

目 录

治疗内科杂病的经验体会	(吕同杰) 1
白血病的治疗经验	(顾振东) 16
清热解毒法治疗活动性类风湿性关节炎 163 例疗效 总结	(张鸣鹤) 21
调脂通脉饮治疗高脂血症	(邵念芳) 27
治疗肾功能不全的经验体会	(李 碧) 35
健脾益气法治疗糖尿病	(程益春) 40
风湿性心脏病治验	(李宜方) 45
哮喘治验	(赵子贤) 49
胸痹(冠心病)的辛开苦降法	(丁书文) 57
慢性肾炎蛋白尿治验	(郭嘉琛) 60
“损者益之”治疗运动神经元病	(满学洪) 73
再生障碍性贫血证治	(焦中华) 78
脾胃病证治	(张莲慈) 82
清热解毒法治疗活动期类风湿性关节炎	(尹玉茹) 88
对老年脑病及脑动脉硬化症的辨证治疗	(高 云) 91
哮证治疗心得	(张洁承) 100
震颤麻痹治验	(汤预生) 104
胆囊炎辨证论治	(祝德军) 107
李东垣学术思想特点及其在神经科的临床应用	(徐明涟) 112

溃疡病治验	(李克勤) 117
心律失常的中医治疗	(林惠娟) 120
中医综合疗法治疗胆石症	(朱振铎) 125
益气养阴治疗老年性糖尿病体会	(邸秀萍) 133
补肾通督法治疗强直性脊椎炎	(周翠英) 137
再生障碍性贫血的中医辨证论治	(宋茂美) 142
胃炎及消化性溃疡的中医论治	(孙绍梅) 147
清热解毒利湿法为主治疗白塞氏病	(杜秀兰) 151
浅谈咳嗽的辨证治疗	(于文生) 156
肝脾肿大临床证治述要	(尹常健) 160
再生障碍性贫血证治	(唐由君) 169
发作性睡病中医治疗五法	(张洪斌) 183
高血压强调整体，单求降压难为功	(高洪春) 191
萎缩性胃炎的辨证治疗	(路广晁) 196
心律失常辨治八法	(包培蓉) 201
治疗痹证用药浅谈	(相修平) 206
温肾助阳医甲减	(冯建华) 212
健脾益气法和清热化痰法在心血管系疾病的临床应用	(王翠萍) 216
肾病水肿治法述要	(徐锡兰) 219
冠心病的证治	(张学梓) 225
胃与十二指肠溃疡治疗规律探讨	(姚保泰) 230
老年冠心病标本同治法探讨	(王景存) 233
依据老年变化特点，辨证治疗老年糖尿病	(张 洪) 235
中西医结合治疗血栓闭塞性脉管炎的几个问题	

.....	(尚德俊)	238
下肢深静脉血栓形成的辨证论治	(侯玉芬)	242
肢体动脉硬化性闭塞症患者血液流变性质改变与中 医辨证分型的关系	(金星)	247
对银屑病的初步探讨及对掌跖化脓型银屑病的论治	(丁履仲)	250
皮肤病证治心得	(赵纯修)	254
寻常疣外治经验	(杜锡贤)	259
对瘙痒性皮肤病的认识及临床体会	(杨东海)	263
乳腺增生病的辨证论治	(姜兆俊)	266
颅脑损伤后综合征治疗心得	(周庆符)	270
直肠癌根治原位肛门重建辨证施术临床体会	(冯继亮)	275
回翻转复位法治疗肱骨外髁翻转骨折	(高玉山)	284
肩关节脱位并肱骨外科颈骨折 30 例临床总结	(袁建明)	289
胶皮兜治疗婴儿先天性髋脱位 441 例	(孙德立)	293
中西医结合治疗骨病	(董建文)	299
催生胎与下死胎的不同点	(郑蕙芳)	301
清热解毒活血化瘀治疗盆腔炎辨证而治	(贾东鲁)	305
中药的性味归经在男性不育治疗中的应用 ...	(金维新)	310
治痛经以通为用	(国培)	314
崩漏辨治体会	(黄淑贞)	319
中西医结合治疗盆腔炎体会	(李竹兰)	323
益肾滋阴法治疗崩漏	(叶青)	329
难治性肾病辨证论治	(须鹤瑛)	333

从顾脾保津谈小儿治泻特点	(张湘屏)	338
小儿感冒辨证施治的一般规律	(毕可恩)	344
中医治疗儿童多动症探讨	(王立华)	347
对小儿急性肾炎的认识和治疗体会	(李秀英)	352
治疗小儿肾病综合征的管见	(张亚荣)	356
难治性肾病并发感染的治疗体会	(郝君生)	361
针刺捻转、提插补泻,“烧山火”、“透天凉”手法		
力学新析及其临床应用举隅	(陈乃明)	365
药物穴位贴敷疗法	(王秀英)	373
艾灸温通法治疗心脑血管疾病的经验	(张登部)	380
巨针巨刺治疗缺血性中风偏瘫的临床和实验研究		
.....	(刘光亭)	385
发泡灸治疗强直性脊椎炎	(崇桂琴)	397
谈中风偏瘫、口歪眼斜、语言障碍的治疗和功能锻炼		
.....	(苏道刚)	403
谨守病机,运用攻下之法	(刘秀玲)	409
中心性浆液性视网膜病变	(衣元良)	414
抗炎明目汤治疗慢性色素炎的临床观察及实验研究		
.....	(蔡华松)	421
中药治疗局限性、中心性、渗出性、脉络膜炎 15 例分析		
.....	(陈明举)	427
视神经炎辨证施治	(伊成运)	432
牙宣的辨证施治	(刘挺立)	437
中医临床用药疗效浅论	(栾延水)	440
略谈毒性中药制毒方法和原理	(毛兆雄)	444
中药汤剂煎煮的方法与质量	(于维萍)	450

浅谈合理用药	(解希田) 458
有毒中药与临床疗效的关系	(纪金凤) 460
大黄炮制与其临床作用的关系	(薛凤荣) 464
儿童血清铁蛋白含量分析	(刘文杰) 467
中药理疗治疗颈椎病初探	(刁维珍) 470
浅谈辨证施护的程序	(辛守璞) 474
浅谈郁证与护理	(李庆美) 480
形神护理刍议	(于梅志) 485
小儿泄泻脐疗法近十年应用综述	(杨 杰) 490
心理护理与护士素质	(潘 娟) 497

治疗内科杂病的经验体会

吕同杰（1929— ），男，主任医师。字汉三，山东临邑县人。1943年学医于吉林平瑞医塾。1948年应诊乡里，先后从师于盖谦、韦继贤等9位著名老中医，尽得其传。1958年山东中医进修学校结业后被分配到山东中医学院附属医院工作。曾任内科主任、山东省中医研究班主任、副院长、院长。中国中医药学会理事、山东分会副理事长、内科委员会主任委员，山东气功科学研究会副理事长等职。现任山东中医学院附属医院名誉院长，全国首批名老中医带徒导师之一。本人从事中医临床工作50年，擅治内科杂病、热病、脾胃病、咳喘病、痹证和疑难重症。主要编著《中医验方选编》、《中医临床经验选编》、《汗吐下三法的临床应用》等以及《清咽解毒汤》、《定眩汤》的新药开发研究。

辨治痹证用药经验

吕同杰老师在长期的临床实践中，对痹证的辨证论治，积累了丰富的经验，遣方用药，颇有独到之处。本人自拟的除痹逐瘀系列方药，经长期临床验证，疗效卓著。现总结整理如下：

一、活血化瘀贯穿始终

痹证不论新久或病程长短，或证属痛痹、着痹、寒痹、行痹、热痹等，其治疗首先以“通”为法则。痹者，闭也。不通则痛，痛则不通。所以解除痛和不通，是治痹证当务之急。痹证虽有风、寒、湿、热之分，但都具有不通则痛的病理基础，并针对痹证正气虚弱，风、寒、湿、热等乘虚而入或多病因合邪所致气血凝滞，经络痹阻不通引起的肢体、关节、肌肉经络等处疼痛、重着、麻木、屈伸不利、关节肿大或僵硬、畸形等主要症候和患者的具体情况进行辨证治疗。“流水不腐，户枢不蠹”，人体四肢百骸的灵活自如，健壮有力，是靠气、血、津、液沿经络运行不息的结果。痹证脉络不通，直接影响到气、血、津、液的运行。不论是局部或是多处关节肌肉疼痛，其病理机制都是相互影响的。活血化瘀药具有促进血液运行，畅通经络，消除瘀肿，通利关节，缓解疼痛的良好作用。选用活血化瘀之品时，筛选剽悍、性善走窜锐利而止痛作用强的药物。如穿山甲、王不留行、皂角刺、川芎、乳香、没药等。该类药物入心、肝经，心主血脉，肝藏血，主筋。痹证脉络不通与心肝经脉运行有密切关系。故痹证辨治中用该类药物配伍，能走而不守，引经到位，透达经络，攻走血脉，直达病所，对驱除羁留痹阻关节经络之邪，有显著疗效。气血在人体生理病理中是相互依存关系，气行则血行，气滞则血瘀。且上述活血化瘀之品，多具有血中之气的特点，既能化瘀，又能行气。若配伍在滋补气血的方药中，又能起到补而不滞的作用。

另外，对其他活血化瘀之品的选择，亦根据痹证临床特

点及药性功能而异，充分发挥活血化瘀的总体疗效。如痹证关节肿痛，阴雨天加重，伴肢体肿胀者，用活血化瘀选泽兰、益母草、防己、路路通之类，既能活血化瘀，又能利湿消肿；关节疼痛伴乏力、自汗者，选配当归、丹参、鸡血藤同黄芪相伍，补气血，活经络；若腰痛为主者，选配牛膝、桑寄生，补肾又活血；若关节红、肿、热、痛者，选配赤芍、丹皮等，配桑枝、双花藤凉血活血，清热通络；伴便秘者，选配桃仁、当归活血化瘀，又润肠通便。总之，活血化瘀法，灵活多变，因证施药，有的放矢。

二、重用黄芪，功在补气

元气是人体生命活动的原动力。气虚和阳虚是人体生理功能和免疫防御功能下降的具体表现。“正气存内，邪不可干，邪之所凑，其气必虚。”这说明了元气不足，身体虚弱是痹证发生的病理基础，是招致外邪侵袭的主要原因。通过长期的临床观察，也进一步证实了风湿、类风湿关节炎患者，多有正气不足，腠理不密，卫外不固的病理基础。另外，增生性骨关节炎的发病原因也与老年脏气渐衰有密切关系。久痹、顽痹病人他法久治不效者，重用补气为主的方剂，常可获得满意效果。

黄芪具有升发之性，善走肌表，对补气升阳，强卫固表，鼓舞正气，驱邪外出有显著的功效。在使用黄芪时，注重每个痹证患者的个体差异以及气虚邪实的盛衰程度，灵活调整黄芪在处方中药量。若痹证病人一般情况良好，唯关节疼痛，不耐劳累的轻度气虚，黄芪一般用量 30~60 克；若伴周身极度无力，活动后汗出、心悸，脉沉细无力者，即重用黄芪，量可达 90~120 克之多。气为血帅，气运血行。补气即可生血，

亦可活血。气充则血盈，气行则血行。故很多痹证偏于气虚者，通过补气对改善血液循环，扩张毛细血管，增强免疫功能，具有良好的抗炎、抗菌、抗渗出、抗增生等作用。若关节红、肿、热、痛伴汗出，无力，脉沉细，舌质红者，配生地、丹皮、白薇、双花藤、桑枝等滋阴凉血，活络止痛；若关节重着，麻木不仁，舌苔白厚者，配茯苓、白术、防风、茵陈等祛湿化浊；若伴畏寒肢冷者，配附子、桂枝；若腰痛、双下肢沉重酸痛者，配木瓜、寄生、牛膝等，既补肝肾，又舒筋活络。

三、温通宣散，各有侧重

痹证临床以关节、肌肉、经络疼痛为主要表现，多由风、寒、湿之邪合而为病，但有偏盛之别。临床很多痹证患者常因气候变化、寒冷、潮湿而加重，特别与寒湿痹阻关系最为密切。寒湿属阴邪，最易伤阳。寒主收引，寒胜则痛；湿性粘滞，缠绵难愈。本人认为温通宣散，驱散寒湿，活血化瘀同时并举，常可收到事半功倍的效果；还可起到畅达气血，输通经脉，除痹止痛的作用。如平素阳虚体质病人，每受凉病情加重，同时亦是外邪反复侵袭的结果，故病人关节疼痛剧烈。针对其病因病机及风能胜湿，温可胜寒的特点，故选性温通利，走窜力强的威灵仙、附子、制川草乌、桂枝、麻黄等。灵仙、附子均能通达十二经，是无处不达之品，且灵仙祛风除湿，通络止痛的作用不论风、寒、湿孰轻孰重，均能取效，既可驱在表之风，又能化在里之湿，实为通经达络，能导能宣，止痛要药。痹证用桂枝常配白芍，功能一阴一阳，一收一散，温通经脉，调和营卫。若关节疼痛剧烈，固定不移，遇寒加重者，附子易制川草乌。其性辛热燥烈，祛寒通痹止

痛之力较附子为胜。因本品有毒，倍用白芍、甘草与其配伍，既防止川草乌的燥烈，又加强止痛作用，长期使用未见毒副作用。

另外，痹证患者每受风寒而疼痛加剧，伴周身酸痛，恶寒无汗者。选用麻黄温经散寒。本品辛温宣通肺气，开腠理，透毛窍作用强，故缓解痹证疼痛迅速。若伴气虚者，麻黄配黄芪，常以对药应用，一补一散，相辅相成，补中有散，散中有补，是其所长。

四、佐以祛痰，常收殊功

本人长期的临床经验体会到，各种痹证迁延不愈，或反复发作，或传统方法久治不效者，多有痰瘀痹阻，络脉不通的病理机制。特别是老年常见的骨关节增生性炎症中，痰瘀痹阻比例相当突出。因老年脏气渐衰，脾虚运化功能减弱，易生湿生痰。痰湿之性粘滞，日久正虚邪恋，瘀阻于络，蕴结于骨关节等处。另外，某些老年痹证，往往多种疾病同在。如同时患高脂血症，动脉硬化，糖尿病以及血液粘度增高等，均提示与痰瘀关系密切。或形体肥胖，四肢肿胀，麻木不仁等，多为痰瘀的表现。总之，不论哪种痹证或分型，只要符合久治效差，缠绵反复，阴雨加重或形体肥胖，伴口粘，咽部有痰不易咯，咯而不爽，舌体胖，苔白厚，脉弦滑等痰瘀表现者，往往佐以胆南星、白芥子等搜剔豁痰之品而收功。

五、常用除痹逐瘀方药简介

（一）除痹逐瘀汤（自拟方）

组成：黄芪 30 克、葛根 30 克、当归 15 克、川芎 12 克、

红花 9 克、姜黄 12 克、刘寄奴 15 克、路路通 15 克、羌活 9 克、灵仙 12 克、白芷 12 克、桑枝 30 克、胆星 9 克、白芥子 9 克、甘草 6 克。

用法：水煎 2 遍，兑匀，分 2 次服，日 1 剂。

功效：除痹逐瘀，化痰通络。

主治：颈椎骨质增生，肩关节周围炎，上肢风湿、类风湿关节炎等。证见颈部发紧，转头受限，头晕，手指麻木，肩、肘关节疼痛、屈伸不利，遇冷加重，舌质淡红，苔白厚，脉濡。证属痰瘀痹阻，正虚邪恋，络脉不通。

病案举例：

赵某，男，60 岁。1991 年 10 月 23 日初诊。

颈部发紧 10 年。右上肢经常麻木，颈部不易大转弯，口粘，口干，不欲饮，咽部异物感，有时吐少量白粘痰，与气候变化无明显影响。颈椎拍片示：颈 4~6 椎体唇样骨质增生。舌质淡红，苔白，脉弦滑。他法久治，效果欠佳。予以除痹逐瘀汤，水煎服，日 1 剂，10 余剂，诸症较前明显减轻。后继服 40 余剂症愈。随访一直未再犯。

（二）通经逐瘀汤（自拟方）

组成：黄芪 30 克、桂枝 15 克、川芎 12 克、当归 15 克、白芍 30 克、丹参 15 克、牛膝 21 克、红花 9 克、独活 15 克、灵仙 12 克、刘寄奴 15 克、山甲珠 10 克、路路通 15 克、甘草 6 克。

用法：水煎 2 遍，兑匀，分 2 次服。日 1 剂。

功效：益气活血，通络止痛

主治：腰、膝骨关节增生性炎症，风湿、类风湿关节炎。证见腰痛，双膝关节疼痛，或有骨质摩擦者，双下肢麻木、屈伸不利，活动加重，舌质暗红，苔白，脉弦者。证属气虚血

瘀，经络痹阻。

病案举例：

张某，女，66岁。1993年2月3日初诊。

素患腰椎骨质增生多年，近半年来腰痛加重，右腿呈阵发性过电样刺痛，双腿活动不利，时常卧床不起。气候变冷加剧。大便偏干，小便频。舌质淡红，有瘀点，苔白。脉弦细。西药消炎止痛，久治不效。予以通经逐瘀汤加附子12克，寸云24克，温肾助阳，润便缩尿。水煎，日1剂。停药一切西药。服药6剂，诸症明显减轻。继服20余剂，诸症愈。

（三）益气逐瘀汤（自拟方）

组成：黄芪60克、白术30克、附子12克、生地30克、白芍30克、生石膏30克、双花藤30克、桂枝12克、牛膝21克、制川草乌各9克、防风12克、路路通15克、炙甘草15克。

用法：水煎2遍，兑匀，分2次服，日1剂。

功效：益气养阴，温通血脉，清热通络。

主治：风湿、类风湿关节炎。对称性大小关节红肿、疼痛或变形，活动受限，遇冷加重，发热汗出，乏力气短，面色萎黄，口干、舌质红，苔黄，脉细数。证属气阴两虚，寒热错杂。

病案举例：

冷某，女，31岁。1992年12月2日初诊。

患者肢体大小关节对称性肿痛4年。每受凉加重，曾多次因关节肿痛剧烈伴发烧、血沉快、抗“O”增高而住院治疗。每予中西药物（消炎痛、布洛芬，强的松以及中药清热解毒等）治疗后，症可暂时缓解，但经常反复。目前四肢关节粗肿变形，失去劳动能力，关节疼痛，受凉及劳累疼痛加剧，乏

力、自汗，口苦口干。舌质红苔薄黄。脉细数。予以益气逐瘀汤，加重石膏用量 60 克，加知母 15 克，连服 10 剂。关节肿痛明显减轻。后因白带多、月经量少、错后，活动后自汗、极度无力。原方重用黄芪 120 克，加云苓 30 克，继服 30 余剂，诸关节肿痛消失，能参加轻度体力劳动，同时体力增加。自汗、月经、白带均痊愈。后访一切感好，病未反复。

（四）滋肾逐瘀汤（自拟方）

组成：熟地 24 克、首乌 24 克、附子 12 克、桑寄生 15 克、怀牛膝 15 克、当归 15 克、山甲珠 10 克、灵仙 15 克、川芎 15 克、白芍 15 克、路路通 12 克、甘草 6 克、麻黄 3 克。

用法：水煎 2 遍，兑匀，分 2 次服，日 1 剂。

功效：益肾、活血、通络。

主治：老年颈、腰椎骨质增生，类风湿关节炎关节变形等久治不愈。伴头晕、耳鸣、健忘，腰膝酸软无力，小便清长。舌质淡红，苔白，脉沉细。证属肝肾不足，络脉痹阻。

病案举例：

王某，男、61 岁。1990 年 8 月 20 日初诊。

患颈、腰椎骨质增生 10 余年。双下肢及手指经常沉重麻木，劳累加重。伴头晕耳鸣，多梦，怕冷。舌质暗红、苔白。脉沉细。曾长期服大活络丸及抗骨质增生药，只能缓解暂时症状。症反复发作。予以滋肾逐瘀汤，水煎，日 1 剂，服药 40 余剂，诸症消失。随访 3 年未犯。

（相修平整理）

哮喘论治经验

吕同杰老师认为哮喘主因为宿痰内伏于肺，不仅区分以寒热，更有虚实之别。哮喘发作期，外邪引动宿痰，痰阻气闭，吐纳失调，当宣肺化痰，吐纳并治，实哮重在祛散，虚哮贵调摄纳。常以温肺化痰法用于冷哮，自拟青龙三石汤加减；润肺宣泻法用于热哮，自拟养阴清肺汤加减；固摄定喘法用于虚哮，自拟固摄纳气汤加减；喘息窘迫者，应用雾化吸入法，自拟喘息停加减。缓解期气顺痰降，但夙根未除，应涤宿痰，拔夙根。常以宣肃豁痰法，自拟拔夙散加减，用于实痰宿肺证；扶正化痰法，自拟正气涤痰汤，用于虚痰内伏证。

一、观全局，明辨虚实

哮喘是一种反复发作性的痰鸣气喘性疾患。根据这一特点，临床一般分为发作期和缓解期两个阶段。对于哮喘的辨治，历代医家多主张发作期祛邪治标；缓解期扶正固本。对于发作期之虚与缓解期之实的病理改变，则少有重视。吕老认为，凡证皆有虚实，哮喘主因为宿痰内伏于肺，而宿痰又因其成因的不同，不仅区分以寒热，更有虚实之别。凡因感受外邪，失于表散，邪毒深入肺膈，或因食生冷腥咸之物，内酿成痰，上干于肺，敛聚不散者，其邪属实；而因将息失宜，病后失养及素体虚弱者，则易脾虚生痰，贮伏于肺，实属虚邪为患。宿痰一旦形成，多沉痾难解，成为各种诱因的夙根。哮喘发作期，主因与诱因往往同气相求，内外相应，伤而即

发，故哮喘之诱因多见于宿痰形成之原始病因。哮喘日久，寒痰内郁多易化热；热痰伤阴又可及阳，以及失治误治，常有寒热相兼，虚实夹杂并存。哮喘缓解期，喘息虽停，但夙根未除。体虚气弱者，邪退正衰，常出现肺、脾、肾亏虚的征象；而体强气壮者，则痰降气顺，正气来复，形如常人。如清·林开燧所云：“俗谓冷哮、盐哮者，是虽举发不常，竟有终身无恙者。”（《林氏活人录汇编·喘门》）因此缓解期并不尽虚，发作期亦非都实。临床辨治当以详查夙根，细审诱因，分清寒热，明辨虚实。

二、发作期，吐纳并调

肺主呼气，肾主纳气。哮喘发作期，外邪束肺引动宿疾，痰气搏结，阻塞气道，致使肺气升降不利，吐纳失调。治疗当以宣肺宽胸，降气化痰。实哮重在祛散；虚哮贵在摄纳，表里同治，吐纳并调。常用治法如下：

（一）温肺散寒，降气化痰

适用于风、寒、湿等阴邪袭肺，引动寒痰之实痰冷哮证。

证见：素有寒痰内伏于肺，每遇风、寒、湿，阴冷寒凉之气，哮喘即作，呼吸急促，喉中痰鸣有声，痰白如泡沫，胸闷憋气，面色晦滞，舌质淡苔白滑，脉弦紧或浮紧。

常用方药：青龙三石汤加减（自拟方）

桂枝 9 克、白芍 18 克、细辛 3 克、半夏 15 克、炮姜 9 克、五味子 9 克、麻黄 9 克、杏仁 9 克、苏子 15 克、葶苈子 15 克、甘草 9 克、胆星 9 克、皂角炭 3 克、石菖 30 克、鹅管石 15 克、海浮石 15 克、赭石 15 克。日 1 剂，水煎服。

方中小青龙汤解表散寒，温肺化痰；并取桂枝倍芍药之

意，益阴敛液，解肌和营；苏子、葶苈子泻肺降气；胆星、皂角、海浮石化痰开闭；鹅管石温阳纳气；代赭石重镇降气。共奏散寒平喘，温肺化痰之功效。

伴气阴双亏者，加童参、山药、枸杞子；肾阳虚者，加仙灵脾、附子、紫石英。

（二）润肺化痰，通宣泻热

适用于风、热、燥、暑等阳邪，引动肺中内伏之热痰，或阴邪入里化热之实痰热哮证。

证见：哮喘每因感受阳热邪毒而发作，憋喘气促，喉中痰鸣，咯痰黄稠，口咽干燥，或有面赤发热，或有五心烦热，便秘尿赤。舌质红，苔黄腻，脉弦滑或滑数。

常用方药：养阴清肺汤加减（自拟方）

生地 30 克、玄参 24 克、麦冬 18 克、杭芍 15 克、黄芩 15 克、桔梗 9 克、麻黄 9 克、杏仁 9 克、生石膏 45 克、桑白皮 24 克、川贝 9 克、山豆根 15 克、枸杞子 30 克、甘草 6 克。水煎服 1 日 1 剂。

方中生地、玄参、麦冬、杭芍养阴润肺和营；麻黄、杏仁、石膏、甘草宣肺平喘；枸杞子，桑白皮益肾纳气；黄芩、山豆根、桔梗、川贝清肺化痰。共奏清肺降逆，化痰平喘之效。

伴寒热错杂，阴阳俱虚者，加鹅管石、干姜、肉桂。

（三）固摄定喘，扶正祛邪

适用于虚哮证日久不愈，肺虚不固，脾虚气弱，肾虚失纳，感冒则喘，遇劳则作之患者。

证见：胸闷憋气，喘促痰鸣，呼多吸少，面色黧黑，口唇及皮肤紫绀，咯痰不爽，体倦乏力，动则加重。伴肾阳虚

者，畏寒肢冷或后背发凉，自汗，遇冷加剧。伴肾阴虚者，可有五心烦热、盗汗。舌质暗，苔白或厚腻，脉沉细弱。

常用方药：固摄纳气汤加减（自拟方）

熟地 30 克、枸杞 30 克、附子 15 克、炮姜 15 克、鹅管石 30 克、玄参 24 克、麦冬 18 克、麻黄 9 克、杏仁 9 克、苏子 15 克、葶苈子 15 克、鹿角胶（烔）9 克、阿胶（烔）9 克、沉香粉（冲）3 克、甘草 6 克。水煎服，日 1 剂。

方中熟地、枸杞、玄参、麦冬滋肾润肺；附子、炮姜、鹅管石、甘草温阳纳气；麻黄、杏仁宣肺平喘；苏子、葶苈子降气止逆；阿胶、鹿角胶滋肾固精，温补气血；沉香粉纳气归根。

伴肺虚鼻渊者，加黄芪、知母；脾虚痰盛者，加桂枝、云苓；阳虚肢冷者，加细辛；阴虚盗汗者，加五味子；元气亏虚者，加人参。

（四）应急辅助措施

适用于痰阻气闭，喘促窘迫者。採用雾化吸入法，使药力直达病所，可快速缓解症状，减轻喘憋状态，以达化痰平喘，开窍启闭之效。

常用方药：喘息停加减（自拟方）

麻黄 9 克、菖蒲 15 克、细辛 3 克、薄荷 9 克、蝉衣 9 克、苏叶 9 克、荆芥 9 克、甘草 6 克。急煎取汁过滤，即可雾化吸入。

三、缓解期，力拔夙根

哮证缓解期，诱因解除，病情趋于稳定，但其宿痰内伏，夙根未除，一遇诱因即可发作，因此短期疗效并非治愈。应

借病情缓解之机，荡涤宿痰，力拔夙根，以图根治。是法需坚持服药，常以丸剂，取其药缓力久之功效。

常用治法如下：

（一）宣肃豁痰

适用于实哮缓解期，体强气盛，实痰宿肺证。

证见：实痰伏肺，常为诱因引发哮喘，喘息缓解，形如常人。舌淡苔白或舌质红苔黄，脉弦滑或滑数。

常用方药：拔夙散加减（自拟方）

栝蒌、炙百部、皂角炭、黄芩、紫苑、川贝、苏子、葶苈子、半夏、胆星、麻黄、杏仁、甘草、鹅管石、黄连、明矾。

据病情适量，共研细粉，水泛小丸，每服3~5克，日2次。

遇风热而作者，酌加蝉衣，薄荷；遇风寒而作者，加桂枝、杭芍；遇暑湿而作者，加藿香、苍术。

（二）扶正化痰

适用于虚哮缓解期，体弱气薄，虚痰内伏证。

证见：素体虚弱，不耐邪侵，遇劳则发，或哮喘发作大势已去，但轻度憋喘仍绵绵不断，气短乏力，动则加重，伴有咯痰清稀或粘而不爽，或畏寒肢冷，或烦热盗汗，舌质暗淡，苔薄白或黄腻，脉沉细弱或弦细。

常用方药：正气化痰丸加减（自拟方）

台参、黄芪、白术、炒山药、半夏、云苓、苏子、葶苈子、枸杞子、鹅管石、天冬、熟地、阿胶、鹿角胶、桔梗、沉香粉、橘红、甘草。

据病情适量，共研细粉，水泛为丸，每服5~9克，日2

次。

伴血虚者，加当归、白芍；伴气虚甚者，加人参；伴阴虚者，加生地、丹皮；伴阳虚者，加附子、干姜；痰多者，加胆星、白芥子。

四、病案举例

病案一：

马某，女，42岁，1992年5月3日初诊。

10年前因感冒发热后出现呼吸憋喘，喉中痰鸣，诊以“支气管哮喘”，坚持服用抗过敏西药；开始有短期疗效，但每遇寒凉季节即又发作，西药渐不敏感。近8个月来发作日趋严重，晨起寒凉及阴雨天气即可发作，时呈持续状态。数日前发作至今不能缓解，伴咯白痰，心悸气短，动则加重。唇面晦暗，舌淡苔白，脉弦紧。双肺闻及哮鸣音。胸片示：“双肺弥漫性肺气肿，肺动脉段饱满。”予以青龙三石汤加减：桂枝9克、白芍18克、细辛3克、半夏15克、炮干姜9克、五味子9克、麻黄9克、杏仁9克、苏子15克、葶苈子15克、甘草9克、鹅管石15克、海浮石15克、代赭石15克、胆星9克、皂角炭3克、石苇30克。水煎，日1剂，两次分服。服6剂，胸闷憋喘大减。稍作调整继服12剂，症状缓解。继以拔夙散加减，服水丸1料，病情稳定。随访1年未犯。

病案二：

丁某，女，15岁。1992年8月19日初诊。

5年前，不明原因出现阵发性喘憋，多在午后及夜间加重，并伴有鼻流清涕，喷嚏。每以夏秋季节发作频繁。曾做过敏原测定，对霉菌、兽毛、灰尘等8种物质过敏，但应用

脱敏及各种西药疗效皆不理想。近月余天天发作，午后加重，晨起减轻。舌质淡红，苔白，脉细。双肺散在哮鸣音。拟以养阴清肺汤加减：生地 30 克、玄参 24 克、麦冬 15 克、炙麻黄 6 克、杏仁 9 克、石膏 30 克、苏子 15 克、葶苈子 9 克、甘草 6 克、枸杞 15 克、鹅管石 15 克、代赭石 15 克、牛子 9 克、蝉衣 15 克、胆星 9 克、生龙牡各 15 克。水煎服，日 1 剂，分 2 次服。服 6 剂，哮喘、流涕大减，发作减少，双肺偶有哮鸣音。以上方去鹅管石，加重枸杞 30 克，加石苇 30 克，继服 6 剂，哮喘发作缓解。为巩固治疗，服拔凤散加减，每次 9 克，日 2 次，1 料即病情稳定。随访 1 年余未犯。

病案三：

李某，男，30 岁，1992 年 3 月 9 日初诊。

素体虚弱，患“肠炎，神经衰弱证”10 年余。5 年前不明原因出现夜间憋喘，每因过劳时发作，并日趋严重，每应用“激素”等药可暂时缓解。近半年来，憋喘发作之后用西药已不敏感，呈持续状态，昼轻夜重，伴咯吐白粘痰，头晕乏力，腰膝酸软，夜寐不安。面色黧黑，口唇紫绀，大便溏稀，舌质暗，苔白厚腻，脉细弦。双肺闻及哮鸣音。拟方固摄纳气汤加减：熟地 30 克、玄参 24 克、麦冬 30 克、麻黄 9 克、杏仁 9 克、甘草 6 克、苏子 15 克、葶苈子 15 克、枸杞 30 克、芡实 30 克、金樱子 15 克、五味子 9 克、鹅管石 30 克、鹿角胶（烔）6 克、阿胶（烔）10 克、沉香粉（冲）3 克。水煎服，日 1 剂。服 6 剂憋喘大减，睡眠好转。继服 14 剂，憋喘缓解，余证除。继服正气化痰丸 1 料，病情稳定。随访 1 年半未犯。

（包培蓉整理）

白血病的治疗经验

顾振东(1929—)男,主任医师。山西省平定县人。1955年毕业于山东医学院医疗系,1959年跟随山东名中医刘惠民学习中医,1970年任山东中医学院附属医院肿瘤科主任。任中国中西医结合学会血液病委员会委员、山东中西医结合学会副秘书长、山东中医学会第一届常务理事、山东医学会肿瘤委员会副主任委员、山东省科协第三届委员、山东省卫生厅医学科学委员会委员等职。多年从事中医、中西医结合临床工作,对肿瘤和血液病的防治工作,取得显著成绩。

顾振东主持的科研项目《农吉利抗癌的临床研究》获全国医学科学大会奖、《莪术制剂的抗癌研究》获山东省科技成果奖、《单纯化疗和中西医结合治疗急性白血病的对比研究》获卫生厅三等奖(集体奖)。近两年完成《急性白血病脉证与证型的临床研究》、《中医及中西医结合治疗再生障碍性贫血的临床和实验研究》、《复方中药抗小鼠白血病的实验研究》和《复方中药治疗急性白血病的疗效观察及实验研究》,均通过专家鉴定,达到国内领先水平。培养硕士研究生9名,其毕业论文有6名已发表在国家级杂志上。

一、益气养阴，清热解毒，为治急性白血病之主方

急性白血病是造血组织的原发恶性疾病。发病较急，病情多重，进展快，虚实夹杂、证候多变。常有发热，出血，贫血，肝、脾、淋巴结肿大，虚弱等症状。多属中医“温病”、“急痹”、“虚劳”、“血证”、“癥积”等范畴。本病多因邪毒内蕴（包括各种物理、化学因素及生物因素）而致。邪毒入侵，“量少”、“力弱”则起病较为缓慢；邪毒由表及里，蕴积日久，瘀于骨髓，化热伤阴，耗伤正气。因此本病早期或经治疗后病情好转时，多表现为气阴两虚的证候。如头晕乏力，自汗盗汗，五心烦热，甚则面色不华，时有低热，心悸失眠，或有紫斑，衄血。舌质淡，苔薄黄或薄白，可有舌体胖有齿印。脉多细数或虚数。我多用益气养阴解毒方。基本方为黄芪、党参、白术、云苓、黄精、甘草、生地、天麦冬、旱莲草、女贞子、白花蛇舌草、半枝莲、蒲公英、小蓟。本方以黄芪四君、黄精，益气健脾；生地、天麦冬、旱莲草、女贞子，滋阴补肾；白花蛇舌草、半枝莲、蒲公英、小蓟，清热解毒，以治邪毒。出血重者，可加丹皮，仙鹤草，清热凉血止血；心悸失眠重者，加炒枣仁、远志、养血安神；纳呆食少者，加砂仁、焦三仙，以调中行气，消食和胃。动物实验证明：本方有明显抑制白血病细胞的作用，能保护肝脾，明显减轻白血病细胞对它们的浸润，能延长生存期，对化疗有增效减毒作用，能提高机体免疫功能，提高自然杀伤细胞（NK 细胞）活性，达到正常或接近正常水平，使 B 淋转达到正常水平，能提高粒单干细胞产率，能抑制白血病祖细胞生长。这些结果

显示，本方有较好的治疗白血病的作用。因此，在白血病没有高热，没有严重衰弱或已经完全缓解后，均可用本方加减治疗或预防白血病复发。

二、补气养血解毒，是治疗白血病衰弱的主要方法

本类患者多系邪毒内陷，伤营损血，或因化疗攻伐太过，伤及骨髓，以致发生严重气血双亏。多见面色晄白，头晕耳鸣，唇甲色淡，倦怠乏力，心慌气短，纳呆食少或少寐多梦等症。舌淡苔白，脉虚数或濡细。我多用补气养血解毒方。基本方为：黄芪、党参、白术、云苓、甘草、当归、枸杞、补骨脂、首乌、白花蛇舌草、小蓟、阿胶。本方黄芪四君，益气健脾；当归、枸杞、补骨脂、首乌、阿胶，补肾养血。白花蛇舌草、小蓟、清热解毒祛邪。实验证明：本方有很强的提高免疫作用，对细胞免疫如T细胞、巨噬细胞的功能，均明显提高，甚至可达到正常；可改善淋巴细胞膜的流动性，且均可达到正常范围；可保护骨髓，明显减轻化疗对骨髓损伤。以上作用，均较益气养阴解毒方为优。

三、清热凉血解毒方是治疗白血病并高热的主法

急性白血病患者若因正气虚极或因应用化疗攻伐过甚，使正气虚极，外邪乘虚而入，或邪毒嚣张、热毒炽盛，均可有高热不解，口渴汗出，头晕目眩，尿赤便秘，或有口舌生疮，肛门肿痛，或发斑衄血，便血尿血。舌红苔黄，脉多虚数或弦数。我常用清热凉血解毒方。基本方为生地、赤芍、丹皮、玄参、银花、连翘、板蓝根、生石膏、知母、白花蛇舌

草、半枝莲、蒲公英、小蓟等。本方为清瘟败毒饮加减。动物实验证明，本方能促进白血病小鼠的正常造血功能，有较广泛的抗菌作用，并能抑制病毒；对白血病细胞有抑制作用，能提高自身免疫功能。

四、典型病例

急性白血病是一种严重疾病，西医化疗对之有较好疗效。如配合以上中医治疗，可以提高完全缓解率，消除化疗副作用。1967年7月至1993年3月。我们用以上中医治疗加化疗HOAP或HA方案治疗急性非淋巴细胞性白血病67例，完全缓解48例，完全缓解率达到71.64%。典型病例如下：

肖××，女，30岁，住院号37289。1985年6月15日初诊。

患者因发热乏力1个月、阴道流血7天入院。检查：体温38.5℃，舌质红，苔薄黄，脉细数，精神倦怠，气短，面色晄白，胸骨无压痛，肝脾不大，皮肤无出血点。血象Hb43g/L，白细胞 1.3×10^9 个/L，有幼稚细胞10%，血小板 77×10^9 个/L。骨髓象：病理性早幼粒细胞占72%，红系受抑，全片未见巨核细胞。中医诊断：虚劳（气阴两虚型）、血证。西医诊断：急性多颗粒早幼粒细胞白血病。经用益气养阴解毒方加丹皮、板蓝根、仙鹤草，西药用HOAP方案及输血、抗菌素等治疗，病情好转。7月28日突发高热，体温40℃左右，肛门肿痛出血。白细胞 0.8×10^9 个/L。经中药用清热凉血解毒方，西药用输血、抗菌素等治疗，到8月12日体温恢复正常，病情逐渐好转。继用益气养阴解毒方治疗，到8月20日病人已无症状血象：血色素120克/L，白细胞 6.8×10^9 个/

1.，血小板 230×10^9 个/L，中性占 73%，淋巴占 27%，骨髓象，为完全缓解，遂出院。以后一直服用益气养阴解毒方，每 1~1.5 个月用化疗强化 1 次，至今已近 9 年，仍健在。

清热解毒法治疗活动性类风湿性 关节炎 163 例疗效总结

张鸣鹤(1928—)男,主任医师。浙江省嘉善县人。曾任山东中医学院中医内科教研室主任兼山东中医学院附属医院内科主任。现任中国中西医结合协会风湿病专业委员会委员、中国中医药学会风湿病专业委员会委员兼该会山东省分会主任委员。

张鸣鹤1955年毕业于山东医学院医疗系。毕业后留校从事内科医疗工作。1958年又脱产进入山东中医学院学习中医,其毕业论文获得中央卫生部颁发的优秀论文三等奖。

他热爱中医事业,能虚心向中医老前辈学习,博采名老中医刘惠民、刘子繁、韦继贤、王玉符、冯鸣九等人的临床经验,并融会于自己的临床实践之中。对内科各系统的疾病有全面的知识技能,曾救治过许多疑难杂症患者。从1964年起重点从事风湿病专业的研究,逐渐摸索出一套自己独特的治疗方法。1978年曾以“中西医结合治疗类风湿性关节炎”为课题获山东省科学大会成果奖。1991年又以“清热解毒法治疗活动期类风湿性关节炎”为课题获山东省科技进步三等奖。参与研制的中成药曾有两项获山东省医药科技进步二等奖。曾被评选为山东省优秀科技工作者。他创建了风湿免疫病这一专科。1985年受中央卫生部的指派,代表我国出席在日本京都召开的第四届国际东洋医学会,并在会上发表了题为

“中医学与免疫”的特别演讲，受到日本汉医界的权威人士、东京北里研究所所长矢数道明先生的高度评价，并授予大会荣誉证书。1986 年被评选为山东省卫生系统先进工作者。中央有关部局曾授予“全国卫生系统模范工作者”的光荣称号，并享受国务院特殊津贴。1994 年曾被山东省总工会授予“山东省职业道德标兵”的称号。从 80 年代起已培养了 8 名硕士研究生。主编了《中医内科学》教材，并发表论文 30 余篇。

一、一般资料

笔者自 1977 年 9 月运用清热解毒法治疗类风湿性关节炎 (RA) 活动期病人 133 例，同时应用以温热药为主的独活寄生汤或丸作为对照治疗 30 例。其中门诊病人 22 例，住院病人 141 例。男性 65 例，女性 98 例，病程最短者 20 天，最长者 18 年，平均 48 个月。

二、诊断标准

以两次全国风湿病会议所确认的 (ARA) 诊断标准为依据。凡被确诊为强直性脊椎炎者均不作为观察对象。RA 活动期的参考指标以关节肿痛发热、血沉增快，类风湿因子阳性，血清粘蛋白增高，皮下结节等五项中具备三项以上者为准。

三、治疗方法

(一) 治疗组

按中医辨证分型论治，主方使用风湿 1、2、5 号方治疗，采用水煎剂，每日 1 剂，口服，1 个月为 1 个疗程。具体分型

论治如下：

1. 阴虚内热型 44 例

症见关节红肿，焮热、疼痛，伴有低烧、盗汗、五心烦热，肌肉萎缩，口渴欲饮，舌质红绛，苔少或剥脱，脉象细数。

治则：清热解毒，滋阴凉血。

方药：风湿 1 号方（双花 24 克、公英 24 克、丹皮 15 克、生地 30 克、白薇 12 克、石斛 15 克、青蒿 15 克、威灵仙 15 克、秦艽 12 克、独活 15 克等）。

2. 湿热型 85 例

症见下肢关节肿胀，或关节积液，疼痛，晨僵，胶着感，屈伸不利，皮色不变，伴口渴不欲饮，口苦，口粘，周身肌肉痠痛，舌质红，苔黄腻，脉象滑数。

治则：清热解毒，利湿通络。

方药：风湿 2 号方（双花 24 克、公英 20 克、黄柏 12 克、土茯苓 30 克、苡仁 24 克、车前草 15 克、泽泻 15 克、苍术 15 克、川牛膝 18 克等）。

3. 瘀血发热型 4 例

症见午后或夜间发热，或身体局部发热，口干咽燥而不欲饮，躯干或四肢有固定疼痛，或有结节红斑，甚或肌肤甲错，舌质紫暗或有瘀点、瘀斑，脉沉而涩。

治则：清热解毒，活血通络。

方药：风湿 5 号方（双花 30 克、土茯苓 30 克、猫眼草 12 克、生地 15 克、威灵仙 15 克、远志 15 克、牛膝 15 克、赤芍 15 克或土元 10 克等）。

（二）对照组

一律使用独活寄生汤或丸治疗，汤剂每日 1 剂，水煎服，丸剂每服 9 克，日服 3 次，1 个月为 1 个疗程。

四、疗效评定标准

采用全国中药治疗痹病临床研究指导原则提供的标准。

临床痊愈：症状全部消失，功能活动恢复正常，主要参考指标（血沉、类风湿因子、免疫球蛋白等）结果正常。

显效：全部症状消除或主要症状消除，关节功能基本恢复，能参加正常工作和劳动，主要参考指标结果基本正常。

好转：主要症状基本消除，主要关节功能基本恢复或有明显进步，生活不能自理转为能够自理，或失去工作或劳动能力转为劳动和工作能力有所恢复，主要理化指标有所改善。

无效：和治疗前相比较，各方面均无进步。

五、治疗结果

（一）关节病变治疗前后的变化

类风湿性关节炎治疗前后的变化见表 1。

表 1 133 例活动性 RA 治疗前后关节的变化

关节病变	治前例数	消失	减轻	无变化	有效率（%）
肿胀	114	72	27	15	86
疼痛	133	60	48	25	81
灼热感	105	84	14	7	95
晨僵胶着	120	64	43	13	89
活动受限	90	20	35	35	62

（二）体温、类风湿因子、硫酸锌浊度治疗前后的变化

体温、类风湿因子、硫酸锌浊度治疗前后的变化见表 2。

表 2 治疗前后体温、类风湿因子、硫酸锌浊度的变化

项目	例数	治前 增高	治前 正常	治后 增高	治后 正常	χ^2	P 值
体温	133	65	68	3	130	75.93	<0.01
类风湿因子	133	87	46	68	65	5.58	<0.01
硫酸锌浊度	133	19	114	10	123	3.135	>0.05

(三) 血沉、血清粘蛋白、 γ -球蛋白治疗前后的变化

血沉、血清粘蛋白、 γ -球蛋白治疗前后的变化见表 3。

表 3 治疗前后血沉、血清粘蛋白、 γ -球蛋白的变化

项目	例数	治疗前	治疗后	T 值	P 值
血沉	133	68.98 $\pm$ 32.275	39.48 $\pm$ 28.70	12.198	<0.01
血清粘蛋白	120	8.65 $\pm$ 3.448	5.64 $\pm$ 1.992	2.612	<0.01
γ -球蛋白	75	20.62 $\pm$ 4.385	19.82 $\pm$ 4.106	1.016	>0.05

(四) 两组总的疗效对比 (表 4)

治疗组总有效率为 94.7%，显效率为 58.6%。对照组总有效率为 40%，显效率为 3.33%。两组对比，经统计学处理有显著性差异 ($\chi^2=52.357$, P 值 <0.01)，详见表 4。

表 4 两组总的疗效对比表

组别	临床痊愈	显效	好转	无效	总计	总有效率
治疗组	32	46	48	7	133	94.7%
对照组	0	1	11	18	30	40%

六、讨论

（一）对于 RA 活动期的主要病机

我们始终认为是热毒蕴结，因此，我们把清热解毒作为治疗 RA 活动期的重要法则。

（二）关于清热解毒药的选择

常用的有双花、蒲公英、地丁、丹皮、黄柏（酒炒）、土茯苓诸药。我们认为这些药物有如下优点：一为抗菌谱比较广，既有抑菌的作用，又有抗病毒的作用；二为这些药物性味平和，无苦寒败胃的副作用，可以长期服用，三为这些药物一般具有免疫调节作用，对自身免疫性疾病普遍比较适用。除此以外，也常选用板蓝根、连翘、土贝母，猫眼草、石斛等药，其用意或有增强清热解毒的作用，或有制约湿热伤阴的作用，各有侧重。

（三）辨证施治

由于活动期 RA 病人的身体素质 and 感邪不同，临床上表现也有所差异，所以我们既普遍使用清热解毒药以清热解毒，又采取养阴、化湿，祛瘀等不同方法加以辨证施治，从疗效统计来看是比较理想的。我们使用以祛风散寒为主的独活寄生汤或丸来进行对照治疗，结果表明有显著性疗效差异，这进一步印证了我们对活动期 RA 应用清热解毒法的正确性。

调脂通脉饮治疗高脂血症

邵念方(1938—),男,主任医师、教授、博士生导师。河南省濮阳县人。1965年毕业于山东中医学院,师承山东名医韦继贤。任国际中医心病第一届学术会议学术委员会副主席,中华中医学会心病、热病委员会委员,被评为山东省专业技术拔尖人才。主要著作有《脏腑证治与用药》、《中国中药针灸治疗疑难病证》、《中医诊断学》等。发表论文《论中风病腑证》、《从临床实践中看中医治疗急性心肌梗塞的优势》等40余篇。

一、滋养肝肾，行滞泻浊，标本兼施

今人所说高脂血症即古人所言“脂液”堆积。临床多出现眩晕、胸痹、心痛、肢麻等。中医历代不乏记载。概括其病因病机特点为年老体衰，久病不愈，嗜烟酒肥甘等病因作用于人体，久之致肝肾阴虚，精血亏损，痰瘀内阻，气机不利，经脉失养。其中以肝肾阴虚为本病之本，而气血瘀滞，痰浊内阻为本病之标。古代医籍对此症论述颇多，如《素问·至真要大论》云：“诸风掉眩，皆属于肝。”，《灵枢·海论》云：“脑为髓海”、“髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒，……”。《丹溪心法·头眩》云：“无痰不作眩”，又云：“凡痰之患……四肢麻痹不仁，皆痰饮所致”。《景岳全书·眩运》云：“无虚

不作眩”。《素问·通评虚实论》云：“……仆击，偏枯……气满发逆，甘肥贵人则膏粱之疾也”。《清代名医医案精华》何书田医案云：“水不涵木，则肝风煽动，水不制火，则心阳独亢，以致眩晕”。说明病位在脑在血脉，与肝肾心关系密切。因肝肾阴虚，七情内伤，嗜烟酒肥甘等导致气机失畅，脂液代谢失调。脂液在体内久羁浸淫，侵入血脉之内，沉久为积，积则血循不畅，血脉阻滞，瘀血痰浊内生。水不涵木，肝阳上亢，脑脉受累则现眩晕之疾；痰浊瘀血阻于心胸，气机失调则胸阳痹阻，经脉失养绌急而出现胸痹心痛之患；肥胖之躯，代谢不畅，痰浊阻于经脉，经脉失养则肢体麻木等。结合现代医学检查则见血清胆固醇和甘油三脂水平增高。

治法：滋养肝肾，行滞泻浊。

处方：制首乌、金樱子、决明子、生薏苡仁各 30 克，茵陈、泽泻各 24 克，生山楂 18 克，柴胡、炒枳实、郁金各 12 克，大黄（酒制）6 克。每日 1 剂，加水 500ml 煎至（文火）250ml，分 2 次服。偏于肝肾阴虚、肝阳上亢，症见眩晕明显者，加桑寄生、生赭石各 30 克；偏于脾胃失健，症见脘腹痞闷，倦怠乏力者，去金樱子，加黄芪 30 克、茯苓 15 克、炒莱菔子 12 克；偏于经脉瘀阻，症见肢体麻木、疼痛者，去金樱子，加丹参、炒桑枝各 30 克，桃仁、路路通各 12 克；偏于肝肾不足，目失濡养，症见视物昏花者，加茺蔚子、青箱子、杭菊花各 12 克。每 2 周为 1 个疗程，一般服药 1~3 个疗程。本方是采用了补泻并施，标本兼顾的组方原则而拟定的。方中用何首乌、金樱子，补肝肾固精气。正如《本草正义》所云：“首乌，专入肝肾，补养真阴，……故能填益精气，具有阴阳平秘作用……。”配泽泻、茵陈，清利下焦湿热。正

如《本草蒙签》对茵陈功能所云：“行滞、止痛、宽膈、化痰。”以大黄、决明子润肠通便，导滞泻浊。正如《神农本草经》云：大黄“……荡涤肠胃，推陈致新，通利水谷，调中化食，安和五脏。”取生薏仁、生山楂，健脾渗湿，消食导滞；更用柴胡、炒枳实、郁金，行气解郁，升清降浊，有斡旋阴阳之妙。正如《本草求真》云：郁金“体轻气窜，其气先上行而微下达，凡有宿血凝积及有恶血不堪之物，先于上处而行其气，若使其郁、其气、其痰、其血在于膈上而难消者，须审宜温、宜凉，同于他味兼为调治之。”全方补而不腻，固而不涩，行而不散，共奏滋阴降火，行滞通脉，泻浊洁腑之效。临证应用时当随证加减，灵活变化。除如前所述的加减变化外，特别是对舌淡红、苔白厚腻者（根据本方统计，出现者较少，且疗效亦差），应酌减方中清热、滋阴之品，适当加入温散健脾之药，以期收到更好的效果。本方无明显副作用，本组除2例服药后出现腹痛、1例出现腹泻外，余均未出现任何不适。本方主要药物（如：何首乌、金樱子、决明子）用量偏大，一般当用至18~30克，以患者服后大便微泻（日2次）为度，故应随时调整方中酒军的用量。若患者服第1剂药时即出现腹痛或腹泻，可不减药量，因多数患者继续服药后，腹痛或腹泻可自行消失，大便转为稍稀，日2次；若腹痛腹泻不减者，当减酒军用量。另外，个别患者在服药过程中可能出现血脂升高的现象（多在第2个疗程之后出现），但继续服药后，一般会逐渐降低，并不影响疗效。本方与西药菸酸肌醇脂片、维生素C等药物相比较，其降脂效果可优于后者（本组30例中，有11例在用本方之前，服用过上述西药4个月余，经检查血脂无明显改变）。

鉴定一种降脂药或一张降脂方时，不仅要看其降脂作用的强弱，还应观察其软化血管，预防由动脉粥样硬化所引起的疾病作用的大小。本方设计时是兼顾了上述两方面作用的。经临床验证，本方有良好的降脂作用，且对改善心电图、心功能、血压、舌象、脉象以及自觉症状，均有较好的作用。

二、治疗状况

现将 30 例病人的治疗状况统计如下：

（一）临床资料

本组 30 例病人多为门诊病员，男 16 例，女 14 例；年龄 34~65 岁，其中 40 岁以下者 3 例，41~50 岁者 11 例，51~60 岁者 13 例，61~65 岁者 3 例；职业分别为干部 18 例、职员 8 例、工人 3 例、农民 1 例；病程 1~5 年，其中 1 年以内 10 例，1⁺~2 年 12 例，2⁺~3 年 4 例，3⁺~4 年 3 例，5 年 1 例。30 例患者血清胆固醇超过 6.5mmol/L 者 20 例 (66.7%)，甘油三脂超过 1.8mmol/L 者 23 例 (76.7%)， β -脂蛋白超过 600mg% 者 7 例 (23.3%)。本组病例合并动脉硬化症 1 例，高血压病 4 例，冠心病 4 例，另有 1 例合并有动脉硬化症、高血压病及冠心病，无合并症者 11 例。

（二）治疗方法

本组病例在服调脂通脉饮的基本方及临症加减时，停用所有西药(本组 30 例中有 11 例治疗前曾用过菸酸肌醇脂、维生素 C、芦丁、月见草油及复方降压片等药物)，每周或每个疗程查 1 次血脂、血压、心电图，心功能及舌质、舌苔、脉象，并详细询问患者自觉症状的变化情况。

（三）治疗结果

本组 30 例经 1~3 个疗程治疗后，显效（血脂降至正常范围，自觉症状消失者）20 例，占 66.7%；有效（血脂有 1 项或 2 项降至正常范围，另 1 项或 2 项仍高于正常值，自觉症状基本消失者）9 例，占 30%；无效（血脂略有降低，或 1 项降低而另 1 项升高，自觉症状略有减轻者）1 例，占 3.3%。总有效率为 96.7%。治疗前后各项观察指标的改变分析如下。

1. 血脂的改变

治疗前胆固醇、甘油三酯和 β -脂蛋白超过正常者分别为 20 例、23 例和 7 例，治疗后血脂水平下降。治疗前后自身比较，经统计学处理有显著性差异（ $P < 0.01$ ），详见表 1。

表 1 血脂增高患者治疗后血脂含量的改变

项 目	例数	治疗前均值 (mmol/L)	治疗后均值 (mmol/L)	治疗后—治疗前均数士 标准差 (mmol/L)
胆固醇	20	7.4	5.6	$-1.7 \pm 0.32^*$
甘油三酯	23	2.9	1.7	$-1.2 \pm 0.17^*$
β -脂蛋白	7	718mg%	509mg%	$-209 \pm 47.24^*$

* 治疗前后自身比较 $P < 0.01$ ； $\Delta\beta$ -脂蛋白未查到 mmol/L

2. 自觉症状和血压的改变

本组 30 例治疗后自觉症状均有不同程度的改变，详见表 2。

治疗前合并高血压病 14 例，，治疗前血压平均值为 20.4/14.8kPa，且收缩压与舒张压基本平行下降。另有 1 例低血压者，治疗后随着血脂的下降而血压升高，似可以说明本方对血压具有双向调节的作用。

表 2 30 例患者治疗后主要症状的改善

疗 效	眩晕	头痛	麻木	胸痛	胸闷	心悸	浮肿	便秘
消 失	7	3	7	2	5	5	3	5
改 善	9	2	4	2	5	0	1	0
无变化	1	0	0	0	0	0	1	0
合 计	17	5	11	4	10	5	5	5

3. 心电图和心功能的改变

本组 30 例治疗前心电图检查异常者 15 例，治疗后多数患者得到改善。其中慢性冠状动脉供血不足 10 例，治疗后恢复正常（S—T 段回到等电位线且形态正常，T 波恢复正常）1 例，好转（S—T 段上抬或下移绝对值变小，T 波由深倒变浅倒或变低平）8 例，无效 1 例（详见表 3）；

表 3 心功能异常 6 例治疗后心功能的改变

检查项目	PEP LVET	心搏量 (ml/次)	心搏指数 (ml/次/m ²)	心搏出量 (L/分)	心脏指数 (L/分/m ²)
用药前	0.401	53.5	28.0	5.15	2.50
用药后	0.400	73.5	36.5	5.50	3.25

左前分支传导阻滞 2 例，治疗结果恢复正常、无改变各 1 例；早期复极综合征 1 例，窦性心动过缓 2 例，治疗后均恢复正常。30 例中有 6 例经心阻抗图检查示心功能异常，治疗 6 周后各项数值均有明显改善。因病例较少未作统计学处理。

4. 脉象和舌象的改变

本组病例治疗前弦脉 14 例，弦滑脉 6 例，弦细脉 7 例，弦迟脉 2 例，沉涩脉 1 例。治疗后脉象恢复正常 19 例，好转（由兼脉变为单脉或缓和之象较治疗前明显者）4 例，无改变

7 例。治疗前舌质红瘦 11 例，暗红 9 例，淡红 5 例，舌有齿印 2 例，有瘀斑 3 例；治疗后恢复正常 22 例，好转 3 例，无改变 5 例。舌苔黄厚腻 6 例，黄腻 7 例，白腻 5 例，白黄腻 4 例；治疗后恢复正常 12 例，好转 7 例，无改变 3 例。说明多数患者治疗后舌质、舌苔均有所好转。

三、病案举例

病例一：

周××，女，50 岁，1981 年 4 月 5 日就诊，门诊号 1333485。头晕、头痛 8 年，加剧 1 个月，伴胸闷气短，项背发紧，口苦而干，下肢浮肿，全身无力。经服复方降压片、菸酸肌醇酯片、维生素 C 等药 2 个月余，诸症不减。证见形体肥胖、面色发红，舌质红、舌体略胖、舌苔白腻，脉象弦细，血压 30/18.5kPa；心电图示慢性冠状动脉供血不足；心阻抗图示心搏量 (SV) 39ml/次，心搏指数 (SVI) 22ml/次/m²，心搏出量 (CO) 3.5L/min，心脏指数 (CI) 2L/min/m²，外周阻力 (TPR) 3504 达因·秒·cm⁻⁵；血胆固醇 8mmol/L。西医诊断为高脂血症、高血压病、冠心病。本例为肝肾阴虚、肝阳上亢、痰瘀内阻所致的眩晕、胸痹证，治宜滋肾潜阳、舒肝理气、化痰泻浊。予降脂通脉饮去金樱子，加桑寄生、石决明、钩藤各 30 克，羚羊角粉 3 克（冲服）。每日煎服 1 剂。服药 12 剂后去羚羊角粉。服药 6 周后，诸症基本消失，舌质淡红，舌苔薄白，脉象正常，血压 22/15kPa；心电图较前好转；心阻抗图示 SV69ml/次，SVIml/次/m²，CO5L/min，CI2.8L/min/m²，TPR2218 达因·S·cm⁻⁵；血胆固醇 7.4mmol/L，甘油三脂 1.7mmol/L，β-脂蛋白 555mg%。仍

服上药，以巩固疗效。

病例二：

李××，男，48岁，1983年5月24日门诊，号125101。眩晕、胸痛10余年。经服菸酸肌醇酯片、降压灵、维生素C、芦丁等3个月余，疗效不明显。就诊前7天，因劳累诱发左胸发紧，胸痹如掣，彻背连项，心悸，头痛，不寐，多梦，纳少，便秘，溲赤。查见舌红、苔薄白，脉弦细，血压18.7/12kPa；心电图示电轴左倾，慢性冠状动脉供血不足；血胆固醇6.8mmol/L，甘油三酯3.2mmol/L， β -脂蛋白636mg%。西医诊断为高脂血症、冠心病。本例为阴液亏虚，筋脉失养，瘀血阻络所致之眩晕、胸痹证，治当滋阴降火，通脉泻浊。予降脂通脉饮，去生薏仁，加桃仁12克。服药25剂，诸症基本消失，惟午后微有头晕，耳鸣，脉弦，血压15.7/10kPa；血胆固醇5.7mmol/L，甘油三酯1.5mmol/L， β -脂蛋白304mg%；心电图较前好转。上方去酒军，隔日1剂，以巩固疗效。

治疗肾功能不全的经验体会

李碧(1931—)，女，教授。广东新会县人。1955年毕业于山东医学院医疗系内科专业。1958年参加了山东省第一届西医学中医班，拜山东省名老中医王玉符为师，3年后出师，被授予中央卫生部西医学中医毕业文凭。曾任山东中医学院内科教研室副主任，中西医结合研究会山东分会副理事长，硕士研究生导师，《山东中医杂志》、《山东中医学院学报》审稿委员会委员，山东中医学院学术委员会委员。本人被选入《中国当代中医名人志》、《中国当代人才荟萃》两书。从事中西医结合临床医疗、教学、科研近40年，擅长于泌尿系统疾病的防治，如肾炎、肾盂肾炎、泌尿系结石、乳糜尿、尿毒症、前列腺炎等。主要著作有《中医内科学》。发表论文有《穿山甲复方治疗泌尿系结石》、《苦参通淋方治疗泌尿系感染》、《津血同源、肾为唾的研究》等10余篇。

一、肾功能不全的病因病机及临床表现

肾功能不全属于中医《虚劳》、《关格》等范畴，见于各种原发性或继发性肾脏疾病的晚期，如水肿、淋症等，致脾肾阳损，阳不化湿，使水浊内生，浊邪壅塞三焦。因此脾阳亏损，肾阳衰微是肾功能不全之本。脾为后天之本，生化气血之源，肾为先天之本，肾气充则脾健运，脾肾气虚阳损，则

气血不足。水为阴邪，其标在肺、其本在肾，其制在脾。浊邪壅盛，三焦之气不行，累及心肺、脾胃、肝肾等。瘀血化水，亦发水肿。

肾功能不全的表现，在前期神疲乏力，四肢不温，腰膝酸软，纳呆，偶有恶心呕吐，小便减少，但休息后或晚上尿量增加。面色晄白而晦滞，唇淡指甲苍白。舌质淡胖，边有齿印，苔薄微有光泽，称玉后舌。后期则少尿或无尿，伴水肿形寒，恶心呕吐频作，便秘或腹泻，气短懒言。以上均为脾肾阳虚，气血不足之象，恶心呕吐则为浊邪阻滞中焦脾胃所致。但少数病人会有头痛、头晕、眼花、五心烦热、舌质偏红、脉细数等阴虚之征。或有咳嗽痰白，甚至痰声漉漉，呼吸急促，或有胸闷心悸，不能平卧，此为浊邪阻滞心肺。或有牙宣、鼻衄、咯血、呕血、肌衄、烦躁不安、狂乱谵语、昏迷、手足瘈瘲。此为浊邪阻滞心肝之征。肾功能不全后期，舌苔由白转黄，由薄转厚，或有剥苔。脉细数、沉细或结代。或可突然出现气急，面色惨白，汗出不止，四肢厥冷等心阳欲脱，或命门火衰竭等阴阳决离危象。

早期属本虚之证，虽有浊邪，但不严重，后期为虚实兼夹，邪实较为突出。

二、肾功能不全的中医治法

肾功能不全病情复杂，治疗应针对某一种疾病，某一个阶段，或某一个环节遣方用药。

1. 健脾补肾

肾功能不全的根本是脾阳亏损，肾阳衰微。治以健脾的黄芪、党参（人参）、白术、茯苓、山药、苡仁、白扁豆、芡

实；补肾的枸杞、菟丝子，山萸肉、旱莲草、女贞子、肉苁蓉、巴戟、附子等。其中冬虫夏草又有其独到之处。

2. 益气养血

贫血为慢性肾功能不全的常见症状，此时宜用黄芪、党参益气；西洋参，补而不燥更佳；阿胶、鹿角胶、当归，善养血；何首乌、桑椹、熟地，既补肾又补血。如血压不高，红细胞压积低于 30%，配合应用促红细胞生成素效果更好。病人体质则明显改善。

3. 化瘀泻浊

活血化瘀药如赤芍、红花、丹参、地龙、土元、坤草，能增加肾血流量，并有抗凝作用，促使已损的组织修复，此时以大黄合芒硝下泻水毒浊瘀，使尿毒氮与肌酐下降，使肾功能有所恢复。

4. 畅理气机，通利三焦

慢性肾功能不全者，上焦失于宣化，中焦失于运化，下焦失于气化。湿邪内蕴，气机升降失常。药用荷叶、黄芩宣上，白扁豆、白蔻仁、佩兰畅中；石苇、白茅根、滑石、苡仁、黄柏，渗利燥湿。而肾功能不全最常影响消化道，致恶心、呕吐、纳呆。湿浊之邪多郁而化热，宜用黄连温胆汤与苏叶黄连汤之陈皮、半夏、茯苓、黄连、竹茹、枳壳、苏叶或加厚朴等。未化热者宜用香砂六君子汤，使之能进饮食；陈皮、半夏，可不格拒药物，或配吴茱萸汤。此时病人大多有代谢性酸中毒，能配合输入小苏打则效果更佳。

5. 针对原发疾病治疗

如为慢性肾盂肾炎所致者，应在健脾补肾，益气养血，化瘀泻浊之时，以知柏地黄丸为基础加入少量清热解毒利湿之

双花、公英、栀子、马齿苋、车前草、石苇等。肾动脉硬化合并，高血压所致者，宜在上述基础上以杞菊地黄丸为主方，加入平肝潜阳降压之天麻、杜仲、白芍、生石决明、怀牛膝等。慢性肾炎所致者，以右归饮加大黄附子汤或金匱肾气丸治疗。合并高血压者，肉桂、附子慎用。糖尿病所致者，则针对糖尿病进行中西药控制血糖，这样有利于肾功能不全的恢复。

6. 其它

如肺水肿宜用葶苈大枣泻肺汤合四苓散。出现神经症状抽风者，宜大定风珠加全蝎、天麻、钩藤等平肝熄风药。昏迷者，宜菖蒲郁金汤等开窍药。心阳虚脱者，则用独参汤、参附汤合西药进行抢救。

三、医案

韩××，女，71岁。尿频，尿急，尿痛反复发作9年。腰痛、乏力、头晕。1990年6月8日因尿血住院20天。查小便白细胞“++”、红细胞“+”，蛋白“+”，BuN15mmol/L，Cr260μmol/L，HB80g/L，RBC 2.8×10^{12} 个/L，E.S.R45mm/小时。舌苔淡黄，脉弦细。西医诊为慢性肾盂肾炎，肾功能不全。中医诊为劳淋、虚劳。治以健脾补肾，益气养血，化瘀泻浊，佐以清利。方以知柏地黄汤化裁。方药：生熟地各12克、山萸肉10克、茯苓15克、泽泻10克、山药15克、黄柏10克、知母10克、丹皮10克、赤芍12克、红花10克、石苇20克、公英15克、炒栀子10克、川牛膝12克、大黄（后入）6克。水煎服。1990年8月2日，仍感腰酸乏力，已无尿频尿痛，大便日行2次。查小便尿蛋白±~+。改方为黄

芪15克、当归10克、何首乌15克、桑椹12克、赤芍15克、红花10克、大黄(后入)6克、旱莲草15克、女贞子10克、黄柏10克、知母10克、牛膝12克、石苇18克、公英15克、白茅根18克。水煎服。至1990年9月13日查HB112g/L, R. B. C 3.8×10^{12} /L, BuN6.5mmol/L, Cr123 μ mol/L, E. S. R23mm/h。仍加減上方服中药。1991年5月13日共服中药1年。症状基本消失。查HB120g/L, R. B. C 4.0×10^{12} /L, BuN5.3mmol/L, Cr78 μ mol/L, CH5.2mmol/L, A/G37/28g/L, E. S. R20mm。病情恢复。

健脾益气法治疗糖尿病

程益春（1938— ），男，主任医师。山东省高青县人。1965年毕业于山东中医学院并留校从事医疗、教学、科研工作30余年。现任山东中医学院附属医院常务副院长。中国中医药学会糖尿病学会副主任委员、山东省中医药学会糖尿病学会主任委员、山东省中医药科技专家咨询委员会委员、山东省药膳协会理事，硕士研究生导师、山东省老中医药家带徒导师。

对治疗内分泌疾病有较丰富的临床经验，尤擅长治疗糖尿病、甲状腺疾病。临证强调变理阴阳、调理气血、重视整体，强调脾胃、治病求本。临证时衷中参西，倡导中西理论相互印证，相互弥补，临床疗效显著。治消渴以健脾补肾，兼顾除郁活血化瘀的原则，先后研究出了“消渴平片”、“消渴流膏”、“健脾降糖饮”、“奇可力降糖胶囊”、“糖肾康片”、“南山苋菜”等疗效好的方剂。他主持研究的“消渴平片”与“健脾降糖饮”通过省级鉴定，分别获得山东省医药局科研二等奖和山东省科委科技进步三等奖。在国家及省级杂志发表论文30余篇。主编、副主编著作5部、参编10余部。

一、辨证求因 治病求本

祖国医学从整体调节入手，立足于辨证施治，对糖尿病

具有疗效稳定，无明显毒副作用的特色和优势。但传统的中医治疗，每从肺燥、胃热和肾虚立论，大多以滋阴清热为法，而倡行从脾论治、益气为主甚稀。基于本人长期的临床实践和实验研究发现糖尿病乃本虚标实之证，脾气方虚是糖尿病的发病关键，患者发病前多素嗜肥甘或过度劳思，乃至肝郁导致脾虚，导致脾气耗伤，发病后出现“三多”症状是一个方面，而不同程度的脾气亏虚表现如倦怠乏力、自汗、消瘦、舌淡胖，脉弱等才更为常见。所以应用益气健脾法治疗糖尿病更能切合病机与临床实际，收到理想的疗效。另外结合临床表现配合补肾、解郁、活血化瘀，清热药品会更加符合临床需要。

程益春治疗糖尿病常用药物为重用黄芪、白术、山药，每以30~100克的剂量。黄芪甘、微温，入脾肺二经，益气健脾，补中升阳，善止消渴。《本经》谓其“补虚”。《别录》谓：“止渴、益气”。白术苦、甘温，归脾、胃经，长于健脾益气，又可固表止汗，《珍珠囊》谓其“除湿益气、和中补阳……生津止渴”。山药甘、平，补脾胃，益肺肾，《本经》谓其“补中益气力，长肌肉，久服耳目聪明”。常配天花粉。天花粉微苦、寒，善于清热生津……，乃“消渴要药”，与白术、山药配合、辅助黄芪，共奏益气健脾，养阴生津之效。黄精益气健脾；葛根升阳生津，除烦止渴，有益气布津之妙。山萸肉微温，善于平补阴阳，收涩精气；枸杞子补肾益精，养肝明目，2药相互促进，共奏固肾培元之效。丹参、柴胡，活血化瘀，疏肝解郁，有利气机运行，可使补而不滞；黄连清心除烦。诸药配合，益气健脾为主，阴阳双调，扶正固本，标本同治，切合病机，因而临床疗效满意。

二、有效方剂简介

（一）健脾降糖饮

组方：生黄芪、白术、山药、葛根、黄精、枸杞子、天花粉等。

方解：祖国医学从整体调节入手，立足于辨证施治，对糖尿病的治疗，历代多从肺燥，胃热和肾虚立论，大多以滋阴清热为法，而本人倡行从脾论治，益气健脾疗效显著。“健脾降糖饮”方中重用黄芪。黄芪味甘，性微温，归脾肺二经，益气健脾，补中升阳，善止渴。《本经》谓“补虚”，《别录》谓其“止渴、益气”。白术味苦、甘、性温，归脾胃经，长于健脾益气，又可固表止汗，《珍珠囊》谓其“除湿益气，和中补阳……生津止渴”。山药味甘，性平，补脾胃，益肺肾，《本经》谓其“补中益气力，长肌肉，久服耳目聪明。”天花粉味微苦，性寒，善于清热生津，消肿排脓，乃“消渴圣药”，与白术、山药配合辅助黄芪共奏益气健脾，养阴生津之效。黄精益气健脾。葛根升阳生津，除烦止渴有益气布津之妙。山萸肉微温，善于平补阴阳，收涩精气；枸杞补肾益精，养肝明目，2药相互促进，共奏固肾培元之效。丹参活血化瘀，有补气机运行，可使补而不留滞。诸药配合，益气健脾为主，阴阳双调，扶正固本，标本同治，切合病机，故获得满意疗效。

（二）南山苋菜

组方：黄芪、南瓜、马齿苋、山楂、蜂蜜等。

方解：根据脾虚是糖尿病发病重要原因，以及药食同源的理论，采用上述药物研制成南山苋菜（果酱），对糖尿病的

辅助治疗取得好的效果。南瓜有健脾益气作用，对久病气虚，脾胃虚弱之气短倦怠，食少腹胀，均有治疗效果。马齿苋有清热明目，补血止血，清热解毒之功效；现代研究含有高浓度的氨基酸，可补充谷物氨基酸的不足，有滋养身体，补血作用，故称“长府菜”。山楂其功长于化饮食，健脾胃，行结气，消瘀血，长期服用，开胃健身，对于抗衰老，颇为有益。黄芪具有补气升阳，益卫固表，托毒升肌，利水退肿之功效。蜂蜜补中益气，润肺止咳，润肠通便，是一种滋养强身的保健药物。临床收到满意效果。

（三）奇可力参降糖胶囊

组方：奇可力参、天花粉、山楂、丹参等。

方解：根据糖尿病以脾虚为本的理论，脾虚而致湿滞，而脾虚导致气虚血瘀的道理。奇可力参、天花粉具健脾益气生津的作用；山楂、丹参有活血化瘀之功效，而收到满意效果。

（四）糖肾康片

组方：生黄芪、生地、泽泻、山药、山萸肉、枸杞、熟大黄、肉桂、桃仁、猪苓等。

方解：糖尿病肾脏病以健脾补肾治其本，活血化瘀治其标。方中黄芪甘温，补气升阳，偏补脾阳；山药甘平，补脾养阴，重在补脾阴，又能固肾益精，二者合用，一阴一阳，阴阳相合，强脾肾，健运化，敛脾阴，止漏浊。枸杞归肝肾经，功能补肾填精；肉桂辛甘热，归肺肾诸经，能温补之阳；山萸肉酸涩微温，入肝肾二经，酸涩主收，温能助阳，故有温补肾阳，涩精缩尿之功，3药合用，双补肾阴肾阳，取其“善补阳者，必于阴中求阳，而阳得阴助生化无穷；善补阴者，必于阳中求阴，则阴得阳助而源泉不竭”之意。以上5药健脾

补肾治其本，共为主药。丹参、桃仁活血化瘀，使瘀血祛，新血生，治其标。大黄、丹皮性寒则以肉桂之燥相互配合，猪苓、泽泻渗利水湿治水肿小便不利；生地甘寒滋阴生津以止渴。上药合用，补中有泻，寓泻于补，集健脾补肾，活血利水于一炉，标本兼治，切合病机，临床疗效满意。

三、体会

祖国医学认为糖尿病的原因，不论是饮食不节，或七情内伤，或房劳过度等，其形成糖尿病的机理是以虚为本。临床体会糖尿病健脾为主，兼顾他脏，变理阴阳，从整体入手，抓住健脾这个关键，而疗效满意，这就是糖尿病从脾论治的意义所在。

（尹貽辉整理）

风湿性心脏病治验

李宜方（1939— ），女，主任医师。湖北省天门县人。1963年毕业于广州中医学院。任山东中医学院附院内科副主任兼中医内科教研室副主任。精于内科疾病，善用益气活血，滋补肝肾法治疗心血管疑难杂证。参加编写《实用中医保健学》、《中医药考试辅导指南》、《中医内科学》等医学著作5种，发表论文10余篇。

一、辨识标本，分清虚、瘀、水

风湿性心脏病（简称风心病）常有心悸怔忡，胸闷气短，动则益甚，咳逆倚息，颧红唇暗，尿少肢肿，腹胀纳呆，肋下癥积，舌暗紫，脉沉细、涩或结、代、促。症状复杂多变，涉及心、肝、脾（胃）、肺、肾，多个脏腑同病。但究其病机为本虚标实，心病为本，他脏病为标。心阳亏虚为本，血瘀、水饮内停为标。虚、瘀，水构成风心病心衰病理三要素。

心居胸中，乃阳中之阳，心主血脉，赖心之气阳以鼓动，使血液正常循行，濡养全身。然风湿性心脏病乃因风寒湿热之邪伤及心之瓣膜，令瓣膜开阖受限，不能将回心血液全部泵出，表现为心之阳气亏虚，产生心悸怔忡，胸闷气短，神疲乏力，自汗，面白肢冷。若阳损及阴，致气阴两亏，还可兼见心烦口干，舌红少苔。由于心阳亏虚，运血无力，可出

现血液停积为瘀之状。血瘀胸中，则见心脏增大，胸中痛；血瘀肺中，则咳喘痰中带血或咯血；血瘀于肝，则见肋下癥积如盘（肝大）；舌为心之苗，血瘀于舌，则见舌暗或紫；瘀血阻于络脉，则见两颧暗红，唇甲青紫。心病累及他脏，脾（胃）受之（火不生土），则为腹胀纳呆，甚则恶心呕吐。心火既虚，不能下煦肾阳，致肾阳不足，膀胱气化不利，加之瘀血阻肺，肺失肃降，不能通调水道下输膀胱，于是水湿泛滥肌肤，则见面目四肢俱肿。病情反复发作，晚期则水气凌心犯肺，出现喘脱危候。

气阳虚为本，瘀血、水饮为标，阳愈虚，瘀血水停更甚，故辨证要分清标本虚实，治疗要补其虚，泻其实，抓住关键环节。

二、补虚治本，重在益气温阳

一般治疗风湿性心脏病，标本同治，但以补虚治本为主，强调益气温阳。瘀血、水饮都因阳气不足所致。临床表现以心气虚为主时，都有心悸怔忡，头晕目眩，气短乏力，自汗神疲或腹胀纳呆、舌淡苔白，脉虚无力或结代，用四君子汤加黄芪、当归、枣仁、柏子仁等。若为心阳虚为主时，则有心悸怔忡，自汗，神倦嗜卧，胸闷疼痛，形寒肢冷，面色苍白，舌淡或暗，脉细弱或沉迟，用四君子汤加黄芪、桂枝、炮附子，或用四逆汤加人参。若大汗淋漓，心悸气喘欲脱时，则用参附龙牡汤以急救回阳固脱。若心悸怔忡，心烦失眠，头晕目眩，颧红身热，或口舌生疮，或咳痰带血，舌红少津，脉细数者，乃阳损及阴，气阴两虚之证，常用生脉散加沙参、麦冬、生地、玉竹、旱莲草、仙鹤草之类，若能用西洋参更好。

待虚热净退后，仍需益气温阳以治根本。

三、祛邪治标，重在活血利水

一般风湿性心脏病之瘀血、水饮标实证的治疗，均采用扶正祛邪法，在益气温阳前提下加用活血化瘀或利水消肿之品。如临床表现为心悸怔忡，胸闷胸痛如刺，面色晦暗，唇甲青紫或肋下癥积如盘（肝大），舌青紫脉涩或结代，乃瘀阻心脉，用桃红四物汤加黄芪、党参、白术、茯苓、枣仁、柏子仁以益气活血，养心安神，重在活血化瘀，但合益气固本之品，使正气不损，更助活血之力，使瘀血消散更快，此乃“气行血行”之谓。

若风湿性心脏病以心衰为主，面目四肢皆肿者，急用益气温阳扶正，合利水消肿之五苓散、五皮饮外加泽兰、车前子、冬瓜皮、益母草之类，活血利水；肿势缓解后仍需益气养血活血，安心神，扶正固本善后调养。利水消肿除用五苓、五皮之外，根据辨证可分别采取健脾化湿实脾饮，温肾利水真武汤，或者脾肾两虚而上方并用，外加利水消肿之品，临床可灵活掌握。

四、医案

陈××，女，47岁。农民。患“风心病，二尖瓣狭窄，房颤”10年之久。近半月来病情加重，心悸气促，面目四肢皆肿，不能平卧，咳吐白痰，腹胀纳呆，尿少，行走艰难。查：两颧暗红，唇甲青紫，呼吸气促，颈静脉怒张，舌淡苔白脉促，两肺底细湿啰音，心界扩大，心律绝对不整，心率156次/min，心尖区可闻舒张期杂音，肝大肋下三指，剑下四指，质

硬触痛，边缘清晰，肝颈静脉回流征阳性，臀以下凹陷性水肿，心电图示“左房大，右室大，快速型房颤，心肌劳累”。

诊断：中医为心悸、水肿、积证。西医为风心病，二尖瓣狭窄，房颤心衰Ⅱ度。

辨证：心脾肾阳虚，瘀血水饮互结。

治法：益气温阳，健脾补肾，佐以活血利水。

处方：党参 20 克、生黄芪 30 克、白术 12 克、茯苓、皮各 15 克、当归 12 克、炮附子 13 克（先煎）、红花 6 克、桑白皮 12 克、车前子 15 克（布包）、冬瓜皮 30 克、泽兰 15 克、泽泻 5 克、生姜皮适量、陈皮 9 克。水煎服。

服药后小便增多，6 剂后水肿消大半，心悸气促减轻，能高枕而卧。继用上方加减服半月，水肿全消。然后略减利水之品，加枣仁、柏子仁、砂仁、木香，以益气活血，养血安神，调养善后。

哮喘治验

赵子贤（1937— ），女，主任医师。上海市人。从事临床呼吸系统疾病研究 34 年余，曾在国内期刊发表多篇学术论文及参编书多部。现任呼吸系主任，中国中西医结合研究会山东分会委员、副主任委员等职。

一、寻根求源，治痰为先

哮喘病是常见疾病。随工业发展，人口增加，大气污染日益加重，哮喘病也随之增加，哮喘病的发病率和死亡率在全世界均有增高趋势。要防止哮喘病发作，最主要是切断一切可引起哮喘的病根。寻找病根常常有体外的环境因素，体内的本身素质、遗传及慢性疾病等，均可诱发哮喘。因个体的差异，对气道高反应状态的过敏体质人常易患哮喘。

哮与喘中医各有所指。哮是以声响言，气为痰阻，呼吸有声、喉若曳锯，甚则痰咳不能卧。喘以气息言，以气息喘急迫促为主要表现，多并发于多种急、慢性疾病过程中，不是一个独立的病名。哮是一个独立疾病，有哮必兼喘，有喘未必见哮，故哮病又称哮喘，或哮喘，齁喘等。

哮喘病的致病因素，主要是痰伏于内，遇邪引起触发，痰疾阻塞气道，使肺气宣发和肃降的功能失常。痰是哮喘病的根本病因，也只有除痰才能治好哮喘。由于生痰的原因错综

复杂，所以哮喘也难治愈。首先，体内脏腑功能失调，可引起脾运失健而产生痰，“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”；其次，外感风热或风寒之邪失于表散，或燥热之邪犯肺留于体内，日久变痰；第三，饮食不节、恣食厚味肥甘之物，嗜酒饮浓茶或药物等，均损伤脾胃而生痰浊；第四，长期吸烟，吸入花粉、灰尘、霉菌、螨虫等损伤气道，影响肺气宣降津液汇聚，而生痰饮；第五，情志不遂，愤怒忧思，气机郁滞，日久及气血，生热生痰；第六，病后体弱，机体抵抗力降低，造成脏腑功能失调，津液输布作用紊乱，产生浊痰。痰伏于内，久留不去，遂成哮喘的宿根，一经外邪诱发，则痰随气动，聚于肺系，发为哮喘。痰久留体内不除，使正气虚弱，脾的运化功能低下，旧痰不去，新痰日生，影响肺的宣发和肃降功能，更使肺气日益耗伤，卫外不固，又导致新的外邪的入侵，如寒冷暑热等季节变化，宿痰又为新邪引动，再加上积食化热，情志不遂，疲劳等因素，痰动气阴，壅于肺系，更使肺的宣发和肃降功能受阻，形成了哮喘的恶性循环，久治不愈。

哮喘病发作的主要临床表现：有经常反复发作病史。发作前数秒钟到数分钟有粘膜过敏症状，常见有鼻痒、眼睑痒、打喷嚏、咽痒、流泪流涕、咳嗽胸闷、情绪不安等症状，而后出现哮喘。发作期症状：呼吸困难，紧随先兆症状出现胸闷，胸部紧迫甚至窒息感、胸闷压约数分钟后发生呼气性呼吸困难，并带有哮鸣音，被迫端坐，不能平卧，头向前俯，两肩耸起，两手撑膝，用力喘气。发作可持续几十分钟到数小时，自行或经治疗后缓解。哮喘病人此时还并有哮鸣、咳嗽、咯痰，痰多呈粘液样或稀水样，咯吐不利。如能咯出粘痰，痰鸣气喘可得到暂时平息。危重哮喘病人，数米外能听到哮鸣

声，发作时张口出气，两肩耸，心悸心跳，额部冷汗淋漓，面唇紫黑，眼红睛突，烦躁不安，有痛苦欲死之状。冷哮病人，并见恶寒、发热、头痛，面色苍白或青灰，背冷，口不渴或温喜热饮，舌质淡，苔薄白滑，脉浮紧，为寒痰之象。热哮病人，痰色黄而胶粘浓稠，呛咳不利，面赤口干喜饮，大便秘结，舌质红，苔黄腻或滑，脉滑数。此为病人因食肥甘厚味酿痰积热，熏灼肺胃，引动宿痰，致肺失清肃，表现为痰热壅盛之象。

哮喘病缓解期时可有轻度咳嗽、咯痰、呼吸紧迫感等表现，但也有毫无症状者。病程日久，反复发作，亦可见气喘、咳嗽、咯痰、呼吸喉间有声，以及自汗畏风、神疲形瘦，腰酸、浮肿等症。若哮喘属脾肺气虚者，则有咳嗽气短，痰液清稀，面色晄白，自汗畏风，纳呆食少，便溏，头面四肢浮肿，舌胖有齿痕，苔白，脉濡弱。因哮喘反复发作日久，正气已伤，脾虚运化失职，土不生金，使肺气更虚，皮毛不固，外邪易侵犯。肺肾两虚病人，有咳嗽气短，自汗畏风，动则气促，腰酸腿软，脑转耳鸣，盗汗遗精等症，舌质淡苔薄，脉弱。肺主气，肾为气之根，久病不愈必及肾气，肾气不纳，肾精亏虚。

二、灵活掌握，效方达药，斟酌温凉，调理善后

治疗哮喘病的原则是有邪必先祛邪，发时治标，平时治本。故发时宣肺豁痰为重点，或宣肺散寒或宣肺清热，治本从肺、脾、肾三脏着手。冷哮有小青龙汤以及小青龙汤演变而来的射干麻黄汤、厚朴麻黄汤等。³方均用麻黄、细辛、半夏、五味子。麻黄有宣肺平喘作用；半夏燥湿化痰，降逆止

呕，尤其是清半夏可增强燥湿化痰作用；五味子、细辛一阖一开，以利肺气升降。怕冷自汗，小青龙汤加重桂枝、杭芍剂量，加姜、枣以调和营卫。如外寒已解，咳嗽未除，可去桂枝、杭芍，生麻黄改炙麻黄。麻黄含麻黄碱，具有肾上腺素能效应，通过 β -受体增加C-AMP，解除 β -肾上腺素能阻断的状态，使支气管平滑肌松弛，有平喘作用。麻黄蜜炙后，其挥发油含量可减少一半，而麻黄碱减少甚微，因此用蜜炙麻黄发汗作用缓和，而止咳平喘作用较佳。如饮邪潴留三焦，气化功能不足，小便短少者，以肉桂代桂枝，达到化气行水的效果。如咳吐稀痰，胸闷气急，不能平卧，重用细辛、半夏，以降逆散寒化痰。如气喘心悸明显，加紫石英、炙远志。肺部听诊有明显哮鸣音可加射干，或地龙，或石苇，或徐长卿等。

厚朴麻黄汤是小青龙汤去桂枝、杭芍，加厚朴、生石膏、杏仁、小麦，并兼用干姜。厚朴温化行气，小麦宁神除烦，杏仁、石膏清热平喘。适合外受寒邪，里有水饮，饮邪化热的里热烦躁症。

射干麻黄汤是小青龙汤去桂枝、杭芍，改干姜为生姜，加射干、紫苑、冬花。适合于外无风寒，肺失肃降的咳嗽，有较强的止咳化痰之功。

临床上加用麻黄同时，加重杭芍、五味子用量，以敛肺降气，协调喘平胸宽。五味子能增强中枢神经兴奋性，改善人的智力活动，有增强肾上腺皮质功能。赤芍、杭芍可同时应用，杭芍可理气，赤芍可理血，气血同治，不但可防止麻黄发汗、心悸等副作用，而且可提高平喘的效果；但对有高血压，心脏病患者必须慎用，或改用黄荆子。黄荆子为马鞭

草科植物，有祛痰平喘的效果，而无麻黄的副作用。也可改用麻黄根。麻黄与麻黄根作用不同。经药理证明，麻黄根能使离体心脏收缩力减弱，血压下降，呼吸幅度增大，并能使末梢血管扩张。在临床实验中证明，小青龙汤中的细辛、桂枝、五味子 3 味药液煎剂，平喘效果较麻黄、半夏 2 药煎液为佳，说明小青龙汤中有 5 味药物具有平喘效果，故小青龙汤实为哮喘的有效方剂。过去有细辛用量不过“钱”的说法，在临床实践中证明，细辛用量不但可过“钱”，而且可用到 12 克或 15 克，当然应根据病情，酌情用量。

若经治疗后哮喘仍未完全平复，再用三子养亲汤，或苏子降气汤以消痰理气，配合六君子丸或四君子丸以调理善后。

若寒喘又兼有痰湿阻肺者，小青龙汤原方加橘皮、姜半夏、姜竹茹、熟附子、肉桂等，以健脾化痰，温肺化饮；若加石菖蒲，辛开苦温，更能宣窍宽胸，去湿逐痰。

若因慢性鼻炎引起哮喘，适当加辛夷、苍耳子、藿香、鹅不食草等，芳香解痉，宣肺通窍，提高平喘效果。因鼻为肺窍，为呼吸的通道。

对于热哮病人，常用方为麻杏石甘汤加减，不论有汗或无汗者，均可应用。有汗者，宜生麻黄改炙麻黄，取其宣肺平喘之功。无汗者，宜用生麻黄，取其发汗宣肺之效。若高热，加地龙、黄芩、双花，连翘；地龙不单解热止痉，并有清肺平喘作用。若痰稠黄者，加竹沥、川贝、全栝蒌、苇茎、冬瓜仁、生桑白皮等。咯痰不畅，加桔梗。胸痛，加橘络、海蛤粉。合并咯血，加三七、白茅根、黛蛤散。心悸，加紫石英、炙远志。

肺与大肠相表里。大便干结者，病人咳喘不止，用大承

气汤合小陷胸汤，以通腑泻热，腑气一通，痰垢自下，则喘咳自平，同时病人一定要保持大便通畅。如哮喘得平，还有痰热恋肺引起咳嗽，吐黄痰，可用定喘汤。如有伤肺阴者，可酌加沙参、麦冬、百合、玉竹，以调肺保金。临床上常用金水六君煎为主方治疗多年咳喘病人，其特点为燥湿不伤阴，滋阴不助湿，实是老年哮喘病的有效方剂。

治疗除从肺、脾、肾三脏着手外，还应考虑与肝的密切关系。肝属木、肺属金，从相生相克关系来看，金本克木，肺金有病，常反侮木气，或肝失调达，气机升降逆乱，肺失肃降，治疗时应加疏肝药，如柴胡、香附、郁金、青皮、佛手、橘络、薄荷等；或木郁化火，火性上炎克肺金，应加清肝药物，如龙胆草、黄连、夏枯草、勾藤、石决明、羚羊角、栀子、丹皮、草决明、青黛、桑叶、菊花，川楝子等；或素有肝阴不足，下吸肾水，子盗母气，影响肺的清润，故应加养阴药品，如当归、熟地、白芍、制首乌、枸杞子、黑芝麻、酸枣仁、大枣等。

此外，哮喘日久还应考虑酌用补心气，湿心阳，补心血，安心神等药物。因心肺关系密切，心主血，肺主气，肺助心血行，气为血之母，气行血行，肺病影响心脉充通，肺气不足则血流不畅，不能助心养血。

久病入络，瘀血阻滞气道，妨碍气机出入，严重时瘀血闭脉，令水溢痰生而致咳逆喘息不得卧。《血证论》说：“人身气道不可壅滞，内有瘀血，须知痰水之壅，由于瘀血使然，但去瘀血则痰水自消”。故适当加用川芎、丹参、当归、桃仁等活血化瘀之品，有助于通络平喘作用，尤其对哮喘缺氧状态的病人效果更好。例如丹参能使血管扩张，有利于产生纤

维蛋白溶解酶原激活物，使纤维蛋白溶解酶原转变成纤维蛋白溶解酶，使纤维蛋白溶解，故有活血化瘀作用。临床证实丹参能使 IgE 明显下降，IgG 和补体 C₃ 明显升高，其机理与抗过敏及稳定肥大细胞膜、抑制脱颗粒和介质的释放有关。同样川芎嗪为川芎的一号碱，能降低血小板表面活性和聚集性，在体内能减少 TXA₂ 生成的作用，并且对血小板 CAMP 磷酸二酯酶活性有抑制作用，可使 CAMP 增加，抑制血小板聚集，故川芎嗪使纤维蛋白溶解酶活性增高，所以有活血化瘀作用。

三、医案

病案一：

张××，男，44 岁。

哮喘发作，声高息粗，呼吸促迫，略有发热，喉中哮鸣声，鼻塞流涕，咯痰色黄，粘稠难出，脸面发红，口干欲冷饮，舌红苔黄腻，脉滑数。证属痰热阻肺。治宜清肺泄热，通窍平喘。法当麻杏石甘汤合泻白散加减。处方：

生麻黄 9 克 杏仁 9 克 生石膏 24 克 徐长卿 15 克
双花 30 克 石苇 15 克 地骨皮 10 克 桑白皮 12 克 苍耳子 10 克 鹅不食草 15 克 甘草 6 克 丹参 15 克

方中麻黄、杏仁、生石膏、桑白皮、地骨皮，清热泻肺平喘；石苇清热平喘；双花清热解毒；徐长卿脱过敏、解毒；苍耳子、鹅不食草解痉平喘宣肺通窍；丹参活血化瘀。经服上方 6 剂，病人症状好转，仍咳嗽咯黄痰。痰热郁闭，肺气壅塞。再用定喘汤加减，使哮喘得平。

病案二：

陈××，女，25 岁。

咳嗽气喘，鼻塞流涕，吐大量清稀泡沫样痰，恶寒纳呆，呼吸紧迫，胸闷憋胀，面色苍白，口不渴，舌质淡苔薄白，脉浮。听诊双肺哮鸣音。此为外寒内饮性哮喘。用小青龙汤原方，改细辛 6 克。4 剂药病人即哮喘自止。后改用六君子汤加肉桂、佛手、桑白皮、生姜，以温肺畅气，健脾化痰，以善其后。

胸痹（冠心病）的辛开苦降法

丁书文（1941— ），山东省单县人。1964年毕业于菏泽医专，1981年毕业于山东中医学院硕士研究生。现为内科主任医师、硕士研究生导师、山东省中医药学会活血化瘀专业委员会主任委员。

从事临床30余年，尤其擅长心脑血管疾病的防治。在诊治疾病中强调调理气血，平衡阴阳，治病求本，特别重视心肾在心脑血管疾病中的作用。近几年，研制成功了治疗冠心病的三类新药“正心泰片”，主编《中医临床实践与进展》及《现代新药与检查》，参编著作5部，撰写论文20余篇。

胸痹（冠心病）的病机复杂，治法颇多，笔者应用辛开苦降法收到较为满意的疗效。

胸痹多发于中老年人，体胖腹大者较为多见。临床除有胸闷气短胸痛症状外，往往见有心下痞满，腹胀嗝气，饱餐加重，大便干或不爽，舌苔黄厚腻，脉象滑数。此病机为湿热阻滞中焦，气机不利，清气不升，浊气不降，浊邪弥漫胸阳之位。此用半夏泻心汤化裁辛开苦降之法最为适宜。方中半夏、干姜，辛温燥湿，以除中焦之湿；黄连、黄芩，苦寒降泄，以清中焦之热；党参、甘草、大枣，益气和中，以补中焦之虚。如此配伍，寒热互用，以调其阴阳；辛苦并进，以顺其升降；补泻兼施，以协其虚实。从而使脾胃和，寒热调，

升降顺，湿热除，胸阳展，则诸证自解。

案例：赵×，女，58岁。高血压病史10余年。胸痹（冠心病心绞痛）5年。1994年5月8日初诊。主证胸闷胸痛，气短背胀，胃脘痞满，腹胀纳呆，暖气则舒，口苦咽干，失眠多梦。查体见体胖腹大，舌苔黄厚腻，脉象沉滑数。心电图：STV₄₋₆下移，T波低平。脉证合参，中医诊断为胸痹，湿热互结中阻型。西医诊断冠心病心绞痛。给予半夏泻心汤加味，半夏10克、干姜6克、黄连10克、黄芩10克、党参15克、丹参15克、槟榔10克、大黄6克、荷叶10克、甘草6克、生姜3片、大枣5个。6剂。5月15日复诊，胸闷胸痛、胃脘痞满腹胀大减，大便偏稀，日2次，但感舒服，舌苔渐薄，脉象同前。上方加陈皮6克、玫瑰花10克，连服18剂。6月5日三诊，胸闷胸痛、胃脘痞满、腹胀等症状基本消失，舌苔薄，脉象滑数，心电图大致正常。嘱患者停汤剂，继服香砂六君子丸，健脾和胃，以巩固发展疗效。

胸痹（冠心病）主要是胸阳不振，痰瘀阻滞经络。中焦脾胃为化生之源，气机升降的枢纽，若饮邪停留于胃，寒热互结于中，气机上逆，饮邪上乘心肺，因此，胸痹与中焦的关系非常密切。《金匱要略》治疗胸痹、心痛、短气中常用的枳壳薤白桂枝汤、橘枳姜汤、桂枝生姜枳实汤和人参汤都是从上中二焦来论治的，而且颇为重视通过调理中焦来治疗胸痹之证。笔者多年临床观察，胸痹（冠心病）患者体胖腹大者较为多见，兼有心下痞满颇多，与目前饮酒多度、膏粱厚味饮食习惯有关。辛开苦降为临床主要治法之一，适应证广，疗效可靠，主要适用于寒热邪气乘虚内结于胃所致心下痞。在用此法时，除辨其症状外，当验其舌，或黄或浊，方可施之。

代表方剂为半夏泻心汤，临床可随症加减，常与理气活血药物配伍。

慢性肾炎蛋白尿治验

邬嘉琛(1941—),女。1964年毕业于山东医学院医疗系本科,从事内科临床工作30多年。在内科泌尿系统疾病的病因病理方面做了大量的科研工作,擅长于泌尿系统疾病如:急慢性肾小球肾炎、肾盂肾炎、肾结石、尿毒症等的诊断与中西医结合治疗。曾发表《肾炎水肿》、《固肾涩精法治疗肾炎蛋白尿》、《慢性肾功能衰竭的诊治》等文。

慢性肾小球肾炎简称肾炎。可以发生在不同年龄,而以中青年男性为多。临床表现典型者常有水肿,蛋白尿,管型尿,血尿,高血压等。轻者,可仅有少量蛋白尿或镜下血尿;重者,可出现贫血,严重高血压、慢性肾功能衰竭等危症。

治疗中尿蛋白的消除是肾炎治疗的根本,尿蛋白消除与否是粗略衡量疗效的重要指标。多年来众多学者虽然做了大量的观察研究,目前仍为治疗中的一大难题。对本病多趋向于中西医结合治疗,采用中西医两法之长,取长补短,通过临床观察能提高疗效,巩固效果,减轻药物的副反应,虽取得了良好的成果,仍需积极探讨运用中医的辨证施治原则,结合发病、病理、体质、病程等方面研究,更好地发挥中医学的优势。

一、病机发展与蛋白尿的形成

从慢性肾炎的发生发展来看，主要与正虚邪实有关。

正虚主要是指肺脾肾三脏的亏损，而以肾亏为重。肺失宣散肃降；脾失健运统摄；肾失温化水液，通利小便之能，命门大衰，则不能上助中焦之运化，下助膀胱之气化，以致三焦水液不循常道运行，发而为肿。

脾为后天之本，主司运化输布水谷之精微，升清降浊。脾虚则统摄失司，运化无力，升清降浊失权，清浊不分，精微物质下流，蛋白从尿中排出。

肾为先天之本，“肾者主蛰，封藏之本，精之处也。”“肾受五脏六腑之精而藏之。”肾亏则封藏不固，不能收藏五脏六腑之精气，精气外泄，形成蛋白尿。

久则肾阳衰微，阴寒过盛，脉络拘挛，血运不畅，或阳损及阴，阴虚火旺，致头目眩晕、高血压。

水湿为肺、脾、肾三脏功能失调而生。《景岳全书》云：“凡水肿等证，乃肺脾肾三脏相干之病。”水湿停聚又伤脾肾，导致脾气不升，肾元不固，精微物质下注而成蛋白尿。水湿之邪，每逢阳热体质，酿成湿热，妄投或过用温补方药与未化之水湿相合，壅滞三焦不去，久而内蕴湿热；治疗中，用西药如激素类药物致易饥善食，大量水谷入胃，运化不及而为湿热。湿热之邪久郁，伤阴耗血，阴愈亏则热更张；伤及血络，而致尿血；伤及脾肾，脾失统摄，肾元不固，亦致蛋白尿。

瘀血在本病发病中起着十分重要的作用。《诸病源候论》云：“肿之生也，皆由风寒邪热毒气客于经络，使血涩不通，

阙结而成肿也。”如风寒湿热之邪侵及经脉，以致血脉不利，血行不畅，日久则成瘀血。《金匱要略》云：“血不利则为水。”血水同源，血不利而水液积聚形成水肿。反之，水湿停滞，又可造成气滞血瘀。

久病入络，久病血瘀，湿热蕴结伤及脉络，血出则成瘀血。可见慢性肾炎的发病过程中与湿热之邪产生发展的同时，瘀血形成也存在于各个发展过程中。现代医学表明，肾炎的病理变化，主要表现在肾小球毛细血管内皮细胞增生，基底膜增厚，部分肾小球发生变性，或进而纤维化，与之相连的肾小管呈现营养不良性改变或萎缩，从而发生蛋白尿。这些病理变化即为瘀滞，也与现代研究表明的本病存在不同程度的高凝状态相吻合的。

慢性肾炎的发病以正虚为根本，邪实可为诱发因素，又为病理产物，致使病程冗长，缠绵难愈。

二、辨证注意事项

（一）辨外感内伤

本病的诱发因素常与外感有关。如恶寒发热，头痛身痛，咽喉肿痛影响下发病或诱发加重，外感日久不愈更伤正气。内伤为内脏亏虚，正气不足或反复外感伤及正气。如神疲乏力，倦怠，腰膝酸软，面色晄白，或极易外感等。

（二）辨标本虚实

青少年，发病初期，或新感外邪发病者多属实证。

年老或久病之后，蛋白尿经久不愈，遇劳即加重者，为虚证。

水肿与蛋白尿常相随兼见，伴阳水者多属实证，伴阴水

者多属虚证。

肾炎多属本虚标实之证，脏腑亏虚为之本，所产生的水湿、湿热、瘀血等病理产物为之标。这些病理产物又做病邪加重脏腑之亏虚，即前者导致病变的产生，后者则为病变持续发展及肾功能减退的重要原因。

（三）辨病理因素

凡蛋白尿又见水肿，身体困重，胸闷纳呆，泛恶，苔白腻，脉沉缓者，多为水湿侵渍。

见水肿，胸脘痞闷，烦热口渴，小便短赤，或大便秘结，苔黄腻，脉沉数者，多为湿热。

兼见面色黧黑或晦暗，腰痛固定或刺痛，肌肤甲错，或肢体麻木，舌质紫暗有瘀点瘀斑，脉象细涩者，多为瘀血。

三、治疗

（一）首先考虑中药治疗者

近年来对慢性肾炎的治疗虽多趋于中西医结合治疗，但在某些情况下需首先考虑中药治疗。

第一，对西药应用有反指证或已产生副作用者，如用皮质激素后并发溃疡出血，高血压，或出现氮质血症者，以及环磷酰胺用后白细胞降低等。

第二，以往已用过西药无效或失效者。

第三，估计对皮质激素、环磷酰胺等药物反应较差者，如膜型及增殖型者，中医辨证属热证如湿热型者。

（二）治法

1. 健脾益气法

用于脾虚气弱见证者。轻者可无明显症状，常在查体中

发现蛋白尿，经过细致询问，表现易疲劳或过劳后体力恢复慢，眼睑或下肢轻度浮肿，纳食不香，舌淡红苔薄，脉沉细等。宜用四君子汤、六君子汤、香砂六君子汤等，酌加涩精之品。重者表现面色晄白，纳呆无力，脘腹痞闷，大便溏薄，暖气不舒，劳累后腰膝酸软，舌淡苔白或舌体胖有齿龈，脉弱，宜用补中益气汤、参苓白术散等，亦需加入涩精之品。

常用药物有黄芪、党参、云苓、白术、山药、陈皮、芡实等。

除以上见证外，如有小便短少，身肿（腰以下为重），舌淡苔白腻或白滑，脉沉弱者，为脾阳虚衰，水湿内聚。宜温运脾阳，以利水湿。方用实脾饮，以附子、干姜温阳散寒，茯苓、白术、甘草、生姜、大枣健脾益气。可加参、芪加重健脾益气，如尿少浮肿明显者，加桂枝、猪苓、车前子，以助膀胱化气行水。

2. 温补脾肾法

用于脾肾阳虚者。脾虚日久及肾，证见：面色晄白，腰膝酸软冷痛，怯寒神疲，四肢厥冷，脘腹胀闷，纳减便溏，尿少浮肿，舌质淡胖苔白，脉沉细或沉迟无力等。方用金匱肾气丸、济生肾气丸、实脾饮、参苓白术散、真武汤等。

常用药物，除健脾益气药外，需加温肾助阳药。如附子、桂枝、肉桂、菟丝子、巴戟天、杜仲、仙茅等。

本法从 50 年代开始，即为治疗慢性肾炎的主要治法。从本病的发生发展，多认为主要是脾肾的阳气不足，治疗中即是水肿消退，仅为治标，应以扶正，增加抵抗力，消除尿蛋白是治本。用健脾药，黄芪、党参、白术之类以扶正气。此类药物据现代医学证实有降尿蛋白的作用，健脾以复统摄运

化，升清降浊之能，减少精微物质下流。温肾药如附子，大辛大热，温肾阳，祛寒邪，既扶正又祛邪。温肾以复肾藏精，精关固之能使蛋白尿清除。临床实践证明，本法为慢性肾炎治疗之根本，效果好且疗效巩固。

3. 滋阴补肾法

用于肾阴亏虚见症者。精神疲惫，腰酸遗精或月经不调，口干咽燥，五心烦热，头晕耳鸣，舌红少苔，脉沉细或细弱等。方用六味地黄丸，杞菊地黄丸、知柏地黄丸、地黄饮、大补阴丸、二至丸等。

常用的药物有熟地、山药、女贞子、旱莲草、枸杞、鳖甲、龟板、石斛、麦冬、天冬、山茱萸、知母、黄柏、丹皮等。

这一方法在单纯应用中医中药治疗肾炎时期，用于高血压型；或因利尿过于渗利伤阴；病至后期因肾阳久衰，阳损及阴，过服温补之剂助火伤阴者。

近年来，多采用中西医结合的治疗方法，特别是应用激素类药物疗程中，多数患者常随激素用量的大小，应用的时间，而呈现不同程度的且较长时期的肾阴虚见证，所以近年来本法的应用越来越广泛，受到广大医务工作者的重视。由过去不常用，发展成一种常用的方法。

通过多年的临床观察，滋阴补肾法能减少某些药物如激素、利尿药的副作用。对治疗过程中递减激素用量防止反跳，减轻机体对激素的依赖性，巩固疗效，防止复发，起了不可忽视的作用。

4. 收涩固精法

肾炎尿蛋白属“精气”范畴。肾气不足，精关不固，精

气外泄，肾气不摄，膀胱失约，肾不藏精，精气不能充养奇经八脉，督脉失其充养，无以温煦升精而致。

此法用于蛋白尿属肾虚，精关不固，经用健脾温肾等法治疗，症状改善，尿蛋白持续存在，伴阳痿早泄，腰膝酸软，体倦乏力，无明显浮肿血尿者。

常用成药有五子衍宗丸、水陆二仙丹等。

常用药物有芡实、金樱子、五味子、覆盆子、补骨脂、白果、山茱萸、枸杞、菟丝子等。

对水肿较重者，即是大量蛋白尿，也需急则治其标，利水为先。本法有固涩作用，固涩有碍于利水，需慎用，或根据水肿程度，适当加用利水药，有涩有通，有补有泻，利于尿蛋白的治疗。

尿蛋白的流失，属人体精华的丧失，当以阴虚为本质。蛋白丢失过多，阴损及阳，处方应补肾益精，扶阳固涩同用，更有利于肾气的恢复。

由于尿蛋白丢失，血浆蛋白低下。据临床观察，此法应用能增加抵抗力，改善全身情况。对低蛋白血症明显者，加用胶类药物如阿胶、鹿角胶，与开胃健脾改善食欲的药物同用；如应用激素后出现肾阴不足或湿热内蕴者，需加用滋阴清利药，至湿热清后减少清利，对减轻蛋白尿，提高血浆蛋白有一定疗效。

5. 清热解毒法

用于热毒侵袭见证者。肾炎的病因与某些细菌，病毒有关，上呼吸道及其他部位的感染，特别是热毒客咽，与肾炎的发生、复发迁延不愈密切相关。现代医学认为，肾炎的病机多与免疫机制有关，尿蛋白丢失致低蛋白血症，机体抵抗

力低下，或治疗中用免疫抑制剂时，同时抑制了细胞免疫力，亦致抗感染能力减弱，易招致反复感染，在感染源的反复刺激下发病。应用此法，有一定消灭感染源的作用，对控制病灶有一定作用。

常用方剂如五味消毒饮、清热利咽汤（自拟）。

常用药物有双花、连翘、地丁、公英、土茯苓、板蓝根、山豆根、败酱草、金灯笼等。

近年来我们拟定了清热利咽汤治疗以咽部为病灶，且无其他病灶可寻者，反复咽峡部疼痛，充血水肿或扁桃体肿大，其有脓性分泌物，致肾炎迁延难愈者，取得较好的疗效。

拟方组成为双花、连翘、板蓝根、桔梗、山豆根、升麻、黄芩、玄参、僵蚕、甘草。

疾病的发生发展中，通过经络的传导作用，体表和内脏相互影响。内脏有病，可通过经络反应到体表所属部位，谓之“内脏有病，形之于外”。而体表感受外邪时，可通过经络影响到内脏，谓之“体表受邪，传之于内”。

《灵枢·经脉》云：“足少阴肾之脉，起于小趾之下……，贯脊属肾，络膀胱；其直者从肾上贯肝膈，入肺中，循喉咙，挟舌本。”

肾的经脉即贯脊属肾，络膀胱；循喉咙挟舌本，故热毒客咽可循足少阴肾之脉伤肾，致使肾的气化失常，精关不固，封藏无权，精脂下流，如单纯着眼于肾，很难收效。利用此法防止咽部感染循经伤肾，切断发病的恶性循环，尤为重要。

肾炎的重要诱因与“肺”有关，低蛋白血症致易感受外邪，肺外合皮毛，职司卫外，外邪从口鼻、皮毛入侵，肺卫首当其冲，肺气虚则卫外之气不固，需外益肺气以固表卫外。

临床观察，对曾用免疫抑制剂激素疗效不理想，病情不稳定者，经用益气固表治疗，大部分病人得以缓解，并使其中部分免疫指标恢复。

6. 活血化瘀法

用于一些瘀血见证者。肾炎引起的肾区疼痛，出血趋向，及其病理变化，如肾小球纤维化，肾小球毛细血管内皮细胞增生，进而纤维化等符合瘀血表现。慢性肾炎发病过程中，瘀血存在于各个病变类型和病理阶段。因此，本法在肾炎治疗过程中得以广泛的应用；可一法独用，也可与其他方法合用。随着对本病的深入探讨，本法是辨病辨证相结合的产物。

常用方剂有桃红四物汤、血腹逐瘀汤等。

常用药物有丹参、赤芍、牛膝、坤草、当归、川芎、桃仁、红花、三七、郁金、泽兰、苏木等。

近年来，活血化瘀法在慢性肾炎的治疗中受到医务界的关注。药理实验表明：本法有改善肾血流量、保护肾脏的作用；抗炎抗菌；调节机体免疫功能；对抗血液粘滞；抗血小板聚集；抗凝抗血栓作用，改善微循环，解除毛细血管痉挛等作用。

应用本法，在消除肾炎尿蛋白，恢复肾功能方面，比单用其他方法疗效好且巩固。

肾炎蛋白尿的消除，应用单纯中药雷公藤与昆明山海棠是近年来较有苗头的新进展。研究表明，雷公藤对肾炎既有免疫抑制作用，也有抗炎反应，消除蛋白尿。在疗效维持后可以骤停，重新使用仍然有效，并不需要加大剂量，较激素类药物优越。昆明山海棠对于病程短，年龄小，微小病变型的蛋白尿消除也有良好的疗效。

肾炎的临床表现不一，病情轻重不同，病程有长有短，常一脏有病累及他脏同病。表现正虚者，有脾肾阳虚，肺脾气虚，肝肾阴虚，气阴两虚等。表现正虚与邪实俱重者，有肺脾气虚兼水湿逗留，风寒或风热犯表，瘀血阻滞；脾肾阳虚兼水湿逗留，血瘀阻滞；肝肾阴虚兼湿热内蕴，瘀血阻滞；气阴两虚兼湿热内蕴等。治疗中也需从正虚与邪实并重着眼，采取扶正祛邪相结合的方法。据标本虚实的轻重缓急，注意寒热阴阳虚实之间的错杂与转化。宜“急则治其标，缓则治其本”，或“标本兼治”的方法，灵活的运用各种治法。

以上各种治法和途径，有的是以祖国医学的理论指导实践和研究的，有的是在现代医学理论指导下实践确定的，辨证与辨病相结合产生的，可一法应用，也可几法合用，都有一定效果。

四、病案举例

吕××，男，52岁，干部。

腰膝酸软冷痛半年，加重伴眼睑、下肢浮肿2个月，于1993年2月18日入院。半年前感乏力神疲，腰膝酸软冷痛；查尿常规：蛋白“+-”，未发现水肿，未予治疗。渐感乏力加重，畏寒肢冷，纳呆腹胀，眼睑及下肢浮肿，大便3~5次/日，质稀无脓血；查尿常规：蛋白“++++”，入院。

查体：T36.7℃，P78次/min，R19次/min，BP16/11kPa。面色无华，眼睑及下肢轻度浮肿，舌淡红苔薄，脉沉细。实验室检查：

尿常规：尿蛋白++++、RBC+。

血常规：WBC 7.0THSD/cu MM。

RBC 4.65MILL/cu MM。

HGB 15.2GR AMS/DL。

大便常规：阴性。

尿蛋白定量：6.5g/24h 尿量。

尿蛋白电泳：非选择性尿蛋白（A、 α_1 、 α_2 、 β 、 γ ）。

BuN 5.6mmol/L。

Co₂-cp 16.8mmol/L。

Cr 115 μ mol/L。

CH 6.8mmol/L。

A/G 32/28。

诊断：

中医：水肿（脾肾阳虚）；

腰痛（肾虚）；

泄泻（脾虚）。

西医：①肾病综合征Ⅱ型（慢性肾炎肾病型）。

②慢性结肠炎。

辨证：脾肾阳虚，水湿逗留。

治法：温补脾肾，利水消肿，活血化瘀。

方药：实脾饮合参苓白术散加减。

强的松 50mg/d（自2月20日起），其余西药略。

处方：黄芪30克、台参20克、云苓30克、白术12克、苡米30克、干姜6克、附子9克、砂仁9克、山药12克、当归12克、泽兰30克、猪苓15克、大腹皮12克、炙甘草6克。

3月16日：上方随证加减20⁺天，浮肿消退，纳食增加，大便次数减少，仍2~3次/日，偶有腹胀，无畏寒肢冷，有时面部发热，口干咽燥，心悸，睡眠差，舌淡红苔薄，脉沉

细，尿蛋白减至++~+。证属脾肾阳虚，渐转为肾阴亏虚，脾虚泄泻仍存，治宜滋补肾阴，健脾止泻。方用六味地黄汤合参苓白术散加减。

处方：熟地 15 克、山药 12 克、山萸肉 12 克、云苓 15 克、丹皮 12 克、泽泻 12 克、台参 20 克、白术 12 克、苡米 30 克、扁豆 15 克、砂仁 9 克、当归 12 克、炒枣仁 30 克、炙甘草 6 克。

强的松 50mg/d，31 天后（3 月 22 日）改为 40mg/d。

3 月 23 日：口干咽燥，面部潮红，面部及前胸起小痤疮，手足心热，心悸，睡眠差，无浮肿，大便 2~3 次/日，舌略红苔薄，脉细略数，尿常规：蛋白少许~+。证属阴虚火旺，脾虚泄泻。治宜滋阴降火，健脾止泻。方用：知柏地黄汤合参苓白术散加减。

处方：上方加知母 12 克、黄柏 9 克、改熟地为生地 15 克。

强的松于 3 月 29 日减为 35mg/d。

4 月 6 日：恶寒发热，头痛，咽痛，体温 37.5℃，舌淡红苔薄黄，脉细数。尿常规：蛋白+++。辨证为风热袭表，热毒客咽。治宜疏风解表，清热利咽。方用清热利咽汤（自拟），强的松维持 35mg/d。

处方：薄荷 9 克、双花 30 克、连翘 15 克、牛蒡子 12 克、升麻 12 克、板蓝根 15 克、僵蚕 9 克、元参 20 克、山豆根 9 克、菊花 12 克、甘草 6 克。

4 月 20 日：服上方 2 剂后体温恢复正常，1 周后咽痛好转，随证加减，服用 12 剂后，继用。3 月 23 日尿常规：蛋白少许~+，强的松按每周递减 5mg/d 至停药。

5 月 19 日：诸症好转出院。除大便稀 2~3 次/日外，无

其他明显症状，尿常规、蛋白少许~+，改用收涩固精法，用水陆二仙丹合五子衍宗丸加减。

处方：芡实 30 克、金樱子 15 克、五味子 12 克、覆盆子 15 克、菟丝子 15 克、枸杞 12 克、坤草 30 克、丹皮 12 克、黄柏 9 克、甘草 6 克、台参 20 克、云苓 15 克、白术 12 克。

随汤 1⁺月，尿常规：蛋白少汗~+（于 5 月 21 日停用强的松）。

本病例自入院后始用强的松 50mg/d，1 月后首次减至 10mg/d，此后按每周递减 5mg/d（外感时维持原剂量）至停药。

整个疗程中表现有脾肾阳虚，肾阴亏虚，阴虚火旺，热毒客咽，肾精不固等。分别施治以温补脾肾，滋补肾阴，滋阴降火，清热利咽，收涩固精等法。在肾炎的发病过程中，瘀血形成存在于各个病变阶段，拟方时均合用活血化瘀法，体现了急则治其标，缓则治其本，标本兼顾，扶正祛邪的治疗原则，起到效果好，递减激素顺利，防止反跳与复发，巩固疗效的作用。

“损者益之”治疗运动神经元病

满学洪(1937—)男,主任医师。山东省聊城市人。1965年于山东中医学院毕业,即在本院从事中医内科临床和教学工作已30年,以神经内科为专长。在临床实践中,善于根据西医的病因病理学说,结合中医的理论和中药性能组方用药,治疗神经系统疾病。发表和交流学术论文10余篇,参与编写《实用中医保健学》和《名医医案精华》。

一、运动神经元病当属“痿证”范畴,脏腑气血亏虚为其发病关键

运动神经元病以肌肉无力和萎缩为主要症状特点,多从一例肢体的上肢或下肢的远端或近端起病,而向另一端及对侧缓慢发展和加重,兼有肌张力、腱反射的异常,或有肌束震颤和病理征。合并球麻痹者有吞咽困难、饮水呛咳、声音嘶哑症状。该病多见于中年男性。

《素问·玄机原病式·五运主病》曰:“痿,谓手足痿弱,无力以运行也。”运动神经元病是以运动障碍为主的病证,故属中医“痿证”范畴。痿证包括西医的多种急慢性疾病。运动神经元病是慢性虚损病变,其发病与劳役强力罢极本伤、贪色房劳精亏髓枯、饥饱无常中运受损有关。

运动神经元病与脏腑的关系密切。《内经》曰:“肝者,罢

极之本”、“肝主筋”、“久行伤筋”、“肝气衰，筋不能动”。张景岳说：“人之运动，由乎筋力”。《内经》曰：“肾者，作强之官，伎巧出焉”，“肾主骨”，“肾生骨髓”，“髓海有余，则轻劲多力”。都说明肝肾功能与人体的运动机能有关。《内经》曰：“脾主身之肌肉”，“脾生肉”。《医书编·解脏说》：“脾合于肉，则荣肉也。肌肉消瘦而不能肥，脾先死也。”张志聪说：“脾主运化水谷之精，以生养肌肉。”这都说明肌肉的营养状况与脾脏运化功能有关。

运动神经元病与气血关系密切。《内经》曰：“四肢不得禀水谷气，……筋骨肌肉皆无气以生，故不用焉。”“足受血而能步，掌受血而能握，指受血而能摄”，“血和则……筋骨强劲，关节清利矣。”周澂之《读医随笔》曰：“宗气者，动气也，凡……肢体运动，筋骨强弱者，宗气之功用也。”《景岳全书·血证》曰：“凡……为四肢之用，为筋骨之和，为肌肉之丰盛，……无非血之用也。……故血衰则形萎。”均说明肢体的运动机能和肌肉的丰盛萎弱与气血的濡养有关。

综上简言之，肝主筋而藏血，肝伤则四肢不为人用；肾主骨而藏精，精血相生，精虚则不能灌溉诸末，血虚则不能营养筋骨；脾主肉主四肢而统血，脾为气血生化之源，脾虚则肌肉失荣。故运动神经元病是肝脾肾亏虚，精气血不足，筋骨肌肉失于濡养所致。

二、“损者益之”增强肢体运动机能，调整脏腑功能补益阴阳气血

痿证机理繁杂，有外因内因之分，虚实寒热之别。前贤论痿虽有虚损之说，但多以火热为患，故张子和有“痿病无

寒”、“若痿作寒治，是不刃而杀之也”之论。《景岳全书·痿证》曰：“若概从火论，则恐真阳亏败，及土衰水涸者，有不能堪”、“若绝无火证，而只因水亏于肾，血亏于肝者，则不宜用凉药，以伐生气”。古人治痿各具确见，当参而酌之，临证时宜辨寒热，审虚实，以施治疗，庶得治痿之全。

运动神经元病是慢性虚损病证，阴虚为本，“损者益之”，“滋阴补虚为治疗大法。临床所见证型有寒热之分，治法有异。

虚热者多因肝肾阴虚，水亏火旺，治宜滋补肝肾，养阴清热。基本方：熟地、杞子、天冬、知母、白芍、当归、牛膝、狗脊、龟板胶、熟附子、制马钱子。

方中熟地、杞子、龟板胶、当归、白芍滋补肝肾，养血益精；天冬、知母滋壮肾水而清虚热，合用专治肾水干涸，阴血枯竭之证，并降泻相火。牛膝、狗脊滋肝益肾，强壮筋骨，熟附子与滋补药配伍能补阳以配阴，使阴从阳复，又可防阴柔滋补之品凝滞难化之弊，但用量宜小，以免添薪熬釜之患。制马钱子能起痿振颓，通经活络，有提高肌力之功。

三、典型案例分析

案例一：

李××，男，46岁，农民。

肢体无力伴有肌肉消瘦2年，加重半年。现已步履困难，劳动能力丧失，咽干耳鸣，头晕遗精，心烦足热，纳可腹胀，舌质红，少苔有裂纹，脉细略数。查：颅神经（-），四肢肌力Ⅳ级，远端肌力差，肌张力无明显异常，腱反射减低，病理征（-），双手及右小腿肌肉萎缩，右拇指食指间肌肉明显凹陷，肌束震颤（+）。查肌电图：神经源性损害（前角细胞

受损)。取虎潜丸之意立方：熟地 20 克、杞子 20 克、天冬 15 克、知母 15 克、白芍 15 克、当归 15 克、牛膝 30 克、狗脊 30 克、熟附子 10 克、黄柏 15 克、陈皮 10 克、龟板胶 15 克（烔化）、制马钱子粉 0.3 克（冲服）。水煎服，日 1 剂。

该病人用基本方加黄柏苦寒清热，以泻妄炎之火；加陈皮理气调胃，以消食后腹胀。服 90 剂后复诊，咽干心烦、头晕耳鸣、遗精等症悉平，行步仍较困难，上方改黄柏 10 克，配制蜜丸久服调理。半年后来诊，行动如若常人，能从事一般劳动，肌肉萎缩略见好转。嘱继服丸药，以善其后。

虚寒者多由脾肾阳虚，气血不足，治宜健脾益气，滋肾助阳。基本方：黄芪、红参、白术、熟地、山萸肉、杞子、当归、牛膝、狗脊、杜仲、熟附子、鹿角胶、制马钱子

此方亦是以滋补肝肾，益精填髓，强壮筋骨为主。用黄芪、红参、白术健脾益气，培补后天，以充化源；当归、熟地、鹿角胶滋肾养血，温养先天，以生精髓；附子温壮元阳，振奋脾阳，驱散沉寒积冷，鼓动气血精髓，充养筋骨肌肉，则痿证向愈。

案例二：

宋××，男，32 岁。1993 年 10 月 31 日初诊。

右侧肢体无力易疲劳半年，肢凉怕冷，时有肌肉跳动，劳累后则感肢痛麻木。曾在济南×军医院查肌电图：神经源性损害（1993 年 8 月 25 日），后在北京协和医院复查肌电图（结论不详），诊为运动神经元病。曾服 ATP、肌苷、激素、B 族维生素等治疗，效果不显。查：颅神经（-），右侧上下肢肌力 N 级，肌张力无明显异常，四肢腱反射增高（右>左），巴氏征（±），右手大小鱼际肌肉轻度萎缩。舌淡苔白，脉细

弱。宗右归丸之方化裁：黄芪 45 克、红参 15 克（先煎）、炒白术 15 克、熟地 15 克、山萸肉 15 克、杞子 20 克、当归 15 克、牛膝 30 克、杜仲 15 克、狗脊 20 克、寄生 15 克、熟附子 15 克、地龙 15 克、全蝎 15 克、炙草 5 克、鹿角胶 15 克（烔化）、制马钱子粉 0.2 克（冲服）。水煎服，日 1 剂。

该病人用基本方加地龙、全蝎通经活络疗肢痛麻木。服 12 剂后复诊，疲劳感减轻，肢痛若失，尚麻木怕冷。服药初见功效，即守方继服，仅改熟附子 30 克、制马钱子粉 0.3 克。12 月 17 日 3 诊，服药 20 剂肢痛麻木、肌肉颤动尽除，尚易疲劳，但劳累后体力恢复较快。药证相符，见效较速，本证宜重用黄芪、附子，故可渐次加量，改黄芪 60 克、熟附子 45 克（先煎），增强益气温阳之功。因药后稍有腹胀，加砂仁 10 克，醒脾调胃，行气宽中，更有补而不滞之利。嘱其坚持治疗，加强肢体功能锻炼，可使萎缩肌肉逐渐康复。

再生障碍性贫血证治

焦中华（1937—），男，主任医师。河北临西县人。中国协和医科大学毕业。现任山东中医学院附院内科副主任，全国中西医结合肿瘤专业委员会委员，山东省抗癌协会常务理事。主要著作有《实用中医血液病学》及论文20多篇。1990年以来获山东省科技进步三等奖4项。

再生障碍性贫血（以下简称再障），属内伤虚损性病证，其根本病变为骨髓亏虚，髓不化血所致，因而再障属中医髓劳范畴。

再障的致病因素较为复杂，有因先天禀赋不足而发病，有因六淫邪毒而染疾，而更多见于内伤，伤及心、肝、脾、肾，又以脾肾亏虚为主。

再障可分为急性及慢性两类。急性再障表现为发病急骤，呈进行性贫血，严重出血，难以控制的高热，属中医“急劳”、“热劳”范畴，或称急髓劳。慢性再障主要表现为贫血的症状，如头晕乏力，面色㿔白，心悸气短，失眠多梦，食少纳呆等；可有出血现象，主要为皮肤粘膜出血，如鼻衄、齿衄、妇女月经过多等，少有内脏出血，亦可有发热感染表现。

一、病因病机

尽管再障临床表现较为复杂，究其病机不外是气虚、血

虚、阴虚、阳虚，基本上主要是脾肾两虚，而肾虚尤为根本。《张氏医通》云：“血之源头在乎肾，气之源头在乎脾。”因而血虚、气虚主要为肾虚脾虚。《沈氏尊生书·杂病源流犀烛·虚损劳瘵源流》亦说：“五脏所藏，无非精气，其所以致损者，曰气虚、血虚、阳虚、阴虚。阳气、阴血、精又为血之本，不离气血，不分水火，而阳虚、阴虚则又皆属肾。阳虚者，肾中真阳虚也，阴虚者，肾中真阴虚也。”故慢性再障虽多表现为气血不足症候，而肾虚才是再障的本质。

“人之所有者，气与血耳”，而气血的生成主要靠脾胃。《灵枢·决气》说：“中焦受气取汁，变化而赤是谓血。”由于各种因素而致脾胃虚弱者，则不能腐熟水谷化生精微以生气血，乃至气血亏虚。气血不足，内不能调和五脏六腑，外不能洒陈营卫经脉，渐至表里俱虚，而出现头晕乏力，面色苍白等气血亏虚的贫血症状。

由于气血亏虚，而易遭受外邪侵袭，正所谓“邪之所凑，其气必虚”。因此伴随气血亏虚而常出现外感热证，亦可出现气虚发热或阴虚内热，甚则出现内外合邪而呈热毒炽盛现象。这就是再障发热的某些病机。

《张氏医通·诸血门》云：“盖气与血两相维附，气不得血，则散满无统，血不得气，则凝而不流。”由于气虚不能摄血，血无所主而外溢，或由于外感发热或阴虚内热，热伤脉络，迫血妄行而导致各种出血。再障者亦常积于此理而见诸出血现象。

营血的生成不仅源于后天脾胃的生化，还须赖肾精的化生。正所谓“血之源头在乎肾”。《济阴纲目》也谓：“血生于脾，统于心，藏于肝，宣布于肺，根于肾。”可见血之根在肾。

《张氏医通》说：“气不耗，归精于肾而为精，精不泄，归精于肝而化清血。”《诸病源候论》云：“肾藏精，精者，血之所成也。”《侣山堂类辨》说：“肾为水脏，主藏精而化血。”《景岳全书·血证》中明确指出：“精之与血，若乎非类……而血即精之属也。”由此可见，肾与造血密切相关，肾为先天之本，精血之脏，主藏精而生髓，精髓同类，精血同源。所以肾脏功能的盛衰直接影响着血的虚实。若肾虚，则精亏髓乏，不能化生气血而出现气血双亏证候，可见诸于再障贫血的症状。若肾阳虚，则不能温煦形体，鼓动血行，故形寒肢冷，甚或有血瘀、出血证候。肾阴虚，除有贫血症状外，由于阴虚内热而见手足心热，或午后潮热，虚火灼伤络脉而见肌衄、齿衄、鼻衄等血证；亦可出现阴虚发热。无论肾阳虚或肾阴虚，皆可导致外邪侵袭而出现发热现象。

二、辨证施治

再障的发病与脾肾有关，尤其是与肾更为密切，因而再障的中医分型亦多以肾为基准而划分。目前，我们将慢性再障分为三型，即（肾）阴虚型、（肾）阳虚型、（肾）阴阳两虚型。急性再障又单独分为急劳温热型。在治疗上着重补脾肾，而重在补肾。

（一）阴虚型

主证为头晕乏力，心悸易惊，低热盗汗，五心烦热，腰膝酸软，可有肌衄、齿衄、鼻衄等，舌质红，少苔，脉细数。治宜养阴清热，滋补肝肾。方用左归丸加减：黄芪、枸杞子、菟丝子、黄精、熟地、丹皮、女贞子、当归、山萸肉、鹿角胶、龟板胶、牛膝、仙鹤草等。若阴虚火旺明显者，改熟地

为生地，加黄柏、知母。

（二）阳虚型

主证为面色晄白，气短懒言，畏寒肢冷，腰膝酸软，大便溏薄，舌质淡，舌体胖嫩，或有齿印，苔薄白，脉沉细。治宜壮阳益气，健脾补肾。方用右归丸加减：黄芪、党参、补骨脂、当归、肉桂、附子、淫羊藿、鹿角胶、女贞子、枸杞子等。

（三）阴阳两虚型

具有阴虚与阳虚的症状，主要表现为面色苍白，腰膝酸软，遗精滑泄，时冷时热，自汗盗汗，舌质淡，苔薄白或少苔，脉沉细无力，或沉细数。治宜阴阳俱补。方用金匱肾气丸加减：鹿角胶、生地、山药、淫羊藿、丹皮、泽泻、茯苓、阿胶、女贞子、肉桂、旱莲草等。

（四）急劳温热型

为急性再障患者。主证为高热不休，口干咽燥，渴喜冷饮，口舌生疮，头晕头痛，心悸气促，烦躁不宁，甚或神昏谵语，可有大量肌衄，严重鼻衄、齿衄，口舌有血泡，甚者便血、尿血或颅内出血，大便干结，小便短赤，舌质淡或绛，苔黄，脉细数或虚大无力。治宜清热解毒，凉血止血。方用解毒凉血汤（自拟方）：生地、板蓝根、犀角粉（或水牛角粉）、赤芍、贯众、小蓟、公英、生石膏、漏芦、知母、太子参等。

脾胃病证治

张莲蕙（1935—），女。山东淄博市人。主任医师。自幼喜爱中医，高中毕业后曾跟名医学徒，1958年考入山东医学院医疗专业本科，学习6年，毕业后一直从事临床工作。1977年又进入省高级中医理论 research 班从事中医理论与临床研究近2年。有坚实的理论基础和丰富的临床经验，对各科疑难杂病都有较好的治疗经验，尤其对消化系统疾病、肝胆系疾病、不孕、不育证颇有研究。临床特点是根据“六腑以通为用”的理论，善用通降法；对大黄功效很有研究，广泛用于治疗多种疾病，每每收到理想的效果。论文有《中西医结合治疗亚急性肝坏死的体会》、《脾胃学说及临床纲要》、《六腑以通为用治疗胆囊炎、胆石症》，参编著作有《中国传统医学丛书·中医内科学》《实用中医保健学·消化系统疾病中医保健》、《幼科条辨》、《名医验方集锦》等。

胃病是一种常见病多发病，过去有“十人九胃”之说，可见发病率是很高的。如治疗得当，大多数是能治愈的，但如果治疗不当，轻则延长病程，重则日趋加重，甚至癌变，造成严重后果。因此应加强研究，不断提高疗效，找出新疗法，更好的为广大病人解除痛苦。

一、脾胃相联而有区别

中医学认为脾与胃有密切联系，功能上相辅相成相互配合，共同完成饮食物的消化吸收输布，所以临床上往往脾胃共称，如“脾胃虚弱”、“脾胃虚寒”等。但脾与胃有各自生理功能和特点，会出现各自不同的病证，有自己独特的发病规律。《内经》将脾胃两者进行了分析，找出了区别，如《素问·太阴阳明论》曰：“太阴阳明为表里，脾胃脉也，生病而异者何也？”“阴阳异位，无虚无实，无逆无从，或从内，或从外，所从不同，故病异名也”。脾与胃虽同属土，但脾为阴土，胃为阳土；脾为脏，胃为腑；脾为阴，阴主内主下，胃为阳，阳主外主上。脾经胃经的经络循行方向、部位亦不同，气的运行也不同。脾的经脉自下而上行，脾气以升为健，主运化水湿及水谷；胃的经脉从上而下行，胃气以降为顺，主受纳腐熟水谷。当发生病变后，则气机逆乱，升降反作，出现暖气、恶心、呕吐、纳呆，这是胃气上逆的病变；如见脘腹胀坠、食欲不振，久泻久痢，脱肛或内脏下垂等，为脾气下陷的病变。

脾喜燥恶湿，脾气宜升，脾病后易向虚、寒、湿方面转化。胃喜润恶燥，胃气宜降，胃喜通恶滞，胃为腑以通为用，以降为顺，喜凉润而恶温燥，病后易向实、热、燥方面转化。古人云：“实则阳明，虚则太阴”，就是这个意思。胃、脾各自有不同特性，故不能混同而治。

二、脾病治宜温升补燥

常见脾病的证治：“脾为湿土，得阳始运。”脾病多寒、多

虚、多湿，治疗应用温、升、燥、补法。温性药分甘温（党参、白术、黄芪等）和辛温（附子、干姜、肉桂等）两大类。

（一）脾气虚

证见神疲、少气、懒言、语声低微，四肢乏力、食欲不振，腹胀大便稀，舌质淡有齿印，苔薄白，脉象虚大无力。治宜健脾补气。腹泻不明显者，用香砂六君子汤，方中党参、白术、炙甘草健脾益气，陈皮、半夏、茯苓燥湿健脾；木香、砂仁行气健脾。若大便稀次数多者，用参苓白术散。

（二）脾阳虚

证见面色萎黄，腹胀冷痛，四肢不温，畏寒，大便稀溏，舌质淡，苔薄白，脉沉细。治宜温中健脾，理中汤加减。方中干姜温脾阳，党参、白术、炙甘草健脾益气。

（三）脾气下陷

证见脘腹坠胀，食欲不振，食后胃脘痞闷胀满加重，或久泻久痢，或见崩漏带下，舌淡，苔薄白，脉象虚弱。治宜补中益气升阳，用补中益气汤加减。方中柴胡、升麻升举阳气；黄芪、白术、党参、炙甘草、陈皮补中益气健脾；当归养血和血。如气虚下陷，内脏下垂者，重用健脾益气升阳药，再加枳壳、砂仁醒脾理气；若久泻久痢，加黄连、诃子。

（四）脾虚湿盛

证见肢体浮肿，四肢不温，小便短少，大便溏泻，舌质淡体胖，苔白腻，脉象沉细。治宜温阳健脾利水，用五苓散合五皮饮加减。方中茯苓、猪苓、泽泻淡渗利湿；桂枝、白术温阳健脾；桑皮、陈皮、生姜皮、大腹皮、茯苓皮健脾行气，利水祛湿。

（五）肝脾不和

证见食欲不振，脘腹胀痛，肠鸣便稀、矢气则舒，情志抑郁，善太息，舌苔薄白，脉象弦缓。治宜抑肝扶脾，用柴芍六君子汤合痛泻要方。方中柴胡、白芍抑肝；六君子汤健脾燥湿；防风配柴胡升发清阳除湿。

三、胃病治宜凉、降、通、润

常见胃病证治：“胃为燥土，得阴自安”。临床上胃燥热证和胃气上逆证多见，故宜用凉、降、润、通法治疗。寒凉性药分苦寒药（黄芩、黄连、大黄等清泻胃火实证）和甘寒药（沙参、麦冬、石斛等，用于胃阴不足证）。

（一）胃火炽盛

证见口渴喜冷饮，胃脘灼热疼痛、口臭、牙龈肿痛，或见大便干、尿黄赤、舌质红，苔黄厚，脉象滑数。治宜清胃泻火，用清胃散。方中黄连清泻心胃之火；生地、丹皮凉血清热；当归养血活血。胃为多气多血之腑，胃热血分亦热，故佐以凉血活血之品。升麻升胃中清阳，为阳明经引经药，又有清热解毒之功。若大便干加大黄、黄芩以清热通腑，取泻心汤之意。根据临床观察，由于人们生活水平提高，多食膏粱厚味，致使湿热内生，引起以上诸证多见，故泻心汤为清胃肠湿热积滞常用方。

（二）胃中燥热

证见口渴欲饮，多食善饥，肌肉消瘦，大便干，舌苔黄，脉数。治宜清胃养阴生津，用消渴方加减。方中花粉、生地生津止渴；黄连清胃热。大便干可加大黄泻火通便。

（三）胃阴不足

证见唇燥口干、胃脘隐痛，干哕，呃逆，食难下咽，大

便干结，舌质红无苔，脉象细数。治宜滋养胃阴，用益胃汤加减。生地、沙参、麦冬、玉竹、冰糖甘寒养阴；胃痛加白芍、甘草，酸甘化阴，缓急止痛；大便秘结者，加增液承气汤（生地、元参、麦冬、大黄、芒硝），养阴通便降气。

（四）胃中停食

证见胃脘胀满或痛，厌食，呕吐酸腐，或吐不消化食物，暖气食臭，吐泻后胃脘较舒，舌苔厚腻，脉滑。治宜和胃消食导滞，用保和丸加减。方中焦楂消肉食油脂之积；神曲除陈腐之积，又能解酒毒；莱菔子消面食之积，宽胸下气；陈皮、半夏、茯苓和胃降逆，化浊止呕；连翘清热散结。

（五）寒邪客胃

证见胃脘冷痛，呕吐清水，喜热饮，舌苔薄白，脉象迟。治宜温中散寒，用良附丸加减。方中良姜温胃散寒；香附理气止痛；可加苏梗、砂仁、枳壳、半夏以疏通气机，降逆和胃。

（六）肝气犯胃

证见食欲不振、胃痛胀满，连及两胁，恶心呕吐，暖气则舒，烦躁易怒，舌苔薄黄，脉象弦微数。治宜舒肝和胃，用柴胡疏肝散合左金丸加减。方中柴胡疏肝郁；枳实开气结降浊气，与柴胡配伍能疏肝开结，宣通气机。香附、木香行肝胃气滞；白芍、甘草柔肝缓急止痛；黄连清热泻火。诸药合用，可收疏肝和胃，理气止痛之功。

（七）瘀血停胃

证见胃脘刺痛，食后痛甚，拒按，或吐血便黑，舌质紫暗或有瘀斑，脉涩。治宜活血化瘀，丹参饮合失笑散加减。方中丹参、蒲黄、五灵脂活血化瘀止痛；松香、砂仁理气和胃。

出血重者可加三七粉或云南白药（冲服）、白芨，以增强止血作用。

总之，治疗应遵循“辨证求因、审因论治”的原则，守法守方。此外还应注意饮食调护，节饮食，避风寒劳累，情绪愉快乐观，对胃病康复都是很重要的。

四、病案

李××，男，48岁，干部。慢性病容，面黄较瘦，经常觉上腹部痞满隐痛，口干口苦，纳呆，暖气恶心，甚则呕吐，有时腹胀，大便稀，舌苔黄厚，脉象弦细，有烟、酒嗜好。钡餐透视、胃镜检查、诊为肥厚性胃炎。脉证合参，中医辨证属脾胃不和，寒热互结，升降失调，治宜健脾和胃，清热散结，升清降浊，半夏泻心汤加味。黄芩12克、黄连8克、半夏12克、干姜5克、党参12克、炙甘草5克、大枣5枚，砂仁12克、白芍15克、枳壳12克、木香12克。水煎服，日1剂。方中黄芩、黄连苦降以和胃阳；半夏、干姜辛开散痞，以和脾阴；党参、炙甘草、大枣健脾和胃；枳壳宽胸下气；砂仁、木香行气健胃，助消化；芍药、甘草酸甘化阴缓急止痛。上方为基本方，治疗过程中稍有加减，连续服用26剂，症状基本消失。

清热解毒法治疗活动期类风湿性关节炎

尹玉茹，(1937—)女，山东省德州市人。1964年毕业于山东中医学院，从事中医工作30年。30年来，主要致力于风湿免疫系统疾病的研究及治疗。参加“清热解毒法治疗活动期类风湿性关节炎”科研课题，获1992年省科委科技成果三等奖。

一、病因病机

类风湿性关节炎是一种以关节病变为主的慢性全身性的自身免疫性疾病。活动期以关节肿痛为突出表现，若病情反复发作，则导致病变关节发生强直畸形而致残。

类风湿性关节炎是以热证居多或寒热错杂、热多寒少之证。其病因病机为正气不足而感风寒湿热之邪，流注经络、筋骨，阻塞气机而致痹。人的体质有强弱、阴阳盛衰的不同，故对外邪入侵易感性也不同，所以说体质因素在类风湿性关节炎的发生演变过程中起主要作用。如《灵枢·五变》中说：“粗理而肉不坚者善病痹”。平日，阳盛之人，其脏腑经络多素有蕴热，阳气偏盛不能被正常阴液所协调，当感受风热之阳邪，阳邪得阳助，内外热相合形成热毒痹；即便是感受寒湿之阴邪，热为寒郁，气不得通，久之寒亦化热，则痹痹熇然而闷也。而平素阴虚之体，或素体阴血不足，或产后失血，

热毒伤阴，或久病耗伤阴液及屡用温燥药从而形成阴虚内热，风寒湿之邪侵袭人体亦必从热化，而形成热痹。综上所述，内外合邪，湿热毒瘀，是类风湿性关节炎的主要病机。

痹证以湿热为源，风寒为兼，由于湿热蕴结，流注关节筋骨，阻塞脏腑经络而成。古人认为肢节肿痛，痛属火，肿属湿，兼受风寒，指出湿与热之邪在痹证中起主导作用。毒指邪气盛，湿热毒交织一体，阻于经脉筋骨，壅遏气血，形成痹证，出现关节肿胀热痛，皮下结节或红斑，口干不欲饮，身热，舌质紫暗有瘀斑，苔黄腻、脉滑数。

二、治则

中医治疗原则是“急则治标，缓则治本”。湿热毒瘀是类风湿性关节炎之本，而关节肿胀热痛是标，应标本同治。具体治法分析如下：

类风湿性关节炎病人四肢大小关节肿痛，痛不可近，活动受限，夜不寐，食不香，故治疗主要是祛邪，邪气不除正气难复。从清热解毒利湿入手。重用双花，用量30~50克，双花甘寒清芳，清热而不伤胃，芳香透达而不遏邪，故能宣散风热又清解血毒。用于关节红肿热痛，配以公英，清热解毒，散结消肿，地丁、板蓝根，凉血解毒，清热消肿；土茯苓能清利湿热，又能消肿散结，用量90克，以加强清热解毒之力。湿热为患，只清热而湿不退，而只祛湿则热愈炽，只有湿热两清，分消其势，才能湿去热清，痹证消除。寒湿热之邪常依附于风邪而致病，因为“风为百病之长”，祛风除湿，通痹止痛亦为治本病不可缺者，故加羌活以祛风散寒，通痹止痛；独活祛风胜湿、通经活络蠲痹止痛。综观以上，不难

看出，本病治疗以清利为主，宣通为辅，以消除病变持续发生发展的病理因素，使邪去正安。

双花、公英、地丁、土茯苓、板蓝根对于多种细菌病毒支原体具有抑制杀灭作用，因此能消灭或抑制病原体的感染，从而清除外来抗原对机体的持续刺激和损伤，中断导致本病的始动环节，这就是本方有效的主要原因。

三、病案

吉××，女，46岁。

关节痛2月余、两手指、掌指关节肿胀热痛，两手不能握，两膝关节痛，下蹲不能，两踝关节肿痛，跛行，身热，口渴，便干。证属湿热痹，治以清热解毒，消肿利湿，佐以祛风通络。方用双花30克、公英24克、土茯苓20克、车前草24克、苡仁15克、羌活15克、板蓝根20克、独活15克、生地20克、地龙12克、土元9克。水煎服，日1剂。经治疗月余，病人已不发热，两手指、掌指关节肿胀消退，疼痛亦明显减轻，两膝踝关节疼痛亦轻微，行走自如。

对老年脑病及脑动脉硬化症的辨证治疗

高云(1935—)，女，山东省潍坊市人。1964年毕业于山东中医学院中医系，毕业后一直从事于中医内科临床及教学工作。重点研究免疫性疾病及老年病，获省教委科技进步三等奖。参编著作《人体全息疗法》、《中医内科学》、《中医内科临床实践与进展》等，论文《中西医结合治疗类风湿性关节炎》、《降脂延衰流膏近期临床观察》、《降脂延衰流膏对老年人免疫功能及血浆性激素的影响》、《浅谈老年情志与冠心病》、《老年病的中医治疗特点》等十余篇。

老年脑病及脑动脉硬化症是老年人的常见病、多发病，其主要临床表现，多归属于祖国医学“眩晕”、“中风”等病症的后遗症。现将本人近年在探讨本病病因、病机、证治中的一些肤浅认识略述于下：

一、老年脑病

(一) 老年脑病的病因病机

人类进入老年，各种疾病易于发生，这与机体的衰老有密切关系。衰老虽属生理现象，但却造成脏腑功能的衰退，阴阳气血的亏损。老年脑病的发生，其病因有二：一为衰老，一为中风等病症的后遗症。衰老与肾的关系最为密切。《素问·上古天真论》曰：“八八天癸竭，精少，肾脏衰，形体皆极，

则齿发去”。《内经》又云：“肾主骨，生髓，通于脑”。《素问·五脏生成论》说：“诸髓者，皆属于脑”。《灵枢·海论》又说：“脑为髓海，髓海有余则轻劲多力，自过其度，髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒，目无所见，懈怠安卧”。由此可见，肾与脑的关系极为密切，肾衰可直接影响脑的记忆和思维活动。中风后遗症多因肾阴亏虚，阴虚阳亢，而致上实下虚，发为中风，久治不愈，则为中风后遗症。总之，老年脑病，其病情复杂，病机不外阴阳失调，精血亏耗，升降失常，与肾的关系极为密切，与心、肝、脾亦有关联。

（二）辨证施治

1. 肾阴不足

主证：形体消瘦，精神萎靡不振，耳聾耳鸣，头昏眼花，腰膝酸软，健忘懒言，夜寐不安，心烦易怒，精神不易集中，盗汗，口干欲饮水，五心烦热，便秘等症。舌红少苔，脉细数或沉细。

治法：滋阴补肾，填精补髓。

方药：六味地黄丸、左归丸、大补阴丸等填补真阴之品。方用生、熟地各 15 克、山药 15 克、山萸肉 10 克、茯苓 15 克、泽泻 10 克、丹皮 12 克、枸杞子 15 克、女贞子 15 克、黄精 20 克、太子参 20 克、何首乌 15 克。

方中熟地补肾水，泽泻宣泄肾浊以济之；萸肉温涩肝经，又有丹皮之清泻肝火以佐之；山药之收摄脾经，又有茯苓之淡渗脾经以和之，并加枸杞子、女贞子、生地加强滋补肾阴之作用，太子参、黄精、首乌以益气养阴。若阴虚火旺者，可用大补阴丸，以滋阴降火。

2. 肾阳虚衰

主证：腰膝酸软，精神困倦，畏寒肢冷，小便频数，夜尿多，阳萎早泄。舌质淡红，苔薄白，脉沉尺弱。

治法：温补肾阳。

方药：金匱肾气丸、右归丸、地黄饮子等加减。方用熟附子10克、桂枝（肉桂）6克、熟地15克、山药15克、山茱萸10克、丹皮10克、茯苓15克、泽泻10克、菟丝子12克、杜仲12克、鹿角胶10克、仙茅12克、仙灵脾12克、巴戟天10克、当归15克

本方用六味地黄丸壮水之主，加肉桂、附子补水中之火，以鼓舞肾气，通过水火并补，阴阳协调，邪去正复，肾气自健。若肾阳虚衰比较严重时，可用右归丸，该方补而不泻，方中有鹿角胶、当归补充精血，枸杞子、菟丝子、杜仲温养肝肾，故其助火壮阳之力更强，适用于阳虚火衰比较严重的证候。

3. 心肾两虚（即阴虚阳亢）

主证：语言不清，表情淡漠，甚则神志恍惚，不知饥饱，体丰，反应迟钝。舌质淡红，苔白腻，脉弦细。本证型多见于脑血管后遗症。

治法：滋阴平肝，通络开窍。

方药：羚角钩藤汤，二至丸加减。方用羚羊粉1克、钩藤20克、桑叶10克、川贝10克、生地15克、竹茹10克、菊花10克、白芍15克、茯苓15克、旱莲草15克、女贞子15克、石菖蒲12克、远志10克。

方中羚羊粉、钩藤、桑叶、菊花凉肝清热，熄风定痉；川贝化痰清热；茯苓安神宁心；白芍、生地、甘草滋阴增液，柔肝缓急；旱莲草、女贞子滋补肾阴；竹茹清热除烦。

若证见半身不遂，下肢萎废，语言蹇涩等中风后遗症，可用益气活血，祛痰通络之补阳还五汤加红花、鸡血藤、川牛膝等药。

以上各种类型病症，其治疗原则重在调养，忌用峻补、峻攻。重视保养精气，调养精神，饮食有节，进行户外活动，作气功锻炼，生活有规律，从而达到防老衰、抗疾病的目的。这是预防脑病的重要环节。

通过临床观察，初步体会到，脑病的发生，不只在老年人才出现，有不少中年人由于过度劳累、紧张，生活无规律等原因而致早衰，表现出精神不振、健忘、乏力、听力视力减退、性机能减退等症状，因此中年时期就要注意调摄，以达到延缓衰老，防治脑病的目的。

二、脑动脉硬化症

脑动脉硬化症是一种常见于老年人的严重疾病。它是动脉的一种非炎症性、退行性的病变，导致血管壁增厚变硬，弹性减退和管腔狭窄所致的缺血性脑动脉功能障碍的疾病。多见于中老年人，属于祖国医学“眩晕”、“健忘”的范畴。

（一）脑动脉硬化症的病因病机

人到中老年后，脏腑功能也随之由盛而衰，这与中老年人的病理生理有关，易因饮食起居不节，情志失调，劳逸失当等因素导致五脏六腑功能虚损，阴阳失调，气血亏虚，因之产生痰浊、瘀血等病理产物滞留脑脉，使脑脉血流失畅，脑失濡养，从而发生脑组织的功能失调和器质性病变。

肾为先天之本，主藏精生髓，髓能养脑，若因先天不足或因中年以后调摄失当，致肾精亏虚，髓海不足，脑失濡养，

而使脑脉血流失畅，从而发生肾阴亏虚为本。脑脉瘀滞为标的病理变化。临床会出现“髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒，目无所见，懈怠安卧”等证候。且脑为元神之府，精髓不足，则神明失聪而健忘，又因人之神宅于心，而心之精赖于肾，肾阴亏虚则不与心相济，因而失眠多梦，亦因脑脉瘀塞，而出现遇事善忘，兼见语言迟缓或滞涩，神思不敏，表情呆钝。亦有少数因饮食不节，损伤脾胃，脾失健运，湿痰内生；或因过食肥甘厚味，聚湿生痰；或因气郁化火，炼液成痰，同时气郁易致血瘀，痰浊瘀血交互阻滞脉络，清窍被蒙。

综上所述，多数脑动脉硬化的病机，关键在于“本虚”，并在本虚的基础上继发“标实”。所谓“本虚”，一指肾阴亏虚，一为阳气虚弱；而“标实”是指脑脉瘀滞和痰浊上扰清空。现代医学认为本病是因中老年人自身免疫功能失调后早衰而导致的脑动脉硬化。

（二）辨证施治

1. 肾阴亏虚，脑脉瘀滞

主证：头痛头昏，头部有重压感，失眠或睡眠多梦，记忆力明显减退，注意力不易集中，心中烦乱，乏力，腰膝酸软。舌质紫暗或有瘀斑，脉沉细或沉细涩。

治法：补肾健脑，活血通脉。

方药：杞菊地黄汤合桃红四物汤加减。方用生地 15 克、山药 15 克、丹皮 10 克、泽泻 10 克、茯苓 15 克、枸杞子 15 克、女贞子 15 克、首乌 15 克、桑椹子 15 克、当归 15 克、丹参 20 克、桃仁 10 克、红花 10 克、川牛膝 15 克、杜仲 12 克。

本方用杞菊地黄汤加首乌、女贞子、杜仲、桑椹以滋肾

健脑；当归、红花、丹参活血化瘀，扩张脑血管，川牛膝活血并引血下行，因而可使脑脉流通，脑得濡养。

2. 气虚痰浊

主证：头昏、头沉重或头胀，情绪不稳定，急躁易怒，多言或沉默寡言，多疑，胸闷气短，倦怠乏力。舌淡胖有齿痕，苔薄白或白腻，脉濡或沉细弱。

治法：益气升清，化痰降浊。

方药：补中益气汤或升陷汤加减。方用黄芪 20 克、党参 20 克、炒白术 12 克、茯苓 15 克、升麻 10 克、葛根 15 克、川芎 12 克、当归 15 克、陈皮 10 克、清半夏 12 克、泽泻 12 克。

方中黄芪、党参、茯苓、白术益气健脾；升麻、葛根、川芎引药、引气上升，并可解痉止痛；当归养血活血；泽泻、陈皮理气降浊。诸药合用，可使清阳升，浊阴降，脑脉得通。

3. 痰瘀交阻

主证：头痛眩晕，晕甚欲仆，头沉重，步履不稳，呕恶，泛吐粘痰，口流清涎，语言蹇涩，思维、反应迟钝，精神呆滞，记忆力明显减退，肢体沉重或伴胸闷刺痛。舌紫暗，苔白腻，脉弦滑或沉。

治法：燥湿祛痰，活血通脉

方药：二陈汤合桃红四物汤加减。方用陈皮 10 克、茯苓 15 克、清半夏 10 克、苍白术各 12 克、天麻 10 克、葛根 15 克、川芎 12 克、桃仁 12 克、当归 12 克、红花 10 克、丹参 15 克、远志 10 克、菖蒲 12 克。

该型为标本俱实，急当祛邪，祛痰化瘀。用二陈汤加苍白术、天麻、菖蒲、远志燥湿而化风痰，开窍醒神；桃仁、红花、当归、川芎、丹参活血化瘀；葛根能扩张血管而畅通血

脉。

三、用药规律

益肾补脑的常用药：熟地、枸杞子、女贞子、首乌、益智仁、山药、山萸肉、桑椹、杜仲、菟丝子、肉苁蓉、龟板、牛膝等。经实验研究证明，以上药物大都含有多种氨基酸、蛋白质，具有营养脑细胞，延缓衰老，调节中枢神经系统功能的作用。

祛痰、降脂、活血化瘀的常用药：半夏、菖蒲、胆星、天竺黄、远志、决明子、桃仁、红花、川芎、当归、丹参、赤芍、灵脂、蒲黄、三七等药能降低血脂，扩张血管，改善脑循环，从而推迟脑萎缩的进一步发展。

益气健脾常用药：人参（党参）、黄芪、茯苓、白术、黄精、首乌等药，经实验研究证明，这些药物具有调节机体免疫功能，为免疫促进剂。

四、实验研究和临床研究

（一）实验研究

1. 四藤汤：红藤、络石藤、鸡血藤、海风藤各2克的注射剂，能使家兔脑血流图波幅增高，说明有扩张脑血管、改善脑血流作用。

2. 葛根黄酮：北京阜外医院用葛根黄酮200mg肌注，有改善高血压、动脉硬化病人脑循环的作用，而且发现葛根黄酮非单项扩张血管，增大血流作用，它能使低波幅增高，高波幅降低，有使异常波形正常化趋向，故可能通过某些机体内部因素调节血液循环。

3. 彭悦等用女贞子防治家兔实验性动脉硬化的实验结果表明：模型动物给女贞子后第 30 天和第 60 天与造型对照组比较，血清胆固醇及甘油三脂明显下降；主动脉脂质斑块面积和主动脉斑块占动脉总面积的百分比值明显减少。

4. 湖南医学院药理教研组的研究表明，首乌、枸杞、泽泻、山楂均有明显的降脂作用。

（二）临床研究

1. 当归注射液：湖北医学院用 25% 当归注射液 200ml 静脉滴注，每日 1 次，20 日为 1 疗程，治疗 50 例，有效率 94%，疗效与低分子右旋糖酐组 46 例相当。

2. 活血方：首都医院用赤芍 15 克、红花 9~15 克、桃仁 9 克、葛根 15 克、鸡血藤 30 克治疗，发现脑电图、脑血流图及甲皱微循环等均有改善。

3. 胡桃肉 30 克、桃仁 2 片，红糖 1 汤匙，三者咀嚼吞服，每日 2~3 次，坚持服用半年，可有明显减肥、降脂、降压作用。

4. 首乌、枸杞、泽泻各 30 克，每日煎用 300ml，分 2 次服完，坚持服用半年，可使动脉硬化明显减轻，精神振奋，延年益寿。

五、医案

医案一：

张××，男，62 岁。

头晕，嗜睡，语言蹇涩 10 余日，伴反应迟钝，头沉重且痛，不欲睁眼，时时呵欠，咽喉不利，泛吐粘痰，胸闷不适，不欲食，不欲饮，二便调。查：体态较肥胖，精神呆滞。舌

暗红，苔白厚腻，中微黄。脉沉细弦。脑CT“小灶性脑梗塞”。血压19/12kPa。证属标本俱实。急当祛邪，急用祛痰开窍，化瘀通络法。以二陈汤合桃红四物汤加减治之。方用陈皮10克、清半夏10克、茯苓15克，川芎15克、红花10克、丹参18克、菖蒲12克、玉金12克。水煎，分2次服；6剂。

复诊：服药后精神明显好转。嗜睡、呵欠、头沉重基本愈，粘痰减少，头晕轻。舌暗红苔薄微黄，脉沉细。原方加苍术、白术各12克、黄芪18克、炒枝子10克。服18剂后，症状基本消失。

医案二：

孙××，男，69岁。

头晕眼花目干涩年余，近来较前加重，心烦易怒，夜寐不安，口干夜间尤甚，需饮水1~2次，有时阵阵耳鸣，两腿酸软无力，尿频而黄，大便干。舌红少苔乏津，脉沉细。查：血压20/14kPa，血脂、血糖在正常范围。脑CT“轻度脑萎缩”。证属肾阴不足，脑髓空虚，用滋阴补肾，填精补髓法，以六味地黄汤加味治之。方用生、熟地各15克、山药15克、山萸肉10克、茯苓15克、泽泻10克、丹皮12克、枸杞子15克、女贞子15克、何首乌15克、沙参15克、花粉18克。水煎，分2次服；6剂。

复诊：服药后诸证悉减，口干目涩，心烦易怒明显减轻，食欲增，睡眠有好转，耳鸣仍在，大便正常。舌红少苔，脉沉细。原方加黑芝麻12克；6剂。服完后改服六味地黄丸。经1个月的治疗上症痊愈。

哮喘治疗心得

张洁承(1940—),女。1965年毕业于山东中医学院中医系本科。现任山东中医学院附属医院内科教授、主任医师、硕士研究生导师,兼任山东中医药学会内科肺病专业委员会主任委员。从事医疗、教学及科学研究30年,潜心钻研内科各系统疾病及疑难危重疾病诊治,擅长治疗呼吸系统疾病,对慢性支气管炎、顽固性支气管哮喘、肺炎、肺脓肿,慢性肺心病、肺癌、特发性气胸、急慢性咽炎、过敏性鼻炎等病的中医治疗具有独特的见解,临床经验丰富,疗效显著。先后在省级以上医学刊物发表论文10余篇,主编《中医自学考试辅导丛书·中医内科学》,参编《实用中医保健学》、《中医内科学》等著作8部。近年来,主持“解毒化痰宣降方治疗慢性支气管炎急性发作期临床及实验研究”及“加减已椒苈黄汤治疗支气管哮喘的临床及实验研究”等4项科学研究,已通过省内医学专家鉴定,均属国内首创性研究,达到国内领先水平。

一、化饮祛痰,寒热分治

支气管哮喘属祖国医学哮喘范畴。本病由于长期感受外邪、饮食不当、情志不畅、体质素虚,导致肺脾肾三脏功能失常,津液不归正化,顽痰宿饮内伏,成为本病反复发作的

“夙根”。其后每遇气候突变、饮食不慎、劳累过度、情志刺激等诱因而喘鸣发作。

本病辨证首分寒热虚实，施治注重化饮祛痰。

寒哮首选方剂为小青龙汤、射干麻黄汤或华盖散加减。常用药物为炙麻黄、桂枝、白芍、干姜、五味子、细辛、半夏、射干、杏仁、桑白皮、苏子、葶苈子等。临证时应该注意：第一，麻黄炙用比较完全，成人常规用量为6~9克。伴有高血压，心脏病，过敏体质及年老体弱者应特别慎重，先试用1.5克，无副作用时再逐步加量。第二，少数人服用常规剂量炙麻黄亦可出现心悸、汗多、兴奋、失眠，个别人还出现过心房纤颤。第三，寒哮屡发，病情较重者，方中干姜、桂枝、细辛用量可酌情增加，以提高疗效。

热哮常用方剂为定喘汤、越婢汤、清金化痰汤，亦可应用麻杏石甘汤合千金苇茎汤。常用药物为炙麻黄、杏仁、桑白皮、苏子、葶苈子、地龙、石膏、黄芩、双花、连翘、鱼腥草、前胡、栝楼、鲜竹沥等。热哮患者往往病情较重，疗效不如寒哮。临证注意事项：第一，热毒较重者，必须重用清热解毒药，每方可用5~7味。高烧者酌加白虎汤、小柴胡汤或五味消毒饮。第二，兼有腑气不通者，酌配承气汤。腑气畅通有助于肺气肃降。第三，痰黄粘稠，胶固难咯者酌加海蛤壳、海浮石、冬瓜仁、沙参、麦冬、穿山甲、皂角刺、芒硝等。第四，素体中焦虚寒、纳少便溏者，方中酌加干姜、砂仁、茯苓、苡米。第五，热盛耗气伤阴者，酌配生脉散、沙参麦冬汤、黄芪等。

二、勿忘活血，灵活配伍

无论寒哮或热哮、发作期或缓解期，凡是病程长，反复发作，或用上述方药效果欠佳，或出现典型瘀血征象者，比如口唇爪甲青紫晦暗，胸胁及后背刺痛，肋下症积，舌质紫暗有瘀斑、瘀点，舌下瘀筋等，皆可应用活血化瘀法。本法一般不单独应用，可根据病情寒热虚实灵活配伍。或以本法为主，配合散寒、清热、理气、化痰、平喘、通腑、扶正；或以本法为辅，在辨证论治基础上加用活血通络药物。第一，寒邪犯肺，血脉瘀滞者，拟温肺活血平喘汤：炙麻黄、桂枝、干姜、细辛、杏仁、桑白皮、苏子、钟乳石、川芎、丹参。第二，肺热壅盛，脉络不通者，拟清肺活血平喘汤：双花、公英、鱼腥草、蚤休、虎杖、丹皮、赤芍、地龙、葶苈子、枳实、栝蒌、鲜竹沥。第三，肺气壅塞，瘀血阻络者，拟加减血府逐瘀汤：柴胡、赤白芍、枳实、桃仁、红花、当归、川芎、厚朴、苏子。第四，肺络瘀阻，腑气不通者，拟通腑活血平喘汤：桃仁、当归、川芎、大黄、栝蒌、杏仁、水蛭。第五，痰瘀互结，肺气不降者，拟化痰通络肃肺汤：芦根、桃仁、苡米、冬瓜仁、赤芍、丹参、桑白皮、葶苈子、枳实。第六，肺气亏虚，血脉不畅者，宜补阳还五汤或二味参苏饮（人参或党参、苏木）黄芪桃仁红花汤。第七，气阴两虚，血行不利者，拟生脉散合桃红四物汤。第八阳衰血瘀者，宜急救回阳汤：熟附子、干姜、党参、白术、桃仁、红花、甘草。

现代研究认为，活血化瘀药物具有广泛的药理作用，比如广谱抗菌，抗病毒，抗炎，调整免疫功能，改善微循环，改善气管和肺脏的血液循环，具有钙离子阻滞作用及 α -受体

阻滞作用，能改善肺脏通气功能和缺氧状态。近年来的研究指出，血小板聚集并释放活性物质是导致或加重哮喘的原因之一；实验证明，许多活血化瘀药物如丹参、赤芍、川芎、当归等具有抑制血小板聚集的作用。综上所述，治疗哮喘时，恰当运用活血化瘀药物肯定可以提高治疗效果。

三、搜风止痉，柔肝肃肺

部分患者，常突感鼻咽部奇痒难忍，频繁喷嚏，或鼻流清涕，继而呼吸困难，甚至憋闷如窒息，喉中哮吼，烦躁不安。因其发病急骤，故称风哮，多属外源性哮喘。治宜搜风止痉，柔肝缓急，肃肺平喘，自拟四虫平喘方（僵蚕、全蝎、蜈蚣、地龙、白芍、葶苈子、防风、徐长卿、露蜂房），临床应用，常获良效。

震颤麻痹治验

汤预生(1939—)，男，上海崇明人。1961年山东医科大学本科毕业。毕业后一直从事临床内科工作，1978~1980年西医学习中医班毕业后又从事中西医结合工作。现任山东中医学院内科教授。在临证中擅长用中西医结合方法诊治内科杂病，将辨证与辨病相结合，取长补短，各尽其用。对心血管病、脑血管病，神经系统病有较丰富的诊疗经验。近年来又开展了对老年病、抗衰老的研究工作，参加“降脂延衰流膏的研究”通过专家鉴定达国内同类研究领先水平，获省教委1991年科技进步三等奖。发表的主要论文有《降脂延衰流膏临床观察》、《变异性心绞痛中医治疗》、《川芎嗪治疗脑血栓83例临床观察》等。

一、病因病机和辨证论治

震颤麻痹也称帕金森氏病。临床表现以肌张力增高，肢体颤动，动作不协调为其特点。发病大多在中年以后。现代医学认识到其病理基础为脑干色素神经原系统变性—黑色变性。本病病程漫长，患者常痛苦异常，是一严重危害人民健康之顽证。对本病在治疗上目前尚无满意疗法，许多西药治疗也只是当时减轻症状，而长期应用副作用又甚大，停药后症状同前。有鉴于此，试图从祖国医学找出一良法，以利治

疗本病。

震颤麻痹在祖国医学称“颤振”和“颤证”。根据《素问》“诸风掉眩皆属于肝”的理论指导，本病的基本病因病机应该是肝肾阴虚，筋脉失养，肝风内动。这完全符合震颤麻痹病人多在中年以后，气血渐衰，病程漫长缓慢进展的临床特点。基于这样的病因病机，在治疗上当以滋阴镇肝熄风法为主，我们选用了镇肝熄风汤为主方，在临床上观察了几例病人，取得较好效果。

震颤麻痹在辨证上尚可分为肝肾阴虚、气血两虚、气滞血瘀 3 种证型，治疗时均可以镇肝熄风汤为主方，适当加减。如证属肝肾阴虚型，则在镇肝熄风汤基础上重用滋阴熄风药，可酌加：知母、熟地、花粉、石斛、黄精、全蝎等；如属气血两虚型，治疗时仍以滋阴镇肝熄风为主，辅以益气养血，可酌加：党参、黄芪，当归，熟地，首乌，枸杞子等；若证属气滞血瘀型，则用滋阴镇肝熄风法同时辅以活血化瘀法，可酌加：桃红、红花、赤芍、丹参、川芎等。

二、病例

患者×××，男，70 岁，住院号 46365。因肢体颤动 20 年，近日症状加重而入院。入院前曾在几家医院均诊为震颤麻痹，先后用安坦、左旋多巴等药治疗，当时症状减轻，停药后症状同前。入院时查病人一般情况，苔少，脉弦细，血压正常范围，头颈部及四肢不时抖动，行走时步态不稳。中医诊为颤证，肝肾阴虚型。予滋阴镇肝熄风法，方用镇肝熄风汤加减。方药：牛夕 15 克、代赭石 15 克、生龙牡各 15 克、麦冬 15 克、玄参 15 克、白芍 12 克、川楝子 9 克、钩藤 15 克，

石斛 18 克，花粉 15 克、甘草 6 克。治疗 1 月后病人自觉全身松快，动作比前协调，走路比前平稳。上方内又加全蝎 9 克、炒枣仁 15 克、夜交藤 15 克，又治疗 1 月，自觉症状明显好转出院。

以后我们又用同法治疗另几例病人，也取得较好效果。

胆囊炎辨证论治

祝德军（1936— ），男，山东成武县人。现任内科主任医师。系中国肝胆疾病防治技术研究会委员，中华中医老年学会肾虚证临床研究学组委员。主要著述有《实用中医保健学》（参编）、《超声诊断学》（副主编）、《中医临床实践与进展》（编委）、《中医影像诊断学》（编委）、《虚寒胃痛的诊断与治疗》、《痛泻要方治验及应用》、《脾虚患者胆囊的B超特征》等。并在国际性及全国学术会议上宣读、交流学术论文10余篇。

一、重点是利胆，关键在辨证

胆囊炎多包括在祖国医学的胁痛之中，病因虽多而胆汁排泄不畅是最重要的因素。“户枢不蠹，流水不腐”，运用利胆的方法，增加胆汁的分泌，加强胆囊的收缩，促使胆道括约肌松弛，提高胆囊的排泄率，就成为治疗胆囊炎的重要环节。病机不同，证型各异，利胆方法亦当有别。正如张景岳所说：“病在本经者，直取本经，传自他经者，必拔其所病之本，辨得其真，自无不愈矣。”故治疗胆囊炎的重点是利胆，而利胆的关键在于正确之辨证。

二、疏肝解郁为常法，清利泻补随证施

“不通则痛”是疼痛的基本病机，故胁痛之发，必有胁肋部位经脉之郁滞不畅。肝居胁下，胆附于肝，互为表里，经脉同布胁肋，且胆汁为肝之“余气”所化，肝气条达，胆汁才能正常分泌与排泄，肝气郁结可引起胆汁排泄不畅，导致气阻络痹而发生胁痛。故张景岳说：“胁痛本属肝胆二经，以二经之脉皆循胁肋故也。”其他经脉所致之胁痛，则是因“邪在诸经，气逆不解，必以次相传，延及少阳、厥阴乃致胁肋疼痛。”说明肝气郁结是胁痛最基本的病机，其他因素必涉及肝胆才会出现胁痛。肝郁解则胆汁利，故疏肝解郁是治疗胁痛最基本、最常用的治法。常用柴胡疏肝散合金铃子散加减治疗。然胁痛之因，终非一端，胁痛之治，亦不能仅此一法。若胁痛见心烦易怒，头晕胀痛，口干口苦，舌红苔黄，脉弦数者，属肝胆郁热，需在疏肝解郁的基础上兼以清热；大便秘结者又宜通腑泻下，可用大柴胡汤加减治疗。而胁痛伴胸闷纳呆，恶心呕吐，舌红苔黄腻者，为肝胆湿热，则需兼以清热利湿，可用大柴胡汤合茵陈蒿汤或龙胆泻肝汤加减治疗。久病不愈或反复发作，舌质暗或见瘀点，脉弦或涩者，为瘀血停着，则需兼用桃仁、丹参、郁金等活血化瘀之品。若胁痛隐隐，口干咽燥，五心烦热，头晕目眩，耳鸣多梦，便秘溲黄，舌红少苔，脉细弦者，为肝阴不足，宜滋阴柔肝兼疏肝理气，常用一贯煎加减。若胁痛隐隐，以胀坠为主或仅感胀坠，噎气脘闷，腹胀纳少，倦怠乏力，劳累加重，大便溏薄或初干后溏，舌淡胖有齿痕，苔薄白，脉弦细无力者，为肝郁脾虚；既需疏肝以解其郁，又要健脾以补其虚，用柴芍

六君子汤加减治疗。胆区重坠明显者，可加黄芪、升麻以增强益气升举之力。

胁痛以实证为多，故古医籍中对胁痛之属脾虚者论述很少。只李杲明确说过：“如胁下痛或缩急，乃脾胃虚弱也，黄芪人参汤加柴胡二分或三分。”“如饮食劳倦伤脾胃，致胁下痛或急缩者，俱宜补中益气汤。”再是《景岳全书·胁痛》中提到过“劳倦过伤肝脾气血……宜大营煎、大补元煎之类主之。”而对症状、舌脉均未详述。现高校教材《中医内科学》胁痛中也未写此型，致使部分医生对此型认识不足，故需特别强调之，以期引起注意。

三、正邪胜负病情转，证转法变方药随

“证”是机体对致病因素的整体机能性反应形式——即正邪相互斗争的综合表现。因而证型不是一成不变的，随着正邪斗争态势的变化，它可以从一种证型转变为另外的证型。如胆囊炎之肝气郁结型，可因郁化热而转为肝胆郁热型；又可因热伤阴而转为肝阴不足型；也可因气滞日久，血行不畅而转为瘀血停着型；或因木郁克土，导致脾虚而转为肝郁脾虚型；还可因感受外邪等而转为肝胆湿热型。肝胆湿热型若治疗不彻底，又可转变为肝气郁结型。各实证若攻下太过，均可导致脾虚而演变为肝郁脾虚型……证型转则治法变，方药亦应随之更改，才能合拍。

四、证属木土同病 法当木土并治

肝胆属木，脾胃属土，木土关系密切。肝气条达，疏泄调畅，胆汁正常分泌与排泄，以助脾胃之运化。若肝气郁结，

疏泄不利，胆汁就不能正常分泌与排泄，从而影响脾胃之升降与运化，出现胁肋胀痛，饮食减少，嗳气频作等症状，此为“木不疏土”，是胆囊炎发病的重要机理之一；而湿热困脾，脾气壅遏，亦可导致木郁难伸而产生脘腹胀满，胸闷纳呆，胁痛口苦，恶心呕吐等症状，则为“土壅木郁”，是胆囊炎发病的另一重要机理。所以胆囊炎虽病位在胆，却往往是木土同病。其证型则是在木土同病的基础上，因正邪斗争态势之差异而演变成的不同临床表现。

胆囊是消化系统之器官，病后必有消化系统之症状，影响消化系统之功能，这正是“脾主运化”功能失常之表现。而“肝”对“脾”的制约作用，又多与管制消化系统的植物神经相关联……理解了这些关系，则胆囊炎属木土同病的道理也就不言而喻了。

既是同病，就当并治。同病应辨明主次，并治需斟酌轻重。如肝气郁结型用柴胡疏肝散。以柴、芍、香附、川芎疏肝解郁，理气止痛为主，用枳实泻脾气之壅滞，调中焦之运化为辅，是重在治木；肝郁脾虚型用柴芍六君子汤，以六君子益气补中、健脾和胃为主，佐柴、芍以疏肝解郁，是重在治土；肝胆郁热型常用大柴胡汤，以柴、芍、黄芩疏理郁滞之肝气，清泄肝胆之郁热，用大黄、枳实泻阳明之腑实，半夏、姜、枣和胃而止呕，则是木土并重。一些单纯治木之剂，如龙胆泻肝汤，在治疗胆囊炎时也多配合通腑泻下药物（治土），以提高疗效。由于通腑泻下剂治疗胆囊炎具有良好作用，故有“肠泻胆亦泻”之论点（此处之肠是包括在“胃”之中的——即“胃家实是也”）。

治木与治土，都有泻实与补虚两个方面。概括起来治木

是：实则疏肝清湿热，虚则柔肝养阴血；治上是：实则阳明通胃腑，虚则太阴益脾气。虚实并见者，则需攻补兼施，全面照顾，才能收到满意之效果。

五、医案

（一）肝郁脾虚型

张××，女，34岁。右胁隐痛2年，近两个月以胀坠为主，常因劳累或情志不畅而加重。腹胀纳少，倦怠乏力，便溏不爽，胆区压痛。舌淡苔薄白，脉细弦无力。证属肝郁脾虚，治以疏肝解郁，益气健脾。用柴芍六君子汤加减。方用柴胡15克、白芍20克、党参15克、白术12克、青皮10克、茯苓15克、内金10克、元胡12克、炒麦芽15克、山楂20克、神曲15克、甘草5克。水煎服，日1剂。

上方加减服20余剂，症状基本消失。又增量配丸剂服，以巩固疗效。

（二）肝胆湿热型

高××，男，40岁。右胁疼痛半年，加重1个月。痛连右背，烦躁易怒，口苦厌油，便秘溲黄，胆区压痛。舌红苔黄腻，脉弦。证属肝胆湿热，治以疏肝利胆，清热利湿，用大柴胡汤合茵陈蒿汤加减。方用：柴胡30克、枳实12克、白芍18克、元胡15克、茵陈20克、大黄9克、黄芩12克、栀子12克、胆草6克、甘草6克。水煎服，日1剂。

服12剂，胁痛止，仅有时微感右胁作胀。

李东垣学术思想特点及其在神经科的临床应用

徐明涟（1937— ），男。1966年毕业于山东中医学院，从事中医临床工作至今。1993年晋升为主任医师，任山东中医内科学会委员，硕士生导师。在省以上刊物上发表医学论文若干篇，如《东垣清暑益气汤治疗厥证痿证》、《李东垣的学术思想特点及其在神经科的应用》，参编了《中医内科临证备要》、《中医内科学》、《中医内科临床实践与进展》、《名医险方荟粹》等四部著作。

李东垣先生从张元素学医，于处方用药有较深的造诣。对《内经》、《难经》、《伤寒论》等古典医籍钻研较深刻，结合他长期临床实践积累的丰富经验，提出了“内伤脾胃，百病由生”的论点，形成了独特的医学理论，为充实发展祖国医学作出了卓越的贡献。他的主要著作有《内外伤辨惑论》、《脾胃论》、《兰室秘藏》、《医学发明》等。他的著作集中强调脾胃的作用，其中心思想是土为万物之母，脾胃为生化之源。

一、李东垣的学术思想特点

李东垣的学术思想特点，突出表现在以下四个方面。

（一）强调脾胃之气对元气的滋养作用

元气是人体的根本，但必须靠脾胃之气的滋养。人体的

健康与疾病都由脾胃而来。他在《脾胃论》中说：“真气名元气，乃先身生之精气，非胃气不能滋之。”元气充足，皆由脾胃气无所伤，由脾胃之气滋养元气；若脾胃之气受损，则元气不充，而诸病由生。深刻阐述了脾胃在人体的重要作用，人体五脏六腑四肢百骸，皆赖脾胃之气的滋润，即“脾胃为后天之本”。

（二）强调脾胃之气的升降功能

他在《脾胃论》中说：“饮食入胃，而精气先输脾归肺，上行春夏之令，以滋养周身，乃清气为天者也；升已而下输膀胱，行秋冬之令，为传化糟粕，转味而出，乃浊阴为地者也。……或下泄而久不能升，是有秋冬而无春夏，乃生长之用，陷于殒杀之气，百病皆起。或久升而不降，亦病焉”。说明脾宜升，胃宜降，脾胃升降协调，人即健康。若脾胃升降失调，则百病从生。根据这个理论，他创制的补中益气汤，为历代医家所重视，至今在临床上广泛应用。

（三）提出相火与元气势不两立，相火是元气之贼

在《内外伤辨惑论》、《脾胃论》等著作中，多次强调这一论点。他说“元气不足而心火独盛，心火者，阴火也，起于下焦，其系系于心，心不主令，相火代之。相火，下焦包络之火，元气之贼也，火与元气不两立，一胜则一负”。又说：“脾胃气虚，则下留于肾，阴火得以乘其土位”。说明元气不足，阴火则盛，反过来伤害元气。故称阴火为元气之贼。

（四）在治法上强调补中益气，升阳泻火

在《内外伤辨惑论》、《脾胃论》中，一再阐明这一治疗法则。他说：“惟当以辛甘温之剂补其中而升其阳，甘寒以泻其火则愈矣”。补气药主要用人参、黄芪、甘草；升阳药常用

柴胡、升麻、葛根、羌活等；泻阴火主要用黄柏、五味子、寸冬等。

二、李东垣学术思想在神经科临床的应用

李东垣的学术思想，在内科临床广泛应用；其次在妇科、眼科临床应用；其实东垣的学术思想在神经科临床应用也占有一定的地位。

（一）治疗头痛

主证为头痛，纳呆，易感冒乏力，四肢不收，面色苍白，或大便溏泻，苔薄白，脉沉弱或洪大。用补中益气汤治疗。方药：黄芪、白术、陈皮、升麻、柴胡、人参、炙甘草、当归。如脾胃病日久而头痛者，加蔓荆子；如痛甚者，加川芎；如顶痛、脑痛，加藁本；若苦痛者，加细辛。诸头痛者，并用其四味足矣。

按：此脾胃病日久，谷气下流，清阳不升，清窍失养所致头痛。东垣在《内外伤辨惑论》、《脾胃论》中两处提出用补中益气汤治疗。如脾胃病始得之而头痛者，用补中益气汤原方治疗即可；日久而头痛者，则根据头痛部位不同，选择川芎、细辛、藁本、蔓荆子；全头痛，则在补中益气汤中加此四味。验之临床，治头痛甚效。

（二）治疗眩晕

证见头晕眼黑头旋，恶心呕吐，气短乏力，目不敢开，如在风云中；头若痛如裂，身重如山，四肢厥冷，苔白腻，脉弦滑、或脉沉弱。用半夏白术天麻汤治疗。其方药：半夏、白术、天麻、党参、黄芪、陈皮、干姜、云苓、泽泻、炒神曲、炒麦芽、苍术。

按：此为脾胃虚弱，运化失职，聚湿成痰，痰浊中阻，上蒙清窍所致之眩晕，即“无痰不作眩”、“无虚不作眩”。经多年临床验证，疗效可靠。若兼有头痛者，加川芎、细辛、白芷等，其效更佳。

（三）治疗痿证

夏季见头晕，气短乏力，或突然晕厥，或四肢困倦，甚或痿软不用，精神短少，胸满气促，肢节沉重，或气高而喘，身热而烦，苔黄腻，脉洪大，或沉弱。用李东垣清暑益气汤治疗。其方药有人参、黄芪、炙甘草、当归、陈皮、麦冬、五味子、青皮、神曲、黄柏、葛根、苍术、白术、升麻、泽泻、生姜、大枣。

按：夏季暑伤元气，脾胃气虚，阴火上乘肺热伤津，津液不布，精微不输，肌肉筋脉失养而痿。用清暑益气汤治肺热伤津，津伤不布；或脾胃亏虚，精微不输之痿证，诚良方也。

（四）治臂丛神经痛

证见发热恶寒，出汗，肩背痛不可回顾，苔薄白，脉浮弦。治宜益气升阳祛风散寒，用李东垣通气防风汤治疗。药物升麻、柴胡、羌活、防风、人参、黄芪、青皮、橘皮、黄柏、白蒺藜、藁本。

按：此感受风寒，手太阳经气郁不利，脉络不和，筋脉失养，用通气防风汤以散之，则肩背痛、上肢痛很快得以控制。

（五）治周围神经炎

其证浑身麻木不仁，或头面手足肘背或腿脚麻木不仁，四肢困倦，怠惰嗜卧，苔薄白，脉沉弱。用神效黄芪汤治疗，效

果良好。其药物：人参、黄芪、炙甘草、白芍、陈皮、蔓荆子。

按：此证中医谓麻木，西医称周围神经炎。临床诊断除根据证候外，肌电图有神经源性损害。系脾胃亏虚，精微不输，无以濡养肌肉筋脉，致肌肉麻木不仁，甚或成痿证。在《东垣试效方》中用神效黄芪汤，以健脾益气升阳，使肌肉筋脉得到濡养，麻木自愈，获得良好的治疗效果。

溃疡病治验

李克勤(1939—)，男，河北省广宗县人。1960年就读于山东中医学院。毕业后留在山东中医学院内科教研室从事临床教学工作，至今已近30年。擅长消化系统疾病的治疗，尤其对胃、肠疾患的治疗造诣较深。运用中医辨证和西医辨病的方法，治疗溃疡病获得较好的疗效。

一、清胃温脾、寒热并用

溃疡病相当于中医胃痛的范围。病机为胃气郁滞，失于和降，“不通则痛”。病位在胃，涉及脾脏。临证时有寒热虚实，在气在血之异。多见气滞血瘀并存，寒热并见。治则旨在疏理气机，调理脾胃功能以止痛。但应灵活运用“通法”。寒热并投平其阴阳，气血双调和其脏腑。补气活血同用，气旺可鼓舞活血之力。总之，应轻其病邪，重于正气；轻于攻补，重于调理；轻于局部，重于整体。如此，阴阳得以调理，气血得以畅顺，脏腑得以调和，溃疡乃愈。

本治则多用于急性活动期胃、十二指肠溃疡、急性胃炎。此型病人经胃镜观察，表现为胃粘膜充血、水肿、糜烂。临床表现为急性发作性胃部胀痛，嗳气吞酸，痛时四肢不温，纳少，舌苔黄，脉弦细。

胃部急剧胀痛，吞酸，苔黄，脉弦为胃经积热邪实之表

现。四肢不温，纳少，脉细为脾阳不足，不能充于血脉，达于四肢。以上为胃实脾虚。寒热错杂，郁滞脾胃之脉证。

治以清胃温脾，寒热并投之法。

方用“公桂消溃汤”（自拟方）。药用：公英 15 克、黄芩 15 克、肉桂 6 克、丁香 6 克、乌贼骨 30 克、炙甘草 15 克。水煎服，每日 1 剂。

公英性苦寒，清热解毒，消肿，解食毒，散气滞。可入阳明经、太阴经。化热毒消肿核。常用于治疗气滞血瘀、热毒较盛的肠痈溃疡等。

黄芩性苦寒，清热燥湿。“黄芩主肠癖，泻痢、恶疮、疽蚀、火痛。”疗痰热，胃中热。

肉桂性辛温，温阳散寒止痛。现代药理研究：肉桂能扩张血管，使血液循环旺盛。有通经镇痛作用。加快痈疽消散，有助于溃疡的愈合。

丁香性辛温，温经散寒，行气消胀，止壅胀风毒诸肿。

以上四味药，公英配肉桂；黄芩配丁香，一苦一辛，一寒一温，一通一降，共奏辛开苦降，寒热并用，两调脾胃，使脾胃之郁闭得以疏通，疼痛自止。同时肉桂、丁香之辛温监制黄芩、公英之苦寒败胃或损伤脾阳。公英、黄芩之苦寒，可佐肉桂、丁香之走窜之性耗伤胃阴。

甘草甘平，补中缓急，调和诸药。现代药理研究：甘草浸出液能抑制胃酸分泌，加强胃粘膜保护屏障，可止痛止酸。

乌贼骨性咸温，止酸、止痛、散结。“止疮多脓汁不燥”。能促进溃疡的愈合。

以上诸药共奏苦寒清泻胃热，甘温温补脾阳，寒热并用补脾清胃。虚实兼顾，疏理气机，通则不痛。

此方治愈急性活动期溃疡多例，均获得较好效果，且无任何副作用。

二、病例

孙某，十二指肠溃疡，胃炎急性发作。胃部剧痛，吐酸，暖气，四肢不温，纳少乏力，脉弦细。大便潜血(+++ -)，曾服甲氰咪胍等药，疼痛不止。用《公桂消溃汤》6剂痛止，大便潜血转阴。服30剂后复查胃镜：溃疡愈合，胃炎消失。

心律失常的中医治疗

林慧娟(1941—),女。1962~1968年就读于山东中医学院医疗专业。现任山东中医学院附属医院副主任医师。从事中医内科专业26年,中医内科心血管专业为其特长,擅长治疗冠心病、心律失常、心力衰竭、高血压病等疑难病症。

近年来,编写著作有《中医自学考试辅导丛书·中医内科》(副主编)、《高粘血症》(副主编)、《中医内科学》教材(编委)、《实用中医保健学》(参编)。发表论文《快速性心律失常的辨证治疗》、《辨证施治治疗冠心病64例》等10余篇。承担卫生厅科研课题“心速宁治疗快速性心律失常的研究”,参加省科委课题“老年人高血压病的研究”。

祖国医学虽无心律失常之名,但心律失常所表现的主要症状心悸早有记载和研究,因此,我们分析研究心悸的病因病机及治疗,就为研究现代医学的心律失常提供了可靠的依据。

一、病因病机

心悸的病位在心。心有主血脉和主神明两方面的功能,二者异常,皆可发生心悸。造成异常的原因不外虚实两方面。虚为气血阴阳的亏虚,因心失所养而悸;实为痰(饮)、火、瘀,因邪气扰心而悸。

（一）正虚

心主血脉，凡阴血亏损，心失所养，则发心悸，故久病体虚、失血过多、思虑过度，致气血亏虚，不能上奉养心，而发生心悸；或因久病体虚、多欲伤肾，肾阴亏虚，水不济火，虚火妄动，上扰心神，而发心悸；或因久病之后、年迈体衰，阳气衰弱，不能温养心脉，致心悸不安。

（二）邪实

一为情志刺激，忧思过度，肝郁气滞。《薛氏医案·求脏病》指出：“肝气通则心气和，肝气滞则心气乏。”心气乏必致心失所养，而发心悸。一为瘀血阻络，心脉痹阻，营血运行不畅，心失所养，亦能引起心悸。再因感受外邪，邪气内传，扰乱心神而致心悸。

本证的病理变化，虽有虚实之分，但虚实之间可互相转化兼夹，邪实可致正虚，正虚亦可兼夹邪实，虚实间又可互为因果。故本证在临床表现上，虽以虚多实少，但虚实夹杂者也不少见。

二、论治

（一）虚证

1. 补气养血法

心主血脉，若血虚心失所养，则会出现心悸、怔忡等症。祖国医学认为，气血互根，“血随气行，气为血帅。”因此，在临床上凡因气血亏虚而致心悸者，当以补气养血法，其代表方剂为张仲景的炙甘草汤（炙甘草、人参、生地、阿胶、麦冬、麻仁、桂枝、生姜、大枣），迄今仍为临床应用，而且疗效较好；再为归脾汤（人参、黄芪、白术、茯神、龙眼肉、当

归、枣仁、木香、远志、生姜、大枣、甘草)及清·陈士铎《辨证录》的制仲汤(人参、白术、白芍、当归、生枣仁、北五味、麦冬、贝母、竹沥)和养心汤(黄芪、人参、当归、川芎、茯苓、茯神、柏子仁、半夏、远志、肉桂、五味子、酸枣仁)。以上方剂临床均可选用。炙甘草汤为临床治疗气血亏虚型心律失常的代表方剂,临床使用时,可在方中加用安神定志之品,疗效更好。

2. 滋阴养血法

本法的目的在于滋阴血以奉养心神,心神得养,心悸自平。代表方剂如天王补心丹(人参、麦冬、天冬、当归、柏子仁、五味子、枣仁、茯苓、元参、丹参、桔梗、远志、生地、朱砂);明·龚廷贤《万病回春》的四物安神汤(生地、当归、白芍、熟地、麦冬、枣仁、黄连、茯神、竹茹、梔子、辰砂、乌梅);清·沈金鳌《沈氏尊生》的安神补心丹(当归、生地、茯神、黄芩、川芎、白芍、白术、枣仁、远志、麦冬、元参、甘草);宋·张师文《太平惠民和剂局方》的平补镇心丸(熟地、生地、山药、天冬、麦冬、柏子仁、茯神、辰砂、桔梗、远志、当归、石菖蒲、龙骨)。临床上阴血亏虚型的心律失常较为多见,而且多见于快速性心律失常,阴血虚则虚火旺,故在应用本法时方中可佐以泻火之黄连、黄芩、梔子等,疗效会更好。

3. 温阳益气法

阳气虚衰,心阳不振,心神不得温养而发心悸。其代表方剂为参附汤(人参、附子);苓桂术甘汤(茯苓、桂枝、白术、甘草);唐·孙思邈《千金方》的远志汤(人参、茯苓、桂心、生姜、大枣、当归、白芍、远志、麦冬)及大定心汤

(人参、茯苓、茯神、远志、当归、甘草、赤石脂、龙齿、干姜、白芍、白术、桂心、紫苑、防风、大枣)；宋·张师文《太平惠民和剂局方》的乐令建中汤(黄芪、人参、桂皮、当归、桂心、细辛、前胡、芍药、甘草、麦冬、茯苓、半夏、生姜、大枣)。本证由于阳气衰弱，气化失利，临床上往往合并有痰饮之证，所以在运用本法时多合用祛痰逐饮药。

(二) 实证

1. 涤痰化饮法

历代医家对心悸的发病非常重视痰的因素，成无已认为：“心悸之由，不越二种，一者气虚也，二者停饮也。”朱丹溪也认为，其发病与血虚和痰有关。因此，临床运用祛痰方药治疗心悸、怔忡较为多见，如朱丹溪《丹溪心法》的定志丸(菖蒲、远志、人参、茯神、朱砂)；明·戴思恭《证治要诀》的导痰汤(半夏、陈皮、茯苓、甘草、南星、枳实)；元·王好古《医垒元戎》的二白丸(白矾、轻粉)；明·王肯堂《证治准绳》的金珠化痰丸(皂角子仁、半夏、天竺黄、白矾、龙脑、辰砂)；宋·许叔微《类证普济本事方》的辰砂远志丸(石菖蒲、远志、人参、茯神、辰砂、川芎、山药、铁粉、半夏曲、麦冬、天麻、细辛、南星、白附子)。

涤痰化饮法临床常用，是治疗心悸的一大法，常用的药物有：菖蒲、郁金、半夏、橘红、胆南星、天竺黄、远志、茯苓等。

2. 活血化瘀法

瘀血阻络，心脉失养，因而发生心悸，故活血化瘀法在临床上也是常用的方法之一。根据临床辨证情况可分为益气活血和理气活血。理气活血的代表方剂为血府逐瘀汤(当归、

桃仁、红花、生地、赤芍、枳壳、柴胡、牛夕、川芎、桔梗)。气虚血瘀的代表方剂为明·方贤《奇效良方》的参乳丸(人参、乳香、当归);唐·孙思邈《千金方》的千金远志丸(人参、远志、蒲黄、茯苓)。

临床上冠心病所致心律失常,属瘀血阻络型,运用本法疗效较好。

3. 疏肝理气法

心主血脉,肝主藏血,而血通于诸脉,故心肝关系密切,所以,凡因肝郁所致的心悸可采用疏肝理气法,临床往往收到好的效果。常用的代表方剂如柴胡疏肝散(柴胡、陈皮、川芎、白芍、枳壳、香附、甘草);逍遥散(当归、白芍、柴胡、茯苓、白术、薄荷、生姜、大枣)及四逆散(柴胡、白芍、枳壳、甘草)。

临床中因肝胆系痰病所致的心律失常应用本法疗效较好。

三、小结

心律失常一症属祖国医学的心悸范畴,其辨证虽有虚实之分,但总属虚多实少,或为虚实夹杂。一般认为,快速性心律失常多为火、热所致,并以虚热为多,或为阳衰。临床需仔细辨证,或滋阴泻火,或温阳益气。虚热或实热所致的快速性心律失常,可选用甘寒、苦寒类药物,应用后一般可减慢心率;缓慢性心律失常多为元气不足或阳虚内寒,故运用温补类药物一般可提高心率。

中医综合疗法治疗胆石症

朱振铎（1944— ），女，山东平原县人。副主任医师，1969年毕业于山东中医学院。20多年来一直从事中医内科临床工作，对胆石症、胆囊炎、老年病和呼吸系统疾病有所擅长。曾发表《耳穴压豆配合中药治疗胆石症》、《宣肺降肺的临床应用》、《老年常见肺脏疾病的治疗方法》、《中医治疗胆系多发性结石并阻塞性黄疸7例》等10余篇论文，并参加《人体全息诊疗学》、《英汉实用中医药大全》、《医论探骊》等3部书的编写。

一、清热疏肝利胆排石

胆石症是胆道系统的常见病，属中医“胁痛”、“结胸发黄”、“胆胀”、“黄疸”等病范畴。胆石的形成，首先责之于肝胆。肝为刚脏，主疏泄，性喜条达而恶抑郁。胆附于肝，内藏胆汁，为“中精之腑”，其性刚直。在生理上肝胆互为表里，病理上两者关系密切，肝病及胆，胆病及肝，故肝胆常常同病。胆汁的化生和排泄都依赖于肝的疏泄；肝气郁结，肝胆湿热，或蛔虫上扰，虫卵留于胆道，均可导致胆液排泄障碍，使之积于胆腑，久而成石。亦有脾气虚或肝木横克脾土，使脾虚湿生，加之肝气过盛化火，湿热与胆汁蕴积于胆腑，结而为石。

结石形成后，或充塞胆腑，或堵塞胆道，而致肝胆气机不畅。临床症见脘痛连胁，暖气腹泻等，甚则可致胆腑气滞血瘀而发生绞痛。结石阻塞胆道，使胆汁淤积并泛滥不循常道，或因湿热交蒸于肝胆，以致胆汁外溢肌肤，则可形成黄疸。若又为热毒所侵，或因湿热化火，热毒内燔，则症见高热寒战；若热毒进而内陷心包，扰乱神明，临床可见谵语神昏等重症，故病理因素有气滞、血瘀、湿阻、热毒。

本病在急性期病程短者往往以邪实为主，在静止期或慢性胆石（包括术后残余结石）者，往往以正虚为主或虚实夹杂。

胆为六腑之一，六腑宜通宜降，故治疗胆病，宜于清、疏、通、降。清即清热解毒，清热泻火。疏即疏肝利胆。通即通里攻下。降即降气和胃。胆石症的治则也不外乎以上大法。临床观察和实验研究，都发现许多清热解毒，疏肝利胆的药物有消炎利胆排石的作用。在临床上治疗胆石症常用基本方为：

柴胡、黄芩、赤白芍、半夏、枳实、大黄、郁金、金钱草、鸡内金、穿山甲、白术、甘草。

本方即大柴胡汤、四金排石汤合穿山甲而成。方中柴胡味苦微辛，气平微寒，入肝胆经，能疏达少阳，为邪在少阳、寒热往来之主药。柴胡配合黄芩以和解少阳，清肝胆之热；合白芍以疏肝止痛；合枳实以行气破滞、消痞；合大黄以清热解毒，活血行瘀，利胆通腑。半夏和胃降逆止呕；赤芍凉血活血，祛瘀止痛；甘草调和诸药，并与白芍缓急止痛；白术健脾祛湿，以助脾之运化。金钱草甘咸微寒，入肝胆肾膀胱经，甘能利尿，咸能软坚，微寒清热，故有利尿，利胆排石，祛湿热，退黄疸和消炎解毒之功，为肝胆泌尿结石必用之品。

郁金辛开苦降，行气解郁，凉血破瘀，利胆排石，鸡内金为一味强有力的消导之品，能消结石；穿山甲咸，微寒，入肝胃经，咸能软坚，性善走窜，可透达经络，引导诸药直达病所，并可消肿排脓。诸药相伍，可起清热解毒，疏肝利胆，祛瘀排石之功。而加白术一味顾护脾胃之气，使其排石而不伤正。应用以上中药应守方治疗。

若湿热蕴结熏蒸肝胆，胁痛、黄疸较重，则加用茵陈、栀子，以清热除湿，利胆退黄。苦热毒壅盛，可加用公英、地丁、败酱草，以加强清热解毒，散结消肿之力。若胁痛较重，加元胡、川楝子，以疏肝行气，活血止痛。若见身倦乏力，食少便溏等脾虚症状，则加用四君子汤以健脾益气，以利排石。单纯肝郁脾虚证者，可用柴芍六君子汤加四金排石汤，以舒肝健脾，利胆排石。

胆石症急性发作期以肝胆湿热为主，此时治疗以通为用，但不应峻泻过猛，大便以日2~3次为度，大便次数过多则伤津耗气。此时因势利导，排石率最高。结石排出，则发冷发热、黄疸迅速消退。

胆石症反复发作的间歇期，或静止期及术后残余结石，此时病人病久正虚，或因发作期攻伐太过损伤正气，苦寒之品而伤及脾胃，脾虚湿盛，反侮于肝，肝郁脾虚。治疗应重视人体正气，注意益气健脾，使中气足，以增强排石的推动之力。

二、耳压食疗联用效佳

临床经验表明，单用中药可以排石，但排石反应较重，耳穴压豆和配合脂餐，可以促进排石，临床已得到有力证实。具

体方法如下：

把贴有王不留行粒的小方形胶布贴敷在患者一侧耳穴上，每隔3天，两耳交换1次，饭前饭后分别压耳穴5~10分钟。常用耳穴为：肝、胆、胰、十二指肠、交感、内分泌、皮质下、三焦，神门。同时配合食物疗法，中餐晚餐食用适量猪蹄或猪皮冻，也可间断食用，冲击治疗。

耳穴压豆以上穴位有消炎、利胆、排石的作用。过去的经验表明，单纯服用中药，虽能排出较小结石，但排石反应较为强烈，常常发生胆绞痛、发冷发热及黄疸出现。配合耳穴压豆，虽在排出较大结石时亦有反应，但较轻微，这与耳压的镇痛解痉作用及调节大脑皮层的功能是分不开的。另外，肝胆病患者素厌油腻，而在治疗中食用猪蹄却无不适，这亦与耳压的调节作用密切相关。

祖国医学在整体观念的原则指导下，阐明了耳与整体的关系，认为耳并非是一个单纯主听的器官，它同脏腑经络等方面有着密切联系。古人云：“有诸内，必形诸外”，概括了机体内脏与体表相关联的规律。耳廓是体表的一部分，前人的实践证明：躯体内脏有病，可以在耳廓上有反应。我们治疗胆石症的过程中也证实这一点，往往在肝胆区有压痛及皮肤颜色的改变。全息生物医学理论的问世，更进一步说明了这一点。耳廓作为一个特定的部分，分布有人体各器官系统的投影区，能够通过完整的耳廓来透视整体的变化，因此，也就可以利用耳廓治疗各种疾病，其中包括胆石症。

胆石症病人，同时配合食用猪蹄促进排石，其它高脂餐作用次之，这可能与猪蹄的气味药性是分不开的。《本草纲目·兽部五十卷》记载：“蹄〔气味〕甘咸，小寒、无毒。

〔症治〕煮汁服，下乳汁，解百药毒，洗伤挞诸败疮。煮羹，通乳脉，托痈疽，压丹石。煮清汁，洗痈疽，清热毒，清毒气，去恶肉，有效。”猪蹄的压丹石作用，可能与促进排石有关。上海杨浦区医院许平东主任曾描述：“在电视屏幕上，利用有“T”型管的病人，打入造影剂，边压耳穴，发现胆总管蠕动，从原来蠕动数增加1倍以上，停15~30分钟后，再食用猪蹄，同样使胆总管蠕动亢进，并可见到胆道残余结石拚命向奥狄氏括约肌开口处冲去，久久不能平静，甚至第2颗结石一同向开口处拥去，后因排不出去重新再弹回去。隔半小时，再注射阿托品及654-2各1支后，胆总管及奥狄氏括约肌则停止蠕动。”猪蹄系胶质蛋白，临床观察无升高血脂现象。

中药、耳压、食疗3法综合应用，排石率高，副作用少，一般2个月为1疗程。

首次排石时间，多为治疗后2~5天，于治疗的次日起，每天淘洗大便，观察排石情况。排石后均经定性化验，一般以胆红素结晶、黑色结晶为多，其次为碳酸盐、磷酸盐和盐类结晶，含有胆固醇的纯胆固醇石较少。结石颜色褐色、黄色、黑色较多。胆囊结石，最常见形状像山楂核样或扁豆粒样的胆红素钙石，质硬。胆总管结石一般为胆红素结石，色褐，未钙化，质松易碎。胆石症病人多转氨酶升高，通过治疗，化验数值均在短期内下降或转至正常范围。

保守治疗要根据病情而论，若病情险峻，结石巨大，阻塞严重或嵌顿，就只能手术治疗。

三、病案举例

（一）肝胆湿热

王某，男，62岁。发作性上腹部绞痛，伴发冷发热及黄疸8个月，于1990年11月23日就诊。患者1990年4月及6月均因上腹部胀痛、发烧、黄疸，以黄疸性肝炎收住某院。8月28日又因吃猪肝而出现上腹部剧烈疼痛、恶心、呕吐、发冷发热及黄疸，体温最高达 40.3°C ，住某医院查肝功：GPT 187° ，r-GT 226° ，II 60° ，VDB直快(+)。多次B超检查显示：肝左右叶大小形态正常，肝内胆管轻度扩张，右叶胆管内见1结石，约 $0.6\text{cm}\times 0.3\text{cm}$ ，伴声影；胆囊壁厚约 0.5cm ，毛糙，囊颈部见1结石约 $0.4\text{cm}\times 0.3\text{cm}$ ，胆总管扩张约 1.5cm ，中下段可见实性光团约 $1.2\text{cm}\times 1.3\text{cm}$ ，无声影。胰、脾大小形态及回声均未见异常。结论：①肝内胆管及胆囊内结石；②胆总管内实性占位性病变（结石可能性大）。伴胆系轻度扩张；③胆囊炎。“CT”亦证实上述结论。经3个月的消炎、利胆、保肝治疗，症状有所缓解，黄疸消退，拟手术治疗，患者拒绝，求中医治疗。来我院查r-GT 146° ，诊断为胁痛、黄疸；辨证为肝胆湿热。给中药内服，耳穴压豆、食用猪蹄综合治疗，每天筛洗大便。中药以茵陈蒿汤、大柴胡汤、四金排石汤为主。开始仅淘洗出少量黑色泥砂样颗粒，12月7日，中药加入茯苓15克，穿山甲12克。12月8日晚感胸闷、右上腹胀痛，次日清晨出现恶寒、发热、体温 37.5°C ，小便如浓茶。12月10日大便时排出褐色结石1块，为 $1.6\text{cm}\times 1.1\text{cm}\times 0.9\text{cm}$ 大小，其余为泥砂样结石，随即胀痛胸闷消失，体温正常。12日晨起筛大便又发现1算盘珠大黄褐色结石。13日晨又排出1块 $0.8\text{cm}\times 0.3\text{cm}\times 0.3\text{cm}$ 的结石，排时无不适感。继续以上治疗，21日晚饭后又感上腹部闷胀不适，右肋下胀痛，脊背酸胀，夜感发冷、发热， $T38^{\circ}\text{C}$ ，

恶心，呕吐一次，均为胃内容物。22日、23日体温在 $37\sim 37.8^{\circ}\text{C}$ 之间，右侧背痛，腹部胀痛。24日上午大便时排出1圆锥形黄褐色结石，为 $1.9\text{cm}\times 1.5\text{cm}\times 1.2\text{cm}$ ，结石排出后，诸症消失，体温正常，仅感倦怠乏力。29日又排出1块结石约 $1.0\text{cm}\times 0.8\text{cm}\times 0.5\text{cm}$ 。至此未再排出结石。巩固治疗15天，查B超示：胆囊、胆总管未见明显光团，肝功（-），r—GT正常。排出结石化验检查均为胆红素结晶或黑色结晶。病人自11月23日至12月29日治疗1月余，结石排空，症状消失，体重增加5公斤。成块结石累加为 $6.5\text{cm}\times 4.9\text{cm}\times 3.2\text{cm}$ ，远远超过B超检查结果。

（二）肝郁脾虚

马某，女，50岁。住院号34863。右胁痛3个月，于1985年4月25日入院。

患者于1985年2月开始右胁胀痛并连及右肩背。时有低热，但无黄疸。1985年3月在某医院B型超声诊断为胆囊结石。患者曾先后在济南多处医院门诊及住院治疗，服用中西药排石均未见效，建议手术治疗。病人因怕手术而来本院住院治疗。辨证为肝郁脾虚型，治以健脾益气，疏肝利胆。耳穴压豆取穴：肝、胆、胰腹、十二指肠、大肠、小肠、耳迷根、内分泌、心。中药以柴芍六君子汤合三金汤加减：柴胡12克、白芍15克、党参15克、白术9克、茯苓30克、甘草6克、陈皮6克、花粉12克、海金砂30克、鸡内金9克、金钱草30克、威灵仙12克、大枣5枚。水煎服，日1剂。配合食用猪蹄，午饭及晚饭各吃猪蹄1个，采用此方案第4天，开始排石，至第25天排出结石152块，大多如山楂核大小，最大为 $1.2\text{cm}\times 0.7\text{cm}\times 0.2\text{cm}$ 。结石颜色为黄色、褐色，质

地硬如石子。多次抽样化验均可找到胆红素结晶。病人有排石反应：排石前自觉右胁胀痛，右腿有沉重感，体温最高达37.6℃。治疗2个月，病人自觉症状明显减轻，低热腹胀消失，饮食正常。另，病人原有糖尿病，治疗期间未用降糖、降脂及降压药物，但血压基本正常，尿糖由入院前的++~+++降至（-），偶有（+），血脂未见升高。

益气养阴治疗老年性糖尿病体会

邱秀萍(生于1942—)女,副教授。山东济南市人。1966年毕业于青岛医学院,从事于西医临床工作。1979年参加山东省西医学习中医班,学期二年毕业后一直从事中西医结合临床工作。擅长诊治呼吸系统疾病,糖尿病,老年病。主要论著有《治疗外感咳嗽30例临床观察》,《益气养阴治疗老年性糖尿病体会》、《老年性痴呆的中医治疗》、《祖国医学对衰老的认识》、《中西医结合治疗危重皮炎2例》等。近几年参加对降脂延衰药物进行科研及临床观察,取得省教委科技进步奖。

一、脏腑功能衰退,脾肾虚弱

糖尿病临床以多饮、多食,多尿,身体消瘦,无力等症为特征。血糖增高,尿糖多为阳性。而老年性糖尿病往往兼有动脉粥样硬化,高血压病及心血管疾病,致肾小动脉硬化,影响肾小球滤过率及肾小管重吸收糖的功能,使肾糖阈增高或降低。由于肾糖阈的个体差异,有的血糖增高,而尿糖阴性;有的血糖正常或稍高而尿糖阳性。所以老年性糖尿病临床症状多不典型,往往在查体中发现。因此在糖尿病的诊断和治疗中,不能单纯依靠尿糖来判断血糖水平,对体质肥胖或食欲增加,口渴多饮患者,应全面综合检查,必要时做葡

葡萄糖耐量试验以利诊断。

脏腑功能衰退是老年性糖尿病发病的重要因素。如《灵枢·五变》说：“五脏皆柔弱者，善病消痹。”病变的脏腑以肺、脾、肾为主。糖尿病患者，多数有气短神疲，虚胖乏力，或日渐消瘦等正气虚弱之象，多为脾失健运，精气不升，生化无源之故。脾为后天之本，气血生化之源，主运化水谷精微。脾气虚弱，运化失职，津液不能上输于肺而滋养五脏，则肺燥阴虚，胃失濡润，肾失滋源，而见口干口渴多饮之证。正如李东垣所说：“脾气不足，则津液不能升，故口渴欲饮。”脾虚，水谷精微不能输布于脏腑，营养四肢，故疲倦乏力，肢体消瘦；如积蓄过多，则随小便漏泄，而尿频，尿甜。

肾为先天之本，主水藏精。肾虚，上不能滋养于脾肺而上交于心，致脾虚、肺燥、肾阴不足，阴虚火旺，上炎肺胃亦见多饮多食。肾虚，封藏失职，不能助膀胱化气以行水，而见尿频。所以古人有“三消者，本起肾虚”，“消渴之痰，皆起于肾”之说。所以脾肾虚弱是糖尿病发病最根本的原因，并贯穿于糖尿病发生发展的全过程，而表现为气虚，阴虚，或阴阳俱虚，虚火上炎之证。

二、益气养阴，调补脾肾，兼补他脏

治疗上以益气养阴为主，调补脾肾，兼补他脏。基本方：黄芪 15 克、山药 15 克、葛根 18 克、丹参 18 克、苍术 12 克、玄参 12 克、花粉 30 克、沙苑子 15 克。方中黄芪甘温，入脾肺二经，益气而止消渴。山药甘平，入肺、脾、肾三经，补脾之力尤著，明·周慎斋有“脾阴不足，重用山药”之语。故黄芪、山药配伍，气阴兼顾，功效益彰。苍术辛苦温，入脾

胃二经，燥湿健脾，有“敛脾精不禁，治小便漏浊不止”之功。玄参甘苦咸微寒，入肝肾二经，能壮肾水以制浮游之火，具清上彻下之功，为滋阴降火，润燥除烦之要药；与苍术相配伍既能制其辛燥，又能健脾而滋阴。葛根甘平，入脾胃二经，能生津止渴，故为糖尿病之常用药。丹参苦寒降泄，能活血祛瘀，清心除烦，可预防或改善糖尿病伴发心脑血管疾病等并发症。花粉、沙参、助山药、玄参等以滋阴清热，生津止渴。沙苑子甘温，补益肝肾，缩尿固精，同时使诸阴药得此补阳之品，取“阴中求阳”，“阳中求阴”之意。以上诸药相伍，具有益气养阴，清上泄下，生津止渴之功。现代药理研究证实：黄芪、葛根、玄参、苍术等药物，均有较显著的降低血糖作用。

老年性糖尿病多为非胰岛素依赖型，且起病较慢，对部分血糖较高，单靠中药不易控制者，可短期从小剂量应用优降糖，一般用量为2.5~5mg，早午或早晚2次服用，视血糖浓度适当调整剂量，血糖降低后逐渐减至维持量或停用；也可选用D₈₆₀，但肝肾功能差者慎用。我们认为，老年性糖尿病，对单纯饮食难以控制者，服用中药，必要时配以优降糖治疗，可及早控制血糖，减轻症状，缩短疗程，对预防和治疗糖尿病并发症也有重要意义。

三、病案举例

近几年来，我们用益气养阴法为主，治疗老年性糖尿病，取得较好疗效。

基本方：黄芪15~30克、山药15~30克、苍术9~15克、玄参9~24克、葛根15~30克、丹参15~30克、花粉15~

30 克、沙参 15~30 克、沙苑子 9~15 克。水煎，日服 1 剂，1 个月为 1 疗程。

患者刘某，男，53 岁。住院号 47020。消瘦乏力 40 天，于 1988 年 9 月 9 日入院。患者 7 月初自感疲乏无力，饮食、饮水量增加，尿频，身体逐渐消瘦。舌边尖红，苔薄白少津，脉细弱。查血糖 15.4mmol/L，尿糖++++，24 小时尿糖定量 11.7 克。诊断：糖尿病；辨证：气阴两虚；治则益气养阴。处方：黄芪 18 克、山药 15 克、苍术 12 克、玄参 12 克、葛根 18 克、丹参 24 克、花粉 24 克、沙苑子 15 克、沙参 15 克、石斛 12 克、黄芩 9 克、玉竹 12 克、砂仁 9 克。水煎服，日 1 剂。另给予优降糖 5mg，早午服。

治疗半月后，体力增加，饮食减少，血糖降至 13.5mmol/L，尿糖++~+++，24 小时尿糖定量 9.17 克。继以上方为主加减，优降糖逐渐减量至 2.5mg，早晚服。3 个月后症状消失，血糖 5.3mmol/L，尿糖(-)，24 小时尿糖定量 1.5 克。于 1989 年 1 月 12 日出院。随访 1 年未发。

补肾通督法治疗强直性脊椎炎

周翠英(1944--),女,山东即墨市人。1970年毕业于山东中医学院医疗系本科。一直从事中医内科临床和教学工作。现任山东中医学院附属医院内科副主任医师,硕士研究生导师。

周翠英擅长中医内科,特别对风湿及类风湿性关节炎、强直性脊椎炎、系统性红斑狼疮、皮炎、硬皮病、重叠综合征等免疫性疾病的治疗有独到见解。先后在省级以上杂志上发表《消痛散外用治疗类风湿性关节炎75例》、《腧痹汤治疗骨关节炎并滑膜炎41例》、《雷公藤复方治疗强直性脊椎炎32例》等15篇论文。主编《现代新药与检查》,参编《中医临床实践与进展》、《诊籍续焰》等4部著作。

一、固本达邪,标本兼治为基本治则

强直性脊椎炎是以腰、髋、脊椎的疼痛、僵硬为主要临床表现的一种疾病,属于中医“骨痹”、“肾痹”、“竹节风”、“腰痛”等范畴。

本病的致病因素是先天禀赋不足,后天失养,重感风寒湿热之邪而发病。其病理机理为肾虚督脉空虚,邪袭筋骨,流注关节,气血运行不畅所致。

肾虚督脉空虚是本病发生的内在基础。腰为肾之府,督

脉“贯脊属腰肾”、“挟脊抵腰中”。肾为水火之脏，内寄元阴元阳，督脉之阳有赖肾阳温煦，督脉之经，有赖肾阴之濡养。若肾气亏虚，不仅外府失养，腰痛脊强迭出，而且对督脉失去了温煦和滋养作用，导致督脉空虚，出现“督脉为病脊强反折而不能屈伸也。”

复感外邪是发病的诱因。《素问》所言“两虚相得，乃客其形”。外邪侵袭人体，由浅入深，由表入里，由经络而筋骨，内舍于脏。邪阻气血，阻滞不通，着而成瘀，致关节疼痛，或肿胀而痛。尤其是湿邪为患，还可损伤脾胃，酿湿生痰，或痹于筋骨血脉，导致痰瘀互结，瘀成络阻，可化热伤阴，使虚者更虚，实者更实，热瘀相结，益增其势，最终形成寒湿、火热、肾虚、痰瘀胶着难解，致筋挛骨松，甚至出现“尻以代踵，脊以代头”之关节畸形。

腰、髋、脊椎的疼痛、僵硬、畸形是强直性脊椎炎典型证候，随病邪性质，体质易感性的不同，而表现出寒热两种证型的差异。热型多因素体阳盛或阴虚血热，感受风热之邪，或感受风寒湿，郁久化热而成。症见腰骶、腰背，或四肢关节僵硬胀痛，疼较剧烈。若湿热炽盛，多伴发热、咽痛、关节红肿，或积液，或双下肢浮肿，舌质红、苔黄腻，脉弦滑数。属阴虚血热者，多伴有低热、盗汗、五心烦热、尿赤、便干、舌红少苔，脉弦细或细数。寒型多因素体阳虚，感受寒湿之邪，症见腰骶、腰背、肢节冷痛重着，或伴手足麻木、发凉，受凉阴雨天气病情加重，舌淡苔白，脉弦紧或迟紧。肾阳不足，多伴腰酸膝软，喜温喜按，畏寒怕冷，舌淡苔白，脉沉迟。

强直性脊椎炎为标实而本虚之证，肝肾不足是本虚，挛

急痹痛为标实。治当固本达邪，标本兼治。基本方是：雷公藤 25 克、生地 30 克、川断 15 克、金银花 30 克、蒲公英 20 克、川牛膝 18 克、赤芍 15 克。

方中雷公藤能清热解毒，活血化瘀，消肿散积；生地、川断补肾填精，强壮筋骨，使肾气旺，精气足，髓生骨健，关节筋骨得以润泽营养，肢体关节渐渐恢复功能；金银花、蒲公英清热解毒；川牛膝、赤芍活血通络，祛瘀生新，舒筋利节。诸药为伍，共奏清热解毒祛瘀，补肾壮督之功，使外邪除，肾气复，瘀血散，经络通，气血行，则诸关节疼痛消失，活动灵活。

二、临床应用，贵在变通

强直性脊椎炎临证治疗时，祛邪当据邪气的偏盛偏衰，感邪性质不同，而分别治之。补肾强壮督脉，多根据阴阳互根及其偏衰的不同，灵活应用。

强直性脊椎炎早期，特别是伴有周围关节病变者，多属热痹。易犯部位依次是髋、膝、肘、踝关节、足跟、跟腱及腕关节，多伴有低热，周围部分关节灼热肿痛，咽干痛，舌质红或暗红，苔薄黄或黄腻，脉滑数或沉细、弦细，治应加重清热解毒利湿药物，如上茯苓、白花蛇舌草、地丁、板蓝根等。关节肿胀积液选加车前草、泽泻、猪苓、萆薢等淡渗利水药。若属寒湿痹即去金银花、公英、选加羌活、独活、桂枝、川乌、草乌等。瘀血重者，多选加土元、桃仁、红花、炒水蛭、全虫等。若痛重时，不论何邪，皆可选加细辛、川椒以止痛。

强直性脊椎炎后期，病情较稳定，脊椎畸形明显，治当

补肝肾强督脉为主，根据阴阳偏衰不同，随证治之。补阴药常用生熟地、山萸肉、枸杞子、鹿角胶；补阳虚多用骨碎补、狗脊、杜仲、川断、故纸、仙茅、仙灵脾等；补肾阳时，要注重阴中求阳。督脉空虚者，一要补肾填督，二要壮督柔筋，常加葛根、赤白芍。

除服药外，应鼓励病人积极加强功能锻炼。若髋关节永久损伤，可行关节成形术。由此看出，早期诊断与治疗是截断关节强直变形的主要途径。如果儿童及青年男性，有膝、踝关节持续性滑膜炎，足跟痛、跟腱肿胀，或骨质侵蚀（排除外伤性、结核性、血液病、类风湿性滑膜炎），无其他原因的交替性坐骨神经痛，多次查类风湿因子阴性，均应考虑本病的可能，髋髂关节拍X光片或髋髂关节CT，可帮助早期诊断。

三、医案

患者王某，男，17岁，入院时间：1986年7月19日。因腰背僵硬伴四肢关节疼痛1年有余，以“类风湿性关节炎”入院。1年前无明显诱因即感双足跟部、双膝、肘、腕关节肿胀疼痛，局部灼热，伴腰背部僵硬不适。曾先后在五家医院就诊，按风湿性关节炎处理，投以大量激素及阿斯匹林，因药物副作用明显，且未见明显疗效而停止治疗。入院时，上述关节疼痛较重，右肘、腕、双膝关节肿胀积液，伸屈不利，双髋关节活动受限，不能下蹲，行走困难，呈鸭行步态。查体见舌质红，苔黄腻；脉弦细数；髋髂关节叩击痛阳性，拾物试验阳性，双膝浮髌试验阳性，双“4”字试验阳性，血沉105mm/h，类风湿因子阴性。X线髋髂关节拍片示：双侧髋

髌关节间隙模糊，关节面有大小不等的囊状破坏。西医诊断为强直性脊椎炎。中医诊为骨痹，证属督空肾虚，湿热阻络。治当清热利湿，解毒化瘀，佐以补肾通督。处方：雷公藤 25 克、土茯苓 30 克、金银花 30 克、全虫 9 克、蒲公英 20 克、车前草 15 克、泽泻 30 克、川牛膝 20 克、赤芍 20 克、生地 15 克、红花 12 克、葛根 30 克。水煎服，日 1 剂。服药 6 剂后，诸症皆有减轻，活动受限好转。15 剂后。四肢关节肿胀疼痛消失。20 剂后，仅遗留左足跟轻痛，下蹲行走如常人、腰背部活动灵活，复查血沉降至 37mm/h。坚持服药 2 个月，后改为补肾祛瘀汤善后。患者入院前服用地塞米松（每日 3 片），住院期间逐渐减量至停药。随访 9 年未复发。

再生障碍性贫血的中医辨证论治

宋茂美(1945—)，女，山东商河县人。1970年毕业于山东医学院医疗系，后又在山东中医学院西医学中医班学习了中医理论。20多年来主要从事血液病、肿瘤的中西医结合治疗与研究工作。撰写的业务论文在省级以上医学杂志发表近20篇，血液病和肿瘤的研究成果获省科学进步奖三次、全国科学大会奖一次。

再生障碍性贫血（以下简称再障）是骨髓造血功能障碍性疾病。其临床表现有贫血、感染、出血。贫血是本，感染、出血是标。根据急则治其标，缓则治其本的原则，在有出血感染时，以控制出血感染为主，无严重出血感染时，主要治疗贫血。

我国60年代前对再障的治疗注重于“脾”，主要根据中医的“脾为后天之本，生化之源”，“血者，水谷之精也”，“中焦取汁变化而赤是谓血”，很注意使用补脾益气养血方法，认为是气血虚为主，但治疗再障的疗效并不满意。60年代后，临床实践中逐渐认识到“肾”在治疗再障中的重要作用。根据“肾主骨生髓，主藏精”，血为精所化，“精足则血旺，精亏则血亏”的理论，用补肾为主或脾肾双补法治疗再障收到较好疗效。

再障的病因是因虚致损，病机的根本在于脾肾虚，且以

肾虚为主。我院治疗再障 20 多年，积累了较多的临床经验，以补肾为主，佐以健脾，兼补气血得到好的效果。

再障的病本在于肾。临床上将慢性再障分为肾阴虚、肾阳虚及肾阴阳俱虚三型。

一、肾阴虚型

病人面色晄白，唇甲色淡，头晕乏力，五心烦热，低烧，口渴不欲饮，出血，盗汗，舌质淡，舌尖红，脉细数。治疗补肾填精，益气健脾养血，用补阴方。常用药：黄芪、太子参（或西洋参）、白术、茯苓、当归、何首乌、女贞子、生地、菟丝子、阿胶、丹皮、旱莲草、枸杞子、龟板胶等。

轩××，女，40 岁，住院号 30665。乏力、心悸、气短 8 个月，五心烦热，口渴不欲饮，耳鸣，少寐多梦，皮肤散在小出血点，大便干结，舌质淡，舌尖红，苔薄黄，脉细。血红蛋白 58g/L，白细胞 $2.1 \times 10^9/L$ ，中性 39%，淋巴 61%，血小板 $18 \times 10^9/L$ 。骨髓检查：再生障碍性贫血。以补阴方治疗，药用：黄芪 30 克、当归 12 克、女贞子 15 克、菟丝子 15 克、仙鹤草 30 克、侧柏叶 20 克、丹皮 12 克、枸杞子 12 克、生地 12 克、何首乌 12 克、补骨脂 12 克、云苓 12 克、白术 9 克、焦楂 12 克、甘草 6 克。水煎服，日 1 剂。治疗半年，血红蛋白 90g/L，白细胞 $3.2 \times 10^9/L$ 血小板 $52 \times 10^9/L$ ，好转出院。出院后半年随访，血象正常，身体健康。

该病人为肾阴虚型，以滋补肾阴为主；但根据“阴阳互根”，“孤阴不生，独阳不长”的理论，辅以助阳药，以防阴盛碍阳之弊，使其补阴药更能发挥其作用。

二、肾阳虚型

病人面色㿔白，唇甲色淡，头晕乏力，形寒怕冷，手足凉，腰腿无力，舌质淡，舌体胖有齿痕，脉沉弱。治以补肾健脾，益气养血，用补阳方，药用：黄芪、当归、生熟地、党参（或人参）、白术、茯苓、菟丝子、仙灵脾、补骨脂、何首乌、女贞子、肉苁蓉、阿胶、鹿角胶（或鹿茸粉）、肉桂、附子等。

张××，女，43岁，住院号40834。头晕、乏力、心悸、气短6个月，形寒肢冷，纳呆，便溏，舌质淡，舌体胖，苔薄白，脉弱。血红蛋白54g/L，白细胞 $1.6 \times 10^9/L$ ，血小板 $53 \times 10^9/L$ ，骨髓检查：再生障碍性贫血。全身骨髓x照相意见：全身功能性骨髓明显低于正常，符合再障诊断。用补阳方，药用生黄芪30克、党参30克、当归12克、补骨脂15克、仙灵脾12克、云苓15克、何首乌12克、女贞子12克、肉桂3克、附子6克、菟丝子20克、阿胶10克（烊化）、鹿茸粉0.5克（冲）、焦查12克、山药15克。水煎服，日1剂。治疗2个月，血红蛋白102g/L，白细胞 $3.5 \times 10^9/L$ ，血小板 $85 \times 10^9/L$ ，好转出院。3个月后来院复查血红蛋白、白细胞均正常，血小板 $95 \times 10^9/L$ ，恢复正常工作。

该病人为肾阳虚型，治疗2个月，血象接近正常。由此看出肾阳虚较肾阴虚型治疗时间短，并收到了较好的效果。笔者认为：阳虚易治，阴虚难调。鹿茸能补肾阳，益精血，是治疗慢再肾阳虚型的重要药物，升血红蛋白好。

三、肾阴阳俱虚型

病人面色苍白，身倦无力，腰膝酸软，遗精滑泄，时冷时热，自汗盗汗，舌质淡，苔薄白或无苔，脉沉细无力或沉细数。治以阴阳俱补。根据阴虚阳虚之轻重，按补阴方或补阳方加减治疗。此型病人治疗中应注意阴阳的变化。

对于久治不愈又无明显出血倾向，面色晦暗，舌质暗淡者，适当加入活血药，如丹参、赤芍、玫瑰花、鸡血藤、三七粉，能收到较好的效果。

李××，女，36岁，住院号27679。患再障6年，头晕乏力，面色晦暗，舌质淡有瘀斑，脉细。血红蛋白48g/L，白细胞 $2.4 \times 10^9/L$ ，血小板 $30 \times 10^9/L$ ，骨髓增生重度低下。给予补肾健脾，益气养血活血治疗，药用：黄芪30克、当归12克、党参30克、白术12克、云苓15克、何首乌12克、女贞子15克、补骨脂12克、生熟地各12克、鸡血藤30克、三七粉3克（冲服）。水煎服，日1剂，治疗半年，基本治愈。随访7年，血象正常，身体健康。

患者病久，面色晦暗，舌质淡有瘀斑，久治不愈。根据“瘀血不去，新血不生”的中医理论，加入活血药收到事半功倍的效果。

急性再障发病急，来势凶险、中医辨证为急劳髓枯温热型。

患者多表现壮热，口渴，持续高热，汗出热不退，口腔溃烂，舌上血疱，皮下大片紫斑，便血尿血，妇女崩漏不止，舌苔黄腻或黑褐腻，脉洪大数。治以清热解毒、凉血止血，药用清营汤、黄连解毒汤和犀角地黄汤加减。

赵××，女，22岁，住院号31594。皮下广泛出血，发热，心悸气短2个月，口干咽燥。手足心热，大便干结，小便短赤，舌淡，苔黄厚，脉数。血红蛋白30g/L，白细胞 $1.2 \times 10^9/L$ ，血小板 $18 \times 10^9/L$ ，骨髓增生极度低下，全片未见巨核细胞，非造血细胞占70%，体温39.5℃。入院诊断急性再障，中医诊为急劳，辨证为急劳髓枯温热型。治以清热解毒，凉血止血，药用：生地30克、丹皮12克、知母12克、玄参15克、黄连9克、黄柏9克、双花30克、连翘12克、小蓟30克、侧柏叶20克、生石膏30克、公英30克、羚羊粉1克（冲）。水煎服，日1剂。治疗20天后，热退血止，证转为肾阴虚型，改用补阴方。治疗300天，诸证减轻，血红蛋白95g/L，白细胞 $2.3 \times 10^9/L$ ，血小板 $54 \times 10^9/L$ ，网织0.6%，好转出院。回家后坚持服用中药治疗2年余，复查血红蛋白120g/L，白细胞 $6.5 \times 10^9/L$ ，血小板 $120 \times 10^9/L$ ，恢复全日工作。1990年其母来述患者已结婚，生一女婴，母女均健康。

该病人为急性再障，发热、出血为其标，根据急则治其标，缓则治其本的原则，先清热解毒，凉血止血，热退血止后，再以补肾健脾、益气养血治其本，坚持治疗，收到满意的效果。

再障为难治性贫血，中医药治疗取得显著的效果，但起效缓慢，必须坚持长期服药，才能得到好的结果。

胃炎及消化性溃疡的中医论治

孙绍梅（1941· ），女，青岛市人。于1967年山东中医学院中医医疗系毕业，后一直从事中医医疗、教学工作。现职务为副教授，中国中医药学会会员。擅长治疗中医杂病及消化系统疾病。如肝脏、胃肠等病。

一、概述

胃脘痛包括急、慢性胃炎、及十二指肠溃疡病。主要症状为上腹部疼痛，伴有暖气、泛酸、嘈杂、恶心呕吐、脘闷纳差。

本病的致病因素不外乎感受外邪，饮食所伤，情志内伤，肝胃郁热，脾胃虚寒，胃阴不足7种因素。

二、病机的相互关系

胃痛病的病理机制应从胃及与胃病有关的脏腑的生理功能方面讲起：胃为五脏六腑之大源，主要受纳腐熟水谷。上述7种致病因素皆能引起胃受纳腐熟水谷的功能失调，胃失和降，而发生疼痛。若寒客胃中则气机受阻而为痛。或暴饮多食，胃之受纳过量，纳谷不下，腐熟不及，食谷停滞而痛。或饮酒过度，嗜食肥甘辛辣之品，则易耗伤胃阴，或过食生冷、寒凉药物，则易耗伤中阳，日积月累则胃之阴阳失调，而

出现偏胜，产生偏寒偏热或寒热错杂的疼痛证。肝与胃是木土乘克的关系。若忧思恼怒，气郁伤肝，肝气横逆，势必克脾犯胃，致气机阻滞，胃失和降而为痛。如肝气久郁，既可出现化火伤阴，又能导致瘀血内结，使病情加重，缠绵难愈。

脾与胃合居腹内，以膜相连，一脏一腑，互为表里，共为升降，故胃病多涉于脾，脾病亦可及于胃。若禀赋不足，后天失调，或饥饱无常，劳倦过度，以及久病正虚不复等，均能引起脾胃虚弱而为胃痛。脾阳不足则寒自内生，致胃失温养，而成虚寒胃痛；如脾润不及或胃燥太过，致胃失濡养而成阴虚胃痛。阳虚寒化，则血行不畅，涩而成瘀；阴虚热化，则灼伤胃络而溢血，因而胃痛而出血的病理机制，应分寒热两端

三、诊断与鉴别诊断

以上几种病因，可单一出现，亦有合并出现。单一出现者，其病理变化与临床证候比较单纯，故为易治；合并出现者，其病理变化与临床证候比较复杂，故为难治。肝与胃木土相克，胃与脾表里关系。故胃痛与肝脾的关系最为密切，且肝脾为藏血统血之脏，而胃为多气多血之腑，胃痛初起多在气分，迁延日久，则深入血分，所以久痛胃络受伤，则多见呕血便黑等证。气病较轻，血病较重，胃痛的病因虽有种种不合，但其发病机理却有共同之处：即所谓“不通则痛”。有寒凝而痛，有食积而痛，有气滞而痛，有火郁而痛，有血瘀而痛，有阳虚胃失温养而痛，有阴虚胃失濡养而痛等，都体现了不通则痛的原理。再者，临床上常见有以上所述的致病因素或病理机制互相演变，互相影响，互相转化，或成为两

种和两种以上的病因和病机合而致病。例如情志所伤引起肝气郁滞，气郁化热又可成为肝胃郁热型；气郁又可以发展为血瘀不行而成为气血瘀滞（气滞血瘀）型。各种类型的胃痛有其各自的特征和差异，临床上不难鉴别和诊断。

治疗胃痛除疏肝理气、活血化瘀、滋养胃阴、温养脾阴外，健脾益气、燥湿清热也不可忽视。因脾为后天之本，喜燥恶湿，其气主升。为此治疗胃痛每以健脾益气、燥湿清热为大法，基本方为：炒苍术、半夏、陈皮、川朴、黄连、吴茱萸、云苓。

四、基本治方及变换加减

本方乃平胃散合左金丸。临床上若属热痛，加金铃子散；若属寒痛，加良附丸；若属气痛，加柴、芍、郁金；若属食积，加砂仁、白豆蔻、炒内金；若属血瘀作痛，加丹参饮或失笑散；若兼有出血者，加三七粉、生地榆等。再者，基于西医对胃炎、溃疡病的发病原因责之于胃酸过多，故方中经常加煅瓦楞子15~30克。胃脘痛病多因脾气不足，健运失常，津液停聚成湿成痰、出现脘腹痞闷，纳差纳呆或纳后作胀，嘈杂噯气吞酸等。

方中苍术健脾益气，燥湿清热为君药；厚朴半夏和胃降逆祛湿邪；陈皮理气祛湿。近几年来随着生活的提高，人们摄取高脂肪、高蛋白的较多，更有些长期摄取醇酒肥甘辛辣厚味之品的患者，常出现脘闷、苔厚脉滑之象，这都是因为脾气不足，健运失常而引起的。

脾胃为后天之本，居于中焦。脾升胃降，一升一降，健运腐熟水谷之精微，五脏六腑四肢百骸得以濡养，全赖中焦

的健旺。本方清热燥湿，健脾益气，能提高脾胃的功能，临床确有效验。

五、病例

李×，男，45岁。上腹痛10余年，加重1周。10几年前患胃痛，经作胃肠钡透，诊为十二指肠溃疡。现每年秋冬季犯病，饥饿性疼痛，进食则痛减，伴吐酸、嗳气、纳差，大便时稀。舌苔黄腻质红，脉弦滑。

查体：一般情况好，心肺（-），腹软，肝脾未触及，右上腹部压痛（+），其他（-）。

诊断：中医诊为胃脘痛，脾胃虚热所致。西医诊为十二指肠溃疡

治则：健脾益气，燥湿清热。

处方：炒苍术15克、半夏9克、陈皮9克、川朴9克、云苓15克、黄连9克、吴茱3克、良姜9克、香附9克、元胡9克。水煎服，日1剂。5剂而愈。

清热解毒利湿法为主治疗白塞氏病

杜秀兰（1945— ），女，山东泰安人。于1969年毕业于山东中医学院，分配在山东中医学院附属医院，一直从事中医内科、风湿免疫专业的临床工作。曾发表《中西医结合治疗系统性红斑狼疮》、《骨刺消痛汤治疗增生性膝关节病》等10余篇论文。

白塞氏病的病因至今尚未确定，目前多倾向于全身性自身免疫病。发病以青壮年为主，男性多于女性。临床表现以复发性口腔溃疡为白塞氏病的必有症状，会阴部复发性溃疡或眼色素层炎的病变。多数病人可有皮肤病变，如出现结节性红斑或针刺反应等，或有关节肿痛、关节腔积液，亦可影响到胃肠道、心、肺、肾等脏器。

一、病因病机

白塞氏病和祖国医学“狐惑”相似，在《金匱要略·百合狐惑阴阳毒病脉证并治第三》中，描述“狐惑之为病，状如伤寒，默默欲眠，目不得闭，卧起不安，蚀于喉为惑，蚀于阴为狐……蚀于上部则声嘎，甘草泻心汤主之。”

祖国医学认为，本病的病因与湿热毒以及肝脾肾功能失调有关。多由于感受湿热毒邪，或是肝郁不疏，脾虚湿停，积

久而为湿热蕴毒，毒火熏蒸，循经络上攻于口、眼，则发为口腔溃疡或眼部溃蚀；湿热毒气下注于外阴，则发为外阴部溃疡。

湿热毒邪壅于脾胃，中焦气机不畅，则脘闷纳呆，恶心或出现胃肠道溃疡。

湿热毒邪阻于经络、关节，使气血运行不畅，则四肢关节肿痛。如溢于肌肤，与气血相搏结，则出现皮肤瘀斑或结节性红斑。

日久，湿热毒邪必然耗气伤阴，而表现为既有湿热毒邪内蕴，又有肝肾阴虚或气阴两虚的虚实夹杂的症候，以致缠绵难愈。

所以在早期或急性期多属湿热毒邪内盛，治疗应以清热解毒利湿，佐以健脾和中。

二、治法分析

基本方：双花 24 克、公英 20 克、雷公藤 20 克（先煎）、黄芩 9 克、黄连 9 克、苡仁 20 克、泽泻 15 克、云苓 15 克、细辛 3 克、生地 12 克、木通 9 克、生甘草 10 克、炙甘草 10 克。水煎服。

本方宗甘草泻心汤化裁而来。用双花、公英、雷公藤清热解毒；黄芩、黄连清热燥湿；生地、泽泻、木通清心泻水，利小便；苡仁、云苓健脾利湿；细辛辛散以去湿毒；生甘草解毒，炙甘草以益气补中。而且甘草有类肾上腺皮质激素的作用，雷公藤具有免疫抑制作用。这样热毒清，湿热除，脾气健，疾病自然向愈。

在治疗中，还应注意调理脏腑功能。肝开窍于目，心开

窍于舌，脾胃主口唇，肾开窍于二阴。如果以口腔溃疡为重，则以清热解毒为宜，加上生石膏、竹叶等以清心胃之热。如果以两目红赤，怕光流泪，视物模糊症状较重，则加龙胆草、梔子、菊花等以清肝泻火明目。如果湿热循经下注，以会阴部溃疡为重，加上土茯苓、滑石、苦参等以清下焦湿热。

如果湿热郁于肌肤，出现结节性红斑，加上山甲、王不留行、赤芍、丹参等软坚散结，活血通络。

如果湿热郁阻关节，出现关节肿痛或关节积液，加川牛膝、防己、车前草等清热利湿通络。

对于外阴溃疡，可配合中药外洗。用苦参、蛇床子、土大黄、当归、白鲜皮、灵仙，水煎熏洗，以促进溃疡愈合，疗效明显。

白塞氏病在临床上以肝肾阴虚，湿热内蕴最为常见。因湿热毒邪蕴久，耗伤阴血，肝肾同源，精血互生，会出现湿热蕴结，肝肾阴虚的虚实错杂证。表现为口腔或会阴部溃疡久不愈合，午后潮热，五心烦热，头晕失眠，烦躁不安等。治宜补益肝肾，兼清湿热毒邪，在基本方中加上养阴之品，或用六味地黄汤加减，药用生地、云苓、泽泻、炒山药、女贞子、白芍、知母、苡仁、双花、雷公藤、生甘草、炙甘草。用生地、女贞子、白芍滋补肝肾之阴；双花、雷公藤、知母清热解毒；云苓、泽泻、苡仁、山药健脾益气除湿；同时白芍、甘草还能酸甘化阴。

如果口腔或会阴部溃疡反复发作，缠绵不愈，就会出现神疲乏力、头晕、纳呆，溃疡在劳累后加重，手足心发热，失眠多梦等气阴两虚证。治以益气养阴，兼清湿热。用六君子汤合生脉散加减，药用黄芪、太子参、云苓、白术、双花、土

茯苓、白芍、知母、麦冬、五味子、苡仁、生甘草、炙甘草。用黄芪、太子参、云苓、白术等健脾益气；太子参、麦冬、五味子、白芍益气养阴；知母、苡仁、土茯苓清热利湿；黄芪与双花、土茯苓配伍又能托毒外出，促进溃疡愈合。

病久，阴损及阳，除表现有口腔或会阴部溃疡久不愈合外，形寒肢冷，腰酸乏力等阴阳俱虚的症状。治宜温补肾阳，滋补肾阴，佐以清热解毒。用二仙汤加减，药用仙茅、仙灵脾、熟地、知母、元参、公英、太子参、白术、生甘草、炙甘草。用仙茅、仙灵脾温补肾阳而不燥烈；熟地、元参、知母清热养阴；太子参、炙甘草益气养阴；公英、白术、生甘草清热解毒祛湿。

治疗白塞氏病，既要抓住湿热毒邪是其发病的关键，又要时时详辨虚实、寒热，调理肝脾肾三脏功能。实证以清泻火毒为主，虚证则祛邪扶正兼顾。本病愈后，容易复发，所以在病情控制后，仍要补益脾胃，兼以祛邪，可常服逍遥丸合六味地黄丸，以巩固疗效。

三、病案

王××，女，30岁。口腔及外阴部反复溃疡3个月。于1985年3月2日来诊。

近3个月来因工作劳累出现口唇及舌边溃疡，疼痛，时轻时重，自己未在意。后又出现外阴部溃疡而来诊。口唇、舌边及上腭部有4~5个溃疡，大的如黄豆粒大，小的如小米粒大，周边发红，灼热疼痛。外阴部大阴唇有2个溃疡，约2cm×1.5cm大小，发红，表面有脓液。两小腿有数个结节红斑，按之压痛。伴有恶心，纳呆，口苦，烦躁，小便黄，大便偏

干。舌苔薄黄腻，脉滑数。

脉证合参，属湿热毒邪内蕴，热入血分，阻于经络。治以清热解毒利湿，佐以软坚散结，活血通络。用甘草泻心汤加减：双花 24 克、公英 20 克、半夏 10 克、黄芩 9 克、黄连 9 克、细辛 3 克、云苓 12 克、苡仁 20 克、雷公藤 20 克、（先煎）、泽泻 15 克、山甲 9 克、赤芍 12 克、王不留行 15 克、丹参 15 克、生甘草 10 克、炙甘草 10 克。水煎服，日 1 剂。

3 月 15 日 2 诊：服 12 剂后，口腔溃疡疼痛明显减轻，溃疡周围已不红，饮食较前好转，两下肢结节红斑未再新起。上方去黄连，加黄柏 9 克、土茯苓 30 克，加重清下焦湿热的作用。同时配合外阴部熏洗，用苦参 30 克、蛇床子 15 克、土大黄 12 克、当归 12 克、白藓皮 15 克，水煎熏洗，每天 2～3 次，每次半小时。

3 月 29 日 3 诊：上药又服 12 剂后，口腔溃疡小的已愈合，大的溃疡变浅，基本不痛，饮食恢复正常，外阴部溃疡亦有愈合。舌苔薄黄，脉滑略数。上药继服 6 剂。

4 月 6 日 4 诊：口腔及外阴部溃疡基本愈合，两下肢结节已消失，仅遗留褐色斑。嘱服六味地黄丸合逍遥丸以巩固疗效。随访半年未复发。

浅谈咳嗽的辨证治疗

于文生(1940--),男。内科呼吸专业副主任医师。1961年9月淄博卫校毕业。1962~1972年在山东医科大学内科工作,1972年调山东中医学院附属医院工作。1973年9月至1974年9月参加山东省第三届西医学习中医班。1975~1985年经上级领导批准,拜主任医师吕同杰为师,并将吕老师的临床经验加以总结,先后发表了《吕同杰治胃五法》、《清肺利咽汤治疗急性扁桃体炎36例》,同时根据自己的临床经验,发表了《浅谈咳嗽的辨证治疗》、《中医治疗面神经炎30例》和参加《经方研究》编委。

咳嗽是临床常见症状,许多疾病可引起咳嗽。笔者根据祖国医学辨证施治的原则,拟定了清热化痰汤、温肺化饮汤、滋阴润肺汤和补肺固本汤,经多年临床实践,收到显著疗效。下面结合病例谈谈以上方药治疗咳嗽的体会。

一、肺热咳嗽——清肺化痰汤

肺热咳嗽临床上比较常见,其病因大多因感受风热之邪,也有的为感受风寒之邪郁久化热。主要临床症状:咳嗽剧烈,咽干咽痛,咳吐粘稠痰或黄痰,鼻流浊涕,口渴欲饮,发热头痛,舌红苔薄黄,脉浮数或滑数。治以清热化痰,故用清热化痰汤:炙麻黄9克、炒杏仁9克、石膏45克、黄芩12克、

栝蒌 24 克、前胡 12 克、蚤休 30 克、浙贝 12 克、桔梗 9 克、炙桑皮 12 克、紫菀 12 克、款冬花 12 克、甘草 6 克。水煎服。本方多用于急性支气管炎或慢性支气管炎急性发作。

徐某，女，12 岁。1987 年 3 月 18 日来诊。咳嗽吐痰 2～3 年，每冬季及受凉加重。7 天前又因感冒而咳嗽、吐粘痰而加重。胸闷胸痛，鼻流浊涕，体温 37.8℃。查体：心率 96 次/min，律正，未闻及病理性杂音，两肺可闻及散在的干湿啰音。腹软平，肝脾未及，舌红苔薄黄，脉浮数。给予清热化痰汤水煎服。服药 5 剂，诸症明显减轻，只咳少量粘痰。又服 3 剂痊愈。

二、风寒咳嗽——温肺化饮汤

风寒咳嗽由于感受风寒之邪，风寒袭肺而导致肺气不宣，气不布津。症状为咳嗽，咳痰稀薄或痰带泡沫，量多易咯，恶寒重，发热轻，身痛，鼻流清涕，可因咳喘较重而不能平卧，舌淡红苔薄白，脉浮紧。治则应温肺化饮。以温肺化饮汤治疗：麻黄 9 克、桂枝 9 克、干姜 6 克、白芍 15 克、细辛 3 克、半夏 12 克、荆芥 12 克、五味子 9 克、茯苓 12 克、桔红 9 克、甘草 6 克。水煎服。本方多用于感受风寒外袭的慢性支气管炎出现以上症状者。是以小青龙汤合二陈汤加荆芥组成，有解表温肺，化饮祛痰之功效。

孙某，男，54 岁。1980 年 11 月 5 日初诊。咳嗽吐痰 5 年，冬春加重。3 天前外出感冒咳嗽加重，吐泡沫样稀痰，量多，易咯，夜间不能平卧，鼻流清涕，体温正常。给以温肺化饮汤 6 剂，诸症明显减轻。

三、阴虚咳嗽——滋阴润肺汤

肺阴虚咳嗽多因发烧，咳嗽或用燥湿化痰药日久，导致肺阴亏虚，肺失滋润。主要临床特点为干咳无痰，口干咽燥，或痰少不易咯出，伴胸闷胸痛，舌红苔少或无苔，脉细或细数。该型多见急性支气管炎。经用中西药治疗后，留有以上症状，再用止咳中西药效果不佳。用滋阴润肺汤：沙参 30 克、麦冬 18 克、金银花 30 克、连翘 15 克、桔梗 9 克、百合 24 克、浙贝母 9 克、炙米壳 12 克、前胡 12 克、炙杷叶 15 克、炙紫菀 15 克、款冬花 12 克、甘草 6 克。水煎服。

王某，女，14 岁。1989 年 10 月 5 日诊，咳嗽吐痰半个月。1 个月前患者因感冒发烧咳嗽吐痰，气喘，诊为急性支气管炎继发感染，给予青霉素、链霉素及止咳祛痰药常规治疗。体温恢复正常，但仍干咳无痰，口干咽燥，以睡前和晨起加重。查体：心肺（-），舌红少苔，脉细数。根据以上主证及舌苔脉象变化，符合肺阴虚咳嗽，给予滋阴润肺汤 6 剂，干咳痊愈。本方养阴止咳为主，加用收敛止咳药炙米壳，对于久咳无痰有奇效。

四、肺肾阴虚——补肺固本汤

祖国医学认为肺主呼气，肾主纳气。肺为贮痰之器，脾为生痰之源。根据以上理论，咳嗽与肺脾肾三脏关系密切。尤其慢性咳嗽病人，每遇气候变化、劳累、活动则咳喘加重，吐痰量多，呼多吸少，食欲减退。给予补肺固本汤：黄芪 24 克、防风 9 克、白术 15 克、熟地 18 克、紫菀 12 克、鹅管石 18 克、炒山药 12 克、五味子 9 克、党参 24 克、麦冬 9 克、紫石英

18克、甘草6克。水煎服。或以上方5倍量做成水丸或蜜丸，1日服1~2粒。服药后症状可显著减轻。

王某，男，55岁。1987年4月5日来诊。咳嗽吐痰10余年，受凉劳累加重，伴胸闷憋气，活动气喘，不能坚持工作。每次发作需用抗生素、氨茶碱等药物。查体：慢性呼吸困难貌，语言低微，颈静脉无怒张，桶状胸，心率90次/min，律整，未闻及病理性杂音，肝脾未触及，腹水征（-），下肢不肿。诊为慢性气管炎、肺气肿。给予补肺固本汤18剂，诸症明显减轻，感冒次数也较前减少。又按上方5倍量配成蜜丸，每丸9克，日服2次。随访2年，可坚持正常工作。

五、体会。

肺为娇脏，外感内伤者可引起咳嗽。对于内伤咳嗽，与脾胃关系尤为密切。《内经》曰虽云五脏诸咳，而所尤重者，在“聚于胃关于肺”六字。笔者通过临床实践，用清热化痰汤治疗肺热咳嗽，温肺化饮汤用于风寒咳嗽，滋阴润肺汤用于阴虚咳嗽，补肺固本汤用于肺脾肾虚损咳嗽，临床上收到比较满意的疗效。

肝脾肿大临床证治述要

尹常健(1950—)，男，山东省临朐县人。1974年毕业于山东医学院中医系。现任山东中医学院附属医院内科副主任医师，中国中医药学会会员。1979年起从事消化系统疾病特别是肝胆病的中医、中西医结合临床研究工作。主要著作有《肝胆病中医研究》、《腹水与临床》、《实用中医保健学》、《新编乙型肝炎学》等，主译《心肌病与心肌活检》，在国内外学术刊物上发表学术论文30篇，曾获省科委、省教委、省卫生厅科技进步奖及省科协优秀学术成果奖。

肝脾肿大为病毒性肝炎、肝硬化、脂肪肝等常见肝脏疾病的最普遍的体征之一。有资料表明，黄疸型肝炎有肝大者约占53.2%~90.7%，无黄疸型肝炎肝大者约为66.3%~99.42%；在病毒性肝炎脾肿大者为4.3%~56.6%，文献报告多数为20%~30%。同时，在疾病的某一阶段肝脾肿大有时还成为主要的临床表现而使患者深为所苦，因此，临床证治有时常将其作为主要的辨证依据和针对目标。

肝脾肿大属于中医“症积”范畴，不少临床工作者受“瘀血”理论影响，对肝脾肿大的治疗概用活血化瘀之法，尽投消积散结之药，忽视了全面辨证。这显然是片面的，有时非但达不到预期的疗效，还会带来某些不良的后果，影响整个疾病的康复。

肝脾肿大作为肝病的重要体征，在不同疾病和疾病的不同阶段，其程度、质地及伴随症状等均有较大差异。临床证治往往涉及多种治法。同时作为临证用药的重要依据，临证时且勿忽视全面辨证，更不可拘于一法。我们在临床实践中体会到，一般急性肝炎之肝脾肿大质地多较软，病程较短，病情较轻浅，随着湿热毒邪的祛除、肝功恢复，绝大部分都可回缩，不必舍本求末，一味攻逐。慢性肝炎，肝硬化等之肝脾肿大，质地多较硬，程度多较重，有时在治疗上作为主要矛盾是十分必要的，在辨证用药时必须兼顾标本。除行气、活血、软坚、化痰及健脾等诸治法外，湿热毒邪较盛者，又可用清热利湿解毒法；肝肾阴亏者，则可治以培补肝肾法；肝癌所致之肝肿大，又常须加入半枝莲、白花蛇舌草、蚤休等药。临床上又往往将丹参、三七、瓦楞子、文术、莪术、鳖甲、内金、牡蛎、蛤粉等作为消积散结之必用药，在辨证用药的基础上随证加入，这自然是适宜的，对于提高回缩肝脾肿大的疗效是有益的。

一、木郁达之，治宜疏肝行气

在肝病中肝气郁滞的机会最多，疏肝行气法应用的频率亦最高。在急性无黄疸型肝炎和部分慢性迁延性肝炎，肝脾常可轻度肿大，质地尚软，同时多兼见胁肋胀痛、烦躁易怒等证，常无明显的瘀血征象。此类肝脾肿大多责之于肝气郁滞所致，在治法上则常用疏肝行气法。

疏肝行气法常用药如柴胡、枳实、香附、青皮、橘皮、川芎、佛手、香橼、苏梗、玉蝴蝶、郁金、木香、合欢花、橘叶等。上述药物多入肝经，具有良好的疏肝解郁、条达气机

的功效。药理研究证实，柴胡等疏达药具有抗炎、抗渗出、抗肝损伤、抑制肝纤维化及调节免疫等作用。临床应用不仅可以使肿大的肝脾得以回缩，还可改善其他伴随症状及恢复肝脏功能等。因疏达药质轻味薄，性多辛燥，故常配以白芍、木瓜等滋柔甘缓之品。

例患者赵某，男，19岁，学生。1990年5月26日初诊。

患者于1月前诊为急性无黄疸型肝炎（乙型），经住院治疗后肝功恢复正常，HBsAg仍（+）。近日仍感肝区隐痛，腹胀，烦躁易怒，食欲及二便可，余无明显不适。

查体：一般情况好，腹软，肝上界于第六肋，肋下1.5cm，剑下3.0cm，质软，压痛（+），叩击痛（+），脾未触及。舌淡，苔薄白，脉沉弦。治以疏肝行气法。

方药：四逆二金汤加味。药用柴胡15克、白芍15克、枳实9克、甘草3克、川郁金15克、内金12克、合欢花9克、丝瓜络9克、蝉衣9克、生栀子9克。水煎服，每日1剂。

服6剂后，自述胁痛腹胀减轻，情绪较前转佳，余证同前，上方继服。

患者先后共服用20余剂，自觉已无明显不适，肝功（-），HBsAg仍（+），查体：腹软，肝于肋下未触及，剑下2cm，脾未触及，苔薄白，脉沉弦细。嘱详查乙肝免疫指标后再拟中药抗病毒治疗。

二、留者行之，首当活血化瘀

瘀血停著，结于胁下，是形成肝脾肿大等腹内痞块的主要病因病机。王清任曾明确提出：“气无形不能结块，结块者必有形之血也。”唐容川亦谓：“瘀血在经络脏腑之间，则结

为症瘕。”在慢性肝病中瘀血痞块的形成多因之于肝气郁滞，湿热内羁，阻遏气机或气虚血运不畅等病理因素，正如石寿堂所言：“始也气结，继也血结，结则隧道痉挛，往往腹中有鞭块成形之物患”。陈士铎也认为：“肝气一郁……日积月累，无形化为有形”。临床所见，由气滞到血瘀、无形到有形是符合慢性肝病肝脾肿大的发生发展规律的。

瘀血既成，结于胁下，除可有肝脾肿大，质硬，肝区刺痛外，尚可见赤痕血痣、肝掌、胸腹壁青筋暴露甚或牙衄、鼻衄等瘀血征象。此类肝脾肿大多见于慢活肝、肝硬化及脾功能亢进等，治用活血化瘀法。

活血化瘀法常用药物如丹参、赤芍、三七、水红子、桃仁、鸡血藤、郁金、马鞭草、泽兰、当归、山楂、土元等。上述药物都具有很好的活血化瘀作用，大部分药物还同时具有养血柔肝功效。现代药理研究证实，活血药可以改善肝脏血液循环，增加肝血流量，促进炎症灶消退及增生性病变的软化和吸收，从而收到软缩肝脾的作用。

例患者李某，男，45岁，工人。1990年9月28日初诊。

患者于1978年曾患急性肝炎（乙型），经住院治疗后恢复。后时常反复，GPT反复升高，近日因劳累感肝区刺痛，牙衄，腹胀，偶有大便秘，后背胀痛。B超示肝硬化、胆囊炎、脾厚6.5cm。肝功（-），A/G=34/31，HBsAg（+）。

查体：慢性肝病容，右颈部可见一蜘蛛痣，腹软，肝肋下未及，剑下2cm，质硬，边锐，压痛（+），脾于左肋下约4cm，质韧，腹水征（-），双肝掌（+），舌暗苔薄白，脉沉细略数。治以活血化瘀法。

方药：水红花子汤加减。药用水红花子15克、泽兰15克、

土元 9 克、炒水蛭 9 克、生黄芩 15 克、三七粉 1.5 克（冲）、淮牛膝 12 克、马鞭草 15 克、山甲珠 9 克、焦山楂 15 克、锻瓦楞子 15 克、白蔻 6 克、茵陈 15 克、生甘草 3 克、大枣 5 枚。水煎服，每日 1 剂。

二诊：患者服 6 剂后，自述肝区痛减轻，腹胀亦减，仍牙衄，舌脉同前，上方加藕节 12 克继服。

三诊：服药有效，诸证均减，牙衄已止，嘱以上方每服 3 日停 1 天。

患者服上方近 3 个半月，共服药近 90 剂，自我感觉良好，肝区痛及牙衄均消除，饮食及二便正常，已恢复工作。1991 年 1 月 11 日 B 超示，肝脏光点稍密集，呈慢性肝病图像，胆囊壁仍稍毛糙，脾厚 4.5cm。查体：右颈部蜘蛛痣变浅，双肝掌（±），腹软，肝于肋下未及，剑下 1.5cm，质硬，压痛不明显，脾于左肋下 2cm，余未见明显异常，舌红苔薄白，脉沉细。嘱常服六味地黄丸及人参健脾丸作善后治疗。

三、结者散之，治用软坚消癥

肝病日久，肝脾肿大，质地坚硬，为一般活血或行气药力所不及，宜用攻坚消积法治之。软坚消癥药常用如鳖甲、龟板、山甲、生瓦楞子、生牡蛎、内金粉、三棱、莪术、山茨菇等，都具有较好的软坚消积功效。动物实验研究证实，上述软坚药物具有防止假小叶形成，减轻肝细胞变形坏死，并有软化或抑制肝脏结缔组织增生的作用。

软坚消症药在攻坚消积的同时又每易耗气伤血，久用必可伤正，故临床应用一是常伍以养血柔肝、健脾益气或益肾填精等扶正之药；二是“瘀去大半而止”，不宜大量长期应用；

三是软坚药消积宜丸散缓缓图之，方能做到有益无损。

例患者刘某，28岁，工人。1991年7月12日初诊

患者于1年前查体发现HBsAg(+)，肝功(-)，后在当地医院查体发现肝脾肿大。近日仍感肝区撑胀，纳呆，偶有腹胀，余无明显不适。查体：一般情况好，腹软，肝于右肋下2厘米，剑下4厘米，质硬，压痛(+)，脾于左肋下2.5厘米，腹水征(-)，舌淡苔薄白腻，脉沉缓。肝功(-)，HBsAg(+)，B超示慢性肝病、脾大。治以软坚消症、清营解毒法。

方药：生瓦楞子30克、炮山甲9克、内金粉9克(冲)、夏枯草15克、生牡蛎15克、柴胡15克、甘草3克、胡连9克、半枝莲15克、丹皮9克、小蓟15克、蝉衣9克、砂仁9克、明矾0.2克、大枣10枚。水煎服。

二诊：患者服药后自感肝区撑胀稍减，仍时感后背胀痛，纳呆，时有恶心。上方去明矾，加山楂15克，继服。

患者每服3日停1日，连服60余剂，自感诸证减轻，除偶有牙衄外已无明显不适。1991年10月4日复查B超，示：肝剑下肋下均未及，表面尚规则，均质，光点粗大密集，门静脉1.3cm，胆囊壁厚0.2cm，稍毛糙，透声好，脾厚4.5cm。结论：慢性肝病，脾大。宗原方加炒生地15克，继服。

再诊：1991年12月2日再诊。经又服上方近2月后，牙衄已止，饮食、体力如常人。查体：腹软，肝于肋下可及，约1cm，剑下2cm，质韧，压痛(±)，脾于肋下可及，舌淡红苔薄白，脉沉弦。B超示：肝大小形态均正常，肝内外胆管无扩张，门静脉1.2cm，脾厚4.0cm，胆囊(-)，结论：肝胆脾声像图未见明显异常。肝功(-)，HBsAg仍(+)，另以清营解毒药为主治之。

四、凝者祛之，勿忘化痰散结

张景岳曾谓：“五脏之病，俱能生痰”。临床所见，肝病则气机失其条达疏布，遂使肺失肃降，脾失健运，肾失开阖，水道壅塞，水湿停滞，聚饮为痰，故肝病中痰湿生成的机会颇多，痰湿凝结，阻于血络又是形成肝脾肿大等腹内积块的重要机制。所以，古人之“自郁成积，自积成痰，痰挟瘀血”的论述是符合临床实际的。临床上每见于体胖之患者或痰湿壅盛之人，除肝脾肿大外，每兼有胁胀痛，腹胀纳呆，呕恶，大便粘滞不爽等。治宜化痰散结法。

常用药如清夏、象贝、蛤粉、射干、炒杏仁、橘红、夏枯草、桔梗、海藻、昆布、海浮石、全萆、苡米、生白术等。均有较好的化痰祛湿、散结消积作用，对痰湿素盛之体或因痰湿阻络所致的肝脾肿大均属适宜。

例患者沙某，女，61岁，教师。1992年3月3日初诊。

患者以往有脂肪肝，胆囊炎病史。近1月来感右胁胀痛，腹胀，呕恶，五心烦热，心前区闷痛不适，周身困重。曾在其他医院B超检查示脂肪肝及胆囊炎。查体：肥胖体质，腹软，肝于右肋下2.5cm，剑下4cm，质韧，压痛（+），莫非氏征（+），脾于肋下未及，舌淡红苔薄白腻，脉沉缓。治宜化痰散结法。

方药：清半夏9克、橘皮9克、茯苓15克、象贝9克、海蛤粉15克、决明子15克、生牡蛎15克、菖蒲9克、连翘9克、炒杏仁9克、郁金15克、白蔻6克、生栀子9克、生甘草3克。水煎服，日1剂。

二诊：服药后肝区胀痛及呕恶明显好转，仍感烦热，双

下肢困重，舌脉同前。上方加宣木瓜 12 克，水煎继服。

再诊：1992 年 5 月 12 日已服药 50 余剂，自述诸症均减，除时有两胁隐痛外，已无明显不适。复查 B 超示：肝脏大小形态未见异常，肝实质回声均匀，肝内血管走行清晰，肝内光点较密集，肝内外胆管无扩张，胆囊 $5.6 \times 2.3\text{cm}$ ，壁毛糙，胆汁透声好。结论：胆囊炎。查体：腹软，肝于右肋下可及，剑下 3cm，质韧，莫非氏征（+），脾于肋下未及。舌淡红苔薄白，脉沉缓。原方去桅子，加玉蝴蝶 9 克。水煎服，隔日 1 剂。

五、虚者补之，健脾即可消积

《活法机要》曾谓：“壮人无积，虚人则有之”。临床上肝脾肿大多见于慢性肝病患者。就整个病程而言多属本虚标实，除肿大的肝脾作为积块局部属实证外，每露正败之象，如形体消瘦、气短乏力、纳呆便溏等。此时正气衰败特别是脾气虚弱已成为主要矛盾，如仍行气破血，一味攻伐，非但于消积无助，反使脾气更加虚弱，这对于疾病预后是极为不利的。古人曾有“健脾即可以磨积，脾健积自消”之说。认为此类患者宜从健脾立法，稍佐活血软坚之品，或进汤剂调补，或以丸散缓图，久必收效。这也是久病治本的一个方面。

健脾磨积法常用药物如生黄芪、党参、白术、茯苓、桂圆肉、莲子、芡实、扁豆、怀山药、苡米、石斛、木瓜、乌梅、太子参等。或具益气健脾之功，或有益脾护阴之效，脾气实则肝体有所养而适其柔润之性，则瘀易去，积易消。

例患者宋某，男，63 岁，干部。1991 年 7 月 3 日初诊。

患者于 4 年前即在查体时发现 HBsAg（+），两年前出现

肝炎症状及体征，肝功异常，B超示门脉高压，肝大。经中西药物治疗后效欠佳，后时常反复。两月前曾服水红花子汤等活血化瘀方药40余剂，症状稍减。近来仍感午后腹胀、便溏、胁痛、偶有牙齦。肝功(-)，A/G=30/32，r-GT(-)，HBsAg(+)，抗-HBe(+)，抗-HBc(+)。查体：消瘦，慢性肝病容，腹软，肝于肋下2cm，剑下3.5cm，质硬，表面光滑，压痛(±)，脾于左肋下2.5cm，质韧，双下肢轻度浮肿，舌淡苔薄白，脉沉细。正虚邪实，瘀在肝而虚在脾，治宜健脾磨积法。

方药：柴芍六君子汤加味。药用台党参15克、生炒白术各15克、茯苓15克、炙甘草6克、半夏9克、橘皮9克、柴胡12克、杭芍15克、炒山药15克、郁金15克、丹参15克、三七粉1.5克(冲)、宣木瓜12克、龟板12克(先煎)、藕节12克、大枣10枚为引。水煎服，日1剂。

二诊：患者自述，服药6剂后体力稍增，腹胀减轻，仍感双下肢困重，舌脉同前。原方继服。

患者服上方3个月余共近100剂，自述乏力消失，饮食及体力佳，二便调，双下肢已不肿，胁痛明显减轻，牙齦已止，已能上班工作。1991年10月21日复查肝功(-)，HBsAg(-)，A/G=46/30。B超示：肝大小形态正常，胆囊5.6×3.0cm，壁不厚，脾厚3.8cm。查体：面色稍萎黄，腹软，肝于肋下可及，剑下3cm，脾于肋下未及，双下肢(-)，舌红苔薄白，脉沉细弦。上方去大枣、龟板，其他药加大为5倍量，再加黄芪120克、首乌120克米泔水泛为丸如绿豆大。每次10克，每日3次。久久服之，以善其后。

再生障碍性贫血证治

唐由君(1950—)，男。中医内科副主任医师，硕士研究生导师，擅长血液病、恶性肿瘤的治疗。1975年8月毕业于山东医学院(中医系)，跟随顾振东主任医师近20年。1992年10月被山东省卫生厅(首次)授予卫生技术人员拔尖人才称号。在《中医杂志》、《中国中西医结合杂志》、《中国医药学报》、《中医杂志日语版》等杂志发表医学论文50余篇；两项科研成果获山东省科委科技进步三等奖。

再生障碍性贫血(简称再障，下同)，临床以贫血、出血、发热为特征。慢性再障以继发性多见；急性再障、重型再障较少；纯红细胞再障，纯巨核细胞减少再障罕见。属祖国医学的虚劳(干血癆、童子癆)、血虚、血枯、血证、脾肾亏损等范畴。为骨髓造血机能障碍所致，是内科临床常见而难治的病证。

中医学治病的核心是辨证施治。对再障的辨治大体上经历了这么几个阶段；50年代之前，多注重用补气养血(因临床看到的是病人头晕、乏力、心悸等气血亏虚之证)，多用当归补血汤、人参归脾汤、人参养荣汤从治，临床收到一定的效果；60年代以后，注重了补脾肾的治疗(因临床不但看到气血亏虚之证，而且有纳呆，腹胀，恶心，腰酸腿软之证)，多用桂附八味丸、六味地黄汤加减治疗，使再障的治疗向前

推进了一步，临床疗效有了显著提高；70年代之后，又进一步认识到对再障的治疗重点是补肾（肾主骨生髓），疗效又有提高。在治疗过程中发现：凉润滋阴药能缓解症状，而温热补阳药则能改善造血功能，从而总结出：补肾为主，补气为辅；补阳为主，滋阴为辅；凉→温→热等一系列的治疗规律。目前，国内一般将慢性再障分肾阳虚、肾阴虚、肾阴阳两虚三型论治。我们从事该病的研究近20年，积累了很多的临床经验，疗效亦较满意。我们临床发现：再障治疗的有效依次为：先有自觉症状的改善（头晕、乏力、心悸、纳呆等逐渐改善），其次为网织红细胞的上升，再次为血红蛋白含量的升高，第四为白细胞的恢复，最后是血小板的缓慢升高，少则2~3个月，6个月，亦有2年、3年升至正常者，最长1例10余年血小板才恢复正常。本文将该病分为九型，结合典型病例，简述如下：

一、肾阳虚型再障

肾阳虚型再障临床常见心悸，气短，乏力，头晕（血虚症状，下同）等症。面色晄白，唇甲色淡，怕冷，手足发凉，夜尿多，时有便溏。男子可有阳痿、早泄等症。妇女可有性欲减退、月经不调等。多天出血或出血轻微。舌苔薄白，舌质淡。脉细。

例患者赵×，女，22岁，汽车售票员。住院号：31594。头晕，乏力，鼻衄15天，加重7天，于1984年5月12日以再障收住院。患者既往身体健康，当售票员3年多（工作在汽油的环境中）。半月前头晕，乏力，时有鼻衄发生。7天来，上述症状渐加重。纳呆，恶心，腹胀，手足欠温，小便清长，

夜尿多。查体，鼻孔有少量陈旧性血迹，结合膜、口唇、指甲色淡，心率：90次/分，律整，肺（-），腹软，肝脾（-），双下肢皮肤有陈旧性出血斑。舌苔薄黄，舌质淡，脉沉细。周围血象：血红蛋白 55g/L；白细胞 $3.2 \times 10^9/L$ ，N：42%，L：57%，M：1%；血小板 $38 \times 10^9/L$ 。骨髓检查结论：再障。中医辨证为肾阳虚型，治以温补肾阳。药用：菟丝子 30 克、黄精 30 克、肉桂 6 克、生地 18 克、熟地 24 克、阿胶 11 克（烔化）、枸杞 24 克、女贞子 15 克、旱莲草 15 克、砂仁 12 克、炒谷芽 12 克、麦芽 12 克、陈皮 12 克、山药 15 克、甘草 6 克。水煎服，日 1 剂。第 1 次住院 5 月余（1984 年 5 月 12 日至 10 月 22 日，服用中药 140 余剂，血红蛋白升至 110g/L，缓解出院。后因上感，再障复发，第 2 次住院，仍以温补肾阳为主药治疗，再次缓解出院。出院后继服温肾阳方 3 年余（约 1000 余剂），临床、血象、骨髓均恢复正常。结婚后生 1 女婴，母女健康。该患者已缓解近 10 年，生活、工作正常。

肾阳虚型再障，临床阳虚明显，出血少见。肾虚温肾，血虚补血，虚而受补，疗效较好（阳虚易治）。尤以菟丝子、黄精补肾阳为主，兼滋肾阴，为治疗再障肾阳虚型的主要而有效的药物。

二、肾阴虚型再障

肾阴虚型再障临床除常见血虚症状（同前，略）外，并有低热，手足心热，心烦，盗汗，口渴思饮，齿衄、肌衄、鼻衄均多见，大便偏干。舌苔少，舌质偏红。脉细数。

例患者李××，男，41 岁，中药工。住院号：35365。头晕、乏力 1 年余，加重 2 个月。于 1984 年 10 月 15 日以再障

收住院。患者乏力、头晕，活动后心悸，手足心热，心烦，睡眠欠佳。查体：重度贫血貌，口唇、指甲色淡，齿龈有血迹，下肢有散在的出血斑点，心率：98次/分，律整，心尖区可闻及Ⅲ级收缩期杂音，肺（-），腹软，肝脾（-）。舌苔薄黄，舌质偏红。脉细数。周围血象：血红蛋白 35g/L；白细胞 $2.1 \times 10^9/L$ ，N：39%，L：57%，M：2%；血小板 $20 \times 10^9/L$ 。骨髓检查结论：再障。中医辨证为肾阴虚，治以滋肾清热，凉血止血。服该方 90 余剂，疗效不显。后应用人参 9 克、鹿茸 1.5 克（冲）、黄芪 45、生地 15 克、丹皮 15 克、赤芍 18 克、甘草 6 克。水煎服，日 1 剂。应用 14 剂后，自觉症状明显减轻，出血减少，血红蛋白升高。继用上方 220 余剂（1984 年 10 月 15 日至 1985 年 7 月 16 日），病情缓解出院。9 年后随访，患者工作、生活正常。

肾阴虚型再障，疗效较差（阴虚难调），虚不受补，但参、芪、茸应用恰切，非但无致出血或加重出血之虞，且有补血、止血、清火（虚火）之功，若辨证准确，收效快捷。本案虽表现为肾阴虚，但滋肾清热多时未效，宗“正治不效者宜反也”之法，重用人参、黄芪、鹿茸等（“虚火可补，参芪之属”）较快收功。

三、肾阴阳两虚型再障

肾阴阳两虚型再障除有血虚症状外，兼有肾阳虚、肾阴虚的症候。

例患者毕××，男，32 岁，列车乘警。住院号：19127。面色㿔白，头晕，心悸 2 月余，加重 15 天。于 1977 年 6 月 21 日以再障收住院。患者 2 年前，因治疗“牛皮癣”间断服

用马利兰 200 余片。1977 年 4 月始，面色晄白，后头晕，心悸，且逐渐加重。查体：重度贫血貌，结合膜、口唇、指甲色淡，皮肤苍白，心率：104 次/min，律整，心尖区可闻Ⅲ级收缩期杂音，肺（-），腹软，肝脾（-）。周围血象：血红蛋白 $50 \times 10^9/L$ ；白细胞 $1.9 \times 10^9/L$ ，N：44%，L：56%；血小板 $38 \times 10^9/L$ 。骨髓检查结论：再障。中医辨证为肾阴阳两虚型，治以滋肾温阳，兼补气血。药用：菟丝子 30 克、黄精 30 克、女贞子 30 克、旱莲草 24 克、熟地 24 克、黄芪 30 克、白术 12 克、当归 12 克、丹皮 12 克、阿胶 15 克（烊化）、柳树根 30 克、炙甘草 9 克。水煎服，日 1 剂。服用 30 剂后，血红蛋白升至 $80 \times 10^9/L$ ，白细胞 $4.3 \times 10^9/L$ ，血小板仍低（ $32 \times 10^9/L$ ）。原方加故脂 18 克，阿胶加至 24 克，加小蓟 30 克。继服 110 余剂，11 月 26 日查血：血红蛋白 134g/L；白细胞 $8.0 \times 10^9/L$ ，N：68%，L：31%，M：1%；血小板 $107 \times 10^9/L$ 。骨髓检查结论：大致正常。于 1977 年 12 月 12 日缓解出院。16 年来，患者工作正常。

肾阴阳两虚型再障，临床常见，疗效居中（疗效比肾阳虚型差，比肾阴虚型好）。菟丝子、黄精、女贞子、旱莲草（滋肾温阳、阴生阳长）为该型的主要治疗药物，而峻补肾阳的桂、附较少应用，临证值得注意。

四、脾肾两虚型再障

脾肾两虚型再障临床除有血虚证候外，并有纳呆，恶心，时有腹胀，腰膝痠软，头昏耳鸣等。舌苔薄白，舌质偏淡。脉沉细。

例患者王××，女，14 岁，学生。住院号：39276。面黄，

乏力1月余。于1986年2月24日以再障收住院。因“月经”来潮，前5天出血量多（血红蛋白从110g/L下降至75g/L），色暗红，有血块；后15天淋漓不断，色淡。查体：重度贫血貌，皮肤粘膜未见出血，心率96次/min，律整，心尖区可闻及Ⅲ级收缩期杂音，肺（-），腹软，肝脾（-）。周围血象：血红蛋白35g/L；白细胞 $3.6 \times 10^9/L$ ，N：52%，L：48%；血小板 $56 \times 10^9/L$ 。骨髓检查结论：再障。中医辨证为脾肾双虚型，治以补肾健脾，补气摄血。药用：黄芪45克、当归12克、白术12克、菟丝子15克、黄精12克、五味子9克、阿胶11克（烊化）、益母草15克、炒黄芩9克、磁石30克、白芍12克、甘草6克。水煎服，日1剂。服用20余剂后，崩漏止。继服原方60余剂（1986年2月24日至5月7日），缓解出院。6年后随访，未有复发。

脾肾两虚型再障，临床亦非少见。血之源头在于脾，气之源头在于肾，脾肾并补，则气旺血生。黄芪、人参、菟丝子、黄精是其主药。四药伍用，临床往往收到较好效果。该例非但造血障碍，而且并发崩漏。“崩漏不止，经乱之甚也”。崩则如山之裂，漏则不时妄行。“脾为先天之本，三阳之首也，脾气健则元气旺而阴自固，肾为先天之本，三阴之蒂也，肾水足则龙火潜而阴亦平。故血证有脾虚者，当补脾以统其血，有肾虚者，当壮水以制其阴”。本案为脾肾双虚，冲任不固，而成崩漏，健脾补肾，因摄冲任而血止。继续治疗2月余而病缓解。6年后随访，病未复发。

五、血虚血瘀型再障

血虚血瘀型再障临床除表现为血虚证候外，并有齿衄、鼻

衄、便血、尿血，妇女则可有崩漏，血块较多。舌苔薄黄，舌质紫暗或有瘀斑。脉细涩。

例患者张××，女，57岁。住院号：32098。便血20天，诊为再障，于1983年8月1日转来我病区。查体：重度贫血貌，眼结膜、口唇、指甲色淡，心率：96次/min，律整，心尖区可闻Ⅱ级收缩期杂音，肺（-），腹软，有局限性压痛，肝脾（-）。周围血象：血红蛋白35g/L；白细胞 $2.8 \times 10^9/L$ ，N：44%，L：56%；血小板 $35 \times 10^9/L$ 。骨髓检查结论：再障。已输鲜血3300ml，应用多种止血药（止血敏、止血芳酸等），2天多来，仍未奏效。患者乏力，心悸，头晕，便血，色暗量多（一次约500~2000ml）。舌质淡红。脉细弱。辨证为血虚血瘀型再障，治以活血化瘀，补气养血。药用：台参15克、白术15克、黄芪45克、当归12克、阿胶11克（烊化）、砂仁12克、赤芍15克、白芍15克、地榆15克、云苓15克、甘草9克。水煎服，日1剂。重用大黄粉15~30克/日，分4次口服。配合输血（2次输600ml）。3天后血止，半月余未再便血。继续治疗3月余，缓解出院。

血虚血瘀型再障，当以活血化瘀为主，治其根本。大黄为主药，该药可生用，亦可入煎剂（若入煎剂，大黄配生地更佳），疗效满意。“脏腑伤损，血则妄行。肠虚则下血”，“举世皆以参芪归地补虚，仲景独以大黄、虻虫补虚”，“大黄一味，既是气药，又是血药，止血而不留瘀”。本案病因为气血双虚，瘀血阻滞肠道，瘀血不去，便血不止；瘀血不去，新血不生。用大黄3日后，便血得止（大黄、虻虫补虚之实质在祛瘀），继续应用大黄粉（减量）配用复方中药，疾病得以缓解（1983年8月1日至10月12日）。10年后随访，患者

生活、工作正常。

六、长肉不长血的再障

长肉不长血的再障临床除有血虚证候外，尚有纳食虽多，但时有腹胀（肾强脾弱），嗜睡，不愿活动。舌苔薄白腻，舌质偏淡。脉细。

例患者王××，女，35岁，护士。住院号：32460。头晕，乏力，心悸伴齿衄15天，加重7天。于1983年11月29日以再障收住院。患者15天前，因“上感”出现头晕，心悸，乏力等症，且渐加重。查体：贫血貌，眼结膜、口唇、指甲色淡，齿龈有新鲜和陈旧性血迹，心率：102次/分，律整，肺（-），腹软，肝脾（-）。舌苔薄白腻，舌质淡。脉细。周围血象：血红蛋白45g/L；白细胞 2.9×10^9 个/L；N：49%，L：50%，M：1%；血小板 45×10^9 个/L。骨髓检查结论：再障。中医辨证为肾阴阳两虚型再障，治以滋肾温阳。药用：黄精30克、菟丝子30克、生地18克、熟地24克、丹皮15克、枸杞18克、云苓15克、白芍24克、仙鹤草15克、五味子9克、黄芪24克、当归9克、阿胶11克（烔化）、甘草6克。水煎服，日1剂。服用60余剂后，患者纳食好，睡眠足，不愿活动，乏力、心悸减轻，齿衄出血停止，但血红蛋白含量、白细胞数未见上升，体重却明显增加（约3千克）。辨证为脾虚湿盛，长肉不长血。以健脾益气运湿补肾为治则。拟方：黄芪45克、台参24克、白术15克、泽泻24克、山药15克、丹皮15克、生地24克、知母15克、黄精30克、菟丝子30克、枸杞18克、砂仁9克、甘草6克。水煎服，日1剂。服药30余剂后，体重明显减轻（约1.5千克），血红蛋白升至

75g/L, 白细胞亦有升高 (3.3×10^9 个/L)。继用该方加减, 再服 40 余剂, 患者诸症消失, 血红蛋白 120×10^9 个/L, 白细胞 4.2×10^9 个/L, 血小板 57×10^9 个/L, 缓解出院 (1983 年 11 月 29 日至 1984 年 4 月 8 日)。10 年后随访, 患者生活、工作正常。

再障患者, 多用补药, 饮食亦多蛋白、高热量, 亦有的用骨髓之类 (所谓以髓补髓), 脂肪含量较多, 且患者此时小心谨慎, 活动较少, 若再用男性激素、蛋白同化激素、肾上腺皮质激素等, 体形更加肥胖, 临床则出现治疗虽好, 但长肉不长血的现象。此时应健脾益气运湿为主, 重用黄芪、台参、泽泻, 并嘱患者适当加强活动, 多能收功。

七、伴发乙型肝炎的重型再障

伴发乙型肝炎的重型再障临床除表现为较严重的血虚症候外, 尚有腰痠腿软, 耳鸣, 腹胀呕恶; 亦有低热, 目黄, 尿黄, 身黄等。舌苔黄厚腻, 舌质偏淡。脉沉细数。

例患者王××, 男, 32 岁, 干部。住院号: 41751。乏力、头晕伴齿衄 3 月余。于 1987 年 1 月 26 日以再障收住院。患者既往有齿龈出血的病史。1986 年 7 月始, 不明原因出现面黄, 乏力, 易疲劳, 9 月因饮酒过量 (0.5 千克左右), 而致恶心、呕吐, 呕吐物为胃内容物, 未见咖啡样物, 伴有发热 (体温 39°C)、头晕、全身无力, 且日渐加重。10 月中旬, 口腔出血。查体: 重度贫血貌, 眼结膜、口唇、指甲色淡, 心率: 84 次/min, 律整, 心尖区可闻 III 级收缩期杂音, 肺 (-), 腹软, 肝脾 (-)。双下肢可见新鲜和陈旧性瘀点。周围血象: 血红蛋白 35g/L; 白细胞 2.0×10^9 个/L, N: 30%,

L: 70%; 血小板 65×10^9 个/L。骨髓检查结论: 再障。骨髓培养: 骨髓细胞 GM—CFuC 生长较正常明显减少; 患者骨髓细胞不抑制正常 GM—CFuC 生长; 患者血清不抑制正常 GM—CFuC 生长。患者骨髓 GM—CFuC 培养支持再障诊断, 可能系造血干细胞损伤所致。骨髓 γ -照像结果: 骨髓成像质尚可, 全身骨髓活性和分布: 中心性骨髓、肠骨、椎体骨, 特别是骨盆等部位骨髓分布异常, 活性明显降低, 活性水平 0~I 级, 外周骨各髓不显影, 肱骨及股骨上端均不显影。结论: 中心性及外周骨髓抑制, 符合再障。中医辨证为脾肾两虚, 治以健脾补肾、补气养血。药用: 西洋参 9 克、白术 15 克、黄芪 45 克、当归 9 克、砂仁 12 克、菟丝子 30 克、黄精 30 克、枸杞 18 克、木香 12 克、女贞子 15 克、旱莲草 15 克、山药 30 克、生地 15 克、甘草 6 克。水煎服, 日 1 剂。服药 200 余剂后, 贫血逐渐改善, 血红蛋白升至 70g/L。9 月 1 日始, 患者恶心, 腹胀, 憋闷, 进食则吐, 面黄、目黄、尿黄。肝肋下 1.5cm, 转氨酶 193 单位, HBeAb (+)、抗 HBc (+)、抗 HBc—IgM (+), 黄疸指数 45 单位。血红蛋白降至 55g/L, 为再障伴发乙肝。中药应用清热解毒、利湿退黄之剂。药用: 柴胡 12 克、黄芩 9 克、丹参 12 克、茵陈 30 克、焦枝 12 克、大黄 3 克、枳壳 12 克、白茅根 30 克、清夏 12 克、川朴 12 克、苍术 9 克、五味子 12 克、甘草 6 克。水煎服, 日 1 剂。服药 15 剂后, 黄疸消退, 肝功基本正常。原方加黄芪 30 克、太子参 30 克。继服 6 剂。再改用健脾补肾方, 佐清湿热。药用: 西洋参 9 克、黄芪 30 克、太子参 30 克、当归 12 克、云苓 12 克、白术 9 克、砂仁 9 克、枸杞 15 克、首乌 12 克、补骨脂 18 克、仙鹤草 30 克、阿胶 11 克、炒山枝 12 克、甘草 6 克。

水煎服，日1剂。配合输血11200ml，病情逐渐好转，住院316天，于1987年12月7日好转出院。出院后，继服上方120余剂，疾病缓解。至今已6年，血象、骨髓正常，乙肝五项指标多次复查均为阴性，正常参加工作。

重型再障较为难治，伴发乙肝，治疗更加困难，死亡率极高（70%）。我们先后应用健脾补肾方治疗再障，用清热解毒利湿退黄方治乙肝，服药300余剂（1987年1月26日至12月7日），再障缓解，乙肝亦恢复正常。我体会：健脾补肾中药（西洋参、黄芪、黄精、菟丝子）对促进造血干细胞的修复、再生有较好的作用（本例重点为干细胞受损），且缓解后不易复发。

八、伴发糖尿病的纯红再障

伴发糖尿病的纯红再障临床主要表现为血虚，亦可有腰痠腿软等症。舌苔薄黄，舌质偏淡。脉细数。

例患者牟××，女，59岁，职工。住院号：48356。因头晕，心悸1月余。于1989年2月27日以贫血原因待查伴发糖尿病收住院。患者1989年1月始面色黄，活动后心悸，后因“上感”服用复方新诺明（10余片）及扑热息痛（2片）。患者有糖尿病史，夜尿多。查体：面色晄白，唇甲色淡，巩膜、皮肤无黄染及出血，心率：82次/min，律整，心尖区可闻及Ⅲ级收缩期杂音，肺（-），腹软，肝脾（-）。周围血象：血红蛋白50g/L；白细胞 6.0×10^9 个/L，N：64%，L：36%；血小板 140×10^9 个/L。骨髓检查结论：纯红再障。中医辨证为肾阳虚。治以温补肾阳，益气养血。药用：补骨脂15克、仙灵脾15克、附片6克、黄精18克、肉苁蓉15克、熟地18

克、党参 18 克、黄芪 18 克、阿胶 11 克（烊化）、甘草 6 克。水煎服，日 1 剂。服用 30 余剂后，头晕、乏力、夜尿多等症明显减轻。后感冒，暂用桑杏汤加减。其后以补肾益气，养阴生津善其后，重用黄芪（45 克）、丹参（30 克）、葛根（30 克）、花粉（30 克），配用胰岛素、优降糖等。住院 108 天（1989 年 2 月 27 日至 1989 年 6 月 16 日），纯红再障缓解（血红蛋白 115g/L），糖尿病基本控制而出院。4 年多来，患者病情稳定，纯红再障未有复发。

纯红再障少见，而纯红再障伴发糖尿病者更少。本例纯红再障的成因，似与药物有关（复方新诺明、扑热息痛），亦有报道氯霉素引起该病者。虽然只红系细胞显著减少（或缺如），但治疗仍较困难，疗效远不如慢性继发性再障。本例应用温肾药（补肾脂、仙灵脾、黄精、肉苁蓉）促进受损的定向干细胞修复、再生，应用黄芪、丹参改善骨骼微环境（补气活血），使病情尽快缓解。对造血干细胞有修复、再生作用的还有：附子、肉桂、首乌、熟地、桑椹、麦冬、当归、川芎、白芍等，临证时可以选用。

九、原发性纯巨核细胞再生障碍性血小板减少性紫癜

原发性纯巨核细胞再生障碍性血小板减少性紫癜简称纯巨再障。临床表现以出血为主（齿衄、肌衄、鼻衄、咯血、呕血、便血、尿血等），亦可有血虚见证。舌苔薄黄，舌质淡。脉细。

例患者房××，女，32 岁，干部。住院号：22693。因大量便血、鼻衄、齿衄、肌衄伴发热于 1989 年 5 月 19 日第 2 次

收住院。患者1979年7月13日因齿衄、鼻衄以“原发性血小板减少性紫癜”第1次入院治疗（患者既往无氯霉素、合霉素、磺胺类用药史），应用凉血、清热、补气健脾等治则，结合应用皮质激素（强的松10~30mg/d，分次口服）治疗7个月，于1980年2月11日明显好转出院。出院后的10年间，病情较稳定，无明显出血、贫血，血红蛋白稳定在105g/L~125g/L，白细胞 $4.2 \times 10^9/L \sim 8.4 \times 10^9/L$ ，血小板 $40 \times 10^9/L \sim 50 \times 10^9/L$ 之间。1989年5月18日，该患者发热（38~39.5℃），鼻衄、齿衄、肌衄、黑便，血红蛋白聚然从115g/L降至30g/L。查体：体温：37.8℃，脉率：100次/min，呼吸：25次/min，血压：14.5~7.5kPa。查体：双鼻孔、牙龈有陈旧性血迹，四肢胸腹有较密集的陈旧及新鲜出血斑点，胸骨有轻压痛，心率：100次/min，律整，心尖区可闻及Ⅱ级收缩期杂音，肺（-），腹软，胃脘部有局限性压痛，肠鸣音稍亢进。舌苔薄黄，舌质偏淡。脉细数。周围血象：血红蛋白30g/L；白细胞 $5.6 \times 10^9/L$ ，N：64%，L：36%；血小板 $40 \times 10^9/L$ 。骨髓检查（3次）：增生活跃；粒、红两系形态、比例大致正常；淋巴系形态、比值大致正常；全片未见巨核细胞，血小板少见。结论：纯巨再障。中医辨证为血热妄行。治以清热解毒，凉血止血，佐益气健脾。药用：生地30~60克、连翘15~30克、赤芍15克、丹皮15~30克、黄芪30~60克、当归9克、茜草15克、山枝9克、五味子12克、白茅根30克、生牡蛎30克、犀角粉1.5~3克（冲服）、砂仁9~12克、山药15克、甘草6克。水煎服，日1~2剂，分2~4次口服。配用大黄粉，每次3~6克，日2~3次。西药应用地塞米松5~15mg/d，静滴；或强的松20~60mg/d，分次口服。亦应

用止血敏、止血芳敏、Vk 等，治疗 70 多天，病情一度好转，血红蛋白升至 115g/L，血小板 $70 \times 10^9/L$ 。治疗过程中（1989 年 7 月 25 日）患者突然腹痛，移动性浊音明显。查血：血红蛋白 70g/L（出血前 115g/L），血小板 $30 \times 10^9/L$ 。大便无红细胞及潜血，诊断为腹腔出血。继用原中药方为主治疗 30 余天，腹腔出血基本吸收，未再有新鲜出血，再次好转出院。3 年多来，病情稳定，未有复发。

原发性纯巨再障，是一组血小板减少伴骨髓巨核细胞减少或缺如，而其它成分无明显改变的病变。本病的特点为：第一，部分患者有应用影响巨核细胞药物的历史，部分患者则原因未明。第二，该患者一般无贫血，如有，则贫血程度与失血量呈正比；无白细胞及中性细胞减少；血小板减少。第三，经两次以上多部位骨髓穿刺，除巨核细胞缺如或减少外，其它皆大致正常。本病的治疗，国内外学者大多采用肾上腺皮质激素和雄性激素，多数均告无效。我们采用中西医结合的方法，治疗该病严重的胃肠、腹腔出血，两次挽救了病人的生命，且缓解后 3 年多来未有复发，疗效较为满意。生地、连翘、葛根、山枝是治疗血小板减少的主要药物，该类药物改善临床出血症状较为有效，对提升血小板亦有疗效，但过程较长（25~180 天，有的甚至需 10 年之久），值得临床医师注意。

发作性睡病中医治疗五法

张洪斌(1951—)，男，山东省龙口市人。1974年毕业于山东医学院中医系。现任山东中医学院中医系主任，副教授，硕士研究生导师，中国中医药学会会员，《中医药动态》编委。毕业后从事中医内科医疗和教学工作，尤其擅长神经内科疾病的中西医诊断与治疗。撰写专业论文10余篇，担任山东中医学院中医临床教材编委副主任，《中医内科学》(教材)编者，参编《实用中医保健学》等著作4部。完成科研课题1个，经专家鉴定属国内外先进水平。现正进行中风病的中医综合康复研究。

发作性睡病以突发性不可克制的嗜睡为特征，通常在饭后、开会、听课或在单调的环境中更易发生，可日作数次，病因不清。祖国医学称“嗜卧”、“多寐”、“善眠”证。应用中医药治疗本病，常可收到满意疗效。

一、祛痰化浊，开窍醒神

脾虚失健，痰浊内盛，壅阻中焦，痹阻气机，清阳不升，浊阴不降，阳气不振，灵机被蒙，而脑神不展。证见：嗜睡频作，头脑昏蒙，精神萎顿，肢体沉重，倦怠无力，胸脘痞闷，口腻纳呆，舌质淡，舌苔白厚而腻，脉濡缓或滑。治宜健脾祛痰，开窍醒神。常用方药，半夏白术天麻汤、温胆汤、

太无神术散等方加减。

例患者王某，男，45岁，职员。1992年4月6日初诊。

发作性嗜睡1年多。于1年前出差途中自觉嗜睡难抑，自以爲旅途疲劳，未介意。之后，工作中常因嗜睡发作，伏案而寐，虽可被叫醒，但常醒后又寐。症状逐渐加重，因此经常受到领导和同事的批评。以往健康，近两年体重明显增加，夜间睡眠正常，鼾声隆隆。素日自感全身沉重乏力，懒动，头昏沉，口粘，饮食无味。检查：神志清楚，表情淡漠、呆滞，呈肥胖体形。舌体大，有齿痕，舌苔厚腻，脉沉濡。证属脾虚湿盛，痰湿中阻。治宜健脾祛痰，开窍醒神，半夏白术天麻汤加减。处方：半夏12克、白术15克、天麻15克、茯苓30克、石菖蒲20克、藿香12克、佩兰12克、干姜10克、附子12克、甘草5克。水煎服，日1剂。

二诊：服上方6剂，自觉饮食有味，乏力、嗜睡症状较前减轻，工作中能勉强控制睡意，舌脉同前。上方加苍术20克、草豆蔻12克，改附子20克。

三诊：又服上方6剂，自觉脑子较前清楚，有精神，白天能控制睡意，食欲增加，舌苔白腻不厚，脉濡。前方化裁，服药20余剂，嗜睡症状消失，体力恢复，精神明显好转，精力充沛，舌质淡红，舌脉正常。嘱继用前方10剂，隔日服，以善其后。1年后随访，无复发。

按：《血证论》云：“倦怠嗜卧者，乃脾经有湿也”。脑居天际，性喜爽朗。今脾虚不能健运，湿阻中焦，清气不升，浊气不降，精明之府受浊阴之蒙，灵机被阻，清阳不振，脑神不展，而昏昏欲眠，嗜睡难抑。治之者，姜、附、二陈，温运脾阳，健脾以化湿；藿香、佩兰、石菖蒲芳香化浊，开窍

醒神。诸药合之，则脾气旺而清阳得升，浊阴得降，脑醒神清，经久不倦。

二、行气活血，通脉养脑

气为血之帅，气行则血行。气虚不能鼓舞血行，血瘀于脉而脑失血养，脑窍闭塞，神识无主。证见：嗜睡发作，迁延日久，神疲乏力，头脑昏沉，记忆力减退，有时头痛，失眠多梦，舌质紫暗，常有瘀点或瘀斑，脉细涩无力。治宜行气活血，通脉开窍利脑。常用方药：补阳还五汤、通窍活血汤等方加减。

例患者孙某，女，50岁，教师。1991年9月18初诊。

发作性嗜睡2年多，经常在上課、备课、批改作业和开会时常伏案而寐，不能胜任工作而停职。素日自觉乏力，神疲倦怠，脑子昏沉不清，耳鸣，记忆力减退。曾在当地医院诊为“更年期综合征”、“脑动脉硬化症”，服中西药物治疗无效。检查：神清，表情呆滞，对周围事物无兴趣，与其谈话时自述有睡意，面色灰暗欠泽，舌质淡，有瘀斑，脉细弱。脑电图呈边缘状态，脑电阻图提示轻度脑动脉硬化，血脂、血糖含量正常。证属气虚不能帅血，脑失血养，治宜行气活血，通脉荣脑，补阳还五汤加减。处方：黄芪30克、党参20克、当归12克、川芎15克、丹参15克、赤芍15克、桃仁12克、红花10克、菊花12克、天麻15克、石菖蒲10克、甘草5克。水煎服，日1剂。

二诊：服药10剂，自觉脑子较前清楚，精神好，嗜睡症状也有减轻，舌脉同前。上方改黄芪45克、川芎30克，加桂枝10克、细辛3克，佐芪、芎行气活血，温阳通脉以利窍。

三诊：自觉服药后症状日渐减轻，白天能控制嗜睡发作。如此，前方加减，服药 20 余剂，病愈。

按：脑髓遍布血管，血流充沛，全赖于气血贯穿，方运行不息，以维持脑的正常生理功能。气为血之帅，气行则血行。气虚不能鼓舞血行，血滞不能上荣于脑，脑失血养。重用参、芪、术益气；桃、红、芎、芍活血；桂枝、细辛温阳通脉以佐之。气旺血畅脉通，而脑健灵清。

三、补益气血，荣脑提神

脾虚生化无源，气血不足，不能上奉于脑，脑失所养，脑神不振。证见：整日昏昏欲睡，面色萎黄，神倦肢怠，失眠多梦，心悸气短，健忘易惊，舌质淡，舌苔薄白，脉细弱。治宜补益气血，荣脑开窍提神。常用方药：归脾汤，八珍汤，养心汤等方加减。

例患者刘某，女，43 岁，护士。1993 年 5 月 4 日初诊。

近半年来，常不分时间和场所发生难以控制的睡眠，日数次，曾在骑车上班途中，嗜睡发作而摔伤。往有神经衰弱病史。经常头晕，失眠，夜间多梦，记忆力减退，月经量少，色淡，经期后延，每行经时症状加重，乏力，纳呆。检查：脑电图正常。舌质淡，舌苔薄白，脉细弱无力。证属气血不足，脑失濡养。治宜补益气血，健脾养心荣脑，归脾汤加减。处方：黄芪 30 克、当归 12 克、阿胶 10 克（烔）、熟地 20 克、川芎 10 克、白术 15 克、党参 20 克、丹参 15 克、菊花 12 克、甘草 5 克。水煎服，日 1 剂。

二诊：服药 10 剂，诸症减轻。前方化裁，用药 30 余剂，病愈。

按：脑为髓海，精气为本；有赖于脾气健旺，化生气血以濡之，而生发气机。是谓：“先天必赖后天以养也”。脾虚不能化生气血，气血不足，气虚失其温煦之功，营血不足失其濡养之能，精明之府失气血之荣，而脑神不清，是故每每嗜睡欲眠。治之者，必健脾以充血，土旺气敦则精血具生化之本矣。用归脾汤，补益气血，则髓充脑健神灵。

四、温肾助阳，宣发气机

肾阳不足，失其温煦之功，上不能布达于脑，以宣发清阳，布展神机，而神识不明。证见：嗜睡发作，或昏浑欲寐，腰膝酸软，畏寒肢冷，阳痿，小便清长，夜尿频数，舌质淡，舌苔薄白，脉沉细微弱。治宜温肾助阳，健脑提神。常用方药，右归饮，金匱肾气丸等方加减。

例患者张某，男，50岁，工人。1993年10月6日初诊。

脑子不清，记忆力减退，嗜睡发作1年多。1年来，常因嗜睡影响工作，有时在车间席地而寐。素日头昏、耳鸣，全身畏寒，腰膝酸软，乏力肢冷，大便溏。查：舌质淡，舌苔薄白，脉沉细。脑电图正常，TCD检查示有轻度脑动脉硬化。证属肾阳不足，脑失温煦，治宜温补肾阳为常法，右归饮加减。处方：附子15克、肉桂10克、细辛3克、山茱萸20克、杜仲15克、桑寄生20克、何首乌15克、枸杞子20克、菊花10克、石菖蒲20克、甘草5克。水煎服，日1剂。

二诊：服药6剂，头昏、耳鸣，畏寒肢冷症状减轻。继用前方化裁，服药40余剂，诸症消失。

按：“阳气者，若天如日”，入则寐，出则寤。阳气不足，不能布达于脑，宣发清阳，以利脑窍，则寤寐失调。附子、肉

桂温补肾中元阳，以助少火；细辛辛温宣散，展布气机，助桂、附以升阳，开窍利脑；山茱萸、何首乌、枸杞子大补肾阴，是谓“阳根于阴，善补阳者，阴中求阳”。阴盛阳旺，髓充脑健，而寤寐自调。

五、填精补髓，健脑利窍

阴精亏虚，不能生髓充脑，髓海不足，脑神无主，神明逆乱。证见：怠惰嗜睡，腰膝酸软，头昏脑鸣，或耳鸣耳聋，神情呆滞，思维迟钝，任事精力不支，记忆力减退，舌质淡红，舌苔薄白，脉细弱或细数。治宜填精补髓，健脑利窍。常用方药：六味地黄丸、左归饮等方加减。

例患者张某，男，54岁，工程师。1992年11月3日初诊。

难以克制的睡眠发作加重1年。1年前开始出现头昏，记忆力减退，工作中常出现难以克制的嗜睡发作，日数次，睡眠能被他人叫醒。症状渐加重，有时欲以吸烟强提精神而被烟烧着衣服。平素头昏脑鸣，腰膝软弱无力，检查：情绪抑郁，精神呆滞，反应迟钝，舌质淡红，舌苔薄白，脉细弱无力。证属肾精亏虚，髓海不足，治宜益肾填精补髓，充脑利窍，左归饮加减。处方：熟地20克、山药15克、枸杞子20克、茯苓20克、山茱萸15克、鹿角胶15克（烊）、菟丝子10克、菊花10克、石菖蒲20克、炙甘草10克。水煎服，日1剂。

二诊：服前方10剂，嗜睡发作次数减少，睡眠深度也减轻。前方化裁用药30余剂病愈。

按：脑为髓海，“髓海有余，则轻劲多力，自过其度，”而

精神焕发，思敏善记。今脑虚髓减，神失生化之源，而不得宣张。肾主骨生髓，“诸髓皆属于脑，”是以欲补脑髓者，非填精密髓，峻补真阴不可，张（景岳）氏左归饮为首选之方。肾精充溢，脑海得滋，则精神自振，嗜睡渐愈。

六、体会

（一）论治当辨虚实

治多寐当首辨虚实。其实者，邪气盛也，多系痰、瘀为患。痰浊内盛，壅滞脑窍，或气血凝滞，瘀血阻脉，闭塞脑窍，使脑气与脏腑之气不相接，脑失其用，而每每欲睡。痰浊者，涤痰、化浊为先，半夏、茯苓、南星健脾化痰，藿香、佩兰、石菖蒲芳香化浊，均为临床常用之药。瘀血者，治宜活血化瘀，通脉利窍为要，桃仁、红花、赤芍、川芎为常用之品。邪祛窍通而病除；正虚者，为脏腑虚损，当调和脏腑，健脾补肾为根本，或益气养血，或补髓填精，或温阳通脉，据其证而择之，荣其脑为大法。

（二）健脑宜调脏腑

《灵枢·五癯津液别》曰：“五脏之精气皆上注于目，……而与脉并为系，上属于脑”，“头者，精明之府”。脑是人体精髓和神明高度汇聚之处，人的精神意识和思维活动全赖于脑的功能。脑要发挥正常的生理功能，则有赖于心血的灌注，肾精的化生，肺气的温煦，肝胆之疏泄升化，以及脾胃运化精微之濡养，可见脑的盛衰与脏腑相关。气血精气上归于头，而根于脏腑，那么，脑主神明、思维的功能也根于脏腑，尤其与脾肾关系更为密切，脾健则气血化生有源，水湿痰浊难生，而荣养充沛，脑窍清利；肾生髓，为元阴元阳之府，肾强则

脑健。因此，调理脏腑即为健脑，而健脾补肾尤为重要。

（三）遣药善开脑窍

治疗多寐，临床常用开窍醒脑法。其实证，多为邪闭清窍，蒙其神灵，其虚证，多为脑失所养，而神灵不振。故在祛邪扶正之中，启闭利窍醒神之剂尤为常用。藿香、佩兰、石菖蒲芳香化浊，温运中焦，化痰宣壅，开窍通闭，使清阳得升，浊阴得降，气机畅达，则脑窍自利；半夏、南星辛温祛痰，启闭开窍，而有醒神回苏定志之功；川芎辛温善升，走而不守，能行气活血，引人身轻清之气上至于脑，通利脑窍；细辛辛温香燥，性善走窜，能上行通关开窍，合藿香、佩兰、石菖蒲宣发气机；伍半夏、南星，辛温香燥，温阳化痰以开窍；佐川芎温阳行气活血，通利脑窍，辅以诸药，相得益彰。脑髓失荣，清窍不利，则神灵不振，用桂、附温其阳，参、芪益其气，枸杞、萸肉填其精，当归、阿胶荣其血，随证用之，则脑健、窍清、神明，是谓健脑则利窍也。

高血压强调整体，单求降压难为功

高洪春（1955— ），男，中医心血管专业副主任医师。1978年毕业于山东中医学院。是著名中医心血管病专家周次清教授的硕士研究生。1991年又做为周次清教授的学术继承人跟师3年。现兼任山东省青年医务工作者协会副主席、山东省青年科协中医药专业委员会主任委员等职。主持和参加编写了近20部著作，在省级以上学术刊物发表论文30余篇。主要论著有《略论冠心病与气血的关系》、《冠心病诊治中的辨证法》等。

高血压病是常见的心血管疾病之一，治疗起来难度较大，无论中医还是西医，一般来讲降压容易治愈难，大部分病人靠长年服用降压药物维持血压水平，从而产生对药物的依赖性，使机体的自身平衡和调节功能出现严重的紊乱。在中医对本病的治疗方面，由于某些人存在着一些模糊或片面的认识，临床疗效不够满意，因而往往丧失对本病的治疗信心。笔者认为，中医对本病有着系统的认识和丰富的治疗经验，临床疗效也是肯定的，其关键问题就在于能否运用整体观念来指导对本病的治疗。如果只着眼于降低血压上，是难以取得成功的。现仅就高血压病中医诊治中的整体观谈一下自己的浅见。

一、高血压病病因病机的整体观

高血压病属祖国医学“眩晕”、“头痛”等病证的范畴。对其病因病机的认识早在《素问·至真要大论》中就有“诸风掉眩，皆属于肝”，《灵枢·海论》有“髓海不足则脑转耳鸣、胫痠眩冒”的记载。继《内经》之后，历代医家不断进行探索和总结，使中医对眩晕病因病机的认识更加丰富和充实，逐渐趋于条理和系统化。如孙思邈《千金要方》首先提出风、热、痰致眩的论点；刘完素主张应从“火”立论；朱丹溪力倡“无痰不作眩”之说；张景岳则特别强调因虚致眩，认为“无虚不能作眩”；陈修园将眩晕的病因病机概括为“风、火、痰、虚”四字；虞抟则提出“血瘀致眩”的论点。部分医家还认识到眩晕与头痛、中风、肝风诸证之间有一定的内在联系，这与高血压病的发生发展和变化规律也是非常吻合的。如朱丹溪云：“眩运乃中风之渐。”张景岳亦谓：“头眩有大小之异……，至于中年之外，多见眩仆卒倒等证，亦人所常有之事。但忽运忽止者，人皆谓之头运眼花，卒倒而不醒者，人必谓之中风中痰”。综合历代各家论述，结合近代的认识和高血压病的发生发展规律，可以认为本病的病因病机是多方面的。概括来讲，病因方面主要有情志失调、饮食失节、内伤虚损，从而产生风、火、痰、虚、瘀。病机方面则主要表现为肝的阴阳失调、脾的升降失司和肾的阴阳虚衰。从临床实践来看，本病属“阴虚阳亢”者多见，但不能因此而将高血压病与“阴虚阳亢”等同起来，二者既有联系，又有区别。“阴虚阳亢”只是高血压病的一种常见类型，而不是全部；再者，“阴虚阳亢”也不一定都是高血压病。如果对高血压病的病因病机没

有一个全面正确的认识，片面地一概责之为“阴虚阳亢”或“肝阳上亢”，甚至把高血压病与“阴虚阳亢”划等号，在治疗上不细加辨证，而是盲目地一概予以“滋阴潜阳”或“平肝潜阳”，不会取得好的效果。因此，只有从整体观念出发，全面正确地认识本病的病因病机，搞清楚高血压病与“阴虚阳亢”的关系，才能为正确的辨证论治奠定基础。

二、高血压病辨证论治的整体观

对本病的辨证论治，一般多从肝、脾、肾入手，这是祖国医学长期临床经验的总结，是行之有效的。但在临床实践中如何进行正确的辨证论治，则有一定的难度。一般往往偏重于从降低血压的机制出发，例如对高血压有效方药的研究和筛选，均以动脉血压作为判断疗效标准的主要指标。这一出发点，其思路受到现代医学理论体系的束缚，脱离了中医辨证论治的精髓，难免不陷入“头痛医头、脚痛医脚”的被动局面。

中医治疗高血压病，不能只着眼于降低血压上，其着重点应从整体出发，调整机体阴阳的平衡，即所谓“谨守病机，各司其属，疏其血气，令其调达，而致和平”，以期从根本上解除高血压病发生发展的内在原因。引起血压升高的原始因素是血流供需关系的不平衡，其中尤以心、脑、肾最为重要，在血压升高的发生和维持上起着特别重要的作用。而血压升高的严重后果，也主要表现在这三个重要器官血流供需的严重脱节上。血压升高本身是体内为克服血流供需不平衡的一种代偿反应，同时也就导致血管反应的持续存在。因此，血压升高并不纯粹是消极的病理破坏，不应把它当作治疗压制

的对象，而应把它看成是治疗的服务对象，也就是说要“治病求本”，去消除引起血压升高的根本原因。在治疗上要帮助改善血流供需关系，因势利导，积极扶持机体自身的自稳调节能力，辨证论治的目的，旨在达到这种作用。其疗效的判定，不能只着眼于血压的高低，其临床症状的改善，是和心、脑、肾重要器官血流供需关系的改善相联系的，它比起血压的高低更具有重要意义。治疗的最终目的，是实现机体自稳调节功能的正常化，若单纯强调降压，反而会走向反面。因为直接降压的结果，会激起体内升压机制的反跃，实际起到加剧高血压恶性循环的作用，必将加重自稳调节的负担，进一步加剧血流供需的不平衡。在本病的治疗上，怎样才能适合人体自稳调节在抗病过程中的反应，如何帮助机体自稳调节正常化的恢复，是中医研究本病的丰富内容，也是治疗本病的根本关键所在。

相反，如果单从降压机制着手，不从整体盛衰的情况来考虑，常常是导致治疗上失败的主要原因。例如周次清教授曾诊治一病人，该病人患高血压病 20 余年，辗转诸多医院和医生，西医降压，中医给以平肝潜阳、镇肝熄风、滋阴养血等等，都是徒劳无功，周老经细心辨证，从整体出发，发现病人除头晕头胀头痛外，还有五更泻，且四肢不温，投以四神丸加味温补脾肾，十余剂，病人的“五更泻”治愈了，头也不晕不痛了，血压也随之降下来了。从这一典型病例，可以体现出从整体辨治的重要性和科学性。

三、高血压病处方用药的整体观

多年来，对中药降压作用的药理研究进行的比较多，有

很多中药具有一定的降压作用，其中有温性的、有凉性的，有补气的、有滋阴的等等。在高血压病的处方用药上也往往受到现代药理研究的影响，有的动辄就是天麻、钩藤、菊花、夏枯草一类，随意堆砌一大堆具有“降压”作用的中药，这是非常幼稚和片面的。笔者认为，对本病的处方用药，不能抛开中医的理法方药体系，还应在辨证论治的前提下，正确的选方用药。在具体用药上，可以参考现代药理研究成果，选用既符合中医辨证，又具有降压作用的药物，如属气虚患者，可选用有降压作用的补气药黄芪；肾虚者可选用有降压作用的补肾药杜仲、枸杞子等。总之，处方用药也要从整体出发，重在调整机体的整体机能，调动机体自身的自我调节功能，以达到“疏其血气，令其条达”和“阴平阳秘”的目的。不能将着眼点只放在“降低血压”上，否则只能是欲速则不达或适得其反。

其次，在本病的处方用药上还要明确“升”和“降”的概念。如关于高血压用柴胡的问题，有人顾忌柴胡性“升”而不敢用。其实柴胡性升是祖国医学的理论，升的是“气”是“阳”，而不是“血压”。临床对具有肝郁、肝热、外邪表现的高血压患者，应用柴胡可取得很好的治疗效果。同样，中药具有“降下”作用的药也只是“降气”、“降血”，与“降血压”也是两码事。因此，不能将中医的概念和现代医学的概念混为一谈，必须分清。只有这样，才能根据辨证，正确地予以选方用药。

萎缩性胃炎的辨证治疗

路广晁(1953—)，男，山东省高唐县人。1978年毕业于山东中医学院医疗系。同年留山东中医学院附属医院内科从事临床兼教学工作。1991年拜全国著名中医心血管病专家周次清教授为师，学习深造。1993年晋升为副主任医师。多年来，在省级以上学术刊物上发表了《试论泄泻证治》、《慢性胆囊炎的辨证治疗》等学术论文13篇，其中《周次清辨治高血压病经验》被中国医药学报评为优秀论文，获三等奖。参与编写了《历代名医临证经验精华》、《英汉实用中医药大全》等3部著作。

萎缩性胃炎属于祖国医学“胃痛”、“痞满”、“嘈杂”等范畴。临床多缠绵难愈，且易恶变。目前，中西医治疗尚缺乏理想的确切疗效。多年来，笔者采用中医辨证治疗，收到了较为理想的临床效果。

一、气阴亏虚，阳虚血瘀是发病的根本

萎缩性胃炎主要表现为长期而反复的上腹部隐痛、痞满不适及纳差消瘦等症状。实践证明，上述症状的出现与气阴亏虚、阳虚血瘀的病理变化是一致的。

从萎缩性胃炎患者病史分析中发现，绝大部分患者发病前有嗜食辛辣、情志刺激及过度劳倦等诱发因素。长期地嗜

食辛辣等刺激性食物，可直接灼伤胃津，导致胃阴不足。长期精神抑郁恼怒，情志不遂，可致肝气郁结，化火乘胃，灼伤阴津。过度劳倦，则可耗伤脾气。最终形成气阴两虚的病理变化。临床表现为胃脘隐痛，痞满不舒，口干咽燥，疲乏无力，食少便秘等症状。

脾与胃同居中焦，依膜相连，互为表里，二者一升一降，一润一燥，关系十分密切。胃阴亏虚病久，必然导致阴损及阳，而出现脾胃气虚、脾阳不振的症状。正所谓“无阴则阳无以生，无阳则阴无以化”。故萎缩性胃炎久病不愈，可出现形体瘦弱，脘痞纳呆，疲乏无力，怕食生冷，四肢不温，大便稀溏等脾胃虚寒的表现。此乃气阴亏虚日久，阴损及阳的进一步发展。

萎缩性胃炎日久不愈，因阴虚血少，血行滞涩，阳虚鼓动无力，血行迟缓，最终形成阳虚血瘀的病理变化。正如清代著名医家叶天士在《临证指南医案》中所说：“胃病久而屡发，必有凝痰聚瘀。”临床表现为胃脘刺痛或钝痛不休，固定不移，入夜尤甚，形瘦乏力，舌质暗有瘀斑或瘀点，脉沉细涩等症状。

根据胃镜检查，结合胃粘膜象改变可以发现，临床表现为气阴虚为主者，以胃粘膜呈淡红色，粘膜下血管隐约可见，粘膜皱襞细小为主要特征；而偏于脾胃虚寒者，则以胃粘膜苍白，粘膜下血管显露，皱襞消失为主；瘀血阻络者，则表现以粘膜色泽灰暗，粘膜下血管显露呈紫暗色为主。

二、益气养阴，温阳活血是治疗的关键

萎缩性胃炎的辨证，根据病程长短及体质强弱的不同，临

床有气阴亏虚，脾胃虚寒及瘀血阻络之别。

（一）气阴亏虚

多见于病程较短的阴虚体质患者。症见胃脘隐痛，痞满嘈杂，口干咽燥，饥不欲食，形体消瘦，少气乏力，大便不爽，舌淡红少津，苔少或剥脱，脉弦细。偏于气虚者，则兼见倦怠神疲，大便稀溏。阴虚为主者，则见胃脘灼热隐痛，大便偏干，舌红少苔，脉细数。阴虚火旺者，兼见心烦不宁，尿黄便干，舌红苔薄黄。治宜益气养阴，甘润养胃，方选麦门冬汤（麦冬、党参、半夏、甘草、粳米、大枣）。气虚明显者，加黄芪、白术、扁豆；阴虚为主者，方选益胃汤（生地、沙参、麦冬、玉竹、冰糖）合芍药甘草汤；阴虚火旺者，加生石膏、知母、黄连。

曾治疗一中年男性患者，胃痛病史近3年，先后两次胃镜检查，确诊为萎缩性胃炎。症见胃脘隐痛，口干，纳差，疲乏无力，面黄形瘦，舌淡少苔，脉沉细无力。辨证为脾气亏虚，胃阴不足。治宜健脾益气，养阴益胃，方选麦门冬汤加减。党参24克、黄芪24克、麦冬15克、白芍24克、半夏9克、甘草6克、白术12克、山药18克、焦山楂15克、砂仁6克。水煎服，日1剂。连服40余剂，诸症明显好转。胃镜复查见胃粘膜萎缩程度也有明显改善。

（二）脾胃虚寒

多见于慢性萎缩性胃炎患者。症见胃脘隐痛，时作时止，喜温喜按，怕食生冷，疲乏无力，面色萎黄，形体消瘦，大便稀溏，舌淡苔薄白，脉沉细无力。脾阳虚甚者，兼见神疲怯寒，四肢不温，完谷不化。脾胃气虚为主者，兼见少气懒言，腹胀纳呆。治宜健脾温中，和胃止痛。方选黄芪建中汤

(黄芪、白芍、桂枝、炙甘草、生姜、大枣、饴糖)。脾阳虚为主者，加干姜、吴茱萸、熟附子；脾胃气虚者，用香砂六君子汤；中气下陷者，选补中益气汤。

(三) 瘀血阻络

多见于萎缩性胃炎久治不愈者，临床多为气虚不运或阳虚鼓动无力演变而致。症见胃脘刺痛或钝痛不休，固定不移，入夜尤甚，得食痛重，面色晦滞，形瘦乏力，食少纳呆，舌暗淡有瘀斑或瘀点，脉弦细或沉细涩。脾阳亏虚者，兼见疼痛喜温喜按，四肢不温，大便稀溏或见黑便；久病气血不足者，则兼见精神萎靡，少气懒言，面色晄白无华，舌质淡胖，脉细弱。治宜温经活血，化瘀止痛。方选丹参饮合失笑散加当归。脾阳虚甚者，加黄芪建中汤；兼见黑便者，加炮姜、白芨、三七粉；久病气血亏虚者，加党参、黄芪、阿胶、白芍，或改用十全大补汤以补气养血。

曾治疗一青年男性患者，患萎缩性胃炎病史两年余。症见胃脘隐痛不休，夜间痛重，喜温喜按，怕食生冷，大便稀溏，面色无华，形瘦乏力，舌淡苔薄白，脉弦细。辨证为脾胃虚寒，给予黄芪建中汤及附子理中汤治疗，久治无效，后考虑其胃痛日久，隐痛不休，入夜痛重的特点，乃为脾胃虚寒，寒凝血瘀，瘀血阻络所致，投以温阳活血之黄芪建中汤合丹参饮加减，服药3剂，迅速收效。可见，在慢性萎缩性胃炎的辨治过程中，正确地运用温阳活血法是至关重要的，绝不可只重视矛盾的一个方面而忽视其另一个方面。

三、结语

萎缩性胃炎为临床上较难治疗的胃痛之一。其发病的主

要原因是嗜食辛辣、情志刺激及过度劳倦等，从而导致气阴亏虚，阴损及阳及阳虚血瘀的病理变化。一般来讲，萎缩性胃炎的初期多表现为胃阴不足或气阴亏虚的症状，若病情进一步发展，就可出现阴损及阳的脾胃虚寒证，后期则多见气血亏虚，阳虚血瘀的复杂症状。所以，气阴亏虚是发病的基础，脾胃虚寒和瘀血阻络是疾病发展过程中的变证。因此，在治疗上，初期必须牢牢抓住气阴亏虚这个根本，时时注意顾护气阴，以防止疾病的进一步传变。胃阴不足者，宜用甘寒养阴或酸甘化阴之品，但养阴不可过用滋腻，以防呆胃滞脾。气虚为主者，补气不可过用香燥，以防耗阴伤津之弊。若为理气，也只能用佛手、香橼皮之类，使之理气而不伤阴，切不可妄投或久用香附、木香等香燥理气之品。脾胃虚寒者往往见于疾病的慢性发展过程中，治宜健脾温中为主，益气养血为辅，用药宜和缓适中为度，不可峻补，以不影响病人的饮食为度，以防欲速而不达。因脾阳源于肾阳，对于脾阳虚重症者，可适当给予温补肾阳之品。瘀血阻络者多见于疾病的后期阶段，其瘀血的形成多为阳虚鼓动无权及气血虚少，血行滞涩所致。所以，用药宜温阳活血，益气养血为主，忌投单纯活血化瘀及峻攻破血之品。

此外，根据胃镜下胃粘膜象的改变指导用药，也可以收到一定的疗效。一般来讲，胃粘膜红白相间以红相为主者，可在辨证的基础上加公英、黄连等清热解毒之品；粘膜苍白者，加黄芪、党参等益气健脾之品；粘膜充血或出血者，加白芨、云南白药、三七粉等凉血止血之品；粘膜色泽灰暗，粘膜下血管显露者，加丹参、桃仁、红花等活血化瘀之品。根据临床观察，对缓解症状，提高疗效，具有一定协同作用。

心律失常辨治八法

包培蓉(1953—)，女，沂源县人。1972年高中毕业后分配县人民医院工作。1974年入山东中医学院中医系就读，1977年毕业分配本院内科工作。1991年拜师于全国名老中医吕同杰教授。1992年晋升副主任医师。1994年11月荣获国家中医药管理局颁发的学术继承人合格证书。1994年7月在本院内科心血管专业工作至今。主要论著有《中医内科临症备要》、《中医急症学》、《吕同杰学术思想研究》、《益心口服液治疗真心痛临床观察》、《吕同杰外感热病辨治经验》、《吕同杰从火邪论治心绞痛经验》、《吕同杰哮证论治经验》、《慢性心衰宜当调理升降》等。

心律失常属于中医学中心悸、怔忡等范畴。对本病病因病机的认识，历代医家各有见地，如仲景侧重于阳虚停饮，丹溪多责之于痰，张介宾认为多属劳损，王清任则谓与瘀血有关。总之，气、血、阴、阳亏损，心失所养，痰、水、火、瘀内扰，心神不宁，皆可导致心律失常。笔者认为上述致病因素并非孤立存在，而是同经络与心脏的联系密切相关。经络是运行气血、调节机体活动的通路，是衔接心与其他器官的纽带，诸脏腑器官之病变皆可挟邪循经上行于心，而心主血脉，为君主之官，心动则五脏六腑皆摇。因此心律失常的主要病位在心，但不局限于心，心经有病可影响他脏，他脏病

变也可导致心脏功能失常。临床辨证应循经求源、治病求本。拟定八法，分述如下。

一、清咽复律法

适应证：主要表现为邪热客结于咽喉，耗气伤阴，循经内扰心神之证。如心悸，怔忡，胸闷气短，咽喉肿痛，或发热，舌质红苔黄，脉结、代、数等。多见于病毒性心肌炎，扁桃腺心脏综合征等。

方药：清咽解毒汤加减（吕同杰老师方）。药用生地 30 克、玄参 24 克、麦冬 18 克、白芍 15 克、丹皮 15 克、薄荷 9 克、蝉衣 15 克、桔梗 9 克、百合 30 克、板蓝根 30 克、山豆根 30 克、炙甘草 9 克、贝母 15 克、黄连 9 克、阿胶 10 克（烔化）、肉桂 3 克。水煎服，日 1 剂，分 2 次服。

若心火炽盛、口舌生疮，加苦参、淡竹叶。胸闷憋气者，加菖蒲、郁金。

二、化浊复律法

适应证：主要为湿邪困脾，脾虚生痰，痰浊循经上犯心窍而致心脉瘀滞。如心悸，胸闷，动则气喘，肢体沉重乏力或伴下肢水肿，便溏，舌质淡苔白腻，脉结、代、涩、促等。多见于冠心病，心功不全者。

方药：平胃散加减。药用苍术 15 克、厚朴 9 克、茯苓 30 克、藿香 15 克、佩兰 30 克、白豆蔻 9 克、白芍 15 克、葛根 30 克、茵陈 20 克、滑石 30 克、通草 9 克、玫瑰花 15 克、甘草 3 克。水煎服，日 1 剂，分 2 次服。

伴血瘀胸痛者，加丹参；脾气亏虚者，加黄芪、党参。

三、清胆复律法

适应证：主要为胆经郁热，循经扰心，心神不安者。如心悸，怔忡，烦躁易惊，口苦咽干，呕恶纳呆或便秘，舌淡苔黄，脉结、代、促、数。多见于冠心病，胆心综合征等。

方药：温胆汤加减。药用茯神 30 克、半夏 12 克、陈皮 9 克、枳实 18 克、竹茹 15 克、黄连 9 克、炒栀子 9 克、生龙牡各 30 克、远志 9 克、柏子仁 15 克、莲子心 4.5 克、百合 30 克、葛根 15 克。水煎服，日 1 剂，分 2 次服。

伴眩晕头痛者，加柴胡、荷叶；舌苔黄厚腻者，加茵陈、泽泻。

四、清心复律法

适应证：主要为心阴不足，心经热盛之症。如心悸失眠，心烦多梦，五心烦热，口舌生疮，尿赤涩，舌红苔黄，脉数、疾、促等。多见于冠心病，甲亢性心脏病及室上性心动过速。

方药：导赤散加减。药用生地 30 克、木通 4.5 克、竹叶 12 克、甘草 4.5 克、玄参 24 克、麦冬 18 克、炒栀子 9 克、茯苓 30 克、百合 30 克、知母 15 克、炒枣仁 30 克、生龙牡各 30 克。水煎服，日 1 剂，分 2 次服。

心火炽盛者，加黄连、莲子心；气阴不足者，加童参或西洋参。

五、通降复律法

适应证：主要为外邪犯肺，痰阻胸膈，内陷心包之症。如心悸，怔忡，胸闷咳嗽甚则喘，咯吐白、黄痰或伴发热，舌

淡苔黄，脉数、结、代。多见于肺心病，病毒性心肌炎等。

方药：小柴胡汤加减。药用柴胡 24 克、黄芩 15 克、半夏 15 克、党参 24 克、生姜 9 克、大枣 6 枚、甘草 6 克、茯苓 24 克、桑白皮 30 克、葶苈子 15 克、贝母 15 克、白芥子 9 克。水煎服，日 1 剂，分 2 次服。

伴邪热伤阴心烦不寐者，加阿胶、黄连；胸闷苔腻者，加菖蒲、佩兰；痰热便秘者，加栝蒌。

六、化气复律法

适应证：主要为肾阳衰微、水湿内停，循经凌心之症。如心悸怔忡，气短乏力，眩晕，喘促伴有脘腹胀满，下肢水肿，尿少，舌淡苔白，脉沉、结、促或三五不调。多见于风心病、心肌病、肺心病、冠心病等心功能不全者。

方药：真武汤加减。药用人参 6 克、附子 9 克、黄芪 30 克、杭芍 24 克、茯苓 30 克、炙甘草 9 克、五加皮 15 克、当归 9 克、丹参 15 克、水蛭 6 克、生龙牡各 30 克、柏子仁 15 克、炒枣仁 24 克。水煎服，日 1 剂，分 2 次服。

伴风湿痹阻经络者，加秦艽；寒凝心脉、脉沉迟者，加麻黄、细辛。

七、化瘀复律法

适应证：主要为瘀血阻络，心窍不利之症。如心悸怔忡，胸部刺痛或伴胸闷气短，晕厥，舌淡有瘀点或瘀斑，脉涩或迟。多见于心肌病，冠心病等。

方药：血府逐瘀汤加减。药用桃仁 15 克、红花 15 克、当归 15 克、川芎 15 克、赤芍 15 克、生地 30 克、柴胡 12 克、

枳壳 15 克、党参 30 克、白术 24 克、茯苓 30 克、丹参 24 克、牛膝 15 克、生龙牡各 30 克、甘草 6 克。水煎服，日 1 剂，分 2 次服。

伴下肢水肿者，加五加皮、附子。

八、补气养血法

适应证：主要为心经气阴亏虚，心脉失养之症。如心悸怔忡，动则加重，伴胸闷气短，面色晄白，自汗乏力，舌淡苔白，脉结、代。多见于心肌炎、冠心病等。

方药：归脾汤加减。药用党参 30 克、黄芪 20 克、当归 15 克、茯苓 30 克、远志 9 克、炒枣仁 30 克、炙甘草 6 克、阿胶 10 克（烔化）、麦冬 18 克、百合 30 克、知母 15 克、生地 30 克、柏子仁 15 克、生龙牡各 30 克。水煎服，日 1 剂，分 2 次服。

治疗痹证用药浅谈

相修平（1952— ）男，山东省平邑县人。1977年毕业于山东中医学院中医系。现任山东中医学院附属医院内科副主任医师。

相修平多年来一直从事中医内科临床医、教、研工作，参与《益心口服液临床研究》，其合写的《益心口服液治疗真心痛105例报告》论文被评为山东省科协第三届优秀学术论文三等奖；《清开灵治疗中风病临床研究》获国家中医药管理局科技进步二等奖（1989年）；《清开灵治疗出血性中风病临床研究》1993年获省教委科技进步二等奖；另外，合写的《中风病初探——附大黄瓜萎汤治疗中风病45例小结》论文获1989年第二届优秀学术成果二等奖。1991年首批被选为名老中医吕同杰中医学术继承人。通过3年跟师虚心学习，耳濡目染，努力实践，在全面继承总结老中医学术经验，发扬祖国医药学工作中，做出较大贡献。多年来在全国和省级刊物发表论文10余篇，参加全国及省级中医学术会议论文交流数次。另外，还参与《中医内科临证备要》编委等工作。目前除正在参与国家“8.5”中风病攻关临床科研（本课题系国家“85—919—02—01”科研《中医药治疗中风病研究》）以及省卫生厅中风病息风康系列方药临床科研外，主编写的《吕同杰中医学术经验集》一书及《吕同杰清咽解毒汤临床研究》等科研工作，尚待圆满结束。

临床实践中，对痹证的辨证论治，侧重活血化瘀，重用补气，温通宣散，佐以化痰等治法，常取得临床显著疗效。现总结如下。

一、活血化瘀贯穿始终

痹证不论新久或病程长短，或证属痛痹、着痹、寒痹、行痹、热痹等，其治疗首先以“通”为法则。痹者，闭也。不通则痛，痛则不通。所以解除痛和不通，是治痹证当务之急。痹证虽有风、寒、湿、热之分，但都具有不通则痛的病理基础。并针对痹证正气虚弱，风、寒、湿、热等乘虚而入或多病因合邪所致气血凝滞，经络痹阻不通引起的肢体、关节、肌肉经络等处疼痛、重着、麻木、屈伸不利、关节肿大或僵硬、畸形等主要症状和患者的具体情况进行辨证治疗。“流水不腐，户枢不蠹。”人体四肢百骸的灵活自如，健壮有力，是靠气、血、津、液沿经络运行不息的结果。痹证脉络不通，直接影响到气血、津液运行。不论是局部或多处关节肌肉疼痛，其病理机制都是相互影响的。活血化瘀药具有促进血液运行，畅通经络，消除瘀肿，通利关节，缓解疼痛的良好作用。选用活血化瘀之品时，常筛选剽悍、性善走窜锐利而止痛作用强的药物，如穿山甲、王不留行、皂角刺、川芎、乳香、没药等。该类药物入心肝经。心主血脉，肝藏血、主筋。痹证脉络不通与心肝经脉运行有密切关系。故痹证辨治中用该类药物配伍，能走而不守，引经到位，透达经络，攻走血脉，直达病所，对驱除羁留痹阻关节经络之邪，有显著疗效。气血在人体生理病理中是相互依存关系，气行则血行，气滞则血

瘀。且上述活血化瘀之品，多具有血中之气的特点，既能化瘀，又能行气。若配伍在滋补气血方药中，又能起到补而不滞的作用。

另外，根据痹证临床特点及药性功能而异，充分发挥活血化瘀的总体疗效。如痹证关节肿痛，阴雨天加剧，伴肢体肿胀者，活血化瘀选泽兰、益母草、防己、路路通之类，既能活血化瘀，又能利湿消肿；关节痛伴乏力、自汗者，选当归、丹参、鸡血藤同黄芪相伍，补气血，活脉络；若腰痛为主者，选配牛膝、桑寄生补肾活血；若关节红肿热痛，选配赤芍、丹皮等配桑枝、双花藤凉血活血，清热通络；伴便秘者，配桃仁、当归活血化瘀，润肠通便。总之，活血化瘀法，灵活多变，因证施药，有的放矢。

二、重用黄芪，功在补气

元气是人体生命活动的原动力。气虚和阳虚是人体生理功能和免疫防御功能下降的具体表现。“正气存内，邪不可干，邪之所凑，其气必虚”。这说明了元气不足，身体虚弱是痹证发生的病理基础，是招致外邪侵袭的主要原因。通过长期的临床观察，也进一步证实了风湿、类风湿关节炎患者，多有正气不足，腠理不密，卫外不固的病理基础。另外，增生性骨关节炎的发病原因也与老年脏气渐衰有密切关系。久痹、顽痹患者他法久治不效者，重用补气为主的方剂，常可获得满意效果。

黄芪具有升发之性，善走肌表，对补气升阳，强卫固表，鼓舞正气，驱邪外出有显著的功效。临床使用黄芪时，注重每个痹证患者的个体差异以及气虚邪实的盛衰程度，灵活调

整黄芪在处方中药量。若痹证患者一般情况良好，唯关节疼痛，不耐劳累的轻度气虚，黄芪一般用量 30~60 克；若伴周身极度无力，活动后汗出、心悸，脉沉细无力者，即重用黄芪量可达 90~120 克之多。气为血帅，气运血行。补气即可生血，亦可活血，气充则血盈，气行则血行，故很多痹证偏于气虚者，通过补气对改善血液循环，扩张毛细血管，增强免疫功能，具有良好的抗炎、抗菌、抗渗出、抗增生等作用。若关节红、肿、热、痛伴汗出、乏力，脉沉细，舌质红者，配生地、丹皮、白薇、双花藤、桑枝等滋阴凉血、活络止痛；若关节重着，麻木不仁，舌苔白厚者，配茯苓、白术、防风、茵陈等祛湿化浊；若伴畏寒肢冷者，配附子、桂枝；若腰痛、双下肢沉重酸痛者，配木瓜、桑寄生、怀牛膝等既补肝肾，又舒筋活络。

三、温通宣散，各有侧重

痹证临床以关节、肌肉、经络疼痛为主要表现，多由风、寒、湿之邪合而为病，但有偏盛之别。临床很多痹证患者常因气候变化、寒冷、潮湿而加重，特别与寒湿痹阻关系最为密切。因寒湿属阴邪，最易伤阳。寒主收引，寒胜则痛；湿性粘滞，缠绵难愈。该法温通宣散，驱散寒湿，活血化瘀同时并举，常可收到事半功倍的效果。还可起到畅达气血，疏通经脉，除痹止痛的作用。如平素阳虚体质患者，每受凉病情加重，同时亦是外邪反复侵袭的结果，故患者关节疼痛剧烈。针对其病因病机及风能胜湿，湿可胜寒的特点，药常选性温通利、走窜力强的威灵仙、附子、制川草乌、桂枝、麻黄等。灵仙、附子均能通行十二经，是无处不达之品，且灵

仙祛风除湿，通络止痛的作用不论风、寒、湿孰轻孰重，均能取效：既可驱在表之风，又能化在里之湿，实为通经达络、能导能宣止痛要药。痹证用桂枝常配白芍，功能一阴一阳，一收一散，温通经脉，调和营卫。若关节疼痛剧烈，固定不移，遇寒加重者，附子易川草乌。其性辛热燥烈，祛寒通痹止痛之力较附子为胜。因本品有毒，倍用白芍、甘草与其配伍，既防止川草乌的燥烈，又加强止痛作用，长期使用未见毒副作用。

另外，痹证患者每受风寒而疼痛加剧，伴周身酸痛，恶寒无汗者，方配用麻黄温经散寒。因本品辛温宣通肺气，开腠理，透毛窍作用强，故缓解痹证疼痛迅速。若伴气虚者，麻黄配黄芪，常以对药应用，一补一散，相辅相成，补中有散，散中有补，是其所长。

四、佐以祛痰，常收殊功

长期的临床经验体会到，各种痹证迁延不愈，或反复发作，或传统方法久治不效者，多有痰瘀痹阻，脉络不通的病理机制。特别是老年常见的骨关节增生性炎症中，痰瘀痹阻比例相当突出。因老年脏气渐衰，脾虚运化功能减弱，易生湿生痰。痰湿之性粘滞，日久正虚邪恋，瘀阻于络，蕴结于骨关节等处。另外，某些老年痹证，往往多种疾病同在。如同时患高血脂症、动脉硬化、糖尿病以及血液粘度增高等，均提示与痰瘀关系密切。或形体肥胖，四肢肿胀，麻木不仁等，多为痰瘀表现。总之，不论哪种痹证或分型，只要符合久治效差，缠绵反复，阴雨加重或伴形体肥胖，口粘，咽部有痰不易咯，咯而不爽，舌体胖，苔白厚，脉弦滑等痰瘀表现者，

往往在辨证论治的基础上佐以胆南星、白芥子等搜剔豁痰之品而收功。

温肾助阳医甲减

冯建华(1950—)，山东苍山人。1977年毕业于山东中医学院。现任山东中医学院中医内科教研室副教授，中国中医药学会糖尿病专业委员会委员，山东中医药学会糖尿病专业委员会副主任委员兼秘书。主编和参编著作8部，如《老年保健指南》、《糖尿病良方》、《英汉实用中医药大全》(内科分册)等，发表论文20余篇，获得3项科研成果奖。

甲减是甲状腺机能减退症的简称，是一种难治性疾病。本病是由于甲状腺激素合成或分泌不足所引起的症群，发于小儿为呆小病；发于成人，症状严重的为粘液性水肿。发病以中老年女性多见，男女之比为1：5。用甲状腺素片治疗可改善临床症状，但仅是替代疗法，不能从根本上改变甲状腺之病变，且部分病人耐受性较差，可诱发心肌缺血，发生心绞痛，甚至心肌梗塞、心衰，造成治疗上的矛盾。采用中医药治疗本病，既能调节整体，从根本上治疗，又无明显毒副作用，是治疗本病较稳妥的方法。

一、临床症状及辨治

甲减是一慢性疾病，临床主要症状为神疲乏力，嗜睡，记忆力减退，表情呆滞，反应迟钝，头晕耳鸣，甚或耳聋，腰膝酸软，畏寒肢冷，皮肤浮肿，毛发干枯脱落，纳食减少，面

色萎黄苍老，女子闭经，或崩漏，性欲减退；男子阳萎；甚则全身水肿，舌淡胖，边有齿印，苔白腻，脉沉细无力等。属于祖国医学“水肿”、“虚劳”等范畴。辨证多属脾肾阳虚，痰湿内停之证。而脾肾阳虚，尤以肾阳虚为主。盖肾主水，内藏元阴元阳，肾阳虚弱，命门火衰，则气化失职，开阖失司，水湿内停，泛滥于肌肤，则见水肿。又因脾阳根于肾阳，命门火衰，不能温运脾阳，故脾阳亦虚，脾虚则不能运化水湿，水湿泛滥于肌肤，亦为水肿；脾肾双亏，水肿日甚。其余诸症，皆因脾肾两脏阳虚为患。所以，本病的治疗宜温肾助阳益气，脾肾双补为主。方以金匱肾气丸、右归饮、四君子汤、真武汤等化裁。常用药如：附子、肉桂、鹿茸、仙灵脾等以补肾助阳、温补命门；山萸肉、熟地、山药、枸杞子等滋补肾阴，于阴中求阳，使阳得阴助而生化无穷，又防补阳药温燥伤阴；茯苓、泽泻等利湿以泻湿浊，与补益药同用，补中寓泻；先天之气有赖后天滋养，故用人参、黄芪、白术等补益脾气；以少许辛热之干姜温补脾阳，共奏温补肾阳、健脾益气之功，使肾阳得复，肾气得充，脾气健运，诸证悉除。

临证中可根据不同症状而随证加减，若水肿严重者，可加薏苡仁、茯苓皮、猪苓、车前子等；痰湿内盛、纳呆、恶心者，加半夏、陈皮、苍术、白芥子等；嗜睡甚者，加菖蒲、远志等；毛发干枯、脱落、稀疏者，加首乌、黑芝麻；皮肤干燥者，加当归、黑豆、黑芝麻；女子闭经者，可加益母草、莪术等；若舌下瘀紫、四肢麻木、具有瘀血征象者，可加香附、赤芍、丹参、川芎等活血化瘀之品。

二、注意事项

因本病是一慢性、难治性疾病，故治疗须缓缓收功，不可急于求成，否则欲速不达，医生及患者均须持之以恒，并要做到效不更方。为了让病人能坚持长期治疗，改变服汤剂之难，可用上方做成丸、片等剂型，以便让病人能长期服用。另外，因本病是由于甲状腺激素合成或分泌不足而致，故在治疗时可加用少量甲状腺素片，中西药合用，以中药调节机体的阴阳失衡，纠正内分泌失调，以治本为主；以西药补充甲状腺素在体内的不足，故中西合用收效较快。但对心脏扩大、冠状动脉硬化的病例须慎重，或从小量应用，要注意防止心绞痛和心衰的发生。

三、医案

柳某，女，53岁。嗜睡、水肿、倦怠乏力半年余，加重2个月来诊。患者于半年前出现不明原因的倦怠乏力，少言懒动，食欲不振，继而出现睡眠多，表情淡漠，形寒怕冷，毛发易脱等症。在当地医院一直未能确诊，经服中西药物（药物不详）不但无效，反而诸症继续加重，近2个月来逐渐出现水肿，以脸面及双下肢为甚。查体：精神差，表情淡漠，反应迟钝，动作少而缓慢，语音单调如蛙声，肥胖体形，面色苍白而臃肿，以双眼睑为甚，毛发稀疏，眼眉外1/3基本脱光，双下肢浮肿，但按之无凹陷，皮肤粗糙而凉，跟腱反射收缩迟缓，心界略有扩大，心音遥远，心率58次/min，心律尚规整，未闻及明显病理性杂音，双肺（-），肝、脾未及；舌淡暗胖大，苔白腻，脉沉细迟。实验室检查：血红蛋白100g/L，

T_3 30ng/100ml, T_4 3.2 μ g/100ml, TsH μ Iu/n55, 基础代谢率-35%, 心电图示窦性心动过缓、T波低平。诊断: 甲状腺机能减退。辨证属脾肾阳虚型, 治以温阳益气、双补脾肾。方药: 制附子10克、肉桂6克、茯苓30克、茯苓皮30克、山萸肉9克、熟地12克、山药15克、泽泻12克、仙灵脾15克、干姜6克、白术10克、黄芪30克、人参6克(另煎)、当归12克、菖蒲9克、炙甘草9克。水煎服, 每日1剂。服药1个月后, 诸症缓解, 浮肿已去大半。服药2个多月后, 诸症已去2/3, 复查 T_3 60ng/100ml, T_4 4.0 μ g/100ml, TsH15, 基础代谢率-20%, 心率恢复至78次/min。上方加枸杞子、陈皮, 共为细末, 水泛为丸, 每次9克, 每日3次。随访1年余, 病情稳定, 生活不但能自理, 尚可做一些家务。

健脾益气法和清热化痰法在 心血管系疾病的临床应用

王翠萍（1950— ），女，出生于济南。1974年毕业于山东医学院中医系，同年分配在本院一直从事中医内科工作，1985年定为中医心血管内科专业。现任副主任医师。本人擅长诊治高血压、冠心病、心肌炎、风心病、心力衰竭等多种心血管疾病。从医20余年来，撰写了几十篇论文，参编了5部著作，参加了5项科研课题。

一、健脾益气法治疗冠心病

临床实践中发现，部分冠心病患者常常伴有脾胃失调的症状表现，笔者称为心胃（脾）同病。此类病人若按冠心病常规辨证论治，则往往收效甚微，而用健脾益气、调理脾胃法，则取得较好的疗效。

脾主运化，胃为受纳，二者互为表里，同居中焦，既是后天之本、生化之源，又是气机升降之枢纽。若年老体弱，脾胃素亏，或大病久病，饮食不节，脾胃受伤，则化源不足，心失所养；或脾胃虚弱，气机阻滞；或脾不健运，痰湿内盛，胸阳痹阻等等，均可造成有脾胃失调表现的冠心病。然主要病机为脾胃虚弱，痰湿内盛，气机阻滞。

主要临床表现为：胸痛连脘，脘痛连胸、其痛隐隐，胸

脘满闷，纳呆乏力，心悸气短。诸证于餐后特别是饱餐后诱发或加重，暖气或矢气后稍舒。面色萎黄，舌质淡红，苔薄白，脉沉细。

脾胃虚弱则纳呆乏力，化源不足不能荣面则面色萎，心失所养则心悸气短，气机阻滞则胸脘疼痛满闷，餐后气机阻滞尤甚则症状加重，暖气、矢气后气机阻滞稍缓故症状减轻。舌脉为脾胃虚弱之象。

治以健脾益气为主，佐以燥湿化痰、调理气机。方用香砂六君合丹参饮，处方如下：党参 15~18 克、白术 9~12 克、茯苓 9~12 克、甘草 3~6 克、半夏 6~9 克、陈皮 6~9 克、广木香 6~9 克、砂仁 6~9 克、檀香 6~9 克、丹参 12~15 克。水煎服，日 1 剂。

二、清热化痰法的应用

清热化痰法的代表方剂是黄连温胆汤，药物组成为：半夏 9 克、陈皮 9 克、茯苓 9~12 克、甘草 3~6 克、枳实 9 克、竹茹 9~12 克、黄连 9~12 克。笔者常用本方治疗痰热内蕴引起的各种疾病，如胸痹（冠心病）、心悸（心律失常）、眩晕（高血压）、中风（脑血栓、TIA）。具体应用是：如治疗胸痹，则上方加栝蒌 15~18 克、丹参 15~30 克；如治疗心悸，则上方加苦参 9~12 克、紫石英 15~30 克；如治疗眩晕，则上方加天麻 9~12 克（先煎）、钩藤 15~30 克（后入）、菊花 12~15 克、石决明 15~30 克等；如治疗中风病，则上方加僵蚕 9 克、全蝎 9 克、菖蒲 9 克等。

今人生活水平普遍提高，经常嗜肥甘厚味，导致痰浊内生，郁久化热，痰热内蕴则造成多种疾病。如痰热内蕴，胸

中气机阻滞则发生胸痹心痛；若痰热扰心，心神不宁，则可发生心悸；痰热中阻，清阳不升，浊阴不降则发生眩晕；若痰热闭阻经络则可发生中风等等。用黄连温胆汤加味可使痰热清，气机畅，心神宁，清阳升，浊阴降，经脉通，诸病除。故本人用清热化痰法治疗由痰热造成的疾病，每获良效。

另外，还常用益气活血法治疗冠心病及心力衰竭；用调整肾的阴阳法治疗老年人冠心病、高血压病；用益气活血、温阳利水、清热解毒、泻肺平喘法治疗心力衰竭合并肺部感染等等。

肾病水肿治法述要

徐锡兰(1949—),女,山东省诸城市人,副主任医师。1976年毕业于山东中医学院中医系,分配到附院内科,从事中医肾病工作。现任副主任,兼任全国中医药学会肾病专业委员会委员,山东省中医药学会肾病专业委员会副主任委员。从事中医肾病治疗研究近20年。擅长治疗急性肾炎、慢性肾炎、肾病综合征、尿毒症、肾盂肾炎、泌尿系感染、泌尿系结石、乳糜尿、胆石症、感冒等疾病。撰写《肾病水肿常用治法述要》、《谈肾炎蛋白尿辨证治疗》、《解毒化瘀清利汤治疗前列腺炎及增生症》、《肾盂肾炎证治》、《泌尿系结石治疗体会》、《遗尿证治》、《胆石症的辨治体会》等20余篇学术论文。

《治疗尿毒症主把三关》荣获省科协优秀学术成果三等奖;《苦参石英汤》荣获省卫生厅优秀论文奖;参加编写《经方研究》获省科委科技进步三等奖。参加大黄石苇汤治疗慢性肾功能不全的临床研究获省科委三等奖。

水肿是肾脏疾病的主要症状之一,及时治疗水肿对于改善肾脏血液循环,消除蛋白尿、促进肾脏功能恢复具有重要意义。笔者对肾病水肿中医治法归纳为宣肺利水、健脾利水、温阳利水、养阴利水、活血利水五法。五法可单独应用,亦可互相配合,治本健脾补肾为主,治标宣肺、利水、活血为

要。临床应用标本兼顾为基本原则。

一、宣肺利水法

肺为水之上源，有通调水道，下输膀胱之功能。宣肺发汗可疏通水之上源，使肌腠开发，水道调顺，肿自消退。多用于急性肾炎初期，或慢性肾炎急性发作，以及原发性肾小球肾病早期。证见浮肿先起于眼睑、头面，继而全身浮肿，严重者可伴有胸水、腹水，来势较猛，皮肤光亮，按之凹陷不起，或伴有发热、恶寒、咳嗽、咽痛等。代表方：越婢汤、越婢加术汤、麻黄连翘赤小豆汤、宣肺利水汤（自拟方）。

例患者荆某，男，19岁，学生。全身高度浮肿、尿少，伴恶心呕吐3月余，加重7天，于1984年11月10日入院。入院时咳嗽，胸闷，全身高度浮肿，按之如泥，伴胸水、腹水。体重70千克，腹围102cm，血尿素氮18.6mmol/L，血肌酐176.8 μ mol/L，胆固醇8mmol/L，血浆白蛋白26g/L。尿常规：蛋白++++，红细胞0~2个/高，24小时尿蛋白定量10.5克。中医诊断：水肿（阳水）；西医诊断：原发性肾小球肾病。拟宣肺利水法，采用宣肺利水汤：生麻黄24克、生石膏60克、苏叶9克、浮萍9克、桔梗9克、炒杏仁9克、地肤子12克、茯苓30克、茯苓皮30克、白术9克、白茅根240克。先煎白茅根，用此水煎煮上药，每日2剂。2天后尿量增加，每日可达2500ml。第三天改为每日1剂，改生麻黄12克、生石膏30克，10剂后水肿大减，继用上方加黄芪30克、防己9克，共服20剂，水肿消退，化验尿素氮正常，体重51千克，腹围76cm。改用六味地黄汤合五子衍宗丸加减，补肾固涩消蛋白以善后。

二、健脾利水法

脾虚水肿为本虚标实之证，脾主运化水湿，脾气或脾阳不足为本，水湿不化而为水肿是标。治疗时宜标本同治，用健脾温阳配合渗利之品以治之，方使脾之运化功能正常，尿量增多，水肿消退。若单纯健脾，则达不到利水之目的。此法多用于慢性肾炎水肿期或肾病综合征病程较长或反复发作。证见水肿腰以下为甚，腹大肢肿，神疲乏力，或纳呆便溏。代表方：实脾饮、防己黄芪汤、五苓散、五皮饮、参苓白术散等。

例患者王某，男，37岁。全身浮肿，蛋白尿反复发作7年，于1985年3月6日入院。入院时两下肢浮肿，伴腰酸痛，倦怠乏力，腹胀便溏，舌淡体胖苔白，脉沉细。尿常规：蛋白++++，白细胞0~2个/高，24小时尿蛋白定量12克，血浆白蛋白22g/L，胆固醇12mmol/L。中医诊断：水肿（阴水）。西医诊断：原发性肾小球肾病。中医辨证属脾虚湿盛，采用健脾利水法，参苓白术散合五皮饮加减：党参18克、苡米30克、砂仁6克、猪苓15克、大腹皮9克、陈皮6克、桑白皮9克、冬瓜皮30克。加减出入28剂，并配合鲫鱼方：鲫鱼1尾（250~500克）、松罗茶30克、砂仁6克、椒目12克、陈皮9克、红皮大蒜6瓣。去鱼杂，将上药装入鱼肚内缝合，加红糖、陈醋各50克煮之，吃鱼喝汤。20天后水肿消退，改用四君子汤合五子衍宗丸，健脾补肾消除尿蛋白。

三、温阳利水法

肾阳不足，命门火衰是水肿的重要原因，肾中阳气不足，

气化不利，则聚水为肿。此法常用于慢性肾炎长期水肿。证见水肿日久迁延不愈，腰以下肿甚，按之如泥，凹陷不起，腰痛酸重，畏寒肢冷。代表方：真武汤合五苓散、济生肾气丸等。

例患者王某，男，30岁。全身浮肿，腰痛3年余。于1989年8月28日入院。1986年8月因感冒发烧，2天后眼睑及双下肢浮肿，在本厂医院化验尿常规：蛋白++++，红细胞++，白细胞管型0~2个/高，诊为慢性肾炎，给予中药治疗好转。后因感冒或劳累发作多次，本次又因劳累而诱发。全身浮肿，腰以下为甚，伴腰痛酸重，畏寒肢冷，夜尿多，舌淡体胖边有齿痕，苔白，脉沉细。化验尿蛋白+++，红细胞+，颗粒管型0~2/高，血压17.3/13.3kPa。中医诊断：水肿（阴水），腰痛。西医诊断：慢性肾炎。中医辨证属肾阳虚衰，水湿泛滥。治以温阳利水法，真武汤合济生肾气汤加减：熟附子30克、肉桂6克、白芍15克、白术9克、生地9克、熟地9克、枸杞9克、茯苓30克、茯苓皮30克、牛膝12克、车前子18克（包煎）、猪苓12克、桔梗9克、白茅根30克。上方加减30剂，水肿消退，尿蛋白减少。

四、养阴利水法

《金匱要略》之猪苓汤即有养阴利水之功。病机为阴虚有水湿，属于阴水的范围。此法多用于急性肾炎恢复期，或肾病综合征用激素后出现阴虚症状者。其机理是水肿日久，久用利尿药使阴液亏耗，或长期应用激素出现阴虚症状者。证见水肿、皮肤干燥，腰酸头晕，口渴欲饮，口燥咽干痛，午后潮热，盗汗，舌红苔或无苔，脉细数。治疗以养阴利水，代

表方用猪苓汤、知柏地黄汤、六味地黄汤加淡渗利湿之品。

例患者孙某，男，18岁。全身浮肿反复发作9年。于1986年12月4日入院。双下肢浮肿，腰酸痛，潮热盗汗，五心烦热，口渴欲饮，舌红苔少，脉细数。化验尿蛋白++++，红细胞0~2/高，24小时尿蛋白定量6.4克，血浆白蛋白30g/L，胆固醇7.35mmol/L。中医诊断：水肿（阴水）。西医诊断：原发性肾小球肾病。患者病史9年，反复应用利尿药及激素，使阴液亏耗，治宜养阴利水，猪苓汤合知柏地黄汤加减：知母9克、黄柏12克、生地15克、炒山药15克、丹皮9克、女贞子12克、茯苓12克、茯苓皮12克、泽泻9克、猪苓15克、滑石30克、黄芪30克、陈皮6克。服药18剂，水肿消退，临床症状减轻，尿蛋白+~++。

五、活血利水法

此法属于《内经》中“去菀陈莖”治则。水与血，生理上津血同源，病理上互相影响。瘀血可致水肿的理论，早在《内经》中已明确提出。《灵枢·百病始生》云：“……温气不行，凝血蕴而不散，津液涩渗，着而不去而积皆成矣。”后世医家亦有“血不利而为水”，“血积即久，其水乃成”的论点。尤其是肾病晚期患者，病机多为脾肾阳虚，阳气虚弱不能推动气血运行，导致血行瘀滞，进一步阻滞津液的敷布，积聚不散而为水肿。患者常有尿血，腰痛，舌质紫暗紫有瘀斑，舌下静脉曲张或瘀血等症状；女病人则月经黑紫有块，行经腹痛。治疗时在温补脾肾的基础上重用活血化瘀药，可提高疗效。

例患者李某，女，59岁。腰痛乏力3年，伴尿少、全身

浮肿 2 月。于 1990 年 2 月 10 日入院。入院时全身浮肿，伴少量腹水，面色黧黑，舌暗有瘀斑，苔白，脉细涩。化验尿常规：蛋白++，红细胞++，白细胞+。中医诊断：水肿（阴水），腰痛。西医诊断：慢性肾炎。辨证属脾肾两虚，瘀血阻络，以决水汤加减：茯苓 30 克、茯苓皮 30 克、车前子 30 克（包煎）、牛膝 12 克、泽泻 12 克、黄芪 45 克、泽兰 30 克。12 剂水肿已基本消退。改黄芪 60 克、泽兰 45 克，加强益气活血利水之功，8 剂水肿消退。

肾病水肿常用治法主要为以上五种，临床应用时，根据具体情况，可单独应用，亦可互相配合。由于水肿的病机是肺脾肾三脏功能失调而致，水肿的治疗以健脾温肾为治本之法，宣肺、利水、活血为治标之法，标本配合要恰当，治标之法不能久用，以防耗伤气阴之弊。水肿的病机主要是因脾主运化失常和肾之气化不利，必须注意的是治疗时不能单纯用健脾补肾药，必须配合利水药方能奏效。对于肾阳虚病人治疗时应在温补肾阳的基础上加用利水药，使肾阳充小便利而水肿可去。气滞血瘀是水肿日久，迟滞不退的原因之一，血液流变学指标测定表明，瘀血水肿患者红细胞电泳、血沉、血沉方程 K 值平均值均高于正常值，属于聚集增高型血粘度异常。因此，在水肿治疗中配伍活血与行气药亦是提高疗效的重要环节。活血常用泽兰、王不留行、益母草、川牛膝等；行气药常用木香、陈皮、砂仁、大腹皮、仙人头等。宣肺利水法是治疗阳水在表的正法，笔者体会，治疗阴水时，酌加宣肺利水之杏仁、桔梗之类，亦提高疗效。水肿日久，或大量蛋白尿患者，多出现低蛋白血症，可配合《千金方》之鲫鱼汤，既能增加血浆蛋白，又有利水之功，可提高疗效。

冠心病的证治

张学粹(1953—)，男，副主任医师。山东省临沂市人。1976年毕业于山东中医学院中医系。毕业后在山东中医学院附属医院内科从事心血管疾病的研究和临床治疗工作，主要参编著作有《诊籍续焰》、《中国当代专科专病医论文萃》。在国家及省级学术刊物上发表论文多篇。

冠心病是临床常见的一种疾病，近年来发病率有所增加，亦有向年青化发展的趋势，特别对中老年人的身体健康影响较大。本病属于祖国医学的“心悸”、“胸痹”、“心痛”等范畴。其病变在心。病因是冠状动脉硬化和脂类代谢紊乱。其病机是心气虚衰，不能帅血畅行，导致瘀血、痰浊阻滞经络，伤及心、肝、脾、肾等脏器，又以心脾肾为主的一种常见病，多发病。在临床实践中我认为本病的发病以虚证为本，气滞、瘀血、痰浊、寒凝为标，治以早期明确诊断，正确辨证，合理用药，才是取得满意效果的根本。

在临床实践中我常用的几种治疗方法介绍如下：

一、气虚血瘀，治宜益气活血

冠心病的发病，主要是气虚血瘀，病人主要表现为心慌胸闷、气短、自汗，劳累加重，常伴有胸部隐痛或刺痛，舌质淡或紫暗或有瘀斑，脉细弦或细涩。治宜益气健脾治其本，

活血化瘀治其标。方用冠心灵或归脾汤疗效好。

常选用的药物：黄芪、党参、炒白术、丹参、川芎、当归、葛根、寄生、炒枣仁、炒元胡、生甘草等。这些药物有很好的补气健脾，活血化瘀止痛效果。经药理实验，有扩张冠状动脉的作用。临床应用对老年体弱的患者尤为适应。本方有益气健脾活血扩冠止痛之效。

例患者刘××，男，72岁，工人。1991年3月初诊。

患者于3年前诊为冠心病，经中西药治疗症状基本消失，但做心电图仍为Ⅰ、Ⅱ、aVF S—T段下移约2mm，T波倒置。病人在活动及劳累时感心慌胸闷气短，甚时心前区刺痛。舌质淡，苔薄白，脉细涩。治以益气健脾活血止痛法。

方药用冠心灵加味：黄芪30克、元参15克、川芎12克、丹参30克、葛根30克、寄生30克、炒元胡12克、生甘草9克。水煎服，日1剂。

服药6剂，自述症状明显减轻，轻度活动未再出现心前区痛，入眠好转，上方继服。

患者共服以上药物30余剂，症状基本消失，一般劳动不感心慌胸痛。复查心电图Ⅰ、Ⅱ、aVF S—T段恢复等电位线，T波直立。后改人参归脾丸口服，以善其后。

二、清热化痰，行气止痛

清热化痰，行气止痛是治疗冠心病痰浊中阻，日久化热，瘀阻经络的常用方法。

本病的发病与动脉硬化有关，而动脉硬化又是脾虚痰浊阻胸而造成的。证见胸闷胸痛，心烦少寐，口干发苦，大便干结，尿赤短少，舌红苔黄腻，脉滑数或弦滑。

常用治疗原则为清热化痰，行气止痛。药物为：黄连、陈皮、半夏、茯苓、竹茹、栝蒌、炒元胡、砂仁、石菖蒲。这些药物有清热化痰，调理植物神经功能紊乱的作用。

例患者郭××，女，50岁。1991年6月就诊。

患者心悸、胸闷憋痛，心烦便干1月余，诊为冠心病。

查体：形体肥胖，心电图示慢性冠状动脉供血不足、窦性心动过速、频发性室性早波。舌质红苔薄黄，脉弦滑。

治以清热化痰，疏理气机，佐以止痛法。

方药用黄连温胆汤合小陷胸汤加减：黄连9克、半夏9克、栝蒌30克、石菖蒲12克、砂仁9克、炙远志9克、丹参30克、生苡仁30克、山豆根12克、苦参9克、生山楂30克、大黄6克。水煎服，日1剂。

复诊，上方服6剂诸证减半，早搏消失。继服12剂，做心电图大致正常。

三、宣痹通阳法

宣痹通阳法是治疗冠心病合并病窦综合征的有效方法。

病人主要症状为胸闷冷痛，甚则胸痛彻痛，畏寒肢冷，舌质淡苔薄白，脉沉细缓。常用栝蒌薤白桂枝汤加味效好。

基本药物为：栝蒌、薤白、桂枝、熟附子、首乌、仙灵脾、茯苓、丹参、川芎、葛根、紫石英、炙甘草。

应用以上药物，治疗冠心病窦缓或病窦综合症者效好，临床治疗多例，取得了满意效果。此方有宣痹通阳，治血复脉的功效。病例略。

四、疏肝理气，活血化瘀

疏肝理气，活血化瘀法是治疗冠心病证属气滞血瘀的常用方法。

这些病人多为素体阳盛，肝火暴张。证见胸痛憋闷，胀痛或刺痛，多因情志不畅而证状加重，善太息，舌红有瘀斑，脉弦涩。证属气滞血瘀。

常用方药为血府逐瘀汤加减：柴胡、枳壳、川牛膝、桃仁、红花、赤芍、郁金、丹参、水蛭。

本方既能舒肝理气，又能活血扩冠，是治疗冠心病的常用方法。

例患者刘××，男，42岁，1991年10月初诊。

患者于1年前做心电图提示慢性冠供不足。近日来因生气和工作劳累，而引起心慌胸闷胀痛，善太息，心烦不眠，舌质红苔薄黄，脉弦。自述服丹参片效不好来诊。

查体：一般情况好，面红，心率100次/min、律正，舌暗苔薄白，脉弦。证属气滞血瘀，治宜疏肝理气活血止痛。处方如下：柴胡9克、杭芍12克、枳壳9克、川朴9克、红花9克、丹参30克、檀香9克、炒枣仁30克、青皮9克、郁金12克、砂仁9克、甘草6克。水煎服，日1剂。

二诊：患者自述，服药3付即感心中很舒服，疼痛渐消失，入眠好转。舌脉同前。按上方继服6付，以善其后。

五、益气养阴，补肾，活血生脉

益气养阴，补肾，活血生脉是治疗气阴双虚之冠心病的常用法。

基本方药为生脉散加味：西洋参、五味子、麦冬、柏子仁、生地、丹参、葛根、甘草、首乌、山萸肉。

例患者李××，男，65岁。1985年4月初诊。

患者于半年前诊为冠心病，近3日突发心慌胸闷痛，向肩背部放射，全身乏力，冷汗出。舌质暗苔薄白，脉细弱。复查心电图：冠心病（急性心肌缺血）。急收入院治疗。

查体：一般情况可，心率90次/min，律正，心音低，双肺（-）心电图示：Ⅰ、Ⅱ、V₁；S—T抬高约3mm。诊为冠心病（急性心肌缺血），辨证属气阴双虚，络脉瘀滞。方药为：西洋参9克、五味子6克、麦冬15克、柏子仁15克、生地12克、丹参15克、葛根15克、首乌30克、山萸肉15克、沉香6克、炙米壳3克。急煎口服，日1剂。

次日查房，病人自觉证状好转，心前区隐痛，乏力心悸，舌、脉同上。嘱上方去米壳继服。

患者共服药30余剂，诸证基本消失，仅活动后心慌，腰酸无力。复查心电图：S—T段降至正常，T波倒置约1.2mm，余未见异常。舌质暗苔薄白，脉细弦。嘱间断服用上方加减，以善其后。

胃与十二指肠溃疡治疗规律探讨

姚保泰(1950—),男,山东省即墨市人。副主任医师,硕士研究生导师。1975年毕业于山东医科大学医疗系,后来本院工作至今。曾于1976年参加山东省第四期西医学中医班,期满毕业。近20年来一直从事中西医结合内科工作。特别擅长于消化系统疾患的诊断与治疗。近年来在省级以上学术刊物上发表论文20余篇,其中《胃与十二指肠溃疡300例辨治规律探讨》一文,获省卫生厅优秀论文奖。参加编写《中国传统医学丛书》。

胃与十二指肠溃疡一般均以胃脘痛论治。本人经长期观察,临床以证候宏观辨证与客观检查微观辨证结合,认为二者在发病诱因、辨证分型、处方用药诸方面均有一定差异。胃溃疡多因饮食不节,劳倦,情志刺激发病;十二指肠溃疡发病有明显季节性,与气候关系密切,且有一定遗传倾向。胃溃疡肝胃郁热或湿热内蕴多见;十二指肠溃疡则脾胃虚寒占绝大多数。前者治疗以清热化湿为法,后者则多以温中补益为宗。二者虽有以上不同,但病机又有密切联系,在早期多由脾胃虚弱,因虚致寒,或外寒直中,损伤中阳,胃失温煦而发病;或因饮食劳倦损伤脾胃,运化无力,水湿不化阻塞气机;或因情志不畅,肝气郁结,横逆犯胃,胃失和降而发病。病久则因水湿停滞,生痰化热,临床则以寒热错杂常见。

据现代医学研究，十二指肠溃疡多发于球部，由于反复发作致幽门括约肌功能失调，胃排空不良，食物潴留于胃窦部，刺激G细胞分泌胃泌素致壁细胞泌酸增加；又因肠液返流入胃，损伤胃粘膜屏障，诸因素协同作用，终在十二指肠球溃疡的基础上发生胃窦炎，进一步发为胃溃疡。复合性溃疡患者，均先发生球部溃疡，之后又发生胃溃疡。由此可以说，胃与十二指肠溃疡是一个病的不同阶段。在治疗方面应结合溃疡的不同部位，把握病机，辨证用药。

十二指肠溃疡，应根据发病与季节相关的规律，提前服药预防发病；一旦发病可根据球部溃疡多属虚寒的特点，给予健脾益气，温中散寒治疗。药物：黄芪30克、党参18克、白术12克、茯苓15克、橘红9克、清夏12克、桂枝9克、干姜6克、白芍15克、甘草6克。疼痛明显，加良姜6克；泛酸，可加左金丸；便溏，加炮附子9克、肉豆蔻9克；有黑便，去桂枝，加蒲黄炭9克、三七粉3克（冲）。

胃溃疡多表现：进餐则痛、空腹暂缓，心烦，嘈杂，口苦，便秘，舌苔黄或黄腻，脉弦滑。治则清热化湿，和胃止痛。方用黄连温胆汤合平胃散加减。药物：黄连9克、橘皮9克、苍术9克、厚朴12克、茯苓15克、竹茹6克、枳实12克、半夏9克、生姜3片、甘草6克。痛著，加白芍30克、延胡索15克。呕恶、纳呆，加白叩12克、藿梗9克。

十二指肠球部溃疡合并胃窦炎多表现胃脘隐痛绵绵，餐间心下痞满，纳减，气逆干呕，舌苔薄黄。治疗寒热并调。方选半夏泻心汤加减。药物：党参18克、清夏12克、茯苓15克、橘皮9克、黄连9克、黄芩12克、干姜6克、甘草6克。疼痛，可加延胡索12克；呕吐加苏梗9克、白叩10克；腹

胀，加木香 9 克、佛手 10 克；泛酸，加凤凰衣 10 克；纳减，加山楂片 10 克、麦芽 9 克。

老年冠心病标本同治法探讨

王景存(1951—),男,山东省费县人。1977年毕业于山东中医学院中医系。现任山东中医学院附属医院保健科副主任医师。

在从事中医内科临床医疗、教学、科研工作中,擅长诊治心血管及老年病,尤以对老年冠心病、急性心肌梗塞、高脂血症等有一定的辨证治疗经验。先后参加编写《高粘血症》等著作3部,《益气法治疗老年冠心病的体会》等20余篇论文在省级以上杂志及学术会上发表。其中《疏肝法治疗窦性心动过缓33例》获山东省卫生厅优秀论文奖。

一、标本同治五法

冠心病是老年人常见病多发病,亦是危害老年人生命的疾病之一。根据其临床特点,属祖国医学的“胸痹”、“心痛”等范畴。探讨其主要病因病机为“因虚而发”,“胸痹而痛,所以然者,责其及虚也……”。心、脾、肾三脏的阴阳,气血虚损是导致老年冠心病的病理基础为本;由此而导致的瘀血、痰浊、寒凝等病理产物为标,故属本虚标实之证。探讨总结其标本同治法如下:

1. 益气活血化瘀法:气与血,阴阳相随。气是帅血贯脉的动力。“气虚而血滞,气弱血不行。”方用补阳还五汤加减。

2. 温阳散寒、活血化瘀法：寒主收引，凝泣，引起心脉不通。“寒独流则血凝泣，凝则脉不通。”方用参附汤加味。

3. 养胃通腑法：阳明胃阴不足，燥结胃腑，气机不利，心脉痹阻，致心胃同病。“足阳明之正……上通于心。”方用增液承气汤加味。

4. 滋阴降火，活血化瘀法：本病大多失去阴阳平衡，而阴虚者居多。阴虚阳火亢盛，虚火上炎干于心，致血火互结发为瘀血，痹阻心脉。方用化肝煎加味。

5. 补肺健脾豁痰法：“肺为蓄痰之器”，“脾为生痰之源”。脾虚水湿不得运化；肺虚水液不得通调，致水湿积聚成痰，阻于胸中。方用补肺汤合四君子汤加减。

标本同治法尤需注意补而不滞，通而勿耗，增强心肌收缩力，增加冠状动脉的血流量，改善血液循环。

二、典型病例

李某，男，68岁。1990年5月12日初诊。

动则胸痛彻背3月。伴胸闷，气短，乏力，心悸，畏寒，肢冷，汗出。查体见唇紫；舌体胖，质暗，苔白；脉沉迟。心率52次/min，律规整，无杂音。心电图检查：①窦性心动过缓；②慢性冠状动脉供血不足。中医辨证为：气阳虚衰所致之胸痹。治以益气温阳散寒，活血化瘀，用参附汤加味：人参15克、附子9克、干姜6克、薤白10克、桂枝6克、丹参30克、元胡12克。水煎服，日1剂。

服药3剂，症减。连服6剂，诸症消失。复查心电图，心率提高到68次/min，仍有慢性冠状动脉供血不足表现。用苏合香丸1丸，日2次口服，善其后。

依据老年变化特点，辨证治疗 老年糖尿病

张洪(1955—)，女，山东省济南市人。1982年山东中医学院中医系本科毕业，并以日本国费留学生资格在日本东京医科齿科大学专攻内分泌专业两年。一直从事中医内科、老年病的临床、教学、科研工作。擅长诊治内分泌系统、心血管系统疾病。现任山东中医学院附属医院保健科副主任医师，担任山东骨质疏松学会理事。近年来在国外、国内省级以上刊物及全国性学术会议上发表论文20余篇。

一、调和阴阳，顾护肾精

糖尿病是老年病的常见病，属中医“消渴”范畴，基本病理为阴虚燥热。老年期，此病发病率高，与成年组比较有肾虚证明显、易生瘀血、多发变证、及脾虚元气不升等特点。治疗要针对这些特点辨证施治。

对老年糖尿病，应首调其阴阳，并时时注意顾护肾精。中医有“年四十后阴气自半”之说，亦有“年五十以上，阳气日衰，损与日至”的理论。这也是老年糖尿病发病原因之一。所以调节阴阳，保持阴阳平衡，可达到“阴平阳秘”，祛病延年的目的，而其中肾之阴阳的调节尤为重要。老年患者肾虚证比例高，保精护肾在治疗中要时时注意。益肾治疗遵循

“善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷；善补阴者，必于阳中求阴，则阴得阳升而泉源不竭。”，阴阳相济的法则，组方用药。养阴滋肾多用甘寒，常用制首乌、枸杞子、生地、熟地、麦门冬。肾阳虚者，可选八味丸，并在此基础上加用蛤蚧、覆盆子、益智仁等补肾不伤阴的药物。补益药中酌加行气药，以防滋腻碍胃。无论补阴、补阳，均要从容从缓补之，循序渐进，剂量由少到多，逐渐递增。

二、治脾胃即所以安五脏

消渴病在老年人除肺燥、胃热、肾虚外，相当一部分则表现脾虚。五脏皆虚是老年脏腑特点。“善治病者，唯在调和脾胃”，万物从土而生，“治脾胃即所以安五脏。”老人消渴，多由“真阴不足，元气不升”所致，所以健脾益气法亦常用之，可使清气上升，润泽五脏，以补五脏之虚。用药多用黄芪以健脾益气，配伍葛根，两药相助使清气上升，然后根据阴虚燥热的有无，酌情加用滋阴润燥之品。

三、标本兼治，以防变证

老年消渴在阴虚，气虚，阴阳两亏的基础上多有瘀血和痰浊，尤其瘀血易形成多种变证，使病情复杂、虚实兼备。因此，在补虚同时多合用活血化瘀法，标本兼治，防治变证；对一些病久难愈者，多能起到较好疗效。一般多合用桃红四物汤、血府逐瘀汤。活血化瘀药中除用血分药物外，灵活使用。益气、行气药物，注意气血的关系。对于妇女更年期后的糖尿病，根据妇女的生理特点，在一般治疗原则的基础上，注意补阴血，调肝气，疗效颇佳。

四、病案举例

于××，女，62岁。乏力、口渴5年，加重1个月。主证：四肢倦怠无力，多汗，烦渴，腹胀，大便不成形，尿频，时有胸闷不舒，头痛如刺。舌质暗红，少苔，脉治细。空腹血糖10.8mmol/l。5年前即诊断为Ⅱ型糖尿病，经常服用降糖药物，病情不稳定。证属气阴两虚瘀血阻络。诊断为“消渴”。此为真阴不足，元气不升，气运无力，瘀血内生。治以益气养阴，活血化瘀。

处方：黄芪30克、西洋参6克、葛根15克、山药12克、知母12克、山萸肉12克、川芎9克、丹参30克、柴胡12克、薏苡仁15克、赤白芍各12克、甘草6克。水煎服，日1剂。6剂后症状好转，继而改西洋参为太子参30克，加麦冬15克。1个月后诸症基本消失，空腹血糖降至7.3mmol/l。嘱其服成药以巩固疗效。

中西医结合治疗血栓闭塞性 脉管炎的几个问题

尚德俊，(1932—)，男，河南省济源人。1955年毕业于山东医学院，1956年参加全国第一批西医离职系统学习中医班，在天津中医学院结业时，以优异成绩获国家卫生部金质奖章。此后到山东中医学院及其附属医院工作。现任中国中西医结合学会周围血管疾病专业委员会主任委员、中华全国中医学会山东省外科学会主任委员、山东中医学院中医外科教研室教授，硕士研究生导师。1978年全国科学大会，中西医结合治疗脉管炎获国家成果奖，并被授予全国医学科研先进工作者，1988年，又被授予山东省优秀科技工作者，1989年，活血化瘀法治疗血栓闭塞性脉管炎临床研究，被评为山东省自然科学优秀学术成果二等奖。

40年来，坚持走中西医结合的道路，从事中西医结合外科、周围血管疾病临床医疗、教学和科研工作，对外科领域的研究甚为广泛，有丰富的临床经验，发展了我国传统外科学理论和实践，对传统外科事业和中西医结合研究做出了重要贡献。在我国首先研制创用四虫片、活血通脉片、通脉安、舒脉康等系列药品，治疗外科疾病特别是周围血管疾病取得显著疗效。创立中西医结合辨证论治整体疗法，总结周围血管疾病的治疗八法和活血化瘀十法，以及周围血管疾病的辨证论治规律，提高了疗效。形成了自己独特治疗风格，尤以

中西医结合治疗血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉硬化症、下肢深静脉血栓形成、下肢静脉曲张、静脉炎、雷诺氏病等血管疾病为特长，采用中药内服外治，配合药物静脉滴注疗法、药物穴位注射疗法，结合手术疗法等，对不同类型的病人都可有效治疗。经过长期临床实践和大量手术病人观察，对外科血瘀证作了系统研究和总结，创立了外科血瘀症学和外科疾病瘀血理论。主编撰著出版了《实用中医外科学》、《中西医结合治疗血栓闭塞性脉管炎》、《中西医结合治疗周围血管疾病》、《外科外治疗法》、《外科血瘀症学》、《中西医结合实用周围血管疾病学》等10部学术专著。发表了有学术价值论文60多篇。

一、临床分型

目前，还没有一个理想的、能确切反映血栓闭塞性脉管炎客观病情的临床分类方法。因此我们以临床分期和临床经验为基础，提出一个新的临床分型意见。

(1) 稳定型(期)：患肢畏寒、发凉、麻木和间歇性跛行，近期内没有加重。

(2) 急性活动型(期)：肢体出现迁徙性血栓性浅静脉炎，畏寒，皮色苍白或紫绀加重，溃疡扩大，肢体有坏死倾向。

(3) 迁延型(期)：肢体迁徙性静脉炎基本消失，其它表现处于上述两型之间。

(4) 严重坏死感染型(期)：肢体坏死范围多在趾蹠关节以上，继发严重感染。

二、治疗原则

不根据临床分型，忽视辨证论治，用一种方法来治疗各型病人是不适当的。只有根据病人的具体情况和临床类型的不同，与中医辨证论治相结合进行治疗，才能提高治疗效果。中西医结合治疗的三个原则是：

（1）改善血液循环：本病是慢性缺血疾病，尤其是稳定型病人，应采用中西医结合各种治疗方法，以补气养血法、活血化瘀和温经散寒法相结合为主治疗，以缓解血管痉挛，促进肢体侧支血管建立，从而改善肢体血液循环。这是临床治疗的基本原则。

（2）控制病情发展：对急性活动型和迁延型病人，中西医结合治疗，以清热解毒、活血化瘀和镇痉通络相结合为主治疗，以及使用抗血小板功能剂、抗凝剂、纤溶剂、肾上腺皮质激素等，以消除血管炎症，降低血液的粘滞程度，增强和调整机体的免疫功能，对控制病变活动和扭转病变进程都有作用。

（3）控制坏死感染：对严重坏死感染型病人，中西医结合治疗，以清热解毒法为主，佐以养阴、凉血、活血法治疗，以及选用有效抗生素、糖皮质激素类，输液输血等，及时切除坏死组织，以控制肢体坏死继发感染，支持疗法以增强机体的抗病能力。由于血栓闭塞性脉管炎的演变过程和发展阶段不同，证也不同，就必须应用不同的治疗法则和方药。临床辨证论治时，既要重视病人的证候变化，又要考虑临床类型的不同，这就能使辨证论治具有针对性，更好地发挥治疗效果。血栓闭塞性脉管炎由于肢体血液循环障碍，常并发溃

疡或坏疽。中西医结合治疗，能够促进肢体侧支循环的建立，改善血液循环，为手术局部处理创造了有利条件，手术是可以成功的。正确的局部处理，对解除病人痛苦，促进创口愈合，提高疗效，保存病人的肢体有重要关系。

下肢深静脉血栓形成的辨证论治

侯玉芬(1949—),女,山东省莱州市人。1974年8月于山东医学院中医系毕业,分配在山东中医学院附属医院外科工作至今。现任山东中医学院附属医院外科副主任医师,担任中国中西医结合学会周围血管疾病专业委员会秘书。20多年来,一直从事中西医结合外科的临床治疗及研究工作。在全国著名外科专家、著名周围血管病专家尚德俊教授亲自传授指导下,在中西医结合治疗外科疾病方面积累了较丰富的经验。尤其擅长周围血管疾病的诊治,如血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉硬化、下肢深静脉血栓形成、血栓性浅静脉炎、下肢静脉曲张、原发性下肢深静脉瓣膜功能不全、糖尿病坏疽等疾病。近年来,在国家级、省级刊物发表数十篇较有价值的论文。参写了有关著作数本。

下肢深静脉血栓形成是常见的周围血管疾病,属中医学“肿胀”范畴。治疗方法颇多。根据多年的临床经验,认为治疗下肢深静脉血栓形成应以中药为主,辨证论治,进行中西医结合的综合疗法,可提高疗效。

一、辨证论治

(一) 湿热下注型

发病急,患肢明显肿胀、疼痛、压痛,伴发热或肢体红

热，舌质红，苔白腻，脉弦数或滑数。治宜清热利湿，活血化瘀。方药四妙勇安汤加味（双花、玄参、丹参、板蓝根、赤小豆各 30 克，当归、赤芍、连翘各 15 克，黄柏、防己各 12 克，山栀、生甘草各 10 克）。热盛加公英、地丁；肢体瘀肿重，加大黄、芒硝；痛重，加乳香、没药、全蝎等。水煎服，日 1 剂。

（二）血瘀湿重型

患肢持续性肿胀、疼痛，或痛有定处，浅静脉扩张、曲张和皮肤毛细血管扩张。舌质红绛或有瘀斑，苔白腻或薄白，脉沉弦或细涩。治宜活血化瘀，利湿通络。方药活血通脉饮加味（双花、丹参、苡仁各 30 克，土茯苓 60 克，当归、赤芍、川芎各 15 克，猪苓、泽泻各 20 克）。瘀重，加土元、全蝎等。水煎服，日 1 剂。

（三）脾肾阳虚型

患肢肿胀，沉重胀痛，朝轻暮重，倦怠无力，肢冷畏寒，腰膝酸软，舌质淡或胖嫩，苔薄白，脉沉细无力。治宜温肾健脾，活血通络。方药温阳健脾汤加减（黄芪、党参、苡仁、茯苓各 30 克，白术、当归、山药、川牛膝、鸡血藤、丹参各 15 克，熟附子、干姜、陈皮、木瓜各 10 克）。水煎服，日 1 剂。

二、外治法

（一）芒硝加冰片外敷

芒硝 500 克、冰片 1 克，将以上二药研碎搅匀，装入缝好的布袋内，围敷于患肢。每日更换 1 次。具有消肿，清热止痛的作用。适用于下肢深静脉血栓形成早期（湿热下注

型)。

(二) 马钱酊外涂

马钱子、黄连各 30 克，加 75% 的酒精 500ml 浸泡 1 周，过滤去渣后备用。每日外涂 3~4 次。具有消炎止痛的作用。适用于下肢深静脉血栓形成并血栓性浅静脉炎，或下肢深静脉血栓形成并瘀积性皮炎者。

(三) 活血止痛散外洗

透骨草 30 克，川楝子、当归、姜黄、威灵仙、川牛膝、羌活、白芷、苏木、五加皮、红花、土茯苓各 15 克，川椒、乳香各 6 克。煎汤趁热熏洗患处，每日 2 次，每次 30~60 分钟。具有舒筋活血，消肿止痛的作用。适用于下肢深静脉血栓形成稳定期（血瘀湿重型）。

三、静脉滴注药物

根据不同的病情，可配合静脉用药，以提高疗效。

(一) 清开灵静滴

清开灵 60~80ml，加入 5% 葡萄糖 500ml 静脉点滴，日 1 次，15~20 天 1 疗程，休息 7 天可再进行第 2 疗程。具有清热凉血，活血消肿的作用。适用于下肢深静脉血栓形成急性期。

(二) 消栓灵静滴

消栓灵 0.84u~1.12u，加入 0.9% 生理盐水 500ml 中静滴，日 1 次，15~20 天为 1 疗程。具有降低血液粘度的作用。适用于下肢深静脉血栓形成各期。

除此，根据病情可选用尿激酶、蝮蛇抗栓酶、脉络宁、丹参注射液等静脉滴注。

四、病案举例

方××，男，46岁，工人。住院号：59936。患者于1993年5月23日突感右小腿胀疼，6月6日右小腿始广泛性粗肿，故来院诊治，以“下肢深静脉血栓形成”收住院。查体：体温37.8℃，舌红，苔黄腻，脉弦滑。右小腿广泛粗肿，皮肤潮红，腓肠肌硬韧压痛，皮温高，股三角区压痛，浅静脉扩张，Homans征(+)，Neuhof征(+)，两侧肢围：膝上15cm处：右侧58cm，左侧56cm；膝下15cm处：右侧47.5cm，左侧43cm。血沉35mm/h，纤维蛋白原500mg%。超声多普勒检查，右股、腘静脉不通畅。

诊断：下肢深静脉血栓形成（混合型）。

辨证：湿热下注型。

治法：清热利湿，活血通络。方药四妙勇安汤加味，水煎服，日1剂。外用芒硝加冰片外敷。配合清开灵60ml，加入5%葡萄糖500ml静滴，日1次。以上方案治疗15天后，右小腿肿胀明显减轻，股部疼痛消失，小腿皮色好转，患肢股部较健侧粗1cm，小腿较健侧粗2cm。停止芒硝、冰片外敷。微调中药四妙勇安汤加味，继服。间隔7天后，配合清开灵静滴第2疗程。经治第45天后，患肢肿胀消退，疼痛消失，体温恢复正常，血沉、纤维蛋白原均正常。为巩固疗效，改服活血通脉饮加减，又服半月，右下肢肿胀完全消退，双下肢等粗。痊愈出院。

五、临床体会

（一）关于中医辨证论治

对下肢深静脉血栓形成的中医分型，初步总结为湿热下注、血瘀湿重及脾肾阳虚三型。由于下肢深静脉血栓形成是血瘀疾病，静脉血栓形成，血流瘀滞，血液高凝状态，舌质红绛或有瘀点、瘀斑，所以活血化瘀是其重要的治疗法则，应贯穿于整个治疗过程中。发病早期，湿热下注者，以清热利湿为主，佐以活血化瘀治疗，内服四妙勇安汤加味。患肢肿胀重者，加大黄、芒硝，以攻下逐瘀，消除患肢瘀血肿胀。这样集中“消”、“通”，对控制深静脉血栓、炎症和消除肢体肿胀、胀痛有良好效果。后期病人，血瘀和湿阻并存，应活血化瘀、利湿通络为主，内服活血通脉饮加味治疗。临床观察，活血化瘀法为主治疗，对促进深静脉消溶吸收，提早恢复静脉血流具有重要作用。

（二）关于外治疗法的应用

下肢深静脉血栓形成外治疗法的应用，是很有效的治疗方法。尤其对并发血栓性浅静脉炎、急性蜂窝织炎、湿疹样皮炎、慢性溃疡的治疗，均有显著疗效。临床观察，应用芒硝外敷、中药熏洗疗法，能够消除肢体瘀血肿胀，促进下肢静脉血液回流，控制继发感染，具有独特的疗效。

肢体动脉硬化性闭塞症患者血液流变性质改变与中医辨证分型的关系

金星 (1957—), 男, 济南市人, 副教授。1982 年毕业于山东中医学院, 获医学学士; 1988 年硕士研究生毕业, 获医学硕士。从事中医外科、中西医结合外科临床医疗、教学、科研十几年, 先后在国家一级刊物上发表论著性论文 8 篇、省级刊物 16 篇。通过省级科研成果 1 项; 专著有《中西医结合诊疗周围动脉闭塞性疾病》, 于 1992 年被破格晋升为副教授。

血液流变学性质改变是闭塞性动脉硬化症 (ASO) 重要病理变化之一, 经临床研究发现; ASO 患者血液流变性质改变具有以下特征:

一、ASO 患者血液常处高粘、高聚、高凝状态

严格诊断的 156 例 ASO 患者, 均属临床二期以上, 存在肢体动脉闭塞。其全血高切粘度、血浆粘度、红细胞沉降率、纤维蛋白原含量均显著地高于健康人组 ($P < 0.05 \sim 0.001$); 而红细胞压积无明显差异 ($P > 0.05$)。ASO 全血粘度的升高反映了红细胞变形能力下降; 血浆粘度作为血液流变性的重要指标之一, 在于它直接影响全血细胞聚集和变形能力, 而血浆粘度主要与其所含大分子蛋白数量有关。血浆纤维蛋白原稍超常值, 即可使红细胞聚集、缗状物——微血栓形成。很

显然，ASO 患者这种高粘、高聚、高凝状态，可加重患肢缺血、缺氧，极易促发血栓形成，造成血管闭塞、患肢坏疽。

二、ASO 临床病情变化与血液流变性质改变关系密切

临床分期、分级及中医辨证分型不同，其血液流变学各值之间存在显著差异。156 例 ASO 患者，坏疽期（三期）的血浆粘度、纤维蛋白原明显高于营养障碍期（二期）；三期 2、3 级坏疽患者的血液流变学值显著地高于一级坏疽者（ $P < 0.01$ ）；表明血液流变性质改变与 ASO 临床病情变化呈正相观。

ASO 属祖国医学血瘀证、“脉痹”、“脱疽”范畴。中医辨证分型可分为：阴寒型、血瘀型、湿热型、热毒型。作者研究发现，湿热、热毒、血瘀型的血液流变学值显著地高于阴寒型（ $P < 0.05 \sim 0.001$ ）；而热毒、湿热型的血液流变值明显地高于血瘀型（ $P < 0.05$ ）。笔者认为，此结果与临床病情及中医分型方法有关。一般热毒、湿热型多存在肢体红肿、溃疡、坏疽，绝大多数属第三期。由于肢体动脉功能代偿不全，严重供血不足，肢体坏疽，剧痛，或继发感染呈毒血症、甚至败血症、机体应激等均可促使血液流变性恶化。中医辨证应视为在严重血瘀的基础上，郁久化热、热盛肉腐，故血液流变性质指标亦可作为临床中医分型的客观依据。

三、活血化瘀疗法是改善 ASO 血液流变性异常的有效方法

近年来，通过对血瘀证实质的多学科研究认为，血液高

凝、高粘、高聚亦属于中医血瘀证范畴。中药活血化瘀、清热解毒、利湿剂有显著地促纤溶、抗凝、祛聚、扩溶等作用。如红花黄色素、赤芍总甙、当归等，对大鼠纤溶活性有明显促进作用，可使血浆纤维蛋白原含量下降；川芎嗪在体外具有尿激酶样作用；丹参酮Ⅱ—A磺酸钠可改善血液流变性质。复方补阳还五汤、桂枝茯苓丹可使全血粘度、全血还原粘度、红细胞沉降率正常。

作者对 156 例 ASO 患者，采用活血化瘀疗法，内服丹参通脉汤加减（科研方），配合局部换药，及时手术处理等，临床总有效率达到 94.23%。其血液流变学各值在治疗后均明显改善。可以认为，中药活血化瘀疗法是改善 ASO 血液流变性的有效方法。

对银屑病的初步探讨及对掌跖 化脓型银屑病的论治

丁履仲(1919—),男,山东日照市人。山东中医学院附属医院皮肤科主任医师。1946年毕业于山东省立医学专科学校(五年制由山东医学院发给文凭),曾任青岛市立医院外科住院医师,1952年任青岛市人民医院外科住院医师,1954年晋升为主治医师。1956年入上海中医学院中医研究班学习3年半,1959年毕业后到山东中医学院外科任教。1962年调附属医院外科任主治医师,1982年晋升为副主任医师。1988年任命为主任医师。曾任中华全国中医学会山东分会科普工作委员会顾问。主要著作有《中医学浅说》、《汤头歌诀简表手册》发表论文10余篇。擅长治疗牛皮癣、荨麻疹、硬皮病等;用点穴疗法治疗甲状腺腺瘤,顽固性荨麻疹等,均获良好疗效。

一、滋阴活血 健脾利湿清热解毒为基本法则

银屑病又名牛皮癣,是一种常见并易复发的慢性炎症性皮肤病,其发病率在国内约为0.2%左右,在国外有些地区可达3%。

本病发病率较高,且性质顽固,易于复发,病程较长(有数十年者),尤以侵犯青壮年为多,对患者的身体健康和

精神影响甚大。因此，银屑病是当前皮肤科领域内重点研究和防治的疾病之一。

病因尚未完全明瞭，各家学说不一，其中主要有遗传，感染，代谢障碍，内分泌影响，神经精神因素及免疫等学说。

银屑病病型不同，而其中最难治者为掌跖化脓型银屑病。其病情顽固，反复发作，对一般治疗反应不佳。

在祖国医学中，如隋代《诸病源候论·干癣候》记载：“干癣但有匡廓，皮枯索痒，搔之白屑是也。”清《外科大成·白疔》曰：“白疔，肤如疹疥，色白而痒，搔起白疔，俗名蛇虱，因风邪客于皮肤，血燥不能荣养所致。”《医宗金鉴》中指出：“白疔之形如疹疥，色白而痒多不快，此由风邪客皮肤，亦由血燥难荣外。”均形象地描写了白疔的主要症状和病机。

银屑病多为久病血燥血虚郁久而化热，致气血瘀滞，引起各种症状，又在身体各部反应不同。如在足者则多湿，在手者则多风，风湿盛则痒重而化热。手足皆为三阴三阳经之重地，而四肢属脾。因此凡治四肢之病，必健脾利湿运化四肢，又须活血以通络，使血行风自灭，再加解毒滋阴清热，则脓去血生。治掌跖化脓型银屑病此疑难之症，基方为：

金银花 元参 当归 黄芪 生甘草

丹参 重楼 土茯苓 赤小豆 薏米

此乃四妙勇安汤加味，取四妙勇安汤之清热解毒滋阴活血。重用黄芪以托疮生肌，利尿消肿，固表，补气。补气则可生血，黄芪入脾肺经，善走肌表为表虚要药（黄芪有扩张血管的作用，能改善皮肤血液循环及营养状况，使久坏之肌细胞恢复活力）。丹参入心肝二经血分，有活血祛瘀，凉血消肿，清心除烦的作用。前人认为丹参能“补血”，而有“一味

丹参散功同四物汤”的说法。重楼入肝经能清热解毒散结消肿。土茯苓有解毒利湿，利尿作用（又本品与菝葜为同属植物，两者功效颇相近似，在临床上常用于牛皮癣等病）。赤小豆入心、脾，能解毒排脓，清热利湿，利尿消肿。薏米入脾、肺、肾经，利尿消肿，健脾祛湿，排脓，通利关节。前人认为薏米：“上清肺热，下理脾湿。”蚕衣味甘、平、无毒、治口疮，用其治疮并以治皮。再进一步看四妙勇安汤内之药：生甘草入十二经。补脾润肺，益气复脉，缓急止痛，清热解毒，调和药性。金银花入肺、心、胃经，清热解毒，凡热毒痈肿，用量宜重。当归入肝、心、脾经，功能补血调经，活血止痛。元参入肺、肾经，滋阴润燥，降火解毒。

二、医案

许明，男，36岁，工程师。初诊日期：1993年8月17日。体弱无力，掌跖脓疱脱屑。病已2年，近2个月不能工作。

脉弦滑，苔薄白。有沟状舌。指甲有顶针样坑，且有条纹。两手掌及两跖皆有脓疱密布，及结痂且有皮屑，两腋部淋巴结肿大，锁骨上窝及股淋巴结亦肿大。两足背及小腿有红斑，搔之有白屑、薄膜及出血点。

诊断：掌跖脓疱型银屑病。

处方：金银花60克、元参30克、当归30克、黄芪30克、丹参15克、重楼15克、土茯苓30克、赤小豆30克、薏米30克、生甘草15克、蚕衣3克。水煎服，日1剂，分2次服。

二诊：1993年9月2日。已连服药11剂。症已好大半，两手掌脓疱已无。脉沉细，苔薄白。

上方加鱼腥草 15 克、僵蚕 6 克，蚕衣改为 6 克。服法同上。

鱼腥草以治其余毒未尽，该药入肺、膀胱经，取其抗菌利尿，使血管扩张，消炎消肿作用，其功效为解热毒，消痈肿，能宣肺散结，清热解毒。僵蚕入肺、肝经。取其祛风泄热，消肿散结，治皮肤风疹作痒。蚕衣加倍量，取其治疮之力强。

三诊 1993 年 9 月 17 日。服上药 12 剂。症继好转，掌跖基本好转，脉沉细，苔薄白，舌上中间沟已短。已恢复工作。上方 12 剂继服。

四诊：1993 年 12 月 8 日。因在厂内大检修患者未能来。代诉：跖部及体部皆愈，右掌小疹甚少，左手掌小疹较右掌稍多。脉沉细，苔薄白。

处方：上方去土茯苓、薏米、赤小豆，加乌梅（取其有大量有机酸与生物碱结合成盐，使其易溶于水而提高疗效）。

皮肤病证治心得

赵纯修（1936— ），男，中医外科主任医师。济南市章丘市人。1957年在济南市卫生局举办“学习中医班”学习中医，1958~1964年在山东中医学院本科就读。毕业后历任山东中医学院附属医院外科住院医师、主治医师、山东中医学院副教授、主任医师等职。兼任中国中医药学会外治专业委员会副主任委员。曾主编英汉中医药大全《皮肤科学》、中国传统医学丛书《中医皮肤病学》两书，参编《实用中医保健学》、《实用中医外科学》、《中医临床各科》下册以及第六版《中医外科学》全国教材。

一、风热立论 辨证加减治疗多种皮肤病

皮肤病的原发损害，如丘疹、斑、结节、风团多为红色，红色中医辨证为热邪蕴结。其他原发损害如水疱、大疱、脓疱等，其边缘亦多有红色炎性浸润，红色炎症浸润中医辨证为热邪蕴结。以上原发损害多伴有瘙痒症状，这种红色损害又伴有瘙痒症状，中医辨证为热邪蕴结，血热生风，风热蕴结皮肤。绝大部分皮肤病，如荨麻疹、湿疹与皮炎、药物反应、动物及物理因素所致皮肤病、各类红斑性皮肤病等，其临床表现均为红色损害伴瘙痒症状，所以，一般而论，其辨证均为风热蕴结皮肤。

鉴于红色损害伴有瘙痒为风热蕴结，其治则应为清热祛风，本人自拟清热祛风汤治疗多种皮肤病，随兼证辨证加减往往随心应手，取得显效。组方为：双花、连翘、黄芩、栀子、生地、赤芍、丹皮、紫草、苦参、浮萍、白藓皮、甘草。取意双花、连翘、黄芩、栀子解毒清热；生地、赤芍、丹皮、紫草以凉血清热；浮萍、白藓皮、苦参以祛风止痒；甘草清热和中。各种虫咬皮炎、药物反应、荨麻疹类、湿疹皮炎类、红斑类，以及神经性皮炎、紫癜、血管炎类等皮肤病，均可参照皮肤表现和脏腑虚实，以此方辨证加减用药。

例患者李××，女，24岁。面部红斑、丘疹5天，伴瘙痒灼热感，系更换化妆品后引起。查：颜面轻浮肿，有红斑丘疹散在，舌尖红、苔薄黄、脉象略数。诊断：过敏性皮炎（粉花疮）。辨证：风热蕴结于面。治则：清热祛风。处方以清热祛风汤原方3剂，水煎服，日1剂。服药后症见轻。再诊不更方继服3剂，基本痊愈。

二、湿疹之证，见湿治湿，效果快速

湿疹为皮肤科常见病，临床表现为多形性损害，如患部潮红肿胀、丘疹、疱疹、糜烂、浆液性渗出、痂皮、肥厚性皮块、渗出倾向等，症状为瘙痒感。虽然湿疹表现有急性湿疹、亚急性湿疹、慢性湿疹三种，又有年龄、部位、损害的各种不同表现，但该病独具特色的病理变化为湿。湿的病理变化表现为皮肤肿胀、疱疹、糜烂、渗出、渗出倾向。临床辨证见到以上表现即辨证为有湿，湿疹辨证多为风湿热蕴结皮肤，治疗应以治湿为本，配合清热祛风。本人自拟急性湿疹汤，即以治湿为本而组方。方为：双花、黄柏、黄芩、苦

参、茵陈、木通、滑石、车前子、薏仁、苍术、白藓皮、甘草。方中取苦参、茵陈、木通以苦寒利湿；滑石、车前子、薏仁渗湿利水；苍术、白藓皮以祛风燥湿。取双花、黄柏、黄芩清热解毒泻火以除热；苦参、茵陈、木通佐以苦寒清热。本方以清热利湿为本，佐以祛风止痒，在清热利湿中则侧重利湿、燥湿、胜湿，以治疗湿邪为重点，临诊中多获显效。

例患者李××，女，64岁。两手足不分冬夏反复起丘疹、疱疹、渗水、作痒，皮肤粗糙20余年。每吃鱼腥后渗水作痒加重。查：两手足掌除小面积潮红湿烂外，大部分皮肤肥厚、皲裂。舌质正常，薄黄腻苔、脉略弦。诊断：湿疹。辨证：风湿热蕴结。治则：利湿清热祛风。予急性湿疹汤6剂，水煎服，日1剂。服后渗出瘙痒减轻。以此方辨证加减治疗，服药30余剂，两手足皮肤损害基本痊愈。

三、青年痤疮病机与治则浅议

青年痤疮中医称“面疮”、“粉刺”、“肺风粉刺”。历代对其病机均有阐述，如隋·《诸病源候论·面疮候》：“面疮者，谓面上有风热气生疮。”立论本病病机为风热蕴结于面。明·《外科正宗·肺风粉刺酒渣鼻》：“粉刺属肺，……总皆由血热郁结不散而致。”立论本病病机为血热蕴结于面。清·《医宗金鉴·肺风粉刺》：“此证由肺经血热而成。”立论本病病机为肺经血热蕴结于面。

当代临床对此病病机的认识，除风热、血热、肺经血热蕴结于面之外又有所发展，提出了新的看法。结合临床总括有如下几点：

（一）血瘀

当代对血瘀的研究，使临床各学科不少疾病在辨证论治上有了令人瞩目的进展。此病的非炎症性的丘疹、结节、病机即为血瘀，炎症性丘疹、结节为血瘀化热。以此立论在治疗上使用了活血化瘀法和清热凉血、活血化瘀法。

（二）湿盛

此病的发病者多为皮脂溢出过多者。皮脂溢出过度旺盛称为皮脂溢体质。中医把皮脂溢出过度旺盛的病机归纳为湿盛，湿盛是青年痤疮发病的基础因素。治疗湿盛是治疗青年痤疮的必要方法之一，治以淡渗利湿法。

（三）痰核

部分病人的临床表现以粉刺及小皮脂腺囊肿为主，中医称之为痰核。粉刺和皮脂腺囊肿的病机为痰核郁结。治疗以化痰散结之法。

（四）胃肠实热上蒸于面

青年痤疮部分患者为食欲旺盛，舌红苔黄，口臭，经常性便秘者，除面部丘疹、结节、粉刺外又以经常性便秘为特点。此种证候的病机为胃肠实热上蒸蕴结于面，治以清泻胃肠实热之法，往往得以显效。

（五）热毒蕴结于面

部分痤疮病人继发较重的感染，在炎性丘疹、结节、粉刺的损害上又出现脓疱、疖肿、溃疡、窦道、面部潮红，表现以化脓性炎症为主要损害。此种证候的病机为热毒蕴结于面。治则以清热解毒为主。

总之，当代临床对青年痤疮的病机与治则又有了以上五点认识。临床应以辨证论治的法则，细心采集病史，灵活运用以上病机和治则。

例患者张××，男，30岁。面部丘疹、结节10年多，近几年加重，反复起疖肿，经常性大便干，久治不愈。查：面潮红，皮肤脂性，满布丘疹、结节、小疖肿、点滴状浅瘢痕，面部皮肤肥厚隆起、弹性差，舌暗红，黄腻苔，脉略洪数。辨证血热湿盛，热毒蕴结，胃肠热结。治以清热解毒为主，佐以凉血渗湿，降火泻下。

处方：双花21克、公英21克、败酱草21克、连翘21克、生地18克、赤芍15克、丹皮15克、苦参9克、土茯苓18克、薏仁30克、大黄9克、甘草6克。水煎服，日1剂。

上方服12剂，面部疖肿消退，丘疹、结节变小，大便已不干，亦不泻。上方又服12剂，面部结节明显变小。皮肤脂性差，面色轻潮红，皮肤粗糙不平、肥厚隆起，皮肤弹力差。治以活血破瘀散结为主，佐以清热渗湿泻下。

处方：双花21克、连翘21克、公英21克、败酱草21克、桃仁9克、赤芍21克、丹参21克、土元6克、大黄9克、山甲9克、皂刺9克、土茯苓21克、香附15克、土贝12克、苦参9克、薏仁30克、甘草6克。水煎服，日1剂。

服上方30余剂，皮肤潮红、丘疹、结节消退，肥厚、隆起明显好转。

青年痤疮为常见病且难以治愈，治疗上除注重皮损的血热瘀结、痰核郁结等外，需注意脏腑变化，如清肺热，调理大便秘结，调理皮脂分泌旺盛，调理与月经周期的影响等，治疗上可取得较好的效果，即所谓外病内治也。

寻常疣外治经验

杜锡贤（1948— ），男，山东安丘人。1968年12月毕业于潍坊中医学校。1973年8月毕业于潍坊医学院并就职于本院。1992年晋升为皮肤科副主任医师。擅长治疗……。参编了《实用中医保健学》、《英汉实用中医药大全·皮肤病学》等7部著作。发表和学术会交流过《五妙水仙膏点涂治疗色素痣107例报告》等10余篇论文。

寻常疣是由病毒引起的一种常见病，中医称“疣目”、“千日疮”等，俗名“瘰子”、“刺瘰”。由于寻常疣生长的部位不同，其形态多种多样，所以临床上需用多种治疗方法。现简述如下。

一、推治法

疣体处常规消毒后，用蘸有35%三氯化铁溶液的竹签棉棒抵住疣的根部，棉棒与皮肤约成30°角，向前用力猛推，疣体即可除掉。推一次疣体不能完全脱落时，可再次将疣体全部推除。除掉疣体后基底部常有出血，此时用推疣的棉棒立即按压出血处，1~2分钟后出血即止。推治法是外治寻常疣的常用方法，适用于孤立性，明显高出皮面的疣体。因疣体明显高出皮面时，棉棒才能抵住疣体根部，易于推除。疣体与皮面平行或稍隆起，根部生长牢固者则不适宜。35%三氯

化铁溶液具有防腐收敛止血作用，压迫止血后，一般无须包扎，但疮面较大者应无菌纱布包扎，以防感染。为防止复发，可在创面点涂具有腐蚀作用的五妙水仙膏，待膏干燥后用蘸生理盐水的棉棒擦去即可。

二、离推法

离推法是一种先分离后推治的方法。常规消毒患处后，用无菌小号尖头手术刀在疣体周围与正常皮肤组织之间做环形分离，然后按推治法治疗。离推法适用于手足部较大寻常疣。由于手足部部分皮肤的角质层较厚，疣体与正常皮肤之间连结牢固，不便直接使用推治法。如先分离，使疣体与周围皮肤松动后，疣体就很容易被推除。分离时一般将手术刀垂直插入，然后轻轻环形分离。注意进刀不宜过深，以使疣体与周围皮肤分离为度。分离时有少许渗血无妨。术中可有轻微疼痛，患者一般能够忍受，因此不必局麻。

三、刮除法

刮除法是一种用刮匙将疣体刮除的外治法。疣体处常规消毒后，根据疣体大小，选用型号合适的无菌刮匙，匙缘贴近疣体边缘，刮匙与皮面约呈 60° 角，向前下方稍用力即将疣体刮除。如疣体未完全脱落，可再刮，直至全部脱落，然后用蘸有 35% 三氯化铁溶液的棉棒压迫止血，再点涂五妙水仙膏，待膏干燥后擦除即可。刮除法适用于疣体较多、较大、较扁平的患者。因此类寻常疣不便于或不适宜用推治法和离推法治疗，用刮除法则较容易治疗。对较小疣体，向前下方刮除时要动作轻捷，中病即止，刮除动作结束时应将刮匙快速

向上提起，切勿顺惯力过分向前用力而伤及正常皮肤。对较大疣体，应注意将疣体根部刮除。疣组织比较粗糙、坚韧，而正常皮肤组织则比较柔软，因此较容易辨认。但切勿刮的过深，以免引起局部结缔组织增生而形成瘢痕等。刮除止血后是否点涂五妙水仙膏，应视情况而定。如感觉刮除比较彻底则不必再用。对创面较大者应注意无菌操作和无菌包扎。

四、封包法

清洁或常规消毒患处后，将五妙水仙膏点涂于疣体上，涂药面积与疣等大或稍大，待药干固后，用橡皮膏盖贴。也可先将一块大于寻常疣的橡皮膏中央剪开一孔，孔大小与疣等大，然后套贴于患处，使疣完全暴露，以此保护周围正常皮肤。再将药膏点涂于疣上，待药干固后，以橡皮膏盖贴。一般封包约12小时后将封包物去除，疣体即很容易用刮匙连根刮除。五妙水仙膏封包法适用于手足部大而扁平，与周围皮肤连结牢固的寻常疣。封包法能延长药物作用时间，治疗后也不易复发。封包期间如疼痛较重，应随时停止封包，并给予相应处理。五妙水仙膏为中药制剂，主要由五倍子、生石膏、生石灰等配制而成，具有一定腐蚀力，并有去腐生新，解毒收敛等作用。因其腐蚀作用比较弱而缓，所以使用较安全。但使用过程中仍应细心、谨慎，以防发生不良后果。

五、熏洗法

将单味或多味中药加水煎煮成一定浓度的溶液，乘热先对准患部熏蒸，待药液变温时浸洗患部。一般每次熏洗30分钟，每日2次，也可每晚1次，每次40~60分钟。每剂用3

天，再次用前加热。薰洗法适用于多发性寻常疣及跖疣、甲周疣。寻常疣数目较多，疣体很小，又局限于某一部位时常用本法治疗。跖疣、甲周疣往往较为难治，上述几法及冷冻、激光等外治法或不适宜，或治疗后易于复发，而中药薰洗则常获良效，一旦治愈极少复发。治疗过程中也无任何不适。缺点是治疗花费时间较长，有的患者不具备煎药薰洗的条件，有待进一步改进。

例患者冯某，女，9岁。双足底角化增生性皮损3个月，行走时疼痛。1987年10月10日就诊。查见双足底多个粟粒至绿豆大刺状角化增生性斑点。诊断：跖疣。处方：白藓皮、明矾、马齿苋、板蓝根各30克，红花15克，加水2000ml，煮沸15分钟后，先薰后洗，每日2次，每次30分钟。洗2剂后皮损变白、变软，洗6剂约20天后皮损全部消退而逾，至今未复发。

对瘙痒性皮肤病的认识及临床体会

杨东海(1941—),男,河北省永清县人。1957年9月至1960年8月参加济南市卫生局办中药班学习中药专业,修业期满后在本院药房工作。1961年8月至1968年3月参军服役,在部队主要从事卫生员工作。1968年3月退役后至今,在本院外科、皮肤科从事医疗工作。现任副主任医师、皮肤科副主任。擅长治疗多种常见皮肤病及疑难病症。曾参加《英汉实用中医药大全·皮肤病学》、《中医皮肤病学》、《实用中医保健学》的编写。发表《瘙痒性皮肤病病因及治疗》、《当归饮子治疗瘙痒性皮肤病应用心得》、《中药赤芍过敏2例报告》等多篇论文。

瘙痒性皮肤病是皮肤病中最常见的一类疾病。此类疾病患者除发生丘疹、红斑、风团、水疱、糜烂、抓痕、苔藓样变等皮损外,均伴有程度不同的瘙痒,有时则瘙痒难忍,痛苦异常,影响生活和工作。祖国医学认为,体虚感邪及部分人禀性不耐,是瘙痒性皮肤病发生的根本原因。而卫气虚,卫外不固,风、湿、热等邪特别是风邪侵袭肌表,导致营卫失和,气滞血瘀,是瘙痒性皮肤病发生的直接原因。由于瘙痒性皮肤病主证为瘙痒,而“无风不作痒”,故其治疗以祛风为大法。常用的祛风方法有清热祛风法、散寒祛风法、活血祛风法、清湿热祛风法、益气祛风法、调和营卫祛风法、搜风

止痒法等。

通过二十几年的临床实践，个人有以下体会。

(一) 由于瘙痒性皮肤病的发生是由正虚感邪所致，所以治疗瘙痒性皮肤病不能离开扶正祛邪的基本治法，并应根据正邪在矛盾斗争中的地位及相互消长的情况，决定扶正祛邪的主次、先后而又有所侧重。通过益气活血祛风等具体治法共同达到“血行风自灭”、“正足邪自去”、“邪去而元气自复”之目的。

(二) 证有寒热虚实，法有温清消补，故治疗首先应正确辨证，合理立法用药，才会取得理想的治疗效果。根据“虚则补之”、“实则泻之”，“寒则热之”、“热则寒之”的《内经》宗旨，对瘙痒性皮肤病的治疗则有清热祛风、散寒祛风、活血祛风等治法之不同。但某一具体治法则难以包括病人所患之证，某一方剂也难以与具体病情完全符合，故有时需几种治法结合应用，使用某一方剂也应随证加减，而不能拘执于一法一方，这样才能取得满意的治疗效果。

(三) 证有虚实寒热，药有寒热温平，热证用寒凉药，寒证用温热药是一般常识。所以治疗瘙痒性皮肤病所用药物有偏于辛温和辛凉之别。一般来讲，用药不宜盲目的寒热夹杂。如荆芥、防风与柴胡、薄荷同处一方，白藓皮、地肤子与白蒺藜、蛇床子共同运用，会使清除风热或清除风寒的目的不尽明确，达不到或影响治疗效果。但在大队寒凉药或温热药中夹杂少量温热或苦寒药物，不但不会影响方剂的性能，有时还可纠正过于寒凉或过于温热之弊病。另外，在某些情况下，加入与方剂药性相反的药物，可纠正方剂的温热或寒凉之性，从而达到治疗目的。如用温热的麻桂各半汤加上生石

膏、金银花、白藓皮等凉性药物治疗风热证，既可达调和营卫之目的，又可清除了风热之邪。

（四）瘙痒性皮肤病中有很大大一部分为过敏性皮肤病，如湿疹、荨麻疹、变态反应性接触性皮炎、药物性皮炎等。其患者由于先天禀赋因素，大多为过敏性体质，往往不能耐受而发生瘙痒性皮肤病。因此，应对环境因素予以高度重视，对患者的工作及衣、食、住、行等各方面的致病因素应尽力查找出来，并避免继续接触。

（五）瘙痒性皮肤病患者一般应注意忌口，尤其是忌食鱼虾海鲜和辛辣之物。因为鱼虾海鲜之物可以发散生风，且有的就是过敏性皮肤病的发病原因。而烟酒辛辣之品皆能助火生热，用后有加重病情或引致疾病复发之可能。

（六）治疗瘙痒性皮肤病，应用虫类药物有时非常重要。虫类药物大多具有活血化瘀的作用，并且祛风作用较强。方剂中适当加入虫类药物，如全蝎、蜈蚣、地龙、僵蚕等，可迅速改善症状，缩短病程，使疾病尽快痊愈。

（七）肺主皮毛，主肃降，与大肠相表里。所以，瘙痒性皮肤病与肺、大肠有密切关系。肺卫之气充盛，则肌表固密，抗外邪能力强，肺气肃降则大肠功能正常。反之，则肌表不固，大肠亦常积滞不通。所以治疗瘙痒性皮肤病常配用开肺气的药物，如麻黄、细辛、桑白皮、炒杏仁等，有时又需配用通大肠的药物，如大黄、番泻叶、火麻仁等。

乳腺增生病的辨证论治

姜兆俊(1935—)，男，山东潍坊市人。1955~1958年随伯父学习中医外科，1962年毕业于山东中医学院。现任外科主任医师，中国中医药学会外科学会外治专业委员会委员，中华全国中医学会山东分会理事、山东分会外科委员会副主任。主要著作有《英汉实用中医药大全·外科学》、《中国传统医学丛书·中医外科学》等。发表论文近30篇。

一、病因和本病特点

乳腺增生病既非炎症，亦非肿瘤，而是一种生理性增生与复归不全造成的乳腺结构紊乱，从而产生乳腺小叶增生、退化、硬化、导管扩张和囊肿形成的病理改变的常见乳房病。在病理形态上包括乳腺小叶增生和慢性囊性增生两种类型。本病发生主要是雌激素水平过高，黄体酮相对不足，使周期性乳腺增生与消退不全，日积月累而形成。本病特点是乳房有肿块、胀痛，多与月经周期有关，少数有癌变倾向。多发于30~40岁的妇女。好发于高龄未婚、未生育、未哺乳、精神抑郁、月经不调、流产次数多、性生活淡漠的妇女。由于肿块内结于乳房，外不可见的特点，故中医学称为“乳癖”，又属于“乳中结核”范围。其发病原因，系由于郁怒伤肝，肝失调达，肝郁则气滞，气滞则血瘀；肝旺侮土，或思虑伤脾，

则脾失健运，痰湿内生，以致肝郁气滞，血瘀痰凝，阻于乳络，互结为块。肝郁是本病发生的主要原因，它不仅可使脾失健运，亦可导致冲任失调而发病。

二、辨证和医法

对乳腺增生病的治疗重在准确辨证，善于守法。

1. 肝郁血瘀痰凝型，证见乳房肿块胀痛或刺痛，质韧不坚，伴情志郁闷或心烦易怒，症状随喜怒而消失，舌苔薄白，脉弦滑。法以疏肝解郁，活血祛瘀，化痰散结。方用乳块消汤Ⅰ号：生牡蛎、昆布、海藻各30克，桔蒺、丹参各15克，柴胡、夏枯草、天冬、三棱、莪术、橘叶核、半夏各10克。水煎2次分服，每日1剂。肿块较硬者，加山甲珠10克，土贝母6克。

2. 肝郁冲任失调型，证见乳房肿块胀痛或隐痛，质韧，活动，经前痛重块大，经后痛减块小，伴腰酸，月经不调，经血量少色淡。舌苔白，脉弦细或沉细。法以疏肝解郁，调理冲任，化痰散结。方用乳块消汤Ⅱ号：生牡蛎、昆布、海藻各30克，淫羊藿20克，鹿角霜、丹参各15克，夏枯草、仙茅、柴胡、巴戟天、浙贝母、山甲珠、橘叶各10克，山慈菇6克。水煎2次分服，每日1剂。

3. 上述两型，乳房肿块多而较硬者，可配合散结片内服；乳房肿块少而小或基本治愈者，单服散结片亦可取得满意疗效。散结片主要药物：柴胡、生牡蛎、猫爪草、元参、香附、白芍、郁金、桔红、红花、川芎、黄芩、当归、昆布、海藻各2500克，丹参3750克，夏枯草5000克，土贝母、山慈菇、全蝎各1250克。上药共研细末，压片，每次服8~10片，日

3 次。

4. 疏肝解郁，调理冲任，活血祛瘀，化痰散结四法有其内在联系和相辅相承的协同作用。前两治法重在整体治疗，后两治法着眼于局部肿块，只有密切配合，方能提高疗效。因此在准确的诊断和辨证的基础上，要善于守法，随证加减，勿求其速愈，轻易更法，否则欲速而不达。对乳房肿块有癌变可疑者，应多次短期复查，或行活组织病理切片检查以明确诊断。患者平素要消除忧愁，减少思虑，积极治疗月经不调，生育期应采取有效的避孕措施，避免人工流产，对本病加速痊愈和防止复发十分重要。

三、医案举例

1. 肝郁血瘀痰凝型

患者王××，女，30 岁。

双乳肿块胀痛半年。查见双乳外上及左乳内上象限有片状肿块 6 枚，大者 $2 \times 1.5\text{cm}$ ，小者 $1.5 \times 1.5\text{cm}$ ，质韧，推之移动，伴心烦易怒，症状随喜怒而消长。舌质暗，苔薄白，脉弦滑。红外仪乳房扫描诊断为乳腺小叶增生病。证属肝郁气滞，血瘀痰凝。法当疏肝解郁，活血祛瘀，化痰散结。方用乳块消汤 1 号，加山栀子 10 克内服。连服 18 剂肿块基本消失，胀痛缓解，心烦易怒消除。嘱其停服汤剂，改服散结片后 2 周痊愈。

2. 肝郁冲任失调型

患者刘××，女，35 岁。

双乳肿块胀痛 1 年。查见双乳内上、外上象限有结节状肿块 5 枚，大者 $2.5 \times 1.5\text{cm}$ ，小者 $1.5 \times 1.3\text{cm}$ ，质地柔韧，

边界不清，推之移动。经前痛重，肿块增大，经后痛轻，肿块缩小。伴腰酸，经血量少色淡。舌苔白，脉沉细。红外仪乳房扫描诊断为乳腺小叶增生病。证属肝郁气滞，冲任失调，血瘀痰凝。法当疏肝解郁，调理冲任，化痰散结。方用乳块消汤Ⅱ号内服，配乌鸡白凤丸1粒，日2次。经连续服药30天，肿块消失，诸症悉除而愈。

颅脑损伤后综合征治疗心得

周庆符（1941— ），男，山东平阴县人。少年曾从父学习中医。1960年泰安卫校毕业后，分配在山东中医学院附属医院外科，一直从事中医外科临床医疗和教学工作。现任中华中西医结合学会疡科分会委员，山东中医学院附属医院外科副主任医师。曾发表医学论文十几篇，并参加了《新编中医外科学》的编写。

一、益脑安神，活血化瘀为治则

颅脑损伤后综合征，中医属于外伤性头痛的范围。由于当前外伤车祸接连不断，所以本病在临床上日见增多。其病因主要是由外界暴力突然撞击头颅，或为头颅手术所后遗。盖头为“诸阳之会”，“清阳之府”，又为髓海所在，凡五脏精华之血，六腑清阳之气，皆上注于头。若头部受伤，瘀血稽留，阻抑清阳，导致气血逆乱，上犯巅顶，瘀阻经络，脑损失养，神志不宁，而发本病。

本病均有头部严重的外伤史。由于突然震荡，脑髓受挫，扰乱了头的精明之府，故早期即出现一时性意识丧失或神志恍惚；若瘀血犯脑，停留于颅内，瘀血肿胀压迫脑髓，则出现头痛、头晕、恶心或呕吐频作，严重者可持续数周不止。清·汪昂谓：“人之记性，皆在脑中。”颅脑损伤，则必有健忘；脑

居颅内，耳、目在头而系于脑，脑损必致头痛、目眩、耳鸣，且在活动头部或坐立等变动体位时尤甚。中医将脑的病理变化和生理功能统归于心，分属于五脏，认为心为“君主之官，神明出焉”，脑为五脏六腑之大主，“精神之所舍也”，因脑损扰神，故还可出现精神不集中，情绪不稳，心烦意乱，心悸失眠，易怒，怕惊，恶梦不休等一派心神不宁，心脑血管综合症状。

头颅受伤后为进一步明确诊断，应作颅脑CT检查，以确定有无颅骨骨折和脑血肿的存在，以便采取相应的处理措施。

部分病人由于颅脑伤势严重，则头痛、头晕、健忘、失眠、作梦等症，可长达数月不瘥。

治疗颅脑损伤后综合征，益脑安神，活血化瘀是其基本治疗法则，但还应结合临床症状表现和致伤时间的长短，进行辨证论治。多年来自拟益脑安神汤治疗本病颇具效验。其药物组成如下：

钩藤、菊花、茯苓、远志、炒枣仁、龙齿、牡蛎、珍珠母、川芎、当归、桃仁、赤芍。

方中钩藤息风止痉，善治头胀、头痛、耳鸣、目眩；菊花清头目，疗眩晕；钩藤配菊花又能宣散清阳之府。茯苓淡渗利湿以消颅内肿胀，并能宁心安神以治心悸失眠。远志宁心开窍，枣仁养心安神，龙齿镇静安神，3药合用共奏益脑补髓，宁心安神，镇静之功效，是治疗心神不宁，惊悸失眠，神志恍惚，易怒怕惊，神昏意乱，健忘多梦等症的良药。珍珠母归心肝二经，功善安魂魄，定惊悸，是治疗头痛眩晕、耳鸣、烦躁、失眠、恶梦的圣药。川芎活血行气，故止痛效果颇佳，又秉升散之性，可上达巅顶，通行头目，既可引药上

行，又能治疗头痛。当归、桃仁、赤芍活血化瘀，善治跌打损伤，血瘀作痛。牡蛎有重镇潜阳之功，可治烦躁不安，心悸失眠，头晕目眩及耳鸣等证。总观全方，用镇静养心药以益脑宁心安神，用活血化瘀药以消肿止痛，佐以清头目、利湿消肿之品以疗头痛眩晕，全方共奏益脑安神，活血化瘀之功效，经临床应用效果颇佳。

二、审病应辨，灵活运用

颅脑损伤后综合征，即颅脑受伤后所出现的一系列症候群。头外伤是致病之本，症状表现常与受伤轻重程度密切相关，同时，病程长短亦决定着症状的不同变化。

头颅外伤跌仆，损及巅顶，扰乱神明，清阳受阻，气血不畅，阻遏络道，故每致头痛，头晕，恶心呕吐，健忘失眠，作梦心烦等一系列症状。治宜安神活血为大法，但还应根据病情的不同变化，症状的轻重缓急，病程长短及临床表现特点，审病应辨，灵活加减用药，方可取得更佳效果。受伤早期意识障碍，神志恍惚症状最为常见，可用石菖蒲、菊花、白芷、郁金通阳开窍。如头痛欲裂，痛有定处，为颅内络脉破裂，瘀血内停，经络不通，血流不畅，凝血未消，不通作痛所致，多选用川芎、当归、赤芍、桃仁、丹参、红花，以活血化瘀，通络止痛。若头痛重而不休止，可加虫类逐瘀药，如全蝎、蜈蚣、土元等。恶心呕吐频作不止，多为血瘀肿胀，压迫脑髓所致，除应用活血化瘀之品外，常配合茯苓、半夏、竹茹、生姜，以消肿化浊，降逆止呕。颅脑受挫，脑髓损伤，扰乱了神明，即出现失眠，心烦意乱，易怒怕惊等症，可重用夜交藤、茯神、远志、枣仁、龙齿，以镇静养心安神。头颅

受损，耗伤气血，或失血之后，虚而不复，脑失所养而作眩，又因脑为髓之海，若髓海不足，则脑转耳鸣，懈怠安卧，治宜益脑补髓，常用钩藤、天麻，以止眩，黄芪、党参，以补气，当归、茯神，以补血安神，熟地、山萸肉、菟丝子、鹿角胶，以滋补肾阴，填精补髓。心悸失眠，恶梦不休，为心肾不交的见症，治宜滋补心肾，常选用黄连、阿胶、熟地、柏子仁、牡蛎、当归，以滋肾降火，养血安神。

致伤早期，证见神昏目眩，头痛恶心，此为脑髓损伤，血瘀内停所致，治疗应侧重镇静安神，活血化瘀。致伤晚期，证见头痛、头晕，日久不瘥，健忘失眠不停，恶梦频作不止，此为血瘀虽消，但脑髓损伤未复，治宜侧重补脑益髓，养心安神。

三、验案举例

（一）脑损血瘀证

患者李×，男，28岁。1994年3月2日上午，因车祸摔伤头部，当时昏迷5分钟，遂来我院就诊。病人自述头痛剧烈，恶心，呕吐2次，头晕目眩不敢坐站。诊查：语言低微，神志尚清，挫部肿胀压痛，头部穹道无血迹，四肢活动正常，瞳孔等大，无颈强，脉细数，舌苔白薄。头颅CT检查未见异常。诊为颅脑损伤后综合症。证属脑损血瘀证。治宜镇静益脑，活血化瘀。处方如下：钩藤、菊花、龙齿、牡蛎、茯苓、当归、赤芍、川芎、丹参、远志、菖蒲、白芷、甘草。水煎服，日1剂。5日后来复诊，自述头痛减轻，恶心呕吐停止，头晕目眩好转，能短时间坐站，仍有健忘失眠、作梦等症。以上方加夜交藤、柏子仁，继续服用，连服20日痊愈。

（二）脑失所养，心肾虚损证

患者周×，女，33岁。1993年2月28日，因车祸撞倒，头部着地摔伤，当时昏迷3天，摄片检查有颅底骨折。经住院治疗1个月，病情好转出院。出院后仍头痛、头晕、头胀、健忘、失眠、多梦、精神不振。近两年曾到数家医院，经多种药物治疗，症状仍不好转。于1994年12月20日来院治疗。诊查：上述症状仍存在，脉细弱，舌淡苔白。证属脑损失养，心肾虚损所致。治宜补脑益髓，滋补心肾。方用：炒枣仁、珍珠母、远志、龙骨、牡蛎、熟地、鹿角胶、茯苓、当归、川芎、柏子仁、钩藤、白芷、僵蚕、甘草。水煎服，日1剂。服药之后效果甚佳。连服上方24剂，症状全消，重返工作岗位。

直肠癌根治原位肛门重建 辨证施术临床体会

冯继亮(1933—),男,山东沂水县人。现任主任医师,1954年山东医学院毕业,1977年山东省中医研究班毕业。现任山东省肛肠病学会副主任委员,山东省中西医结合学会理事,山东省激光学会理事。曾任第一届全国肛肠学会理事和《中国肛肠病杂志》编委。

从事临床工作40余年,是我省最早的一位肛肠学科主任医师,擅长中西医结合治疗大肠肿瘤、多发性结肠息肉、慢性结肠炎、结直肠畸形、直肠脱垂、肛门病等各种疑难病证。能胜任本科各种复杂的手术,正确的运用辨证施治诊疗本科各种疾病。能突出中医特色和具有独到之处,在手术方面创新了许多术式,并取得良好的效果,为我科开展了各种大肠手术,取得了社会效益。主编《实用大肠肛门病手术学》,发表《直肠癌根治重建原位肛门新术式》、《直肠癌根治重建原位肛门“齿线及肛管皮肤成形”新术式》、《屏障术治疗中段直肠癌》、《臀大肌填充术治疗骶前巨大囊肿》等论文。

自1987年以来,运用“辨证施术”治疗直肠癌患者30例,取得良好效果,均临床治愈出院,无死亡。现介绍如下:

一、一般资料

30 例中，男 23 例，女 7 例；职业：农民 21 例，职工、干部 9 例；年龄：26~35 岁 1 例，36~45 岁 10 例，46~55 岁 8 例，56 岁~65 岁 7 例，65 岁以上者 4 例，其中年龄最小者 26 岁，最大者 72 岁。

自觉症状明显，来院就医时间为 2 个月至 36 个月。癌肿的发病部位：肿块下界至肛缘的距离为 4~10cm，肿块的横向蔓延占居肛周的 1/4 至 1 周。其中发生半梗阻者 13 例，梗阻者 2 例。病理活检：直肠腺癌 25 例，直肠粘液腺癌 2 例，直肠印戒细胞癌 1 例，低分化鳞癌 1 例，直肠息肉恶性变 1 例。按我国大肠癌临床分期试行方案，对 30 例直肠癌分期：二期者 2 例、三期者 25 例、四期者 3 例。

手术方式：直肠癌切除，股薄肌环绕法重建原位肛门术 4 例，行股薄肌夹闭法 5 例；直肠癌切除，臀大肌束切断环绕法重建原位肛门术 3 例，臀大肌切断夹闭法 5 例，取臀大肌不作切口，在会阴切口潜行分离臀大肌束不切断行拉闭法重建原位肛门术 2 例；直肠癌切除，保留少部分外括约肌及提肛肌加臀大肌不切断拉闭术 9 例；保留大部分肛门外括约肌和提肛肌法 2 例。在 30 例直肠癌中，连同子宫、附件和阴道后壁切除者 2 例，其中 1 例左肝叶大部分切除，还有 1 男性直肠癌连同前列腺切除。上述切除的器官经组织活检均为转移癌。

二、辨证施述的新方法

对直肠癌肿的切除及淋巴清扫采用腹会阴联合切除术。

特别提出的是：重建原位肛门时，按照患者的体质、身长、肿瘤浸润程度等不同情况，而采取相应的术式。

（一）重建原位肛门、股薄肌夹闭法

以往我们对患者行直肠癌切除用股薄肌重建原位肛门时，是将游离有股薄肌通过隧道牵至原位肛门前方，顺时针环绕新建直肠（容纳一指为宜），并将股薄肌的远端固定在对侧耻骨弓的筋膜上。临床发现，此术式有如下缺点：（1）用本术式给腿短的患者做肛门环绕时，容易出现因股薄肌的长度不够而难以完成手术操作；（2）用本术式在做环绕重建直肠时，其松紧程度难以掌握，松则不起括约作用，紧则导致大便困难，而影响重建肛门的功能；（3）在生理解剖学上，一般股薄肌的血管神经由上1/3处直入该肌，但变异者由中段进入，因此，在游离该肌时，易损伤其血管神经；故我们对此术式加以改进，即是劈开股薄肌束夹闭新建直肠法重建原位肛门，本手术要点：取股薄肌法同上，游离的股薄肌在通过隧道至会阴切口后，在相应肛门处从股薄肌中间分离一与新建直肠管相适应的口，将结肠远端套入并固定，然后将股薄肌远端的肌腱固定在对侧提肛肌的残端处。此法解决了原术式的（1）（2）项缺点，且重建原位肛门功能较原术式好。我们认为，此术式适于身材矮小的患者。

（二）重建原位肛门、臀大肌改进法

直肠癌切除、臀大肌重建原位肛门术，最初我们采用环绕法，即是：在会阴切口侧作“丁”字形切口，显露臀大肌，取出所需的臀大肌束，环绕新建直肠并将远端缝合固定。该术式有如下缺点：（1）容易损伤游离的臀大肌肌束的血管神经，而影响重建原位肛门的功能，甚至使肌束坏死，致手术

失败；（2）手术操作繁琐，切口多，增加感染机会；（3）环绕新建直肠时，松紧度难以掌握。对此术式加以改进后，即是切断臀大肌远端夹闭结肠法，手术要点如下：取一侧臀大肌游离部分肌束宽约3~4cm，将其切断后从中间劈开一个与新直肠相适应的口，把新直肠套入，并将臀大肌束的远端固定在提肛肌的残端。此术式虽然改善了重建肛门括约肌的功能，但是，臀大肌束的血管、神经的损伤问题仍未解决。故又对上术式加以改良，创造出一种全新的术式（命名为臀大肌拉闭重建原位肛门法），手术要点如下：在会阴部切口的基础上，不另做切口，向一侧潜行分离，找到臀大肌后，取宽约4~5cm肌束，沿肌纤维方向分离成孔，其孔与新直肠端大小相适应，然后将结肠远端从孔中拉出，缝合固定，即成重建肛门的括约肌。此术式不需切断臀大肌。其优点如下：（1）从根本上解决了臀大肌血管神经有损伤；（2）人为地制造出一个“直肠侧角”（与直肠角相对而言），是对人工直肠角功能的补充，从而使重建肛门的功能更加完善。（3）取臀大肌的方法简便，缩减了手术步骤，且切口小，减少了感染。

（三）保留部分肛门外括约肌和提肛肌的重建原位肛门法
一般直肠中、上段癌肿（即肿瘤下界距肛缘7厘米以上）可取此术。按癌肿浸润程度确定保留大部分或少部分外括约肌及提肛肌。能够使重建原位肛门功能优良的术式有如下两种：（1）保留少部分外括约肌和提肛肌加臀大肌拉闭新直肠术（由会阴口潜行取出臀大肌束，不切断）。（2）保留大部分外括约肌和提肛肌重建原位肛门术。由于外括约肌和提肛肌较为完整，故术后肛门功能良好，本术式适宜于基本

未浸润肛门外括约肌及提肛肌，或直肠中段以上的癌肿。

（四）直肠角的重建

1. 前后直肠角“四点固定”法：将保留的结肠断端对齐会阴切口的皮肤，在肠壁的前上方，与直肠尿道肌残端或阴道后壁缝合固定，形成一个向前的角度；后方，将其与肛门尾骨韧带残端缝合固定，形成一个弯向后的角度；两侧与提肛肌残端固定。这样就形成一个与原肛门生理结构相似的直肠角。此角可起到一定的托储粪便功能。

2. 直肠侧角的建立：我们在行臀大肌原位肛门重建术时发现，运用一侧臀大肌束拉闭新建直肠重建原位肛门，因结肠同时向侧方牵拉而形成一个左或右的侧向角度，命名为“直肠侧角”。直肠侧角的出现，使重建原位肛门的托储便功能更加完善，每日大便排出次数较好地限制在1~2次。

三、临床疗效观察

瘳肛门功能评定标准（《黄家驷外科学》）：优：排粪机能与正常相同；良：粪便成形时能完全控制，但不能很好地控制稀便；较好：常有稀便染污衣裤；无效：无排便感觉，粪便随时外溢，完全失禁。我们对30例直肠癌术后病例进行了临床观察，虽其中1例在取股薄肌的股部伤口感染，但移植的股薄肌成活而不影响重建肛门的功能，均临床治愈出院。肛门排便感觉在出现，1例术后7天即有知觉，一般在2个月左右出现。患者通过自主行肛门收缩，并通过提肛锻炼及腹部按揉操，使排便次数能尽早地控制在日1~4次。肛门括约功能的出现多在1~2个月左右，如果辨证施术正确，在术后7天亦能出现。我们按手术方法的不同加以归类，对30例直肠

癌术后患者的重建原位肛门进行了评定（见下表）。

辨证施术疗效评定表

重建原位肛门括约肌方法	例数	重建肛门功能			
		优	良	较好	无效
股薄肌环绕肠管法（新建的直肠）	4	1	1	2	
股薄肌夹闭肠管法	5	3	2		
切断臀大肌远端环绕肠管法	3	1	1	1	
切断臀大肌远端夹闭肠管法	5	3	2		
不切断臀大肌束拉闭肠管法	2	2			
保留少部分肛门外括约肌和提肛肌					
加不切断的臀大肌束拉闭法	9	9			
保留大部分肛门外括约肌和提肛肌法	2	2			

无论是运用传统的方法，还是改进方法，都是以辨证为基础的。

四、典型病例

（一）例一

患者女，35岁。病历摘要：排粪习惯改变已2年。便意频繁，粪内有粘液脓血，里急后重，诸症逐渐加重。近1年来伴有腹胀痛，排便困难，明显消瘦，身疲乏力，食欲不振。肛门指诊：进入约7cm处可摸到环状的肿块，质硬，高凹不平，基底固定，中央孔仅容纳一指，指套脓血恶臭。镜检：见肿块呈紫色的菜花状，表面有出血。活检示直肠腺癌。手术摘要：开腹后见直肠癌已侵到子宫、两侧卵巢、阴道后壁和远处转移到左肝叶（约4×4cm）。给予直肠、阴道后壁、子宫

和附件一并切除，并将左肝叶大部分切除，清扫淋巴组织及结扎肠系膜下动脉同迈尔斯术，充分游离肠脾曲，在肿瘤的近端 20cm 处切断结肠，切断处送快速病理活检示：无癌细胞。于是将血运良好的结肠拉出会阴切口，行“四点固定法”，成形人工直肠角，而后由会阴切口侧潜行分离取出来切断的臀大肌束，行“臀大肌束拉闭法”，最后行“花瓣式”缝合肛门。术中病人情况尚好。术后 10 天病人每天大便 2~3 次，半月后每天大便 1~2 次，肛门指诊肛肌收缩有力，能控制大便 1~2 分钟。术后 20 天临床治愈出院。给中药辅助治疗，半年后来院复查，体重增加，自述已恢复无病时体质。

（二）例二

患者男，66 岁。病历摘要：大便带脓血 2 年余，便频、变细半年余。近半年来大便次数增多，日 7~10 次不等，伴脓血，时有下坠感。近 2 个月来大便变细，且难以排出，腹胀，每日需灌肠才能排便，心肺肝脾肾正常，未触及腹股沟淋巴结。肛内指诊：距肛缘 7cm 可触及占居肠腔一周质硬的肿块，呈菜花状，与基底固定。中央孔难以通过食指，指套脓血恶臭。病理活检示：直肠腺癌。诊为直肠癌伴不全梗阻。手术要点：清扫淋巴结及肠系膜下动脉结扎同迈尔斯术。会阴部以肛门为中心，做 4×5cm 椭圆形切口，沿直肠纵行分离，保留大部分外括约肌和提肛肌。经肛门探查瘤体的部位，大小及其浸润程度，发现未侵及直肠浆肌层及周围淋巴组织，在完整分离瘤体和清扫淋巴组织的前提下，充分游离直肠并腹部会师。在肿瘤的近端 20cm 处切断结肠，经检查近端结肠血运良好，将结肠拉出会阴切口，单纯行“四点固定法”成形人工直肠角，最后行“花瓣式”缝合肛门。手术 7 天后每日

大便 1 次，半月后能控制大便 5 分钟。临床治愈出院。辅中药继续治疗。

五、体会

直肠癌行迈尔斯术已 80 多年，但因腹部造瘘给病人生活带来诸多不便和精神负担。原位肛门重建术为越来越多的患者所接受，然手术方法颇多，而且各家意见尚无定论，难以找到一种通用的术式。另外，直肠癌来院就诊多数已为晚期患者，肿瘤已浸润直肠周围器官或远处转移。鉴于以上情况，我们在临床实践中对传统方法加以改进，根据患者的具体情况而施以不同的术式，逐步摸索出辨证施术的新方法，取得了良好的效果。

直肠癌根治术、重建原位肛门，无论是臀大肌还是股薄肌或其他肌束，其目的均在于使重建的原位肛门功能达到或近于正常的肛门功能。根据肌肉收缩的生理特点，我们发现，无论是臀大肌还是股薄肌，其肌束间的夹闭力量和密闭程度均优于环绕法肌肉的收缩力和密闭程度。因此，我们把股薄肌或臀大肌重建原位肛门术由环绕改为夹闭，使重建肛门功能优于原术式，此点从表可以看出，传统的术式只要辨证精当，也可取得良好效果，但我们认为值得介绍的三种术式为：（1）不切断臀大肌束拉闭肠管法；（2）保留少部分肛门外括约肌和提肛肌加不切断的臀大肌束拉闭法；（3）保留大部分肛门外括约肌和提肛肌法。不切断臀大肌束拉闭结肠法虽然有诸多优点，但应注意，此术式要求离的结肠长度在保证血运良好的前提下，较一般式长出 3~5cm，这样才能有足够的肠段成形直肠人工侧角。

一般认为直肠角对直肠的托、储便功能起重要作用。因此，重建肛门直肠角是必要的，“四点固定法”重建直肠角临床证明稳固可靠。更重要的是，我们在行直肠癌切除、臀大肌夹闭重建原位肛门术时，人工建立“直肠侧角”，使新直肠不但有一个弯向前的角度，而且在穿过臀大肌束时又有一个弯向一侧的角度，加强了“四点固定法”的人工直肠角。我们认为，两者协同作用，对直肠的托、储便能力有显著提高，使重建原位肛门功能更加完善。

回翻转复位法治疗肱骨外髁翻转骨折

高玉山(1939)，男，山东省平度市人。1960年考入山东中医学院医疗系，于1967年12月被分到乐陵市人民医院中医科，1971年5月调至山东医学院中医系内科教研室任教，1972年转至外科教研室，1976年中西医院校分校后为中医学院教师，同年固定在骨科教研室。1992年晋升为副教授。发表论文有《针刺弹响指》、《儿童肱骨髁上骨折手法复位》、《简易颈椎牵引架治疗颈椎脱位》、《针刺疗法的临床应用》、《外展反牵引板治疗儿童股骨干骨折58例》、《移位跟骨骨折手法复位固定方法的研究及临床应用》、《肩关节前脱位足踝复位法的设计及应用》、《回翻转复位法治疗肱骨外髁翻转骨折》等。

翻转型肱骨外髁骨折闭合复位较为困难，目前多以手术治疗。自1982年以来，我们设计了一套容易掌握的回翻转复位法，经40例临床应用，效果满意，现总结报告如下。

一、临床资料

40例中男30例，女10例；左侧29例，右侧11例；年龄最大12岁，最小3岁，平均7.9岁；伤后至来诊时间1小时至5天，平均2.5天；24例直接来我院诊治，16例曾在外院经1~3次整复失败后再来我院诊治，用本法整复均一次成

功。屈肘关节 90° 固定者 35 例，伸肘关节 0° 固定者 5 例。解剖复位和基本解剖复位者 21 例，向外移位 $3\sim 5\text{mm}$ 及向外倾斜 $3^{\circ}\sim 5^{\circ}$ 者 19 例。随访最长者 10 年，最短者 1 年，平均 6.9 年；肘关节屈伸与健侧相同，无疼痛和不适；携带角与健侧相同者 23 例，减小 5° 以内者 11 例，减小 $6^{\circ}\sim 10^{\circ}$ 者 4 例，减小 11° 者 2 例；骨性愈合者 38 例，纤维粘连而改为手术治疗者 2 例。优秀 23 例，良好 15 例，差 2 例（Hardacre 氏评定改良标准。）

二、治疗方法

（一）回翻转复位法

以右侧为例，叙述如下：

（1）驱散水肿。术者用双拇指在骨折处轻轻按压，使水肿消散。

（2）松解粘连。屈伸肘关节，手推骨块作上、下、内、外、前、后移动，使骨块活动自如。

（3）摸清骨块。术者用指尖触摸，尖锐的部分是滑车部，凹凸不平的部分是骨折的断面，两侧棱角的部分是骨块的前后缘，圆滑的部分是外上髁（复位后才能触及）。

（4）拉出骨块。患者仰卧，上肢外展，掌心向前，术者右手持前臂上段，助手扶肩，左手拇、中指持骨前后缘向外拉，食指抵住滑车部骨折面，使滑车部关节面触碰肱骨外髁上嵴，并停在高突部位。

（5）回翻转骨块。术者右手使患肢肘内翻 60° ，左手拇、中指拉骨块前、后缘向外，食指推骨块滑车部向内，使骨块回翻转 90° ，右手纠正肘内翻，左手拇指推骨块外上髁向内，

骨块进入关节腔，使之变为Ⅱ度骨折。

(6) 纠正残余移位。术者左手拇指维持复位，右手使患肢肘关节被动屈伸，利用桡骨小头围绕肱骨小头施转的作用，纠正肱骨外髁的残余移位。

(二) 徒手检验肱骨外髁骨折复位优良的标准

(1) 维持复位，轻轻屈伸肘关节，骨块稳定，骨擦音消失。

(2) 可触及圆滑突起的肱骨外上髁。

(3) 肱骨外髁上嵴连续，骨折间隙消失。

(4) 肱骨鹰嘴窝的外缘完整。

3. 固定方法：伸直型骨折给以屈肘关节 90° 位固定。为防止骨块向外侧移位，可在骨块的外侧加平垫；若骨块向外后侧移位，平垫可移到外后方；若骨块向外侧有轻度倾斜，肱骨外髁上嵴稍有间隙，可用宽胶布纠正，取 $4\text{cm} \times 20\text{cm}$ 胶布，从肱骨内上髁开始粘贴，越过尺骨鹰嘴、外侧的压垫，将上臂前外侧皮肤向下拉紧，将胶布贴上；若骨块向前移位，可在骨折近断端的后侧加平垫，肘关节屈曲 90° 位，用“U”形胶布拉向前臂方向。外衬棉垫，用直角夹板固定，固定范围从上臂上段至前臂中段，内、外、前、后四块夹板均用竹与纸壳合成，均有屈曲 90° 的角度。固定时间 5 周。

屈曲型骨折给以伸直 0° 位固定。在骨块的外侧加平垫，外衬棉垫，用直夹板固定。内、外侧用竹质夹板，前、后侧用纸壳夹板，四块夹板在肘关节部位向内成角 12° ，以适应正常的携带角。伸直固定 3 周，再屈肘固定 2 周。

三、讨论

(一) 病因病机

一般医家认为肱骨外髁骨折是间接暴力所致，儿童摔倒时掌部着地，肱骨小头被桡骨小头或尺骨冠状突撞击发生骨折，然后骨块被伸肌群牵拉而移位或翻转。用新鲜儿童尸体作模拟骨折试验其情况与此不尽相同，桡骨小头或尺骨冠状突撞击肱骨小头不易发生骨折，肘关节伸直被动内翻，骨折立即发生。被动肘内翻 30° 时，肱骨外髁上嵴骨骺线处出现了裂纹，纠正肘内翻，裂纹闭合；肘内翻至 40° 时，肱骨外髁被劈裂下来，并有轻度外移、外翻，纠正肘内翻，骨块不能完全复位；肘内翻至 60° 时，骨块被拉出关节腔，纠正肘内翻，骨块仍有自动复位的趋向，但滑车部被肱骨外髁上嵴或前、后关节囊绞锁，不能再进入关节腔。在模拟骨折中发现骨折主要是被关节囊和外侧副韧带牵拉所造成，与伸肌群无关，若在活体上肯定相关。

肘关节内翻的外力是从哪里来的呢？推想，是来自于躯干的压迫。当患儿向后外方摔倒时，本能地出手扶地，保护机体免受外伤，由于出手太近，机体不能平衡，躯干压迫肘关节内侧，使肘关节被动内翻。若肘关节呈伸直或过伸位，肱骨外髁就被向后下方劈裂；若肘关节略屈曲位，肱骨外髁就被向前下方劈裂。

(二) 骨折分型与分度

目前对肱骨外髁骨折的整复方法多种多样，固定方法也屈伸各异，没有一定的原则可循，故学习者不易重复。我们认为分二型四度更切合实际。

所谓二型就是伸直型和屈曲型。从侧位 X 光片上观察，骨折线从后上至前下者为伸直型，从前上至后下者为屈曲型。本组病例伸直型骨折 35 例，屈曲型 5 例。

我们基本同意范源氏在《骨与关节损伤》中将骨折分为四度。从肘关节正位 X 光片上观察，Ⅰ度是裂纹骨折；Ⅱ度是轻度移位骨折，骨块向外侧轻度移位，依肘关节矢状轴向外轻度翻转，翻转度数 30° 左右，骨块在关节腔内（其次依纵轴和横轴亦有少许翻转，以下相同）；Ⅲ度是翻转骨折是翻转骨折，向外翻转度数常在 $50^{\circ} \sim 90^{\circ}$ 之间，骨块离开了关节腔；Ⅳ度是合并肘关节附近骨折脱位的骨折。在模拟骨折中发现骨折有自动复位的趋向，若骨块滑车部被肱骨外髁上嵴绞锁，它的外翻度数为 90° 左右，若被前或后关节囊绞锁，它的外翻转度数是 50° 左右。骨块翻转以后，若不被人体的外力所干扰（如错误的复位固定），骨块不会停留在 $90^{\circ} \sim 180^{\circ}$ 的位置上，所以Ⅲ度骨折向外的翻转度数应该是 $50^{\circ} \sim 90^{\circ}$ 为宜。

（三）关于并发症：一般医家认为纤维连接、鱼尾畸形、肱骨远端骨骺生长紊乱是肱骨外髁骨折常见的并发症。本组发现纤维连接 2 例，均因在 2~3 周时找“土医生”贴膏药所致。要防止纤维连接，就要延长固定时间，我们认为应该是 5 周。至于鱼尾畸形，本组内未发现，在此以外发现过，都是未经复位治疗的病例，同时有严重的肘外翻。我们认为肱骨外髁骨折只要达到基本复位就能取得一个好的结果，鱼尾畸形不是轻易发生的。本组发现了几例携带角变小的病例，可能就是由于骨折的刺激使肱骨小头骨骺生长过快引起的。

肩关节脱位并肱骨外科颈骨折 30 例临床总结

袁建明（1944— ），男，山东滕州市人。骨科副主任医师。1964 年考入山东中医学院医疗系，1970 年毕业后在山东中医学院附院骨科从事医疗临床工作。工作以来一直研究中西医结合治疗骨伤疾病。在骨折、脱位治疗中发扬中医手法整骨的长处，用现代医学的观点、方法挖掘中医整骨的宝贵经验；应用中药治疗骨伤病的优势、探讨治疗医学方面的疑难病。如股骨头坏死症、腰间盘突出症、颈椎病、腰椎增生以及骨性关节炎等疾病。特别用中药治疗股骨头坏死、腰椎间盘突出病变疾病取得一定成绩。应用闭合整复手法治疗一些较复杂的骨折、脱位。如小儿股骨干骨折闭合复位夹板固定、肩关节脱位并肱骨外科颈骨折，在临床上取得了较满意的治疗效果，并总结写出论文在刊物上发表。应用中西医结合的方法，研制闭合穿针加压治疗髌骨骨折，此项目在省卫生厅受奖。

肩关节脱位并肱骨外科颈骨折，在临床上比较少见，治疗亦较困难。我院自 1978～1994 年以来共治疗 30 例，临床上取得了比较好的效果。现将治疗情况总结如下：

一、临床资料

本组共 30 例，男 26 例，女 4 例，最大年龄为 70 岁，最小 12 岁，伤后当日就诊者 24 例，2~3 日就诊者 3 例，5 日就诊者 1 例；喙突下脱位并肱骨外科颈骨折者 21 例，孟下型脱位并肱骨外科颈骨折 9 例，合并腋 N 损伤者 8 例，7 例 3 个月后均完全恢复，1 例基本恢复。

二、治疗方法

用 1%利多卡因局部麻醉，或者高位臂丛麻醉后，患者取仰卧位于整复床上，上助手用宽布带从腋下向上牵引，下助手两手握住患肢手腕向下牵引，在缓缓的牵引下的同时，逐步将伤肢外展至 70°左右并轻轻旋转活动，使骨折远端对准骨折近端所指方向。

整复者双手拇指顶着肱骨头的关节面，向外下方用力推顶，并不断的轻度旋转肱骨头，使肱骨头从破裂的关节囊口还纳关节孟内。

如果肱骨头在腋下（孟下型），整复者双拇指推顶肱骨头向外上方，使肱骨头还纳关节孟内。肱骨头复位后，双拇指按压稳定住肱骨头，下助手在牵引下将肱骨远端外展，使骨折端对位。

整复对位后，远端在牵引下内收，两手按压断端并轻轻向上推顶，感觉骨折端有对抗感时，用连肩板固定起来，远端轻轻向上敲击，使骨折嵌插，将前臂屈曲，上臂中立位固定胸前壁上。

三、随访结果

本组 30 例，全部进行随访，随访时间最长者 16 年，最短者 8 个月，平均随访时间 7 年零 2 个月。将随访分为优、良、差。优者肩关节无疼痛，肩关节功能活动正常，骨折端无畸形，恢复原工作共 21 例；良者肩关节无明显疼痛，肩关节外展功能轻度受限，前屈功能可，后伸功能受限，可以做轻体力劳动共 8 例；差者，肩关节出现明显的疼痛，肩关节外展、前屈、后伸均出现明显的功能障碍，拍片肱骨头密度增高，骨折端出现畸形愈合，三角肌萎缩，局部感觉迟钝，工作困难，1 例。

四、讨论

（一）受伤机理

肩关节脱位并肱骨外科颈骨折，多为复合性损伤，从临床上所见，发病机理为外展力所致。当肩关节处于外展位受到暴力，暴力沿臂纵向传导达肩关节导致肩关节前脱位时，而传达外力继续发生作用，使肱骨大结节部抵於肩峰，即可在肱骨外科颈处发生骨折。此种损伤往往较重，有时由于牵拉造成臂丛 N 损伤。

（二）手法复位成功的关键

不但与正确的手法复位有关，而且与就诊时间的早晚，局部的肿胀，麻醉的效果，肌肉的发达情况等也有密切的关系。凡是就诊及时，局部肿胀轻，麻醉完全，只要手法得当，一般一次都能达到满意的效果。复位的手法一定要轻柔。牵引力不宜过大，并轻轻转动，如此可使关节囊破裂口张开，轻

轻的转动肱骨头，便于使肱骨头从关节囊破裂口还纳，同时也可避开肱二头肌腱阻挡。复位时牵引力不宜太猛，否则容易增加软组织的损伤，同时可造成破裂的关节囊口闭锁，使肱骨头还纳困难，也是复位失败的主要原因。再者，牵引力过大还会使肱二头肌腱过度紧张，纵架于破裂的关节囊口前方，障碍肱骨头的复位。上述几点在整复时要特别注意。

（三）关于并发症问题

肩关节脱位并肱骨外科颈骨折，多由于强大暴力引起，所以早期易出现臂丛 N 损伤，特别是腋 N 损伤，晚期可出现肱骨头缺血坏死。

本组 30 例，早期出现腋 N 损伤者 8 例，晚期出现肱骨头坏死 1 例。腋 N 损伤主要是脱位骨折后受到牵拉或挤压所致，复位后牵拉挤压缓解，所以 8 例腋 N 损伤者，7 例恢复，1 例后期基本恢复。早期出现神经损伤者，采取保守治疗，到后期多能够恢复。肱骨头缺血坏死，其主要原因是对位不佳，或者肱骨头有旋转；再者，肱骨头受外力的挤压而软骨及软骨下血运受到破坏，局部血运障碍而导致肱骨头缺血坏死。

胶皮兜治疗婴儿先天性髋脱位 441 例

孙德立(1948—),男山东金乡县。副主任医师。1975年7月毕业于山东医科大学中医系,即分配到山东中医学院附属医院骨科工作至今。在完成临床工作的基础上,先后总结发表了《经皮撬拨复位治疗四肢骨折》、《肱骨髁上骨折 232 例治疗分析》、《保守治疗先天性髋关节脱位 610 例》、《伤骨科古典文献选释》、《桡神经损伤 108 例》、《Ferguson's 手术治疗先天性髋脱位 63 例分析》、《创伤性肱骨滑囊血肿》、《蛙式铝板支架固定治疗先天性髋关节脱位 1168 例》、《小儿先髋治疗前后的“三联位”》等论文,并参加了《新编中医外科学》、《中英中医词典》等书的编写。

1978 年 1 月至 1993 年 6 月我院共收治先天性髋脱位 2771 例,其中用胶皮兜固定治疗 441 例,607 个髋,复位成功 591 个髋,成功率为 97.35%,失败 16 个髋,占 2.63%。随访 394 例,551 个髋,优良率 99.54%。股骨头坏死 2 个,占 0.36%。现报告如下:

一、一般资料

441 例患儿中,女性 308 例,男性 133 例,男女之比 1:2.3。年龄最小 7 天,最大 8 个月,3 个月以下 111 例,3~6 个月 294 例,6 个月以上 36 例。双侧病变 193 例,单侧 221

例。

二、胶皮兜的制作

将汽车废轮胎外面的胶质层剥去，剩下带胶质尼龙线部分，厚约 0.3~0.4cm。胶质兜的尺寸根据患儿身材大小而定，一般长 40~45cm，宽 30~35cm。胶皮兜宽侧面修成弧形，弧形的中间长度相当于患儿蛙式位两腘窝的间距。胶皮兜中间开有 1 个直径约 10~12cm 的大小便洞，在其周围再开 4 个直径 5cm 的通气孔。胶皮兜的八个角各钻 1 个 1cm 的洞，以备背带及固定带用。如图 1。为了防止胶皮兜边缘刺激皮肤，可用胶布或布包边。

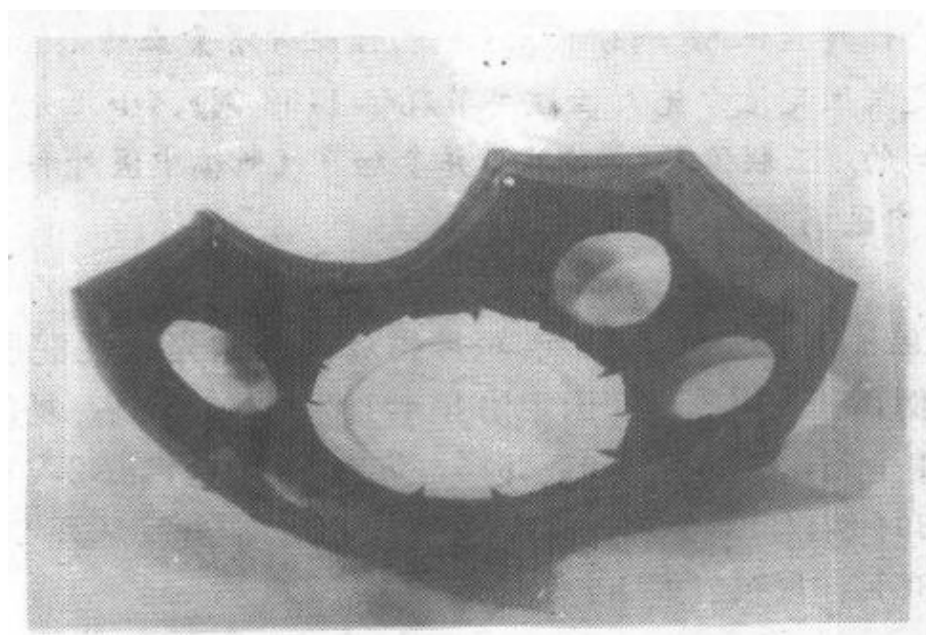


图 1 胶皮兜制作式样

三、使用方法和固定时间

胶皮兜平放在治疗床上，患儿仰卧在胶皮兜上面，双下

肢屈膝、屈髋、外旋、外展至最大限度，然后将胶皮兜的下半部自臀下绕至身前侧，胶皮兜的两边弧形底部恰好顶住胭窝处，弧形的两个边紧靠在膝关节的周围，用两条短布带穿过弧形的两孔将其固定在膝部的上面，最后将胶皮兜前后面紧贴患儿的躯干上，用布带系住皮兜的4个孔，如儿童的吊裤一样，将皮兜吊在患儿双肩上，如图2。一般固定半个月摄片复查，绝大多数脱位可自动复位，少数未复位者可行手法复位。以后每月复查1次，4~6个月解除固定。



图2 胶皮兜固定后的体位

四、治疗效果和随访结果

(一) 治疗效果

自动复位成功591个髋，成功率97.36%；复位失败16个髋，失败率2.63%。

（二）随访结果

随访时间最长的 15 年 6 个月，最短的 3 个月。有随访结果的 394 例，551 个髋，完全治愈的 548 个髋，其髋关节功能良好，并发股骨头坏死 2 例，其中 1 例因前倾角过大呈半脱位。

五、典型病例

病例一：

范某，女，6 个月。双侧先天性髋关节脱位，于 1978 年 4 月 6 日用胶皮兜固定。2 周后摄 X 光片复查，双侧均复位。6 个月解除固定。解除固定 3 个月摄“髋关节三联片”（张立明，等“小儿先髋治疗前后的“三联位”X 线片，中外医用放射技术，1993；（7）：27），显示股骨头复位好，头臼发育正常，髋关节内收、伸、屈、内旋、外旋均在正常范围内，1993 年 12 月 7 日随访髋关节正常。

病例二：

李某，女，4 个月 5 天。右侧先天性髋关节脱位，于 1984 年 6 月 12 日行胶皮兜固定。2 周后摄 X 线片所示：髋关节复位。5 个月解除固定。第 9 个月摄“三联片”，显示患侧股骨头较健侧小，但髋关节功能好。本次随访摄 X 线片示“双侧股骨头等大”。

病例三：

王某，男，5 个月。左侧先天性髋关节脱位，于 1984 年 8 月 10 日行胶皮兜固定。2 周后摄 X 线片，髋关节已复位，但髋关节间隙较对侧宽。4 个月后摄 X 线片，关节间隙已恢复正常。6 个月解除固定。第 9 个月摄“髋关节三联片”示：除左

侧股骨头小外，外旋位示股骨头复位不完全（因前倾角增大所致）。9年后随访“髋关节三联片”示双侧股骨头及髋臼发育均正常。

六、体会

（一）胶皮兜的优越性

（1）制作简单，经济实用，一个可反复使用。

（2）胶皮兜固定，不需要手法复位，采用缓慢的自动复位方法，避免了对股骨头的严重损伤，股骨头的坏死率低于房伦光报告（房伦光等，先天性髋关节脱位门诊治疗460例报告，中华小儿外科杂志，1991；（12）：4）。

（3）护理方便。蛙式石膏固定法不利于婴儿大小便，因石膏常被污染，浸湿变软，故不到足够的固定时间即被迫更换石膏，且对皮肤有刺激，易造成皮炎。外展尿枕、塑料支架也不利于大小便，一天需数次更换。胶皮兜无以上弊端，备受家属欢迎。且家长如同抱正常婴儿一样，可到室外活动。

（4）固定范围小，有利于早期功能锻炼，促进髋关节内关节液的新陈代谢，减低股骨头在髋臼内的压力，降低股骨头坏死率。

（5）胶皮兜固定法病变部位X线片清晰，而蛙式石膏的X线片常因模糊不清，而重复数次摄片仍不清楚，既增加了病员的经济负担，又难于证实是否确已复位。

（二）先天性髋关节脱位治疗越早越好。

有的学者曾说新生儿期是治疗许多先天性骨骼肌肉疾病的唯一黄金时间。本病的早期发现，早期治疗则可获得优良效果，且股骨头坏死率较低（本组只有2例股骨头坏死），固

定时间短，患儿痛苦小，并发症少。

（三）胶皮兜固定个别病例失败的原因

本组有 16 个髋关节用胶皮兜固定半个月不能自动复位而采用手法复位蛙式铝板固定，成功 10 个髋，仍有 6 个髋失败而行手术治疗。胶皮兜固定失败的原因：一是患儿的内收肌特别紧；二是关节囊挛缩严重，胶皮兜的弹性对抗不了内收肌的内收力，故而达不到自行复位。6 例手术中发现：一是有的患儿内收肌肌群发育特别肥大；二是髋腰肌紧靠关节囊前面，迫使股骨头不能复位；三是关节囊呈不同程度的葫芦状狭窄；四是孟唇肥厚内翻，臼内填满了结缔组织；五是圆韧带肥大变粗变长填满了髋臼，不能容纳股骨头。所以笔者认为，由于这些患者病理的特殊性，复位失败的原因不应归罪于胶皮兜的作用不足。

中西医结合治疗骨病

董建文(1955—),男,生于山东省安丘市。1970年元月参加工作,在安丘市人民医院中医科,并拜省内名老中医张瑞丰主任医师为师,重点学习中医外科和中药。1972年4月至1975年8月在山东医学院学习,毕业后到滨州医学院附属医院外科工作,专业重点为创伤和矫形。1984年8月来山东中医学院附属医院骨科工作。专业特长:骨病、矫形、腰腿痛。

运用中西医结合理论,中药活血化瘀补肾壮骨为原则,治疗1期和2期股骨头无菌性坏死。手术带血管蒂骨块移植治疗青年和中年2期和3期股骨头无菌性坏死均收到良好效果。中西医结合中药舒筋活络软坚化瘀为主治疗腰椎管狭窄症。肌皮瓣转移治疗骨髓炎,及手术矫形治疗脊髓灰质炎后遗症数百例均收到满意效果。

一、例一

李某,男,32岁。自1988年6月上旬开始双侧髋部疼痛,功能受限。于1991年6月来本院就诊。经物理检查和X光片证实,为双侧股骨头无菌性坏死接近3期而收入院。询问病史得知,自5年前开始大量饮烈性白酒,平均每日饮250ml左右,初双侧髋部疲劳感,后逐渐出现疼痛、跛行和下蹲受限。

查体：一般情况好，心肺及肝肾功能均正常，双侧腹股沟区压痛，股骨大转子叩击痛，双侧下肢4字试验均为阳性，髋关节外展后伸均受限，以左侧尤甚。X光片和CT片示：双侧股骨头负重区均有塌陷，边缘不光滑，头内有多处密度减低区和硬化带。确诊为股骨头无菌性坏死。在硬膜外麻醉下手术刮除头内坏死组织和硬化骨，将旋髂深动脉带骨块移植头内。术后服用中药以助新骨成活生长。术后3个月随访症状消失，半年复查髋关节功能接近正常。X片示股骨头基本复原，CT片示头内骨质成活良好。目前病人做推销员工作。

二、例二

张某，男，40岁。因左胫腓骨骨髓炎入院。患者1年前因车祸被拖拉机砸伤左小腿致胫腓骨开放性骨折，在当地医院治疗3个月后伤口感染化脓致双骨骨髓炎，局部大片肌皮缺如。后到多家医院求治，均以截肢为统一治则。后来本院就诊并收入院。查体：一般情况好，心肺及肝肾功能正常，血沉快，血象高，小腿肿胀，中下段内侧有15×8cm皮肤缺如，胫骨外露并有3×2cm骨块缺如，疮口内有大量脓液及坏死组织，疮口四周皮肤血运欠佳，骨折端有假活动。在硬膜外麻醉下行疮口内坏死组织和死骨清除，用腓肠肌皮瓣转移修复，术后服用清热解毒活血化瘀中药治疗。2个月复查原疮口愈合后未复发，局部血运良好，骨折端假活动消失。半年拍片复查，骨折端已有新骨痂形成，8个月下地行走，保住了一条小腿。

催生胎与下死胎的不同点

郑蕙芳（1926— ），女，河北省深县人。承父学医，解放后参加医务进修学校毕业。曾在山东省济南市槐荫区医院、山东省人民医院、山东省中医学院附属医院妇科任中医师、副主任医师、主任医师。

一、催生胎宜补气养血，理气降气，宣导下行为基本法则

妊娠足月逾期半月不产称过期妊娠。如逾期日久，恐有难产及胎盘老化致胎儿死亡之危。在此之际，急需催生。逾期不产的机理，不外乎气血为病。气足则胎转自顺，易于送胎外出；血足则胎滑易产。若气不足则送胎无力，血虚气滞则胎儿运行受阻。再如孕妇贪逸多卧，气机失畅，亦可碍胎下行。催生只宜补气养血，不宜攻下，因其逾期不产是由母体气血不足所致。宜以芎归汤加味，补气养血，理气降气，佐以宣导下行法。笔者用此方法催生多例效果颇佳，并且产后出血不多，母子均甚健康。

例患者林某，女，26岁。素日体弱，有贫血，白细胞及血小板较少，月经持续过长之疾。因足月妊娠超预产期20天无产兆，于1987年2月18日住进某医院产科催生，入院后观察数天仍无产兆，始用药物催生，至29日下午7时已静滴

催产素 3 天，仍无宫缩现象。其母来笔者处，要求服中药催生，当即处方令其即刻服用。

处方：当归 18 克、川芎 9 克、党参 30 克、厚朴 6 克、黄芪 30 克、苏梗 12 克、桔皮 12 克、枳壳 9 克、川牛膝 12 克。

方中，芎、归养血；参、芪补气；厚朴、桔皮、枳壳、苏梗顺气降气；牛膝宣导下行。各药伍用，共奏催生下胎之效。一剂水煎 300ml，即服 150ml，6 小时后再服一次。服后宫缩明显，于夜间 12 时顺利娩出一女婴，出血不多。

二、下死胎宜运脾祛湿，温阳活血，软坚法

胎死子宫之内，不能自行产出，称之为下死胎或死胎不下。胎死可发生于妊娠任何时期，亦可发生于产时。临产时胎死又称死产。胎死过久不下，可危及孕妇的生命，因此确诊为胎死后应急下之。

胎死的原因，张景岳说：“凡子死腹中者，多以触伤，或犯禁忌，或以胎气薄弱，不成而殒”。致于死胎不下之因，据先贤所述及个人临床体会，认为主要有以下两个方面：一是孕妇在妊娠期贪逸多卧，气机失畅，升降不利；二是胎儿已死，脉络已绝，不与母体共同呼吸，失去母体血液的供养、阳气的温煦。胎死体躯已冷，胞脉气寒，胎水失化，气壅湿阻，寒湿瘀血凝聚胞中，致死胎不下。日久胎体腐烂变为有毒之物，因此胎死应急下之。由于以上诸因，故下死胎多采用运脾祛湿，温阳活血，佐以补气养血、软坚下行之品，则死胎易下。笔者常用平胃散加味下死胎效果甚好，并且产后出血不多。

例患者王某，28 岁，停经 8 个月，阴道流血 10 天。于 1986

年8月18日住进我院。既往月经30天一次，每次持续5~8天。末经1985年12月26日，停经40天时出现恶心呕吐，停经6个月有胎动，1986年7月6日出现不明原因的阴道出血，量不多，伴小腹坠痛。在当地曾用中药及黄体酮保胎，约10天流血停止。近1个月来胎动消失，口臭，胃纳减少，但无流血及腹痛坠现象。结婚7年孕一产一。体检体温37.2℃，脉搏86次/min，余皆(-)，下腹正中可触及妊娠4个月大小之包块，活动。妇科检查：外阴及阴道正常，宫颈光滑，宫颈未开，宫体如4个月妊娠大，中等硬度，光滑活动，轻度压痛，双侧附件未触及包块。化验检查：血红蛋白13.9g/L，白细胞 8.5×10^9 个/L，出血时间1分钟，凝血时间2分钟。B超检查：子宫前位，宫体明显增大，胎头变形，无胎心波动，双侧附件未见异常。诊断：死胎。即刻给以青霉素肌注，以防感染。中药佛手散两剂，日服1剂，服药两剂未引起宫缩。据其脉证，笔者提议用《和剂局方》平胃散加味，处方：苍术9克、陈皮12克、甘草6克、当归30克、益母草45克、芒硝9克、川牛膝18克、肉桂9克、人参4.5克、厚朴9克。加水500ml，煎至300ml，每隔4小时服100ml。药后当晚8时阴道出血，12时出现有规律的子宫收缩，共服药两剂，至第二天9时15分胎儿、胎盘及胎膜完整娩出，羊水极少，呈棕绿色，约200ml。观察24小时未发生任何不良反应，出血不多，8天后痊愈出院。

凡妊娠已确诊为死胎者，应急下之，以免日久危害母体。下死胎宜用宣运脾气，导利下行，温阳活血，软坚消滞兼以补气养血法。选用平胃散加味，用苍术、厚朴、桔皮辛温香燥之性，燥湿行气，降逆导滞，消积散结。甘草补气益中，缓

急止痛，并有解死胎腐毒的作用。加肉桂温中补阳，通利血脉，化气行水堕胎。牛膝、芒硝宣导下行，通经软坚堕胎。益母草活血利水，促进子宫收缩。人参助气送胎，当归、川芎养血以滑胎。诸药合用，可速下死胎。如胎死腹中表现阴虚者，可加龟板 30 克；贫血较重者，如黄芪 30 克，有低烧者，加金银花 30 克。

不论是过期妊娠，还是下死胎，给药时间要勤，应 4~6 小时给药一次，使药力在母体内保持一定浓度，则胎易下。胎下之后可察其虚实随加调补。如产后流血较多兼腹痛者，予以生化汤加益母草；气虚体弱者，加人参、阿胶等。身无不适者，可不用药，饮食调补即可。

清热解毒活血化瘀 治疗盆腔炎辨证而治

贾东鲁(1925—),女,出生于安徽省全椒县。1952年于安徽医学院毕业后,任山东省人民医院妇产科住院医师、主治医师。1958年被推荐参加山东中医学院西医离职学习班,学习3年,毕业时荣获卫生部颁发三等奖。1961年分至山东中医学院附属医院妇科工作。1982年任副主任医师,1987年任主任医师。曾兼任中华全国中医学会山东分会妇科委员会副主任委员。1983年以中西医结合治疗盆腔炎,获中华医学会山东分会自然科学优秀学术论文奖。

一、中医对盆腔炎的认识

在祖国医学中,有与盆腔炎相近似的记载,根据临床表现为“带下症”、“癥瘕”、“热入血室”等。

《金匱要略》认为,“因血瘀积结,胞门寒伤,经络凝坚而使经候不匀,会阴挛痛,少腹恶寒……”。《素问·骨空论》“任脉为病……女子带下集聚。”《女科诊治秘方》“室女经闭劳嗽,室女思虑过多,劳损而月经先闭”……。以上是古人对盆腔炎及结核性盆腔炎记载。

祖国医学认为,妇女月经期、产褥期,感受病邪影响冲任而致病。脾虚运化不利,湿浊停于内,带脉失约,则易被

湿邪所侵而成带下之疾。经血妄行则淋漓不断。《普济方》“妇女月经痞涩不通，或产后余秽未尽，因而乘风取凉，为风冷所乘，血得冷则瘀血也，血瘀在内则时时体热……”。此为产后感染发热的症状。瘀血内停与寒湿相结形成癥瘕。脏腑受损，肝气郁结，败血残留，阻滞经络，闭塞隧道，气血乖违而引起疾病。由此可知，祖国医学对盆腔炎的症状病因记载是很丰富的。

二、盆腔炎的辨证分型及治疗

（一）急性或亚急性盆腔炎为血热凝瘀型。

发病初期，热毒及湿浊壅盛，正气未衰，正邪斗争而发热，恶寒，下腹拒按，白带增多，质稠有味，口干溲赤，纳呆，大便燥结（或溏），舌质红，苔黄腻，脉滑。

治则为清热解毒，活血化瘀。

方用双花、连翘、公英、地丁清热解毒；当归、川芎、赤芍、丹皮活血化瘀；柴胡、香附疏肝理气；黄芩燥湿；丹参活血，以达到清热解毒，活血化瘀目的。

恶风怕冷发热：加荆芥、防风、薄荷，以祛风解表。

腹痛：加元胡、制乳没、炒灵脂、炒蒲黄，以化瘀止疼。

腹胀：加厚朴、青皮、乌药、香附、木香，以疏肝理气止疼。

包块：加三棱、莪术、内金、山楂核，以化瘀消包块。

脓形成：加败酱、栝蒌、野菊花、苡米、冬瓜仁，以消炎利湿。

（二）慢性盆腔炎

（1）气滞血瘀型：下腹胀坠，经期腹胀痛，有血块，月

经量多，月经先期，黄带多而秽，大便秘结或溏。舌质红，苔黄腻，脉弦数。湿热瘀积，卵管不通，气滞血瘀，下腹疼痛、压痛，冲任受损，月经失调，湿热下注而白带增多。

治则为行气活血，破瘀止痛。

方用当归、川芎、赤芍、桃仁、灵脂、蒲黄，活血化瘀；双花藤、鱼腥草、土茯苓、苡米，清热利湿；木香、香附、没药，理气止痛。治以活血化瘀为主，适当配以清热解毒之品，促进血液流畅，改善组织营养，提高机体新陈代谢作用，增强机体抗病能力。

（2）寒滞血瘀型：小腹胀疼，有冷感，腰骶酸疼，经行后期，量少色紫有块，得温则舒，带多清稀。脉沉迟，舌质淡有瘀点，苔白腻。

治则为温经散寒，理气化瘀。

方用桂枝、云苓、桃仁、赤芍、丹参、小茴，温经散寒；丹皮、丹参化瘀；香附理气。卵管积水，加防己、赤小豆、苡米、车前子利湿，肉桂温经散寒止痛。包块，加内金、山楂以消积。

（三）结核性盆腔炎为阴虚血热型。

腹痛，腰痠，月经紊乱，经量逐渐减少，闭经，下腹胀坠，疲倦，午后潮热，盗汗，手脚心热。舌质红，光薄，苔白，脉细数。

治则为养阴清热，软坚散结，理气化瘀。

方用青蒿、鳖甲、生龟板滋阴；生地、寸冬、丹皮、杭芍清热；百部、猫爪草抗结核；丹参活血。包块，加内金、夏枯草、海藻、昆布。月经过少，加枸杞子、女贞子、淫羊藿、鸡血藤、丹参益肾活血。腹水，加防己、黄芪、桂枝通阳利

水。

三、随证治之，辨证用药

急性炎症期为血热凝瘀型，热毒湿浊壅盛，应以清热解毒为主，而活血化瘀理气止痛为辅。慢性炎症期，气滞血瘀，寒滞血凝，应以活血化瘀、行气消瘀或温经散寒止痛等为主，清热解毒药为辅。

应用好活血化瘀药物是治疗盆腔炎的重要关键。活血化瘀法有：益气祛瘀法、行气祛瘀法、清热祛瘀法、散寒祛瘀法、软坚祛瘀法、止痛消瘀法。活血化瘀药能增强细胞的免疫功能，红花、川芎、丹参、赤芍、王不留行等，均可提高淋转率，兴奋网状内皮系统，促进吞噬作用。

清热解毒药主要增强非特异性免疫，如公英、地丁、双花、黄芩、黄连，均有提高淋转率，提高网状内皮系统的吞噬功能。

四、活血化瘀药的配伍

补气：“气为血帅”，气充血行。补气有利于瘀血的消散。身体虚弱者，可以加参芪。

理气：“气滞则血瘀”。气机通畅，则瘀血易去。活血化瘀药物加用香附、木香，可增加疗效。

清热：热能煎熬血液而成瘀。清热则热去而瘀消。

散寒：血遇寒则凝。用温经散寒药，有助血液流畅，促进末梢血液循环。

止痛：活血化瘀，能达到通则不痛作用。如乳香、没药、元胡、灵脂、蒲黄、桃仁、三棱、莪术、丹参，有扩张血管，

提高痛阈作用。

活血化瘀对盆腔炎治疗，可以调整机体，阴阳平衡，症状减轻，恢复输卵管功能，有再生育能力。

五、医案举例

金××，女，25岁，未婚，门诊号 2521。

患者于 1976 年 3 月 17 日因腹痛发烧，住市立某医院治疗，诊断为盆腔结核性包块。该院用青链霉素 50 克和异烟井治疗 1~2 月，但一直低烧 37~38℃ 之间，包块不吸收，遂转来我院。

当时，患者腹疼，发烧，盗汗，纳差，乏力，慢性病容，手脚心热，宫体大小正常。右侧有 6×6×4cm 包块，界限不清楚，压痛明显。左侧附件（-）。脉沉细，苔白。证属阴虚血热。治宜养阴清热，软坚散结，理气化瘀。药用青蒿、鳖甲、丹皮、生龟板、丹参、生地、寸冬、百部、猫爪草、杭芍、内金、夏枯草、海藻、昆布。20 天后包块消失，疼痛消失。月经 50 天 1 次，量少，又以益肾养肝药物治疗，月经基本正常。

中药的性味归经在男性不育 治疗中的应用

金维新 (1937—), 男, 山东济南人。1962年毕业于山东医科大学, 现任山东中医学院妇科教研室教授, 中国中医药学会男性学专业委员会副主任委员。主要著作有《不孕症的诊断与中医治疗》、《中医妇科学》、《实用中国男科学》、《男性不育》等8部, 发表论文42篇, 取得5项科研成果并全部获奖。

一、掌握药的性味归经, 辨证用药

中药都具有一定的性和味, 性与味是药物性能的重要标志。药性主要有寒、热、温、凉四种药性, 古时也称四气。其中温热与寒凉属于两类不同的性质, 而温与热、寒与凉则分别具有共同性, 温次于热, 凉次于寒, 即在共同性质中又有程度上的差异。五味就是辛、甘、酸、苦、咸五种味, 五味也是药物作用的标志, 不同的味有不同的作用。由于每一种药物都具有性和味, 所以两者必须综合起来看, 只有认识和掌握每一药物的全部性能, 以及性味相同药物之间同中有异的特性, 才能够正确使用药物。归经是指药物对于机体某部分的选择性应用, 即主要对某经或某几经发生明显的作用。药物的归经应与药物的四气五味相结合才能发挥最大和最好的

作用。

男性不育治疗的成败主要取决于对中药四气五味和归经的认识。

男性不育精液异常主要为精子数量少、精子成活率低和精子活动力差。根据“阳化气、阴成形”的学说，精子数量少主要责之于肾阴不足，治疗原则当为滋肾填精；精子成活率低、精子活动力差主要责之于肾阳虚衰，治疗原则为温阳补肾。又根据“阴中求阳，阳中求阴”的原则，更要注意阴阳双补的治法，即根据其不足的一面，适当照顾其另一面，往往得到事半功倍的效果。此外，在补肾的同时佐补气血更可进一步提高治疗效果。

在男性不育中另一常见精液异常为精液不液化症。该症多属肾阴亏虚，热灼津液而致精液粘稠不液化，也有湿热、血瘀、痰阻为患者，治疗多用寒凉药物，或活血化瘀，祛湿化痰药物。

然临床最难治疗者当为精子数量少、精子成活率低、精子活动力差同时合并精液不液化者。治疗时一般先抓主要矛盾，即首先用药提高精子数量、精子活动率与精子活动力，待治疗显效后再处理精液不液化问题，但治疗期限往往为时过长，病人也难以坚持治疗，有时过多过长时间的应用温热药物，往往进一步加重精液不液化程度；反之若先急于处理精液不液化，则由于应用寒凉药物过久，或病人对寒凉药物耐受性差，可造成精子质量进一步下降，甚或导致性功能减退，故治疗颇感棘手。为解决这一难题，我们采用了“同时并举”的治疗方法，即对精子质量轻、中度异常合并精液不液化的病人，温热药与寒凉药同时应用，但温补药不可过热，寒

凉药不可过寒，温补药中尽量用甘平、微温药味，寒凉药中尽量用甘凉、微寒药味，用甘寒而不用苦寒。大量长期应用苦寒药物往往直折命门而使精子质量大幅度下降。

在治疗男性不育症时，除严密掌握药物的四气五味外，尚应注意药物的归经。常用药物大都入肝肾二经，充分体现了肾主生殖、肝主血，为肾精的生成提供物质基础的机理，在补先天肾的同时，还要注意补后天脾，故应注意加用健脾药物以充其化源。

总之，在治疗时应注意培其不足，而不可伐其有余。选用药物不宜过燥过腻，以防补阳而阳阴，滋阴而腻阳。也不宜过寒过苦，以防命门火衰而精宫寒冷。这些病人只要寒凉温热药物选取合理，配伍得当，剂量适中，按期服用，则往往能够取得良好的治疗效果，既提高了精子质量，又使精液液化达到正常。

对高度乏精子症、死精子症及精子活力甚差的病人，原则上应先给予补肾养血治疗，待精子质量提高后再考虑精液不液化的治疗问题。在具体用药方面，若既往有精液不液化或不液化倾向者，若为改善精子质量，不用或慎用附子、肉桂、芦巴子、仙茅、补骨脂等大温大热药物，仙灵脾用量一般控制在15克以下。精子质量较差，若为治疗精液不液化时，不用或慎用知母、黄柏、栀子、黄芩、龙胆草和具有苦寒性质的清热解毒药，特别要警戒这些药物的大量长期应用。

二、医案举例

张××，男，28岁，结婚3年，夫妇同居，性生活正常，未避孕而未孕，女方检查正常。既往化验精液数次，均为精

子数量少，精子活力差，兼有精液不液化，曾服用中药数十付无效。近在本院化验精液全常规：精液量 2ml，pH7.0，粘稠度++，精子密度 2000 万/ml，精子活动率 40%，Ⅰ 20%、Ⅱ 15%、Ⅲ 5%，精子活动力不良，精子穿透试验 8mm/30'，精子平均速度试验 $4.8\mu\text{m/s}$ '，精子畸形率 20%，精液 24 小时液化。据此拟定治则温肾填精，清热化痰。处方：枸杞子 30 克、菟丝子 15 克、五味子 9 克、党参 15 克、黄芪 18 克、桑椹子 30 克、巴戟天 12 克、仙灵脾 15 克、丹皮 9 克、丹参 30 克、山药 15 克、制黄精 30 克、栝蒌 30 克、制半夏 9 克、生甘草 6 克。每日 1 剂，水煎服，连服 30 剂。复查精液化验：精液量 3ml，pH7.6，粘稠度小，精子密度 4200 万/ml，精子活动率 60%，Ⅰ 10%、Ⅱ 15%、Ⅲ 35%，精子活动力一般，精子畸形率 15%，精子穿透试验 15mm/30'，精子平均运动速度试验 $14\mu\text{m/s}$ '，精液 1 小时内液化。上述精液化验指标完全达到正常，其爱人 2 个月后妊娠。

治痛经以通为用

国培（1939— ），女，北京市人。中医妇科教授。1965年毕业于北京中医学院中医系，分配到北京友谊医院任中医师，1970年调至山东中医学院任临床教师。近30年来，一直工作在医疗、教学第一线，并活跃在专业学术团体中，享有较高声誉，兼任山东中医学会妇科分会副主任委员及秘书，近又被聘为山东省抗癌协会理事。

先后参著书目有全国《中医妇科验方选》、《实用中医保健学》、《英汉实用中医药大全·妇科分册》、《中医临床实践与进展》，还主编本省自编教材《中医妇科学》等。

一、温经行气活血祛瘀为基本法则

痛经之所以发生，主要是胞宫有瘀血阻滞，此瘀血乃是应期溢泻的离经之血，滞于胞中，阻碍气机，故发疼痛。早在汉代的许慎《说文》中曰：“瘀，积血也。”唐代段玉裁的《段氏说解字》注：“血积于中之病也。”说明瘀是停留在人体内的疾病。古人又称其为“恶血”、“败血”，因其没有生机，其色紫黑，凝聚成块，阻碍好血运行，抑遏新血化生，故当祛之化之。之所以祛之化之，还是为了“血脉流通，病不得生。”即维持血分和调，使之濡脏腑，润容颜，利筋脉，在女子则用以维持经、孕、产、乳等特殊生理功能。临床有因胞

宫瘀血不仅可致痛经甚而可导致闭经、不孕者。故笔者对痛经的治疗颇为注重。

妇女经行前后气血的变化处于由满而盈，由盈而溢，由溢而虚的特殊时期，稍有不慎，即可影响正常的生理机能，使血凝气滞，经血排出失畅，造成胞宫积血而发痛经。痛经既然是瘀血，治疗就应以通为用。具体方法是本着“气血者喜温而恶寒……温则消而去之。”“气行则血行”的机理采用温经行气，活血祛瘀以止痛的原则。

基本处方：桂枝 6 克、当归 12 克、川芎 9 克、沉香 6 克、元胡 12 克、三七粉 3 克、白芥子 6 克。

方中桂枝温通经脉，使血行通畅；当归、川芎二味辛温行气活血，为血家要药；沉香沉降，暖肾纳气，止呃逆，散郁结，对痛经伴呕恶上逆者更相宜；元胡行气活血止痛，广为人知，于此选用意亦在于入血行气止痛；白芥子辛滑流利，祛寒凝，入方中为佐，可增强温行之力；三七粉用之活血祛瘀，使经血溢泻，不使胞宫挛缩太过，止痛又不留瘀。全方旨在温通经络，散寒凝，畅气机，促血行，以保持胞宫正常的蓄溢功能。

本方精选七味，其中四味富含挥发油成份，其气香窜，正适于帅血运行，临床施用十有九效，其镇痛解痉作用亦为药理研究所证实。镇痛实验表明，本方可使实验小鼠明显延长痛阈值，对热刺激引起的疼痛具有明显的镇痛作用，作用随时间延长而逐渐增强，药后 30、60 及 120 分钟的痛阈值延长率分别为 34%、85% 及 98%，与生理盐水对照组比较，有非常显著的差异。见下表。

组别	动物数	痛阈值(S) (XSD)			
		药前值	药后 30'	药后 60'	药后 90'
对照组(NS)	12	20.55±5.43	21.1±6.78	21.2±9.42	20.79±5.99
用药组(本方)	13	20.63±6.17	28.05 ±8.19*	38.28 ±14.16**	40.75 ±11.1***

与NS组比较 * $P<0.05$ ** $P<0.01$ *** $P<0.001$

二、痛极之时应急治以治其标

痛经极重者多发于经前、经期第1~2天，经血未下或下之甚少之时，多属寒凝气滞，经血凝滞更阻碍气机，血积于胞中导致下腹冷痛，可牵扯两大腿亦抽痛不已，伴见面色苍白，冷汗淋漓，四肢厥逆，恶心呕吐，唇舌紫黯，甚有晕厥休克。治疗用药应求速效，煎煮汤剂似已不妥，为此笔者以基本方制成散剂，装瓶备用，每次10克，嘱患者用沸水冲泡（加盖）待温后顿服其上清液。如恶心呕吐明显者加入生姜2~3片以温中止呕并有助于发挥药效。临床观察急症患者当即服药后10分钟左右腹痛可得缓解。

三、痛缓之后应辨病求因以治本

原发痛经平日若有显著全身症状者，当以求因治疗，如属寒则温阳养血调经，如属寒湿则温经散寒除湿以调经，如气滞则理气疏肝和血调经，如属热则清热凉血和血调经。选方如右归丸、良方温经汤、少腹逐瘀汤、血府逐瘀汤、清热调血汤等。

继发性痛经，如子宫内膜异位症、腺肌病、子宫肌瘤、盆

腔炎症等。其疼痛于经前、经期加重甚而渐进性加重，此因瘀血积聚日深，病变范围日广，而且平日也常有症状持续表现，如下腹隐痛、坠胀，白带量多，肛门坠痛，劳累或房事后加重等等。此类情况更当加紧日常用药，拟法以活血软坚散结为主，再视体质强弱及其他兼症而配伍相应药味。

基本方：丹参 30 克、当归 9 克、川芎 6 克、赤芍 15 克、白芍 15 克、桃仁 12 克、刘寄奴 15 克、苏木 9 克、玄参 15 克、生牡蛎 30 克、三棱 9 克、连翘 12 克、枳壳 15 克、内金 9 克、焦楂 30 克。

本方活血祛瘀，使气运血行。玄参、内金、牡蛎，软散消积，并增阴液；连翘，清热消积；枳壳，理气；寄奴、苏木、三棱，活瘀消癥；丹参、归芎、二芍、桃仁，活血和血为要。全方共奏化瘀软坚，散结行气止痛之效。凡瘀积块痛均可服之。如气虚懒言，经量多、色淡、质稀者，于经前去原方之丹参、二芍、刘寄奴、苏木、玄参、三棱、连翘、内金加党参 30 克、黄芪 30 克、生蒲黄 30 克、炒蒲黄 30 克、三七粉 3 克、元胡 12 克、艾叶 9 克，以益气温经，祛瘀止痛，或平日配合补中益气丸以扶正祛邪。

四、医案举例

患者周××，48 岁。

行经腹痛 30 年。自述月经初潮（16 岁）即行经腹痛，痛甚手足逆冷，无法坚持正常学习及工作，非止痛药不解。后用止痛针剂（安痛定、杜冷丁等），精神日趋紧张。30 年来已成痼疾。体态稍丰腴，性情爽朗。妇查：子宫稍大，B 超无器质性改变。继按原发痛经处理，用前述基本方观察两次月经，

获效甚著，患者欣喜至极。后偶因月经量多而复诊，述痛经已瘥。

崩漏辨治体会

黄淑贞 (1938—), 女, 山东省即墨县人。1965 年毕业于山东中医学院, 毕业后留本校妇科教研室任教。从事中医妇科临床、教学、科研工作近 30 年。为中医妇科教授, 担任山东中医学会常务理事、山东中医学会妇科专业委员会副主任委员等职务。

崩漏是妇科临床常见病、多发病, 其临床表现为月经失去正常的规律, 突然暴下不止或淋漓不断流血, 日久不净。久则气血双虚, 脏腑受损, 影响患者身体健康, 生育年龄之妇女, 又可导致不孕。

崩漏的发病机理为冲任二脉损伤, 不能制约经血, 故经血非时而下。常见的病因为肾虚、脾虚、血瘀等。肾虚多见于妇女的青春期和更年期。青春期肾气稚弱, 天癸初至, 冲任未盛。更年期则肾气衰退, 封藏失职, 冲任不固。脾虚, 多为过度劳倦, 损伤脾气, 致使脾虚气陷, 统摄无权, 冲任不固。血瘀, 多伤于情志, 或感受寒邪, 气血瘀滞, 冲任瘀阻, 由于瘀血不去, 新血不能归经, 也可致崩漏下血。总之崩漏病因虽较复杂, 但其根本原因为肾虚, 而劳倦伤脾, 或情志所伤, 或感受寒邪皆为诱发因素。

崩漏属于现代医学功能性子宫出血的范畴, 妇科检查, 子宫无器质性病变。

一、流血期，以补气化瘀止血为基本原则

崩漏之出血期，多由瘀血内阻，滞于胞宫所致。瘀血不除，新血难于归经，故临床常见反复出血不止。现代医学认为功血，是神经内分泌功能失调，导致卵巢不排卵或排卵功能障碍，致使子宫不规则流血。诊断性刮宫刮出增厚之子宫内膜，病理检查多为子宫内膜增殖，符合中医瘀血阻滞胞宫的理论。根据“急则治其标”的原则和“有形之血不能速生，无形之气所当急固”及“祛瘀则血安”的理论。以补气升提、化瘀止血之加味止血方治疗，实践证明该方止血迅速，疗效高。方药如下：

黄芪、党参、白术、升麻、炙甘草、地榆、贯众炭、茜草、蒲黄、坤草、马齿苋、仙鹤草。

方中，黄芪补气升提；党参、白术，健脾益气；升麻升举脾胃之清阳，并助黄芪之升提。若流血多时，气虚者，去党参加人参，以增大补元气之力。据药理证实，人参对大脑皮层有兴奋作用，并能调节高级神经中枢，增进内分泌。益母草功能活血化瘀，《本草纲目》谓：“治崩中漏下，瘀血内阻。”药理研究有收缩子宫之作用，因而有止血作用。马齿苋清热解毒，凉血止血，《本草纲目》谓：“散血消肿，利肠滑胎。”药理研究也有收缩子宫之作用。蒲黄、茜草均为化瘀止血之品；地榆凉血止血；贯众炭凉血止血，收缩子宫，缩短出凝血时间。清代著名医家傅青主，治疗崩漏尤擅用贯众止血，由此可见一斑。仙鹤草收敛止血。诸药合用，共奏益气化瘀止血之功。活血化瘀，促进子宫收缩，促使内膜剥脱，实有药物刮宫之效。一般服药3~5剂即可止血，速者一剂即止，

堪称治崩漏止血之良方。

二、健脾益气是巩固疗效的重要手段

崩漏患者，由于失血耗气，多出现气血双虚之表现，临床可见倦怠乏力，心慌气短，纳食较差，面色㿔白，脉细无力，舌质淡等症状。此时治疗应以健脾益气养血为主。方用归脾汤加减。药用黄芪、党参、白术、熟地、白芍、升麻、炙甘草、阿胶、五味子、制首乌、枣仁、柏子仁等。并佐以收敛固涩之品，如煅龙牡、海螵蛸等。脾气健运，升提有力，崩漏之疗效方能巩固，否则仅以止血为主，血虽暂止于一时，若不继续治疗，往往容易反复发作。本方既能健脾益气养血，又能改善贫血，提高血色素。

三、补肾调经是治疗崩漏的根本原则

经本于肾，崩漏的主要病因在肾虚，故补肾是治疗崩漏的根本原则。

青春期患者，因肾气稚弱，肾阴不足，阴虚火旺，故当血止后应以滋补肾阴为主。以六味地黄汤合二至丸加减，基本药物为：熟地、山药、山萸肉、枸杞子、女贞子、旱莲草、白芍、制首乌等。服至月经中期，即由阴转阳的阶段，则加温阳健脾益气之品，如川断，菟丝子、仙灵脾、巴戟天、党参、白术等，使阳生阴长，维持黄体功能。近月经期，又当以活血化瘀，促内膜剥脱，促月经来潮为主，方用桃红四物汤加减，如当归、川芎、赤芍、桃仁、红花、川牛膝等。若用药后月经仍不来潮，则仍以调补脾肾为主，则用右归丸加黄芪、党参、白术，补肾健脾，滋其化源，使精血充足，则

经自通。

更年期，肾气已衰退，全赖后天脾胃水谷之滋养，另外更年期，肝肾阴虚，相火偏亢。故治疗更年期之崩漏，除排除子宫器质性病变外，应以健脾益气，滋阴清热之品，以促月经断绝。临床多以归脾汤合知柏地黄汤加减。药用：黄芪、党参、白术、白芍、知母、黄柏、生地、五味子、女贞子、旱莲草、枸杞子、生龙首等药治之。

四、医案举例

叶××，女，43岁，已婚。

阴道流血25天不止，血量多，色红，有块，日换纸垫10余次。伴倦怠乏力，腰酸腿软，小腹坠痛。既往月经正常。流血前曾停经3个月，当时检查已排除妊娠。曾服妇血宁、止血药等，血仍未止。面色晄白，舌淡脉细。有功血病史2年。生育1胎。妇科检查及B超检查：子宫、附件均无异常发现。

诊断为崩漏。辨证：气虚血瘀。当以益气化瘀止血之法治之。处方：黄芪30克、党参18克，炒白术15克，升麻9克，炙甘草6克、地榆30克、贯众炭30克、坤草30克，马齿苋30克、茜草20克、蒲黄9克、棕炭15克。水煎服，日1剂。

服药3剂血止，诸证改善。并以人参归脾丸调理善后。3个月后随访，来信告知月经恢复正常。

中西医结合治疗盆腔炎体会

李竹兰(1940—)，女，天津市人。1969年毕业于山东中医学院中医系，分配附院工作至今，现任妇科副主任医师。主编了《英汉实用中医药大全、妇科学》、《新编中医妇科学》、《中国传统医学丛书·中医妇科》三书。任《中医妇科验方选》编委；承担卫生部中医司“中医古籍整理研究”中《女科辑要》点校出版。研究课题：“妇乐净阴片治疗带下、阴痒的研究”已通过省级鉴定，申报中药Ⅲ类新药；“中药新剂型一泡腾片的研究”已鉴定；现承担卫生厅课题：“参连冲剂治疗盆腔炎的研究”。

盆腔炎临床分为急性、慢性两类。急性盆腔炎以高热寒战，下腹剧痛，脓性带下，下腹包块等为其特征，应在中医“热入血室”、“带下”、“癥瘕”中辨证。而慢性盆腔炎则以下腹坠痛、腰骶酸痛、白带增多、月经量多或经期延长、不孕等症常见，当在中医“痛经”、“带下”、“不孕”、“癥瘕”中辨证。

盆腔炎多因经行之时，新产之后，胞脉空虚之时，不慎感受外邪；或不知谨避，血未尽而合阴阳；或经期、产褥不洁，邪毒乘虚而内侵，为其发病原因。湿浊热毒，蓄积下焦，客于胞中与气血相搏而致病。初感之时，正气未衰，邪毒壅盛，正邪交争，营卫不和，故高热寒战；湿热损伤任、带二

脉，致使任脉不固，带脉不约、津液涌溢而黄带量多而味臭；湿热蕴结胞中，与经血相搏结，气血凝滞，经血不畅，故腹痛而拒按。急性盆腔炎患者常伴烦躁口干，尿频或排尿困难，大便坠感，舌红苔黄腻、脉滑数等症状。此乃热扰心胸而烦躁不安；热耗津液，则口干舌红；湿热蕴结，则苔黄腻而脉滑数；热邪客胞，胞系于肾，肾主二阴司二便，故二便异常。

若急性期失治，日久不愈，正气不足，邪气滞留冲、任，气血凝滞，瘀血内阻。瘀血在下焦则季肋少腹胀满刺痛，瘀血在脏腑经络之间，则结为癥瘕。冲、任为下焦，肝肾在下焦，腰为肾之府，肝胆循少腹而行，故腰骶，少腹坠痛。慢性盆腔炎当属下焦瘀血症。常伴月经量多，或经期延长，甚则经血淋漓不断而为崩漏。此因经血为冲任所主，任脉通，冲脉盛，月事以时而下。今邪毒侵胞，冲任皆起于胞中，热邪扰动血海，故经量多，或经期延长，甚者热伤冲任，迫血妄行，或瘀血内阻，血不归经而致崩漏。邪客胞宫，与血搏结，瘀血在内不下，则女子不孕而无子。慢性盆腔炎患者常伴神疲肢倦，纳差少眠，头晕等症。此乃病久伤及脾肾二脏，脾肾两虚，脾主四肢司运化，与胃相表里，故倦怠、乏力，纳差，运化失职，水湿内生而清阳不升，浊阴下注，故而头晕，带下量多，腰为肾府，肾虚则腰膝酸软。

盆腔炎的治疗，急性期以清热解毒，利湿，凉血化瘀为大法，基本方为：

柴胡、黄芩、败酱草、连翘、黄柏、大黄、牡丹皮、冬瓜仁、元胡、生甘草。

上方乃小柴胡汤并大黄牡丹皮汤加减而成。柴胡苦凉，和解表里，疏肝升阳以解外热；黄芩苦寒，泻实火，除湿热，以

清内热，二药并用和解表里，调和营卫以清热。大黄苦寒，泻热毒，破积滞，除瘀血，性稟直遂，长于下通，偏于泻中、下焦之湿热；黄柏苦寒，清热燥湿，泻火解毒，偏于下焦，3药并用，具有清利三焦湿热之功，力重下焦。败酱草苦平，清热解毒，排脓破瘀；连翘苦凉，清热解毒，散结消肿，其气微香，芬芳轻扬，具升浮宣散之力，流通气血，治十二经血凝气滞，以散郁结，又能泄膀胱，利小水导下焦之湿热，2药合用，意在解下焦肝肾湿热之毒。牡丹皮辛苦凉，清热凉血和血，消瘀，辛以散结聚，苦寒除血热，与黄柏同泻水中之火，黄柏清燥火，丹皮降邪火。延胡索辛苦温，活血散瘀，理气止痛，入肝肾通滞散结而止痛。冬瓜仁甘凉，消痈利水以止带；生甘草凉而泻火，和中缓急，解毒。以上各药配合，对下焦湿热确有功效。

慢性盆腔炎的治疗，针对下焦瘀血症，以活血化瘀，理气止痛为大法，基本方为：丹参、连翘、川芎、延胡索、香附、川楝子、泽泻、牛膝、炒小茴香等。

上方丹参，苦微温，苦泄温散，专入血分活血化瘀，排脓止痛，以散积聚，通脉络，散癥瘕。《本草纲目》引《妇人明理论》云：丹参一物而有四物之功。连翘苦凉，有清热解毒，散结清肿之力。《药品化义》云：连翘，总清三焦诸经之火，可使血结气滞调达而通畅，治十二经血凝气滞。丹参与连翘配合入肝胆，达下焦以化瘀散结。川芎辛温，行气开郁，祛风燥湿，活血止痛；香附辛微苦甘平，理气解郁，止痛调经；延胡索辛苦温，活血以散肝肾之瘀，通滞散结，专治一身上下气血不宣之诸痛。3药专入肝肾下焦，为血中之气药，疏肝解郁，理气化瘀，气顺则血和，肝络疏，滞通结散而痛

止。泽泻甘寒，利水渗湿，泄肾、膀胱之热，透三焦蓄热停水；车前子甘寒，清肝热，利脾湿，强阴益精，利水而不伤肾，2药有除下焦湿热之功，使黄带止。炒小茴香辛温，温肾散寒，和胃理气，为肾虚腰痛，少腹冷痛之要药；牛膝性平味微苦，祛风利湿，通络活血，性善下行，引诸药以入肝肾，壮腰膝，散瘀血，消痈肿，2药并用益肾活血止痛。

盆腔炎的治疗中，必须辨证论治，不可拘于一方，寒凝血滞者，多见少腹冷痛，拒按，畏寒肢冷，经量少而有血块，经行腹痛加剧，当用乌药、吴茱萸、肉桂、艾叶等温经通络之品，使血得温则行，气血通畅而痛止。亦可用温经汤、少腹逐瘀汤、桂枝茯苓丸等方治之。

阴虚血热者，潮热盗汗，五心烦热，月经量少或闭止，舌红苔少或无苔，脉细数，当用玄参、麦门冬、生地、鳖甲等养阴滋水，生津补液；青蒿地骨皮、牡丹皮等以清虚热。青蒿、苦微辛寒，清肝胆之热以除蒸。《本草纲目》记载青蒿酒一味治虚带。玄参咸寒入肺肾，清肺之灼热，壮肾水以制火。亦可用青蒿鳖甲汤、鳖甲地黄汤、地榆散等方加减使用。

湿热郁积，脓带淋漓，少腹痛，苔黄腻，脉滑数者，当用苡米、黄柏、苍术、茵陈之品燥湿泄热以止带。苍术，健脾燥湿，解郁辟秽，《本草纲目》云：“治脾湿下流，浊沥带下”。亦常用三妙散、三仁汤、茵陈蒿汤燥湿除热止带。

瘀血内阻，与痰湿交炽，癥瘕积聚、盆腔包块者，除活血化痰外，尚应软坚散结，用浙贝母、玄参、牡蛎等配合。鸡内金消积滞以散结；莪术、三棱破血行气，消积止痛，莪术逐气分之血，三棱破血中气滞。《千金翼方》中载一味药，三棱草煎治癥瘕。

瘀血内阻，胞脉、胞络不通，精、血不能相遇而妇人不孕者，当以穿山甲、王不留行、车前子活血通络，渗湿利肿。穿山甲气腥而窜，走窜之性，无微不至，宣通脏腑，贯彻经络，透达关窍，凡血凝血聚为病，皆能开之；王不留行，走而不守，专于行血通络，活血通经；车前子清肝热，泄脾湿，3药合用，活血通络，渗利水湿以助孕。

盆腔炎患者若日久失治而气虚血瘀者，常感乏力倦怠，腹坠痛，带下多，面色晄白或浮肿，纳呆便溏，当用黄芪、台参、白术、茯苓等益气健脾之品，使气旺则血行，瘀祛痛止。而热扰血海，经血量多，或经期延长者，当以清热凉血，活血止血之益母草、旱莲草、女贞子、地榆、茜草等药，使热清瘀祛而血止。

医案选例

例一：

刘××，34岁，干部。初诊1992年12月29日。

因引产后6年不孕而就诊，患者1986年因胎儿畸形，于8个月妊娠时行引产术，后腰腹痛，乳房胀痛，心烦易怒，大便干结，咽干鼻燥，月经周期正常，量少2天即净，色黑有块。在×医院服中药治疗1年，经水1次不通。妇科检查子宫后位，正常大小，不活动。左侧附件增厚，压痛“+”，诊为继发性不孕，慢性盆腔炎，气滞血瘀型。治宜疏肝理气，活血化瘀止痛，佐以利湿通络之品。处方：丹参30克、连翘24克、川芎9克、香附12克、牛膝15克、大黄6克（后入）、泽泻9克、益母草30克、鸡血藤30克、茯苓12克、穿山甲12克。服药48剂，随证略有加减。于3月14日后月经不来潮而妊娠，1994年1月顺利分娩1女婴。

例二：

李某，23岁，干部，初诊1989年3月9日。

人工流产术后少腹刺痛4个月，左侧痛甚，经期加重。黄带多，臭味，月经后延39~43天一行，量多，色紫黑，块大，块下痛减，口干不喜饮，舌暗苔黄，脉弦细。妇科检查：宫体后位略小，不活动，左侧附件增厚2厘米，明显压痛。血流变检查：纤维蛋白元720mg%（正常值200mg~400mg%），血沉38mm/h（正常值0~22mm/h），血浆比粘度1.91（正常值1.58~1.76）。诊为盆腔炎，因湿热蕴结下焦所致。予以清热利湿，活血化瘀。处方：黄柏12克、苍术12克、牛膝15克、苡米30克、丹参30克、连翘24克、丹皮12克、川楝子9克、大黄6克（后入）、延胡索12克、益母草18克。服药6剂黄带止，10剂腹不痛。4月16日月经来潮，腹不痛，经后妇查子宫后位可复前位，活动好，附件（-）。5月4日复查血流变：纤维蛋白元为300mg%，血沉18mm/h，血浆比粘度1.69。8月24日诊：月经正常3个月，29~30天一行，量中等，腹不痛，停经40天，妇查诊为早孕，于1990年4月随访足月分娩一男婴。

益肾滋阴法治疗崩漏

叶青 (1954—), 女, 山东青岛人。现任副主任医师。于 1972 年从事医务工作, 1975 年到山东中医学院中医系深造。毕业后一直从事中医妇科工作。曾多次外出学习、进修, 系统掌握了中医基本理论和西医妇产科知识, 还掌握了运用腹腔镜、宫腔镜诊断妇科疾病的新技术, 为开展宫、腹腔镜检查新项目作出了贡献。

1991 年初被选定为名老中医、指导教师郑蕙芳的学术继承人, 通过 3 年的刻苦认真学习和细心揣摩。学习和掌握了导师独特的学术观点和丰富的临床经验, 圆满完成了继承工作任务。

近年来, 在省级以上医学刊物发表论文 10 余篇; 参加编写著作及教材 7 本, 其中任副主编 2 本, 主编 1 本, 参加国际学术会议 3 次, 其中 2 次大会发言; 参加并已完成省级课题 2 项。

一、病因病机和辨证施治

崩漏是指经血非时暴下不止, 或淋漓不尽, 前者称崩中, 后者称漏下。崩与漏出血情况虽不同, 但二者常相转化, 故概称崩漏。现代医学的功能性子宫出血, 其临床症状符合崩漏者, 归属于崩漏的范畴。

崩漏病因十分广泛，外感六淫，内伤七情，饮食劳倦，先天禀赋不足，皆可损伤脏腑，导致阴阳失调，冲任虚损，气血紊乱，而发生崩漏。

崩漏的主要病机是肝、脾、肾三脏功能失常导致冲任二脉虚损，或人为损伤冲任而发病。形成崩漏的根本原因，源于人体内部的变化，首先是脏腑机能状态，尤其是肾起决定作用，肾气盛则月经以时下，肾气衰则经绝。故肾在月经产生中起主导作用。如果先天禀赋不足，肾气稚弱或天癸初至，冲任未盛，不能调摄制约经血，或因多产房劳，久病及肾致使肾虚，封藏失职，肾精失守，冲任失固，不能约制经血，而发为崩漏，故有“经病之由其本在肾”之说。

临床崩漏以青春期及更年期多见，而青春期则以肾阴虚为主。因青春女性随生长发育肾气初盛，肾精未实，物质基础未充实，功能未臻完善，此时稍加致病因素如学习考试紧张，焦虑，过量运动，经期体育比赛，都极易发生气血紊乱，阴阳失调而致崩漏。其病理改变主要因于肾的阴阳失去平衡，其中以肾阴亏虚为主，肾阴不足，阴虚血热，虚热扰于冲任，致经血不固，出现崩漏。还可因其种种因素，反复发作，重伤其肾阴，阴虚血热，热迫血行，故易形成恶性循环，反复不愈。临床表现为月经先期而至，量或多或少，淋漓不止。治法应以益肾滋阴清热调经。流血时以益阴清热止血为主，血止后以补肾益阴调周为治。

主要代表方剂为六味地黄丸合二至丸加减。

六味地黄丸出自《小儿药证直诀》，为宋代钱已所创，原为治疗小儿肾虚发育迟缓之要方，后成为历代医家滋肾益阴常用方。

使用本方时，保留地黄、山药、山萸“三补”之药，“三泻”药中则减去茯苓、泽泻，保留丹皮。其义在于：三补之药益肾滋阴，丹皮以清透冲任血分之伏火；因泽泻、茯苓淡渗利滑，一则恐利水更伤其阴，二则不利止血。故去不用。

二至丸出自《医方集解》，其中女贞子甘苦而凉，旱莲草甘酸而寒。苦能泻火坚阴寒凉以清热，甘酸以化阴，故而味相合能滋肾阴，清肾火，凉血止崩，与六味地黄丸相合，功效相得益彰。

若阴虚甚者，可加龟板养阴潜阳；地骨皮滋阴泻热。阴虚火旺者，可加黄芩，丹皮之类以凉血清热。若阴道流血时多时少、淋漓不断者，加地榆、棕榈炭以凉血化瘀，收涩止血。伴气虚乏力等气虚症状者，可加黄芪、党参等以益气健脾。伴见面色萎黄等血虚症状者，加枸杞、阿胶等益精补血。食少纳差者，加谷稻芽、陈皮等理气和胃。

二、医案举例

王××，15岁，初中生。1994年9月12日初诊。

主诉：阴道流血20多天。

现病史：患者以往月经规律，12岁 $\frac{7-8}{28-30}$ 天，量不多，因着急紧张，于8月30日来血（周期24天），量较多，持续至今未止。7天前曾在西医院注射止血针，血量略减，后又增多。血色鲜红，共用纸5包。开始有块，现无块。后小腹及腰痛。感口干，纳差，睡眠可。二便调。末次月经8月21日。

查：患者呈贫血貌，精神不振，舌淡红少苔，脉细数。血常规：Hb：5.5克，RBC：190，WBC4.9。B超：子宫及附

件未见异常。

患者及家属坚持不输血，要求服中药治疗。

诊断：中医诊为崩漏。西医诊为功能性子宫出血，继发贫血。

辨证：肾虚阴亏，冲任失固。

治则：益肾养阴，调补冲任。

方药：熟地 15 克、生地 12 克、山萸肉 9 克、山药 18 克、阿胶 11 克（烔化）、女贞子 12 克、棕榈炭 15 克、旱莲草 18 克、地榆 15 克、甘草 6 克。6 剂，水煎服，日 1 剂。

二诊（9 月 18 日）：服药后，流血量渐减，色淡红，现每日换纸垫 2 次，仍口干，手心热，纳眠尚可，二便正常。舌淡红，苔薄，脉细。

处方：上方去棕榈炭、地榆，加黄芪 30 克、白术 15 克、丹皮 6 克。6 剂，水煎服，日 1 剂。

三诊（9 月 24 日）：上方 2 剂血止，诸症均减。现略感下肢乏力。舌淡红，苔薄白，脉沉细。

处方：上方加党参 18 克。6 剂，水煎服，日 1 剂。

经以上法调治 2 月，月经已正常来潮 3 次，血色素上升至 8 克，面色转润，精神好转，自觉有力。后改用八珍汤加减为主，以补气养血，调理善后。

难治性肾病辨证论治

须鹤璞(1936—)，女，江苏江阴市人。中医儿科教授，硕士生导师。1960年7月毕业于青岛医学院医疗系，1970年2月西医学习中医1年。任山东中医学院中医儿科教研室教师，从事于中医儿科教学、临床和科研工作。参加山东中医儿科学会和中西医结合学会会员兼秘书。主要著作有主编《英汉实用中医药大全。儿科分册》等、参编有《实用中医儿科学》、《中医儿科学》、《实用中医保健学》等9部，在国内外杂志上发表论文20余篇，主持和参加科研4项，一项获省科教二等奖，余三项均为国内领先水平。

一、难治性肾病及其辨证

肾病综合征是小儿时期常见的肾脏疾病，临床上以大量蛋白尿、浮肿、高胆固醇血症和低蛋白血症为主要表现，其中以大量蛋白尿和低蛋白血症作为诊断的主要依据。目前国内外均以强的松为治疗肾病的首选药物，但有疗程长，副作用多，且易反复和复发，对激素依赖、激素耐药等问题存在。凡肾病时出现频繁复发、激素依赖、激素耐药的均归之为难治性肾病。

频繁复发或称多次复发，指患儿对强的松治疗初次反应后6个月内有2次或1年内3次或3次以上复发或反复。

激素依赖指激素停药或减量 2 周内复发或反复，且重复 3 次以上者。

激素耐药，指初治时对激素完全效应的肾病复发率是相当高的，微小病变型肾病中 93% 对强的松完全效应，其中 85% 易复发，而 25% 表现为频繁复发，而一次发病后不再复发的是相当少的。

在影响复发的因素中，最多见的是感染，如反复呼吸道感染和其他感染，有消化道、泌尿道、皮肤等；其次，是皮质激素的疗程，据统计认为疗程短，复发率高，疗程长则低，国内报导长疗程的复发率为 26.4%；第三，为肾上腺皮质的功能状态，如用药半年后肾上腺皮质功能正常的复发率为 66%，减退者复发率为 100%；第四，与肾小球病变类型有关。

为了提高肾病的缓解率，减少复发率，找出抗复发中药的治疗规律，首先必须认识到难治性肾病迁延难愈的重要因素是其病变涉及到脾肾肺肝四脏，其病机表现为本虚标实，虚实夹杂。本虚指脾肾肺三脏的虚弱。脾主统摄，运化水湿，肾主封藏、藏精而为水之下源。若先天或后天失调致脾肾两虚，则脾不统摄，肾失封藏，精脂下泄而出现大量蛋白尿。肺为五脏之华盖，职司卫外，为水之上源，若感外邪，肺气不宣致风遏水阻，出现水肿或病情反复。因此本病的本在脾肾，病机为肺脾肾三脏功能失调，致水湿泛溢肌肤，精脂下泄出现水肿和蛋白尿，而蛋白尿是治疗的关键。实指正虚于内，长期应用皮质激素和免疫抑制剂，出现风热、水湿、血瘀等邪实之证。激素长期使用也可出现阴阳失调，证情交错的阴虚火旺症。为此治疗上必须采取标本兼顾，扶正驱邪，活血化瘀等法，共奏巩固疗效，减少副作用的目的。

二、脾肾双调治真本

难治性肾病的多数患儿的主症有面色晄白或萎黄，体胖，少气懒言，自汗出，小便频数有泡沫，大便稀软，日2~3次，口干饮水不多，眼睑及肢体有轻度浮肿，苔白或微腻，舌嫩红，脉细软等脾肾两虚证。药用黄芪、刺五加、芡实、山药、白术、太子参、黑豆、仙灵脾、补骨脂以益气健脾，固肾涩精。若脾气虚时，用参苓白术散；肾气虚时，用五子衍宗丸。

现代研究证明，肾病的发生和发展与免疫有关。益气和补肾药均具有增强和调节免疫功能的作用，后者还有兴奋下丘脑—垂体—肾上腺皮质轴的作用，有助于治疗过程中激素的撤减。方中黄芪有益气利尿，促进蛋白尿的消退，可增强网状内皮细胞的吞噬功能，促进机体产生干扰素；刺五加对肾上腺皮质有保护和调节作用，进而调节机体的免疫功能，素有人参之称。温补肾阳的中药因可作用于下丘脑—垂体—肾上腺皮质轴，有助于减少机体对激素的依赖，防止反跳，增加细胞免疫和增加抗体，以调整肾病时的免疫紊乱，起到预防反复感染的作用，所以补肾温阳法是治疗肾病的“固本”法。方中太子参可气阴双补，以求阳中有阴，阴中有阳，防止激素过量时的阴虚火旺症。

三、标本兼治，相得益彰

肾病的复发与感染有关，常见的有呼吸道、消化道、泌尿道和皮肤感染，而以上呼吸道感染最多见。治宜清热解毒，宣肺利水，药用双花、白花蛇舌草、连翘、麻黄、蝉衣、苓皮、车前子、车前草、防己等。伴吐泻症时，可用葛根、黄

连、竹茹、姜夏等；泌尿道感染时，用导赤散或八正散；皮肤感染时，用五味消毒饮加减治疗。

肾炎型肾病时对激素呈部分效应、兼见面颊潮红，手足心热，低热盗汗，易激动，多毛，痤疮，舌红苔少，脉细数等阴虚火旺的柯兴氏症候群。治宜滋阴降火，药选知母、黄柏、生地、地骨皮、女贞子、枸杞、杭芍、山萸肉、旱莲草等。有报导，滋阴降火药有抵抗外源性激素对肾上腺皮质系统的反蚀作用。

肾病伴头晕，目眩耳鸣，视力模糊，甚或抽搐时，多与高血压有关，加菊花、夏枯草、钩藤、石决明、僵蚕等以平肝潜阳，熄风镇惊。

肾病迁延不愈，有尿少，呕恶，头晕，贫血，浮肿加重，甚或昏迷时，常有尿素氮增高，为脾肾两衰的肾功能不全期。治宜辛开苦降，辟秽解毒。药用清夏、竹茹、陈皮、枳实、附子、大黄、冬虫夏草等，或选用温胆汤、附子理中汤、大黄牡丹汤等。其中应重用大黄，有通腑泻浊作用，可抑制体内蛋白分解，促进尿素和肌酐随尿排出的作用，但要在扶正的基础上间断使用，以防泻下致正气不支。

高凝状态是肾病发生和发展时的治疗关键。高脂血症和激素的应用可出现高凝状态。低蛋白血症又是血栓形成的关键。部分病儿可出现面色暗滞，舌质紫暗，血尿；血流变学指标中全血比粘度、血浆粘度，红细胞压积的增高，血小板计数及粘附试验的改变。证属久病入络，瘀血内阻。药用丹参、红花、桃仁、川芎、泽兰、坤草、水蛭等以改善肾脏微循环障碍，提高疗效。降脂中药有山楂、田七、月见草、麦芽、泽泻等。低蛋白血症可调胃醒脾，重用山药和补肾的黑

豆，二者既为药物又为食物，起药疗和食疗的双重作用。降低尿蛋白的有坤草、芡实、山药、黄芪、蝉衣、昆布、海藻等。国外亦有用柴苓汤（五苓散合柴胡汤），其中柴胡中的齐墩果烷有明显抑制尿蛋白排泄，抑制血清胆固醇上升，改善低蛋白血症，对免疫系统有修饰作用。

四、医案举例

李××，女，11岁，梁山县人。肾病史已5年余，反复和复发6次。用强的松治疗初治完全效应，经治后减量及感染后易复发。现症有面色黄，体胖，乏力，纳可，小便量多有泡沫，夜尿清长。尿蛋白++，血沉和C₃正常，血浆总蛋白偏低，舌淡红，苔白，脉细。证属脾肾两虚。处方：生黄芪20克、刺五加10克、太子参15克、白术10克、山药15克、仙灵脾20克、芡实15克、菟丝子12克、山楂12克、黑豆15克、甘草3克。水煎服，日1剂，连服20剂后尿常规正常，血浆蛋白、白/球、胆固醇、血沉等均正常，病情缓解，建议继续门诊治疗。

从顾脾保津谈小儿治泻特点

张湘屏(1938—),女,河北清苑县人。儿科主任医师。1964年毕业于山东中医学院医疗系,1964~1985年在广西中医学院儿科教研室工作,1985年4月至今在山东中医学院附属医院儿科工作。1986年晋升为副主任医师。现任中华全国中医儿科学会常务理事、山东中医学会中医儿科专业委员会副主任。30年来,一直从事儿科医、教、研工作,有丰富的临床经验。曾主持完成厅级科技成果2项。主编《中医儿科学》,参编著作2本、译著1本。在省级以上杂志及全国学术研讨会发表论文、译文30余篇,其中国家级杂志3篇、国外杂志(韩文)1篇。曾获院、省级科技成果、优秀学术论文等奖励6项。

一、推本溯源 祛邪扶正

小儿泄泻为儿科常见病。临床以发病急、呕吐腹泻症状重、易出现伤阴伤阳变证为主要特征。若调治不当,直接影响小儿的生长发育。因此,掌握小儿泄泻的用药特点尤为重要。小儿虽有先天禀赋之别,但其共性似一株幼苗,如“草木方萌”,素有“脏腑娇嫩、形气未充”、“脾常不足”等生理特点,加之小儿乳食不知自节、寒暖不能自调,易伤于乳食或感受外邪,导致脾胃功能失调,湿滞内阻而泄泻。

“治病必求于本”。脾阳不伤不泻，如清·陈飞霞《幼幼集成》曰：“泄泻之本，无不由于脾胃”，阐明了脾胃失调为泄泻之本。另一方面：“脾胃为后天之本”、“脾胃气壮，则五脏六腑皆壮”，亦说明了脾胃在人体的作用和保护脾胃的重要性，故调理脾胃是治疗本病的关键。小儿又有“阴常不足”、“易虚易实易寒易热”等生理病理特点，小儿泄泻往往吐泻并作，暴泻易耗津夺液，久泻易伤阳，常导致气津两伤，出现伤阴、伤阳之变证。因此，津液的存亡与本病的预后关系密切。可见，泄泻之本在于脾胃失调，泄泻之变在于耗气伤津。

中医对小儿泄泻治法甚多，如李中梓在《医宗必读》中提出治泻九法、即淡渗、升提、清凉、疏利、甘缓、酸收、燥脾、温肾、固涩；张景岳云：“治泻不利小水非其治也”，强调了利湿的重要性；近代医家则总结为利湿消积、健脾和胃的治疗大法，所论虽不尽相同，但其宗皆不离祛邪与扶正。笔者根据多年临床经验，强调溯本求源，严守病机，在利湿消积、健脾和胃的治则下，掌握寒热虚实的辨证要点，正确运用扶正与祛邪的辨证关系，提出治疗小儿腹泻“顾脾保津”的用药特点，即在辨证论治的基础上，时时注意顾及脾胃、保护津液，以利康复。

二、顾脾保津，灵活运用

（一）清热勿久用苦寒——寒防伤胃

治疗湿热泻，常用苦寒之品以清热利湿。但苦寒能戕生发之气，过用则伤脾败胃，且苦寒伤津，不利于疾病的恢复。在湿热泻中，当热炽盛已成为主要矛盾时，果断使用苦寒药（如黄芩、黄连、黄柏之类）往往能迅速祛邪，但过用或久用，

易伤脾胃，反致泻愈甚。故用苦寒之品应“中病即止”，以顾脾保津。

虚中挟实泻更须慎用苦寒药。如脾虚挟湿热泻之患儿，单用苦寒之品，更伤脾阳；专用补脾之药，则邪不退而泻不止。法当补中寓消，常用七味白术散加黄芩、车前子等药以健脾清热利湿。切不可重用或久用芩、连等苦寒之品。一旦邪将退尽，则应适可而止，以调理脾胃则邪自退，达到“正复则邪祛”之目的。

（二）消食兼健脾益气——消中寓补

小儿脾胃柔弱，每因偏食、零食等饮食失节而致伤食泻。实际上脾虚、食滞互相影响，互为因果。所以，消食导滞佐以健脾益气，凑效更速。临床中常在焦三仙、内金等消导药中配以白术、山药等健脾之品，以消中寓补。治疗伤食泻，成人以保和丸主之，小儿则常用大安丸，即保和丸加白术，白术为补脾气之要药，妙在与保和丸配伍，更收消中寓补之功。说明健脾消食以顾脾，是治疗小儿伤食泻的特点之一。

（三）补脾宜芳香开胃——补中有化

脾胃是相互依存的，和脾必开胃，胃主纳，脾主化。饮食及药物的吸收，首先要通过胃受纳，脾才能运化。《景岳全书》曰：“胃司受纳、脾司运化，一运一纳，化生精气”。若饮食不能进，自然补剂更难接受，若勉强服之，不但不能补益，反使胃气更加壅滞，有碍脾气的升发，加重食滞。因此，补脾宜兼芳香开胃，每每在健脾药中，佐以白蔻、砂仁、木香等芳香之品，以开胃醒脾，芳香化浊，使升降协调，补而不滞。例如参苓白术散或七味白术散为治疗脾虚泻的代表方剂，方中之砂仁、木香为芳香理气药，取其开胃补而不滞，使

脾健胃和而泻愈。

（四）温阳忌过用辛燥——燥中寓润

寒湿泻、脾肾阳虚泻常投以温阳辛燥之品，如肉桂、干姜、附子等，其性温热燥烈，易伤气灼津，何况小儿“稚阴稚阳”之体，本病吐泻交作，更伤津耗气。因此，过用辛燥，更易耗气灼液，助成痞证，甚则慢惊，不可不慎。为防过用之弊，每在辛燥药外，加以甘温补气药（如黄芪、党参等），或配以酸甘化阴之品（如乌梅、白芍之类），以达燥中寓润。例如，四神丸中之五味子敛阴固涩；附子理中汤常佐以乌梅、诃子等品，则顾脾、保津相得益彰。

（五）伤阴慎燥湿利水——利防伤阴

夏秋季节，小儿恣食生冷瓜果，或乳食失节，更伤脾阳，且多有郁热内蕴，常引起暴泻，壮热烦渴，吐泻交加，更耗气夺液，导致伤阴、伤阳或阴阳俱伤之变证。此时更应慎用燥湿利水之品，法当先救其津液，常以清热敛阴之连梅汤加减，待津液恢复后，方予利水祛邪为妥，或在利水药中加乌梅、石斛、诃子、白芍之类，以酸甘化阴生津。此外，亦可在应用小儿液体疗法的同时，酌用淡渗利湿之品，如车前子、茯苓、六一散等，使其利湿而不伤阴，以达保护津液之效。

笔者治疗小儿秋季腹泻，严守病机，辨证论治，同时运用“顾脾保津”的用药特点，以清热利水、健脾消滞法，拟定了“秋泻合剂”。本方由金银花、地榆、车前子、泽泻、葛根、白术、内金、甘草组成。为考虑到寒防伤胃——故方中不用黄芩、黄连等苦寒之品清热，而选用性寒味甘、气味芳香的金银花，苦酸微寒的地榆以清热解毒，防伤脾胃；利防伤阴——车前子、泽泻利水而不伤阴液，同时配以葛根升阳

生津，解肌退热，既能保津，又可祛邪；消中寓补——本方内金、白术同用，消食、健脾相得益彰，使脾健胃和，湿滞自除而泻愈。临床实践证明，本方治疗秋季腹泻（湿热型），每获良效，从而说明了“顾脾保津”在治疗小儿泄泻中的临床意义。

综上，“顾脾保津”是根据脾胃的重要作用、小儿生理病理特点，以及小儿泄泻的病机、转归特点，通过推本溯源及多年临床实践，总结出来的小儿治泻用药特点。顾脾、保津是相辅相成的，临证不能截然分开，只是在病程发展的不同阶段，各有侧重而已。

本病的临床表现寒、热、虚、实，往往错综复杂，“顾脾保津”虽然强调了扶正，但应根据病因病机、患儿体质之不同，抓住主要临床特征，以辨证论治为纲，同时又要密切观察病程中正邪之盛衰，灵活掌握扶正与祛邪的辨证关系，时时注意实证宜消——须消中兼补；虚证宜补——须补中寓消；湿胜宜燥——须燥中寓润……如此，方能“消不伤正，补不得滞，更好地发挥“顾脾保津”的临床作用。

三、医案选例

梁×，女，4岁。病历号：2682。

大便稀薄月余。2个月前患水痘，其后低热不退，继而大便稀薄，屡用多种抗生素及清热苦寒之品仍不解。近月来，便稀色黄，完谷不化，日行3~4次。烦渴纳呆，尿短而黄。诊见形体消瘦，精神不振，面色萎黄，唇淡而干，腹胀而软，四肢欠温，舌红少苔，脉细而数。证属脾虚泻兼阴阳俱伤，法当健脾益气温阳兼酸甘敛阴，以七味白术散加减主之，连服

6剂而愈。处方：

党参12克、太子参15克、葛根10克、薏苡仁12克、白术10克、焦山楂12克、乌梅6克、白芍6克、干姜3克、藿香3克、木香1.5克（后入）、甘草3克。

小儿感冒辨证施治的一般规律

毕可恩(1937)，男，山东崂山县人。1965年毕业于山东中医学院，分配在附属医院儿科至今。现任儿科主任，山东中医药学会常务理事，全国中医药学会儿科委员会常务理事。在省级以上医学期刊正式发表论文42篇，主要著作有《食湿与小儿疾病》和《小儿疑难病辨证治疗》两部专著，副主编《幼科条辨》等5部著作，参编《实用中医保健学》等1部著作，完成“小儿厌食合剂治疗小儿厌食症研究”，完成国家中医药管理局“七五”招标课题“中药预防小儿高热惊厥发生与复发的临床及实验研究”，获省科技进步三等奖。

一、积滞郁热是感冒之内因，风寒外袭是发病之外因

小儿感冒的基本病因是外感寒邪侵袭机体，但临证时有虚实之分。脾肺气虚者，卫表不固，易感外邪，易被理解。但形壮气实者，也易感外邪，则常被忽视。中医强调人体阴阳平衡则身体健康，反之当阴阳失去平衡时，则易感染疾病。如《内经》云：“清静则肉腠闭拒，虽有大风苛毒，弗之能害。”此“清静”有表里阴阳平衡之意。小儿最常见的阴阳失衡是里热的存在，此里热主要由食积郁热形成。小儿长期的进食膏粱厚味或突然进食煎炒炙煨食物过多，脾胃不得及时腐化，

日久则积滞化热，简称为“积热”。表现腹部胀满，睡卧不安，喜伏卧睡眠，食后和夜间面颊红赤，手足心热，大便干秘，舌苔白厚腻或有剥脱，舌质红赤。此种小儿表现形壮气实，似乎身体健康，但里热已盛。里热外蒸，肌腠则失于固密，稍有护理不周，触冒风寒，则易感染外邪。原本即有里热蕴郁，此时虽感风寒，也极易化热入里，使里热骤然炽张，可出现惊惕不安，甚则惊厥。素蕴里热，灼津成痰，故感冒早期，即表现喉间有痰鸣声，此为感冒之实证。至于伤暑感冒，其真正病因仍然是感受寒凉之气，并非感受暑天炎热之气，只是由于天气酷热，暑气熏蒸，寒凉之气乘暑热侵袭机体，迅速化热化火，使鼻塞、流清涕等表寒症候极为短暂，故伤暑感冒多为高热无汗，鼻干无涕。

体壮小儿多实证感冒，小儿体虚者，主要是脾肺气虚，则多虚证感冒。该型感冒也常与食积郁热有关，但脾肺气虚是基本发病因素。平素即肌腠疏松，卫表不固，易自汗出，御邪功能差，一年四季都易感外邪，冬季发病尤多。发病时，虽发热，面色仍晄白，舌质仍偏淡，虽汗出，但体温不能降至正常，大便偏稀，日2~3次，常进食时或食后即便，只服苦寒清热之剂，证反加重。患病前，面晄汗出，大便不调等脾肺气虚症候即较明显。

二、解肌清里，治实证，固表解肌，治虚证

实证感冒的治疗，应解肌祛邪，清里热并重，并佐化积导滞。里热之形成主要因食积郁热而产生，故必重化积导滞，常用枳实、槟榔。并取白虎汤意，以生石膏清气分之邪热；以柴胡、葛根解肌祛邪以退热。外邪束表，里热不得散越，而

使里热上蒸，蕴结咽部，表现咽部红肿，故以桔梗、玄参、板蓝根利咽解毒。现代医学认为，病邪主要侵及咽部，板蓝根有抗病毒之效，可直达病所；玄参能清浮游之火，也有利于清解咽部之邪毒。加双花、连翘增清热解毒之力；加荆芥、防风取其性偏温而不燥烈，助柴胡、葛根祛解外邪。至于伤暑感冒，应祛暑清热，主要以新加香薷饮祛暑解毒清热。香薷、厚朴在必用之列，香薷辛温，祛暑季之表寒，暑多挟湿，以厚朴调气化湿；其余解肌清里之品与实证一致。

虚证感冒，素体脾肺气虚，感外邪后，无力祛邪外除，只祛邪体更虚，只补虚又恋邪，故应补虚与祛邪并施。补虚以玉屏风散意补益，肺脾并固卫表。因脾气虚弱，乳食不得及时腐化，故也易夹食积，日久亦可化热，即是虚证感冒也常兼夹食积郁热，故玉屏风散方不用白术，以免燥性助热，而取炒山药不燥不腻，补脾气而不助热。仍以柴胡、葛根解肌祛外邪；以桔梗、玄参、板蓝根利咽解毒；以焦山楂、槟榔消食化积。本方既固表又解肌，既扶正又祛邪，故收效迅速。

中医治疗儿童多动症探讨

王立华(1942—),女,山东省济南市人。1966年毕业于山东中医学院本科。任中华中医学会山东儿科分会委员、山东中医学院儿科教研室副主任、教授。临床研究儿童神经系统及行为、心理异常疾病,主持了“儿童多动症临床与实验研究科研课题,并撰写了《儿童多动症临床治疗学》及《中医儿科学》等著作。

一、滋阴潜阳、宁神益智为基本法则

儿童多动症是学龄儿童行为异常、学习困难的主要原因。临床以活动过多,注意力涣散,自控能力差为主要表现。甚至少数患儿可发展为攻击性、破坏性行为而导致青少年犯罪。祖国医学未见本病的全面记载,根据临床表现,与“失聪”、“健忘”近似。本病发病因素较为复杂,归纳起来主要有三个方面:一为先天禀赋不足,孕母形体与精神调养失宜,特别是精神神经系统健康欠佳,患者父母或亲属中有多动、癫痫、病态人格等;二为饮食因素,过食肥甘厚味,酿成湿热痰浊,阻滞气机,扰乱心神,或因过食生冷,损伤脾胃,心气亏虚,心神失养;三为外伤及其他因素,如产伤、脑外伤致气血瘀滞,经脉不畅以及心肝失养而神魂不安。另外,疾病及不良社会、家庭环境,使儿童受到精神刺激等也能导致本病。本

病是由多种病因引起的一组综合征。

本病的病机主要是脏腑功能不足，阴阳失调，多为阴虚阳亢。《素问·生气通天论》云：“阴平阳秘，精神乃治。”人体正常生命活动和神志状态，是阴阳保持对立统一协调关系的结果，反之，阴阳失调则是机体神志反常的基本病理之一。儿童多动症的主要症状是神不定，志无恒，情无常，性急躁，为神志异常的表现。其实质属于阴阳失调，具体表现又有阴虚阳亢、虚阳浮动两类。一类“阴虚阳亢”为该病的主要病机。《素问·阴阳应象大论》中言：“阴静阳躁”，即阴主柔静，阳主刚躁，两者充盛和谐、相辅相成，则机体的调节功能，如动与静、兴奋与抑制、亢进与减退等协调而无病。小儿纯阳之体，由于迅速的生长发育，常感到精、血、津、液等物质基础不足，同时小儿又有“心常有余”，“肝常有余”，“阳常有余”等生理病理特点，故因先天不足，后天失于调护或它病所伤，最易形成阴亏的病理变化。阴不足则阳有余，阴亏不能制阳，阳失制约则出现兴奋激动，活动过多，烦躁易怒等症，这是阳动有余，并非阳气独盛，而是阴静不足之故。不足为虚，有余为实，从患儿的症状看，活动过多，行为冲动不能自控，似乎精力充沛之实证，但与正常儿比较，患儿大多神志涣散，健忘，动作迟钝笨拙不灵，且不少患儿还伴有头晕、遗尿等症状，脉象多偏细或弦细，有形神不足之象。故儿童多动症的实质是本虚而标实，多以阴虚为主。另一类为少数患儿因虚阳浮动而神志不安。根据上述阴分不足的发病根源，及临床症状多与精神、思维、情志有关的特点，分析其脏腑病变，本病主要和心肝脾肾四脏有关。《灵枢·邪客》云：“心者五脏六腑之大主也，精神之所舍也。”人的精神、思

维、活动，主要属于心的生理功能，儿童多动症主要是以心为主导兼及肝脾肾脏腑的病理变化。心主血脉，藏神为智意之源，心的生理功能正常，则人的神志清晰，思维敏捷，反应灵敏，反之，若思虑劳倦，久病气血虚弱上及于心，致心气不足，心阳虚弱，神失所养，可出现神志飞扬不定，精神不专，反应迟钝，健忘等。另外，心属火为阳脏，以动为患，小儿心火易亢，临床易出现心阴不足，心火有余，心神不守的病理改变。肝为刚脏而性动，主筋藏魂，其志怒，其气急，体阴而用阳，为人体罢极之本。小儿肝常有余，若久病耗损致肝体之阴不足，肝用之阳偏亢，则可出现性情执拗，冲动任性，动作粗鲁，兴奋不安等症。另外，肝血不足则魂不守舍，而出现梦呓、梦游等兼证。脾属土为致阴之脏，其性静、藏意，在志为思。脾为气血生化之源，后天之本。小儿脾常不足，若饮食摄护不当或疾病所伤，均可影响脾之运化，脾失濡养则静谧不足，可表现兴趣多变，言语冒失，心猿意马，做事有头无尾，虽能自悟而不能自制等。肾为先天之本，肾中元阴元阳为生命之根，关系到人的体质和成长。肾藏精，主骨生髓通于脑，开窍于耳。小儿脏腑柔弱，肾气未盛，病后易出现肾虚的病理变化，如动作笨拙不灵、遗尿等，均为儿童多动症伴随的症状。

综上所述，儿童多动症是心肝脾肾四脏功能失调的反映，临床常见肾阴不足肝火偏旺、心脾不足两证型，若脾气不足，生湿生痰，痰浊内阻或痰蕴化热，痰火扰心也可引起本病。临床各证型之间可以互相转化，临证时尤当详辨，不可执着呆板。

治疗本病主要是调理脏腑功能。肝肾阴亏型宜滋阴潜阳，

基本处方：熟地、女贞子、五味子、龟板、茯苓、丹皮、泽泻、龙骨、黄柏、知母等。

此方乃知柏地黄汤加味。使用本方抓住“肾阴亏肝阳亢”的主要临床表现，如多动暴戾，多语高昂，冲动易怒，舌质无苔，脉弦或弦滑等。

心脾不足型宜健脾益气养心宁神，基本处方：黄芪、党参、茯苓、白术、当归、远志、五味子、菖蒲、大枣、甘草等。

此方乃归脾汤合甘麦大枣汤加减。辨证时应注意，临床表现为神思涣散，注意力不集中为主，患儿多动而不暴戾，可见言语冒失，舌淡嫩、苔薄，脉弱或弦细等。

以上为儿童多动症常见证型。但本病临床表现是比较复杂的，若患儿神思涣散，烦躁不宁，多语多动，冲动任性难以制约，伴胸闷纳呆，便秘溺赤，舌红苔黄，脉弦滑或滑数，为湿热内蕴，痰火扰心，治疗以清热利湿，化痰宁心，可选用黄连温胆汤为主，加石菖蒲开心窍、珍珠母宁心安神。若患儿有产伤或跌扑受损病史，因血行不畅，脑海失养，神动智变，心神不宁，伴面唇色青，毛发不荣者，则应活血化瘀，养血补肾，宁神益智，可选用六味地黄汤加鸡血藤、赤芍，养血活血，加枣仁、龙骨、菖蒲养血安神开窍。

二、医案例举

刘××，男，10岁，小学三年级学生。母孕期健康，产钳助产娩出。5岁时发现多动不安，入学后不能静坐，交头接耳，抠挖桌椅，乱涂课本；下课后先向外冲跑，放学不能按时回家，在家翻箱倒柜，急躁易怒，冲动任性，惹事生非，考

试成绩不及格。患儿形体略瘦，睡眠不安，梦呓、梦游，唇红舌红苔少，脉弦数。脑电图无异常，共济试验阳性。辨证为肾阴不足，肝阳偏旺。治以滋阴潜阳，宁心安神。处方：熟地、山药、女贞子、龟板、白芍各 12 克，五味子、远志各 9 克，丹皮、泽泻各 6 克，生龙骨 15 克，黄柏、甘草各 3 克。水煎服，隔日 1 剂。服药 1 个月后，诸证改善，小动作大减，注意力较前集中，梦呓、梦游消除。继续服药 2 周后，诸症悉除。1 年后随访，疗效巩固，食欲增加，精神好，学习成绩明显提高。

对小儿急性肾炎的认识和治疗体会

李秀英 (1929 -), 女, 河北省唐山市人。1945 年参军即从事医务工作, 1952 年毕业于军医学校, 1958 年西医学中医两年。1961 年到山东省中医学院附属中医院儿科任医师、主治医师, 副主任医师。1990 年离休。

一、病因病机和辨证

小儿急性肾炎的发病机制, 主要是人体内“水精四布”的功能发生障碍。对脏器来说, 是肺、脾、肾的相互关系, 升降出入失调。临床表现以浮肿、尿少、血尿、高血压为主要症状。属祖国医学“阳水”、“风水”、“血尿”等范畴。本病的病因多由风湿、疮毒引起。临床常见感冒、扁桃体炎、猩红热、皮肤化脓性感染之后的患儿。其表现程度轻重不一。

虽然风邪、湿邪、疮毒都是造成小儿水肿的主要病因, 但病机与肺、脾、肾关系密切。肺主通调水道, 脾主运化水湿, 肾主水液排泄并与三焦、膀胱共同完成水液的气化和尿液的排泄。而本病多在肺、脾二经, 主要是由于邪毒造成肺失宣降, 脾失健运, 水液潴留, 横溢肌肤而成。另外, 又有湿热下注, 伤及血络而引起血尿, 也是其主要病机。

在治疗方面, 根据中医急则治其标, 缓则治其本的原则, 标本兼治。肿者当先消肿。消肿不外乎发汗解表, 利尿除湿

两法。下肢浮肿明显的是湿邪偏重，里证多于表证，应用利尿法。面部上肢浮肿明显的，多由风邪挟湿，表证甚于里证，当用发汗解表。疾病的发展是错综复杂的，尤其小儿发病急，变化快，临床表现多虚实夹杂，要分清主次，表里兼顾。所谓“腰以上肿”和“腰以下肿”只是比较而言，临床用药不能截然分开。不管是发汗法，还是利水法都是行之有效的治疗方法。但是，小儿急性肾炎的早期，一定要注意清热解毒。在具体应用时，要掌握这些原则，灵活运用。

小儿急性肾炎，一般热证、实证多见。表邪重而头面肿者，应发汗解表、宣肺利水。如小便量少，赤涩而浮肿者，应用清热利湿法。如表里皆实，要解表清里。总之，在治疗小儿急性肾炎时，要根据患者体质强弱，病情虚实辨证施治。尤其小儿在病理方面的特点是易虚易实，易寒易热。在疾病表现上多为表里兼病，寒热夹杂，虚实并见。因此，在治法上，不要因为实证而过于消，以免伤正；也不要因为虚证，而过于地补，一味地补，则病邪不去，而正易伤。应根据临床表现，若虚多于实，则先补后攻；实多于虚，则先攻后补。无论是补或攻，都要根据病情的深浅，体质的强弱来考虑，必须是补不碍邪，攻不伤正。小儿急性肾炎，早期着重于祛邪为主，恢复期要注意扶正祛邪。

二、分型论治

小儿急性肾炎临床常分以下几型，治法不同。

（一）风水型

临床表现，脸面浮肿，甚则全身肿，尿少或有血尿，常伴发烧，咽喉痛，咳嗽，舌淡红苔薄黄，脉浮。治疗以发汗

宣肺、行水消肿。药用：麻黄 6 克、杏仁 9 克、双花 15 克、连翘 10 克、白茅根 12 克、车前草 10 克。水煎服，日 1 剂。咳重者，加前胡、炙杷叶；咽痛者，加板蓝根、射干；血尿者，加侧柏叶、仙鹤草。

（二）湿热型

临床表现，轻度浮肿或肿不明显，小便赤短少，甚至血尿，烦热口渴，舌苔黄腻，脉滑数。治以清热解毒，利尿消肿。药用：双花 15 克、连翘 10 克、白茅根 12 克、石苇 10 克、滑石 10 克、竹叶 6 克、旱莲草 10 克。水煎服，日 1 剂。若大便干者，加大黄，泻热通便；血尿明显者，加小蓟、仙鹤草、丹皮，凉血止血。

（三）脾肺气虚型

常见急性肾炎恢复期。浮肿不甚，面色苍白，纳呆，易汗出，舌淡苔薄，脉弱。由于疾病后期，正气未复，卫表不固，故又常易感冒。治疗以健脾益气。药用：黄芪 12 克、防风 6 克、太子参 12 克、云苓 10 克、苡米 10 克、山药 9 克、砂仁 6 克。水煎服。日 1 剂。使脾、胃健，水湿化，以达培土制水，扶正祛邪之目的。

二、病例

张××，男，11 岁。1991 年 4 月就诊。

半月前患儿曾因感冒发烧、咳嗽、咽痛。自用退热消炎药，烧退咳减。1 周后见面部轻度浮肿，尿少色红，舌淡红苔薄黄。查尿常规，红细（++），蛋白少许。诊为急性肾炎。治宜疏风利尿。药用：双花 15 克、连翘 10 克、桔梗 6 克、杏仁 6 克、白茅根 10 克、麻黄 6 克、小蓟 10 克、竹叶 3 克、甘

草 3 克、车前草 9 克。水煎服，日 1 剂。

服上方 5 剂，肿渐消，查尿常规，红细胞（+）。药用：上方去麻黄、杏仁，加生地、山药、云苓各 10 克，连服 8 剂。连续复查 3 次尿常规阴性，病愈停药。

治疗小儿肾病综合征的管见

张亚荣(1944—)，女，生于四川省荣昌市。1969年毕业于山东医学院医疗系，工作后离职系统学习中医，现任山东中医学院中医儿科教研室副主任医师。多年来从事中西医儿科临床工作，在中西医结合治疗小儿常见病和疑难病方面有较丰富的经验。认真探索中西医治疗小儿肾病综合征，明显提高了小儿肾病综合征的治愈率，并在省级刊物上发表了《中西医结合治疗小儿肾病综合征96例随访分析》论文。参加了“小儿升血灵”、“小儿厌食合剂”药物的研制工作，参加了“小儿高热惊风的防治”科研工作，皆获得省内及中医学院科研成果奖。参与编写《中医儿科学》。

肾病综合征（以下简称肾病）是肾小球滤过膜对血浆蛋白的通透性增高，致使大量蛋白漏出而引起的一系列病理改变的临床综合征。它具有高度水肿、大量蛋白尿、低蛋白血症及高脂血症四大临床特点。根据本病的临床表现，病程及转归，属于祖国医学水肿病的阴水范畴。

一、祖国医学对肾病综合征的认识

《诸病源候论》云：“水病者，由脾、肾俱虚故也。肾虚不能宣通水气，脾虚不能制水，故水气盈溢，渗液皮肤，流遍四肢，所以通身肿也”。本病病机内因责之为肺、脾、肾三

脏俱虚，外因为感受外邪诱发。脾气虚弱，脾阳不振，运化水湿失职，可使水湿横溢而发为水肿。肾主开合，下可开窍二阴，膀胱的气化功能有赖于肾气的充养，肾虚开合不利，清阳不能出上窍，浊阴不能出下窍，上下不通则必水肿。小儿肺常不足，卫外不固，易感外邪，感邪之后，肺失通调，水液不能下趋而泛于肌表，常使小儿肾病水肿发病迅速，反复发作。蛋白质为人的精微物质，只宜固封，不宜耗泄。脾主升清，肾主封藏，五脏六腑之精皆藏于肾，肾气足则精气内守，肾气虚则精气外泄。小儿肾病患者由于脾失升清之能，肾失固封之用，则精脂外流由尿漏出，致使临证出现大量蛋白尿。由于此病病程长，反复发作，长期反复水肿及大量蛋白的丢失，使患儿脏腑失养，肺、脾、肾三脏亦虚，正气不足，卫外不固，致使风寒湿热之邪乘虚而入，使病情虚实兼有，表里同病，治疗颇感棘手。小儿肾病由于脾肾功能不足导致气血失调，因此瘀血常为肾病之兼挟证存在。《全匮要略》云：“血不利则为水。”国内外学者研究表明，各种不同类型的肾病，患者体内都存在着不同程度的高凝状态。血小板的聚集性和粘附性增强，此功能系统反应增强是导致高凝状态的原因之一，其程度常与肾病的严重性和活动性相一致。研究表明，气虚组血浆粘度增高，阳虚组全血粘度和红细胞压积降低，血沉加快，血浆粘度增高，阴虚组血浆粘度明显增高。由于瘀血留滞使脉络不通，营血精微物质及水液运行受阻，而加重蛋白溢出及水肿，从而使病情缠绵难愈。

肾病有正虚及邪实两个方面，根据正虚临证分型可分为脾肾两虚、脾虚湿困、脾肾两虚。由于小儿肾病的治疗基本上都兼有激素治疗，激素为阳刚之品，服用时间长会出现阴

虚火旺证，因此临证常有阴虚火旺证型存在。邪实为风邪（挟寒邪与热邪）、水湿、湿热、瘀血，此皆为标证。风邪、水湿、湿热在上述各证型中不一定皆兼有，但血瘀兼证不论何种证型及病变的任何阶段均存在，只是程度不同。临证辨证时可综合上述几方面考虑，在一定的阶段可侧重一方，或重在正虚或重在标实，主次分明，辨证而论治之。

二、治疗肾病之管见

肾病的治疗在疾病的起始阶段，往往以祛邪为主治，佐以扶正利水。因不祛邪难以扶正。根据感邪的不同，可选用银翘散加减清热解表，麻杏石甘汤加味宣肺止咳，甘露消毒饮加减清热利湿，五味消毒饮加减清热解毒，以达祛邪之目的。

肾病之水肿虽为就诊的主要原因，由于其主要为脏腑气化不利而致，脏腑气化功能非一药而可愈，另外，此时大量精脂外流，加重利水后势必造成更多的蛋白质丢失，反而使水肿时而复现。祖国医学亦认为，病久者不可利，气虚者不可利，否则将越利越虚而危者乎也。临床实践证明，只要有水肿而无变证存在时，利水治疗不作为一个重要的治疗手段。

邪实祛后，立即转入补肺脾肾的治疗，或者标本兼治亦可。常用方为玉屏风、参苓白术散等，临证重用黄花、党参。据研究报道，二者可增强网状内皮系统的功能，促使机体产生干扰素，调整免疫功能。对于肾虚者加用仙灵脾、菟丝子、肉苁蓉。小儿稚阴稚阳之体，阳常有余，感邪之后而从热化，水湿之邪极而转为湿热内蕴，温阳之品在小儿肾病中不可剂量过大或久用。

三、消除蛋白尿之体会

消除蛋白尿是治疗肾病的关键。以上所述治疗皆可使蛋白尿消失。此外，活血化瘀对于消除水肿及蛋白尿受到了普遍的关注。此类病证见有面色晦暗，肌肤甲错，或有血尿，舌质瘀斑或紫暗。常用药物为桃仁、益母草、泽兰、丹参、川芎，方如四物汤、血府逐瘀汤、当归芍药散。实验证明，丹参、益母草具有抗血小板聚集，抑制凝血，扩张血管，改善肾血流量的作用，其机理可能与提高血小板内CAMP的含量有关。活血化瘀疏通脉络，流畅气血，俾营血精微正常运行，蛋白尿自能消失。临证还常用固涩之法，此法属于治标的范畴，常用药物如五味子、芡实、煅龙牡、乌梅、桑螵蛸等。如有湿热之邪未消者，当与清热利湿之品相伍同用，湿热不除，蛋白难消，否则将产生闭门留寇之弊。

四、临床举例

刘××，女，13岁。全身反复水肿年余。在某医院诊为肾病综合征，住院2次，水肿皆能消失，但蛋白尿时现，一直服强地松治疗。近日因患感冒水肿又复现，尿蛋白++++，来我院服中药治疗。患儿颜面浮肿，面黄无华，咽红，舌质淡红，苔薄黄。心（-），双肺闻及痰鸣音，腹水征（+），双下肢脂凹性水肿，脉缓弱。根据病史及证情，患儿证属肺脾两虚，水湿内停，精脂外流，治以健脾益气，佐以宣肺止咳以解表邪。方药：太子参、黄芪各20克、山药、白术、苡仁各12克，陈皮、桔梗、连翘、炒亭苳子各10克，炙杷叶、前胡各10克。水煎服，日1剂。服5剂后患儿表邪已解。以健脾

益气固表方久服，方药：黄芪 30 克，黄精 20 克，山药、白术、苡仁、陈皮各 10 克，防风、桔梗各 10 克，丹参、坤草、车前草各 15 克；芡实、五味子各 10 克。水煎服，日 1 剂。此方连服达 2 个月，水肿渐消，蛋白尿未复现。又以上方配丸药服半年，患儿病情稳定，未再复发。

难治性肾病并发感染的治疗体会

郝君生(1944—),女,山东栖霞县人。1970年毕业于山东中医学院医疗系(学制6年),分配到中医学院附院工作至今,硕士研究生,现任副主任医师。撰写《增力汤治疗进行肌营养不良13例》、《按摩与药浴足部治疗婴幼儿腹泻》等论文,参编著作《中医儿科学》。

难治性肾病是指临床上对激素无效或依赖和频繁复发者。通常是延长激素疗程,或加用其他免疫抑制剂联合治疗。结果常导致患儿免疫功能低下,感染不断发生,这种情况即使加用抗菌素疗效也不满意。近几年,我们在激素治疗的同时,配合填精补髓为主的中医疗法,对该病进行了观察,现小结如下。

一、临床资料

本组15例,皆为男性,年龄4~12岁。12例为单纯性肾病,3例为肾炎性肾病,其中激素依赖者8例,反复者4例,不敏感者3例。15例皆接受过强的松正规治疗,最短者3个月,最长者16个月,配合潘生丁、环磷酰胺治疗者3例。患儿浮肿明显,并有反复感染发生,并发上呼吸道感染者19人次,扁桃体炎8人次,肺炎4人次,皮肤疖肿4人次,牙龈炎2人次,鼻窦炎3人次,肠炎1人次。

实验室检查：尿蛋白定性+++9例，++++6例，尿蛋白定量为0.36~0.4/kg，24u8例，0.41~0.5/kg·24u7例。胆固醇分别为7.9~9mmol/L3例，9.0~9.8mmol/L7例，10.2~12mmol/L5例。血浆总蛋白分别为30~40g/L6例，41~45g/L9例。白蛋白、球蛋白比例异常。

二、治疗情况

根据病情，强的松减至小剂量服，有感染者抗菌素常规服，中药以填精补髓方加减，组方如下：阿胶30克（烔化）、龟板15克、鹿角胶15克（烔化）、紫河车9克（冲）、巴戟天9克、金樱子9克。水煎服。年龄大的儿童日服全量，6~9岁者日服2/3量，4~6岁者日服1/2量。并发肺炎者，加地龙、葶苈子、丹参；鼻窦炎者，加白芷、辛夷；扁桃体炎者，加乌勃；牙龈炎者，加黄芩、石膏；肠炎者，加马齿苋、白头翁；皮肤疖肿者，加败酱草；并发上呼吸道感染者，据寒热之象，可加荆防、卜荷之品；肾炎性肾病者，加坤草、花蕊石等。

三、治疗结果

分2个疗程，每疗程2个月。第1疗程结束时，该组患儿有5例尿蛋白转阴，浮肿消失，感染得到控制。其余10例有不同程度改善。第2疗程时，对尿蛋白已转阴者，只服上方制成的胶囊，2个月后，尿蛋白仍为阴性，亦无感染发生。对其他10例，仍按第1疗程方法治疗，结果尿蛋白转阴7例，全部病例浮肿消失，唯有3例肾炎性肾病因感染控制不满意（1例并发慢性肺炎，2例鼻窦炎），尿蛋白仍在+~++之间。

四、体会

肾病综合征有明显易感性，肾病与感染之间存在着不良循环，最终将成为难治性肾病，这已为临床工作者所公认。难治性肾病并发感染时，单纯应用免疫抑制剂及抗菌素治疗，较难达到预期效果，本组 15 例皆是。可是，当配合填精补髓为主的中药治疗后，病情逐渐缓解，减少了感染率，提高了治疗效应。

祖国医学认为，肾主蛰为封藏之本，内贮真阴真阳，“五脏六腑之阴非此不滋，五脏六腑之阳非此不发”，只有“阴平阳秘”，肾才能维持其正常生理功能，人才能安康。在肾病过程中，尿蛋白贯串于始终，是肾精以蛋白质的形式在丢失着，使体内阴精日渐亏损。阴损可以及阳，久之，便酿成了阴者失“藏精而起亟”，阳者失“卫外而为固”的病理状态。阴失“起亟”，阳失“为固”，必然机体抵抗力下降，故肾病患者易感染外邪，且感邪后较难清除。此即肾病易感染的机理。

据“精不足者，补之以味，阳不足者，温之以气”的经旨，故填精补髓，温补肾气是该病的根本治法。临床上常以龟板胶、阿胶、紫河车等品补其精，少加巴戟天、金樱子等温其阳。本治法能使肾中真阴真阳得以平衡，肾气得以恢复，因而肾主封藏、利水、固表等功能便自趋恢复，特别是在有感染的情况下，更能显示出托毒外出之力，故本组难治性肾病治疗较顺利。

5 例患儿在尿蛋白转阴后继续服填精补髓方观察，结果在 2 个月内无感染发生。这表明，该治法可贯串于肾病治疗的全过程，特别在肾病缓解期，如能坚持服用数月或更长时

间，对提高机体防御力，减少感染，防止肾病复发均有益。

其中3例因感染仍存在而尿蛋白不能消失。这提示：潜在的感染是肾病康复的障碍。因此，治疗过程中适当配以根治外邪的清法，对切断恶性循环链、减少阴阳二气的消耗，促使正气恢复，至关重要。

针刺捻转、提插补泻，“烧山火”、“透天凉”手法力学新析 及其临床应用举隅

陈乃明(1938—)，男，1964年毕业于山东中医学院医疗系，同年分配到广西中医学院任教，1974年始从事针麻经络研究，因耳穴经络感传的研究获国家中医药管理局科技进步一等奖。1985年调山东中医学院附属医院针灸科。现任中国针灸学会针法灸法研究分会理事，中国民间中医药研究开发协会理事；山东针灸学会常务理事兼副秘书长；附院主任医师。1991年作为第一位由国家科委派出的中医针灸专家赴奥地利国执行中奥A-17号协议，从事科研、讲学、医疗等，在此期间曾应邀赴德国讲学。1993年作为中国针灸学会代表团成员到韩国讲学、表演。曾两次在国际学术交流中为国家赢得荣誉。参编著作1本，参编译著1本，撰写论文20余篇。与山东医疗器械研究所、山东大学共同研制针灸仪器3台，1台已鉴定达国内领先地位。

一、前言

由于针刺补泻手法直接关系到疗效，目前正越来越受到重视，而一些高级针刺补泻手法如：“烧山火”、“透天凉”等因其疗效卓著，故更具特殊的魅力。但因其难度较大，一般

针灸医师又难以掌握，人们对此，不免有望洋兴叹之感。

积数十年临床，我们应用“烧山火”、“透天凉”等针刺补泻手法，已日趋成熟，目前成功率已达90%以上，不仅用于治疗一般常见病、多发病，而应用于治疗诸如震颤麻痹等疑难病。对针刺补泻手法与力学的关系，探索出一点新见解，现公诸于世，以期能对针刺补泻手法的发展与应用起到一点促进作用。

二、古代文献所载，针刺补泻手法矛盾之处

（一）提插补泻手法矛盾之处

《针灸问对》：“欲泻之时，以手捻针，慢慢升提豆许。

《医学入门》明确指出：“凡提插，急提慢按如冰冷，泻也；慢提急按火烧身，补也。”

（二）左、右，捻转补泻矛盾之处

《标幽赋》说：“迎夺右而泻凉，随济左而补暖。”左转是指，捻针时大指向前，食指向后转，为补；右转是指，捻针时，食指向前，大指向后转为泻。

何若愚《流注指微论》：“转针迎随，男子左转为补，右转为泻，女子右转为补，左转为泻。”

从上面所载的两组提插，捻转补泻，不难看出，是截然相反的。这样一来，临床针家，难以适从，有些医家干脆不闻不问，不去涉足针刺补泻这一领域，至使，从事临床应用或研究针刺补泻手法的医者越来越少。

三、我们对针刺补泻手法与力学关系的见解

在临床针刺治疗过程中，若做捻转手法时，行单纯水平

方向的捻转而不附加向上或向下的分力是少见的，医者多在捻转的同时，无意识地加上一个向上或向下的分力，同样，在做提插手法操作时，单纯上下垂直操作运动，而不附加有捻转成分的提插也是少见的，多数针家在提插的过程中，无意识地附带某种习惯了的捻转成分。下面将左、右捻转与提插用图加以说明。

（一）对左转为补的看法

对左转为补的看法即对大指前、食指向后转为补的看法。

如果是均衡的来回用力，速度来回也相近的话，是难以实现左转补的。

在图 1 中， F_1 代表大指向前，食指向后转的力； F_2 代表大指向前，食指向后转的同时附加向下的力； F 代表二者的合力。如果是大指在向前、食指向后转的同时附加了一个向下的分力，其在拇指的运动轨迹是 F 的话，这样就较容易实现“补”。

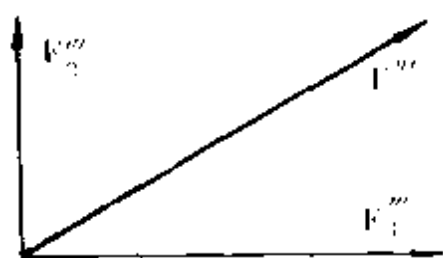


图 1

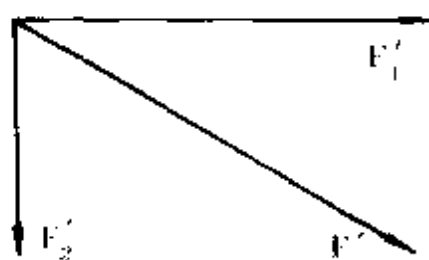


图 2

（二）对右转为补的看法

即对大指向后，食指向前为补的看法，即女子右转为补。

在图 2 中， F_1 代表大指向后，食指向前转的力； F_2 代表大指向后，食指向前转的同时附加向下的力； F 代表 F_1 ， F_2

的合力。如果是大指在向后，食指向前转的同时附加了一个向下的分力 F'_2 ，其大拇指的运动轨迹是 F' 的话，不仅如“何若愚在《流注指微论》所说“女子右转为补”，男子同样也可起到补的作用。

（三）对左转可泻的看法

虽然《标幽赋》说，左转为补，但在大指向前，食指向后转的同时，附带有一向上的分力 F''_2 ，虽是男性也不能实现补的作用，相反成了“泻”。

在图 3 中， F''_1 代表大指向前，食指向后的力； F''_2 代表大指向前，食指向后转的同时附加向上的力； F'' 代表 F''_1 、 F''_2 的合力。

（四）对右转可泻的看法

同理，女性虽说右转为补，但如在右转的同时带有向上的分力，也不能起“补”的作用。相反具有泻的作用。如图 4。

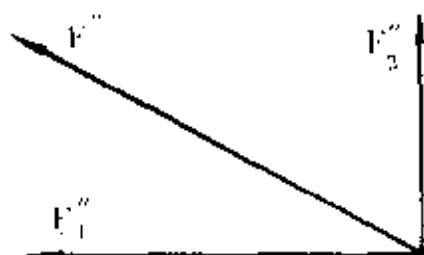


图 3

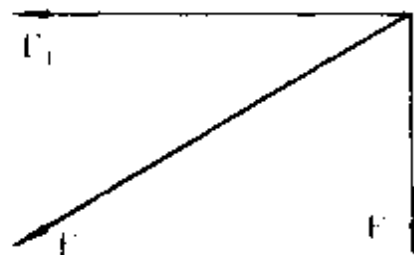


图 4

在图 4 中， F'''_1 代表大指向后，食指向前的力； F'''_2 代表大指向后，食指向前的同时附带加向上的分力； F''' 代表 F'''_1 、 F'''_2 的合力。

（五）对于提插补泻的看法

在《针灸问对》与《医学入门》两本著述中，泻法一种是要“慢慢提针”；另一种是要求“急提”，这两者也是相反的。我们认为：①在提插的操作过程中，除了速度的“急”、“慢”之外，还应有“力”的大小问题。②在提插的过程中附加上了“捻转”的成分，才会出现这操作相反，得出同一补泻的结果。

四、我们操作施行“烧山火”、“透天凉”手法的特点

（一）“烧山火”手法

我们施行“烧山火”手法，进针后，在天部、人部、地部每部均以提插和捻转有机结合进行，即：在大指向前用力捻转的同时，附加上一个向下的分力。如图 1 所示：大拇指运动的轨迹为 F。

其具体操作为：①选穴、消毒、无痛进针插入天部。②在天部按“F”力的要求，操作 9 次。③插入人部，也按“F”力的要求，操作 9 次，④插入地部，也按“F”力的要求操作 9 次。如此反复操作 1 至数次，具体次数，这要根据医者手法操作的熟练程度而定，这样患者较容易地出现舒适的温热感。

（二）“透天凉”手法

我们施行“透天凉”手法，进针后在地部、人部、天部，每部均以提插和捻转结合进行，即在大指用力向后捻转的同时，附加上一个向上的分力。如图 4 所示：大拇指运转的轨迹为 F'。

其具体操作为：①选穴、消毒、无痛进针插入地部。②

在地部按 F'' 力的要求操作 6 次。③提针至人部，也按 F'' 力的要求操作 6 次，④提针至天部，也需按 F'' 力的要求操作 6 次。如此反复操作 1 至数次，患者也较容易地出现凉感。

（三）几点体会

（1）要求病人体位舒适，保持安静自然放松。

（2）施术医者要求自然放松，全神贯注。

（3）进针时一定要无痛或仅有轻微的疼痛，剧痛则不利于“烧山火”、“透天凉”手法的成功。

（4）因“烧山火”手法是属于复式补泻手法中的大补之法，操作时，各种补泻（迎随补泻、徐疾补泻、捻转补泻、提插补泻、呼吸补泻、开阖补泻）都需按补法的要求去做，成功率才会高。

（5）同理“透天凉”手法是属于复式补泻手法中的大泻之法，操作时各种补泻手法，都需按泻法的要求去做，这样成功的可能才会大。

（6）“烧山火”手法在具体操作时，根据医者的水平高低，熟练程度，指力的大小，不一定拘泥于“行九阳之数”，同理“透天凉”手法在操作时，也不必一定非要以“六阴之数”为准。

（7）至于“烧山火”“透天凉”等手法是否一定非要在得气的基础上才能进行，也是一个值得探讨的问题。

（8）有关施行“烧山火”热补手法病人开始出现凉感或出凉气，如不是操作失误的话，那是施行“烧山火”手法后，驱赶寒邪外出的一种正常反应，不必产生不必要的顾虑。

五、“烧山火”、“透天凉”的适应证

由于“烧山火”、“透天凉”手法，其难度较大，掌握并实际在临床广泛应用的医家为数就更寥寥无几，现将主要适应证简述如下：

“烧山火”补法适应于一切虚寒证。风寒感冒初期、虽有发热等证、也可应用，冠心病，震颤性麻痹（巴金森氏病），偏瘫，肾功能衰退、尿毒症等凡功能低下，需要扩张血管，产生温热感的病证及五行生克补泻中需要补的腧穴。……等都可应用。

“透天凉”泻法，适用于治疗肌热骨蒸，面神经麻痹、因炎症引起（红外热象仪或高精度皮温测试仪显示）皮温高于正常的一侧有关腧穴可用，感冒后期余热未清，手足心发热，多汗症需要泻的穴位，等凡需要降温（但又不违背机体正气的抗病趋热）的病证，及五行生克补泻中需要泻的穴位……等。

根据病情需要，“烧山火”、“透天凉”亦可结合在一个病的同一次治疗中在不同穴位上施行，如急性面神经麻痹，可以在患侧施“烧山火”手法，在健侧有关腧穴施“透天凉”手法。亦可在同一穴位上先施透天凉手法，后施“烧山火”手法，当然这些都需要根据病情和临床经验进行。

六、医案选例

病例一：

王××，男，70岁。住院号45277。5年前无明显诱因出现无旋转性头晕，记忆力减退，经CT示：脑萎缩。2年前头

晕加重，伴口角歪斜，语言不利，右侧肢体无力，肌力减退，四肢震颤，经CT检查诊为“脑梗塞”。1991年11月病情加重入院治疗。入院诊断：①脑萎缩；②高血压；③震颤性麻痹（巴金森氏病）、冠心病等。入院经中西药物治疗并请院外西医会诊，疗效不佳，病情逐渐发展，病人丧失治疗信心。1992年4月15日在征得病人同意情况下停一切中西药治疗，而单纯用针灸治疗。根据病人年老体弱、脉沉细无力、尺脉尤甚、舌质淡等，中医辨证：属中医肾气虚衰。治以补肾、健脑、强心、镇静。取穴百会、肾俞、筑宾、内关、太溪、足三里等，均施以“烧山火”手法。施针时病人头部、及全身均有热感。每针后病人自感非常舒适。经1个半月治疗，病人能下床自行活动，且上下肢震颤消失，在此后住院期间病人感冒发烧，但四肢震颤亦无复发。7月份病人出院。1993年1月病人因其它病再入院，追访震颤麻痹一直未复发。

病例二：

陈××，女，47岁。在使馆工作。因习惯性便秘于1991年4月27日来诊。主诉，大便6~7日行1次，已20余年，屡经治疗无明显效果。病人体形瘦，脉细略带数象，舌质红无苔。中医辨证：属阴虚有热。治以滋阴降火通便。取穴丰隆、支沟、三阴交，用透天凉手法。施针时病人自觉先局部发凉，逐渐扩展。经治疗3次，病人痊愈。1992年1月9日走访该病人大便一直正常。

药物穴位贴敷疗法

王秀英(1937—),女,河南商邱县人。1964年毕业于山东中医学院中医医疗系。1965年在北京中医学院进修针灸1年,现任山东中医学院针灸治疗学教研室主任,山东针灸学会临床专业委员会副主任委员,山东中医学院教授、附院主任医师,硕士研究生导师,山东省名老中医药专家带徒指导老师。30年来坚持从事教学、医疗、科研第一线,参编著作3部,主审了所带研究生编著的《中医脐疗大全》,在刊物及全国学会发表论文十余篇,完成厅级课题2项,本人被收录在《中国当代高级医师传略》一书。

一、概念

药物穴位贴敷疗法,是把药物研成细末,用水、醋、酒、蛋清、蜂蜜、植物油、清凉油、药液、姜汁等调成糊状;或用呈凝固状的油脂(如凡士林等)、黄蜡、米饭制成软膏、丸剂或饼剂;或将中药汤剂熬成膏;或将药末散于膏药上,再直接贴敷穴位、患处(阿是穴),用来治疗疾病的一种无创痛穴位疗法。其依据是中医经络学说,经络是人体组织结构的重要组成部分,是气血运行的通道,有沟通表里、联系上下的作用,药物贴敷穴位,可以激发经气,疏通经络,促进气血的运行,调节人体阴阳与脏腑功能,达到治疗防病的目的。

二、特点

药物穴位贴敷疗法的特点，其 1，无创伤，无痛苦，尤适于畏惧针刺、注射的病员及小儿。其 2，安全可靠，副作用极小。其 3，贴敷药物多具辛香走窜、开窍、通经、活络之性，能直接刺激穴位，又能经皮肤直接进入血液循环，奏效迅速。其 4，取穴少，多为 1~2 穴，以腰背部胸腹部穴位最为常用。其 5，用药量小，节省药物。其 6，费用低廉。其 7，方法简便。总之，本疗法廉、便、验、简、安全，易于推广普及，易于接受，尤为怕针刺、注射、服中药的病员及儿童所欢迎。

三、适应症

药物穴位贴敷疗法适用范围广泛，临床使用较多、疗效较好的病症举略如下：咳嗽、哮喘、腹痛、泄泻、关节炎、肩周炎、高血压、冠心病、中风、痛经、盗汗、流行性腮腺炎、软组织损伤等。

四、操作方法

药物穴位贴敷疗法的操作，随剂型种类不同而略有差异。贴敷剂型种类有多种，常见的有散剂、泥剂、糊剂、膏剂、丸剂等。使用前首先常规消毒贴敷穴位或部位。让病人采取便于操作、各自适应的体位。水剂、挥发油剂、锭剂加水后可以直接涂擦在所选穴位上，散剂用液体（水、姜汁等）调和，泥剂、糊剂、膏剂则于穴位上用纱布包扎，胶布固定。丸剂置穴位上后用胶布固定，有“代针丸”之称。

五、注意事项

药物穴位贴敷疗法要注意精确辨证，因人、因病、因时而异，合理选穴用药和剂型。施术前精当、准确选穴，常规皮肤消毒。为使药物贴敷稳妥，便于操作，应视贴敷穴位之位置，让病人采用适当、舒适的体位。一穴连续贴敷不宜过久，5~6次为宜。如出现药物过敏，立即停敷，必要时予以脱敏治疗。

六、作用机理

《理论骈文》曰：“外治之理即内治之理，外治之药即内治之药。所异者法耳。”笔者认为，药物穴位贴敷疗法的作用机理可以从两个方面来解释：1是穴位作用。腧穴是人体的某些特殊部位，具有治疗疾病的作用。古人把某些特殊的“按之快然”、“驱病迅捷”的部位称为“砭灸处”，即腧穴。经络内属脏腑，外络肢节，行气血，营阴阳，濡筋骨，利关节，决生死，处百病，调虚实。腧穴与经络、脏腑在生理上息息相通，密切相联。腧穴所在，主治所在，经脉所通，主治所及。对腧穴进行药物贴敷，就可以发挥相应经脉的作用，以调节脏腑、气血的功能，达到治愈疾病的目的。2是药物作用。贴敷药物大多芳香走窜，刺激性较强，向贴敷部位下渗透、持续释放药物，同时药物对穴位具有物理刺激作用，从而通过血液循环和经脉的作用直达病所或影响、调理脏腑功能。理同内治，贴敷方药随证而定。

七、病案举例

(一)“冬病夏治”治疗支气管哮喘

1. 药物组成与配制

白芥子 150 克、元胡 25 克、细辛 5 克、甘遂 5 克、鱼腥草 75 克、丁香 25 克、洋金花 150 克、肉桂 25 克、白矾 15 克、鹅不食草 150 克、川椒 25 克、半夏 50 克、海浮石 75 克、百合 50 克、徐长卿 75 克。将上药共研细末，过 100 目筛。取药末适量，鲜姜汁调成糊状备用。

2. 贴敷方法与疗程

常规消毒，将调好的药膏贴敷在膻中、肺俞、定喘、膏肓穴位上。每穴药膏约 2 克左右。纱布覆盖，胶布固定。贴敷 4~24 小时取下。每年的头伏、中伏、末伏各贴敷 1 次，3 年为 1 疗程。

3. 典型病案

耿××，男，58 岁，干部。1987 年 7 月 2 日初诊。

主诉：咳嗽、吐痰 20 余年。

现病史：多年来在本市各大医院均诊断为“支气管哮喘”，服中西药治疗虽有好转，但每逢冬季仍发病次数达 5~6 次。犯病时不能平卧，咳嗽，吐痰，以晨间较重，饮食二便尚可。查体：一般情况好，胸廓饱满，两肺有哮鸣音，心脏听诊（-），肝脾未触及，脉象细滑，舌苔薄白，X 线透视示轻度肺气肿。

诊断：支气管哮喘。

治疗经过：经用上法穴位贴敷治疗 1 年后，症状明显减轻，冬季复发次数也减少，又继续贴敷治疗 3 年，咳痰喘基

本控制，停用所有用药，并能从事一般工作。随访3年，疗效巩固。

按语：哮喘是指呼吸急促、胸闷气喘、喉中痰鸣、倚息难卧反复发作的一种常见与多发的呼吸系统疾病。多由风寒袭肺，肺失宣降，脾失健运，痰湿蕴阻，肾虚失纳等因素所致。多在冬季发病，故属冬病。依据“天人相应”，“冬病夏治”理论治则，在炎热三伏天进行药物穴位贴敷治疗，以提高人体正气，驱除内伏之邪，达到止咳平喘之目的，使自然界、药物穴位三者作用融合一体，起到了预防治疗效果。膻中穴，为心包经之“募穴”，气之会穴，为宗气之海，有调理肺气，疏通经脉气血，宽胸利气，止咳平喘化痰之功能；“脏病取俞”，肺俞穴属膀胱经穴，为肺气所输注之处，补则利益肺气，泻则宣调肺气；定喘穴为治喘经验穴；膏肓俞是保健穴之一。诸穴相配，有温通经脉，调气和血，预防疾病，保健强身作用。其作用机理主要是提高了机体的免疫、抗炎、抗过敏的作用。缓解了支气管痉挛，提高了自身免疫力，达到了预防治疗目的。

（二）“脐疗”治疗溃疡性结肠炎

1. 药物组成与配制

炒白术45克、肉豆蔻30克、乌梅30克、生乳香20克、木香15克、冰片10克。湿热内蕴者，加黄连30克；脾肾亏虚者，加补骨脂30克；阴血亏虚者，加乌梅15克、白芍30克；久泻不止者，加米壳30克；便白者，加炒地榆30克。上药共研细末，过100目筛。用时取上药3克，鲜姜汁调成糊状备用。

2. 贴敷方法与疗程

脐部神阙穴常规消毒，将配好的药膏填敷于神阙穴，用纱布覆盖，胶布固定，再用艾条悬灸 30 分钟，每日 1 次，3 天换药 1 次。10 次为 1 疗程，连用 1~2 疗程后复述纤维结肠镜及其他指标。

3. 典型病案

曲××，女，43 岁。1992 年 10 月 8 日初诊。

主诉：腹泻大便带粘液 1 年余。

现病史：1 年来，腹泻反复发作，大便日 3~4 次，质稀带粘液，伴左下腹胀痛，痛则欲便，便后痛缓，肠鸣，腹胀，乏力，心烦易怒，纳食尚可。

查体：一般情况尚好，舌质淡红，有瘀点，脉细涩。实验室检查：大便 Rt WBC (++++), IgG1200mg%, IgA274mg%, IgM76mg%, E_q28%, E_s22%, ET72%, LTT64%。纤维结肠镜检查：30cm 以下肠粘膜明显充血，血管纹理消失，轻度颗粒感，并见散在浅表溃疡覆灰白苔。

诊断：溃疡性结肠炎。

治疗经过：用上法治疗 15 次后，症状消失。复查大便 Rt (-) IgG860mg%, IgA174mg%, IgM88mg%, E_q31%, E_s16%, ET40%, LTT78%。纤维结肠镜检查：未见明显异常。

按语：祖国医学称脐为“神阙”。脐居正中，如门之阙，神通先天，神为心灵之生命力，阙为君主居城之门，为生命力居中的地方，故名神阙，现代医学在人体找到了以脐为中心的九宫分布，也找到了人们生命的中枢，即生命之根。神阙穴属于任脉，任脉为阴经之海，与督脉相表里，共同司管人体诸经百脉，所以脐和诸经百脉相通。脐又为冲脉循行之

所经，且任脉、督脉、冲脉为“一源三歧”，故三脉经气相通。由于奇经八脉纵横贯串于十二经脉之间，联系全身经脉，所以直接治脐能影响五脏六腑，四肢百骸，五官九窍，皮肉筋骨，从而达到祛除病邪，康复机体的作用。从本穴解剖位置来看，浅层有第10肋间神经的前皮支腹壁浅静脉动脉的吻合网；深层有腹壁上下动静脉支；深部为网膜和小肠。神阙为腹壁最后闭合处，表皮角质层最薄，屏障功能最弱，且脐下无脂肪组织，皮肤筋膜直接相连，故敏感性强，渗透力强，通透性好，贴敷药物直接通过皮肤入血，不经口服，不被消化液破坏，而直接吸收，使血内可保持主要有效成份，充分发挥药力。又可通过经络作用，调理脏腑，扶正祛邪。本法取药性、穴性及二者综合作用，达到治疗疾病的目的。其作用机理是调节了人体的免疫机能，提高了机体的免疫能力而获效的。

艾灸温通法治疗心脑血管疾病的经验

张登部(1942--),男,山东省菏泽市人。1964年毕业于山东菏泽医学专科学校医疗专业,1965年被选送参加山东中医学院针灸师资进修班及省卫生厅办西医学中医班学习深造,结业后留院任教。1980~1982年在坦桑尼亚首都达累斯萨拉姆市国家医院工作。现任山东中医学院针灸系教授,中国针灸学会会员,山东针灸学会经络专业委员会副主任委员。从事针灸教学、医疗、科研工作30余年,先后在国内外10多家中医针灸刊物上发表论文、译文70余篇。主编著作9部,参编著作11部。在针灸临床与经络研究方面先后获部、省、厅级8项科研成果奖。1992年被评为山东省优秀科技工作者;1993年被选拔为山东省第三批专业技术拔尖人才。享受国务院政府津贴。

心脑血管疾病(冠心病、脑血管病为主)是危害中老年人健康的常见多发病。为了探索简便、安全、无痛苦、高疗效的防治方法,近20多年来,以艾灸温通法为主,治疗冠心病138例,治疗脑血管病110例,均取得满意疗效,并以科学检测手段进行治疗前后对照,均具有统计学意义,现总结治疗经验如下。

一、经络血瘀痰阻，艾灸温通所宜

冠心病属中医“真心痛”、“胸痹”范畴，其病机涉及心、肾、肝、脾等脏。肾为元阳，心为君阳，是人体阳气生发和统摄的两个脏器。随着年龄的增长，心肾之阳逐渐衰退，心阳衰则鼓动乏力，血运不利，渐致心脉闭阻，不通则痛，故本病好发于40岁以上的中老年人。或为中焦痰浊上犯，胸阳被遏，气机被阻，心脉不通。更由忧思恼怒，气机逆乱，心脉气血运行受阻，不通则痛，而心血不足，心络失养，心脉拘急而痛者，亦是胸痹、真心痛常见病机之一。中风脑血管病所致偏瘫、失语等，其主要病机以肝肾阴虚为根本，既有肝阳化风，内风动越，心火暴甚，肝火亢逆的一面，又有风痰阻络，痰热中阻，或气滞血瘀、痰瘀交结的另一面，造成阴阳偏胜、气血逆乱，在标为肝风内动、风火相煽、痰浊壅阻、瘀血阻络，形成本虚标实，上盛下虚的证候。“真心痛”、“胸痹”与中风偏瘫，病虽异，而病机却有其共同之处，即经络血瘀痰阻为其后果。针对病机，治疗心脑血管疾病选择艾灸温通法是切合病机的。传统艾灸法具有温通经络、行气活血、强壮元阳等作用。实验资料证实，艾灸法有降低血液凝聚的作用，可降低血压，对降低血脂、改善血液粘度和扩张血管有一定作用。因此，艾灸温通法治疗心脑血管疾病是有科学依据的。正如《素问·血气形志》云：“形乐志苦，病生于脉，治之以灸刺。”《灵枢·刺节真邪》云：“陷下者，脉血结于中，中有著血，血寒，故宜灸之。”是具有实用和科学价值的。

二、选穴少而精，切中病机

治疗心脑血管疾病采用艾灸温通法，就其治疗大法来说，是切合病机的。具体选穴亦必须本着少而精，以切中病机为原则。治疗“真心痛”、“胸痹”，选取主穴内关、膻中、心俞。内关穴为手厥阴心包络之络穴，又为八脉交会穴之一，通于阴维脉，善治心、胸、胃疾患。研究资料证明，内关穴对心脏有相对特异性作用。膻中穴属任脉，又为心包之募穴，又为八会穴之一，“气会膻中”，有调气、理气、宣通心气之效，气行则血行，故对心血瘀阻有较好疗效。心俞为心之背俞穴，善治心病，亦为从阳引阴之法。诸穴相伍，标本兼治，故疗效显著。治疗中风偏瘫，选取唐代孙思邈《千金要方》所载治中风失语要穴百会、天窗。百会为督脉穴，又为督脉与足太阳、手足少阳、足厥阴之交会穴，有镇肝潜阳、苏厥开窍、升阳固脱的作用；天窗穴为手太阳小肠经经穴，有通窍宁神、理气散结的作用。二穴相伍，可达镇肝熄风、醒脑开窍、通经散结的功效；对于脑髓瘀血瘀阻，有宣散开瘀的作用。再配合艾卷灸之，其温通经脉、活血化瘀、理气开窍之功更宏。

三、施灸手法适宜，随证配穴得当

艾灸温通法治疗心脑血管疾病，施灸手法要得当，严格施灸补泻手法。《灵枢·背俞》篇载：“以火补者，毋吹其火，须自灭也；以火泻者，疾吹其火，传其艾，须其火灭也。”这是古人对施灸补泻的具体操作方法。在临证中，应根据病人的具体情况，灵活掌握，酌情运用。“真心痛”、“胸痹”与中风偏瘫患者，多为本虚标实之证。施灸时，采用艾条悬灸法中

的温和灸为宜，一般艾火距离皮肤约二指高，患者感温热而不灼痛为原则。治疗“真心痛”、“胸痹”患者时，让病人先俯卧位，灸双侧心俞穴，每穴灸5~10分钟，然后再仰卧位，灸双内关及膻中穴，每穴灸5~10分钟。伴头晕、失眠者，加灸神门、足三里，以安神宁心，强健脾胃，资气血生化之源；伴高血压者，加百会、太冲，以镇肝熄风，平降冲逆等。治疗中风偏瘫，宜令患者取仰卧位，充分暴露颈部，选取肢体健侧的天窗穴，点燃艾条施以温和灸，施灸15分钟，然后移至百会穴，艾条悬起温和灸法15分钟，每日灸1~2次。伴高血压者，加灸太溪、太冲，每穴灸5分钟，以滋阴潜阳，镇肝熄风；伴失眠、多梦者，加灸神门、安眠，以宁心安神；伴足内翻者，加灸申脉、照海穴，以调整阴阳跷脉的功能等。

四、医案举例

（一）冠心病心绞痛

宋某，男，52岁。1987年10月20日就诊。

主诉心慌、胸闷、心前区疼痛呈阵发性发作已1年余，每遇工作紧张、心情不悦而加重。自感心跳不规律，脉有间歇，每天发作数10次；胸闷、心前区刺痛，每天发作3~5次，口含硝酸甘油片后痛减。曾查心电图示慢性冠状动脉供血不足，室性早搏。检查：面色萎黄，消瘦，形寒肢冷，血压20/13kPa（150/98mmHg）。舌淡苔白润，脉细且有结代，每分钟出现7~8次。心电图检查诊为慢性冠状动脉供血不足，多发性室性早搏。查血胆固醇6.7mmol/L。中医诊断为胸痹、心悸；西医诊断为高血压病、慢性冠状动脉供血不足、非劳力型心绞痛Ⅱ级。证属心阳不振，瘀血阻络，治以温通心阳，益气活

血通络。主穴：内关（双）；配穴：膻中、心俞（双）。每穴施温和灸5分钟，每日1~2次，6天为一疗程。治疗2个疗程后，胸闷、心慌、心前区疼痛减轻，脉间歇减少。继上法治疗1个月后，诸症明显减轻，脉间歇消失。复查心电图：示早搏消失，供血不足有明显改善。复查血胆固醇：5.5mmol/L。又经继续治疗2个疗程后，诸症消失，复查心电图和血胆固醇均已正常，血压17.3/12kPa（130/90mmHg），评为显效。

（二）类中风（脑血栓形成）

温某，男，60岁。1987年6月15日就诊。

患者于2年前发现高血压，经常头痛头晕，心烦易怒，胸闷，失眠。1周前因精神受刺激后，晚间突然右上肢活动失灵，言语不清，头痛头晕加重，曾做脑CT检查，诊为“左侧颅内多发性缺血性梗塞”。检查：神志清醒，焦躁不安。舌质红、苔黄，脉沉细。血压20/13.3kPa（150/100mmHg）。言语蹇涩，心率84次/min，律整。右上肢肌力Ⅳ级，右下肢正常。CT示：左侧颅内多发性缺血性梗塞。胆固醇5.4mmol/L，甘油三酯3.2mmol/L， β -脂蛋白16.1mmol/L。证属类中风，中经络。治以平肝潜阳、活血通络为法。艾卷灸百会、天窗（左），每穴施灸10分钟，每日1~2次。灸治6次后，头痛头晕减轻，右侧肢体仍活动欠灵活，言语仍不清。继上法施灸1月后，症状明显减轻，肢体活动已灵活，头痛头晕消失，言语亦较前流利。坚持治疗2个月后，诸症悉平，言语流利，肢体活动如常。复查CT示：梗塞区已基本消失。胆固醇5.2mmol/L，甘油三酯4.1mmol/L， β -脂蛋白12.2mmol/L，血压稳定在20/12kPa（150/90mmHg）。

巨针巨刺治疗缺血性中风偏瘫 的临床和实验研究

刘光亭（1954— ），男，山东省东营市人。山东中医学院针灸系针灸教研室副主任，硕士，副教授。中国针灸学会会员，并任山东针灸学会耳穴诊治学会副主任委员。

1979年7月毕业于山东中医学院中医系，留校后在学院和附院从事针灸的医、教、研工作，1985～1988年于山东中医学院攻读针灸硕士研究生，毕业后仍于学院和附院工作。

近几年曾在国际学术刊物上（《国际临床针灸》，纽约出版）发表论文3篇，国家和省级刊物上发表论文10余篇。学术特点是：创造了巨针巨刺治疗中风的新方法，经8年数百例病人的临床和实验研究，其结果令人振奋，其事迹多家报社电视台多次专访并报道。其中《巨针巨刺治疗中风的临床和实验研究》和《巨针巨刺治疗脑梗塞性痴呆的研究》均列入卫生厅的科研课题，前项已于1984年8月通过省级鉴定，专家一致认为该研究为国内外首创，填补了国内外一项空白，达到国内外领先水平。后者正在研究进行。

一、巨针巨刺治疗缺血性中风的临床观察

1985～1989年，笔者用巨刺法治疗中风偏瘫病症，无论是临床疗效还是实验研究，巨刺法均明显好于瘫刺，即针刺

健侧肢体的有关腧穴的作用明显好于针刺瘫痪侧肢体的同样同前穴的作用。

自 1980 年以来,笔者又在巨刺治疗本病的基础上,根据《灵枢·热病》篇:“偏枯,身偏不用而痛,言不变,志不乱,病在分腠之间,巨针刺之,益其不足,损其有余,乃可复也。”的论述,将巨针和巨刺结合起来治疗中风病症,并特制了针身直径为 0.5~1.4mm,长度为 150~500mm 不同规格的巨针,形成了以巨针巨刺治疗中风的独特方法。现将有关资料总结如下:

(一) 一般资料

1. 诊断标准

参照 1986 年中华医学会第二届全国脑血管病学术会议第三次修订的脑血栓形成,腔隙性脑梗塞的诊断标准。所有病人经头颅 CT 确诊。

2. 神经功能缺损程度

根据 1986 年中华医学会第二届全国脑血管病学术会议第三次修定的神经功能缺损程度积分评定标准。

3. 病例选择

所有病人均为住院患者,将病人随机分为巨针巨刺组和对照组(普通针刺组)。

巨针巨刺组,122 人,男性 84 人,女性 38 人,年龄在 34~80 岁之间,平均年龄为 59.25 岁,病程为 1~366 天,平均为 55.10 天。左侧瘫痪者 56 例,右侧瘫痪者 66 例。

对照组 51 人,其中男性 40 人,女性 11 人,年龄为 36~78 岁,平均是 58.90 岁,病程在 1~350 天,平均是 53.80 天,左侧瘫痪者 23 人,右侧瘫者 28 人。

4. 病例分析

将两组病人的年龄、病程（自开始发病至接受针刺治疗时间）、临床神经功能缺损程度积分，伴发疾病积分和既往病史积分（后三项评分标准是根据全国第二次脑血管病会议制定的评分标准，等诸方面进行比较和分析，以便了解两组病人的可比性，见表1。

表1 两组患者可比性检验 ($\bar{x} \pm SD$)

项目	年龄	病程(天)	伴发疾病	既往病史	神经功能状态
巨针巨刺组 (n=122)	59.3±7.65	55.10±8.14	2.12±1.43	4.21±1.86	23.04±6.39
对照组 (n=51)	58.9±6.73	53.83±7.52	2.16±1.56	4.30±2.14	21.70±7.21
t 值	0.340	1.128	0.157	0.262	1.151
P	>0.50	>0.20	>0.50	>0.20	>0.20

表1说明，两组患者进行可比性检验，巨针巨刺组和对照组在以上5方面，无显著性差异，具有临床可比性。

(二) 治疗方法

两组病人均使用固定药物，如胞二磷胆碱、补阳还五汤等，在以固定药物治疗的同时，施与两种不同的针刺方法。

1. 巨针巨刺组

取健侧的曲池透合谷，足三里透下巨虚。巨针用高压消毒，针刺部位和医者的手分别用2.5%的碘酒和75%的酒精消毒后，以右手拇指、食指、中指夹持针身下端，露出针尖1.0~1.5cm，左手拇指、食指、中指夹持针身中段，对照穴位，将针呈15度左右的角度快速刺入皮肤后，右手持针，于

皮下沿着经络循行的方向向前分段进针，以左手食指、中指和无名指循按引导针尖所刺方向，以辅助进针。待针刺区有痠麻胀感，或有传导后，曲池和足三里穴分别接上 G6805 型电针仪，每次通电 15 分钟，刺激量以病人能耐受为度。每日 1 次，星期日休息。连续针刺 5 周后，即针刺 30 次后，总结分析临床疗效。

2. 对照组

取瘫侧的合谷、曲池和足三里、下巨虚穴，常规消毒后，将针垂直刺入，其深度分别于 3.3~6.6cm 之间，待局部有痠麻胀感或有传导感后，上 4 穴分别接 G6805 型电针仪，每次通电 15 分钟，刺激量以病人能耐受为度。每日 1 次，星期日休息。连续针刺 5 周后，即针刺 30 次后，总结分析临床疗效。

(三) 结果

1. 疗效标准

依据神经功能缺损分值减少（功能改善）和患者总的生活能力状态，分别对两组病人治疗前后临床神经功能状态进行评分，并对比分析。

2. 治疗结果

经治疗 30 次后，其结果见表 2。

表 2 治疗前后神经功能状态变化值比较 ($\bar{x} \pm SD$)

项目	治疗前	治疗后	t 值	P
巨针巨刺组 (n=122)	23.04±6.39	9.48±7.69	23.95	<0.001
对照组 (n=51)	21.70±7.21	15.02±7.21	16.42	<0.001

由表 2 可知，无论是巨针巨刺组或是对照组病人临床神经功能状态均有明显改变，且有非常显著性差异 ($P <$

0.001), 说明两种刺法对缺血性中风均有较满意的疗效。

3. 两组间疗效的比较

巨针巨刺组治疗前后的差值为 13.63 ± 6.29 , 对照组为 6.58 ± 2.86 , t 值为 10.126, $P < 0.001$ 。提示巨针巨刺组比对照组能明显改善缺血性中风病人的临床症状和体征, 促进其神经功能的恢复。

二、巨针巨刺对缺血性中风的实验研究

为了进一步探讨巨针巨刺治疗缺血性中风的机理, 分别对两组患者在针刺前后进行了脑、肢体血流图 and 红细胞膜流动性、血液流变学等实验研究, 现将有关脑、肢体血流图的资料总结如下:

(一) 巨针巨刺对缺血性中风脑血流图的影响

缺血性中风患者的脑部血液循环明显障碍, 为探讨巨针巨刺对脑血流图的影响作了本实验。

1. 一般资料

将患者随机分为巨针巨刺组和对照组 (即普通针刺组)。巨针巨刺组 30 人, 男性 24 人, 女性 6 人。年龄最小者 26 岁, 最大者 74 岁, 平均 56.8 岁。病程最短者 30 天, 最长者 540 天, 平均 96.2 天。左侧肢体瘫痪者 16 人, 右侧瘫痪者 14 人。

巨刺组 30 人, 男性 20 人, 女性 10 人, 年龄最小者 40 岁, 最大者 87 岁。病程最短者 3 天, 最长者 310 天, 平均 78.2 天。左侧肢体瘫痪者 14 人, 右侧瘫痪者 16 人。

2. 实验资料

(1) 针刺方法: 巨针巨刺组, 取健侧的曲池透合谷, 足三里透下巨虚; 巨刺组, 取健侧的合谷、曲池和足三里、下

巨虚，两组的操作详见本文临床观察的治疗方法。

(2) 检测仪器：用上海医用电子仪器厂生产的 RG—2B 双导记录仪记录脑血流图。

(3) 描记方法：受试者检查前 12 小时停药有关药物，静卧 30 分钟后进行检查。用 75% 的酒精擦净放置电极的皮肤，将 $2 \times 4\text{cm}$ 的平板电极及直径 2cm 的蝶状电极分别贴于额部和乳部的皮肤上，妥善固定后进行检查。在整个检查过程中电极固定不动，分别于针前和针后 15 分钟各记录 1 次病灶侧脑的额乳导联的脑血流图。

(4) 分析指标：上升时间，波幅和流入容积速度，选择基线平稳，图形清晰而连续的 3 个波型，测量后取其平均值进行分析处理。

3. 结果

(1) 巨刺前后脑血流图的比较：巨刺后患者病灶侧脑血流图的上升时间、波幅和流入容积速度均有明显改善。其中波幅、注入容积速度，与巨刺前比较，有显著或非常显著性差异 ($P < 0.05$ 和 < 0.01)，而上升时间虽有改善，但无统计学意义 ($P > 0.05$)，详见表 3。

表 3 巨刺前后脑血流图的比较 ($\bar{x} \pm \text{SD}$)

项目	针前	针后	前后差	P 值
上升时间	0.2197 ± 0.0237	0.2140 ± 0.0243	0.00585 ± 0.00595	> 0.05
波幅	0.0906 ± 0.0168	0.0939 ± 0.0210	0.0042 ± 0.00809	< 0.05
流入容积速度	0.4139 ± 0.0989	0.4482 ± 0.1309	0.03715 ± 0.0363	< 0.001

(2) 巨针巨刺前后脑血流图的比较：巨针巨刺后患者病灶侧脑血流图的上升时间、波幅和流入速度均有明显改善，与

针前比较, 均有显著性差异 ($P < 0.05$ 和 < 0.01), 详见表 4。

表 4 巨针巨刺前后脑血流图的比较 ($\bar{x} \pm SD$)

项目	针前	针后	前后差	P 值
上升时间	0.229 ± 0.0428	0.2070 ± 0.0427	0.01467 ± 0.03015	< 0.05
波幅	0.1038 ± 0.04216	0.1197 ± 0.0402	0.0153 ± 0.2078	< 0.001
流入容积速度	0.4707 ± 0.1799	0.5988 ± 0.2103	0.1278 ± 0.11703	< 0.001

(3) 巨针巨刺与巨刺前后脑血流图的比较: 选择巨针巨刺组和巨刺组病人针前、针后的脑血流图, 分别取其上升时间、波幅和流入容积速度针前、针后差值进行比较。结果, 巨针巨刺组明显好于巨刺组, 经统计学处理, 其波幅和流入容积速度均有显著性和非常显著性差异 ($P < 0.05$ 和 $P < 0.01$), 而上升时间, 虽巨针巨刺组明显好于巨刺组, 但无统计学意义, ($P > 0.05$), 可能与样本少有关, 详见表 5。

表 5 巨针巨刺与巨刺前后脑血流图的比较 ($\bar{x} \pm SD$)

项目	巨针巨刺		巨刺		P 值
	针前	针后	针前	针后	
上升时间	0.2290 ± 0.0428	0.2070 ± 0.0407	0.2197 ± 0.0237	0.2140 ± 0.0243	> 0.05
波幅	0.1038 ± 0.0422	0.1197 ± 0.0402	0.0906 ± 0.168	0.0939 ± 0.0210	< 0.001
流入容积速度	0.4707 ± 0.1799	0.5988 ± 0.2133	0.4139 ± 0.0989	0.4482 ± 0.1309	< 0.001

(二) 巨针巨刺对缺血性中风肢体血流图的影响

巨针巨刺能明显改善中风偏瘫病人的脑血流图, 为了进

一步探讨巨针巨刺对肢体血流图的影响，又作了本实验。

1. 一般资料

随机选择了具有明显肢体瘫痪的住院患者 40 例，随机分为巨针巨刺组和巨刺组，两组各 20 人。其中一般情况为：男性 28 人，女性 12 人；年龄为 26~74 岁，平均为 58.7 岁；病程为 26~540 天，平均 96.1 天，左侧肢体瘫痪者 21 人，右侧瘫痪者 19 例。

2. 实验资料

(1) 针刺方法：巨针巨刺组和巨刺组的方法，同本文脑血流图的针刺方法。

(2) 检测仪器：用上海电子仪器厂生产的 RG—2B 双导记录仪，记录瘫痪肢体的血流图。

(3) 检测方法：受试者于检查前 12 小时停服有关药物，仰卧 30 分钟后进行检查。75% 的酒精棉球擦净放置电板的皮肤，将带状电板分别于瘫侧肢体的肘横纹，髌骨下缘下 2cm 和腕横纹，内外踝上缘上 2cm 处缚扎，松紧适度，在整个检查过程中，电极固定不动，分别于针刺前和起针后 15 分钟各记录 1 次瘫痪肢体的血流图。

(4) 分析指标：上升时间，波幅值和流入容积速度，选择基线平稳，图型清晰而连续的 3 个波型，测量后取其平均值进行分析处理。

3. 结果

(1) 巨刺前后血流图的变化：巨刺后患者瘫痪侧肢体血流图的上升时间，波幅和流入容积速度，均有明显改善作用，而无统计学意义 ($P > 0.05$)，但已接近临界值，可能与样本少有关。详见表 6。

表 6 巨刺前后肢体血流图的比较 ($\bar{x} \pm SD$)

项目	巨刺前		巨刺后	
	上肢	下肢	上肢	下肢
上升时间	0.1614 $\pm$ 0.0402	0.1341 $\pm$ 0.0445	0.1581 $\pm$ 0.0472	0.1335 $\pm$ 0.0507
波幅	0.0966	0.1046	0.1023	0.1107
	$\pm$ 0.1279	$\pm$ 0.01683	$\pm$ 0.01558	$\pm$ 0.01873
流入容积速度	0.6363	0.8659	0.6474	0.9266
	$\pm$ 0.1931	$\pm$ 0.3074	$\pm$ 0.1834	$\pm$ 0.4279

(2) 巨针巨刺前后肢体血流图的变化: 巨针巨刺后患者瘫痪侧肢体血流图的变化, 上下肢的上升时间与针前比较均有改善, 但无统计学意义 ($P > 0.05$); 其波幅的变化, 上肢有非常显著性差异 ($P < 0.001$), 而下肢虽有明显改善, 而无统计学意义 ($P > 0.05$), 但已接近临界值; 其流入容积速度的改善情况, 上下肢均有非常显著性差异 ($P < 0.01$ 和 $P < 0.001$)。详见表 7。

表 7 巨针巨刺前后肢体血流图的比较 ($\bar{x} \pm SD$)

项目	巨针巨刺前		巨针巨刺后	
	上肢	下肢	上肢	下肢
上升时间	0.1492	0.1589	0.1456	0.1479
	$\pm$ 0.0611	$\pm$ 0.02017	$\pm$ 0.05479	$\pm$ 0.2321
波幅	0.0842	0.1145	0.106	0.1249
	$\pm$ 0.0272	$\pm$ 0.0492	$\pm$ 0.295**	$\pm$ 0.04014*
流入容积速度	0.6864	0.7215	0.8302	0.8691
	$\pm$ 0.4026	$\pm$ 0.2583	$\pm$ 0.3567**	$\pm$ 0.3413***

注: “*” 表示针刺前后比较 $P > 0.05$; “**” 表示 $P < 0.01$; “***” 表示 $P < 0.001$ 。

(3) 巨针巨刺与巨刺前后肢体血流图的比较: 分别将两

组针刺前、后差值进行比较,结果表明,其上升时间,巨针巨刺组明显好于巨刺组,但无统计学意义 ($P>0.05$);其波幅的改善情况,巨针巨刺组的上下肢沟比巨刺组改善明显,上肢有显著性差异 ($P<0.01$);而下肢无统计学意义 ($P>0.05$);其流入容积速度的变化,上下肢的改善情况,巨针巨刺组明显好于巨刺组 ($P<0.05$)。详见表 8。

表 8 巨针巨刺与巨刺前后肢体血流图
差值比较 ($\bar{x}\pm SD$)

项目	上肢			下肢		
	上升时间	波幅	流入容积速度	上升时间	波幅	流入容积速度
巨针巨刺组	0.001 ± 0.0327	0.0273 $\pm 0.0424^{\Delta}$	0.1509 $\pm 0.1982^{\Delta}$	0.0061 ± 0.0262	0.012 ± 0.035	0.1519 $\pm 0.1656^{\Delta}$
巨刺组	0.0004 ± 0.0236	0.0047 ± 0.0093	0.0071 ± 0.1267	0.0006 ± 0.0116	0.0061 ± 0.0126	0.01161 ± 0.1164

注：“ Δ ”表示巨刺组与巨刺组比较 $P<0.05$ 。

三、讨论与体会

(一) 巨针的特点

巨针是即粗又长的大长针,其针身长大如挺,针尖圆而不钝,利而不锐,针刺时不致过度伤及肌肤、血脉、神经等软组织,故与毫针相比,无明显疼痛。巨针最常用的针刺方法是沿皮下透刺,与毫针相比,毫针是一针刺一点(穴),而巨针是一针刺一线(经络的一段),即一针透数穴,故巨针具有所刺距离长、范围大,针感强、刺激量大,疗效显著等优点。

（二）对巨刺的认识

祖国医学认为，人体左右两侧的经络，在生理上是相互调节，相互为用的；在病理上是相互影响的，在治疗上是相互调节的。中风患者瘫侧肢体的经络处于“气滞血瘀”状态，其生理功能也随之减弱，而健侧的经络是相对正常的，其生理功能也相对旺盛，巨刺中风偏瘫患者（健侧肢体），是刺激了旺盛的健侧的经络腧穴，同时也激发了患侧经络的功能，通过经络的这种全身整体调整作用，以达到针刺行气活血通经活络的作用。

（三）临床疗效观察

巨针巨刺组和对照组对中风偏瘫 173 例患者临床疗效观察，两组病人的临床神经功能状态和总的生活能力，均有明显改善，且都有明显的统计学意义，说明两种针刺方法对缺血性中风均有较满意的疗效。两组间临床疗效的比较，巨针巨刺组明显好于对照组 ($P < 0.001$)，提示巨针巨刺法，更能改善缺血性中风病人的临床症状和体征，促进其神经功能的恢复。

（四）脑、肢体血电流图

脑、肢体血电流图，能反映头部、四肢搏动性血流状态，能比较客观地判断和反映脑血管的弹性、紧张度以及外周阻力等。它的检查既安全又方便可靠。其上升时间，反映了脑、肢体血管的弹性，其上升时间由长变短，示脑血管、肢体血管的弹性趋于改善，反之则差；其波幅是反映脑、肢体血管充盈度或搏动性血液供应的最主要指标，当血液供应充盈良好时，波幅就高，反之则差；流入容积速度是指单位时间内流入脑，肢体之血液容积速度，主要反映脑、肢体血管弹性

和流入道的通畅程度，本值越大，说明脑、肢体血管的弹性越好，流入道通畅无阻。

本实验资料说明，巨针巨刺组和巨刺组，均能使中风偏瘫患者病灶侧脑和瘫侧肢体血流图的上升时间、波幅和流入容积速度明显改善，尤以波幅和流入容积速度更显著。此结果说明，两组均能改善脑、肢体动脉的弹性，使其紧张度下降，血管扩张，血流量增加，从而提高了脑、肢体的氧分压，改善脑病灶周围脑细胞、瘫痪肢体肌细胞的营养，促进其组织的修复。本实验资料同时又说明，脑、肢体血流图的改善情况，巨针巨刺组明显好于对照组，且有明显的统计学意义。

（五）我们的体会

针刺对缺血性中风偏瘫的效应，无论是实验研究或是临床疗效，不管是针刺瘫侧，还是针刺健侧，均有满意的效应，但巨刺明显好于瘫刺，而巨针巨刺又显著好于毫针巨刺。

发泡灸治疗强直性脊椎炎

崇桂琴(1949—),女,山东青州市人。1974年毕业于山东医科大学。现任山东省针灸学会针法灸法专业委员会主任委员,山东中医学院附属医院副主任医师,山东中医学院针灸系副教授。从事中医针灸专业20年,擅长针法灸法的研究,尤其是以不同的针刺补泻手法和各种艾灸术治疗顽固性疾病,如铺灸治疗强直性脊椎炎、类风湿等。对于免疫功能低下的疾病和老年病颇有研究。研制的《自动艾灸治疗仪》获中国专利局发明专利,并在山东省第一届高校青年师生实用科技发明大赛中获三等奖。课题《杜德五中医针灸经验整理研究》获山东省教委科技进步三等奖。撰写论文《杜德五话指力》、《论艾灸补泻》、《艾尘与健康》等20余篇在省级以上杂志上发表。主要著作有《中医康复学》、《针灸处方研究》(日文版)等5部。

发泡灸,属中医灸法的范畴。所谓灸,传统方法是指以艾火作用于人体,达到防病治病的技术。艾灸又有灼法、熏法、熨法之分。在艾灸的灼法中,依据病情的轻重缓急,施以发泡灸或化脓灸。这里介绍的发泡灸,亦称大灸,是在每年的暑夏三伏天,取督脉的大椎穴至腰俞穴作为施灸发泡的部位,治疗强直性脊椎炎。操作时,在施灸的脊椎处先涂以蒜汁,洒上斑麝粉(斑蝥、麝香、丁香、肉桂),铺上蒜泥后

置入艾炷点燃施灸，灸后被施灸处的皮肤发赤、潮红、发泡。因刺激的作用时间长，每年只需治疗 1 次即可。发泡灸具有一般灸法所不能及的功效。其特点是：治疗面积广、艾炷大、火气足、温通力强，以火攻邪，使邪从泡中拔除，达到邪祛正安，阴阳相对平衡的目的。故虽属痼疾，也能日趋渐愈。

一、强直性脊椎炎的病机分析

强直性脊椎炎是类风湿性关节炎中常见的特殊类型。有人认为是一种独立的疾病。临床上常见有颈、项前倾、胸段脊椎后凸（驼背），腰椎生理曲度变平，躯干在髋关节处屈曲，呈前弯弓形体征。局部以疼痛，转侧与屈伸不利为主；全身可见到面色无华、羸弱、倦怠无力。

本病的发病机理至今虽尚不明确，但属综合性的，尤与外感风、寒、湿、热，或饮食无度，或劳累太过有密切关系。三者综合发病者较多。不论是外感之邪，或内伤气机及房劳伤肾，促成强直性脊椎炎的病理机制为：阳气不足，阴气有余，阳虚阴胜所致。内因是本病发生的基础。

素体虚弱，正气不足，腠理不密，卫外不固，易受外邪风、寒、湿、热的侵袭，邪注于经络，留于关节，导致气血痹阻不通，关节疼痛；饮食无度，耗伤中气，脾失健运，津液留滞，瘀而化火，痰湿内生，流注关节，致使关节肿胀，或关节周围出现结节，日久不愈，气血运行不畅日甚，瘀血痰浊阻痹经络，筋脉失养，筋肉拘挛，故脊柱变形、僵硬、转侧及屈伸不利；劳累及房劳太过，损伤肾气，肾精夺则肝血亏，久而不愈，精血不能互化，全身羸弱，面色无华，肾气虚，真阳不足，卫外失司，易复感外邪，体被邪困，倦怠无

力。本病的病位在骨在节，其本在肝肾，其标在脾肺。

临床观察本病的发生多与肾阳不足，卫外不固有关，即免疫功能低下，故在血液检查中常发现免疫球蛋白失调，蛋白分类的比例失控或倒置；因内伤气机者，导致肺、脾、肾三脏的水津代谢紊乱，津液留滞，痰湿内生，湿为阴邪，其性趋下，重浊粘滞，容易阻遏气机，损伤阳气，郁而化热，使血沉增快，粘蛋白升高，类风湿因子释放于血液中。可见，病理循环为：正气不足，易感外邪，脏腑功能因邪气侵犯而失调，气血运行不畅，瘀阻经络关节，导致疼痛、肿胀、畸形，功能受限，谓之痼疾。

二、发泡灸与强直性脊椎炎的关系

强直性脊椎炎的病理产物是瘀血与痰浊。中医认为肝主血，血养筋，筋络于节。肾主藏精，精既能生血又能生髓，髓居骨中，骨依赖髓以充养。腰为肾之府，肾为水火之脏，内系真阴真阳。督脉起于胞中，行于脊背，自腰间肾府贯脊通于脑，能携真元之气冲其上，总督一身之阳，为“阳气之海”。肾气的盛衰依赖于督脉的统调。督脉的脊椎部分与上中下三焦脏腑的生理功能及病理变化息息相关。取督脉脊椎部分发泡灸之，寓意有三：其一，直对病所用穴，通过发泡使局部血管扩张，行气活血，改善周围组织营养，增强组织间的通透性，达到散寒祛湿、解毒消炎作用，以利病邪自泡中而除之，谓治标之法。其二，通过发泡的药物对局部皮肤产生的化学性、烧伤性刺激作用，在皮肤的神经感受器上，经过髓与脑复杂的神经反射机理，激发机体的调整作用，达到镇痛的目的，以改善临床症状。其三，取督脉灸之，能壮阳

健肾，调整脏腑功能，扶助正气，增强卫外而为固的效能，提高免疫能力，防御外邪侵袭，以治其本。故认为以发泡灸治疗强直性脊椎炎的总旨，在于攻补兼施，标本兼顾。

三、发泡灸的操作方法

施灸时间：每年的暑夏三伏天（白天）。所取穴位：督脉上大椎穴至腰俞穴。令患者裸露背部俯卧于床上，沿脊椎自上而下的常规消毒后涂上蒜汁，洒上斑麝粉呈线条状于脊椎上，之后敷贴桑皮纸，桑皮纸上再铺入蒜泥，最后在蒜泥条上铺放艾炷如同乌梢蛇脊背三角椎形。以线香点燃艾炷的头、身、尾3点，任其自然自灭，1壮灸完后更换第2壮、第3壮。治疗结束后移去蒜泥，用湿热毛巾轻轻揩干。灸后皮肤红润自然起泡，3天后将水泡放掉，涂上龙胆紫。5~15天后灸痴脱落。

四、后期治疗应随症加减

在阳盛之夏，以大灸发泡，属冬病夏治之法，妙在以阳养阳，利用夏天的阳气充实督脉之阳，起到扶正祛邪的作用。当夏秋之交时，为使“正气存内，邪不可干”，秋分前后应以温和灸常灸关元、合谷、肾俞、风门，加强壮阳健肾，固表卫外的功能。发泡后面色无华，羸弱者，隔姜灸中脘、足三里、三阴交，增强气血生化之源，温中散寒，健脾和胃。阳虚自汗者，补合谷，泻三阴交，以固表止汗。滑精频繁者，隔姜灸关元、肾俞、太溪，壮阳固摄，健肾益精。

五、医案举例

(一) 强直性脊椎炎

张××，男，32岁。病历号：92Z12。

近2年来因工作劳累，饮食不节，逐渐发现晨起时腰骶部僵硬，活动不灵便，动则疼痛，阴雨天尤甚，弯腰或转身时疼痛加重，伴有滑精，乏力。化验检查：ESR45mm/h，RF(+)，粘蛋白50g/L。1992年8月治疗1次，发泡良好，其后诸症消失，ESR15mm/h，RF(-)，粘蛋白30g/L。1年后随访未再发病。

(二) 强直性脊椎炎

王××，男，46岁。病历号：92W6。

1年前无明显诱因，颈、胸、腰部发僵，晨起尤甚，逐渐加重，伴有头晕耳鸣，失眠多梦，口干咽燥，心悸气短，恶风寒，食欲可，二便调。化验检查：ESR28mm/h，RF(+)，粘蛋白67g/L。发泡治疗1次后，颈、胸、腰发僵消失，不再头晕耳鸣、ESR、RF及粘蛋白均正常。1年后随访，病情稳定，无发展趋势。

(三) 强直性脊椎炎(类风湿)

孙××，男，15岁。病历号：92S_{RA4}。

素体虚弱，4年前在1次发热后，自感腰骶部疼痛，发僵，伴手足关节肿痛，活动受限，每遇受寒后疼痛加重，晨起时因腰骶部僵痛不能活动与转侧，经常感到胸部如带束之，呼吸不畅，躯干在髋部已屈曲，呈现轻度驼背，不能昂首挺胸阔步，时常伴有午后潮热，食纳差。血检示：ESR80mm/h，粘蛋白85g/L，A/G总蛋白63g/L、白蛋白37g/L、球蛋白

26g/L, 免疫球蛋白 IgG1400g/L、IgA165g/L、IgM258g/L。发泡治疗 1 次后, 病情稳定, 未继续发展, 手足关节消肿, 腰骶关节活动度增大。发泡治疗 2 次后, 驼背基本消失, 疼痛症状消除, 血沉 23mm/h, 粘蛋白 30g/L, A/G 总蛋白 85g/L, 白蛋白 34g/L, 球蛋白 51g/L, 免疫球蛋白 IgG2320g/L、IgA474g/L、IgM304g/L。随访结果, 只要不感冒, 诸关节不再疼痛, 现仍有恶寒感, 并经常外感。

以上 3 例病案, 都曾服用中西药物治疗, 因不能治愈, 故改用此法治疗。例 3 在发泡灸之前持续服用强的松治疗, 发泡治疗后停服强的松至今。

谈中风偏瘫、口歪眼斜、语言障碍的治疗和功能锻炼

苏道刚(1943—),男,山东省平阴县人。山东中医学院附属医院副主任医师。1960年毕业于山东省泰安卫生学校,1976年参加山东省第三期西医学习中医班。1988年获山东省优秀科技工作者称号,获山东省科技论文三等奖。中国针灸学会山东分会实验针灸专业委员会副主任委员。著有《诊面知病》,参编《新生活百科全书》。发表在国际、全国性刊物上论文10余篇。

中风病所致的偏瘫、口眼歪斜,语言障碍,其病因病机虽复杂,它牵涉到心、肝、脾肾、气血、经络。但主要是内伤虚损,致阴阳偏胜,脏腑功能失调,常由情绪变化、劳累等而诱发;治疗上也从不同方面各个角度出现了很多方法。归纳起来不外乎补虚损、通经络、适运动这三大基本方法。

根据病情程度的轻重,发病时间的长短和病人体质的强弱、经络气血的运行情况来分期辩证施治,加上正确指导病人在不同时间所配合的功能锻炼(尤其是3个月以内病情较重的病人更具有意义),是治疗偏瘫病人较理想的综合方法。治疗偏瘫病人,不能只重视药物、针灸和其他物理疗法,同时还必须充分调动病人自身的积极性。让病人树立能够治好的信心,正确的指导病人密切配合才能收到满意的效果。

功能锻炼在治疗偏瘫病人的书刊中大都简单的提到过，但在不同时间不同症状表现上如何具体的实行尚未见报导。

根据数十年大量病人疾病恢复的状况的一般观察，为了便于医生容易掌握和实际的临床应用，把一般的偏瘫病人的病程分为四个时期：①急性期：指病人不管是脑出血还是血栓形成，从发病到病情稳定这一阶段；②早期：2个月以内的病人；③中期：半年以内的病人；④晚期：偏瘫后半年以上的病人。

一、急性期

急性期以治标为主，应以中西医相结合的综合措施尽快使病情稳定下来。因本文重点是讨论偏瘫的治疗，故此时的治疗具体措施从略。

二、早期

（一）针灸治疗

出血性脑血管病出血停止稳定后即可针灸治疗，缺血性脑血管病针灸治疗是越早越好。

1. 偏瘫

头针治疗结合体针。

（1）头针：运动区（偏瘫对侧头部）上、下肢。头针要求：

①针刺入皮下该区1.6cm以上，手捻法时捻转速度不少于200次/min，刺激强弱要有些变化。

②如果捻转速度一时尚达不到这个要求，可用电针代替。电针时应选用疏密波，通电时间为30分钟。

③不论是用手捻法还是通电治疗，须让病人同时配合做患侧肢体的抬高、伸屈活动。也可以根据病人的实际病情，有重点的先从那一部位开始。

(2) 一般针灸：以手足阳明经穴位为主，配合太阳、少阳经的穴位。‘病之初期病位在阳，且阳经多气多血故以阳明为主。

选穴以患肢阳面的穴位为主如肩髃、曲池、外关、合谷、环跳、阳陵泉、足三里、昆仑，随证加减。肝阳上元，血压高者，加风池、降压点、三阴交、太冲；同时有慢性冠状动脉供血不足的病人，加内关、膻中、心俞；头目不清时，加风池、太阳；口眼歪斜，取承泣、颧髎、迎香、颊车、地仓、承浆、合谷。

2. 语言障碍

一般针灸为主结合头针

(1) 头针：运动性失语，选用运动区头面部；命名性失语，选用语言二区；感觉性失语，选用语言三区。要求同前。

(2) 一般针灸：可选用风府、哑门、上廉泉、合谷、支脉、液旁、通里。

(二) 药物治疗

1. 气虚血瘀者

补气活血，以补阳还五汤为主。气虚重者，加白术 15 克、台参 30 克、血瘀明显者，加全蝎 10 克、丹参 30 克；语言障碍者，补阳还五汤合解语丹化裁应用。

2. 肝阳上元者

滋阴潜阳，通络活血，以镇肝熄风汤为主，加丹参 30 克、赤芍 15 克、地龙 10 克；语言障碍者，加石菖蒲、炒远志。

（三）功能锻炼

最大用力和最大活动范围内基本要求。

督促病人每日纯运动时间叠加不少于 2 小时。病人做最大范围的抬高，伸屈上下肢和伸屈手指。不做快频率小幅度的活动。如果病人肢体的肌力仅有 0~2 级时，一定要病人结合主观意念尽最大力的做动作。手指不能活动的，让病人结合主观意念先做活动拇指的动作。如果拇指已能活动，除加大拇指活动范围以外，同时做食指的活动练习；依次为中指、无名指。这一时期，由于病人自知肢体不能活动，往往缺少信心。另外，大部分病人这时的主动活动很被动或根本就不接受主动功能锻炼。这就需要反复向病人说明此期主动活动对肢体功能恢复的重要性，以取得病人的密切配合。从大量的临床观察证明，这一时期功能锻炼配合的好坏，特别是病情较重的病人，能否恢复到生活自理是至关重要的一个时期。

语言障碍的病人功能锻炼，就应像小孩才开始学话那样，从单音一个字那样不厌其烦的重复。对于舌头伸缩搅动受限或欠灵活的，应配合做舌伸缩搅拌的活动。

三、中期

中期宜通经活络佐以补气健脾。

（一）针灸治疗

此期一般针灸和头针交替应用，以一般针灸为主。选穴和要求参照早期应用。

手脚出现皮层性水肿者，头针可选用足运感区治疗；手拘挛者，选中泉、外劳宫、八风；足拘挛者，选解溪、绝骨、昆仑、丘墟、八邪；口歪眼斜，可配合灸法；语言障碍的，可

配合通里，太溪；流涎者，加承浆、丰隆。

（二）药物治疗

药物治疗以补阳还五汤为主，配合四虫片（我院自制药品）4～6片，1日3次。

（三）功能锻炼

功能锻炼的总则为多次少量，以伸为主，静气用神，由不动到动。重点在手。

这一时期的病人，不能像早期病人那样，要求最大用力，最大范围活动，这样可加重拘挛的出现。

多次少量如何掌握，以病人不至于有很疲劳感为度。因为这一时期的病人过度锻炼，促使本来肌张力已高的肌肉更强硬。

以伸为主，是说病人在做功能锻炼时着重练习伸展动作；特别是手，一定要从始至终注意手指的伸直锻炼。不要用拉绳，握弹力圈等以图增加握力的练习，但实际上它只能加重肢体的痉挛状态，对增加肌力收效甚微。

静气用神是说肢体特别是手不能活动时或所动很小时，做伸直活动时不能求一次就能完成动作，越急于伸开就越是出现手指挛曲，必须静下心来；用神就是结合意念慢慢的做出手指伸展的动作，从不能动到能动，到能随意动手的锻炼至关重要，

对于能否完全恢复或达到能自理，决定这一时期内锻炼的好坏。

四、晚期

晚期以滋补肝肾为主，佐以益气通经活络。

（一）针灸治疗

针灸治疗可在原选穴的基础上交替应用外，可加用一些全身调节的穴位，如肝俞、肾俞、关元、气海、太溪、三阴交等补肝肾，温元气。可配合灸法。也可以改用巨刺法或健侧和患侧的交替选穴治疗。也可配合水针、药物穴注。

（二）药物治疗

药物治疗以金匱肾气丸辨证加减为主。

晚期病人多表现为精神萎靡不振，头目不清，动作迟缓，反应迟钝，两目失神，怕冷，部分病人还有小便淋漓不禁，大小便急迫等。肾气阴阳偏虚的表现，所以选用金匱肾气丸以滋肾补阳。一般应用此方时加用杜仲、首乌、牛膝、白术、丹参；偏阴虚的去肉桂、附子，加丹皮、枸杞；痰浊壅塞，舌苔白厚而腻，舌体胖大者，上方去桂附，加枳实、香附、清夏、白术、焦三仙。小便不固者，加淫羊藿、益智仁、桑螵蛸。

（三）功能锻炼

坚持中期的锻炼方法，加大运动量（以不疲劳为度），以伸展为主，结合屈曲动作。伸展活动，逐渐用力到最大程度，就是说比如手指不能伸力，就应让病人做1个或数个手指伸展活动时，结合意念慢慢的伸。就是手指不能做出伸展的动作，但是患者必须做到伸展时的最大用力程度，但不能急于求成。

谨守病机，运用攻下之法

刘秀玲（1943— ），女，山东省东阿县人。山东中医学院针灸腧穴教研室副教授。生于中医世家，自幼随父学医，具有扎实的中医理论基础。从事针灸事业 20 余年，临床经验丰富，并能与中药治疗相结合治疗疑难病症。参与艾灸治疗偏瘫的科研项目，获省科技进步二等奖。

下法是中医治疗的八法之一，是以攻逐体内积滞，通泻大便治疗疾病的方法。凡实热在里，大便秘结，腑气不通，邪热上攻的疾病，以及由此而产生的种种变证，均可用之。20 多年来，在中医辨证的基础上，谨守病机，运用下法，治愈了不少缠绵难愈的疾病。

一、头痛

患者赵××，男，61 岁，工人。1992 年 4 月 28 日收入院，住院号 56345。

中风 15 天，伴剧烈头痛数日。病人面目红赤，烦躁多语，昼夜不宁，暴饮暴食，喉间有痰声，胸闷，腹大如鼓，大便干，数日未解，小便频，色黄，舌质红，苔黑黄燥，布于舌面，脉弦数。BP14/9kPa，左上下肢肌力均为“0”级。

中医诊断：偏瘫；头痛。

西医诊断：脑血栓形成；神经性头痛。

脉证合参，该证为中风伴阳明腑实证。腑气不通，邪热上攻，热扰清空，故烦躁不安，头痛剧烈。治宜清泻阳明为主，用大承气汤化裁：全栝蒌 15 克、枳实 12 克、胆南星 12 克、大黄 9 克（后入）、元明粉 9 克（冲服）、川朴 15 克。水煎，分 2 次服，日 1 剂。

嘱病人将诸药煎妥，元明粉 9 克 1 次冲服第 1 煎。2 煎只须汤药。药后泻下粘液物及大便约半便盆，头痛大减，烦躁减轻，仍多食。本方连用 3 剂，则头痛愈，时有烦躁，仍多饮多食。上方加黄芩 9 克、黄连 9 克、知母 15 克、生石膏 30 克以清热除烦，服 3 剂，头痛愈，不烦躁、腹软，饮食转为正常，夜能眠，左侧肢体不利，拟方治疗偏瘫。

按语：头为诸阳之会，凡五脏精华之血、六腑清阳之气，皆上会于头部，内伤外感均可上扰清窍而导致头痛。此病例，虽为中风初期，症急，但头痛剧烈，病人昼夜不宁，彻夜不眠，必须根据中医“急则治其标，缓则治其本”的原则，以大承气汤化裁，泻其阳明之邪热为先。方中全栝蒌宽胸理气；胆南星豁痰；大黄苦寒泄热通便，荡涤肠胃；元明粉咸寒泻热，软坚润燥；枳实内阻，往往导致气滞不行，所以用川朴、枳实以行气散结，清痞除满，以助元明粉及大黄速将积滞排泄；加芩连、知母、生石膏以清热除烦。药证相投，故获速效。

二、郁证

患者孟××，女，52 岁，农民。1991 年 11 月 14 日门诊。

主诉：胃脘部撑胀 2 年余，逐渐加重。体倦，乏力，口干，纳呆，易出汗，心烦，欲独居室中，时想往外跑。舌质

红，苔薄黄，脉弦细。胃脘部疼痛拒按。当地医院诊断为“精神病”。曾服安定、安坦、谷维素、维生素C等药物不佳。拟方：川朴15克、广皮12克、苍术9克、胆南星15克、半夏15克、郁金9克、栀子9克、大黄9克（后入）、元明粉9克（冲服）、甘草6克。水煎服，日1剂。

二诊：上方服3剂，胃脘部撑胀减轻，心不烦，可独居室中；仍不欲食，乏力。上方去元明粉、大黄，加玄参30克、生地9克，滋阴养胃。3剂后停药调养。随访2年未复发。

按语：本证为“郁证”。由于思虑太过，所欲不遂，肝气被郁，肝克脾土，而致脾气不开，胃气不降，五志化火，痰火上扰心神所致。据该病人自述，近几年由于多子、生活困难而致精神负担过重得病。运用攻下之法，佐以豁痰开窍解郁，效极佳。

三、呕吐

患者蔡××，女，19岁，售货员。1990年8月24日初诊。

主诉：胃痛，呕吐月余，逐渐加重。

自述1月前在外面与别人生气后遂用餐，继而便开始胃痛，呕吐，不能进食。经几个医院作钡餐透视，作各项理化检查均未发现异常，服用元胡止痛片、胃复安、维生素B₆，注射庆大霉素、艾茂尔等均无效。现因不能进食，以葡萄糖和能量合剂维持疗法。病人胃脘部疼痛拒按，触之有硬物感，不能动，动则吐，吐黄绿色胆汁，脉象沉细微弦，病情十分危重。拟方：台参30克、白术9克、川朴12克、陈皮12克、元明粉9克（先煎）、大黄9克（后入）、木香6克。水煎服，

日 1 剂。

二诊：上方服 2 剂，胃痛大减，呕吐止，周身轻松，稍能进食，起床后由其母陪同来我家求诊。据讲泻下均为粪蛋，约半便盆，挟有粘液。继服上方。

三诊：服上方 3 剂，胃痛愈，呕吐止，仍纳呆。拟方：台参 30 克、白术 9 克、云苓 9 克、广皮 12 克、砂仁 12 克、甘草 6 克、生姜 3 片、大枣 5 枚。水煎服 3 剂后停药调养。

按语：呕吐为胃失和降，气遂上逆所致。气停于胃中，胃气不能下行，上行而为呕吐。方中以川朴、陈皮、木香顺其气；元明粉、大黄通其便。胃气以降为顺，胃气通则痛止，气降则呕吐止。病人虽年青气壮，但因病久体力已不支，故用台参以固护元气。本方乃属补泻兼施。邪气祛，正气来复，故效若桴鼓。

四、慢性腹泻

患者毕××，女，91 岁。1991 年 5 月 11 日初诊。

腹泻半年余，日数次，量不多，小腹部时有重坠感，纳差，乏力，少腹部拒按。舌质红，苔薄白，脉沉细弱。B 超及结肠镜检查未见异常。因年事已高，未用攻下之剂，而用针灸治疗，拟方：天枢 T、气海△1、关元△T、足三里 1、下巨墟 T、内关 1、留针 20 分钟。

针 1 次后，少腹部有肠鸣音，解大便时，泻下量多于近 1 个月总量，病人自觉轻松。

再诊拟方：脾俞、胃俞、肾俞，均双取，用补法，加灸，留针 30 分钟，针 3 次。

三诊：大便日 2~3 次，下坠感已消失。拟方：气海、关

元、足三里，用补法，加灸，留针 20 分钟。针 3 次，以巩固疗效。

五、体会

通过以上介绍的几个病例，说明中医辨证的灵活性。虽是均用泻法，但不同的病例方药概不相同，即是同法异方。治疗时必须运用中医四诊八纲，虚实辨证，谨守病机，以理统方，以法统药，理法方药运用得当。

运用泻法时，大黄、元明粉是两味不可缺少的药物，但煎服时必须遵守大黄后入，元明粉冲服的方法。大黄后入，可增强其泻下作用，更可以直折下行，走而不守，排除除新；若与其他药同煎时间过久，则会减弱其泻下作用。元明粉由芒硝加工而成，质地纯净，故可冲服，以加强其泻下作用。

中心性浆液性视网膜病变

衣元良(1926—)，男，山东栖霞县人。现任山东中医学院附属医院教授。

衣氏自1941年起自修中医，1954年进入国家卫生部进修学院深造。现任眼科主任医师，并兼任山东中医学会理事、山东中医五官科学会主任委员。1991年被国务院卫生部批准为全国首批名老中医药学术经验继承工作指导老师，从医50余年，曾从事过战伤、中医内科、中医眼科临床和研究工作，特别在中医眼科方面有较深造诣。自60年代初，衣氏先后对中药治疗小儿弱视、老年性白内障、视神经炎、视神经萎缩、视网膜脉络膜炎、眼内出血、视网膜色素膜变性、葡萄膜炎、各种角膜炎等眼病进行了长期临床研究，获得了显著成果。其中中药治疗小儿弱视、中药治疗老年性白内障两项研究成果已通过省级鉴定。先后在国内学术刊物上发表论文50余篇，并多次获省自然科学优秀论文奖和科研成果奖。

中心性浆液性视网膜病变属中医的“视瞻昏渺”、“视惑”等症范畴。

本病是较为常见的眼底病之一。多发生于20~40岁的成年人。男性多于女性。常为单眼，也有少数双眼同时发病。易反复发作，但很少导致失明的后果。治疗上各种疗法均有一定疗效，但尚无特效疗法。现代医学对其病因病机尚无确切

定论，其学说有：变态反应学说、血管痉挛学说、网膜浆液性脱离等学说。眼科检查：视力不同程度下降，眼前节无异常，眼底黄斑区水肿和渗出或小量出血，中心反光消失。

本病祖国医学文献中不少记载，如《证治准绳》：“视瞻有色，乃目凡视物有大片甚至通行，当因其色而别其症以治之。若见青绿蓝碧之色，乃肝肾不足之病。……若见黄色者，乃火上络有伤也，痰火湿热之人每有此患。……若见白色，病内金分元气有伤，乃有痰沫阻滞通路者，皆有此患。若有大片黑者，肾之元气大伤，胆乏所养。”“视定反动，此症谓视物之定者，反觉振而动也。视正反斜，此症谓视物之正者，而反视为歪斜也。”《审视瑶函》：“视正如何却是斜，阴阳偏盛眼生花，元精衰败元阳损，不久盲临莫怨嗟。”“此症谓物之正者，而反视为歪斜也，乃内之阴阳偏胜，神光欲散之候。阳胜阴者，因恣辛嗜酒怒悖头风痰火气伤之病。阴胜阳者，色欲哭泣饮味，经产血伤之病。……治用培植其本，而伐其标，久而失治内障成矣。”

一、病因病机

本病多因七情郁结，气血瘀滞，痰湿内聚，郁而化热，肝经湿热，水湿上泛于目；或因饮食不当，思虑过度，色欲不节，致使脾肾阳虚；或因久病不愈，肝肾阴虚，精血亏损，目失荣养。

二、临床主证

眼睛外观与常人无异，但有视觉变化。患者有视力下降，注视区有暗影，视物变形、变色等感觉。眼底检查可见有黄

斑区水肿，呈圆形反光晕圈，中心凹反光减弱或消失，或者有黄白色点状渗出及小量出血。

三、辨证论治

根据多年临床所见可分以下三型进行治疗：

（一）肝经湿热型

主证：心烦胸闷，胁腹胀满，身重倦怠，四肢乏力，头目不适，口苦无味，恶心厌食，失眠多梦，舌胖有齿印，苔白腻或带微黄，脉弦滑有力。黄斑区水肿，渗出物较多，有的可有小量出血。本型多为发病急、病程短的患者。

病因病机：湿痰内聚，气血郁滞，郁而化火，肝经湿热，疏泄不畅，脾失健运，水湿上泛于目，导致黄斑区水肿和渗出。

治则：清泻肝经湿热，健脾利湿，佐以活血化瘀，疏通脉络。

方剂：泻肝健脾汤。药用龙胆草、黄芩、栀子、泽泻、光白术、当归、柴胡、云苓、赤芍、生地、车前子、甘草、地龙。

方解：龙胆草泻肝火除湿热；黄芩、山栀子清热泻火；云苓、白术、泽泻、车前子健脾燥湿，清热利尿，降浊明目；柴胡疏肝解郁；生地、当归、赤芍、地龙补血活血，解瘀通络；甘草调和诸药。

（二）脾肾阳虚型

主证：面色萎黄，纳谷不香，神疲乏力，气短懒言，头痛绵绵，心悸多汗，小便清白，大便多溏，腹满肢凉，阳痿滑精，脉缓迟细弱，舌淡无华。眼底有：黄斑区水肿，黄色

渗出吸收缓慢，视力下降较大。

病因病机：因饮食不当，思虑过度或其他脏腑病变的影响，致使脾阳虚弱而失健运，水湿上泛于目，肾气不足，藏精不固，精气亏损，目失濡养而致青盲。

治则：健脾益气，补肾升阳。

方剂：益气壮阳汤。药用炙黄芪、党参、山药、白术、茯苓、柴胡、当归、菟丝子、山茱萸、熟地、泽泻、丹皮、白芍、升麻、甘草、熟附子。

方解：黄芪、党参、云苓、白术、甘草、补中益气，健脾利湿、熟地、当归、白芍补血活血；山药、山萸肉、菟丝子、熟附子补肾壮阳，除湿散寒；柴胡、升麻清阳；丹皮清泻相火。

（三）肝肾阴虚型

主证：面色焦悴，目眩干涩，眉棱骨痛，失眠多梦，五心烦热，腰膝酸软，遗精盗汗，女子带下经水不调，舌赤苔薄白或薄黄，脉细数。本型多为病程较长的慢性病人，眼底黄斑区轻度水肿或无水肿，黄白色渗出尚未吸收，中心凹光反射消失。

病因病机：久病不愈，肝肾阴虚，精血亏虚，目失濡养，水不涵木，虚火上炎，损伤神衣致目昏渺。

治则：滋阴补肾，平肝明目。

方剂：知柏地黄汤加减。药用生熟地、知母、黄柏、制首乌、炒山药、山萸肉、泽泻、丹皮、云苓、五味子、当归、白芍、杞子、陈皮。

方解：生熟地、白芍、当归、首乌滋阴养血；知母、黄柏、丹皮清泻相火；山药、山萸肉、杞子、五味子滋补肝肾，

益精明目；云苓、泽泻健脾利湿，降浊泻火；陈皮理气和胃。如渗出久不吸收，黄斑中心凹光反射恢复迟缓者，可加红花、制桃仁、五灵脂等。

四、病案举例

例一：

王××，男，31岁，郟城县人。1986年3月12日初诊。

主诉：24天前左眼突然视物模糊，注视区有暗影，视物变形、变色，心烦胸闷，胁腹胀满，身重乏力，头目不适。

临床查见：视力右1.5、左0.06，眼前节无异常发现。眼底镜检查：左眼黄斑区水肿，有黄色点状渗出，中心凹光反射消失。舌胖有齿痕，苔白腻中部微黄，脉弦滑有力。全身常规检查未见异常。

诊断：中心性浆液性视网膜脉络膜病变（左）

辨证分类：肝经湿热型。

治则：清泻肝经湿热，健脾利湿，佐以活血化瘀。

方剂：泻肝健脾汤加减。药用地龙10克、柴胡12克、龙胆草10克、黄芩12克、山栀子10克、泽泻15克、当归12克、云苓20克、猪苓15克、白术12克、赤芍12克、丹参20克、生地20克、甘草6克。水煎服，每日1剂。

上方随病情变化，稍有加减，连服18剂后复查：左眼视力达到1.2，黄斑区水肿消退，渗出吸收，黄斑中心凹光反射隐约可见。后改用知柏地黄汤加减。药用生地20克、山药15克、山萸肉12克、泽泻12克、丹皮10克、茯苓15克、黄柏10克、知母12克、杞子12克、菟丝子15克、当归10克、陈皮6克。水煎服，日1剂。服6剂后复诊视力：左1.5，中

心凹光反射明亮，眼底恢复正党。

例二：

于××，男，32岁，济南市人。1985年9月10日初诊。

主诉：右眼1个月前发现视物模糊，视野中有暗影，视物变形，纳谷不香，面色萎黄，神疲乏力，大便多溏，心悸多汗，头痛绵绵，眼眶不适，腹满肢凉，时有滑精。

临床查见：视力右0.2、左1.0，右眼底黄斑区有水肿及黄色渗出物，中心反光消失，舌淡无华，脉缓迟细，全身常规检查未见异常。

诊断：中心性浆液性视网膜脉络膜病变（右）

辨证分类：脾肾阳虚型。

治则：健脾益气，补肾升阳。

方剂：补气益肾汤。药用党参12克、炙黄芪20克、菟丝子15克、熟附子9克、白术12克、茯苓15克、柴胡12克、当归12克、熟地15克、山萸肉9克、泽泻12克、白芍12克、山药15克、五味子12克、甘草6克。水煎服，每日1剂。服12剂后复诊，视力右0.9、左1.0，右眼黄斑区水肿消退，渗出物大部吸收。上方加丹参15克、红花10克。继服12剂后复诊，视力右1.2、左1.0，黄斑区渗出物全部吸收，中心凹光反射可见。1年后复查无复发。

例三：

李××，男，36岁，山东省莱芜市人。1985年3月14日初诊。

主诉：2个月前发现左眼视力缓慢下降，视物变形，注视区有暗影，头晕目眩，眉棱骨不适，五心烦热，腰膝酸软，全身乏力。

临床查见：视力右 1.0、左 0.2，外眼无异常。眼底镜检查：右眼黄斑区有陈旧病变，中心凹光不明显。左眼黄斑区有水肿和黄色点状渗出物，中心反光消失。舌赤苔薄白中部微黄，脉细数。

诊断：中心性浆液性视网膜病变（左）。

辨证分类：肝肾阴虚型。

治则：滋阴补肾，养肝明目。

方剂：滋阴养肝明目汤。药用肉苁蓉 10 克、生地 15 克、熟地 15 克、麦冬 15 克、杞子 15 克、菟丝子 15 克、女贞子 12 克、石斛 10 克、白术 10 克、茯苓 12 克、菊花 12 克、山药 15 克、五味子 6 克、泽泻 12 克、白蒺藜 12 克、当归 10 克、甘草 6 克、玄参 20 克。水煎服，每日 1 剂。

上方随症加减服 24 剂后复查，视力右 1.2，左 1.2，眼底黄斑区水肿、渗出全部吸收，中心凹反光可见。上方去云苓，加川芎 10 克，继服几剂以巩固疗效。2 年后随访无复发。

抗炎明目汤治疗慢性色素炎的 临床观察及实验研究

蔡华松(1936—),女,江苏扬州人。1961年8月毕业于山东医学院医疗系,同年分配省立医院眼科工作。1971年参加西医学习中医班,此后从事中西医结合临床工作。1974年晋升主治医师,1977年调至山东中医学院附院,1986年晋升副主任医师、副教授,1992年晋升主任医师、教授。现任全国中西医结合眼科专业委员会委员,山东省中西医结合眼科专业委员会主任委员,山东省中医五官科学会副主任委员。近10年来曾在省级以上杂志发表论文30余篇,主编著作1本,参编著作6本,获科研成果奖2项,目前正在进行科研项目2项。

内源性色素炎是常见的致盲眼病,治疗甚为棘手,尤其是慢性炎症更为顽固。目前尚未见用中药治疗慢性色素膜炎的报导。多年来作者采用自拟中药“抗炎明目汤”为主的治疗方法,取得较理想的疗效,并经动物实验证明其作用机理。

一、临床资料

(一) 病例选择

色素炎病程持续1个月以上或经常反复发作,其中慢性色素炎58例、72只眼;葡萄膜大脑炎22例、44只眼,共

80 例 116 只眼。

(二) 治疗方法

1. 中药方

自拟抗炎明目汤 (知母、黄柏、生地、云苓、当归、黄芪、女贞子、太子参、黄精、淫羊藿、甘草)，水煎服，每日 1 剂。根据病人症状随症加减。共观察 3 个月。

2. 西药

眼前部若有明显炎症，可滴 0.5% 考的松眼药水，散瞳。眼后部炎症较重者，用强的松龙 0.5ml 球后注射，每 7~10 天 1 次，1~3 次即可。

(三) 疗效评价

治愈：视力恢复至发病前，炎症全部消退。

显效：视力提高 4 行以上，仅有少许光斑，玻璃体微混，眼底静脉稍充盈，黄斑中心反射欠清。

好转：视力提高 2 行以上，炎症减轻。

无效：治疗前后无变化。

(四) 结果

以眼统计。治愈 95 眼，占 81.9%。显效 21 眼，占 18.1%。随访 3~5 年，复发 12 例，占 15%。

二、动物实验研究资料

(一) 动物

用昆明种小白鼠，随机分组。

(二) 中药

用抗炎明目汤水煎剂浓度 200%。

(三) 实验分组。

小鼠分为5组：①正常组；②CY组；③CY+中药组；④AZP组；⑤AZP+中药组。每组10只。中药液灌胃0.5ml/只天，连续7天。正常组等量自来水灌胃。CY组、CY+中药组于用中药液（对照自来水）的第1天及第3天，腹腔注射3mg/只0.2ml各1次。AZP组、AZP组+中药组于用药的第1天及第3天，腹腔注射1.5mg/只0.2ml各1次。

（四）实验方法及结果

1. T淋巴细胞亚群数量检测

采用McAb间接免疫荧光法。取用药7天的小鼠断头处死，取胸腺分离胸腺细胞以Tris—NH₄Cl溶血、洗涤，最后制成细胞悬液，调至细胞浓度为 2×10^6 /ml，分4管，每管约0.2ml，2管加抗L₃T₄McAb100ml/管，另2管加抗LyT₂McAb100ml/管，置冰箱30分钟，用Hank's液洗涤2次，弃上清液，剩约0.2ml，各加双抗100ml，置冰箱30分钟后取出洗涤两次，弃上清液剩约0.1ml，每管压片2张，于荧光显微镜下观察，求出荧光阳性细胞百分率及L₃T₄/LyT₂比值，结果见表1。

表1 抗炎明目汤对CY抑制小鼠、AZP超常小鼠胸腺细胞亚群的影响

分组	鼠数	L ₃ T ₄ 细胞%	LyT ₂ 细胞%	L ₃ T ₄ /LyT ₂ 比值
正常组	10	39.90±8.20	30.40±2.31	1.33±0.33
Cy组	10	16.00±6.58	28.10±3.14	2.58±0.26
Cy+中药组	10	28.80±9.50	24.80±8.65	1.19±0.12
AZP组	10	50.90±7.67	23.00±3.94	2.25±0.37
AZP+中药组	10	42.29±3.90	33.14±2.27	1.30±0.194

表1中说明，服用中药后Cy抑制小鼠的L₃T₄细胞%及

L_3T_4/LyT_2 比值较服中药前显著提高 ($P<0.01$)。服中药后 AZP 超常小鼠的 L_3T_4 细胞%及 L_3T_4/LyT_2 比值较服中药前显著降低 ($P<0.01$)

2. T 淋巴细胞转化

取用药 7 日小鼠处死, 无菌取脾制成单细胞悬液以 Tris— NH_4Cl 溶血, 洗涤后调整细胞浓度为 $5 \times 10^6/ml$, 在 96 孔培养板中加入细胞悬液 0.2ml ($1 \times 10^6/\text{孔}$), 并加入 ConA ($5\mu g/ml$); 对照组不加任何诱导剂, 置 $37^\circ C$ 5% CO_2 培养箱培养 72 小时, 于终止培养前 18 小时, 每孔加入 $1\mu ci/ml$ 3H TdR 培养液, 最后用多头细胞收集器, 收集在 49 型玻璃纤维滤纸上, 烘干后常规在液体闪烁计数器上测定 cpm, 结果用复管 cpm 均值表示, 见表 2。

表 2 抗炎明目汤对 Cy 抑制小鼠、AZP 超常小鼠脾细胞 T 淋巴细胞转化功能的影响

分组	鼠数	[3H] TdR 参入 $\times 10^3$ (cpm)
		($\bar{X} \pm SD$)
正常组	10	13.68 ± 1.81
Cy 组	10	5.94 ± 1.91
Cy+中药组	8	11.19 ± 4.06
AZP 组	10	19.95 ± 1.25
AZP+中药组	8	12.09 ± 1.87

表 2 中说明, Cy 抑制小鼠服中药后较服中药前的 cpm 结果显著提高 ($P<0.01$), AZP 超常小鼠服中药后较服中药前 cpm 结果显著降低 ($P<0.01$), 此两组与正常组比较无显著差异 ($P>0.05$)

本实验表明，抗炎明目汤有双向调节免疫系统功能的作用。

三、讨论

色素膜炎的发病原因极为复杂，多年来众多学者在病因学方面进行了广泛深入的研究，现已公认内因性色素膜炎属免疫性疾病。因该病对视力损害严重，常因发生并发症而导致失明，故探索治疗作用最强而副作用最小的药物更显重要。但目前仍是一个难题，尤其是对慢性色素膜炎更为棘手。临床上多采用糖皮质激素类药。该类药可抑制免疫异常，但不能根治炎症，其副作用也不容忽略，不宜长期使用。当糖皮质激素药治疗无效的病例，可用免疫抑制剂如环磷酰胺、环孢霉素 A 等。此类药无特异性为治标非治本，且易导致机体免疫功能降低而产生全身并发症，如感染性疾病、继发性肿瘤等，故应慎重应用。

近年来，从中草药及古方中研究治疗免疫性疾病已取得很大成绩。如黄芪、女贞子、太子参、淫羊藿、黄精等补益药有增强免疫功能之功效；黄芩、知母、柴胡、半枝莲、白花蛇舌草等清热解毒药可抑制变态反应；当归、丹参、川芎等活血化瘀药有抑制变态反应或双向调节作用；甘草、知母、淫羊藿、雷公藤等有激素样作用，但无激素之副作用。

慢性色素膜炎在祖国医学中属瞳神紧小或瞳神干缺范畴，多为肝肾阴虚，虚火上炎，宜滋阴降火，多用知柏地黄汤。多年来作者根据中医理论及实验资料拟定此方命名抗炎明目汤。方中知母、黄柏滋阴清热；黄精、女贞子滋肾养肝；黄芪、太子参、甘草补中益气；生地黄、当归滋肾养血；淫

羊藿补肾壮阳；云苓健脾利湿。总之，此方有滋阴降火，扶正固本之功能。从表 1 及表 2 可见免疫功能低下小鼠模型 L_3T_4 细胞及 T 淋巴细胞功能均低于正常组，服中药后两者均增加，而免疫功能超常小鼠模型 L_3T_4 细胞及 T 淋巴细胞功能均高于正常组，服中药后两者均接近正常，经统计学处理有非常显著差异 ($P < 0.01$)。动物实验结果证明，本方有调节机体免疫之功能，从而达到治疗的目的。这与中医滋阴降火、扶正固本的论点相吻合。因此，抗炎明目汤治疗慢性色素膜炎可达到标本兼治，提高疗效（总显效率为 100%）减少并发症，降低复发率，长期服用无副作用。

中药治疗局限性中心性渗出性 脉络膜炎 15 例分析

陈明举(1938—),男,主任医师。1964年7月毕业于山东中医学院医疗系,从事中医眼科临床教学工作32年。现任山东中医学院附属医院眼科主任,兼职全国中医眼科学会委员、山东中医药学会常务理事、山东中医五官科学会副主委、中国中医眼科杂志编委、山东中医杂志编委等。多年来对中医眼科基础理论有深入研究,临床用中药治疗角膜病、眼底病有显著疗效。主编有《中国传统医学丛书·中医眼科学》、《中医眼科学》;参编有全国统编教材《中医眼科学》、《中医眼科学教学参考》等8部;在杂志与全国学术会议发表论文20余篇。

中心性渗出性脉络膜炎,是以黄斑区视网膜下有局限性黄白色或黄棕色渗出斑块,视力由视昏渐至视力下降为主征的眼病。严重者亦可见渗出物周边有局限于黄斑区的出血,或导致黄斑区视网膜轻度水肿,而有轻度变视症。但一般不会像中心性浆液性视网膜脉络膜炎那样以黄斑区水肿、中心暗影、视物显小、视直如曲为主证。中渗与中浆的病变都起于中心脉络膜,病变都局限于黄斑区,某些症状又相似,故临床上易将中渗误诊为中浆。对此两病的真正病因病理目前尚不清楚,各家认识亦不尽相同。本文结合笔者自1991年以来

以中药为主治疗的 15 例中渗病例试作分析提出个人看法。

一、一般资料

本组 15 例患者，住院病人 5 例，门诊病人 10 例。男性 5 例，女性 10 例。单眼发病 14 例，双眼先后发病 1 例。年龄最小 24 岁，最大 40 岁，以 30 岁左右为多。初诊病程最短 3 天，最长 1 个月。初诊最好视力 5.2（包括矫正视力），最差 4.3，一般多在 5.2~4.7 之间（包括矫正视力）。疗程最短 20 天，最长 90 天，平均 40 天。15 例中有 9 例原有近视眼。

二、治疗方法

以自拟银翘二陈汤（金银花 18 克、连翘 10 克、橘络 10 克、法半夏 10 克、茯苓 10 克、生甘草 10 克、丹参 18 克、黄连 10 克、酒军 10 克）为主方。若黄斑区充血重或伴有出血，加生地 20 克、赤芍 10 克、丹皮 10 克、茜草 12 克。伴视网膜水肿，加泽泻 10 克、车前子 10 克、猪苓 10 克。视力明显下降，加菊花 12 克、决明子 12 克、炒蒺藜 12 克。病程日久者，加生黄芪 18 克、全蝎 6 克、炒地龙 10 克。本组皆不使用激素，一般配合服用维生素 C、B₁、肌苷等，其中两例每日 1 次静滴青霉素 800 万 U，使用 1 周。

三、疗效标准

对此尚无标准可依。自拟疗效标准如下：

治愈：视力达 5.0 以上，黄斑区渗出物消失，中心凹反光正常，或见黄斑区有色素紊乱。

显效：黄斑区渗出物基本吸收，视力提高，中心凹反光

消失，黄斑区色素沉着。

有效：视力提高，黄斑区渗出物缩小。

无效：服药 2 周以上病情无变化。

四、治疗结果

治愈 8 例，显效 4 例，有效 2 例，无效 1 例。

五、讨论

（一）关于中渗的诊断与鉴别诊断

在眼科临床上，“中心性视网膜脉络膜病变”是一个总称，或为病类。此类病变包括中浆、中渗、老年性变性、盘状变性、黄斑区裂洞、黄斑区囊样变性等多种眼病，即泛指视网膜脉络膜的中心部位（黄斑区）的病变。现也有将中心性视网膜脉络膜病变专指中浆病者。此类病变中容易混淆者为中浆与中渗，其他四种诊断并不困难。既往对中浆研究报道较多，但对其病因病理一直缺乏真正的了解，且历来曾有 20 多种病名，说明各家对其认识的不同。而对中渗的研究很少，因此，在临床上很容易将中渗误诊为中浆。现在有的专著阐述中渗的症状与诊断，但认识也不一致，与临床实际情况差别也较大。笔者认为《眼科学》（上海第一医学院眼耳鼻喉科医院编，人民卫生出版社，1977 年 2 月）所述局限性脉络膜炎中的中心性渗出性脉络膜炎，比较符合临床实际。临床上对中浆与中渗主要靠自觉症状与眼底征加以鉴别。中浆很明显地分水肿期（急性期）、渗出期（退缩期）、陈旧期三期病程，而中渗则无明显分期。中浆与中渗的临床症状具体鉴别见下表。

中浆与中渗临床鉴别

症状	中 浆	中 渗
视力	病初中度下降，有轻度远视	病初自觉视昏，视力多为正常
中心暗影	有明显的虚性暗影	不明显
变视症	视直如曲，小视症明显	轻微
黄斑区水肿	为急性期主征	轻，而且不单独出现
渗出物	在退缩期出现，呈点状分布 范围不一定局限于黄斑区内	病初起即见黄白色不规则块状 渗出物局限于黄斑区内
出血	无	可有，与渗出物混杂
中心凹反光	病初消失，陈旧期可出现	病初多正常，晚期可消失
陈旧期	黄斑区色素紊乱如大理石纹	有褐色或黑色素沉着

（二）关于中渗的中医病机

中渗的主要临床表现是视昏或视力下降，黄斑区脉络膜充血、见片状不规则黄白色渗出物。《内经》有“心主血脉”，“中央属脾土”之论，按同气相求法则推论，视网膜脉络膜中央部位（黄斑区）当由脾所主，而以血管为主要结构的脉络膜当由心所主。按五行学说，火生土，故黄斑区脉络膜病变当为心火过盛移热于脾土，致心脾郁热，脾热运化失职，郁湿被热灼而生痰，痰热阻于脉络，故见黄斑区充血、渗出物，甚者伴有出血水肿。痰阻目窍，阻滞神光，而视昏甚至视力下降。

（三）关于中药治疗

按上述病机而论，中药治疗法则当以清心脾郁热治其本，化痰开窍明目治其标，方用银翘二陈汤为主方。方中以黄连清心热；酒军清脾热；银花、连翘、生甘草清热解毒；橘络化痰活络；半夏、茯苓化痰利湿；丹参化瘀助通络。临床根据有关病情予以加减，充血重或有出血，加凉血止血之生地、赤芍、丹皮、茜草等。黄斑区视网膜水肿者，加利湿之猪苓、车前子、泽泻。视力明显下降者，加菊花、决明子、炒蒺藜。病程日久者，加行气通络之生黄芪、全蝎、地龙等。

视神经炎辨证论治

伊成运（1943— ），男，山东汶上县人。中医眼科副主任医师。1969年8月毕业于山东中医学院。主要著作有《英汉中医大全·眼科分册》、《中医眼科学》等。

一、清热解毒，疏肝解郁两项基本法则

视神经炎以视力突然下降，甚而唯存光感为主要症状。分为视神经乳头炎和球后视神经炎。属中医暴盲范畴。病名见《证治准绳·七窍门》。凡突然视力丧失，眼睛外观正常者，均属暴盲。《审视瑶函》曰：“此症谓目平素别无他症，外不伤于轮廓，内不损于瞳神，攸然盲而不见也”。它包括西医的很多眼底疾病，而视神经炎仅是其中之一。视神经炎致病原因很多，尤与热毒内盛，情志不舒，嗜酒过度有关。三者可合并致病，亦可单独致病。不论是情志不舒、热毒内盛，还是嗜酒过度，其导致视神经炎的病理机制为：气滞血郁，血热壅塞，窍道闭塞，神光不得发越。热毒内盛，热入营血，热壅脉阻，窍道闭塞；暴怒肝郁，气逆或气滞，气逆血随，气滞血瘀，脉道不利，瞳闭清窍；嗜酒过度，湿热内蕴，脾阳困阻，清阳不升，精津不输，清窍失荣，则蒙昧不清。

视力突然下降，仅仅是视神经炎的一个临床表现。很多人除伴有全身症状如头痛，眼球转动疼，心烦口渴，胁肋胀

痛等外，其眼底还有不同的体征：视乳头充血色红润或暗红；视乳头隆起边界模糊或视乳头边界清晰；视乳头周围视网膜水肿、少量出血、渗出；后极部视网膜水肿，视网膜静脉明显充盈、迂曲；舌质红降，舌苔黄或黄腻，脉数而滑。肝主疏泻而喜调达，情志抑郁，肝失调达，气滞脉阻，血液精微物质不能上荣于目，目系筋脉失养；或郁而化火，热入营血，或热毒内盛，营血积热，热灼脉络，目系受损，故病人眼睛视力突然下降或丧失，且转动疼痛。气滞血瘀，火热上扰清窍，不通则痛，故头痛，眼胀痛。气滞血瘀，运化失职，代谢失调，故水湿内停，则见视乳头水肿、隆起而边界不清，视乳头周围视网膜水肿、渗出，即血不利则为水。火热上灼，血热甚则壅滞，则见视乳头充血、红润或暗红，视网膜静脉充盈、扩张迂曲。

治疗视神经炎，临床上一般可分为两个类型，采用清热解毒，活血凉血明目法和疏肝解郁活血明目法。

基本方一：金银花 30 克、蒲公英 15 克、连翘 15 克、黄芩 9 克、龙胆草 9 克、大黄 3 克、丹皮 9 克、赤芍 9 克、玄参 9 克、天花粉 12 克、蔓荆子 9 克、甘草 12 克。方中金银花、连翘清热凉血，解毒祛邪；黄芩、胆草清热泻火；大黄、丹皮、赤芍清热凉血，活血祛瘀通脉；玄参、天花粉养阴明目，清热泻火；蔓荆子祛邪止痛，引药上行。各药共奏清热泻火解毒，活血凉血明目之功。

基本方二：柴胡 30 克、炒杭芍 30 克、当归 12 克、郁金 9 克、香附 9 克、川芎 9 克、丹皮 12 克、山栀子 9 克、薄荷 9 克、云苓 9 克、党参 12 克、甘草 12 克。方中柴胡、郁金、香附疏肝解郁，活血行瘀；当归，川芎养血活血，疏通脉络，

输布精微物质上荣于目；杭芍、甘草解痉通脉；丹皮，山梔子清热凉血，活血行瘀；云苓、党参、薄荷健脾利湿，益气助阳。脾主升清，能将精微物质升运于目，清阳出上窍，目得清阳之气的温养则视物清明。各药共达疏肝解郁，活血通脉，温养明目之目的。

二、辨证论治，随证加减

眼是整体的一个组成部分，它与脏腑经络有着密切的关系，因此眼病必须根据眼部表现，结合全身症状进行辨证。对于视神经炎，根据临床经验，可以分为两个证型来治疗：即热毒内盛型，肝郁气滞型。但由于病人体质有差异，邪毒有轻重，表现各有差异，所以必须随证加减。热毒内盛型，若兼有阴津亏虚者，加五味子、生地、山萸肉，甘酸化阴，生津补液，阴津足则能除热。若兼大便燥结，口干舌燥，脉洪大之阳明热盛之症状，加芒硝、枳实、石膏以通便泻火，釜底抽薪，以助清热解毒之功。若兼热邪伤气，正气受损者，加北河参、太子参甘寒养阴，生津益气，以扶正祛邪。眼底出血甚者，加蒲黄、茜草、三七、丹参以化瘀通脉，止血解毒。肝郁气滞型，若兼有胁肋胀痛，呃呃气逆甚，肝胃不和者，加半夏、白叩、厚朴以舒肝理气，宽中和胃止呕。若兼有少腹胀痛，月经少而暗，见黑血块之血瘀明显者，加菟蔚子、元胡、红花以活血通经，祛瘀行气。若兼眼底视网膜水肿，渗出明显者，加琥珀、泽兰、坤草、车前子以活血化瘀，利水消肿、清热明目。

三、医案举例

(一) 热毒内盛

夏××，女，35岁。住院号36086。

左眼突然视力下降，视物不清4天。视力4.7。眼底视乳头充血，色暗红，略高起。视乳头周围见视网膜渗出，少量出血。烦躁不安，口渴，大便干结。舌质红、苔黄厚，脉洪大。证属热毒内盛，治以清热解毒，泻火凉血明目。处方：金银花30克、公英15克、连翘12克、地丁12克、酒军6克、芒硝6克、赤芍9克、黄芩9克、丹皮9克、玄参9克、菊花9克、羚羊粉3克、甘草9克。水煎服，日1剂。

上方服12剂，视物稍清，视力4.8，视乳头稍隆起，其周围渗出物减少，大便不干。上方去酒军、芒硝，加山栀子10克，水煎服，日1剂。经治疗29天，左眼视力4.9，视乳头色泽基本正常，渗出、出血吸收，治愈出院。

(二) 肝郁气滞

王××，女，48岁。住院号40789。

左眼视物不清，视力下降，胀痛12天。发病前曾吵架生气。视力3.4。眼底视乳头略红润，视网膜静脉稍充盈，后极部视网膜轻度水肿，眼球转动痛，胁肋胀痛，乳房胀，胸闷不舒，口苦呃气。舌质红，苔白，脉弦。证属肝郁气滞。治以疏肝解郁，活血行气。处方：柴胡12克、杭芍30克、当归15克、茯苓24克、薄荷6克、菊花12克、川芎12克、丹皮12克、黄芩9克、郁金12克、半夏9克、陈皮12克、车前子15克、甘草9克。水煎服，日1剂。

上方服12剂，视物较前清晰，视力4.3，视乳头色红润，

视网膜静脉稍充盈，全身症状减轻。上方去薄荷，半夏，加炒山栀 15 克、玄参 10 克，水煎服，日 1 剂。经治疗，病人左眼视力 4.8，视乳头色正常，后极部视网膜水肿消失，住院 28 天，治愈出院。

牙宣的辨证施治

刘挺立(1950—)，男，济南市人。1968年3月从事口腔医疗工作。1976年12月毕业于上海第二医学院口腔医学系。中华医学会会员。现任山东中医学院附属医院口腔科副主任医师。从事卫生工作近30年，所撰《济南市10012名中学生龋病调查》，是结束10年动乱后我省参加全国龋病防治会议(1978年广州)大会交流的唯一论文。随后，《济南市6133名幼托儿童和小学生龋病调查》、《济南市3519名中、小学生错殆畸形调查》、《84例总义齿修复时垂直距离的回归方程研究》、《用多项指标确定颌的垂直距离的初步研究》、《藻酸钠弹性印模材所致过敏反应》等20余篇论文，《中华口腔医学杂志》、《中国口腔医学年鉴》等刊物上发表。研制的“冰硼贴片”获得全国发明展览会银牌奖，山东省教委科研成果二等奖。

牙宣以牙周流脓，牙齿松动、牙龈萎缩等为主要临床表现。牙宣与慢性牙周炎的临床特征相符合。慢性牙周炎是牙周支持组织呈慢性进行性破坏的一种疾病。是口腔科三大常见病多发病之一。世界总发病率约占总人口的50%，多发生在中年人以上。随着年龄的增长，发病率不断升高，65岁以上者可高达80%。本病一年四季均可发生，无性别差异。

一、病机探微

牙宣（慢性牙周炎）以 1 个牙或 1 组牙或全口牙牙龈肿胀，牙周袋溢脓，牙齿松动或移位，咀嚼无力，牙龈松软，隐痛或灼痛，牙龈退缩，牙根外露，X 线摄片显示牙槽嵴骨皮质失去完整性，为病变基本点。

《景岳全书》中载：“肾衰则齿豁，精固则齿坚。”牙为肾所主，上下牙龈属阳明大肠和胃经所属。牙及牙龈都需气血濡养。如过食膏粱厚味，饮酒嗜辛，脾胃积热，循经上行，熏蒸牙龈；气血壅滞，津液受阻，湿热滞留牙龈，湿热互结龈肉腐化为脓血。或因肝肾阴虚，虚火内生，循经上越，炎于口齿、灼伤脉络，牙龈受腐，出血化脓成为本病。或因脾肾阳虚，气化失司，温运无力，水饮停聚，泛溢牙龈，阴寒凝结，阻塞经脉，气血不通，津液阻滞，浸溃口齿，龈肿齿动而成为本病。

口为肺胃之门户，且脾气通于口，心气通于舌，肾脉循咽连舌本，上牙床为胃阳明经所属，下牙床为大肠经所属，故脏腑失调都可能出现牙宣病证。

二、临床体会

牙宣多是由于肾气衰弱或脾胃积热所引起的。辨证在火热与虚证。实火者在脾胃，虚火者病在肝肾阴液不足。虚者为脾肾阳气不足。脾胃积热，要清胃凉血，用清胃散加味。阴虚火旺多用知柏地黄汤，夹有湿热者可用五苓散。脾肾阳虚者治宜温补脾肾，健骨固齿，方用四神丸合右归饮。

内服药如在 3~6 天内有效，应固守本方，待其病发生质

变后再更方。整个治疗中坚持以中药刷牙粉早晚刷牙，保持口腔卫生。

三、中药刷牙粉

（一）中药刷牙粉组方

茯苓 3 克、生石膏 3 克、龙骨 3 克、寒水石 3 克、白芷 15 克、细辛 3 克、青盐 3 克、旱莲草 3 克、煅石燕 3 克、共研细粉，过筛。前后 6~8 剂使用半年。

（二）方解

1. 石膏、寒水石：辛甘大寒入胃，可清热泄火。石膏含水硫酸钙，内服可经胃酸作用变成可溶性钙盐，吸收入血对神经肌肉有抑制作用，故可解热、镇痛、消炎。

2. 旱莲草：入肾经，补肾益阴，凉血止血，故有固齿之功。

3. 白芷：祛风止疼，清热解毒。现代医学认为，白芷有抗真菌作用。

4. 细辛：含挥发油，有麻痹止疼作用。

5. 龙骨：有收涩、生肌、敛疮之效，外用可吸湿止血，生肌敛疮。本品含碳酸钙、磷酸钙，能促进血液凝固止血。

6. 茯苓：渗湿，消肿。

7. 青盐：入肾经、入血分，有引经、凉血之功。

8. 石燕：入足少阴肾、足太阳膀胱经；咸辛，寒，可牢牙止痛。现代研究成分主要为碳酸钙，尚含少量磷酸钙及二氧化硅。

综上所述，此方有清热补肾、祛风止疼，凉血止血的功能。虽为外用刷牙之剂，经常使用，体内也可吸收一部分，对“牙宣”病有较好的疗效。

中医临床用药疗效浅论

栾延水(1941—)，男，山东济南市人。1957年从事中药专业，1964年山东中医学院业大专科毕业。现任山东中医学院附院主任药师，山东中药学会常务委员。通晓中医药理论，具有较丰富的中药工作经验。撰写论文10余篇，参编著作1部，其中《中成药使用中应注意的几个问题》、《中医院药剂科管理浅议》等5篇论文发表在国家级刊物上。

中医临床用药疗效的高低，与药物配伍、用药剂量、剂型选择、正确使用炮制药物等方面有着密切的关系。现分述如下：

一、药物配伍与疗效

药物的配伍主要包含药味组合和药量增减两个方面。药物配伍的变化，可影响全方的作用，从而对机体产生特异的整体效应。据报道，以柴胡、芍药、陈皮、防风、生姜组成的正柴胡饮，经全方、拆方及分组方观察，对小鼠流感病毒性肺炎的影响，全方有效，如在全方中减少任何1种药，即使这味药单独无作用，却能明显削弱全方效应。有人实验证明，四君子汤，除甘草外，其它单味药党参、白术、茯苓均有提高细胞吞噬功能的作用，方中2药或3药配伍，炙甘草量为1/5时，均能显示其功效，如炙甘草量增至1/3，则明显

减弱其功效。在传统方剂中，由于药味、药量的变化而影响全方作用的例子很多，如，麻黄汤与麻杏石甘汤，2方虽仅有桂枝与石膏1味药之差，但前方为辛温解表剂，后方则变为辛凉解表之用；小承气汤、厚朴3物汤、厚朴大黄汤3方均由相同药味组成，但由于药用剂量的不同，3方的作用亦不相同。中药复方配伍的研究是一个复杂而又系统的工程，逐步搞清药物配伍的机理和科学地总结出药物配伍的规律，是中医药工作者面临的一项重大课题。当前在医疗实践中亦应充分予以重视。

二、用药剂量与疗效

处方用药疗效的高低与方剂的大小、用量的多少，并不完全成正比，关键在于是否适量。因为，用药剂量还受着煎药质量和服量等多种因素的影响。古代医家在煎药用水量及煎出药液量方面多有详尽的说明，如仲景方中常有“以水一斗煮取三升”、“以水九升煮取三升”、“以水七升煮取三升或二升半”等记述；清代温病学派吴鞠通所列方剂亦是如此，方中常有“以水八杯煮取三杯”、“以水五杯煮取二杯”等记述。从以上可以看出，前人在用药剂量和煎药加水量及煎出药液量方面都是非常注意比例的。现在看来，前人的这些经验是符合科学道理的。在药物煎煮提取过程中，药材量与加水量的比例，是关系药材有效成分能否充分提出的关键。若用药剂量过大，水量则难以加足，煎煮时待药材细胞内与水中所含有效成分达到交替平衡时，药材细胞内所余的有效成分既不能再扩散到溶剂中去。这样不仅不能提高临床疗效，而且就药材来讲也是一种极大的浪费。

历代医家对中药汤剂的服法和服用量也是非常斟酌的。每用多备少服法，中病即止。就是一剂药也不尽服，其意是防止药过病所，诛伐无辜之弊。再者，正邪的消长，人体对药物的吸收、代谢，要有一个从量变到质变的过程，药物对人体的作用也是有一定限度的。尤其是一些慢性病，用药更需循序渐进。若一味的大方重剂，只能是欲速而不达。如常见的“虚不受补”现象，就是例证。因此能用小方愈病者，切莫追求大方，益害利弊不可不辨。

三、剂型选择与疗效

传统经验认为，剂型与疗效有着密切的关系。汤剂是传统剂型中最常用的一种，它具有疗效快，制剂简单等优点。但古今医药人员在其它剂型的研制和对不同剂型的使用方面，也积累总结了大量宝贵的经验。如《伤寒论》中抵当汤与抵当丸的用法，抵当汤用于伤寒蓄血重症，脉微而沉，少腹硬满急结，小便不利，身黄，发狂或如狂；抵当丸虽也用于治疗伤寒蓄血症，但症较轻，无发狂或如狂现象。虽为同方同药，但由于剂型的改变，所治则分轻重。又如，张洁古将金匱枳术汤改为枳术丸，则由消水散痞变为健脾消食之用，亦为同方同药，但由于剂型的改变却改变了方药的作用。据现代临床报道，玉屏风散作散剂使用治疗表虚自汗证疗效巩固，若作汤剂使用，用量虽大，其病则多易复发。现代研究证实，雷丸的主要成分是一种蛋白酶称雷丸素，为驱绦虫有效成分，加热则失效，作散剂使用疗效肯定。参苓白术散是由人参、白术、甘草等10味药组成的散剂，方中人参为君药，主含人参总皂甙。连珊枝等，对参苓白术散、丸、汤中人参总皂甙的

含量曾进行测定,结果表明,人参总皂甙的含量散剂中最高,丸剂次之,汤剂中最低。从以上例子不难看出,使用何种剂型,必须根据证情的轻重、缓急,证明的变化和方药的性质作用来确定。现代中药新剂型的研制为临床用药提供了更大的选择性。因此在临床实践中,不仅要重视对汤剂的研究和应用,而且还应重视对各种药物剂型的研究和应用。正确选择剂型,充分利用和发挥各种药物剂型的作用,对提高临床疗效,有着不可忽视的重要意义。

四、药物炮制与疗效

传统经验认为,并经现代研究证实,炮制具有改变药物性能的作用,许多药物生品与炮制品其功用差异很大,有的甚至作用完全不同。据文献报道,麻黄蜜制后,麻黄碱减少不多,而挥发油损失 $1/2$,故能缓和其生麻黄的发汗作用,而增强止咳平喘的功效。大黄的主要致泻成分为结合性蒽醌类。有人测定,生大黄的结合蒽醌为 0.400% 、醋大黄为 0.150% 、蒸大黄为 0.101% 、大黄炭为 0.069% 。说明大黄经不同方法炮制后,结合性蒽醌的含量降低,因此泻下作用亦随之降低,从而得到缓和泻下,增加清热祛瘀的作用。经实验证实,生何首乌蒸 50 小时以后,其中结合蒽醌衍生物的量,随炮制时间的延长而减少,同时首乌的含糖量随蒸的时间延长而增加,证明生何首乌与制何首乌的作用确实不同。以方剂为例,锁阳固精丸,用于肾虚滑精等症,方中当用煅龙骨、煅牡蛎,而镇肝熄风汤中均应为生龙骨、生牡蛎,皆因龙骨牡蛎生用重于滋阴潜阳,煅后则偏于收敛固涩之故。因此,认为正确使用炮制药物,亦是保证和提高临床疗效的一个重要方面。

略谈毒性中药制毒方法和原理

毛兆雄(1941—),男,四川省威远县人。1965年毕业于成都中医学院中药系。现任山东中医学院附属医院主任药师。

毛兆雄从事中药工作30年,对中药制剂、炮制和中药理化性质有较深的研究。近10余年在全国和省级刊物发表《浅谈中药黑膏药工艺的现代研究》、《虫类中药药理及临床应用》等论文10多篇。其中《浅谈膏贴疗法作用机理》等4篇论文曾获山东省科协优秀论文奖、第一届山东省医学论文奖和省科协科研成果奖。此外,还在省级以上学术会议上交流论文10余篇。

中药是祖国医药学的重要组成部分,而毒剧中药则是中药内“治病攻邪”的最佳良药。《尚书·说命》载:“若药弗瞑眩,厥疾弗瘳”,意欲除顽痼疾需选峻猛劲药起剧烈反应后方可见效,而可称之为峻猛劲药者,多为毒剧中药也。然选用毒剧中药,殊非豆豉、豆卷平淡可比。有其利亦有其害,若经合理炮制,正确使用,便可趋利避害;若炮制不当,使用失宜,则顾此失彼祸不旋踵。炮制与毒性关系密切,如川乌、草乌未经炮制为大毒之品,炮制后毒性降低则为有毒之品,炮制得当毒性则小,炮制不当毒性则大。历代医药学家都十分重视毒性中药的制毒工作。如《神农本草经》载:“若有毒宜

制，可相畏相杀者。”“半夏……畏雄黄、生姜、干姜。”《本草纲目》载：“芫花留数年陈久者良，同时以好醋煮数十沸，去醋，以水浸一宿，晒干用，则毒灭也。”可见不同的毒剧中药有不同的制毒方法，并且其制毒机理也不同。本文对常用的毒剧中药的炮制作用原理及方法作一浅析。

一、修治制毒

修治制毒即将药材的毒性部位直接去除。

有些中药的某部分有毒，通过修治以除去毒性部分，使该药无毒或低毒。如《本草蒙茎》中就有蕲蛇去头足的记载。现代研究也证明了其头部的毒腺中确实含有大量出血性毒和溶血性毒等毒性成分。又如斑蝥、红娘子的主要毒性成分为斑蝥素，其中一部分以镁盐形式存在于软组织中，由足的关节处分泌，因此，入药前去头足翅，以降低毒性。还有《雷公炮炙论》中记载较多，如蛤蚧去眼，蜘蛛去头足，白花蛇去头、皮，芫青、斑蝥……去翅足，以降低其毒性。

二、水制法制毒

水制法制毒即使毒物成分溶出、水解，以降低有毒成分含量。

利用某些有毒成分可溶于水或易被水解的特性而降低毒性。如半夏、天南星经长时间的浸泡、漂洗或水煮后而使毒性降低。川乌、草乌经炮制后其生物碱含量平均减少78%~82%，使其毒性大大降低。据研究，将草乌总生物碱除尽后的水溶液中仍有较大的毒性。说明乌头中除了有剧毒的乌头碱外，还有其他水溶性的有毒物质存在。因此，乌头经浸泡、

漂洗是降低毒性的另一个途径。水飞雄黄，雄黄中含剧毒成分 As_2O_3 ，经水飞研磨成极细粉末的反复操作中， As_2O_3 逐渐溶于水而去除，水飞时间、水量越多， As_2O_3 含量越低。

三、热处理制毒

热处理制毒，即以高温破坏、分解毒性成分而降低毒性。

热处理制毒方法较多，如蒸、煮、炒、炙、煨、淬等法。热处理制毒不外乎是干热法制毒和湿热法制毒两种。根据药材的毒性成分，理化性质及药材质地等情况，可选择适宜的方法，达到减毒增效的目的。按制毒原理的不同分述如下：

（一）加热破坏或分解有毒成分

有些毒性中药的成分具有不同的耐热性，高温时不稳定，可使有毒成分破坏、分解等变化。如煨干漆炭是由于漆中含大量漆酚，煨成炭后破坏了部分漆酚而减毒的。马钱子含毒性成分马钱子碱、土的宁碱等，它们既是有效成分又是有毒成分，通过炮制既要降低其有毒成分，又要保留其适度的有效成分。据报道，目前较普遍使用砂烫法，可使马钱子毒性降低又保证了临床疗效和用药安全。土的宁的熔点为 $268\sim 270^\circ\text{C}$ ，经测定带毛生马钱子的土的宁含量为 2.198%，当 300°C 砂烫 1 分 25 秒时，土的宁含量降至为 1.755%；砂烫 2 分 35 秒时，土的宁含量降至为 1.416%；砂烫 3 分时，土的宁含量更降至 0.875%。即使在同一时间下，砂烫的温度与土的宁的含量有很大关系。据实验测定，生品马钱子的土的宁含量为 1.69%，经砂烫同一时间（3 分钟）， 250°C 时，土的宁含量降至 1.51%； 260°C 时，土的宁含量降至 1.20%； 270°C 时，土的宁含量降至 1.03%。根据土的宁的最小中毒量和

《中国药典》1990年版中马钱子应用剂量的规定，笔者认为，马钱子砂烫法炮制，以控制其土的宁含量在0.8%~1.0%之间较合适。可见马钱子毒性降低程度与加热的时间和温度有关，在同一温度下加热时间越长，土的宁含量越低，或同一时间，温度越高，土的宁含量越低，毒性也越低。

（二）加热炮制，可改变有毒成分的化学结构

利用不同炮制方法，使有毒成分结构的改变，从而使有毒成分的毒性显著降低或近似无毒。如乌头所含的双酯型生物碱是剧毒成分，成人口服0.2mg就会使人中毒，服3~4mg就会使人致死。乌头碱属二元酯类，性质不稳定，在炮制过程中，经长时间的水处理及加热或蒸煮后，剧毒性双酯型生物碱C₈位上的乙酰基水解，失去一分子醋酸，得到相应的苯甲酰单酯型生物碱，其毒性较小，再进一步于C₁₄位上的苯甲酰基水解，失去一分子苯甲酸，得到亲水性氨基醇类生物碱——乌头原碱，其毒性很弱或几无毒性。另一可能是由于在炮制过程中脂肪酰基取代了C₈-OH上的乙酰基，生成酯碱之故。

（三）加热使毒性成分变性，以制其毒

主要为含蛋白质成分的毒性中药，可因高温而变性。如巴豆含毒性球蛋白18%，系原浆毒，能溶解红细胞，使局部细胞坏死。又含脂肪油53%~57%，其中的巴豆树脂为峻下成分，且有不同程度的致癌作用，口服1克油即可引起死亡。传统炮制采用去油成霜、炒制成霜后入药，去除大部分油脂，并在制霜过程中由于经受了较高的温度，使不耐热的毒性蛋白破坏变性，达到解毒目的。蓖麻子含脂肪油约50%，蛋白质约26%，另含蓖麻毒素（Ricim），为毒蛋白。《雷公炮炙

论》谓：“凡使蓖麻子，先须和皮用盐汤煮半日，去皮取子研过用。”可见临床以生蓖麻子外用，制者内服是有科学道理的。盐汤煮蓖麻子，就是用加热以破坏其蓖麻子的毒蛋白，以保证临床用药安全。苍耳子的种仁有毒，据研究从水溶液中分离出的蛋白质具有相当毒性；从扁豆中分离出的野豆血凝素；从大豆中分离的黄豆血凝素；水蛭中含多肽成分的水蛭素等毒性中药都可采用热处理方法使之变性而制毒。

（四）加热挥发、升华有毒成分，以减其毒

某些中药含有毒的挥发油，如乳香含树脂 60%~70%，树胶 29%~35%、挥发油 3%~8%，经醋或炒制后破坏部分树脂、树胶，除去部分挥发油，达到减小毒性和矫正不良气味。斑蝥主含斑蝥素 1.0%~1.2%，系有机酸类，有剧毒，对粘膜、皮肤有明显的发赤发泡作用，内服可引起胃肠炎、尿急、血尿等中毒症状。但斑蝥素加热超过其熔点（218℃）能升华逸出，故传统炮制和现代炮制皆采用米炒的方法。据报道，米炒斑蝥在 110℃时斑蝥素可部分升华除去，部分被米吸收，并使腥臭味同时散去，达到减毒矫味作用。

四、加辅料炮制

加辅料炮制即使毒性物质衍化减毒或吸附而解毒。

在炮制过程中，如果同时对有毒中药配加辅料，使辅料中的某些成分与有毒物质作用后，可结合衍变成一种无毒而又不影响疗效的物质，使毒性减低，或通过某些辅料的特殊作用而达到解毒目的。如大戟含有的三萜类化合物及大戟甙等，用醋制后即可与乙酸作用生成衍生物，使之大戟无明显刺激性及毒性。又如加用甘草为辅料炮制某些药物，如天南

星、半夏、白附子等药，辅料甘草不仅有其解毒作用，而且还有其吸附作用：①甘草酸自身有类似活性炭作用，能吸附毒物。②甘草酸的水解产物葡萄糖醛酸能与分子中含羟基或羰基的物质结合，生成难于被人体吸收的结合型葡萄糖醛酸而达到解毒目的。③甘草能加强肝脏机能而达到解毒。半夏的毒性成分难溶于水，不能用蒸、漂或姜破坏，但可被矾浸解除毒性，其机理是白矾在水中离解成 Al^{3+} ， Al^{3+} 又水解成凝胶状的 $\text{Al}(\text{OH})_3$ ，其本身带电荷，且有一定的吸附作用，可与有毒成分结合或吸附毒质而减毒。也有认为半夏刺激性成分为原儿茶醛，该化合物可与许多盐类形成络合物降低半夏的毒性。藤黄的主要成分为藤黄素、藤黄酸等，有较强的毒性，可经豆腐、山羊血制后供内服，豆腐、山羊血系多孔凝固蛋白，可以吸附多量毒素，从而达到解毒目的。

中药汤剂煎煮的方法与质量

于维萍（1949— ），女，山东荣成市人。副主任药师。1974年1月毕业于山东医科大学药学系。在省以上刊物发表学术论文12篇，在学术会议交流14篇。科研成果：参加科研获省科协优秀成果二等奖1项；三等奖1项、省卫生厅二等奖1项、山东中医学院二、三等奖各1项；通过部级鉴定1项。参编著作3本，担任编委2本、担任副主编1本（获省教育厅三等奖）。

以水煎煮中药材所制成的汤剂，是一种液体制剂，相传是商代伊尹所创。但汤剂的具体制备方法，则详见于后世《内经》、《伤寒论》与《金匱要略》中。汤剂是我国药物中最普遍、最古老的剂型之一，它在治疗疾病过程中起着很重要的作用，一直沿用到现在。汤剂在我国医药中占有重要的位置，历代医药学家都非常重视汤剂的煎煮方法与质量。煎煮汤剂是一项细致而技术性很强的工作，汤剂质量的好坏对药物的疗效影响很大，即使是良医妙药，如果制备不当，也不会收到预期的治疗效果。要保证汤剂的质量，必须从几个方面注意：

一、煎药器具

直火加热是传统的煎煮方法，适合于个别煎煮。煎药器

具宜用砂锅、瓦罐或搪瓷器皿，忌用铁器、铜器。因为植物性药材多为酸性或碱性，常含有鞣质、有机酸、酚羟基化合物等成分可与之反应，如诃子、地榆、苏木中的鞣质可与铁反应生成不溶于水的鞣酸铁，使药汁变成黑绿色或黄绿色，且有腥气和涩味，服之令人作呕。其次黄酮类也可与铁产生难溶的络合物。某些药物尚可与铜产生碱式碳酸铜等。总之，这些反应均可导致有效成分的改变，妨碍吸收，或影响药物有效成分的煎出而损疗效。

医院较大数量的制作汤剂，以不锈钢夹层蒸汽锅进行煎煮为好，既能缩短煎煮时间，也能较好地控制煎煮程度。据毛兆雄等介绍煎药罐用不锈钢制作，成排交错地装一蒸汽导管两侧，加热蒸汽以压力表、控制开关及排气阀适当地控制使用。蒸汽煎煮法与传统的直火加热煎煮法对于汤剂的质量有否影响，我们曾以大量的实验进行了验证。实验选用了动物药材和植物药材，植物药材选用时注意到了它的广泛性。选择的饮片包括根、茎、叶、花、果实等，对药物有效成分煎煮方法的探索，具有一定的代表性。实验从七个方面进行：①水总煎出物的比重测定。②水总煎出物的干膏重量测定。③单项中药煎剂主要成分的测定。④单项和复方中药汤剂的抑菌实验。⑤单项中药水煎剂的折光率及 pH 值的测定。⑥单项中药水煎剂的比色测定。⑦单项中药煎剂的药理实验。实验结果说明，两种煎药方法对汤剂的质量没有差异，都是行之有效的。

二、煎煮前

中药煎煮前，药材加冷水浸泡，城市用自来水，农村用

洁净的河水或井水。忌用热水煎药，因为许多中药细胞内所含的蛋白质，在未膨胀状态下，用沸水浸泡，使其骤然受热而凝固，细胞壁硬化，外层形成紧密的包膜，阻碍有效成分的溶出。含淀粉成分的中药遇热糊化，影响有效成分的煎出，如山药、茯苓等。

加水量应根据药材的体积、吸水程度和煎煮时间而定，一般以水浸过药面 2~3cm 为宜。浸泡时间，花、茎、叶类药材宜浸 20~30 分钟；根、根茎、种子、果实宜浸 60 分钟；一般中药复方以 60 分钟为准，夏日可酌减，切不宜过夜，以免变质。

三、煎煮

煎煮时，火不宜过猛。一般药物武火煮沸后文火慢煎，不时翻动，使药材受热均匀。沸后 20~30 分钟，倾出药液，为第 1 遍煎液。汤剂 2 煎时间略缩短，加水量以浸没药材为度。煮沸 20 分钟后，倒出药液去渣，合并两次煎液，成人为 300~400ml，儿童服用保持 100~150ml。

由于各种中药具有不同特性，所含化学成分多而复杂，所以煎煮时还应注意根据药物的不同情况而给予不同处理。

（一）煮沸

煮沸是制备汤剂的基本要求，而温度达到 100℃ 是煮沸的标准。为什么有的药液在 50℃ 左右就开始翻扬鼎沸了，出现那种人们常识里的“煮沸”现象呢？这是因为某些药物中所含化学成分在低温条件下就能产生大量泡沫，如皂甙等化学成分。汤剂中如配有紫苑、款冬、远志、沙参、牛膝、甘草、桔梗等药物，在煎煮过程中就会出现此种情况。所以判

断药物是否煮沸，应以温度为准。

（二）煎煮时间

滋补药加水量宜多，煎煮时间宜长，先用武火煮沸后，改用文火慢煎约 40~60 分钟；解表药、清热药和芳香类药物，不宜久煎，宜用武火煎煮，沸后 15~20 分钟即可，煎煮时间过长，有效成分挥发，降低药效。

（三）先煎

对一些矿物药、动物贝壳或质地坚硬的药物，如生石膏、生牡蛎、龙骨、磁石等，应打碎后先煎煮 10~15 分钟，再放其他药物。对于含毒性成分的药物，如乌头、附子等，久煎可消除毒性，还可增强疗效，须先煎 1~2 小时后再下群药，因乌头所含主要化学成分——乌头碱毒性很大，但在稀酸和沸水中很易水解为乌头次碱，进一步分解为乌头原碱。乌头次碱的毒性作用强度为乌头碱的 $1/50$ ；乌头原碱的毒性作用强度为乌头碱的 $1/200 \sim 1/400$ 。乌头碱本身并无强心作用，对心脏毒性作用极强。而水解产物——乌头原碱才具强心作用。生附子久煎对离体动物心脏均有强心作用，煮沸后毒性大为降低，煮沸时间愈久，毒性愈小，而强心作用仍基本保持。

（四）后下

芳香解表药及花类药，不宜煎煮时间过久。如薄荷、香薷、木香等。应在一般药物煎煮约 15 分钟左右再下，同煎 5 分钟即可，否则挥发性成分逸散。有些药物煎煮时间过长，有效成分被破坏，降低疗效。如钩藤能扩张周围血管，使麻醉动物血压下降，煮沸超过 20 分钟，其降压有效成分受到破坏，故入煎时宜后下。又如大黄，因其有效成分蒽醌甙煎煮久了，

甙会发生水解而失去糖的部分，成为游离的蒽醌类，泻下作用减弱或消失，所以应在其他药物煎煮约 15 分钟后再下，煎两三沸即可。

（五）包煎

含有粘性成分或粉末性药物，如青黛、蒲黄等，加热后易与水混合成糊状，易煎糊，且影响其他药材有效成分的煎出，所以应包煎。还有一些带绒毛的药物，如旋复花等，为了避免对咽喉和消化道的刺激，都须用布袋将药装好扎紧口，放在锅内与其他药物一起煎。另有小籽仁类药物如车前子、葶苈子等，因煎煮时易沉底糊化，所以也要包煎。

对某些单味药的包煎有人提出了异议：在煎煮过程中，如在同样条件下，浓度梯度值（ dc/dx ）在浸出时保持愈大，浸出才能很好进行。但在包煎中，由于药物被包裹形成抱团，降低了浓度梯度和增加了药物的粘度，从而对有效成分的浸出造成了双重的影响。从实验结果表明，车前子不包煎对其他药物的成分溶出有利。至于其中相互作用的机理有待进一步研究。另有实验证明，葶苈子、菟丝子包煎与否均可降低其他药物成分的煎出，但不包煎降低较大，究其原因，可能是葶苈子、菟丝子的粘液质及其它成分，有碍于其他药物成分的溶出。由此可见，对于单味药的包煎与否应予以探讨。

（六）冲服

有些比较贵重而用量较少或不易煎出有效成分的药物，如三七、珍珠、牛黄、羚羊角、朱砂等，应研细粉随汤剂冲服。有些药物煎煮会破坏其有效成分，如雷丸对热不稳定，煎煮会失去驱虫效果，因所含蛋白分解酶（雷丸素），加热至 60°C ，只要 30 分钟，有效成分便大部分丧失，加热至 60 分

钟，全部失效。故须研粉冲服。

（七）另煎

某些贵重药品，如人参、鹿茸等，为了更好地煎出有效成分，避免损耗，须单独切成薄片，加水适量，煎煮 2 小时左右，滤出药汁，将药渣再入其他合煎的药中煎煮，最后将药汁兑合服用。这样既能充分发挥疗效，又避免浪费。

（八）烊化

胶类药物、无机盐类药物，煎煮后易沉淀糊化，难过滤，且附着他药，影响有效成分溶解，因而不宜与其他药物同煎，应在其他药物煎至预定服用量时，将烊化之药置于去渣的药汁中，微火煎煮，同时不断搅拌，使之溶解即可。如阿胶、鹿角胶、芒硝等。

（九）泡服

某些单味药用量较少，不须煎煮，可将药物放入带盖的杯内冲入开水，加盖闷 10~15 分钟左右，滤取药汁服用。如胖大海、番泻叶等。滕茜华的实验结果表明，番泻叶以沸水浸泡 25 分钟，其番泻甙浸出率最高。

四、不断提高汤剂质量

中药汤剂已有几千年的历史，是中医治疗疾病的根本。适用现代化技术和手段对中药汤剂的煎煮方法进行研究和探索，不断提高汤剂质量，这对于继承和发扬祖国医药学是一件非常重要的事情。

近年来，对于汤剂的研究有许多报导，国内研究大多是从温度、时间、压力、煎煮次数、药材是否浸泡、饮片大小等方面进行探讨。比如，中药有效成分的煎出量与加水量多

少有何关系。马建平曾作过这样的实验，将 1 日量小柴胡汤分别加水 1000ml、500ml、250ml，用同样的温度和时间煎煮，然后用板层展开，用紫外光谱测定黄芩甙、柴胡皂甙 A、B、C、D，结果加水量多的有效成分煎出的量多。如黄芩甙分别为 148mg/g（加水量 1000ml）、132.7mg/g（加水量 500ml）和 77.5mg/g（加水量 250ml）。柴胡皂甙总和为：4.36mg/g（加水量 1000ml）、3.16mg/g（加水 500ml）和 1.98mg/g（加水 250ml）。

据崔相烈等研究，煎煮时温度对汤剂质量亦有影响，麻黄 0.5g 加水 400ml，置 200W、100V 电炉上煎成汤剂，测定麻黄碱溶出量，水开始沸腾 18 分钟溶出率为 70%，25 分钟后为 90%。当实验改用 180W 的电炉加热时，结果沸腾 30 分钟溶出量为 88%，延迟了麻黄碱的溶出。

据严永清报导，近年来，日本则以研究汤剂的制备方法为手段，探索其对化学成分及药理作用的影响。例如对桃仁承气汤（桃仁、大黄、桂枝、甘草、芒硝组成）制备方法的研究，用两种煎法和两种热浸振摇法制备汤液，四种方法所得汤液用薄层层析法观察，未发现成分上有很大区别，但在以抗炎作用为指标的药理实验中却发现有不同。用沸水振摇 15 分钟所取滤液作用最强，用《伤寒论》煎法的抗炎作用最弱。

从国内外大量实验资料来看，影响汤剂质量的因素很多。余国瑗指出，因汤剂多为复方配伍，在煎煮过程中，化学成分之间常产生理化反应。不少实验研究证明，不同药味配伍对某一化学成分的溶解度有影响，复方合煎液与单煎混合液所含的化学成分常有差异，药效亦不完全相同。由此可见，对

于如何保证和提高中药汤剂的质量方面的研究势在必行，也是继承和发扬祖国医药学的需要。“七五”期间，国家中医管理局已列题组织研究，广大的医药工作者都应为此而作出努力。

浅谈合理用药

解希田 (1949—), 女, 山东东平县人。副主任药师。1976 年山东医科大学药学系毕业。1987 年任主管药师, 1994 年任副主任药师。现从事中成药、西药调剂管理工作。

随着科学的发展, 各学科的相互渗透, 目前医院药学工作已经发展到了一个新阶段。临床药学应运而生, 形成了一门迅速前进的新兴学科, 已被越来越多的人所重视。但在日常工作中发现仍有一些不合理用药的现象, 现浅谈自己的一些认识, 以供探讨。

药物在防治疾病中虽然占有重要地位, 但是药物存在着两重性: 一方面可以产生治疗作用, 有利于疾病的痊愈; 药物能改变生理功能, 引起兴奋或抑制, 可用于纠正疾病所引起的生理功能紊乱。例如: 解热止痛药可用于降低发热者的体温; 呼吸兴奋剂可用于治疗呼吸抑制。而另一方面, 药物倘若使用不当也能产生对机体的不利反应。例如: 肾上腺素用于支气管哮喘时, 除能缓解哮喘外, 还能引起精神紧张, 心悸等症状。有的药物可以引起严重的功能紊乱或组织病理变化。常用药剂量过大或用药时间过久而产生毒性或副作用。例如: 过量的洋地黄会引起心律紊乱。因此, 控制药物的剂量和给药时间是减少这类反应的重要措施。

有些药物更应了解其性能及适应症。例如: 甲氰咪胍是

一种组织胺 H_2 受体的拮抗剂，具有强烈的抑制胃酸分泌作用，一般适用于治疗高胃酸所致的胃疾患。对十二指肠球部溃疡，急性胃粘膜病变，上消化道出血，返流性食道炎等疗效较好。而对一般慢性胃炎、溃疡病等其疗效并不比其他常用治疗胃病的药物好，并且对骨髓造血系统有损害作用。

临床上为了尽快控制感染，有时将两种或两种以上的抗生素联合使用，有时带来好的效果，但也有时起到对治疗不利的后果。例如：氨基糖甙类抗生素中的庆大霉素和卡那霉素合用治疗尿路感染，我认为是不妥当的。原因是氨基糖甙类抗生素作用原理相同，同时应用可使耳蜗神经及肾脏毒性相同，特别对前庭神经影响较大，可引起听觉及前庭机能障碍，有造成永久性耳聋的可能。红霉素与洁霉素的联合应用治疗因青霉素过敏患者，我认为此配伍不但起不到治疗相加的作用，反而影响洁霉素的吸入抗菌作用，并能增加其胃肠道的副反应。原因是洁霉素与红霉素作用机理相同，主要抑制细菌细胞的肽链延长和蛋白质的合成。Pr 的合成场所为核糖体，红霉素与洁霉素作用 P 位都影响核糖体的合成，并且由于红霉素与核糖体上的结合大于洁霉素，所以取而代之影响其抗菌作用。

作为医务工作人员，面临药物品种日益增多，不断更新的情况下，临床对药物的不良反应，尤宜多加重视。作为我们药物工作者来讲，合理使用药物，指导临床用药，把好药品质量关，使药物更好地用于人类，为人类解除疾患，是我们的任务。

有毒中药与临床疗效的关系

纪金凤 (1951—), 女, 山东禹城市人。毕业于山东医科大学药学系。任副主任药师。在省级以上刊物发表文章 7 篇, 学术会交流论文 8 篇, 获厅级优秀论文奖 1 篇。

有毒中药系指一定毒性及毒性成分, 副作用大, 应用不当容易产生中毒症状, 甚至危及生命的一类药物。它既有毒副作用一面, 也有防治疾病的一面。为使有毒中药安全、有效地用于临床, 本文着重从以下几个方面进行探讨:

一、剂量与疗效的关系

中药剂量大小, 导致其相反的作用, 早在《黄帝内经、素问、阴阳应象大论》中就有论述: “重阴必阳, 重阳必阴”, “寒极生热, 热极生寒。”有毒中药安全性小, 有效量与中毒量很接近。早在《神农本草经》中也有论述: “若用毒药疗病, 先起如黍粟, 病去即止。不去, 倍之; 不去, 十之, 取去为度。”这为我们指出了服用有毒中药的一个基本原则, 即谨慎把握用药剂量; 以防引起药物中毒。如马钱子中所含的番木鳖碱, 即是有效成分, 也是有毒成分。治疗量的马钱子能兴奋中枢神经系统, 提高骨骼肌的张力, 改善肌无力状态, 故临床上常用于治疗肢体瘫痪, 如麻痹后遗症, 重症肌无力等。而大剂量的马钱子可引起脊髓反射性兴奋亢进, 出现强直性

痉挛，甚致角弓反张，最终因呼吸中枢麻痹而窒息死亡。毒性成分为氰甙类的中药有：白果、苦杏仁、桃仁、郁李仁、枇杷仁、火麻仁等。此类中药均含有氰甙，其中氢氰酸有剧毒，少量的有显著治疗作用，而大量的氢氰酸对延续脊髓生命中枢有先兴奋后麻痹作用，且抑制体内酶的活性，阻碍新陈代谢，引起组织窒息而中毒，甚至引起死亡。

二、配伍与疗效的关系

同样一味有毒中药，由于配伍不同，则呈现完全相反的药效作用。如附子配大剂量的生地则加强滋阴力量；配干姜则倍加助阳之功效。张仲景在运用附子时，大都注意与甘草、生姜、干姜配伍，他在《伤寒杂病论》中有 8 个方剂用生附子，而每个必配干姜。干姜、甘草均可影响附子生物碱而大大降低其毒性。附子配干姜、甘草，不仅毒性下降，且强心升压作用增强。此外，张仲景还常用赤石脂、黄芩、与乌头、附子相配伍。如乌头赤石脂丸，乌头、附子与赤石脂同用以解毒；附子泻心汤、黄土汤中黄芩、附子相伍，使寒热互制，清湿并施。据研究，黄芩所含的黄芩甲素及其水解产物葡萄糖醛酸，能与含有羟基或羧基的毒物结合而呈现解毒作用。对于病情较为复杂的顽痼疾病，单独运用毒剧类药物较为局限，而在辨证立法的基础上配之以其他药物，一则对有毒中药能产生增效抑毒之效，更有利于其他药力的发挥；二则能全面兼顾，并多向调节，协同发挥良好的综合治疗效应。如大活络丹用草乌、天南星、白花蛇草、细辛等味中药配伍，对中风偏瘫、顽痹等顽症有较佳疗效。

三、炮制与疗效的关系

有毒中药炮制，是消除或降低药物的副作用或改变、缓和药性。应用有毒性的药物，必须经过炮制，减少部分毒性，如乌头类药物（川乌、草乌、附子、关白附子），其性烈有大毒，中医列为温里药，有回阳，散寒，温中的功能，临床用来治疗厥逆之脉微欲绝等症，但应用时必须经过炮制方能入药。其主要有毒成分是双酯型乌头碱，在炮制过程中可使其水解或溶出，多用水制、火制、水火共制法降低其毒性。马钱子辛、温、有毒，临床用来治疗风毒窜入经络及热毒形成肿痛痞块。马钱子有毒是与所含的番木鳖碱的量有关。炮制后，其所含有毒番木鳖碱的含量减少。因本品毒性剧烈，多作外用。因此，作为临床医药工作者，欲用好毒剧类药，要重视药物炮制，研究传统的炮制方法，而且还要进一步探索新的炮制工艺。

四、剂型与疗效的关系

中药有丸、散、膏、汤等多种剂型，根据药物的药性、毒性特点选择适宜的剂型。如乌头类药物含有毒成分双酯类生物碱，加热煎煮变成低毒的乌头次碱或无毒的乌头原碱，而仍然具有祛风湿，镇痛作用，其强心成分也不受加热的影响，所以入汤剂较入丸散毒性小且有效。雄黄的主要成分为硫化砷，一经加热容易分解成有毒的 As_2O_3 （砒霜的主要成分），故内服宜入丸剂。如生半夏等宜入汤剂并久煎，虫类药、巴豆、马钱子等宜作散、丸剂及胶囊剂、甘遂作泻下用时宜生用作散剂或胶囊剂等。总之，中药中所含成分非常复杂，了解药

物的化学成分及药理作用，对药物剂型的选择具有重要的意义。应当充分利用现代科学手段，创制高效低毒的新剂型。

大黄炮制与其临床作用的关系

薛凤荣(1948—),女,山东省济宁市人。1974年毕业于山东医学院,同年分配到山东中医学院附属医院工作至今。现任山东中医学院附院副主任药师。近几年来,在国家级学术杂志上发表论文4篇,在省级学术杂志上发表论文3篇,在国家级学术会议上发表论文1篇,在省级学术会议上发表论文5篇。翻译外文科技新书一部,还翻译了一定数量的外文资料。两次随团出访俄罗斯及独联体,做随团翻译。研制新药一种,已用于临床。

大黄为蓼科多年生草本植物掌叶大黄、唐古特大黄、药用大黄的根及根茎。大黄性寒,味苦,具有攻积导滞、泻火凉血、活血化瘀、利胆退黄等功效。现代药物分析证明:大黄所含的主要有效成分是游离型和结合型的蒽醌衍生物。结合型的蒽甙和双蒽酮甙,是泻下的有效成分,双蒽酮甙是致泻的主要成分。大黄还含有鞣质,鞣质有收敛作用。

大黄的炮制及原理是根据一般中药炮制的理论进行的。中药的性味、功能、作用趋向,受炮制方法、炮制程度、炮制添加剂的制约和影响。实践证明:炮制加工能够改变药物的性味功能。现代医学还证明:中药的炮制方法,炮制中添加的辅料等,都是根据药物的四气、五味、作用趋向,决定了临床用途和疗效。大黄酒制、醋制、炒炭等方法约有6~7

个品种。如大黄放入 200℃ 的锅内炒半小时，出锅后用凉水喷淋而成大黄炭。

大黄经过炮制加工，改善了药性，降低了毒性，在临床的不同病症中发挥了最大的治疗作用。有关生大黄与其炮制品混悬液泻下 ED_{50} 值比较中发现：各中炮制品的泻下 ED_{50} 值均较生品有不同程度的增加，相对效力却依次递减，如大黄炭在 12g/kg 的剂量下仍未见有泻下出现，详见下表。

大黄生品及炮制品混悬液泻下 ED_{50} 值比较

组别	$ED_{50} \pm SE$ (g/kg)	相对效力 (%)
生大黄	0.18 ± 0.02	100
醋炒大黄	0.25 ± 0.02	72
酒炒大黄	0.26 ± 0.03	69
酒炖大黄	3.42 ± 0.68	5.3
醋煮大黄	7.26 ± 0.30	2.5
大黄炭	712.00	<1.5

研究发现：大黄生品与炮制品都有抑菌作用，但作用各有特点。酒制大黄保持了与生品相近的抑菌作用，但对绿脓杆菌及伤寒杆菌的抑制活性优于生品；醋制大黄及大黄炭对某些菌种的抑制活动明显减弱，但对绿脓杆菌及金黄色葡萄球菌仍保持了较好地抑菌作用。

实践中还发现：炮制对大黄的解热作用有影响：酒制大黄和醋制大黄、大黄炭的煎液与生品煎液一样，在 10g/kg 剂量下，均具有明显降低大白鼠体温的作用，并保持 3 小时以上，但，大黄炭、酒炖大黄给药后第 3 小时作用强度较生品减弱，其余制品 1~3 小时均保持与生品相近的作用强度。从

上可以看出：炮制对大黄在临床实践中所产生的疗效是不同的。祖国医学认为：生大黄气味重泻，走而不守，直达下焦，泻下作用峻烈，易伤胃气，故临床上用于肠胃实热便秘，腹痛拒按等症。在峻泻热结的“大承气汤”、行气逐水的“舟车丸”、泻火解毒的“泻心汤”中都用生大黄。酒有升提作用，结合型的蒽醌衍生物溶于酒，在加热过程中挥发，衍生物减少，泻下作用缓和，同时缓解了大黄的寒凉之性。从而说明：酒制大黄可清上焦之热邪。临床上用酒制大黄治疗眼疾、上呼吸道感染等症。酒制大黄还用于理血剂，在活血祛瘀的复元汤和血汤中则用酒制大黄。醋制大黄主用于消和剂，在“化瘀回生丹”等方剂中则用醋制大黄。大黄在炒炭中，经过高温，蒽醌衍生物少于80%左右而成为炭素。炭素有吸附作用，泻下作用缓和，收敛和止血作用相对增强。在凉血止血的“犀角地黄丸”、收敛止血的“十炭散”等方剂中则用大黄炭。

炮制对大黄在临床应用所产生的不同疗效，说明了对大黄炮制研究的重要性，因此，应对大黄炮制作不同程度的改进，注重对大黄炮制的进一步探讨。

儿童血清铁蛋白含量分析

刘文杰(1952—),女,山东省招远县人。1973年毕业于莱阳医专检验专业、学历大学。现任山东中医学院附属医院检验科副主任技师。

20多年来一直从事检验科临床及科研的化验工作,配合临床及兄弟单位完成了多项科研项目,先后在省级刊物上发表了:《唾液尿素氮测定在氮质血症中的应用》、《肾病尿 γ -GT测定的临床意义》、《质控血清测定血糖的保存方法探讨》、《278例儿童血清铁蛋白含量分析》、《津血同源肾为唾》、《尿毒症病人唾液钾、钠测定》、《肾病尿蛋白电泳分型》、《肝病肝功能检查项目的变化》等8篇论文。参加了《现代新药与检查》一书的编写。

铁是人体必需的金属,对于整个人体及全身细胞都很重要,是血红蛋白的重要成分之一。铁在人体的分布有四种形式①血红蛋白铁。②储存铁(可利用铁)。以铁蛋白和含铁血黄素二种形式存在于肝脾和骨髓,必要时可供合成血红蛋白。③组织铁(不可利用铁)。存在于肌红蛋白参与细胞代谢,这些铁不能用于血红蛋白合成。④血浆铁。与血浆蛋白结合成运铁蛋白。血浆铁由于量微,测定时极易受自然界铁质污染等原因,不易被一般实验室接受,再者不能全面反映机体铁含量。而铁蛋白作为贮存铁的主要形式其中铁含量高达

23%，测定血清铁蛋白能较早的鉴别缺铁性贫血，结果准确，便于计算和比较。我们采用放射免疫法测定，按上海化学试剂所提供的放免药盒进行操作。成年人血清铁蛋白正常值已有报导，儿童血清铁蛋白含量正常参考值尚未见到。为了解济南地区儿童机体铁储量，我们对 278 例 5~8 岁儿童进行了血清铁蛋白测定。测定对象无慢性病史，血红蛋白含量 105g/L 以上，体检正常，其中男 161 例，女 117 例。测定结果见表 1。

表 1 5~8 岁儿童血清铁蛋白含量

年龄组	例数	血清铁蛋白含量 ($\mu\text{g/L}$) ($\bar{X} \pm 2\text{SD}$)
5 岁	59	57.6 ± 46.80
6 岁	65	65.6 ± 53.20
7 岁	72	77.38 ± 62.90
8 岁	82	91.46 ± 71.35

表 1 中 4 个年龄组血清铁蛋白含量 $\bar{X}73.02 \pm 58.56\mu\text{g/L}$ 比正常成人低（成年人：男 $\bar{X}150 \pm 125\mu\text{g/L}$ ，女 $100 \pm 50\mu\text{g/L}$ ），而且年龄小的儿童低的更为明显。我们对各年龄组之间及男女性别之间的结果均作了统计学处理，结果见表 2。

表 2 各年龄组之间及性别之间的比较

年龄组 (岁)	5 与 6	6 与 7	7 与 8	5 与 7	5 与 8	6 与 8	男与女
P 值	>0.05	>0.05	>0.05	<0.05	<0.01	<0.05	>0.05

从表 2 可以看出，各年龄组之间相差 1 岁的两组比较，结果差别无显著意义 ($P>0.05$)，相差 2 岁的两组比较，结果差别有显著意义 ($P<0.05$)，相差 3 岁的两组差别有极显著意义 ($P<0.01$)；同龄男女之间测定结果比较，差别无显著

意义。

早有作者报导，牛乳或米、面等一些食物铁含量较少，蛋黄、牛肉、肝、肾、大豆、扁豆、绿叶菜、海带、苹果等含铁量较多。儿童血清铁蛋白较成年人低，儿童往往偏食，且生长发育快，消化吸收功能相对差，且对铁的需求量大，而铁的供给不足，造成铁储量减少。

缺铁对人类健康的影响问题，已经得到证实和重视。某些实践证明，机体缺铁时可引起体内许多含铁的酶类缺乏，心肌纤维和肝细胞内线粒体肿胀等一系列影响。

现代铁代谢研究阐明，缺铁性贫血在病程中可为三个阶段：第Ⅰ期为缺铁潜伏前期。这一期除储存铁减少或缺乏外，无贫血存在，血清铁也不降低。第Ⅱ期为缺铁潜伏期。这一期除储存铁缺乏外、血清铁也降低，但仍无贫血。第Ⅲ期为缺铁性贫血期。这一期除具有第Ⅱ期特点外，血红蛋白浓度也降至正常以下，出现小细胞低色素性贫血。

综上所述，济南地区儿童血清铁蛋白含量低，表明有相当一部分儿童机体内已处在缺铁的潜伏期，尽管测血红蛋白时尚属正常范围，仍然应引起临床足够重视。

中药理疗治疗颈椎病初探

刁维珍（1951— ），女，山东乳山市人。副主任医师，现任康复医学科副主任。1973年毕业于莱阳医专医疗专业（大学学历），分配在山东中医学院附属医院推拿科工作。20年多来，参编著作4部，在省级刊物发表论文5篇；省以上学术交流会论文11篇；参加科研3项（主要是临床部分），其中一项获国际博览会金奖，其他2项均投入批量生产，并获得满意的社会效益和经济效益。

颈椎病是中老年人的常见病多发病。十几年来，我们采用10%的乌头酊直流电离子导入疗法治疗颈椎病，获得了满意的效果。

一、病因病机

现代医学认为，随着年龄的增大，颈椎病是骨质的一种退行性改变。而祖国医学则认为，颈椎病属于“痹证”的范畴，其病因古人早有论述。如《素问·痹论》曰：“风、寒、湿三气杂至，合而为痹。”明，王肯堂《证治准绳》中提到痹证之因，“有风、有湿、有寒、有热，有挫闪，有瘀血，有滞气、有痰积，皆标也；肾虚，其本也。”笔者经过多年的临床实践认为，颈椎病的病因病机主要是素体肾虚，不能生髓充骨，加之风、寒、湿邪乘虚袭入，壅塞经络，气血凝滞而为

痹。日久则“血停为瘀，湿凝为痰”，痰瘀交结，合以外邪入骨髓而成顽证。常因劳伤、损伤而诱发。

二、治疗方法

用 10% 的乌头酊渗透过滤液 5~10ml 均匀洒在阳极衬垫上，置于病人颈部，阴极放在一侧肩胛，接通直流电，电流强度以病人有轻度麻刺感为宜，一般每平方厘米用 0.05~0.1mA。15~20 分钟后结束治疗。每日 1 次。一般 24~30 次为 1 疗程。

三、用药依据

10% 的乌头酊其组成为生川乌、生草乌、60% 的酒精、稀盐酸，而其主要药用成份为生川乌、生草乌。

生川乌：“此物得春升之气，其性轻疏，入脾、命门二经。”“功用祛风，助阳，退阴，行经，散风邪，除寒湿，温养脏腑，补命门不足。”“为助阳退阴之品，功同附子根而稍缓。”（《中国医学大辞典》）

生草乌：“此物禀性锋锐，直抵病所，以毒攻毒，胜于川乌。入脾经，为搜风胜湿祛痰攻毒之品。”（《中国医学大辞典》）

川乌温经定痛作用甚强，适用于风寒湿痹。草乌治疗痹痛之功较川乌为著，重证可以同时并用。（朱良春）

颈椎病的病机多为素体肾虚，风寒湿邪入侵，痹着日久必伤阳气，故以生川乌、生草乌合用祛风除寒湿，温经助阳，补命门不足。

四、体会

1. 本法治疗颈椎病，疗效好，见效快，病人无痛苦易被接受。特别是颈项部疼痛不适感消失较早，一般在治疗 1~5 次以后见效。但对上肢麻木痠胀等神经根刺激症状相对恢复较慢，一般治疗 3~5 周症状体征基本消失。有个别病人治疗 3 次临床症状即消失。对脊髓型颈椎病我们不单纯用理疗，同时配合其他方法。经过随访发现，发病时间较短，病情较轻的病人，一般未见复发，而发病时间较长，病情较重的病人，间隔一段时间偶有复发。

2. 长期临床观察证明，本法远期疗效较好。有的病人经治疗 1 疗程后症状没有完全消失，但终止治疗后，有自愈的倾向。1 月后如症状没有消失，可继续下 1 疗程。

3. 大多数病人经治疗后尽管临床症状完全消失或减轻，但拍片复查，颈椎的增生程度及椎间隙的变窄并无明显变化，而且有的病人增生程度较前更甚。脑血流图检查，治疗前后无明显差异。这说明临床上所见的病人颈痛、麻木、头晕、头痛、耳鸣、目眩、失眠、烦躁等症状与增生本身并无关系，而这些症状的主要原因可能是增生的骨赘刺激局部的神经、血管、及周围韧带等软组织，从而引起局部无菌性炎症：渗出、水肿、粘连所致。

4. 10% 的乌头酊液中用 60% 的酒精，酒精本身是一种外用消毒剂，又可扩张毛细血管，促进局部血运，加快药物吸收。当 10% 的乌头酊通过直流电透入皮肤后，局部先是血管收缩，皮肤苍白，几分钟后血管扩张，皮肤潮红，局部麻木，烧灼感。这不仅是川、草乌的作用，酒精也起到协同作用。另

外，直流电本身也有消炎止痛，舒筋活血通络作用，而且可以调节神经，改善肌体组织的血液循环，促进组织的营养代谢。其中，稀盐酸的主要作用是酸碱中和，增强有效成份的溶解和提取。稀盐酸还可减轻川、草乌的毒性。

5. 经过多年的临床观察证明，颈椎病不仅是 40 岁以上的中老年人易患，青少年患病也屡见不鲜，这说明骨质增生不是单纯的因年龄增大而引起的退行性改变，经常劳损，外伤造成局部骨质、肌肉、韧带等软组织缺血，循环障碍而造成无菌性炎症、水肿、粘连也是重要原因之一。我们曾在临床遇到一位 16 岁的学生患颈椎病，追其病史，几年前颈部曾有外伤史。由此可见，颈椎病要从儿童开始预防，避免头颈部外伤及受凉，加强颈部肌肉锻炼，不要长时间低头工作；枕头的高低硬度要适中；注意劳逸结合，以减少颈椎病的发生。

6. 在治疗各种类型的颈椎病过程中，一般病人局部皮肤经治疗一段时间后出现粗糙、痒感，这是正常的一种反应。但个别病人在治疗颈椎病时出现嗜睡现象，停治疗后症状消失。这可能与直流电通过人体大脑皮层以及中枢神经系统以后，使中枢神经系统处于较强的抑制状态，因而出现此种现象。

浅谈辨证施护的程序

辛守璞(1940—),女,山东青岛市人。现任山东中医学院附院主任护师。1959年毕业于济南护士学校,同年来山东省中医院工作。任山东中医、中西医结合护理专业委员会主任委员、山东中医药学会护理专业委员会主任委员。撰写论文18篇,其中杂志刊登2篇,全国会议交流5篇,两篇分获省科协二、三等奖。出版著作4部,主编的《中医护理》一书填补了我省中医护理的空白,主编《英汉实用中医药大全》,《实用中医护理学》一书任编委,《心理护理学》任副主编,编写了《山东省各级中医医院护理人员三基训练标准》中的中医基础、中医诊断、内科部分。

辨证施护的步骤可概括为:收集资料、辨别疾病的性质、判定病位、分清标本主次、审因论护、确立护理原则及措施、效果评价等几个方面。

一、收集资料

收集资料是通过诊查的方式进行。诊查就是四诊合参、审查内外,用望、闻、问、切四诊对病人作周密的观察和全面的了解,既要掌握临床症状、体征,又要了解疾病发生的原因与经过;将掌握的资料进行分类、分析、归纳,为辨证打好基础。因为经诊查所收集的资料,是辨证推理的素材,所

以必须有高度的真实性与可靠性。它直接关系到辨证的正确与否，因此在诊查过程中要认真、细致，不可粗枝大叶，对一些假象要去伪存真，对不清楚的问题，在病情条件允许的前提下反复诊查。例如、腹胀、腹满、腹痛、脉弦，初看似实证，但经仔细推敲便可发现病人虽然腹胀满，却有时缓解，而不是持续不止，腹虽痛却不拒按，反而按之痛减，脉虽弦重按却无力，从这些情况来看，气血不足，运化无力是病变的本质，也就是说病本属虚，满痛等证的是假象。

值得一提的是，要正确地认识疾病，必须四诊合参，只有这样才能见病知源，绝不可把四诊割裂开来。望、闻、问、切是调查了解疾病的四种不同的方法，各具特点，不能互相取代。任何只强调一种诊法的重要性而忽视其它诊法的作法都是错误的。

二、辨别疾病的性质

疾病的表现尽管变化万端，但我们可归纳于八纲之中。疾病的类别不外阴证、阳证两大类。疾病的性质不是寒证，就是热证。就虚实而言，邪气盛为实证，正气衰为虚证。就病位来说，病位浅为表，病位深的为里。故千变万化的病证，可归纳为阴阳、表里、寒热、虚实四对纲领性证候。它们之间有密切联系，这种联系对全面地认识疾病具有重要意义。因此在掌握各类证候的同时，还要更进一步掌握它们之间的联系。如病人受阳热之邪侵袭而见壮热喜冷饮，面红耳赤，烦躁，神昏谵语，腹胀满痛拒按，大便秘结，小便短赤，舌红、苔黄而干，脉洪滑数等。热邪内盛，故见壮热喜凉，火热上炎则面红目赤，热扰心神轻则烦躁，重则神昏谵语，热结胃

肠则腹胀满痛拒按，大便秘结；热伤阴液则小便短赤，口渴饮冷水以自救，舌红苔黄为邪热之征，舌干为津液受伤；热为阳邪，鼓动血脉，故见脉象洪滑数实，本证乃热邪入里，单以里证或热证概括均不全面，应辨为里实热证。

辨别症证的性质目的在于对病证有一个总体认识，把握住总的方向，以便确定总的原则来指导施护。但为了更详细地认识病症还必须结合其它辨证方法进一步辨析。

三、判定病位

判定病位，简称定位。定位是辨证进一步具体化的标志，对制定详细的施护措施具有重要价值。定位是一个较为复杂的问题，它常因病证的种类不同而采取不同的定位方法，如温病要辨清病在卫、气、营、血或上、中、下焦；伤寒病要辨清在六经中的何经。各种杂病最适合采用经络、脏腑、气血津液辨证的重点方法。经络、气血津液辨证可看作与脏腑辨证的互为补充，在运用时紧密结合其它辨证方法如八纲等。如感受寒邪之少腹牵及睾丸坠胀疼痛或阴束收缩，受寒则甚，得热则缓，兼见形寒肢冷，舌苔白滑，脉沉弦或迟。肝脉绕阴器、抵少腹，故见少腹与睾丸牵引坠胀疼痛；寒主收引，故见阴束冷缩；热则通利，寒则凝滞，故其疼痛遇冷则重，得热则缓；寒滞肝脉，阳气不布故形容肢冷，舌苔白滑。脉沉弦或迟均为寒痛之象。本证是由于感受寒邪而致肝经气血凝滞而为患。在辨析过程中涉及到脏腑、经络、八纲、气血津液等证方法。本例可辨为寒滞肝脉。由于脏腑定位涉及的范围较广，也比较难掌握。方药中氏在其所著的《辨证论治研究七讲》一书中，将有关脏腑辨证的内容加以归纳，结合其

临床实践，提出了从七个方面进行脏腑定位的方法：①根据脏腑归属部位及所属经络循行部位，从临床表现部位上的特点进行定位。②从各脏器功能上的特点进行定位。③从各脏器在体征上的特点进行定位。④从各脏器与季节气候方面的关系和影响来进行定位。⑤从各脏器与病因方面的关系和影响进行定位。⑥从各脏器与体型、体质、年龄、性别的关系和影响进行定位。⑦从发病时间及临床治疗经过上的特点进行定位。这七个方面是互相联系的，临证时必须四诊合参，综合分析，才能使定位符合实际。

四、审因论证

审因是辨证具体化、深化的表现。所谓因，就是指破坏机体相对平衡状态而引起疾病的原因；可通过人体内部矛盾引起不同的变化，因此可以根据疾病的不同表现来推求病因，提供治疗和施护的依据。如眩晕、震颤、抽搐多属于“风”；风燥、发狂、神昏多属于火等。这种分析方法称为审证求因。导致疾病的原因是多种多样的，如六淫、七情、劳倦等，在一定条件下都可使人发病。但不同的致病因素有不同的特点，于是产生了不同的临床表现，因此可以由症状、体征、病史等来推求病因。病因包括内因与外因两部分，一般情况下，外因决定于内因，外因只有通过内因才能起作用，即邪气必须在正气不足的前提下才能致病。如果人体正气旺盛，抵抗力强则邪气不易侵入或虽有邪气侵袭，也会使邪气停留于较表浅的部位，随着正气的加强而驱邪外出。因此在施护中要注意调动机体的内部因素，增强抵抗力，避免疾病的发生；对已发病的可阻止病情的进一步恶化，促使疾病向好的方面转

化。例如慢性咳嗽咯痰、气喘病人，病情常反复发作，缠绵难愈，多有体倦乏力、少气懒言、易感冒、食少便溏、肢冷畏寒或五心烦热等症。证属标实本虚，本虚即正虚是疾病反复加重的重要原因，所以在施护时，除注意咳、痰、喘的护理外，还要向病人宣传预防发作的知识，如加强体育锻炼，提倡冷水洗脸，冷敷鼻部等部位均可增强抵抗力，随着正气加强，病情也会逐渐好转。

五、分清标本主次

“急则护其标，缓则护其本”，是中医护理学的重要原则之一。其具体运用和掌握有以下几点：①就表里而言，一般先表后里，如果里急的应当救里。②就病证先后而言，一般先治新病，后治宿疾。③就病情缓急而言，无论感受外邪或内伤杂病，均须按孰缓孰急而定。标本缓急只是相对而言，有时急的时候也要治本，如大出血时，急用益气固脱之独参汤就是治本；缓的时候可治标，脾虚气滞病人，可先理气疏导治其标，而后再补脾治本。总之，在辨证施护时，除明确标本外，还要分清主次矛盾和矛盾的主次方面，只有抓住主要矛盾，才能制订正确的施护原则，采取正确的护理措施。

六、确立护理原则采取护理措施

护理原则是在辨证的基础上制订的总护理原则，而护理措施是在护则的指导下采取的方式、方法，它是护则的具体化，二者既有区别又有联系。

七、评价

效果评价是辨证施护不可缺少的一个步骤，是对辨证施护结果的检验，是检验护理措施是否完整、统一、科学的重要标准。评价的意义在于它是一种信息反馈，通过反馈对下一步护理方案起调整、修正作用；另外，通过反馈我们可得到正、反两方面的教训，为我们进一步提高辨证施护水平提供了宝贵的学习机会。

浅谈郁证与护理

李庆美(1941—)，女，山东历城县人。1963年毕业于山东济南卫校普通护士专业，同年分配省中医院从事护理工作至今。现任副主任护师。撰写论文5篇，其中1篇被评为省中医药学会三等奖。编写了《山东省各级中医医院护理人员三基训练标准》中的中医危重病人护理、五官科、供应室等部分。

“郁证”学说是中医基础理论之一。它说明了疾病的发生和发展。古代医家指出：“郁非一病之专名，乃百病之所由起也。”其理论对医疗和护理起着极为重要的指导意义。因此，我们应学习和理解，并运用于临床。

一、郁证的概论

祖国医学理论指出，在正常情况下，人体保持着阴阳的动态平衡，脏腑气机谐调，五脏藏精而不泻，六腑传化物而不藏，升清降浊，津液布达，营卫通行，气煦血濡，经脉和畅，健康无疾。如果或因内伤七情，外感六淫，造成脏腑的气机失常，缠滞不通，或郁结不舒，就会形成郁证。正如张介宾说：“凡气血一有不调而病者，皆得谓之郁证。”戴思恭更明确的说：“郁者，结聚而不得发越也”；“当升者不得升，当降者不得降，当变化者，不得变化也。”可见，郁证是脏腑

功能失调所引起的多种疾病的病理状态。历代医家，各自从不同的方面来研究，论述它。所以也就有不同的名称。如《素问·六元正纪大论》，从五运的角度来进行分类，有五郁之称，即：肝郁（木郁）、心郁（火郁）、脾郁（土郁）、肺郁（金郁）、肾郁（水郁）。朱丹溪以气郁为纲，进而论及湿郁、热郁、痰郁、血郁、食郁，即为六郁。郑宗谦更具体的指出：“郁非一病之专名，乃百病之由起也。”由此，可见，郁证在祖国医学中占有很重要的地位。

二、郁证的病因病机

郁证的病因有二：一是内伤七情，二是外感六淫之邪。

（一）内伤七情

七情（喜、怒、忧、思、悲、恐、惊），是精神冲动的不同情志反映。一般是怒伤肝，喜伤心，思伤脾，悲忧伤肺，惊恐伤肾。但心主神志，故七情变化首先影响心脏，进而影响其他脏腑，出现脏腑功能失调的征象。同时，情志变化，还易引起气血功能紊乱，气机失常，即怒则气上，喜则气缓，悲则气消，恐则气下，惊则气乱，思则气结。这是导致郁证的主要原因。

（二）六淫致病

六淫为病，多与季节、气候、居住环境有着密切的关系。如春天多风病，夏天多暑病，冬天多寒病，久居湿处得湿病等。六淫之邪侵袭后，主要影响机体气机的出入而致病。五脏各有所恶，发病也各自不同。

三、郁证的临床表现

（一）肝郁

肝为刚脏，喜条达，恶抑郁，主藏血，主疏泄。若暴怒则伤肝，从而影响到肝的疏泄功能，疏泄太过则为肝气逆。上逆则眩晕、头疼，或卒然跌倒。横逆于胃则恶心呕吐，两胁胀疼，急躁易怒。若疏泄不及则气机郁滞，而出现两胁闷胀而痛，精神抑郁，闷闷不乐，妇女则有月经不调等症。

（二）心郁

心主神志，主血脉，心郁则气血凝滞，出现心悸、心烦、胸闷，心前区疼痛等症。

（三）脾郁

脾主运化水湿和水谷脾郁则出现痰饮、水肿、脘腹胀满、五谷不化、便溏、恶心呕吐等。

（四）肺郁

肺主气，主宣降，通调水道。肺郁则喘咳，甚则水肿。

（五）肾郁

肾主藏精，主水。肾郁则水肿、头晕、耳鸣、腰腿酸软等症。

四、郁证的护理

郁证既是内伤七情，外感六淫之邪，所导致的脏腑气机失常，壅滞不畅，或郁结不舒的病理状态，是非一病之专名，乃是百病之所由起也。可见郁证在祖国医学中占有极为重要的地位。在临床治疗过程中，不仅用药物治疗，心理护理也极为重要。为此，要做到以下几点：

（一）调养精神

调养精神要从病人和护理人员两方面着手。

（1）病人方面：要求病人自觉主动的调节心理平衡。为此要做到胸襟豁达开朗，乐以忘忧，淡泊宁静，清心寡欲，遇事冷静，喜怒有节，不妄作劳，有病要及早治疗。只有这样才能排除“七情”干扰，使心理趋于正常，脏腑功能协调平衡，从而达到健康的目的。

（2）护理人员要做到：

①热情周到服务，减轻和消除病人的恐惧心理。

②医护人员要密切配合，认真负责，技术娴熟，忙而不乱，使病人有安全感。

③做好家属和陪伴人的思想工作，要求他们在病人面前不要流露出一不安情绪，并以愉快、冷静的态度给病人以安慰和精神支持。

④严密观察病情和心理反应，及时做好心理护理。如当患者情绪低沉时，应亲切真诚的去关心他，唤起患者对生活的热爱，从而增强战胜疾病的信心。当病人病情危重或突变时，不要惊慌失措，焦急不安，以免增加病人的忧虑和恐惧。对异常心理状态和受刺激的病人，要多给关心和体贴，视为亲人，关怀备至，使之配合治疗。对疑心重甚至不配合治疗的病人，要耐心说服解释，诚恳帮助。对老年病人，要尊重扶助。对遇有困难的病人，要实实在在的给以帮助。

总之，通过合理的心理护理，解除病人不必要的思想负担，从而使病人心境坦然，精神愉快，心情舒畅，气机条达，气血调和，脏腑功能旺盛，促使疾病早愈。

（二）饮食方面

要求病人做到饮食清淡，切忌肥甘，调配和温热都要适宜。

（三）起居方面

要顺应四时，起居有常，勿劳心神，但不要过度安逸。要顺应自然，衣适寒温。

形神护理刍议

于梅志(1938—)，女，山东乳山县人。1959年毕业于济南护士学校，同年来省中医院工作。1961~1964年于山东中医学院夜大毕业，学制3年，大专学历。现任副主任护师，山东中医、中西医结合护理专业委员会委员兼秘书，任山东中医药学会护理专业委员会副主任委员兼秘书。撰写论文22篇，其中杂志刊登1篇，在省以上会议交流18篇，其中3篇分别获省科协优秀论文二、三等奖，两篇分别获山东中医药学会一、二等奖。主编《中医护理》一书，填补了山东省中医护理的空白，主编《常见病中医调护与治疗》，《英汉实用中医药大全》护理分册，任副主编，《实用中医护理学》任编委，编写了《山东省各级中医医院护理人员三基训练标准》中的外科、骨伤科、痔瘡科、皮肤科、针灸科、推拿科等部分。

形神学说是中医基础理论之一。它不仅含有医学心理学和心身医学的基本观点，而且具有现代的生物心理社会医学模式的雏形。中医护理学是中医学的重要组成部分，所以形神学说在中医护理领域里占有极为重要的地位，因此，应进一步认识它的理论意义和临床价值。

一、形神的概念

中医的形神关系实际上是物质与精神的关系。形即人体，

包括脏腑、经络、营卫、气血、四肢百骸、五官五体等各种机体的物质组成。神是指物质的运动现象，对人体来说主要是指生命活力，它包括人体全部生命活动，其中有各种生理活动，也有各种精神意识思维活动。形神在人体生命活动中的关系，中医学用精、气、神的学说作了恰当地说明。所谓“精”就是指构成人体生命或人体正常生理活动中所必须的基础物质，包括先天肾精和后天水谷之精微。“气”除了说明人体的某种重要物质外，还指人体的各个脏腑组织的功能及机体的一切生理活动。“神”是人体生命活动的根本，人体功能的外观，并指心理活动。精、气、神三者具有互生互化、相互依存的关系，气产生于精，精的化生又依靠气。精气的综合作用产生形体及其各种脏腑组织，神产生于精，精的进一步化生和气的作用发挥又靠神的功力。因此，《灵枢·本神》说：“故生之来谓之精，两精相传为之神”。说明人体生命开始时，神已在其中，而神的存在又必须以生命物质为基础。即神依附于形，神主宰生命活动，这正如张介宾在《类经》中所说：“形者神之体，神者形之用，无神则形不可活，无形则神无以生”。形神相互依存，是生、幼、壮、老全部生命活动的基础，这是形神反应的基本规律。

二、形神与人体生理、病理的关系

形神合一，阐明了人体各种不同的心理活动与脏腑之间的相互关系。认为五脏即为形脏。《素问·宣明五气》：五脏所藏：“心藏神、肺藏魄、肝藏魂、脾藏意、肾藏志”。说明了神与脏的关系，也体现了五脏分藏的系统整体观。《灵枢·本神》则对不同的心理活动分别给予以定义，“随神而来为之

魂；并精而出入者谓之魄；心有所忆谓之意；意之所存谓之志；因志而存变谓之思；因思而远慕谓之虑；因虑而处物谓之智”。这把人的心理活动分别隶属于不同的脏腑，即五脏又为神脏，进一步体现了形神合一，形脏神脏同为一体的密切关系。因此，人体的生理活动与人体身心健康和形神统一密切相关。由于五志分藏于不同脏腑，即喜为心之志；忧为肺之志；思为脾之志；怒为肝之志；恐为肾之志，所以脏腑的盛衰影响了精神方面的活动，即邪气伤害人之五脏，不独伤形，且亦伤神。故脏腑的虚实则会产生不同的精神改变，如肝气虚则恐、实则怒；心气虚则悲、实则笑不休。可见形脏的病理变化会引起情志反常，而脏腑的虚实不同也会引起不同的情志变化。七情致病以伤神为特点，神伤可及形，情志异常则精神内伤，可以引起气机的升降出入发生紊乱，导致脏腑、经络、气血正常的运行功能失去平衡。如脾气主升，若失去升的功能则导致便溏；胃气主降，不降则上逆，而引起暖气、呕吐。大怒之下会产生头痛、头晕、面赤等肝阳上亢的症状等。这些都说明了形神与人体生理病理的密切关系。

三、临床护理形神兼顾，神当首位

中医学理论中的形神合一观，即心理与躯体随着阴阳之气而平衡发展，一旦两者失调，就可导致身心疾病，形伤可以及神，神伤可以及形，这提示在临床护理病人时，应形神兼顾。但是在临床实践中观察，精神内伤的病人，病情虽然较轻，则预后不好，而精神良好，病情虽然较重，但能主动配合治疗，预后则好。另外，躯体的疾病容易被发现，形伤的较重可以通过望、问、闻、切或各种检查仪器，一般都能

得到明确的诊断，运用药物、针灸、推拿和各种仪器治疗，均能得到一定效果，但是情志过激，可耗伤五脏精气，影响气血运行，导致一系列气机紊乱，从而造成病情加重，所以情志变化及心理上的创伤，比形体上的创伤更隐曲、更深重，不容易了解到，就是仪器也是测量不到的。故《素问·宝命全形论》中强调，治疗疾病时“一曰治神，二曰养身”，可见“神”的作用。所以在临床护理病人时，精神护理应当首位，病人的情绪稳定，使身心处于最佳状态接受治疗，以适应周围环境和四时变化，逐渐使机体阴阳恢复平衡。如何做好精神护理，也是一项比较复杂的问题。精神护理，主要是通过护理人员的语言、表情、态度、行为及气质来影响和改善病人的情绪，建立良好的护患关系，取得病人的信任，使病人将内心的苦楚谈出，以利于作好情志护理。另外，由于病情不同，又有个体差异，心理状态千差万别，也会表现出不同的情志变化，如抑制、烦躁、忧虑、悲观、恐惧等等。因此精神护理不能只用一种模式，应针对不同的情志变化，而采用有针对性的护理措施及有效的精神疗法。祖国医学的心理疗法较多，如：①情志制约法：是以五行生克乘侮的关系制约情志。《素问·阴阳应象大论》曰：“怒伤肝、悲胜怒；喜伤心，恐胜喜；思伤脾，怒胜思；忧伤肺；喜胜忧；恐伤肾，思胜恐”。即是以情胜情的精神疗法。②语言开导法：就是以和蔼的语言主动给病人介绍病区环境，住院规则，积极搞好护患关系，并有意识地了解病人的精神状态，从而给病人讲清疾病的病因、症状以及危害与积极配合治疗的意义。使病人重视疾病、认真对待，并指导病人如何调养与治疗护理的具体措施，以解除病人的消极心理状态，减轻或消除其心理

压力。③静志安神法：“精神内守、邪不可干”，即是指导病人排除杂念，静志安神，不仅是养生之道，而且对疾病治疗也有直接作用。这实际上就是一种精神疗法。《素问·至真要大论》：“各安其气，必清必静，则病气衰去”。即是指静志安神可以防病去病的道理。④意志转移法：是指将患者的主要精力从不健康的心理状态转移到有利于身心健康的方面来。如有一退休人员，从繁重的工作岗位上离开后，这种突如其来的闲散生活，对他产生空虚感或失落感，而难以承受，因此，在短期内使他百病丛生：头晕、头痛、脘腹满闷，饮食减退，日见消瘦等，每次用药初服见效，但2~3日后又出现上述症状。后配合精神治疗，劝其应面对现实，正确对待人生。并指导他多与病友交谈，练气功、下象棋，病人接受后，在很短时间内，其症状明显减轻。后了解到此病人喜善书法，鼓励其出院后应发挥书法特长。由于病人把平时主要精力用在书法上，增强了生活乐趣，并协助老伴做些家务活，减轻了空虚感与失落感，半年后病员来院致谢，说他身体很好，百病消失，并在书法方面取得了成绩，不仅掌握了养生之道，而且感到生活很充实。⑤祝由法：即让病人祝说病之原因，我们通过分析疾病的起因来解除或缓解病人的心理压力，调整情绪，以达到治愈心理疾患的目的。

小儿泄泻脐疗法近十年应用综述

杨杰 (1937—), 女, 河北省武安市人。副主任护师。1959年毕业于天津市护士学校, 1961~1962年到武汉医学院“营养卫生高师班”学习1年结业。1959~1964年在天津市卫生学校担任护理和营养学教学工作。1965年开始从事临床护理和护理管理工作。《中医护理》、《英汉实用中医药大全护理分册》、《山东省各级中医医院护理人员三基训练标准》, 均负责编写儿科护理部分。撰写论文13篇, 均在全国和省级学术会议交流, 杂志刊登1篇。其中4篇分别获省科学技术协会二等奖、山东省中医药学会护理优秀论文一等奖和山东省护理学会优秀论文一等奖 (两篇)。

腹泻, 中医称泄泻, 是我国卫生部列为重点防治的“小儿四病”之一。按照世界卫生组织的定义: 凡是每日大便次数多于3次, 便质稀薄或水样便即称为腹泻。1990年首都儿科研究所等对七省一市连续3年逐月进行流行病调查共30万人次, 结果腹泻5岁以下的儿童死亡率最高, 其中尤以2岁以下的儿童占绝大多数, 所以年龄越小威胁越大。多数省份发病高峰在7~8月份。

泄泻为脾胃病 (中医的病变部位包括脾胃、小肠、大肠)。脾胃有运化传导、升清降浊、生化津液气血等功能。而小儿具有脾常不足的特点, 易为饮食所伤, 六淫所侵, 而导

致脾胃功能失调发生泄泻。泄泻临床上分：湿热泄、寒湿泻、脾虚泻及脾肾阳虚泻。

脐疗是外治法的一种，属穴位贴敷疗法。也就是使用药物或艾灸、热熨、拔罐等方法作用于脐部，以治疗全身性疾病。近10年来，脐疗广泛用于治疗小儿泄泻，疗效显著，而引起中西医界的关注。

一、近几年脐疗用于治疗小儿泄泻的概况。

（一）杨侃辨证分型用药

1. 风寒泻：丁香、肉桂等量，共为细末。每次取细粉2~3克，用藿香正气水调成糊状，涂于脐上，外用伤湿止痛膏覆盖。每日1次。连用3次为1疗程。

2. 湿热泻：黄连、黄柏、黄芩等量，共为细末。每次取细粉5克，用大蒜液适量调成糊状（取大蒜数瓣捣碎，加少量开水浸泡1小时后即为大蒜液），涂于脐上，用厚蜡纸覆盖，再用纱布带固定。每日1~2次。连用3日为1疗程。

3. 伤食泻：用芒硝20克左右敷于脐上，纱布固定。每日2次。连用3日为1疗程。

4. 脾肾阳虚泻：每次取丁香、肉桂细粉3~5克，用生姜汁调成糊状，涂于脐上，外加暖脐膏覆盖。每日1次。连用5日为1疗程。

（二）方春阳分型用药

1. 风寒型：用苍朮散。苍术、朮本各研末，以2:1配合。取适量用唾液调合，纳脐中令满，外以胶布覆盖。24小时换药1次。

2. 伤食型：先用朴硝罨法，继用苍术封脐法。朴硝60~

120 克，罨于脐部，布帛扎紧，6~12 小时后取下。再取苍术粉适量，用唾液调和，填脐中令满，外敷旧膏药或胶布。1~2 日换药 1 次，约 2~3 次后除去。

3. 脾虚型：肉桂散（肉桂、苍术各研末，以 2:1 配合），用唾液调和封脐。24 小时换药 1 次。同时配合艾条熏足三里穴，每日 1 次，每次 15~30 分钟。

（三）其他用药

1. 徐小洲：用罨粟壳 5 克，水煎成汁用纱布浸汁后敷于脐部，1 日调换 1 次。适用于久泻不止，食入即吐，完谷不化。

2. 萧山县坎山卫生院用敷脐法治疗小儿腹泻。车前子 3 份、肉桂 2 份、丁香 1 份，共压粉备用。取药粉 2 克置脐中，然后以加热的小黑膏药盖贴于上，每隔两天换药 1 次。一般贴 1 次即能取效。

3. 张绍先用温脐散外敷治疗小儿腹泻：吴茱萸 6 克，肉桂、广木香各 5 克，丁香、地榆各 4 克，共为细末，为 1 次药量。取药粉放置脐上，盖上海绵块，再用纱布包扎，48 小时后去掉。一般连用 3~4 次见效。适用于黄梅时节或夏秋之交，或哺乳不当的婴幼儿腹泻。

4. 李汇如胡椒粉敷脐法：胡椒 10 克，置锅内炒 5 分钟，研为细末。每次取 3 克粉，放脐中及周围皮肤上，直径 3~5 厘米，再用伤湿止痛膏封严。每日更换 1 次。适用于 1~7 岁儿童虚寒型单纯性腹泻。

5. 陈建平：用温脐散外治小儿腹泻 66 例。丁香 5 克、肉桂 4 克、木香 5 克，研细末，置纱布袋内，用绷带将药缚在脐上。一般 1~3 次即可见效。

6. 郭敬伦：用复方五倍子散治婴幼儿腹泻 18 例。五倍子

9 克，生姜、吴茱萸各 6 克，白胡椒 7 粒，葱白 1 段。将葱白和生姜捣烂如泥状，余药研成细粉，为 1 次用量。取食醋 20～25ml，加热至 50℃，与上药搅拌如糊状。脐部先涂擦凡士林，趁热将药糊敷脐部 $6 \times 6\text{cm}^2$ ，厚约 0.3～0.5cm，外盖塑料纸、纱布，绷带包扎。每日换药 1 次。治疗中要少食，口服复合维生素 B 和 5% 糖盐水。适用于寒湿、乳食不节引起的虚寒泻，对轻型或迁延性腹泻效果好，重型湿热泻不宜采用。

7. 姚鹤年：用木鳖膏敷脐治疗小儿泄泻 50 例。木鳖子 2 个、胡椒 2 粒、丁香 4 粒，为 1 次药量。将木鳖子煨热，去外壳与胡椒、丁香同研末，加适量凡士林捣成膏状，敷脐中，用胶布或伤湿止痛膏固定。每次贴 3 天，敷 1～4 次。

8. 马祥生用脐疗治愈婴儿久泻：五倍子、干姜各 8 克，吴茱萸、丁香、地榆各 5 克，共为细末。取适量药粉置脐上，上盖纱布，用胶布固定。24 小时换药 1 次。连用 3 天。

9. 左宣恭：脐部敷药治疗小儿腹泻 54 例。取麝香虎骨膏 $3 \sim 5\text{cm}^2$ ，寒泻配白胡椒适量，热泻配六一散适量，均用醋调成糊状，贴于脐部。24 小时更换 1 次。连用 1～5 天。

10. 王象礼等：用小儿健脾止泻膏敷脐治疗小儿腹泻 100 例，疗效较好。将此膏剥去保护膜，先用 75% 酒精消毒脐部，然后用 75% 酒精湿润药膏后贴于脐部。3 天为 1 疗程，每疗程换药 1 次。适用于慢性腹泻、秋季腹泻。

11. 谢金兰：用脐疗法治婴儿秋季腹泻 241 例，显效 86% 以上。吴茱萸 30 克，胡椒、公丁香、肉桂、小茴香、苍术各 5 克，黄连 2.5 克，共研细末装瓶备用。取药粉 5 克，用凡士林调敷于脐部。固定 24 小时，不愈再敷。

综上所述，脐疗用药各有千秋，配方处理大同小异，用

药方式较多。

二、脐疗作用机理探讨

对脐疗作用机理，魏振庄论述：神厥穴是任脉的要穴，任脉总领人的身的阴经，循行胸腹之中，上联心肺，中经脾胃，下通肝肾，因此施治于神厥穴，通过经络对五脏六腑起到治疗作用。《难经·六十六难》：“脐下肾间动气者，人之生命也，十二经之根本也”。神厥位于大腹中央的脐部，脐为先天之命蒂，后天之气舍，介于中下焦之间，所以神厥穴为经气的汇海，五脏六腑之本，有健脾温肾、回阳救逆、苏厥固脱、和胃理肠、行气利水、散结通滞、强肾调经、主治百病的作用。马勇辑，从现代医学观点认为：脐在胚胎发育过程中为腹壁最后闭合处，皮肤角质层最薄，含有大量微血管，渗透性强，吸收力快，药物分子透过皮肤角质层，透入细胞间质，迅速弥散入血而通达全身；脐部的神经敏感度最强，施治脐部刺激了神厥周围的神经，通过神经体液的调节作用而调节神经、内分泌、免疫系统，从而改善各组织器官的功能，起到治病防病的作用。笔者认为：神厥穴位于脐中，为经络的总枢，经气之汇海，脐与诸经百脉相通，贯串于十二经脉之间，联系全身经脉，通过经络作用于全身脏腑，所以药物敷（填）脐能迅速影响全身，从而增强脾胃运化传导、升清降浊、生化津液气血等功能，而起到止泻的作用。此外，脐部组织结构特殊，没有脂肪组织，皮肤、筋膜和腹膜直接相通，故脐为腹壁最薄处，脐凹形成隐窝，药物敷脐后形成自然闭合状态，利于药物较长时间存放。这些均利于药物穿透弥散而被吸收入血，进入体循环发挥药物的直接作用。

三、脐疗法的护理

马勇辑指出，脐疗用药宜“气味俱厚，将药研末炒香，便于吸收；用药方式有：可将药末撒在脐中；亦可将药粉用葱、姜、蒜汁、醋、黄酒、蛋清或药汁及水调和，做成糊状敷填脐孔；或将药粉做成饼贴剂等。调糊状时应掌握好稀稠度，稀则药易外溢，稠则药易干燥，均可影响药效。温化药膏时要掌握好温度，并及时敷贴；防止烫伤或贴不牢。此外，笔者认为：①敷药前做好解释工作，取得患儿和家长的配合。②注意脐部清洁；用药后应设法在局部加温，以促进药物吸收。③敷药固定要严密，以防药物脱落。④贴敷时，要经常变换胶布固定的位置，减少过敏现象发生。⑤揭固定用的胶布时，动作要轻微慢揭，以防损伤皮肤；对皮肤上残留的药物，用消毒的干棉签蘸温开水或植物油轻轻揩去。⑥婴幼儿不要长期用药，应病中即止。⑦注意观察患儿对所用药及胶布有否过敏反应。若发生过敏现象，立即停止贴敷。⑧对刺激性强和毒性大的药物，严格掌握好贴敷时间，以免发泡或药物中毒。⑨脐部皮肤有溃烂、损伤、炎症者，禁用脐药。

四、讨论

祖国医学在约 2000 年前就有脐部施治的记载，经过历代发展，脐疗成为祖国医学内病外治的简便有效的方法。明·龚廷贤《万病回春》中论述：“脐疗能却百病，保一身之康宁……其效如神，其应如响，复有回生济世之力，保病延年之妙”。清·吴谦在《医宗金鉴》概括：“神厥百病老虚泻，产胀瘦难儿脱肛”，说明神厥穴主治多种多样的疾病。近 10 年，

脐疗用于临床工作有较大的进展，治疗病种不断扩大。临床实践表明，脐疗对内、外、妇、儿等科 300 多种病症的治疗有不同程度的效果，如消化不良、小儿便秘、慢性肝炎、气管炎、肠梗阻、慢性前列腺炎、痛经、产后宫缩不良等症有一定的疗效。它具有开窍复苏、回阳固脱的作用。对虚脱、休克、中风、昏迷等急症亦有独到之功。

脐疗为中医传统技术，它安全、副作用小，简单易行，见效快、疗效好，特别是对危重病人，汤水不进，或药入则吐，尤其是服药困难的患儿，脐疗是一种很好的给药途径。它容易学用，易被广大群众学习掌握，可作为家庭防病治病的措施。

脐疗既有药物作用，又有穴位作用，方法特殊，疗效显著，逐渐自成一法，有着极其丰富的内容，是祖国医学中的瑰宝，有很多奇效良方有待着我们去发现使用，使中国脐疗造福于人类。

心理护理与护士素质

潘娟(1944--),女,河北省天津市人。1962年7月毕业于泰安卫生学校护理专业。同年分配于泰安地区人民医院从事护理工作,1974年1月调入山东省中医学院附属医院,现任副主任护师。撰写论文8篇在省以上学术会议交流,其中1篇被评为省中医药学会中医护理优秀论文二等奖。参加保健科“降脂延衰流膏”课题研究。编写了《山东省各级中医医院护理人员三基训练标准》中的妇科、护理技术操作规程部分。

随着人类社会前进、科学技术的不断发展,人的寿命在逐渐延长,面对老年人的不断增多,研究和探讨老年病人的心理特点与疾病的关系及如何做好老年病人的心理护理,使老年人能生活在舒适愉快的环境中,并在享受天伦之乐的同时发挥余热,以他们丰富的工作经验为改革开放继续做出贡献,是我们护理学科的新课题。

一、心理护理在护理工作中的地位

长期以来,护理工作以完成各种医嘱和技术常规、基础护理为主要内容,由护士按分工去执行一种分阶段性的护理方法。随着社会科学和医学的发展,进一步认识到疾病不仅仅发生在器官和细胞上,而是发生在人体上,人体是一个有

机的整体，护理工作必须以病人的整体为护理对象，从病人入院到病愈出院，要完整全面地了解病情变化、心理状态、情绪变化、环境因素等，在病情治疗的同时进行心理护理。如病区收治一位高血压危象患者，住院后虽经中西配合治疗，但仍不奏效。经多方了解，方知病人以前脾气不好，常因小事引起夫妻争执，退休后，又因琐事与老伴常呕气。住院后老伴生气不曾探望，由于长年生病，单位也不管不问，久思不解，夜不能寐，精神不振，故久病不愈。经与单位领导及家属密切配合，多次劝导，解开思想包袱，解除不良情绪，终使心理舒畅，配合药物治疗，达到静养宁志、调和气血之功能。病人经过1个多月的精心治疗和心理护理，临床治愈出院。

二、心理护理对病人康复起促进作用

人患疾时常伴有情绪上的变化，而情绪的改变也会直接影响病情转归，因为影响人体各脏器官康复的因素是通过情绪活动这个中间媒介的作用对人体产生影响的。凡是愉快欢畅的情绪对人体的生命活动能起到积极的促进作用，使人精神振奋、保持健康。老年患者，久病不愈，长期受疾病的折磨，情绪低落、多忧多虑，缺乏战胜疾病的信心和勇气。久之，机体阴阳失调，脏腑功能低下，免疫系统功能被抑制，伤及肝脾诸脏，气阳被耗，病情加重，古代医学对情绪与疾病的相互关系早有研究，认为七情（喜、怒、忧、思、悲、惊、恐）可导致疾病的产生和发展，如《内经》中有“怒伤肝、喜伤心、思伤脾、悲伤肺、恐伤肾”的记载，因此护理人员应对病人给予鼓励和安慰，使病人振奋精神，鼓起与疾病作斗

争的勇气，千方百计地让患者在愉快乐观的情绪下接受治疗和护理，尽最大努力满足病人的感情寄托及生理需要，以利于早日康复。

三、心理护理中应加强护士修养和良好的医疗作风，不断提高语言修养水平

语言是护理员与病人交谈、沟通思想的重要工具，也是心理治疗的手段之一。护士素有白衣天使之称，护士对病人讲话应轻柔、简练、文雅，语气要温和并富有同情心。

护士的情绪言行，直接影响着病人，当患者情绪低沉时，护士应稳定愉快的情绪，亲切悦耳的语言去感染、关心患者。尤其对离退老人更应处处关心，事事体贴。老人离退休后，感到孤独、苦闷、忧伤、焦虑，往往因身体不适而顾虑重重，以至产生怕死恐惧心理，久积成疾。对此病人护士应语言诚恳、态度和蔼，工作一丝不苟，提供良好的医疗条件，以唤起老年患者对生活的热爱，增强战胜病魔的信心。

老年患者，患病最关心的是疾病转归及预后，由于长期受疾病的折磨，往往在精神上、肉体上都很痛苦，感情上很脆弱，因此对医护人员的语言、表情极为敏感；若护士举止端庄、稳重，风度优雅得体，则给人以庄重、依赖、热情之感；反之，涂脂抹粉，披头散发、不修边幅就会使人产生轻佻、厌恶、不信任之感，当然也达不到好的护理效果。尤其老年慢性病患者的情绪往往反复多变，因此要求护理人员在工作时对病人的痛苦要具有同情心，用热情的工作态度对病人进行心理、生活护理，这将对病人的心理产生很大影响。如果工作不认真、面无表情、语言呆板、态度冷淡，必然会使

病人产生不信任、不安全感,也不会与护理人员密切配合。如病区曾收治一位肺癌患者,但个人并不知道自已患不治之症,医护人员在向患者询问病史时,误将实情讲出,患者得知已患绝症后,顾虑重重夜不能寐,丧失治疗信心。经多方开导、耐心鼓励,并介绍与癌症积极作斗争、战胜病魔的病例,终使这位患者经中西医配合治疗,病情不断好转。

四、结语

中医有极其丰富的心理学内容,重视“身心统一,治神为先”,护理人员应从爱护病人出发,抓住各种不同的心理特点,善于用语言开导,使病员处于一个接受治疗所需要的最佳心理、心理状态,正确对待疾病,树立战胜疾病的信心。在心理护理中,提高护士素质是做好心理护理的保证,高尚的医德、良好的专业修养是做好心理护理和提高护理质量的根本。