

目 录

理 论 研 究

浅谈“脏腑辨证”.....	(1)
中医药治疗胃脘痛的近况	(46)
胃脘痛分型论治初探	(53)
慢性萎缩性胃炎 103 例中医证型与血清胃泌素、尿胃 蛋白酶关系探讨	(57)
慢性萎缩性胃炎中医分型证治探讨	(62)
慢性支气管炎中医研究进展	(75)
中医药治疗慢性萎缩性胃炎研究概况	(85)
慢性支气管炎、肺气肿与肺心病中医“舌瘀象”探讨 ...	(92)
高胆固醇血症中医辨证分型探讨	(102)

临 床 研 究

“胃炎汤”治疗慢性胃炎 156 例临床总结	(106)
中药止痛合剂治疗急性胃痛 155 例临床观察	(111)
中药针剂治疗急性胃脘痛临床小结	(127)
温阳益气、清热解毒治疗慢性结肠炎疗效观察	(132)

高血压病中医辨证与治疗	(139)
哮喘证治	(146)
草药“二丹汤”治疗流感临床疗效分析	(151)

医案·医话

“辨舌”观病与用药	(155)
头痛鳞爪	(159)
中药治疗紫癜(肌衄)	(161)
血崩致痉	(164)
热痹	(165)
眩晕	(167)
胁痛	(167)
脾虚带下病	(169)
扶正祛瘀治疗症证	(170)

理论研究

浅谈“脏腑辨证”

概 述

一、脏腑辨证的概念

脏腑辨证是以脏腑学说为基础,研究疾病发生、发展过程中,根据脏腑的生理功能与其产生病变之后表现不同的症状,进行分析、归纳,从而确定病变的部位,用以指导临床治疗的一种辨证方法。

二、脏腑辨证的步骤

(一)定病位:在准确采集四诊材料基础上,根据脏腑生理病理的特点,分析归属何脏何腑,确定病变部位。例如:心主血脉,主神明等功能,故把心悸、气短、脉结代、神志昏乱等症状体征,归属于心的病症。又如:肺具有宣降、主皮毛的功能,故咳喘、汗出等症状,归属于肺的病症。

(二)定病性：辨明脏腑病症之后，必须结合八纲辨证，才能明确脏腑属阴、阳、气、血、寒、热、虚、实的性质，分清证候，做出准确的诊断。如心悸一症，虽属心的病症，尚未能明确其病症属何种疾病的性质，还须辨明属心阴虚、心阳虚或心气虚、心血虚及心火炽盛等。又如：胃脘痛一症有虚寒证、实热证等性质。这样才能明确诊断。

三、脏腑辨证的整体观念

脏腑是一个整体，脏与腑之间互相影响，某一脏腑有病，可累及另一脏腑，因此脏与腑或两脏以上的，可以同时或先后发生病理变化，这就必须从脏腑的整体观念出发，考虑脏腑之间的相互关系。例如：高血压病（眩晕病），通过分析，初步得知为肝阴不足，肝阳上亢之后，还要进一步辨明，如已影响到肾，则为肝肾不足。肝阳上亢兼有心火旺盛，则为心肝火旺。又如：肾阳虚，膀胱失摄，故见小便频数，遗尿等症候，构成脏腑辨证的复杂性，脏腑兼证的密切关系。

脏腑辨证必须把握脏腑生理、病理特点，掌握脏腑病变的矛盾，从整体观念出发，才能全面了解病机，准确地辨别证型。

第一节 心（小肠）的证候

心的主要生理功能是主血脉，主神明，其华在面。因此，心的病理变化多表现在神志及血脉方面的异常。心病证候，虚证有气血阴阳的不足。实证以瘀火痰热（心火上炎、心血瘀阻、痰迷心窍等神志的证候）。在小肠方面常见的病症为心移热于小肠，小肠气痛。

一、心气虚与心阳虚

心气与心阳有鼓动血脉,周流全身等(动力)作用,故心气(阳)不足或心阳虚脱时,可出现一般常见心(阳)虚或阳脱的症候,而且可引起血脉周流不畅,甚至血流瘀阻(不通畅或阻塞)等症候。

【临床证候】

共同点:心悸、气短、自汗、舌质淡苔白、脉细弱。

分析:

心的推动力减弱,勉力搏动,输送血液无力,故见心悸、脉细弱。

肺有主气的功能而心气不足,影响肺气虚弱,故见气短。

汗为心之液,由于心气不足,固摄失权,阴液外泄而致自汗。

心开窍于舌,心气不足,不荣于舌面,而致舌质淡。

1、心气虚:

特点:面色㿔白,胸憋闷,倦怠,舌胖嫩,脉虚。

分析:

“其华在面”而心气不足,运血失常,故面色㿔白,脉虚,其气不振而致胸憋闷,倦怠。

心气不足,主荣舌失常,致舌体胖嫩。

2、心阳虚:指心阳不足,为心气不足而进一步加重的病情。

特点:形寒肢冷,心区作痛,脉细弱或结代。

分析:

心阳不振,阳虚不能外达,则形寒肢冷。

胸阳不振，心脉瘀滞，见于心区作痛或闷痛。

阳虚而致功能减弱，推动气血无力，或气行不匀，脉细弱或结代。

3、心阳虚衰(心阳虚脱)：指阳虚日久而发展到心阳虚脱(中医称为“亡阳”——类似于休克。)

“亡阳”——休克，可见于急性病大吐、大泻、大汗之后，阴液大伤而致阳气暴脱(阴阳互根的关系)之证。

特点：大汗淋漓，四肢厥冷，口唇青紫，脉微欲绝，呼吸微弱，呼多吸少，晕厥昏迷。

分析：

心液随着阳气外脱则大汗淋漓。

阳气衰败，不能温养四肢，故见四肢厥冷。

阳气衰竭，运行失常，血行瘀滞，故口唇青紫，脉微欲绝(缺氧、休克先兆)。

心阳衰败则影响到肺、肾，使肺不主气，肾不纳气，呼吸微弱，喘气，呼多吸少。阳气暴脱，神随气散，神无所主——晕厥昏迷。

以上可见于近代医学所称之心神经官能症，心力衰竭，器质性心脏病，心源性休克等。

【病因病机】

本证多因久病体虚，劳神过度，精神刺激等，损伤心气、心阳所致。由于心气推动血脉的动力不足，故出现心悸、气短、脉虚等症。心阳虚是心气虚的发展，故阳虚而见寒象。心阳虚衰是心阳虚的发展，故见于大汗淋漓，四肢厥冷，呼吸微弱，形寒肢冷，脉微细欲绝等症候，甚至影响到神志而出现昏迷不醒。

【治则方药】“虚则补之”为原则。

1、心气虚：补养心气，宁心安神。方药：四君子汤加黄芪、酸枣仁、五味子、远志等。

2、心阳虚：温通心阳。方药：瓜蒌薤白桂枝汤加附子、党参等。

3、气血瘀阻：活血行瘀。方药：失笑散加丹参、川七、川芎等。

4、心阳虚衰：回阳救逆。方药：四逆汤或参附汤加龙骨、牡蛎、五味子。

5、针灸疗法：艾灸百会、足三里、涌泉等穴。

二、心血(阴)虚：指心脏的有形的物质基础不足

心血(阴)具有充盈血脉、滋养心神、抑制心火的作用，当其不足则出现为阴血亏损、心神不安、虚火内生等病理现象。

【临床证候】

共同点：心悸、心烦、易惊、失眠、健忘。

分析：

心藏神、心血(阴)不足，心失所养、心阳(火)偏亢——心悸、心烦、易惊。

阴血亏虚，不能养神，神不守舍——失眠、健忘。

1、心血虚：指心血不足。

【症状】眩晕、面色苍白、唇淡、舌质淡体嫩、脉细弱等。

分析：

血虚脑海失养——眩晕。

心血不足、血不上荣——面色苍白、唇淡、舌淡嫩、脉细弱。

2、心阴虚：指心的阴液不足（在心血虚的基础上发展）

【症状】咽干、低热、盗汗，舌尖红、苔薄白或无苔，脉细数等。

分析：

心阴不足、心火偏亢——咽干。

阴虚火动、汗液外泄——盗汗。

阴不制阳，虚热内生——低热、五心烦热，舌尖红，脉细数。虚热内扰心神则烦躁。

【病因病机】

本证多因久病失调，或热病后期，劳心过度导致消耗阴血，造成心血（阴）亏虚。

【治则方药】“虚则补之”为原则。

1、心血虚：补养心血。

方药：四物汤加鸡血藤、阿胶、柏子仁。

2、心阴虚：补养心阴。

方药：补心丸加百合等。

三、心火上炎

指心的实火或心的本脏虚火上升，见于甲亢、口腔炎、泌尿系统感染等。

【症状】口舌生疮、心烦口渴、烦躁不眠、小便黄短，或小便涩痛、尿血、舌尖红、苔黄、脉数。

分析：

心经实火（心的虚火上升）——口腔溃疡、口渴心烦，烦躁不眠，舌尖红等。

心移热与小肠（表里关系）——小便短赤、刺痛、尿血。

苔黄、脉数——内火盛之征。

【治则方药】“实则泻之”为原则。

治则：清心泻火。

方药：导赤散加黄连、栀子、连翘、玄参、麦冬等。

四、心血瘀阻

指心的脉络由于某种因素，导致瘀阻不通的病理现象。

【症状】胸闷、心悸或心痛阵作，涉及肩背、面、唇等，甚至疼痛不安，指甲青紫，四肢冰冷，舌质暗红，或舌边瘀斑，苔浊（腻）脉涩。

分析：

阳虚瘀阻、勉力搏动——心悸而痛。

心阳不振——面、唇、指甲青紫、舌暗红或瘀斑、脉涩等。

阳气通达不畅——四肢冰冷。

痰湿瘀阻、阴遏胸阳——胸闷痛。

痰湿上扰——苔浊（腻）。

【病因病机】

1、心阳（气）不足，温运血脉失常。

2、中焦阳虚、痰湿内生、痰浊内阻、胃络通心，致通行不畅。

3、阳虚寒盛、寒邪内凝、瘀血阻滞脉络。

4、精神刺激、气机郁结、导致血行障碍。

治则：宣闭通阳，活血化瘀。

方药：瓜姜薤白桂枝汤加川芎、三七、红花、桃仁、丹参等活血化瘀。

五、痰迷心窍

即痰阻心窍，指痰浊（痰火）蒙蔽心窍而出现神志异常的病理现象，常见于精神分裂症、癔病、脑血管意外等。

【症状】神志痴呆、意识朦胧、喉有痰声、舌强不语、苔黄、脉滑数。

分析：

痰蒙心窍、心神不清——神志痴呆、意识朦胧。

痰浊上壅、痰阻廉泉——喉有痰声、舌强不语、苔腻、脉滑。

痰火干扰、神志受损——狂躁妄动、胡言乱语、哭笑无常等。

【病因病机】

本症多因精神刺激、思虑过度、气郁化火、煎炼津液成痰、痰阻心窍，故表现神志异常之证候。火属阳、阳主动、痰火相搏、干扰心神，故表现痰火上扰之症候。

1、涤痰开窍——导痰汤加减。

苔腻、脉滑、加用温开法——苏合香丸。

苔黄腻、脉滑数、有力者，宜凉开法——至宝丹或安宫牛黄丸。

2、痰火甚者——清心降火，方以黄连温胆汤或礞石滚痰丸。

(1)化痰浊：制胆星、半夏、陈皮等。

(2)清痰热：胆南星、贝母、竹沥、天竺黄等。

(3)开窍：菖蒲、郁金等。

六、小肠辨证

小肠有消化食物、分别清浊作用(小肠接受来自胃已初步消化的食物,分为精华和糟粕。精华部分由脾吸收,输送各部,而糟粕及水液从膀胱、浊物从大肠排出)。小肠的病变则腹泻或心移热于小肠,湿热下注膀胱,则尿痛、尿血。

1. 小肠实热,指热(火)邪蕴结于小肠病变(多见于尿道感染、口腔炎)。

分析:

湿热蕴结小肠、气机不畅、耗伤津液,腑气不通则小腹胀痛,便秘。

热移膀胱(小肠与膀胱经脉相通),膀胱郁热——尿痛。热伤血络则尿血。上传心经——口舌生疮、心烦不寐。

实热之征——舌尖红,脉沉实。

【病因病机】

本证多因心移热于小肠,或小肠湿热蕴结,热邪下注膀胱所致。

治则:清热利湿,清心降火。

方药:八正散或导赤散加金钱草、海金沙、石苇、上已菜等。

2、小肠气痛:小肠为肝之分野(指肝的经脉络于外阴部,经过小腹分布两胁),小肠气痛与肝经气郁或寒邪凝滞有关。

常见于肠痉挛、疝气等病证。

【症状】小腹绞痛、腹胀肠鸣、排气则舒或阴囊疝痛、苔白、脉弦。

分析:

小肠气滞、不得宣通——腹胀肠鸣、排气后则气滞暂通、胀痛缓解、小肠下坠阴囊，则成疝气痛。

苔白为寒，脉弦为痛。

【病因病机】

本证由于情志不舒、肝气郁结或饮食不节、寒温不调，影响疏通之机，而致小肠气机郁结，不通则痛。

治则：行气散结。

方药：桔核丸或乌药散（如：台乌、川楝子、青皮、小茴香、荔枝核、白芍等）

第二节 肝(胆)的证候

肝胆位于胁部，生理功能为贮藏血液和调节血量，主疏泄、主筋，其华在爪，肝开窍于目。其病理表现主要为藏血、疏泄、主筋、开窍于目等功能失职。

一、肝藏血机能失常

肝藏血(阴)，滋养本脏和全身内脏、筋脉维持正常活动等作用，且能抑制肝阳上亢。如肝藏血受障碍，或藏血(阴)不足，即产生肝不能藏血，而出现出血、衄血及妇女血崩等及肝血(阴)不足而致血不养肝，以及筋脉失其濡养等病理变化。如：两目昏花，筋肉拘挛，屈伸不利，妇女经量减少，甚至闭经。肝阴(血)虚，不能抑制肝阳，致肝阳上亢，肝火上炎，肝阳上亢等病理变化。

二、肝失疏泄(疏通、舒畅之意)

“肝主疏泄”:肝有调节气机,调节情志活动,分泌和排泄胆汁,协助脾胃运化功能,如肝的疏泄功能失常,主要表现情志方面和消化方面的异常。

1、情志方面:情志活动是人的大脑对客观事物的反映,中医认为人的情志活动,除为心所主外(心藏神)与肝有密切关系。如:肝失疏泄,气机不调,气血不和,即产生肝气郁结,或肝郁化火等证候。

2、消化方面:肝的疏泄功能,既调畅气机,又协助脾胃功能升降和胆汁的分泌排泄。如:肝气横逆(胸胁胀痛,急躁易怒等肝郁之现象)。噯气恶心,腹胀肠鸣(胃气不降,脾气不升)等症状。

三、“肝用常有余”、“肝体常不足”

肝气肝阳常有余,肝血肝阴常不足,由于肝的阳气(用)与肝的阴血(体)之间存在对立统一的关系,肝用太过必然消耗肝阴,而导致肝体不足。如果肝体不足,又常导致肝气郁结,肝阳上亢,甚至造成肝风内动。

四、肝(胆)辨证

1. 肝气郁结:肝气郁结是肝失疏泄最常见的一种病理现象。

【症状】精神抑郁或急躁易怒、两胁胀痛、乳房胀痛、少腹胀痛、脉弦等。

分析:

肝气郁结、致肝气升达无权——精神抑郁。

郁结太过、易化火(热)——急躁易怒。

肝气失其调达、肝经循行脉络气机失调,不通则痛——两胁胀痛、乳房胀痛、少腹胀痛。

肝气郁结——弦脉。

兼证:恶心呕吐、泛酸、脘胀腹痛、肠鸣泄泻。肝气横逆,胃气上逆、脾气不升所致。

喉中梗阻感(梅核气)、瘰疬(甲状腺肿大)为肝气上逆与痰相搏。

经痛、闭经、乳房胀痛。肝脉与冲脉相连、肝气郁结、血量不足等。

气郁发展血瘀。则成症瘕。

【病因病机】

多因精神刺激或肝经湿热,影响肝气不能疏泄。经脉之气阻滞,不能舒畅调达。

【治则方药】

(1)疏肝理气——逍遥散加减。

(2)调和肝脾(胃)——紫芍六君汤加减。

(3)理气消痰——四七汤加减。

(4)活血行瘀——血症丸加减。

2. 肝火上炎:指“肝经实火”,属于实证范畴。

可见于高血压病,结膜炎,上消化道出血等疾患。

【症状】头痛耳鸣、面红目赤、急躁易怒、口苦、胸胁灼热、大便干结、小便短赤、苔黄、舌边红、脉弦数。

分析:

火性炎上、上攻头目、上窜巅顶——头痛耳鸣、面红目赤。

肝胆郁热、扰及两胁、胆液上溢——胁部灼热、口苦等。
火热伤津、阴津亏损、大肠失津——大便干结、小便短赤等。

肝火内盛、火邪炽旺——舌质边红、苔黄、脉弦数。

兼证：火邪炽盛，影响肝藏血，易耗血、动血（出血）——咯血、吐血、月经不调（经量过多）。

【病因病机】

本证由于肝气郁结，郁久化火，或嗜酒厚味，湿热内生，湿热郁久化火，火热上炎，上攻头面部，火易耗津液，造成津液内亏，火邪伤络，络脉受伤，血液外溢，出现肝不藏血的病理现象。

治则：清肝泻火。

方药：龙胆泻肝汤，或当归龙荟丸，加夏枯草、菊花等药物。

兼出血者：配合凉血止血药，如生地、丹皮、白芍、茅根等。

(1)上消化道出血者：加侧柏叶、三七、白芨粉、儿茶、仙鹤草等。

(2)支气管扩张出血者：加青黛、蛤壳粉、白芨粉、川三七粉等。

3. 肝阳上亢：（亢者：害也，指过于旺盛之意）由于肾阴不足，不能滋养肝阴，或肝阴亏损，阴不制约于阳，则升动太过。可见于高血压病，更年期综合症等病。

【症状】精神兴奋、易怒、头痛、眩晕、面色红、睡眠欠佳、心悸梦多，耳鸣、腰酸膝软、舌质偏红、脉弦带数。

分析：

阴精不足、不能制阳、阳亢于上——头痛、眩晕、耳鸣、失

眠等症。

肝肾阴虚、不能制心火、心阴虚、心火旺、心神不安、心不藏神——心悸梦多。

肾阴亏虚，不能充养腰骨——腰膝酸软。

阴虚火旺之象——舌质偏红、脉弦带数。

【病因病机】

素因肝肾阴虚、阴阳失调、情志所伤、郁而化火、内耗阴津、阴不制阳，致肝阳上亢为病。

治则：滋阴平肝潜阳。

方药：天麻钩藤汤、杞菊地黄丸加减。

临床运用：

(1)肝阳上亢——高血压病，以钩藤、双寄生、莲子心、黄芩、牡蛎等平肝泻火。

(2)肝阳上亢——美尼尔氏综合症，以钩藤、真珠母、茺蔚子、陈皮、法半夏等平肝熄风除痰药。

4. 肝风内动：指“内风”，其病变出现动摇、抽搐、眩晕等。内经“诸风掉眩，皆属于肝”，可见于脑血管意外（中医称“中风”）。

【症状】手足震颤、四肢抽搐、口眼歪斜、偏瘫、舌强不语等，甚至昏迷、舌质红、苔黄、脉弦或弦数。

分析：

热极火盛、消耗肝阴，而致使肝不养筋，肝风内动——手足震颤、四肢抽搐。

风火相煽、挟痰上扰、上蒙清窍，则昏迷。

风痰阻于脉络、气血流通不畅——口眼歪斜、偏瘫、舌强不语。

脉弦主肝、数属热(火),舌质红、苔黄为火热之象。

治则:平肝熄风、清热化痰开窍。

方药:羚羊钩藤汤、镇肝熄风汤等加减。

临床常用药:

平肝熄风——钩藤、地龙、天麻、羚羊角、全蝎等。

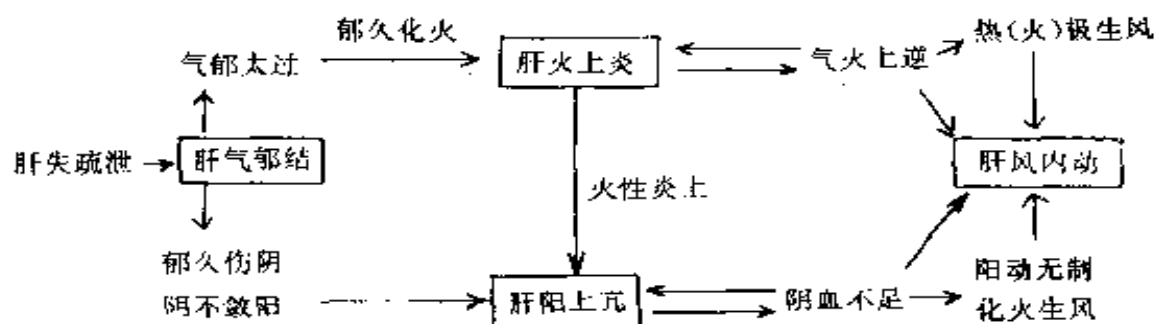
育阴潜阳——白芍、阿胶、鳖甲、龟板、牡蛎等。

重镇潜阳——龙齿、磁石、石决明、真珠母等。

清热——栀子、黄芩、黄连、板兰根等。

化痰开窍——菖蒲、郁金、川贝、胆南星等。

肝气郁结、肝阳上亢、肝火上炎、肝风内动的病机示意图



肝风内动鉴别

证型	肝风内动		
	热极生风	阳极化火	血虚生风
病机	外感热病,或肝阳化火、热(火)盛生风	阴虚阳亢,无制于阳,肝阳升动,化火生风	肝阴(血)不足,筋失濡养,虚风内生
主证	高热抽搐、角弓反张舌红、脉数(实证)	突然昏倒、抽搐、口眼歪斜、偏瘫(正虚邪实)	肢麻肉颤,肢体挛急、手足蠕动(虚证)

5. 肝血不足(指肝血虚)可见于贫血、末梢神经炎、月经过少、闭经等。

【症状】头晕目眩、筋脉拘挛、肢体麻木、妇女月经量少、色淡,或经闭、舌质淡、脉沉细。

分析:

肝血虚少、不能滋养肢体,血虚生风、筋脉失其所养——眩晕、筋脉拘挛、肢体麻木。

冲为血海、肝血不足、冲脉空虚——月经少或闭经。

【病因病机】

本证多因慢性病消耗阴血或出血之后引起肝血亏损,筋脉失养所致。

治则:补肝血。

方药:四物汤加味。

6. 肝阴虚(指肝阴不足,多由血不养肝):见于慢性肝炎、神经官能症、高血压病。

【症状】眩晕、头痛绵绵、失眠多梦、耳鸣耳聋、胁部隐痛、舌红少津、苔少或无苔,脉弦细或细数。

分析:

肝阴虚、阴虚不能制阳、虚阳上亢、上扰清窍——眩晕、头痛、失眠、耳鸣等症。

阴(血)虚不能养经脉——胁部隐痛。

阴虚生内热——五心烦热、咽干而燥。

阴虚阳亢——舌红少津、脉弦细或细数。

阴津不足、不能养肝、筋脉失养——手足麻木或手足震颤。

【病因病机】

本证多因湿热久蕴或肝气郁结、化热化火、消耗肝阴,致肝阴不足,阴虚生内热,阴虚阳无所附,导致虚阳上亢、经脉失其阴津所养等。

治则:滋肾水养肝阴。

方药:六味地黄丸、杞菊地黄丸、一贯煎等。

临床运用:

(1)高血压病(肝阴不足、虚阳上亢)。

(2)中心性视网膜炎(肝阴不足)。

(3)迁延型肝炎(肝阴不足兼有气滞)。

7. 寒凝肝脉(又称寒滞肝脉):指机体的某种部位因寒邪凝滞,出现气滞疼痛的病变。常见于慢性睾丸炎、付睾丸炎及疝气等。

【症状】小腹疼痛、牵引睾丸坠胀剧痛、舌苔白滑、脉沉弦或迟。

分析:

肝的经络之脉、受邪所侵、气机阻滞——小腹疼痛,引起睾丸坠胀剧痛。

舌苔白滑、脉沉弦或迟——为寒性之象征,弦主痛、迟为寒。

受寒加剧、得温则缓——寒属阴,得温则散,气机通畅,得寒收缩,则疼痛加剧。

【病因病机】

本证多因外感阴寒之邪,侵袭肝的经络,阴寒之性,具有收引的功能,故气的流通受阻,经脉痉挛,气机不畅,不通则痛也。

治则：散寒温肝、理气止痛。

方药：暖肝煎；如小茴香、台乌、桔核、青皮、肉桂、干姜、川楝子等。

8. 胆热（称：肝胆湿热）：胆附于肝，内藏胆汁，与肝相连。胆病多见胆汁上逆或外溢之征。常见于急慢性胆囊炎、黄疸病、妇女带下病。

【症状】右胁阵发性疼痛、口苦咽干、纳食减少、脘腹胀满，巩膜、皮肤、小便均发黄，带下病、舌红、苔黄、脉弦数。

分析：

气滞胆热、疏泄失司、不通则痛——右胁痛。

胆经郁热、胆汁上逆——口苦、咽干，或寒热往来。

胆汁分泌异常、肝气不畅、胃气不和——食少腹胀、恶心呕吐。

湿热郁蒸、发于皮肤——故见巩膜、皮肤、小便短黄。

热象之征——舌红苔黄、脉弦数。

【病因病机】

本证多因感受湿邪化热或情志不舒、肝胆郁热或嗜好饮酒，多食肥腻，酝酿成湿化热，致本脏疏泄功能异常，胆汁反而外溢于肌肤或湿热下注等。

治则：清热利湿。

方药：茵陈蒿汤、龙胆泻肝汤等。

第三节 脾(胃)的证候

一、脾(胃)的生理病理特点

1. 脾(胃)的生理是脾主运化精微、水湿,胃为纳谷腐熟的功能,其病变表现为纳(消化)运(吸收精微和排泄水湿)功能失常。

2. 脾(胃)为后天之本,为人体气血生化之源。如果脾胃虚弱,可形成气虚血少,卫外不足,元气衰弱,脾不统血,导致万病丛生。李东垣“元气之充足,皆由脾胃之气无所伤,而后能滋养元气……则脾胃之气既伤,而元气亦不能充,而诸病之所由生也。”

3. 脾升则健,胃降则和,在病理变化时,为升降功能失常,脾气(阳)不升,一者:运化失权,不能为胃行其津液,因而生湿成痰,如水饮、水肿;二者:脾气(阳)下陷,如腹胀、便泻(胃下垂,子宫下垂,慢性消化性疾病),胃气不降,反而上逆者,则恶心呕吐。

4. 脾喜燥而恶湿,胃喜润而恶燥。脾病多为气(阳)虚湿困(所谓虚则太阴);胃病多挟湿挟实(所谓实则阳明)。

二、脾(胃)的辨证

1. 脾气虚弱(脾气不足):指运化无力,常见于消化不良,胃肠功能紊乱、胃溃疡、慢性胃炎等。

【症状】食欲不振,纳呆、脘腹疼痛,痛则喜按,大便溏泄,面色无华、神疲、四肢乏力,气短,舌淡苔白,脉缓或弱。

分析：

脾气不健、运化失司——食欲不振、纳呆、脘腹疼痛、痛则喜按。

脾(胃)功能障碍、气血生化不足、气虚血少——神疲、气短、四肢乏力、舌淡苔白、脉缓或弱。

【病因病机】

本证多因日常饮食失常，或情志思欲、劳倦过度，或慢性疾病损伤脾气，致脾气不足。

治则：益气健脾。

方药：四君子汤、小建中汤、香砂六君丸等加减。

临床运用：

(1)消化不良(脾胃气虚)，纳食欠佳，纳呆、嗳气者以四君子汤加陈皮、鸡内金、枳壳。

(2)胃肠功能紊乱(脾胃气虚)，脘腹胀满、大便溏泄；以参苓白术散加减。

(3)胃溃疡病(脾胃气虚)，脘腹疼痛，痛则喜按，用党参、白术、苍术、陈皮、木香、砂仁、风退、黄连、厚朴。

嗳酸加煅牡蛎、海螵蛸等。

痛甚加甘松、良姜。

(4)气虚血少者用党参、黄芪、当归、茯神、龙眼肉、五味子、大枣等。

2. 脾阳虚弱：系脾气虚弱的基础上发展而来，常见于慢性肠炎、营养不良性水肿、胃及十二指肠溃疡病、白带过多、慢性肾炎肾变性期(水肿)。

【症状】形寒怕冷、肢体浮肿、口吐清水、脘腹隐痛，喜温喜按、下利清谷、白带清稀而多，舌淡胖、边齿印、苔白厚腻、脉

沉弱。

分析：

脾阳虚、阳虚生外寒、阳气不达四肢——见形寒怕冷、四肢不温。

阳虚生寒、寒凝气滞、不通则痛——故胃脘疼痛、喜温喜按、遇寒则痛甚。

脾阳虚、运化失司、精微不化——下利清谷。

阳虚水湿不运、外溢于肌肤——肢体浮肿。

中阳虚弱、运化失权、带脉受损——白带清稀而多。

阳虚寒饮上泛——口吐清水而频频发作也。

阳气虚弱——舌淡而胖、边齿印、脉沉弱。

水气内停——苔白厚腻。

【病因病机】

本证多因饮食失调，过食生冷瓜果，水湿伤脾或其他慢性病损伤脾阳，以致脾阳虚弱，阳虚生外寒，阳气不达四肢，寒凝气滞，阳虚不化水湿，外溢则肢肿，上泛则吐清水，下注则白带增多。

治则：温中散寒或温中健脾、健脾利水

方药：附子理中汤、小建中汤、实脾饮等方。

临床运用：

(1) 溃疡病(脾阳虚)以附子理中汤加煅瓦楞、煅牡蛎。

(2) 慢性肠炎(脾阳虚)：以附子理中汤加赤石脂、补骨脂等。

(3) 营养性水肿(脾阳虚)：以附子理中汤加黄芪、猪苓、赤小豆等。

(4) 慢性肾炎(水肿期)：以实脾饮等方加党参、黄芪。

(5) 白帶病以參苓白朮湯、完帶湯為主方加減。

3. 脾氣下陷：多在脾氣不足、脾陽虛弱的基础上進一步發展，見於內臟下垂（胃下垂、子宮下垂、疝氣、脫肛等。）

【症狀】消瘦面色萎黃、語言低微、氣短乏力、動則氣促、泄利清谷、久瀉脫肛、胃下垂、子宮下垂（陰挺）等內臟下垂。舌淡、脈細弱。

分析：

脾虛精微不升，清氣下陷——泄利清谷、久瀉。

升舉無權、中氣下陷——內臟下垂、脫肛、子宮下垂。

中氣不足、肺氣亦虛——語言低微、氣短乏力、動則氣促。

精微不化、氣血不生、周身失養——四肢消瘦、神疲、面色萎黃、舌淡、脈細弱。

【病因病機】

本証多因脾氣虛弱、脾陽不振、全身性衰弱疾患進一步發展。由於脾氣虛弱、清氣不升、精微不布、升舉無權而導致內臟下垂等。

治則：升提補氣。

方藥：補中益氣湯（丸）。

臨床運用：

（1）胃下垂者：補中益氣湯加枳殼、雞內金，配合針灸或中西醫結合治療。

（2）久瀉者：原方加河子肉、補骨脂、櫻栗壳。

4. 脾不統血：多見於功能性子宮出血、紫癰、胃及十二指腸潰瘍出血。

特點：①除有氣虛見証。②無熱象，出現慢性出血。③血色淡而暗紅。

【症状】食欲不振、面色萎黄、神疲乏力、眩晕、气短、便血、崩漏、皮下出血、舌淡、脉细弱。

分析：

脾气虚弱、气虚血少、肺气亦微——纳减、面色萎黄、神疲乏力、头晕气短、舌淡、脉细弱。

脾气虚弱、不能摄血——便血。

冲任受损、脾虚日久、气虚不摄血——崩漏。

脾主肌肉、血赖气护、气虚不摄、血外溢于肌肉——皮下出血。

【病因病机】

本证多由脾气虚弱(脾为气血生化之源,气为血帅,血的运行有赖于气的推动)气虚不能摄血,血液外溢,导致出血症。

治则:补脾益气,摄血止血。

方药:归脾汤、黄土汤加减。

如:黄芪、党参、龙眼肉、炙甘草、当归、茯神、大枣——补脾摄血。

灶心土、炮姜——温脾。

白芨、阿胶(阿胶珠)、血余炭、蒲黄炭、仙鹤草、紫珠草、地榆炭——止血。

5. 脾虚湿困(指脾虚内湿阻滞):见于慢性胃肠炎、慢性痢疾、水肿、脚气病、白带病等。

【主证】饮食减少、胃脘胀满、肠鸣频作、恶心呕吐、水泄:淡或粘,头重如裹、肢体困倦、浮肿、白带多、舌苔厚腻、脉缓。

分析:

脾受湿困、运化功能障碍——饮食减少、胃脘胀满、肠鸣

频作。

湿困不运,升降失司,清阳不升——水泻。

湿困不运,升降失司,浊阴上逆——恶心呕吐。

脾主四肢、湿郁肌表、湿为阴邪——肢体困倦,活动不灵。

湿困于内、精阳不升——头重如裹。

湿邪下注——白带清稀而多,脚气病(湿重)。

湿为粘腻之邪、脾虚湿重——口淡或粘、苔厚腻、脉缓。

【病因病机】

本证多因淋雨受寒、多食生冷、水中作业或住处潮湿等导致寒湿之邪内侵,寒湿均为阴邪,阴邪内侵伤脾,脾阳受阴邪所困气机不畅、脾运失常。

治则:健脾运湿。

方药:四君子汤、五苓散加减。

临床运用:

(1)恶心呕吐重者:加藿香梗、苏梗、姜半夏、竹茹、陈皮等。

(2)头重如裹、肢体困倦:加羌活、佩兰、防己等。

(3)白带多者:加鸡冠花、苡米、椿根、牡蛎等。

6. 脾蕴湿热(指湿热内蕴脾胃):常见于黄疸型肝炎、急性胆囊炎、胆石症。

【症状】皮肤面目黄如桔子色、发热口干、恶心呕吐、饮食减少、厌食油腻、胸脘胀满、肤痒、口苦、尿黄、舌苔黄腻、质红。

分析:

湿热郁阻肝胆、肝失疏泄、胆汁不循常道——外溢——肤黄如桔子色。

湿热下注膀胱，下溢——尿黄。上蒸——口苦、目黄、苔黄腻。

肝失疏泄、气机郁结——胁肋疼痛。

湿热侵于肌肤——身痒。

湿热内阻、脾胃气滞、升降失司，运化呆滞——厌食油腻。

脾气阻滞——脘腹胀满纳少。浊气上逆——恶心呕吐。

【病因病机】

本证由于外感湿热之邪或过食生冷之品，嗜酒，劳累过度、伤及脾胃，湿热内蕴所致。

治则：清热利湿。

方药：茵陈蒿汤。

临床运用：

(1)急性黄疸型肝炎(脾蕴湿热型)——原方加马蹄金、风退、板兰根、大青叶、败酱草等。

(2)急性胆囊炎——原方加四川金钱草、郁金、枳壳、鸡内金、川楝子、元胡等。

7. 胃火炽盛(形容胃热较盛)：见于胃炎、糖尿病、牙龈炎等。

【症状】牙龈肿痛，溃疡口臭、烦渴多饮、多食引饮、大便秘结、尿黄、胃脘灼痛、吞酸、嘈杂、苔黄厚而燥、脉滑数。

分析：

火性上炎、迫血妄行——吐血、衄血。

胃中实热(火)循经上炎——牙龈肿痛、溃疡、口臭等。

胃火盛、耗伤胃阴——口渴欲冷饮。

火邪消谷——多食易饥。

热(火)伤津——大便秘结。

胃中火郁、气机不畅——胃脘灼热、吞酸、嘈杂。

【病因病机】

本病由于素食辛辣肥腻食物，积累日久，化热生火，或肝气不舒、郁结化火，侵犯胃腑，以致胃火炽盛、耗伤津液、胃中火热之气上炎所致。

治则：清胃泻火。

方药：玉女煎、调胃承气汤加减。

临床运用：

(1)胃火盛——用石膏、知母、栀子、黄芩等。

口渴舌干：加石斛、天花粉、生地、石仙桃等。

便秘：加大黄、枳实等。

(2)胃阴不足——养阴益胃：用石斛、麦冬、沙参、莲肉、梨汁、甘蔗汁等。

8. 食滞胃脘(胃脘食积)常见于消化不良。

【症状】脘腹胀，不思饮食、噯腐吞酸，矢气酸臭，大便不爽或便秘，舌苔黄腻，脉滑。

分析：

食积于胃，腑气不通——脘腹痛、大便不畅。

脾失健运——不思饮食、苔黄腻、脉滑。

食积化腐，浊气上逆——噯腐吐酸。

浊气下走大肠——矢气酸臭。

【病因病机】

本证由于劳累太过，饮食不节，或暴饮暴食导致食滞胃腑。经曰：“饮食自倍，脾胃乃伤”。

治则：消食导滞。

方药：保和丸、枳实导滞丸加减。

临床运用：鸡内金、二芽、炒卜子、山楂、枳实、木香、陈皮、川连、风退等药。

9. 胃寒停饮（指胃阳虚、胃有寒气）：见于幽门梗阻、胃扩张、慢性胃炎、溃疡病。

【症状】胃脘疼痛、得热则舒、受寒加重、纳呆、口淡、脘中振水音、腹胀、肠鸣漉漉、呕吐清水，痰涎。苔白滑，脉细迟。

分析：

寒侵中焦，寒性凝滞、胃气不畅——胃脘疼痛、得热则舒、受寒则甚。

寒伤胃阳、熟谷失权——纳呆、口淡。

胃阳不振、寒饮内停、胃气不降，饮留于胃——脘腹痛，振水音。

水饮留胃、饮邪下流于肠、饮留肠道——腹胀，肠鸣漉漉。

胃阳不振、寒凝于胃，饮邪上逆——呕吐清水、痰涎。

本证由于饮食生冷之品，寒邪内侵、胃阳不振、寒凝于胃、寒停中焦、胃气不降、水湿留于肠胃，故导致证候发生。

治则：温胃散寒。

方药：桂附理中汤（如良姜、干姜、木香、附子、桂枝、砂仁等）。

10. 胃阴不足：见于慢性胃炎或热性病后期或重病晚期。

【症状】口燥唇干、纳减、食后作胀、干呕呃逆、大便干结、舌红少津或光绛、脉细数。

分析：

胃失滋润，不能主纳——纳减、食则作胀。

胃失和降——干呕呃逆。

津液不足上承——口唇干燥、舌红少津或光绛。

津液不足,不能下降——大便干燥。

阴虚内热——脉细数。

【病因病机】

本证多因病久津液消耗过多或热病后期阴液亏耗,导致胃阴亏损所表现的证候。

治则:滋养胃阴。

方药:增液汤、叶氏养胃汤加减。

(如沙参、生地、麦冬、石斛、扁豆、玄参、莲肉、乌梅、火麻仁等)

第四节 肺(大肠)的证候

一、肺(大肠)的生理病理特点

1. 肺主气、司呼吸,肺气有宣散和肃降的功能,一宣一降,肺气就能出能入,气道通畅,呼吸均匀,如果肺气的宣散、肃降功能障碍,导致“肺气不宣”和“肺失肃降”等病理变化,表现咳嗽、气急、喘促及胸胁胀满等症状。

2. 内经:“真气者,所受于天,与谷气并而充身者也”,提示真气的来源,一方面是从肺吸入自然界的空气,另一方面来自于脾吸收的精微(营养物质),此两者与肾中的精气相结合,组成人体的真气,以充养全身。故有“肺主一身之气”和“诸气者,皆属于肺”。如果肺气虚,影响呼吸功能减弱,而且影响真气的生成,导致全身性的气虚,如体倦乏力,气短、自汗等症。

3. “肺为水之上源”。有调节水液代谢之能,一能宣发滋养润泽全身,二能肃降,使水液下归于肾,多余的部分由膀胱排

出。因此,当外邪袭肺,阻碍肺气肃降,通调水道功能障碍,出现风水证,如水肿、小便不利或尿少等。

4. 肺上连气道,开窍于鼻,外合皮毛,为人体卫外的第一屏障,任何病邪均能导致肺气不宣,肺失肃降,如感冒、咳嗽等。

5. 肺主声音,如肺气不足或邪闭于肺或肺失滋润,皆能使声音产生病理改变(金实不鸣、金破不鸣),肺恶燥,喜润,如燥热犯肺,可出现肺燥阴伤之证。

6. 大肠为“传导之府”,有传送糟粕的作用,大肠虚寒,则致传导失常,大肠虚则不能吸收水分,如肠鸣,便秘。大肠实热,热耗肠津则大便秘结。

7. 肺与大肠有经脉互为络属,如肺失肃降,则津液不能下达,故大便困难。肺部痰热壅盛,可用通肠泻下法,以达泻肺热,下痰壅的目的。

二、肺(大肠)的辨证

1. 肺气虚:指肺主气的功能不足,常见于慢性支气管炎,肺结核等。

【主证】咳嗽、气短、喘咳无力,动则尤甚,痰多清稀,声音低弱、多汗、易感冒,舌质淡嫩、苔薄白、脉虚或弱。

分析:

肺气不足、呼吸功能减弱——喘咳无力、咳而气短、动则尤甚。

气不足则生痰——痰多清稀。

气虚不主声——声音低弱。

气虚卫外不固(肺合皮毛)——多汗、易感冒。

肺气不足——舌质淡嫩，脉虚弱。

【病因病机】

本证由于感受外邪，肺清肃功能改变，日久损伤肺气，肺气虚弱，不能散布津液，导致咳、痰、喘等症也。

治则：益气除痰。

方药：补肺汤（党参、黄芪、五味子、熟地、紫苑、桑白皮）或保元汤，生脉散加减。

临床运用：

（1）咳痰白多：以补肺汤去熟地，加法半夏、白术、茯苓、陈皮、海浮石等。

（2）呼吸困难：加艾灸膻中穴。

（3）肺气虚兼血瘀：在益气除痰的基础上加三棱、莪术、赤芍等活血去瘀药。

（4）动则气喘（呼多吸少）的肾不纳气：加沉香、蛤蚧、补骨脂、胡桃肉等补肾纳气药。

2. 肺阴虚（指肺阴亏虚而出现燥火病变）常见于肺结核、慢性咽喉炎、支气管扩张等。

【症状】干咳痰少、气短声哑、痰中带血（或咯血），口干咽燥，五心烦热、颧红、盗汗，舌红少苔、脉细数。

分析：

肺阴亏损、肺失滋润、失其清肃功能——干咳、气短、痰少、声哑。

肺阴虚、阴虚则燥热（火）内生——五心烦热、颧红、舌红少苔、脉细数。

阴虚内热（火）迫津液外出——盗汗。

阴虚内热（火）伤肺络——咯血、痰中带血。

阴虚内热(火)伤津液、不能上布——咽燥口干。

【病因病机】

本证多因外邪(风寒郁久、风热,燥热)犯肺,邪热恋肺或肺脏内伤日久,以致肺阴耗损,津液不足,肺不滋润,清肃无权、阴津亏虚,不能制阳(火),虚火(热)内生,火(热)伤其肺络等发病。

治则:滋阴润肺。

方药:百合固金汤加减。

临床运用:

(1)低热(虚火内生)加地骨皮、银柴胡、青蒿等以清虚热。

(2)支气管扩张(肺阴虚、热伤肺络)用百部、白芨、五味子、海浮石、枳壳、仙鹤草、百合等。

3. 肺寒咳喘(风寒束肺):常见于急慢性支气管炎、支气管哮喘等。

【症状】寒重热轻、身重、无汗、痰白清稀、咳喘胸闷、呼吸急促,苔白滑、脉浮紧。

分析:

寒邪客肺、营卫失调——寒重热轻、身痛无汗、脉浮紧。

肺气闭郁、失其宣散,反而上逆——咳喘胸闷,呼吸急促。

肺气失宣、津化为痰——痰白清稀而多。

寒邪的征象——苔白滑、脉浮紧。

【病因病机】

本证多因复感外寒,寒邪犯肺,营卫失调、肺气失宣、肃降无权,肺气闭郁,反而上逆发病。

治则:温肺散寒、止咳平喘。

方药:小青龙汤、射干麻黄汤,三拗汤,杏苏散等。

临床运用：

(1)寒重身痛无汗——紫苏、荆芥、防风以散表寒。

(2)咳嗽、痰白清稀——用麻黄、杏仁、前胡、桔梗等宣肺气。

(3)痰多而稀、喘息咳嗽——用细辛、干姜、五味子等温肺化寒饮。

(4)喘促加重——用苏子、莱菔子、麻黄、沉香、地龙等平喘。

4. 肺热咳喘(风热犯肺)常见于急性支气管炎、肺炎、支气管扩张继发感染、肺脓疡等。

【症状】咳喘气粗，鼻扇、咳痰黄稠、咳脓臭痰、胸痛、咽喉肿痛、高热口渴、便秘尿赤、舌质红、苔黄燥、脉滑数。

分析：

热邪蕴肺、熬津成痰、痰热互结，阻于气道，肺失清肃——咳喘、气粗鼻扇，痰黄粘稠。

热壅咽喉——咽喉肿痛。

热邪伤津——口渴、便秘、尿赤。

痰阻肺络、血肉腐败成脓——咳脓臭痰。

实热蕴肺——高热。

实热之征——舌质红、苔黄燥、脉来滑数。

【病因病机】本证多因外邪(风温、燥邪、寒郁化火)，蕴结于肺或火热熬津为痰，痰热蕴结于肺，导致肺失清肃，热壅肺络。“炽热不散，血败成脓。”

治则：清热化痰，止咳平喘。

方药：苇茎汤、麻杏石甘汤等。

临床运用：

(1)肺热,口渴欲饮,高热等——以桑白皮、黄芩、鱼腥草、双花、板兰根、败酱草等清肺热。

(2)咳嗽甚者——以浙贝、杏仁、桔梗、瓜蒌等化热痰。

(3)哮喘甚者——以麻黄、杏仁、白前、葶苈子、苏子等定喘。

(4)咳脓臭痰——苇茎汤加败酱草、浙贝、蒲公英、鱼腥草、赤芍等除痰排脓。

5、痰浊阻肺:指气虚津化为痰饮,脾虚湿痰的病变,常见于慢性支气管炎、喘息型支气管炎、渗出性胸膜炎。

【症状】

(1)痰湿——痰多易咯出,痰白而粘,胸闷,喘咳痰鸣、不能平卧。

(2)痰饮(寒痰)——胸胁胀满、疼痛、咳嗽加剧、痰白稀薄、泡沫样,怕冷肢冷、苔腻、脉滑。

分析:

(1)痰湿——肺有痰湿——痰多白粘,易于咯出。

痰阻气道,肺气壅滞——胸闷。

痰搏气道——痰鸣。

痰湿阻肺、阻塞气道、宣降不利——喘咳不能平卧。

(2)痰饮——肺气虚、卫气不固——自汗怕冷。

寒痰之性——痰白稀薄、泡沫样。

饮邪阻肺,留于胸胁、阻滞肺络通利——胸胁疼痛、咳嗽加剧。

【病因病机】

本证多因咳嗽久延、时愈时发,导致肺气不足,宣散津液失权,聚为痰饮,饮邪阻肺,水饮留于胸胁,肺络阻滞或平素脾

气不足，运化失权，湿聚生痰、痰湿阻于气道，故见诸证。

治则：泻肺逐痰。

方药：葶苈大枣泻肺汤、三子养亲汤、苏子降气汤等加减。

临床运用：

(1)痰湿偏重——加重半夏、陈皮、厚朴等燥湿化痰。

(2)寒饮偏重——加重细辛、五味子、干姜等温肺散寒。

6、大肠湿热：指湿热蕴结大肠，导致其传导功能障碍，常见于急性肠炎、急性菌痢、阿米巴痢疾等病。

【症状】发热、腹痛、腹泻、里急后重、下痢赤白、脓血便、肛门灼热、苔黄腻、脉滑数。甚者：四肢抽搐、烦躁神昏等。

分析：

湿蕴热结，郁久化火——高热。

湿热积滞，大肠传导失职，湿热下注肠道——腹泻（暴注下迫）、肛门灼热、小便短赤。

热迫气滞、腑气不降——腹痛、里急后重、频频登厕。

热伤于气——大便以白粘液为主。

热伤于血——大便以红（血便）为主。

湿热伤及气血，气血凝滞与湿热肠垢相搏结（热伤血络）——大便为脓血样。

热极生风——四肢抽搐（中毒性症状）。

湿热内盛，毒邪攻心——烦躁神昏（中毒性痢疾）。

湿热化毒，毒闭于里——腹胀便秘、呕吐（中毒性肠麻痹）。

苔黄腻（湿热之证）、脉滑（湿）数（热）。

【病因病机】

本证多因饮食不洁或外感暑湿内毒之邪，内侵肠道，湿热

蕴结大肠，导致传导功能障碍。

治则：清热利湿，调和气机。

方药：白头翁汤、葛根黄芩黄连汤。

临床运用：

(1)阿米巴痢疾——用鸦胆子数粒，装入胶囊吞服。

(2)湿热盛者——以马蹄金、马齿苋、白头翁、黄芩、黄柏、秦皮等清利湿热。

(3)腹痛——以枳壳、风退、木香、川连、厚朴等消风理气。

(4)大便脓血或赤白痢——以赤白芍、丹皮等活血。

(5)四肢抽搐、烦躁神昏——以羚羊、钩藤、白芍、银花、连翘配合至宝丹等凉肝熄风，清热解毒、开窍安神。

7、大肠实热(指实热闭结于大肠)常见于肠梗阻等。

【症状】腹部胀痛拒按、呕吐、大便秘结、小便短赤、苔黄燥、脉沉弦或滑数。

分析：

热结肠道、气机闭结——腹胀痛拒按。

腑气闭阻、升降失司——呕吐、便秘。

邪热内盛、热伤津液——高热、烦渴、尿黄、苔黄燥、脉滑数或沉实。

【病因病机】

本证多因食滞、虫积、瘀阻等，郁久化热、传导功能失司、气机闭结，热结肠道，胃气不降，导致胀、痛、呕、闭(大便秘结)等症候。

治则：清热通下。

方药：大、小承气汤加减。

如高热、烦躁、神昏者：加银花、连翘、蒲公英、至宝丹等清

热安神开窍。

第五节 肾(膀胱)的证候

一、肾的生理病理特点

肾为先天之本,是人体维持生命活动的主要器官之一。前人把肾称为“先天”,说明肾为发育生殖之源,如婴儿出生之后,出现五迟(站立、行走、长发、生齿、说话)、五软(头项、口、手、足、肌肉,均痿软无力等)都认为和“先天”肾虚(不足)有关。其主要功能是藏精、充骨髓、开窍于耳,其华在发,主管水液等,与膀胱相互表里。肾内藏元阴,元阳(亦称肾阴、肾阳)。

肾阴的作用:肾阴包括肾精和津液,又称元阴,真阴,主要功能是补益脑髓,主生育,助肾阳(肾气)发挥作用,有抑制肾阳(命门之火)偏亢,如果由于禀赋不足,久病失养,或房劳过度耗散精液,致肾阴不足。由于肾精不足,不能主骨生髓,则筋骨失充不健,髓虚不充于脑,脑海空虚,则脑力活动减退而致神经衰弱,肾精不足则生育衰退。肾阴虚的病理特点还有阴虚内热自生的现象,临床常见虚热等症候。

肾阳的作用:肾阳包括肾气、命门,又称元阳、真阳,主要功能是调节和蒸化全身气液,助脾气生化水谷精微,助肺气之出纳,主生育,为脏腑阳气的来源。若肾阳发生病变,则出现肾阳功能不足,如命门火衰,肾气虚弱等,其表现人体各组织器官的机能衰退。水液气化功能障碍,脾胃生化水谷精微功能的紊乱,生育的功能障碍,肺气出纳升降功能失常。

二、肾病的证候

以虚证为多,只宜固藏,不宜耗泄(肾病多虚,久病伤肾),可分为阳虚、阴虚两大类;如肾阳虚(命门火衰),肾气不固,肾不纳气,肾虚水泛,及肾阴虚等。这与现代医学的生殖、泌尿、神经、内分泌系统疾病类似。

三、肾(膀胱)的辨证

1、肾阳虚(命门火衰)

(1)肾阳虚衰(指肾功能不足)可见于全身衰弱,慢性结肠炎,神经官能症,肾上腺皮质功能减退,甲状腺机能减退等。

【症状】形寒怕冷,手足不温,面色㿔白,或黧黑无华,腰酸腿软,男子阳痿、早泄,女子宫冷不孕或带下清稀,或精神不振,尿频色清,或尿少浮肿,食少便溏,五更泄泻,舌质淡而胖,苔白滑,脉沉迟,或两尺无力。

分析:

形寒怕冷、手足,不温——肾阳虚、全身阳气衰减,产热不足,不能温煦肢体。

面色㿔白,或黧黑无华——肾阳虚不能外达于面,而呈现肾的本色。

腰酸膝软——腰为肾之府,膝为筋之主,精气不足肾阳虚弱、筋脉失养所致。

男子阳痿或精寒不育,性欲减退——肾阳不足,命门火衰,振奋无力,机能虚损。

女子宫冷不孕或带下清稀——肾阳不足,阳虚则寒盛,宫寒不孕,肾阳虚弱,固摄失权。

滑精早泄——男子精关不固。

尿频——肾阳(气)虚,失其制约,调节水液失常。

尿少浮肿——阳虚不能气化水湿,水邪外溢肌肤。

食少便溏——肾阳虚,产热不足,不能温脾、脾虚失运。

五更泄泻——命门火衰不能固摄。

舌质淡、脉沉细——为阳气不足之象。

【病因病理】

本证多因禀赋不足,或年老久病或房劳过度损伤肾阳,或水湿久留,伤其肾阳,或其它脏腑之阳先虚,影响肾阳亦虚,或见肾阴耗伤,阴损及阳等,导致肾阳虚衰,产热不足等病理现象。

治则:温补肾阳。

方药:金匱肾气丸、右归饮等。

(2)肾气不固,则收摄无力,可见于慢性肾炎、神经衰弱、尿崩症,小儿遗尿症等。

【症状】小便频数色清,或失禁或尿后余淋,夜尿多,遗精早泄;头晕、腰膝酸软、舌质淡苔白、脉沉细。

分析:

肾气虚损,失其固摄,膀胱制约失权——尿频、尿多、尿后余淋、遗尿失禁。

肾气不足,影响藏精,精关不固——遗精早泄。

肾气虚,不能主骨、生髓、养脑——头晕腰酸等。

【病因病机】

本证多因久病或年老体虚,或先天不足,或劳损过度,导致肾气消耗,封藏固摄无权等引起。

治则:固摄肾气。

方药：金锁固精丸，缩泉丸。

(3)肾不纳气(指肾虚多有纳气困难的特点，如气喘——呼多吸少)；可见于慢支并肺气肿，肺心病等。

【症状】气喘、动则尤甚，汗出肢冷，时而痰鸣，小便随咳而出，神疲、舌淡苔黄，脉沉细弱。

分析：

肾主纳气，肾虚则气不归纳——喘促。

肾气已耗，动则更加耗气——动则喘甚。

肾气虚，阳气衰，而卫外不固——汗出肢冷。

肾肺两虚，气机不宣，反而上逆——咳逆痰鸣。

肾司二阴，肾气虚弱，不能固摄——咳则小便自流。

【病因病机】

本证多因肺病日久，劳伤过度，损伤肾气，致使气不归元，肾失摄纳所致。内经曰：“肺为气之主，肾为气之根”。肺虽主呼吸，肾有摄纳肺气的作用。因肾虚摄纳肺气的功能失权，导致疾病发生。

治则：补肾纳气。

方药：金匱肾气丸，人参蛤蚧散。

(4)肾虚水泛(指肾阳虚的病理现象，如水肿病)；可见于慢性肾炎肾变性期，心原性水肿等。

【症状】全身水肿，腰以下尤甚，尿少，腹水胀满，阴囊肿大，心悸，喘促痰鸣，腰脊酸痛，舌淡体胖，苔白滑，脉沉细或沉滑。

分析：

肾阳虚弱，不能温化水湿，水邪溢于肌肤，其性下流——故周身浮肿，腰以下肿胀。

阳气不足,气化失司,水湿停于腹部——则腹部胀满。

水邪上逆,遏抑心气——则心悸气促。

水泛为痰,肺气肃降失司,肺气上逆——痰鸣气喘。

阳虚生寒,腰为肾之府——故肢冷,腰脊酸痛。

阳虚湿盛——舌质淡胖,脉沉细。

【病因病机】

本证多因素体虚弱,水邪久留,失于调摄,肾阳亏耗或脾病及肾,肾阳虚损,不能温化水液,水邪泛滥所引起的疾患。

治则:温阳行水。

方药:真武汤。济生肾气丸。

2、肾阴虚(指肾水不足或肾精亏损)可见于慢性肾盂肾炎,神经衰弱,肺结核,糖尿病等疾患。

【症状】头晕目眩、耳鸣健忘、少寐、视力减退,腰酸膝软、牙齿松动或疼痛、梦遗、咽干口燥、盗汗、五心烦热,甚则下半夜口干、舌红少苔、脉细数。

分析:

肾精消耗、精血不足,骨髓不充,髓海空虚——头晕目眩、耳鸣健忘、腰酸膝软。

肾主骨,齿为骨之余,肾阴虚,虚火内生,阴虚火动——齿松动或疼痛。阴虚相火亢盛,虚火内迫——梦遗早泄。

阴虚生虚火(热)——咽干、盗汗、五心烦热,则入夜口干。

【病因病机】

本证多因茶、酒成癖,湿热内蕴,消耗阴液,或房劳过度,损伤肾精或肺病及肾,肾阴亦亏,导致肾阴不足之疾。

治则:滋补肾阴(精)

方药:六味地黄丸、知柏八味丸,左归丸。

3.膀胱的生理病理,

膀胱的生理贮藏和排泄尿液,其病变主要是小便异常,如小便频数或小便失禁等,与肾相互表里,其证候表现多为实证。

膀胱湿热(属为下焦湿热)可见泌尿系统感染、泌尿道结石,急性前列腺炎,血尿等。

【症状】身热、尿频尿急尿痛、尿色浑浊或尿血或尿出砂石,小腹胀满、苔黄腻、脉滑数

分析:

湿热蕴结膀胱,影响膀胱气化,致气化障碍,尿道不利——出现尿急、尿频、尿痛。

湿热积聚,遂成砂石,阻塞尿道,气机不通——小腹胀痛。

热结不散,伤其脉络,血络受损——尿血。

湿热之邪下注——尿色混浊。

湿热蕴结——苔黄腻,脉滑数。

【病因病机】

本证多因饮食不节,生冷瓜果,湿从内生,湿郁化热或外感湿热之邪,致膀胱湿蕴热结,造成气化功能障碍。

治则:清热利湿通淋,凉血止血。

方药:八正散、小蓟饮子。

第六节 内脏相关辨证

内脏相关辨证,亦称脏腑兼证。脏腑之间的生理存在密切关系,因而在病理上可以互相影响,如:某一脏腑之病变,影响其它内脏也发生一定病理改变,出现了临床证候,因此在临床

上常常可以看到二个或二个以上的内脏同时或相继出现病变。例：心脾两虚，肝脾不和，心肾不交等。

一、心脾两虚

指心血虚，脾气不足的兼证，多见于神经官能症、贫血、胃、十二指肠溃疡，器质性心脏病等。

【症状】心悸健忘、失眠梦多，面色萎黄、食欲不振、腹胀便溏、倦怠无力、舌质淡、脉沉细无力。

【病因病机】

本证多因病后失调，或慢性出血，或思虑过度，耗伤心血，心血虚弱，不能养神，神不守舍，故见于心悸、健忘，失眠多梦。心主血，其华在面，开窍于舌，心血不足则面色萎黄、舌淡等，神衰则脾不运，或饮食不节，致脾失健运，故食欲不振、腹胀便溏、倦怠无力等症。

治则：补益心脾。

方药：归脾汤加减。

二、肝脾不和

指肝气横逆，侵犯于脾（胃），亦就是肝旺脾虚，多见于胃肠神经官能症，慢性肠炎，慢性肝炎，月经不调等。

【症状】两胁胀痛，精神抑郁，性情急躁，不思饮食，腹胀便溏，嗳气吞酸，月经失调，苔白腻，脉弦。

【病因病机】

本证由于情志不畅，郁怒伤肝，肝的疏泄功能失调影响脾的运化功能（肝脾不和）胃气失和，不能下降（肝气犯胃）。

治则：疏肝、健脾和胃。

方药：逍遥散或痛泻要方——疏肝健脾（肝脾不和）。柴平汤——疏肝和胃（肝气犯胃）。

三、肺脾两虚

指主气及运化功能减退，多见于慢性支气管炎，肺气肿，肺结核，水肿，慢性胃肠疾患等。

【症状】久咳气短，咳喘无力，痰多而稀，食欲不振，腹胀便溏，肢体倦怠，足浮面肿，舌淡苔白，脉濡细。

【病因病机】

本证多因久咳伤肺，肺气虚弱则咳喘，气短无力。肺虚及脾，或饮食不节，脾气虚弱，故见消化不良的食欲不振，腹胀便溏，肢体倦怠，舌淡脉濡等。肺气虚，肃降无权及脾虚水湿失动，导致水湿停滞，因此出现足浮面肿，痰多清稀等，肺不主气、脾气健运的病理现象。

治则：补脾益肺。

方药：参苓白术散，六君子汤等。

临床运用：

水肿者——益气利水，加黄芪、防己、赤小豆等。

四、脾肾阳虚

指脾肾两脏功能衰退，其特点表现有消化功能和水湿代谢障碍，临床多见于慢性肾炎肾变性期，慢性肠炎、肠结核等病。

【症状】畏寒肢冷，水肿，食欲不振，腰膝酸软，体倦乏力，大便溏薄或五更泄泻，完谷不化，阳萎，舌质淡，苔白滑胖嫩、脉沉细。

【病因病机】

本证多因感受寒湿之邪,或饮食不节,损伤脾气,脾虚阳损,运化水谷精微失司,后天精气不足,导致肾阳亦虚,反过来肾阳虚弱不能温煦脾阳,脾阳也衰,临床形成脾肾阳虚。

治则:温补脾肾。

方药:实脾饮,真武汤,附子理中汤,四神丸等。

五、心肾不交

指心阳与肾阴的生理关系失常(如:肾阴不足或心火扰动,两者失去协调关系)。

可见于神经衰弱,心脏病,慢性消耗性疾病。

【症状】健忘、心悸,口舌生疮,五心烦热,遗精、盗汗、腰膝酸软,头晕目眩,健忘耳鸣,舌红少苔,脉细数。

【病因病机】本证多由情志内伤或劳伤心肾,或久病虚损所致,因而引起心火过盛,消耗心肾之阴,使心肾互相制约,互相资生等关系失调,故表现心火旺,肾阴虚的症候。

治则:交通心肾,滋阴降火。

方药:补心丹,六味地黄丸,交泰丸,黄连阿胶汤加减。

六、肝肾阴虚

指肝肾两脏不足,临床上多见神经衰弱、慢性肝炎、高血压等病。

【症状】肢体麻木、目涩、妇女经量少,腰膝酸软、齿摇、健忘、耳鸣、生殖功能下降,舌红少苔,脉细。

【病因病机】

本证型多由劳伤过度,或房事不节,或慢性疾病,耗伤阴

液,导致互相资生改变:如肾阴不足,不能滋养肝脏,肝阴不足,不能济于肾阴,均能导致肝肾阴虚的证候。如果出现阴不制阳则肝阳上亢,肝风内动,或水不制火,虚火上炎等证候。

治则:滋阴柔肝潜阳。

方药:左归丸、一贯煎、大定风珠等加减。

如:以熟地、白芍、山茱萸、首乌、双椹等补肝肾。

以石决明、龙牡、地龙、钩陈、龟板等潜阳。

以黄连、胆草、知母、栀子等降火。

七、肺肾阴虚

指肺与肾两脏不足的病理表现。

临床多见于肺结核活动期。

【症状】干咳、咳血、低热、盗汗、腰膝酸软、遗精,舌红少苔,脉虚数。

【病因病机】

本证型多由久咳耗伤肺阴,阴液不足,则逐渐消耗肾阴,或房劳过度,损耗肾精,肾精亏虚,不能滋养肺阴,故肺阴亦虚,阴虚生内热等证候。

治则:滋补肺肾。

方药:麦味地黄汤或百合固金汤。

中医药治疗胃脘痛的近况

中医药对胃脘痛的治疗具有悠久的历史和丰富的经验,不仅确凿有效,且少副作用,又有潜力可挖。现将近年来全国部分中医杂志所登载的有关资料综述如下。

一、中医辨证分型施治

辨证论治的优点在于治疗胃脘痛的同时,也能对紊乱的消化道及全身机能进行调整,可谓一种标本兼治的方法。

(一)著名老中医姜春华教授在治疗胃脘痛时,将本病分七型^[1]:

1.脾胃虚惫,培补中气:药用黄芪、党参、白术、白芍、黄精、升麻、柴胡、陈皮、山药、薏仁、炙草、饴糖。

2.寒遏中宫,温阳暖胃:药用高良姜、干姜、桂枝、苏梗、吴茱萸、川椒、香附、荜拔、乳香、没药、元胡。

3.肝郁犯胃,解郁疏达:药用柴胡、白芍、郁金、川楝、青陈皮、佛手、香橼、旋覆花、枳壳、香附、白豆蔻,肝胃郁热加山栀子、黄芩、左金丸。

4.久痛入络,活血化瘀:药用丹参、归尾、川芎、桃仁、红花、姜黄、甘松、乳香、没药、郁金、王不留行,重则加三棱、莪术、五灵脂或虫类药如:九香虫、穿山甲、蚕虫、刺猬皮等。

5.饮食积滞,消导通腑:药用藿苏梗、内金、山楂、神曲、莱菔子、枳壳、槟榔、木香、砂仁、麦谷芽、半夏、陈皮、大黄等。

6.湿热中阻,苦寒清泄:药用苍术、茯苓、川连、黄芩、川朴

花、藿香、佩兰、苡仁、枳壳、望江南、瓦楞子、乌贼骨。

7. 阴虚胃痛, 益阴润胃: 药用沙参、麦冬、石斛、玉竹、天花粉、扁豆、白莲肉、白芍、乌梅、木瓜、甘草、佛手、玫瑰花、川楝子等。

(二) 著名老中医魏长春主任在治疗胃脘痛时, 将本病分为八型^[2]:

1. 肝气犯胃, 疏肝理气: 方用“五花芍草汤”: 玫瑰花、佛手花、绿梅花、扁豆花、厚朴花、白芍药、炙甘草, 证重者用柴胡疏肝汤加减。

2. 肝胃郁热, 泄热和胃: 方用“蒲乳清胃汤”合左金丸: 蒲公英、羊乳参、黄芩、白芍、陈皮、竹茹、无花果、党参、炙甘草, 合左金丸。

3. 寒邪犯胃, 散寒温胃: 方用加味良附丸: 良姜、香附、毕澄茄、吴茱萸、陈皮。挟湿邪者加苍术、厚朴、茯苓。挟食滞者加神曲、枳壳、内金; 内有气滞外感风寒者加苏叶。

4. 脾胃虚寒, 温中健脾: 方用“加建理汤”: 桂枝、白芍、干姜、红枣、饴糖、党参、附子、甘松, 泛吐清水加姜半夏、陈皮、茯苓; 脘腹胀满加枳壳、砂仁; 病甚加香附。

5. 郁热伤阴, 养阴益胃: 方用“加减沙参麦冬汤”: 沙参、麦冬、党参、生地、无花果、扁豆、白芍、炙甘草、陈皮、竹茹。

6. 湿热中阻, 化湿清热: 方用“加减连朴饮”: 黄连、厚朴、石菖蒲、姜半夏、大豆卷、尺仙藤、陈皮。

7. 气滞血瘀, 理气化痰瘀: 方用“加味失笑芍甘汤”: 蒲黄、五灵脂、赤芍、丹参、炙甘草、玫瑰花、九香虫、香附。

8. 食滞胃脘, 消食导滞: 方用“加减保和丸”: 神曲、炒山楂、莱菔子、陈皮、姜半夏、茯苓、内金。

(三)步玉如名老中医治疗胃脘痛有四条经验^[3]。

1. 治虚证强调通补：胃脘痛虚证，虽以正气虚为主，但其作痛，多因虚中夹滞，故治疗当以叶天士所倡之温补法为主，即在补益之中加通调 气血诸郁之药，使补而不壅，通勿伤正。如治阳虚胃痛，可用理中汤加乌药辛温通气，助干姜破寒凝，使全方通闭止痛的疗效显效增强。治胃阴亏之脘痛，可以养胃汤合芍药甘草汤，再加金铃子散，则疗效显著提高。

2. 治实证重视开郁：实证胃痛，多由饮食不节，七情所伤，内生气、血、痰、湿、热、火诸郁阻滞而致。六郁虽属实邪，但多无有形之物可攻，故治疗关键不在攻邪，而在开郁，郁结之势一开，疼痛自愈。如治肝胃郁热证，用左金丸加减。胃脘积热证用左金丸加温胆汤。脾胃气滞证用调气散（香附、乌药、陈皮、木香、青皮、砂仁、藿香、甘草）加减；重症加槟榔、莪术以破气、重用莱菔子；郁甚加槟榔等。痰湿郁滞证以二陈汤为基础方；寒者加生姜、厚朴；热者加黄连、竹茹、枳实。血瘀证则用丹参饮加减。

3. 复杂证擅长调理：胃脘久痛者，常虚寒兼并，证情复杂，故治疗须予综合调理，如久痛患者多见脾虚湿滞与热积郁热。健脾易增壅滞，消食化湿多损中气，纯清则伤脾碍湿，纯温又助其郁火。步老总结出以香砂六君子汤合温胆汤加神曲、冬瓜皮等基础方，围绕病症加减调治。另外，复杂证尚有气、食、痰、湿、热诸郁并存者，步老则以保和丸合木香、槟榔等化裁治之。

4. 疑似证辨治分明：中医教材中，往往将小建中汤证、理中汤证、香砂六君子汤证统称为“中焦虚寒证”。步老认为三方之证虽相似，尚有不同之处，即香砂六君子汤证属于气虚，小

建中汤证系阳兼营阴弱，理中汤证乃中阳虚兼寒湿，只有对证候细微鉴别，才能准确使用类似方剂。再加气郁证，肝气犯胃用柴胡疏肝散，肝郁脾虚用逍遥散，肝郁脾虚而气郁化火用丹桅逍遥散，不可一见胃脘痛伴胁痛即泛用柴胡疏肝散。至于食积胃脘痛，对体壮暴食而积者，消积不畏猛，对久病中虚而积者，健脾为先，稍加消导。

二、证候分类及诊断标准：

1984年五月于北京召开全国急性胃脘痛证会议，研究决定证候分类及诊断标准。

（一）气滞证：

1. 主证：胃脘胀痛，窜及两胁，每遇郁怒而诱发且加重，噯气或气爽则舒，舌苔薄白，脉弦。

2. 兼证：情绪易波动，噯气频频，大便不畅。

3. 处方：柴胡、枳壳、白术、香附、元胡、郁金、陈皮。

（二）虚寒证：

1. 主证：胃脘痛，喜温喜按，遇冷加重，舌质淡嫩，苔薄白，脉迟细或迟。

2. 兼证：得食则减，纳食减少，畏寒肢冷，倦怠乏力，大便秘稀，或先硬后溏。

3. 处方：炙黄芪、桂枝、白术、乌药、当归、香附、白术、乌贼骨、元胡、炙草。

（三）阴虚证：

1. 主证：胃脘灼痛，空腹加重，似饥而不欲食，舌红少津，苔少或无苔，脉细数。

2. 兼证：嘈杂干呕，口舌干燥或糜烂，纳呆，大便干结。

3. 处方：北沙参、麦冬、石斛、玉竹、白术、炙甘草、香橼、决明子、川楝子。

（四）血瘀证：

1. 主证：胃脘痛拒按，如刺如刮，痛处不移，舌质紫暗或有瘀斑，脉细涩。

2. 兼证：病程较长，胃痛夜甚或有呕血、便血史。

3. 处方：丹参、乌药、檀香、生蒲黄、五灵脂、元胡、当归、炙甘草、酒大黄、砂仁。

三、单验方治疗

选择适当的药物组成一个固定方，有利于临床观察总结，因而也被广泛地采用。

有的单位自制“脘腹痼痛汤”：延胡、白芍、川楝子、生甘草、海螵蛸、制香附、蒲公英、沉香、乌药，水煎服或研粗末开水冲服，治疗多种脘腹疼痛，取得满意疗效。不仅能重复使用，且无副作用，并体会到蒲公英对于胃病也是养阴护胃佳药，因而凡是脘痛属于热者，每加大剂量可获良效^[4]。

有作者以“多味陷胸汤”治疗实证胃脘痛，取得显著疗效。方药由黄连、瓜蒌、枳实、茯苓、厚朴随证加减，水煎服。适应症以脘痛、痞满、口粘或口苦，苔黄脉实为其辨证要点，但脾胃虚寒，脘痛喜按，口淡纳呆，腹胀便溏，舌淡苔滑，脉虚无力者，禁忌使用^[5]。

有作者自制“胃痛散”治疗胃脘痛取得满意疗效。药用炒白芍 1500 克、生甘草 2000 克、制延胡 1500 克、海螵蛸 2000 克、制香附 1000 克，混合共研细末，分成 3 克一包备用，每天 3 克或根据病情服^[6]。

有人以黄连汤合丹参饮治疗寒热错杂、气滞血瘀型胃痛患者,疗效显著,药用川连 6 克、桂枝 5 克、干姜 5 克、甘草 3 克、党参 6 克、半夏 10 克、大枣 4 粒、丹参 10 克、檀香 6 克、砂仁 5 克,日一剂,水煎服^[7]。

有人以化痰消痰入手,治疗顽固性胃痛,取得满意疗效。药用:延胡 12 克、竹沥 12 克、半夏 12 克、象贝 12 克、五灵脂 9 克、橘红 9 克、三七粉 2 克(冲)、血余炭 3 克(冲)、凤凰衣 1.5 克、生瓦楞子 18 克、徐长卿 15 克,随症加减^[8]。

戚景如老中医治疗胃痛的经验是:治痛之要,理气为主,单纯胃气阻滞,宜理气和胃,以白豆蔻 1~2 粒嚼服可解;肝胃气滞宜疏肝和胃,用四逆散、五磨饮子或《张氏医通》的沉香降气散;肝郁已久,当取阳明,用六君子合当归、芍药、甘草。寒湿壅遏,温散当先,湿胜以平胃散加肉桂,寒胜用肉桂,沉香等分为末吞服,或用苡米附子散。久痛入络,治以祛瘀丹参饮加元胡、郁金、川芎^[9]。

有作者以“丹金二香汤”治疗急慢性胃痛 52 例,除 1 例胃溃疡出血住院治疗外,余 51 例均获较好止痛效果,平均止痛时间为 3 天。药用丹参 30 克、金铃子、延胡各 10 克、砂仁、甘草各 6 克、白芍 15 克、檀香 5 克、沉香 3 克,随症加减,水煎每日一剂,生姜汁 3 至 10 滴冲服^[10]。

参 考 文 献

[1] 贝润浦:浙江中医杂志,1983 年 2 期第 49 页。

[2] 张桂明:浙江中医杂志,1984 年 2 期第 55 页。

-
- [3]周乐平;河南中医杂志,1984年3期第20页。
- [4]何基平;浙江中医杂志,1984年2期第57页。
- [5]宋新家等;河南中医杂志,1984年1期第37页。
- [6]郭佩玲;浙江中医学院学报,1984年4期第28页。
- [7]冯秀兰等;河南中医杂志,1983年4期第34页。
- [8]朱良春;上海中医药杂志,1983年11期第38页。
- [9]颜乾麟;北京中医,1984年2期第10页。
- [10]陈兴华;湖北中医杂志,1984年3期第14页。

胃脘痛分型论治初探

笔者对 56 例胃脘痛(胃和十二指肠溃疡病,慢性胃炎),试以中医辨证分型治疗,并进行初步探讨。

一般资料

本组 56 例(门诊 42 例,住院 14 例)均经 X 线胃肠钡餐透视。其中胃小弯溃疡 4 例,十二指肠球部溃疡 36 例,慢性胃炎 16 例。56 例中,男 42 例,女 14 例,年龄 21~62 岁。

分型施治

本组溃疡病有 40 例,其中脾虚气滞型 21 例,脾虚湿热型 16 例,郁热伤阴型 2 例,气滞血瘀型 1 例。

本组慢性胃炎占 16 例,其中郁热伤阴型 7 例,气滞血瘀型 6 例,脾虚气滞型 3 例。

一、脾虚气滞型

证见神疲乏力,胸胁不舒,纳食欠佳,食后腹胀,暖气泛酸,脘部胀痛,得食痛减,喜热饮,大便溏薄或正常,舌质淡红,苔薄白,脉弦细。治宜健脾和胃,疏肝理气。方选五味异功散。若脾虚为主者加黄芪、白豆蔻、干姜、砂仁、桂枝。偏气滞者,主药选柴胡、白芍、川楝子、佛手干、台乌、青皮等。

二、脾虚湿热型

证见神疲乏力,胃纳欠佳,食后腹胀,暖气泛酸,脘腹胀痛,口苦且干,但不多饮,舌淡红或偏红,苔黄腻,脉弦滑等。治宜益气健脾,清热化湿。药用太子参、茯苓、扁豆、苍术、白术、甘草、厚朴、枳壳、绵茵陈、黄芩等。偏湿者,加藿香梗、苏梗、台乌、木香等芳香理气之品;偏热,加黄连、蒲公英、马蹄金、枇杷叶等清热之品。

三、郁热伤阴型

证见胃纳欠佳,食后腹胀,暖气,脘部灼热,时而隐痛、拒按,心烦易怒,口干,眩晕,大便干燥,舌红苔少或薄白苔,脉弦细而数。治宜泄热和胃,益阴止痛,方取左金丸合芍药甘草汤加梔子、天花粉。

四、气滞血瘀型

证见胃脘刺痛,按之更甚,口干不寐,心烦易怒,大便干燥,舌晦暗,苔薄黄,脉弦细而涩。治以活血化瘀,清热止痛。药由七叶莲、丹参、赤芍、当归、莪术、桃仁、佛手干、川楝子、麦谷芽、炙甘草等组成。

疗效观察

一、评定标准

痊愈:体征消失,胃肠钡餐复查龛影消失,或胃镜复查炎

症、肠上皮化生消失。

显效：症状、体征大部分消失，胃肠钡餐复查龛影缩小，或胃镜复查炎症明显改善。

好转：症状、体征好转，胃肠，钡餐复查龛影未明显缩小，或胃镜复查炎症已改变。

无效：症状、体征未消失或龛影无变化，以及胃镜复查炎症无变化。

二、治疗结果

(一)溃疡病组的脾虚气滞型 19 例中：治愈者 9 例，显效 5 例，好转 4 例，无效 1 例。

(二)溃疡病组的脾虚湿热型 11 例中：治愈者 5 例，显效 3 例，好转 2 例，无效 1 例。

(三)慢性胃炎组的湿热伤阴型 7 例中：治愈者 2 例，显效 4 例，无效 1 例。

(四)慢性胃炎组的气滞血瘀型 6 例中：治愈者 1 例，显效 4 例，好转 1 例。

(五)慢性胃炎组的脾虚气滞型 3 例中：治愈者 1 例，无效 2 例。

三、病例简介

孙×，男，45 岁，战士。诉胃脘部烧灼痛反复有年余；近月来加剧，并伴嗳气，泛酸，神疲乏力，纳食欠佳，大便溏薄、舌淡，苔薄白，脉弦细。X 线钡餐检查：胃窦粘膜粗糙，十二指肠球部轻度变形。可见小黄豆大龛影，周围轻度水肿，局部压痛明显。提示：十二指肠球部溃疡并炎症。中医辨证拟属胃脘痛

的脾虚气滞型。治拟健脾和胃，舒肝理气。取五味异功散加柴胡、白芍、台乌、青皮、蒲公英。连服 7 剂。胃脘灼热痛大减，精神转佳，大便成形。按上方出入，共服 48 剂，诸症悉平。x 线胃肠钡餐复查，龛影消失，周围水肿消退。

体 会

本文对 56 例胃、十二指肠球部溃疡、慢性胃炎患者的临床观察与治疗，初步认为溃疡病绝大多数为脾虚气滞型和脾虚湿热型；慢性胃炎患者以郁热伤阴型、气滞血瘀型为多见。

郁热伤阴型和气滞血瘀型的慢性胃炎患者都具有不同程度热邪所犯的病理存在，故前者取栀子、黄连、天花粉以泄热，后者用七叶莲既能清热又能化瘀，与主药配合，以增强疗效。

慢性萎缩性胃炎 103 例中医证型 与血清胃泌素、尿胃蛋白酶关系探讨

慢性萎缩性胃炎(下称慢萎)可归属于中医的“胃脘痛”、“胃痞”范畴。我们用现代核医学放射免疫法,对 103 例慢萎的中医辨证分型患者,进行空腹血清胃泌素和尿胃蛋白酶测定,并对慢萎中医辨证分型与血清胃泌素、尿胃蛋白酶测定的关系进行探讨。

资料与方法

一、病例选择

本文观察组 103 例,正常对照组 33 例。观察组中门诊病人 39 例,住院病人 64 例,其中男 67 例,女 36 例,年龄 25~52 岁,平均 38 岁。观察组均经纤维胃镜和胃粘膜活检确诊为慢性萎缩性胃炎病人。对照组 33 例是我院保健科进行例行体检、无消化道或其他系统疾病的饮食服务行业健康职工,其中男 20 例,女 13 例;年龄 20~35 岁,平均 33 岁。

二、中医辨证分型

(一)气滞湿热:胃脘胀闷疼痛,痛窜两胁,噯气或矢气则舒。口粘纳少,泛酸嘈杂,排便不爽,便溏或便秘,溲赤,舌红苔

黄或腻；脉弦滑或弦数。

(二)脾胃虚寒：胃痛隐隐，遇冷痛甚，喜按喜暖，口淡多涎，或呕吐清水，四肢不温，纳少乏力，大便溏薄，舌淡或边有齿痕，苔白或腻，脉沉细或迟。

(三)胃阴亏虚：胃脘灼痛，嘈杂似饥，口干咽燥，五心烦热，溲赤便秘，舌红绛而干，无苔或少苔花剥，脉细数或虚数。

(四)瘀血内阻：胃痛拒按，久痛不愈，痛如刺割，痛有定处，呕血或黑便，舌暗红或有瘀斑，苔白或黄，舌下静脉曲张，脉细而涩。

三、检测方法

(一)血清胃泌素检测：用中国科学院原子能研究所提供的胃泌素放射免疫药箱，以 RI 法(双抗体法)放射免疫测定空腹血清胃泌素(pg/ml)

(二)尿胃蛋白酶测定：按 Amsoh 和 Mirshy 方法，测定日间晨起 2 小时的尿胃蛋白酶，然后计算其平均值(mg/h)。

观察结果

一、正常对照组 33 例空腹血清胃泌素平均值为 77 ± 39.6 pg/ml，慢萎中医辨证分型患者 103 例空腹血清胃泌素值显著升高，为 161.84 ± 105.78 pg/ml，与正常对照组相比，差异非常显著($p < 0.001$)。

二、正常对照组与各型相比较也见显著差异($p < 0.05 \sim 0.01$)。气滞湿热型 57 例胃泌素值为 138.98 ± 88.97 pg/ml，显著高于正常对照组($p < 0.01$)。脾胃虚寒 20 例胃泌素值为

145.45±111.75pg/ml,显著高于对照组($p<0.05$)。胃阴亏虚型 6 例胃泌素值为 152.16±61.23pg/ml,也显著高于正常对照组($p<0.01$)。瘀血内阻型 20 例胃泌素值为 246.3±161.1pg/ml,非常显著高于正常对照组($p<0.01$)。

三、瘀血内阻型患者胃泌素值显著高于其他 3 型($p<0.05\sim0.01$),但其他 3 型胃泌素值之比却没有显著差异($p>0.05$)。

四、正常对照组尿胃蛋白酶值为 8.48±4.58mg/h,慢萎中医辨证分型患者的尿胃蛋白酶值为 21.2±16.01mg/h,二者相比有非常显著的差异($p<0.01$)。中医辨证四型中,气滞湿热型 57 例尿胃蛋白酶值为 20.57±16.18mg/h,脾胃虚寒型 20 例尿胃蛋白酶值为 24.79±16.49mg/h,胃阴亏虚型 6 例尿胃蛋白酶值为 16.97±12.43mg/h,瘀血内阻型 20 例尿胃蛋白酶值为 21.8±16.26mg/h,除了胃阴亏虚型与对照组相比较,经统计学处理无差异($p>0.05$),其余三型均显著高于对照组($p<0.01$)。中医分型有脾胃虚寒与胃阴亏虚相比,有显著差异($p<0.05$),其余各型相比,在统计学上均没有明显差异($p>0.05$)。

讨 论

胃泌素是一种重要的胃肠道激素,有促进胃粘膜血流量增多,粘膜上皮细胞 DNA 和 RNA 合成加速,细胞代谢增快和增强泌酸泌酶的功用,还可以促进胃肠蠕动,松弛幽门括约肌,血清胃泌素浓度的变化是反映消化系统分泌和蠕动功能的重要指标之一。因此,笔者认为选用胃泌素作为判断慢萎患

者诊治效果的一项客观指标有其重要意义。我们测定正常空腹血清胃泌素值为 $77 \pm 39.6 \text{ pg/ml}$, 慢萎中医辨证分型患者的平均胃泌素值为 $161.84 \pm 105.78 \text{ pg/ml}$, 非常显著高于对照组 ($p < 0.01$), 而且中医辨证分型患者的胃泌素值均显著高于对照组 ($p < 0.05 \sim 0.01$)。根据我们的临床观察, 气滞湿热型多见于慢萎的初期, 脾胃虚寒型和胃阴亏虚型多见慢萎的中期, 瘀血内阻型多见慢萎的严重阶段。在我们检测中, 从气滞湿热到脾胃虚寒, 胃阴亏虚, 到瘀血内阻, 患者胃泌素值呈递增现象。由此可见, 慢萎中医辨证分型的病变由轻到重, 与胃泌素含量的动态变化相一致, 提示中医的辨证分型是有科学根据的。不过气滞湿热, 脾胃虚寒, 胃阴亏虚这三型患者的胃泌素值虽然呈递增变化, 但在统计学上却未见差异 ($p > 0.05$), 而瘀血内阻型与上述三型相比, 胃泌素均有显著差异 ($p < 0.05 \sim 0.01$)。因为本型患者大多病程长, 久痛不愈, 且疼痛较剧烈, 痛如刺割, 或有黑便或有呕血病史, 已演变为血络损伤之证, 即中医所说的“久病入络”。一般病情较严重, 炎症病灶多以弥漫性为主, 胃的壁细胞受损严重, 泌酸能力降低, 胃酸缺乏, 使胃粘膜 G 细胞失去抑酸作用, 致使胃泌素释放显著增高。根据这个观察结果, 我们设想如果慢萎患者被检测的胃泌素值显著增高到一定程度, 即可以认为有瘀血内阻, 可在辨证施治的基础上酌加活血化瘀药以提高疗效。当然, 这有待于在临床中进一步观察和检验。

正常人尿胃蛋白酶的多少取决于在临床中进一步观察和检验。

正常人尿胃蛋白酶的多少取决于血清胃蛋白酶的含量, 而血清胃蛋白酶的含量高低直接与胃主细胞的分泌能力有

关,故其含量同样能反映出人体的消化功能。从检验结果来看,慢萎中医辨证分型患者病情由轻到重,其尿胃蛋白酶或增加,或减少,这种现象的内在因素有待进一步探讨和研究。

参 考 文 献 (略)

慢性萎缩性胃炎中医分型证治探讨

——附 64 例临床分析

慢性萎缩性胃炎(下称慢萎)是一种较难治的消化道疾病,祖国医学古典文献中并无慢萎这个病名记载,但一些经典著作里所描述的“胃痞”却有类似的症状。我院两年来共治疗慢萎 64 例,大致上可归纳为肝胃不和,脾虚痰湿,脾胃虚寒,胃阴亏虚,瘀血内阻等五个证型,现将 64 例慢萎的中医分型证治分析与探讨如下。

临 床 资 料

一、病例选择

64 例中,门诊患者 8 例,住院病人 56 例,所有患者均于治疗前经纤维胃镜及病理活检明确诊断为慢性萎缩性胃炎。其中伴慢性浅表性胃炎 27 例,伴胃下垂 15 例,伴胃、十二指肠球部溃疡 18 例,伴十二指肠球炎 2 例,伴胃息肉 1 例,伴胃癌 1 例。

二、一般情况

1. 性别:64 例中,男 37 例,女 27 例,男女之比为 1.37 : 1。
2. 职业:工人 37 例,干部 15 例,农民 5 例、家庭妇女 3

例,医护人员 2 例,教师 1 例,船员 1 例。

3. 年龄:详见表 1。

表 1 本组各证型年龄分布

	例数	23 岁~	31 岁~	41 岁~	51 岁~	60 岁以上	平均(岁)
肝胃不和	12	3	2	2	3	2	44.8
脾虚痰湿	10	1	0	0	5	4	56.2
脾胃虚寒	16	2	3	3	6	2	47.56
胃阴亏虚	7	1	1	1	3	1	48.7
瘀血内阻	19	3	3	5	4	4	46.95
合计	64	10	9	11	21	13	48.84

从表 1 来看,慢萎患者的发病年龄较大,平均为 48.84 岁,多发年龄在 30~60 岁之间,共 41 例,占 64.06%。但 23~30 岁组有 10 例,占 15.62%。

4. 病程详见表 2。

表 2 本组各证型病程分布

	例数	1 年以下	1 年~	3 年~	5 年~	10 年~	15 年~	20 年以上	平均(年)
肝胃不和	12	2	0	4	4	0	2	0	7.5
脾虚痰湿	10	0	1	3	0	4	1	1	12.9
脾胃虚寒	16	1	0	3	7	2	1	2	9.12
胃阴亏虚	7	1	0	3	2	0	0	1	7.71
瘀血内阻	19	2	2	0	1	7	2	5	13.95
合计	64	6	3	13	14	13	6	8	10.24

从表 2 可知,慢萎的病程较长,平均病程为 10.24 年,其中瘀血内阻型患者的病程最长,平均为 13.95 年,符合中医“久病入络”之说。

表 3 各证型胃痛诱因分布

	情志不畅	饮食不节	劳累过度	感冒	无明显诱因
例数	(例)%	(例)%	(例)%	(例)%	(例)%
肝胃不和 (12)	7	3	1	1	0
脾虚痰滞 (10)	0	6	3	0	1
脾胃虚寒 (16)	1	4	8	2	1
胃阴亏虚 (7)	1	2	2	1	1
瘀血内阻 (19)	4	6	5	2	2
合计	64	13(20.31)	21(32.81)	13(29.66)	6(9.37)

从表 3 可知慢萎胃痛的诱因主要有饮食不节(占 32.81%),劳累过度(占 29.68%),情志不畅(占 20.31%)和感冒(占 9.37%),这说明调养摄生失常是诱发本病的重要因素。

分型证治

中医对慢萎分型,国内尚无统一标准,我们根据 64 例慢萎患者的临床表现,初步归纳为下例五型进行论治。

一、肝胃不和

1. 主症：胃脘胀痛，胸胁胀满，郁怒诱发或加重，神疲纳少。
2. 次症：嗳气呃逆，嘈杂泛酸，心烦口苦，苔白脉弦。
3. 诊断：有三项主症或二项主症加二项次症，诊断即可成立。
4. 辨证：肝气郁结，横逆犯胃。
5. 治法：疏肝健脾，理气和胃。
6. 方药：柴胡疏肝散加减：
柴胡、白芍、香附、枳壳、佛手干、茯苓、鸡内金、苏梗、朴花。

二、脾虚痰湿

1. 主症：胃脘闷痛，呕吐清水痰涎，胸腹痞满，苔腻脉弦滑。
2. 次症：肢体困重，头晕心悸，纳少便溏，食入则吐。
3. 诊断：有三项主症或二项主症加二项次症即可诊断。
4. 辨证：脾胃虚弱、痰湿内阻。
5. 治法：健脾和胃，化痰利湿。
6. 方药：苓桂术甘汤合二陈汤加减：
茯苓、桂枝、白术、半夏、陈皮、枳实、九里香、甘草。

三、脾胃虚寒

1. 主症：胃脘隐痛，遇冷痛甚，喜温喜按，舌淡苔白。

2. 次症：倦怠乏力，形寒肢冷，面色㿔白，脉沉细缓。
3. 诊断：有三项主症或二项主症加二项次症即可诊断。
4. 辨证：脾胃虚寒。
5. 治法：温中健脾、益气止痛。
6. 方药：黄芪建中汤：
黄芪、白芍、桂枝、大枣、党参、白术、良姜、香附、砂仁、炙草。

四、胃阴亏虚

1. 主症：胃脘灼痛，口干舌燥，舌红苔少或花剥。
2. 次症：五心烦热，小便短赤，大便干结，脉细数。
3. 诊断：有二项主症或一项主症加二项次症即可诊断。
4. 辨证：热灼胃阴，津液亏虚。
5. 治法：健脾润胃，益气养阴。
6. 方药：益胃汤合芍药甘草汤加减：
沙参、麦冬、石斛、太子参、木瓜、乌梅、佛手干、扁豆、白芍、甘草。

五、瘀血内阻

1. 主症：胃痛拒按，痛如刺割，痛有定处，呕血或黑便，舌晦暗或有瘀斑或舌下青筋毕露。
2. 次症：胁胀烦闷，呕吐痰涎，形寒肢冷，苔少或花剥，脉细涩。
3. 诊断：有三项主症或二项主症兼一项次症即可诊断。
4. 辨证：胃络损伤、瘀血内阻。
5. 治法：活血化瘀、理气止痛。

6. 方药：丹参饮合金铃子散加味：

丹参、砂仁、檀香、川楝子、元胡、黄芪、莪术、全蝎、两面针、内金。

体 会

一、病因病机以脏腑虚损为关键

慢萎的临床症候特点，可概括为中医的“胃痞”。如《伤寒论》曰：“若心下……但满而不痛者，此为痞。”《丹溪心法》云：“脾土之脏受伤，转输之官失职，胃难纳谷，脾不运化，精浊浑淆，隧道壅塞，郁而不行，气留血滞，湿气内停，遂成胀满。”《医宗金鉴》又有“热痞”、“寒热痞”、“虚热水气痞”、“虚热客气上逆之痞”等区分。中医历代文献对“胃痞”的主症和病因病机的论述与我们临床观察的慢萎证型基本相符。

1. 肝胃不和型：因情志失调，忧思恼怒，气郁伤肝，肝失疏泄，横逆犯胃，气机受阻而痛。如《素问·至真要大论》篇说：“木郁之发，民病胃脘当心而痛。”《沈氏尊生书·胃痛》亦指出：“胃痛邪于胃脘病也……唯肝气相乘为尤甚，以木性暴，且正克也。”

2. 脾虚痰湿型：由久病脾虚，中阳不振，运化失司，水谷精微内停而为湿；或饮食不节，损伤脾胃，肥甘厚味，酿湿生热，聚而成痰；痰湿挟杂，内阻中焦，气机不畅而发胃痛。如《张氏医通·诸气门》所说：“肥人心下痞闷，内有湿痰也。”《临证指南医案·胃脘痛》说：“胃痛久而屡发，必有凝痰聚瘀也。”

3. 脾胃虚寒型：因素体脾胃虚弱，或饥饱失宜，劳倦过度，

或久病脾胃受伤,阳气亏损,则中焦虚寒致脉络失于温养而发胃痛。如《素问·举痛论》云:“寒邪客于肠胃之间,膜原之下,血不得散,小络引急,故痛。”《诸病源候论·腹痛病诸候》亦有:“腹痛者,由府藏虚,寒冷之气客于肠胃募原之间,结聚不散,正气与邪气交争相击,故痛。”之说。

4. 胃阴亏虚型:因燥湿失常所致。尤在经云:“湿上宜燥,燥上宜湿,便归于平。”故中焦燥湿相济则运化正常,若燥湿不济,则运化失调,燥土过盛则脾胃阴伤,如过服辛热之品,或胃痛日久,郁热伤阴等,则胃络失于濡养,脉络拘急而作痛。

5. 瘀血内阻型:瘀血的形成多由其它证型迁延而致,如气滞日久,则血脉凝涩,瘀血内结,脾虚生痰,痰凝成瘀而痰瘀互结,中焦虚寒,寒凝脉络,气血流通受阻,滞而成瘀;脾气虚弱,血失统摄,离经之血,不得消散,积而成瘀;阴虚内热,灼伤津液,血质枯稠而成瘀;瘀血即成,脉络阻滞,“不通则痛”,如叶天士也有“久痛入络”之说。

据我们临床观察到,本组瘀血内阻型 19 例中兼气滞 8 例,占 42.10%,兼痰湿 2 例,占 10.53%,兼虚寒 2 例,占 10.53%,兼阴虚 7 例,占 36.84%。没有 1 例表现为单纯性的瘀血证。

在临床施治的观察中,我们认为肝胃不和型和脾虚痰湿型多见于慢萎的轻度,脾胃虚寒型和胃阴亏虚型多见于慢萎的中度,瘀血内阻型多见于慢萎的重度。

二、临证施治以扶正祛邪为大法

根据临床观察,本病主要证候特点是本虚标实,虚则气虚、血虚、阴虚、阳虚;实则气滞、痰湿、血瘀。但临床各型往往

错杂互见,虚中有实,寒热夹杂,故治疗慢萎宜以扶正祛邪为大法,须时时顾护胃气。至于采用补虚泻实,或先攻后补,或先补后攻,或寓攻于补,或寓补于攻,或寒热并行等具体治法应辨明主次,先后有序,遵照“急则治其标,缓则治其本”,“间者并行,甚者独行”的原则,辨证论治,灵活运用。

三、应重视调养摄生

根据本组 61 例临床观察统计,慢萎的主要诱因有饮食不节(占 32.81%),劳累过度(占 31.25%),情志不畅(占 20.31%),感冒(占 9.37%)。这说明调养摄生失常是诱发和加重本病的重要因素。而且调养摄生对慢萎的治疗和预后有明显的影响,如果只顾治病,不顾其人,忽略患者的主观能动性,不注意情绪、饮食、起居等因素,徒恃药石,事倍功半。因此,我们认为慢萎患者在治疗中还应力求做到以下几点:

1. 怡情放怀:慢萎患者常因忧思恼怒木郁克土而胃痛。故其治疗过程中宜保持心情舒畅,正确对待客观事物,解除思想忧虑,实有助于疗效的提高,正如《内经》所说:“精神内守,病安从来。”

2. 饮食有节:慢萎是一种消化道的顽疾,过饮暴食,或饥饱不定,或偏嗜酸辣、辛燥、生冷及油腻之品,均是导致本病的重要因素。如《医学正传·胃脘痛》所说:“致病之由多因纵恣口腹,喜好辛酸,恣饮热酒煎熬,复餐生冷,朝伤暮损,日积月深……故胃脘疼痛。”因此,饮食有节,重视后天脾胃的自我护理十分重要。

3. 起居有常:李东垣说:“苍天之气贵清静,阳气恶烦劳,病从脾胃生”。慢萎患者应保持足够的睡眠时间,使精神体力

得到休息和改善,避免劳累过度,则有利于疾病的逐步康复。慢萎患者发病后,机体抵抗力下降,临床上有不少患者因感冒而诱发或加重胃痛,故注意地域气候的变化,适时增减衣服,避免感冒,并适当参加体育锻炼,如气功、太极拳及其他有益身心的文体活动。如《内经》所说:“虚邪贼风,避之有时”,“和于阴阳,调于四时”。

总之,调养摄生是慢萎患者配合治疗自我调理,取得疗效的重要步骤。

典型病例

一、肝胃不和型

李××,女,56岁,家庭妇女,住厦门市北门外街25号,病历号7257,初诊日期1986年8月1日。

患者以胃脘痛7年,加剧一周为主诉入院。症见:胃脘胀痛,攻撑连胁,痛无定处,嗳气呃逆,心烦易怒,神疲纳呆,溲赤便塘,舌淡红苔薄白,脉弦细。1986年8月7日于本院查胃镜(胃镜号No. 0351)诊为:(1)慢性浅表萎缩性胃炎,(2)胃下垂。证属木郁克土,肝火犯胃,治拟疏肝健脾,理气清热,方用逍遥散合柴胡疏肝散加减。柴胡6克,白芍10克,香附10克,枳壳10克,茯苓15克,白术10克,佛手15克,萸梅15克,朴花6克,内金10克。

服药三剂后胃脘胀痛明显减轻,嗳气呃逆消失,照原方连服12剂,病已回愈,精神好转,纳增便调。后以香砂六君子汤善后调理,于1989年8月23日病愈出院,共住院23天。

二、脾虚痰湿型

洪××,女,65岁,退休助产士,住厦门市盐溪街50号,病历号69281,初诊日期1986年6月17日。

患者以反复胃脘痛15年,加剧伴呕吐两天为主诉入院。症见:胃脘闷痛,辗转反侧,胸痞腹胀,呕吐痰涎,食入则吐,神疲乏力,面色苍白,尿少便溏,舌淡晦苔白腻,脉细而滑。1986年6月6日于本院查胃镜,胃镜号No0299,诊为:(1)慢性萎缩性胃炎,(2)幽门区溃疡活动期,(3)胃下垂。证属脾胃虚弱,痰饮内停。治拟健脾化痰,和胃降逆。方用苓桂术甘汤合二陈汤加减:茯苓30克,桂枝6克,白术10克,半夏15克,陈皮10克,枳实10克,生姜3片,竹茹10克,苡仁30克,旋覆花10克(包),代赭石30克,甘草3克。服药两剂后呕吐减,胃痛减,照原方去旋覆花、代赭石加砂仁6克,内金10克,再进两剂,诸症消失,于1986年6月20日出院,共住院四天。

三、脾胃虚寒型

郭××,男,39岁,厦门市第二塑料厂干部,住厦门市镇海路34号,病历号4297,就诊日期1985年5月18日。

患者以胃脘痛十余年,加剧一个月为主诉入院。症见:胃脘隐痛,遇冷痛甚,喜温喜按,四肢不温,疲乏无力,纳少便溏,小溲清少,面色㿠白,舌淡胖边有齿痕,苔薄白,脉沉细。1985年5月23日于本院查胃镜(胃镜号107)诊为:(1)慢性浅表萎缩性胃炎,(2)胃下垂。

证属脾胃虚寒,治以温中健脾益气止痛,方用附子理中汤合黄芪建中汤化裁:炮附子6克,党参15克,良姜6克,白术

10克,黄芪15克,白芍15克,桂枝6克,砂仁6克,大枣15克,炙草6克。服药5剂后,胃痛减轻,余症均减,遂以黄芪建中汤为主,随症略有加减,治疗2个多月,病情痊愈,于1985年7月29日出院,共住院73天。嘱其出院后续服中成药补中益气丸以巩固疗效。

四、胃阴亏虚型

刘××,男,60岁,厦门市运输公司退休工人,住厦门市升平路33号,病历号6187,就诊日期1986年2月22日。

患者以反复胃脘痛20年,加剧一个月为主诉入院。症见:胃脘烧灼而痛,口干咽燥,咳嗽痰粘难咯,心烦寐差,形体消瘦,纳少腹胀,大便秘结,舌红苔根黄腻中剥,脉细数重按无力。1986年5月12日于本院查胃镜(胃镜号No297),诊为:(1)慢性浅表萎缩性胃炎,(2)胃下垂。

证属脾虚胃阴亏损,治以健脾养阴益胃,方用益胃汤合芍药甘草汤加减:沙参15克,麦冬12克,玉竹10克,石斛10克,白芍15克,乌梅10克,扁豆10克,佛手15克,枳实10克,甘草3克。服药5剂后症状减轻,继服5剂后胃痛止,心烦除,夜寐安,但尚有纳少口干,大便不畅,仍按上法随症加减,治疗2个多月诸症消失,舌脉正常。后以参苓白术散善后调理,于1986年6月15日病愈出院,住院共113天。

五、瘀血内阻型

(1)李××,男,57岁,厦门市仙岳医院医生,病历号7273,就诊日期1986年8月4日。

患者以反复胃痛20年,加剧10天为主诉入院。症见:胃

脘刺痛,胸胁胀闷,心烦易怒,纳少神疲,口干口苦,舌黯红,苔腻微黄,舌下青筋毕露(舌下静脉1°曲张),脉细弦。1985年7月15日于厦门市第一医院查胃镜(胃镜号0866)诊为:“慢性浅表萎缩性胃炎”。

证属气滞血瘀,治以理气活血止痛,方用柴胡疏肝散合丹参饮加味:柴胡6克,黄芩10克,香附10克,枳壳10克,朴花10克,丹参15克,内金10克。服药4剂胃痛减轻,心烦易怒消除,余症仍然,后以丹参饮加味为主,分别合用丹桅逍遥散,五味异功散等,随证加减,治疗3个多月,于1986年11月25日病愈出院,共住院111天。

(2)郑××,男,42岁,工人,住厦门市思明南路421号,病历号3002,就诊日期1984年10月19日。

患者以反复胃脘闷胀刺痛近2个月,加剧一周为主诉入院。症见:胃脘刺痛,痛处固定,纳少腹胀,口干咽燥,大便干结,舌黯红边有瘀点,苔少,脉弦细而数。1984年11月24日于本院查胃镜(胃镜号001),诊为:(1)慢性浅表性胃炎,(2)胃窦部萎缩性胃炎。

证属胃阴亏虚,瘀血内阻,治拟健脾润胃行气活血。方用益胃汤合丹参饮加减:沙参15克,麦冬10克,玉竹10克,石斛10克,丹参15克,砂仁6克,黄芪15克,莪术10克,两面针12克,全蝎3克,内金10克。服药3剂后胃痛明显减轻,守原方略有加减,再进15剂,胃痛基本告愈,口干咽燥消除,但仍神疲,纳少,腹胀,大便干结,舌淡晦,苔薄白,脉细弦。乃以丹参饮合六君子汤,参苓白术散等为主,随证加减用药,治疗3个月,诸症消失,舌淡红,苔薄白,脉弦,于1985年2月14日出院,共住院119天。

小 结

1. 慢萎的发病诱因以饮食不节(21例)和劳累过度(20例)居多,分别占本文所观察 64 例的 32.81%和 31.25%。

2. 慢萎的中医分型可概括为肝胃不和,脾虚痰湿,脾胃虚寒,胃阴亏虚和瘀血内阻五个证型进行论治。

3. 肝胃不和型与脾虚痰湿型多见于慢萎的轻度,脾胃虚寒型和胃阴亏虚型多见于慢萎的中度,瘀血内阻型多见于慢萎的重度。

4. 慢萎的证候特点总是本虚标实,错杂互见,治疗以扶正祛邪为大法,须时时注意顾护胃气,但补虚法实应辨明主次,先后有序。

5. 治疗慢萎应重视怡情放怀,饮食有节,起居有常等调养滋生。

(本篇参加全国第四次脾胃病学术交流会并在大会宣读)。

慢性支气管炎中医研究进展

慢性支气管炎(下称慢支),是常见病,多发病。它具有病因多,病程长,病变复杂及反复发作的特点。在中医古籍中虽无此病名,但根据慢支的咳、痰、喘,按中医观点,概括于咳嗽,痰饮、气喘等范畴,是属“内伤”,“本虚”等病。

一、祖国医学中有关慢性支气管炎的记载

慢支以咳、痰、喘为症,祖国医学类似于本病的病因病机,疾病分类及其转变规律等,早在二千年前黄帝内经《素问·咳论》记载。黄帝问曰:“肺之令人咳,何也”?岐伯曰:“五脏六腑皆令人咳,非独肺也”。又《灵枢·百病始生篇》指出“风雨寒热、不得虚、邪不能独伤人……。此必因虚邪之风,与其身形,两虚相得,乃客其形”。说明咳嗽一症以肺为主,若脏腑损伤,亦能影响肺的气机失调,还指出了内脏虚弱,必招致外邪侵袭。黄帝内经之后,进而阐明虚、实两类:一为实证,由外邪袭肺,有寒、热之分。二为虚证,由气精亏损,病气正蒸,影响于肺。“……何谓虚证……为气虚即精虚也……”。(清·陈修园《医学从众录》)。

关于本病痰饮、喘息与外感、内伤的记载,张氏《景岳全书》说:“夫人之多痰,悉由中虚而然,盖痰即水也,其本在肾,其标在脾”。这与《内经》“脾为生痰之源”之说又有进一步的认识。黄帝内经《灵枢·经脉篇》提出:“喘……有虚实之分,实喘者,肺感邪气,气道壅遏;虚喘者,肾元亏损、肾气不纳,而上气

于肺为气衡，不能自主，故出多入少而喘也”。而张氏《景岳全书》又进一步提出“真喘者，其责在肺，似喘者，其责在肾……实喘之证，以邪实在肺也，肺之邪实，非风寒则火邪耳。……虚喘之症，若脾肺之虚者，不过在中上二焦……其病犹浅，若肾气虚，则病出下焦，而本末俱病较深……。”可见，喘证为虚和实两大类，实喘以风寒或火邪为主；虚喘为肺脾肾虚，尤以肾虚为重。

祖国医学中认为本病咳、痰、喘与瘀血有关，中医认为气病日久，常见入络，络脉郁阻或热极或寒凝均可导致血瘀的病理变化。正如清·唐容川《血证论》指出“盖人身气道，不可塞滞，内有瘀血，则阻凝气道，不得升降，是以壅而为咳，痰饮为瘀血所阻……更为阻塞肺叶……是以倚息不得卧”。

据脏腑相关学说及其传变规律如《景岳全书》记载：……肾为元精之本，肺为元气之主，故五脏之气分受伤，则病必自上而下，由肺内脾以极于肾；五脏之精分受伤，则病必自下而上，由肾内脾以极于肺……”。慢性支气管炎的本虚证每以肺虚可导致脾，脾虚可以导致肾虚，反之，肾虚可以及脾，脾虚可以及肺。

因此，本病日久，可见肺脾肾三脏俱虚。若内脏阳虚日久，则阳损及阴，阴损及阳的病理改变，可导阴阳两虚，正如陈修园《医学从众录》说：“……气不化精，阳病及于阴，……精不化气，阴病必及于阳”。

至于慢性支气管炎咳、痰、喘的治疗，仍依《内经》提出“热者寒之，寒者温之，实者泻之，虚者补之……”，及《金匱》的“温散……行水逐饮……。”唐容川的“去瘀血，则痰水自消”，还有“宣肺止咳”，“治痰者，必调理脾胃”，“清热化痰”，“润肺化痰”

……等理论。这对于临床治疗具有指导意义。

基于上述,进而探讨慢性支气管炎标本分型的病变规律。认为“其标在肺,其本在脾”,病有标本,本为病之源,标为病之变。本虚受邪,招致标证,标证反复,加重本虚,标本既有区别,之间又有联系,标证区别寒与热,寒热之辨在于痰,标证的热痰兼喘息,临证定型为热喘;标证的寒痰兼喘息,临证定型为寒喘。经过临床观察,其结果本痰阴虚少数,但肺气虚或脾肾阳虚为多数。

二、慢性支气管炎的中医病因与病机

(一)致病因素:慢性支气管炎咳、痰、喘的发病原因,虽有外感与内伤之别,但二者相互关联,可以在一定的条件下互相转化。中医认为其病因乃由内脏损伤,素有宿痰,复感外邪,每见外感风寒或外感风热(燥热)之邪,外感之痰较为突出(如感冒之症状),虽经疏风解表或疏风清热,则外邪已罢,但邪散而宿痰(素痰饮之患或燥热之体)未解,故标证之痰随而显见,以痰之辨,可为寒痰与热痰也。至于本脏的肺脾肾虚而影响肺气肃降功能,可发为本病。基于外感之后,咳喘发作,此限于肺脏,其病浅而轻;内伤日久,肾不纳气、发为咳喘,病由它脏波及于肺,其病深而重。现将致病因素归纳如下:

1. 由外受寒气,宿饮内患,或外感风寒之邪,引动内饮,以内外合邪,因而客之,上述于肺,而成寒痰。

2. 素阳盛(燥热)之体,外感风热或寒郁化热、热为阳邪、熬津成痰、阻塞宣通,肺失肃降,而成热痰。

3. 饮食不节或劳倦过度,损伤于脾(胃),脾失健运,聚湿成痰、痰浊阻肺,肺失肃降。即所谓“脾为生痰之源,肺为贮痰

之器”的道理。

4. 年老体衰、肾气素虚，或久病入肾，肾不纳气，肾阳虚损，蒸化无权，化为痰饮，上逆于肺而成之痰。

5. 情志所伤，气郁化火（“气有余便是火”），气火上升，上至于肺、肺失肃降亦发为本病。

总之，本病的发生发展，以机体脏腑虚损，尤以肺虚，易招致外邪入侵而发标证。脏腑的病理变化以外界环境所变，如气候，饮食，劳倦，情志等原因，与肺互为影响。

（二）病理机体：《素问·经脉别论》曰：“饮入于胃，游溢精气、上输于脾、脾气散精、上归于肺、通调水道……”。说明人体水液代谢功能，与肺、脾、肾三脏功能协调，体内水湿才能正常地吸收、运行、排泄。若某种内外因素影响致肺脾肾三脏功能失调，则产生水液积聚，遂成痰饮，上逆于肺而发为本病。可见，肺脾肾三脏生理功能失调导致病理变化：肺失宣降、通调无权，脾失健运、聚湿成痰；肾气不纳、蒸化无权，化为痰饮。

1. 肺、脾、肾在慢性支气管炎的病理机制：

（1）肺：肺主气，外合皮毛。肺司呼吸，有通调水道的功能，故以清肃下降为顺，“肺如钟，撞则鸣”。若肺气虚，卫外不固，则外邪入侵，内干于肺、肺气不宣，肃降无权，通调失司，水凝为痰、痰液阻肺，则发为咳痰也。

（2）脾：脾主运化则健，一化水谷精微而输布脏腑及四肢，二转输水湿，维持水液的平衡，若外感内伤，以致脾虚失运，水湿停留，聚而成痰，上渍于肺、宣降失权，则发为痰咳也。

（3）肾：肾为气之根，下之不固，摄纳失权，肾阳虚衰（命门火衰），蒸化无权，水湿酿成痰饮，上逆于肺，故致咳、痰、喘也。

2. 肺、脾、肾三脏在病理机制上的相互关系：

(1)肺脾相关:脾转运水湿,必赖肺气肃降,才能通调水道也,若脾虚则精微失运,肺失滋养以致肾气虚弱。反之,肺气不足,失助脾运,脾不运化水湿即停聚成痰饮,阻犯于肺而发痰咳。

(2)脾肾相关:脾阳与肾阳二者相互关联,脾主运化有赖于命门之火(肾阳)而发挥其作用。肾为气之根,主纳气仍然靠后天脾的运化精微补充,若脾失命门之火(肾阳)温煦,则运化失职。症见畏冷肢冷,脘腹胀闷,大便溏薄。或痰多。若脾阳虚弱,运化无权,肾失接济以致先天之肾气(精)不足,肾阳虚损,则调节水液受阻,而成水湿内聚为痰饮。症见喘咳,尤动则气喘、四肢不温,头晕腰酸,夜尿频数等病理现象。

(3)肺肾相关:肺与肾二脏有施布与代谢水液的作用,但必须在肺气畅利、水道通调的情况下。水湿经肾的气化(膀胱与肾为表里关系),清者、上输于肺;浊者,经膀胱而小便。若肺气虚,则通调失权。水湿内聚反损肾气。而肾虚气化无权、则水液上逆于肺、肺气不降,二者关系失常,均可出现本病的病理现象。中医认为,阴阳平衡,若燥热伤津、肺津不足(金不生水)则肾阴亏损,导致肺肾虚,虚火上升,上逆于肺,故见干咳无痰或少痰,咽燥口干等症。

三、慢性支气管炎中医标本结合分型

慢性支气管炎中医辨证分型,目前还未能一致,就国内的有关资料,大概有 35 种的分型方法。如按症状分为咳型、痰型、喘型;有的按疾病属性分为寒型与热型;又有用虚实分为虚型与实型;也有根据病机分型(即肺郁寒饮,肺郁痰热及脾肾阳虚……等),有的把西医分型与中医的寒热虚实等结合分

型(如单纯偏寒,单纯偏热……等)。我们根据国内有代表性的分型方案,在研究总结过程中,发现有些分型方案,用客观指标统计型与型之间很少有差别。而另一些分型方案中,型与型之间差别非常显著,且有一定规律性。因此,我们设计了一个从统计学角度来评选辨证分型的电子计算机方案。这个方案用 41 项客观指标,评价 7 个国内有代表性的方案。

按统计学处理后的得分多寡来比较,评选的结果表明中西医结合标本分型方案得分最多。这个方案的各个类型之间,无论是 X 线,肺功能、心电图、植物神经功能、免疫功能和生物化学等各项分析,都存在着显著性的差别。因此,我们认为这个分型方案较其它方案合理,较能反映慢性支气管炎发生、发展及其演变的规律和不同阶段的本质特点。从标本分型方案观之,有些指标(疾病病理细胞学、疾病细菌培养,痰生化分析等)是反映标证的寒痰、热痰、湿痰、燥痰四型。以后对 289 例患者采用同步客观指标反复验证发现:

(一)热痰型患者,痰中均有细菌性感染,其它部分合并病毒性或过敏性炎症;

(二)燥痰型患者,痰中以细菌性感染为主,有的属于过敏性炎症,其中个别合并病毒性感染;

(三)湿痰型患者,常见痰中细菌性炎症,分泌性者次之,个别为病毒性感染或过敏性的炎症;

(四)寒痰型患者,主要为分泌性变化,有的同时合并细菌或病毒性感染。由此,就将以细菌感染为主的热痰、燥痰及部分粘稠而浊的湿痰归为热痰型(合并喘息者为热喘),寒痰表面上是分泌异常,但引起分泌异常的疾病仍可能是感染或变态反映,分泌异常性的疾病,为寒痰型(合并喘息者为寒

喘)。

本证分型为肺气虚、脾阳虚、肾阳虚和阴阳两虚。反映其客观指标有 X 线、肺功能、心电图、超声心动图、生化免疫等。通过七年临床观察、反复实践,我们认为,慢性支气管炎标本分型是中医辨证论治的特色,它既有利于指导临床提高疗效,又有利于探讨病因和发病机制,是临床研究和理论研究的一种较为科学的研究方法。

四、关于中医药治疗

关于慢性支气管炎的中医药治疗,一是从民间挖掘有效的单味中草药进行筛选及药理实验。另一种是辨证施治,按中医的理、法、方、药治疗。在具体治法上,以“急者治其标,缓者治其本”为原则,用标本缓急来决定主次,标急者先治标,标治后治本,或标本兼治。总之,根据临床实际表现,灵活运用,以达到提高疗效为目的。对上述施以中医理、法、方、药辨证施治的方法就不多加赘述,仅从三个方面谈谈慢性支气管炎的中医药治疗情况:

(一)从单味中草药研究:慢性支气管炎咳、痰、喘的发病原因,至今尚未彻底搞清楚,目前国内用于防治慢性支气管炎的药物大都属于止咳、祛痰、平喘和抗感染等对症治疗。根据国内报道,已挖掘有效的单味中草药 3000 多种,其中牡荆、杜鹃及复方阴阳莲(含阴阳莲、十大功劳、枇杷叶)等十余种已在全国推广使用。此外,还有艾叶油、山苍子油、石菖蒲、青蒿油、鹅不食草、前胡等等,经过有关单位进行药理实验具有祛痰、镇咳、平喘的作用。还有北京某部队,据民间经验研究用洋金花治疗慢性支气管炎 14000 余人,经基础研究有效成分是东

莨菪碱和阿托品等,具有抗胆碱等作用。

(二)单方验方在临床的使用:

1、鲜姜 3~5 克,红糖 10 克。将姜片放在红糖中加水煮沸 10 分钟,去姜温服,可治寒痰。

2、生橄榄 4 枚(打碎),冰糖 15 克,水适量煎至出味,温服,有止咳化痰作用。

3、百合 30~50 克,款冬花 15 克,冰糖 15 克,水煎空腹顿服,具有润肺止咳作用。

4、黑木耳 10 克,冰糖 10 克,开水炖服,可治慢性支气管炎。

5、杏仁 10 克,胡桃(去壳)八个,共捣加蜜为丸,每粒重 16 克,每早晚各服一九,姜汤送服,治疗咳、痰、喘。

6、鱼腥草 30 克、鸡蛋一只,先煎鱼腥草去渣,加鸡蛋(去壳)煮沸顿服,适应于体虚久咳的慢性支气管炎,具有清热化痰止咳的作用。此外,还有成品药,如:胆汁注射液,蛇胆陈皮末、蛇胆川贝液,海珠喘息定及抗喘息灵片等等,在临床上均使用多年,有一定疗效。

(三)运用标本分型治疗慢性支气管炎:用标本诊断分型方案为基本的中医药治疗措施,反复实践认为,审证求因、理论与实践结合研究,这标本分型是较好提高临床疗效方案。七年来,我们收治慢性支气管炎患者观察,于 1973 年始,收治 102 例,单纯为了抑制感染,一律给予抗菌素来治疗 10 天(四环素加 T、M、P),其结果不但无效,反而有害(因为抗菌素多数有阻碍蛋白合成或抗酸代谢作用)。中医所谓“伤正”,因而药后病人反映疲乏无力、食欲不振,特别脾虚患者较长时间口服抗菌素,常明显有胃肠道的反应如出现恶心、纳呆、腹胀、腹

泻等副反应。然后仅简单分为偏寒、偏热二型分别给予不同的方药治疗,临床症状控制率(临控率)仅 14.2%。随后于 1971~1976 年又以牡荆丸不分型治疗 246 例,临控率 21.6%。第二年(1974~1975)虽然在标本分型中,使用清热解毒、化痰止咳等药物,疗效有一定提高,但效果并不理想,临控率为 18.2%。在探讨诊断分型的基础上,探索治疗规律,对立法、选方、用药等一系列问题,加以研究,以中医观点考虑了慢性支气管炎与瘀血、伤阴的病理变化有关,以西医角度认为有变态反应和微循环障碍存在。故在治法上加用活血养阴药物,可增强清热化痰功效,并改善微循环,以提高局部药物浓度,并抑制过高的免疫病理,使临控率提高(或保持在)65~67%之间。基于上述,我们体会,只有合理的辨证分型和相应治疗措施,方能提高疗效。可见,祖国医学辨证论治的体系是不可分割的整体。

五、对有关治疗上的几个问题的认识

(一)慢性支气管炎常由燥热(风热)所伤,寒郁化热、化火,以致阴津受伤的病理存在,所以,标证的热痰型病例有口干咽痛,舌干脉细略数等症。在清热解毒等药物中,须配合养津药如北沙参、竹茹、麦门冬等,可能有加强清热解毒作用,促进化痰以提高疗效。

(二)慢性支气管炎病程长,久病入络与活血药的应用。

慢性支气管炎咳、痰、喘与瘀血病理有关,所谓“去瘀血,则痰水自清”之理。现代医学认为本病与微循环障碍有密切关系,从指夹血容积示波描记及甲皱微循环等客观指标检查,发现部分患者,治疗前后有明显改变,说明微循环的灌注情况在

央治疗后有改善。我们从 225 例舌诊观察(包括舌面青紫及舌下瘀筋)慢性支气管炎标证:有瘀血征象,热痰型占 31.19%,寒痰型占 66.25%,而本证脾虚型“舌瘀象”者占 14.8%,脾阳虚型的舌瘀象患者占 20.46%,肾阳虚型的舌瘀象占患者 41.27%,阴阳两虚型的舌瘀象患者占多数,为 50%,从而提示慢性支气管炎标本分型的舌瘀象阳性率均在各型中出现,本证各型中随病情发生发展与“瘀血”病理的舌瘀象阳性率呈递增现象,似可说明,脏气功能愈低,气运行愈差,血流停滞的病理则易发生。“青紫舌主热极”《舌鉴》“寒则血凝”《内经》示寒与热在病理过程容易出现“瘀血”的道理。所以,我们治疗慢性支气管炎标证或本证各型中加活血药,如桃仁、丹参、赤芍、川芎、当归等,结果证明,可提高临床疗效。

中医药治疗慢性萎缩性胃炎研究概况

慢性萎缩性胃炎(简称慢萎)可属中医内伤杂病的胃脘痛、胃痞等脾胃病范畴,与“痞证”很相近。如《伤寒论》说:“若心下,……,但闷而不痛,此为痞。”《丹溪心法》云:“脾上之脏受伤,转输之官失职,胃难纳谷,脾不运化,精浊浑淆,隧道壅塞,郁而不行,气留血滯,遂成胀满。”这些论述,对“胃痞”的主症与我们临床观察的慢萎基本相符。现综合国内研究情况及个人临床介绍如下。

一、中医对病因的研究

(一)外邪犯胃:“如过食生冷,寒积胃中;或嗜食辛辣,肥甘厚腻,吸烟,酗酒,导致湿热内生;又如寒热不适度、饮食不节,损伤胃气,气机升降失常。这和现代医学认为:刺激性饮食引起胃粘膜急性炎症,反复发作为慢萎的观点一致。

(二)情志所伤:如恼怒伤肝,肝气郁结,疏泄失常,横逆犯胃,导致肝胃气滞,日久气郁化火,灼伤胃阴,胃阴亏损,胃失濡润。可以看出,临床上慢萎患者辨证为肝气郁结者,常有精神状态反常的症状,可能与植物神经功能紊乱,造成幽门功能失调,胆汁返流有关。

(三)忧思劳倦或饥饱失时:导致中气虚损,运化无权,造成后天脾胃虚弱;有的是禀赋不足,先天脾胃虚弱(脾虚与体质有关)。从脾虚患者的 HLA(人类白细胞抗原)测定中,发现脾虚症和免疫遗传有关。临床上部份患者,年龄在 35 岁以下

有明显的症候,可能与体质有关。

(四)瘀血的形成:多由其它症候迁延而来,如气滞日久,则血脉凝涩,瘀血内结;或脾虚生痰,痰凝成瘀互结;或中焦虚寒,寒凝脉络,气血流通受阻,滞而成瘀;或脾气虚弱,血失统摄,离经之血,不得消散,积而成瘀;或阴虚内热,灼伤津液,血质粘稠而成瘀。瘀血即成,脉络阻滞,“不通则痛”。如叶天士也有“久痛入络”之说。

从上述可见,中医认为慢萎是一种全身性疾病,病初在胃,脾与胃相表里,渐及伤脾,脾胃同病;还有七情伤肝而肝气郁结,气机逆乱,势必横逆犯脾胃一肝、脾、胃同病。肝贮血,脾统血,胃为多气多血之府,日久气病及血,病变缠绵难愈,造成虚实夹杂。这些因素可单一出现,也可合并为症。

二、分型施治

中医对慢萎分型,国内尚无统一标准。我们根据 103 例慢萎患者的临床表现,初步归纳为下列证型并按证论治。

(一)肝胃不和:

1. 主症:胃脘胀痛,胸胁胀满,郁怒诱发或加重,神疲纳少。

2. 次症:暖气呃逆,嘈杂泛酸,心烦口苦,苔白脉弦。

3. 诊断:有三项主症或二项主症加二项次症即可诊断。

4. 辨证:肝气郁结,横逆犯胃,本症以情志所伤为主,叶天士“脾为起病之源,胃为传病之所。”

5. 治法:疏肝、理气、和胃,唐容川云:“木之性於疏泄,食气入胃,全赖肝木之气以疏泄之,而水谷乃化。”

6. 方药:柴胡疏肝散,四逆散等加减。柴胡、白芍、香附、朴

花、枳壳、佛手干、茯苓、鸡内金、苏梗、陈皮、川楝子。其中柴胡、枳壳、陈皮、佛手等均含有不同成份的芳香挥发性油,能直接兴奋胃肠,促进胃肠道蠕动,有助于消除胃脘胀痛或胃脘不适等症。

7. 随症加减:心烦不寐加梔子、豆豉;嘈杂泛酸加乌贼骨、浙贝或吴茱萸、黄连;嗝气频作加沉香、旋覆花;肝郁化火、口苦口干,溲赤加绿萼梅、蒲公英;肝火伤阴加丹皮、生地;火热迫血妄行加黑地榆、紫珠草、生大黄。

8. 本型多因情志变化所致,故容易造成气机紊乱,形成肝胃不和或肝郁脾虚症。现代医学则认为植物神经功能失调和幽门括约肌收缩功能障碍,可引起胆汁返流或胃肠功能紊乱,是发生慢萎的原因之一。肝胃不和与胆汁返流和植物神经功能失调的胃肠功能障碍的临床表现相似,因此认为肝胃不和与胆汁返流的关系密切。考虑肝失疏泄,影响到胃液分泌,胆汁返流,选加柴胡、郁金,以疏肝利胆为佳。多数学者认为选择不过份香燥之品,以防耗气伤津,我们认为疏肝和胃的同时见有阴亏者(疏肝药容易伤阴),可在疏肝和胃的同时佐以酸甘化阴之品,本方加乌梅、山楂、元胡等或加凤凰衣,刺猬皮以护脾养胃。

(二)脾虚痰湿:

1. 主症:胃脘闷痛,呕吐清水痰涎,胸腹胀满,苔腻脉弦滑。

2. 次症:肢体困重,头晕心悸,纳少便溏,食入则吐。

3. 诊断:有三项主症或二项主症加二项次症即可诊断。

4. 辨证:脾胃虚弱,痰湿内阻。

5. 治法:健脾和胃,化痰利湿。

6. 方药:苓桂术甘汤合二陈汤加减:茯苓、桂枝、白术、半夏、陈皮、枳实、九里香、甘草。

7. 随症加减:呕吐甚者加旋覆花、代赭石;湿热重者加藿香梗、绵茵陈;脾虚甚者改用香砂六君子汤合平胃散加减;痰湿偏重改用平胃导痰汤(可加苏梗、川厚朴、薏仁之类)。

(三)脾胃虚寒:

1. 主症:胃脘隐痛,遇冷痛甚,喜温喜按,舌淡苔白。

2. 次症:倦怠乏力,形寒肢冷,面色㿔白,脉沉细缓。

3. 诊断:有三项主症或二项主症加二项次症即可诊断。

4. 辨证:脾胃虚寒。

5. 治法:温中健脾、益气止痛。

6. 方药:黄芪建中汤、六君子汤、五味异功散等加减应用:黄芪、白芍、桂枝、大枣、党参、白术、良姜、香附、砂仁、炙草。

7. 随症加减:偏于脾阳虚者,本方合桂附理中汤加减;偏于气血虚,用归脾汤化裁;若中焦虚寒,脾不统血,改用黄土汤加减;呕吐清水加制半夏、生姜。

8. 本症型方药中认为黄芪、党参、白术类有改善体质的作用,慢萎的局部病变和整体有关,整体机制得到调整,局部胃粘膜可生化修复。有人曾用黄芪注射液治疗近100例,疗效显著者就有11例,其余有效甚多,说明黄芪对本证型慢萎有针对性疗效。有人通过实验证明黄芪建中汤能提高机体免疫功能。

(四)胃阴亏虚:

1. 主症:胃脘灼痛,口干咽燥,舌红苔少或花剥。

2. 次症:五心烦热,小便短赤,大便干结、脉细数。

3. 诊断:有二项主症或一项主症加二项次症即可诊断。

4. 辨证:热灼胃阴,津液亏虚。

5. 治法:健脾润胃,益气养阴。

6. 方药:叶氏益胃汤合芍药甘草汤、沙参麦门冬饮等加减:沙参、麦冬、石斛、太子参、木瓜、乌梅、佛手干、扁豆、白芍药、甘草。

7. 随症加减:嘈杂似饥加黄连、吴茱萸;口干甚者加天花粉。有许多学者认为,不论辨证属于何型均应顾护胃阴,酌加甘寒滋阴之药,如沙参、麦冬、石斛等,或酌加酸甘化阴之药,如白芍、乌梅、木瓜等。

(五)瘀血内阻(气滞或气虚日久形成)

1. 主症:胃痛拒按,痛如刺割,痛有定处,呕血或黑便,舌晦黯或有瘀斑或舌下青筋暴露。

2. 次症:肋胀烦闷,呕吐痰涎,形寒肢冷,苔少或花剥,脉细涩。

3. 诊断:有三项主症或二项主症兼一项次症即可诊断。

4. 辨证:胃络损伤,瘀血内阻。

5. 治法:活血化瘀,理气止痛。

6. 方药:丹参饮合金铃子散、失笑散等:丹参、砂仁、檀香、川楝子、元胡、赤芍、五灵脂、黄芪、莪术、全蝎、两面针、内金、当归、川芎。

7. 随症加减:兼气滞者合柴胡疏肝散加减,兼痰湿者合二陈汤加减,兼虚寒者合黄芪建中汤加减,兼阴虚者合益胃汤加减。

8. 现代认为:慢萎是胃粘膜固有腺体减少的一种退行性改变,是局部微循环障碍而致胃粘膜充血、水肿、糜烂,导致腺体萎缩等病理改变,根据国内研究,活血化瘀能够改善微循

环,以促进胃粘膜腺体营养供应,使萎缩的腺体再生。

9. 活血化瘀药治疗慢萎机理:认为能扩张血管,增加局部血流量,改善微循环和代谢,抑制血小板,溶解血液粘稠,抗纤维化,有使萎缩的胃粘膜恢复等作用。

三、整体辨证与局部用药相结合

(一)脾胃虚寒症,内窥镜下见粘膜苍白外,亦有充血区(合并浅表胃炎),则加清热解毒药,如蒲公英、白花蛇舌草、紫花地丁、虎尾蛇。

(二)脾虚湿热症,内窥镜下见粘膜大片苍白区,则加用健脾温中类:黄芪、桂枝、干姜、白豆蔻、砂仁等。

(三)气滞血瘀症(肝郁犯胃),内窥镜下粘膜有瘀斑出血点,血液流变学改变,其中见全血比粘度、血浆比粘度均有不同程度增高,临床用药可加用丹参、全蝎、桃仁等活血化瘀类。

小 结

慢萎的发病诱因以饮食不节和劳累过度居多。

(一)慢萎中医分型可概括为“肝胃不和”、“脾虚痰湿”、“脾胃虚寒”、“胃阴亏虚”、“瘀血内阻”等五个证型。

(二)肝胃不和型与脾虚痰湿型多见于慢萎的轻度阶段,脾胃虚寒型和胃阴亏虚型多见于慢萎的中度阶段,瘀血内阻型多见于慢萎的重度阶段。

(三)慢萎的症候特征是本虚标实,虚实错杂互见;治疗以扶正祛邪为大法,须时时注意顾护胃气,但补虚泄实应辨明主次,先后有序。

(四)治疗慢萎应重视怡情放怀,饮食有节,起居有常等调养摄生。

慢性支气管炎、肺气肿与肺心病 中医“舌瘀象”探讨

以“舌瘀象”(包括舌面瘀斑、青紫及舌下瘀筋)的综合指征,观察 225 例慢性支气管炎、肺气肿与肺心病的患者,探讨其在诊断分型上的意义及其客观指标,现把结果扼要介绍如下。

一般资料

225 例中包括慢支 47 例,占 20.89%;肺气肿 95 例,占 42.22%;早期肺心病 40 例,占 17.78%;肺心病 43 例,占 19.11%;另健康对照组 30 例。

中医标本分型(慢支中医辨证分型)。

1. 标证:热疾 205 例,寒疾 20 例。

2. 本证:肺气虚 47 例,脾阳虚 44 例,肾阳虚 126 例,肺肾俱虚 8 例。

观察方法

一、舌诊方法

我们根据中医对望舌的要求和方法,在适中的光线下,避

免外在因素影响,伸舌姿势以舌体放松,扁平形为宜,视舌腹面时,应张口抬舌,观察不宜过久。

二、舌下瘀筋分度及“舌瘀象”综合判断

(一)舌下瘀筋分度:

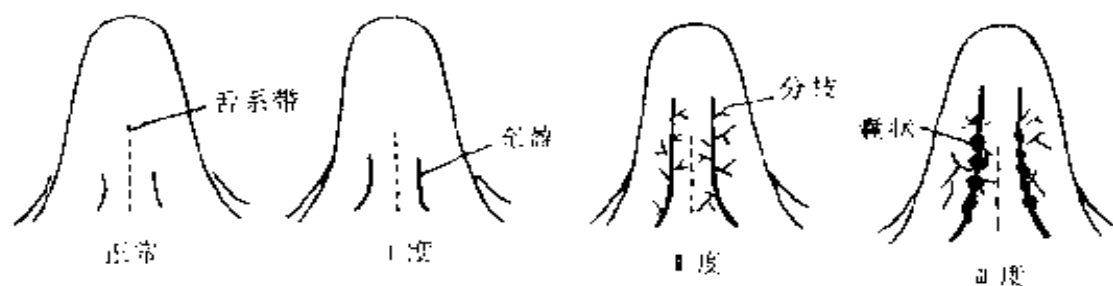
1. 舌下粘膜下二条静脉主干不超过系带的最远点或主干较正常略粗,主干未见分枝,静脉充盈正常或充盈饱满,未见曲张及扭曲或局部隆起者,为Ⅰ度。

2. 舌下粘膜下二条静脉主干增粗,长度达到或超过舌系带与舌尖的 1/2,静脉充盈寻常,二条主干可见分枝或轻度弯曲者,为Ⅱ度。

3. 舌下粘膜下二条静脉主干明显弯曲或扭曲呈柱状、囊状扩张,并见分枝者,为Ⅲ度。

(二)舌瘀象综合判断:

本文判断“舌瘀象”系以Ⅰ度舌下瘀筋改变并有舌面瘀斑,青紫或Ⅱ度以上的舌下瘀筋改变者,均为阳性。



舌下瘀筋改变示意图

临 床 资 料

全部病例均按全国慢性支气管炎诊断标准,经中西医临床,胸部x线,心电图,超声心动图,生化等项检查,排除其他心肺疾患后确诊。

性别:225例中男性188例,女性37例。

年龄:39岁以下15例,40~49岁42例,50~59岁81例,60~69岁73例,70岁以上14例。

病程:小于10年者58例,11~20年者110例,21~30年者32例,31~40年者20例,大于40年者5例。

病情:轻度69例,中度109例,重度47例。

诊断:慢性支气管炎47例(20.89%),肺气肿95例(42.22%),早期肺心病40例(17.78%),肺心病43例(19.11%)。

中医分型:

标证:热痰型205例;寒痰型20例。

本证:肺气虚47例(20.89%);脾阳虚44例(19.55%);肾阳虚126例(56.0%);阴阳两虚8例(3.56%)。

普查对照组30例,全部病例经中西医临床,胸部x线,心电图,超声心动图及其必要的实验室检查,排除心肺病变的健康者。

观察结果

一、慢支、肺气肿及肺心病与舌瘀象的关系

慢支舌瘀者 10 例(占 21.28%),肺气肿舌瘀者 25 例(24.21%),早期肺心病 13 例(13.0%),肺心病 21 例(48.83%),从表 1 可见舌瘀象改变随慢支、肺气肿和肺心病的病情发展而递增,经统计学处理,慢支与肺气肿两组之间无显著差异($t=0.67, p>0.06$),但慢支与早期肺心病有明显差别($p<0.06$)。

二、慢支舌瘀象与中医标本分型关系

标证的舌瘀象表现以热痰型为显,寒痰型次之。

本证由表 2 所示随肺→脾→肾→阴阳两虚病情发展,而舌瘀象的阳性率呈递增的现象。似可说明,脏象功能愈低,气的运行愈差,血液停滞的病理即容易产生而见瘀象。

表 1 慢支、肺气肿及肺心病与“舌瘀象”关系

诊断	例数	舌瘀(%)	显著性测验
A. 慢 支	47	21.28	
B. 肺 气 肿	95	24.21	A : B: $p>0.05$
C. 早期肺心	40	45.0	A : C: $p<0.05$
D. 肺 心 病	43	48.83	A : D: $p<0.05$

表 2 慢支“舌瘀象”与标本分型关系

辨证	分型	例数	舌瘀(%)
标 证	热痰型	205	63.04
	寒痰型	20	35.0
本 证	肺气虚	47	14.89
	脾阳虚	44	20.45
	肾阳虚	126	41.27
	阴阳两虚	8	50.00

三、甲皱微循环障碍与“舌瘀象”关系

甲皱微循环的状态能反映血液和组织间物质的交换功能,而观察 19 例舌瘀患者,有甲皱微循环障碍者 16 例,占 84.21%,(其中以管样僵硬者 11 例,占 68.75%,帽状瘀血 5 例,占 31.25%),由此可见,慢支、肺气肿和肺心病“舌瘀象”改变者,以甲皱微循环也相应障碍,两者基本一致。

四、血清纤维蛋白(称 FDP)与“舌瘀象”的关系

血清 FDP 含量可反映血液纤溶系统活力的高低。65 例慢支患者,其中舌瘀阳性者略高于阴性者,但两组之间未见明显差异($p>0.05$)。本实验 21 例对照者正常值 $4.2\pm 2.0\text{mg/L}$,与舌瘀的阴性组或阳性组比较,均有明显差异($p<0.05\sim 0.01$)。可见,慢性支气管炎患者血清 FDP 较正常者明显增高,并可能与舌瘀象程度有一定的关系。

表 3 血清 FDP 与舌瘀象关系

舌瘀象	阳性组(34 例)	阴性组(3 例)	显著测验
血清 FDP 含量	7.64±4.2	6.23±3.92	t=1.354 p>0.05

注:血清 FDP 正常值为 4.2±2.0mg/L(21 例)

五、脉图血流半更新时间及血液平均滞留时间与舌瘀象关系

脉图系反映微循环血流动力学的改变。其中的血流半更新时间 $A<T$, 反映全身血流更新状况;而血流平均滞留时间 TM, 反映血流在毛细血管中停留的情况。慢支 10 例舌瘀患者的 $A<T$ 平均为 10.52 ± 2.50 (秒), 显著低于正常对照组的 16.52 ± 4.45 (秒) ($p < 0.001$), 而舌瘀患者的 TM 平均为 15.62 ± 3.16 (秒), 亦低于正常对照组 23.84 ± 6.41 (秒) ($p < 0.001$)。可见, 慢支舌瘀患者的脉图中 $A<T$ 及 TM 两项指标比正常者明显偏低, 这表明: 慢支脉图 $A<T$ 与 TM 时间减慢者, 提示舌瘀象显见, 血流瘀滞更为明显, 似乎可认为慢支瘀血的病理性存在, 并可作为临床上判断慢支瘀血指标之一。

表 4 脉图与舌瘀象关系

脉图指标	血流半更新时间 $A<T$ (秒)	血流平均滞留时间 TM (秒)
正常对照组 (30 例)	16.52 ± 4.45	23.84 ± 6.41
舌瘀象 10 例	10.52 ± 2.50	15.62 ± 3.16
显著测验	t=4.67, p<0.01	t=5.34, p<0.001

六、肺血流图与舌瘀象关系

肺血流图是反映肺血液供应情况和血管壁弹性状态的一种方法。肺血流图正常对照组与慢支舌瘀患者比较,实验结果:舌瘀象的主波幅平均为 $0.27 \pm 0.075(\Omega)$ 低于正常对照组 $0.433 \pm 0.109(\Omega)$,舌瘀象患者的流入时间为 0.27 ± 0.04 (秒),迟于对照组 0.33 ± 0.15 (秒),舌瘀象患者的阻力指数平均为 1.47 ± 0.63 ,低于对照组 1.18 ± 0.18 。提示:血管弹性差,血流迟缓,血流阻力较强,从而导致瘀血的病理状态,可见,肺血流图的主波幅度项目与慢支并发肺气肿、肺心病的瘀血机理可能相同,似可作为舌瘀象指标之一。

表 5 肺血流图与舌瘀象关系

	主波幅(Ω)	流入时间 (秒)	阻力指数
正常对照组(10例)	0.433 ± 0.109	0.33 ± 0.15	1.18 ± 0.18
舌瘀象 27 例	0.27 ± 0.075	0.27 ± 0.04	1.47 ± 0.63

讨论与小结

一、在古代中医学已有论述,认为舌为深红绛而色暗即紫,淡紫而全无红意为青。《舌鉴》中论述,青紫舌主热极、酒毒或虚寒或瘀血证。近代医学界多视为瘀血之征。正如《辨舌指南》指出:“舌边色青者,有瘀血郁阻也”,“青紫是有瘀血”。目前国内多将舌下瘀筋作为观察诊断瘀血证的指标之一。本文

亦将舌面青紫及舌下瘀筋作为“舌瘀象”指征,观察慢支、肺气肿及肺心病“气滞血瘀的病理变化。”

二、瘀血病机及形成和常用活血化瘀方法:(一)有关瘀血的发病机理的论述可以追溯于两千年前我国最早的医学著作《黄帝内经》,如《素问·调经论》中说:“寒浊留则血凝泣……”。提出了寒邪可以造成血凝,为瘀血病机的最早论述。《素问·阴阳应象大论》又说:“血实者宜决之”(血实,即指瘀血;决之,即泻血,祛瘀之意),为活血化瘀治疗原则较早论述。

至汉代,张仲景在《伤寒论》和《金匮要略》的经典著作中,关于瘀血证的理、法、方、药有了较详的辨证论治,如“蓄血证”、“症病”,积累了丰富的临床经验,创立了 11 首活血化瘀方。

清代,唐容川《血证论》,对瘀血证的病因、病机、诊断和治则有了更全面论述,如对咳、痰、喘之证的有关瘀血的病因、病机亦较详述。还有,王清任所著《医林改错》一书中提出了 50 余种瘀血病证,认为“久病入络则瘀血”,强调活血与补气的关系。近代文献报告对本虚标实的瘀血证,亦重视补气活血,采用黄芪配丹参,人参配三七等治疗。

(二)瘀血的形成:机体瘀血的发生发展,大致与寒热之邪的诱发有关,同时与内在脏腑功能不足,有着密切关系。此外,还有外伤、出血史,情志抑郁及产后瘀血等因素。下面着重谈两个方面:

1. 寒热之邪侵袭,《内经》中提出:“寒邪客之……则血流不畅。”王清任提出:“血受寒则凝结成块”,“阳虚血必滞”。又说“血受热则熬煎成块”。以上论述揭示了外寒之邪可成瘀,阳

虛生寒也可形成瘀，或熱邪侵犯，煎熬血液亦致瘀。

2. 氣血不足：中醫認為“氣為血帥，氣行則血行，氣滯則血滯。”氣和血關係密切，二者相互依存，相互影響。氣和血既是臟腑功能的表現，又是其功能活動的產物。氣為陽，為功能的動力，血為陰，為物質基礎。說明了人體血液的正常循行，須靠氣的功能推動。反之，氣虛則帥血無力，血虛則脈道艱澀，皆致血行不暢而致血瘀。

(三)臨床常用活血化瘀法：有散寒祛瘀，清熱祛瘀，益氣祛瘀，養血祛瘀，行氣祛瘀，溫陽祛瘀，破血祛瘀等治療方法。

三、慢支并发肺氣腫、肺心病的“舌瘀象”發生，可能與肺內壓力增高、血流凝滯、血液粘稠度增高，導致局部微循環障礙有關，從而反映于舌。我們經過二年來觀察 225 例慢支患者，其觀察結果：“舌瘀象”的陽性率仍依次為肺心病>早期肺心病>肺氣腫>慢支。在中醫本証分型其“舌瘀象”的陽性率亦依次為陰陽兩虛>腎陽虛>脾陽虛>肺氣虛，中醫標証分型其“舌瘀象”陽性率熱痰型為 63.04%，寒痰型 35.0%。証之古代論述“氣滯血瘀”與咳、痰、喘有一定關係，如唐容川指出：“蓋人身氣逆，不可寒滯，內有瘀血，由血凝氣遏，不得升降，是以塞而為咳，痰飲為瘀血所阻……更為阻塞肺叶……是以倚息不得卧……”，又云：“經知痰水之壅，由瘀血使然，但去瘀血，則痰水自消。”提出本病標本分型均有瘀血存在。因此，在慢支標、本分型與治則方法，均用活血化瘀藥，如丹參、赤芍、桃仁、當歸、川芎等配合治療。如：慢支 89 例加用活血化瘀藥與 1975 年慢支 162 例未施活血化瘀藥的療效總評比較，其臨控率從 48.2%提高至 68.4%，非臨控率從 51.8%降到 31.5%。可見，在辨証論治的基礎上，結合瘀血的輕重，適當配合

活血化瘀药即可提高疗效。

四、观察慢支舌瘀象和甲皱微循环、脉图、肺血流图及血清 FDP 等客观指标变化,其结果:慢支舌瘀象患者多见有甲皱微循环障碍,多以管样僵硬,帽状瘀血为主。慢支舌瘀象患者的脉图中 ALT 及 TM 两次指标比正常对照组明显偏低,可见慢支脉图指标变化与舌瘀象有一定关系。慢支肺血流图主波、流入时间,阻力指数分别低或迟于对照组,提示血管弹性差,血流迟缓,血流阻力较强,从而导致舌瘀象。再从慢支血清 FDP 显著高于对照组,似乎可以说明,舌瘀象患者存在着血凝相对亢进状态。

慢支肺、脾、肾虚,先由气虚,气阳俱虚,则鼓动乏力,气行不畅,血运受阻,故见有气虚兼瘀,阳虚兼瘀的瘀血病理改变,通过现代医学的 4 项指标改变与舌瘀象存在瘀血相关,我们认为,在慢支→肺气肿→肺心病的病情演变过程,在治疗上应考虑予以调整全身血液循环功能,方能疏通血脉,祛除瘀滞,促使血流加速,改善局部的微循环流量,进一步改善局部组织营养,促使功能恢复。

高胆固醇血症中医辨证分型探讨

“高胆固醇血症”是一种高脂血症。祖国医学虽无此病名记载，但临床上可见于眩晕、胸痹，心悸……等病证。近代多数认为，脂类代谢失调与动脉粥样硬化、冠心病等心血管疾病密切相关。调节胆固醇代谢，似可减轻或推迟心血管疾病的发生发展。为此，我们根据中医辨证观点，探索高胆固醇血症中医辨证分型及其治疗的一般规律，现总结报告如下：

一、高胆固醇血症中医辨证分型的理论根据

祖国医学认为，胃纳脾运，脾为后天之本。饮食入胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，脾居中央，灌溉四旁。浅言之，大凡食物经胃肠消化之后，其中的精微部份，赖脾吸收、输布以维持人体的正常生理活动。若脾气（阳）不足，运化失调或久食高粱厚味，即致湿困脾阳，因甘胜缓，缓则滞脾，脾不散精，反化为痰浊，浸淫脉道，故血中脂质增高，阻遏经脉不畅，痰阻于心络，以致胸痹、心痛、心悸等症。金代张子和《儒门事亲》指示：“夫膏粱之……酒食所伤，胀闷、痞满、酢心。这与高胆固醇血症患者，多数由外源性脂质进入过多或者体内脂质代谢紊乱的体因基本一致。

劳伤过度或寒邪侵袭为本病并发冠心病的因素之一，过度劳伤，耗损阳气，气虚则鼓动血行无权；或寒邪侵袭，致营血受限，血行不畅，堵塞不行，血失气煦，则气结血瘀。如《素问·举痛论篇》云：“经脉流行不止，环周不休，寒气入侵而稽迟，泣

而不行，……客于脉中则气不通，故卒然而痛。”似可说明：血瘀于脉道，促使体内脂质代谢紊乱，而引起本病的发生和发展。近年来较多学者认为，劳倦过度，或气候寒冷等因素，为诱发冠状动脉粥样硬化并发心绞痛的原因。

“肾为先天之本，肾藏精，肝藏血。”肝肾“乙癸同源”。中医认为：年老 肾虚，房劳过度等因素而引起肾阴亏损、肝失濡养，疏泄失调的病理变化，这与某些先天性缺陷而致的内源性高胆固醇血症脂代谢异常有关。若肾阴不足，水不涵木，肝阳亢盛，临床往往伴见血压偏高；若风木旺盛，脾胃受损，脾虚湿性，痰湿内生，痰浊阻络，心气受阻（胃络通心之故）以致气滞血瘀。此与高血压合并冠心病的症候类似。

二、分型与施治

从 21 例高胆固醇血症临床观察结果：脾虚痰浊型（下称痰浊型）9 例占 42.86%，肝肾阴虚型（下称肝肾型）7 例，占 33.33%，气滞血瘀型（下称瘀滞型）5 例占 23.81%。高胆固醇血症患者的标证以“痰”、“瘀”为主。其本证多见脾、肝、肾虚。治则：标实者先祛邪，后从本治之，或标本同治。

（一）痰浊型：证见头重如裹，形体肥胖，痰白而多，胸闷而痛，脘腹胀满，纳食不振，大便溏薄，舌淡而胖，齿痕，苔白厚而腻，脉濡缓或滑。

分析：多因饮食不节，过食高粱厚味，损伤脾气，脾失健运，导致纳食不振，脘腹胀满，脾虚湿盛，痰浊内生，阻遏胸阳致胸闷痰多，痰湿上蒙则头重如裹，脾虚湿盛，故见舌苔白厚腻，脉滑也。

治法：健脾利湿，理气化痰。



21/12KPa,血检:胆固醇 8.3mmol/L。

诊断:高血压病,中医辨证:眩晕证:(肝肾型),经本型方案治疗一个月。观察结果,临床症状改善,血压:20~20.5/10.7~11.2KPa,而胆固醇降至 6.5mmol/L。

(三)瘀滞型:证见:头晕而麻,肢端酸麻,胸部闷痛或刺痛,舌质青紫,舌下瘀筋Ⅰ°以上,脉弦细或涩。

分析:本型多因劳伤过度,心肾不足,推动血液循行失调,或瘀凝内阻,以致出现气滞血瘀的头麻、胸痛、舌青紫、舌下瘀筋等症状改变。

治法:行气活血,补气温阳。

方药:黄芪、桂枝、白术、归尾、丹参、三七粉、肉苁蓉、菟丝子、淫羊藿等。

若见形寒肢冷,大便溏薄,甚至肢肿者,可加漂附子、干姜、肉桂粉等温阳利水。

病例:陈××,男,49岁,干部,诉:胸前疼痛,肢端麻木,历时二年有余,近3日来逐渐加剧,伴腰酸膝软。

查体:舌质紫暗,舌下静脉(舌下瘀筋)Ⅰ°,苔白,爪甲微青。血检:胆固醇 9.8mmol/L,心电图提示:心肌供血不足。诊断:冠心病心绞痛,高胆固醇血症。中医辨证分型:瘀滞型。按本型方案治疗3周,临床症状改善,心电图部分改善。血清胆固醇降至 6.2mmol/L。

临 床 研 究

“胃炎汤”治疗慢性胃炎 156 例临床总结

慢性胃炎是一种临床常见的消化道疾病,目前尚无特殊的疗法。我们根据临床经验,组成“胃炎汤”,5年多来共治疗本病 156 例,取得较满意的效果。现初步总结如下:

一、一般资料

156 例中门诊病人 107 例(68.59%),住院病人 49 例(31.41%)。男性 91 例,女性 65 例,男女之比 1.4:1。年龄 19~71 岁,平均年龄 42.7 岁。多发年龄为 30~50 岁之间,共计 85 例(54.5%)。病程 3 个月~32 年,平均 12.6 年,以 1~5 年为多,共计 77 例(49.36%)。

二、辨证与诊断

(一)西医诊断:156 例中有 68 例(43.59%)经纤维胃镜检查,88 例(56.41%)经钡餐造影,明确诊断为各种慢性胃炎,其中浅表性胃炎 61 例(39.10%),萎缩性胃炎 53 例

(33.99%),肥厚性胃炎 8 例(5.13%),慢性浅表萎缩性胃炎 31 例(21.8%)。

(二)、中医辨证:属中医肝郁脾虚型 47 例(30.13%),脾虚湿热型 41 例(26.28%),郁热伤阴型 12 例(7.69%),气滞血瘀型 56 例(35.90%)。

1、肝郁脾虚型:证见胃脘胀痛,胸胁胀满,心烦口苦、暖气呃逆,嘈杂泛酸,神疲、纳少,大便溏薄,舌淡红,苔薄白,脉细弦。

2、脾虚湿热型:证见胃脘闷痛,脘腹痞满,食欲不下,暖气吞酸,口苦口干,尿赤便溏,舌质红,脉弦滑。

3、郁热伤阴型:胃脘灼痛,口干咽燥,五心烦热,小便短赤,大便干结,舌质红,苔少或花剥,脉弦细而数。

4、气滞血瘀型:胃痛拒按,痛处固定,痛如刺割,或呕血,或黑便,心烦易怒,口干寐差,舌质晦暗,或有瘀斑,或舌下青筋毕露,苔白或黄,脉弦细或涩。

三、治疗方法与疗效判断标准

观察病例在治疗期间忌食刺激性食物及停服其它药物,均采用本方为主治疗,酌情加减或加用少量中成药对症治疗。

疗效根据下面这三个标准判断:

1. 显效:临床症状消失,有关检验结果基本正常。
2. 有效:临床症状改善,有关检验结果明显好转。
3. 无效:临床症状无变化,有关检验结果无好转。

四、疗效分析

(一) 治疗结果:156 例的临床疗效,显效 65 例

(41.61%),有效 86 例(55.13%),无效 5 例(3.20%),总有效率 96.80%),疗效与西医病理分型、中医辨证分型的关系,经统计学处理: $P>0.05$,各型疗效均无显著差异。详见下表:

各型疗效比较

分型	例数	显效(%)	有效(%)	无效(%)	总有效率(%)
肝郁脾虚	47	21(44.68)	25(53.19)	1(2.13)	97.87
脾虚湿热	41	17(41.46)	23(58.10)	1(2.44)	97.56
郁热伤阴	12	3(25.00)	8(66.67)	1(8.33)	91.67
气滞血瘀	56	24(42.86)	30(53.57)	2(3.57)	96.43
合计	156	65(41.67)	86(55.13)	5(3.20)	96.80

(二)疗程:疗程 7~180 天,平均疗程 58.73 天,以 30~75 天为多,占 64.37%。治疗一个月者 54 例,其中获显效 13 例(24.07%),有效 38 例(70.37%),无效 3 例(5.56%)。治疗 1~3 个月者 26 例,显效 34 例(44.74%),有效 40 例(52.63%),无效 2 例(3.95%)。治疗 4~6 个月者 26 例,显效 17 例(65.38%),有效 9 例(34.62%)。

将 4~6 个月组与 1 个月组对比,1~3 个月组加 4~6 个月组与 1 个月组对比, $P<0.05$,有显著差异,说明慢性胃炎的治疗,需要 1~3 个月的时间,如能坚持 3 个月以上,疗效可明显提高。

(三)症状改善:主要观察患者胃脘部疼痛,胀闷,食欲、大便的情况。

1、胃痛消失:3~90 天,平均 10.50 天。

2、胀闷消失:3~120 天,平均 15.68 天。

3、食欲正常:2~60天,平均12.64天。

4、大便正常:3~100天,平均14.37天。

(四)血红蛋白提高:患者中有35例在治疗前后进行血红蛋白检查对比,治疗前男性12g/L以下者23例,平均9.12g/L,治疗后恢复到12g/L以上者20例,平均12.37g/L。女性10.5g/L以上,平均10.89g/L。

(五)胃镜及胃粘膜活检结果:治疗后有24例患者复查胃镜和行胃粘膜组织活检,根据1985年5月中华全国中医学会内科专业委员会,第三次全国脾胃病会议拟定的疗效评定标准,其结果:显效6例(其中浅表性胃炎4例,萎缩性胃炎2例),有效9例(其中浅表性胃炎5例,萎缩性胃炎3例,浅表萎缩性胃炎1例)。复查时间为2个月1例,3个月的6例,6个月的10例,1年的4例,2年的2例,3年的2例,患者在复查前均间断服中药,24例患者复查胃镜及病理检查的结果显示有效率为62.50%。

五、体会

(一)慢性胃炎的临床证候特点,可概属于中医的“胃脘痛”“胃痞”“呃逆”“嘈杂”“泄泻”等范围,其中以“胃脘痛”及“胃痞”更为接近。本病的主要病因病机多因外受寒热,邪犯于胃;或过食生冷,肥甘,辛辣之品,食滞不化,湿热内生,损伤脾胃;或情志失调,气郁伤肝,肝失疏泄,横逆犯胃;或素体脾胃虚弱,或劳倦过度,或久病脾胃受伤,气虚阴虚,或久病入络,导致气滞血瘀。本病的证候特点是虚实互见,寒热错杂。因此,我们综合各种临床表现,归纳为肝郁脾虚,脾虚湿热,郁热伤阴,气滞血瘀等四个证型。

(二)我们根据祖国医学“脾主运化”“主升清”“喜燥”“胃主受纳”“主降浊”“喜润”“六腑以通为用”等学术理论,以及其他脏腑、气血与脾胃密切关系的理论,拟定了“胃炎汤”进行治疗。本方具有益气健脾、疏肝解郁、清热利湿、化痰散结的功用,既可改善全身状况,又可促使局部的病理恢复,通过临床5年来的观察,取得了一定的疗效。

(三)目前最新的医学研究报告:慢性胃炎、胃溃疡的发病与幽门弯曲菌感染有关,主张在治疗用药的基础上加用庆大霉素,痢特灵等抗菌素可提高疗效。而“胃炎汤”的主药中清热之品,与之不谋而合。

(四)“胃炎汤”的主药是厦门的中草药,不但具有地方特色,而且药源充足,药价低廉,有研究开发推广应用的價值。

(五)从临床观察的结果来看,临床总有效率为96.80%,胃镜及胃粘膜活检判断其总有效率为62.50%。从同等的显效率和有效率以及疗程来看,提示慢性浅表性胃炎似较萎缩性胃炎的疗效为好,从中医辨证分型来看,郁热伤阴型的疗效似较差。胃镜复查诊断及疗效判断,具有重要的意义,但不易被患者接受,所以我们观察的病例中,治疗后复查胃镜的人数有限,因此,切实的疗效,有等于进一步观察和探讨。

中药止痛合剂治疗急性胃痛 155 例临床观察

我院根据 1984 年 12 月“全国中医急性胃痛科研协作组”会议商定的诊断标准、统一剂型和疗效判断标准,一年来分别于门诊急诊室、病房,治疗观察各类型急性胃痛 155 例(其中气滞型 66 例,虚寒型 38 例,瘀血型 15 例,阴虚型 18 例,湿热型 18 例),并通过对照,说明疗效。现将临床观察情况报告如下:

一 般 资 料

一、病例选择与观察方法

中医辨证施治组 155 例,西药 654—2 对照组 20 例,共 175 例,其中门诊或急诊室患者 31 例,住院病人 144 例。所有患者均于治疗前分别体检、采集病史及各项有关检查(如纤维胃镜、胃十二指肠 x 线钡透等)结果,明确诊断,并根据全国辨证分型标准由中医师二人共同讨论分型、治疗和判定疗效,及时填写观察表。

二、临 床 资 料

(一)一般资料:155 例观察组男 98 例,女 57 例,年龄最小 18 岁,最大 79 岁,平均年龄 43~76 岁;对照组男 14 例,女

6例,年龄最小20岁,最大65岁,平均年龄45~62岁。

(二)中医诊断:胃脘痛155例,对照组20例。

(三)西医诊断:慢性浅表性胃炎38例,慢性萎缩性胃炎7例,慢性浅表萎缩性胃炎30例,十二指肠炎2例,慢性浅表萎缩性胃炎伴十二指肠球部变形11例,十二指肠炎伴浅表性胃炎12例,慢性浅表萎缩性胃炎伴胃下垂15例,胃溃疡5例,胃溃疡伴浅表性胃炎4例,十二指肠球部溃疡14例,胃溃疡伴胃下垂2例,慢性浅表性胃炎并十二指肠球部溃疡,胃下垂3例,十二指肠炎并球部溃疡2例,十二指肠球部炎症并食道贲门炎2例,慢性浅表萎缩性胃炎伴十二指肠球部溃疡15例,毕氏Ⅰ式残胃炎3例,复合溃疡伴慢性浅表性胃炎3例,慢性浅表萎缩性胃炎并中晚期胃癌7例。

以上各病例均做过客观指标检查,如纤维胃镜125例,胃、十二指肠x线钡透50例。

(四)合并症:合并呕血者4例,伴柏油样便或潜血阳性者81例。

(五)病程:最短为一个月,最长为32年。

1、气滞型:1年以下11例,1~5年22例,6~10年17例,11~20年6例,21~30年8例,30年以上2例,平均8.68年。

2、虚寒型:1~4年15例,5~10年15例,11~15年3例,17年3例,30年以上2例,平均8.16年。

3、瘀血型:1年以下3例,1~5年6例,10年1例,20~30年5例,平均9.53年。

4、阴虚型:1年以下4例,1~5年6例,6~10年3例,20~30年5例,平均8.89年。

5、湿热型：1 年以下 2 例，1～5 年 8 例，10～15 年 5 例，20～30 年 3 例，平均 9.11 年。

6、各型小结：1 年以下 20 例，1～5 年 57 例，6～10 年 36 例，11～20 年 17 例，21～30 年 21 例，30 年以上 4 例，病程最短 1 个月，最长 32 年，平均 8.87 年。

7、654—2 对照组：1 年以下 5 例，1～5 年 4 例，6～10 年 6 例，20～32 年 5 例，平均 9.35 年。

从上面可看出，在中医辨证施治的各型中，瘀血型病程最长，达 9.53 年，符合中医理论“久病入络”之说。

（六）治前疼痛时间

1、气滞型：0.5 小时～240 小时，平均 15.89 小时。

2、虚寒型：0.5 小时～48 小时，平均 7.8 小时。

3、瘀血型：1 小时～48 小时，平均 8.86 小时。

4、阴虚型：1 小时～24 小时，平均 9.75 小时。

5、湿热型：0.5 小时～24 小时，平均 13.36 小时。

6、各型小结：0.5 小时～240 小时，平均 13.15 小时。

7、654—2 对照组：0.5 小时～72 小时，平均 4.62 小时。

由于患者胃痛发作后，就诊时间不一，所以治前疼痛时间仅供参考，没有比较和分析的意义。

辨证施治

遵照 1984 年“全国中医急性胃脘痛科研协作组”的辨证分型标准及协作处方：

一、气滞胃痛

主证：

- (1)胃脘胀痛；
- (2)胃窜胁痛；
- (3)恼怒诱发或加重。

次证：

- (1)暖气频作；
- (2)排便不爽；
- (3)苔白、脉弦。

诊断：有两项主证或一项主证加二项次证，即可诊断。

辨证：肝气犯胃，胃气阻滞。

治法：舒肝解郁，理气和胃。

方药：理气止痛合剂 柴胡_{10克} 白芍_{20克} 枳壳_{12克} 炙
草_{10克} 元胡_{15克} 川楝子_{10克}

二、虚寒胃痛

主证：

- (1)胃痛隐隐；
- (2)遇冷痛甚；
- (3)喜按喜暖；
- (4)得食痛减；
- (5)舌淡苔白。

次证：

- (1)纳食减少；
- (2)大便溏薄；

(3)畏寒肢冷；

(4)倦怠乏力；

(5)脉沉细迟。

诊断：有三项主证加二项次证，即可诊断。

辨证：脾阳虚寒，纳运失司。

治法：益气健脾，温中止痛。

方药：温中止痛合剂：

炙芪_{20克} 桂枝_{10克} 白芍_{30克} 炙草_{10克} 香附_{5克} 高
良姜_{5克}

三、阴虚胃痛

主证：

(1)胃脘灼痛；

(2)口舌干燥；

(3)舌红少津，苔少花剥。

次证：

(1)手足心热；

(2)大便干结；

(3)脉象细数。

诊断：有二项主证或一项主症加二项次证，即可诊断。

辨证：热灼胃阴，津液不足。

治法：养阴益胃，生津止痛。

方药：益胃止痛合剂。

北沙参_{15克} 麦冬_{15克} 玉竹_{12克} 青木香_{5克} 香椽
皮_{10克} 川楝子_{15克}

四、瘀血胃痛

主证：

- (1)胃痛拒按；
- (2)痛如刺割；
- (3)痛有定处；
- (4)舌质紫暗或有瘀斑。

次证：

- (1)入夜痛甚；
- (2)呕血或血便；
- (3)脉象细涩。

诊断：有三项主证或二项主证加二项次证，即可诊断。

辨证：气血瘀滞，胃络损伤。

治法：活血化瘀，理气止痛。

方药：活血止痛合剂。

丹参_{20克} 生蒲黄_{10克} 松香_{6克} 酒军_{5克} 五灵脂_{10克}
生甘草_{10克}

五、湿热胃痛

主证：

- (1)胃脘闷痛；
- (2)胸脘痞满；
- (3)口粘纳呆；
- (4)舌边尖红，苔黄而腻。

次证：

- (1)头晕头重；

- (2)身体重着;
- (3)大便不爽,肛门灼热;
- (4)脉象弦滑。

诊断:有三项主证或二项主证加二项次证,即可诊断。

辨证:湿热中阻,气机失调。

治法:清化湿热,调理气机。

方药:清化止痛合剂

瓜蒌_{30克} 黄连_{6克} 姜半夏_{10克} 藿梗_{10克} 厚朴_{6克}
吴茱萸_{2克}

上药各制成口服安瓿液 10 毫升 4 支,每次口服 2 支(20 毫升),观察 30 分钟,如效果不明显,再给药一次,观察 60 分钟以上,以便判断疗效。

对照组每次用西药 654-2 片剂 10 毫克口服,观察标准同上。

急性胃痛诊断标准

一、观察对象:胃脘部疼痛,不能自行缓解者。

二、疼痛程度:分轻、中、重三度。

- 1、轻度:胃脘痛较轻,疼痛不可忍受,无痛苦面容。
- 2、中度:胃脘痛较重,有痛苦面容,但无辗转不安。
- 3、重度:胃脘痛重,剧痛难忍,辗转不安。

三、疗效评定标准

1、显效：用药后 30 分钟内胃脘痛消失，观察 60 分钟不复发者。

2、有效：

(1)用药后 30 分钟内胃脘痛减轻一个级度以上。

(2)用药后 60 分钟内胃脘痛消失。

3、无效：用药 1 小时后胃脘痛无改善。

疗 效 分 析

一、用药起效时间

表 1 各剂型药效时间表

剂型(观察例数)	用药后起效时间	平均起效时间
理气止痛合剂(66)	5 分钟~30 分钟	17.97 分钟
温中止痛合剂(38)	5 分钟~30 分钟	16.75 分钟
活血止痛合剂(18)	5 分钟~30 分钟	11 分钟
益胃止痛合剂(18)	5 分钟~25 分钟	12.47 分钟
清化止痛合剂(18)	5 分钟~20 分钟	12.62 分钟
中药各型小结(155)	5 分钟~30 分钟	14.16 分钟
654—2 对照组(20)	8 分钟~20 分钟	14.26 分钟

从表 1 可以看出，中药各剂型的平均起效时间(14.16 分

钟),略快速于 654-2 对照组(14.26 分钟),而在中药各型止痛合剂中活血止痛合剂的平均起效时间最快(11 分钟),而理气止痛合剂的平均起效时间较慢(17.97 分钟)。

二、治前与治后疼痛程度的比较(见表 2)

表 2 各型治前与治后疼痛程度比较

时间 组别 病况	治 前			治 后
	重	中	轻	疼痛程度改善情况
气滞型 (66)	5 7.58%	42 63.64%	19 28.75%	重:转轻 1 例,转消失 2 例, 无变化 2 例。 中:转轻 24 例,转消失 10 例, 无变化 8 例。 轻:转消失 17 例,无变化 2 例。
虚寒型 (38)	5 13.16%	20 52.63%	13 34.21%	重:转消失 4 例,转轻 1 例。 中:转轻 7 例,转消失 8 例, 无变化 5 例。 轻:转消失 12 例,无变化 1 例。
瘀血型 (15)	6 40%	6 40%	3 20%	重:转轻 20 例,转消失 3 例, 无变化 1 例。 中:转轻 3 例,转消失 1 例, 无变化 2 例。 轻:转消失 3 例。

时间 组别	治 前			治 后
	重	中	轻	疼痛程度改善情况
湿热型 (18)	2 11.11%	10 55.56%	6 33.33%	重:转轻 1 例,无变化 1 例。 中:转轻 2 例,转消失 5 例, 无变化 3 例。 轻:转消失 6 例。
阴虚型 (18)	4 22.22%	11 61.11%	3 16.67%	重:转轻 2 例,转消失 1 例, 无变化 1 例。 中:转轻 4 例,转消失 7 例。 轻:转消失 3 例。
中医各型 (155)	20 15.50%	73 56.59%	36 27.91%	重:转轻 6 例,转消失 10 例, 无变化 4 例。 中:转轻 31 例,转消失 10 例, 无变化 15 例。 轻:转消失 33 例。
对照组 (20)	3 15%	12 60%	5 25%	重:转轻 3 例 中:转轻 5 例,无变化 5 例, 转消失 2 例。 轻:转消失 5 例。

从表 2 可以看出,在中医辨证分型中,瘀血型重度疼痛的比例最高(40%)符合中医瘀血阻络的病理特点,虚寒型轻度疼痛的比例最高(34.21%)符合中医虚寒胃痛的特点。

三、单项疗效(见表 3)

表 3 伴随症状治前治后比较

组别	症 状	治前	治 后	
			改 善	无变化
治疗组 155 例	呕吐	17	13	4
	恶心	41	32	9
	呃逆	58	32	26
	泛酸	36	16	20
	胃脘胀满	94	63(67.02%)	31(32.98%)
	小腹胀	67	47(70.15%)	20(29.85%)
	两胁胀痛	71	54	17
	食欲不振	82	11	71(86.59%)
对照组 20 例	呕吐	1	1	0
	恶心	5	3	2
	呃逆	5	4	1
	泛酸	6	4	2
	胃脘胀满	15	4(26.67%)	11(73.33%)
	小腹胀	7	1(14.28%)	6(85.72%)
	两胁胀痛	12	9	3
	食欲不振	7	0	7

从表 3 可以看出,治疗组的伴随症状如胃脘胀满的改善

率为 67.02%，显著高出于对照组的 26.67% ($P < 0.01$)，小腹胀的改善率为 70.15%，显著高于对照组的 14.28% ($P < 0.01$)，但对于食欲不振却没有明显的疗效。由此我们认为，如果在各型中药止痛合剂中，酌加健胃消导药以改善患者的食欲或许有助于提高治疗急性胃痛的疗效。

四、症状改善的维持时间(见表 4)

表 4 症状改善维持时间比较

剂 型	症状改善维持时间	平均维持时间
理气止痛合剂(66)	2 小时~96 小时	9.26 小时
温中止痛合剂(38)	1 小时~36 小时	10.33 小时
活血止痛合剂(15)	2 小时~48 小时	16.16 小时
益胃止痛合剂(18)	2 小时~24 小时	7.06 小时
清化止痛合剂(18)	3 小时~36 小时	10.07 小时
中药各型小结(155)	1 小时~98 小时	10.58 小时
654—2 对照组(20)	1 小时~24 小时	7.70 小时

从表 4 可以看出，活血止痛合剂改善症状的平均维持时间最长(16.16 小时)，益胃止痛合剂改善症状的平均维持时间较短(7.06 小时)，而中药各类型止痛合剂改善症状的平均维持时间(10.58 小时)，明显高于对照组(7.2 小时)。

五、治疗结果(见表 5)

表 5 疗效比较表

剂 型(观察例数)	治 疗 效 果						总有效率 %
	显 效		有 效		无 效		
	例数	%	例数	%	例数	%	
理气止痛合剂(66)	28	42.43	26	33.39	12	18.18	81.82
温中止痛合剂(38)	23	60.53	9	23.68	6	15.7	84.21
活血止痛合剂(15)	7	46.67	5	33.33	3	20	80
益气止痛合剂(18)	10	55.55	7	38.89	1	6	94
清化止痛合剂(18)	10	55.56	4	22.22	4	22.22	77.78
中药各型小结(155)	78	50.32	51	32.90	26	16.78	83.22
654—2 对照组(20)	6	30	9	45	5	25	75

表 5 表明五种中药止痛合剂辨证治疗组的总有效率为 83.22%，明显高于对照组的 75%，两组疗效有显著差异($P < 0.05$)。

六、副作用

使用中药止痛合剂治疗的病例，服药后都没有出现明显的副作用。而在对照组中，用 654—2 10mg 口服后，所有病例均不同程度地出现面红、口干，并出现心悸等不适感。

体 会

我们按“全国中医急性胃痛科研协作组的治疗方案”，用

五种中药止痛合剂对 155 例急性胃痛患者进行临床验证,现提出几点体会。

一、辨证要准确

准确的辨证是取得疗效的基础。我们认为在临床辨证上,应有二名中医师共同观察舌象、脉象和伴随症状等,然后按协定的诊断标准施治,一般都能取得较满意的疗效。同时,应抓住疾病的主要矛盾做为辨证的依据,如有的病例出现胃脘胀痛、呃逆、烦闷叹息、脉弦、貌似气滞证,但患者面色㿔白、痛而欲按、渴喜热饮、四肢不温、舌淡苔白,而我们采用温中止痛合剂治疗,则取得明显疗效。有的病例,虽然出现面色黧黑、舌质晦暗、边有瘀点等瘀血现象,但我们根据舌红苔黄腻、小溲短赤、辨证其为久痛入络,瘀血内阻,脾失健运而致湿热内蕴,认为瘀血为其本,湿热为其标,经曰:“急则治其标”。故治以清热化湿为先,采用清化止痛合剂治疗而获良效。

二、辨证与辨病相结合

我们对于伴胃、十二指肠出血的患者尽管没有出现明显的阴虚征象,但遵照中医“失血伤阴”的理论,采用益胃止痛合剂治疗,多获显效。18 例用益胃止痛合剂治疗的患者中有 1 例伴呕血,12 例伴柏油样便或潜血阳性,疗效达 94%。对于胃、十二指肠出血,经对症处理血止之后,出现胃痛的患者,虽然没有明显的瘀血征象,我们根据中医“离经之血则为瘀”的理论,采用活血止痛合剂治疗,而获良效。15 例采用活血止痛合剂治疗的患者中有 1 例曾伴呕血,14 例伴柏油样便或潜血阳性,疗效达 80%。

三、药物剂量

药量要足,在临床观察中,我们曾有给患者只服一安瓿的中药口服液,服后半小时症状没有改变,再给一安瓿药液,口服后仅过 5 分钟则疼痛缓解。这说明在治疗中应严格按协定的药量标准,每次口服两安瓿药液(20 毫升),才能发挥药效。

四、给药方式要讲究

对于虚寒型患者,根据中医的治则“寒者热治”,我们特意将药液安瓿先泡入热开水中,加温 2~5 分钟后,再取出让患者口服,可以明显提高疗效。我们治疗虚寒型患者的显效率居各型之首,达 60.53%。

五、可酌加健胃消导之品

急性胃痛患者大多数伴有食欲不振,如果在中药止痛合剂中再酌加健胃消导之品,以助消化,可望进一步提高疗效。

小 结

临床实践证明,用中药止痛合剂辨证分型治疗急性胃痛,可以提高止痛效果,并能改善伴随症状。本文观察 105 例,治疗组的总有效率达 83.22%,明显高于对照组的 75%($P < 0.05$)。治疗组中的伴随症状如胃脘胀满的改善率为 67.02%,显著高于对照组的 26.67%($P < 0.01$)。小腹胀的改善率为 70.15%,显著高于对照组的 14.28%($P < 0.01$)。五种中药口服液起效时间最快为 5 分钟,654-2 口服后起效时间最

快为 8 分钟,治疗组改善症状的维持时间平均为 10.58 小时,明显高于对照组的 7.2 小时,而且中药止痛合剂服后无明显副作用,而 654—2 服后大多出现口干及心悸等不适感。因此,我们认为,用中药止痛合剂辨证分型,治疗急性胃痛的效果较为可靠,疗效明显高于 654—2 对照组,值得进一步深入研究和推广。

中药针剂治疗急性胃脘痛临床小结

我院根据 1984 年全国中医急性胃脘痛协作组会议制定中药的 1、2 号针剂对急性胃脘痛的实证与虚证辨证治疗,并与 654-2 针剂对照,经过三个月来临床治疗观察,现小结如下。

一、临床资料

中药针剂治疗组 9 例(其中以止痛 1 号治疗 2 例,止痛 1 号治疗 7 例),男性 7 例,女性 2 例。年龄最小 23 岁,最大 60 岁,平均年龄 41.5 岁。西药 654-2 针剂对照组 5 例,男性 3 例,女性 2 例,年龄最小 19 岁,最大 52 岁,平均年龄 35.5 岁。14 例患者全部是住院病人。

(一)中医辨证:胃脘痛 12 例,胁痛 2 例。

(二)西医诊断:慢性浅表性胃炎 4 例,慢性浅表性胃炎并十二指肠炎 5 例,慢性萎缩性胃炎伴下垂 2 例,晚期胃癌 1 例,胆道结石伴感染 2 例。

14 例患者均做过客观指标检查,如纤维胃镜 11 例,胃十二指肠 x 线钡餐透视 1 例,B 型超声检查 2 例。

(三)合并症:合并呕血者 2 例,合并柏油便或潜血阳性者 5 例。

(四)病程

1、止痛 1 号针(2 例),病程 6 个月 1 例,9 个月 1 例,平均 7.5 个月。

2、止痛Ⅰ号针(7例),病程一年以下者3例,5年1例,10年2例,20年1例,平均6.8年。

3、654—2针剂对照组(5例)、病程一年以下者4例,20年者1例,平均4.5年。

(五)治前疼痛时间:

1、止痛Ⅰ号针(2例):6~10小时,平均8小时。

2、止痛Ⅰ号针(7例):1~24小时,平均7.3小时。

3、止痛Ⅰ~Ⅰ号针(共9例):1~24小时,平均7.65小时。

4、654—2针剂对照组(5例):2~15小时,平均6.5小时。

二. 辨证施治

根据1984年全国中医急性胃脘痛协作组会议制定的诊断标准:

(一)止痛Ⅰ号针:(药物组成有白芍_{3克}、甘草_{1克}),适用于虚证胃脘痛患者。

(二)止痛Ⅰ号针:(药物组成有元胡_{2克}、川楝子_{2克}),适用于实证胃脘痛患者。

上药各制成肌肉注射液2毫升1安瓿,每次肌注1支,观察30分钟,如效果不明显,再给药一次,观察60分钟以上,以便判断疗效。

对照组用西药654—2,10毫克肌注,观察标准同上。

三、疗效分析

(一)用药起效时间:

1、止痛Ⅰ号针:5~15分钟,平均10分钟。

2、止痛Ⅱ号针:5~14分钟,平均8.8分钟。

3、止痛Ⅰ~Ⅱ号针联用肌注:5~15分钟,平均9.4分钟。

4、654-2针剂对照组:10~15分钟,平均12.5分钟。

由此似可说明,中药止痛针的平均起效时间速于654-2针剂的平均起效时间。

(二)治前与治后疼痛程度比较:

1、止痛Ⅰ号针:治疗前重度1例,中度1例,治后疼痛均完全消失。

2、止痛Ⅱ号针:治前重度4例,中度3例,治后重度1例中疼痛减轻2例,消失1例,无效1例。中度3例疼痛全部消失。

3、止痛Ⅰ号、Ⅱ号针小结:治前重度5例,中度4例,治后重度5例中疼痛减轻2例,消失2例,无改变1例。中度4例中疼痛全部消失。

4、654-2对照组:治前重度疼痛4例,中度疼痛1例,治后重度4例中疼痛减轻3例,消失1例,中度1例疼痛无变化。

(三)症状改善的维持时间

1、止痛Ⅰ号针:4~24小时,平均14小时。

2、止痛Ⅱ号针:8~48小时,平均17.5小时。

3、止痛Ⅰ号、Ⅱ号针小结:4~48小时,平均15.75小时。

4、654-2针剂对照组:4~10小时,平均8.5小时。

可见中药止痛针改善症状的平均维持时间(15.75小时),明显高于654-2针剂对照组的平均维持时间(8.5小

时)。

(四)治疗结果:(见附表)

疗效评定标准:

1、显效:用药后 30 分钟内胃脘痛消失,观察 60 分钟不复发者。

2、有效:用药后 30 分钟内胃脘痛减轻一个级度以上,或药后 60 分钟内胃脘痛消失。

3、无效:用药一小时后胃脘痛无改善。

附表 治疗结果比较

	显效(%)	有效(%)	无效(%)	总有效率(%)
止痛 I 号针(2 例)	2(100)	0	0	100
止痛 II 号针(7 例)	4(57.14)	2(28.57)	1(14.29)	85.71
止痛 I 号、II 号小结 (9 例)	6(66.67)	2(22.22)	1(11.11)	88.89
654—2 针剂	1(20.0)	3(60.0)	1(20.0)	80
对照组(5 例)				

以上表可知,中药止痛针的疗效(88.89%),高于对照组(80%)

(五)副作用:使用中药止痛针治疗的病例,肌注后都没有出现明显的副作用,而在对照组中,用 654—2 10mg 肌注后,所有病例均明显地出现口干和心率等不适,肌注后心率加快最少为 6 次/分,最多为 20 次/分,平均心率加快 9.5 次/分。

四、体会

临床实践说明,用中药止痛针辨证治疗急性胃脘痛可以提高止痛效果。本文观察 9 例,治疗组的有效率为 88.89%,高于对照组的 80%,而且中药止痛针的平均起效时间为 9.4 分钟,明显快于对照组的 125 分钟。中药止痛针改善症状的平均维持时间为 15.75 小时,明显高于 654—2 针剂对照组的 8.5 小时。

我们在验证中曾有意加大中药止痛针给药量,结果收到显著效果,4 例采用 4 毫升肌注的患者,治疗后疼痛均消失,获得显效,似可说明每次肌注 4 毫升的疗效更佳。

总之,我们认为中药止痛针治疗急性胃脘痛的疗效不错,由于观察的例数较少,有待于进一步深入研究和验证。

温阳益气、清热解毒 治疗慢性结肠炎疗效观察

慢性非特异性溃疡性结肠炎(以下简称本病)是临床常见病之一,其病程长、疗效差、易复发,治疗颇感棘手。中医虽无此病名,但早在《黄帝内经》以及历代医著中已有“泄瀉”、“久痢”、“肠辟”、“肠风”等记载,其症状与本病相似。笔者从1981年2月至1990年7月,采用中医温阳益气,清热解毒法(口服及灌肠)治疗本病取得满意的效果。现将临床资料较完整的58例小结如下:

临 床 资 料

一、病例选择

根据1978年全国消化系病学术会议拟定的诊断标准选择病例:1.有持续性或反复发作性慢性腹泻,如粘液便、脓血便等。2.排除肠道微生物及寄生虫感染。3.结肠镜检查或组织学检查有粘膜慢性炎症,腺体变形,粘膜溃疡等。

本文58例患者均为住院病人,其中男性41例,女性14例,年龄为28~63岁,平均38.6岁。病程最短为2年5个月,最长为23年,平均11.7年。

58例患者均有典型病史,每日大便最少3次,多者10次以上,均经粪培养排除菌痢。其中47例经纤维结肠镜及病理

检查,11例经X线钡剂灌肠检查,明确诊断为本病。58例中单发性溃疡41例,多发性溃疡17例,其中36例结肠粘膜有不同程度的充血、水肿、糜烂及大小不等的出血病灶。病变局限在直肠,乙状结肠者37例,累及降结肠者21例。本组病人因长期腹痛腹泻,下痢赤白,食欲不振,神疲乏力,舌质淡晦,苔白腻或黄腻,脉沉细或细弦,均呈脾肾阳虚,湿热内蕴之证。

二、处方用药及治疗方法

(一)口服主方:

制附子_{10克} 干姜_{6克} 党参_{20克} 黄芪_{15克} 白术_{10克} 黄连_{6克} 木香_{6克} 虎杖_{15克} 木棉花_{15克} 白头翁_{30克} 水煎服 每天一剂。

加减:便血加白芨_{15克} 地榆_{15克};湿热甚加黄芩_{10克} 败酱草_{30克} 里急后重加槟榔_{15克} 厚朴_{10克} 腹痛加白芍_{30克} 甘草_{5克};肠鸣腹痛,泄后痛减,加防风_{15克} 柴胡_{9克};脾气虚弱加莲肉_{15克} 淮山_{15克} 阳虚甚者加仙茅_{10克} 仙灵脾_{10克}。

(二)灌肠方:

制附子_{10克} 黄芪_{15克} 白术_{10克} 苡米_{30克} 仙鹤草_{30克} 马齿苋_{30克} 败酱草_{30克} 丹参_{15克}。

每煎为100~150ml,煎后加云南白药半支混匀,温度在38℃左右,应用100ml注射器,18号~20号肛管,涂润滑剂后,插入肛门20~25cm将药灌入,每天一次,半个月为一个疗程,休息3天后继续第二疗程,一般应灌肠二个疗程以上。

(三)恢复期:即临床症状减轻,腹痛腹泄,粘液血便,纳少等症状改善,大便次数减少为1~2次/日,可改用调补脾肾法以巩固疗效,脾虚者以参苓白术散为主方:党参_{15克} 白

术_{10克} 茯苓_{15克} 淮山_{15克} 扁豆_{15克} 苡仁_{30克} 砂仁_{6克} 莲子_{15克} 风退_{10克} 马蹄金_{10克} 菜豆壳_{10克}。肾虚者以济生肾气丸为主方：茯苓_{15克} 淮山_{15克} 丹皮_{10克} 泽泻_{10克} 熟地_{15克} 山茱萸_{10克} 桂枝_{6克} 车前子_{10克} 淮牛膝_{10克} 仙茅_{6克} 仙灵脾_{6克}。

治疗结果

一、疗效判定标准

(一)显效：症状体征消失，大便检验结果正常，纤维结肠镜或X线钡剂灌肠检查恢复正常。

(二)好转：症状体征明显减轻，大便检验结果明显好转，纤维结肠镜或X线钡剂灌肠检查好转。

(三)无效：症状体征，纤维结肠镜或钡剂灌肠检查均无明显好转。

二、治疗结果

58例中。显效44例(占75.87%)，好转11例(占18.96%)，无效3例(占5.17%)，总有效率为94.83%。症状改善情况见附表：

附表 主症比较表

	显效	好转	无效
腹痛(42)	34(80.95%)	8(19.05%)	0
脓血便(16)	12(75%)	4(25%)	0

	显 效	好 转	无 效
水样便(18)	14(77.78%)	4(22.22%)	0
粘液便(24)	12(50%)	9(37.50%)	3(12.50%)

治疗后有 22 例患者复查纤维结肠镜,原来镜下见粘膜充血水肿 13 例,治疗后显效 10 例(占 77%),好转 3 例(占 23%),伴溃疡的 7 例,经治疗显效 6 例(占 85.70%),好转 1 例(占 14.3%),伴糜烂的 2 例,经治疗均获显效。

三、病案举例

苏××,男,39 岁,厦门冷冻厂工人,住院号 7064,初诊日期 1989 年 12 月 7 日。

患者反复腹痛,腹泻,排粘液血便已 18 年,曾于本市第一医院查纤维结肠镜,提示:“乙状结肠及降结肠粘膜粗糙不平,明显充血水肿,散在片状出血点,散在溃疡点。意见为:“慢性溃疡性结肠炎。”曾多方求治,长期服中西药,症状时轻时重而求诊我院,入院时腹泻每天 6~7 次,晨起即感腹痛泄泻,大便稀糊夹粘液和血,形寒肢冷,腰酸耳鸣,腹胀纳少,口干口苦,神疲乏力,形体消瘦,舌淡晦,边有齿痕,苔黄腻,脉细尺弱,大便检查“呈棕色糊便,红细胞卅,脓球卅,粘液卅。”3 次大便培养均无致病菌生长。中医辨证属脾肾阳虚,湿热内阻,治以温阳益气,清热解毒。

处方:

1. 口服方:加仙灵脾_{10克} 莲子_{15克} 地榆_{15克}水煎口服,每日一剂。

2. 灌肠方水煎至 120ml, 加云南白药半支混匀保留灌肠, 每日一次。

治疗 10 天后症状即有显著好转, 腹泻次数减少, 每日 2~3 次, 无脓血, 偶夹少许粘液, 复查大便: “呈黄糊便, 红细胞 (一), 白细胞少许, 粘液少许。”自觉形寒肢冷减轻, 胃纳增加。守原法继续治疗 3 周, 大便成形, 每日一次, 无脓血粘液, 临床诸症均好转, 复查大便已正常。遂以原口服方为主, 酌情略有加减内服和中药灌肠继续治疗半个月, 诸症均除, 患者 1989 年 1 月 25 日出院, 出院后继续门诊治疗, 以济生肾气丸和参苓白术散调理 2 个多月, 精神体力恢复, 饮食二便正常, 体重增加 12 斤。1988 年 3 月 22 日复查纤维结肠镜示: “乙状结肠, 降结肠病变已基本消失, 粘膜光滑, 未见充血水肿或溃疡。”

体 会

一、本病的病因尚不十分清楚, 现代医学认为是一种全身性免疫病, 近年研究发现有淋巴细胞增生, 局部免疫反应, 免疫复合物沉积等因素存在, 国外的研究认为与前列腺素 E (PGE) 的关系密切。在这方面虽然各种研究资料颇多, 但尚未形成系统的完整理论。中医认为, 本病多因平素饮食不节, 恣食生冷辛辣肥甘之品致使脾胃受伤, 或忧思恼怒, 气郁伤肝, 肝失疏泄, 木郁克土而损伤脾胃致升降失调, 健运失司, 湿浊内生, 郁久化热, 湿热邪毒留滞肠中, 损伤肠络而致泄泻或下利赤白。如《景岳全书·泄泻》云: “泄泻之本, 无不由脾胃”, 而日本病病程长, 反复发作, 久泄损伤脾阳, 缠绵不愈则久病伤

肾,导致脾肾阳虚。《景岳全书·泄泻》曰:“肾为胃关,开窍于二阴,所以二便之开闭皆肾脏所主,今肾脏阳气不足则命门火衰……阴气极盛之时,则令人洞泄不止也。”而脾肾阳虚,命门之火不能温煦脾土,致脾胃运化功能更差,湿邪愈炽,泄泻愈甚,如此恶性循环,互为因果,故本病多呈本虚标实,寒热错杂。本为脾肾阳虚,标为湿热滞留。

二、在治疗上,现代医学多使用肾上腺皮质激素等药物,对控制症状有暂时疗效,停药后易复发,而且副作用大。《脉因证治》“脾泄……宜理中汤,大肠泄……宜干姜附子汤。”我们运用中医脾胃学说,针对本病病因病机特点,着重培补先,后天之本,辅以祛邪,采用温阳益气,清热解毒法,寒热并行,标本兼治。药用附子,干姜温补脾肾之阳,离照当空,阴霾自散。党参、黄芪、白术健脾益气,使水湿得运,精微输布,分清泌浊,则泄泻可止。黄连、木棉花、白头翁清热解毒,燥湿止痢。木香、虎杖行气活血止痛。云南白药具有止血活血,消炎止痛,去腐生肌之功,传统上是外伤、血证的良药,我们将之移用于本病作保留灌肠,收到满意疗效,其多种功效,值得探讨。

三、我们治疗本病采用口服与灌肠给药双管齐下,中药保留灌肠起了重要作用,因其直接对病灶起了作用。根据我们体会,中药灌肠后保留时间越长,疗效越好。现代医学研究认为中药保留灌肠由肠粘膜直接吸收,可避免上消化道的酸碱度和酶对药物的影响。部分药不通过肝脏而直接进入循环,可减少药物在肝中发生化学变化,较好地保证药效的完整性,发挥更大的疗效,故能事半功倍,而且方法简便易行,值得进一步研究推广。

四、本病的护理十分重要,首先要强调饮食,定时定量,以

清淡易消化之品为宜,忌食生冷或烟酒辛辣,以免寒从中生,损伤脾肾之阳,或湿热内蕴,留滞肠道。同时注意戒恼怒,怡情怀以免气郁伤肝,木郁伐土,而致痼疾复发。病愈之后服参苓白术散或济生肾气丸,时间宜长,至少要二个月以上,培补先、后天之本以增强自身免疫功能,巩固疗效。

(本篇于 1990 年 10 月参加全国脾胃病学术大会交流发言)

高血压病中医辨证与治疗

——阳虚瘀血型高血压疗效分析

高血压病,系指原发性高血压病,本病可能由于中枢神经系统和内分泌调节功能紊乱引起动脉压升高,常见有头晕、头胀、头痛、失眠和四肢麻木等表现。往往可伴有心(血管)、脑、肾等脏器的病理损害,甚至可发展为脑血管意外。高血压病类似中医的眩晕头痛及中风病症等范畴。

一、病因病机

(一)情志所伤,忧思烦怒,以致肝气郁结,郁久化火,火性上炎。

(二)饮食不节,膏粱厚味,或饮酒过度,损伤脾胃,脾失健运,聚湿生痰,痰湿中阻,清浊失调;或痰郁化火,上扰清窍。

(三)劳累过度或年老体衰,肾阴亏损,肝失所养,肝阴不足,肝阳偏亢。

(四)劳损过度,肾精亏损,阴损及阳,阴阳两虚。

二、辨证与治法

(一)肝火型:

主治:眩晕头痛,面部潮红,目赤口苦,烦躁不寐,溲赤便秘,舌红、苔黄、脉弦。

病理:肝郁化火,木火偏盛,上冒巅顶,故发眩晕头痛,火盛阳升,则见面红,目赤,舌红,苔黄,阳升火动则见烦躁不寐。

治法：清泄肝火。

方药：取龙胆泻肝汤加减：方中用龙胆草、丹皮、栀子、黄芩，以泄火，用生地、槐花、钩藤、大黄，凉肝通腑。

（二）痰湿型：

主证：眩晕，头重，胸闷恶心，食少多寐，苔白腻，脉濡滑。

病理：痰湿蒙蔽，清阳失振，痰湿中阻，气机不利故胸闷恶心。脾湿失运，则食少多寐，苔白腻，脉濡滑乃痰湿内蕴所致。

治法：燥湿祛痰，健脾和胃。

方药：方取半夏白术天麻汤加减。半夏、陈皮、茯苓、甘草化湿祛痰。白术健脾。天麻熄风。苏叶梗、川连、代赭石等和胃镇逆。

（三）阳亢型：

主证：眩晕、头痛、口苦口干，耳鸣少寐，性急易怒，舌红，苔薄白，脉弦数。

病理：急爆发怒，肝阳上亢，上冲头顶，故发眩晕而痛；肝胆火旺，胆火上升则口苦耳鸣，少寐。

治法：平肝潜阳，清火熄风。

方药：天麻钩藤汤加减。方中天麻、钩藤、石决明以平肝潜阳，黄芩、栀子清肝火，用夏枯草、菊花泄肝祛风，夜交藤、合欢皮以安心神，加用龙骨、牡蛎、珍珠母以镇肝熄风。

（四）两虚型：（指阴阳不足类型）

主证：眩晕神疲，腰膝酸软，耳鸣，五心烦热；舌淡，脉弦细。

病理：肾精不足，不能上充于脑，故眩晕神疲，腰酸膝软，耳鸣，偏阴虚，阴虚内热，故易五心烦热，舌红，脉弦细；偏阳虚，阳虚生寒，故四肢不温，舌淡，脉沉细。

治法：育阴助阳为主。

方药：取二仙汤为主（仙茅、仙灵脾、巴戟天、黄柏、知母、当归）。

偏阴虚可加用左归丸，阴虚内热明显症是五心烦热，舌质红，脉弦细数，可酌加鳖甲、生地、知母、黄柏等滋阴清热药。

偏阳虚者，采用右归丸，以补肾助阳，方中熟地，山茱萸、杜仲为补肾主药，附子、肉桂、鹿角胶以益火助阳。

临床上若浮阳而见眩晕较甚者，均可加龙骨、牡蛎、磁石、代赭石等以潜阳。

上述系高血压病中医分型与治疗的常见类型。近年来临床采用温阳化瘀治疗阳虚瘀血型高血压患者，取得较好疗效。现将治疗方法与疗效分析如下：

治 疗 方 法

方药组成：漂附子 3～9 克，党参、白术、补骨脂、仙灵脾各 9 克，制川乌、草乌各 3 克，丹参、淮牛膝各 9～15 克，全蝎 2～4 只，生牡蛎、生龙骨各 15～30 克，小蓟根 15～30 克，以上为基本方，临床随症加减。

服法：每日一剂，水煎，分 2～3 次服。

疗 效 标 准

一、降压疗效标准

（一）显效：舒张压下降 2.7 千帕以上并达到正常者；或虽

未降至正常,但已下降 4.0 千帕以上者。

(二)改善:符合下列三项之一者:

1、舒张压降至正常者,并较治疗前下降 1.3~2.5 千帕。

2、舒张压较治疗前下降 1.3~2.5 千帕,但未达到正常,而收缩压较治疗前下降 4.0 千帕以上。

二、症状疗效标准

(一)显效:主要症状消失或大部分消失。

(二)改善:主要症状明显好转。

(三)无效:未达到以上标准者。

一般资料

本文 26 例阳虚瘀血型高血压患者均为门诊病例。年龄 35~45 岁 11 例,46~55 岁 9 例,56~65 岁 6 例。病程在半年以内者 12 例;1 年者 9 例;2 年以上者 5 例,其中男性 18 例,女性 8 例;高血压合并冠心病者 3 例。

临床资料分析

一、治疗前后症状变化情况

26 例患者均有不同程度的阳虚或虚阳上扰,或瘀血等证候表现。其中有形寒肢冷,头痛定处,眩晕乏力,肢端麻木,脘腹胀闷,胸部闷痛,腰酸膝软,大便溏薄,下肢浮肿等症。用温阳化瘀之法治疗后,其结果:各症状消失者占 68.5%,大部分

减轻者占 21.20%，有效率 89.1%，无效者为 10.3%。

二、治疗前后舌象变化

本文 26 例患者，用温阳化瘀药后，舌质转为正常者 21 例。17 例暗晦舌质降为 11 例，对舌体胖嫩者略有改善，但齿印未见改变，而薄腻苔全部消退。5 例少苔者中有 2 例转正常苔，但薄黄腻苔未见改善。说明本证型确有阳虚寒湿内生，虚阳上扰及其气血运行不畅的血瘀之象，故采用温阳化瘀药后能使阳复，寒散，湿化，气血畅通。对黄腻苔未能改善，这与温阳药有关。

三、治疗前后脉象变化分析

26 例患者，出现病脉者 21 例，其中：脉沉细者 12 例，弦细者 2 例，数而无力者 1 例，结代脉者 2 例。治疗后沉而无力者绝大多数转为缓脉，2 例数而无力者转为常脉，结代脉者 1 例消失。主要病脉以沉、迟、细、结、代等为主。说明本证型系阳气虚弱，鼓动气血无权所致，因此，提示阳虚瘀血等证型的病脉采用温阳化瘀药治疗有转常脉之功。

四、降压疗效及治疗前后降压比值

本文 26 例，除 6 例无效外，余者均有见效，其中：显效者 9 例，改善者 11 例，总有效率为 78.9%。

治疗前后血压下降平均值比较见附表。

附表 治疗前后血压改变情况

	治疗前 平均值	治疗后 平均值	血压下降值 $\bar{X} \pm S$	T	P
收缩压(kPa)	21.89	20.40	1.53 ± 1.18	6.427	$P < 0.01$
舒张压(kPa)	14.42	10.81	2.50 ± 1.53	5.003	$P < 0.01$

由附表可知:收缩压(千帕)治疗前后的平均值从 21.89 千帕下降为 20.40 千帕,而舒张压治疗前后的平均值由 14.42 千帕下降为 10.81 千帕,经统计学处理,两者 P 值均小于 0.01。说明温阳化瘀药物对血压的下降和稳定有一定的作用。

典型病例介绍

林××,女,46岁,已婚,工人,门诊号:1746,1981年9月25日就诊。

诉:肇病年余,形寒肢冷,头晕而痛,肢体麻木,心悸不寐,近3个月来加剧,舌质淡而暗晦,苔薄腻,脉沉细,血压 19.95/13.03 千帕。

诊断:高血压病,阳虚瘀血型。治以温阳化瘀潜阳安神。处方:漂附子、淫阳藿、丹参、赤芍、槐花、白术、茯苓各 9 克,枣仁、生龙骨、生牡蛎、淮牛七各 15 克,3 剂。

复诊:药后形寒头晕改善,头晕心悸已瘥,但肢麻木未减,舌仍淡,苔转薄白,脉沉细。血压 18.62/11.70 千帕。宗原方加川乌草乌各 3 克,党参 9 克,连服 5 剂。

三诊:药后诸证消失,舌淡红,脉缓。血压 18.62/10.64 千帕。续服 5 剂,以资巩固。

按：询其病史，病发阳虚。经曰：“治病必求于本。”本者阳虚也，阳虚则寒盛湿聚，阳气不达四肢则形寒肢冷。“阳虚血必滞”。麻木血行不畅也，虚阳上扰清窍故头晕而痛，心气不足则神不守舍，故心悸不寐。苔白腻而晦暗，脉沉细为阳虚寒湿内盛，气虚血少之故。所以用温阳益气之药治之使阳复气充，气血畅流寒湿得化，虚阳内潜而诸恙告愈使然。

结 语

一、阳虚瘀血型高血压病的发病机理，正如《素问·调经论》云：“阳虚则外寒。”清·王清任指出：“阳虚血必滞”，张景岳强调：“无虚不作眩，当以治虚为主”。近贤蒲辅周指出：“头晕血压高，脉沉、迟、细，舌不红等，为阳虚湿生之证，治宜温阳理湿，若用苦寒清热之剂，则更损其真阳，致使阴阳更失平衡。”故本文 26 例高血压病患者，均见阳虚兼瘀血之证，笔者立温阳化瘀法治疗本证型，疗效尚满意。

二、温阳化瘀法，系用温阳益气、潜阳化瘀药物组成，如附子、党参、白术、川乌、草乌为温阳益气，散寒祛湿。李时珍在《本草纲目》中论乌头曰：“助阳退阴，功同附子而稍缓。”据近人研究：草乌可减缓血液循环之速率，使血液降低。佐补骨脂、仙灵脾补益肝肾。丹参、全蝎为活血化瘀之品，据朱良春《虫类药的应用》记载：“全蝎能对抗肾上腺素的升压作用，故能降低血压”。明《本草经疏》论：“牛膝味苦，酸平无毒，能补，性善下行，故入肝肾……。”“犹云能通气滞血凝也”。而生牡蛎、生龙骨为常用潜镇虚阳之品。小蓟根，味甘温无毒养精补血，正如宋《大明诸本草论》“有补虚之损”。近贤认为该品有降压之故。综上所述，本方具有温阳化瘀之功效。

咳喘证治

咳喘，是咳嗽、喘息并见的病症。临床上屡见不鲜，一年四季皆有，但冬初多见。本证候与外感、饮食、情志以及劳倦等因素有关。急性期多为外邪袭肺，痰浊壅肺；慢性期以虚证为主，呈现肺、脾、肾脏腑虚损。治须辨明寒热虚实，兹将分型与施治叙述如下：

分型与施治

一、实证

(一)热型：多由外感风热，或感寒郁久化热，灼津成痰，阻塞气机所致。

主症：热重寒轻，咳嗽痰黄，粘稠难咯，呼吸急促，口渴喜饮，舌红、苔黄或燥，脉滑数。

治法：清热宣肺，化痰平喘，常用药物：桑白皮、半边莲、生石膏、全瓜蒌各 15 克，鱼腥草、合欢皮各 30 克，葶苈子 12 克，生甘草 3 克。加减法：(1)咽红痛或便秘尿赤者，加牛黄解毒片 4~6 片，日 2—3 次，开水送服。(2)寒偏重，咳喘痰稀，骨节酸痛者，去半边莲、鱼腥草，加蜜麻黄、杏仁、地龙干等。

(二)寒型：多因外感风寒，引动内饮，痰饮阻肺，肃降失司所至。

主症：咳喘痰稀，胸中满闷，恶风恶寒，舌淡苔白滑，脉浮

滑。

治法：温肺散寒，祛痰定喘。常用药物：麻黄、细辛各 6 克，防风、半夏、五味子（打）、苏子、陈皮、苍耳子、白芥子各 9 克，桃仁 12 克，合欢皮 15 克，甘草 5 克。加减法：（1）喘息难平，胸闷较甚，加旋复花（布包），枳壳各 9 克；（2）寒邪化热，痰难咯出者，去苏子、白芥子、细辛、半夏，加百部、黄芩、紫苑等。

（三）痰浊型：多因饮食不节，脾胃受损，运化失职，湿聚成痰，痰浊壅肺所致。

主症：咳喘痰多，色白而粘，胸闷气短，纳食减少，大便溏薄，苔白腻，脉滑。

治法：降气平喘，健脾化痰。常用药物：白术、陈皮、半夏、胆南星各 9 克，茯苓 15 克，川贝、五味子各 6 克，桃仁（打）10 克，合欢皮 15 克，甘草 3 克。加减法：（1）痰减喘平，但纳少神疲，四肢乏力者，去胆南星、桃仁，加党参、淮山各 15 克；（2）痰浊化热，症见痰黄难咯，苔黄脉滑数，去白术、茯苓、南星、半夏，加桑白皮、黄芩、瓜蒌、鱼腥草等。

二、虚证

咳喘日久，耗伤气阴，临床常见有气阴两虚，脾肾俱虚。

（一）气阴不足：系久咳伤肺，肺阴亏耗，气阴不足，气失所主而致。

主证：喘促短气，咯痰色白，口干咽燥，舌质偏红，苔少，脉细数无力。

治法：益气润肺，止咳平喘。常用药物：太子参 24 克，五味子（打）、紫苑、款冬、麦门冬各 9 克，沙参、桑白皮各 15 克，川贝 6 克，沉香 5 克（后入），甘草 3 克。加减法：（1）喘而咽干，神

疲,少苔者,临睡前以西洋参 3—4 片,冰糖少许,冲开水 50 毫升饮之;(2)痰少喘平者,用太子参 30 克,百合、熟地各 15 克,五味子 3 克,水煎代茶,以益气补肾佐之;(3)用黄芪 30 克,大枣 15 克,炖猪肺,盐少许,服之可增强正气。

(二)脾肾俱虚:多数因脾虚失运,聚湿成痰,久病伤肾,命门火衰,气失摄纳所致。

主症:咳喘痰多,动则喘甚,面浮肢冷,夜尿频数,舌淡胖,苔薄腻,脉沉滑或细。

治法:温肾健脾,化痰平喘。常用药物:漂附子、补骨脂、半夏、陈皮、制南星各 9 克,葶苈子、黄芪、桑白皮各 15 克,当归、桃仁(打)各 6 克,沉香(后入)5 克,肉桂粉 1.5 克(冲服)。

病案举例

赵×,14 岁,学生,于 1981 年 9 月 3 日就诊。患者自幼经常咳嗽,近 3 年咳则喘促。前受凉咳喘又发,呼吸气促,咳嗽频促,曾在××医院诊为慢性喘息性支气管炎,用氨茶碱、庆大霉素、地塞米松、非那根等西药治疗,症状时轻时重,晨下咳喘并作,痰微黄难咯出,舌晦暗,苔黄腻,舌下瘀筋,脉弦滑而数。检查:体温 38.1℃,心率 100 次/分,双肺可闻及干湿性啰音。证属肺热痰扰,肃降失常。治宜清热化痰,宣肺平喘。处方:射干、百部、桃仁、黄芩、苍耳子各 6 克,桑白皮、半边莲、鱼腥草、合欢皮各 15 克,葶苈子 12 克,甘草 3 克,4 剂,1 日 2 剂,24 小时分 4 次服。

二诊(9 月 5 日):咳喘减半,体温正常(36.8℃),大便干燥,苔微黄,脉滑略数。照上方再服 2 天,日 1 剂,另配服牛黄

解毒片 3 片,日 2 次。

三诊(9 月 7 日):咳止喘平,痰量减少,大便自调,双肺啰音消失,舌质略紫,苔薄白,脉细缓。治以培补脾胃,佐以化痰。处方:党参、熟地、淮山各 10 克,茯苓、白术各 6 克,补骨脂、桃仁、苍耳子、炙甘草各 6 克,连服 10 剂。随访 4 个月,喘咳无发。

体 会

一、宗先辈“病多由痰作祟”。临床各型咳喘与痰密切相关,因此治疗必须重视化痰。治痰之法可循热痰清之,湿痰燥之,风痰散之,郁痰开之,顽痰软之,食痰消之。肺虚有痰者,以益肺以输布津液;脾虚有痰者,宜健脾以化其痰湿;肾虚有痰者,宜补肾以引其下行为治则。

二、咳喘初起,应当“因势利导”,一般不用收涩药,若咳喘日久,邪势渐消而肺气已伤,又当酌加敛肺收涩之品。

三、咳喘用药,麻黄用量宜 6—9 克,儿童减半,若药量过轻,则无效,因咳喘之症,为邪遏于肺,非适宜之量则邪不外解而肺气不得宣降也。本证病情缠绵,久病入络,络脉瘀阻,故取桃仁辛润通络,以增强除痰之功;五味子有平喘之效,其性酸咸温,捣碎入药味辛,辛可散,酸可收,辛酸相济,一防耗气,二则避免留邪之弊。对热型咳喘,症见痰中带血丝者,可酌加白贝珍珠粉(自拟方:人中白,川贝各 9 克,珍珠粉 5 克),日服 3~4 次,每次 1 克,开水送服。或侧贝散(侧柏叶、川贝母等量研末),每次 1.5~3 克,1 日 3 次,开水送服。倘若阳气虚弱者,症见面浮肢冷,咳喘频作,加附子、葶苈子、肉桂以温肾利

水，化痰定喘。在咳喘缓解期着重健脾益肾，可加黄芪、党参、黄精、五味子等，以增强机体抵抗力。

草药“二丹汤”治疗流感 临床疗效分析

我们在院、社巡回医疗工作中,收集民间治疗流感有效的中草药“红花刺头”和“丹热草”组成复方“二丹汤”,于 1975 年 7~8 月在当地流感大流行期间,组织现场验证。现将 53 例观察结果分析如下:

一、药物介绍

“红花刺头”,马鞭草科,马樱丹属植物五色梅,学名 *Cantana camara*,味淡,性凉,清热解毒,散结止痛。含马樱丹碱,有退热作用。

“丹热草”,锦葵科,贡花稔属植物贡花稔。别名:山桃,学名 *Sidaacwta Burmt*,味微苦,性寒,我省各地用于治疗流感高热、肝炎、小儿疳积、消化不良等疾病。

二、方剂、用法

鲜马樱丹根二两,贡花稔四两,晒干,切碎,水煎浓缩成 60 毫升,装瓶密封,高压备用。成人每次 20 毫升,1 日 3 次,小儿酌减,3 天为一疗程。

三、观察对象及方法

观察对象:厦门市前线公社社员,53 例中,男性 33 例,女性 20 例。年龄最小 4 岁,最大 56 岁。10 岁以下 20 例,11~20

岁 17 例,21~40 岁 10 例,41 岁以上 6 例。

观察方法:采用流行区巡回治疗,送医送药上门,治疗前后各做血常规检查一次,服药后每日观察 1~2 次,并填好观察登记表。

四、观察结果

疗效标准(根据 1972 年全国防治慢性气管炎工作会议制订)

1、痊愈:服药后 48 小时以内,病人主要体征和症状(如体温、头痛、全身酸痛等)好转九成以上。

2、好转:服药后 48 小时以内,病人主要体征和症状明显改善达到七、八成者。

3、无效:不符合痊愈和好转标准者,列为无效。

疗效分析:

1、总疗效见表 1:

表 1 疗效比较

	痊愈(%)	好转(%)	无效(%)
例数(53)	38(71.69)	10(18.87)	5(9.44)

表 1、现有效例数为 48 例,占 90.56%。

2、发病时间与疗效关系见表 2:

表 2 发病时间与疗效关系

发病日数	有效(%)	无效(%)
1~2 天内	31(58.49)	5(9.44)
3~5 天内	17(32.07)	
合计	48(90.56)	5(9.44)

3、病情与疗效：体温在 39℃ 以上为重度，在 38.1~39℃ 为中度，在 38℃ 以下为轻度。其病情与疗效的关系如表 3：

表 3 病情与疗效关系

	痊愈(%)	好转(%)	无效(%)
轻度(例)4	4(7.55)		
中度(例)28	19(35.85)	6(11.32)	3(5.66)
重度(例)21	15(28.30)	4(7.55)	2(3.77)

4、降温时间：53 例，其中 5 例降温时间已超过 37 小时以上，并作无效处理，以 48 例在 36 小时以内降低体温者计算。其降温时间见表 4：

表 4 48 例降温时间分析

	12 小时以内(%)	13—18 小时(%)	31—36 小时(%)
例数	41(85.42)	5(10.41)	2(4.17)

5、临床主症消失时间：53 例中，5 例因体温在 2 天未见降低，不列入统计。以 48 例主要症状在 24 小时内消失者计算，

如发热畏冷、头痛和周身酸痛等。临床主症消失时间见表 5:

表 5 48 例临床主症消失时间

症状与例数	24 小时内消失(%)	24 小时内未消失者(%)
发热(48)	38(79.17)	10(20.83)
畏冷(36)	36(100)	0
头痛(41)	39(95.12)	2(4.88)
周身酸痛(39)	36(92.31)	3(7.69)
咽充血(30)	25(83.33)	5(16.67)
眼结膜充血(42)	36(85.71)	6(14.29)

6、53 例血检结果,白细胞总数在 $4.0 \times 10^9/L$ 以下者有 2 例,在 $4.0 \times 10^9/L \sim 10.0 \times 10^9/L$ 者 45 例,在 $10.0 \times 10^9/L$ 以上者占 6 例,可见这次观察的流感病人的白细胞总数多数在正常范围或偏低。

小 结

一、“二丹汤”治疗流感 53 例,有效率 90.56%,痊愈率占 71.6%。5 例无效者中,2 例并发急性扁桃腺炎,1 例并发急性支气管炎,加服祛痰剂后体温开始下降,其它 2 例,与服药剂量不足有关。

二、53 例观察中,仅发现个别患者服药后有轻度恶心,未见其它副作用。

三、“红花刺头”和“丹热草”药源丰富,经济简便,疗效确切,便于推广。

医案·医话

“辨舌”观病与用药

近些年来研究中医诊病的客观化指标已被普遍重视,尤其着眼于舌象的研究,因舌象反映脏腑生理、病理变化较为具体且显而易见,是遣方用药的依据。辨舌用药,最早见于《伤寒论》和《金匱要略》。如《伤寒论·阴阳篇》“阳明病,……;若下之,则胃中空虚,客气动膈,心中懊恼,舌上苔者,栀子豉汤主之。”“伤寒七八日不解,热结在里,表里俱热,时时恶风,大渴舌上干燥而烦,欲饮水数升者,白虎加人参汤主之。”

上述二条同属阳明症,但因舌苔有异,故立法也就不同。心中懊恼而兼白苔,为热邪留扰胸膈之症,当用栀子以清热,用淡豆豉以除烦。另见口干舌燥,渴欲饮水,则是里热盛,津液受伤的病理表现,故用清热生津之法,取人参生津益气,石膏、知母等清热。

虚实分明轻重有别

在《金匱要略·腹泻寒疝宿食篇》记载:“病者腹满,按之

不痛为虚，痛者为实，可下之，舌苔未下者，下之黄自去。”说明若是腹满按痛者，不论是热性病或杂病，凭舌上苔黄者，均以下法，下后黄苔自除（根据腹满、按痛、苔黄为主症，用三承气汤下无疑也）。李东垣《脾胃论》一书中，提到舌干有不同情况，舌干而咽燥，多为饮食不节，劳役所伤；舌干而胸胁痛的多为肝木妄行；舌干而口苦食无味的则为阳气不伸等，说明舌干的不同病理变化，所表现不同症状和治疗。

此外，叶天士在辨舌用药时，很注意机体气之虚实和邪气的轻重。虚实分明，轻重有别，则可避免病重药轻或药过病所之患，如《温热论》：“脘在腹上，其他位处于中，按之痛或自痛，或痞胀，当用苦泄，以其入腹近也。必验之于舌：或黄或浊，可与小陷胸汤或泻心汤，随证治之，或白不燥，或黄或浊，或灰白不渴，慎不可乱投苦泄……”

说明脘部痞痛，有因湿热聚于脘部的痞症，其苔多黄腻，宜选用泻心汤治疗；因痰热结于胸中的结胸证，其苔多浊（黄而污浊），治疗宜选用小陷胸汤；因其症状相同，苔也相似，故不出“苦泄”一法。假如脘部痞痛，苔白不燥（湿痰内阻），或黄白相兼（表未解而里先结），灰白（素属中冷或阴寒内盛）等，则不能“乱投苦泄”，而应选用砂仁、蔻仁、陈皮等品。

以上所述，可见前人辨舌用药的经验对后世树立了规范及具有一定的临床指导意义。近年来笔者对胃肠痞病，着重观察舌象变化，确有一定诊疗的客观依据和指导临床用药的现实意义，现举例如下：

一、舌质淡苔白者

患者肖某，男性，45岁，患者素有脾虚胃病，X线钡透提

示：十二指肠球部溃疡史，素感胃寒，大便溏薄，脘部隐痛，舌质淡苔白，当感受外邪，则见畏冷，发热，鼻塞，头痛等。舌质淡，苔白，予服银翘散，桑菊饮等辛凉之剂，反发热不退，胃脘不舒，改为辛温解表方，如荆防败毒散之类加减，每可见效。

二、舌见黄苔者

一般多见炎症感染，中医辨证多属内有郁热或火郁，可采用黄连解毒汤（黄连、黄芩、栀子等）加减治疗。在临床上每见舌苔黄而干的“慢性胃炎”患者，其胃脘疼痛不宜于用一般常用的芳香理气，或温中止痛之药，而应采用芍药甘草汤加蒲公英等清胃和营以止痛。若要使用理气药，可采用理气而不伤阴的萸梅、佛手干等品，不宜采用砂仁、木香、蔻仁等温燥之类。

三、舌淡而胖嫩，苔白腻者

患者洪先生，42岁，缘患者有“慢性结肠炎”7年，形瘦色苍黄，畏寒肢冷，纳食欠佳，左下腹隐隐作痛，痛则欲便，大便日下7~8次，质软，时带粘液，舌淡而胖嫩，苔白腻。患者曾服理气止痛佐清热之品，未见效果。往门诊治疗，考虑虚证属脾肾阳虚夹湿邪之症，改为益气健脾温肾之法，如附子理中汤，四神丸加野麻草，马蹄金等治疗一个月余，后见神佳纳增。仍然按以上之法巩固治疗，舌质略转淡红。

辨舌用药靠经验

临床上不但辨舌以用中药，在必要时应用西药也可以参考舌诊，以指导两药应用可增进疗效或减少副作用：如凡舌苔

厚腻而湿润的消化性溃疡病应用解痉药,疗效较好而副作用不多;若见有舌光红而干,用解痉药疗效差,反增口干,伤津等副作用。

总之,辨舌指导胃肠疾病施药治疗,一般舌象的表现,须较典型明显,似可以辨舌即可代表整个证型。假如舌象表现不明显,即不能以此作为唯一凭据,必要时要舍舌从症,或舍舌从脉,主要在临床上根据具体情况而加以灵活掌握。

头痛鳞瓜

头痛为临床颇常见之症，一般外感疾病，鲜有不头痛者。若患外感头痛者，其治不外乎两大法也，施以辛凉解表或辛温解表等法，则头痛自愈。内伤头痛，亦甚常见。如风火、痰湿、气郁、血瘀以及气血、阴阳亏损等因素所致。凡此皆行之有效之方，临床医生类能知之，亦都能用之。还有其它原因诱发各种头痛，治法各异，不胜枚举。兹附录案例于后，以见一斑。

丁×，女，38岁，集美航专护士。患头痛5年，每月发作2～3次，头痛如针刺，时而欲噤，面色颇晦，形胖体肿，舌紫，苔薄腻，脉弦而滑。此为痰滞血瘀，经脉瘀阻。“百病痰作祟，久病入络”。拟化痰散瘀之法，自拟“贝蝎散”。方药为川贝15克，全蝎9克，蜈蚣3只，共研细末，每次1.5～3克，每日2～3次，开水配服，连服数次而愈。

林××，女，40岁，已婚，工人，肇病年余，形寒肢冷，头痛而晕，肢体麻木，心悸不寐，近3个月来加剧，舌质淡而暗，苔薄腻，脉沉细，血压20/13KPa。诊断高血压病，为阳虚瘀血型，治以温阳化瘀之法，拟为：附子9克，丹参、赤芍、白术、茯苓各9克、炒枣仁、生龙骨、生牡蛎、牛七各15克，3剂。

复诊：药后形寒头痛改善，头晕心悸已愈。但肢麻之症未减，舌淡，苔较薄白，脉沉缓，血压18.7/11.7kPa。原方加制川草乌各3克，党参9克，续服3剂。

三诊：药后，症消失，舌淡红，脉缓，血压18.7/10.7kPa，续服3剂，以资巩固。

注：头痛主因不胜枚举，兹录两例，两案均属血瘀而头痛，丁某经用疏风化瘀；全蝎，蜈蚣而治愈。林案以丹参、赤芍而改善体内血脉通畅，以达“通则不痛”也。丁某因痰阻而发头痛。唯用川贝一味以化痰散结，助其通路；林某因阳虚而头痛，故选用附子、党参、制川草乌等温阳益气，使阳复气充血瘀通畅。

余临诊凡是有因“痰瘀”而头痛或“阳虚瘀血”导致头痛者，就采用上述治疗，疗效颇佳。

中药治疗紫癜(肌衄)

林××,男,12岁,门诊号38233。于1978年4月9日来我院门诊治疗。

主诉:皮下紫块,鼻衄,齿衄,牙龈青紫,已历4年之久。

病史摘要:于1974年开始,因发烧咳嗽,口服及肌注抗菌素类药物,嗣后咳愈热退,即见四肢及面部出现10余处紫块,大小不等,时伴鼻衄、齿衄、腹痛、关节酸痛症状。同年9月住××医院,查血小板: $70 \times 10^9/L$,连续两次血块收缩试验,均属正常,出血时间 $1\frac{1}{2}$ 分,凝血时间2分,其它周围血象均属正常。拟诊:过敏性紫癜。经用维生素C、维生素K及强的松等药物治疗,症遂减轻,但血小板尚未正常,皮肤易见紫块,不易消退。同年4月15日,要求出院,回家休息治疗。经3~4年,以中药参芪红枣汤、紫珠草、蝉退等药物治疗。4年来,皮肤紫块反复出现,血小板上升不显,常波动于 $56 \sim 84 \times 10^9/L$ 。

治疗经过

1978年4月9日初诊:

患者面色苍白,口唇淡,牙龈青紫,皮肤见大小不等紫块,约7~8处,按之不退。时见鼻衄,皮肤骚痒,舌质红,苔白厚,脉细数带弦,重按无力。证属:气虚血热,湿邪内蕴,治以益气健脾,清热祛湿,凉血止血,拟如下方药:

处方:太子参_{12克} 怀山药_{15克} 莲肉_{12克} 芡实_{10克} 茯苓_{15克} 生地_{9克} 丹皮_{5克} 红枣_{30克} 水牛角_{10克} 金钱莲_{6克}。

1978年5月14日二诊:

服药后皮肤瘙痒好转,未见鼻衄,皮肤紫块消失大半,舌质偏红,苔转薄白,脉弦细略数,血检: HgS 10.8克/L, WBC $5700 \times 10^6/L$, N 47%, E 6%, L 47%, BPC $100 \times 10^9/L$ 。

处方:步同前法加银花炭,连翘等清热凉血之品,连服5帖,临床症状平顺,自配原方,再服7帖。

1978年6月3日三诊:

药后诸症减轻,舌质淡红,苔薄白,脉细略数,重按无力。

血检: HgS 105g/L, WBC $6300 \times 10^6/L$, N 47%, E 0%, L 44%, BPC $108 \times 10^9/L$ 。

处方:太子参_{15克} 麦门冬_{10克} 银花炭_{10克} 连翘_{10克} 金钱莲_{6克} 大枣_{10克} 杜仲_{10克} 黄柏_{5克}。

1978年7月10日四诊:

牙龈紫色又显退,下肢皮肤见有1~2处紫块,4~5日后,可自行消退,舌质淡红,苔薄白,脉细稍数,重按无力。

血检: HgS 100g/L, WBC $8400 \times 10^6/L$, N 42%, E 3%, L 42%, BPC $114 \times 10^9/L$ 。

处方:(另炖)西洋参_{1.5克} 茯苓_{15克} 大枣_{10克} 金钱莲_{6克} 银花炭_{10克} 连翘_{10克} 水牛角_{10克}。

1978年8月6日五诊:

药后近一个月,诸症稳定,皮肤未见紫块,余属正常,舌质淡红,脉如前。

症属血热已平,气阴未复,拟益气养阴之品,如太子参_{15克} 白芍_{10克} 怀山药_{10克} 大枣_{30克} 生地_{10克} 金钱莲_{6克} 丹皮_{6克} 怀山_{10克} 甘草_{3克} 隔日一眼,以巩固疗效,于同年12月随访,未见异常,患儿照常上校学习。

小 结

紫癜系指皮肤或粘膜出血,现代医学一般将紫癜分为血小板减少性及非血小板减少性两大类。前者系血小板总数减少或完全缺乏;后则血象正常,系因毛细血管内膜的病变使其渗透性及脆性增高而致出血(亦称过敏性紫癜)。

本例属于“肌衄”,“九窍一齐出血,名大衄,……皮肤出血曰肌衄,……此皆衄血随所患处而命名也”《医宗金鉴·杂病心要诀》。

关于此病中医治疗,各地报告甚多,如(1961年)中医杂志,王氏报告3例过敏性紫癜,辨证多属虚寒,选用当归补血汤加减。(1963年)江苏中医报道,分为二型:有火型采用丹芍地黄汤,犀角地黄汤,六味地黄汤,银翘散等。无火型以四君子汤,四物汤,胶艾四物汤,归脾汤等,而获得满意疗效。本例证见皮下紫块等症候,现代医学诊为“过敏性紫癜”。中医辨证系肌衄。观其患儿舌质红,苔白厚,脉弦细带数,此属血热之实证,故选用犀角地黄汤加味以清热凉血,预达热平血静。又因病达四年之久,“久病体虚”,故见面色苍白,口唇淡白,脉象无力,仍气虚之候,须益气健脾,佐以养津之品。如:西洋参(或太子参)、怀山药,莲肉、芡实、山茱、红枣等兼顾其虚,防其凉血之过,所以本例标本同治可达到祛邪不伤正,扶正不碍邪,而致病安从来矣!

血崩致痉

患者洪××,女,25岁,已婚,职员。门诊号:4330。于1980年2月29日午后小腹隐痛,入暮频发。旋即经血如涌(约600~700毫升),色淡红、有瘀块、下肢不能屈伸、察其形体肥胖,面色苍白,口唇色淡,汗出肢冷、苔薄白,六脉虚大。综观脉症,乃为血崩气耗,津液脱失、筋脉失养以致痉。急宜益气固脱,通络解痉为法。以高丽参6克,浓煎、顿服。并针刺三阴交、承山、足三里、八风等穴,施以针刺补法,留针15分钟。嗣后,两下肢屈伸自如,汗止肢温,血崩止,脉细缓。治本方药取胶艾四物汤加味:阿胶(另炖),熟地各12克、当归、白芍各10克、党参15克、川芎4.5克、艾叶2.4克、大枣5枚、益母草15克、炒黄芩5克,进3剂。

二诊:药后经血已净,但胃脘胀闷,纳食不馨,时而欲呕,苔白腻,脉细缓。此为脾运失司,湿阻不化,胃失和降。用健脾益气,和胃祛湿、以陈夏六君子汤加黄柏服3剂。

三诊:药后诸恙皆愈,仍时感头晕心悸,倦怠乏力,舌淡红、苔薄白,脉细弱。此为病后气血未复使然,用八珍汤以善后。

按:血崩一证,与气血和冲任经脉失调有关,系气虚摄血无权,冲任不固,气耗血损,筋脉失养之故。《金匱》云:“痉证总由阴虚血少,筋脉不能荣之故”。故以独参汤急固之气,统摄阴血,结合针刺镇痛止痉,后经调理脾胃,气血双补、而奏其功。

(本文于1981年《福建中医药》杂志,第一期发表)

热 痹

蔡××,男性,40岁,工人。1974年8月29日初诊,患者于二个多月前,左侧胸窝肿瘤手术,术后无不适,于5天前,切口处疼痛,下肢乏力,逐日加剧,左膝关节明显红肿热痛,比健侧肿大2/3,内侧上方触之有波动感,屈伸不利。伴发热,口苦咽干,喜冷饮,纳呆,便秘,溲赤,舌红、苔白厚,根浊,脉弦数。曾肌注抗菌药物,症状未减。中医诊断:热痹(湿蕴化热、络脉瘀阻)。治宜清热,通络,化瘀。方用桂枝白虎汤化裁。方法:(1)桂枝9克,石膏30克,知母9克,甘草3克,忍冬藤15克,丹参12克,地龙干9克,徐长卿9克,武靴藤9克,葡萄藤12克,苍术4.5克,黄柏4.5克,薏米30克,日服一帖。(2)肌注:接骨金粟兰2ml,每天一次,以助通络止痛,活血化瘀。用药十天后,左侧膝关节红肿热痛渐减,热退,但仍屈伸不利,舌质红,苔黄厚腻。治仍守上法。处方:桂枝白虎汤加木瓜9克,红花9克,赤芍9克,络石藤15克。日服一帖。同时用中药外洗患处,以助舒经活络。处方:艾叶12克,生姜15克,柚仔片30克,红花12克,桂枝6克,佩兰9克,蓖麻叶12克,水煎适温,浸洗患处。用药15天后,以上诸症均已消失,舌质红稍退,苔转薄腻,脉弦缓。

按:患者由于素体虚弱,起居不慎,感受风寒,湿邪侵袭,邪气流注肌表、经络、关节,致使气血运行不畅而成。《内经,痹论》曰“风、寒、湿三气杂至,合而成痹也”,故症见左膝关节红

肿热痛，屈伸不利。苔厚根腻，脉弦数，伴见口苔，溲赤，便秘，皆为湿浊内蕴，郁久化火之征。

眩晕(高血压病)

吴××,男性,50岁,工人,于1975年春始头晕目眩,甚时欲呕,肢体颤动,睡眠不佳,咽干耳鸣,大便干燥,舌质红,少苔,脉弦细数。血压28/13.5Kpa。

辨证:阴虚阳亢、肝风内动,(高血压病)。

治法:滋阴潜阳、平肝熄风。

方药:生地24克,玄参、白芍、桑椹、钩藤(后下)各15克,丹皮9克,女贞子、川牛膝、槐花各12克,生牡蛎、真珠母、桑寄生各30克。

服法:水煎服,1日煎2次,上、下午各服1次,连进20剂,诸症告愈,血压18.5—20/11~11.5Kpa,病情稳定。

本例眩晕病证,由于劳伤过度,年老精衰,肝肾阴虚,肝阳上亢,肝风内动之辨,故以滋阴潜阳,平肝熄风等壮水制阳之法而获效。

胁痛(慢性肝炎)

邓××,女性,44岁,教师。病发已7年有余,经常性疲乏寐差,头晕腰酸,咽干口苦,右肋隐痛,小便时黄。舌红,少苔,脉弦细带数。2月15日备生化检查,总蛋白:88克/升,白蛋白:41.5克/升,球蛋白46.5克/升,比例0.89,胆固醇:6.9毫摩尔/升,射絮卅,射浊22单位,锌浊:22单位,GPT 420单

位,蛋白电泳 r35.6%。

诊断:慢性肝炎。

辨证:胁痛(肝郁化火,肝阴亏损)。

治法:滋养肝阴,疏肝理气,佐清热泻火。

方药:取沙参、玄参、郁金、银花、连翘各 9 克,桔叶、栀子根各 15 克,女贞子 12 克,当归 6 克,五味子、甘草各 3 克。

本证型,见头晕不寐,口干咽燥,腰酸疲乏,舌偏红,少苔,脉细数为肝阴亏损,而右胁隐痛,小便微黄,口苦,脉弦数,系气机不畅,热邪未清之故,治法应以标本兼治。方中:沙参、玄参,女贞子等滋养肝阴,配合桔叶、郁金、当归等疏理气机,佐以银花、连翘、栀子根、甘草以清解余热,用五味子之性温以制寒,用其味酸以敛阴。疗程 3 个月,体征明显转愈,肝功能恢复正常。于 6 月 18 日复查肝功。总蛋白 75 克/升,白蛋白 48.3 克/升,球蛋白 27.2 克/升,比例 1.77,胆固醇 5.7 毫摩尔/L,射浊 10 单位,射絮土,锌浊 10 单位,GPT 正常,蛋白电泳 20.5%。

脾虚带下病

郑××,女性,42岁,工人。就诊时面色㿔白,头晕目眩,心悸纳减,腰膝酸软,四肢乏力,大便溏,小便浑浊,白带多而稀,舌淡体胖,边有齿痕,苔薄腻,脉沉滑,右寸关细。

鉴于脉症,为脾虚失摄,带脉受损,湿浊下注,故见纳少,大便溏,小便浑浊,白带多而稀。此症乃脾虚运化失常,致水谷精微不能上输、化生气血,则气血亏损,致面色㿔白,心悸,四肢乏力。精血亏损,不充脑髓则见头晕目眩等病症。治疗应从脾虚夹湿之机入手,用健脾渗湿,收涩止带之法。如党参、云苓、白术、淮山、莲肉、芡实等健脾益气,苍术、椿根、车前子等淡渗利湿,银杏、牡蛎、鹿角霜等收涩止带。继服两周,湿解带止,脾得健运,气血渐复,诸症痊愈。

扶正祛瘀治疗症证

林××,男,46岁,教师。1987年5月在厦门某医院B超诊为“肝癌”,经西药治疗未显效。于1987年11月3日转中医院治疗。患者于15年前曾罹右肋疼痛,尿黄、目黄。在厦门某医院拟为“肝炎”,经住院治疗,痊愈出院。1987年5月又发右肋疼痛胀闷,伴耳鸣,纳少,消瘦,二便自调。体检:右肋下可触及肿块5横指,剑突下可触及肿块6横指,压痛明显,质地坚硬,表面光滑。舌红,苔薄白,脉细滑。拟为肝郁脾虚、气滞血瘀。治宜扶正健脾,化瘀散结。处方:廔虫,桃仁,大腹皮,连翘各9克,穿山甲(醋)、麦谷芽各15克,黄芪、白花蛇舌草各24克,槟榔5克,连服20余剂,其中或加当归5克、莪术9克,或加山楂6克、神曲15克。

二诊:1987年12月2日来诊,诉右肋疼痛明显减轻、纳食转佳、腹部不胀、然仍耳鸣,小便清长,大便成形,精神状态好。舌红、苔薄白、脉细。药显初效,仍按原法治之。廔虫、桃仁,山楂、莪术,连翘、大腹皮,麦谷芽各9克,制大黄、槟榔各5克,穿山甲(醋)、白术各15克,黄芪、白花蛇舌草各24克,每日1剂,连服近2个月。

三诊:1988年1月20日来诊,患者右肋疼痛胀闷已失、肿块未见发展,近日来腹部反复疼痛,时呈剧痛,大便溏,日行2次,纳少耳鸣。舌红苔薄白,脉滑。此为瘀久失疏,脾运失权。仍守原法为治。党参、白芍,蒲公英、麦芽15克,谷芽15克,黄芪、大腹皮各12克,白术、木香、川连须各9克,槟榔6克,甘

草 3 克, 日服 1 剂, 连服 1 个多月。

四诊: 1988 年 4 月 30 日。患者消瘦、纳差疲乏、耳鸣、二便自调。肿块未见增大, 压痛叩击痛轻, 舌红苔白、脉弦。仍守原法进退治之。黄芪、淮山、茯苓、鳖甲各 15 克, 桃仁、麦谷芽、郁金、赤芍、连翘各 6 克, 蜩虫 3 克、石斛 12 克, 日服 1 剂, 连服 1 个多月, 其间选用山棱、莪术、丹参、山楂、神曲、莲肉。

1988 年 5 月 31 日我院 B 超示: 肝脏普遍增大, 右叶见 5.4×2.8 厘米, 2.8×1.9 厘米等大小不一的多个低回声团”。“肝右叶多发性占位性病变”。患者病情未见恶化。