温补脾肾以祛水邪，又温煦经脉除湿止痛；佐茯苓健脾利水，生姜温中祛寒、散在表之水邪；白芍酸寒，即能利小便，又能敛阴缓急止痛，并制附姜之辛燥。仲景方多以生姜配制附子，干姜配生附子。生姜辛散走表，宜于夹水之证；干姜守而不走，宜亡阳之证。本方证为阳虚夹水而身疼痛，故用制附子配生姜。

〔适应证〕 肾阳衰微，水气内停，泛滥为患之证。见但欲

寐，心下悸，头眩，小便不利，四肢沉重疼痛，浮肿，下利，不渴，苔白滑，脉沉或微细；或身瞤动，阵阵欲擗地，或微热，或咳，或喘，或呕，苔灰黑而润滑，脉浮大无根。适用于糖尿病肾病、甲状腺功能减退症等内分泌代谢病有以上见证者。

[类方]

附子汤：即本方去生姜，加入人参。功能温阳益气，主治少阴病口中和，背恶寒，手足冷，身体痛，骨节痛，脉沉者。

[加减方]

1. 龙骨真武汤（蒲辅周）

由原方加半夏、生龙牡组成。药用：茯苓、清半夏各 9g，白术、白芍、附片（先煎）各 6g，生姜 4~5g，生龙牡各 12g（先煎）。功效：温阳利水，健脾化痰。主治：糖尿病、肥胖症、高脂血症等合并高血压病之阳虚痰阻证。症见头晕头痛，耳鸣不聪，劳累时加重，形体肥胖，痰多，饮食喜温，饮水则腹胀，手足不温，怕冷，小便时有失禁，舌淡苔滑，脉弦细。

2. 苓桂术甘附汤（刘渡舟）

由原方去生姜、芍药，加桂枝、甘草而成。功用：温阳利水。可治疗糖尿病性心脏病、甲状腺功能减退症等之心阳虚证。症见浮肿胸闷、背恶寒与痠痛等。

3. 真武汤合当归补血汤加减（李秋贵）

由原方去生姜，加干姜、黄芪、生熟地黄、当归、山茱萸、淫羊藿、肉桂组成。功用：温补脾肾，益气养血，行水消肿。治疗脾肾阳虚型甲状腺功能减退症。

4. 芪黄真武汤（任爱华）

由原方加黄芪、酒大黄、车前子组成，功用：温阳益气，活血化浊。主治糖尿病肾病之浮肿、尿蛋白阳性、肾功能不全属阳虚血瘀者。

[临床荟萃]

1. 糖尿病 姬氏选用真武汤加减(附子、当归、白芍各20g, 茯苓、黄芪各30g, 桂枝、木通、白术、知母各15g, 干姜、甘草各15g, 细辛5g)治疗消渴50例, 水煎服日1剂, 分3次服, 1个月为1个疗程, 1~4个疗程后治愈18例, 好转28例, 无效4例。

武海亭以真武汤原方治疗糖尿病26例, 临床无明显热象, 舌淡有齿痕, 苔滑且见阳虚诸证者。药用: 附子9g, 茯苓9g, 白术6g, 白芍9g, 生姜9g。水煎服, 日1剂, 1个月观察疗效。治疗结果: 显效17例, 有效4例, 无效5例。

2. 糖尿病肾病 蓝柳贵等将60例糖尿病肾病患者随机分为治疗组和对照组各30例。症状体征: 口渴多饮, 神疲乏力, 少气懒言, 纳呆呕恶, 畏寒肢冷, 腰膝怕冷, 面足浮肿, 夜尿频多, 胸闷脘痞, 小便量少, 脉细。治疗方法: 在糖尿病基础治疗如饮食、运动及降糖治疗的前提下, 治疗组用加味真武汤: 熟附子60g(先煎), 茯苓15g, 白术10g, 泽泻12g, 生姜8g, 白芍15g, 猪苓20g, 玉米须20g, 丹参15g, 大黄10g, 党参15g, 灵芝15g。每日1剂, 水煎服。对照组用中美施贵宝公司生产的血管紧张素转换酶抑制剂卡托普利, 按常规剂量25~50mg/d给药, 两组均治疗观察8周。主要观察症状体征、24h尿蛋白定量、肌酐清除率(Ccr)、血清肌酐(Scr)、BUN。结果: 治疗组显效9例, 有效16例, 无效5例, 总有效率83%; 对照组显效6例, 有效13例, 无效11例, 总有效率63%。证实加味真武汤在改善临床症状、减少尿蛋白和改善肾功能等方面均有良好疗效, 明显优于西药对照组。研究者认为真武汤有健脾补肾、温阳利水之功, 从前期的动物实验来看, 真武汤全方能在一定程度上防治大鼠急、慢性肾衰, 降低血清肌酐、尿素氮, 改善肾功能, 并能减轻由肾小球萎缩、缺血所致的肾小管浊肿、囊性扩张、间质增生、炎性细胞浸润等一系列肾脏病理变化。

唐晓军等以加味真武汤治疗糖尿病肾病 30 例。由炮附子、白芍、茯苓、生姜、白术、生地黄、生黄芪、丹参、红花、白茅根、大黄粉（冲）组成。兼有脾虚湿困者加苍术、白术、砂仁；水肿者重用茯苓，加车前子、泽泻；失眠者加酸枣仁、夜交藤、远志；眼底有新鲜血者去丹参、红花，重用生地黄，并加三七粉（冲）。水煎每日 1 剂，2 个月 1 疗程。疗效满意。

3. 甲状腺功能减退症 陈文娟等以真武汤加减治疗甲状腺功能减退症（脾肾阳虚型）30 例。将 60 例患者随机分为 2 组，治疗组用真武汤加减配合小剂量 L-1 甲状腺钠片。中药药用：附子、白芍、白术、茯苓、甘草、生姜。加减：伴纳呆便溏、倦怠乏力等脾阳虚症状甚者加党参、黄芪、肉桂；伴咳嗽、喘息、心动过缓等寒湿伏肺症状者加细辛、麻黄；浮肿较甚者加泽泻、猪苓、车前子；甲状腺肿大者加浙贝母、牡蛎、鳖甲。日 1 剂水煎 2 次分服。对照组亦予 L-1 甲状腺钠片。疗程均为 6 周。结果：治疗组治愈 18 例，好转 10 例，未愈 2 例，总有效率 93.3%；对照组治愈 13 例，好转 8 例，未愈 9 例，总有效率 70.0%。2 组总有效率比较，差异有显著性意义， $P < 0.05$ 。

〔实验研究〕

1. 温阳作用 真武汤能够纠正醋酸氢化考的松（HCA）致肾阳虚大鼠（小鼠）下丘脑—垂体—肾上腺皮质轴（HPA）受抑状态，具有拮抗肾上腺皮质及各带细胞的萎缩和退行性改变、增加肾小球系膜细胞和内皮细胞的作用，通过兴奋下丘脑—垂体单位功能状态，改善下丘脑渗透压感受器的敏感性，提高神经分泌细胞的阈值，可见“温阳”的物质基础在于调节下丘脑—垂体单位功能状态，兴奋 HPA 轴。

试验研究中显示，高剂量真武汤能够显著促进 HCA 致肾阳虚大鼠体重的增加，使 HCA 致肾阳虚大鼠物质代谢紊乱得到最大程度地纠正，促进肾上腺皮质激素分泌，提高血清 T_3 、

T_4 含量, 能够使第三信使 cAMP、cGMP 这对被拮抗的物质恢复至正常水平, 其作用优于低剂量真武汤。

在实验比较中可以看出, 小鼠血浆 cAMP 与 cGMP 含量、血浆皮质激素昼夜峰值、大鼠血清 T_3 、 T_4 含量等指标, 应用同剂量的真武汤与金匱肾气丸效果相同, 无显著差异, 说明两方在纠正肾阳虚大鼠物质代谢紊乱、促进小鼠肾上腺皮质激素分泌、提高血清 T_3 、 T_4 含量、促使 cAMP、cGMP 恢复至正常水平方面功效一致, 证实其“温阳”作用相同。

2. 延缓衰老作用 探讨真武汤对老龄小鼠在自由基代谢等方面的影响, 结果表明: 真武汤可明显提高老龄小鼠红细胞 SOD 活性, 降低老龄小鼠血清 MDA 含量。此外, 该方能增加老龄小鼠耐疲劳及抗缺氧能力, 提示真武汤具有抗氧化及抗应激作用, 对延缓衰老有一定作用。

探讨真武汤对老龄小鼠在自由基代谢等方面的影响, 结果表明真武汤可明显提高阳虚小鼠胸腺指数, 降低脾脏指数; 能显著降低阳虚小鼠血清 MDA 水平, 增加其红细胞 SOD 活性。

3. 利尿作用 利用注射醋酸氢化考的松制造肾阳虚模型, 研究真武汤的利尿作用。结果证实, 真武汤能够调整实验大鼠的渗透压调定点, 减少 ADH 的分泌; 促进 Na^+ 、 K^+ 的排泄, 使动物体内水液、电解质含量保持在正常水平, 拮抗外源性糖皮质激素对动物肾上腺皮质分泌功能的抑制, 促进 ALD 分泌, 发挥正常“保钠排钾”的作用; 能够兴奋受抑 HPA 轴, 增加机体有效循环血容量, 促进 ANP 分泌恢复至正常水平; 明显改善 HCA 肾阳虚大鼠的肾功能, 改善肾小球滤过膜的通透性, 促进代谢产物 BCr、BUN 的排出, 减少血浆清蛋白的大量丢失。

4. 干预实验性肥胖及影响血脂代谢的作用和机制的研究 结果表明真武汤提取物对实验性肥胖大鼠有一定的减肥作用, 其作用机制可能与药物降低血脂和血中瘦素水平有关。附子是

真武汤体现其减肥功效及降脂作用的必须组成药物。

〔运用心得〕 真武汤为温阳利水之首方，主治肾阳衰微，水气内停，泛滥为患之证，实验研究证实有温阳、利水、调脂、延缓衰老等方面的作用。在内分泌代谢疾病中，凡有肾阳虚衰，身面浮肿等证的疾病，如糖尿病合并肾病、心力衰竭、低蛋白血症，甲状腺功能减退症、慢性肾上腺皮质功能减退症、更年期综合征等，皆可应用，疗效满意。真武汤的作用在于温振阳气，除肾阳虚外，心阳虚、脾阳虚等见证者亦可使用。

仲景重视温阳，善用附子，且用量偏大，以生附子回阳救逆于顷刻，用炮附子温周身之阳以充少火，是其所长。目前临床所用仅有炮附子。对于附子用量，众说纷纭，应视病情、季节、区域、临床经验而定。桑景武教授用真武汤时，附子多在20g以上，甚至用至50g。药理研究也证实高剂量真武汤较低剂量温阳效果更好。

第八节 桃核承气汤

〔组成〕 桃仁五十个（去皮尖） 大黄四两 桂枝二两（去皮） 甘草二两（炙） 芒硝二两

上五味，以水七升，煮取二升半，去滓，内芒硝，更上火，微沸下火，先食温服五合，日三服，当微利。

〔功效〕 清热活血化瘀。

〔方义分析〕 本方为调胃承气汤加桃仁、桂枝而成。桃仁破血祛瘀；桂枝温通经脉，辛散血结，助桃仁活血之功；大黄苦寒泻热祛瘀，推陈致新；芒硝咸寒，软坚散结，助大黄下瘀泻热；炙甘草益气和缓，调和诸药，共为泻热逐瘀之剂。本方之妙，在于寒凉药中酌加温热之味，且在血分药中稍配气分之味。

〔适应证〕 用于多种内分泌代谢病症见少腹急结胀痛、大便色黑、小便自利、谵语烦渴、夜发热或如狂、妇女月经不调、舌质紫黯或有瘀斑、脉沉涩等，尚可用于糖尿病肾病或伴肾功能不全而见瘀热征象者。

〔类方〕

抵当丸：即桃核承气汤去桂枝、芒硝，甘草加水蛭、虻虫而成；功能荡热逐瘀、峻药缓图；主治瘀热互结，少腹满，小便自利，或有发热，舌质紫，脉沉结或沉涩。

〔加减方〕

1. 三黄降糖汤（熊曼琪）

由北芪 30~45g，大黄 6~12g，生（熟）地 12~15g，桃仁 9~12g，玄明粉 3~6g，玄参 12~15g，麦冬 12g，桂枝 6~12g，甘草 3~6g 组成。功效活血化瘀，益气养阴。治疗糖尿病及其并发症辨证属气阴两虚兼有血瘀者。便秘严重，大黄、玄明粉后下；大便正常，大黄与他药同煎，去玄明粉；脾气虚明显重用北芪，加山药；阴虚重，重用生熟地黄；虚热者去桂枝，加知母、地骨皮；尿多加山茱萸、金樱子；肢体疼痛加鸡血藤、威灵仙；头晕头疼加钩藤、天麻、葛根；蛋白尿重用北芪，加益母草；肤痒加白鲜皮、地肤子；视物昏蒙加草决明。

2. 益肾活络汤（任爱华）

本方由原方去芒硝，加黄芪、制附子、水蛭、丝瓜络、车前子组成。功用益肾活络，治疗糖尿病肾病蛋白尿、肾功能不全等病之气虚肾亏，瘀血内阻证。

〔临床荟萃〕

1. 糖尿病 熊曼琪以桃核承气汤治疗 2 型糖尿病，认为凡是具备口渴咽干、多饮、多食、多尿、便秘或便干等胃热肠燥之主证，同时又兼有有形或无形之瘀血证的 2 型糖尿病患者，均可应用泻热逐瘀法，方用桃核承气汤加味。本法适宜于标实突出的患者，是治标之法。临床应用时，应注意 2 型糖尿

病病情未控制而空腹血糖甚高者，可用泻热逐瘀法。大量临床观察表明，此类患者“三多”及便干、便秘证常明显，并多有潜在瘀血存在，治宜泻热逐瘀法。方用桃核承气汤加味：大黄 10~15g（后下），芒硝 10g（分冲），桃仁 12g，桂枝 5g，生地黄 24g，玄参 15g，甘草 3g。硝黄剂量一般在 10~15g，以大便通畅或微利为度，不宜过量，以免过利更伤阴津，同时应佐以养阴清热之品。对于 2 型糖尿病中晚期且血糖控制较好者，其“三多”症状不明显，但神疲乏力症状突出，多有四肢麻木，舌质淡黯，其次大便困难多为气阴两虚所致，治宜以益气、养阴、活血为主，佐以泻热通下，药用：黄芪 30g、生地黄 24g、玄参 15g、麦门冬 12g、桃仁 12g、桂枝 9g、大黄 6~10g、芒硝 3~6g（分冲），甘草 3g。

2. 糖尿病肾病 王廷春等以加味桃核承气汤治疗糖尿病肾病。将 138 例糖尿病肾病患者随机分为 2 组，均给予基础治疗，包括饮食控制、限钠、控制血糖、控制血压等，治疗组在此基础上给予加味桃核承气汤，药用：桃仁 12g，大黄 5g，桂枝 6g，芒硝 6g，生黄芪 20g，丹参 15g，沙参 10g，太子参 12g。头煎加水 600ml，浸泡 2h，文火煎约 30min，煎至 250 ml；二煎加水 500 ml，煎约 20min，取汁 250 ml。两煎混合，于早、中、晚三餐前 0.5h 等量分次温服，日 1 剂。以上 2 组均以 2 个月为 1 疗程，疗程结束后复查观察指标。主要观察临床症状及空腹血糖（FBG）、餐后 2h 血糖（PBG）、24h 尿蛋白定量、血尿肌酐、计算内生肌酐清除率（Ccr）、测胆固醇（CH）、甘油三酯（TG）等。结果治疗组 FBG、PBG、24h 尿蛋白定量、CH、TG 均明显下降，Ccr 升高，与治疗前比较有显著性差异， $P < 0.01$ 或 $P < 0.05$ ；基础组除 FBG、PBG 明显下降外，其他变化不明显。结论：加味桃核承气汤能改善糖尿病肾病患者糖、脂代谢紊乱，逆转其肾小球滤过率逐步下降的趋势，减少尿蛋白排出量。

3. 糖尿病便秘 黄永俨从瘀热论治糖尿病 32 例, 根据 2 型糖尿病便秘“瘀热互结在里”的特点, 以桃核承气汤随证化裁, 效果满意。32 例均为临床确诊患有 2 型糖尿病患者, 并排除肠道器质性病变。其中男性 18 例, 女性 14 例, 年龄 45~68 岁, 便秘病史最短 5 天, 最长 6 年。均以大便干结、燥如羊屎、呈粟块状为主要临床表现, 伴有多饮、多食、口燥咽干、舌质黯紫、脉弦数或脉微大来迟, 空腹血糖在 10mmol/l 以上。治疗以桃核承气汤为基本方, 药用桃仁 15g, 桂枝 6g, 大黄(后下) 6~15g, 芒硝 10g(冲), 甘草 10g。气虚者加黄芪、党参; 阴虚者加生地、玄参; 血虚者加肉苁蓉、当归尾; 气滞者加槟榔、枳壳。日 1 剂, 水煎 2 次分服。结果: 治愈 22 例, 有效 10 例, 无无效病例。研究者认为本方多用于 2 型糖尿病病情未完全控制, 空腹血糖较高, 便干, 便秘, 腹胀满疼痛症状明显, 并有潜在瘀血征象的患者。

4. 高脂血症 对患有高脂血症、高血压症的 45~62 岁的女性患者 10 例, 授予桃核承气汤 7.5g/d, 药后 5 例 TG 降低, 6 例血压有下降倾向。

5. 更年期障碍 用桃核承气汤治疗 12 例更年期障碍患者中以瘀血、便秘、逆冷、苔黄为主证者, 其中 10 例得到改善。

6. 糖尿病并发脑梗死 陈文娟等以加味桃核承气汤治疗糖尿病并发脑梗死患者 48 例。随机分为治疗组 48 例, 对照组 52 例。两组常规治疗方法相同, 均予肠溶阿司匹林每天 75mg~100mg 抗血小板凝聚, 采用胰岛素或口服降糖药控制血糖, 调整血压, 予辛伐他汀调脂, 使用胞二磷胆碱和葛根素注射液静脉输注, 必要时甘露醇脱水减轻颅内水肿。治疗组加用加味桃核承气汤治疗。药用: 黄芪 30g, 生地 20g, 玄参 15g, 麦门冬 12g, 桃仁 12g, 桂枝 9g, 生大黄 9g, 芒硝 5g(后冲), 甘草 3g。加水 500ml, 慢火煎至 150 ml, 口服, 每日 1 次, 意识不清者由胃管注入, 疗程 1 个月。观察治疗前后

神经功能缺损评分比较及血脂变化情况。结果：治疗组基本治愈 19 例，显著进步 16 例，进步 8 例，无效 2 例，恶化 2 例，死亡 1 例，总有效率 89.6%；对照组基本治愈 13 例，显著进步 14 例，进步 10 例，无效 8 例，恶化 2 例，死亡 3 例，总有效率 71.7%。

〔实验研究〕

1. 降糖等作用 现代药理研究表明，桃核承气汤有明显的抑制家兔体外血栓形成和抑制血小板聚集的功能；有降低糖尿病患者的空腹血糖和改善微循环的功效；还有显著抗惊厥和改善脑缺氧、改善免疫调节的效用。本方在糖尿病相关研究方面，取得了可喜的成果，证实可明显降低空腹血糖；并能改善低胰岛素大鼠的胰岛微循环，表现为微血管构型破坏的基本恢复，毛细血管数增多，出血减少等。从胰岛的组织形态学变化显示，糖尿病大鼠服用本方后，胰岛分泌细胞形态、结构基本接近正常，胞浆均匀，无空泡，但细胞尚有肿胀现象，核仁较清晰，细胞排列较均匀，胰岛内 β 细胞分泌颗粒较服药前明显增加，基本接近正常，颗粒深蓝浓密，但排列不均匀。在防治糖尿病性心脏病的研究方面，显示对心电图 T 波异常有显著改善作用，并能提高存活率；在该方基础上加用水蛭则可减少心肌缺血面积，降低心电图异律率效果更佳。以加味桃核承气汤拆方为基础，观察中医不同治法对链脲佐菌素大鼠冠状动脉结扎致心肌缺血的预防的研究揭示，益气养阴、泻热通下、重视活血是防治糖尿病性冠心病的有效治法。进一步研究表明，活血化瘀组改善最显著，泻热通下组次之，提示从糖尿病性心脏病变防治角度看，似活血化瘀、泻热通下更佳。对糖尿病鼠肾超微结构研究发现，电镜下观察中药组大白鼠肾小球毛细血管基底膜增厚较格列本脲组为轻。加味桃核承气汤对正常昆明组小鼠的肝糖原合成有促进作用，在一定程度上能调节外源性血糖升高，有效地降低糖尿病大鼠的甘油三酯浓度和总胆固醇

的含量,降低糖尿病大鼠的动脉硬化指数。另外,还证明该方能改善肾功能,迅速改善氮质血症,有利于肾功能的恢复。该方对实验性便秘有泻下作用。

2. 抗缺氧和抗心律失常作用 腹腔注射桃核承气汤可分别对抗常压下致小鼠急性缺氧和异丙肾上腺素致小鼠心肌缺氧;静脉注射桃核承气汤能对抗氯化钡和乌头碱诱发的大鼠心律失常,可预防急性心肌缺血诱发的大鼠心律失常及氯仿肾上腺素引起的兔心律失常;腹腔注射还可预防氯仿诱发小鼠室颤。

3. 调节机体免疫功能 观察桃核承气汤对小鼠体液免疫、细胞免疫及细胞因子产生的影响。结论:桃核承气汤能增强免疫功能低下鼠的体液免疫及细胞免疫功能,并能增强细胞因子 IFN. R 的产生。

〔运用心得〕 桃核承气汤功在泻热逐瘀,在内分泌代谢病中应用广泛。大凡由于饮食、情志、肥胖体型等所致瘀热内蕴者,如糖尿病合并肥胖、糖尿病肾病、糖尿病心脑血管病、糖尿病足、糖尿病合并便秘、高脂血症、甲状腺功能亢进症、内分泌代谢病失眠烦躁等,皆可随证加减,疗效显著。笔者用治糖尿病肾病,对改善肾功能疗效确切。实验研究证实了该方在降糖、改善微循环、调节机体免疫功能、抗缺氧和抗心律失常等方面的作用。

桃核承气汤的主药为桃仁,在《神农本草经》中记载:“桃核仁,味苦。主瘀血、血闭癥瘕;邪气,杀小虫。”桃仁在活血化瘀方面有显著的功效,临床应用甚广。仲景在活血祛瘀方中喜用桃仁,除该方外尚有大黄牡丹汤、大黄蛰虫丸、抵当汤、抵当丸、下瘀血汤、芫茎汤、桂枝茯苓丸等,凡见少腹硬满、小便自利,内有干血、蓄血或瘀血,癥病血漏及妇人经水不利,癥瘕痞母,肠痈少腹肿、其脉迟紧,肺痈咳有微热、烦满、胸中甲错等证,属瘀血内阻者多配合该药。由此可见,该

药当用于有形之瘀血征象，有活血破瘀之功。

第九节 抵 当 汤

〔组成〕 水蛭（熬）虻虫各三十个（去翅足，熬）桃仁二十个（去皮尖）大黄三两（酒洗）

上四味，以水五升，煮取三升，去滓，温服一升。不下更服。

〔功效〕 泄热逐瘀。

〔方义分析〕 大黄性味苦寒，入血分，泻热逐瘀，推陈致新；桃仁活血化瘀血，善破血闭癥瘕；水蛭“味咸，平。主逐恶血；瘀血月闭；破血瘕积聚，无子；利水道”；虻虫味苦，其性刚猛，破瘀积恶血。四药相和，可谓集活血化瘀药之大成，为破血逐瘀之峻剂。

〔适应证〕 瘀热互结之少腹急满、硬满，其人如狂，小便自利，妇女闭经，肢体疼痛或皮肤紫黯，脉沉涩或沉结，舌质紫或有瘀斑。治疗糖尿病及其多种并发症，以及各种内分泌代谢病有瘀血见证者。

〔类方〕

抵当丸：药物组成与抵当汤相同，但虫类药剂量削减，且改汤为丸。虽功能、主治范围相似，但药势较缓。

〔加减方〕

1. 抵当汤改良方（黄河清等）

本方由原方去桃仁、虻虫，加肉桂而成，功用益元补虚、活血化浊。治疗动脉粥样硬化症。

2. 黄芪抵当汤（王军）

抵当汤加黄芪组成，功用活血益气，治疗糖尿病晚期内科并发症。

3. 加减抵当汤（任爱华）

抵当汤去虻虫，加太子参、黄芪、路路通、丝瓜络组成，功用：益气活血通络，治疗糖尿病合并多种并发症。

〔临床荟萃〕

1. 糖尿病 全小林认为，在糖尿病的各个时期和各种证型，无论有无舌质紫黯、舌有瘀斑、脉涩等瘀血征候，均可应用抵当汤（丸），常用药有水蛭、生大黄、桃仁、三七粉、麝虫、虻虫等，研粉自制胶囊，长期服用。此方对于有并发症者可减少症状，延缓病情进展，对于无并发症者可以预防其发生。

2. 糖尿病合并失眠 赵立新等以百合地黄汤合抵当汤加减（百合 24g，生地黄 15g，枣仁 30g，黄连 6g，黄精 15g，桃仁 10g，水蛭 6g，大黄 6g，葛根 15g，黄芪 30g）治疗糖尿病合并失眠患者 38 例，其中男 12 例，女 26 例；年龄 45～69 岁，平均年龄 59.3 岁；失眠病程 3 个月～4 年，并经头颅 CT 除外器质性病变。治疗方法：上方日 1 剂水煎 2 次取 300ml，晚饭前半小时及睡前 30min 分服，20 天为 1 疗程。结果：显效 18 例，有效 18 例，无效 2 例。

3. 早期糖尿病肾病 张又文等以抵当汤改良方治疗早期糖尿病肾病患者 30 例，设对照组 30 例。对照组：适量运动，控制饮食，给予优质低蛋白糖尿病饮食，蛋白质限制在 0.8g/(Kg·d)，合并高血压者给予低盐饮食。口服格列齐特 40～80mg/次，2 次/日；卡托普利 12.5mg/次，3 次/日，合并高血压者 25mg/次，3 次/日。治疗组：在对照组治疗基础上，加服抵当汤改良方口服液，每次 10ml，2～3 次/日。抵当汤改良方口服液由水蛭、大黄、肉桂等组成，制成浓缩口服液，每 ml 药液含生药 0.6g，两组疗程均为 8 周。结果显示，治疗组微量清蛋白尿明显降低（ $P<0.01$ ），内生肌酐清除率也有下降（ $P<0.05$ ）；对照组微量清蛋白尿也有改善（ $P<0.05$ ），但疗效不如治疗组（ $P<0.05$ ），且内生肌酐清除率下降不明

显 ($P>0.05$)。研究表明,抵当汤改良方能有效降低 DN 早期患者的微量蛋白尿,改善内生肌酐清除率,降低血糖和糖基化血红蛋白,调节血脂,提高血浆超氧化物歧化酶 (SOD) 活性及血清一氧化氮 (NO) 含量,降低血浆丙二醛 (MDA) 含量及血浆内皮素 (ET) 浓度等。能保护肾脏微小血管的内皮细胞,协调肾小球血管的舒缩功能以有利于肾脏微循环的畅通,从而使肾脏血流动力学障碍得以改善,肾小球高滤过状态得以纠正,以免肾功能进一步受损,并使其逐渐恢复正常。

4. 脱疽 于万涛等用抵当汤加味治疗脱疽。原方加鸡血藤、郁金、地龙、赤芍、乳香、没药作为治疗脱疽的基本方,虚寒血瘀型加干姜、肉桂、附子、白芥子、菟丝子、熟地黄;热毒血瘀型加双花、连翘、旱莲草、生地黄。治疗 32 例,疗效满意。

〔实验研究〕

1. 改善血液流变学和微循环等作用 研究表明,本方具有降低丙二醛 (SDA),升高超氧化物歧化酶 (SOD),改善血液流变学和微循环等作用。对老年动物的记忆有良好的改善作用,可能与本方有抗氧化、清除氧化代谢产物,改善血液流变学和增加脑血流量有关,为抵当汤治疗老年期痴呆血瘀气滞证提供了实验依据。

2. 对细胞凋亡的影响 通过研究抵当汤对实验性脑出血大鼠脑的作用,对抵当汤治疗脑出血的机制进行探讨。结论:抵当汤对脑出血后脑细胞的保护作用,可能与抑制脑细胞凋亡有关。

3. 调节脂代谢等作用 结果显示,抵当汤改良方能有效减轻主动脉脂质斑块面积,调节脂代谢紊乱,提高机体抗氧化酶活性,降低主动脉脂质斑块部神经酰胺含量及泡沫细胞凋亡数量。结论:抵当汤改良方具有良好的抗家兔实验性动脉粥样硬化效应,其作用机制与其调节脂代谢、抗氧化损伤、阻抑泡

沫细胞的凋亡等有关。

[运用心得]

《伤寒论》第126条云：“伤寒有热，少腹满，应小便不利，今反利者，为有血也，当下之，不可余药，宜抵当丸。”124条云：“太阳病六七日，表证仍在，脉微而沉，反不结胸，其人发狂者，以热在下焦，少腹当硬满，小便自利者，下血乃愈，所以然者，以太阳随经，瘀热在里故也，抵当汤主之。”125条：“太阳病身黄，脉沉结，少腹满，小便不利者，为无血也。小便自利，其人如狂者，血证谛也，抵当汤主之。”两方原治邪热与瘀血结于下焦之蓄血证。中医认为糖尿病多伴瘀血病变，在糖尿病各阶段都可能存在瘀血的征象，尤其是糖尿病合并心脑血管、下肢等大血管的病变和视网膜、肾脏等微小血管的损害，老年糖尿病、糖尿病神经病变等，故可应用本方。对其他内分泌代谢病，诸如高脂血症、代谢综合征等属于瘀热互结者，亦常用之。然终归药性峻猛，临床可酌加益气、养血等补益之品，有出血倾向者慎之。笔者常以此方为散或胶囊，或在益气养阴等方中配合使用，有散瘀清热，活血通络之功，疗效满意。

对于该方的临床应用和实验研究尚较为局限，当进一步拓展使用。

第十节 大柴胡汤

[组成] 柴胡半斤 黄芩三两 芍药三两 半夏半升
(洗) 生姜五两(切) 枳实四枚(炙) 大枣十二枚(擘)

上七味，以水一斗二升，煮取六升，去滓，再煎，温服一升，日三服。一方加大黄二两。若不加，恐不为大柴胡汤。

[功效] 和解少阳，通下里实。

[方义分析] 本方由小柴胡汤去人参、甘草，加大黄、芍

药、枳实而成。柴胡为主药，与黄芩合用疏利少阳，清泄郁热；芍药缓急止痛，与大黄相伍可治腹中实痛，与枳实相伍可治气血不和的腹痛烦满不得卧；半夏、生姜和胃降逆止呕；枳实、大黄利气消痞，泻下热结；大枣和中缓急，与生姜同用又可调和营卫。诸药共奏外解少阳，内泻热结之功。

〔适应证〕《伤寒论》用于治疗少阳郁热兼阳明里实证，症见寒热往来，胸胁苦满，郁郁微烦，呕不止，心下急或痞硬，大便干结或下利，小便色黄，舌质黯红，苔黄少津，脉弦数。临床亦可用于糖尿病、代谢综合征、高脂血症等有肝胃郁热征象者。

〔类方〕

柴胡加芒硝汤：本方由原方去芍药、枳实、大黄，加入人参、甘草、芒硝组成。功效和解少阳，轻下里实。主治少阳不和兼阳明实热、正气已虚之证。

〔加减方〕

1. 大柴胡汤加味方（吴荣民，等）

本方由原方加生蒲黄、泽泻组成，功用在原方基础上加利湿祛瘀之功。治疗高脂血症。

2. 加减大柴胡汤（阚方旭）

本方由原方加丝瓜络、水蛭、决明子、山楂而成，功用：解郁清热，活络降浊。治疗高脂血症、脂肪肝等证属痰瘀蕴热者。

3. 大柴胡汤加减方（黄河清）

柴胡、枳实、半夏、芍药、生大黄、丹参、决明子、山楂、黄芩组成，功用：疏肝解郁，化痰降浊。治疗脂肪肝。

〔临床荟萃〕

1. 高脂血症 以大柴胡汤加味方治疗高脂血症 52 例，其中男 34 例，女 18 例。年龄 28~75 岁。病程 1~27 年。单纯 TC 升高 17 例，单纯 TG 升高 10 例，两项同时升高 25 例。伴

高血压病者 11 例，伴脂肪肝者 15 例，伴冠心病者 18 例。药用：柴胡 12g，黄芩、芍药、半夏、枳实、泽泻、生蒲黄各 9g，生大黄 6g（后下），生姜 15g，大枣 4 枚。每日 1 剂，加水 500ml 煎至 300ml，分 2 次服。8 周 1 疗程。用药期间停用所有影响血脂代谢的药物。结果：大柴胡汤加味方具有降低 TC、TG 和升高 HDL-C 的作用，经统计学处理，治疗前后比较，差异有显著性意义（ $P < 0.05$ ）。

陈利平等观察大柴胡汤化裁方治疗 2 型糖尿病合并高脂血症的临床疗效。方法：将 58 例患者随机分为 2 组，在饮食治疗、西药控制血糖的基础上，治疗组 32 例加服大柴胡汤化裁方，药用：柴胡 12g、白芍 15g、黄芩、法半夏、枳实、白术、泽泻各 10g，大黄 6g，黄芪 30g，山楂 20g。水煎服，日 1 剂。对照组加服多烯康胶丸，每次 4 粒，日 3 次。2 组均以 4 周为 1 疗程，连续观察 2 疗程。结果：总有效率治疗组为 84.50%，对照组 69.23%，2 组比较，差异有非常显著性意义， $P < 0.01$ 。证实大柴胡汤化裁方对 2 型糖尿病患者脂质代谢紊乱有较好的调节作用。

2. 大柴胡汤方证 费忠东对大柴胡汤古今文献资料进行了全面收集整理，采用数据统计的方法，重点对资料库中的用方症状和治疗病证进行筛选、分类、统计、分析，得出了大柴胡汤方证的主要指标、参考指标、客观体征。并依此结论与张仲景的经典方证作比较，发现二者之间有一定的区别，但并非本质的区别。研究认为，大柴胡汤方证主要指征为：腹胀腹痛、恶心呕吐、便秘、发热（往来寒热）、口干苦、纳呆；参考指标：胸胁满痛、小便黄赤，黄疸（身黄、肌肤黄）、烦躁、头晕目眩、下利、汗出、倦怠乏力、失眠、嗝气、头痛；客观体征：舌红苔黄、脉弦、弦数、弦滑、滑数。

〔实验研究〕 药理实验研究发现大柴胡汤的主要作用有：①调节脂质代谢及改善血液流变性。②护肝。③调节免疫。

④抗感染、利胆、解痉等。

大柴胡汤对内分泌系统和免疫系统有积极的影响，有皮质激素样作用及其拮抗效应；可改善钙磷代谢；在体内对泼尼松龙的免疫抑制具有改善作用。可增强耐力，并有良好的抗感染和抗病原体作用。日本学者发现，该方对血液流变性具有双向调节作用。本方可能具有抑制环氧化酶活性的作用。对倍他米松引起的大鼠血凝亢进状态有改善作用，可使抗凝血酶Ⅲ活性的降低及凝血时间的缩短得到改善，并可抑制兔体外血栓形成，调节脂质代谢。

〔运用心得〕 大柴胡汤是治疗少阳郁热兼阳明里实证的代表方，在内分泌代谢病中应用甚广，如糖尿病及其多种并发症、高脂血症、代谢综合征、肥胖症、甲状腺功能亢进症等，凡有肝胃郁热之证者皆可化裁使用，疗效确切，报道颇多。实验研究表明，该方在调脂、抗感染、利胆等方面有可靠的疗效。

内分泌代谢病多属于心身疾患，与情志密切相关。临床体会，使用该方时不必拘泥于大便秘结或下利，应以郁郁微烦为主证，结合舌脉，辨证属肝胃郁热者即可服用。应用时随证化裁，并注意心理疏导，方能奏效。

第十一节 小柴胡汤

〔组成〕 柴胡半斤 黄芩三两 人参三两 半夏半升（洗） 甘草（炙） 生姜各三两（切） 大枣十二枚（擘）

上七味，以水一升二斗，煮取六升，去滓，再煎取三升，温服一升，日三服。

〔功效〕 和解少阳。

〔方义分析〕 方中柴胡气质轻清，味苦微寒，主升发，疏半表半里之邪达于外；黄芩苦寒，气味较重，使半里之邪清于

里。二者相配，能和解少阳之邪。按柴胡、黄芩剂量分析，柴胡重于黄芩，其外透之力强于内泄之功；半夏、生姜和胃降逆；人参、炙甘草、大枣补中扶正，既扶正以助祛邪，又实里以防邪入；炙甘草兼调和诸药。诸药合用，相辅相成，寒温并用，升降协调，攻补兼施，共奏和解少阳之效。

〔适应证〕 邪犯少阳，枢机不利。症见口苦、咽干、目眩，往来寒热，胸胁苦满，默默不欲饮食，心烦喜呕。或胸中烦而不呕，或渴，或腹中痛，或胁下痞硬，或心下悸、小便不利，或不渴，身有微热，或咳者，或热入血室。苔薄白，脉弦。凡内分泌代谢病如糖尿病及多种并发症、更年期综合征、甲状腺功能亢进症、代谢综合征等见上述证候之一者，皆可用此方。

〔类方〕

柴胡桂枝汤：即小柴胡汤合桂枝汤。功效太少两解，发表和里。主治表邪未解，邪入少阳之证。

〔加减方〕

1. 变枢汤（焦树德）

本方由原方去姜、枣、人参，加红花、白蒺藜、皂刺、姜黄、刘寄奴（或茜草）、炒莱菔子、泽泻、炒川楝子、焦四仙组成。功用：调肝和中，变理枢机，活瘀散结。可治疗糖尿病、经前期紧张综合征、甲状腺功能亢进症、更年期综合征等，症见胁痛，脘腹胀闷，纳呆乏力，大便不爽或溏软，舌质红或有瘀斑，苔白或黄，脉弦或弦滑或兼数等肝胃失和，肝郁克脾，肝肺气郁，中焦湿阻，肝病累肾，肝热扰心，久病气血郁滞诸证者。

2. 小四五汤（罗仁）本方由原方合五苓散、四物汤。功效为脾肾双补、攻补兼施、化瘀利湿。主治糖尿病肾病。

3. 柴泽合剂（张秋霞等）

即原方去人参，加党参、泽泻、白术。功用健脾行饮、消

阴通阳。治疗中青年高脂血症。

[临床荟萃]

1. 糖尿病 仝小林运用小柴胡汤治疗糖尿病气郁证，他观察到许多糖尿病患者发病前均有巨大精神刺激的诱发因素，如丧偶、大怒等，症见情绪不稳、易激惹、紧张焦虑、失望沮丧、不同程度失眠、敏感多疑、消极、唠叨、心神不安、纳呆、胸胁苦满、口苦，舌苔薄白或薄黄，脉弦。辨其病机为少阳枢机不利，气郁胸胁，用小柴胡汤寒温并用，升降协调，疏少阳之瘀滞，清脏腑之蕴热，从而条达上下，宣通内外，和畅气机。血糖每因情绪波动而升高，是由于情志因素影响了神经、内分泌系统对血糖的调控所致。临床除肝胆气郁、疏泄不利所致的临床表现外，实验室检查往往表现为餐后血糖升高，用小柴胡汤从肝胆治疗可收到良好效果。西医学已证明肝脏是体内维持血糖稳定和调节血糖代谢的重要器官之一。糖尿病患者常有轻度脂肪肝，肝病时可有多种类型的糖代谢障碍，如糖原分解及异生作用减弱，禁食时有时发生低血糖，服糖后肝脏处理糖负荷的能力减弱因而出现糖耐量减低。其表现为空腹时血糖正常或减低，服糖后血糖峰值过高或延长。现代药理研究表明小柴胡汤具有保肝作用，其稳定血糖疗效的机制，推测与恢复肝脏功能从而增强对糖代谢的调节有关。

李明煜以小柴胡汤加白芍、郁金、枳壳、茯神、酸枣仁等治疗糖尿病肝气郁结证；以小柴胡汤去人参、甘草加金钱草、鸡内金、大黄、滑石治疗糖尿病合并肝胆疾患；以小柴胡汤加焦三仙、鸡内金、陈皮、厚朴等治疗糖尿病胃肠功能紊乱。认为柴胡用量不宜过大，以 9~12g 为宜，过量恐有耗阴之弊，糖尿病最忌之；半夏性温，应小剂量运用，一般不超过 6g，在无胃气上逆之呕恶时可不用；人参可视患者体质而择用，脾虚者用党参，阴虚者用沙参，气阴两虚者用太子参；黄芩性偏苦寒，一般不超过 9g。甘草、大枣对于血糖偏高者一般不用。

2. 薛伯寿善用小柴胡汤，除用于和解少阳、疏利肝胆、通达表里外，尚广泛用于开郁调气、通阳透邪、开郁通便等。

3. 失眠 赵绍琴以小柴胡汤治肝郁失眠取得满意效果。

4. 桥本甲状腺炎 聂有智等以小柴胡汤（柴胡 15g，黄芩、半夏、党参、甘草各 10g）为基础方加减治疗桥本甲状腺炎 50 例。上呼吸道感染诱发加蒲公英 30g，连翘 10g，赤芍 10g；紧张、劳累诱发加黄芪、白术各 15g；情志因素诱发加木香、厚朴、枳壳各 15g。水煎服日 1 剂，3 个月 1 疗程，观察 2 个疗程。结果：治愈 16 例，显效 17 例，好转 8 例，无效 9 例。其中服药 1 月治愈 2 例，服药 2 月治愈 4 例，服药 3 月治愈 7 例，服药 4 月治愈 1 例，服药 5 月治愈 2 例，服药 6 月治愈 0 例。认为甲状腺炎多由外感不愈（伤寒五六日，中风，往来寒热，胸胁苦满）诱发，又引发心理反应（心烦喜呕，嘿嘿不欲饮食），抑郁思虑伤肝脾，从而形成少阳病的全过程，这是小柴胡汤治疗该病的临床依据。小柴胡汤有双向调节作用，使免疫功能得到改善，阴阳平衡，疾病得愈。

5. 糖尿病酮症酸中毒 任爱华以小柴胡汤加减治疗糖尿病酮症酸中毒 22 例，基本方为：柴胡 12g，太子参 10g，黄芩 10g，半夏 6g，花粉 15g，生地黄 18g，蒲公英 30g，金银花 20g，甘草 9g，生姜 10g，大枣 5 枚（擘）。日 1 剂，加水 1600ml，文火煎至 800 ml，去滓再煎至 400 ml，2 次分服，重症患者可每日 2 剂。合并小剂量胰岛素和液体输入，能进食的患者鼓励多饮水。连服 2~5 天。效果满意。

6. 更年期综合征 赵玉柱以小柴胡加减治疗妇女更年期综合征 30 例，药用：柴胡 10g，黄芩 10g，制半夏 10g，当归 10g，桂枝 6g，白芍 10g，莲子肉 15g，甘草 6g，大枣 5 枚。加减：胸闷胁胀加郁金、香附；失眠多梦加龙骨、牡蛎；潮热心烦加生地黄、麦冬、玄参；情急易怒加栀子、莲子心。水煎服，日 1 剂，早晚分服，14 天 1 疗程。结果痊愈 25 例，好转

5 例。

〔实验研究〕

1. 抗感染 具有明显的抗感染作用,可通过垂体—肾上腺皮质轴的促进作用起到内源性激素样作用,又有非激素样抗感染作用;与激素合用可增强抗感染能力,能拮抗激素对肾上腺皮质功能的抑制。对炎症过程中的渗出、毛细血管通透性增强、炎症介质释放、白细胞游走及结缔组织增生均有作用,其抗肉芽肿作用较强,抗渗出作用较弱。

2. 抑菌作用和抗过敏作用。

3. 免疫调节作用 研究证实小柴胡汤对机体防御功能、炎症、免疫应答等具有多种多样的作用,对淋巴细胞有促进分化增殖作用;对肥大细胞、巨噬细胞功能有积极的影响;可使免疫激活,增强机体免疫功能;促进抗体产生,提高机体的抗病能力;诱导 γ -干扰素的产生。

4. 其他 调节内分泌作用;改善肝损伤而起护肝作用;退热作用;对胃肠的调节作用;使冠脉血流量增加;降低血脂及血粘度;改善神经系统功能;对实验性肝损害的保护作用;促进胆汁分泌及排泄的作用;对酒精性脂肪肝的保护作用;对脊髓造血功能有刺激;抗肿瘤作用等。方中人参有降低血糖作用。

5. 柴胡、黄芩组方合剂研究 柴胡、黄芩组方合剂主要成分有柴胡、黄芩、半夏、人参、白术(小柴胡汤加减方)。实验表明可以降低糖尿病肾病大鼠尿蛋白、清蛋白排泄,对其脂质代谢也具有调节作用。

6. 小柴胡汤及白虎汤研究的免疫学研究 试验结果显示,小柴胡汤对细胞免疫、体液免疫及巨噬细胞的吞噬功能均有显著的增强作用,而白虎汤仅能增强巨噬细胞的吞噬功能,这种增强仍不及小柴胡汤。

7. 日本对小柴胡汤的实验研究 证实该方有增强免疫功

能、调节和保护肝功能、缓解哮喘、调节垂体—肾上腺皮质系统的功能等作用。也有引起间质性肺炎的报道。

〔运用心得〕 小柴胡汤为和解少阳之名方，有疏利三焦、调达上下、宣通内外、和畅气机之效。《伤寒论》第96条指出：“伤寒五六日中风，往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕，或胸中烦而不呕，或渴，或腹中痛，或胁下痞硬，或心下悸、小便不利，或不渴、身有微热，或咳者，小柴胡汤主之。”101条指出：“伤寒中风，有柴胡证，但见一证便是，不必悉具。”临床应用广泛，不拘泥于以上见证，可灵活化裁。小柴胡汤的神奇之处还在于，条畅枢机可化解许多证患。“百病生于气”，“凡十一脏皆取决于胆”，气机条达对于机体来讲绝不是仅仅缓解症状，而是有着异乎寻常的特殊意义。《素问·六微旨大论》云：“出入废则神机化灭，升降息则气立孤危。”气机的升降出入对于诸多疾病至关重要，诸多疑难复杂之证，从调理气机入手或从脾胃入手，常应手取效。

小柴胡汤擅开肝胆之郁、和畅气血、安和五脏、通利六腑、和调阴阳，其功甚捷，其用甚广，其思甚奇，其治甚妙。故无麻桂而能发汗，无硝黄而能通便。该方可用于糖尿病及其多种并发症或其他内分泌代谢疾患中证属气郁不畅、化热不甚者，或休作有时之疾，常嘿嘿之抑郁不舒之证，用之得当，效如桴鼓。

实验研究证实小柴胡汤有降糖、调脂、抗感染、改善免疫功能等作用。日本有关于小柴胡汤及其类方毒副作用的报道，应引起注意。但日本用小柴胡汤的方法与国内有异。临床用药应辨证精当，并尽量避免固定方长期连续服用。

第十二节 桂枝甘草龙骨牡蛎汤

〔组成〕 桂枝一两（去皮） 甘草二两（炙） 牡蛎二两

(熬) 龙骨二两

上四味，以水五升，煮取二升半，去滓，温服八合，日三服。

〔功效〕 温复心阳，安神除烦。

〔方义分析〕 本方由桂枝甘草汤加龙骨、牡蛎而成。桂枝、甘草扶正祛邪，温复心阳，甘草用量倍于桂枝，以心神浮动用药宜甘缓，不宜过于辛散之故也；龙骨、牡蛎镇静敛阳以止烦躁。共奏温通心阳，潜镇安神之功。

〔适应证〕 火气内迫，心阳受伤，导致心神浮越者。症见心悸汗出，烦躁不安，夜寐不宁，苔白润，脉虚数。常用于甲状腺功能亢进症、糖尿病等属于上述证候者。

〔类方〕

1. 桂枝去芍药加蜀漆龙骨牡蛎救逆汤 本方由原方加生姜、大枣、蜀漆组成，功能温通心阳，重镇开窍。主治甲状腺功能亢进症、糖尿病合并原发性高血压病、糖尿病性心脏病等心悸，惊狂，卧起不安。

2. 桂枝甘草汤 本方去龙骨、牡蛎。功效温补心阳，主治发汗过多致心阳虚之心下悸动，或空虚或空悬感，喜按，脉微缓或沉细或结代，苔薄白。

〔加减方〕 宁神益心汤（阙方旭）

由桂枝甘草龙骨牡蛎汤加黄芪、生地黄、炒枣仁而来。药物组成为黄芪 50g、生地黄 30g、桂枝 6g、生龙骨 30g、生牡蛎 30g、炒枣仁 20g、炙甘草 10g。功效益气养阴，宁心安神。适用于气阴两伤、阳虚浮越证。症见心悸烦躁，胸闷不适，倦怠乏力，夜寐不安，舌质黯淡，苔薄白，脉细弦数。

〔临床荟萃〕

1. 糖尿病震颤麻痹 祝湛予以降糖对药方合六味地黄汤（肾气丸加减方）、桂枝加龙骨牡蛎汤化裁治疗糖尿病震颤麻痹 1 例，患者有糖尿病史 30 年，手颤 10 年。症见口干多饮，头

晕耳鸣，乏力膝软，腰背疼痛，活动不利，持杖行走。手颤不能拿笔，上半身燥汗，足趾发凉不温，夜尿频数。血压 194/100mmHg。舌黯红，苔白，脉细弦。辨证为肝肾不足、阴阳两虚、虚风内动，治宜滋补肝肾、温阳育阴、熄风通络，方用降糖对药方合六味地黄汤、桂枝加龙骨牡蛎汤化裁，治疗 3 个月明显减轻。

2. 甲状腺功能亢进症 阳怀来以桂枝甘草龙骨牡蛎汤治疗甲状腺功能亢进症 38 例。药用桂枝、甘草各 10g，龙骨、牡蛎各 20g（先煎）。肝郁痰结型加柴胡、浙贝母；阴虚阳亢型加麦冬、元参、珍珠母；气阴两虚型加参须、黄精；颈肿加夏枯草、山慈菇；眼突加菖蒲、白芥子；心悸加茯神；多汗加浮小麦。日 1 剂水煎服，30 天 1 疗程。治疗 3~5 个疗程，治愈 19 例，好转 16 例，无效 3 例。

〔实验研究〕

药理作用：桂枝、桂皮有镇静、发汗、解热、局部麻醉、降压、解痉、抗血栓、抗溃疡、促肾上腺儿茶酚胺分泌、抗菌等作用；龙骨，含碳酸钙、硫酸钙等，因含有大量钙的成分，能促进血液凝固，并能减轻骨骼肌的兴奋，有镇静、止血作用；牡蛎，含 80%~90% 的碳酸钙、磷酸钙，并含有镁及氧化铁等。

〔运用心得〕 桂枝甘草龙骨牡蛎汤药仅 4 味，但配伍巧妙，疗效卓著。该方为桂枝甘草汤加龙骨牡蛎而成，桂枝甘草汤辛甘化阳，乃治疗心阳不振之祖方；龙骨、牡蛎潜镇安神，共奏温复心阳，安神除烦之功。实验研究该方有镇静作用。临床常用于甲状腺功能亢进症、糖尿病合并抑郁、失眠、更年期综合征等内分泌代谢病的治疗，疗效显著。仲景方以药味精简、配伍严密著称，多一证易一药，易一药更一名，即使药味相同，剂量不一者方名亦不相同。这不仅需要严谨认真的科学态度，而且要有扎实的理论功底，有辨证论治的精熟技巧，有

对药物全面准确的认识。这是经方疗效经久不衰的奥秘所在，也是我们今天学习、弘扬经方的原因之一。

本方实验研究报道尚少，临床应用多以此为基本方加减。笔者体会，仲景类似药味较少的方剂常力专效宏，尤应重视。

第十三节 当归四逆汤

〔组成〕 当归三两 桂枝三两（去皮） 芍药三两 细辛三两 甘草二两（炙） 通草二两 大枣二十五枚，（擘，一法，十二枚）。

上七味，以水八升，煮取三升，去滓，温服一升，日三服。

〔功效〕 温经散寒，养血通络。

〔方义分析〕 本方为桂枝汤去生姜，倍大枣，加当归、细辛、通草而成。当归苦辛甘温，补养阴血；芍药敛阴和营，合当归同补阴血；细辛温散寒邪；桂枝辛甘而温，温经散寒；桂枝、细辛合用，温运气血，除内外之寒；大枣辅当归生血，甘草助芍药缓急，甘草、大枣之甘又能益气健脾；通草利窍又能协诸药通络。诸味相协，共奏温经散寒，养血通络之功。

〔适应证〕 血虚寒凝之证，见手足厥寒、麻木、甚至青紫，恶寒，腹中冷痛，或腹中拘急，或肩、腰、腿、足及其他部位冷痛，口淡，舌质淡，苔白滑，脉细欲绝。可用于糖尿病周围神经病变和其他内分泌代谢病有上述病证者。

〔类方〕

当归四逆加吴茱萸生姜汤：本方为原方加吴茱萸二升、生姜半斤（切）、清酒（米酒）六升组成，功能温中散寒，降逆和胃。主治血虚寒凝、胃失和降之手足厥寒，胃痛呕吐，脉微欲绝。

〔加减方〕 当归四逆汤加减方（汪艳娟）

原方去大枣、甘草，加生地黄、天花粉、西洋参、鸡血藤而成。治疗糖尿病下肢动脉硬化闭塞症。

〔临床荟萃〕

1. 糖尿病末梢神经病变 易继兰以当归四逆汤加减治疗糖尿病末梢神经病变。40 例患者均参照 1997 年世界卫生组织 (WHO) 制定的糖尿病末梢神经病变诊断标准，首先以四肢端麻木为主要症状，随后出现四肢对称性疼痛，甚则活动受限。治疗方法：应用西药控制血糖在 7.8mmol/L 以下，予当归四逆汤加减治疗。药用：当归 15g，桂枝 10g，白芍 30g，细辛 5g，生甘草 6g，大枣 10 枚，豨莶草 10g，葛根 30g，水蛭 10g。加减：阴虚明显者加麦门冬 10g，阳虚明显者加淫羊藿 10g。水煎服，每日 1 剂，1 个月为 1 疗程，连续 2 个疗程后评定疗效。结果：痊愈 15 例，好转 21 例，无效 4 例。

2. 糖尿病下肢动脉硬化闭塞症 汪艳娟等以当归四逆汤合路路通注射液治疗糖尿病下肢动脉硬化闭塞症 (DLASO)。将 40 例患者随机分为治疗组和对照组，治疗组用当归四逆汤加减：当归 15g，白芍 10g，桂枝 6g，细辛 3g，通草 10g，生地黄 15g，天花粉 15g，西洋参 6g，鸡血藤 30g。对照组应用前列腺素 E_1 。观察治疗前后临床症状、血液流变学、下肢动脉超声多普勒血流动力学指标的变化。结果：治疗组 21 例近期治愈 10 例，显效 6 例，有效 4 例，无效 1 例，总有效率 95.2%；对照组 19 例近期治愈 8 例，显效 5 例，有效 3 例，无效 3 例，总有效率 84.2%。

〔实验研究〕

1. 当归四逆汤的药理研究 实验表明，本方中的当归、桂枝、芍药等，均有扩张血管，改善血液循环，增加器官及末梢血液供应的效果。当归增加外周血流量、减少血管阻力的作用均随剂量增加而加强，其扩张血管的作用与 α 与 β 受体无关，而与 M 受体及组胺 H_1 受体兴奋有关。桂枝可扩张外周

血管,尤其是皮肤血管。芍药也有较强的扩张外周动脉的作用。当归、芍药还能明显抑制多种致聚剂引起的血小板聚集,所含主要成分阿魏酸钠、赤芍精也有相同效果,当归及其成分阿魏酸钠还能抑制血小板的释放。至于它们抑制血小板聚集的机制,已知阿魏酸钠可抑制血栓素 TXA_2 的生成而不影响前列腺素对 PGI_2 的产生,对 PGI_2 的抗血小板聚集活性还能明显增强之;赤芍精对 TXA_2 样物质收缩兔主动脉效应有与阿司匹林相近的抑制作用。此外赤芍精还能增高血小板内 cAMP 含量,此作用在病理状态下更为明显。另外当归、赤芍还有明显的抗凝、抑制血栓形成及溶解血栓等功效,细辛因富含去甲基乌药碱而具有 β -兴奋剂效果,如强心、松弛平滑肌、扩张血管等。家兔实验表明,灌服当归四逆汤后,兔耳小血管扩张充血,血管数显著增多,作用维持也久,表明本方确能扩张末梢血管,改善血运。

2. 当归四逆汤的扩张冠状动脉及抗感染、镇静作用 据实验表明本方中的当归、赤芍、细辛等成分尚能扩张冠状动脉,增加机体的耐缺氧能力。本方组成药如当归、赤芍、桂枝、细辛、甘草等均有显著的解痉作用,能对抗多种致痉挛剂所引起的肠管痉挛。

[运用心得]

蒲辅周认为:“当归四逆汤为桂枝汤的类方,能和厥阴以散寒邪,调营卫而通阳气。”该方是温经散寒,养血通络的代表方。对糖尿病神经病变、糖尿病下肢血管病变等属于血虚寒凝证者有确切的疗效,临床报道和验案颇多。实验证实该方有明显的抗感染、解痉、镇静、扩血管等作用。其中蕴含的桂枝甘草汤是辛甘化阳的祖方,芍药甘草汤是缓急止痛的效方,当归、大枣合芍药甘草汤又可养血柔筋,揭示了寒凝血虚证的治疗大法。其中大枣并非可用可不用之药,不可轻易去掉或折减大枣剂量。关于细辛的用量问题,古有“细辛不过钱”之说,

尤其是单味药或为散剂时应当注意，但在复方和病情需要的情况下可酌情加量，临床观察并未见有明显毒副作用，可见《内经》“有故无陨，亦无陨也”的用药原则在治疗用药中的指导意义。许多药物在病态情况和复杂的复方配伍中的变化是微妙的，不可以常理论之，医者应有应变能力，但临床使用理当谨慎，注意观察患者用药后的反应，并尽量避免长期大量服用，以免发生意外。

第十四节 麻子仁丸

〔组成〕 麻子仁二升 芍药半斤 枳实半斤（炙） 大黄一斤（去皮） 厚朴一尺（炙，去皮） 杏仁一升（去皮尖，熬，别作脂）

上六味，蜜和丸如梧桐子大，饮服十丸，日三服，渐加，以知为度。

〔功效〕 润肠泄热通便。

〔方义分析〕 本方由小承气汤加火麻仁、杏仁、白芍、蜂蜜而成。麻子仁丸中重用麻子仁为君药，味甘性平，质润通便；杏仁降气润肠，芍药养阴和里共为臣药；佐以大黄、枳实、厚朴泄热去实，行气导滞，降泄通下；使以蜂蜜润燥滑肠。共奏润肠泄热通便之效。

〔适应证〕 胃热肠燥津亏所致大便硬，小便数，腹无所苦，脉细弦。常用于糖尿病合并大便秘结而属此证者。

〔类方〕

小承气汤：由大黄、枳实、厚朴组成。功用：轻下热结。主治阳明腑实证。

〔加减方〕

1. 麻仁丸加味方（茅国荣）

药物组成：麻子仁、白芍、枳实、杏仁、厚朴、泽泻、参

三七、绞股蓝、大黄、制首乌、草决明、生黄芪。治疗高脂血症。

2. 芪地麻仁丸（任爱华）

由原方加黄芪、生地黄组成。功用泻热通便，益气养阴。用于糖尿病合并便秘，证属肠胃积热、气阴两伤者。

[临床荟萃]

1. 糖尿病便秘 谭日强认为消渴病是因燥热内燔，津液耗伤所致，临床上往往饮多、尿多、食多同时并见，仅在表现程度上有或多或少或轻或重而已，究难截然分治。经临床摸索，每凭患者大便情况，作为辨证施治的标准。即大便燥结者，此脾阴大亏，不能为胃行其津液，治用麻子仁丸合增液承气汤，润肠通便。

骆洪武等以麻子仁丸治疗老年 2 型糖尿病 68 例。其中男 35 例，女 33 例，平均年龄 66 岁；病程最短 6 年，最长 21 年。其中便秘 42 例，便干硬 16 例，涩滞不爽 10 例。初诊时大便 1~2 日 1 次 36 例；2~3 日 1 次 22 例；5~6 日 1 次 10 例。并发白内障 16 例，肾功能不全 7 例，冠状动脉粥样硬化性心脏病 17 例，脑动脉硬化痴呆症 3 例。中医辨证属肺肾阴虚 8 例，肝肾阴虚 31 例，阴虚血瘀 12 例，气阴两虚 9 例，阴阳两虚 5 例，肝失疏泄 3 例。治疗方法：在基础治疗基础上加服麻子仁丸，根据便秘情况每晚睡前 1 丸或 2 丸，1 次口服。结果：参照《中药新药治疗糖尿病的临床研究指导原则》进行评定。显效 39 例；有效 24 例；无效 5 例。临床观察对改善脑动脉硬化痴呆方面疗效显著。研究者认为 2 型糖尿病病人凡伴有大便秘结或虽不秘结但便干硬、便时涩滞者均可在辨证论治的同时加服麻子仁丸，不仅可消除腹胀便秘，且能逐步减少降糖药用量，减少并发症的发生或减轻其病变程度。

全世建等以麻子仁丸治疗 2 型糖尿病便秘 40 例。患者中男 29 例，女 11 例。病程最短者 6 个月，最长者 8 年。空腹血

糖最高者 16.8mmol/l, 最低 7.9mmol/l。患者全部伴有不同程度的便秘症状, 口服降糖药血糖控制不理想。治疗方法: 瑞易宁 2.5mg, 每日 1 次; 二甲双胍 250mg, 每日 2 次, 同时进行饮食控制并配合相应运动治疗。在基本治疗基础上配合麻子仁丸治疗。基本方: 麻子仁 50g, 白芍 15g, 杏仁、枳实、厚朴各 10g, 大黄 6g, 在临床运用过程中, 根据个人情况作适当加减。阴虚较重, 加生地、山药、天花粉各 15g; 气虚较重加黄芪 30g; 火热重加黄连 6g, 葛根 30g。水煎日 1 剂 3 次分服, 连用 30d。结果: 显效 34 例, 有效 3 例, 无效 3 例 (其中 2 例中途中断治疗)。

2. 糖尿病 任平安以该方加减治疗糖尿病便秘 150 例, 随机分为中药治疗组 118 例, 西药对照组 32 例。治疗组男 52 例, 女 66 例; 年龄最小者 28 岁, 最大者 64 岁; 病程最短者 6 个月, 最长者 21 年; 空腹血糖最高者 16.8mmol/L, 最低 7.9mmol/L。治疗前两组间血糖比较无差别 (t 检验 $P > 0.05$)。治疗方法: 治疗组用麻子仁丸加味。药用: 麻子仁 10~18g, 白芍 8~12g, 杏仁、枳实、厚朴各 6~8g, 黄精、生地各 12~20g, 山药、天花粉各 20~30g, 大便秘结用生大黄 6~10g, 后下, 大便通后或临床无便秘者用酒大黄 3~6g, 并与其他药物同下煎煮。肺燥明显加知母、石膏; 胃热甚者加黄连、葛根; 肾阴虚加山萸肉、五味子。畏寒肢冷、腰膝酸软、饮一溲一之肾阳虚者忌用。水煎服日 1 剂, 2 次分服, 连用 90d。对照组服用格列本脲 2.5mg, 每日 3 次; 二甲双胍 250mg, 每日 3 次, 共服 90 天。结果: 治疗组治愈 72 例, 有效 38 例, 无效 8 例, 总有效率 93.2%; 对照组治愈 21 例, 有效 5 例, 无效 6 例, 总有效率 81.2%; 血糖控制治疗组优于对照组。 $P < 0.001$ 。

3. 高脂血症 茅国荣以麻子仁丸加味治疗高脂血症 50 例, 药用: 麻子仁、白芍、枳实、杏仁、厚朴、泽泻、参三七、绞股

蓝、大黄、制首乌、草决明、生黄芪。加减：伴胸闷心悸加丹参、郁金；伴乏力、眩晕加党参；便干用生大黄，便稀用制大黄。日1剂，水煎，2次分服。对照组口服烟酸肌醇脂片，每次0.4g，每日3次。两组在治疗期间均停用其他降脂药物，并低脂饮食，4周1疗程。治疗前及1疗程结束时测TC、TG。结果：治疗组显效28例，有效16例，无效6例，总有效率88.0%；对照组显效12例，有效7例，无效11例，总有效率63.3%。两组总有效率有非常显著性差异， $P<0.01$ 。

〔实验研究〕 本方中小承气汤具有增进肠道推进功能及抗病原微生物、抗感染、解热、利胆、清除肠内容物等作用；麻子仁、杏仁有滑润性缓泻作用；芍药有解痉、镇痛、抗感染等作用。

〔运用心得〕 本方又名脾约麻仁丸、脾约丸。其方证见于《金匱要略·五脏风寒积聚病脉证并治》篇第15条：“趺阳脉浮而涩，浮则胃气强，涩则小便数，浮涩相搏，大便则坚，其脾为约，麻子仁丸主之”。亦见于《伤寒论》247条。两条机制相同，即胃热气盛，脾阴耗伤。本方为清热润下、攻补兼施之剂，辨证要点为大便硬，小便数。内分泌代谢病中如糖尿病、肥胖症、高脂血症等皆可应用。尤其用于糖尿病合并大便秘结者有良好的效果，对改善糖尿病症状及稳定血糖亦有一定疗效，为许多医家所推崇。糖尿病便秘原因很多，但总以胃热肠燥居首，而麻子仁丸确有治疗大便硬、小便数之功，可斟酌使用，然方中小承气为破泄之属，不可作为润肠之品常用，以犯虚虚之戒，故年老体弱，或久病津枯血燥、胃无燥热之便秘，固当审慎，孕妇不宜使用。

第十五节 桂枝茯苓丸

〔组成〕 桂枝 茯苓 丹皮（去心） 桃仁（去皮尖，熬）

芍药各等分

上五味，末之，炼蜜和丸，如兔屎大，每日食前服一丸。不知，加至三丸。

〔功效〕 消瘀化癥。

〔方义分析〕 桂枝、芍药通调血脉；茯苓淡渗利湿，健脾益心，定悸安魂。《神农本草经》云“茯苓，味甘，平。主胸胁逆气忧患；惊邪恐悸；心下结痛，寒热烦满，咳逆，口焦舌甘，利小便；久服安魂养神，不饥延年。”丹皮、桃仁活血清热，破恶血消癥癖。共奏消瘀化癥之效。

〔适应证〕

1. 糖尿病肾病肾功能不全、尿蛋白阳性、肢体浮肿而见瘀血证者，可用此方。

2. 糖尿病周围血管病变、甲状腺肿、更年期综合征有湿蕴瘀阻证候者，可用此方。

3. 内分泌代谢病兼见瘀血头痛，或癥病下血者。

〔类方〕

当归芍药散：即桂枝茯苓丸去桂枝、丹皮、桃仁，加当归、川芎、泽泻、白术而成；功能活血利水，健脾养血；主治肝脾失调、气滞血瘀湿阻之腹痛、浮肿等证。糖尿病肾病等有瘀血湿阻证者可用。

〔加减方〕

1. 桂枝茯苓丸加味方（何灵芝等）

药用：桂枝 10g，茯苓 15g，丹皮 15g，赤芍 15g，桃仁 12g，制大黄 10g 组成，治疗糖尿病肾病。

2. 桂枝茯苓丸加减方（阚方旭）

原方去桂枝，加太子参、黄芪、姜黄、瓜蒌组成，功用活血益气通络。主治糖尿病性心脏病、糖尿病肾病等属于气虚血瘀、痰瘀内阻者。

〔临床荟萃〕

1. 糖尿病肾病 何灵芝等选择糖尿病肾病伴肾功能不全患者 20 例, 男 14 例, 女 6 例, 年龄 25~68 岁, 病程 12~20 年, 所有患者均伴持续性蛋白尿 ($>0.5\text{g}/24\text{h}$), 血 Cr $140.2\sim295.3\mu\text{mol}/\text{L}$, BUN $9.4\sim19.2\mu\text{mol}/\text{L}$ 。伴高血压 18 例, 合并糖尿病视网膜膜病变 11 例。治疗方法: 给予桂枝茯苓丸加味方。药用: 桂枝 10g, 茯苓 15g, 丹皮 15g, 赤芍 15g, 桃仁 12g, 制大黄 10g。水煎浓缩成 200ml, 日服 2 次, 每次 100ml, 饭后 2 h 服。1 个月为 1 疗程。治疗期间停用抗凝剂, 高血压者继用降压药。结果: 24h 尿蛋白定量、血 Cr、BUN、内生肌酐清除率均有明显改善。

2. 高脂血症 李承功等以桂枝茯苓丸治高脂血症。治疗组 39 例, 其中男 28 例, 女 11 例, 年龄 39~79 岁, 平均 62.5 岁; 对照组 22 例, 其中男 12 例, 女 10 例, 年龄 40~80 岁, 平均 54.5 岁。治疗组用桂枝茯苓丸, 药用桂枝、茯苓、丹皮、芍药、桃仁各等份, 炼蜜为丸, 每丸 3g, 每次 3~9g, 每日 2~3 次, 饭前服用, 4 周 1 疗程; 对照组用脂必妥, 3 次/日, 3 片/次, 4 周为 1 疗程。结果: 治疗组降低血清总胆固醇和甘油三酯疗效显著, 明显优于对照组。

3. 糖尿病周围神经病变 廖世忠等以桂枝茯苓丸治疗糖尿病周围神经病变。以血糖控制满意的 II 型糖尿病患者中, 伴有肢麻、疼痛、四肢乏力并经肌电图检查伴有四肢运动神经速度传导减慢者为观察对象, 用桂枝茯苓丸改丸为汤剂, 每药各 10g, 日 1 剂。加减: 瘀血明显加红花、川芎; 痰湿重加白芥子、橘络; 气阴虚加黄芪、怀山药。连服 2 个月, 自觉症状明显减轻 10 例, 好转 6 例, 无效 4 例。症状改善以肢麻、疼痛为著, 乏力改善不明显。用肌电图检测治疗前后上下肢正中、尺、腓神经的运动神经传导速度 (MNCV), 以尺神经改善为明显, $P<0.05$ 。

4. 甲状腺肿大 孙氏等用桂枝茯苓丸治疗甲状腺肿大伴

见心烦失眠，精神抑郁，脉象弦，舌质黯，苔略黄者。认为此病因情志不舒，气血凝滞，与痰相结而致。治宜疏肝理气，活血散结，用桂枝茯苓丸加味：柴胡 10g，桂枝 10g，当归 10g，赤芍 12g，茯苓 12g，桃仁 10g，牡丹皮 10g，昆布 30g，海藻 15g，生牡蛎 30g。日 1 剂，水煎 2 次服，连服 4 周后，咽部不适感消失。以上方去柴胡、当归，加贝母、夏枯草各 10g，又服 15 剂。B 超检查报告，甲状腺左侧肿大已消失。

〔实验研究〕

1. 改善微循环作用 桂枝茯苓丸“破结而不伤精败血，消癥而不损正”，为缓消癥结之药剂。实验表明桂枝茯苓丸可通过扩张微血管管径、促进微血流而改善微循环状态，故认为改善微循环是桂枝茯苓丸活血化瘀功效的机制之一。同时，实验表明本方具有对抗慢性增生性炎症的作用，可抑制纤维结缔组织增生。提示对于某些慢性增生性炎症包块，本方具有缓消癥结的作用。此方通过增强巨噬细胞吞噬功能，增强机体非特异性免疫力，从而调节整体功能状态。对于瘀血等病理状态的改善可起到扶正以祛邪的作用。

本方可明显降低全血黏度，服药 30min 后即见效，可持续 180min 以上。而饮温开水的对照组随时间推移，血液黏度逐渐增高。

2. 抗感染作用 本方对大鼠急性、亚急性、慢性炎症均有抑制作用。并能抑制组胺、5-羟色胺所致的毛细血管通透性增高。

3. 免疫调节作用 对免疫功能低下小鼠具有免疫刺激和免疫调节作用。

4. 其他作用 可能对垂体—肾上腺皮质有一定保护作用。抑制子宫内位发生。对缺血性脑损伤有缓解作用。有抗自由基损伤、减轻脑水肿、镇静等作用。

5. 桂枝茯苓丸中单味药的实验免疫学研究 桂枝茯苓丸

各单味药基本上都具有免疫增强功能和对免疫功能异常的免疫调节作用。在此基础上对该方进行了细胞免疫、体液免疫、分子免疫以及对免疫细胞发育的影响等方面的实验研究，得出了宝贵数据，有重要的临床意义。

〔运用心得〕 桂枝茯苓丸为仲景妇人病篇治疗癥病下血之方，目前在临床应用十分广泛。本方配伍精当，寒温相宜，攻坚不伤正，祛瘀不耗血，体现了治血兼治水（湿）的特点。癥病瘀积日久，阻遏气机，津液代谢失调，可致水湿停聚，投以此方甚妥。丸者缓也，癥积既久，难以速散，只宜缓消，故以丸药缓缓收功。实验研究证实该方有免疫调节、降低血黏度、缓解脑损伤等作用。临床使用可酌情配伍扶正益气之品，以助扶正祛邪。在内分泌代谢病中，凡有瘀阻湿蕴之证，皆可考虑加减应用。笔者习用该方治疗糖尿病肾病早、中期及糖尿病周围血管病变、糖尿病性心脏病等，在改善症状和相关实验室指标方面，均取得了满意的疗效。

第十六节 大黄黄连泻心汤

〔组成〕 大黄二两 黄连一两

上二味，以麻沸汤二升，渍之须臾，绞去汁，分温再服。

〔功效〕 清热消痞，泻火解毒，苦寒燥湿。

〔方义分析〕 《伤寒论》载本方只有大黄、黄连二味，据《金匱要略·惊悸吐衄》泻心汤内尚有黄芩。另据宋·林亿：“看详大黄黄连泻心汤，诸本皆二味，又后附子泻心汤，用大黄黄连黄芩附子，恐是前方中亦有黄芩，后但加附子也。故后云附子泻心汤。本云加附子也。”再考《千金翼方》注云：“此方本有黄芩”。故此方有黄芩，方为臻善。

方中皆为苦寒之品，不以水煎，而以麻沸汤（白开水）浸泡服用，其意非取其味而取其气，以清热泄痞。方中大黄为主

药，清热解毒，泻火通下；黄连、黄芩清热燥湿、泻火解毒，以清心胃之火邪。三药合用，共奏清热消痞，泻火解毒、凉血止血之效。

【适应证】 心下痞满，按之柔软，但不痛。适用于糖尿病或其他内分泌代谢疾病有邪热壅滞、热毒内盛而见心烦、脘闷、吐衄等证。

【类方】

1. 栀子豉汤 由栀子、香豉组成。辛开苦降，清宣气分郁热。用于热郁上焦，症见虚烦不得眠，剧则反复颠倒，心中懊恼，烦热胸中窒者。

2. 调胃承气汤 由大黄（清酒洗）、芒硝、甘草组成。功用泻热和胃，润燥软坚。治疗燥热内盛、腑实初结、气滞不甚所致心烦发热、大便不畅等证。

【加减方】

1. 三黄丸（唐·孙思邈）

春3月黄芩4两，大黄3两，黄连4两；夏3月黄芩6两，大黄1两，黄连7两；秋3月黄芩6两，大黄2两，黄连3两；冬3月黄芩3两，大黄5两，黄连2两。上3味随时和捣，以蜜为丸如大豆，饮服5丸，日3服。不效稍加至7丸，取效而已。治男子五劳七伤，消渴不生肌肉，妇人带下，手足寒热。

2. 三黄汤加减方（祝湛予）

由黄芩、黄连、黄柏、蒲公英、马齿苋组成。功用：清热解毒，可治疗糖尿病合并皮肤感染，疖肿频生。

【临床荟萃】

1. 胰岛素抵抗 程益春认为胰岛素抵抗患者一般都伴有肥胖、高血压、高血脂、高血黏度、血糖难控等特点，其中2型糖尿病胰岛素抵抗内热炽盛型以大黄黄连泻心汤加减治疗有良好的疗效。认为此类患者多属阳盛体质，或长期嗜食肥甘厚

味、辛辣食物而至内热炽盛，耗伤阴津，发为消渴。多表现为口渴多饮，消谷善饥，烦躁怕热，面红目赤，舌红苔黄，脉数有力。治宜清热泻火，养阴生津。方以三黄汤加减。药用：黄连、黄芩、黄柏、大黄、栀子、生石膏、知母、葛根等。口渴重加天花粉、生地黄、麦冬、沙参；舌红苔黄腻加佩兰、桑白皮、苍术；大便秘结加大生大黄用量，酌加枳实、厚朴、芒硝。注意中病即止，免伤脾胃正气。

2. 糖尿病 仝小林将糖尿病分为郁、热、虚、损四个阶段，在“热”的阶段善用大黄黄连泻心汤清热解毒，治疗糖尿病热毒证，并用于胰岛素抵抗属肝胃郁热证的治疗，对痰热互结证予大黄黄连泻心汤合抵当汤治疗，仝小林教授在用苦寒药治疗糖尿病尤其是肥胖2型糖尿病方面颇有心得，认为在糖尿病“热”的阶段须用苦寒之品，以釜底抽薪。苦能泻热，苦能坚阴，苦能燥湿，苦能调胃。

3. 糖尿病足 周方报道以大黄黄连泻心汤（三黄汤）治疗糖尿病足，将96例患者随机分为A、B两组，A组给予三黄汤（大黄30g，黄连30g，黄芩30g）温水浸泡30min，煎30min，先大火煮沸再改中火，煎成1500ml，取汁先熏患足，待药水温度在35~36℃时，将患足泡入药水中，并用长把大棉签轻轻蘸洗20~30min，将患足自然晾干，再外敷薄层生肌玉红膏（《外科正宗》方），每日1次。B组每日外用生理盐水棉球蘸净分泌物后外敷薄层生肌玉红膏1块。结果：1月后，治愈：A组26例、B组14例；显效：A组18例、B组15例；有效：A组5例、B组15例；无效而手术截肢者：A组1例、B组2例。A、B两组的总有效率分别为98%、95.7%。两组之间有显著差异， $P<0.05$ 。

4. 高脂血症 以泻心汤（黄连5g，黄芩10g，大黄5g）治疗高脂血症80例，气虚加人参10g，痰湿加泽泻10g、山楂10g，阴虚加何首乌10g，血瘀加姜黄10g。水煎服，3个月1

疗程。对照组口服辛伐他汀 40mg/d。结果：治疗组显效 56 例，有效 22 例，无效 2 例，总有效率 97.5%；对照组 70 例，显效 34 例，有效 33 例，无效 3 例，总有效率 94.3%。

〔实验研究〕

1. 降糖等作用 针对泻心汤对正常小鼠、四氧嘧啶 (ALX) 致糖尿病 (DM) 小鼠及地塞米松致胰岛素抵抗 (IR)、糖耐量减退 (IGT) 模型大鼠影响的研究表明，该方具有类似磺脲类和双胍类降糖药的作用，泻心汤组比格列齐特组对正常和 ALX-DM 小鼠血糖的降低作用更显著，胰岛分泌功能有所增强，并认为其可能通过调节胰岛素抵抗与胰岛素分泌之间、胰岛素与胰升糖素之间的反馈平衡而达到一定的治疗作用。该方实验研究还证实对改善甲状腺、肝脏等超微结构有明显的作用，并有导泻、胃黏膜保护、解热、抗病原微生物、抑制血小板凝集、改善微循环、降脂、抗缺氧、抗疲劳作用；对热盛胃出血模型具有保护胃黏膜、促进止血功能的作用等。

2. 不同配伍剂量对大黄、黄连药对的有效成分及药理作用的影响 通过对大黄、黄连药对不同配伍剂量所致煎剂中有效成分及药理作用的变化研究，提示大黄、黄连药对在临床使用时应充分考虑其配伍剂量因素的影响，如果用于泻热通便，则大黄剂量应大于黄连一倍以上；如果用于清热泻火而不取其泻下作用时，黄连剂量应大于或等于大黄。

3. 抗动脉硬化作用 研究表明，该方具有调脂、抗氧化、影响 NO 代谢、保护动脉内皮细胞以及抑制血管平滑肌细胞增殖等作用。证实该方具有良好的抗动脉粥样硬化作用。

〔运用心得〕 大黄黄连泻心汤证当以胃火气逆、肝胃郁热为是，凡证属邪火内炽迫血妄行以致吐血、衄血，以及湿热内蕴而有便秘结、小便短赤、口渴喜冷饮、舌红或黯红，苔黄而腻之象，皆可应用。

该方以大黄为主药，《神农本草经》载“大黄，味苦，寒。

主下瘀血；血闭；寒热；破癥瘕、积聚；留饮宿食荡涤肠胃，推陈致新，通利水谷，调中化食，安和五脏。”大黄古称“将军”，苦寒沉降，善动不居，上下表里感到有荡涤邪热、决壅开塞、推墙倒壁之力。观仲景之用大黄，并非专疗实热之候。既治气分之病，又疗血分之疾。《伤寒杂病论》中，大黄之用达30余方（次），所治病证广泛，包括肠腑热结、寒积、宿食、结胸、热痞、痰饮、呕吐、痉病、黄疸、蓄血、虚劳、妇人瘀血诸证及肠痈等。仲景之用大黄，在煎服法方面极有讲究，煎煮方法有先煎、后下、同煎、久煎、井花水煎、麻沸汤渍等；服用法则有顿服、2次分服、分温3服、空心服、饭后服、酒饮服、必要时服等区别。笔者喜用大黄，临床体会，虚实寒热，只要配伍得当，皆可用之。如新加黄龙汤配人参，大黄附子汤配附子，桃核承气汤配桂枝，抵当汤配水蛭，大黄牡丹皮汤配桃仁，麻子仁丸配麻仁、杏仁，茵陈蒿汤中配茵陈，己椒苈黄丸配川椒，大陷胸汤、大黄甘遂汤配甘遂，升降散中配蝉蜕、僵蚕。其用法可溃、可散、可丸、可汤、可外用、可灌肠，可生用、炒炭、蒸熟、酒制，临床当留心巧用。大黄在内分泌代谢病中应用广泛，有清热解毒、活血化瘀、通腑泻热、泻下通便、醒脑开窍、化散郁结、荡涤积滞、止血敛疮等作用。如糖尿病郁热内结证，无论有无便秘，皆可用之；也常用于糖尿病合并眼底病变、糖尿病足、甲状腺功能亢进症、糖尿病肾病肾功能减退等。然本方毕竟苦寒，脾胃虚寒者忌用；阴虚火旺者慎用，或与养阴生津、辛散之味配合用之。

药理实验证实，该方有抗感染、解热、导泻、抗凝及抗血小板凝集、抗缺氧、抗消化道溃疡、增强机体免疫功能、镇静、降血压、抗肾功能损伤等作用，充分说明该方在临床的地位和价值。

第十七节 乌 梅 丸

〔组成〕 乌梅三百枚 细辛六两 干姜十两 黄连十六两 当归四两 附子六两（炮，去皮） 蜀椒四两（出汗） 桂枝六两（去皮） 人参六两 黄柏六两

上十味，异捣筛，合治之，以苦酒渍乌梅一宿，去核，蒸之五斗米下，饭熟捣成泥，和药令相得，内臼中，与蜜杵二千下，丸如梧子大，先食饮服十丸，日三服，稍加至二十丸。禁生冷、滑物、臭食等。

〔功效〕 滋阴泄热，温阳通降。

〔方义分析〕 乌梅酸能制蛔，又能补肝体，治消渴；当归润肝燥；细辛散肝急；连、柏苦能下蛔，又清上热；姜、附、椒、桂温脏以祛下寒，人参益气扶正。蛔得酸则静，得辛则伏，得苦能下，故苦辛、酸苦合用为治虫之法，且治脏寒。且当归、桂枝、细辛，即当归四逆之意，人参、附子、干姜，乃四逆加参之意。诸药共奏寒热并调，气血兼顾，调和肝脾，扶正祛邪之效。

〔适应证〕 厥阴病主方，并治疗蛔厥、久利。可治“消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食，食则吐蛔，下之，利不止”等证，治疗糖尿病肝脾失和、寒热错杂之舌红，苔黄稍厚，脉弦滑等证。

〔类方〕 干姜黄芩黄连人参汤：由干姜、黄芩、黄连、人参组成，功能清上温下、调和脾胃。主治内分泌代谢病证属寒格吐利者。

〔加减方〕

1. 椒梅汤（清·吴塘）

由原方去桂枝、细辛、附子、当归，以黄芩易黄柏，加枳实、半夏。“即仲景乌梅丸法也”。主治暑邪深入厥阴，苔灰，

消渴等证。

2. 加味乌梅汤（任爱华）

原方加山药、麦芽，改丸为汤。主治糖尿病、更年期综合征等阴阳失调者。

〔临床荟萃〕

1. 糖尿病 梁广和治疗糖尿病运用调和寒热法，用于上热下寒、寒热错杂之证者，方用乌梅丸。

杨亚平以该方治疗糖尿病辨证属肝气郁结，化火伤津者。认为情志因素造成肝气郁结，不仅使脏腑气机升降失常，脾胃气机紊乱，营养精微物质输布代谢失常，且气郁化火，或下劫肾阴，或火热伤津，使肺胃燥热，发为消渴。故肝之阴阳失调、气血紊乱、寒热错杂是导致本证的关键，治疗用乌梅丸调和阴阳，敛阴泻热，并重用乌梅敛肝敛阴。

陈亦工等以乌梅丸治疗糖尿病辨证属上热下寒证，认为上热下寒属厥阴病变，是消渴的常见证型。厥阴指手厥阴心包和足厥阴肝，它们与手少阳三焦和足少阳胆为表里，饮食劳倦损伤脾胃，土虚木贼，肝失其条达之性，郁陷而生风燥，包络相火不降而生炽热，脾阳虚弱，更可导致相火离位，而成上热下寒、寒热错杂之势。热盛灼津则口渴，脾虚不运则少食，并可见少气乏力等证。若误将消渴为实证，“饥不欲食”为食积而下之，则热势不去，脾虚更甚，导致下利不止。

2. 糖尿病性胃轻瘫 84例患者分为治疗组、对照组各42例，治疗组以乌梅丸煎汤口服，药用：党参18g，当归、桂枝、乌梅、黄柏各10g，花椒、黄连各4g，干姜、细辛各6g，附子12g（先煎）。日1剂，水煎2次取汁400ml，分2次饭前服。对照组口服吗丁啉，每次20mg，每天3次，餐前30分钟服用。4周1疗程。结果：治疗组治愈12例，显效13例，有效9例，无效8例，总有效率81.0%；对照组治愈10例，显效12例，有效11例，无效9例，总有效率78.6%。

〔实验研究〕

1. 降糖作用 通过本方对四氧嘧啶诱发的高血糖小鼠空腹血糖含量的影响的研究发现,高剂量乌梅丸组与消渴丸组降血糖效果无显著性差异,显示乌梅丸能降低糖尿病小鼠空腹血糖含量,且低于治疗剂量时,药效较差。通过实验研究,可知:①乌梅丸可以降低血糖,可以参考治疗糖尿病。②乌梅丸能阻止四氧嘧啶对胰岛 β 细胞的破坏,对胰岛 β 细胞有一定的保护作用,其降血糖的可能机制为:促进损伤的胰岛 β 细胞修复,提高机体胰岛素水平,增加肝糖原含量,加速葡萄糖合成糖原或转化为脂肪,降低血糖。

2. 其他作用 实验研究表明,乌梅丸有较强的广谱抗菌作用;有增强血液循环、促进消化功能、促红细胞及血红蛋白上升、镇痛等作用。

〔运用心得〕 乌梅丸首见于《伤寒论》厥阴病篇,主治蛔厥,兼治久利,亦载于《金匱要略》蛔虫病篇。柯琴《伤寒来苏集》独具慧眼,发仲景之精微,破诸家之偏见,指出“小柴胡为少阳主方,乌梅为厥阴主方。二方虽不同,而寒温互用,攻补兼施之法相合者,以脏腑相连,经络相贯,风木合气,同司相火故也。其中皆用人参,补中益气以固本逐邪,而他味俱不相袭者,因阴阳异位。阳宜生发,故主以柴胡;阴宜收敛,故主以乌梅。阳主热,故重用寒凉;阴主寒,故重用辛热。”陈修园:“肝病治法,悉备于乌梅丸之中也。”其“味备酸甘焦苦,性兼调补助益,统厥阴体用而并治之。”吴塘指明乌梅丸乃“治厥阴,防少阳,护阳明之全剂”。蒲辅周认为,肝藏血,内寄相火,体阴而用阳,乃春生之脏,用药既不可纯寒,苦寒太过则伤中阳,克伐生发之气之脏;亦不可用纯热之药,乙癸同源,温热太过则灼阴耗血。伤寒三阴证多为虚寒,厥阴为三阴之末,阴尽而阳生。乌梅丸寒热并调,其组方体现了仲景所说:“肝之病,补用酸,助用焦苦,益用甘味之药调之”和

《难经》：“见肝之病，……先实其脾气，无令得受肝之邪”的理论，为调肝和脾之良方。总之，乌梅丸非只为蛔厥而设，乃为厥阴诸病之主方。蒲老又说：“外感陷入厥阴，七情伤及厥阴，虽临床表现不一，谨守病机，皆可为乌梅丸或循其法而达异病同治。”

该方配伍精当巧妙，能清、能温，能散，能补，有缓肝清胃温脾、清上温下、调和阴阳之功，气血双补之力；酸收、辛开、苦降，能条畅气机，宣通郁结，和调上下内外。实验研究有明显的降糖、抗感染、镇痛等作用。本方治疗糖尿病，还蕴有以酸胜甘、以苦制甘的含义。《素问·至真要大论》曰：“辛甘发散为阳，酸苦涌泻为阴，咸味涌泻为阴，淡味渗泄为阳。”甘为阳，苦为阴。《素问·阴阳应象大论》曰：“阴盛则阳病，阳盛则阴病”。糖尿病患者血糖增高，甘味过盛，又因饮食、情志等因素化火蕴热，阳盛则阴病，治宜滋阴抑阳，故以苦味而制阳、清热、坚阴，运用得当，有釜底抽薪之妙；酸胜甘，酸甘化阴，敛精气，固阴津，把握适度，有标本兼顾之功，常为糖尿病治疗组方的思路之一。

笔者临床凡遇糖尿病病程较长，体质虚弱，气血阴阳俱不足，寒热错杂，症见心烦、畏寒、腹胀、纳谷不香、心中疼热、抑郁不舒等证者，首选乌梅丸。由于目前市场上已很少见到该药，往往改丸为汤，稍事加减或原方应用，并不拘泥于是否便溏，甚至大便秘结者亦常用之。广泛应用于糖尿病性心脑血管病、糖尿病性胃轻瘫、糖尿病足、糖尿病酮症酸中毒、糖尿病合并抑郁、更年期综合征、甲状腺疾病及肾上腺皮质功能减退症等内分泌代谢病，疗效满意。

第十八节 防己黄芪汤

〔组成〕 防己一两 甘草半两（炒） 白术七钱半 黄芪

一两一分（去芦）

上剉麻豆大，每抄五钱匕，生姜四片、大枣一枚，水盪半，煎八分，去滓，温服，良久再服。

〔功效〕 益气固表，祛风除湿。

〔方义分析〕 方中重用黄芪甘微温，入脾、肺经，益气固表，且能利水；防己大苦大寒，祛风利水，逐周身之湿，且与黄芪相伍，扶正祛邪，利水力强而不伤正，共为主药；辅以白术甘温，健脾燥湿，既助防己以缓和防己大苦大寒之性，又配黄芪有实卫之功；生姜、大枣辛甘发散，调和营卫，亦为使药。六药相伍，表固湿化，脾气健运，则风水、风湿诸证可除。

〔适应证〕 风湿、风水，身重，汗出，恶风，脉浮。内分泌代谢病如糖尿病、糖尿病肾病、甲状腺功能减退症、高脂血症等凡有以上证候者皆可用之。

〔类方〕

1. 防己茯苓汤 本方去白术，加茯苓、桂枝而成，并加重黄芪、防己用量，功效为通阳化气，表里分消。主治气虚阳郁之皮水，四肢肿，水气在皮肤中，四肢聂聂动者。

2. 越婢汤 本方去防己、黄芪、白术，加麻黄、石膏，方中生姜、大枣、甘草均较防己黄芪汤为重。功效为发汗利水，兼清郁热。主治风水恶风，一身悉肿，自汗，脉浮等证。

〔加减方〕

1. 防己黄芪汤加减方（沈秋生）

原方去大枣、甘草，加泽泻、桑白皮、陈皮、茯苓皮、薏苡仁、冬瓜皮、桂枝、生姜皮而成。主治特发性水肿。

2. 轻身一号（余永谱）

原方去甘草、姜枣，加川芎、制首乌、泽泻、生山楂、丹参、茵陈蒿、水牛角、淫羊藿、生大黄组成。功用益气健脾、温肾助阳、滋肾填精、活血利水。主治脾肾两虚、痰湿内阻、

瘀血阻络之肥胖症。

[临床荟萃]

1. 糖尿病性心脏病 阚方旭以防己黄芪汤加减治疗糖尿病性心脏病 32 例, 其中男 19 例, 女 14 例, 年龄 42~82 岁, 病程 6~23 年。中医辨证属于气虚血瘀证者, 治宜益气活血。基本方: 防己 12g, 黄芪 50g, 白术 15g, 姜黄 10g, 蒲黄 10g (包), 太子参 30g, 甘草 15g。总有效率 82.9%。

2. 内脏脂肪肥胖型糖尿病 曾报道对于内脏脂肪肥胖型糖尿病患者, 给予防己黄芪汤 6 个月, 具有与运动疗法同等程度的减少内脏脂肪的效果。本次进一步观察了长期 (2 年) 给予防己黄芪汤对内脏脂肪的影响。并对是否有利于预防动脉硬化进行了探讨。内脏脂肪肥胖是指身体内的脂肪不分布于皮下而是明显分布于腹腔内, 为动脉硬化的危险因素。以内脏脂肪面积/皮下脂肪面积 (V/S) 比值为 0.4 以上的内脏脂肪肥胖型糖尿病患者中, 运动疗法治疗无效者 15 例为治疗对象, 其中男性 5 例, 女性 10 例, 平均年龄 54 ± 11 岁, 给予口服降糖药 (SU) 者 9 例, 胰岛素 2 例。以进行 2 单位/日、每周 3 次运动疗法治疗的糖尿病患者 12 例为对照组, 其中男性 4 例, 女性 8 例, 平均年龄 51 ± 14 岁, 给予 SU 剂者 9 例。治疗组给予防己黄芪汤 7.5g/d, 连续给药 2 年, 用 CT 扫描法测定脂肪值, 比较探讨治疗前后 V/S、血糖、脂质的变化。结果防己黄芪汤组给药前后 V/S 分别为 $0.81 \pm 0.54 \pm 0.31$ ($P < 0.05$), BMI (体重指数 Kg/M^2) 分别为 $29 \pm 3.27 \pm 4$ ($P < 0.05$), HbA_{1c} (%) 分别为 6.7 ± 1.3 、 6.6 ± 1.6 ($P < 0.1$)。V/S、BMI 治疗后明显降低, 血糖、血脂也有下降倾向。对照组治疗前后各项检查值无明显变化。上述结果表明, 服用防己黄芪汤能改善体重, 特别是能使内脏脂肪减少, 对于难以采用运动疗法的患者是较好的治疗药物。

3. 特发性水肿 沈秋生以防己黄芪汤为主方治疗特发性

水肿 60 例，药用：防己、白术、泽泻、桑白皮、陈皮各 10g，茯苓皮、黄芪、薏苡仁、冬瓜皮各 30g，桂枝 10g（后下），生姜皮 3g。每日 1 剂，水煎 3 服，7 天 1 疗程。结果：1 疗程后水肿完全消失者 46 例，好转 14 例，2 疗程后水肿完全消失。

〔实验研究〕 现代药理研究证实，防己黄芪汤中防己含防己甲素、乙素、丙素等多种生物碱，能解热镇痛、抗感染、抗过敏，可松弛横纹肌，具有强心降压、抗心律失常、扩张冠脉改善心肌营养、调整血管张力等作用；黄芪具消炎利尿、增强机体免疫功能、抗疲劳及强心降压等作用；白术具强壮利尿、护肝、扩张血管、抑菌、升高白细胞等作用。汉防己服用过量会出现血红蛋白尿、恶心呕吐、头晕寒战、呼吸窘迫，甚至发生急性肾小球坏死等副作用，故临床应用时应注意。

防己黄芪汤对实验性肥胖症大鼠有明显增加尿量作用，应用本方治疗多种原因引起的水肿均显示了明显的利尿作用。另外，对庆大霉素诱导性肾病模型大鼠的肾损伤有明显改善或对抗作用。

防己黄芪汤提取物或煎剂能明显地降低实验性肥胖大鼠或人类的体重和肥胖度（ $P < 0.001$ ），并降低人类体重指数。防己黄芪汤提取物或煎剂能明显降低实验性大鼠或人类胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白的血清水平。防己黄芪汤能明显降低实验性动物及人类血清血脂水平，并降低致动脉硬化指数。防己黄芪汤加味能明显降低人体全血黏度、血浆比黏度，提高红细胞变形能力，抑制血小板聚集性（ $P < 0.001$ ）。

〔运用心得〕 防己黄芪汤乃临床常用经方，以益气利水见长，治疗糖尿病肾病、糖尿病性心脏病、肥胖症、高脂血症、更年期综合征及其他内分泌代谢病所致的水肿、心力衰竭、身重汗出恶风等，证属气虚湿阻者皆有显著的疗效。实验研究表明本方有利尿、调脂、护肾等作用。内分泌代谢病多属本虚标实，应扶正祛邪兼顾。方中黄芪一般用量多在 50g 左右。浮肿

较甚者，可加茯苓、车前子、冬瓜皮、泽兰等；兼见瘀血证者，可与当归芍药散、抵当汤等合用；气机郁滞者，可加枳壳、厚朴、陈皮、乌药等。

仲景在本方附有加减法，喘者加麻黄，胃中不和加芍药，气上冲加桂枝，下有沉寒加细辛。可见仲景用药规律之一斑，临证可依法用之。

第十九节 甘草小麦大枣汤

〔组成〕 甘草三两 小麦一升 大枣十枚

上三味，以水六升，煮取三升，温分三服。

〔功效〕 养心安神，和中缓急。

〔方义分析〕 本方证多由情志不舒或思虑过多，肝郁化火，伤阴耗液，心脾两虚所致，故其治当遵《素问·脏气法时论》“肝苦急，急食甘以缓之”及《灵枢·五味》“心病者，宜食麦”之旨，只宜甘平之味缓其肝，调养心气为主。方中小麦味甘性平，入心肝经，养心安神；甘草、大枣甘平甘缓补中缓急。《金匱要略浅注补正》曰：“三药平和，养胃生津化血，津水下达于脏，则脏不燥而悲伤太息诸症自去矣”。全方甘润平补，养心缓肝，和中安神。心主血，肝藏血，脾生血，心肝脾之血充，则五脏之阴亦旺，脏躁之证可愈。

〔适应证〕 脏躁，症见精神抑郁或恍惚，坐卧不安，夜寐不宁，常悲伤欲哭，多幻觉，心中烦乱，感情易于冲动，呵欠频作，舌红少苔，脉细而数。适用于糖尿病、更年期综合征、代谢综合征、甲状腺功能亢进症等有以上见证者。

〔类方〕

1. 百合地黄汤 由百合、生地黄汁组成，功用：养心润肺，益阴清热。主治百合病而见心神不安等证。

2. 奔豚汤 由生姜、甘草、川芎、黄芩、生葛、当归、

芍药、甘李根白皮、半夏组成。功用：养血平肝，和胃降逆。主治肝郁化热奔豚。

〔加减方〕

1. 甘麦大枣汤（邓铁涛）

本方小麦改用面粉而成。药用：甘草 10g，大枣 3 枚，面粉 1~2 汤匙（冲熟服）。功用：养心安神，甘缓和中。可治疗内分泌代谢病失眠适证者。

2. 加味甘麦大枣汤（冯建华）

由本方加味而来。药物组成：炙甘草 12g，淮小麦 50g，大枣 5 枚，柴胡 9g，白芍 12g，当归 12g，薄荷 3g，牡丹皮 9g，酸枣仁 30g，珍珠母 30g，石决明 30g，枸杞子 15g，制何首乌 30g。适用于更年期综合征属肝郁血虚证者。

〔临床荟萃〕

更年期综合征：薛素芬以甘麦大枣汤治疗女性更年期综合征 30 例。年龄 38~64 岁，病程 1~8 年，其中住院病人 8 例，门诊病人 22 例。临床表现：①月经变化：经期紊乱 3 人，停经 23 人，伴阵汗出 28 例。②精神、神经系统表现：面色潮红、情绪不稳定、易紧张、激动、易燥热，阵汗出、欲哭泣、抑郁、失眠 30 例。③皮肤发麻、关节疼痛 13 例。④心血管系统：心悸、胸闷、气短 24 例，心动过缓 1 例，心动过速 6 例。心电图 ST-T 改变 12 例，高血压或血压不稳定 8 例。基本方：炙甘草 20g，淮小麦 20g，大枣 8 枚。加减：心烦易急抑郁善太息者加入川楝子、莱菔子、郁金、白薇、淡豆豉、荷叶；胸闷气短、心动过缓及 ST-T 改变加太子参、菖蒲、全瓜蒌、桂枝、丹参；全身关节痛、麻木者加入川牛膝、川断、鸡血藤；血压高或血压不稳定加钩藤、生地黄、白芍、合欢皮；烦热、口干、舌红者加女贞子、旱莲草、茺蔚子；面目及全身肿胀不适者重用鸡血藤，茯苓（连皮）。日 1 剂水煎 300~400ml，分 2 次服，2 周 1 疗程。结果：显效 23 例，有效 6 例，无效

1 例。

张艳萍将符合诊断标准的围绝经期综合征患者 50 例，临床表现为月经周期紊乱、面色潮红、头痛、潮热、睡眠障碍、心悸、烦躁、汗出、怕冷、舌质红、苔薄、脉弦滑者，随机分为观察组 30 例和对照组 20 例。观察组给予甘麦大枣汤合小柴胡汤，药用：甘草 5g，淮小麦 50g，大枣 5 枚，柴胡 10g，黄芩 10g，法半夏 12g，党参 10g，生姜 3 片。水煎取汁 400ml，早晚分服 200ml。对照组给予己烯雌酚 0.25~0.50mg，1 次/天，安定 2.5 mg，口服，2~3 次/天。均以 30 天为 1 观察周期。结果：治疗组显效 24 例，有效 4 例，好转 1 例，总有效率 96.7%；对照组显效 14 例，有效 2 例，好转 2 例，无效 2 例，总有效率 90.0%。

〔实验研究〕

1. 明显的镇静作用 可缓解睡眠时精神紧张，增加睡眠时间，减少入睡时间。同时，此方可使脑神经之异常兴奋得到抑制，使精神神经系之过敏状态恢复正常。

2. 对肌肉组织的影响 能够抑制组胺、乙酰胆碱所致的豚鼠回肠平滑肌收缩；抑制子宫收缩。

3. 升白细胞作用。

4. 对生殖系统的影响 有雌激素样作用，并能明显增加子宫重量。

5. 增加小鼠耐力、延长小鼠的耐缺氧时间。

6. 抑制情绪反应及抗惊厥作用 甘麦大枣汤所主妇人脏躁证属抑郁型情感性精神病，单胺类神经递质 5-羟色胺（5-HT）和去甲肾上腺素（NE）缺乏是抑郁的生化病理学基础。甘麦大枣汤所可以增加单胺合成，减少降解，这可能是治疗脏躁、抗抑郁的主要药理基础。实验证实，甘麦大枣汤对大鼠强烈情绪反应（捆束水浸）有轻度抑制作用。

采用镇静、催眠及抗惊厥方法研究甘麦大枣汤的神经药理

作用。结果表明：甘麦大枣汤能延长戊巴比妥钠诱导小鼠的睡眠时间；增加入睡动物数；明显抑制小鼠的自主活动及苯丙胺诱发的活动增强；降低戊四氮诱发的小鼠惊厥死亡率；但对硫代氨基脲、印防己毒素及电刺激引起的小鼠惊厥无明显拮抗作用。

〔运用心得〕 甘麦大枣汤乃《金匱要略》治脏躁之方，药味简单易得，药性平和，实为药食同用之典范。对甘味药的应用问题在《内经》就已十分重视，指出阴阳气血俱虚者，调之以甘。甘可补益，能缓急，可入脾，脾为后天之本，气血化生之源，土能生万物，脏腑皆得其养。甘麦大枣汤可以补益气血，缓急安神，对于许多内分泌代谢疾病均有良好的疗效。如糖尿病合并抑郁、失眠，甲状腺功能亢进症、更年期综合征、经前期紧张综合征等，可单纯使用或随证加减，或合用其他方剂同用，不可因其简单而弃之。

方中小麦乃带皮煮用，邓铁涛认为如改用面粉治疗失眠效果更佳。小麦乃肝之谷，善养心气，用量可在 50~100g；《神农本草经》中载：“大枣，味甘，平。主心腹邪气，安中养脾，助十二经，平胃气，通九窍，补少气、少津液，身中不足，大惊，四肢重；和百药，久服轻身长年。”又载：“甘草，味甘，平。主五脏六腑寒热邪气；坚筋骨，长肌肉，倍力；金疮瘡；解毒。久服轻身延年。”诸药虽性至平和，但配伍巧妙，疗效可靠，且又甘淡适口，尤宜不喜服用中药之人。笔者常以此嘱患者煎汤代茶，有不凡之效。

第二十节 桂 枝 汤

〔组成〕 桂枝三两（去皮） 芍药三两 甘草二两（炙）
生姜三两（切） 大枣十二枚（擘）

上五味，㕮咀三味，以水七升，微火煮取三升，去滓，适

寒温，服一升。服已须臾，啜热稀粥一升余，以助药力。温覆令一时许，遍身𦛖𦛖微似有汗者益佳，不可令如水流漓，病必不除。若一服汗出病瘥，停后服，不必尽剂。若不汗，更服依前法。又不汗，后服小促其间。半日许，令三服尽。若病重者，一日一夜服，周时观之。服一剂尽，病证犹在者，更作服。若汗不出，乃服至二、三剂。禁生冷、黏滑、肉面、五辛、酒酪、臭恶等物。

〔功效〕 解肌祛风，调和营卫。

〔方义分析〕 方中桂枝辛温，温经通阳，疏风散寒。芍药酸苦微寒，敛阴和营，二者等量相配，一辛一酸，一散一敛，一开一合，于解表中寓敛汗养阴之意，和营中有调卫散邪之功，以调和营卫。因脾胃为营卫生化之本，故又用生姜大枣益脾和胃。生姜辛散止呕，助桂枝以调卫。大枣味甘，补中和胃，助芍药以和营。姜、枣合用，亦有调和营卫之功。炙甘草补中气且调和诸药，与桂枝、生姜等辛味相合，辛甘化阳，可增强温阳之力；与芍药等酸味相配，酸甘化阴，能增强益阴之功。诸药相伍，不仅能外调营卫，而且内和脾胃，滋阴和阳。

〔类方〕

1. 桂枝加龙骨牡蛎汤 原方加龙骨、牡蛎组成。功用：调和营卫，潜镇固涩。治疗糖尿病、甲状腺功能亢进症、更年期综合征、高脂血症等之虚劳失精梦交诸证，亦可治疗内分泌代谢病阴阳不和，心肾不交之心悸、失眠、多汗等。

2. 桂枝加黄芪汤 原方倍芍药加胶饴、黄芪组成。调和营卫，益气固表。治疗糖尿病、甲状腺功能亢进症、更年期综合征等之自汗证。

3. 柴胡桂枝汤 以本方合小柴胡汤各用半量而成。功用：和解少阳，兼以解表。治疗糖尿病、甲状腺功能亢进症、更年期综合征症见发热，微恶寒，支节烦痛，微呕，心下支结等少阳兼太阳证。

[加减方] 桂枝石膏汤（任爱华）

由桂枝汤加石膏组成。功用：解肌祛风，清热生津。主治糖尿病、高脂血症、代谢综合征等素有内热，外感风邪及汗出异常等证。

[临床荟萃]

1. 更年期综合征 以桂枝汤加味治疗更年期烘热证 40 例，药用：桂枝 6~10g，白芍 10~15g，炙甘草 3~6g，生姜 6g，大枣 5 枚。情绪不稳、急躁易怒者，加生龙骨、生牡蛎各 30g，朱砂 0.3~1g（冲服）；失眠多梦者，加炒枣仁 30g，柏子仁 30g，合欢皮 30g；神疲乏力、心悸加茯苓 30g，炙黄芪 30g；头痛头晕者，加葛根 30g，决明子 30g。7 天 1 疗程，1~2 疗程。结果：治愈 24 例，好转 12 例，无效 4 例。

以柴胡桂枝汤加减治疗更年期综合征 56 例，药用：柴胡 10~15g，黄芩 8~15g，潞党参 10~15g，法半夏 10~15g，生姜 10g，大枣 10~15g，炙甘草 6~10g，桂枝 10~15g，白芍 10~15g。开水煎沸 20min，日 1 剂，连服 3~9 天。加减：心肾不交致烦躁、失眠、多梦者，合甘麦大枣汤加龙骨 30g，牡蛎 30g；颜面及双下肢浮肿，大便稀溏，舌淡苔薄白者，加桔梗 15g，枳壳 15g，茯苓 30g，泽泻 15g，淫羊藿 15g；颜面黄褐斑，月经色黑，有血块者，加蒲黄 6g；头晕耳鸣，腰膝酸软者，加菟丝子 15g，续断 15g，怀牛膝 30g，杜仲 15g。结果：显效 30 例，有效 21 例，无效 5 例。

以桂枝加龙骨牡蛎汤治疗更年期综合征 80 例，药用：桂枝，龙骨，牡蛎，甘草。阴虚为主者，春加沙参、黄芪、桑叶、玉竹、生地黄；夏加潞党参、麦冬、夏枯草、玉竹；长夏加砂仁、黄柏；秋加法夏、玉竹；冬加龟板、鳖甲。偏阳虚者，春加淡大云、巴戟、苏叶；夏加砂仁、附片、龟板；长夏加佩兰、薏仁、巴戟；秋加苏梗、淡大云、巴戟；冬加附片、肉桂、巴戟。肝郁热结者加栀子、夏枯草；肝郁不舒者加苏

叶、麦芽；肝郁寒凝者加吴茱萸；肝郁血虚者加熟地黄、当归；肝郁脾虚者加砂仁、防风、炒柴胡。日1剂，1月1疗程。连用3疗程。结果：治愈50例，有效25例，无效5例。

以桂枝加黄芪汤加减治疗糖尿病多汗证36例，药用：桂枝、炙甘草、五味子各9g，黄芪、煅龙牡各30g，白芍15g，生姜3片，大枣5枚。水煎服日1剂，10天1疗程。加减：蒸蒸汗出，每于进食时汗出明显，伴口干渴，烦躁，大便干结，小便黄赤，加炒栀子、石膏、知母、大黄；时自汗出，动则益甚，汗出恶风，伴疲倦乏力，少气懒言，加党参、白术、黄精、防风；夜寐盗汗或烦躁之时汗出加重，伴失眠多梦，五心烦热，口干咽燥，加当归、生熟地黄、麦冬、炒枣仁。结果：治疗1~3个疗程，显效14例，有效17例，无效5例。

2. 甲状腺功能亢进症 以桂枝汤加味治疗甲状腺功能亢进症24例，基本方：桂枝10g，赤白芍各10g，甘草10g，生姜2片，大枣3枚，生熟地黄各20g，玄参20g，夏枯草20g，枸杞20g，黄芪20g，知母16g，桔梗6g，鳖甲20g，桃仁10g，石膏20g，牡蛎50g。心率增快加酸枣仁、龙齿；甲状腺肿硬加象贝母、山慈菇；眼球突出加白蒺藜、草决明。疗效：1~2个月后多数获效。临床治愈10例，基本治愈8例，显效3例，好转2例，无效1例。

〔实验研究〕 桂枝汤有降低四氧嘧啶致糖尿病模型小鼠的血糖的作用，且作用与药物煎煮时间有关。桂枝汤240min组降糖作用最强，桂枝汤120min组、桂枝汤60min组、桂枝汤30min组降糖作用依次减弱，证实桂枝汤各组对血糖均有降低作用，且随煎煮时间的延长而作用增强。究其原因可能为某种降糖物质随煎煮时间延长而增加或产生了新的物质，这种“新物质”有更强的降糖作用，这种新物质是如何发挥作用的，尚需进一步研究。

实验结果表明，黄芪建中汤能显著降低正常和四氧嘧啶糖

尿病小鼠的空腹血糖，表明其具有磺脲类和双胍类降糖药的作用。

〔运用心得〕 桂枝汤乃仲景《伤寒论》群方之冠，被誉为滋阴和阳，调和营卫，解肌发汗第一方。该方用药精当，配伍巧妙，结构严谨，是治疗太阳中风表虚证的主方，有解肌祛风，和营卫，健脾胃，通经脉，启枢机，调阴阳之功。实验证实有降血糖、调节体温、改善心肌缺血等作用。

桂枝汤在内分泌代谢病中应用广泛，无论是外感风寒还是脾胃虚弱或营卫失和之汗证、烘热等皆可用之，疗效可靠。桂枝汤适应证广，类方较多，加减运用灵活。内分泌代谢病多属虚实夹杂，病体多虚，一旦感受外邪，以桂枝汤解肌祛风常为首选。医者意也，桂枝汤不独为外感而设，尚可治疗糖尿病合并心脏病、糖尿病自主神经病变、甲状腺功能亢进症、代谢综合征、经前期紧张综合征、更年期综合征等适证者。桂枝汤方后注是仲景用药将息之典范，具有纲领性的意义，其内容科学周详，对于药物作用的充分发挥及服用中药的饮食宜忌意义非凡，应严格遵循。

本方在目前《方剂学》中一般列为解表剂，其实在内分泌代谢病中更多的是用其组方思路治疗内科杂病。学仲景之方，绝不是单纯的背过组成、功效、主治就可以了，一方寓一法，应认真探究其精意，有所悟，有所创新。执其方而不求精意，不解其法，乃经方学习之大忌。

主要参考文献

- [1] 清·汪昂著. 医方集解. 上海: 上海科学技术出版社, 1959
- [2] 许济群主编. 高等医药院校教材·方剂学. 上海: 上海科学技术出版社, 1985
- [3] 章红英. 吕仁和诊治消渴病的经验及从师体会. 北京中医, 1996, (6): 42

- [4] 杨晓晖. 四逆散加味治疗消渴病肝气郁结证—附 34 例临床分析. 上海中医药杂志. 1997, (5): 11~13
- [5] 王巧云, 谷中红, 余静, 等. 加味四逆散治疗糖尿病胃轻瘫 56 例. 总装备部医学学报, 2004, 6 (2): 104
- [6] 彭鑫, 王洪蓓. 张仲景方剂实验研究. 中国医药科技出版社, 北京, 2005
- [7] 李廷利, 朱维莉, 齐风琴, 等. 四逆散催眠作用的实验研究. 中医药信息. 2004, 21 (1): 封三
- [8] 张国骏, 王东强, 史丽萍, 等. 经方四逆散对肝损害的保护作用及机制研究. 天津中医药. 2004, 21 (6): 503~504
- [9] 王玉明, 张云云. 五苓散加味治疗高尿酸血症临床观察. 北京中医, 2003, 22 (1): 19
- [10] 杨利. 邓铁涛和任继学教授应用经方举隅. 广州中医药大学学报, 2004, 21 (1): 64
- [11] 单书健, 陈子华. 古今名医临证金鉴·消渴卷. 北京: 中国中医药出版社, 2000
- [12] 王丽娜, 李晨. 五苓散配合针灸治疗糖尿病神经源性膀胱疗效观察. 河南中医, 2004, 24 (3): 14~15
- [13] 康兴霞. 茵陈五苓散加味治疗高脂血症 30 例—附西药烟酸肌醇脂片治疗 30 例对照. 浙江中医杂志, 2000, (1): 15
- [14] 高双, 杜光亮, 高铸焯. 加味四逆散治疗高脂血症 100 例. 辽宁中医杂志, 2000, 27 (5): 211
- [15] 毛振营. 五苓散合血府逐瘀汤治疗糖尿病肾病 160 例. 光明中医. 2003, 18 (6): 9~10
- [16] 梁广和. 糖尿病中医治法索微. 陕西中医, 2002, 23 (1): 94
- [17] 冯勇主编. 中医十大名方妙用·五苓散. 北京: 中国中医药出版社, 2003
- [18] 焦树德主编. 方剂心得十讲. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005
- [19] 冯福海, 高希言, 张淑君, 等主编. 实用中西医糖尿病学. 北京: 中国中医药出版社, 1998
- [20] 黄河清, 黄骏. 金匱肾气丸加味治疗肾气虚 II 型糖尿病 38 例临床

- 观察. 湖北中医杂志, 1995, 17 (1): 19
- [21] 廖志峰, 赵川荣, 王自立. 辨证分型治疗糖尿病 104 例疗效观察. 甘肃中医, 1994, 7 (24): 10
- [22] 方立曙. 金匱肾气丸为主治疗早期糖尿病肾病. 浙江中医杂志, 1998, (8): 362
- [23] 何少霞. 金匱肾气丸为主治疗糖尿病肾病 46 例临床观察. 湖北中医杂志, 2004, 26 (5): 40
- [24] 杜俊声. 18 例消渴病继发阳痿治验. 中医研究, 1994, 7 (3): 35
- [25] 林榕, 李薇. 运用金匱肾气丸治疗糖尿病神经源性膀胱 21 例. 实用中医内科杂志, 2006, 20 (3): 260
- [26] 高志扬. 金匱肾气汤治疗原发性尿崩症. 职业卫生与病伤, 2003, 18 (2): 127
- [27] 齐向华, 张法荣主编. 难病奇方系列丛书·金匱肾气丸. 北京: 中国中医药出版社, 2005
- [28] 周文献, 朱志军. 加味金匱肾气汤治疗原发性甲状腺功能减退症. 光明中医, 2001, 16 (4): 41
- [29] 黄厚才, 彭蕴茹, 沈明勤. 金匱肾气丸对大鼠肾虚模型的影响. 中国比较医学杂志, 2004, 14 (3): 155
- [30] 彭蕴茹, 沈明勤, 罗宇慧, 等. 金匱肾气丸防治小鼠肾阳虚的实验研究. 中成药, 2004, 26 (5): 395
- [31] 刘晋河, 郝伟欣, 贾力, 等. 金匱肾气丸对糖尿病大鼠红细胞超氧化物歧化酶活性和血清丙二醇的影响. 中国临床康复, 2004, 8 (36): 8254
- [32] 马红, 沈继译, 张名伟, 等. 金匱肾气丸免疫调节作用的实验研究. 中药药理与临床, 2000, 16 (6): 5
- [33] 王新玲, 李月彩, 侯颖春. 金匱肾气丸抗自由基和细胞凋亡的作用. 第四军医大学学报, 2000, 21 (10): 1200
- [34] 梁晓春, 郝伟春, 贾力, 等. 金匱肾气丸对糖尿病大鼠多元醇代谢的影响. 北京中医杂志, 2002, 21 (5): 271
- [35] 吴大真, 刘学春, 董静, 等主编. 现代名中医糖尿病治疗绝招. 北京: 科学技术文献出版社, 2004
- [36] 张丰强, 郑英. 首批国家级名老中医效验秘方精选. 湖南: 国际文

化出版公司, 1996

- [37] 吴仕九, 孟庆棣, 许俊杰. 加味白虎人参汤治疗胃热型糖尿病的
临床与试验研究. 河南中医, 1994, 14 (5): 266
- [38] 颜耀东. 白虎加人参汤治疗糖尿病 58 例小结. 湖南中医杂志,
1994, 10 (2): 8~9
- [39] 武翠凡, 辛建勋. 白虎加人参汤联合西药治疗 2 型糖尿病 51 例.
中国社区医师, 2006, 22 (3): 37
- [40] 谭漪, 谢春光. 白虎加人参汤治疗 2 型糖尿病的临床观察. 成都中
医药大学学报, 2002, 25 (4): 23
- [41] 陈俊, 万琳, 黄晓云, 等. 白虎人参汤对改善 2 型糖尿病 (IR) 的
疗效观察. 辽宁中医学院学报, 2005, (2): 138
- [42] 尚亚珍摘译, Kimura I... (英). 白虎加人参汤对四氧嘧啶所致及
遗传性糖尿病 KK-CA^y 小鼠的复合降糖作用. 国外医学中医中药
分册, 2001, (1): 24~25
- [43] 孙成斋主编. 《伤寒论》现代医学评述. 合肥: 安徽人民出版
社, 2005
- [44] 王琦, 生增秀, 蒋厚文, 等主编. 经方应用. 银川: 宁夏人民出版
社, 1981
- [45] 宋子云, 张恭新. 《伤寒论》葛根芩连汤证析疑. 浙江中医杂志,
2003, (3): 132~133
- [46] 清·吴塘著. 南京中医药大学温病教研室整理. 中医临床必读丛
书·温病条辨. 北京: 人民卫生出版社, 2005. 74
- [47] 李志坚. 糖尿病肠病的辨证治疗. 实用中医内科杂志, 1997, 11
(2): 40
- [48] 潘竞锵, 韩超, 刘惠纯, 等. 葛根芩连汤降血糖作用的实验研究.
中国新药杂志, 2000, 9 (3): 167~168
- [49] 周艳, 谭海容, 潘竞锵, 等. 葛根芩连汤对 2 型糖尿病大鼠的降血
糖抗氧化作用. 中国新医药, 2003, 2 (6): 17
- [50] 潘竞锵, 韩超, 谭海容, 等. 葛根芩连汤对抗地塞米松诱导大鼠
胰岛素抵抗作用. 广东药学, 2003, 13 (6): 27
- [51] 王孝先. 葛根芩连汤实验研究及临床应用. 新疆医科大学学报,
2000, 23 (3): 279

- [52] 卢祥之主编. 中国名医名方. 北京: 中国医药科技出版社, 1991
- [53] 马丽. 黄芪桂枝五物汤对糖尿病周围神经病变微循环障碍的影响. 辽宁中医杂志, 2006, 33 (2): 140
- [54] 陆学红, 朱智德. 黄芪桂枝五物汤治疗糖尿病周围神经病变 42 例. 广西中医学院学报, 2005, 8 (1): 15~16
- [55] 张志荭, 李萍. 黄芪桂枝五物汤治疗糖尿病周围神经 34 例. 实用中医药杂志, 2004, 20 (4): 179
- [56] 谢争鸣. 黄芪桂枝五物汤合脉络宁治疗糖尿病周围神经病变. 黑龙江中医药, 2001, (4): 12
- [57] 秦玖刚, 祖丽华. 黄芪桂枝五物汤治疗糖尿病性周围神经病变 40 例. 国医论坛, 2002, 17 (1): 7
- [58] 孟凡霞, 李兆娥. 黄芪桂枝五物汤治疗糖尿病周围神经病变 20 例. 山东中医杂志, 2001, 20 (11): 672
- [59] 王冰. 黄芪桂枝五物汤配合血塞通治疗早期糖尿病足 21 例. 河南中医, 2003, 23 (11): 5
- [60] 姜德友, 单文等. 黄芪桂枝五物汤加味对糖尿病周围神经病理形态变化的影响. 中华中医药学会第十二届仲景学说学术研讨会论文汇编, 青岛, 2004, 8, 230
- [61] 马丽. 黄芪桂枝五物汤对糖尿病周围神经病变微循环障碍的影响. 辽宁中医杂志, 2006, 33 (2): 140
- [62] 李文瑞, 李秋贵主编. 伤寒论证论治. 北京: 中国科学技术出版社, 2000
- [63] 蓝柳贵, 彭万年, 朱章志, 等. 加味真武汤治疗糖尿病少阴证 60 例临床观察. 国医论坛, 2006, 21 (2): 7~8
- [64] 姬云海. 真武汤加减治疗消渴病 50 例疗效观察. 浙江中医杂志, 1999, (3): 98
- [65] 武海亭. 真武汤治疗糖尿病 26 例临床观察. 河北中医药学报, 1997, 12 (2): 19
- [66] 唐晓军, 张军. 加味真武汤治疗糖尿病肾病 30 例. 辽宁中医杂志, 1999, 26 (7): 312
- [67] 陈文娟, 钟妙文, 杨劲松. 真武汤加减治疗甲状腺功能减退症 (脾肾阳虚型) 30 例疗效观察. 新中医, 2006, 38 (3): 41

- [68] 梁华龙, 李姗姗, 郭芳. 真武汤温阳机理的实验研究. 中国实验方剂学杂志, 2000, 6 (3): 46
- [69] 王钰霞, 陈魁敏, 郝伟, 等. 真武汤的药效学研究. 辽宁中医杂志, 2002, 27 (12): 565
- [70] 王钰霞, 陈魁敏, 郝伟, 等. 真武汤对阳虚小鼠作用的实验研究. 中国实验方剂学杂志, 2001, 7 (1): 48
- [71] 梁华龙, 李姗姗, 郭芳. 真武汤利水作用机制的实验研究. 北京中医药大学学报, 1999, 22 (2): 68
- [72] 卢荐生. 真武汤提取物干预实验性肥胖及影响血脂代谢和机制的研究. 四川生理科学杂志, 2004, 26 (2): 49
- [73] 高彦彬主编. 古今糖尿病医论医案选. 北京: 人民军医出版社, 2005
- [74] 熊曼琪, 邓兆智主编. 内分泌科专病与风湿病中医临床诊治. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 2005
- [75] 王廷春, 范冠杰, 欧翠柳. 加味桃核承气汤治疗糖尿病肾病138例临床观察. 国医论坛, 2000, 15 (2): 10~11
- [76] 黄永俨. 从瘀热论治Ⅱ型糖尿病便秘32例. 江苏中医, 1999, 20 (11): 18
- [77] 原中琉离子. 桃核承气汤对增龄的影响. 国外医学. 中医中药分册, 1992, (4): 40
- [78] 原田清行. 桃核承气汤在治疗更年期障碍的使用经验. 国外医学. 中医中药分册, 1990 (3): 52
- [79] 陈文娟, 杨劲松, 钟妙文. 加味桃核承气汤治疗糖尿病并发脑梗死48例. 中西医结合心脑血管病杂志, 2006, 4 (3): 195
- [80] 赵光东, 陈广祥, 王永才. 桃核承气汤药效学的实验研究. 解放军医学高等专科学校学报, 1996, 24 (2): 32~33
- [81] 桂欣, 张凤蕴, 张华, 等. 桃核承气汤调节机体免疫功能的实验研究. 哈尔滨医科大学学报, 2004, 38 (4): 330;
- [82] 清·顾观光辑, 杨鹏举校注. 神农本草经. 北京: 学苑出版社. 第2版, 2002
- [83] 黄河清, 刘培庆, 黄民. 抵当汤改良方抗家兔实验性动脉粥样硬化效应及机制初探. 中国药理学通报, 2003, 19 (5): 589

- [84] 王军. “黄芪抵当汤”在糖尿病晚期内科并发症治疗中的运用. 江苏中医药, 2002, 23 (12): 12
- [85] 柳红芳. 仝小林应用仲景方治疗糖尿病的经验. 北京中医药大学学报, 2001, 24 (1): 51
- [86] 赵立新, 赵卫. 百合地黄汤合抵当汤加减治疗糖尿病合并失眠临床观察. 中华实用中西医杂志, 2005, 18 (5): 410
- [87] 张又文, 黄河清. 抵当汤改良方治疗早期糖尿病肾病的研究. 现代中西医结合杂志, 2002, 11 (21): 2091~2092
- [88] 于万涛, 邹存信, 齐洪生, 孟祥智. 抵当汤加味治疗脱疽之体会. 中医药信息, 1996, (3): 39~40
- [89] 夏卫军, 金妙文, 张莉. 抵当汤治疗老年期血管性痴呆的实验研究. 中药药理与临床, 2000, 16 (4): 8
- [90] 林靓. 抵当汤对实验性脑出血大鼠脑细胞凋亡的影响. 甘肃中医, 2005, 18 (3):
- [91] 黄河清, 刘培庆, 黄民. 抵当汤改良方抗家兔实验性动脉粥样硬化效应及机制初探. 中国药理学通报, 2003, 19 (5): 589
- [92] 吴荣民, 吴江, 钱小奇. 大柴胡汤加味治疗高脂血症 52 例. 浙江中西医结合杂志, 2003, 13 (1): 30
- [93] 黄河清, 程坚, 程丽雪. 大柴胡汤加减治疗脂肪肝. 光明中医杂志, 1996, (5): 50
- [94] 陈利平, 刘梅. 大柴胡汤化裁方治疗 2 型糖尿病合并高脂血症 58 例疗效观察. 新中医, 2005, 37 (11): 34
- [95] 费忠东. 大柴胡汤现代方证研究. 江西中医药, 2001, 24 (8): 43~45
- [96] 刘英锋, 刘敏. 论小柴胡汤的历代化裁规律. 江西中医药, 2004, 35 (8): 50
- [97] 焦树德主编. 方剂心得十讲. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1995
- [98] 张秋霞, 吴明珠. 柴泽合剂治疗高脂血症的临床研究. 北京中医, 2003, 22 (3): 49
- [99] 李明煜. 小柴胡汤治疗糖尿病体会. 河南中医, 2003, (5): 11~12
- [100] 周燕. 薛伯寿应用小柴胡汤经验. 四川中医, 1994, (3): 11~12

- [101] 彭建中. 赵绍琴教授临床活用经方举隅. 国医论坛, 1994, (4): 18
- [102] 聂有智, 王春勇. 小柴胡汤加味治疗桥本甲状腺炎 50 例. 山东中医药大学学报, 2005, 29 (6): 451~452
- [103] 赵玉柱. 小柴胡汤加减治疗妇女更年期综合征 30 例. 内蒙古中医药, 2005, (2): 29
- [104] 董康, 袁德培主编. 中医十大名方妙用·小柴胡汤. 北京: 中国中医药出版社, 2003. 26~46
- [105] 董晓蕾, 胡兵, 赵凌杰, 等. 柴胡、黄芩组方合剂对糖尿病肾病大鼠尿蛋白、脂质代谢的影响. 中国临床康复, 2006, 10 (15): 97
- [106] 孙伟, 潘中文. 小柴胡汤及白虎汤研究的免疫学研究. 中医药研究, 2002, 18 (2): 8
- [107] 陈敬然. 日本对小柴胡汤的实验研究. 中成药, 1995, (10): 49
- [108] 阳怀来. 桂枝甘草龙骨牡蛎汤治疗甲状腺功能亢进症 38 例. 湖南中医杂志, 1996, 12 (2): 40
- [109] 山东中医学院中药方剂教研室主编. 中药方剂学 (上册). 济南: 山东人民出版社, 1976. 394~396
- [110] 易继兰. 当归四逆汤加减治疗糖尿病末梢神经病变 40 例. 河北中医, 2004, 26 (3): 197
- [111] 汪艳娟, 王行宽, 陈丽萍. 当归四逆汤合路路通注射液治疗糖尿病下肢动脉硬化闭塞症的临床观察. 中国中医基础医学杂志, 2004, 10 (1): 60
- [112] 邓文龙主编. 中医方剂的药理及应用. 重庆: 重庆出版社, 1990
- [113] 薛伯寿主编. 继承心悟. 北京: 人民卫生出版社, 2000
- [114] 茅国荣. 麻仁丸加味治疗高脂血症 50 例. 实用中医药杂志, 2000, 16 (12): 19
- [115] 骆洪武, 李强. 麻子仁丸在Ⅱ型糖尿病便秘中的应用. 辽宁中医杂志, 2002, 29 (6): 330
- [116] 全世建, 黎同明, 刘妮. 麻子仁丸治疗 2 型糖尿病便秘 40 例. 陕西中医, 2005, 26 (12): 1357~1358
- [117] 任平安. 麻子仁丸加味治疗Ⅱ型糖尿病临床疗效观察. 现代中医

- 药, 2003, (1) 29~30
- [118] 杨百弗, 李培生主编. 实用经方集成. 北京: 人民卫生出版社, 1996
- [119] 何灵芝, 李学铭. 桂枝茯苓丸治疗糖尿病肾病肾功能不全 20 例. 浙江中西医结合杂志, 2001, 11 (9): 584
- [120] 李承功, 嵇宝英. 桂枝茯苓丸治高脂血症 39 例疗效观察. 江西中医药, 1998, 29 (1): 19
- [121] 廖世忠, 陆社桂. 桂枝茯苓丸治疗糖尿病周围神经病变 20 例. 内蒙古中医药, 1996, (4): 8
- [122] 孙荣科, 阿琴. 桂枝茯苓丸临床新用. 淮海医药, 2000, (1): 16
- [123] 侯莉莉. 桂枝茯苓丸的药理实验研究. 河北中医, 1997, 19 (6): 45
- [124] 于晓红, 郑瑞茂, 杨宝华. 桂枝茯苓丸中单味药实验免疫学研究进展. 中医药信息, 2000 (5): 32
- [125] 唐·孙思邈著. 备急千金要方·卷 21. 北京: 人民卫生出版社, 1982
- [126] 吕仁和. 中医药治疗糖尿病新进展—首届糖尿病(消渴病)国际学术会议论文集. 北京: 中国医药科技出版社. 1994
- [127] 赵泉霖. 程益春辨治 2 型糖尿病胰岛素抵抗经验. 山东中医杂志, 2003, 22 (6): 370~371
- [128] 于富波. 泻心汤加味治疗高脂血症 80 例. 黑龙江中医药, 2005, (3): 22
- [129] 周方. 三黄汤治疗糖尿病足的临床观察. 吉林中医药, 2002, 22 (4): 16
- [130] 韩超, 潘竞镨, 刘惠纯, 等. 泻心汤对正常和多种糖尿病模型动物的降血糖作用. 中国实验方剂学杂志, 2000, 6 (4): 33
- [131] 关怀, 穆阳, 高燕, 等. 不同配伍剂量对大黄、黄连药对的有效成分及药理作用的影响研究. 北京中医. 2000, (2): 53~55
- [132] 吴智春, 吴凯, 王浩, 等. 金匱泻心汤抗动脉粥样硬化的实验研究. 中国老年学杂志, 2003, 23 (7): 461
- [133] 张静. 《伤寒杂病论》中大黄性能与效用的关系探讨. 光明中医, 2003, 18 (5): 7

- [134] 清·吴瑭著. 南京中医药大学温病教研室整理. 中医临床必读丛书·温病条辨. 北京: 人民卫生出版社. 2005
- [135] 杨亚平. 应用仲景方药治疗消渴的脏腑辨证思路. 湖北中医杂志. 2004, 26 (1): 25
- [136] 陈亦工, 陈萌, 王玉才. 遵仲景消渴之论探消渴病分型论治. 国医论坛, 1997, (2): 7
- [137] 邹世昌. 乌梅丸治疗糖尿病性胃轻瘫 42 例临床观察. 新中医, 2001, 33 (12): 34
- [138] 卢健, 李瑛, 王凌志, 等. 乌梅丸降血糖作用机制探讨. 中医药学报, 2005, 23 (5): 84
- [139] 沈秋生. 防己黄芪汤为主治疗特发性水肿 60 例. 四川中医, 2003, 21 (1): 41
- [140] 余永谱, 金樨英, 王坚, 等. 中药“轻身一号”治疗单纯性肥胖症 50 例临床疗效观察. 中医杂志, 1990, (10): 40
- [141] [日] 吉田麻美. 日本东洋医学杂志. 防己黄芪汤对于内脏脂肪肥胖型糖尿病患者的疗效 (3), 1997, 47 (6): 107
- [142] 邱联群. 防己黄芪汤临床应用近况. 国医论坛. 1995, 5: 48
- [143] 喜多岛修也, 等. 防己黄芪汤对实验性肥胖症大鼠尿量的影响. 国外医学·中医中药分册, 1994; 16 (5): 26
- [144] 陆纪宏, 等. 防己黄芪汤降低人类体重的研究. 辽宁中医杂志, 1992, (12): 16
- [145] 吉田麻美, 等. 防己黄芪汤降低实验性动物及人类血清血脂水平. 国外医学·中医中药分册, 1996, (4): 30
- [146] 李文瑞, 李秋贵主编. 金匱要略汤证论治. 北京: 中国科学技术出版社. 2000
- [147] 袁军主编. 张仲景医方精要·金匱篇. 石家庄: 河北科学技术出版社, 2004
- [148] 邱仕君主编. 邓铁涛医案与研究. 北京: 人民卫生出版社, 2004
- [149] 冯建华, 郭宝荣主编. 内分泌代谢病的中医治疗. 北京: 人民卫生出版社, 2001
- [150] 薛素芬. 甘麦大枣汤治更年期综合征 30 例. 武警医学. 1995, 6 (6): 356

- [151] 张艳萍. 甘麦大枣汤合小柴胡汤治疗围绝经期综合征 30 例临床观察. 甘肃中医学院学报, 2003 (1) 136~37
- [152] 刘德麟, 杨威. 从单胺类递质看甘麦大枣汤治疗妇人脏躁证机理. 中国中医基础医学杂志, 1995 (2) : 55
- [153] 覃文才, 洪庚辛, 饶芳. 甘麦大枣汤的中枢抑制作用. 中药药理与临床, 1994 (5) : 9
- [154] 熊曼琪主编. 新世纪全国高等中医药院校规划教材·伤寒学. 北京: 中国中医药出版社, 2003
- [155] 崔振波, 杨太银. 桂枝汤加味治疗更年期烘热症 40 例. 安徽中医临床杂志, 2003, 15 (6) : 478
- [156] 张春, 肖方旗. 柴胡桂枝汤加减治疗更年期综合征 56 例. 国医论坛, 2003, 18 (6) : 10
- [157] 王凤云, 曾进, 张萍. 桂枝龙牡汤治疗更年期综合征 80 例. 云南中医中药杂志, 2006, 27 (2) : 64
- [158] 寇天芹, 王广梅. 桂枝加黄芪汤加减治疗糖尿病多汗证 36 例. 实用中医内科杂志, 2004, 18 (3) : 238
- [159] 赵凤德. 桂枝汤加味治疗甲状腺功能亢进症 24 例体会. 内蒙古中医药, 1996, (4) : 12~13
- [160] 李静华, 赵玉堂, 郭玉成, 等. 桂枝汤对四氧嘧啶致糖尿病小鼠模型的降糖作用. 承德医学院学报, 2006, 23 (2) : 154
- [161] 张云端, 于得海. 黄芪建中汤降血糖作用的实验研究. 辽宁中医学院学报, 2004, 6 (4) : 338



疾病篇

無因來



第一章

内分泌代谢病常见症状及经方治疗

第一节 口 渴

一、概 述

口渴是临床常见症状之一，在中医四诊中占有重要地位，是某些原因导致人体津液受到耗损或阴津不足或津液输布障碍而不能上乘，口舌失其濡润，出现口中干燥而欲饮水的感觉，一般认为口干不欲饮与口渴欲饮者皆属于口渴范围。口渴常出现在多种内分泌代谢病中，如糖尿病、甲状腺功能亢进症、尿崩症、库欣氏综合征等，是临床重要的辨证依据之一。根据口渴的有无及喜恶情况、饮量多少、饮后反应等，可以辨别疾病性质寒热属性、病邪轻重、津液耗伤及输布情况，判断治疗效果及预后等。因此，必须十分重视口渴的辨识和治疗。

二、辨 证 治 疗

1. 肺热津伤证

主证：口渴多饮，咽干口燥，舌红，苔黄，脉滑数。

治法：清热生津。

方剂：白虎汤。

生石膏 30g（先煎），知母 12g，粳米 30g，甘草 6g。

加减：渴甚加石斛、麦冬、芦根；汗多加糯稻根、牡蛎；乏力加太子参、黄精。

2. 胃肠燥热证

主证：心烦口渴，喜冷饮，大便不畅，舌质红，苔黄，脉滑有力。

治法：清泻燥热。

方剂：调胃承气汤加减。

大黄 10g，芒硝 6g（分 2 次冲服），甘草 6g，花粉 15g，玄参 15g。

加减：大便秘结易大承气汤；口渴明显加生地黄、玉竹；心烦不安加栀子、黄连。

3. 肾气亏虚证

主证：口渴引饮，小便频数量多，饮一溲一，尿色清白，阳痿不举，或畏寒肢冷，舌质淡，苔薄白，脉沉细无力。

治法：补益肾气。

方剂：肾气丸。

生地黄 15g，制附子 10g（先煎），桂枝 6g，山药 15g，山茱萸 10g，丹皮 6g，泽泻 6g，茯苓 10g。

加减：夜尿多加桑螵蛸、芡实、金樱子；畏寒明显重用附子，加肉桂；五心烦热去桂、附，加玄参。

4. 饮邪内停证

主证：口渴不喜饮，身体困重，或周身浮肿，或胸闷心悸，或头晕目眩，舌质淡胖或有齿痕，苔白腻，脉弦滑。

治法：温阳化饮。

方剂：苓桂术甘汤加减。

茯苓 15g，桂枝 10g，白术 15g，甘草 6g，泽兰 10g，车前子 10g（包煎），陈皮 6g。

加減：胸悶心悸明顯加葶苈子、枳實、生姜；下肢浮腫加牛膝、澤瀉、冬瓜皮；腹脹尿少加厚朴或易己椒苈黃丸。

三、名 醫 經 驗

任繼學：消渴病口渴中，煩渴多飲為肺胃陰虛；煩渴喜熱飲為肺胃陽虛；喜冷飲為肝胃陰虛；渴喜熱飲為肝胃陽虛、肝腎陽虛（單書健，陳子華主編．古今名醫臨證金鑑·消渴卷．北京：中國中醫藥出版社，2000.98～99）。

桑景武：漫云口渴多燥熱，每需溫陽用真武。許多患者久施養陰清燥之品罔效，細審其證，確無陰虛之明證。雖口渴無舌紅少津，反多舌淡齒痕、苔滑之象，且每多陽衰諸症。其口渴者乃因腎陽虛衰，氣化失職，氣不化津，津不上達所致；有降無升，故小便清長；脾不散精，精微不布，隨小便排出，故多食善飢。救助腎陽虛衰，未過仲景真武。在《傷寒論》太陽病篇用於治太陽病誤汗傳入少陰，乃為救誤而設；少陰病篇則用於治療腎陽衰微，水氣不化。氣不化則津不行，津不行則渴不止。陽回則津回，津生則熱除。方用大辛大熱之附子，溫腎助陽化氣；茯苓、白朮健脾滲濕，白芍斂陰和陽，生姜味辛性溫，既可協附子溫腎化氣，又能助苓朮健脾和中，共奏溫化氣之功。可謂不生津而津自回，不滋陰而陰自充。初學者實難領悟，細細研揣則回味無窮。助陽則陽生陰長，精血自沛；戕陽則陰盛陽歿，氣乃消亡。故臨證中凡消渴無明顯熱證，舌不紅者，皆以真武湯治之。桑氏體會用量過小則杯水車薪，無濟於事。附子，用量多在20g以上，最多用至50g，方可奏效。茯苓、白朮亦多在50g～100g。經方無需有大的增減，對於陽虛而陰竭者，需配人參，氣陰雙補，乃克有濟。配伍適宜，效果方佳，神而明之，存乎於人（單書健，陳子華主編．古今名醫臨證金鑑·消渴卷．北京：中國中醫藥出版社，1999.103）。

陈亦人：莫道消渴多燥热，治需辨证化瘀血。在辨证基础上倡用活血化瘀法治疗糖尿病口渴，喜用仲景桂枝茯苓丸等，取得良好效果（单书健，陈子华主编．古今名医临证金鉴·消渴卷．北京：中国中医药出版社，2000.198~200）。

四、医案精选

1. 刘渡舟医案—乌梅丸加减治疗尿崩症之寒热错杂证

赵某某，女，28岁。1992年2月19日初诊。口渴多饮，旋饮旋消，饮一溲一，小便色清。每日饮量在3壶（1壶5磅）以上，夜间亦饮1壶，以致夜不成寐，精神委顿。病已2载，多方治疗罔效。西医诊断：尿崩症。伴有纳呆，消瘦，心中烦热，手足心热，面赤而热。脉弦细而数，舌质红，苔白微腻。中医诊断：消渴证。始辨证为阳明胃热，气津两伤，投白虎加人参汤，饮、溲如故；继而辨证为肾气虚衰，气化无权，投肾气丸未效。细思此证虽口渴多饮，饮水能消，烦热面赤，舌红脉数，法当有热，然热则有消谷，今患者反纳谷减退，此非单纯热证所可解释者。小便色清，苔白腻，是寒气之现象。寒热错杂而消渴者，当用乌梅丸治之。药用：乌梅15g，党参12g，当归12g，黄连6g，黄柏6g，川椒10g，干姜10g，细辛5g，桂枝10g，附子10g，炒枣仁15g。以苦酒1大盅，兑适量水煎服。7剂，每日1剂。

二诊：1992年2月26日。口渴大减，尿量相应减少，睡眠亦随之转安。效不更方，续进7剂。

此后复诊，仍以本方加减出入，共服药40余剂，病情完全控制。

〔按语〕尿崩症属中医消渴范畴。此案初以口渴多饮为辨证重心，因兼见心中烦热，面赤而热，手足心热，舌红脉数，辨为阳明胃热、气阴两伤之证，但投以白虎加人参汤不效。后以尿量特多为辨证重心，因其饮一溲一，小便清长，辨为下焦

肾阳虚衰，气化无权所致，改投肾气丸仍不效。前者从实热论治，后者从虚寒论治，均未能取效，按口渴之因，叶天士说：“渴者里热也，津液为热所耗，故令渴也。”但热证口渴饮水，其小便必然不多，今小便反多，而且清长，可知此非单纯里热所致。而且，胃中有热，应当消谷，今反纳食减退，亦知也非单纯胃热之故。再说，本案小便量多，饮一溲一，且尿色清长，又见舌苔白腻，此又为里寒之征。《伤寒论》云：“厥阴之为病，消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食，……。”故本案渴饮与厥阴病之消渴同理，遂改用乌梅丸主治，并以此方出入加减，服药40余剂，果愈。（葛志宏主编·全国名老中医药专家学术经验集3. 贵阳：贵州科技出版社，1996，63~64）

2. 路志正医案—真武汤治疗顽固性消渴阳虚水犯证

孟某，女，56岁，干部。2004年5月16日初诊。患者烦渴多饮1年余，加重1月，每昼夜饮5~6暖瓶水，渴仍不解。症见烦渴多饮、喜热恶凉，饮下不解渴，尿频量多，食纳一般，头晕目眩，周身酸重，腰腿疼痛，尤其下肢膝以下怕冷发凉，且有轻度水肿，伴见心慌易烦，失眠多梦，大便干结，3日1行。舌红苔黄，脉沉细略数。辨证阳虚水犯，气不化津。治宜温阳利水，化气生津。方以真武汤加减：制附子8g（先煎），白芍12g，茯苓、炒白术各15g，太子参、麦冬、山药各10g，芡实、金樱子各12g，生姜3片。7剂。

二诊：口渴大减，每昼夜喝1~2暖瓶水即可。大便通畅，下肢肿消，且转温暖，是证肾阳渐复，气化得行，仍宗前方出入，改附子为6g，再进10剂，后以肾气丸调理而愈。

〔按语〕 本例患者烦渴引饮，饮不解渴，乃肾阳衰微，气不化津所臻；阳虚失于固摄，故小便频数而量多；少阴阳虚不能制水，故见水气泛滥于上下内外，如水气凌心则心悸，上犯清阳则眩晕，泛滥肌肤则周身酸困，足跗水肿；阳虚失于温煦故膝下寒冷。舌红苔黄，心烦失眠，乃肾阳虚衰、虚阳上越之

象；大便干结为阳虚寒凝之征。患者烦渴不解，舌红苔黄，大便干结，脉略数，乍看似属阳明热证，但用清热泻火、生津止渴及增液通便法不效，加之脉来沉细，显非实证可知，是为假象，若重蹈覆辙，未免犯虚虚之戒；患者虽烦渴不解，但渴喜热饮，且下肢浮肿、寒冷，舌虽黄，但不燥，脉虽有数象但沉细，病机实属阳虚水泛，气不化津之候。巧用真武汤温阳化气利水，配太子参、麦冬、山药益气生津，加芡实、金樱子益肾固摄，收效颇捷。（路洁，魏华，边永军．路志正教授运用经方治疗疑难病证举隅．中医药学刊，2006，34（2）：216）

3. 桑景武医案—真武汤治糖尿病口渴气虚肾亏证

王某，男性，36岁。患者曾因口渴多饮在某医院查血糖10.32mmol/L，尿糖（+++）。诊断为“糖尿病”，口服各种降糖药，并求中医治疗，病情时好时坏。目前症见：面色㿠白，精神不振，头晕目眩，口渴欲饮，饮而不解，夜间尤甚，尿频，腰膝冷痛，阳痿，气短懒言，脉沉细无力，舌苔白膩质淡。查空腹血糖15.26mmol/L（275mg/dl），尿糖（+++）。此属气虚肾亏之证，治宜益气温阳，方用真武汤。药用：附子20g，干姜20g，茯苓50g，白芍50g，白术30g。守方服10剂，诸症渐消，空腹血糖4.44mmol/L，尿糖正常，脉沉缓，舌淡苔白，嘱其服用金匱肾气丸2个月以巩固疗效。

〔按语〕本患者口渴欲饮，夜间尤甚，乃肾气不足，命门火衰，气不化津，津不上朝所致，故用温肾益气壮阳之法。如不加洞察，沿用常法，妄用寒凉则谬之千里。正如《医门法律》所言：“凡治消渴病，用寒凉太过，乃至水胜火湮，犹不知反，渐成肿满不效，医之罪也。”（单书健，陈子华主编．古今名医临证金鉴·消渴卷．北京：中国中医药出版社，1999.105）

4. 郭维一医案—肾气丸治疗糖尿病口渴肾虚证

李某，男，57岁，农民。1981年9月16日初诊，住院

号：2177。4年前始发多饮多尿，当地医院诊为糖尿病，用中西药（药物不详）治疗病情减轻，回家休养。今年6月旧病复发，病情日益严重，口干欲饮，日饮5000ml，小便量多，昼夜排尿4000ml，伴食欲减少，倦怠乏力，双下肢发凉，自感身热，动则易汗，时而阴茎内缩抽搐。查血压110/70mmHg，脉搏76次/分，呼吸18次/分，体温36.8℃，血糖12.99mmol/L，尿糖（+++），舌淡苔白，脉沉细而弱。证属消渴（糖尿病）。缘于肾气虚损于下，水火失调，相火失治炎上，蕴结于中，斯病由生。不宜熟套常法，投以滋阴清热之剂，当温补肾气，调其阴阳，以平为期。投金匱肾气汤增损。药用：熟地黄18g，何首乌12g，山药12g，茯苓10g，丹皮10g，泽泻10g，肉桂6g，五味子10g。

二诊：药进6剂，饮水量、小便量较前减少二分之一，原方加巴戟天、淫羊藿、葫芦巴、小茴香。

三诊：续服30余剂，饮水、排尿基本正常，精神转佳，畏寒消失。查血糖5.25mmol/L，尿糖阴性，守方继服，以资巩固，于11月4日病愈出院，随访未复发。

〔按语〕 本例治疗过程，既不胶柱西医病名，又未执中医滋阴清热通套常法，而基于“证”，立法用药，以矢中鹄，故病愈必然。反之，舍证囿于西医病名，或不越常法之规，恐难获效。（单书健，陈子华主编·古今名医临证金鉴·消渴卷·北京：中国中医药出版社，1999.211~212）

五、临证心得

张仲景《伤寒论》和《金匱要略》中，论述口渴的条文甚多，分别有“渴”、“大渴”、“烦渴”、“大烦渴”、“消渴”、“渴欲饮水”、“口燥渴”、“渴饮水浆”、“口干”等，并认为“口干”、“口舌干燥”而不欲饮水者与口渴而欲饮有一定区别，如在己椒蒴黄丸证论述“口干舌燥”之后，有“渴者，加芒硝半

两”，说明仲景对口干与口渴的辨治之异。对于形成口渴的病因病机，大致有邪热伤津、水湿阻滞、痰饮蕴结、瘀血内停、肾气亏虚、寒热错杂等几个方面。诊断方面，突出表现在仲景将口渴与否作为辨析温病与狭义伤寒的区别点之一，指出：“太阳病，发热而渴，不恶寒者，为温病”，并通过辨渴以明病证性质、知病位所在、了解疾病的传变及预后。对于口渴的辨证治疗，无论是一般病证还是急重证，仲景都为我们提出了极有价值的思路和方法，对后世影响很大。如白虎加人参汤清热生津治疗阳明热盛、肺胃津伤之大渴、口燥渴、渴欲饮水等；五苓散化饮利水治疗饮停下焦、气化失司之“烦渴”、“汗出而渴”；大承气汤急下存阴治疗少阴病少阴腑实、土燥水竭之口燥、口干燥；乌梅丸调和阴阳、敛阴泄热治疗厥阴病寒热错杂，输布失职之口渴；肾气丸温阳化气治疗肾气亏虚、蒸化失司之口渴；温经汤、大黄廑虫丸等活血化瘀以治瘀血内结，津不上乘之“口燥、但欲漱水不欲咽”、“口干燥而渴”、“唇口干燥”等。在用药方面，仲景养阴喜用瓜蒌根、麦门冬、百合、知母、地黄、芍药、山萸肉、文蛤等，清热善用石膏、栀子、黄芩、大黄、黄连等，温阳通阳常用附子、干姜、桂枝、细辛等，化饮利水多用茯苓、泽泻、猪苓、桂枝、防己、椒目、葶苈子、白术等，益气多取人参、大枣、黄芪，活血化瘀善用水蛭、桃仁、土鳖虫、当归、川芎、丹皮等。更为可贵的是，仲景治渴体现了治病求本、标本兼顾的治则，审因论治，随证加减，灵活应对，不为药物之功效所拘泥，而是通过对药物有机配伍达到止渴的目的，其许多治法和用药规律已成为后世治疗口渴的准绳。

内分泌代谢病中寒、热、虚、实、瘀、痰、湿等多种原因皆可导致口渴，临床证候多为寒热错杂，虚实并见，故应详加询问，辨证精当，合理遣方用药，不可见渴止渴，滥用养阴生津之品。经方在治疗内分泌代谢病之口渴中起主导作用。常用

的如以白虎加人参汤、竹叶石膏汤、百合地黄汤、瓜蒌牡蛎散等，治疗糖尿病、甲状腺功能亢进症、代谢综合征等之热盛津伤证；以补益肾气的肾气丸，治疗甲状腺功能减退症、糖尿病、更年期综合征肾气亏虚证；以活血化瘀的当归芍药散、下瘀血汤、大黄虻虫丸、抵当汤、桃核承气汤等，治疗糖尿病合并多种并发症、高脂血症、代谢综合征瘀血症；以清热泻火之调胃承气汤、白虎汤等，治疗糖尿病等胃热亢盛证；以五苓散、苓桂术甘汤、己椒苈黄丸等，治疗糖尿病肾病、更年期综合征等水湿停滞证；以疏利解郁之小柴胡去半夏加瓜蒌汤、小柴胡汤、柴胡桂枝干姜汤等，治疗糖尿病、更年期综合征及其他内分泌代谢病中出现的口渴，证属气机郁滞证者。

第二节 汗 证

一、概 述

汗是人体生命活动及病理变化的产物，与脏腑功能密切相关。病理之汗称为汗证，是指阴阳失调，腠理不固而导致汗液排泄失常的病证，临床既可单独出现，也可作为症状而伴于其他疾病的过程中。汗证对分析病机、辨别证候、指导治疗、判断预后都有重要的意义。

早在《内经》中即对汗即有许多论述。《素问·阴阳别论》指出：“阳加于阴谓之汗”。《素问·宣明五气论》说：“五脏化液，心为汗”，明确指出汗与心的关系最为密切。《素问·举痛论》云：“灵则腠理开，荣卫通，汗大泄，故气泄矣……。”《灵枢·经脉》说：“六阳气绝、则阴与阳相离，离则腠理发泄，绝汗乃出。”这些都为后世认识和治疗汗证，奠定了理论基础。

仲景十分重视汗的症状，在著述中论及“汗”字最多，对

汗的描述内容十分丰富，有测汗、药汗、病汗之分。病汗又有头汗、黄汗、自汗、盗汗等记载，并根据出汗的性质、特点、部位、程度来推断疾病的病机。汗证与营卫失和、热迫津泄、水饮内停、水热互结、湿热内蕴等密切相关。无论是外感病还是内伤病，仲景都十分重视汗证的辨证，如在外感病中通过对汗证的辨析，判断病邪表里之别、寒热之异、虚实之属，大大丰富了汗证的辨证内容。

中医学认为，汗为心之液，由精气所化，不可过泄。汗证与肺气不足、营卫不和、阴虚火旺、邪热郁蒸等有关，临床应注意首辨阴阳虚实。

二、辨证治疗

1. 营卫失和证

主证：汗出恶风，周身酸楚，时寒时热，或表现本身、某局部出汗，舌苔白，脉缓。

治法：调和营卫。

方剂：桂枝汤。

桂枝 9g，白芍 9g，大枣 12 枚（擘），生姜 9g，炙甘草 6g。

加减：气虚者，加黄芪；汗出过多，加牡蛎、浮小麦、糯稻根；反复感冒者，合玉屏风散。

2. 肺胃热盛证

主证：烦热汗出，口渴欲饮，舌红苔黄，脉滑数。

治法：清泄肺胃。

方剂：白虎汤。

生石膏 30g（先煎），知母 15g，粳米 15g，甘草 6g。

加减：热盛津伤加太子参、天花粉；发热明显加金银花、连翘，合升降散。

3. 气滞郁热证

主证：潮热汗出，心中烦热，夜寐不宁，抑郁不舒，舌质红、苔薄黄、脉沉数。

治法：解郁清热。

方剂：四逆散合栀子豉汤加減。

柴胡 10g，枳实 10g，白芍 10g，甘草 10g，栀子 6g，淡豆豉 6g，夜交藤 15g，牡蛎 30g。

加減：寐差加合欢花、炒枣仁；心烦易怒加夏枯草、连翘；胆胃郁热明显者，可易大柴胡汤。

4. 气阴两伤证

主证：时有汗出，动则尤甚，倦怠乏力，口渴，舌质黯红，苔少或薄白，脉细数。

治法：益气养阴。

方剂：竹叶石膏汤加減。

麦冬 15g，太子参 30g，竹叶 10g，甘草 6g，山药 30g，糯稻根 15g，生龙牡各 20g，黄芪 30g。

加減：口渴甚加生地黄、沙参；汗出甚加五味子、浮小麦。

三、名 医 经 验

邓铁涛：黄连阿胶汤治疗汗证属木火偏亢、金水不足者，方以黄连 4g、黄芩、阿胶（烔）各 10g、生地黄、龙齿（先煎）、生牡蛎（先煎）、浮小麦各 30g、炙甘草 5g、白芍 15g、鸡子黄 1 枚。5 剂汗减、眠好、神安，二诊加糯稻根 30g，7 剂后汗出等明显好转，后据证加味继服 7 剂而汗止。仲景立黄连阿胶汤并没有治疗汗证，历代医家也多用其治疗失眠、血证等，但根据中医异病同治的理论，心肾不交、心火亢旺，下汲肾水，用之则效，而且病机和治法、方剂完全可以重复。（杨利·邓铁涛教授运用经方治验 4 则·新中医，2004，36（6）：11~12）

薛伯寿：善用经方治疗内科杂病，常收到出奇制胜之效。曾用柴胡加龙骨牡蛎汤治疗肝火亢盛、心神受扰的汗证及不寐，药用：炒柴胡 12g，黄芩 10g，法半夏 10g、党参 10g、龙骨 15g、生牡蛎 15g、炒枣仁 15g、远志 6g、麦冬 10g、浮小麦 20g，茯苓 10g，甘草 8g，生姜 4 片，大枣 20g。水煎服，日 1 剂。7 剂汗出减少，2 月余诸症消失。（王舒拉，钟彬彬·薛伯寿教授经方应用验案举隅·实用中医内科杂志，1997，11（1）：7～9）

赵进喜：糖尿病排汗异常，气虚表疏，营卫不和，治宜益气固表，调和营卫，方用玉屏风散合桂枝加龙骨牡蛎汤化裁。药用：黄芪、白术、防风、山茱萸、五味子、金樱子、龙骨、牡蛎、浮小麦、大枣、甘草。糖尿病自主神经病变汗出异常，其表现为气虚不能固表者，重在补气固表，可用玉屏风散加山茱萸、五味子、金樱子、碧桃干等收涩之品；甘麦大枣汤对于自主神经功能紊乱汗出也有较好疗效；气虚，卫阳不足，畏寒恶风症状比较突出者，可配合桂枝加龙骨牡蛎汤，调和营卫。（赵进喜·内分泌代谢病中西医诊治·沈阳：辽宁科学技术出版社，2004.234）

四、医案精选

1. 裴永清医案—桂枝汤治疗更年期自汗营卫失和兼脾虚气弱证

李某某，女，56 岁，1989 年 6 月 27 日初诊。自诉：阵阵发热汗出数年，余无明显不适，西医诊断“更年期综合征”和“自主神经紊乱”，服用中西药治疗效不显。大便稀溏，苔薄白，脉弱。辨证：营卫失和兼脾虚气弱。治以调和营卫兼益气健脾。投桂枝汤加黄芪白术治之，药用：桂枝 9g，白芍 9g，生姜 9g，炙甘草 6g，生黄芪 12g，白术 9g，大枣 7 枚。

二诊：服药 2 剂，其汗大减。继服 3 剂，热退汗出而安。

〔按语〕调和营卫乃为桂枝汤之首功。营卫不和之自汗出有外感与内伤杂病之分。外感所致者，即第12条之太阳中风证，营弱卫强；本案属内伤杂病之自汗出，即第54条所云“病人藏无他病，时发热自汗出而不愈者，此卫气不和也”，故用桂枝汤治疗，脾虚加白术、气弱加黄芪。（裴永清主编．伤寒论临床应用五十论．第2版．北京：学苑出版社，2005. 223）

2. 师宝胜医案—茵陈五苓散治疗甲状腺功能亢进症自汗湿浊停滞证

赵某，男，40岁。2000年4月24日初诊。睡眠中出汗或稍活动出汗，轻重交替4年，重则能浸透被褥棉衣，间断出现全身无力甚或全身肌力完全丧失，体瘦，面色苍黄，全身皮肤潮湿，上半身重，舌淡红，苔白腻，脉和缓。查：T35℃，P60次/min，R16次/min，BP110/70mmHg，血钾3mmol/L，血清甲状腺素（T₄）175mmol/L，血清三碘甲状腺原氨酸（T₃）303mmol/L，血清促甲状腺素（TSH）7.2uiu/ml。心电图：窦性心律，I度房室传导阻滞，T波I、II、aVF、aVL、V₁、V₅导联较低，并有u波出现。诊断：甲状腺功能亢进症合并低血钾症。辨证：湿浊停滞，气化失常，阴阳俱虚证。治以祛湿邪以扶正。方以茵陈五苓散。药用：茵陈20g，泽泻15g，茯苓10g，猪苓10g，生白术10g，桂枝8g。水煎，日分3服。2剂汗出减，15剂消失，肌无力好转。予人参健脾丸连服10日，无力消除，体复如常。停药观察，随访1年未复发。

〔按语〕多汗、盗汗，绝非气虚阴虚所能囊括，以湿论治者鲜。肌无力是大量出汗所致，而出汗乃湿邪作祟，故邪去则正必复。茵陈五苓散是利湿清热退黄的方剂，用于甲状腺功能亢进症多汗，效亦显著。（师宝胜．茵陈五苓散治疗甲状腺功能亢进多汗症1例．河北中医，2005，27（6）：466）

3. 姚真敏医案一百合地黄汤合甘麦大枣汤、酸枣仁汤加减治疗更年期综合征自汗心肝虚热证

患者，女，28岁，工人。1999年3月5日初诊。自述性情急躁易怒，面部时有烘热，月经紊乱，夜寐欠安，咽喉干燥，汗多，颠顶痛，脉弦细数，舌质红苔薄。西医诊断：更年期综合征。治以清心肝之热，养阴安神敛汗。方用百合地黄汤合甘麦大枣汤、酸枣仁汤加减。药用：百合30g，生地黄30g，淮小麦30g，红枣30g，炙甘草6g，酸枣仁12g，炒远志6g，煅牡蛎20g，当归12g，杭白芍10g，麦冬15g，白茯苓12g，北沙参12g，五味子10g，天麻10g，钩藤12g（后下），玄参12g。7剂后汗出减少，心情稍舒。继服7剂后头痛、烘热明显减轻。再进7剂，诸症基本消失。

〔按语〕 本例乃更年期综合征，属“脏躁”范畴。根据祖国医学“心藏神，肺藏魄，肝藏魂”的理论，本症以心肺阴虚、肝郁血虚为多见。本案治用百合地黄汤润养心肺、甘麦大枣汤调补心脾、酸枣仁汤养肝阴清热、安神宁心，获取良效。若头痛者加天麻、钩藤；血虚者加当归、白芍；汗出多者加五味子、煅牡蛎；肝郁者加绿梅花、八月扎。（周岳君，姚真敏（导师）。姚真敏教授运用仲景方治验举隅。浙江中医学院学报，2000，24（4）：55）

4. 刘敏等医案一柴胡桂枝干姜汤治疗糖尿病多汗胆热脾寒证

朱某，女，78岁，患糖尿病15年。近1月来每天早上4~5时头部及背部汗出极多，浸透衣衫，背部垫厚毛巾须换数条，汗后恶风，口干略苦，曾服用小柴胡汤、桂枝汤、玉屏风散、当归六黄汤等疗效不显。诊见：汗多恶风，每天定期而作，胃纳不佳，食后腹部胀满，进食凉物或不宜消化之物即现腹痛且大便稀烂甚则泄泻水样便，小便频多，好静而心烦，舌质淡胖、边有齿痕如刀削，苔白滑，脉弦滑，重取濡软无力。

与 147 条“伤寒五六日，已发汗而复下之，胸胁满微结，小便不利，渴而不呕，但头汗出，往来寒热，心烦”的胆热脾寒病机极其相似，遂处柴胡桂枝干姜汤加浮小麦、糯稻根各 30g。3 剂后汗出减半。7 剂后汗出已少，精神、饮食均大为改善，后以柴胡桂枝汤、柴芍六君汤善后。

〔按语〕 诸多医家均认为柴胡桂枝干姜汤为仲景用治少阳病兼有水饮的方剂，但值得注意的是水饮的来路，少阳三焦不利，膀胱气化失司，小便为之不利，可导致水饮停留，如此，则只须小柴胡汤原方即可，而之所以要用干姜、桂枝、牡蛎、天花粉等药，可知此处水饮乃源于脾阳虚损，运化失职，寒湿停留。因此，按照刘渡舟的说法，在少阳病基础上，蕴含太阴脾虚之势，是使用柴胡桂枝干姜汤的眼目。（刘敏，蔡文就．经方治疗糖尿病常见症状举隅．新中医，2006，38（2）：71）

五、临证心得

中医学认为，汗为心之液，肾主五液，又谓阳加于阴谓之汗。汗证指病汗而言，阳亢、热盛、气虚、阴伤、气滞血瘀、湿热内蕴等皆可成为病因。经方治疗病汗最著名的名方当推调和营卫的桂枝汤，其他如清热生津的白虎汤、白虎加人参汤，通下泻火的承气汤、利湿退黄的茵陈蒿汤、化气利水的五苓散、扶阳解表的桂枝加附子汤、温阳除湿的甘草附子汤、泻热逐水的大陷胸汤、回阳救逆的四逆汤等，皆有佳效。

在内分泌代谢病中，出汗异常是常见的症状，有时甚至为唯一或主要的就诊症状。热盛阴亏、气阴两伤、瘀血气滞等是其主要原因，病变特点是病势缠绵，虚实夹杂，如甲状腺功能亢进症、糖尿病、低血糖症、更年期综合征、经前期紧张综合征、肥胖症等，常可出现自汗、盗汗、半身出汗、头汗、手足汗等。经方治疗汗证，要根据患者的具体情况辨证论治，常用的方剂如桂枝汤、白虎加人参汤、调胃承气汤、大承气汤、桂

枝甘草龙骨牡蛎汤、小柴胡汤、小建中汤、乌梅丸、桂枝加附子汤、桂枝甘草龙骨牡蛎汤、五苓散、黄连阿胶汤、茵陈五苓散、四逆散等。临证应注意灵活化裁，标本兼顾。

汗不可过泄，然外邪袭表，汗法又是达邪疏表之要法，此称药汗，乃治疗疾病第一大法，亦仲景治疗伤寒病之首要治法。发汗解表的方剂如开腠发汗的麻黄汤，清热发汗的大青龙汤，解表化饮的小青龙汤等。仲景对汗法适应证、禁忌证及误汗变证等论述精辟，无论发汗透邪以解除表证，还是调脏腑、和阴阳以治疗病汗，都为我们提供了大量的有效方剂和宝贵思路。

第三节 便 秘

一、概 述

便秘是指粪质过于干燥坚硬，秘结不通，排便时间延长，或欲大便而艰涩不畅的一种病证。人在一般情况下每天排便1次，若48小时以上不排便，则被视为排便不畅或便秘。

便秘的病变，虽属大肠传导功能失常所致，但与脾、胃、肾的关系极为密切。因胃与大肠相通，胃热盛可下注于肠；脾司运化，主中气，脾气亏虚，努挣无力；肾主开阖，司二便，肾阴肾阳亏虚，均可导致便秘。其致病因素，不外胃肠积热，津液不足，气机郁滞，劳倦内伤，身体虚弱，气血不足等。

便秘是临床常见的症状，可单独出现或并发于其他疾病之中。除了大便难下之苦，尚可导致热蕴毒结和许多变证。“六腑以通为用”，历代中医学家对于便秘都十分重视。在《内经》中即有“大小不利治其标”之说，将大便的畅通作为急则治标之法。许多医家还将通大便作为养生秘诀之一，如晋代医家葛洪曾云：“若要长生，肠中常清；若要不死，肠中无屎。”金元

四大家之一朱丹溪曾亦提出“倒仓法”，即用通畅大便来消除肠内留毒，以祛病延年。

仲景对于便秘的证治论述颇多，在《伤寒论》中并有“辨不可下病脉证并治”、“辨可下病脉证并治”等篇，可见其对下法的运用十分重视和慎重。尤为可贵的是，仲景最早记载消渴病有便秘症，与现代医学认为糖尿病人大多有便秘倾向的观点相吻合，并有“阳结”、“阴结”、“脾约”等病名，在运用通便方面已有很高的造诣。究其便秘的原因，寒、热、虚、实无所不有。大肠者，传导之官。邪热为患、气虚阳衰、津血亏乏、肾精不足、痰瘀内结等皆可导致大肠传导失司，脏腑气机升降失调，津亏肠燥等而成便秘。肺与大肠相表里，肺热壅盛，肠热下迫，亦可见大便不行。

二、辨证治疗

1. 热秘

主证：大便秘结，数日不通，脘腹胀满，口臭，小便黄少，舌质红，苔黄燥，脉滑实。

治法：清热润肠。

方剂：小承气汤加减。

大黄 6g（后下），厚朴 10g，枳实 10g，火麻仁 30g，瓜蒌仁 10g，玄参 15g。

加减：大便秘结甚者，重用大黄，加芒硝；热盛伤阴者，加增液汤；病久势缓，予麻子仁丸；瘀热明显，予桃核承气汤加减。

2. 气秘

主证：大便秘结，脘腹闷胀，嗳气频作，甚则腹中胀痛，得矢气则稍舒，舌质黯淡，舌苔薄白，脉弦。

治法：顺气行滞。

方剂：四逆散加减。

柴胡 10g, 枳实 10g, 白芍 30g, 甘草 12g, 槟榔 6g, 厚朴 12g。

加减：腹胀攻痛者，加莱菔子、小茴香；恶心呕吐者，去槟榔，加代赭石、竹茹，合小半夏汤。

3. 虚秘

主证：面色㿔白，唇甲少华，精神不振，虽有便意，大便努挣难下，挣则气短汗出，便后乏力，舌淡嫩苔薄，脉象虚数。

治法：益气养血润肠。

方剂：黄芪建中汤、枳术汤合猪膏发煎加减。

黄芪 30g, 桂枝 6g, 白芍 12g, 大枣 6 枚, 生姜 6g, 枳实 6g, 白术 15g, 当归 10g, 生首乌 15g, 火麻仁 15g, 陈皮 6g, 猪膏发煎 10g (冲服)。

加减：腹胀满者，加枳壳、莱菔子；乏力明显，加党参、黄精。

4. 冷秘

主证：面色青暗，腹部攻痛，大便艰涩，喜热恶冷，小便清长，舌淡苔润，脉象沉迟。

治法：温阳散寒，润肠通便。

方剂：大黄附子汤加减。

熟附子 10g, 大黄 3g, 细辛 3g, 肉苁蓉 15g, 当归 10g, 火麻仁 15g, 乌药 6g。

加减：畏寒肢冷明显者，加肉桂、干姜；夜尿多者，加桑螵蛸、芡实、金樱子、五味子。

三、名 医 经 验

谭日强：认为消渴病一般分为上中下三消论治。大抵饮多属上消，治宜润肺；食多属中消，治宜清胃；尿多属下消，治宜滋肾。但按法治之，有时效，有时不效，其故安在？盖本病

是因燥热内燔，津液耗伤所致。临床上往往饮多、食多、尿多同时并见，仅在表现程度上有或多或少或轻或重而已，究然截然分治。故临床每凭病人的大便情况，作为辨证施治的标准。即大便燥结者，此脾阴大亏，不能为胃行其津液，治用麻子仁丸合增液承气汤，润肠通便。（单书健，陈子华主编·古今名医临证金鉴·消渴卷·北京：中国中医药出版社，1999.267）

王琦：便秘与体质的关系不容忽视，不同性质便秘的形成与其人体质特征有着密切关系，而不同的体质特征对便秘的治疗、辨证用药也产生重要的影响。对便秘的论治，首先应辨别其人之素体，如其人素体阳盛，加之恣饮酒浆，喜食辛辣厚味，则易形成胃肠积热，燥热内结，对此则应治以清热通便，常用麻子仁丸加减；若其人素体阳虚，则易阴寒内生，凝阴固结，阳气不通，肠道传递不利，则应治以温阳散寒通便，方用济川煎加减。尚有素体痰湿壅盛、气血亏虚、阴液不足、脾肾阳虚、脾胃燥热等，临床当视其体质情况灵活用药。并应注意疏利三焦、健脾助运、行气通腑等法的运用。（骆斌·王琦教授治疗便秘的思路和经验·北京中医药大学学报，2000，23（1）：55）

仝小林等：便秘是糖尿病血糖难控的最常见原因之一。其产生的原因可由高血糖导致胃肠神经功能紊乱，胃肠动力减弱；也可由于高血糖直接造成胃肠的病理损害，肠壁增厚、肠腔扩张、肠道平滑肌张力降低。严重便秘之病人，往往心理负担很重，甚至影响情绪、睡眠，所谓“胃不和则卧不安”。老年人胃肠动力障碍所导致的便秘，可引起心肌梗死、突发性盲，同时也影响磺脲类药物的吸收，使血药高峰浓度降低，胰岛素分泌高峰延迟，是磺脲类继发性失效的成因之一。（仝小林，杜兆民，周水平，等·辨治血糖难控因素的临证体会·中国医药学报，2000，15（5）：39）

黄永俨：以桃核承气汤加减治疗 2 型糖尿病便秘 32 例。2

型糖尿病患有便秘者约占 59%，黄永俨认为糖尿病常以阴虚为主，燥热为标。燥热伤肺，津液枯涸，故多饮而渴；胃火炽盛则消谷善饥，热结下焦，津伤肠燥，邪归阳明，腑气不通，故大便坚硬，腹部胀满疼痛。2 型糖尿病是一种慢性终生性疾病，久病必瘀，且 2 型糖尿病在无明显症状时，许多患者的舌象、舌下静脉已显瘀血征象，燥热与瘀血互结在阳明，即可出现顽固性便秘。2 型糖尿病以便秘干结、腹部胀满疼痛为主要临床表现时，应急下瘀热，以存津液，寓通于补之中，万不可拘泥阴虚为本，不用下法，以致邪热瘀血在里，变生他证。临床常以桃核承气汤加減，桃仁活血化瘀，大黄攻下瘀积荡涤邪热。二药合用，瘀热并治。桂枝通行血脉，助桃仁活血行瘀；芒硝软坚散结，助大黄通便泄热；甘草调和诸药。诸药合用，共奏泄热通下，逐瘀活血之功。（黄永俨·从瘀热论治 II 型糖尿病便秘 32 例·江苏中医，1999，20（11）：18）

余守雅：观察枳术汤治疗老年习惯性便秘，能使干燥粪便润软而出，无腹泻伤阴之虞，对老年顽固性便秘效果显著。枳术汤功专行气消痞，治水饮停滞于胃。应用时津血不足者加当归、熟地黄、肉苁蓉、首乌、麦冬；气虚加黄芪、党参；阳虚加熟附子、肉苁蓉等。因老年人多气血两虚，肠燥涩滞，传导无力，易患便秘。临床妄用泻下攻逐之药，导致肠功能紊乱，峻下力猛甚则可致虚脱。白术苦温而燥，但无伤阴之弊。故仲景治大便坚主张加用白术。正如《本草正义》所云：“白术最富脂膏，故虽苦温能燥，而亦滋精液，……万无伤阴之虞。”《珍珠囊》中说：“……除湿益气，和中补阳，消痰逐水，生津止渴。”清朝王泰村《王旭高·医书六种》中云：“白术生肠胃之津液，大便硬是肠胃津液干枯，故加白术。”由此可见，白术为止泻良药，且能通便有双向调节作用，因白术有良好的健脾作用，脾主运化，脾虚大肠传导无力，使大便艰涩难通，符合老年人便秘的病理机制。故白术为君，健脾益气，生津润

燥；枳实为臣，行气消痰，消胀除满。现代药理研究，白术可兴奋受肾上腺素抑制的肠管，具有使异常活动的肠管恢复到正常状态的作用；枳实对胃肠平滑肌有兴奋作用，并增加胃肠收缩节律，增大肠鸣音冲幅，加深加强肠道蠕动功能。两药的药理研究，为枳术汤治疗胃肠功能低下、肠道传导无力而致的便秘提供了理论依据。（余守雅·《金匱要略》枳术汤治疗老年习惯性便秘的临床观察·四川中医，2005，23（10）：72）

四、医案精选

1. 赵绍琴医案—白虎汤合大承气汤治疗糖尿病便秘胃火灼津证

田某，女，22岁。发现糖尿病半年，现症见：口渴引饮，多食易饥，其食毕即饥，饥而再食，1日食量可达2500g～3000g主食。伴见心胸烦热，大便干结数日1行，小便黄赤，舌红，苔黄燥干，脉弦滑数，按之有力，此胃火炽盛灼津。急于釜底抽薪之法。投白虎汤合大承气汤7剂，其症略减，减不足言，药虽对证，分量不足故也。再以原方重剂，用生石膏100g，知母20g，大黄10g，芒硝10g，枳实10g，厚朴10g，生地黄20g，麦门冬20g。药后大便畅通，日行数次，口渴及食量大减，胸中灼热亦平。继而小制其剂，调理数周，血糖亦稳步下降。终用养阴生津法收功。（彭建中·赵绍琴教授临床活用经方举隅·国医论坛，1994，（4）：18）

〔按语〕 赵师治疗糖尿病若症见多食易饥，渴欲凉饮，便干溲赤，形体消瘦，舌红且干，脉洪滑且数，按之有力，则为中消，治宜直泄胃火，用釜底抽薪方法，可用白虎汤合承气汤，重剂投之，以折其炎炎之势。

2. 任爱华医案—小柴胡汤加减治疗糖尿病便秘郁热血瘀证

于某某，男，63岁。2006年10月27日初诊。有糖尿病

史8年，经常便秘，自述大便燥如羊屎，每需临厕4~5次方能解下。近因头晕在本村卫生室注射706代血浆、川芎嗪等10余天未效，伴口苦，乏力，精神不振，夜寐多梦，尿频量多，舌质黯淡，苔薄黄，脉细弦。血压正常。颈脑血管彩超检查示“左颈总动脉硬化斑块 $0.85 \times 0.5\text{cm}$ ”，空腹血糖 11.75mmol/L 。辨证：郁热血瘀。治以疏肝解郁，活血清热。方以小柴胡汤加减。药用：柴胡12g，黄芩10g，半夏6g，枳实10g，太子参15g，川芎10g，水蛭10g，牛膝10g，白芍20g，菊花10g，鸡血藤30g，甘草6g。7剂，水煎服日1剂。

二诊：药后大便好转，头晕减轻，口苦消失，夜尿3~4次。舌脉同前。上方去牛膝、鸡血藤，改水蛭6g，川芎6g，加生地黄20g，姜黄6g，秫米15g。7剂。

三诊：大便较畅快，夜寐好转，头晕减轻，舌质黯淡，苔薄白稍腻，脉细弦。上方改白芍量为30g，加远志10g。7剂。嘱其后停用汤剂，口服本院制剂“抗衰通脉灵”以益气活血通脉。

〔按语〕 患者因糖尿病并头晕就诊，但苦其大便秘结多年，以小柴胡加减调畅气机，解郁清热，活血通脉，药后诸证好转，便秘亦明显改善。小柴胡汤开启枢机，无硝黄亦可通便。因其失眠多年，故合入半夏秫米汤，临床应用多例确有效验。

3. 王尧等医案一大承气汤加减治疗DKA并便秘燥结伤阴证

患者男，14岁，1984年8月2日初诊。确诊1型糖尿病已3年，2日前因食量过大糖尿病症状突然加重来诊，给予补液、胰岛素等病情得以控制，但仍烦渴躁扰不寐，腹胀疼痛难忍，舌红苔少，黄燥有裂痕，脉数，形体瘦削。西医诊断：DKA。辨证：毒燥结伤阴。治宜急下存阴。方以大承气汤加减。药用：大黄15g，芒硝10g，玄参30g，生地黄30g，麦冬

30g, 枳实 12g, 佩兰 10g。3 剂, 日 1 剂, 守法炮制分次空腹服用。至夜间药后未见排便, 躁扰腹胀加重, 辗转不安。虑及急腹症而请外科会诊, 同时将余 2 剂并作 1 剂, 再守法急服, 并配合灌肠。一夜排下坚硬燥矢及秽浊稀便盈盆, 便后安静。治疗半月好转出院, 随访 1 年无复发。

[按语] DKA 中常有腹痛便秘酷似急腹症者, 以仲景急下存阴法, 方以大承气汤合增液汤加减, 力大功专, 有祛除燥结, 顾护津液, 清解余邪, 恢复元气, 扭转病情, 促进康复之功。(王尧, 夏春地, 王其飞. 仲景急下存阴法在治疗糖尿病酮症酸中毒中的应用. 中西医结合实用临床急救, 1996, 3 (10): 436)

五、临证心得

便秘乃内分泌代谢疾病常见症状, 如糖尿病、甲状腺功能亢进症、更年期综合征、高脂血症以及其他内分泌代谢病等。尤其是在糖尿病患者中, 便秘可能是糖尿病胃肠病中最常见的表现, 有糖尿病神经病变者 60% 存在便秘, 它通常是间歇性的, 可以和腹泻交替出现。有时便秘非常顽固严重, 大便呈块状、栗子样。

经方治疗内分泌代谢病便秘有着可靠的疗效, 仲景通便法内容丰富, 已不仅仅是为了免除便秘之苦, 更重要、更可贵的是将肠道作为一个排毒、泻热、逐瘀、攻积、利水的道路, 以便使宿食、燥屎、瘀血、痰饮、浊毒及虫积等有形之邪从大便而排, 通过大便畅通因势利导, 使邪有出路, 改善和净化内环境, 推陈致新, 调节脏腑功能, 恢复机体阴阳相对平衡协调。泄热通便的三承气汤是仲景下法的代表方, 另有清热润肠通便治疗“脾约”之麻子仁丸; 逐瘀通便之桃核承气汤、抵当汤; 攻逐导泻的甘遂半夏汤、大黄甘遂汤; 温阳通便之大黄附子汤; 疏利通便之小柴胡汤; 攻下热结之厚朴大黄汤、己椒苈黄

丸；攻下除满之大柴胡汤等。对萎黄肠燥便秘之候，仲景用猪膏发煎以猪膏为主药，既富营养，又能润便，是润肠通便法的巧妙运用。仲景还创造性地以蜜煎方治疗“津液内竭”之大便硬，“导而通之”，并指出“若土瓜根及大猪胆汁，皆可为导”，成为我国灌肠通便法的先导。在用药方面，对大黄、芒硝、白术、巴豆、厚朴、枳实、麻子仁、桃仁、甘遂等的运用独具匠心，运用自如，对后世影响极大，为金元时期张从正的“攻下派”奠定了基础，直到今天下法仍是安全有效的中医特色疗法之一。临床应根据具体病因病机和患者体质辨证遣方，合理配伍，掌握好药物剂量、配伍、疗程、煎服方法等。但毕竟为祛邪之法，有伤正气，只可暂用，不可久为，必要时辅以糜粥，注意顾护胃气，扶正祛邪，稳妥行事，切不可滥用攻下，以防虚虚之弊。临床体会见有浮肿而大便秘结者使用泻下通便法尤应慎重，如部分糖尿病肾病或甲状腺功能减退症患者，因其脾肾阳虚，运化失司，中焦不振，用之不当，则生泄泻等变证，徒伤其正，病必难治。值得注意的是，大便秘结与饮食结构、地域水土、情志状况等密切相关，应对相关因素予以重视，以提高临床疗效。

第四节 水 肿

一、概 述

水肿是指各种原因导致的体内水液代谢障碍，引起水液潴留，泛滥肌肤，而见眼睑、头面、四肢、腹背甚至全身浮肿的病证，严重者还可伴有胸水、腹水、心包积液等。

中医对于水肿的认识历史悠久。早在《黄帝内经》中已有“水”、“风水”、“水胀”、“石水”等名称，并对水肿的病因病机、临床表现和治则等作了简要的论述。如《素问·水热穴

论》阐述了水肿的成因，指出“勇而劳甚，则肾汗出，肾汗出逢于风，内不得入于脏腑，外不得越于皮肤，客于玄府，行于皮里，本之于肾，名曰风水。”《素问·水热穴论》指出：“肾者，胃之关也，关门不利，故聚水而从其类也。”在《素问·汤液醪醴论》中，明确指出内伤水肿的基本病机是“五脏阳已竭”，治疗原则是“平治于权衡”，具体治法为“开鬼门，洁净府”、“去菀陈莖，微动四极、温衣、缪刺其处”，目的在于恢复阴阳形气平衡协调，即“以复其形”。

张仲景在《金匱要略·水气病脉证并治》篇中比较详细地论述了水气病的证治。水气病以身体浮肿为主证，记载了“风水”、“皮水”、“正水”、“石水”、“里水”、“黄汗”、“心水”、“肝水”、“肺水”、“脾水”、“肾水”等十一类水肿的证候。水气二字强调了病机，若气不行水，水不化气，水泛肌肤，则为水肿。仲景还从血与水的关系出发阐明了水肿形成的机制，提出了“血不利则为水”的著名论点。在治疗方面，明确提出了“诸有水者，腰以下肿，当利小便；腰以上肿，当发汗乃愈。”

二、辨证治疗

1. 风水泛滥证

主证：开始眼睑浮肿，继则四肢、甚至全身浮肿，病势发展较快，尤以面部明显。或有恶寒发热，肢体酸痛痠，无汗，小便不利或有咳喘。舌苔薄白，脉浮。

治法：发汗，宣肺，利水。

方剂：麻黄加术汤加减。

麻黄 9g，炒杏仁 9g，陈皮 9g，大腹皮 12g，泽泻 12g，白术 12g，茯苓 15g，桂枝 6g。

加减：咳嗽明显加干姜、细辛、五味子；若症见口渴，咽喉肿痛，小便短少，色黄，苔黄腻，脉浮数或浮滑等风热表证时，宜解表利水，兼清湿热，方易麻黄连轺赤小豆汤加减。

2. 气虚湿阻证

主证：水肿身重，汗出恶风，小便不利，舌质淡胖，苔薄白，脉濡弱。

治法：益气固卫，利水消肿。

方剂：防己黄芪汤加减。

防己 12g，黄芪 15g，生姜 6g，大枣 4 枚，白术 12g，茯苓 15g，车前子 10g（包煎）。

加减：下肢浮肿明显加冬瓜皮、牛膝；乏力明显加太子参、山药。

3. 脾虚湿盛证

主证：肢体浮肿，或晨起面肿为甚，午后腿肿较重，按之凹陷，身体困重，小便短少，脘胀食少，舌苔白腻，脉沉缓。

治法：健脾渗湿，通阳利水。

方药：五苓散合五皮饮加减。

桂枝、猪苓、泽泻、陈皮、五加皮各 9g，茯苓皮 15g，白术 12g，生姜皮 6g，大腹皮 12g，茯苓 24g。

加减：纳呆加陈皮、麦芽；乏力加太子参、黄芪。

4. 心肾阳虚证

主证：全身浮肿，腰腹下肢为重，按之凹陷，晨轻晚重，心慌气短，活动加重，不能平卧，畏寒，尿量减少，面色晦黯，口唇发紫，舌质胖，苔白腻，脉沉弱。

治法：温肾强心，化气行水。

方剂：真武汤合苓桂术甘汤加减。

制附子 9g，肉桂 6g，党参 15g，白术 15g，茯苓 15g，炙甘草 9g，葶苈子 30g，生姜 6g，泽泻 9g，五加皮 9g。

加减：气喘较重不能平卧者，加胡桃仁、五味子、龙牡；水肿较重，尿量减少者，加琥珀、蟋蟀、沉香各 1g，共为细末，分 2 次冲服；胁肋胀痛者，酌加红花、丹参、地鳖虫。

三、名医经验

刘渡舟：水为有形之邪，其性寒冽，最伤阳气。水肿为肺、脾、肾三脏之病变。盖水为至阴，其本在肾；水化于气，其标在肺；水惟畏土，其治在脾。若肺虚则气不化精而化水；脾虚则土不制水而反乘；肾虚则水无所主而妄行。水不归经，则逆而上泛，则传入于脾，则肌肉浮肿；传入于肺，则气息喘急。分而言之，三脏各有所主；合而言之，则总由火气衰微，肾中之气不能化，故水道不通，溢而为肿。风水有虚实之分，审其虚者，以防己黄芪汤，一定抓住“身重汗出恶风”的主证；审其实者，则用越婢汤，一定抓住“脉浮，恶风，身肿不渴”的主证。对水肿发作时需要审其部位而治之，才能达到“因势利导”，水邪乃服。腰以上肿，发汗当用越婢加术汤；腰以下肿，而阳虚气寒，小便不利当用真武汤；脉沉有力而小便不利者，当用牡蛎泽泻散。皮水可用越婢加术汤、防己茯苓汤；正水喜用自拟“白玉消胀汤”（茯苓 30g，玉米须 30g，白茅根 30g，抽葫芦 12g，冬瓜皮 30g，大腹皮 10g，益母草 15g，车前草 15g，土元 10g，茜草 10g，川楝 10g，延胡索 10g，紫菀 10g，枳壳 10g）。石水可予真武汤加桂枝、川楝、延胡索、石楠藤、小茴香等。水邪上冲之“水心病”，擅以苓桂术甘汤加减，疗效满意。（刘渡舟主编．伤寒论临证指要．北京：学苑出版社，1993. 36~44）

祝湛予：认为糖尿病肾病水肿阴阳两虚型系因三消日久，阴损及阳，火不蒸腾而致，多用肾气丸、防己黄芪汤合五苓散等加减。亦常以肾气丸合防己黄芪汤加减培补脾肾，温化水湿，并酌加旱莲草、萆薢、车前草、石韦等。（单书健，陈子华主编．古今名医临床金鉴·消渴卷．北京：中国中医药出版社，2000. 126~135）

张发荣：治疗糖尿病性心脏病心源性水肿，常先用五皮

饮、五苓散、真武汤、济生肾气丸等处方治疗，若疗效不佳，即以十枣汤、葶苈大枣泻肺汤的思路为指导，在前方中加入甘遂 15g、大枣 20g，或甘遂 15g、葶苈子 20g、大枣 20g。（高彦彬主编．古今糖尿病医论医案选．北京：人民军医出版社，2005.97）

魏子孝：糖尿病肾病水肿严重（尤其是低蛋白血症）可发生心包积液、胸水、腹水，影响心、肺功能。《金匱要略》：“饮后水流在胁下，咳唾引痛，谓之悬饮”；“咳唾倚息，短气不得卧，其形如肿，谓之支饮”。于临床胸水即属悬饮；心包积液即属支饮。支饮用苓桂五味姜辛汤合葶苈大枣泻肺汤加减；悬饮用小青龙汤合葶苈大枣泻肺汤加减。上两方应用过程中，均要注意通大便，大黄一般用量较大。（高彦彬主编．古今糖尿病医论医案选．北京：人民军医出版社，2005.193）

余卫国：以五苓散加味治疗更年期浮肿。认为妇女进入更年期，肾气渐衰，机体全赖后天之本一脾的滋养，故而脾常显不足，致运化、输运失司、水湿代谢紊乱，而出现浮肿，故治以健脾利湿。基本方：猪苓、茯苓、白术、泽泻、桂枝、车前子。脾虚水泛者加党参、山药；肾阳不足者加制附片、巴戟天；脾肾两虚者加党参、制附片、巴戟天；重度浮肿加牵牛子。（余卫国．车前五苓散治疗更年期浮肿 261 例．安徽中医学院学报，1996，（2）：26）

四、医案精选

1. 祝湛予医案—肾气丸合防己黄芪汤加减治疗糖尿病肾病水肿脾肾阳虚证

庞某，女性，51岁，河南开封人。1992年5月15日初诊。有糖尿病15年，高血压5年，蛋白尿伴双下肢水肿3年。1989年曾因急性左心力衰竭伴双下肢浮肿住院，确诊为充血性心力衰竭、糖尿病肾病。1991年8月起因反复感染诱发心

力衰竭加重、脑梗死右侧偏瘫，先后3次住院，血压、血糖均不稳定，因全身高度水肿伴有低蛋白血症，虽每周输清蛋白20~40g，亦未能纠正。现症见：面色苍白、全身浮肿，尤以双下肢为甚，乏力神疲，右半身不遂，口干思饮，畏寒肢冷，食欲极差，尿频便溏。舌淡暗，舌下脉络瘀张，脉细弱。辨证阴阳两虚，瘀血阻络，脾肾不足，水湿泛滥。治宜益气养阴，活血化瘀，通阳利水。方用降糖对药方加味40余剂，血压、血糖皆较前稳定。1993年2月来信述目前除全身水肿外，余证均不明显。考虑脾肾阳虚、水湿不化为主，治宜培补脾肾，温化水湿，方以肾气丸合防己黄芪汤加减。药用：防己10g，黄芪50g，白术10g，桂枝10g，制附片10g（先煎），生熟地黄各15g，山茱萸10g，山药10g，丹皮10g，茯苓20g，泽泻15g，车前草30g，旱莲草15g，萆薢15g，石韦15g。每日1剂，水煎服。

二诊：服药1月，全身水肿明显消退，但食欲下降。改初诊方加减。

1993年6月通信随访，病情基本稳定。

〔按语〕 糖尿病肾病中医病机较为复杂，早期多为气阴两虚，瘀血阻络，日久则脾肾不足，虚阳上亢，夹有瘀血，水湿潴留，泛滥肌肤，若进一步可致肾阳衰败，浊毒内停，耗伤气血，水饮不化，上凌心肺之证。晚期病变治疗较为困难，对以浮肿明显者常用防己黄芪汤合六味地黄汤或肾气丸加减，疗效满意。（单书健，陈子华主编．古今名医临床金鉴·消渴卷．北京：中国中医药出版社，2000.133~135）

2. 李介鸣医案—五苓散治疗特发性水肿阳虚湿滞证

田某，男，62岁，干部，病案号316633。双下肢浮肿10余年，加重1年。患者于1975年某日，无意中发现右下肢浮肿，劳累后加重，休息后减轻，因无症状，未介意。1981年秋，于劳累后出现双下肢浮肿，在当地医院诊为“血管神经性

水肿”，未治疗。1991年10月，双下肢浮肿加重，同时出现全身皮肤发亮，按之凹陷，经口服氢氯噻嗪后，上身浮肿消失，但双下肢仍浮肿。曾间断服用中药效不显。故于1992年4月8日收入院。查：双下肢浮肿（++），实验室检查及血压等均正常。立卧位水试验：卧位 $>$ 立位尿量。诊断：特发性水肿。现症：双下肢浮肿而沉重，行走受限，活动后尤甚。面色萎黄，疲乏无力，腰膝酸软，尿少便溏。舌质淡暗苔薄白，脉沉细。辨证：脾肾阳虚，水湿停留。治宜温肾健脾，利水消肿。方用五苓散加减。药用：猪茯苓各30g，苍白术各15g，制附片6g（先煎），泽泻15g，桂枝10g，党参10g，炙黄芪30g，车前子30g（包），生薏仁10g，冬瓜子30g，瞿麦15g，萆薢15g。7剂，水煎服。

二诊：1992年4月16日。药后下肢沉胀减轻，尿量增多，体力增加。舌质黯苔薄白，脉沉细。守方继服7剂。

三诊至四诊：1992年4月23日~4月30日。浮肿上午轻，下午明显，大便已成形，体力活动增加，舌质黯苔薄白，脉沉细。守方去党参加木香10g，7剂。日1剂。

五诊至八诊：（1992年5月6日~5月27日）药后诸证减轻，上午浮肿消失，下午仍轻度浮肿。舌脉同前。上方去木香，加六一散30g（包），厚朴10g，日1剂。

九诊：（1992年6月3日）病情明显好转，双下肢仍有轻度浮肿。舌脉同前。治拟益肾利水消肿，药用：补骨脂10g，仙灵脾12g，猪茯苓各30g，泽泻15g，白术12g，生薏仁18g，萆薢10g，制附片6g（先入），旱莲草12g，车前草30g，六一散30g（包），桂枝10g。日1剂，水煎服。

十诊：（1992年6月11日）浮肿逐渐消失，体力活动增加，可持续行走1小时以上。舌脉同前，6月3日方继服7剂，带药出院。

〔按语〕 特发性水肿，西医病因欠明，可属中医“水肿”

病范畴。其病因多系肺、脾、肾三脏气化功能失调或三焦不利引起。本案双下肢间断性浮肿 17 年伴腰膝痠软，便溏等，显系命门火衰，不能暖脾土，脾肾阳虚水泛所致。投以五苓散、真武汤、苓桂术甘汤三方加减化裁，温补脾肾，利水消肿。方中附子、桂枝温补脾肾之阳，化气行水；黄芪、党参补益脾肾之气，助运行水；猪苓、茯苓、泽泻、车前子、萆薢、瞿麦淡渗利水以利小便；白术、苍术、生薏仁燥湿健脾，利水消肿。全方配伍，温肾、健脾、利水同施，使肾气康复，脾气健旺，则水津四布，五经并行，水肿渐消。最后在原方基础上加补骨脂、仙灵脾、旱莲草等补肝肾、壮腰膝、强筋骨之品，以固本深根而收全功。（范爱平，曲家珍，李琰，等主编．李介鸣临证验案精选．北京：学苑出版社，1999.165～167）

3. 李寿山医案一四逆散治疗特发性水肿气滞湿困证

乔某，女，36 岁，1974 年 2 月 10 日初诊。患者平日性格善疑多怒而精神抑郁，经期错乱，经前乳房胀痛，经水色紫夹块，经常脘腹胀满，全身浮肿，下肢尤甚。西医诊断：特发性水肿。对症治疗未愈。舌质黯淡，苔白腻，脉沉弦。辨证：气滞湿困。治宜疏肝理气，调和冲任。方以四逆散加减。药用：柴胡 10g，枳壳 15g，炒白芍 15g，当归 10g，川芎 10g，香附 15g，橘核 15g，腹皮 15g，水煎服日 1 剂，6 剂。

二诊：3 剂肿减，脘闷乳胀好转，再进 3 剂，浮肿渐消，二便自调，体轻神爽，经前乳房未胀。原方加减治疗 1 月余，浮肿完全消失，诸证霍然。嘱服加味逍遥丸，月经前 1 周左右服前方 3～5 剂，照法连服 3 个月经周期，不仅浮肿未发，经期紊乱诸证皆愈。

〔按语〕《内经》云：“诸湿肿满皆属于脾。”肝主疏泄，脾得疏泄而健运，本案肝郁气滞，疏泄失常，则脾运不健，湿自内生，气滞湿郁而肿胀。肝为血脏，与冲任二脉密切相关，肝郁气滞导致冲任二脉失调，因而经期紊乱而乳胀腹满，皆为

气滞所病。治病求本，宜疏肝理气，方用四逆散合逍遥散化裁，疏肝理气，调和肝脾，不治血而经水自调，不治水而水肿自消，此亦治本之法也。（李寿山主编．李寿山医学集要．大连：大连出版社，1992．312～313）

4. 刘敏等医案一小柴胡汤合五苓散加减治疗糖尿病水肿气郁水结证

李某，女，49岁，会计。糖尿病10余年，长期注射胰岛素治疗。面目浮肿，下肢凹陷性水肿3月。清晨起床时尚好，行走或劳累后，尤其是午后足肿加重，渐至不能穿皮鞋。口苦心烦，饮食乏味，小便欠畅，大便先干后溏，时有乳房胀痛，子宫已切除，白带略多，质稀无臭，脉弦细，尺弱。查尿分析除少量白细胞外未见其他明显异常，肌酐、尿素氮均正常。服用速尿等药及真武汤、五苓散足肿消退不明显。

患者精神紧张，自疑有糖尿病肾病，曾服用五苓散效果不显，可知膀胱气化功能失调并非单纯病机，辨其口苦心烦，饮食乏味，乃肝胆气机不利、气郁水结所致。正如《张氏医通》云：“气一刻不运，水一刻不行”，再则，少阳枢机不利，三焦水道为之壅塞，膀胱气化受阻，故用小柴胡汤合五苓散治疗，3剂则水肿尽消，虽常有反复，照服前方可退。

〔按语〕小柴胡汤退热、治胆胃疾患尽人皆知，足少阳乃胆经主枢，然手少阳三焦亦不可忽视。三焦者，水道也，为人身水火气机通行的道路，且三焦之中包含膀胱，而膀胱气化是维持人体正常生理功能的重要基础。若少阳受邪，循经入腑，则三焦通调失职，水道为之不利，可见下肢乃至周身浮肿。小柴胡汤能解少阳之邪，疏三焦之结，助膀胱气化，令其“上焦得通，津液得下，胃气因和”。再加五苓散淡渗利水，岂有水肿不消之理。（刘敏，蔡文就．经方治疗糖尿病常见症状举隅．新中医，2006，38（2）：71）

5. 任爱华医案一五苓散治疗糖尿病水肿脾肾两虚证

尹某某，男，54岁。2005年7月7日初诊。有糖尿病史6年，并有肝硬化，平素用胰岛素控制血糖尚可。1周前因“感冒”在本村卫生室输液后出现身面浮肿，乏力，小便不利，肾功能检查未见明显异常。舌质黯淡，苔薄白，脉沉细。辨证：脾肾两虚，膀胱气化失司。治则：温阳化气利水。方以五苓散加减。药用：猪苓10g，茯苓15g，泽泻10g，白术10g，桂枝3g，泽兰15g，枳实15g，茵陈30g，薏苡仁15g，竹叶10g，厚朴20g。5剂，水煎服日1剂2次分服。

二诊：浮肿消失，仍乏力，舌脉同前。停用汤剂，继用胰岛素，并口服本院制剂“益气降糖丸”益气固肾以治本。

〔按语〕患者患糖尿病、肝病等多年，脾肾俱损，大量液体输入（因患者有糖尿病史，基层通用盐水输液），导致脾肾功能受损，运化、气化等功能失司，三焦、膀胱不利，而致水肿。急则治标，故先以五苓散加减温阳化气行水，症状缓解后再议培补脾肾。临床曾遇数例因输液而水肿者，以五苓散加减皆效。

五、临证心得

水肿的形成与肺、脾、肾及三焦气化功能失调密切相关，治宜标本兼顾，除发汗、利小便之外，还应结合水肿之因辨证治疗。水为阴邪，当以温药，尤其是温补脾肾为治疗内伤水肿常用之法；血不利为水者，治以活血利水之法；病重势急，则以攻逐治标。在这些方面，仲景皆做了示范。总之，水肿的治疗不可见水治水，而是应当分析内分泌代谢病水肿的原因和发病机制，根据中医几千年来治疗水肿的宝贵经验，在治疗时酌加活血、理气、通阳等药物，以提高临床疗效。

张仲景在治疗水肿方面记载了许多简便有效的方剂。如越婢汤、越婢加术汤、越婢加半夏汤，散风清热、宣肺行水，治疗风水泛滥；五苓散化气行水，治外邪不解、膀胱蓄水之水

肿；苓桂术甘汤健脾利水，治疗中焦阳虚、脾失健运之水肿；麻黄连翘赤小豆汤宣肺解毒、利湿消肿，治疗湿毒浸淫的水肿；真武汤、肾气丸温肾助阳、化气行水，治疗肾气衰微的水肿；猪苓汤滋阴祛水，以治疗阴虚有热、水热互结之证；当归芍药散活血利水，以治水瘀互结之水肿；十枣汤攻下泻水，治疗水饮停聚于胸膈，气道被阻，水邪泛滥之证等。

在内分泌代谢病中，水肿是一种常见症状。如糖尿病肾病、甲状腺功能减退症、特发性水肿、妇女更年期综合征及许多内分泌代谢病中均可见到，同时，肾病合并内分泌代谢病的情况也经常出现。笔者在应用以上经方加减治疗糖尿病肾病及多种内分泌代谢病出现的水肿、蛋白尿等的同时，还常加入鲜白茅根、玉米须、车前草等，让患者自采自用，经济方便，疗效满意。

第五节 失 眠

一、概 述

失眠是指以睡眠不足或睡不深熟、入睡困难、夜寐多梦等为表现的一种病证，为内分泌代谢病常见症状，并常成为疾病难以控制的原因之一。失眠仲景称为不得眠，不得卧，不能卧，卧起不安等，证治论述颇丰。导致失眠的原因较多，如邪热内扰、温针助火、情志失调、阴虚阳亢、阳虚阴盛、中焦失和、痰瘀内蕴、气血亏虚、肾阳衰微等。

二、辨证治疗

1. 阴虚火旺证

主证：心烦不寐，口干津少，五心烦热，口舌生疮，舌质红苔黄，脉细数。

治法：滋阴降火，交通心肾。

方剂：黄连阿胶汤合百合地黄汤加减。

黄连 6g，黄芩 9g，百合 30g，生地黄 15g，白芍 10g，阿胶 10g（烔化），鸡子黄 2 枚（搅入）。

加减：汗多加龙骨、牡蛎；大便秘结加麻子仁、柏子仁。

2. 心肝血虚证

主证：夜寐不安，烦扰不宁，头目晕眩，口渴咽干。舌红，脉细数。

治法：养阴清热，宁心安神。

方剂：酸枣仁汤。

酸枣仁 15g（先煎），甘草 6g，知母 12g，茯苓 6g，川芎 6g。

加减：阴虚甚加百合、生地黄；心烦易怒加石决明、牡蛎、白芍；大便燥结加二至丸；精神抑郁，喜悲伤者合甘麦大枣汤。

3. 肝胆郁热证

主证：胸满烦惊，夜寐不宁，心悸不安，小便不利，一身尽重，不可转侧，或见谵语。舌质黯红，苔黄，脉细弦滑。

治法：和解少阳，通阳泄热，重镇安神。

方剂：柴胡加龙骨牡蛎汤加减。

柴胡 12g，生龙骨 10g，生牡蛎 10g，党参 6g，桂枝 6g，茯苓 6g，大黄 6g，大枣 6 枚（擘），生铁落 30g（先煎），黄芩 6g，生姜 6g，半夏 6g。

加减：心悸不安加合欢花、琥珀（冲）；胸满明显加厚朴、沉香。

4. 胃热腑实证

主证：夜寐不安，脘腹胀满，心烦口渴，胃中嘈杂，暖气不舒，或大便不畅，舌质红，苔黄或白厚，脉滑。

治法：和胃泄热。

方剂：调胃承气汤合保和丸加减。

大黄 3g，厚朴 6g，陈皮 6g，焦三仙 6g，莱菔子 6g，连翘 12g，茯苓 10g，甘草 3g，秫米 15g。

加减：大便秘结重用大黄，加芒硝（冲）；暖气明显加香附、苏梗；食积明显加槟榔、鸡内金；恶心呕吐合小半夏汤。

三、名 医 经 验

郑绍周：运用仲景方治疗顽固性失眠，血虚不寐以酸枣仁汤加减，阴虚不寐以黄连阿胶汤加减，气虚不寐以黄芪建中汤加减，阳虚不寐以肾气丸加减，食积不寐以调胃承气汤加减，肝郁不寐以柴胡加龙骨牡蛎汤加减，均取得了满意的疗效。（张金生，宫洪涛．郑绍周以仲景方治疗失眠的经验．辽宁中医杂志，2003，30（3）：165）

赵进喜：糖尿病合并睡眠障碍者，常见于少阴阴虚体质和少阳体质之人，前者辨证可表现为阴虚火旺、气阴两虚火旺、甚至阴阳俱虚火旺，可选用黄连阿胶汤、交泰丸、天王补心丹等，后者可表现为肝郁化热，郁热扰心，气郁痰阻，痰热扰心，甚至气滞血瘀，痰热内结，可选用柴胡汤一类。（赵进喜主编．内分泌代谢病中西医诊治．沈阳：辽宁科学技术出版社，2004.239）

刘敏等：对糖尿病患者而言，失眠为普遍现象。属气阴两虚、肝阴不足者可选酸枣仁汤；兼汗多者合甘麦大枣汤；心火亢盛，肾水不能上济心火者，可用黄连阿胶汤；平素过食膏粱厚味，致脾胃壅滞，每觉饭后腹胀如鼓，或稍食凉物则腹痛腹泻，睡眠不安者，此所谓“胃不和则卧不安”，用生姜泻心汤调和脾胃之寒热虚实，则气行血生，心神得养，而渐入梦境。（刘敏，蔡文就．经方治疗糖尿病常见症状举隅．2006，38（2）：70）

四、医案精选

1. 谷济生医案—黄连阿胶汤加减治疗不寐阴虚火扰证

霍某某，男，61岁。1990年12月9日初诊。因工作琐杂等日夜烦心，甚则彻夜不寐半年余，口苦晕眩，脑力不济，住院西药治疗未效。查：血脂偏高。舌质红，苔薄黄，脉沉弦。辨证：心阴久耗致肝肾阴亏，虚火上扰，神不归舍，本虚标实。治以滋阴潜降，安神益智。方以黄连阿胶汤、心肾交补丸加减。药用：焦远志 10g，菖蒲 10g，太子参 20g，生地黄 20g，柏子仁 10g，炒枣仁 30g（打），茯神 15g，五味子 10g，麦门冬 10g，夜交藤 30g，野百合 30g，当归 10g，夏枯草 12g，黄连 10g，阿胶 10g（烊化），白蒺藜 12g，生龙牡各 30g（包先煎），生磁石 30g（包先煎），生鸡蛋 2 个搅兑。水煎服，7 剂。

二诊：头晕明显减轻，可入睡 2~3 小时，自觉脑子灵活些，脉弦，舌质稍红，纳呆。前方去夏枯草，加鸡内金 10g。水煎服，14 剂。

三诊：诸证悉减，脑力灵活，可睡 5 个小时左右，梦不多，惟活动后觉乏力。采用滋阴潜降，益气增智法，配丸药长服。药用：生地黄 90g，菖蒲 90g，远志 90g，茯苓 90g，生晒参 45g，二门冬各 90g，五味子 90g，当归 90g，炒枣仁 120g，野百合 90g，沙苑子 90g，首乌 90g，生山楂 90g，郁金 60g，丹参 90g，陈皮 45g，山茱萸 90g，阿胶 90g，夏枯草 60g，赤芍 90g，生龙牡各 90g，生磁石 120g，上药共为细末，炼蜜为丸，每丸 10g 重，早晚各 2 丸。随访半年，入睡及睡眠均好，脑力充沛。

〔按语〕 本案以失眠为主，并有高脂血症。《杂病源流犀烛》云：“劳心之人多不寐，年高之人多不寐，虚烦之人多不寐”。张景岳亦说：“凡人以劳倦思虑太过者必致血液耗亡，神

魂无主，所以不寐”。甚可转为肝风内动、脑卒中之候，以黄连、阿胶等滋阴清热，配合介石类潜镇降火，疗效称善。野百合入心肺二经，不仅润肺止嗽，《日花子本草》还说它“安心，定胆，益智，养五脏”，配枣仁、远志治疗神衰心烦失眠效果亦佳。（董建华，王永炎主编．中国现代名中医医案精华 四．北京：北京出版社，2002.50～51）

2. 廖世煌医案—酸枣仁汤合百合地黄汤加减治疗甲状腺功能亢进症失眠气阴两伤证

陈某，女，32岁，3年前发现患甲状腺功能亢进症。一直服用丙基硫氧嘧啶（PTU）等西药，病情反复。刻诊：形体较瘦，眼突，心悸气短，心烦易怒，失眠多梦，口干不喜饮，易饥多食，二便正常。舌边尖红，苔薄白，脉细弦数。查体：双侧甲状腺Ⅱ度肿大，无压痛。 T_3 5.2nmol/L， T_4 178 nmol/L， rT_3 0.87 nmol/L。辨证：心肝气阴两虚。方以酸枣仁汤合百合地黄汤加减，药用：太子参 30g，麦冬 15g，法半夏 12g，酸枣仁 20g，茯苓 20g，知母 15g，浮小麦 30g，炙甘草 6g，生地黄 15g，百合 15g，丹参 15g，猫爪草 15g。连服 4 周。

二诊：心悸、气短、失眠、心烦明显缓解，舌淡红，苔薄白，颈部肿块缩小为Ⅰ度，眼突如前。前方加黄芪 30g，白芍、夏枯草各 15g。PTU 由每次 200mg 减为每次 50mg，每日 3 次，再服 1 个月。

三诊：查 T_3 1.67nmol/L， T_4 148 nmol/L， rT_3 0.65 nmol/L。继上方隔日 1 剂。调理半年后查 T_3 、 T_4 、 rT_3 正常，颈肿已消。PTU 减为每次 25mg，每日 3 次。1 年后复查各项指标正常。

〔按语〕 失眠为甲状腺功能亢进症常见症状。甲状腺功能亢进症属中医瘰气、瘰瘤等范畴，或属《金匱要略》之虚劳病、痰饮病及瘀血病等范畴，关键因素在于气、痰、瘀壅结。按照《金匱要略》脏腑经络辨证，本病可责之于肝胆、心脾

(胃)以及肾等脏腑。本案辨证为心肝气阴两伤,以酸枣仁汤合百合地黄汤加减获效。(张鹏,高红霞·廖世煌运用金匱方辨证治疗甲状腺功能亢进症的经验·湖北中医杂志·2006,28(4):26~27)

3. 仝小林医案—黄连阿胶汤加味治疗糖尿病失眠阴虚火旺证

患者女性,41岁,病历号:1027611。1999年10月28日入院。患者糖尿病史8年,其母患抑郁症。患者自幼精神抑郁、忧虑,患糖尿病以来,精神负担重,烦躁易怒,严重失眠,每晚仅能睡3~4个小时,多梦易醒,口干,便干。平时服用格列本脲、二甲双胍、阿卡波糖等药,多年来空腹血糖一直波动在11.1~16.7mmol/L。入院时空腹血糖为12.1mmol/L,餐后血糖15.6mmol/L,胰岛素释放试验正常。寻找原因,见患者存在明显的精神抑郁,经抑郁答卷测试,得分22分,属中度慢性抑郁。遂针对性做心理疏导工作,同时给予黄连阿胶汤加味以滋阴降火,镇心安神。经治3天,餐后血糖降至12.2mmol/L。1周后出院,餐后血糖降至8.3mmol/L。近半年来,血糖一直稳定在接近正常水平。

[按语] Taptès认为糖尿病是大脑皮层、内脏相关性疾病。精神创伤、心理失衡都会使病情加重。Miller发现动物在紧张状态下,生长激素、肾上腺皮质激素和胰高血糖素分泌增加,胰岛素抵抗,使血糖增高。该患者有抑郁家族史,自幼精神抑郁,患糖尿病以来则抑郁加重,心理负担重,情绪急躁,严重失眠,致使血糖长期居高不下。经过心理疏导,病人情绪转佳,主动配合治疗,用黄连阿胶汤加味,滋其肾水,降其心火,安其心神,遂使血糖得到理想控制。(仝小林,杜兆民,周水平,等·辨治血糖难控因素的临证体会·中国医药学报,2000,15(5):38~39)

4. 卢化平医案—柴胡加龙骨牡蛎汤加减治疗甲状腺功能

亢进症失眠

李某,女,37岁,2004年3月5日诊。患甲状腺功能亢进症1年,服丙硫氧嘧啶10个月, T_3 、 T_4 、TSH已正常,但仍觉烦热、汗出、手足心热、易惊、心悸、夜寐不实、多梦、月经紊乱,量少色黯黑,大便干燥。舌质淡,脉沉弦。治宜疏肝理血、宁心安神。方以柴胡加龙骨牡蛎汤加减。药用:柴胡12g,黄芩、半夏、桂枝各10g,茯苓12g,生龙骨、生牡蛎各15g,党参12g,生姜10g,生地黄、百合各12g,枳实、炙甘草各10g,酒大黄6g。3剂。

二诊:药后汗出、烦热明显减少,仍心悸、夜寐不实、手足心热。舌淡红苔少,脉细缓。上方加柏子仁15g,再进5剂。

三诊:症状消失,夜寐改善。加路路通6g,再进5剂,巩固疗效,继续口服丙硫氧嘧啶。

〔按语〕 尽管西药对甲状腺功能亢进症诊断治疗更为客观、疗效肯定,但临床有些患者经西药治疗后化验指标虽已正常,但症状却不能完全控制,而加服中药可明显改善症状,以柴胡加龙骨牡蛎汤加减,收效满意。(李淑芳,郑国宁,王辉.卢化平运用柴胡加龙骨牡蛎汤验案举隅.辽宁中医杂志,2005,32(12):1308)

五、临证心得

多种内分泌代谢病如糖尿病、代谢综合征、高脂血症、经前期紧张综合征、甲状腺功能亢进症、肥胖症等病程中常可见到失眠,严重影响患者生活质量及病情的控制,是临床医生必须十分重视的问题。失眠患者常伴有心烦不安、抑郁不舒、头晕目眩、心悸胸闷、疲乏无力等,多属虚实夹杂,与气阴两虚、脏腑虚损、痰瘀扰神、邪热炽盛等密切相关,可参照仲景脏躁、胸痹、惊悸、百合病、虚劳、瘀血等辨证论治。经方治

疗失眠，如热扰胸膈所致虚烦不眠之栀子豉汤证；热留胸腹胃所致心烦、卧起不安之栀子厚朴汤证；阴虚火旺所致心中烦、不得眠之黄连阿胶汤证；水热互结所致心烦不得眠之猪苓汤证；心阳不足所致惊狂、卧起不安之桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤；肾阳衰微所致烦躁、不得卧之四逆汤证；腑实内结所致不得卧之大承气汤证等。尚有调胃承气汤、白虎加人参汤、半夏泻心汤、薯蓣丸、酸枣仁汤、四逆散、小柴胡汤、柴胡桂枝干姜汤、柴胡加龙骨牡蛎汤、桂枝甘草龙骨牡蛎汤、桃核承气汤、抵当汤、甘麦大枣汤、百合地黄汤、乌梅丸等，随证化裁皆疗效可靠。治疗失眠应以调理心、肝、胃为主，心主神明，主血脉，为五脏六腑之大主；肝藏血，主疏泄，体阴而用阳；胃（肠）主和降，以通为顺，腑气不畅亦可导致失眠。同时应配合心理疏导，适当运动，积极治疗原发病。



第二章 糖尿病及其并发症

第一节 糖 尿 病

一、概 述

糖尿病是一组以血浆葡萄糖（简称血糖）水平增高为特征的代谢性疾病群。引起血糖增高的病理生理机制是胰岛素分泌缺陷及（或）胰岛素作用缺陷。血糖明显增高时可出现多尿、多饮、体重减轻，有时尚可伴多食及视力模糊。糖尿病可危及生命的急性并发症为酮症酸中毒及非酮症高渗综合征。糖尿病患者长期血糖增高可致器官组织损害，引起脏器功能障碍以致功能衰竭。在这些慢性并发症中，视网膜病变可导致视力丧失；肾病可导致肾衰竭；周围神经病变可导致下肢溃疡、截肢和关节病变的危险；自主神经病变可引起胃肠道、泌尿生殖系、心血管症状，导致性功能障碍，周围血管及心脑血管合并症明显增加，并常合并有高血压、脂代谢异常。如不进行积极防治，将降低糖尿病患者的生活质量，使患者寿限缩短，病死率增高。

糖尿病分为1型糖尿病、2型糖尿病、妊娠糖尿病、其他

特殊类型的糖尿病。以 2 型糖尿病居多。

本病属于中医消渴病范畴，其证治散见于历代医著消渴、消瘴、风消、膈消、肺消、肾消等门类之中。并发症及兼证有：肺癆、瘀血证、痈疽疮疖、皮肤瘙痒、目疾、耳聋、淋证、泄泻、水肿、卒中、肢体麻木、虚脱、痹证、真心痛、足部病变、胆胀、性功能障碍、齿疾、痢证、痿证、心悸、失眠、眩晕等。故在临床治疗时须根据患者的证候表现灵活辨证，不拘于消渴病。本病病因病机为饮食不节、感受外邪、情志失调、五脏柔弱等导致阴虚燥热，或气虚肾亏，或脾虚湿滞，或痰瘀互结，津气两伤，阴阳失调而发病。

二、诊 断

1. 有糖尿病症状，任意时间血浆葡萄糖水平 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ 。

2. 空腹血浆葡萄糖 (FPG) 水平 $\geq 7.0\text{mmol/L}$ 。

3. 口服葡萄糖耐量试验 (OGTT) 中，2 小时血浆葡萄糖 (2hPG) 水平 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ 。

有上述情况之一者，即可诊断为糖尿病。

三、辨证治疗

1. 肺胃热盛证

主证：烦渴引饮，乏力消瘦，多食易饥，恶热多汗，大便干结，尿频量多，舌质黯红，苔薄黄乏津，脉滑实有力。

治法：清泻肺胃，生津养阴。

方剂：白虎加人参汤加减。

石膏 30g (先煎)，知母 15g，太子参 30g，粳米 30g，生地黄 15g，花粉 30g，甘草 6g。

加减：若便秘较甚，酌加玄参、芒硝等；热盛肠燥，亦可合用大黄黄连泻心汤；消谷善饥甚，可重用生地黄，加玉竹、

黄精；汗多加五味子；中焦热盛，症见多食善饥，口臭，大便干结，舌苔黄厚而燥，脉沉实有力为主，可易调胃承气汤；气阴两伤，口渴乏力明显者，可易麦门冬汤合百合地黄汤合瓜蒌牡蛎散。

2. 气虚肾亏证

主证：小便频数，清长色白或浑浊如凝膏，甚则饮一溲一，腰膝酸软，畏寒肢冷，男子阳痿或女子月经不调，面容憔悴，耳轮干枯，或下肢浮肿、小便不利，舌质淡，苔白，脉沉细无力。

治法：补肾益气。

方剂：肾气丸（汤）加减。

炮附子 10g（先煎），肉桂（后下）6g，熟地黄 20g，山茱萸 15g，山药 15g，泽泻 10g，牡丹皮 10g，茯苓 15g，桑螵蛸 15g，黄芪 30g，五味子 10g。

加减：大便不畅加肉苁蓉、火麻仁；浮肿甚加车前子、牛膝；小便不利重用茯苓，加通草；夜尿频繁加鸡内金，芡实，金樱子；阴阳两虚少寐合黄连阿胶汤；脾肾阳虚，伴有面色苍白，神疲倦怠，少气懒言、大便稀溏等证者，可合理中汤或易真武汤加减。

3. 肝气郁滞证

主证：心烦易怒或焦虑不安，胸胁胀满，每因情志不遂而增剧，心神不宁，夜寐多梦。舌质淡红或黯红，苔薄白或薄黄，脉弦或弦数。

治法：疏肝理气，宁心安神。

方剂：四逆散加减。

柴胡 10g，白芍 10g，枳实 10g，甘草 6g，佛手 15，合欢花 20g，酸枣仁 15g。

加减：悲伤欲哭、数欠神合甘麦大枣汤；口苦咽干，头晕目眩易小柴胡汤加减；烦躁口苦便秘易大柴胡汤加减；咽部不

适合用半夏厚朴汤；口渴寐差甚酌情合用百合地黄汤、百合鸡子黄汤、百合知母汤、酸枣仁汤；舌质黯有瘀斑或瘀点、脘腹胀痛者，合用桂枝茯苓丸；神倦乏力、消瘦纳少、年老体弱而又忧郁烦闷者，可合薯蓣丸加减。

4. 瘀热内蕴证

主证：烦躁易怒，大便秘结，胸胁胀满，头痛目胀，夜寐不安，口渴不多饮，体型偏胖，乏力懒动，舌质黯淡或有瘀点，苔薄黄，脉弦滑。

治法：化瘀泻热。

方剂：桃核承气汤加减。

桃仁 10g，酒大黄 6g，桂枝 6g，芒硝 3g（冲），甘草 6g，泽兰 15g，生地黄 15g，太子参 10g，郁金 10g。

加减：烦热躁狂合抵当汤，胸闷不舒加厚朴、降香、香附；恶热多汗加黄连、栀子、乌梅；大便燥结明显加重芒硝量，易酒大黄为生大黄并后下，加枳实，生地黄，或加大黄黄连泻心汤沸水浸泡代茶。

5. 肠燥津亏证

主证：大便鞭，小便数，乏力口渴，舌质淡，苔薄白，脉细弦。

治法：清热润燥通下。

方剂：麻子仁丸加减。

火麻仁 15g，熟大黄 6g，杏仁 10g，枳实 15g，厚朴 12g，白芍 20g，太子参 10g，当归 10g。

加减：大便燥结不下加芒硝，生地黄；小便频数量多明显加内金，桑螵蛸，覆盆子；乏力明显重用太子参、加黄精。

6. 寒热错杂证

主证：心烦口苦，畏寒倦怠，胸闷攻痛，腹满呕恶，纳呆，精神萎靡，心神不宁，渴不多饮，舌质黯淡，苔薄白，脉细弱。

治法：和调阴阳。

方剂：乌梅丸加减。

乌梅 30g，桂枝 6g，干姜 6g，制附子 6g，川椒 4g，人参 6g，当归 4g，细辛 3g，黄连 10g，黄柏 6g，山药 12g。

加减：畏寒明显可重用附子、干姜；心胸烦闷不安加连翘、栀子；呕吐加竹茹、紫苏；纳呆加焦三仙、内金。

四、名 医 经 验

施今墨：中医讲气化，西医讲细胞。糖尿病为胰腺胰岛素分泌不足所致，但中医五脏六腑中并无胰腺，而中医理论中有“脾主运化”的学说。运化者，代谢也。故治疗糖尿病重点放在治脾上。曰：“健脾余用黄芪伍山药、苍术配元参。黄芪甘温，入手足太阴气分，补气止消渴，前世医家用之甚多。山药甘平，入肺、脾、肾三经，补脾阴之力著。明·周慎斋有‘脾阴不足，重用山药’之语。二药配合，气阴兼顾，补脾功用益彰。苍术辛苦温，入脾胃二经，燥湿健脾，杨士瀛称苍术有‘敛脾精不禁，治小便漏泄不止’之功。元参甘苦咸寒，入肺肾二经，滋阴降火，清热解毒。苍术性辛燥但伍元参可以治其偏而展其才。二者相伍，既能健脾，又可以滋阴。有人谓苍术辛燥，虑其伤阴，不敢在消渴病中用之，东垣先生生津甘露饮子内有藿香、豆蔻、毕澄茄等辛燥之品，亦无辛燥之嫌”。（施今墨的临床经验·首都医药·2005，（7）：19）

糖尿病确属虚寒性者，常见尿意频繁，小溲清长，朝夕不断，症似尿崩，有时尿作淡青色，有时上浮一层如猪膏，口不欲饮食，舌淡不红，苔薄白，或润或不润，气短音低，大便时溏，四肢厥冷诸证。六脉常见沉迟，尺部尤甚，虚象毕现，行将虚脱。应速进壮火、补虚、固脱、填髓之剂。拟方（肾气丸加减）：上肉桂（切碎蒸汁兑入，不可火煎）24g，鹿茸粉（另装胶囊分2次随药送服）3g，黑附子 18g，山萸肉 12g，怀山

药 30g, 桑螵蛸 9g, 大山参 12g, 巴戟天 9g, 补骨脂 9g, 覆盆子 9g, 金樱子 9g, 野于术 15g, 芡实米 30g, 炙甘草 9g, 文火煎服。(南征, 高彦彬, 钱秋海主编. 糖尿病中西医结合治疗. 北京: 人民卫生出版社, 2002. 479)

任继学: 倡刚柔相济, 勿忘温阳活血; 通补并行, 更求血肉有情。认为消渴病机, 主要为燥, 燥为火热之属, 最易伤气, 所谓“壮火食气”(《素问·阴阳应象大论》), 故消渴病必发见气伤。气者, 肾气也, 肾气受伤则阳虚, 阳虚不能生命火, 命火衰相火不生, 相火不足, 不能内寄于肝, 肝阳失助, 则并发肝肾之阳虚, 阳虚不能蒸精化液, 精枯液涸, 故生口渴喜饮、多尿消瘦之患。治疗必须调整机体阴阳、水火之平衡, 使脏腑气血协调冲和, 相互为用。刚柔相济, 动静结合。三消难以详分, 症状错综复杂, 实难偏执一端, 而据临床实际, 分为肺肾阴虚、肺胃阳虚、肝胃阴虚、肝胃阳虚、肝肾阴虚、肝肾阳虚六类证候, 作为辨证准绳。在辨证前提下经方多选用白虎加人参汤、肾气丸等。(单书健, 陈子华主编. 古今名医临证金鉴·消渴卷. 北京: 中国中医药出版社, 1999. 97~102)

张珍玉: 治疗消渴, 不必拘泥于古人上、中、下三消分治, 当以治肾为先。肾为水脏, 若真水不竭, 则无渴饮之患。五脏之津液皆本于肾, 肾阴虚则阳旺, 故渴饮不止而消谷善饥, 肾为胃之关, 关门不利, 故渴饮而小便多也。加之肾阴亏虚, 无力制火, 火旺则煎熬脏腑, 火因水竭而益烈, 水因火盛而益干, 故饮多而不济渴, 此名消渴。治疗时每以都气丸加黄芪(肾气丸加减方), 新久皆效。其中六味地黄丸(方中熟地黄改生地黄), 治肝肾之不足, 真阴亏损, 精血枯竭, 消渴淋沥等证。五味子之咸酸, 而长于保肺气, 滋肾水, 收心气, 生津止渴, 合六味地黄丸不但加强滋补肝肾之阴, 且能制其火旺, 从而津生渴止。加黄芪促其生发之性, 故能补气升阳, 温运阳气以生血, 助气化水, 气化则津生, 颇合都气之意, 效果

满意。(单书健,陈子华主编.古今名医临证金鉴·消渴卷.北京:中国中医药出版社,1999.265)

林兰:将糖尿病分为三型,即阴虚热盛、气阴两虚、阴阳两虚。在经方应用方面阴虚热盛型以白虎汤、泻心汤、黄连阿胶汤等加减,阴阳两虚以大小建中汤、真武汤合保元汤、瓜蒌薤白汤加减。治疗糖尿病肾病常用真武汤、大黄附子汤、苓桂术甘汤,及肾气丸的加减方如六味地黄丸、杞菊地黄丸,其疗效显著等。(吴大真,刘学春,董静,等主编.现代名中医糖尿病治疗绝技.北京:科学技术文献出版社,2004.52;92)

全小林:在糖尿病治疗中善用仲景之方,如运用小柴胡汤治疗糖尿病气郁证,认为小柴胡汤临床应用的病机要点为郁而化热不甚,方中人参常用党参代替,并据患者寒热情况适当调整柴胡、党参之用量,酌加白芍、郁金等敛肝理气之品;运用白虎加人参汤治疗糖尿病肺胃热盛伤津的“三多一少”症,据阴伤轻重酌加南沙参、细生地、天花粉等养阴退热之品;运用黄连阿胶汤治疗阴虚阳亢之糖尿病失眠症,酌加炒枣仁、夜交藤等,晚间顿服,烦郁甚者合百合地黄汤;运用抵当汤和抵当丸治疗糖尿病瘀血证,认为在糖尿病的各个时期和各种证型,无论有无舌质紫黯、舌有瘀斑、脉涩等其他瘀血征候均可应用抵当汤或抵当丸,常用药有水蛭、桃仁、生大黄、三七粉、虻虫、虻虫等,研粉自配胶囊,长期服用,此方对于有并发症者可以减轻症状,对于无并发症者可以预防其发生;运用猪苓汤和真武汤治疗糖尿病性肾病,常用药有茯苓、附子、猪苓、白术、阿胶、泽泻、滑石、生姜等,强调在治疗大量蛋白尿导致的水肿时要通补兼施即利用利尿药的同时加用芡实、白果、桑螵蛸、金樱子等固涩之品,做到通而不伤正,固而不闭塞;运用大柴胡汤治疗肝胃郁热的糖尿病性胃轻瘫,常用药有北柴胡、黄芩、清半夏、白芍、枳实、大黄、黄连、天花粉等;运用肾气丸治疗糖尿病肾病,夜尿多者加桑螵蛸、金樱

子、芡实、白果等固涩之品，或与二至丸、缩泉丸合用；对糖尿病肾病导致肾功能不全的稳定期，用参芪丹鸡地黄汤加味治之，守法守方，可使肾功能长期稳定，延缓肾衰的发展进程；运用黄芪桂枝五物汤治疗血虚络痹之糖尿病末梢神经病变，常用药有黄芪、芍药、桂枝、生姜等，并酌加鸡血藤、当归、水蛭等药，以加强补血活血通络作用；运用大黄廑虫丸治疗糖尿病皮肤病变及糖尿病足等。（柳红芳．全小林应用仲景方治疗糖尿病的经验．北京中医药大学学报，2001，24（1）：51～53）

熊曼琪：以白虎加人参汤清热泻火润燥，益气生津止渴治疗糖尿病，方中石膏、知母清泻胃热，为主药，粳米常以山药代之，人参多用太子参或西洋参；以桃核承气汤治疗糖尿病证属瘀热互结者；以真武汤温阳化气行水治疗糖尿病肾病；以肾气丸治疗糖尿病证属肾阳虚衰者；以五苓散治疗糖尿病性神经源性膀胱，症见小便不利、少腹胀满者；以黄芪桂枝五物汤治疗糖尿病周围神经病变等。（高彦彬主编．古今糖尿病医论医案选．北京：人民军医出版社，2005.80～82）

赵金铎：消渴阴虚日久，必及于阳，至阴阳两虚之证。临床表现为小便频数量多，饮一溲一，尿如脂膏，腰酸困倦，面色黧黑，男子为阳痿不举，女子则带下清稀，舌淡苔白，脉细无力。善补阳者，必于阴中求阳，肾气丸加女贞子、制首乌主之，方中肉桂、附子为补肾猛将，燥烈伤阴，应加鹿角霜、仙灵脾、仙茅等，庶可温而不燥。（南征，高彦彬，钱秋海主编．糖尿病中西医结合治疗．北京：人民卫生出版社，2002.486）

刘献琳：糖尿病治疗重视健脾补肾，润燥活血，自拟八味降糖饮（生地黄、山茱萸、山药、黄芪、玄参、苍术、葛根、丹参）。若胃火较盛，合白虎加人参汤；中焦火炽，大便燥结者，合大黄甘草汤急下存阴；合并肢痛麻木者，从风寒侵袭，血瘀阻络着眼，合用黄芪桂枝五物汤，加祛风通络之品，亦常

获效。(陶汉华,张苏颖,贾士安,等主编.刘献琳学术经验辑要.济南:山东科学技术出版社,2000.244~245)

消渴病以三多即多饮、多食、多尿为主要标志,需与厥阴病中的消渴证候及五苓散、猪苓汤等证中的消渴症状进行鉴别。在外感热病中,病人可以出现口干多饮的症状,但不是消渴病。消渴病从其症状和病理变化上可分为上中下三消。上消主肺,《素问·气厥论》说:“心移热于肺,传为鬲消。”即是上消。中消主胃,《素问·脉要精微论》说:“瘵成为消中。”《灵枢·师传》篇说:“胃中热则消谷,令人悬心善饥。”即是中消。下消主肾,《灵枢·刺热》篇说:“肾热病者,苦渴数饮身热。”《灵枢·邪气脏腑病形》篇说:“肾脉微小为消瘵。”即是下消。上消以口渴多饮为主,重在治肺,但与胃火上炎亦有密切关系。所以程钟龄说:“大抵治上消者,宜润其肺,兼清其胃。夫上消清胃者,使胃火不得伤肺也。”治上消主方用白虎加人参汤,以清热生津止渴;中消以多食善饥、小便数为主,重在治胃。《金匱要略》虽未提出治法,一般多主张用调胃承气汤加减治疗。程钟龄说:“治中消者,宜清其胃,兼滋其肾。”“中消滋肾者,使相火不得攻胃也”;下消以多饮、多尿,或小便如脂膏有甜味为主,重在治肾。肾为水火之脏,内藏真阴真阳,今肾虚而阳气衰微,既不能蒸津液以上腾,又不能行气化以摄水,故上为消渴不止,下为小便反多,以致形成饮一斗,小便亦一斗的情况。故用肾气丸,以补益其阴,温阳其阳。赵养葵用六味地黄丸料1斤,加肉桂、五味各1两,多煎,恣意冷饮,对缓解症状有效。程钟龄说:“治下消者,宜滋其肾,兼补其肺。下消清肺者,滋上源以生水也。”《医学实在易》对三消的治疗作了简明扼要的说明:“上消白虎中承气,下消肾气丸可贵;赵氏治肾统三焦,地黄丸料桂五味。”(陶汉华,张苏颖,贾士安,等主编.刘献琳学术经验辑要.济南:山东科学技术出版社.2000.93)

刘启庭：肾糖阈过高者，表现为血糖升高而尿糖无变化，应责之于肾，乃阳虚不能化气，失其分清泌浊之职，气化失司，开阖不利，留而为浊。治当益肾温阳复开阖，兼以活血利水泄湿浊。方用金匱肾气丸加味，药用：黄芪 30g，山药 30g，山萸肉 15g，茯苓 15g，泽泻 15g，生地黄 15g，丹皮 12g，沙苑子 15g，附子 10g，肉桂 6g，玉米须 30g，车前子 15g（包），水蛭 10g，大黄 10g，丹参 20g。（单书健，陈子华主编·古今名医临证金鉴·消渴卷·北京：中国中医药出版社，1999.162）

章真如：消而不渴，重在补肾。消渴病久，病情千变万化，与其他许多慢性病一样，也逃不脱“久病及肾”的规律。消渴病后期，表现肾气极度衰弱，形寒畏冷，精神萎靡不振，形体消瘦，肢体困乏，阳痿不举，语言无力，食少便溏，口干不欲饮，小便无力，颜面及下肢微浮，四肢末端麻木，视力锐减，脉沉细，舌淡苔薄白。证属消渴病久，肾精暗耗，损气伤津，阴阳俱亏。治宜补肾温阳，方用自拟加味金匱肾气汤，药用：肉桂、附子、山萸肉、山药、泽泻、丹皮、茯苓、黄芪、苍术、枸杞子、肉苁蓉。食滞纳呆者加鸡内金、山楂；大便秘者去熟地黄、肉苁蓉，加补骨脂、吴茱萸、肉豆蔻；下肢肿肾加车前子、牛膝。（单书健，陈子华主编·古今名医临证金鉴·消渴卷·北京：中国中医药出版社，1999.230～231）

谢昌仁：倡以清热滋阴法治疗消渴病，以白虎加入参汤与六味地黄汤合用，药用：生石膏、知母、北沙参、麦冬、川石斛、地黄、丹皮、茯苓、泽泻、天花粉、鸡内金、甘草。人参白虎汤可肃肺胃、生津止渴；六味地黄汤能滋肾育阴，生津清热。方中沙参、麦冬、石斛可养肺胃津液；花粉系清热生津之要药。鸡内金一味每方必不可少，《医学衷中参西录》云：“用鸡内金者，因此证尿中皆含有糖质，用之以助脾胃强健，化饮食中糖质为津液也。”临证用之，实有其效。（单书健，陈

子华主编·古今名医临证金鉴·消渴卷·北京：中国中医药出版社，1999. 256~257)

潘澄濂：胃热津亏麦门冬，肾气虚损八味方。认为糖尿病的三消症状，多是交错出现，这可能与个体差异和病变过程的阶段不同有关。对糖尿病临床辨证，主要分胃热阴伤证和肾气虚损证两大类。胃热阴伤证的表现，除渴饮、善饥外，以舌质光红而干，或多裂纹，脉象滑数为辨证要点。肾气虚损证的表现，除渴饮善饥外，以倦怠乏力，腰背酸疼、舌干质红，苔薄，脉象细数或弱数为辨证要点。在治疗上，对胃热阴伤证，常选麦门冬汤加减，药用麦冬、黄连、石膏、知母、天花粉、怀山药、海蛤壳、太子参（或洋参）、地黄为基本方。如胃阴耗伤严重者，加石斛；消化不良者，去石膏，加鸡内金。对肾气虚损证，常选八味肾气丸加减，药用地黄、怀山药、山萸肉、丹皮、茯苓、菟丝子、知母、肉桂、淡附片、海蛤壳、黄芪为基本方。见肾阴虚损，去附片，加枸杞子、玄参或龟板。如治绍某，糖尿病表现为肾气虚损证，20多年来，持续以八味丸（即肾气丸）去附片、加知母、黄柏加减之剂治疗，病情稳定，尿糖控制在（-~±），血糖4.44mmol/L，从未用过胰岛素，足见本方具有一定的疗效。临证体会，不管胃热阴伤或肾气虚损证，怀山药、蛤壳、知母、地黄是必用之药，且用量要大，如山药、蛤壳常可用至30~60g，此外常嘱患者多食猪、羊胰，或常服蚕茧和玉米须熬汤，亦有一定作用。（单书健，陈子华主编·古今名医临证金鉴·消渴卷·北京：中国中医药出版社，1999. 292~293）

杨友鹤：用方选药上推崇仲景方，认为仲景方是治疗糖尿病的主方。对燥热阴亏者治以清热生津，佐以健脾疏肝，方用白虎加人参汤合小柴胡汤化裁，药用：人参、生石膏、知母、柴胡、黄芩、天花粉、山药、黄芪、甘草等。对脾肾两虚者治以健脾固肾、阴阳双调法，方用金匱肾气丸化裁，药用黑附

子、桂枝、山茱萸、山药、丹皮、泽泻、生熟地黄、枸杞子、白芍、人参、黄芪、天花粉、覆盆子、丹参等。(吴大真,刘学春,董静,等主编.现代名中医糖尿病治疗绝技.北京:科学技术文献出版社,2004.49~50)

刘力红:乌梅丸是厥阴的主方。从伤寒六经的角度看糖尿病,糖是甘性的东西,五行属土。糖的代谢、利用障碍,应是土系统障碍,病根却在木系统上,却在厥阴上。这就从根本上突破了三消学说,使我们得以从真正的源头上设立对治的方法,将糖尿病的论治和研究提升到一个很高的自然境界。(刘力红主编.思考中医.桂林:广西师范大学出版社,2003.456~459)

五、医案精选

1. 桑景武医案—真武汤合四逆汤加减治疗糖尿病脾肾阳虚证

宗某,女,47岁。1983年3月初诊。曾于1975年、1981年2次住院治疗,症状有所改善。来诊时面色萎黄,全身乏力,善饥多食,口渴多饮,尿频口甜,四肢逆冷,脉沉无力,舌苔白腻,舌质淡。查空腹血糖17.54mmol/L,尿糖(++++)。辨证为脾肾阳虚之证,急救真阳,真武汤合四逆汤加减。药用:茯苓50g,白芍100g,白术50g,附子20g,干姜20g,桂枝50g,麻黄20g。

二诊:服上药2剂口渴大减,四肢得温,诸症改善,效不更方,连服4剂。

三诊:空腹血糖4.44mmol/L,尿糖正常。后以金匱肾气丸口服1个月。随访3年未见病情反复。

〔按语〕仲景在太阳篇用真武汤治疗太阳病误汗,转入少阴,乃为救误而设;少阴篇则用于治疗肾阳衰微,水气不化,阳衰而不用四逆,缘于阳衰夹水,水盛而重用温阳,本于肾中

阳微，故用真武温阳利水而收功。本例病人久病体衰，肾气亏馁，气不化津，津凝液敛，而表现为一派津液不布之证。方用大辛大热之附子温肾助阳，化气布津；茯苓、白术健脾运湿；白芍敛阴和阳；干姜味辛入气分，可协附子温肾化气。由此可见消渴非皆燥热，每属饮证。（单书健，陈子华主编．古今名医临证金鉴·消渴卷．北京：中国中医药出版社，1999.105）

2. 曹健生医案—白虎汤合六味地黄汤加减治疗糖尿病肾虚胃热证

赵某，男，48岁，干部。1984年5月15日初诊。近半年来口干舌燥，大渴引饮，小便量多，饥饿多食，形体消瘦，身困乏力，烦躁易怒，头晕不寐，曾注射胰岛素，口服D860等，用后血糖稍降，停药如故。血糖14.43 mmol/l，尿糖（++++），血压180/96mmHg，脉沉细而弦数，舌质红苔黄厚。此乃肾水亏虚，胃火炽盛，水不涵木，肝阳上亢之证。治宜补水救火，平肝潜阳。方以白虎汤合六味地黄汤加减。药用：生石膏60g，知母15g，干地黄30g，山药20g，山萸肉15g，丹皮12g，茯苓15g，泽泻15g，甘草3g，夏枯草30g，钩藤15g。

二诊：药服10剂后，头晕、烦躁好转，口渴减轻，饮食得到控制，血压160/90mmHg。血糖11.1 mmol/l，尿糖（+++），脉细数，舌质红，苔薄白。上方去夏枯草、钩藤，加麦冬15g，葛根15g。嘱其若无大的变化，可持续服用。

三诊：2个月后，各症逐渐好转。血压140/90mmHg，血糖8.66 mmol/L，尿糖（++），口渴不甚，烦躁全无，脉沉细，舌质淡红，苔薄白。处方：

干地黄24g，山药18g，山萸肉18g，丹皮9g，茯苓9g，泽泻9g，麦冬15g，葛根15g。

服上方1个月后，饮食正常，已不口渴，复查血糖6.93 mmol/l，尿糖（+~++），脉沉细，舌质、淡苔薄白。嘱用

六味地黄丸以善其后。

〔按语〕 该案以白虎汤以降胃火，六味地黄汤以补肾水。以甘寒之品以泻火生津，白虎汤恰中病机，再合六味地黄汤，标本同治，既能较快解除症状，又有釜底抽薪的作用，血糖、尿糖均可改善。（单书健，陈子华主编．古今名医临证金鉴·消渴卷．北京：中国中医药出版社，1999. 279～280）

3. 李寿山医案—肾气丸治疗消渴阴损及阳证

王某，男，50岁，干部。患糖尿病10余年，身体日渐消瘦，纳呆食少，倦乏乏力，口渴喜热饮，夜尿频多混浊有脂膏，大便溏薄，晨起面肿，午后腿肿，四肢不温，畏寒喜暖。叠经中西医药治疗，皆无明显疗效，目前注射胰岛素治疗。观其面色苍白不华，萎靡不振，语声无力，舌质淡苔白滑，脉沉细无力。此乃脾肾亏损，阴阳气血俱虚，已成虚劳证。治以补肾健脾，调补阴阳。方用肾气丸加减。药用：熟地黄20g，山萸肉10g，山药15g，莲子肉15g，茯苓15g，仙灵脾15g，补骨脂10g，炮附子6g，肉桂3g，人参10g，丹参15g，益智仁20g，砂仁3g。并服猪胰粉3g，日3次，蚕茧10只煎汤代茶。

二诊：服药半月，口渴渐缓，胃纳略增，夜尿减少而清淡，大便成形日1次。原方去莲子肉、补骨脂，加车前子15g、怀牛膝10g。

三诊：又服半月，浮肿渐消，口已不渴，体力略增，遂停注胰岛素，口服格列本脲治疗。

四诊：原方增损治疗约2个月，诸症若失，体重增加4kg。面色红润，神志如常，舌淡红无苔，脉弱滑。查尿糖（±～+），空腹血糖5.55mmol/L。病情稳定，停服格列本脲，原方加鹿茸粉、龟鹿二仙胶、猪胰粉等配成丸剂，早晚各服10g。

五诊：治疗约半年，多次复查血糖、尿糖均在正常范围。体重增加，诸症消失，恢复工作。继服丸剂巩固，注意饮食调

摄。随访1年一切良好。

〔按语〕消渴日久，未能控制，阴损及阳，常见阴阳俱虚诸证。也有初病即见阳虚者，但较少见。临床症见面色㿔白，倦怠怕冷，腰膝酸软，口渴多饮，小便频多而混浊如有脂膏，男子阳痿，女子闭经，甚则浮肿，大便溏薄，舌淡苔白，脉沉细无力。此为阴阳俱虚之证，病的关键在肾，尊为仲景“男子消渴，小便反多，以饮一斗，小便一斗，肾气丸主之”之旨，方用肾气丸化裁。（单书健，陈子华主编．古今名医临证金鉴·消渴卷．北京：中国中医药出版社，1999．270～271）

4. 陈亦人医案一桂枝茯苓丸加减治疗消渴瘀热证

郑某，男，64岁。1996年1月28日初诊。患者被确诊为糖尿病4年余，一直口服西药降糖药，但尿糖、血糖仍未能控制。近来，小便排出不利，诊为“前列腺增生”，服药乏效。现症：口干喜饮，饥饿多食，小便量多，排出困难，分叉，舌红少津，舌边背部有瘀斑，苔黄糙，脉沉，查尿糖（++），血糖8.9mmol/L。证属瘀血内积，肺热壅盛。治拟化瘀消积，补肺清热。投桂枝茯苓丸加减。药用：云茯苓15g，桃仁泥10g，粉丹皮10g，嫩桂枝3g，川黄柏6g，重楼片15g，生黄芪15g，肥知母10g，炙紫菀15g，生川军3g。水煎服，14剂。

二诊：4月1日复诊，药后大便稀，小便分叉略有改善，苔脉如前，仍守原法，原方去川军，加山梔10g，生地黄15g。水煎服。

三诊：服药35剂，其间有耳鸣，故加入天麻、杞子、牡蛎等，并嘱逐渐减西药用量。

四诊（5月27日）：近来发现皮肤脱屑颇多，足底大块脱皮，此皮下微循环障碍所致，改用化瘀通阳之法，处方：金银花15g，蒲公英15g，杭白芍15g，生甘草6g，菟蔚子10g，马鞭草10g，凌霄花10g，桃仁泥10g，葛根10g，生地黄

15g, 黄芪 6g。水煎服, 28 剂。其间停服西药, 血糖恢复正常, 诸症消失。6 月 24 日来诊, 已连续复查血糖均在正常范围, 药尽求诊。据证嘱其再服上方 7 剂, 以巩固疗效。

〔按语〕 此案病程较久, 且伴有前列腺增生、舌质有瘀斑等瘀血见证, 故初诊以桂枝茯苓丸活血化瘀, 通经消癥, 药进 30 余剂, 诸症改善, 但又见皮肤脱屑、足下脱皮之象, 故改用化瘀通阳之法。由于该方活血通阳而不具燥性, 寓通于滋, 活血解毒, 是以药服效佳, 终收全功。(单书健, 陈子华主编. 古今名医临证金鉴·消渴卷. 北京: 中国中医药出版社, 1999. 199~201)

5. 朱进忠医案

案 1: 柴胡桂枝干姜汤治疗糖尿病上燥下寒证

赵某, 女, 35 岁。口渴多饥, 头晕脑胀, 心烦易恼, 胃脘痞满, 阴部瘙痒无度 3 年, 某医院诊为糖尿病、阴道炎。予苯乙双胍、消渴丸、甘露消渴丸、胰岛素、格列齐特久治效果不著。始予生津止渴养阴之品仍无效, 且日渐两眼视力模糊, 再审其脉濡缓, 舌苔白稍腻。思之, 乃上燥下寒, 湿郁不化, 肝木失达之证耳, 但用滋阴以助湿损阳, 何能取效? 乃予柴胡桂枝干姜汤加减。药用: 柴胡 10g, 桂枝 10g, 干姜 6g, 天花粉 10g, 黄芩 10g, 牡蛎 10g, 甘草 6g, 玄参 10g。

连服 15 剂, 口渴、阴痒大减, 精神增加, 尿糖由 (++++) 降至 (+)。继服 15 剂, 阴痒消失, 尿糖 (±), 余症亦向愈。

案 2: 木防己汤加减治疗糖尿病寒饮阻滞证

张某, 女, 29 岁。半年前发现口渴多饮、日渐消瘦, 疲乏无力, 某院诊为糖尿病。住院治疗 3 个多月无效, 继又配合中药生津止渴之品治疗 4 个多月仍无效。审其证, 除口渴多饮多食易饥外, 并见明显消瘦, 皮肤干燥, 神疲乏力, 面微赤, 先予白虎加人参汤治之, 4 剂后, 非但口渴多饮之证不减, 反

见胃脘痞满加剧。再审其脉沉紧，舌苔白。反复思考弦紧之脉者乃寒饮阻滞之脉也，寒饮者不化其阴津何得以上潮？因拟木防己汤加減。药用：防己 10g，桂枝 10g，党参 10g，生石膏 10g，茯苓 10g，芒硝 3g。服药 12 剂，诸证大减，体重增加 9kg，尿糖（±）。（单书健，陈子华·古今名医临证金鉴·消渴卷·北京：中国中医药出版社，1999.204）

〔按语〕 糖尿病属于中医消渴范畴，可从仲景《伤寒论》和《金匱要略》之方随证化裁，求其理，而不尽用其方，不拘于燥热阴伤之说。

6. 李良医案—乌梅丸加味治疗糖尿病寒热错杂证

王某某，男，54 岁，工人。1982 年 8 月患糖尿病，曾服 D860 和六味地黄丸治疗 1 年余，病情时轻时重，于 1984 年 3 月 31 日来诊。现证：口渴欲饮，烦闷多汗，饥而不欲食，消瘦，疲乏无力，泄泻，日行 4~6 次，小便清白，查空腹血糖 280 mg/dl，尿糖（+++），脉象虚弦，舌质嫩，苔黄。此属上热下寒、寒热错杂之证。治宜清上温下，用乌梅丸加味治之。方药：川黄连 12g，黄柏 4.5g，乌梅肉 24g，党参 4.5g，当归 3g，附子 4.5g，桂枝 4.5g，干姜 7.5g，细辛 4.5g，川椒 3g，五味子 12g，山萸肉 20g，生石膏 45g。服上方 5 剂口渴消失，减去生石膏，续服 30 剂，除稍有疲乏之感外，别无恙症，查空腹血糖 6.4 mmol/L，尿糖（-），脉双弦缓，舌质正常，苔稍薄。改用益气养阴、健脾补肾之法善后。

〔按语〕 该案从证候分析，属厥阴病无疑。口渴欲饮、烦闷、饥是上热之证；不欲食、小便清白、泄泻是下寒之象。正如《伤寒论》所说：“厥阴之为病，消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食……下之利不止。”厥阴受病，肝失条达，疏泄不利，气机紊乱，脏腑功能失调，阴阳不相顺接，故病证变化无常。阳性多热，阴性多寒，阳并于上则上热，阴并于下则下寒。故选用乌梅丸（汤），寒热并举，攻补兼施，调理寒热，

平调阴阳。(李良主编. 糖尿病的中医治疗. 北京: 光明日报出版社, 1989. 63)

六、临证心得

糖尿病目前仍属难以治愈的终生性疾患, 与体质、饮食结构、精神因素、肥胖、免疫损伤等密切相关。由于该病病程长, 并发症多, 在不同体质、不同阶段表现各异。糖尿病属于中医消渴病范畴, 但目前许多无症状或以并发症就诊的患者并没有典型的“三多一少”症状, 故传统的“阴虚燥热”说及三消辨证已难以适应临床需要。中医治疗糖尿病更重要的是调整人体阴阳相对平衡协调, 其优势在于缓解症状和并发症的防治。

经方治疗糖尿病有着悠久的历史 and 卓越的疗效, 可根据主证、兼证、变证和夹杂证等情况灵活选用白虎加人参汤、肾气丸、桃核承气汤、调胃承气汤、五苓散、竹叶石膏汤、真武汤、乌梅丸、瓜蒌瞿麦丸、炙甘草汤、黄芪桂枝五物汤、黄芪建中汤、抵当汤、小建中汤、大柴胡汤、瓜蒌薤白桂枝汤、四逆散、当归四逆汤、柴胡加龙骨牡蛎汤、桂枝甘草龙骨牡蛎汤、酸枣仁汤等。

《灵枢·九针十二原》云: “言不可治者, 未得其术也。”从上述名医经验和验案中可见经方疗效之一斑, 其理论功底和临床经验是临床疗效的前提。中西医并重, 取长补短, 重视经方的研究及应用, 乃糖尿病患者之福音。

第二节 糖尿病酮症酸中毒

一、概 述

糖尿病酮症酸中毒（DKA）是糖尿病人最常见的急性并发症，主要发生在1型糖尿病患者，在感染等应激情况下，2型糖尿病患者也可发生。发生酮症酸中毒的原因是体内胰岛素极度缺乏，组织不能有效利用葡萄糖导致血糖显著升高。此时脂肪分解产生高酮血症和酮尿症伴代谢性酸中毒及明显的脱水。严重者出现不同程度的意识障碍直至昏迷，若不及时救治将导致死亡。

DKA最常见的诱因为严重感染，约占各种原因中的37%左右，其他如降糖药物尤其是胰岛素使用欠规范，中断或随意减少药物剂量，妊娠及分娩、应激状态（如手术、精神创伤、外伤、烧伤、心力衰竭、心肌梗死、脑血管意外、麻醉等）、药物（如噻嗪类利尿剂、糖皮质激素等）、饮食失调及胃肠道疾病也是DKA的常见诱因。如果患者同时合并某些内分泌疾病，如甲状腺功能亢进症、胰岛细胞瘤、嗜铬细胞瘤、肢端肥大症、胰高糖素瘤等可升高反调节激素，进一步拮抗胰岛素作用，诱发酮症酸中毒。

该病属于中医“消渴病”、“呕吐”、“昏迷”、“厥证”等范畴。与《金匱要略》中“厥阴消渴”亦有类似之处。本病多由气阴两伤、复感外邪、燥热津伤、浊毒内盛等所致，并可发生神昏厥脱之变。

二、诊 断

1. 糖尿病原有“三多一少”症状加重，乏力明显。
2. 可有恶心、呕吐、纳呆、腹痛、胸闷喘憋、发热、意

识模糊、反应迟钝甚至昏迷。

3. 部分患者有轻、中度脱水，呼吸可慢（或快）而深，呼出的气体有烂苹果味。严重者还可有休克等。

4. 实验室检查 血糖升高，血、尿酮体阳性；血白细胞及中性粒细胞升高；生化指标尤其是血钾的改变和肾功能损害、二氧化碳结合力及 pH 降低、血浆渗透压升高等。

三、辨证治疗

1. 气阴两伤证

主证：倦怠乏力、口渴欲饮、尿频量多、纳谷不香，舌质红，苔薄白乏津或无苔，脉细数。

治法：益气养阴，清热和中。

方剂：竹叶石膏汤加减。

竹叶 10g，生石膏 30g（先煎），太子参 15g，知母 15g，麦门冬 12g，清半夏 6g，陈皮 6g，生山药 15g，天花粉 30g，芦根 30g，鸡内金 10，甘草 6g。

加减：恶心呕吐加竹茹、苏叶、砂仁；口渴甚加生地黄、黄连；烦躁加连翘、栀子；乏力明显重用太子参、山药，加黄精；伴发热加蒲公英、双花、黄芩。

2. 热扰心神证

主证：心烦躁扰、夜寐不宁、口渴欲饮，四肢倦怠，或伴纳呆泛恶，或溲黄热痛，或神志恍惚，或有谵语。舌质黯红，苔薄黄，脉弦细。

治法：清泄肺胃，生津止渴。

方剂：调胃承气汤加减。

大黄 6g，芒硝 6g（冲），甘草 10g，黄连 6g，麦冬 15g，金银花 30g，郁金 10g，连翘 30g，竹叶 10g。

加减：便秘加重大黄、芒硝量；烦渴引饮加天花粉、生石膏；倦怠乏力加太子参、黄精；恶心、苔腻加苏叶、佩兰、藿

香；烦躁寐差明显加水牛角粉、合欢花、夜交藤、朱砂；伴胸闷喘急者加旋覆花、瓜蒌、檀香、降香等；洩黄热痛明显加白花蛇舌草、车前草、玉米须。

3. 毒热内盛证

主证：发热汗出、烦渴引饮，尿频量多，多食易饥，倦怠乏力，大便秘结，舌红或黯红，少津，苔薄黄或黄燥，脉洪大或洪数。

治法：解毒清热。

方剂：白虎汤合大黄黄连泻心汤加减。

生石膏 30g（先煎），知母 12g，粳米 30g，甘草 6g，大黄 10g，黄连 9g，黄芩 12g，蒲公英 30g，生地黄 30g，天花粉 30g，玉竹 15g。

加减：若发热明显加金银花或合升降散；便秘明显加芒硝 6g（冲）；乏力明显者，可加太子参、黄芪、山药等；若口臭、口舌生疮者，可加金银花、牡丹皮、玄参等，或加珠黄散外敷及内服。

4. 寒热错杂证

主证：心下痞满，恶心呕吐，纳呆，或伴肠鸣下利，乏力口渴、精神不振。舌质黯淡，苔薄白或黄多滑腻，脉濡或弦细。

治法：辛开苦降，和胃消痞。

方剂：半夏泻心汤加减。

半夏 10g，黄芩 10g，黄连 6g，太子参 15g，干姜 6g，甘草 6g，蒲公英 15g，炒麦芽 15g，鸡内金 10g。

加减：若恶心呕吐明显干姜易生姜，或加入生姜汁兑服；心下痞满较甚加厚朴、槟榔；大便稀溏明显加薯蓣粥；呕吐咖啡样物加仙鹤草、三七粉（冲服）、白芨粉（冲），或加云南白药冲服，甚者吞服保险子 1 粒。

5. 阴竭阳脱证

主证：目眶凹陷，神志昏迷，目呆口张，气少息促，面唇苍白或青紫，汗出如油，四肢厥冷，舌青紫，脉微欲绝。

治法：回阳救逆，益气固脱。

方剂：四逆汤合生脉散加减。

制附子 10g（先煎），干姜 6g，红参 30g，麦冬 15g，五味子 10g，炙甘草 10g。

加减：汗出不止加煅龙骨、煅牡蛎、黄芪；神昏加远志、菖蒲。并配合参附注射液及现代医学抢救措施。

四、名医经验

程益春：本病病机为本虚标实，病之本为气阴两虚，病之标为热毒、湿浊、瘀血。治疗时应以调整阴阳为基础，根据不同的发展阶段和病情的轻重缓急，做到准确辨证，分清标本，灵活立法。可分为气阴虚耗、浊毒内蕴、阴虚火炽、阴阳衰竭 4 型论治。阴阳衰竭型以四逆汤合生脉散加减，症见口干唇焦，面色苍白，表情淡漠，汗出肢冷，呼吸深大或微弱，嗜睡或昏不知人，舌黯红，苔黄，脉细微。治以益气回阳，救阴固脱。方用以四逆汤和生脉散加减。药用：制附子、肉桂、干姜、西洋参、五味子、麦冬、生地黄、山茱萸、山药、石菖蒲、郁金。（徐云生·程益春治疗糖尿病酮症酸中毒的经验·山东中医杂志，1997，16（2）：84～85）

林兰：将糖尿病酮症酸中毒分为 4 型。燥火亢盛型以白虎汤合玉女煎加减；浊毒中阻型以增液承气汤（承气汤加减方）合清胃散加减；浊毒闭窍型以安宫牛黄丸合紫雪丹加减；虚风内动型以复脉汤（炙甘草汤加减方）合大定风珠加减。（高彦彬主编·古今糖尿病医论医案选·北京：人民军医出版社，2005.109）

赵锡武：治疗糖尿病酮症酸中毒，证属脾胃虚寒者，以加味吴茱萸汤加减，药后呕吐、纳呆等症状迅速缓解。（高彦彬

主编. 古今糖尿病医论医案选. 北京: 人民军医出版社, 2005. 141)

赵进喜: 以竹叶石膏汤加减益气养阴、清热和胃治疗糖尿病酮症酸中毒, 中医辨证属气阴两伤、胃热内盛者, 药用: 竹叶、生石膏、知母、麦门冬、清半夏、沙参、生山药、天花粉、芦根、陈皮、枇杷叶、苏叶、黄连、甘草。若气阴大伤, 虚象突出者, 可加西洋参; 胃热化生浊毒, 呕吐甚, 大便干者, 可加熟大黄。(赵进喜主编. 内分泌代谢病中西医诊治. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2004. 159)

王尧等: 应用仲景急下存阴法救治糖尿病酮症酸中毒, 在西药治疗同时紧紧抓住病程中燥结阴伤腑实便秘症状及其倾向, 以仲景急下存阴法釜底抽薪。基本方为大承气汤加减。药用: 大黄(后下, 煎5分钟)、芒硝(冲)各10~30g, 玄参、生地黄、麦冬各10~50g, 佩兰10~15g, 枳实10g。水煎取液分次口服或鼻饲。药后2~4h无大便者继服或灌肠, 配合开塞露。并用胰岛素、补液以维持电解质平衡, 慎用碱治疗法。结果: 24h内通便、症状缓解者13例, 死亡3例。(王尧, 夏春地, 王其飞. 仲景急下存阴法在治疗糖尿病酮症酸中毒中的应用. 中西医结合实用临床急救, 1996, 3(10): 436~437)

五、医案精选

1. 朱进忠医案—木防己汤加减治疗消渴痰饮阻滞证。

郭某, 男, 57岁。糖尿病史7年, 始用苯乙双胍口渴多饮多食症状好转, 但半年后口渴多饮加重, 请中医以养阴生津之剂治之, 服药半月, 诸症大减, 但继服上药半月余诸症又复如初。如此治疗6年余, 非但诸症未减, 反而视力逐渐减退, 近2年来又发现下肢麻木疼痛, 行路困难, 在某医院住院治疗半年, 诊为糖尿病、末梢神经炎、早期白内障, 虽用胰岛素、苯乙双胍、中药生津养阴之品, 非但诸症不减, 反而日渐发现

疼痛加剧，走路不能，纳呆食减，时而恶心呕吐，经过反复检查诊为糖尿病酮症酸中毒、末梢神经炎。来诊时除以上诸症以外，尚见口渴喜饮，饮水稍多即呕吐，舌苔黄白，脉弦紧而数。辨证为痰饮阻滞中焦，上热下寒。治以化痰散结，方用木防己汤加减。药用：防己 10g，桂枝 10g，党参 10g，生石膏 18g，茯苓 10g，牡蛎 6g。

二诊：服药 2 剂后，麻木、疼痛、瘫痪好转，口渴减轻，食欲增加，继服 20 剂。

三诊：尿糖（++），加玄参 10g，继服 2 个月，诸症消失。（单书健，陈子华主编．古今名医临证金鉴·消渴卷．北京：中国中医药出版社，1999.205）

〔按语〕 此案为糖尿病酮症酸中毒证属痰饮阻滞中焦、上热下寒之证，故投木防己汤化痰散结而获效。启示我们在临床辨证中不可只循常法，而应精思细审，辨证论治，方可取效。

2. 赵金铎医案—白虎加人参汤加减治糖尿病酮症上热下虚兼湿热证。

陈某，男，46 岁。患者平素喜食肥甘，近 3 年因劳累过度，情志不舒，感肢体疲乏，烦渴喜饮，小溲频数量多，口中甜、腻、苦等杂味相兼，腹中饥饿，时作疲满，肠鸣辘辘，大便秘结，形体消瘦，腰膝酸软，耳鸣目涩，心悸失眠，语音低微，恶风，身常起痒疹，舌苔白黄厚腻，脉滑细。查：尿糖（++++），尿酮体（+++），血糖 18.68mmol/L。诊为糖尿病酮症。中医辨证为上热下虚，兼湿热郁阻。治以清上补下，渗湿泄热。方以白虎加人参汤加减。药用：生石膏 30g，知母 9g，党参 15g，山药 20g，黄芪 15g，天冬 9g，竹茹 12g，茵陈 15g，茯苓 12g，山萸肉 12g，金樱子 15g，地肤子 9g。水煎服，每日 1 剂。

二诊：服上方 2 个月，尿糖、尿酮体均转阴，血糖 7.6 mmol/L。诸症消失，继予丸药（麦味地黄丸加减）服之善

后。后随访年余，未发病。

〔按语〕清上补下法比较切合糖尿病的病理变化过程，应结合临床灵活辨证，进行治疗，或清多于补，或补多于清，或清补之法并行。该案上热下虚并重，兼湿热郁阻，故治以清上补下，渗湿泄热法取效。（单书健，陈子华主编．古今名医临证金鉴·消渴卷．北京：中国中医药出版社，1999.223~225）

3. 任爱华医案一小柴胡汤加减治疗糖尿病酮症少阳郁热证

张某，男，42岁。2002年3月2日初诊。有糖尿病史1年余，饮食治疗并配合消渴丸血糖控制尚可。5天前因不慎受凉出现恶寒发热，恶心呕吐，心烦口苦，纳呆，胸闷气喘，乏力口渴，在家按“支气管感染”治疗效不显而来诊。查体：神志清，呼吸迫促，精神萎靡，体温37.2℃，双肺听诊无干湿啰音。舌质黯红，苔薄白稍腻，脉细弦。空腹血糖17.2mmol/L，尿糖（++++），尿酮体（++++），二氧化碳结合力13.9mmol/L。西医诊断：2型糖尿病合并酮症酸中毒。中医诊断：消渴；呕吐。辨证：少阳郁热。治以和解少阳，和胃止呕。方用小柴胡汤加减。药用：柴胡12g，黄芩10g，半夏10g，太子参15g，花粉30g，蒲公英30g，连翘15g，甘草6g，生姜3片，大枣4枚（擘）。每日2剂，煎取1200ml，每4小时服用200ml。另予佩兰20g，开水浸泡代茶。停用消渴丸，给予正规胰岛素每4小时1次肌肉注射，每次4单位。2日后查血、尿酮体消失，症状缓解。遂停用胰岛素改为消渴丸和中药治疗。

〔按语〕《金匱要略·呕吐下利病脉证治》云：“呕而发热者，小柴胡汤主之。”本案主证与之相符，呕吐乃少阳邪热迫胃所致，发热口苦为邪郁少阳之征。方证对应，用之无疑。热郁毒蕴，故加解毒泄热之品。以佩兰代茶乃遵《内经》“治之以兰，除陈气也”之旨，临床但见口中粘滞不爽者每每

加之，疗效可靠。此处用之亦有鼓励多饮水之意，以利于酮体排出。

4. 王艳娥医案—半夏泻心汤治疗糖尿病酮症酸中毒寒热错杂证

郭某，女，58岁，农民。1996年12月4日住院治疗。既往有糖尿病史5年，一直坚持口服降糖药。1周前因感冒、发热引起呕吐，不思饮食。刻下：呕吐、口干不思饮，胃脘胀满，大便5日未行。化验血糖28mmol/L，尿糖（+++），尿酮体（+++）， $\text{CO}_2\text{-CP}$ 10 mmol/L。诊断：糖尿病酮症酸中毒。予普通胰岛素静点，补液，纠酸，补充电解质治疗3天，症状无明显好转，仍间断呕吐黏液或干呕，食、水入即吐，伴脘胀、心下痞。查体：精神倦怠，舌质黯红少津，脉细无力。化验血糖8.3mmol/L，尿糖（+），尿酮体（+）。中医辨证为气阴两虚，寒热错杂，脾胃升降失常。治疗加中药口服。法拟和胃降逆，开结除痞。方用半夏泻心汤加减。药用：半夏10g，黄芩6g，干姜6g，黄连3g，生地黄15g，太子参15g，大枣10g。水煎服。1剂后，吐止，胃脘胀满减轻。继服2剂，可进食，脘胀满缓解，有时恶心，口干思饮，舌质黯红，少苔，脉细。上方加天花粉10g，麦冬10g，太子参30g。水煎服，5剂，配合苯乙双胍口服，精神转佳，诸证均明显改善。化验血糖7.2mmol/L，尿糖转阴，尿酮体阴性。

〔按语〕 本例患者素体脾胃虚弱，气阴不足，复感风寒之邪，寒邪入里化热，寒热互结，脾虚生湿，湿热中阻，气机升降失常，故而发病。治疗用半夏泻心汤加减，正和病机，故而获效。（王艳娥．半夏泻心汤引申应用举隅．北京中医，2000，（1）：57）

5. 朱秀华医案—白虎汤加减治疗糖尿病酮症酸中毒肺胃热盛证

易某，男，32岁。1993年5月3日初诊。1984年因多

食、多尿、消瘦，诊为糖尿病，予胰岛素治疗 1 月好转出院，尔后依赖每日餐前注射胰岛素 24 单位维持。1 天前突然恶心呕吐，烦躁不安，多饮、多尿，胸背胀闷疼痛而入院治疗。查：T37.2℃，P140/mim，R24/mim，BP18/8kPa，WBC $14.9 \times 10^9/L$ ，N: 0.64，尿糖（+++），尿酮体（++++），空腹血糖 8.3mmol/L，EKG 示窦性心动过速，舌鲜红，苔黄燥而厚，脉数。西医诊为糖尿病酮症酸中毒，用抗感染、补液、补能及普通胰岛素 24 单位加入生理盐水中静脉滴注。中医辨证为痰热中阻，治以清热化痰，药用：吴茱萸 3g，黄连、法夏、茯苓、陈皮、枳实各 10g，竹茹、夏枯草、玄胡各 15g，日 1 剂水煎服。

5 月 4 日二诊：症无明显改善，仍烦渴多饮多尿，日饮水 3000ml，24 小时尿量 4400ml，心悸，神萎，大便干结。T37.2℃，尿糖（+++），尿酮体（++++），BS10.0mmol/L，K4.3mmol/L，Na123mmol/L，Cl95mmol/L。舌红，苔黄燥，脉洪数。西药治疗不变。中医辨证为肺胃热盛，治宜清胃泄火，以白虎汤加味。药用：生石膏 60g、知母、麦冬、川连、黄芩、大黄各 10g、桃仁、竹茹各 15g、丹参 20g。

5 月 5 日三诊：仍渴，多饮多尿，心悸而烦，神萎，时时恶心，呕吐酸苦水，舌红，苔黄燥而厚，脉滑数。阳明经热炽盛，胃腑有化燥之势，仍以清泄胃热为主，前方去桃仁、竹茹、麦冬，加栀子、淡竹叶各 10g，日 1 剂。

5 月 7 日四诊：上方连服 3 剂，呕吐除，心烦减，能进少许饮食，大便日行 5 次，稀便，神萎，肢乏。P84/min，WBC $7.7 \times 10^9/L$ ，N: 0.64，尿糖（+++），尿酮体（++++），血电解质正常。舌红，苔黄欠润，脉细数。阳明邪热已挫，津气两伤，治宜清泄胃热，佐益气生津。方易白虎加人参汤加味。药用：生石膏 20g，知母、玄参、西洋参、生地黄、川连各 10g，石斛、山药各 15g。日 1 剂。

5月11日五诊：守方连服4剂，心烦除，渴饮大减，纳食增，夜尿多，每晚1000ml，下肢痿软无力，餐前血糖（±），尿酮（+）。舌红，苔薄黄欠润，脉细数。邪热未尽，阴液未复，治宜养阴清热，佐活血之品。前方去西洋参、玄参、石斛，加桃仁、麦冬、花粉各15g，丹皮12g、赤芍20g。守上方连服1周，除夜尿稍多外，诸证消失，精神转佳，纳可。BS5.8mmol/L，血糖（±），尿酮（-）。好转出院后，每日24单位胰岛素餐前注射，随访5年，病情稳定。

〔按语〕初诊因脉滑苔厚未能辨识阳明经热之病机，误用吴萸、法夏、枳实等温燥之品，故服后病情有增无减，疑似之秋，忽忆柯韵柏之言：“热灼胃中，故烦渴引水，邪盛而实，故脉滑”。细审病机，热在阳明胃经，二诊即取大剂白虎汤清泄胃热，佐大黄金底抽薪。三诊时更增栀子清泄三焦，并清心除烦，药进2剂，呕除烦减，病见转机，效不更方，守方增损连服1周而病获痊愈。（朱秀华，经方治疗急证举隅，湖北中医杂志，1999，21（2）：83）

六、临证心得

DKA是糖尿病最常见的急性并发症，来势猛，病情急，涉及病变复杂，如处理不当可发生严重后果。一般情况下应坚持中西医结合，中药汤剂不仅可以更快地消除症状，还可以减少液体输注量，有利于保护心、肾等重要脏器功能，在抢救治疗中有积极的作用，有助于患者早日康复。除口服外，还可以根据病情选择直肠滴注、经胃管注入等途径。应以科学严谨的态度为患者制定最佳治疗方案，确保医疗安全，不延误患者治疗。一般而言，轻症患者可中药为主，并鼓励适当多饮淡盐水，咸味入肾，引炎上之火归元，屡用屡效。为了迅速缓解病情，应及时、正确地配合使用胰岛素和适当输液。病情危重者可先以现代医学方法急救，待病情稳定后辅以中药。

第三节 糖尿病肾病

一、概 述

糖尿病的肾损害包括：肾小球硬化症、小动脉性肾硬化、肾盂肾炎、肾乳头坏死、膀胱收缩不良、造影剂性肾病等，其中糖尿病性肾小球硬化简称糖尿病肾病（DN），为糖尿病特有的肾脏并发症。其发病机制复杂，涉及糖生化代谢紊乱以及遗传等方面的变化，最近研究表明与糖代谢的关键酶之一 HJS 有关。

DN 发病率，1 型糖尿病约占 40%~50%，2 型糖尿病约为 20%。国外 Joslinclinic（1971）报道 1 型糖尿病死于糖尿病肾病者占 42%。Andersen（1983）对 1364 例 1 型糖尿病长达 25 年的随访结果，39% 发展为糖尿病肾病，累计发病率为 40%~50%，死亡者中 66% 死于尿毒症。

DN 属于中医“消渴”、“水肿”、“虚劳”等范畴。多因脾虚失运、肾气亏虚、水湿留滞、气阴两伤、浊毒内蕴、痰瘀阻滞等形成。

二、诊 断

（一）诊断要点

1. 有糖尿病病史，多发生于病程较长（10~15 年），且未能得到有效控制糖尿病患者。
2. 眼底可发生微动脉瘤。
3. 蛋白电泳显示 α_2 球蛋白升高， α_1 、 γ 球蛋白正常。
4. 具备肾炎或肾病综合征的临床特点，但一般肾小球滤过率减低，常伴有高血压，晚期可出现肾衰竭。
5. 肾活检有助确诊。

(二) Mogensen 糖尿病肾病分期及其主要临床特征

I 期：肾小球高滤过期。肾脏体积增大。肾小球滤过率 (GFR) 增高, $>120\text{ml/min}$, 尿清蛋白排泄率 (UAER) 正常。

II 期：正常清蛋白尿期。GFR 正常或增高, UAER 应激发状态时可稍增高。

III 期：微量清蛋白尿期。持续尿清蛋白排泄量超过正常, 尿常规蛋白多阴性。GFR 正常, $\text{UAER} 20 \sim 200 \mu\text{g/min}$ 。

IV 期：临床蛋白尿期。尿常规蛋白持续阳性, 尿蛋白定量 $>0.5\text{g}/24\text{h}$, GFR 逐渐下降, $\text{UAER} > 200 \mu\text{g/min}$ 。

V 期：终末肾衰期。出现尿毒症症状。GFR $< 10\text{ml/min}$, $\text{UAER} > 200 \mu\text{g/min}$, 尿蛋白量可能因肾小球广泛硬化而减少。

三、辨证治疗**1. 水气不化证**

主证：小便不利, 周身重胀不适, 或下肢浮肿。舌质淡, 苔薄白, 脉细弱。

治法：化气利水。

方剂：五苓散加减。

茯苓 15g, 白术 12g, 泽泻 10g, 桂枝 5g, 猪苓 10g, 泽兰 15g, 黄芪 30g。

加减：下肢浮肿明显加车前子、牛膝；乏力加当归、党参；纳呆腹胀加神曲、炒山楂、枳壳、陈皮；尿蛋白明显加蝉蜕、苏叶、白花蛇舌草。

2. 气虚湿阻证

主证：倦怠乏力, 身面浮肿, 小便不利, 身重不爽, 纳谷不香。脘腹胀闷。舌质黯淡, 苔薄白腻, 脉细或濡。

治法：益气化湿。

方剂：防己黄芪汤加减。

黄芪 50g，防己 12g，白术 15g，甘草 6g，生姜 4 片，大枣 1 枚（擘），陈皮 6g，茯苓 10g，太子参 12g，车前子 15g（包煎），白扁豆 10g，炒谷麦芽各 15g。

加减：胃中不和者加芍药；乏力明显太子参易人参或西洋参；尿浊或泡沫多加芡实、金樱子、萆薢、山药；大便不畅加肉苁蓉、枳实。

3. 肾气亏虚证

主证：小便不利或夜尿频繁，畏寒肢冷，乏力神疲，腰膝酸软，或女子月经不调，男子阳痿。舌质黯淡，苔薄白，脉沉细。

治法：补益肾气。

方剂：肾气丸加减。

制附子 10g（先煎），桂枝 3g，生地黄 15g，茯苓 15g，丹皮 10g，山药 30g，山萸肉 10g，泽泻 10g，黄芪 30g，桑螵蛸 15g。

加减：小便不利明显加车前子、牛膝、玉米须；夜尿多加桑螵蛸、鸡内金、芡实、五味子；阳痿加仙灵脾、仙茅、阳起石；腰痠痛加狗脊、杜仲、鸡血藤。

4. 脾肾两虚证

主证：倦怠乏力，神疲气短，腰膝酸软，下肢浮肿，夜尿频多，纳呆，反复感冒。舌质淡胖，苔薄白，脉沉细无力。

治法：健脾益肾。

方剂：真武汤合苓桂术甘汤加减。

制附子 10g（先煎），白芍 12g，白术 30g，桂枝 6g，茯苓 15g，丹皮 10g，山药 30g，黄芪 30g。

加减：浮肿明显加泽兰、泽泻、车前子；纳呆明显加鸡内金、焦三仙；反复感冒加防风或合用薯蓣丸；皮肤瘙痒加地肤子、白蒺藜、蛇床子。

5. 气虚血瘀证

主证：口渴乏力，唇黯不泽，精神萎靡，心烦不安，胸闷胸痛，肢体浮肿或兼有痛胀不适，舌质黯淡或青紫，或见瘀点瘀斑，苔薄白，脉细涩。

治法：益气活血。

方剂：桂枝茯苓丸合黄芪建中汤加减。

桂枝 10g，茯苓 15g，丹皮 10g，桃仁 10g，黄芪 50g，白芍 30g，甘草 12g，鸡血藤 30g。

加减：下肢疼痛明显加钻地风、千年健、水蛭或合抵当汤；乏力倦怠明显加太子参、黄精；胸闷胸痛明显加三七粉、降香、桔梗；下肢浮肿明显易当归芍药散合黄芪建中汤加减。

6. 浊毒犯胃证

主证：恶心呕吐，纳谷不香，喜温畏寒，脘腹胀满，尿少不畅，倦怠乏力，周身浮肿，舌黯淡，苔白腻，脉濡缓。

治法：化浊和胃解毒。

方剂：吴茱萸汤合小半夏茯苓汤加减。

吴茱萸 6g，人参 9g，大枣 12 枚（擘），生姜 18g，半夏 15g，甘草 6g，茯苓 15g，紫苏 30g，陈皮 10g。

加减：腹胀尿少加厚朴、蟋蟀、泽泻；呕吐明显服药前加服生姜汁或配合针灸、中药直肠滴注；纳呆明显加谷麦芽、鸡内金；浊毒初结（慢性肾功能不全早、中期）可用大黄附子汤加减直肠滴注。

7. 饮邪泛滥证

主证：胸闷气喘，腹胀腹大，全身浮肿，口渴乏力，精神萎靡，舌质黯淡，苔薄白，脉沉细。

治法：蠲饮利水。

方剂：葶苈大枣泻肺汤合己椒苈黄丸加减。

葶苈子 30g，大枣 12 枚，防己 15g，椒目 15g，大黄 10g，泽兰 10g，白术 12g，太子参 10g。

加减：浮肿明显加杏仁、商陆；胸闷明显加制附子、檀香；腹胀明显加枳实、槟榔。

四、名医经验

时振声：糖尿病肾病晚期多属阴阳两虚，常用肾气丸加减。临床夹有水湿，如下肢浮肿，脾虚明显者，以防己黄芪汤合防己茯苓汤、大橘皮汤；血瘀者，以桂枝茯苓丸合当归芍药散加减；水肿严重，以己椒苈黄丸、疏凿饮子；水凌心肺者用苓桂术甘汤合葶苈大枣泻肺汤。合并气郁者，以四逆散加减。糖尿病肾病瘀血明显者，以桃核承气汤、桂枝茯苓丸等加减。（高彦彬主编．古今糖尿病医论医案选．北京：人民军医出版社，2005.151）

祝湛予：糖尿病肾病中医病机较为复杂，早期多为气阴两虚，瘀血阻络，日久则脾肾不足，虚阳上亢，夹有瘀血，水湿潴留，泛滥肌肤。若进一步发展可成为肾阳衰败，浊毒内停，耗伤气血，水饮不化，上凌心肺之证。早期以降糖对药为主，蛋白尿重用生黄芪 50g，再加山药、益母草、白茅根、白花蛇舌草等；镜下血尿常加生荷叶、生侧柏、生地榆；尿少水肿加车前草、旱莲草、萆薢、石韦等；高血压者加牛膝、桑寄生、夏枯草、黄芩，有时也用杞菊地黄汤加减。对晚期病变治疗，浮肿明显者常用防己黄芪汤合六味地黄汤或肾气丸；对贫血严重，面色苍白，全身无力者常用参芪四物汤加制首乌、女贞子、枸杞子、桑椹子、白术、仙鹤草等药益气养血，补肾生精。对血尿素氮、肌酐增高，胃中湿浊上逆而见恶心、呕吐、不能进食，口中尿臭味，苔厚腻者，常用香砂六君子汤加石菖蒲、佩兰、竹茹、旋覆花等健脾和胃、芳香化浊、降逆止呕。（单书健，陈子华主编．古今名医临证金鉴·消渴卷．北京：中国中医药出版社，1999.135）

张琪：脾肾两虚型多见于 DN 临床期及平素体质极度虚弱

者。症见：反复浮肿，尿白浊，神疲乏力，纳少腹胀，腰膝酸软，或畏寒尿少，面色晦黯，肢冷，性欲低下，苔少，脉沉。多由于气阴两虚日久，阴损及阳，引起脏腑功能严重失调所致。治宜脾肾双补，方用肾气丸加味。方中以熟地黄、山茱萸、菟丝子、枸杞子补益肾阴而摄精气，以冀阴中求阳；肉桂、附子补命门之火，而从阳中求阴，使肾阴阳皆得补益，阳蒸阴化，肾气充盈，精微得固；茯苓、山药健脾渗湿。可酌加党参、黄芪、莲子等健脾益气，补虚扶正；纳呆腹胀者加砂仁、陈皮、枳壳；遗精早泄加仙茅、淫阳霍、巴戟天、鹿角胶。（王晓光，王亚丽，张佩清．张琪教授辨治糖尿病肾病经验介绍．新中医，2005，37（3）：20）

吕仁和：糖尿病肾病中医定为“消渴病肾病”较为合理：①该病名提示糖尿病肾病病位主要在肾，病程中始终贯穿肾元受损的病理；②该病名提示在临床治疗中，除应针对消渴病外，始终应重视护肾培元；③该病名可概括糖尿病肾病发生发展的过程，经分期辨证可较好地阐明进展过程中出现的纷繁复杂的证候，便于指导临床防治。吕氏把络病理论引入糖尿病肾病病机理论的研究，提出了“微型癥瘕”学说，故而提出了益气养阴、化瘀散结治疗糖尿病肾病的治则。（高彦彬主编．古今糖尿病医论医案选．北京：人民军医出版社，2005.71～72）

程益春：以真武汤合苓桂术甘汤加减治疗糖尿病肾病中医辨证为阳虚血瘀、水气凌心型，症见全身浮肿，腰以下为甚，畏寒肢冷，小便量少，胸闷心慌，气短懒言，舌质黯红，脉沉细或结代。治法温通心肾，活血利水。药用：制附子 6g，肉桂 3g，茯苓 15g，黄精 30g，五加皮 9g，冬瓜皮 30g，泽兰叶 12g，丹参 12g，白术 9g，冬葵 30g。胸闷憋气，加葶苈大枣泻肺汤。以大黄附子汤加减治疗湿浊潴留，上逆犯胃型，症见倦怠懒言，神疲乏力，面色萎黄，恶心呕吐，纳呆腹胀，大便干或不爽，头晕目眩，舌苔厚腻，脉弱无力。药用：大黄 6～

15g, 熟附子 6~15g, 细辛 3g, 西洋参 6g, 佩兰叶 9g, 薏苡仁 15g, 砂仁 9g, 鸡内金 9g, 地龙 9g, 水蛭 3g。自拟糖肾康(肾气丸合大黄牡丹汤加减)治疗糖尿病肾病, 药用: 黄芪、山药、肉桂、山茱萸、生地黄、茯苓、泽泻、菟丝子、猪苓、熟大黄、桃仁、丹参。功能健脾补肾、活血利水。(尹义辉, 张洪, 徐云生主编. 名老中医程益春学术经验辑要·糖尿病临床治验. 济南: 山东科学技术出版社, 2001. 34~35) 同时, 程老还喜用桃核承气汤、肾气丸等治疗糖尿病肾病。

赵进喜: 根据糖尿病肾病发展进程分早、中、晚三期辨证, 早期根据辨证, 常用的经方有肾气丸、人参汤、五苓散、四逆散、茵陈蒿汤、小柴胡汤、大柴胡汤等; 中期常用真武汤、五苓散等; 晚期常用苓桂术甘汤、茯苓甘草汤、大黄黄连泻心汤、芍药甘草汤、柴胡加龙骨牡蛎汤、木防己汤、葶苈大枣泻肺汤等。(牟新, 姜森, 宋美龄, 等. 赵进喜教授治疗糖尿病肾病经验介绍. 新中医, 2005, 37 (11): 15~16)

雄曼琪: 糖尿病肾病的主要病理特征是肾小球毛细血管基底膜增厚, 引起弥漫性及结节性肾小球硬化, 或完全的玻璃样变。可用加味桃核承气汤治疗。动物实验证明, 加味桃核承气汤通过活血化瘀, 改善高凝状态, 降低血脂水平, 从而减轻和延缓血管病变的发生, 减轻肾小球毛细血管基底膜的增厚。(南征, 高彦彬, 钱秋海主编. 糖尿病中西医结合治疗. 北京: 人民卫生出版社, 2002. 496)

吕靖中: 治疗糖尿病肾病阴损及阳, 脾肾虚衰, 气机阻滞, 血行不畅, 水湿内停, 症见颜面及下肢浮肿, 面色无华, 腹胀食少, 小便量少, 容易感冒, 舌质黯淡, 脉象沉细者, 治以益气通阳, 调畅气机, 活瘀利水之法, 方用防己茯苓汤加减, 药用: 黄芪、桂枝、茯苓、白术、泽泻、当归、水蛭、泽兰、益母草、大腹皮等。畏寒怕冷者加附子、仙茅、淫羊藿; 大便干者加大黄、牵牛子; 腹胀加槟榔、厚朴、陈皮; 恶心呕

吐合小半夏汤。(高彦彬主编.古今糖尿病医论医案选.北京:人民军医出版社,2005.123)

吕宏义等:以大黄附子汤治疗糖尿病肾病 30 例,效果较好。方用大黄 9g,熟附子 9g,黄芪 30g,竹茹 6g,益母草 60g,车前子 30g,白术 15g,丹参 15g,当归 12g,川芎 12g,巴戟天 15g,肉苁蓉 15g,枸杞子 12g,僵蚕 12g,蝉蜕 9g,黄连 15g,山萸肉 12g。日 1 剂,水煎分 2 次服。呕吐严重者加藿香 12g,法半夏 12g;腹胀满加沉香 6g,陈皮 12g;瘀血甚者加桃仁 12g,红花 12g。同时控制饮食,合并肾功能不全者以低磷低蛋白饮食为主,蛋白质摄入量每日限 0.5g/kg。1 个月为 1 个疗程,治疗 2~3 个疗程。结果:显效 9 例,好转 18 例,无效 3 例。(吕宏义,邹蕴珏,安玲.加味大黄附子汤治疗糖尿病肾病 30 例.中国民间疗法.2002,10(8):41)

何怀阳:糖尿病肾病是糖尿病常见的严重并发症,病变可累及肾血管、肾小球、肾小管和间质。本病以肾为本,肾虚、气虚、浊毒、血瘀贯穿病程的始终。张仲景《伤寒杂病论》对糖尿病肾病已有较多认识,对肾病证治进行了较为完整的论述,其中阴中求阳法及培中补肾法对后世治疗肾病影响较大,其治疗原则及所用方药仍对临床有着重要的指导价值。张仲景治疗水气病,以温法为指导思想,下焦阳气不化、肾失开阖者,治宜壮阳治水,方以真武汤;膀胱气化功能失司者,方以五苓散;对一般肾虚诸证,主张以益阴助阳之法,方用肾气丸,肾阳得温,气化有力,津液得摄,且肾气丸中也有补阴之药,津液得充,则津液代谢正常,清浊各循其道。“血得温则行,遇寒则凝”,肾阳不足,虚寒内盛,肾气丸温补肾阳,能改善血液凝滞状态。药理研究亦证实苓桂术甘汤在治疗糖尿病肾病中有积极作用。在辨证基础上,酌情使用五苓散、苓桂术甘汤、真武汤、肾气丸等方,往往能取得较好的治疗效果。(何怀阳.《伤寒杂病论》在治疗糖尿病肾病中的指导作用。

江苏中医药, 2004, 25 (6): 5~6)

五、医案精选

1. 时振声医案—真武汤和附子汤治疗消渴脾肾阳虚证

范某, 女, 58岁。1988年11月15日初诊。患糖尿病10余年, 近1年来腰痛, 下肢轻度浮肿, 未作检查。近1个月来浮肿加重, 腰背冷痛, 大便偏溏, 纳呆恶心。检查: 血糖12.21mmol/L, 尿素氮13.56 μ mol/L, 肌酐221 μ mol/L, 尿糖(+++), 尿蛋白(++++) , 红细胞0~1, 颗粒管型0~1。诊为糖尿病合并肾病伴肾功能不全。中医辨证: 脉沉小, 舌体胖大质淡润有齿痕, 腰背、下肢寒冷, 下肢浮肿明显, 纳呆便溏, 乃脾肾阳虚水湿内停, 恶心欲呕为湿浊之邪上扰脾胃。拟温阳利水以化湿浊, 方用真武汤合附子汤加味。药用: 制附片15g, 党参30g, 苍术10g, 白术10g, 干姜6g, 茯苓30g, 白芍15g, 狗脊15g, 川牛膝10g, 车前子(包煎)30g, 桂枝10g, 砂仁10g, 生地黄10g, 防己30g。

二诊: 服药14剂, 已无恶心便溏, 下肢浮肿见减, 仍有畏寒肢凉, 脉现沉细, 舌体胖大减轻, 质稍黯红有齿痕, 改用济生肾气丸加味: 附片15g, 肉桂10g, 生地黄10g, 苍术10g, 白术10g, 山药10g, 黄芪15g, 茯苓30g, 泽泻15g, 川牛膝10g, 车前子(包煎)30g。

三诊: 1989年1月27日复查, 尿素氮5.32 μ mol/L, 肌酐170.6 μ mol/L, 血糖9.91mmol/L, 尿糖(++), 尿蛋白(+++)。继续以气阴两补方剂调理之。

〔按语〕 本例消渴10余年, 肾气大损, 以致肾失封藏, 亦失分清泌浊之能, 蛋白精微物质下泄; 肾病及脾, 以致脾虚不能运化水湿, 肾虚不能化气, 所以水湿内停, 湿浊内聚。水湿内停而下肢浮肿, 湿浊内聚上干脾胃而泛恶。水湿、湿浊皆属阴邪, 阴邪弥漫, 湿困脾肾, 阳虚益甚, 故宜温阳利水以化

湿浊。真武汤合附子汤温补脾肾兼以利水，使脾肾阳气恢复，尿量增多，水肿减轻；湿浊亦随之下注，不再上干脾胃，而呕恶自消；脾阳得振则下利自止。二诊舌质稍减转红，原有阴虚之征欲显，故改用济生肾气汤，阴阳兼顾佐以利水，终于下肢浮肿全消。三诊气阴两虚征象显露，故气阴双补以善其后，复查肾功能，肌酐及尿素氮均见下降，痰浊内聚现象得以缓解。本例尚属一轻证，通过温阳利水，标本兼顾，很快即可控制病情。重证湿浊化毒，尿毒上泛而口中尿臭，呕恶不止，自当于扶正之中佐以大黄泄毒，方可使病情减轻。（单书健，陈子华主编·古今名医临证金鉴·消渴卷·北京：中国中医药出版社，1999.189~190）

2. 程益春医案

案1：苓桂术甘汤治疗糖尿病肾病心肾阳虚证

王某某，女，53岁，工人，患糖尿病20年。一年来发现下肢浮肿，神疲乏力，失眠，常出现胸闷，心慌气短，动则加重，不能平卧，畏寒，口唇发紫，舌质淡，舌体胖有瘀斑，苔薄白，脉沉细而结代。实验室检查：空腹血糖11.1 mmol/L，心电图：心房纤颤。诊断：糖尿病肾病，心房纤颤。证属心肾阳虚证。治宜温肾强心，化气利水，佐以镇惊安神。方用苓桂术甘汤加减。药用：熟附片9g，肉桂6g，白术9g，黄芪15g，葶苈子15g，泽兰叶12g，丹参15g，炒枣仁9g，生龙骨15g，生牡蛎15g，五加皮6g，炙甘草9g。服6剂后，心慌气短减轻，能平卧，水肿明显减退。连服上方加茯苓皮30g。30剂后能下床活动。

〔按语〕 本案由于肾阳虚衰，蒸化无力，水湿凝聚不化，引起全身浮肿。心为阳脏，其性属火，心阳衰微，心火不能温肾，以致寒水不化，水气凌心，而出现心慌气短，失眠等症。用苓桂术甘汤加活血化瘀之品取得较好疗效。（南征，高彦彬，钱秋海主编·糖尿病中西医结合治疗·北京：人民卫生出版

社, 2002. 499)

案 2: 济生肾气丸合大黄附子汤、葶苈大枣泻肺汤加减治疗糖尿病肾病脾肾阳虚、水瘀内阻证

穆某某, 女, 57 岁。2001 年 10 月 24 日以糖尿病肾病收入院。糖尿病史 17 年, 四肢浮肿反复发作 3 年, 加重 1 周。入院时全身浮肿, 胸闷憋气, 夜间不能平卧, 怕冷, 纳呆, 小便量少, 大便干, 2 日 1 行, 舌质黯淡, 苔白, 脉沉。查体: 血压 150/80mmHg, 腹水征 (+), 血糖 10.3mmol/L, 尿素氮 13.8 mmol/L, 肌酐 386 μ mol/L, 清蛋白 30.0 lg/L, 尿糖 (++) , 尿蛋白 (+++), 心电图示: 慢冠, 胸部 X 片示: 胸腔积液。入院诊断: 水肿。辨证脾肾阳虚, 水瘀内阻。治以健脾补肾, 活血利水。方以济生肾气丸合大黄附子汤、葶苈大枣泻肺汤加减。药用: 制附子、肉桂、熟大黄各 6g、生地黄、山药、山茱萸各 9g、茯苓皮、泽兰、益母草、葶苈子、冬瓜皮、桑白皮、川牛膝、车前子各 30g、大枣 3 枚。水煎服。6 剂。

二诊: 药后水肿明显减轻, 夜间能平卧休息, 偶有胸闷憋气, 仍纳呆, 舌质黯淡, 苔白, 脉沉。上方去冬瓜皮、猪苓, 加砂仁、金樱子、芡实各 30, 继服 6 剂, 诸证消失, 病情稳定。

〔按语〕 消渴病气阴两虚, 病程迁延日久, 阴损及阳, 导致脾肾阳虚, 久病入络, 瘀血内阻, 则病情顽固。临床期糖尿病肾病所表现的四肢水肿, 甚则胸水、腹水, 乏力、纳呆、恶心或呕吐、畏寒怕冷、小便不利、舌质淡或暗, 舌苔腻、脉沉等证, 均为脾肾阳虚、水瘀内阻所致。脾虚不能运化水液, 水湿内停, 泛滥于肌肤, 则为水肿。停于胸腔, 则为胸水; 停于腹腔, 则为腹水。脾阳虚运化无力, 水谷精微来源不足, 故倦怠乏力; 脾胃升降失职, 浊阴之气上逆, 则纳呆、恶心呕吐; 肾阳不足, 不能化气行水, 故小便量少; 阳虚失于温煦, 则畏

寒怕冷。治应标本兼顾，健脾补肾以治本，活血利水以治标。故以济生肾气丸合大黄附子汤、葶苈大枣泻肺汤加减而取效。（崔云竹，牟淑敏，程益春教授治疗糖尿病及并发症经验，中医药信息，2003，20（2）：32）

案3：肾气丸加减治疗糖尿病肾病

患者，女，68岁，糖尿病史10余年。主证：倦怠乏力，腰膝酸软，头晕，下肢浮肿，腰以下为重，按之凹陷，四肢麻木，畏寒，纳呆，小便不利，大便时稀，舌质黯淡，苔白腻，脉细弱。查空腹血糖13.8mmol/L，BUN12mmol/L，血Cr180mmol/L，尿蛋白3+~4+，已持续半年余。西医诊断：糖尿病肾病。辨证：脾肾阳虚，瘀血阻络。治宜健脾温肾，活血利水。方以肾气丸加减。药用：黄芪60g，党参15g，茯苓皮30g，山茱萸9g，泽泻9g，山药9g，肉桂3g，冬葵子30g，猪苓12g，泽兰叶9g，车前子9g（包煎），水蛭3g。水煎服日1剂。12剂。

二诊：水肿明显减轻，乏力、腰痛亦减。尿蛋白（++）。上方去猪苓、车前子，加罂粟壳3g、薏苡仁30g。12剂。

三诊：水肿减轻，苔白腻转为薄白。上方去冬葵子，改茯苓皮为茯苓15g，加补骨脂9g、桑寄生30g。30剂。

药后诸症基本消失，水肿消退，空腹血糖8.5mmol/L，尿素氮、肌酐均在正常范围，尿蛋白±~+。嘱病人间断服药治疗，随访半年，病情稳定。（尹义辉，张洪，徐云生主编，名老中医程益春学术经验辑要·糖尿病临床治验，济南：山东科学技术出版社，2001.36）

〔按语〕糖尿病肾病的治疗应立足于气阴两虚，着眼于肝、脾、肾三脏，旁涉瘀、水、痰。本案以肾气丸加减脾肾双补，活血利水。泽兰叶乃程老师常用之品，认为《内经》“治之以兰”，化湿泄浊用佩兰，而活血利水则用泽兰，疗效显著。

3. 郭玉英医案一肾气丸加减治疗糖尿病肾病

杨某，男，58岁。患糖尿病8年，双下肢间断性水肿2年，曾诊断为糖尿病肾病、慢性肾功能不全。3周前因染风寒而出现周身弥漫性浮肿，以双下肢为甚。面浮无华，神疲乏力，尿少便结，舌体胖质黯淡，苔白腻，脉沉细。实验室检查：尿蛋白（++++），血肌酐 $287\mu\text{mol/L}$ ，尿素氮 36mmol/L 。辨证肾阳虚衰，水湿内盛。治宜温阳滋肾，活血利水。方用肾气丸加减。药用：制附片 30g，生地黄 30g，益母草 30g，车前子 30g，桂枝 10g，山萸肉 10g，怀山药 10g，丹皮 10g，生大黄 10g，茯苓 15g，泽兰 15g。水煎服日1剂。

二诊：服药20剂，水肿大减。复查尿蛋白（++），血肌酐 $186\mu\text{mol/L}$ ，尿素氮 28mmol/L 。仍以上方出入，服药40剂，后改服金匱肾气丸。随访1年半，病情稳定。

〔按语〕消渴以肾阳不足为其根本，病久阴损及阳，肾阳衰败，水湿潴留，泛滥肌肤可生水肿变证。郭老认为此时应本着阴中求阳，阳中求阴，阴阳相互滋生的理论，随肾阴、肾阳虚损的程度，从滋肾阴济肾水，温肾阳益肾气两方面治疗。如拘泥于燥热、口渴，反投以滋阴养血或清热泻火之品，恐难收效。温补肾阳，当用附、桂，正如《医贯·消渴论》所云：“故用附、桂之辛热，壮其少火，灶底加薪，枯笼蒸濡，槁禾得雨，生意唯新。”本案以肾气丸调补肾之阴阳，泽兰、益母草活血利水，车前子利水消肿，法从阴阳双补，攻补兼施，立法用药，似丝入扣，获效良著。（单书健，陈子华主编。古今名医临证金鉴·消渴卷。北京：中国中医药出版社，1999. 303~304）

六、临证心得

糖尿病肾病是临床常见并发症，除糖尿病的一般症状外，尚有水肿、蛋白尿、肾功能障碍等，同时可能合并糖尿病眼

病、糖尿病性心脏病、高血压等。水肿的治疗可参仲景发汗、利小便、温肾健脾、活血利水、攻逐水饮等法，疗效尚好，对于改善肾功能亦有较大的帮助。笔者体会对于蛋白尿的治疗是一个重点和/或难点，对于多数糖尿病肾病患者蛋白尿可能长期存在，需加以重视。

糖尿病肾病证候要素不外虚、湿、瘀。临证治疗，应始终以脾肾为中心，即使虚实夹杂，但此时病久体衰，脾肾两亏，仍应以补益为主。正如《西游记》所言“土乃五行之母，水乃五行之源。无土不生，无水不长”。而阴阳俱损，又宜复阳为先，《内经》曰：“阳气者，若天与日，失其所，则折寿而不彰。”张景岳云：“天之大宝，只此一丸红日；人之大宝，只此一息真阳”。以阳生阴长，阴阳互生的原则和思路，方可阳复阴生，生机蓬勃，于预后大有裨益。湿聚肢肿，乃糖尿病肾病常见症状和主诉，应视标本缓急而斟酌，辨寒热虚实而施治。久病多夹瘀，但审气、血、郁、瘀诸因，思通、畅、逐、荡诸法，辨邪正进退，知病势预后。经方治疗糖尿病肾病能较好地显示中医优势和特色，补肾助阳，肾气丸、真武汤、麻黄附子细辛汤、大黄附子汤乃常选之方；健脾益气，薯蓣丸、人参汤、黄芪建中汤、小建中汤为备选之剂；利水，防己黄芪汤、苓桂术甘汤、五苓散、猪苓汤、瓜蒌瞿麦丸、己椒苈黄丸、越婢加术汤、茯苓泽泻汤可酌情遣用；化瘀消癥，抵当汤、桂枝茯苓丸、大黄廑虫丸、桃核承气汤、黄芪桂枝五物汤为常用良方。笔者治疗糖尿病肾病，多从上述诸方随证化裁，不仅可以消除症状、减缓病情进展，而且对蛋白尿和肾功能不全的改善亦有可靠疗效。

糖尿病肾病总体上看为精血形气俱损，面色晦黯无华，倦怠乏力，并常伴有蛋白尿、低蛋白血症、贫血等，宗《内经》“形不足者，温之以气；精不足者，补之以味”之旨，并根据中医辛甘化阳、酸甘化阴、以甘补之、以酸敛之、升清降浊、

固精塞流等理论，始终以脾胃为中心，以健脾益肾为大法，大剂量使用黄芪、山药等，酌情加用鹿茸、鹿角胶、鹿角霜、阿胶、鸡子黄、鸡内金、肉桂、附子、党参、黄芪、白术、杜仲、牡蛎、桑螵蛸、山萸肉、冬虫夏草、鳖甲、龟板、山药、乌梅、五味子、动物脊髓、紫河车等，随证加减治之。并可合用香砂六君子汤、水陆二仙丹、二至丸等。

第四节 糖尿病神经病变

一、概 述

糖尿病神经病变是糖尿病常见慢性并发症，主要包括糖尿病合并周围神经病变、自主神经病变、颅神经病变、脊髓病变、脑部病变及糖尿病性肌营养不良（肌肉萎缩）等。临床以糖尿病周围神经病变及自主神经病变为多见。糖尿病周围神经病变又称多发性神经病变或末梢神经病变，有双侧对称性周围神经病变和单侧非对称性周围神经病变两种，可见四肢末梢麻木、疼痛，疼痛可呈电击样、针刺样、烧灼样，下肢多于上肢，夜晚加重，尚可见肌肉消瘦萎缩等。糖尿病自主神经病变主要表现为血管运动、胃肠功能、体温调节、排汗功能、心血管自主神经、瞳孔调节等功能障碍。

糖尿病周围神经病变相当于中医学“血痹”、“痹证”、“痛证”、“痿证”等范畴，糖尿病自主神经病变则属于“便秘”、“腹满”、“不寐”、“泄泻”、“小便不利”、“汗证”等范畴。在《内经》和《伤寒杂病论》中多有记载。其发病多由气阴两虚、阴阳不调、寒凝瘀血、痰浊内蕴、脾肾阳虚等导致。

二、诊 断

1. 糖尿病证据或至少有糖耐量异常；

2. 出现感觉、运动或自主神经病变的临床表现，常见的如肢体疼痛、麻木、泌汗异常、便秘、心率加速、体位性低血压、阳痿、神经源性膀胱、胃轻瘫等，并除外其他原因引起的神经肌肉病变；

3. 神经电生理检查如肌电图、神经传导速度、微神经图、中枢神经传导时间等异常改变。

4. 感觉功能检查、心血管自主神经功能检查等相应的异常变化。

三、辨证治疗

(一) 糖尿病周围神经病变为主

1. 气虚血瘀证

主证：肢体麻木或伴有疼痛，倦怠乏力，得温痛减，遇寒加重，夜晚尤甚。舌质紫黯，苔薄白，脉沉细涩。

治法：益气活血。

方剂：黄芪桂枝五物汤加減。

黄芪 30g，桂枝 10g，白芍 20g，大枣 12 枚（擘），生姜 15g，鸡血藤 30g，川芎 10g，牛膝 12g，桑枝 30g。

加減：瘀血明显，痛重或舌有瘀斑可合抵当汤；乏力倦怠明显黄芪可加至 60g，加太子参、黄精；足底胀麻不适加独活、薏苡仁、泽兰。

2. 阴亏络滞证

主证：肢体麻木或伴有疼痛，倦怠乏力，得温痛减，遇寒加重，夜晚尤甚。舌质紫黯，苔薄白，脉沉细涩。

治法：益阴缓急。

方剂：芍药甘草汤加減。

白芍 30g，炙甘草 15g，白芷 10g，地龙 10g，全蝎 6g，丝瓜络 10g，生地黄 15g。

加減：畏寒怕冷、汗多加附子（芍药甘草附子汤）；腓肠

肌痉挛加木瓜、鸡血藤；下肢疼重加牛膝、独活。

3. 血虚寒凝证

主证：手足厥寒，肢体麻木冷痛甚至青紫，得温痛减，遇寒加重。或腹中冷痛，倦怠懒言，下肢酸软，面色无华，口淡，舌淡苔白滑，脉细欲绝。

治法：温经养血。

方剂：当归四逆汤加减。

当归 9g，白芍 12g，桂枝 9g，细辛 6g，炙甘草 6g，通草 6g，大枣 25 枚（擘），川芎 10g，鸡血藤 30g。

加减：病久不愈，遇寒尤甚加吴茱萸、生姜（当归四逆加吴茱萸生姜汤）；腰膝冷痛加鹿角胶、杜仲、狗脊；腹中冷痛合理中汤。

（二）糖尿病自主神经病变为主

1. 营卫失和证

主证：时有自汗，恶风，或上半身汗出，或头面汗出，肢体麻木，乏力口渴。舌质淡，苔薄白，脉浮弱或细弱。

治法：调和营卫。

方剂：桂枝汤合文蛤散。

桂枝 9g，白芍 9g，炙甘草 6g，生姜 6g，大枣 12 枚（擘），五倍子 6g。

加减：汗多可加煅龙骨、煅牡蛎，或予文蛤散外敷脐部；反复感冒合玉屏风散；肢体麻木明显加桑枝、鸡血藤。

2. 气血亏虚证

主证：潮热汗出，反复感冒，精神倦怠，气短懒言，大便不调，消瘦乏力，心悸不安，心神恍惚，烦闷不舒，头晕脑胀，记忆力下降，肢体麻木或疼痛。舌淡胖，苔薄白，脉细弱。

治法：调补脾胃，益气养血。

方剂：薯蓣丸加减。

山药 50g, 太子参 15g, 茯苓 9g, 炒白术 g, 当归 10g, 白芍 10g, 川芎 10g, 生地黄 18g, 桔梗 9g, 柴胡 9g, 白薇 3g, 麦门冬 10g, 杏仁 10g, 防风 10g, 大枣 12 枚 (擘), 豆黄卷 15g, 甘草 15g, 阿胶 12g (烔化), 干姜 5g, 神曲 10g, 桑椹子 15g, 黄芪 30g。

加减: 夜寐不宁加炒枣仁、柏子仁; 纳呆加陈皮、鸡内金; 心烦不安加百合、合欢花、连翘; 头晕、记忆力减退明显加枸杞子、山茱萸; 肢体麻木疼痛加水蛭、桑枝。

3. 中阳不足证

主证: 大便稀溏, 脘腹胀闷, 上腹隐痛, 纳谷不香, 遇冷益甚、或胸闷不舒, 心悸不安, 乏力倦怠。舌质淡, 苔薄白, 脉弱。

治法: 温里和中。

方剂: 理中汤。

人参 6g, 白术 10g, 干姜 6g, 甘草 6g。

加减: 腹泻日久不愈合山药薏苡仁粥或张锡纯薯蓣粥; 下利滑脱之气利, 加诃子 (诃梨勒散); 虚寒下利, 便脓血, 易桃花汤; 胸胁逆满、呕吐、腹中雷鸣切痛, 易附子粳米汤; 心胸中大寒痛、呕不能饮食, 易大建中汤; 胁下偏痛, 脉紧弦易大黄附子汤。

4. 阴阳两虚证

主证: 畏寒肢冷, 腰膝酸软, 阳痿不举, 大便不调, 夜尿频多, 或小便不畅, 或小便失禁, 头晕善忘, 耳聋耳鸣, 视物模糊。舌质黯淡, 苔薄白, 脉沉细弱。

治法: 调补阴阳。

方剂: 肾气丸。

山药 15g, 肉桂 6g, 茯苓 15g, 制附子 6g, 山茱萸 10g, 丹皮 6g, 泽泻 6g, 熟地黄 15g。

加减: 阳痿加蜈蚣、阳起石; 便溏加重茯苓、山药, 加五

昧子；大便不畅加郁李仁、肉苁蓉；小便不畅加路路通、穿山甲、肉桂；小便失禁合水陆二仙丹，加服补中益气丸。

四、名 医 经 验

彭万年：糖尿病所致之胃轻瘫，主要表现为胃肠神经功能受损，胃肠蠕动减弱，胃排空延迟等一系列综合症状。有资料显示，约20%~30%的糖尿病患者合并胃轻瘫。中医病机除了三焦受损，气机失调外，主要责之于脾胃运化失常，出现纳呆、腹胀、嗝气、恶心、呕吐、反复宿食停滞，或胃石形成等。相当于中医“胃脘痛”、“嗝气”、“腹胀”、“虚劳”、“反胃”、“痞证”、“呕逆”等。以经方治疗取得满意疗效。如：半夏泻心汤等用治胃脘痞满，呕逆肠鸣之糖尿病胃轻瘫；小柴胡汤用治腹胀纳呆、胸胁苦满、脘闷心烦、喜呕之糖尿病胃轻瘫；旋覆代赭汤用治心下胃脘痞硬，噎气频发，呕吐，噎膈反胃之糖尿病胃轻瘫。（彭万年．经方治疗糖尿病胃轻瘫的体会．广州中医药大学学报，2001，18（4）：318~320）

日本学者以桂枝汤加白术，加水提取，低温减压干燥后再加赋形剂制成浸膏，治疗12例糖尿病并发神经痛，有效9例，稍有效者3例。治疗期限长则2个月，短则2周。（温惠爱译．桂枝汤加术附浸膏对糖尿病并发神经痛疗效．福建中医药，1981，（5）：53）

张发荣：治疗糖尿病并发胃肠神经损害，出现心下痞满，纳呆，恶心欲吐，腹痛、腹泻等症，常选用半夏泻心汤或生姜泻心汤治疗。认为方中用不用大枣效应有所差别，用大枣不仅药的味感好，服药后无恶心呕吐、心慌嘈杂等不适，而且未发现血糖上升，反弹波动。（高彦彬主编．古今糖尿病医论医案选．北京：人民军医出版社，2005.97）

冯建华等：糖尿病周围神经病变属于中医学“痹证”之范畴。病机关键为气血不畅，脉络痹阻，治宜益气活血，通络除

痹。经方治疗营卫失和证可选桂枝汤合玉屏风散加减；寒凝血瘀证以黄芪桂枝五物汤合阳和汤等加减；阴阳两虚型予金匱肾气丸加减，疗效满意。（冯建华，郭宝荣主编．内分泌与代谢病的中医治疗．北京：人民卫生出版社．2001. 246~248）

刘献琳：糖尿病治疗重视健脾补肾，润燥活血，自拟八味降糖饮（生地黄、山茱萸、山药、黄芪、玄参、苍术、葛根、丹参）若胃火较盛，合白虎加人参汤；中焦火炽，大便燥结者，合大黄甘草汤急下存阴；合并肢痛麻木者，从风寒侵袭，血瘀阻络着眼，合用黄芪桂枝五物汤，加祛风通络之品，亦常获效。（陶汉华，张苏颖，贾士安，等主编．刘献琳学术经验辑要．济南：山东科学技术出版社．2000. 244~245）

五、医案精选

（一）糖尿病周围神经病变

1. 邓铁涛医案—黄芪桂枝五物汤治疗糖尿病神经病变气虚血瘀证

许某，男，52岁，干部。2001年3月11日初诊。四肢麻木、乏力1个月。近1个月来出现四肢麻木、乏力，以夜间为甚，影响睡眠，伴口干、大便干结。有糖尿病史10余年。一直服消渴丸，血糖控制不理想，四肢呈手套、袜套样痛觉减退，空腹血糖9.6mmol/L。舌偏红，苔少，脉弦细数。西医诊断：糖尿病性末梢神经炎。中医诊断：痿证，肝肾阴虚型。治宜滋肝肾，通经络。拟黄芪桂枝五物汤加味。处方：桂枝10g，黄芪、白芍、麦冬、女贞子、玉竹各15g，生姜3片，大枣5枚，山药、玉米须、五爪龙、肉苁蓉、太子参各30g，日1剂水煎服。继服消渴丸以控制血糖。配合针灸治疗，取穴为足三里、阴陵泉、三阴交、解溪、八风、曲池、手三里、外关、八邪、均针双侧，平补平泻手法，合梅花针叩打腕、踝关节（即十二原穴）。

经治疗1个月,四肢麻木、乏力症状消失,血糖恢复到正常水平,痊愈出院。(邱仕君主编.邓铁涛医案与研究.第2版.北京:人民卫生出版社.2004.247)

2. 祝湛予医案—防己黄芪汤合四藤一仙汤、五苓散加减治疗糖尿病肾病、高血压、周围神经病变阴阳两虚、湿瘀阻络证

关某,男性,73岁,退休工人。1992年3月16日初诊。主诉:双下肢麻木、疼痛4年,下肢水肿明显1月。有原发性高血压病史多年,4年前因双下肢麻木,血糖增高诊断为糖尿病。一直口服格列本脲、苯乙双胍治疗,麻木逐渐加重,并出现下肢疼痛无力,行走困难,曾服某医院中药百余剂无效。近1月双下肢水肿明显,检查尿蛋白(++++)(++++),尿糖(-)。血压176/100mmHg。现症:身体消瘦,乏力神疲、站立困难,举步维艰,由家人背负和扶持来诊。双下肢麻木、疼痛、无力,高度可凹性水肿,尤以双踝明显。腰膝痠痛,畏寒肢冷,夜尿频数,大便干燥。舌淡红,脉沉弦。阴阳两虚,水湿泛滥,瘀血阻络。治宜培补脾肾,益气利水,活血通络,方用防己黄芪汤合四藤一仙汤、五苓散加减。药用:防己10g,生黄芪30g,桂枝10g,苍白术各10g,茯苓20g,川芎15g,石韦15g,车前草30g,旱莲草15g,鸡血藤30g,络石藤15g,海风藤15g,钩藤15g,威灵仙15g,桑寄生20g,川牛膝10g,葛根15g,夏枯草10g,白茅根20g。日1剂水煎服。

二诊:服药1月,双下肢水肿消失,已不怕冷,麻木疼痛感大为减轻,较前有力,能在室内步行。查尿蛋白微量,血压同前。但仍下肢疼痛,不耐久行。舌红暗,脉沉弦。守方去白茅根加大蜈蚣2条,再服1月。

三诊:5月22日复诊,诸证平稳。空腹血糖11.09mmol/L(200mg/dl),尿蛋白(+),乃易降糖对药方合防己黄芪

汤、四藤一仙汤为主继续治疗。

[按语] 糖尿病阴阳两虚型系因三消日久，阴损及阳，火不蒸腾而致，祝师多用桂附地黄汤（肾气丸）合降糖对药以温阳育阴，益气生津。本案系糖尿病合并肾病、高血压病、周围神经病变的晚期病人，乃阴阳俱虚、五脏受累、本虚标实之证。虽证情复杂，治疗棘手，但祝师把握久病以脾肾亏损为本之病机，用防己黄芪汤、五苓散、四藤一仙汤化裁，短期内使患者水肿消失，尿蛋白转阴，体力增强，麻木疼痛明显减轻。此外，从本案可知由于阴阳互根，气血相关，阴可及阳，阳可累阴，气病延血，血病碍气，故临床所见单纯、简单的类型少，交错复合的类型多。所以辨证分型并不是绝对的。若病至中晚期，病程延长，病情也越复杂难辨，常可以出现虚实夹杂，寒热互见，阴阳俱损，气血同病之情况，只有把握病机，随证变通，才不致失治误治。（单书健，陈子华主编：古今名医临证金鉴·消渴卷，北京：中国中医药出版社，1999.127）

3. 刘献琳医案—八味降糖饮合黄芪桂枝五物汤治疗糖尿病神经病变脾肾亏虚、风寒血瘀证

白某某，男，70岁。1993年2月24日初诊。口渴多食多尿10余年，四肢麻木刺痛2年，在某医院诊断为糖尿病并发神经病变。查空腹血糖12.3mmol/L。诊见：口干，饮水不甚多，纳食可，小便较频，夜尿多，四肢麻木刺痛，夜间痛甚，难以入睡，形体消瘦，大便干结，数日1行。舌质黯红，少苔，脉弦细滑。证属脾肾亏虚，风寒血瘀。治宜补肾健脾、祛风散寒化瘀，方用八味降糖饮合黄芪桂枝五物汤加减。药用：熟地黄30g，山茱萸15g，山药30g，黄芪30g，玄参30g，苍术15g，丹参30g，葛根30g，桂枝15g，赤芍15g，当归15g，豨莶草30g，桃仁、红花、秦艽各15g，灵仙15g。水煎服，每日1剂。

二诊：服药 10 剂后，口干大轻，四肢痛麻略减，睡眠稍好，大便调，小便频，夜尿 2 次，舌质黯红，苔薄白，脉弦细滑。上方加桑枝 30g，牛膝 30g。服药 7 剂，肢麻疼痛明显减轻，大便调，纳食可，舌质黯红，苔薄白，脉弦细滑。上方加鸡血藤 30g，继服 30 剂诸证消失，查空腹血糖 6.9mmol/L。

〔按语〕刘献琳治疗糖尿病从脾肾亏虚立论，主以八味降糖饮（生地黄、山茱萸、山药、黄芪、玄参、苍术、葛根、丹参），他认为历代医家从燥热阴虚立论者多，然脾气亏虚在消渴发病中的作用也不可忽视，《金匱要略》“虚则卫气不足，劳则营气竭”，即气虚致消渴的论述。方中生地黄、山茱萸、玄参滋肾补阴，山药、黄芪、苍术、葛根补脾升津；虑及“熏蒸日久，气血凝滞”（《医学入门》语），加丹参活血化瘀。诸药配伍，共奏补肾健脾，升津润燥活血之功。对糖尿病神经病变的治疗，则加黄芪桂枝五物汤祛风散寒，化瘀通络。（陶汉华，张苏颖，贾士安，等主编．刘献琳学术经验辑要．济南：山东科学技术出版社，2000. 243～244）

4. 冯建华医案—黄芪桂枝五物汤治疗糖尿病周围神经病变气虚血瘀证

孙某某，女，58 岁。2005 年 11 月 6 日初诊。糖尿病史 8 年，1 月前出现双手指麻木，呈进行性加重，逐渐出现刺痛感，四肢不温，以双手为甚，遇冷加重，伴身倦乏力，舌淡苔白、舌下脉络青紫，脉沉。空腹血糖 12.1mmol/L，尿糖（++）。诊断：糖尿病周围神经病变。辨证：阳气亏虚，络脉瘀滞。治宜益气活血，通络止痛。方选黄芪桂枝五物汤加减：黄芪 45g，桂枝 9g，当归 15g，赤芍 15g，川芎 12g，细辛 3g，土元 10g，甘草 6g。7 剂，日 1 剂水煎 2 次分服。并配合口服格列喹酮 30mg，每日 3 次。

二诊：11 月 14 日。诸症减轻，舌脉同前。空腹血糖 9.5mmol/L，尿糖（-）。上方加荔枝核 30g，7 剂。

三诊：11月22日。四肢转温，双手指刺痛消失，麻木感大减，气力如常。空腹血糖 7.2mmol/L，尿糖（-）。上方去细辛，桂枝改 6g，加枸杞子 15g，山茱萸 12g。7 剂。

四诊：12月1日。遇冷水时双手指仍有疼痛、麻木感，其余症状基本消失，舌淡红、苔薄，脉虽沉但有力。化验空腹血糖 6.8mmol/L，尿糖（-）。上方去细辛，加淫羊藿 12g，桑枝 30g。连续服药 30 余剂，随访 1 年未复发。

〔按语〕消渴病日久，气血阴阳俱虚，气虚不能推动血液运行，血瘀脉中；血虚则脉络空虚，络脉失于濡养则不仁；阴虚津亏，血流涩滞，筋脉失养；阳虚不能通达四肢，则末梢不温怕冷。此乃血痹，治宜益气活血，通络止痛。方选黄芪桂枝五物汤化裁，方中重用黄芪以补气，桂枝温通阳气以止痛，赤芍活血化瘀，加入当归、川芎、细辛、土元以增强其活血通脉、温经止痛的作用；并配合小剂量降糖西药以调节血糖，故收到良好效果。

5. 郭玉英医案—黄芪桂枝五物汤加减治疗糖尿病周围神经病变气虚血瘀证

张某，女，21 岁。患 1 型糖尿病 4 年，因胰岛素用量不足，发生酮症酸中毒。经治疗后酮体消失，血糖控制良好。但出现双下肢皮肤疼痛如刀割油烫，入夜尤甚，难以入眠。伴有肢端不温，麻木不仁，形体消瘦，舌红苔白，脉弦细。西医诊断：糖尿病周围神经病变。辨证为气虚血亏，经脉瘀阻之血痹证。治宜益气养血，活血通脉。处方：黄芪 30g，白芍 30g，鸡血藤 30g，丹参 30g，当归 15g，桂枝 10g，细辛 3g，通草 6g，蜈蚣 2 条。水煎服日 1 剂。

二诊：服药 20 剂，疼痛明显减轻。上方去细辛，蜈蚣减至 1 条，加生地黄 30g。

三诊：又服 20 剂，疼痛范围仅局限于大腿外侧，且不畏触摸，夜寐平稳。

〔按语〕消渴兼见肢端麻木不仁，甚或疼痛，是由消渴日久，耗伤气血津液，经脉失养所致。是由虚致实，本虚标实之证。治疗应在益气、滋阴、养血以固其本的基础上，应用活血化瘀、通脉止痛之法以治其标。本案从血痹辨证立法，重用黄芪、当归、白芍益气养血，使气血充盈，筋脉得养；以桂枝、细辛温通经脉而止疼痛；鸡血藤、丹参、蜈蚣活血通脉而利血脉。痛减后去细辛，减蜈蚣之温燥，加生地黄以增养阴柔筋之力，又进20剂而告病愈。（单书健，陈子华主编。古今名医临证金鉴·消渴卷。北京：中国中医药出版社，1999.302~303）

6. 易继兰医案—当归四逆汤加减治疗糖尿病末梢神经病变气阴两虚证

许某，女，62岁，退休工人。2003年3月10日初诊。口渴、多食、消瘦、手足麻木1年，未予治疗。刻诊：口渴、多饮、多食易饥、夜尿多、消瘦、精神倦怠，手足逆冷、麻木，足如踏棉垫，大便时结，面色少华，舌淡苔薄白，脉沉细无力。血压90/60mmHg。心肺无异常，空腹血糖13.7mmol/L，尿糖（+++）。中医诊断：消渴（气阴两虚证）。西医诊断：2型糖尿病并末梢神经病变。治宜益气养阴。药用：西洋参4g，麦门冬10g，黄芪30g，山药30g，葛根30g，玄参20g，苍术10g。水煎服日1剂。同时以格列吡嗪控制血糖。

二诊：用药30天，口渴、多饮、多尿等症明显好转，精神转佳，空腹血糖9.37mmol/L，尿糖（++）。惟手足逆冷、麻木仍存，舌淡，苔薄白，脉沉细。予当归四逆汤加减：当归15g，桂枝10g，白芍30g，细辛5g，豨莶草10g，水蛭10g，葛根30g。水煎服，每日1剂。

三诊：服用上方30剂，手足逆冷、麻木等症除，偶口渴而不多饮，精神转佳，手足活动如常。

〔按语〕糖尿病末梢神经病变以肢端的感觉、运动及营养障碍为特征，临床表现为肢端对称性疼痛、麻木、手足逆冷、

脉沉细。属中医学血痹、寒痹范畴。主要病因病机为阴损及阳，阳虚寒凝，瘀阻脉络，不通则痛，故见肢体疼痛不已；脉滞则肢体失养而手足逆冷、麻木。当归四逆汤有温经散寒、活血通痹之功，并加葛根、水蛭以增活血化瘀通脉之力，豨莶草祛风寒、利筋脉，善治四肢麻痹、骨痛膝弱。为加强散寒通脉作用，故通草易豨莶草；淫羊藿补阳祛风、通络。药中病机，疗效满意。（易继兰．当归四逆汤加减治疗糖尿病末梢神经病变 40 例．河北中医，2004，26（3）：197）

（二）糖尿病自主神经病变

1. 祝湛予医案一肾着汤、葛根芩连汤加减治疗糖尿病腹泻

段某，女，63 岁，退休工人。1994 年 2 月 18 日初诊。糖尿病史 10 年，腹泻 1 周。大便呈黏液状，日 2~3 次，便前腹部隐痛，大便常规检查正常。自服小蘗碱、诺氟沙星、参苓白术丸未效。近查血糖 7.27mmol/L。现症：大便溏泄，肠鸣，腹中隐痛，便后则痛止。腹部喜暖怕冷，乏力，心烦，汗出，腰痛膝软，舌红，苔白略腻，脉细弦。西医诊断：糖尿病性腹泻。证属气阴两虚，肝脾不和，湿注大肠，先予痛泻要方合藿香正气丸加减，继之以降糖对药方合葛根芩连汤加减，以益气养阴、清热补肾。药用：苍白术各 10g，炒防风 10g，陈皮 10g，炒白芍 10g，苏藿梗各 10g，白芷 10g，生薏仁 10g，车前子 10g，茯苓 15g，芡实 15g，肉豆蔻 10g。7 剂。

二诊：大便仍溏，日 1 次，腹痛减。以降糖对药方加芩连、沙参、麦冬、五味子、枸杞、杜仲。3 剂。

三诊：大便日 3~4 次，腹胀肠鸣，腹痛，腹部怕冷，湿凉加重，矢气多，苔白腻，脉沉细弦。辨证脾肾阳虚，寒湿内生，郁热化热，寒热错杂。治宜温补脾肾，清热止利，燥湿止泻。方以肾着汤合葛根芩连汤、白头翁汤加减。药用：苍白术各 10g，干姜 10g，葛根 15g，黄芩 10g，苏藿梗各 10g，黄连

6g, 生薏仁 30g, 炒神曲 15g, 茯苓 15g, 芡实 15g, 生黄芪 30g, 乌梅 10g。愈。

〔按语〕 糖尿病人由于内脏自主神经病变导致肠功能紊乱, 发生间歇性或顽固性腹泻及吸收不良综合征, 称之为糖尿病性腹泻, 多见于老年人, 以脾肾阳虚, 寒湿不化为多。轻证以降糖对药方去玄参、生地黄, 加白术、苏藿梗、白芷、生薏仁、山药、芡实等, 重则以肾着汤合四神丸加上药, 寒热错杂者以肾着汤或四神丸与葛根芩连汤合方加上药, 兼肝郁加痛泻要方。其中以苏藿梗、白芷配生薏仁为治疗寒湿泄泻对药。〔单书健, 陈子华主编. 古今名医临证金鉴·消渴卷. 北京: 中国中医药出版社, 1999. 142~144〕

2. 宗武三医案—厚朴生姜甘草半夏人参汤治疗糖尿病胃轻瘫脾虚气滞证

案1: 王某, 男, 32岁。患糖尿病5年余, 应用胰岛素治疗, 近1年来腹泻便秘交替, 1周前因饮食不节出现脘腹胀满, 腹部隆起, 叩之如鼓, 暖气, 呕吐, 乏力, 舌淡, 苔白, 脉弦细。查血糖 10.2mmol/L。诊断为糖尿病胃轻瘫。证属脾虚气滞。治宜健脾理气除胀。方用厚朴生姜甘草半夏人参汤: 厚朴 15g, 生姜 12g, 半夏 12g, 党参 10g, 甘草 10g。每日 1 剂, 水煎服。1 剂后腹满减, 呕吐止, 再 2 剂而愈。

案2: 秦某, 男, 65岁。患糖尿病3年余, 近10日出现腹胀难忍, 午后尤重。恶心不能进食, 暖气, 大便5日1行, 质软, 伴气短懒言, 面色萎黄, 舌黯淡, 苔白, 脉弦。查血糖 12.6mmol/L, 电解质正常。诊断为糖尿病胃轻瘫。证属脾虚气滞。治宜健脾理气除胀。治宜健脾益气, 理气通便。方用厚朴生姜甘草半夏人参汤加减: 厚朴 15g, 生姜 10g, 白术 10g, 人参 10g, 枳实 15g, 砂仁 6g, 槟榔 10g。每日 1 剂, 水煎服。1 剂后呕吐止, 腹满稍减。守方 5 剂, 腹胀除, 大便通。

〔按语〕 厚朴生姜甘草半夏人参汤是张仲景为发汗后脾虚

气滞而设，主治虚实夹杂之证。糖尿病基本为虚，胃轻瘫乃其后期较为常见的并发症之一，脾虚胃弱，气滞于中是基本病机，颇合是方所主之病机，故投之辄效。例1脾虚胃弱，运化水湿功能低下，湿留生痰，痰阻中焦，气机被遏，而成腹胀，遂予仲景原方而愈。例2患者年老体虚，虚实并重，故在原方基础上加用健脾益气通便之品，虚实兼顾，攻补兼施而获效。（宗武三．经方治疗糖尿病胃轻瘫2例．国医论坛．1997，12（3）：19）

3. 彭万年医案

案1：大柴胡汤加减治疗糖尿病胃轻瘫少阳阳明并病

曾某，男，48岁。2001年3月10日初诊。糖尿病史多年，服口服降糖药血糖控制欠佳，近半年来精神不振，不思饮食，或食后脘腹饱胀，时有嗳气，甚或呕吐，胁痛心烦等。西医诊断：糖尿病胃轻瘫。除上述症状外，来诊时神情抑郁，脘满腹胀时痛，恶心呕吐，胸胁满闷，口苦，大便3~4天1次，干结。舌红，苔薄黄而干，脉弦略滑。诊为消渴病胃胀证，属少阳阳明并病。治宜和解兼通下并施，方以大柴胡汤加减。药用：柴胡10g，枳实15g，生姜5g，赤芍15g，黄芩12g，半夏12g，大枣6枚，大黄12g（后下），香附15g。3剂，水煎服。

二诊：脘腹胀痛明显减轻，恶心呕吐减少，胸胁满闷好转，大便初头硬后软，纳呆，精神欠佳。舌红苔黄略腻，脉略弦。大黄减至6g，与它药同煎。4剂。

三诊：腹部胀痛及恶心呕吐消失，胸胀痛好转。改四君子汤和四逆散加减。

2周余后复查X线片恢复正常。诸症缓解。

案2：旋覆代赭汤合大半夏汤加减治疗糖尿病胃轻瘫脾虚痰阻证

刘某，女，36岁。2001年4月2日初诊。糖尿病史3年

余，服口服降糖药血糖控制欠佳，口渴、易饥、多尿等时好时坏。1月来口渴纳呆，胃脘部闷胀不适，暖气频发，时有呕吐，渐至饮食入胃，日久不化，朝食暮吐，暮食朝吐，面色苍白无华，消瘦，精神不振，四肢乏力。西医诊断：糖尿病胃轻瘫，胃扩张潴留。诊见：神疲乏力，面色无华，消瘦，眼窝深陷，胃脘胀满时痛，暖气频频，时有呕吐，常吐出隔宿食物。舌淡苔白腻，脉弦略迟。诊为消渴病胃胀、胃反证。伤寒六经辨证属太阳病变证，脾虚痰阻，胃气上逆。治以旋覆代赭汤合大半夏汤加減。药用：旋覆花 12g，代赭石 15g，党参 15g，法半夏 12g，大枣 12g，生姜 12g，沉香 9g（后下），广木香 6g（后下），炙甘草 6g。4剂，水煎服。

二诊：暖气、呕吐好转，胃脘部满闷胀痛减轻，精神稍好。舌质仍淡，腻苔始化，脉略弦。前方去广木香，加白术 12g，茯苓 18g，春砂仁 6g（后下）。4剂。

三诊：已无暖气、呕吐，胃脘部满闷胀痛等大减，纳增，精神好转，舌质淡红，腻苔已化，脉转平缓。以参苓白术散加減调理月余。诸症缓解，复查 X 线片恢复正常。

〔按语〕 资料显示约 20%~30% 的糖尿病患者合并胃轻瘫，中医病机除了三焦受损，气机失调等外，主要责之于脾胃运化失常，临床体会其治疗宜在适当健运脾胃基础上，重视疏肝理气。（彭万年．经方治疗糖尿病胃轻瘫的体会．广州中医药大学学报，2001，18（4）：318~320）

六、临证心得

糖尿病神经病变是糖尿病常见的慢性并发症之一，系因糖尿病日久不愈，气血亏虚，因虚致瘀，营卫失和，脉络空虚，气血运行不畅所致。属《金匱要略》“血痹”、“瘀血”等范畴。“久病必虚”、“久病必瘀”、“久病入络”，治宜益气养阴，活血通痹。经方的加減应注意以下三个方面药物的应用：一是益气

药，气为血之帅，故在治疗中应重视黄芪、太子参等药物的应用，此时黄芪一般用量宜大，多在 30g 以上，甚至可用至百克左右；二是养阴药，阴亏则血滞，如生地黄、玄参、麦冬、玉竹等，并注意养阴与养血的关系；三是理气药，虽可行血通络，但又应防止其辛燥伤阴耗气，如川芎、陈皮、香附等。

肢体麻木疼痛是糖尿病周围神经病变的主要表现，也是许多患者就诊的主诉之一。仲景黄芪桂枝五物汤、当归芍药散、当归四逆汤、黄芪建中汤、桂枝新加汤、大黄廑虫丸、芍药甘草汤、抵当汤等均有较好的疗效，常用药物有黄芪、太子参、白芍、川芎、当归、细辛、甘草、桂枝、鸡血藤、路路通、水蛭等。配合中药外洗疗效可靠，但应注意水温，避免烫伤。

糖尿病自主神经病变有多种临床表现，如泌汗异常、胃轻瘫、神经源性膀胱、体位性低血压、大便失调等。治疗时应本着“审其脉证，知犯何逆，随证治之”的原则，根据患者的具体情况应证选方。桂枝汤、桂枝甘草龙骨牡蛎汤、桂枝加葛根汤、半夏泻心汤、小柴胡汤、黄芪建中汤、乌梅丸、赤石脂禹余粮汤、桃花汤、肾气丸、四逆散、抵当汤等均可选用。

第五节 糖尿病性心脏病

一、概 述

糖尿病性心脏病是指糖尿病人所患的心脏病。包括糖尿病并发或伴发的心脏病，其中以冠心病为主，尚有微血管病变、糖尿病性心肌病及自主神经功能紊乱所致的心律失常、心功能不全，还包括高血压性心脏病。糖尿病性心脏病的病因、发病机制、病理生理、病理解剖、临床表现、患病率与病死率等与非糖尿病性冠心病比较有不同的特点。目前糖尿病性心脏病这一病名已为许多国内外的内分泌代谢病专家所公认，已见于世

界卫生组织 (WHO) 糖尿病手册及国内外糖尿病、内分泌专著中。

该病相当于中医消渴病继发胸痹心痛、真心痛、厥心痛、心悸、水肿、胀满、支饮等病证。其发生与气阴两伤、痰瘀阻络、脾肾亏虚、饮邪泛滥等有关。

二、诊 断

1. 糖尿病性冠心病 (CHD) 有冠心病证据者, 如无高血压而有心脏肥大, 有相应心功能、自主神经功能异常者。

2. 糖尿病性心肌病 (DMD) 糖尿病病程较长, 多在 5 年以上者, 临床上无高血压和心脏病表现, 心电图检查正常, 而心功能检查示心功能异常, 射血前间期 (PEP) / 左室射血时间 (LVET) 增大、舒张功能减退、左心室肥大、室间隔增厚、顺应性差等可考虑临床前心肌病变。临床上有早期心肌病表现, 劳动时呼吸困难、心悸、胸闷, 伴心律不齐、心脏扩大, 无创性心功能检查有相应异常, 但冠状动脉造影阴性, 除外其他器质性心肌病者。

3. 糖尿病心脏自主神经病变 糖尿病确诊基础上, 静息时心率大于 90 次/分, 或心率快而固定, 且不宜受各种条件反射影响。深呼吸时每分钟心率差 ≤ 10 次; 立卧位时每分钟心率差 ≤ 10 次; 乏氏动作反应指数 ≤ 1.1 ; 体位性低血压或无痛性心肌梗死; 伴有其他自主神经损害表现, 如面颊部和上肢多汗、畏食、恶心、尿潴留、尿失禁等。

三、辨证治疗

1. 痰瘀内阻证

主证: 胸闷短气, 或心痛彻背, 或不得卧, 反复发作, 或伴头晕目眩, 或有肢体活动麻木疼痛, 口中粘腻不爽, 舌质黯红, 苔薄白腻, 脉沉细弦。

治法：祛痰活血。

方剂：瓜蒌薤白半夏汤合桂枝茯苓丸加减。

瓜蒌 20g, 薤白 12g, 半夏 15g, 桂枝 6g, 茯苓 15g, 桃仁 10g, 赤芍 10g, 陈皮 6g, 水蛭 10g, 太子参 15g。

加减：心前区疼痛明显加三七粉（冲）、降香，或加服速效救心丸；头晕头痛加姜黄、川芎；下肢浮肿加泽兰、泽泻、冬瓜皮；便秘加麻子仁、大黄。

2. 心阳不振证

主证：心悸喜按，心胸憋闷、或伴心前区疼痛，畏寒喜温，倦怠少气，甚则四肢厥冷，或伴冷汗。舌质黯淡，苔薄白，脉沉迟。

治法：温振心阳。

方剂：桂枝甘草汤合人参汤加减。

桂枝 10g, 炙甘草 10g, 干姜 6g, 人参 10g, 白术 10g, 黄芪 12g, 仙灵脾 10g。

加减：痛势急剧合薤苡附子散；心悸不安明显加龙骨、牡蛎、柏子仁、五味子；胸闷加桔梗、枳壳。

3. 心阴不足证

主证：胸闷心悸，心烦不眠，口渴咽干，头晕目眩，倦怠乏力，或悲伤欲哭，数欠伸。舌质黯红，苔少，脉细数。

治法：养阴清热，宁心安神。

方剂：酸枣仁汤合甘麦大枣汤加减。

酸枣仁 15g, 茯苓 12g, 知母 10g, 川芎 6g, 炙甘草 6g, 大枣 5 枚（擘），淮小麦 30g, 桑椹子 10g。

加减：口渴明显加麦冬、五味子；乏力明显加太子参、黄精；夜寐不宁加夜交藤、柏子仁；大便不畅加当归、白芍、熟大黄。

4. 阴寒痼结证

主证：心痛彻背，背痛彻心，痛势急剧，甚则四肢厥冷，

冷汗淋漓，面色白，舌淡胖紫黯，苔白膩，脉沉紧。

治法：温阳逐寒，止痛救逆。

方剂：乌头赤石脂丸加減。

炮乌头 5g，赤石脂 10g，制附子 10g，干姜 6g，红参 10g，蜂蜜 15g（兑服）。

加減：舌黯明显加桃仁、红花、苏木；四肢厥冷可配合针灸并西医抢救措施。

5. 阴阳两虚证

主证：心悸怔忡，胸闷气短，倦怠乏力，形寒肢冷，虚烦少寐，咽干口燥，或大便干。口唇紫黯，舌体胖，舌质黯淡，苔少，脉结或代。

治法：滋阴养血，通阳复脉。

方剂：炙甘草汤加減。

炙甘草 12g，人参 6g，桂枝 9g，麦冬 10g，茯苓 12g，生地黄 30g，火麻仁 15，阿胶 6g（烊化），大枣 30 枚（擘），生姜 9g，丹参 15g。

加減：夜寐不安加柏子仁、夜交藤；大便干结加当归、肉苁蓉；口渴甚加五味子、玉竹；胸闷痛重合桂枝茯苓丸；汗出肢冷，喘不得卧可吞服黑锡丹。

6. 心肾阳虚证

主证：心悸怔忡，胸闷胸痛，气喘不得卧，动则喘甚，心下痞满，大汗淋漓，四肢厥冷，头晕目眩，甚则昏厥，倦怠乏力，小便短少，身面浮肿，舌体胖大，唇舌紫黯，或有瘀斑，舌苔薄白或白膩，脉细微或结代。

治法：温阳利水。

方剂：真武汤加減。

制附子 10g（先煎），白术 10g，白芍 10g，生姜 6g，茯苓 30g，泽兰 15g，太子参 30g。

加減：乏力多汗明显加黄芪、煅龙牡以益气敛汗；肢体浮

肿明显加冬瓜皮、车前子；胸闷明显加降香、枳实、桂枝。

四、名 医 经 验

林兰：治疗糖尿病冠心病证属气滞血瘀型以四逆散合丹参饮加减，药用柴胡、白芍、枳实、甘草各 10g，檀香 4g，砂仁 6g，郁金 10g，丹参 15g，瓜蒌 12g，黄连 6g；痰浊瘀阻型以瓜蒌薤白半夏汤加味，药用：全瓜蒌 15g，薤白、半夏各 10g，陈皮 6g，茯苓、枳实各 10g，甘草 6g；寒凝血瘀型用赤石脂汤（乌头赤石脂丸加减），药用：赤石脂 10g，制附子 6g，干姜 3g，薤白、枳实、半夏各 10g，丹参 15g，桂枝 6g；对于合并急性心肌梗死肾阳虚衰型以真武汤加减，药用：附子 10g，生姜 6g，茯苓、白术各 15g，白芍 10g，人参、肉桂各 6g，丹参 15g，红花 10g；对糖尿病心脏病变证属心肾阳虚、水气凌心型，以苓桂术甘汤加减，药用：茯苓 12g，白术、桂枝各 10g，甘草、附子各 6g，牛膝 10g，车前子 20g（包）、泽泻、白术各 10g。（高彦彬主编．古今糖尿病医论医案选．北京：人民军医出版社，2005.113）

丁学屏：治疗糖尿病性心脏病常以经方加减。如辨证气津两伤、脉络瘀阻型，以旋覆花汤合生脉散、丹参饮；气阴不足、痰瘀交阻型，以旋覆花汤合瓜蒌薤白半夏汤、生脉散；营阴积亏、心阳浮越型，以甘麦大枣汤合吴氏救逆汤；气阴耗竭、水凌心下型，以苓桂术甘汤合生脉散、坎离潜龙汤；心阳暴脱、水饮凌心型，以回阳救逆汤（四逆汤加减）合葶苈大枣泻肺汤、沉香琥珀丸。（高彦彬主编．古今糖尿病医论医案选．北京：人民军医出版社，2005.133）

冯建华：糖尿病性心脏病的基本病理性质为虚实两方面，实为标实，即血瘀、痰浊，痹遏胸阳，阻滞心脉；虚为本虚，即心脾肝肾气阴亏虚，功能失调。治疗当以益气养阴，活血化瘀，化痰泄浊，扶正祛邪为基本大法。对于阴阳两虚、水邪凌

心证，当治以振奋心阳，化气行水，方以苓桂术甘汤合真武汤加减，药用：茯苓、茯苓皮、白术、白芍、山茱萸、陈皮、生姜、熟附子、丹参、益母草、炒杏仁、泽泻、五味子、红花、冬瓜皮、西洋参、炙甘草。尿少、肿甚者，可加车前子、猪苓、赤小豆等；胸闷憋气、面唇青紫、喘咳不得卧者，可加人参、肉桂、沉香、补骨脂、蛤蚧、当归尾等。（冯建华，郭宝荣主编．内分泌与代谢病的中医治疗．北京：人民卫生出版社，2001. 221~224）

湛剑飞：糖尿病性心脏病心肌梗死心肾阳虚、水饮凌心，治以真武汤合血府逐瘀汤。自汗不止加黄芪、煅龙牡；胸闷气短、喘甚加葶苈子、大枣；病后以大补元煎调理。（湛剑飞主编．现代中医内分泌学．上海：上海医科大学出版社，1995. 150）

倪青等：糖尿病冠心病气滞血瘀证以四逆散合丹参饮加减；痰浊瘀阻证以瓜蒌薤白半夏汤加减；寒凝血瘀证以赤石脂汤加减；急性心梗属肾阳虚衰证以真武汤加减；糖尿病性心脏病属心肾阳虚、水气凌心证以苓桂术甘汤加减。（倪青，吕蕾主编．糖尿病心血管病的防治．北京：中国中医药出版社，2003. 43~67）

五、医案精选

1. 祝谌予医案—降糖对药方、肾气丸和防己黄芪汤治疗糖尿病心力衰竭脾肾两虚瘀阻证

庞某，女，51岁。1992年5月15日初诊。有糖尿病史15年，高血压3年，蛋白尿伴双下肢水肿3年。患者自诊为糖尿病以来一直未经系统治疗，血糖控制不满意。1987年发现高血压，血压波动在160~180/100mmHg。1989年因急性左心力衰竭伴双下肢水肿住院，查尿蛋白（++）~（+++），确诊为充血性心力衰竭、糖尿病肾病。自1991年8月

始，因反复感染诱发心力衰竭加重、脑梗死右侧偏瘫，先后 3 次住院，经多种西药治疗，血糖、血压极不稳定，血糖波动在 3.49~14.48mmol/L，曾发生过 3 次低血糖昏迷。因全身高度水肿伴有低蛋白血症，虽每周输清蛋白 20~40g，亦未能纠正。现症：面色苍白，全身浮肿，尤以双下肢为甚。乏力神疲，右半身不遂，需人扶持，右手握力差，口干思饮，食欲极差，畏寒肢冷，尿频便溏，舌淡黯，舌下络脉瘀张，脉细弱。现服用格列喹酮、硝苯地平、卡托普利、速尿等多种西药。尿糖（++++），尿蛋白（+++）~（++++）。证属阴阳两虚，瘀血阻络，脾肾不足，水湿泛滥。治宜益气养阴，活血化瘀，通阳利水。方用降糖对药方加味。药用：生黄芪 50g，生地黄 30g，苍白术各 15g，丹参 30g，葛根 15g，生山药 10g，续断 15g，枸杞子 10g，桂枝 10g，茯苓 30g，益母草 30g。

二诊：服药 40 余剂，1992 年 7 月来信述血糖、血压较前稳定，血糖 5.1~6.99mmol/L，血压 150/90mmHg。以上方加减连续服用 8 个月。

三诊：1993 年 2 月来信述疗效显著，食欲极佳，体力精神恢复，可在室内活动，一直未发生急性心力衰竭。近查空腹血糖 4.49mmol/L，尿素氮 75mg%，肌酐 2.1mg%，尿蛋白（+）。目前除全身水肿外余症不显。辨证脾肾阳虚，水湿不化为主，方易肾气丸合防己黄芪汤培补脾肾，温化水湿。药用：防己 10g，生黄芪 50g，白术 10g，桂枝 10g，制附片 10g（先煎），生熟地黄各 15g，山萸肉 10g，山药 10g，丹皮 10g，茯苓 20g，泽泻 15g，车前草 30g，旱莲草 15g，萆薢 15g，石韦 15g。日 1 剂，水煎服。

四诊：服药 1 月，全身水肿明显消退，但又有食欲下降。仍用初诊方加减治疗。1993 年 6 月通信追访，化验空腹血糖 5.99mmol/L，尿素氮 50mg%，肌酐 2mg%，血清清蛋白

3.4%，尿糖（+），尿蛋白（±）～（+），病情基本稳定。

〔按语〕 本案由于病久失治，发生高血压、急性左心力衰竭、脑梗死、低蛋白血症、氮质血症等多种并发症，虽经多种西药救治，均未能满意控制。祝师根据久病及肾、气血虚衰、阴阳俱虚、水湿泛滥之病机特点，始终以培补脾肾、活血利水、补益气血为主治疗，而使血糖、血压稳定，尿蛋白下降，低蛋白血症纠正，疗效较为满意。（单书健，陈子华主编．古今名医临证金鉴·消渴卷．北京：中国中医药出版社，1999.133～135）

2. 李良知医案一小陷胸汤加减治疗糖尿病并发冠心病急性心肌梗死气阴两虚、痰瘀痹阻证

马某，男，64岁，工人。因阵发性胸闷胸痛半月余，加重4～5小时入院。既往有糖尿病史8年，冠心病、原发性高血压病史7年。入院时症见：胸闷胸痛，心前区压榨感，头晕、乏力、汗出、口干，心烦眠差，舌黯红，苔白厚少津，脉细滑。实验室检查：空腹血糖13.8 mmol/l，SPOT2.367ukat（142U/L），心电图：V1—V5ST段抬高，弓背向上，与直立的T波形成单向曲线，Ⅱ、Ⅲ、avF导联ST段压低。示急性心肌梗死。入院诊断中医为消渴病，消渴性心脏病（真心痛），证属气阴两虚、痰瘀痹阻。西医诊断为冠心病，急性广泛前壁心肌梗死，糖尿病（2型）。治疗中西医结合，在心电监护下，静点极化液及中药丹参注射液、生脉散，口服苯乙双胍、格列本脲、硝酸异山梨酯。中药拟清心化痰，理气活血，方以小陷胸汤加减。药用：黄连6g，瓜蒌10g，半夏10g，茯苓12g，太子参15g，丹参20g，赤芍15g，郁金10g，枳壳10g。3剂，每日1剂，水煎分2次服。

二诊：胸闷疼、心烦减轻，仍感乏力、口干，大便偏干，舌苔黄少津。脉沉细滑。入院后第3天已停静点液体，改中药口服为主。拟清热化痰，滋阴生津。宗原方加生石膏30g，生

地黄、玄参各 20g，酒军 10g。4 剂。

三诊：大便通畅，睡眠好，无胸闷憋气，口干不明显，仍感体倦乏力，舌质黯，苔白，脉沉细。入院 1 周后心电图复查：V1—V5 导联 ST 段逐渐下降至等电线，T 波倒置，V4、V5 导联呈 QS 型，SGOT 正常。治疗以中药为主，拟益气养阴，活血通脉治疗。处方：

党参 15g，黄芪 15g，麦冬 10g，生地黄 30g，丹参 20g，赤芍 15g，郁金 20g，佛手 10g，黄精 20g，太子参 15g，川芎 10g，瓜蒌 10g，丹皮 10g。水煎服日 1 剂。

上方服 3 周诸症基本消失，SGOT 正常，心电图稳定，空腹血糖 3.8mmol/L，尿糖（-）。病情稳定，出院门诊治疗。

〔按语〕 本案患者患糖尿病多年，并发心血管病变而致冠心病心绞痛。中药治疗开始针对气阴两虚、痰瘀互阻的特点，采用生脉散、丹参注射液静点，并给予小陷胸汤加减。药后胸闷疼减轻，但口干、便干如故，舌苔变黄，加生石膏清热生津止渴，生地黄、元参、酒军滋阴增液通腑，有增液承气之意，故服药 4 剂，口干、便干消失，舌苔由黄变白，仍感乏力倦怠。后改以益气养阴、活血通脉为法治疗，诸症好转。（李东晓主编．胸痹心痛古今名家验案全析．北京：科学技术文献出版社，2004.399）

3. 阚方旭医案—防己黄芪汤合桂枝茯苓丸加减治疗消渴胸痹气虚湿阻证

张某某，男，79 岁，退休职工。2006 年 4 月 16 日初诊。有糖尿病史 10 余年，血糖控制尚可。近 10 余天来因劳累乏力口渴加重，胸闷作痛以夜间尤甚，精神欠佳，下肢轻度浮肿，纳食一般，有时烦躁不宁，血压偏高，心电图示心肌供血不足。舌质黯淡，苔薄白稍腻，脉细弦。西医诊断：糖尿病性心脏病、原发性高血压病。中医诊断：消渴、胸痹。辨证气虚湿阻、瘀阻心脉。治宜益气化湿，活络通脉。方用防己黄芪汤合

桂枝茯苓丸加减。药用：黄芪 50g，防己 10g，茯苓 15g，白术 10g，桂枝 6g，桃仁 10g，泽泻 10g，赤芍 15g，丹皮 6g，太子参 30g。水煎服，日 1 剂，2 次分服，3 剂。口服降糖药及降压药不变。

二诊：口渴乏力减轻，胸闷亦减，仍下肢浮肿，晚间心前区闷痛。上方加降香 15g，牛膝 10g。7 剂。

三诊：胸闷痛基本消失，下肢浮肿已不明显，精神好转，仍时感乏力。上方加山药 30g，继服 6 剂症状消失而停用中药汤剂，改服益气降糖丸（山东中医药大学附属淄博市中医医院制剂）口服以巩固疗效。

〔按语〕 患者有糖尿病、高血压、心脏病史多年，年事已高，脾肾两虚，运化失职，因虚致瘀，以致脾虚湿阻、心脉不畅。防己黄芪汤益气利水为长，桂枝茯苓丸活血通脉效佳。其中重用黄芪为君，气充则血行，气行则湿化。《名医别录》谓之“补丈夫虚损，五劳羸瘦，止渴……益气利阴气”；太子参、白术、茯苓、泽泻益气健脾利湿；桂枝温经通脉；赤芍、丹皮、桃仁活血化瘀。对于老年糖尿病而有湿滞血瘀者，疗效颇佳。

4. 刘渝生医案—百合知母汤加减治疗消渴肺肾阴虚、津亏燥结证

张某，男，63 岁。1998 年 6 月 16 日初诊。患糖尿病 6 年余，曾服格列本脲、格列齐特等药，疾病缠绵难愈。刻诊：口渴欲饮，饮一溲一，小便不能约，大便干结，四肢麻木，腰背痛，午后乏力，稍劳则心悸气短，汗出，舌体干瘦，质红少津，脉虚数。检查：尿糖（+++），空腹血糖 12.6mmol/L，心电图：心肌供血不足。西医诊断：糖尿病性心脏病。辨证肺肾阴虚，津亏燥结。治以滋阴润燥，平补肺肾。方用百合知母汤加减。药用：百合、知母、淮山各 20g，生地黄、花粉、山萸肉各 15g，苍术 3g，五味子 10g。水煎服，每日 3 次，共服

62 剂，诸症消失，心电图正常，血糖 5.4mmol/L，尿糖多次化验均为阴性。续前方每周服 3 剂，连服 2 月以巩固疗效。

〔按语〕百合知母汤和百合地黄汤具有清热养阴的功效，此案抓住口渴欲饮、便结、舌红少苔、脉细等阴虚有热的症状，以本方灵活加味治疗，获得满意疗效，心电图情况亦得以纠正。（刘渝生·百合知母汤临床应用举隅·实用中医药杂志，2000，16（12）：38）

六、临证心得

糖尿病性心脏病在临床十分常见，是 2 型糖尿病最主要的慢性并发症之一。气虚、血瘀、痰阻、水饮、气滞、阳虚、阳郁等均为常见病因。临床可按仲景胸痹、心痛、瘀血、短气、惊悸、胸满、水气病等辨证治疗，常用经方如瓜蒌薤白白酒汤、瓜蒌薤白半夏汤、枳实薤白桂枝汤、人参汤、茯苓杏仁甘草汤、薏苡附子散、桂姜枳实汤、乌头赤石脂丸、九痛丸、橘枳姜汤、防己黄芪汤、桂枝茯苓丸、抵当汤、桃核承气汤、桂枝甘草汤、桂枝救逆汤、酸枣仁汤、桂枝加龙骨牡蛎汤、麻黄附子细辛汤、四逆散、小陷胸汤、四逆汤、真武汤、炙甘草汤、补阳还五汤等加减。《灵枢·五味》“心病宜食薤”，仲景在治疗胸痹病中善用薤白组方。在糖尿病性心脏病治疗中薤白也是常用之品。经方在治疗糖尿病性心脏病方面疗效可靠，其思路宽泛合理，值得我们进一步深入研究和广泛应用，尤其是针对“阳微阴弦”病机而制定的一系列治法方药有重要的临床价值和现实意义。

糖尿病慢性并发症直接影响到患者的生活质量和寿命，临床应予高度重视。要根据仲景“治未病”的精神，发挥中医药优势，使糖尿病性心脏病的发生发展及危害降到最低限度，从而减少该病的发病率和病死率。

第六节 糖 尿 病 足

一、概 述

糖尿病足，又称糖尿病性肢端坏疽，是糖尿病神经病变与周围血管病变的严重并发症之一。以肢体末端疼痛、感染、溃疡、坏疽为主要临床特征，因多发于下肢、足趾、足底部，故称为糖尿病足。糖尿病足部病变是糖尿病患者面临的一个严峻问题。糖尿病足不但导致糖尿病患者生活质量下降，而且造成巨大的经济和社会负担。大量的临床资料表明糖尿病足其中有5%~10%的患者需行截肢手术，在非创伤性截肢中，糖尿病患者占50%以上。可见糖尿病足是糖尿病患者致残、死亡和功能丧失的一个主要原因。

现大多数学者认为糖尿病足主要因肢端缺血、神经病变、细菌感染及多种诱发因素所致。其临床表现可不同，主要视致病原因是神经病变、还是缺血、或是感染而异，病变可以是单一的，也可能是混合的。视上述原因不同而出现相应的临床症状，但主要引起足部疼痛、皮肤深部溃疡、肢端坏疽等病变。由神经营养不良和反复未发现的外伤而导致夏科氏（Charcot）关节，好发在足部和下肢各关节，受累关节有广泛骨质破坏和畸形，更常见的是神经病变性溃疡，特别好发在足底部，尤易于足底受刺激后发生，更严重者可出现足的坏疽和组织坏死。

糖尿病足属于中医学“消渴”、“血痹”、“脱疽”等证之范畴。该病的发生与气阴两伤、痰瘀阻络、热毒内蕴等有关。

二、诊 断

（一）诊断要点

1. 糖尿病患者，肢端供血不足，皮肤发凉，发绀，疼痛，

麻木,感觉迟钝或消失,足趾或足畸形等有高危足表现者。

2. 糖尿病患者,肢端溃烂,感染化脓或手足缺血性变黑坏死。

3. 糖尿病患者有湿性坏疽或干性坏疽临床表现,并符合0~3级坏疽标准者。

4. 踝/臂血压指数,比值小于0.9者。

5. 超声彩色多普勒检查,肢端血管变细,血流量减少造成缺血或坏疽者。

6. 血管造影证实,血管腔狭窄或阻塞,并有临床表现者。

7. 电生理检查,周围神经传导速度减慢或肌电图,体感诱发电位异常改变者。

8. X线检查,骨质疏松脱钙,骨质破坏,骨髓炎或关节病变,手足畸形或夏科关节等改变者。

具备前3条结合后4~8条任何1条即可确诊。

(二) 临床分级

根据病变程度分为0~5级

0级:皮肤无开放性病灶。常表现肢端供血不足、皮肤凉、颜色发绀或苍白、麻木、感觉迟钝或丧失。肢端刺痛或灼痛,常兼有足趾或足的畸形等高危足表现。

1级:肢端皮肤有开放性病灶。水疱、血泡、鸡眼或胼胝,冻伤或烫伤及其他皮肤损伤所引起的浅表溃疡,但病灶尚未波及深部组织。

2级:感染病灶已侵犯深部肌肉组织。常有轻度蜂窝织炎,多发性脓肿及窦道形成,或感染延肌间隙扩大,造成足底、足背贯通性溃疡或坏疽,脓性分泌物较多。足或指趾皮肤灶性干性坏疽,但肌腱韧带尚无破坏。

3级:肌腱韧带组织破坏,蜂窝织炎融合形成大脓腔,脓性分泌物及坏死组织增多,足或少数指(趾)干性坏疽,但骨质破坏尚不明显。

4级：严重感染已造成骨质破坏，骨髓炎，骨关节破坏或已形成假关节，夏科关节，部分指（趾）或部分手足发生湿性或干性严重坏疽或坏死。

5级：足的大部或足的全部感染或缺血，导致严重的湿性或干性坏疽，肢端变黑，尸干，常波及踝关节及小腿。一般多采取外科高位截肢手术。

三、辨证治疗

1. 热毒壅盛证

主证：患肢红肿热痛，不敢行走，或患处黯红，疼痛剧烈；或脓成或溃破，心烦口渴，或伴发热，大便不畅，趺阳脉搏动减弱或消失。舌质黯红，苔黄，脉弦滑。

治法：清热解毒。

方剂：大黄黄连泻心汤加减。

大黄 6g，黄连 6g，黄芩 15g，金银花 30g，丹参 15g，连翘 30g。

加减：红肿热痛明显合大黄牡丹汤、五味消毒饮，并配合大黄黄连泻心汤合五味消毒饮加减水煎泡洗，以生大黄粉用鸡蛋清调敷患处，亦可加服六神丸、西黄丸等；脓已成合薏苡附子败酱散；疼痛较剧加制乳香、制没药、白芷、全蝎；久不愈合加黄芪、甘草。

2. 瘀结湿阻证

主证：患处黯红，疼痛较剧，痛如针刺或阵发性加剧，入夜尤甚，肢端坏疽，溃烂溢脓，患肢肿胀、趺阳脉搏动极弱或消失。舌质黯淡或有瘀斑，苔薄白或白厚腻，脉细涩。

治法：活血通脉，祛湿散郁。

方剂：当归芍药散加减。

当归 10g，白芍 10g，茯苓 12g，白术 12g，泽泻 12g，川芎 6g，牛膝 10g，制乳香 10g，制没药 10g。

加減：腫脹明顯加薏苡仁、澤蘭、冬瓜皮、玉米須；潰膿加蒲公英、白芷、天花粉；疼劇酌加馬錢子內服或外用；心煩少寐加合歡花、夜交藤；乏力明顯加太子參、黃芪、黃精。

3. 氣血虛弱證

主證：肢端麻木或伴疼痛，創面久不收口，患處色暗淡，趺陽脈搏動減弱，或間歇性跛行。面色無華，倦怠乏力，心悸氣短，口渴，大便不暢。舌質黯淡，苔薄白，脈細弱。

治法：益氣養血。

方劑：黃芪建中湯加減

黃芪 30g，白芍 20g，甘草 10g，桂枝 3g，雞血藤 30g，牛膝 10g，生姜 6g，當歸 10g，大棗 12 枚（擘）。

加減：患處疼痛加血竭、蘇木；乏力明顯重用黃芪，加太子參、桑椹子；心悸寐差加柏子仁、炒棗仁；創面久不收口配合艾條溫灸，並以絲瓜絡煎湯代水。

4. 陰陽兩虛證

主證：肢端疼麻或壞疽，畏寒肢冷，陽痿早泄，月經失調，性欲冷淡，精神倦怠，面色晦黯，視物不清，頭暈耳鳴，大便稀溏，夜尿頻多，或伴小便不暢，或大便時秘時溏，或伴顏面及下肢浮腫。舌質黯淡，苔薄白或苔少，脈沉細。

治法：調補陰陽。

方劑：腎氣丸加減。

山茱萸 10g，山藥 15g，制附子 10g，桂枝 6g，丹皮 10g，茯苓 12g，澤瀉 10g，熟地黃 15g，鹿角膠 10g（烱化），雞血藤 30g，牛膝 10g，絲瓜絡 10g，水蛭 10g。

加減：舌質黯、疼痛明顯合抵當湯；夜尿多合水陸二仙丹、桑螵蛸、沙苑子；浮腫明顯加杏仁、車前子或合茯苓皮湯；頭暈乏力、心悸自汗合黃芪建中湯。

四、名医经验

程益春：以大黄廬虫丸合三妙散及五味消毒饮加减治疗糖尿病足之湿热内蕴、热毒聚结、气血壅滞者，主要药物为：桃仁、川芎、赤芍、水蛭、黄柏、苍术、川牛膝、金银花、紫花地丁、蒲公英、黄连、马齿苋、车前子、白芷等，苔腻明显加佩兰，瘀血重加三棱、莪术；以黄芪桂枝五物汤合阳和汤加减治疗消渴日久，气血亏虚，血行不畅，瘀阻脉络者，主要药物为：黄芪、当归、川芎、桃仁、红花、地龙、苏木、熟地黄、鹿角胶、肉桂、白芥子、路路通等，下肢逆冷、皮肤青紫加制附子、川牛膝，下肢紫黯加鸡血藤，痛重加全蝎、蜈蚣、穿山甲，气虚重加党参或人参，寒凝痛甚加制川乌、细辛。（高彦彬主编．古今糖尿病医论医案选．北京：人民军医出版社，2005.104）

丁学屏：治疗糖尿病足属燥伤津液、津不载血、脉络瘀阻，症见趺阳脉伏，足趾紫黑，入夜痛剧，舌有紫斑，脉涩者，可予养血活血、疏利脉络法，方取旋覆花汤合血府逐瘀汤。药用：旋覆花 4.5g（包），泽兰叶 15g，红花 6g，桃仁 12g，大生地黄 12g，当归身 9g，白芍 15g，川芎 4.5g，柴胡 4.5g，炒枳壳 4.5g，桔梗 9g，怀牛膝 12g。（高彦彬主编．古今糖尿病医论医案选．北京：人民军医出版社，2005.132）

五、医案精选

1. 曹爱梅等医案—当归四逆汤、黄芪桂枝五物汤合阳和汤治疗糖尿病足坏疽寒滞经脉证

陈某，男，61岁。患糖尿病12年。2002年11月因双下肢麻、冷、凉，右脚小趾外侧一块黄豆大小黑斑而就诊。患者血糖控制一直不理想，有眼底出血等多种并发症，曾因糖尿病合并酮症住院。近2年来，双下肢感觉逐渐有改变，有麻、

冷、凉及疼痛感。2个月前发现右脚小趾外侧一块芝麻大小黑斑，逐渐变大。经某医院诊断为糖尿病足坏疽，患者不同意外科局部处理。来诊时见病变部位局部发黑，表面无破溃，下肢温度偏低。形寒肢冷，畏寒，舌体胖大，舌质紫红，苔白，脉沉紧。辨证属寒滞经脉。方以当归四逆汤、黄芪桂枝五物汤合阳和汤治疗。药用：桂枝 10g，当归尾 12g，皂刺 10g，细辛 5g，木通 6g，炙黄芪 12g，麻黄 5g，肉桂 5g，熟地黄 20g，白芥子 10g，炮姜 5g，天花粉 12g。同时注射胰岛素，局部消毒防止感染，防挤压。服药 1 个月，局部疼痛减轻，发黑部分开始萎缩；治疗 7 周时，局部坏死部分脱落，肌肉长出，局部无感染，血糖控制也理想，下肢冷痛感基本消失。其后患者每月服中药 1 周，以温补为主，随访 1 年未复发。

〔按语〕 糖尿病足坏疽是糖尿病常见的并发症，常可导致截肢。在发病早期，用综合措施抓紧治疗常可逆转。本病多由寒凝经脉、血脉不通所致，当归四逆汤、黄芪桂枝五物汤主治血虚寒厥、血痹，能温经散寒、养血通脉；阳和汤能通络生肌，为治疗阴疽的有效方剂。本例患者在温补的同时去腐生新，故获良效。（曹爱梅，杨桢，白晶．温法治疗糖尿病的体会．北京中医药大学学报，2006，13（2）：44）

2. 任爱华医案一大黄牡丹汤治疗糖尿病足热毒壅盛证

陈某某，女，71 岁，农民。2004 年 6 月 10 日初诊。有糖尿病史 10 余年，近 10 余天来右足疼痛肿胀，在外用抗生素、活血化瘀药等效果不显。现症：右足面红肿热痛、心悸胸闷、乏力口渴、大便秘结、心烦寐差。舌质黯红，苔薄黄，脉细弦。西医诊断：糖尿病合并足感染。辨证：气阴两伤，瘀热内结。急则治其标，先予清热化瘀解毒为主。方以大黄牡丹汤加减。药用：生大黄 6g，牡丹皮 10g，薏苡仁 15g，桃仁 10g，冬瓜仁 30g，金银花 60g，蒲公英 30g，生甘草 10g。3 剂，水煎服日 1 剂。并囑头煎口服，二煎待水温 36℃ 左右时浸泡患

足 20min, 每日 2 次。并口服六神丸每次 10 粒, 每日 2 次。嘱服药期间忌食辛辣刺激、油炸腥秽之品。

二诊: 药后患足红肿热痛减轻, 仍大便不畅, 心烦寐差, 舌脉同前。改大黄为 10g, 加合欢花 20g。6 剂。

三诊: 大便通畅, 心烦减轻, 睡眠好转, 患足肿痛明显减轻, 舌质黯红较前好转。嘱停服六神丸, 原方继服 6 剂。

四诊: 患足已无明显疼痛, 肿胀亦不明显, 舌黯淡, 苔薄白。上方减金银花为 30g, 大黄改为 6g, 加泽兰 10g, 太子参 15g。6 剂。

药后足部症状消失, 停用中药汤剂。仍服用口服降糖药及本院制剂益气降糖丸。随访 1 年未复发。

〔按语〕 糖尿病合并足部感染十分常见, 处理不当可迅速恶化并常导致肢端坏疽。该案以大黄牡丹汤加减, 活血清热, 内外结合, 疗效满意。外用之理即内用之理, 在糖尿病足的治疗中应予重视。

3. 张又云医案一当归四逆汤加减治疗糖尿病足气血亏虚、寒凝血脉证

潘某, 男, 70 岁, 1995 年 10 月 12 日初诊。患糖尿病 10 余年, 左下肢疼痛麻木、发绀 2 月, 左侧足部明显发绀, 局部皮肤温度较右侧低, 足部疼痛, 左侧足背动脉搏动消失, 患足呈下垂状, 曾局部用药及静滴 654-2, 症状无明显改善, 舌黯红, 苔薄白, 脉沉细涩。西医诊断: 糖尿病足。证属气血亏虚, 寒凝血脉。治宜温经散寒。方用当归四逆汤加减。药用: 黄芪 30g, 当归、赤芍、白芍、牡丹皮各 12g, 桂枝 6g, 木瓜、川牛膝各 10g, 鸡血藤、川芎各 15g, 山药 20g, 炙甘草 8g, 大枣 3 枚。每日 1 剂, 早晚各煎服 1 次。20 剂后疼痛明显减轻, 发绀由整个左足部退到左足部前半部分。再服 30 剂, 发绀退至足趾部分, 疼痛基本消失, 可触及左足背动脉搏动, 皮温接近右侧。继服 15 剂巩固疗效。随访半年病情稳定。

〔按语〕 本例患者由于长期糖尿病致气血阴阳亏虚，寒凝血脉。当归四逆汤去辛燥之细辛，恐其劫伤阴血。方中当归配白芍合而补血，黄芪具有补不足、益元气、活血生血之功，当归配黄芪为当归补血汤，治劳倦内伤之血虚。黄芪配山药，增加其益气之功，使气血阴阳双补。桂枝温经散寒，木瓜舒筋活络。（张又云：当归四逆汤治验三则，新中医，2001，33（12）：61）

六、临证心得

糖尿病足是临床常见难治性慢性并发症。由于糖尿病病程长，且在目前人们的寿命不断延长的同时，糖尿病慢性并发症的人数也在逐渐增多，而相当部分患者并没有得到及时、规范的控制，使糖尿病足的发病率随之增加，成为糖尿病致死致残的原因之一。

糖尿病足是由于血管病变、神经病变、感染、外伤及一系列代谢紊乱所致，目前尚无特效疗法。该病可参照仲景消渴、血痹、瘀血、水气、虚劳、疮痈病等辨证治疗，常用经方如桂枝汤、桂枝茯苓丸、大黄黄连泻心汤、当归四逆汤、芍药甘草汤、大黄廑虫丸、抵当汤（丸）、人参汤、肾气丸、黄芪桂枝五物汤、黄芪建中汤、王不留行散、薏苡附子败酱散、大黄牡丹汤、排脓散（汤）、桂枝加黄芪汤等。笔者认为尚可结合《内经》“脉痹”理论对糖尿病足有周围血管病变者加以辨治，对防治糖尿病足有积极的作用。活血通络乃治疗糖尿病足之常法，但应注意在热毒炽盛之时以泄热解毒为先，不宜过用活血药；疼痛较剧时可适当加用缓急止痛或虫类药物；创面久不收口时可加用益气养血之品。

治未病在糖尿病足中有着特殊的意义，糖尿病教育及平时足部保护对于防止糖尿病足的发生有积极作用，在0级开始的治疗亦十分重要。临床应重视内外合治、针药并施、局部处理与脏腑功能调理并重。

第七节 糖尿病合并感染

一、概 述

感染是糖尿病的一个重要并发症，与糖尿病互为因果，常可导致糖尿病症状和感染均不易控制，加重，引起血糖升高，并易导致酮症发生。糖尿病感染多见于化脓性细菌、真菌、结核菌、病毒等。常见的感染性疾患如呼吸道感染（急性上呼吸道感染、肺炎、肺结核等）、泌尿系感染、胆道感染、败血症、皮肤感染、前列腺炎，手术切口感染等。糖尿病合并感染极为常见，可能与以下因素有关：①糖尿病患者体内代谢紊乱，白细胞功能受到损害，以致抗病能力显著下降；②细菌在高浓度的葡萄糖组织中极易生长，降低了机体预防感染的能力；③糖尿病容易发生血管病变，引起血流障碍，抗体分布减少，亦易发生感染。

糖尿病合并感染可根据其感染的部位、临床表现等参照中医消渴、咳嗽、喘证、胁痛、淋证、肺痿、痈疽等辨证论治。本病多与气阴两伤、痰瘀、热毒等有关。

二、诊 断

1. 糖尿病患者合并有呼吸系统、泌尿系统、胆道系统、皮肤、牙周等部位的感染，可见相应系统或部位的感染征象，或伴有体温增高、败血症及由感染诱发的糖尿病酮症酸中毒等。

2. 血白细胞及中性粒细胞增高；血、尿、痰或局部细菌培养阳性。

3. 胸透、拍片、B超及相应辅助检查支持感染诊断者。

三、辨证治疗

1. 痰热壅盛证

主证：胸闷咳嗽，或伴发热胸痛，或伴喘憋心悸，痰黄质稠，口渴口苦，乏力自汗，大便不畅。舌质黯红，苔黄腻，脉弦滑。

治法：清热化痰。

方剂：小陷胸汤合麻杏石甘汤加减。

半夏 15g，瓜蒌 30g，黄连 10g，麻黄 6g，杏仁 10g，生石膏 30g（先煎），甘草 6g，鱼腥草 30g，葶苈子 15g，沙参 15g。

加减：大便秘结加重瓜蒌，加大黄、芒硝；咳嗽重加款冬花、百部；胸闷明显加枳实、桔梗、桃仁；下肢浮肿加冬瓜皮、车前子。

2. 血虚湿热证

主证：小便不利，灼热涩痛，小腹胀急，反复发作，大便不畅，口苦不爽，口渴乏力，舌质黯红，苔黄腻，脉细弦滑数。

治法：清热除湿，养血开郁。

方剂：当归贝母苦参丸加减。

当归 10g，川贝母 10g，苦参 12g，滑石 30g，白花蛇舌草 15g，淡竹叶 10g。

加减：发热加金银花、蒲公英、黄柏；血尿加仙鹤草、藕节、白茅根；反复发作难愈加服补中益气丸；阴痒以蛇床子散加苦参、川椒、黄柏、连翘水煎外洗。

3. 肝胆郁热证

主证：寒热往来，胸胁苦满，郁郁微烦，或胁肋胀痛，痛引肩背，口苦咽干，厌食油腻，呕吐腹胀，大便干结或不利，小便色深，或兼有目黄身黄，舌质黯红，苔黄少津，脉弦数。

治法：和解散邪，清利肝胆。

方剂：大柴胡汤加减。

柴胡 12g，黄芩 10g，白芍 10g，大黄 6g，半夏 15g，郁金 10g，丹参 10g，甘草 6g，生姜 10g，大枣 6 枚（擘）。

加减：大便干结重用大黄、白芍；身黄目黄合茵陈蒿汤；口渴加天花粉、玄参；胁痛明显合金铃子散；纳呆加炒山楂、神曲、麦芽；胆石症有以上证候者加鸡内金、海金沙。

4. 肺胃阴伤证

主证：咽喉不利，咳唾涎沫不止，或痰稠难咯，咳嗽气喘，或痰中带血，口渴欲冷饮，舌红少苔，脉虚数。

治法：滋阴清热，止逆下气。

方剂：麦门冬汤加减。

麦门冬 15g，半夏 6g，太子参 10g，甘草 6g，粳米 15g，大枣 12 枚（擘），百合 15g，生地黄 12g。

加减：口渴甚加天花粉、玉竹；呛咳合黛蛤散；低热加白薇、知母；痰中带血明显加仙鹤草、血余炭、白芨；胃脘隐痛重用白芍。

四、名 医 经 验

梁晓春：治疗糖尿病合并肺部感染痰热壅肺证，症见但热不寒，咳嗽气急，痰黄黏稠，胸痛，口渴思冷饮，大汗，大便秘结，小便黄赤，舌苔黄厚或黄腻，脉滑数者，以麻杏石甘汤加减，药用：麻黄、杏仁、生石膏、甘草、芦根、鱼腥草、浙贝母、知母；糖尿病合并泌尿系感染伴有肾功能不全，中医辨证属肾阴阳两虚不足证，症见面色无华，颜面及下肢水肿，腰凉肢软，小便不畅，夜尿频多，时有灼热感，舌淡体胖，苔白腻，脉沉细尺部无力者，以肾气丸加减，药用：桂枝、附子、生地黄、丹皮、山药、山茱萸、茯苓、泽泻、车前子、败酱草、草河车、甘草。（魏子孝，梁晓春主编．中西医结合内分

泌代谢疾病诊疗手册. 北京: 人民军医出版社, 2005. 320)

郭玉英: 糖尿病合并呼吸道感染痰热壅肺证, 症见但热不寒, 气急喘憋, 鼻翼煽动, 口渴烦躁, 咳嗽频作, 咳痰黄稠或带血, 舌红苔黄, 脉滑数者, 治宜清宣肺热、化痰降逆, 方以麻杏石甘汤合金苇茎汤加减。药用: 麻黄、石膏、杏仁、甘草、桔梗、前胡、黄芩、芦根、川贝、鱼腥草、冬瓜仁、瓜蒌仁; 热后阴伤证, 症见低热不退或午后潮热, 咳嗽气促, 动则乏力, 心烦失眠, 自汗, 神疲, 纳呆, 舌红, 苔黄, 脉细数。治宜益气养阴, 清肺化痰。方用竹叶石膏汤加减。药用: 石膏、竹叶、沙参、太子参、石斛、麦冬、天花粉、川贝、茯苓、陈皮。(吕仁和主编. 糖尿病及其并发症中西医结合诊治学. 北京: 人民卫生出版社, 1997. 362)

吴刚花等: 糖尿病合并急性胆囊炎辨证属气郁型, 症见右上腹有轻度或短暂的隐痛或钝痛, 常有口苦、咽干、不思饮食, 无明显寒热, 无黄疸或有轻度黄疸, 尿清长或微黄, 舌苔薄白或微黄, 脉平或弦紧。治宜疏肝利胆, 行气化瘀。方用大柴胡汤合金铃子散加减。药用: 柴胡、枳实、厚朴、黄芩、白芍、半夏、大黄、大枣。湿热型, 症见持续性上腹绞痛, 阵发性加剧, 有压痛及轻度腹肌紧张, 伴口苦咽干, 心烦喜呕, 寒战或恶寒, 高热, 少尿色黄, 大便秘结, 或伴目身发黄, 舌红, 苔黄或黄厚腻, 脉弦或滑。治以清热利湿, 疏肝理气, 攻里通下。方以复方大柴胡汤加减。药用: 柴胡、金银花、连翘、公英、枳实、厚朴、木香、泽泻、郁金、茵陈、大黄、芒硝。脓毒型, 症见持续性上腹部剧痛, 伴寒战, 高热, 神志淡漠, 甚至昏迷, 谵语, 全身晦黄甚至有出血现象, 尿色如茶, 量少, 大便燥结, 右上腹或全腹腹肌紧张、拒按或可触及包块(肿大胆囊), 舌质红绛, 舌苔干枯或无苔, 脉弦数或沉细而弱。治宜清热解毒, 凉血散血, 攻里通下。方以复方大承气汤合龙胆泻肝汤加减。药用: 大黄、芒硝、栀子、龙胆草、木

香、生地黄、柴胡、连翘、公英、板蓝根、黄连。（吕仁和主编：糖尿病及其并发症中西医诊治学，北京：人民卫生出版社，1997.371~372）

五、医案精选

1. 张珍玉医案一肾气丸加减治疗消渴痼疽肾虚证

王某，女，60岁，干部。自述3年前患糖尿病，执医院化验单，尿糖（+++），血糖9.99mmol/L，渴饮不止，每日能喝3暖壶（6.8kg）水，食量大且易饥，小便亦多。身体较胖，自觉周身乏力，动则气短，且足跟部有一痼肿已半年。诊其脉滑数，舌无苔而红干，即处方都气丸加黄芪汤（肾气丸加减方），药用：生地黄12g，山萸肉9g，炒山药9g，丹皮6g，茯苓6g，泽泻6g，五味子9g，黄芪20g。水煎分2次服，每日1剂。忌辛辣烟酒、炙烤之物。

二诊：服10剂后，病情大减，继服10剂。

三诊：三多症已不明显，脚跟痼肿已消退过半，唯时有口干，不饮水亦可支持，尿糖化验正常，但血糖仍偏高，嘱将原方用量各加倍配成水丸剂服用，日服2次，每次9g以巩固疗效。后因血压高来就诊，询及前病自云无明显症状。化验多次尿糖虽无，但血糖略偏高。

〔按语〕《临证指南医案》云：“三消一证，虽有上中下之分，其实不越阴亏阳亢，津枯热淫而已。”赵献可《医贯》亦云：“治消之法，无分上、中、下，当先治肾为急。”多年体验，此说符合临床实际。盖肾为水脏，若真水不竭，则无渴饮之患。五脏之津液皆本于肾，肾阴虚则阳旺，故渴饮不止而消谷善饥。肾为胃之关，关门不利，故渴饮而小便多也。加之肾阴亏虚，无力制火，火旺则煎熬脏腑，火因水竭而益烈，水因火盛而益干，故饮多而不济渴，此名消渴。以都气丸变汤剂加黄芪，无论新久每获良效。（单书健，陈子华主编：古今名医

临证金鉴·消渴卷·北京：中国中医药出版社，1999.266)

2. 桑景武医案—真武汤加减治疗糖尿病合并结核肾气虚衰证

于某，女，23岁。1981年4月初诊。自1979年罹患糖尿病，住本市某医院治疗，曾用D₈₆₀、苯乙双胍及中药治疗1个月，出院时空腹血糖10.55mmol/L，尿糖(++)，出院后由于不能控制饮食、过于劳累，病情逐渐加重，消瘦，盗汗，胸片诊断：“浸润型肺结核”。来诊时面色苍白，两颧发红，精神疲惫，气短乏力，动则尤甚，心悸头晕，口渴多饮，纳呆，大便稀溏，下肢微肿，舌淡红苔薄白，脉细数。查空腹血糖8.88mmol/L，尿糖(+++)。此属肾气虚衰，命门之火不足，治宜温肾壮阳、化气益肺，方选真武汤加减。药用：附子20g，茯苓50g，白芍50g，桂枝50g，干姜20g，当归50g，细辛5g，甘草10g，木通10g。

二诊：服药15剂，患者仍咳嗽胸闷，心悸气短，其余诸症皆消，查空腹血糖4.44mmol/L，尿糖正常，脉沉细。此宜益气健脾，温肺养阴以善其后。取逍遥散加味：柴胡15g，白芍40g，当归15g，白术15g，黄芪50g，五味子15g，山茱萸20g，枸杞子20g，附子20g，龙牡各20g，玄参30g。

三诊：守方服20余剂，查空腹血糖正常，尿糖正常。胸片：肺部阴影缩小，自觉一切正常，嘱停服上药，服金匱肾气丸1个月巩固疗效。

〔按语〕 本患者口渴多饮、纳呆、大便稀溏、下肢浮肿为肾气虚弱，命门火衰；两颧发红、咳嗽盗汗为虚火上浮。若见渴止渴，实为南辕北辙，故治以温肾益气壮阳之品，选用黄芪、附子益气壮阳、化气生津，茯苓、白芍健脾益阴，桂枝、细辛通阳化气，引药入肾。逍遥散加味舒肝健脾调肺益气，龙牡沉潜固阴，以使阴平阳秘，三焦通利，病体痊愈。（单书健，陈子华主编·古今名医临证金鉴·消渴卷·北京：中国中医药

出版社, 1999. 105)

3. 仝小林等医案—白虎汤合大黄黄连泻心汤加减治疗糖尿病合并丹毒热阴伤证。

患者男性, 54岁, 病历号: 1025194。糖尿病史5年, 平时服用格列吡嗪、阿卡波糖等, 血糖控制平稳。1999年9月20日因右下肢红肿热痛3天入院。红肿处破溃流脓, 口干多饮, 便干, 舌黯红, 少津, 苔白。空腹血糖20.5mmol/L。西医诊断: 糖尿病合并丹毒。降糖西药不变, 给予清热解毒消痛、滋阴通便之中药, 方以白虎汤合大黄黄连泻心汤加减。药用: 生石膏30g, 知母9g, 生大黄6g, 黄连6g, 黄柏9g, 败酱草30g, 土茯苓30g, 金银花30g, 赤芍30g, 丹皮15g, 生地黄60g, 玄参15g, 南沙参30g, 枳实9g, 木瓜9g加减治疗。同时清创引流。10余天后溃疡愈合, 口干便秘消失, 血糖7.7mmol/L。

〔按语〕 糖尿病病人免疫功能低下, 加之高血糖状态, 有利于微生物生长, 易并发各种感染。感染时, 全身代谢包括胰岛素代谢加快, 胰岛素分泌减少; 交感神经系统兴奋使胰岛素反调激素, 如胰高血糖素、儿茶酚胺、皮质激素等增加, 遂使血糖、血糖/胰岛素比值明显升高。

糖尿病并发丹毒, 俗称“流火”, 特点为病变部位红、肿、热、痛, 可伴全身发热等, 为 β -溶血性链球菌感染引起皮下组织淋巴管及周围组织的急性炎症。中医认为本病为感染湿热邪毒, 湿热下注, 稽留肌肉之间, 热盛肉腐, 邪毒炽盛, 发为丹毒。本例丹毒发病3天, 血糖骤升, 给予解毒消痛、润肠通便之药, 配合清创引流, 使丹毒治愈, 血糖亦随之下降。(仝小林, 杜兆民, 周水平, 等. 辨治血糖难控因素的临证体会. 中国医药学报, 2000, 15(5): 39)

4. 冯建华医案—白虎加人参汤加味治疗糖尿病并发皮肤感染肺胃热盛、津气两伤证

宋某某，男，45岁。2006年7月11日初诊。因颈后肿块疼痛，身热，烦躁，自汗，口干口渴，喜冷饮，大便秘结来诊。查体：患者中年，形体偏胖、壮实，面色红赤，颈后偏左侧一核桃大小高起皮肤之肿块，色红，质硬，压痛；体温 36.5°C ，舌绛少津、苔黄，脉实大。2hPG 19.1mmol/L ，尿糖（++++），酮体（+）。诊断：糖尿病并发皮肤感染。中医辨证：肺胃热盛，津气两伤。治法：清热解毒，养阴生津。方选白虎加人参汤加味：生石膏 30g，知母 15g，西洋参 6g，金银花 30g，蒲公英 30g，大黄 6g（后下），水煎服日 1 剂，7 剂。配合盐酸二甲双胍 0.5g，每日 3 次口服。

二诊：7月17日。药后肿块变软变小、疼痛消失，身热，烦躁，自汗，口干渴大减，大便通畅，舌红苔薄黄，脉稍缓和。空腹血糖 11.0mmol/L ，尿糖（++），酮体（-）。上方西洋参易党参 15g，水煎服日 1 剂，7 剂。

三诊：7月25日。药后肿块消失，皮肤如常，余无明显不适，舌红苔薄微黄，脉弦细。化验空腹血糖 7.2mmol/L ，尿糖（±），酮体（-）。上方去金银花、蒲公英、大黄，生石膏改为 15g，加麦冬 20g，五味子 9g，黄连 6g。水煎服日 1 剂，以巩固疗效。

【按语】 该案由于热毒内盛，耗伤气阴，气虚不能化津，阴津亏虚无以上承，故口干口渴，喜冷饮，舌绛少津、苔黄，脉实大等。又因患者平素恣食膏粱厚味，以致脾胃运化失常，痰热火毒内生，蕴结于颈部，阻塞经络，气血凝滞，则发疮疡，局部出现红肿热痛。故辨证属肺胃热盛，津气两伤。治宜清热解毒，养阴生津。方选白虎加人参汤加味治疗取得理想疗效。方中生石膏清肺胃热邪，知母生津止渴，又能益胃，以防生石膏寒凉伤胃；西洋参性寒，养阴生津之功胜于人参，且能清火，故改用西洋参益气养阴、清热生津；金银花、蒲公英、大黄清热解毒、活血通下，共同起到清热解毒、养阴生津、益

气和血之功。

5. 任爱华医案一大黄黄连泻心汤和小柴胡汤加减治疗糖尿病合并颌下淋巴结炎热毒蕴结证

徐某,女,64岁。2005年9月21日初诊。患者有糖尿病史3年余,血糖控制尚可。恶寒发热1周,大便秘结,口渴欲饮,口苦咽干,乏力,颌下淋巴结肿痛以右侧为甚,在外用抗生素、黄连上清丸、清火抑肺片等效不佳。查: T38.1℃,舌质红,苔薄黄腻,脉弦细滑。西医诊断:2型糖尿病,颌下淋巴结炎。中医辨证为热毒蕴结,气阴两伤。治宜清热解毒,益气养阴。方以大黄黄连泻心汤合小柴胡汤加减。药用:大黄10g,黄连6g,黄芩10g,柴胡12g,太子参12g,甘草15g,夏枯草10g,连翘15g,丹皮10g,金银花30g,玄参15g。3剂,水煎服日1剂2次分服。

二诊:午后低热,大便通畅,口渴减轻,颌下淋巴结仍有肿痛。舌质黯红,苔薄黄,脉弦细滑。上方加生地15g,继服5剂。加六神丸每服10粒,日服2次。

三诊:颌下淋巴结仍有肿痛,发热基本消失。上方去连翘、金银花、黄连,加麦冬12g。5剂后愈。

〔按语〕患者自幼大便经常秘结,患糖尿病后亦常咽痛、牙痛、淋巴结肿痛,热蕴毒结,虽年龄较大,但考虑其阳热体质,又右颌下淋巴结肿痛与肝经郁火有关,故急则治标,以大黄黄连泻心汤苦寒直折,以小柴胡汤加减疏解郁热,合而为功。

6. 刘敏等医案一猪苓汤治糖尿病肾病合并尿路感染水热互结证

徐某,女,67岁。患糖尿病12年,一直服用降糖药治疗。近1周尿频、尿急、短少色黄,前阴灼热,双脚胫前及踝部按之凹陷性水肿,时有咳嗽,五心烦热,夜不能寐,胃纳欠佳,强食则欲呕,夜间口干,舌红,少苔,脉细数。尿分析:

蛋白(++)，白细胞 100/ul，红细胞 50/ul，24 小时尿蛋白定量 6.49g，肌酐清除率 0.6。血 WBC 9.8×10^9 /L，N0.79。西医诊：糖尿病肾病合并尿路感染。中医辨证为水热互结，阴津虚损证。方以猪苓汤加减。药用：猪苓、茯苓、泽泻、阿胶（另烔）、生地黄各 15g，滑石 30g（包煎），淡竹叶 10g，甘草 6g。服 1 剂则咳嗽减少，尿频、尿急减轻，睡眠由每晚不足 2 小时增加至 4 小时，服完 5 剂，尿频、尿急消失，咳嗽停止，睡眠基本能保持 5~6 小时。

〔按语〕糖尿病肾病患者出现水肿，多属肾阳不足，水气泛滥，常用真武汤或济生肾气丸，可取得较好疗效。然本例患者尿频、尿急、短少色黄，时咳，五心烦热，夜不能寐，胃纳欠佳，强食则呕，夜间口干，舌红，少苔，脉细数等证，显然非阳虚水泛所能解释，倒与《伤寒论》猪苓汤证的 319 条“咳而呕渴，心烦不得眠”以及 223 条“脉浮发热，渴欲饮水，小便不利”等症甚合。《伤寒论》中猪苓汤 5 味药剂量相等，但用于尿路感染而出现明显尿道刺激症状的水热互结阴伤证应该加大滑石用量，轻则 15g，重则 30g，并可配合淡竹叶、白茅根等加强清热利湿之功。后期症状消失而小便化验仍有红、白细胞者，则须加入温阳益气药或调整为温阳益气之剂。（刘敏，蔡文就．经方治疗糖尿病常见症状举隅．新中医，2006，38（2）：69~70）

六、临证心得

糖尿病合并感染的机会很多，如呼吸道感染、胆道感染、皮肤感染、泌尿系感染等，治疗起来比非糖尿病合并的感染更加困难，往往需要更多的时间。经方治疗感染同样有良好的疗效，但应注意几个问题。

1. 糖尿病合并感染多为虚实夹杂，其证候要素多为虚、热、痰、瘀、毒。治疗中应标本兼顾，注意正与邪的力量对

比,以更好地把握病势。

2. 经方常选用小柴胡汤、大柴胡汤、小青龙汤、大青龙汤、大黄牡丹汤、当归贝母苦参丸、麦门冬汤、大黄黄连泻心汤、调胃承气汤、大承气汤、升麻鳖甲汤、白虎汤、白虎加人参汤、葛根芩连汤、茵陈蒿汤、蛇床子散、排脓散、排脓汤、葶苈大枣泻肺汤、薏苡附子败酱散、小陷胸汤、栀子豉汤、厚朴大黄汤、厚朴麻黄汤、竹叶石膏汤等,师其法而不泥其方,药物及剂量可根据患者具体情况而定。

3. 感染常可引发新的病证,应注意观察,正确使用口服降糖药,严重感染应以胰岛素控制血糖,减轻糖脂毒性对控制感染有重要的意义。抗生素的应用应尽量在药敏指导下使用。中药使用应坚持辨证施治,有是证用是药,并注意顾护脾胃,力避过用、滥用苦寒清热之品。

第八节 糖尿病合并脑血管病

一、概 述

糖尿病性脑血管病,其临床类型与非糖尿病患者相同,其发病频度各有差异:糖尿病性脑血管病脑梗死居多,以多发性病灶和中、小脑梗死为特点,主要是脑血栓形成;而脑出血较少,少数呈现短暂性脑缺血发作,蛛网膜下腔出血极少。与非糖尿病性脑血管病相比,前者脑梗死发病率及死亡率均是后者的2倍以上,脑出血的发病率及死亡率则有与此相反的趋势,为非糖尿病患者的半数以下。亦有尸检病例调查报告脑出血的频度在糖尿病及非糖尿病者之间大体相等。脑血管病的病变基础主要是动脉粥样硬化,糖尿病患者动脉粥样硬化发生率较非糖尿病患者可高出1倍,发生于较年青的时期。

本病属于中医“脑卒中”、“眩晕”等范畴,多与饮食不

节、七情内伤、气血亏虚、痰瘀阻络等有关。

二、诊 断

对糖尿病或糖耐量减低者，有脑血管损害症状或体征时，便可考虑诊断。谨慎而必要的理化检查，如脑脊液检查、脑电图、头部 X 线检查，B 超，多普勒超声，CT、MRI（磁共振）等，对明确病因病位及病情轻重等方面具有重要意义；尤其 CT 和 MRI 对不具有临床表现的糖尿病性脑血管病变具有深远意义。

三、辨证治疗

1. 气虚血瘀证

主证：肢体麻木，头晕乏力，气短懒言，下肢酸软，神疲倦怠，或伴语言謇涩，肢体活动欠灵活，或伴头痛颈痠，舌质黯淡或有瘀点，苔薄白，脉弦细涩。

治法：益气活血通络。

方剂：黄芪桂枝五物汤加减。

黄芪 50g，桂枝 6g，赤白芍各 12g，太子参 15g，白术 10g，桃仁 10g，红花 10g，路路通 10g。

加减：肢体重胀合当归芍药散；颈部痠痛加葛根、威灵仙；肢体活动不利加鸡血藤、丝瓜络、川芎。

2. 痰瘀阻络证

主证：神志恍惚，喉中痰鸣，半身不遂，语言謇涩，吞咽不利，口角流涎，大便不畅，或伴有咳嗽发热，心下痞硬，按之则痛，痰黄质稠，口干不爽，肢体偏废，舌质黯红，苔黄，脉弦滑。

治法：涤痰逐瘀。

方剂：小陷胸汤合抵当汤加减。

半夏 15g，瓜蒌 20g，黄连 6g，水蛭 6g，桃仁 10g，大黄

6g, 虻虫 6g, 石菖蒲 10g, 郁金 12g。

加减: 卒然昏仆、不省人事、高热神昏者加服安宫牛黄丸; 抽搐烦躁者加羚羊角粉(冲)、钩藤、石决明; 痰稠难咯者加沙参、麦门冬; 神志恍惚、大便秘结者重用大黄, 或合大承气汤。

3. 肝胃郁热证

主证: 咽干口苦, 半身不遂, 偏身麻木或手足拘急, 口眼喎邪、舌强语謇, 头晕目眩, 心烦不安, 情绪激动、大便秘结, 脘腹胀满, 舌质黯红, 苔黄腻, 脉弦细滑。

治法: 清泄郁热。

方剂: 大柴胡汤加减。

柴胡 12g, 黄芩 10g, 半夏 6g, 黄芩 10g, 大黄 6g, 白芍 12g, 牛膝 10g, 胆南星 6g, 石菖蒲 10g, 钩藤 15g, 地龙 10g, 甘草 6g。

加减: 头晕目眩明显加桑叶、石决明; 心烦、情绪不稳定加栀子、合欢花、羚羊角粉(冲)、熊胆粉(冲); 大便秘结明显加玄明粉(冲)、玄参、生地黄。

4. 脾胃虚弱证

主证: 肢体患肢枯瘦, 麻木不仁, 活动不利, 肌肉萎缩, 倦怠乏力, 纳谷不香, 脘腹胀闷, 心烦口渴, 头目眩晕, 或伴语言不利, 吞咽困难, 大便不调, 舌质黯淡, 苔薄白稍腻, 脉弱。

治法: 健脾益气, 和中养血。

方剂: 薯蓣丸加减。

山药 60g, 桂枝 6g, 党参 10g, 茯苓 10g, 炒白术 12g, 当归 6g, 白芍 10g, 川芎 15g, 生地黄 12g, 白藜 3g, 柴胡 3g, 桔梗 3g, 大豆黄卷 10g, 杏仁 6g, 神曲 10g, 干姜 3g, 炙甘草 6g, 黄芪 30g, 水蛭 6g, 丝瓜络 10g, 大枣 7 枚(擘)。

加减: 肢体活动不利明显加桑枝、丝瓜络、蜈蚣; 语言不

利明显加全蝎、威灵仙；唇舌紫黯加桃仁、白芍易赤芍；心烦不寐加合欢花、炒枣仁；病程缠绵者改汤为丸缓缓图之。

四、名 医 经 验

张发荣等：对糖尿病性脑血管病的急性中脏腑证的辨证论治：以发病急骤，猝然昏仆，不省人事，喉间痰鸣，口眼歪斜，半身不遂，或部分意识障碍，神志似清非清，时清时不清，头痛呕吐，瞳孔缩小，或两侧瞳孔不等大等为临床特征。常为脑血管病之脑水肿、颅内压增高所致。针对脑血管病以正气亏虚为本，痰瘀互结为标的基本病机，无论是脑出血还是脑血栓形成、脑梗死，此时均可采用益气、活血、止血、化痰、逐饮、通腑法，以参附汤、三生饮、甘遂半夏汤化裁治疗。药用：西洋参 15g，生南星 15g，生附子 15g，生川乌 10g，甘遂 15g，半夏 10g，白芍 10g，川贝 10g，天竺黄 10g，三七 10g，蒲黄 10g。水煎服。其中生南星、生附子、生川乌另包，先煎 2 小时。认为方中甘遂、半夏逐饮降逆，川贝、天竺黄化痰开窍，与三生饮相配伍，其治疗作用协同互补，故逐饮降逆、醒脑开窍的功效倍增。（吕仁和主编．糖尿病及其并发症中西医诊治学．北京：人民卫生出版社，1997.324）

阚方旭：糖尿病脑梗死的证候要素为虚、瘀、痰，治疗应予以扶元益气、化瘀通络、祛痰清热等法，选用肾气丸、炙甘草汤、黄芪桂枝五物汤、薯蓣丸、小陷胸汤、抵当汤、大黄廑虫丸等灵活加减。瘀热便秘者可予麻子仁丸、调胃承气汤、大承气汤等通腑泄热，对脑功能康复有较好的疗效。

五、医 案 精 选

1. 高永前医案一小陷胸汤加味治疗糖尿病脑梗死脾虚湿热证

患者，男，56 岁，农民。2003 年 7 月 24 日初诊。患糖尿

病3年,曾患脑梗死,遗留右侧上肢活动不利。平素喜食油炸食品,现服用格列本脲5mg,每日2次;二甲双胍0.5g,每日3次。化验:FPG9.7mmol/L。症见倦怠乏力,下肢酸软,胸闷腹胀,口干不欲饮,口中异味,秽气触人,足底反复疱疹,大片脱皮,局部皮肤微红,大便不爽,舌胖红边齿痕,苔黄厚腻,脉弦滑。西医诊断:糖尿病脑梗死。辨证属脾虚湿热内阻,气血不畅。治以化湿清热健脾,理气活血。方以小陷胸汤加减。药用:黄连10g,姜半夏10g,瓜蒌15g,泽泻10g,川牛膝30g,苍术、黄柏各10g,生苡仁30g,地肤子30g,赤小豆15g,枳壳、枳实各6g,佩兰6g,茯苓15g。水煎服,7剂。

二诊:自觉身体较前有力,走路数里不倦,口中异味明显减轻,足底疱疹未见新发,大便溏泄日行2次,舌胖红边齿痕,苔薄黄根厚腻,脉滑数。FPG7.9mmol/L。前方去枳实,减黄连至5g,加茯苓至30g,继服7剂。药后诸症明显好转,FPG7.2mmol/L。后以健脾利湿、益气活血之法调理善后,病情平稳,足底疱疹未见复发。

〔按语〕一般认为,消渴病以阴虚燥热、耗津损气为主要病机,但临床发现因饮食不节、大量饮酒、过食肥甘辛辣之品,内伤脾胃,以致湿热内蕴,亦可导致本病发生。以小陷胸汤加减取得满意疗效。(高永前.小陷胸汤加味治疗消渴病脾虚湿热证验案举隅.北京中医,2005,24(4):252)

2. 苗建英医案一肾气丸加减治疗糖尿病脑梗死肝肾亏虚证

黄某某,女,56岁,因患糖尿病10余年来就诊。刻症:口干乏力、双下肢不自主颤抖,手足麻木,心烦,性急易怒,潮热,汗出,头晕寐差,舌质黯,苔白少津,脉弦细。检查:头颅CT示右额叶及右侧脑室后角旁脑梗死。即刻血糖12.9mmol/L,血压140/90mmHg。辨证:肝肾亏虚,风阳内

动型。治法：滋补肝肾，平肝潜阳。方以杞菊地黄汤（肾气丸加减方）加减。药用：枸杞 15g，菊花 10g，生地黄 15g，山药 15g，山茱萸 12g，丹皮 9g，泽泻 9g，茯苓 12g，生龙牡各 30g，钩藤 6g（后下），白芍 15g，石决明 15g（先煎），怀牛膝 15g，川芎 12g，鸡血藤 15g。服上方 3 剂，患者头晕、潮热、盗汗减轻，但出现大便溏，次数增多，去泽泻、丹皮，加炒白术 15g，党参 15g，陈皮 10g。5 剂。后随证加减，连服 30 剂，同时注射胰岛素控制血糖，患者双下肢颤抖、麻木明显减轻。

〔按语〕 此案辨证为肝肾亏虚，风阳内动，故以肾气丸加减方杞菊地黄汤加减，滋补肝肾，平肝潜阳，由于肝肾阴虚，肝郁气滞，往往导致瘀血内停，故配伍活血通络之品。（吴大真，刘学春，董静，等主编．现代名中医糖尿病治疗绝技．北京：科学技术文献出版社，2004.283~285）

3. 王军医案—黄芪抵当汤治疗糖尿病脑梗死血瘀气虚证

赵某，男，63 岁。1998 年 3 月 24 日初诊。因头晕目眩，心悸胸闷近 10 年，口干多饮 5 年，右侧肢体偏瘫 1 周而就诊。有高血压史 10 年，糖尿病史 5 年，长期服用降压、降糖药物，控制尚可。1 周前无明显诱因右侧肢体不遂，步态不稳，口干气短，多饮多尿，大便干。苔薄黄腻，舌尖红有紫气，脉弦涩。查：BP157/97mmHg，心率 74 次/分，律齐，右侧肢体肌力Ⅲ级，双下肢轻度水肿，空腹血糖 14mmol/L，心电图示心肌供血不足，左束支传导阻滞，头颅 CT 示脑梗死。西医诊断：糖尿病合并脑梗死、冠心病、原发性高血压病。辨证：气阴两虚，瘀血阻络。治以活血化瘀，益气通络为法。方以黄芪抵当汤加减：黄芪 30g，生大黄 10g，水蛭 5g，地龙 10g，桃仁 10g，当归 10g，菖蒲 10g，麦冬 10g，陈胆星 10g，五味子 5g。日 1 剂水煎 2 次分服。并配合降压、降糖药及脉络宁治疗。

二诊：服药半月，症状减轻，停脉络宁，其他继前治疗，配合功能锻炼。

三诊：治疗2月余，肢体功能基本恢复，心悸胸闷等显减，下肢浮肿消失。BP142/90mmHg，心率72次/min，右侧肢体肌力Ⅳ级，空腹血糖6.8mmol/L。间断服用上方加减，随访2年，病情稳定。

〔按语〕 脑梗死、冠心病是糖尿病晚期常见并发症，属中医学脑卒中、胸痹、心悸病范畴，此类疾病主要临床特点是有消渴表现同时伴脑卒中症状，或胸痹心悸症状，舌有紫气，苔光剥或厚腻，脉弦涩。病机特点是气阴虚和血瘀并见，瘀瘀阻络。治以活血化瘀，益气通络。以黄芪抵当汤（抵当汤加黄芪）加减治疗获效。（王军.“黄芪抵当汤”在糖尿病晚期内科并发症治疗中的运用. 江苏中医药, 2002 (12): 12)

4. 任爱华医案—真武汤、苓桂术甘汤加减治疗糖尿病脑梗死气虚肾亏证

李某某，男，69岁。2006年10月23日初诊，住院号196017。糖尿病史13年，并有原发性高血压病6年、慢性肾功能不全7年、冠心病及脑梗死史5年、糖尿病视网膜病变1年等，在家注射胰岛素治疗病情尚稳定。1周前肢体活动不利，头晕明显，在本单位医院查CT示“腔隙性脑梗死”，住院治疗1周效果欠佳而来诊。刻下：头晕，乏力，胸闷心悸，夜尿频多，纳呆，下肢活动欠灵活并浮肿，走路不稳，需人扶持，大便不畅，畏寒肢冷。血压控制欠佳。血肌酐245mmol/L。舌质黯淡，苔薄白，脉细微。辨证气虚肾亏，瘀血阻络。治宜益气温肾，活血通络。方以真武汤合生脉散加减。药用：制附子6g，茯苓12g，白术10g，赤芍15g，生地黄15g，麦冬15g，川芎6g，太子参30g，五味子6g，当归6g，甘草6g。5剂。继用降压药及胰岛素注射，静注阿魏酸钠、参脉注射液。

二诊：畏寒肢冷减轻，精神好转，脉较前有力。余证同前。加路路通 10g，水蛭 6g。7 剂。

三诊：精神、纳食好，活动较前灵活，下肢仍浮肿，已无畏寒肢冷。改苓桂术甘汤加减：桂枝 10g，茯苓 15g，白术 30g，加车前子 30g，冬瓜皮 30g，桑枝 20g，陈皮 10g，水蛭 6g，芡实 15g，甘草 6g。7 剂。

四诊：走路不用人扶持，较前稳妥，下肢浮肿减轻，其他诸证消失。舌黯淡，苔薄白，脉细弦。上方继服。

五诊：前后共治疗月余，走路基本恢复到本次发病前水平。血肌酐 177mmol/L，血压稳定而于 12 月 6 日带药 10 剂出院。

〔按语〕 本案患者有多种糖尿病并发症，因出现第 2 次脑梗死并血压控制欠佳、头晕、肢体活动不利来诊，但脉微细，精神欠佳，夜尿频多，畏寒肢冷等均为气虚肾亏见证，故以真武汤合生脉散温振元阳，益气活络。后畏寒肢冷等消失，仅有下肢浮肿，改苓桂术甘汤加减，不仅血压控制稳定，而且诸证恢复理想。

六、临证心得

糖尿病合并脑血管疾病临床极为常见，属于《金匱要略》中风、血痹、虚劳等病范畴。证候要素以虚、瘀、痰为主，治疗宜益气化痰活络为主。经方治疗不论其主证、兼证、后遗症均可灵活选用，如黄芪桂枝五物汤、抵当汤、当归芍药散、麻子仁丸、肾气丸、小建中汤、苓桂术甘汤、小柴胡汤、甘麦大枣汤、半夏厚朴汤、当归四逆汤、真武汤等。常用药物如黄芪、川芎、水蛭、桂枝、当归、大黄、桃仁、赤芍等。

糖尿病合并脑血管病变常可导致脑功能障碍和精神情志方面的变化，应在应证方剂中选用，并配合针灸、心理疏导等。

本病多属本虚标实，应注意标本缓急、痼疾与卒病的关

系，如病势急、舌红苔黄燥，大便不通者，急投大承气汤通腑泻热降浊，常可收到稳定病情、改善症状的效果。疾病恢复期或后遗症期则应以益气补肾活络为主，如黄芪桂枝五物汤合肾气丸、抵当汤化裁，缓缓收功。

第九节 糖尿病性视网膜病变

一、概 述

糖尿病眼病包括视网膜病变、眼肌麻痹、屈光不正、白内障、葡萄膜炎、青光眼、球结膜病变、视神经病变等。视网膜病变属于糖尿病的特征性血管并发症，是导致糖尿病患者失明的主要原因之一，其发病与年龄、病程、病情控制情况等密切相关。其基本病理改变是微血管的病变。99%的1型糖尿病和60%的2型糖尿病，病程在20年以上的患者，几乎都有不同程度的视网膜病变。10岁以下患糖尿病的儿童很少发生视网膜病变，青春期后糖尿病视网膜病变危险上升。

本病属于中医“暴盲”、“视瞻昏渺”等范畴，与肝肾亏虚、脾肾两虚、肝气郁结、痰瘀阻络等有关。

二、诊 断

(一) 诊断要点

1. 有糖尿病史，不同程度的视力障碍、失明等。
2. 眼底镜及眼底血管荧光造影技术可观察到眼底视网膜病变，可作为诊断的主要依据。

(二) 分型与分期

糖尿病视网膜病变依据眼底改变分为非增殖型（背景型）、增殖型和糖尿病性黄斑水肿。非增殖型视网膜病变是早期改变，又分为轻、中、重度，增殖型改变是一种进展型改变，黄

斑水肿可以与上述两型同时存在。

我国目前遵照 1985 年第三届眼科学术会议所制定的糖尿病视网膜病变的分型和分期试行标准。

单纯型

I 期：视网膜有微血管瘤并有小出血点，较少（+），易数。

II 期：视网膜有黄白色“硬性渗出”或并有出血斑，较多（++），不易数。

III 期：视网膜有新生血管或并有出血斑，较少（+），不易数。

增殖型

IV 期：眼底有新生血管可并有玻璃体出血，较多（++），易数。

V 期：眼底有新生血管和纤维增殖，较少（+），不易数。

VI 期：眼底有新生血管和纤维增殖，并有视网膜脱离，较多（++），易数。

三、辨证治疗

1. 气机郁滞证

主证：眼胀不适，或视物模糊，每因情志因素而加重，心烦易怒，抑郁不舒，胸闷胁胀，时有暖气，口渴乏力。舌质黯淡，苔薄白，脉细弦。

治法：疏达气机。

方剂：四逆散加减。

柴胡 10g，白芍 10g，枳实 10g，甘草 6g，青箱子 12g，木贼草 15g，石斛 15g，栀子 6g，枸杞子 12g。

加减：眼胀痛加决明子、菊花，或加服龙胆泻肝丸；心烦易怒明显加玫瑰花、连翘、生龙齿；胸胁胀闷加郁金、丝瓜络、枳壳；夜寐不宁加合欢花、炒枣仁、柏子仁；悲伤欲哭合

甘麦大枣汤；眼底出血加三七粉（冲）、槐花炭、血余炭、蒲黄炭。

2. 燥热阴伤证

主证：视物模糊，眼内出血，其量或多或少，有硬性渗出及微血管瘤，烦躁不安，夜寐不宁，大便干结，小便色黄，尿频量多，口渴引饮，舌红苔黄，脉弦细滑。

治法：清热养阴。

方剂：白虎加人参汤加减。

生石膏 30g（先煎），知母 10g，粳米 15g，甘草 6g，栀子 6g，黄芩 10g，石斛 30g，太子参 15g，草决明 10g，密蒙花 10g。

加减：口渴甚加玄参、生地黄；便秘合小承气汤；眼底微血管瘤可加丹参、槐花、夏枯草；出血量多，加墨旱莲、小蓟、栀子、茜草；硬性渗出较多者，加内金、山楂；水肿明显者，加车前子、泽泻、益母草。

3. 痰瘀内阻证

主证：两目昏花，视物变形，目眩，肢体麻木或重胀不适，倦怠乏力，头晕头痛，胸胁支满，眼底渗出物或机化组织，或见眼底增殖性型病变，舌质黯淡，苔薄白，脉细弦。

治法：祛痰化瘀。

方剂：苓桂术甘汤合当归芍药散加减。

茯苓 15g，白术 10g，桂枝 3g，当归 6g，白芍 10g，泽泻 6g，川芎 6g，密蒙花 15g，黄精 15g，甘草 6g，海藻 10g，浙贝母 6g，丹参 6g。

加减：恢复期加牡蛎、郁金、苍术；肢体困重明显加薏苡仁、泽兰、黄芪；乏力倦怠明显加太子参或西洋参、海参；肢体麻木疼痛酌加水蛭、桃仁、地龙。

4. 肾气亏虚证

主证：两目昏暗，甚则失明，畏寒肢冷，腰膝酸软，倦怠

懒言，头晕耳鸣，身面浮肿，面色不泽，夜尿频多、大便不调。眼底检查多为增殖型糖尿病性视网膜病变。眼底除单纯型病变外，还可见新生血管，视网膜水肿，纤维组织增生形成的机化物，甚至视网膜脱离。舌质黯淡，苔薄白，脉沉细弱。

治法：补益肾气。

方剂：肾气丸加减。

熟地黄 15g，山药 10g，制附子 6g，肉桂 3g，山茱萸 10g，泽泻 10g，丹皮 10g，茯苓 15g，枸杞子 10g，密蒙花 15g，沙苑子 15g，黄芪 30g。

加减：畏寒肢冷明显重用制附子，加干姜；浮肿明显加车前子、牛膝、白术；乏力明显重用黄芪，加黄精、党参、冬虫夏草；视物不清伴心烦加服石斛夜光丸；出血吸收期或久不吸收者加泽兰、丹参、益母草。

四、名医经验

姚芳蔚：糖尿病视网膜病变和糖尿病肾病同属于糖尿病微血管病变，因此一些糖尿病视网膜病变的患者同时伴有肾病，多属于阴虚及阳，阴阳两虚之证，治法选用温阳益阴，常以肾气丸加减治之。对眼部新鲜出血，选加凉血止血药，如大小蓟、槐花、白茅根等。出血停止，选加止血化瘀药，如三七、花蕊石、蒲黄、茜草等。出血久不吸收，以及玻璃体积血日久，选加活血化瘀药，如赤芍、川芎、郁金、红花、丹参等。出血吸收而见机化，选加软坚散结药，如海藻、昆布、煅牡蛎等。（吴大真，刘学春，董静，等主编．现代名中医糖尿病治疗绝技．北京：科学技术文献出版社，2004. 144～145）

宋都会：治疗糖尿病视网膜病变的治法之一为清胃泻火法，适用于突发性盲或视力迅速下降，烦渴善饥，面红口秽，眼底出血、渗出，舌红苔黄，脉弦数者。治宜清胃泻火、滋阴润燥。方用自拟清胃滋阴泻火汤（大黄黄连泻心汤合白虎汤加

减方), 药用: 大黄、黄连、石膏、知母、甘草、生地黄、花粉、怀牛膝、三七、山梔。(吴大真, 刘学春, 董静, 等主编. 现代名中医糖尿病治疗绝技. 北京: 科学技术文献出版社, 2004. 248)

董彦敏等: 糖尿病视网膜病变非增生期多为阴虚燥热, 症见视力减退, 视网膜静脉轻度扩张, 有微血管瘤和少量出血点, 网膜轻度水肿, 可伴有少量硬性渗出斑, 全身可见燥渴喜饮, 消谷善饥, 便干溲赤, 舌红苔黄, 脉细数。增生前期多为气阴两虚。症见视力明显减退, 眼前黑影飞舞, 视网膜静脉迂曲扩张, 视网膜有微血管瘤, 出血斑, 硬性渗出斑或絮状白斑, 网膜水肿明显, 可波及到黄斑部, 毛细血管充盈不全, 玻璃体有少量出血, 全身可伴有神疲乏力, 少气懒言, 咽干燥, 舌淡胖少苔, 脉虚无力或细数。增生期多为阴阳两虚。症见眼前黑影遮挡, 视力显著下降, 视网膜有微血管瘤, 出血及渗出, 并可见新生血管, 玻璃体出血, 增殖机化条索物, 全身可伴有五心烦热, 潮热盗汗, 腰腹怕冷, 夜尿频多, 舌质淡红, 苔薄白, 脉沉细。在辨证分型治疗时, 阴虚燥热型治宜养阴清热、凉血散血, 方以白虎加人参汤加减。药用: 知母 12g, 石膏 15g, 花粉 15g, 生地黄 30g, 玄参 20g, 麦冬 10g, 参须 10g, 山药 15g, 丹皮 12g, 赤芍 12g, 三七粉 5g。出血量多, 加墨旱莲、梔子、茜草; 硬性渗出较多者, 加内金、山楂; 水肿明显者, 加车前子、泽泻、益母草; 脾肾两虚型治宜温阳益阴、健脾益肾, 方以金匱肾气丸加减。药用: 生熟地黄各 15g, 肉桂 6g, 黄芪 25g, 玄参 20g, 苍术 15g, 丹参 20g, 木贼草 15g, 菊花 15g。脾虚湿重, 症见头重如裹、脘痞纳呆、便溏者, 加苍术、白术、茯苓、薏苡仁、枳壳; 肾阴虚甚者加女贞子、旱莲草、首乌、石斛。(董彦敏, 巫奕丽主编. 糖尿病眼病的防治. 北京: 中国中医药出版社, 2003. 81)

段俊国: 糖尿病视网膜病变应虚瘀并治, 临床发现阳虚是

病情加重的重要因素。

五、医案精选

1. 吕仁和医案—四逆散治疗糖尿病合并视网膜病变肝郁证。

蔡某某，男，62岁。有糖尿病史16年，近2年觉视物模糊，时觉眼前有黑点闪烁，口苦咽干，烦躁易怒，舌质略黯，苔薄白而干，脉弦细。眼科会诊示有糖尿病眼底改变并有新鲜出血点。诊为消渴病视网膜病变，证属肝火上炎，气机郁滞，方以加味四逆散为主。药用：醋柴胡6g，赤、白芍各20g，枳壳、枳实各6g，甘草3g，山梔10g，生地黄12g，丹皮10g，枸杞子12g，石斛10g，谷精草12g，青葙子10g，葛根10g，天花粉20g。7剂。

二诊：服药后症大减，再服药20剂，症状基本消失，复查眼底出血基本吸收。

〔按语〕 视网膜病变与情志变化最为密切，多因情绪变化剧烈时出现视网膜病变或原有病变加重，常用加味四逆散治疗获效。（杨晓辉．吕仁和教授运用加味四逆散治疗消渴病并发症经验．中医函授通讯，1995，（4）：34）

2. 赵进喜医案—小柴胡汤合四逆散加减治疗糖尿病视网膜病变少阳郁热、肝肾阴虚、络脉血瘀证

李某，女，41岁。1996年12月6日初诊。主因口渴、口苦12年，加重伴便秘、视物模糊、肢体麻木、皮肤瘙痒1年来诊。糖尿病史12年，长期用口服降糖药，近期用胰岛素治疗，日用量60单位，血糖控制欠满意。西医诊断：糖尿病视网膜病变、周围神经病变、自主神经病变。治疗无显效。刻下：口渴欲饮，口苦咽干，头晕目眩，双目视物不清，心悸胸闷，心烦失眠，伴周身瘙痒，肢体麻木，夜间疼痛，四末冷凉，大便数日一行。患者已不能正常工作，痛苦欲死，悲观异

常。诊查：肌肤甲错，爪甲枯萎，舌质黯红，苔腻略黄，脉细弦。辨证：少阳郁热，肝肾阴虚，络脉血瘀。治拟清解少阳郁热，滋补肝肾，兼以活血通络，凉血止痒。方用小柴胡汤合四逆散加减。药用：柴胡 9g，黄芩 6g，沙参 15g，生地黄 25g，玄参 25g，赤、白芍各 15g，丹参 15g，葛根 25g，草决明 15g，茺蔚子 12g，地肤子 14g，苦参 9g，枳壳 9g，大黄粉 3g（冲服），三七粉 5g（冲服）。30 剂。

二诊：1997 年 1 月 8 日。服药 5 剂，大便通畅。30 剂药尽，口苦、眼花、肢体疼痛、瘙痒等状况明显好转，睡眠情况好转，精神状态良好，效不更方，30 剂。

三诊：1997 年 2 月 6 日，诸证均减，精神状态良好，正常上班。继续守方，30 剂。

四诊：1997 年 3 月 8 日。胰岛素用量日 46 单位，血糖正常。基本无症状，精神体力均佳，视力改善。坚持服用 2 年，病情持续稳定。

〔按语〕 糖尿病视网膜病变为消渴病日久，治不得法，内热伤阴耗气，或阴损及阳，久病入络，目络瘀结所致，若再加以情志失调，肝火上熏于目，灼伤目络，则可致眼底出血。观察发现，糖尿病患者，所以会出现不同并发症，与病人体质类型有密切关系。一般来说，少阳体质（肝郁）、厥阴体质（肝旺）者，最易发生糖尿病眼病和自主神经病变。本例患者就是属于少阳之体，少阳郁热不解，可致肝肾阴虚，肝开窍于目，阴虚目窍失养，郁热上熏目络，则可致视物模糊，眼底出血；肝主筋，肝肾阴虚，筋脉失于濡养，久病入络，肢体络脉血瘀，故可见肢体麻木疼痛，气血不能布达于四末，故见肢体冷凉。这种肢体冷凉，是因瘀致寒，与因寒致瘀的病机完全不同。所以，治疗以清解少阳郁热为主，滋补肝肾，兼以活血通络、凉血止痒，不用温药而肢体转温。方以四逆散、小柴胡汤化裁，药用草决明、茺蔚子，有凉肝、养肝明目之功；大黄

粉、三七粉，可凉血活血止血，有助于糖尿病视网膜病变眼底出血吸收。中医有“目病多郁”之说，治疗眼病应适当应用柴胡、羌活、防风、薄荷等风药，以疏肝开郁，并引诸药上行于头目。坚持服药2年余，取得了稳定的疗效。（赵进喜主编．内分泌代谢病中西医诊治．沈阳：辽宁科学技术出版社，2004.218～219）

3. 汝亚琴医案—真武汤加减治疗糖尿病视网膜病变脾肾阳虚证

刘某，女，60岁，退休工人。2003年11月因糖尿病史10年、视物模糊1年来诊。检查：右眼视力0.1，左眼0.3；双眼晶状体混浊（右眼>左眼），玻璃体轻度混浊；双眼眼底视乳头色界正常，后极部可见散在的微血管瘤，小片状出血及硬性渗出斑；黄斑部见大量硬性渗出斑，黄斑中心凹不见反光。诊断：①并发性白内障；②糖尿病视网膜病变Ⅱ期。经眼底血管荧光造影检查提示：糖尿病视网膜病变。建议行眼底激光治疗，患者不接受。因患者面色无华，眼睑及面部轻度水肿，少气懒言，四肢发凉，伴沉重感，头晕目眩，口不渴，舌淡苔白，右脉沉细，左脉沉迟无力。证属脾肾阳虚，水气内停。给予真武汤加减。药用：茯苓12g，白芍12g，炮附子10g，生姜10g，丹参15g，郁金12g，山楂12g，鸡内金15g。服7剂后，面部水肿明显减轻，视物较前清晰。查右眼视力0.1，左眼0.5；左眼黄斑区出血及渗出散开，中心凹反光隐见。上方减炮附子为6g，继服7剂后诸症进一步好转出院。嘱继续服中药明目地黄丸以巩固疗效，预防其发展。

【按语】本例患者糖尿病史10年，出现视网膜病变1年，其病机已由阴虚发展至阳虚，是因脾肾阳虚，阳虚失蒸，脉络瘀阻导致水湿痰瘀内停。故用真武汤温阳利水，加丹参、郁金活血化瘀祛湿，山楂、鸡内金软坚散结，标本兼治。辨证与辨病、宏观与微观相结合，达到良好的治疗效果。这与不少医家

提出的温阳之法治疗消渴的观点相吻合。(汝亚琴. 真武汤眼科治验举隅. 中西医结合学报, 2005, 3 (1): 61~62)

六、临证心得

糖尿病合并眼病为临床难治性并发症之一。目为肝之窍，瞳仁水轮属肾。消渴日久，气阴两伤，或肝肾阴亏，或痰浊内阻，或久虚致瘀，眼络瘀阻，目失濡养，而致目疾。证候要素以虚、瘀、痰、热为主，经方治疗应着重应用补肝肾、化痰瘀、清热凉血等方剂，如白虎汤、白虎加人参汤、肾气丸、抵当汤、当归芍药散、大黄黄连泻心汤、硝石矾石散等。诊治应结合眼科检查，了解眼底病变的程度并作为望诊的补充，并配合专科治疗。

糖尿病视网膜病变早期，一般病情较缓，眼底改变多为血管变形，出血较少，应重在治本，佐用化瘀。中期眼底出血较为少见，且多为新生血管，应凉血止血为主，待出血止后及时益气化瘀，慎用活血力强的药物，以免新的出血。后期多血止留瘀，阴阳两虚，应标本兼顾，若辨证属于阳虚者可用温阳之品，加强温通血脉之力，防止用药过于寒凉或过于破血，以求阴阳平衡。

使用经方治疗该病应根据病情灵活加减，对于糖尿病视网膜病变应结合眼底检查，了解分期情况，但不宜以眼底检查结果作为辨证论治的唯一依据，应四诊合参，有是证用是药。用药应注意活血与止血、补与通、温与清等治法的辨证关系，把握时机，掌握分寸，讲究配伍，斟酌剂量，方获佳效。



第三章 甲状腺疾病

第一节 甲状腺功能亢进症

一、概 述

甲状腺功能亢进症是指由多种原因引起的甲状腺激素增多，作用于全身的组织器官，造成机体的神经、循环、消化等系统兴奋性增高和代谢亢进为主要表现的疾病的总称，以毒性弥漫性甲状腺肿伴甲状腺功能亢进症（Graves 病）为最常见。

Graves 病是一种与遗传、精神因素和自身免疫均有关系的疾病，一般认为本病患者体内存在有甲状腺刺激抗体（TSAb），作用于甲状腺细胞的促甲状腺激素受体，使甲状腺对血中碘的摄取明显增多，产生过多的甲状腺激素，并不断向血中释放而发病。临床上主要表现为代谢增高和多系统功能的兴奋性增高，可见怕热或面部烘热、自汗、心悸不宁、烦躁易怒、乏力消瘦、舌指震颤、甲状腺肿大、突眼等，老年和儿童患者的表现常不典型。本病各年龄组均可发病，但以 20~40 岁最为多见。女性居多，患病率为 2%，每年发生率高达 2%~3%。男女比例为 1:4~1:6。本病起病缓慢，常见的

诱因为恐惧、悲伤、盛怒等。

甲状腺功能亢进症属于中医学的“瘵气”、“心悸”、“食亦”、“郁证”、“虚劳”、“中消”、“汗证”等范畴。主要由气机失调、热盛津伤、气阴两伤、肝肾亏虚等导致。

二、诊 断

1. 有甲状腺激素过多的典型症状表现，如怕热、汗多、消瘦、心悸、乏力等。

2. 不同程度地甲状腺肿大，特别是有震颤和血管杂音。

3. 有或无眼征，为良好或浸润性突眼。

4. 血清 TT_3 、 TT_4 和/或 FT_3 、 FT_4 增高；TSH 降低。甲状腺摄 ^{131}I 率增高，高峰前移。

5. 上述实验室结果可疑者，可进一步作 TRH 兴奋试验或 T3 抑制试验协助诊断。

6. 疑有本病，虽临床表现不典型但实验室检查支持者。

三、辨证治疗

1. 痰气郁结证

主证：焦虑不安，情绪不稳或易激动，或抑郁不舒，善太息，或伴胸胁胀满，倦怠乏力，目胀不适，恶心纳呆，咽部阻塞感，或颈部肿块光滑柔软，舌质黯淡，苔薄白腻，脉弦滑。

治法：理气化痰。

方剂：四逆散合半夏厚朴汤加减。

柴胡 10g，白芍 10g，枳实 10g，甘草 10g，半夏 6g，厚朴 6g，苏叶 6g，茯苓 12g，夏枯草 15g，玄参 12g，浙贝母 6g，连翘 12g，合欢花 20g。

加减：目胀明显加木贼草、龙胆草、白蒺藜；夜寐不安加炒枣仁、柏子仁、生龙骨、生牡蛎；自汗出加煅牡蛎、煅龙骨、黄芪、浮小麦。

2. 肝经郁热证

主证：心烦易怒，夜寐不宁，口苦咽干，心悸不安，咽部阻塞感，胸满烦惊，小便不利，大便秘结，恶热口渴，消瘦乏力，两手颤抖，舌质红，苔黄少津，脉弦数或沉紧。

治法：解郁清热，镇心安神。

方剂：柴胡加龙骨牡蛎汤加减。

柴胡 12g，黄芩 10g，桂枝 3g，茯苓 12g，半夏 6g，大黄 6g，龙骨 15g，牡蛎 15g，生姜 5g，大枣 6 枚（擘），琥珀 3g（冲），夏枯草 15g。

加减：寐差加远志、朱砂（冲）；烦躁明显加龙胆草、梔子；抑郁不乐加合欢花、玫瑰花、川贝母；心悸甚加柏子仁、茯神、五味子、黄连、苦参；手颤加白芍、白蒺藜、石决明；大便秘结明显加玄明粉（冲）、枳实、玄参。

3. 痰热内扰证

主证：颈部肿块，动辄汗出，怕热喜凉，心悸气短，口渴口苦，食欲亢进，明显消瘦，大便不爽，舌质红，苔黄腻，脉弦滑。

治法：化痰清热。

方剂：小陷胸汤合白虎汤加减。

黄连 6g，半夏 6g，瓜蒌 15g，生石膏 30g（先煎），知母 10g，薏苡仁 20g，夏枯草 15g，粳米 30g，甘草 6g，金银花 15g，煅牡蛎 15g，橘核 30g，浙贝母 6g。

加减：汗出多重用煅牡蛎、加煅龙骨、五味子；心悸气短明显加太子参、麦门冬；食欲亢进明显加玉竹、黄精、生地黄；颈部肿块明显加浙贝母、莪术、莱菔子、王不留行等。

4. 心肝血虚证

主证：情绪易激动，心烦少寐，心悸乏力，口渴咽干，头晕目眩，舌红少苔，消瘦明显，双手微颤，颈部肿块，舌质红，少苔，脉细数。

治法：养阴清热，宁心安神。

方剂：酸枣仁汤加减。

炒枣仁（先煎）15g，茯苓 12g，知母 10g，川芎 6g，甘草 6g，柏子仁 15g，桑椹子 12g，泽兰 10g，生地黄 10g。

加减：心烦明显加鸡子黄、黄连、合欢花；口渴明显加麦门冬、玄参；头晕明显加何首乌、当归、桑叶；颈部肿块较硬加夏枯草、黄药子、莪术、露蜂房、穿山甲；手颤加羚羊角粉（冲）、白芍、阿胶（烔化）。

四、名 医 经 验

廖世煌：将甲状腺功能亢进症分为 5 型辨证论治：肝郁火旺证，治当清泻肝火、疏肝养阴，可用酸枣仁汤合小柴胡汤加减：去半夏、姜、枣，重用黄芩，还可加杭菊花、郁金、石决明、白芍；胃热亢盛证，治当清胃火、泻实热，方用白虎加人参汤加麦冬、生地黄、玄参；肝郁脾虚证，治当健脾利湿，方用当归芍药散加太子参、黄芪、炙甘草；气阴两虚证，治宜益气养阴，方以麦门冬汤、百合地黄汤合甘麦大枣汤加龙骨、牡蛎；肝肾阴虚证，治宜滋补肝肾，方以肾气丸去附子减桂枝，加枸杞子、菊花，夜尿频多者加金樱子、菟丝子，脱发加首乌、旱莲草。对于局部症状的治疗，如颈肿眼突等较为突出者，临床中又分以下 2 型：一是痰结血瘀型，治以化痰祛瘀为主，兼行气软坚散结，可用小半夏汤选加活血化痰之品。寒凝气滞者，以半夏厚朴汤加陈皮、青皮、白芥子及胆南星等；热痰气滞者，可选小陷胸汤加川贝母、浙贝母及猫爪草等。二是气滞痰阻型，治宜疏肝行气解郁，兼软坚散结，方以半夏厚朴汤合小柴胡汤加香附、郁金、川楝子等。（张鹏，高红霞．廖世煌运用金匱方辨证治疗甲亢的经验．湖北中医杂志．2006，28（4）：26～27）

赵棗：本病属于“消渴”、“惊悸”等病范畴，本病起始多

由七情失调，肝气郁结所致；久则气郁化火，灼伤阴液；终至气阴两虚，肝肾俱损。据此病机，拟三阶段治疗。肝气郁结阶段以小柴胡汤加减，药用：柴胡、黄芩、法半夏、党参、苏梗、厚朴、莱菔子、陈皮、郁金、苦丁茶、生甘草；肝火内动阶段以珍珠母汤加减；肝肾阴虚阶段以生脉散加减。（熊曼琪，邓兆智主编．内分泌科专病与风湿病中医临床诊治．第2版．北京：人民卫生出版社，2005.103）

阳怀来：甲状腺功能亢进症多属于祖国医学的“瘰病”范畴。病始虽多由于情志失调，痰湿凝结，但其病程冗长，症状反复，多发展成“阴盛”的病理，阴胜则势必阳虚，故阳虚乃本病的潜在病理因素。心为君主之官，虚则心失所养，不能藏神，故心阳先虚，心神浮越，调整阴阳平衡乃关键所在。桂枝甘草龙骨牡蛎汤中桂枝、甘草温通心阳，调和营卫，促进机体功能达到阴阳平衡；龙骨、牡蛎镇浮越，安心神，止惊悸，互相配合，不独阳固阴守，且能甘温补虚。（吴大真，高淑艳，刘学春，等主编．现代名中医甲状腺功能亢进症甲状腺功能减退症治疗绝技．北京：科学技术文献出版社．2005.82）

彭履祥：以百合地黄汤为主治之，原委有三：其一，从清金制木着眼，因肝气郁结，化火上升，燔灼阴津，助长中上二焦阳热。本方以百合为主清金制木，俾金气清肃，木火受抑，则逆之上势得降，燥土得润，营卫生化有源；生地黄滋阴配阳；知母清肺胃之热。三味同用，清肺津而抑肝火，养阴津而泄诸热。其二，从调和百脉角度考虑，《金匱要略》所载百合病与瘰气病因虽不同，但病机差别不大，两者均可产生汗出、口苦、头痛、舌红、脉数等症状，故证同治同，异病同治，以此方调和百脉，益阴退热；况是方药性平和，适于守方久服，对病久者既可从缓图治，又无消伐太过伤正之虞。但本病临床表现较百合病复杂多变，反复难愈，多伴见肝郁气滞、痰结瘀阻等证，应酌配疏肝理气、消痰软坚之品。凡口渴、失眠者，

加花粉、牡蛎；烦躁甚者，加鸡子黄；热郁尿赤，加滑石；气滞血瘀偏著，合四逆散、郁金、桃仁。因病变日久，气血津液为热所伤，用药稍有疏忽，变证接踵而来，如失眠多梦，若以夜交藤、枣仁之类养心安神，反至阴虚火郁诸证不解，失眠难愈；更有汗出证，若认为气虚自汗，或营卫不和，增入黄芪、桂枝等甘温之品，反至汗滞不止，须知此为阴虚郁热所逼而致，甘温之药反助热竭津，故汗出更甚。甘温须当慎用，而苦寒伤中之品，也不可草率轻投。苦寒虽折郁火，而苦先入心化燥，服之不应，愈化愈燥，变证多端，临证不可不知。（宋祖敬主编．当代名医证治汇粹．石家庄，河北科学技术出版社，1990. 365～366）

雪村八一郎：用柴胡加龙骨牡蛎汤对 8 名 30～71 岁的经血中甲状腺激素测定和血清促甲状腺激素放射免疫测定而确诊的甲状腺功能亢进症心功能不全的患者进行治疗。受试者有的曾服用甲状腺剂、 β -阻断剂和利尿剂无效。有的未用任何药物而直接服用柴胡加龙骨牡蛎汤。结果表明应用该汤剂后所有甲状腺功能亢进症性心功能不全患者症状明显缓解，1 周后血压开始下降，肺水肿及湿性啰音减少，心扩大、肝肿及下肢浮肿减轻。连续服用两周后血压恢复正常，浮肿减退，心功能不全症状消失。（雪村八一郎．柴胡加龙骨牡蛎汤治疗甲状腺功能亢进症引起的心功能不全症．中药药理与临床．1987，3（1）：10）

田厚英一：以柴胡加龙骨牡蛎汤与炙甘草汤并用治疗甲状腺功能亢进症 2 例，治疗后各项指标均正常。（田厚英一．中药治疗甲状腺功能亢进症 2 例．国外医学·中医中药分册，1997，19（4）：37）

五、医案精选

1. 李寿山医案—黄连阿胶汤加减治疗甲状腺功能亢进症

阴虚火旺证

陈某，女，46岁，1983年6月15日初诊。患者阳盛之体，近年来由于工作紧张，情志不舒，经常急躁多怒，烦热汗多，心悸怔忡，失眠多梦，头胀目干，耳鸣，手足心热。经某医院检查确诊为“甲状腺功能亢进症”，心肌受累。用西药治疗病情好转，但心悸难平，诊脉弦数而促，颈脉动甚，舌红少津，无苔，舌下络脉紫红粗长怒张。辨证：肝肾阴虚，心火偏亢。治则：滋阴清热，安神宁心。方以黄连阿胶汤加减。药用：黄连 5g，生地黄 30g，生白芍 20g，丹参 15g，女贞子 20g，生牡蛎 50g，琥珀粉 3g（2次冲）。水煎服日 1 剂，早晚分服。

二诊：6月13日。服药 6 剂，心悸失眠烦热汗出好转，原方加减治疗约 2 月，复查心电图及吸碘试验均转正常，随访 2 年一切良好。

〔按语〕 妇人年近半百，阴血自亏，复因过劳伤气，郁怒伤肝而病瘵气，此即《诸病源候论》所说：“瘵者，忧患气结所生”之证，由于肝郁化火，气阴更伤，相火妄动，而见心悸、失眠，烦热、汗出、头胀目涩、耳鸣诸证相继而生。本案方用黄连阿胶汤化裁，滋阴清热以平虚火，安神宁心以定心悸。方中生地黄、女贞子、生白芍滋阴清热，以养肝肾之阴；黄连配生牡蛎泻心火而潜纳浮火；丹参伍琥珀养心血而安神定悸。药证相符，切合病机，故获良好疗效。（李寿山主编．李寿山医学集要．大连：大连出版社，1992. 316～317）

2. 廖世煌医案一小柴胡汤合白虎汤加减治疗甲状腺功能亢进症突眼肝火夹痰证。

冯某，女，29岁。诊见：双侧眼球突出，目赤肿痛，形体消瘦，烦躁易怒，心悸，手震颤，多汗烦热，口苦，多食，失眠。舌红，苔黄，脉弦数。查甲状腺功能： T_3 、 T_4 、 FT_3 、 FT_4 均明显升高，TSH 下降。突眼度：左眼 21mm，右眼 20

mm。诊断为甲状腺功能亢进症突眼。辨证为肝火夹痰证。治予疏肝清火，凉血化痰明目。方以小柴胡汤合白虎汤加减。药用：柴胡、知母各 12g，黄芩、生地黄、丹皮、蒺藜、夏枯草各 15g，太子参、石膏、车前子各 30g，白芍、酸枣仁各 20g。每日 1 剂，水煎 2 次分服。治疗 2 个月。

二诊：测甲状腺功能正常，突眼度下降至左眼 16mm，右眼 15 mm。继续服药巩固疗效。

〔按语〕 临床辨证论治甲状腺功能亢进症，注意甲状腺功能亢进症病因病机的复杂性，要在整体观的指导下，结合全身证候精辨病机，合理选方，斟酌用药，除此以外，还应重视局部证候的辨证论治，以仲景学说为主线，以经方为核心，寓防于治，尤其重视顾护胃气，畅通气血。（张鹏，高红霞．廖世煌运用金匱方辨证治疗甲亢的经验．湖北中医杂志．2006，28（4）：27）

3. 张博明医案—白虎加人参汤治疗甲状腺危象热盛津伤证

杨某，女，26 岁。因患“甲状腺功能亢进症”病在我院门诊服药后于 1986 年 4 月 26 日收住院手术治疗。手术顺利。术后 24 小时左右患者突然烦躁不安、谵妄、腹泻水样便数次，且高热、口渴喜饮，大汗淋漓，舌红而少津、苔黄，脉数而虚大无力。诊断为“甲状腺功能亢进症”术后并发甲状腺危象。中医辨证为阳明热盛，气津两伤。治宜清热除烦，益气生津。遂投：生石膏 100g，知母 10g，炙甘草 6g，粳米 15g，人参 10g。速煎 1 剂口服，上症迅速减轻，再投 3 剂善后，诸症消失，治愈出院。（陈明主编．伤寒名医验案精选．北京：学苑出版社，1998. 276）

〔按语〕 本案辨证阳明热盛，气津两伤，故以白虎加人参汤获效。说明经方治疗急危重症只要方证对应，辨证精当，效如桴鼓。

4. 万有生医案—桂甘龙牡汤合玉屏风散加减治疗甲状腺功能亢进症

陈某，男，40岁。1978年1月10日初诊。患甲状腺功能亢进症已3年。素体怕热，近时转为怕冷，发作频繁，发作时，两手震颤，甚至全身抽筋，同时寒振蜷卧，缩入阴筋，颈项背部筋脉拘急不舒，手心出汗，头晕面浮心悸，急躁易怒，怒则发作尤甚，冬天发作更多，发作多在深夜睡醒时，腰痛遗精阳痿，视力和记忆力减退，虽能食而乏味，大便先硬后溏，口不干渴，晨起时吐白痰，舌质淡红，脉左细弱而右稍弦。投以桂甘龙牡汤合玉屏风散加减：桂枝10g，甘草10g，生龙牡各60g，生黄芪15g，防风10g，白术15g，白芍15g，葛根30g，桑寄生30g，珍珠粉1g。连服5剂，怕冷减轻，口味好转，大便成形，虽有一次轻微发作，但不怕冷，也不缩阳。二诊守方再进5剂，病情本已不断改善，由于出差停药1个多月，又先后发作2次，虽仍手颤抽筋，但怕冷缩阳见好，脉象稍呈弦数。三诊守上方加龟胶、鳖甲各15g，百合、代赭石、小麦、红枣各30g，川、怀牛膝各10g，再进5剂，未再发作，但有时感到心沉如坐电梯然。四诊投以龟胶15g，鳖甲15g，生龙牡各30g，白芍15g，甘草10g，五味子5g，枸杞子15g，桑寄生30g，党参30g，黄芪30g。再进5剂，已有3周末再发作，心沉感觉减少，背部筋急酸痛和阳痿均好转，精神转佳。五诊嘱守上方长服以巩固疗效。

〔按语〕 本案属气阴两虚之候，但从平时怕冷和发作时寒振缩阳，并伴有虽能食而乏味吐痰不渴，大便先硬后溏阳痿等症来看，显然偏于阳气虚。故初诊采用桂甘龙牡汤合屏风散等温补阳气，镇定神魂为主，初服5剂，即获显效。二诊守方继服5剂后，虽因出差停药日久而复发，但怕冷和缩阳仍然见好。三诊由于脉象稍呈弦数，故加入龟胶、鳖甲等以兼养其阴，更服5剂，即未再发作。最后则采用气阴双补之法以善后

巩固疗效。(王鱼门主编. 万有生医案选. 上海: 上海中医药大学出版社, 1997. 309~310)

5. 阳怀来医案—桂枝甘草龙骨牡蛎汤治疗甲状腺功能亢进症气阴两虚证

袁某, 女, 35岁, 工人。1989年3月16日就诊。多食易饥、形体逐渐消瘦, 心悸气短, 烦躁易怒, 汗出乏力, 颈项肿大, 手足震颤, 目珠突出1年半。检查: 体重45kg, 心率120次/min, 心尖区可闻及Ⅱ级收缩期杂音, 甲状腺Ⅰ度肿大, 双眼球突出, 手颤, 脉沉无力, T_3 、 T_4 明显高于正常范围。曾服甲疏咪唑、普萘洛尔等西药治疗2个月, 未见明显好转, 近3个月来上症加重, 故来诊。证属瘰病(气阴两虚)。方用桂枝甘草龙骨牡蛎汤加减。药用: 桂枝10g, 甘草10g, 龙骨、牡蛎各20g(先煎), 夏枯草10g, 石菖蒲10g, 参须10g。连服30剂, 症状、体征均减轻, 随症稍作调整再进15剂后, 诸症悉除, 体重增加4kg, 心率维持在75~82次/min, 后调理治疗1个月而告愈。随访3年, 复查 T_3 、 T_4 (每年1次)2次均正常, 至今未见复发。

[按语] 甲状腺功能亢进症多属于中医“瘰病”范畴, 病始虽多由于情志失调、痰湿凝结, 但其病程冗长, 症状反复, 多发展成“阴盛”的病理, 阴盛则阳虚, 故阳虚乃本病潜在的病理因素。心为君主之官, 虚则心失所养, 不能藏神, 则心阳先虚, 心神浮越, 调整阴阳平衡乃关键所在。桂枝甘草龙骨牡蛎汤中桂枝、甘草温通心阳, 调和营卫, 促进机体功能达到阴阳平衡; 龙骨、牡蛎镇浮越, 安心神, 止惊悸。互相配伍, 不独阳固阴守, 且能甘温补虚。随证加减, 药证合拍, 方能奏效。(阳怀来. 桂枝甘草龙骨牡蛎汤治疗甲状腺功能亢进症38例. 湖南中医杂志, 1996, 12(2): 40)

6. 金克勤医案—真武汤治疗老年性甲状腺功能亢进症脾肾阳虚证

胡某某，女，75岁。2000年4月因出现不明原因消瘦，全身易出汗，激动，一般活动后自感心悸、胸闷、接气困难，继而出现双下肢踝部凹陷性浮肿等症状。经检查：一般情况差，消瘦，心率120次/min，快慢强弱不一，双下肢踝部凹陷性浮肿。实验室检查：血清甲状腺素总量（TT₄）、三碘甲状腺氨酸总量（TT₃）均超过参考值。心电图：P波消失，代之一系列大小不等、形态不一的颤动波，频率400次/min，QRS形态为室上性，P-R间期绝对不规则。心电图显示：心房纤颤。诊断：老年性甲状腺功能亢进症性心脏病。经过近2年的规范治疗，甲状腺功能亢进症已得到控制，但心房纤颤未纠正，先后采用洋地黄制剂（西地兰0.4mg静注，地高辛0.125mg，每日1次）和钙拮抗剂（普罗帕酮静推和口服），心室率仍在120次/min。心电图示：心电图大致正常，心房纤颤。患者仍感心悸，上楼时呼吸困难，双踝部浮肿，舌体胖、边有齿印，在服用地高辛0.125mg，每日1次和美托洛尔12.5mg，每日1次的基础上，遂加用真武汤原方。每日1剂，水煎，日3服。10剂后症状改善。心电图示：窦性心律。守方善后。

〔按语〕真武汤主治脾肾阳虚、水气内停，功能温阳利水、温脾肾、振阳气。中医认为，水之所制在脾，水之所主在肾，肾阳虚不能化气利水，脾阳虚不能运化水湿，水气凌心则心悸。现代医学认为，老年性甲状腺功能亢进症引起的心力衰竭，心房纤颤是甲状腺素持续增多，心脏处于负荷过重，心肌耗氧量增大，心肌细胞中钠泵活性多，增加了Ca²⁺-ATP酶活性，加快了心脏对交感神经反应。用真武汤治疗效果满意，说明中药在治疗难治性疾病中具有独特疗效。（金克勤·真武汤治疗老年性甲亢持久性心房纤颤体会·实用中西医结合临床，2002，2（6）：35）

六、临证心得

甲状腺功能亢进症以颈部肿块、心悸等为主要临床特征，仲景虽未单列瘰病，但可从心悸、虚劳等病篇中得到启示。证候要素主要为痰、郁、虚，治宜解郁化痰、安神定志、益气养阴为主。经方如桂枝甘草龙骨牡蛎汤、柴胡加龙骨牡蛎汤、小柴胡汤、白虎加人参汤、酸枣仁汤、黄连阿胶汤、硝石矾石散、抵当汤、竹叶石膏汤、大黄黄连泻心汤、小陷胸汤、栀子豉汤等，均可酌情加减应用。

在应用经方治疗时，应根据患者具体情况灵活加减，并适当增加消癭散结等方面的药物，如夏枯草、玄参、贝母、生薏仁、穿山甲、牡蛎、黄药子等，常可更快地消除症状，增强疗效。

甲状腺功能亢进症的治疗应注意结合现代医学的相关指标和心理调适，如配合西药治疗应注意疗程和副作用，剂量方面使用中药的患者一般均可减少西药用量。

第二节 甲状腺功能减退症

一、概 述

甲状腺功能减退症是由于多种原因引起的甲状腺激素合成、分泌或生物效应不足所致的内分泌疾病。可发生于多种年龄，一般以20~50岁之间为多见。起病缓慢，多见于女性，尤以中老年女性多见，男女发病比例为1:4.5。甲状腺功能减退症可分为原发性和继发性两大类。前者约占90%以上，是由于先天性或获得性的某些原因使甲状腺组织发育不良、破坏、萎缩、酶代谢障碍而引起的甲状腺功能低下。甲状腺功能减退症以畏寒、精神萎靡、少汗、动作缓慢、肌肉无力、嗜

睡、性功能减退等为主要症状，严重的表现为黏液性水肿。其症状表现视发病年龄、病程长短及病情严重程度而有不同，如功能减退起于胎儿期或出生不久的新生儿，称为呆小症；如始于发育前儿童期称为幼年甲状腺功能减退症；功能始于成年期称为成人甲状腺功能减退症。

根据临床特点，本病中医属“虚劳”、“水肿”、“五迟”等范畴，多由脾虚肾亏、五脏虚损所致。

二、诊 断

1. 甲状腺激素减少引起机体各系统功能减低及代谢减慢，病情较严重时，出现典型的甲状腺功能减退症临床症状。一般表现为畏寒、软弱无力、少汗、疲乏少言、嗜睡、智力减退。成人型甲状腺功能减退症全身各系统的典型症状如：心悸、便秘、贫血、性欲减退、肌肉疼痛无力、水肿、记忆力减退等。主要体征有：表情淡漠、体温偏低、面色萎黄、发育不良、四肢凹陷性水肿、血压低，甚或呼吸浅慢、昏迷。

2. 甲状腺功能检查： FT_3 、 FT_4 、TSH 以及 TRH 兴奋试验。在此基础上尽可能作出病因诊断。

3. 对于实验室检查依据不足但临床表现疑似甲状腺功能减退症者，若无禁忌情况，可以考虑用甲状腺制剂进行治疗试验。严格按照规定用药后自觉症状及客观指标均有好转者可诊断为甲状腺功能减退症。

三、辨证治疗

1. 脾胃虚弱证

主证：精神不振，肌肉无力，动作迟缓，倦怠懒言，纳谷不香，嗜睡，舌质黯淡，苔薄白，脉弱。

治法：益气健脾和胃。

方剂：人参汤合黄芪建中汤加减。

人参 10g, 干姜 6g, 白术 10g, 黄芪 50g, 白芍 12g, 桂枝 6g, 炙甘草 6g, 大枣 12 枚 (擘), 陈皮 6g, 菖蒲 6g。

加减: 身面水肿合五苓散; 嗜睡明显加佩兰, 重用菖蒲; 畏寒怕冷加制附子、巴戟天; 大便稀溏加山药、莲子。

2. 气血亏虚证

主证: 面色无华, 纳呆, 倦怠乏力, 心悸气短, 月经不调, 或见消瘦, 心烦口渴, 反复感冒, 舌质淡, 苔薄白, 脉细弱。

治法: 益气养血。

方剂: 薯蓣丸加减。

山药 30g, 桂枝 6g, 桔梗 6g, 白芍 10g, 生地黄 12g, 川芎 6g, 当归 6g, 白敛 3g, 干姜 6g, 大豆黄卷 10g, 麦门冬 6g, 茯苓 6g, 党参 6g, 阿胶 9g (烔化), 防风 3g, 大枣 12 枚 (擘), 神曲 6g, 白术 6g, 杏仁 6g, 柴胡 3g。

加减: 月经量少、色淡, 加何首乌、枸杞子、桑椹子; 心烦明显加柏子仁、枣仁、百合、合欢花; 乏力明显加黄芪、黄精。

3. 气虚血瘀证

主证: 面色晦黯, 倦怠乏力, 口渴不欲饮, 肢体麻木疼痛, 或见浮肿、腹中胀痛、小便不利。舌质黯淡, 苔薄白, 脉细涩。

治法: 益气活血。

方剂: 黄芪桂枝五物汤合当归芍药散加减。

黄芪 30g, 桂枝 10g, 白芍 10g, 当归 6g, 白芍 10g, 茯苓 10g, 白术 10g, 泽泻 6g, 川芎 6g, 生姜 18g, 大枣 12 枚 (擘)。

加减: 乏力明显加党参、炙甘草; 肢体麻木疼痛加鸡血藤、苏木、路路通; 小便不利、浮肿明显重用茯苓、泽泻, 加车前子、牛膝。

4. 心肾阳虚证

主证：心悸喜按，胸闷胸痛，神疲乏力，面色㿔白，头晕目眩，畏寒肢冷，腰膝酸软，夜尿频多，面浮肢肿，或小便不利，舌淡嫩，苔白滑，脉沉迟或结代。

治法：温阳益肾。

方剂：桂枝甘草汤合真武汤。

桂枝 6g，炙甘草 6g，制附子 6g，茯苓 9g，白术 6g，生姜 9g，白芍 9g。

加减：心悸明显重用茯苓、炙甘草；浮肿明显重用制附子，加猪苓、泽泻；乏力明显加人参、黄芪；胸闷胸痛加川芎、泽兰、元胡；畏寒肢冷明显重用制附子，加干姜。

四、名 医 经 验

赵进喜：甲状腺功能减退症的主要病机是少阴阳虚，肾阳虚衰，命门不足。肾阳是生命活动的原动力，命火是人体生命活动的源泉。肾为先天之本，内藏元阳真火，温养五脏六腑。肾阳虚衰则五脏之阳虚，命门不足则周身之阳衰。肾阳不足，命门火衰，火不生土，土不制水反为所侮，脾阳受伤，出现脾肾阳气俱伤；肾阳虚衰，不能温煦心阳，而致阴寒内盛，血行瘀滞，水湿停留，则会形成心肾阳虚。肾阳不足，命门火衰，日久则阳损及阴，也可表现为阴阳两虚之证。肾阳不足证可予济生肾气丸、五子衍宗丸；脾肾阳虚以理中汤合右归丸；心肾阳虚证用真武汤合保元汤；阴阳两虚用肾气丸。（赵进喜主编．内分泌代谢病中西医诊治．沈阳：辽宁科学技术出版社，2004：80～86）

冯建华等：以真武汤、五苓散、苓桂术甘汤加减治疗甲状腺功能减退症阳虚湿盛证，药用：黄芪 30g、白术 15g、茯苓 30g、桂枝 10g、熟附子 12g、干姜 9g、泽泻 15g、苍术 15g、陈皮 10g、人参 9g、车前子 30g、（包煎）、薏苡仁 30g、炙甘

草 9g; 以参附汤合桂枝甘草汤加减治疗阳微欲脱、气阴两竭证(甲状腺功能减退症危象), 药用: 熟附子 12~15g (先煎)、人参 10g、桂枝 10g、干姜 10g、炙甘草 15g、五味子 10g。(冯建华, 郭宝荣主编. 内分泌及代谢病的中医治疗. 北京: 人民卫生出版社. 2001, 103~104)

王明秀: 中西医结合治疗甲状腺功能减退症性心脏病 40 例。症见: 心悸、乏力、气短、胸闷、怕冷、少汗、精神萎靡、语言低微、浮肿、舌质淡、脉迟缓等, 辨证属心气不足, 脾肾阳虚之证。药用桂枝甘草汤加味: 人参 10g, 黄芪 30g, 附子 10g, 桂枝 10g, 甘草 20g。水煎早晚分服, 每日 1 剂。“补后天之气莫如人参, 补先天之气莫如附子”, 方中人参、黄芪扶正益气以补后天之气虚; 附子温阳通脉以助肾阳, 壮命门之火; 桂枝、甘草通阳化气以助升发, 甘草又可解附子之毒, 抑其不良反应, 共达益心气、温肾阳之功, 利在治本。有浮肿或心包积液者加白术、茯苓, 经少或经闭加益母草、丹参, 血红蛋白偏低加当归。连服 30 天为 1 疗程。总有效率 95%。(王明秀. 中西医结合治疗甲状腺功能减退症性心脏病 40 例. 医学理论与实践, 2000, 13 (9): 566)

陈洁: 中医学认为甲状腺功能减退症的主要病机是肾阳虚衰, 阳气不运, 气化失司, 开阖不利, 以致水湿、痰浊和瘀血等阴邪滞留, 出现全身功能低下的寒象, 同时有面色晦黯、精神委顿, 甚则意识昏懵、眩晕, 少尿或尿闭, 全身水肿等。肾为先天之本, 中寓元阳真火, 人身五脏诸阳皆赖肾中元阳以生发, 肾阳虚衰可使其他脏腑阳气衰弱, 临床可见多脏器功能低下的表现。临床治疗急予温补肾阳, 方以右归饮合真武汤加减为基本方。方中附子、肉桂、仙灵脾温补肾阳以治阳虚之本; 人参以补气复脉; 茯苓、干姜温脾化湿, 佐补肾之品以行水; 山茱萸、菟丝子补肾益精; 熟地黄、枸杞、杭芍滋阴补肾以阴中求阳, 并可防药物过燥; 炙甘草健脾补中。以上药物共奏温

补阳气、益气养血、行水消肿、固脱救逆之效。(吴大真,高淑艳,刘学春,等主编.现代名中医甲亢甲减治疗绝技.北京:科学技术文献出版社.2005.200)

五、医案精选

1. 张伯臾医案—越婢汤合五苓散加减治疗甲状腺功能减退症肾阴阳两虚证

王某某,女,56岁。1976年2月27日初诊。遍体浮肿10余年,皮肤板紧,按之无凹陷,毛发脱落,1周来尿量减少,腹胀加剧,卧床不起,口臭便秘,言语欠清,语音低哑,面红肢冷畏寒,脉弦滑。西医诊断:甲状腺功能减退症。辨证肾阴阳两虚,水湿聚集皮肤,肠夹湿滞郁热,治本宜调肾,治标宜导滞泄水。方用越婢汤合五苓散加减。药用:仙茅24g,仙灵脾15g,炒知柏各6g,全当归15g,净麻黄6g,生石膏30g,炙甘草3g,猪茯苓各15g,福泽泻18g,上官桂3g,生大黄9g(后下)。14剂。

二诊:1976年3月12日。浮肿明显消退,已能起床自由活动,步履轻快,肢体温暖,口臭已除,腑气通畅,小便量多,语清言响,皮肤已由板紧转为皱软,脱发如前,脉沉弦,苔薄白质淡。仍以调补肾脏以治本。药用:仙茅24g,仙灵脾15g,炒知柏各9g,全当归15g,巴戟肉12g,大龟板30g(先煎),炙鳖甲30g(先煎),制熟地黄15g,桂枝6g,猪茯苓各15g,福泽泻18g,济生肾气丸12g(包煎)。14剂。出院带回服用。

〔按语〕本例为甲状腺功能减退症(原发性)、黏液性水肿。观其行,一身悉肿,近其旁口臭逼人,舌红苔腻,按脉弦滑,且有便秘,标实可知;听其音,音息低哑,并见尿量减少,面红畏寒肢冷,又属虚候。故用越婢汤、五苓散合滋肾通关丸,助气化而泄水湿,生大黄导湿滞而清郁热,治其标也;

用二仙汤调补肾脏阴阳，以图其本。虽已取效，尚未除根，因患者不愿用西药，故予调补肾脏阴阳之剂合五苓散带服用，并嘱长期进服济生肾气丸，观察变化。（严世芸，郑平东，何立人主编．张伯臾医案．上海：上海科学技术出版社，1979.154~155）

2. 梁贵山医案—真武汤合炙甘草汤加减治疗甲状腺功能减退症心脾肾阳虚证

苏某，女，53岁，1993年5月7日初诊。自述全身浮肿，畏寒怕冷，四肢无力1年，近几天心慌气短，胸部憋闷。检查：表情淡漠，声音嘶哑，皮肤粗糙，面部浮肿，口唇增厚，下肢凹陷性水肿，舌质淡苔白体胖有齿痕，脉沉细无力。心率64次/分，心音低钝而远，血压12.7/10.6kPa，心电图：各导联低电压，T波低平。X线胸大片：心影向两侧扩大呈烧瓶状。心动超声：心肌外液性黯区环绕心脏，最宽处约18mm。甲状腺摄¹³¹I率明显低于正常。 $T_3 < 0.5\text{ng/ml}$ ， $T_4 < 0.2\text{ng/ml}$ 。诊断：甲状腺功能减退症、甲状腺功能减退症性心脏病、心包积液。治疗：甲状腺素片，每天30mg，早晨1次顿服。中医辨证属心脾肾阳虚，治以温阳利水，补肾健脾。拟以真武汤合炙甘草汤加减。处方：熟附子10g，茯苓、白术各15g，党参30g，桂枝、干姜、鹿角胶各10g，生黄芪30g，炙甘草9g。水煎服。每日1剂。3剂后症状稍减，守原方又服5剂，患者浮肿畏寒、胸闷气短大减，脉沉，舌质淡，苔薄黄，原方加当归、生地黄各10g，以增加滋阴助阳之力。连服30剂，诸症消失，精神充沛，各种化验检查正常，能参加一般工作，嘱其服金匮肾气丸，每日2次，每次1丸，以巩固疗效，随访4个月无复发。

〔按语〕 患者心肾阳虚，心失温养鼓动，故心悸；胸阳不展，故心胸憋闷、气短；脾肾阳气虚衰，不能温煦形体，则畏寒肢冷；肾阳虚，无以温化水液，泛滥肌肤，则见面浮肢肿；

舌质淡苔白体胖有齿痕，脉沉细无力为心脾肾阳虚之征。治宜温阳利水，补肾健脾。方中熟附子、桂枝、干姜温补阳气；茯苓、白术、党参、生黄芪、炙甘草益气健脾；茯苓健脾渗湿，以利水邪；白术健脾燥湿，以扶脾之运化；鹿角胶补肝肾，益精血。8剂后，浮肿畏寒、胸闷气短大减，加当归、生地黄滋补阴血，以阴中求阳。又连服30剂，诸症消失。（田元祥，赵建新，李立，等主编：内科疾病名家验案评析，北京：中国中医药出版社，2002.255~259）

3. 周文献医案一加味金匱肾气汤治疗甲状腺功能减退症脾肾阳虚夹瘀证

高某，男，46岁。患者5年前患慢性淋巴细胞性甲状腺炎，曾用激素和抗甲状腺药物治疗，3月后出现畏寒怕冷，疲乏嗜睡，少气懒言，周身虚肿，用甲状腺片替代治疗，甲状腺片用量为160mg/日，诱发心绞痛频繁发作，伴多源性室内期前收缩。症见：畏寒肢冷，肌肤蜡黄，乏力嗜睡，反应呆钝，心胸满闷，食少腹胀，皮肤粗糙如鳞甲，毛发脱落，舌紫苔白，脉沉微而结。 T_3 0.37 μ mol/L， T_4 43.6 μ mol/L，TSH84 μ u/ml，胆固醇18.4mmol/L，甘油三酯3.27mmol/L。心电图：广泛心肌缺血。西医诊断：甲状腺功能减退症合并冠心病。辨证：脾肾阳虚，气虚血瘀。治以补肾温阳，益气活血。方用加味肾气汤加减：制附子10g，肉桂10g，山茱萸10g，山药30g，茯苓15g，泽泻10g，丹皮6g，巴戟天10g，补骨脂10g，淫羊藿10g，当归10g，炙甘草6g，郁金10g，石菖蒲10g。每日1剂。甲状腺片减为80mg/日，1月后诸症缓解。随证加减，2日服用1剂，甲状腺片再减量至30mg/日维持治疗，再治1个月，病情稳定，未再出现心绞痛和心律失常， T_3 恢复到1.42 μ mol/L， T_4 127.6 μ mol/L，胆固醇6.4mmol/L，甘油三酯1.52mmol/L。

〔按语〕 甲状腺功能减退症中医属虚劳范畴，病机是元阳

虚损,脏腑功能衰退、精血生化不足,以病势缠绵、诸虚不足、五脏交亏、辗转传变为特点,而以肾虚为主导环节,补肾温阳中药并不含有甲状腺激素,而是通过补肾温阳,改善甲状腺本身的功能,提高基础新陈代谢率,来调整阴阳平衡,补益精髓气血,促进和调节机体的内分泌功能,而起到改善临床症状的作用。现代医学采用甲状腺制剂终生替代疗法治疗甲状腺功能减退症,每日维持剂量为甲状腺片 90~180mg/日,部分甲状腺功能减退症患者对甲状腺片耐受性较差,不少病例合并心脏损害,在应用甲状腺片时,可使心肌兴奋性增加,增加耗氧量,诱发心绞痛、心律失常,甚至发生心肌梗死和心力衰竭。以加味肾气汤为主配伍小剂量甲状腺片治疗甲状腺功能减退症,把中医辨证论治和西医辨病论治有机结合起来,取长补短,标本兼治,故疗效满意。(周文献. 加味金匱肾气汤治疗原发性甲状腺功能减退症. 光明中医, 2001, 16 (4): 41~42)

4. 王森源医案—真武汤治疗甲状腺功能减退症脾肾阳虚证

姚某,女,42岁,工人。1982年4月8日初诊。全身浮肿2年,以颜面、下肢为甚,畏寒肢冷,食少纳呆,面色苍白,肢体乏力,毛发稀少,表情冷漠,大便干结,小便不利,舌质淡红,苔薄白腻,脉细弱。既往有甲状腺功能亢进症手术史。西医诊为甲状腺功能减退症、黏液性水肿。用西药治疗无明显好转。辨证为脾肾阳虚,气不化水,水湿内停,泛滥周身。治宜温壮肾阳,散寒行水。方用真武汤加味:熟附子 9g,茯苓 30g,车前草、白芍各 15g,淫羊藿 18g,巴戟天、白术、熟地黄、当归各 12g,砂仁、生姜各 6g。服药 10 剂,水肿减轻,精神略振,唯时时有畏寒肢冷。守方加鹿角霜 10g、肉桂 6g,以温补肾气,引火归元。服至 80 余剂,水肿、恶寒、便秘诸症告退。复查基础代谢率、甲状腺摄¹³¹I率,血清总 T₃、

T_4 等接近正常水平, 后以益肾健脾、扶正固本之法调治而愈。
(王森源. 经方治疗水肿病七法. 湖北中医杂志, 2001, 23 (9): 24)

〔按语〕 本案以真武汤加減溫腎行水, 切合病机, 疗效显著。甲状腺功能减退症临床以脾肾两虚为多, 治疗重在温振阳气、健脾补肾, 常可取得满意疗效。

5. 罗跃东医案—肾气丸治疗甲状腺功能减退症脾肾阳虚证

杜某, 男, 35 岁, 乡村医生。1996 年 3 月 10 日初诊。自述患甲状腺功能低下 6 年。一直服用甲状腺素片治疗。近半年来, 因惧怕长期服用西药出现副作用, 欲用中药替代治疗。曾延医多人, 疗效不显, 遍试验方, 收效甚微。现证: 精神萎靡, 情绪低弱, 头昏头沉, 腰酸腿软, 下肢硬肿, 步履沉重, 畏寒恶热、心烦口干、呕恶畏食、神疲乏力, 舌质淡红, 苔白腻, 脉沉缓。甲状腺功能测定: T_3 1.5mmol/l, T_4 4.46mmol/l, TSH10mu/l。辨证: 脾肾阳虚, 气化无力, 湿停血瘀, 升降失常。治宜温补脾肾, 化湿活血。方以肾气丸加減。药用: 熟地黄、山药、山萸肉、白术各 15g, 茯苓、泽泻、丹皮、防己、桃仁、红花、菖蒲各 10g, 附子、肉桂、栀子各 6g, 黄芪、益母草、夜交藤各 30g, 水煎服日 1 剂 2 次分服。服用 6 剂后精神好转, 诸症减轻。再服 10 剂, 康复如初。继予金匱肾气丸口服巩固疗效。

〔按语〕 本案从一个侧面展示了肾气丸的神奇功效, 体现了辨证论治的精神。提示人们在借鉴现代中药研究成果的同时, 不要被其所困, 而应在中医理论指导下, 大胆创新, 如是则能收到出奇制胜的效果。(罗跃东. 金匱肾气汤治验三则. 陕西中医, 2003, 24 (4): 367)

6. 曲瑰琦医案—乌头赤石脂丸治疗甲状腺功能减退症心肾阳虚证

患者，女，反复发作肌肉疼痛6年，加重2个月。患者于1991年元旦因甲状腺结节行部分切除术。术后出现腓肠肌及肋间肌肉疼痛，按之痛甚，咀嚼肌也时有痉挛，出现阵发性紧咬牙关之症。眼睑呈非凹陷性浮肿，面部有黄色瘤。曾出现过数次低血糖性休克，少汗，大便秘结（7~8日1次）。心电图示心肌供血不足。今年6月因左踝部扭伤行小针刀手术。术后左踝部青紫浮肿，多日方消，后左下肢腓肠肌外侧肌肉疼痛加重且发凉，久站则痛甚，至夜多次出现腓肠肌痉挛“肌丘”现象。在某医院进行实验室检查，血钙无异常，甲状腺检查异常，诊断为甲状腺功能减退症。查体：舌质紫滞，舌苔白，干燥少津，脉细缓；血压90/60mmHg，心率58次/分。中医诊断：痛痹。证属心肾阳虚，心气亏虚，血脉运行不畅，阴寒内盛，筋脉失养。治宜温阳益气，活血通痹。处方：附子5g，蜀椒、川芎各6g，当归、桃仁、木香各10g，丹参、党参各20g，生黄芪30g。3剂后，腓肠肌及肋间肌肉疼痛减轻，大便仍秘结，上方加肉苁蓉10g，继进7剂。药后腓肠肌痉挛疼痛、咀嚼肌痉挛均消失，腿自觉有力，大便正常。上方再服10剂，药后眼睑非凹陷性浮肿消失，面部黄色瘤较前缩小，舌质淡红苔白。上方继服7剂，半年后随访，未出现肌肉痉挛、疼痛，未出现低血糖性休克。（曲瑰琦·乌头赤石脂丸方的临床应用·中国医药学报，1998，13（2）：49）

〔按语〕 本案病程已久，阴寒内盛，心肾阳虚，故投乌头赤石脂丸加益气活血等品，对于患者症状的改善效果满意，体现了中医治疗的优势和经方的疗效。

7. 李书香医案一当归四逆汤加减治疗甲状腺功能减退症
血虚寒滞证

杨某，女，22岁。2001年12月10日初诊。主诉四肢麻木、震颤4年，曾按癫痫治疗无效。两年前经上海某医院诊断为“自免性甲旁低症”。经用多种钙剂，症状仍时有发生。诊

见：面色暗滞，四肢麻木，软弱无力，时有震颤，不能握笔，每遇冬季或月经期加重，甚则上肢端呈鸡爪状，肢端发冷，思维迟钝，记忆力下降，舌黯红，苔薄白，脉细。实验室检查：血钙 1.7mmol/L，血磷 1.5mmol/L，面神经叩击试验及束臂加压试验均为阳性。证属血虚感寒，脉络瘀滞，经脉失养。治当养血温经，通络熄风。方以当归四逆汤加减。药用：当归 20g，白芍 30g，桂枝 30g，细辛 10g，川芎 20g，炙甘草 15g，大枣 12 枚，黄芪 40g，炮附子 20g，煅龙骨 30g（先煎），全蝎 10g。10 剂，水煎服。

二诊：药后四肢渐觉有力，震颤减少，抽风消失，唯在月经期稍感麻木，上方加阿胶 15g（烊化），再服 20 剂。

三诊：诸症悉除，复查血钙 2.1mmol/L，血磷 1.3mmol/L。考虑此症乃属顽疾，故取原方 4 倍量（细辛用汤剂 1/5 量），制成水丸，每服 6g，日服 3 次，服用半年，以资巩固。随访至今无恙。

〔按语〕 当归四逆汤出自张仲景《伤寒论》厥阴病篇第 351 条，主治“手足厥寒，脉细欲绝”证。主要病理为血虚受寒，寒凝血脉，血运障碍，肢体失温。所举之例虽不为厥阴病，但病机同是寒在经脉，脉络不利，具有肢厥、脉细、血虚寒厥之辨证要点，故用当归四逆汤加减获效。（李书香，当归四逆汤加减治疗疑难病举隅，河南中医，2005，25（1）：17）

六、临证心得

甲状腺功能减退症的主要证候特征为疲乏无力、精神不振、畏寒、纳呆、少汗、浮肿等。经方治疗应以补益脾肾、温振阳气为主，可参照仲景虚劳病篇论治。常用的经方如肾气丸、人参汤、薯蓣丸、当归四逆汤、四逆汤、黄芪建中汤、真武汤、苓桂术甘汤、五苓散、桂枝汤、柴胡桂枝汤、桂枝甘草汤、乌头赤石脂丸、小建中汤等。

精神不振乃精气亏虚、气血不足，既有“形不足”，又有“精不足”。本病多以阳虚证为主要特点，常表现为多脏器功能衰减。治疗时，在温振阳气的同时应注意填精补血，注意气血、阴阳、精气互生互用的关系。肾为一身阴阳之根本，脾为水谷精微化生之源，故应始终重视健脾补肾。

真武汤、肾气丸在甲状腺功能减退症治疗中应用甚广，对改善症状有显著的疗效。临床应用应根据患者具体情况灵活化裁，服用时间亦相对较长，在辨证的基础上守方治疗可取得较好疗效，病情允许时可改汤为丸长期服用。在健运脾胃、补益气血方面，薯蓣丸亦是不应忽视的良药。惜目前少有厂家生产，可在正规医院制剂室配制。



第四章 肥胖症

一、概述

肥胖症 (Obesity) 是指机体内脂肪组织堆积过多和 (或) 分布异常, 体重增加, 是遗传因素和环境因素共同作用的结果。一般认为, 体重超过标准体重的 20% 者称肥胖, 或体重指数 ($[BMI = \text{体重 kg} / \text{身高 (m)}^2]$) 大于 25, 亚洲成年人称为肥胖。肥胖症与进食过多、能量的摄入超过人体的消耗、多余的营养物质以脂肪形式储存起来使体内脂肪增多和脂肪组织增生等直接有关。无明显病因可寻者称为单纯性肥胖症, 而有明确病因者 (下丘脑综合征、ACTH 腺瘤、糖尿病等) 称之为继发性肥胖症。轻度肥胖症一般无自觉症状, 不被引起重视, 但潜在诸多并发症, 如糖尿病、冠心病、动脉粥样硬化、高血压、通气换气不良、骨关节炎、抵抗力低、应激能力低以及耐受各种手术麻醉能力低等。继发性肥胖症患者同时有原发病的临床表现, 所占比例甚少。在我国, 随着人民生活水平不断提高和饮食结构的改变, 单纯性肥胖逐年增多, 运动量不足、饮食过度 and 饮食结构不合理是造成肥胖的主要原因。最近, 丹麦哥本哈根大学医院的一项研究结果显示, 肥胖可能与患者大脑中的血清素受体水平 “5—T₂A” 增多有关。血清素

受体对体重可能起调节作用。

肥胖症在中医学论述颇丰，在《内经》时代即有记载，后世历代医家均有详细论述。肥胖又被称为“肥人”、“膏人”、“脂人”、“肥满”等，多列属痰湿证论治，其发病与脾虚湿阻、痰浊内蕴、胃肠实热等有关。

二、诊 断

1. 形体肥胖，体重超过标准体重的 20% 以上，体内脂肪超过体重的 25% 以上，体重指数 ≥ 26 （男）或 ≥ 25 （女）
2. 血脂升高，血浆胰岛素升高，胰岛素敏感性下降。

三、辨证治疗

1. 胃肠实热证

主证：食欲亢进，身体肥胖，怕热多汗，口渴欲饮，大便秘结，舌质红，苔黄或黄厚，脉弦滑。

治法：清胃泻热。

方剂：大黄黄连泻心汤合调胃承气汤加减。

大黄 6g，黄连 6g，黄芩 10g，甘草 10g，玄明粉 3g（冲），玄参 15g，夏枯草 15g。

加减：口渴明显加天花粉、生地黄、葛根；心烦口苦加龙胆草、淡竹叶；汗多乏力加太子参、白芍、五味子；胸中烦热合栀子豉汤。

2. 脾虚痰阻证

主证：肥胖臃肿，神疲乏力，肢体困重，心下逆满，头晕目眩，纳谷不香，尿少便溏，或伴身面浮肿，舌质淡胖，苔白腻，脉沉紧。

治法：健脾化湿。

方剂：茯苓桂枝白术甘草汤合泽泻汤加减。

茯苓 15g，白术 12g，桂枝 6g，甘草 6g，泽泻 15g，山楂

15g, 党参 10g, 佩兰 15g。

加减: 苔黄口渴有热者加黄芩, 合小陷胸汤; 苔厚腻者加菖蒲、藿香, 合硝石矾石散; 纳呆乏力明显加炒扁豆、陈皮、炒神曲、炒麦芽, 以荷叶代茶饮; 大便溏者加山药粉、葛根。

3. 气滞血瘀证

主证: 腹满作胀, 身体肥胖, 情志抑郁, 焦虑不安, 心悸乏力, 面色晦黯, 头痛头晕, 或伴肢体胀痛或刺痛, 大便不畅, 舌质黯淡或有瘀点、瘀斑, 苔薄白, 脉细弦或沉弦。

治法: 理气活血。

方剂: 四逆散合下瘀血汤加减。

柴胡 6g, 赤、白芍各 6g, 枳实 6g, 甘草 6g, 桃仁 10g, 土鳖虫 6g, 酒大黄 6g, 路路通 10g, 泽兰 10g, 生牡蛎 30g, 山楂 15g, 蒲黄 6g (包)。

加减: 心悸乏力加党参、柏子仁、琥珀; 胸闷不舒加川贝母、桔梗、降香; 头身疼痛明显加川芎、水蛭; 抑郁不乐加佛手、玫瑰花、绿萼梅、郁金。

4. 痰瘀互结证

主证: 体胖臃肿, 倦怠乏力, 头晕目眩, 或有胸闷胸痛, 或肢体重胀疼痛, 舌质黯淡, 苔薄白或白腻, 脉细弦。

治法: 涤痰化瘀。

方剂: 桂枝茯苓丸合泽泻汤加减。

桂枝 6g, 茯苓 15g, 丹皮 6g, 赤芍 10g, 桃仁 10g, 水蛭 10g, 半夏 6g, 泽泻 12g, 白术 15g, 路路通 10g。

加减: 胸闷痛合瓜蒌薤白半夏汤, 加三七粉 (冲); 乏力明显加太子参、黄芪; 下肢疼痛加鬼箭羽、地龙、乌梢蛇、白芷、威灵仙、牛膝等。

四、名医经验

冯建华等: 中医学认为肥胖的发生与体质、饮食、活动、

情志及脏腑功能失调有关，涉及肝、脾、肾及三焦，肝脾不和，脾肾气虚，不仅可造成膏脂、痰浊、水湿停聚，又可使气机失畅，脉道不利，成为气滞或血瘀之变。其病理性质为本虚标实，脾肾亏虚为本，膏脂痰浊、水湿血瘀为标。经方治疗肥胖症有较好的疗效，如脾虚痰盛型可予防己黄芪汤合苓桂术甘汤加减；肝气郁结型以大柴胡汤加减；脾肾阳虚型以真武汤合防己黄芪汤加减；肝肾阴虚型以杞菊地黄丸（肾气丸加减方）加减。（冯建华，郭宝荣主编．内分泌及代谢病的中医治疗．北京：人民卫生出版社，2001.425）

陶丽华：以具有清、消、通、疏等特点的经方治疗肥胖症取得了满意的疗效。认为防己黄芪汤益气健脾、清热利湿，用于虚证肥胖症病人加茯苓 30g，决明子 30g，使人能感到精神爽朗，步履轻便；大柴胡汤有内外兼顾，表里双解和通便的功效，临床用于虚证肥胖症病人加荷叶 30g，藿香 15g，茯苓 30g，决明子 30g。屡治效果明显，腹部脂肪大减，使人感到身体轻灵活跃；桃核承气汤加生山楂 30g、决明子 30g、丹皮 10g、山栀 10g 等降脂减肥、疏通壅滞之品，用于肥胖症实证、内分泌失调者效果卓著，能使人体轻便畅；桂枝茯苓丸不仅具有祛瘀化癥之功效，更具有降脂减肥的作用，改善微循环，使人感到胸腹轻松自如；泽泻汤酌加生山楂 30g，决明子 20g，天麻 10g，半夏 10g，杭白菊 10g，绞股蓝 30g 等，不仅近期观察眩晕好转，而且连续服用数月，高血压、血脂、肥胖改善，远期疗效肯定。通过临床观察，对于肥胖症高血压伴眩晕者，泽泻汤具有升清降浊、健脾利湿、降脂减肥作用，能使人感到头脑清醒，步履轻便。（陶丽华．经方治疗肥胖症的体会．浙江中医学院学报，2003，27（5）：26）

阚方旭：脾主运化，主四肢，脾运失司，湿聚蕴痰，渐成瘀浊，肥胖乃成。脾虚湿阻可予苓桂术甘汤、五苓散、防己黄芪汤、防己茯苓汤、泽泻汤；湿热蕴结可予茵陈五苓散、茵陈

蒿汤、麻黄连翘赤小豆汤；痰瘀内阻可予当归芍药散、桃核承气汤、硝石矾石散、抵当汤；痰热内壅可予小陷胸汤、瓜蒌薤白半夏汤合升降散；肠胃郁热可予葛根芩连汤、大黄黄连泻心汤、调胃承气汤、白虎加人参汤；肝郁气滞者以四逆散、小柴胡汤、大柴胡汤。随证化裁，师其法而不泥其方。本病多为本虚标实，应注意扶正祛邪，不可专事攻伐，并酌加芳香醒脾、升举中阳、化浊通络之品，可提高疗效。

五、医案精选

1. 张伯臾医案—越婢汤合防己黄芪汤加减治疗肥胖症水湿停滞证

黎某，女，成。1973年3月30日初诊。肥胖6~7年，1年来体重明显增加，达84kg，某医院诊断为水潴留性肥胖症。平时尿多则肿减，疲劳则加剧。顷诊：面目全身浮肿，肢软乏力，口干，脉细，舌苔薄腻边黯。辨证：脾肾两虚，水湿积聚，郁久化热。拟越婢汤合防己黄芪汤加减。药用：麻黄9g，生石膏18g（先煎），生甘草4.5g，生姜皮3g，大枣7枚，生黄芪12g，汉防己12g，炒白术12g，仙灵脾12g，赤小豆30g。7剂。

二诊：药后得汗，浮肿减轻，但尿少，胸闷乏力，苔薄腻舌边黯。守法再进：麻黄9g，生石膏18g（先煎），生甘草3g，生姜皮3g，大枣7枚，生黄芪12g，汉防己12g，炒茅白术各9g，茯苓12g，仙灵脾12g，车前子30g。14剂。

三诊：1973年4月24日。药后体重又减轻，但头晕倦怠，脉细涩，苔薄舌边红。拟防己黄芪汤扶正化湿。药用：炙黄芪12g，汉防己12g，生白术9g，生甘草4.5g，茯苓12g，泽泻15g，党参12g，仙灵脾12g，桑白皮15g，车前子30g（布包），川椒目9g。14剂。

四诊：1973年5月5日。体重又减，肤胀较松，腕胀亦

舒，但恶寒四肢不温，腰膝痠痛，神疲体倦，舌淡红苔薄，脉右弦小，左细涩。拟防己黄芪汤合真武汤扶正温化水湿。药用：炙黄芪 12g，汉防己 12g，炒白术 9g，生甘草 3g，熟附片 4.5g（先煎），茯苓 9g，炒白芍 9g，生姜皮 3g，杜仲 12g，仙灵脾 12g，萆薢 12g，赤豆 30g（打）。稍加减服 30 余剂。

五诊：1973 年 6 月 11 日。服上药尿量增多，体重减轻至 72kg，但口干便秘难寐，脉弦小，苔转黄。再拟越婢汤合防己黄芪汤酌加益肾之品。药用：麻黄 6g，生石膏 30g，生甘草 3g，生姜皮 3g，大枣 5 枚，炙黄芪 12g，汉防己 12g，仙茅 15g，仙灵脾 15g，滋肾通关丸 9g（分吞）。14 剂。

六诊：药后体重减至不足 70kg，诸恙皆瘥。携带处方回外地继续治疗。

〔按语〕水潴留肥胖案，皆因患者体内水液运行障碍，水湿停滞泛滥而成。本病前阶段全身悉肿，夹热而兼正虚，故仿用治风水之越婢汤合防己黄芪汤；中阶段热去而有肾阳虚表现，遂改用真武汤合防己黄芪汤；后阶段又转阳伤及阴而郁热又起之象，因之，方又转到越婢汤酌加益肾之品利尿。慢性病常有先热后寒，或先寒后热，或寒热错杂，或虚中夹实，必须详察细审，辨证施治。（严世芸，郑平东，何立人主编．张伯臾医案．上海：上海科学技术出版社，1979. 151～152）

2. 周凤梧医案—大承气汤加减治疗多食多便肥胖胃强脾弱证

赵某，女，32 岁。1963 年 4 月 6 日初诊。多食、多便，每日进餐 10 余次，甚至口不离食，不吃则心慌无主，日是粮食达 3 斤半许，且食后即感腹内隐痛而里急，每天入厕亦达 10 数次之多，所便不多，每便后辄晕厥，少时自苏，故入厕必须有人扶持。诊查：面胖如圆月，色现晦滞，腹大似鼓，肢体丰硕，经常心悸失眠，胸闷腹胀而气短，右胁疼痛，头目眩晕，无力下床活动，脉见右缓滑，左沉弦，舌苔中黄而燥。辨

证：胃强脾弱，阳明腑证，实热内滞。治宜通因通用，拟三一承气汤先治其标。药用：大黄 9g，姜川朴 4.5g，炒枳实 4.5g，元明粉 3g（冲），生甘草 6g。4 剂。

二诊：每日大便 7~10 数次，继服 4 剂。

三诊：大便日 3 次（均系软便，夹有脓污胶质），食量次数均减少，惟便时排泄迟滞，约半小时许方可。

进药至 4 月 17 日，大便泻下一块状物，长可达尺（色黑褐如酱，未查系何物体），觉腹内轻舒，但多食一症，去而不彻。服药至 9 月，计进服三一承气汤 42 剂，叶氏养胃汤加味 10 剂，五皮饮加味 12 剂，归脾汤 20 剂，共 80 剂而康复。

〔按语〕 在进泻剂过程中，曾有手臂麻木，口舌干燥，便体浮肿，小溲短少等症状交替出现，按脾主四肢，胃热伤津则口燥，血不荣筋则肢麻，脾弱不能运化水液下输膀胱，反而泛滥肌肤，则全身浮肿而小溲短少。口干舌燥，胸闷胁痛，则用叶氏养胃汤，或加柴胡、芍药、枳实、青皮等；浮肿溲少，即用五皮饮加车前、牛膝、木通、通草、丝瓜络等，交替投剂，标本兼顾。及至胃肠出纳正常，肿消溲利，病情大为好转之后，只遗心悸头眩，遂改服归脾汤以竟全功。（董建华，中国现代名中医医案精华（一），北京出版社，1990.97）

3. 赵进喜医案一大柴胡汤加减治疗肥胖症肝胃不和、湿热积滞证

杨某，女，35 岁，工人。2000 年 6 月 22 日初诊。主因胁痛 3 日来诊。患者形体肥胖，两胁痛，伴见胸闷背痛，胃中嘈杂，脘腹胀满，进食后尤甚。平素食欲亢进，喜食肥甘，口苦咽干，大便偏干。B 超示：胆囊结石。西医诊断：肥胖症，胆石症。查舌黯红，苔腻，脉沉实。中医辨证：肝胃不和，气血不和，湿热积滞，气机不畅。治拟疏肝和胃，泄热通腑，祛湿解毒，理气活血。方用大柴胡汤化裁。药用：柴胡 12g，黄芩 9g，枳壳 12g，木香 9g，赤、白芍各 25g，炙甘草 6g，大黄

9g, 虎杖 15g, 郁金 15g, 金钱草 30g, 内金 12g, 吴茱萸 3g, 黄连 3g, 威灵仙 15g, 秦艽 12g。并嘱其控制饮食, 尤当禁食油腻, 适当运动, 保持心情舒畅。

2000 年 6 月 29 日: 服药 7 剂, 胁痛背痛、胃脘嘈杂诸证消失, 自述精神好, 原方去黄连、吴茱萸, 继服 1 月。查 B 超胆囊结石消失, 体重减轻 6kg, 腹围减少 2cm。自述四肢轻灵, 腹无胀满。遂改用加味逍遥丸, 巩固疗效。

[按语] 肥胖症辨证有虚实之分, 实证当减, 虚证当加。其证候的形成与体质因素、饮食习惯、情绪、生活方式等均有关系。本例患者以胁痛为主证来诊, 显系实证, 为肝胃不和, 湿热积滞, 气机壅滞, 其形成与少阳肝郁体质又加以过食肥甘、情志抑郁有关。治疗当用大柴胡汤加减, 融四逆散、左金丸等名方一炉。复加用郁金、金钱草、内金, 可利胆排石; 加威灵仙、秦艽可利胆止痛, 所以能止痛, 是因为威灵仙有解痉作用, 所谓“缓急止痛”也, 古人谓其可治“鱼骨梗喉”者, 就是因为其有解痉之用。故诸药同用, 应手而效。坚持用药月余体重明显减轻, 是消法与和法同用的典型案例。(赵进喜主编. 内分泌代谢病中西医诊治. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2004. 106)

4. 刘长波医案—三黄泻心汤加减治疗肥胖症胃热湿阻证

邝某某, 男, 38 岁。个体商人。1996 年 8 月 12 日就诊。主诉近 3 年来肥胖。自述出生于农民家庭, 小时体质良好, 现收入颇丰。近年来嗜烟酒, 啤酒尤多饮。每餐必饱食才停进餐, 胃纳良好, 好夜宵, 尤其喜好油香食物, 常大便秘结, 每多服牛黄解毒丸方能解便。查: 形体肥胖, 口苦口干, 便秘尿黄, 舌红苔黄厚腻, 脉滑数。体重 79kg, 身高 1.71m。体重指数为 27。血胆固醇 5.76mmol/L, 甘油三酯 1.80 mmol/L, HDL-C1.06 mmol/L。肝功能正常, B 超未见异常。诊为单纯性肥胖症, 高脂血症。中医辨证胃强亢进, 湿热内阻。治宜

清胃热，化湿浊。方以三黄泻心汤加减。药用：大黄 9g（后下），黄连 10g，黄芩 12g，泽泻 30g，苍术 12g，海藻 30g，莱菔子 15g。每周服 5 剂，并每日服用通泰胶囊，每次 4 粒，每日 3 次。嘱加强体育锻炼和注意饮食控制，做到不宵夜，不吃油腻食物，不多饮啤酒。

二诊：服 5 剂后，述服药后时觉腹部隐痛，大便时尤甚。大便日 3 次，质烂而臭，舌仍偏红，苔厚稍去，脉弦数。改上方为：大黄 6g，黄连 10g，黄芩 12g，泽泻 30g，苍术 12g，海藻 30g，莱菔子 15g，广木香 6g（后下）。每周 5 剂，并服上述胶囊。

三诊：9 月 20 日复诊。腹痛消失，大便日 2 次，体重减轻至 76 kg，维较前乏力，舌质偏红，苔稍黄。改上方，酌加健脾益气养阴之品：茯苓 15g，黄连 10g，黄芩 12g，泽泻 15g，苍术 12g，海藻 30g，莱菔子 15g，太子参 18g。隔日 1 剂，余同前法。

四诊：11 月 15 日来诊，体重减轻至 74 kg，体重指数为 25.3，血脂正常。嘱继续按上法服药并注意饮食和体育锻炼。（刘长波主编，肥胖病与脂肪肝，广州：暨南大学出版社，1998.89）

〔按语〕 大黄黄连泻心汤对于肥胖症胃肠湿热型有着确切的疗效，本案在原方基础上加入燥湿健脾化痰之品，注意恢复脾的健运功能，标本兼顾，取得了满意的疗效。

5. 商友松医案—桂枝茯苓丸加味治疗肥胖症痰瘀互结证

饶某，女，25 岁，本院护士。1996 年 1 月 14 日初诊。身体超重 10 年，停经 3 个月。10 年前正值身体发育高峰期，饮食旺盛，每日进食三餐外，睡前还吃夜宵，平时零食不断，身体逐渐发胖。成年后身高 1.57m，体重 67kg。按测量体重过重和肥胖的国际标准，即人体体重除以人体身高的平方数计算，得 27.2 kg/m^2 ，肥胖分级 25.0~29.5 kg/m^2 为肥胖型。

曾服过多种减肥药，因饮食无法控制而告终。体重有时可达 70 kg。3 个月来月经未行，带下黏稠量多，但无异味，腰及小腹有胀感并隐痛，双下肢稍有浮肿，小便量较少，大便尚可。舌稍紫偏胖，苔白，脉弦缓。有反复停经史，最长的 1 次为半年。急则治标，缓则治本，急需调经。辨证：痰浊与血相结，瘀滞胞中。治法：痰瘀同治。拟桂枝茯苓丸加味：桂枝 10g，茯苓 15g，桃仁 10g，丹皮 10g，白芍 10g，红花 10g，当归 12g，香附 10g，半夏 12g，苍术 12g，车前子 10g，甘草 3g。9 剂。

二诊：月经来潮，经色量尚可，带下明显减少，腰及小腹胀痛消失，小便增加，双下肢已不浮肿。嘱患者每月提前于月经来潮前 1 周服药 6 剂，以巩固疗效，形成月经周期。

三诊：服药 3 个月，月经正常，停药。

半年后随访，见患者体形苗条，体重 52kg，饮食正常，月经按期而至。自觉月经正常后，体重明显下降，在此期间未服过任何减肥药。随访 1 年，体重始终保持在 52kg 左右。

【按语】 不健康的生活方式和科学的饮食习惯是形成肥胖的根本原因，特别是饮食习惯。本例从青春期开始就饮食过量，损伤了脾的运化输布功能，致水谷精微化为痰浊，形成肥胖。痰湿下注，带下增多，痰瘀胞宫则闭经。经痰瘀同治调理 3 个月，月经正常后体重下降并非巧合，而是肥胖和闭经的病因与痰瘀相关。以桂枝茯苓丸治之则痰瘀并去，月经通调，减肥成功。（商友松．桂枝茯苓丸加味治疗痰瘀证 2 则．安徽中医临床杂志．1998，10（3）：175）

6. 杨志一医案—茵陈蒿汤治疗肥胖湿热证

朱某，女，34 岁，干部。1990 年 11 月 22 日初诊。近 2 年身体肥胖，行动不便，体重由原 60.5kg 增至现 75kg。长期便秘，小便不爽，舌苔黄腻，脉数而涩。证属湿热内结。治宜清热利湿为主，方以茵陈蒿汤加减。药用：茵陈 30g，黄芪、

茯苓、金银花各 15g，栀子、大黄、陈皮、半夏各 10g，5 剂。

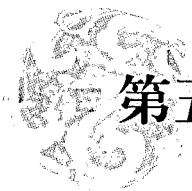
二诊：二便通畅，再取 10 剂，改汤炼蜜为丸，服 2 月后体重至 72.3 kg。随访 1 年，体重在 72 kg 左右。

〔按语〕茵陈蒿汤原为黄疸而设，本案用其清热利湿之功。肥胖之体常为本虚标实，故加黄芪扶正。痰湿瘀阻肥胖非短期可愈，故效后改汤为丸，以收全功。（杨志一·茵陈蒿汤临床新用·陕西中医，1992，（8）：372）

六、临证心得

肥胖症以肥胖臃肿为主要特征，在仲景著作中虽无专篇论述，但可根据肥胖症的常见临床表现选用相应的经方进行治疗。肥胖多责之于痰浊、湿阻、络滞、血瘀，与脾肾关系最为密切，尤其是脾的运化功能对于脂质代谢有着密切的关系。肥胖还是许多内分泌代谢疾病发生的基础，如代谢综合征、糖尿病、高脂血症等，多与肥胖有关。

经方治疗宜运脾、利湿、化浊、活血、通络、益肾、清热为主，方剂可选用五苓散、苓桂术甘汤、肾气丸、薯蓣丸、硝石矾石散、抵当汤、泽泻汤、桃核承气汤、调胃承气汤、大柴胡汤、茵陈蒿汤、茵陈五苓散、理中汤、防己黄芪汤、防己茯苓汤等。同时应加强运动，饮食有节，综合调治，不宜操之过急。



第五章 慢性肾上腺皮质功能减退症

一、概 述

慢性肾上腺皮质功能减退症是因肾上腺皮质激素分泌不足所引起的慢性临床综合征，表现为色素沉着，疲倦消瘦，低血压以及水、盐代谢紊乱等特征。根据发病机制本病可分为原发性和继发性两大类。原发性慢性肾上腺皮质功能减退症又称为艾迪生病，是肾上腺本身的疾患，由于结核、自身免疫或肿瘤、白血病等原因破坏了肾上腺的大部分，使皮质激素分泌减少所致。继发性肾上腺皮质功能减退症，是继发于丘脑-腺垂体功能低下，促肾上腺皮质激素释放因子或 ACTH 分泌不足，致使肾上腺皮质功能减退。此外，由于长期服用糖皮质激素类药物，或者双侧肾上腺大部分或全部切除也可导致本病的发生。患者以中年和青年为多，年龄大多在 20~50 岁之间，男性、女性患病率几乎相等，原因不明者以女性为多。

中医学中虽无肾上腺皮质功能减退症的病名，但在古代文献中，有许多类似的记载。在《内经》中已论述了黑色归于肾的理论，在《素问·痿论》中有“肾热者色黑而齿槁”的病证描述，在《灵枢·经脉》中云：“肾足少阴之脉……，是动则病不欲食，面如漆柴。”在《金匱要略》中，有“黑疸”及

“劳疸”的记载。所述“睛面黑”、“额上黑”等症状与本病表现有相似之处。

本病似应属于中医“黑疸”、“女劳疸”、“虚劳”、“虚损”等范畴，其发病与五脏虚弱尤其是肾气亏虚、气机失调、脾虚湿阻、痰瘀内阻等有关。

二、诊 断

早期症状不明显不易明确诊断，当出现皮肤色素沉着等典型症状及有关化验检查后，诊断一般无困难。

主要诊断要点：乏力、恶心、呕吐、低血压、心界缩小及心音低钝，24 小时尿及血中 17-酮类固醇明显降低，水及 ACTH 刺激实验阳性。病因诊断方面可依在肾上腺区和肾、肺等处发现结核或钙化灶进行推论。B 超检查双肾上腺之转移肿瘤，MRI 的表现与皮质癌相似，但体积不如皮质癌大， T_1 加权信号低于肝实质， T_2 加权信号增高且多数不均匀。CT 有时可对病因提供有意义的诊断，亦可发现小至 1.0cm 直径的肾上腺转移瘤。有手术者诊断较易，另外查出抗肾上腺抗体更有助于病因诊断。在女性病人可有骨密度减低，这可能与肾上腺分泌雄性激素功能丧失有关。

三、辨证治疗

1. 气机失调证

主证：抑郁不乐，胸胁苦满，精神不振、纳谷不香，心烦喜呕，口苦咽干目眩，面色晦黯，心悸乏力。舌质黯淡，苔薄白，脉细弦。

治法：和畅气机。

方剂：小柴胡汤。

柴胡 12g，半夏 10g，人参 10g，生姜 10g，炙甘草 6g，大枣 12 枚（擘）。

加减：①以仲景小柴胡汤方后加减法。心下悸、小便不利者，去黄芩、加芍药；胁下痞硬，去大枣，加牡蛎；胸中烦而不呕，去半夏、人参，加瓜蒌实；外有微热者，去人参，加桂枝，温覆微汗愈。②纳呆明显者，加陈皮、鸡内金、莱菔子焦三仙；抑郁明显者，加合欢花、玫瑰花；烦躁者，加生龙骨、生牡蛎、柏子仁；腹痛者，加合芍药甘草汤。

2. 肾气不足证

主证：面色黧黑，毛发失泽，精神萎靡，畏寒肢冷，夜尿频多，腰膝酸软，耳鸣头眩，记忆力减退，性欲冷淡，女子月经不调，男子阳痿，舌质淡紫，苔薄白，脉沉细弱。

治法：补益肾气。

方剂：肾气丸。

制附子 10g（先煎），肉桂 6g，熟地黄 15g，山茱萸 10g，茯苓 12g，丹皮 10g，泽泻 6g，山药 30g。

加减：夜尿频多明显加桑螵蛸、鸡内金，合水陆二仙丹；身面肤色晦黯不泽合抵当汤；精神疲惫、畏寒肢冷明显酌情重用制附子，加鹿角胶、鹿茸、人参、仙茅、仙灵脾；月经不调合温经汤加减。

3. 脾虚湿阻证

主证：肤色黧黑，倦怠乏力，腹胀纳呆，腹痛腹泻，身体困重，气短懒言，头晕心悸，舌质淡胖，苔薄白或白腻，脉弱。

治法：健脾化湿。

方剂：苓桂术甘汤合黄芪建中汤加减。

茯苓 10g，白术 10g，桂枝 3g，炙甘草 5g，黄芪 30g，白芍 12g，生姜 9g，大枣 12 枚（擘），砂仁 6g，人参 10g。

加减：腹泻明显重用白术、茯苓，以莲子、山药粉代粥；纳呆明显加炒扁豆、陈皮；腹胀明显加厚朴、莱菔子。

4. 血瘀湿阻证

主证：面色黧黑，恶寒口渴，脘腹胀满，肌肤甲错，两目黯黑，舌质黯淡或有瘀斑，苔薄白或白腻，脉沉弦。

治法：消瘀化湿。

方剂：大黄廑虫丸合硝石矾石散加减。

熟大黄 6g，廑虫 6g，黄芩 6g，桃仁 9g，甘草 9g，杏仁 9g，白芍 12g，生地黄 15g，干漆 3g，虻虫 6g，水蛭 6g，蛭螭 6g，太子参 30g，硝石矾石散 2g（饭后以大麦粥调服）。

加减：乏力明显加黄芪、黄精；头晕心悸加桑椹子、何首乌；夜寐不安加炒枣仁、夜交藤。

四、名医经验

张伯臾：本病似可纳入祖国医学黑疸范畴，但也有不妥之处，尚需商榷。对本病的治疗，因其面及全身皮肤黧黑，枯槁，又见头晕，昏仆，怕冷，神疲等，属肾阳不足，瘀血内停，治宜益肾化瘀。四肢厥冷，可与当归四逆汤合大黄廑虫丸通脉化瘀，并可长期服用猪膏发煎，猪膏滋腻，对于本病乃取其润燥消瘀之功，久服方能取效。用上法治疗 2 例，皆获停用考的松类药物而症状好转，色素沉着十减七、八之效。（严世芸，郑平东，何立人主编．张伯臾医案．上海：上海科学技术出版社，1979.153～154）

赵绍琴：根据中医理论对本病进行辨析，认为其主症面色黧黑属于元阳衰微，命门火衰，故伴见神疲乏力、腰膝酸软、眩晕耳鸣等症，在男子可见阳痿不举，皆是阳衰之征，故治疗以温肾壮阳为法，以仲景四逆汤为基础，加入淡吴萸，名三淡汤，再酌加肉桂、杜仲、川断、补骨脂、熟地黄等温补下元之品，治疗本病可收到明显效果。（彭建中．赵绍琴教授临床活用经方举隅．国医论坛，1994，（4）：17）

赵进喜：本病在中医学者中，有根据临床表现，以“黑疸”命名者，但从整体而论，与“女劳疸”、“虚劳”等病也有

类似之处。清·张仲华《爱庐医案》中之“黑疸”病案，其症见“肌肤舌质尽黑，手指肤间俱暗”，酷似 Addison 病证状。结核在中医被称之为“癆病”。因于结核者，由于癆虫蚀于肾上腺，乃损于肾，则骨痿不能起，而见倦怠无力之症，故也有人据此定名为中医“痿证”者。房劳过度，或谋略太过，内伤烦劳者，精气内耗，人体气血阴阳受伤，可见面色黧黑，形体消瘦，神疲力乏，故又名“女劳疸”。总以肾精不足为发病基础，以肾阳不足、命门火衰为病机关键。所以临床上肾阳虚症状最为常见。病久则可由肾及脾，而致脾肾阳虚，多脏同病。肾阳不足证，以肾气丸合右归丸加减；脾肾阳虚证，以肾气丸合黄芪建中汤或补中益气丸加减。（赵进喜主编．内分泌代谢病中西医结合诊治．沈阳：辽宁科学技术出版社，2004．41～45）

周福海：以四逆肾气汤治老年肾上腺皮质功能减退症伴神经精神症状。方由四逆汤合肾气丸加龙齿、磁石组成。认为四逆汤可挽垂绝之阳，肾气丸为温补肾阳之正药，可补命门之火，属于“益火之源”之方。附子、肉桂、干姜益阳消阴，尤妙在重用甘草，有类似肾上腺皮质激素作用。夜间烦躁者酌加重镇安神之品，疗效满意。（周福海．四逆肾气汤治疗老年肾上腺皮质功能减退 1 例．广西中医药，1984，7（5）：42）

五、医案精选

1. 张伯臾医案—猪膏发煎合大黄廑虫丸、当归四逆汤加减治疗艾迪生病肾虚血瘀证

区某某，女，24 岁。1973 年 1 月 11 日初诊。患者 7～8 年来，皮肤及黏膜色素沉着日益加深，现呈黧黑，黏膜、面部、乳头、手足背侧、阴部等处尤显，头晕甚则昏仆，神疲乏力，纳呆，脉细，舌紫黯，苔根腻。黑属肾色，肾阳不足，则阴盛而气滞瘀阻，古称黑疸，宜益肾活血化瘀。药用：仙茅 12g，仙灵脾 12g，全当归 9g，桃仁 9g，红花 6g，炒川芎

4.5g, 萆薢 12g, 茯苓 9g, 补骨脂 12g, 焦楂曲各 9g。水煎服日 1 剂。另以猪膏发煎 (血余 240g, 猪肤 500g, 共熬膏) 每次 1 匙, 日 2 次。

二诊: 1973 年 2 月 7 日。上方稍加减服用 20 余剂, 近因疲劳过度, 昨又昏倒, 经急诊检查血压低, 对症处理后收入病房。现仍疲劳头晕, 脉细, 舌紫黯, 苔薄, 证属气血两亏、虚风上旋, 拟益肾化瘀、调补气血, 以平虚风。药用: 炒党参 12g, 补骨脂 12g, 仙茅 12g, 仙灵脾 12g, 全当归 9g, 炒赤白芍各 6g, 鸡血藤 12g, 炒川芎 4.5g, 紫石英 18g (先煎), 鹿角霜 9g, 怀牛膝 15g。7 剂。

三诊: 1973 年 2 月 14 日。肤黑稍退, 口干, 四肢冷, 艰寐, 头晕欲恶, 脉细, 舌黯, 尖转红。证属阳气虚弱, 脉行不利, 不温四末。守前法合当归四逆汤加减。药用: 全当归 9g, 川桂枝 4.5g, 赤白芍各 6g, 细辛 2.4g, 仙灵脾 12g, 鹿角霜 9g, 怀牛膝 15g, 补骨脂 12g, 紫石英 18g (先煎), 夜交藤 15g, 姜半夏 9g。30 剂。

四诊: 1973 年 3 月 14 日。面部黑色转淡, 口唇色紫红, 手足背黑色稍退, 头晕怕冷, 脉沉细, 苔薄白, 舌边紫黯。再拟益肾通脉化瘀。药用: 熟地黄 15g, 制附片 6g (先煎), 仙茅 15g, 仙灵脾 15g, 鹿角片 9g, 当归尾 9g, 制川芎 9g, 川桂枝 4.5g, 木通 4.5g, 紫石英 15g (先煎), 北细辛 2.4g, 大黄廬虫丸 6g (分吞)。稍加减 28 剂。

五诊: 1973 年 4 月 11 日。面部黑色十退八、九, 惟指、趾、乳头、阴部色退较缓, 肢冷好转, 心悸失眠, 纳呆乏力, 脉细, 舌边紫, 苔薄腻。阳气渐复, 阴寒得减, 瘀血见化, 再守原法, 久服取效。药用: 全当归 12g, 木通 4.5g, 制川芎 4.5g, 川桂枝 4.5g, 炙甘草 3g, 制附片 4.5g (先煎), 仙茅 12g, 仙灵脾 12g, 茯苓 12g, 紫石英 18g (先煎), 红花 5g, 生山楂 12g。稍加减服 30 余剂出院。

〔按语〕 本例为艾迪生病，先在门诊治疗，后因昏仆，由急诊室收入病房。中药先用益肾化瘀方药并猪膏发煎长期服用，后更以当归四逆汤合大黄廑虫丸通脉化瘀，治疗近4个月好转出院。出院后继服中药并复工半日上班。（严世芸，郑平东，何立人主编．张伯臾医案．上海：上海科学技术出版社，1979. 151～153）

2. 赵绍琴医案一四逆汤加减治疗黑疸元阳衰微，命门火衰证

颜某，男，40岁。患艾迪生病2年余，激素治疗效果欠佳。初诊时面色黧黑如漆，神疲乏力，恶心纳呆，辨为阳虚水泛。先温肾阳以固本，方用四逆汤加减：淡干姜6g、淡附片6g、淡吴萸6g、肉桂6g、杜仲10g、川断10g、补骨脂10g、熟地黄20g。7剂，水煎服，日1剂。

二诊：药后精神转佳，乏力减轻，继增大用量，依法进退。

治疗月余，其面黑明显消退，食欲大增，精力增加。后加减改汤为丸善后。

〔按语〕 方中主药附子、干姜、吴茱萸、肉桂补火助阳；杜仲、川断、补骨脂补肝肾，温阳；熟地黄养血滋阴，补精益髓。全方共奏温肾壮阳之功。（彭建中，杨连柱主编．赵绍琴临证验案精选．北京：学苑出版社，1996）

3. 钟秋生医案一理中汤加味治疗黑疸脾阳虚衰兼有瘀血证

张某，女，36岁，1995年10月9日初诊。诉皮肤黏膜变黑、体倦乏力2年余，以头面部、双上肢暴露部位为重，食欲渐减，腹胀，体倦神疲，形体消瘦，体重由58kg下降至45kg，行动无力，畏寒肢冷，头晕健忘，月经量少色淡，血压90/45mmHg。血浆皮质激素早8时为90mmol/L，下午4时为15mmol/L。诊为艾迪生病。舌淡苔薄白，脉沉细，双关

脉尤甚。中医诊断：黑疸。辨证：脾阳虚衰，兼有瘀血。治宜温运脾阳，佐以化瘀。方以理中汤加味。药用：党参 15g，白术 10g，茯苓 15g，炙甘草 10g，巴戟天 12g，熟地黄 15g，砂仁 6g（后下），当归 15g，丹参 15g，北芪 15g，制附片 10g。水煎服日 1 剂。3 剂后食欲转佳，继以上方加减服用 60 余剂而愈。随访 2 年未复发。

〔按语〕 本例脾阳虚弱，四肢皮肤失去温煦，血液运行无力，瘀血阻滞，故皮肤变黑，形体消瘦，畏寒肢冷，体倦神疲；脾阳不足，运化失司，从而食纳减少；头晕健忘，月经量少，色淡，舌质淡，苔薄白，脉沉细，均为脾阳不振、清窍失养、血失温煦所致。故治以理中汤温振脾阳，加黄芪健脾，附子补益先天命门之火以暖脾胃；熟地黄、巴戟天化生精血，砂仁防熟地黄之滋腻；当归、丹参活血化瘀。诸药相伍，则脾阳振，瘀血除，顽症愈。（钟秋生．理中汤临证新用．山西中医，1999，15（1）：49）

4. 施今墨医案—肾气丸和四物汤加减治疗艾迪生病肾虚证

林某，男，40 岁，病历号 545121。患者病已经年，初起四肢乏力，头晕而痛，逐渐皮肤颜色变黑，而后口腔、舌尖、牙龈亦均发黑，腰酸腿软，心慌气短，睡眠多梦，食欲欠佳，饭后恶心，大解日行 2~3 次，便溏，经沈阳医大检查，诊断为艾迪生病。舌尖色黑，有薄苔，六脉沉弱无力。证属肾虚证，治宜强腰肾，调气血。方以肾气丸和四物汤加减。药用：熟地黄 15g，生地黄炭 15g，山萸肉 12g，怀山药 30g，云茯苓 10g，云茯神 10g，川杜仲 10g，沙蒺藜 10g，川续断 10g，白蒺藜 10g，破故纸 10g，五味子 5g，酒川芎 10g，苍术炭 6g，炙黄芪 20g，白术炭 6g，炙甘草 3g。水煎服，每日 1 剂。

二诊：服药 6 剂，自觉身体较前有气力，大便亦好转，每日 1 次软便，食欲增强，仍遵原法丸药图治。药用：川附片

30g, 上肉桂 15g, 大熟地黄 60g, 粉丹皮 30g, 建泽泻 30g, 山萸肉 60g, 云茯苓 30g, 云茯神 30g, 紫河车 60g, 鹿角胶 60g, 金石斛 60g, 川杜仲 30g, 沙蒺藜 60g, 川续断 30g, 酒当归 30g, 酒杭芍 60g, 冬白术 60g, 旱莲草 30g, 车前子 30g, 血余炭 30g, 春砂仁 15g, 山楂炭 30g, 焙内金 30g, 广陈皮 15g, 破故纸 30g, 酒川芎 15g, 炙黄芪 60g, 炙草梢 30g。共研细末, 怀山药 600g 打糊为小丸, 每日早晚各服 10g, 白开水送。

三诊: 丸药 1 料, 3 个月始服完。皮肤黑色减退, 口腔、舌尖、齿龈均已不黑, 精神体力大为好转, 小便亦不深黄, 腰酸、腿软、心跳气短等症亦大减, 再用丸药, 以冀愈。药用: 肉桂 15g, 制附片 30g, 大熟地黄 60g, 山萸肉 60g, 丹皮 30g, 建泽泻 30g, 云茯苓 30g, 云茯神 30g, 黄芪 60g, 怀山药 120g, 酒当归 30g, 酒川芎 15g, 白术 60g, 酒杭芍 60g, 鹿角胶 60g, 金狗脊 60g, 远志 20g, 紫河车 60g, 五味子 30g, 旱莲草 30g、龙骨 60g、沙蒺藜 30g、白蒺藜 30g、干姜 30g、姜黄 30g、炙草梢 30g。共研细末, 炼蜜为小丸, 每日早晚各服 10g, 白开水送。

〔按语〕 本案以肾气丸和四物汤为主方, 加紫河车、鹿角胶、沙苑子、杜仲、续断、五味子等补肾阳, 填肾精, 使阴阳两补, 气血和调, 疾病向愈。(祝湛予, 等主编. 施今墨临床经验集. 北京: 人民卫生出版社, 1982)

5. 邓淑云等医案一肾气丸治疗艾迪生病肾阳不足证

方某, 女, 38 岁。自述: 神疲乏力, 记忆力减退, 怕冷, 纳少, 作呕, 时有腹泻, 体重下降已年余, 月经停闭 5 个月, 屡经治疗未获好转, 遂到省级医院求治。经各项检查诊断为慢性肾上腺皮质功能减退症。诊见: 神疲状态, 面肤无华, 形体消瘦, 头发稀疏, 右上唇有一拇指大暗灰色褐斑, 日趋扩大, 设置黯红, 苔薄, 脉弦沉。辨证: 肾阳不足。治宜“益火之

源，以消阴翳”。方以肾气丸改为汤剂加入仙茅、巴戟天。5剂。

二诊：神已较振，便溏止，恶寒少，舌正红，苔薄白，脉沉弱。药已应证，守方再进5剂。

前后诊治23次，服药90余剂，月经来潮，唇黯斑已消，余症皆愈。

〔按语〕 此患者神疲乏力、纳少作呕乃清阳不升，浊气上逆；便溏乃肾命火衰，火不暖土；记忆力下降是肾气不足，脑海空虚；月经不调为肾阳不足，胞宫失养，系一派肾阳虚之征，投肾气丸加减故效。（邓淑云·刘九峰·金匱肾气丸治疗疑难病证举隅·辽宁中医学院学报，2003，5（1）：17）

六、临证心得

慢性肾上腺皮质功能减退症以面色黧黑、消瘦、乏力等为主要特征，属于金匱“女劳疸”、“黑疸”、“虚劳”等范畴，多责之于肾虚血瘀，治宜补肾活血，理气健脾。经方治疗可选用肾气丸、真武汤、四逆汤、抵当汤、桂枝茯苓丸、硝石矾石散、四逆散等。经方加减方面可酌情加入血肉有情之品，如紫河车、鹿角胶、阿胶、鹿茸等。面色黧黑应以温肾为主，根据具体证候和辨证可加入活血行气之品，如泽兰、赤芍、柴胡、郁金、益母草等。

该病疗程较长，应嘱患者长期用药，必要时改汤为丸，缓缓图之，并注意情志舒畅，适当运动，积极配合治疗。



第六章 女性更年期综合征

一、概 述

女性更年期综合征又称围绝经期综合征，是指妇女在围绝经期由于卵巢功能衰退而出现的一系列躯体和精神心理方面的症状，主要临床特征为潮热、出汗、烦躁不安、失眠、萎缩性阴道炎等。不同个体轻重不同，轻者尚可耐受，严重者则影响情绪和行为变化，还可出现与代谢有关的一些疾病。

本病属中医“经断前后诸症”，又称“绝经前后诸症”。在《金匱要略》中“百合病”、“脏躁”以及“不得眠”、“如狂”等与本病有诸多相似之处。其发病多与气机失调、肝肾亏虚、痰瘀内蕴等有关。

二、诊 断

1. 年龄大于 40 岁以上。

2. 有下述临床表现之一者：①月经紊乱。月经周期延长或缩短，月经量过多或过少，或点滴不尽，常使妇女感到不安。②阵发性潮热及出汗。发病平均 75~85%，程度可有轻重不同。有些妇女由于潮热及出汗而干扰了正常工作及家庭的和睦与安宁。③全身酸痛、头痛、肌肉僵硬、抽筋等，通过适

当的锻炼可以改善。还可有口干、声音低粗。④注意力难集中,活动的协调性降低,决断力降低,易失眠、遗忘,工作能力与效力均降低。⑤水潴留现象。如肿胀,还有乳房痛、体重增加、皮肤疾病等。⑥精神反映异常。如不安、易哭、易激动、抑郁、紧张、耳鸣、心悸等。⑦外阴及阴道萎缩,阴毛减少。阴道壁的上皮细胞随着雌激素的降低而萎缩,绝经数年后,则可发生老年性阴道炎。阴道弹性减低、缩短、皱褶消失,阴道分泌物减少, pH 呈碱性,有利于细菌生长,并且易受损伤。可发生一系列的症,如外阴瘙痒、性交时痛、阴道血性分泌物,易遭受真菌、滴虫或细菌的侵犯,而发生继发感染。⑧膀胱及尿道的症状。⑨子宫及阴道脱垂。⑩皮肤萎缩性变化。⑪骨质疏松。⑫心血管变化,如高血压、心悸等。⑬视力下降。

3. 血中促卵泡激素 (FSH) $>4\text{U/L}$, FSH/黄体生成激素 (LH) >1 。

4. 排除原发性疾病及器质性疾病。

三、辨证治疗

1. 肝气郁滞证

主证:抑郁不乐,时有叹息,胸闷不舒,心烦腹满,卧起不安,月经不调,或有心悸,或小便不利,舌质黯淡,苔薄白,脉细弦。

治法:理气解郁。

方剂:四逆散合栀子厚朴汤加減。

柴胡 10g, 枳实 12g, 白芍 10g, 栀子 6g, 厚朴 12g, 玫瑰花 6g, 佛手 10g, 甘草 6g。

加減:夜寐多梦加合欢花 20g, 柏子仁 10g, 夜交藤 30g; 两胁胀痛加川楝子、元胡、郁金; 倦怠乏力加太子参、黄精、女贞子; 腹满明显加槟榔、莱菔子; 善悲欲哭合甘麦大枣汤。

2. 阴虚火旺证

主证：心中烦，不得眠，五心烦热，口干咽燥，月经紊乱，舌红少苔，脉沉细数。

治法：滋阴泻火。

方剂：黄连阿胶汤加减。

黄连 12g，黄芩 6g，白芍 6g，鸡子黄 2 枚（搅入），阿胶 9g（烔化），生地黄 15g。

加减：寐差甚加朱砂（冲）、琥珀（冲）；口干甚加麦门冬，重用白芍、生地黄；心烦明显加栀子、连翘。

3. 肝血不足证

主证：虚烦不眠，焦虑不安，或抑郁情志，情绪不稳定，头目眩晕，口渴咽干，两目干涩，月经失调，舌质红，苔少，脉细数。

治法：养血安神。

方剂：酸枣仁汤加减。

酸枣仁 18g（先煎），知母 10g，川芎 6g，茯苓 15g，甘草 6g，桑椹子 12g，鸡血藤 30g。

加减：头晕目涩明显加当归、阿胶、何首乌；焦虑明显加玫瑰花、佛手花、柏子仁；胸闷不舒加川贝母、桔梗、枳实；口渴明显加石斛、生地黄。

4. 脾虚湿滞证

主证：倦怠乏力，面色少华，精神不振，心悸不安，身体困重，四肢痠痛，或伴颜面或下肢浮肿，小便不利，月经不调，舌质淡胖，苔薄白，脉细弱。

治法：健脾化湿。

方剂：小建中汤合五苓散加减。

桂枝 6g，白芍 12g，炙甘草 9g，大枣 12 枚（擘），生姜 6g，白术 6g，泽泻 6g，茯苓 15g，猪苓 10g，太子参 10g。

加减：浮肿明显加泽兰、车前子；心悸明显加炒枣仁、柏

子仁；腰痠乏力加杜仲、狗脊、川断；夜寐不安加夜交藤、茯神、莲子、百合。

5. 痰气郁结证

主证：咽部不适或有阻塞感，吐之不出，咽之不下，每因情志刺激而加重，饮食如故，胸闷叹息，精神抑郁，月经紊乱。舌质黯淡，苔薄白，脉细弦。

治法：化痰顺气。

方剂：半夏厚朴汤加减。

半夏 15g，厚朴 9g，紫苏叶 6g，茯苓 12g，生姜 15g，瓜蒌仁 12g，杏仁 6g，海浮石 10g，桔梗 6g。

加减：胸闷不舒明显加枳壳、旋覆花（包）、檀香；精神抑郁明显加香附、合欢花、郁金；咽部不适明显加浙贝母、射干。

6. 阴阳失调证

主证：月经不调，心烦易怒或精神抑郁，失眠多梦，支节烦痛，微呕、心下支结，头晕头痛，烘热汗出，心悸不安，舌质黯淡，苔薄白，脉浮弦。

治法：和调阴阳。

方剂：柴胡桂枝汤加减。

柴胡 6g，黄芩 6g，半夏 6g，党参 6g，桂枝 6g，白芍 6g，炙甘草 6g，生姜 5g，大枣 6 枚（擘），茯苓 12g，陈皮 6g，竹茹 6g，枳实 6g。

加减：烘热汗出明显加淫羊藿、黄柏、鳖甲、地骨皮；心烦不安加黄连、栀子；口渴明显加麦门冬、生地黄、知母、山茱萸；畏寒神疲加仙茅、鹿角霜、补骨脂。

7. 肾气亏虚证

主证：畏寒肢冷，夜尿频多，腰膝酸软，月经不调，面色晦黯，精神不振，气短乏力，头晕耳鸣，视物不清，身面虚浮，舌质黯淡，苔薄白，脉沉细。

治法：益气补肾。

方剂：肾气丸加减。

熟地黄 24g，山茱萸 15g，山药 30g，制附子 10g，桂枝 10g，丹皮 10g，泽泻 10g，茯苓 12g，石斛 15g，益母草 15g。

加减：浮肿明显加车前子、牛膝、泽兰；精神倦怠明显加党参、黄芪、当归；夜尿频多加益智仁、桑螵蛸。

四、名医经验

刘渡舟：女子以阴血为本，35岁后阳明经气开始衰减，至更年期时阳明津液渐趋枯竭，脏腑失其津液的滋润，便出现阴虚阳亢、虚热上扰、胸中虚烦等脏腑功能紊乱的症状，故主张从阳明胃着手，以《金匱要略·妇人产后病脉证治》篇用于治疗产后虚热呕逆证之竹皮大丸为主方加味，药用：白薇、生竹茹、生石膏、桂枝、甘草、大枣。口渴、呕逆者加重竹茹、石膏用量；虚烦、心悸者加生龙骨、生牡蛎；面色潮红、身热明显者重用白薇。（占勇辉·刘渡舟治疗更年期综合征的经验·湖南中医杂志，1992，（4）：44）

唐吉父：更年期综合征的治疗原则，立足于燮理阴阳、调和营卫，药须柔润，不宜刚燥。处方立法也须顾及脏腑阴阳的协调。二仙汤为和谐阴阳的方剂，甘麦大枣汤具有缓急润燥之功，对更年期综合征有一定疗效。以乍寒乍热轰热汗出为主要症状时，喜用前方合小柴胡汤加减治之，疗效较佳。药用柴胡 9g，黄芩 9g，太子参 12g，甘草 6g，当归 9g，白芍 9g，川柏 9g，仙灵脾 12g，巴戟肉 12g，淮小麦 30g，珍珠母 30g。其中柴胡、黄芩、川柏对烘热症状的改善有较好的效果；太子参、甘草取其益气补中之效，达到扶正祛邪之功；配当归、白芍、仙灵脾、巴戟肉、淮小麦益养心肾而安神；珍珠母镇肝潜阳。全方配合，可获和营敛阴、泄热潜阳之效。以冀阴阳和谐，烘热自平。若肝郁气滞，郁久化热，心肝之阴内伤，阴不

敛阳者，当治以疏肝解郁、育阴柔肝、养心润燥、除烦宁神，俾心肝之阴复，阴阳得和，情绪也得宁静而自安，可用前方百合地黄汤及逍遥散出入治之。若惊惕肉瞤，或冲气上逆者，则以前方合柴胡桂枝龙牡汤加减，以和营卫，调阴阳，镇逆敛汗。若心悸怔忡，心烦失眠为主者，则前方合酸枣仁汤加减，心肝同治，神魂安宅，则诸恙自平。（陈泽霖、宋祖慤·名医特色经验精华，上海：上海中医学院出版社，1987. 246~247）

张永妙等：以竹皮大丸治疗妇女更年期综合征，该方能除烦热、保胃气、平冲通经，而有“安中益气”之功，用治妇女更年期综合征之心下烦呕、烘热汗出效果满意。（张永妙，王忠玉·竹皮大丸治疗妇女更年期综合征·中国中医药现代远程教育，2004，2（9）：35）

原田清行：对门诊诊断为更年期综合征的 39 例患者，13 例投与柴胡加龙骨牡蛎汤，16 例予桂枝茯苓丸，5 例予桃核承气汤，5 例施行雌激素疗法，共 6 个月。服药前后测定雌二醇（F2）、骨量、骨皮楠指数（MCL）。他认为汉方治疗更年期综合征，不仅要观察症状的改善，而且要注意激素值与骨质疏松症的关系，即二者增加呈相关性的倾向。柴胡加龙骨牡蛎汤亦有这种倾向，表明柴胡加龙骨牡蛎汤治疗更年期综合征有效。（原田清行·柴胡加龙骨牡蛎汤对更年期综合征的效果：关于血中雌激素与骨量·国外医学·中医中药分册，1993，（4）：37）

马铮等：以百合地黄汤合二仙汤治疗妇女更年期综合征。药用：百合 30g，生地黄 15g，黄柏 12g，知母 12g，仙茅 10g，仙灵脾 10g，龙骨、牡蛎、丹参、淮小麦各 30g，当归 10g。阴虚明显加女贞子、旱莲草各 30g；肝郁气滞者加郁金 10g，柴胡 9g，枳壳 12g，佛手 10g；心脾两虚加黄芪 15g，党参 12g，白术 12g；心虚胆怯加石菖蒲 6g，茯苓 12g，龙眼肉 10g；每日 1 剂 2 煎，早晚分 2 次服。4 周后痊愈 3 例，显效

10 例, 有效 21 例, 无效 4 例。(马铮, 张融碧. 百合地黄汤合二仙汤治疗妇女更年期综合征 38 例. 实用中医内科杂志, 2005, 19 (6): 559)

陈大蓉等: 更年期机体出现肾虚衰老, 综合分析不外乎少阴病, 即足少阴肾虚为主、手少阴心火亢的阴阳平衡失调, 故以黄连阿胶汤加减制成黄连阿胶胶囊。取黄连 30g、阿胶 10g、白芍 15g、首乌 15g, 按药典要求制成浸膏胶囊, 每粒胶囊含原生药 6g, 每粒浸膏胶囊重 0.45g, 每天服药量相当于生药 50g。按随机单盲对照法分为治疗组 90 例, 对照组 30 例。治疗组服用黄连阿胶胶囊每次 3 粒, 每日 3 次; 对照组服用尼尔雌醇 2mg, 半月 1 次。两组均连续治疗 3 个月。证实黄连阿胶胶囊对更年期综合征有良好的治疗作用, 有效率 94%, 并提示可能有延缓卵巢衰老作用。(陈大蓉, 程积华, 唐显著, 漆于邦. 黄连阿胶胶囊对更年期综合征的治疗作用. 中国实用方剂学杂志, 1997, 3 (2): 7~9)

兰培敏等: 通过观察酸枣仁合剂临床疗效及对 T 细胞亚群的调节作用, 疗效满意。根据中药现代药理研究本方能缩短患者入睡时间, 延长睡眠持续时间, 增加睡眠深度, 改善临床症状, 减少脑电波的异常波型, 调节患者的细胞免疫和调节细胞因子的分泌功能, 无明显不良反应。(兰培敏, 黄平, 范利锋, 陈汉玉, 王平仁. 酸枣仁合剂治疗失眠症的疗效及对 T 淋巴细胞亚群的调节作用. 中国中西医结合杂志, 2006, 26 (5): 461)

叶风等: 以桂枝汤加味治更年期综合征 60 例, 药用: 桂枝、白芍、甘草、郁金、佛手各 9g, 当归、生地黄各 12g, 红枣 30g, 生姜 3g。肝火偏亢, 加丹皮、栀子各 9g; 心肾不交, 加黄连 3g, 五味子、麦冬各 9g, 心脾两虚, 加黄芪、党参各 12g; 痰湿蕴结, 加白豆蔻 6g, 薏苡仁 30g。日 1 剂, 28 天 (1 个疗程) 后, 治愈 24 例, 好转 36 例。(叶风, 杨海华. 桂

枝汤加味治更年期综合征 60 例. 浙江中医杂志, 1999, (11): 477)

朱迪盈等: 以小柴胡汤合六味地黄汤加减治疗乳腺癌术后更年期综合征, 治疗 32 例, 药用柴胡 12g, 党参 15g, 大枣 6 枚, 黄芩 10g, 山萸肉 12g, 淫羊藿 10g, 淮山药 30g, 熟地黄 20g, 丹皮 15g, 泽泻 15g, 云苓 20g。水煎服日 1 剂, 连服 2~3 周。结果: 临床治愈 9 例, 显效 14 例, 有效 5 例。(朱迪盈, 李真喜, 罗海英, 等. 小柴胡汤合六味地黄汤加减治疗乳腺癌术后更年期综合征. 广东医学, 2000, 21 (8): 706)

俞长荣: 认为本病相当于“脏躁”证, 以情志抑郁、肝气上冲或肾阴虚冲任失养为多, 而肾阴虚又常因阴损及阳而导致阴阳俱虚者。其发病不但有生理因素, 且与心理因素密切相关。妇女因经、孕、产、乳数伤于血, 肝为藏血之脏, 血伤则肝失所养。如惊恐恼怒, 肝气郁结化热, 肝气上冲, 则导致种种复杂的临床症状。俞老常用奔豚汤加减, 以补肝血, 降逆平冲。并加养心安神、和中缓急之品, 如甘麦大枣汤、酸枣仁汤等。阴虚较甚者, 加枸杞、山茱萸、熟地黄等滋阴。肝阳上亢明显者, 加钩藤增强平肝熄风之力。验之临床, 每获良效。俞老学宗仲景, 博采众方, 肾阴不足者, 多用六味地黄丸(肾气丸减桂附)加减补之。阴虚甚者, 酌加石斛、何首乌、白芍等滋阴之药, 减茯苓、泽泻渗利之品, 师景岳“用六味之义, 而不用六味之方”之说, 圆机活法, 应手取效。更年期综合征阴虚、阳虚虽有偏颇侧重, 然又常同时并存, 此缘于肾为水火之宅。俞老推崇景岳阴阳相济说, 善于“阴中求阳”、“阳中求阴”、“精中生气”、“气中生精”, 擅用右归丸(肾气丸化裁而成)加减, 达到阴阳俱补的效果。(林慧光, 林雪英. 俞长荣教授治疗更年期综合征经验. 福建中医药, 1997, 28 (1): 16)

吴克明: 认为补肾法当为治疗更年期综合征的第一大法,

应贯彻于治疗之始终。治疗上，对偏肾阴虚，潮热汗出症状突出者，可用知柏地黄汤（肾气丸加减方）去茯苓、泽泻，加女贞子、旱莲草、生牡蛎、秦艽等；偏肾阳虚，畏寒肢冷、浮肿便溏症状突出者，治宜温肾扶阳，利水消肿，方用肾气丸加淫羊藿、巴戟天、车前子等。（张丽美，廖伯年．吴克明辨治围绝经期综合征的经验．中医药临床杂志，2005，17（2）：116）

五、医案精选

1. 刘渡舟医案一竹皮大丸治疗更年期综合征气阴不足、虚热内扰证

王某某，女，50岁。1994年8月29日初诊。近半年来感觉周身不适，心中烦乱，遇事情绪易激动，常常多愁善感，悲恸欲哭。胸闷心悸气短，呕恶不食，头面烘热而燥，口干喜饮，失眠多梦，颜面潮红，但头汗出。月经周期不定，时有时无。某医院诊断为“更年期综合征”，服更年康及维生素等无效。舌苔薄白，脉来滑大，按之则软。辨为妇女50岁乳中虚，阳明之气阴不足，虚热内扰之证。治宜养阴益气，清热除烦，以竹皮大丸加减。药用：白薇10g，生石膏30g，玉竹20g，丹皮10g，竹茹30g，炙甘草10g，桂枝6g，大枣5枚。5剂。

二诊：周身轻松，烦乱呕逆之症减轻，其病已去大半，情绪安宁，睡眠转佳，病有向愈之势。守方化裁，共服20余剂而病瘳。

【按语】竹皮大丸主治“妇人乳中虚，烦乱呕逆”之证，是证由产后气阴两亏，虚热内扰而生。本案所现脉证，发于经断前后，亦是由于气血阴津俱虚所致。月经欲断未断，每易伤阴耗气，气阴不足，则因虚而生内热，热扰于中焦，胃气不得下降，则见呕恶不食；上扰于胸位，使心神无主，又加中焦亏乏，不能“守气取汁，变化而赤是为血”，则心血不充，神明失养，则可见心中烦乱，失眠多梦以及情绪异常等症。治疗当

师仲景“安中益气”为大法，清热降逆，养阴和胃，用竹皮大丸。竹茹、石膏清热、降逆、止呕；桂枝、甘草辛甘化气，温中益心；白薇清在上之虚热；大枣、玉竹滋中州之阴液；丹皮助白薇养阴以凉气血而清虚热。本方寒温并用，化气通阴，服之能使气阴两立，虚热内除，于是随月经欲断所现诸证候自愈。（陈明，刘燕华，李芳主编．刘渡舟临证验案精选．北京：学苑出版社，1996.160～161）

2. 赵进喜医案—四逆散加减治疗更年期综合征肾虚肝郁证

崔某，女，46岁。2000年5月28日初诊。主诉：头晕目眩、烘热汗出近1年。患者有糖尿病和泌尿系感染病史。近1年因情志失调诱发病情变化。刻下症：头晕目眩，疲乏无力，烘热汗出，易寒易热，胃脘疲满，支撑两胁，牵及少腹，腰膝冷痛，双下肢浮肿，伴有口苦，咽干，心烦，失眠，月经不调。舌质黯，苔薄腻略黄，脉尺迟，右关弦滑。辨证为肾虚肝郁，气血失和，阴阳失调。治宜补肾疏肝，理气活血，调和阴阳。方以四逆散加减。药用：柴胡12g，赤、白芍各25g，枳壳9g，陈皮9g，仙灵脾9g，仙茅9g，巴戟天9g，知母9g，黄柏9g，当归12g，川芎9g，丹参25g，百合30g，乌药9g。7剂后诸证大减，胃胀减轻，但其后自行停用中药1周，症状又见反复，诊舌脉同前，空腹血糖7.8mmol/L，尿蛋白25mg/dl，高倍镜下白细胞5～7个，仍按原方，加蒲公英15g，白花蛇舌草15g。7剂。服毕，烘热汗出已止，胃胀基本消失，食纳可，精神好，尿检转阴。守方再服14剂。后长期门诊治疗，病情稳定。

【按语】 妇女更年期综合征最根本的病机为肾虚。但古人有“女子以肝为先天”之说，肝郁病机也非常突出，故其治疗不离肝肾。妇女更年期综合征临床表现复杂，与糖尿病、高血压病、骨质疏松症、外阴阴道炎、泌尿系感染等有密切关系。

本例患者因情志因素诱发，症状繁杂。但仔细分析不外肾虚、肝郁两端。治疗当肝肾并治，气血两调，阴阳双补。方用四逆散、二仙汤、百合乌药散。三诊加蒲公英、白花蛇舌草等，乃针对泌尿系感染而设，清热利湿解毒之意。（赵进喜主编．内分泌代谢病中西医诊治．沈阳：辽宁科学技术出版社，2004. 99~100）

3. 俞长荣医案—奔豚汤加减治疗更年期综合征肝郁化热证

欧阳某，女，48岁。1989年12月2日初诊。患者平素性情急躁，月经失调3个月，经期延长，量多，色红，偶有血块。近来猜疑自己患了不治之症，忧思不安。诊见巅顶头痛，视力模糊，胸中烘热，自觉热气从少腹上冲，少腹微痛，夜寐不宁，舌黯红苔薄，脉沉细弦。西医诊断：更年期综合征。病由经血过多，肝阴亏损，加之惊恐恼怒，肝气郁结化热，随冲气上逆所致。治宜养血平肝、降逆平冲，方用奔豚汤加减。处方：李根皮、粉葛根、双钩藤、淮小麦各15g，黄芩、半夏、白芍、酸枣仁各10g，当归6g，甘草5g，红枣3枚。每日1剂，连服6天，水煎服。

12月14日二诊：上药服后，头痛消失，余症随之减。自行停药1周，又出现胸中烘热，少腹胀痛，热气上冲等症状。舌黯红苔薄，脉沉细。守前方再服6剂，诸症消除。嘱每月经前服3剂，随访半年，顺利渡过更年期。

〔按语〕患者因绝经期月经紊乱，量多，而致阴血不足。乙癸同源，肝肾同处下焦，肝肾阴虚，气无所附，肝气随冲脉上逆，而发少腹微痛，自觉热气从少腹上冲，胸中烘热等肝肾阴虚、虚热上炎之症，其发病机制，同《金匮要略》奔豚气。故宗仲景之说，用奔豚汤补血养肝，降逆平冲。方中以葛根、李根皮为主药，一升一降，使郁逆之气上宣下行，伍双钩藤清热平肝，助降逆之力；黄芩、半夏苦辛寒温相配，能调理枢

机；白芍、当归调养肝血，血充则气有所附，不致妄动；甘草、小麦、红枣、酸枣仁养心安神。（林慧光，林雪英，俞长荣教授治疗更年期综合征经验，福建中医药，1997，28（1）：16）

4. 浦江晨等医案—乌梅丸治疗年期综合征阴阳失调证

刘某某，女，49岁。2002年1月6日初诊。自述1年来月经紊乱，短则10余天经至，长则60余天来潮，月经量少色淡，伴有胸闷，心悸，心烦，易激动，多疑，口干喜冷饮，大便溏软，夜卧不安，前半夜感手足心烦热，凌晨则四肢冰冷，舌胖大质红，苔薄，脉弦细。西医诊断：更年期综合征。治拟调和阴阳为主，方用乌梅丸加味。药用：乌梅60g，附子、桂枝、黄柏、山萸肉各10g，黄连、干姜、蜀椒、五味子各5g，党参、丹参各20g，当归15g，细辛3g。每日1剂，加入清水煎煮，分上下午两次温服。服药2月，诸症消失。随访至今无复发。

〔按语〕张仲景用乌梅丸治蛔厥，而蛔厥的发生是由于内脏虚寒，胸膈烦热，蛔动不安，致呕吐、腹痛，痛剧则阴阳气不相顺接，以致四肢厥逆，其基本病机是寒热夹杂，虚实兼见，阴阳失调，治疗则是通过寒热并用，正邪兼顾，而达到安蛔止厥的目的。对照更年期综合征的种种症状，如烘热与畏寒交替、月经提前或延后、易饥而不欲食、泄泻便秘兼见、喜怒无常等，其病机关键可集中到阴阳失调，与蛔厥有类似之处。方中乌梅酸甘化阴，滋补肝肾，兼敛浮阳；细辛、蜀椒、桂枝、附子、干姜温脏祛寒；黄连、黄柏清热通滞；当归、党参补养气血；山萸肉、五味子以增强调补肝肾、收敛浮阳之力。共奏清热祛寒、补虚祛邪、调和阴阳之功。（浦江晨，沈丽华，乌梅丸可治更年期综合征，浙江中医杂志，2005，（10）：456）

5. 鲍小浪医案—甘麦大枣汤和百合地黄汤加减治疗更年

期综合征肝肾不足、肝郁气滞证

王某，女，48岁。月经不规则数月，头晕心烦，潮热多汗，心情忧郁，悲伤欲哭，曾有癥症病史。症状加重数月，情绪更为低落。舌红苔薄，脉细数。西医诊断为更年期综合征。中医辨证：肝肾不足，肝郁气滞。治拟滋肾疏肝解郁。方以甘麦大枣汤和百合地黄汤加减。药用：淮小麦 30g，红枣 10 枚，炙甘草 5g，百合、枸杞子、山萸肉、桑椹子、麦冬各 10g、生地黄、麦芽各 15g、丹参 20g、绿萼梅 5g、薄荷 4g。5 剂，水煎服，日 1 剂。药后情绪趋稳，原方加白芍、香附各 10g，共进 10 余剂，后随证加减，直至痊愈。

〔按语〕 患者有癥症病史，正值绝经期，肝肾不足，不能敛阴柔肝，更加重病情，肝气郁结，忧郁悲伤。治疗上，家人配合心理疏导和关爱也是治疗中不可或缺的一环。（鲍小浪，更年期综合征从肝肾论治体会，浙江中医杂志，2005，（5）：220）

6. 赵玉柱医案一小柴胡汤加减方治疗更年期综合征肝郁气滞证

黄某，女，48岁。近3月来月经紊乱，经量偏少，伴有头晕耳鸣，心烦易怒，心悸不安，失眠多梦，烘热汗出，大便秘结，小便短赤，舌红苔薄黄，脉弦细数。曾服用安定、谷维素等疗效欠佳。西医诊断：更年期综合征。方以小柴胡汤加减：柴胡 10g，黄芩 10g，制半夏 10g，当归 10g，桂枝 6g，白芍 10g，莲子肉 15g，甘草 6g，大枣 5 枚，生地黄 15g，玄参 10g，栀子 10g，莲子芯 10g。水煎服日 1 剂。14 天症状好转，继服 7 剂愈。

〔按语〕 更年期综合征类似于“脏躁”、“百合病”，传统认为应责之于肾之阴阳偏盛偏衰，总以调治阴阳为大法。该病的发生与肾有关，但与肝的关系更为密切，治宜疏肝调肝为主，兼顾调复阴阳，滋养肾阴。小柴胡汤为调肝之要方，具有

疏肝泄热之功，对更年期综合征确有显著疗效。（赵玉柱．小柴胡汤加减治疗妇女更年期综合征 30 例．内蒙古医药，2005，（2）：29）

7. 薛素芬医案—甘麦大枣汤治更年期综合征气阴两虚、肝气郁结、阴阳失调证

董某，女，年过五旬。现证：胸闷气短，悲伤欲哭，频频落泪，烦闷易激动，善太息并有厌世之念，脘腹胀满，纳呆，口干，便秘，苔白质淡，舌尖红，脉细弦。血压不稳定，心电图 ST-T 改变。西医诊断：原发性高血压病、冠心病、更年期综合征、脂肪肝。辨证：气阴两虚、肝气郁结、阴阳失调。治法：补气阴，疏肝气，平阴阳。方以甘麦大枣汤加减。药用：炙甘草 20g，淮小麦 20g，大枣 8 枚，瓜蒌 20g，香附 10g，柴胡 6g，黄连 6g，芦根 15g，川楝子 12g，莱菔子 10g，焦三仙 30g。5 剂，水煎服日 1 剂。药后自觉症状明显改善，心情畅达，不再哭泣，胸闷、气短减轻，食欲增进，口干、腹胀渐消，大便通畅，苔转薄白、质润，脉细弦转平细。仍少寐多梦、嗝气、呃逆、腰膝疼痛。又续上方更进酸枣仁、桔梗、牛膝、狗脊、鸡血藤、丹参、当归、黄芪等药调理 30 余剂，精神转佳，食欲大增，体力已复，随访 2 年无复发。

〔按语〕 此用《内经》“肝苦急，急食以甘缓之”之理，以甘麦大枣汤加减获效。（薛素芬．甘麦大枣汤治更年期综合征 30 例．武警医学，1995，6（6）：356）

8. 杨桂芹等医案—柴胡加龙骨牡蛎汤加减治疗肝肾阴虚、心气不足证

袁某，女，51 岁，眩晕 3 个月余，伴胸闷不畅，潮热盗汗，心悸不寐，四肢麻木，舌质紫黯，苔腻，脉滑。证属肝肾阴虚，心气不足。方以柴胡加龙骨牡蛎汤加减。药用：柴胡 12g，黄芩 10g，龙骨 30g，牡蛎 30g，太子参 15g，炙甘草 6g，茯苓 12g，淮小麦 30g，女贞子 30g，旱莲草 30g，丹参

20g。3剂，水煎服。服药后病情大减，效不更方，继守上方20剂，诸证好转，告愈。

〔按语〕更年期综合征多因天癸将竭，肾精亏虚，冲任失调，五脏失养，而产生一系列病变，治疗多以调补五脏气血为主。本案用柴胡加龙骨牡蛎汤调补阴阳，方中柴胡轻清，黄芩苦寒，龙牡敛阴潜阳，丹参、太子参、茯苓、甘草益心气和营血，女贞子、旱莲草等滋阴补肾，共收滋补肝肾、益气养心之效。（杨桂芹，陈连如．柴胡加龙骨牡蛎汤临床举隅．河南中医药学刊，2001，17（2）：40）

六、临证心得

在《内经》中有描述女性生理变化与年龄的精彩论述，如《素问·上古天真论》曰：“女子七岁肾气盛，齿更发长……，七七任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，地道不通，故形坏而无子也。”在《内经》中还有“年四十而阴气自半”之说，这是人体生长发育衰老的自然规律，多数妇女可以顺利渡过，部分妇女则由于体质、孕育、疾病、营养、社会环境、精神因素等方面的差异，不能适应和调节这一生理变化，阴阳平衡失调而导致本病。女性更年期综合征发生率高，临床表现各异，但总以肾虚为本，且以肾阴虚居多。肾的阴阳平衡失调，影响到心、肝、脾脏等，而发生一系列的病理变化，出现诸多证候。治疗宜补肾为主，酌情使用养心安神、疏肝柔肝、健脾活血、化痰利湿等法，以达阴阳相对平衡协调。

中医学认为，肾为先天之本，脾为后天之本。先天资助后天，后天充养先天，脾阳根于肾阳。同时，肝的疏泄功能失调是女性更年期综合征的重要因素。除了更年期内分泌代谢方面的变化之外，人到中年百事忙，尤其是女性目前在家庭、社会等方面的角色和操劳、忧郁、焦虑等导致的心理不适，又加剧了自身的内分泌代谢紊乱。在临床治疗中，要注意先天和后天

相互为养、精血同源和阴阳消长转化等辨证关系，注意肝的体用关系和疏利透达的特殊地位，在辨证精当的基础上巧妙配伍，才能取得神奇的疗效。补肾莫忘健脾，土生万物；滋阴务须助阳，阳生阴长。滋阴不可过于滋腻，以防呆滞不化而阻遏气机；温阳不可过于温燥，以防矫枉过正而耗精伤阴。另外，在证候复杂的情况下抓住主要矛盾，各个击破，不要期望用一张方剂解决所有问题，在这方面仲景方为我们起了很好的示范作用。

经方在治疗女性更年期综合征方面应用广泛，疗效可靠。常用的有桂枝汤、小柴胡汤、柴胡加龙骨牡蛎汤、竹皮大丸、酸枣仁汤、甘麦大枣汤、肾气丸、百合地黄汤、半夏泻心汤、四逆散、黄连阿胶汤、温经汤、桂枝茯苓丸、桃核承气汤、半夏厚朴汤、旋覆代赭汤、乌梅丸、芍药甘草汤、理中汤、桂枝甘草龙骨牡蛎汤、栀子豉汤、栀子厚朴汤、柴胡桂枝汤、五苓散、奔豚汤、大柴胡汤、竹叶石膏汤等，且由此衍生出许多名验方。由于女性更年期综合征证候繁多，在治疗方面应遵仲景辨证论治之旨，有是证用是方，这就使经方的应用更加宽泛。在服药方面，由于患者病程较长，可采取因病而定，不一定要求患者每日1剂，可根据病情轻重缓急采取隔日1剂或每周5剂等法，也可按疗程服用，有一段时间的间隔。同时，可适当参以气功、针灸、耳穴、穴位贴敷、穴位注射、浴足等方法。目前研究表明，许多经方不仅可以缓解症状，安全有效，而且能减缓卵巢功能的衰减，对神经-内分泌-免疫网络体系有良好的调控作用，这是单纯替代疗法的雌激素所不能比拟的。但目前在临床研究和报道方面还有许多问题，如诊断标准、疗效判定标准等不统一、欠规范等。

资料显示，发达国家约有30%的绝经期妇女采用雌激素替代疗法（HRT）治疗绝经期综合征，台湾地区也有25%的绝经期妇女使用。相比之下，中国大陆妇女由于认知方面的因

素和中医药的广泛应用，仅有 1% 的城市绝经妇女使用 HRT。另外，雌激素替代疗法因有诱发乳腺癌、宫颈癌及阴道出血等副作用，且有一定的禁忌证，也使其应用受到一定限制。



第七章 高脂血症

一、概 述

高脂血症是临床常见代谢异常性疾病，约占成年人群的20%。而且随着社会生活水平不断提高，人们的饮食结构发生了很大变化，以及自动化程度的不断发展，带来的体力劳动越来越少，再加上社会老龄化程度的迅速发展等因素，高脂血症的发病率也在快速增长，严重影响了中老年人的健康长寿，已成为突出的社会问题。高脂血症是人体内脂质代谢失常，血浆内脂质浓度超过正常高限的病证。由于大部分脂质与血浆蛋白结合运转全身，故高脂血症常反映于高脂蛋白血症。临床上高脂血症的定义是指 TC、TG 升高或两者同时升高。因其与动脉粥样硬化、冠心病、脑卒中、肥胖症、糖尿病等有密切关系，因此高脂血症的防治已日益引起人们的重视。

根据血中 TC 和 TG 的绝对值和两者的相互关系，高脂血症在临床上可分为 5 种类型：Ⅰ型，为血中 TG 明显增高，胆固醇正常轻度增高。主要是遗传性的。Ⅱ型，即高 β -脂蛋白血症。Ⅲ型，TC 及 TG 都明显增高。Ⅳ型，即 TG 血症。Ⅴ型，TG 明显增高，TC 也增高。在我国高脂血症中，Ⅱ型和Ⅳ型比较多见，Ⅲ型和Ⅴ型少见，Ⅰ型罕见。另外，在我国高脂血

症又分为：单纯性高 TC 血症，单纯性高 TG 血症和混合性高脂血症 3 种类型。

本病属于中医“痰湿”、“浊阻”、“肥胖”等范畴，也常见于“胸痹”、“眩晕”、“消渴”、“脑卒中”等病证中。

二、诊 断

本病的诊断目前仍根据 1997 年全国血脂异常防治对策研究组制定的血脂异常防治建议里的标准。

1. 合适范围：血清 TC $\leq$ 5.2mmol/L (200mg/dl)，血清 TG $<$ 1.7mmol/L (150mg/dl) 血清 LDL-C $\leq$ 3.12mmol/L (120mg/dl)，血清 HDL-C $\geq$ 1.04mmol/L (40mg/dl)。

2. 边缘升高：血清 TC 5.23 ~ 5.69mmol/L (201 ~ 219mg/dl)，血清 LDL-C 3.15 ~ 3.61mmol/L (121 ~ 139mg/dl)。

3. 升高：血清 TC $\geq$ 5.72mmol/L (220mg/dl)，血清 TG $\geq$ 1.7mmol/L (150mg/dl)，血清 LDL-C $\geq$ 3.64mmol/L (140mg/dl)。

4. 低 HDL-C 血症：HDL-C $\leq$ 0.91mmol/L (35mg/dl)。

三、辨证治疗

1. 肝胃郁热证

主证：身重体胖，喜食肥甘，食欲亢进，郁郁微烦，大便难下或下利不爽，小便色黄，胸胁苦满，口苦咽干，舌质红，苔黄少津，脉弦数。

治法：解郁泄热。

方剂：大柴胡汤加减。

柴胡 12g，黄芩 10g，半夏 6g，大黄 6g，枳实 6g，甘草 6g，连翘 12g，山楂 10g，玉竹 12g，生姜 12g，大枣 12 枚（擘）。

加减：大便秘结重用大黄、枳实，加草决明；头晕目眩加菊花、葛根、钩藤；心烦溲黄加栀子、淡竹叶；胸闷胁痛加川楝子、桔梗、蒲黄。

2. 气虚湿阻证

主证：神疲乏力，身体困重，汗出恶风，或下肢浮肿，头目眩晕，舌质淡，苔薄白或白腻，脉濡弱。

治法：益气化湿。

方剂：防己黄芪汤加减。

防己 10g，黄芪 30g，白术 10g，甘草 6g，太子参 10g，茯苓 12g，生姜 4 片，大枣 1 枚（擘）。

加减：胃中不和加芍药；气上冲者加桂枝；下有陈寒者加细辛；反复感冒加防风、山药；纳呆加山楂、炒麦芽；下肢浮肿加泽泻、冬瓜皮。

3. 中焦蕴热证

主证：腹痞呕恶，大便不畅，少气乏力，心烦口干，或伴牙痛，舌质红，苔薄黄，脉细滑。

治法：清热和中。

方剂：橘皮竹茹汤合调胃承气汤加减。

橘皮 6g，竹茹 6g，大黄 3g，玄明粉 2g（冲），甘草 6g，太子参 10g，芦根 15g，荷叶 10g，生姜 6g，大枣 6 枚（擘）。

加减：口干乏力明显加麦门冬、黄精；大便秘结明显重用大黄、玄明粉；食欲亢进加玉竹、生地黄；腹胀纳呆加鸡内金、焦山楂、厚朴；心烦牙痛明显加黄连、淡竹叶。

4. 痰瘀互结证

主证：脘腹胀满，头晕头胀，倦怠乏力，胸闷心悸，肢体麻木或疼痛，舌质黯淡或有瘀斑，舌苔白腻，脉弦细。

治法：化痰逐瘀。

方剂：桂枝茯苓丸合硝石矾石散加减。

桂枝 6g，茯苓 10g，丹皮 10g，赤芍 10g，桃仁 10g，白

芍 10g, 枳壳 6g, 泽泻 6g, 硝石矾石散 2g (饭后以大麦粥汁合服)。

加减: 瘀血重合抵当汤或加服水蛭粉 (冲); 心悸寐差加远志、丹参; 头晕头胀加菖蒲、威灵仙、葛根; 肢体麻木疼痛加丝瓜络、路路通、鬼箭羽。

四、名医经验

王绵之: 高脂血症用中医理论从病因、病机、治法等方面分析, 属气血津液病变范畴, 与痰浊、瘀血等证相似。本病病机虽错综复杂, 但不外虚、痰、瘀、滞四字, 可以虚实两端概括之, 虚乃脾弱气虚, 实即痰瘀气滞。喜用枳实薤白桂枝汤合温胆汤治疗痰浊壅盛、标实偏重者; 以黄芪、生姜 (黄芪建中汤意) 为补气健脾之要药。认为黄芪补气而升, 具有向上向外的特点, 正合“脾气散精, 上归于肺”之性, 又能“逐五脏恶血”, 对脾胃气虚, 不能散精, 膏脂留滞营血者尤宜; 生姜性温而散, 化痰健脾, 既助脾胃“游溢精气”, 又利药物有效成分溶出, 促进人体吸收, 对痰多热象不明显, 或脾胃因虚而寒者颇为适合。(郑贵力, 王煦. 王绵之教授治疗高脂血症学术思想及经验. 北京中医药大学学报, 2000, 23 (2): 48~50)

于俊生: 高脂血症可划属于中医学“痰浊”、“痰瘀”之范畴。痰乃津液之变, 所谓“脾虚不运清浊, 停留津液为痰生”。清浊不分, 停留凝聚而成痰, 意味着“痰”为某些黏稠分泌物的病理产物, 也概括为一些混浊的脂状物质。这类物质, 不但与脾相关, 与肾也有密切的联系, 若肾阳虚, 则水不生土, 衍生痰饮脂浊; 肾阴虚, 更可火化热生, 炼液为痰, 熬血为脂。同时, 肝胆之疏泄失常, 脾胃失运, 使胆气郁遏, 则清净无能, 浊脂难化, 致使脂质代谢紊乱。可见脾、肾、肝功能失调, 从而浊脂内生, 脂混血中, 血液黏稠度增高, 聚存于血脉之中, 导致了脉络壅塞不畅。可以认为血中过多的脂质大体上

就相当于中医所说流行于血脉的那部分痰浊之邪。《内经》谓：“血少黑而浊，故不能射。”经文点出一个“浊”字，可理解为高脂血症的病源所在。（于俊生，王砚琳主编．学说探讨与临证经验．青岛：青岛出版社，2005.143~144）

《伤寒杂病论》首先提出了“瘀血”、“痰饮”病名，并对其临床症状及体征作了详细的描述。按痰瘀同治组方的方剂，有苇茎汤、大黄牡丹皮汤、鳖甲煎丸、当归芍药散、桂枝茯苓丸、当归贝母苦参丸、大黄甘遂汤等。（于俊生，王砚琳主编．学说探讨与临证经验．青岛：青岛出版社，2005.113）

李振明：随机选择高脂血症治疗组 69 例，对照组 44 例。治疗组服用抵当丸，每次 1 丸，日 2 次。对照组服用脂必妥，每次 3 片，日 3 次。均为 4 周 1 疗程。治疗组有效率 97.1%，两组比较有显著性差异， $P < 0.01$ 。（李振明．抵当丸治疗高脂血症 69 例．河南中医，2000，20（1）：21）

魏品康：高脂血症多因嗜食肥甘，导致湿热内蕴，气血不畅；或因年老体衰，或因久病伤及脾肾，导致脾肾阳气亏损，蒸腾气化失司，膏脂输化障碍，形成痰湿，反渗入血，累及脏腑。如果痰浊累及脾胃，则脾运化无权，胃纳受阻，脾虚湿滞；如果痰浊侵入肝肾，痰瘀化火，而致肝肾阴虚；病久则痰瘀滞于心胸。故临床多见痰湿内阻、脾虚湿滞、肝肾阴虚、痰瘀互结等证型。基本病机为机体输化失常，致膏脂生成，形成“血中痰浊”，尤以脾虚痰湿内滞证为主。病理性质总属本虚标实。本虚主要表现为脾肾阳虚，标实主要为痰瘀互结。他治疗痰瘀互结型高脂血症，症见胸闷、疼痛、舌体胖大质黯、苔薄白、脉沉弦者，常予宽胸理气、消痰降脂。因有“善治痰者，不治痰而治气，气顺则一身之津液亦随气而顺矣”之说。常用枳实薤白桂枝汤合导痰汤加减：瓜蒌、炒谷芽、炒麦芽、茯苓各 30g，桂枝、生白术各 15g，厚朴、炙甘草各 9g，法半夏、陈皮各 15g。（何水勇，魏晓．魏品康治疗高脂血症的经验．

湖北中医杂志, 2004, 26 (10): 19)

张秋霞等: 据考, 在我国古医籍中的“胸痹”、“胸痛”、“中风”等证, 有类似高脂血症的论述。《素问·通评虚实论》曰: “肥贵人, 则高粱之疾也。”(张秋霞, 吴明珠, 聂惠民. 经方治疗高脂血症研究述略. 中医药学刊, 2002, 20 (4): 461)

铁萱: 采用瓜蒌薤白半夏汤加三七粉、何首乌、黄精、草决明、泽泻、生山楂等治疗高脂蛋白血症 31 例, 总有效率 96.8%。提示健脾利湿祛痰、活血通络降浊法对脾虚湿困、痰浊内阻型高脂血症有降低血脂的功效。(铁萱. 瓜蒌薤白半夏汤治疗高脂蛋白血症 31 例. 陕西中医, 1997, 18 (3): 114)

王玉仙等: 以泽泻汤加味治疗高脂血症。治疗组 103 例, 采用泽泻汤加味, 药用: 白术、茯苓各 15g, 泽泻、山楂、决明子各 18g, 丹参、牛膝各 12g, 每日 1 剂, 常规水煎, 早晚分服。对照组 82 例, 给予吉非罗齐胶囊, 日 2 次, 每次 50mg, 餐前 30min 服用。均为 4 周 1 疗程。1 疗程后观察疗效。结果: 治疗组总有效率 88%, 对照组总有效率 64%, 疗效比较, $P < 0.05$, 差异有非常显著性意义, 证实泽泻汤加味治疗高脂血症有较好的临床疗效。(王玉仙, 马学荣. 泽泻汤加味治疗高脂血症 103 例. 陕西中医, 2005, 26 (2): 103)

赵喜锦: 以瓜蒌薤白半夏汤加味治疗高脂血症。由瓜蒌、薤白、半夏、党参、黄芪、白术、茯苓、陈皮、泽泻、水蛭、川芎、槐米、山楂、甘草组成, 功用益气健脾、祛湿化痰、活血化瘀, 治疗高脂血症 60 例效果满意。(赵喜锦. 瓜蒌薤白半夏汤加味治疗高脂血症 60 例. 河南中医, 2003, 23 (7): 8)

吕少锋等: 泽泻汤加味治疗高脂血症。将 194 例患者随机分为 2 组, 观察组 120 例, 以泽泻汤加味治疗, 药用: 泽泻 30g、白术 15g、蒲蓄 15g、萆薢 15g。睡眠欠佳者加夜交藤 30g、酸枣仁 10g; 头晕加白术 10g、半夏 10g、天麻 12g; 肩

背痛者加葛根 12g、桂枝 12g。每日 1 剂，水煎 2 次，取汁 400ml，早晚 2 次分服，治疗期间停用其他药物。对照组 74 例，服苯扎贝特 0.2g，每日 3 次，口服，两组均治疗 10 天。结果：两组治疗后，TC、TG 均明显降低， $P<0.01$ ；观察组对 TG 的疗效优于对照组， $P<0.01$ ；两组 TC 的疗效比较则无显著性差异， $P>0.05$ 。结论：泽泻汤加味降低血清 TC 效果与苯扎贝特疗效相当，而降 TG 效果较苯扎贝特更为明显。（吕少锋，曹克强，王培阳，等．泽泻汤加味治疗高脂血症 120 例临床观察．中医药临床杂志，2005，17（5）：454～455）

五、医案精选

1. 聂惠民医案

案 1：小柴胡汤合泽泻汤加减治疗高脂血症肝郁脾虚证

白某，男，40 岁，1999 年 11 月 1 日初诊。主诉：胁下不适半年余，伴口苦不爽，观其面色晦黯，舌质黯淡，边有瘀斑，脉沉弦。血脂检查：TC7.8mmol/L，TG5.4mmol/L，高密度脂蛋白 0.5mmol/L。肝脏 B 超提示：脂肪肝。辨证为肝郁脾虚，血行不畅，瘀积为患。治疗当调理肝脾，活血化瘀。方用小柴胡汤合泽泻汤加减。药用：柴胡 10g，黄芩 10g，法半夏 10g，党参 15g，炙甘草 5g，炙鳖甲 10g，黄芪 15g，防风 10g，炒白术 10g，郁金 15g，泽泻 10g。7 剂，水煎服日 1 剂。再诊症状大减，嘱患者坚持服药又 3 个月，复查血脂正常，余无不适。

〔按语〕 中青年高脂血症发病率有逐年增高的趋势，对此年龄段高脂血症的治疗，多以调理肝胆气机为主，佐以祛痰活血，选方常用小柴胡汤合泽泻汤加减，名之曰“柴泽汤”。

案 2：六味地黄汤合瓜蒌薤白半夏汤加减治疗高脂血症肾虚痰瘀证

李某，女，65岁。1998年11月26日初诊。主诉：头晕、耳鸣、腰膝酸楚半月余，偶有胸闷、心悸，睡眠欠佳。饮食尚可，易大便秘结。舌体胖大，舌质红，苔薄白，脉沉略弦。体型较肥胖。血压：150/95mmHg。血脂检查：TC6.9mmol/L，TG4.9mmol/L，高密度脂蛋白0.4mmol/L。辨证为肾阴不足，夹痰夹瘀。治则补益肾阴，化痰活血祛瘀。方用六味地黄汤合瓜蒌薤白半夏汤加减。药用：生地黄、熟地黄各12g，山药20g，山茱萸12g，泽泻10g，丹皮12g，茯苓15g，薤白6g，瓜蒌10g，法半夏15g，生龙骨、生牡蛎各30g。7剂，水煎服日1剂。另嘱患者以少量草决明代茶，并注意饮食的合理搭配，坚持适度的运动锻炼，保持心情愉快，怡情养性。经过1年多的调治，患者整体情况良好，血脂基本正常。

〔按语〕老年高脂血症的发病机制与青年患者有很大的区别。老年高脂血症大多数是在正虚基础上出现痰浊瘀血停留，而且往往还伴随着其他疾病。治疗难度较大，疗程较长。此例患者伴有原发性高血压病、冠心病，以六味地黄汤和瓜蒌薤白半夏汤加减治疗取得了满意的疗效。（张秋霞·聂惠民教授治疗高脂血症的经验·北京中医药大学学报，2003，10（3）：39）

2. 赵进喜医案—四逆散合大黄附子汤加减治疗高脂血症

张某，女，62岁，门诊病历号：38639。2000年6月26日初诊。主因胁痛2周来诊。患者体形胖，有胆囊切除术史。曾诊断为高脂蛋白血症。血脂化验总胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白俱增高，高密度脂蛋白在正常范围，B超示脂肪肝。刻下：右肋下疼痛，食后尤甚，恶寒，汗出，双下肢轻度浮肿，大便每日1次，查右上腹压痛，无反跳痛，肠鸣音正常，舌黯，苔腻，脉右沉。中医辨证：肝气郁结，寒实积滞。治拟疏肝理气，散寒导滞。方用四逆散合大黄附子汤加味。药用：柴胡9g，赤、白芍各25g，枳壳9g，炙甘草6g，大黄9g，炮

附子 4.5g, 细辛 3g, 元胡 25g。1 剂。

二诊: 2000 年 6 月 27 日。服药 1 剂, 大便秘畅泄 3 次, 右肋下疼痛当日减轻, 中病即止, 改方: 柴胡 9g, 赤、白芍各 25g, 枳壳 9g, 炙甘草 6g, 郁金 12g, 金钱草 15g, 内金 12g, 槟榔 9g, 降香 9g, 甘松 9g, 玄胡索 25g, 乌药 9g。6 剂。

三诊: 2000 年 7 月 13 日。胁腹疼痛大减, 浮肿亦退, 时有嗳气, 舌淡黯, 苔腻, 脉沉, 原方减玄胡索, 加石菖蒲 12g。并嘱其清淡饮食, 调理情志, 坚持服药。1 年后来院复查, 血脂指标均在正常范围, B 超示轻度脂肪肝, 自述服用中药 1 月后停药, 病情至今稳定。

[按语] 本案合并脂肪肝、胆囊炎, 已接受胆囊清除手术, 临床表现以胁痛为主症, 与肝胆关系密切, 故治以四逆散加味。大黄附子汤治疗是《金匱要略》治疗“胁下偏痛”寒实证的方剂, 有温下之名, 可散寒破结, 泄下止痛, 日本汉方医家矢数道明认为: 只要是偏痛, 无论是单侧腹痛, 还是单侧腰腿疼痛, 皆有效用。本案患者为一侧胁腹疼痛, 且舌淡黯, 苔腻而不黄, 脉沉, 无明显热象, 可谓切中病机, 故而 1 剂即效。但大黄附子汤毕竟不是久用之方, 当中病即止, 改用调理之剂善后。药用槟榔、降香、甘松、乌药, 行其气血, 导其积滞也; 药用石菖蒲者, 开心气以止其气嗳也。(赵进喜主编. 内分泌代谢病中西医诊治. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2004. 253)

3. 王维澎医案—大黄廑虫丸加减治疗高脂血症虚寒瘀阻证

高某, 男, 52 岁。1998 年春季, 因乏力头晕、手足指(趾)麻木就诊于某医院。查体血压正常。胆固醇 7.1mmol/L, 甘油三酯 2.4mmol/L, β -脂蛋白 5.5g/L。诊为高脂血症。服用降脂西药 3 个月后, 血脂几无下降, 仍乏力困重, 眩晕间

作,手足指(趾)麻木不减。于同年初秋来诊。观患者,形体肥胖,面色晦黯。舌黯淡,苔白滑,脉细涩。辨证为阳气虚寒,血运不畅。治宜温阳益气,活血通脉。方用大黄廋虫丸加减。药用:熟大黄 90g,廋虫 90g,虻虫 45g,水蛭 90g,干漆 45g,蛭螭 45g,桃仁 45g,杏仁 45g,白芍 90g,熟地黄 180g,炙甘草 60g,制附子 90g,黄芪 120g。共研为细末,炼蜜为丸,每丸 9g,每日早晚各服 1 丸。连服 3 个月后,查 TC6.2mmol/L, TG2.1mmol/L, β 脂蛋白 4.9g/L。乏力、头晕、麻木诸证消失。嘱继服前方,每日 1 丸,以固疗效。

〔按语〕 凡属瘀血之证,有形之瘀或无形之瘀,宏观之瘀或微观之瘀,以大黄廋虫丸治疗皆有佳效。(王维澎. 大黄廋虫丸应用三则. 北京中医, 2000, (5): 51)

4. 王玉仙等医案—泽泻汤加味治疗高脂血症脾虚痰湿证

王某,男,42岁,机关干部。1996年10月以头昏、双下肢无力、上肢麻木前来就诊。主诉,近2月来经常头晕周身无力,在就近医院治疗1月余,症状无明显变化,前来门诊就诊,症见患者精神欠佳,面色无华,神经系统检查病理征未引出,查颈项多普勒示脑动脉硬化。化验血 TC7.2mmol/L, TG2.84mmol/L, 高密度脂蛋白 2.43mmol/L。舌体胖大,舌边有齿印,苔白厚,脉沉缓。中医辨证属脾虚痰湿内阻。治宜健脾利湿,化痰通络。方以泽泻汤加减。药用:白术、茯苓各 15g,泽泻、山楂、决明子各 18g,丹参、牛膝各 12g。水煎服每日 2 次,早晚饭前半小时服。

二诊:服上药 8 剂,自觉症状明显减轻,食欲增加,每天可以做一些家务活动。继以本方加减共服用 26 剂,查血脂恢复正常,随访 2 年一切正常。

〔按语〕 高脂血症的发生与心脾肾三脏密切相关,属中医“痰湿”范畴。泽泻汤加味不仅可以改善患者的临床症状,而且能明显改善患者的血脂水平,临床中未发现任何毒副作用。

(王玉仙, 马学荣. 泽泻汤加味治疗高脂血症 103 例. 陕西中医, 2005, 26 (2): 104)

5. 刘亚来等医案—茵陈五苓散加减治疗高脂血症脾虚湿阻证

患者男, 47 岁, 1999 年 8 月初诊。自述头痛、头晕半年, 伴多痰, 口淡纳呆, 上腹痞满, 健忘嗜睡, 易疲倦, 舌体胖大, 舌淡苔白腻, 脉弦滑。实验室检查: 血清 TC7.6mmol/L, TG2.85mmol/L; B 超示轻度脂肪肝。西医诊断: 高脂血症。中医辨证: 脾阳不足, 痰湿中阻。治宜健脾利湿。方用茵陈五苓散加味。药用: 茵陈 50g, 猪苓 12g, 泽泻 20g, 茯苓 15g, 炒白术 9g, 桔梗 6g, 炒苡仁 30g, 生山楂 15g, 陈皮 9g, 砂仁 6g, 白豆蔻 6g, 甘草 6g。水煎 500ml, 早晚分服。嘱忌烟酒, 低脂饮食, 服用 6 天后复诊诸症减轻, 胃纳好转, 继以上方加减服用 2 个月, 临床症状、体征消失, 1999 年 11 月复查 CG、TG、B 超正常。随访 3 年未复发。

〔按语〕 茵陈五苓散原用于治疗黄疸湿重于热、小便不利者, 功用利湿退黄。方中茵陈、泽泻为主药, 现代药理研究发现茵陈含有 6, 7-2 甲基香豆素、茵陈酮、叶酸绿原酸、咖啡酸等物质, 有较强的降血脂、降血压及扩冠作用, 泽泻含三萜类化合物, 其溶脂成分能阻止脂类在血中滞留或沉积于血管内壁, 并能促进脂质运输。《本经》谓泽泻“久服耳目聪明, 不饥, 延年轻身, 面生光”。茯苓、泽泻、猪苓、桂枝、炒白术, 具有温阳化气、利湿行水的功效, 据现代药理研究, 有改善脂肪代谢、抗脂肪肝形成、降低血脂的作用。(刘亚来, 于庆春, 于俊英. 茵陈五苓散治疗高脂血症患者 21 例疗效观察. 山东医药, 2004, 44 (22): 77)

6. 石惠欣等医案—葛根芩连汤合五苓散治疗糖尿病高脂血症脾虚湿热证

范某, 女, 56 岁, 退休干部。1993 年 4 月 5 日初诊。患

糖尿病 10 余年。现症：牙痛，牙龈肿胀色淡，腹胀脘闷，便溏，心悸气短，手足麻木，眩晕，耳鸣，甚至头不能转动，转动则眩晕加重如坐舟中。体胖，面色黄虚浮。查 TC6.74mmol/L；TG2.24mmol/L；HDL-C：0.78mmol/L。舌苔白而厚腻，脉濡微滑。西医诊断：糖尿病合并高脂血症。辨证为脾失健运，湿浊内停，郁久作热。治宜健脾和胃，除湿清热。方以葛根芩连汤合五苓散。药用：葛根 15g，川黄连 10g，黄芩 12g，猪苓 12g，茯苓 15g，泽泻 10g，炒白术 12g，桂枝 10g。2 剂。

二诊：牙痛止。继服 6 剂。

三诊：腹胀、便溏减轻，余证仍存。治宜和胃除湿泻痞。方以半夏泻心汤合五苓散加减：半夏 10g，潞党参 15g，炮干姜 10g，川黄连 6g，黄芩 12g，茯苓 12g，猪苓 12g，桂枝 10g，白术 10g，山楂 10g，薏苡仁 12g。3 剂。

四诊：症状明显改善，继服 5 剂。

药后查 TC：6.2mmol/L；TG：1.77mmol/L；HDL-C：1.06mmol/L。继服 1 月血脂正常。（石惠欣，袁国卿，杜妍．经方治疗高脂血症的经验体会．河南中医药学刊，1997，12（6）：24）

〔按语〕 仲景方药在治疗高脂血症方面，有着独特的优势，通过调整脏腑功能而使脂质代谢趋于正常，关键在于辨证论治，有是证用是方。

六、临证心得

随着人民生活水平的不断提高和饮食结构的变化，高脂血症发病率有逐年上升之势。本病多因嗜食膏粱厚味，或痰湿之体，水谷精微不化，湿浊内生，浊邪闭络，浊瘀胶着，痼结难解，故多本虚标实。本虚为脏腑功能衰减，尤其是脾运失司、肾气不足、肝失疏泄；标实则为痰浊、血瘀、气

滞。高脂血症常伴随代谢综合征、糖尿病、肥胖症等内分泌代谢病及心脑血管病同时为患，治宜标本兼顾，扶正祛邪。临床治疗应予化痰泄浊、补益脾肾、理气化滞、活血通络等治法。

高脂血症在张仲景著作中并没有专门的病名描述和证治记载，但从血痹、胸痛、胸痹、中风、腹满、瘀血、痰饮等病证中可得到许多启示。目前在应用经方治疗方面也有了可喜的进展，如大黄廑虫丸、桂枝茯苓丸、茵陈五苓散、四逆散、大柴胡汤、小柴胡汤、调胃承气汤、枳实薤白桂枝汤、瓜蒌薤白半夏汤、抵当汤、柴胡加龙骨牡蛎汤、泽泻汤、黄芪桂枝五物汤、理中汤、苓桂术甘汤、小陷胸汤、肾气丸、薯蓣丸、桃核承气汤、当归芍药散、大黄黄连泻心汤等在治疗高脂血症方面均有显著的疗效。笔者体会在许多情况下应用上述方药加减治疗与西药相比有明显的优势。

高脂血症的治疗除内服药治疗外，合理的饮食和适当的运动尤为重要，尚可依据患者的具体情况酌情给予药茶、药膳等，如胶股蓝、山楂、草决明等煎汤代茶，或荷叶粥、冬瓜薏苡仁粥等皆有良好的效果。亦可配合针灸及外用药物。高脂血症合并脂肪肝者甚多，应在辨证的前提下酌用护肝解毒及抑制肝纤维化的药物，如何首乌、决明子、蒲黄、生甘草、大黄、薏苡仁、山楂、连翘、栀子、白术、败酱草、板蓝根、女贞子、大枣、黄芩等，尽量避免药物对肝脏的损害。临床体会四逆散及柴胡剂加活血化浊解毒药有较好的疗效。此外，保持愉悦的心情和劳逸适度，戒除烟酒及减少膏粱厚味的摄入对本病有积极的治疗作用。尤其对于儿童和体质偏胖、饮食结构不合理或有不良饮食嗜好的人而言，适当的改变生活方式可有效减缓本病的发生发展。

主要参考文献

- [1] 山东中医学院中医内科教研室主编. 中医内科学. 济南: 山东人民出版社, 1976
- [2] 孙勤国, 刘学耀主编. 内分泌代谢病中医治疗学. 北京: 中国医药科技出版社, 2002
- [3] 卫生部疾病控制司, 中华医学会糖尿病学分会主编. 中国糖尿病防治指南. 北京: 《中华糖尿病杂志》编辑部, 2003
- [4] 冯福海, 高希言, 张淑君, 等主编. 实用中西医糖尿病学. 北京: 中国中医药出版社, 1998
- [5] 黄贵心, 庄日喜主编. 内分泌疾病中西医结合诊治. 北京: 人民卫生出版社, 2002
- [6] 南征, 高彦彬, 钱秋海主编. 糖尿病中西医结合综合治疗. 北京: 人民卫生出版社, 2002
- [7] 魏子孝, 梁晓春主编. 中西医结合内分泌代谢疾病诊疗手册. 北京: 人民军医出版社, 2005. 363
- [8] 吕仁和主编. 糖尿病及其并发症中西医诊治学. 北京: 人民卫生出版社, 1997. 304
- [9] 高彦彬主编. 古今糖尿病医论医案选. 北京: 人民军医出版社, 2005
- [10] 李仕明主编. 糖尿病足与相关并发症的诊治. 北京: 人民卫生出版社, 2002
- [11] 董彦敏, 巫奕丽主编. 糖尿病眼病的防治. 北京: 中国中医药出版社, 2003
- [12] 冯建华, 郭宝荣主编. 内分泌代谢病的中医治疗. 北京: 人民卫生出版社. 2001



附录 方剂汇编

二 画

八味肾气丸加减方（《古今名医临证金鉴·消渴卷》） 干地黄 薯
蕷 山茱萸 茯苓 丹皮 海蛤壳 黄芪 陈皮 知母 桂枝 附子
二地降糖饮（《首批国家级名老中医效验秘方精选》） 地锦草 地
骨皮 南沙参 麦冬 石膏 知母 生地黄 僵蚕 青黛 泽泻 苦参

三 画

大黄黄连泻心汤（《伤寒论》） 大黄 黄连 黄芩
大柴胡汤（《伤寒论》） 柴胡 黄芩 芍药 半夏 生姜 枳实
大黄 大枣
大柴胡汤加味方（验方） 柴胡 黄芩 芍药 半夏 生姜 枳
实 大黄 大枣 生蒲黄 泽泻
大柴胡汤加减方（验方） 柴胡 枳实 半夏 芍药 生大黄 丹
参 决明子 山楂 黄芩
干姜黄芩黄连人参汤（《伤寒论》） 干姜 黄芩 黄连 人参
三黄降糖汤（《中国名医名方》） 北芪 大黄 生（熟）地 桃仁
玄明粉 玄参 麦冬 桂枝 甘草
三黄丸（《备急千金要方》） 黄芩 大黄 黄连（四时用药量不同）
三黄汤加减方（《中医药治疗糖尿病新进展—首届糖尿病（消渴病）
国际学术会议论文集》） 黄芩 黄连 黄柏 蒲公英 马齿苋

小柴胡汤（《伤寒论》） 柴胡 黄芩 人参 半夏 甘草 生姜 大枣

小承气汤（《伤寒论》） 大黄 枳实 厚朴

小四五汤（《现代名中医糖尿病治疗绝技》） 柴胡 人参 半夏 甘草 黄芩 白术 白芍 茯苓 猪苓 泽泻 生地黄 当归 川芎

四 画

六味地黄丸（《小儿药证直诀》） 干地黄 薯蓣 山茱萸 泽泻 茯苓 丹皮

五苓散（《伤寒论》） 猪苓 泽泻 白术 茯苓 桂枝

五苓散加味方（验方） 泽泻 桂枝 车前子 川草薢 丹参 大黄

乌梅丸（《伤寒论》） 乌梅 细辛 干姜 黄连 当归 炮附子 蜀椒 桂枝 人参 黄柏 苦酒 蜜 米饭

五 画

白虎汤（《伤寒论》） 知母 石膏 甘草 粳米

白虎加桂枝汤（《金匱要略》） 桂枝 知母 石膏 甘草 粳米

白虎加人参汤（《金匱要略》） 知母 石膏 甘草 粳米 人参

甘草小麦大枣汤（《金匱要略》） 甘草 小麦 大枣

甘麦大枣汤（《邓铁涛医案与研究》） 甘草 大枣 面粉

瓜蒌瞿麦丸（《金匱要略》） 瓜蒌根 茯苓 山药 炮附子 瞿麦 蜜

宁神益心汤（验方） 黄芪 生地黄 桂枝 生龙骨 生牡蛎 炒枣仁 炙甘草

四逆汤（《伤寒论》） 附子 干姜 炙甘草

加减肾气丸（《古今名医临证金鉴·消渴卷》） 干地黄 薯蓣 山茱萸 泽泻 茯苓 丹皮 桂枝 五味子 鹿茸 沉香

加减抵当汤（验方） 水蛭 桃仁 大黄 太子参 黄芪 路路通 丝瓜络

加减小柴胡汤（验方） 柴胡 黄芩 芍药 半夏 生姜 枳实 大黄 大枣 丝瓜络 水蛭 决明子 山楂

加味四逆散（验方） 柴胡 枳壳 白芍 甘草 苍术 白术 瓜蒌 薤白 水蛭 川芎

加味五苓散（验方） 猪苓 泽泻 白术 茯苓 桂枝 制附子 党参 车前子 牛膝 泽兰

加味乌梅汤（验方） 山药 麦芽 乌梅 细辛 干姜 黄连 当归 炮附子 蜀椒 桂枝 人参 黄柏

加味黄芪桂枝五物汤（《中国名医名方》） 炙黄芪 炙桂枝 生白芍 甘草 浮小麦 煅牡蛎 红枣 生姜

加味甘麦大枣汤（《内分泌代谢病的中医治疗》） 炙甘草 淮小麦 大枣 柴胡 白芍 当归 薄荷 牡丹皮 酸枣仁 珍珠母 石决明 枸杞子 制何首乌

龙骨真武汤（《糖尿病心血管病的防治》） 茯苓 清半夏 白术 白芍 附片 生姜 生龙骨 生牡蛎

四逆散（《伤寒论》） 炙甘草 枳实 柴胡 芍药

四逆散加減方（验方） 基本方为柴胡、枳壳、赤芍、白芍、甘草。

六 画

百合地黄汤（《金匱要略》） 百合 生地黄汁

当归芍药散（《金匱要略》） 当归 芍药 茯苓 白术 泽泻 川芎 酒

当归四逆加吴茱萸生姜汤（《伤寒论》） 当归 桂枝 芍药 细辛 炙甘草 通草 大枣 吴茱萸 生姜

当归四逆汤加減方（验方） 当归 桂枝 芍药 细辛 通草 生地黄 天花粉 西洋参 鸡血藤

当归四逆汤（《伤寒论》） 当归 桂枝 芍药 细辛 甘草 通草 大枣

防己黄芪汤（《金匱要略》） 防己 黄芪 白术 生姜 大枣 甘草

防己茯苓汤（《金匱要略》） 防己 黄芪 甘草 桂枝 茯苓

防己黄芪汤加減方（验方） 防己 黄芪 白术 生姜 泽泻 桑白皮 陈皮 茯苓皮 薏苡仁 冬瓜皮 桂枝 生姜皮

七 画

芪地麻仁丸（验方） 麻子仁 芍药 枳实 大黄 厚朴 杏仁
 黄芪 生地黄
 芪黄真武汤（验方） 茯苓 芍药 生姜 白术 附子 黄芪 酒
 大黄 车前子
 附子汤（《伤寒论》） 炮附子 茯苓 人参 白术 芍药

八 画

奔豚汤（《金匱要略》） 生姜 甘草 川芎 黄芩 生葛 当归
 芍药 甘李根白皮 半夏
 抵当汤（《伤寒论》） 水蛭 虻虫 桃仁 酒大黄
 抵当丸（《伤寒论》） 水蛭 虻虫 桃仁 酒大黄
 抵当汤改良方（验方） 肉桂 水蛭 大黄
 苓桂术甘汤附汤（《伤寒论临证指要》） 茯苓 桂枝 白术 炙甘
 草 附子
 肾气丸（《金匱要略》） 干地黄 薯蓣 山茱萸 泽泻 茯苓
 丹皮 桂枝 附子（炮）
 肾气丸加减方（《岳美中老中医治疗老年病经验》） 干地黄 薯蓣
 山茱萸 泽泻 茯苓 丹皮 炮附子 石膏
 泽泻汤（《金匱要略》） 泽泻 白术

九 画

茵陈五苓散（《金匱要略》） 茯苓 桂枝 茵陈蒿 猪苓 泽泻
 白术
 茯苓桂枝白术甘草汤（《伤寒论》） 茯苓 桂枝 白术 炙甘草
 轻身一号（验方） 防己 白术 黄芪 川芎 制首乌 泽泻 生
 山楂 丹参 茵陈蒿 水牛角 淫羊藿 生大黄
 栀子豉汤（《伤寒论》） 栀子 香豉

十 画

桂枝茯苓丸（《金匱要略》） 桂枝 茯苓 丹皮 桃仁 芍药

桂枝甘草汤（《伤寒论》） 桂枝 炙甘草

桂枝汤（《伤寒论》） 桂枝 芍药 炙甘草 生姜 大枣

桂枝加黄芪汤（《金匱要略》） 桂枝 芍药 甘草 生姜 大枣
黄芪

桂枝甘草龙骨牡蛎汤（《伤寒论》） 桂枝 炙甘草 牡蛎 龙骨

桂枝加龙骨牡蛎汤（《金匱要略》） 桂枝 芍药 甘草 生姜 大
枣 牡蛎 龙骨

桂枝石膏汤（验方） 桂枝 芍药 甘草 生姜 大枣 生石膏

桂枝茯苓丸加味方（验方） 桂枝 茯苓 丹皮 赤芍 桃仁 制
大黄

桂枝茯苓丸加减方（验方） 茯苓 丹皮 桃仁 芍药 太子参
黄芪 姜黄瓜蒌

桂枝去芍药加蜀漆龙骨救逆汤（《伤寒论》） 桂枝 甘草 生姜
大枣 蜀漆 牡蛎 龙骨

柴胡桂枝汤（《伤寒论》） 柴胡 黄芩 人参 半夏 甘草 桂枝
芍药 甘草 生姜 大枣

益肾活络汤（验方） 桃仁 大黄 桂枝 甘草 黄芪 制附子
水蛭 丝瓜络 车前子

柴胡疏肝散（《景岳全书》） 炙甘草 枳壳 柴胡 芍药 香附
川芎

柴泽合剂（验方） 柴胡 黄芩 半夏 甘草 生姜 大枣 党参
泽泻 白术

“消三多”方（《古今名医临证金鉴·消渴卷》） 人参 知母 生
石膏 黄连 阿胶 白芍 生山药 黄精 地骨皮 蒸首乌 麦门冬
鸡子黄

消渴方（《首批国家级名老中医效验秘方精选》） 生石膏 知母
甘草 沙参 麦冬 石斛 生地黄 山药 茯苓 泽泻 天花粉 鸡
内金

桃核承气汤（《伤寒论》） 桃仁 大黄 桂枝 甘草 芒硝

益肾活络汤（验方） 桃仁 大黄 桂枝 甘草 黄芪 制附子
水蛭 丝瓜络 车前子

调胃承气汤（《伤寒论》） 炙甘草 芒硝 酒大黄

真武汤合当归补血汤加减（验方） 茯苓 芍药 白术 附子 干姜 黄芪 生熟地黄 当归 山茱萸 淫羊藿 肉桂
真武汤（《伤寒论》） 茯苓 芍药 生姜 白术 附子

十一画以上

黄芩汤（《伤寒论》） 黄芩 芍药 甘草 大枣
黄连黄芩汤（《温病条辨》） 黄芩 黄连 郁金 香豆蔻
黄芪建中汤（《金匱要略》） 黄芪 芍药 桂枝 炙甘草 饴糖 生姜 大枣

黄芪桂枝五物汤（《金匱要略》） 黄芪 芍药 桂枝 生姜 大枣
黄芪桂枝五物汤加味方（验方） 黄芪 芍药 桂枝 生姜 大枣 当归 丝瓜络鸡血藤 益母草 芦根

黄芪抵当汤（验方） 黄芪 水蛭 虻虫 桃仁 大黄
黄芪芍药桂枝苦酒汤（《金匱要略》） 黄芪 芍药 桂枝 苦酒
燮枢汤（《方剂心得十讲》） 柴胡 黄芩 半夏 甘草 红花 白蒺藜 皂刺 姜黄 刘寄奴（或茜草） 炒莱菔子 泽泻 炒川楝子 焦四仙

麻子仁丸（《伤寒论》） 麻子仁 芍药 枳实 大黄 厚朴 杏仁
麻仁丸加味方（验方） 麻子仁 白芍 枳实 杏仁 厚朴 泽泻 参三七 胶股蓝 大黄 制首乌 草决明 生黄芪

椒梅汤（《温病条辨》） 枳实 半夏 乌梅 干姜 黄连 蜀椒 人参 黄芩 白芍

越婢汤（《金匱要略》） 麻黄 石膏 生姜 大枣 甘草
葛根黄芩黄连汤（《伤寒论》） 葛根 黄芩 黄连 甘草
猪苓汤（《伤寒论》） 猪苓 茯苓 阿胶 滑石 泽泻

[G e n e r a l I n f o r m a t i o n]

书名=内分泌代谢病经方论治

作者=任爱华编著

页数=404

出版社=人民卫生出版社

出版日期=2007.6

SS号=11944293

DX号=000004931958

url=http://book1.duxiu.com/bookDetail.jsp?dxNumber=000004931958&d=5265632B13F6D2C66F017FFF0B844C6&fenlei=16051702&sw=%D7%A8%BF%C6%D7%A8%B2%A1%BE%AD%B7%BD%C2%DB%D6%CE%B4%D4%CA%E9

封面
书名
版权
前言
目录

理论篇

- 第一章 中医对内分泌代谢病的认识
- 第一节 肝脾肾的生理功能
- 第二节 内分泌代谢病的病因病机
- 第三节 内分泌代谢病的治疗原则及常用治法
- 第二章 六经辨证与内分泌代谢疾病证治
- 第一节 太阳病
- 第二节 阳明病
- 第三节 少阳病
- 第四节 太阴病
- 第五节 少阴病
- 第六节 厥阴病
- 第三章 杂病病脉证并治与内分泌代谢病证治
- 第一节 消渴
- 第二节 心悸
- 第三节 脏躁
- 第四节 血痹
- 第五节 虚劳
- 第六节 女劳疸
- 第七节 痰饮
- 第四章 仲景病邪理论与内分泌代谢疾病
- 第一节 风邪
- 第二节 寒邪
- 第三节 湿邪
- 第四节 毒邪
- 第五节 食伤
- 第六节 忧伤
- 第七节 瘀血
- 方剂篇
- 第一节 四逆散

- 第二节 五苓散
- 第三节 肾气丸
- 第四节 白虎加人参汤
- 第五节 葛根黄芩黄连汤
- 第六节 黄芪桂枝五物汤
- 第七节 真武汤
- 第八节 桃核承气汤
- 第九节 抵当汤
- 第十节 大柴胡汤
- 第十一节 小柴胡汤
- 第十二节 桂枝甘草龙骨牡蛎汤
- 第十三节 当归四逆汤
- 第十四节 麻子仁丸
- 第十五节 桂枝茯苓丸
- 第十六节 大黄黄连泻心汤
- 第十七节 乌梅丸
- 第十八节 防己黄芪汤
- 第十九节 甘草小麦大枣汤
- 第二十节 桂枝汤

疾病篇

- 第一章 内分泌代谢病常见症状及经方治疗
 - 第一节 口渴
 - 第二节 汗证
 - 第三节 便秘
 - 第四节 水肿
 - 第五节 失眠
- 第二章 糖尿病及其并发症
 - 第一节 糖尿病
 - 第二节 糖尿病酮症酸中毒
 - 第三节 糖尿病肾病
 - 第四节 糖尿病神经病变
 - 第五节 糖尿病性心脏病
 - 第六节 糖尿病足
 - 第七节 糖尿病合并感染
 - 第八节 糖尿病合并脑血管病

第九节	糖尿病性视网膜病变
第三章	甲状腺疾病
第一节	甲状腺功能亢进症
第二节	甲状腺功能减退症
第四章	肥胖症
第五章	慢性肾上腺皮质功能减退症
第六章	女性更年期综合征
第七章	高脂血症
附录	方剂汇编

历代中医资料大全分享

你好，我是**逢原**，你现在看到的这本资料是我从网上收集整理的。

本人自学中医多年，耗时多年搜集珍藏了众多的中医资料，包括了目前已经出版的大多数中医书籍，以及丰富的视频教程，而这些中医资料，是博览群书，勤求古训之必备。

只需要在下面输入你的邮箱并确认就可以直接下载中医资料：

http://list.qq.com/cgi-bin/qf_invite?id=03157beabc6d50e0b64029a2715966596d94dcac7ed0cfd7

如果有你也喜欢中医，需要一些学习中医的资料；或者是学习中医的路上碰到了什么问题需要交流；或者碰到一些疾病的困扰，需要求助，可以通过以下方式联系我：

一、发邮件：fyzy999@qq.com

二、加我 QQ/微信：**2049346637**

三、关注微信公众平台——逢原中医，经常有中医文章更新。

四、关注我的空间：<http://user.qzone.qq.com/2049346637>

免责声明：所有资源均是网上搜集，本人收集整理这些中医资料，仅仅为了方便中医同道中人私下交流学习之用，不为营利，将不对任何资源负法律责任。所有资源请在下载后 24 小时内删除，任何涉及商业营利目的均不得使用，否则产生的一切后果将由您自己承担！如果您觉得满意，请购买正版资源。



私人微信号：2049346637



公众平台：逢原中医