中医临床丛书

中医内科

下卷

主编 王永炎 栗德林

人民卫生出版社

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

中医临床丛书

今日中医内科

下卷

王永炎 主编

栗德林 主编

鲁兆麟 主审

宋福印 副主编

唐巍 副主编

曾兆山 副主编

任继学 主审

人民卫生出版社

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

图书在版编目（CIP）数据

今日中医内科　下卷／王永炎，栗德林主编．－北京：人民卫生出版社，1999
（中医临床丛书）
ISBN 7-117-03461-0

Ⅰ．今…　Ⅱ．①王…　②栗…　Ⅲ．中医内科　Ⅳ．R25

中国版本图书馆 CIP 数据核字（1999）第 33658 号

中医临床丛书

今日中医内科

（下　卷）

主　　编：王永炎　栗德林
出版发行：人民卫生出版社
地　　址：（100078 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼）
网　　址：http://www.pmph.com
E－mail：pmph@pmph.com
印　　刷：北京人卫印刷厂
经　　销：新华书店
开　　本：787×1092　1/16
印　　张：62
字　　数：1498 千字
版　　次：2000 年 1 月第 1 版　2000 年 1 月第 1 版第 1 次印刷
印　　数：00 001—5 000
标准书号：ISBN 7-117-03461-0/R·3462
定　　价：93.50 元
（凡属质量问题请与本社发行部联系退换）

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

中医临床丛书

《今日中医内科》（下卷）编写人员名单

顾　问　（按姓氏笔画为序）

于祖望　王子瑜　王玉川　王玉章　王绵之　方和谦　邓铁涛
石晶华　朱仁康　刘渡舟　刘弼臣　关幼波　江育仁　巫君玉
李克光　李振华　陈可冀　张镜人　欧阳锜　杨甲三　尚天裕
周仲瑛　赵绍琴　施汉章　施奠邦　祝谌予　高辉远　郭霭春
唐由之　黄星垣　韩百灵　董建华　程莘农　焦树德　路志正
裘沛然　颜正华　颜德馨

主　审　任继学　长春中医学院附属医院　教授　主任医师

主　编　王永炎　中国中医研究院　中国工程院院士　教授　主任医师
栗德林　黑龙江中医药大学　教授　主任医师

副主编　鲁兆麟　北京中医药大学　教授　主任医师
宋福印　黑龙江中医药大学　医学博士
唐　巍　黑龙江中医药大学附属医院　副主任医师　医学博士
曾兆山　吉林力源药业股份有限公司　经济师

编写者（按书中出现顺序为序）

范东明　黑龙江中医药大学　医学博士
段凤丽　黑龙江中医药大学附属医院　主治医师
苏春桃　黑龙江中医药大学附属医院　主治医师
唐　巍　黑龙江中医药大学附属医院　副主任医师　医学博士
徐京育　黑龙江中医药大学附属医院　副主任医师　医学硕士
韩学杰　中国中医研究院基础理论研究所　医学硕士
张　贞　中国中医研究院基础理论研究所　医学硕士
刘小康　深圳罗湖区中医院　医学硕士
尹　艳　黑龙江中医药大学附属医院　主治医师　医学硕士
耿乃志　黑龙江中医药大学附属医院　主治医师　医学硕士
孙　凤　黑龙江中医药大学附属医院　副主任医师　医学硕士

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

谢晶日	黑龙江中医药大学附属医院	副主任医师	
王祥麒	河南中医学院第一附属医院	主治医师	医学博士
李　岩	黑龙江中医药大学附属医院		主治医师
刘松江	黑龙江中医药大学附属医院	副主任医师	医学硕士
秦克力	黑龙江中医药大学附属医院		副主任医师
刘静霞	黑龙江中医药大学附属医院	副主任医师	医学硕士
罗　侃	北京针灸骨伤学院		主任医师
武静波	北京针灸骨伤学院		主任医师
张宏伟	北京针灸骨伤学院		医学博士
陈　波	黑龙江中医药大学附属医院	副主任医师	医学硕士
刘　晶	江苏省连云港市中医院	主治医师	医学硕士
魏练波	第一军医大学中医系	副教授	医学博士
殷平善	第一军医大学中医系	副教授	医学硕士
李智军	第一军医大学中医系		医学硕士
栗　图	第一军医大学中医系		主治医师
刘华生	黑龙江中医药大学	副教授	医学硕士
周景华	黑龙江中医药大学附属医院		主治医师
赵永山	黑龙江中医药大学		医学硕士
孙建实	黑龙江中医药大学附属医院	教授	医学博士
徐艳秋	黑龙江中医药大学		医学硕士
赵吴龙	黑龙江中医药大学		医学硕士
栗世铀	黑龙江中医药大学		医学硕士
黄仕荣	南京中医药大学		医学博士
刘海林	山西省大同市第三医院	主治医师	医学硕士

统　审　王永炎　栗德林　白永波　鲁兆麟

（以下第一行人员按姓氏笔画为序）

刘华生　李岩　宋福印　范东明　栗世铀　唐巍

张虹　吴武生　呼素华　董亚红　柳彩环　徐毅　葛纫华

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 前　言 ❋

《中医临床丛书》具有时代特征，反映了20世纪90年代中医主要临床学科的现状和发展，本丛书包括《今日中医内科》上、中、下3卷，《今日中医外科》、《今日中医妇科》、《今日中医儿科》、《今日中医眼科》各1卷，每卷选择若干常见病证逐一撰著，均可独立成"篇"，每一病证均按【今日临床】、【近代研究】与【古训今释】3个要目编写。【今日临床】以反映当前中医临床的实际水平和疗效。【近代研究】以反映近年来理论研究、临床研究、实验研究的成果与水平。【古训今释】以反映历代医籍与前贤们有关的理论观点与学术见解。本丛书的作者群体汇集了一大批中青年各临床二级、三级学科的学术带头人、学术骨干与近20年来培养的博士后、博士和硕士。大家都有一个共同的心愿，希望本丛书青春常驻，成为一套学术价值较高的赋有时代特征的长版书，每隔5～10年修订一次，不断加以充实、完善、创新、传承，创出"今日"品牌，以展示中医特色、临床优势与时代特征。

中医学源远流长，绵延数千载，是世界科学史上具有独特理论体系和卓越临床疗效的一门自然科学，它曾为中华民族的繁衍昌盛和人类的文明做出了巨大的贡献。然而，今日的中医学，面对新世纪的到来，将面临着怎样的机遇和挑战?！这就需要我们在新形势下认真思考中医学的学科定位与学术特征，进而明确学科的发展目标，培植学科的新生长点，稳定具有优势的研究方向。时至今日，中医界同道还需要强化"继承不离古，发扬不离宗"的精神，要以大学科的观念，主动团结行业内外的多学科愿意从事中医研究的有识之士，开拓创进，重振中医，使中医学永远屹立于世界医学之林，为人类的健康事业，为充实生命科学的内涵，做一份有意义、有力度的工作。

世纪之交的中医学是医学门类的一级学科，它的定位应是具有中国特色的生命科学，中医学研究的对象是人；研究的领域是健康与疾病，包括着如何维护和促进健康，如何预防和治疗疾病并使患者康复。从这一角度看，中医学与西医学同在生命科学的范畴之中。然而中医学还有其自身的学术特征，它是以生物学为基础，与理化数学交融，与人文哲学渗透的学科。中医学与西医学的区别，主要是其独特的理论体系和临床辨证思维模式具有丰厚的中国文化的底蕴，是中国古代哲学指导下的医学。作者们认为提出对中医学学科属性的认识，对探寻中医学术的发展途径有两方面的启示：首先是以大学科的观念，注重多学科的交叉，开展中医学术研究；另一方面是重视基础理论研究，进一步挖掘哲学原理对医学的影响和指导作用，两个方面相辅相成结合得好，必将推动中医学术的进步。有鉴于此，近年来我们学习古代哲学，落脚到中医学研究，并结合中医教学与医疗的实践，逐渐"悟"出宇宙观与中医学术研究有着至关重要的关系。譬如先秦诸子中，老子是中国宇宙论的开创者，着眼于万物的研究；惠施则注重于宇宙中一般事物的观察，他不以神秘的"道"解释宇宙，而以总包一

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

切之“大--”与极微无内之“小—”来解释，还讲：遍为万物，说而不体，大而无外，小而无内，“大--”中寓有“小—”，“小—”中又涵有“大—”，两者相容兼而为用。联系当今中医研究，从方法学角度看，主要是实体本体论与关系本体论的不同，但两者是可以结合的。

有人提出、中医学术研究应遵循“继承、验证、质疑、创新”的思路展开。应当承认继承是源头，是基础，尤其在明确了研究方向，立项立题之后，重视文献研究，占有扎实的本底资料十分重要，故本丛书的【古训今释】，即强调了学习前贤理论与经验，指导今日临床工作。验证的方法包括人体实验与动物实验两种。人体实验即临床研究，既往强调随机、盲法、对照、重复原则的实施。然而更为重要的，应当是质疑与创新，二者是紧密连接的。当今生物医学专家提出个体化的具体治疗是临床试验的最高层次，因此辨证论治诊疗体系的研究与推广，将是新世纪医学研究瞩目的大课题。中医学与任何一门学科一样都不是至善至美的，因此要求我们强化创新意识，培养创新能力（创新包括理论创新与技术创新），提倡求真求异的精神，鼓励提出新问题，发表新见解，破中有立。值得注意的是，中医理论中的藏象、经络、证候、复方的基础研究与应用基础研究，可能成为21世纪前叶中医学研究的主题，不仅应当引起中医理论研究工作者的重视，也应当引起临床工作者的关注。中医学、中药学的应用基础研究亦多采用综合集成法，重视“大—”即重视宏观理论的指导，人们看到了从整体出发，遵循中医理论，在整体、器官、组织、细胞、分子等水平去探讨证候与复方的生物学机理与药效物质基础所展示出的前景。在研究中，还要重视“小—”。“小—”是微观的，中医研究也需要引进多学科的微观的检测方法和手段。今日的中医医院里已使用CT、MRI影像检查技术，作为中医望诊的延伸。我们有理由相信人类基因组学的科研成果引进到中医药学里来，将会推动中医学术的发展。本丛书的【近代研究】栏目，即反映了中西医学的沟通与多学科的交叉渗透，以广泛兼容为我们取用的方法，充实中医学研究的思路、方法和手段，力求展现时代特征。此外，还有循证医学、人体状态医学与人体发展医学命题的提出，也需要各级各类医师们认真地思考。时至今日，技术高速发展和理论相对滞后的矛盾日益突出，人们渴望中医诊治疾病的科学原理逐步被认识、中医的混沌理论、整体观念以及临床辨证思维模式得到深入研究与逐渐推广。总之，强化理论研究对临床实践的指导作用是十分重要的，也是时代对我们提出的要求。

21世纪的医学朝向着健康，医院将朝向社会人群，医生由治疗人的病转而重视治疗病的人，提高生活质量将成为医学的重要任务。维护健康，促进健康，发挥智力潜力，提高生活质量将成为医学的重要任务。因此“健康”概念的拓宽将为中医学科生长点的培植与学术内涵建设营造一种宽广而又良好的氛围。尤其是对现代难治病的防治，中医药的卓越疗效将为人类健康事业做出更大的贡献。

本书从酝酿筹备、制订大纲、写出样稿、完成初稿、统审定稿，历时4个春秋，充满艰辛与欢慰。作者群体以高度的事业心、责任感以及团结、学习、求实、创新的精神编成此书。我们希望本丛书的出版，能对振兴中医事业、繁荣中医学术起到积极的作用。恳切希望广大中医同道对本丛书提出宝贵意见，我们将不断对其进行修订完善，使之真正成为辐射中医成果的园地。

王永炎　鲁兆麟

1999年6月

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 绪　言 ❋

中华民族为了人类的生存与健康，创建了博大精深的中医药科学体系，并在长期的医疗实践中逐步加以完善。她正以“天人相应”、“整体恒动”等经典理论，先导着人类21世纪生命科学的发展潮流。

然而，随着现代科学技术的飞速发展和人类对生命本质认识的逐步深入，几乎所有从事中医药临床、教学和科研的工作者都感到目前尚缺乏一套权威的既能全面系统地整理古代医家宝贵的临床经验，又能反映当今中医药最新研究成果及其发展趋势的临床专著，以帮助各级各类中医药工作者在浩如烟海的中医文献资料中，能便捷地从自己感兴趣的领域获得较全面的和有一定权威的资料。为此，本书的编著者以对中医药事业高度负责的精神，克服多方面的困难，勇敢地承担了这一艰巨任务，以满足同道的迫切需要。

本卷按照《中医临床丛书》编写大纲的总体要求，在系统学习，全面掌握，整理提高方针的指导下，主要编写了气血津液病证和肾与膀胱病证共计15个病证，每个病证又分3部分进行编写，其中【今日临床】部分主要介绍了当今中医学术界公认的、权威的中医诊断标准和辨证论治方法等方面的内容，在充分反映今日中医临床研究现状和优势的基础上，以提高中医临床疗效和中医药研究水平为目标，强调实用性和权威性的统一。【近代研究】部分主要以综述的形式全面系统地介绍了建国以来，特别是20世纪80年代以来有关该病证的最新理论和研究成果。在资料的收集和整理过程中，既强调传统的、经典的方法与手段在该病证研究中所起的重要作用，又吸收借鉴了当今现代科学技术相关领域的最新研究成果，同时对目前存在的问题和未来的发展趋势进行了深入剖析与探索，以便给读者一个良好的思维空间，也有利于读者在此基础上开展工作，这也是本卷具有时代特征的重要标志之一。【古训今释】部分主要采用归纳、分类和述评的方法，全面系统地整理了明清以前历代医家有关该病证的经典理论和宝贵的临床经验。但是对同类观点的资料仅列有代表性的医家和文献进行述评，以便尽可能全面地从不同角度反映历代医家对该病证认识的全貌，也有利于读者完整、准确地理解、掌握和运用这些经典理论来指导自己的中医临床和科研工作。

参加本卷编写的作者既有著名的专家、教授，也有近年来培养的专门从事相关病证研究工作的博士和硕士研究生。在编写过程中，从选材方面力争体现实用性、权威性、科学性和先进性的统一，兼有编者自己的经验和体会，以满足不同层次、不同类型读者的需求。但是限于时间紧、工作量大，以及众多作者编写风格的差异，不足之处在所难免，敬请广大读者指正。

黑龙江中医药大学　栗德林

1999年6月

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 目　录 ❋

内伤发热 …… 范东明　段凤丽　苏春桃　（1）
【今日临床】 …… （1）
【近代研究】 …… （17）
【古训今释】 …… （33）
郁病 …… 唐巍　徐京育　韩学杰　张贞　刘小康　（55）
【今日临床】 …… （55）
【近代研究】 …… （85）
【古训今释】 …… （94）
癭病 …… 尹艳　耿乃志　（103）
【今日临床】 …… （103）
【近代研究】 …… （118）
【古训今释】 …… （131）
积聚 …… 孙凤　谢晶日　王祥麒　（143）
【今日临床】 …… （143）
【近代研究】 …… （168）
【古训今释】 …… （180）
痰饮病 …… 李岩　刘松江　（196）
【今日临床】 …… （196）
【近代研究】 …… （255）
【古训今释】 …… （266）
咯血 …… 秦克力　刘静霞　罗侃　武静波　张宏伟　（289）
【今日临床】 …… （289）
【近代研究】 …… （307）
【古训今释】 …… （313）
尿血 …… 秦克力　刘静霞　（323）
【今日临床】 …… （323）
【近代研究】 …… （337）
【古训今释】 …… （349）
紫癜 …… 秦克力　刘静霞　（354）
【今日临床】 …… （354）

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

【近代研究】 …… (371)
【古训今释】 …… (387)
厥脱证 …… 陈波　刘晶　(394)
【今日临床】 …… (394)
【近代研究】 …… (419)
【古训今释】 …… (435)
水肿 …… 魏练波　栾图　李智军　殷平善　(446)
【今日临床】 …… (446)
【近代研究】 …… (493)
【古训今释】 …… (516)
淋证 …… 刘华生　周景华　赵永山　(535)
【今日临床】 …… (535)
【近代研究】 …… (561)
【古训今释】 …… (573)
癃闭 …… 孙建实　徐艳秋　赵昊龙　(586)
【今日临床】 …… (586)
【近代研究】 …… (602)
【古训今释】 …… (613)
消渴病 …… 栗德林　宋福印　栗世铀　(631)
【今日临床】 …… (631)
【近代研究】 …… (676)
【古训今释】 …… (706)
腰痛 …… 黄仕荣　(734)
【今日临床】 …… (734)
【近代研究】 …… (784)
【古训今释】 …… (799)
虚劳病 …… 刘海林　(826)
【今日临床】 …… (826)
【近代研究】 …… (885)
【古训今释】 …… (894)

附录 …… (943)
方剂汇编 …… (943)
古代主要参考书目 …… (978)

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 内伤发热 ❋

内伤发热，是指以内伤为病因，气血阴阳亏虚，脏腑功能失调为基本病机所导致的，以发热为主的病证。临床上多表现为低热，也可表现为高热。一般起病较缓，病程较长。此外，有的患者仅自觉发热或五心烦热，而体温并不升高，亦当属于内伤发热的范围。

内伤发热是临床上常见的病证，并可见于多种西医疾病中。内伤发热是与外感发热相对应的一类发热。西医学无内伤发热之名，而以发热统论之。西医学所称的功能性低热，肿瘤、血液病、结缔组织疾病、内分泌疾病、部分慢性感染性疾病所引起的发热，以及某些原因不明的发热等，在以内伤发热为主要临床表现时，均可参照本篇进行辨证论治。

【今日临床】

1 诊断标准

关于内伤发热的诊断标准，目前，由于西医学无此病名，只在发热这一症状中论述之。西医认为发热可据体温而分为四度（即，低热：37℃～38℃；中等度热：38.1℃～39℃；高热：39.1℃～41℃；超高热：41℃以上。西医将发热的热型分为稽留热、弛张热、间歇热、波状热、回归热、不规则热等）。中医诊断标准，只是在方药中等主编的《实用中医内科学》（上海科学技术出版社 1985 年 6 月第 1 版）、王永炎等主编的《临床中医内科学》（北京出版社 1994 年 12 月第 1 版）、王永炎主编的普通高等教育中医药类规划教材《中医内科学》（上海科学技术出版社 1997 年 6 月第 1 版）等几部著作中载有之，余者未见明确叙述。现就这 3 部书中有关内伤发热病的诊断标准叙述如次。

方药中等主编的《实用中医内科学》的诊断标准为：主要依据以下两个方面对内伤发热进行诊断，①病史及发病特点：内伤发热起病缓慢，病程较长，一般均有情志抑郁，饮食劳倦，跌仆损伤，积聚包块，出血，或脏腑阴阳气血亏虚的病史；②临床特点：以发热为主要症状，其热多为低热，少数可以表现为高热。一般发热而不恶寒，或虽感怯冷但得衣被则冷感减轻或消失。发热持续，或时作时止，或作有定时。多伴有头晕、神疲、自汗盗汗、脉弱无力等症，且由于证候的不同，分别有阴虚、血虚、气虚、阳虚、气郁、瘀血、湿郁等表现。

王永炎等主编的《临床中医内科学》关于内伤发热的诊断标准分两个方面：一是本病的发热起病缓慢，病程较长，发热间歇出现，时作时止，或发热随季节而变化，或自觉发热、五心烦热而体温无升高者；二是发热多在37.5℃～38℃之间，少数可在 39.5℃以上，一般不恶寒，或虽感怯冷但得衣被则冷感消失。具备第 1 项或第 2 项即可诊断。

王永炎主编的普通高等教育中医药类规划教材《中医内科学》提出内伤发热的诊断标准是：①内伤发热起病缓慢，病程较长，多为低热，或自觉发热，表现为高热者较少；不恶寒，或虽有怯冷，但得衣被则温；常兼见头晕、神疲、自汗、盗汗、脉弱等症。②一般

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

有气、血、水壅遏或气血阴阳亏虚的病史，或有反复发热的病史。③必要时可作有关的实验室检查，以进一步协助诊断。

2 中心证候特征

发热是本病的中心证候。内伤发热一般起病较缓，病程较长，或有反复发作的病史。临床多表现为低热，亦可表现为高热，起病较急。或发热随季节而变化，每年在5月份左右体温逐渐升高，至10月份左右又自行恢复正常。亦有少数患者自觉发热或五心烦热，而体温并无升高。因内伤发热主要由于气、血、水湿、痰食的郁滞壅遏或气、血、阴、阳的亏损失调所导致，故在发热的同时，分别伴有气郁、血瘀、湿郁、食积、痰郁或气虚、血虚、阴虚、阳虚等症状。

3 病　　因

3.1 原发病因

劳思过度　思虑伤脾，劳累太过，损伤脾肾，而导致脏腑功能失调，气、血、阴、阳亏虚而致发热。

情志不畅　肝喜条达而主疏泄，若忧恚郁怒，而致肝失条达，气机郁滞，郁而化火，肝火内盛，而致发热。

饮食不节　由于饮食失调，损伤脾胃，导致脾胃虚弱，中气不足，阴火内生，而致发热。

阴精亏耗　由于素体阴虚，或房劳过度，或热病日久，耗伤阴液，或误用、过用温燥药物等，导致阴精亏损，水不制火，阴衰则阳盛，阳气相对偏盛，而引起发热。

阳气虚衰　脾肾阳气亏虚，或素体阳气不足，或房劳过度，或寒证日久伤阳，或误用、过用寒凉药物，以致肾阳虚弱，火不归源，虚阳浮越于外而致发热。

3.2 继发病因

痰湿停滞　由于饮食失调、忧思气结等使脾胃受损，失其运化之职，以致痰湿内生，痰湿停留，久则郁而化热，进而引起内伤发热。

瘀血阻滞　气机阻滞、气虚不运、寒凝经脉、热邪熏蒸、外伤、出血等原因导致瘀血阻滞经络，气血运行不畅，留而成瘀，壅遏不通，因而引起发热。

久病失血　由于心肝血虚病证日久，或脾虚不能生血，或因长期慢性病的各种出血(吐血、衄血、便血、崩漏下血、产后失血过多等)，以致阴血亏耗无以敛阳，而致发热。

3.3 诱发因素

感受外邪，七情郁结，饮食失调，劳倦过度或值暑令，均可诱发或加重内伤发热病。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4 病　机

4.1 发　病

上述劳思过度、情志不畅、饮食不节、房劳过度、阴精亏耗、阳气虚衰、痰湿停滞、瘀血内阻、久病失血等病因，均可导致脏腑阴阳气血亏虚或肝郁、血瘀、脾虚停湿生痰、中气不足等而发生本病，一般发病较缓。

4.2 病　位

内伤发热病的病位在脾、胃、肝、肾。其中以脾、肾为主。

4.3 病　性

内伤发热病以虚为主，亦可见有实证，常虚实夹杂。其虚为脏腑阴阳气血亏虚，其实为气滞、血瘀、痰湿阻滞等。

4.4 病　势

内伤发热病总的趋势是始则病气，继则病痰湿血瘀，既可由脾及肾，又可由肝犯脾、由脾及肝，亦可由肝及肾。

4.5 病机转化

内伤发热临床分虚、实两大类。由肝经郁热、瘀血阻滞及痰湿停聚所致者属实，故称“实火”、“实热”；由气虚、血虚、阴虚、阳虚所致者均属虚，故称“虚火”、“虚热”。久病往往由实转虚、由轻转重。其中以瘀血病久，损及气、血、阴、阳，分别兼见气虚、血瘀、阴虚、阳虚，而成为虚实兼夹之证的情况较为多见。其它如气郁发热日久，正气亦亏虚，而成为气郁气虚之发热。若热伤阴津，则转化为气郁阴虚之发热。气郁亦可致血瘀，而产生气滞血瘀之发热。气虚发热日久，可致血瘀，而产生气虚血瘀之发热。气虚发热日久亦可病损及阳，阳气虚衰，则发展为阳虚发热。

4.6 证类病机

内伤发热病的基本病机是阴阳气血亏虚，脏腑功能失调。

气虚发热　脾胃气虚，中气不足，阴火内生而致发热。本有气虚，遇劳则更耗其气，故发热多在劳累之后发生或加重；脾胃气虚，气血生化乏源，以致头晕，乏力，心悸，气短，懒言，舌质淡，脉虚弱；中气不足，可致气虚下陷，见有久泻、久痢、脏器下垂、崩漏等；气虚不固，则见有自汗，易于感冒。

血虚发热　血本属阴，阴血不足，无以敛阳，故发热。血不养心则心悸怔忡，失眠多梦；血虚不能上荣头目，外濡肢体，则见头晕目眩，面白少华，唇爪色淡，身体乏力，舌淡，脉细弱。

阴虚发热　阴精亏虚，阴衰则阳盛，水不制火，虚火内炽，故见午后或夜间发热、手

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

足心热、骨蒸潮热；虚火上炎，扰乱心神，而致心烦、少寐；内热熏蒸，逼迫津液外泄则盗汗；阴虚火旺，则津亏失润，故口干咽燥，大便干结，舌红少苔，脉细数。

阳虚发热 阳气虚衰，阴寒内生，则阳无所依，浮散于外而发热。由于发热为标，阳气虚衰，失于温煦为其根本，故虽有发热，但欲近衣被，并伴形寒怯冷，嗜卧，腰膝酸软，舌淡胖或有齿痕，苔白润，脉沉细无力。

气郁发热 肝主疏泄，性喜条达，若气机不畅，肝失疏泄，而致肝气郁结，气郁化火或气滞血瘀，导致肝火内盛而致发热。若脾虚，气血生化乏源，肝血不足，亦易致肝郁化火而发热。因肝之疏泄功能失常，气机不畅，故见精神抑郁，胸胁胀痛等；叹气则气机暂得舒畅，故喜叹息；气郁化火而见有烦躁易怒、口苦而干、舌红苔黄、脉弦数等。

瘀血发热 瘀血停积，气血不通，营卫壅遏，引起发热。瘀血病在血分，属阴，故发热多在下午或夜晚出现；瘀血停着之处，气血运行受阻，故表现为自觉局部发热或疼痛固定不移，或有肿块；舌质紫黯或有瘀斑、瘀点，脉涩，均为血行不畅、瘀血阻滞之征。

湿郁发热 湿为阴邪，旺于阴分，湿阻于内，郁而化热，故低热，午后热甚；湿阻气机，脾胃升降失和，故胸闷不思饮食，脘痞，渴不欲饮，甚或呕恶；湿与热合，停滞肠中，亦可致大便粘滞不爽；舌苔黄腻，脉濡数，皆为湿郁化热之征象。

5 临证思路

5.1 抓住主诉

发热时间较长，持续数月或数年，多为低热，亦可见有高热，或仅自觉发热，或五心烦热。其热时作时止，或于上午、傍晚发热，或发无定时。

5.2 分析病位

内伤发热的病位在脾、胃、肝、肾。发热每因劳累而作，伴乏力、自汗、食少、便溏或食后腹胀加重，病位在脾胃；发热常因郁怒而起，伴胁肋胀痛，得叹气则舒，口苦而干，病位在肝；发热因房劳太过而发，伴腰酸腿软，夜尿频而多，病位在肾。

5.3 确定病性

内伤发热有虚证、实证和虚实夹杂等不同类型，因此辨别其虚、实，对治疗原则的确定具有重要意义。辨别虚实固然要依据病史、症状等综合分析。气虚发热、血虚发热、阴虚发热、阳虚发热分别因中气不足、阴火内生，血虚失于濡养、阴精亏虚、水不制火，阳虚阴寒内生、虚阳外浮所致，均属虚热；气郁发热、瘀血发热、湿郁发热分别因气郁化火、瘀血阻滞、湿邪内郁化热所致，均属实热。气虚发热夹瘀，气郁发热日久正气亦虚，瘀血病久损及气血阴阳，分别兼见气虚、血虚、阴虚或阳虚等，均属虚实夹杂之候。因此临床当注意辨别属虚属实，或虚实夹杂，或在气在血，属阴属阳等，方可抓住关键，针对病情，恰当选方用药，收到捷效。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

6 鉴　　别

外感发热　内伤发热与外感发热之鉴别点在于：两者虽均有发热，但是，外感发热起病较急而病程较短，呈持续性，热度大多较高，发热的类型随病种的不同而有所差异，发热初期大多伴有恶寒，其恶寒得衣被而不减，常兼有头痛身疼、鼻塞、流涕、咳嗽、脉浮等症，由感受外邪，正邪相争所致，属实证者较多；内伤发热起病缓慢而病程较长，呈间歇性，多为低热，或自觉发热，或五心烦热，表现高热者较少，不恶寒，或虽有怯冷，但得衣被则除，多兼见头晕、神疲、自汗、盗汗、脉弱无力等症。

7 临 床 治 疗

7.1 分 证 论 治

7.1.1 气虚发热

临床表现：发热，热势或低或高，常在劳累后发作或加重，头晕，倦怠乏力，气短懒言，自汗，易于感冒，食少便溏，舌质淡，苔薄白，脉弱。

病机分析：因发热由气虚所致，劳则耗气，故发热常在劳累后发作或加剧；脾胃气虚，气血生化乏源，脏腑经脉失于濡养，故头晕，气短懒言，倦怠乏力；中气不足，脾失健运，故食少便溏；气虚卫表不固，故自汗，易于感冒；舌质淡，苔薄白，脉虚弱均为气虚之征。

转归：本证一般发病较缓，病程较长，多因饮食不节，或思虑劳倦而致。若治疗及时，患者注意调护，常可使中气得健，脾胃恢复正常功能，一般诸症可以治愈。反之，若治疗不及时，或治不得法，加之患者饮食无节，起居不慎，思虑劳累过度等，常可使病情加重或缠绵难愈，或气损及阳，或气虚下陷，或气虚停湿，或气虚而致血瘀等，错综复杂，预后较差。

治法：益气健脾，甘温除热。

方药：补中益气汤（《脾胃论》）。

人参　黄芪　白术　甘草　当归　陈皮　升麻　柴胡

加减：若自汗较多者，可酌加浮小麦、牡蛎、糯稻根以固表敛汗；头痛甚者，可酌加川芎、蔓荆子、藁本、羌活、细辛等品，以祛风止痛；汗出恶风者，加桂枝、白芍调和营卫；脾虚夹湿，而见胸闷、脘痞、舌苔白腻者，酌加苍术、厚朴、藿香、佩兰、茯苓等品以健脾祛湿；大便稀薄，四末欠温者，酌加干姜、肉桂等品，以温运中阳。

临证参考：气虚发热而兼有湿热，以及气虚之人夏季感受暑湿，而见有发热头痛，口渴，自汗，倦怠乏力，胸闷身重，不思饮食，大便溏薄，小便短赤，舌淡苔腻或微黄，脉象虚弱等症者，可选用李杲《脾胃论》之清暑益气汤益气健脾，除湿清热以治之。方由黄芪、苍术、升麻、人参、泽泻、神曲、陈皮、白术、麦门冬、当归、炙甘草、青皮、黄柏、葛根、五味子组成。方中以黄芪、人参、白术、炙甘草、升麻补气健脾升阳除热，苍术、黄柏除湿清热，苍术合神曲又可祛湿运脾，青皮、陈皮理气除满，麦门冬、五味子合人参益气养阴生津，有生脉散之意，葛根可助升麻升举清阳，并可解热生津。另外，气虚

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

发热当与气分热盛证相鉴别；气虚发热虽有时也见有口渴，但口渴喜热饮，而后者口大渴而喜冷饮；前者有时亦脉大，但脉大而虚软无力，而后者脉洪大有力；气虚发热治以甘温除热法，而气分大热者治以清气分热之法。二者当注意鉴别，慎不可犯虚虚实实之诫。

其它治疗气虚发热的方剂还有：

(1) 四君子汤：人参，白术，茯苓，甘草。

(2) 七味白术散：人参，茯苓，白术，藿香，木香，葛根，甘草。

(3) 升阳益胃汤：黄芪，人参，白术，炙甘草，半夏，陈皮，茯苓，泽泻，羌活，独活，黄连，白芍，防风，柴胡。

(4) 补脾胃泻阴火升阳汤：黄芪，人参，炙甘草，苍术，柴胡，升麻，羌活，黄芩，黄连，石膏。

(5) 益胃升阳汤：人参，黄芪，白术，当归，陈皮，升麻，柴胡，黄芩，甘草。

(6) 调中益气汤：人参，黄芪，陈皮，甘草，升麻，柴胡，木香，苍术。

(7) 气虚柴胡汤：人参，黄芪，石斛，柴胡，黄芩，陈皮，地骨皮，甘草。

7.1.2 血虚发热

临床表现：发热，热势多为低热，有时亦见高热，头晕目眩，身倦乏力，心悸不宁，失眠多梦，面白少华，唇甲色淡，舌质淡，脉细弱。

病机分析：血本属阴，血虚不能濡养，阴衰阳盛，阳气外浮而引起发热是本证的主要病机。血不养心则心悸不宁，失眠多梦；血虚不能上荣头目、濡养肢体，则头晕目眩，面白少华，身倦乏力，唇甲色淡；舌质淡，脉细弱，为血虚失养，血脉不充之象。

转归：本证发病较为缓慢，病程较长，若治疗及时，补养气血，常可收到良效，预后较好。但若失血过多，或失治误治，易致气随血脱，出现气血两亏较甚之病情，预后较差。

治法：益气健脾，养血宁心。

方药：归脾汤（《济生方》）。

黄芪　人参　茯神　白术　当归　龙眼肉　酸枣仁　远志　木香　甘草

加减：若血虚较甚者，可酌加熟地黄、枸杞子、制何首乌、阿胶等品以补益精血；热势较甚，发热不退者，可酌加银柴胡、牡丹皮、白薇、地骨皮、胡黄连等品以清退虚热；由慢性失血所致的血虚发热，若仍有少许出血者，可酌加三七粉、仙鹤草、茜草、棕榈炭、地榆炭、白茅根、侧柏炭等品以止血，并可根据出血部位的不同选用相应的止血之品。

临证参考：若属劳倦内伤，血虚气弱，而见有肌热面赤，烦渴欲饮（喜热饮），脉大而虚软，重按无力，以及妇人崩漏或产后血虚气脱之体虚发热者，当予李杲《内外伤辨惑论》之当归补血汤以补气生血。方中重用黄芪大补元气，以资生血之源，配当归辛甘而温，养血和营，使阳生阴长，气旺血生，则虚热自退。临床运用当归补血汤，当注意黄芪与当归之用量，原书黄芪用量为当归之5倍，即黄芪用量为1两，当归用量是2钱。现临床上黄芪宜用至20～80g，当归常用量为5～20g。若见有湿阻暑热之证，则应停用重浊滋腻养血之品，宜用益气健脾运胃之剂，待脾胃运化功能正常，再逐渐增加养血之剂，并参照气虚发热条按证论治，方为恰当。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治疗血虚发热的方剂还有：

(1) 四物汤：熟地黄，当归，川芎，白芍。

(2) 圣愈汤：人参，黄芪，熟地黄，当归，白芍，川芎。

(3) 八珍汤：当归，熟地黄，白芍，川芎，人参，白术，茯苓，甘草。

(4) 四物二连汤：当归，川芎，白芍，生地黄，黄连，胡黄连。

(5) 十全大补汤：人参，熟地黄，当归，川芎，白芍，黄芪，肉桂，白术，茯苓，甘草。

(6) 补血汤：当归，白芍，酸枣仁，生地黄，川芎，麦门冬，人参，五味子，陈皮，栀子，茯神，炙甘草。

(7) 血虚柴胡汤：人参，黄芪，当归，柴胡，黄芩，芍药，陈皮，甘草。

(8) 四物三黄汤：当归，川芎，芍药，生地黄，羌活，防风，黄芩，菊花，龙胆草，黄连，玄参，薄荷。

(9) 大补元煎：人参，熟地黄，当归，山药，杜仲，山茱萸，枸杞子，甘草。

(10) 加味归脾汤：即归脾汤加柴胡、山栀。

(11) 黑归脾丸：熟地黄，黄芪，茯苓，党参，白术，酒当归身，酸枣仁，龙眼肉，远志，青木香，大枣，炙甘草，生姜。

7.1.3 阴虚发热

临床表现：午后或夜间发热，发热不欲近衣，手足心发热，或骨蒸潮热，心烦，少寐，多梦，两颧红赤，盗汗，口干咽燥，大便干结，尿少色黄，舌少津或干或有裂纹，舌质红，无苔或少苔，脉细数。

病机分析：阴精亏虚，阴不制阳，阴虚火旺，邪热内伏阴分，而生内热。病在阴分，故午后或夜间发热，手足心热，骨蒸潮热而不欲近衣被；虚火上炎，扰动心神，故心烦少寐，多梦不安；内热迫津外泄，故盗汗；阴虚火旺，津亏于内，故口干咽燥，便干尿少；舌红少津，或有裂纹，少苔或无苔，脉细数，均为阴虚火旺之征。

转归：阴虚发热为内伤发热中的常见证候，若治疗得当，常可获愈。若日久耗伤精气，易致气阴两虚；阴损及阳，则转化为阴阳两虚之重证；阴虚夹湿热阴虚夹瘀血等均可致治疗上比较困难，缠绵难愈。

治法：滋阴清热。

方药：清骨散（《证治准绳》）。

银柴胡　胡黄连　秦艽　鳖甲（醋炙）　地骨皮　青蒿　知母　甘草

加减：若阴虚较甚者，可酌加玄参、龟甲、制何首乌等品以滋养阴精；虚火上炎，扰动心神，而见心烦、失眠、多梦者，可酌加酸枣仁、柏子仁、远志、夜交藤等养心安神之品；兼有气虚而见有头晕气短、体倦乏力者，可酌加沙参、麦门冬、五味子等品以益气养阴；盗汗较甚者，可去青蒿，加牡蛎、浮小麦、糯稻根等固表敛汗。

临证参考：若见夜热早凉，热退无汗，舌红少苔，脉细数者，可予以青蒿鳖甲汤以养阴透热。对于阴虚发热，可根据脏腑阴虚偏甚的不同情况选用基础方剂，如：心阴偏虚而兼见心悸怔忡，手足心热甚，舌尖红，脉细数或促者，可选用加减复脉汤、天王补心丹；肝阴偏虚而兼见眩晕，易惊，肌肉瞤动，胁肋疼痛，脉弦数者，可用归芍地黄汤或保阴煎

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

合化肝煎加减；脾胃阴虚偏甚而兼见口干欲饮，不思饮食，大便燥结，舌干或生疮，脉细数者，可用沙参麦冬汤、益胃汤；肺阴偏虚而兼见干咳痰少，声嘶，咳血，鼻燥咽干者，可用清燥救肺汤、百合固金汤；肾阴偏虚而兼见腰膝酸软，咽痛，颧红，遗精，或有脱发者，可用大补阴丸、六味地黄丸、知柏地黄丸，然后均可根据发热的具体情况，酌加银柴胡、地骨皮、秦艽、白薇等品以清退虚热。

若单用滋阴清热方药热势仍不退者，应按张介宾“善补阴者，必于阳中求阴，则阴得阳升而源泉不竭”之理论，在滋阴清热方剂中，酌量加入温而不燥的助阳之品，如淫羊藿、菟丝子、锁阳、肉苁蓉、巴戟天、鹿角胶等品，选用一二味即可，不可过多应用，防止耗伤阴液。

治疗阴虚发热的方剂还有：

(1) 秦艽鳖甲散：地骨皮，柴胡，鳖甲，秦艽，当归，知母，青蒿，乌梅。

(2) 六味地黄丸：熟地黄，山茱萸，山药，茯苓，泽泻，牡丹皮。

(3) 知柏地黄丸：知母，黄柏，熟地黄，山茱萸，山药，泽泻，茯苓，牡丹皮。

(4) 麦味地黄丸：熟地黄，山茱萸，山药，泽泻，茯苓，牡丹皮，麦门冬，五味子。

(5) 左归丸：熟地黄，山茱萸，山药，枸杞子，川牛膝，菟丝子，龟甲，鹿角胶。

(6) 大补阴丸：知母，黄柏，熟地黄，龟甲，猪骨髓。

(7) 归芍地黄汤：熟地黄，山茱萸，山药，泽泻，茯苓，牡丹皮，当归，芍药。

(8) 天王补心丹：人参，玄参，丹参，茯苓，五味子，天门冬，麦门冬，远志，桔梗，当归，柏子仁，酸枣仁，生地黄，朱砂。

(9) 沙参麦冬汤：沙参，麦门冬，玉竹，天花粉，桑叶，白扁豆，甘草。

(10) 益胃汤：沙参，麦门冬，生地黄，玉竹，冰糖。

(11) 百合固金汤：生地黄，熟地黄，贝母，百合，麦门冬，玄参，当归，白芍，桔梗，甘草。

(12) 清燥救肺汤：桑叶，人参，石膏，麦门冬，胡麻仁，阿胶，杏仁，枇杷叶，甘草。

(13) 二阴煎：生地黄，麦门冬，酸枣仁，玄参，黄连，茯苓，木通，甘草。

(14) 玉女煎：熟地黄，麦门冬，石膏，知母，牛膝。

(15) 人参麦冬散：人参，麦门冬，生地黄，茯苓，黄芩，竹茹，知母，甘草。

(16) 滋阴降火汤：生地黄，熟地黄，当归，白芍，麦门冬，天门冬，白术，陈皮，知母，黄柏，生姜，大枣，甘草。

(17) 加味三才封髓丹：党参，麦门冬，生地黄，黄柏，甘草，砂仁，龙胆草，柴胡，山栀。

(18) 青蒿散：青蒿，龙胆草，栀子，知母，黄连，鳖甲，黄芪，桑白皮，地骨皮，白术，柴胡，甘草。

(19) 青蒿煎丸：青蒿汁，薄荷汁，生地黄汁，童子小便，朱砂，麝香，桃仁，鳖甲，柴胡。

(20) 清骨滋肾汤：地骨皮，牡丹皮，沙参，麦门冬，玄参，五味子，白术，石斛。

(21) 柴胡清骨散：秦艽，知母，炙甘草，胡黄连，鳖甲，青蒿，柴胡，地骨皮，薤

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

白，猪脊髓，猪胆汁，童便。

(22) 清骨散：柴胡，生地黄，人参，防风，熟地黄，秦艽，茯苓，胡黄连，薄荷。

(23) 青蒿鳖甲汤：青蒿，鳖甲，知母，生地黄，牡丹皮。

(24) 青蒿鳖甲汤：青蒿，知母，桑叶，鳖甲，牡丹皮，天花粉。

7.1.4 阳虚发热

临床表现：发热而欲近衣被，形寒怯冷，四肢不温，而色㿠白，少气懒言，头晕嗜卧，腰膝酸软，纳少便溏，舌质淡胖，或有齿痕，舌苔白润，脉沉细无力。

病机分析：肾阳亏虚，虚阳外浮而致发热为本证的主要病机。因肾阳虚衰，失于温煦，故形寒怯冷，四肢不温，而欲近衣被，面色㿠白，腰膝酸软；肾阳不足，五脏虚衰，故少气懒言，头晕嗜卧，纳少便溏，舌质淡胖，有齿痕；脉沉细无力，为阳气衰弱之象。

转归：若治疗及时，治法得当，阳虚发热亦可治愈。但本证属内伤发热之较重类型，其中属于阴寒内盛，格阳于外，真寒假热者，缠绵难愈，预后较差。

治法：温补阳气，引火归源。

方药：肾气丸(《金匮要略》)。

干地黄　山茱萸　山药　桂枝　附子　茯苓　泽泻　牡丹皮

加减：若阳虚气弱，短气乏力者，加人参补益元气；火不生土，大便稀薄者，加干姜、白术温建中阳；五更泄泻者，可合四神丸（补骨脂、吴茱萸、肉豆蔻、五味子）同用，补肾固涩；遗精腰酸者，加补骨脂、续断、芡实、金樱子等品以补肾涩精。

临证参考：夏令内伤发热，多系禀赋不足，复感暑热，如用清暑益气之方药面罔效，虽未见明显肾虚证候，亦可用金匮肾气丸或右归丸与清暑化湿之剂化裁运用；若属阳虚发热之轻证，可用保元汤（人参，黄芪，肉桂，甘草）化裁；如属脾阳不足所致者，可选用理中丸（干姜，人参，白术，甘草）温补脾阳；若属于阳虚阴盛之格阳与阴竭不能敛阳之戴阳证，是为外感内伤发热后期之重症，应参照厥脱证加以论治。

治疗阳虚发热的方剂还有：

(1) 右归丸：熟地黄，山药，山茱萸，当归，鹿角胶，杜仲，枸杞子，菟丝子，制附子，肉桂。

(2) 保元汤：人参，黄芪，肉桂，甘草。

(3) 小建中汤：饴糖，桂枝，白芍，炙甘草，生姜，大枣。

(4) 当归建中汤：小建中汤加当归。

(5) 十四味建中汤：当归，白芍，白术，炙甘草，人参，麦门冬，川芎，肉桂，附子，肉苁蓉，半夏，黄芪，茯苓，熟地黄。

(6) 三气饮：当归，枸杞子，杜仲，熟地黄，牛膝，茯苓，白芍，肉桂，细辛，附子，白芷，生姜，甘草。

(7) 六味回阳饮：人参，炮干姜，附子，炙甘草，熟地黄，当归。

(8) 地黄饮子：熟地黄，巴戟天，山茱萸，石斛，肉苁蓉，附子，五味子，肉桂，茯苓，麦门冬，石菖蒲，远志，生姜，大枣，薄荷。

(9) 回阳救急汤：附子，干姜，肉桂，人参，白术，茯苓，陈皮，五味子，半夏，甘草。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(10) 还少丹：肉苁蓉，远志，茴香，巴戟天，山药，枸杞子，熟地黄，石菖蒲，山茱萸，牛膝，杜仲，楮实子，五味子，茯苓，大枣。

7.1.5 气郁发热

临床表现：发热多为低热或潮热，热势常随情绪波动而起伏，精神抑郁，烦躁易怒，胸胁胀痛，喜叹息，口干而苦，纳食减少，舌红苔黄，脉弦数。女子常见月经不调，经行不畅，乳房作胀。

病机分析：本证多由情志不畅，肝气郁滞，气郁化火而致，故病情常随情绪波动，热势亦随之起伏；肝气郁结，气机不畅，失其条达之性，故精神抑郁，烦躁易怒，胸胁胀痛，喜叹息，女子则见有月经不调，经行不畅，乳房作胀；肝郁克脾，则纳食减少；口干而苦，舌红苔黄，脉弦数，均为肝郁化火之征。

转归：由于本证与患者情志关系密切，因此只要医生辨证用药准确，患者注意调畅情志，使精神愉快，常可收到良好效果。但气郁发热，热邪伤阴耗津，则兼见阴虚的表现，而成为阴虚气滞之证，或气机郁滞，致血行不畅，则兼见瘀血之表现，治疗均较困难，易使病程缠绵不愈。

治法：疏肝理脾，解郁清热。

方药：丹栀逍遥散（《薛氏医案》）。

当归　白芍　柴胡　白术　茯苓　炙甘草　牡丹皮　栀子　生姜　薄荷

加减：若气郁较甚，胸胁疼痛不解者，可酌加香附、郁金、青皮、川楝子、延胡索等品以加强疏肝理气止痛之效；若热象较甚，舌红，口干，便秘者，可去白术，酌加龙胆草、黄芩以增清肝泻热之功；若妇女见有月经不调者，可酌加泽兰、益母草活血调经，乳房胀甚者，可酌加青皮、香附、瓜蒌等理气宽胸之品。

临证参考：若肝经火热较甚，面红目赤，口苦，心烦易怒，舌质红，脉弦数有力者，可选用龙胆泻肝汤以清肝泻火。方中以龙胆草、栀子、黄芩、柴胡清泻肝经火热；泽泻、车前子、木通利水清热，使火热从小便而出；然肝为藏血之脏，肝经实火，易伤阴血，所用诸药又属苦燥渗利伤阴之品，故方中又加生地黄养阴，当归补血，使祛邪而不伤正，使泻中有补，清中有养；甘草一可防苦寒之品伤胃，二可调和诸药。全方共奏清肝泻火之效。若肝经郁热，病程较长，热势不甚，而阴伤比较明显，表现为发热、胸胁疼痛、口干、舌红少苔、脉细数等症者，宜滋阴壮水，疏肝清热，方用滋水清肝饮。本方相当于由六味地黄丸与丹栀逍遥散（去白术）组合而成，方中既有六味地黄丸滋养肝肾，壮水制火，又有丹栀逍遥散疏肝清热，故可用于肝经郁热而有肝肾阴伤之患者，之所以去白术；免去其温燥之性也。

治疗气郁发热的方剂还有：

(1) 火郁汤：升麻，葛根，柴胡，白芍，防风，甘草。

(2) 火郁汤：连翘，薄荷，黄芩，栀子，葛根，柴胡，升麻，芍药。

(3) 火郁汤：连翘，薄荷，黄芩，桃仁，麦门冬，甘草，郁金，瓜蒌，竹叶。

(4) 退热清气汤：柴胡，橘皮，茯苓，枳壳，甘草，木香，香附，川芎，砂仁，生姜。

(5) 化肝煎：陈皮，白芍，牡丹皮，栀子，泽泻，土贝母。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(6) 达郁汤：柴胡，升麻，川芎，香附，桑白皮，橘叶，白蒺藜。

(7) 柴胡清肝散：柴胡，黄芩，当归，牡丹皮，生地黄，黄连，栀子，川芎，升麻，甘草。

(8) 滋水清肝饮：熟地黄，山药，山茱萸，牡丹皮，茯苓，泽泻，柴胡，白芍，栀子，当归，酸枣仁。

7.1.6 瘀血发热

临床表现：午后或夜间发热，或自觉身体某些部位发热，口燥咽干，但欲漱水不欲咽，肢体或躯干有固定痛处或肿块，面色萎黄或晦黯，皮肤粗糙或肌肤甲错，舌质紫黯或有瘀点、瘀斑，脉弦或涩。

病机分析：瘀血阻滞，气血不通，壅而为热，故午后或夜间发热，或自觉身体某些局部发热；瘀血阻滞，气血运行不畅，津不上承，故口燥咽干，但欲漱水不欲咽；瘀血停着不移，或躯干或四肢有固定痛处或肿块；瘀血阻于脉络，肌肤失于濡养，故见面色萎黄或晦黯，皮肤粗糙或肌肤甲错；舌质紫黯或有瘀点、瘀斑，脉弦或涩，均为瘀血内停，血行不畅之征。

转归：瘀血发热虽缠绵难愈，但若辨证准确，治法得当，大多均可治愈。若兼夹痰湿及血热，或虚实错杂者，较难治愈。

治法：活血化瘀。

方药：血府逐瘀汤(《医林改错》)。

生地黄　当归　桃仁　红花　赤芍　川芎　枳壳　柴胡　牛膝　桔梗　甘草

加减：热势较甚者，可酌加秦艽、白薇、牡丹皮、银柴胡等品以清热凉血；肢体肿痛者，可酌加丹参、郁金、延胡索等活血消肿止痛之品；心烦，口渴欲饮者，可酌加知母、石膏以清热除烦，生津止渴；时冷时热，口苦，舌苔黄腻者，可酌加黄芩、半夏清热除湿；兼气滞者，可酌加香附、陈皮、青皮等理气之品；兼痰阻者，可酌加半夏、茯苓、陈皮等化痰之品。

临证参考：对于跌仆损伤而引起的瘀血发热，亦可选用复元活血汤或大成汤治疗。瘀血发热可由跌仆损伤而生，亦可由阴虚、血虚、气虚、阳虚、湿郁、气郁、痰积、食积等发热久治不愈入络而成，临床常见虚实夹杂之候，若一味活血理气，易导致正气更虚，热势不退，甚而反升，此时应掌握好活血与益气、养血、滋阴、助阳等之间的药物配伍关系，只有配伍恰当，组方合理，用药精当，方能收效。

治疗瘀血发热的方剂还有：

(1) 复元活血汤：柴胡，天花粉，当归，穿山甲，大黄，桃仁，红花，甘草。

(2) 大成汤：当归，红花，苏木，陈皮，木通，厚朴，大黄，芒硝，枳壳，甘草。

(3) 凉血四物汤：当归，赤芍，生地黄，川芎，黄芩，茯苓，红花，陈皮，甘草。

(4) 桃红四物汤：当归、赤芍，生地黄，川芎，桃仁，红花。

(5) 通瘀煎：当归，香附，山楂，红花，乌药，木香，青皮，泽泻。

(6) 补阳还五汤：黄芪，桃仁，红花，地龙，当归尾，赤芍，川芎。

(7) 大黄牡丹汤：大黄，桃仁，牡丹皮，芒硝，冬瓜仁。

(8) 活血散瘀汤：当归，川芎，赤芍，桃仁，大黄，苏木，牡丹皮，枳壳，瓜蒌仁，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

槟榔。

(9) 桃核承气汤：桃仁，大黄，芒硝，桂枝，甘草。

7.1.7 湿郁发热

临床表现：低热，午后热甚，时有高热，胸闷脘痞，全身重着，不思饮食，渴不欲饮，呕恶，大便稀薄或粘滞不爽，舌苔白腻或黄腻，脉濡数。

病机分析：湿邪内生，郁而化热，为本证之主要病机。湿为阴邪，阴邪自旺于阴分，故以午后发热较甚；湿性氤氲粘腻，故发病缓慢，且难速已；湿邪阻滞气机，故见胸闷身重；湿滞中焦，故不思饮食，脘痞，渴不欲饮；胃气上逆则呕恶；湿邪下趋，则大便稀薄；湿与热合，停滞肠中，亦可致大便粘滞不爽；舌苔黄腻，脉濡数，皆为湿郁化热之象。

转归：湿郁发热难以速愈，因湿为阴邪，其性粘滞，故缠绵难愈，但若治之得法，用药恰当，多可治愈，但若湿阻气机，或湿热兼有气虚、阴虚等虚实夹杂证，更难速愈。

治法：利湿清热，宣畅气机。

方药：三仁汤（《温病条辨》）。

杏仁　白蔻仁　薏苡仁　半夏　滑石　厚朴　通草　竹叶

加减：若湿郁化热，阻滞少阳枢机，症见寒热如疟，寒轻热重，口苦呕逆者，可加青蒿　黄芩清解少阳之热邪；呕恶较重者，加竹茹、藿香、陈皮和胃降逆；胸闷、苔腻者，加郁金、佩兰以芳化湿邪；热势较甚，口渴，舌红，脉数者，加茵陈蒿、黄芩以清利湿热；若高热不退，苔黄腻，脉数，小便黄者，可加白薇、牡丹皮以增清热之力。

临证参考：若湿郁化热，熏蒸肝胆，胆汁外溢而兼见黄疸者，可合茵陈蒿汤（茵陈蒿、大黄、栀子）清热利湿退黄；若兼痰热内扰，胆胃不和者，可合温胆汤（竹茹，枳实，茯苓，半夏，陈皮，生姜，大枣）清胆和胃化痰。

治疗湿郁发热的方剂还有：

(1) 胃苓汤：苍术，厚朴，陈皮，甘草，白术，泽泻，猪苓，桂枝，生姜，大枣，茯苓。

(2) 茵陈蒿汤：茵陈蒿，大黄，栀子。

(3) 黄芩滑石汤：黄芩，滑石，茯苓皮，大腹皮，白蔻仁，通草，猪苓。

(4) 甘露消毒丹：滑石，茵陈，黄芩，石菖蒲，川贝母，木通，藿香，射干，连翘，薄荷，白豆蔻。

7.2 临床用药经验与体会

内伤发热所属疾病范围广泛，近代医家对治疗内伤发热的组方用药，各具特色，颇具心得，且“药”是理法方药中的重要组成部分。虽然辨证立法准确，若选方用药不当，临床上亦难收佳效。

7.2.1 清虚热药

内伤发热中属虚热者有阴虚发热、血虚发热、阳虚发热、气虚发热等。在临床上，选方用药时当针对病情，恰当选用清虚热药。

青蒿　味苦、辛，性寒，归肝、胆、肾经，具清虚热、退骨蒸之功。温病学家运用该

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

药治疗温病后期，温热之邪入阴分而见有夜热早凉、热退无汗之证或温热病后期低热不退等证，常与鳖甲、牡丹皮、生地黄等同用，如《温病条辨》之青蒿鳖甲汤。清·陈士铎《本草新编》言之甚详，指出："青蒿，专解骨蒸劳热，尤能泄暑热之火，泄火热而不耗气血，用之以佐气血之药，大建奇功，可君可臣，而又可佐可使，无不宜也。但必须多用，因其体既轻，而性兼补阴，少用转不得力。又青蒿之退阴火，退骨中之火也，然不独退骨中之火，即肌肤之火，未尝不共泻之也，故阴虚而又感邪者，最宜用耳。又青蒿最宜沙参、地骨皮共用，则泻阴火更捷，青蒿能引骨中之火，行于肌表，而地骨皮只能凉骨中之火，而不能外泄也。"详细论述了青蒿的功用、主治及作用机理。《医林纂要》云其"清血中湿热"，叙述了其芳香化湿清热之用。近代医家多用该药治疗阴虚发热而见有骨蒸劳瘵、日晡潮热、手足心热等症。青蒿有显著的退热作用，其退热特点是气味芳香，轻芬外透，与鳖甲相配，其效更佳，因鳖甲直入阴分，育阴退热，加之青蒿轻芬外透之性，退虚热之效颇显。临床运用时，青蒿常配伍银柴胡、胡黄连、知母、秦艽、鳖甲、地骨皮等品，如清骨散、青蒿鳖甲汤、秦艽鳖甲散等方。临床运用上述三方时，亦当注意鉴别。三方均可滋阴退热，都是清虚热的方剂，主要区别在于：青蒿鳖甲汤是养阴与透热并重，主治热病伤阴，邪伏阴分，而见有夜热早凉，热退无汗等，故以青蒿与鳖甲为主配伍；秦艽鳖甲散、清骨散功用均兼有清热除蒸，主治阴虚盗汗，骨蒸劳热，症见骨蒸、盗汗，午后或夜间潮热等。但秦艽鳖甲散主治风劳，是为外邪传里伤阴之证，故方中配伍驱风、和解之药，以使邪由外透；清骨散主治虚劳骨蒸，故方以清虚热为主，兼以滋阴透热。

地骨皮 甘，寒，入肺、肝、肾经，用于治疗虚劳发热、阴虚发热之骨蒸潮热、盗汗等症。甘寒清润，能清肝肾之虚热，除有汗之骨蒸，为退虚热、疗骨蒸之佳品，《珍珠囊》谓其："解骨蒸肌热，消渴"。《汤液本草》载其："泻肾火，降肺中伏火，去胞中火，退热，补正气"。《本草新编》曰地骨皮："欲退阴虚火动，骨蒸劳热之症，用补阴之药，加地骨皮或五钱或一两，始能凉骨中之髓，而去骨中之热也"。《脏腑药式补正》也说其"能清骨中之热，泄火下行"。可见地骨皮清退虚热之功颇显。临床运用本药时常与滋阴清热药配伍，如鳖甲、银柴胡、知母等品。如《圣济总录》之地骨皮汤、清骨散等方，亦可与养血之品相配，以祛血虚所生之热，如李杲曰："四物汤内加地骨皮、牡丹皮，治妇人骨蒸最妙。地骨皮治足少阴、手少阳有汗而骨蒸者"，共达养血而清虚热之效。现代药理研究证明：地骨皮对人工发热家兔有显著的退热作用。其乙醚提取物及乙醇提取后残渣之水提取物并无作用，而乙醇提取物、水提取物或乙醚提取后残渣的水提取物皆有作用。其解热作用比氨基比林弱，约与其它解热药相等。为其临床疗效提供了实验室依据。

白薇 味苦、咸，性寒，归胃、肝经，具清虚火、除血热之功，为临床常用之清虚热药。用于阴虚内热、产后虚热等证。《本草正义》曰："白薇之寒凉，既不嫌其伤津，又不偏于浊腻，诚清热队中不可多得之品。凡阴虚有热者，自汗盗汗者，久疟伤津者，病后阴液未复而余热未清者，皆为必不可少之药，而妇女血热，又为恒用之品矣。"对白薇之功用主治颇有体会。《现代实用中药》亦载：本药"用于急性热病中末期之灼热及衰弱病之消耗热、肺结核之骨蒸潮热等"。可见其临床运用之广泛。本品不但清虚热，亦可清实热，均为其所长，如湿热长期不退者，在清湿热方剂中佐以白薇 15～20g 常收佳效。治余邪未尽，阴虚发热，骨蒸潮热，常与生地黄、知母、青蒿等同用；治产后血虚发热，夜热早

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

凉，低热不退及昏厥等症，可与当归、人参、甘草配伍，如《全生指迷方》之白薇汤，共奏养血益阴，清热除蒸之效。

银柴胡 味甘，微寒，归肝、胃经，具清虚热、除疳热之效，常用于治疗阴虚发热、盗汗，劳热骨蒸等症。《本草纲目拾遗》谓其："治虚劳肌热，骨蒸劳热，热从髓出，小儿五疳羸热"。《本草正义》云其"退热而不苦泄，理阴而不升腾，固虚热之良药"。临床上常与地骨皮、青蒿、鳖甲等品配伍，如清骨散。

胡黄连 味苦，性寒，入心、肝、胃、大肠经，具退虚热、除疳热、清湿热之功。善清虚热，用于阴虚骨蒸、潮热盗汗等症。《药品化义》云："胡黄连，独入血分而清热。丹溪云，骨蒸发热，皆积所成。此能凉血益阴，其功独胜，若夜则发热，昼则明了，是热在血分，以此佐芎、归为二连汤，除热神妙"。说明胡黄连亦可与养血之品配伍，可清血中之热。如《古今医鉴》之四物二连汤，即是以本品配伍当归、川芎、白芍、生地、黄连，而治血虚发热之证，疗效确切。

7.2.2 滋阴清热药

常用的滋阴清热药有龟甲、熟地黄、鳖甲、麦门冬、天门冬、石斛等。

龟甲 味甘、咸，性寒，入肝、肾、心经，能滋补肝肾之阴而清热。《药品化义》曰："龟底甲纯阴，气味厚浊，为浊中浊品，专入肾脏。主治咽痛口燥、气喘咳嗽，或劳热骨蒸，四肢发热，产妇阴脱发躁，病系肾水虚，致相火无依，此非气柔贞静者，不能息其炎上之火。又取其汁润滋阴，味咸养脉，主治朝凉夜热，盗汗遗精，神疲力怯，腰痛腿酸。"可见其滋阴清热之功甚佳。现治阴虚火旺，骨蒸劳热，咳嗽咯血，盗汗遗精，可用《丹溪心法》之大补阴丸，即以本品配伍熟地黄、知母、黄柏等。

熟地黄 味甘，微温，入肝、肾经，具有补血滋阴，填精益髓之功，为滋阴之主药。用于治疗肾阴不足的潮热骨蒸、盗汗、遗精等症，常与山茱萸、山药、茯苓、泽泻、牡丹皮同用，即六味地黄丸。治骨蒸体热劳倦，可与当归、地骨皮、秦艽、知母、柴胡、鳖甲等配伍，如《幼幼新书》之地黄散。

鳖甲 味咸，性寒，入肝、肾经，具滋阴潜阳，养阴清热之功，为治阴虚发热之要药。其滋阴作用虽不及龟甲，但清热作用却强于龟甲。常配伍青蒿、知母、秦艽等品。如青蒿鳖甲汤即是以本品配伍青蒿为主，方中之鳖甲直达阴分，育阴退热，青蒿清虚热，轻芬外透，透热外出，二者相伍，有先入后出之妙用。又加生地黄、知母、牡丹皮清热养阴，用以治疗热病伤阴而夜热早凉，热退无汗，舌红少苔，脉细数者，为临床之常用方剂。治骨蒸劳热，常以鳖甲配伍银柴胡、地骨皮、青蒿等，如清骨散。

麦门冬 味甘微苦，性寒，入心、肺、胃经，具养阴清热之功。《名医别录》谓其"疗虚劳客热"，《本草拾遗》称其"去心热，止烦热"。常用于治疗阴津不足之发热。如治疗四肢烦热，口干而渴，骨蒸常配地骨皮，如《圣济总录》之麦门冬汤。

天门冬 味甘、苦，性寒，归肺、肾经，具有养阴清火之功，主治肾阴不足、阴虚火旺的潮热盗汗、遗精等症。常配伍熟地黄、知母、黄柏等品，治疗肾虚火旺、潮热遗精等。《本草汇言》曰该药为"骨蒸劳热诸证，在所必需者也"，可见其治骨蒸劳热之功甚优。

石斛 味甘，性微寒，入胃、肾经，功能养阴清热，益胃生津。《本草纲目拾遗》云

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

其“清胃，除虚热，生津”。常用于阴虚津亏，虚热不退等症，配伍生地黄、白薇、麦门冬等药，则滋阴清热疗效更好。

其它清热药，如黄芪、人参、甘草可益气除热，附子、桂枝配伍六味地黄丸可治阳虚发热等。只有在辨证论治原则的指导下，细审发病之因与发病之机理，辨证准确，明确是属实热或是虚热，或虚实夹杂，方可确定治疗原则，在正确治则的指导下，选择合适的药物，按照组方原则，巧妙配伍；或选用适宜的方剂，适当加减，针对病情，方能获效。

7.3 针灸疗法

针灸疗法对内伤发热病有较好的疗效。

7.3.1 针灸的辨证论治

气虚发热，针刺百会、大椎、内关、间使等穴；或熏灸，或隔姜、隔附子饼艾灸气海、关元、神厥、足三里等穴。

血虚发热，针刺足三里、膈俞、曲池等穴。

阴虚发热，针刺太溪、复溜、三阴交等穴。

阳虚发热，针刺百会、风池、关元等穴。

气郁发热，针刺期门、行间、三阴交等穴。

痰湿发热，针刺阴陵泉、丰隆、外关等穴。

7.3.2 临床经验

《当代中国针灸临床精要》（陈佑邦等主编，天津科学技术出版社 1987 年）载王雪苔介绍治疗发热经验：发热（体温升高），针大椎、大杼、风门、肺俞、曲池、合谷、足三里，有确切的解热作用。还可针对不同病情，加配以下各穴：急性高热无汗者，加针商阳、少商、中冲、厉兑，或刺十宣、十二井穴，补合谷，泻复溜；有汗者加针风府、风池、内庭、太白，泻合谷，补复溜；间歇热，加针风府、风池、液门、阳池、外关、侠溪、仲阳；慢性低热，加针鱼际、间使、复溜、然谷、涌泉，灸足三里。

刘冠军对内伤脾胃，元气亏虚之发热采用：每日用麦粒大艾炷灸中脘 5 壮，足三里、脾俞 7 壮，气海、大椎、阳池 5 壮。连灸 7 日，可收良效〔见于《中医杂志》，1993（1）：27〕。

8 疗效评定标准

8.1 长期低热的疗效评定标准

痊愈：体温降至 37℃以下，其它临床症状全部消失，随访半年无复发者。

有效：体温降至 37℃以下，其它临床症状基本消失，停止治疗后体温偶有回升者。

无效：体温未降至 37℃以下，其它临床症状亦无明显改善者。

以上标准录自林永香等《穴位注射治疗长期低热 38 例》一文（见《上海针灸杂志》，1995（1）：11）。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

8.2 癌热的疗效评定标准

显效：连续服药7~10天，体温退至正常，临床症状改善或消失，时限超过3天。

有效：连续服药7~10天，体温下降0.5℃以上，临床症状改善，时间超过3天。

无效：服药10天以上，体温、症状无变化。

以上标准录自王庆才《辨证治疗癌热70例临床小结》一文（见《辽宁中医杂志》，1992（6）：34）。

8.3 再生障碍性贫血发热的疗效评定标准

若为高热，经过治疗，高热消退（有的遗有低热），至少5天未再高热，定为有效，否则为无效。

若为低热，经过治疗，低热消退，至少7天未发低热，定为有效，否则为无效。

以上标准录自唐由君等《120例再生障碍性贫血发热的辨证论治》一文（见《中国医药学报》，1988（5）:340）。

9 调摄护理

恰当的调摄护理对促进内伤发热的好转、治愈具有积极意义。

内伤发热患者应注意休息，发热体温高者应卧床。病者宜安心养病，经常保持乐观的情绪，使身心愉快。居室内要保持安静，保持空气流通，温度、湿度要适宜。发热时要避开风口，以防复感。

部分长期低热的患者，在体力许可的情况下，可作适当的户外活动，体育锻炼要适度，不可过劳。

饮食有节。低热时以半流质饮食为宜；高热时以流质饮食为宜，适当进食水果。因肝郁、瘀血发热者可进素食；气虚、血虚、阴虚、阳虚发热者宜荤素均食，如鱼汁、肉汁等。饮食既要富于营养，又要易于消化。忌烟酒、辛辣、肥甘厚味、冷食等食物。

内伤发热者常有自汗、盗汗，卫表大多不固，故应注意衣着，避风寒，以免重新感受外邪侵袭，使病情愈加缠绵难愈。

10 康　　复

内伤发热愈后的康复疗法亦十分重要。

对于内伤发热，首先注意药物康复疗法，主要针对内伤发热治愈后存在不同程度的正虚情况进行调补。按照阴、阳、气、血亏虚的不同加以补养。如气虚可用黄芪、党参、黄精或服补中益气丸；血虚可用熟地黄、当归、阿胶等品或服人参归脾丸；阴虚可用龟甲、鳖甲或服大补阴丸，或六味地黄丸，或知柏地黄丸，或麦味地黄丸，对症服用；阳虚可用鹿角胶、淫羊藿，或服全鹿丸，或服《金匮》肾气丸等成药对症治之。一旦诸症解除即可停服药物，转用饮食调理。

在食疗康复方面，有许多方法可资借鉴。

（1）乌龟、鳖鱼各1个，去头尾内脏，炖服，每周1次。可作为阴虚发热的康复治

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

疗。

(2) 银耳 10g，用开水泡开，文火煮烂，放冰糖少许，每周服1～2次。

(3) 人参鲷鱼汤：每次用鲷鱼（大头鱼）头 250g，人参 10g，油、盐适量。先用水 150ml，以文火煎人参，1 小时后将鱼头放入，用急火煮熟，加入油、盐。每周服2～3次，2 周为 1 个疗程。适用于病后气虚者。

(4) 何首乌鲤鱼汤：每次用鲤鱼 1 条（约 500g 重），何首乌 15g，油、盐调味料适量，加水 500ml。先煎何首乌 30 分钟后再放入鲤鱼，煎汤佐膳。每周服食2～3次。2 周为 1 个疗程。适用于病后精亏血虚者。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病证名称与定义

近代医家为病证名称的统一做出了诸多贡献。内伤发热这一病名已被各种著作所首肯，并得到了广泛的运用。如方药中、邓铁涛等主编的《实用中医内科学》对内伤发热的定义为："以内伤为病因，脏腑功能失调，气血阴阳亏虚为基本病机的发热，称为内伤发热。"还指出："临床上多表现为低热，但有时也可以表现为高热。一般起病较缓、病程较长。"[1]与该定义相类似的还有张伯臾主编的高等医药院校教材《中医内科学》，定义为："内伤发热是指以内伤为病因，气血阴精亏虚、脏腑功能失调为基本病机所导致的发热。"[2]除"气血阴精亏虚"与方药中等主编的《实用中医内科学》的"气血阴阳亏虚"不同之外，其它内容则一致，而且还补充了"有的患者仅自觉发热或五心烦热，而体温并不升高者，亦属内伤发热的范围"。充实了内伤发热定义的内容。由王永炎主编的普通高等教育中医药类规划教材《中医内科学》（上海科学技术出版社 1997 年）、王永炎等主编的《临床中医内科学》（北京出版社 1994 年）、石学敏主编的《中医纲目》（人民日报出版社 1993 年）等著作基本与前面所述一致。而吴宇仁则认为："内伤发热的定义，只能是东垣所指的范畴"，"并非凡因脏腑气血亏损或失调而引起的发热"，"不能包括属于郁症发热的'肝经郁热'与属于血症门的'瘀结发热'"。[3]段其昌又提出"内假热证"的定义，认为：内假热证又称虚热，为临床所常见，是疾病过程中颇为常见的病理表现。目前尚难下一个确切定义，只好暂时笼统地说：在正邪交争过程中，由于阴、阳、气、血不足，机体反应属虚，所导致的全身性发热，或病人主观感觉全身或局部发热，无论其体温高或低于正常范围，均属内假热证的范畴。[4]段氏所指内假热证应属内伤发热之属于虚热者。

1.2 病因病机研究

1.2.1 病因学研究

关于内伤发热的致病原因，各家认识不一。方药中等主编的《实用中医内科学》认为内伤发热主要由劳倦、饮食、瘀血、湿郁等因素而引起。[1]张伯臾主编的《中医内科学》

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

教学参考书认为该病病因主要有情志不舒、饮食失调、劳倦过度、久病伤正等方面。[5]朱曾柏指出，导致内伤发热的原因很多，举凡正气不足，精、血、津、液耗损，阳气虚衰，房室不节，瘀血内结，痰浊、暑湿郁伏，情志久郁不畅，久居或长期工作在躁乱喧扰环境，重病、久病（不仅仅是罹患热性病），以及地区、方域和生态失去平衡等等，均可导致机体阴阳气血虚损、逆乱而罹患种种内伤热病。[6]罗国钧编著的《实用中医内科学》认为，内伤发热多由情志郁结、劳倦所伤，使机体阴阳不调，阳气偏盛，或宿食、痰饮、瘀血等阻碍气血运行，营卫之气与之相争而产生发热。[7]黄文东主编之《中国医学百科全书·中医内科学》则认为，本病因七情、劳伤、饮食不节、起居不慎等引起。若外感发热日久不愈，正气虚衰者，也可转化为内伤发热。[8]王永炎等主编的《临床中医内科学》对本病论述较为全面，分原发病因、继发病因、诱发因素等3个方面。[9]

1.2.2 病机学研究

关于内伤发热的病机，各家观点亦是同中有异。蒲辅周对内伤低烧病本着“肝为罢极之本”、“阳气者，烦劳则张”的理论指导临床实践，取得较满意的疗效。蒲氏对这两句《内经》原文的体会是：因患者不善于掌握劳逸结合，过度疲劳，中气损伤，脾阳下陷，以致消化不好，营养不足，中气不固，脾失健运，脾气不敛，虚热内生；肝喜条达，而易寒易热，精神过度紧张，而致肝脾不和，亦能引起低烧。[10]方药中等认为，脏腑功能失调，气血阴阳亏虚为内伤发热的基本病机。分述如下：①阴虚发热：由阴液亏损，不能制火，阳亢乘阴，阴虚内热；②血虚发热：由营血亏虚，其本属阴，阴衰则阳胜，因而引起发热；③气虚发热：或为气虚而虚阳外越，或为气虚而阴火上冲，或为气虚而卫外不固，营卫失和；④阳虚发热：肾阳虚衰，阴寒内盛，或为戴阳，或为格阳，虚阳浮越于外而见发热；⑤气郁发热：郁而化火及耗伤阴精；⑥瘀血发热是因瘀血积于体内，使气血不通，营卫壅遏，而引起发热；⑦湿郁发热：脾胃阳气不足，不能运化水谷，水湿停留，久则郁而化热。[11]张伯臾等指出，内伤发热的共同病机是气血阴精亏虚，脏腑功能失调。分而论之则为：气郁化火或肝火内盛而致发热属肝经郁热；瘀血阻滞而致瘀血发热；中气不足，阴火内生而致气虚发热；阴血不足，无以敛阳而致血虚发热；阴精亏虚，阴衰则阳胜，水不制火，阳气偏盛而引起阴虚发热。[12]石学敏将内伤发热的病机分为肝经郁热；瘀血内停，壅而生热；湿邪内停，阻遏气机，久则郁而化热；中气不足，中阳下陷，以致阴火内生，或虚而卫外不固，营卫失和，皆可引起气虚发热；血虚无以敛阳，阳气亢旺而致血虚发热；阴精亏耗，水亏而不能制火，虚火偏亢而致阴虚发热；脾肾阳虚，阴寒内盛，火不归源，虚阳浮越而致阳虚发热。[13]王永炎主编的《中医内科学》分为：肝经郁热、瘀血阻滞、内湿停聚、中气不足、血虚失养、阴精亏耗。[14]

傅宗翰认为内伤发热机理可能有3个方面，一是正气衰退，包括阴虚、阳虚、气虚、血虚；二是病邪的属性和部位，如寒湿、痰饮、湿热、瘀血具有收引、凝滞、粘腻、阻遏的特性，偏阴，故热象不旺；三是机体功能失调，如营卫不和，肝脾不调，水火不济或气郁化火等，皆能导致发热。[15]刘显遨认为阴虚发热的病机为：瘀滞日久，化热伤阴；脾胃湿热化热伤阴；素体阴虚内热。[16]邓宝华认为虚热无论何因引起，莫不以脾虚瘀阻为纲。在此强调虚瘀互结在本证中占有相当地位，只不过倡导脾虚瘀阻是虚热的病机核心。脾虚、血瘀与脏腑之气血阴阳内虚发热间的关系甚为密切，并互为因果而形成虚实夹杂之虚

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

热证较为多见。但无论哪一类，低热与脾虚见证均为虚热证中最常见的症状，无论哪一类，又均与瘀紧密相连。[15]另外，乔富渠还提出“邪血生热”论之新说，指出“邪入血，始生热”的新观点，亦即一旦发热，标志邪已入血，“邪入血”简称“邪血”，“邪血生热”为各种发热的共同基本病机，并分外感发热与内伤发热两个类型。认为任何发热病人，其血内必有毒，即外感邪毒与内生之毒。[16]乔富渠还认为，难治性热病的重要病机是“不通则热”，即在颇大程度上是由于营、卫、气、血、脏、腑、经、络（脉）等的壅遏不通所致。[17]

对于气虚发热的发病机理，意见很不一致。自从李杲提出以甘温除热法治疗脾胃气虚发热之后，由于对李杲原文理解之不同，或由于临证体会不一致，历代医家关于气虚发热的产生机理的争论从未停止过。尤其是近代医家对这一发病机理更是仁者见仁，智者见智。总括起来，可分以下几个方面：①血虚发热说：殷品之根据李杲“脾胃气虚，不能升浮，为阴火伤其生发之气，荣血大亏”的理论，认为气虚发热的机理，是由于脾胃气虚，健运失职,不能生养荣血，以致血虚发热。倪康兴认为，气虚导致血虚，血虚则心神失养，心火炽盛，可见身热而烦，口渴而不多饮；火性炎上则气高而喘，头痛，脉洪大按之无力。[18]②阴虚发热说：艺勇认为，气虚发热的根本原因是命门火衰，元阳不足，不能腐磨水谷,阴液化生失常，阴虚则生内热，故其本在阳，其标在阴。[19] 李恩复根据李杲多次引用《素问·调经论》“阴虚生内热”来阐明内伤发热的机理，提出此种发热是属阴虚发热中的“营虚发热”。[18]刘伍立提出脾虚发热是因脾胃气虚致津液亏损所致。[20]③虚阳外越发热说：欧阳锜认为，饮食劳倦，损伤脾胃，谷气不得升浮，中焦之阳因而下陷，阳陷于下，中焦遂比较虚寒，因之使虚阳外越而呈现热象。[21][22]丁承恩认为，此热是因脾气虚，虚阳外越而发热。[18]任迪夫认为脾气虚衰，气不约阳，致虚阳浮越。[23]李士泰也持这种观点。[24]④虚人外感发热说：牟允方认为，李杲所说的内伤病实际上就是虚人外感,补中益气汤证和桂枝汤证，病机相同，病情有轻重之别。其结论是：气虚发热,必有外邪所犯。[18]陈广路认为气虚发热的实质应视为脾胃虚弱，正气不支，卫气不固，外邪乘虚而入所致的气虚外感证。正是因为正虚无力驱邪外出，造成邪气久羁，寒热不已。[25]⑤郁热说：周陶冶认为，气虚则运行迟滞，因滞而郁，郁久生热，是以发热。[26]张年顺等总结，北京中医学院主编的《中医学基础》、成都中医学院的《中医治法与方剂》、辽宁中医学院的《方剂学教学参考资料》等都认为是中气不足，清阳下陷,郁而发热。[18]⑥湿热说：朱显书认为气虚发热之病机，乃脾胃气虚，加之嗜食膏粱厚味,滋生湿热，则发热。以气虚为本，湿热为标。[27]⑦脾胃气虚，阴火上冲说:刘渡舟认为，若饮食劳倦，内伤脾胃，则导致谷气的下流而蕴为湿热。此时非独少阴肾水受困,亦必促使少阴的“阴火上冲”。少阴经上系于心，但心尊不受邪，有邪则心包代之。如是，包络相火受“阴火”之扰，乃有大热烦渴、脉洪大等热证出现。[28]⑧脾胃气虚，心火内炽说：徐子评认为，饮食失节则脾胃受伤，七情失常则耗损元气以致心火独盛，脾胃气虚与心火内炽二者相互作用而发生火乘土位。[29]⑨虚气亢奋说：谷越涛等认为，饥饱劳逸失度，气或因过量消耗或化生不足而虚，既虚之气欲竭力维持正常生理功能所需不得不处于一种亢奋状态。气之亢奋外现于临床证候则为发热。[30]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

阴火问题，是气虚发热理论的争论中心。明确李杲有关“阴火”的实质十分重要。因此张年顺等从以下几个方面进行了总结。①从阴阳角度来探讨阴火：刘渡舟认为，实火即阳火，虚火即阴火；万友生认为，病性属热而治法宜清忌温的为阳火，病性属寒而治法宜温忌清的为阴火；朱式夷则认为，外感邪气，阳明胃家实燥化证为阳火证，既外感邪气，又内伤脾胃，阳明胃和太阴脾同时受病者为阴火证。②从脏腑角度来探讨阴火：黄文东等认为阴火主要指心火而言；湖南省中医药研究所的《脾胃论》注释（人民卫生出版社1976年）中指出，东垣之阴火，是由于饮食劳倦，损伤脾胃，脾胃中元气下陷，导致肝肾相火离位而上乘脾胃，干扰心包所致。手足厥阴经脉上下相连，故又称包络之火；廖家兴认为，凡下焦发动之火，均称为阴火，阴火泛指下焦各有关之火，如包络之火、肾火、肝火、小肠火与胆火等；蒋天佑也同意上述看法，但强调主要指肾火。③从病理的虚实方面探讨阴火：茅晓认为，一切既有气虚表现，又有内脏偏亢之火表现的种种虚火，统属于阴火范围。柯雪帆认为，阴火是与阳气相对而言的；阳气就是正气，有抗御病邪的能力；阴火会损伤正气而致病；火与元气的关系就是邪正斗争，“阴火上乘”就是邪火上炎，“脾胃之气下流”就是正气不足；李杲所说的“阴火”，临床所见大多是指实火，从其用连、芩、柏泻火，羌、防、柴、葛散火，就可看出这一点。洪梦泸认为，阴火乃是一种郁火，是由于脾胃损伤，上行外发的作用减弱，发展到一定程度转而下陷。中焦阳气下流，肝肾之气的升腾与百脉经营之气的外发亦都受制。当升不升则气壅于下焦，当发不发则气遏于血中，相对过盛的阳气郁于下焦和百脉之中，郁久则化火为热。④从生理、病理角度探讨阴火：李碧认为，阴火即病理性的壮火，这无疑扩大了阴火的范围，因为阳火也是病理性的壮火，外感实火等也属于病理性壮火。此外，尚有阴火多源说。朱曾柏认为，阴火是由脾胃气虚产生的虚火、升降失常水湿下流导致的郁火和情志刺激产生的五志之火3部分组成。南征则认为，阴火是由脾胃气虚产生的虚阳亢奋之火、升降失常导致的郁火和水湿下流、下焦阳气闭塞产生之火3部分组成。张年顺等在总结后指出，单从一个角度探讨阴火的实质是有困难的，如果综合以上4个方面的认识，则是有希望的。并认为阴火是相对阳火而言的，有少火和壮火两种含义。从少火而言，是指肾火；从壮火而言，是指脾胃气虚，清阳下陷，郁遏而化之火。[18]潘华信认为，阴火是由于劳倦、饮食、七情等因素损伤脾胃之后形成的内伤发热证，气虚是本，火热是标，然乃真火而非假火。[31]

2 临床研究

2.1 证候与辨证规律的研究

2.1.1 临床症状的观察研究

症状的观察是临床研究的基础。从症状学入手，探索疾病的证候及病变规律，判断病势的善恶顺逆，以预测其转归，指导临床治疗是内伤发热病临床研究的重要任务。

近代医家对内伤发热的临床症状多有研究。如方药中等主编的《实用中医内科学》指出：“临床多表现为低热，但有时也表现为高热。一般发热而不恶寒，或虽感怯冷但得衣被则冷感减轻或消失。发热持续，或时作时止，或作有定时。多伴有头晕、神疲、自汗、盗汗、脉弱无力等症，且由于证候的不同，分别有阴虚、血虚、气虚、阳虚、气郁、瘀

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

血、湿郁等临床表现。阴虚发热表现为午后潮热，或夜间发热，发热不欲近衣，手足心热，伴有盗汗、口干咽燥等症；血虚发热除见有热势或低或高外，还可见有头晕眼花、心悸不宁、面色无华、唇甲色淡等症；气虚发热见有热势或低或高，常在劳累后发作或加剧倦怠乏力、短气懒言等气虚表现；阳虚发热则发热而欲近衣，四肢不温等；气郁发热多为低热或潮热，热势常随情绪变化而起伏，烦躁易怒等；瘀血发热则为下午或夜晚发热，或自觉身体某部位发热，口燥咽干，但欲漱水不欲咽等；湿郁发热为低热，午后热甚，伴有胸闷、身重、呕恶、大便稀溏或粘滞不爽等。[1]王永炎主编的《中医内科学》也认为：内伤发热多为低热，表现高热者较少；亦有少数患者自觉发热或五心烦热，而体温并不升高，不恶寒，或虽感怯冷，但得衣被则温；常兼见头晕、神疲、自汗、盗汗等症。还指出，因内伤发热主要由气、血、水湿的郁滞壅遏或气、血、阴、阳的亏损失调所致，故在发热的同时，分别伴有气郁、血瘀、湿郁或气虚、血虚、阴虚、阳虚的症状。[12]宋秀琴等认为内伤发热的热型以低热、潮热和骨蒸、五心烦热最为常见，有时也可见有高热，并归纳其兼症为出汗、颧红、耳鸣、眩晕、口渴、咽干、失眠、胸中烦热（心中疼热）、胁痛、食欲不振、疲乏、便秘、遗精、抽搐。[32]王凤山等认为长期低热由于湿热者屡有所见，其特点为病程长，兼有不同的湿热征象，脉多见滑象，舌苔黄腻。[33]李碧指出，用补中益气汤治疗气虚发热的主要症状为：身热而烦，微恶寒或不恶寒，头晕痛，渴喜热饮，乏力懒言，面黄而浮，食少腹胀，便溏少气，动则气喘自汗，苔白，脉虽洪大而按之虚软等。[34]郭贞卿认为，发热之疾需用甘温剂者，诊断要点有五：①面色㿠白或黯；②疲乏、精神萎顿、困倦、语音无力，甚者觉气息下坠；③食欲不佳，或劳动后食量本当增加而反不欲食；④脉无论浮、沉、迟、数，以虚为主；⑤大便溏薄不成形。[35]以上论述均为内伤发热的症状的研究充实了内容。

2.1.2 危绝症与病势转归

关于内伤发热的病势转归及危绝症的研究，近代医家做出了贡献。如方药中等主编的《实用中医内科学》认为，内伤发热的一些证候可以互相转化或兼杂出现。如阴虚发热日久耗伤精气，则至气阴两虚；阴损及阳，则转化为阴阳两虚的重证。血虚发热日久，必兼气虚，而转化为气血两虚之发热。气虚发热，由于热耗阴精，则呈现气阴两虚的证候；气损及阳，阳衰气弱，则转化为阳虚发热。气郁发热，热邪伤阴耗津，兼见阴虚的表现；气机郁滞，以致血行不畅，则兼见瘀血的表现。虚实夹杂亦常多见，如阴虚夹湿热，阴虚夹瘀血，气虚夹湿热，气虚夹瘀血等。这些临床上均不少见，这也是造成治疗上比较困难，病程缠绵不愈的因素之一。发热只是一个症状，而内伤发热的预后，与其病因病机以及引起发热的原发疾病有着密切关系。一般说来，内伤发热大多迁延日久，病程缠绵，不容易在短时间内治愈。其中，阳虚发热之属于阴寒内盛，格阳于外，真寒假热者，预后较差。[1]王永炎主编的《中医内科学》认为，内伤发热外又兼杂多种病证，病情复杂，以及体质极度亏虚的患者，则疗效及预后均较差。[12]可以看出，对于内伤发热危绝症的研究多在阳虚发热之属于阴盛格阳之真寒假热证；或兼夹之证，病情复杂；或体质极度虚弱者。依临床所见，西医学之恶性肿瘤、血液病等发热，病情极度恶化者，预后多不良。

2.1.3 舌象与脉象的观察

舌象和脉象的观察，在内伤发热病中尤其是对鉴别虚实寒热之属性，预测病势转归及

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

指导临床治疗等方面，均具有十分重要的意义。如方药中等认为，阴虚发热者，舌质红、干燥少津或有裂纹，苔少或无苔，脉细数；血虚发热者，舌质淡，脉弱；气虚发热者，舌质淡，苔薄白，脉弱；阳虚发热者，舌质淡胖，或有齿痕，苔白润，脉沉细或浮大无力；气郁发热者，舌红，苔薄黄，脉弦数；瘀血发热者，舌质青紫或有瘀点、瘀斑，脉弦或涩；湿郁发热者，苔白腻或黄腻，脉濡略数。[1]张伯臾主编的《中医内科学》、[2]王永炎主编的《中医内科学》[12]等著作与上述观点大体相同。

2.2 证候学研究

2.2.1 证候研究现状

内伤发热病临床研究的重要方法之一，是通过具体的辨证分析而概括出证候，据证立法，依法组方，指导临床遣方用药，以使理、法、方、药达到完整的统一。如岳美中曾经指出，低热者，要从阴阳、脾胃、肾、肺几个方面去辨。抓不住证候不行，抓不住证候则无证可辨，治无从施。[36]岳氏还认为，低热除气虚发热、阴虚发热为临床常见类型外，还有肝郁发热、血瘀发热、湿热相蒸发热、阴虚夹瘀发热、血虚发热等等，往往各型症状相兼出现。[37]许晴暄等将低热分为8型施治：①营卫虚弱，用桂枝人参汤；②阳虚发热，用二加龙骨牡蛎汤加味；③寒湿发热，用柴平、胃苓等方化裁；④湿热蕴结，仿甘露消毒丹之意；⑤气血虚弱，用保元汤、小建中汤，或归脾汤加减；⑥血瘀发热，用桃红煎合逍遥散化裁；⑦风湿发热，用通阳宣肺化湿汤；⑧阴虚夹湿，用六味地黄汤合茵陈猪苓汤加减。[38]任应秋曾将内伤发热分为肝郁发热、血瘀发热、积滞发热、阴虚发热、气虚发热等几类。[39]黄文东主编的《中国医学百科全书·中医内科学》一书将该病分为气虚发热、血虚发热、阴虚发热、虚劳发热、瘀血发热、湿痰发热、肝气郁热、微热等8型。[8]方药中等先生主编的《实用中医内科学》分阴虚发热、血虚发热、气虚发热、阳虚发热、气郁发热、瘀血发热、湿郁发热7型。[1]张伯臾主编的《中医内科学》分肝郁发热、瘀血发热、气虚发热、血虚发热、阴虚发热5型。[2]而该书教参又增加了湿郁发热与阳虚发热两型。[5]王永炎主编的《中医内科学》中的本病分证与方药中等主编的《实用中医内科学》相同。[12]王永炎等主编的《临床中医内科学》较方氏等的分法少湿郁发热一型。[9]杨思澍等主编的《中医临床大全》较方氏等的分法少湿郁发热，却增食积发热与痰滞发热2型。[40]石学敏主编的《中医纲目》的分法与方药中等主编的《实用中医内科学》相同。[11]宋秀琴等将内伤发热病分为虚证发热（包括气虚发热、血虚发热、营卫不和发热、阴虚发热、阳虚发热）、实证发热（包括气郁发热、食滞发热、痰郁发热、湿郁发热、瘀血发热）和虚实夹杂证（包括气虚兼气郁发热、阴虚兼气郁发热、阴虚兼食滞发热、阴虚兼湿热发热、阴虚兼瘀血发热、气阴亏损兼湿热发热、血虚夹寒发热）3型。[32]朱曾柏将内伤热病分为营卫失调发热证、阴虚火旺发热证、阴（津、液、精、血）虚发热证、湿热蕴结发热证、暑湿内蕴气阴耗损发热证、痰浊内蕴发热证、气郁发热证、瘀血内结发热证、元气虚损发热证。[41]杨履新则认为本病典型的单一证型并不多见，而多证型夹杂，脏腑或气血同病的比较复杂的证型则常见，分为：①肝脾不和型，此型患者多见于迁延性慢性肝炎的低热证型；②积滞湿热型，此型患者常见于慢性痢疾、肠炎、伤寒和某些肝炎、胆囊胆道炎等；③血瘀发热型。[42]李庭玉对低热辨证分阴液亏损型、心脾劳损型、阴胜阳虚型、肝胆

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

抑郁型，分别以归芍地黄汤、归脾汤、附子理中汤合四神丸、加减逍遥散化裁治之。[43]姜超等对60例低热病例辨证分为余邪不尽型、湿热型、湿阻少阳膜原型、滞热型、阴虚型、血瘀型。[44]段其昌氏对内假热证（又称虚热证）辨证分整体虚损型、气机郁滞型与混合型。[4]乔富渠将“邪血生热”中的内伤发热部分分为：①阴虚型，认为甲亢患者高甲状腺素血症（邪血）所致的发热多属此型；②血瘀型，该型病机多为内生之毒如肿瘤细胞致热原、淋巴因子致热原等入血，亦可兼夹外邪；③气虚型；④湿郁型，如风水病（急性肾炎），小儿暑热症，及心包、胸膜腔、肾盂等部位积水所致之发热可见此型。[16]周建国认为郁证发热属内伤发热范畴，临床将其分为气郁发热、火郁发热、血郁（瘀）发热、湿郁发热、食郁发热5个证型，并且对每一证型之病因病机、临床表现及治法方药等结合前贤所论及个人心得体会逐一进行了论述。[45]

综上所述，各家对内伤发热的辨证分型颇为丰富多彩。然总而论之，不外虚、实二端，虚证以气、血、阴、阳之虚为多见；实证以瘀血、湿阻、气滞、痰郁、食滞为常见。亦有虚实夹杂分型者，或者相兼而现者，临床当注意辨别。

2.3 治则治法研究

2.3.1 治则概述

纵观内伤发热一病，当有虚实之分，在临床治疗过程中观察到本病虚多于实。虚证见于气、血、阴、阳等不足；实邪在于瘀血阻滞、肝经郁热、内停湿聚等所致。但在疾病发展过程中往往虚实夹杂。治疗时则应根据临床证候、病机的不同而分别采用有针对性的治法。据“虚者补之”的原则，虚火宜补，应用益气、养血、滋阴、温阳等法；据“实者泻之”的原则，实火宜泻，宜治以活血、解郁、祛湿等法。适当配伍清热之品。对虚实夹杂者，则宜兼而顾之。

2.3.2 治法研究

数十年来，为了提高治疗内伤发热病的疗效，诸多临床医家根据临床观察总结出了大量的资料，通过深入的探索，取得了可靠的疗效。尤其是在辨证论治原则的指导下，对治则、治法、证治方药进行了许多研究，积累了丰富的临床经验和研究成果，对临床具有实际的指导意义。方药中等主编的《实用中医内科学》提出，针对病机进行治疗，是治疗内伤发热的根本原则。切忌一见发热就滥用寒凉。阴虚发热治宜滋阴清热；血虚发热治宜补益气血；气虚发热治宜益气健脾，甘温除热；阳虚发热治宜温补肾阳；气郁发热治宜疏肝解郁，清肝泻热；血瘀发热治宜活血化瘀；湿郁发热治宜宣化畅中，利湿清热。证候兼夹者，治疗应予兼顾。[1]蒲辅周认为低热病人，苦寒药不宜多用，否则不仅伤脾败胃，苦寒太过亦可化燥伤阴。同时慢性病尤要重视胃气为本，内伤低热，脾胃已弱，药量亦宜轻，宁可再剂，勿用重剂，用之欲速不达，反伤中气。并认为久患内伤低热，有气虚、血虚之分，不在气分就在血分，而属气分者多，属血分者少。偏于气分者，宜甘温除热，轻则用补中益气汤，重则用当归补血汤合甘麦大枣汤加党参；有湿热者，宜升阳益胃汤；若脾胃虚又过食冷物，致阳气抑郁，或外感治疗不当，犯凉遏、误补，致热郁于内，出现长期低热者，宜升阳散火汤。偏于血分者，男女老幼均可用圣愈汤加地骨皮；肝胆郁热者，用丹栀逍遥散加香附、神曲、荷叶。[10]岳美中认为见热退热，不审病机是风热、湿热，不采取

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

针对病情的治法，早投苦寒，则遏邪于内，恣予甘寒，则恋邪于里，往往导致低热难退。又认为火郁症多属外感病迁延未治，或用中药治不得法、邪不得外出，或抗菌素应用不当而造成，用火郁汤往往有效。[46]岳氏还认为久热不退之症，治之极难见效，低烧在38℃上下者，也不易治愈。此症多属脾阴不足，予四君子汤加山药，每每取效。[37]朱曾柏认为朱震亨的“相火论”和“阳有余阴不足论”以及“六郁”之说，对于治疗功能性低热和神经调节紊乱引起的低热，及治疗慢性胆系感染、慢性泌尿系感染之低热，颇有借鉴价值。明清外科书籍中，从清理湿热、解毒排脓大法入手，制订了许多清热解毒、分化痰瘀的有效方剂，对目前痰瘀交阻发热和手术后低热不退，均有参考价值。温病学派的“救阴”、“护阴”、“养胃阴”等治疗原则对治疗慢性发热疾病，特别是对老年和女性患者，很有指导意义。王清任、唐容川对瘀血发热的治疗经验对目前治疗某些血液病引起的发热，大手术后引起的发热稽留不退，肺炎退热较晚，及控制和改善某些癌肿而引起的发热等，都很有参考价值。[47]董廷瑶运用扶正退热法治疗小儿各种低热或久热迁延，疗效卓著，分为益气退热法、扶阳退热法和滋阴（血）退热法。[48]董德懋治疗内伤发热分清气化痰、滋阴清热、补脾益气、开郁理气、活血化瘀5法。[49]王海洲等介绍了低热辨治6法：滋水降火法、消积清热法、甘温除热法、热因热用法、解郁清热法、祛瘀清热法，分别以黄连阿胶汤或六味地黄汤、保和丸、补中益气汤、通脉四逆汤、丹栀逍遥散或四逆散、桃仁承气汤或血府逐瘀汤化裁治之，效果满意。[50]沈舒文提出了治疗内伤发热的几大法则，即甘温益气退热法、引火归源退热法、滋阴降火退热法、疏肝泻火退热法、消散瘀血退热法等。[51]乔富渠提出发热从通论治10法，即解毒退热法、化瘀退热法、解郁退热法、除湿退热法、利水退热法、祛痰退热法、消食退热法、驱虫退热法、排石退热法、破癥退热法。[52]邓宝华注重扶脾化瘀法治疗虚热，根据证型的不同相应地采取益气升阳化瘀退热法、益气温阳化瘀退热法、益阴活血清透法、益气养血活血退热法、益气养阴活血清热法、益气养血守中化瘀法，以自拟护中化瘀除热方化裁，基本组成为党参（或人参）、茯苓、山药、生黄芪、当归、红花、砂仁、桔梗、仙鹤草、青蒿、生甘草。[15]王占玺等认为低热证表现多端，病程较长，见症又不千篇一律，多数作者从虚论治，通过临床实践结合前人经验，归纳为2型10法。偏虚型低热分：①调和营卫法，方用桂枝汤加味，表虚甚者合用玉屏风散；②健脾渗湿及建中益气法，前者用香砂六君子汤加味，后者用补中益气汤加减；③补血法，用八珍汤或四物汤加减；④育阴清热法，肺阴虚者用百合固金汤加减，肝阴虚者用一贯煎加减，肾阴虚者用六味地黄或知柏地黄汤加减，阴虚较甚者用补心丹加减；⑤滋阴柔肝，引火归元法，方用都气汤加柴胡、白芍、肉桂。偏实型低热分：①舒肝清热法，用丹栀逍遥散加减；②和解少阳及和清并施法，用小柴胡汤，少阳阳明合病者，用大柴胡汤加减；③芳化健脾法，用藿香正气散加减；④养血温经法，用当归四逆汤加减；⑤清热通络法，用自拟四藤汤加味。[53]

2.3.2.1 甘温除热法 自金元四大家之一的李杲倡甘温除热法之后，历代医家对该法进行了多年的探索。尤其是近代医家在甘温除热法的研究方面取得了丰硕的成果。

2.3.2.1.1 甘温除热法的研究 李杲提出“温能除大热……今立补中益气汤”。关于甘温是否能除大热的问题，近代医家各执己见，争论不休。如陈鼎祺认为，大热是属于发高烧（即高热），而高热的原因很多，其治疗法则也各异，所以甘温药物在除热时，有一

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

定的局限性。补中益气汤用于重病之后，元气大伤，在恢复阶段有虚象的病人，肯定有效。但临床上常见的虚热，温度不太高，一般够不上“大热”。并经临床运用补中益气汤所治之证，认为若将甘温除大热改为甘温除虚热，可能会更恰当。赵树珍也认为，气虚发热绝无大热可言，其治疗以补中益气汤为基本方，但应根据病情轻重、病及脏腑的多寡及兼夹证等辨证化裁。黄海龙认为甘温除大热治疗真寒假热证，不论体温表上是否显示发热，必须抓住气虚或阳虚这一疾病本质。朱炳林、徐斌、王武兴、王心好、万友生均认为甘温确能除大热。[54]颜文明亦认为，甘温能除大热，就是指用补中益气汤治疗气虚发热。[55]郭贞卿认为甘温除热法由3个方面的治法机理组成：①温补中气；②调整升降，消除各种由气机、气化升降失常所导致的病理产物，如痰、瘀等；③祛除各种致热病因，如郁热、外邪等。正确地处理好这3个方面，就能取得较好的疗效。[35]彭含芳指出，甘温除热是益气以祛邪，甘温除热的原理是扶正祛邪。[56]关于甘温除热的适应证，多数人主张其范围应该更广一些。如殷品之认为，甘温除热可以适用于气虚发热，也可以适用于气血两虚发热。[57]赵守真认为，甘温除热可适用于脾虚发热、气虚发热、血虚发热和痰饮发热。[18]

2.3.2.1.2 甘温除热方剂的研究 关于甘温除热的方剂，近代医家亦多有所论。如欧阳锜认为，凡方中有参、桂、芪、术、甘、枣等药者，都是甘温除热剂。[21]闵子谦认为，理中汤、桂附八味丸和四逆类方剂都是甘温除热剂。[58]王少椒认为，治疗气虚发热的方剂，除补中益气汤之外，临床常用的方剂尚有四君子汤、小建中汤、参苓白术散、生脉散、人参蛤蚧散等，可随证选用。[59]韩先知认为气虚发热是现象热而本质寒，主用补中益气汤方的甘温除热法，既可说是“热因热用”，也可说是“寒者热之”。甘温除热法，除补中益气汤与升阳益胃汤外，凡方中含有参、桂、芪、术、甘、枣等味者皆可用之，如理中汤、小建中汤、黄芪建中汤、十全大补汤、当归补血汤、当归六黄汤、保元汤、加味桂枝汤等。只要用之得当，疗效卓然。[60]李士泰亦认为，凡方中有参、桂、芪、术、甘、枣等味的方剂皆属甘温除热之剂，如小建中汤、补中益气汤、人参养荣汤、归脾汤、圣愈汤等皆是。[24]而潘华信则指出，不少医家认为，凡方剂中含有参、芪、术、甘等甘味者，皆属甘温范围，如小建中汤、黄芪建中汤、香砂六君汤、人参养荣汤、归脾丸、十全大补丸等，这是广义的认识，很有见地。然而李杲藉以除大热的甘温法是有特定含义的，非一般甘补药，否则会被曲解为凡补药皆能除大热的，李杲甘温法的组方原则是甘补药加升发药，或再加清热药，其代表方为补中益气汤，其规范方则为补脾胃泻阴火升阳汤。并认为只有李杲这些组方才能除大热，盖具特殊机理与作用，非单纯甘药所能替代。[31]

对补中益气汤的研究报道亦较多。如潘静江对补中益气汤类甘温补益药为何能退热，提出以下3点设想：①对于虚人感冒，在内伤基础上夹杂外感、缠绵发热的病例，服甘温的补益药后能增强抵抗力，有助于消除感冒而退热，补中益气汤内有升、柴，更能发挥解热作用；②对于有慢性感染而表现阳虚发热的病例，服甘温的补益药后，能改善机体的反应性，使发热的反应消退或减轻，也可能通过增强抵抗力，协同其它治疗，减轻感染病变，从而使发热消退或减轻；③对于所谓“体质性体温过高”而表现阳虚的病例，服甘温的补益药后，可能会改善植物神经系统的功能状态，改善体温调节功能。[61]李碧认为补中益气汤的最大特点是升提药与补气药同用，所谓升提，是把中焦下陷之气升之提之，升、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

柴只有伍人补中益气诸品之中，才能发挥升阳举陷作用，而升阳作用与表散作用有关，即通过调和营卫使邪去正安，以助补中益气之品更好地发挥疗效。[34]李卫华认为，升、柴除协同参、芪升举清阳外，二者性偏寒，佐入甘温药中，又有缓和枢转的退热作用，以治低热标症。[62]沈君骅等认为，补中益气汤中少佐升、柴，一则助方中甘温补气之品以升举脾胃清阳之气，二则实为辛凉解表之品，本有透表清热作用。[63]冯变花亦认为，补中益气汤中升、柴除具助参、芪升发中焦之气外，其清解热邪之功亦不可忽视。二者配合具有清解中焦，透达热邪之能，起着治疗气虚发热中“标热”的作用。[64]而潘华信认为，升、柴在补中益气汤中所发挥的作用是清热解毒，去邪退热，决非所谓升提阳气的作用。补中益气汤实是甘补药与清热祛邪药的组合，总体上扶正祛邪。[31]朱式夷认为补中益气汤中升、柴有泻邪清热与升清降浊两种作用。[65]张光禹认为方中升麻升举脾阳，柴胡畅达少阳之机，甘草泻火。[66]从上述可以看出，对补中益气汤的探讨主要集中于对升麻、柴胡在方中的配伍意义上，而其中的升阳举陷与清热作用较为符合临床实际。

2.3.2.1.3 甘温除热法的临床研究 中国中医研究院基础理论研究所潘丽萍等统计了近30年各级中医杂志报道的162例用甘温除热法获效的发热病例，其中男78例，女84例，从年龄、病程、发热程度及症状等方面分析发现，用甘温除热法获效的患者以50岁以下者居多，约占87%，其中尤以10岁以下的儿童及20～40岁的中青年为多，50岁以上的中老年病人较少，仅占10%左右。其中的151例有明确的体温记载，用甘温除热法获效者以37℃～38℃的低热患者为多，约占40.4%，38℃～39℃的中等热度患者占29.1%，39℃～40.5℃的高热患者约占25.8%，40.5℃以上的超高热患者极少见，仅占2.7%。还有个别患者体温在正常范围内，仅自觉发热，用甘温除热法亦可获效。所收集的病例中，有158例明确载有病程，短则几天，长则可达9年。其中病程不及1个月者占34.8%，3个月以内者占56.3%，1年以内者占77.2%，病程超过1年者仅占22.8%。此外，作者还对162例气虚或气虚血亏发热患者所表现的症状进行了分析统计，其中出现次数较多的症状为：神疲乏力，纳差，腹泻或便溏，自汗，气短懒言，头晕，面色苍白，舌体胖大，舌质淡，苔白，脉细数。归纳起来，甘温除热法的应用指征主要是：①病程较长，但一般在数月之内。年龄以10岁以下儿童，或20～50岁的中青年患者为多。②热象：持续低热，或壮热不退，饮食失节或劳倦过度时加重。③兼有脾气亏虚或气血两虚的症状。④用甘寒养阴、苦寒清热之剂等，或使用各种抗生素无效。[67]

2.3.2.2 阴虚发热治法研究 刘映芳认为阴虚发热病因复杂，且多兼夹证，治疗上不能一见发热即投苦寒清热之品，也不能一经辨证为阴虚发热，即以滋阴透热除蒸统之，应当细审病因，辨明标本，随证加减用药，方可取得好的效果。临床总结出：①滋阴透热除蒸；②滋阴养血除蒸；③益气生津，养阴清热；④清养肺胃，滋阴退热；⑤养阴清热，涤痰除湿等5种治法。[68]岳美中用六味丸加柴胡、白芍、肉桂治疗肾阴虚发热，取得良好效果。[37]刘显邀体会，阴虚发热的原因虽然复杂，总的特点是病邪化热伤阴，以致阴虚生内热而午后发热，临证时必须透过阴虚发热的现象看本质，注意“因”、“化”、“伤”三字。如瘀滞未化热者，治当活血化瘀；若已化热者，治当活血化瘀，通下瘀热；若化热伤阴者，治当活血化瘀，佐以甘寒养阴。脾胃湿热，未化热伤阴者，治当清利湿热；若已化热伤阴，治当清解透邪，苦寒坚阴。阴虚内热，未化火者，治当甘寒养阴，育阴退热；若

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

阴虚火动者，治当滋阴降火等。并认为临床表现常常错综复杂，如瘀滞日久化热伤阴的患者，有时瘀滞的临床特征很不明显，容易被阴虚所掩盖，屡用滋阴清热药又无效果，而改用活血化瘀，佐以甘寒之品获得疗效；脾胃湿热伤阴，要辨别湿热孰轻孰重，伤阴程度的轻浅；若阴虚症状典型，脾湿症状不显者，多属热重湿轻，伤阴程度深，治宜清解透邪，佐以苦寒坚阴。还提出了用药时当注意苦寒坚阴药与甘寒养阴药应用的时机。[14]邢春浦以清骨散加减治疗肝肾阴虚，虚热不退，取得满意疗效。方药组成为：地骨皮、太子参、青蒿、知母、牡丹皮、怀牛膝、麦门冬、滑石、五味子、甘草。[69]关幼波以养阴清热方（青蒿、党参、白芍、赤芍、鳖甲、地骨皮、牡丹皮、焦白术、醋柴胡、生甘草、薄荷、灯心、白茅根）治疗肝炎后发热属阴虚血热、肝郁脾虚者，疗效肯定。[69]李传龙以养阴清热汤（地骨皮、青蒿、生地黄、白芍、当归、知母、竹叶、何首乌、党参、鳖甲、川芎）治疗阴津不足之长期低热，疗效确切。[69]

2.3.2.3 恶性肿瘤发热治法的研究 中医药对恶性肿瘤所引起的发热的治疗亦颇具特色。如李佐清等对68例恶性肿瘤（包括肝癌、肺癌、胃癌、淋巴瘤）发热患者进行了临床观察。共分3型：①阴虚血瘀型30例，症见低热，体温37.3℃～38℃，以午后为甚，伴有口干舌燥，尿短赤，便结如羊屎，形瘦神疲，或心烦，手足心热，或身有痛楚，疼痛固定，舌质青紫或红紫，苔少或无苔，脉细数或弦细数。治宜活血化瘀，养阴清热。方用青蒿鳖甲汤加减：穿山甲10g，鳖甲30g，知母15g，白薇10g，生地黄12g，赤芍12g，牡丹皮10g，银柴胡10g，麦门冬10g。肝癌加女贞子、枸杞子；肺癌加沙参、川贝母；胃癌加黄精、石斛。②热毒瘀阻型24例，症见发热，多在38.5℃～39.5℃之间，发热无定时，伴有口渴汗出，尿黄，或身有疼痛，或鼻血、咳血、便血、皮下出血，舌质红紫或青紫瘀斑，苔黄腻，脉弦滑数。治宜清热解毒，活血化瘀。方用自拟祛瘀解毒汤：穿山甲10g，水牛角30g，七叶一枝花12g，半枝莲20g，白毛藤20g，黄芩10g，甘草6g。肝癌加柴胡、延胡索；肺癌加鱼腥草、桔梗；淋巴瘤加龙葵、猫爪草。如有出血者加三七粉5g冲服。③瘀血型14例，症见发热，体温时高时低，多以午后及夜间为甚，口干不欲饮，大便不畅或干结，身上常有固定痛处或积块，面色晦黯或黧黑，舌质青紫有瘀斑，苔薄黄，脉细涩或弦涩。治宜活血化瘀。方用血府逐瘀汤加减：桃仁10g，赤芍12g，生地黄12g，白毛藤20g，延胡索12g，莪术10g，三七10g，枳壳10g，牡丹皮10g，水牛角30g。肝癌加鳖甲；肺癌加贝母、穿山甲；胃癌加蒲黄、五灵脂；淋巴瘤加夏枯草、海藻。治疗结果：显效时间最长2周，最短2天，平均5天。显效率为55.7%；总有效率为82.2%。[70]王庆才辨证治疗癌热70例，其中男49例，女21例；年龄最小22岁，最大73岁；发热最短3天，最长48天；其中肺癌19例，原发性肝癌16例，胃癌5例，白血病5例，恶性淋巴瘤7例，肉瘤4例，骨转移8例，其它6例。辨证分型与治法：①气虚型9例，治以补中益气法，方用补中益气汤加味；②阴虚型20例，治以滋阴清热法，方用增液汤、青蒿鳖甲汤加减；③血瘀型25例，治以化瘀退热法，方用血府逐瘀汤加减；④毒热型16例，治以泻火解毒法，方用清瘟败毒饮、黄连解毒汤化裁。治疗结果：总有效率达78.57%。[71]李力强等运用益气养阴为主治疗恶性肿瘤晚期非感染性发热43例，并且配合口服萘普生每次250mg，每日1次。治疗方药用麦门冬汤加味：白参10g，茯苓5g，法半夏10g，大枣10g，白术10g，山药15g，百合15g，麦门冬20g。阴虚甚者加沙参、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

生地黄、天花粉；气虚甚者加黄芪、黄精；夹瘀血者加丹参、川芎、乳香、没药。另用西洋参 10g，麦门冬 15g，五味子 6g 炖服，并用人乳 50g 冲服。两个处方均每天 1 剂。除禁普生外，停用抗生素及其它西药。治疗结果：显效 31 例（72.09%），有效 9 例（20.93%），无效 3 例（6.97%）。患者原有癌性疼痛均有不同程度缓解，其消化道症状及精神状况均明显改善，未见不良反应。[72]陈连起对介人治疗引起发热的 150 例肝癌患者，使用清热解毒、活血化瘀、养阴益气法进行治疗，并与西药退热组进行对照。结果表明，在退热的速度和相关症状的消失方面，中药组优于对照组。方药组成为：白花蛇舌草、石见穿、半枝莲、黄芪各 30g，鳖甲、赤芍、丹皮各 10g，生地黄、沙参各 20g，石斛、水牛角、党参、三棱、莪术各 15g，栀子、白术、金银花各 9g，穿山甲粉 4g。气滞加郁金、柴胡各 9g，痰湿重者加瓜蒌 30g、猫爪草、海藻、昆布各 15g。[73]马廷行等以滋阴清热解毒法为主综合治疗肺癌 240 例，1 年生存率为 57.5%，比国内文献报道单一方法治疗 1 年生存率明显提高。以手术加中药或手术后化疗加中药疗效最好。适应证：阴虚肺热毒蕴型而见有咳嗽少痰或无痰，咽干口燥，或低热盗汗，五心烦热，大便干结，脉细数，舌质红苔薄黄。用滋阴清热解毒方：沙参、麦门冬、芦根、玄参、枇杷叶、桑白皮、黄芩、半枝莲、白花蛇舌草、金银花、天花粉、甘草，随症加减。[74]陈家俊等运用竹叶石膏汤化裁治疗癌性发热患者 52 例，随机分成竹叶石膏汤组和消炎痛组分别进行观察。治疗方法：中药竹叶石膏汤组以竹叶、生石膏、半夏、太子参、麦门冬、山药（代粳米）、甘草组成；消炎痛组：消炎痛 25mg，1 日 3 次口服。两组均连续治疗 7 天为 1 个疗程，再停药 7 天观察疗效。结果：两组降热疗效相比，竹叶石膏汤组高于消炎痛组，前者总有效率为 81.5%，后者总有效率为 52%，经统计学处理，两组间降热疗效有显著性差异（$P<0.05$）。同时表明，竹叶石膏汤组在降热时间上虽稍慢于消炎痛组，但维持时间长，停药后体温回升率明显低于消炎痛组，且毒副作用轻，无耐药性和成瘾性，能重复运用，疗效巩固。[75]何建平等治疗 55 例白血病发热患者，其中属内伤发热者 19 例。肝经实热型，治以清肝泻热，凉血止血法；脾虚湿热型，治以清热利湿，健脾益气法；肾虚发热型，治以清邪热，滋肾阴之法。[76]李士林等以健脾清热法治疗血液病发烧出血 18 例，方用补中益气汤合犀角地黄汤随症加减。[77]刘金生等用黄芪建中汤治疗急性淋巴细胞性白血病之发热。[78]均取得满意疗效。

2.3.2.4 再障发热治法的研究 中医药治疗再生障碍性贫血发热具有明显的优势。如唐由君等对 120 例再障并有发热的病人进行分析，发热计有 204 例次，属内伤发热者 80 例次。其中，①阴虚发热 27 例次，表现为午后发热(37.2℃～37.6℃)，身倦，头晕，乏力，盗汗，虚烦，手足心热，夜眠不佳，齿龈流血，四肢有少量出血点，大便偏干，小便少，舌苔少，舌质偏红，脉细数。治以养阴清热。方用当归六黄汤合清骨散加减。药用：太子参、当归、生地黄、知母、黄柏、玄参、麦冬、青蒿、龟版、黄芪、白术、甘草。②血虚发热 34 例次，表现为午后发热(37.2℃～37.9℃)，头晕，心悸，身倦，乏力，恶心纳呆，面色不华，爪甲色淡，舌苔薄白，舌质淡，脉细弱。治以补养气血，佐清虚热．方用归脾汤加减。药用：人参、黄芪、白术、扁豆、山药、砂仁、升麻、青蒿、石斛、女贞子、阿胶、生地黄、熟地黄、白芍、当归、甘草。③气虚发热 5 例次，表现为发热(37.2℃～37.8℃，甚至 39℃)，头晕，乏力，心悸，气短，胃纳不佳，大便偏干，舌

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

苔薄白，舌质淡，脉细弱。治以补气养血，佐清虚热。方用补中益气汤加减。药用：人参、黄芪、白术、扁豆、山药、升麻、青蒿、甘草。④阳虚发热3例次，表现为发热(37.2℃～37.8℃，甚者39.5℃)，脊背发凉，手足欠温，头晕，乏力，心悸，舌苔薄白，舌质淡，脉沉细。治以温补脾肾。方用桂附八味丸加减。药用：附子、肉桂、人参、黄芪、白术、砂仁、补骨脂、生地黄、女贞子、白芍、甘草。⑤血瘀发热11例次，表现为：发热(37.2℃～37.8℃)，口渴不欲饮，若有疼痛则固定不移，舌苔少，舌质紫、黯或有瘀斑，脉细涩而数。治以活血化瘀，补养气血。方用桃红四物汤合当归补血汤加减。药用：桃仁、红花、丹参、生地黄、熟地黄、赤芍、白芍、当归、牡丹皮、黄芪、甘草。治疗结果：在80例次内伤发热患者中，有效63例次，有效率78.75%。其中；阴虚发热有效21例次，有效率77.78%；血虚发热有效26例次，有效率76.47%；气虚发热有效5例次，有效率100%；阳虚发热有效2例次，有效率66.66%；血瘀发热有效8例次，有效率72.72%。[79]

2.3.2.5 术后发热治法的研究 手术是治疗某些疾病的重要手段。然而，手术必定是一个新的创伤，不少患者抵抗力极度下降，引起发热。中医药治疗术后发热有良好的效果。如林如金等报道，23例手术后长期发热患者，使用多种抗菌素和对症处理均未能退热，后采用中医辨证治疗，分为营卫失调、气虚、血虚、血瘀、湿热郁滞5型，分别采用桂枝汤加味、补中益气汤或黄芪建中汤加味、八珍汤或人参当归汤、血府逐瘀汤或复元活血汤、茵陈五苓散等治疗而愈。其中腹部外科手术13例，颅脑外科手术6例，妇产科手术4例。退热时间最短4天，最长7天。体温正常后均无复发。[7]焦增绵认为心脏病术后发热之病机不外气虚、阴虚、血瘀、枢机不利、湿热内蕴和热毒壅盛，而用和解枢机、调和营卫、滋阴清热、益气活血、化湿清热及解毒清热6种对应的治法，取得满意疗效。并指出，临床所见术后发热以气血营卫失调，而气虚引起者为多见，故治疗应着眼于调整机体的虚衰及阴阳气血的失衡状态，应以补益调理为宗旨。若临床无明显邪热毒盛之象，不宜过用苦寒败胃之品。心脏术后必有痰血湿浊蓄留，故运用诸法应辨证酌加解郁、活血、化湿之味，但术后发热毕竟虚多邪少，所以不可过用利通之品，以防耗气伤阴酿成虚虚之弊。[80]余莉芳报道以补益法治疗“先心病”非感染性术后发热，取得良好疗效。认为“先心病”患者，术前心气心阳已属不足，术中又耗伤气血，故术后以气血两虚或气阴亏耗之发热为多。治疗以甘温益气合养阴清热法，视症情而决定用药之侧重，切不可因发热较高，惧用补药，一味执清热凉血、解肌退热法，重伤其正。[81]对“先心病”术后发热的治法应注意辨明虚实，当以补益为主，勿犯虚虚之诫。另外，对于产后及妇产科手术后发热的治疗，亦积累了丰富的经验。如李学君以补中益气汤加减治疗产后及妇科术后发热100例，取得了满意疗效。基本方：黄芪、党参、白术、柴胡、陈皮、当归、甘草、桃仁、莪术、黄芩，随症加减。[82]吕朝重等用自拟柴胡三仁汤治疗剖腹产术后高热23例，全部治愈。方药组成：柴胡、黄芩、半夏、西洋参、滑石、白蔻仁、生薏苡仁、厚朴、杏仁、金银花、蒲公英、黄连。[83]范光华等用青蒿鳖甲汤治疗妇科手术后低热患者100例，其中子宫肌瘤、子宫内膜异位症、子宫体癌、功能性子宫出血等82例，子宫次全切除7例，附件切除11例。全部病例系术后经各种抗菌素治疗体温仍维持在37.3℃～38℃不退，无感染体征，血象在正常范围内的患者。术后5～10天开始服药者81例，11～15天服药者9

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

例，结果治疗1～3天而体温复常者70例，4～5剂复常者23例，7例服药6剂后体温仍在37.3℃以上而判为无效。基本方为：生地黄15g、炙鳖甲12g，青蒿、知母、牡丹皮、白薇、银柴胡、白芍各10g，生甘草5g。水煎服，每日1剂。本方对阴虚内热型疗效满意，但不适用于气虚、阳虚、血瘀等型患者。[84]邓晋丰用清骨散治疗创伤发热21例。[85]均取得了满意的疗效。

3 实验研究

关于内伤发热的实验研究，主要集中在造模方法、发病机理、客观指标及药物作用机理等几个方面。

关于发热的造模方法。如徐叔云等的《药理实验方法学》记载了非感染性发热复制法：①化学刺激法：给家兔背部皮下注射松节油0.4ml/kg或2%二硝基酚乙醇溶液（或水溶液）30mg/kg。前者可在18～20小时引起发热，约24～36小时达到高峰，升高1.5℃～2.0℃；后者15～20分钟开始发热，1～1.5小时达到高峰，升高2℃～3℃。②注入异性蛋白：给家兔肌注10%蛋白胨，剂量1.0g/kg，可在2～3小时内引起体温显著升高。亦可给家兔皮下注射消毒牛乳（最好用脱脂牛乳）3～5ml，通常在3小时后体温升高1.0℃～1.5℃。③温刺法：在测得正常直肠温度后，沿家兔颅骨中线切开皮肤3～4cm，并在矢状缝与冠状缝的联合处，将颅骨钻穿一孔，经此孔垂直插进一枚粗针，直刺颅底。通过对丘脑部位的机械刺激，2～4小时即可引起持续数天的明显的体温上升。亦可在枕骨外隆凸后与眼窝上缘正前方联结的正中线右侧1.5～2cm处，进行穿刺。穿刺后很快出现体温上升。[86]梁月华等采用的热证的中药造模方法为：热Ⅰ方由附子、干姜、肉桂按1:1:1比例组成；热Ⅱ方由附子、干姜按1:1比例组成。均制成100%水煎剂，每日4ml，一次灌服。所选动物为雌性大鼠，体重180～230g。灌药2周后，分别断头处死大鼠，立即取脑、脊髓、内脏等，置－20℃冰箱内保存。[87]陈小野等也认为用温热药喂饲动物能较好地模拟临床热证。在国内热证模型实验基础上，减少每日给药量而大幅度延长造模时间。无阴则阳无以生，为使长期热证造模成为可能，于温热药中加女贞子以滋阴，使亢盛之阳气有其物质基础，而女贞子性平又不碍它药之温热。并强调内分泌改变是其主要病理之一。[88]

关于研究中医发热的病理生理学基础，近年来一些单位做了许多工作。如梁月华通过28例热证患者治疗前后植物神经平衡状态的测量，与尿中儿茶酚胺及17羟皮质类固醇的系统测定，表明交感神经和肾上腺机能活动的增强与热证时的基本病理生理变化相符，辨认和调整这个系统的机能状态是辨证论治的一个重要方面。[89]王少椒对虚热升火的机制进行了研究，认为虚热升火与植物神经系统的功能紊乱，尤其是与交感神经病理性兴奋有密切关系。认为各种疾病时，内生或外生性有害物质，以及机体生活力的减退，均能影响植物神经系统的功能和结构，从而造成虚热升火的表现。[90]

上海中医学院生化教研组、中基教研组曾对阴虚火旺与肾上腺皮质、髓质激素关系进行了探讨，选择33例阴虚火旺与30例正常人、10例阳虚患者作对照。33例阴虚火旺患者中，20例尿17羟高于正常值，占61%，与正常组比较，差异非常显著（$P<0.01$）。33例阴虚火旺患者中的17例尿儿茶酚胺排泄量高于正常值，占51.5%，与正常组比较，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

差异非常显著（$P<0.01$）。33 例阴虚火旺患者中，尿 17 羟单项增高者为 14 例，尿儿茶酚胺单项增高者 11 例，两项指标均增高者 6 例，合计 31 例，占 93.9%，与正常组比较，差异非常显著（$P<0.01$）。本实验结果提示阴虚火旺与尿肾上腺皮质、髓质激素的增加有密切关系。此外，在 20 例尿 17 羟增高患者中，有 5 例 17 酮低于正常值，而与其作对照的阳虚组和正常组均没有发现这种不平行关系。阳虚组尿 17 酮值和 17 羟值均在正常范围，或均低于正常范围。上述结果提示，阴虚火旺部分患者可能皮质激素某种代谢途径发生改变，也可能是由于大脑皮层功能紊乱的结果。从本实验结果来看，阴虚火旺患者大多伴有尿 17 羟或尿儿茶酚胺增高，表明阴虚火旺患者可能垂体—肾上腺皮质功能或肝脏灭活功能亢进，也可能交感—肾上腺髓质系统活动增强，或两者兼而有之。经中医辨证分析，观察到 33 例阴虚火旺患者，有 10 例属阴虚心火旺，患者尿儿茶酚胺均高于正常值，而尿 17 羟只有 1 例高于正常值；11 例阴虚肝火旺患者，有 9 例尿 17 羟高于正常，而尿儿茶酚胺只有 2 例高于正常值；6 例阴虚心肝火旺患者，有 4 例两项指标均增高。上述结果不仅重复了肝肾阴虚肝火旺患者尿 17 羟大多高于正常，心肾阴虚心火旺患者尿 17 羟在正常范围或低于正常的事实，而且也提示阴虚心火旺患者大多有交感—肾上腺髓质活动增强；阴虚肝火旺患者大多有垂体—肾上腺皮质或肝脏灭活功能亢进；阴虚心火旺患者则可能两者均见增强。可见阴虚火旺与神经体液调节功能失常或激素代谢紊乱似有一定联系，而中医对阴虚火旺的各种不同脏腑辨证有其不同的物质基础。并指出垂体—肾上腺皮质或交感—肾上腺髓质的正常调节功能是人体生理活动所必需，但一旦机能活动亢进，“相火妄动”“煎熬真阴”，则可能引起阴虚，因此，垂体—肾上腺皮质或肝脏灭活功能亢进，或交感—肾上腺髓质活动增强引起“火旺”，可能是导致阴虚的重要原因。[91]上海中医学院方叔援等在上述研究的基础上，还进一步对阴虚火旺与尿 17-羟皮质类固醇、儿茶酚胺排泄量关系进行了观察。通过 61 例阴虚火旺患者尿 17-羟皮质类固醇及儿茶酚胺测定结果，表明阴虚心火旺患者儿茶酚胺含量高于正常；阴虚肝火旺患者尿 17-羟皮质类固醇含量大多高于正常，阴虚心肝火旺患者，则两项指标常同时增高。提示阴虚心火旺可能与下丘脑—交感—肾上腺髓质轴机能活动的增强有关；阴虚肝火旺可能与下丘脑—垂体—肾上腺皮质轴机能活动亢进或肝脏灭活的功能增强有关；阴虚心肝火旺患者，则两者兼有之。从而说明中医临床辨证将阴虚火旺分为心火与肝火，是有一定物质基础的。[92]

陈锐群等通过知母对钠泵作用的大鼠体内实验来探讨阴虚内热证与钠泵的关系。结果提示，钠泵消耗能量占整个细胞总能量的40%～60%，在机体热生成中占重要地位。知母皂甙元对大鼠 Na^+-K^+-ATP 酶有明显抑制效应。肝脏是体内最大的实质性脏器，肝脏细胞内 Na^+-K^+-ATP 酶的变化会影响整体的热与寒，似可说明阴虚内热证其 Na^+-K^+-ATP 酶活性是增高的。肾与粘膜细胞中此酶的变化。可解释阴虚内热时大便干结、小便短赤的机理。[93]

杨荪还认为阳虚则寒、阴虚则热的本质，可能是某些致病因素引起植物神经功能活动偏盛、偏衰及能量代谢的障碍。阴虚者可能因其代谢机能相对偏亢，甚而产热有余，造成轰热升火，怕热盗汗、口干渴，喜冷饮、脉弦数等一系列“虚热”症候群，而体温相对偏高，脉率偏快，血压、代谢相对偏高即是“虚热”的客观反映。

唐树德等发现阴虚火旺型原发性高血压患者的肾素和血管紧张素（ATⅡ）的指标均

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

高于正常人组与无明显阴虚火旺的原发性高血压组，认为研究提示机体在阴虚火旺状态下RAS肾素—血管紧张素系统状态是增强的，可以推测：①机体在阴虚火旺情况下RAS参与下丘脑—交感—肾上腺髓质系统活动，由于RAS增强引起下丘脑—交感—肾上腺髓质系统机能增强；②另一种可能是机体在阴虚火旺情况下，下丘脑—交感—肾上腺髓质系统活动增强，影响RAS状态增强。根据上海等地研究，结合作者本人研究，认为：相火妄动，煎熬真阴是阴虚火旺的发病原因，这些理论与西医学中神经—体液系统的调节失常或内分泌代谢紊乱引起疾病的观点是非常相似的。[94]

许长照等观察了23例内伤低热患者的免疫情况，发现内伤（虚证）低热患者的细胞免疫功能低下，血清免疫球蛋白的含量或升或降，呈紊乱状态。而外感低热者则无明显变化。从而表明外感低热与内伤低热的机制不同。内伤低热在免疫学方面有其物质基础。[95]

张广宇等对10例虚寒证患者和10例虚热证患者的血浆皮质醇浓度及白细胞糖皮质激素受体含量（白细胞GCR含量）做了测定，并与10名健康人进行对照。结果显示，血浆皮质醇浓度在虚寒组与正常对照组之间无显著性差异($P>0.05$)，但虚热组显著高于正常对照组（$P<0.05$）。虚寒组的白细胞GCR含量显著低于正常对照组（$P<0.05$）及虚热组（$P<0.01$）；虚热组虽稍高于正常对照组，但差异无显著性。如果将血浆皮质醇浓度的测定值与白细胞GCR含量的测定值的乘积作为一个综合指数，则虚寒组该指数显著低于正常对照组（$P<0.05$）及虚热组（$P<0.01$）；虚热组该指数显著高于正常对照组（$P<0.05$）。正常的血浆皮质醇浓度未必就能产生相应正常的生物效应。因为皮质醇的生物效应强弱不仅与血浆皮质醇浓度有关，而且与机体对皮质醇的反应性，即组织细胞内的皮质醇受体的数量和质量有关。从测定结果看，虚寒证患者的血浆皮质醇浓度虽然正常，但白细胞GCR含量显著下降，这样就有可能使细胞内形成的具有生物活性的皮质醇—受体复合物减少，最终导致体内糖皮质激素的生物效应减弱。而虚热证患者的血浆皮质醇浓度显著升高，且白细胞GCR含量亦有升高趋势，这样就有可能使细胞内形成的具有生物活性的皮质醇—受体复合物增多，最终导致体内糖皮质激素的生物效应增强。由于本研究观察的对象均为虚证，仅寒热不同，而两组患者的糖皮质激素生物效应的变化也恰相反，故此种变化应是寒与热的反映，而非虚证的反映。综合指数在反映虚寒和虚热组的变化时，比单一的血浆皮质醇浓度或白细胞GCR含量敏感。由结果可知，白浆皮质醇浓度只在虚热组变化明显，白细胞GCR含量只在虚寒组变化明显，而综合指数在虚寒组和虚热组变化均明显。另外，血浆皮质醇浓度和白细胞GCR含量的个体值在虚寒证患者和虚热证患者之间彼此重叠的程度很大，难以有效地反映寒热变化；而综合指数却能较好地反映寒热变化；20例虚寒证和虚热证患者中，血浆皮质醇浓度测定值重叠14例，白细胞GCR含量测定值重叠者13例，而综合指数的数值重叠者仅5例。[96]

孙朋友等对52例手足心热患者用半导体皮肤温度计进行了观测。发现有56%属于阴虚，另外还有气血虚等，属于虚热者共占75.5%，其余的属于实热，有瘀血、气滞和痰湿诸证。值得提出的是，患儿虽然自觉发热，而体温并不明显升高，但手心温度却与对照组有非常显著差异（而腋温并无显著差异），这说明手足心热不仅是患者的主观感觉，而且是有着客观指标的。[32]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

谭毓治等用9个方剂对大鼠实验性发热影响的研究表明，常用于治疗瘀血发热的桃仁承气汤具有非常显著的解热作用。[97]

【古训今释】

1 病名溯源

1.1 涵　义

内伤发热病，是指以内伤为病因，脏腑功能失调，气血阴阳亏虚为基本病机的发热。“内伤”者，是区别于外感发热的一种疾病。如清代沈金鳌《杂病源流犀烛·卷十八·内伤外感门》中就对外感寒热与内伤寒热就众多临床表现进行了两相对照。

1.2 历史沿革

在古代医籍中，尚有“内热”、“虚火”、“虚热”、“身热”、“虚劳发热”等论述。往往在“发热”中论之。

《内经》中即有关于内伤发热的记载，其中以对阴虚发热的论述较详。《素问·调经论》明确提出“阳虚则外寒，阴虚则内热，阳盛则外热，阴盛则内寒”的见解。不但说明了内伤发热与外感发热之不同，还首先提出了“阴虚则内热”这一病名。又有“阴虚生内热奈何？岐伯曰：有所劳倦，形气衰少，谷气不盛，上焦不行，下脘不通，胃气热，热气熏胸中，故内热。”这里所说的“阴虚生内热”，是指劳倦过度可以耗伤气阴，影响脾胃的运化功能，导致“内热”发生，说明了劳倦过度可以引起阴阳失调而发热，属“内伤发热”之范畴。《素问·刺热论》的五脏热病，为后世辨别各个脏腑阴阳气血失调而引起的发热奠定了基础。《素问·评热论》：“阴虚者阳必凑之，故少气时热而汗出也”，《逆调论》：“阴气少而阳气胜，故热而烦满也。……人有四肢热……是人者阴气虚，阳气盛……，阴气虚少，少水不能灭盛火”，《灵枢·刺节真邪》：“阴气不足则内热”等记载，较为全面地论述了阴虚发热病证。《素问·刺志论》中还有“气虚身热”的记载，说明气虚可引起发热。《灵枢·五变》：“血脉不行，转而为热”，《灵枢·痈疽》：“血涩而不行，不行则卫气从之而不通，壅遏不得行，故热”的记载，初步阐发了血瘀发热之病机。均为后世论述内伤发热病奠定了基础。

汉代张仲景在《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》中云：“虚劳里急，悸，衄，腹中痛，梦失精，四肢酸疼，手足烦热，咽干口燥，小建中汤主之”，指出了阴阳失调所致虚热的证治。该书《惊悸吐衄下血腹满瘀血病脉证治》中曰：“病者如热状，烦满，口干燥而渴，其脉反无热，此为阴伏，是瘀血也”，《妇人杂病脉证并治》也描述了“暮即发潮热”，其所论已涉及瘀血引起低热、潮热之病证。

《中藏经·卷上·寒热论第七》中有“阳不足，则先寒后热，阴不足，则先热后寒……皮热而燥者，阴不足”之载，描述了阳虚、阴虚引起发热的不同特点。

隋代巢元方《诸病源候论》中有许多关于内伤发热的记载。其中“虚劳客热候”说：“虚劳之人，血气微弱，阴阳俱虚，小劳则生热，热因劳而生”，指出了此热系内伤所致，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

热因劳而生的特点。“冷热病诸候”云：“今阴气虚，阳气实，故身体五脏皆生热，其状翕翕而热，唇口干，小便赤”。“虚劳热候”又云：“虚劳而热者，是阴气不足，阳气有余，故内外生于热，非邪气从外来也”。对阴虚发热的病机、病症的论述源于《内经》又有所深入。明确地提出了阴虚发热非外邪引起，其病机是阴气不足，阳气有余，阴阳失调所致，见地甚明。“产后虚热候”中云：“产后脏腑劳损，血虚不复，……使气不宜迁而否涩生热。故支节烦愤或感干燥，但因虚生热，故谓之虚热也。”不但论述了血虚发热、气郁发热，并且较为明确地揭示了脏腑劳损、气血不调、虚损是导致内伤发热的原因。

唐代孙思邈《备急千金要方·癜冷积热》中有五心热、胸中热的记载，“脏腑虚劳脉证”中亦有“肝虚……身热恶寒，四肢不举”，“心伤，其人劳倦……自烦发热”等脏腑虚损发热的论述。唐代王焘《外台秘要·卷十六》有“肝劳虚热”、“肝劳实热”、“胆腑实热”、“心劳热”、“心实热”、“脾劳热”、“脾实热”、“肾劳热”等病症名称，并列有论治之方。

宋代关于内伤发热的论述较多。王怀隐等撰著的《太平圣惠方·第二十九卷》治虚劳烦热诸方，谓烦热的产生是由于“阴气偏少，阳气暴胜，则热乘于心，故烦热也”。并有治虚劳烦热的柴胡散、生地黄散、地骨皮散等方剂，在处方的配伍组成方面，有了显著的进步，为后世对阴虚发热的治疗提供了借鉴。宋代钱乙《小儿药证直诀》在《内经》五脏热病学说的基础上，提出了五脏热病的用方。钱乙将仲景之肾气丸化裁为六味地黄丸，为阴虚内热的治疗提供了一个重要方剂。钱氏还以七味白术散治疗小儿脾虚发热，均对内伤发热病的治疗做出了贡献。宋代张锐《鸡峰普济方》中论述了阴虚发热、脾气虚发热、水饮发热、骨蒸之热、肺气不调之客热、阳气虚热，并列有治疗之方，比较全面地论述了内伤发热的病机、病症、治疗。宋代杨士瀛《仁斋直指方论》中云：“其人血滞有发热者，必有漱水之症……使滞血宜通，黑物利去，则热不妄作矣”。较早明确地论述了瘀血发热证的病机、症状与治法。

金元时期，李杲对气虚发热的辨证治疗做出了重要贡献。《脾胃论·饮食劳倦所伤始为热中论》指出，脾胃气衰，元气不足，会导致内伤发热，提出“惟当以辛甘温之剂补其中而升其阳，甘寒以泻其火”的治疗原则，拟定补中益气汤作为治疗的主要方剂，使甘温除热的治法具体化。李杲又在《内外伤辨惑论·卷中》中提出了以当归补血汤治疗血虚发热，并对内伤发热与外感发热的鉴别作了详细的论述。朱震亨对阴虚发热较前有深入的论述，在《格致余论·恶寒非寒病·恶热非热病》中云：“阴虚则发热，夫阳在外为阴之卫，阴在内为阳之守，精神外弛，嗜欲无节，阴液耗散，阳无所附，遂致耗散于肌表之间而恶热。定非有热，当作阴虚治之，而用补养之法可也。”强调保养阴精之重要性，对阴虚发热宜养阴降火之法，创用之方大补阴丸及四物汤加黄柏、黄芩、龟甲均为临床治疗阴虚发热之常用方。此外朱震亨还认为“手足心热属热郁”，“气郁夜热”，“湿痰发热”，“劳热食积”，对内伤发热中郁、痰、食等致病因素均有涉及，创立气郁、血郁、湿郁、痰郁、火郁、食郁等六郁之说，所创越鞠丸，对内伤发热的病机与治法均有所补充。

明代王纶在《明医杂著·卷之一·医论》中云：“内伤发热是阳气自伤，不能升达，降下阴分而为内热，乃阳虚也，故其脉大而无力，属肺脾。阴虚发热，是阴血自伤，不能制火，阳气升腾而为内热，乃阳旺也，故其脉数而无力，属心肾。”所载“内伤发热”病证

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

名称当为最早。明代皇甫中《明医指掌·卷三·发热证五》将内伤发热分为“内伤饮食发热”、“劳倦内伤发热”、“房劳内伤发热”、“饮酒内伤发热”等几个方面。明代王肯堂《证治准绳·杂病·发热》中曰：“凡病鲜有不发热者，而内伤外感其大关键也。”阐明了内伤发热当与外感发热相鉴别。明代张介宾《景岳全书·杂证谟·火证》载：“虚火病源有二……，一曰阴虚者能发热，此以真阴亏损，水不制火也；二曰阳虚者亦能发热，此以元阳败竭，火不归源也”。在治疗上，《景岳全书·杂证谟·寒热》有“阴虚之热者，宜壮水以平之；无根之热者，宜益火以培之”的论述。明代秦昌遇在《症因脉治·卷一·内伤发热》中将内伤发热分为气分发热与血分发热两大类，除选用古方治疗外，还新拟定了治疗内伤发热的方剂，其中的气虚柴胡汤及血虚柴胡汤可供治疗气虚发热及血虚发热参考。

清代李用粹《证治汇补·发热》将外感之外的发热分为郁火发热、阳郁发热、骨蒸发热、内伤发热（主要指血虚及气虚发热）、阳虚发热、阴虚发热、血虚发热、痰症发热、伤食发热、瘀血发热、疮毒发热等11类，并分别列出临床表现及治疗方剂，对发热类型作了比较全面的归纳，为丰富内伤发热的内容做出了贡献。清代尤怡《金匮翼·卷三·发热》将发热分为劳倦发热、火郁发热、血虚发热、阳浮发热、痰积发热、瘀血作热、骨蒸热、食积酒毒发热等8种证型加以论述。清代程国彭在《医学心悟·火字解》中把外感之火称为贼火，内伤之火称为子火，并指出“贼可驱而不可留”，“子可养而不可害”。清代何梦瑶在《医碥·卷一·发热》中云：“凡病多发热，热生于火，火本于气，其理不外气乖与气郁二端”。气乖有三：一曰阳亢发热，一曰阴虚发热，一曰阳虚发热。气郁有七：一为风寒郁热，一为饮食郁热，一为痰饮郁热，一为瘀血郁热，一为水湿郁热，一为肝气郁热，一为脾气郁热。除风寒郁热之外，其余因素所致之发热，对内伤发热的病因病机概括比较全面。清代王清任对瘀血发热的辨证论治有重要贡献，他在《医林改错·上卷·血府逐瘀汤所治之症目》中指出瘀血发热有二：一曰“身外凉，心里热，故名灯笼病，内有血瘀。认为虚热，愈补愈瘀；认为实火，愈凉愈凝。三两付血活热退”，一曰“每晚内热，兼皮肤热一时，此方一付可愈，重者两付”。均以血府逐瘀汤作为主要治疗方剂。清·唐容川在《血证论·卷六·发热》中列出瘀血发热在肌肉、肌腠、在脏、在腑等不同部位的表现，并提出了不同治法。由于王、唐二氏的努力，使瘀血发热的证治渐趋完善。

古代医家对内伤发热与外感发热的鉴别十分重视，有深刻认识。金代李杲《内外伤辨惑论》首先对这个问题作了系统的论述，明代王肯堂《证治准绳》、清代沈金鳌《杂病源流犀烛》均对李杲的论述进行了归纳与阐发。如李杲说：“外感发热齐作无间，内伤寒热间作而不齐；外感恶寒虽近火不除，内伤恶寒则就温即解；外感恶风乃不禁一切风寒，内伤恶风唯恶些少贼风；外感证显在鼻，故鼻气不利而壅盛有力，内伤证显在口，故口不知味而腹中不和；外感邪气有余，故发言壮厉，且先轻后重，内伤元气不足，故出言懒弱，且先重后轻；外感手背热，手心不热，内伤手心热，手背不热；外感头痛不止，至传里方罢，内伤头痛，时作时止。”（转引自《杂病源流犀烛·内伤外感门》）明·王肯堂《证治准绳·杂病·发热》则对李杲辨内伤、外感发热论述作了引载归纳，从脉象辨曰：“人迎脉大于气口为外感，气口脉大于人迎为内伤”；从寒热辨曰：“外感则寒热齐作而无间，内伤则寒热间作而不齐；外感恶寒虽近烈火不能除，内伤恶寒得温暖而必解；外感恶风乃不禁一切风寒，内伤恶风唯恶夫些少贼风”；从口鼻辨曰：“外感证显在鼻，故鼻气不利而壅盛有

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

力，内伤证显在口，故口不知味而腹中不和"；从虚实辨曰："外感则邪气有余，故发言壮厉，先轻后重，内伤则元气不足，故出言懒怯先重而后轻"；从头痛辨曰："外感头痛常常而痛，内伤头痛时止时作"；从热位辨曰："外感手背热，手心不热，内伤手心热，手背不热"。这些鉴别要点，是李杲从其临床实践中总结出来的宝贵经验，足资鉴别外感、内伤发热之参考，有很高实用价值。另外《医宗金鉴》在此基础上又进一步作了补充、归纳，对鉴别内伤发热与外感发热颇有帮助，值得参考。《医宗金鉴·杂病心法要诀·内伤外感辨似》说："内伤、外感皆头痛，内伤之头痛，有时痛，有时不痛，不似外感之头痛，常常而痛不休也；内伤、外感皆恶寒，内伤之恶寒得就温衣而即解，不似外感之恶寒，虽近烈火而仍恶也。内伤、外感皆发热，内伤之发热，热在肌肉，以手扪之，热从内泛，不似外感之发热，热在皮肤，以手扪之，热自内轻也。内伤、外感皆自汗，内伤之自汗，气短乏声怯弱，不似外感之自汗，气壮促语声高也。内伤、外感手皆热，内伤之热手心热，不似外感之热，手背热也。内伤、外感皆鼻不和，内伤之鼻息气短而喘，不似外感之鼻息，气促而鸣也。内伤、外感皆不食，内伤之不食口中无味，不似外感之不食，闻食则恶也。内伤、外感皆渴，内伤之渴初病即渴，其饮甚少，不似外感之渴，三日后始渴，其饮甚多也。"

2 证候与病象

明代王纶《明医杂著·卷之一·医论》曰："内伤发热，是阳气自伤，不能升达，降下阴分而为内热，乃阳虚也，故其脉大而无力，属肺脾。阴虚发热，是阴血自伤，不能制火，阳气升腾而为内热，乃阳旺也，故其脉数而无力，属心肾"。其"内伤发热"虽分阳气自伤，"阴血自伤"，其"脉大而无力"与"脉数而无力"，结合发热之表现，显然已明确了内伤发热属于阳气虚弱与阴血不足者之症状。

明代皇甫中《明医指掌·卷三·发热证五》云："劳役内伤发热者，脉虚而弱，四肢怠惰无力，不恶寒，自汗出"。明确提出了劳役内伤发热属虚热的部分症状。

2.1.1 气虚发热

金代李杲在《脾胃论·卷中·饮食劳倦所伤始为热中论》中云："脾胃气虚，则下流于肾，阴火得以乘其上位。故脾证始得，则气高而喘，身热而烦，其脉洪大而头痛，或渴不止，其皮肤不任风寒，而生寒热"。以上内伤热中证所表现的发热、烦渴、头痛、恶风寒等与外感六淫之邪所致的发热恶风寒、头痛、烦渴等症状在表而上有些相似，而实质却不同。若不加以鉴别，治疗时易犯"虚虚实实"之诫。故李杲在《内外伤辨惑论·卷上》列举了辨阴证阳证、辨脉、辨寒热、辨手心手背、辨口鼻、辨气少气盛、辨头痛、辨筋骨四肢、辨渴与不渴等鉴别方法，以便后学临证掌握。其脾胃气虚发热的特点是："手心热，手背不热"，"气口脉大于人迎"，"蒸蒸而燥热，上彻头顶，傍彻皮毛，浑身躁热，作须待袒衣露居，近寒凉处即已，或热极而汗出即已"，"其口鼻中皆气短促，不足以息"，"劳役久病者必不渴"，"伤之重者必有渴"，"必口失谷味，必腹中不和，必不欲言，纵勉强对答，声必怯弱"，"必怠惰嗜卧，四肢沉困不收，此乃热伤元气。脾主四肢，既为热所乘，无气以动。经云：热伤气。又云：热则骨消筋缓，此之谓也"。以上详细地阐明了脾胃气虚发热之临床特点，至今仍有效地指导着临床实践，可以说，李杲为内伤发热学说的逐步

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

完善作出了巨大贡献。

明·徐用诚撰，刘纯续增之《玉机微义·虚损·论虚为劳倦所伤》中云："懒于言语，动作喘乏，表热自汗，心烦不安"，明确提出了气虚发热之气短懒言、发热汗出等特征。明代薛己《保婴撮要·发热不止》谓："午前发热者，阳气虚也"。指出了气虚发热发作的时间特点。明代武之望《济阳纲目·卷五十·发热》中曰："内伤劳役发热，脉虚而弱，倦怠乏力，不恶寒，乃胃中真阳下陷，内生虚热，宜补中益气汤。"对气虚发热的临床表现、病机及用方均有所论。显然是受到李杲的影响。

清代何梦瑶在《医碥·杂症·发热》中也有怠惰嗜卧，行动喘乏，四肢困倦，夜分即热，天明暂缓，或昼夜不解，或日出气暄则热，天阴夜凉则缓，五心烦热，甚则肌肉筋骨如烧等症状描述，并云："此李东垣所谓阳虚发热也"，并称此为"内气虚发热也"。清代尤怡《金匮翼·卷三·发热》对气虚发热的症状叙述亦颇为详细，曰："其症身热心烦，头痛恶寒，懒言恶食，脉洪大而空"。清代沈金鳌《杂病源流犀烛·虚损痨瘵源流》云："有气虚热，必兼少气自汗，体倦心烦"。概括了虚损劳瘵导致气虚发热的特点。

2.1.2 血虚发热

金代李杲《兰室秘藏·杂病门》当归补血汤条云血虚发热的特征为"肌热、躁热，目赤面红，烦渴引饮，昼夜不息，其脉洪大而虚，重按全无"，甚为确切。另外，清代唐容川《血证论·发热》曰："血虚者，发热汗出，以血不配气，则气盛而外泄也。或夜则发热，以夜主血分故也。或寅卯时即发热"等，论述了血虚而致气盛外泄之发热特征及其时间性。

2.1.3 阴虚发热

早在《素问·调经论》即有"阴虚则内热"之载。宋·张锐《鸡峰普济方》中说："阴不足则阳偏，阳偏则发热……口舌干燥，急欲饮水，时时胸闷……或昼发而夜止，或夜发而至旦即轻，其脉虚疾而小"。详细描述了阴虚阳亢发热的脉症。金元四大家之一的张从正在《儒门事亲·治病杂论》中对阴虚发热之症状论述颇详，如有"皮肤发热，肌肉消瘦，四肢倦怠，兼有头痛，颊赤，心忪，唇干舌燥，日晡潮热，睡卧不安，饮食减少，多思水浆"之载，从治以"降心火，益肾水"分析，当属肾阴不足而心火亢盛之阴虚发热。

明清时期，对阴虚发热亦有所论。明代武之望《济阳纲目·发热》中有"凡房劳思恐，伤肾阴虚，口中有味，夜热昼轻"之载。清代李用粹《证治汇补·发热》曰："发热不止，向晚更甚，或饮食如常，头胀时作，脉洪数无力，视其舌大而色赤者，阴虚也，宜地黄汤。若久而盗汗遗精，咳嗽毛枯，宜三才丸补水以匹火，是亦壮水之主以镇阳光之义耳"。论述了阴虚发热以发热夜甚、盗汗遗精、毛枯咳嗽、舌红、脉数无力等之特征。清代何梦瑶《医碥·杂症·发热》云："口干体瘦，食少懒倦，头痛时作时止，遗精盗汗，骨蒸肉烁，唇红颧赤，咳嗽痰血"。对肾阴虚发热的临床表现论述甚详。

2.1.4 阳虚发热

明代王肯堂《证治准绳·杂病·发热》对肾虚火不归经，游行于外而致的发热进行了论述，如见有"烦渴引饮，面目俱赤，遍舌生刺，两唇黑裂，喉间如烟火上冲，两足心如烙，痰涎壅盛，喘急，脉洪大而数无伦次，按之微弱"。清代李用粹《证治汇补·发热》明确认为属"阳虚发热"，如云"有肾虚水冷，火不归经，游行于外而发热者"，所论临床症

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

状是与王肯堂所述相近的。清代何梦瑶《医碥·杂症·发热》云："证见烦躁，欲坐卧泥水中，面赤如微醺，或两颧浅红，游移不定，渴欲饮水，或咽喉痛，而索水置前，却不能饮，肌表虽大热，而重按之则不热，或反觉冷，且两足必冷，小便清白，下利清谷，脉沉细，或浮数无力，按之欲散"。其中的烦躁、面赤、两颧浅红、口渴、咽喉痛均属假热之象。而辨明其真象则为：重按之则不热，或反觉冷，两足冷，渴而不欲饮，小便清白，下利清谷，脉沉细，或浮数无力，按之欲散，均为阳虚生寒真寒之征，即肾阳不足所致，所谓"真寒假热"证。故用温热之剂治之方为惬当。清代尤怡《金匮翼·卷三·发热》曰："其症上见呕恶，下为溏泄，其脉大而不实"，"烦渴引饮，面赤舌刺唇黑，足心如烙，或冷如冰，其脉洪大无伦，按之微弱"。将阳虚发热分为两类。前者为脾胃气虚，阳浮于外；后者乃肾虚火不归经，游行于外的肾阳虚发热。

2.1.5 气郁发热

清代何梦瑶《医碥·杂症·发热》云："恚怒不发，止自摧抑，则肝气不宣，郁而成热，妇人最多此证。证见胸胁胀痛，或飧泄，面青，手足冷，太息不乐，脉沉弦。木郁则达之，宜逍遥散"。认为情志不畅，肝气郁滞，郁而化热为气郁发热的发病机理。肝郁气滞则胸胁胀痛，善太息，手足冷为气郁厥逆。肝郁克脾，脾气不升则清气下陷而生飧泄，肝郁则面青，脉沉弦。

2.1.6 血瘀发热

明代王肯堂《证治准绳·杂病·发热》、清代李用粹《证治汇补·卷三·发热》、何梦瑶《医碥·卷一、发热》、尤怡《金匮翼·卷三、发热》对瘀血发热的临床表现的论述主要为：发热，必脉涩，嗽水不欲咽，两腿必厥冷，少腹必急结，按之痛，大便黑，或唾红，或鼻衄。所论瘀血发热主要由瘀血停积于体内，使气血不通，营卫壅遏而引起。瘀血阻滞，气血运行不畅，水津不能上承，而致嗽水不欲咽：瘀血阻滞于少腹，则少腹急结，不通则痛。瘀血阻络，经脉失于温煦，则两腿必厥冷；瘀血发热，热邪灼伤血络，故而便黑血，或唾血、衄血。脉涩为瘀血主征。清代王清任《医林改错·上卷·血府逐瘀汤所治之症目》曰："身外凉，心里热，故名灯笼病，内有血瘀"。该书《气血合脉说》也云："后半日发烧，前半夜更甚，后半夜轻，前半日不烧，此是血府血瘀"。认为瘀血在血府（即胸中）是产生血瘀发热的机理。清代唐容川《血证论·卷六·发热》说："瘀血发热者，瘀血在肌肉，则翕翕发热，证象白虎，口渴心烦，肢体刺痛"，"瘀血在腑，则血室主之，证见日晡潮热，昼日明了，暮则谵语"，"瘀血在脏，则肝主之，以肝司血故也。证见骨蒸痨热，手足心烧，眼目青黑，毛发摧折"。由于瘀血阻滞，壅而为热，在肌肉之间，故翕翕发热，不通则痛，而致肢体刺痛；瘀血内停，津不上承，故口渴；血不养心则心烦；血属阴，瘀血阻滞，故日晡潮热，昼日明了，暮则谵语；肝藏血，瘀血在脏，与肝关系密切，而见诸症，如骨蒸痨热，手足心热，两目青黑等。清代周学海在《读医随笔·卷四·瘀血内热》中云："腹中常自觉有一段热如汤火者，……非实火内热，亦非阴虚内热，是瘀血之所为也。其证口不干，而内渴消水。……血之热积而独厚，其体燔灼。……又常如火从胸腹上冲于喉，是肝脾郁逆而血上冲也；皆仍在血所当行之道，故不为泛溢外出之患。又有两肋内或当胸一道如火温温然，有心窝中常如椒桂辛辣状，或如破皮疼胀状，喉中作血腥气者，是皆瘀血积于其处也"。对瘀血阻滞所致的自觉发热症状描述得尤为详尽，认为皆系瘀血

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

内停，气血不通，壅而为热所致。

2.1.7 湿郁发热

清代何梦瑶之《医碥·杂症·发热》在“水湿郁热”中认为，除见发热而外，尚有身重、或重痛不可转侧，骨节掣痛，屈身不利，头如裹，声如瓮中出，脉迟缓，汗出恶风，不欲去衣等表现，是由于水湿之邪郁而化热，故见发热；湿性重浊粘滞，易阻碍气机而头身疼重等症随之而生。

3 病因病机学说

3.1 病　　因

明代张介宾《景岳全书·杂证谟·寒热》曰：“内生之热，则有因饮食而致者，有因劳倦而致者，有因酒色而致者，有因七情而致者，有因药饵而致者，有因过暖而致者，有因阴虚而致者”。清代李用粹《证治汇补·卷三·发热》云：“经曰：阴虚则发热，此一端也。其他除外感客邪之外，有劳力、劳色、气郁、火郁、伤食、伤酒、夹瘀、夹痰、疮毒、虚烦皆能发热，宜熟辨之”。皆对内伤发热之病因进行了详细论述。现将内伤发热的病因分劳思过度、饮食不节、情志不畅、房劳过度、痰湿停滞、瘀血内阻、久病失血等方而加以叙述。

3.1.1 饮食不节

金代李杲《脾胃论·卷中·饮食劳倦所伤始为热中论》指出：“若饮食失节，寒温不适，则脾胃乃伤。……则气高而喘，身热而烦”。论述了饮食不节为脾胃气虚发热之主要病因之一。明代皇甫中《明医指掌·卷三·发热证五》谓：“内伤饮食发热者，气口脉紧盛，胸满噫气，蒸蒸然热，明知其热在里也，消导则已”。不但提出了内伤饮食发热之病因，而且还指出了其属于实热者，以消导之法治之的原则。明代绮石《理虚元鉴·卷上·虚劳内热骨蒸论》曰：“人之饮食起居，一失其节，皆能成伤，不止房劳一端为内伤也。凡伤久则营卫不和而发热，热变蒸”。对虚劳发热之因于饮食不节，起居失常的病因进行了阐发。

清代尤怡在《金匮翼·卷三·发热》中说：“火郁者，……或因胃中过食冷物，郁遏阳气于脾土之中，令人心烦，手足心热，骨髓中热如火燎，此为郁热”。论述了过食冷物，使阳气内郁而产生郁热的病因。

3.1.2 情志所伤

明代绮石《理虚元鉴·卷上·虚劳内热骨蒸论》曰：“虚劳发热，皆因内伤七情而成”。叙述了内伤七情而导致虚劳发热的病因。金代李杲《脾胃论·卷中·饮食劳倦所伤始为热中论》云：“喜、怒、忧、恐，损耗元气。……故脾证始得，则气高而喘，身热而烦”。说明气虚发热亦与情志因素密切相关。清代何梦瑶《医碥·杂证·发热》也说：“恚怒不发，止自摧抑，则肝气不宣，郁而成热”。并指出“妇人最多此证”，其意是妇人每多情志不畅而致肝气郁滞，郁而发热。

3.1.3 房劳过度

明代王肯堂《证治准绳·杂病·发热》云：“若劳心好色，内伤真阴，阴血既伤，则阳气偏胜而变为火矣”；皇甫中《明医指掌·卷三·发热证五》有“房劳内伤发热”之载；武

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

之望《济阳纲目·卷五十·发热》有“凡房劳思恐”而致“夜热昼轻”之述；张介宾亦在《景岳全书·杂证谟·火证》中云：“阴虚者能发热，此以真阴亏损”、“阳虚者，亦能发热，此以元阳败竭”等。综而观之，房劳伤肾，肾阴亏虚，无以制火，而生内热；耗伤肾阳，而致虚寒内生，格阳于外，或虚阳浮越于外均可致内伤发热病的产生。其它相似的论述还有，明代薛己在《明医杂者·医论·劳热》加按，指出：“若因劳力辛苦，人房不节，亏损精血，虚火妄动而发热者，宜用六味地黄丸以补其阴”。清·周学海《读医随笔·卷四·证治类》也有“强力人房，汗出如浴，阳气内竭”而致发热的记载，均说明房劳过度可导致内伤发热病的发生。

3.1.4 久病失血

久病或失血均可致内伤发热。如清代李用粹《证治汇补·卷三·发热》曰：“血虚发热，一切吐衄便血，产后崩漏，血虚不能配阳，阳亢发热”。清·唐容川《血证论·卷六·发热》云：“血虚者，发热汗出”。清·郑寿全《医法圆通·卷三·辨认阴盛阳衰及阳脱病情》有“久病与素秉不足之人，身大热”、“凡吐血之人……故身热”等，均说明久病之后或失血过多，使心肝血虚，或脾虚不能生血，致阴血亏耗无以敛阳而致发热。

3.1.5 痰湿停滞

对痰湿不利，阻碍气机，郁而成热论述较为详尽的有：隋代巢元方《诸病源候论·卷二十·热痰候》曰：“热气与痰水相搏，聚而不散，故令身体虚热，逆害饮食，头面嗡嗡而热”；清代何梦瑶《医碥·杂症·发热》云：“痰饮所在之处，气被阻滞，郁而成热”等。

3.1.6 劳倦思虑

劳思所伤均可引起内伤发热病。《素问·调经论》云：“有所劳倦，形气衰少……故内热”。汉代张仲景《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》说：“虚劳里急……手足烦热”。隋代巢元方《诸病源候论·虚劳病诸候·虚劳客热候》曰：“虚劳之人，血气微弱，阴阳俱虚，小劳则生热，热因劳而生”。金代李杲《兰室秘藏·卷下·杂病门》中指出血虚发热“得之于饥困劳役”，见地甚明。清代何梦瑶《医碥·杂症·发热》也谓：“或劳倦气散，或思虑气结……中气因而衰微，不能运行，或滞于中，或陷于下，而郁滞成热”。清代尤怡《金匮翼·卷三·发热》：“劳倦发热者，积劳成倦，阳气下陷，则虚热内生”，是继承了明代王纶《明医杂著·卷之一·医论·发热论》之“若夫饮食、劳倦，为内伤元气，此则真阳下陷，内生虚热”之说的。尤怡《金匮翼·卷三·发热》亦云：“血虚发热，亦从劳倦得之”。综上所述，说明劳思过度，会损伤脾肾，导致气血阴阳亏虚，脏腑功能失调而发热。

3.1.7 瘀血阻滞

清·喻昌《医门法律·虚劳门·虚劳论》曰：“血痹则新血不生，并素有之血，亦瘀积不行，血瘀则荣虚，荣虚则发热”，指出血瘀会导致营血不足而发热。清代王清任《医林改错·上卷·血府逐瘀汤所治症目》曰：“身外凉，心里热”是“内有瘀血”。清代唐容川《血证论·卷六·发热》也有“瘀血发热者，瘀血在肌肉，则翕翕发热”的记载。说明瘀血阻滞是瘀血发热的重要病因。

3.2 病　　机

根据历代医家所论，内伤发热的病机可归纳为如下几个方面。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3.2.1 气虚发热

金代李杲在《脾胃论·卷中·饮食劳倦所伤始为热中论》云："脾胃气衰，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、下焦胞络之火，元气之贼也。火与元气不两立，一胜则一负。脾胃气虚，则下流于肾，阴火得以乘其土位，故脾证始得，则气高而喘，身热而烦，其脉洪大而头痛，或渴不止，其皮肤不任风寒，而生寒热。盖阴火上冲，则气高喘而烦热，为头痛，为渴，而脉洪；脾胃之气下流，使谷气不得升浮，是春生之令不行，则无阳以护其荣卫，则不任风寒，乃生寒热，此皆脾胃之气不足所致也"。认为脾胃气虚发热的机理是脾胃气虚，下流于肾，阴火上冲，乘其土位而致。对此观点，历代医家评论甚不一致。如元代王履提出质疑，在《医经溯洄集·内伤余议》中曰："夫饮食劳倦伤而内热者，乃阴火乘其坤土之位，故内热以及于胸中也。……若此者，皆不能使人无疑者也"。并引用《素问·调经论》的"帝曰：阴虚生内热奈何？岐伯曰：有所劳倦，形气衰少，行气不盛，上焦不行，下脘不通。胃气热，热气熏胸中，故内热"，并进行了分析，指出："上不行下不通则郁矣，郁则少火皆成壮火。而胃居上焦、下脘两者之间，故胃气热；热则上炎，故熏胸中而为内热也"。又说："窃意内热之作，非皆阴火也。但气有郁，则成热耳"。认为气虚发热当为气虚而致气郁发热。明代王纶《明医杂著·卷之一·发热论》曰："若夫饮食、劳倦，为内伤元气，此则真阳下陷，内生虚热，故东垣发补中益气之论"。认为是饮食劳倦，内伤元气，真阳下陷而内生虚热。明代薛己在《明医杂著·医论·劳热》后按云："愚按内伤发热者，因饮食过时，劳役过度，而损耗元气，阴火得以乘其土位，故翕翕然而发热，宜用补中益气汤以升其阳"。对李杲之说加以肯定。明代张介宾《景岳全书·杂证谟·火证》说："气本属阳，阳气不足，则寒从中生，寒从中生则阳无所依，而浮散于外，是即虚火假热之谓也"。认为气虚发热乃寒从中生，阳无所附，浮散于外而致的假热证。清代何梦瑶《医碥·杂证·发热》云："脾气郁热，或劳倦气散，或思虑气结，或饥饿气馁，中气因而衰微，不能运行，或滞于中，或陷于下，而郁滞成热"。并说："此李东垣所谓阳虚发热也"、"是内气虚发热也"。认为其病机是中虚不运，或滞于中，或陷于下，郁滞成热。

3.2.2 血虚发热

金代李杲在《兰室秘藏·卷下·杂病门》中有"血虚发热……此病得之于饥困劳役"之载。清代李用粹《证治汇补·卷之三·发热》曰："血虚不能配阳，阳亢发热"，认为血虚阳亢是血虚发热的病机。

3.2.3 阴虚发热

《素问·调经论》有"阴虚则内热"的记载。隋代巢元方《诸病源候论·虚劳病诸候·虚劳热候》记载："虚劳而热者，是阴气不足，阳气有余，故内外生于热，非邪气从外来乘也"。此属阴虚生内热的病机。明代张介宾《景岳全书·杂证谟·火证》曰："阴虚者能发热，此以真阴亏损，水不制火也"。明代赵献可《医贯·卷之一·五行论》曰："若有阴虚火旺者，此肾水干枯而火偏盛"，认为肾阴不足，水不制火而致阴虚发热。元代朱震亨《格致余论·恶寒非寒病恶热非热病论》曰："阴虚则发热，夫阳在外为阴之卫，阴在内为阳之守。精神外弛，嗜欲无节，阴气耗散，阳无所附，遂致浮散于肌表之间而恶热也"。认为阴虚则阳无所附而致发热的机理。清代何梦瑶《医碥·杂症·发热》认为是肾阴不足，虚火

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

上炎，坎离不交所致。曰："阴虚，谓肾水虚也。火性本上炎而外现，得水以制之，则离交于坎，龙潜于渊，内蕴而为神明，下济而成交泰。若阴亏水虚，则柴干火烈，而焚灼为灾矣。"

3.2.4 阳虚发热

明代张介宾《景岳全书·杂证谟·火证》曰："阳虚者亦能发热，此以元阳败竭，火不归源也"。清代李用粹《证治汇补·卷之三·发热》云："有肾虚水冷，火不归经，游行于外而发热"。均指出元阳衰竭，火不归源为阳虚发热的主要病机。清代何梦瑶在《医碥·杂症·发热》中也说："阳虚，谓肾火虚也。阳虚应寒，何以反发热，则以虚而有寒，寒在内而格阳于外，故外热；寒在下而戴阳于上，故上热也。此为无根之火，乃虚焰耳"。亦认为肾阳虚衰，阴寒内盛，或为格阳，或为戴阳之内真寒而外假热为其发病之机。清代尤怡《金匮翼·卷三·发热》称其"阳浮发热"，指出"阳气虚浮，其端有二。或脾胃气虚，阳浮于外，……或肾虚火不归经，游行于外"。对阳虚发热之发病机理又补充了脾胃虚寒一端。

3.2.5 气郁发热

气郁发热的发病机理正如元代朱震亨《丹溪心法·卷一·火》所概括的："凡气有余便是火"。清代何梦瑶《医碥·杂症·发热》云："肝气郁热，恚怒不发，止自摧抑，则肝气不宣，郁而成热"。均说明情志抑郁，气郁化火，或恼怒过度，肝火内盛以致发热的发病机理。明代张介宾《景岳全书》认为气郁发热为阴虚，"伤于七情而为热者，总属真阴不足，所以邪火易炽"。提出了情志郁结，可引起机体阴虚而致发热。明代绮石《理虚元鉴·卷上·虚火伏火论》认为凡七情内伤，久则精亏而燥，内而五心烦热，外而营卫不和，便发生骨蒸之证，亦是指阴虚发热而言。可见，郁而化火及耗伤阴精为气郁发热的主要病机。

3.2.6 血瘀发热

瘀血停积于体内，使气血不通，营卫壅遏，而引起发热。如《灵枢·痈疽》指出："营卫稽留于经脉之中，则血泣而不行，不行则卫气从之而不通，壅遏不得行，故热"。说明气血不通，卫气亦因之不行而发热，虽然《灵枢》是指痈疽而言，但是血涩不行，壅遏而热的机制是一致的。清代喻昌《医门法律·虚劳门·虚劳论》说："血瘀则荣虚，荣虚则发热"，指出瘀血发热也与血虚有关。

3.2.7 其它因素

清代尤怡《金匮翼·卷三·发热》还有"劳倦发热"、"火郁发热"、"痰积发热"、"骨蒸热"、"食积酒毒发热"之载。劳倦发热是由积劳成倦，阳气下陷而生；"火郁发热"是因阳气为外寒所遏，不得宣行，郁而成火，或因过食冷物，郁遏阳气于脾土之中而致；骨蒸热是由热伏于内，而气蒸于外所致。清代李用粹《证治汇补·卷之三·发热》曰："骨蒸发热，四肢蒸灼如火者"，乃由阴虚阳盛所致等。

总之，内伤发热病是以劳思过度、饮食不节、情志不畅、房劳过度、痰湿停滞、瘀血内阻、久病失血等为病因，以气、血、阴、阳诸虚、气郁、湿遏、血瘀等为基本病机而致。临床上以低热为多见。

上述7种内伤发热，大体可分为虚实两类。气郁发热、瘀血阻滞、湿邪内停所致者属实，其基本病机为气、血、水湿等郁结壅遏化热而引起发热；由中气不足、血虚失养、阴精亏虚及阳气虚衰所致者属虚，因气属阳，血属阴，故此类发热均由阴阳失衡所致。或为

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

阴血不足，阴不配阳，水不济火，阳气亢盛而发热；或因阳气虚衰，阴火内生，阳气外浮而发热。除由一种病机所致的内伤发热外，亦可见由两种病机同时引起发热者，如气郁血瘀，气血不足，气阴两虚等。从病机转化而言，久病往往由实转虚，由轻转重，其中以瘀血、气郁病久，损及气、血、阴、阳，而兼见气、血、阴、阳诸虚而成虚实夹杂之证的情况较为多见。

4 治则治法

内伤发热既然有气虚、血虚、阴虚、阳虚之分，气郁、湿阻、瘀血之别，那么，依据“虚者补之”、“实者泻之”的原则，临床上亦分别采取益气、补血、滋阴、温阳、行气解郁、化湿清热、活血化瘀等相应的治法治之。

对气虚发热之治，金代李杲在《脾胃论·卷中·饮食劳倦所伤始为热中论》中据《内经》劳者温之，损者益之的原则，提出甘温除大热之法，并谓“大忌苦寒之药，损其脾胃”，创补中益气汤治疗气虚发热，对后世医家产生了深远的影响，至今仍为治疗气虚发热之良剂。

明代王纶《明医杂著·卷之一·发热论》云：“世间发热症，类伤寒者数种，治各不同，外感、内伤乃大关键”。“若夫饮食、劳倦，为内伤元气，此则真阳下陷，内生虚热，故东垣发补中益气之论，用人参、黄芪等甘温之药，大补其气而提其下陷，此用气药以补气之不足者也。又若劳心好色，内伤真阴，阴血既伤，则阳气偏胜变为火矣，是谓阴虚火旺劳瘵之症，故丹溪发阳有余阴不足之论，用四物加黄柏、知母，补其阴而火自降，此用血药以补血之不足者也。益气补阴，皆内伤症也。一则因阳气之下陷，而补其气以升提之；一则因阳火之上升，而滋其阴以降下之；一升一降，迥然不同矣”。阐述了内伤发热病的治疗大法。王氏还指出：“其果伤寒、伤风及寒疫也，则用仲景法；果为温病及瘟疫也，则用河间法；果为气虚也，则用东垣法；果为阴虚也，则用丹溪法”。“今人但见发热之证，一皆认作伤寒外感，率用汗药以发其表，汗后不解，又用表药以凉其肌，设是虚证，岂不死哉？间有颇知发热属虚而用补药，则又不知气血之分，或气病而补血，或血病而补气，误人多矣。故外感之与内伤，寒病之与热病，气虚之与血虚，如冰炭相反，治之若差，则轻病必重，重病必死矣，可不畏哉”！对李杲、朱震亨二氏及前人的立论，评述较为全面、中肯，并有深入的阐发，强调指出了外感与内伤、寒病与热病、气虚与血虚加以鉴别之重要性，并且阐明了误治后的严重危害。王纶还针对血虚与阴虚所表现的热证容易混淆的特点，对此二证的论治剖析甚微，如他在《本草集要·随证治火药论》中认为：“若阴微阳强，相火炽盛，以乘阴位，为血虚之病。以甘寒之剂降之，如当归、地黄之属。”“若肾水受伤，其阳失守，无根之火，为阴虚之病。以壮水之剂制之，如生地、玄参之属。”由此可见，王纶对内伤发热的治疗，并不偏主四物加知、柏以生血降火，也很重视壮水滋阴与甘温除热法的运用。以阴阳为纲，集东垣、丹溪之长，详审证因，分别论治，足资后人借鉴。明代王肯堂《证治准绳·杂病·发热》对王纶所论进行了肯定，在继承王纶所论的基础上，还引述了五脏热病之证治，对血虚发热用李杲之当归补血汤，阳虚发热用十全大补汤吞八味丸，瘀血发热用柴胡、黄芩佐以川芎、白芷、桃仁、五灵脂等活血化瘀之品等，进行了详细论述。为使内伤发热病论治的日臻完善做出了贡献。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

明代赵献可对治疗阴虚火旺之证，不同意朱震亨之用知母、黄柏为主，其在《医贯·五行论》曰："肾水枯而火偏盛，宜补水以配火，亦不宜苦寒之品以灭火，壮水之主以镇阳光，正此谓也。"在阴虚发热的治疗上又有所发挥。明代张介宾《景岳全书·杂证谟·寒热》有："阴虚之热者，宜壮水以平之；无根之热者，宜益火以培之"的论述，在《景岳全书·杂证谟·火证》中还有"若以阳虚发热，则宜益火。益火之法，只宜温热，大忌清凉"。并在《金匮》肾气丸的基础上，拟订了左归饮、左归丸、右归饮、右归丸等滋阴补肾及温肾助阳各有侧重的方剂。

清代李用粹《证治汇补·卷三·发热》治血虚发热、气虚发热均用东垣之法与方；阴虚发热以"壮水之主以镇阳光"之法，用地黄汤或三才丸；阳虚发热用"益火之原以消阴翳"之法，用八味丸"导龙入海，所谓踞其窟宅而招之"法治之等，均为内伤发热的治疗做出了贡献。清代程国彭《医学心悟·火字解》中把外感之火称为贼火，内伤之火称为子火，并指出："贼可驱而不可留"，"子可养而不可害"。认为治疗内火主要有四法：达："所谓木郁则达之。如逍遥散之类是也"；滋："所谓壮水之主，以镇阳光，如六味汤之类是也"；温："经曰：劳者温之，又曰甘温能除大热，如补中益气之类是也"；引："以辛热杂于壮水药中，导之下行，所谓导龙入海，引火归元。如八味汤之类是也"。对前人有关内伤发热的治法进行了概括。

清代何梦瑶《医碥·杂症·发热》认为：阴虚发热"治宜滋阴补血。若阳并虚，兼用气药，血脱补气，阳生阴自长也"；阳虚发热"治宜温热之剂。温其中而阳内返，温其下而火归元"，并有"误投寒凉立死"之诫；饮食郁热"治宜消导"；痰饮郁热"治宜除痰"；瘀血郁热"治宜行血"；水湿郁热"治宜利湿"；肝气郁热"木郁则达之，宜逍遥散"；脾气郁热"培补中气"等法均切于临床实用。清代尤怡《金匮翼·卷三·发热》对发热之治提出五法："一曰和，二曰取，三曰从，四曰折，五曰夺"。清代王清任在《医林改错·上卷·血府逐瘀汤所治之症目》中用血府逐瘀汤治疗血瘀胸中之发热。清代唐容川《血证论·卷六·发热》中列出瘀血在肌肤、六经、脏腑等不同部位的表现，并提出以下4种治法："瘀血在肌肉"，"口渴心烦，支体刺痛"，用当归补血汤合甲己化土汤加活血清热之品或血府逐瘀汤；"瘀血在肌腠，则寒热往来"，用小柴胡汤加活血之剂；"瘀血在腑，则血室主之，证见日晡潮热，昼日明了，暮则谵语"，用桃核承气汤或小柴胡汤加活血药，桃仁、牡丹皮、白芍亦治之；"瘀血在脏"，"证见骨蒸劳热"，用柴胡清骨散加桃仁、干漆、牡丹皮等活血祛瘀之品治之等。由于王清任、唐容川二氏的努力，使活血化瘀一法在内伤瘀血发热的治疗中得到广泛应用，亦使内伤瘀血发热之证治渐趋完善。

5 方剂归类

历代医家在临床实践中总结出许多行之有效的治疗内伤发热的方剂，如金代李杲《脾胃论·卷中·饮食劳倦所伤始为热中论》曰："经曰：劳者温之，损者益气。盖温能除大热，大忌苦寒之药，损其脾胃。脾胃之证，始得则热中，今立治始得之证"。并创补中益气汤，以黄芪、炙甘草、人参为"除湿热烦热之圣药也"。后世医家治疗气虚发热，多取法于此。李杲《内外伤辨惑论·卷中》所载之当归补血汤，治"肌热，燥热"等症，为治血虚发热之良剂。朱震亨《丹溪心法·卷三》之大补阴丸"降阴火，补肾水"，为治疗阴虚火旺而见

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

有骨蒸潮热，盗汗遗精等症之方。他所制之越鞠丸亦为后人治疗气郁发热之常用方剂。明·王肯堂《证治准绳·杂病·发热》中，对瘀血发热“不止于柴胡、黄芩，当以川芎、白芷、桃仁、五灵脂、甘草佐之”，为瘀血发热的治疗奠定了组方基础；在该篇中王肯堂还提出以“十全大补汤合八味丸”治“肾虚火不归经游行于外而发热”之病，为阳虚发热的治疗指明了方向。清代林珮琴《类证治裁·卷之一·火症论治》对内伤发热的方剂进行了较为全面的概括：“治虚火，饮食劳倦，内生虚热，此伤脾阳也，补中益气汤。思虑房劳，血虚火亢，此伤肾阴也，六味地黄汤。肾阴虚极，火升躁渴，舌刺脉洪，此虚阳无附也，急用八味丸料煎服。产后阴伤发热，口渴面红，为无根之火，独参汤。治湿火，湿甚生热，肿胀溺闭，胃苓汤。治郁火，肌表热，五心烦，如火燎，及胃虚食冷，遏抑脾阳，升阳散火汤。手心热如烙，脉沉数，火郁汤。下部骨蒸，属血虚，五蒸丸、四物汤。血中伏火，加味四物汤。风劳骨蒸，秦艽鳖甲散。治阴火，气从脐下起，大补阴丸、坎离既济丸”。对脾虚、血虚、肾阴虚、产后阴虚发热及湿火、郁火、骨蒸等均有所述。

综上所述，历代医家对内伤发热的治疗从气、血、阴、阳诸虚及瘀血、诸郁等方面皆有颇为丰富的论述，足资借鉴。下面就古代治疗内伤发热之方剂进行归纳总结如下：

5.1 治虚热剂

5.1.1 滋阴清热剂

清代李用粹《证治汇补·卷之三·发热》云：“有劳心好色，内伤真阴，阴血既伤，阳气独盛，发热不止，向晚更甚，或饮食如常，头胀时作，脉洪数无力，视其舌大而色赤者，阴虚也，当滋真阴，宜地黄汤。若久而盗汗遗精，咳嗽毛枯，宜三才丸补水以匹火，是亦壮水之主以镇阳光之义耳。”

(1) 六味丸：治肾经不足，发热作渴，小便淋秘，气壅痰嗽，头目眩晕，眼花耳聋，咽燥舌痛，齿牙不固，腰腿痿软，自汗盗汗，便血诸血失音，水泛为痰，血虚发热等症。其功不能尽述。(薛己《内科摘要》)

熟地黄八两　山茱萸肉　干山药各四两　牡丹皮　白茯苓　泽泻各三两

上各另为末和地黄加炼蜜丸，桐子大，每服七八十丸，空心食前滚汤下。

(2) 清骨散：治骨蒸劳热。(王肯堂《证治准绳·类方》)

银柴胡一钱五分　胡黄连　秦艽　鳖甲（醋炙）　地骨皮　青蒿　知母各一钱　甘草五分

水二钟，煎八分，食远服。

(3) 青蒿鳖甲汤：治夜热早凉，热退无汗，热自阴来者。(吴瑭《温病条辨》)

青蒿　知母各二钱　鳖甲五钱　细生地四钱　丹皮三钱

水五杯，煮取二杯，日再服。

(4) 秦艽鳖甲散：治骨蒸壮热，肌肉消瘦，唇红颊赤，气粗，四肢困倦，夜有盗汗。(罗天益《卫生宝鉴》)

柴胡　鳖甲　地骨皮各一两　秦艽　当归　知母各半两

上六味，为粗末，每服五钱，青蒿五叶，乌梅一个，煎至七分，去滓温服，空心临卧一服。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(5) 大补阴丸：治阴虚火旺，烦热易饥，足膝疼热。(张璐《张氏医通》)

黄柏　知母各四两　熟地黄　龟甲各六两

上为末，猪脊髓和蜜丸，梧子大，空心姜盐汤下五十丸。

(6) 知柏八味丸：治阴虚火动，肾水不足，五心烦热，口燥咽干，尿赤。(孙志宏《简明医彀》)

本方即以六味地黄丸加知母、黄柏而成。六味地黄丸滋阴补肾，知母、黄柏降相火。故全方具滋阴降火之功。适用于阴虚火旺而见有骨蒸潮热、五心烦热、虚烦盗汗、腰脊酸痛等症。

(7) 滋阴降火汤：治阴虚火动，发热咳嗽，吐痰喘急，盗汗口干。(龚廷贤《万病回春》)

当归一钱二分　白芍二钱三分　生地黄八分　熟地黄　天门冬　麦门冬　白术各一钱　陈皮七分　黄柏　知母　甘草（炙）各五分

上锉一剂，生姜三片，大枣一枚，水煎服。

(8) 清热养荣汤：治虚劳内热骨蒸。(汪绮石《理虚元鉴》)

柴胡　丹皮　地骨皮　生地　当归　白芍　玄参　茯苓　麦冬肉　生甘草

灯心二十寸，河水煎服。

(9) 二阴煎：治心经有热，水不制火之病，惊狂失志，多言多笑，或疡疹、烦热、失血。(张介宾《景岳全书》)

生地　麦冬各二三钱　枣仁二钱　生甘草一钱　玄参　木通　茯苓各一钱半　黄连一二钱

水二钟，加灯草二十根或竹叶亦可，煎七分，食远服。

(10) 百合固金汤：治手太阴肺病，因悲哀伤肺，背心、前胸、肺募间热，咳嗽咽痛，咯血恶寒，手大拇指循白肉际间上肩臂至胸前如火烙。(周慎斋《慎斋遗书》)

熟地　生地　归身各三钱　白芍　甘草各一钱　桔梗　玄参各八分　贝母　麦冬　百合各一钱半

(11) 滋阴肾气丸：治诸脏亏损，发热晡热，潮热盗汗；或寒热往来，五心烦热；或口干作渴，月经不调；或筋骨酸倦，饮食少思；或头目不清，痰气上壅，咳嗽晡甚，胸膈痞闷；或小便赤数，两足热痛；或脚足痿软，肢体作痛。(高鼓峰《四明心法》)

熟地（自制杵膏）　山药　山萸肉　丹皮　茯苓　泽泻　五味子　当归　生地（酒拌杵膏）

上为末，入二膏，加炼蜜丸桐子大，朱砂为衣。每服五十丸，空心淡盐汤下。

(12) 天王补心丹：治宁心保神，益血固精，壮力强志，令人不忘。清三焦，化痰涎，祛烦热，除惊悸，疗咽干，育养心神。(薛己校注《校注妇人良方》)

人参（去芦）　茯苓　玄参　丹参　桔梗　远志各五钱　当归酒浸　五味　麦门冬去心　天门冬　柏子仁　酸枣仁　炒各一两　生地黄四两

上为末，炼蜜丸，桐子大，用朱砂为衣，每服二、三十丸，临卧，竹叶煎汤送下。

(13) 退热汤：治急劳四肢烦疼，手足心热，憎寒，饮食不得，口干心躁。(《圣济总录》)

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

柴胡　青蒿　甘草　知母　龙胆　麦门冬各一两

上六味，粗捣筛，每服五钱匕，用童子小便一盏半，葱白三寸，薤白三茎，桃柳心各五枚，同浸经一宿，平旦煎至一盏，去滓空心顿服之，至夜再服。

(14) 地骨皮汤：治虚劳，阴阳不和，有偏胜，早晚潮热，面赤烦躁，肢体疼痛。(《圣济总录》)

地骨皮　鳖甲　当归　秦艽　柴胡　知母　贝母各等分

上为粗末。每服三钱匕，水一盏，加乌梅半个，桃、柳枝各七寸，椎碎，同煎至七分，去滓温服。

5.1.2　补血清热剂

明代秦昌遇《症因脉治·卷一·内伤发热》曰："血分发热之治，心经血热……虚热，天王补心丹；肝经血热……虚热，归芍柴胡汤"。清代尤怡《金匮翼·卷三·发热》云："血虚发热，亦从劳倦得之。东垣云：饥困劳役之后，肌热烦躁，困渴引饮，目赤面红，昼夜不息，其脉大而虚，按之无力"，治以当归补血汤：黄芪一两，当归二钱，生地黄五钱，生甘草一钱，较东垣之当归补血汤多生地黄、生甘草二药。

(1) 血虚柴胡汤：治血虚发热。(秦昌遇《症因脉治》)

柴胡　黄芩　广皮　甘草　人参　黄芪　当归　白芍药

(2) 归芍柴胡汤：治肝经血虚发热。(秦昌遇《症因脉治》)

当归　白芍药　柴胡各三钱　黄芩　甘草各五钱　广皮二钱

(3) 当归补血汤：治肌热、燥热，困渴引饮，目赤面红，昼夜不息。其脉洪大而虚，重按全无。(李杲《内外伤辨惑论》)

黄芪一两　当归二钱

上件咬咀，都作一服，水二盏，煎至一盏，去滓，温服，空心食前。

(4) 四物二连汤：治血虚、虚劳发热，五心烦热，昼则明了，夜则发。此热在血分地。(龚信《古今医鉴》)

当归　川芎　白芍药　生地黄　黄连　胡黄连

上剉作剂，水煎服。

(5) 十全大补汤：治男子、妇人诸虚不足，五劳七伤，不进饮食，久病虚损，时发潮热，气攻骨脊，拘急疼痛，夜梦遗精，面色萎黄，脚膝无力，一切病后气不如旧，忧愁思虑伤动血气，喘嗽中满，脾肾气弱，五心烦闷，并皆治之。(陈师文等《太平惠民和剂局方》)

人参　肉桂　川芎　地黄　茯苓　白术　甘草　黄芪　川当归　白芍药各等分

上十味，剉为粗末，每服二大钱，水一盏，生姜三片，枣子二个，同煎至七分，不拘时候温服。

(6) 芍药汤：治产后虚热头痛。(孙思邈《备急千金要方》)

白芍药　干地黄　牡蛎各五两　桂心三两

上四味咬咀，以水一斗，煮取二升半，去滓，分三服，日三，此汤不伤损人，无毒，亦治腹中拘急痛。若通身发热，加黄芩二两。

(7) 当归补血汤：治血虚发热。(尤怡《金匮翼》)

黄芪一两　当归二钱　生地黄五钱　生草一钱

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

上作一服。水煎，食前温服。

(8) 补血汤：治劳心思虑，损伤精神，头眩目昏，心虚气短，惊悸烦热。（龚廷贤《万病回春》）

当归　白芍（炒）　酸枣仁（炒）　麦门冬（去心）各一钱　川芎　生地黄　陈皮　栀子（炒）　甘草（炙）各五分　人参一钱二分　白茯神（去木）五钱　五味子十五个

上锉一剂，水煎，温服。

(9) 归脾汤：治脾经失血，少寐发热，盗汗，或思虑伤脾，不能摄血妄行；或健忘怔忡，惊悸不寐；或心脾伤痛，怠惰嗜卧，饮食不思。（薛己《女科撮要》）

人参　白术　白茯苓　黄芪（炒）　当归　龙眼肉　远志　酸枣仁（炒）各一钱　木香　甘草（炙）各五分

上以姜、枣水煎服。

(10) 四物汤：治肝脾肾血虚发热，或日晡热甚，头目不清，或烦躁不寐，胸膈作胀，或胁作痛。（薛己《内科摘要》）

当归　熟地黄各三钱　芍药二钱　川芎一钱五分

上水煎服。

5.1.3 益气清热剂

清·尤怡《金匮翼·卷三·发热》指出："饮食劳倦，为内伤元气。元气伤则真阳下陷，内生虚热，故东垣发补中益气之论，用人参、黄芪等甘温之药，大补其气而提其下陷，此用气药以补气之不足者也"。对东垣用补中益气汤治疗气虚发热进行了论述。

(1) 补中益气汤：治脾胃气虚，则下流于肾，阴火得以乘其土位，故脾证始得，则气高而喘，身热而烦，其脉洪大而头痛，或渴不止，其皮肤不任风寒，而生寒热。（李杲《脾胃论》）

黄芪（病甚，劳役热者一钱），甘草已上各五分（炙），人参三分，有嗽去之，已上三味，除湿热烦热之圣药也。当归身二分，酒焙干，或日干，以和血脉，橘皮二分或三分，以导滞气，又能益元气，得诸甘药乃可，若独用泻脾胃，升麻二分或三分，引胃气上腾而复其本位，柴胡二分或三分，引清气，行少阳之气上升，白术三分，除胃中热，利腰脐间血。

上件药㕮咀，都作一服，水二盏，煎至一盏，量气弱气盛，临病斟酌水盏大小，去滓，食远，稍热服。

本方为治气虚发热之代表方，体现了甘温除热之大法，至今仍有效地指导着临床实践。

(2) 气虚柴胡汤：治气虚发热。（秦昌遇《症因脉治》）

柴胡　黄芩　广皮　甘草　人参　黄芪　地骨皮　金石斛

(3) 益胃汤：治头闷，劳动则微痛，不喜饮食，四肢怠惰，烦热短气，口不知味，肠鸣，大便微溏黄色，身体昏闷，口干不喜冷饮。（李杲《脾胃论》）

黄芪　甘草　半夏各二分　黄芩　柴胡　人参　益智仁　白术各三分　当归梢　陈皮　升麻各五分　苍术一钱五分

上㕮咀，作一服，水二盏，生姜五片，枣二枚，劈开，同煎至一盏，去滓，稍热服之，食前。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(4) 清暑益气汤：治四肢困倦，精神短少，懒于动作，胸满气促，肢节沉疼；或气高而喘，身热而烦，心下膨痞，小便黄而数，大便溏而频，或痢出黄如糜，或如泔色；或渴或不渴，不思食，自汗体重；或汗少等。(李杲《脾胃论》)

黄芪汗少减五分　苍术　升麻各一钱　人参　泽泻　神曲　橘皮　白术各五分　麦门冬　当归身　炙甘草各三分　青皮二分半　黄柏二分或三分　葛根二分　五味子九枚

上件同咬咀，都作一服，水二大盏，煎至一盏，去滓，大温服，食远。剂之多少，临床斟酌。

(5) 退热汤：治妊娠虚烦懊热。(《圣济总录》)

人参　甘草（炙）　黄芩（去黑心）各二两　当归（切，焙）　芍药　栀子仁　防风（去叉）　柴胡（去苗）各一两

上八味，粗捣筛。每服三钱匕，水一盏，煎取七分，去滓，温服，食后。

5.1.4　温阳除热剂

清代李用粹《证治汇补·卷之三·发热》曰："有肾虚水冷，火不归经，游行于外而发热者，自汗不任风寒，烦渴引饮不能下咽，面目俱赤，舌生芒刺，两唇黑裂，喉间如火，两足如烙，痰涎壅盛，喘息不宁，脉浮洪大，按之微弱，宜用八味丸导龙入海，所谓踞其窟宅而招之，即益火之原以消阴翳也"。对阳虚发热提出了明确的治法，方用八味丸，至今仍有效地运用于临床。

(1) 八味丸：治阳虚发热。症状见上述。(李用粹《证治汇补》)

本方由六味地黄丸补肾阴，桂、附温阳，是阴中求阳，即张介宾所谓"阴中求阳"之意。使肾气旺盛，肾阳得补，火自归原，阳虚发热之证自解。

(2) 右归饮加泽泻二钱：治阴盛格阳，真寒假热等症。(张介宾《景岳全书》)

熟地二三钱或加至一二两　山药（炒）　枸杞　泽泻各二钱　山茱萸一钱　炙甘草　肉桂各一二钱　杜仲（姜制）二钱　制附子一二三钱

水二钟，煎七分，食远，温服。

(3) 还少丹：治脾肾虚寒，饮食少思，发热盗汗，遗精白浊。又治真气亏损，肌体瘦弱等症。(薛已《内科摘要》)

肉苁蓉　远志（去心）　茴香　巴戟　干山药　枸杞子　熟地黄　石菖蒲　山茱萸（去核）　牛膝　杜仲（去皮姜制）　楮实子　五味子　白茯苓各一两

上各另为末和匀，用枣肉百枚，并炼蜜丸桐子大。每服五七十丸，空心温酒或盐汤下，日三服。

5.2　治实热剂

5.2.1　活血除热剂

清代唐容川《血证论·卷六·发热》载："瘀血发热者，瘀血在肌肉，宜当归补血汤合甲己化土汤，加桃仁、红花、柴胡、防风、知母、石膏，血府逐瘀汤亦治之。瘀血在肌腠……宜小柴胡汤加当归、白芍、丹皮、桃仁、荆芥、红花治之，桃奴散加黄芩、柴胡亦治之。瘀血在腑……桃仁承气汤治之，小柴胡汤加桃仁、丹皮、白芍亦治之。瘀血在脏……宜柴胡清骨散加桃仁、琥珀、干漆、丹皮治之"。分别对瘀血在肌腠、脏腑引起的

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

发热进行了辨证论治，论述较为详细。为瘀血发热的治疗做出了贡献。

(1) 桃核承气汤：治下焦蓄血，少腹急结，大便色黑，小便自利，甚则谵语烦渴，其人如狂，至夜发热等。(张机《伤寒论》)

桃仁五十个（去皮尖） 桂枝（去皮） 芒硝 炙甘草各二两 大黄四两

上以水七升，煮取二升半，去滓，纳芒硝，更上火微沸。下火，先食温服五合，一日三次，当微利。

本方原为伤寒太阳病下焦蓄血证而设。后世医家常用本方治疗瘀血内结之发热证。

(2) 通瘀煎：治妇人血滞血积，经脉不利，痛极拒按，及产后瘀血实痛，并男妇血逆、血厥等症。血盛内热，血燥不行者，加炒栀子二钱；微热血虚者，加芍药二钱。(张介宾《景岳全书》)

当归尾三五钱 山楂 香附 红花（新者，炒黄）各二钱 乌药一二钱 青皮一钱半 木香七分 泽泻一钱半

水二盅，煎至七分，加酒一二小钟，食前服。

(3) 复元活血汤：治跌仆损伤，瘀血内停胁下，疼痛不可忍，或伴发热便秘。并治虚劳积瘀，咳嗽痰多者。(李杲《医学发明》)

柴胡半两 瓜蒌根 当归各三钱 红花 甘草 川山甲（炮）各二钱 大黄（酒浸）一两 桃仁（酒浸，去皮尖，研如泥）五十个

上除桃仁外，锉如麻豆大。每服一两，以水一盏半，加酒半盏，同煮至七分，去滓，食前温服。以利为度，得利痛减，不尽服。

(4) 桃奴散：治瘀血发热，瘀血在肌腠。(唐容川《血证论》)

五灵脂 香附子 桃仁 延胡索 桃奴各三钱 肉桂 砂仁 雄鼠屎各一钱

5.2.2 行气解郁清热剂

清代何梦瑶《医碥·卷一·发热》曰："恚怒不发，止自摧抑，则肝气不宣，郁而成热，妇人最多此证。证见胸胁胀痛，或飧泄，面青，手足冷，太息不乐，脉沉弦。木郁则达之，宜逍遥散。"

(1) 逍遥散：治血虚劳倦，五心烦热，肢体疼痛，头目昏重，心忪颊赤，口燥咽干，发热盗汗，减食嗜卧，及血热相搏，月水不调，脐腹胀痛，寒热如疟。又疗室女血弱阴虚，荣卫不和，痰嗽潮热，肌体羸瘦，渐成骨蒸。(陈师文等《太平惠民和剂局方》)

甘草(微炙赤)半两 当归(去苗，剉，微炒) 茯苓(去皮，白者)芍药(白) 白术 柴胡(去苗)各一两

上为粗末。每服二钱，水一大盏，烧生姜一块切破，薄荷少许，同煎至七分，去渣热服，不拘时候。

(2) 加味逍遥散：治肝脾血虚发热，或潮热晡热，或自汗盗汗，或头痛目涩，或怔忡不宁，或颊赤口干，或月经不调，或肚腹作痛，或小腹重坠，水道涩痛，或肿痛出脓，内热作渴等症。(薛己《内科摘要》)

当归 芍药 茯苓 白术(炒) 柴胡各一钱 牡丹皮 山栀(炒) 甘草(炙)各五分

上水煎服。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

5.2.3 祛湿清热剂

清代何梦瑶《医碥·卷一、发热》水湿郁热载："证见身重，或重痛不可转侧，骨节掣痛，屈伸不利，汗出恶风，不欲去衣，头如裹，声如从瓮中出，脉迟缓，治宜利湿。"

胃苓汤：治湿火，湿甚生热，肿胀尿闭。(林珮琴《类证治裁》)

苍术　厚朴　陈皮　甘草（名平胃散）　白术　泽泻　猪苓　茯苓（名四苓散）

合二方名胃苓汤。

展　　望

内伤发热病在临床上甚为多见，中医药对该病的防治具有明显的优势和特色。展望未来，在以下几个方面需亟待加强研究。

(1) 诊断标准统一的研究：目前，除少数几部著作有内伤发热病的诊断标准之外，其余的就很少见到该病的诊断标准。如中医界比较权威的中医药行业标准，并无内伤发热病的诊断标准，各级内科学会、中药新药临床研究指导原则等均无有关该病的诊断标准。由此可见，中医界应注重将内伤发热病的统一的、明确的、能够被大家普遍认同的诊断标准制定出来，这是具有相当深远意义的而又相当困难的工作。因为与之相应的与西医学基本对应的各类疾病亦相当之广泛，很难与中医学之内伤发热病达到完美的、协调的统一，但是，应当做进一步的挖掘、整理、提高的工作，并将诸多西医学中的各类疾病中的有关内伤发热的内容加以整理、探讨、研究，为临床上治疗该病提供更确切的基础。

(2) 临床研究有待改进：当前，在文献报道中，有关内伤发热病的个案报道或大宗的临床病例报道甚多，但一些报道缺乏严谨的科研设计方法，如随机分组、盲法对照等等。而在临床分析方面的内容则较多，使其可靠程度及可比性的评价受到了影响。

(3) 发病机理的研究有待提高：在各型内伤发热病中，在发病机理方面争议最大的当属气虚发热。为何造成众说纷纭的局面，最大程度上是由于中医学的一些研究，有时缺乏比较严密的客观化指标，例如实验室指标等等。为了加强内伤发热机理的探讨，有必要改进研究的思路与方法。

(4) 实验研究必须提高：由于内伤发热病涉及西医学中的许多疾病，因此，要想借助现代科学或西医学的实验研究方法来研究、探讨内伤发热病中存在的诸多问题，如发病机理、药理作用的研究等等，存在着相当大的困难，故此，改进实验方法，更新旧的传统观念十分必要。

（范东明　段凤丽　苏春桃）

近现代参考文献

[1] 方药中，等主编．实用中医内科学．上海：上海科学技术出版社，1985．510～517

[2] 张伯臾主编．中医内科学．上海：上海科学技术出版社，1985．276～280

[3] 吴宇仁．论内伤发热．云南中医杂志，1983 (5)：16

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[4] 段其昌. 内假热证的辨治体会. 云南中医杂志, 1994 (2):9
[5] 张伯臾, 主编. 中医内科学. 北京: 人民卫生出版社, 1988. 651
[6] 朱曾柏. 试论几种常见内伤热病的辨证论治. 贵阳中医学院学报, 1982 (3):20
[7] 罗国钧. 实用中医内科学. 太原: 山西人民出版社, 1981. 396~403
[8] 黄文东. 中国医学百科全书·中医内科学. 上海: 上海科学技术出版社, 1989. 4~5
[9] 王永炎主编. 临床中医内科学. 北京: 北京出版社, 1994. 1297~1308
[10] 中医研究院. 蒲辅周医疗经验. 北京: 人民卫生出版社, 1976. 53~55
[11] 石学敏. 中医纲目. 北京: 人民日报出版社, 1993. 2615~2619
[12] 王永炎主编. 中医内科学. 上海: 上海科学技术出版社, 1997. 307~313
[13] 傅宗翰. 低热证治. 江苏医药, 1976 (3):13
[14] 刘显邀. 阴虚发热的辨证论治. 四川中医, 1983 (1):40
[15] 邓宝华. 注重扶脾化瘀法论治虚热. 实用中医内科杂志, 1993 (2):13
[16] 乔富渠. 邪血致热试论. 陕西中医学院学报, 1993 (1):29
[17] 乔富渠. 难治性热病与"化"阻退热法的应用. 陕西中医函授, 1992 (11):25
[18] 张年顺, 等. 气虚发热理论的研究进展. 辽宁中医杂志, 1982 (7):16~19
[19] 艺勇. 我也谈谈"甘温除热". 中医杂志, 1962 (2):28
[20] 刘伍立. 脾虚发热成因探析. 吉林中医药, 1985 (6):34
[21] 欧阳锜. "甘温除热"法的理论探讨. 中医杂志, 1961 (4):30
[22] 欧阳锜. 再论"甘温除热". 中医杂志, 1962 (5):36
[23] 任迪夫. 甘温除热之我见. 四川中医, 1983 (3):21
[24] 李士豪. 甘温除热法之浅见. 天津中医, 1993 (6):20
[25] 陈广路. 气虚发热之我见. 吉林中医药, 1985 (6):34
[26] 周陶冶. 气虚发热的病机浅析. 安徽中医学院学报, 1984 (3):15
[27] 朱显书. 谈谈脾胃气虚发热证治. 湖北中医杂志, 1992 (3):24
[28] 刘渡舟. 阴火与阳火的证治. 中医杂志, 1962 (4):11
[29] 徐子评. 我对补中益气汤证病机的看法. 中医杂志, 1963 (4):28
[30] 谷越涛, 等. 甘温除大热及其临床应用. 湖北中医杂志, 1983 (4):33
[31] 潘华信. 论东垣阴火证治之名实. 中医杂志, 1991 (7):9
[32] 宋秀琴, 等. 发热的辨证论治. 北京: 中医古籍出版社, 1995. 80~152
[33] 王凤山, 等. 长期低热从湿热论治. 实用中医内科杂志, 1991 (3):39
[34] 李碧. 对"补中益气汤"甘温除热的体会. 山东中医学院学报, 1979 (1):10
[35] 郭贞卿. 谈谈我对甘温除热法的认识. 中医杂志, 1980 (8):18
[36] 中医研究院主编. 岳美中论医集. 北京: 人民卫生出版社, 1978. 77
[37] 中医研究院主编. 岳美中医案集. 北京: 人民卫生出版社, 1978. 98~102
[38] 许晴暄, 等. 谈谈低热辨证施治. 湖北中医杂志, 1980 (5):25
[39] 任应秋. 任应秋论医集. 北京: 人民卫生出版社, 1984. 510
[40] 杨思澍, 等主编. 中医临床大全. 北京: 北京科学技术出版社, 1991. 12
[41] 朱曾柏. 论中医内伤热病学. 武汉: 湖北人民出版社, 1982. 42~64
[42] 杨履新. 内伤发热的辨证治疗体会. 北京医学, 1985 (3):175
[43] 李庭玉. 发低烧. 新中医, 1976 (2):24
[44] 姜超, 等. 长期低热的临床研究——附60例分析. 北京中医杂志, 1989 (5):31
[45] 周建国. 浅论郁证发热证治. 四川中医, 1992 (3):6

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[46] 岳美中. 低热的中医治疗. 中华内科杂志, 1977 (6):362
[47] 朱曾柏. 略论中医内伤热病学说. 新中医增刊, 1980 (1):14
[48] 宋知行. 董廷瑶老师运用扶正退热法经验举隅. 黑龙江中医药, 1986 (3):4
[49] 赵纪生. 董德懋老大夫治疗内伤发热的经验. 浙江中医杂志, 1982 (4):174
[50] 王海洲, 等. 低热辨治六法. 新疆中医药, 1991 (3):13
[51] 沈舒文. 治疗内伤发热六法. 陕西中医, 1986 (1):19
[52] 乔富渠. 发热从通论治十法初探. 陕西中医, 1991 (11):499
[53] 王占玺. 临床验集. 第 2 版. 北京: 科学技术文献出版社, 1985. 104 ~ 106
[54] 陈鼎棋, 等. 甘温除大热的理论与实践. 中医杂志, 1990 (8):4
[55] 颜文明. 从阴火谈到甘温除热. 中医杂志, 1962 (7):31
[56] 彭含芳. 试从邪正斗争探讨气虚发热与甘温除热的机理. 江西中医药, 1981 (3):6
[57] 殷品之. 我对“甘温除热”的看法. 中医杂志, 1962 (9):25
[58] 闵子谦. 关于阴火和甘温除热的我见. 江苏中医, 1964 (10):34
[59] 王少椒. 对“虚热”的临床观察和病机初探. 上海中医药杂志, 1964 (12):1
[60] 韩先知. 对“甘温除热法”之理解和运用. 四川中医, 1992 (9):15
[61] 潘静江. 补中益气汤新解. 新医学, 1974 (6):28
[62] 李卫华. 对祖国医学气虚发热证治的体会. 云南中医学院学报, 1978 (3):34
[63] 沈君骅, 等. 甘温除热新探. 浙江中医学院学报, 1984 (5):53
[64] 冯变花. 气虚发热的病机及证治浅探. 山西中医, 1993 (5):9
[65] 朱式夷. 论甘温除热及李氏学说. 中医杂志, 1962 (11):33
[66] 张光禹. “甘温除热法”的讨论. 成都中医学院学报, 1981 (1):11
[67] 潘丽萍, 等. 甘温除热法应用指征探析. 中医杂志, 1993 (3):184
[68] 刘映芳. 治疗阴虚发热的体会. 云南中医学院学报, 1989 (2):35
[69] 李文亮, 等. 千家妙方. 北京: 解放军出版社, 1982. 544 ~ 555
[70] 李佐清, 等. 中医治疗恶性肿瘤发热 68 例临床观察. 广西中医药, 1991 (5):197
[71] 王庆才. 辨证治疗癌热 70 例临床小结. 辽宁中医杂志, 1992 (6):35
[72] 李力强, 等. 益气养阴为主治疗恶性肿瘤晚期非感染性发热. 实用中医内科杂志, 1994 (3):21
[73] 陈连起. 150 例肝癌介入治疗发热症的中医疗效观察. 陕西中医, 1995 (7):293
[74] 马廷行, 等. 滋阴清热解毒法治疗肺癌 240 例疗效观察. 山东中医杂志, 1992 (1):31
[75] 陈家俊, 等. 竹叶石膏汤治疗癌性发热的疗效观察. 福建中医药, 1995 (4):9
[76] 何建平, 等. 白血病发热证治初探. 上海中医药杂志, 1993 (7):107
[77] 李士林, 等. 健脾清热治疗血液病发烧出血 18 例. 实用中西医结合杂志, 1990 (5):286
[78] 刘金生, 等. 经方治疗发热案例分析. 北京中医学院学报, 1991 (3):50
[79] 唐由君, 等. 120 例再生障碍性贫血发热的辨证论治. 中国医药学报, 1988 (5):20
[80] 焦增绵. 中医论治心脏病术后发热. 北京中医学院学报, 1991 (5):21
[81] 余莉芳. 补益法治疗“先心病”术后发热. 北京中医杂志, 1988 (3):24
[82] 李学君. 补中益气汤加减治产后及妇科术后发热 100 例. 江西中医药, 1993 (1):48
[83] 吕朝重, 等. “柴胡三仁汤”治疗剖腹产术后高热 23 例. 中医研究. 1992 (3):38
[84] 范光华, 等. 青蒿鳖甲汤加味治疗妇科手术后低热 100 例疗效观察. 浙江中医杂志, 1981 (11):509
[85] 邓晋丰. 清骨散治疗创伤发热. 新中医, 1984 (3):33
[86] 徐叔云, 等. 药理实验方法学. 北京: 人民卫生出版社, 1982. 544

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[87] 梁月华，等．寒证热证时中枢、内脏、尿内儿茶酚胺及5—羟色胺的变化．中医杂志，1991（12）：38
[88] 陈小野，等．长期热证造模的内分泌研究．中国中医药科技，1995（2）：5
[89] 梁月华．中医寒热本质的初步研究．中华医学杂志，1979（12）：705
[90] 王少徵．对“虚热”的临床观察和病机初探．上海中医药杂志，1964（12）：1
[91] 上海中医学院生化教研组，中基教研组．阴虚火旺与肾上腺皮质、髓质激素关系的初步探讨．上海中医药杂志，1979（5）：8～11
[92] 万叔援，等．阴虚火旺与尿17羟皮质类固醇、儿茶酚胺排泄量关系的观察．中华医学杂志，1979（12）：722
[93] 陈锐群，等．阴虚内热证初探——知母对钠泵作用的大鼠体内实验．中西医结合杂志，1983（4）：235
[94] 唐树德，等．阴虚火旺与肾素，血管紧张素系统关系的初步探讨．陕西中医，1984（2）：43
[95] 许长照，等．内伤低热的免疫学观察．南京中医学院学报，1983（4）：41
[96] 张广宇，等　虚寒与虚热证患者血浆皮质醇及其受体观察．中西医结合杂志，1991（11）：664
[97] 谭毓治，等．九个方剂对大鼠实验性发热的影响．中国中药杂志，1989（5）：306

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 郁　　病 ❋

郁病即是指情志不畅、气机郁滞所引起的以心情抑郁、情绪不宁、胸部满闷、胸胁胀痛，或易怒易哭，或咽中如有异物梗塞等症为主要临床表现的一类病证。可发生在多种疾病发展过程中，是内科常见病证之一。

郁，为抑而不散，滞而不通之意。郁病则是由精神因素引起，以气机郁滞为基本病变的病证。既是一个病因、病理学概念，又是一个综合病证，临床表现错综复杂，它即不是一个独立的疾病，也不是一个单独的症状，人身百病，多生于郁。

郁病有广义、狭义之分。广义的郁病，是因病而郁，即泛指由外感、六淫、内伤七情引起的脏腑机能不和，从而导致气、血、痰、火、湿、食等病理产物的滞塞和郁结造成脏腑生理功能紊乱，气血津液运行失调所出现的一类病证。狭义的郁病，是指因郁而病，则主要指情志不舒，气郁不畅，忧思不解，气滞于内，气结不行，气机失调而致气机郁滞，脏腑功能失调引起的心情抑郁，情绪不宁，胸部满闷，胁肋胀痛，或易怒欲哭或咽中如有异物梗阻等症为主要症状。本文论述的郁病是指以情志不舒为病因，以气机郁滞为基本病变的郁，即情志之郁，属狭义之郁。

根据郁病的临床表现及其情志内伤致病的特点，本病主要可见于西医学的神经症，以神经衰弱和癔病为多见，也见于更年期综合征及反应性精神病。

多年来，由于中医药对郁病的治疗具有用药灵活、针对性强、收效快、无毒副作用等优势，故属于郁病范畴的西医疾病的患者，求助于中医药治疗者已日趋增多，促进了中医对郁病的系统化、科学化研究。现分述如下。

【今日临床】

1　诊断标准

对于郁病的诊断，当今临床上多参考 1994 年国家中医药管理局发布的中医药行业标准——《中医病证诊断疗效标准》中关于郁病的诊断标准。在新药研究开发方面，还应参考 1993 年中华人民共和国卫生部药政司制定发布的《中药新药临床研究指导原则》制定的治疗百合病的临床研究指导原则。以上两个诊断标准，主要根据临床症状而拟定，缺乏系统性，临床分证较少，不能全面地概括郁病的表现。故笔者纵观文献报道，总结长期临床实践及专家对郁病的研究成果，以行业标准为基础，拟定郁病的中医诊断标准如下。

1.1　病名诊断标准

主症：精神抑郁，情绪不宁，胸胁胀满。

次症：胸胁胀痛，性情急躁易怒、心悸、失眠、健忘等神经症状；嘈杂吞酸、口干而苦、胃脘胀满、嗳气酸腐、不思饮食等胃肠道症状；脘腹胀满，咽中如物梗塞，吞之不

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

下，咯之不出等特异性症状，或精神恍惚、悲哀哭泣、喜怒无常等精神异常症状。

发病病史：大多数患者有忧愁、焦虑、悲哀、恐惧等情志内伤病史。

发病特点：慢性起病，多发于中青年女性。

诱发因素：发病前或反复发作常与情志因素密切相关。

理化检查：各系统检查和实验室检查均正常，除外器质性疾病。

凡具备上述主症和理化检查，参考其它项目，即可诊断为郁病。

1.2 证类诊断标准

1.2.1 肝气郁结

主症：①精神抑郁，情绪不宁；②胸胁不舒，痛无定处，喜太息；③苔薄腻，脉弦。

次症：①因烦恼复发或加重，脘闷嗳气，不思饮食；②大便不调，排便不畅；③女子月事不调。

凡具备全部主症，或主症1项兼次症2项，即可诊断本证。

1.2.2 气郁化火

主症：①性情急躁易怒；②口苦而干，胸胁胀满；③舌红，苔黄，脉弦数。

次症：①头痛，目赤，耳鸣；②嘈杂吞酸，心烦易怒；③大便秘结，小便短赤。

凡具备全部主症，或主症1项兼次症2项，即可诊断本证。

1.2.3 气滞血瘀

主症：①精神抑郁，性情急躁（抑郁且躁）；②舌质紫黯或瘀点。

次症：①头痛，失眠，健忘；②胸胁疼痛；③身体某部有发冷或发热感，脉弦或涩。

凡具备全部主症，或主症1项兼次症2项，即可诊断本证。

1.2.4 痰气郁结

主症：①精神抑郁，胸闷；②咽中如有物梗塞，吞之不下，咯之不出；③苔腻。

次症：①沉默寡言，胸闷如塞，胁肋胀满；②脉弦滑。

凡具备全部主症，或主症1项兼次症2项，即可诊断本证。

1.2.5 心阴亏虚

主症：①精神抑郁，多思善虑；②心悸，失眠，健忘；③五心烦热，舌红少津，脉细数；

次症：①口咽干燥；②大便秘结；③潮热盗汗。

凡具备全部主症，或主症1项兼次症2项，即可诊断本证。

1.2.6 心脾两虚

主症：多思善虑，神疲心悸，舌淡脉细。

次症：①头晕，失眠，健忘；②面色无华；③饮食不振，纳差。

凡具备全部主症，或主症1项兼次症2项，即可诊断本证。

1.2.7 肝阴亏虚

主症：①头晕，耳鸣；②烦躁易怒，五心烦热；③舌干红，脉弦细或数。

次症：①视物昏花，双目干涩畏光；②面红目赤，头痛且胀；③肢体麻木，筋惕肉瞤。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

凡具备全部主症，或主症1项兼次症2项，即可诊断本证。

1.2.8 心神惑乱

主症：精神恍惚，悲忧善哭，喜怒无常。

次症：①心神不宁，多疑善惊；②时时欠伸，③舌淡，脉弦。

凡具备全部主症，或主症1项兼次症2项，即可诊断本证。

以上证类诊断标准参考国家中医药管理局颁布的行业标准及普通高等教育中医药类规划教材。

2 中心证候特征

精神抑郁，情绪多变，胸胁胀满不舒为本病证候特征。本病以气郁为先，故郁病先表现胸胁胀满疼痛，范围比较弥散，部位不确切，性质以满闷、发胀、疼无定处为特点，疼痛较轻，并其症状程度与情绪密切相关。

郁病是由精神、情志因素引起，以气机郁滞为基本病变，在此基础上继发其它郁滞。如①血郁：胸胁胀痛，痛有定处，舌有瘀斑；②火郁：性情急躁易怒，口苦咽干，便秘。舌红苔黄；③食郁：胃脘胀满，嗳气酸腐，不思饮食；④湿郁：身重，脘腹胀满，口腻，便溏腹泻；⑤痰郁：脘腹胀满，咽中如物梗塞；⑥脏躁：精神恍惚，悲哀哭泣，喜怒无常；⑦梅核气；咽中如有炙脔，吞之不下，咯之不出。

3 病 因

3.1 气质因素

情志内伤是郁病的致病因素。但情志因素是否造成郁病，除与精神刺激的强度及持续时间的长短有关之外，也与机体本身的状况有极为密切的关系。正如《杂病源流犀烛·诸郁源流》说："诸郁，脏气病也，其原本于思虑过深，更兼脏气弱，故六郁之病生焉。"说明机体的"脏气弱"是郁病发病的内在因素。郁病的发病原因与患者的某些气质有关。所谓气质，即人在生命活动过程中所表现出来的精神面貌、性格、情绪的总和。常见郁病易感人群的气质有以下几种：

怒郁之人 此类人大多刚愎自用，自高自大，遇事好占上风，性情暴烈，容易激动，缺乏耐心，不冷静，多见于男性。

思郁之人 此类人大多沉默寡言，思虑重重，遇事常谋而不决，性情温柔，不易激动，缺乏自信心，多见于女性。

忧郁之人 此类大多忧心忡忡，为人处事小心翼翼，胆怯怕事，性情软弱，忍耐性强，不易发怒，缺乏自信心，男女均可见。

3.2 情志因素

忧思气结、愤懑郁怒 由于谋虑不遂、忧思气结、郁怒不解或悲愁恐惧等七情所伤，情志失调，肝气郁结，肝失疏泄，脾失运化，心神失常，导致脏腑阴阳气血失调，是形成本病的基础。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

忧愁思虑，抑郁寡欢 由于忧愁思虑，精神紧张，或长期伏案思索，使脾气郁结或肝气郁结之后横逆侮脾，均可导致脾失健运，不能消磨水谷，则气结食滞，则为食郁；若水湿不运，湿浊内停或凝聚为痰，则为湿郁或痰郁。若脾伤食少，生化无源，渐致气血不足，而使心脾两虚。

所愿不遂，五志过极 由于所愿不遂，精神紧张，家庭不和睦，以致忧愁悲哀，损伤心神，心失所养，或情志过极，阴血暗耗，以致心失所奉，或心阴耗伤，心火偏亢，不汲肾水，以致心肾不交，或劳心过度，心气受伤，以致心神失守，精神惑乱。

3.3 继发因素

痰浊 情志因素是郁病的致病原因，气郁是郁病的基本病变。气滞脾虚，不能运化水湿，聚湿生痰，则形成痰郁。痰浊郁滞，加重气机不畅，使郁病加重。

瘀血 因气为血帅，气行则血行，气滞则血瘀，气郁日久，影响及血，使血液的运行不畅，甚至发生瘀血阻滞，则形成血郁。

湿阻 痰气郁结，湿易停留，湿浊不化，水湿内停，则形成湿郁。

食滞 脾主运化，脾失健运，不能消磨水谷，必致食积不消，而形成食郁。

火热 若气郁日久化火，则发生肝火上炎的病变，或痰、湿、食久郁都可以郁而化火而形成火郁。火热之邪，耗伤津血，津液运行不畅，停聚于脏腑、经络，凝聚成热痰，而致痰郁。热郁日久，耗伤肝肾阴血，则肝肾阴虚火旺，由此发展可成种种虚损之候。

郁病的形成，总以七情内伤为先导，情志戚戚而气分先郁。气郁则生湿，湿郁则生热，热郁则酿痰，痰郁则化火，火郁则动肝，气滞则血瘀，痰阻而致气机不畅，痰气郁结，食滞不消，则形成食郁。于是乎气郁、痰浊、血瘀、湿阻、食滞、火热等病理产物，成为郁病的第二致病因素，内涉于脏腑，影响脏腑功能。

3.4 诱发因素

气候失常 气候骤变，寒热交侵，或气候炎热，酷暑之下劳作，或高温环境作业等可引发本病。

起居失宜 长期起居失宜，烦劳无度，少寐多梦者易发生本病。

饮食失节 嗜食辛辣刺激食品，或肥甘冷腻食物；或过饮酒茶，咖啡过浓过多；或饥饱无常；或服食、误食腐败变质食品，毒素未去。

情志不遂 情志相激，烦恼暴怒，狂喜大笑，思虑过度，抑郁寡欢，悲伤暗泣，日久不已。

药物作用 长期服用镇惊剂，或辛温燥热药物，抑制或兴奋了中枢神经系统。

以上所述均可诱发或加重本病。

4 病 机

4.1 发 病

郁病的发病病程可长可短。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4.1.1 急性发病

突发情志过极，遇惊临险而致肝气郁结，心气不舒，肝失疏泄，心神失养而出现情绪不宁、性情急躁、胸胁胀闷、善叹息等症。根据情志所伤程度，肝郁不解可兼见消化系统症状，如食少纳呆、脘腹胀满、大便不调等症。上述症状可反复发作，每因情志所伤而诱发。

4.1.2 慢性发病

因长期忧愁思虑、精神紧张而致气机不得舒展，心失所养，神失所藏，气血不足而出现多思善虑、头晕神疲、心悸胆怯、失眠健忘等症。也可出现心神失守、精神惑乱、悲伤哭泣、喜怒无常等精神症状。此病症常缓慢起病，长期反复刺激而致。如进一步发展可影响到其它脏腑，耗伤气血阴阳而表现为虚证。

4.2 病 位

此病因情志内伤，初期病变脏腑以肝、心为主。继则涉及胆、脾、胃、肺、肾、脑、女子胞等脏腑。虽然郁病病位较广，但主要在肝、心、脾三脏。

4.3 病 性

郁病初起以气滞为主，气机郁滞。再由气及血，进而导致湿、痰、热、食相兼为病，此属实证。久病则易由实转虚，随其影响的脏腑及损耗气血的不同，而渐成虚损之证。

4.4 病 势

郁病的始病以气滞为先，症见精神抑郁，情绪不宁，胸胁胀满疼痛，以满闷发胀为主。疼痛较轻，无确定部位，一般在胁肋。胀满感觉常与情绪密切相关。

在气郁的基础上继发其他郁滞，如血郁、气郁化火、气郁食滞、气郁生痰、气郁湿阻。郁病日久，耗伤气血阴阳，影响脏腑功能，则出现心、脾、肝的气血或肾精亏虚的表现。此阶段病程迁延，反复发作，常与精神刺激有关。

4.5 病机转化

4.5.1 六郁相因

郁病初起主要以情志内伤，气机郁滞而致气郁。气为血帅，气行则血行，气滞则血不畅久则由气及血而成血郁；气滞湿阻，聚而成痰，可成痰郁；气有余便是火可形成火郁；气滞水气不行，湿气停留可成湿郁；气滞痰湿不化，则食积难消而成食郁。此气、血、痰、湿、食、火六郁互为因果，相兼为病。

4.5.2 肝郁日久，影响五脏

肝主疏泄，喜性条达。因谋虑不遂，郁怒不解等情志内伤，使肝失条达，疏泄失司致肝气郁结。肝郁横逆犯胃克脾，脾胃受制，纳谷运化失常，水谷不为精微，反生痰湿，肝病及脾，肝脾气结，气滞脾精不布，聚湿生痰，痰气郁结，上逆胸膈咽喉，发为梅核气。若肝郁化火，扰动心神，心血亏耗，神失所养，精神恍惚，则发为脏躁。心主血脉，肺主治节而朝百脉，心肺正常则气血调和。若肝气上逆犯肺，肺气不展，百脉失朝，气血不

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

畅，内伤肺阴，久则心肺阴虚，百脉受累，症状百出，发为百合病。惊恐伤神则心失所养，忧思伤志则肾失所藏，心肾两亏，由阴及阳，阳虚不能制水，寒水及肾之积气上逆，可发为奔豚气。肝郁可影响肾之封藏，或肝气郁久化火，暗耗阴精，肾阴亏虚或阴虚火旺，久则可致虚劳。妇女气郁血滞，冲任失养，久则可发为经闭、瘕积。由于肝、脾、心、肺等脏腑机能失调，病因病理错综复杂，病程中还可表现为心脾两亏、心肾阴虚、阴虚火旺、心脾气结、心肝气郁、肝脾不调、肝胃不和等证。

4.5.3 虚实转化

本病初病体实。病变主要为气滞或兼夹湿停、痰滞、食积、血瘀等，故多属实证。若经久不愈，久郁伤脾，纳谷减少，生化之源不足，或郁久伤血耗气，可致气血心脾俱亏；气郁化火，阴血暗耗，可导致心肾阴虚，病变由实转虚，甚至由此可发展为虚劳重症。正如前人所说："始而伤气，继必及血，终乃成劳。"

4.6 证类病机

肝气郁结 肝主疏泄，性喜条达，其经脉布胁肋，贯膈。肝气郁结，疏泄功能失常，经脉气机不畅故见精神抑郁，情绪不宁，胸部满闷，胁肋胀痛，痛无定处，女子月事不调。肝气郁结，乘脾犯胃，则见脘闷嗳气、不思饮食、大便失调等症。

气郁化火 肝气郁结，气机失畅，致胸胁胀满疼痛。肝郁日久化火，故性情急躁易怒，口苦咽干；肝火犯胃则嘈杂吞酸；郁火上炎则头痛、耳鸣、目赤；舌红苔黄，脉弦数为肝郁化火之象。

气滞血瘀 情志内伤，气机郁滞不畅，故见精神抑郁，性情急躁。气病及血，血行郁滞，瘀阻不通而致头痛或胸胁疼痛。血行郁滞，心神失于濡养故失眠、健忘。瘀血阻滞于身体某部，使局部组织失于温煦濡养则发冷。而瘀血阻滞化热则又会自觉局部发热。舌质黯或有瘀点、瘀斑，脉弦或涩，均为血行郁滞之象。

痰气郁结 肝郁脾虚，聚湿生痰，或气滞津停，凝聚成痰，气滞痰郁交阻于胸膈之上，故产生胸中窒闷，胁肋胀痛及咽中如物梗阻，吞之不下，咯之不出等症。本证即《医宗金鉴》中所称之"梅核气"。

心阴亏虚 情志过极以及思虑太过，均使心阴耗伤，心失所养，故心悸、健忘。神不守舍则失眠、多梦。心阴不足，虚火内生，故五心烦热、盗汗、口咽干燥、舌红少津，脉细数为阴虚有热之象。

心脾两虚 忧愁思虑，久则损伤心脾，并使气血的生化不足，心失所养，则致心悸、胆怯、失眠、健忘。脾失健运以及气血不充，故见纳差、头晕、神疲、面色不华，舌淡脉细等症。

肝阴亏虚 肝阴不足，阴精不能上承于目，目失濡养，故目干畏光，视物昏花。肝主筋，筋脉失于濡养则肢体麻木，筋惕肉瞤。肝阴不足以致肝阳偏亢，肝火上炎，上扰清窍，则引起眩晕、耳鸣、头胀痛、面红目赤、急躁易怒等症。舌干红，脉弦细数，为阴虚肝旺之象。

心神惑乱 忧思郁虑，情志过极，使肝气郁结，心气耗伤，营血不足，以致心神失养，故见精神恍惚，心神不宁，多疑易惊。心神惑乱则见悲忧善哭，喜怒无常，手舞足

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

蹈。此症多见于女性，常因精神刺激而诱发。《金匮要略·妇人杂病》称此症为“脏躁”。

5 临证思路

5.1 抓住主诉

本病主诉为精神抑郁，情绪不宁，胸胁胀满疼痛，善长叹息，易怒欲哭或咽中如有物梗阻，心悸胆怯，失眠健忘等。

5.2 详问病因

大多数患者有忧愁、焦虑、悲哀、恐惧等情志内伤病史。发作常与情志因素密切相关。

5.3 分析病位

郁病的病位主要在肝、脾、心三脏，但涉及胆、胃、肺、肾、脑、女子胞等脏腑和奇恒之腑。精神抑郁不畅，常因情绪的变化而发作胸胁不舒，默默不语，或时时叹息，女子月经不调，则病变部位在肝，属肝气郁滞之候；多思善虑，忧愁抑郁，不思饮食，神疲乏力，病变部位在脾，属肝郁脾结之候；心悸胆怯，惶惶不安，夜不成寐，食不甘味，稍有紧张，内心分扰，坐立不安，病变部位在心，属肝郁扰心，心神不宁之候；郁病初起为气滞，继之气病及血，日久气血耗伤，虚损成劳，则病变及肾，属肾精亏虚之候。

5.4 确定病性

精神抑郁，情绪不宁，胸胁胀满疼痛，疼无定处，善长叹息为气机郁滞所引起气郁症状；胸胁胀痛，或呈刺痛，部位固定，面色晦黯，舌质瘀点、瘀斑或有紫黯为血瘀；性情急躁易怒，胸闷胁痛，嘈杂吞酸，口干而苦，便秘，舌红，苔黄，脉弦数为火郁；精神不振，不思饮食，胃脘胀满，嗳气酸腐为食郁；精神倦怠，身重懒言，默默自语，脘腹胀满，口腻乏味，便溏腹泻为湿郁；精神萎靡，脘腹胀满，咽中如物梗塞，苔腻为痰郁。郁病病初在气分，继而由气及血，六郁相随，均属实证。郁病日久则气血耗虚，虚损成劳。

在临床上各证之间往往不是单独出现或一成不变的，可以发生虚实兼夹或虚实转化。需要根据具体病情，确定病性。

5.5 疗效预测

本病一般病程较长，但预后一般良好。针对具体情况，解除情志致病的原因，对本病的预后有重要的作用。而在受到刺激后，病情常有反复或波动，易使病程延长。病程较短，而情志致病的原因又得以解除者，通常都可以治愈；病程较长，而情志致病的原因未能解除者，往往需要较长时间的治疗，才能收到比较满意的效果。

6 鉴　别

喉痹　郁病中痰气郁结所成的梅核气，多见于青年女性，因情志抑郁而起病，自觉咽

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

中有物梗塞感觉与情志有关，如心情愉快，工作繁忙时，症状减轻或消失，而当心情抑郁或注意力集中于咽部时，梗塞感觉加重。虚火喉痹则多见于中年男性，因感冒、长期烟酒、嗜食辛辣食物而引起，咽部除有异物感而外，自觉咽干、灼热、咽痒，咽部症状与情绪无关，但过劳或感受外邪时，症状加重。

噎膈 噎膈应与郁病之痰气郁结形成的梅核气相鉴别。梅核气的诊断正如上所述。噎膈则多发生于老年男性，梗塞的感觉主要在胸骨后的部位吞咽困难，逐渐加重，日久则因饮食量减少而形体消瘦，甚至滴水难下，形体羸瘦，作食管检查常有异常发现。

百合病 百合病是一种以精神恍惚、欲卧不能卧，欲行不能行、食欲时好时差，以及口苦、尿黄、脉象微数为主要临床表现的疾病。郁病为情志怫郁，气机郁滞所引起的疾病的总称。二者相似之处在于，在病因方面，百合病亦有因情志所伤而致者；在症状上，郁病之郁郁寡欢，精神不振、不思饮食、神呆不寐等表现与百合病的“常默默”、“意欲食，复不能食”、“欲卧不能卧，欲行不能行”有相近之处。但百合病与郁病在临床表现及病机方面有所不同。百合病多由阴虚内热而致，证象变化无定为临床特点；郁病则属气机郁滞所生，常见胁痛、胀满、噫气等气机痹阻之象，症状较为确定。气郁化火，虽然也有口苦、口干、便秘、尿赤等表现，但气郁化火为实火，除上述表现外，还兼见面赤目赤，烦躁易怒，胸胁胀痛，嗳气频频，这些均与百合病不同。

癫狂 郁病中的心神惑乱所致的脏躁证应与癫狂相鉴别。脏躁证多发于中年妇女，在精神因素的刺激下，发作精神恍惚，悲忧善哭，喜怒无常，甚则出现手舞足蹈、骂詈叫号等癫狂之病象，但脏躁证呈间歇发作，在不发作时视如常人。而癫狂多发于青壮年，男女发病率无显著差别，病程迁延，心神失常的症状极少自行缓解。

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 肝气郁结

临床表现：精神抑郁，情绪不宁，善太息，胸部满闷，胁肋胀痛，痛无定处，脘闷嗳气，不思饮食，大便不调，或女子月事不调，苔薄腻，脉弦。

病机分析：情志所伤，肝失条达，则经脉气机不畅，故见精神抑郁，情绪不宁，善太息；厥阴肝经循少腹，夹胃，布于胸胁，因肝气郁滞，气机不畅，肝络失和则胸部满闷，胁肋胀痛，以气滞为主故痛无定处；肝气犯胃，胃失和降则脘闷嗳气，不思饮食。肝气乘脾，脾失健运，则大便不调；气滞血瘀则女子月事不调，苔薄腻，脉弦，则为肝胃不和之象。

转归：本证为郁病的初期，以气滞为主。病情较轻，一般无器质性病变。首先要解决病因，去除情志刺激因素，保持心情舒畅则病情可缓解，如果精神反复长期刺激，则气郁产生化火、血瘀、痰结、湿滞、食停等病理产物，使病情复杂并加重，迁延病程，可引起器质性病变，影响脏腑功能。

治法：疏肝解郁，理气畅中。

方药：柴胡疏肝汤（《景岳全书》）。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

柴胡　香附　枳壳　陈皮　川芎　芍药　甘草

加减：如胸胁胀满疼痛较甚者，可加郁金、青皮、佛手疏肝理气；肝气犯胃，胃失和降而见嗳气频作，胸脘不舒者，可加旋覆花、代赭石、苏梗、法半夏和胃降逆；兼有食滞腹胀者，可加神曲、麦芽、山楂、鸡内金消食化滞；肝气乘脾而见腹胀、腹痛、腹泻者，可加苍术、茯苓、乌药、薏仁健脾除湿，温经止痛；妇女经血瘀滞，经前乳胀腹痛，可加当归、丹参、桃仁、川芎、益母草、丹皮等活血调经。

在应用理气药时，须应注意理气而不耗气，以防变生它证。治疗此证的其它方剂还有：

（1）越鞠丸（《丹溪心法》）：苍术、香附、川芎、神曲、栀子。

（2）六郁汤（《医学心悟》）：苍术、陈皮、半夏、茯苓、砂仁、甘草、栀子、芍药、厚朴、陈皮、紫苏。

（3）木香顺气丸（《证治准绳》）：木香、枳壳、陈皮、香附、槟榔、苍术、砂仁、厚朴、青皮、甘草。

在治疗本证时，除药物治疗外，一定要配合精神疗法，解除病因，舒畅情志，则可取得事半功倍的效果。

7.1.2　气郁化火

临床表现：性情急躁易怒，胸胁胀满，口苦而干，或头痛、目赤、耳鸣，或嘈杂吞酸，大便秘结，舌红，苔黄，脉弦数。

病机分析：肝气郁结日久，气有余便是火，气郁化火，肝火内郁，故性情急躁易怒，口苦而干，舌红苔黄，脉弦数；肝火上炎，循肝脉上行，以致头痛、目赤、耳鸣；肝火犯胃，嘈杂吞酸，肝火灼津，大便秘结，小便短赤；肝气郁结以致胸胁胀满疼痛。

转归：暴怒伤肝，肝火暴张，鼓动阳明痰热上扰神明，蒙敝清窍则发狂乱；肝郁化火，易伤阴津，引起肝阴亏虚，虚火扰乱心神而发展为虚证；肝郁化火，火邪伤胃，则出现烦躁易怒，泛酸嘈杂，胃脘灼痛，甚则痛势急迫，呕血。

治法：疏肝解郁，清肝泻火。

方药：丹栀逍遥散（《薛氏医案》）。

柴胡　生白芍　白术　茯苓　当归　薄荷　生甘草　生姜　丹皮　栀子

加减：如热势较甚，口苦，便秘则加龙胆草、黄芩、大黄泻热通腑；肝火犯胃，胁肋疼痛，口苦，嘈杂吞酸，嗳气呕吐，加黄连、吴萸（左金丸）清肝泻火，加瓦楞子、生牡蛎降逆止呕；肝火伤阴，舌红少苔，加生地黄、麦冬、山药滋阴健脾；肝火上炎致头痛、目赤，加菊花、钩藤、夏枯草清热平肝。

肝郁化火，常可犯胃，治疗时应注意清肝而不伤胃，不易使用大寒过凉之品。治疗此证的其它方剂还有：

（1）化肝煎（《景岳全书》）：青皮、陈皮、芍药、丹皮、栀子、泽泻、贝母。

（2）龙胆泻肝汤（《太平惠民和剂局方》）：龙胆草、栀子、黄芩、柴胡、当归、生地、泽泻、车前子、木通、甘草。

（3）左金丸（《丹溪心法》）：黄连、吴茱萸。

此证要防止暴怒伤肝和情绪的大起大落。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.1.3 气滞血瘀

临床表现：精神抑郁，性情急躁，头痛，失眠，健忘，或胸胁疼痛或身体某部有发冷或发热感，舌质紫黯，或有瘀点、瘀斑，脉弦或涩。

病机分析：情志不舒，气机郁滞不畅，故见精神急躁；气病及血，血行郁滞，瘀阻不通而致头痛或胸胁疼痛；血行郁滞，心神失于濡养故失眠、健忘；瘀血阻滞于身体某部，使局部组织失于温煦濡养则发冷，而瘀血阻滞化热则又会自觉局部发热，舌质黯或有瘀点、瘀斑，脉弦或涩，均为血行郁滞之象。

转归：因气为血之帅，气行则血行，气滞则血瘀。气郁日久，影响及血，使血液的运行不畅，则发生瘀血阻滞。本证的形成一般时间长久，因长期情志不舒，久病入络，由气郁而致血郁，由气病及血而血行失畅，涉及脏腑。瘀阻于心，则心脉不通，胸闷心痛，口唇青紫；瘀阻于肺，则胸痛咳血；瘀阻胃肠，可见呕血，便血；瘀阻于肝，可见胁痛痞块；瘀阻肢体局部，可见局部肿痛或青紫等。故气滞血瘀证，当引起高度重视，此期则可由功能性改变转化为器质性病变。

治法：行气活血，开郁化瘀。

方药：血府逐瘀汤(《医林改错》) 加减

桃仁　红花　当归　生地黄　川芎　赤芍　牛膝　桔梗　柴胡　枳壳

加减：若胀痛明显者，加香附、郁金；胸胁刺痛，　加延胡索、川楝子；如妇女经血瘀滞，经前腹痛，加丹参、延胡索、益母草活血调经；若饮食不佳脘腹胀满者，加山楂、神曲、陈皮；若有寒象，加乌药、木香；兼有热象者，加丹皮、栀子。

本证在治疗过程中，应以行气化瘀为主，用药不宜过峻，宜活血而不宜破血，以防出血而致虚脱。治疗此证的其它方剂还有：

(1) 延胡索汤(《济生方》)：当归、延胡索、蒲黄、赤芍药、官桂、姜黄、乳香、没药、　木香、炙甘草。

(2) 桃红四物汤(《医宗金鉴》)：当归、赤芍药、生地黄、川芎、红花、桃仁。

(3) 丹参饮(《时方歌括》)：丹参、檀香、砂仁。

治疗此证以疏肝解郁为基础，防止精神过度刺激，保持心情舒畅和性情平和。

7.1.4 痰气郁结

临床表现：精神抑郁，胸闷如窒，胁肋胀痛，咽中如有异物梗阻，吞之不下，咯之不出，苔白腻，脉弦滑。

病机分析：由于肝郁脾虚，故产生胸中窒闷，胁肋胀痛及咽中如物梗阻，吞之不下，咯之不出等症，本症亦即《金匮要略》："妇人咽中如有炙脔，半夏厚朴汤主之"之证。《医宗金鉴》将本症称为"梅核气"。

转归：此病病情缠绵，在诊断此证时，必须与噎膈相鉴别，以排除器质性病变。此型只是一种异常感觉，并无实质病变，不影响正常饮食量，如患者思想负担过重，不思饮食，或食欲减退，日久而致营养不良，气血不足，出现气血阴阳亏虚的表现。由于痰湿重浊凝滞，痰、气、湿、热、血互郁，痰郁化热而致痰热；痰郁湿阻，而致痰湿中阻，脘闷不舒；痰浊阻络则痰郁血瘀，胸胁闷痛；痰阻气滞而致膈塞不食；痰浊上逆蒙敝清窍，而致惊恐。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治法：行气开郁，化痰散结。

方药：半夏厚朴汤(《金匮要略》)加减。

半夏　厚朴　茯苓　生姜　紫苏

临证参考与加减：痰郁化热，用温胆汤加贝母、全瓜蒌；痰郁食滞加砂仁、神曲、麦芽；痰郁血瘀，加桃仁、肉桂；痰阻气滞，加木香、青皮、枳壳；痰蒙清窍者，礞石滚痰丸。

在治疗本证时，用药应注意化痰而不能伤正，如偏重阳亏津少或阴虚痰火盛者，则不宜用本方药治疗。

治疗此证的其它方剂还有：

(1) 越鞠丸(《丹溪心法》)：香附、苍术、川芎、栀子、神曲。

(2) 温胆汤(《备急千金要方》)：半夏、橘皮、甘草、枳壳、竹茹、生姜。

(3) 礞石滚痰丸(《养生主论》)：礞石、沉香、大黄、黄芩、朴硝。

7.1.5　心阴亏虚

临床表现：心悸，健忘，失眠，多梦，五心烦热，盗汗，口咽干燥，舌红少津，脉细数。

病机分析：情志过极，思虑太过，均使心阴耗伤，心失所养，故心悸，健忘；神不守舍则失眠，多梦；心阴不足，虚火内生，故五心烦热，潮热，盗汗，口咽干燥；舌红少津，脉细数为阴虚有热之象。

转归：此证多见于慢性疾病过程中，久病阴血耗伤或肝郁化火，湿郁化热，实邪久滞化热，或药物辛热太过而致本证。此证可单独出现，也可兼见于其他证型中出现，与热、湿、瘀并见，也可因气虚不能运血而致气阴两虚；心阴不足而致虚火内生，虚阳上扰，出现阴虚火旺之症。

治则：滋阴养血，补心安神。

方药：天王补心丹(《摄生秘剖》) 加减。

生地黄　五味子　当归　天门冬　麦冬　柏子仁　酸枣仁　人参　玄参　丹参　茯苓　远志

临证参考与加减：若是心阴亏虚，心火偏旺，见五心烦热，口咽干燥，可用二阴煎以增清泄之效。二阴煎以生地、玄参、麦冬滋养阴液；黄连、木通、甘草清热泄火；枣仁、茯苓养心安神。若心火亢盛，肾水不济，心肾不交而见心烦失眠，心悸怔忡，多梦，遗精，腰酸膝软者，可用二阴煎，合交泰丸（黄连、肉桂），养血安神，交通心肾。若腰酸遗精甚者，加龟甲、金樱子、芡实、牡蛎、莲须等补肾固涩之品；若月经不调者，加香附、益母草以调经活血；若心肾不交，阴血虚少，虚火上扰，症见虚烦不眠，心悸健忘，盗汗，梦遗，口舌生疮，舌红少苔，脉细数，应用黄连阿胶汤。若神浮少寐，心悸头晕者，加珍珠母、磁石、生铁落等镇摄。

本证为郁病虚证，多情志过极，思虑太过而致，病程较长，多应用丸、散剂调服。可将药研为细末，炼蜜为小丸，朱砂为衣。忌食大蒜、鱼腥、烧酒等刺激之品，防止情绪过度激动。

其它方药的选择：

(1) 朱砂安神丸(《医学发明》)：朱砂、甘草、黄连、当归、生地黄。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(2) 琥珀养心丹(《证治准绳》)：琥珀、龙齿、远志、石菖蒲、茯神、人参、酸枣仁、柏子仁、当归、生地黄、黄连、朱砂、牛黄。

(3) 百合地黄汤(《金匮要略》：百合、地黄。

(4) 黄连阿胶汤(《伤寒论》)：黄连　黄芩　芍药　鸡子黄　阿胶。

7.1.6　心脾两虚

临床表现：多思善疑，头晕神疲，心悸胆怯，失眠健忘，纳差，面色无华，舌红苔薄白，脉细。

病机分析：忧愁思虑，久则损伤心神，并使气血生化不足，心失所养，则致心悸、胆怯、失眠、健忘；脾失健运以及气血不充，故见纳差、头晕、神疲、面色不华、舌淡脉细等症。

转归：本证多由长期忧愁思虑损伤心脾，或情志不遂，肝郁化火，火郁伤脾，气血生化乏源而致。本证属郁病虚证，病久不能速愈，长期气损及阳，则可出现形寒怯冷、手足不温等阳虚之症。

治法：健脾养心，益气补血。

方药：归脾汤(《济生方》)。

白术　茯苓　党参　黄芪　龙眼肉　酸枣仁　木香　当归　远志　甘草

临证参考与加减：若心痛，加川芎、白芷；若纳呆腹胀者，少气懒言者，可用香砂六君子汤（人参、茯苓、白术、甘草、半夏、陈皮、木香、砂仁)。病久气损及阳，可用拯阳理劳汤益气温阳（党参、黄芪、白术、五味子、当归、肉桂、陈皮、甘草)。若阴虚有火，见舌红，口干，心烦加生地、麦冬、黄连；若心气不足而致心神不宁，症见惊悸不安，虚烦少寐，喜怒无常，夜多盗汗，饮食无味，头目昏眩，可参考《和剂局方》妙香散(麝香、木香、山药、茯苓、黄芪、远志、人参、桔梗、炙甘草、朱砂）益气宁心，安神镇惊，方中主要用人参、黄芪补气；远志、茯神等安神，麝香醒神，标本兼顾，常服可补益气血，安神镇惊。

本证在治疗过程中，要补中有行，要防止辛温太过，防止伤阴或化热。治疗本证的其它方剂还有：

(1) 七福饮(《景岳全书》)：人参、熟地、当归、白术、甘草、酸枣仁、远志。

(2) 八珍汤(《正体类要》：人参、白术、茯苓、当归、川芎、白芍、熟地、甘草、生姜、大枣。

(3) 人参养荣汤(《太平惠民和剂局方》)：白芍、当归、陈皮、黄芪、肉桂、人参、白术、炙甘草、熟地、五味子、茯苓、远志、生姜、大枣。

7.1.7　肝肾亏虚

临床表现：眩晕，耳鸣，目干畏光，视物昏花，或头痛且胀，面红目赤，急躁易怒，或肢体麻木，筋惕肉瞤，舌红，脉弦细或数。

病机分析：肝阴不足，阴精不能上承于目，目失濡养，故目干畏光，视物昏花；肝主筋，筋脉失于濡养则肢体麻木，筋惕肉瞤；肝阴不足以致肝阳偏亢，肝火上炎，上扰清窍，则引起眩晕，耳鸣，头胀痛，面红目赤，急躁易怒等症；舌干红，脉弦细数，为阴虚肝旺之象。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

转归：本证多因气滞日久而致，或素体虚弱外加情志所伤而为，此病肾阴虚，不能涵养肝，肝阳上亢，风阳上扰，肝风内动。本病病程较长，难求速效。

治法：滋养阴精，补益肝肾。

方药：滋水清肝饮(《医宗己任篇》) 加减。

熟地黄　山茱萸　山药　牡丹皮　茯苓　泽泻　白芍药　栀子　酸枣仁　当归　柴胡

加减：若肝阴不足而肝阳偏亢，肝风上扰以致头痛、眩晕、面时潮红或筋惕肉瞤者，加刺蒺藜、草决明、钩藤、石决明以平肝潜阳，柔润熄风；虚火较甚，症见低热，手足心热，加银柴胡、白薇、麦冬以清虚热；月经不调者，可加香附、泽兰、益母草理气开郁，活血调经。

本证治以滋养肝肾，但用药要凉润宣通，不宜固涩呆补，重浊滋腻。

治疗本证的其它方剂还有：

(1) 杞菊地黄丸(《医级》)：熟地黄、山萸、山药、泽泻、丹皮、茯苓、枸杞子、菊花。

(2) 拯阴理劳汤(《医宗必读》：人参、麦冬、白芍药、生地、女贞子、龟甲、当归、薏苡仁、橘红、丹皮、莲子肉、百合、炙甘草。

(3) 大补阴丸(《丹溪心法》)：黄柏、知母、熟地、龟甲。

7.1.8　心神惑乱

临床表现：精神恍惚，心神不宁，多疑易惊，愁忧善哭，喜怒无常或时时欠伸或手舞足蹈，骂詈叫号，舌质淡，脉弦。

病机分析：忧思郁虑，情志过极，使肝气郁结。心气耗伤，营血不足，以致心神失养，神不守舍，故见精神恍惚，心神不宁，多疑易惊；心神惑乱则见悲忧善哭，喜怒无常，手舞足蹈或骂詈叫号。

转归：此证候多见于女性，常因精神刺激而诱发，临床表现多种多样，但同一患者每次发作多为同样几种症状表现的重复。《金匮要略·妇人杂病》篇将此种症候称为“脏躁”。本证型常因所欲不遂，思虑过度，损伤心脾，心虑则神耗，脾虚则不能生化气血，心神失养，神无所主，故神思恍惚，若又遇先天肾气不足之人或年老肾衰之人，脾肾俱虚，精气不足，痰浊内生，脑失濡养，神明逆乱，阴阳失调，易发“癫狂”。故对本证患者要精神调护，祛除诱发或加重本证的病因，对平素性情抑郁寡欢者，要使其怡情自遣，宽怀调养，并配合气功、太极拳等锻炼，养心安神。

方药：甘麦大枣汤(《金匮要略》) 加减。

甘草　小麦　大枣

加减：若心悸失眠，舌红少苔等心阴虚的症状明显者，加百合、柏子仁、酸枣仁、茯神养心安神；血虚生风而见手足蠕动或抽搐者，加钩藤、珍珠母、生地养血熄风；心烦易怒，躁扰失眠者，加酸枣仁、柏子仁、茯神、炙首乌等养心安神；津亏血少，大便干结者，加黑芝麻、生首乌润燥通便；喘促气逆者，加乌药、沉香、槟榔、枳壳、木香五磨饮子等理气降逆。

本证在发作期间，单服药物疗效不佳，可结合暗示疗法、诱导疗法和针刺疗法，对控制发作和解除症状常能收到良好效果。一般病例可针刺内关、神门、后溪、三阴交等穴

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

位；伴上肢抽动者，配合曲池、合谷；伴下肢抽动者，配阳陵泉、昆仑；伴喘促气急者，配膻中。

治疗本证的其它方剂还有：

(1) 人参琥珀丸(《杂病证治类方》)：人参、琥珀、茯苓、石菖蒲、远志、乳香、没药、酸枣仁、朱砂。

(2) 安神定志丸(《医学心悟》：人参、茯苓、茯神、远志、石菖蒲、龙齿。

7.2 按主症辨证论治

郁病是以精神抑郁，情绪多变，胁肋不舒为主要证候。诊断时则需结合病史、症状、体征、综合分析。但在临床表现上，也有特殊症状，如梅核气，往往以主症做为辨证要点。兹介绍对郁病中的特殊主症的中医治疗。

7.2.1 梅核气

临床表现：自觉咽喉部有物梗阻，吐之不出，吞之不下，因情志抑郁而起病，与情绪波动有密切关系，伴胸部闷塞、精神抑郁、胁肋胀痛，苔白腻，脉弦滑。多见于女性。

病机分析：本病由于肝郁脾虚，聚湿生痰，或气滞津停，凝聚成痰，是一种痰气交阻于咽喉的疾患，故出现咽中有物梗阻，吐之不出，吞之不下，与情绪波动有关，心情愉快，工作繁忙时，症状减轻或消失，当心情抑郁或注意力集中在咽喉时，则梗塞感觉加重；气滞痰郁阻于胸膈，则出现胸部闷塞，胁肋胀痛；苔白腻，脉弦滑为气滞痰郁之象。

治法：降逆化痰，开郁散结。

方药：旋覆代赭汤(《伤寒论》) 加减。

旋覆花　代赭石　生姜　半夏　人参　炙甘草　大枣

7.2.2 脏燥证

临床表现：精神恍惚，时常悲伤欲哭，不能自主，心中烦乱，睡眠不安，时时欠伸，甚则言行失常，舌淡，脉数。

病机分析：本病忧郁思虑，情志过极，肝气郁结，耗伤心气，营血不足，以致心神失养，故见精神恍惚，心中烦乱或睡眠不安，时时欠伸，心神惑乱则悲伤欲哭，不能自主。此症多见女性，常因精神刺激而诱发。临床表现多种多样，但再次发作时症状多相似。

治法：和中缓急，养心安神。

方药：加味甘麦大枣汤(《妇科辑要》) 加减。

甘草　小麦　大枣　芍药　紫石英

加减：若失眠可加酸枣仁、远志；若症见口干欲饮，加天冬、麦冬、生地、玄参；若症见阴虚火旺，加黄柏、知母、生地；若精神错乱，加生铁落、生大黄、黄连、石菖蒲。

7.3 辨病论治

7.3.1 神经症

神经症原名神经官能症，是病因、病理、临床表现颇不一致的一组精神障碍。其共同特点是常感脑力和体力不足，容易疲劳，注意力不能集中，工作、学习效率明显降低，常因躯体不适感而苦闷。体格检查并无可作为临床症状基础的脑器质性或躯体疾病之相应的

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

阳性体征，亦无持久的幻觉、妄想等精神病性症状。神经症的临床类型可分为焦虑症、抑郁性神经症、强迫症、癔症、疑病症、恐怖症和神经衰弱症。

7.3.1.1 临床表现

7.3.1.1.1 常见症状：脑功能失调，出现精神易兴奋或易疲劳，情绪障碍，强迫症状，疑病观念；慢性疼痛多为头颈部，其次为腰背四肢，疼痛呈持续性或波动性；睡眠障碍最为常见，如失眠，包括入睡困难、浮浅易醒，早醒，或睡眠不充分，多梦，易惊，梦呓，梦游；自主神经功能紊乱，如眩晕、头昏、心悸、皮肤潮红或苍白、多汗、寒颤、肢麻等；消化不良症状，如食欲不振、腹胀、便秘、恶心、嗳气；性功能障碍，如性欲减退或缺乏、遗精、早泄、阳痿；女性则月经失调、周期紊乱、性乐缺乏。

7.3.1.1.2 特异性（临床表现）症状

(1) 癔病：又称歇斯底里，患者病前性格多为易激动、易接受暗示或自我暗示，文化水平偏低，迷信观念较深，尤为具有表演性人格者易患此病。精神紧张和恐惧是促发癔病发作之重要因素。

①精神障碍（分离性障碍）：常表现为大哭大笑，大喊大叫，手舞足蹈，撕衣毁物等症状，往往带有感情色彩，夸张，做作，易受暗示，或有时发作时表现为昏睡、木僵或朦胧状态，所问非所答，貌似“痴呆”，称为假性痴呆或童样痴呆；也有出现阶段性遗忘，这与羞辱、委屈、焦虑情境有关，有些患者可出现短暂的幻觉或妄想，这与精神创伤或患者的想象有关，历时3～5 天，过后完全正常。

②躯体障碍（转换性障碍）：包括感觉障碍、运动障碍等转换性症状和躯体、内脏障碍等躯体化症状。感觉障碍常见失明或耳背，常与情绪刺激有关。患者虽称失明，但单独行走时可避开障碍，眼底无异常，眼球运动良好；患者耳聋时，睡眠中可以被突然唤醒，检查时并无耳疾。癔病性疼痛，可自诉发生于头、颈部、心前区等处，不能按神经解剖规律解释。运动障碍可表现为痉挛发作、瘫痪、不能行走，或舞蹈样动作、失音等，而体格检查无异常。

③癔球表现：有些患者常感到有一股气自下肢上升至胸、喉部，造成胸部紧迫和喉部梗塞感，这就称为癔球。

(2) 焦虑症：本型患者有遗传倾向者较多，社会环境刺激因素为直接原因，而遗传为潜在因素。

①急性焦虑：亦称为惊恐发作。无明显原因而突然强烈惊恐伴有濒死感和失控体验以及自主神经功能障碍。本型发病急，迅速自发终止，一般持续数十分钟，或以哈欠、排尿、入睡结束发作。发作后自觉一切如常，或仍心有余悸，虚弱乏力。病程呈间歇发作，不久又可突然再发。

②慢性焦虑：亦称广泛性焦虑。起病缓慢，常无明显诱因，病程多迁延数年之久。表现为经常或持续性无明确对象、无固定内容的恐惧、紧张、烦乱不安，坐卧不安，舌、唇、指、肌肉震颤，搓手顿足，肢体发抖，肌紧张性疼痛，自感战栗疲乏；过分警惕、惶恐、易惊吓；注意力难以集中，有时感到脑子一片空白；睡眠障碍；自主神经功能亢进等。

(3) 抑郁性神经症：患者病前性格多缺乏自信，惯于忧愁，悲观消极，易于感伤。起

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

病以持久的心境低落为特征，感到心情压抑、郁闷、沮丧。平日的兴趣爱好减退但未丧失，对前途悲观但不绝望，甚至有自杀观念，但又内心矛盾，很少付诸行动。自卑内疚，愿意接受鼓励赞扬的语言。生活能力、工作能力及适应社会能力并不受严重影响。在心情压抑的时候，患者常有注意力不集中，记忆力下降、思维反常，犹豫不决，失眠，食欲性欲下降，但无持久的幻觉、妄想等精神病症状。部分病人则伴有头痛、身痛、头昏、眼花等症状，自认为病情严重，故多迫切求医。另有部分病人可有疑病观念，而抑郁心境相对较轻，则称之为隐匿性抑郁。

(4) 疑病症：本型起病与心理社会因素和人格缺陷有关。男性患者病前性格多孤僻内向，对周围事物缺乏兴趣，而对自身健康过分关心和疑虑，具有自恋倾向的人格特点。女性患者多具癔症性格。某些错误的传统观念，如对手淫危害的过分夸张，既往经历或亲友死于某种疾病以及医源性的影响，如医生言语态度不当、反复检查而久久不能确诊、诊断错误、治疗不当均可使疑病观念产生。本病起病缓慢，病程持续，临床表现为日趋牢固的疑病症状，对常出现的异常感觉和生理现象常作疑病性解释。多数患者常主诉疼痛，且多涉及运动、消化或神经系统，详述病情，不厌其烦，然而各项检查无阳性发现。患者对医生解释常不信服或暂时接受，但不久又故态复萌。因此常伴焦虑、烦恼、抑郁情绪，多方求医，严重影响工作与生活，甚至丧失劳动能力。若疑病症状系继发于脑器质性与躯体疾病，或服用某种药物，或酒精依赖、精神分裂症以及神经症的其它症状者，疑病症状只是其原发病症状之一，并不占主要地位，故不诊为疑病症。

(5) 神经衰弱：患者病前性格多不开朗，孤僻胆怯，主观、急躁、好疑虑。当脑力劳动过度紧张、劳逸失调或负性情绪体验强烈持久则易致此病。在上述情况下，若患某些躯体疾病更宜诱发本病。临床表现主要为脑功能失调，包括兴奋性增高，如回忆联想增多，尤其指向性思绪吃力而非指向性思绪却很活跃。且难以自控；衰弱性增高如精神萎靡不振，脑力、体力劳动易疲乏，思绪迟顿，注意力不集中，记忆力差，困倦，嗜睡；情绪焦虑、烦恼、易激惹，若有疑病心理往往与其焦虑紧张情绪形成恶性循环。近半数患者可出现短暂而轻度之抑郁情绪。部分患者可有自责，或把患病原因归于他人，因而出现怨恨情绪；各种睡眠障碍与植物神经系统症状较为明显。此症此病多缓慢，初起症状较轻，若能消除病因，给予适当治疗，多数患者症状可减轻或缓解。若病程超过两年，或合并人格障碍者则预后不佳。

(6) 人格解体神经症：又称人格解体障碍。即以持续或反复出现对自身或环境感到疏远或陌生的不愉快的体验为特征的神经症性障碍。此型患者较少见，起病年龄多在青少年时期，女性多于男性。本病可出现正常人疲乏时，如吸毒酗酒者，但历时短暂。也可继发于脑器质性损害、精神分裂症、抑郁症、焦虑症等精神疾病。如此病持久存在，患者因此而苦恼并主动求医者，才属于神经症的范畴。

7.3.1.2 实验室及其它特殊检查

神经症患者若不合并躯体疾病，体检均无阳性体征，实验室检查亦无异常指标。若患者主诉有严重的躯体不适感，则必须作全面检查，以排除躯体疾病的可能。除根据病史和临床特征进行精神检查外，还可采用心理测量，即以心理测验为工具，根据一定的法则和心理学原理，使用一定的操作程序，将被测者的认知、情感、行为等心理活动予以量化，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

以辅助诊断。

7.3.1.3 病因病机

神经症在中医学中属于情志病类范畴，因情志内伤，肝失疏泄，脾失健运，心失所养，阴阳失调，脏腑受损。情志内伤，郁而生火，耗伤阴血，而水、湿、火、热又郁结成痰，痰湿阻滞清窍，五脏之火扰乱神明，则发生本病。

7.3.1.4 辨证论治

7.3.1.4.1 肝郁化火

临床表现：多见于癔病、神经衰弱。烦躁、紧张、易激动；睡眠困难，多梦易醒；肌肉紧张、麻木感；头痛，头晕，面红，目赤，咽干，口苦，胸胁胀痛，便秘；舌边尖红，苔黄，脉弦或数。

治法：疏肝解郁，泻火安神。

方药：柴胡清肝汤加减(《医宗金鉴》)。

柴胡 生地黄 当归 赤芍 牛蒡子 连翘 川芎 黄芩 栀子 天花粉 防风 甘草

加减：若情感暴发，意识朦胧，神志不清，加菖蒲、远志、苏合香丸以芳香开窍；宣气除痰；若烦躁易怒，加珍珠母、龙齿；若便秘加大黄、芒硝。

7.3.1.4.2 肝郁脾虚

临床表现：多见于神经衰弱、焦虑症、抑郁性神经症。情绪低落、烦闷；敏感多疑，注意力不集中，梅核气；入睡困难；强迫思虑，强迫行为；纳差，便溏，头晕；胸胁满闷，腹胀，月经不调；舌质黯淡，舌苔白腻；脉弦细。

治法：疏肝解郁，健脾安神。

方药：柴胡疏肝散(《景岳全书》)合归脾汤加减(《济生方》)。

柴胡 香附 川芎 枳壳 芍药 陈皮 炙甘草 人参 白术 黄芪 茯神 龙眼肉 酸枣仁 木香 大枣 生姜

加减：若咽喉梗阻呈梅核气者，加郁金、苏梗、厚朴；若有强迫性思维或强迫行为，可加菖蒲、龙齿、牡蛎、夜交藤以养心、益胆、敛气宁神。

7.3.1.4.3 心脾两虚

临床表现：见于神经衰弱、抑郁性神经症。易兴奋，易疲劳，嗜睡，多梦；健忘；抑郁，焦虑不安；心悸，乏力；纳差，腹胀，便溏；舌淡，舌体胖，舌边尖有齿痕，苔薄；脉沉细弱。

治法：补益心脾，养血安神。

方药：归脾汤加减(《济生方》)。

人参 白术 黄芪 茯神 龙眼肉 酸枣仁 木香 炙甘草 生姜 大枣

加减：若心悸乏力，易疲劳较重，可重用炙甘草为主，加桂枝、麦冬、生地、阿胶、麻仁；若抑郁、焦虑不安，加郁金、香附。

7.3.1.4.4 肝肾阴虚

临床表现：多见于神经衰弱、焦虑症。急躁不安，惊恐，悲泣；虚烦不眠，多梦，易醒；健忘，多疑善虑；五心烦热，盗汗，耳鸣；腰酸腿软，遗精，月经不调；舌红少苔，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

脉细数。

治法：补益肝肾，滋养阴精。

方药：一贯煎(《续名医类案》) 合酸枣仁汤(《金匮要略》) 加减。

沙参 麦门冬 当归 生地黄 枸杞子 川楝子 酸枣仁 甘草 知母 茯苓 川芎 夜交藤

加减：若急躁易怒，眩晕、加菊花、磁石；抽搐加天麻、钩藤、石决明。

7.3.1.4.5 脾肾阳虚

临床表现：可见于神经衰弱。抑郁，少动，喜卧，少眠；惊恐胆怯，失眠健忘；形寒畏冷，便溏纳差；性欲减退，月经不调；舌淡，苔润滑，脉沉迟弱。

治法：健脾益气，温肾壮阳。

方药：附子理中汤(《太平惠民和剂局方》) 合真武汤(《伤寒论》) 加减。

附子 人参 干姜 甘草 白术 茯苓 白芍 生姜

加减：若心悸加桂枝、龙骨、牡蛎；若倦怠、少气懒言加黄芪、桂枝；若惊恐加熟地、五味子、山萸肉、茯神、柏子仁。

7.3.1.4.6 心肾不交

临床表现：多见于癔症。心烦意乱，哭笑无常；食欲不振，辗转不宁，行卧无主；多梦易惊；五心烦热，口苦咽干，时时欠伸；下肢逆冷，小便短赤；舌红少苔，脉细数。

治法：滋阴润燥，交通心肾。

方药：百合地黄汤(《金匮要略》) 合交泰丸(《韩氏医通》) 加减。

百合 地黄叶 黄连 肉桂 知母 生龙骨 煅牡蛎 阿胶（烊化）

加减：若悲伤欲哭，善数欠伸，状如神灵所作，神不守舍，心神惑乱，恍惚不安，加北沙参、玄参、石斛、天门冬、麦冬、合欢皮、夜交藤舒郁安神，再加木香、桔梗升降诸气，补而不滞。

神经症患者多数病程较长或有某些顽固性症状存在，除须长期用药外，尚要加强心理调治。根据神经症的发病原因，应从不断地改善外界环境和培养良好的心理素质和性格入手，减少不良的社会——心理因素的影响，减少引起焦虑、紧张、压抑、恐惧、不安全感的因素。由于影响本病的发生、病程转归的因素很多，且有时几种因素并存，相互影响，一般临床上起病缓慢，症状复杂多样，病前有人格障碍者，预后多不佳，如强迫性神经症和抑郁性神经症预后不佳，而神经衰弱病症则多可好转。在社会环境方面，如失业、经济困难、教育程度低、无任何专长等因素，不利于治疗，则病情加重，预后不佳。故在对待本症要以预防为主，努力宣传精神卫生知识和神经症的防治措施，从而减少患病率和复发率。

7.3.2 反应性精神病

7.3.2.1 临床表现：反应性精神病起病可分急、慢性两类。前者以意识模糊为主，病程较短，后者以情感、思维或感知综合障碍为主。

(1) 急性反应性精神病：

①反应性意识模糊状态：是一种轻度的意识障碍。急性发病者较为常见定向力障碍(尤其是时间的定向力，自我意识较好)。可出现幻觉、表情紧张、恐怖、杂乱而无目的动

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

作，或反复部分回忆，好像置身于梦中，事后常不能回忆。

②反应性兴奋状态：表现为精神运动性兴奋，类似轻躁狂状态，定向力基本存在，临床症状与精神因素或本人经历有关，易被人理解。

③反应性木僵状态：表现为对周围事物和刺激无反应，表情呆板，不语不动，由几分钟至几小时可恢复正常或转入意识朦胧状态。

（2）慢性反应性精神病：

①反应性抑郁：常见为情绪低落，郁郁寡欢，悔恨，沮丧，对生活或未来失去信心和兴趣，可伴有神经衰弱症状。严重时可见悲观、厌世和轻生行为。本病与外界接触良好，主动叙述内心忧伤、情感，行为与刺激有关因素联系，易被人理解。

②反应性偏执状态：常表现为敏感，多疑，注意观察周围人的言行，认为别人跟踪或迫害他。其怀疑的内容和对象，围绕精神创伤体验并无泛化倾向，其逻辑不荒谬，且能主动、生动地向他人叙述内心体验。有的患者以幻觉为主，主要是幻听，其内容反应患者的期望或担忧，称为反应性幻觉症。

7.3.2.2 病因病机：中医认为七情过激，阴阳失去平衡，则精神异常。阴阳偏胜与偏衰所表现的精神症状有所不同，但均与心、肝、脾关系最密切，而气、血、痰、火是七情所致脏腑功能失调的产物。是多种精神病的病理机理。

7.3.2.3 辨证论治

7.3.2.3.1 肝气郁结

临床表现：精神抑郁，情绪不宁，善叹息，胸胁痛，痛无定处，脘闷嗳气，腹胀纳呆，或呕吐，大便失常，女子月事不行。苔薄腻，脉弦。

治法：疏肝理气解郁。

方药：柴胡疏肝散合越鞠丸加减。

柴胡　香附　郁金　枳壳　陈皮　苍术　川芎　白芍　栀子　神曲

7.3.2.3.2 肝血瘀滞

临床表现：情绪抑郁，心情烦躁，面色晦黯，胁肋胀痛，妇女闭经，舌质紫黯，瘀点，苔白脉沉弦。

治法：疏肝活血解瘀。

方药：血府逐瘀汤加减。

当归　桃仁　红花　赤芍　柴胡　川芎　桔梗　牛膝　丹皮

7.3.2.3.3 心脾两虚

临床表现：失眠，健忘，缺乏兴趣，心悸易惊，善悲易哭，倦怠乏力，面色淡白或萎黄，食少腹胀便溏，舌淡苔白，脉细弱。

治法：补益心脾，养血安神。

方药：归脾汤加减。

人参　黄芪　当归　茯苓　远志　酸枣仁　木香　龙眼肉　炙甘草　木香

7.3.2.3.4 肝郁脾虚

临床表现：多愁善虑，悲观厌世，情绪不宁，失眠多梦，两胁胀满，腹胀痛泻，身倦纳呆，舌质淡红，苔薄白，脉弦细。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治则：疏肝解郁，健脾安神。

方药：柴胡疏肝散合归脾汤加减。

柴胡 香附 白芍 当归 人参 白术 茯苓 远志 木香 酸枣仁 陈皮 炙甘草

7.3.2.3.5 忧郁伤神

临床表现：精神恍惚，心神不宁，悲忧善哭，舌质淡，苔薄白，脉弦细。

治法：养心安神。

方药：甘麦大枣汤加减。

炙甘草 浮小麦 大枣 茯神 柏子仁

7.3.2.3.6 脾肾阳虚

临床表现：精神萎靡，情绪低沉，嗜卧少动，心烦惊恐，心悸失眠，面色㿠白，男子遗精阳痿；女子带下清稀，舌质胖淡或有齿痕，苔白，脉沉细。

治法：健脾益气，温肾壮阳。

方药：右归丸加减。

熟地 山药 山萸肉 枸杞子 杜仲 菟丝子 鹿角胶 当归 肉桂 附子

若肾虚不固，精关不固，应配以固涩止遗之品，如芡实、莲须、龙骨、牡蛎、莲子肉；若中气不升者，可用补中益气丸。

一般反应性精神病，预后良好，无精神衰退或性格缺陷，一般不复发。对本病要预防为主，从小培养适应能力强，开朗、合群、乐观、独立性强的性格，能保持心理平衡，有增强战胜各种困难的信心和勇气，这样有利于预防各种类型反应性精神病的发生。护理上除了积极配合医生进行中西医药物和心理治疗外，要多参与各类活动，使病人注意力得到转移，病态情绪逐渐淡化。医护人员对反应性抑郁患者要严防其自杀。

7.4 临床用药经验与体会

郁病是由于情志不舒，气机郁滞所引起的一类病症，证型多变，遣方用药各异。现总结各医家临床用药经验与体会如下。

7.4.1 疏肝理气解郁法

常用的药有：柴胡、枳壳、香附、陈皮、川芎、芍药、甘草、郁金、青皮。柴胡味苦微寒，舒肝解郁，升清阳，降浊气，通利三焦，前人称此药为“肝胆之要药”、“肠胃之要药”。现代药理研究表明：柴胡具有解热、镇静、健脾、护肝等作用，能疏泄胆汁，促进食物的消化。香附醇提取液可显著提高小鼠痛阈而有镇痛作用，并能促进消化腺分泌和促进肠道积气的排出。川芎内酯及阿魏酸对胃肠平滑肌有解痉作用，二药并用，可收行气止痛、健胃消食之效。郁金辛苦寒，入心、肝、胆、肺、脾经，能理气解郁，化瘀止痛，凉血清心，疏肝利胆，辛开苦降，清扬善窜，为血中之气之气药，在郁病中为常用之药。甘草与芍药相配，有镇静、镇痛、抗炎、松弛平滑肌等作用，配合柴胡等药确有良好的舒肝、解郁、止痛之效。代表方为柴胡疏肝汤、四逆散之类加减。柴胡疏肝汤是由四逆散（柴胡、芍药、枳实、甘草）加川芎、香附、陈皮而成。如胸胁痛剧可加入青皮、佛手、橘络、延胡索等理气通络止痛。如有化热之象且见头痛失眠者，可加菊花、钩藤、夜交藤、僵蚕之类。现代药理研究表明：四逆散对离体兔肠呈明显抑制作用，能对抗乙酰胆碱

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

及氯化钡所致的肠痉挛，对兔离体子宫呈抑制作用，对兔在体子宫呈兴奋作用，能使心肌收缩力加强，血压升高，心搏加快。

7.4.2 健脾开郁法

常用药物：茯苓、苍术、川芎、香附、砂仁、鸡内金、乌药、薤仁、栀子、藿香、芍药。现代药理研究证实：川芎、苍术、栀子均有镇静作用，故用于精神忧郁等症；香附有镇痛，健胃作用。代表方剂：越鞠丸。主要用于治疗因气、血、痰、湿、食、火等郁滞之六郁证。方用香附行气，川芎活血，苍术燥湿，神曲消食，栀子清热，则气行血活，湿除食消，热退而痰亦随化，痰、火、湿、食、气、血诸郁兼顾，可减少痰的生成而主治痰郁，故用五种药而治六种郁。如兼食滞腹胀者，可加砂仁、麦芽、山楂、鸡内金消食化滞；肝气乘脾而见腹胀、腹痛、腹泻者，可加茯苓、乌药、薤仁健脾除湿，温经止痛；若湿郁化热，见午后发热，胸闷不饥，口渴不欲饮，小便黄，脉缓舌白，加竹叶、藿香、茯苓化湿开郁。湿热郁而化火者去苍术、川芎，加入黄连、连翘、竹叶、滑石清热渗湿开郁。

7.4.3 调肝健脾解郁法

常用药物：厚朴、陈皮、砂仁、紫苏、神曲、郁金、白术、白芍、茯苓、川芎、麦芽、当归等。代表方剂为逍遥散，功能为健脾调肝。若情志抑郁导致肝气郁滞，脾胃失和，引起脘腹胀满不适，纳差，嗳气，苔腻等症，可应用六郁汤。逍遥散主要用于肝郁脾虚，肝脾失和之证，方用柴胡疏肝解郁结，使肝木得以条达，合以当归、白芍同用，使血和则肝和，血充则肝柔，白术、茯苓等健脾益气，实土以御水侮，气血兼顾，肝脾并治。现代药理研究证实：本方有明显的保护肝脏作用，亦有显著的镇静、解痉作用，并有促进消化，调节子宫机能，以及补血、健胃等功效。六郁汤方中以香附、川芎疏肝理气活血；苍术、陈皮、半夏、茯苓、砂仁、甘草温运脾胃，和中燥湿；栀子清化郁热。此外，也可用解肝煎。方以芍药柔肝止痛，厚朴、陈皮、砂仁、紫苏健脾除湿，理气畅中。以上方剂均适用于肝郁兼见脾胃气机郁滞者。

7.4.4 抑肝和胃法

常用药物：半夏、厚朴、茯苓、生姜、旋覆花、代赭石、紫苏、竹茹、佛手、木香、菖蒲等。其代表方剂为旋覆代赭汤、橘皮竹茹汤。旋覆代赭汤常用于治疗癔球症，主要用旋覆花下气消痰，降逆止噫；代赭石重以制逆，半夏降逆祛痰，消痞散结；生姜下气祛痰，且解半夏之毒；人参、炙甘草、大枣益气补中，标本兼顾，使气逆得降，痰浊得化，胃气得和，主治胃虚痰阻气逆之证。现代药理研究证实：代赭石具有收敛作用，从而能保护胃肠粘膜；旋覆花能解除支气管痉挛，甘草可祛痰，半夏镇咳，故有平喘止咳之效；党参可促使血细胞新生，增加血红蛋白，使本方兼有补益作用。橘皮竹茹汤可用于癔病性顽固性呃逆，妊娠恶阻，方用橘皮和胃理气降逆，竹茹清胃热降逆气，合以人参、甘草、大枣补益胃气，清补降逆，而以降逆为主，清而不寒，补而不滞，主要治疗胃虚偏热的呃逆、干呕。如胃气不虚，可去人参、甘草、大枣，痰多者，加半夏、茯苓；胃阴不足而见舌红少苔者，加麦冬、石斛；呕哕不止者，加枇杷叶；呃逆持续者，加柿蒂。

7.4.5 温经解郁法

如寒凝厥阴，疏泄失常可见少腹痛引睾丸坠胀，甚者气结成块，时散时聚，宜天台乌药散。此方主要用于寒气凝滞肝经之证。高良姜散寒止痛，配合乌药、茴香、青皮，疏肝

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

行气散结，全方具有辛散温通之力。如睾丸痛加橘核、荔核等药；如阴寒客于肝经上犯阳明胃腑，夹督脉上冲巅顶，出现干呕吐涎沫，巅顶痛，又当暖肝和胃，温经降逆，可用吴茱萸汤。本方主要治疗厥阴头痛、虚寒腹痛等症。方用吴茱萸温中暖肝，降逆止痛为主，佐以生姜温中降逆，又配以人参、大枣补中，温补兼配，虚寒得疗。

7.4.6 清热化郁法

本法适用于肝气郁结，日久化火。常用药物：丹皮、栀子、龙胆草、大黄、黄芩、黄连、吴茱萸、菊花、泽泻、郁金、白芍等。代表方剂丹栀逍遥散。该方以逍遥散疏肝调脾，加入丹皮、栀子清肝泻火。热势较甚，口苦、便秘者，加龙胆草、大黄泻热通腑；肝火犯肺而见胁肋疼痛、口苦、嘈杂吞酸、嗳气、呕吐者，可加黄连、吴茱萸（即左金丸）清肝泻火；肝火上炎而见头痛、目赤、耳鸣者，加菊花、钩藤、刺蒺藜清热平肝；热盛伤阴，而见舌红少苔，脉细数者，可去原方中当归、白术、生姜之温燥，酌加生地、麦冬、山药滋阴健脾。经前期紧张症，加紫石英、郁金等。气郁化火，横逆犯胃，以致烦热胁痛，胃脘灼痛，泛酸嘈杂，口干口苦者，可用化肝煎。方中以白芍柔肝缓急止痛；青皮、陈皮疏肝理气；丹皮、栀子清泄肝火；泽泻、贝母泄热散结，肝胃并治。现代药理研究证实：丹栀消遥散具有减轻肝细胞变性、坏死作用，并有降低血中转氨酶活力的效能，其中以茯苓、当归作用最显著，能使肝细胞内糖原与核糖核酸含量趋于正常。

7.4.7 活血化瘀解郁法

常用药物：桃仁、红花、当归、生地黄、川芎、赤芍、牛膝、桔梗、柴胡、枳壳、甘草、降香、益母草、泽兰地龙、阿胶、紫苏等。代表方剂血府逐瘀汤加减。此方为桃红四物汤活血化瘀，配以四逆散理气解郁疏肝，配伍桔梗、牛膝理气活血，调和升降。若见气虚，加黄芪、党参；虚寒加附子、肉桂；阴血不足，加阿胶；头痛，痹痛加全蝎、蜈蚣。现代药理研究证实，本方具有抑制血小板凝集作用，并具有促进血小板解聚作用和复活肝脏清除能力的作用。若血瘀证象明显，胸胁刺痛，且胃纳较差，脉弦涩者，可用血郁汤。方中以桃仁、红花、降香、苏子、穿山甲、韭汁活血化瘀，通络止痛；丹皮凉血活血；香附疏肝理气；山楂、神曲、麦芽活血化瘀，消食健胃。如经量少而块多，腰腹疼痛，应用膈下逐瘀汤。方中桃红四物活血化瘀，配以香附、枳壳、乌药理气止痛。现代药理研究证实本方能改善血液循环，促进炎症病灶的消退以及增生性病变的软化和吸收，并能提高 T 淋巴细胞功能从而提高机体免疫功能。若血瘀而至经闭，加香附、益母草、泽兰等活血调经；若少腹胀痛，或经期腰酸少腹胀，或月经不调，其色或紫或黑，或有瘀血，选用少腹逐瘀汤活血祛瘀，温经止痛。

7.4.8 化痰和气解郁法

常用药物：半夏、厚朴、茯苓、紫苏、佛手、郁金、瓜蒌、胆南星、菖蒲、枳壳、陈皮、生姜等。代表方剂半夏厚朴汤。方用半夏化痰散结，降逆和胃为君药；厚朴下气除满，助半夏以散结降逆，茯苓甘淡渗湿，助半夏以化痰，共为臣药；生姜辛温散结，和胃止呕；苏叶行气散结，有降逆化痰之功。现代药理研究表明，苏叶主要含左旋紫苏醛，具有特异香气，能减少支气管粘膜腺体的分泌，缓解支气管痉挛。梅核气偏肝郁气滞者，加柴胡、香附、青皮疏肝理气解郁；偏痰凝者，加胆南星、瓜蒌、陈皮化痰理气燥湿。属气郁痰阻者，宜半夏厚朴汤中去生姜，加白芷、木香、菖蒲燥湿化痰，顺气开窍。如痰热内

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

扰，可应用温胆汤加减。方中二陈汤（半夏、陈皮、茯苓、炙甘草、生姜）温燥，合以枳实、竹茹寒凉，其功能化痰而性属不寒不燥。

7.4.9 益气养血宁神法

常用药物：人参、茯神、白术、甘草、酸枣仁、远志、木香、当归、黄芪、柏子仁、大枣、小麦、五味子、党参、龙眼肉、川芎、山药等。代表方剂归脾汤。方中以人参、黄芪、白术、甘草益气健脾，合以茯神、酸枣仁、龙眼肉养血补心安神。常用于治疗神经衰弱、失眠及贫血症。如症见月经淋漓不止，可加山萸肉、五味子，养肝收涩止血。血崩有寒，加艾叶、炮姜、血余炭，温中止血。严重失眠，加磁石、龙骨、重镇安神。

7.4.10 滋阴养心安神法

本法适用于脏燥病。常用药物：甘草、小麦、大枣、酸枣仁、茯苓、川芎、知母、五味子、党参、当归、柏子仁、生龙骨、生牡蛎等。代表方剂 甘麦大枣汤。方中甘草甘缓和中。益气养心为主；辅以小麦微寒以养心宁神，大枣补益脾气，缓肝急并治心虚，三味甘药配伍，具有甘缓滋补，柔肝缓急，宁心安神之效。肝血不足，血不养心，而见虚烦不得眠，心悸、盗汗者，可用酸枣仁汤。其方中重用酸枣仁养肝血，安心神；佐以川芎调养肝血；茯苓宁心安神；知母补不足之阴，清内炎之火，具滋清兼备之功。如心悸烦乱，汗出，加青龙齿、磁石、五味子、煅牡蛎、碧桃干；如口干欲饮，加天冬、麦冬、生地、玄参；如气虚乏力，加党参、黄芪；如精神错乱，加生铁落、生大黄、黄连、石菖蒲；如阴虚火旺，加黄柏、知母、生地。此方常用于治疗更年期综合征、精神分裂症、神经官能症、神经衰弱、忧郁症等。

7.4.11 滋阴柔肝解郁

本法适用于肝肾亏虚，肝郁肝热之证。常用药物：熟地、山药、山萸肉、泽泻、茯苓、丹皮、柴胡、栀子、白菊花等。代表方剂杞菊地黄汤、滋水清肝饮。方用三补三泻的六味地黄丸，滋阴补肾。熟地甘而微温，归肝、肾经，功能养血滋阴，补精益髓，用于肾阴不足之潮热、盗汗、遗精等；山药甘、平，归脾、肺、肾经，益气养阴，补脾肺肾，用于肾虚遗精、尿频、妇女白带过多；山茱萸酸、微温，归肝、肾经，补益肝肾，收敛固涩，用于肝肾亏虚之头晕目眩、腰膝酸软、阳痿等。熟地、山茱萸、山药共成三阴并补以收补肾治本之功，亦即王冰所谓“壮水之主以制阳光”之义。茯苓甘淡性平，归心、脾、肾经，利水渗湿，健脾安神；泽泻甘淡性寒，归肾、膀胱经，利水渗湿，清泄湿热，对下焦湿热者尤为适宜；丹皮，苦辛、微寒，归心、肝、肾经，清热凉血，活血散瘀，用于温热病后期阴分伏热，以及阴虚内热等证。茯苓、泽泻、丹皮合用泻肝火，降肾浊，此即所谓“三泻”。

7.5 外 治 法

7.5.1 拔罐法

取大椎、心俞、肝俞、气海等俞穴以及身柱、脾俞、肾俞穴，每次1组，每日或隔日1次，均用刺络留罐法，主治更年期综合征。

7.5.2 敷贴法

（1）复方磁石湿敷方：磁石 20g，茯神 15g，五味子 10g，刺五加 20g。先将磁石煎煮30分钟，然后加入其余药物再煎30分钟，去渣取汁，将一块洗净纱布浸泡于药汁中，趁

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

热敷于患者前额及太阳穴，每晚1次，每次20分钟。主治神经衰弱，失眠不寐。

(2) 复方珍珠敷脐方：珍珠层粉、丹参粉、硫磺、冰片各等量。取上药混匀，纳入脐窝，使与腹平，胶布固定即可，5～7天换敷1次。主治神经衰弱，失眠不寐。

7.5.3 热熨法

(1) 热水浴方：热水1盆，令患者睡前热水洗足10分钟，一般每日1次，有利于睡眠。

(2) 青皮热熨方：新青皮1块。将青皮置于柴火上烘热，趁热熨擦两眼之上、下眼睑，每次进行20分钟左右，1日1次。主治神经衰弱，失眠不寐。

7.5.4 药枕法

(1) 复方菊药枕：菊花1000g，川芎400g，丹皮200g，白芷200g。用洁净布缝制一枕头，装入上药，睡眠时以此为枕头。主治失眠不寐。

(2) 灯心枕：灯心草适量，切碎，装入枕心，做成药枕，睡眠时枕于头下，主治心烦不眠。

7.5.5 药冠法

朱砂安神帽：朱砂10g，生地10g，黄连10g，当归10g，甘草10g。将上药共研成细末，做成帽子，令患者戴于头上，可连续使用，主治神经衰弱、心烦多梦、心神不宁。

7.5.6 砭木法

发作时用砭木点刺人中、承浆二穴。未发作时，先用砭木在两侧章门穴施搓、擦基本手法，再于膻中至中极以上施推擦基本手法，后用砭木点揉心俞、肝俞、胆俞等穴。主治癔病发作。

7.6 针灸疗法

7.6.1 肝气郁结

治法：疏肝解郁。取任脉、足厥阴、足阳明、手少阴经穴为主。

主穴：肝俞、期门、膻中、太冲、三阴交、神门。

方义：期门为肝经募穴，配肝俞为俞募配穴法，功能疏肝理气；膻中调理气机，宽胸降逆化痰。三穴共奏疏肝理气解郁之效。三阴交滋阴降火，神门以宁心安神，太冲疏肝理气兼降肝火。

配穴：胸胁疼痛配中庭以解少阳之郁火；少寐加心俞宁心安神定志；急躁易怒配行间；腹胀纳呆配足三里；头痛目赤配太阳、阳陵泉；咽部不适配少商、廉泉。

刺穴方法：患者采用卧位，常规消毒皮肤，用毫针针刺，膻中用平刺法，期门可取斜刺法针刺，捻转泻法，其它各穴可用捻转或提插法泻之。每日1次，留针20分钟，7次为1个疗程，休息3天。

7.6.2 气郁化火

治法：疏肝解郁，降火安神。取足厥阴肝经、足少阳胆经经脉。

主穴：风池、百会、瞳子髎、合谷、通里、行间。

方义：足厥阴经脉会于颠，足少阳经脉布于头之两侧，取风池、百会配瞳子髎，以疏肝熄风而止痛；合谷为手阳明经原穴，通里为手少阴心经之穴，二穴相配可调阳明经之气，定心安神；行间为足厥阴经荥穴，主疏肝泻火。诸穴合用，共收疏肝理气，养心安神之功。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

配穴：心烦加郄门。

刺穴方法：用毫针针刺，皮肤常规消毒，均用平补平泻法。风池向鼻尖斜刺0.8～1.2寸，百会平刺0.5～0.8寸，瞳子髎平刺0.3～0.5寸，合谷直刺0.5～1.0寸，通里直刺0.3～0.5寸，行间斜刺0.5～0.8寸。

7.6.3 痰气郁结

治法：疏肝豁痰，宁神定志。

主穴：膻中、内关、丰隆、中脘、太冲、阳陵泉。

方义：内关为八脉交会穴和手厥阴络穴，可疏泄包络，清解郁热，宽胸理气，降逆止呕；中脘属任脉，为肾经募穴，会诸腑之气而健中土；丰隆为足阳明络穴，去痰浊而利咽喉；阳陵泉为胆经合穴，配肝经原穴太冲，可疏利胆气，开胸散结，太冲、膻中疏肝理气兼泻肝火。诸穴相伍，可疏肝豁痰，宁神定志。

配穴：咽喉干痛加天鼎、商阳；失眠加灸厉兑。

刺穴方法：常规皮肤消毒，行提插捻转泻法，每日1次，留针20分钟，7次为1个疗程，休息3天。内关直刺0.2～0.5寸，丰隆直刺1.0～2.0寸，阳陵泉直刺1.0～1.5寸，太冲向上斜刺0.5～1.0寸。膻中平刺0.5～0.8寸。

7.6.4 气滞血瘀

治法：活血行气，疏肝解郁。

主穴：肝俞、膈俞、太冲、膻中、足三里、神门。

方义：肝藏血，故以肝俞配血会，膈俞以活血化瘀，取膻中、太冲疏肝理气，气会膻中配胃之合穴足三里以行气；又因情志之郁总由心，故取心经原穴神门宁心安神。

刺穴方法：常规皮肤消毒，行提插捻转泻法，每日1次，留针20分钟，7次为1个疗程，休息3天。肝俞斜刺0.5～0.8寸，膈俞斜刺0.5～0.8寸，太冲向上斜刺0.5～1.0寸，膻中平刺0.5～0.8寸，足三里直刺1.0～2.0寸，神门直刺0.3～0.5寸。

7.6.5 心脾两虚

治法：补气健脾，养心安神。取足阳明、足太阴、手厥阴、手少阳、足少阴经穴为主。

主穴：膈穴、肾穴、心俞、内关、三阴交、足三里、神门。

方义：取膈俞、心俞、内关补养气血，宁心安神。脾气虚则津液失布，故取三阴交心脾同治，足三里健脾补气以利气血生化之源；内关行气宽胸，配神门以养心安神。

配穴：心悸烦躁、失眠加刺内关透间使，喜怒无常加刺百会、水沟；腰酸膝软配肾俞、委中；食少纳呆配中脘。

刺穴方法：皮肤常规消毒，用毫针针刺，提插捻转行补法，每日1次，每次留针20分钟，7次为1个疗程，休息3天。膈俞针刺0.5～0.8寸，心俞斜刺0.5～0.8寸，内关直刺0.5～1.0寸，三阴交直刺1.0～1.5寸，足三里直刺1.0～2.0寸，神门直刺0.3～0.5寸。

7.6.6 心阴亏虚

治法：滋阴清热，养心安神。取手厥阴心经及手足阳明经穴为主。

主穴：百会、印堂、神门、合谷、足三里、太溪、大陵。

方义：百会为督脉之穴，配印堂主升清阳，宁心安神，神门为心经原穴，有调养心经

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

经气，宁心安神的作用，合谷为手阳明经原穴，足三里为足阳明经之合穴，二穴相配以调阳明经之气，补后天之本。太溪以滋肾阴，大陵以滋阴降火。此方补泻兼施，共奏滋阴清热，养心安神之功效。

配穴：眩晕加风池；耳鸣加听宫；遗精加志室。

刺穴方法：皮肤常规消毒，用毫针刺法，行提插捻转补泻法，每次留针 20 分钟，7 次为 1 个疗程，休息 3 天。百会平刺0.5～0.8 寸，印堂平刺0.3～0.5 寸，神门直刺0.3～0.5 寸，合谷、太溪、大陵直刺0.5～1.0 寸，足三里直刺1.0～2.0 寸。

7.6.7 耳压法

取穴：主穴、皮质下、神门、心、肾。配穴，失眠配交感、脾；眩晕配枕、内耳；头痛，配膈、顶、枕；感觉障碍加肾上腺；自主神经功能紊乱配大肠、小肠、肝、交感；癔病性呃逆配膈、交感、胃；神经性呕吐配胃、肝、交感；阳痿配睾丸，外生殖器、内分泌。

用法：用王不留行籽和0.8mm×0.8mm 的胶布贴压双侧耳穴，每次选用3～4 个穴，隔日换贴 1 次，要求患者每日自按数次，以产生痛或酸胀感为度。

7.6.8 银针法

穴位：选用 0.5 寸 32 号不锈钢针，常规消毒后，用左手按住眼球，使眶皮肤绷紧，右手持针，轻轻刺入，直刺进针2～3 分钟，留针5～15 分钟，起针后按压局部片刻，防出血。

7.6.9 电针

电针百会、印堂穴，电量不宜过大，以患者适宜为度，每次半小时至 1 小时，每周 5～6 次，36 次为 1 个疗程。主治精神抑郁，心神不宁。

7.6.10 头针

取头部感觉区、平衡区、足运感区、晕听区、胃区、胸腔区、视区、生殖区等，根据主要症状每次选2～3 个区，平刺，中度刺激，留针15～30 分钟。隔日 1 次，7 次为 1 个疗程。

7.6.11 穴位注射

主穴取足三里、阳陵泉、三阴交，配穴根据表现来选择。心悸气短者，加心俞、内关；食欲不振，加胃俞、脾俞；腰膝酸软，神倦易乏者，加肾俞、命门。用复方丹参注射液注入各穴，每穴0.3～0.5ml，隔日 1 次，10 次为 1 个疗程。取心俞、肝俞、合谷、太溪、内关等穴，每次选用2～3 个，以鲁米那 0.1mg、0.5%普鲁卡因 10ml、安那咖 0.5g 混成药液，每穴注入0.3～0.5ml，主要用于癔病发作时。

7.6.12 穴位埋线

取三焦俞、肾俞、内关、心俞、肝俞、胆俞等穴，先常规消毒皮肤，并将腰穿针管内放入1～2cm 的消毒羊肠线，然后接上针芯。操作者用针穿刺到相应穴位处，等出现针感后，边推针芯，边退针管，使羊肠线埋植于该处，最后在针孔处敷以消毒纱布。

7.7 食 物 疗 法

7.7.1 神经衰弱

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(1) 玉竹首乌粥：玉竹 20g，何首乌 30g，加水熬汁，去掉药渣，添入粳米 100g，熬粥，早晚分服。

(2) 百合溜鱼片：鲜鱼 1 尾，取肉切成薄片，百合、竹笋各 75g，加水发软，溜炒熟透后食用。

(3) 虫草全鸭：鸭 1 只，开膛洗净，冬虫夏草 25g，五味子 15g，放入鸭膛内，上笼蒸烂，分次食用。

(4) 参苓猪骨汤：太子参 25g，茯苓 50g，猪脊骨 1000g，加入调味品煮汤，分次吃肉喝汤。

(5) 杜仲鲜蘑豆腐：杜仲 15g，研末，鲜蘑 400g，豆腐 2 块，切丁，用花生油爆炒后食用。

(6) 钩藤黄精炖肉：钩藤 20g，黄精 40g，与瘦猪肉 500g（切块）炖烂后，早晚分食。

7.7.2 癫症

(1) 白术佛手粥：白术 25g，佛手 15g，加水煎熬，取汁加入粳米 100g，煮成粥，早晚分服。

(2) 玫瑰花茶：玫瑰花 100g，厚朴花 8g，天冬、麦冬各 6g，煎汁代茶饮。

(3) 草蔻香附鸡：母鸡 1 只，洗净开膛，在膛内放入草蔻 20g，香附 15g，桔梗 10g，上笼蒸烂后食用。

(4) 三梗白蔻羹：取藿香梗、紫苏梗、荷叶梗各 70g，白蔻 25g，加水熬汁，去掉药渣后加入琼脂或明胶，分次食用。

(5) 香橼绿萼鱼：鲜鱼 1 尾，开膛去鳞洗净，加入香橼皮 20g，绿萼梅 15g，调味品适量，烧熟后食用。

(6) 鸡骨草粥：鸡骨草 30g，薏米 50g，粳米 100g，熬粥，早晚各 1 小碗。

7.8 情志疗法

情志疗法对郁病是一种独特而有效的治疗方法，甚至可能不药可愈。

7.8.1 言语开导疗法

言语开导疗法是针对患者的病情及其心理状态、情感障碍等，采取语言交谈方式进行说理疏导，以消除致病心因，纠正不良情绪和情感活动等的一种心理治疗方法。

语言交谈，不仅是沟通人与人之间情感的主要媒介，也是了解和掌握患者心理、情感活动及其病变情况的基本途径，更是应用言语开导疗法的基本前提，在临床诊疗过程中，应首先观察和分析病人的形神气质类型情况。先天禀赋（遗传）对该病有不同的易感性，中医学在对情感、性格、意志、能力、禀赋等诸方面分析了不同类型人的心理特征及其易感疾病、发病时令、病机和治则等。病人的情志偏极，在不同类型人（禀赋的基础上）可因生活事件的刺激而引起各种精神性疾病，因此根据患者的情志变动、性情偏失而导之，是运用本疗法的关键，即通过全面了解其社会经历、生活习惯、嗜欲爱好、人事变动等情况，根据其喜怒哀乐、离绝菀结等情感活动，“先知其病之所生”，以便针对致病心因，形神之得失进行有的放矢的疏导劝解，解除其精神负担。在治疗时，医生应充分施展其对病

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

人的影响，尽量发挥言语开导的治疗作用，或“惕之以生死”，或“正之以道义”，或“引之以洒脱”，或释其疑虑，或消其妄念，或直言相答，或曲喻以理等等，来尽力解脱患者心身疾苦。

对于一些由疑虑、忧愁不解而致病或影响其疾病发展和治疗的患者，应针对致病心因予以解疑疏导，才能收到不药而愈的疗效。

7.8.2 移精变气法

移精变气疗法，亦称“移情易性疗法”，是指医生运用种种方法来转移病人的精神意念活动，藉以调理和纠正其气机紊乱等病理状态，促使疾病得以康复的一种心理治疗方法。

“移精变气”语出《素问·移精变气论》。唐代王冰解释：“移谓移易，变谓变致，皆使邪不伤正，精神复强而内守也。”主要通过移易和分散其精神意念来达到治疗目的。

7.8.2.1 精神转移法 本法是临床心理治疗常用的方法之一，即将患者的精神意念活动从疾病及其内心思虑的焦点上转移或分散至其它方面去，以缓解或消除这些精神意念的恶性刺激所引起的病理改变，促使疾患趋向康复。精神转移疗法很多，除言语开导外，诸如借助于音乐、歌舞、琴棋书画、花鸟、垂钓、游览观光等方法来移情易性而达到和畅情志、疏理气机等治疗作用，此即“七情之病者，看书解闷，听曲消愁，有胜于服药者”之意(《理瀹骈文》)。可针对该病形神气质类型设计调治方案，比如对忧郁型病人，可以相声、滑稽、喜剧等舒畅情怀；对悲痛者，则可以轻松抒情或具有田园风光情调的乐曲，以缓解其伤感的情绪。此外，读书以明理、吟诵以抒怀、诗词以寄志、书画以寓意、垂钓以养性、游览以怡神等等，同样也能转移精神，陶冶性情而有益于形神疾病的康复治疗。

7.8.2.2 情志导引法 该法主要是指通过医生指导患者进行呼吸吐纳锻炼，或配合一些动作来引导和控制其精神意念活动，而达到移精变气的治疗目的。由于本法一般不借助于外界事物转移和分散病人的注意力，而多以“导引（气功）”的方法移情易性，故称之为“情志导引”。

7.8.3 情志相胜法

情志相胜疗法是在中医五行学说及情志相胜等理论指导下创立的一种心理治疗方法，即用一种或多种情志制约、消除其相胜的病态情志，以治疗由情志偏激引起的某些心身疾病。

喜、怒、忧、思、悲、恐、惊是人们对外界事物主观感受的情态反应，即七情，是正常五脏精气和机能的外在表现，但过于强烈持久的偏激情志，可导致脏腑功能失常，如怒伤肝、喜伤心、忧伤肺、恐伤肾、思伤脾。五情相胜即在五脏为相克，在五志为相胜，如怒胜思，思胜恐，恐胜喜，喜胜悲忧，悲胜怒。“情志过极，非药可愈，须以情胜”(《医方考》)。情志相胜法对缓解应激情绪，治疗情志病及由情志偏极引起的郁病，有药物疗法和其它各种疗法所不能替代的作用。

7.8.4 意示疗法

意示疗法即暗示疗法，是医生采用语言、行为等方式诱导病人无形中接受某种“暗示”，从而改变其情志和行为以达到预期治疗效果的一种心理治疗方法。分为自我意示法和他人意示法两类：前者是通过人们的想象等意念活动以塑造某种意识形象，或进入某种

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

情境，由心理而影响生理，从而达到防治郁病的目的；后者主要由医生进行心理诱导，或借助于周围情景给予病人某种暗示，并由此产生积极的治疗作用。

在临床诊治过程中，医生可根据病人的发病情况、思维和精神状态等表现，抓住其症结所在，灵活运用语言诱导、情境渲染和针灸、药物暗示等方法，有的放矢地进行意示治疗。医生应全面考察和掌握病人的心理状态和病情，确定意示治疗方案，在实施意示治疗前，医生应与病人建立良好的合作关系，取得患者的绝对信任。在与病人的交谈中，医生的神态语气及其行为都应该果断肯定，充满自信，切忌模棱两可、犹豫不决的语气神情。

7.9 西医治疗撮要

郁病的临床表现及其以情志内伤为致病原因的特点，主要见于西医学的神经症，尤以神经衰弱、癔病、抑郁症、焦虑症为多见。也见于反应性精神病。现分别介绍其西医治疗方法。

7.9.1 癔病

癔病性朦胧状态、精神病状态或痉挛发作者，由于不能接受正规的精神治疗，可肌内注射氯丙嗪25～50mg，或静脉注射安定10～20mg，促使患者入睡。醒后症状即可消失。急性期过后，若精神症状不明显者，可口服氯丙嗪每次25～50mg，1日1～3次；遗留头痛、头昏、失眠等脑衰弱症状者，可口服阿普唑仑每次0.4～0.8mg，1日3次，或舒乐安定，每晚睡前服1～2mg，历时2～3周。或口服氯羟安定（罗拉），每次0.5～1mg，1日3次；若患者处于昏睡状态，可予氨水刺激鼻粘膜，以促其苏醒。

7.9.2 焦虑症

对于广泛性焦虑一般多首选苯二氮杂䓬类抗焦虑药。如：口服安定，每次2.5～5mg，每日3次；或舒乐安定每次1mg，每日3次，或于每晚睡前服1～3mg。严重失眠者可于晚睡前口服氟安定（妥明当）15～30mg，或硝基安定5～10mg。其它如利眠宁、安他乐亦有较好的抗焦虑作用。对于急性焦虑即惊恐发作，以阿普唑仑效果最好；亦可选用安定10～20mg，肌内注射或静脉注射。由于安定等苯二氮杂䓬类药物停药后1周内，惊恐发作常易复发，或出现戒断症状、反跳现象，因此无论急或慢性焦虑，撤药速度宜慢，故多为长期用药。若患者伴有心动过速、震颤、多汗等自主神经系统功能亢进症状，可口服β-肾上腺素能受体阻滞剂心得安10～20mg，每日2～3次口服。

7.9.3 抑郁性神经症

选用三环类抗抑郁剂如多虑平、阿米替林或丙咪嗪等治疗，剂量均为每日50～300mg，分2～3次口服。若效果不佳，尤为不典型的抑郁症状，停服上述药物3～5周后可选用苯乙肼，每日60～90mg分次服之。此外，抑郁兼有焦虑、躯体不适感、失眠较重，或对三环类抗抑郁剂之副反应不能耐受者，可服阿普唑仑（佳静安定），每日1.2～2.4mg，分2～3次口服。

7.9.4 疑病症

针对其抑郁、焦虑症状，可适用抗抑郁药物和抗焦虑药治疗，如多虑平，每晚口服50mg，迅速增至150mg，症状可较快减轻或缓解。对其疑病观念，可用哌迷清治疗，每早口服4～8mg，连服1个月后减半剂量；或口服丙氯拉嗪（甲哌氯丙嗪），每日15～

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

30mg，分2～3次口服，可有一定效果。

7.9.5 神经衰弱

由于此型患者焦虑、抑郁情绪、失眠、自主神经系统功能紊乱症状常同时存在，故抗焦虑药可选用安定、舒乐安定、阿普唑仑、氯羟安定或安他乐，按常用剂量连服1～2周；失眠严重者，可选用三唑仑0.25～5mg，硝基安定5～10mg，舒乐安定1～2mg，或氯硝安定2～4mg，均在每晚睡前服，亦连用1～2周。若焦虑、抑郁症状混合存在，且失眠早醒者，可选用多虑平或阿米替林25～50mg，亦在睡前服。自主神经系统功能紊乱者，口服谷维素10～20mg，每日3次。交感神经系统功能亢进，紧张、心悸、震颤者，可口服心得安，每次10～20mg，每日3次。若精神萎靡，衰弱性增高者，在口服抗焦虑药的同时，可在白天适量口服苯丙胺10mg，每日1～2次，或利他林10～15mg，每日1～2次，但在下午4点以后均禁服用。

7.9.6 人格解体神经症

可针对其情绪特点酌情使用苯二氮杂䓬类或三环类抗抑郁剂外，个别病例可试用氯氮平治疗。

以上各型，尤以神经衰弱、焦虑症、抑郁性神经症患者，还可予以促大脑代谢药物治疗，如谷氨酸1～3g、每日3次口服；脑复康0.8g，每日3次口服；西比灵（氟桂嗪）胶囊1～2粒，每晚睡前口服。此外，还可予以三磷酸腺苷10～20mg，辅酶A 50～100单位，维生素C2.5g溶于5%或10%葡萄糖注射液500～1000ml，静脉滴注，每日1次，7～10次为1个疗程。

7.9.7 反应性精神病

对急性起病兴奋激动者，可口服氯丙嗪或泰尔登50～100mg，每日3次。严重者有冲动行为，可肌内注射氯丙嗪50mg、非那更25mg，每日2～3次。抑郁状态者可选用抗抑郁剂多虑平、阿米替米、丙咪嗪或泰尔登等。偏执状态者可服氯丙嗪、奋乃静等。焦虑、紧张及失眠的患者可选用安定、利眠宁、多虑平、舒宁等，但不需要长期用药维持治疗。

8 疗效评定标准

郁病的治疗目的主要在于消除或减轻症状，改善患者自身情绪及提高患者适应社会能力，帮助病人改善人际关系。因此评定郁病治疗疗效主要从症状的消减来考虑，同时参考患者人际关系之改善情况，以及社会适应能力的提高程度（即工作、学习、生活和社交能力水平的提高程度）及自我控制能力。其疗效判定标准，按1994年国家中医药管理局颁布的中医药行业标准——《中医病证诊断疗效标准》如下：

治愈：症状消失，情绪正常。

好转：症状减轻，情绪基本稳定。

未愈：症状、情绪均无改善。

目前广泛应用于临床和科研上的关于郁病的中医诊断、疗效判定标准，普遍使用上述行业标准及普通高等教育中医药类规划教材。在中药新药开发研究方面，主要依据1993年卫生部制定的《中药新药临床研究指导原则》。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

9 调摄护理

郁病的发生以七情内伤为先导，并随情绪波动，时有起伏。在治疗过程中，重视药物解郁顺气的同时，更重视心理护理，结合病情善于开导，使患者解除顾虑，增强信心，可达到事半功倍之效。

具体护理措施：

病房环境的管理：因郁病患者肝气郁结，心血不足，病人怕光怕噪音，故病房需要安静、整洁，室内光线要柔和，床位平整、舒适，空气新鲜，气温适宜。

情志护理：情志护理的质量对郁病患者的病情迅速康复起着十分重要作用。包括以下几个方面：

①顺情从欲：顺从病人的心情，适当地满足病人合理的欲望，有利于病人的健康。②解疑释疑：根据患者存在的思想顾虑，通过一定的方法来解释疑虑，帮助患者丢掉思想包袱，协助治疗。③移情易性：分散病人注意力，使病人的情绪焦点转移到其它的地方。④说理开导：通过正面的说理向病人讲解有关的卫生科学知识，讲明疾病的发生、发展以及转归规律，引起患者对疾病的重视，并主动配合治疗，有利于病人早日康复。⑤积极暗示：鼓励患者对疾病治疗树立信心。实践证明，积极的暗示对病人的生理和心理均起着较大的促进作用。如发药时主动介绍药物的效能可使药物产生积极的效益，达到治疗的目的。

饮食护理：因肝主疏泄，脾主运化，郁病患者肝气郁结后脾失营运造成食积不消面成食滞，所以病人不思饮食，首先应合理调配膳食，选用营养丰富、清淡易消化的食物，以增进食欲，如豆浆、浓米汤、鸡蛋汤等。在食欲逐步好转的情况下给予高蛋白和多种维生素的食物，如瘦肉、鲜鱼、青菜、冬瓜及新鲜水果，避免刺激性的辛辣食物。

郁病的患者应该适当地活动，对于重症患者，要给予适当的镇静剂。

10 康　　复

郁病患者病情缓解后，精神治疗亦为首要的康复疗法。正如《临证指南医案·郁记》所说："郁症全在病者能移情易性，"所以医务人员应关心病人的疾苦，做好思想工作，充分调动病人的积极因素，使其正确对待客观事物，树立乐观主义精神和战胜疾病的信心，帮助其适应社会，处理好人际关系，这样有利于早日康复，否则郁结不解，徒持药石。适当的体育活动和体力劳动，有助于调整高级神经功能，使症状改善，可做太极拳、站桩功等，可稳定情绪，改善睡眠，增强体质，鼓励患者参与社会活动，与社会多接触，消除孤独感，建立良好的人际关系。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病证名称与定义

郁证的概念最早源于《内经》的五气之郁，如《素问·六元正纪大论》中阐述了五常

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

之气太过、不及而可致土郁、木郁、金郁、火郁、水郁之发，提出了“郁极乃发，待时而作”描写了天地运气失常太过，自然界的异常变化，影响人体之易受病邪侵犯而产生相应的各种疾病，按五行与五脏关系的配属，五气的不及、太过引起五脏气机阻滞不畅，又出现五脏相应的证候，故五气之郁也可以称作五脏之郁，因此五郁论着眼于病因学说上。到金元时期朱丹溪从病机变化着眼推而广之创六郁论，在《内经》五郁论的基础上，阐发了气郁、湿郁、痰郁、热郁、血郁、食郁之六郁论。主张气失通畅为郁证病机关键之所在，其发展演变多由气郁影响及其它，而致人体气血津液运行紊乱，在《内经》理论的基础上，完善了郁证的病理变化。明清时期进一步阐释了外感内伤诸因素均可致郁，尤其是注意情志致郁，开辟了狭义郁病的理论基础。明代虞抟《医学正传》首先采用“郁证”作为病证名称。

从不同方面论述郁病的概念可产生很大的分歧，郁病的定义概括病因病机及病理变化方面，涉及面很大，证候表现变化复杂，医家观点不尽一致，故统一对郁病的认识是很重要的，就其病机来说，郁病无非是五脏气机阻滞不畅，气血津液运行紊乱而致，突出了五脏之郁，五脏气机失调，从这一角度讲，就有统一的理论基础。所谓郁病即由于情志不舒，气机郁滞而引起的疾病的总称。郁，就是指滞而不通之义。郁证既是一个病因病理学概念，又是一个综合病证，临床表现错综复杂。广义的郁病，泛指由外感六淫、内伤七情引起的脏腑机能不和，从而导致气、血、痰、火、湿、食等病理产物的滞塞和郁结。狭义的郁病，则主要指由情志不舒、气郁不伸而引起的性情抑郁，情绪不宁，悲伤善哭，胸胁胀满，咽中如有异物梗阻等多种复杂症状。

根据郁病的临床表现及其以情志内伤为致病原因的特点，郁病在临床上已成为精神损伤类的独立疾病，故在1994年国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》中被命名为郁病。1997年《中医内科学》（上海科学技术出版社）亦名为郁病，并指出：“郁病是由于情志不舒，气机郁滞所致，以心情抑郁，情绪不宁，胸部满闷，胁肋胀痛，或易哭易笑，或咽中如有异物梗塞等症为主要临床表现的一类病证。”从郁病的病因及临床表现来看，主要见于西医学的神经衰弱、癔病及焦虑症等，也见于更年期综合征及反应性精神病。

1.2 病因病机研究

1.2.1 病因学的研究

西医对精神因素的致病作用愈来愈加重视。尤其是在神经症这类疾病中精神因素更起着重要作用。西医认为在沉重的心理负担或长期的精神紧张之后，出现神经机能活动的削弱，伴有明显的焦虑反应以及各种躯体不适感，就成为神经症。神经症的发生即与诱发因素、素质因素、维持因素三方面有关。素质因素包括遗传（即易病素质）、人格类型、躯体健康情况、性别年龄。诱发因素：包括生活事件、精神应激，包括童年早期的精神创伤。维持因素，即症状和疾病持续存在的原因。文化背景、社会人群、职业、文化水平、大气污染、噪音、生活压力等因素均对本病的发生有一定影响。据一些研究证实，精神因素致病以自主神经机能失调及内分泌的变化作为其生理基础。精神因素的致病作用，一方面取决于精神因素的性质和强度，另一方面则取决于这类因素对个体引起的情感体验，同

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

·因素在不同个体引起的情感体验有很大的差别。本病与个体素质、既往经历以及患者的世界观、方法论有关。三类因素在本病的发生发展中所起作用各不相同，但又相互关联，难以分清。

中医认为，本病与情志密切相关。人的精神意识、思维活动均以情志变化为表现形式。外有所触，情有所变，情动于内，则脏腑经络、气血津液亦相应变化，七情五志太过或不及均可致病。“郁证多患妇人”，究其原因，一是由于我国经历了数千年的封建统治，封建礼教的束缚，广大妇女政治、经济、文化地位低下，精神压力和束缚比较多，多忧思忿怒；二因妇女有经孕产乳等生理特点，妇女为病多为气机不畅，引起血流障碍，气滞则血亦滞；三者妇女多思善虑，多愁易郁为内在因素。

1.2.2 病机学的研究

郁有两层含义，一是指情志怫郁，闷闷不乐，心境低落，抑郁不欢，这是心理精神层面上的含义；二是指气机郁滞，尤指肝气郁滞，这是生理病理方面的改变，为躯体生物层面的含义。中医认为，心身是统一的，心身二者相互影响，即可“因郁致病”也可“因病致郁”。木郁论始于情绪，心肾不交是其发生根本原因，肝失疏泄是其中介环节。

周萍认为，郁是一种情志改变，但不是原始情绪，而是七情产生的复合情绪体验。《内经》中的五志指喜、怒、忧、思、恐5类情绪，宋·陈无择言七情是指喜、怒、忧、思、悲、恐、惊7种情绪。郁常表现为闷闷不乐，郁郁寡欢，忧心忡忡，多疑善虑等，是继发于忧、思、悲等的复合情绪体验。同时，郁又是一种致病的不良情绪，是与五志过激同属性的致病因素。周氏指出，郁之产生机理缘于“恐”。从情绪的发生来看，情绪产生于机体对外界事物的判断及主观体验。生活在天地之间、社会群体之中的个体，不断地与自然界或社会环境进行物质、能量与信息的交换与交流，对客观作用于主体的事物，主体通过主观认知评价作用，将产生能被意识所觉知的主观体验（即情绪）和不进入意识领域中的相应的躯体生物性反应（生理或病理反应），个体对客观事物评价的参考系是客观事物是否合乎自身的需要。个体的需要是多层面的，有生理性的饮食居处需要，有社会性的尊重、友爱等需要。个体出于自身的保存和发展需要，向外界获取对自身有益的事物（趋利），回避对自身有破坏损伤的事物（避害），因此，凡外界事物合乎自身需要的，就产生愉快、高兴、欢乐（喜）的正性情绪；当自身需要得不到满足，或者是既得利益遭到攻击或威胁时，就产生恐惧、悲伤、忧虑等负性情绪。郁的产生，是个体既得利益受到威胁或侵犯，或主观期望值过高，担扰自己无能实现目标，亦即未得利益可能无法实现，个体无能解决而不可避免时，所产生的内心冲突、担心、忧虑。这种担忧，或许是因为客观的、实实在在的对其利益产生威胁的事物存在，或者根本就不存在这种事物，而只是患者自身过于敏感，忧心忡忡而已。正因为如此，郁证患者常常具有一定的人格基础。肝郁证患者的人格特征为情绪不稳定，以悲忧为主，持续时间长，自觉难以控制。因此，郁的产生首先源于人体认知系统对外界事物是否对自身既得（或未得）利益构成威胁的评价，若个体感知到威胁，进入意识领域，即产生恐惧感，即恐的情绪体验。所以，郁是机体感知威胁（恐）而无法逃避或解除时的紧张惶恐之感，这种状态即为机体认识评价系统被激活，而情绪张力无法释放的状态。这种状态有两种转归，一是指向机体内部，不妨碍或伤害他人，表现为整日冥思苦想、处心积虑、冷漠，对外界事物缺乏热情，不爱交往，即抑郁；

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

另一种是指向外部，表现为对目标的愤怒与攻击，常见以怒的形式向外发泄，以降低张力。故而，肝郁证表现为肝气郁和肝气逆两大类。周氏指出，“形神合一”的一元论观点，既是生理特征的整体概括，又是从病理意义上深入理解发病机理的主线索。五脏是一个多层次、多功能的有机系统，互相联知互相影响地在君主之官心的主持下与心一起对心所感知的外界信息进行整体应答，当某一脏因虚或因病或因志而不达，多集中反应心神与肾志的不协调，从而产生强烈的情绪反应和气机失调的躯体反应，即郁病的发生，表现为心肾失调或心肾不交等。而肾藏精，禀先天父母之精而藏之，为人体先天之根本，因此郁病患者有一定的人格特征，且这种先天基础决定的心理格调与肾有关。肾志不达，心神不悦，心肾不交，肝无以滋养，进而疏泄无力，从而气逆，气郁变症即出，心、肝、肾三脏在郁病之病机中，以心肾为由，而以肝为病端，这是自古迄今识郁从肝着眼的根本所在。[1]

2 临床研究

2.1 证候与辨证规律的研究

2.1.1 临床症状的观察研究

由于郁病是以情志为主要促发因素的精神障碍性疾病，现代的概念是限定其无器质性即功能性疾病。其包罗较广，症状纷杂多变，因人而异，稳定性差，但归纳之则包括以下几组症状：①肝气郁结，表现以精神抑郁、情绪不宁、胸胁满闷、脘闷纳差、脉弦为主要症状组合；②肝郁化火，表现为性情急躁易怒，胁肋胀满，口干口苦，或头痛、目赤、耳鸣，或嘈杂吞酸，舌红，苔黄，脉弦数等为主要症状组合；③痰气郁结，表现以精神抑郁，咽似物阻，胸闷胁胀，舌苔白腻，脉弦滑为主要症状组合；④气滞血瘀，表现以精神抑郁，性情急躁，胸胁胀痛，或刺痛固定，善忘，失眠，或身体某部发冷或发热感，舌质紫黯，或有瘀点瘀斑，脉弦或涩为主要症状组合；⑤心脾两虚，表现以多思善虑，头晕神疲，心悸胆怯，失眠健忘，纳差，面色少华，舌质淡，苔薄白，脉细等为主要症状组合；⑥心阴亏虚，表现以心悸、健忘、失眠多梦等心神失养，和五心烦热、盗汗等阴虚火旺两组症状组合；⑦肝阴亏虚，表现以目干畏光、视物昏花、肢麻筋惕等阴精不足，失于濡养，和眩晕耳鸣或头痛、目赤、急躁易怒、舌干、脉弦细数等阴虚阳亢两组症状组合；⑧心神惑乱，表现以精神恍惚、心神不宁、多疑易惊等气血亏虚，心神失养诸症和悲忧善哭、喜怒无常、手舞足蹈或骂詈叫号等心神惑乱的两组症状组合。

以上几组症状，见于神经衰弱、癔病、反应性精神病及更年期综合征的不同体质的病人和不同病程中的不同时期。在同一病人，往往是多组症状兼见，虚实夹杂，扑朔迷离，同时又很易同癫狂病相混淆。尽管如此，临床总以气（气滞、气虚）、血（血瘀、血虚）、痰（痰湿、痰火）三者为主要病理，以肝、心、脾之脏腑功能失调为表现特征的精神障碍性疾患。并且多有某一种或几种生活事件导致的情志因素长期过度的伤害过程，体现了“生物—心理—社会医学模式”的典型发病特点。

2.1.2 不同证类病势转化

郁病见症多样，证类纷杂，可多证兼见，同时各种证候之间又可相互转化。属于实证的肝气郁结、气滞血瘀、痰气郁结等证候，病久之后，若主要损伤心脾，耗伤气血，则转

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

化为心脾两虚或心阴亏虚；若主要耗伤肝肾，阴精亏虚，则可转为肝肾阴虚的证候。实证中的气郁化火一证，由于火热伤阴而多转化为阴虚火旺。郁证中的虚证，可由实证转化而来，也可以由于忧思郁怒，情志过急等精神因素耗伤脏腑的气血阴阳，而在发病初起即出现比较明显的虚证，虚证中的心神惑乱一证即是。当因某些因素如饮食不节、气候暑热或酷冷、劳倦、生活事件等再次或多次刺激，往往是病机转化的促发因素。实证转化为虚证时，情志状态由阳转阴，即急躁易怒等肝郁肝火证象转化为多思善虑、胆怯心悸等心脾亏损症状，原伴随症状如胸胁郁闷、咽异物感等实证消失，出现神疲心悸、潮热失眠等，舌红苔黄转为舌淡苔白，脉弦转为细等。虚证转化为实证时，情志状态由多思善虑、心悸胆怯等虚象，转化为急躁易怒，伴胸中塞闷、咽似物阻等实象，舌质淡红转为黯红或见瘀斑，脉细转为脉弦或弦数等。

2.1.3 实验观察

张问渠等通过疏肝理气药对35例高血压病肝郁患者的治疗观察发现，血微量元素Zn/Cu比值治疗后显著下降；治疗前全血5-羟色胺含量明显高于健康人，治疗后接近正常值。通过观察血小板超微结构、血小板凝集率以及甲皱微循环治疗前后的变化，表明疏肝理气药有诱导血小板解聚及改善微循环的作用，证明高血压病肝郁证伴有血瘀证的存在。[2]

湖南医学院通过对300多例肝郁脾虚患者进行多指标检测发现：①植物神经功能紊乱：其特征主要是交感、副交感均亢进，其次是副交感偏亢。用舒肝健脾汤（柴胡、郁金、香附、党参、扁豆）治疗后有显著改善，并与临床疗效相关，提示可作为肝郁脾虚证的辨证及判断疗效指标之一。②血液流变学变化：出现血液粘度增高，红细胞电泳时间延长，提示患者血液流动性较差，红细胞聚集，经治疗后有明显改善，认为血液流变学变化可作为肝郁脾虚证的客观指标之一。③血浆环核苷酸平衡失调：环磷酸腺苷（cAMP）降低，环磷酸鸟苷（cGMP）升高。cAMP/cGMP比值降低。并认为其变化与神经系统，特别是植物神经系统功能紊乱有关。cAMP、cGMP与肝脏、情志、胃肠道功能密切相关。血液粘度也与cAMP相关。可见cAMP、cGMP值可作为肝郁脾虚证的综合指标。④脉象图特征以弦脉为主：弦脉的产生与疼痛、交感兴奋和外周阻力增加有关，提示肝气郁时，还影响到心血管系统。⑤尿糖排泄率降低：表示其小肠吸收功能减弱。曾有人对肝郁证、肝郁脾虚证、脾虚证、健康人进行了尿3-甲氧-4羟基苯乙二醇硫酸酯盐（MHPG-SO_4）测定（尿MHPG-SO_4几乎全来自中枢，是中枢交感活动的客观指标），结果发现肝郁脾虚组、肝郁组中尿MHPG-SO_4的值低于健康人组，脾虚组与健康人组无显著性差异，提示MHPG-SO_4的值低下是肝郁证的特征，同时也支持了精神的异常表现是肝郁脾虚证的重要临床症状。[3]

2.1.4 舌象与脉象的观察

舌象与脉象的观察在郁病的诊断及判断证型、虚证、实证、虚实夹杂证，预测病势转归，指导临床治疗方而，具有重要的意义。郁病多以精神情感表现异常为主，伴随着躯体症状表现，但舌、脉也可以反映出脏腑盛衰变化。一般来说：早期郁病，以气滞为主，证轻脉平，舌淡或淡红，以弦脉见常；气滞则血行不畅，气滞血瘀，舌红或瘀黯、紫斑，脉涩；气滞湿阻，聚湿生痰而成痰郁，舌淡苔白腻，脉弦滑；痰气郁结，湿易停留，湿浊不

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

化而致湿阻，舌苔厚腻，脉濡；肝郁气结横逆犯脾，脾虚不化饮食则食滞不消，形成食滞，苔腻，脉滑；气、痰、湿、食久郁，都可以化热，而成热郁，故可见舌红或苔黄腻，脉见数象。以上为实证或虚实夹杂证。肝郁日久，影响脏腑质变，肝失疏泄，脾失健运，心失所养，形成虚证。忧郁伤神时，舌淡苔白，脉弦细；心脾两虚时，舌淡，脉细无力；阴虚火旺，则舌红少苔，脉细数；由阴及阳，肾虚水泛时，舌淡苔白，脉沉细。舌脉作断定疾病的转归，一定要与证候的变化相联系，舌、脉、症合参而定。近年来一些学者对郁病进行了临床规律观察，对于临床上具有一定的指导意义。如郑吉民等在试探肝郁证的临床规律一文中，观察了146例肝郁证患者，其舌诊可见舌淡红38例，舌红39例，舌淡38例，舌紫黯或紫斑31例。苔薄白34例，苔薄黄37例，苔白腻37例，苔黄腻34例，少苔或无苔4例。脉诊所见以弦脉为多，有106例，弦缓52例，弦细29例，弦细数或弦滑数25例，其弦脉占肝郁证总数的72.6%，由此得知，弦脉可以作为肝郁证诊断标准之一。[4]

2.2 治法研究

郁病的治疗，历代医家立论颇多，足资取法。近现代医家在继承古代医家基础理论的前提下，结合临床实践，在辨证论治方面，提出了一些新的见解。梁剑波认为“舒肝理气，补益心脾”八字是治郁的基本法则。[5]陈苏生治郁病，首重调畅人体气血。认为气血呆滞不畅可致多种疾病的发生，因而在治疗时，均采用“宣畅气血”法，以保持人体气血流畅。其认为气血流畅，百病不生，气血呆滞，百病丛生。特别是妇女病，气机不流畅，必然引起血流障碍，故宜宣畅气血为先。妇人多郁，血宜调畅，因而“宣畅气血”一法，尤宜于妇人。[6]魏长春对郁病认识有内外之分，认为六气着人皆能郁而成病，邪不解散，即会致郁，此是外感六气而成也。而杂病成因更多，如思伤脾，怒伤肝，其原因总由于心，情绪不遂，郁而成病。其病机涉及心、脾、肝、胆为多。治法有清泄上焦郁火，或宣畅少阳，或升降肺气，通补肝胃，泄胆补脾，宣通脉络，若热郁至阳，则用咸苦，每以苦辛凉润宣通，不投燥热敛湿呆补，此治疗大法。[7]张问渠在肝郁证理论及临床研究中提出：根据肝的生理特征及肝郁证之病理特点，立法以疏、散、清、补为基本原则。疏，即疏通。肝主疏泄、性喜条达，具有升发、流通、畅达的生理特性。疏通，即以行气利气，活血消瘀之品疏其滞，通其流，以使肝之气机畅达、血脉流通，而恢复其疏泄功能。散，即辛散。辛味之药能散能行，具有升发，疏通、畅达之性，能使肝之气机畅达，故肝有“以散为补”之说。清，即清解。肝内寄相火，肝气一有郁滞，则相火不得舒发，失其正常温煦之性，而妄动炎灼于内，即所谓气郁化火。故在疏通、辛散的基础上，以寒凉之品清火解郁，使肝气调畅，相火宁静，而不酿成火焚之灾。补，即滋养。郁病因情志内伤，肝气郁结，脾失健运，心失所养，肾失所藏而致脏腑功能失调，气血不足出现虚证。故肝郁日久，以至气血阴阳耗损，则治宜用补益阴血或补益脏腑，以滋养肝木，以达到阴阳平衡。张伯臾在1988年版《中医内科学》提出了郁病初起多属情志所伤，肝气郁结或痰气交阻，属实证，治宜疏肝理气为先，如痰气郁结，当化痰理气，宽胸利膈。因此，疏肝理气舒郁，是郁病治疗最基本的法则。也可根据肝郁气滞的兼挟不同，分别配以行血化痰、利湿、清热、消食或数法兼用。如迁延失治、由气及血，化火伤阴，气血受耗，病及心、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肺、肾、脾等脏，出现心神失养或心肾阳虚或心脾两亏者，则属虚证，分别采用养心安神、滋养心肾或补益心脾等法。总之，疏通气机是治郁的总原则，实证以舒肝理气为主。虚证以益气扶正法。[9]王永炎等在1997年版《中医内科学》规划教材中提出了理气开郁、调畅气机、怡情易性是治疗郁病的基本原则，对于实证，首应理气开郁，并需根据是否兼有血瘀、瘀结、湿滞、食积等而分别采用活血、降火、祛痰、化湿、消食等法，虚证则应根据损及的脏腑及气血阴精亏虚的不同情况而补之，或养心安神，或补益心脾，或滋养肝肾。[10]综合诸医家的临证心法，归纳郁病治疗法则为：疏肝解郁、泄热开郁、行血通郁、化痰散郁、养血调肝、滋肾柔肝、助阳达肝、益阴舒肝、益气补血。现分述如下：

2.2.1 疏肝解郁

凡因抑郁恼怒，情志不舒、气机不畅，而致肝气郁结证，可用疏肝解郁法。此为郁病初期常见证型，此法也为治郁的基本法则。其代表方为：柴胡疏肝汤、越鞠丸。临床实践，许多医家对此法研究甚多。梁剑波用达郁汤加味治疗此证（方药：升麻、柴胡、川芎、香附、桑白皮、橘叶、白蒺藜、佛手、郁金、青皮），或可加苏叶、法半夏、旋覆花以降逆止呕；或加鸡内金、山楂、神曲以消食导滞。肝气郁解必影响脾失健运，出现中焦气机不畅之症，对此魏长春自拟五花芍草汤（玫瑰花、佛手花、绿梅花、白扁豆花、厚朴花、生白芍、炙甘草）疏通肝胃之气。崔金才应用自拟药汤（柴胡、当归、白芍、茯苓、香附、佛手、香橼、郁金、甘草）治疗郁病肝郁气结者。陈苏生积累多年临床经验，拟开拓情怀，疏通气机，舒肝和络，宁心安神为法，拟制舒肝和络饮（柴胡、香附、乌药、郁金、苍术、石菖蒲、枣仁、川朴、夜交藤、合欢皮、远志、甘草、牡蛎、浮小麦、大枣）。[11]陈光恩提出宁神解郁为法，认为心神自明，五脏六腑得安，气血畅然，自可滞散郁解，自拟百合宁神汤，作为治疗各型“情志之郁”的基础方（组成：炙百合、炒枣仁、合欢花、夜交藤、当归、丹参、炙甘草），气滞加肝郁者加柴胡、白芍、枳壳。[12]

2.2.2 泄热开郁

梁剑波老中医效仿“火郁发之”的理论，自拟清心发郁汤治疗。（药用丹皮、柴胡、远志、石菖蒲、淡竹叶、黄连、麦冬、郁金、葱白、甘草）清心泻火，疏肝解郁。

2.2.3 化痰散郁

关于梅核气治疗，梁剑波根据“土郁夺之”的理论，自拟理湿夺郁汤（苍术、香附、陈皮、春砂心、绿萼梅、佩兰、枳壳、土茵陈、佛手、泽泻），如因痰扰清窍症见头眩晕、脘闷、四肢困倦者，梁剑波应用祛痰夺郁汤（法半夏、陈皮、茯苓、竹茹、苏子、沉香、全瓜蒌、胆南星、桔梗、甘草）。贾河先根据气机升降原则治疗顽固性梅核气，方由四味升药：黄芪、柴胡、生姜、紫苏和四味降药：降香、枳实、厚朴、半夏组成，亦升亦降，使气机得以调畅而病自愈。[13]王大鹏用行气化痰法治疗15例梅核气，药用代代花、厚朴花、玫瑰花、旋覆花、枳壳、陈皮、白术、半夏、茯苓、麦芽，有效率达93%。[14]赵建琪用梅核噙化片治疗33例梅核气，药用冰片、安息香、沉香、川贝母、桔梗各30g，陈皮、白蔻仁各20g，每片0.5g，每日4~6片含化，2周为1个疗程，痊愈22例。[15]张德超自拟五花解郁汤（绿梅花、佛手、合欢花、代代花、玫瑰花、八月札、麦门冬和川朴花）治疗本病，收效尚佳。[16]

2.2.4 养血调肝

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

梁剑波认为郁久心营虚耗，出现精神恍惚不宁，悲忧不乐，治宜养心安神，调养气血，应用合欢皮汤（合欢花或皮、党参、浮小麦、大枣、百合、益智仁、当归、石菖蒲、五味子、春砂子、茯苓、甘草）。朱金丹在锁谈妇科郁证时认为女子经、孕、产、乳均以血为用，机体常处于不足于血、有余于气的状态，气有余则易遏郁，血不足则气无所附。气血滞涩或成郁，所以妇人之病，以开郁行气为主，郁开气行则病自愈，开郁行气应着眼于养肝体理肝用，养血常用药：当归、白芍、熟地、枸杞子、首乌、阿胶等。[17]

2.2.5 滋肾舒肝

因情志内伤，或房室不节，久病失调，伤及肝肾所致肝肾阴虚。王子瑜治疗肝肾阴虚型更年期综合征，治则以滋肾平肝，育阴潜阳，方药熟地、枸杞子、桑椹子、龟板胶、白芍、生龙骨、生牡蛎，或以大补阴丸合二至丸合用（龟板、熟地、知母、黄柏、旱莲草、女贞子）。[18]黄寿人认为肝郁以虚证居多，从肝肾阴虚与脾胃虚弱入手，自拟肝肾膏（熟地、枸杞子、女贞子、旱莲草、玉竹、桑叶），为肝肾两虚者而设；又拟保肝膏（黄芪、白术、大枣、首乌、党参、当归、白芍、川楝子、陈皮、红花），为气虚血少者而立。

2.2.6 助阳达肝

思虑太过，久病阳气耗伤或阴损及阳，阳虚不能制水，寒水随气上逆。梁剑波认为因郁而肾阳不振，应遵“水郁折之”之理，拟用温肾折郁汤（肉桂、丁香、白术、茯苓、猪苓、泽泻、木通、白蔻仁）治疗。

2.2.7 益气补血

忧愁思虑，久则损伤心神，并使气血生化不足，心失所养，而见情绪抑郁。此证为心脾两虚。治此梁剑波先用归脾汤加减，待症状缓解后，再用益神补心丹巩固治疗。后方药用党参、茯苓、远志、炒枣仁、五味子、炙甘草、石菖蒲、当归、黄连、柏子仁、珍珠丹、川贝母、桔梗、煅龙齿、莲子肉。研末，炼蜜为丸，朱砂为衣，每次 6～10g，开水送服。

3 实验研究

关于郁病的发病、病机、病理变化实质已有人做了一些实验研究，在肝郁证，肝郁脾虚证、肝郁血瘀证及疏肝药物作用原理等方面获得一些研究成果。

3.1 发病机理的研究

西医学对精神因素的致病作用愈来愈加重视。尤其是精神情感方面的疾病，精神因素更是起着重要的作用。西医学认为：在沉重的心理负担或长期的精神紧张之后，出现神经机能活动的削弱，伴有明显的焦虑反应以及各种躯体不适感，就成为神经症。实验研究证实，精神因素致病以自主神经机能失调及内分泌的变化作为其生理基础。

肝郁证，是中医脏腑证候中最常见的证型之一，也是肝病发病学的主要环节。探讨肝郁证的实质，对认识“肝”的本质和提高辨证施治水平具有重要意义。

对肝郁证患者尿中激素测定发现，尿中雌激素水平明显提高，并以雌二醇（E_2）增高为主，其排出量 $E_2 > E_1 > E_3$，同正常人相反。通过观察肝郁患者脉图发现，心舒时间脉搏图周期缩短，降支夹角增大，女性患者主波高度和重搏波高度降低，心脉时差男性增

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

大　对肝郁患者进行辨证分型发现，脾虚型主要为肝细胞变性及单个肝细胞坏死，部分肝细胞再生，少数炎性细胞浸润及纤维组织增生；湿热型有肝细胞及胆管内胆汁潴留或毛细血管内胆栓形成，大部分有炎性细胞浸润；血瘀型多见汇管区及叶间纤维组织增生，小叶结构改变和假小叶形成。[19]研究表明，肝郁的产生与神经系统、内分泌、免疫系统、循环系统和胆汁的分泌异常有一定的因果关系。严灿等在研究肝主疏泄免疫学机制的临床与实验中观察到，肝郁证影响细胞免疫功能和体液免疫功能，通过研究表明，中医所讨论的肝是一个与人体免疫机能密切相关的重要脏器，它的主体功能包括了西医学免疫系统的功能。肝失疏泄引起肝郁，进而导致机体免疫机能下降，据此可将肝郁证证变规律概括为"因滞致虚，因虚夹邪"。所谓"因滞致虚"是指肝失疏泄，使机体消化吸收机能出现障碍，在一定程度上出现了脾虚。所谓"夹邪"是指由于机体的免疫机能下降，因而对外来的刺激因子的作用可能出现反应的抑制，机体易受病邪的侵害。[20]

3.2　郁证常用治法疗效机理的研究

现代研究主要着手于肝气郁结而致血流变学的改变，应用疏肝解郁药对其予以改善。须惠仁等为了揭示肝郁气滞致血瘀的实质，采用了激怒刺激方法致肝郁模型。血液流变学的改变是临床确定血瘀症的主要指标。结果表明：大鼠撕打的激怒刺激能引起血液流变学一系列指标产生极为明显的改变，如全血粘度、血浆粘度升高，在凝血指标方面，存在着极为明显的高凝过程。血小板聚集率升高、热沉蛋白含量升高，高凝状态时的扩大型血小板数量显著增多。应用舒肝理气药治疗肝郁证小鼠后，结果表明，血小板聚集率亦非常明显地降低，与血瘀证有密切关系的扩大型血小板的数量亦很明显地减少，而圆树形正常血小板的数量明显地增多了。[21]湖南医学院用 CCl_4 建立了大小白鼠急性中毒的"肝郁脾虚"证动物模型，同时应用复方柴芪注射液（柴胡、黄芪）进行疏肝健脾、行气活血治疗，各项指标均有好转（谷丙转氨酶、血清溴磺酞钠潴留量、血清白蛋白数值、β球蛋百数值、肝灌流速度），由此认为活血化瘀法可列为郁证的常用治法之一。谢勇对 60 例郁证活血化瘀治疗前后的甲皱微循环观察结果表明：微循环异常率高达 68%，故处方中以丹参、三棱、当归活血化瘀为主，配以郁金、菖蒲行气解郁。根据"气滞则血滞"的理论，故用香附或木香，行气以活血；情志过极，久郁化火，部分患者因见火热之象，故配栀子清热泻火，在一定程度上，可起到改善症状之效。60 例郁证患者，用活血化瘀法治疗后，显效 24 例（占 40%），好转 21 例（占 35%），无效 15 例（占 25%），总有效率为 75%，可见活血化瘀法对郁证有一定疗效。从 60 例郁证患者治疗前、后的甲皱微循环比较中，发现患者症状的改善和微循环异常的改善，有大致相平行的关系。15 例治疗无效患者，甲皱微循环不仅无改变甚至恶化者占 12 例，在 45 例症状改善的患者中，有 41 例微循环获得改善。微循环血管管径在治疗前，有少部分病例扩张，治疗后则略缩小或正常，在一定程度上证实活血化瘀方药对微循环血管管径具有双向调节作用，不但能使收缩的管径扩张，而且可使扩张的管径缩小乃至恢复正常。[22]吕志平采用捆绑式限制大鼠活动，复现"肝郁"的临床症状，并从自由基角度结合肝细胞超微结构变化的观察，并以逍遥散的治疗作反证，探讨中医"肝郁证"的实质。结果表明：肝郁模型大鼠过氧化作用增强，消除自由基能力下降，肝细胞受损。逍遥散能抗脂质过氧化，对肝郁大鼠模型肝细胞及脂质过氧化

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

损伤具有保护作用。同时认为：脂质过氧化增强、肝细胞的破坏可能是肝郁证重要的病理基础。抗氧化反应可能是逍遥散的主要药效作用之一。[23]

【古训今释】

1 病名溯源

郁字有积滞、蕴结等含义。在中医学中，郁的概念最早见于《内经》，如《素问·六元正纪大论》中阐述了五常之气太过不及郁而可致土郁、木郁、金郁、火郁、水郁之发，并提出“郁极乃发，待时而作”，描写了天地运气失常太过，自然界的异常变化，影响人体之易受病邪客忤，而产生相应的各种疾病。《内经》中，还有较多关于情志致郁的病机方面的论述，如《素问·举痛论》：“思则心有所存，神有所归，正气留而不行，故气结矣。”《灵枢·本神》：“愁忧者，气闭塞而不行。”《素问·本病论》：“人忧愁思虑即伤心。”“人或恚怒，气逆上而不下，即伤肝也。”

从《内经》直至唐、宋许多医家沿袭《内经》的宗旨，把郁看作涉及脏腑等疾病的一类病机总括，而从气痞、痰湿、积聚、情志失调等气机阻滞之病患中体现出来。如《金匮要略》、《诸病源候论》、《三因极一病证方论》等医籍都在五脏杂病中反映出郁病的病机和证候，但未将“郁病”作为一个独立病证加以讨论。

金元时代，开始比较明确地把郁作为一种独立的病证来论述。朱震亨在继承前贤理论的基础上，在《丹溪心法·六郁》已将郁病列为一个专篇，指出：“气血冲和，万病不生，一有怫郁，诸病生焉。故人身诸病。多生于郁。”

明代虞抟《医学正传》首先采用“郁症”作为病证名称。《医学正传·郁症》：“我丹溪先生触类而长之，而又著为六郁之证，所谓气血冲和，百病不生，一有怫郁，诸病生焉，此发前人之所未发者也。夫所谓六郁者，气、湿、热、痰、血、食六者是也。或七情之抑遏，或寒热之交侵，故为九气怫郁之候。或雨湿之侵凌，或酒浆之积聚，故为留饮湿郁之疾。又如热郁而成疾，痰郁而成癖，血郁而成癥，食郁而成痞满，此必然之理也。又气郁而湿滞，湿滞而成热，热郁而成痰，痰滞而血不行，血滞而食不消化，此六者皆相因而为病者也。”其所论述的郁病是包括情志、外邪、饮食等因素所致的广义的郁。

明代之后，所论的郁病虽然仍包括外感致郁及情志致郁在内，但已经逐渐地把情志所引起的郁作为郁病的主要内容。如明代徐春甫《古今医统大全·郁证门》曰：“郁为七情不舒，遂成郁结，既郁之久，变病多端”。又如清代华岫云在《临证指南医案·郁》曰：“今所辑者，七情之郁居多，如思伤脾、怒伤肝之类是也。其原总由于心，因情志不遂，则郁而成病矣。……皆因郁则气滞，气滞久则必化热，热郁则津液耗而不流，升降之机失度，初伤气分，久延血分，延及郁劳沉疴。”明代张介宾从广义概念出发，在《景岳全书·杂证谟·郁症》中指出：“丹溪曰：郁病大率有六……或七情之邪郁，或寒热之交侵。或九气之怫郁，或雨湿之侵凌，或酒浆之积聚，故为酒饮湿郁之疾。又如热郁而成疾，痰郁而成癖，血郁而成瘕，食郁而成痞满，此必然之理也”。又论：“大抵诸病多有兼郁者，或郁久而生病，或病久而生郁，或用药杂乱而成郁，故凡病必参郁治。”明确提出了“因病而郁”和“因郁而病”以及“郁由于心”等观点。明代赵献可又进一步突破前人之见，把郁的概

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

念推而广之，在《医贯·郁病论》中指出："凡病之起，多由于郁。郁者，抑而不通之义。《内经》五法，为因五运之气所乘而致郁，不必作忧郁之郁，忧乃七情之病，但忧亦在其中"。较前代医家更加明确了郁病的含义。明清以后的医家，更多从临床实际出发，强调了七情致郁的理论，明确了郁病的范围，治疗上日渐完善。

2 病因病机

病因病机方面源于《内经》。在《素问·六元正纪大论》中论述五郁之发，是因为五运之气，有太过不及，必有胜复之变，天地有五运之郁，人身有五脏之应，郁结聚不行，当升不升，当降不降，当化不化，必发生郁病，提出了五气之郁。《素问·六元正纪大论》："五运之气，……郁极乃发，待时而作也"。论述了外感六淫而致郁。另外在《内经》中也有关于情志致病的论述。《灵枢·本神》："因悲哀动中者，竭绝而失生。喜乐者，神惮散而不藏。愁忧者，气闭塞而不行。盛怒者，迷惑而不治。恐惧者，神荡惮而不收。"《灵枢·口问》："悲哀愁忧则心动，心动则五脏六腑皆摇"。

金元时期，朱震亨综合了六淫、七情等内、外病因论，首倡了"六郁"学说。从病机角度深入阐发了气郁、血郁、痰郁、湿郁、火郁、食郁的六郁理论。并强调了气郁为先，相因为病的病机演变规律。《丹溪心法·六郁》曰："气血冲和，万病不生。一有怫郁，诸病生焉。故人生诸病，多生于郁"，"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，此为传化失常，六郁之病见矣"，"食郁者，嗳酸，腹饱不能食，人迎脉平和，气口脉繁盛者是也"，"血郁者，四肢无力，能食便红，脉沉"，"热郁者，瞀闷，小便赤，脉沉数"，"痰郁者，动则喘，寸口脉沉滑"，"湿郁者，周身走痛，或关节痛，遇阴寒则发，脉沉细"，"气郁者，胸胁痛，脉沉涩"，把六郁作为郁病临床的六大主要类型，奠定了郁病辨证论治的基础。明代张介宾在病因方面的贡献，是指出了"因病而郁"和"因郁而病"的观点，从广义的郁病角度出发，强调了郁病即因郁而病，因情志而致，并创立了"三郁"学说，同时在《景岳全书·杂证谟·郁证》中又论述了："凡气血一有不调而致病者，皆得谓之郁"，"至若情志之郁，则总由乎心，此因郁而病"，指出了在情志致郁方面以"怒郁、思郁、忧郁"三者为主的见解，其病机为气血失调，主要涉及心。此时期对郁病已有了全面地认识，为今后诸家对郁病的研究奠定了理论基础。

清代医家，更多从临床实际出发，强调了七情致郁，辨证分新久虚实。如张璐在《张氏医通·郁》中提出："郁证多缘于考虑不伸，而气先受病，……郁之既久，火邪耗血……。然郁症多患于妇人，《内经》所谓：二阳之病发心脾，及思想无穷，所愿不遂，皆能致病。"说明郁病气先受之，妇女多患此病。林珮琴在《类证治裁》中指出，久郁可以及血，损伤脏阳，论曰："七情内起之郁，始而伤气，继必及血，终乃成劳。"叶桂也在《临证指南医案·郁》中指出："七情之郁居多，如思伤脾，怒伤肝之类是也。其原总由于心，因情志不遂，则郁而成病也。……皆因郁则气滞，气滞久则必化热，热郁则津液耗面不流，升降之机失度，初伤气血。久延血分，延及郁劳沉疴。"通过以上论述，古代医家逐渐明确了郁病涉及心、脾、胆、肝，初病在气，由气及血，终成虚劳的病理变化规律。《医碥·杂症·郁》提出："百病皆生于郁"，"六淫、七情，皆足以致郁，如外伤于风、寒、湿三气，皆足以闭遏阳气，郁面成热固也。暑、热、燥三气，亦足令气郁。……至于七

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

情，除喜则气舒畅外，其忧、思、悲，皆能令气郁结。而痰、食之遏闭，水、湿之停阻，又可知也。”从本文论述可知，病因方面主要是外感六淫、内伤七情，但明清以来诸家认为七情内伤是致郁病的主要原因。就病机而言，《医碥·杂症·郁》认为：“郁者，滞而不通之义，百病皆生于郁，人若气血流通，病安从作？一有怫郁，……或郁于气，或郁于血，病斯作矣”。总之，人身脏腑气血，贵在调和，凡因情志内伤，气机郁滞，即致脏腑不和。郁病主要涉及肝、心，与脾胃、肺、胆、肾亦有关，气血失调，痰饮、湿热、瘀血、饮食停滞相因相兼为病，久病正气受损，而致虚损重症。

3 辨 证 论

早在《内经》就描述了五气升发太过及不及时，引起五郁之症。如《素问·六元正纪大论》曰：“木郁之发，……故民病胃脘当心而痛，上支两胁，鬲咽不通，食欲不下，甚则耳鸣眩转，目不识人，善暴僵仆”，“火郁之发，……民病少气，疮疡痈肿，胁腹胸背，……瘛疭骨痛，节乃有动，注下温疟，腹中暴痛，血溢流注，目赤心热”，“水郁之发，……民病寒客心痛，腰脽痛，大关节不利，屈伸不利，善厥逆，痞坚腹满”，“金郁之发，……民病咳逆，心胁满引少腹，善暴痛，不可反侧，嗌干，面尘色恶”，“土郁之发，……民病心腹胀，肠鸣而为数后，甚则心痛胁膜，呕吐霍乱，饮发注下，肿肿身重”。《医旨绪余·论五郁》对此进一步论述：“木郁者，肝郁也，……木性上升，怫逆不遂则郁，故凡胁痛耳鸣，眩运暴仆，目不认人，皆木郁症也”，“火郁者，心郁也，……火性炎上，怫逆不遂则郁，故凡瞀闷目赤，少气疮疡，口渴溲黄卒暴僵仆，呕涎吐酸，瘛疭狂乱，皆火郁症也”，“土郁者，脾郁也，……土性贵燥，惟燥乃能运化精微而致各脏也。壅滞溃濡则郁，故凡肿满痞塞，肿肿，大小便不利，腹疼膜胀，皆土郁症也”，“金郁者，肺郁也，……金贵空清，壅塞窒密则郁，故凡咳逆，喉疼声哑，胸满喘息，抬肩撷项，肌热，鼻塞呕脓，皆金郁症也”，“水郁者，肾郁也……水贵沉静，搏激窒塞则郁，故凡冷唾上涌，水肿腹胀，腰膝不利，屈伸不便，皆水郁症也”。朱丹溪最早提出六郁症，后世医家根据六郁理论，对其症状不断补充和完善。如《证治汇补·郁症》曰：“然有病久不解而成郁，有郁久而生病，其症有六：脉多沉伏，胸满胁痛，脉沉涩者，为气郁；周身关节走痛，首如物蒙，足重，遇阴寒便发，脉沉滞者，为湿郁；胸膈满，动则喘急，起卧怠惰，寸脉沉滑者，为痰郁；目蒙口干，舌燥，小便赤涩，脉沉数者，为热郁；四肢无力，能食便血，脉沉芤涩者，为血郁；嗳酸腹饱，不能食，左手脉和平，右手脉紧盛者，为食郁”，并论述了由于病邪之滞停，引起脏腑功能失调，引起脏气之郁，如上书同篇又曰：“有本气自郁而生病者，心郁昏昧健忘，肝郁胁胀嗳气，脾郁中满不食，肺郁干咳无痰，肾郁腰胀淋浊，不能久立，胆郁口苦晡热，怔忡不宁”，还阐述了因情志内伤，而致气机郁滞，如上书同篇所描述那样：“七情不快，郁久成病，或为虚怯，或为噎膈，或为痞满，或为腹胀，或为胁痛，女子则经闭堕胎，带下崩中，可见百病兼郁如此”，指出了郁病见于妇女就会出现经带胎产的异常变化。《临证指南医案·郁》指出：“郁则气滞，其滞或在形躯，或在脏腑，必有不舒之现症。盖气本无形，郁则气聚，聚则似有形而实无质，如胸膈似阻，心下虚痞，胁胀背胀，脘闷不食，气瘕攻冲，筋脉不舒，医家不察，误认有形之滞，放胆用破气攻削，追愈治愈剧，转方又属呆补，此不死于病，而死于药矣。”以上说明了

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

郁病以气滞为主，无形之邪，先以行气，顺气为治疗原则。气滞肝郁，易横逆犯脾，出现肝脾不和，痰郁、食积之症，正如《医门补要》中所述："善怒多思之体，情志每不畅遂，怒则气结于肝，思则气并于脾，一染杂症，则气之升降失度，必加呕恶、胸痞、胁胀、烦冤"。郁病初起以气滞为主，日久六郁相随，五郁六郁相兼为病。如《古今医统大全·郁证》所论述："郁为七情不舒，遂成郁结，既郁之久，变病多端。"另外，张仲景在《金匮要略》中，对百合病、妇人脏躁、妇人咽中如有炙脔、奔豚气等病证的症候表现进行了详尽确当的描述，并提出相应的治法方药。以方测证，对后世对这些病证的辨证极具启发意义。

各代医家对郁病的认识，多是根据五郁言脏气，六郁言病邪的理论基础，认为心郁与热郁，肺郁与痰郁，肝郁与气郁、血郁，脾郁与湿郁、痰郁，肾郁与湿郁、热郁，相兼为病。在病程发展变化过程中，病初为气，气郁为先，肝郁气结，属实证；继而及血，血瘀、痰阻、食滞、化热、湿阻相兼为患，此时虚实夹杂；久病气血耗伤，阴阳失调，终成劳损虚证。

4 治 法 论

4.1 治疗原则

郁病的辨证论治初创于《内经》。在《素问·六元正纪大论篇》提出"木郁达之，火郁发之，土郁夺之，金郁泄之，水郁折之"的精辟论述，为后人对郁病的认识有重要的指导意义。尤其木郁达之这一原则，更有实际的临床意义。后人根据《内经》经旨，对郁病治疗提出了具体治则及方药。如《医旨绪余·论五郁》："夫《内经》曰：木郁达之，……达者，条达、通达之谓也。……木郁于下，胁疼日久，轻则以柴胡、川芎之类升而提之，亦条达之意也；重则用当归龙荟丸摧而伐之，孰非通达之意欤"；"火郁发之，……发者，发越之谓也。……当发而越之，以返其自然之常，又如五心烦热，肌肤大热，过食冷物，抑遏阳气于脾土之中，以火郁汤、升阳散火汤，皆发之之意也，又谓从其性而扬之。思想无穷，所愿不遂，悒郁不乐，因生痰涎，不进饮食，或气不升降，如醉如痴，以木香、石菖蒲、生姜、雄黄之类帅而动之，亦发之之意也。小便泻浊，疮疡舌疳，以黄连解毒汤、导赤散、八正散之类引而下之，孰非越之之意欤"，"上郁夺之，……夺之，攘夺之谓也。……当攘而夺之。以复其健运之常。又如腹中窒塞，大满大实，以枳实导滞丸、木香槟榔丸、承气汤下而夺之；忧思痞结，不思饮食，腹皮微急，以木香化滞汤、消痞丸消而磨之，亦攘之之意也。诸湿肿满，附肿，湿热发黄，以实脾利水之剂燥之，孰非攘而夺之之意欤"，"金郁泄之，……泄者，疏泄之谓也。……当疏而泄之，以肃其清降之常。又如伤风，咳嗽鼻塞，以参苏饮、人参败毒散，皆疏之之意。胸膈停饮，或水饮人肺，喉中如水鸡之声，或肺痈呕脓血，以葶苈大枣泻肺汤治之，孰非泄之之意欤"，"水郁折之，……折者，决折之谓也。……决而折之，以导其东归之常。又如肾气抑郁，邪水泛上而冷唾，以茯苓、泽泻之类导而下之，决之之意也。腰脐疼痛，不可俯仰，或如奔豚之状，以桂心之类折之，或小便癃疼，久亢不泄而为白浊，以小茴香、泽泻、黄柏之类治之，孰非决之之意欤"。《东医宝鉴·杂病篇·积聚》又论述："木郁达之，谓吐之令其条达也；火郁发之，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

谓汗之令其疏散也；土郁夺之，谓下之令无壅碍也；金郁泄之，谓渗泄解表利小便也；水郁折之，谓抑之制其冲逆也。此治五郁之大要耳。”

对六郁的治疗，《丹溪心法·六郁》中朱丹溪认为：“治郁之法，顺气为先，降火、化痰、消积、分多少而治”，并创立了越鞠丸、六郁汤治郁，以香附开郁利气为主。丰富了中医学对郁病治疗内容。六郁当以消痰理气为主，五郁当行表里开导为法，后代医家根据此法则，有了进一步发展。明代赵献可不仅把郁病概念推而广之，提出了“郁者，抑而不通之义”的精辟论断，而且在治疗上，根据五郁相因论。而首重木郁的特点，提出“以一法代五法”，即用逍遥散一方治木郁，并一直为后人所习用。

清代诸医，更多从临床实际出发，强调七情致郁，辨证分析新久虚实，在治疗上也渐趋成熟。如张璐在《张氏医通·郁》中提出：“郁证多缘于考虑不伸，而气先受病，故越鞠、四七始立也。郁之既久，火邪耗血，岂苍术、香附辈能久服乎，是逍遥、归脾继而设也。……治法总不离乎逍遥、归脾、左金、降气、乌沉、七气等方，但当参究新久虚实选用，加减出入可也。”《证治汇补·内因门·郁症》论述了治郁以顺气为先，调中为主的原则，指出：“郁病虽多，皆因气不周流，法当顺气为先，开提为次，至于降火化痰消积，犹当分多少治之。治郁之法，多以调中为要者，无他。盖脾胃居中，心肺在上，肾肝处下，四脏所受之邪，过于中者，中气常先受之，况乎饮食不节，寒暑不调，停痰积饮，而脾胃亦先受伤，所以中焦致郁恒多也，治宜升发运动，鼓舞中州，则三阴三阳之郁，不攻自解矣。”林珮琴《类证治裁》中提出：久郁可以及血，损伤脏阴，不可徒用消散治之。强调“七情内起之郁，始之伤气，继必及血，终乃成劳，主治宜‘苦辛凉润宣通’。”这一治疗原则，较前代医家更切实用。清代《临证指南医案》华岫云评按有曰：“今所辑者，七情之郁居多”，究其原因，“情志之郁，由于隐情曲意不伸，故气之升降开阖枢机不利”。情志不遂，则郁而成病，因而在郁证尤其是情志失畅之郁治疗中，不忘在服药调理同时倡医者重思想开导，病者宜怡悦乐观，移情易性，方能事半功倍。清代王清任总结其临床经验对郁证中血行郁滞的病机，在《医林改错·血府逐瘀汤所治之症目》项下强调：“瞀闷，即小事不能开展，即是血瘀；急躁，平素和平，有病急躁，是血瘀；俗言肝气病无故爱生气，是血府血瘀”，对于应用活血化瘀法治疗郁证作出了贡献。

总之，郁病之起，必有所因，治郁之法，当审证求因，审因论治。五郁之治，调其脏气；六郁之治，祛其病邪。诸郁之治，皆以理气为先，兼顾脾胃。尚须开导思想，移情易性，解除其胸中郁结。

4.2 方药运用

4.2.1 实证

4.2.1.1 疏肝解郁，理气散结法 该法适用于精神抑郁，频作太息，胸闷胁痛，不思饮食，舌苔薄白，脉象沉弦之肝气郁结实证。

轻症，用越鞠丸(《丹溪心法》)：苍术、香附、抚芎、神曲、栀子。

中症，用柴胡疏肝汤(《景岳全书》)：柴胡、白芍、枳壳、香附、陈皮、川芎、甘草。

重症，用气郁汤(《证治准绳》)：香附、苍术、橘红、制半夏、白茯苓、贝母、抚芎、紫苏叶、山栀仁、木香、甘草。若肝胃不和，脘腹胀痛者，用四逆散(《伤寒论》)合二陈

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

汤(《太平惠民和剂局方》) 加减：柴胡、白芍、枳壳、香附、半夏、陈皮、茯苓、甘草。若肝脾不调，腹胀肠鸣者，用逍遥散(《太平惠民和剂局方》)：柴胡、当归、白芍、白术、茯苓、炙甘草、煨姜、薄荷。

4.2.1.2 疏肝解郁，清热泻火法 该法适用于精神抑郁，急躁易怒，胁肋灼痛，口干口苦，舌红苔黄，脉象弦。

轻症，用清肝汤(《医统》)：丹皮、山栀子、柴胡、当归、白芍、川芎。

中症，用丹栀逍遥散 (《医统》)：丹皮、山栀、柴胡、当归、白芍、白术、茯苓、甘草、生姜、薄荷。

重症，木火刑金者用泻白散(《小儿药证直诀》) 合黛蛤散(《医说》)：桑白皮、地骨皮、生甘草、粳米、青黛、煅蛤壳；湿热下注者用龙胆泻肝汤(《兰室秘藏》)：龙胆草、柴胡、生地、当归、木通、车前子、泽泻 (近代方加黄芩、栀子)。

4.2.1.3 疏肝解郁，理气化痰 该法适用于精神抑郁，胸胁痞满，咽中梗阻，如有炙脔，舌苔白腻，脉象弦滑之气郁痰凝实证。

轻症，用四七汤(《易简方》)：制半夏、茯苓、厚朴、紫苏叶，为粗末，每服 15g，姜、枣煎服。

中症，用半夏厚朴汤(《金匮要略》)：半夏、厚朴、紫苏、茯苓、生姜。

重症，用半夏厚朴汤合四逆散(《伤寒论》)：柴胡、白芍、枳实、甘草。若痰郁化热者用温胆汤 (《备急千金要方》)：半夏、竹茹、枳实、橘皮、生姜、甘草 (后世方加茯苓)。

4.2.1.4 疏肝理气，活血散瘀法 该法适用于精神抑郁，时作太息，胁痛固定，如锥如刺，舌质紫黯，脉象弦涩之气郁血瘀实证。

轻症，用旋覆花汤(《金匮要略》)：旋覆花、新绛、葱。

中症，用血府逐瘀汤 (《医林改错》)：当归、赤芍、川芎、生地、桃红、红花、柴胡、枳壳、桔梗、牛膝、甘草。

重症，用复元活血汤(《医学发明》)：柴胡、天花粉、当归、桃红、红花、穿山甲、大黄、甘草。

4.2.2 虚证

4.2.2.1 养血润燥，益心安神法 该法适用于精神恍惚，悲忧善哭，时时欠伸，夜寐不安，舌苔薄白，脉象弦细之郁伤心神证。

轻症，用甘麦大枣汤(《金匮要略》)：甘草、小麦、大枣。

中症，用甘麦大枣汤合百合地黄汤(《金匮要略》)：甘草、小麦、大枣、百合、地黄。

重症，兼虚风内动者，用甘麦大枣汤合芍药甘草汤(《伤寒论》)：甘草、小麦、大枣、芍药、甘草；兼痰热上扰者，用甘麦大枣汤合温胆汤(《备急千金要方》)：甘草、小麦、大枣、半夏、竹茹、枳实、橘皮、生姜、甘草。

4.2.2.2 健肝养心，益气补血法 该法适用于精神恍惚，食少乏力，失眠健忘，头晕心悸，舌淡苔白，脉虚无力之心脾两虚证。

轻症，用妙香散(《太平惠民和剂局方》)：黄芪、人参、山药、茯苓、茯神、远志、桔梗、木香、麝香、辰砂、甘草。

中症，用归脾汤(《济生方》)：黄芪、人参、白术、茯神、酸枣仁、龙眼肉、木香、炙

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

甘草。(《妇人良方》有当归、远志。)

重症，兼湿痰风盛，脘痞苔腻者，用妙香散合二陈汤(《太平惠民和剂局方》)：半夏、陈皮、茯苓、甘草、生姜、乌梅；兼气郁不散，胁胀太息者，用妙香散合逍遥散。

4.2.2.3 疏肝解郁，补益肾元法 该法适用于精神抑郁，腰膝酸软，头晕健忘，耳鸣耳聋。阴虚则内热心烦，阳虚则形寒肢冷，舌质或红瘦，而干或淡胖而润，脉象或弦细而数，或沉细而弦之郁伤肾元证。

轻症，用逍遥散合五子衍宗丸(《证治准绳》)：菟丝子、枸杞子、覆盆子、五味子、车前子。

中症，用上方再加仙灵脾、肉苁蓉等。

重症，伤阴明显者用滋水清肝饮(《医宗己任篇》)：熟地、山药、山茱萸、丹皮、茯苓、泽泻、柴胡、白芍、栀子、酸枣仁；伤阳显著用达郁汤(《杂病源流犀烛》)合肾气丸(《金匮要略》)。达郁汤：柴胡、升麻、香附、川芎、桑皮、白蒺藜。肾气丸：干地黄、山药、山萸肉、茯苓、泽泻、丹皮、桂枝、附子。

5 针灸疗法

喜哭：针百会、水沟。(《神应经》)

嗜卧：针五里、太溪、大钟、照海、二间。(《普济方》)

咽中如梗：针间使、三阴交。(《针灸大成》)

厥证：形无所知，其状若尸，忧思惊恐。此证妇人多有之。灸中脘六五十壮。(《扁鹊心书》)

心痛心烦：针鱼际、少商、公孙、解溪、至阴、完骨。如梦遗、阳痿，针中封穴灸百壮，及志室、胃肓俞等穴。(《普济方》)

怔忡、健忘、不寐：针内关、神门、少海。(《神机沙篆》)

头旋：针目窗、络却、百会、申脉、至阴。(《神应经》)

“内伤症，轻则头晕发热，四肢无力，不思饮食，重则头痛、吐逆、心脘痞闷、泄泻等症，灸中脘五十壮，关元百壮”。(《扁鹊心书》)

展 望

郁病是由于情志内伤，忧郁不舒而致，属情志为病。郁病可见身体健康人，也可因郁病而诱发其它疾病。中医在对本病的防治方面具有独特的优势，且疗效可观。但关于郁病实质的研究近十年来虽已做了一些探索，还需在诸多方面加强研究，鉴此提出几点建议。

郁病诊断，缺乏统一标准。必须明确临床症状学的观察范围、证候分型类别、病名诊断依据，疗效评定标准要规范化、标准化、客观化，确定量化指标，使诊断更加明确，而不是仅仅根据主诉及临床表现而定，这样克服了主观臆念性。这是研究郁病实质的前提，也有利于对郁病基础研究、动物模型制作的鉴定和做出客观的评价。

郁病的“异病同治”研究不够，必须大力开展与精神神经因素密切相关的西医疾病，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

如精神抑郁症、神经症、更年期综合征、消化系统病、心血管系统病等“异病同治”研究。从中探讨郁病的病因、病理、生理、生化和免疫等西医学依据，以揭示郁病的内在发病学环节。

郁病主要涉及脏腑有肝、心、脾，其意义不同于西医解剖实质性脏器。而是功能系统概念。肝失疏泄、心失所养、脾失健运而产生的气、血、痰、湿、食、火六郁等病理产物的过程与神经、内分泌、免疫、循环、消化等系统密切相关。因此，在研究郁病实质时，应该开展多系统、多指标的综合研究，注意其整体性。

在基础实验研究过程中，复制郁病动物模型是一个新的课题。在研究过程中必须遵循以下原则：以中医理论为指导，以整体观为核心，采用多种方法，模拟中医致病因素。情志致病是中医的特有理论，而内伤七情对肝的影响最大。故复制肝郁证动物模型，应多从情志入手。现报道由药物致肝郁证、肝郁脾虚证模型是引起实质性肝脏的中毒反应，而情志因素导致肝郁证是由于受外界反复的精神刺激引起，二者有着显然的差别。现因情志致病引起精神神经系统病变使动物抑郁发怒，疏泄失职，产生郁病的症状和体征，从而复制出符合中医理论特点的郁病动物模型，是今后需要进一步探索解决的重要问题。

关于郁病的干预方法及结果的研究，近十几年来的临床研究，几乎都是辨证论治的疗效分析，大都采用病例报道，缺乏严谨的科研设计，随机分组，盲法的前瞻性研究，影响了人们对其结果的可信性及可比性的评价。要采取科学的态度来进行对郁病的临床研究，从而提高中医防治郁病的确定疗效。

精神与情绪因素对疾病的治疗与预后有很大的关系。故治疗过程中除药物治疗外，要加强心理调护。此方面我国还很薄弱。通过多种途径，如心理咨询门诊、通俗读物、科普文章、影视节目等，努力宣传精神卫生知识和情志为病的防治措施，从而减少患病率和复发率。

（唐　巍　徐京育　韩学杰　张　页　刘小康）

近现代参考文献

[1] 周萍. 浅谈郁之缘由. 山东中医学院学报，1996 (6):367
[2] 张问渠，等. 高血压病肝郁证的临床研究. 中西医结合杂志. 1987 (7):396～399
[3] 顾永华. 肝郁证实质及动物模型研究进展. 中西医结合杂志，1989 (9):575～576
[4] 郑吉民，等. 试探肝郁证的临床规律. 中医杂志，1989 (10):39
[5] 梁宏正. 梁剑波老中医治郁经验介绍. 新中医，1992 (2):2～3
[6] 陈建平. 陈苏生老中医经验拾零. 新中医，1991 (3):4～5
[7] 魏眭森. 郁症辨治（魏长春医话）. 中医函授通讯. 1988 (3):41
[8] 张问渠. 肝郁证的理论及临床研究. 湖北中医杂志，1987 (5):2～4
[9] 张伯臾主编. 中医内科. 上海：上海科学技术出版社，1988. 274
[10] 王永炎主编. 中医内科学. 上海：上海科学技术出版社. 1997. 238～240
[11] 崔金才. 心理治疗配用疏肝解郁法治疗郁证的体会. 吉林中医药. 1986 (2):20
[12] 陈光恩. 百合宁神汤在郁证的临床应用. 新中医，1986 (1):17～18
[13] 贾河先. 气机升降法治疗梅核气. 湖北中医杂志，1984 (6):13

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[14] 王大鹏．行气解郁化瘀法治疗“梅核气”．浙江中医杂志，1983（8）:371
[15] 赵建琪．梅核噙化片治疗梅核气33例·新中医，1986（5）:34
[16] 张德超．五花解郁汤治疗梅核气．江苏中医杂志，1983（4）:封底
[17] 朱金丹．琐谈妇科郁证．江西中医药，1990（4）:50～51
[18] 王子瑜．更年期综合症证治．中医杂志，1987（10）:729～733
[19] 林宗广．肝病及其它部分论文情况综述．中西结合通讯，1984（10）:19
[20] 严灿，等．肝主疏泄免疫学机制的临床与实验研究．中国中医基础医学杂志，1995（3）:36～38
[21] 须惠仁．肝郁证的动物实验研究．中医杂志，1991（6）:364～366
[22] 谢勇．60例郁证活血化瘀治疗前后的甲皱微循环观察．江西中医药，1987（5）:48～50
[23] 吕志平．“肝郁”大鼠的脂质过氧化反应及逍遥散的保护作用。山东中医学院学报，1995（3）:3～5

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

※ 瘿　病 ※

瘿病是因情志内伤以及饮食水土失宜等导致气、痰、瘀互结，以颈前结块肿大为主要临床特征的一类疾病。其病位在颈前结喉两侧，或为结块，或为漫肿，多数皮色不变，能随吞咽动作而上下移动，亦可出现烦热、心悸、震颤等症。其临床表现与西医学的甲状腺疾病相似。西医学的单纯性甲状腺肿、甲状腺功能亢进（以下简称“甲亢”）、急性甲状腺炎、亚急性甲状腺炎、慢性甲状腺炎、甲状腺腺瘤、甲状腺癌等以甲状腺肿大为特征的疾病，均可参考本篇辨证论治。1997 年陆德铭教授主编的《中医外科学》教材将瘿病分为气瘿、肉瘿、石瘿、瘿痈 4 种，并认为筋瘿、血瘿为气瘿与石瘿的合并症，本书采用此分类方法。1985 年张伯臾教授主编的《中医内科学》则根据其临床特点，结合病因的不同，将瘿病分为瘿囊（瘿袋）、瘿瘤、瘿气 3 类。随着医疗水平的提高及防治工作的深入，集中在某一地区大量发生的瘿病（地方性甲状腺肿）已很少见，而甲亢、甲状腺腺瘤等甲状腺疾病仍较多见。

【今日临床】

1　诊 断 标 准

关于瘿病的诊断，在 1994 年国家中医药管理局发布的中医药行业标准——《中医病证诊断疗效标准》（国家中医行业标准）中只制定了瘿痈、肉瘿的诊断标准，本文采录之。而以下气瘿、石瘿的诊断标准则由作者参考上述标准及《中医外科学》教材、《新药（西药）临床研究指导原则》等拟定。现一并介绍如下。

1.1　瘿痈诊断标准

瘿痈是由内有郁火，外感风热邪毒，结于瘿囊而成。症见喉结两旁结块肿硬疼痛。相当于西医急性甲状腺炎。

1.1.1　病名诊断标准

(1) 突然发病。颈前一侧或两侧结块疼痛，随吞咽上下移动，皮色不变，按之疼痛，其痛可牵及耳后枕部，活动及吞咽时加重。

(2) 严重者可伴有声音嘶哑，气促，吞咽困难，溃破后脓出臭秽。

(3) 发病前常有口腔、咽喉及颈部等化脓性感染病史。炎症一般发生在甲状腺原有结节或囊肿内。

(4) 急性期白细胞总数及中性粒细胞增高。甲状腺超声波检查有助于诊断。

1.1.2　证类诊断标准

风热痰凝　局部结块疼痛明显，伴有恶寒发热，头痛，口渴，咽干。舌苔薄黄，脉浮数或滑数。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

气滞痰凝 肿块坚实，轻度作胀，重按才感疼痛，其痛常反射至后枕部，或有喉间梗塞感，痰多，一般无全身症状。舌苔薄腻，脉弦滑。

1.2 肉瘿诊断标准

肉瘿多因情志内伤，痰浊凝结，聚而成块，发于结喉两旁，随吞咽而上下移动。相当于西医甲状腺腺瘤。

1.2.1 病名诊断标准

(1) 瘿囊内肿块，呈圆形，表面光滑，随吞咽上下移动，无疼痛和压痛。并发出血时，肿块可迅速增大，伴有胀痛。

(2) 肿块增大时，可有呼吸困难，吞咽困难，声音嘶哑等压迫症状。

(3) 本病多见于中青年妇女。

(4) 超声波检查及同位素扫描有助诊断。

(5) 借助血清二碘甲状腺原氨酸（T_3）、血清四碘甲状腺胺酸（T_4）及促甲状腺素（TSH）的检查可了解甲状腺功能。

1.2.2 证类诊断标准

气滞痰凝 颈部肿块，不红，不热，不痛，随吞咽上下移动，可有呼吸不畅或吞咽不利。一般无明显全身症状。舌苔薄腻，脉弦滑。

气阴两虚 局部症状同上。性情急躁易怒，怕热，易汗，口苦，心悸，失眠，多梦，手颤，善食，消瘦，月经不调。舌红，苔薄，脉弦。

1.3 气瘿诊断标准

气瘿多因情志内伤或水土因素，致气滞痰凝，结于颈前，症见颈前弥慢性肿大。相当于西医单纯性甲状腺肿。

1.3.1 病名诊断标准

(1) 发病缓慢。颈前一侧或两侧弥漫性肿大，皮色如常，逐渐增大，边缘不清，并不疼痛，按之如绵，肿胀过大时可下垂，有时能随喜怒而消失。

(2) 严重者可有呼吸困难、声音嘶哑及颈胸部青筋显露等症状，后期可出现瘿囊内结节。

(3) 多见于女性。地方性甲状腺肿多见于流行区；散发者多见于青春期、妊娠期、哺乳期及绝经期。

(4) 超声波检查有助于诊断。

(5) 流行区居民尿碘量 $<50\mu g/$日，摄碘量 $<100\mu g/$日。

(6) 血清 T_3 正常或偏高，T_4 正常或偏低，甲状腺摄^{131}I率增高。

1.3.2 证类诊断标准

气滞痰阻 颈前肿大，质软不痛，胸闷，善太息，或兼有胁肋窜痛，常随情志变化而增减。舌质红，苔薄，脉弦。

1.4 石瘿诊断标准

石瘿多因情志内伤，肝脾气逆，痰浊内生，气血壅滞，气滞、痰浊、瘀血痼结颈前而

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

成。症见颈前结块坚硬，相当于西医甲状腺癌、亚急性甲状腺炎、慢性淋巴细胞性甲状腺炎

1.4.1 病名诊断标准

(1) 颈前结块较硬，两侧对称或不对称，有时有压痛，疼痛可波及患侧耳颞枕部，表面光滑，见表面高低不平，肿块吞咽时上下移动度减低者多为恶性病变。

(2) 严重者可见声音嘶哑，呼吸困难或吞咽困难，或并见颈部岩证。

(3) 本病多见于女性。

(4) 超声波检查、同位素扫描、病理切片检查、血清甲状腺微粒体抗体、血清甲状腺球蛋白抗体检查有助于诊断。

1.4.2 证类诊断标准

肝胆蕴热 畏寒发热，头痛多汗，咽痛，颈项痛，口苦喜饮，疲乏。舌质红，苔黄，脉弦数。

肝热痰湿 颈部肿块，头晕多梦，痰多而粘，疲乏。舌质红，苔黄，脉弦。

痰瘀交凝 颈前肿物较硬，日久不消，面色苍白，手足清冷，精神萎靡，面目周身浮肿，大便秘结，腰膝酸痛。舌质淡或紫黯，苔白，脉沉细。严重者表面高低不平，肿块迅速增大，吞咽时上下移动度减低。

2 中心证候特征

本病以颈前结块肿大为最基本的临床特征。初起时，肿块可如樱桃或指头大小，一般生长缓慢，大小程度不一，肿块较大时，可因压迫气管、食管、血管、神经，而致憋气或压迫感，吞咽不适，面部青紫浮肿，颈部和胸部静脉曲张，咽部紧缩感，咳嗽，吞咽困难及发音嘶哑等症。一般无明显的全身症状，部分患者可伴有性情急躁、多汗、低热、心悸、多食易饥、手颤等全身症状。少数病例局部肿块突然增大，伴消瘦等症，此为病情向恶的表现。

本病在不同的发展阶段具有不同的特征。初起多见气郁痰阻的证候，其特征是颈部呈弥漫性肿大，随吞咽动作而上下移动，肿势渐增，皮色如常，不疼痛，按之皮宽而软，可随情绪变化而增减。进一步发展，导致血行受阻，成痰瘀互结证，其特征是颈前肿块经久不消而渐大，按之较硬或有结节，有的短期内迅速增大，肿块坚硬，表面高低不平，不能随吞咽动作而上下移动；有的赤络显露。若气郁化火，可发展为肝胃火盛证。其特征为颈前肿块可轻度或中度肿大，柔软、光滑、无结节，烦躁心悸，多汗，双目突出，手指颤动。若火热伤阴，阴津亏耗，气阴两虚，阴不敛阳则虚阳亢盛，最终发展为阴虚阳亢证，其特征是颈前肿块轻度肿大或中度肿大而胀，质软，光滑，五心烦热，手足震颤。

3 病 因

情志所伤 肝主疏泄，肝气宜畅达升发，若长期忿郁恼怒或忧愁思虑，使气机郁滞，津液失于正常循行及输布，凝集成痰。痰气壅结于颈前，则形成瘿病。其消长与情志有关。痰气凝滞日久，使血行受阻而产生血瘀，可致瘿肿较硬或有结节。

饮食及水土失宜 饮食中营精不足，或恣食膏粱厚味，或居住高山地区，水土失宜，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

致饮食中含“沙毒”、“冷气”。这些因素可损伤脾运，脾胃运化失常，不能运化水湿，则痰湿中生，阻碍气血运行，痰、气、血相结于颈前，凝结不散，则发为瘿病。

体质因素 妇女的经、孕、产、乳等生理特点与肝经气血有密切关系。遇有情志、饮食等因素，常引起气滞痰结、气滞血瘀及肝郁化火等病理变化，故女性易患瘿病。另外，素体阴虚之人，痰气郁滞之后易于化火而更加伤阴，常使病程缠绵。

4 病 机

4.1 发 病

本病一般起病缓慢，颈前肿块逐渐增大。部分病情严重者，肿块可在短期内迅速增大，质硬，不能随吞咽动作而上下移动。亦有颈部肿胀突然发生，起病前多有外感病史。

4.2 病 位

病位在颈前喉结两旁。与肝有密切关系，亦与心、肺、脾、胃、肾有关。

4.3 病 性

由气、痰、瘀合而为病，一般属于实证，或本虚标实。

4.4 病 势

本病初起多由于情志失调、饮食、水土失宜及感受外邪，导致肝气郁滞、痰湿内生、瘀血内停，气、痰、瘀壅结颈前而成瘿肿，以局部症状为主，属实证。病久则郁积化火，耗气伤阴而兼见烦热、急躁易怒、多汗、眼突、手颤之肝胃火盛之证及心悸、失眠心烦、消瘦乏力、月经量少或闭经之心肝阴虚证。部分病人瘿肿在短期内迅速增大、质硬、活动性差，预后较差。若病情进一步发展，出现高热、烦躁不安、大汗淋漓，时有恶心、呕吐、腹泻，即而嗜睡或谵妄，渐至神昏、脉疾，则病情危笃，即难救治。

4.5 病机转化

瘿病的病机转化与能否及时正确治疗及体质因素有密切关系。在病变初期，主要是气郁、痰凝、血瘀，以邪实为主，经辨证论治，则气机畅达、痰瘀消散，颈前肿块亦逐渐消散；若邪实过盛，颈前肿块较大，或肿块较硬，移动性差者，则不易完全消散。若为妇女或为素体阴虚之人，日久则痰气郁滞之后易于化火，火热耗伤阴精，而见阴虚火旺的病理变化，其中尤以心、肝、肾三个脏腑阴虚火旺的病变较为突出，由邪实转化为正虚，尤其是气虚、阴虚的病变为多见，以致成为正虚邪实之证。

4.6 证类病机

气郁痰阻 由于忧忿、情志内伤，以致气机失调，肝气郁结，气滞则津液不布而生痰；或肝气横逆犯脾，或饮食水土失宜而影响脾胃功能，脾失健运，痰湿内生，致痰气壅结于颈前，变生瘿肿。肝经布两胁，肝气郁结，经气不舒则胸闷、太息、胸胁窜痛；郁则

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

气滞，病情因郁而加重。苔厚腻，为痰凝之证。脉弦为肝气郁滞之象。

痰瘀互结 气滞痰凝日久不除，血脉瘀阻，则颈前肿块经久不消，质硬或有结节，赤络显露；气滞痰凝，脾失健运，则胸闷、纳差；舌质紫黯或有瘀斑，为血瘀之象；苔厚腻、脉弦或涩，为内郁痰湿、气滞血瘀之象。

肝胃火盛 瘿肿日久，痰气郁而化火，故出现烦热、急躁易怒等表现；热逼津液外泄则多汗；风阳内动则眼突、手颤；舌红、苔黄、脉弦数，均属痰瘀化火、肝火亢盛之象。

心肝阴虚 素体阴虚之人，瘿肿日久，痰气郁而化火而更易伤阴，形成心肝阴虚的病理变化。痰气壅结颈前则见颈前轻度或中度肿大，质软，光滑。心阴亏虚，心失所养则见心悸不宁，心烦少寐；肝开窍于目，肝阴不足，失于濡养则眼干目眩；阴虚风动故手指颤动；精血亏虚，不能充养形体，则见消瘦乏力，月经量少或闭经，阳痿。舌质红、脉弦均为阴虚有热之象。

5 临证思路

5.1 抓主诉

颈前喉结两旁结块肿大，一般病程较长。多见于女性。

5.2 重视切诊

切诊对瘿病的辨证、治疗及判断预后均有重要意义。肿块弥漫、光滑、对称、柔软、随吞咽动作而上下移动，多为气郁痰阻，治疗方剂可选用大剂量含碘药物。病程日久，颈前肿块对称或不对称，肿块为可触及单个或数个结节，质较硬，或肿块单发，较小而硬，能随吞咽动作而上下移动者，为痰瘀互结，治之宜理气化痰，活血消瘿，内科治疗无效时应建议手术治疗；若肿块触之坚硬，表面高低不平，不能随吞咽而移动，并在短期内迅速增大者，为正气不足，气、痰、瘀壅结较甚，此为病情转恶，应即行手术治疗。

5.3 确定病性

瘿病初起，以气滞、痰凝、血瘀为主要病机，属邪实之证，治疗以理气化痰，消瘿散结为法。若痰气郁积化火而见脾胃火盛之证，此亦属邪实，治之以清肝泻胃，佐以养阴为法，用药应避免投以大剂量含碘药物。认真辨别火热的程度，对治疗方药的选用及预后的估计都有比较密切的关系。火热的轻、中证者，及时治疗，预后较好；病程日久，大热耗伤阴血，则出现心肝阴虚的病理变化，而成为虚实夹杂的证候，治之以济阴救阳为法则，应避免大剂量含碘药物。若未能很好控制，则阴虚火旺的各种症状会随病程的延长而加重。

6 鉴 别

瘰疬 瘿病与瘰疬两者都在颈部有肿块出现，但其具体发病部位与肿块性质有明显区别。瘿病的肿块部位在颈部正前方，正如《外台秘要·瘿病》所说："瘿病喜当颈下，当中央不偏两旁也。"肿块初起可如樱桃大小，一般生长缓慢，大者如囊如袋，触之多柔软、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

光滑，病程久则质地较硬，或可扪及结节。而瘰疬的患病部位是在颈项的两旁，一侧或两侧，肿块一般较小，每个约胡豆大小，个数多少不等，孤立或呈串状，日久可数个融合成块，推之不移，其则成脓溃破，不易收口。《素问病机气宜保命集·瘰疬论》说："夫瘰疬者，经所谓结核是也，或在耳前后，连及颐颔，下连缺盆，皆为瘰疬。"

消渴病 消渴病以口渴、多饮、多食易饥、尿频量多、形体消瘦或尿有甜味为临床特征，而颈部无瘿肿。瘿病中气郁化火、阴虚火旺型，以急躁易怒、多食易饥、形体日渐消瘦、心悸、眼突、颈前一侧或两侧肿大为特征。其中的多食易饥、消瘦，类似消渴病的中消，但眼球突出、颈前生长肿物则与消渴病有别，且无消渴病的多饮、多尿、尿甜等症。

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 气郁痰阻

临床表现：颈前结块肿大，弥漫对称，肿块光滑、柔软，颈部觉胀，胸闷善太息，胸胁窜痛，病情随情志而波动。舌苔薄白或白腻，脉弦。

病机分析：气郁痰阻，痰气壅结于颈前，以致颈前结块肿大；气滞无形，痰阻较轻则质软、光滑，弥漫对称，颈部觉胀；肝气郁结，肝经不舒故胸闷、善太息；肝气入络，经脉失和，则见胸胁窜痛；情志失调每易影响肝气的疏泄，故病情常随情志而波动。舌苔、脉象均为肝郁气滞之象。

转归：本证早期结块较小，经治疗可痊愈。随着肿块增大，可逐渐压迫周围器官组织，后期可引起一些局部症状，如呼吸困难、吞咽困难、声音嘶哑、筋脉显露等。如肿物过大，不易消散，妨碍生活和工作，压迫症状明显或肿块内出现结节且质硬、生长迅速者，应考虑手术治疗。肿块生长迅速者预后不良。

治法：理气舒郁，化痰消瘿。本证治疗重在理气化痰并用。但临证时应细辨是以气滞为主还是以痰凝为主，而在应用理气或化痰药时有所偏重。

方药：四海舒郁丸(《疡医大全》)。

海藻 海带 昆布 陈皮 青皮 半夏 贝母 当归 川芎 连翘 独活 甘草

加减：肝经不舒，见胸闷、胁痛者，加柴胡、香附、枳壳疏肝理气；气郁化火，见有烦躁易怒、心悸、失眠、多汗、手颤等症者，可酌情加入栀子、丹皮、龙胆草、麦冬、五味子、莲子心；若气郁痰结较甚，见胸闷、发憋者，加郁金、菖蒲、厚朴、瓜蒌开郁散结；因痰浊阻滞而致咽喉不适及声音嘶哑，可酌情加桔梗、牛蒡子、木蝴蝶、射干等以利咽消肿。

临证参考：本证若见于青春期患者及孕妇，亦可改用昆布丸。本方以昆布、海藻、羊靥化痰软坚，消瘿散结；通草、海蛤壳通气化痰。与上方相比较，理气化痰之力稍逊，但选用动物的甲状腺配合消瘿为本方之特点。方中的羊靥可用猪靥代替。将猪靥焙干、研粉，每日服用0.1～0.2g。

7.1.2 痰结血瘀

临床表现：颈前肿块偏于一侧，或一侧较大，或两侧均大，经久不消，质常较硬，赤

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

络外显，肿块可随吞咽动作上下移动。病情严重者，肿块迅速增大，质坚硬，表面高低不平，并且活动性减小。胸闷、纳差，舌质紫黯或有瘀点瘀斑，苔白腻，脉弦或涩。

病机分析：气滞痰凝，血脉瘀阻，气痰血壅结脉络故见颈前瘿肿质硬，赤络外显。病情严重者，则气、痰、瘀壅结较甚，以致肿块迅速增大，质坚硬，高低不平，有根而不易活动。气滞痰凝，脾失健运则见胸闷、纳差。舌质紫黯或有瘀点瘀斑，苔白腻，脉弦或涩为内有痰湿及气滞血瘀之象。

转归：本证为实邪由气入血，病情加重，血行受阻而成，病程较长，生长缓慢，经治疗后可逐渐缩小至消失；肿块坚硬、移动性差而增长迅速者，则邪愈甚而正气愈衰，预后严重。

治法：理气化痰，活血消瘿。血瘀明显者，应注意应用活血之品，如丹参、川芎等。另外，切忌过用辛燥温补之品，以防化火。

方药：海藻玉壶汤(《外科正宗》)。

海藻　海带　昆布　青皮　陈皮　半夏　贝母　连翘　甘草　当归　川芎　独活

加减：胸闷不舒可加郁金、香附、枳壳理气开郁；郁久化火而见烦热、舌红、苔黄、脉数，酌加夏枯草、玄参、丹皮清热泻火，并可增强原方消瘿散结的作用；声音嘶哑加牛蒡子、射干、马勃利咽消肿；结块坚硬可加黄药子、三棱、莪术、丹参等，以增强活血软坚、消瘿散结的作用；肿块坚硬且移动性减少，甚至不可移动者，除用黄药子、莪术、丹参等外，酌加露蜂房、山慈菇、蛇莓、天葵子、半枝莲、肿节风等，或配伍六军丸、西黄丸散瘀通络、解毒消肿；正气不足、纳差、乏力、面色少华、脉弱者，加党参、黄芪、白术、茯苓、淮山药健脾益气。

临证参考：若颈前瘿瘤单发，边界清楚，质韧，皮色不变，无压痛，肿物生长缓慢，为痰气交凝，结于颈项，而血瘀不甚，可用消瘿丸：姜半夏、莪术、制乳没、赤白芍、连翘、夏枯草。上药共研细末，水泛为丸，早、午、晚饭后服。若兼见脾肾阳虚之证，症见颈前肿物坚硬如石，皮色不变，日久不消，面色㿠白，手足清冷，精神萎靡，面目周身浮肿，大便秘结，腰膝酸疼，下肢萎弱，尿频，舌质淡或紫黯，苔白，脉沉细，为脾肾阳虚、痰气交凝，治之以温补脾肾、软坚散结为法，方用熟地、山萸肉、仙灵脾、胡桃肉、附子、肉桂、益智仁、白术、三棱、莪术、白芥子、半夏、茯苓、菖蒲、远志，可选择其中药物7~9味，水煎服，每日1剂。对于痰结血瘀而兼气血虚弱，面色不华，倦怠乏力的患者，可改用活血消瘿、补益气血、理气化痰之法。

7.1.3　肝胃火盛

临床表现：颈前轻度或中度肿大，肿块柔软、光滑、无结节，可随吞咽动作而活动，烦热、急躁易怒，面部烘热，口苦，多汗，多食易饥，眼球突出，手指颤抖，舌红，苔黄，脉弦数。

病机分析：肝气郁结，气机壅塞，脾失健运，痰湿内生，痰气壅结颈前，故见颈前肿大，柔软光滑无结节并随吞咽动作而活动；郁久化火，肝火亢盛，火性炎上，则见烦热、急躁易怒，面部烘热，口苦；热迫津液外溢而见多汗；肝火上炎，风阳内动则见手指颤抖。肝开窍于目，目受血而能视。痰火上攻于目，痰血壅滞于肝之窍，可有眼球突出。舌红苔黄脉弦数均为肝火亢旺之象。肝火上炎，移热于胃，胃热中消则可见多食易饥。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治法：泻肝清胃，佐以养阴。痰气郁久而化火，引动内风，治疗上化瘀活血、清热熄风之品不可少。

转归：本证由痰气郁结日久化火而致，表现为肝胃火盛之象。若调治得当，火热得以清泻，病情可逐渐好转。火热之邪最易伤阴，若失治误治，则致耗伤营阴，而使体内阴液亏耗，致肝阳更为上亢，使病情进一步加重。瘀毒内结者颈部肿块坚硬如石，表面不规则，无活动，伴恶性突眼者，病情重，预后差。

方药：栀子清肝汤(《类证治裁》)合藻药散(《证治准绳》)。

栀子　丹皮　柴胡　芍药　茯苓　甘草　当归　川芎　牛蒡子　海藻　黄药子

加减：胃热亢盛而见多食易饥者，合用白虎汤清泄胃火，益胃护津；肝火亢盛，症见烦躁易怒，脉弦数者，加龙胆草、夏枯草、黄芩清肝泻火；风阳内动，手指颤抖，加石决明、白蒺藜、牡蛎平肝熄风。

临证参考：本证兼有火毒侵袭，见发病急速，寒战发热，颈前红肿灼热、疼痛剧烈，痛引耳后枕部，吞咽活动时加重，甚至声音嘶哑、咳嗽气促、吞咽困难，舌红苔黄，脉滑数者，改用普济消毒饮加减。兼外感风热者，症见发热咽痛，颈前肿痛，恶热喜凉，胸闷不舒，急躁易怒，心悸汗出，口苦唇干，舌红苔黄，脉弦数者，以疏肝清胃，散风透邪为法，其常用药物为柴胡、黄连、连翘、板蓝根、桔梗、夏枯草利咽喉止痛散结；薄荷、连翘疏风散热。若火郁伤阴，阴虚火旺而见烦热、多汗、多食易饥、消瘦乏力、舌红少苔、脉细数等症，则改用二冬汤合消瘰丸治疗。二方合用，有养阴清火、化痰散结之功，可加黄药子以增强消瘿散结、凉血降火的作用。

7.1.4　心肝阴虚

临床表现：颈前轻度或中度肿大，肿块质软、光滑，心悸不宁，心烦少寐，眼干目眩，手指颤动，消瘦乏力，月经量少或闭经，阳痿，舌质红，脉弦细数。

病机分析：瘿病日久，痰气郁结化火，火热耗伤阴精，形成心肝阴虚的病理变化。痰气壅结颈前则见颈前轻度或中度肿大，质软、光滑；心阴亏虚，心失所养则见心悸不宁，心烦少寐；肝开窍于目，肝阴不足，失于濡养则眼干目眩；阴虚风动故手指颤动；精血亏虚，不能充养形体，则见消瘦乏力，月经量少或闭经，阳痿；舌质红、脉弦数均为阴虚有热之象。

转归：本证由瘿病迁延日久或失治误治而致，营阴亏耗，阳气失利，是以正虚为主要病理变化的正虚邪恋证。故其病情缠绵难愈，若治疗得当可望邪去正安，逐渐恢复；若妄用寒凉，使正气愈伤，则病情愈重，难于调理，预后不良。

治法：滋养阴精，宁心柔肝。

方药：天王补心丹(《摄生秘剖》)。

生地　玄参　麦冬　人参　天冬　茯苓　当归　丹参　酸枣仁　柏子仁　五味子　远志　朱砂

加减：阴虚风动致手指及舌体颤动者，加钩藤、白蒺藜、白芍平肝熄风；大便稀溏，便次增加，为脾失健运之征，加白术、薏苡仁、淮山药、麦芽益气健脾；肾阴亏虚，症见耳鸣、腰膝酸软者，加龟甲、桑寄生、牛膝、菟丝子滋补肾阴；正气亏耗，精血不足，症见消瘦乏力、妇女月经量少或闭经，男子阳痿，加山茱萸、熟地、枸杞子、制首乌补益正

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

气，滋养精血。

临证参考：以肝阴虚为主而兼肝气不舒的病例，可改用一贯煎，方中沙参、麦冬、当归、枸杞子养阴柔肝；川楝子疏肝理气。

7.2 辨病论治

瘿病相当于西医以甲状腺肿大为特征的一些疾病。兹将单纯性甲状腺肿、甲状腺腺瘤、急性甲状腺炎、亚急性甲状腺炎、慢性甲状腺炎的中医治疗分述如下。

7.2.1 单纯性甲状腺肿

临床症状与体征：多见于女性。地方性甲状腺肿见于流行区，散发者多见于青春期、妊娠期、哺乳期及绝经期。甲状腺表现为不同程度的肿大，能随吞咽而上下移动，增长缓慢，一般无全身症状。早期甲状腺轻度或中度弥漫性肿大，质较软，表面光滑，无压痛。随着病情的发展，在甲状腺体的一侧或两侧，可扪及多个（或单个）结节；囊肿样变的结节，可并发囊内出血，出现疼痛，结节明显增大。较大的甲状腺肿可压迫邻近器官而致呼吸困难、声音嘶哑或吞咽困难，甚则面部青紫、肿胀及颈胸部表浅静脉扩张。地方性甲状腺肿流行区儿童可发生呆小病、粘液性水肿、聋哑症。结节性甲状腺肿，可继发甲亢，也可发生恶变。

实验室及其它检查：

（1）流行区居民尿碘量 $< 50\mu g/日$，摄碘量 $< 100\mu g/日$。

（2）血清 T_3 正常或偏高，T_4 正常或偏低。甲状腺摄^{131}I率增高，但高峰不提前，可被 T_3（甲状腺片）所抑制。

（3）甲状腺扫描：弥漫性甲状腺肿常呈均匀性分布，结节性甲状腺肿可呈有功能或无功能的结节。

辨证治疗：本病初期多表现为由气滞、痰阻、血瘀或郁久化热所致之实证，病久可见脾肾气虚，或有肝肾阴虚。以理气化痰、软坚散结为治疗大法，并根据临床表现配合活血化瘀、健脾、补肾、滋阴降火等法。

（1）气郁痰阻

临床表现：颈前肿大，质软不痛，胸闷善太息，或兼有胸胁窜痛，常随情志变化而增减，舌红苔薄，脉弦。

治法：理气解郁，化痰消瘿。

方药：四海舒郁丸(《疡医大全》)加减。

海蛤粉　海藻　海螵蛸　昆布　陈皮　青木香　郁金　贝母　夏枯草

加减：气滞较甚，症见胸闷胁痛者，加制香附、延胡索、川楝子等理气止痛；咽喉部不适加桔梗、牛蒡子、木蝴蝶、射干等化痰散结。

（2）痰结血瘀

临床表现：颈前肿块显著增大，在甲状腺一侧或两侧可触及单个或多个结节，青筋显露，胸闷，咽部如窒或咳嗽气粗，舌苔薄白或白腻，脉弦或涩。

治法：行气活血，化痰消瘿。

方药：海藻玉壶汤(《医宗金鉴》)合通瘀煎(《景岳全书》)加减。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

海藻 昆布 青皮 陈皮 半夏 贝母 连翘 当归 香附 红花 乌药 泽泻 三棱 牡蛎

加减：若颈前青筋显露、结块较硬或有结节，加穿山甲、莪术、三棱、全蝎、桃仁等；郁久化热而见烦热、口干、舌红、苔黄、脉数者，加夏枯草、丹皮、玄参等；兼见肝肾阴亏，症见头晕耳鸣，易怒失眠者，加生地、枸杞子、夜交藤等。

(3) 脾虚痰结

临床表现：颈前肿块显著增大，甚至下垂至颈前，有压痛和憋胀感，神呆嗜睡，胸闷纳少，肢软乏力，舌红，苔白腻，脉濡。

治法：补中益气，消瘿散结。

方药：补中益气汤(《脾胃论》)合海藻溃坚丸(《卫生宝鉴》)。

党参 黄芪 白术 当归 柴胡 陈皮 海藻 昆布 莪术 贝母 补骨脂 青皮 红花 桃仁

加减：若腺体有结节者，加三棱（孕妇禁服）、丹参；若兼肾阳虚，见畏寒肢冷、腰膝酸痛者，加附子、肉桂、巴戟天；症见腹泻者，加车前子、薏苡仁、益智仁；失眠者加夜交藤、茯神。

7.2.2 甲状腺腺瘤

临床表现：颈前有单发之肿块，圆形或椭圆形，随吞咽动作而上下移动，边界清楚，质韧，皮色不变，无压痛，肿物生长缓慢，时有胸闷或局部憋气感。舌红苔黄，脉弦滑。

实验室及其它检查：

(1) 甲状腺吸^{131}I率试验一般在正常范围或偏高。

(2) 甲状腺超声波检查可辨别肿块属囊性或为实质性。

(3) 甲状腺扫描示单个热结节，囊性者可为冷结节。临床上也有极少数热结节或温结节的患者为甲状腺癌。

(4) 颈部正侧位X线拍片检查：甲状腺肿块上有细小砂粒样钙化多为恶性瘤的佐证，而带状或环状的钙化提示良性瘤。

(5) 胸透：有的甲状腺腺瘤，局部表现的属良性，但就诊时却已有远处器官的转移，常可转移至肺脏，故应常规胸透，必要时拍胸片。

辨证：痰气交凝。

治法：理气化痰，软坚散结。

方药：消瘿丸加减（经验方）。

姜半夏 陈皮 风化硝 土贝母 三棱 莪术 制乳香 制没药 赤白芍 连翘 夏枯草

加减：兼见烦热、口干、心悸、舌红少苔、脉弦细数，加黄芪、麦冬、五味子、夏枯草等；若肿块在短期内迅速增大，质硬，活动度差，应考虑恶变而采用手术治疗。

7.2.3 急性甲状腺炎

临床表现：起病较急，全身有高热、中毒症状等急性感染表现，数日内颈前（甲状腺部位）红肿，剧烈疼痛并向耳、枕部放射，压痛明显，灼热。严重者可因局部肿胀压迫而出现气促、声音嘶哑、咳嗽、吞咽疼痛等。病情进一步发展至脓肿形成，局部触诊有波动

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

感，舌红、苔薄黄，脉滑数。

实验室及其它检查：

(1) 发病前常有口腔、咽喉及颈部等化脓性感染病史，局部触及有波动感。

(2) 血常规：白细胞及中性粒细胞升高。

(3) 甲状腺部位扫描在炎症部位放射碘显影减淡，但甲状腺放射碘摄取率正常。

辨证：肝郁胃热，火毒侵袭。

治法：清肝泄胃，解毒消肿。

方药：普济消毒饮加减(《证治准绳》)。

黄芩　黄连　连翘　玄参　板蓝根　马勃　牛蒡子　僵蚕　升麻　柴胡　陈皮　桔梗　甘草　薄荷

加减：兼见声音嘶哑、吞咽疼痛者，加射干、青果、蝉衣、胖大海；疼痛甚者加乳香、没药、延胡索。持续高热，局部持续有灼痛感，为有化脓趋势，可用透脓散（当归、生黄芪、炒山甲、川芎、皂角刺）加白芷、银花、蒲公英、野菊花，促其加速成脓，早日脓出、毒泄、肿消、痛减。若脓已形成，按之有波动感，因体虚气血不足，无力托毒排脓者，及时切开引流，或切开引流后排脓不畅者也可用透脓散加减，益气溃坚排脓。

7.2.4　亚急性甲状腺炎

亚急性甲状腺炎早期以肝胆蕴热为主，待出现颈部肿块及疼痛时则以肝热痰湿为主，同时兼有第一型的某些症状。

临床症状及体征：常继发于上呼吸道感染。症见甲状腺肿胀，较硬，有压痛；疼痛常波及患侧耳、颞枕部。病人体温多升高，血沉增快。病程约为 3 个月，愈后甲状腺功能多不减退。

实验室及其它检查：

(1) 血沉增快，可达 100mm/h。

(2) 血浆蛋白结合碘和甲状腺激素（T_3、T_4）略增高，但甲状腺摄^{131}I率显著降低，这种分离现象为本病的特征，对诊断有参考价值。

(3) 同位素扫描在病变部位可以不显影或呈冷结节。

辨证治疗：

(1) 肝胆蕴热型

临床表现：畏寒发热，头痛多汗，咽痛，颈项痛，口苦喜饮，疲乏等，舌质红，苔黄，脉弦数。

治法：疏肝利胆，清热止痛散结。

方药：蒿芩清胆汤(《重订通俗伤寒论》)加减。

青蒿　黄芩　丹皮　连翘　板蓝根　夏枯草　玄参　桔梗　浙贝母　陈皮　竹茹　碧玉散

(2) 肝热痰湿型

临床表现：颈部肿块，头晕多梦，痰多而粘，疲乏，舌质红，苔黄，脉弦。

治法：疏肝泄热，化痰软坚散结。

方药：柴胡疏肝散(《景岳全书》)。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

柴胡 赤芍 白芍 枳壳 竹茹 海浮石 制半夏 牡蛎 海藻 昆布

7.2.5 慢性甲状腺炎

临床表现：本病起病缓慢，主要表现为甲状腺中度弥漫性肿大，仍保持甲状腺外形，但两侧可不对称，质韧如橡皮，表面光滑，随吞咽动作移动。有时可呈结节状，质较硬，一般无疼痛。日久可见面色苍白、手足清冷、精神萎靡、面目周身浮肿、大便秘结、腰背酸痛等症。舌质淡或紫黯，苔白，脉沉细。

实验室及其它检查：

(1) 约95%本病患者血清甲状腺微粒抗体明显增高；约50%～60%患者，血清甲状腺球蛋白抗体明显增高，对本病有诊断意义。

(2) 甲状腺功能试验：在疾病早期，血清 T_4 与 T_3 常在正常范围内，但血清TSH可升高。甲状腺吸^{131}I率可降低，注射TSH后也不可能使之升高，血清 T_4 也可逐渐下降，血清 T_3 尚可保持在正常范围，但最后也随之下降。

(3) 过氯酸盐排泌试验常显示阳性反应。

(4) 甲状腺扫描呈均匀分布，但也可分布不均或表现为冷结节。

(5) 红细胞沉降率可加速，血清絮状试验可呈阳性反应，血清蛋白电泳丙种球蛋白可增高。

辨证：脾肾阳虚，痰瘀交凝。

治法：温补脾肾，软坚散结。

方药：常用药物有熟地、山萸肉、仙灵脾、胡桃肉、附子、肉桂、益智仁、白术、三棱、莪术、白芥子、半夏、茯苓。

7.3 临床用药经验与体会

近代医家对瘿病多采取辨病治疗，治疗方剂中有单味药，有复方，也有以一方为主随症化裁，积累了较丰富的经验。兹介绍如下。

7.3.1 软坚散结药

瘿病的治疗目前仍以软坚散结之品为主，常用药物有海藻、昆布、黄药子、海蛤壳、半夏、瓜蒌、贝母等。其中海藻、昆布均性味咸寒，归肝、胃、肾经，有消痰、软坚、散结之功，为治瘿之要药。黄药子有散结消瘿、软坚之功效，用于瘿病，单用即效。可用黄药子每日炖服15g，连服5～8周，若需较长时间服用，一般每日不超过12g为宜，因持续用量过大，容易引起药物中毒性肝炎。现代研究观察到黄药子对缺碘及原因不明的甲状腺肿有一定疗效。据检测，海藻、昆布、黄药子含碘量较高，海藻又高于昆布。20世纪80年代以来，随着对甲亢病理生理研究的深入以及临床经验的积累，有人认为含碘中药治疗甲亢的适应证要从中药的药理作用和甲亢的证候两方面分析。上述含碘中药都具有化痰软坚之功效，可以“消瘿”，但不能抑制甲亢，因此地方性甲状腺肿在仅有颈前肿块而无甲亢的情况下比较适用本类中药。而甲亢则是以功能亢进为临床主要表现，不论是阴虚阳亢或气阴两虚，当以益气养阴平肝为主要治法，消瘿则为从属地位，应选用非含碘中药治疗。归纳起来，含碘中药之三大适应证：一是单纯性甲状腺肿或地方性甲状腺肿之弥漫性甲状腺肿大者；二是甲状腺腺瘤、结节性甲状腺肿或甲状腺癌，有局灶性甲状腺肿而无明

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

显甲亢表现者；三是甲亢伴有甲状腺肿大者，待其阳亢症状有所缓解，以阴虚或气阴两虚为主要证候时，可投用含碘中药以软坚消瘿。海蛤壳有清肺化痰、软坚散结之功效，用治瘿病时取其软坚散结之力，常与昆布、海藻等配伍使用。半夏取其辛散消痞、化痰散结之功，因其性辛温，故对阴亏燥咳、热痰等证当慎用或忌用，而主要用治湿痰。川贝母与浙贝母均有清热散结的功效，而浙贝母较优。近年来以浙贝母治疗甲状腺腺癌，常配合夏枯草、海藻、昆布、莪术等品应用。瓜蒌亦常用于瘿病，配合软坚散结药增强其化痰散结之力。

7.3.2 活血化瘀药

瘿病气郁痰结致瘀血内停，故常用一些活血化瘀药，常用药物有川芎、莪术、三棱、丹参、穿山甲等。川芎辛香行散，温通血脉，即能活血祛瘀，又能行气开郁，为血中之气药；莪术性味辛苦温，归肝、脾经，活血化瘀作用较强，既能破血祛瘀，又能行气止痛，此二药用于瘿病气滞血瘀并重者。三棱与莪术作用相同，但破血作用比莪术作用强，用于瘿病血瘀之象较明显时；丹参味苦，微寒，具有活血祛瘀、凉血消痈、养血安神的功效，其性偏凉，故对瘀血兼有热象之瘿病较为适用；穿山甲性味咸微寒，具有活血通经、消肿排脓的功效，其善于走窜，性专行散，能通经络而达病所。

7.3.3 理气药

瘿病的基本病机为气滞、痰凝、血瘀，故一般需配合使用理气药物，常用药物有陈皮、青皮、枳壳、木香、香附、川楝子等。陈皮辛苦温，具有理气、调中、燥湿、化痰的作用，因其辛散苦燥，温能助热，故舌赤少津、内有实热者须慎用。青皮疏肝破气，散结消滞，与陈皮相比，后者性较温和，偏入肺脾气分。青皮则能疏肝胆，破气滞，性较峻烈，易耗气，故气虚者当慎用。枳壳苦辛微寒，归脾、胃、大肠经，破气消积，化痰除痞，多用于气滞实证，脾胃虚弱者慎用。木香行气、调中、止痛，因其辛温香燥，故阴虚火旺者慎用。香附疏肝理气，调经止痛，适用于肝郁气滞之证。川楝子具有行气止痛之功，用于肝郁气滞或肝胃不和之证。

7.3.4 其它中药

对于瘿病之肝郁日久，气郁化火，耗气伤阴者，肝阳上亢，肝风内动者，则相应给予平肝熄风药、补气药、补阴药及补血药。常用药物有石决明、牡蛎、钩藤、人参、当归、熟地、首乌、白芍、沙参、麦冬、天冬、枸杞子等。石决明、牡蛎具有平肝潜阳之功，钩藤可熄风止痉、清热平肝，适用于甲亢之阴虚阳亢风动而致手指及舌体颤动者。牡蛎同时具有软坚散结之功，适用于痰火郁结之瘿瘤。人参大补元气，补脾益肺，生津止渴，安神增智，用于瘿瘤气阴两虚者，常配合沙参、麦冬、天冬、枸杞子等滋养阴液，生津润燥。

7.4 外治法及其它疗法

外治法及针灸疗法、水浴疗法、按摩疗法、穴位注射疗法、激光照射疗法等，均是通过一定的物理或化学刺激直接作用于病变部位，是以达到治在外而作用于内，治在表而通达经络，治疗局部而调节机体的内外的治疗作用的方法。

7.4.1 外用药物疗法

7.4.1.1 膏药辛木十香膏（经验方）：其中辛木膏温络消痰、软坚散结、活血破瘀；十香散行气和络、温经散寒、活血止痛，用于甲状腺腺瘤等良性肿块疗效显著。用法：先

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

将辛木膏熏软，再搅入十香散少许，使药粉隐露药面，乘热贴肿块处，1 周换 1 次。如皮肤作痒甚剧，则将辛木膏熔化后将药粉搅入不露膏面，或将辛木膏熔化后将药粉和入膏内，做成膏。（辛木膏方：麻黄、南星、白僵蚕、藤黄研细各 60g，甘遂、大戟、白芥子各 120g，半夏、朴硝各 90g，菜籽油 2000g，广丹过 1000 目筛 360g。先将油放入铁锅中煎熬，煎至油不扩散，未滴水成珠，冷却。将麻黄、甘遂、大戟、白芥子、南星、白僵蚕、半夏放在上述油中浸 7 天后再煎，煎至药枯，滤去药渣，直至滴水成珠，不停地搅拌，徐徐加入藤黄，待藤黄完全溶解即离火，再徐徐加入朴硝，至泡沫消失，朴硝全部溶解再煎，用广丹收膏。将膏摊在大小不等的布上备用。十香散方：沉香、制乳香、制没药、赤芍、木香、川芎、枳壳、青皮各 30g，三棱、莪术、公丁香、母丁香、白芷、山柰各 45g，九节菖蒲 60g，南星、肉桂各 90g，白胶香 120g，冰片 15g。将上药各碾成细粉，过 100 目筛，称准用量，混合分匀，密闭保存）。

7.4.1.2 搽围药

（1）消瘿膏（陈金锭经验方）：具有化痰祛瘀、散结之作用，有明显抗甲状腺肿效果，对各类良性甲状腺肿均有疗效，尤其对病程短，甲状腺肿程度较小患者收效尤著，临床总有效率为 84.4%，无明显副作用。使用方法：据瘿肿面积大小，取一层纱布涂本膏敷患处，覆盖塑料薄纸封闭，外以纱布 3 层包压，胶布固定。两天一换，以局部湿润温暖为度。（组成：生半夏、黄药子、乳香等）。

（2）金黄膏外敷：黄金散制法：大黄、黄柏、姜黄、白芷各 25g，南星、陈皮、苍术、厚朴、甘草各 10g，天花粉 50g，共研细末。再以金黄散 2/10，凡士林 8/10 调匀成膏外敷。或用黄连膏外敷。黄连膏制法：黄连 9g，当归 15g，黄柏 9g，生地 30g，姜黄 9g，麻油 360g，黄蜡 120g。上药除黄蜡外，浸入麻油内 1 天后，用文火熬煎至药枯，去渣滤清，再加入黄蜡，文火徐徐收膏，外敷。或用双柏散调膏外敷。双柏散制法：侧柏叶 60g，大黄 60g，黄柏 30g，薄荷 30g，泽兰 30g，共研细末，可用水、酒、油或凡士林调匀外敷。上几方均有清热解毒、消肿止痛之功，用于急性甲状腺炎。

（3）其它外用药物疗法：瘿痈较急重者，初起可用朴硝 100g 以开水溶化后在局部湿热敷，有清热解毒消肿止痛之功。也可用各种新鲜草药如马齿苋 30g，或蒲公英 30g，或紫花地丁 30g，或野菊花等具有清热解毒消肿作用的药物，将其洗净捣烂敷患处，每日换 1～2 次。

7.4.2 针灸疗法

针灸疗法包括针刺法与灸法两部分，它们都是通过对经络腧穴的刺激，以调节人体气血阴阳，达到扶正祛邪，治愈疾病的目的。针刺疗法还包括围针、针挑、长效针感（埋线）、穴位注射疗法、激光照射穴位等。这些不同的针灸疗法在瘿病的治疗中，可单独应用，亦可配合药物应用，对提高本病的临床疗效，有明显效果。

7.4.2.1 针刺疗法

7.4.2.1.1 组方一（经验方） 适用于阴虚火旺，痰瘀互结（甲亢）。

取穴：腺体穴（相当于水突穴，视甲状腺肿大程度稍有出入）、内关、间使、足三里、三阴交。

方义：针刺内关、间使以清心火、熄内热；足三里补中益气、益脾土；三阴交滋肾养

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

阴，济水涵木；配以颈部腺体穴以化瘀散结消瘿。诸穴相伍，使之达到调谐机体脏腑功能、疏导痰瘀气滞之瘿肿、平复阴阳气血虚实的目的。

手法：颈部腺体穴用斜刺。采用拇指后退为主的捻转泻法；肢体部穴用捻转提插补泻法，补法用拇指前进为主的捻转，结合重按轻提；泻法用拇指后退为主的捻转，结合重提轻按，留针 30 分钟。

疗程：每日或隔日 1 次，50 次为 1 个疗程。

随症配穴：①瘿肿呈双侧弥漫性肿大者，以双侧水突穴为中心，针体作 45°角横斜刺入腺体 1/2 以上，再在双侧各斜入旁针一针，此称“旁刺”法。②若呈单侧肿大者，以病侧水突穴为中心，针体呈 45°角斜刺入腺体 2/3 许，再在其上下各斜刺一针，此称齐刺法。③若为结节性肿块者，用一针斜刺入腺体 2/3 以上，并将针再提至皮下后分别朝 3 个方向斜刺，此为“合谷”刺法。④目突系由痰瘀互结于目窍所致，治宜疏导经气，行瘀化痰。取“上天柱”穴（天柱穴上 5 分），针体呈 75°角向内斜刺 1 寸许；或配以风池，均用导气手法，使感应达到眼区为宜。若眼睑挛缩或眼球活动不灵者，配以攒竹，阳白透鱼腰等穴以舒畅经脉；伴有复视者，加用睛明、照海，借阴跷脉之联系，从中滋补肾水，濡养眼球而敛瞳神。

7.4.2.1.2 组方二（经验方） 适用于甲状腺肿的各个证候。

取穴：天突、合谷、翳风、甲状腺肿局部四周。

手法：前三穴均用右手持针慢慢捻入穴内，达到适当的深度后，以找到酸麻、沉重以及触电样感觉为合度，留针 30～40 分钟以后，以轻捻慢提、边捻边提的方式退出。其次甲状腺局部的四周进针，是按肿物的大小选好适当长度的针，从肿物四周的健康组织斜向肿物的中心刺入，四周刺入的针尖要交错而过，但不可从肿物的正顶刺入。病程长的、日行针 1 次，一般经过 15 日的治疗可以痊愈；病程短的，隔日行针 1 次，一般经过 5 次治疗，可以治愈。

7.4.2.2 艾灸疗法 本法是用艾绒放置在体表穴位上烧灼、温熨，借灸火的热力透入肌肤，以温通气血，治疗疾病。它能提高针刺效果较差的某些病证，或与针刺疗法相结合应用即可提高疗效。瘿病中痰瘀互结兼脾肾阳虚的适于采用灸法。

常用穴位有内关、合谷、脾俞、肾俞、关元、气海、足三里、三阴交，将以上穴位分为 4 组：第 1 组：内关、合谷；第 2 组：脾俞、肾俞；第 3 组：关元、气海；第 4 组：足三里、三阴交。每日灸治一次，各组交替使用。其中第 2 组穴位为腰背部穴位，第 3 组穴位为腹部穴位。对腰背部施灸，时间可长些，壮数要多些。第 1、4 组手足部穴位施灸壮数应少些。腰背部及腹部穴位可采用隔姜灸或附子灸，以加强温补脾肾的作用。

7.4.3 按摩疗法

按摩疗法，即按摩患者体表的一定部位或穴位，通过手法的作用，以调整人体阴阳平衡，调和营卫，疏通经络，而达到治疗目的的一种方法，足反射按摩法等尤其适用于甲亢之失眠者。用不同手法按摩，对神经系统起的作用也不相同，轻手法有镇静、抑制作用，中重手法有兴奋作用。如足反射区按摩等按摩疗法对急性化脓性甲状腺炎、甲状腺癌应禁忌应用。另外，甲状腺疾病患者同时合并有急性传染病，病灶范围广泛的皮肤病、精神病、脊椎结核、患甲状腺疾病的孕妇以及极度疲乏或酒醉后，亦应禁忌应用按摩疗法。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.4.4 水浴疗法

水浴疗法是利用水的物理性质作用于人体以防治疾病的一种方法。水浴时，水可以与身体各部密切接触，是传递刺激的良好物质，能起到使血管扩张，促进血液及淋巴液循环，调节生理功能的良好作用，尤其适用于甲亢失眠症。其方法：在浴盆中放适量水，将药物包纱布后煎煮，30 分钟后将其药液倒入浴盆中，患者取半卧位浸泡在水中，水面一般在患者乳头以下。水温保持在 34℃～36℃。每天睡前入浴 20～30 分钟。空腹或饱餐后不宜立即入浴，对年龄较大者或体弱者在进行水浴时应注意观察。急性传染病、重症心脏病、高血压病、动脉硬化症、肾炎、妇女月经期及妊娠期禁用。

8 疗效评定标准

治愈：局部肿块及全身症状消失。

好转：局部肿块缩小，全身症状减轻。

未愈：局部肿块无缩小，全身症状无改善。

9 调摄护理

瘿病患者中见急躁易怒、失眠多梦、胸闷、心慌等症状（甲亢），应注意生活调摄及精神护理。

患者住进医院，生活环境发生了变化，且须遵守一系列医院的规章制度，同时要接受医生的诊查、治疗及其它医疗工作。对于甲亢患者，上述因素的变化有可能加重患者紧张、兴奋、烦躁、失眠等症状。所以医护人员应关心、爱护患者，减少其由于环境变化而带来的不利因素的影响。首先应注意保持病室与环境安静，因甲亢患者基础代谢率高，表现为汗多、怕热等，安静的环境有利于病人保持心情愉快、身体舒适，并能保证良好的睡眠。另外应保持病室空气流通，室温 18～20℃，湿度 60%左右，这样不致使患者感到寒冷、干燥或躁热不安，汗出过多。

在精神上应注意了解病人的思想动态，做好心理护理。甲亢患者较敏感，对不良刺激易产生激动不安或恐惧感，所以应避免出现可能刺激病人的言语、表情、动作，应以和蔼、诚恳、宽容的态度对待病人，使之心境平和，坦然地接受治疗，同时应鼓励病人树立战胜疾病的信心，保持乐观的情绪，以利疾病恢复。

在饮食上，甲亢病人基础代谢率高，需要高蛋白、高维生素饮食，所以饮食护理亦很重要。甲亢病人多见阴虚阳亢之证，故饮食宜清淡，而不宜食湿性热性及肥甘厚味之食物，以免助湿生热化痰，同时应避免烟酒、咖啡等。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病证名称与定义

近代医家对瘿病的病证名称与定义认识均较统一，认为瘿病是发生在颈前结喉处的疾

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

病，以颈前结块肿大为主要临床特征，相当于西医的单纯性甲状腺肿大、甲亢、甲状腺腺瘤、急性甲状腺炎、亚急性甲状腺炎、慢性甲状腺炎、甲状腺癌等具有甲状腺肿大表现的一类疾病。王永炎主编的《临床中医内科学》总结本病定义为："瘿病是以情志内伤以及饮食和水土失宜导致气、痰、瘀互结，以致颈前喉结两旁结块肿大为主要临床特征的一类疾病。"[1]

1.2 病因病机研究

1.2.1 病因学研究

1.2.1.1 水土因素 瘿病的发生与水土因素有极为密切的关系。马均祺总结过去学者对甲状腺肿病因方面的认识，提出最早的饮水说和山谷说。即由一定的地质学的岩石层中流出之泉水，其成分是以损坏甲状腺而引起甲状腺肿，或高山间之山谷，阳光极少地区和河流入海及广阔面积之停滞水，尤其洪水地区发生甲状腺病甚多。以后又出现碘缺乏说（其根据为高发地区的土壤、水质、食粮、蔬菜和住民血液内，碘的含量较非高发地区减少）和重碳酸过多说（其根据为将高发地区的井水煮沸，将其中含有多量重碳酸钙沉淀后，取其上清作动物试验，则动物并不患甲状腺肿，用未经沉淀的井水作动物试验则甲状腺肿大）。[2]中国医学科学院北京协和医院内科内分泌组在分析地方性甲状腺肿高发区水源、食物及土壤碘含量与发病率的关系后提出，碘缺乏在地方性甲状腺肿的病因学上占首要地位。另外，发病率高的地区水源中重碳酸钙含量较高，镁的含量较低。[3]唐英小结皱雪君对瘿病病因的认识，认为本病成因与情志因素、饮食偏嗜或过食厚味，导致肝、脾、心等脏气的偏胜偏衰，影响气机通畅，津液运化失宜有关。[4]可见，水土因素是地方性甲状腺肿的主要病因。

1.2.1.2 情志因素 多数学者认为，瘿病的发生主要与情志内伤、肝脾功能失调有关。史定文等认为甲状腺肿大的发病原因与情志关系极为密切，因肝主情志，七情郁结，郁久化热，灼伤津液，聚而成痰，痰与气搏结于颈部，久则入络，瘀血内停，脏腑功能受损，进而增强了痰气所致的病理作用，痰与瘀互结而为肿块。[5]聂有智在对脾胃型甲状腺机能亢进症的辨证治疗过程中体会到，甲亢发病的诱因很多，脾胃型甲亢在发病初期往往与肝郁气滞、精神刺激、喜食辛辣或酒肉炙煿有关，并认识到心理治疗的重要性，因为情绪对甲亢的发病和治疗有很大影响。消极情绪使脏腑气机阻滞，荣卫不利，有碍于疾病的治疗和康复。[6]由此可见，情志因素是瘿病的主要发病原因之一，情志内伤，肝脾失调，致气滞、痰凝、血瘀于颈前而成瘿病。

1.2.1.3 体质因素 瘿病的发生与人的体质因素有关。中国医学科学院北京协和医院内分泌组对地方性甲状腺肿的发病率调查后发现，青壮年人发病率高，一般在40岁以后发病率即逐渐下降。其原因可能与生长发育、体力活动增强有关，此时机体对碘的需要量增高，如果碘的进量不足，即可引起甲状腺肿。另外女性发病率一般比男性高，一般为1:1.3左右，这与女性生育、哺乳等生理活动对碘的需要量增加有关。[3]有的学者提出甲亢多见于青年妇女，原因有二，其一，妇女的生理特点与肝经关系最为密切，遇有情志失调，饮食不宜等因素，常引起气滞、痰凝、血瘀以致化火等病理变化；其二是妇女以血为用事，其经、带、胎、产常致阴血不足，则肝气偏旺，最易化热伤阴。另外素体阴虚之人

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

遇有情志等因素易致阴虚火旺，虚火灼津成痰，日久影响血行致痰瘀互结而致瘿病。而有学者认为甲状腺肿与遗传关系甚大，因在地方性甲状腺肿地区，常有甲状腺肿家族。在同样饮水的生活条件下，其中有人发生，也有不发生的。[2]

1.2.1.4 其它因素 现代医家将急性、亚急性甲状腺炎归为瘿病中瘿痛的范围，这方面少见医籍记载，而现代研究报道较多。多数学者认为其发病原因与感受外邪有关。有学者认为瘿病寒热往来者系太阳之邪不解，传入少阳，邪犯少阳，枢机不利，正邪分争于半表半里，邪郁则恶寒，正胜则发热。王炜认为亚急性甲状腺炎的病因为风温、风火之邪客于肺胃，肝郁胃热，积热上壅，夹痰蕴结，以致气血凝滞而成。[7] 汪世平等认为亚急性甲状腺炎以肝有气滞为始因，若气滞化火或外感风热之邪，可形成肝胆实热证，见午后发热、畏热多汗、头痛咽干、性情急躁急怒等症。[8]

1.2.2 病机学研究

近代医家在瘿病中甲状腺腺瘤、甲状腺囊肿、甲状腺肿瘤的发病机理方面认识均较统一，认为其病位在颈部但与肝有密切关系，气血津液运行失常，气滞痰凝日久，引起血脉瘀阻，壅结颈前是瘿病的主要病机。李廷冠认为甲状腺囊肿多因郁怒忧思，情志不舒，以致肝失条达，气血运行不畅，脾失健运，痰湿内生，气血痰湿凝聚于颈前而成。[9] 林乐雄指出甲状腺良性肿瘤的病机为肝郁气滞，脾土不运，痰浊胶结；或肝郁化火，伤阴灼津，炼液为痰，痰血郁结，留而不去而成。[10] 吴建华认为气滞、痰凝、血瘀为甲状腺腺瘤之病机关键。其病位在颈前结喉两侧，属任脉所主，亦属督脉分支，而任督两脉皆系于肝肾。肝为刚脏，性喜条达，因忧思郁怒，使肝旺气滞内结，肝旺侮土，脾失运化，饮食入胃，不能化生精微，形成湿痰内蕴、气郁痰湿随经络而行，留注结喉，气血壅滞，聚而成形，乃生肉瘿。[11] 有人认为甲状腺癌的病机亦为肝郁脾失健运，痰湿凝聚、气滞血瘀，若积聚日久，顽固胶结则破坏脏腑功能，耗伤气血而出现一系列正气虚衰的症状。[12,13]

关于甲亢的病机，近代医家有不同看法。张占元认为甲亢病机的关键为壮火食气。正常情况下，饮食营养摄人人体所产生的热能为“少火”，此系平和之火，火平则养气，维持正常的生理功能，此为“少火生气”；而机能超常的亢进，则消耗过多的物质，代谢加速而影响正常的生理功能，导致消瘦、善食、衰竭、阴精不足，虚阳独亢，此即“壮火食气”。[14] 夏少农认为甲亢的病因主要是正气衰竭，肾水不足。水不足则火旺，火旺则伤气，即壮火食气；火旺又伤阴，阴不复则火旺，而阴虚又累及阳，即阴损及阳。其火旺常见心、肝、胃火旺，故见心悸、急躁、震颤、消谷善饥等症。其阴损及阳主要表现在脾阳受损，脾阳不振则健运失司，湿痰内聚，上逆于颈而见甲状腺肿大等症。[15]

可见，多数学者认为甲亢的病机关键为郁火、痰、瘀、虚，虚实夹杂，实以气、火、痰、瘀互结为患，虚以阴精亏虚为主，与肝脏关系最为密切。有人将其概括为肝郁、肝火、肝虚3个方面。因长期的精神抑郁，或突然遭受强烈的精神创伤，均可使肝之疏泄功能失常，而致肝郁气滞，津凝为痰，痰气交阻于颈前渐成瘿瘤；痰气搏结日久，气血运行失畅，气滞血瘀，痰瘀互结，则瘿肿且硬。肝郁日久化火伤阴，肝肾同源，若肝阴不足，久必及肾，肝肾阴虚，水不涵木从而产生急躁易怒、心悸怔忡及阳亢风动等症状及病理变化。[16-21]

近年来研究认为，亚急性甲状腺炎是由于病毒感染后引起的免疫反应性疾病。国外学

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

者已观察到本病患者中25%的甲状腺球蛋白的抗体（TGA）阳性。[22] 许振亚等认为亚急性甲状腺炎属中医外感温病的范畴。温邪外受，郁于肌腠，卫失固秘，邪毒内侵，少阳经输不利，故见恶寒发热等症；正不胜邪，经病及腑，胆病及胃，胃失和降，三焦气化失畅，痰湿内生，煎熬而随经气上犯，郁结于颈，故见颈部肿块疼痛等症。[23,24] 林思慈认为其病因病机多与正气不足，邪毒入侵，气机郁遏，血行不畅，热灼津伤，以致阴虚气结毒聚而成有关。[25]

目前普遍认为桥本氏甲状腺炎的发病机理是由于免疫监测系统受损，T淋巴细胞控制器的功能普遍丧失，抑制性的T淋巴细胞缺陷导致甲状腺自身抗体的产生，结合本病中尚有K细胞介导免疫，释放出包括淋巴毒素在内的可溶性物质引起了甲状腺细胞的破坏。近年倾向于自身免疫耐受机理异常学说。[26]

2 临床研究

2.1 证候与辨证规律的研究

2.1.1 临床症状的观察与总结

瘿病以颈前结块肿大为基本临床特征。方药中根据其肿块特征及伴随症状将瘿病分3类，即瘿囊、瘿瘤和瘿气。瘿囊是以颈部肿块块形较大，弥漫对称，其状如囊，下坠至胸，皮宽不急，触之光滑柔软等为特征的地方病；瘿瘤是以颈前结块生于一侧或一侧较大，状如核桃，触之质硬有根，可随吞咽而上下等为特征的颈前肿瘤；瘿气是以颈前轻度或中度肿大，其块触之柔软光滑，无结无根，可随吞咽动作而活动，并见急躁易怒、眼球外突，消瘦易饥等为特征的颈前积聚之病。[27] 顾伯华主编的《实用中医外科学》（上海科技出版社）认为瘿病有五瘿之分，即气瘿、肉瘿、石瘿、筋瘿、血瘿，并分别描述其症状特征："气瘿是发生于颈前结喉的两侧，呈弥漫性肿大，边缘不清，皮色如常，按之柔软，偶有结块的非化脓性疾病；肉瘿是发生于结喉正中附近的半球形肿块，能随吞咽动作而上下移动的良性肿瘤；石瘿相当于甲状腺癌，结喉部常有多年存在的肿块，突然迅速肿大，坚硬如石，表面凸凹不平，移动度小或固定不移。"而"筋瘿、血瘿均为气瘿与石瘿的合并症，筋瘿表现为筋脉呈露，血瘿特征为赤脉交结。"[28] 方药中认为其辨证要点首先是辨明瘿病类型，即对瘿囊、瘿瘤、瘿气加以区别；其次是辨虚实及兼证。瘿病以气、痰、瘀壅结于颈前为基本病理，故一般都属于实证，郁而化火的证候也属于邪实的表现。但病程久后，常兼见正虚的病理变化及相应的症状，而成为虚实夹杂之证，应注意辨认。瘿气常导致心、肝、胃、肾阴精亏虚的病理变化和临床表现。另有少数病例，由于病情的发展，会出现倦怠乏力，纳差食少，甚至畏寒等脾胃气虚乃至脾肾阳虚的症状。[29]

2.1.2 病势转归

对瘿病的病势转归，近代医家论述较多，一般认为其预后大多较好，有的可治愈，少数病情严重者，预后不良。如王永炎主编的《临床中医内科学》中写道："瘿病起病缓慢，早期症状不明显，故易被病者忽视而延误治疗。因此，对瘿病宜早发现，早治疗。起病初期，如果及时治疗，则预后好，但若未能得到控制或未及早发现而迁延误治，及至正气亏损，虚实相搏，则较难治愈。如果能及时扶正祛邪，病情可由重转轻而愈。如果久失调

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治，邪盛正损，则预后不良。遇肿块较硬或坚硬、推之不移，或短期内增大较快而质地偏硬、疼痛者，当尽早手术切除，否则预后凶险。"[1] 方药中在讨论瘿病的病势转归时认为："瘿病的转归与预后，与瘿病的类型、病情轻重及治疗是否及时有密切关系。瘿囊如能及时治疗，一般预后良好。但瘿肿较大者，不容易完全消散。转化为瘿瘤及兼见瘿气之症候者，则预后稍差。瘿瘤之中，以肿块质较软而可活动者预后较好；肿块坚硬而不可移动，生长迅速者则预后严重。瘿气的轻中症者，及时治疗，预后较好；若未能很好地控制，则阴虚火旺的各种症状会随病程的延长而加重和增多，甚至出现烦躁不安、高热、疾脉等严重症候。病久的导致正气不足、精血亏虚。[27] 张伯臾主编的《中医内科学》认为："瘿病的预后大多较好，瘿肿小，质软，病程短，治疗及时者，多可治愈。但瘿肿较大者，不容易完全消散。若肿块坚硬、移动性差，而增长又迅速者，则预后严重。肝火旺盛及心肝阴虚的轻、中症患者，疗效较好，重症患者阴虚火旺的各种症状常随病程延长而加重和增多，在出现烦躁不安、高热、脉疾等症状时，为病情危重的表现。[29]

2.1.3 舌象与脉象的观察

舌象和脉象的观察在瘿病的辨证论治中具有重要作用。王方希观察甲亢病人 28 例，其中 2 例舌质淡白，26 例舌质红，大部分为净舌少苔，属于阴虚火旺的表现。舌质与基础代谢的增高成正比。治疗多采用育阴潜阳，滋阴降火法。通过治疗后，基础代谢率日渐恢复正常，而舌质也转为正常。观察中还看到，甲亢病人在就诊早期，绝大多数有舌颤动。在瘿病的发展过程中，各证候之间相互关联、相互影响、相互转化，通过舌象和脉象可直接反映出来。一般瘿病初期属实，如气郁痰阻证舌淡苔薄白，脉弦；痰气郁结日久则产生瘀血的病变，痰结血瘀则舌质紫黯或有瘀点瘀斑，苔白腻，脉弦或涩；部分病例由于痰气郁结化火，表现为肝火亢盛者见舌红苔黄，脉弦数；火郁伤阴，阴虚火旺则见舌红少苔，脉细数；火热耗伤阴精，见心肝阴虚，舌脉象表现为舌质红，脉弦细数。[30]

2.2 证候学的现代研究

近现代医家多对西医单一的甲状腺疾病进行其证候研究。有关甲亢的临床研究较多，其分型各家报道不一。赵棻自拟三阶段疗法：①肝气郁积阶段，治宜疏肝理气，化痰消瘿，稍佐清火，方用小柴胡汤加减；②肝火内动阶段，治宜平肝熄风，清肝泄火，佐以和血养阴，方用珍珠母汤加减；③肝肾阴亏，气阴两虚阶段，治宜双补气阴，滋补肝肾，方用生脉散加味。[31] 姜浩根据甲亢临床主要症状分 5 型：①肝郁不疏、痰气互结型，用柴胡桂枝干姜汤加减；②中焦蕴热、胃火炽盛型，药用石膏、知母、太子参、玄参、夏枯草、天花粉、石斛、麦冬、芦根、生地、生牡蛎；③肝肾阴虚、虚火内扰型，宜滋阴清热、化痰软坚，知柏地黄丸与牡蛎散加减；④胃强脾弱、虚实夹杂型，用白虎人参汤与香砂六君子汤加减；⑤脾虚肝旺，气阴两虚型，用丹栀逍遥散与四君子汤加减。[32] 夏睿明根据病因，将甲亢分 3 型：肝阳上亢型用龙胆泻肝汤加减；痰结瘿瘤型用蒿芩清胆汤加减；阴虚阳亢型用知柏地黄汤加减。[33]

许芝银对甲状腺囊肿在辨证上以中医理论为指导，结合西医学检查手段，从囊肿的生长情况、局部症状、囊内容物、B 超检查及全身情况等 5 个方面审因论证，辨证论治，疗效满意。其辨证方法：①根据甲状腺囊肿生长情况来辨证：突然增大者，多为肝郁蕴热，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

瘿络被灼，血溢囊内，少数亦有脾虚失统，气不摄血而引起者；生长缓慢、或相对静止者，则以肝脾不调、气滞痰湿瘀阻为病机。②根据甲状腺囊肿的局部症状和体征来辨证：甲状腺囊肿扪之质硬者，多以血瘀为重，或痰瘀凝结；质尚软者，气滞痰凝为主，有疼痛者，多属肝经郁火，灼伤经络之征；③根据甲状腺肿的内容物来辨证：囊内物为新鲜血性液体者，属肝郁蕴热，迫血妄行，离经之血充于囊内。囊内物为咖啡色样液体者，多系离经之血久瘀囊内之故；囊内物为浆液性或胶样粘液者，则为脾虚湿盛或气滞痰凝之证；④结合B超进行辨证：无回声区者，以血瘀为重，亦有少数为脾虚失统或脾虚湿聚之证；B超为低回声区者，乃为痰瘀互结所致；⑤结合患者的全身情况来辨证：如颈部突然增大，伴烦躁易怒、口干咽燥、舌红脉弦，则为肝经郁火证；如颈部肿块日久，质硬伴舌有瘀点瘀斑，女子月经色紫有块，过期而至等，则为血瘀之证；如局部症状与全身症状不一致时，则务须详问病史，包括本病以外的其它情况，细察病情，抓住病人目前的主要矛盾来进行辨证。[34]

许芝银将亚急性甲状腺炎分3证进行辨证治疗：①外感风热证，治以疏风清热、和营消肿止痛，方用银翘散加减；②肝郁蕴热证，治以疏肝泄热，和营消肿止痛，方用补心升，一贯煎加减；③阴虚痰凝证，以温阳化痰、消肿散结为法，方用阳和汤加减。[35]张阎珍等将亚急性甲状腺炎分两型：肝胆蕴热型和肝热痰湿型，分别以蒿芩清胆汤、柴胡疏肝散加减治疗。又将慢性淋巴细胞性甲状腺炎(即桥本氏甲状腺炎)分为肝热痰湿、肾阴虚、脾肾阳虚3型，分别治以平肝清热化痰软坚散结、滋补肾阴及温中健脾扶阳补肾为法治疗。[36]

有人根据甲状腺癌的临床表现，将其为两种证型：①肝郁痰湿型（多见于初期），治以理气消瘿，化痰散结；②阴虚肝旺型，（多见于后期，或放疗后复发者），治拟益气养血、温阳解毒之法。

2.3 治法研究

近现代医家通过临床研究，在对瘿病辨证论治与辨病论治方面，总结出了丰富的实践经验。许芝银治疗甲状腺囊肿以破瘀化痰为基础治法，根据辨证情况，随证应用下列治法：疏肝解郁法，常用药物有柴胡、青皮、香附、郁金、川芎、海藻等；清肝泄热法，常用药物有龙胆草、夏枯草、山栀、黄芩、赤芍、丹皮、生地、瓜蒌等；益气健脾法，常用药物有党参、白术、茯苓、青皮、陈皮、半夏、川朴等；养阴化痰法，常用药物有沙参、麦冬、玄参、生地、白芍、昆布、大贝母、海蛤壳等。[34]汝丽娟等按辨证和辨病论治相结合的原则，将各种甲状腺肿块的治疗分成5种法则，并以疏肝理气化痰软坚为基础，对月经不调，经产肾亏，更年期患者，佐以调摄冲任；对乍发肿痛，邪热炽盛者，佐以清热消肿；对久治不愈，痰浊血瘀者，佐以和营活血，总有效率达88.9%。[37]许芝银总结116例甲状腺肿块的治案拟定瘿瘤散结汤，并随证加减，治法以破瘀散结为主。但肿块消散需长时间服药，久用攻散易耗正气，故当注意扶正，或攻攻补补，或攻补兼施。对于正实体壮者，短期内可加大剂量，有利于肿块消散。[38]鲁贤昌等根据甲亢患者甲状腺肿大、心悸失眠、突眼、自汗、多食、消瘦等证候分型治疗以清肝泻火、疏肝化痰、滋阴潜阳、益气养阴之法。[39]余惠民认为甲亢之治，以肝为要，因本病基本病理为“肝气郁结”而致变端丛生。临床治疗分疏肝化痰、舒肝祛瘀、清肝泻胃、柔肝养心、平肝熄风5法。[40]郑陆亭总

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

结许芝银老师治疗甲状腺炎常用五法：疏风泄热法、清肝利湿法、清化痰热法、温阳散寒法、逐瘀散结法。[41]这些临床研究成果是治疗瘿病的宝贵经验，为临床研究瘿病治则治法指明了方向。

2.3.1 疏肝理气法

适用于长期忿郁恼怒或忧思郁虑，使气机郁滞，肝气失于条达而引起的气郁型（又名肝郁气滞型）瘿病。方药以四海舒郁丸、逍遥散或用昆布、海藻、生地、夏枯草、玄参、陈皮等药物。[42,43] 卞卫和认为本病因于肝气郁结，气滞挟痰，结于颈靥，治疗上主方选用柴胡疏肝散加味，常用药物有柴胡、青皮、香附、郁金、川芎、海藻等。[34] 多种甲状腺疾病的早期，表现为肝郁血虚者均宜用逍遥散加减。临床应用疏肝理气法时，应注意：①若为病久，体虚明显的虚证郁滞，尤其对阴血虚而阳亢的患者来说，疏肝理气法不可妄用。因疏肝理气药物多具有辛散香燥之性，易耗伤气血，损伤津液。凡用疏肝理气药物者为防其耗气伤阴，可加重白芍的用量以缓冲之。②若素体阴虚与肝郁不舒、气滞不运并存，宜用一贯煎。③肝气郁久不解，可以生热化火，或由气滞而致血瘀，或出现肝胃不和、肝脾不和的症状，治法也应随之而变化。[44]

2.3.2 清肝泻火法

肝郁不解，久则郁而化热化火，此法适于肝热肝火之实热证。常用龙胆泻肝汤加减。清肝泻火之品大多苦寒伤胃，应中病即止。切勿过之，以免损伤胃气。若素体血虚而有肝郁化火，宜用丹栀逍遥散加减。对于气郁化火的甲亢，苦寒虽能折其郁火，但若单用苦寒泻火法则收效甚微，若已见有阴虚血少之证，则兼以养血滋阴之品，否则一味清肝泻火，苦寒化燥，愈化愈燥反而耗阴伤津。[42] 许芝银治疗甲状腺囊肿的基础方法为破瘀化痰，但当患者表现为肝经蕴热，气火上扰，灼伤瘿络，血溢囊内，症见颈部肿块突然增大，表面光滑，张力大，或有压痛，随吞咽动作面上下移动，伴烦躁易怒、口干苦、舌红，脉弦时，主方选用龙胆泻肝汤，常用药物有龙胆草、夏枯草、山栀、黄芩、赤芍、丹皮、生地、瓜蒌等。[35]

2.3.3 养阴柔肝法

肝热和肝火久则可以消耗肝阴，或过服疏肝理气之药，阴津暗耗而出现肝肾阴虚，肝阴不足与肾阴虚常可互相影响，常与肾阴不足同时出现。所以滋补肝肾多同时并用。肝阴足则能化刚燥而为柔和，故对表现为肝肾阴虚的甲状腺疾病应采用养阴柔肝法。此法常用于甲亢患者，因甲亢患者肝肾阴虚证较多见。常用药物有地黄、白芍、桑椹子、首乌、女贞子、麦冬、山萸肉、玉竹、菊花等。若肝肾阴虚同时兼有血虚气滞，则宜采用养阴疏肝的代表方剂—贯煎加郁金、白芍等。如兼有甲状腺肿大者可加丹参、丹皮、龟甲、鳖甲以软坚化瘀。[42]

2.3.4 益气养肝法

多用于年老体弱，久病伤正气之甲亢表现为气阴两伤者。若甲亢病情迁延日久，肝郁化热，热邪不但伤阴，而且耗气，故常见气阴两虚之证。而阴津之滋长，又赖元气充裕，故益气养阴法实为治疗甲亢之重要方法。很多甲亢患者伴有甲状腺肿大或结节肿块，此时若单用软坚散结化痰之法，则效果欠佳，若以益气养阴治本，再配以软坚散结之法治标，则收效明显。常用方剂为益胃汤合四君子汤加减。常用药物有：黄芪、党参、沙参、山

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

药、白芍、麦冬、生地、玉竹、冰糖等。[42] 赵尚久认为甲亢的病理机制总以阴虚阳亢或气阴两虚居多，故治疗以益气养阴为主，化痰散结为辅，其经验方复方甲亢宁（夏枯草、炙鳖甲、生牡蛎、玄参、太子参）以益气养阴为法，配伍含少量碘的药物如夏枯草、牡蛎，不仅克服了大量含碘较多的中药不能持久抑制甲状腺素的合成，一旦甲状腺素从碘的抑制下逸脱出来，其合成重新增加，从而引起甲亢症状的复发和加重的弊病，而且复方中的某些成分以不同于碘剂的药理作用而发挥其疗效，某些成分与碘协同抑制甲状腺激素的合成，能变弊为利，提高疗效。[44]

2.3.5 养阴清胃法

肝气郁结，郁久化热、化火，移热于胃，火热炽盛，灼伤胃阴，治疗上应从养胃阴着眼，以清胃热为辅。常用方剂为竹叶石膏汤。常用药物：竹叶、生石膏、制半夏加天花粉、玉竹、石斛、沙参，少佐陈皮，恐诸药之腻，以通其滞。对阴虚胃中热盛者，只可选用生石膏之类的甘寒清火剂。服药后，食量正常者去生石膏，以免过寒伤胃。黄连、黄芩、栀子、大黄等苦寒之品则宜慎用，因苦寒化燥，燥更伤阴，反而伤胃。[42]

2.3.6 健脾利湿法

甲状腺疾病的腹泻便溏，多受情志影响，系由肝失条达，脾胃虚弱，运化失调所致。脾虚湿盛是导致本证发生的重要因素。脾虚失运，可造成湿盛，而湿盛又可影响脾的运化功能。故用健脾利湿法达到止泻的目的。泻止则其它症状如甲亢的消瘦乏力等自易缓解。否则，因虚致泻，泻则愈虚，久泻者又可出现脾阳不足及胃阳不足之症。故对甲状腺疾病的腹泻便溏应早期治疗，以防疾病的发展与传变。常用方剂为白术散与痛泻要方加减。常用药物有白术、白芍、党参、茯苓、陈皮、白扁豆、山药、砂仁、甘草、莲子肉、薏苡仁、桔梗、升麻等。痛泻要方中可重用芍药，芍药合甘草可缓解因甲状腺素所致之肠蠕动增强，止泻而增加肠道的吸收功能。亦可用药性平和，温而不燥的参苓白术散为健脾益气、和胃渗湿的常用方。方中党参、山药、莲子益气健脾，和胃止泻，白术、茯苓、薏苡仁、白扁豆健脾渗湿，砂仁和胃醒脾，理气宽胸，甘草益气和中，桔梗载药上行，有补虚、利湿、调气之功。久泻者亦可加入炒升麻以升脾止泻。

若因脾虚及肾，脾肾阳虚，湿浊内生，混杂而下之泄泻者，则可见有手足不温，畏寒喜暖等症，可合用温补肾阳法，以参苓白术散合附子理中汤（附子、人参、干姜、白术、炙甘草）加减，以益火生土。如久泻不止者，可加赤石脂、禹余粮、石榴皮等固涩之品。

2.3.7 温补脾肾

甲状腺疾病的甲状腺机能减退症（严重时称粘液性水肿）、慢性甲状腺炎，以及一些不典型甲亢、淡漠型甲亢等均属中医脾肾阳虚的范畴，治宜温补脾肾法。常用药物有附子、肉桂、炮姜、补骨脂、肉豆蔻、冬虫夏草、熟地黄、山萸肉、肉苁蓉、巴戟天、五味子、党参、白术、茯苓、山药、芡实、苡仁、白扁豆等。常用方剂：桂附八味丸合理中丸加减。桂附八味丸有温补肾阳之功，方中补阳药与补阴药并用，其义正如张景岳所说："善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷。"

理中丸温补脾阳，亦可加山药、茯苓、芡实、苡仁、石斛、扁豆等补脾阴之品。人们常有脾阴即胃阴的误解。脾阴是脾阳运化功能活动的基础。脾阴与胃阴的区别在于：脾阴系水谷所化生，是具有灌溉脏腑、营养肌肉、辅助运化等作用的营液；胃阴是由胃腑分泌

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

的用以濡润食物腐熟水谷的津液。脾阴主升，胃阴主降。脾阴虚多由内伤气血所致。胃阴虚多为热病伤津。治疗上脾阴虚重在甘淡滋养，胃阴虚则偏重生津清热。如脾阴虚投以滋养胃阴的滋腻之品，则可滋滞脾运。养胃药常用沙参、麦冬、生地、玉竹、冰糖、乌梅等。常用方剂如《温病条辨》的益胃汤（沙参、麦冬、生地、玉竹、冰糖）。益脾药多用山药、茯苓、芡实、苡仁、白扁豆、石斛等甘淡药，滋而不腻，常用方剂如俞昌辉的经验方益脾汤（太子参、茯苓、白术、桔梗、山药、莲子、苡仁、芡实、白扁豆、石斛、谷芽、炙甘草）。

2.3.8 育阴熄风法

适用于肝阳上亢，病情进一步发展，肝阴不足，阴虚不能滋肾，致肾阴虚损。肾虚、水不涵木，以致筋脉失养，而出现阴虚肝风内动者，常用镇肝熄风汤（《医学衷中参西录》）。常用药物有白芍、生地、熟地、麦冬、天冬、玄参、生牡蛎、鳖甲、龟甲、天麻、钩藤，可再加用白蒺藜等。

2.3.9 平肝潜阳法

适用于由于七情内伤、肝气郁结、暗耗肝阴，肝阴不足，阴不制阳上亢者。常用方剂为天麻钩藤饮。常用药物生地、玄参、白芍、龙骨、牡蛎、女贞子、旱莲草、石决明、夜交藤、酸枣仁、麦冬、制首乌等。手足震颤明显加龟甲、鳖甲；虚火盛而低热者可加黄柏、知母。[42]

2.3.10 甘温扶阳法

某些甲状腺疾病患者（如甲亢伴有心房纤颤、心力衰竭），常见有心悸、气促、脉结代或虚数等水气凌心的证候，是属心阴与心阳俱虚，尤以心阳虚衰为显著，当用此法。常用方剂为炙甘草汤。常用药物有人参、党参、黄芪、山药、大枣、炙甘草、桂枝、附子、丹参、泽兰、北五加皮、半夏。若见畏寒、肢冷不温等阳虚不能温煦肢体者可加用附子；若见自汗出，气虚阳弱不能固摄肌表者，加黄芪、生牡蛎、生龙骨；若见心胸憋闷等心阳不振、血瘀心脉者加川芎、赤芍、红花、降香、三七；若见身热、面赤、手足心热、口干舌燥、脉虚大等阴液亏虚者，去人参、大枣、桂枝、生姜，加白芍，即为加减复脉汤（《温病条辨》），有滋阴润燥、清热生津之功。凡水气凌心、心阳虚衰，见有心悸、气喘、下肢轻度浮肿，苔薄白，舌质暗，脉沉而无力，或结代者，生脉散中加入川芎、丹参、桂枝、北五加皮、泽兰、半夏则效更显著。（北五加皮用量不宜过大，不宜久服，否则可发生恶心、呕吐之副作用，一般用量6～9g为宜）。

2.3.11 软坚散结法

甲状腺疾病颈前所出现的肿块，多因痰气交凝，或因痰湿内生、或因瘀痰聚结于颈项面致。包括西医之弥漫性甲状腺肿、结节性甲状腺肿、甲状腺腺瘤、甲状腺囊肿、甲亢、甲状腺囊内出血、慢性甲状腺炎等病所出现的甲状腺肿块。临床多配合应用软坚散结的药物，使肿块得以消散。常用方剂为海藻玉壶汤。常用药物：生牡蛎、玄参、贝母、夏枯草、半夏、陈皮、黄药子、昆布、海藻。黄药子用量宜小，水煎剂每剂4～6g，服用期宜短。黄药子有凉血解毒、化痰软坚之功，治疗各种类型的甲状腺肿块有显著之疗效而被广泛应用，但长期大量服用则可引起药物性肝炎，几发病率高、潜伏期短。表现为腹痛腹胀、恶心、呕吐、乏力、全身酸痛、肝脏肿大、皮肤巩膜黄染，实验室检查肝功能不正常。对连续服用黄药子2周以上的患者，服药前后应常规检查其肝肾功能。如服药期间出

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

现黄疸，应立即停药。

甲状腺疾病颈前肿块可因肝郁、脾虚、阳虚、血瘀等所致，故临床上软坚散结法常需配合疏肝理气法、健脾化痰法、温补脾肾汤、活血化瘀法等。

有的人治疗甲状腺疾病多单独采用软坚散结法，而此类药物大多含碘较多，如昆布、海藻等，若长期大剂量地单纯应用这类药，对甲状腺疾病，尤其是对甲亢病的治疗弊多利少。因碘虽然可使甲状腺激素的释放暂时减少而使临床症状减轻，但碘又提供了大量的原料而使甲状腺激素合成增加。所以，临证时应首先在辨证准确的前提下，根据颈前甲状腺肿物情况适度地配入软坚散结药，才能收到良好的效果。

2.3.12 养血安神法

适用于甲亢患者见虚烦不得眠、心悸多梦、口干咽燥、脉弦细数等症状者。常用方酸枣仁汤（酸枣仁、知母、川芎、茯苓、甘草）。若肝血不足，虚火内扰明显，症见头晕目眩、虚烦不眠者，加重白芍用量，再加桑椹子或生地、龙眼肉，在养肝血、养心血的基础上安神除烦。多数患者反映，龙眼肉对改善甲亢的睡眠作用明显，实为养血安神之良药。若心胆虚，症见时而惊醒、心悸多梦者，可用酸枣仁汤加党参、龙齿以益气镇惊。汗出者可加柏子仁、五味子以安神敛汗。若见有心肾不交，阴血乏少，心失所养所致之心悸、失眠、梦遗、健忘、不耐思虑、舌红少苔，脉细数等症者，宜用天王补心丹（成药）以滋阴安神，两调心肾。

2.3.13 活血化瘀法

适用于瘿病血瘀证，症见颈前肿物，随吞咽上下活动，生长缓慢，日久不消，局部有刺痛感，常可放射到肩后、耳后、下颌、咽喉或枕后，做吞咽动作时疼痛加重，触痛明显，突眼、眼球刺痛，巩膜瘀斑，舌质紫黯或有瘀点瘀斑，脉弦涩等。常用的药物分3类：一是凉性活血化瘀药，用于因肝郁化热化火而形成的瘀血，或因瘀血而引起的发热之症，多配合用于甲状腺机能亢进症、亚急性甲状腺炎、急性化脓性甲状腺炎早期所出现的甲状腺肿块的治疗药如郁金、丹参、赤芍、丹皮、凌宵花、益母草、穿山甲、蜈虫、虻虫、大黄、芒硝、栀子、连翘等。二是温性活血化瘀药，用于因阳虚寒凝血滞所致的瘀血，即“温则消而走之”之义，多配合应用于慢性淋巴细胞性甲状腺炎、慢性侵袭性纤维性甲状腺炎等慢性甲状腺炎所出现的甲状腺肿块的治疗，药如当归、川芎、肉桂、附子、莪术、山楂、姜黄、红花、乳香、鸡血藤、五灵脂、月季花、茴香、三七、延胡索等。三是平性活血化瘀药，用于瘀血而无明显寒热之象的甲状腺肿块的治疗，如甲状腺腺瘤、甲状腺囊肿、甲状腺囊内出血、弥漫性甲状腺肿等，药如三棱、王不留行、没药、桃仁、牛膝、瓦楞子、血竭、苏木等。[42]

2.4 瘿病的辨证用药研究

2.4.1 瘿病治疗用药规律初探

历代医家治疗瘿病创制了不少专门的方剂，这些方剂基本上能够反映出治疗瘿病用药的大概情况及瘿病辨证论治的发展情况。古代用药使用率较高的是海藻、昆布、海带、黄药子、海蛤壳之类含碘丰富的软坚散结类药物。经过大量的临床实践与实验研究发现，瘿病中的某些西医甲状腺疾病大量使用含碘类中药治疗是不妥的。如对于甲状腺炎引起的甲

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

状腺肿，服用过量的碘化物后，可引起甲状腺功能低下，造成粘液性水肿。甲亢亦不宜单独采用这些药物治疗。1980 年《中华内科杂志》曾就《关于含碘中药方剂治疗甲亢的利弊问题》进行了学术讨论，有人认为含碘药物治疗甲亢弊多利少，因为碘是合成甲状腺激素（TH）的一个要素。在一定摄入量限度内，TH 的合成量随碘的剂量增多而增加。倘若剂量超过了限度（正常人为 5mg/日，甲亢病人为 2mg/日），则引起相反的结果——抑制 TH 的合成。药理剂量的碘除抑制 TH 合成外，还同时抑制 TH 的释放。甲亢病人在碘剂治疗后，由于 TH 的合成受到抑制，血中 TH 水平很快下降，甲亢症状便迅速缓解。正是因为碘剂有迅速缓解甲亢症状的优点，它至今仍被视为甲亢危象综合治疗中的一种较重要的药品。但碘对 TH 合成的抑制作用不能持久，尽管继续投用大量碘剂，TH 合成迟早要从碘的抑制下“逸脱”。“逸脱”后的 TH 合成重新加速，致使甲状腺内 TH 的积存与日俱增。一旦碘对 TH 释放的抑制也变失效后，大量 TH 重新释放入血，不仅引起症状复发，而且使复发的症状更加严重。再用硫脲类抗甲状腺药物控制时，所需的剂量更大，疗程也更长。因为硫脲类药物只能抑制 TH 的新合成，对已合成的 TH 无影响，所以甲亢症状只能等到积存的 TH 耗竭时才能开始缓解。积存量愈多，达到耗竭与缓解的时间愈长。但亦有人认为联合用药可能提高碘剂的疗效。按药理学理论推想，联合应用碘剂与硫脲类药，通过协同作用加强对 TH 合成的抑制，可产生比单独应用这两种药物中任何一种都好的疗效。这一推想已得到一些临床实践的验证，尚待进一步统计分析。

伍敏锐认为对于甲状腺弥慢性肿大这一体征，虽大多采用软坚散结的治疗法则，但亦应首先在中医辨证的基础上选用。同时，具有软坚散结作用的药物，除海藻、昆布、海带以外，还有僵蚕、生牡蛎、夏枯草、生苡仁、土贝母、龟甲等，作用广泛而不含碘或含碘甚微。[45]

黄药子是古代常用软坚散结药之一，关于其临床应用及注意事项，近代医家报道较多。现代药理研究证明，黄药子含有呋喃去甲基二萜类、薯蓣皂甙、薯蓣毒皂甙等成分。其直接毒性作用，是该药或其代谢产物在肝内达到一定浓度时干扰细胞代谢的结果。动物实验表明，黄药子对肝肾组织都有一定的损害，其程度与给药的剂量和时间密切相关，对肾组织的损害时间较长。所以在应用该药时一定要严格掌握剂量，采用少量、间服的方法，可延长有毒物质的排泄时间，避免蕴积中毒，尤其对老年和肝肾功能不全者更应谨慎。[46]

总之，目前中医药治疗瘿病无论从理论上还是治疗原则上，已与古代有所不同。由于社会和自然环境的变化，古代所常见的甲状腺肿大为主症的甲状腺疾病已不多见，而以其它症状就诊，经检查诊断为甲状腺疾病的患者日益增多，所以其用药规律已打破了大剂量含碘软坚散结中药的一统天下，而代之以辨证与辨病相结合，随证加减用药。

2.4.2 新药的开发研制

目前在辨证辨病相结合的基础上制定成方治疗瘿病的报道很多，但尚未见到大面积临床使用的药物。据报道，消瘿口服液具有清肝火、养肝阴、抑肝阳、疏导痰结气滞的作用，对甲亢早、中期的机体功能亢进治愈率为 33.3%，显效率 33.3%，总有效率为 90%。[47]雷公藤以往主要用于治疗类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮、肾炎及肾病等，现已广泛用于治疗多种疑难杂证。程如林等以雷公藤多甙片每次 1 片（10mg），每日 3 次，饭后服，疗程为 3～4 个月，同时服甲状腺片每次 20～40mg，每日 2～3 次，12 例均有效，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

表现为肿胀的甲状腺及结节缩小、变软或消失，低热消退，有的患者抗 TG 及抗 TM 滴度下降。[48] 王秀菊等用雷公藤多甙治疗亚急性甲状腺炎，每天 60mg，分 3 次口服，疗效满意。[49] 覃秋用五倍子外敷治疗甲状腺肿 25 例，获得较好的疗效。方法是五倍子不拘多少，放入砂锅内炒黄，冷后研末，每晚睡前用米醋调成膏状敷于患处，次晨洗去，7 次为 1 个疗程。结果痊愈 20 例，无效 3 例。痊愈病例中，治疗 3 个疗程的有 13 例，5～10 个疗程的 7 例。[50] 吴勇报道神曲具有软坚散结的作用，重用神曲组成的治疗瘿结的处方，其软坚散结的功效明显，同时还有防止其它软坚散结药物对脾胃的过度伤伐。从而有利于药物的运化吸收，给治疗带来好处。[51]

2.5 瘿病的预防与康复的研究

瘿病以由水土因素引起者较多见，所以建国后我国针对水土因素采取了大规模的、简便而有效的预防措施，即在食盐中加万分之一的碘化钠或碘化钾。在容易发生瘿病的地区，可经常食用海带，或煎服海藻、昆布等药物。保持乐观情绪，防止情志内伤，对预防瘿病的发生亦有重要意义。

瘿病患者应吃新鲜疏菜及富于营养的食物。避免肥腻、香燥、辛辣之品，对于有阴虚火旺表现的瘿病病人，尤应如此。治疗期中，应观察瘿肿形质、大小及颈围的变化，并定期检查硬度及活动度变化，及早察觉转化为“石瘿”的征兆。有发热、心悸、纳差、乏力、脉数等症状的患者，应适当休息。

3 实 验 研 究

近年来中医临床人员和实验室工作者对瘿病主要是甲亢的发病机理、辨证分型及治疗方药从实验室的各种指标上进行各种检测和研究。钟永亮等从中医肝的脏腑功能角度对甲状腺功能与肝脏功能的关系进行了观察，检测了 53 例甲亢患者的一些肝功能指标，结果甲亢患者的血清 GGT 和 ALP 均升高，与 T_3、T_4 的升高呈正相关，尤以 GGT 的升高更为显著，明显超出了正常参考值范围，结果表明甲亢患者有部分肝功能异常，根据中医理论，这种异常又可能主要是肝主疏泄异常所致，提示肝主疏泄功能与甲亢的发病机理似有一定的关系。[52] 杜翠芬等对甲亢辨证分型与甲皱微循环、$T_3T_4FT_4I$、吸^{131}碘率的关系探讨表明，甲亢 3 型（心肝火旺证、气滞痰凝证、血瘀证）均有微循环障碍，但程度不同，其中血瘀型甲皱微循环积分值最高，说明微循环障碍较重，治疗时间需长，效果较慢。另外，甲亢辨证分型与 $T_3T_4FT_4I$、吸^{131}I 率亦有相关性，心肝火旺型的 $T_3T_4FT_4I$ 最高，与其它两型比较有显著差异（$P<0.001$），而气滞痰凝型与血瘀型比较无明显差异（$P>0.05$）。吸^{131}I 率测定值 3 型间无明显差异。[53]

陈汉平对 Basedow 氏病（甲状腺毒症、甲亢）有阴虚见证的患者，观察到细胞免疫和体液免疫均发生紊乱。甲亢阴虚证患者在 T 细胞总数减少的基础上，辅助性 T 细胞数目也显著减少，而抑制性 T 细胞数却不见明显变化。近年来细胞免疫学的重大进展之一，是认识到 T 细胞通过它的功能对立而与相互依赖的细胞亚群（辅助性与抑制性 T 细胞）调节所有的免疫反应，一般以二者的比率（OKT_4^+/OKT_8^+）来表示 T 细胞亚群间量的关系。所以在抑制性 T 细胞数目不变的情况下，辅助性 T 细胞减少，就导致 T 细胞内部亚群间的关系

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

失调。辅助性与抑制性T细胞关系失调，人体内环境稳定性遭到破坏，从而导致阴阳偏衰，出现虚的证候。用扶正固本法治疗虚证，有可能使辅助性与抑制性T细胞间的关系恢复正常，纠正内环境紊乱状态，从而达到调和阴阳，补虚扶正之目的。这说明重建人体免疫系统的稳定性是治疗虚证、协调阴阳的重要任务之一。甲亢阴虚证的另一重要免疫学特征是T淋巴细胞识别自身与同种抗原刺激的能力受到严重损害。这种损害也是虚证免疫功能衰退的一种重要表现，其中尤以自身识别能力更显重要。[54]

赵伟康等对44例阴虚火旺的甲亢患者尿17-羟皮质类固醇（17-OHCS）及儿茶酚胺（CA）的排量进行了测定，结果表明甲亢患者尿CA排量变化，似乎与中医辨证分型相关。辨证为阴虚火旺及心肝阴虚的甲亢患者，多数出现尿CA增高，这可能与下丘脑—交感—肾上腺机能活动增强，CA分泌增多有关，而阴虚肝火旺、非阴虚火旺的甲亢患者尿CA在正常范围。另外，甲亢患者尿17-OHCS排量是否增高，同样与中医辨证分型相关。辨证为阴虚肝火旺，心肝火旺的患者，尿17-OHCS排量大多高于正常；阴虚心火旺及非阴虚火旺的甲亢患者尿17-OHCS排量正常，而阳虚的甲亢患者尿17-OHCS则大多低于正常。因此，对甲亢患者似可经中医辨证初步估计尿中CA及17-OHCS的排量变化，亦可通过此两项指标协助甲亢的辨证分型，从而提高临床疗效。由此可见，中医的不同证，有其不同的病理变化基础。辨证与辨病相结合将有利于疾病的分型、诊断和治疗。[56]他们还测定了48例伴阴虚火旺证的甲亢患者的血清皮质醇含量及尿羟脯氨酸（HP）含量，结果表明，甲亢阴虚肝旺及心火偏盛患者血清皮质醇含量都显著降低，而阴虚心肝火旺患者，其血清皮质醇水平并无显著变化。另外甲亢阴虚火旺患者尿HP的含量显著高于正常人，或高于甲亢非阴虚火旺患者（包括阴虚而火旺不明显者及气阴两虚等），经统计处理 $P<0.01$，且阴虚火旺患者中，阴虚心火旺、肝火旺及心肝火旺各组之间，均无明显差异；但甲亢非阴虚火旺患者，尿HP含量则与正常组无明显差异（$P>0.05$）。可见，并非所有甲亢患者的尿HP排量均增高，只有甲亢伴有上述阴虚火旺证的患者，尿HP排量才显著高于正常。由此推测，甲亢患者尿HP增高似应与阴虚火旺证有一定联系。[55,56]

何金森等对70例甲亢患者按中医辨证为阴虚火旺与气阴两虚两种证型，选择基础代谢率（BMR）、血浆环磷酸腺苷（cAMP）含量、24小时尿17-OHCS排量及植物神经平衡参数等项指标，分析探讨甲亢二种证型的不同体质基础及其各自的病理生理特点；结合测定血清总甲状腺素（T_4）含量、三碘甲状腺原氨酸（T_3）含量及甲状腺^{131}I摄取率，了解中医分型是否与甲亢程度有关。结果表明，辨证为阴虚火旺的甲亢患者，血浆cAMP含量与尿17-OHCS排量明显增高，此结果与国内报道一致，而辨证为气阴两虚的甲亢患者，该二项指标多在正常范围，两个证型组之间有非常显著差异。此外，阴虚火旺组的BMR及植物神经参数亦显著高于气阴两虚组。另外两个不同证组患者的血清T_4、T_3含量及^{131}I摄取率均无显著差异，表明甲亢两种证型与其病情程度之间无明显关系。此结果提示不同证型的甲亢患者确有不同的病理生理特点，而这些特点很可能是中医临床辨证的物质基础之一。[57]

蒋冰冰等通过分析70例甲亢病人血浆cAMP含量测定结果与辨证分型间的关系，发现阴虚火旺组甲亢病人血浆cAMP含量明显高于正常，其中主要是阴虚心火旺者及阴虚心肝火旺者变化较显著，阴虚肝火旺者并不升高。阴虚火旺不明显组甲亢病人的血浆cAMP

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

含量与正常组比较无差异。表明在甲亢这一病种中，血浆 cAMP 含量变化并不完全一致，不同脏器的阴虚火旺，其血浆 cAMP 含量的变化也存在差异，血浆 cAMP 含量的变化与辨证分型有密切关系。[58]

孟凡江通过用甲状腺片配合山海棠治疗桥本甲状腺炎（HT）患者 58 例（A 组），单纯甲状腺片替代治疗 HT 患者 37 例（B 组），治疗前后平均血清 T_3、T_4 和 TSH 水平两组间无明显差异，平均血清抗甲状腺微粒体抗体（TMAb）和抗甲状腺球蛋白抗体（TGAb）水平，A 组在治疗 4.44 ± 2.56 月后较治疗前显著降低；B 组在治疗 8.27 ± 4.99 月后与治疗前比较无明显差异。这表明山海棠对 HT 患者自身抗体产生有抑制作用，且无糖皮质激素样的副作用。提示昆明山海棠有希望通过降低血清 TMAb 和 TGAb 水平，阻止或减轻 HT 患者甲状腺的病理损害，从而减轻甲状腺功能减退进展和减少甲状腺激素替代治疗剂量，其机理有待进一步研究。在目前尚无有效、长期应用能耐受的免疫抑制剂。[59]

胡国胜等发现，艾灸对桥本氏甲状腺炎患者的免疫功能和甲状腺功能都有较好的调整作用，并对患者治疗前后外周血淋巴细胞抗体依赖细胞介导的细胞毒性（ADCC）活性的变化及 ADCC 活性与血清甲状腺微粒抗体（MCA）结合率的关系作了观察。实验结果发现，患者治疗前外周血 ADCC 活性与 MCA 结合率明显高于正常，且两者之间有明显的相关性。经艾灸治疗后，两者都显著下降，并仍保持相关性。提示艾灸治疗桥本氏甲状腺炎很可能与其降低甲状腺微粒体抗体和 K 细胞活性的作用有关。[60]

吴泽森观察了针刺治疗甲亢性突眼症前后眼球突出度、球后间隙、突眼症的眼征和症状及 24 小时尿 17-羟及 17-酮的变化，结果表明针刺治疗后其眼球突出度下降，球后间隙缩短，眼征和症状均明显改善，24 小时尿 17-羟排量均值均在正常范围，而 24 小时 17-酮排量均值治疗前均超过正常值，针刺治疗后显著下降，并恢复到正常范围。目前认为突眼症的形成与机体的免疫反应有关，由于眶内的自身免疫性眼外肌肌炎、淋巴细胞等的炎症浸润水肿，球后间隙的脂肪、结缔组织增大，使眶内压明显增高，致眼球突出及各种眼征，所以上述结果，提示针刺具有控制炎症，促进水肿消退和调整机体免疫功能的多种作用。[61]

【古训今释】

1 病名定义起源

《说文解字》中说："瘿，颈瘤也。从疒，婴声"。早在公元前 3 世纪，我国已有关于瘿病的记载。《庄子·德充符》中有"甕盎大瘿"之说；《淮南子·坠形篇》认为"险阻气多瘿"；《吕氏春秋·尽数篇》认识到："轻水所，多秃与瘿人"，认识到瘿病的发生与地理环境有密切关系。

瘿病之名首见于隋代巢元方的《诸病源候论·瘿瘤等病诸候·瘿候》："养生方云：诸山水黑土中，山泉流者，不可久居，常食令人作瘿病，动气增患"，临床表现为"初作与瘿核相似，而当颈下也。皮宽不急，重槌槌然是也"。并首次将其分 3 类：血瘿、息肉瘿、气瘿，对瘿病有了进一步认识。

唐代孙思邈在《备急千金要方》中结合瘿肿的病因及临床表现，将瘿病分为石瘿、气

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

瘿、劳瘿、土瘿、忧瘿5类。宋代赵佶在《圣济总录·瘿瘤门》中亦将本病分为5类，将《备急千金要方》分类中的“土瘿”称为“泥瘿”，并认为：“石与泥则因山水而得之，忧、劳、气则本于七情。”宋代陈无择在《三因极一病证方论·瘿瘤证治》中根据瘿瘤局部症状的不同，提出瘿病的另外一种分类方法：“坚硬不可移者，名曰石瘿；皮色不变，即名肉瘿；筋脉露结者，名曰筋瘿；赤脉交络者，名曰血瘿；随忧愁消长者，名气瘿。”

金代张从正在《儒门事亲》中将瘿病称为瘿囊；明代李梴在《医学入门·脑颈门·瘿瘤》中将瘿病称为瘿气或瘿囊；清代沈金鳌在《杂病源流犀烛·瘿瘤》中说：“瘿瘤者，气血凝滞，年数深远，渐长渐大之症。何谓瘿，其皮宽，有似樱桃，故名瘿。亦名瘿气，又名影袋。”至此，对瘿病已有了较完善的认识，即瘿病是发生于颈部的疾患，相当于西医学的甲状腺病。

另外，由于瘿病以颈前结块肿大为基本临床特征，所以除内科书籍外，在一些外科书籍里对本病亦作了很好的论述。如《外科正宗·瘿瘤论》认为其“初起自无表里之症相兼，但结成形者，宜行散气血。已成无痛无痒，或软或硬色白者，痰聚也，行痰顺气。已成色红坚硬，渐大微痒微痛，补肾气，活血消坚。”

在关于瘿病的上述分类方法中，以《三因极一病证方论》的分类方法更为切合实际，比较多用，而《备急千金要方》与《圣济总录》的分法则少有应用。现将石瘿、肉瘿、筋瘿、血瘿、气瘿分述如下。

1.1 气 瘿

有关气瘿，首见于隋代《诸病源候论》，记载的“气瘿之状，颈下皮宽，内结突起，腿腿然亦渐大，气结所致也”，认为其病机为“气结”。宋代《三因极一病证方论》认为“随忧愁消长者，名曰气瘿”。宋代《圣济总录》卷一百二十五中对气瘿之症状叙述较为详细：“论曰：瘿之初结，胸膈满闷，气筑咽喉，噎塞不通，颈项渐粗，囊结不解，若此之类，皆瘿初结之证也”，并论述五瘿：“论曰，石瘿、泥瘿、劳瘿、忧瘿、气瘿是为五瘿，石与泥则因山水饮食而得之，忧劳气则本于七情，情之所至，气则随之，或上而不下，或结而不散是也”，对五瘿之症状未予明确区分，从其成因来看，皆与气瘿相类似，治疗上“治五瘿，五瘿丸”，亦未以五瘿分治，由此可见，《圣济总录》所述之五瘿，实质上均为气瘿一类。至于唐代《外台秘要》有“崔氏云凡水瘿气瘿可差，石瘿不可治疗”之句，其中之水瘿亦为气瘿。综观上述文献，古代医家对疾病的命名，由于缺乏比较一致的命名标准，因此同一性质的疾病有不同的名称，故气瘿之病，又有“石瘿、泥瘿、劳瘿、忧瘿、水瘿”等记载。

总之，气瘿是发生于颈前结喉两侧，呈弥漫性肿大，边缘不清，皮色如常，按之柔软，偶有结块的非化脓性疾病。

1.2 肉 瘿

有关肉瘿之症状，古代文献记载不多。隋代巢元方在《诸病源候论》中提到的“息肉瘿”即为后世所谓之肉瘿，但未对其症状加以描述。《三因极一病证方论》仅云：“皮色不变，即名肉瘿”、明代陈实功在《外科正宗》中亦曰：“皮色不变曰肉瘿”，而后各著述均

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

无补充增添，施治亦基本相同。可见肉瘿是根据局部症状特点而命名的，其肿块较局限而柔韧，位于颈前结喉一侧或两侧，如肉之团，按之能随吞咽上下移动，发展缓慢，好发于青年及中年人，女多于男。

1.3 石　　瘿

我国古代对石瘿的症状、预后早有认识。《备急千金要方》中即有“石瘿”之名；《三因极一病证方论》中说：“坚硬不可移者，名曰石瘿”，说明其肿块坚硬如石且固定而不能移动；《外台秘要》有“崔氏云凡水瘿、气瘿可瘥，石瘿不可治疗”之记载，指出本病预后不佳。《圣济总录·瘿瘤门》中将石瘿与其它四瘿统称为五瘿，在症状及治疗方面未予明确区分，但在病因方面认为“石与泥因山水饮食而得之……”，认为石瘿是因常服高原地区含碘不足的山水所致，与《三因极一病证方论》、《外台秘要》的石瘿有一定的区别。由此可见，石瘿亦是根据其症状特点而命名，生于结喉部，质硬如石，表面凸凹不平，固定不移。本病较少见，对人的生命有一定威胁。

1.4 筋瘿与血瘿

血瘿之名首见于《诸病源候论》。《三因极一病证方论》云：“筋脉露结者，名曰筋瘿；赤脉交络者，名曰血瘿。”中医学筋的含义包括肌腱及静脉，故其所谓筋脉实指静脉，如气瘿或石瘿肿块肿胀过大，脉络受阻，气血运行失常则颈、胸部表浅静脉明显扩张，症见：“瘿块青筋显露，结如蚯蚓”，或“颈生瘿块，皮色紫红，上有交叉露现的赤脉红丝”(《简明中医辞典》)。可见，筋瘿与血瘿是气瘿、石瘿的合并症，而不是独立的疾病。

1.5 瘿　与　瘤

宋代以前医家常把瘿与瘤列为一篇，但分别加以论述。《备急千金要方·卷二十四·瘿瘤病第七》除论述瘿病证治外，还论述了瘤的证治分类：“陷肿散治二三十年……瘿瘤及骨瘤、石瘤、肉瘤、脂瘤、脓瘤、血瘤或息肉，大如杯杆升斗，十年不瘥……”，与瘿病截然不同。至宋代，一些外科医家观察到某些瘿病的表现与瘤病相似，常称为瘿瘤，但这个概念实际上是瘿病的一个类型。有些医家认为瘿与瘤病因相同，只是发病部位不同。如《三因极一病证方论·瘿瘤证治》认为：“夫血气凝滞，结瘿瘤者，虽与痈疽不同，所因一也。瘿多著于肩项，瘤则随气凝结”。《济生方·瘿瘤论》说：“夫瘿瘤者，多由喜怒不节，忧思过度而成斯疾焉。大抵人人气血循环一身，常欲无滞留之患。调摄失宜，气凝血滞为瘿为瘤，瘿多结于颈项之间，瘤则随气凝结于皮肉之中……”。明代李梴在《医学入门·脑颈门》中说：“瘿瘤本共一种，皆痰气结成，惟大小及生颈项遍身之殊耳”。清代陈实功认为二者一为阳证，一为阴证。至清代沈金鳌《杂病源流犀烛·颈项病源流》中提出：“是瘿瘤本异证也”，论其病机“瘿以忧愤耗伤心肺为重”，瘤以“有所劳欲，邪乘经气之虚而住留”为主，并强调水土因素致瘿的病理及其本人治瘿经验，总结经验方沈氏瘿囊丸，即认为瘿与瘤是两种截然不同的病证。瘿病生于颈部结喉处，发病与水土因素及情志因素有密切关系；瘤是生于体表的赘生物，随处可生，或发于皮肉之间，或发于筋骨之间，是内脏

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

功能失调而致瘀血、痰浊、滞气留于体表组织而引起的一种疾病。

2 病因学说

2.1 饮食和水土失宜

饮食失调，或居住在高山地区，水土失宜，一方面影响脾胃的功能，使脾失健运，不能运化水湿而生痰；另一方面影响气血的正常运行，痰气瘀结颈前则发为瘿病。如《吕氏春秋·尽数篇》说："轻水所，多秃与瘿人"；晋·张华《博物志》中有"山居多瘿"的记载；隋·巢元方在《诸病源候论》中指出："瘿者……亦由饮沙河水，沙随气人于脉，博颈下而成之"。并引《养生方》云："诸山水黑土中出泉流者，不可久居，常食令人作瘿病，动气增患"。清·沈金鳌《杂病源流犀烛·瘿瘤》："西北方依山聚涧之民，食溪谷之水，受冷毒之气，其间妇女，往往结囊如瘿"。各说均表明该病的发生与一定的地理环境有关。现代医学证实，此类瘿病是由于空气、水、食物、土壤中碘质缺乏所致，多属地方性单纯性甲状腺肿。

2.2 情志内伤

忧思郁虑或恼怒太过等情志失调是导致瘿病发生的另一重要原因。《诸病源候论·瘿候》："瘿者，由忧恚气结所生"、"动气增患"。宋·严用和《济生方·瘿瘤论治》亦说："夫瘿瘤者，多由喜怒不节，忧思过度，而成斯疾焉。大抵人之气血，循环一身，常欲无滞留之患。调摄失宜，气凝血滞，为瘿为瘤"。明《医学入门·瘿瘤篇》："瘿气，今之所谓瘿囊者是也，由忧虑所生。忧虑伤心，心阴虚损，证见心悸、失眠、多汗、舌质红。七情不遂，则肝郁不达，郁久化火生风，肝火旺盛，灼伤胃阴，阴伤则热，热则消谷善饥。若肝热犯脾，脾失运化，证为大便溏泄，消瘦疲乏"。说明由于长期忿郁恼怒或忧愁思虑，使气机郁滞，肝气失于条达。津液的正常循行及输布，均有赖于气的统率。气机郁滞，则津液易于凝聚成痰。气滞痰凝，壅结颈前，则形成瘿病。其消长常与情志有关，痰气凝滞日久，使血液的运行亦受到障碍而产生血行瘀滞，则可致瘿肿较硬或有结节。

2.3 体质因素

《医学人门》有："肾气亏损，邪乘经产之虚"之说。女子经期，胎前产后，绝经期肝肾精血不足，遇有饮食、情志等致病因素，常引起气郁痰结，气滞血瘀及肝郁化火等病理变化，故女性易患瘿病。另外，素体阴虚的人，痰气郁滞之后易于化火，更加伤阴，常使病程缠绵。

3 病 机

关于瘿病的病机，历代医家认识基本统一，认为瘿病以气、痰、瘀壅结颈前为主要病机，一般属于实证。病程久后，由实致虚，常出现阴虚、气虚的病理变化及相应的症状，而成为虚实夹杂的证候。其中以心肝阴虚尤为多见。另外还有肾气结实之说，下面分别论述。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3.1 气　结

隋·巢元方在《诸病源候论·瘿候》中说："瘿者，由忧恚气结所生"。宋·严用和《济生方》亦说："夫瘿瘤者，多由喜怒不节，忧思过度，而成斯疾焉。大抵人之气血，循环一身，常欲无滞留之患。调摄失宜，气凝血滞，为瘿为瘤"。说明由各种病因所致的气机不畅，凝结颈前而致瘿病，正如《外台秘要·瘿病》中所说："阴阳气相搏，遂停住喉中前不去……"。王怀隐在《太平圣惠方·瘿气咽喉肿塞》中较详细地论述了气结致瘿的病机："夫瘿气咽喉肿塞，由人忧恚之气在于胸膈，不能消散，搏于肺脾故也。今二经俱为邪之所乘，则经络否塞之气不能宣通，故令结聚成瘿"。

3.2 痰　凝

《医学入门·脑颈门》："盖瘿瘤本共一种，皆痰气结成"。《外科正宗》亦说："夫人生瘿瘤之症……乃五脏瘀血浊气痰滞所成"。由于饮食水土失宜，损伤脾胃，脾失健运，聚湿生痰，壅于颈前，多生瘿囊。另外肝气郁结，因气滞而致津液失于布散，凝聚成痰，痰阻又致血行不畅，日久又可化热或进一步伤及阳气，形成气、痰、血、火互瘀于颈前而致瘿病。

3.3 血　瘀

气滞日久则血行不畅，往往导致血瘀之证，瘀血与痰、气壅结颈前，致颈前结块肿大，即瘿肿形成。古代文献对此多有论述。如《三因极一病证方论》："夫血气凝滞成瘿瘤者，虽与痈疽不同，所因一也"。《外科正宗·瘿瘤论》中说："夫人生瘿瘤之症，非阴阳五气结肿，乃五脏瘀血、浊气、痰气而成。"

3.4 肝家湿盛

璐路王注《备急千金要方》衍文中说："五瘿总有肝家湿热留溢筋经之患"。认为瘿病的发病机理是肝家湿热之邪留溢于筋经。此观点未见其它医籍述及，有待进一步查考。

3.5 肾　气　实

有关瘿病肾气实的病机早在《诸病源候论》中已有所谓"忧愤思虑，动于肾气，肾气逆，结宿所生"的记载。《外台秘要·瘿病》中也有类似论述："小品瘿病者，始作与瘿核相似，其瘿病喜当颈下，当中央不偏两边也，乃不急腽然则是瘿也，中国人息气结瘿者但垂腽无核也。长安乃襄阳蛮人，其饮河水，喜瘿，有核瘰瘰耳无根，浮动在皮中，其地妇人患之肾气实，沙石性合于肾，则令肾实，故病瘿也。北方妇人饮河水者产乳甚难，非针不出，是由此家有不救者，良由此也。"这种观点的详细病理机制有待进一步研究。

4 治　法　论

晋代葛洪在《肘后备急方》中首先用昆布、海藻治疗瘿病，其后，对瘿病的治疗经验日益丰富。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

唐代孙思邈《备急千金要方》记载了10首治瘿方剂，《千金翼方》记载了9首治瘿方剂。两书的方剂中，皆着重用到海藻、昆布、羊靥（羊甲状腺）、鹿靥等药。并集针灸治瘿之大成，列举许多治法，如“诸瘿，炙肩髃”、“又炙风池百壮，侠颈两边”、“炙两耳后发际”，“通天主瘿，灸五十壮”等。其治法涉及化痰软坚、活血化瘀、清热解毒、温中化痰等法，剂型有汤剂、噙化剂、酒剂、外敷剂等。

宋代《三因极一病证方论》载：“五瘿皆不可决破，决破则脓血崩溃，多致夭枉”，指出对瘿病的肿块不要轻易施以刀针，以免引起严重后果。并载破结散（海藻、龙胆、海蛤、通草、昆布、枯矾石、松萝、麦曲、半夏）治石瘿、气瘿、劳瘿、血瘿、忧瘿等证。

唐代《外台秘要》收载治疗瘿病的方剂35首，其中大部分用到海藻、昆布或羊靥、鹿靥等，充分说明在晋、隋、唐时期，对含碘药物及动物甲状腺的使用已有相当认识。

金代张从正《儒门事亲·瘿》里指出以海带、海藻、昆布防治瘿病：“大瘿囊……以海带、海藻、昆布之味，皆海中之物，但得二味，投之于水甕中，常食亦可消矣。”明代李时珍在《本草纲目》卷十八指出黄药子“凉血降火，消瘿解毒”，并转引了《千金月令方》及《斗门方》用黄药子酒治病的方法：“项下瘿气，黄药子一斤，洗剉，酒二斗浸之。每日早晚当服一盏，忌一切毒物及戒怒，仍以线逐日度之，乃知其效也。”

明代陈实功《外科正宗·瘿瘤论》论述瘿瘤的主要治法是：“初起自无表里之症相兼，但结成形者，宜行散气血。已成无痛无痒，或软或硬色白者，痰聚也，行痰顺气。已成色红坚硬，渐大微痒微痛者，补肾气，活血消坚。”“治瘿瘤初起，元气实者海藻玉壶汤、六军丸，久而元气虚者，琥珀黑龙丹、十全流气饮选服，自然缩小消磨，切不可轻用针刀掘破，出血不止，多致立危，久则脓血崩溃，渗漏不已，终致伤人。”另外附方中的活血散瘿方，用“白芍、当归、陈皮、川芎、半夏、熟地、人参、茯苓、丹皮各一钱，红花、昆布、木香、甘草卢各五分，青皮、肉桂各三分”，此方以补益为主，辅以理气活血化瘀、补中寓攻，丰富了瘿病的治疗方法。

在《外台秘要》、《太平圣惠方》、《圣济总录》、《铜人腧穴针灸图经》、《针灸聚英》、《针灸大成》、《针灸集成》等书中针灸疗瘿的记载，以灸法为多见，针法使用较少。

金元至明清时期，多数医家认为瘿病的发病机理为气滞、血瘀、痰浊，治疗上在前人消瘿散结的基础上，增加了理气、活血、化瘀、扶正等治法，并创制了许多行之有效的方剂，如《外科正宗》的海藻玉壶汤、活血散瘿汤，《疡医大全》的琥珀黑龙丹、四海舒郁丸等，延用至今。

5 传统方剂

古代医家在临床实践中总结出许多行之有效的治疗瘿病的方剂，如明代李梴《医学入门·瘿瘤疣疣》：“瘿瘤或软或硬，无痛无痒，体实者，海藻散坚丸、海带丸。痰火盛者，舐掌散、神效开结散。此皆化痰行气破坚之剂，久虚者不可妄服”。《外科正宗·十二卷附录一卷》：“通治瘿瘤初起者，元气实者，海藻玉壶汤，六军丸；久而元气虚者，琥珀黑龙丹、十全流气饮选服。”兹分列如下。

(1) 五瘿方：治气瘿石瘿土瘿忧瘿等。(《备急千金要方·卷二十四》)

海藻、海蛤、龙胆、通草、昆布、矾石、松萝各三分，麦曲四分，半夏二分。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

上九味，治下筛，酒服方寸匕，日三。禁食鱼猪肉五辛生菜难消之物，十日知，二十日愈。

又方：

小麦麸一斗，海藻一斤，特生矾石十两。

上三味，以二年米醋小麦麸曝干，各捣为散，合和服一方寸匕，日四五服，药含极乃咽之。禁姜、五辛、猪、鱼、生菜、大吹、大读诵、大叫语等。

又方：

海松萝、海藻各三两，海蛤、桂心、通草、白敛各二两。

上七味，治下筛，服方寸匕，日三。

又方：

海藻、海蛤各三两，昆布、半夏、土瓜根、松萝各一两，通草、白敛、龙胆各三两。

上九味，治下筛，酒服方寸匕，日不得作重用方。

又方：

昆布二两

洗切如指大，醋渍，含咽汁，尽愈。

又方：

海藻一斤，小麦麹一斤。

上二味，以三年醋一升，搜麸末曝干，往反醋尽，合为散。酒服方寸匕，日三服。忌努力。

(2) 五瘿丸方：(《备急千金要方》)

菖蒲、海蛤、白敛、续断、海藻、松萝、桂心、蜀椒、倒挂草、半夏各一两，神曲三两，羊靥百枚。

上十二味，治下筛，以牛羊髓脂为丸，如梧桐子，日服三丸。

又方：

鹿靥。

以佳酒浸令没，炙干，内酒中，更炙，令香，含咽，汁味尽，更易，尽十具愈。

(3) 陷肿散：治二三十年瘿瘤及骨瘤、石瘤、肉瘤、脂瘤、血瘤或息肉大如杯杆升斗，十年不瘥，致有漏溃，令人骨消肉尽，或坚或软或溃，令惊悸，寤寐不安等。(《备急千金要方》)。

乌贼骨、硫黄各一分，钟乳、紫石英、白石英各二分，丹参三分，琥珀、附子、胡燕屎、大黄、干姜各四分。

上十一味，治下筛，以韦囊盛，勿泄气。若疮湿即傅，若疮干猪脂和傅，日三四，以干为度。若汁不尽者，至五剂止药，令人不痛。若不消，加芒硝二两佳。

又治瘿瘤方：

昆布、桂心、逆流水柳须各一两，海藻、干姜各二两，羊靥七枚阴干。

上六味为末，蜜丸如小弹子大，含化一丸咽津。

(4) 生肉膏：治瘿瘤溃漏及金疮。(《备急千金要方·卷二十四》)

当归、附子、甘草、白芷、芎藭各一两，薤白二两，生地黄三两。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

上七味咬咀，以猪脂三升半，煎白芷黄，去滓，稍以傅之，日三。

(5) 白头翁丸：治气瘿。(《外台秘要·卷二十三》)

白头翁半两，昆布十分，桂心三分，通草、海藻各七分，连翘、玄参各八分，白蔹六分。

上为细末，炼蜜和丸，如梧桐子大，每服五丸，用酒送下，忌蒜面生葱猪鱼。

(6) 破结散：(《三因极一病证方论》)

海藻、龙胆草、海蛤、通草、昆布、松萝、矾石各三分，麦曲四分，半夏、贝母各二分。

上为末，酒服方寸匕，日三。忌鲫鱼猪肉五辛生菜诸杂毒物，十日知，二十日愈。

(7) 宝金散：治瘿气。(《卫生宝鉴·卷十二方》)

猪羊靥十对（暖水洗去脂膜，晒干杵为细末），海藻、海带各二两，丁香、琥珀(研)、木香，麝香（研）各二钱半，真珠半两（研)。

上件先将丁香、木香、海藻、海带，杵为细末，入下项药末合和，再研细重罗过，每服一钱，热酒一盏调服，夜卧服，垂头而睡。有胎不可服。

(8) 入参化瘿丸：(《儒门事亲》)

海带、海藻并洗焙，海蛤焙、昆布、泽泻炒、连翘各等分，猪靥、羊靥各十枚。

上为末，蜜丸如芡实大，临卧噙化一二丸，忌油腻物，猪靥、羊靥，即猪羊外肾，乃囊中之卵也。

(9) 海藻散坚丸：治肝经瘿瘤。(《证治准绳·疡医·卷五》)

海藻、昆布各二两，小麦四两炒干，龙胆草二两。

上为末，炼蜜丸桐子大，每服二三十丸，临卧白汤送下，并噙化咽之。

(10) 二海丸：治气瘿。(《证治准绳·疡医·卷五》)

海藻、昆布各酒洗晒干。

右等分为末，炼蜜丸杏核大，稍稍咽汁，又用海藻洗净切片，油酢煮熟，作常菜食之。

(11) 消瘿散：治瘿气。(《证治准绳·疡医·卷五》)

海藻酒洗，海带酒洗，昆布酒洗，海马酒炙，海红蛤，石燕并煅，海螵蛸，各一两。

上为末，清茶下，兼服含化丸，兼炙相济，以收全功。

(12) 昆布散：治瘿气，去风火郁滞，散痰气壅结。(《证治准绳·疡医·卷五》)

防风，荆芥，黄连酒炒，昆布，海藻，海粉，羌活，升麻，连翘，青皮，胆星，贝母，牛蒡子炒，夏枯草，沉香，香附子，川芎，黄芩酒炒。

上薄荷煎服，或末或丸，俱可。痰多加南星半夏，又宜灸天突穴为妙。

(13) 玉壶散：治瘿瘤。(《证治准绳·疡医·卷五》)

海藻、海带洗、昆布、雷丸各一两，青盐、莪术各半两。

上等分为细末，陈米饮，丸如榛子大，噙化，以炼蜜丸亦好。

(14) 海带丸：治瘿气久不消。(《证治准绳·疡医·卷五》)。

海藻洗、贝母、青皮、陈皮各等分。

上件为细末，炼蜜丸如弹子大，食后噙化一丸效。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(15) 昆布散：治瘿气结肿，胸膈不利。(《证治准绳·疡医·卷五》)

昆布、海藻洗、松萝、半夏汤泡、细辛、海蛤细研、白蔹、甘草炙各一两，龙胆草、土瓜根、槟榔各二两。

上为细末，每服二钱，食后温酒调下。

(16) 神效开结散：治瘿疾不问年岁极验。(《证治准绳·疡医·卷五》)

沉香、木香各一两，橘红四两，猪靥了十对，珍珠四十九粒煅。

上为末，每服一钱，临卧冷酒调服，徐徐咽下。轻者三五服，重者一料全愈。修合用除日效，忌咸酸油腻等物。

(17) 海藻玉壶汤：治瘿瘤初起，或肿或硬，或赤不赤，但未破者服之。(《外科正宗·卷二》)

海藻、贝母、陈皮、昆布、青皮、川芎、当归、半夏、连翘、甘草节、独活各一钱，海带五分。

水二盅，煎八分，量病上下食前后服之。凡服此约耳，先断厚味大荤，次宜绝欲虚心者为妙。

(18) 十全流气饮：治忧郁伤肝，思虑伤脾，致脾气不行，逆于肉里，乃生气瘿肉瘤，皮色不变，日久渐大，宜服此药。(《外科正宗·卷二》)

香附八分，陈皮、赤茯苓、乌药、川芎、当归、白芍各一钱，青皮六分，甘草五分，木香三分，姜三片，枣二枚。

水二盅，煎八分，食远服。

(19) 海藻丸：治瘿瘤。(《证治准绳·外科》)

海藻洗晒、川芎、当归、官桂、白芷、细辛、藿香、白蔹、昆布洗晒、明矾煅各一两，海蛤煅、松萝各七钱半。

为细末，炼蜜丸如弹子大，每服一丸，食后吞咽下。

(20) 琥珀黑龙丹：治五瘿六瘤，不论新久，但未穿破者，并宜服之。(《疡医大全·卷十八》)

琥珀一两，血竭三两，京墨、五灵脂炒、海带、海藻、南星姜制炒各五钱，木香三钱，麝香一钱。

以上各为细末，和匀再研，炼蜜丸一钱重，金箔为衣，晒干密收，每用一丸，热酒一杯，量病上下食前后化服，如患在下部，服后随用美膳压之。

(21) 化瘿丹：治瘿。(《儒门事亲·卷十二》)

海藻、海带、海蛤粉、昆布、炒泽泻、连翘各等分，猪靥、羊靥各十枚。

为细末，炼蜜为丸，芡实大，每服二丸，临卧噙化。

(22) 守瘿丸：治瘿瘤结硬。(《证治准绳》)

通草二两，杏仁去皮尖研，牛蒡子各一合，昆布洗、射干、诃黎勒、海藻洗各四两。

上为细末，炼蜜丸如弹子大，每服一丸，食后噙化，日三。

(23) 活血散瘿汤：治瘿瘤已成，日久渐大，无痛无痒，气血虚弱者。(《外科正宗·卷二》)

白芍、当归、陈皮、川芎、半夏、熟地、人参、茯苓、丹皮各一钱，红花、昆布、木

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

香、甘草节各五分，青皮、肉桂各三分。

水二盅，煎八分，量病上下，服后饮酒一小杯。

(24) 海藻溃坚丸：治瘿气大盛，久不消散。(《卫生宝鉴·卷十三》)

海藻、昆布、龙胆草、海蛤粉、通草、贝母、松萝茶、桔矾各三钱，半夏二钱，神曲四钱。

为细末，炼蜜为丸，临卧服。

(25) 四海舒郁丸：治气瘿。(《疡医大全·卷十八》)

青木香五钱，陈皮、海蛤粉各三钱，海带、海藻、昆布、乌贼骨各二两。

为末和丸，每服三钱，酒或水调下，日三次。

(26) 消瘿五海饮：治瘿瘤。(《古今医鉴·卷九》)

海带、海藻、昆布、海蛤粉、乌贼骨各三两五钱，木香、三棱、莪术、桔梗、细辛、香附各二两，猪靥子七个（陈壁土炒去油，焙干）。

为末，每服七分半，食远米汤送下。

展　望

历代医家对瘿病的认识不断深入，逐渐形成了较完善的理论体系、丰富的实践经验和确切的临床疗效。展望未来，在许多方面应继续研究完善。

(1) 预防工作还应加强：目前虽然集中在某一地区大量发生的地方性甲状腺肿已不多见，但单纯性甲状腺肿大仍是一个分布较广泛、发病率较高的疾病。在离海远、海拔高的地区，尤其家族性发病的人群，除食用含碘盐外，应加强瘿病预防的宣传工作，并早期发现、早期诊断，以取得良好的治疗效果。

(2) 加强临床研究，开发有效的新药：目前有关瘿病辨证治疗的报道很多，其中不乏许多行之有效的药物，应进一步加强研究。应对有效的单方、单味药严格筛选、实验提纯，甚至生化合成，以增强药物的疗效，减轻其毒副作用。应分析复方方剂组成的合理性、各组成药物的作用及相互配伍作用，使方剂构成精当，通过大量临床观察，疗效确切后制成新药并广泛应用于临床。

(3) 进行科学的实验研究：有关瘿病的实验研究报道很多，尤其对甲亢的发病机理、辨证分型及治疗方药从实验室的各种指标上进行了检测和研究，如尿儿茶酚胺、尿17-羟皮质类固醇、血浆 cAMP 等指标的测定。但许多研究缺乏严谨的科学设计，缺乏系统性，这方面工作需进一步加强。

(尹　艳　耿乃志)

近现代参考文献

[1] 王永炎，等. 临床中医内科学. 北京：北京出版社，1996

[2] 马均祺. 瘿瘤丸试治甲状腺肿八十例初步观察. 中医杂志，1957 (6):06～308

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[3] 中国医学科学院北京协和医院内科内分泌组. 中华内科杂志, 1959 (12):1114~11130
[4] 唐英 中药治疗甲状腺肿块45例临床分析. 湖北中医杂志, 1987 (4):7~18
[5] 史定文, 等. 瘿宝煎治疗甲状腺疾患36例. 陕西中医, 1987 (8):349
[6] 聂有智. 脾胃型甲亢证治琐谈. 吉林中医药, 1992 (1):10
[7] 王炜. 内外合治亚急性甲状腺炎24例. 辽宁中医杂志, 1994 (10):461~462
[8] 汪世平. 亚急性甲状腺炎的中医辨证论治及临床观察. 新中医, 1989 (1):30~31
[9] 李廷冠. 散瘿汤治疗甲状腺囊肿12例. 广西中医药, 1992 (4):11~12
[10] 林乐雄. 软坚散结汤治疗良性甲状腺肿瘤68例体会. 新中医, 1993 (1):26~27
[11] 吴建华. 甲状腺腺瘤中医治疗近况. 中医药信息, 1993 (3):30~33
[12] 浙江中医学院学报编辑部. 甲状腺癌、皮肤癌. 浙江中医学院学报, 1990 (2):5~56
[13] 姚桂安. 抗癌散为主治疗晚期癌肿三例. 山东中医杂志, 1992 (3):31~32
[14] 张占元. 中药治疗甲亢经验介绍. 中医杂志, 1960 (3):22
[15] 夏少农. 益气养阴法治疗甲亢. 中医杂志, 1984 (9):47~49
[16] 王和臣. 甲亢疗效观察. 内蒙古中医药, 1987 (2):22~23
[17] 萧相如. 萧立渭治疗甲亢特色. 浙江中医杂志, 1989 (3):126
[18] 韩纯庆. 消瘿汤治疗甲亢症. 湖南中医杂志, 1989 (5):2~3
[19] 修宗伯. 甲亢症治验. 四川中医, 1991 (3):30
[20] 老玉铎. 甲亢证治浅谈. 中医函授通讯, 1993 (5):36~37
[21] 于延寿. 分阶段用药治疗甲亢82例. 1994 (1):50
[22] 刘国良, 等. 自身免疫性甲状腺疾病. 实用内科杂志, 1993 (11):652~653
[23] 许振亚. 亚急性甲状腺炎治验两例. 陕西中医, 1985 (9):409~410
[24] 郑翔. 亚急性甲状腺炎治验1则. 山西中医, 1993 (6):28
[25] 林思慈. 中西医结合治疗亚急性甲状腺炎30例. 陕西中医, 1993 (10):439
[26] 刘英敏. 桥本氏甲状腺炎的临床处理. 实用中西医结合杂志, 1994 (3):134~135
[27] 方药中, 等 实用中医内科学. 上海: 科学技术出版社, 1985. 493~498
[28] 顾伯华, 等. 实用中医外科学. 上海: 科学技术出版社, 1985.
[29] 张伯臾. 中医内科学. 上海: 科学技术出版社, 1985. 218~221
[30] 王方希. 对儿种常见疾病舌象的临床观察分析. 实用中医内科杂志, 1990 (4):5~46
[31] 赵棻 甲状腺机能亢进症证治. 中医杂志, 1987 (1):16
[32] 姜浩. 辨证治疗甲状腺机能亢进症30例临床疗效观察. 北京中医学院学报, 1984 (6):15
[33] 夏睿明. 中医治疗甲状腺功能亢进22例小结. 重庆医药. 1981 (2):17
[34] 卞卫和. 许芝银老中医治疗甲状腺囊肿的经验. 陕西中医, 1992 (10):28~30
[35] 许芝根. 亚急性甲状腺炎的辨证与治疗. 上海中医药杂志. 1991 (12):23~24
[36] 张阎珍. 80例甲状腺结节的中西医结合治疗. 福建中医药, 1988 (1):19~20
[37] 汝丽娟, 等. 甲状腺肿块内服治疗五法. 上海中医药杂志, 1986 (8):12
[38] 许芝银. 116例甲状腺肿块临床治疗总结. 上海中医药杂志, 1985 (7):26
[39] 鲁贤昌. 甲亢的中医辨治. 浙江中医学院学报, 1994 (3):10~11
[40] 余惠民. 从肝论治甲亢. 广西中医药, 1986 (5):23~24
[41] 郑陆亭. 许芝银老师治疗亚急性甲状腺炎五法. 南京中医学院学报, 1990 (1):0~31
[42] 伍锐敏. 甲状腺疾病的中医治疗. 北京: 人民卫生出版社, 1986.
[43] 刘瑞萍. 浅谈气郁型瘿病的证治. 实用医学杂志, 1994 (1):53
[44] 陈梅湘. 复方甲亢宁治疗甲状腺机能亢进症30例临床观察. 湖南中医学院学报, 1989 (1):31~32

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[45] 伍锐敏，等．甲亢治疗中含碘方药使用问题．中医杂志，1989（1）:58
[46] 冯建华．黄药子引起中毒性肝炎2例报告．山东中医杂志，1989（2）:30
[47] 李永祝．消瘿口服液的研制．中药材．1992（7）:38
[48] 芮家泉．雷公藤临床新用．南京中医学院学报，1994（2）:59～60
[49] 王秀菊．雷公藤多甙治疗亚急性甲状腺炎8例．安徽中医学院学报，1994（3）:13
[50] 刘国应．20种单味中药临床新用．实用中医药杂志，1993（1）:35～37
[51] 吴勇．软坚散结话神曲．云南中医药杂志，1986（4）:44～45
[52] 钟永亮．肝主疏泄与甲亢病机关系初探．湖南中医学院学报，1994（3）:14～16
[53] 杜翠芬．甲亢辨证分型与甲皱微循环 T_3 T_4 FT_4 I、吸^{131}碘率的关系探讨．广东医学，1991（1）:36～37
[54] 陈汉平．对甲亢阴虚证的细胞免疫观察．上海中医药杂志，1984（10）:46～47
[55] 赵伟康，等．甲亢患者阴虚火旺证的初步研究，上海中医杂志，1982（7）:43～45
[56] 赵伟康，等．甲亢阴虚火旺证患者肾上腺皮质激素代谢的初步观察．上海中医药杂志，1984（10）:48～49
[57] 何金森，等．甲亢阴虚火旺与气阴两虚证的初步探讨．中医杂志，1983（9）:67～69
[58] 蒋冰冰，等．甲亢病人血浆 cAMP 含量变化与辨证分型的关系．上海中医药杂志，1984（7）:39～41
[59] 孟凡江，等．昆明山海棠降低桥本氏甲状腺炎患者血清 TMAb 和 TGAb 水平的研究．陕西医学杂志，1992（5）:261～262
[60] 胡国胜．等．艾灸对桥本氏甲状腺炎患者外周血 ADCC 活性的作用．中西医结合杂志，1991（7）:403～404
[61] 吴泽森，等．针刺治疗甲亢性突眼症及对尿 17-羟、17-酮的影响．中医杂志，1983（10）:51～53

03461 今日中医内科（……）

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❊ 积　聚 ❊

积聚是由于正气亏虚，脏腑失和，气滞、血瘀、痰浊蕴结腹内而致，以腹内结块，或胀或痛为主要临床特征的一类病证的统称。但积和聚有着不同的病情和病机：积者，触之有形，固定不移，痛有定处，病属血分；聚者，触之无形，聚散无常，痛无定处，病属气分。积聚涉及腹腔脏器多种疾病，临床上与西医学的腹腔肿块性疾病相似，主要包括胃肠功能紊乱、不完全性肠梗阻、肠扭转、肠套叠、肝脾肿大、腹腔肿瘤、多囊肾等。由于它们的病变性质、病变部位不同，故各自伴发的症状和特征亦有异，当然各病的预后及转归性质不同。聚证的预后一般较好；而积证的预后一般较差，尤其是属于西医学恶性肿瘤类疾患，后期常伴发鼓胀、黄疸、呕血、昏迷等危急重症。经过长期的临床实践，中医学对积聚的治疗积累了丰富的经验，形成了具有自身特色的理论认识，尤其是扶正祛邪、攻补兼施的治疗思想及有关的一系列方药，对减轻甚至治愈积聚病证具有重要的意义。中医学者利用现代科技手段从多方面证实了中医中药在抗肿瘤、防治肝纤维化、调节免疫功能等方面的作用，丰富了中医理论。

【今日临床】

1　诊断标准

关于积聚的诊断目前尚无统一确定的标准。笔者参考1985年方药中等主编的《实用中医内科学》及1997年王永炎主编的规划教材《中医内科学》，结合多年的临床经验拟定了下述积聚中医诊断标准。

1.1　病名诊断标准

主症：积证表现为腹内结块，固定不移，并且结块大多由小渐大，由软渐硬，初觉胀痛，继则疼痛逐渐加剧；聚证则见腹中气聚，攻窜胀痛，时聚时散，或有条索状物聚起在腹部。

次症：腹痛、腹胀、恶心呕吐、食欲不振、大便不调等消化道症状。倦怠乏力、时有寒热、心悸气短、消瘦、失眠等全身症状。病程中可出现黄疸、呕血与黑便、便血、剧烈呕吐、水肿和鼓胀。

发病特点：积证多起病隐袭，有一个逐渐形成的过程，病情较重；聚证多突然起病，病情较轻。积证以中老年居多，男性多于女性；聚证则以青少年居多。

病史特点：积证病程较长，逐渐加重；聚证病程较短，有反复发作史。

诱发因素：本病多因情志失调、外感、过度饮酒、饮食失调等诱发或加重。

理化检查：结合病史做B超、CT检查、胃肠钡剂X线检查、纤维内镜检查、腹腔镜或肝穿刺活组织检查等有助于诊断。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

具备上述主症，参考其它项即可诊断积证或聚证。

1.2 证类诊断标准

1.2.1 聚证

肝郁气滞 腹中气聚，攻窜作痛，时聚时散，脘腹之间时或不适，苔薄，脉弦。

寒凝气滞 腹中气聚，得寒则气聚而痛甚，得热则气散而痛消，形寒肢冷，尿清便溏，舌淡苔白，脉迟紧。

食痰阻滞 腹胀或痛，便秘纳呆，时有如条索状物聚起在腹部，重按则胀痛更甚，舌苔腻，脉弦滑。

1.2.2 积证

气滞血阻 腹部或胁下积块软而不坚，固着不移，胀痛并见，脘腹痞闷，食后作胀，舌质青或见瘀斑，苔薄，脉弦。

瘀血内结 腹部积块明显，逐渐增大，按之较硬，痛处不移，面色晦黯，形体日瘦，纳减乏力，时有寒热，女子或见月事不下，舌质紫黯或见瘀点、瘀斑，舌苔薄，脉细涩。

痰食瘀滞 脘腹之内，有成形结块，固定不移，按之作痛，腹胀不舒．食少痰多，或皮下有瘀点，面色少华，舌质晦黯或有瘀斑，舌体胖，苔腻，脉弦滑。

正虚瘀结 腹内积块日久、坚硬，疼痛加重，形体消瘦，面色萎黄或黧黑，食少纳呆，神被乏力，舌质淡紫或光剥无苔，脉弦细。

2 中心证候特征

气滞、血瘀、痰浊蕴结腹内所引起的相关的肿块是积聚的证候特征。其主症为腹内结块，或胀或痛。但积和聚又分别有不同的临床特征。积证表现为腹内结块，固定不移，并且结块大多由小渐大，由软渐硬，初觉胀痛，继则疼痛逐渐加剧，常伴有饮食减少，倦怠乏力，病情较重者甚至面色萎黄，形体日渐消瘦。积证一般病程较长、病情较重，后期一般虚损症状均较突出。积块部位不同，标志着所病脏腑不同，应加以鉴别。脘腹部积块主要见于胃和肝的病变。右胁腹内积块伴见胁肋刺痛、黄疸、纳呆、腹胀等症状者，病在肝；胃脘部积块伴见反胃、呕吐、呕血、便血等症状者，病在胃；右腹积块伴腹泻或便秘，消瘦乏力，以及左腹积块伴大便次数增多，便下脓血者，病在肠。积块的性质不同亦有着不同的病机。积块较小、质地较软，多属气郁血阻；积块渐增大，质地较硬，痛处不移，常属瘀血；积块较大，质地坚硬，疼痛剧烈，伴有食欲大减，神疲乏力，属于正虚而痰食瘀结之甚。

聚证则表现为腹中气聚，攻窜胀痛，时聚时散，或有如条状物，聚起在腹部，伴胁痛，脉弦。因恼怒、抑郁加重者，属肝郁气滞；得寒则气聚痛甚，得热则气散而痛消者，属寒凝气滞；伴便秘，纳呆，苔腻，脉弦滑者属食浊阻滞。一般聚证病程较短，全身症状亦不如积证明显。

积证初期舌质无明显改变，或仅有舌边紫黯，随着病情的进展，舌质可淡紫、瘀斑或紫黯，后期由于正气渐虚，而舌质转淡。舌苔多无明显改变，夹湿邪停滞者可见腻苔，晚期胃阴大伤之时可见舌光无苔。脉象以弦脉多见，尤初期多见。瘀血为主者可见涩脉，如

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

兼见血虚时可出现细脉或弦细脉，后期虚象明显时可见细数之脉。

3 病　因

3.1 原发病因

正气虚衰　年老体衰，或久病气血亏损，元气耗伤，形体虚弱，正气不足，气血皆虚，运行迟缓，则每遇邪犯，易罹郁滞为患，气滞血瘀或痰湿阻于腹内则成积聚。

情志所伤　情志抑郁，肝气不舒，脏腑失和，气机阻滞或逆乱，聚而不散，则成聚证；若气滞不能帅血畅行，以致瘀血内停，脉络受阻，结而成块者，则成积证。

酒食所伤　饮酒过度或饮食不节，嗜食肥甘厚味，煎煿辛辣之品，损伤脾胃。脾失健运，不能输布水谷之精微，则聚而成痰，痰阻气机，滞而不畅，则成聚证；若气滞使血行不畅，脉络壅塞，痰浊与气血相搏，结而成块，则成积证。或因饮食不调，因食遇气，食气交阻，气机不畅而成聚证。

邪毒侵袭，留着不去　寒湿、湿热或邪毒长时间地作用于人体，或侵袭人体之后留着不去，导致受病脏腑失和，湿痰内聚，阻滞气机，滞而不畅，则致聚证；若气滞痰阻，障碍血行，脉络瘀滞，则成积证。

3.2 继发病因

瘀血　多因正气虚衰，气虚运行无力，脉络瘀滞。或因情志不舒，气滞进而导致血瘀。或痰湿邪毒阻塞气机，血运不畅而成血瘀。瘀血内停，经隧不利，脉络瘀阻，因而成积。

痰浊　多因脾失健运，不能输布水谷之精微，则聚而成痰，痰浊夹气、夹瘀阻滞经络则成积聚。

水湿　多因脾失健运，脾阳虚衰，水湿不化，与气血搏结，经络阻滞，日久成积。

它病转归，日久成积　黄疸病后，或黄疸经久不退，湿邪留恋，阻滞气血；或久疟不愈，湿痰凝滞，脉络痹阻；或感染血吸虫，虫阻脉道，肝脾气血不畅，脉络瘀阻。以上几种病证，日久不愈，均可转归演变为积证。

3.3 诱发因素

饮食不节、情志因素及感受外邪可诱发或加重本病。

4 病　机

4.1 发　病

本病起病急缓不一，一般聚证起病较急，病程较短，可于短时间内由于饮食不节、偶感寒湿及情志不舒等因素而引起，脘腹之内气聚，攻窜作胀，结块按之柔软，聚散无常，时或疼痛，痛无定处。随着病因去除，聚证随之缓解。积证一般起病较缓，可由聚证转化而成，或不经聚证而直接成积者，大多有一个逐渐形成的过程。积块出现之前，相应部位

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

常有疼痛，或兼恶心，呕吐，腹胀，以及倦怠乏力，胃纳减退，逐渐消瘦等正气亏虚的症状。

4.2 病 位

积聚病在腹部，随积块的位置不同所病脏腑亦有异，一般心下属胃，两胁及少腹属肝，大腹属脾。

4.3 病 性

聚证以实证居多；而积证大体上可以分为初、中、末3期。不同时期虚实性质不同，一般初期正气未全大虚，邪气虽实而不甚；中期正气渐衰而邪气渐甚；末期正气大虚，而邪气实甚。邪实以气滞、血瘀、痰浊、湿浊阻滞为主，气虚、血虚、阴虚及阳虚于病程中均可见到。

4.4 病 势

聚证初起时，仅见腹中气聚，攻窜作胀，结块按之柔软，聚散无常，时或疼痛，属脏腑失调，气机阻滞，络道不通，病情尚轻。如聚证日久，反复发作，转成积证。积证初起未经治愈，疾病可进一步转向中、末期，邪气渐盛，正气益衰，病势日趋严重，并可出现一些危急症，如呕血、便血、黄疸、顽固性呕吐。

4.5 病机转化

聚证初起，病机以气机阻滞为主，兼夹寒、痰、食邪，使脏腑气机失于调达。如积极治疗加之调理情志，避免精神刺激，疾病多可治愈。但应注意观察病人服药后情况，如经过积极、合理的治疗仍不能奏效或加重，则需考虑外科手术治疗（一般观察时间不应超过12～24小时，以防肠梗阻、肠坏死等）。

积证病机主要是气滞而导致血瘀内结，而湿热、风寒、痰浊均是促成气滞血瘀的间接因素，正气虚弱是积证形成的内在因素。因而其病机转化亦与人体正气盛衰密切相关。初期正气未致大虚，瘀血、痰浊、湿热之邪虽实而不甚，经过积极辨证论治，瘀血去，湿热除，痰浊化，正气渐复，积块渐消或除；若失治、误治，病邪日甚，瘀血、痰浊、湿热等邪阻滞气机，脉络不通，正气渐虚，正虚邪实，气虚血瘀更甚，则积块增大更甚。如病情进一步发展，脾胃运化日衰，影响精血化生，正气愈虚，邪气更实，则积块留着不易消，而成末期正气大虚、邪气实甚之象。

积证病至中晚期可因血热妄行、气不摄血或瘀血内停而呕血、黑便；湿热蕴阻中焦或肝胆郁滞，胆汁外溢而出现黄疸；如水湿泛滥，亦可出现腹满肢肿等；因胃失和降，胃气上逆而剧烈呕吐。这些证候对积证而言属于标证，确属危急重症，应予重视。

4.6 证类病机

肝气郁滞 肝失疏泄，气结成形作梗或气机逆乱，故以腹中气聚，攻窜胀痛为主，气散则胀痛即止，时作时止为其特点，伴胃脘之间时或不适，脉弦。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

寒凝气滞 脾胃素有虚寒，又食寒饮冷，或外感风寒之邪，寒凝气滞，气机不畅，以致聚证。寒性收引，主凝聚，气聚不行则郁结作痛。得寒则气聚更甚故痛增，得热则气散故痛止。寒邪内侵，阳气被遏，不能外达肌表故形寒肢冷。中焦有寒，故尿清，便溏。舌苔白，脉迟紧主寒象。

食痰阻滞 因酒食不节损伤脾胃，运化失常，聚湿生痰，阻滞气机，气机不畅则生聚证，表现为腹胀或腹痛，时有条索状物聚起在腹部。气机不利，胃纳减少，大肠传导不利则出现便秘，舌苔腻，脉弦滑为食痰内停，气机阻滞之象。

气滞血阻 常因外感邪气留滞肝经，或情志不畅，肝气郁结。肝郁日久导致血液郁阻则成积证，表现为胁下积块，固定不移。血瘀气阻，气血运行不畅，不通则痛，故胁肋胀痛并见。气结血瘀尚在初期，故积块软而不坚。舌质青或有瘀斑，脉弦主肝郁。

瘀血内结 本证因气聚日久，血行不畅，瘀血渐成；或因大病之后，正气耗散，血运迟缓渐成瘀血内结；或因湿热内蕴，气血聚结，日久瘀结内停；或因产后瘀血不尽，瘀血日久渐结成积。因血瘀日甚，积块渐增大且变硬，按之剧痛。正气渐耗损，脾气虚弱，运化失常则见食少乏力。气滞血瘀，营卫失调故时有寒热。面色晦黯、舌紫、脉涩均为内有瘀血之征。妇女尚可见经闭或月经失调。

痰食瘀滞 因脾胃素虚，伤于饮食，食积于内，阻滞气机升降，水湿不能正常运化，停积而为痰为饮，痰食互结，发为积证。痰食瘀有形之物结于体内，故见腹内结块，固定不移，触之痛。痰食内阻，气机不舒，则脘闷腹胀。脾失健运，故食少痰多。舌质晦黯、有瘀斑、舌苔腻、脉弦滑主痰食瘀内结。

正虚瘀结 本证发于久病不愈，脾肾两虚、气血虚弱的患者，气血不足以致运行不畅，导致痰食瘀结于腹中而成积；而积证日久，更损伤正气，以使瘀滞更甚。二者互为因果。久病不愈，积块日久，血络瘀阻，痰食互结更甚，故日益坚硬；久病体虚，正气损耗，故形瘦食少，神疲乏力，面色萎黄；舌紫为有瘀血之证，脉细弦为津枯液少，气血耗伤之象。

5 临证思路

5.1 抓住主诉

腹中气聚，攻窜作痛，时聚时散属聚证；腹内积块，固定不移，并有胀痛或刺痛属积证。

5.2 分析病位

积聚之证病位主要在中医的肝脾两脏，但与胃肠相关。积块的部位不同，标志着所病的脏腑不同，临床症状、治疗方药也不尽相同，故应加以鉴别：胁腹积块伴见胁肋刺痛、黄疸、纳呆、腹胀等症状者，病在肝；胃脘部积块伴见反胃、呕吐、呕血、便血者，病在胃；左胁腹积块伴见患处胀痛、疲乏无力，出血者，多为病在肝脾；右胁腹积块伴见大便次数增多，脓血便者，其病位多在肠。辨别积块的部位，可以及早发现病变，并加强治疗的针对性。结合病史做 B 超、CT 检查、胃肠钡剂 X 线检查及纤维内窥镜检查等有助于确

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

定病位。

5.3 确定病性

积聚的形成与人体正气的强弱密切相关。积聚为本虚标实之证，以正虚为本，以气滞、血瘀、痰食、湿浊为标。初期多以标实为主，随着病情的进展则表现为虚实夹杂，后期则正气大虚而邪气实甚。结块发于胁下，初起软而不坚，胀痛或压痛，伴脘闷、纳呆、嗳气、恶心、口苦、眩晕多属气滞；病久不愈，积块渐肿大明显，质地较硬，且固定不移，疼痛剧烈而多为刺痛，或面色黧黑，肌肤甲错，舌青紫或有瘀斑，脉弦或涩则属血瘀之象。积块发于胃脘或脐腹部位，胃脘胀满闷痛，压痛拒按，食欲不振多属痰食所致；积块位于脐腹或下腹，按之软，且随体位变化或大或小，平卧时可不显著，站立时则明显可见，多为隐痛，脘腹胀满，食欲减退，大便不实，或形体消瘦，四肢倦怠，面色萎黄，舌质淡，脉细者，则属中气虚损。

积聚的病因相同，而病机、证候有别。积证可由聚证转化而成，亦可不经聚证而直接成积证。

6 鉴 别

痞满 又称心下痞。关于痞满，《伤寒论》有明确的记述，指患者自觉脘腹痞塞不通、满闷不舒为主要症状，但在检查时，腹部无气聚胀急之形可见，更不能扪及坚硬包块，临床上以此与积聚相鉴别。

石瘕 下腹部的积聚，应注意和石瘕相鉴别。石瘕虽属积之范畴，且都有腹部积块的共同表现，但本篇所述属内科疾病。石瘕指生于胞宫的肿块，多发于30岁以上的妇女，表现为胞宫逐渐增大，质硬，一般无触痛。经血量多，有血块，经期延长或淋漓不断，月经周期紊乱，白带增多，有时为血性或脓样，有臭味。患者不易受孕，即或受孕亦易流产。

鼓胀 鼓胀以肚腹胀大，鼓之如鼓为临床特征。其与积聚的相同点是腹内都有积块，不同的是鼓胀除腹内积块外，更有水液停聚，肚腹胀大，腹壁青筋暴露。腹内有无水液停聚是二者的鉴别要点。

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 聚证

7.1.1.1 肝郁气滞

临床表现：腹中气聚，攻窜作痛，时聚时散，脘腹之间时或不适，苔薄，脉弦。

病机分析：由于七情失和，肝气不舒，气机阻滞，则腹中气聚，攻窜胀痛。气散则胀痛即止。肝木克脾，故见脘胁不适，脉弦为肝气不舒，气机不利之象。

转归：本证与情志因素相关，经调理情志或以药物疏通气机，该证可于短时间痊愈。但如长期反复发作则气滞渐可形成血瘀，由无形到有形，则证由聚证转为积证。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治法：疏肝解郁，行气消聚。

方药：逍遥散(《太平惠民和剂局方》)。

柴胡　白芍　薄荷　当归　白术　茯苓　炙甘草　煨姜

加减：若气滞较重，症见胁肋胀痛，嗳气，善太息，可酌加香附、青皮、广木香、佛手、枳壳、川楝子以疏肝理气；若肝郁化火，症见头痛，头晕，面红目赤，口苦而干，烦躁易怒，胁肋胀痛，尿黄而干，舌红苔黄，脉弦数，可酌加丹皮、栀子、黄芩、龙胆草、菊花、石决明、夏枯草等以清肝泻火；若肝气横逆犯胃，症见脘腹胀痛，恶心呕吐，呃逆嗳气，善太息，脉弦，可选加陈皮、半夏、砂仁、麦芽以和胃降逆；若肝气横逆乘脾，症见两胁胀痛，脘腹满闷，烦躁易怒，纳差便溏，神疲乏力，舌苔白腻，脉弦缓，可选加党参、白术、薏苡仁、车前草以健脾利湿；若气滞日久，致使血瘀，症见腹痛如刺，痛处不移，入夜尤甚，舌质紫黯，脉象沉涩，可选加延胡索、莪术、桃仁、丹参、红花、赤芍以活血化瘀；若肝郁气滞，伴寒湿中阻，症见脘腹痞满，食少纳呆，舌苔白腻，脉弦缓者，可用木香顺气散(《沈氏尊生书》)以温中散寒，行气化湿。

用于疏肝行气、消聚止痛的方剂还有：

(1) 平肝消瘕汤 (《辨证录》)：柴胡、白芍、枳壳、半夏、白术、神曲、当归、鳖甲、山楂。

(2) 排气饮(《景岳全书》)：陈皮、藿香、枳壳、香附、乌药、厚朴、泽泻、木香。

(3) 木香调气散(《杂病源流犀烛》)：乌药、香附、枳壳、陈皮、青皮、厚朴、川芎、苍术、木香、砂仁、肉桂、甘草、生姜。

(4) 散聚汤(《类证治裁》)：茯苓、陈皮、半夏、甘草、当归、杏仁、桂心、槟榔。

临证参考：本证乃由情志因素，伤及于肝，使肝脏疏泄功能失常，气结不行或气机逆乱所致。气机不行多由肝气郁结，疏泄不利，使气机郁滞，以致成聚；而气机逆乱多由肝气横逆，气行逆乱，滞而成聚。二者病机不同，存在着相应的太过、不及之异。肝气郁滞，当以疏之、散之，使肝气疏畅条达，而气行则已。治疗当以辛散之品，如柴胡、薄荷、香附、青皮、郁金、枳壳之属以疏肝解郁；肝气横逆则应缓之、和之，使肝气和畅，气平则已。治疗除用调气药物外，还应选入酸、甘之味，如白芍、当归、甘草之类以缓肝之急，柔肝之体，使疏泄不致过极。这在临床之中，尤须注意。

另外，疏肝理气之药，大多辛香而燥。若久用、重用则能消耗津液，损伤正气。因此，临床须酌情使用，适可而止。尤其对年老体虚、素体阴虚、血虚及阳亢火旺者，更须注意。临床须根据患者的不同体质，选用适当的药物，精当配伍。同时，还须选用佛手、川楝子之类行气解郁而不伤阴的药物。于辛散理气之剂中加川楝子一味味苦性寒之品，疏肝气、泄肝火，即能协助诸辛散之品更好地发挥理气之效，又能防止过用辛散、温燥之品耗气、散气、化热伤津之弊。

由于本证与情志因素相关，因此嘱患者心胸开阔，避免精神刺激，并经常进行适当的体育活动，以增强体质配合治疗。本证攻窜作痛缓解后，可以疏肝理气之逍遥散调理善后。

7.1.1.2　寒凝气滞

临床表现：腹中气聚，得寒则气聚而痛甚，得热则气散而痛消，形寒肢冷，尿清便

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

溏，舌淡苔白，脉迟紧。

病机分析：因脾胃素有虚寒，又食寒饮冷，或外感风寒之邪，寒凝气滞，气机不畅，以致聚而为病。寒主收引，主凝聚，气聚而不行，气不行则郁结作痛。得寒则气聚更甚故痛增，得热则气散而痛止。寒邪内侵，阳气受损，不外达肌表故形寒肢冷。尿清便溏主中焦有寒，脉迟为寒、紧主痛，舌苔白亦为寒象。

转归：该证因素有脾胃虚寒，又外感风寒或食凉饮冷而成，故于病未发之时宜调理脾胃，且避免食生冷寒凉之品，即病之后积极调治，病可转愈。

治法：温中止痛，行气散寒。

方药：大建中汤(《金匮要略》)。

人参　饴糖　干姜　蜀椒

加减：寒甚者加乌药、附子；气滞甚者加枳壳、厚朴；脾胃虚寒加党参、白术；痰多饮停者加茯苓、半夏；四肢不温加桂枝、附子；若见胸脘痞闷，不食，嗳气或呕吐者，是寒夹食滞，可酌加枳壳、神曲、鸡内金、半夏、生姜以消食导滞，和胃降逆；轻者可用局部温熨或服生姜红糖水即可止痛。

临证参考：若为风寒气滞，症见胃脘气聚，胀痛，喜暖，胸脘痞闷，不思饮食，形寒身热等，为内有气滞，外有风寒，治宜理气散寒疏风，方用香苏散(《太平惠民和剂局方》)加减，方由香附、紫苏、陈皮、甘草组成，或内服生姜、胡椒汤以散寒止痛；若症见脘中气聚胀痛，喜温，脘腹满闷，四肢欠温，恶心欲吐，舌苔薄白而腻等，乃外感寒邪，内伤生冷，寒湿阻遏，胃气郁滞，治宜散寒、疏表、化湿，方用藿香正气散(《太平惠民和剂局方》)加减；若见五更泻，腹胀不欲食，舌淡，苔白或腻，为脾肾阳虚夹气滞，治宜温脾化湿、行气化瘀，方用温土消瘕汤(《辨证录》)。方中巴戟、肉桂温补命门之火，火旺则阴霾自灭，人参、白术、茯苓健脾利湿，湿去而土燥温和，枳实、山楂行气化瘀；另可以丁香研成细末，加75%酒精调和，或以温水调和，敷于脐或脐周。

一般选择温中止痛，散寒消聚的方剂还有：

(1) 东垣肥气丸(《医灯续焰》)：柴胡、黄连、厚朴、炙甘草、川椒、广茂炮、昆布、人参、皂角、白茯苓、川乌、干姜、巴豆霜。

(2) 大七气汤(《医学入门》)：三棱、莪术、青皮、陈皮、桔梗、藿香、益智仁、香附、肉桂、甘草。

(3) 散聚汤(《三因极一病证方论》)：半夏、槟榔、当归、橘皮、杏仁、桂心、茯苓、炙甘草、炮附子、川芎、枳壳、姜厚朴、吴茱萸。

本证气聚发作期应采用局部温熨，饮生姜红糖水，勿食凉饮冷，继而服药以温中祛寒，待气聚，疼痛缓解后应进一步调理脾胃，使之健运，可选用黄芪建中汤(《金匮要略》)，同时食温性食品、果品，调情志，使疾病减少发作或根除。

7.1.1.3　食痰阻滞

临床表现：腹胀或痛，便秘，纳呆，时有如条状物聚起在腹部，重按则胀痛更甚，舌苔腻，脉弦滑。

病机分析：酒食不节，饥饱失宜，损伤脾胃，脾失健运，不能输布水谷之精微，湿浊凝聚成痰，痰阻气机，气聚不散则腹部时有条状物聚起，腑气不通则见腹胀或痛，便秘，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

纳呆。舌苔腻为痰食内阻之象，脉弦滑为痰湿与气滞之象。

转归：本证有明显的饮食不节病史，多在暴饮暴食或食入不洁之物后即发生或数小时后发生。一时的饮食所伤，可通过药物的调理及饮食的改善而很快解除。如果长期反复的饮食刺激伤及脾胃，进而滋生痰饮水湿，与气血相阻，滞而不去，加重病情，可形成积证。

治法：导滞通便，理气化痰。

方药：六磨汤加减(《证治准绳》)。

大黄　枳实　槟榔　沉香　木香　乌药

临证参证：若痰湿较重，兼有食滞，腹气虽通，苔腻不化者，可用平胃散(《太平惠民和剂局方》)加山楂、六曲等以健脾消导，燥湿化痰；若患者有经常发作史，因蛔虫结聚，阻于肠道所致者，可配服乌梅丸(《伤寒论》)，方由乌梅、黄连、黄柏、人参、当归、附子、桂枝、蜀椒、干姜、细辛组成。

聚证虽以实证多见，但反复发作，脾气损伤，运化无力，这样更易发生气聚腹痛，故平时可常服香砂六君子汤(《时方歌括》)，健脾和中，以扶正气。

若脾胃健运失常，而气滞食阻者，不可滥用攻伐，重伤脾胃之气，宜以健脾养胃为主，使正气足而积滞自疏，常用枳术丸(《脾胃论》)、六君子汤(《医学正传》)。

聚证虽属气病，但病久失治，亦可延及血络，此时徒进辛散温通，往往不效，症见舌质黯红或瘀斑、瘀点，脉沉涩者，宜辛润通络，常用桃仁、红花、当归尾、川芎、丹参、郁金、旋覆花、桂心之类。

由于聚证可见于西医学之肠梗阻，故在患者服药后，应密切观察病情变化。如经积极合理的内科治疗仍不能奏效或加重，则需考虑外科手术，观察时间为 12～24 小时。

7.1.2　积证

7.1.2.1　气滞血阻

临床表现：腹部或胁下积块软而不坚，固着不移，胀痛并见，脘部痞闷，食后作胀，舌质青或见瘀斑，舌苔薄，脉弦。

病机分析：本证常因外感邪气留滞肝经，或情志不畅，肝气郁结。肝郁日久，聚而成积发为积证。肝郁气聚，日久血瘀阻滞胁下，脉络不和，故胁下肿块，固着不移，血瘀气阻，气血运行不畅，不通则痛，故胁下胀痛并见；病属初期，积犹未久，故软而不坚。舌质青，瘀斑，脉弦为气滞血阻之象。

转归：本证为积之初起，起病较缓慢，一部分患者无明显不适，偶于体检中发现胁下积块。如不积极治疗，病情渐发展，气郁血阻日甚导致气滞血瘀，渐伤人体正气，形成虚瘀结合，有形实邪日甚，间或形成气、痰、瘀互结之势，病情日重。所以如发现脘腹胀闷不适，尤其中老年人应积极求治，防止病情恶化，使之向顺境发展。另中老年人应定期进行健康普查，以期早期发现无症状病人。

治法：理气活血，通络消积。

方药：荆蓬煎丸加减(《卫生宝鉴》)。

木香　青皮　茴香　枳壳、槟榔　三棱　莪术

临证参考：可合用失笑散(《太平惠民和剂局方》)或金铃子散(《素问病机气宜保命

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

集》)。金铃子疏肝理气、玄胡活血止痛，蒲黄、五灵脂活血化瘀，气血通畅，通则不痛，且积块可散。

或以四逆散(《伤寒论》)合失笑散。四逆散是理气要方，方中柴胡、白芍疏肝解郁，枳壳、甘草行气缓气，失笑散活血止痛，二者合用活血理气，对气滞血阻之积证较适宜。

气滞血阻较甚，兼有寒象者，可用大七气汤(《医学入门》)。

若兼见风寒表证，症见寒热，身痛，苔白腻，脉浮弦大者，治宜宣表理气，通滞消积，可用五积散(《太平惠民和剂局方》)。方由白芷、橘皮、厚朴、当归、川芎、白芍、茯苓、桔梗、苍术、枳壳、半夏、麻黄、干姜、肉桂、甘草、生姜组成。本方汇集解表、散寒、祛湿、行气、利水、活血通络、温中、止痛之药于一炉，以治积证初起，又兼外感，气机不利所导致的一系列阻滞不通的证候，能使其逐步消散。另可选用三棱丸(《赤水玄珠》)。方中三棱活血通络，砂仁、木香、陈皮行气止痛，陈仓米用巴豆同炒，取其泻下之性，而无伤正之弊，用姜汤送服，合之共具行气活血之功。兼寒者，加附子、肉桂；兼热者，加山楂、黄芩；胀痛甚者，加川芎、香附；胀满纳呆者加陈皮、大腹皮、厚朴。

另根据现代药理研究，五味子、当归、丹参、鸡内金、柴胡、连翘、甘草有降低谷丙转氨酶之效，故可辨病加用；当归、丹参、郁金、桃仁等能降低麝浊；当归、丹参、黄芪、白术、柴胡、连翘、甘草有保护肝脏，促进肝细胞再生的作用；而丹参、鸡内金、鳖甲更具软缩肝脾之功。清热解毒类药物板蓝根、败酱草、白花蛇舌草、金银花、连翘等具有抗病毒作用，临床可灵活选用。

本证为积之初期，正气尚强，邪气尚浅，因此，治疗上应在患者正气不虚或虚而不甚的情况下，着重于攻，采用理气活血，通络消积之药急速治疗。但应注意，不可攻伐无度，而应适可而止，待积消后，选用六君子汤(《校注妇人良方》)之类，以善其后。

另外，本证的主要病机为肝气郁结、气滞血阻，病变脏器主要在肝。由于肝脾二脏有着密切的关系，所以肝郁日久，必然犯乘脾胃，从而导致中虚，出现纳差、不欲食、全身乏力等症，久则正气不足，形体亏虚，瘀血更甚，病情向中、末期发展。因此，在攻伐之时，要注意顾护脾胃，勿损正气。

7.1.2.2 瘀血内结

临床表现：腹部积块明显，逐渐增大，按之较硬，痛处不移，面色晦黯，形体日瘦，纳减乏力，时有寒热，女子或见月事不见，舌苔薄，舌质紫，舌边黯，或见瘀点，脉细涩。

病机分析：本证因气聚日久，血行不畅，瘀结渐成；或因大病之后，正气耗散，血运迟缓，渐为瘀结；或因湿热内蕴，气血聚结，日久瘀结内停；或因产后瘀血不尽，或因经期损伤以致瘀血内停，结而成积。气血凝结，脉络阻塞，血瘀日甚则积块明显增大，硬痛不移，面色晦黯；气滞血瘀，营卫失和故时有寒热，脾胃气虚；生化乏源则见消瘦乏力，纳差；妇女瘀血内阻则经闭或月经失调；舌黯或舌紫、瘀斑，脉细涩均为瘀血内阻之证。

转归：本证已属积证中期，正气渐衰而邪气渐盛，治疗上如能辨明邪正盛衰而适当采用攻补之剂，或可图效。亦可选用西医学之手术、放疗、化疗等方法，以减轻患者的症状，延长生存期，部分患者甚至可获治愈。如不积极治疗，病情渐转危重，邪愈盛而正愈衰，则病难转愈。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治法：祛瘀软坚，兼调脾胃。

方药：膈下逐瘀汤加减(《医林改错》)。

五灵脂　当归　川芎　桃仁　丹皮　赤芍　乌药　延胡索　甘草　香附　红花　枳壳

临证参考：如积块大坚硬作痛者，可选用鳖甲煎丸(《金匮要略》)。该方具有行气、活血祛瘀、利水、扶正等功能。鳖甲入肝脾以软坚消癥为主药，大黄、赤芍、䗪虫、桃仁、赤硝、牡丹、鼠妇、紫葳攻瘀散积为辅，厚朴、半夏、石韦、葶苈子、瞿麦、射干、蜂房、蜣螂下气利小便以助药力，黄芩、干姜、柴胡、桂枝调寒热，通营卫，人参、阿胶扶正气，益气血，加以青酒，药力更速，是攻补兼施、寒热并治之法，对瘀血积证可使之渐消缓散。形体壮实者加䗪虫、水蛭；痰瘀互结者加半夏、白芥子；形体虚弱者加党参、当归；兼有食积者加山楂、鸡内金；气滞胀痛者加厚朴、青皮。

由于本证的病机是气血凝结，正气已虚，故在应用膈下逐瘀汤或鳖甲煎丸的同时，可与六君子汤间服，也可用六君子汤送服鳖甲煎丸以补益脾胃，攻补兼施。

一般选择活血化瘀的方剂还有：

(1) 三棱煎丸(《证治准绳》)：三棱、炮莪术、鳖甲、当归、芫花、炒杏仁、淡豆豉、巴豆。

(2) 化积丸(《杂病源流犀烛》)：三棱、莪术、阿魏、海浮石、香附、雄黄、槟榔、苏木、瓦楞子、五灵脂。

(3) 化痞丸(《疡医大全》)：莪术、煅海浮石、煅瓦楞子、三棱、干漆、大茴香、山楂、穿山甲、丁香、五灵脂、白芷、陈皮、延胡索、木香、牡丹皮、青皮、桔梗、枳壳、胡椒、神曲、蒲黄、香附、桃仁、红花、川芎、当归、厚朴、砂仁、鳖甲、朴硝、阿魏、小茴香、赤芍、使君子、桂皮、铁花粉、水红花子。

(4) 血府逐瘀汤(《医林改错》)：当归、牛膝、红花、生地黄、桃仁、枳壳、赤芍、柴胡、甘草、桔梗、川芎。

本证为积之中期，气结血瘀而正气渐虚。因此，对本证的治疗，活血化瘀虽当首用，而扶正健脾亦当重视。否则，徒以大剂、猛剂专攻其积，则益损正气，使病情更重，以致转向末期，而终属难治。同时，由于积至中期，非一朝一夕所致，所以在应用攻邪破积药时，切应注意法度，“攻”“补”贵在适宜，不可急于求成，单重于攻，反致正伤而欲速则不达。应注意渐磨渐消，使气血流通，则积可愈。

另外，对于本证还应注意选用软坚之药和虫类药以破瘀消结。如水蛭、虻虫、䗪虫、鼠妇、蛴螬、山甲、牡蛎、鳖甲、昆布、海藻之类。

7.1.2.3　痰食瘀滞

临床表现：脘腹之内，有成形结块，固定不移，按之作痛，腹胀不舒，食少痰多，或皮下有瘀点，面色少华，舌质晦黯或舌体胖，苔腻，脉弦滑。

病机分析：本证因脾胃素虚，伤于饮食，食积于内，阻滞气机升降，水湿不能正常运化，停积而为痰为饮。痰食互结，内聚日久化瘀，痰食瘀互结，发展成积证。痰食瘀结于内，故见腹内有成形结块，痰食瘀结为有形之物，故积块固定不移，触之痛；痰食内阻，气机不舒，故脘腹胀闷；脾失健运，故食少痰多；瘀滞内留则舌有瘀斑、舌质晦黯；苔腻、脉弦滑亦主痰食内停。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

转归：本证多见于素体脾虚痰湿较盛之人，多由于长期饮酒、饮食所伤而成，起病较缓。痰、食、瘀结于体内，影响水液运行，日久可形成鼓胀及水肿，如瘀、痰、食郁而化热，扰动血络，则可出现呕血、黑便等症。

治法：化痰消食，活血行气。

方药：神仙一块气加减(《寿世保元》)。

神曲　麦芽　莱菔子　皂角　白丑　槟榔　三棱　莪术　青皮　陈皮　香附　郁金　枳实　黄连　百草霜

亦可选用三棱煎丸(《寿世保元》)。方用神曲、麦芽、莱菔子、杏仁、硇砂消食除痰；三棱、干漆、青皮活血行气。共具消食除痰，活血行气之功。

加减：瘀块坚硬者加鳖甲、海藻；痰积甚者加南星、浙贝母；食积甚者加鸡内金、山楂；兼虫积者加榧子、使君子、雷丸；瘀血甚者加水蛭、虻虫；气滞甚者加厚朴、槟榔；脾虚者加党参、白术、茯苓。

一般选用治痰食瘀之剂的方剂还有：

(1) 三棱丸(《证治准绳》)：煨三棱、木香、炒神曲、陈皮、半夏、丁香、官桂。

(2) 三棱煎(《三因极一病证方论》)：三棱、莪术、青皮、半夏、麦芽。

(3) 香棱丸(《济生方》)：木香、丁香、三棱、枳壳、青皮、川楝子、炒茴香、莪术。

(4) 消积保中丸(《寿世保元》)：陈皮、半夏、茯苓、白术、香附、青皮、木香、槟榔、莱菔子、白芥子、砂仁、神曲、麦芽、黄连、栀子、三棱、莪术、川芎、当归、桃仁、红花、干漆、阿魏。

(5) 小阿魏丸(《丹溪心法》)：山楂、石碱、半夏、皂角。

7.1.2.4　正虚瘀结

临床表现：腹内积块日久，坚硬，疼痛加重，形体消瘦，面色萎黄或黧黑，纳呆，神疲乏力，舌质淡紫或光剥无苔，脉弦细。

病机分析：本证发于久病不愈，脾肾两虚，气血虚弱的患者。因气血不足以致运行不畅，导致痰食瘀积内结腹中而成。久病不愈，积块日久，血络瘀阻，痰食互结更甚，故日益坚硬。久病体虚，正气耗损，故形瘦食少，神疲乏力，面色萎黄。舌紫为瘀血之证，脉细弦为津亏液少，气血耗伤之象。

转归：本证为积之末期，此时邪盛正衰，脾气虚损，精血亏耗，病势已趋严重。如气不摄血，或瘀血内积而出现呕血、黑便；肝胆瘀滞日甚，胆汁外溢于肌肤可出现黄疸；痰食瘀结于体内，阻碍水液运行可出现鼓胀、水肿等。这些对于积证而言属危急重症，应及时救治，否则，预后极差。

治法：大补气血，活血化瘀。

方药：八珍汤(《正体类要》)合化积丸(《杂病源流犀烛》)。

党参　白术　茯苓　甘草　熟地　当归　白芍　川芎　三棱　莪术　阿魏　苏木　香附　槟榔　瓦楞子　雄黄

加减：若症见头晕、目眩、少气懒言、疲倦乏力等以气虚为甚者，可加黄芪、山药以健脾益气。若症见面色苍白，头晕眼花，心悸，脉细等以血虚为甚者，可加首乌、阿胶以补血养血。若症见口干咽燥、渴欲饮水等以津亏明显者，可加石斛、沙参、天花粉、寸冬

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

以生津养液。若积块坚硬、瘀血尤甚者，可酌加山甲、鳖甲、水蛭、虻虫、䗪虫、桃仁、丹参、赤芍等软坚、活血逐瘀药。但应掌握分寸，不可过用，以免导致血脉破溃，血液外溢，造成大出血的恶果。

临证参考：另可用培土化癥汤(《辨证录》)。方中白术、山药、白芍、白薇、首乌益气补血；鳖甲、两头尖、白芥子、茯苓消瘀祛痰；神曲、山楂、柴胡、厚朴、枳壳行气消食。各药扶正消癥之力较佳。

亦可用加味保和丸(《寿世保元》)。方中白术、茯苓、苍术健脾益气祛湿；木香、枳实、陈皮、厚朴、香附、三棱、莪术行气活血破瘀；半夏、神曲、山楂、麦芽、莱菔子消食化痰；连翘、黄连、黄芩清热，诸药合用，共奏扶正消癥之效。

脾肾阳虚者加肾气丸(《金匮要略》)；肾阴虚者加六味地黄丸(《小儿药证直诀》)；瘀甚而体质尚可者酌加水蛭、虻虫；痰积甚者加南星、半夏；体虚甚者减去攻伐之品，加重补益气血之品。

本证为积之末期，此时邪盛正衰，脾气虚损，精血亏耗，病势已趋严重。因此，在治疗时，不仅要看到邪实，更须着眼于正虚。诚然，有形之积，非攻不去，而妄行攻伐，则正气愈虚，血瘀更甚，又复加重其积。所以，本证首当补虚扶正，而配以祛邪消积。至于临床是攻补兼施，或是先补后攻，或先攻后补，当视具体病情而定。

另外，对于病入末期的患者，尤当注意饮食情况，若饮食量少，则首当调理脾胃，选用适当的药物以开胃进食，使中气振，气血化生有源，正气强盛，则有助于攻邪。临床时不要忽视这一点。

一般可选用的治正虚瘀结的方剂还有：

(1) 化坚汤(《寿世保元》)：白术、炒香附、山楂、陈皮、半夏、茯苓、当归、川芎、枳实、莪术、桃仁、红花、甘草。

(2) 化癥回生丹(《温病条辨》)：人参、肉桂、两头尖、麝香、姜黄、川椒炭、虻虫、三棱、红花、苏子霜、五灵脂、降香、干漆、没药、香附、吴茱萸、延胡索、水蛭、川芎、阿魏、没药、乳香、高良姜、艾叶炭、公丁香、苏木、桃仁、杏仁、小茴香、当归尾、熟地黄、白芍药、蒲黄炭、鳖甲胶、益母草、大黄。

(3) 大黄䗪虫丸(《金匮要略》)：大黄、黄芩、甘草、桃仁、蛴螬、杏仁、虻虫、芍药、干地黄、干漆、水蛭、䗪虫。

(4) 代抵当丸(《证治准绳》)：大黄、芒硝、桃仁、当归尾、生地黄、山甲珠、肉桂。

(5) 阿魏麝香散(《张氏医通》)：阿魏、肉桂、麝香、雄黄、水红花子、炒神曲、人参、生白术、砂仁。

7.2 辨病论治

积聚是临床常见的病证之一，西医的腹部肿瘤、肝脾肿大、增生性肠结核、肠道易激综合征、不完全性肠梗阻等均属于中医积聚范畴。兹将以腹中结块为主要临床表现的西医内科疾病治疗分述于下：

7.2.1 肠道易激综合征

肠道易激综合征，也称胃肠功能紊乱，是临床常见的肠道功能性疾病。其特点为肠道

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

无结构上的缺陷，但整个肠道对刺激的生理反应有过度或反常的现象。临床上可出现结肠性腹痛、便秘或腹泻，或便秘与腹泻交替，以及时有粪中带有大量的粘液。据其发作性腹痛，时有腹中气聚特点，可按聚证辨证施治。

7.2.1.1 临床表现

病史：多因情志不舒、饮食失节、气候变化等因素导致，可反复发作。

症状：腹痛时作，多伴有便秘，少数伴有腹泻，尚可见食后上腹饱胀、厌食、嗳气、轻度恶心等消化不良症状，亦可见心悸、气促、乏力、潮热、失眠、焦虑等精神症状。

体征：绝大多数患者一般情况良好。腹部触诊可触及乙状结肠和降结肠段，或其它结肠段，可伴有压痛。

舌脉：舌质淡红，舌苔薄白或腻，脉弦或滑。

X线钡剂灌肠或结肠镜检查可排除器质性疾病。

7.2.1.2 主症分析

由于情志不舒导致肝脾气机阻滞，肝失疏泄，气结成形作梗或气机逆乱，故腹中气聚，攻窜作痛，气散则胀痛即止。或由于饮食不节，食滞肠道，脾失运化，痰食交阻，故腹痛、便秘、纳呆。舌质淡红、苔薄白、脉弦为肝郁气滞之象，苔腻、脉滑为食滞痰阻之象。

7.2.1.3 辨证论治

(1) 肝郁气滞

临床表现：腹中气聚，攻窜作痛，时聚时散，病情常随情绪变化而起伏，舌质淡红，苔薄白，脉弦。

治则：疏肝解郁，行气消聚。

方药：柴胡疏肝散加减(《景岳全书》)。

柴胡　陈皮　枳壳　芍药　炙甘草　香附　川芎

临证参考：腹痛剧烈者可加金铃子、延胡索；便秘者加麻子仁、柏子仁；若腹痛伴腹泻，兼食少、嗳气，属肝脾不调者，可用痛泻要方(《景岳全书》合四逆散(《伤寒论》)，药用白术、白芍、防风、炒陈皮、柴胡、枳壳、甘草等。

(2) 食滞痰阻

临床表现：脘腹胀痛，时有条索状物聚起在腹部，按痛更甚，伴有便秘，纳呆，腹胀，舌苔腻，脉弦滑。

治则：消食导滞，理气化痰。

方药：六磨汤(《证治准绳》)加减。

沉香　木香　槟榔　乌药　枳实　大黄　山楂　莱菔子

临证参考：兼见恶心、呕吐者可加半夏、陈皮、茯苓。长期反复发作，出现脾胃虚弱者可用香砂六君子汤调理脾胃。

7.2.2 不完全性肠梗阻

肠内容物不能正常运行或其通过发生障碍时，称为肠梗阻。肠梗阻是一种较常见的腹部疾患，可由许多原因引起，不但引起肠道局部解剖和正常功能的改变，还可引起全身一系列生理紊乱，重者可危及生命。慢性不完全性肠梗阻表现为腹痛、腹中气聚时作者可按

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

聚证辨证施治。

7.2.2.1 临床表现

肠梗阻的主要临床表现为腹痛、腹胀、呕吐和肛门无排便、排气。不完全性肠梗阻的腹痛一般较轻，间歇发作，阵痛发作时可于腹壁见到肠型，腹胀，肠梗阻发病期间可有肛门排便或排气。慢性不完全性肠梗阻时全身情况多无明显改变。

舌脉：舌质淡红，苔黄腻，脉弦。

X线检查对诊断肠梗阻有很重要的价值，主要表现为肠管积气和液平面。X线检查即可以确定肠梗阻的有无，又能帮助鉴别肠梗阻的类别、部位以及梗阻的完全与否。不完全性肠梗阻肠襻充气和扩张都不明显，而结肠内仍有气体存在。

7.2.2.2 主症分析

情志所伤、饮食不节或感受外邪，均可影响肝脾功能，肝失疏泄，脾失运化，可导致水湿、食积内停，气机失调故可出现腹痛、腹中气聚，腑气不通之证；肝郁气滞则见脉弦；痰湿内停则可见苔腻、脉滑、时有呕恶之象。

7.2.2.3 辨证论治

(1) 肝郁气滞

临床表现：腹部胀痛，窜痛，腹部可触及包块，按之软，舌质淡红，苔薄白，脉弦。

治则：疏肝解郁，行气消聚。

方药：柴胡疏肝散加减(《景岳全书》)。

柴胡　陈皮　枳壳　芍药　炙甘草　香附　川芎

临证参考：若兼便秘，可酌加麻子仁、柏子仁、番泻叶等。

(2) 寒凝气滞

临床表现：腹痛，腹中气聚，感寒而发或加重，手足不温，舌淡苔白，脉紧。

治则：温中散寒，行气止痛。

方药：温脾汤加减(《备急千金要方》)。

附子　人参　大黄　甘草　干姜

临证参考：腹胀明显者可加香附、枳壳；另可用丁香研成细末，加入75%酒精调和，或以温水调和，敷于脐及脐周，治疗麻痹性肠梗阻。

(3) 实热内结

临床表现：腹痛，腹胀，腹部时有气聚，便秘，口渴，舌红苔黄，脉滑数。

治则：清热泻下，行气导滞。

方药：小承气汤加减(《伤寒论》)。

大黄　厚朴　枳实　芒硝　赤芍　桃仁　莱菔子

肠梗阻属内科急症，应密切观察服药后的情况，必要时及时采用外科治疗。

7.2.3 脂肪肝

肝的脂肪正常含量为肝湿重的5%。多种原因引起肝内脂肪存积，若含量超出正常限度时，称脂肪肝。常见的病因有酒精中毒、营养失调；内分泌紊乱；药物或肝性毒物所致。

脂肪肝的部分病人，尤其是病程较长，病情较重者，多表现为肝脾肿大，可按积证辨

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

证论治。

7.2.3.1 临床表现

病史：年龄、妊娠、酗酒、长期饥饿或营养不良史，接触化学制剂或用肝毒性药物史。

症状：有原发病的表现，尚有食欲不振，腹胀，肝区不适或隐痛，恶心，呕吐及腹泻。

体征：轻者肝脏轻度肿大，质稍硬，轻度触痛。重者脾大、腹水及肝硬化。

舌脉：舌质紫黯或瘀斑，脉涩，或舌淡、苔白，脉弦或濡。

肝功能检查：谷丙转氨酶升高或高胆红素血症。

其它检查：B超、CT、肝活检等有助于诊断。

7.2.3.2 主症分析

由于饮食不节，嗜食肥甘或长期饮酒，脾胃受损，运化功能失常，痰浊内生，与气血搏结，阻于肝脉则见肝区疼痛，肝脾肿大；脾虚运化失常，则见腹胀、呕恶；气血化生无源则见倦怠乏力。或因长期情志不舒，肝郁克脾则见胁肋胀痛或隐痛，痛处不定。肝郁气滞，气滞血瘀，阻于肝脉则见肝脾肿大。气痰瘀互结可见舌体胖，舌苔白，舌质紫黯或瘀斑、瘀点，脉弦或濡，或脉细涩。

7.2.3.3 辨证论治

(1) 痰浊血瘀

临床表现：肝区疼痛，肝脾肿大，食欲不振，腹胀，恶心或呕吐，倦怠乏力，舌质紫黯或瘀斑，脉涩。

治则：祛痰化瘀。

方药：涤痰汤(《奇效良方》)合膈下逐瘀汤(《医林改错》)。

南星 半夏 枳实 茯苓 橘红 石菖蒲 人参 竹茹 甘草 五灵脂 川芎 牡丹皮 赤芍药 乌药 延胡索 当归 桃仁 红花 香附 枳壳

(2) 肝郁脾虚

临床表现：胁肋胀痛或隐痛，痛处不定，胸闷气短，善太息，纳呆，食少，食后胀甚，舌淡苔白，脉弦或濡。

治则：疏肝健脾。

方药：逍遥丸加味(《太平惠民和剂局方》)。

柴胡 炒当归 白芍药 白术 茯苓 炙甘草 山楂 丹参 五味子 麦冬 大黄 煨姜 薄荷

7.2.4 肝硬化

肝硬化是以肝脏损害为主要表现的慢性全身性疾病。常因病毒性肝炎、慢性酒精中毒、营养失调、肠道感染、药物或工业毒物中毒等因素导致持久或反复地损害肝脏组织，引起肝细胞变性、坏死和再生，同时结缔组织也弥漫性增生，结果导致肝小叶结构破坏和重建，使肝脏变硬。其主要临床表现为由肝功能减退和门静脉高压所引起的一系列症状和体征。临床上分为肝功能代偿期和肝功能失代偿期。早期肝硬化表现为上腹部不适或疼痛，肝脾肿大，此期可按积聚进行辨证治疗。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.2.4.1 临床表现

(1) 代偿期：症状缺乏特异性，可见乏力，纳差，恶心，上腹不适，腹胀，腹泻等。肝脏轻度肿大，表面尚光滑，质地偏硬。脾脏轻度和中度肿大。肝功能正常或轻度异常。

(2) 失代偿期：可见低热、无力、面色晦黯、营养障碍及下肢浮肿等症状；消化道症状如纳差、恶心、腹胀、呕吐、饭后上腹部不适及腹泻；出血倾向及贫血；内分泌失调：可见蜘蛛痔、肝掌、色素沉着；门脉高压症：脾肿大伴有脾功能亢进，腹水及侧支循环开放，腹壁及食道下段、胃底静脉曲张，痔核等。

(3) 并发症：上消化道出血，感染、肝性脑病、肝肾综合症、原发性肝癌等。

7.2.4.2 实验室及其它检查

轻度贫血、血小板及白细胞减少；肝功能异常；白蛋白减少；免疫球蛋白增高；凝血因子减少；血中出现自身抗体。

B型超声检查：早期肝肿大，晚期肝缩小，表面不平，可呈锯齿状、波浪状。肝内回声增强、增粗、不均匀。脾影增大，脾静脉增粗、弯曲，门脉增粗。B超下可进行确诊。

CT检查：脾影增大，肝脏密度普遍降低或脾脏密度相等。

肝活组织检查。

7.2.4.3 主症分析

本病多因感染邪毒，或长期精神抑郁、长期饮酒及饮食所伤后，导致肝气郁结，症见胁肋胀痛不舒，气郁日久可导致血瘀，气郁血阻则见胁下肿块、硬痛，触之有形，若肝郁犯脾，运化失常，进一步可导致气血痰食瘀结于肝经，使肿块日益增大，逐渐变硬。有形之邪久踞体内，消残人体正气，加之肝脾肾功能损害，可出现气血不足及肝肾阴虚及脾肾阳虚等虚损之证。若复因酒食损伤、过劳、精神打击等可诱发黄疸、呕血、发热、呕吐及鼓胀等危急重症。

7.2.4.4 辨证论治

(1) 肝气郁结证

临床表现：胁肋胀痛或窜痛，急躁易怒，善太息，口干口苦，可伴纳差或食后胃脘胀满、便溏、腹胀，舌质淡红，苔薄白或薄黄。

治则：疏肝理气。

方药：柴胡疏肝散加减(《景岳全书》)。

柴胡　陈皮　枳壳　芍药　炙甘草　香附　川芎

临证参考：若症见肝郁克脾则选用逍遥散。

另可选用四逆散合颠倒木金散加减，常选用柴胡、白芍、麸枳壳、广木香、广郁金、制香附、青皮、陈皮、佛手片、川楝子等。

若肝胃不和，见脘胁胀痛，嘈杂泛恶，嗳气泛酸，脉象弦滑，舌边尖红而苔白腻，应以疏肝和胃为治，方用香砂枳术丸类加减，药用木香、砂仁、茯苓、陈皮、神曲、半夏、黄连、吴茱萸、焦山栀之品。

若脾胃本弱，肝气郁结而乘之，更致脾土不运面见胁脘胀满，食后益甚，四肢乏力，嗳气便溏，舌淡苔白。治宜健脾疏肝，方用香砂六君子汤及逍遥散等。

山西医学院用柴胡、甘草、黑矾、紫河车等，使大白鼠实验性肝损伤和肝硬化明显减

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

轻，坏死区修复，肝细胞的糖原及核糖核酸含量接近正常。

(2) 脾虚湿盛证

临床表现：纳差或食后胃脘胀满，便溏或粘滞不畅、气短乏力，舌淡，舌体胖或齿痕多，苔薄白或腻。或见恶心，呕吐，自汗，面色萎黄，脉沉细或细弱。

治则：运脾化湿。

方药：胃苓汤加减(《丹溪心法》)。

苍术　厚朴　木香　砂仁　茯苓　陈皮　石菖蒲　六曲　薏苡仁

亦可选用参苓白术散(《太平惠民和剂局方》)。

(3) 湿热内蕴

临床表现：皮肤眼目黄染，黄色鲜明，恶心呕吐，口干苦或口臭，舌苔黄腻，脘闷腹胀，纳呆，小便黄赤，大便秘结或粘滞不畅，胁肋灼痛，脉弦滑或滑数。

治则：清热利湿，疏肝利胆。

方药：龙胆泻肝汤加减(《兰室秘藏》)。

龙胆草　泽泻　木通　车前子　当归　柴胡　生地黄　黄芩　栀子

亦可选用茵陈蒿汤、甘露消毒饮、藿香正气散。

加减：湿重者，加茵陈、土茯苓、淡竹叶；热重者加丹皮、黄连、板蓝根；便秘者加大黄、生地、芒硝。肝区疼痛，肝脏肿大属湿热夹瘀，宜选加桃仁、山楂炭、枳实、郁金等。还可酌情加大青根、生栀子、生大黄、半枝莲、半边莲、白蔻。

对重度黄疸者，用茵陈清利退黄，重用方可获效，否则药虽应证亦犹杯水车薪而难以截断病势。但应寒而勿凝，可以白蔻、砂仁监制其苦寒。半枝莲、半边莲一清气分，一清营热，对急重之黄疸常相辅相佐。龙胆泻肝汤为肝胆湿热之要方，龙胆草为必用之品，湿热壅盛者用大量，湿热不甚用中等量，湿热轻微者只需小量，以防苦味伤胃。

(4) 肝肾阴虚

临床表现：腰痛或腰膝酸软，眼干涩，五心烦热或低热。或见耳鸣，耳聋，头晕，眼花，大便干结，小便短赤，胁肋隐痛，口干咽燥，脉细或细数。

治法：滋阴柔肝，化瘀散结。

方药：一贯煎(《柳洲医话》)。

沙参　麦冬　当归　生地黄　枸杞子　川楝子

临证参考：上方可酌加生白芍、女贞子、鳖甲、牡蛎、苏木。

肝硬化至此期肝脏体积多见缩小，脾脏肿大且常伴明显脾功能亢进，肝功能代偿与失调反复出现，或有轻度谷丙转氨酶升高或蛋白代谢异常。

若肝肾阴虚，兼有血热灼络者，滋阴凉血，突出甘寒清热，常用一贯煎合犀角地黄汤；纯属肝阴不足者，见右胁隐隐作痛，眩晕昏花，头痛，宜杞菊地黄丸之类。

心肝阴虚者，症见少寐多梦，五心烦热，情绪急躁，头晕眼花，加用柏子仁、枣仁、旱莲草、女贞子、夜交藤、枸杞、首乌等。

阴虚火旺者当选生地、鳖甲、玄参、阿胶、石斛等，内热甚者加丹皮、栀子。

(5) 脾肾阳虚

临床表现：脾虚湿盛证部分证候或五更泻，另见腰痛或腰酸膝软，阳痿，耳鸣，耳

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

聋，形寒肢冷，小便清长，夜尿频，下肢水肿，舌质淡胖，苔润，脉沉细或迟。

治法：温运脾肾之阳。

方药：肾气丸(《金匮要略》)加味。

生地　山药　山萸肉　泽泻　茯苓　牡丹皮　桂枝　炮附子　厚朴　砂仁　益智仁

临证参考：阳虚水泛，症见周身浮肿，两胁癥块，治当温阳利水，方用真武汤(《伤寒论》)合五皮散(《太平惠民和剂局方》)、五苓散(《伤寒论》)。

(6) 血瘀证

临床表现：胁痛如刺，痛处不移，朱砂掌，或蜘蛛痔色黯，或毛细血管扩张，或腹壁青筋暴露，胁下积块，舌质紫黯，或瘀斑、瘀点。

治则：活血化瘀，软坚散结。

方药：膈下逐瘀汤(《医林改错》)或鳖甲煎丸(《金匮要略》)。

临证参考：血瘀证当径直化瘀消癥，惟顾护脾胃不可忽略。故于活血逐瘀之时多以白蔻、内金消食健中，瓦楞子、鳖甲软坚散结。如合并水肿，可用水红花汤，取其活血利水之功。药理研究证实水红花具有疏通门脉，降低门脉高压作用，但用时必配大枣以顾护脾胃。

肝硬化兼症治疗特点：

失眠：传统用柏子仁、酸枣仁、茯神、朱砂等。但柏子仁安眠作用不强，酸枣仁用于肝虚不眠需量多方显效，茯神无安眠作用，朱砂含汞，对肝脏不利，不宜使用。若因心火盛者用黄连，肝火盛用山栀子，阴虚火旺酌加柏子仁、酸枣仁、夜交藤。

肝区痛：顽固者疏肝理气药常无效。姜春华主张分三步，首先用当归、桃仁、丹参，进一步加九香虫，第三步加五灵脂、制乳香。基本上解决了这一难题。

发热：肝病外感发热，不能用麻黄汤、桂枝汤之类，应以小柴胡汤为主。柴胡有很好的退热效果，柴胡劫肝阴之说不必拘泥。湿热之象明显者，可辨证投方以获效。阴虚火旺者应注意滋补肝肾之阴。

7.2.5　血吸虫病

血吸虫病是人畜共患疾病，我国流行的血吸虫病的病原为日本血吸虫，它的中间宿主是钉螺。血吸虫的成虫寄生在门静脉系统，主要病变由沉积于肝脏与结肠的虫卵引起。病程很长，急性期有发热，腹痛，腹泻，肝脾肿大，嗜酸性粒细胞增加；晚期可因门脉周围硬化，发展为血吸虫病性肝硬化。

7.2.5.1　临床表现

发热，腹痛，腹泻，肝脾肿大，舌质淡红，苔腻，脉弦滑。

急性期可见嗜酸粒细胞增加，晚期可出现肝功能改变，大便孵化虫卵阳性可确定诊断。

乙状结肠镜检查及肝脾B超有助于诊断。

7.2.5.2　主症分析

感染虫毒，寄生于肝脉系统，与气血相搏，经脉瘀滞则见肝脾肿大，腹痛。虫郁经遂，日久化热生湿，则可见发热，舌苔腻，脉弦滑。

7.2.5.3　治疗

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治则：杀虫化积，清热利湿。

方药：鸦胆子方(《中国中医秘方大全》)。

鸦胆子

鸦胆子性味苦平，入大肠经，故对杀灭血吸虫卵有效，又能化湿杀虫而对肠道血吸虫卵有驱除作用。可用于早期及晚期、急性或慢性血吸虫病。

另可选用化虫丸(《中国中医秘方大全》)，主治慢性血吸虫病。

使君子　雷丸　鹤虱　槟榔　苦楝皮　明矾　枯矾　青矾　苍术　茵陈　熟地

上药共为细末，熟地熬膏，制成蜜丸。

7.3 临床用药经验与体会

中医治病据四诊证候，辨病机，立治法，选方药，以求最佳疗效。近代医家治疗积聚各具特点，丰富了积聚方药的辨证体系，下述内容即是综合中医学者治疗积聚的临床用药心得体会。

7.3.1 疏肝理气药

凡因抑郁恼怒，情志不畅，肝气郁结，疏泄失常所形成的胸胁满闷、疼痛、腹中气聚等症，属于肝郁气滞者可用疏肝理气法。疏肝理气，行气消聚为聚证的基本治则。代表方剂有柴胡疏肝散、六磨汤等，常用药物如柴胡、沉香、乌药、郁金、木香等，现代药理研究证实该类药大多数对肿瘤细胞有抑制作用，部分药物可使癌细胞向正常细胞转化，部分药物对消化道有兴奋作用，使肠蠕动加速，收缩加强，促进积气、粪便等代谢产物排出，并能增加胆汁及消化液分泌。

7.3.2 活血化瘀药

活血化瘀为治疗积证的基本大法，代表方剂有膈下逐瘀汤、鳖甲煎丸等，常用药物如三棱、莪术、当归、丹参、乳香、没药、蒲黄、五灵脂、水红花子、穿山甲、水蛭、血竭等。现代药理研究证实该类药能减弱血小板凝聚性，使癌细胞不易在血液中停留、聚集、种植。改善微循环，提高补体水平，调节免疫功能。

7.3.3 化痰祛湿药

化痰祛湿为治疗积聚的辅助方法，常选用瓜蒌、皂角刺、夏枯草、白芥子、山慈姑、猪苓、茯苓等。该类药物可协同活血化瘀药共除痰瘀湿互结之症，使积块渐消除。现代药理研究证实该类药物具有免疫调节作用、抗癌作用，可以从扶正与祛邪两方面治疗积聚之证。

7.3.4 益气养血药

积证中、末期补气养血是必用之法，常用方剂八珍汤、香砂六君子汤等，常用药物如人参、党参、太子参、黄芪、白术、茯苓、白芍、阿胶、首乌、甘草等。现代药理研究证实该类药物能调节机体的免疫功能，改善机体的低功能状态，协助活血化瘀、化痰祛湿药的功能，共同达到治疗积证的目的。

7.4 变证的治疗

积聚的常见变证有血证、黄疸及鼓胀。

7.4.1 血证

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

积证过程中出现突然呕血是积证转危的表现，应积极救治。另在其病变过程中因为外感、暑热、饮酒、过劳及饮食不节、情志所伤后均可致血不循经，络破血溢；长期久病导致气阴两虚，气虚失摄，血溢脉外，或阴虚火旺，虚火扰络均可致血不循常道，临床可见呕血、便血、肌衄、鼻衄等。此时应参照血证进行治疗。

7.4.1.1 邪热内炽

临床表现：突然吐血，量多，色鲜红或紫红，夹有食物残渣，吐血前伴烦热，渴饮，自觉胸脘部有热上冲，或胃脘疼痛，泛酸，胁肋部积块，皮肤可见出血点，大便色黑如柏油样，小便黄，面色红，口臭，舌质红或有瘀斑，脉滑数。

治法：清热泻火，凉血止血。

方药：泻心汤(《金匮要略》)合四生丸(《妇人良方》)或十灰散(《十药神书》)加味。

生大黄 黄连 黄芩 大蓟 小蓟 侧柏叶 茜根草 白茅根 丹皮 焦栀子 棕榈皮 生荷叶 艾叶

临证参考：积证出现吐血、便血，属急症、重症，病程短，病势急，清热泻火、凉血止血为治标之法，待血止之后当辨病情而治疗。嗜酒诱发吐血者，可加葛根、茅花、枳椇子；呕吐恶心不止者可加枇杷叶、竹茹；胃疼加三七粉或云南白药；暑热扰营者，可加石膏、知母、荷梗。肝火犯胃者治宜清肝和胃，镇逆止血，可用丹栀逍遥散（《医统》）加郁金、牡蛎、胆草、沉香。

7.4.1.2 瘀血内阻

临床表现：脘腹积块，按之较硬，吐血血色紫黑有瘀块，脘腹疼痛，痛处固定，拒按，面色晦黯，或便血，皮肤紫斑，舌质紫黯，或有瘀斑，脉弦涩。

治法：活血化瘀，止血降逆。

方药：血府逐瘀汤(《医林改错》)加白及末冲服。

桃仁 红花 川芎 牛膝 当归 生地 桔梗 赤芍 枳壳 甘草 白及

临证参考：柴胡、桔梗用量宜轻，或从方中去之；白及末止血生肌补络，用量宜大。胃脘刺痛者可加延胡索、乳香、没药；兼热象者可加大黄，或加服牛黄安宫丸；兼寒象者可加艾叶、干姜，或选用黑神散(《太平惠民和剂局方》)肉桂、干姜、熟地、甘草、当归、蒲黄、白芍；便血兼热象者，选加地榆、生地炭、蒲黄、茜草、紫草、白及末、槐花等；服散瘀止血之剂，血止后，当酌情投养血和血之剂，善后调理。

7.4.1.3 正虚血瘀

临床表现：吐血、便血反复发作，或皮肤有紫斑，鼻衄，腹部积块，腹痛隐隐，面色无华或晦黯，乏力头晕，心悸气短，动则尤甚，或五心烦热，失眠多梦，舌质淡或有瘀斑，舌有裂纹，少苔，脉细涩。

治法：补气养血，祛瘀止血。

方药：气虚血瘀者选用归脾汤(《济生方》)加减。

党参 白术 茯苓 甘草 黄芪 当归 枣仁 三七 桂圆 木香 仙鹤草 茜草 山萸肉 地榆炭 龙骨 牡蛎 鳖甲

阴虚血瘀者可选用滋阴清降汤(《医学衷中参西录》)加减。

生赭石 生怀山药 生地黄 生龙牡 生杭芍 广三七 甘草 茜草 蒲黄 鳖甲

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

临证参考：归脾汤应用时需准确辨证，确属气不摄血时方可投用，若非脾虚而补气，则易助火，非但不能止血，反会加重出血之势，应用时应佐以龙骨、牡蛎以固血之本源。阴虚吐血势重，频吐不止，出现脉浮大而芤者，为真阴欲竭，孤阳无依，急宜大剂山萸肉浓煎服下，或可救脱。

积聚过程中出现血证表现属变证，急以止血治疗后，还应详辨病情，继续治疗。

7.4.2 黄疸

黄疸亦是积证的常见变证之一，可由久病肝脾失调，气滞湿阻，壅滞于中焦，肝胆气机不畅，或瘀血阻滞，肝胆气机受阻，胆汁外溢而成。

7.4.2.1 湿阻中焦

临床表现：目黄，身黄，小便黄，腹部积块，脘腹胀闷，恶心呕吐，口苦口粘。热重于湿者可见发热，便秘，舌苔黄腻，脉滑数；湿重于热者则大便溏垢，舌苔厚腻微黄，脉弦滑或濡缓。

治法：热重于湿者采用清利湿热，解毒化浊之法；湿重于热者采用利湿化浊，佐以清热之法。

方药：热重于湿者用茵陈蒿汤(《伤寒论》)加味。

茵陈　山栀　大黄　黄芩　黄连　连翘

湿重于热者用茵陈术附汤(《医学心悟》)加味。

白术　附子　干姜　炙甘草　肉桂　藿香　薏仁

临证参考：胁痛较甚者可加柴胡、郁金、川楝子等以疏肝理气；呕吐恶心者可加橘皮、竹茹；心中懊侬，可加黄连、龙胆草；腹部积块明显者可加三棱、莪术、丹参等。

7.4.2.2 瘀血内结

临床表现：黄疸色黯而带黑，或面部黧黑，身体消瘦，饮食减少，腹部胀满，甚则膨隆，腹中积块或伴疼痛，或有低热，午后尤甚，或有鼻衄、肌衄，舌质紫或有瘀斑，脉沉涩。

治法：活血化瘀，养肝健脾。

方药：膈下逐瘀汤(《医林改错》)加减。

当归　川芎　赤芍　桃仁　红花　丹皮　五灵脂　香附　乌药　茯苓　泽泻　猪苓

临证参考：脘腹胀满者加枳实、厚朴；两胁作胀加柴胡、川楝子；午后低热者加青蒿、鳖甲；胁下积块加三棱、莪术；腹部膨隆，下肢水肿者加茵陈、本瓜。如胁下癥积胀痛，固定不移，肤色黯黄，舌黯红，脉弦细者，乃属气血两虚，浊邪瘀阻脉络，可用硝石矾石散(《金匮要略》)以化浊祛瘀软坚。

7.4.3 鼓胀

积聚的末期，随病情的恶化可变成腹大胀满，皮急如鼓，脉络显露为主要特征的鼓胀。常因酒食不节，情志所伤，劳欲过度，及失治、误治导致肝、脾、肾三脏功能失调，气滞、血瘀与蓄水积于腹内而成。积聚病致鼓胀，已成为末期恶化之势，疾病后期，肝肾衰竭，阴阳离绝，尚可出现无尿、神昏、抽搐及厥逆等症。

7.4.3.1 气滞湿阻

临床表现：腹胀按之不坚，胁下胀满或痛，食少易胀，嗳气不爽，小便短少，苔白

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

腻，脉弦。

治法：疏肝理气，运脾燥湿。

方药：柴胡疏肝散(《金匮翼》)。

柴胡　赤芍　陈皮　川芎　枳壳　香附　甘草

临证参考：胁痛者，加青皮、郁金；食欲不振者，加藿香、砂仁；胁下有痞块，加三棱、莪术。

7.4.3.2　寒湿困脾

临床表现：腹部胀大，按之如囊裹水，脘腹胀满，得热稍舒，面色萎黄或㿠白，颜面微浮，下肢浮肿，怯寒，小便短少，大便溏薄，舌苔白腻，脉细缓。

治法：温运中阳，化湿行水。

方药：实脾饮(《济生方》)加减。

白术　茯苓　大腹皮　木瓜　厚朴　草蔻　木香　巴戟天　生姜　大枣　车前子

临证参考：小便不利者，加桂心、车前子；腹胀者，加砂仁、枳壳；大便溏薄者，加炒薏苡仁、白扁豆。

7.4.3.3　湿热蕴结

临床表现：脘腹撑急，腹大坚满，扪之灼手，面色黄垢，肌肤目睛黄染，烦热不安，口苦口臭，小便赤涩，大便秘结或溏垢，舌边尖红，苔黄腻，脉弦数。

治法：清热化湿，利水消胀。

方药：茵陈蒿汤(《伤寒论》)合中满分消丸(《兰室秘藏》)加减。

茵陈　栀子　大黄　白术　人参　甘草　猪苓　姜黄　茯苓　生姜　砂仁　泽泻　陈皮　知母　黄芩　黄连　半夏　枳实　厚朴

临证参考：热毒炽盛，昏瞀烦躁者，加龙胆草、大黄；湿热蒙闭心包，神识昏迷者，证属危候，可选用安宫牛黄丸、至宝丹。

7.4.3.4　肝脾血瘀

临床表现：腹大坚满，脉络怒张，胁下结块，痛如针刺，颜面晦黯黧黑，或见血丝血络，头项、胸臂出现血痣，大便色黑，舌苔薄白，舌质紫黯，或有瘀斑，脉象细涩或细弦。

治法：化瘀行水，通络。

方药：复元活血汤(《医学发明》)。

柴胡　瓜蒌根　当归　红花　甘草　穿山甲(炮)　大黄　桃仁

临证参考：本证在运用活血祛瘀法时，必须从病人的体质、症状和体征等全面分析，辨证应用。若有出血倾向者，活血化瘀之品如桃仁、红花、土鳖虫、鼠妇等需慎用，或与丹皮、生地、茅根、茜根炭等同用。若病久体虚，气血不足者，宜佐以益气养血之法，方如八珍汤等。

7.4.3.5　虫阻经遂

临床表现：腹大胀满，皮急如鼓，胁下痞块，小便短少，脘腹胀满，面色萎黄或苍白，肌肉消瘦或虚浮，食量减少，倦怠乏力，小便短少，大便不调，舌质淡或胖，脉见虚弱无力。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治法：化瘀通络，行气利水。

方药：化瘀汤(《中医内科临床治疗学》)。

当归尾 丹皮 赤芍 红花 桃仁 丹参 山甲 泽泻 白术 青皮 牡蛎

加减：脘腹胀满，加厚朴、陈皮；食量减少者，加砂仁、藿香。

7.4.3.6 脾肾阳虚

临床表现：腹大胀满，形如蛙腹，入暮尤甚，脘闷纳呆，神倦怯寒，下肢浮肿，小便短少，面色苍黄或㿠白，舌淡胖紫，脉沉弦无力。

治法：温补脾肾，化气行水。

方药：附子理中汤(《太平惠民和剂局方》)。

附子 干姜 人参 白术 甘草

临证参考：偏脾阳虚者，可加黄芪、山药、薏苡仁、扁豆；偏肾阳虚者，可加仙茅、仙灵脾、蛇床子、葫芦巴；膀胱气化不利者，加茯苓、猪苓、泽泻。若便血，切不可妄投凉血止血之品，应用温药振奋中阳，引血归经。

7.4.3.7 肝肾阴虚

临床表现：腹大胀满不舒，甚则青筋暴露，小便短少，心烦失眠，午后低热，唇紫口干，时有衄血，大便干燥，舌质红绛少津，苔少或光剥，脉细弦或细数。

治法：柔肝滋肾，凉血化瘀。

方药：六味地黄汤(《小儿药证直诀》)或一贯煎(《柳州医话》)合膈下逐瘀汤(《医林改错》)加减。

山药 山茱萸 茯苓 泽泻 丹皮 生地 桃仁 五灵脂 当归 丹皮 赤芍 红花 枳壳 沙参 枸杞子

7.4.3.8 鼓胀神昏

临床表现：在积聚→鼓胀病程中出现的神志昏迷，可突然发生，也可逐渐发生。多伴见高热烦躁，怒目狂叫，口臭便秘，溲赤尿少，舌红苔黄，脉弦数。

治法：清心开窍。

方药：安宫牛黄丸(《温病条辨》)、紫雪丹(《太平惠民和剂局方》)或至宝丹(《太平惠民和剂局方》)。

上述三方皆为开窍之剂，如热陷心包者，神昏谵语，选用安宫牛黄丸；热闭昏厥者选至宝丹；热陷神昏而惊厥者用紫雪丹；若症见神情淡漠呆滞，朦胧嗜睡，口中秽气，舌淡苔浊腻，脉弦细，当投苏合香丸(《太平惠民和剂局方》)、玉枢丹(《百一选方》)。

另外可根据病情选用生脉注射液、参脉注射液、参附注射液静点，或静点清开灵注射液，亦可急煎参附牡蛎汤以敛阴固脱，还应积极配合中西医救治方法。若病人苏醒后继续辨证救治。

7.5 其它治法

7.5.1 山辣椒外敷

取鲜山辣椒全草或根捣烂，敷于肝或脾区，面积为 5cm × 5cm，厚度 1cm，上盖塑料薄膜，用胶布固定，敷药时间 10～12 小时，见局部皮肤发红起泡即除去，待水泡大至一

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

定程度，常规消毒后，穿刺放液，创面涂龙胆紫。15 天后再敷第二次。该药具有清热利湿、活血化瘀之效。

7.5.2 肝癌膏贴脐法

取水红花子或水红花全草、莪术、三棱、阿魏、樟脑粉、活蛤蟆。先将前 3 种药分别打碎为粗末，再将活蛤蟆剖腹（不去内脏），然后将粗药末与蛤蟆放入锅中加水，文武火煎汤液，捞去药渣，最后加入阿魏末、樟脑粉同煎熬，调成膏备用。用时将上药膏适量摊于两块厚白布上，厚约 1.5cm，将其贴在患者脐窝肿块痛处之上，外加胶布或橡皮膏固定之，每日换药 1 次。若贴脐后感觉皮肤发痒时则揭下药膏，休息 1～2 日，待瘙痒缓解后再续贴 1 次。

7.5.3 中药穴位敷贴

以黄芪、当归、熟地、柴胡、桃仁、三棱等，根据药典炮制方法制成外用膏药，将其摊在 8cm×8cm 不吸收的棉纸上，敷在期门、神厥穴，每天换药 1 次，共用 3 个月。本方具有健脾补肝肾，破血祛瘀之效，用于早期肝硬化。

7.5.4 麝香注射液穴位注射

取 5%麝香注射液 2ml，含生药 100mg，选足厥阴肝经章门和期门穴位注射，双侧穴位交替，每周 1 次，4 次为 1 个疗程。该方具有活血散瘀、软坚止痛之效，适用于慢性肝炎、肝硬化。

7.5.5 药物离子穴位透泄疗法

根据中医辨证分型论治的不同，用中药复方煎剂，在不同穴位上作离子透入（取两侧穴分别以阴附极透入），每次治疗时间 20～30 分钟，电流量为 2～5mA，以病人感觉发麻为度。以透入时间长、电流量大者为泻；时间短，电流量小者为补。有效穴位是太冲、足三里、期门和三阴交。一般在治疗后 4～10 天出现疗效。

8 疗效判定标准

显效：疗程（3 个月）结束时，①症状完全消失，一般情况良好；②肝脾肿大稳定不变，无叩痛及压痛；③肝功能（ALT、胆红素、A/G 或蛋白电泳）恢复正常；④以上 3 项指标保持稳定半年到 1 年。

好转：疗程结束时，①主要症状消失或明显好转；②肝脾肿大稳定不变，无明显叩痛或压痛；③肝功能指标下降幅度在 50%以上而未完全正常。

无效：未达到好转标准或恶化者。

9 调 摄 护 理

积聚的发作多与情志不遂、饮食不节或感染疫毒之邪相关。因此，在积聚的预防上，要注重精神与饮食方面的调摄。另外如疟疾、黄疸等病日久也可发生积证，也必须加强预防。

9.1 精 神 调 摄

积证是一种预后欠佳的、痛苦的顽疾，故病人在诊断的过程中常过分焦虑、恐惧等，且该病多因情志不舒导致。故医护人员应给患者心理上的缓冲机会以避免过于强烈的心理

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

刺激，努力帮助患者建立治愈疾病的希望和信心。

晚期患者随着机体各脏器功能渐衰退，活动可能渐减少，如病情允许应尽可能鼓励其做力所能及的劳动，不要过早地卧床不起。这样即可延缓机体功能的衰退，并可使患者在自理中增强信心。

终末期患者需采取各种支持措施，尽量解除患者的痛苦，以缓和其对死亡的恐惧，创造舒适、愉快和安静的环境。

9.2 饮食调摄

积聚患者的饮食以清淡、有营养、易消化为原则，忌食肥腻、煎炸、硬固、辛辣、生冷及醇酒等品。食欲正常者宜食补益气血、化瘀之品，如清蒸甲鱼、黄芪粥、桂圆粥、水产品等。如合并黄疸、脾胃虚弱等应防止滋腻饮食，出血倾向者忌食辛辣、海鱼等品以防止出血。

9.3 药物调摄

积证患者应防止药物对肝脏的损伤，避免服用损肝药物，应避免毒物、放射性物质的接触，以防加重病情。

9.4 疾病预防

临床中如发现胃脘痛、胁痛、腹胀、腹泻及便血等，应早期检查、及时治疗，防止积聚的发生。对于健康易感人群应做健康普查，以图早期发现、早期治疗。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病证名称与定义

近代中医学者在总结前人经验基础上，系统地学习了西医学的知识，经过长期的临床实践，明确了积聚的概念、范围、证治等。方药中等于1985年在《实用中医内科学》中指出："积聚以腹内结块，或胀或痛为主要临床特征，多因正气亏虚、脏腑失和、气滞、血瘀、痰浊蕴结腹内所致。"阐明了积聚的主症、病位及病因。并言："积证以腹部可扪及大小不同质地较硬的包块，并有胀痛或刺痛为临床特征，积证大多有一个逐渐形成过程。积块出现之前，相应部位常有疼痛，并兼有恶心、呕吐、腹胀、倦怠乏力、胃纳减退、逐渐消瘦等正气亏虚的症状；虚损症状尤以疾病后期更为突出。"而"聚证以腹中气聚、攻窜胀痛、时作时止为临床特征。其发作时，可见病变部位有气聚胀满的现象，但一般扪不到包块；缓解时则气聚胀满的现象消失。聚证发作之时，以实证的表现为主，反复发作，常出现倦怠乏力、纳差、便溏等脾胃虚弱的证候。"明确指出了积聚的病程、证候特点，为现代中医学者进一步研究积聚病起到了规范化作用。[1]王永炎于1997年主编的普通高等教育中医药类规划教材《中医内科学》更明确地阐明了积聚的定义、证候特征、诊断及辨

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

证论治等。[2]

1.2 病因病机研究

1.2.1 现代医家认识撮粹

关于积聚的致病原因，近现代中医学者有着不同的观点。多数学者认为情志抑郁、饮食损伤及感染邪毒是引起积聚的主要原因，而正气亏虚则是积聚发病的内在因素。即是说积聚是在正虚感邪，正邪斗争而正不胜邪的情况下，邪气踞之，逐渐发展而成的。积聚的发生主要关系到肝、脾两脏；气滞、血瘀、痰结是形成积聚的主要病理变化。

姜春华从辨证与辨病相结合的角度指出（肝硬化）积聚的起因与西方医学认识相近。认为“湿热黄疸”（大抵是传染性肝炎）、“水毒”（大抵是血吸虫病）、“情志抑郁”（大抵是精神因素）、“长期饮酒”（大抵是慢性酒精中毒）、“饥饱失常，脾胃虚弱”（大抵是营养不良）等均可致病，说明外界因素起着一定的作用；另指出“阳虚阴损”、“下焦虚寒”、“气滞血瘀，肝络阻塞”也可致病。说明内在因素在本病中也起重要作用。[3]潘澄濂认为积聚多因湿热之邪久稽于肝胆，损及脾肾，使肝失条达，脾失健运，气阻血瘀，痰浊凝结致成积聚。[4]李秉功等认为该证多由情志抑郁，饮食不节，湿热内蕴，或久病失治，肝脾肾三脏俱病而成。[5]薛云凤认为除湿热、饮食、情志外，虫积也可导致肝气郁滞，肝失藏血之职。肝血瘀滞，久则肝之血行不畅，瘀凝肝络，使肝体硬变而为癥积，进而影响脾脏形成脾大。[6]张恩麟和屠揆先等认为积证之成一方面由于湿邪入络，造成血络瘀滞；另一方面与气血不足，特别是气不足不能推动血循环有很大关系。[7,8]有许多学者则认为瘀血即是积证形成的基本病因，又是本病发生的必然结果。从临床观察到，湿热毒邪、情志所伤、饮酒过度等均可影响肝之气血，产生不同程度血瘀病理变化，瘀血的形成与肝、脾、肾脏密切相关。贝润浦记载姜春华的“瘀血郁肝是病原”、“气虚脾弱是病体”的观点，由于情志郁结、肝失条达；或由酒食不节，湿凝痰聚；或由感染寒湿、虫毒、疫毒等，热毒蕴伏，皆能壅塞脉络，阻碍血行而成瘀血郁结之证。而从体质的角度看，积聚乃久病迁延，渐积而来，与正气不足密切相关，为发病的内在因素。而正气之中，尤以“脾胃怯弱”为主要关键。[9]

1.2.2 病机学研究概况

近年来中医对积聚病的病机研究取得了卓越的成绩，其中尤以对肝硬化的研究颇多，下面简述其概况。

李紫楠认为肝硬化乃气郁血瘀而成，由于肝气郁结，脾失运化，逐渐气滞血瘀，由气及血，由肝及脾，形成气、血、湿三者结聚成块。[10]杨寿元则更具体地论述了肝硬化的病位主要在肝与脾，而同脾的关系尤为重要，晚期病例，还可损及肾脏之阴阳。肝气郁滞、脾运不健，气滞则瘀血凝聚，脾虚则水湿内停或湿热熏蒸，从而导致气、血、湿、水结聚凝滞成积聚之证。[11]而韩经寰等则概括为“肝内热蕴痰结，血瘀癥积”更为简明扼要。[12]关幼波认为积聚（肝硬化）起自湿热困脾，脾虚日久，湿痰凝聚，热淫血分，耗伤阴血，以致气虚血滞，瘀血停留，瘀血与痰湿结聚于胁下则为痞块。并认为气滞血瘀是肝硬化之本，湿热浮于血分是肝硬化之标。又因湿热日久，使肝肾阴精枯涸，遂致阴虚血热，气血疲惫，阴病及阳，乃成脾肾阳虚，比较系统地概括了病机发展过程。[13]贝润浦总结姜春华

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

的临床经验，认为肝硬化的形成要从病原和病体两方面来认识，提出“瘀血郁肝是病原”，即情志郁结致肝失条达；或由酒食不节，湿痰凝聚；或由感染寒湿、虫毒、疫毒、热毒蕴伏皆能壅塞脉络，阻碍血行而成瘀血郁结之证。认为凝血蕴里是病机的焦点。因肝为藏血之脏，瘀血蕴积则肝脏肿大坚硬，瘀血阻于脾络则见脾脏肿大，从而有形之积显现。肝血瘀阻不通则右胁刺痛，痛有定处，固定不移，这些都是瘀血郁肝的明证。同时姜春华认为“气虚脾弱是病体”，即指从体质的角度看，肝硬化迁延日久，渐聚而来，与正虚不足密切相关，正虚为体质发病的内在因素，而尤以“脾胃怯弱”为主要关键。因脾为后天之本，职司运化，脾胃怯弱则健运受碍，清阳不升，浊阴不降。清阳不升则水谷之精微不能输布奉养气血脏腑，瘀血易于郁结；浊阴不降则水湿不能转输以排泄于体外，积聚腹中。可见肝硬化的病理状态是瘀血郁结，体质状态是气虚脾弱，其特点是病实体虚，虚实互间。[9] 有学者分别从两方面论证了血瘀是积证（肝硬化）的基本病机。即血瘀是肝硬化发生的病因，肝硬化又易致血瘀。他们认为湿热毒邪、情志所伤、饮酒过度等均可影响肝之气血，产生不同程度的血瘀病理变化。湿热毒邪或湿热残留蕴结于肝，与气血搏结，可导致脉络瘀阻，瘀血形成；忧思恼怒，精神刺激可使肝气郁结，气滞血凝；饮酒过度，“酒入血分，血欲静而酒动之、血欲藏而酒逐之”，久则耗损气血，着而成积致瘀；此外，本病起病缓慢，病情迁延，中医素有“久病多瘀”、“久病入络”之说，也为血瘀病机提供了依据。上述诸因皆致血瘀于肝，为积聚形成的基本病因。但是瘀血又是本病发生的必然结果。因肝为血脏，性喜条达，本病气滞与血瘀互为因果，使肝体“呆板”，气血凝滞，久则成为癥积。杨玉岫则提出邪毒凝聚，实热内燔，气滞血瘀，癥积愈积愈甚，气阴则愈来愈损；饮食不节，恣食肥甘，脾失健运，致生脂浊，肝络痹阻，气滞血瘀，痰浊互结，日久酿成癥积；或因肝失条达，疏泄失常，肝脾不和，气阻络痹形成积证；或因嗜酒伤中，术后失调，正气亏虚，肝络失养，久病致瘀。[14] 蒋明德则概括其病机规律为气滞→血瘀→水停→气血水互结，层层相因，互为因果，形成病理上的恶性循环，表现出虚实的错杂结局。[15]

2 临床研究

2.1 证候学研究

2.1.1 证候研究现状

现代，广大中医学者对积聚的证候进行了深入的研究，根据大量的临床资料以及各家的经验总结出相关的证型，为临床辨证治疗提供了依据。孟琳升将肝硬化分为肝气郁结（其中又详分为肝郁气滞、气滞血瘀、肝郁阴虚、肝郁脾虚）、瘀血内阻、湿热内蕴、肝胆郁热、脾气虚弱、肝肾阴虚、气阴两虚、气血俱虚、脾肾阳虚、阳虚水泛。[16] 杨玉岫提出，积证中，腹胀胁痛，痛处不移，纳减腹胀，寒热时作，形体瘦弱，舌质淡紫，苔薄白腻，脉沉弦属血瘀内停；胁部肿胀疼痛渐加重，伴不欲饮食，食则腹胀，泛泛欲吐，日晡潮热，夜半即退，时有汗出，口干咽燥，渴欲饮冷，小便灼热浑浊，大便不通，形体羸瘦，面容憔悴，色苍黄，但两眼目光有神，手足不温，但胸腹灼热，舌质深绛起芒刺，苔黄腻，脉沉实，属正虚邪毒凝聚、实热内燔、气滞血瘀；右胁肋胀痛，胸闷泛恶伴头晕，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

神疲乏力，食后脘腹饱胀，形体丰满，腹大不减，面色潮红，舌质黯红，苔白腻罩黄，脉弦滑，证属饮食不节，恣食肥甘，脾失健运，致生脂浊，肝络痹阻，气滞血瘀，痰浊互结，日久酿成积证；右胁胀痛，胁下积块，纳少嗳气，大便时溏，心烦易躁，夜寐欠安，面色晦滞，舌质淡红，苔薄白，脉弦，乃肝失条达，疏泄失常，肝脾不和，气阻络痹所致；胁痛隐隐，胁下痞块，伴胃纳欠佳，腹鸣便溏，头昏乏力，神疲肢倦，少寐，形瘦，面色萎黄，舌淡红，有瘀点、脉细涩，属正气亏虚，久病致瘀。[16]何锡峰指出应根据患者症状、病理、体质的不同来分析患者的自觉症状及复杂的机能病变，从整体观念出发。何氏将其肝硬化分为肝胆郁热、肝脾不调、气滞肝郁、气滞血瘀、血虚及脾虚等6种类型论治。[17]

2.1.2 辨证标准

上述各医家所论积聚的辨证分型各异，虽然临床医生有所遵从，但难以纳入统一规范，对科研结果的判定及大宗病例的观察研究不利，暇待形成规范的诊断及疗效判定标准，但目前仍无积累的为大家公认的标准。许多医家认为中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会于1993年11月在洛阳第五届学术交流会上制定的肝硬化临床诊断、中医辨证和疗效评定标准可以借鉴。现引用如下：

肝硬化临床诊断、中医辨证和疗效评定标准（试行方案）[18]

临床诊断标准

一、诊断依据

主要指征：①内镜或食管吞钡X线检查发现食管静脉曲张。②B超提示肝回声明显增强、不均、光点粗大；或肝表面欠光滑，凹凸不平或呈锯齿状；或门静脉直径≥1.4cm；或脾脏增大、脾静脉直径≥1.0cm。③腹水，伴腹壁静脉怒张。④CT显示肝外缘结节状隆起，肝裂扩大，尾叶/右叶比例>0.05，脾大。⑤腹腔镜或肝穿刺活组织检查诊为肝硬化。以上除⑤外，其它任一项结合部分次要指征，可以确诊。次要指征：①化验：一般肝功能异常（A/G倒置，蛋白电泳A降低，rG升高，血清胆红素升高，凝血酶原时间延长等），或血清透明质酸（HA）、Ⅲ型前胶原肽（PⅢP）、单氨氧化酶（MAD）、腺苷脱氨酶（ADA）、板层素（LN）增高。②体征：肝病面容（面色晦黯无华），可见多个蜘蛛痔，色黯，肝掌，黄疸，下肢水肿，肝脏质地偏硬，脾大，男性乳房发育。以上化验及体征所列，不必悉备。

二、病因诊断标准

①肝炎后肝硬化需有HBVM（任何一项）或HCVM（任何一项）阳性，或有明确重症肝炎病史。②酒精性肝硬化需有长期大量嗜酒史（80g/d，10年以上）。③血吸虫性肝硬化需有相应慢性血吸虫病史。④其它病因引起的肝硬化需有相应的病史及诊断，如长期右心衰或下腔静脉阻塞，长期使用损肝药物，自身免疫性疾病，代谢障碍性疾病等。

三、分期、分级判定依据

1. 分期　分代偿期和失代偿期。凡具有较明显的肝功能损害（血浆白蛋白降低，直接胆红素升高，凝血酶原时间延长等）及门脉高压表现（脾肿大、脾功能亢进，腹水等）者，可定为失代偿期。

2. 分级　按Child（Child-pugh）评分分级（见附表）。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

附表 肝硬化 Child－pugh 分级

项目	1 分	2 分	3 分
白蛋白(g/h)	> 35	28 ~ 35	< 28
胆红素(μmol/h)	< 34	34 ~ 51	> 51
凝血酶原时间(活动度%)	> 50	30 ~ 50	< 30
腹水	无	轻	重
肝性脑病	无	1 ~ 2 级	3 ~ 4 级

注：A 级：总分 > 6 分；B 级：总分 6 ~ 9 分；C 级：总分 ≥ 10 分

四、中医辨证标准

1. 肝气郁结证（含肝胃不和、肝脾不调） 主症：①胁肋胀痛或窜痛。②急躁易怒，喜太息。③口干口苦，或咽部有异物感。次症：①纳差或食后胃脘胀满。②便溏。③腹胀。④嗳气。⑤乳房胀痛或结块。脉弦，舌质淡红，苔薄白或薄黄。凡具备主症 2 项（其中①必备），加次症 2 项，脉舌基本符合，可定为本证。

2. 脾虚湿盛证 主症：①纳差或食后胃脘胀满。②便溏或粘滞不畅。③腹胀。④气短，乏力。⑤舌质淡，舌体胖或齿痕多，苔薄白或腻。次症：①恶心或呕吐。②自汗。③口淡不欲饮。④面色萎黄。脉沉细或细弱。凡具备主症 3 项，或主症 2 项加次症 2 项，脉象基本符合，可定为本证。

3. 湿热内蕴证 主症：①皮目黄染，黄色鲜明。②恶心或呕吐。③口干苦或口臭。④舌苔黄腻。次症：①脘闷，纳呆，腹胀。②小便黄赤。③大便秘结或粘滞不畅。④胁肋灼痛，脉弦滑或滑数。凡具备主症之①，或其余主症中 2 项加次症 1 项，脉象基本符合，可定为本证。

4. 肝肾阴虚证 主症：①腰痛或腰酸腿软。②眼干涩。③五心烦热或低烧。④舌红少苔。次症：①耳鸣、耳聋。②头晕、眼花。③大便干结。④小便短赤。⑤胁肋隐痛，劳累加重。⑥口干咽燥，脉细或细数。凡具备主症 3 项，或主症 2 项加次症 2 项，脉象基本符合，可定为本证。

5. 脾肾阳虚证 主症：①脾虚湿盛证部分证候或五更泻。②肾虚部分证候（腰痛或腰酸腿软，阳痿，早泄，耳鸣，耳聋等）。③形寒肢冷。次症：①小便清长或夜尿频数。②下肢水肿。③舌质淡胖，苔润。脉沉细或迟。凡具备主症 3 项，或主症①、②加次症 2 项，脉象基本符合，可定为本证。

6. 血瘀证 主症：①胁痛如刺，痛处不移。②朱砂掌，或蜘蛛痔色黯，或毛细血管扩张，或腹壁青筋暴露。③胁下积块（肝或脾肿大）。④舌质紫黯，或瘀斑瘀点。⑤理化检查具有血液、循环瘀滞表现，或门脉增宽，食管静脉曲张。次症：①胁肋久痛。②脸色晦黯。凡具备主症中任 1 项或次症 2 项，可定为本证。

本项研究对积聚诊断的规范化有一定的贡献，但未能包括中医所言积聚的全部范围。对积聚各阶段仍缺乏量化指标，有待于中医科研及临床工作者继续完善、补充。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.2 治则治法研究

2.2.1 治则概述

综观积聚一病，属本虚标实之证。正气亏虚是积聚病的内在因素。正虚表现为气虚、血虚、阴阳两虚等，邪实主要在于气郁、气滞、血阻、血瘀、痰阻、食积等。扶正祛邪为治积大法，可因病邪的性质不同采用行气解郁、疏肝理气、活血化瘀、软坚散结、化痰消食之法。扶正则据病人气血阴阳的盛衰而分别采用健脾益气、滋补肝肾、温补脾肾等法。然而积证与聚证不同，积证病在血分，故以活血化瘀、软坚散结为基本治则，重在活血；聚证病在气分，以疏肝理气，行气消聚为基本治则，重在调气。积证应根据病程、临床表现，分为初期、中期、末期3个阶段，掌握攻补尺寸。初期积块较小，质软不坚，正气未至大虚，而邪气尚盛，故应以行气活血、软坚消积为主；中期积块逐渐增大，质地渐硬，正气渐损，而痰、食、血等邪气正盛，成邪盛正虚之势，故治宜攻补兼施；末期积块坚硬，形瘦神疲，正气伤残，治宜扶正固本为主，酌加理气、化瘀、消积之品，切忌攻伐太过，徒伤正气。

2.2.2 治法研究

当代医家在总结前人经验基础上，经过大量的临床探索，寻求最佳的治疗方案与方药，取得了一定的效果。多数学者以临床表现为基础，辨证论治，少数学者则以单方单药治疗。谢兆丰提出以疏肝理气法、活血通络法、消积化癥法治疗积证。[19]杨玉岫认为治疗癥积，概言之，不外祛邪与扶正两大法，细析之，可分为活血化瘀、清热解毒、化痰散结、调和肝脾、扶正固本五法。[14]薛云凤指出肝硬化乃肝之癥积，多由饮食、情志、湿热、虫积等因素导致肝气郁滞、肝失藏血之职。肝血瘀滞，久则肝之血行不畅，瘀凝肝络，使肝体硬变为癥积之证，因而主张活血化瘀法应贯穿始终。[6]潘澄濂则认为湿热之邪久稽于肝胆，损及脾肾，使肝失条达，脾失健运，气阻血瘀，痰浊凝结，致成积聚。提出清热化湿（解毒）法、疏肝通络法、养阴柔肝法、益气健脾法、运中分消法、止血救脱法、降逆平呃法、清心开窍法等八法。[4]高章武根据自己的临床体会提出邪实正盛之时，法宜攻逐，分别采用祛湿消水法、泻浊逐水法、化瘀散结法；当邪退正衰之时，则应侧重缓补，采用荣肝养阴法、扶脾固本法和益肾求源法。[20]赵兰堂主张掌握扶正与祛邪的辨证统一关系，认为总的思想是补、清、和、攻。补是补虚扶正，提高肝的代谢；清是清利湿热，减轻肝脏损伤；和是活血化瘀，增加肝脏血流量，以促进肝细胞再生；攻是软坚散瘀，减轻或软化结缔组织增生。[21]谢海洲主张“证分标本，治别先后”，根据病情的变化先后采用化湿醒脾、疏肝理气、活血化瘀及滋阴柔肝法，四法相继而施，标本缓急不乱。[22]姜春华认为血滞导致气滞，所以主张首先活血，兼顾理气，而不应以理气为主，治疗应以活血化瘀为主。[3]杨寿元主张用疏肝理气、活血化瘀、调理脾胃、分化水湿和清利湿热之法，晚期重症应用滋阴或壮阳等法。[11]吴生昌认为癥积型肝硬变的治疗，首先应当明确导致的病因虽异，但形成的病理损害是共同的，即气滞血瘀，脉络瘀阻，气血不通。故应以活血化瘀、软坚消积为主，同时依据全身阴阳、气血、津液及脏腑功能失调状态给以整体治疗。[23]各位医家在实践中积累了丰富的经验，治法各异，各具特色，为临床研究积聚病治则指明了方向。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.2.2.1 舒肝理气法 适用于肝气郁结之聚证。方药中等主编的《实用中医内科学》中明确提出疏肝理气、行气消聚为聚证的基本治则，代表方剂有柴胡疏肝散、六磨汤等，常用柴胡、沉香、乌药、郁金、木香等。[1]杨寿元认为疏肝解郁法为自始至终常用之法。胁痛是肝失条达的表现，当用疏肝理气之剂，气行则血行。对肝气郁结、瘀血凝聚而致肝肿质硬，当用活血化瘀者，亦必须同时用疏肝理气之剂。气行则水行，对脾失健运，水湿内停而致者用健脾化湿之法，亦须同时应用疏肝理气之剂。[11]何锡峰自拟调胃舒肝汤治疗气滞肝郁型积证，即以疏肝理气为法，取得了较好的疗效。[17]谢兆丰选用柴胡疏肝散、逍遥散加减，亦取得较好的疗效。[19]

2.2.2.2 活血化瘀法 适用于瘀血内停的积证。方药中等主编的《实用中医内科学》指出活血化瘀、软坚散结为积证的基本治则。[1]代表方剂有膈下逐瘀汤、鳖甲煎丸及荆蓬煎丸等。现代中医对此类方剂应用各有体会。薛云风主张肝硬化的治疗全程应贯彻活血化瘀法，并应根据疾病的不同阶段选用不同的活血化瘀之品。如在肝硬化早期，应选用较缓和的药物；中期应选用活血化瘀力量较强的药物；对晚期肝脾肿大、质硬而有出血倾向者，应选择具有软坚散结、化瘀而又止血的药物，并配用人参鳖甲煎丸；对各期肝络损伤者，应据证选用地鳖虫、蛴螬虫、路路通、穿山甲等。[6]姜春华认为肝硬化是血瘀带来气滞，故治疗时主张以活血化瘀法贯穿整个病程，首先考虑活血，通过活血化瘀，可使肝脏血行通畅，瘀血化除，瘀化则血行更畅，血行则瘀无所留，肝气亦得畅通而无所滞碍，由此而改善肝硬化产生的一系列症状和肝功能损伤。[24]在应用活血化瘀药时应注意根据不同原因、不同症状及瘀血部位辨证应用。因寒致瘀者应与温阳药同用，瘀血得温则血瘀散；气滞血瘀者应配伍行气药以加强活血化瘀药对血液循环系统的作用；因虚致瘀者，适当加用扶正之品，减轻活血化瘀药伤正之弊；痰瘀互结者，宜配化痰散结药，加强消散癥积之效。

2.2.2.3 清热解毒法 适用于热毒蕴结所致积聚之证。常用半枝莲、半边莲、白花蛇舌草、板蓝根、败酱草、土茯苓、苦参等。杨玉岫治疗一例肝肿大患者，诊为邪毒凝聚，实热内燔，气滞血瘀之证，投以清热解毒，佐凉血散瘀、消癥散结之品，以五味消毒饮合黄连解毒汤加减治疗，药用银花、蚤休、石见穿、白花蛇舌草、紫花地丁、蒲公英、野菊花、生大黄、夏枯草、败酱草、山慈菇、半枝莲等，取得较好的疗效。[14]

中草药抗癌活性筛选表明清热解毒药力量最强，如白花蛇舌草、山豆根、半枝莲、穿心莲等均有不同程度的抑瘤率。靛玉红、肿节风能提高肿瘤细胞和外周血细胞的 cAMP 水平和 cAMP/cGMP 的比值，从而抑制肿瘤细胞增殖或使其向正常逆转。青黛散、靛玉红、山豆根等对肿瘤细胞的 DNA 和 RNA 合成均有明显的抑制作用，从而阻断肿瘤细胞的增殖。

2.2.2.4 养血柔肝法 适用于积证末期，症见肝之阴虚血少之时，常用一贯煎、鳖甲煎等，用于肝硬化肝质较硬，肝脾肿大、胁痛五心烦热、舌光红无苔之时。现代药理研究证实该类药物可调节免疫功能，调节神经及内分泌系统功能。赵兰堂认为此时肝硬化时，肝脏体积多见缩小，脾脏肿大且常伴有明显脾功能亢进，肝功能代偿与失代偿反复出现，治疗时多用一贯煎为主方。[21]高秋松主张以一贯煎加鳖甲、牡蛎、苏木、川楝子。若肝阴不足，久延不愈等出现肝肾同亏者则用乙癸同源方（熟地、山萸肉、山药、枸杞子、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

木瓜、白芍、甘草、淮小麦、菟丝子、党参、金铃子、丹参）治疗，效果较好。[25]

2.2.2.5 清热化湿法 肝积、脾积均以湿热毒邪内蕴为主，故清热利湿之法为常用之法。常用方剂有栀子柏皮汤、茵陈蒿汤，随症加板蓝根、黄连、黄芩、白茅根、过路黄、半边莲或牛黄等。薛云风认为清热化湿之法切勿过分苦寒。据临床观察，部分肝硬化患者在病程中会出现肝炎活动现象，除见皮肤、巩膜黄染、尿短赤外，胆红质定量升高，提示患者体内湿热之邪鸱张，根据标本缓急论，必须以清退黄疸为要务。否则，湿热之邪缠绵日久，进而损及肝之疏泄、脾之运化、肾之通调功能，使本已硬化之肝体进一步恶化。此种黄疸退之较难。因为原有肝体失用，肝阴多虚，脾阳不振，肾失蒸化，属本虚标实之证。组方中不宜使用苦参、黄柏、山豆根、龙胆草等过分苦寒之品，以防苦燥伤阴，过寒伤脾运、损肾阳，而治之以清化为宜。常选用蒲公英、金钱草、茵陈、白花蛇舌草、半枝莲、败酱草、垂盆草、虎杖等清热之品，配以芳化淡渗之藿香、佩兰、苍术、薏苡仁、茯苓、猪苓、滑石、白茅根等药，多能较快地使黄疸消退。若治疗后黄疸有增无减，提示病情加重或有癌变可能。[6]

2.3 积聚新药的开发研制

积聚是一种复杂的病证，包括许多种疾病，病变的性质及预后不尽相同，因而所需药品较多，近年来中医药新药的研制，从药物组成、剂型多样化及给药途径的增加各方面取得一定的成果。

何锡峰自拟的“调胃舒肝汤”、“舒肝化瘀汤”治疗气滞肝郁及气滞血瘀型积证取得较好的效果。[17] 李紫楠研制的“新改鳖甲煎丸”、[10] 韩经寰自制的“强肝汤”、“强肝软坚汤”、[26] 朱春良研制的“朱氏复肝丸”、[27] 黎镜自制的“斑田益肝丸”[28] 等治疗肝硬化，取得较好的疗效。李文彪自制的“软肝煎”[29]、郁冠亚自拟“消瘀汤”、[30] 宋喜秀自制的“软肝片”[31] 等，均有可喜的效果。康纪年研制的“活血化瘀胶囊”，[32] 对积证均有较好的疗效。

中医治疗方法众多，除汤剂口服外，尚有许多途径和多种剂型。丸、散、粉剂药物用量小，节省药材，服用方便，所以广为利用。静脉、肌肉给药困难时，还可以鼻饲、经络穴位注射、穴位敷药、灌肠、腹腔注射、摩擦吸收等途径抢救病人。

3 实验研究

近年来中医对积聚及其所属疾病的发病机理及疗效机理的研究取得了可喜的成果。

3.1 发病机理的研究

近年来中医学者用现代方法从多方面检测了积聚及其所属疾病的各证型的发病机理，以探讨“证”的实质。

邓银泉等用改良的 Martinek 微量测定法检测 74 例肝硬化患者和 100 名健康人血清腺苷脱氨酶（ADA），用自拟抗纤方为基本方，观察治疗后血清 ADA 的改变，探讨其与辨证施治之间的关系。结果显示：肝硬化患者血清 ADA 显著高于健康人（$P < 0.01$），并按肝郁脾湿型、热郁血瘀型、阴虚络阻型顺序依次递增，各证型间有非常显著差异（$P < 0.01$）。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

研究结果表明血清 ADA 活性与肝纤维化程度有关，可作为辨证分型、判断病情与预后、指导临床治疗的客观指标之一。[33]

吴嘉赓等研究发现乙肝肝纤维化病人血清透明质酸酶（HA）、ADA 水平变化与中医证型密切相关，且按肝郁脾虚→气滞血瘀→热郁血瘀型依次递增，HA 更加明显，三型之间的数值几乎成倍升高，通过辨证施治，随着病情的缓解和证型的由重转轻，二者也随之下降。提示 HA 和 ADA 可作为中医辨证分型、判断病情和指导治疗的客观指标，值得进一步深入探讨。[34]

近 10 年来，微量元素的研究向中医药学的渗透产生了强烈的反响，不少国内学者从微量元素的途径进行了中医的阴、阳和虚、实的科学研究。对于中医的“人与天地相应”和中药的“归经”学说，也从微量元素研究的角度提出了新的见解。许多学者证实肝硬化时血清铜、锰升高，而铁、锌降低。从而导致肝硬化时的一些症候群。多数认为低锌与肝硬化时脾虚、肝阴虚有关，而经适当、有目的的纠正后，上述异常可以明显改善和纠正。

刘成等研究了中医虚证与血清锌、铜、铁含量的关系。结果表明肝硬化患者血清锌含量明显降低（$P<0.01$），且与血清白蛋白含量的浓度呈相关（$\gamma=0.643$，$P<0.01$），血清铜和铁无明显差异。虚证组血清锌含量明显低于血瘀组（$P<0.001$）和正常人（$P<0.001$），血瘀组与正常人无差异，血清铜和铁二组患者及正常人间均无差异。血瘀组血清白蛋白较虚证组高，二者有显著差异（$P<0.001$），血清锌的降低与白蛋白的减少相平行。肝炎后肝硬化和血吸虫病性肝硬化患者，血清锌均较血瘀组患者及正常人低，前者血瘀组患者低于正常人，而血吸虫病性肝硬化血瘀组患者与正常人无差异。[35]

近年来，微量元素与中医虚证关系的报道较多，但结论颇不一致，微量元素在虚证患者中呈现的某种结果，往往仅能反映某种疾病的一种客观变化，而不能视为虚证患者的普遍特性，更不能牵强认为是中医虚证的本质，这是中医辨证客观化研究中一个值得重视的问题。

马欣等测定乌鸡白凤丸口服液中几种必须微量元素，结合肝硬化时血清内这些微量元素的异常分布，探讨此药对肝硬化的治疗价值。结果表明乌鸡白凤液中含锌、铁、锰、铬，正合肝硬化患者所需，患者经服用药液后症状减轻，效果满意。[36]

李赛美等通过统计近 10 年住院有血型记载的肝病患者的血型分布，探讨其与 ABO 血型关系。结果表明 A 型血患者具有患肝病的倾向性。急性肝炎、慢性肝炎、肝硬化、重症肝炎的血型分布特征一致，即 A > O > B > AB，与其具有共同病因和稳定的血型遗传学背景相吻合，各型间仍可看作一个疾病的不同发展阶段。肝癌血型分布不具上述血型特征，但肝病与 ABO 血型关系的确切机制尚有待深入研究。[37]

王民和等研究表明，在慢活肝、肝硬化等慢性肝病中，肝阻抗血流图异常率甚高，其中气滞血瘀型达 90%以上异常。主要反映为平波（81%）、低平高舒张波、高房缩波与锯齿波等，与临床证型具有密切相关性。作者认为肝阻抗血流图可作为证型规范化的重要参考指标。以慢性活动性肝炎气滞血瘀型为例制定其规范化标准：①临床证候如肝脾肿大，肝掌，蜘蛛痔，舌黯；②肝功异常：ALT 升高，A/G 比例失常等；③组织学改变（CAH 改变）；④影像学改变：弥漫性肝病表现；⑤肝阻抗血流图改变：hs 降低、ha 升高，ha/hs 增高及锯齿波出现。⑥病毒指标 HBsAg（+）、HBeAg（+）及抗 HBc（+）等。可以明确

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

规定其中某项或某几项即可确认为气滞血瘀型，而肝血流图是诊断的必备条件。[38]

陈玉莲等研究慢性肝炎、肝硬化病人的脑电图，发现其与中医辨证分型之间有一定的关系。其中肝郁脾虚型脑电图改变不明显，而肝肾阴虚型脑电图均有中度异常改变，表现为α波慢化和θ波为主占100%，δ波占50%。正常脑电组A/G比例明显高于异常脑电图组的A/G比例，差异非常显著（$P<0.01$），肝郁脾虚型多为肝病代偿期，脑电图多数正常，而肝肾阴虚型则要警惕肝性脑病的发生。脑电图的改变可给临床医生提供预防肝性脑病的客观指标，治疗肝性脑病的有利时机，是评定药物治疗肝病的科学指标。脑电图检查为无损伤性，可早期发现肝性脑病。[39]

综上所述，现代中医致力于辨证与辨病相结合的方法研究肝病，即在明确疾病诊断的前提下辨证分为若干证型进行治疗。而以往的分型归类均以临床证候作为依据，缺乏客观指标，认识颇难一致。上述各家的研究成果填补了一些空白，某些客观检查指标与辨证分型具有一定的相关性，可以作为辨证分型的参考标准，使证型的诊断日趋规范化，便于统一认识，探索证治规律及总结疗效，使辨证分型更加多层次、立体化，更能反映病变的本质，有助于肝硬化中医临床研究的深入。如能各地医家联合组成协作组，进行大宗病例的检查、观察研究，则更能完善我们的科研成果。

3.2 中医药防治肝纤维化实验研究

在对积证的医疗实践中，现代中医学者继承古训，勇于探索，积累了丰富的软化肝脾的临床经验。近年来实验研究发现许多中药是通过抗肝纤维化而起作用的。其途径之一是抑制胶原纤维生成，再则促进已形成的胶原纤维的降解和吸收。中医药抗肝纤维化的研究取得了明显的成果。

3.2.1 活血化瘀药

经过深入的研究认为在抗肝纤维化中以活血化瘀药最有希望。其机理为改善微循环，回缩脾脏，促进纤维蛋白的溶解及已形成的胶原纤维降解，对防治肝硬化具有一定的作用，这可能与神经、体液调节有关。有人的实验表明活血化瘀药具有抑制纤维母细胞亢进的胶原合成作用。从免疫学角度观察，活血化瘀药具有改变和恢复机体免疫的自身稳定性作用。例如鸡血藤、红花、丹参等对沉着的抗原抗体复合物有促进其吸收和清除的作用。益母草、穿山甲、水蛭、虻虫可抑制抗原抗体免疫反应所致的病理反应。丹参、三七、郁金等可清除血液中过剩的抗原，防止免疫复合物的产生。川芎、赤芍、降香等可改善血液流动性，使血液履行免疫功能。

单味药中以丹参的研究报道颇多。王祯苓报道用四氯化碳使大鼠肝细胞明显变性而肿胀，致肝窦变窄甚至闭塞，肝内微循环障碍，以致肝细胞缺血、缺氧及功能障碍。经丹参治疗后，动物肝细胞肿胀明显消退，肝窦显露，提示肝内微循环障碍得到改善，同时，肝内病理性增生的纤维明显减少，说明丹参有抑制肝内纤维增生的作用。这种作用可能是通过减轻肝细胞变性坏死，抑制炎症反应和促进肝细胞再生而实现的。[40]叶红军用丹参注射液治疗由脂质过氧化作用所致的大白鼠肝损伤，发现丹参注射液可明显减轻动物肝细胞的变性坏死，并防止肝硬化发生。[41]戚心广等研究证实：丹参通过提高血浆纤维蛋白连接水平以减轻肝细胞变性坏死的作用，这正是丹参预防肝硬变发生的病理、生理学基础。[42]马

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

学惠通过实验观察丹参对复合病因作用下，导致大白鼠肝硬化，而后停止病因刺激，经丹参注射液治疗3周后处死动物。在光镜及电镜下观察到给药组动物肝内无纤维增生或仅有轻度纤维增生，而对照组动物仍呈明显的肝硬化或重度纤维增生。肝内胶原蛋白含量，给药组明显低于对照组，尿羟脯氨酸排除量则高于对照组。实验结果表明：丹参可促进已形成的胶原纤维降解，肝纤维重吸收。[43]王祯苓等以四氯化碳为主的复合因素制造大白鼠肝硬变动物模型，同时分别用丹参、红花、当归、桃仁4种中药进行治疗，观察肝硬变形成情况。结果显示：丹参组动物肝脏纤维增生明显减轻，胶原蛋白含量减少，全部鼠均未发生肝硬变；红花抑制纤维增生的作用次于丹参；当归和桃仁在实验剂量下无抑制肝胶原纤维增生的作用。[44]刘平等研究表明，桃仁提取物可提高血吸虫病性肝纤维化家兔肝组织胶原酶活性，促进肝内胶原纤维分解代谢，降低肝组织胶原含量等抗肝纤维化作用。[45]徐列明等又进一步观察到桃仁提取物抗四氯化碳所致大鼠肝纤维化作用明显，机理为促进Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅵ型胶原和FN的降解，显著减少了纤维肝内的纤维间隔，使肝组织结构修复。[46]

复方的研究体现了中医在辨证基础上的立法原则。王宝恩等以四氯化碳腹腔注入法及白蛋白皮下注射继以尾静脉攻击法分别制成两种肝纤维化模型，以活血化瘀中药方（由丹参、鸡血藤、黄芪等组成）提取液喂服，设空白及单用中药对照组，2～5个月后做肝活检，发现活血化瘀中药组与对照组比较能明显防止肝纤维化及肝硬化形成，说明该方对肝纤维化有防止作用。其作用机制主要是使网状纤维、结缔组织增生及沉积在小叶内的延伸均受抑制，并可减轻肝细胞受损，似还可以促进肝细胞再生。[47]邱培伦等观察了大黄䗪虫丸对这种损伤的影响，证明该药使乳酸脱氢酶同工酶（LDH_5）和谷-丙转氨酶（SGPT）降低，使血清蛋白回升，丙种球蛋白明显减少，提示该药可抑制纤维增生，防止肝组织纤维化。[48]韩经寰等经长达3年的动物实验，观察了根据活血化瘀、软坚生新法组方的强肝软坚汤对大鼠四氯化碳模型的影响，表明该方可使动物肝细胞损害恢复正常，汇管区炎性细胞浸润消退，结缔组织重新吸收、消失，假小叶逐渐瓦解，最后恢复到正常的肝组织。[49]傅其黎等认为逐瘀过久则伤正，遂以益气活血法取代活血法进行实验，观察正常对照组、四氯化碳中毒组、益气活血组、活血组的比较情况。结果益气活血组肝纤维化程度较四氯化碳中毒对照组明显减轻（$P<0.01$），而活血组肝纤维化程度也较四氯化碳对照组为轻（$P<0.05$），表明益气活血剂（黄芪、川芎、赤芍等）和活血剂（桃仁、当归、赤芍、川芎）等均有抗肝纤维化的作用，益气活血剂优于活血剂（$P<0.05$），但其详细机理尚待研究。[50]查良镒报道北京友谊医院药厂生产的活血化瘀片可使正常大白鼠肝内羟脯氨酸的含量减少，在减轻肝硬化的形成上有一定的作用。[51]

有关活血化瘀药抗肝纤维化的研究以实验研究为多，而临床研究及报道尚少，在治法选用和方药筛选方面也存在一定的局限性。

3.2.2 疏肝理气药

在疏肝理气药中，柴胡的研究报道较多。柴胡具有明显的抑制肝纤维增生作用，可预防肝硬化的发生。柴胡具有抗炎、抗渗出及对结缔组织有类固醇样作用，但无类固醇所致的肾上腺及胸腺萎缩反应。Sakae Amagaya 等研究了小柴胡汤和大柴胡汤在每公斤体重600mg剂量下对猪血清（PS）模型和三甲基亚硝胺（DMA）所致的大鼠肝纤维化模型的影

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

响。由 PS 和 DMA 诱生的肝羟脯氨酸含量升高，投予小柴胡汤和大柴胡汤可予抑制，但抑制程度很轻。若提前用小柴胡汤处理了 3 个月，则肝内羟脯氨酸含量上升则被强烈抑制。此外，两汤剂在两模型中均可恢复被延长了的凝血酶原时间。这些结果表明，小柴胡汤和大柴胡汤均可直接抑制肝纤维化的形成，而小柴胡汤对肝纤维化的治疗比大柴胡汤更有利。[52] 马学惠观察了逍遥冲剂对复合病因刺激复制肝硬化动物模型的防治作用，同时设立对照组，结果表明肝硬化对照组 10 只动物中 9 只形成肝硬化，给药组则无 1 只形成肝硬化，其中 7 只无纤维增生或仅有轻度纤维增生，肝组织学观察结构几乎恢复正常，肝内胶原蛋白含量明显低于对照组，尿羟脯氨酸排出量已基本恢复正常，肝硬化发生率明显下降。马学惠认为逍遥散的组成成分均有不同程度的抗肝细胞变性、坏死的作用，从而抑制炎症反应及纤维化的发生。甘草、柴胡能减轻肝细胞气球样变、坏死，降低甘油三酯含量，增加肝糖元，并可抑制纤维增生。茯苓及当归也具有明显的抗炎作用，改善肝功能及肝组织学表现。[53] 疏肝理气药虽有抗肝纤维化作用，但临床使用中多与其它药物配伍而用，才能取得较好效果。

3.2.3 益气健脾药

近年来的研究证实，益气健脾药具有增强细胞免疫功能的作用，对正气虚损及 T 细胞免疫功能低下者较为适宜。尹镭等采用四氯化碳、高脂低蛋白膳食、饮酒等复合病因刺激复制肝硬变动物模型，在硬变形成后，经茯苓醇治疗 3 周，结果表明对照组动物仍有肝硬变，而给药组动物肝硬变明显减轻，肝内胶原蛋白含量低于对照组，而尿羟脯氨酸排出量高于对照组，表明茯苓可促进实验性肝硬变动物肝脏胶原蛋白降解，使肝内纤维组织重吸收。这种作用与茯苓活化肝之枯否氏细胞有关。[54] 郭湘云等观察了益气健脾的肝复康制剂（党参、红枣、黄芪）对大鼠实验性肝纤维化的治疗作用，表明该制剂可使肝细胞的脂肪变性，坏死明显减轻，纤维增生受到抑制，无假小叶形成，可对肝硬变的发生起预防作用。[55]

3.2.4 滋补肝肾药

近年来不少学者从该类药物中寻找抗肝纤维化之品。韩德伍报道，女贞子的有效成分齐墩果酸能抑制肝细胞变性坏死，促进肝细胞再生，加速坏死组织的修复，有非特异性抑制炎症反应的作用，抑制胶原纤维的增生。[56] 朱家璇等采用人工虫草菌丝对大鼠白蛋白免疫损伤性肝纤维化进行治疗，结果表明，人工虫草能减轻肝脏的炎性细胞浸润和肝细胞变性坏死，同时能抑制总胶原、Ⅰ、Ⅲ型胶原在肝内的沉积，并可使已形成的胶原重新溶解和吸收。其机理可能与下列因素相关：①冬虫夏草可提高巨噬细胞或枯否氏细胞的吞噬活性，增加 NK 细胞功能，从而有利地清除进入机体的抗原及形成的免疫复合物，抑制了免疫反应引起的细胞坏死和炎症反应及一系列细胞因子的释放和 Ito 细胞的激活，从而减少胶原分泌。②冬虫夏草可能增加胶原酶的活性，使胶原溶解或再吸收。[57] 范宗滂等自拟补肾方（熟地、巴戟天、仙灵脾）、养阴方（沙参、麦冬、黄精）治疗 DEN 所诱导的大鼠肝纤维化模型，结果显示二方均有较好的抗肝纤维化的作用，而补肾方优于养阴方。

3.2.5 其它单味药

马学惠等报道双目灵（蛇王藤）水提取物可减轻四氯化碳引起的急性肝损伤动物肝细胞变性、坏死，促进肝糖原蓄积，防止肝硬化的发生，特别是可促进肝硬化形成后肝内胶

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

原蛋白降解，使胶原纤维重吸收。因此，双目灵可能成为防治肝硬变极有前途的药物。[58]

李定国等观察以大、中、小不同剂量汉防己甲素对四氯化碳所致大鼠肝纤维化的治疗作用，并设立了正常对照组。结果表明：小剂量汉防己甲素能降低早、晚期治疗组模型线粒体的单胺氧化酶和 N-乙酰 β-D 氨基葡萄糖苷酶的活性；增加线粒体对钙离子的主动摄取，减少其被动释放；增加线粒体内膜表层和中心处的流动性及巯基含量。提示小剂量汉防己甲素具有良好的线粒体保护作用和抗肝纤维化作用。[59]

综上所述，中药实验性抗肝纤维化的研究已取得了可喜的成绩，对临床肝硬化的防治大有裨益。但今后应建立合理的动物模型，如结合中医病因病机理论造模则更有利于中药抗肝纤维化多方面作用机理的探讨和总结。另如在模型中能考虑到病毒复制、免疫调控、遗传因素等则更切合临床实际。应注重中医辨证论治理论体系，合理选择用药，特别是中药复方的研究和应用，以往的研究以单味药为多，故应加强中药复方抗肝纤维化的研究。

【古训今释】

1 病名溯源

积聚之名，首见于《内经》。《灵枢·五变》说："人之善病肠中积聚者，皮肤薄而不泽，肉不坚而淖泽。如此，则肠胃恶，恶则邪气留止，积聚乃伤脾胃之间……"。以后历代医家对此多有阐发，见仁见智，各持己论，各论其名，在理论上多有所见，在临床上也积累了丰富的经验。归纳起来常以"癥"、"瘕"、"积"、"聚"称谓腹部结块，素有"五积"、"六聚"、"七癥"、"八瘕"之说，现简述其源流。

"癥"者，征也，为有形可征。见腹中积块坚硬，按之应手，固定不移。首见于张仲景之《金匮要略·疟病脉证并治》，该篇说："结为癥瘕，名曰疟母，急治之，宜鳖甲煎丸"。始创癥病之说，补充了《内经》之不足。《中藏经·积聚癥瘕杂虫论第十八》记载："癥有十二，劳、气、冷、热、虚、实、风、湿、食、药、思、忧之十二名也"，虽提出十二癥之名称，但仅有名而无实，后世医家并不以此为说。葛洪在《肘后备急方》及王叔和在《脉经》中均对癥病的证候及脉象均有所描述。隋代巢元方在《诸病源候论·积聚病诸候》中对癥之病因、证候详加论述，首提食癥、暴癥、米癥、虱癥、鳖癥、发癥及水癥等"七癥"之说，为癥病的概念及分类奠定了基础，沿用至今，但"七癥"的发生均与饮食相关，且具有偶然性，故对临床无普遍指导意义。宋以后，医家对癥的认识进一步发展，各抒己见，提出诸种癥名，使癥病之说日臻完善。历代有代表性的 46 种医籍中，经统计癥之名称有 27 之多，但有实际应用价值者不过数种。

综观古籍，癥多起因于饮食、水饮、忧思及外邪所伤，以致气血凝滞，留结而成。古人多将大致分为血癥、食癥两类。而癥之有形可征，历代说法一致，虽为有形之邪，或因虚成实，或因实致虚，耗伤正气。

"瘕"者，假也，假物而成形。瘕之名称源于《内经》。《素问·大奇论》说："肾脉小急，肝脉小急，心脉小急，不鼓皆为瘕……三阳急为瘕"。《素问·骨空论》说："男子内结七疝，女子带下瘕聚"。《内经》中论瘕计有多处，从脉到证都有具体描述。如《灵枢·水胀》说："石瘕生于胞中，日以益大，状如怀子，月事不以时下，皆生于女子"的论述，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

从症状角度，详细而具体，为现代中医学者遵从。《内经》另有“伏瘕”、“疝瘕”之名。《中藏经·积聚癥瘕杂虫论》首提“八瘕”之说，“瘕有青、黄、燥、血、脂、狐、蛇、鳖之八名也。即俗称八瘕，或妇人八瘕，为妇人任脉受病的病候”。后人所论“八瘕”多从此说，沿用至今。历代医家对瘕的论述甚多，多从病因、病机、证治方面予以补充阐发。认为瘕为脐下、腹部之肿块，推之可移，痛无定处。多由寒湿不适，饮食不消，与脏气搏结，积于腹内，结块瘕痛，随气而移动，特点是虚假不牢，故谓之瘕。

“积”是指腹内有形的肿块，固定不移，痛有定处。与癥相同，常癥积并称。积之名称首见于《内经》。《灵枢·五变》说：“人之善病积聚者，何以候之，答曰……邪气留止，积聚乃伤”。其后，《难经·第五十六难》说：“气之所积名曰积，……故积者五脏所生……积者阴气也，其始发有常处，其痛不离其部，上下有所终始，左右有所穷处……”，阐明了积的证候特点、生成部位，现代中医学者仍遵此说。关于“五积”之说，源于《内经》，成于《难经》，而定名于《中藏经》。指“伏梁”、“肥气”、“痞气”、“息贲”及“奔豚”，如《难经·五十六难》说：“肝之积名曰肥气，……心之积名曰伏梁，……脾之积名曰痞气，……肺之积名曰息贲，……肾之积名曰奔豚”，并说明了积为五脏所生，形成了“五积”之说的基本内容。《中藏经》则言“积有五”，后世医家往往概称为“五积”。《诸病源候论》、《外台秘要》、《景岳全书》、《医宗必读》及《医宗金鉴》等在病因、病机、病候、治法等方面均有阐发。宋以后，诸医家纷纷提出自己的见解，使积多以病因命名，外因有以寒热命名的；内因以血、涎、痰命名；饮食则以食、酒、肉、茶命名的。元以后，对积之成因，往往重视饮食所伤，尽管多种多样，但无所创见。

“聚”表现为腹部气聚，或胀或痛，无固定部位，痛无定处，按之无一定形质，常并称为“瘕聚”。

“聚”之名称起源于《灵枢·五变》，然而《内经》中的“聚”多与“积”并称，未明确区分其概念，且多论述积，而略于论聚。至《难经·五十五难》则曰：“气之所聚名曰聚”，“聚者，阳气也”，“六腑所成也”，“其始发无根本，上下无所留止，其痛无常处，谓之聚”。明确了聚是阳气为病，乃六腑所成，且具有发无定形，痛无定处的特点。

明代张介宾在《景岳全书·杂证谟·积聚》中更详细地论述了聚：“聚者，聚散之谓，作止不常者也。……或聚或散者，本无形也，故无形者曰聚。……诸无形者，或胀或不胀，或痛或不痛，凡随触随发，时来时往者，皆聚之类，其病多在气分，气无形而动也”。关于“六聚”的论述首见于《中藏经·积聚癥瘕杂虫论第十八》，篇中曰：“聚者，系于府也，……聚有六，……有大肠、小肠、胆、胃、膀胱、三焦之六名也”。明确阐明聚多与六腑相关。聚与瘕名虽不同，而意义类似，属同一类型，其病因、症状无明确区别的概念。故现代中医亦将瘕聚并称。

古代中医学者根据积聚的相关脏腑不同、症状的差异对其有许多不同的称谓，现分述于下：

伏梁：见于《素问·腹中论》，言：“病有少腹盛，上下左右皆有根，此为何病？……病名曰伏梁……裹大脓血，居肠胃之外，不可治，治之每切按之致死。……此久病也，难治。”描述了伏梁的病位、症状及病性。《素问·奇病论》及《灵枢·邪气脏腑病形》也有关于此证的论述。其主症为心下至脐下有肿块，部位较固定，伴有疼痛，其中裹有脓血。伏

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

梁究竟为何病？《难经·五十六难》曰："心之积，名曰伏梁，起脐上，大如臂，上至心下，久不愈，令人心烦"。后世医家描述其伴见腹热面赤，咽干心烦，甚则吐血，食少消瘦。由此看来，此证疑似胃、肝、胆、胰等脏器的肿瘤。

息贲：首见于《灵枢·邪气脏腑病形》，言："（肺脉）滑甚为息贲上气"。《难经·五十六难》认为息贲为肺之积："肺之积，名曰息贲，在右胁下，覆大如杯。久不已，令人洒淅寒热，喘咳，发肺壅"。而《圣济总录·积聚统论》则言："肺积息贲，气胀满，咳嗽，涕唾脓血"。后世医家补充描述息贲之脉浮、面色白、健忘眩晕、肌肤寒而痛等表现。据此，息贲之证似与西医学的肺及上腹部肿瘤相近，也有学者认为是心力衰竭时郁血性肝硬变的表现。

肥气：《灵枢·邪气脏腑病形》指胁下痞块，状如覆杯的疾患为肥气。《难经·五十六难》："肝之积，名曰肥气，在左胁下，如覆杯，有头足，久不愈，令人发咳逆，瘕疟，连岁不已"。《诸病源候论·积聚病诸候》指出其病证为"脉弦而细，两胁下痛，耳无青泽……爪甲枯黑"。肥气的临床特点是左胁下肿块如覆杯状，有青筋络于其表，状如头足，日久病人则易发生咳嗽、气短及发热恶寒形似疟疾之状，且病情缠绵不已。据其描述特点类似脾大性肝硬化。

痞气：见于《难经·五十六难》："脾之积名曰痞气，在胃脘，覆大如盘，久不愈，令四肢不收，发黄疸，饮食不为肌肤"。可见痞气特点为胃脘有肿块突起，状如覆盘，肌肉消瘦，四肢无力。该病病程较长，多因脾虚气郁，痞塞不通，留滞积结而成，日久不愈，可并发黄疸。据其特点类似肝癌、肝硬化晚期的表现。

奔豚：《难经·五十六难》说："肾之积名曰奔豚，发于少腹，上至心下，若豚状，或上或下无时"。奔豚虽名曰肾积，但医者应明确该证实属聚证范畴。其特点是有气从少腹直冲心下，若奔豚之状，无形可验，即后世医所言之"奔豚气"。

痃癖：《太平圣惠方·卷第四十九·治痃癖诸方》说："夫癖者，本因邪冷之气，积聚而生也。痃者，在腹内近脐左右，各有一条筋脉急痛，大者如臂，次者如指，因气而成，如弦之状，名曰痃气也。"而《圣济总录·积聚统论》说："癖者，僻侧于胁肋"。《医宗金鉴·杂病心法要诀·积聚总括》说："癖者，外结募原肌肉之间，癖者，内结隐僻膂脊肠胃之后，故曰别深浅也。"可见痃癖即是据肿块部位不同而命名的，与积聚相类。是脐腹部或胁肋部患有癖块的泛称。痃是积在脐周两旁，有条状物扛起，大小不一，或痛或不痛；癖是指积块隐匿于两胁肋之间。

疝瘕：首见于《内经》。《素问·平人气象论》说："脉急者，曰疝瘕少腹痛"、《素问·玉机真脏论》则说："脾传之肾，病名曰疝瘕。"《诸病源候论·疝病诸候·疝瘕候》对疝瘕有明确的注释。"疝者，痛也；瘕者，假也，其病虽有结瘕而虚假可推移，故谓之疝瘕也。"可见疝瘕是指腹中痞块可移动，并伴有腹痛的病证，属现代中医所言聚证范畴。

痞块：病证名，见《丹溪心法·积聚痞块》，指腹腔内的积块。日本丹波元坚在《杂病广要·积聚》说："大抵痞块者，皆因一物为之根，而血涎裹之，乃成形如杯如盘，按之坚硬也。"可见痞块即古代所言积、癥之类病变。另一说法指肝积，如明代周慎斋《慎斋遗书·痞块》即说："痞块，肝积也，肝经湿热之气聚而成也"。

肠覃：病名，首见于《灵枢·水胀》："肠覃者，寒气客于肠外，与卫气相搏，气不得

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

营，因有所系，癖而内著，恶气乃起，瘕肉乃生，大如鸡卵，稍以益大，至其成如怀子之状，久者离岁，按之则坚，推之则移，月事以时下，此其候也。”肠覃是指下腹部生长肿物，而月经又能按时来潮的病证。类似卵巢囊肿、肠道肿瘤。

昔瘤：《灵枢·刺节真邪》说：“已有所结，气归之，津液留之，邪气中之，凝结日以益甚，连以聚居为昔瘤，以手按之坚”。昔瘤为邪气结聚，留而不去，导致气滞津停，津液日渐凝结，连结聚居而成。昔者，非一朝一昔之谓也，言其病程离岁也。瘤者，坚硬而有形的实质性肿块，可见昔瘤亦为腹部肿瘤的疾患。

综上所述，可以看出各名称主要是依据腹腔内肿块的部位及形状特点而命名的，略显繁杂，不易掌握，故现代中医学者将各证按肿块特点归纳为积和聚两类统一概念。积是有形，固定不移，痛有定处；聚则无形，聚散无常，痛无定处。

2 证候与脉象

2.1 主　症

关于积聚的主症描述首见于《灵枢·五变篇》，认为腹中积块为积聚的主症。随着对本病认识的不断深入，《难经·五十五难》进而指出：“积者，阴气也，其始发有常处，其痛不离其部，上下有所始终，左右有所穷处；聚者，阳气也，其始发无根本，上下无所留止，其痛无常处，谓之聚。故以是别知积聚也。”从症状表现和病机上区分了积证和聚证，为后世辨治本证，首开先河，同时对积证的认识又有创新，根据积块部位及相关症状立五脏积之说。如《难经·五十六难》说：“肝之积名曰肥气，在左胁下，如覆杯，有头足……。心之积名曰伏梁，起脐上，大如臂，上至心下……。脾之积名曰痞气，在胃脘，覆大如盘……。肺之积名曰息贲，在右胁下，腹大如杯……。肾之积名曰奔豚，发于少腹，上至心下，若豚状，或上或下无时……。”指出了五积皆有形可征，但其部位不同，形状各异，并且相关脏腑不同，为后世医家认识积证提供了可贵的资料。

汉代张仲景在《金匮要略·五脏风寒积聚病脉证并治》则具体地描述了积与聚的不同证候在于，积是有形肿块，固定不移，病变涉及五脏；而聚则为发作性肿块，伴有疼痛，并推之可移。《华佗神方·积瘕》指出瘕与癥异，癥坚而瘕软，癥以血为之，瘕以气为之。

隋代巢元方在《诸病源候论》中设积聚候专论，说：“积者，脏病也，阴气所生也；聚者，腑病也，阳气所成也。”明确了积与聚的阴阳属性。以后历代医家对积聚的证候多有描述，至清代，各位医家已能较完善地概括了积聚的主症。如林珮琴在《类证治裁·积聚》说：“诸有形而坚着不移者，为积；诸无形而留止不定者，为聚。积在五脏，主阴，病属血分；聚在六腑，主阳，病属气分”。

总之，对于积聚主症的认识起源于《内经》，经过历代医家的不断补充，至清代已形成了较完整的体系，对积聚的部位、形状、肿块质地等均有较确切的记载，乃有效地指导着今日的临床实践。

2.2 兼　症

古代医家对积与聚的兼症有较多的描述，能够帮助医者判断病因及病变脏腑，以指导

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治疗。如《难经·五十六难》所述肝之积可兼见咳逆、瘕疝；脾之积可见病人消瘦、四肢失养；肺之积可伴有洒淅寒热、咳嗽、喘促。清代何梦瑶《医碥·积聚》说："气聚，证必肚腹臌胀，时痛时止，得嗳即宽，旋复痛，游走攻窜"。表明聚证时腹胀、腹痛阵作，时有嗳气。《医宗金鉴》则记述积证日久，脾胃渐虚，运化乏力可出现饮食减少，大便溏等症。经过长期的医疗实践，现代中医学者已能明确地辨别积、聚，并仔细分析各证型之间的差别分别治疗。

2.3 脉 象

对于通过切脉而判断积聚所在部位，早在《内经》中已有论述，如《素问·平人气象论》中说："寸口脉沉而横，曰胁下有积，腹中有横积痛"。脉沉主病在内，横主有积，故知腹中有积痛。又如《素问·大奇论》说："肾脉小急，肝脉小急，心脉小急，不鼓皆为瘕也。"至《金匮要略·五脏风寒积聚病脉证并治》记载了根据脉象诊断判别积所在部位的方法。凡是脉细而沉伏的，就可能是"积病"，并根据左右手寸关尺部位推断积的所在部位。关部细沉伏，积在肚脐两旁；寸关部之间细而沉伏，积在心下；关尺之间见此脉则积在小腹部；尺部出现则积在脐腹下横骨两旁；左手见此脉积就在左边；右手见此脉则积在右边；左右两手脉均见细而沉伏，积在中央。当然，单凭脉象诊断"积"是不够准确的，而且也不是每个医生都能毫无困难地掌握它，因而本篇诊断"积"的辨脉法实际应用价值难以肯定。

2.4 合病、并病、变证、坏病

古代医家在许多医籍中均有积证在发病过程中因失治、误治，病情转化可出现黄疸、鼓胀、水肿、血证、疟疾、痢疾等的记载，现分述于下。

黄疸：积证久而不愈，可致黄疸，而黄疸病后或黄疸经久不退致湿邪与气血阻滞可形成积聚。在积聚病机演变过程中，肝脾失调，气滞湿阻，壅滞于中焦，使肝胆气机不畅，胆汁不能外泄，渗入血液，溢于肌肤而成黄疸；或积聚日久不消，瘀血阻滞胆道，胆汁外溢而产生黄疸。正如《难经·五十六难》所言："脾之积，名曰痞气，在胃脘，覆大如盘，久不愈，令人四肢不收，发黄疸"。

鼓胀：积聚日久不愈，病情进一步恶化可转为鼓胀。清代喻昌在《医门法律》中说："凡有癥瘕、积块、痞块，即是胀病之根，日积月累，腹大如箕，腹大如瓮，是名单臌胀"。阐明了癥瘕、积病、痞块是本，胀病是标的观点。隋代巢元方在《诸病源候论·积聚病诸候》中说："水癥者，由经络否涩，水气停聚，在于腹内……其病腹内有结块鞕强，在两胁间膨膨胀满"。这两段文字，均说明血瘀凝滞于肝脾脉络，久则结块日渐增大，气机壅滞更甚，中阳不运，水湿停聚，遂成鼓胀，这与西医学所言肝硬化并发腹水是符合的。

水肿：积聚日久可合并水肿。由于积聚的病机关键乃为气滞血瘀，病变脏器重在肝脾，若肝气郁滞，气机闭阻，则可影响水液的运行而致水停。如清代唐容川在《血证论·痞满》所说："若气不布，则水不散"。

血证：古代中医学者在长期的医疗实践中认识到积聚病变过程中肝脾统摄封藏功能失常，或瘀热灼伤血络，瘀血内停，血行不畅，血不循经，以及久病后阴虚血少，虚火灼伤

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

脉络，均可造成出血。常表现为便血、吐血、黑便。如大量吐血则为危急之症，应积极抢救。

疟疾：在积聚病程中可合并疟疾或在病疟疾后日久不愈，夹痰夹瘀，结于胁下可形成痞块。如《难经·五十六难》所说："肝之积名曰肥气，在左胁下，如覆杯，有头足，久不愈，令人发咳逆，痞疟"。形象地描述了积证与疟疾并发的表现；东汉张仲景《金匮要略·疟病脉证并治》说："……此结为癥瘕，名曰疟母"。疟母即久疟形成的脾脏肿大。

3 病因学说

3.1 六淫之邪

3.1.1 寒邪

寒邪引起积聚早在《内经》中已有多处论述。《素问·举痛论》说："寒气客于小肠膜原之间，络血之中，血泣不得注于大经，血气稽留不行，故宿昔而成积矣。"《灵枢·五变》又说："皮肤薄而不泽，肉不坚而淖泽，如此则肠胃恶，恶则邪气留止，积聚乃伤。脾胃之间，寒温不次，邪气稍至，蓄积留止，大聚乃起。"这两段文字均说明在人体正气虚弱情况下，寒邪侵袭人体，寒主收引，其性凝滞，寒气客于经脉，导致气血凝滞于肠外募原之间，日久形成积证。《灵枢·百病始生》则通过三条积积途径的论述，全面地分析了寒邪导致积聚的病机。其一为："厥气生足悗，悗则胫寒，胫寒则血脉凝涩，血脉凝涩则寒气上入于肠胃，入于肠胃则膜胀，膜胀则肠外之汁沫迫聚不得散，日以成积"。此为寒气从足上逆而入胃肠，导致腑气停滞，汁沫迫聚，而渐成积证。其二是："卒然多食饮则肠满，起居不节，用力过度，则脉络伤……阴络伤则血内溢，血内溢则后血。肠胃之络伤，则血溢于肠外，肠外有寒汁沫与血相搏，则并合凝聚，不得散而积成矣。"此为暴饮暴食，起居不节，用力过度，以致肠胃络伤而血溢肠外，在寒气的作用下，瘀血汁沫相搏，凝聚成积。其三为："卒然外中于寒，若内伤于忧怒，则气上逆，气上逆则六输不通，温气不行，凝血蕴裹而不散，津液涩渗，着而不去，而积皆成矣。"此为外感寒邪，复因内伤忧怒，内外合邪引起脏腑气逆，气因寒遏，经络不通，乃至血凝津停，着而成积。

唐代王焘《外台秘要·卷七·寒疝积聚方四首》首提内寒导致积聚之说。"夫积聚者，由寒气在内所生也，血气虚弱，风邪搏于脏腑，寒多则气涩，气涩则生积聚也"。东汉张仲景在《金匮要略·五脏风寒积聚病脉证并治》亦说："心胸大寒痛，呕不能饮食，腹中寒，上冲皮起，出现有头足，上下痛而不可触近，大建中汤主之"。二者均说明脾胃虚弱，素有虚寒，又食寒饮冷或外感风寒之邪，寒凝气滞，气机不畅，以致聚而为病。

清代中医学者对病因学说的认识更加全面，提出了非一种病因所致，往往由于诸多因素杂合而至，更切合临床实际。如清代尤怡《金匮翼·积聚统论》所说："积聚之病，非独痰、食、气血，即风寒外感，亦能成之，然痰、食、气、血，亦未必成积。"

3.1.2 热邪

血受火热毒邪长期煎熬亦可烁炼成块，形成积证。如东汉张仲景《金匮要略》说："热之所过，血为之凝滞"。清代王清任在《医林改错》中亦言血得热则煎熬成块。二者均说明热毒内蕴亦为致积原因之一。

3.1.3 湿邪

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

湿为有形之邪，湿毒内蕴，流注经络，阻滞血脉，癥积遂生。正如《吴少怀医案》所说："积是由于气郁而湿滞，湿郁而生热，热郁而痰结，痰郁而血凝，血瘀而食不化，食积而积成，此六者皆相因而致病"。

3.2 七情所伤

关于七情所伤导致积证的记载，首见于《素问·百病始生》。该篇有："七情内伤，则脏气失和，脏气逆乱，加之外感寒邪，则气滞血瘀积乃成矣"的记载。宋代严用和在《重订严氏济生方·癥瘕积聚门》说："有如忧、思、喜、怒之气，人之所不能无者，过则伤乎五脏……传克不行，乃留结而为五积。"更明确指出了因五志过极，伤及五脏，脏腑功能失调可导致积证。朱丹溪则认为七情过极可导致气郁，从而引起诸病，或大怒不息等日久由气及血，由血涉痰，变生多端，甚则血结痰凝而成肿块痼疾。清代尤怡在《金匮翼·积聚统论·气积篇》说："气滞成积也，凡忧思郁怒，久不得解者，多成此疾"，指出了长期的情志不调可导致气滞、气逆，气聚不散则聚证发作；气滞不能帅血畅行，以致瘀血内停，脉络受阻，结而成块者，则成积证。

3.3 饮食所伤

前已述及《内经》中记载暴饮暴食是导致积证的因素之一。《华佗神方·华佗治疗癥神方》则说："癥者，由寒温失节，致脏腑之气虚弱，而饮食不消，聚积在内"，指出积聚的病因不仅为寒温失节，而且有脏腑之气的虚弱与饮食方面的因素在内。隋代巢元方在《诸病源候论》中也多次阐明邪、食、气相搏结可形成积聚之证及饮水浆过多复遇寒气亦可形成积聚。明代张介宾在《景岳全书·杂证谟·积聚论证》则说："不知饮食之滞，非寒未必成积，而风寒之邪非食未必成形。故必以食遇寒，以寒遇食，或表邪未清，过于饮食，邪食相搏，而积斯成矣。"说明饮食之滞与风寒之邪相互搏结是形成积聚之证的条件之一。《圣济总录·卷第七十二·食癥》说："论曰脾胃虚弱，饮食累伤，积久不去，结在肠内，与正气交争则心腹鞕痛，妨碍饮食，肢体消瘦，以手按之，积块有形"。说明素体脾胃虚弱之人，加之长期饮食所伤可导致积块结于肠中，日久形成积聚的特点。朱丹溪在总结前人经验基础上，有所发挥，认为"五味之过，疾病蜂起"原因之一是过度饮食损伤脾胃；二是过偏某食，气味伤津。在《丹溪手镜·积聚》说："因食、酒、肉、水、涎、血、气人积，皆因偏爱停留不散，日久成积块。"并且记载有常饮酒之人容易患积聚之病，这与西医认为过度饮酒易造成食道、胃、肝等肿瘤的观点一致。因酒而致病者，治案较多，常饮热酒、作劳饮酒、醉卧、疟病仍嗜酒，以酒代茶饮者，均可导致积聚的发生。

综上所述，古代医籍关于饮食所伤导致积聚之理有以下几方面：一为邪食相搏；二为饮食不节伤脾胃、以致脾胃虚弱；或素脾胃虚弱之人又为饮食所伤，脾失健运，聚湿成痰，痰食交阻，或食气交阻；三为五味之过，气味伤津。三者均可导致积聚发生。

3.4 痰 浊

在《丹溪心法·积聚痞块》有"块乃有形之物也，痰与食积死血而成也"的记载，认为积块的产生，由痰浊与食积瘀血相夹而成。清代尤怡在《金匮翼·积聚统论》中论述积

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

聚一证非痰一种病因所致，而多因痰浊与食、气、血、六淫之邪杂合而成，比较切合临床实际。

3.5 瘀　　血

早在《灵枢·百病始生》已有寒凝血瘀成积的记载："肠胃之络伤则血溢于肠外，肠外有寒，汁沫与血相搏，则并合凝聚不得收，而积成矣"。朱丹溪亦说："块乃有形之物，气不能成形，痰与食积死血也"。清代唐宗海在《血证论》中更有瘀血成积的专论。

3.6 恶　　气

癥积的形成，还与"恶气"有关。如《灵枢·水胀》说："癖而内著，恶气乃起，息肉乃生。"所谓恶气，属于痰瘀相结，阻滞经脉，蕴郁日久所生之气也，亦为一种致积因素，属于"毒气"之类。

3.7 体 质 因 素

积聚的形成与人体正气的强弱亦密切相关。正如《素问·经脉别论》所说："勇者气行则已，怯者则著而为病也"。由于病机的关键乃为气滞血瘀，而形体壮盛之人，正气充盛，气血流畅，不致郁滞为患，则积聚不能形成；而形体虚弱，正气不足，气血皆虚，运行迟缓，则每遇邪犯，易形成郁滞而发生积聚之证。正气的盛衰不仅关系到积聚的形成，而且与其病机演变亦有着密切的关系。正气充盛，气血畅达，则瘀滞之患随之而散，病可自愈，反之则病情加重。如明·李中梓《医宗必读·积聚》所说："积之成也，正气不足而后邪气踞之……正气与邪气，势不两立，若低昂然，一胜则一负，邪气日昌，正气日削"。精辟地阐明了积聚的生成及其病机演变与正气的内在关系。而诸虚之中以脾肾亏损为成积之根本，正如《景岳全书·杂证谟·积聚》中所说："凡脾肾不足及虚弱失调之人，多有积聚之病。"

4 病　机　论

《素问·举痛论》说："寒气客于小肠募原之间，络血之中，血泣不得注于大经，血气稽留不得行，故宿昔而成积矣"。《灵枢·五变》亦说："皮肤薄而不泽，肉不坚而淖泽，如此则肠胃恶，恶则邪气留止积聚，乃伤脾胃之间，寒温不次，邪气稍至，稽积留止，大聚乃起"。二者均谈及寒邪等外邪侵袭人体，导致血流滞涩，瘀血停于经络，聚集日久形成积聚之证。《灵枢·百病始生》又说："积之始生，得寒乃生……卒然外中于寒，若内伤于忧怒，则气上逆，气上逆则六输不通，温气不行，凝血蕴裹而不散，津液涩渗，著而不去，而积皆成矣"。说明内伤七情与外邪侵袭人体后，造成气滞血瘀，留着不去，可形成积聚之证。

《难经·五十五难》进而指出："积者，五脏所生，聚者，六腑所成也，积者，阴气也，其始发有常处，其痛不留其部，上下有所始终，左右有所穷处；聚者，阳气也，其始发无根本，上下无所留止，其痛无常处，谓之聚。故以是别知积聚也"。明确指出积证与五脏相关，属阴气为病；聚证与六腑相关，属阳气主之，从症状与病机上对积、聚加以鉴别。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

《华佗神方·积聚》说："瘕与癥异。癥坚而瘕软，癥以血为之，瘕以气为之也"。明确指出了癥由"血"而成，瘕由"气"所致，一语说明了本证的病机关键。现代中医学者亦认为聚证多以气机阻滞为主，而积证以瘀血内停为主。

隋代巢元方《诸病源候论·积聚病诸候》说："虚劳之人，阴阳伤损，血气凝涩，不能宣通经络，故积聚于内也"，首创虚劳致积学说，增补了新的理论，为后世诊治积聚，提供了宝贵的资料。清代沈金鳌《杂病源流犀烛，积聚癥瘕痃癖源流》："积聚癥瘕痃癖，因寒而痰与血食凝结病也"。明代张介宾《景岳全书·杂证谟·积聚论证》说："不知饮食滞，非寒未必成积，而风寒之邪非食未必成形。故以食遇寒，以寒遇食，或表邪未清，过于饮食，邪食相搏，而积斯成矣"。说明外感风寒之邪，或内伤于饮食，使脾失健运，湿浊不化，凝聚成痰，痰阻气滞，聚而不行，以致聚证；或风寒痰食与气血相搏结，使瘀血留滞，脉络壅塞成块，逐渐形成积证。亦有因外感于风寒，内伤于情志，气因寒逆，壅遏不畅，形成聚证的，如渐累及血分，使脉络不畅，瘀血内结成块，积证乃成。

从临床来看，风寒或寒湿外袭，及饮食、情志等方面的致病因素，往往不是孤立的，而相互兼见，相互影响，合并为患。气滞可夹痰、食、瘀血，痰食可因寒食伤脾所致，而内外合邪，则尤易导致此疾。

积聚的病因虽然有多种，但其发病的病机关键乃为气滞血瘀，大凡以气机阻滞、痰气交阻、食滞痰阻、食气交阻等以气滞为主者，多成聚证；若气滞血瘀，脉络不通，凝结成块者，则成积证。在病情演变过程中，气滞可导致血瘀，反之血瘀亦可阻滞气机，使气滞愈甚，二者互为因果，相互为害，使病情逐渐加重。

5 治则治法

治疗积聚的方法，历代医家，各有心得。早在《素问·至真要大论》就提出"坚者削之"、"客者除之"、"结者散之"、"留者攻之"、"逸者行之"、"衰者补之"等原则，对积聚的治疗具有一般的指导作用。尤其《素问·六元正纪大论》所说："大积大聚，其可犯也，衰其大半而止"。对今日中医学者治疗积证仍具有指导意义。

唐代王焘《外台秘要》收载了许多方药，并提出了具体的治法。如《外台秘要·卷十二疗癖方五首》所说："其灸熨针石，别有正方，补养宣导……"。

宋代严用和《济生方·积聚论治》强调积聚发病与七情相关，所立香棱丸、大七气汤等方一直为现代中医学者所沿用。金元时期《活法机要》一书强调了积聚发病与人体正气亏虚密切相关，提出以扶正补虚为其治疗原则。罗天益在《卫生宝鉴·腹中积聚》一书中收载治疗积聚的方剂17首，理气导滞、活血消积的药物如三棱、莪术已被广泛应用。元代《丹溪治法心要·块》提出："诸块虚中，块攻胀，无可奈何，不可用攻伐之药，四君子汤加半夏、陈皮，作大剂服之，候元气平复，却用攻药。"在选方用药上攻补兼施，或以攻为主，或以补为主，参术为常用之品。同时提出了"块去必用大补"，"凡积病下亦不退"的治疗宜忌，为后世医家治疗积聚提供了可贵的经验。《丹溪手镜·积聚》一书中记录用活血、补气、解郁、化痰等法治疗积聚，注意滋阴养津，力避香燥劫液之品。丹溪还强调脾胃之气在人体中的作用，治疗不忘"全真气而补之"的原则，另提倡有病早治，无病先防，强调精神因素对疾病的影响，"若于始生之际，便能消释病根，使心清神安，然后

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

施以治法，亦有可安之理”的论述确为经验之谈，有效也指导着临床医护人员。

明代王肯堂在《证治准绳·杂病·积聚》中提出了分初、中、末三期治疗积聚的主张。认为初期为病，邪始侵犯人体，根据具体情况分别采用不同的治疗方法，“留结之客者，除之、散之、行之，虚者补之”；中期采用清湿热、软坚散结、补泻相迭为用的原则；末期则“补益其气，兼导达经脉，使荣卫流通……”。张介宾对攻法和补法在积聚治疗中的运用，作了较好的概括，《景岳全书·杂证谟·积聚》说：“治积之要，要知攻补之宜，而攻补之宜，当于孰缓孰急中辨之……”，主张根据人体体质的盛衰，脏腑的虚实，以及病情的轻重缓急，或以峻攻之剂，或以缓攻之剂，或以攻补兼施，或培补元气，权衡利弊，灵活变通，分别施治。明代李中梓集前贤之大成，创新法，抒己见，在对积证的诊治方面，根据病变过程中正邪之间的盛衰变化情况，在治疗时把攻、补两大治法与积聚病程中的初中末三期有机地结合起来，提出了分期治疗的方法，一直有效地指导着临床治疗。他在《医宗必读·积聚》说：“初者病邪初起，正气尚强，邪气尚浅，则任受攻。中者受病渐久，邪气较深，正气较弱，任受且攻且补。末者病魔经久，邪气侵凌，正气消残，则任受补”。并且指出治积不能急于求成，应“屡攻屡补，以平为期”。

清代唐宗海主攻，如《血证论》说：“癥之为病，总是气与血胶结成，须破血行气以推之”。沈金鳌则主张攻补兼施，他在《沈氏尊生书》中说：“治积之计，补益攻伐相兼并进，方为正治。”程仲龄则仍主张遵李中梓分期治疗的原则。实践证明，本病正虚邪实相兼并存，临证时应视具体病情，因人施治。凡以正虚为主者，宜补中兼消；邪实较盛者，宜消中兼补；正气衰竭不耐消克者，则先补后消。补中切忌壅中恋邪，消克不可攻伐伤正。林珮琴在《类证治裁·积聚》中提出：“初为气结在经，久则血伤入络，必理血分，兼通络瘀，搜逐之中，酌补元气，即邪深积锢，务令脾胃气旺，乃可消磨坚结，否则耑事攻削，正气益衰，积聚何由去乎?”化瘀通络、搜逐药物的使用对积证的治疗更加深入。清代吴谦在《医宗金鉴·杂病心法要诀·积聚治法》中特别提出以食量的多少、胃气的强弱，作为可攻与否的标准，这在积证末期治疗中有重要意义。潘辑《医灯续焰》谈到不能将古代医家积属脏病、聚属腑病的说法绝对化，提出“治积者，当于留止聚散上相机，不当于脏腑二字上作工夫也。”这种看法是合乎临床实际的。王清任在《医林改错》中说：“无论何处，皆有气血，气无形不能结块，结块者必有形之血也”，强调积聚的形成皆与瘀血有关，主张以活血化瘀之膈下逐瘀汤治疗积证，仍为现代中医学者广泛应用，且具有较好的疗效。

综上所述，对于积证的治疗方法，在《内经》总的治疗原则指导下，后世医家不断总结经验，逐步形成共识。聚证重在调气，以疏肝理气、行气消聚为基本原则，然后根据寒、痰、食等加减用药。积证则重在活血，以活血化瘀、软坚散结为基本原则，根据积证的不同阶段正邪盛衰的情况掌握攻补分寸，处理好攻与补的关系，在治疗中应注意“治实当顾虚”，“补虚勿忘实”的原则。

6 方剂归类

历代医家在临床实践中总结出许多行之有效的治疗积聚的方剂。有代表性的方剂如大七气汤、鳖甲煎丸、膈下逐瘀汤、三棱汤等，分别从不同的角度攻克积聚之证。现分积聚

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

二者予以介绍。

6.1 治聚证的方剂

治疗聚证的方剂包括行气散聚及散寒行聚止痛之剂两大类。

6.1.1 行气散聚类

(1) 金铃子散(《素问病机气宜保命集》)卷中方：川楝子、延胡索各一两。为细末，每服三钱，酒调下。

主治聚证，肝郁气滞、气郁化火所致的脘腹攻窜作痛，腹胀。具有疏肝泻热，理气止痛之功。

(2) 平肝消瘕汤(《辨证录》)：柴胡、白芍、枳壳、半夏、白术、神曲、当归、鳖甲、山楂。

主治肝郁气滞所致的瘕聚攻痛，效果颇佳。功效舒肝行气，消聚止痛。

(3) 六磨汤(《世医得效方》)：又名六磨饮子。槟榔、沉香、木香、乌药、大黄、枳壳，各磨汁半盏，和匀温服。

主治气滞所致聚证，症见脘腹胀满，攻窜作痛，大便秘涩等，兼热象者尤佳。具有行气消滞，清热泄下之功。

(4) 木香顺气散(《证治准绳·类方》)：木香、香附、槟榔、青皮（醋炒）、陈皮、厚朴（姜汁炒）、苍术（米泔浸炒）、枳壳（麸炒）、砂仁各一钱，炙甘草五分。为末，加生姜三片，水煎，食前服。

主治气滞型聚证，症见腹部胀痛，气聚发作有时。该方具有行气消聚之功。

(5) 排气饮(《景岳全书》)：陈皮、藿香、枳壳各一钱五分，香附、乌药各二钱、厚朴、泽泻各一钱，木香七分至一钱。水煎服。

主治气逆食滞所致聚证。具有行气散聚之功。

6.1.2 行气散寒类

(1) 温上消瘕汤(《辨证录》)：巴戟天、肉桂、人参、白术、茯苓、枳实、山楂。

主治脾肾阳虚夹气滞所致寒凝气聚证，证见五更泄泻，腹胀，不欲饮食，腹痛。具温脾化湿、行气化瘀之效。

(2) 东垣肥气丸（《医灯续焰》)：柴胡、黄连、厚朴、炙甘草、川椒、广茂炮、昆布、人参、皂角、白茯苓、川乌、干姜、巴豆霜。

主治寒气凝聚的聚证。

(3) 大七气汤(《医学入门》)：三棱、莪术、青皮、陈皮、桔梗、藿香、益智仁、香附、肉桂、甘草。水煎服。

主治聚证，随气上下，发作有时，心腹疼痛，上气窒塞，小腹胀满。具温中散寒、行气止痛之功。

(4) 木香调气散(《杂病源流犀烛》)：乌药、香附、枳壳、青皮、陈皮、厚朴、川芎、苍术、木香、砂仁、肉桂、甘草、生姜。

主治气郁所致的“腹满肋痛、气逆上冲”的聚证。具有行气降逆、温中散寒之功。

(5) 木香通气散(《卫生宝鉴》)：木香、炒戎盐、炮三棱、姜厚朴、枳实、炙甘草、炮

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

姜、炮裁术。

主治寒气结瘕，腹大坚满，痛不可忍。具有行气活血，温中散寒之功。

(6) 散聚汤(《三因极一病证方论》)：半夏、槟榔、当归、橘皮、杏仁、桂心、茯苓、炙甘草、炮附子、川芎、枳壳、姜厚朴、吴茱萸。

主治气滞兼寒聚证，症见腹中气聚，随气上下，发作有时，心腹绞痛，攻刺腰胁。具有行气散聚、温中散寒之效。

6.2 治积证的方剂

治疗积证的方药一般分为祛邪扶正两大法，应视病人具体情况，在不同阶段里，或以攻为主，以补为辅；或以补为主，以攻为辅；或先攻后补，或先补后攻。祛邪之法以活血、祛痰、消食为主，当视病情而分别采用。

6.2.1 行气解郁之剂

适用于气滞血阻之积证。

(1) 荆蓬煎丸(《卫生宝鉴》)：木香、青皮、茴香、枳壳、槟榔、三棱、莪术。

(2) 宣明三棱汤(《宣明论方》)：三棱、莪术、当归、白术、木香、槟榔。

(3) 汤氏三棱散(《赤水玄珠》)：砂仁、甘草、益智仁、三棱、莪术、青皮。

(4) 红圆子(《太平惠民和剂局方》)：三棱、莪术、青皮、陈皮、干姜、胡椒。

主治气滞血瘀兼寒凝者尤佳。

6.2.2 活血化瘀之剂

适用于瘀血内阻型积证。

(1) 失笑散(《太平惠民和剂局方》)：五灵脂、蒲黄。

该方具有活血行瘀，散结止痛有效。用黄酒或醋调服，助活血止痛作用。

(2) 三棱煎丸(《证治准绳·幼科》)：三棱、炮莪术、鳖甲、当归、芫花、炒杏仁、淡豆豉、巴豆。

主治癥积，症见中脘不和，腹胀，呃逆，寒热，腹中积块，疼痛坚硬。具有活血化瘀、软坚散结之功。

(3) 化积丸(《杂病源流犀烛》)：三棱、莪术、阿魏、海浮石、香附、雄黄、槟榔、苏木、瓦楞子、五灵脂。

该方具有活血化瘀、软坚散结之功。

(4) 化痞丸(《疡医大全》)：莪术、煅海浮石、煅瓦楞子、三棱、干漆、大茴香、山楂、穿山甲、丁香、五灵脂、白芷、陈皮、延胡索、木香、牡丹皮、青皮、桔梗、枳壳、胡椒、神曲、蒲黄、香附、桃仁、红花、川芎、当归、厚朴、砂仁、鳖甲、朴硝、阿魏、小茴香、赤芍、使君子、桂皮、铁花粉、水红花子。

具有活血化瘀、软坚散结之效。

(5) 鳖甲煎丸(《金匮要略》)：炙鳖甲、炒乌扇、黄芩、鼠妇、桂枝、干姜、大黄、石韦、厚朴、紫葳、阿胶、柴胡、炒蜣螂、芍药、牡丹皮、炒蠐螬、炒葶苈子、半夏、人参、瞿麦、桃仁、赤硝、蜂房。

(6) 膈下逐瘀汤(《医林改错》)：炒五灵脂、川芎、牡丹皮、赤芍药、乌药、延胡索、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

甘草、当归、桃仁、红花、香附、枳壳。

(7) 血府逐瘀汤(《医林改错》)：当归、牛膝、红花、生地黄、桃仁、枳壳、赤芍、柴胡、甘草、桔梗、川芎。

主治瘀血内停之积证。

6.2.3 治痰食瘀积证之剂

(1) 三棱丸(《证治准绳·幼科》)：煨三棱、木香、炒神曲、陈皮、半夏、丁香、官桂。

本方具行气活血、祛瘀消食之效，适用于痰食瘀所致积证。

(2) 三棱煎(《三因极一病证方论》)：三棱、莪术、青皮、半夏、麦芽。

本方具活血化瘀、祛痰消食之效。用于瘀血积证，症见腹部结块，固定不移，触之有形。

(3) 香棱丸(《济生方》)：木香、丁香、三棱、枳壳、青皮、川楝子、炒茴香、莪术。

本方具行气活血，祛痰散结之功。

(4) 消积保中丸(《寿世保元》)：陈皮、半夏、茯苓、白术、香附、青皮、木香、槟榔、莱菔子、白芥子、砂仁、神曲、麦芽、黄连、栀子、三棱、莪术、川芎、当归、桃仁、红花、干漆、阿魏。

本方共具行气活血、祛痰散结之功。

(5) 神仙一块气(《寿世保元》)：青皮、三棱、莪术、香附、神曲、麦芽、莱菔子、白丑、槟榔、郁金、黄连、枳实、皂角、百草霜。

(6) 小阿魏丸(《丹溪心法》)：山楂、石碱、半夏、皂角。

6.2.4 扶正消癥之剂

适用于正虚瘀结之积证。

(1) 化坚汤 (《寿世保元》)：白术、炒香附、山楂、陈皮、半夏、茯苓、当归、川芎、枳实、莪术、桃仁、红花、甘草。

本方具活血化瘀、健脾消积之功。

(2) 化癥回生丹 (《温病条辨》)：人参、肉桂、两头尖、麝香、姜黄、川椒炭、虻虫、三棱、红花、苏子霜、五灵脂、降香、干漆、没药、香附、吴茱萸、延胡索、水蛭、川芎、阿魏、没药、乳香、高良姜、艾叶炭、公丁香、苏木、桃仁、杏仁、小茴香、当归尾、熟地黄、白芍药、蒲黄炭、鳖甲胶、益母草、大黄。

本方具活血化瘀、软坚散结、益气养血之功。

(3) 大黄䗪虫丸(《金匮要略》)：大黄、黄芩、甘草、桃仁、杏仁、蛴螬、虻虫、芍药、干地黄、干漆、水蛭、䗪虫。

该方具有活血祛瘀、补气养血之功。主治瘀血内停而气血两虚证。可见脘腹结块，腹满，不能饮食，肌肤甲错，两目黯黑。

(4) 代抵当丸(《证治准绳》)：大黄、芒硝、桃仁、当归尾、生地黄、山甲珠、肉桂。

主治虚人瘀血证。若血瘀日久成积，去当归、生地，加莪术、肉桂。

(5) 培土化癥汤(《辨证录》)：白术、山药、白芍、白薇、首乌、鳖甲、两头尖、白芥子、茯苓、神曲、山楂、柴胡、厚朴、枳壳。

主治痰食血瘀积证兼气血不足者。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(6) 阿魏麝香散(《张氏医通》)：阿魏、肉桂、麝香、雄黄、水红花子、炒神曲、人参、生白术、砂仁。

6.2.5 外用药

(1) 阿魏膏(《景岳全书》)：羌活、独活、玄参、官桂、赤芍药、穿山甲、生地黄、两头尖、大黄、白芷、天麻、红花、槐枝、柳枝、桃枝、木鳖子、调膏外敷。

主治一切积证，症见腹部肿块。该方具有活血化瘀、软坚散结之功。

(2) 水红花膏(《景岳全书》)：水红花（或子）不拘量，以水熬膏，外敷于痞块处。主治积证。

展　望

历代中医学者对积聚病的认识不断深入，逐渐形成了较完整的理论体系、丰富的实践经验和确切的临床疗效。展望未来，在许多方面应继续研究完善。

(1) 重视预防及早期病例的研究：目前，已做了大量关于积聚的病因探讨及预防工作，积累了许多经验。然而应进一步加强研究，明确各种致病因子与发病的关系，进行健康易感人群的普查工作，以期早期发现、早期诊断，有利于疾病的预防和早期治疗措施的采纳，使疾病的预后趋于良好。

(2) 重视基础理论研究：应加强古籍的整理、继承，对精华加以发掘，糟粕摒弃，以免混淆视听。应从积聚的发病原因、病机演变、流行病学等方面进行深入的探讨。各地应组织协作观察证候的演变规律，利用现代科学手段对大宗病例进行证候客观化检测，以规范疾病范围、证候诊断、治则治法等，加强中西医结合、辨证与辨病相结合，以利于中医与西医学的学术交流，有利于中医走向世界。

(3) 加强临床研究，开发有效的新药：目前，各地报道治疗积聚的方药很多，其中不乏行之有效之品，应加强进一步研究。应对有效的单方、单味药严格筛选、实验提纯，甚至生物合成，以增强药物的疗效，减轻其毒副作用。应分析复方方剂组成的合理性、各组成药物的作用及相互配伍作用，使方剂构成精当、节约药源。应加强新药的开发研制，协作组间应联合观察药物的临床疗效及毒副实验，增强药品的安全性及临床疗效。

(4) 进行科学的实验研究：有关积聚的实验研究已取得了一些成果，如中药抗肝纤维化、调整机体免疫功能、降低转氨酶等实验研究已进行的很多。但在动物造模方面的病因应尽量与临床相一致，寻求稳定的、可重复的、科学性强的病因模型，增强其成果的可信性。科研设计应严谨，采用可信度高的安全随机、最佳对照、合理的统计方法。经过不断的努力，中医对积聚病的认识将不断完善，取得更多的成果。

（孙凤　谢晶日　王祥麒）

近现代参考文献

[1] 方药中，等. 实用中医内科学. 上海：上海科学技术出版社，1985，486～493

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[2] 王永炎，等. 中医内科学. 上海：上海科学技术出版社，1997，323～329
[3] 姜春华. 对肝硬化的认识和治疗. 新医药学杂志，1975 (1):40
[4] 潘澄濂. 肝硬化中医辨治八法. 浙江中医杂志，1992 (4):146
[5] 李秉功，等. 健肝汤治疗肝硬化异常血清蛋白90例. 山东中医杂志，1989 (4):24
[6] 薛云凤. 肝硬化辨治中的几个关键问题. 江苏中医，1992 (10):35
[7] 张恩麟. 肝硬化中医治疗用药问题的探讨. 湖南医药杂志，1983 (1):47
[8] 屠揆先，等. 传染性肝炎、肝硬变的主要症状和体征的病机探讨. 中医杂志. 1965 (5):9
[9] 贝润浦. 姜春华治疗肝硬化的经验. 中医杂志，1988 (2):12
[10] 李紫楠. 肝硬化的辨证施治. 陕西新医药，1979 (5):37
[11] 杨寿元. 试论中医治疗肝硬化. 江苏医药，1979 (4):4
[12] 韩经寰. 慢性肝炎的治疗与研究. 中西医结合杂志，1984 (2):74
[13] 关幼波. 关幼波临床经验选. 北京：人民卫生出版社，1979，153
[14] 杨玉岫. 治疗积证五法的运用体会. 浙江中医杂志，1992 (5):219
[15] 蒋明德. 软肝汤治疗肝硬化24例疗效观察. 贵阳中医学院学报，1991 (1):24
[16] 孟琳升. 肝硬化证治梗概. 浙江中医杂志. 1981 (5):223
[17] 何锡蜂. 肝硬化中医辨治. 新中医，1976 (4):28
[18] 张育轩，等. 肝硬化临床诊断中医辨证和疗效评定标准. 中国中西医结合杂志，1994 (4):237
[19] 谢兆丰. 漫谈肝硬化的中医治疗八法. 辽宁中医杂志，1980 (12):28
[20] 高章武. 运用攻补法治疗肝硬化. 湖北中医杂志，1994 (3):45
[21] 赵兰堂. 健肝生化汤治疗肝硬变的运用和体会. 新中医，1976 (3):33
[22] 谢海洲，等. 证分标本　治别先后. 河北中医，1986 (2):39
[23] 吴生昌. 肝硬变的辨证治疗刍议. 陕西中医，1992 (1):19
[24] 斜定国. 姜春华治疗肝病经验. 浙江中医杂志. 20 (1):2
[25] 高秋松. 罗鸣岐副教授治疗慢性肝病的经验. 浙江中医学院学报，1984 (5):34
[26] 韩经寰，等. 强肝软坚汤治疗肝硬变105例临床观察. 中华医学杂志，1979 (10):584
[27] 朱良春，等. “复肝丸”治疗早期肝硬化的临床体会. 上海中医药杂志，1986 (6):10
[28] 黎镜. 斑田益肝丸治疗肝硬化. 浙江中医杂志，1987 (9):416
[29] 李文彪. 自拟软肝煎治疗肝脾肿大的临床观察. 山西中医，1988 (2):21
[30] 郁冠亚. 消瘀汤治疗肝硬化. 四川中医，1985 (12):51
[31] 喻森山，等. 肝病治疗新进展概述. 北京中医杂志，1993 (1):42
[32] 康纪年、等. 活血化瘀胶囊治疗肝硬化的体会. 四川中医，1990 (1):30
[33] 邓银泉，等. 肝硬化患者血清腺苷脱氨酶与辨证施治的关系. 中国医药学报，1993 (4):27
[34] 吴嘉赓，等. 乙肝肝纤维化血清透明质酸酶和腺苷脱氨酶与中医证型. 浙江中医杂志，1994 (4):185
[35] 刘成，等. 肝硬化虚证与血清锌、铜、铁含量关系观察. 辽宁中医杂志，1986 (10):23
[36] 马欣，等. 从乌鸡白凤液中微量元素分布看对肝硬化的治疗价值. 江苏中医，1989 (3):43 (139)
[37] 李赛美，等. 肝病与ABO血型关系初探. 湖南中医学院学报，1992 (4):18
[38] 王民和，等. 肝阻抗血流图测定与中医肝病研究. 山东中医学院学报，1989 (6):394
[39] 陈玉莲，等. 21例慢性肝病中医辨证与脑电图的改变. 中医研究，1990 (2):3
[40] 王祯苓，等. 活血化瘀药物防治实验性肝病的研究，中医杂志，1982 (1):24
[41] 叶红军. 抗氧化剂丹参对慢性肝病患者及中毒性肝损伤动物的治疗观察. 中华消化杂志，1991 (12):87

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[42] 戚心广，等．丹参、赤芍对实验性肝损伤肝细胞保护作用的机理研究．中西医结合杂志，1991 (2)：102
[43] 马学惠，等．丹参对肝纤维重吸收的作用．中西医结合杂志，1988 (3)：161
[44] 王祯苓．四种中药预防肝硬变发生的实验研究．中国中西医结合杂志，1992 (6)：357
[45] 刘平，等．桃仁提取物合人工虫草菌丝抗肝纤维化研究．上海中医学院上海市中医药研究院学报，1990 (2)：41
[46] 徐列明，等．桃仁提取物抗实验性肝纤维化的作用观察．中国中药杂志，1994 (8)：491
[47] 王宝恩，等．活血化瘀中药复方对实验性肝纤维化的疗效观察．中草药，1990 (4)：23
[48] 邱培伦，等．大黄䗪虫丸对实验性肝损伤的保护作用．中西医结合杂志，1988 (4)：23
[49] 韩经寰，等．强肝软坚汤治疗肝硬变的实验研究．中华医学杂志，1979 (10)：577
[50] 傅其黎，等．益气活血法抗肝纤维化的实验研究．中国中西医结合杂志，1992 (4)：228
[51] 查良镒．中药活血化瘀片对实验性肝损伤的效果研究．中西医结合杂志，1986 (1)：36
[52] Sakae Amagaya，et al．小柴胡汤和大柴胡汤对大鼠实验性肝纤维化的影响．国外医学．中医中药分册，1989 (4)：28
[53] 马学惠，等．逍遥冲剂对实验性肝硬化的防治作用．中草药，1990 (11)：28
[54] 尹镉，等．茯苓对实验性肝硬变的防治作用．山西医学院学报，1996 (2)：101
[55] 郭湘云，等．肝复康对大白鼠实验性肝硬化的防治作用．河南中医，1987 (2)：28
[56] 韩德伍，等．齐墩果酸防止实验性肝硬变发生的研究．中医杂志，1981 (3)：57
[57] 朱家璇，等．冬虫夏草对实验性免疫损伤肝纤维化的预防和治疗作用的研究．中华消化杂志，1994 (6)：333
[58] 范宗滂，等．中药补肾、养阴方抗肝纤维化的实验研究．江苏医药，1989 (5)：234
[59] 马学惠，等．双目灵（蛇王藤）对实验性肝损伤的防治作用．中草药，1992 (2)：78
[60] 李定国，等．汉防己甲素对肝纤维化大鼠线粒体的影响．中华消化杂志，1994 (4)：339

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❀ 痰 饮 病 ❀

痰和饮是人体津液代谢障碍所形成的病理产物，一般将质地稠厚的称为痰；质地清稀的称为饮。痰和饮一经产生之后，又反过来变成致病的“病邪”，引起多种病理变化和各种临床症状，即所谓痰证和饮证。痰证和饮证是指水液代谢在体内运化输布失常停积于某些部位的一类病证。因同源异流，关系密切故统称痰饮病。

中医学所说的“痰”，有狭义的有形之痰和广义的无形之痰之分。狭义的痰，是指呼吸道分泌和咳出之痰液，也包括瘰疬、痰核等可以触及的痰的病变。广义的痰，乃由体内津液代谢失常而成，停积于经络、脏腑，引起各种顽症、怪症，或手不可触及，眼不能见之痰。本篇对有形之痰饮与无形之痰饮均予详述。

痰饮病是以病因（痰饮）引发诸症而命名的病证。根据痰饮病的临床表现，西医学的急性气管——支气管炎、慢性支气管炎、慢性肺源性心脏病、支气管哮喘、渗出性胸膜炎、咽喉炎、食道炎、胃肠功能紊乱、不完全性肠梗阻、胃炎、梅尼埃病、神经官能症、精神分裂症、癫痫、甲状腺肿大等病，在疾病的某些阶段，可参考本篇辨证论治。

【今日临床】

1 诊 断 标 准

1.1 病名诊断标准

1.1.1 痰证（狭义痰证）

主症：①咯痰；②喉中痰鸣；③舌苔腻；④脉滑。

次症：①眩晕；②嗜睡；③肥胖；④口干不欲饮；⑤恶心；⑥呕吐。

凡具备主症、次症2项，或舌苔腻加次症1项；或咯痰加次症2项；或喉中痰鸣或脉滑加次症2项，均可诊断为痰饮。

此标准为广州中医学院附属医院方永奇等发表在1992年《湖北中医杂志》第6期33页上。笔者所见略同，特此摘录之。

1.1.2 饮证

主症：①腹中雷鸣有声，眩晕，呕吐，寒热往来，胸痛，浮肿，肢体疼痛，咳逆痰多，喘满胸闷，或有长期抽烟史；②胃中有振水音，病侧胸廓隆起，面浮，下肢水肿较甚，喘息不得平卧，心下痞坚。

具备上述2项症状者，可谓之饮证。

此标准选自王永炎等主编《临床中医内科学》（北京出版社1997年出版）。因现代对于饮证的诊断标准论述极少，此诊断论述尚全面，故摘录于此供参考。

痰饮病中痰证与饮证的诊断标准尚没有国家标准和中医药行业标准，因此在今后的研

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

究中应完善此标准，以填补此病的权威诊断标准的空白。这里的痰证诊断标准只论及了有形之痰的诊断标准，因无形之痰多做为病机论述，故尚无诊断标准。

1.2 证类诊断标准

痰饮病中痰证与饮证的证类诊断标准尚未在文献中论及。笔者拟订如下标准，供同道参考。

1.2.1 饮证

1.2.1.1 痰饮

1.2.1.1.1 脾阳虚弱

主症：①胸胁支满，心下痞闷；②胃脘中有振水音；③舌苔白滑，脉弦细而滑。

次症：①其人素盛今瘦；②脘腹喜温畏冷，背寒冷如掌大；③呕吐痰涎；④不欲饮水或热饮不多；⑤心悸气短；⑥头昏目眩；⑦大便溏薄。

具备上述主症3项，或具备主症②兼次症2项者，即可诊断。

1.2.1.1.2 饮留胃肠

主症：①心下坠满或痛；②水走肠间沥沥有声；③舌苔黄而腻，脉沉弦。

次症：①大便清稀，泻后反快，虽利而心下仍坚满；②腹满，大便秘结，小便不利，口舌干燥。

具备上述主症3项或具备主症②兼次症1项者，即可诊断。

1.2.1.2 悬饮

1.2.1.2.1 邪郁少阳

主症：①寒热往来，或恶寒发热；②胸胁疼痛；③舌苔薄白或黄，脉弦数。

次症：①咳嗽痰少；②心下痞硬，干呕，口苦咽干。

具备主症3项，或具备主症2项（②为必备）兼次症1项，即可诊断。

1.2.1.2.2 饮停胸胁

主症：①咳唾时胸胁引痛，转侧不利；②舌苔薄白，脉沉弦。

次症：①偏卧于病侧则痛缓；②肋间胀满；③呼吸急促。

具备上述主症2项，或主症①兼次症1项，即可诊断。

1.2.1.2.3 肺络不畅

主症：①胸胁疼痛；②舌苔薄白，脉弦细。

次症：①呼吸不畅；②闷咳；③迁延难愈；④天阴加剧。

具备上述主症2项或主症①兼次症1项，即可诊断。

1.2.1.2.4 阴虚内热

主症：①咳嗽痰少不易咯出；②胸胁闷痛；③舌质红苔少，脉细数。

次症：①口干咽燥；②潮热或五心烦热，盗汗；③形体消瘦。

具备上述主症3项，或具备主症2项兼次症1项者，即可诊断。

1.2.1.3 溢饮

主症：①肢体疼痛而沉重，甚则肢体浮肿；②舌苔白，脉弦紧。

次症：①无汗畏寒；②或喘咳，痰多白沫；③胸闷痞滞；④干呕，口不渴。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

具备主症2项或主症①兼次症1项者，即可诊断。

1.2.1.4. 支饮

1.2.1.4.1 寒饮伏肺

主症：①咳逆喘满不得卧；②痰呈白沫量多；③舌苔白滑或白腻，脉弦紧。

次症：①面浮跗肿；②平素伏而不作，每值遇寒即发；③恶寒发热，背寒，腰痛；④目泣自出；⑤身体振振瞤动。

具备上述主症3项或主症2项兼次症1项者，即可诊断。

1.2.1.4.2 脾肾阳虚

主症：①咳嗽痰多；②喘促动则为甚；③头晕目眩；④少腹拘急不仁；⑤舌苔白润或灰腻，舌体胖大，脉沉细而滑。

次症：①呕吐涎沫；②胸闷；③食少；④咳嗽气怯；⑤怯寒肢冷；⑥脐下悸动；⑦小便不利；⑧足跗浮肿。

具备上述主症3项，或主症2项兼次症2项者，即可诊断。

1.2.1.4.3 阴虚津伤

主症：①咳吐白沫清稀或夹粘痰；②舌红，苔花剥或无苔，脉细滑或数。

次症：①咳痰量或多或少；②咯痰或易或难；③咳嗽；④冬畏寒夏怕热；⑤口干喜温饮。

具备上述主症2项，或主症①兼次症2项，即可诊断。

1.2.2 痰证

1.2.2.1 湿痰

主症：①咳嗽痰多色白，容易咯出；②胸膈胀满；③舌质淡，苔白厚腻，脉滑。

次症：①恶心呕吐；②饮食不化；③四肢困倦；④头眩心悸。

具备上述主症3项，或具备主症①、③及兼具次症1项，即可诊断。

1.2.2.2 热痰

主症：①咳嗽气急，痰黄稠粘；②痰白胶粘，不易咯出；③舌质红，舌苔黄，脉滑数。

次症：①全身发热；②口干；③胸痛。

具备上述主症2项兼次症1项，即可诊断。

1.2.2.3 寒痰

主症：①咳嗽气喘，痰白清稀；②舌质淡，苔白润，脉沉细或弦。

次症：①形寒肢冷；②恶寒发热；③头疼，身痛；④无汗；⑤口不渴。

具备上述主症2项兼及次症1项即可诊断。

1.2.2.4 燥痰

主症：①痰量极少，粘稠而不易咳出，痰唾如线，或如小珠或如胶漆，间带血丝；②口干咽燥而痒，或表现为干咳无痰；③舌苔干燥少津，脉滑数或细而涩。

次症：①低热；②尿黄或短赤。

具备上述主症2项，或主症①或②兼次症1项，即可诊断。

1.2.2.5 风痰

主症：①头晕目眩；②恶心欲吐；③咳出的痰量多，呈泡沫状；④舌苔白腻或黄腻，脉弦滑或弦。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

次症：①喉中痰声漉漉；②四肢麻木；③恶寒发热。

具备上述主症2项，兼次症1项者，即可诊断。

1.2.2.6 郁痰

主症：①咽中似有物梗阻；②咽之不下，咯之不出；③舌苔白腻，脉弦滑。

次症：①时轻时重，吞咽正常；②胸中窒闷；③两胁胀痛；④易怒善郁。

具备上述主症3项者，即可诊断。

1.2.2.7 痰蕴脏腑

1.2.2.7.1 痰阻于肺

主症：①咳嗽气喘；②痰多，色白，易于咯出；③舌苔薄白腻，脉浮或滑。

次症：①痰鸣有声；②恶寒发热。

具备上述主症3项，或主症2项兼次症1项者，即可诊断。

1.2.2.7.2 痰湿蕴肺

主症：①咳嗽反复发作，咳声重浊；②痰多，因痰而嗽，痰出咳平；③痰粘稠厚成块或粘腻，色白或带灰色，每天早晨或食后则咳甚痰多，进甘甜油腻食物加重；④舌苔白腻，脉象濡滑。

次症：①胸闷；②脘痞；③呕恶；④食少体倦；⑤大便时溏。

具备上述主症2项（④为必备）兼次症2项者，即可诊断。

1.2.2.7.3 痰热郁肺

主症：①咳嗽气息粗促；②痰多，质粘厚或稠黄，③咯吐不爽；④舌质红，舌苔薄黄腻，脉滑数。

次症：①喉中有痰声；②痰有热腥味；③咳吐血痰；④胸胁胀满，咳时引痛；⑤面赤，或有身热；⑥口干欲饮。

具备上述主症3项，或主症2项兼次症1项者，即可诊断。

1.2.2.7.4 痰浊壅肺

主症：①咳嗽痰多；②痰色白粘腻或呈泡沫；③舌质淡红，苔薄腻或浊腻，脉小滑。

次症：①短气喘息；②劳累加重；③怕风易汗；④脘痞纳少；⑤倦怠乏力。

具备上述主症3项或主症2项兼次症2项者，即可诊断。

1.2.2.7.5 痰蕴脾胃

主症：①纳食呆顿；②恶心呕吐；③舌质淡红，舌体胖，苔白腻，脉濡缓。

次症：①痞满不舒；②倦怠乏力；③身重嗜睡。

具备上述主症2项兼次症1项者，即可诊断。

1.2.2.7.6 痰湿滞脾

主症：①呕吐多为清水痰涎；②脘闷不食；③舌质淡红，苔白腻，脉滑。

次症：①背寒；②形寒困倦；③或咳吐稠粘黄痰；④大便秘结；⑤头眩心悸。

具备上述主症3项，或主症2项兼次症2项者，即可诊断。

1.2.2.7.7 痰饮凝胃

主症：①胃脘疼痛；②脘闷不舒；③舌苔白厚腻，脉弦滑。

次症：①呕吐痰涎；②口粘不爽；③肢体沉重；④口淡不欲食。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

具备上述主症3项，或主症2项兼及次症2项者，即可诊断。

1.2.2.7.8 痰湿中阻

主症：①眩晕而见头重如蒙；②胸闷恶心；③苔白腻，脉濡滑。

次症：①视物旋转，目视不明；②食少多寐；③四肢倦怠嗜卧，站立不稳，卧则欲坠；④呕吐痰涎；⑤耳鸣。

具备上述主症3项，或主症2项兼次症1项者，即可诊断。

1.2.2.7.9 脾虚痰盛

主症：①纳呆；②恶心，泛吐痰浊；③舌苔腻，脉细软，舌质淡红。

次症：①面色萎黄；②脘痞；③大便溏薄，腹胀；④或食油腻易于腹泻，往往因饮食失当而诱发；⑤倦怠；⑥气短不足以息；⑦语言无力。

具备上述主症3项兼次症2项者，即可诊断。

1.2.2.7.10 痰郁于肝

主症：①头痛眩晕；②善怒易郁；③咽如梗塞；④舌苔白腻，脉弦滑。

次症：①两胁闷痛；②两目瞤动；③或昏厥抽搐；④肢体麻木；⑤半身不遂。

具备上述主症3项，或主症2项兼次症2项者，即可诊断。

1.2.2.7.11 饮阻心阳

主症：①心悸，胸闷；②眩晕，泛恶欲吐，呕吐痰涎；③舌苔白腻，脉象弦滑或沉紧。

次症：①形寒肢冷；②小便短少；③下肢浮肿；④渴不欲饮。

具备上述主症3项，或主症2项兼次症2项者，即可诊断。

1.2.2.7.12 胆胃不和，痰湿内阻

主症：①头昏重痛；②失眠多梦；③舌苔黄腻，舌边尖红，脉弦滑。

次症：①胃纳欠佳；②神疲乏力。

具备上述主症3项兼次症1项者，即可诊断。

1.2.2.7.13 痰滞胃肠

主症：①呕吐清水痰涎；②泻泄；③便秘；④舌苔白腻，脉弦滑。

次症：①脘闷不食；②心悸；③头晕眼花。

具备上述主症2项或主症1项兼次症2项者，即可诊断。

1.2.2.8 痰留肢体、经络

主症：①颈项、胸部、乳房、腋窝、下颌肩背、四肢出现肿块，按之柔软；②四肢麻木；③舌质稍绛，苔白腻，脉弦滑。

次症：①瘿瘤、痰核、瘰疬；②肢体沉重酸痛；③大便秘结。

具备上述主症2项（③为必备）兼次症1项者，即可诊断。

2 中心证候特征

痰和饮的产生，是由于感受外邪，或内伤饮食，或七情内伤，引起肺、脾、肾三脏功能失常，导致水液代谢障碍产生的局部的病理性产物。在中医理论体系中，痰和饮虽然分别论述其证治，但异名同类，实出一源。

痰饮随气升降流行，无处不到，由于所停部位不同，临床表现也就各异，致使痰饮为

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

患病情复杂，变化多端。

饮证的中心证候特征为：其人昔盛今瘦，肠间漉漉有声，呕吐清水痰涎，口渴不欲饮水，水入即吐，背部寒冷如掌大，头晕目眩，心悸短气，咳逆倚息不得卧，或胸胁胀满，咳唾引痛，饮水流行归于四肢，当汗不汗，身体疼重，膈满，喘咳，呕吐，发则寒热，腰背痛，目泪出，其人振振瞤剧，舌苔白，脉弦。

广义的痰证包括有形之痰（指症状）和无形之痰（指病机）。痰证的症状复杂，变幻多端，涉及各脏腑系统，往往缺少共同的脉证。

从病位而言，痰在肺，则症见咳喘吐痰；痰浊扰心则可心悸，神昏，癫痫；痰停于胃，胃失和降，可见恶心呕吐，胃脘痞满；痰在经络，可致瘰疬、痰核，肢体麻木，半身不遂，或阴疽流注等；痰浊上犯于头，可见头晕昏冒；痰气凝结咽喉，则可出现咽中如物梗噎。

中医认识广义痰证，除根据症状外，还常结合舌苔滑腻，脉滑或弦等全面综合分析，进行判断。从病变性质而言，痰邪又易合它邪为患，如风痰、寒痰、湿痰、燥痰、热痰、火痰、气痰、食痰、酒痰等，除了病邪本身致病特点外，还有痰邪合为致病特点。因此将广义痰证的中心证候特征从基本症状和体征方面加以概括，叙述如下：

(1) 面色晦黯或面色光亮如油；眼神涩滞不流利，或眼眶周围略显晦黯；皮肤油垢明显，前阴、腋窝或手足心常泌液渗津，秽气甚大；皮下有绵软包块或肌肉松软如绵，其人素盛今瘦，或素瘦今肥，其形如肿，形体日趋肥胖。舌胖大，脉多沉滑弦缓。

(2) 头晕重痛或掣痛，休作无时，走窜不定，肢体麻痹冷痛，咽中如有物阻（梅核气或癔病球），喘咳呕吐，心下痞冷，胁肋胀痛。

(3) 心悸失眠，善恐怕人，癫狂痴呆，甚不识人，昏厥抽搐瘫痪，或困顿、嗜睡。

(4) 呕恶或呕吐痰涎，或胃肠有水气漉漉，或口粘、口腻，口干不欲饮。

(5) 病程日久，诊断难明，服它药不效，病久不愈而形体不显大衰者。

3 病　因

痰与饮均为体内异常停留之津液，它们虽在形态上有浓稠清稀之分，发病部位各有偏颇，但导致它们形成的机制则有相似之处。多因外感六淫、七情内伤或饮食劳逸等致病因素，使肺、脾、肾、三焦等参与水液代谢的脏腑气化功能失常，影响了水液的正常输布，以致水津停滞而成。其中以脾阳不运为发病的关键。前贤曾概括为“肺为贮痰之器，脾为生痰之源，肾为生痰之本”。

中医学关于病因的“三因”学说，对于“痰饮”是完全适用的。无论病因如何，其病理产物既为痰饮。同时应予指出：此病理产物——痰饮又可成为新的致病因素，这种标与本，和互为因果的关系，可能即是导致某些疑难病证、顽症、怪病的重要原因。

3.1 原发病因

3.1.1 饮证的病因

饮证的成因为感受寒湿，饮食不当，或劳欲所伤。以致肺脾肾三脏的气化功能失调，水谷不得化为精微输布周身，津液停积，变生痰饮。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3.1.1.1 外感六淫 饮证的生成多因外感寒湿之邪。凡气候湿冷，或冒雨涉水，经常坐卧湿地，水湿之邪侵袭卫表，卫外之阳先伤，肺气不得宣布，湿邪浸渍肌肉，由表及里，困遏脾胃之气化功能，以致水津停滞，积而成饮。

3.1.1.2 内伤 在正常生理情况下，水液的输布排泄，主要依靠三焦的作用。三焦主持全身的气化，是运行水谷津液的道路，气化则水行。若三焦气化失宣，阳虚水液不运，必致停积为饮。水液的运行还与脾肺肾二脏有密切关系，如肺之通调涩滞，脾之转输无权，肾之蒸化失职，则三者互为影响，亦致水液停积为饮。三脏之中，脾运失司，首当其要。因脾阳--虚，则上不能输精以养肺，水谷不从正化，反而为痰饮而干肺；下不能助肾以制水，水寒之气反伤肾阳。由此必致水液内停中焦，流溢各处，波及五脏。

3.1.1.3 饮食劳倦

3.1.1.3.1 饮食不当 暴饮过量茶水，或夏暑及酒后，恣饮冷水，或进生冷之物，因热伤冷，冷与热结，中阳暴遏，脾不能运，湿从内生，津液停而为饮。

3.1.1.3.2 劳倦所伤 劳倦、纵欲太过，或久病体虚，伤及脾肾之阳，水液失于输化，亦能停而成饮。若体虚气弱之人，一旦伤于水湿，更易停蓄致病。

3.1.2 痰证的病因

3.1.2.1 外感六淫

3.1.2.1.1 外感风寒 外感风寒之邪侵袭，通过口鼻皮毛，卫外不固，经络内传，津液遇寒而凝聚为饮，阻于肺络，肺气不能布津，宣降不利而发病。饮邪留伏，支撑胸膈，上逆迫肺。饮为阴邪故受寒易诱发痰证。

3.1.2.1.2 外感热邪 暑热之邪内侵，或寒邪不解郁而化热内传，或湿邪中阻蕴蒸变热，均致热邪郁结中焦，中焦运化失司，湿聚成痰。

3.1.2.1.3 外感湿邪 长夏多雨季节或春天黄梅天气，气候潮湿寒冷；或坐卧湿冷之地，或冒雨涉水等寒湿之邪内侵，水湿之邪侵袭卫表，卫外之阳先伤，肺气不得宣布，湿邪浸渍肌肉，由表及里，困遏脾胃之气化功能，以致水津停滞，积而成饮。

3.1.2.2 内伤 人体是一个有机的整体，痰之生成主要责于肺、脾、肾，但与心、肝两脏亦有关，所以五脏功能失调，气血津液运化输布升降失常，均与痰饮的形成密切相关。

3.1.2.2.1 肺与痰 肺气失宣，或肃降失司，则水道不利，治节无权，津液的输布与排泄障碍，水液势必停聚而生痰。肺气虚弱，肺阳不足，使肺不布津亦可聚而生痰。若水饮内聚，郁而化热，熏蒸肺津热盛则成痰。若肺阴不足，阴虚必火旺，肺之虚火亦可灼津而成痰。

3.1.2.2.2 脾与痰 若脾失健运，脾胃升降失常，或其它脏之病影响伤脾，使水谷精微失其正常运化，清浊相干，湿浊内聚，积饮生痰。若脾气不足，水谷不能化生精微，布散于脏腑，则湿聚成痰。若病久脾胃虚弱，中气下陷，不能上奉心肺，亦能积湿生痰，故前贤认为痰饮皆因湿土为害，有“脾为生痰之源”之说。

3.1.2.2.3 肾与痰 肾阳不足，命门衰微，开阖不利，则水邪上犯而为痰。按中医藏象学说之脏腑相关的理论，肾虚生痰之后，既可凌心犯肺，又可壅滞于脾，继而造成脾阳虚衰，致使痰证久延不愈。肾阴亏虚，阴虚火旺，虚火内炽亦可灼津为痰。若肺脾肾诸脏气虚，出纳失常，开阖不利，三焦气机壅塞，则水液停滞不行，亦可聚饮停痰。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3.1.2.2.4 肝与痰 肝主疏泄，性喜条达。肝的疏泄作用除了保持自身的气血畅利和调外，尚能促进全身的水液代谢。故肝的疏泄功能正常，就能保持本脏和他脏腑的正常生理活动，从而维持体内水谷精微的消化转运。若情志不遂或暴怒伤肝，肝气郁结则气滞，气滞则津液运行障碍，津停湿聚，则成痰饮。它脏之病影响伤肝，肝气郁结，疏泄无权，亦可生痰。肝失条达，肝气郁结，疏泄无权，横逆犯脾，或肝气抑郁土失木疏，肝郁脾虚，运化失常，使脾胃升降失司，水谷精微不能输布，便可聚湿生痰。肝气拂郁，郁而化火，煎熬津液则为痰。

3.1.2.2.5 心与痰 若思虑劳神，劳心过度，心气大伤乃及心阳，心阳不足，胸阳不振，则聚湿成痰。五志化火，或过食辛热之品，心火炽盛，煎熬津液成痰，则可导致痰热蒙蔽心窍。慢性久病，耗伤心阴，心阴不足，以致心火内生，炼液成痰，也可内扰心神。心气郁滞，气郁化火灼液为痰，则痰热内生。久病体虚、或年老脏气日衰而致心气虚弱，运血无力，或素体阳弱，心阳不振，血行凝涩，瘀阻脉道，则津液不得渗入脉内，停于脉外，留而成痰。瘀血内停，气机失调，气不布津又可聚而为痰。若心火亢盛，上乘于肺亦可灼津成痰。心主血，而肺朝百脉，主治节，若心肺功能失常，气血败浊则痰瘀内生。心主火，肾主水，心火下济于肾，肾水上济于心，心肾相交，则水火既济。若心阳不足，心火不能下济于肾以温肾水，则水邪上济，凌心射肺，则积水成饮，聚饮而酿痰。

3.1.2.2.6 三焦与痰 三焦为输布元气和运行水液的通道。在水液代谢方面有着极其重要的作用。三焦气机通利，水液能正常代谢，则痰无由生。若气机阻滞，决渎失司，水道不通，则水湿停聚而为痰为饮。故三焦气化失常，水道阻滞不通，水湿内聚而化痰。

3.2 继发病因

在中医病因学说中，有两类非常重要的病理产物性致病因素，又称继发病因，主要包括痰饮和瘀血。二者一旦形成后，又能直接或间接地作用于机体的某些部位，引起脏腑，组织新的病理改变，形成不同的证候，故又属致病因素。这也是中医学因中有因、互为因果的病因学特点。

3.2.1 痰饮生痰证、饮证

痰饮，是机体在病变过程中，由多种原因引起机体的水液代谢障碍以致水湿停滞、凝聚所形成的病理产物。痰饮一经形成，又可直接或间接地作用于机体，使机体产生新的病变，因而痰饮又是致病因素。

痰饮的产生，多与肺、脾、肾、肝及三焦气化功能失调有关。其形成之后，或停滞于脏腑而阻遏气机之升降，或流窜于经络而影响气血之运行，百病由此丛生。所以，痰饮致病，病种特多，证候繁杂，不仅能变生怪证异候，而且还能兼夹它邪伤人；痰饮之物，阴凝粘滞，一经形成则胶着难去，故又具缠绵之性。痰饮致病具有多杂、怪异、缠绵、兼夹等特点。

3.2.2 瘀血生痰证、饮证

痰与瘀是疑难怪病之根，危急重症之源。古人有“痰为百病之母”、“怪病属痰”、“怪病属瘀”等认识。痰瘀虽为不同的病理产物，临床却有其同一性。瘀血可以致痰，一为瘀阻脉络，“脉道不通，气不往来”，使血脉内外之津液不能渗出或回还于脉中，津液久聚则

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

成痰，与瘀血相并；二是瘀血停积阻滞经络，阻碍了津液入脉化血之路，聚为痰浊。从而表现出“痰阻血瘀”或“血瘀痰浊”的共同征象。

3.2.3 痰瘀互结致痰饮病

外感六淫，七情内伤，正气亏虚，脏腑功能失调，导致气血失和，气机升降失调，水液代谢紊乱，积聚成痰，痰凝气滞，痰阻络脉，痰浊瘀血交结，而致痰瘀同病，日久形成积块。这也正是部分冠心病、子宫肌瘤、恶性肿瘤等难治病、久病重病的发病机理。

3.3 诱 发 因 素

3.3.1 情志因素

3.3.1.1 恼怒伤肝 多因在工作和生活中，由于情志不畅，抑郁寡欢，情怀不舒，则肝气不及疏泄无能，肝气郁结，气机不畅，影响脾胃之升降功能，另一方面遇事烦恼甚至暴怒不已，则肝气过盛，疏泄太过，致肝气横逆犯脾胃，肝郁脾虚，运化失常，亦可聚湿生痰。

3.3.1.2 忧思伤脾 情志变动中的思与脾胃关系最密切，而忧思的情志变化往往影响了脾的功能，由于各种原因致情志失调，意欲不遂，或思虑过度，或焦虑不安等即可影响心神不安，见失眠、心悸。劳心过度，心气虚衰，心阳不振，聚湿生痰，或因痰火内扰，蒙蔽心阳。

3.3.1.3 悲喜惊恐 情志失调除表现恼怒忧思外，尚有悲喜惊恐等。虽然表面上看与脾胃功能关系不大，但可通过脏腑的生克乘侮，气血的运行流动和经络的传变影响脾胃的生理功能，脾阳被遏，聚湿生痰。如惊恐可影响气机运行使之不畅，伤及肝，进而影响脾胃，运化无权，津液停滞，久而化饮。过分的喜和悲能损气耗气伤及宗气与中气，情志失调日久，每易影响脾胃，脾气不足，水谷不能化生精微，布散于脏腑，则聚湿生痰。

3.3.2 气候因素

天气寒冷，气候骤暖变寒，深秋多暖季节，春季黄梅天气，天气阴冷潮湿，水湿之邪侵袭卫表，卫外之阳先伤，肺气不得宣布，湿邪浸渍肌肉，由表及里，困遏脾胃之气化功能．以致水津停滞，积而成饮。

3.3.3 起居因素

衣不御寒，被不保暖，起居失宜，久卧湿冷之地，冒雨涉水，外受寒湿。劳倦纵欲过度，或久病体虚，伤及脾阳，水液失于输化，亦能停顿成饮。若体虚气弱之人，一旦伤于水湿，更易停蓄致病。

3.3.4 饮食因素

暴饮过量茶水，或在暑热交蒸之际，贪凉饮冷，或聚会筵席之上，大啖啤酒可乐之类。《内经》中有“多饮善病胸痹”的记载，即是说除人体本身的水津代谢紊乱外，多饮（包括水、酒、茶等）导致外源性水液过多，造成脾胃不能消化吸收，而致水饮内停，被煎熬成痰饮为患。或多进肥腻蒸炸之品，湿热之物皆能随饮急入胃，中阳暴遏，脾不能运，湿从中生，津液停而为饮。

茶叶性味甘苦寒，有清热利湿，生津止渴，消食去腻的作用，但饮茶以清淡适量为宜。饮茶过浓过多，清利过度致寒湿凝滞中焦，中阳暴遏，中州失运，聚湿为饮。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

酒味甘辛，性如火烈，多饮烈酒，则积滞胃腑，阻滞气机，中州失运，湿聚成饮。

3.3.5 房劳伤肾

纵欲过度，肾元亏损，命门火衰，蒸化失司，水精反酿痰饮。

3.3.6 毒物药物

食物中毒，长期过用产温燥热药物，服用对胃有损害的药物，如阿斯匹林、保泰松、激素等，或吸烟过量。

3.3.7 痰湿体质

体质学说认为，体质结构在未病之先具有潜在的倾向性，在即病之后直接助长其发病趋势，体质与发病有着密切关系。一般认为人体肥白为痰湿体质，前人有“肥人多湿”、“体胖多痰”的说法。形体肥胖之人易于生痰，由于先天、后天诸因素的影响，人体形成了某种特殊体质（肥胖者应有的体质）。使得水湿不能正常输布，聚而成痰，壅塞组织和皮下，体形则渐显肥胖。中医认为“肥人多痰”，说明肥胖与痰的关系应包括两个方面：一为肥胖者以痰证表现为多见，二为肥胖因痰而成。痰乃水液代谢障碍的病理产物，其形成主要与脾肺肾的功能异常有关，若某些因素较为持久恒定地作用于人体，使人体的脾肺肾功能失调，即可形成肥胖体质。一般是由于长期嗜食肥、甘、过量饮食，久则伤脾，从而导致了肥胖体质的形成。而父母有肥胖史，正说明其父母具有肥胖者体质，这种体质通过遗传影响到下一代，使得下一代也具备了这种体质。肥胖之人在一定阶段表现为痰证。

以上所述均可诱发或加重本病。

4 病　　机

4.1 发　　病

痰证与饮证的发病与人体水液代谢的局部障碍有关。津液的输布全身有赖肺气的宣发，脾气的运化，肝气的疏泄，肾气的蒸化。其中任何一脏功能失职都有可能导致水液停留，凝聚为痰饮。

饮邪初起，饮邪停留胸肺胁膈之间，多呈时邪与水饮相搏，或饮邪久郁化热，表现为饮热相杂之候。或者饮与痰浊相裹，饮痰互结，使病程久延，反复发作。

痰分有形和无形，其有形之痰，因其见于外，不难诊断。然而无形之痰，视而不见，触之不及，闻之无声，隐晦莫测，导致疾病十分广泛，临床表现异常。因此，前人把一些来去不定，散漫无常，症状零碎，不成系统，且病机与痰有关的病证，统称为“怪病”，遂有“脉症隐怪，皆属于痰”之说。这类“怪病”辨证虽复杂，但因其系痰所兴，故仍有一定规律可寻。例如面白体丰之人，久恙不减，复见感觉特殊，局部出现闷、胀、痞、困、重、麻诸候，甚或发生胆怯善惊、魂梦颠倒、梦游梦交、幻视幻听、幻觉幻臭等，神魂飞荡、志意恍惚征象，即与痰浊阻遏、阴阳气血逆乱有关。设能从痰论治，常可收到意外效果。

临床上可见一些因痰导致的卒暴危急险候，在临床上如痰浊壅肺，阻于气道，致急惊喘促，痰火内蒙，心灵失用，致神昏谵语，痰涎上壅，清窍不利，致暴厥卒中等即是。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4.2 病 位

痰饮病的病变脏腑主要在肺、脾、肾三脏，涉及心、肝、三焦，关键在脾，而在不同的证类中病位各有侧重。

从发病的部位而言，饮多见于胸腹四肢，故与脾胃关系较为密切。痰之为病，则全身各处均可出现，无处不到，与五脏之病均有关系。

饮邪直接留聚之处应是主要病位，而饮邪间接影响之部则是从属病位。直接留饮之地有五：曰“水停心下”（即胃），曰“膈间支饮”，曰“水走肠间”，曰“水流在胁下”，曰“归于四肢”，可见水饮所居的主要病位并不在脏，而在胃、肠、三焦、膀胱及躯体其它腔隙之处。

痰邪为患，往往随痰所犯机体部位不同，其症候表现亦不一。如林珮琴所云：痰“在肺则咳，在胃则呕，在心则悸，在头则眩，在背则冷，在胸则痞，在胁则胀，在肠则泻，在经络则肿，在四肢则痹”。从临床实际情况看，痰留体内，常上逆颠顶，下注阴器，外达肌腠、经络，内伏筋骨、脏腑，几乎人体任何部位都可发生痰的病变。

4.3 病 性

痰饮病病变性质总属阳虚阴盛，运化转输失调，因虚致实，为本虚标实之候。

疾病初起，饮邪停留胸肺胁膈之间，多呈时邪与水饮相搏，或饮邪久郁化热，表现为饮热相杂之候。或者饮与痰浊相裹，饮邪互结，使病程久延，出现反复发作之候。如饮邪留聚中焦脾胃，阳气不足，痰饮留伏，气机阻隔，可因体质强弱和病情轻重的不同，或邪气转衰，正气渐复；或脾病累及于肾，导致肾阳亏虚，饮邪侵入下焦，形成正虚饮泛的重症；而阳虚日久，又可损及阴液，形成阴虚津伤。

痰饮停积，影响气机升降，久郁又可化热，故本病有夹气滞、夹热的不同。

4.4 病 势

痰饮病起于中焦，可由外感引动痰饮，停留于胸肺之间，病势在上。日久上病及下，发为喘肿。

《内经》云：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水津四布，五经并行。”若饮循此常道而停积为患，较易通过助脾转输而分消去之，故其病势为顺；若饮邪为患反其常道，则与脾气转输作用相悖，其病势为逆。病势顺者虽重易治，病势逆者，则病情较复杂而缠绵。由此观之，四饮之中，痰饮证病在胃肠，是脾气不得上输；悬饮病在胁下，是水饮不能归肺；溢饮病在肢体，因三焦失于通调而外溢，此三者皆循饮之常道为顺。独有支饮为病，系心下（胃）之饮不得顺行，反逆于膈上，支撑胸肺，蔽阻清阳，故或为咳喘，或为眩悸，或为呕吐，或为胸满，病状虽较繁冗，然要之皆自心下支逆膈上。

痰饮为病，主要为肺脾肾三脏气化功能失常所致。若施治得法，一般预后较佳。本病的转归，可概括为脏腑之间和寒热虚实之间的转化。在脏腑方面，常为脾病及肺、脾病及肾、肺病及肾等。若肾气亏虚，不能化气行水，津液变成痰饮，则可出现凌心射肺，犯脾

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

之证。在寒热虚实转化方面，外感新病多实，内伤久病多虚。反复外感容易导致内伤，内伤久病容易招致外伤，故常见虚实兼见之证。本病以正虚为本，邪实为标，阴凝饮聚为病之常，日久化热蕴痰为病之变。若痰夹瘀血，可成窠囊，往往病情缠绵，多年不愈，不可不慎。

另一方面，痰饮多为慢性病，病程日久，常有寒热虚实之间的相互转化。而且饮积可以生痰，痰瘀互结，证情更为缠绵，故应注意对本病的早期治疗。

4.5 病 机 转 化

痰饮病涉及肺、脾、肾三脏，属本虚标实。因水饮停聚部位不同，转化演变亦异。水饮停于肠胃之痰饮，若积饮不散，阳气愈衰，病及于肾，可转化为脘中有振水音或肠鸣沥沥、畏寒肢冷、腰酸便溏、尿少肢肿的脾肾阳虚证；又可因气虚无力运血而血瘀及聚饮为痰，痰瘀互结，转化为脘腹满闷或疼痛，脘中有振水声，朝食暮吐或暮食朝吐的反胃证候；甚则演变为腹中积聚坚硬疼痛，纳呆消瘦如柴的癥积恶证。水饮停于胸胁之悬饮，一般有邪犯胸肺到饮停胸胁，到气机郁结，到阴虚内热的转化过程，但若肺热内蕴或气因饮郁而化火及热炼水饮为痰，痰热腐化成脓，则可演变为高热寒战、咳嗽胸痛，甚则脓腐入侵气道的痰热积脓证候。溢饮由脾运失职、肺失宣肃而累及脾肾阳气时，可演变为全身水肿、腰酸、肢冷、便溏、舌淡胖的脾肾阳虚、水湿泛滥证候，甚则为全身水肿、心悸喘促不得平卧的水气凌心证，或为呕吐、口中尿臭、尿少或尿闭、神昏、衄血等浊毒内闭证候。水饮停肺之支饮，除有寒饮伏肺，脾肾阳虚的转化外，还可因肺气衰败、水饮壅盛而转化为尿少、全身水肿、喘逆不得平卧、咳吐泡沫痰或粉红色泡沫等水饮凌心射肺证。阳虚阴盛的痰饮可因阳虚不复、痰饮不化，导致阳损及阴的阴虚津伤证。

4.6 证 类 病 机

痰饮自隋唐以后逐渐分开，认为阳盛煎灼成痰，阴盛凝酱为饮。稠浊成痰，清稀为饮。现分述其证类病机。

4.6.1 饮证

由于水饮停聚的部位及所影响的脏腑，产生的症状的不同，饮证可分为痰饮、悬饮、溢饮、支饮四种。另有留饮、伏饮、微饮等是四饮中的几个特殊类型。

4.6.1.1 痰饮

4.6.1.1.1 脾阳虚弱 痰饮所在部位主要在肠中者，称之为痰饮。凡因素体脾胃虚弱，运化不健，复加饮食不当，或外湿所伤，而致脾阳虚弱，脾之运化失司，饮留胃肠。脾胃阳虚，饮停中焦，故胸胁支满，心下痞闷；胃中停饮，故脘中有振水音。寒饮内聚，阳气不能外达，则见脘腹喜温畏冷，背寒冷如掌大；脾胃阳虚，精微不化，肌肤失养则见其人素盛今瘦。水饮上逆故呕吐痰涎，水入即吐；水停中焦，津不上承则渴不欲饮；饮凌心肺故心悸，气短；水饮中阻，清阳不升，则头昏目眩；脾运不健故食少、便溏。

4.6.1.1.2 饮留胃肠 饮入于胃，脾不散精，饮邪留积于胃肠，水饮留胃，水气互结，故心下坚满或痛；饮邪从胃流于肠，则肠间沥沥有声；水饮下行故利后反快；饮去难尽，新饮复积，故虽利心下续坚满；饮结于中而致腹满、便秘；饮郁化热故口舌干燥、苔黄。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4.6.1.2 悬饮 痰饮所在部位主要在胸胁，不上不下者，故名悬饮。肺虚卫弱，时邪外袭，肺失宣通，饮停胁下，水饮射肺，肺失肃降则咳唾。升降失常，气机不利则引痛。又因体质强弱及饮邪久暂多寡，在病证发生、发展全过程中，可见下列各证。

4.6.1.2.1 邪郁少阳 本证以时邪外袭，少阳枢机不利为基本病机。本病的发生，多因素体不强，或原有其它慢性疾患，复加起居不慎，劳倦过度，外受风热、湿热、寒湿等邪，侵袭肺卫，肺气宣通肃降功能失常，不能通调水道，布散津液，水津渗溢，流于胸胁，以致饮停胸胁，出现咳唾胸胁引痛；邪入少阳，正邪交争，少阳枢机不利，故寒热往来；邪恋少阳，邪热蕴肺，肺气失宣，故咳而气急少痰。

4.6.1.2.2 饮停胸胁 本证以水饮停蓄胸胁，饮邪迫肺为基本病机。嗜饮茶酒，或食生冷之物，损伤脾胃，失其健运，水津不能正常输布运化，积而成饮，上壅胸胁，肺失宣降，气机不畅而致悬饮。饮邪阻于胸胁；胸胁为气机升降之道，饮停胸胁，脉络受阻，气机不利，故咳唾时胸胁引痛，转侧不利，饮邪大量停聚，上迫于肺，呼吸受阻，故呼吸急促，偏卧于病侧则痛缓。胸胁积饮增多，故肋间胀满隆起。

4.6.1.2.3 肺络不畅 本证以气机不利、脉络痹阻为基本病机。饮邪停留胸胁日久不愈，气机郁滞，络脉痹阻，故见胸胁刺痛，胸膺闷胀，气郁化火，故痛势如火灼；饮气互结，气道不利，肺失肃降，故呼吸不畅、闷咳。气滞血瘀或久病入络，络脉痹阻，则刺痛经久不已，活动、天阴时更为严重。

4.6.1.2.4 阴虚内热 本证以津液耗伤，虚热内生为基本病机。在病变过程中，由于大量津液渗入胸胁，加之郁热伤津、治疗时攻逐水饮，都不同程度地损伤津液阴液，因而后期出现阴虚之证，饮阻气郁，化热伤阴，阴虚肺燥，故咳嗽痰少不畅，口干咽燥，阴虚火旺，则潮热舌红。

在正常的水液代谢过程中，主要靠三焦的气化功能，肺气的宣降治节通调水道，脾气的转输上下运化精微，肾气的蒸化开合分清泌浊均起着重要作用。悬饮的发病部位在中上二焦故肺失宣降，脾失转输，饮停胸胁是产生本病的主要病机，然胁为肝之分野，肝主疏泄，条达气机，调节血运。若肝失疏泄，气机不畅，则三焦水道不利，水运受阻；而肝脾不能布运津液．水流胁下，又阻碍气机，阻碍血行，以致饮停、气滞、血瘀，故悬饮的病变常涉及于肝。

4.6.1.3 溢饮 痰饮的所在的部位主要在皮肤或四肢者，称为溢饮。本证乃由外感风寒，玄府闭塞，肺气不宣，通调失司，以致肺脾输布失职，水饮流溢四肢肌肤，故见肢体疼痛而沉重；饮邪不能随汗外泄而停滞于肌腠，故甚则肢体浮肿；风寒束表，腠理闭塞，故恶寒无汗；寒饮内伏，上逆迫肺则咳喘，痰多白沫，胸闷痞滞；饮邪内伏，阻碍气机，故干呕口不渴。

4.6.1.4 支饮 痰饮所在的部位主要在心肺者，称为支饮。本证乃受寒饮冷，久咳喘促，迁延反复伤肺，肺气不能布津，阳虚不运，饮邪留伏，支撑胸膈，上逆迫肺。在感寒触发时以邪实为主，缓解时以正虚为主。

4.6.1.4.1 寒饮伏肺 水饮阻于胸膈，壅阻肺气，肺气上逆，升降不利，故咳嗽胸满，不得平卧，呼吸困难，寒邪郁肺，气不布津，凝聚为痰，故痰多白沫清稀，痰浊与气相搏结于心下而痞坚，肾虚气泛则面色黧黑。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4.6.1.4.2 脾胃阳虚 饮证迁延不愈，脾病及肾，摄纳无权，动则喘促；阳虚则形体失于温养，故怯寒肢冷，饮邪内蓄下焦失于温养故小腹拘急不仁；肾阳不足，气化不行，故小便不利；饮邪内蓄，故脐下悸动，饮溢于外则足肿。饮邪上逆变心，故心悸气短，均属阳虚饮聚之象。

4.6.1.4.3 阴虚津伤 痰饮患者咯吐不休，或反复感受燥热之邪导致阳损及阴，可见咳吐白沫清稀或夹粘痰，津伤可见舌红苔花剥或无苔。

另外，《金匮要略》还提到留饮和伏饮之名称。所谓留饮是指饮邪久留而不行。伏饮是指水饮深伏而不去，根据水饮留伏部位的不同，可分别划归四饮范围之中，不属单独的类型。心下有留饮，即痰饮。饮留胁下，即悬饮。胸中有留饮，即支饮。饮留关节即溢饮。

4.6.2 痰证

痰是一种病理产物，但在形成之后又成为致病因素，损害脏腑、经络的生理功能，使肺失肃降，脾失健运，肾失气化，气血失于流通，津液失于输布，危害人体，不一而足。痰的病证分类，以病因性质进行分类，可分为湿痰、热痰、寒痰、燥痰、风痰、食痰、气痰、酒痰、郁痰、惊痰。痰证按所侵犯的部分进行分类，分为痰阻经络、痰蕴脏腑。兹将各种痰证的证类病机分述如下。

4.6.2.1 湿痰 痰饮的发生，系由于人体正气不足，功能衰退或衰竭所致的，亦即一般所谓脾肾气虚所致者，临床上称为湿痰。脾失健运，津液不布，转化为痰，停留于胃，上溃于肺，故出现咳嗽痰多、胸痞、呕恶、饮食不化；脾主四肢，脾气不足，故四肢倦怠。

4.6.2.2 热痰 《医学入门》谓："热痰因厚味积热或外感误温所致。"《医学实在易》谓："因热所伤者，名热痰。"热邪侵肺，使肺失输布，津液蓄积，煎熬所成之痰称为热痰，故咳嗽气急，痰黄而稠，或粘白难以咯出；热邪蒸腾，故见全身发热；热邪灼津，胸膈失养，故见口干，胸痛；热邪炽盛，上干清窍，故舌红、苔黄。脉滑而数是痰热之象。

4.6.2.3 寒痰 寒邪袭肺，肺气不宣，故咳嗽气喘；脾阳不振，水湿不化，故痰白清稀；肺气不足，卫阳受累，故形寒肢冷；肺脾气虚，化源不足，故见舌淡，苔白润；脉弦为痰多邪盛，沉细则为体弱痰阻脉道所致。

4.6.2.4 燥痰 燥热伤肺，或内热伤津，肺失宣畅润清，故干咳少痰，痰稠不易咯出，鼻燥口干；肺居胸中，燥邪久留，肺气郁闭，胸膈受阻，故咳甚胸痛。

4.6.2.5 风痰 因感受风邪而发病者，称为风痰。风痰有外风之痰与内风之痰的区别。若饮食不当，嗜食烟酒，辛辣助火之品，熏灼肺胃，灼津成痰，痰浊随风上扰清窍，故头晕目眩；过食肥甘厚味，致使脾失健运，痰浊内生，上溃于肺，阻塞气道，均可使肺气上逆而作咳，咳出的痰量多呈泡沫状；若因肝阴不足，肝风内动，肝阳上亢，肝风夹痰，随气上逆，上冲巅顶，阻塞清窍，则为中风昏厥；若横窜经络，则半身不遂，口眼㖞斜，手足颤抖。

4.6.2.6 郁痰 忧愁思虑，精神紧张，肝郁乘脾，脾运不健，聚湿生痰，或气滞津停，凝聚成痰，气滞痰郁交阻于胸膈之上，而觉胸中窒闷，咽中不适如有物梗阻感（即《医宗金鉴》所称之梅核气），胸膺郁闷，两胁隐胀。

4.6.2.7 痰蕴脏腑

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4.6.2.7.1 痰阻于肺 因感受风寒湿热之邪，外邪袭肺，肺气不宣，或咳喘日久，以致肺气不宣，不能布津，聚而为痰，阻塞肺道，故见咳嗽痰多，痰白，易于咯出；若兼表证可见有恶寒发热。

4.6.2.7.2 痰湿蕴肺 脾湿生痰，上渍于肺，壅遏肺气，故咳嗽痰多，痰声重浊，痰粘腻或稠厚；脾运不健故食甘甜肥腻物品反而助湿生痰，湿痰中阻则胸闷脘痞，呕恶；脾气虚弱故食少，体倦，大便时溏。

4.6.2.7.3 痰热郁肺 肺素有痰饮，又因风热上受，或寒郁化热，或痰湿久蕴化热，邪热蕴肺，痰热壅阻肺气，肺失清肃，故咳嗽气息粗促，痰多质粘稠，色黄，咯吐不爽；痰热郁蒸，则痰有腥味；热伤脉络，故胸肋胀痛，咳时引痛，或咳吐血痰；肺热内郁，则有身热，口干欲饮。

4.6.2.7.4 痰浊壅肺 肺虚脾弱，痰浊内生，上逆干肺，则咳嗽痰多色白粘腻；痰从寒化成饮，则痰呈泡沫状；肺气虚弱，复加气因痰阻，故短气喘息，稍劳即著；肺虚卫表不固则怕风，易汗；肺病及脾，脾气虚弱，健运失常，故见脘痞纳少，倦怠乏力。

4.6.2.7.5 痰蕴脾胃 由于饮食不节，思虑劳倦，脾胃受伤，脾失健运，生湿成痰所致。痰浊壅滞中焦，清气不升，浊气不降，则痞满不舒；痰浊中阻，脾运失司，胃失和降，则纳食呆顿，恶心呕吐；脾主四肢，痰浊困脾，脾气不运，则肢体沉重。

4.6.2.7.6 痰湿滞脾 脾不运化，痰饮内停，胃气不降，则脘闷纳呆，呕吐清水痰涎；水饮上犯，清阳之气不展，故头眩；水气凌心则心悸。

4.6.2.7.7 痰饮凝胃 若外感或内伤脾运失调，水湿运化无权，水湿津液内停，凝结稠浊，渐聚成痰。痰浊壅塞中焦，清气不升，浊气不降，则胃脘疼痛，痞闷不舒；痰浊中阻，脾运失司，胃失和降，则口淡不饥，呕吐痰涎；脾主四肢，痰浊困脾，脾气不运，则肢体沉重。

4.6.2.7.8 痰湿中阻 本证多因素体湿盛，形质丰腴，偏食膏脂厚味或嗜饮酒曲，使湿郁中宫，碍及脾之运化，久而酿聚痰液，痰湿阻络，蒙蔽清阳，则眩晕、头重如蒙。

4.6.2.7.9 痰郁于肝 多由肝气郁结，气结痰凝，痰气互阻所致。痰阻气机，肝失疏泄，肝气横逆，可见头痛、眩晕、善怒、两胁闷痛、两目瞤动、咽如梗塞、或昏厥抽搐、肢体麻木、半身不遂。

4.6.2.7.10 饮阻心阳 停痰伏饮，积于胸中，阻遏心阳，以致气不宣畅。心为火脏，饮为阴邪，心阳虚能生饮，饮生易困心阳。水饮内停，上凌于心，故见心悸；阳气不能达于四肢，不能充于肌表，故形寒肢冷；饮阻于中，清阳不升，则见眩晕；气机不利，故胸脘满闷；如气化不利，水液内停，则渴不欲饮，小便短少或下肢浮肿、饮邪上逆则恶心吐涎。

4.6.2.7.11 胆胃不和、痰湿内阻 心胆相通，胆火夹痰热上扰，而致心神不宁，故头昏重痛，失眠多梦。胆失疏泄，犯胃故胃纳欠佳，神疲乏力。

4.6.2.7.12 痰滞胃肠 脾不运化，痰饮内停，浊阴不降，则呕吐清水痰涎和泄泻；或因湿痰阻滞肠胃，气机不畅而便秘。

4.6.2.8 痰留肢体、经络 常因郁怒忧思过度，肝失条达，津液环流受阻，痰饮凝结于颈项、胸、腋、颌、肩背等处，而形成瘿瘤、痰核、瘰疬；痰留四肢，致使血脉涩滞，故见四肢麻木酸痛。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

5 临证思路

5.1 抓住主诉

咳、喘、悸、眩、呕、满、肿、痛为痰饮的八大主要特征。

痰饮随气升降流行，无处不致，由于所停部位不同，临床表现也就各异，致使痰饮为患病情复杂，变化多端。故而有人把痰饮的致病特点概括为多杂、缠绵、兼夹、怪异。

饮证的主症为：①腹中雷鸣有声，眩晕呕吐，寒热往来，胸痛，浮肿，肢体疼痛，咳逆痰多，喘满胸闷，或有长期抽烟史；②胃中有振水音，病侧胸廓隆起，面浮，下肢水肿较甚，喘息不得平卧，心下痞坚。

痰证的临床特点为：①面色晦黯或萎黄，目胞黯黑，眼睑下如卧蚕，似绵软包块，素盛今瘦，或素瘦今肥，其形肥胖，小便自利，脉多弦滑，舌体较胖，质黯淡，苔多厚腻；②头昏重痛或掣痛，休作无时，肢体麻痹冷痛，走窜不定，咽中如有炙脔，喘咳呕吐，心下痞冷、胁肋胀痛；③心悸失眠，心慌不安或神识欠清，善恐畏人，癫狂痴呆，语无伦次，甚则骂詈不识人，昏厥瘫痪，或卒然昏仆，口唾涎沫，抽搐怪叫等；④病程日久，病名难定，服一般药无效，病久难愈。

5.2 详问病因

引起痰饮病的病因很多，包括外感六淫之邪、内伤七情及外伤跌仆等，一般发病多有诱因可寻。详细了解之可以帮助诊断、辨证、施治。

5.3 分析病位

痰饮的病变脏腑主要为肺、脾、肾三脏，涉及心、肝三焦，关键在脾，在不同的证类中病位各有侧重。

饮证的病位一般有四，即饮停胃肠的痰饮，水流胁下的悬饮，饮溢于肢体的溢饮，饮邪支撑胸肺的支饮。广义的痰饮则随气升降，无处不到，因此痰证的部位随病证不同，病位各异。

5.4 确定病性

痰饮病的病理性质总属阳虚阴盛，运化输布失调，而致水液停积而成痰饮。病性多为本虚标实，脾肾亏虚为本，痰饮停聚为标。

痰之为病，非常广泛，既指排出体外的有形之痰，又指表现为痰的特异症状，由于它的生成原因不同，所以在性质上又有寒痰、热痰、燥痰、湿痰、风痰等多种，临证应予详辨。

5.5 判断病情轻重缓急

痰饮作为一种病理产物（病邪），虽然直接参与下一步的病理过程而影响病证的发生发展和转归，但它亦是由一定的原始病因引起的。按中医标本缓急的基本概念，应该说，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

前者（病邪）是标，后者（病因）是本。根据中医“治病必求于本”的原则，本病的治疗宜“缓则治本”，当病情较轻时，除针对痰邪应用化痰药以治标外，必须针对原始病因进行治本，并注意原始病因往往与痰合邪而致病的情况，此即古代医者的告诫：“见痰休治痰”（即见痰不要仅仅治痰）的意思。另外，针对痰与其它病理产物合邪致病的情况，除治本、治痰外，尚应对其同期病理产物（如瘀血、气郁等）进行治疗，方可取得疗效。又，痰之为病，不仅产生一般症状，尚可引起许多危重或特殊的症状（如昏迷、抽搐、瘫痪、心悸等），根据急则治标的原则，应对急症患者予以豁痰、涤痰。为了促使这些症状的改善或恢复，还必须加用各种对症治疗药物。可见，痰证病情较轻者，宜治本为主，而病情较急者，宜治以标为先。外感六淫之邪所致痰饮，应以祛邪治标为主；五脏功能失调导致的痰浊内生，应以扶正治本为主；标本俱急者，则标本同治。

6 鉴　　别

痰证与饮证鉴别　从发病部位而言，饮证多见于胸腹四肢，故与脾胃关系较为密切。痰之为病，则全身各处均可出现，无处不到，诚如林珮琴《类证治裁·痰饮》所云：“随气升降，遍身皆到，在肺为咳，在胃为呕，在心为悸，在头为眩，在背则冷，在胸为痞，在胁则胀，在肠则泻，在经络则肿，在四肢为痹，变动百端，昔人所谓怪证多属痰。”

痰饮病与痰饮证鉴别　《金匮要略·痰饮病脉证治》名中的“痰饮”是一个总的病名。属广义痰饮，包括痰饮（狭义）、悬饮、溢饮、支饮等证类。其具体辨证中见“其人素盛今瘦，水走肠间，沥沥有声”的痰饮证，即痰饮病中饮邪停留于肠胃的一个证类。

水与痰的鉴别　水和痰均来源于脏腑功能失调，水饮代谢障碍之水，但在此基础上需要经过某种因素，尤其是阳热之气的作用才能变成痰，所以有水“得阳气煎熬则成痰”之说。从形质分辨之，则水性清稀而痰则粘稠。

水与饮的鉴别　“饮”一词最早见于《内经》，自张仲景在《金匮要略》中著专篇论述了“痰饮”的证治后，其所分的四饮一直沿用至今仍被世人采纳。所谓“饮证”，是指脏腑功能失调，水液代谢障碍，过多的水液留积于胃肠、胁下、四肢、胸膈这4个部位的病证，饮指的就是水液的停积。之所以用“饮”来命名这类病证，是因为古代医家认为这类病证是由于从口腔摄人的饮水过多而流走于不同的部位所致，这在《诸病源候论》中可找到明确的依据。然而，饮实为水，历代已有许多医家认为饮即水，如赵以德在注解《金匮要略》原文时说：“痰饮（即淡饮）由水停也，得寒则聚，得温则行。”方有执认为“饮亦水也”。尤在怡亦说：“饮，水类也。”饮即水液停留于人体局部者。

痰、饮、水、湿鉴别　痰、饮、水、湿同出一源，俱为津液不归正化，停积而成。分别言之，源虽同而流则异，各具相对特点。从形质言，饮为稀涎，痰多厚浊，水属清液，湿性粘滞。从病症言，饮之为病，多停于体内局部，痰、湿为病，无处不到，变化多端；水之为病，可泛滥体表、全身。从病理属性而言，饮主要因寒水液积聚而成；痰多因热煎熬而成；水属阴类，由于导致发病之因不一，而有阳水、阴水之分；湿为阴邪，但无定体，可随五气从化相兼为病。合而言之，因四者源出一体，在一定条件下又可相互转化，故历来医家著作中有“积饮不散，亦能变痰”、停水则生湿（《证治汇补·饮证》），“痰化……为水”（《证治汇补·痰证》），“水泛为痰”、“饮因于湿”（《类证治裁·痰饮》）等之论述，指的

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

即是四者之间的联系转变。

肺痈与悬饮鉴别 肺痈初起发热、咳嗽、胸痛，咳时尤甚，与悬饮有类似之处。但肺痈的主要特征是咳吐腥臭脓血痰，而悬饮多是咳嗽少痰或无痰，积饮多时，患者常偏卧一侧，胁间饱满。

风温与悬饮鉴别 悬饮初起发热咳嗽，有类风温。但风温起病较急，初起胸痛气急多不明显，风温气分证虽可呈胸闷痛，但与悬饮在呼吸及转侧时胸胁疼痛明显加重的特点不同。

真心痛与悬饮鉴别 真心痛是心经病变引起的心痛证。其疼痛程度、病变部位、临床特点和预后转化等均与悬饮有明显区别。心居胸中，真心痛部位常在左侧胸背，突然发病，痛彻胸背或向左臂内侧放射，疼痛如绞，或如割如刺，难以忍受等症。悬饮为胸胁胀痛，或左或右，或双侧同病，持续不解，常在咳唾、转侧、呼吸时疼痛加重，并有咳嗽等肺部见症，初期多兼寒热等表证。

肺痨与悬饮鉴别 悬饮亦可由痨虫感染所致，且后期阴液耗伤时，每多出现口干咽燥、手足心热、潮热、盗汗、干咳少痰、消瘦等类似肺痨的表现。但肺痨以咳嗽、咳血、潮热、盗汗四大主症为特征，而悬饮以胸胁疼痛、闷胀憋气、积饮多时患侧胸胁闷饱满为主症，二者病位有异。

风水与溢饮鉴别 风水多由外感风热所致，来势迅速，患者始则眼睑浮肿，继而四肢及全身皆肿，多有恶风、汗出、发热或咽喉红肿疼痛之症。溢饮则由外感风寒而来。患者多无汗，肢体浮肿、疼痛且沉重感，常伴明显的咳痰气喘。

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 饮证

7.1.1.1 痰饮

7.1.1.1.1. 脾阳虚弱

临床表现：胸胁支满，心下痞闷，胃脘中有振水音，脘腹喜温畏冷，背寒冷处如掌大，呕吐痰涎，不欲饮水，心悸气短，头晕目眩，大便溏薄，舌苔白滑或灰腻，脉弦滑少力或沉弦。

病机分析：脾胃阳虚，饮停中焦，故胸胁支满，心下痞闷；胃中停饮，故胃脘中有振水音；脾阳不足，又加寒饮内聚，阳气不能外达，则见脘腹喜温畏寒，背寒冷如掌大；饮阻气逆，水饮上逆，则呕吐痰涎；阴凝饮聚，故不欲饮水，或热饮不多；饮邪上凌心肺，故心悸、气短；水饮中阻，清阳不升，故头晕目眩；脾阳虚则运化不健，故食少、便溏；舌苔白滑或灰腻，脉弦滑少力或沉弦，均为阳虚饮阻之象。

转归：本证初起多属阳虚阴盛，若能正确应用温中健脾、化饮和胃之法，则可使饮消阳复；若失治误治而使饮邪化热，则使证情复杂，给治疗带来困难。

治法：温中健脾，化饮和胃。

方药：苓桂术甘汤(《金匮要略》)合小半夏加茯苓汤(《金匮要略》)加味。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

茯苓　桂枝　白术　甘草　半夏　陈皮　生姜

加减：若眩晕、小便不利者，加泽泻、猪苓以渗湿升清；若脘部冷痛、吐涎沫，酌配干姜、吴茱萸、川椒目、肉桂等温中和胃；若心下胀满加枳实以开痞；咳甚痰多气阻者，以薏苡仁换白术，并加杏仁。

临证参考：用泽泻汤(《金匮要略》)，以健脾利水，可使饮邪从尿而去。若见虚寒重症，症见胃脘冷痛，或得热得食痛减，舌淡胖脉弦缓，宜大建中汤(《金匮要略》)合二陈汤(《太平惠民和剂局方》)以温中补虚，降逆止痛，药用：川椒、干姜、人参、饴糖、半夏、茯苓、陈皮、甘草。

若见呕吐兼有气虚者，则用橘皮竹茹汤(《金匮要略》)以补中和胃降逆，药用：人参、橘皮、竹茹、甘草、生姜、大枣；呕吐属实者，则予温胆汤(《备急千金要方》)以温化痰饮、和胃降逆，药用：半夏、橘皮、甘草、枳实、竹茹、生姜、茯苓、大枣。

服苓桂术甘汤后，饮象渐减，可接用《外台》茯苓饮，旋转中焦，补益脾胃，以杜饮生之源。茯苓饮(《外台秘要》)方为：茯苓、人参、生姜、白术、枳实、橘皮。

7.1.1.1.2　饮留胃肠

临床表现：心下坚满或痛，水走肠间，沥沥有声，大便清稀，泻后反快，虽利而心下仍坚满，腹满，或大便秘结，小便不利，口舌干燥苔黄而腻，脉沉弦。

病机分析：水饮留胃，水气互结，故心下坚满而痛；饮邪从胃流于肠，则肠中沥沥有声；水饮下行故大便清稀，泻后反快；饮邪壅盛，饮去难尽，新饮复积，故虽利而心下仍坚满；饮结于中，郁而化热，而致腹满、便秘、小便不利；苔黄而腻，脉沉弦为饮邪伏积之候。

治法：攻下逐饮，降逆利水。

方药：甘遂半夏汤(《金匮要略》)合己椒苈黄丸(《金匮要略》)。

甘遂　半夏　白芍　蜂蜜　生大黄　甘草　葶苈子　防己　椒目

加减：若口干舌燥，大便多日不通，苔黄厚者，除大黄用量宜大外，还可加枳实、厚朴。

若胸满（饮邪上逆）加枳实、厚朴泻满；口渴（饮结日甚，气不化津）加芒硝清热润下。

临证参考：兼有气虚者，可合六君子汤或补中益气汤加减，兼有阳虚者，可合苓桂术甘汤化裁。

攻下逐饮之法，当谨慎使用，可暂不可久，以免攻逐太过，损伤正气。如仲景在《金匮要略》中以芍药、白蜜配入甘遂半夏汤，即在于缓和甘遂毒性，在己椒苈黄丸条下特意注明先食服一丸，是用丸剂并结合递增加量法，达到峻药缓攻之目的。如攻泻后出现虚象者，则应配伍益气健脾之剂，或以扶正为主。

7.1.1.2　悬饮

7.1.1.2.1　邪郁少阳

临床表现：寒热往来，身热弛张起伏，汗少或发热不恶寒，有汗而热不解，咳嗽，痰少气急，胸胁刺痛，呼吸转侧疼痛加重，心下痞硬，干呕，口苦咽干，舌苔薄白或黄，脉弦数。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

病机分析：肺居胸中，胸胁为半表半里之位，为少阳经脉分布循行之处，今时邪外袭，邪入少阳，正邪交争，少阳枢机不利，故寒热往来，身热弛张起伏；肺热内蕴，肺气失宣，故身热有汗，不恶寒，咳而气急少痰；两胁为少阳经循行之处，因邪阻脉络，故胸胁刺痛，呼吸转侧疼痛加重。邪郁少阳，胆热上泛，故心下痞硬，喜呕，口苦咽干；舌苔白，脉弦数均为少阳邪伏之象；若有化热趋势，积饮渐生则苔黄，脉弦滑数较为明显。

转归：本证若失治、误治、邪恋不去，饮停愈甚，可转化为饮停胸胁证候。若攻遂太过，则既损阳又伤阴。致使出现虚实寒热错杂之证。

治法：和解宣利化痰。

方药：柴枳半夏汤(《医学入门》)加减。

柴胡　黄芩　半夏　全瓜蒌　枳壳　桔梗　杏仁　青皮　甘草　赤芍

加减：如咳逆气急、胁痛，加白芥子、桑白皮利肺化痰；胁痛甚者，加郁金、桃仁、延胡索以通络止痛；心下痞硬，干呕口苦者，加黄连与半夏、瓜蒌合伍，清热和胃，苦降辛通；如热盛有汗，咳嗽气粗，去柴胡升动，加生石膏、炙麻黄、杏仁清热宣肺、止咳平喘。

临证参考：治疗邪郁少阳之证的还可选以下方剂：

(1) 小柴胡汤(《伤寒论》)加减：柴胡、黄芩、沙参、百部、瓜蒌、牡蛎、甘草、生姜、大枣。

(2) 若邪郁少阳证兼热象者，可用柴枳半夏汤(《医学入门》)合小陷胸汤加减，药用：北柴胡、黄芩、瓜蒌仁、清半夏、黄连、生甘草、枳壳、苦桔梗、郁金、杏仁、青皮。气急较甚者，选用葶苈子、苏子、白芥子；胁痛较甚者，加延胡索、徐长卿；若寒热未罢，胸胁已见停饮，可同时结合饮停胸胁证治疗。

7.1.1.2.2　饮停胸胁

临床表现：咳嗽牵引胸部胀闷，两胁疼痛，甚则不能转侧，或因转侧而呼吸疼痛加重，咳逆喘促不能平卧，或仅能偏卧于停饮一侧，病侧胸廓隆起，苔白腻或厚腻，脉弦。

病机分析：胸胁为气机升降之道，饮停胸胁，脉络受阻，气机不利，故胸胁胀痛，咳唾转侧，呼吸时均牵引胸胁经脉，故可使疼痛加重；由于肺气郁滞，脾失健运，水津不布，停而为饮，水流胁间，脉络受阻，气机升降不利，故咳唾引痛，呼吸困难；饮邪大量停聚，上迫于肺，呼吸受阻，故咳逆喘促不能平卧，或仅能偏卧于停饮一侧；胸胁积饮增多，故肋间胀满隆起；舌苔白腻，脉弦或沉弦，为水饮内停于里之候。

转归：此证乃邪恋不去，饮停胸胁所致胸胁疼痛。若迁延失治，饮邪郁积日久耗气伤阴，病情加重。

治法：峻泻逐水，消痰祛饮。

方药：(1) 十枣汤(《伤寒论》)合葶苈大枣泻肺汤(《金匮要略》)。

甘遂　大戟　芫花　葶苈子　大枣

(2) 控涎丹(《三因极一病证方论》)合葶苈大枣泻肺汤(《金匮要略》)。

甘遂　大戟　白芥子　葶苈子　大枣

服药方法：十枣汤力峻，体实证实，积饮量多者用之，取甘遂、大戟、芫花研末，大枣煎汤送下，空腹顿服 1.5g，无效再增 0.75g。控涎丹为丸剂，善祛皮里膜外之痰水，有

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

宣肺理气之功，剂量宜小量递增，连服 3～5 日，必要时停两三日再服。如呕吐、腹痛、腹泻过剧，应减量或停服。十枣汤或控涎丹对虚弱之人，早餐后服 0.75g，无效则改为空腹服或再增 0.25g，两方均用大枣 10 枚或合葶苈子 15～30g 煎汤送服，以得快利为度。快利后应服糜粥自养。连服 3～5 日，必要时可停两三日再服。如呕吐、腹痛，腹泻过剧，应减量或停服，同时服用椒目瓜蒌汤（《医醇賸义》）以泻肺祛饮，降气化痰，药用：川椒目、瓜蒌仁、桑白皮、葶苈子、苏子、清半夏、茯苓、橘红、蒺藜、生姜。此方可于平稳中取效，对于积饮量较大，但正气不足，身体虚弱者，最为合适。

加减：若痰涎偏盛，胸部满闷，可加薤白、杏仁、枳壳以加强宽胸顺气降逆之力；饮积较多，亦可选加冬瓜皮、泽泻、车前子以导水下行，通利小便；如水饮久停难去，热象不显或体弱正气不足者，加桂枝、白术、甘草以助阳化气，健脾化饮，不宜再予峻功；若见气郁之候，可同时配合理气和络之剂，以冀气行水。

临证参考：攻泻之剂，虽取效较速，但应注意《伤寒论·辨太阳病脉证并治》有“表解者，乃可攻之”之说。若误下，反会引起病情加剧，甚而有内陷之险。故用攻逐剂时，应从严掌握，如中病“十去其六”，就可按寒热虚实的不同程度分别进行调治。

7.1.1.2.3 肺络不畅

临床表现：胸胁闷痛或灼痛，或刺痛，呼吸不畅或有闷咳，天阴加重，舌质黯舌苔薄，脉弦。

病机分析：饮邪久郁，脉络受阻，气机不畅，故胸胁闷痛或灼痛，或刺痛，呼吸不畅，或有闷咳。气郁化火，则痛势如灼。气滞血瘀或久痛入络，络脉痹阻，则刺痛经久不已，活动、天阴时更为明显，苔薄舌质黯、脉弦，乃气滞络阻之候。

转归：本证若攻泻逐饮过甚，耗伤阴津，可转化为阴虚内热之证。

治法：理气化痰，和络止痛。

方药：香附旋覆花汤(《温病条辨》)加减。

香附　旋覆花　苏子霜　杏仁　陈皮　清半夏　茯苓　苡仁

加减：痰气郁阻，胸闷苔腻，加瓜蒌仁、枳壳豁痰开痹；久痛入络，胁痛如刺，可选加郁金、延胡索、降香、赤芍、当归、桃仁、红花制乳香、制没药以行气和络；水饮久涎不净，加通草、路路通、冬瓜皮以祛饮通络。

临证参考：若胸阳不振，脉络失和，气机不畅，可选用枳实薤白桂枝汤（《金匮要略》）宽胸理气，通络化饮，药用瓜蒌、薤白、枳实、厚朴、桂枝。

7.1.1.2.3 阴虚内热

临床表现：咳嗽痰少不易咯出，胸胁闷痛，口干咽燥，潮热或五心烦热，盗汗，或形体消瘦，舌红苔少，脉细数。

病机分析：在病变过程中，由于大量津液渗入胸胁，加之郁热伤津，攻逐水饮，都不同程度地损伤阴津，因而后期多出现阴虚之证。饮阻气郁，化热伤阴，阴虚肺燥，故咳嗽痰少，不易咯出，口干咽燥；阴虚火旺，则潮热或五心烦热，盗汗；络脉不和故胸胁闷痛；病久正虚而致形体消瘦；舌红苔少，脉细数，乃阴虚内热之候。

转归：本证病情迁延，缠绵难愈，应积极予以治疗，以防迁延日久，趋向劳损之途。

治法：滋阴清热，泻肺化痰。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方药：沙参麦冬汤(《温病条辨》)合泻白散(《小儿药证直诀》)。

沙参　麦冬　玉竹　天花粉　桑白皮　地骨皮　桑叶　生扁豆　甘草　粳米

加减：潮热甚，加功劳叶、秦艽、鳖甲、白薇、银柴胡以清虚热；盗汗者，选加五味子、乌梅；咳呛不止者，加炙百部、紫菀、款冬花、川贝以润肺化痰；饮停胸胁，退而未净者加牡蛎、泽泻；胸胁闷痛甚，加全瓜蒌、枳壳、广郁金、丝瓜络以宽胸理气，通络止痛；兼有气虚，神疲肢倦，气短易汗，面色㿠白，去桑白皮、桑叶、地骨皮，加黄芪、太子参、五味子气阴双补；积饮未尽，加牡蛎、泽泻以利水化饮；胸痛加丹参、三七、郁金。

临证参考：治阴虚内热偏潮热、盗汗者，也可选用沙参麦冬汤(《温病条辨》)合秦艽鳖甲散(《卫生宝鉴》)加减，药用：南北沙参、天门冬、麦门冬、玉竹、天花粉、地骨皮、桑白皮、瓜蒌皮、知母、川贝母、甘草、生扁豆、柴胡、秦艽、当归、鳖甲、青蒿、乌梅。

若气阴两虚，可选用生脉散(《内外伤辨惑论》)加黄芪、黄精、白术。

7.1.1.3　溢饮

临床表现：肢体疼痛而沉重，甚则肢体浮肿，无汗畏寒，或喘咳，痰多白沫，胸闷痞滞，干呕口不渴，舌苔白，脉弦紧。

病机分析：外感风寒，肺气不宣，通调失司，水饮溢于四肢肌表，故见肢体疼痛而沉重，甚则肢体浮种；风寒束表，故恶寒，无汗；寒饮内伏，上逆迫肺，则喘咳，痰多白沫，胸闷痞滞，干呕口不渴；舌苔白，脉弦紧为表里俱寒之象。

转归：若本证迁延不愈，复感燥热火邪，也可出现实热之候，促使本证加剧，甚则发生水饮凌心及喘脱的危候。

治法：宣散风寒，温肺化饮，通阳利水。

方药：小青龙汤(《伤寒论》)合五苓散(《伤寒论》)加减。

炙麻黄　桂枝　干姜　北细辛　半夏　白术　茯苓　猪苓　泽泻　甘草　五味子　白芍

加减：若发热，口渴饮多，烦躁，苔白或薄黄或边尖红，脉数，表寒里热者，选加石膏、黄芩；痰粘稠难咯见有痰热者，应去生姜、细辛、麻黄、桂枝用量宜小，并加桑白皮。

临证参考：若身热重，应用麻杏石甘汤加减以发汗解表，清宣郁热法，基本方为：麻黄、桂枝、杏仁、生石膏、炙甘草、生姜、大枣。药后旋即汗出漐漐，肢肿已消，身疼重亦除，寒热已退，食纳好转，唯口干微渴，时咳无痰，舌边尖红，苔不腻，脉略数，再拟清热益气生津法，仿竹叶石膏汤加味而收功。若溢饮兼有里热证，宜发表清里，方用大青龙汤(《伤寒论》)，药用：麻黄、桂枝、杏仁、炙甘草、生姜、大枣、石膏。

7.1.1.4　支饮

7.1.1.4.1　寒饮伏肺

临床表现：咳逆喘满不得卧，痰呈白沫量多，天冷受寒加重，甚至引起面浮跗肿，或平素伏而不作，每值遇寒即发，发则寒热，背痛腰痛，目泣自出，身体振振瞤动，舌苔白滑或白腻，脉弦紧。

病机分析：病乃受寒饮冷，久咳致喘，迁延反复伤肺，肺气不能布津，阳虚不运，饮邪留伏，支撑胸膈，上逆迫肺，水饮阻于胸膈，壅阻肺气，肺气上逆，升降不利，故咳逆喘满不得卧；寒饮郁肺，气不布津，凝聚为痰，故痰多白沫清稀；久咳饮邪随气上逆，故

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

面目浮肿；寒邪外袭，卫表失宣，故可兼见恶寒、身痛等表证。

转归：本证多见正虚邪恋，故迁延不愈，痰饮易于化热，且极易感受燥热之邪。若不及时控制痰热的传变，则可转为内闭喘脱之证。

治法：温肺化饮，行水消痰。

方药：小青龙汤(《伤寒论》)合泽漆汤(《伤寒论》)加减。

炙麻黄　桂枝　干姜　清半夏　细辛　生甘草　泽漆　紫菀　白前　五味子　白芍

加减：若风寒表证明显者，炙甘草、干姜改为生麻黄、生姜。若痰多粘腻，胸满气逆，苔浊，配白芥子、莱菔子豁痰降气；饮邪壅盛，咳逆喘急，胸痛烦闷，配甘遂、大戟以泻之。若见痰热、咳喘、咯黄痰稠厚，可用清热涤痰药，如用金银花、连翘、黄芩、蒲公英，剂量可达30g，亦可用淡竹沥每日60～90ml。

临证参考：体表虚证不著者，可改用苓甘五味姜辛汤（《金匮要略》）加减，不宜再用麻黄表散。药用茯苓、甘草、五味子、干姜、细辛。若饮多寒少，外无表证，咳嗽痰盛不得息，可用葶苈大枣泻肺汤（《金匮要略》）泻肺逐饮，药用葶苈子、大枣。

临证参考：若邪实正虚，饮郁化热，喘满胸闷，心下痞坚，烦渴，面色黧黑，苔黄而腻，脉沉紧，或经吐下而不愈者，当行水散结，补虚清热，用木防己汤(《金匮要略》)，药用木防己、石膏、桂枝、人参。

若痰饮郁久化为痰热，伤及阴津，咳喘咯痰稠厚，口干咽燥，舌红少津，脉细滑数，用麦门冬汤(《金匮要略》)加瓜蒌、川贝母、木防己、海蛤粉，以养肺生津，清化痰热。

7.1.1.4.2　脾肾阳虚

临床表现：脾阳虚弱，则见咳嗽痰多，头目昏眩，呕吐涎沫，胸闷，食少，苔腻，质淡，舌边有齿印，脉小滑。肾阳虚弱，可见喘促动则为甚；或咳气怯，怯寒肢冷，少腹拘急不仁，脐下悸动，小便不利，足跗浮肿、舌苔白润或灰腻，舌质胖大，脉沉细而滑。

病机分析：饮证迁延不愈，脾病及肾，摄纳无权，动则喘促，气短；肺脾气虚，痰饮内阻，致或咳而气怯，痰多，胸闷，食少；肾阳虚弱，形体失于温养故怯寒肢冷，神疲；肾虚气化无权，故小腹拘急不仁，脐下悸动，小便不利；饮邪外溢，而见足跗浮肿；饮邪上逆，清阳被遏，故吐涎沫而头目昏眩，舌胖苔白；脉沉细而滑乃阳虚饮聚之象。

转归：对本证积极治疗，病情可获缓解，脾肾健而饮消。若阳虚不复，又可阳损及阴，变成难治的阴阳寒热错杂之阴虚痰饮。

治法：温补脾肾，以化水饮。

脾阳虚弱者，温中化饮，降逆和胃。

肾阳虚弱者，温肾化饮，利水化痰。

方药：脾阳虚弱者，吴茱萸汤(《伤寒论》)合二陈汤(《太平惠民和剂局方》)加减。

吴茱萸　人参　干姜　大枣　清半夏　陈皮　茯苓

肾阳虚弱者，真武汤(《伤寒论》)合五苓散(《伤寒论》)。

熟附子　生姜　白术　生白芍　桂枝　茯苓　猪苓　泽泻

临证参考：肾阳虚者往往脾阳亦虚，运化无权，痰饮中阻，此时当先益气温脾而化痰饮为主，待脾运来复，然后转入补肾为主，在临床上肾阳虚者则以金匮肾气丸加减，药用：附子、肉桂、山药、白术、茯苓、炙甘草　泽泻、熟地、山萸肉、半夏。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肾气丸与苓桂术甘汤均能温阳化饮，但前方补肾为主，后方温脾为主，同中有异。

加减：若食少痰多，加半夏、陈皮；足肿，小便不利，加泽泻利水；脐下悸，吐涎沫，头目昏眩，是饮邪上注，虚中夹实之候，当先治标，改予五苓散以行气化水。若气短，动则喘甚（肾不纳气）加黄芪、钟乳石、沉香、补骨脂；咳逆痰多（饮邪迫肺）加干姜、五味子、苏子、款冬花。

脾阳虚患者见咳嗽、咯痰、眩晕、呕吐等标证转轻而以本虚为主时，对脾阳虚弱者则用苓桂术甘汤合香砂六君子汤加减，药用茯苓、桂枝、白术、甘草、木香、砂仁、陈皮、半夏、党参。

7.1.1.4.3 阴虚津伤

临床表现：咳吐白沫清稀或夹粘痰，量或多或少，咯痰或易或难，伴咳嗽，冬畏寒夏怕热，口干喜温饮，舌红，苔花剥或无苔，脉细滑或数。

病机分析：痰饮患者咯吐不休，或反复感受燥热之邪导致阳损及阴，可见咳吐白沫清稀或夹粘液痰，津伤可见舌红苔花剥或无苔。

治法：益气养阴，消痰化饮。

方药：麦门冬汤(《金匮要略》)合泽漆汤(《伤寒论》)加减。

麦冬　南沙参　人参　茯苓　清半夏　泽漆　紫菀　款冬花　枳壳　苦桔梗　生甘草

加减：咳喘不能平卧者，加射干，炙麻黄；痰黄，脉数者，选加金银花、连翘、黄芩等；痰热渐去，脾阳未复，而见动则气喘者，则应逐步递减肃肺化痰之剂，并酌加熟地黄、当归、五味子等补肾纳气之品。

临证参考：病情缓解后宜用香砂六君子汤健脾以善其后。本证的治疗，养阴生津与温化痰饮并用，但每个患者阴虚与痰饮各有侧重，若养阴太过则助痰饮的滋生，温化偏重则又可伤及阴津。因此，两者用药的侧重，应在临床逐步摸索其正确比例。

7.1.2 痰证

7.1.2.1 湿痰

临床表现：咳嗽痰多色白，容易咯出，胸膈胀满，恶心呕吐，饮食不化，或头眩心悸，四肢困倦，舌质淡，苔白厚腻，脉滑。

病机分析：因脾虚运化失职，水湿内停，聚而生痰，故见咳嗽，痰多色白，清稀而带粘腻，量多易于咳出；脾胃虚弱而见胸膈胀满，恶心呕吐，饮食不化；脾主四肢肌肉，痰湿困脾，故四肢困倦，痰湿阻遏脾阳，心营失调，故见舌质淡，苔白厚腻；脉滑为痰盛之象。

转归：本证治疗得当，病情一般很快好转，若失治、误治，痰郁日久化热而变生痰热之证或虚实寒热错杂之证。

治法：健脾燥湿，化痰止咳。

方药：二陈汤(《太平惠民和剂局方》)合平胃散(《太平惠民和剂局方》)。

半夏　陈皮　茯苓　甘草　苍术　厚朴　桔梗　大枣　生姜　白术

临证参考：若咳嗽剧烈痰多，可用二陈汤(《太平惠民和剂局方》)合三子养亲汤(《韩氏医通》)。

半夏　陈皮　茯苓　甘草　苏子　白芥子　莱菔子

加减：若寒凝较重，痰粘白如沫，怕冷，加干姜、细辛以温肺化痰；久病脾虚，神

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

倦，酌加党参、白术、炙甘草益气健脾。

临证参考：病情平稳后可服六君子汤(《医学正传》)以资调理，药用人参、炙甘草、茯苓、白术、陈皮、半夏。

7.1.2.2 热痰

临床表现：咳嗽气急，痰稠难咯，痰黄稠粘或痰白胶粘，不易咯出，全身发热，口干，胸痛，舌质红，苔黄，脉滑数。

病机分析：感受风热之邪，伤及肺络，或寒痰、湿痰内蕴日久，郁而化热，痰热壅阻肺气，肺失清肃，故咳嗽气急，痰多质粘稠，色黄，咯吐不爽；痰热郁蒸，则痰有腥味；热伤肺络，故胸胁胀痛，咳时引痛；肺热内郁，则有身热，口干欲饮，舌苔薄黄腻，舌质红，脉滑数，均属痰热之候。

治法：清热化痰，理肺止咳。

方药：清气化痰丸(《医方考》)合小陷胸汤(《伤寒论》)。

黄芩 桑皮 栀子 麦冬 桔梗 贝母 胆南星 知母 瓜蒌 茯苓 陈皮 杏仁 枳实 半夏

加减：若痰黄如脓或腥臭，酌加鱼腥草、金荞麦根、苡仁、冬瓜子清化痰热；胸满咳逆，痰涌，便秘，配葶苈子，风化硝泻肺逐痰；痰热伤津，酌加南沙参、天冬、天花粉等养阴生津。

临证参考：若身热、口干重，可用清金化痰丸（《统旨方》），药用黄芩、山栀、桔梗、麦冬、桑白皮、贝母、知母、瓜蒌仁、橘红、茯苓、甘草。若中焦湿热化温者，宜清热化痰，方用连朴饮(《霍乱论》)，基本方为：厚朴、黄连、石菖蒲、半夏、香豉、栀子、芦根。

7.1.2.3 寒痰

7.1.2.3.1 外之寒痰

临床表现：症见咳嗽痰稀，形寒肢冷，恶寒发热，头疼，身痛，无汗，口不渴，舌苔白滑，脉浮。

病机分析：外寒是受严寒所犯，肺气不宣，肺失清肃，症见咳嗽，气急，痰多色白，舌苔白滑；卫阳被郁，则恶寒发热，头疼，身痛，无汗，脉浮。

转化：本病是由风寒袭肺，肺气壅塞不得宣通，本证病情较轻病位较浅者，应积极治疗，预后较好。若失治、误治，寒痰郁而化热，而转为外寒里热之证。

治法：温肺化痰，解表化饮。

方药：小青龙汤(《伤寒论》)。

麻黄 白芍 细辛 干姜 甘草 桂枝 半夏 五味子

加减：外寒不重去桂枝、芍药，麻黄改为炙用者，加苏叶、荆芥、防风；鼻塞清涕多加苍耳子、辛夷；兼口苦、烦躁等热象，加生石膏，黄芩；咳嗽重加百部，痰粘难出加旋覆花；胸痛加地龙。

7.1.2.3.2 内之寒痰

临床表现：咳嗽气急，痰多色白如沫，胸满喘逆，舌苔白滑或灰滑，甚至黑滑，脉沉滑。

病机分析：素有喘痰，痰饮内伏，复感风寒之邪，外寒引动内饮，或脾肾阳气久虚，使饮食不化精微，反变生为痰浊，或随上逆之气呕嗽出清涎冷痰，痰多色白如沫，肺气不

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

宣，肺失清肃，症见咳嗽气急，胸满喘逆。

转化：本证应积极治疗，预后较好，若迁延失治、误治，寒痰郁而化热而变生寒热错杂之证。

治法：温肺散寒，化痰平喘。

方药：射干麻黄汤(《金匮要略》)。

射干　麻黄　细辛　紫菀　款冬花　半夏　五味子　生姜　大枣

加减：痰涌喘逆不得卧，加葶苈子泻肺涤痰。

临证参考：若寒痰之盛，逐可选用蠲饮丸(《温热经纬》)，药用干姜、半夏、陈皮、枳壳、生姜、茯苓、党参、桂枝、苍术、甘草、益智仁、神曲、白术、炒莱菔子。

7.1.2.4　燥痰

临床表现：鼻干唇燥，口渴，痰粘，干咳少痰，痰量极少，痰稠不易咯出，咳甚胸痛，或痰唾如线，或如小珠或如胶漆，间带血丝，咽燥而痰，有时伴有低热，尿黄或短赤，舌质红苔薄黄干燥少津，脉细数。

病机分析：外燥之痰证，系因被肃杀之秋燥所伤，风燥伤肺，肺失清润，故见干咳作呛；燥热灼津，则咽喉口鼻干燥，痰粘不易咯出，或痰中带有血丝，可伴发热、恶风等。本证多发于秋季，秋分前所感为湿燥，偏热者而耗津，秋分后所感为凉燥，可出现一些类似外寒所致的痰证。内燥之痰证，则多系肝火犯肺或肾阴亏耗、子盗母气所致，常伴见潮热、盗汗、烦躁、失眠等症。

转归：本证病情较轻，经积极治疗，病情会很快好转。

治法：润燥化痰，清肺养阴。

方药：贝母瓜蒌散(《医学心悟》)。

贝母　瓜蒌　天花粉　茯苓　橘红

加减：喉痒难忍，加前胡、牛蒡子；声音嘶哑，痰中带血者，去橘红，加沙参、仙鹤草；咽干喉痛者，加芦根、麦冬、玄参。

临证参考：若偏凉燥者治宜温散风寒，宣肺化痰，方用杏苏散(《温病条辨》)，药用杏仁、紫苏叶、橘皮、半夏、生姜、枳壳、桔梗、前胡、茯苓、甘草、大枣。

若偏温燥者，治宜轻宣燥热，止咳化痰，方用桑杏汤(《温病条辨》)加减，药用桑叶、豆豉、杏仁、贝母、南沙参、梨皮、山栀子。若津伤较甚者配麦冬、玉竹滋养肺阴，热重者酌加石膏，知母清泄肺热，痰中夹血配白茅根清热止血。

若燥邪伤肺轻症治宜清燥润肺，方用清燥救肺汤，药用桑叶、生石膏、党参、麦冬、甘草、胡麻仁、阿胶、杏仁、枇杷叶、瓜蒌、贝母、沙参。

7.1.2.5　风痰

临床表现：眩晕，恶心呕吐，咳出的痰量多，呈泡沫状，有时喉中痰中漉漉，四肢麻木，重则突然昏仆、口眼㖞斜、舌强不语、半身不遂、中风、癫痫、抽搐，舌苔白腻或黄腻，脉弦滑或浮弦。

病机分析：该证多系脾胃内伤，过食肥甘醇厚，积湿生痰，郁久化火上炎，引动内风，或因阴虚阳亢之质，火热内炽，炼液为痰，痰热上干，致内风随升莫制，既可上冒颠顶，又可横窜经络，致半身不遂；风痰流注阳明经脉，故见口眼㖞斜；痰扰心神而波及于

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

脉，故见语言不清，舌蹇难言。风痰上扰清窍，而发为癫痫、抽搐。舌苔白腻或黄腻，脉弦滑或浮弦系痰多风盛之象。

转归：本证若失治、误治，病情加重，闭阻脑窍，可出现昏迷、厥脱重危之证。

治法：补脾燥湿，化痰熄风。

方药：半夏白术天麻汤(《医学心悟》)。

半夏　天麻　茯苓　橘红　白术　甘草　生姜　大枣

加减：若恶心呕吐，加竹茹；胸闷较甚加全瓜蒌、厚朴；痰多加石菖蒲、胆南星，气虚加黄芪、党参。

临证参考：风痰所致中风轻者，用镇肝熄风汤(《医学衷中参西录》)加蒌皮、贝母、天竺黄、胆星，药用：牛膝、代赭石、生龙骨、生牡蛎、生龟甲、生杭芍、玄参、天冬、川楝子、生麦芽、茵陈、甘草、蒌皮、贝母、天竺黄、胆星。

风痰闭窍所致痰厥、头晕、头痛、痰多胸闷，方用导痰汤(《济生方》)加僵蚕、全蝎、竹沥，药用：半夏、陈皮、茯苓、甘草、僵蚕、全蝎、竹沥。

若风痰闭窍用涤痰汤(《济生方》)去人参，加服至宝丹(《温病条辨》)，药用姜制半夏、胆星、橘红、枳实、茯苓、菖蒲、竹茹、甘草、生姜。

7.1.2.6　郁痰

临床表现：咽中似有物哽阻，咽之不下，咯之不出，时轻时重，吞咽正常，舌质正常，苔白腻，脉弦滑，胸中窒闷，两胁隐胀。

病机分析：肝之经脉循喉咙，肝郁生痰，痰气相结，结于咽喉；咽喉为肺气所主，兼胸中窒闷者，更当责之肺气痹郁。

治法：开郁行气，化痰散结。

方药：半夏厚朴汤(《金匮要略》)。

半夏　厚朴　茯苓　生姜　苏叶

7.1.2.7　痰蕴脏腑

7.1.2.7.1　痰湿蕴肺

临床表现：咳嗽反复发作，咳声重浊，痰多，因痰而嗽，痰出咳平，痰粘腻或稠厚成块，色白或带灰色，每于早晨或食后则咳甚痰多，进甘甜油腻食物加重，胸闷，脘痞，呕恶，食少，体倦，大便时溏，舌苔白腻，脉象濡滑。

病机分析：脾湿生痰，上渍于肺，壅遏肺气，故咳嗽痰多，咳声重浊，痰粘腻或稠厚；脾运不健故食甘甜肥腻物品则助湿生痰，湿痰中阻则胸闷脘痞，呕恶；脾气虚弱故食少、神倦、大便时溏；舌苔白腻，脉濡滑．为痰湿内盛之征。

治法：健脾燥湿，化痰止咳。

方药：二陈汤(《太平惠民和剂局方》)加味。

半夏　陈皮　茯苓　苍术　厚朴　炙甘草

加减：若寒痰较重，痰粘白如沫，怕冷，加干姜、细辛温肺化痰；若久病脾虚，神倦，酌加党参、白术益气健脾。

临证参考：若见痰浊壅肺，咳逆痰涌，胸满气急，苔浊腻之证，用三子养亲汤(《韩氏医通》)加味。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

苏子　白芥子　莱菔子　陈皮　茯苓

症状平稳后可服六君子丸(《医学正传》)以资调理。

7.1.2.7.2　痰阻于肺

临床表现：咳嗽气喘，痰多，色白，易于咯出，痰鸣有声，恶寒发热，脉浮或滑。

病机分析：常因感受风寒湿之邪，外邪袭肺，肺气不宣，或咳喘日久，以致肺不布津，聚而为痰，阻塞气道，痰浊上逆而发为咳嗽，痰多色白，易于咯出，若兼表证可见有恶寒发热之症，舌苔薄白腻，脉浮或滑均为痰阻于肺之证。

转归：本证若迁延失治，痰郁日久化热而变为热痰。

治法：宣肺化痰。

方药：止嗽散(《医学心悟》)。

荆芥　桔梗　甘草　白前　陈皮　百部　紫菀

加减：若夹湿痰，咳而痰粘，胸闷，苔腻者，加半夏、厚朴、茯苓以燥湿化痰；若热为寒遏，咳嗽音哑，气急似喘，痰粘稠，口渴，心烦，或有身热者，加石膏、桑皮、黄芩以解表清里。

7.1.2.7.3　痰热郁肺

临床表现：咳嗽气喘息促，或喉中有痰声，痰多、质粘厚或稠黄，咯吐不爽，或有热腥味，或吐血痰，胸胁胀满，咳时引痛，面赤，或有身热，口干欲饮，舌苔薄黄腻，质红，脉滑数。

病机分析：痰热壅阻肺气，肺失清肃，故咳嗽气息粗促，痰多质粘稠、色黄、咯吐不爽；痰热郁蒸，则痰有腥味；热伤肺络，故胸胁胀痛，咳时引痛，或咯吐血痰；肺热内郁，则有身热，口干欲饮；舌苔薄黄腻，质红，脉滑数，均属痰热之候。

转归：本证及时治疗，病情会很快好转，若失治而迁延，邪伤肺气，逐渐转为内伤咳嗽。

治法：清热化痰肃肺。

方药：清金化痰汤(《统旨方》)。

黄芩　山栀　桔梗　麦冬　桑白皮　贝母　知母　瓜蒌仁　橘红　茯苓　甘草

加减：痰黄如脓或腥臭，酌加鱼腥草、金荞麦根、苡仁、冬瓜子清化痰热；胸满咳逆，痰涌，便秘，配葶苈子、风化硝泻肺逐痰；痰热伤津，酌加南沙参、天冬、天花粉养阴生津。

7.1.2.7.4　痰浊壅肺

临床表现：咳嗽痰多粘腻色白，咯吐不利，或痰呈泡沫，短气喘息，胸满闷窒，甚则胸盈仰息，兼有呕恶，纳呆，口粘不渴，苔厚腻，色白，脉滑，劳累加重，怕风易汗，倦怠乏力。

病机分析：肺虚脾弱，痰浊内生，上逆于肺，则咳嗽痰多色白粘腻；痰从寒化成饮，则痰呈泡沫状；肺气虚弱，复加气因痰阻，故短气喘息，稍劳即著；肺虚卫表不固则怕风、易汗；肺病及脾，脾气虚弱，健运失常，故见脘痞纳少，倦怠乏力。

治法：化痰降气。

方药：二陈汤(《太平惠民和剂局方》)合三子养亲汤(《韩氏医通》)加味。

半夏　陈皮　茯苓　苏子　白芥子　莱菔子　苍术　厚朴　白术　炙甘草

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.1.2.7.5 痰蕴脾胃

临床表现：纳食呆顿，恶心呕吐，痞满不舒，倦怠乏力，身重嗜睡，舌质淡红苔白腻，舌体胖大，脉濡缓。

病机分析：痰浊壅滞中焦，清气不升，浊气不降，则痞满不舒；痰浊中阻，脾运失司，胃失和降，则纳食呆顿，恶心呕吐；脾主四肢，痰浊困脾，脾气不运，则肢体沉重，舌苔白腻，舌胖，脉濡缓均为痰蕴脾胃之征。

转归：本证病情较轻，应积极治疗，若诸症消除，用六君子汤善其后，以杜生痰之源。若失治误治，则变生眩晕、呕吐、痰饮凝胃等证。

治法：健脾化痰。

方药：平胃散(《太平惠民和剂局方》)。

苍术 厚朴 橘皮 甘草 生姜 大枣

加减：若食少而呆滞不化者，宜加神曲、麦芽以消食化滞；若食滞较甚腹胀便秘者，宜加槟榔、莱菔子以消食导滞。若兼热象，舌苔黄腻，口苦咽干，但又不甚渴饮者，宜加黄芩、黄连以燥湿清热；若兼脾胃寒湿，脘腹胀痛，畏寒喜热，可加干姜、肉桂以温化寒湿。

7.1.2.7.6 痰湿滞脾

临床表现：呕吐多为清水痰涎，脘闷不食，背寒，形寒困倦，或呕吐稠粘黄痰，大便秘结，头眩心悸，舌质淡红苔白腻，脉滑。

病机分析：脾不运化，痰饮内停，胃气不降，则脘闷不食，呕吐清水痰涎，水饮上犯，清阳之气不展，故头眩；水气凌心则心悸；苔白腻，脉滑，为痰饮内停之征。

治法：温化痰饮，和胃降逆。

方药：小半夏汤(《金匮要略》)合苓桂术甘汤(《金匮要略》)。

半夏 生姜 茯苓 桂枝 白术 甘草

加减：如吐清水痰涎多者，可加用牵牛子、白芥子，研末装胶囊，每日分3次吞服，可增强化痰蠲饮之功。

临证参考：如痰郁化热，壅阻于胃，胃失和降，出现眩晕、心烦、少寐、恶心呕吐等症，可用温胆汤(《备急千金要方》)加减，清胆和胃，除痰止呕，药用半夏、橘皮、甘草、枳实、竹茹、生姜、茯苓、黄连、栀子。

7.1.2.7.7 痰饮凝胃

临床表现：胃脘疼痛，脘闷不舒，呕吐痰涎，口粘不爽，肢体沉重，口淡不欲食，舌苔白厚腻，脉弦滑。

病机分析：若外感或内伤脾运失调，水湿运化无权，肺失治节，津液不得宣化，肾气亏耗，水湿失其所主，水湿津液内停，凝结稠浊，渐聚成痰。痰浊壅塞中焦，清气不升，浊气不降，则胃脘疼痛痞闷；痰浊中阻，脾运失司，胃失和降，则口淡不饥，呕吐痰涎；脾主四肢，痰浊困脾，脾气不运，则肢体沉重；痰浊内盛，故苔白厚腻；脉弦主痛，滑主痰浊。

转归：由于痰湿重浊粘滞，本证比其它证病情缠绵，胃痛时作时止，形成慢性胃脘痛。痰饮凝滞于胃必然影响脾胃的运化功能，导致脾胃虚弱，时间长久，也可郁而化热，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

形成湿热阻胃，也有痰饮寒凝于胃，脾胃受损，气血凝滞，痰饮与血瘀并存，寒痰痹阻胸阳，可使心阳受阻，水饮上逆，可同时出现心悸、眩晕等症。

治法：健脾燥湿，化痰止痛。

方药：苓桂术甘汤(《金匮要略》)合二陈汤(《太平惠民和剂局方》)加味。

茯苓　桂枝　白术　甘草　陈皮　半夏　枳实　荜茇

加减：若见口苦、舌质红苔黄腻痰湿热化之象时，要及时减轻剂量或加入清热之剂，加入淡渗利湿和清解胃热的竹茹、泽泻；若脾虚痰盛，症见面色㿠白，神疲乏力，声低懒言，泛吐痰涎，加党参、淮山药、黄芪以健脾益气；若寒饮停胃，症见胃脘冷痛，遇寒而发，呕吐冷涎，手足不温，加吴茱萸、生姜、草豆蔻、川椒以温中化饮止痛；若痰热扰心，症见胃痛口苦，心烦不寐，胸闷痰粘，小便短赤，加黄连、郁金、竹茹、豆豉，以清热化痰和中安神；若痰郁互结，症见胃痛连胁，忧郁烦躁，或咽中似有物梗，如苏梗、郁金、绿萼梅、石菖蒲以行气开郁，降逆化痰；若痰食交阻，胃痛嗳腐吞酸，脘胀食欲不振，加神曲、鸡内金、莱菔子以消导和胃止痛；若痰湿中阻兼有少阳热重，症见寒热往来，热重寒轻，口苦心烦，呕吐痰涎，加青蒿、黄芩、碧玉散以清胆利湿，和胃化痰；若寒痰痹阻胸阳，症见胸脘疼痛彻背，四肢厥冷，气短唇青，心悸喘息，咳唾痰涎，脉沉细或紧，改用瓜蒌薤白半夏汤（《金匮要略》）加桂枝、细辛、丹参、藕节，以宣痹通阳，散寒化浊。

临证参考：若痰热食滞，症见胃脘痛胀拒按，恶心，口苦而粘，大便秘结，小便黄，舌红苔浊腻，脉沉弦滑数，治以化痰降逆，散结通腑，小陷胸汤（《金匮要略》）加味，药用：法半夏、川黄连、全瓜蒌、枳实。

若痰火犯胃，症见胃痛急迫，痞满拒按，面赤烦躁，口苦口臭，溲赤便秘，改用凉膈散(《太平惠民和剂局方》)以清热化痰，通腑止痛，药用大黄、朴硝、甘草、栀子仁、薄荷叶、黄芩、连翘。

若饮热互结，症见脘腹坚满而痛，肠胃水声漉漉，大便秘结，改用己椒苈黄丸(《金匮要略》)以泄热逐饮，前后分消，药用防己、椒目、葶苈子、大黄。

若痰浊阻胃，胃气上逆，症见胃脘胀痛，朝食暮吐，暮食朝吐，吐出宿食不化，夹有痰涎，改用丁沉透膈汤(《太平惠民和剂局方》)加旋覆花、代赭石以温中和胃，降逆化痰，药用白术、香附、人参、砂仁、丁香、麦芽、木香、肉豆蔻、神曲、炙甘草、沉香、青皮、厚朴、藿香、陈皮、半夏、草果、旋覆花、代赭石。

若属陈积伏匿之老痰所致胃脘久痛不愈，胸痞眩晕，呕吐痰涎，大便秘结，舌红苔厚腻，脉滑数有力，改用礞石滚痰丸（《丹溪心法》）以降火逐痰，行气止痛，药用青礞石、沉香、大黄、黄芩。

7.1.2.7.8　痰湿中阻

临床表现：眩晕而见头重如蒙，胸闷恶心，视物旋转，目视不明，食少多寐，四肢倦怠嗜卧，站立不稳，卧则欲坠，呕吐痰涎，耳鸣，舌质淡红苔白腻，脉濡滑。

病机分析：恣食肥甘，劳倦太过，饮食不节，损伤脾胃，脾失健运，以致水谷不化精微，聚湿生痰。痰浊蒙蔽清阳，则眩晕头重如蒙；痰浊中阻，浊阴不降，气机不利，故胸闷恶心；脾阳不振，则少食多寐；苔白腻，脉濡缓，均为痰浊内蕴所致。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治法：燥湿祛痰，健脾和胃。

方药：半夏白术天麻汤(《医学心悟》)。

半夏　陈皮　白术　天麻　茯苓　甘草

加减：若眩晕较甚，呕吐频作者，加代赭石、竹茹、生姜以镇逆止呕，若脘闷不食，加白蔻仁、砂仁等芳香和胃；若耳鸣重听，加葱白，郁金、菖蒲以通阳开窍。

临证参考：若痰阻气机，郁而化火，症见头目胀痛，心烦口苦，渴不欲饮，苔黄腻，脉弦滑者，宜温胆汤(《备急千金要方》)加黄连、黄芩等苦寒燥湿之品，药用半夏、橘皮、甘草、枳实、竹茹、生姜、茯苓、黄连、黄芩。

7.1.2.7.9　脾虚痰盛

临床表现：平素食少脘痞，大便不实，或食油腻易于腹泻，往往因饮食失当而诱发，倦怠，气短不足以息，语言无力，面色萎黄，腹胀，舌质淡，苔薄腻或白滑，脉细软。

病机分析：脾虚健运无权，故食少纳呆，脘痞，大便不实，常因饮食不当而诱发。中气不足则倦怠气短，语言无力；舌质淡，苔薄腻或白滑，脉象细软，皆属脾虚气弱之候。

治法：健脾益胃。

方药：参苓白术散(《太平惠民和剂局方》)合参苏饮(《太平惠民和剂局方》)。

人参　苏叶　葛根　前胡　法半夏　茯苓　橘红　甘草　桔梗　枳壳　木香　陈皮　生姜　大枣

加减：若脾阳不振，形寒肢冷便溏加桂枝、干姜以温脾化饮。

临证参考：若脾阳虚衰，阴寒内盛，腹中冷痛，手足不温，宜用附子理中丸（《太平惠民和剂局方》）加吴茱萸、肉桂以温中散寒，药用炮附子、人参、白术、炮姜、炙甘草、吴茱萸、肉桂。

若久泻不止，中气下陷，而致脱肛者，可用补中益气汤（《脾胃论》）益气升清，健脾止泻，药用人参、黄芪、白术、甘草、当归、陈皮、升麻、柴胡。

本证病程长，缠绵难愈，应坚持治疗，并注意饮食，避免生冷辛辣之品。

7.1.2.7.10　痰郁于肝

临床表现：头痛眩晕，胸胁隐痛，咽中不适，似有物梗阻，嗳气，易怒善郁，舌苔薄白腻，脉弦滑。

病机分析：多由肝气郁结，气结痰凝，痰气互阻所致。情志失伸，可使肝脏气血不能条达舒畅，肝气不舒，疏泄无能，故其性消沉，故出现太息不乐，善虑多凝，寡言沉默，胸胁苦满，纳呆便溏，泛恶痰多，亦有咽中如有炙脔，吞咯不利，甚至影响肺气肃降而喘闷气急，苔薄白腻，脉弦滑或濡弦。

转化：本证病情迁延缠绵，积极治疗，可以痊愈。若迁延失治、误治，变生肝逆乘脾，肝火犯肺之证，可发为中风、癫狂，变证从生。

治法：解郁化痰。

方药：解肝煎(《景岳全书》)。

苏梗　厚朴　砂仁　半夏　陈皮　茯苓　白芍

加减：若呕恶，纳呆加郁金、大麦芽清气化痰，舒肝健胃，若土壅木郁致脾虚较甚者，加白术健脾燥湿，既杜生痰之源，又可决壅消滞；痰浊过多加苏子、白芥子、莱菔子

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

化痰消食，利气通便。

临证参考：若成梅核气者，则可用半夏厚朴汤(《金匮要略》)，药用半夏、厚朴、紫苏、茯苓、生姜。

7.1.2.7.11 饮阻心阳

临床表现：心悸，眩晕，呕吐痰涎，胸闷，形寒肢冷，小便短少，下肢浮肿，渴不欲饮，舌苔白腻，脉象弦滑或沉紧。

病机分析：水为阴邪，赖阳气化之，今阳虚不能化水，水饮内停，上凌于心，故见心悸；阳气不能达于四肢，充于肌表，故形寒肢冷；饮阻于中，清阳不升，则见眩晕；气机不利，故胸脘痞满；如气化不利，水饮内停，则渴不欲饮，小便短少或下肢浮肿；饮邪上逆，则恶心吐涎；舌苔白滑，脉象弦滑，亦为水饮内停之象。

治法：振奋心阳，化气行水。

方药：苓桂术甘汤(《金匮要略》)。

茯苓 桂枝 白术 甘草

加减：如水饮上逆，恶心呕吐者，加半夏、陈皮、生姜之品以和胃降逆。

临证参考：如肾阳虚衰不能制水，水气凌心，症见心悸咳喘，不能平卧，小便不利，浮肿较甚者，宜用真武汤（《伤寒论》）以温阳利水，药用炮附子、白术、茯苓、芍药、生姜。

7.1.2.7.12 胆胃不和，痰湿内阻

临床表现：头痛重痛，失眠多梦，胃纳欠佳，神疲乏力，苔黄腻，尖边稍红，脉弦滑。

病机分析：心胆相通，胆火夹痰热上扰，而致心神不宁，故头昏重痛、失眠多梦；胆胃不和故胃纳欠佳，神疲乏力，舌边尖稍红，苔黄腻，脉弦滑，皆为肝胃不和，痰湿内阻之征。

治法：利胆和胃，降火化痰。

方药：温胆汤(《备急千金要方》)加减：

半夏 橘皮 枳实 竹茹 茯苓 甘草 黄芩 黄连 麦冬 香附 石菖蒲 佩兰

7.1.2.7.13 痰滞胃肠

临床表现：呕吐清水痰涎；泻泄；便秘；脘闷不食，心悸，头晕眼花，苔白腻，脉弦滑。

病机分析：脾不运化，痰饮内停，胃气不降，则脘闷不食，呕吐清水痰涎，或痰积于肺，肺与大肠相表里，因而致泻；或湿痰阻滞肠胃，气机不畅而便秘。

治法：涤痰和胃。

方药：平胃二陈汤(《症因脉治》)。

苍术 厚朴 橘皮 甘草 半夏 茯苓 大枣 生姜

加减：若见呕吐清水痰涎，脘闷不食，头眩心悸等痰呕之象，治以温化痰饮，和胃降逆，方用小半夏汤（《金匮要略》）合苓桂术甘汤（《金匮要略》），药用半夏、生姜、茯苓、桂枝、白术、甘草。

如吐清水痰涎多者，可加用牵牛子、白芥子各2g，研末装胶囊，每日分3次吞服，可

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

增强化痰蠲饮之功。

如痰郁化热，壅阻于胃，胃失和降，出现眩晕、心烦、少寐、恶心呕吐等症，可用温胆汤(《备急千金要方》)以清胆利胃，除痰止呕，药用半夏、橘皮、甘草、枳实、竹茹、生姜、茯苓。

7.1.2.8 痰留经络、肢体

临床表现：颈项、胸部、乳房、腋窝、下颌、肩背、四肢出现肿块，按之柔软，或四肢麻木，沉重酸痛，大便秘结，或见瘿瘤、痰核、瘰疬，舌质稍绛，苔白腻，脉弦滑。

病机分析：素因郁怒忧思过度，肝失条达，津液环留受阻，痰液凝结于颈项、胸、腋、颔、肩背等处，而形成瘿瘤、痰核、瘰疬；痰留四肢，致使血脉涩滞，津液亏乏，故见四肢麻木酸痛、便秘；湿浊上逆，脉道受阻，故见舌质绛；苔白腻，脉弦滑，为肝郁痰结之征。

转归：本证乃由痰浊留窜骨节经络，导致气血郁滞，络脉痹阻。病位在经络，治须软坚散结，方用指迷茯苓丸。虽失治变生肿瘤恶证。

治法：通络化痰。

方药：指迷茯苓丸(《证治准绳》)合桃红饮(《类证治裁》)。

茯苓　枳壳　半夏　风化硝　生姜　桃仁　红花　川芎　当归尾　威灵仙

7.2 按主症辨证论治

痰饮病证，症候复杂多变。其中饮证分为痰饮、悬饮、溢饮、支饮，四饮的证治已在“7.1 分证论证”中予以介绍。痰证症状更为复杂，古医家王隐君曾指出：痰之为物，随气升降，无处不到，为喘为嗽，为呕为泻，为眩晕心烦，为怔忡、心悸，为寒热肿痛，为痞满隔塞，似祟非祟，皆属痰证。全国高等中医院校函授教材《中医基础理论》中更明确指出：咳、喘、悸、眩、呕、满、肿、痛为痰饮的八大主要特征。《类证治裁·痰饮》说：“……痰则随气升降，遍身皆到，在肺则咳，在胃则呕，在心则悸，在头则眩，在背则冷，在胸则痞，在胁则胀，在肠则泻，在经络则肿，在四肢则痹”。以下介绍痰证主症的辨证论治。

7.2.1 痰眩

眩和晕，可分为两种症状，眩重晕轻，但临床上往往眩晕并见，故常常眩晕并称。古人对眩曾这样描述：“眩者，言其黑运转旋，其状目闭眼暗，身转耳鸣，如在舟车之上，起则欲倒。”本症包括西医学中的梅尼埃病、椎动脉和基底动脉供血不足、脑动脉硬化、高血压脑病、颈椎病、前庭神经元炎、原发性低血压病、贫血、神经衰弱、脑外伤综合征等。以痰为主因，称之为痰眩。其眩晕呈发作性。《丹溪心法·头眩》曰：“无痰不作眩”，并提出“治痰为先的眩晕病治疗原则。”

7.2.1.1 脾虚停饮

临床表现：眩晕突然发作，视物旋转，恶心呕吐，纳呆胸闷，心烦，卧床不能起动，稍动或睁眼即呕吐频作，呕吐涎沫，短气而咳，苔白滑，脉沉紧或弦滑。

病机分析：本病多起于脾土素虚，或过服苦寒，戕伐中阳，致脾阳虚衰失运，水饮渐聚，阳气既虚且为饮阻，使清窍失煦，晕眩乃作。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治法：健脾运水。

方药：苓桂术甘汤（《金匮要略》）。

茯苓　桂枝　甘草　白术

临证参考：属于治疗中焦痰饮致眩的方剂还有小半夏加茯苓汤（《金匮要略》），药用半夏、生姜、茯苓以温胃散饮。

加减：若眩晕，小便不利加泽泻、猪苓以渗湿升清；脘部冷痛，吐涎沫，酌配干姜、吴茱萸、川椒壳、肉桂温中降逆和胃；心下胀满，加枳实开痞散结，加香附、郁金、枳壳理气开郁，宽中下气。

若服药后，自觉头清目亮，身轻神爽，胸闷大减，食欲尚可，后予藿香正气丸以善后。

7.2.1.2　痰浊中阻

临床表现：眩晕，恶心呕吐，头重肢困，胸闷纳呆，闭目静卧恶动，起则眩晕欲仆地。睁眼则觉天地旋转，舌苔白厚而腻，脉濡滑。

病机分析：脾是生痰之源，脾虚水湿不运聚湿生痰，蒙蔽清窍致眩晕；痰浊中阻，气机不利，故胸胁满闷，恶心，咯白色粘痰，或呕吐痰涎；湿困脾阳，故纳呆，多寐。

治法：健脾祛湿，清利头目。

方药：半夏白术天麻汤（《医学心悟》）。

半夏　白术　天麻　陈皮　茯苓　甘草　生姜　大枣　蔓荆子

加减：若眩晕较甚，呕吐频作者，为胃失和降，可加代赭石、竹茹以温胃降逆止呕；若脘闷不食，腹胀较甚者，为湿壅气滞，可加白蔻仁、砂仁等理气化湿健脾；若肢体沉重、苔腻者，为湿困脾阳，可加藿香、佩兰、石菖蒲等以醒脾化湿；若耳鸣重听者，为痰湿闭阻清窍，可加葱白、郁金、石菖蒲等以通阳开窍；若头目胀痛，心烦口苦，渴不欲饮，舌苔黄腻，脉弦滑者，为痰阻气机，郁而化热，可加黄连、竹茹等以化痰清热；若见腹胀泄泻苔白腻者，为痰湿伤及脾阳，可加干姜、煨肉豆蔻等以温脾止泻；若见心悸怔忡者，为痰浊蒙闭心阳，可加石菖蒲、郁金，酸枣仁、朱砂等以通阳化痰安神。

若服上药后，诸症大减，呕吐已止，能进流食，但仍觉胸痞满闷，口淡乏味，舌苔薄微腻，上方加枳实、佩兰。

药后眩晕已除，余症再减，后予藿香正气汤调理而安。

临证参考：治疗痰眩此证的方剂还有陆永昌祛痰定眩汤，基本方为：清半夏、白术、天麻、陈皮、茯苓、胆南星、枳实、节菖蒲、荷叶、川芎、桑叶、菊花、甘草。

7.2.1.3　痰热上逆

临床表现：眩晕呕恶，吐涎色黄，心悸不眠，胸闷脘痞，口苦尿黄，舌尖红，苔黄腻，脉滑数。

病机分析：恣食肥甘，劳倦太过，饮食不节，损伤脾胃，脾失健运，以致水谷不化精微，聚湿生痰，痰浊蒙蔽清阳，则眩晕；痰浊中阻，浊阴不降，气机不利，故胸闷恶心；痰饮积久，必多生热或夹火而见口苦尿黄；舌尖红、苔黄腻，脉滑数均为痰热内蕴之征。

治法：清热化痰降浊。

方药：温胆汤（《备急千金要方》）。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

半夏　橘皮　甘草　枳实　竹茹　生姜

加减：若心悸动甚，惊惕不安，加入珍珠母、朱砂以镇惊定志；若兼见目赤肿痛，为夹有肝火，则加潜阳降火药，如石决明、夏枯草、牡蛎、珍珠母等；恶心呕吐重者，去甘草、陈皮，加代赭石；兼热者，去生姜，加黄芩、黄连、胆南星、前胡；胸闷不食者，加薏仁、砂仁；耳鸣重听，加生葱、石菖蒲；热邪伤阴，口燥咽干者，加栀子、麦冬；热甚口渴喜饮者，加石膏、知母；面赤目红加白芍、龙齿。

服上药后，诸症悉除，若自觉乏力神疲纳差，此乃脾胃虚弱，元气未复之象，故以香砂六君子汤扶正祛邪以善其后，杜绝生痰之源。

7.2.1.4　痰瘀阻窍

临床表现：眩晕头痛，局部刺痛，痛处不移，胸闷纳呆，口干不饮，舌紫黯，有瘀斑，苔腻，脉滑或涩。

病机分析：痰湿作为病理性产物，主要是由于脾、肺、肾对水液的运行、输布障碍而形成。痰湿为阴邪，其性重着、粘腻，易滞难去，即影响气机通畅，又阻碍气血运行，日久导致血瘀，痰瘀互结，壅滞脉道，清阳不升，脑髓失养，则发眩晕；或病人年老体弱，气血亏虚，容易导致气血津液凝滞不畅，痰浊瘀血等病理产物在体内积蓄，加之年高元阳衰惫，阳气的温升、布散功能减弱，更易使痰瘀滞留脉络，形成经久不愈，反复发作的眩晕证；或因外伤致痰瘀阻络，清空失养；或失血耗气，瘀血不去，新血不升，痰瘀互结，阻于脑络，清阳蒙闭而发眩晕。

治法：活血通窍，祛痰止眩。

方药：涤痰汤（《济生方》）合通窍活血汤（《医林改错》）。

半夏　胆南星　橘红　枳实　茯苓　人参　菖蒲　竹茹　甘草　生姜　大枣　川芎　赤芍　桃仁　红花　细辛　丹参　葛根

临证参考：治疗痰瘀阻窍之眩晕的方剂还可选用桃红四物汤（验方）合二陈汤（《太平惠民和剂局方》），药用桃仁、红花、川芎、陈皮、生地、当归、白芍、石菖蒲、赤芍、半夏、茯苓、葛根、珍珠母、磁石。

头晕甚加白蒺藜；失眠甚加夜交藤；头痛甚重用葛根、川芎。

服药后，症状悉除，以十全大补丸之类调补气血，以善其后，气畅血和则络窍不阻。

7.2.1.5　肾虚水泛

临床表现：眩晕，身瞤动，振颤欲倒，腰膝酸软，畏寒肢冷，心悸，小便不利，浮肿，舌淡胖有齿痕，苔白润，脉沉弱。

病机分析：本病乃太阳病过汗，峻伤少阴之阳，致阳虚饮停，下焦水饮无制，上犯清阳作眩。其特点是：多兼有水气凌心之心悸；饮阻阳气，周身失煦之身瞤动；火衰化蒸无权而致之小便不利、浮肿；寒饮内渍而致的四肢沉重疼痛、腹痛等症。

治法：温肾化饮。

方药：真武汤（《伤寒论》）。

茯苓　白芍　生姜　白术　附子

加减：四肢沉重、寒冷，加巴戟天、淫羊藿；若咯清稀白痰或呕清稀冷涎，加干姜、吴茱萸、姜半夏；短气乏力，耳鸣耳聋，加补骨脂、黄芪。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

临证参考：治疗痰眩，除常规给药外，还须结合心理疗法，消除病人的恐惧。同时诱导病人尽可能做些能够承受的活动，以利于气血运行。对饮食起居也不可忽视。总之，充分调动病人的内在因素，才能取得最好的疗效。

7.2.2 痰泻

痰泻，即痰积泄泻，症见大便稀溏，或粪便外粘裹痰涎如涕，一日一二行或三四行。病程颇长，时泄时止，或多或少，饮食调理得当，气候干燥，天气晴朗心情舒畅时便泻便稀暂安。粪便臭气不甚，也有个别患者大便时，在粪便前后泻出如涕之少许痰涎，进生冷、汤水、油腻物，便泻即作。

西医学的慢性结肠炎、过敏性结肠炎、肠道易激综合征、慢性肠炎、慢性痢疾临床上可辨证为痰泻。

慢性结肠炎是消化系统的常见病之一，其中粘液性结肠炎亦不少见。内窥镜包括纤维结肠镜检查，仅见粘膜充血、水肿，并无溃疡。

根据临床表现，痰泻可辨为以下几证治疗。

7.2.2.1 湿痰泄泻

临床表现：大便泄泻，每日三四次，稀溏不实，夹有白色粘液，胸闷头晕，郁郁寡欢，头重如裹，嗜睡，呕恶痰涎，腹胀肠鸣，舌体胖大，舌苔白腻，脉弦滑有力。

病机分析：若饮食失节，起居不时，以致脾胃受伤。脾胃虚失其健运，则湿邪凝聚，气机阻滞郁积而成湿痰，痰浊随气升降，无处不到，在肠，可致其传导功能失常，浊清不分，混杂而下，故泻下粘液稀便。

治法：化痰顺气，健脾止泻。

方药：导痰汤（《济生方》）。

半夏　天南星　橘红　枳实　赤茯苓　甘草　生姜　木香　茯苓　川朴　车前子（布包）　山药　炒白术

临证参考：本证多为慢性病变，病史较长，以痰性粘滞，故病势又较一般泄泻更为缠绵难愈，若经上方治疗后诸症皆除，续服二陈丸巩固，以健脾除湿以治其本。

治疗湿痰泄泻的方剂还可用痛泻要方（《景岳全书》）合二陈汤（《太平惠民和剂局方》），药用白术、白芍、陈皮、防风、半夏、茯苓、甘草、浙贝母、焦三仙、天南星、扁豆、薏苡仁。

7.2.2.2 寒痰泄泻

临床表现：大便溏泄，便中夹有白色粘液，一日三五次，便前腹部冷痛，胃脘痞闷、腹胀肠鸣，背部畏寒怕风，四肢厥冷，神色疲惫痰多纳呆，小便溲长，脉细滑而迟，舌淡苔白腻滑。

病机分析：素体脾肾阳虚而脾失健运，水谷精微悉复为痰，上袭于肺，肺与大肠相表里，痰湿下移于大肠，遂见泄利、咳痰，阳虚失于温煦，故背寒冷，手足逆冷；舌淡苔腻，脉迟滑，皆肺脾阳虚、寒痰内阻所致。

治法：温化寒痰，温脾蠲饮。

方药：二陈汤（《太平惠民和剂局方》）加味。

半夏　陈皮　茯苓　炙甘草　白术　神曲　党参　干姜　天南星　肉桂　细辛　五味

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

子　海浮石

7.2.2.3　热痰泄泻

临床表现：大便泄泻，日行十余次，绿色稀便，夹有粘液，腥臭难闻，腹胀纳呆，尿赤口干，舌苔薄黄质红，脉滑而数。

病机分析：此病证乃热病之后，痰热阻肺，易于下移大肠，此乃“脏不容邪还之于腑，肺移热于大肠”，则出现痰热泄泻。

治法：清热化痰止泻。

方药：清气化痰丸（《医方考》）。

陈皮　杏仁　枳实　黄芩　茯苓　制半夏　胆南星　桑皮　车前子（布包）　瓜蒌　六曲　山楂

7.2.2.4　燥痰泄泻

临床表现：大便泻下，每日四五次，腥臭稀便，无脓血，腹痛肠鸣，纳呆呕恶，形体消瘦，咳剧无痰，舌红少苔乏津，脉细而数。

病机分析：肺与大肠相表里，当肺有燥痰，宣降失职，燥痰不除，下迫大肠，致肠道充气，机能紊乱，方可致泻。

治法：清燥润肺，化痰止泻。

方药：养阴清肺汤（《重楼玉钥》）。

生地　麦冬　生甘草　川贝母　丹皮　知母　橘红　桔梗　杏仁　天花粉　玄参　黄芩　桑白皮　蜜炙枇杷叶。

7.2.2.5　痰瘀泄泻

临床表现：大便泄泻，日行三四次，溏薄不成形，夹有粘液，伴头昏心悸，疲倦乏力，纳谷欠佳，厌油腻厚味，胸闷脘胀，呕恶痰多，身体消瘦，少腹胀痛拒按，脉弦滑，舌胖边有齿痕，苔白腻质黯紫，舌尖见瘀点。

病机分析：痰瘀互结导致的泄泻，未见前贤详细论及。临床上常被忽视。若遇见久泻痼疾，虽有脾肾亏损之见证，但粪中夹有粘液，呕恶痰涎，腹痛拒按，脉弦滑，舌苔白腻，舌质黯紫或见瘀点、瘀斑等痰凝血瘀、虚中夹实之征，乃脾虚生痰，痰阻血瘀之痰瘀泄泻。

治法：活血化瘀，涤痰止泻。

方药：二陈汤（《太平惠民和剂局方》）合失笑散（《太平惠民和剂局方》）。

陈皮　半夏　茯苓　甘草　五灵脂　蒲黄　苍术　白术　丹参　赤芍　莪术　山药　砂仁　山楂

若药中诸症悉除，二便正常，继进参苓白术散调治以治本。

7.2.2.6　虚痰泄泻

临床表现：少腹经常隐痛不休，肠中漉漉有声，日晡后必解夹杂粘液的稀便三四次，若稍食生冷、腥荤则粘液更多，以致面晦肌削，精神不振，畏寒喜冷，舌质淡而根部覆白腻苔，脉虚滑无力。

病机分析：此证多见于年老体衰的病人，年老之人阳衰，肾中命门不充，脾土无以受其荫化赞育之功，致使精微失而下渗。患者面晦色夭，泄泻在日晡后始作，足证阳气之

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

衰。脾主化湿，肾主化水，今两脏阳衰，何能转津布液于周身，津液凝聚而痰饮作。虚痰上泛骊于舌则舌根部覆腻苔不化，流于肠则漉漉有声，圊于下则形同粘液而出。

治法：温阳除痰。

方药：朱曾柏验方。

附片　肉桂　淫羊藿　川椒　焦白术　炒扁豆　焦山楂　浙贝母　法半夏　黄芪　防风　甘草

临证参考：附子大辛大热，能温阳暖中，逐寒除湿，治脏寒之久泻最为适宜。有些顽固性久泻、虚寒泻的患者，非重用附子不能温其阳逐其寒，驱其湿。该药剂量小则 6g，大则 30～60g。由于该药内含乌头碱，对心脏有毒副作用，故老人和心脏有器质性疾患尤其传导功能失常者宜慎用。凡用 10g 以上，必须先煎。15～30g 一般先煎 1 小时，30g 以上先煎 2 小时。对一些五更泻，有时需用至 60g 方可有效。但一般宜从小量开始，逐渐增加，不宜遽用过大剂量。附子在下列情况下不宜用大量：①形体消瘦尤其妇女，看似阳虚，其实每夹内火，用之效果不理想；②便中夹有粘冻，尽管有脾虚阳虚证也不宜过大剂量。宜用小量附子配以清化运脾药或暂不用；③大便溏虽有阳虚证，但解而不爽，或虽便溏但数日一行；④南方温热地带，人多气薄体弱，常兼湿热内火，尽管存在阳虚证，亦不适宜大量使用；⑤老人及快速心率或心律不整者。

无论何种痰泻，皆因肺痰下移大肠，传导失职，而成痰泻，故必见肺证之痰嗽，再据脉证舌象，辨之不难。痰泻之治，从肺从痰。燥痰泄泻应选用知母、麦冬、天花粉、生地、沙参等润肺生津之品。其它痰泻均以二陈汤化痰为主方，然后选加理气除湿、温肺散寒、清肺泻火、活血化瘀之药。

7.2.3　痰秘

痰秘是指由痰湿、痰浊蕴积肠中、阻碍腑气通降而造成长期排便艰涩而不畅之病症。

痰秘可属于便秘之中。便秘的病因多为寒、热、虚、实，但确有痰秘之症，与其它“便秘”有别，故本篇只讨论因痰积而致之便秘。

临床表现：大便秘而不爽，迁延不愈，粪便形态稀稠或粘裹粘液，胃脘满闷欲呕，纳呆便秘不爽，又时时欲便，因而时有里急后重及腹部、胁下胀闷不舒，右下腹部有硬块，欲便难便，心烦意乱，全身不适，坐卧不安，形体肥胖，头晕，精神萎靡，四肢倦怠，疲乏无力，舌淡苔白腻根厚，脉多弦滑。经西医学直肠状结肠镜，胃肠 X 线检查及粪便检查均未发现异常。

病机分析：本症多始于饮食不节或进食油腻太过，再若静多动少，体内积湿生痰，痰遏腑气而成；也有素体脾胃虚弱，脾气不足，运化不及，不能运化水谷精微，痰浊内生而遏阻腑气者。大便不畅虽属小恙，但久延不愈，患者痛苦焦躁，因而引起肝气郁结。肝愈郁而脾愈陷，痰遏腑气之势更甚，故大便更加秘结。痰为阴邪，遏阳不化。若用攻下、润下之剂，更加重恋痰之邪，导致便秘久延不已。苔白腻，胃脘满闷而呕，为痰湿之象。

治法：化痰通腑，舒肝利气。

方药：陈平汤加味。

苍术　厚朴　大腹皮　半夏　陈皮　枳壳　白术　茯苓　甘草

临证参考：若脾阳虚衰，症见头晕胀闷，四肢乏力，可用健脾升阳化痰通腑法，方用

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

大半夏汤，药用半夏、党参、白蜜、薏苡仁、炒麦芽、茯苓、柴胡、枳实、当归、柏子仁。

服上方后，诸症悉除，为巩固疗效，后以香砂六君子丸调理。

若痰郁日久化热，或精神烦恼，所思不遂，肝郁化火，炼液为痰，木旺乘土，胃肠积热，痰热互结，上扰清窍，兼见眩晕头痛、心悸健忘等症状，治宜清热化痰通腑，方用礞石滚痰丸（《丹溪心法附余》），药用大黄、黄芩、礞石、沉香、枳实、厚朴、柴胡、茯苓、白术、柏子仁、莱菔子。

若肝气郁结而见痰秘者，治以化痰通腑，舒肝利气，方用朱曾柏之验方，药用白术、莱菔子、半夏、防风、羌活、柏子仁、枳实、槟榔、厚朴、柴胡、甘草。

7.2.4 痰呕

痰呕是由痰饮中阻于胃脘部而引起的呕吐。此症常见于胃、十二指肠球部溃疡而伴有幽门不完全性梗阻。凡有胃下垂者，尤易并发此疾。

临床表现：呕吐，胃脘部痞胀不适，畏寒喜暖，胃中漉漉有声，头目昏眩，吐出多量液体，兼有未消化的食物，轻则数日一次，重者每日呕吐，形体消瘦。

病机分析：此由中焦阳气不振，水谷不归正化，水反为湿，湿停成饮，加以胃中津液与饮食之物俱合，不易顺利排入十二指肠，至一定容量即随胃气上逆而呕出。不少患者小溲渐少，形体逐渐消瘦，气血亦随之不足。

治法：燥湿化痰祛饮，降逆止吐。

方药：小半夏汤（《金匮要略》）合茯苓泽泻汤（《金匮要略》）。

半夏　生姜　茯苓　泽泻　白术　桂枝　甘草　生姜　红花

临证参考：若病人胃气上逆不和，呕吐较频，可令其在服药前先嚼生姜片，舌上知辛辣后吐出姜渣随即服药半匙，可防其吐出药液。

若幽门部位梗阻较甚，可另加云南白药每日 1～2g，与汤药一起调匀服下。饮食以半流质少量多次为宜。一般服药 5～7 剂，呕吐可渐控制或改善。若效果不著，仍然呕吐，提示幽门病变较重，梗阻难通，则应考虑手术治疗。

7.2.5 痰痞

因痰饮而引的痞满疼痛谓之痰痞。

临床表现：胃及胃脘部痞塞不适或疼痛，个别患者痞塞疼痛可波及胃之上下及腹部口中时时泛溢浊气或口中粘腻，或时作呕恶，大便稀溏，饮食欠佳，饮水过多或进食稀冷饮食则感胃中痞塞，疼痛加重，舌苔腻中兼黄，脉滑而缓，病程一般较长。

病机分析：多因饮食不节，或恣食豪饮而克伐脾胃。脾胃受伤，运化不及，水谷反害化而为痰涎。痰涎停滞胃脘，致使胃失和降，故痞塞不适。胸腹堵闷，呕吐痰涎；脾主四肢痰浊困脾，脾气不运，则肢体沉重；痰浊内盛故苔白厚腻；脉弦主痛，滑主痰浊。

治法：健脾燥湿，化痰止痛。

方药：苓桂术甘汤（《金匮要略》）合二陈汤（《太平惠民和剂局方》）。

茯苓　桂枝　白术　制半夏　陈皮　枳实　荜茇　炙甘草

加减：早期的健脾燥湿应注意观察痰湿热化，当出现舌质红、苔黄腻、口苦时，要及时减轻剂量或加入清热之剂，加入淡渗利湿和清解胃热的竹茹、泽泻。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

临证参考：若见痰湿型，证见胃脘闷痛，或痞满胀痛时作时止，恶心欲吐，或呕吐痰涎，纳呆口粘，厌油腻厚味，大便溏，伴头晕目眩，心悸短气，食油腻厚味或冷饮每易发作或使症状加重，舌质淡红，苔白腻，脉弦或滑，治以燥湿化痰，另用平胃导痰汤（《症因脉治》），药用苍术、厚朴、陈皮、甘草、天南星、茯苓、半夏、枳壳。

若痰火犯胃，症见胃痛急迫，痞满拒按，面赤烦躁，痰黄面苦，口苦口臭，溲赤便秘，改用凉膈散（《太平惠民和剂局方》）以清热化痰，通腑止痛。

成药选用：

(1) 香砂养胃丸

功用：温中和胃，理气化痰。

主治：胃寒气滞所致之不思饮食、呕吐清水痰涎、胃脘满闷、四肢怠倦。

服法：每服 6g，1 日 3 次，温开水送下。

(2) 香砂枳术丸

功用：健脾消痞，理气止痛。

主治：脾虚食滞，痰湿内阻所致之脘腹胀痛痞满、纳呆呕恶吐涎、便溏等症。

服法：每服 9g，1 日 3 次，温开水送下。

(3) 木香槟榔丸

功用：行气导滞，泄热通便。

主治：痰食积滞内停所致之脘腹闷痛痞满、呕吐痰涎、大便秘结等症。

服法：每服 30 粒，三餐饭后，姜汤送服。

(4) 胃苓丸

功用：健脾和胃，利湿化热。

主治：湿浊痰饮中阻，消化不良所致之胃脘痞痛、胸腹胀满、小便短少、大便溏薄等症。

服法：每服 6g，1 日 3 次，姜汤送下。

7.2.6 痰咳、痰嗽

痰咳、痰嗽指咳嗽是由痰邪蕴阻于肺，致肺失肃降和气逆所引起的病症。

7.2.6.1 痰湿咳嗽

临床表现：咳嗽多痰，痰白而粘，胸脘作闷，食欲不佳，四肢乏力，舌苔白腻，脉濡滑。

病机分析：脾湿生痰，上渍于肺，壅遏肺气，故咳嗽痰多，咳声重浊，痰粘腻而稠厚，脾运不健故食少，四肢乏力，舌苔白腻，脉濡滑为痰湿内盛之象。

治法：健脾燥湿，理气化痰。

方药：二陈汤（《太平惠民和剂局方》）。

半夏　陈皮　茯苓　甘草

7.2.6.2 痰热咳嗽

临床表现：咳嗽，痰黄稠而难排出，胸闷，口苦咽干，舌苔黄腻，脉滑数。

病机分析：痰热壅阻肺气，肺失清肃，故咳嗽，痰黄稠而难排出，热伤肺络，故胸闷，肺热内郁，则口干欲饮，舌苔薄黄腻，质红，脉滑数，均属痰热之象。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治法：清热肃肺，豁痰止咳。

方药：清金化痰汤（《杂病广要》）。

黄芩　山栀　桔梗　麦冬　桑白皮　贝母　瓜蒌仁　橘红　茯苓　甘草

7.2.6.3　肝火犯肺

临床表现：咳时引胸胁作痛，面红烦躁，咽干口苦，苔薄黄少津，脉弦数。

病机分析：肝气郁结化火，上逆迫肺，肺失肃降，以致气逆作咳，肝火上炎，故咳时面红，口苦咽干，烦躁；肝脉布两胁，上注于肺，肝肺络气不和，故胸胁作痛；舌质红，舌苔薄黄少津，脉弦数，皆为肝火肺热之征。

治法：清肺平肝，宣肺止咳。

方药：泻白散（《小儿药证直诀》）合黛蛤散。

桑白皮　地骨皮　生甘草　粳米　青黛　海蛤壳

7.3 辨病论治

7.3.1 结核性胸膜炎

症状：发病急，有发热、全身不适、胸痛、干咳等症状。大量胸腔积液时有呼吸困难。

体征：胸腔积液少时无明显体征。积液较多时患侧胸部饱满，呼吸动度减弱。叩诊呈实音。听诊呼吸音减弱或消失，大量积液时气管和心脏向健侧移位。

实验室检查及其它检查：

(1) 血液检查：血液白细胞计数正常或略增多，血沉增快，结核菌素试验多呈阳性。

(2) X 线检查：胸部 X 线检查可见胸腔积液的影像。

(3) B 超检查：超声探查患侧可见液平段。

(4) 胸腔穿刺为渗出液，其中细胞以淋巴细胞为主。乳酸脱氢酶常增高，胸液中不易找到结核菌，结核菌培养有时阳性。

主症分析：病人多因素体虚弱，表卫不固外邪犯肺，肺气失宣，则干咳少痰，邪入少阳；枢机不利则寒热往来，身热而汗出不解；痰热蕴结胸胁，络道被阻，气血不通故胸胁胀痛，呼吸转侧加剧；肺不布津，留而成饮，水饮上迫则咳嗽气促，呼吸困难，气机受阻则胸胁胀闷，肋间胀满；气机郁结，痰瘀互结，久痛入络故胸痛胀闷，经久不愈；痰热留恋，日久伤阴，阴虚火旺，故午后身热，颧红盗汗，手足心热；肺病日久，下损脾肾，阴损及阳，故见气短乏力、神疲纳差之脾虚及腰膝酸软、面浮肢肿之肾虚之证。

治法：

(1) 邪犯胸肺：和解少阳，清热开结。

(2) 饮停胸胁：泻肺逐饮。

(3) 痰瘀互结：理气化痰，和络止痛。

(4) 阴虚邪恋：滋阴清热，止咳化痰。

(5) 脾肾两虚：健脾补肾，益气化饮。

方药：

(1) 邪犯胸肺：柴枳半夏汤（《医学入门》）加减，药用：柴胡、黄芩、半夏、瓜蒌、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

桔梗、枳壳、杏仁、甘草。

加减：若热盛有汗，咳喘气粗，去柴胡，合麻杏石甘汤以宣肺泻热；胸胁痛剧，去杏仁，加延胡索、郁金、丝瓜络以理气和络；心下痞硬，口苦心烦，加黄连以泻心开结；大便干结加生大黄泻热通便。

(2) 饮停胸胁：椒目瓜蒌汤（《医醇賸义》）加减，药用：川椒目、瓜蒌、葶苈子、桑白皮、半夏、茯苓、橘红、苏子、车前子、白芥子、泽泻。

临证参考：若体质状实者，胸液量多者可用甘遂、大戟、芫花各等分，共研细末，每次0.3～3g，用大枣10枚煎汤，空腹送服，即十枣汤。根据病情需要与体质情况，1～4天服1次，可连服5～6次。如系结核性者，可在辨证基础上酌加百部、夏枯草、黄芩、白及、丹参等治痨杀虫。

(3) 痰瘀互结：香附旋覆花汤（《温病条辨》）加减，药用：香附、旋覆花、苏子、陈皮、半夏、茯苓、柴胡、枳壳、郁金、延胡索、当归、赤芍。

加减：若咳剧可加杏仁、瓜蒌皮、炙枇叶肃肺止咳；胸闷痰多加全瓜蒌、浙贝母、海浮石清化热痰；久痛不已加桃仁、红花、茜草通络止痛。

(4) 阴虚邪恋：百合固金汤（《慎斋遗书》）合泻白散（《小儿药证直诀》）加减，药用：百合、沙参、麦冬、生地、当归、白芍、桑白皮、地骨皮、桔梗、生甘草、川贝母。

加减：若潮热甚者加银柴胡、胡黄连滋阴清热；兼气虚者加西洋参、太子参气阴两补；胸闷明显加瓜蒌皮、炒枳壳宽胸理气。

(5) 脾肾两虚：五味异功散合七味都气丸加减，药用：党参、白术、茯苓、甘草、熟地、陈皮、山药、山萸肉、丹皮、泽泻、五味子。

加减：若水肿明显加防己、车前子利水消肿；大便溏薄加芡实米、莲子肉健脾止泻。

7.3.2 慢性肺源性心脏病

临床表现：

(1) 症状及体征：除原发病的症状及体征外，逐步出现肺心功能不全及其它器官损害的征象。

①肺、心功能代偿期（包括缓解期）：在原有慢性咳、痰、喘等慢支表现的基础上，患者动则心悸、气促、乏力，活动时耐力下降，可有不同程度的紫绀。体检可见明显肺气肿体征，听诊呼吸音减弱，可闻及干、湿啰音，心浊音界不易叩出，心音低钝。肺动脉瓣第二音亢进提示肺动脉高压。三尖瓣区出现收缩期杂音或剑突下的收缩期搏动，提示右心室肥厚、扩大，可有下肢轻度浮肿。

②肺、心功能代偿期，临床表现或以呼吸衰竭为主，或以心力衰竭为主，或二者并重。

其中的心力衰竭，以右心衰竭为主，常合并呼吸衰竭，患者心悸、呼吸困难及紫绀明显，上腹胀痛、食欲不振，少尿。体检可见颈静脉怒张，心率快，可见相对性三尖瓣关闭不全，胸骨左缘第4、5肋间隙可闻及收缩期吹风样杂音，严重者可见舒张早期奔马率，也可出现各种心律失常，以房性心率失常多见。肝肿大且明显压痛，肝颈静脉回流征阳性，可见腹水、下肢明显浮肿，严重者出现休克，少数患者可发生急性肺水肿或全心衰竭。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(2) 实验室检查及其它检查

①X 线检查：

肺部表现：即原发病的表现。

肺动脉高压表现：右下肺动脉干扩张，横径大于 15mm；其横径与气管横径比值≥1.07，或动态观察较原右肺下动脉干增宽 2mm 以上；肺动脉段明显突出或其高度≥7mm。

心脏变化：右心室增大征。有时还可见到右心房扩大。心力衰竭时可有全心扩大。

②心电图检查：主要为右心室肥大的改变，电轴右偏，重度顺钟向转位，肺型 P 波，$Rv_1 + Svs \geq 1.05mV$。少数病例现 V_1、V_2 导联呈 QS、qr 或 qR 型（除外心肌梗死），右胸前导联（如 V_1）T 波双向、倒置，ST 段压低。

③超声电动图检查：显示右肺动脉内径增大，右心室流出道增宽，右心室内径增大，右心室前壁和室间隔厚度增加，搏动辐度增强，多普勒超声心动图显示三尖瓣返流及右室收缩压增高。

④血气分析：呼吸衰竭时，可有不同程度的低氧血症和高碳酸血症。$PaO_2 < 8.0kPa$ (60mmHg)，$PaCO_2 > 6.67kPa$ (50mmHg)。pH 值视机体对酸碱代偿情况可正常、降低或升高。

⑤血液学检查：红细胞计数和血红蛋白升高，红细胞压积正常或偏高。合并感染时，白细胞计数增多及中性粒细胞增加，全血粘度和血浆粘度增加。部分患者有肝、肾功能异常。电解质测定可有高钾、低钠、低钾或低氯、低钙和低镁等变化。

⑥肺阻抗血流图及其微分图的检查：肺心病时，肺阻抗血流图的波幅及其微分波值多降低，Q—B（相当右室射血前期）时间延长，B—Y（相当右室射血期）时间缩短，Q—B/B—Y 比值增大，对诊断肺心病有参考意义。

⑦肺功能检查：病人可在缓解期做此项检查。用四探头功能仪和核素^{133}氙水，以静脉弹丸注射水注入，测定两肺上下叶半清除时间（W1/2），可反映局部通气功能。肺心病和慢支患者中有明显差异。

⑧右心导管检查　经静脉送入漂浮导管至肺动脉，直接测定肺动脉和右心室压力，可作为肺心病的早期诊断指标。

⑨心电向量图　主要表现为右心室肥大和（或）右心房增大，QRS 环自逆钟向运行或 8 字型发展至重度时之顺钟向运行。P 环多狭窄、左侧面及前额面 P 环振幅增大，最大向量向前下、左或右。一般说来，右心房肥大越明显，则 P 环向量越向右。

主症分析：肺心病的发生，首先在于机体正气不足，抵抗能力低下，邪气侵袭人体，肺先受之，肺气宣降失司，发为喘咳若反复感受邪气，则肺伤气弱，痰饮停滞，日久正气必衰，而进一步累及心、脾、肾诸脏。中医学认为“肺伤日久必及于心。”心气虚无以推动血行，则致心血瘀阻面见心悸、胸闷、憋喘、紫绀、舌黯。脾主运化，脾失健运，水谷不化，痰湿内生，上涌犯肺，而见咯痰量多；肾主水，肾虚无以制水，水气凌心，则加重心悸、气短；又肺主呼吸，肾主纳气，肾气有摄纳肺气的作用，若肾气虚不能摄纳肺气，则发为虚喘。

因此，肺心病的发生，在于肺、心、脾、肾四脏功能失调。如病至后期，痰浊蒙闭心窍，则引起神昏谵语，烦躁不安；痰热互结，热极引动肝风，则见惊厥、抽搐；病势严

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

重，阴绝阳脱，而出现大汗淋漓、四肢厥冷、脉微欲绝之危重候。

治法：

(1) 寒痰蕴肺：温肺化痰。

(2) 热痰壅肺：清热化痰，降逆平喘。

(3) 痰蒙清窍：化痰开窍，熄风活血。

(4) 肺肾气虚：补肺益肾。

(5) 脾肾阳虚：温肾健脾，化饮利水。

方药：

(1) 寒痰蕴肺：小青龙汤（《伤寒论》），药用：麻黄、桂枝、半夏、五味子、细辛、芍药、甘草、干姜。若痰浊壅盛，肺实满、痰多粘腻，可用三子养亲汤（《韩氏医通》），药用：白芥子、莱菔子、苏子。若见痰多、纳少、倦怠等脾虚证候，可加用六君子汤（《医学正传》）以健脾补肺，药用：陈皮、半夏、党参、茯苓、甘草、白术。若寒痰化热，烦躁而喘，可用小青龙加石膏汤。

(2) 热痰壅肺：桑白皮汤（《景岳全书》），药用：桑白皮、黄芩、黄连、山栀子、贝母、杏仁、苏子、半夏。

加减：痰多粘稠者加海蛤粉；口干加天花粉；痰涌便秘可加葶苈子、大黄。另外，可加丹参、红花以活血化瘀。

(3) 痰蒙清窍：涤痰汤（《济生方》），药用：制半夏、制南星、陈皮、枳实、茯苓、人参、石菖蒲、竹茹、甘草、生姜，另服苏合香丸或至宝丹。

加减：若痰热内盛，神昏谵语，舌红苔黄者，加葶苈子、天竺黄、竹沥；肝风内动抽搐者，加钩藤、全蝎；血瘀见唇甲紫绀者，加丹参、桃仁、红花活血通脉。

(4) 肺肾气虚：见有肺肾气虚，喘咳有痰者，用平喘固本汤补肺纳肾，降气化痰，药用：党参、五味子、冬虫夏草、胡桃肉、沉香、灵磁石、坎脐、苏子、款冬花、法半夏、橘红。见有肺气虚弱为主，咳喘不足以息者，用补肺汤补肺益气，药用：人参、黄芪、熟地、五味子、紫菀、桑白皮。

加减：若病久可加当归、丹参、苏木等以活血化瘀；肺虚有寒，怕冷，舌淡者，加肉桂、干姜；兼有阴伤，低热，舌红苔少者，加麦冬、玉竹、生地；如见喘脱危象者，急加参附汤送服蛤蚧粉或黑锡丹补气纳肾，回阳固脱。

(5) 脾肾阳虚：真武汤（《伤寒论》），药用：附子、白术、茯苓、生姜、赤芍。

加减：若肿甚，可加猪苓、泽泻、黑白丑、沉香行气逐水；血瘀甚，加泽兰、红花化瘀行水。

转归：本病常年存在，但多数在冬季由于呼吸道感染而导致呼吸衰竭和心力衰竭。主要死因为肺性脑病和呼吸衰竭，其它依次为心力衰竭、周围循环衰竭、消化道出血等。肺心病病程中多数环节是可逆的，通过适当治疗，心功能可有一定程度的恢复。

7.3.3 急性气管—支气管炎

症状：

(1) 全身症状：一般全身症状较轻微，初期多出现上呼吸道感染的症状，如鼻塞、流涕、喷嚏、咽痛，甚则声音嘶哑。常伴有轻度发烧、畏寒、头痛、全身无力与酸痛，这些

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

症状 -般 3～5 天自行消退。

(2) 呼吸道症状：咳嗽为本病突出的症状。开始时较轻，多为刺激性干咳，痰少。1～2 天后咳嗽加重，气管内分泌物增多，痰由粘稠渐变稀薄。若细菌感染，则痰呈黄色粘液性，甚则脓性痰，有些较重的病人，在晨起、晚睡时体位改变，吸人冷空气及体力活动后出现阵发性咳嗽，甚则终日咳嗽不止，如伴有支气管痉挛，则可出现哮鸣、气急，一般 1～2 周后咳嗽见轻，3 周后咳嗽消失，但也有月余方愈者。

体征：早期或轻病可无任何体征，当较大的支气管出现较多的粘液分泌物时，可闻及粗糙的干性啰音，如粘液咳出，干啰音也随之消失。如稀薄的分泌物潜留在小气管时，则在肺底脊柱旁可听到湿啰音。

实验室检查及其它检查：

(1) 血液检查：血常规中的白细胞数可轻度增加，血沉略有增快。

(2) 痰涂片或培养：如细菌感染，可发现致病菌。

(3) 胸部 X 线检查：少数病例可显示肺纹理增多。

治法：

(1) 风寒咳嗽：祛风散寒，宣肺止咳。

(2) 风热咳嗽：疏风清热，宣肺化痰。

(3) 燥热咳嗽：疏风清热，润燥止咳。

方药：

(1) 风寒咳嗽：三拗汤（《太平惠民和剂局方》），药用：麻黄、杏仁、甘草。

加减：如恶寒无汗，全身酸痛明显，可加苏叶、防风以解表寒；如纳呆，胸闷，苔白腻，可加半夏、厚朴以燥湿祛痰。也可用止嗽散（《医学心悟》）加减，药用：桔梗、荆芥、紫菀、百部、白前、甘草、陈皮。本方止咳化痰兼解表邪。

(2) 风热咳嗽：桑菊饮（《温病条辨》），药用：桑叶、菊花、杏仁、连翘、薄荷、桔梗、甘草、苇根。

加减：如肺热盛加黄芩、知母；咳重加百部、紫菀、浙贝母；口渴甚者加天花粉；咽痛重者加板蓝根、玄参。

(3) 燥热咳嗽：桑杏汤（《温病条辨》），药用：桑叶、杏仁、沙参、象贝、香豉、栀皮、梨皮。

加减：若燥热重者加麦冬、石膏、知母；口干重者加芦根、玉竹；痰有血丝加白茅根、白及。

另有凉燥咳嗽证，证候为干咳少痰或无痰，方用杏苏散（《温病条辨》），药用：杏仁、苏叶、半夏、茯苓、橘皮、前胡、苦桔梗、枳壳、甘草、生姜、大枣。

加减：若咳重酌加款冬、百部以润肺止咳；如恶寒，无汗明显者，加防风、荆芥。

转归：一般急性气管—支气管炎的预后较好，大多可在短期内治愈。如治疗不及时或治疗不当，少数病人转为慢性气管炎。

7.3.4 慢性支气管炎

症状：部分患者在起病前有急性支气管炎、流感或肺炎等急性呼吸道感染史，多数隐潜起病，初起多在寒冷季节发病，出现咳嗽、咯痰，尤以晨起为著，痰呈白色粘液泡沫

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

状，粘稠不易咳出，在感染或受寒后则症状迅速加剧，痰量增多，粘稠度增加或呈黄色脓性，有时痰中可带血，一般不致大量咯血，随着病情发展终年均有咳嗽、咯痰，而以秋季为剧，哮喘性支气管炎患者在症状加剧或继发感染时常有哮喘样发作，气急不能平卧。

本病常易发肺部感染，尤其老年体弱患者排痰功能很差，易并发支气管肺炎。由于反复感染易导致阻塞性肺气肿，少数患者可并发支气管扩张。

体征：本病早期多无特殊体征，大多数在肺底部可听到湿性或干性啰音，有时咳嗽或咳痰后消失，喘息性支气管炎在咳嗽或深吸气后可听到哮鸣音，发作时，有广泛哮鸣音，长期发作的病例有肺气肿体征。

实验室检查及其它检查：

(1) X线检查：早期往往阴性，随着病变的发展，支气管壁增厚、细支气管或肺泡间质有炎症细胞浸润，X线片上可发现肺纹理增加，呈条状或网状，下肺野多于上肺野，发展至肺气肿时，则肺野透亮度增加，膈下降且平坦，活动减弱，肋间隙增宽等。

(2) 肺功能检查：早期无明显改变，急性发作期可出现闭合气量增加和最大通气量及1秒钟呼气量减低，经治疗后可恢复至正常，若并发肺气肿时肺功能测定则有较大的帮助。

(3) 痰培养：可分离出流感杆菌、肺炎双球菌、甲型链球菌等致病菌。

(4) 血液检查：急性发作期白细胞计数及中性粒细胞计数可增高；喘息型血嗜酸性粒细胞增多。

主症分析：慢性支气管炎在病机上主要反映为肺、脾、肾三脏虚损，以及它们的互相关系失衡，同时又因痰、火、瘀等因素的参与而愈加复杂，其基本病机为本虚标实。

在正常情况下，肺主气，司呼吸，主宣发肃降，外合皮毛，为气机出入升降的通道，风寒热燥之邪由口鼻或皮毛而入，肺气被束，失其肃降而发病；嗜食烟酒、辛辣助火之品，灼津生痰，阻塞气道，均可使肺气上逆而发生咳嗽；病久不愈，肺气愈伤，正气无力御邪，则外邪又易犯肺，以致迁延日久，缠绵不愈。

脾主运化，位居中焦，为气机升降之枢纽，脾虚不能运化水湿，聚湿生痰，湿痰上渍于肺，影响气机的通畅而见咳喘、咯痰等症。

肾主纳气，肾阳亏虚，气失摄纳，命门火衰，津液输布失司，肺气升降受阻，气化功能失常，水气不能宣化，为痰为饮，阻塞气道；肾阴亏损，虚火内炽，灼伤肺津，皆可使肺失宣降，肺气上逆而咳喘咯痰，古人所谓："肾为生痰之本，肺为贮痰之器，脾为生痰之源，肺不伤不咳，脾不伤不久咳，肾不伤不咳不喘。"说明肺脾肾三脏功能失调可致本病。

痰火瘀既是脏腑失调的病理产物，又是直接或间接致病的因素，无论是外受燥热之邪，或寒邪而化热，或五志过极，饥饱劳倦及脏腑功能失调所生之内火，皆可与痰湿等结合形成痰火，火热壅肺，痰闭肺络而发病。

久病多虚多瘀，阳气不足，不能温煦血脉和推动血液运行；或因寒邪客入血脉，血液凝滞不畅，或热入营血，血热搏结等，皆可形成瘀血。

治法：

(1) 实证（慢性支气管炎急性发作期和慢性迁延期）

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

①外寒内饮：解表散寒，宣肺化饮。

②痰湿内聚：温阳健脾，化痰平喘。

③燥热伤肺：辛凉清肺，燥湿化痰。

(2) 虚证（慢性支气管炎临床缓解期）：

①脾肺两虚：补肺健脾，益气固表。

②肺肾两虚：补益下元，纳气平喘。

方药：

(1) 实证

①外寒内饮：小青龙汤（《伤寒论》），药用：麻黄、白芍药、细辛、干姜、甘草、桂枝、半夏、五味子。

加减：如胸闷苔腻，加白芥子、陈皮；痰郁化热，减桂枝、干姜用量，加生石膏、桑白皮、黄芩；身热不解亦可加鱼腥草、蒲公英、连翘等以清热解毒。

②痰湿内聚：苓桂术甘汤（《金匮要略》）合二陈汤（《太平惠民和剂局方》），药用：半夏、陈皮、白茯苓、甘草、桂枝、白术、杏仁。

③燥热伤肺：清燥救肺汤（《医门法律》），药用：桑叶、石膏、甘草、人参、胡麻仁、阿胶、麦门冬、杏仁、枇杷叶

(2) 虚证

①脾肺两虚：六君子汤（《医学正传》）合玉屏风散（《世医得效方》）加减，药用：党参、白术、茯苓、甘草、陈皮、半夏、防风、黄芪、山药、苏子。

②肺肾两虚：生脉散（《医学启源》），药用：党参、麦冬、五味子。若偏阴虚，上方与六味地黄丸合用，加山萸肉、诃子肉、山药滋阴敛液，功劳叶、银柴胡、炙鳖甲、乌梅滋阴退热。偏阳虚者，与肾气丸同用，加附子、肉桂、核桃肉、紫石英、补骨脂、沉香补益下元，温肾纳气；熟地、茯苓、山萸肉、泽泻补养肾阴。

转归：慢性支气管炎进入缓解期预后尚好；急性发作期如果治疗不当，失治、误治，常可累及它脏，导致肺、脾、肾三脏损害，预后较差，甚至迁延不愈。

7.3.5 气管和支气管扩张

症状：支气管扩张的典型症状为慢性咳嗽，咳大量脓痰和反复咯血。

(1) 慢性咳嗽：吐大量脓痰，一般为反复间段性发作，每天早晨起床及晚上睡下时咳嗽吐脓痰量多（与体位改变有关），每日可达 100～400ml。咳痰通畅时患者自感轻松，若痰不能咳出，则感胸闷不适，全身症状明显。痰液呈黄绿色脓样，若有厌氧菌混合感染，则有臭味，通常称为“湿性支气管扩张”。

(2) 咯血：大多数患者有反复咯血，表现为痰中带血丝或少量咯血，亦有大量咯血者，部分患者平时无明显咳嗽及咯脓痰症状，反表现为反复咯血，被称之为“干性支气管扩张”。这与病变局限、支气管引流通畅、感染较轻有关。由于支气管的血液供应主要来自体循环的支气管动脉，故咯血的血色比较鲜红。

(3) 肺部感染：常继发于上呼吸道感染，炎症扩展到病变支气管周围肺组织。若反复继发感染，可引起周身症状，如发热、咳嗽加重，痰量增多，盗汗，食欲减退，消瘦和贫血等。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

当支气管扩张进一步发展引起周围肺组织化脓性炎症和纤维化，可并发代偿性及阻塞性肺气肿，患者可有气急或紫绀。当化脓性支气管炎局部蔓延时，能引起胸膜炎、脓胸或心包炎等。

体征：患者的体征取决于病变范围及扩张程度，轻微的支气管扩张可无明显体征，一般在扩张部可听到大小不等的湿性啰音，其特点是持久存在。此外，可伴有阻塞性肺炎、肺不张或肺气肿的体征。在慢性病程的支气管扩张者，可见杵状指，趾及全身营养较差的情况。

主症分析：支气管扩张属肺系病变。肺为娇脏，喜润恶燥。火热、痰湿、瘀血是本病的常见致病因素，本病的形成常与幼年或体虚之时肺部感染外邪侵袭（如患流感、麻疹、百日咳）有关。其病虽愈而正气受伤，致使痰湿深伏于肺。若再遇外邪侵入，或肝火犯肺，引动内伏之痰湿，导致肺气上逆，而每见咳嗽、吐脓痰等症候；热伤肺络，血溢脉外则见咯血或痰中带血；久病入络，或离经之血留滞不散，形成瘀血，又成为致病因素。

本病自邪热犯肺到形成肺络损伤，是慢性渐进过程，病程缓慢。以本虚标实、虚实兼夹为病理特点，即肺脾两虚为本，外邪侵袭为标。肺脏本虚贯穿病程始末。本病初起主脏属肺，渐可累及肝、脾，日久累及心肾。肺络损伤是本病的主要病机，外邪或它脏邪热再度伤络，形成病情反复发作，迁延难愈的病变趋势。如治疗不当或不及时，病情经久不愈，正气更加耗伤，故在晚期，易见变证叠起，出现喘促（肾不纳气）、虚劳（阴血阳气亏虚）等病证。

实验室检查及其它特殊检查：

（1）血液检查：血常规检查白细胞计数一般正常，在继发感染时可增高，甚至有中性粒细胞核左移现象。

（2）痰涂片或培养：痰镜检可见弹力纤维、脓细胞和大量细胞碎片。涂片或培养可发现致病菌，如肺炎双球菌、葡萄球菌、绿脓杆菌、流感嗜血杆菌、克雷白杆菌等。继发于活动性肺结核者，痰检查可发现结核杆菌。

（3）X线检查

①胸部平片：早期、轻症患者检查胸片可无明显异常发现，或仅见一侧或两侧下肺有局限性肺纹理增多、增粗现象。后期患者胸片可见粗乱肺纹理，并有多个不规则环状透明亮阴影或沿支气管的蜂窝状或卷发样阴影，合并感染时在阴影内可出现液平面。

②支气管造影：此项检查可明确诊断，确定病变部位及范围，为手术治疗提供参考依据。典型的病例支气管造影时能显示扩张的管腔呈圆管状、囊状或梭状样改变。

③CT检查：胸部CT检查对囊状改变的支气管扩张有诊断意义，尤其适合于不宜行碘酒造影的患者。

④纤维支气管镜：可发现支气管阻塞原因及出血部位，对病因及定位的诊断均有意义。

治法：

（1）痰热蕴肺：清热解毒，宣肺化痰。

（2）火热伤肺：清肝泻火，凉血止血。

（3）阴虚火旺：滋阴清热，润肺止血，化痰止咳。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(4) 肺气不足：补益肺气，润肺止咳。

方药：

(1) 痰热壅肺：千金苇茎汤（《备急千金要方》）合桔梗汤，药用：芦茅根、黄芩、鱼腥草、银花、连翘、败酱草、冬瓜仁、生薏仁、桃仁、沙参、石斛、桔梗、杏仁、百部、枇杷叶、甘草。

加减：如咳吐脓血量多，伴发热便秘者，可于上方加鲜竹沥、紫花地丁、大黄加强清热解毒、化痰排脓的作用；伴咯血者，酌情选加大黄炭、地榆、茜草，有清热凉血止血的作用。在上方中加用生黄芪，有益气扶正、托毒排脓的作用，故无论是否有正虚存在，均宜重用之。

(2) 火热伤肺：黛蛤散加味，药用：青黛、黄芩、丹皮、栀子、海浮石、海蛤粉、桑白皮、紫菀、桔梗、甘草、生地、大黄、生侧柏、大蓟、小蓟、当归。

加减：如咳嗽重者，加杏仁、前胡、白前；热盛痰多者，选加瓜蒌、鱼腥草、竹沥、银花。

(3) 阴虚火旺：百合固金汤（《慎斋遗书》），药用：熟地、生地、麦冬、贝母、百合、当归、炒芍药、生甘草、玄参、桔梗。

加减：如阴伤潮热者，加地骨皮、白薇各 10g，加强滋阴清热除烦的药效；如咯血量多，伴面色苍白，大汗淋漓者，为气随血脱的危重证候，应使患者安卧，急以独参汤益气固脱，并酌情进行中西医结合紧急抢救。

(4) 肺气不足：生脉散（《内外伤辨惑论》）合沙参麦门冬汤（《温病条辨》），药用太子参、沙参、麦冬、玉竹、百合、五味子、川贝母、陈皮、茯苓、甘草、当归、阿胶。

加减：如气虚明显，可酌情选用党参、人参或生黄芪，加强益气养肺的作用。

转归：支气管扩张本身为不可逆性病理变化，积极控制感染，排除痰液，控制和减轻支气管扩张的发展，对本病预后的好坏关系密切。

中医认为本病的根本病机为火热熏灼肺络，受损肺络难以复原，故潜伏病机始终存在，一般肺热壅盛，肺火犯肺等证候，以邪实为主，在初、中期治疗及时，调理得当，病情得以控制者，预后较好。如反复发作或久治不愈，大量咯血，形成阴虚火旺证候者，预后较差。

7.3.6 肺炎

临床表现：

(1) 细菌性肺炎：

①肺炎球菌肺炎：发病以冬季和初春为多，男性多见。多见有上呼吸道病毒感染，或者受寒、醉酒、全身麻醉等诱因。起病多急骤突然高热，半数伴寒战，体温可达 39℃～40℃，高峰在下午或傍晚，也可呈稽留热。全身肌肉酸痛，患侧胸痛，可放射至肩、腹部，咳嗽或深呼吸时加重。痰少，可带血色或呈铁锈色。胃纳锐减，偶有恶心、呕吐、腹痛或腹泻等消化道症状。患者呈急性病容，口角或鼻周可出现单纯性疱疹，严重时可有气急、紫绀。有败血症者皮肤和粘膜可有出血点，巩膜黄染，累及脑膜时可出现颈抵抗。心率增快，有时心律不齐。早期肺部体征无明显异常，仅有胸廓呼吸幅度减小，轻度叩浊，呼吸音减轻和胸膜摩擦音。肺实变时有叩浊，语颤增强和支气管呼吸音。消散期可闻及湿

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

啰音，重症可伴肠胀气。严重感染可伴发休克和神经系统症状。

②葡萄球菌肺炎：常发生于免疫功能已经受损的病人。可为吸入性，亦可由皮肤感染灶经血循环引起肺部感染。此型肺炎病情严重，常可形成单个或多发性肺脓肿，有时穿透胸膜而致气胸或脓胸。重者还伴发化脓性心包炎、脑膜炎等。临床表现起病急，高热，寒战，胸痛，咳吐脓痰量多，带血丝。病情危重者可于早期出现末梢循环衰竭。

③克雷白杆菌肺炎：克雷白杆菌为条件致病菌。当机体抵抗力降低时，经呼吸道吸入而引起肺炎。以上叶病变多见，形成单个或多发性脓肿。病变可累及胸膜和心包，并能引起败血症，病死率高。多见于中年以上男性的病人。临床表现类似肺炎球菌肺炎，但症状较重，痰呈粘稠性而量多，常带血，亦可呈灰绿色、红砖色、胶冻状，可有紫绀、气促、心悸。早期即可能出现循环障碍。肺部可有典型的肺实变体征，有时仅有叩诊浊音，呼吸音降低和湿啰音。

④军团菌肺炎：由嗜肺军团杆菌引起，常伴有全身性疾病。感染多来自被污染的供水系统、空调、雾化器和淋浴喷头等，可与其它致病微生物感染混合，造成“难治性肺炎”。潜伏期2～10天。起病可缓可急，有乏力、肌痛、头痛和高热、寒颤，有20%患者伴缓脉。痰少而粘，可带血，也可有恶心、呕吐、腹泻。严重者有精神异常，焦虑，迟钝，健忘等中枢神经系统症状，并可出现呼吸衰竭和周围循环衰竭。早期肺部有湿啰音，病情进展则有实变体征。腹部可有压痛，可有淋巴结或肝脾肿大。

⑤其它革兰染色阴性杆菌肺炎：除克雷白杆菌肺炎外，其它尚有流感嗜血杆菌、绿脓杆菌、大肠杆菌、肺炎杆菌等引起的肺炎。它们可引起肺实变或肺部融合，引起组织坏死，易形成多发性空洞，多数为两侧发病。若胸膜受累引起胸膜渗液或脓胸。

⑥厌氧微生物所致肺炎：包括消化链球菌、产黑色素拟杆菌、梭形杆菌和产气荚膜芽孢梭菌等，多与其它病原体在肺部形成混合性感染，肺部厌氧菌感染可呈坏死性病灶，可形成脓胸或脓肿、脓气胸。临床症状有高热、乏力消瘦、贫血和杵状指，痰奇臭，似臭蛋味。

(2) 肺炎支原体肺炎：肺炎支原体可引起包括肺炎在内的咽炎、支气管炎等呼吸道感染，常于秋季发病。儿童和青年人居多。临床上有乏力、咽痛、咳嗽、发热、纳差、肌痛等表现。半数病例无症状。胸部一般无明显异常体征，约半数可闻干性和湿性啰音，约10%～15%病例发生少量胸腔积液。

(3) 肺部真菌感染：

①肺念珠菌病：临床上有两种类型。支气管型有类似慢性支气管炎症状，咳嗽、咯粘液性痰，口腔、咽部及支气管粘膜上被覆散在点状白膜，胸部偶可听到干性啰音。肺炎型临床表现类似急性肺炎，有发热、恶寒，咯吐白色粘液痰，有酵母臭味，亦可呈胶冻状，有时咯血、气急，肺部可闻及干、湿啰音。

②肺曲菌病：主要由烟曲菌引起，临床上有以下4种类型。

a. 支气管—肺炎型：曲菌菌丝在支气管粘膜上生长，粘膜炎症轻微。临床表现有咳嗽、咯痰、低热等。如侵犯肺组织，则可引起局限性的曲菌肉芽肿或肺炎、肺脓肿。

b. 变态反应性曲菌病：吸入大量的孢子阻塞小支气管，引起短暂不张或远端肺部的反复游走性浸润。临床表现有畏寒，发热，乏力，刺激性咳嗽，咯棕黄色脓痰，有时带

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

血，可有显著哮喘。体检两肺满布哮鸣音，肺浸润部位有细湿啰音。

c. 曲菌寄生在肺部慢性疾病所有的空腔内（如肺结核空腔、支气管扩张、肺囊肿、癌性空洞内），菌丝体繁殖、聚集，与纤维蛋白和粘膜细胞凝聚形成曲菌球。因曲菌球不侵犯组织，不引起全身症状，仅有刺激性咳嗽，有时可反复咯血。曲菌球与支气管不相通，故咯痰不多，也无典型的棕黄色脓性痰块，痰中亦常无曲菌表现。

d. 继发性肺曲菌病：使用免疫抑制药物及各种原因导致机体免疫力低下者，可引起继发性曲霉菌感染。污染的导管及腹膜透析可造成曲霉菌的血源感染。肺部感染呈局限性肉芽肿或广泛性化脓性肺炎，伴脓肿形成。病灶呈急性凝固性坏死，伴坏死性血管炎、血栓和菌栓。肺外曲霉菌脓肿也致肺部感染，严重的肺部感染亦可播及胸膜、脑膜、肝、脾、肾淋巴结等全身器官，并出现相应的症状和体征，肺部可闻及干、湿啰音。

③肺放线菌病：主要致病菌以色列放线菌，引起慢性化脓性肉芽肿性病变，起病缓慢，有低热，咳嗽，痰为粘液或脓性，有时带血。放线菌侵及胸壁肋骨时，可伴有瘘管形成。痰中可找到由菌丝缠结成的“硫磺颗粒”，可有肺脓肿及胸腔积液体征。

(4) 病毒性肺炎：病毒引起的呼吸道感染以上呼吸道为主，因此，病毒性肺炎常伴有气管、支气管炎，血行播散的病毒性肺炎除外。临床表现一般较轻，有头痛、乏力、发热、咳嗽、咯少量粘痰。病毒性肺炎还可继发细菌感染而使病情复杂。肺部体征可不明显，或有呼吸音减弱或少许啰音。

实验室及其它特殊检查：

(1) 周围血象检查：大多数细菌性肺炎，周围血中白细胞总数增高，中性粒细胞增多，并有核左移或胞质内出现毒性颗粒。年老体弱者的白细胞计数常不增高，但中性粒细胞百分比仍高。支原体肺炎周围血细胞正常或稍增多。病毒性肺炎白细胞计数可正常或偏低。霉菌性肺炎可有嗜酸性粒细胞偏高。克雷白杆菌肺炎和霉菌性肺炎可有贫血表现。

(2) 病原体检查：

①痰涂片：通过革兰染色可鉴别阳性球菌和阴性杆菌。病毒性感染时，以单核细胞为主，并在分泌细胞中可见有包涵体。霉菌感染时，可见有霉菌孢子和菌丝。放线菌肺炎者的痰中可见到“硫磺颗粒”。

②培养：可做痰、呼吸道分泌物及血培养，以鉴别和分离出致病菌株。有时需用特殊培养基培养才能获得菌株，如厌氧菌、真菌、支原体、立克次体以及军团杆菌等。若怀疑病毒性肺炎，可做病毒分离。

(3) 血清学检查：病毒性肺炎早期诊断可做病毒的特异性 Ig 从抗体检测，常用的检测方法有免疫荧光法、酶联免疫吸附法和放射免疫检测法。军团菌肺炎用间接荧光抗体测定，如双份血清滴度上升 4 倍（至 1:128），或恢复期单份血清滴度≥1:256，则对诊断有意义，其阳性率为 75%，特异性达 95%。支原体肺炎红细胞冷凝集试验阳性，滴定效价在 1:32 以上，恢复期效价增加 4 倍以上则有意义。

(4) X 线检查：

①肺炎球菌肺炎：早期仅见肺纹理增粗或受累的肺段，肺叶稍模糊。近年由于抗生素的应用，典型的大叶实质少见。实变阴影中可见支气管气道征。肋膈角可有少量胸腔积液征。肺炎消散期，浸润逐渐吸收，可有片块区域吸收较早，呈现“假空洞”征。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

②葡萄球菌肺炎：X线阴影的易变性是金葡菌肺炎的一个重要特征。X线显示肺段或肺叶实变，或呈小叶样的浸润，可有单个或多发的液气囊腔，形成阴影内伴有空洞和液平面。

③克雷白杆菌肺炎：X线显示肺叶或小叶实变，有多发性蜂窝状肺脓肿，叶间隙下坠。

④军团菌肺炎：早期为单叶斑片状肺泡内浸润，继有肺叶实变，可迅速发展为多肺叶段下叶多见，单侧或双侧，可伴少量胸腔积液，偶有肺内空洞及脓胸形成。

⑤肺炎支原体肺炎：肺部多种形态的浸润影、呈节段性分布，以肺下野为多见，也有从肺门附近向外伸展者。

⑥肺念珠菌病：

a. 支气管型：双肺中、下野纹理增重。

b. 肺炎型：两肺中下叶弥漫性小片状或斑点状阴影，亦可融合成大片肺炎阴影，边缘模糊，形态多变，还可有多发性脓肿。少数病例伴胸膜改变。

⑦病毒性肺炎：多见双肺下叶弥漫性密度均匀的小结节状浸润阴影，边缘模糊，少数患者可见叶性浸润或弥漫性网状结节性浸润灶。

⑧厌氧菌性肺炎：双下肺底纹理增多粗乱，夹杂有边缘模糊的斑片状阴影，或同时伴有脓胸、胸膜积液等征象。

主症分析：中医认为，肺炎常因劳倦过度、醉后当风等人体正气不足之时，感受风热之邪或风寒之邪入里化热所致。邪伤肺卫，风邪束表，卫气郁闭，故见恶寒发热；肺气失宣，故咳嗽、气喘；肺不布津，聚而为痰，伤于寒邪则为白稀痰，伤于热邪或寒邪化热则见白粘痰或黄痰。邪气阻滞肺络，则致胸痛。邪伤肺络，可见咯血。治疗得当，邪退正复，转入恢复期时可见阴虚津伤之低热、手足心热或口干舌燥之症。

治法：

(1) 邪袭肺卫：疏风解表，宣肺化痰。

(2) 痰热壅肺：清热化痰止咳。

(3) 热毒内陷：清热解毒，清心开窍。

(4) 正虚邪恋：养阴清热，润肺化痰。

方药：

(1) 邪袭肺卫：若外感风寒之邪，方用三拗汤（《太平惠民和剂局方》），药用：麻黄、杏仁、生甘草。若外感风热之邪，宣疏散风热，宣肺化痰，方用桑菊饮（《温病条辨》），药用：桑叶、菊花、薄荷、连翘、桔梗、杏仁、甘草、芦根。

加减：若内热盛加黄芩、鱼腥草清肺泄热；口渴咽干者，可加沙参、天花粉清热生津。

(2) 痰热壅肺：麻杏石甘汤（《金匮要略》）合《千金》苇茎汤（《备急千金要方》），药用麻黄、杏仁、石膏、甘草、鲜芦根、薏苡仁、冬瓜仁、桃仁。

加减：若痰热盛，可加鱼腥草，瓜蒌、黄芩等，以加强清热解毒之功。

(3) 热毒内陷：清营汤（《温病条辨》），药用：水牛角、生地、玄参、竹叶心、麦门冬、丹参、黄连、金银花、连翘。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

加减：若见烦躁，谵语，可加服紫雪丹，以加强清热熄风之功。

(4) 正虚邪恋：竹叶石膏汤（《伤寒论》）加减，药用：竹叶、石膏、麦冬、人参、半夏、粳米、炙甘草、沙参、生地、地骨皮、杏仁、桑白皮、瓜蒌皮。

转归：一般来说，各型肺炎的预后良好。但若有以下因素存在时，预后较差，如年老体弱，免疫缺陷者，原有各种慢性病（如慢性心、肺、肝、肾疾病）者，病变广泛多叶受累者，并发症严重者（如有周围循环衰竭或见败血症者），或有多种病原菌混合感染者。

7.4 治疗经验与体会

历代医家对痰饮病潜心研究，积累了丰富的临床经验。由于他们所处的历史、地理环境的不同，学术观点有所不同，用药特点不同，临床用药经验各具特色，下面综合介绍有关专家对痰饮病的治疗经验和心得体会。

7.4.1 病痰饮者当以温药和之

《金匮要略》中提出“以温药和之”是治疗痰饮的基本大法，尽管后世医家对痰饮病的辨证施治有一定程度的发展，但终未能离开“以温药和之”这一原则。因此深入理解之，对指导临床用药有着十分重要的现实意义。

从《金匮要略》原文精神来看，饮病有四，有痰饮，有悬饮，有溢饮，有支饮，都属阴证、寒证，并不包括“得阳气煎熬而成”的痰证。

既然饮证属于阴证，根据“疗寒以热”的原则，治用温性药属理所当然。另一方面痰饮既成之后，饮作为阴邪又最易伤人阳气。可见不论从饮邪的产生或消除来看都当用温性药振奋阳气以治之。临床上主要以温肾、温脾、温肺杜绝生痰之源，此乃治本之法。

“和”并不是小柴胡汤证的和法，而是寓有温补助阳，消水蠲饮之意。即在使用温药同时不得专用温补，而应佐以行消利导，使饮邪有去路。

饮证，临床上常表现为虚实夹杂的证候，而温药是从本论治，故用“温药”时尚须“和之”，即必须兼以治标。

温药是指甘或辛温而不燥烈之品。温药作用有四：一能振奋阳气，二可开发腠理，三能燥湿健脾，四可通行水道。“温药和之”分别作用于上、中、下三个部位的方剂，代表方剂如小青龙汤（宣发上焦之阳）、苓桂术甘汤（温中化饮）、肾气丸（温运下焦阳气）、小半夏加茯苓汤（温阳蠲饮）等。

治疗狭义痰饮病的苓桂术甘汤，方中巧用辛、淡、温、甘味之品，妙在温、渗、燥、补相济，使脾胃阳气振奋，饮邪无地自容而从小便出于外，病则愈。此方用药不多，贵在配伍严谨，功效齐备，恰具“温”与“和”之妙，故被后世医家称为“以温药和之”的代表方剂。又如治悬饮的十枣汤，方中芫花甘遂、大戟为峻泄攻遂之品，直达胁下面散饮实窠囊，但此三味苦寒（芫花、甘遂）、辛温（大戟）相合，配以甘味之大枣，加上适宜的服法，使苦寒之中有辛温，急攻之中有甘缓，峻泄之中有补益，故本方虽为峻泄攻逐之剂，亦不失“温”与“和”之义。同样，既是痰饮病的变证，也不离这个原则。如“支饮胸满者厚朴大黄汤主之。”该方用大黄六两，而更重用厚朴（苦辛温）一斤，同时，大黄与厚朴，枳实同煎，且又是久煎，故苦寒攻泄之性大减。所以该方虽为清热泄满之剂，同样也体现了这个治则。由此可见，治痰饮用温药和之，并非仅指药物不能偏凉偏寒，不可

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

过于刚燥与温补或温补之中要有行消之品而言。

7.4.2 治痰先治气

7.4.2.1 补气以治痰 若因肺、脾、肾三脏气虚而产生痰湿者，以肺气虚为主者，兼见咳嗽，脉虚缓为症状特点，治宜补益肺气以治痰，可用五味异功散、补肺汤之类；以脾胃气虚为主者，治宜补益脾胃之气以治痰，可用六君子汤、补中益气汤之类；以肾气虚为主者，还可见腰膝酸痛、下肢浮肿、头晕、咳喘等，治宜补益肾气以治痰，可用人参胡桃汤、右归饮之类。

7.4.2.2 理气以治痰 痰随气机升降，气壅则痰聚，气顺则痰消。如系肝气郁结，气滞生痰，痰气互结之梅核气，用半夏厚朴汤治疗；癫证中痰气郁结者，用顺气导痰汤；痰浊阻肺之喘，用苏子降气汤。上方中皆有理气之品。由于气虚的气滞可生痰，痰盛又可引起气机不畅，故补气理气有利于痰证的治疗。

人体内津液运行不息，须赖气以推动。气滞则津液凝聚，变而为痰。在治痰方中兼佐理气之品，实有相得益彰之效。气道通顺，一则既成之痰易于消散。再则津液流通，自无停聚酿痰之弊，用枳壳、枳实、陈皮、沉香，殆即此意。

7.4.3 见痰休治痰

“见痰休治痰”见于《景岳全书·卷一·论治篇》。所谓“见痰休治痰”，并非痰病不治痰，而是“治其生痰之源，则不消痰而痰自无”（《临证指南医案》）。当然必要的治标之法，亦可兼用。例如痰浊蒙蔽心包，出现神昏谵语而用苏合香丸的温开，便是治标之法。

张介宾认为：善治痰者，唯能使之不生，方是补天之手。治痰之本的方法很多，而调理肺、脾、肾、肝，清祛火热温燥乃其最常用者，兹列述于后。

7.4.3.1 治痰须健脾，脾健痰自除 脾失健运是形成痰的重要因素之一，故前人有“脾为生痰之源”之说。在治痰方配伍健脾之品，以杜绝生痰之源，确有临床实用意义。健脾药常用白术、茯苓、苡仁、山药、半夏、姜、橘皮、党参、枣、甘草等。并据“健脾不在补而在运”的原理，又常佐以厚朴、山楂、神曲等药。健脾以杜生痰之源，实为治本之图。

健脾适用于脾失健运，痰阻中焦所致之痰病，并能理周身之痰疾，多用于中、上二焦痰病及肌肉间痰核流注、瘰疬、痰包等。常用方剂如补气运脾汤、六君子汤、补中益气汤。

温脾化痰法具有温阳利水、健脾化饮之功。临床上适用于胃炎、肠炎、肾炎、迷路水肿及心肺等疾患而出现呕吐、腹痛、泄泻、水肿、心悸、眩晕等证。代表方：苓桂术甘汤。

从《金匮要略》及《伤寒论》的有关条文看，苓桂术甘汤证出现的症状有咳、短气、眩、悸、满、小便不利，涉及病证有咳嗽上气、奔豚气、胸痹心痛、消渴、惊悸、呕吐等篇。根据中医异病同治的原则，凡属脾虚痰饮为患的许多疾病，均可用苓桂术甘汤加减治疗。按西医学认识，苓桂术甘汤证的水饮停聚与组织器官的水肿和炎症有关。经现代研究发现，苓桂术甘汤方的药理作用可归纳为利尿、镇痛、祛痰、止咳、增强血液循环、促进机体消化及免疫机能。故西医学中某些眩晕、支气管炎，心血管病、关节炎、泌尿系统、消化系统、神经及内分泌系统疾病出现以中医痰饮病症候为主症时，只要辨证属脾胃阳虚，痰饮为患者，均可用苓桂术甘汤加减治疗。

7.4.3.2 补肾为治痰之本 若肾阳虚衰，则温煦失职，对水液的蒸腾功能失常，可

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

导致水湿内停，上泛为痰。症见浮肿畏寒，喘逆气促，治当温补肾阳，化气行水。本法适用于肾失温化，水泛为痰所致之各种疾病，可用于上、中、下三焦周身及肾间诸种疾患，尤其当久痰、顽痰、迁延不愈之痰病时更为常用。代表方：金匮肾气丸、济生肾气丸，右归饮等。

若肾阴虚弱，则内热煎熬也可成痰，治当滋养肾阴，代表方：六味地黄丸。

温肾化饮法适用于阳虚饮泛证。多因肾阳虚衰，水气不化，饮邪泛滥，凌心射肺。证见咳喘，短气，胸闷，心悸，或身睭动。面足浮肿，舌质淡，苔白滑，脉沉弦。代表方：真武汤。

对于肾失摄纳，气不归元之虚喘，多取熟地、怀牛膝、补骨脂、巴戟天、紫石英、五味子、磁石、蛤蚧之属，其中怀牛膝尤为常用，意在填精益肾，纳气归元，所谓“纳下焦之吸气，吸气利则喘息自平。”

7.4.3.3 治痰须燥湿，湿去痰自祛 所谓“脾无湿不生痰”。燥湿又为治痰之关键。主要治疗湿痰为疾。湿痰的生成是由于脾阳不振，运化失司，水湿留聚，湿胜痰生，临床表现为痰白易咯，胸痞恶心，肢体困倦或头眩心悸，舌苔滑，脉弦等。常用燥湿化痰药物有法半夏、制南星、陈皮、白芥子、茯苓，湿热甚者，则佐以黄连、白头翁等清热燥湿之品。临床应用时需根据湿痰之多寡、病情之轻重而分别选以燥湿、祛湿、利湿、渗湿、化湿等治法。代表方：平胃散、二陈汤、清湿化痰汤、五苓散、六君子汤。

7.5 探 吐 疗 法

《景岳全书》所载家传吐法，实为导引吐纳，使气顺痰出，无论虚实缓急，上下内外，均可施用，而全收弗药之神功。

探吐疗法是用手指或羽毛等物，探触咽喉引起呕吐而将痰涎吐出的一种治疗方法。

操作：患者取坐位或侧卧位，张口，医生用手指或羽毛、棉签，压舌板探入咽喉部，并上下左右触探，刺激喉咙，使之作呕而吐。

适应证：膈上之痰，胃中宿食及酒积。

禁忌证：年老体弱者，孕妇，合并高血压病、冠心病、脑血管意外、昏迷者忌用。

7.6 外 治 法

7.6.1 熨脐疗法

本文仅介绍中药熨脐治疗喘息型慢性气管炎（痰喘）的方药及方法。

处方：

(1) 痰湿型处方：①痰湿1号方：制黑附子、干姜各等分，研极细面，备用；②痰湿2号方：椒、白果、白术、陈皮各等分，研极细面，备用。用法：先向脐中填麝香0.156g，再用温水调痰湿1号方药粉成糊状填满肚脐，继用温水合痰湿2号方药粉成一大药饼，覆盖脐部。

(2) 痰热型处方：①痰热1号方：青黛、蛤粉各等分，备用；②痰热2号方：白果、枇杷叶、鱼腥草、大贝母各等分，研极细面，备用。用法先向脐内填冰片0.312g，再用鲜竹沥水调痰热1号方药粉成糊状填满肚脐，继用温水合痰热2号方药粉成一大药饼，覆盖

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

脐部。

熨脐治疗方法：

(1) 加热器：①封闭或低压自控电炉（热敏电阻控制）；②圆形恒温板炉（点燃直流汽油，点一次恒定放热 20 小时）；③日本电能板炉（通电 2 分钟放热 4 小时）。

(2) 操作方法：①先将脐内及脐周（直径 150mm）用温水清洗干净，再常规消毒。②在脐内填麝香或冰片后，先用各型 1 号方药粉分别用蜂蜜、温水、鲜竹沥汁调糊填满肚脐，再用各型 2 号方药粉合成 3cm 厚直径 12cm 的大圆药饼覆盖于以脐为中心的脐部，在药饼上面紧扣一个与药饼一样大小（带边 1.5～2cm 宽）的搪瓷盘，在搪瓷盘边下面药饼周围用小麦面团加以固定。然后再用一个带洞（直径 12cm）的小棉被（较腹部面积略大）套在盘底上并紧包腹部以固定药饼和保护腹部（防止烫伤）。③再将封闭式自控电炉放盘底上加温熨疗。痰湿型患者保持脐部皮肤与药饼之间 38℃～40℃温度，持续加热熨疗；痰热型患者保持 38℃。④每次熨疗 6～12 小时，每 2～3 天 1 次，10 次为 1 个疗程。⑤结束时，取下药饼，保留脐内药糊，用一无毒塑料膜盖严固定，穿好衣服休息半小时方可出屋，最好结束后即盖被入睡。

治疗反应：①熨疗时，先感脐部温暖舒适，1 小时左右温热感透入腹内，2～3 小时，温热感透入整个腹腔和腰部，甚至全身。②熨疗过程中患者出汗，以全身微汗为适度。体壮者，熨至全身、头顶。脚心全部汗出，效果更好。但不宜连续出大汗，以防亡阳。③熨疗 3 小时后痰鸣、喘息即好转，有的患者熨疗 1 次，第二天早晨痰量减一半，喘息消失。

注意事项：①熨疗前，患者适当进食，排大便、尽量防止间断熨疗。②熨疗时间长，中间可进食熟鸡子等食。③熨疗中和熨疗后一定要避风寒。④为保持疗效稳定，禁房室 1～3 个月。⑤熨疗期间，戒生冷，慎风寒，保养 1 个月后，会感到精神饱满、体魄健壮。⑥不慎烫伤者，按外科烫伤常规处理。

7.6.2 贴敷疗法

穴位贴敷药物疗法是一种穴位与药物相结合，充分发挥穴位与药物特异性的外治方法。因其简便易行，疗效较好，故广泛用于临床。可用于痰饮所致的咳喘，包括西医中的急慢性支气管炎，肺气肿，肺心病、支气管哮喘、间质性肺炎等多种疾病。

主穴：肺俞、心俞、膈俞、膏俞、脾俞、肾俞、大杼、天突、膻中、璇肌、神阙、命门、大椎、百会、定喘。

药物处方：选《张氏医通·诸气门》中的消喘膏。其基本方为：白芥子、甘遂、细辛、延胡索（或用洋金花代延胡索）。

治疗时机：依据“冬病夏治”原则，在夏季初、中、末伏或入伏后每隔 10 天作 1 次一般 3 次为 1 个疗程。多需坚持 1～3 年或更长。

作用机理：穴位贴敷疗法主要调节了机体的免疫功能和内分泌功能，并具有一定的消炎、降低气道高反应性及改善肺功能等作用，从而达到治咳喘痰的目的。

7.7 针 灸 疗 法

《医学纲目》述有一切痰饮，取丰隆、中脘。可见针灸疗法，也可用治痰饮病。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.7.1 毫针疗法

7.7.1.1 痰饮病

主穴：水分、三阴交、阴陵泉、丰隆。

方义：水分位近中焦，下为小肠，其利水在于健运脾胃，使脾胃健而水气化，又因其深部为小肠，故针刺此穴，可分别清浊利小便而治疗水饮。临床常用于脾胃功能失调所引起的水肿、腹胀、肠鸣、腹泻等症。三阴交为脾经俞穴，阴陵泉为脾经合穴，具有健脾消痰饮之功。脾为生痰之源，脾健痰饮自消。丰隆是胃经络穴，为化痰之要穴。

配穴：配气海、肺俞、脾俞、肾俞治水肿。若腹胀、肠鸣、腹泻配中脘、天枢、上巨虚、阴陵泉，共奏健脾化痰饮之功。

刺法：针用泻法，患者取仰卧位，穴位局部常规消毒，水分直刺 0.8～1 寸。三阴交直刺 0.8～1 寸。阴陵泉直刺 1～1.5 寸。丰隆直刺 1～1.5 寸。若脾肾阳虚者，宜用补法，可加灸法。

7.7.1.2 痰饮犯肺

主穴：定喘、风门、肺俞、合谷、中脘、丰隆等穴。

方义：定喘是奇穴为经验穴，是治疗咳喘之有效穴；风门、肺俞为局部取穴，治疗肺部咳喘之穴；肺俞为肺经背俞穴；丰隆为胃经络穴，具有涤痰之功；中脘是胃经募穴，具有健脾化痰之功；合谷疏散外邪。诸穴共奏健脾化痰、宣肺化痰之功。

刺法：针用泻法。患者取坐位，穴位局部常规消毒，定喘平刺 0.5～0.8 寸。风门平刺 0.5～0.8 寸，肺俞平刺 0.5～0.8 寸，合谷直刺 1～1.5 寸，中脘直刺 1～1.5 寸，丰隆直刺 1～1.5 寸。

7.7.1.3 痰饮凌心

主穴：内关、间使、少府、中脘、足三里。

方义：内关是心包之络穴，间使是心包经经穴，少府是心经荥穴，中脘是胃经募穴，足三里是足阳明胃经合穴。诸穴合用，共奏培补心脾之功。

刺法：针用补法，患者取仰卧位。穴位局部常规消毒。内关直刺 0.8～1 寸，间使直刺 0.8～1 寸，足三里直刺 1～1.5 寸，少府直刺 0.5～0.8 寸，中脘直刺 1～1.5 寸。

7.7.1.4 痰浊中阻

主穴：中脘、内关、足三里、丰隆、隐白、三阴交、脾俞、胃俞。

方义：中脘是胃经募穴，与胃俞、脾俞合用，配合胃经合穴足三里、络穴丰隆、井穴隐白，健脾胃以消生痰之源；内关、丰隆化痰涤痰，三阴交为脾经腧穴健脾化痰，为治痰之本。痰消诸症自除。

刺法：针用平补平泻，患者取坐位，穴位局部常规消毒。中脘直刺 1～1.5 寸，内关直刺 0.8～1 寸，足三里直刺 1～1.5 寸，丰隆直刺 1～1.5 寸，隐白直刺 0.5 寸，三阴交直刺 1～1.5 寸，胃俞、脾俞平刺 0.5～0.8 寸。

7.7.1.5 痰厥

主穴：中脘、丰隆、足三里。

方义：病人嗜食厚味，以致聚湿生痰、痰火上蒙清窍，发为昏厥。丰隆、中脘相配有豁痰行气开窍之功，《玉龙歌》："痰多宜向丰隆寻"，足三里为胃经合穴，能健脾化湿，使

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

清阳之气得升。以上诸穴配合针刺，能使气血通畅，阴阳调和，诸病皆愈。

刺法：患者取仰卧位，穴位局部常规消毒，急针中脘、丰隆、中脘直刺 1～1.5 寸，丰隆直刺 1～1.5 寸，施捻转泻法。再配足三里直刺 1～1.5 寸施以平补平泻，留针半小时。

7.7.2 耳针疗法

取肝、脾穴，病人每次取单侧穴，用麝香虎骨膏将王不留行子贴上，每次按揉穴位 3～5 分钟，每日按压 3 次，每隔 3 日改换对侧穴部，10 次为 1 个疗程。用于治痰饮之高血脂症。

若用皮 l 针埋针法，可令病人取坐位，医生用毫针针柄在耳廓穴位区探索痛点，进行消毒，移针刺入痛点，针尖向上下左右方向转，同时用力捻转，留针 1～15 分钟，隔日针刺对侧穴位。10 次为 1 个疗程。用于治疗痰饮之高血脂症，效果显著。

7.7.3 灸法

脾肾阳虚者，宜灸脾俞、三焦俞、肾俞。灸脾俞以温阳健脾；灸肾俞以温肾化气行水；灸三焦俞以调整气机，使气机和畅，水道通利。

灸阴交穴治疗水饮内停而引起的眩晕、呕恶、不欲食、水肿等，有较好的化湿作用。阴交位近下焦，是任脉、足少阴、冲脉之会穴，其功用在于温肾而助脾化水，取其温而化湿。如眩晕、呕恶、不欲食常用艾条灸阴交 20 分钟，配以中脘、内关、阴陵泉、足三里、百会、印堂等。

7.8 推 拿 疗 法

可采用穴位按摩：用双手大鱼际擦迎香、鼻通穴，小鱼际擦风池、风府穴，可防治感冒。

用点捏法排痰。具体操作方法为患者坐在靠背椅上，医者立于患者右侧，左手夹住患者头顶，右手掌心朝下，拇指指腹点天突穴，拇指指背贴喉，向下用力，垂直下压。拇指指腹作一起一落的点穴手法，但手不要移动。反复数次后，再用拇食二指贴喉两侧，向上推动，促使患者产生咳嗽。如此手法后，即可引起患者产生不可抑制的连续咳嗽，即可将气管内痰块排出。如咳痰后，胸部仍憋胀，可再经点捏直至胸部舒适为止。

本法适用于气管或支气管内有痰液阻滞而致呼吸困难者均可应用。但对昏迷、大咯血、肺手术后胸腔引流管已摘除而又估计支气管残端没有完全愈合者和有脑水肿的患者应慎用或禁用，以防因剧咳诱发脑疝等而致严重的后果。

8 疗效评定标准

目前关于痰饮病的判定尚缺乏标准，只在《中医病证诊断疗效标准》（ZY）中对于痰饮病中的悬饮病提出了疗效评定标准。兹摘录如下。

治愈：症状消失，胸腔积液吸收，实验检查正常。

好转：症状明显改善，胸腔积液减少。

未愈：症状、胸腔积液均未改善。

9 调摄护理与预防

凡有痰饮病史者，平时应注意保暖，避免感受风、寒、湿、冷，饮食宜清淡，忌甘

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肥、生冷，戒烟酒，不宜过多饮水，并保持劳逸适度，以防诱发或加重病情。

如脾阳虚弱和脾肾阳虚证患者中有眩晕、呕吐较甚者，悬饮患者中有往来寒热、积饮较多、呼吸困难、午后潮热者，溢饮和支饮患者中有咳喘甚剧伴面浮跗肿者，均应卧床休息，必要时，采取半卧位，并应密切观察有无喘脱之征兆。

浮肿明显者，宜进无盐或少盐的饮食，以利肺肾功能的恢复。进食或稍动即吐者，暂时禁食。痰饮病患者服药时多宜热服，呕吐者宜徐徐服之，以防继续呕吐。对卧床休息的患者，应经常变换体位，转换采取健侧卧、仰卧或伏卧，每日 1～2 次，每次 20 分钟，有助于疏通气血，减轻疼痛。

10 康　　复

痰饮虽去，但正气未复，应以药物、饮食进行调理。

10.1 药 物 康 复

痰饮为患，多伤肺脾肾三脏，故以健脾益气补肾之剂调治。肺气虚者，可用玉屏风散；肺阴虚者，可用生脉散；脾虚兼有湿困气滞者，可用香砂六君子丸；肾阳偏虚者，可用右归丸；肾阴偏虚者，可用左归丸。

10.2 食 疗 康 复

(1) 气虚不复者，用党参粥（《中国药粥谱》）。党参 10g，先用冷水浸泡 3 小时，粳米 100g,放入锅中，加水 1000ml，煮成稀粥。临食前加红糖少许，每日早、晚温热顿服。

(2) 阳虚不复者，宜桂汁粥（《中国药粥谱》）。以肉桂 2～3g，煎取浓浆去渣，更用粳米 50～100g，加水适量，煮成稀粥，调入桂浆，加入红糖适量，稍煮沸。每日早、晚温热服，3～5 日为 1 个疗程。

(3) 阴虚不复者，宜沙参百合饮（《中国食疗学》）。沙参 10g，百合 15g，共煎取汁，酌量缓缓饮用。

(4) 肾虚不复者，宜参蛤粥（《中国食疗学》）。人参 10g，蛤蚧共研细末，和匀；大枣（撕破）、生姜（切片）洗净，早、晚分两次与粳米同煮为稀粥，粥成后，分次调入人参、蛤蚧末，每日分早、晚食用。

(5) 真蚌粉（《内经类编试效方》）：真蚌粉（新瓦上炀红）。入青黛少许，用淡浆水滴麻油数点，调服 6g。

(6) 橘红糕（《民间食谱》）：橘红 10g，米粉 500g，白糖 200g。橘红研细末，与白糖和匀为馅。米粉以水少许润湿，放蒸锅里屉布上蒸熟，冷后压实切为夹心方块夹糕，不拘时酌量食用，主治痰饮。

(7) 半夏山药粥（《家庭食疗手册》）：怀山药 30g 研末，清半夏 30g，煮取汁一大碗，去渣调入山药末，再煮数沸，酌加白糖和匀，空腹食，主治痰饮。

(8) 石菖蒲饮（《梅氏验方新编》）：石菖蒲、生姜各适量，共捣汁 1 小杯，顿服，化湿豁痰，宁心安神。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

10.3 自 我 疗 法

根据个体条件进行站、坐、卧不同形式的腹式呼吸。从夏天开始用冷水洗脸、洗鼻、擦身，四季均要坚持。这两种锻炼可增强机体抗御外邪的能力。

【近代研究】

1 理 论 研 究

1.1 病证名称与定义

关于痰饮的概念，高等医学院校教材《中医基础理论》认为："痰和饮都是水液代谢障碍所形成的病理产物。"这一概念以一个"都"字确立了痰概念的全部内容，肯定了"水液代谢障碍所形成的病理产物"，是痰概念不容置否的全部内涵以及无形之痰的实体存在。《实用中医内科学》认为："痰饮是指水液代谢在体内运化输布失常，停积于某些部位的一类病证。"

痰症的含义有狭义与广义之不同。狭义的痰仅指咳嗽或咯吐出的痰涎。广义的痰则包括痰在体内或体表形成的各种各样的痰证。中医还有"有形之痰"与"无形之痰"的提法。有形之痰，又谓之狭义之痰，为咳咯而出，或呕恶而出，容易被人察觉，故又称为外痰。无形之痰，又谓广义之痰，不易被人察觉，只能从症状测知。其病变和临床证候，从内向外，故又称为内痰。

孟庆云认为，痰概念的转化除了最早的实体内涵，还经历了两次概念转化过程。第一次是隋唐至宋，痰饮分立；第二次是金元至清，概念泛化。[1]第一次概念转化虽然已经提出了"无形"之说，但仍然是指"水液"所化的病理产物，是"……无形之痰，亦为有形之体，其和有形之痰的区别仅在凝聚、留伏的部位不同，而可见或不可见。"第二次概念转化不再是单指实体概念。医家们提出的"百病皆痰"说已经不是实体概念所能覆盖和包含的内容，是痰概念的拓宽、外延和发展，冀以用痰饮赅论诸证。继金代张子和创"痰蒙心窍"理论之后，元代朱震亨提出"怪病多属痰""痰火生异证"等，把痰的概念泛化出实体概念。此期痰的内涵一方仍遵循"饮水积聚"之说，又作出了延伸和泛化。如《景岳全书·杂证谟·痰饮》云："……痰涎本皆本血气，若化失其正，则脏腑病，津液败，而血气即成痰涎。"《血证论》亦曾指出"血积即久亦能化为痰水，从另一方面说明了"饮水积聚"中的"精气"物质性，这种形成痰的精微物质是一种不可测的无形存在，有别于"水液"病理所化的未见之说，只是在当时的历史条件下无法阐明罢了。现代研究对这一无形内涵有所揭示，如徐济民等通过对痰浊型冠心病与血脂水平的研究认为，痰浊型患者的胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白均增高，胆固醇的含量明显高于非痰浊型及正常对照组。血清甘油三酯和低密度脂蛋白、胆固醇含量升高是冠心病痰热两亚型特有的重要生化物质基础。[2]对这些生化物质在今天应着手于现代研究，以发掘痰的精微物质，揭示无形之痰的真缔，阐发痰概念的真旨。

运用现代技术对古老痰的概念的剖析佐证，可以揭示其内涵和真旨，以便使无形之痰

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

的假说具有一定的清晰度，以引起中医学术界的警觉，加紧概念的发掘和提高。当然运用现代科学技术和研究方法对痰概念研究还刚刚起步，但是从现有的成绩和初步的结果及所呈的发展形势完全可以说明，痰概念的内涵不仅仅是“水液”病理的产物，还包括更广泛复杂的内涵，这些内涵才是痰病学院发展的希望所在，具有广阔的开拓前景和发展前途。

1.2 病因病机研究

1.2.1 传统病因病机学说的研究

关于痰饮病的病因病机认识，在继承前人的“三因”学说的同时，临床医家又各有发现及论述。

张伯臾等认为痰的产生，与肺、脾、肾三脏的关系至为密切。肺主治节，外邪袭肺、肺失宣肃，肺津可凝聚成痰；脾主运化，外感湿邪，或饮食不节，或思虑劳倦，脾胃受伤，运化无权，水湿内停，凝聚为痰；肾司开阖，肾阳不足，开阖不利，水湿上泛，可聚而为痰，命门火衰，不能温运脾阳，水谷不化精微，亦可生湿成痰；肾阴亏耗，虚火内炽，以致灼津为痰。此外，情志不遂，肝气郁结，气郁化火，可煎熬津液而为痰，痰郁互结，可发为郁痰。肝阳化风，痰涎内壅，可发为风痰。痰热互结，则为热痰。寒、痰互凝，则为寒痰。痰而兼有湿象者为湿痰。痰而兼有燥象者为燥痰。痰之已成，留于体内，随气升降，无处不到，或阻于肺，或停于胃，或蒙心窍，或郁于肝，或动于肾，或流窜经络，变生诸证。饮的形成，多由脾肾阳气素虚，水液转输蒸化无力，复加水湿浸渍、饮食所伤，使脾的运化转输功能被遏，水谷不得化为精微，输布全身，以致水液停积于某一部位，积水成饮。如饮停胃肠者为痰饮，水流胁下者为悬饮，浮溢肢体者为溢饮，饮犯胸肺者为支饮。发病总属阳虚阴盛，输化失常，水饮停积为病。[3]朱曾柏认为人体的水液代谢主要与肺的宣降、脾的运化、肾的气化、三焦的通调水道关系密切，肺脾肾功能失调，三焦气化失司，必致水湿停滞，聚生痰饮，五脏之病皆能生痰。[4]姜惟还认为心肝之痰的形成机理主要是心阳失常。津血成痰和肝失疏泄气郁生痰。[5]还有认为瘀血积久，阻滞络道，络中之津不能渗出脉外，络外之津不能还于脉中，津液积聚而生痰浊。何裕民通过东南义乌、西北延安和上海的1257例体型与体质的调查分析，发现肥胖人群阳虚和痰湿体质比例增高，说明痰饮的产生与体质也有一定的关系。[6]

1.2.2 痰饮病证实质的现代研究

应当明确痰饮既是传统的疾病名称，同时也是中医的病因病机，从而对许多疾病的临床表现，可以做出具体合理的解释。林绍基指出：“痰涎之化本由水谷”（张介宾语），极大地扩展了水液/水湿的涵义和内容。盖水、谷之气是构成人体的物质基础，因此可以说痰饮的产生是由于物质代谢的障碍、失调，其病理结果包括炎症的渗出、浸润、增生性或退行性变（变性）等病理变化。如此，痰饮作病理、病机理解，则可以对许多疾病的病因、病机作出合理解释，所谓“百病兼痰，痰生怪病”也就不足为怪了。当然，痰饮并非病理变化的全部，痰饮与炎症两者也不能等同，但痰饮的部分病机，确与炎症病理相符。[7]

方永奇提出了痰证病理生理学本质假说。他认为痰证是一个复杂的病理生理过程，涉及到多器官、多系统，并非单纯的某一种物质。各种致病因素，首先引起神经内分泌异

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

常，植物神经功能紊乱，体液代谢及物质代谢障碍，从而导致代谢产物堆积，内环境紊乱，表现为痰证的一系列临床症状。如代谢产物堆积、内环境紊乱损伤到免疫系统，则表现细胞免疫功能下降，自身免疫和变态反应出现，组织细胞可出现炎症、变性、增生或坏死等，病变在呼吸道可表现为咳嗽、咯痰、喉中痰鸣、气喘等。若循环系统受累，则主要表现为高动力型的血液循环特征：循环压力增高，心率加快，心排出量和心肌耗氧量增高，表现为心悸、胸闷、喘息、脉弦滑等。若神经系统受损，则表现为神经变性及精神神经症状，如癫痫、失眠、眩晕、肢麻、偏瘫、震颤、痴呆、昏迷等。若泌尿系统受损，则出现水钠潴留，四肢水肿，面目浮肿，小便不利及大便不爽等。这一假说基本上可以解释痰证的一系列临床表现及其全身性、复杂多变的致病特点，具有一定的理论价值和临床指导作用。[18]

2 临床研究

2.1 临床症候的观察研究

症状的观察是临床研究的基础，通过症状学入手，可以确诊疾病，探索疾病的证候及病变规律，判断病势及预测转归，指导临床治疗。

痰饮病的临床表现极其复杂多样，古今描述多种多样，涉及人体多个脏腑。痰饮病的临床表现呈全身性，复杂多变的致病特点。《实用中医内科学》（1996 年上海科学技术出版社）提出痰饮病的主症为：其人昔肥今瘦，肠间漉漉有声，呕吐清水痰涎，口渴不欲饮水，水入即吐，背部寒冷如掌大，头晕目眩，心悸短气；咳逆倚息不得卧，或胸胁胀满，咳唾引痛；饮水流行归于四肢，当汗不汗，身体疼重，膈满，喘咳、呕吐、发则寒热，腰背痛、目泪出，其人振振身瞤剧，舌苔白，脉弦。章真如编著的《风火痰瘀论》（1986 年人民卫生出版社出版）提出了痰、饮各自的主症。其中，痰之主症：胸部痞闷，两胁胀痛，咳嗽痰多，恶心呕吐，腹泻，心悸，眩晕，癫狂，皮肤麻木，关节痛或肿胀，皮下肿块，或溃破流脓，久不愈合，脉滑，苔白滑而厚。饮之主症：临床症候多随饮之部位而有别，如见咳嗽，肠中有漉漉声，为痰饮，饮在肠胃；如咳吐引痛，心下痞硬，为悬饮，饮在胁；如体笨重而肿，则为溢饮，饮在四肢肌肉；如咳喘气逆，不能平卧，为支饮，饮在膈上。王永炎等主编的《临床中医内科学》（1997 年北京出版社出版）提出痰饮病的中心证候特征：脘中有振水音而背寒，或肠中雷鸣有声，咳唾引痛胸胁而气促，身体沉重微肿，咳逆痰多，喘满不得卧，尿少面浮跗肿，为本病之主症。

痰饮致病，病种特多，证候繁杂，不仅能变生怪证异候，而且还能兼夹它邪伤人；痰饮之物，阴凝粘滞，一经形成则胶着难去，故又具缠绵之性。概言之，痰饮致病具有多杂、怪异、缠绵、兼夹等特点。

2.2 诊断及辨证标准的研究

关于痰饮病的诊断标准，1994 年国家中医药管理局制定的中医药行业标准中只提到悬饮。1997 年国家技术监督局发布的国家标准——《中医临床诊疗术语·疾病部分》中虽有关于悬饮、支饮、溢饮的诊断标准，但仍未收录病饮病的诊断标准。目前对饮证的诊断

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

一般仍多参照1996年上海科学技术出版社出版的《实用中医内科学》中提出的饮证诊断标准。痰证的诊断标准是近年来痰病学专家们的研究内容。

2.2.1 饮证的诊断标准

《实用中医内科学》中关于饮证的诊断标准指出：其人昔肥今瘦，肠间漉漉有声，呕吐清水痰涎，口渴不欲饮水，水入即吐，背部寒冷如掌大，头晕目眩，心悸短气，咳逆倚息不得卧，或胸胁胀满，咳唾引痛；饮水流行归于四肢，当汗不汗，身体疼重，膈满，喘咳，呕吐，发则寒热，腰背痛、目泪出，其人振振胸剧，舌苔白，脉弦。

王水炎提出的饮证诊断标准如下：①腹中雷鸣有声，眩晕，呕吐，寒热往来，胸痛，浮肿，肢体疼痛，咳逆痰多，喘满胸闷，或有长期抽烟史。②胃中有振水音，病侧胸廓隆起，面浮下肢水肿较甚，喘息不得平卧，心下痞坚。

饮证中四饮的诊断标准，1994年国家中医药管理局发布的中医药行业标准中提到了悬饮，1997年国家技术监督局发布的国家标准——《中医临床诊疗术语·疾病部分》中又补充收录了支饮、溢饮的诊断标准。

2.2.2 痰证的诊断辨证标准

关于痰证的诊断辨证标准，现代医家不断研究探讨。方永奇等有关“痰证宏观辨证的计量化研究”结果，可资参考。即：①主要指标：咯痰，喉中痰鸣，舌苔腻，脉滑；②次要指标：眩晕，嗜睡，肥胖，口干不饮，恶心呕吐。辨证（诊断）标准，符合下列任何一项，即可辨为痰证。即：①具备主要指标2项，②舌苔腻加次要指标1项，③咯痰加次要指标2项，④喉中痰鸣或脉滑加次要指标3项。此标准为广州中医学院附属医院方永奇等发表在1992年《湖北中医杂志》第6期33页上，现摘录以供参考。多年来方永奇等应用临床流行病学方法和现代数理统计方法，开展了有关痰证辨证标准的一系列研究工作。研究中，将566例患者分为痰证组和非痰证组，经卡方检验，将有意义的症状、体征进行了逐步判别分析，建立了痰证宏观辨证的方程式。宏观辨证的四代检验结果表明，该辨证标准的敏感度为0.923，特异度为0.929，准确度为0.926，具有临床实用意义。这一标准主要是以内科病为基础研究建立的，平均年龄53.5岁，对老年痰浊证的临床诊断具有指导意义。

福建中医学院张超群等发表在《北京中医学院学报》1990年第4期第9页上的痰证诊断标准如下。主症：①素日咳吐痰涎，②舌体胖大，③苔腻，④脉滑或弦。次症：①喘促或胸闷，②心悸或神识错乱，③肢体麻木或半身不遂或关节重痛，④梅核气，⑤嗜睡或眩晕，⑥肢体结节或瘰疬。诊断标准：凡具备上述主症2项兼及次症1项者，即可诊断为痰病。此外，朱曾柏、邹小娟氏等，也报道了“中医广义痰病诊断标准”的研究观点，主要是以临床经验为基础总结而成，也具有较重要的参考价值。其内容包括：①基本症状和体征，②病位症状或体征，③发病特点。其中，基本症状和体征包括：面色晦黯或面色光亮如油，眼神滞涩不流利，或眼眶周围略显晦黯，皮肤油垢明显，前阴、腋窝或手足以常泌液渗津，秽气甚大，形体日趋肥胖，或肌肉松软如绵，指短掌厚，项背或手足作胀，口粘，口腻，口干不欲饮，厌油腻厚味，喜素食、淡食，呕恶或呕吐痰涎，或喉中痰鸣，嗜睡或困顿，或易惊悸，失眠，难寐，头重如裹，神疲困乏，平素胸闷憋气，背部作胀，喜捶打，叹气，阴雨闷热天或寒暖交替时以上症状尤为明显，低热身困，或自觉身热不扬，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

测试体温并不明显升高，舌体胖大，舌面津津滑润，甚至口中时有痰涎漾漾，难以自控，苔腻，脉滑或弦或濡缓。

2.2.3 痰饮病讨论范围

痰饮是一个常见疾病，在发病中涉及各个系统，可见于西医学中多种疾病或疾病的某一阶段，现将近年来临床研究报道中涉及痰饮病的相关西医各系统疾病归纳如次。

（1）神经系统疾病：脑血管意外、中风预测异常、眩晕、梅尼埃综合征、失眠、头痛、嗜睡、老年性痴呆、痫证、梅核气、癔病、郁证、神经官能症、精神分裂症、癫狂、中风、中风后遗症、脑炎及其后遗症、脑外伤性癫痫、惊厥、精神运动性癫痫、慢性复发性头痛、三叉神经痛、脑萎缩、强迫性神经症、晕厥、急性散发性脑炎并发败血症、病毒性脑炎、多发性神经根炎、假性脑鸣、幻视、梦游、老年精神病、脑动脉粥样硬化性精神病、肺炎并发癫痫持续状态、帕金森病、手足搐搦症、胃肠神经官能症、肌肤麻木、发作性头痛、振颤等症。

（2）心血管系统疾病：冠心病、心肌梗死、心律失常、心悸、高血压、低血压、高血脂症、肺心病、病毒性心肌炎、室性早搏。

（3）消化系统疾病：慢性胃炎、消化性溃疡、慢性结肠炎、慢性胆囊炎、胆石症、呕吐、泄泻、乙型肝炎、急性黄疸性肝炎、浅表性胃炎、过敏性肠炎。

（4）呼吸系统疾病：支气管哮喘、咳嗽、肺炎、胸腔积液、慢性鼻炎、慢性咽炎、急慢性支气管炎、肺气肿、慢性呼吸衰竭、结核性胸膜炎。

（5）泌尿生殖系统疾病：慢性肾功能衰竭、尿毒症、阵发性睡眠性血红蛋白尿、不孕不育、阳痿。

（6）妇科疾病：妊娠恶阻、脏躁、更年期综合征、妊娠中毒性视网膜病变、不孕症、流产、月经病、带下病、卵巢囊肿、多囊卵巢综合征。

（7）内分泌系统疾病：甲状腺滤泡增生症、甲状腺瘤、糖尿病、糖尿病酮症酸中毒、肥胖症。

（8）五官科疾病：声带水肿型息肉样变等、声带息肉、舌体糜烂、口腔溃疡、急性扁桃体炎、会厌黏囊肿、咽部潴积性囊肿、声带肿瘤、声带小结、室带肥厚、顽固性声音嘶哑、梅尼埃病、慢性化脓性中耳炎、过敏性鼻炎、鼻息肉。

（9）眼科疾病：霰粒肿、暴盲、绿风内障、聚星障、青盲。

由上可以看出，痰证主要见于神经系统、心血管系统和消化系统，饮证多见于呼吸系统、消化系统。这与研究痰饮病临床流行病学的调查结论是一致的。这些系统疾病的痰涎病症，以“无形之痰”多见，饮证的病症之呼吸系统疾病则以“有形之痰”多见，另一方面也启发我们，研究痰证必须从这几个系统入手，重点研究“无形之痰”以寻求突破口。

2.3 治则治法研究

2.3.1 治则治法概述

历代治痰大法当首推仲景所倡“病痰饮者当以温药和之。”尚小平对此作了阐释，他认为痰饮多属阳微阴盛，本虚标实之候，单纯攻伐恐伤阳气，过于燥热又必耗劫津液，煎熬成痰，变生它证，“以温药和之”之“和”有温补助阳，消水蠲饮之意，既使使用温药

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

也不得专用温补，使之太过，应佐以行消开导，使邪有去路。[9]由于津液的输布和排泄有赖于气的推动，故善治痰者又当以调气为先。正所谓“善治痰者，不治痰而治气，气顺则一身之津液，亦随气而顺矣”。而杜天植认为“治气”之法又有“宣降肺气、调理脾胃之气、温补肾气、疏还肝气、温通心气、调达三焦之气”的不同，并把痰饮的治疗原则归纳为3个方面：一是治脾为本，二是顺气为先，三是痰瘀并治。[10]吴家清根据王孟英所著《王氏医案》总结出“治痰十八法”。[11]秦伯未执简驭繁，把治痰之法概括为三类，即化痰法、消痰法、涤痰法。秦氏认为：化是着重在痰浊的原因，使其自然消失；消是强迫使其排除，如痰浊凝滞经络所致的瘰疬等；涤是荡涤，有攻逐之义，如顽痰、痰饮停聚，化、消均不去者，始用此法。若痰浊滞久不解，“病久入络”，尤当考虑痰瘀同病，当以“通络之法”祛痰化瘀。总之，由于痰饮的病种繁多，故而治法也就各异，但总以温肾、培土以固其本，攻痰逐饮以治其标，调理气机以畅水道为治疗大法，临证如何掌握攻补之宜，则当以“和”为度。

2.3.2 痰饮治法的临床运用

由于痰饮无处不到，所涉及的病种繁多，所以治痰方法被广泛运用于临床各科。张伯臾主编的《中医内科学》（1985）提出痰证的治法为：①宣肺化痰，代表方为止嗽散、杏苏散之类；②化痰开窍，导痰汤、苏合香丸之类；③健脾化痰，平胃散，六君子汤之类；④解郁化痰，四七汤之类；⑤温肾化痰或滋肾化痰，济生肾气丸或金水六君煎之类；⑥软坚消结，通络化痰，四海舒郁丸、指迷茯苓丸之类。饮证则分为：①痰饮，温阳化饮或攻逐水饮，方用苓桂术甘汤、己椒苈黄丸之类；②悬饮，攻逐水饮，十枣汤、葶苈大枣泻肺汤之类；③溢饮，温散化饮，小青龙汤之类；④支饮，温肺化饮，小青龙汤之类，温补脾肾，肾气丸、苓桂术甘汤之类。宗文九归纳为：燥湿化痰法、温阳化痰法、清热化痰法、熄风化痰法、润燥化痰法、理气化痰法、消食化痰法、通络化痰法、宣散化痰法、涤痰开窍法、软坚消痰法、攻下劫痰法、涌吐痰涎法、补气化痰法、健脾化痰法、补肾化痰法、温阳化饮法、发汗祛饮法、攻逐水饮法。对于肺心病心力衰竭者，宋哈军用自拟中药涤痰利水汤治疗，用药为：葶苈子、桑白皮、冬瓜皮、二丑、鱼腥草、大腹皮、车前、防己、莱菔子。[12]对于胃石症，也可采用健脾温中、软坚化痰治疗，药选党参、焦白术，茯苓、干姜、香附、当归、半夏、陈皮、鸡内金、昆布、海藻、枳实。对痰浊中阻、蒙蔽清阳而属耳源性眩晕者，可用泽泻合半夏白术天麻汤治疗。对于头痛，程云山亦从痰论治，具体运用又有温化寒痰，清化痰热、化痰逐瘀之不同。对于高脂血症，奚凤霜认为其病主要在脾肾及肝胆等脏腑，通过临床研究证明按祛痰论治疗效明显。故而有人提出“化痰是降低胆固醇的重要措施之一”。[13]程运文多采用燥湿化痰、温寒化痰、清化热痰、化痰逐瘀等法治疗痰湿病人乳汁不下。[14]对于多囊卵巢综合征，有人采用温经汤或桂枝茯苓丸加焦白术、七鳖、三棱、莪术、荔枝核、败酱草、海藻、山慈菇化裁治疗，取得满意疗效。[15]除此之外，尚有人从痰论治男性不育症[16]，从痰论治脱发[17]，从痰论治舌麻、舌冷[18]，从痰论治闭经[19]等等。

2.4 痰饮病方药的运用

对于饮证的治疗，诸多医家仍遵循仲景所立“病痰饮者，当以温药和之”之治疗原

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

则，并以仲景所立治饮方剂进行临证加减。

从临床研究报道来看，饮证的治疗用药中，治肺常见细辛、姜、半夏、椒目、麻黄、杏仁、芫花、大戟、葶苈子、甘遂等；治脾常见茯苓、白术、半夏、姜、人参、橘皮、枣、甘草等，并以桂枝、附子、泽泻、猪苓、防己并用以温养肾阳，加入枳壳、厚朴、橘皮、大黄、芒硝之类行气消导之品。

痰证的治疗方剂中，温胆汤对多种病证疗效良好，是历代医家所推崇的治痰名方。作为治痰代表方剂，近年的临床应用极为广泛，通过加减化裁治疗西医多系统疾病属痰证者均具疗效。如参芪温胆汤功能益气健脾、化湿除痰，主要用于冠心病、心房纤颤等；生脉温胆汤功能益气养阴、除湿清热，主要用于冠心病、室性早搏、心源性休克等；芩连温胆汤功能清化热痰、降逆醒神，主要用于高血压病、神经性耳聋、神经性耳鸣等；五子温胆汤功能理气降逆、燥湿化痰，主要用于支气管炎、支气管哮喘、慢性肺心病等；四君温胆汤功能健脾燥湿、理气和胃，主要用于胃炎、慢性结肠炎等；建中温胆汤功能温中散寒、燥化湿痰，主要用子胃及十二指肠球部溃疡、肠痉挛等；三黄温胆汤功能清热化痰、降浊和中，主要用于尿毒症、泌尿系感染等；柴芩温胆汤功能降火祛痰、安定心神，主要用于神经衰弱、神经官能、癔病等；桃仁温胆汤功能活血通络、理气化痰，主要用子神经性头痛、末梢神经炎、脑动脉硬化症等；血府温胆汤功能熄风祛痰、化痰通络，主要用于脑血栓形成、雷诺病等；黄连温胆汤功能化痰清热、和胃止呕，主要用于脑动脉硬化、癫狂、慢性胃炎、梅尼埃病等。

3 实 验 研 究

3.1 痰证相关实验研究新进展

近年来中医临床人员和实验工作者采取多种方法途径进行实验室研究，试图揭示痰饮病发病的物质基础及实质。上海第二医学院附属第九人民医院曾对 82 例冠心病痰证病人与血脂水平关系作过探讨。其结果表明，具有痰浊的冠心病患者的血清 TC、TG、LDL—C 含量均明显高于非痰浊型的冠心病与正常组（$P<0.001$），在各项指标中，以甘油三酯水平与痰湿、痰热两亚型关系较为密切，呈正相关；致动脉粥样硬化指数（AI）与痰湿亚型呈显著正相关（γ 分别为 0.291 及 0.487，$P<0.05$），认为冠心病痰浊的生化物质基础与血清脂类含量增多有关，等级相关分析揭示，痰湿与痰热二组亚型的痰浊程度与 TG 呈正相关，证实血甘油三酯含量增高是形成冠心病痰浊的主要生化物质基础。刘书玲等通过对 214 例冠心病经中医辨证分型病人的血液流变学指标的测定与分析，指出冠心病痰证病人以血浆比粘度（PV）值和纤维蛋白原（Fib）水平的增高为特点，血液粘度增高是导致缺血性心脏病的重要原因，血液粘度与红细胞（RBC）的变形能力及红细胞的聚集性有关，RBC 聚集性的增加是低切变率下血液粘度增高的重要原因之一。PV 可影响各切变率下的血液粘度，Fib 因可吸附在 RBC 表面而起到细胞间的桥接作用，使 RBC 更易于发生聚集。[20] 王静怡等对 305 例痰湿及痰湿夹瘀证患者的血液流变学情况进行了观察。结果显示，痰湿组血小板聚集率、全血粘度明显增高，与对照组有非常显著差异（$P<0.01$），纤维蛋白原增高，与对照组有显著差异（$P<0.05$）；痰湿夹瘀组血小板聚集率、全血粘

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

度、红细胞压积、纤维蛋白原均明显增高，与对照组有非常显著差异（$P<0.01$）。提示182例痰湿证患者血液聚集性及粘滞性显著升高，血液凝固性已有升高，而血液的浓稠度改变不显著。123例痰湿夹瘀证患者血液聚集性、粘滞性、凝固性及浓稠度均有明显升高。[21]方显明对45例冠心病痰证病人的血流变学6项指标的测定结果表明：冠心病痰证病人的全血粘度、血浆粘度、红细胞聚集指数与血沉等指标均高于正常对照组，在排除红细胞压积影响因素后，发现痰证病人的全血粘度对血浆粘度具有依赖性，即随血浆粘度的增高而增高，认为红细胞高聚集性和血浆高粘滞性是冠心病痰证病人的主要血液理化基础。[22]程小曲等的研究表明，冠心病痰证患者TC、FC、HDL—C、HDL_2—C明显升高，提示其指标可作为冠心病痰证辨证的客观依据，在28例冠心病痰证的病人中有脾虚者仅3人，占10.7%，而其胸脘痞满、恶心、滑腻苔等即是痰浊中阻的外象，也是脾失健运（为脾实所致：肝旺乘脾、寒湿困脾、湿热蕴脾）的反映，故主张冠心病痰证应以脾实论之。[23]静文英对321例心脑血管病伴高脂血症患者进行了HDL、Ch、TG及血液流变学检测，发现痰湿中阻型及气滞血瘀型HDL值低于肝肾阴虚及肾虚型（$P<0.05$）而Ch、TG值无统计学差异（$P>0.05$），提示高脂血症中医分型与血脂增高类型及程度无关，而中医各证型中HDL值的变化有一定的病理基础。通过多元逐步回归分析表明，痰浊证突出表现为血液凝固性增高及脑血流量降低。[24]刘万山等对59例脑血栓患者的进行了临床观察，其中痰湿型15例，经过血流变学、甲皱微循环、血小板功能等指标的观察分析，其痰证血液物化性质以聚集性增强为主，甲皱微循环仅次于气虚血瘀证，血小板聚集功能以二证为多见。在研究过程中发现病期与证型的关系为急性期者以痰湿阻滞和肝肾阴虚多见，指出“痰”与“瘀”的物质基础与血液的有形成分及血流的状态有密切关系。李旭成通过对91例痰证缺血性中风患者血液流变学的观察，探讨痰邪实质与血液流变学之间的关系，认为痰在血液流变学方面的改变是全血粘度比、全血还原粘度比明显增高，血细胞压积、血浆比粘度、血沉增高，纤维蛋白原、红细胞电泳时间正常，说明痰邪实质是以血液稠浓、粘滞为特征，与血液凝固性及红细胞的聚集性无关，即痰邪实质是除红细胞和血凝物之外其它血液成分的增加。[25]多数学者认为，高脂血症的产生与肝脾肾关系密切，属于中医痰浊、瘀血之列。张镜人首先提出了痰湿和痰热与血脂升高有关，近些年的研究认为其发病本于肝脾肾之虚损，以正虚为主，痰瘀为标，属本虚标实之证。洪允祥认为高脂血症的标证首先是痰浊，由痰浊进而血瘀，即痰夹瘀证，分痰浊、血瘀、痰浊夹血瘀3型；高脂血症的本证主要表现为心脾肝肾四脏的亏虚，故按四脏所表现的阴阳偏胜，分为阴虚、阳虚、阴阳两虚3型。冠心病与脂质代谢紊乱关系密切，在脂质代谢与冠心病的研究领域，已从血脂、高低密度脂蛋白水平过渡到载脂蛋白（apo）水平。熊尚全等对96例冠心病患者的研究表明，冠心病痰证患者血中$apoA_1$含量明显下降，$apoB_{100}$含量及$apoB_{100}/apoA_1$值明显升高，而气滞血瘀型冠心病其apo水平虽有改变，但不具显著性。提示冠心病痰证存在着脂质代谢的明显紊乱，也提示我们在辨证及疗效评价时，$apoA_1$、$apoB_{100}$及$apoB_{100}/apoA_1$是较好的客观指标。[26]

林求诚在慢阻肺的诊治研究中，在其标实证方面，阐明了寒痰、热痰辨证在诊断学上具有病理细胞学、细菌学、生物化学和病理生理学意义，指出热痰以细菌性炎症为主，交

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

感神经功能亢进或副交感与交感神经同时亢进为多见；寒痰主要特征是分泌亢进，常掩盖了炎症的变化，植物神经功能失调以及副交感神经功能偏亢为主。寒痰热痰在病理细胞学、痰生化学、痰细菌学、病理生理学、X线诊断学、病因学上的不同表现，提供了寒热痰微观辨证的依据。

微循环是动静脉的联结纽带，组织细胞进行物质交换的场所，研究其改变有助于认识病证的微观病理。陈银玲根据痰浊“生于脾、根于肾、贮于肺”的病机，提出从脾肾虚证的微循环改变来探讨痰浊证的微循环变化。研究表明脾虚证微循环改变是：管袢数目减少，排列不齐，轮廓不清，畸形增多，管顶瘀滞，管周围出血，血流缓慢，红细胞明显聚集等。肾阳虚证甲皱微循环改变是管袢减少，排列不齐，畸形增多，袢顶瘀血明显，袢周出血率增加，血流减慢等。[27]又有人总结痰浊证微循环改变以管袢稀少，间隙扩大，畸形多，袢顶瘀血，血流变慢，红细胞聚集为共同特征。

骆斌等关于肥胖人痰湿体质与人类白细胞抗原关联的研究指出：白细胞抗原（HLA）是人类重要的免疫遗传标志之一，HLA系统的多态性与连锁不平衡现象等特征，与中医体质学说之间有着很多共性，它既可为中医体质学说的体质类型划分提供免疫遗传学依据，又可为不同体质类型易发某种疾病提供免疫遗传学诊断依据。其对肥胖人痰湿型体质和肥胖人非痰湿型体质及正常人进行了与HLA的关联研究，结果表明痰湿体质与HLA—B_{40}关联，肥胖人痰湿型体质与HLA—A_{11}、HLA—B_{40}关联，提示肥胖痰湿体质有一定的免疫遗传学基础。叶家农等提出了体质类型标准规范化研究的基本原理与方法，制定了痰湿型体质的诊断标准与模式。王前奔等依据痰湿体质研究组调查的1036例肥胖人的有关数据，运用模糊数学中以建立模糊相似关系为基础的系统聚类分析法，用绝对值减数法建立相似关系以显示痰湿体质各相关因素之间的相关度，提出了一种新的痰湿体质评定标准，为痰湿体质标准的规范化研究和其它类型体质标准的规范化研究提供了新的研究思路。叶家农探讨了痰湿型体质和甲皱微循环变化之间的关系，痰湿体质组表现为异形管袢、血液流态异常高于非痰湿体质组（$P<0.01$），管袢周围的渗出、出血也高于非痰湿体质组。

自由基是机体正常代谢的产物，其产生过多会对机体产生损伤，许多疾病是由于自由基的慢性损伤所造成的。许多研究表明自由基损伤又可能是痰浊、瘀血产生的共同缘由之一。如冠心病动脉粥样硬化与自由基损伤十分紧密，自由基致脂质氧化引起痰浊内生，痰浊阻脉又致血瘀，血瘀反过来致痰浊生成加速，如此恶性循环成为冠心病发病的重要病机。

近年来，探讨微量元素与中医证型的微观定性定时指标已引起人们重视。痰浊型肝炎患者血清中微量元素Ca增高，以痰瘀并见的慢阻肺病人血清Ca亦明显升高。人们还发现血中PGI_2—TXA_2的改变，在痰湿证中，高脂血症其形成与自由基损伤相关，自由基选择性地抑制血管前列腺素合成酶，激活血小板环氧化酶，TXA_2合成增强，PGI_2生成减少。周瑕菁等采用高脂血症大鼠模型，观察了祛痰化瘀方药对其血管内皮伊文氏兰通透深度及通透量的影响以及对内皮舒张因子-NO（一氧化氮）生成量的影响，同时对血浆和红细胞膜过氧化脂质、血浆6-keto-$PGF_{1\alpha}$和TXB_2水平进行了测定。结果表明，本实验所采用的祛痰化瘀方药能显著降低高脂血症状态下血管内皮通透性，显著降低血浆及红细胞膜中MDA的含量，保持血浆6-keto-$PGF_{1\alpha}$的正常水平及6-keto-$PGF_{1\alpha}$/TXB_2平衡。提示要特

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

别重视防止作为痰浊的主要成分——脂质的质变。

唐由军等对200例急性白血病的研究中表明痰瘀互结型主要表现为痰瘀交互为病，除可具有气阴两虚型、气血双亏型的某些细胞水平的异常外，还有中枢神经系统、胸骨、肝脾、淋巴结的细胞水平上的异常。[28]

方永奇等根据痰证的特征及表现在各系统的不同特性，采取以方求证的方法，分析温胆汤的临床应用，认为痰证的实质并非单纯的某一种物质，而是一种病理生理过程，是神经内分泌失调、水液代谢异常的病理改变。[8]

3.2 影像学与痰饮病诊断的相关性研究

近年来，中医学的客观化研究越来越被人们认识并重视，中医临床工作者开展了中医临床证型的X线影像、B超、冷光透照、胃镜等诊断方面客观化、标准化的探索。石广仁对300例结核性胸膜炎（悬饮）患者以X线胸片表现为主结合临床表现分成5种类型。①风寒外感型：此为单纯性胸膜炎、X线胸片示膈肌活动受限，少量胸水，常见膈角消失，或膈肌升高，中等积液，在后前位胸片有从外上方向内下方呈弧形之曲线，呈密度增高，均匀一致的阴影。大量积液时几乎一侧胸腔全为均匀致密阴影，但是肺尖是透明的。②停痰留饮型：多有陈旧性结核病灶，合并胸水，X线胸片显示有多个钙化灶、纤维条索或空洞、干酪灶影像，肋膈角多见少量或中等量密度增高，外高内低即所谓Ellis影像，气管或呈垂柳状，纵膈可移位。③肝郁气滞型：多见胸膜肥厚、粘连，X线片示胸膜肥厚或粘连的影像，无明显胸水影像。④阳气不振、水饮郁肺型：为包裹性积液。X线胸片示胸腔积液可因胸膜粘连肥厚而局限于某一部分。一般多发生于侧胸壁或后胸壁，呈圆形或半圆形致密阴影，向内凸突出，与透明的肺野有锐利的界限，叶间积液也是包裹性一种，依其部位及液量的多少有不同的X线表现，小量积液往往呈带形或纺锤形，大量积液则呈圆形或卵圆形。⑤阴精亏损、热毒内陷型：为水气胸或脓胸，X线胸片所示为，胸膜腔内除脓液外尚可见气体，有活动性病灶，可见胸廓下陷，肋间变窄。[29] 黄华等对300例小儿肺炎的中医证型与X线胸片进行对照，发现26例痰热闭肺型X线表现除斑片模糊阴影计14例外，还呈大片、点状、网状阴影以及伴有胸膜反应、胸腔积液、肺气肿、肺不张等。肺部病理改变可为肺泡炎症或为间质炎症，常伴有其它并发症，多属重症肺炎。[30] 丁沧清等通过对261例肺心病人的观察分析，认为痰浊蔽窍型及热瘀伤络型为肺心病功能失代偿期，心肺功能明显下降，伴有心力衰竭和肺性脑病，右心室明显增大，甚至左右心室均增大，肺部郁血。[31] 谢素媛等在运用冷光透照检查乳房疾病中发现痰证乳腺增生图像特征如下：乳房皮下静脉血管增多，如树枝样分枝，或乳房结块局部皮下静脉血管增多。血管管径增粗，偶有弯曲，但血管管径清晰，乳房结块阴影灰度与乳晕灰度略等。匀质，可见度不受透光强度影响，乳房结块轮廓可见，推之可移。[32] 张镜人根据122例慢性胃炎的胃镜及病检分析认为，痰热中阻常见炎症较多，有肠腺化生，或间变上皮细胞等。张继泽观察胃镜所见，痰湿中阻型胃脘痛多见胃窦分泌物多，局部型隆起、溃疡，粘膜皱襞细薄和胃体溃疡。

3.3 常用化痰药的现代研究

有关痰饮病治疗方药的研究报道日益增多，其中有成方的研究，也有单味药的研究，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

对其疗效机理的研究手段越来越多，药物的作用机制趋于明了。根据单味药主要成分的作用机理可归纳为以下几类化痰药：(1) 改善血流变性。血液流变性异常，可因血液的有形成分的异常改变，也可是血管狭窄、痉挛，使血液产生旋流涡流等，扰乱了血流的正常运行方向而生成痰浊，故凡能消除上述者，均可视为具化痰功能的药；如茵陈、茶叶、陈皮、仙灵脾、黄精、银杏等。(2) 调节免疫功能：如麻黄、槐花、旋覆花、五加皮、甘草、白花蛇舌草、地龙、柴胡均能调节机体的免疫机能，消除免疫异常而帮助消除痰浊的生成。(3) 防癌治癌的化痰药；如天南星、长春花、三七、三棱、土茯苓、大黄、山豆根、天花粉、木瓜、木通等355种直接或间接参与化痰降浊之治疗。(4) 影响机体免疫功能并有化痰功能的中草药：这些中草药，有些是传统的化痰降浊药，有些是通过诸如健脾、益气、利湿、理气等途径来化痰降浊的，有些是在和化痰药配伍后能明显加强其化痰功能的，有些则是近年从实验研究该药本质既有传统公认的药物作用，又有明显的化痰功能，它们有：①影响细胞免疫功能的中草药、a. 人参、党参、三颗针、苦参、汉防己、青木香、夏枯草、黄芪、阿胶、灵芝、金银花、黄芩、麦冬、生地、紫花地丁、板蓝根、女贞子、山萸肉、补骨脂、鸡血藤、丁香、甘草、丹参、肉桂、枸杞子等，能促进血中白细胞数的增加；b. 夏枯草、人参、党参、灵芝、白术、猪苓、香茹、云芝、当归、牛黄、蛇毒、蒲公英、金荞麦、紫草、青蒿、水牛角、黄芪、茯苓、桑寄生、连翘、虎杖、玉米须、防风等，能促进单核细胞系统吞噬功能增强或数量增多；c. 柴胡对巨核细胞 EA—花环形成有明显的抑制作用，甘草能使巨噬细胞吞噬乳胶颗粒功能减弱；d. 人参、香茹、丹参、川芎、灵芝、云芝、何首乌、白术、五味子、当归、黄精、女贞子、苡仁、天冬、淫羊藿、苦参、枸杞子、附子等，有促进 T 细胞数量增加和淋巴母细胞转化的作用；e. 郁金不仅对 T 淋巴细胞转化有明显抑制作用，而且对正常小鼠溶血素的产生也有明显的抑制作用，黄芪水煎剂在高浓度时能抑制 T 淋巴细胞转化，低浓度时则能促进 T 淋巴细胞的转化功能。②影响体液免疫功能的中草药：a. 黄芪、冬瓜子、红花、桑白皮、白芷、当归、苏叶、艾叶、柴胡、玉米须、天麻、汉防己、川芎、半夏、车前草、青蒿等，对干扰素有诱发作用；b. 香菇、石香薷等对补体 C_3 有激活作用，香菇多糖对补体 C_3 成分中的溶血活性有阻碍作用，石香薷（又名华荠苎）其挥发油 MCMVD 能直接激活 C_3 旁路途径；c. 大黄、肉桂等，对补体活性有抑制作用；d. 柴胡、黄芪、人参、云芝、首乌、香菇、胎盘、地黄、淫羊藿等，能促进抗体的产生，甘草、大枣、当归、补骨脂、夏枯草等，能抑制抗体产生。③其它与免疫有关的中草药：a. 灵芝、云芝、猪苓、柴胡、桂枝、当归、香菇、人参、白术、苡仁、天冬、茯苓等，有的能明显抑制和延缓肿瘤生长发育，有的对多种实验性动物肿瘤都有抑制作用；b. 灵芝、云芝、补骨脂、当归、甘草、肉桂、山萸肉、人参、黄芪、半夏、茯苓、厚朴、生姜等，能影响机体的变态反应。

瓜蒌为治痰浊、热痰的化痰要药，通过配伍治疗痰瘀，主要作用于循环系、呼吸系，古方中以瓜蒌、薤白为主所组成的瓜蒌薤白半夏汤、瓜蒌薤白白酒汤等仍被临床医师用于冠心病、慢阻肺、支气管哮喘症状酷似胸痹病的治疗。经研究证实瓜蒌、薤白两味药制成片剂，即能在治疗冠心病心胶痛中取得较高疗效，大部分病人心电图改变，通阳化痰法配以活血化瘀、宣肺平喘等法更能使药直达病所取得满意疗效。有研究表明应用全瓜蒌浸膏片治疗冠心病，不仅对心前区痛、胸闷等症状确有一定疗效，慢性冠状动脉供血不足心电

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

图有一定程度改善，且部分病人血脂下降。动物实验资料表明，瓜蒌注射液对豚鼠离体心脏有扩冠作用，可增加冠脉流量，能明显增加小鼠对常压、低压缺氧的耐受力，对大鼠急性实验性心肌缺血有明显保护作用，与临床疗效观察相符。现代研究瓜蒌中含有皂甙及精氨酸、赖氨酸、丙氨酸等多种氨基酸，除具有良好的祛痰作用，还可抑制炎性反应。瓜蒌薤白半夏汤加味治疗慢阻肺、支气管哮喘的研究均表明其有降低肺动脉压，止咳祛痰，改善通气功能，降低嗜酸性粒细胞及 TXB_2 值，改善小气道通气功能而控制 AAI 发展的作用。

尚庆雯等用二陈汤加减治疗湿痰型高脂血症，结果三项血脂下降显著。[34] 中药剂型的改革使各新药不断问世、各自向着简便易服，突出疗效，便于贮存，多途径给药的方向发展。张震以“施普瑞”胶囊治疗 157 例痰证病人，证实该胶囊能明显降低血清胆固醇及甘油三酯之浓度。[35] 王琦的轻健胶囊治疗痰湿肥胖，疗效主要机理是促进脂质代谢，降低血脂和血液粘稠度，并可使脂肪肝得以逆转，防止肝纤维变性。

【古训今释】

1 病名溯源

1.1 涵 义

痰饮是指水液在体内运化输布失常，停积于身体某些部位的一类病证。其含义有广义与狭义之分。广义的痰饮是诸痰饮的总称。包括痰证和饮证。狭义的痰饮是饮证的一个类型。《景岳全书·杂证谟痰·饮》说：“若痰有不同于饮者，饮清澈而痰稠浊，饮堆积肠胃，而痰则无处不到。”《医宗必读》说：“稠浊者为痰，清稀者为饮。”

1.2 历史沿革

《内经》无痰饮之名，有“积饮”之说。《素问·至真要大论》云：“岁太阴在泉，……民病积饮心痛”，“太阴之胜，……饮发于中”，责之湿淫土郁为患。《素问·五常政大论》说：“太阳司天……湿气变物，水饮内蓄，中满不食。”《素问·六元正纪大论》说：“太阴所至，为积饮痞膈”。若脾病既不能助肾以制水，又不能散精以归肺，中州失运，则升降失常；清浊相混，则湿聚为饮；饮发于中，随处留积，而成痰饮。

至《金匮要略》一书，有“痰饮咳嗽病脉证并治”，分为“痰饮”、“溢饮”、“悬饮”、“支饮”4 大类，为痰饮理论奠定了基础。

隋唐之前，痰与饮仍无明显区别，《脉经》、《千金翼方》等著作将“痰饮”写作“淡饮。”唐代玄应《一切经音义》云：“淡饮，谓膈上液也。”淡与澹通，是水液摇动的名谓。《说文解字》云：“澹，水摇也。”故丹波元坚《杂病广要·痰涎》谓：“痰本作淡，淡，澹动，澹，水动也，故水走肠间，名为淡饮。今之痰者，古之云涕，云唾，云涎，云沫是也。或称为饮，或膈间支饮是也。痰字训为胸上液者，实非仲景之旨，然遂为千古之定名，顾鲜能知其义之异者，吾故表而出之。”由此可见关于痰饮学说虽然经过两千年发展，当时尚存在不同见解，至今仍未统一认识。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

汉代张仲景在《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》中首次把人体内的津液作为病理产物提出："膈上病满嗽吐"，实指下呼吸道粘膜的粘液。张仲景在痰饮篇首条中提出："夫饮有四，有痰饮，有悬饮，有溢饮，有支饮。其人素盛今瘦，水走肠间，沥沥有声，谓之痰饮；饮后水流在胁下，咳唾引痛，谓之悬饮；饮水流行，归于四肢，当汗出而不汗出，身体痛重，谓之溢饮，咳逆倚息，短气不得卧，其形如肿，谓之支饮。"这段论述，可看作是痰饮病名的最早记载。在仲景著作中记载了寒痰结胸、热痰陷胸、痰阻胸阳等多种痰证。《金匮要略》一书中专列"痰饮"、"水气"、"咳嗽"3篇，为后世治疗狭义的痰饮、水气、咳嗽等疾患，开拓了先河。但需要了解的是，《金匮要略》论述痰饮病，虽痰、饮并列，但实际上是以水、饮的病机证治为主，痰只是推类而及，如：水流胁下为悬饮，水流四肢为溢饮，水停膈间为支饮；即便讲"痰饮"，也是言"水走肠间"痰饮篇中还明确提到水在五脏的病症，如"水在心下，心下坚筑短气"，"水在肺，吐涎沫而颠眩，此水也"，"水去呕止"等水气为病的论述。

隋代巢元方《诸病源候论·痰饮病诸侯》中列有流饮、癖饮等证候，谓"流饮者，由饮水多，水流走于肠胃之间，漉漉有声，谓之流饮。"由于"饮水多，水气停聚两胁之间，遇寒气相搏，则结聚而成块，谓之癖饮。"所谓"流饮"，相当于脾胃系的痰饮；而"癖饮"，则可能由支饮、溢饮发展而来。此外，巢氏尚有对热痰、冷痰、痰结实、虚痰等证候的描述，为饮证与痰证的分论首开其端。在"虚痰风厥头痛候"中提出了"阴气逆上，上与风痰相结，上冲于头，即令头痛。"首次明确地提出了痰厥头痛。痰厥头痛的提出，对当前临床实践，仍有指导意义。在"解散痰癖候"中，提出了痰病患者不能"服散而饮过度，将适失宜，衣厚食温"，这些对预防痰证和防止痰证加重都很有实际意义。

隋唐以前，医家未对痰与饮作明显的区分，直到宋代《直指方》才将痰饮一分为二。从此以后，一般医家多随其说，认为稠浊者为痰，清稀者为饮，一为火燥，一为寒湿，故有"阳盛阴虚者则水液煎熬而成痰，阴盛阳虚者则水津聚而为饮"之说。

隋唐以来，对痰饮病的认识较前人有了发展。《诸病源候论》、《备急千金要方》、《外台秘要》等书，对痰饮的病因病理都有了新的认识。例如《诸病源候论》说："痰病者，由气脉闭塞，津液不通，水饮停在胸膈，结而成痰。"《外台秘要》收录治疗痰饮方剂8首。《备急千金要方》则记载了陷胸汤治疗痰饮。所有这些，都是在《金匮要略》、《内经》基础上对痰饮学说的继承。

汉代张仲景《金匮要略》对于痰饮的治疗，指出了"当以温药和之"的原则，在治法上提出了"温阳"、"逐水"、"发汗"、"利水"等法，并创立了苓桂术甘汤、肾气丸、甘遂半夏汤、十枣汤、大青龙汤、小青龙汤、木防己汤、木防己汤去石膏加茯苓芒硝汤、泽泻汤、厚朴大黄汤、葶苈大枣泻肺汤、小半夏汤、己椒苈黄丸、小半夏加茯苓汤、五苓散、茯苓桂枝五味甘草汤、苓甘五味姜辛汤、茯苓五味甘草去桂汤、茯苓五味加姜辛半夏杏仁汤、苓甘五味加姜辛夏杏大黄汤等20个方剂，其中以苓甘五味姜辛汤为治痰的代表方，以苓桂术甘汤为治饮的代表方。对于痰饮的诊断和治疗，《金匮要略》在《内经》的基础上大大地向前推进了一步。

唐代《备急千金要方》卷十九用常山、葱白等治冷热隔痰、痰饮头痛；用皂荚、巴豆、半夏治"积聚微坚"等顽痰重症，都颇有临床意义。该书记载的"陷胸汤"治痰饮，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

“半夏汤”治痰饮、吞酸，这些认识，不论是对痰、饮的区分和具体的用药，都有了进一步的发展。《备急千金方·卷十八·痰饮》指出：“夫五饮者，由饮酒后及伤寒饮冷水过多所致。”其对五饮的临床表现描述为：“一曰留饮，停水在心下；二曰澼饮，水澼在两胁者；三曰淡饮，水在胃中；四曰溢饮，水溢在膈上、五脏间；五曰流饮，水在肠胃，动摇有声。”孙思邈所述充实了《金匮要略》中脾胃痰饮的内容，而其温下逐饮、健脾和胃、理气行水等法则，为治疗痰饮增添了新内容，并载治痰方20余首，其中不少方药至今仍有效地运用于临床。

宋元时代，随着医学的发展，痰饮学说也相应地得到了进一步的发展。《圣济总录》专列“痰症”一门，内容亦颇为丰富。其认为脉道闭塞、津液不通是形成痰饮的主要原因，治疗痰饮，要以宣通气脉为先。

宋代严用和《济生方·痰饮论治》认为：“人之气道贵乎顺，顺则津液流通，决无痰饮之患。调摄失宜，气道闭塞，水饮停膈而结成痰。”论述了肺系的气道壅滞可影响津液的流通，从而津液化为痰饮，为应用通顺气机而化痰饮的治疗方法提供了理论指导。

陈无择在《三因极一病证方论》中认为：“内有七情沮乱，脏气不行，郁而生痰，外有六淫侵骨，玄府不通，当汗不汗，蓄而为饮，或饮食过伤，嗜饮无变，运动失宜，津液不行，聚为痰饮。”这些认识为后世辨证用药开辟了新的途径。

元人王隐君对“顽痰怪症”更有研究，提出了“内外为痰百般，皆痰所致。”元代史载之认为，“世人疾病其所以残伤性命，无甚于痰涎”，主张“善为医者，临事制宜，临机应变，涎多者吐之，涎少者下之。”其治痰方法较前人全面得多。

张从正不仅将痰分为风痰、热痰、湿痰、涞痰（即食痰），而且创造性地提出了“痰迷心窍”之说，为运用中医痰病学说的理论治疗精神性疾病，作了有益的启示。《儒门事亲·饮当去水温补转剧论》中对本病的成因概括为五点，曰：“有愤郁而得之者，有因乏而得之者，有思虑而得之者，有痛饮而得之者，有热时伤冷而得之者。饮证虽多，无出于此，在治疗上则认为“治病有先后，不可乱投，邪未去时慎不可补也，大邪新去，恐反增其气，转甚于未治之时也。”因此，提出“饮当去水，温补转剧”的论点。张从正治痰常用吐下二法，取“在上者，因而越之，在下者，引而竭之”之义。

宋代朱肱说：“中脘有痰，亦乏人憎寒发热，恶风自汗，胸膈痞塞，有类伤寒，但头不痛，项不强为异耳……脉浮滑，但不浮紧耳。”（《活人书》）李梴也有类似的见解，他说：痰证初起，头痛发热，类似外感表证，久则潮热夜重类似阴火。朱、李等人讲痰邪阻遏气机，导致营卫失和而产生恶寒发热自汗等诸症，“有类伤寒”、“阴火”，堪称经验之谈，对临床识辨和治疗疑难症及其外感夹痰，提出了可贵的学术见解。

朱震亨以善治杂病而为后世所瞩目，在他的主要著作《金匮钩玄》、《丹溪心法》、《丹溪治法心要》、《局方发挥》等著作中，都列有痰门探讨痰病、痰症的理法方药，《局方发挥》中讲到“气积成痰”而发病时，言其“或半月或一月，前证复作”，指出了痰病不愈，较之其它病症易于复发之特点。震亨讲“气积成痰”，系本刘完素之旨言气火者多，但气逆，气虚、气滞亦可成痰，并对“痰郁”、“气喘”等病的证治论述颇详。《金匮钩玄》一书，共一百四十九门，除专列痰门外，其中五十三门是从痰论治的，其论证既详，立法亦稳妥，书中不仅言及头晕、头痛、气逆、带下等症，“多主于痰”，而且对淋、浊、疝、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

痿、腹痛、胁痛、妇女不孕等症亦多按痰治，对于“中风”提出“不可作风治”，应“大补气血，然后治痰”，诚可谓论痰、治痰有识之士。

王节斋沿仲景治气虚有痰用肾气丸补而逐之理论，提出“痰之本，水也，原于肾”，故有肾为生痰之原，胃为贮痰之器的说法。

明代孙一奎，对内科杂病有丰富的临床经验，撰《赤水玄珠全集》三十卷，对震亨溪倡导的气、血、痰、瘀为患之病机极为称道，对震亨论痰、治痰之经验尤为膺服。他认为痰既有湿痰、风痰、痰火、食积痰、气痰、肾痰、脾虚痰种种不同，所以审症认疾“当察其所来之源”，治病求本，名司其属。如脾主运化水湿，最易聚湿生痰，但脾气尚健而湿气偏盛者，须燥湿利水，脾虚则湿聚生痰者，须当温补为主，俾中气充实，痰自流散，而不可滥用峻利攻痰，重伤脾胃之气。用于火者则应先治火，后治痰，而同为一火，又有虚实之分，实火宜泻，但年高体弱之人又不可速降其火，亦不可尽去其痰，攻之太甚，则正气伤残，根本动摇而痰愈多。阴虚痰火，则应在补水养血的基础上兼治痰火，俾水升火降，痰不复生而易去。气郁生痰者，化痰必兼理气，使郁结开而气道畅。至于痰血互结、血从痰化者，又须治痰而兼主活血行血。孙氏辨痰治痰，善于在古方基础上化裁出入，如治痰厥头痛，他认为痰浊阻于经隧，气血不能通畅，常用二陈汤加天南星、川芎、细辛、枳实，复入酒炒黄芩一味，清降痰火。痰盛者，再吞服玉壶丸（半夏、南星、天麻研末，白面为丸）。对于心痹症治，他认为，心气虚为本，而多夹痰，脉滑者有痰，脉数为痰热，故常用温胆汤加姜汁黄连、益元散，少佐白蔻仁，开郁化痰安神。“梅核气”《金匮要略》描述为“咽中如有炙脔”，《诸病源候论》则进一步阐发本病病机为“痰气交阻”，至孙一奎始立“梅核气”之名，且一直沿用至今，其治则以消痰降气为主，当然病情久宕不愈者，仅用半夏厚朴汤是无济于事的，必须以清润燥痰为主，而兼以调肝。今之视古，尤后之视今，自然不能要求古人事事美备，症症中的。遗精一症，一般多以肾气不足，精关不固而泛用补涩之剂。如年青气盛，饮食厚味不节，痰火湿热胶结为患者，以溉滋馈，往往愈补愈馈事，永无宁日，对此孙氏颇多领悟，自拟“端本丸”一方，药用：苦参、黄柏、牡蛎、蛤粉、白螺丝壳、葛根、青蒿、神曲糊为丸。孙氏自谓：“其方至今行之，百发百中。”“百发百中”显然是孙一奎自矜其能，说大话，但孙氏对广义痰病的治疗养之有素这是可信的。

元代王珪著有《泰定养生主论》，是当时论治痰病最具特色的医家。在《诸病源候论》等古典医籍的影响下，他对诸痰诸饮之症，体察甚细微，特别是于痰火诸症，研究尤为精辟，他创制的“礞石滚痰丸”，治疗热痰、老痰胶固而引起的各种病症，至今仍在有效地运用于临床。他对广义痰病痰症的论述，将中医痰病学推广、渗透到临床各科起了重要作用，是“怪病责于于痰”、“百病皆因痰作祟”之先声。

明清时代，痰饮学说渐趋完善。但应指出，明清医家多局限在对狭义的痰饮之研究，而对广义痰饮研究尚少，这是值得我们进一步研究、挖掘的课题。

明代楼英在观察、论证痰病痰症方面，又有发展，其论述更为广泛，他说：“痰之为病，或偏头风，或雷头风，或太阳头风，眩运如坐舟车，精神恍惚，口眼胸动，眉棱耳轮俱痒，颔腮四肢游风肿硬，似疼非疼。浑身燥痒，搔之则隐疹随生，皮毛烘热，色如锦斑。齿颊似痒似痛而疼无定所，满口牙浮，痛痒不一。嗳气吞酸，鼻闻焦臭，喉间豆心

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

气，心烦鼻塞，咽喘不利，咯之不出，咽之不下，或因喷嚏而出，或因举动而唾，其痰如黑墨破絮桃胶蜆肉。或心下如停冰铁，闭滞脘闷，嗳嘘连声，状如膈气。或寝梦刑戮，刀兵剑戟。或梦人人家，四壁回绕，暂得一窦，百计得出，不知何所。或梦在烧人，地上四面烟火，枯骨焦气扑鼻，无路可出。或不因触发，忿怒悲啼，雨泪而寤。或时郊行，忽见天边两月交辉，或见金光数道，回头无有，或足膝软，骨节腰肾疼痛，呼吸难任。或四肢肌骨间痛如击戮，乍起乍止，并无常所，不时手臂麻疼，犹如风湿，卧如芒刺不安，或如毛虫所螫，或四肢不举，手足重滞，眼如姜蜇，胶粘痒涩，开合甚难。或阴晴交变之时，胸闷气结，闭而不发，则齿痒咽痛，口糜舌烂，及其奋然而发，则喷嚏连声……。”（《医学纲目》）。楼英的这些记载，不仅将由痰而引起的各种精神神经性疾患描绘得形象逼真，对其它许多痰病痰症的症状和体征，也论述得十分深刻，符合实际情况，对临床观察、诊断、治疗疑难杂症起了很好的作用。

李梴不仅论述了痰分新久，痰因于火热，痰因于酒食，以及注重从外观形色来判断、治疗不同的痰病、痰症，并提倡“百病兼痰”之说。申言：妇人经闭，小儿惊搐，皆须先去败痰，然后调理。这与动辄以通经活血治妇人经闭、以镇静止惊治小儿抽搐等简单地对症治疗，实高出一-着，临床疗效亦大不一样。

明代医家张介宾，对痰和饮的论述也非常丰富，其最可取者是元气虚衰生痰以及治痰力求治本的学术见解。《景岳全书·杂证谟痰·饮》将痰证与饮证作了鉴别诊断，并对其病机进行了分析：“痰之于饮……，凡呕吐清水及胸腹膨满，吞酸嗳腐，漉漉有声等证，此皆水谷之余停积不行，是所谓饮也。若痰有不同于饮者，饮清澈而痰稠浊，饮惟停积肠胃，而痰则无处不到。水谷不化而停为饮者，其病全由脾胃，无处不到而化为痰者，凡五脏之伤皆能致之。故治此者，当知所辨而不可不察其本也。”张介宾辨证论治侧重顾本，以杜绝生痰之源，因而从症状治疗进入了病因的预防治疗，这是前人所不及的。张介宾认为：“痰有虚实之分，不可不辨。善治痰者，唯能使之不生，方是补天之手。”又言：“痰即人身之津液，无非水谷之所化。此痰亦即化之物，而非不化之属也。但化得其正，则形体强，荣卫充，而痰涎皆本气血；若化失其正，则脏腑病，津液败，而血气即成痰涎。此亦犹乱世之盗贼，何孰非治世之良民。但盗贼之兴，必由国运之衰，而痰之作，必由元气之病。尝闻之立斋先生曰：使血气俱盛，何痰之有？余于初年颇疑此言，而谓岂无实痰乎？及今凡定识多，始信其然也。何以见之？盖痰涎之化，本因水谷，果使脾强胃健如少壮者流，则随食随化，皆成血气，焉得留而为痰。惟其不能尽化，而十留一二，则一二为痰矣；十留三四，则三四为痰矣；甚至留其七八，则但见血气日消，而痰涎日多矣。此其故，正以元气不能运化，愈虚则痰愈盛也。”又说：“痰在周身，为病莫测……，盖（痰）即津血之所化也。果使营卫调和，则津自津，血自血，何痰之有？惟是元阳亏损，神机耗散，则水中元气，而精凝血败，皆化痰耳！此果痰也，果精血也，岂以精血之外而别有所谓痰者邪？”正因为重视痰乃津血所化，因此在治疗痰症时，就特别重视治疗生痰之本。张氏言及：“……强壮之人，任其多饮多食，则随食随化，未见其为痰也。……可见天下之实痰无几，而痰宜伐者亦无几。……（治痰）应治之本，使根本渐充，则痰将不治而自去矣。”“故凡欲治痰而不知其所源者，总惟猜摸而已耳。”“今举世医流，但知百计攻痰，便是治病，竟不知所以为痰，及因何而起；是何异引指以使臂，灌叶以救根乎？……欲求

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

愈病难矣。”张氏这种治痰求本和见痰不治痰之学术见解，对广义痰病，特别是素体虚衰，或因病致虚之痰颇有实践意义。对广义痰病学中因病生痰、因痰致病之辨证观点，可谓后人学习之楷模。

明代龚居中的《痰火点雪》一书，论述痰火、痰病之证的内容十分丰富，是中医痰火证治中一部非常有价值的文献。书中分痰火证治、痰火辨惑……，（因痰火而引起的）梦遗精滑、惊悸怔忡健忘、痰火杂证，以及痰火诸方、痰戒忌和痰火死证等10多类，其论述痰火诸证极其详尽，堪称前无古人，对丰富、充实中医痰病学起了极其重要的作用。是书“痰火杂证补遗”篇中，列举了因痰和因痰火而引起的头痛眩晕、肩背腰节痛、耳鸣耳聋、腰痛、痞胀、吞酸、嘈杂恶化呕吐、喘及气短、诸虚百损等多种疾病，其病因证治可取之处甚多。如腰痛，他认为有湿热肾虚（兼有）瘀血痰积，应用“二陈”、南星、半夏之属，对于右胁痛、脉滑，为痰流注作痛，主张行气开郁破结；对于梦遗滑精，认为多系“心肾不交，水火未济，实属痰火之肇端”，主张以茯神、远志、山药、芡实等化痰泻火宁心为治。在“痰火死证”中，指出胁痛不能转身者，此乃肝叶已干，肝经已绝，死不治。这些论证和见解，至今仍有很高的临床实用价值。该书中还特别提到节饮食、慎起居以制痰火，并引申为“淡食多能补”，告诫人们不要“反图爽口，反见伤脾，淡食自然有补耳……，淡食中自有真气。”所有这些，对预防痰病、痰症都很有意义。

万全在《万氏妇人科》中论痰治痰的记载较多，而且有不少是自己或祖传之实际经验，如论证妇人调经时，言其“妇人经候不调有三：一曰脾虚，二曰冲任损伤，三曰脂痰凝塞。”将“脂痰凝塞”作为月经不调的三因之一是非常正确的。他说：“盖妇女之身，内有肠胃开通，无所阻塞，外而经隧流利，无所碍滞，则血气和畅，经水应期。惟彼肥硕者，膏脂充满，脂痰凝塞，尤室之户不开，夹痰者痰涎壅滞，血海之波不流。故有过期而经始行，或数月而经一行，乃为浊为带为闭经，为无子之病。”其论证可谓精炼而公允。对经迟迟至和“数月而经一行”之症，“如肥人及饮食过多之人，责其湿痰壅滞，躯肢迫寒也，用六君子加归芎汤主之。”“肥人，责其多痰兼气血虚，用六君子苍莎导痰丸主之。”对“肥人经水少者，责其痰碍经隧也，用二陈加芎归汤主之。”对经闭不行而“因于痰者，用苍莎导痰丸主之。更服开郁二陈汤……。”《广嗣纪要》中记载：妇人妊娠子痫：口噤不能言，多系气虚夹风痰诸邪上扰神明，急用清神汤益气安胎，并服寿星丸（天南星、琥珀、朱砂、生姜汁，猪心，共为丸，人参汤送下），涤痰熄风，安神定志，有效地将痰病学用于妇科急症。万全不仅对’调经”等多种妇科病的治疗善用治痰法，而且将祛痰法用于“妊娠恶阻”，言其“妊娠呕吐痰水，胸膈烦满……，专主行痰，以二陈汤为主。”不愧为将痰病学广泛用于妇科疾病方面的一位医界姣姣者。

明万历年间，许浚等在《东医宝鉴》“痰饮门”中，辑录了明以前之痰饮证治以及风痰、寒痰、湿痰、热痰、郁痰、气痰、食痰、酒痰、惊痰等多种痰病的病因病理及其症候特点，并辑录治痰方药50余首。

李时珍在《濒湖脉诀》中提出了“痰生百病食生灾”的学术见解，在《本草纲目》中辑录的治痰方药就有300余首（还不包括直接或间接治疗各种痰病、痰症的单味药），是《本草纲目》一书中按病辑方最多者。这些论痰见解和治痰方药，无疑对充实、丰富广义痰病的治疗是有贡献的。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

明代龚信父子在《古今医鉴·痰饮门》中将痰病的病理变化和证候作了进一步的阐述，指出："痰乃津液所化，或因风寒湿热之感，或七情饮食所伤，以致气逆液浊，变为痰饮，或咯吐上出，或凝涩胸膈，或留聚肠胃，或流注经络四肢，随气升降，遍身无处不到，其为病也，为喘为咳，为恶心呕吐，为痞膈壅塞关格异病，为泻利，为眩晕，为嘈杂，为怔忡惊悸，为癫狂，为寒热，为痛，为胸膈漉漉有声，或脊背一点常如冰冷，或四肢麻木不仁，皆痰所致，百病中多有兼痰者……。"这些论述和实践，不仅强调了"百病兼痰"，而且对痰病、痰症初步提出了定性、定量和定位理论。这种理论对临床诊治各类痰症、痰病具有重要的参考意义。

喻昌对痰饮的认识、诊断、治疗更为全面。他说：若水精不四布，五经不并行"，一有瘀蓄，即为江河迴薄之处，秽莖丛积，水道日隘，横流旁溢，自所不免。"他在继承前人痰病学说的基础上提出了实脾、燥湿、降火、行气为其治疗大法，并制定了吐禁十二则、药禁十二则、律三条，使之对于痰病的认识和治疗更加全面了。如体虚、积劳、素惯失血者均不可用吐法。如阴虚枯燥，妄用二陈；阳虚多汗，妄用青龙；心虚神怯，妄用辛散；本非坚损，妄用峻攻，均在所禁，这对临床正确应用方药，有参考价值。喻氏在《医门法律·痰饮门》中指出："痰饮之患，未有不从胃起者矣。"喻氏对痰饮病症的脉象和治病原则提出了自己的见解，他说："痰饮凝结其中，则开合之机关不利，而脉因之转为沉弦、急弦、偏弦、弦紧，或优而不见，非亟去其痰饮，亦胡由脉复其常耶。浅者浅治，深者深治，浅深之间者，适其中而治。留者可攻，伏者可寻，坚者可削。"（《医门法律·痰饮门》）证之临床，弦、优之脉见于痰病、痰症者，实不少见。至于浅治、深治以及适其中而治的治疗原则，对于痰病、痰症经久不愈，特别是老年、妇女以及机体素质不好、本虚标实患者，更是一种客观的、科学的论述。

陈修园对痰饮病的治疗提出了一种很可取的见解，他在《医学实在易》中指出："凡病痰饮未盛，或虽盛而未之坚顽者，不可攻之，但消导而已。消失损而尽之，导者引而去之也。"这种消、导而化痰的治则，既无偏颇之弊，又可收治痰之功，运用得当，很有临床意义。

南海名医何梦瑶，对广义痰病的治疗，提出了卓越的见解，他在《医碥·杂症·痰》说：津液害化成痰之后，"积久聚多，随脾胃之气以四讫，则流溢于肠胃之外、躯壳之中，经络为之壅塞，皮肉为之麻木，甚至结成窠囊，牢不可破，其患固不一矣。法在平调其气，热者，使复清肃之常，凉风生而湿土燥，寒者，使回阳和之令，旭日出而坚冰消，气得其平，痰源以绝，而后其停蓄于肠胃之内，肌肤之中者，乃可除图，否则根株不拔，旋云旋生，无奏效之日矣。"又说："按痰标也，所以致病者本也。治病固当求本，然须看病势缓急，缓则治本固也，若病势盛急，度难行散，非攻无由去者，虚人可标本并治，补攻兼施；若势甚紧急，则虽虚人，亦当先攻后补。"并主张痰病患者要注意饮食调摄，尤其不能夜食，以保护脾胃之气的正常运行。

李用粹用"七情生痰"作了进一步阐述："……津液流通，何痰之有？若外为风寒燥湿之侵，内为惊怒忧思之扰，饮食劳倦，酒色无节，营卫不清，气血浊败，熏蒸津液，痰乃生焉。"（《证治汇补·内因门·痰症》）七情生痰之说，符合临床实际，对指导临床防治各类痰病有着重要的意义。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

张璐《张氏医通·痰饮》指出："痰饮变生诸证，……以治饮为先，饮消诸证自愈。"

叶桂总结前人治疗痰饮病的经验，提出"外饮治脾，内饮治肾"的原则。他认为："夫痰乃饮食所化，有因外感六气之郁，则脾肺胃升降之机失常，致饮食输化不清而生者；若因郁则气火不舒而蒸变者；有因多食甘腻肥腥茶酒而生者；有因本质脾胃阳虚，湿浊凝滞而生者，又有肾虚水泛为痰者，更有阴虚劳证。龙相之火上炎灼肺，以致痰饮者。这一对广义痰病病因病机所作的深刻的论述，符合临床实际。在治疗上特别强调"见痰休治痰"这一治痰原则，痰为痰病之标，因此，"见痰休治痰"的学术见解，就具有重要的临床意义。他说："痰证变幻不一，古人不究标本，每著消痰之方，立消痰之论甚多，……治之不验，遂称怪病多痰者矣！"主张"治其所以生痰之源，则不消痰而自消也。如不如此，以旋消旋生。有至死而痰未消清者，此乃不治本之故耳。"这种治痰必须朔本求源的学术见解，是十分难能可贵的。叶桂、吴瑭、薛雪、王士雄等温病学家，对于因湿痰、热痰、燥痰而导致的神昏、高烧（或发热经久不愈）、谵语、烦乱等危急病症，采取上下分消，清热涤痰、开窍辟秽等治疗大法，疗效显著，不仅是中医治疗急性热病中的一种宝贵经验，对丰富、发展痰病学也起了重要作用。

晚清医家周学海在《读医随笔》中特别提出了痰、饮分治的学术见解。他说："至于患饮之人，必兼有痰，患痰之人，亦或有饮，二证每每错出，此古人治法，所以不别也。不知病各有所本，证各有所重，患饮兼痰者，治其饮而痰自消，痰重者，即兼有治痰法可也，为痰生饮者，治其痰而饮自去，饮重者，即兼用治饮法可也。"这对治疗痰病、饮病以及痰饮兼杂等病症都具有临床意义。

尤怡著《金匮翼》中将治痰大法归纳为攻逐、消导、和、补、温、清、润"治痰七法"。特别是补、润二法，进一步开拓了医家治疗各类虚痰、燥痰的视野。书中除了专论"治疗七法"之外，按痰治疗的杂病（如痰厥头痛、痰浊胃痛、痰积发热等等）亦多处可见，如"治卒中八法"中，就有三法是按痰施治的，即"开关、通窍隧、通痰涎。这三法现在仍然是治疗卒中等危急重症的有效大法。

林珮琴在《类证治裁》中，对五脏痰症有论有方，对肾生痰的论述尤为贴切，他说："若失肾阳虚，水不制水，水泛为痰，……，治宜通阳泄湿，忌用腻品助阴……。肾阴虚，火必烁金，火结为痰，……治宜滋阴清润，忌用温品助燥，……治法所必辨也。"这比治痰通用二陈、肾虚生痰专主肾阳不足之论，又有进步。这在理论上摆脱了"病痰饮者，当以温药和之"的藩篱，在具体方药上，突破了治痰忌用滋腻、苦寒等机械立法遣药的作法。

魏之琇在《续名医类案》中将"咳嗽"与"痰证"、"饮证"分别论述，使中医论痰饮理论更加突出和专门化。魏氏不仅论述了痰病的复杂症状和体征，而且辑录了朱震亨、李中梓、张璐、黄履素、薛己、傅山等诸名家治痰证病案30余例，理法方药俱备，对治疗和研究痰病颇有参考价值。

唐宗海在《血证论》中指出："血积既久，亦能化为痰水"，进一步明确地提出瘀血、痰水相互胶结为害的病理机制，为临床治疗"痰夹瘀血，遂成窠囊。"（《丹溪心法》）等疑难杂症，采取分化痰瘀大法，提出了可贵的学术见解，如外伤疾患中，常以乳香、没药、红花、桃仁、姜黄等配伍白芥子、南星等即是其例。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

清人刘一仁将痰的产生，归纳为10种因素，他说："痰不自生，生必有故；或因风，或因寒，或因热，或因湿，或因暑，或因燥，或因酒积，或因食积，或因脾虚，或因肾虚。"刘一仁的生痰"十因"虽不能说是很全面，但用简洁明了、纲举目张的语言论述痰病产生的复杂性是可取的，并对各种因素产生的痰的特点和治痰药物，均一一作了介绍，在学术见解上，体现了治痰治本，在治痰药物上弥补了丹溪治疗药物之未备。

从《内经》至近代医家著作，论痰之说和治痰之方逐渐丰富多彩。可见广义的中医痰病学说是在漫长的实践中逐步发展完善而形成的。

中医痰饮学说的形成和发展，不仅对中医学术理论方面是一次重大突破，而且对指导临床各科疾病的治疗都发挥了很大的作用。特别是某些疑难病症，按痰论治，往往可收到满意的效果，故"痰注全身"、"变幻多端"、"怪病多痰"之说脍炙人口。

1.3 痰与饮的区别

《内经》成书之前，人们虽已有应用治疗痰饮药物的经验，但至《内经》问世时，痰字尚未形成。仲景《伤寒杂病论》始有痰饮之命名，此后经过上千年，历代医家不断充实与发展，至清代已趋成熟。然由于历史等因素，痰饮学说尚未形成统一的概念。宋代杨仁斋《直指方》分为水饮、痰饮，"稠浊者为痰，清稀者为饮"，确立了痰饮之别。《本草经疏》云："痰之与饮，其由自别，其状亦殊，谈质稠粘，饮为清水。"张介宾《景岳全书·杂证谟》又明确指出："痰之与饮，虽曰同类，而实有不同也……饮清彻，而痰稠浊。"《医宗金鉴》说："阳盛阴虚，则水气凝而成痰，阴盛阳虚则水气溢而为饮"，"阴盛为饮阳盛痰"，进一步明确了痰与饮有本质的区别。

从发病的部位而言，饮多见于胸腹四肢，故与脾胃关系较为密切；痰之为病，则全身各部，均可出现，无处不到，与五脏之病均有关系。张介宾说："饮惟停积肠胃，而痰则无处不到。水谷不化而停为饮者，其病全由脾胃；无处不到而化为痰者，凡五脏之伤，皆能致之。"（《景岳全书·杂证谟·痰饮》）

2 证候与病象

2.1 主 症 分 析

痰饮学说初期，多论及脾胃疾病（消化系统），以后逐渐涉及多种疾病，元代王珪《泰定养生主论》曰："痰之为物，随气升降，无处不到，为喘为嗽，为呕为泻，为眩晕心嘈，为怔忡惊悸，为寒热肿痛，为痞满隔塞，或胸胁漉漉如雷鸣，或浑身习习如虫行；或身中结核，不红不肿，或颈项成块，似病非病；或塞于咽喉，状若梅核；或出于咯吐，形若桃胶；或胸臆间如有二气交纽；或背心常作一点冰冷；或皮间赤肿如火，或心下寒痛如冰；或一肢肿硬麻木；或胁梢癖积成形；或骨节刺痛无常；或腰腿酸刺无力；或吐冷涎，绿水、黑汁；或梦烟火剑戟丛生；或大小便脓；或关格不通；或走马喉痹；或齿痛耳鸣；以至劳瘵癫痫；失音瘫痪；妇人经闭带下，小儿惊风搐搦；甚或无端见鬼，似祟非祟，悉属痰候。"以上叙述几乎包括了临床内、外、妇、儿、五官科多种病证，而且被宋、明、清代医家引用，他对痰饮可能出现病症的描述，可谓相当生动和比较全面。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.1.1 饮证主症

有关饮证症状的论述，各家虽有所发挥，但均未超出张仲景《金匮要略》中提出四饮的范围。

张仲景提出饮有四，即痰饮、悬饮、溢饮、支饮。其症状的描述也较明确，为了补充四饮之不足，根据水饮在体内的留伏，又提出了留饮和伏饮。留饮和伏饮不是一个独立的诊断，而是指水饮在体内留而不去，伏而不出之意；根据留伏部位不同，而有不同的症状。如张仲景认为：心下有留饮者，其人“背寒冷，如掌大”。胸中有留饮者，其人“短气而渴，四肢历节痛”。“膈上病痰，满喘咳吐，发则寒热，背痛腰疼，目泣自出，其人振振身瞤剧”者，必有伏饮。肺中留饮者“苦喘短气”。水停心下之轻者觉气短，重者还伴有“心悸”等。

巢元方认为，支饮是水饮停聚于胸膈，“支乘于心”所致。他说：“支饮，谓饮水过多，停积于胸鬲（膈）之间，支饮乘心，故云支饮。其病令人咳逆喘息，身体如肿之状，谓之支饮也。”这是说，支饮与支饮“支乘于心”有关，故有咳嗽气喘，全身浮肿。

孙思邈认为：病人一臂不遂，时复转移在一臂，其脉沉细，此非风也，必有饮在上焦。说明饮在上焦可出现一臂不遂，不可误认为风。

喻昌对留饮和伏饮作了区别，认为水所蓄聚之区，皆名留饮。留者，水饮留而不去之意。他认为留饮和伏饮不同，留饮去而不尽者名伏饮。伏者，水饮伏而不出之意。

张从正对水饮的症状作了进一步的论述。他认为：在左胁者同肥气，在右胁者同息贲，上入肺则多嗽，下入大肠则为泻，入肾则为涌水，濯濯如囊裹浆，上下无所之。据《中医名词术语选释》注释曰：肥气及息贲为古病名，均属于五积之一，肝之积为肥气，肺之积为息贲。肥气的表现是：“左胁下有肿块突起，状如覆板，久则咳嗽呕逆，脉弦细。因肝气郁结，瘀血停聚所致，类脾肿大。”息贲的表现是“右胁下有包块，形如覆杯，呈急迫感，有胸背痛，吐血，伴寒热、咳嗽、呕逆、呼吸迫促等症状。因肺气郁结，痰热壅遏所致。”张氏认为，水饮停聚于左胁时症状类似肥气。因此可以有左胁肋饱满，咳嗽、气逆、呕吐，以及左胁下出现包块。水饮停聚于右胁时症状类似息贲，因此可以有寒热、咳嗽、呕逆、呼吸迫促、吐血、右侧胸背痛等症状，亦可有右胸饱满及右胁下的包块。

李用粹在《证治汇补》有关饮证的综述中，对饮证的各种症状进行了论述。他认为水饮由于“形寒饮冷而得，则类外感症，或困乏忧思而得，则似内伤症；或流于四肢，则似风家痹症；或流于关节，则似跌仆伤症。其它五脏六腑所受，见症各出。”这就说明水饮的症状可类似外感、内伤、跌仆损伤。若侵犯五脏六腑，可分别有受损脏腑的症状出现。他进一步对水饮在人体各部的症状，进行了综述。他说：“在心则怔忡眩晕，在肺则喘急咳嗽，在脾则短气痞闷，在肝则胁满嘘痛，在肾则脐下悸动。在上则面浮，在下则跗肿。在胃则胸满口渴，而水入即吐；在经络则一臂不遂，而复移一臂；在肠间雷鸣泄泻，或为溏结，与癃闭相似。在阳分不去，久则化气，与黄肿相似，在阴分不去，久则成形，与积块相似。在左胁者形同肥气，在右胁者形同息贲。”

2.1.2 痰证主症

痰饮致病症状复杂，变幻无常，尤其是痰证，涉及各脏腑系统，往往缺少固定的共同脉证。从病位而言，饮多停留于胸腹四肢，与脾胃关系密切。痰则随气升降，流动不测，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

周身内外，五脏六腑，皮肉筋骨，无处不到；又可流动到各个组织器官之中，留伏不散，阻塞气机而变生多种奇异的怪证怪病，故有“百病多由痰作祟”、“痰为百病之母”之说。

历代名家，有关痰饮症状的论述较多，但以王隐君的记载较为详细。现分述如下：

王隐君论痰：《医学正传·痰饮》中引王隐君之言说：“痰证古今未详，方书虽有悬饮、留饮、支饮、痰饮诸饮之异，而莫知其为病之源。或头风目昏，眩晕耳鸣；或口眼蠕动，眉棱耳轮瘙痒；或四肢游风肿硬，似痛非痛，或为齿颊痒痛，牙床浮动而痛痒不一；或嗳气吞酸，嘈杂呕哕；或咽嗌不利，咯之不出，咽之不下，色似煤灺，形如破絮、桃胶、蜈肉之类；或心下如停冰雪，心头冷痛时作；或梦寐奇怪鬼魅之状；或足腕酸软，腰背卒痛；或四肢关节烦痛，并无常所，乃至手麻臂痛，状如挫闪；或脊中有掌大一块，如冰之寒痛者；或浑身习习如虫行者；或眼沿涩痒，口糜舌烂，甚为喉闭等证。又或绕项结核，似病非病；或胸腹间如有二气交扭，噎塞烦闷，有如烟气上冲，头面烘热；或为失志癫狂、中风瘫痪，或为劳瘵风痹脚气之候；或心下怔忡惊悸，如畏人将捕；或喘嗽呕吐；或呕冷涎、绿水、黑汁，甚为肺痈肠毒便脓挛跛。其为内外疾病，非止百端，皆痰之所致也。”

朱肱以为中脘之痰，症状类似外感伤寒，可以出现“憎寒发热，恶风自汗，胸膈痞闷”，但与外感不同之点是头不痛、项不强、脉浮滑而不浮紧。

张从正认为诸痰在膈上者，可以出现头目不能清利，涕唾稠粘，或咳吐喘满，或时发潮热等，指出了痰在膈上的症状特点。

朱震亨以为梅核气是老痰，并提出了痰注：“人身中有结核，不痛不红不化脓，痰注也。”朱氏认为，视、听、言、动有虚妄的精神病是痰所引起的。他说：“若血气两亏，痰客中焦，妨碍升降，不得运用，以致十二官各失其职，视听言动，皆有虚妄……。”

戴思恭认为，痰饮可引起肩臂酸痛，两手软痹。还认为，痰饮可引起类似中风的症状，如说：“有卒然昏闷，口眼㖞斜，似中而实非中，四肢战曳，身如浮云，似虚而实非虚，皆痰饮所为也。”（《证治要诀》）

楼英认为“其证遍体骨节痛疼”，“眼黑而行走呻吟，举动艰难者，人骨痰也。”又说：“眼黑而面带土色，四肢痿痹，屈伸不便者，风湿痰也。”（《医学纲目》）指出了入骨痰和风湿痰的特点。说明痰可引起全身关节疼痛，四肢肌肉萎缩，关节屈伸不利。楼英还指出，偏头风、雷头风、太阳头痛也可能是“痰之为病”。

李梴提出了痰证的鉴别。他说：“痰证初起，头痛发热，类外感表证。久则潮热夜重，类内伤阴火。又痰饮流注，肢节疼痛，类风证。”虽有以上类似之处，但他强调痰证“胸满食减，肌色如故，脉滑不匀不定”为其特点，又指出，虽然痰证初起有恶寒发热，类似伤寒，但一般头痛颈强较少见，而且一发病即有“胸膈满闷”、“气上冲咽”作为鉴别。他说：“外证头项皆和，唯寒热类伤寒耳。初起便胸膈满闷，气上冲咽，寸浮为异。”

李用粹在《证治汇补》中对败痰的证治进行了描述，他说：“凡人身中有块，不痒不痛，或作麻木，乃败痰失道，宜随处用药消之。”这是说：人身肿块可由败痰引起，治疗可用消法。李氏并认为，噎肺及反胃可以由痰夹瘀血形成。他说：“胃脘之血，为痰浊所滞，日积月累，渐成噎膈反胃。”李氏并对气虚痰及阴火虚痰的证治进行了鉴别。他说：“有人坐处，率吐痰满地，其痰不甚稠粘，此气虚不摄而吐沫也，不可用利药。宜六君子

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

加益智仁以摄之”。又说：“若面有红赤光者，乃阴火上炎，又当用滋阴药。地黄汤加麦冬、五味。”

沈金鳌在燥痰、火痰、湿痰、风痰、寒痰、郁痰、气痰、食痰、酒痰、惊痰10种痰之外又提出其它痰证16种，如相火咯血痰、胃热郁结臭痰、脾气不运柔痰、骨节空处结核痰等等。此外、各家论述提及的痰证还有：热痰、伏痰、中痰、入骨痰、风湿痰、惊风痰、流痰、痰核、老痰、顽痰、败痰等多种。这些痰的命名是根据病人的症状、病因而命名的。

从病变性质而言，痰邪又易合它邪为患，如风痰、寒痰、湿痰、燥痰、热痰、火痰、气痰、食痰、酒痰等，除了病邪本身致生痰病外，还有邪痰合而致病。如《杂病源流犀烛》言：“若由外感而生者，一曰风痰，多瘫痪奇症，头风眩晕，暗风闷乱，或搐搦瞤动；二曰寒痰，即冷痰也，骨痹，四肢不举，气刺痛，无烦热，凝结清冷；三曰湿痰，身重而软，倦怠困弱；四曰热痰，即火痰也，多烦热燥结，头面烘热，或为眼烂喉闭，癫狂嘈杂，懊侬怔忡，其色亦黄；五曰郁痰，即火谈郁于心肺间，久而凝滞胸膈，稠粘难咯，多毛焦、咽干、口燥、咳嗽喘促，色白如枯骨；六曰气痰，七情郁结，痰滞咽喉，形如败絮，或如梅核，咯不出，咽不下，胸肺痞闷；七曰食痰，饮食不消，或夹瘀血，遂成窠囊，以至痞满不通；八曰酒痰，饮酒不消，或酒后多饮茶水，但得酒，次日即吐，饮食不美，呕吐酸水等症；九曰惊痰，因惊痰结成块在胸腹，发则跳动，痛不可忍，或成癫痫，在妇人多有此症。”

从症状而言，痰饮因所停部位的不同而症状各异，变化多端，总体上可概括为呕、咳、喘、满、肿、痛、悸、眩八大症状。故《类证治裁·痰饮》总结说：“而痰则随气升降，遍身皆到，在肺则咳，在胃则呕，在心则悸，在头则眩，在背则冷，在胸则痞，在胁则胀，在肠则泻，在经络则肿，在四肢则痹。”

3 病因病机学说

3.1 饮证病因病机

3.1.1 外感六淫

《素问·六元正纪大论》说：“太阴所至，为积饮痞膈。”《素问·气交变大论》说：“岁土太过，雨湿流行，肾水受邪，甚则饮发，中满食减。”《素问·至真要大论》：“岁太阴在泉……民病积饮”，“太阴之胜，饮发于中”，“太阴之复，饮发于中”，“太阴之复，唾出清水及为稿噫”。《素问·五常政大论》说：“太阴司天，……湿气变物，……水饮内（蓄）。”《素问·六元正纪大论》：“少阴司天，……四之气，……民病饮发。”上述论述表明脾虚湿生系生饮之本。这里所指的“太阴”、“岁土太过”“四之气”等，均是指气候上湿气偏胜。这几段经文均是指气候变化上的严重反常，人体因感受这些外邪致病，即属外感六淫。外感六淫，特别是外感湿邪，中医学认为可以使人发生痰饮。

3.1.2 内伤七情

《诸病源候论》说：“痰饮者，由气脉闭塞，津液不通，水饮气停在胸府，结而成痰。”《圣济总录·痰饮门》认为：“三焦气涩，脉道闭塞，则水饮停滞，不得宣行，聚成痰饮。”

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

《三因极一病证方论》中认为："内则七情泊乱，脏气不利，郁而生涎……，外有六淫浸冒，玄府不通，当汗不汗，蓄而为饮……，或饮食遇伤，嗜欲无度，运动不宜，津液不行，聚为痰饮。"《儒门事亲》谓："饮之所得，……有愤郁而得之者……，有思虑而得之者，夫愤郁而不得伸，则肝气乘脾，脾气不化，故为留饮。"七情，即喜怒忧思悲恐惊等情志变化，七情过用可以成为情志之邪，而使人发生疾病。这里的所谓的愤郁、忧虑、惊恐等均为情志之邪，列属七情之中，因此，内伤七情，亦可使人发生痰饮。

3.1.3 饮食房劳

李梴《医学入门》指出："饮水与茶酒停蓄不散，再加外邪生冷，七情相搏成痰。"《儒门事亲》谓："人因劳役远行，乘因饮水，脾胃力衰，因而嗜卧，不能布散于脉，亦为留饮。人饮酒过多，肠胃已满，又复增之，经不及渗泄，久久如斯，亦为留饮。因隆暑津液焦涸，喜饮寒水，本欲止渴，乘快过多，逸而不动，亦为留饮……积水则生湿，停酒则生燥，久则成痰。"由此可见，中医学认为饮酒过度、饮水过多、饮浓茶厚味均可使人发生痰饮。

从《金匮要略》记载的痰饮、悬饮、溢饮、支饮来看，四饮是由于体内水的异常蓄积形成。喻嘉言对四饮又作了进一步的解释，他说："痰饮者，水走肠间，沥沥有声；悬饮者，水流胁下、咳唾引痛；溢饮者，水流行于四肢，汗不出而身重，支饮者，咳逆倚息短气，其形如肿。--由胃气而下流于肠，一由胃而旁流于胁，一由胃而外出于四肢，一由胃而上入于胸膈。"其中水饮下流于肠者即痰饮，旁流于胁者即悬饮，出于四肢者即溢饮，上入胸膈者即支饮。明确地指出了四饮是因水饮贮留于不同部位而形成的。

张从正认为，留饮是蓄水所造成。他说：留饮之证不过蓄水而已。张氏提出发生饮的原因有五。他说：有愤郁而得之者，有困乏而得之者，有思虑而得之者，有痛饮而得之者，有热时伤冷而得之者。饮证虽多，无出于此。他强调愤郁、困乏、思虑、痛饮，热时伤泛为产生饮证的原因。愤郁可伤肝，思虑、疲劳、饮酒、热时饮冷可伤脾胃。因此，脾胃受伤，运化失常，是形成饮的主要病因。

3.2 痰证病因病机

3.2.1 外感六淫

《医学入门》谓："风痰，外感贼邪，……寒痰，因形寒饮冷，……湿痰，或外感湿滞……。"又谓："痰者，津液所化，风伤肺，湿伤肺，凝浊而生……。"《景岳全书》谓："风寒之痰，以邪自皮毛，侵袭于肺，肺气不清乃至生痰，是即伤寒之类。"这里风、寒、湿、热等贼邪属外感六淫，易使人发生痰证。

3.2.2 内伤七情

《丹溪心法》谓："假如痫病，因惊而得，惊则神出窍，窍空则痰生。"说明七情在痰证形成中是重要的发病因素。

3.2.3 饮食房劳

刘完素谓："酒性大热而引饮冷，冷与热凝于胸中不散而成湿，故痰作矣。"《医学入门》谓："热痰因厚味积热，……食痰因饮食不化。"这里所说的厚味，一般系指煎炒辛辣等刺激性食品。酒色即贪酒好色，有放纵淫欲之意。耽酒溺色，喜进浓煎厚味，过饮茶

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

水，中医学认为均可使人发生痰饮。

3.2.4 五脏生痰

3.2.4.1 肺生痰 金代刘完素《素问病机气宜保命集》说："脾无留湿，虽伤肺气而不为痰也。"明代虞抟在《医学正传》中说："肺气郁而生热，热盛则生痰。"王纶《明医杂著》指出："若夫痰因火上，肺气不清，咳嗽时作，乃老痰郁痰，结成粘块，凝滞喉间，吐咯难出，此痰皆因火邪炎上，熏于上焦，肺气被郁，故津液之随气而升者，为火熏蒸，凝浊郁结而成，岁月积久，根深蒂固，故名者名郁，而其原则火也。"这就是说，由于火邪炎上，熏于上焦，肺气被郁，津液之由肺输布于全身者，为火熏蒸，凝结郁结而成痰。因为痛的岁月日久，而又根深蒂固，因此叫老痰、郁痰。老痰郁痰的原因则为火。王氏并指出，老痰多见于饮酒之人。因"酒气上升为火，肺与胃脘皆受火邪，故郁结而成。"王氏所指者也以广义之痰为多。

3.2.4.2 脾生痰 《赤水玄珠》说："脾无留湿不生痰"。《景岳全书·杂证谟·痰饮》说："水谷不化而停为饮者，其病全由脾胃，无处不到而化为痰者，凡五脏之伤，皆能致之。""痰即水也，其本在肾，其标在脾，在肾者，以水不归源，水泛为痰也；在脾者，以饮不化，干不治水也。""肾之命门火衰，既不能自制阴寒，又不能温运脾土，则阴不从阳，精化为水。"《医宗必读》说："脾为生痰之源。""脾土虚弱，清者难升，浊者难降，留中滞膈，瘀而成痰。"《医学从众录》说："脾土不及，则气虚不运而痰。"《杂病源流犀烛》说："脾气充盛，自能健运，内因之湿何由生，外来之湿何自成，痰即不能为患矣。"《医学传心录》说："脾土旺则能运化水谷，上归肺，下输膀胱，无湿气可留也。"《临证指南医案》说："胃强脾健，则饮食不失其度，运行不停其机，何痰饮之有。""阳盛阴虚则水气凝而成痰，阴盛阳虚则水气溢而为饮。"以上各家之言表明，脾虚气滞，寒热失常，运化失司，水湿凝聚是形成痰的重要原因。

3.2.4.3 肾生痰 《医贯·痰论》中赵献可云："肾虚不能制水，则水不归源，如水逆行，洪水泛滥而为痰，是无火者。"《明医指掌》："痰之本，水也，原于肾，痰之动，湿也，主于脾。"痰饮的生成与脾肾有关。《景岳全书》谓："五脏之病，虽俱能生痰，然无不由乎脾胃，盖脾主湿，湿动则为痰，肾主水，水泛亦为痰。"又谓："痰有虚实，不可不辨，……脾胃之痰有虚有实，肾家之痰，则无非虚耳。"《医学从众录》谓："王节斋曰：痰之本水也，原于肾，痰之动，湿也，主于脾，余又从而续之曰：痰之成，气也，贮于肺，此六语堪为痰病之纲领，大抵脾肺辨其虚实，肾脏辨其水火。肺实者，肺有邪也，若非寒邪，即是火耳。肺虚者，本脏自虚，治节不行而痰聚之。……脾土太过，气辖郁热而生痰，……脾土不及，食久化迟而生痰，……肾虚不能利水，则水不归源，上泛滥而为痰，……阴虚火动，则水沸动于肾……水随波涌而为痰。"肾阳不足，命门火衰，不能制水，水不归源则为痰。元阴亏损，阴虚火旺，津液枯亏，煎熬成痰，多因虚致痰。"肾为生痰之本"。

3.2.4.4 肝生痰 严用和在《济生方》中说："人之气道贵乎顺，顺则津液流通，决无痰饮之患。"《医学入门》云："为痰为积本七情。"《儒门事亲》云："肝主虑，久虑而不决，则饮水不行。"《直指方》云："气结则生痰，痰盛则气愈结。《明医杂著》云："人之一身，气血情顺，则津液流通，何痰之有，惟夫气血浊逆，则津液不清，熏蒸成聚而变为

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

痰焉。”说明肝气不顺气血浊逆，津液不清熏蒸而成痰。

3.2.4.5 心生痰 《圣济总录》谓“三焦气涩，脉道闭塞，则水饮停滞，不得宣通，聚而成痰，……盖疗此者，要以宣通气脉为先。”《诸病源候论》曰：“诸痰者，此由血脉壅塞，饮水聚而不消散，故成痰也。”由于心气不足，或心阳不振，推动血行不利，则脉道闭塞不通，津液不得宣散而聚成痰。

4 治则治法

历代医家对痰饮的治疗原则和治法，基本上可概括为：①治痰饮当以温药和之；②顺气为先；③实脾治本；④强肾之本；⑤见痰休治痰；⑥补气为先；⑦痰瘀并治。

治痰大法当首推仲景所倡“病痰饮者当以温药和之。”仲景何以言此，痰饮多属阳微阴盛，本虚标实之候，单纯攻伐恐伤阳气，过于燥热又必耗劫津液，煎熬成痰变生他证。“以温药和之”之“和”有温补助阳，消水蠲饮之意，既使使用温药也不得专用温补，使之太过，而佐以行消并导，使邪有去路。临症上若见脾阳虚肾阳虚，肺气虚的饮证，皆用温补法。饮留胃肠的“痰饮证”宜用苓桂术甘汤合小半夏汤加味；肾阳虚，水湿上泛之痰饮病患，宜用肾气丸；寒饮伏肺证宜用小青龙汤温肺化饮；久病休虚的饮证，用木防己汤，有补虚散饮之功，虚者受补即愈。若是实证则不宜温补，否则可致痰涎更为壅滞而不去。

由于津液的输布和排泄有赖于气的推动，正如《济生方》云：“人之气道贵乎顺，顺则津液流畅，决无痰饮之患。”故善治痰者当以调气为先。此亦即宋代庞安时所言：人身无倒上之痰，天下无逆流之水。故善治痰者，不治痰而治气，气顺则一身之津液，亦随气而顺矣。“治气”之法又有“宣降肺气，调理脾胃之气，温补肾气，疏理肝气，温通心气，调达三焦之气”的不同。朱丹溪也主张治痰以顺气为先，分导次之。他认为对由脾虚引起之痰，宜补脾气。还提出实脾土、燥脾湿是治痰治本之法。并强调治痰不可多用滑利药物，以免伤脾。他以为凡治痰用利药过多，致脾气虚，则痰易生而多。戴思恭也支持治痰顺气的说法，亦认善治痰者，不治痰而治气，气顺则一身之津液亦随气而顺矣。顺气化痰可用苏子降气汤、导痰汤各半帖和煎，并提出：痰饮而变生诸证者，应以治饮为先，饮消则诸证自愈。

李梴也支持治痰饮以“顺气为先，分导次之”的论点。李氏还对二陈汤进行了论述，他认为二陈汤能使“大便润而小便长，尤为分导要药。”并提出了二陈汤加减之法。

孙思邈主张悬饮可用攻下之法，溢饮初起有表证者可用汗法。他说：“十枣汤治病悬饮者，若下后不可与也。”又说：“病溢饮者，当发其汗，小青龙汤主之。”《金匮要略》中说：“病溢饮者当发其汗，大青龙汤主之，小青龙汤亦主之。”大、小青龙汤为发汗祛饮的代表方剂。悬饮、痰饮、支饮属实者，均可用攻逐法治愈。《金匮要略》说：“支饮胸满者，厚朴大黄汤主之。”又说：“病悬饮者，十枣汤主之。”攻逐之剂多峻利，体虚者切不可用。

张从正对吐法较有研究。他认为膈上之痰胃中宿食及酒积应该用吐法。他说：“诸痰在膈上者，……可用独圣散吐之。”又说：“病在胸膈之上，大满大实，非吐安能得出。”张氏并曾用瓜蒂散“吐伤寒头痛”，葱白豆豉汤“以吐杂病头痛”，独圣散加茶末少许“以

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

吐痰饮”，独圣散加全蝎梢“吐两胁刺痛，濯濯有声者。”根据实践经验，张氏总结出涌吐药物30多种。张氏认为吐法用之不当也有危害，他说吐法之应用以“中病即止，不必尽剂，过则伤人。”并强调“此法宜少用”。吐法对顽痰、老痰、膈痰也只有治标的作用，至于经络之痰虽说“非吐不可”，亦恐难以奏效。张氏对部分昏迷患者也主张用吐法。他列举的症状有“牙关紧闭，如丧神守。”“口噤不开，不省人事。”此类患者用吐法应慎重考虑。昏迷患者用吐法可引起吸入性肺炎，脑血管意外之患者，用吐法还可使其颅内出血加重，因此，重危患者还是以不用吐法为宜。再次，从经口服的药物中毒而言，吐法已为洗胃、灌肠、输液、使用解毒药等所代替。因此，吐法除用于经口服的非腐蚀性药物中毒，急性胃炎及酒积之外，已很少应用。

朱震亨对湿痰、热痰、食痰、风痰、老痰等的用药也提出了看法。他治痰证，湿痰用苍术加白术；热痰用青黛、黄连、黄芩；食痰用神曲、麦芽、山楂；风痰用南星；老痰用海石、半夏、瓜蒌、香附，五倍子。还强调风痰病必用风痰药，如白附子、天麻、雄黄、牛黄、黄芩、僵蚕、猪牙皂角。另外还指出：痰在胁下治用白芥子，皮里膜外之痰治用竹沥、姜汁，四肢之痰治用竹沥。

王纶以为通用治痰的二陈汤，只能用于湿痰、寒痰、痰饮及痰涎；用于痰因于火的郁痰、老痰则不适当。王氏并制化痰丸来治郁痰、老痰，用以开郁降火，清润肺金，而消凝结之痰，但久服方可有效。化痰丸是由天冬、黄芩、海粉、橘红、桔梗、连翘、香附、青黛、芒硝、瓜蒌肉，加姜汁少许制成蜜丸。可软坚开郁，化痰降火。用于气滞、郁热而生痰者为宜，脾虚中满者不宜用。

李中梓认为在治疗中应分清脾、肺之痰，不可加以混淆。因脾、肺之痰，用药有所不同。指出：脾为湿土，喜温燥而恶寒润，故二术、星、夏为要药；肺为燥金，喜凉润而恶温燥，故二母、二冬、地黄、橘皮为要药。李氏还强调，既使润肺，毋过于凉润，以免伤及中州，稍用脾药以生肺金，方为善治。

张介宾对痰证的治疗论述较详。首先，他从脾胃、肾经、风寒、中风等论证了痰证的证治。其次，谈到了治疗法则，最后并收集了各家治痰之法。张氏认为“治痰当分缓急。”强调“治痰当知求本。”他说：痰因火动者，宜治火为先；痰因寒生者，宜温中为先；风痰宜散之，非辛温不可也；湿痰宜燥之，非渗利不除也。

喻昌认为“少壮新病”痰饮者，其治疗原则：“是湿则燥之；是火则泻之；湿而生热，则燥湿而兼清热；火而生痰，则泻火而兼豁痰。”衰老久病者患痰饮，则当“攻补兼施”。如“气虚而有湿热痰火”，则以四君子汤补气而兼燥湿，清热、豁痰、泻火。如“血虚而有痰火湿热”，则以四物汤补血而兼泻火、豁痰、清热、燥湿。喻氏“虚实分治”之法，实际上是根据患者体质的强弱，病程长短，可采用不同的立法。

李用粹在《证治汇补》中提出：①痰证治疗总原则：“热痰则清之，湿痰则燥之，风痰则散之，郁痰则开之，顽痰则软之，食痰则消之”，“在胸膈者吐之，在胃肠者下之。”肺虚有痰者，宜保肺以滋其津液；脾虚有痰者，宜培脾以化其痰涎；肾虚有痰者，宜补肾以引其归藏。”②饮证的治疗总原则：“停饮之初，……症现寒热者，汗之。在胁肋四肢者，分利之。在胸膈者，吐之。在肠胃者，下之。若夹虚症者，补之温之。”“初宜分消，次宜调养，虚宜温中，久宜暖肾。”

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

总之，根据历代医家对治则的深入研究，具体治疗痰饮病的治法如下：

4.1 饮证治法

4.1.1 温阳化饮法

《金匮要略》提出“病痰饮者，当以温药和之”的治疗原则，成为后世治疗饮证的根本大法。故见脾阳虚，肾阳虚，肺气虚的饮证，皆用温补法。代表方剂苓桂术甘汤、肾气丸、小青龙汤。

4.1.2 发汗祛饮法

《金匮要略》中说：“病溢饮者，当发其汗，大青龙汤主之，小青龙汤主之。”大小青龙汤为发汗祛饮的代表方剂。

4.1.3 攻逐水饮法

悬饮，痰饮，支饮属实者，均可用攻逐水饮法治愈。《金匮要略》说：“支饮胸满者，厚朴大黄汤主之。”又说：“病悬饮者，十枣汤主之。”这些都是用攻逐法治疗饮证的例证。常用方剂有十枣汤、控涎丹、葶苈大枣泻肺汤和厚朴大黄汤等。攻逐之剂多峻利，体虚者切不可用。

4.2 痰证的治法

4.2.1 宣降肺气以治痰

《不居集》云：“痰之来也，多由于肺，而虚损之人，肺气未有不虚者也，肺气虚则不能水精四布，而浊痰凝聚也。”说明肺气不足，治节无权，气虚不布，津液停聚亦可成痰，治当补益肺气以化痰。《永类钤方》的补肺汤为其代表方，乃宗《难经》“损其肺者益其气”之旨。若肺气膹郁，可选用《太平惠民和剂局方》的三拗汤或《韩氏医通》三子养亲汤宣降肺气以治痰。

4.2.2 调理脾胃之气以治痰

李时珍在《本草纲目》中说：“脾无留湿不生痰，故脾为生痰之源。”陈梦雷曾明确指出：脾气愈虚，不能运化，津液凝聚而为痰者，治以健脾胃为主。治疗脾胃气虚所致的痰证，当用《太平惠民和剂局方》的六君子汤。若脾虚气陷，运化无力而生痰者，则当用补中益气汤补中益气，升阳举陷以化痰；若中焦虚寒，水湿不运，痰浊阻滞者，治宜温脾益气化痰，常用理中化痰丸；食滞中焦，酿湿化痰者，治宜消导行气化痰，常用保和丸化裁。

朱震亨说：“治痰法，实脾土，燥脾湿，是治其本。”“大凡治痰，用利药过多，致脾气虚，则痰易生而多。”实痰宜平胃散合二陈汤治之。

4.2.3 温补肾气以治痰

《明医杂著》中说：“痰之本，水也，原于肾。”张景岳认为，肾为生痰之本，肾主水，水泛亦为痰。故“痰之化无不在脾，而痰之本无不在肾。”故治疗阳虚水泛为痰，温阳补肾，益火之源，以助气化。代表方剂为金匮肾气丸。

4.2.4 疏达肝气以治痰

古人有“七情内伤，郁而生痰”所以，临床上疏肝解郁，行气导滞是治疗痰病的常

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

法。元代医家朱丹溪治疗内伤杂病，多从气、血、痰、郁着手，他所创制的著名方剂越鞠丸，乃治疗气血痰火湿痰之六郁证。若肝郁化火，灼津为痰者，治宜疏肝清气化痰，常用清气化痰丸加减。若见肝郁脾虚之痰证，宜疏肝健脾解郁，用六君子汤加柴胡、青皮、香附、郁金等治之。

4.2.5 温通心气以治痰

若心火虚衰，则水气凌心而成痰饮。心阳不振，痰浊痹阻胸中者，治宜温通心阳（心气）化痰。常用瓜蒌薤白白酒汤；痰浊壅盛，蒙蔽神明者，治以宣通心气，开窍豁痰，常用苏合香丸。

4.2.6 调达三焦之气以治痰。若气机阻滞，决渎失司，水道不通，则水湿停聚而为痰为饮。故三焦气化失常，水道阻滞不通，水湿内聚化痰者，治宜通调三焦之气，常用涤痰丸加味。

5 方剂归类

5.1 燥湿化痰之剂

(1) 二陈汤（《太平惠民和剂局方》）：治湿痰咳嗽。症见咳嗽痰多色白，胸膈胀满，恶心呕吐，头眩心悸，舌苔白润，脉滑。

半夏（汤洗七次） 橘红各五两 白茯苓三两 甘草（炙）一两半

上味咬咀，每服四钱，用水一盏，生姜七片，乌梅一个，同煎七分，去滓热服，不计时候，日二三服。

《丹溪治法心要》云："二陈治痰要药，世多忽之，且平胃散为常服之药，二陈汤反不可服乎，但能随证加减，用之无不验。"又言："二陈汤加升麻、柴胡能使大便润而小便长，胸膈宽"；"脾虚者，清中气以运痰降，二陈汤加白术之类，兼用升麻提气"；"眩晕嘈杂，乃火动其痰，用二陈汤加栀子、黄芩、黄连之类。"《景岳全书》中提到二陈汤随证加减的应用方法，如丹溪治食郁痰滞，胸膈不快症所用的加味二陈汤：苍术、白术、橘红、半夏、茯苓、川芎、香附、枳壳、黄连、甘草。又，治一切呕吐清水如注的二术二陈汤：苍术、白术、陈皮、半夏、茯苓、甘草，姜三片、枣一枚同煎稍热服。虚寒者加人参、煨干姜；痰饮加南星、焙半夏；宿食加神曲、砂仁。刘河间治热痰，头眩，用二陈汤加黄芩，即黄芩二陈汤。《保赤新编》："风痰加南星、白附、皂角、竹沥；寒痰加姜汁，重用半夏；火痰加石膏、青黛；湿痰加苍术、白术；燥痰加瓜蒌、杏仁；食积痰嗽发热加枳实、瓜蒌、莱菔子、山楂、神曲；膈上热痰令人呕吐，加黄连、栀子、生姜；痰结胸膈，喘逆上气加香附、枳壳。"

(2) 温胆汤（《备急千金要方》）："治大病后虚烦不得眠，此胆寒故也，宜服温胆汤方。"

半夏 竹茹 枳实各二两 橘皮一两 生姜四两 甘草一两

上六味咬咀，以水八升煮取二升分三服。

温胆汤在临床上疗癫疾，起沉疴，治疗多种疾病，其关键在于随证加减，如：心虚胆怯，痰气搏结者用十味温胆汤（《三因方》，枳实、陈皮、茯苓、半夏、甘草、远志、枣

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

仁、熟地、五味子、人参、生姜、大枣）；湿热中阻、痰浊上逆者，用竹茹温胆汤；内有痰湿，外见少阳证，用柴芩温胆汤；痰热明显用黄连温胆汤；兼肝阴不足，虚风内动，用桑钩温胆汤（加桑寄生、钩藤）；兼肝气郁滞，用逍遥温胆汤（合逍遥散）或舒肝温胆汤（合柴胡疏肝散）；肝郁化火者，用芩连温胆汤；若为脾胃虚寒，湿痰内蕴者，可用建中温胆汤（合小建中汤）；兼有血瘀、痰瘀互患者，选用桃红温胆汤、失笑温胆汤或血府温胆汤；而治癫狂之证，则可用白金温胆汤（合白金丸）、矾磁温胆汤（合矾磁散）等。临床病情复杂多变，因而温胆汤的随证加减也变化无穷，以上仅见一斑。

（3）导痰汤《济生方》：主治一切痰厥，症见头目眩晕，痰饮留积不散，胸膈痞塞，胁肋胀满，头痛叶逆，喘息咳嗽，涕唾稠粘，坐卧不安，饮食不思。

半夏　陈皮　茯苓　甘草　南星　枳实。

（4）涤痰汤《济生方》：主治中风痰迷心窍，舌强不能语。

半夏　胆星　橘红　枳实　茯苓　人参　菖蒲　竹茹　甘草　生姜　大枣

（5）金水六君煎《景岳全书》：主治肺肾不足，或年迈阴虚所致湿痰内盛，咳嗽呕恶，喘逆多痰等证。

当归　熟地　陈皮　半夏　茯苓　甘草　生姜。

（6）指迷茯苓丸《指迷方》：主治湿痰流注经络，手臂麻木疼痛等证。

半夏　茯苓　炒枳壳　风化硝

姜汁糊丸如梧桐子大，每服20丸，姜汁送下。

本方善治湿痰，有化痰通络的功能。

5.2 清热化痰之剂

（1）清气化痰丸（《医方考》）：主治痰热内结。症见咳嗽痰黄，粘稠难咯，胸膈痞满、甚则气急呕恶，舌质红，苔黄腻，脉滑数。

陈皮（去白）　杏仁（去皮尖）　枳实（麸炒）　黄芩（酒炒）　瓜蒌仁（去油）　茯苓各一两　胆南星　制半夏各--两半

姜汁为丸，每服二至三钱，温开水送下。

（2）小陷胸汤（《伤寒论》）：主治痰热互结。症见胸脘痞闷，按之则痛，吐痰黄稠，舌苔黄腻，脉浮滑或滑数。

黄连一两　半夏（洗）半升　瓜蒌实大者一枚

上三味，以水六升，先煮瓜蒌取三升、去滓，内诸药，煮取二升，去滓，分温三服。

（3）滚痰丸《丹溪心法附余》：主治实热老痰，发为癫狂惊悸，或怔忡昏迷，或咳喘痰稠，或胸脘痞闷，或眩晕痰多，大便秘结，舌苔黄厚而腻，脉滑数有力者。

大黄（酒蒸）　黄芩（酒洗净）各八两　礞石一两（捶碎用焰硝--两，放入小砂罐内盖之，铁线缚定，盐泥固定，晒干，火煅红，候冷取出）　沉香五钱

共为细末，水泛丸，如梧子大，每服四五十丸，量虚实加减，临卧，食后，清茶或温水送下。

本方降火逐痰，药力猛峻，虚人及孕妇、均不可轻用，以免损伤正气。

（4）消瘰丸（《医学心悟》）：主治瘰疬、痰核、瘿瘤属痰火结聚者，症见咽干、舌红、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

脉弦滑。

玄参（蒸） 牡蛎（煅，剉碎） 贝母（去心，蒸）各四两

上方共为末，炼蜜为丸，每服三钱，开水下，日二服。

(5) 清热化痰汤（《医宗金鉴》）：主治中风痰热，神志不清，舌强难言等证。

人参 白术 茯苓 炙甘草 橘红 半夏 麦冬 石菖蒲 枳实 木香 竹茹 黄芩 黄连 南星等

水煎加竹沥、姜汁服。

(6) 大青龙汤（《伤寒论》）：主治外感风寒、溢饮证兼有里热者。

麻黄 桂枝 甘草 生姜 杏仁 大枣 石膏

(7) 千金苇茎汤（《备急千金要方》）：主治肺痈，症见咳吐脓血腥臭黄痰，胸中隐隐作痛，咳时尤甚、舌红苔黄腻，脉滑数。

苇茎（切）二升（以水二斗，煮取五升，去滓） 薏苡仁半升 冬瓜仁半升 桃仁三十枚

5.3 润燥化痰之剂

(1) 贝母瓜蒌散（《医学心悟》）：主治肺燥有痰。症见咯痰不利，咽喉干燥哽痛，上气喘促等。

贝母一钱五分 瓜蒌一钱 天花粉 茯苓 橘红 桔梗各八分

《医学心悟》类中风篇，另有一贝母瓜蒌散，较本方少花粉、伏苓、桔梗、多胆南星、黄芩、黄连、甘草、黑山栀，治肺火壅遏之痰热证。

(2) 清燥救肺汤《医门法律》：主治燥热伤肺，症见头痛身热，干咳无痰，气逆而喘，咽干鼻燥，口渴心烦，舌尖边红，少苔或舌苔薄白而干等证。

桑叶（经霜者）三钱 石膏（煅）二钱五分 甘草一钱 人参七分 胡麻仁（炒，研）一钱 真阿胶八分 麦门冬（去心）一钱二分 杏仁（去皮尖，炒）七分 枇杷叶一片（刷去毛蜜涂炙黄）

上方水一碗，煎六分，频频二三次滚热服。

5.4 温化寒痰之剂

(1) 苓甘五味姜辛汤《金匮要略》：主治寒饮内停。症见咳嗽痰稀，喜唾，胸满呕恶，舌苔白滑等。

茯苓四两 甘草三两 干姜三两 细辛三两 五味子半升

(2) 三子养亲汤（《韩氏医通》）：主治咳嗽喘逆、痰多胸痞，食少难消，舌苔白腻，脉滑等。

白芥子 苏子 莱服子

各微炒，击碎，看何证多，则以所主者为君、余次之。每剂不过三钱，用生绢小袋盛之，煮作汤饮，代茶水啜用，不宜煎熬太过。若大便素实者，临服加熟蜜少许，若冬寒加生姜三片。

(3) 小青龙汤《伤寒论》：主治外感风寒，内停水饮。症见恶寒发热不渴，无汗，浮

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肿，身体疼重，胸痞，干呕，咳喘，脉浮等。

麻黄去节　芍药　细辛　干姜　甘草（炙）　桂枝各三两　五味子半升　半夏（洗）半升

上方八味，以水一斗，先煮麻黄，减二升，去上沫，内诸药，煮取三升，去滓，温服一升。

(4) 射干麻黄汤（《金匮要略》）：主治痰饮，咳而上气，喉中有水鸣声者。

射干十三枚（一法三两）　麻黄四两　生姜四两　细辛　紫菀　款冬花各三两　五味子半升　大枣七枚　半夏（大者洗）　八枚（一法半升）

(5) 苓桂术甘汤（《金匮要略》）：主治心下痰饮停结，胸胁支满，气短目眩晕。

茯苓　桂枝　白术　甘草

(6) 肾气丸（《金匮要略》）：主治肾阳衰微不能化水而形成的水停不化、短气微饮，就以肾气丸使水饮从小便去之。

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

上方八味末之，炼蜜和丸，梧子大，酒下十五丸，加至二十五丸，日再服。

(7) 青州白丸子（《太平惠民和剂局方》）：主治寒痰上涌，呕吐涎沫，口眼㖞斜，手足瘫痪以及小儿惊风或痰盛泄泻等证。

生天南星　生半夏　生白附子　生川乌

研末为丸，如绿豆大，成人每服 20 丸，姜汤送下。小儿 3～5 丸，薄荷汤送下。

5.5 治风化痰之剂

(1) 止嗽散（《医学心悟》）：主治风邪犯肺，症见咳嗽咽痒，微有恶风发热，舌苔薄白等症。

桔梗（炒）　荆芥　紫菀（蒸）　百部（蒸）　白前（蒸）各二斤　甘草（炒）十二两　陈皮（去白）一斤

上方共为末，每服三钱，开水调下，食后临卧服。初感风寒，生姜汤调下。

(2) 半夏白术天麻汤（《医学心悟》）：主治风痰所致的眩晕，头痛，兼见胸膈痞闷，舌苔白腻，脉滑数等。

半夏一钱五分　天麻　茯苓　橘红各一钱　白术三钱　甘草五分

上方以生姜一片，大枣二枚，水煎服。

展　望

痰饮是《内经》时期的发现，经历代医家不断补充、完善，已形成了一个较完整的病证体系。但由于历史因素的限制，在理论和实践上进展不快。在理论上论述多而零乱，包括的病种范围广而缺乏规律性，治疗方法极不统一。因此，今天我们研究痰饮病学的内容应从诊断、治则、方药选用，痰饮实质研究等各个方面进行研究，力争突破。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

关于痰饮病的诊断标准及痰饮病的主症表现文献记载非常混乱，中医界还没有达成统一的认识。方永奇等对 1983～1997 年发表于国内外报刊杂志上的有关温胆汤临床研究的文献资料共 348 篇进行了整理。发现痰证涉及西医学神精精神系统疾病、心血管系统疾病、消化系统疾病、呼吸系统疾病、泌尿生殖系统疾病、妇科疾病、内分泌系统疾病数十种疾病。因此有必要对痰饮病证的主症及诊断标准作详细研究。

关于痰饮病的治疗必须坚持辨证论治。痰饮病的产生有共同的生理病理基础，虽病变的部位不同，产生的症状各异，但其病因病机是相同的。因此在临床上治疗痰饮病经常体现异病同治，一方治多种病证。因此如何结合中医辨证，制定出较明确的中医分型标准，以指导临床辨证施治，进一步提高疗效，是值得深入探讨和解决的课题。

从目前研究现状来看，临床观察较多，各地诊断及治疗判定标准差别较大，另外由于大多缺乏平行对照，而且自身对照又受饮食、季节、吸烟、体力、服药、生活方式、气候环境等多种因素干扰，导致观察结果出现误差，使其可靠程度受到一定影响。总之，目前应尽快制订统一的诊断标准和疗效评定标准，以使观察结果具有更高的可比性和可靠性。

纵观痰饮的研究概况，文献整理者居多，但理论上很少有新的突破，饮证的分类治疗一直沿用《金匮要略》之说。现代实验研究较少，个别案例的临床报道较多，通过严密设计、系统观察、精确统计的临床研究较少。而中医所言之痰证饮证涉及临床各科，病种繁多因此，究竟痰为何物，其实质如何，都有待于进一步深入研究。可喜的是方永奇等在研究文献的基础上提出了痰饮实质假说。他认为，各系统疾病痰证的表现虽然不同，但其病机又是一样的，同属气机障碍，水湿津液停聚这一病理过程。这也提示痰证是机体内调控系统功能失调，尤其是神经内分泌系统功能障碍，植物神经功能紊乱所致机体代谢紊乱，代谢产物堆积，从而引起全身各系统的病变。我们有理由认为，痰证本质最根本的就是神经内分泌功能失调，导致全身各系统器官功能障碍。这一假说基本上可以解释痰证的一系列临床表现及其全身性、复杂多变的致病特点，具有一定的理论价值和临床指导作用。这一假说还有赖于现代科学实践研究的证实和中医界的认同。

由于痰饮病证包括病种很多，当前应先从一些常见而威胁人民健康较大的病种起进行研究，如各种肿瘤、血癌、肺心病、冠心病、中风、精神病、癫痫、骨关节结核等。临床研究应规范化，对有效方剂应进行筛选，开展临床和药理研究，以寻找治疗疑难病证的有效方法，对世界医学事业做出贡献。

（李岩　刘松江）

近现代参考文献

[1] 孟庆云．痰病原道说解．中医杂志，1996（4）:200
[2] 徐济民，等．痰浊型冠心病与血脂水平探讨．中西医综合杂志，1984（5）:265
[3] 张伯臾，等．中医内科学．上海：上海科学技术出版社，1985．
[4] 朱曾柏．中医痰病学．武汉：湖北科学技术出版社，1984．
[5] 姜惟．试论心肝痰病的病机和证治．安徽中医学院学报，1987（3）:11
[6] 何裕民．论肥人多阳虚痰湿，瘦人多阴虚火热．中西医结合杂志，1985（11）:674

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[7] 林绍基. 论痰饮实质. 天津中医, 1994 (2):41~42
[8] 方永奇, 等. 从温胆汤的方证看痰证实质. 中国中医基础医学杂志, 1998 (1):43~45
[9] 尚小平. 浅释病痰饮者当以温药和之. 河北中医, 1987 (11):41
[10] 杜天植. 论"治痰先治气". 江西中医药, 1987 (6):1
[11] 吴家清. 王士雄治痰十八法初探. 云南中医杂志, 1987 (1):29
[12] 宋哈军. 自拟中药涤痰利水汤治疗12例肺心病心力衰竭疗效观察. 黑龙江中医药, 1987 (3):43
[13] 奚风霜. 从痰论治高脂血症的临床观察. 湖北中医杂志, 1987 (10):446
[14] 程运文. 乳汁不行治痰四法. 新中医, 1989 (10):5
[15] 江淑安. 试论痰病学说在妇科的临床运用. 新中医, 1988 (6):4
[16] 王宗铁. 痰阻宗筋与男性不育. 中医杂志, 1989 (12):53
[17] 侯知凡. 从痰饮治脱发. 湖北中医杂志, 1991 (6):12
[18] 孙荣钦. 从痰论治舌证验案两则. 新中医, 1991 (11):20
[19] 夏桂成. 痰湿闭经证治. 吉林中医药, 1989 (3):1
[20] 刘书玲, 等. 冠心病的中医辨证分型与血液流变学指标的关系. 山东中医学院学报, 1993 (6):41
[21] 王静怡, 等. 痰湿与痰湿夹瘀证305例血液流变学观察. 中国医药学报, 1993 (4):54
[22] 方显明. 冠心病痰证病人的血液流变学探讨. 中医研究, 1990 (2):15
[23] 程小曲, 等. 痰浊型冠心病与血脂、脂蛋白、载脂蛋白的关系及痰浊形成机理的探讨. 新中医, 1994 (3):7
[24] 静文英, 等. 321例心脑血管伴高脂血症患者血液流变学变化与中医辨证的关系. 内蒙古中医药, 1993 (2):1~3
[25] 李旭成. 缺铁性中风病痰邪实质与血液流变学关系的探讨. 实用中西医结合杂志, 1992 (18):153
[26] 熊尚全, 等. 冠心病中医辨证与载脂蛋白关系的初步研究. 福建中医学院学报, 1994 (3):7
[27] 陈银玲. 从现代研究论"痰瘀同源". 内蒙古中医药, 1994 (2):33
[28] 唐由君, 等. 200例急性白血病的中医分型与客观指标关系初探. 上海中医杂志, 1994 (8):4
[29] 石广仁. Ⅴ型肺结核X线影像中医辨证. 天津中医, 1994 (4):37
[30] 黄华, 等. 300例小儿肺炎中医临床证型的X线表现. 上海中医药杂志, 1994 (10):34
[31] 丁沧清, 等. 肺源性心脏病中医临床证型的X线诊断研究。辽宁中医杂志, 1994 (10):436
[32] 谢素媛, 等. 乳腺增生病泛光透照图像与中医辨证分型的关系. 广西中医药, 1994 (2):58~59
[33] 李以义. 百病皆生于痰. 北京: 学苑出版社, 1997.
[34] 孟庆雯, 等. 中西医结合治疗高脂蛋白血症临床探讨. 西安医科大学学报, 1986 (3):295
[35] 张震. "施普瑞"治疗高脂血症中医疗效观察——附157例辨证分析. 云南中医杂志, 1994 (4):1~3

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 咯　血 ❋

咯血，是由肺络受伤，血溢脉外，经气道咳嗽而出，或一咯即出。症见咯血鲜红，常于粘痰中夹黄痰或痰血相兼，或痰中带血丝，伴咳喘、胸闷等。咯血作为以主诉症状命名的中医病证，除见于西医支气管扩张、急慢性支气管炎、肺炎、肺结核、肺癌等肺部疾患外，还常见于风湿性心脏病二尖瓣狭窄、肺动脉高压症、肺梗塞、肺动静脉瘘等。急性传染病引起的咯血，以肺出血型钩端螺旋体病、流行性出血热多见。血液病引起的咯血，可见于白血病、血友病、血小板减少性紫癜。结缔组织疾患，如播散性红斑性狼疮，结节性多动脉炎也可见到咯血。本篇所讨论的以肺部疾患引起的咯血为重点内容。

【今日临床】

1 诊断标准

关于咯血的西医诊断标准，由于可散见于西医的众多疾病，故难以综合叙述，从重点论述，以点带面的原则，仍突出介绍的呼吸系统的疾病，主要参考《实用内科学》第10版中有关支气管扩张、肺结核、肺癌等章节。咯血的中医诊断标准即往也不很规范。经过1987年和1988年的长春、青岛会议反复修订后，目前临床所遵循的是1993年中华人民共和国卫生部制定发布的《中药新药临床研究指导原则》，和1994年6月发布，1995年1月正式实施的《中华人民共和国中医药行业标准》。

1.1 病名诊断标准

咯血是肺络受伤，血溢脉外，以咳嗽，咯血，或痰中带血等为主要表现。多见于支气管扩张。

本病诊断依据如下：

咯（咳）血鲜红，常呈泡沫状或与痰液混杂。

多数患者有反复咯（咳）血史。

胸部X线摄片，可无特异性改变。病变明显时可见蜂窝状或卷发样阴影。

必要时作支气管碘油造影或支气管镜检查，可见柱状、囊状或混合型扩张。

1.2 证类诊断标准

肝火犯肺　咳呛气逆，咯（咳）血鲜红，胁痛善怒，面赤口苦，舌红苔黄，脉弦数。

阴虚火旺　反复咯血，血色鲜红，干咳咽燥，舌红苔黄少津，脉细数。

痰热壅肺　咯（咳）血量多，血色鲜红或夹有黄痰，或脓痰腥臭，心烦口渴，舌红苔黄腻，脉滑数。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

气虚血瘀 反复咯（咳）血，血色淡红或夹紫黯血块，气短胸闷，易汗，舌淡或有紫色瘀斑，苔薄白，脉细涩。

以上诊断标准选自国家中医药管理局发布《中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准》（南京大学出版社，1994 年 7 月）。

1.3 分级标准

根据出血的程度分为轻度、中度、重度 3 级。

轻度：少量咯血，1 天出血量少于 100ml，或 1 次咯血 50ml 以内。

中度：中量咯血，1 天出血量在 100～500ml，或 1 次咯血 50～100ml。

重度：大量咯血，1 天出血量超过 500ml，或 1 次咯血在 100ml 以上，脉率在 100 次/分以上，血红蛋白 10g/L 以内。

1.4 西医诊断标准

咯血主要由支气管扩张和肺结核引起。现仅列出支气管扩张诊断标准。

慢性咳嗽，咯大量脓性痰，间断咯血，反复肺部感染，或仅表现为反复大量咯血。

幼年时曾患麻疹、百日咳，支气管肺炎、肺脓肿，或有慢性鼻窦炎等。

常在下胸部及背部听到局限性粗、中湿性啰音，干咳，排痰后啰音可暂时减少或消失，以后又复出现，可有杵状指（趾）。

胸部 X 线摄片常显示患侧下肺野纹理增多、紊乱，或有不规则环状透亮阴影或卷发样阴影。

支气管造影、胸部 CT、纤维支气管镜检查，发现有支气管扩张改变。

诊断除依靠病史和临床诊断外，X 线检查有重要意义。如果符合诊断标准，则可作出临床诊断。有条件时，则可作纤维支气管镜检查、胸部 CT 等，以进一步明确诊断。

临床上观察咯血病例所遵循的标准，多数依照全国血证急症协作组的分型标准（1988 年 11 月青岛会议修订），近年来，行业标准“ZY”和《中药新药临床研究指导原则》逐渐被学者、医家所接受。但普及程度和习惯程度远不如青岛标准。

2 中心证候特征

本病证以咯血为主要证候。咯血前有胸闷或喉痒，轻者痰中带血，重者纯血鲜红，血出如涌，或兼夹泡沫、粘痰、脓痰，或痰血相兼为本病中心证候特征。

临床上对发生咯血的认识不同，故而所设证型也就各异，但较为统一的看法一般可分为肺热壅盛，肝火犯肺，阴虚肺热，气虚不摄，瘀血阻滞 5 类证候。

肺热壅盛证以咯血鲜红，胸满气急，咯痰黄稠为特征。

肝火犯肺证以咯纯血鲜红，胸胁引痛，舌红苔黄为特征。

阴虚肺热证以咯血鲜红，干咳，潮热盗汗，舌红脉细数为特征。

气虚不摄证以咯吐纯血，神疲气短，舌淡脉细为特征。

瘀血阻滞证以咯血迁延不愈，色紫黑或成块，胸胁痛有定处，舌有瘀点瘀斑为特征。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3 病　因

3.1 原 发 病 因

感受外邪　外感风、火、燥、热、疫毒之邪，邪热壅肺，灼伤肺络而咯血。

情志过极　情志不遂，气郁化火，或因暴怒气逆，上行犯肺而为咯血。

气虚不摄　劳倦过度，饮食失节，或情志内伤导致肺脾气虚，气不摄血而咯血。

阴虚火热　热病之后，因长期肺系疾患，久则耗伤津液，或痨虫侵肺伤阴，以致阴虚肺燥，虚火内炽，水亏火旺，迫而上行，发为咯血。

3.2 继 发 病 因

痰火　多因肺肾两亏，肾虚水泛为痰，此属所谓咯血出于肾。而火热之邪常煎熬津液成痰，痰火互相阻络，可使咯血发作不已。

瘀血　血不循经，离经之血便为瘀，或因肺气壅遏致血行瘀滞，或肺气不足无力推动血行，或火热伤津，津亏不能载血运行，均可使血液瘀滞，以致咯血迁延不愈或反复发作。

3.3 诱 发 因 素

时间季节因素　有人提出，血证发病规律可概括为：晡刻必失血，更至为高峰，可供参考。罗其新收集的393例血证患者，具有一定的代表性，经回顾性调查及统计分析，表明其发病存在季节性周期变化，高峰在6月28日，即夏至前后（$P<0.01$）。[1]由此可见，血证发病不仅具有昼夜规津，尚有季节规律。本资料表明，血证发病尚不具备公历月和夏历月的周期变化（$P>0.05$），有待进一步研究。另外根据血证发病高峰在6月28日前后这一结论来看，血证发病可能与太阳对人体的影响有关。6月28日正值夏至后不久，此时太阳光直射北半球，日照时间延长，这些变化可能对人体的各种生理活动产生影响，从而导致疾病发生。因为日照对生物体的影响已有实验报道。本文推测其影响途径可能与光照增强、日照时间延长、气温升高等因素有关，这与血证的发病机理，阳气盛时易出现迫血妄行的出血是相一致的。李健对142例咯血病人昼夜节律作了研究探讨，结果发现，咯血时间在昼夜（24）小时内存在着集中趋势，即17～20时和21～24时两个时段明显集中，共87例，占61.3%；其次为早5～8时24例占16.9%。而咯血窒息与死亡率亦以此三段时间为多。[2]从西医学的角度去理解，咯血较为集中的时间是深夜及清晨。此时机体由于某些激素（如肾上腺皮质激素等）在体内相对减少，神经系统功能处于抑制状态，因此各种应激性能减弱，防御功能降低，故易发生咯血。

其它因素　感受外邪，尤其是火邪、热邪、燥邪，其次是风邪、疫毒之邪，均可灼伤肺络；内伤七情，气郁化火，火扰肺络；过食辛辣刺激之品，损伤脾胃，脾胃功能失调，统摄无权，而致血溢脉外，房劳过度，耗伤肾阴，阴精亏损，阴虚火旺，虚火内炽等均可诱发和加重本病。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4 病 机

4.1 发 病

急性咯血：多见于外邪、情志因素引起的咯血。起病多急骤，如支气管扩张、肺炎、急性肺动脉高压、急性肺水肿等。

慢性咯血：主要见于久病体虚，或热伤肺阴引起的咯血。起病相对缓慢，如肺结核、血液病等。

4.2 病 位

血从气道咳嗽而出，常伴咳喘、胸闷，其病位确定在肺脏，涉及肝、脾、肾。

4.3 病 性

本病实证多于虚证。实证中又以火热为主，如肺热、肝火、阴虚虚火内炽，其次为痰瘀阻络。另一方面相对少见的虚证，表现为脾肺气虚，气不摄血，血不循经。

然而，实证病人咯血之后，失血量多者可出现虚证，表现为虚实兼杂。虚证病人复感外邪，又可表现为虚中夹实。

4.4 病 势

急性咯血发病急骤，一般来说，病势较剧，处理不当，易造成窒息或死亡，其病因多为火热之邪，而火为阳邪，其性炎上，加之气逆于上，故本病病势主要向上。

慢性咯血起病缓慢，一般发生于其它疾病的发生发展过程中或迁延过程中，故常有原发病的具体表现，病势相对较缓，表现多为虚证，如脾气虚、肝肾阴虚等。

4.5 病机转化

主要表现为病邪主次及虚实的转化。病变之初，以热证、实证为主，且多热壅于肺。随着病情的发展，热盛伤阴，久病耗气，或气随血耗，则由实而虚，出现阴虚肺热或气虚不摄，病机转化为以虚为主；或因出血不止，离经之血经久不去，火热之邪炼津灼液，气虚无力推动血行而致血瘀络阻，病机又转化为以瘀血阻络为主，而火邪炼津为痰与瘀血互阻肺络，又可加重瘀证。至疾病晚期，阴损及阳，还可出现气衰血脱的危候。

4.6 证类病机

肺热壅盛 感受燥热火邪及疫毒之邪，或风寒化热，肺失清肃，肺络受损，故咯血鲜红，喉痒咳嗽或痰中带血。

肝火犯肺 肝火上逆犯肺，使肺失清肃，肺络灼伤，故咯出纯血鲜红，甚或从口涌出，并见肝火偏亢之象。

阴虚肺热 素体阴虚，或肺肾阴虚，虚火内炽，灼伤肺络，故见咯血鲜红，及阴虚不足和阴虚内热之象。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

气虚不摄 气虚不摄，血无所主，血不循经而错行，从肺络流出，故痰中带血或咳吐纯血，以及脏气不足之象。

瘀血阻滞 瘀血阻络，血不循经而溢于脉外，致本病反复发作，咯血紫黑成块，并呈现气虚无力推动血行之象。

基本病机是肺、脾、肾三脏功能失调，因邪热、肝火、气虚而导致血溢脉外，瘀阻肺络。

5 临证思路

5.1 抓住主诉

本病是以咯血鲜红，或痰血相兼，或痰中带血丝为主诉的病证。

咯血四季均可发生，以夏秋季节偏多。若青年人痰中带血或少量咯血，多见于肺结核。若反复大量咯血，多见于支气管扩张及空洞性肺结核。40岁以上尤其是男性患者，如痰中带血或少量咯血，多见于肺癌及慢性支气管炎。若突然咯血，量虽不多，但反复不易控制者，应高度警惕肺癌的可能。如中年女性突然大咯血者，还应考虑支气管腺瘤的可能。

5.2 详问病因

引起咯血的病因很多，一般发病多有诱因可查，通过详细了解有助于辨证施治。

5.3 分析病位

咯血的病位定位在肺脏，但与肝、脾、肾等脏密切相关。

可单独表现为肺脏，如肺热壅盛。亦可由它脏累及到肺。如肝火犯肺，可见肺失清肃的咯血，同时兼见肝火壅滞脉络之证象；脾气虚弱，不能统血摄血，可表现为肺气不足，亦可表现为脾气不足，统称肺脾气虚；肾虚累及于肺，可表现肾阴亏耗导致的虚火上炎，亦可为肾气亏虚。

5.4 确定病性

咯血的发生，有其独特的发病特点及临床表现，临床上可根据发病的急缓和时间，确定为急性、慢性。亦可根据病情的程度和咯血的量，确定为轻度、中度、重度。还可以根据病因病机，确定为火热、瘀血所致实证，还是脏腑虚损所致的虚证。

6 鉴 别

吐血 吐血是足阳明胃经所引起的病证，其病变部位在胃而不在肺，血是由胃而来，经呕吐而出的证候。发病前常伴有恶心呕吐、腹痛、胃痛等先兆症状，呕吐物中常伴有食物残渣，大便色黑。与咯血血从呼吸道而来实有本质的区别。

齿鼻衄 鼻咽部、齿龈及口腔其它部位出血的患者，一般无咯血，常为纯血或随唾液而出，血量少，并有口腔、鼻咽部病变的相应症状可寻。齿衄主要见于牙周炎、牙结石、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

血液病、脾功能亢进、维生素缺乏等。鼻衄主要见于干燥性鼻炎、萎缩性鼻炎、急性单纯性鼻炎、变态反应性鼻炎，或因鼻腔、鼻窦的恶性肿瘤而导致鼻出血，以及高血压、血液病、尿毒症、维生素缺乏等。此外，尚可借助鼻镜、喉镜等检测手段以确定。

肺痈 肺痈定位亦在肺，以发热、胸痛，咳吐腥臭脓血痰为主诉，病性多属实热证，多由风温转变而来。初期见风热袭肺卫的证候，当演变至成痈期，则以吐脓血阶段时，多表现壮热、烦渴、胸痛、舌红苔黄腻、脉滑数等热毒炽盛证候。若结合实验室检查更有助于诊断，如胸部X片检查，呈片状浓密阴影，溃脓期可见有液平的透光区。周围血象白细胞计数和中性细胞百分比均见增高。以此可以同咯血相鉴别。

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 肺热壅盛

临床表现：咯血鲜红或痰血相兼，咳吐黄痰，胸满气急，口渴心烦，或伴发热，舌质红，苔黄，脉滑数。

病机分析：感受燥热火邪或疫毒之邪，或风寒化热，肺失清肃，肺络受损，故咯血鲜红，喉痒咳嗽或痰中带血；病位在肺，火热之邪壅肺，肺气失于宣降，故胸满气急；热壅于肺，故咳吐黄痰，心烦；燥热伤津，故口鼻咽喉干燥；舌红苔黄，脉滑数为痰热壅肺之象。

转归：主要根据原发病的轻重，咯血量的多少，以及用药准确与否。初感病邪者，一般预后良好；咯血量大者，一般在500ml以上，易出现气随血脱的危候。

治法：清热泻火，宁络止血。

方药：泻白散（《小儿药证直诀》）合泻心汤（《金匮要略》）加减。

桑白皮 地骨皮 大黄 川黄连 黄芩 紫珠草 仙鹤草

加减：热入血分，舌红绛者，可加白茅根、藕节、茜草等凉血止血；发热，恶寒，头痛者，可酌加金银花、连翘、牛蒡子辛凉解表；津伤较甚者，去黄连、黄芩，加天花粉、麦冬、玄参养阴润燥；肺热化火，痰见黄稠或为脓样，重用清热泻火之剂，酌加鱼腥草、败酱草等。

参考方：

(1) 苇茎汤（《备急千金要方》）：苇茎、薏苡仁、冬瓜仁、桃仁。

(2) 清气化痰丸（《医方考》）：瓜蒌仁、陈皮、黄芩、杏仁、枳实、茯苓、胆南星、半夏。

7.1.2 肝火犯肺

临床表现：咯出纯血鲜红，甚则从口涌出，胸胁引痛，烦躁易怒，目赤口苦，或伴咳嗽气逆，痰稠不爽，舌质红苔黄，脉弦数。

病机分析：肝火上逆犯肺，使肺失清肃，肺络被伤，故咯出纯血鲜红，甚或从口涌出；肝络走于胁下，肝火壅滞脉络，故胸胁隐痛；肝火上炎，故口苦，目赤，烦躁易怒；舌红苔黄，脉弦数，为肝火偏亢之象。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

转归：多呈慢性疾病过程，问病史可追溯到明确的肝病特点。慢性咯血较易控制，慢性疾病而急性咯血者，若能得到及时控制，预后尚可。但往往这类病人因病而郁，郁而化火，火灼络伤而咯血，咯血发生后又促使病人心情焦躁，如此恶性循环，易导致咯血反复发作。

治法：清肝泻肺，凉血止血。

方药：黛蛤散（《医说》）合泻白散（《小儿药证直诀》）加减。

青黛　海蛤粉　桑白皮　地骨皮　黄芩　生大黄　山栀子　丹皮　赤芍药

加减：血量较多者，可加仙鹤草、紫珠草、藕节等凉血止血之剂；肝火较甚，头痛目赤者，可选用龙胆草、菊花、夏枯草等清肝泻火之品。

参考方：

(1) 咳血方(《丹溪心法》)：瓜蒌仁、青黛、栀子、诃子、海蛤壳。

(2) 四生丸(《妇人良方》)：生荷叶、生艾叶、生柏叶、生地黄。功效以凉血止血为主，适用于肺结核、支气管扩张之咯血有血热见症者。

7.1.3　阴虚肺热

临床表现：咯血鲜红，咳嗽痰少，或干咳无痰，潮热盗汗，五心烦热，颧红，口燥咽干，舌红少津，少苔或无苔，脉细数。

病机分析：素体阴虚，病后伤阴，影响到肺阴亏虚，虚火内炽，灼伤肺络，故见咯血鲜红；肺失清肃，故咳嗽；阴虚津少故痰少；津液不能上承，则口干咽燥；阴虚内热，故潮热盗汗、五心烦热、两颧发红；舌红乏津、少苔或无苔、脉细数为阴虚内热之象。

转归：主要随原发病的变化而变化。通常在给予恰当的治疗后，咯血能得到有效的控制，但一般病程较长，易发易止，故即使在间歇期也不应放松治疗。

治法：滋阴清热，宁络止血。

方药：百合固金汤(《医方集解》引赵蕺庵方）加减。

百合　天麦冬　贝母　生地黄　玄参　白芍药　熟地黄　桑白皮　甘草

加减：咯血不止者，可加白及、花蕊石、紫珠草敛肺止血，或加阿胶、旱莲草养血止血；潮热不退者，加青蒿、鳖甲、地骨皮、白薇等；盗汗不止者，加五味子、穞豆衣、龙骨、牡蛎等敛汗止汗；肺阴亏虚不复者，常兼有气虚之候，轻者可加北沙参、太子参，重者可选用绿毛枫叶、西洋参，或两者合用。

参考方：

(1) 养阴清肺汤(《重楼玉钥》)：生地、麦冬、生甘草、玄参、贝母、丹皮、薄荷、炒白芍。主治平素体质阴虚蕴热，复感疫毒，津液被灼，热毒熏蒸于上所致之咯血。

(2) 清燥救肺汤(《医门法律》)：桑叶、石膏、甘草、人参、胡麻仁、阿胶、麦冬、杏仁、枇杷叶。

7.1.4　气虚不摄

临床表现：痰中带血或咯吐纯血，或血色较淡，面色少华，神疲乏力，气短，头晕目眩，耳鸣，心悸，或肢冷畏寒，或动则气急，舌质淡，舌苔薄白，脉虚细或芤，或细数无力。

病机分析：病位在肺、在脾，肺脾气虚，气虚不摄，血无所主，血不循经而错行，从肺络溢

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

出，故痰中带血或咳吐纯血；肺气不足，故面色少华，神疲乏力，气短；肾气亏虚，故动则气急，耳鸣，肢冷畏寒；舌淡，脉虚细或芤，或细数无力，均为脏气不足之象。

转归：临床表现以虚证为主，无论是素体气虚，或是久病不愈导致的肺脾气虚，所表现的咯血治疗起来都相对较慢，除常规补益肺脾之气外，尚须注意加强护理调摄，以确保补虚和止血同步进行。

治法：补益肺气，固摄止血。

方药：拯阳理劳汤(《医宗必读》) 加减。

人参　炙黄芪　白术　当归　陈皮　甘草　五味子　大枣　阿胶　仙鹤草

加减：出血量多者，可加白及、三七止血；如出现面色苍白，肢冷甚至肢厥，汗出脉微者，应加服独参汤益气固脱，并积极抢救。

对本证候的临床特点，还须作具体分析。一是先有气虚，因气虚不摄血而咯血，气虚为因，咯血为果；一是先有咯血，或肺热，或肝火，或阴虚火旺，致咯血量多，或反复咯血，气随血耗而见气虚之候，咯血为因，气虚为果。对后者应在清肺热、泻肝火、养阴中宜酌加益气之剂。

参考方：

补中益气汤(《脾胃论》)：黄芪、甘草、人参、当归、橘皮、升麻、柴胡、白术。本方重在补脾气，若酌加黄精、阿胶、白及、花蕊石，则加强补虚止血的作用。

7.1.5　瘀血阻滞

临床表现：咯血迁延不愈，血色紫黑成块，胸胁闷胀，或刺痛，痛有定处，舌黯带有瘀点、瘀斑，苔薄，脉细缓而涩。

病机分析：病位在肺，瘀血阻络，血不循经面溢于络外，致本病反复发作，咯血紫黑成块；胸胁闷痛，舌有瘀点、瘀斑，为瘀血阻滞之征，或反复出血，离经之血便为瘀；舌质淡黯，苔薄，脉细缓而涩，为气虚无力推动血行之象。

转归：多为慢性病转化而来，或离经之血溢于脉外，通常有潜伏期，发作前可表现为刺痛加剧。若疼痛突然消失往往表现为咯血停止。一般瘀血型咯血是实证，通过活血化瘀治疗可得到缓解。但逐渐咯血而造成失血，实虚夹杂，治疗起来较为棘手。

治法：活血理气，化瘀止血。

方药：血府逐瘀汤(《医林改错》) 合十灰散(《十药神书》) 加减。

桃仁　红花　白芍　丹参　牛膝　柴胡　枳壳　桔梗　甘草　侧柏炭　制大黄

加减：若瘀滞化热，加丹皮、焦山栀；若为虚寒之体，则加苏叶炭与炮姜炭，或再配人参、黄芪等益气之剂。

参考方：

复元活血汤(《医学发明》)：柴胡、瓜蒌根、当归、红花、甘草、穿山甲、大黄、桃仁。原方主要治疗跌仆损伤，引用至此酌加止血之品，起到活血止血的作用。

此外，丹参饮、失笑散、补阳还五汤等活血化瘀方剂都可灵活使用，酌加止血之剂。

7.2　辨病论治

西医学认为咯血是喉部以下呼吸道出血，经口腔咯出，可具体划分为肺部疾患，支气

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

管疾患，心血管疾患以及全身性疾患。咯血前常有喉部发痒，胸闷及咳嗽，所咯之血呈鲜红色，混有泡沫及痰，血液呈碱性反应，咯血后数日内常有血痰。现将以“咯血”为主要临床表现的常见西医疾病的中医治疗分述如下。

7.2.1 支气管扩张

临床表现：反复咯血，有的平时无咳嗽、咳痰，仅表现反复大咯血，即所谓干性支气管扩张，有的长期咳嗽，咳大量脓痰，伴有发热、盗汗、乏力、消瘦等中毒症状。多发生于儿童和青年，男性多见。

体征：轻者可听到病变部位有干湿性啰音，部位固定，咳痰后可减少，部分患者有杵状指（趾）。反复感染和久病后，常并发肺纤维化、肺气肿，出现呼吸困难和紫绀等。

放射线检查：早期可见肺纹理增深。严重者可见多个杯状透亮影或呈蜂窝状（卷发状）阴影。继发感染时，可见阴影内伴有液平面，体层摄片或支气管碘油造影，可见扩大的支气管呈囊状、柱状或囊柱状扩张。

化验：急性感染时，血白细胞及中性粒细胞可增多，痰涂片或培养可发现致病菌。

主症分析：支气管扩张主要表现为咳嗽、咳痰、咳血，其中以反复咯血为主症者尤多见于干性支气管扩张，其次为化脓性支气管扩张。反复继发感染，咳大量脓性痰，属单纯性支气管扩张咯血者相对较少。

治则：

(1) 痰浊阻肺者，健脾燥湿，化痰理气。

(2) 痰热壅肺者，清肺泻热，祛痰排脓。

(3) 阴虚肺燥者，清肺养阴止血。

方药：

(1) 痰浊阻肺（单纯性支气管扩张）：导痰汤（《妇人良方》）加味。

橘红　半夏　南星　枳壳　白术　茯苓　紫菀　甘草　花蕊石　海蛤粉　丹皮

(2) 痰热壅肺（化脓性支气管扩张）：苇茎汤（《千金要方》）加味。

苇茎　鱼腥草　薏苡仁　连翘　桃仁　红花　黄芩　桔梗　银花　冬瓜仁　甘草　白茅根　藕节　青蒿

(3) 阴虚肺燥（干性支气管扩张）：养阴清肺汤（《重楼玉钥》）加味。

生地　沙参　丹皮　川贝　玄参　麦冬　仙鹤草　白茅根　三七粉　杏仁　炙枇叶　白及　紫珠草　旱莲草　阿胶

7.2.2 肺结核

临床表现：咳嗽，咳痰，痰中带血或大口咯血，长期低热，面颊潮红，胸痛气急，倦怠乏力，食欲减退，消瘦盗汗，月经失调，闭经等。多见于青年，常有与开放性肺结核病人密切接触史。

体征：一般在肩胛间区或锁骨上下部听到细湿性啰音，如病变范围广，组织破坏明显，可有患侧呼吸运动减弱，叩诊浊音，听诊有较多的湿性啰音或管状呼吸音等。

化验检查：痰结核菌检查，采取直接涂片、浓缩集菌及痰菌培养，可查找到结核菌。结核菌素（OT）试验，年龄越小，诊断意义越大。强阳性者，一般提示有活动性结核存在。血沉在结核活动时增快。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

放射线检查：通过透视、摄片、体层摄片及支气管碘油造影，可显示出有渗出性病灶、干酪性病灶、纤维钙化或增殖性病灶及空洞性病灶。

支气管镜检查和肿大淋巴结活组织检查均有助于疑难病例的诊断。

主症分析：肺结核，中医称之为肺痨，主要症状分为呼吸道症状，咳嗽，咳痰，咯血，胸痛，气急。全身症状，主要表现为潮热盗汗，倦怠乏力等结核中毒症状，属于慢性消耗性疾病，是由体质虚弱，气血不足，痨虫传染所致，临床上以阴虚者为主要表现，但在整个疾病演变过程中，并可表现为气阴亏耗、阴虚火旺，阴阳两虚等证。

治则：

(1) 肺阴亏损者，养阴润肺。

(2) 阴虚火旺者，滋阴清火。

(3) 气阴两虚者，益气养阴。

(4) 阴阳两虚者，填补精血，温补脾肾。

方药：

(1) 肺阴亏损：百合固金汤（《医方集解》）加味。

百合　麦冬　玄参　生地　熟地　当归　芍药　桔梗　甘草　贝母　功劳叶　百部　白及　阿胶　花蕊石　仙鹤草

(2) 阴虚火旺：秦艽鳖甲散（《温病条辨》）加味。

鳖甲　青蒿　乌梅　浮小麦　五味子　煅龙骨　煅牡蛎　秦艽　银柴胡　地骨皮　侧柏炭　藕节炭　茜草炭

(3) 气阴两虚：月华丸（《医学心悟》）加味。

沙参　麦冬　天冬　生地　熟地　百部　獭肝　川贝母　阿胶　三七　茯苓　山药　白及

(4) 阴阳两虚：保真汤（《证治准绳》）加味。

黄芪　党参　茯苓　白术　炙甘草　陈皮　麦冬　天冬　生地　熟地　当归　白芍　五味子　柴胡　地骨皮　黄柏　知母　莲子心　白及　阿胶　三七

7.3 临床用药经验与体会

中医治病讲究理法方药的完整统一，组方遣药当识病机、据证候，在诊法指导下加以灵活运用，目的在于追求满意的疗效。近代医家经验不一，用药特点各异，大大丰富了咯血的辨证论治体系，以下所述是综合有关咯血病专家治疗咯血病的临床用药心得体会。

7.3.1 补肾止血法

咯血病位在肺，病因每与肾脏有关。肺虚日久，穷必及肾，肺肾亏虚，肺虚不主，肾亏不纳，气不归根，血随气散。肾病而咯血者，大多缘于水不制火，阴虚阳亢所致，但亦有因肾阳不足，命门火衰使然者。

张承烈认为咯血多为肺系疾患但并不局限于肺，而与肾关系密切，宗“实则治肺，虚则理肾”的原则，采用理肾五法。①滋阴降火法：肾阴亏虚为其本，心肝火旺为其标，采取滋肾治本，降火治标，方药选用生地、旱莲草、知母、女贞子、山药滋少阴之阴液，二

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

冬、地骨皮清降心肝上炎之火，青黛、蛤粉清肝凉血止血，沙参、百合清肺养阴。②益肾清肺法，适用于肾阴不足，风热犯肺，痰热交阻，郁闭肺络，方药选择生地、杜仲、仙茅益肾养阴，沙参、麦冬滋养肺阴，鱼腥草、桑叶、杏仁、黄芩、贝母清热宣肺，止咳化痰，茜草、白茅根、侧柏凉血止血。③温肾逐饮法，适用于虚阳上逆，肺金受灼之证，以白术、附子、干姜温发肾中之阳，扶脾温运，驱逐饮邪，鱼腥草、蛤粉、麦冬、黄芩、冬瓜子清热排痰，且以制姜附之雄烈，以免辛热劫液之弊，侧柏、白茅根清肺络郁热以止血。寒温并用，刚柔相济，脾肾得温，虚阳敛纳。④补肾化瘀法：病灶在肺，其本在肾，肾水枯竭，相火刑金，气滞血瘀之证，方用生地、白芍滋补肝肾之阴，麦冬、沙参、百合润肺叶焦枯，郁金、檀香行气，与丹参、蒲黄、五灵脂化瘀药同用，使络中之气行而血流畅通，黄柏平相火，鳖甲遂虚热，石菖蒲醒脾，大、小蓟凉肝清肺止血。⑤敛肾平冲法：适用于肾阳不足，冲气上逆之证。冲脉起于肾下，出气街，夹脐上行，至胸中而散。方用茯苓、桂枝、大枣专治冲脉奔豚，附子补肾温阳，以逐水寒之气，紫石英、山萸肉镇上逆之冲气，摄纳肾气、白术、泽泻、猪苓健脾利湿，导水下行，冲气降，肾气敛，阴平阳秘。[3]姜春华对补肾止血有新意，采用温阳益气法：别直参、附片、黄芪、五味子、桂枝。治61岁骆某女性后，阐述“咯血不已用附子，本案风心二尖瓣狭窄，而致肺循环瘀血，咯血系由肺循环郁血所致，以附、桂能强心，改善肺循环，肺循环改善则郁血改善，郁血改善，则咯血可止。”又说：“肿胀之由，西释由于心衰，中说由于脾肾，脾虚不能运化水湿，肾虚阴霾充斥，火不暖土，今以附子温阳则消除阴翳而助脾运。”

余新觉崇张介宾“格阳失血”的理论，对反复咯血，渐成形体羸瘦，因阴血渐失致阳气虚衰，命火式微，虚阳上越之候，采用金匮肾气丸引火归原。[4]冯界之则用大补阴丸治疗肾水亏虚，龙火上腾，引动肺肝之火，火势炽盛，迫血妄行而迫血。[5]仲洵生深入研究了肾脏的生理、病理，遵前贤的理论，发挥其独立见解，认为“元阳虚惫，火不归原而咯血”，将咯血分为两种类型：一是下寒上热，用温肾纳气，引火归原法治疗，二是上下俱寒，用温补下元，活血利水法治疗，并进一步讨论了历代医家对附子、肉桂温肾的看法和经验。[6]

7.3.2 泻肝清火止血法

咯血从肝辨治，是指肝火（肝热）等灼肺所致咯血，肝为风木之脏，主藏血，木气冲和条达，则血脉得畅，若木郁化火，则木火刑金，肺络受伤，肃降失司，血溢气逆而为咯血。设总原则为清降肝火，宁肺止血。陈启石在这一理论指导下，将咯血从肝论治分为：①肝火犯肺，灼伤肺络，治以平肝清肺，化瘀和络；②肝热迫血，瘀阻血络，血离脉道，治以凉肝清热，通络化瘀，养阴止血；③阴虚火旺，迫血妄行，治以滋阴柔肝，凉血止血；④肝阳上扰，肺络灼伤，扰血上溢，治以平肝潜阳，润肺宁络。陈氏体会到火降则血宁静，气顺血自归经，火热（肝阳）炽盛所致咳血者，用清肺泻火平肝潜阳法泻其实，泻火平肝即能宁血，血得宁静，则血自止。[9]吴振华对热迫血行，在肝热与心热时，体会到：心烦躁怒，胁肋胀痛，胸中梗闷，喉头发痒，咳则血出，右寸脉茧，左关脉弦。此病不在心，乃肝火犯肺，血随气升而外溢，可与龙胆泻肝汤加羚羊角清肝救肺。又有成诗黔辨证肝旺侮肺证，治以疏肝泻火，凉血止血，敛阴柔肝，兼以止咳。方用丹栀逍遥散加减：柴胡、山栀、黄芩疏肝泻火；赤芍、丹皮、地榆、白及、白茅根、藕节凉血止血；白

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

芍敛阴柔肝；桑白皮泻肺止咳；怀牛膝引血下行。[8]赵孝明运用龙胆泻肝汤治咯血案。方中龙胆草、黄芩、栀子清肝泻火为主；柴胡疏畅气机以解郁；生地、当归、甘草滋阴养血和中，使邪去而不伤正；加用青黛、侧柏叶清肝凉血，瓜蒌仁清化痰热、下气宽胸；另以生大黄配合木通、滑石通利二便，使邪火从二便分消。共使气平火清，不独止血而咳血自止。而季炳琦运用旋覆花汤加减治疗肝气失疏，痰瘀阻滞，肺气膀郁，血络伤损，可效如反掌。[9]何邦余主张治咯血治火为先，降气为先。在分证治疗中，体会到肝火刑肺，情志抑郁，肝失疏泄，久郁化火，气火循经上逆，灼伤肺络所致者为多，故用清肝泻肺、凉血止血法正中病机，方选咳血方合泻白散加味。药有桑白皮、地骨皮、炒栀子、丹皮、白芍、瓜蒌、青黛、海蛤粉、贝母、制大黄、仙鹤草、枇杷叶、香附。诸药合用，可使气平火消，咳宁血止。[10]翁志伟则强调支气管扩张咯血治重标本兼顾。对肝火犯肺灼伤血络者，治以凉血止血，清肝泻火为要。治疗分为凉血止血药类选白茅根、茜草、侧柏炭、藕节炭、地榆炭；泻火药选用龙胆草、栀子、生大黄、代赭石、野菊花、泽泻、车前子、青黛等。[11]

7.3.3 祛瘀止血法

血瘀证是指血瘀所产生的各种病证。和血瘀证关系极为密切的是微循环障碍与血液流变学改变。微循环是指动脉系统和静脉系统末端所构成的毛细血管中的微血循环而言，它直接参与组织细胞物质交换的体液（血液、淋巴液、组织液）循环。血液流变异常是血瘀证的另一个重要的客观指标。产生血瘀证是由于血液成分与性状改变而粘、浓、凝、稠聚。很多资料表明：血瘀证伴有全血粘度、电泳时间延长，体外血栓形成的干湿量及长度增加，纤维蛋白原增高等。肺瘀血证，又可称瘀血阻肺证。血不循经而溢于脉外，咯血或咳吐脓血，或痰中带血。有瘀血证存在，就需要运用活血化瘀法。周彦在运用活血化瘀法治疗咯血时提出：三七化瘀止血作用强大，川芎、当归行气活血，化瘀而不伤血。此三者性偏涩又可防止寒凉剂凝滞血液而起反佐作用。藕节、蒲黄性平，为化瘀止血要药。凡此五者，各证咳血均可选用。而对治疗瘀血阻肺而致咯血的代表方剂血府逐瘀汤近人也有系统的研究。刘建华综合了它的药理作用：①改善组织器官的血液循环，特别改善微循环，有舒张血管，增加血流量，降低血管阻力作用，促进消除病理变化。②改善血液的理化性质，调整凝血及抗凝血系统，防止血栓形成。③改善毛细血管通透性及提高吞噬细胞的吞噬功能，增强机体非特异性免疫力，减轻炎症反应，促进炎症病灶局限化，降低急性炎症时毛细血管的通透性。④改善神经营养代谢，促进损伤组织的修复。⑤抑制结缔组织代谢，减少瘢痕形成及粘连。⑥降低机体反应性，有镇痛作用。⑦抑制肿瘤作用。⑧复活肝脏清除能力。⑨其它：具有多方面的双向调节作用，这种作用可能与调和气血的作用有关。[12]

7.3.4 清火（实、虚）法

咯血之证，咳或不咳，血自肺系而来，从口中而出，其病机多由气火上逆。其火者，详分为实火、虚火。上海市结核病中心防治所陆孝夫运用先祖父经验秘方“陆氏神效止血散”（羚羊角粉、花蕊石粉、儿茶粉、生川军粉、三七粉）治疗邪热壅肺型咳血，随症加减石膏、知母、黄芩、银花、生地、藕节、白茅根、白及、黛蛤散或十灰散。宫伟星运用清热凉血，止血宁血法，运用瓜蒌、白茅根、藕节、桑白皮、白及、黄芩、大黄、栀子、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

丹皮、郁金、川贝母、三七粉随症配伍。[13]姜春华教授对证属痰热咳逆兼有瘀血，络破咯血者，治以清热消瘀，方用生大黄、百合、白及、百部、麦冬、天冬、丝瓜子。周珩对痰热蕴肺型咯血选用清金化痰汤加减，桑白皮、黄芩、栀子、杏仁、贝母、竹沥、半夏、陈皮、茯苓、黛蛤散、茜草、藕节，使痰热清而血自止。[14]刘向勇对肺痨大咯血的治法，必须以降气与泻火并用，止血先泻火，泻火即止血，采用大剂量仙鹤草，加黄连、黄芩、焦山栀。而张方东推崇唐容川的三黄泻心汤，用于治疗支气管扩张咯血，清肺泻火，宁络止血，大黄、黄连、炒黄芩，酌加凉血止血药生赭石、花蕊石、茜草炭、白芍、竹茹、牛蒡子、麦冬、沙参、生地。天津市胸科医院徐兰生采用大剂量清热解毒之剂治疗支气管扩张症咯血，用仙方活命饮加三七、西黄丸、金银花、连翘、防风、白芷、陈皮、贝母、天花粉、乳香、没药、桔梗、甘草、三七（冲）。龙会全认为支气管扩张咯血多由热毒灼伤肺络，气逆血溢而致，自拟虎荞汤（虎杖、金荞麦、猪肺），方中虎杖苦酸凉，清热解毒，活血散瘀，利湿退黄；金荞麦辛、苦、凉清热解毒，活血化瘀，健脾利湿；猪肺以肺补肺，活肺之虚。现代药理研究发现虎杖、金荞麦都对金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌、绿脓杆菌、伤寒杆菌、大肠杆菌等有一定的抑制作用。三药配伍以治标为主兼固本，药性平和，清而不伤肺气，补而不滞，活血行瘀而不损血，健脾利湿以培本。[15]顾兆雄受《近代中医流派经验选集》中朱南山先生运用紫雪丹的启发，在治疗血证方面获益，诊咯血案，辨证属肺阴素虚，肝郁化火，上炎犯肺，损伤肺络而咯血不止，方选泻白散合黛蛤散3剂。药后咯血有增无减，辨证无误，药证相符，可不取效？可能是“杯水车薪”病重药轻之故，加紫雪丹3g吞服。1剂咯血量渐减，2剂咯血基本停止。徐秀峰在总结先师张子琳治疗咯血的经验时认为：“咳血由肺而来，肺为娇脏，喜润恶燥”。若燥热伤肺，肺失润降，拟清燥救肺治其本，止咳宁血治其标。用清燥救肺汤加减：生地、阿胶、枇杷叶、杏仁、桑叶、桔梗、紫菀、白前、橘红、半夏、苏子、黑芥穗、海浮石、大小蓟、白茅根、怀牛膝、仙鹤草等。使肺得清肃诸症渐安。[16]沈安余诊疗“支扩”大咯血时，体会到此与肺系痰热之久蕴，肺络灼伤破损关系最密切，因血得热则妄行，“阳络伤则血外溢”，故血由咳咯而出则为其必然。见血止血非治本之道，循果求因方能解决问题，疗此之痰仍应清化肺金痰热，以撤重灼肺络，追血妄行之源。药宜芦根、苡仁、冬瓜仁、鱼腥草、地骨皮、葶苈子，同时辅以濡润肺络而达止血之品，如沙参、麦冬、百合、知母、白及、蛤粉拌炒阿胶。[17]陈园桃师承苏万方治咳血另有独到见解，他认为咳血病机当属心有郁热，化火灼伤肺络，心属火，肺属金，火克金，心热易传于肺，不从清肺化热常法，而宜清心火，解郁热入手，方合导赤散，栀子豉汤，再增黄芩、瓜蒌宽胸清热。实火可致咯血，虚火亦可使然。另有众多医家从滋阴降火的高度去论治。姚公树遵《丹溪心法》选用大补阴丸治疗肺肾阴虚，虚火上炎而致的咯血：黄柏、知母、熟地、龟板、猪脊髓。咳血量多加三七、白及、藕节炭。[18]巫君玉论严炜侯治疗血证医案选，从初诊到七诊（咳血案）始终贯穿一个总则，育阴以配阳，潜阳以降火。[19]金长娟采用中药为主治疗顽固性咯血25例，根据中医辨证，凡咯血鲜红，口干面红，舌质红或绛，脉细数，属阴虚火旺者，服用犀角地黄汤加味：水牛角、生地、丹皮、赤白芍、紫草根、白茅根、黛蛤散。咯血停止后常服西洋参和枫汁。凡咯脓血痰，口干，苔黄腻，脉弦滑，痰热灼肺者，用千金苇茎汤加味：芦根、冬瓜子、生米仁、桃仁、鱼腥草、桔梗、银花、白及、山茶花、参三七片（研末冲

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

服)。郑学龙运用猪苓汤主治肺结核咳血，其基本理论是痨瘵之体，肺虚久必累及于肾，肾水亏虚则虚阳上浮，不过是取用仲景法，效仿唐容川，《血证论》中“仲景猪苓汤，化膀胱之水，而兼其血，最为合法，再加丹皮、蒲黄以清血分，凡痰之源，血之本以方兼到。”[20]顾兆农在治咳血时强调滋阴固本，标本兼顾，方可塞其源，止其血，药用麦冬、沙参、白及、芦根、藕节、淮山药。认为茅芦根对呼吸系出血疗效很好，同时注意胃虚营气不足以滋血脉，用大剂淮山药补益中焦。冯界之对水亏火盛，灼伤肺络的咯血证治时，依降火滋水，凉血止血为大法，仿大补阴丸，遣方用药：生龟板（与桑皮先煎两小时)、生地、侧柏叶、仙鹤草、代赭石、桑皮、地骨皮、黄柏、知母、牛膝、青黛。同时配服止血散剂：三七、白及、沙参、柿霜、鸡内金，共为细末。

7.3.5 健脾益气摄血法

上海市结核病中心防治所陆孝夫认为肺主气而朝百脉，脾统血，为气血生化之源，肺脾气虚则不能摄血，统摄无权而致咯血，因气虚与脾虚关系密切，常常互为因果，故支气管扩张咯血由于气不摄血者，治以益气健脾。基本方：党参、白术、茯苓、甘草、黄芪、五味子。若脾虚痰湿不化用二陈汤，降气逆加旋覆花、代赭石，止血加阿胶、炮姜炭、花蕊石、田三七、白及、仙鹤草。沈安余强调血止后，支气管扩张病灶及伤损脉络尚需进一步调理巩固，修复伤损，故补益肺金、调补脾胃、培运中土，促气血化生，上输华盖，而奏培土生金之效，实为重要措施，方用党参、麦冬、五味子、沙参、太子参或西洋参、百合、阿胶、仙鹤草、冬虫夏草、山药、白术、黄精、玉竹、茯苓、甘草。[17]翁志伟治疗以阿胶珠、三七、白及、仙鹤草、槐花、党参、黄芪、白术、当归、芍药、熟地、稽豆衣、鸡血藤等调理。[21]吴文生对肺脾气虚，气不摄血的证治采取温补脾阳，益气止血法，药用党参、南北沙参、黄芪、五味子、炮姜、代赭石、焦白术、白芍、白茯苓、阿胶（烊化冲服)、仙鹤草、参三七、甘草。[22]董其圣读范文甫“附子理中汤止血案”后认为大有可借鉴之处。范文甫擅用附子理中汤止血，范氏认为血气之安于脉中，赖阴阳之衡和。反之，阴阳偏颇，则血气妄行，上则吐衄，下则尿便，途径虽异，病机则同，故调燮阴阳，恢复血气安和的内在环境，是治疗血证的追本穷源之计；气虚血脱，阳不守阴，温振阳气复其帅血之功能，不止血而血自止，温阳即是摄血，最忌见血投凉，妄伐生机。处方：西党参、冬术、姜炭、炙甘草、附子、茯苓、童便。[23]

7.3.6 特殊疗效方剂

张锡纯《医学衷中参西录》一书中，创制“秘红丹”一方，治肝郁气逆，胃郁气逆的吐血、衄血证，屡治屡验，其组方：川大黄细末、油肉桂细末、生赭石末。张氏认为：肝属木，木得桂则枯，用桂以平肝，吐血乃胃气上逆所致，用大黄降逆止血，二药合用，则寒热相济，性归和平，降胃平肝，再以代赭石重坠之药辅之，则力专下行。今借以治疗咯血症亦效如桴鼓。王忠民运用炙甘草汤治疗气阳亏耗，心肺虚衰，脉络不利之咯血，炙甘草、人参、桂枝、生姜、麦冬、生地、麻仁、大枣、阿胶、五味子，水煎服，童便为引，3剂症缓，9剂后咳平血止。[24]卓翔华运用甘温除热法治疗低热咯血，扩展了甘温除热的使用范围，针对咳血日久，虚其气血，肾中阴精得不到滋养，相火虚浮上扰所致，脉虚软无力，四肢麻木，气短不足以息，认为不饮食为其病之本，而低热、咯血等症只是其标，故以当归、黄芪、白芍、党参益气养血以治本，肉桂引火归原，百部润肺止咳，白及收涩

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

止血治其标，如此标本兼顾而获效。[25]陈维初用补阳还五汤治疗肺结核咯血、肺癌咯血、支气管扩张咯血，由于大量或长期咯血，必然导致气随血耗，使气血俱亏，气虚则无力推动血行，血亏则脉道不充，致血流不畅，血滞瘀阻脉道。对于咯血的治疗，往往以止血为急务，导致血止留瘀，形成虚实夹杂的气虚血瘀之咯血病机，临床除见气虚症状外，常有血瘀表现。其治疗宜益气化瘀，用补阳还五汤益气活血、化瘀通络以治其本，加止血之品以固血治标。临证若能权衡气虚血瘀之主次轻重，辨证无误，运畴药物剂量加减得当，常获速效。[26]

7.4 变证的治疗

咯血量多如涌，阻塞气道，迅速演变为气急喘促，面色和唇甲青紫，神昏窒息欲死等危急证候，则应采取相应的救急措施。

气急喘促的发生，说明咯血到了严重阶段，不但肺肾俱衰，心阳亦同时受累。因心脉上贯于肺，肾脉上络于心，心阳衰弱，不能鼓动血脉，血行瘀滞，咯血量多，凝成血块，则表现为面色苍白或青紫，大汗淋漓，肢厥脉微之气衰血脱之候，或填塞气道之窒息。

应急措施：

(1) 血宁冲剂：含大黄、黄连、黄芩，每服 7.5～15g，每日 3～4 次冲服。（重庆桐君阁药厂，成都中医学院附属药厂生产）

(2) 大黄醇提片：每服 2～4 片，每日 3 次。（上海香山中医院）

(3) 血安宁冲剂：主要成分花生衣。每服 10～15g，每日 3～4 次冲服。（黑龙江中医药大学附属一院药厂生产）

(4) 金不换注射液：每毫升含金不换原生药 1g，每次 2～4ml 肌注，每日 2～3 次，或 20ml 加入 5% 葡萄糖液 40ml 中静脉注射，每日 1～2 次；或 40ml 加入 10% 葡萄糖液 500ml 中静脉滴注，每日 1 次。（湖北沙市中医院）

(5) 十灰丸：每次 10g，每日 3 次，口服。

(6) 三七粉：每次 3g，每日 3 次，口服。

(7) 云南白药：每次 1g，每日 3 次，口服。

(8) 止血 I 号：槲木、紫珠草、蒲公英各 30g，制成口服液，每次服 1～2 支，每日 3 次。（浙江省中医院）

7.5 针灸疗法

7.5.1 针法

7.5.1.1 孔最穴的研究 孔最穴是“十六郄穴”之一。都是空隙的意思，是脏腑经脉气血深聚的地方，郄穴是治疗本经及本经所属脏腑急重病，以及出血性疾病和顽固性疾病的有效穴。宋代王执中《针灸资生经》明确指出：“孔最……疗唾血。”明代高武撰《针灸聚英》也云：“孔最主热病汗不出，咳逆……吐血。”承邦彦运用孔最穴泻之治疗咳血吐红，吐血立止。[27]王照洁治疗各种血证 35 例，主穴为孔最、地机，支气管扩张咯血，配郄门、梁丘；肺痨咯血，配郄门、太溪。乃因孔最为肺经之郄穴，肺主气，有固摄之功，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

能控制血液不溢出脉管之外。地机乃为脾经之郄穴，有统血之效，能使血液循环于脉管之中，再随证选用不同相关经脉的配穴，则具有调气、固本、止血的功效。[28]王伟选用孔最穴注射鱼腥草注射液治疗支气管扩张咯血，结果重度咯血2例和轻度咯血2例均1天血止，中度咯血10例中，1天血止者2例，2天血止者5例，3天血止者1例，7天血止者1例，平均止血天数约为2.4天。该文解释支气管扩张症咯血多是痰热壅肺，灼伤血络而致，鱼腥草具有清肺化痰的作用，穴位注射疗法，能起到针刺和药物的双重作用，鱼腥草注射液用于孔最穴位，能通过穴位、经络以调节肺之气血，降血泻火，从而达到止血的目的。[29]

7.5.1.2 鱼际、尺泽穴的研究 魏晋皇甫谧《针灸甲乙经》记载了“凡唾血，泻鱼际，补尺泽”，其唾血病因乃阴虚火旺，病机为肺肾阴虚，肺失肃降，火盛灼肺，损伤肺络所致，故泻鱼际以清热凉血、止血，补尺泽以滋阴润肺。杨廉得运用此法治疗咯血收效显著。凡肝火灼肺，肺肾阴虚之咯血，处方：尺泽（左）、鱼际（右）、行间（双）、太冲（双）、复溜（双）、太溪（双）。针法：尺泽、复溜、太溪行捻转补法，鱼际、行间、太冲行捻转泻法，每日1次，每次针30分钟，其间每隔10分钟运针1次。疗效：针刺6次，咳嗽减轻，咯痰量减少，痰色转白，咯血未再发作，巩固治疗20次，诸症消失。方解：取肺经合穴尺泽以滋阴润肺，泻荥穴鱼际以清热凉血止血为主穴，配以行间泻之，以灭其焰而不灼金，则金虚得治，金坚而能克木，木因而平，水为木母，取肾经复溜补之，制火滋阴，又取太冲泻之，肾经太溪补之。此乃查明脏腑经络盛衰，运用五行生克之理选取穴位。

7.5.1.3 照海、地王会穴的研究 李晓阳运用照海、地王会穴施行穴位注射阿托品、安络血的方法，治疗对常规止血效果无效的咯血病人18例，取得了满意的效果。原理与二穴所属经络循行部位有关。照海属足少阴肾经，地王穴属足少阳胆经，两条经络分别循行于左右侧季肋、膈、胸、肺、喉、舌等处，脚部穴位针感强烈，针刺注药于该二穴，作用于所属经络，可能影响了胸部、肺等呼吸系统神经、肌肉的兴奋性，调整了血管的舒缩功能，从而达到治疗咳血的效果。[30]

7.5.1.4 耳针研究 耳针治疗是中医针灸学的重要组成部分。耳针治疗咯血，近几年得到临床医务工作者的研究和认可，具有收效快、无副作用的特点。胡卞新运用耳针治愈咯血9例，介绍如下。治疗方法：主穴取气管、支气管、肺、神门；配穴：交感、支扩点、激素、三焦、咽喉、枕等。每次取主穴及随症选用配穴3～5个，用75%酒精棉球消毒耳前区至少3次，用牙科弯头镊子取34号不锈钢环形皮内针，在其距针尖3～4mm处弯成45°角，然后刺入穴位，再用氧化锌胶布固定之，双耳交替，每日或隔日换针，酌情于止血后用2～3次即可。结果，9例中耳针1次止血者6例，2次止血者2例，6次止血者1例，有效率为100%。[31]

7.5.2 灸法

灸涌泉穴，或大蒜泥敷贴涌泉穴。用于咯血中等量以上的病员，对肺阴虚、虚阳上亢咯血者疗效尤为显著。取新鲜大蒜1头去皮，捣碎成泥状，称取9g，并加硫黄末6g，肉桂末3g、冰片3g，研匀后分涂两块纱布上，敷贴于双侧足底涌泉穴，隔日调换1次，（可先在足底皮肤上擦少许石蜡油或其它油类）敷贴2次后，咯血未见好转者，应加强其它措

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

施。

7.6 西医治疗撮要

7.6.1 对症治疗

(1) 咯血较多或大咯血者，首选脑垂体后叶素 5～10 单位肌内注射，每日1～2 次，或5～10 单位加入 5% 葡萄糖注射液 40ml 缓慢静推，或 10 单位加入 5% 葡萄糖注射液 500ml 中静点。

(2) 不能用垂体后叶素者，可选用 1% 或 2% 普鲁卡因 5～10ml 静注，或150～300ml 加入 5% 葡萄糖注射液 500ml 中静滴。用前须作皮肤试验，过敏者忌用。

(3) 可根据病因和发病原理选用对羧基苄胺，6－氨基己酸、止血环酸、止血敏、精蛋白、凝血酶、安络血、新凝灵等止血药。

(4) 反复大咯血者可少量输血，每次 100～200ml。输新鲜血，有促进止血作用。

(5) 人工气腹止血：一般注气量为 1000～1500ml，必要时隔日重复注气 1 次。

7.6.2 大咯血窒息抢救

(1) 立即进行体位引流倒血，如卧位时，将患者头颈部及上半身向下，取头低脚高位，或倒置45°～90°，以利倒血，如牙关紧闭者，应撬开牙关，挖去口腔内血块，拍击背部，以利血块排出。

(2) 必要时在直接喉镜下作气管插管吸出血块，或支气管镜吸引血块，在紧急情况下可做气管切开，从套管内吸引血块，解除呼吸道阻塞。

(3) 给氧吸入：吸氧浓度宜高，或者加压给氧。

(4) 应用呼吸兴奋剂：常用尼克刹米、山梗菜碱等。

(5) 必要时辅助呼吸。

8 疗效评定标准

1993 年卫生部制定《中药新药临床研究指导原则》中对咯血的治疗判定作出下述标准。

临床控制：1 周内出血停止。2 周内无再出血，出血伴随症状基本消失。

显效：1 周内出血基本控制，偶见痰中带血，出血伴随的主要症状基本消失。

有效：1 周内出血量减少，出血伴随的主要症状有所改善。

无效：咯血经治疗 1 周，或中、重度咯血经治 1 天，出血无好转甚至加重，出血伴随症状无改善或加重。

9 调 摄 护 理

9.1 调 摄 饮 食

对咯血病人来说，饮食因素十分重要。首先病人要绝对忌烟，以减少呼吸道感染的机会，此外，酒类，辛辣等刺激性较强的食物也要适当的加以控制，大量咯血者宜禁食，对咯血量少者给予温、凉的流质饮食，随后根据病情给予易消化食物，以保证腑气通畅。平

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

素避免暴饮暴食及因不适当的饮食导致痰湿内生。每日用淡盐水或冰硼散水于睡前及饮食后含漱，若有牙龈肿痛、口臭，应增加漱口次数，或以中药野菊花、板蓝根、蒲公英等煎水合漱。对阴虚肺热证患者应嘱其多食水果、蔬菜，特别是梨、藕之类以滋阴生津，或绿豆、米仁等凉性食物。

9.2 调摄起居

咯血病人常在极度疲劳时发作，因此，患者要注意劳逸结合，不可使机体长期处于疲劳状态。同时，应进行适当的体育锻炼，宜早起，深呼吸，增加新鲜空气的吸人，以增强呼吸道的抵抗力，减少感染的机会，或可作散步，太极拳等运动量较小的锻炼，在气候寒冷时要注意保暖，避免呼吸道受寒冷空气的直接刺激。若病人已发生咯血，量多者要绝对卧床，取半卧位或侧卧位，以减少血流向健侧的机会，指导病人轻呼吸和咳嗽，不可屏气，必须将血咯出，根据咯血量随时观测血压、脉率及呼吸频数。

9.3 调摄情志

病人切忌过分激动，保持性情平和和身心愉快，使体内气机得以畅通。若咯血已发生，则要求保持安静，休息，减少会客和说话，对情绪紧张而无呼吸功能障碍的病人，可适当选用镇静剂。

10 康 复

本病患者初愈，因邪热伤阴，气随血耗，且瘀血尚留，故应以药物、饮食等调理。

10.1 药物康复

辨证选用益气、养血、滋养肺肾、活血化瘀的药物和方剂，如黄芪、党参、沙参、西洋参、山药、百合、生地、熟地、枸杞子、当归、丹参、胡桃肉等药及八珍汤、保元汤、桃红四物汤等方剂，以促进机体康复。

10.2 食疗康复

肺热壅盛者：可用清化痰热的荸荠豆浆饮。取豆浆250g，荸荠5个，白糖25g。荸荠用清水洗去泥沙，用沸水烫灼1分钟，放在臼内捣碎，再用洁净纱布绞汁待用。生豆浆放在铝锅中用文火烧沸后，掺入荸荠汁水，待煮沸后，即可离火倒入碗内，加白糖搅匀即成。

阴虚火炎者：可用滋阴清凉的生地粥。用生地黄25g，薏米75g。将生地黄（鲜品）细切后，加适量清水熬煮约半小时，滤出汁，再熬一次，浓缩至约100ml，备用，将米煮成白米粥后，趁热掺入生地汁搅匀，食时可加少许白糖调味。

气虚不摄者：可用补虚正气粥。取人参3～5g（或党参15～30g），粳米100g，淮山药30g，白糖少许。先将人参或党参切成碎片，取冷水浸泡半小时，与淮山药入砂锅煎煮沸，后改用小火煎成脓汁，每日早晚同粳米加水适量煮粥，粥成后调人白糖少许。亦可将人参制成参粉，调入淮山药粳米粥中煮食用。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

10.3 自 我 疗 法

根据体力和兴趣，选择气功或体育项目中的八段锦、太极拳、五禽戏等之一种，以增强体质，抵御外邪。

【近代研究】

1 理 论 研 究

1.1 病证名称与定义

大致在唐代之前多将咯血包括在吐血之内。元代朱震亨首将咯血列为专篇讨论、并对咯血、吐血作了较为详细的区分。至明清以后的医家如秦景明、何梦瑶则认为，咳血、嗽血、咯血实为一类，此后则咯血证名趋于统一。建国后，一些主要的中医教材及辞典又分开加以论述。上海中医学院主编的全国高等医药院校试用教材《中医内科学》称咳血是肺络受伤所引起的病证。其血必经气道咳嗽而出，痰血相兼，或痰中带有血丝，或纯血鲜红，间夹泡沫。亦有不咳而咯出者，谓之咯血，治同咳血。王永炎主编的普通高等教育中医药类规划教材《中医内科学》谓："咳血由肺、气道而来，经咳嗽而出，或觉喉痒胸闷……咯即出，血色鲜红，或夹泡沫，或痰血相兼，痰中带血。"而中医研究院与广东中医学院合编的《中医名词术语选释》中对咳血、咯血分别下了定义：咯血，指未经咳嗽而喉中咯出血块或血点，或痰血一并咯出，因一咯即出，故名。咳血，指随咳嗽唾痰而出的血。血液来自肺与气管，往往色泽鲜红，痰血相兼，或痰中带有血丝，故称"痰血"，因其随唾而出，又叫"唾血。"人民卫生出版社《中医辞典》编辑委员会编写的《简明中医辞典》对咳血、咯血作了选释：咳血，病证名，见《丹溪心法》，指血因咳嗽而出，或痰中带血或纯血，又称嗽血、咳嗽血。咯血，病证名，指喉中觉有血腥，一咯即出血块或鲜血，见《儒门事亲》。而《中药新药治疗咯血的临床研究指导原则》明确指出：咯血包括咳血和嗽血，指血由肺来，经气道咯出。血色鲜红，常兼夹泡沫，或痰血相兼，伴咳嗽、胸闷、喉痒等症。容易反复发作。至于国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》直接阐述咯血是肺络受伤，血溢脉外，以咳嗽、咯血、或痰中带血等为主要表现，多见于支气管扩张。

1.2 病因病机研究

1.2.1 现代医家病因病机认识撷粹

现代临床对咯血的认识不外乎外邪犯肺、肝火犯肺、肺肾阴虚、气不摄血，导致肺络受损，血液妄行而发病。若细分之不过实火与虚火，气逆与气虚。如张行等认为，咯血的原因大多与"火热"或"气"有关，血为热迫而暴出。"便燥"、"劳累"、"外感"、"进热饮"、"用辛辣酒类"、"服热性补品"及精神刺激等，均能使热不得泄，热郁化火而为本病诱因。持这种观点的还有高风才、刘耀先等。丁厚第认为咯血的发生与肝肺两脏的气机升降失调关系最为密切。虽有外感风热燥邪袭肺，肝郁化火，上逆犯肺，肝肾阴虚。虚火上

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

冲于肺之别，然肝旺肺热为其主要病机。持此观点的尚有陈卫平、刘耀先等学者。吴德兴等根据“胃气上逆，更兼冲气上冲，以致血不归经，吐血之出”之理，认为是肝胃气火上逆命名使然。

侯仁骏等认为本病病程较长，反复发作，耗伤气阴，虚热内生，灼伤肺络。程珍祥认为肺肾阴虚是其本，心肝火旺，肺络受损，瘀血阻络是其标，周彦则认为咳血成因，殆以“火”、“气”作祟者居多；然而在临床上导致咯血的主要成因亦是导致瘀血的重要原因；况且，咳血之际，其血未有不离经者，而“离经之血皆为瘀血”，因而临床大多咳血病人或多或少伴有瘀血体证，治以活血化瘀法。

1.2.2 病因学的现代研究

咯血的发生与多种因素有直接或间接的关系。前文已述，季节因素常常可是出血发生的一大特点。罗其新所作的回顾性分析表明：血证发病存在季节同期变化，其发病高峰为6月28日，即夏至前后，其影响途径可能与光照增强，日照时间延长，气温升高等因素有关。[1]而李健所探讨咯血的昼夜节律表明，咯血较为集中的时间是深夜及清晨。[2]刘耀光所报告的205例咯血病人，因外感和气候诱发者132例，占44%，劳累和情绪刺激诱发者132例，占28.7%，饮酒及进食辛辣等刺激性食物诱发者11例，占3.6%，外伤1例，与月经来潮有关者2例，两者占1%，无明显诱因68例，占22.7%。一年四季均有发病，其在春夏发病者有179例，占总数的59.7%。[32]于慎中教授在血证辨治经验方面认为血证虽然表现多样，其病因不外气虚不能统摄，火热迫血妄行，血瘀血不循经3种，临症无论何处出血，均围绕气虚、火热（包括实热、虚热、湿热）血瘀3个方面进行望闻问切。张承烈认为咳血虽为肺系疾患，但与肾关系甚切。而肾虚可因禀赋薄弱，劳倦过度，房事不节，久病失养，致耗伤精气。[3]黄允石观察治疗支气管扩张咯血35例，其中吸烟史者19例，占54%。在发病季节方面，春季5例，占14%，夏季4例，占11.4%，秋季11例，占31%，冬季15例，占42%，而病人临床表现为肺热壅盛，阴虚火旺，肝旺气逆。根据气、血、热三者的关系，结合季节不同，时令主气各异，分别制定不同的治疗方案：如春季肝木当令，肝气升发，平素肝郁之人，感受外邪，表现以肝旺气逆型多见；夏秋暑热、秋燥之邪易灼伤肺津，阴亏之人感之尤甚，临床多见阴亏火旺型；而秋冬天气转冷，感受寒邪郁而化热，肺热壅盛型多见。[33]

1.2.3 咯血病机学说的研究

肺为五脏之华盖，位居上焦，主司呼吸，外合皮毛，开窍于鼻，故不论外邪袭肺或内邪损肺皆可使肺功能失调而致病，然咯血、嗽血皆自肺窍中出，常由热盛而妄行，溢出于肺外所致，但属热盛仍有虚实之分。周珩提出，实证不外感风热燥邪或平素吸烟，肺经素有痰热，热灼肺络或郁怒伤肝，气郁化火，循经犯肺，肺失清肃，气逆于上，肺络受损；虚证乃肺肾阴虚，虚火上炎，灼伤肺络，血溢于外。外邪、饮食、情志、劳倦，往往又是支气管扩张咯血的诱发或加重的因素，二者互为因果，在久咳肺虚的基础上易招邪袭，而邪于肺体则肺虚更甚，如此循环往复，经久不愈。本病病理性质多呈本虚标实，一般来说，久咳肺虚为本，痰热、气火久恋不去为标。常呈慢性进行性病理改变。[14]而张正贤认为气机升降失常则气血逆乱，百病丛生，肝为风木之脏，主藏血，木气冲和条达，则血脉得畅，若木郁化火，则木火刑金，肺络受伤，肃降失司，血溢气逆而为咳血。[34]。仲润生

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

的论点独辟新径，肾病而咯血者，大多缘于水不制火，阴虚阳亢所致，但亦有因肾阳不足，命门火衰使然者。肾为水火之脏，内寓元阴元阳，主闭蛰而司封藏，火生于水而运藏于水，故“肾中之阳贵凝降”。若肾阳不足，命门火衰，水宫虚寒，每可出现阳不恋阴而“水冷火泛”形成一系列下寒上热的证候，历代医家谓之为“火不归原”。肺脏属金，最畏火刑，无根虚火上僭，刑金灼肺，是以咳嗽气急，甚则咳血、咯血。火不归原证如此，若阳不温煦而水冷金寒亦可。五脏之阳非命火不能发，命门火衰，阳不温煦，寒从中生则水冷金寒，肾虚不能主水，阳虚水不化气则邪水泛滥。肺为娇脏，其性畏火，亦畏寒，命门火衰，阴水无制，寒水之气并伤娇脏，故微则为咳为嗽，甚则咳血、咯血。除此而外，由于命火式微，不能温煦中土，使脾脏虚寒而血失统摄，阳虚气虚，运血无力，易生瘀患，肾虚冲气不能收敛而上冲，血随气升，亦为咳血、咯血之因。[6]而沈定余和胡国俊对支气管扩张咯血病因，从以下2个方面加以认识：①大凡支气管扩张咯血与肺系痰热之久蕴，肺络灼伤破损关系最密切，因血得热则妄行，“阳络伤则血外溢”，故血由咳咯而出则为其必然。②考冲脉隶属阳明，至胸中而散。若冲气不清，胃气必随之而逆，奔迫上逆之气无不干扰肺系。如冲胃之气一降，肺无干扰而清谧，肺络安宁辄有出血之理。反之奔逆不清之气机，扰破肺络，外溢而咯血。杨国安运用百合固金汤加减治疗支气管扩张咯血50例，其认为咯血是由阴液亏耗，虚火上炎，火乘金位，肺络伤损所致，治疗采取清热润肺、平肝宁络、凉血止血法。[35]冯根源在总结吴振华老中医经验对咯血的病机论述甚详。冯氏对咯血从血热妄行有在脏与在经的不同，热迫血行有肝热与心热的不同，肝火犯肺有郁火与实热的不同，气逆咯血有上逆与内郁的不同。气血瘀阻有在血较在气的不同等方而，做了探讨。[36]韩旭则认为，支气管扩张咯血，病位在肺，发病与气血逆乱，阴阳失调有关，其主要病症是气火亢盛及阴虚火旺，且两者之间可相互转化、夹杂。[37]

2 临床研究

2.1 证候学研究

咯血的证候研究上通常是遵从传统的中医理法的统一原则——辨证的基本规律去进行的。但对证型的划分，各地学者多有见解，不尽一致。林宗广将咯血分为5型：①外邪犯肺：外邪（风热、燥热）犯肺，肺络损伤而致咯血。②肝火犯肺：情志不遂，肝郁化火，上逆灼肺，肺络损伤。③气不摄血：久咳正气虚损，若因劳倦过度，则正气益耗，气不摄血，血无所主而妄行。④阴虚火旺：久咳肺阴虚亏，若失治疗或燥热外感，则致阴虚火旺，灼伤肺络。⑤痰热化火灼肺：久咳失治，痰热蕴肺，热郁化火灼伤肺络。[38]周珩分为4型：痰热蕴肺型，肝火犯肺型，肺胃实热型，阴虚肺热型。[14]翁志伟分为4型：外邪犯肺，肝火犯肺，肺肾阴亏，气不摄血。[21]杨明钧用血宁冲剂（大黄、黄芩、黄连）治疗咯血104例，按全国中医治疗血证协作组制定的咯血辨证标准，治疗组痰热壅肺50例，痊愈41例，显效7例，有效1例，无效1例；肝火犯肺18例，痊愈14例，显效4例；阴虚肺热36例，痊愈30例，显效1例，有效2例，无效3例。何邦余分为6型：风热犯肺、燥热伤肺、肝火刑肺、痰热灼肺、热毒壅肺、瘀血阻肺。[10]张承烈从肾论治分为5型：肾阴亏虚，心肝火旺证；肾阴本虚，痰热壅肺证；虚阳上逆，肺金受灼证；肾水枯

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

竭，相火刑金，气滞血瘀证；肾阳不足，冲气上逆证。[3]方向东运用加味独圣散（白及、百合、参三七、蛤蚧）治疗咯血138例，其中阴虚火旺型38例，痰热壅肺型30例，寒痰阻肺型20例，气阴亏虚型50例。止血疗效：2～4天咯血全止者41例，5～7天咯血全止者56例，8～10天咯血全止者30例，11～13天咯血全止者11例，止血率为100%。[39]陈尧进用青白汤治疗支气管扩张咯血160例，为治疗组，并辨证分为肺热壅盛、肝火犯肺、阴虚肺热3个证，与西药止血剂加抗生素治疗本病86例作对照，临床观察结果，治疗组平均止血时间为3.12天，对照组平均止血时间为5.73天，经统计学处理有非常显著性差异（$P<0.01$）。[40]侯仁骏用“支扩咯血丸”治疗支气管扩张咯血，持续服药组显效率及有效率为90.4%，分型为肺热肝旺、肺弱阴虚、气阴两虚。[41]许雪君采取辨病与辨证相结合的方法，对50例咯血病人经X线照片或透视、化验或病理检验确诊的支气管扩张患者、肺结核患者、急性支气管炎患者、肺癌患者表现为咯血者，给予加味咳血方治疗，基本处方：青黛、瓜蒌、海浮石、诃子、侧柏炭、炒栀子、鱼腥草。外感燥邪者，加桑叶、杏仁、菊花、连翘、沙参，阴液不足者，加麦冬、沙参、生地、天冬，食纳呆滞者，加谷芽、麦芽、神曲、山楂。[42]综合各家意见，比较统一者有肺热壅盛型、肝火犯肺型，阴虚火旺型，对气虚不摄、肾阴亏耗、寒痰阻肺也有一定的认可，一些学者对外感风热、燥热等也有相应的看法。

上述各家学者的辨证施治方法各有所长，并且获得一定治愈率，不管是依照全国血证急症协作组的分型标准（1988年11月青岛会议修订）的，或是依据传统的中医内科学分型，或是根据各位医家的临床经验分证，均不能统一规范，更不适宜全国性的协作攻关，尤其对大宗病例的观察极为不利。1993年卫生部制定的《中药新药临床研究指导原则》中的相关部颁标准，应该说对咯血的病名、证类进行了详尽的阐述，也为临床、教学、科研提供了遵循的依据。而后中医药行业标准（ZY）进一步完善和统一了证类，分为肝火犯肺、阴虚火旺、痰热壅肺、气虚血瘀4个证，为临床工作者诊断与治疗制定了规范。

2.2 治则治法研究

陈国华将《血证论》治疗咯血的经验，系统地加以整理，总结为10种基本治法，实为精辟、全面。①和表理血法：主治外感风寒犯血。②清泻肺火法：主治暑温，湿温，由口鼻入肺，热熏气逆，伤及肺络。③清化痰饮法：主治血家风火动，激水气上升。④祛痰化瘀法：主治瘀血痰饮阻肺，肺气上逆而咳血者。⑤润肺清热法：主治外感或内伤，损及肺之阴津，阴虚火旺之证。⑥敛纳肺肾法：主治肺肾阴津亏耗，致肺气失于敛降，肾气失于吸纳，其以肺气不敛为主者，呛咳无痰咳血。⑦平冲降逆法：冲脉之气犯肺，也可致咳血。⑧清肝降逆法：主治肝经郁火上逆，侮肺伤络而咳血者。⑨化痰杀虫法：主治痨瘵而致咳血者。⑩温补理血法：主治肺虚寒或肺脾两脏虚寒，导致痰动咳血者。[43]可见，唐氏治咳血十法，并不主张专事止血，而是以调理为主，根据不同病因病机，采取相应调理之法。今人许声宏也谈止血十法的应用，其中主治咯血的方法有：①泻火解毒止血法：适应于火毒炽盛，迫血妄行所致咯血。②清热凉血止血法：适用于肝火横逆的血热出血证。③滋阴清热止血法：适用于阴虚火旺，虚火迫血妄行的咯血。④补气健脾止血法：适用于气虚不能摄血者。⑤活血化瘀止血法：瘀血内阻而致咯血。⑥收敛固涩止血法：适用于急性

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

大咯血之救治。[44]周彦设专论强调了活血化瘀法在咳血中的应用，认为灵活运用活血化瘀法，可收到满意的效果。沈安余对咯血的治疗多采取标本兼治的方法，收到满意的效果，如清痰热与养肺阴并重；降冲胃与肃肺气同步；止溢血与逐瘀血一方；补肺金与益脾肾兼顾。[17]而陈启石治咯血从肝辨治：肝火犯肺，灼伤肺络，治以平肝清肺，化瘀和络，仿泻白散合黛蛤散加减。肝阴不足，阴虚火旺，迫血妄行，治以滋阴柔肝，凉血止血，仿一贯煎加减。肝热迫血，瘀阻血络，血离脉道，治以凉肝清热，通络化瘀，养阴止血，药用生地炭、丹皮、焦栀子、知母、黄芩、茜草、棕榈炭、侧柏炭、阿胶、紫草。肝阳上扰，肺络灼伤，扰血上溢，治以平肝潜阳，润肺宁络，方用代赭石、磁石、龙骨、牡蛎、生地、丹皮、石斛、白芍、栀子、白茅根、旋覆花、葶苈子。[7]何任常以降逆镇咳之品组成经验方治疗咯血，基本方：玄参、麦冬、旋覆花、代赭石、仙鹤草、茜草炭、炙百部、浮海石、蛤粉炒阿胶。全方九味，合而用之，有润肺清热、消痰降逆、凉血止血之功，即针对病本以润肺清热，又面对病标以降逆止血，标本兼治，对肺阴亏虚，内热偏盛之咯血，方药与证候，丝丝入扣。程法森用十灰丸为主配合中药治疗咯血33例，其辨证为肺热壅盛证、肝火犯肺证、阴虚肺热证，其病机在“火热”，治疗在清泻肺火（热）。[45]敖资赋则采用复方花蕊石散治疗出血性疾病，对肺结核咯血和支气管扩张咯血，辨证为气阴两虚，络损瘀阻，血不归经者，立法为活血行瘀以止血，益气养阴以扶正；对辨证为痰热夹瘀，伤及肺络者，立法为化瘀止血，肃肺宁嗽。[46]

勿庸置疑，临床科研无不以提高疗效为最终目标，但探索和追求最佳的治疗方案与方药，仍需不断地努力，特别是在中医辨证论治的原则指导下，如何制定出行之有效的基本大法，并在这一基本大法的基础上开展中药剂型改革，扩大中药给药途径，尚需艰苦的奋斗。

2.3 辨证用药研究

2.3.1 治疗用药规律初探

历代医家治疗咯血病创制了不少的专门方剂。这些方剂的组成和运用，基本上能够反映出治疗用药的大概情况。大黄“止血而不留瘀”，被古代医家誉为“妙药”。杨德鸿报道，用大黄治疗咯血患者97例，其中浸润型肺结核85例，干酪性肺炎4例，慢性血行播散型肺结核3例，慢性纤维空洞型肺结核、原发性非典型肺炎、肺脓疡、支气管扩张及肺癌各1例。结果平均止血时间为6天，97例中有效76例，有效率为78.3%，同时对咯血量化分析表明，对大量咯血及长期小量咯血的疗效显著。李鸿翔擅用大黄治疗诸病，其中运用大黄治疗咯血经验尤为独到：与温热药配伍，治寒热错杂咯血，两者一寒一温，一泻一补，互制互济；配以寒凉药，治血热妄行咯血，能起到互协互助之效，其泻火泄热之力必相得益彰；与降逆药同用，治气血上逆咯血，两者一气一血，清降结合，同降逆行之气血，对于气逆于上，血亦随之逆行之咯血尤为适宜；佐用活血药，治血瘀肺络咯血。大黄能化血中之瘀，通络中之滞，推陈出新以助止血，佐化瘀之品则止血之力更著。张锡纯《医学衷中参西录》发明之秘红丹，亦用大黄配肉桂，两者一寒一热，既相制于先，又相济于后，从而使药性虽寒而不致血气暴凝，虽热而不致血热妄行。

对炭类药止血，吐血篇已有较全面论述，施今墨、祝谌予亦颇有发挥与心得，除在辨

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

证施治的精神指导下分别论治外，常用炭药为治，所谓“血见黑则止”。肖延龄对药物炒炭止血问题，作了具体分析，一般认为炒炭后，由于生成的炭素具有吸附作用，因而使药物的止血功能得到了加强。例如：大蓟炭、小蓟炭、棕榈炭、蒲黄炭、槐花炭、大黄炭等。然而，现代药理学证实，中草药通过炒炭这一加工处理，其内部的化学成分发生了变化，有的成分增加了，而有的成分则因受热被破坏而减少了，因而与其相应的功效也发生了变化。止血药物通过炒炭加工后，其止血功效也发生了变化。有的因炒炭其止血功效被加强，例如：槐花炒炭后，具有止血作用的鞣质其含量比生品加强了约 4 倍，因而槐花炒炭后止血效果更好；与之相反，有的则因炒炭其止血功效被减弱，例如，藕节炒炭后，大部分天门冬素和部分鞣质被破坏而其止血功效被减弱，白及炒炭受热后，其挥发油损失，粘液质破坏，因而降低了止血功效，为了加强其止血功效，二者就宜生用而不宜炒炭。地榆炒炭后，生成的炭素虽使止血功效有所加强，但是其鞣质被破坏，却又降低了止血功效，在用于止血时，也宜生用，可见炭药能加强止血不能一概而论。[47]炭类药物的使用，临症之时也不宜盲目地堆砌，应根据疾病的寒热虚实辨证而使用不同性质的炭药。例如血瘀者用蒲黄炭、红花炭等；血寒者用艾叶炭、芥穗炭、姜炭等；血热者用大蓟炭、小蓟炭、地榆炭、黄芩炭、槐花炭等。另有部分单味药在止血方而各有千秋。介绍于下，①白茅根：主要功效凉血止血，清热利尿，主治热伤肺络，故用白茅根凉血止血，合童便咸寒入肺，滋阴降火而治咯血，使血络宁静而血自止。②京墨：柴瑞霁考证京墨可以止血，本身是京墨的选料与制作颇为考究，与普通所用墨之劣者截然不同。制京墨多以松烟和入皮胶汁或糯米汁，或酌加香料加工而成。松烟即松枝烧后的油烟，本身有止血、消肿、生肌、疗疮等作用。加入皮胶汁或糯米汁者，盖因皮胶有程度不同的养血止血之功，糯米亦为补肺止血之佳品，若加入珍珠、黄芩、冰片、麝香之类，则清心凉血、活血止血之功尤著。[48]③仙鹤草：仙鹤草作为收敛止血药广泛地运用于出血性疾病，而对咯血病人用量宜大。现代药理研究：仙鹤草含大量鞣质和少量维生素 K，增加血小板，加速凝血，具有较好的止血作用。④另有报道人尿治疗诸血症的作用。人尿咸寒，入肺肝二经，滋阴降火，凉血消瘀，功效卓著，对劳热骨蒸，咳嗽咯血，皆可治愈。此外，根据临床报道，某些单方、单药治疗咯血有特殊功效：墨旱莲其味甘酸，性寒，为凉血止血之上品，对毛细血管有收缩作用，能缩短出血与凝血时间；贝母苦寒，归肺、心经，功效化痰止咳，清热散结，《本草汇编》云：“治虚劳咳嗽，吐血，咯血，肺痈，妇人乳痈及诸郁之证”；大剂鲜侧柏叶清热泻火，凉血止血用于肺结核大咯血；紫草治血凉血解毒，可用于肺癌咯血。

2.3.2 咯血单方验方整理

传统的辨证论治无疑是中医学的宝贵遗产，而行之有效的治咯血单方、验方、中成药亦应获得重视。

蒲辅周治疗肺结核、矽肺、合并顽固性咯血久治不愈，或反复发作者，治用生龙骨、生牡蛎（均捣细）各 30g，生白及、生百部各 20g，三七、鸡内金各 6g，先水煎前 4 味，后 2 味研末，药汁调服。云南白药是我国著名的中成药，誉满中外，该药由田七、冰片、麝香、披麻草等多种中药组成，具有化瘀止血、散肿镇痛的作用。现代药理研究，所含的活性成分有抑制病菌生成，加快血小板成分释放、增加机体免疫功能等药理作用。适用于各种出血性疾病。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

鲜小蓟 500g，捣烂拧取汁，冷开水冲服。仙鹤草 30g，白茅根 60g，水煎早晚各服 1 次。蒲黄炭，每次服 9g，1 天 2 次，冷开水冲服。肖平对咯血病的中成药辨证运用作了全面总结。燥热伤肺，可选用治红丹、十灰丸。肝火犯肺，可选用泻白丸，阴虚火旺者可选用荷叶丸。[49]

金不换注射液：湖北沙市中医院用本注射液 20～60ml，稀释后静脉滴注，1 日 1 次，治疗支气管扩张咯血 51 例，痊愈 46 例，总有效率 98.04%，平均止血天数为 3.21 天，与止血西药对照，$P<0.05$，浙江省中医院治疗 16 例，总有效率也达 93.7%。大黄加鱼腥草：方法为鱼腥草注射液 4ml 肌内注射，1 日 2 次，鱼腥草 60g，煎汤分作二次服，大黄粉每日5～20g，分 2 次口服，止血后再服 3 天巩固。肺形草：取单味干肺形草 30g，水煎，每日服 2 次，每次服 300ml，连服 1 个月，症状缓解后，用开水冲泡作饮，治疗支气管扩张咯血。

3 实验研究

纵观近年来咯血实验研究现状，关于发病机理、疗效机制方面的研究甚少，一般仍是侧重药物止血作用的探讨。

朱武成对磁石抗炎、止血、凝血作用进行了药理实验研究。结果发现，磁石能明显降低交叉菜胶致炎小鼠的足肿程度，缩短出血和凝血时间，说明具有抗炎、止血、凝血作用。[50]覃元对中药血余炭进行了研究，发现血余炭提取液能明显缩短大白鼠和小白鼠出血时间，能缩短狗和兔的凝血时间，经测定，血余炭中含有大量的钙、铁离子，除去钙、铁离子的煎液则失去了止血作用，或使凝血时间延长，说明血余炭的止血作用可能与钙、铁离子有关。另发现，血余炭粗结晶具有内源性系统止血功能，其止血原理与血浆中 cAMP 含量降低有关，临床上可用于治疗多种血证。[51]方向东运用加味独圣散治疗咯血，同时测定了机体免疫功能。在 138 例咯血人中，有 75 例极易感冒的患者，治疗前后均进行了血清免疫球蛋白、C_3、C_4、E—玫瑰花结试验等对比检查。通过治疗后观测发现，体质有明显改善，感冒次数显著减少，同时免疫球蛋白 G、A、M 及 C_3、C_4 的含量，E—玫瑰花结与淋巴细胞转化率等，较治疗前均有大幅度升高（$P<0.01$）。[39]

【古训今释】

1 病名溯源

1.1 涵 义

咯血者，血从肺来，经气道咳嗽而出，或一咯即出。常夹有痰液，或痰中带血丝。《证治要诀·鼻衄》："咳血者，嗽出痰中有血者是也。"

1.2 历史沿革

在古代医籍中，尚有"咳血"、"嗽血"、"唾血"等论述。

咯血一病首见于《素问·玉机真脏论》："秋脉不及令人喘，呼吸少气而咳，上气见血，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

火淫所胜，民病咳唾血，肺脉微急，肺寒热，怠惰，咳唾血。”强调说明了咯血一病，是病位在肺，感受寒热，造成肺脏气机失调而出现的病证。《素问·至真要大论》云：“少阳司天，火淫所胜，则温气流行，金政不平，民病……咳唾血……病本于肺。”又云：“太阴司天，湿淫所胜……咳唾则有血，……病本在肾”，将咯血一病的病机病位作了详细阐述，认为关乎肺、关乎肾。

汉代张仲景将咯血纳入吐血范畴进行讨论，这种论述方式一直沿用至唐代，至元代朱丹溪才将咯血列为专篇讨论。《金匮要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治》：“夫吐血，咳逆上气，其脉数而有热”，“心气不足，吐血衄血，泻心汤主之。”

东汉华佗《中藏经》对咳血病因病机及预后进行了论述：“中热则唾血……此为躁扰，嗔怒，劳伤得之，气壅结所为也。”

晋代王叔和围绕脉学阐发其诊断和预后，即从脉断证，凭脉预后，独具一格。《脉经》谓：“肺脉……微急为肺寒热，怠惰，咳唾血……，……微滑上下有血。”

隋代巢元方对于咳血探本求源，认为唾血之病，由于脏腑受病的不同见症亦异。《诸病源候论·血病诸候》指出：“唾上如红缕者，此伤肺也；胁下痛，唾鲜血者，此伤肝。”《诸病源候论·咳嗽病源候》：“嗽伤阳脉，则有血，血与气相随而行，咳嗽极甚，伤血动气，俱乘于肺，肺与津液相搏，蕴结成脓，故咯嗽而脓血也。”

唐代孙思邈在其《备急千金要方·胆腑吐血》中指出：“吐血有三种：有内衄，有肺疽，有伤胃。……肺疽者，或饮酒之后毒满闷，吐之时，血从吐后出，或一合半开一升是也。”此时论吐血咯血仍合并为一门，而其中所说的肺疽从形势分析，即为咯血。

宋代赵佶最早提出嗽血、咯血的病证名称。《圣济总录·卷十六·咳嗽上气》：“咳嗽唾脓血者，由肺感寒气……气上逆故咳而有血，寒邪壅热，与肺内津液相搏，凝滞蕴结，故又为脓，因咳而咯唾脓血也。”

元代朱震亨对咳血、吐血、咯血、衄血、溺血、下血作了详尽的论述，此后咳血的研究逐渐从吐血门分离出来。《丹溪心法·咳血》：“咳血者，嗽出痰内有血者是也。呕血者，呕全血者是也。咯血者，每咳出皆是血疙瘩。”

明清时代对咯血的认识日趋完善，对病名、病机、病症、方药诸方面均有阐述。《证治要诀》认为热壅于肺能嗽血，久嗽损肺，亦能嗽血，一实一虚。《明医杂著》认为酒色过度，损伤脾肾真阴，或服参、芪等甘温之药可致咯血咳血。《医学入门》从痰出之先后来判断病机，先痰嗽后见血，多痰火积热，先见血后痰嗽，多阴虚火动。虽其论是以热为中心，但有实热、虚热之别。《证治准绳·杂病》和《景岳全书》如出一辙，强调咳血，不独肺也，无不有关于肾：“然无不由于水亏，水亏则火盛，火盛则刑金，金病则肺燥，肺燥则络伤而嗽血。”《本草纲目》条分缕析血证病因病机，认为火热上炎，易灼肺络，以致咳血，对郁热化火者，拟清散之法，为后世治疗火郁咳血提供了用药依据。叶天士在治疗咳血时，则结合节令变化施治，对夏暑当令，暑湿之邪扰动肺络所致的暑月咳血的治疗颇具匠心，不失温病大家特色，可师可法。唐容川则强调只有熟练地掌握住咳嗽病原，治疗咳血之病才能得心应手。“人必先知咳嗽之原，而后可治咳血之病。”《医贯》一改诸家的观点，认为咳、嗽、咯、唾皆亏肾。

总括来讲，咯血论述最早见于《内经》，从张仲景至元代均将咯血与呕血合并讨论。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

宋代赵佶最早提出嗽血、咯血的病证名称。元代朱震亨首将咯血引为专篇讨论。至明清是百花齐放，百家争鸣的阶段，医家们对咯血的病因、病机诸方面阐述得淋漓尽致。

2 病因病机论

2.1 外感学说

《素问·脉解》："所谓咳则有血者，阳脉伤，阳气未盛于上而脉满，满则咳，故血见于鼻也。"《素问·至真要大论》："少阳司天，火淫所胜，则温气流行，金政不平，民病……咳唾血。"综合二段经文，不难看出，外邪侵袭，脏腑病变，均可导致咯血。对外感而致咯血的论点，后世医家多有阐发。《症因脉治·嗽血》："风寒外束，肺热内郁，肺主皮毛，不得发泄，上冲于喉，又有时令燥热，伤其肺气，清化之令不行，相传之官悖逆，二者皆令咳嗽吐血者也。"《医学三字经·咳嗽》从肺脏的生理功能反证肺脏不能感受外邪的道理："肺为脏腑之华盖，……只受得本然之正气，受不得外来之客气，……只受得脏腑之清气，受不得脏腑之病气。"若感受外邪，肺脏则出现怎样的病理变化呢？《医学心悟·吐血》作了概要的回答："然血证有外感内伤的不同，假如咳而喘，息有音，甚则吐血者，此风寒也，……夏令火炎，更乘秋燥，发为干咳，脉数大而吐血者，此燥火焚金也。"说明外感风寒、燥火者可致肺病，火热刑金，灼伤肺络必然咯血的道理。《证因脉治·嗽血》进一步作了补充："外感嗽血症，身发寒热，喘促气逆，咯嗽不止，嗽痰带血，甚则吊动胃气，呕吐痰涎饮食齐出，此外感唾嗽之证也"。另有关于外感暑湿之邪扰动肺络的暑日咳血之论，见叶桂《临证指南医案》。气机失调血溢脉外的理论，见日本·丹波元坚编《杂病广要》："肺为娇脏，怕寒而恶热，邪气犯肺，或脏腑'病气'皆可致肺失清肃，气机失调而为咳嗽，损伤肺络，血溢脉外，则为咳血。"在外感理论方面阐发心得的有唐代王焘所著的《外台秘要·卷九》："咳嗽脓血者，损肺伤心故也，肺主气，心主血，肺感于寒，微者而成咳嗽，咳嗽极甚，伤于经络，血液蕴积，气血俱伤，故连滞积久，其血黯瘀，与脓相杂而出也。"《血证论·咳血》："肺主气，咳者气病也，故咳血属之于肺，……外感风寒，变化咳血，此证最多。"

2.2 内伤学说

内伤咯血理论的建立，通常与相关脏腑有直接关系，故合并一起讨论。所论肺脏者：《证治要诀》："劳瘵吐咯血……，""嗽血，热壅于肺能嗽血，久嗽损肺，亦能嗽血"；《张氏医通·诸血门》："因咳嗽而见血，或干咳，或痰中见红丝血点一两口，气急喘促，此虽肺体自燥，亦为火逆，咳伤血膜而血随痰出也"，"肺为清肃之脏，金为阴火所制，水亏火旺，迫血上行，以为咯血，逆之甚矣。"所论肺肾者：《景岳全书杂证谟·血证》谓："咳、嗽、咯、唾等血……其病标固在肺，而病本则在肾也"；《医学正传·血证》："所谓咯血唾血者，出于肾也。咳血嗽血者，出于肺也。有痰带血丝出者，或从肾或从肺来也"；《证治准绳·杂病·诸血门》："盖肺主气，气逆为咳，肾主水，水化液为唾。肾脉上入肺，……故二脏相连，病则俱病，于是皆有咳唾血也。亦有可分别者，涎唾中有少血散漫者，此肾从相火炎上之血也。若血如红缕在痰中咳而出者，此肺络受热伤之血也"；《景岳全书·杂病

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

谟·血证》："凡咳血嗽血者，诸家皆言其出于肺，咯血唾血者，皆言其出于肾，是岂足以尽之。而不知咳、嗽、咯、唾等血，无不有关于肾也。何也？盖肾脉从肾上贯，此肺肾相联，而病则俱病矣"。有单独论肾脏者：《明医杂著》："凡酒色过度，损伤脾肾真阴，咳嗽吐痰，衄血吐血，咳血咯血等证"；《症因脉治·嗽血》："有房劳精竭，肾火刑金"；《灵枢·经脉》："足少阴之脉，是动……唾则有血，喝喝而喘"；《张氏医通·咯血》："咯血者……盖源房劳伤肾，阴火载血而上，亦有兼痰而出者，肾虚水泛为痰也"；《医贯》云："余谓咳、嗽、咯、唾皆出于肾。盖肾脉入肺，循喉咙，夹舌本，其支者，从肺出络心，注胸中，故二脏相连，病则俱病，而其根在肾，肾中有火有水，水干火燃，阴火刑金，故咳，水夹相火而上化为痰，入于肺，肺为清虚之府，一物不容，故嗽，中有痰唾带血而出者，肾水相火炎上之血也。"所论肾者，大多言水不制火，阴虚阳亢所致，但亦有因肾阳不足，命门火衰使然者，历代医家论述匮乏，唯明代赵献可倡言"命门之火"而形下寒上热之火不归源证。《医贯》："又有一等肾水泛上，上侵于肺，水冷金寒，故咳嗽，肺气受伤，血无所附，故亦吐血……须用八味丸补命门火，以引水归源。"所论肝脏者《血证论·脏腑病机论》对肝火犯肺而致咯血论述较为详尽："肺为乾金，象天之体，又名华盖，五脏六腑受其复者，凡五脏六腑之气，皆能上熏于肺以为病……金不制火，则肝火旺，火盛刑金，则蒸热，喘咳，吐血，痨瘵并作。"论脾胃者：《症因脉治·嗽血》："有膏粱积热，痰火伏于肺胃之间，久嗽失治，上中之火刑金"；《景岳全书》："忧思过度，损伤心脾，以致吐血、咯血者，其病多非火证，或常见气短，气怯，形色憔悴，或胸怀郁然，食欲无味，或腹虽觉饥，而不欲食，或神魂所困，而卧不安，是皆中气亏损，不能收摄所致"；《证治准绳·幼科》："唇色白，主吐涎呕逆，或吐血便血，乃脾气虚弱，不能摄涎统血归源"；《张聿青医案·吐血》："脾土必伤，以致统摄无权，血液外溢，咯吐带红"；清代张锡纯《医学衷中参西录·治吐衄方》认为病因多由"胃气冲气上逆，并迫肺气亦上逆。"总而言之，内伤咯血在临床上所占比例较大，所涉脏腑较多，临床表现较繁杂，病因病机错综。就肺脏而言，可以表现为肺热壅盛，也可为肺阴不足，虚火灼络。就肾脏而言，可以是肾阴亏耗，虚火上炎，也可以是命门火衰。就肝脏而言，可以是肝火刑金，也可以气逆作乱。就脾胃而论，可为气虚，可为阳虚，可为气逆。尽管如此，仍不能全部包括内伤咯血的全部病机。古代医家未作阐明而近代研究多有印证的血瘀咯血，实为漏缺，故而要求医家，在原有病因病机基础上再认识，再提高。

3 主症兼症相关论

咯血一病无论其发作前、发作中、发作后往往有伴随症状相系，而且有些伴随症状可提示疾病的性质及发生发展。通常所论主要是痰、咳嗽及脉象与咯血的关系。

无论咯血之实证、虚证、半虚半实证或虚多实少证，则必有咳嗽。唐容川所云："或先咳而后失血，或先失血而后咳，或暂咳即愈，或久咳不止，种种不一，必细推究之，而于失血虚劳，庶得调治之法。"咳嗽、咯血皆由肺气上逆所致，或因鼻窍阻塞，皮毛固闭，肺气内壅，呛出喉间而咳，或因制节不行，气逆而咳。《金匮要略》："夫吐血，咳逆上气，其脉数而有热，不能卧者，死"。《诸病源候论》："肺感于寒，微者则成咳嗽，嗽伤于阳脉则有血"。《张氏医通》："因咳嗽而见血，或干咳……。"《证治要诀》："咯血，不嗽而咳出

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

血也……。”总而言之，盖咳嗽固不皆失血，而失血未有不咳嗽者。咯血与咳嗽相辅相成。

咯血另一兼症是痰。无论是咯血后吐痰，或是痰中带血丝，或是痰血相混，或是咯吐黄痰，均给予临床提供诊断的依据。《血证论》“夫咳血之证，未有不与痰为缘者。”《丹溪心法·咳血》亦云：“咳血者，嗽出，痰中有血者也”，“先吐红，后见痰嗽，多见阴虚火旺，痰不下降……。”《景岳全书·杂证谟·血证》：“咳血、嗽血皆从肺窍中出，虽若同类而实有不同也，盖咳血者少痰，其出较难，嗽血者多痰，其出较易。咳而少痰者，水竭于下，液涸于上也，亦名干嗽，嗽而多痰者，水泛于上，血化为痰也，亦谓之白血。”《医学入门·吐血》：“先痰嗽后见血，多痰火积热，化痰降火为急，不可纯用血药，恐泥痰也，山栀地黄汤，……先见血后痰嗽，多阴虚火动，四物汤加川贝、天花粉化痰。”《医学入门·杂病·血类·嗽唾咯》：“嗽痰带血本脾经。”《症因脉治·嗽血》：“若先咳嗽吐痰，后咳嗽吐血者，此是肺热积肺，痰火上冲之症也，若先咳吐纯血，后乃咳嗽吐痰者，此乃阴虚阳旺，痨瘵骨蒸之症也。”总而言之，先痰，后痰，有痰，无痰，痰粘，痰清，均与咯血的辨证息息相关。

有关咯血脉象的记载不是太多，一般也把脉象作为判断病情进展情况及预后的一个依据。《灵枢·邪气脏腑病形》：“心脉……微缓，为伏梁，在心下上下行，时唾血，微涩为血溢。肺脉……微急，为肺寒热，怠惰，咳唾血。……微滑为上下出血，涩甚为呕血……。”从数种脉象提示吐血的病机，以及吐血时表现应为涩、滑、缓、急的区别。《金匮要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治》：“病人面无血色，无寒热，脉沉弦者衄；浮弱，手按之绝者，下血，烦咳者必吐血。”揭示了咯吐血病人脉象与症状的关系。脉象大师王叔和就吐血病人的预后从脉象方面予以判断，《脉经》谓：“吐血，脉紧强者死，滑者生。”《症因脉治·嗽血》：“……若面色白，脉沉迟，内无热者，此是木不生金，阳虚不能收摄之症也。”表述了脾阳虚病人不能摄血时的脉象为沉（主里）迟（主寒）。《张氏医通·咳血》：“因咳嗽而见血……其脉微弱平缓易治，脉弦急实，气促声嘶，咽痛者不治。”说明失血病人，应表现为虚象、虚脉，此为正常，若失血病人表现为实脉，则为异常，提示病情恶化，或再出血，或不治。

4 治法与治则

咯血一证，殆以“火”“气”作祟者属多，细究其成因，众说纷纭，故而摸索出不少与病因病机相吻合的治法与治则。

汉代张仲景首创了泻火降逆，化瘀止血的方剂。“泻心汤”方中，大黄、黄连、黄芩均为苦寒泻火药，泻火即止血，其中大黄苦寒泻下，引血下行，使气火下降，有上病下取之意，为治血病之先河。

4.1 解 表 法

《症因脉治·嗽血》：“表邪外束，身发寒热，咳嗽带血者，泻白散加荆、防、柴、葛；热邪伏内者，泻白散加干葛、石膏；燥热伤肺，清燥救肺汤主之。”《医学心悟·吐血》：“然血症有外感内伤之不同，假如咳而喘息有音，甚则吐血者，此风寒也，加味香苏散散之”；“务农赤日，行旅长途，口渴自汗而吐血者，此伤暑也，益元散清之”；“夏令火炎，更乘秋燥，发为干咳，脉数大

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

而吐血者，此燥火焚金也，三黄解毒汤降之，此外感之治法也。”《血证论·咳血》：“外感风寒，变化咳血，此证最多。……予则用小柴胡汤加紫苏、荆芥、当归，白芍、丹皮、杏仁，于气分血分两兼治之，最得和表清里之法，……凡血家兼有表证者，以此方为主，极为妥当；……内受温暑湿毒者，亦能攻发而为咳血，……治宜专清其里，忌发其表，……里清则表自和，咳血自止，人参泻肺汤主之。……肺为娇脏，无论外感内伤，但一伤其津液，则阴虚火动，肺中被刑，金失清肃下降之令，其气上逆，嗽痰咳血……以《十药神书》保和汤主之。”静观外感咳血的方剂历代医家所论不多，一则外感咯血所占比例较小，二则治疗咳嗽的方药、法则亦施用于咯血，故二者可以互参。

4.2 泻 火 法

泻火之法自仲景首创，历代前贤研究甚广，建树较多；但就其泻火的实质而言，又区分为祛瘀泻火、滋阴降火、化痰降火诸法。

4.2.1 祛瘀泻火法

《儒门事亲·咯血、衄血、嗽血》：“夫男人妇人，咯血、衄血、嗽血、咳脓血，可服三黄丸，黄连解毒汤，凉膈散加桔梗、当归，大煎剂料，时时呷之。”

4.2.2 滋阴降火法

4.2.2.1 滋肺阴，降虚火 《证治准绳·杂病·咳嗽血》：“嗽血久而成劳，或劳病成而嗽血，肌肉消瘦，四肢倦怠，五心烦热，咽干颊赤，心忡潮热，盗汗减食，黄芪鳖甲散、人参黄芪散，阴虚火动而嗽血者，滋阴保肺汤。”《丹溪心法·咳血》：“劳嗽有血者，宜补肺汤加阿胶、白及各半钱。”《医学心悟·吐血》：“又如阴虚吐血者，初用四生丸，十灰散以化之，兼用生地黄汤以清之，吐之则用地黄丸补之。”《医学入门·杂病·血类·吐血》：“先见血后痰嗽，多阴虚火动，四物汤加川贝、天花粉化痰，山栀、牡丹皮、麦门冬降火。”《证治要诀·鼻衄》：“劳瘵吐咯血，七珍散加阿胶、当归各半钱，恶甜人，更加百药煎半钱，仍调钟乳粉尤佳。一味钟乳粉，用糯米饮调，吐血嗽血亦治。”

4.2.2.2 滋肾阴，降相火 《医学入门·嗽·唾·咳》：“……血随唾出自肾来，滋阴降火汤。”《证治准绳·杂病·咳嗽血》：“治咳血之方，宜用童便、青黛，以泻手足少阳三焦与胆相合之相火，而姜汁为佐，用四物、地黄、牛膝辈，以补肾阴安其血也。”《症因脉治·嗽血》：“房劳精竭，肾火刑金，先用犀角地黄汤，后用归芍天地煎“三才丹。”《张氏医通·咳血》：“盖缘房劳伤肾，阴火载血而上，亦有兼痰而出者，肾虚水泛为痰也。阴虚多火，黑瘦之人，最忌犯此，初起宜紫菀、麦冬、茯苓、枣仁、山药、白芍、丹皮、童便，以清手足少阳厥阴诸经游散之火，后以六味丸加牛膝，滋补肾阴，以安其血，慎不可用攻血药也。”又云：“阴虚血动而咳血，或痰中有血腥如珠者，生料六味丸加茜根、乌贼骨、童便。”

4.2.3 清肺热，化痰火法

《医学入门·吐血》：“先痰嗽后见血，多痰火积热，化痰降火为急，不可纯用血药，恐泥痰也，山栀地黄汤。”《血证论·脏腑病机论》：“肺为水之上源，水不清而凝为痰，痰不降而牵动血，治肺之痰，又是治咯血捷法。”《丹溪心法·咳血》：“先吐红，后见痰嗽，多见阴虚火动，痰不下降，四物为主，加痰药、火药；先痰嗽后见红，多是痰积热，降痰火

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

为急。”《证治准绳·杂病·咳嗽血》：“热嗽有血，宜金沸草散加阿胶 -钱，痰盛加瓜蒌仁、贝母。”《景岳全书·杂证谟·血证》：“嗽而多痰者，水泛于上，血化为痰也，亦谓之白血，……多痰者，宜加清降之佐，如贝母、海石、竹沥、阿胶之属，而当归非所宜也。”《张氏医通·咳血》：“咳血不止，至夜发热吐痰，或带血丝者，六味丸加蛤粉、童便，临卧服，肥盛酒客辈，痰中有血，滚痰丸蒐涤之。”《证治要诀·鼻衄》：“热嗽咽痛，痰带血丝，或痰中带血，其色鲜者，并宜金沸草散。若服凉剂不愈，其色瘀者，此非热证，宜杏子汤。”

4.3 其它治法

咯血 -证，引发原因较多，且常仅表现为咯血，而无其它伴发症状，众医家凭经验体会用药各有千秋。《丹溪心法·咳血》：“衄血、火升、痰盛、身热，多是血虚，四物汤加减用。”此为血虚咯血的治法。《证治准绳·杂病·咳嗽血》：“二三年间，肺气上喘咳嗽咯唾脓血，满而生疮，遍身黄肿，人参蛤蚧散。蛤蚧补肺劳虚嗽有功。久嗽不愈，肺间积虚热，久成为疮，故嗽出脓血，晓夕不止，痰中气塞，胸膈噎痛，用蛤蚧、阿胶、生犀角、鹿百胶、羚羊角各一两。”

《证治要诀·鼻衄》：“咯血，不嗽而咳出血也，初得病，且宜白扁豆散，加人生地黄、藕节各半钱尤佳，及浓磨京墨调黑神散，小乌沉汤各一钱，或新掘生地黄，净洗生姜少许，捣汁去滓温进。又有以生姜一片，四面蘸百草霜含咽，如百草霜已淡，吐出再蘸，如姜已无味，则吐血易之，嗽血亦止。”纯为经验之谈。《证治要诀·鼻衄》：“嗽血而气急者，补肺汤加阿胶、杏仁、桑白皮各半钱，吞养正丹，或买砂丹，或三砂丹，间进百花膏。”推荐了几种咯嗽血的成方药膏。《医学入门·嗽唾咳》：“嗽痰带血本脾经，虚者之君子汤加桑白皮、黄芩、枳壳、五味子；有火者，加减逍遥散；有咳属肺，火升痰盛身热者，龙脑鸡苏丸、鸡苏散、滋阴降火汤、古百花膏、黄连阿胶丸，虚者，二陈芎归汤、八物汤或二陈汤加嫩桂、桑白皮、杏仁、桔梗、贝母、知母、阿胶、生地、山栀……。”列举了嗽血辨证为脾经病，而后随症进行加减，可谓灵活。《症因脉治·嗽血》：“胃火上冲，清胃汤、化痰丸。……脾阳不足，土不生金者，加味归脾汤。脾阴不足，土中之火刑金，加味戊己汤。怒动肝火，水火刑金者，柴胡饮子。肝血不足，加味补肝散。心火妄动者，导赤各半汤。心火不足者，天王补心丹。肾火不足，阳虚不能摄血者，八味肾气丸。”论述了心肝脾胃肾诸脏病变导致咯血的证治。《血证论·咳血》“亦有肺经虚寒者，……可用六君子为主，再加当归、白芍、炮姜、五味，则子止咳、止血皆宜。”

综上所述，历代医家对咯血的病因病机、辨证论治的认识各有千秋，对后世启迪匪浅，今后要继续挖掘中医学宝贵遗产，并深入研究古为今用，弘扬光大。

展 望

咯血是临床常见的出血性病证，可见于多种疾患。近年来开展研究较多的当属支气管扩张和肺结核所致的咯血，在提高临床疗效方面取得了较大进展。然而目前对咯血的实验研究工作多侧重于药物止血作用的探讨，对发病机理，疗效机制等方面的研究甚少，故

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

今后需加强此类研究工作。

(1) 深入开展咯血的病因病机、辨证标准化的现代研究：传统血证理论认为，热伤肺络，气逆血瘀，血溢气道是咯血的主要病机，其病因有外感内伤两类，实火虚火之分，证见肺热、肝火、阴虚、气虚、血瘀等5类。从临床所见，这些不同的证候之间并无截然界限，亦非孤立存在，常常是病情发展不同阶段的不同表现，反映了咯血由实而虚的发展过程。故临证时要抓住病机关键，依据发展、转变规律，随证变通，灵活辨证，方可获得理想的疗效。那么，不同疾病引起的咯血以及咯血不同证之间在病因病机转化机制方面究竟有哪些内在的必然的联系？其区别的实质意义又是什么？倘若我们能够充分利用现代科研手段，不断揭示出中医咯血的病理生理特点及其量化标准，必将为临床辨证标准化的研究提供客观理论依据，使之日臻完善。

(2) 努力探索咯血的辨证用药规律，深化单方验方的疗效机制研究，实现辨证论治与辨病论治的有机统一：辨证论治是中医学理论的基本特点和精髓之一，体现在辨证求因、审因论治、依法统方、配伍用药方面，故有“同病异治”、“异病同治”之说。辨证论治能解决咯血不同证内的个性差异，而辨病论治（单方验方）概能针对咯血之共性因素。从现有临床资料上看，单方验方治疗咯血证具有简便易行、见效快、疗效好等优点，某些单方验方的临床疗效甚至可与辨证论治之疗效相媲美，足见对其加深研究之必要。随着现代科学日新月异的发展，随着“证”的研究日趋深入，提高遣方用药的规范性和准确性显得尤为重要。如何研究阐明咯血中医辨证用药规律，寻求最佳配伍，如何挖掘和创新临床疗效高、作用机理明确的单方验方，如何达到咯血临床实践中辨证论治与辨病论治的有机结合与统一，以追求最佳疗效，是广大中医药科研工作者面临的重要课题。

(3) 扩展和加深各种中药止血机制的研究，筛选出治疗咯血的最佳中药及有效部位，最佳炮制方法、最佳剂型与给药途径：依据药性差异和辨证论治需求，临床常用的止血中药大致分为凉血止血、收敛止血、化瘀止血、温经止血4类。止血药的成分相当复杂，每味药都含有多种成分，其有效成分和作用原理尚有待阐明。现代研究证实，传统的止血中药大都具有促凝血作用，此外还发现了许多具有良好止血作用的中草药。大量临床观察表明，中药的品种、炮制、剂型的差异，直接关系到临床疗效，在此以近年研究较多的大黄为例说明之。生大黄研细末，水制为丸，口服治疗大量咯血和长期少量咯血疗效显著。但是，大黄的品种较为复杂，临床发现服用不同品种、规格的大黄，其止血效果及副作用差异较大，有些品种的大黄不宜作药用。就止血效力而言，生大黄优于熟大黄，但熟大黄的胃肠道反应小，可大剂量应用，制大黄粉、大黄水泛丸、蜜丸、针剂、水剂、糖浆、胶囊等剂型，虽可基本消除其胃肠道副作用，但对大量出血的病例疗效不及生大黄粉。而以传统理论为指导，采用现代制剂方法制成的大黄提取片和生大黄注射液经临床验证，既保留了生大黄的止血优势，又基本消除了副作用，二者为临床提供了新的制剂类型和给药途径，值得充分重视和进一步研究。针剂吸收快，起效快，深受临床欢迎，最适于血证急症采用，但针剂研制难度较大，应加强力量攻关。此外，今后还应积极尝试并探讨运用中药止血贴剂，穴位注射及针灸等方法治疗咯血的疗效与机理，借以丰富咯血的临床治疗手段。

(4) 利用高新医疗科技手段，提高咯血之疑难症、急重症的中医诊疗水平：目前，某

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

些疑难、急重咯血证，如肺癌、支气管扩张、心血管系疾病等所致咯血，常规临床疗法多是止血治其标，很难去除原发病以治其本。由于纤维支气管镜、导管介入性诊疗技术在临床中的应用日趋广泛，为诊治此类咯血提供了新的手段，使我们可以迅速明确其咯血的原发病因与病位，并开展同期治疗，将咯血难症的诊疗水平提高到一个新层次。为此，有条件的单位要大胆探索，不断开拓新的研究领域，去展现中医药治疗咯血难疾的科学前景。

（秦克力　刘静霞　罗侃　武静波　张宏伟）

近现代参考文献

[1] 罗其新．论血证的季节好发规律　．湖北中医杂志，1994（1）:42

[2] 李健．咯血时间分布规律探讨．实用中医内科杂志，1993（2）:7

[3] 张承烈．理肾五法治咳血．浙江中医杂志，1991（11）:516

[4] 余新觉．金匮肾气丸治疗血证举隅．国医论坛，1992（3）:6

[5] 冯界之．咯血治法．四川中医，1989（2）:18

[6] 仲润生．略论咳血．咯血与命门火衰。上海中医杂志，1988（11）:4

[7] 陈启石．咳血从肝论治．中医杂志，1994（4）:205

[8] 成诗黔．肝旺侮肺之咯血治验．中医杂志，1982（6）:12

[9] 季炳琦．旋覆花汤加减的临床应用。实用中医内科杂志，1988（4）:76

[10] 何邦余．咳血辨证论治．中原医刊，1984（3）:29

[11] 翁志伟．活血化瘀法在咳血中的应用．北京中医杂志，1984（4）:11

[12] 刘建华．血府逐瘀汤在近代医学中的应用．福建中医药，1988（1）:58

[13] 宫伟星．略论肺病血证辨证．实用医学杂志，1992（1）:41

[14] 周珩．支气管扩张咯血的辨证治疗．黑龙江中医药，1993（1）:4

[15] 龙会全．虎芥汤治支气管扩张咯血．四川中医，1989（2）:封底

[16] 徐秀峰．张子琳治疗急性大咯血经验．中国中医急症，1993（6）:260

[17] 沈安余．“支扩”咯血辨治举要．中国中医急症，1995（5）:221

[18] 姚公树．大补阴丸临床应用经验．上海中医药杂志，1985（3）:22

[19] 巫君玉．严炜侯治疗血证医案选．北京中医杂志，1991（5）:3

[20] 郑学龙．漫话猪苓汤治肺结核咯血．福建中医药，1992　（6）:28

[21] 翁志伟．支气管扩张咯血治重标本兼顾．上海中医药杂志，1990（10）:29

[22] 吴文生．支扩咯血的辨治．四川中医，1995（4）:19

[23] 董其圣．温阳摄血，权衡护阴．上海中医药杂志，1987（6）:23

[24] 王忠民．炙甘草汤在血证中的运用．江西中医药，1989（4）:25

[25] 卓翔华．甘温除热止咳血．实用中医内科杂志，1989（4）:44

[26] 陈维初．补阳还五汤加减治咯血．山东中医杂志，1995（10）:450

[27] 承邦彦．咳血吐红，孔最显效．针灸学报，　1993（1）:26

[28] 王照浩．针灸治疗血证35例。广州中医学院学报，1987（3）:44

[29] 王伟．孔最穴注射治疗支气管扩张咯血．浙江中医学院学报，1987（1）:58

[30] 李晓阳．照海、地五会穴位注射治疗咯血18例．实用中西医结合杂志，1995（12）:61

[31] 胡卞新．耳针治愈咯血9例．中国针灸，1995（3）:22

[32] 刘耀光．咯血宁治疗急症咯血的临床研究．中医杂志，1992（4）:30

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[33] 黄允石．辨治支气管扩张咯血35例．江苏中医，1995（10）:6
[34] 张正贤．气机升降理论在血证治疗中的应用．1989（3）:32
[35] 杨国安．百合固金汤加减治疗支气管扩张咯血50例．湖北中医杂志，1995（5）:4
[36] 冯根源．老中医吴振华治疗咯血经验选录．湖南中医学院学报，1987（1）:7
[37] 韩旭．辨证治疗支气管扩张咯血60例．中国中医急症，1996（5）:202
[38] 林宗广．中医急症—咯血．上海中医杂志，1988（4）:7
[39] 方向东．加味独圣散治疗咯血138例．浙江中医学院学报，1993（3）:12
[40] 陈尧进．青白汤治疗支气管扩张咯血的临床研究．中国中医急症，1994（2）:7
[41] 侯仁骏．治疗支气管扩张咯血25例．上海中医药杂志，1990（7）:5
[42] 许雪君．加味咯血方治疗咯血．湖南中医杂志，1989（1）:17
[43] 陈国华．《血证论》治咳血十法．成都中医学院学报，1991（1）:14
[44] 许声宏．谈止血十法的应用．中国医药学报，1993（6）:38
[45] 程法森．十灰丸为主配合中药治疗咯血33例．中国中医急症，1994（5）:236
[46] 敖资赋．复方花蕊石散治疗出血性疾病．中国防痨，1960（2）:86
[47] 肖延龄．止血用炭药刍议．天津中医学院学报，1994（2）:8
[48] 柴瑞霁．京墨止血小考．黑龙江中医药，1989（4）:31
[49] 肖平．治疗出血病证的中成药辨证应用．中成药研究，1985（7）:26
[50] 朱武成．磁石抗炎、止血、凝血的实验研究．山东中医杂志，1996（10）:10
[51] 覃元．血余炭的研究简况．中国中药杂志，1989（1）:24

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 尿　血 ❋

尿血，是指小便中混有血液，或伴有血块夹杂而下，多无疼痛之感的一种病证。

尿血是以主诉症状命名的中医病证。除常见于泌尿生殖系统疾病，如泌尿系感染、泌尿系结石、急慢性肾炎、泌尿系肿瘤外，还见于药物或化学物品损害、放射线损害、肾脏的畸形，在全身性疾病中，如血液疾病的血小板减少性紫癜，过敏性紫癜，感染性疾病如流行性出血热、败血症等。尚有部分病人会出现运动后血尿、“特发性”血尿。可谓涉及的系统之广，病变范围之大。

西医学的血尿又有其特殊的基本概念。(1) 肉眼血尿：因尿液内含有较多的红细胞，肉眼见到尿如“洗肉水”样或血样，甚至有混血块。(2) 镜下血尿：在尿液离心沉淀检查中，每个高倍视野有红细胞 10 个以上为镜下血尿。5 个以下应随访观察，以免延误诊断。(3) 真血尿和假血尿的鉴别：①血尿要与月经或子宫、阴道出血污染尿液及其它因素造成的血尿相区别。②血尿与血红蛋白尿相区别：前者红色可红可黯，较混浊，震荡时呈云雾状，放置后可有少量红色沉淀，镜检有大量的红细胞；血红蛋白尿一般呈均匀的暗红色，如含有大量血红蛋白时可呈酱油色，震荡时不呈云雾状，放置后无红色沉淀，镜检无红细胞或仅发现少数红细胞。③血尿要与某些药物、染料试剂如氨替比林、山道年、大黄、酚红等药物色素所致的红色尿相区别：后者尿呈红色，但镜检无红细胞。

临证之时，凡表现为尿血为主要症状的疾病，均可以参考本篇予以辨证论治。本篇所讨论的重点是以泌尿系统疾病为主的尿血。

【今日临床】

1 诊断标准

尿血的中医诊断标准至今尚无明确说法，各地的诊断全凭自我经验体会而定。《中华人民共和国中医药行业标准》对血尿的诊断标准未列入。目前最权威的诊断标准当属《中药新药临床研究指导原则》中治疗血尿的诊断标准。以下诊断标准选自 1994 年普通高等教育中医药类规划教材《中医内科学》(王永炎主编)。

1.1 病名诊断标准

尿血是指小便中混有血液或夹杂血块而排尿不痛的一种病证。由于各种原因伤及肾与膀胱脉络，血溢于外，随尿而出。

本病诊断依据如下：

尿血色鲜红，或呈酱油色，或紫黯，或淡红，且无排尿痛。

注意查找引起血尿的泌尿系统疾病或全身性疾病的特征。

尿常规检查：每高倍视野有红细胞 10 个以上，并区分为初血尿、终末血尿或全程血尿。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

必要时可作膀胱镜检查，以确定血尿来自肾脏或膀胱，如疑为上泌尿道病变，可做逆行肾盂造影。

1.2 证类诊断标准

下焦热盛 小便黄赤灼热，尿血鲜红，心烦口渴，面赤口疮，夜寐不安，舌质红，脉数。

肾虚火旺 小便短赤带血，头晕耳鸣，神疲，颧红潮热，腰膝酸软，舌质红，脉细数。

脾不统血 久病尿血，甚或兼见齿衄、肌衄，食少，体倦乏力，气短声怯，面色不华，舌质淡，脉细弱。

肾气不固 久病尿血，血色淡红，头晕耳鸣，精神困惫，腰脊酸痛，舌质淡，脉沉弱。

2 中心证候特征

本病证以尿血为主要证候，其特征为尿色呈淡红色，或鲜红色，或黯红色，或尿中有血丝、血块，无排尿涩痛感。

临床上发生尿血的病因不同，通常所表现出来的证候各异：风热袭表证的特征为尿色红或呈褐色，伴有恶寒发热表证；热毒内犯证的特征为尿色鲜红，或伴皮肤疮疖或腰酸腰痛，或鼻衄、肌衄、舌质红，苔黄，脉滑数；心火亢盛证的特征为尿色鲜红，心烦，口渴，舌尖红；阴虚火旺证的特征是小便色赤或带血丝，潮热盗汗，舌红少苔，脉细数；脾肾两亏证的特征是尿色淡红，神疲乏力，纳少，腰膝酸软，舌质淡，脉沉细；瘀血内结证的特征是尿色黯红或夹血丝，血块，舌质黯或有瘀点、瘀斑，脉涩。

3 病 因

风热袭表 风热之邪外袭，循经入腑，热迫膀胱，血络受伤而致尿血。

热毒内犯 热毒内犯，灼伤肾与膀胱血络，迫血下溢血道。

烦劳过度 烦劳或情志过极，耗伤心阴，心血亢盛，移热于小肠，循经灼伤膀胱血络。烦劳过度亦能伤脾，脾气虚弱，统摄无权而尿血。

房室不节 痨虫传染或久病正虚，房劳太过，痨虫传染，或久病之后，均可伤及肾阴，而致阴虚火旺，灼伤肾与膀胱血络，血渗尿中。

瘀血阻络 上述病因均可直接或间接产生瘀血，或离经之血留而不去成瘀，由于瘀血结于肾与膀胱，壅塞脉络，故血不循经，血随尿出。

4 病 机

4.1 发 病

4.1.1 急性尿血

多见于风热外袭，热毒内犯，由表入里蓄结于肾与膀胱，一般发病较急，同时伴有热象，如泌尿系感染之膀胱炎、尿道炎、急性肾盂肾炎，和急性传染病，如流行性出血热等。

4.1.2 慢性尿血

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

若平素脏腑阴阳失调，脾肾统摄失职，则发病一般较缓慢，尿色淡红，同时伴有一派虚象，如慢性肾炎、肾结核等。

4.2 病　　位

血从尿道排泄而出，或可夹杂有血块，其病位主要在膀胱和肾，与心、肺、小肠关系颇为密切。

4.3 病　　性

本病一般来讲，实证多于虚证，实证中又以火热为主，如表热、热毒、心火，次为瘀血阻络，另一方面则表现为虚损，如肾阴亏虚、阴虚火旺、脾肾阳虚、气不摄血、血不循经。

然而，实证病人得不到恰当的治疗，失治误治，尿血日久，损伤阴津，或本身热盛，耗伤气血，则可表现为实中夹虚。若为慢性久病病人，脾肾素亏，复感风热之邪，则表现为本虚标实。虚实两证，皆可因气虚血滞，血阻脉络，血不循经或热灼阴血，而见瘀血内结的虚实夹杂证。

4.4 病　　势

本证不论由外还是内伤引起，皆以下焦肾及膀胱脉络受损，血不循经，血随尿出为特征，故其病势为由外而内，由上而下。

4.5 病机转化

风热、热毒所致的尿血，初起均属实证，迁延日久则耗气伤阴，而向虚证转化。邪热伤及心阴则心火气盛，伤及肾阴则阴虚火旺，伤及脾肾之气则脾肾不固。邪热伤及阴血，灼伤血络，或者尿血初起即为虚损不足者，皆可导致血瘀而成为虚实夹杂之证。也可由初起虚损，复感外邪，导致虚实夹杂之证。

4.6 证类病机

风热袭表　风热袭表，故恶风发热；灼伤膀胱血络，故尿血；风邪束表，水液通调失司，故可见眼睑面部浮肿。

热毒内犯　热毒之邪，由表及里，灼伤肾与膀胱血络，故尿色鲜红；热毒内盛，故发热，甚则寒战高热，烦躁不安；热甚伤津，故口渴喜冷饮。

心火亢盛　烦劳伤及心阴，心火内炽，心火移热于小肠，小肠与膀胱同属太阳经脉，小肠之热下注膀胱，故尿血鲜红伴灼热感；面赤咽干、口舌生疮、心烦不寐等均为心火内炽之证。

阴虚火旺　久病或房劳伤肾，肾阴亏耗，相火妄动，虚火灼伤膀胱血络，因而血随尿出；并见阴虚内热之象，如头晕耳鸣、五心烦热、腰膝酸软、盗汗梦遗等。

脾肾两亏　劳倦忧思或房室不节，伤及脾肾，脾虚则统血无权，肾虚则下元不固，以致血溢脉外而成尿血，并见纳差、神倦、腰膝酸软等脾肾不足之象。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

瘀血内结 瘀血凝聚，结于膀胱和肾，久则络伤血溢而尿血，色紫黯，常夹血块，或伴少腹刺痛拒按，舌质黯或有瘀点、瘀斑。

5 临证思路

5.1 抓住主诉

本病是以尿中有血液或血块，不伴有疼痛为主诉的病证。

尿血一病四季均可发生，男女发病率一般无明显差异。若发现老年人尿血不止，血色较黯，或有血块排出，伴有低热，少腹刺痛，舌有瘀斑，能触及癥积包块者，可能为癌瘤伤络所致。尿血的同时并见其它部位出血，如便血、鼻衄、肌衄，全身虚弱无力，面色苍白，头昏目眩，脉细弱或虚大无力，应考虑虚劳、血证。尿血，伴高热不退，神昏谵语，斑疹隐隐，尿少尿闭，应考虑外感疫毒，邪毒内陷，浊邪弥漫，病情多危重，可能发展为关格重症或有厥脱之变。

5.2 详问病因

外感：六淫之邪引起尿血者以阳邪热邪为多见。

内伤：①七情所致，喜怒不节，忧思过度等七情刺激均可导致荣血错行而出血。②内伤饮食，辛辣酒热甘肥化热，灼伤血络，热迫血溢，导致出血；或饮食不节，损伤脾胃，脾气虚弱，以及脾不统血，气不摄血。③劳倦过度，房室不节，因劳累太过，摄生不当，伤及正气，或素体虚弱，或久病之后，脾肾亏损，脾不统血，肾不能固摄而导致出血。

不内外因：离经之血留而不去而成瘀，或努作外伤而致经络损伤而致瘀血，瘀结于肾和膀胱，壅塞脉络，血不循经。

以上这些病因对中医辨证具有重要参考价值，应予查明。

西医学分析病因及病理机制，把血尿作为泌尿系统疾病的重要信号。

5.3 分析病位

尿血的病位主要在膀胱和肾，但与心、脾、肺、小肠有密切关系。尿色鲜红，尿急灼热，病位在膀胱。尿色鲜红热赤，心烦口渴，口舌糜烂，病位在心、小肠与膀胱，以膀胱为主。尿色鲜红，伴恶风发热，咳嗽，眼睑浮肿，病位在肺、肾与膀胱，以肾为主。尿色红赤，伴皮肤疮疡或肌衄、鼻衄，或腰膝酸痛，病位在肺、心、肾、膀胱，以膀胱为主。尿色淡红，面色不华，神疲气怯，腰膝酸软，病位在脾、肾。尿色淡红，伴头昏、耳鸣，腰膝酸软，夜寐遗精，病位在肾。

西医学运用尿三杯试验确定部位。初血尿，在排尿开始时血尿明显，后部尿基本正常，出血部位多在尿道。终末血尿，排尿最后阶段血尿明显，出血部位多在膀胱颈和后尿道。全程血尿，在排尿过程中，有均匀血尿者，出血来自肾、输尿管。

5.4 确定病性

病性以风热、热毒、虚损、瘀血为主。尿色鲜红，起病急骤，伴发热，咽喉疼痛，心

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

烦口渴，舌红苔黄，脉浮数或滑数者，病性属风热或热毒。尿色淡红，发病较缓或反复不止，伴颧红，潮热，盗汗，手足心发热，舌红少苔，脉细数者，病性属阴虚火旺。尿色淡红，遇劳而发，面色不华，体倦无力，苔薄舌质淡红，脉细无力者，病性属气虚，尿色黯红或尿中混杂血块，屡发不止，伴少腹拘急硬满拒按，或痛有定处，可触及痞块，舌质紫黯，或有瘀斑者，病性属瘀血。

5.5 预测病情转归

风热袭表，火毒内犯所致尿血，初期均为实证，若治疗得当，尿血得止，患者向愈转化，复发者较少。热毒甚而见高热不退、神昏谵语、鼻衄、肌衄者，病情险恶，预后较差。若实证尿血久治不愈，则耗伤正气，由实转虚，或虚实夹杂。内伤虚证尿血（阴虚火旺，脾肾两亏等）多反复迁延，但若坚持治疗，也可取得良好效果。瘀血内结所致尿血，若已形成癥积包块者，可能为癌瘤之患，大多预后不良。

6 鉴 别

血淋 血淋主要表现为小便涩痛有血，两者鉴别要点是血淋有淋沥涩痛，而尿血不伴有疼痛或仅轻微胀痛。二者虽属两种疾病，但有密切联系。从临床症状上，二者均有尿中带血；从病因上，二者多为热邪或气阴两伤为病；从转归上，二者常互相转化，尿血之人复感外邪或邪热过盛则可成血淋，反之，血淋日久亦可转为尿血。

石淋 石淋以小便排出砂石为主症，或排尿时突然中断，尿道窘迫疼痛，或腰腹酸痛难忍。石淋与尿血都可表现为血随尿出，从病因来看，石淋多以下焦湿热为多见，尿血则以虚、热、瘀为多见，尿血不会伴有排出砂石，而石淋则尿中既有砂石，又或伴尿血。从西医学的泌尿系统疾病分类来看，尿血多见于肾小球肾炎、肾结核，而石淋则多见于肾结石、输尿管结石等。

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 风热袭表

临床表现：发热恶风，尿呈红色或酱色，或仅见镜下血尿，可见眼睑及颜面浮肿，咳嗽，咽痛，舌尖红，苔薄黄，脉数或浮数。

病机分析：风热袭表，故恶风发热；灼伤膀胱血络，故尿血；风邪束表，水液通调失司，故可见眼睑面部浮肿；风热上扰则咽痛；肺失清肃则咳嗽；舌象脉象主风热表证。

转归：一般经积极治疗，预后良好。若失治、误治则可由实证转化为虚证，竟然缠绵。

治法：疏风清热，利水止血。

方药：麻黄连翘赤小豆汤(《伤寒论》) 合银翘散(《温病条辨》) 加减。

麻黄 连翘 金银花 桔梗 牛蒡子 竹叶 赤小豆 鲜生地黄 白茅根 生甘草

加减：尿血不止者，可加藕节、小蓟等凉血止血；尿少肿甚者，加茯苓皮、桑白皮、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

陈皮；咽喉肿痛者，可选用板蓝根、蚤休、蝉衣、僵蚕；暑热者，加滑石、黄连、黄芩。

临证参考：本证因风热外袭所致，治疗当以疏风清热为主，可适当配伍凉血之品，切忌过用固涩及苦寒之品；以防留瘀之弊。

参考方：

(1) 越婢汤(《金匮要略》) 加味：麻黄、石膏 、生姜、炙甘草、大枣、小蓟、白茅根、板蓝根。

(2) 桑菊饮(《温病条辨》) 加味：枣仁、连翘、薄荷、桑叶、菊花、桔梗、甘草、芦根、栀子炭、藕节。

7.1.2 热毒内犯

临床表现：尿色鲜红，发热口渴，甚则寒战高热，烦躁不安，伴腰酸腰痛，或皮肤疮疡，或鼻衄、肌衄，舌红，苔黄，脉滑数。

病机分析：热邪侵及，由表入里，灼伤肾与膀胱血络，故尿色鲜红，热毒内盛，故发热，甚则寒战高热；热甚伤津，故口渴，喜冷饮；热迫血妄行，血液不循常道，渗于肌肤，上溢于口鼻诸窍则鼻衄、肌衄；热邪伤及肾脉则腰酸腰痛。

转归：虽发病急重，呈热毒内盛之象。但若得到恰当有效的治疗，关键当以清热解毒为主，热清血凉，则尿血止。反之，热甚伤津伤阴，由表入里，往往可致变证、坏证，治疗棘手，预后不良。

治法：清热解毒，凉血止血。

方药：清瘟败毒饮(《疫疹一得》) 加减。

水牛角 生地黄 黄连 黄芩 栀子 丹皮 赤药 生石膏 知母 连翘 竹叶 大蓟 小蓟

加减：尿血量多者，加三七、云南白药；大便秘结者，加生大黄；口渴明显者，加鲜石斛、鲜沙参、鲜生地、天花粉；皮肤疮疡者，加蒲公英、紫花地丁；高热神昏者，加紫雪丹或安宫牛黄丸。

临证参考：若见尿频、尿急或排尿不畅者，可服用八正散治疗。少腹胀满，脘痞纳呆，舌苔黄腻者，可改用二妙散加味，以清热利湿。

参考方：

(1) 黄连解毒汤(《外台秘要》)：黄连、黄芩、黄柏、栀子。

(2) 泻心汤(《金匮要略》)：大黄、黄连、黄芩。

7.1.3 心火亢盛

临床表现：小便灼热，尿色鲜红或排尿不畅，心烦口渴，夜寐不安，面赤口疮，舌尖红，苔黄，脉数或细数。

病机分析：烦劳伤及心阴，心火内炽，心火移热于小肠，小肠与膀胱同属太阳经脉，小肠之热下注膀胱，故尿血鲜红伴灼热感；面赤咽干、口舌生疮、心烦不寐等均为心火内炽之征。

转归：通常根据原发病的发作情况而确定，由于病程中可出现短暂的缓解期，故不应放松治疗。一般得到合理有效的治疗，预后尚可。

治法：清心泻火，凉血止血。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方药：小蓟饮子(《济生方》)加减。

生地黄　生甘草　木通　竹叶　车前草　黄芩　栀子　白茅根　大蓟　小蓟　藕节

加减：尿血多者，加旱莲草、琥珀、血余炭；排尿不畅者，加扁蓄、瞿麦；心烦不寐，口舌生疮者，加黄连、麦冬；口渴甚者，加沙参、石斛、玄参；有口苦、胁痛等肝火胆火旺症状者，加龙胆草、赤芍、柴胡。

临证参考：心火亢盛易耗伤津液，治疗时不宜过用苦燥伤阴之品，若见心烦少寐、口干口渴、舌红少苔等热伤心阴症状者，宜少用苦寒之药，而增加养阴生津之力，但不可滋腻太过，以防助热酿湿。

参考方：

(1) 导赤散(《小儿药证直诀》)：生地、木通、竹叶、甘草梢。

(2) 凉膈散(《太平惠民和剂局方》)：大黄、朴硝、甘草、栀子、薄荷叶、黄芩、连翘、竹叶、白蜜。

7.1.4　阴虚火旺

临床表现：小便短赤，或夹血丝，头晕目眩，耳鸣如蝉，神疲，颧红，潮热，盗汗，口干咽痛，腰膝酸软，舌质红，苔少，脉细数。

病机分析：久病或房劳伤肾，肾阴亏耗，相火妄动，虚火灼伤膀胱血络，因而血随尿出，并见阴虚内热之象，如头晕耳鸣、五心烦热、腰膝酸软、盗汗梦遗等症。

转归：一般病程较长，时发时止，或由于素体阴虚，“阴虚难治，阳虚易调”病势比较缠绵。若能得到合理治疗，护理调摄恰当，病情或可向愈转化。

治法：滋阴降火，凉血止血。

方药：知柏地黄丸(《医宗金鉴》)合二至丸(《证治准绳》)加减。

山药　山茱萸　丹皮　茯苓　泽泻　黄柏　知母　生地　女贞子　旱莲草　蒲黄　藕节

加减：潮热盗汗者，加银柴胡、地骨皮、炙鳖甲、龙骨、牡蛎；心烦少寐者，加淡竹叶、莲子心、麦冬；遗精者，加莲须、芡实。

参考方：

(1) 大补阴丸(《丹溪心法》)：黄柏、知母、熟地、龟甲。

(2) 左归饮(《景岳全书》)：熟地、山药、枸杞子、炙甘草、茯苓、山萸肉。

7.1.5　脾肾两亏

临床表现：尿血日久，色淡红，小便频数或夜尿多，面色少华，神困乏力，饮食减少，头晕耳鸣，腰膝酸软，或四肢不温，舌质淡，苔薄，脉细弱。

病机分析：劳倦忧思或房室不节，伤及脾肾，脾虚则统血无权，肾虚则下元不固，以致血溢脉外而成尿血；脾肾双亏而症见纳差神倦、腰膝酸软诸症。

转归：本病之发生多为某一疾病发展过程中的一个表现，表现特点为一派虚象，人体赖以生存的先后天之本均发生亏耗，故而预后一般不佳。

治法：健脾补肾，益气摄血。

方药：大补元煎(《景岳全书》)加减。

党参　白术　黄芪　炒杜仲　菟丝子　肉苁蓉　怀牛膝　山茱萸　熟地黄　仙鹤草

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

阿胶 桑螵蛸

加减：若属脾气下陷，气不摄血者，可选用补中益气丸合二至丸，酌加仙鹤草、 三七粉等止血之品，尿血量多者，可酌加柴珠草、炒蒲黄、三七粉；夜尿多者，加益智仁、覆盆子；尿血多而不止者，加鱼鳔胶、焦艾叶、炮姜炭；对纳减者，慎用消导，而以生发胃气的麦芽，谷芽为宜。

参考方：

(1) 肾气丸(《金匮要略》) 加味、熟地、山药、山茱萸、泽泻、茯苓、丹皮、桂枝、附子、红参、黄芪、白术。

(2) 右归饮(《景岳全书》) 加味：熟地、山药、山茱萸、枸杞子、甘草、杜仲、肉桂、制附子。

7.1.6 瘀血内结

临床表现：尿色紫黯，常夹血块，排尿不畅，小腹刺痛拒按，或可触及积块，舌质紫黯，或有瘀点瘀斑，苔薄，脉细涩或沉细。

病机分析：瘀血凝聚，结于膀胱和肾，久则络伤血溢而尿血，并见其它诸症。

转归：从症状、体征及病程分析，可能为癌瘤伤络所致。一般来讲，恰当的活血化瘀药的使用可以使尿血得到控制，但受原发疾病影响，预后不佳。

治法：活血调营，化瘀止血。

方药：血府逐瘀汤(《医林改错》) 合失笑散(《太平惠民和剂局方》) 加减。

当归 川牛膝 红花 生地黄 桃仁 枳壳 赤芍 蒲黄 五灵脂

加减：腹痛甚者，加延胡索、徐长卿；少腹有癥积痞块者，可酌加大黄、生牡蛎、穿山甲、莪术；瘀血日久出血不止者，选加茜草根、三七、琥珀粉。

临证加减：本证以“瘀”为主要特征，除因有气机阻滞所致者外，尚可因外伤、气血亏虚、阳虚寒凝、阴虚血结而产生，故治疗时应酌情加减。如气血亏虚者，宜益气养血，活血止血；阳虚寒凝者，宜温阳散寒，活血止血；阴虚血结者，则当滋阴以助血行。

7.2 辨病论治

尿血是西医多种疾病的一个症状，主要见于泌尿系统疾病。许多文献一致报道，泌尿系统疾病出现尿血者占全部尿血患者的95%以上。尿血为泌尿系统疾病的常见症状和重要信号。随着现代科学技术的发展，对尿血的病因诊断逐渐完善，但仍存在相当数量的不明原因的尿血（亦称特发性血尿）而且，从西医学角度看，对血尿的治疗尚未取得满意的疗效。从临床实践中观察，中医学对尿血的治疗确有一定疗效，在治疗方面也积累了许多宝贵的经验。现将以“尿血”为主要表现的临床常见疾病分述如下。

7.2.1 肾小球肾炎

临床表现：病前常有感受湿寒史，或上呼吸道感染史，或皮肤感染、猩红热等细菌感染史，浮肿，高血压，尿量减少，活动期可有肉眼血尿，呈鲜红、茶红或浑浊咖啡色，全身乏力，腰酸肢软，畏寒，食欲不振等。

尿液检查：早期比重增高，后期尿比重低而固定在1.010左右，尿蛋白定性为(+～卅)，定量每日0.2～0.3，尿沉渣：红、白细胞多少不定，可见淡影状或锯齿状红细胞，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

一般红细胞多于白细胞，可见透明颗粒、红细胞管型，表示有活动性肾炎，上皮细胞管型、粗大颗粒或蜡状管型，表示为重症肾炎。

血液生化检查：血浆蛋白正常或减少，白蛋白减少，γ球蛋白增多。晚期血内非蛋白氮、尿素氮、肌肝增多，钾、钠、氯、钙、镁可异常。

肾功能检查：早期肾炎、肾小球功能受损，肾小球滤过率降低，内生肌酐及葡萄糖清除率降低。后期肾小管功能亦受损，近端肾小管排泄功能减退，酚红试验率下降。

眼底检查：早期肾炎，正常或有视网膜动脉痉挛及轻度视神经乳头水肿。后期肾炎可有视网膜动脉渗出、出血及动脉硬化表现。

主症分析：肾小球肾炎主要临床表现为水肿、尿血、高血压、中医认为主要原因是由于风热之邪侵袭，灼伤膀胱血络，故尿血，风邪束表，水液通调失司则可见颜面眼睑水肿，水钠潴留则引起高血压，而见头痛、头晕诸症。

治则：

(1) 肺脾气虚者，益气健脾，利水止血。

(2) 脾肾阳虚者，健脾温肾，解毒止血。

(3) 肝肾阴虚者，补益肝肾，凉血止血。

(4) 气阴亏虚者，益气养阴，清热止血。

(5) 湿热久蕴者，清热利尿，凉血止血。

(6) 血瘀阻络者，兼有血热，滋阴活血，化瘀止血；兼有气虚，益气活血，化瘀止血。

方药：

(1) 肺脾气虚：参苓白术散(《太平惠民和剂局方》) 加味。

党参　茯苓　白术　山药　黄芪　薏米　益母草　车前子　仙鹤草　扁豆

(2) 脾肾阳虚：实脾饮(《济生方》) 加味。

茯苓　白术　木瓜　草果仁　木香　大腹皮　厚朴　附子　干姜　益母草　茜草

(3) 脾肾阴虚：知柏地黄丸(《医宗金鉴》加味。

知母　黄柏　生地　丹皮　山萸肉　生山药　茯苓　女贞子　旱莲草　泽泻　益母草　白茅根

(4) 气阴亏虚：通关丸　(《兰室秘藏》) 合生脉散(《内外伤辨惑论》) 加减。

黄柏　知母　肉桂　人参　麦冬　五味子　沙参　旱莲草　仙鹤草　小蓟

(5) 湿热久蕴：导赤散(《小儿药证直诀》) 加味。

生地　木通　滑石　车前子　白茅根　竹叶　小蓟　紫草　地榆　荆芥炭　甘草梢

(6) 血瘀阻络：兼有血热者：桃红四物汤(《医宗金鉴》) 加味。

桃仁　红花　赤芍　生地　当归　川芎　山栀炭　大黄炭　蒲公英　地丁

兼有气虚者：桃红四物汤(《医宗金鉴》) 加味。

桃仁　红花　赤芍　当归　川芎　黄芪　党参　鸡血藤　三七

7.2.2　紫癜性肾炎

临床表现：具有变态反应病因存在，紫癜发生前可有急性上呼吸道感染或其它前驱症状。尿少，尿血，蛋白尿，浮肿，皮肤紫癜。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

检查：毛细血管脆性试验阳性，激素治疗后可转阴性，其它出血常规检查均为阴性。白细胞计数可轻度或中度增多，嗜酸性白细胞增多。尿常规可有管型、红细胞，管型。

主症分析：紫癜性肾炎是一种免疫性疾病。西医学认为是过敏性紫癜的一种伴随症，其病理改变为皮肤、关节和消化道广泛的小血管炎，肾脏最易受损。根据其临床表现当属于中医“尿血”、“水肿”、“血证”范畴。

治则：

(1) 风热夹瘀者，祛风凉血，化瘀止血。

(2) 肾虚血热者，滋阴补肾，凉血止血。

(3) 脾肾两虚者，补肾健脾，固涩止血。

(4) 血瘀阻络者，活血化瘀，止血。

方药：

(1) 风热夹瘀型：犀角地黄汤(《备急千金要方》) 合小蓟饮子(《济生方》) 加减。

水牛角 生地 丹皮 赤芍 连翘 大蓟 小蓟 蝉蜕 白蒺藜 防风 栀子炭 竹叶

(2) 肾虚血热型：六味地黄丸(《小儿药证直诀》) 合二至丸(《证治准绳》) 加减。

生地 丹皮 山茱萸 女贞子 旱莲草 山药 茯苓 泽泻 大蓟 小蓟 阿胶 仙鹤草 蝉蜕

(3) 脾肾两虚型：大补元煎(《景岳全书》) 加减。

黄芪 党参 生地 山茱萸 山药 阿胶 怀牛膝 紫珠草 续断 桑螵蛸

(4) 血瘀阻络型：桃核承气汤(《伤寒论》) 加减。

桃核 大黄 桂枝 甘草 丹皮 牛膝

7.2.3 肾结核

临床表现：全身中毒症状，如低热、盗汗、食欲不振、消瘦；泌尿系症状，如尿频，尿急，尿痛，尿少，脓尿或血尿，为全程血尿、终末血尿或镜下血尿；腰酸痛或钝痛。

检验与检查：

(1) 尿常规：可有蛋白、红细胞、白细胞、脓细胞及上皮细胞，数量不定，24 小时尿或晨尿多次反复检查，沉渣中可查到抗酸杆菌。

(2) 血沉增快。

(3) X 线检查：腹部平片可见肾区或输尿管有多发性钙化斑或空洞。

(4) 膀胱镜检查：逆行尿路造影，早期可见粘膜充血和结核结节，晚期可见结核溃疡，结核内芽肿和输尿管口有窟窿样畸形等。

主症分析：肾结核主要表现为结核中毒症状和泌尿系统的刺激症状。本病一般是由结核杆菌经血行播散至肾脏，并可累及输尿管、膀胱及尿道整个泌尿系统，为破坏与修复同时进行的一种慢性病变。中医认为本病多表现为虚证。或可由于烦劳过度，房室不节，痨虫传染；或由于久病之后，伤及肾阴，而致阴虚火旺；或由于湿热蕴结下焦，阻于肾络，迫血进入尿中。

治则：

(1) 脾肾两虚者，健脾益气，补肾止血。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(2) 阴虚火旺者，滋阴降火，凉血止血。

(3) 湿热蕴结者，清热化湿，凉血散血。

方药：

(1) 脾肾两虚：补中益气汤(《脾胃论》) 加味。

党参　黄芪　白术　当归　陈皮　升麻　柴胡　山萸肉　枸杞子　旱莲草　乌梅炭　藕节　三七　荆芥炭

(2) 阴虚火旺：知柏地黄丸(《医宗金鉴》) 加味。

生熟地　丹皮　山萸肉　女贞子　地骨皮　旱莲草　藕节　乌梅炭　白茅根　知母　黄柏　阿胶　小蓟

(3) 湿热蕴结：八正散(《太平惠民和剂局方》) 合小蓟饮子(《济生方》) 加减。

生地　木通　车前子　小蓟　蒲公英　黄柏　丹皮　茜草　藕节　白茅根　白芍　萹蓄　乌药　甘草梢

7.3　临床用药经验与体会

当今临床上对尿血的病因病机认识不尽相同，因而就相应产生了不同的治法，总概为清热法（表热、湿热、心火、肝火、阴虚虚火)、化瘀法、补虚法、止血法，并由之派生出辨证用药特点。有关治法治则的研究，详阅〔近代研究〕等。

7.3.1　名老中医用药经验

张琪治疗尿血有丰富经验，将尿血分为4型：①针对外邪侵袭，湿热蕴结下焦之尿血，治以疏风清热，利湿解毒法，方用清热解毒饮：柴胡、生石膏、白花蛇舌草、金银花、连翘、蒲公英、瞿麦、大黄、生地、玄参、甘草。②针对热壅下焦，瘀热结滞，血不归经之尿血，治以泄热逐瘀，凉血止血法，方用桃黄止血汤：桃仁、大黄、桂枝、赤芍、生地、白茅根、小蓟、侧柏叶、甘草。③针对气阴两虚，湿热留恋，血失固摄，溢于脉外的尿血，治以益气养阴，利湿热止血法，方用清心莲子饮加减：黄芪、党参、麦冬、地骨皮、白茅根、茯苓、小蓟、生地、车前子、甘草。④针对肾阳不足，湿热内蕴的尿血，治以温肾清热，利湿止血法，可以温肾利湿饮：茴香、附子、桂枝、蒲公英、白花蛇舌草、竹叶、白茅根、小蓟、旱莲草。[1]洪子云认为尿血除日久脾肾两亏之外，总不外乎热伤阴络所致。治疗原则以凉血止血为要，积多年经验，总结出尿血验方，运用于实热、虚热或湿热。基础方：生地黄、玄参、忍冬藤、板蓝根、棕榈炭、阿胶珠、炒蒲黄、炒地榆。药仅8味，各有所长：生地、玄参滋阴凉血，忍冬藤、板蓝根清气分热，四药合用，长于滋阴清热；另四味作为止血之品，其中棕榈炭收涩止血，阿胶滋阴止血，地榆凉血止血，蒲黄散瘀止血，合而用之，止血而不留瘀。活血而不损血。李培生偏爱用六味地黄汤治疗尿血，采用六味地黄汤为主，酌加阿胶滋阴清热，养血止血，白茅根助阿胶清热以止血，加黄柏、萆草、忍冬藤清热解毒，以尽余邪，加木通利尿通淋，导邪外出，牛膝、琥珀活血通络，通淋止痛。合而用之，有滋阴清热，活血止血，利尿通淋之效，对慢性肾盂肾炎，肾结核经久不愈而见阴虚血尿者，效果较好。[2]徐剑泉在治疗尿血时，注重辨证求因，随症施治，徐氏医案中介绍了一例其洞察患者，先有肾络受伤，而后有湿热浸淫，故本着清火以止血，利湿以祛邪，选用八正散合知柏地黄丸化裁，血止之后，惟恐苦寒伤肾，又去

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

知柏、大黄。甚为得当。[3]姜春华治疗慢性肾炎根据中医经典热在下焦和少阴脉涩病积可致尿血的机理，认为慢性肾炎肾阴受损，相火内动，灼伤内络，阴络损则血下渗，发为尿血，若渗血日久，下焦离经之血成瘀与热相搏，瘀热互阻，涩滞肾络，更伤肾阴，如此相循，则尿血迁延，反复发作。采用滋阴清热，化瘀止血一法，养中有清，止中有化，使肾阴复而络脉静，瘀热去而尿血止，方选《兰室秘藏》通幽汤加首乌、旱莲草、鳖甲、丹皮、赤芍、牛膝、益母草、黄柏、大小蓟。[4]祝淇予精于医理，善于临床，曾治郑某尿血案，辨证为劳伤过度，脾肾受损日久脾病及肾，脾肾两脏俱虚，湿热下注，郁结下焦，脉络损伤，脾虚不能统血，肾虚不能摄血，则尿血，治以滋补脾肾，凉血止血。拟方党参、黄芪、苍术、白术补气健脾，柴胡、升麻升阳降郁，中州健运则统血归经，重用白茅根、花蕊石、丹皮、生地、三七活血化瘀，凉血止血，又防参、芪、术之燥，川断、山萸肉、枸杞子滋养肝肾，白术、茯苓、泽泻健脾利湿，瞿麦、茜草根、白花蛇舌草合用清热利水通淋，生侧柏叶清下焦湿热。诸药配伍，动静结合，切合病机。

沈楚翘对前列腺肥大表现为尿血的患者，证属脾肾两亏，湿热下注，迫血外溢所致者，治以健脾益肾，凉血止血为主，炒党参、炒当归、炒丹皮、炒白芍、炒生地、熟地、血余炭、炒银花、藕节炭、炒川断、桑寄生、茜草根、小蓟炭、白茅根，10剂后，血尿不止，前方减炒生、熟地，加炒川柏、萆薢而愈。沈老治血尿，多喜用大量炭化或炒焦止血药，又伍用白茅根、茜草根甘寒止血之品。刘宝厚治疗尿血，论理透彻，辨证准确，用药精当，根据本症特点是本虚标实，故采用标本兼治的基本原则。治标法：①热邪伤络，治宜清热凉血止血，方用小蓟饮子加减，药选大蓟、小蓟、紫珠草、白茅根、石韦、地榆、生地炭、大黄炭等。②瘀血阻络，治宜活血化瘀止血，意在祛瘀生新，止血不留瘀，药选三七粉、琥珀粉、血余炭、藕节炭等。③风热袭表，治宜疏风清热，方用银翘散加减，药选银花、连翘、白花蛇舌草、防风、苏叶、僵蚕、蝉衣、荆芥等。治本法：①肾阴亏虚者治宜养阴止血，方用二至丸（女贞子、旱莲草）合六味地黄汤加减。②阴虚火旺者治宜滋阴降火止血，方用二至丸合知柏地黄汤加减。③气阴两虚治宜益气养阴止血，方用二至丸合参芪地黄汤（六味地黄汤加太子参、黄芪）加减。临证时治标治本结合。至于孰重孰轻，则灵活变通，并认为清热凉血和活血化瘀是治疗本病的通法，贯穿始末，只是用量多少有异。董建华认为清利膀胱湿热，凉血止血是治疗下焦热盛尿血的基本治法。常用药物有萆薢、蚕砂、小蓟炭、茜草炭、白茅根、仙鹤草、丹皮、生地、滑石等。若膀胱湿热甚者，加萹蓄、瞿麦；下焦热甚，加黄柏，栀子；热盛津伤，加玄参、石斛；若肾虚火旺，去萆薢、蚕砂，加旱莲草、知母、桑寄生、山药等。此方适用于实热型肾盂肾炎、泌尿系感染等疾病所引起的血尿。

7.3.2 名老中医用方经验

古典医籍汇萃了许多临床上行之有效的治疗或借用治疗尿血的方剂，兹做介绍，以供临床参用。

加减当归补血汤，原系《傅青主女科》中治疗老年血崩的一首方剂。由当归、炙黄芪、三七根、桑叶组成。马俊应用此方治疗尿血久治不愈者，收到良好的效果。补血汤乃气血双补之神剂，三七根乃止血之圣药，加入桑叶者，所以滋肾之阴，又有收敛之妙用也。崩漏与尿血同属下焦前阴之病，只一由水道，一由胞脉之异。且出血之治法，一般先

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

止血，同时用活血药，以防血止留瘀；血出之后则当补血；若出血过多，又当补气摄血，随症加减则疗效更佳。加入肉苁蓉，乃因其能治“尿血遗沥”《大明本草》，为膀胱炎、膀胱出血及肾脏出血的止血药，乌贼骨能收敛止血，固精止带。若有感染，有热象，则加入栀子、白茅根；瘀血证明显可加蒲黄、茜草。[5]

牛膝四物汤方，见于《医宗金鉴·杂病心法要诀》，由地黄、当归、白芍、川芎、牛膝五药组成，用以治疗瘀血症，王文锋根据不同发病机理在此方基础上加减变化，主治运动性血尿，认为由络脉损伤，营血妄行，或肝肾不足，营血不藏所致。[6]

李杲补中益气汤实为脾胃气虚，中气下陷所致。今人此甘温补益除热之剂，用以治疗内伤发热，亦用以治疗尿血。盖因有些尿血是由于各种原因损伤中焦脾胃，致使中气下陷，清阳不升，脾湿下流，其热遂作；脾统血、脾虚不能摄血故而尿血。方由黄芪、人参、当归、橘皮、升麻、柴胡、白术、甘草组成。此朔本求源，不治血而治脾，脾健而血自止。

白头翁汤由白头翁、黄连、黄柏、秦皮组成，原为张仲景用于治疗热毒深陷血分，便血下利之要方。方中白头翁配秦皮清热解毒，凉血止血，清肝胆湿热；黄连、黄柏相合清上下焦之热，主治由于肝经湿热引起络脉受损，血渗膀胱之证。

猪苓汤首出于张仲景《伤寒论》，系阳明清法三方之一，用治阴虚水热互结之证。池连信效法张仲景，抓住阴虚热盛灼伤脉络这一基本病理，投以加味猪苓汤治疗尿血。原方有猪苓、茯苓、泽泻、阿胶（烊化）、滑石。池连信酌加旱莲草、白茅根、益母草、生地、甘草等，疗效显著。[7]

高桂郁运用桃仁承气汤治疗血尿颇有心得。他认为，仲景之桃仁承气汤主治太阳病蓄血证，其病机为太阳病经邪未解，随经入腑，结在膀胱血分。肾系疾病的病机与桃仁承气汤证的病机相符合者，为数不少，对这些患者用本方治疗当然疗效显著。而其证候又未必俱全，若见到尿中红细胞阳性病人，其人脉弦、涩紧，或有少腹拘急、硬满、疼痛、不适感之一者，均可以桃仁承气汤法治之。药用桃核、大黄、桂枝、甘草。[8]

当归拈痛汤系李杲用以治疗湿热脚气疮疡之良方。单荣华用此方治疗53例尿血病人，拓展了原方治疗疾病的范围。用当归拈痛汤治疗血尿，出于针对下焦湿热之毒邪。药物组成：羌活、茵陈、黄芩、炙甘草、防风、猪苓、泽泻、知母、当归、升麻、葛根、苦参、人参、苍术、白术。临证运用时，宜于原方去人参加蒲公英。[9]

约营煎出自《景岳全书·新方八阵》，由生地、芍药、甘草、续断、地榆、黄芩、槐花、焦荠穗、乌梅组成。原书记载本方用治血热便血，无论脾胃、小肠、大肠、膀胱之证皆可。王焕生对此别有体会：血尿之病证，多因热蓄肾与膀胱所致，血热则营阴受扰，灼伤络脉而致血尿。约营煎方以生地清热凉血滋阴，地榆、黄芩、槐花、炒荠穗凉血止血，芍药、甘草调和肝脾而使之统血藏血，续断固肾补虚，乌梅收敛止血。全方止血中寓以滋阴，凉血中涵有补涩，洵乃一首治疗血热出血的良方。血热尿血多伴有肾阴之虚，故在原方中加入旱莲草、益母草、丹皮以增强滋阴补肾，凉血止血之效。[10]

归脾汤治疗心脾两虚，气血不足，作为传统方剂出自于《济生方》。临证之时，凡属病机为心脾两虚，气血不足者，均可选择此方，故而临床上许多学者，运用归脾汤治疗尿血。

血尿的产生，原因甚多，主要是膀胱湿热，邪气上犯于肾，或久治不愈，或过用清热

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

解毒，利尿通淋之品，使肾阴暗耗，肾气亏损，不能鼓动血行，血行不畅而致气虚血瘀。补阳还五汤出自《医林改错》，此方为益气化瘀之鼻祖，重用黄芪以大补元气，使气旺以促血行，祛瘀而不伤正，佐以当归、赤芍、桃仁、红花化瘀生新之妙，桂枝、地龙配血中之气药川芎以温通肾阳并有引药入所之用，同时桂枝配黄芪有鼓舞肾气，温通肾阳之功。焦冬英在此方基础上酌加五灵脂、蒲黄治疗膀胱肿瘤所致尿血。[11]李世生在补阳还五汤基础上佐以大蓟、小蓟、旱莲草，白花蛇舌草而达到止血与清热解毒的目的。若血压偏高则加钩藤、石决明；若有蛋白尿及颗粒管型加山萸肉；治肾结石引起血尿则加牛膝、生鸡内金。并进一步认识到：上尿路性血尿以益气化瘀治其本，下尿路性血尿以清热利尿以治其标，疗效较好。

总而言之，经方治尿血的经验众多，此不一一枚举。

7.4 针灸治疗

心火亢盛所致的尿血：针刺大陵、小肠俞、关元、大敦穴。其中大敦穴以三棱针刺血，余穴均用泻法。

脾肾两亏而致的尿血，针刺脾俞、肾俞、气海、三阴交、气海穴。宜导出针感向阴部放射，施补法后，可在针柄上用艾卷灸之。三阴交宜平补平泻，余穴均用针刺，施补法。

7.5 西医治疗撮要

一般方法：尿血严重者应卧床休息，并给予少量镇静剂，如利眠宁、安定，如有肾绞痛可给予解痉剂，如阿托品或654－2。

止血剂：为改善毛细血管通透性，使出血时间缩短而起止血作用，可用大量维生素C、路丁、安络血等。抗纤溶药物可用6－氨基己酸、抗血纤溶芳酸、血凝等，但有使血块堵塞尿路之弊，必须慎用。

严重尿血，药物治疗无效者，要查找原发病因，也可采取手术治疗。

8 疗效评定标准

尿血一病的疗效判定标准与它的诊断标准一样，尚未完全标准化，统一起来，从这点看来，需要临床工作者正确地估价疗效。一般来讲，尿血的严重程度常常与其原发病的严重程度差异甚大，仅仅停留在尿血的微甚及其属虚属实，属气属血的宏观辨证水平上，很难对其预后作出确切的估计。比如一个因尿路器械检查损伤引起的肉眼血尿，其临床表现颇为“剧烈”，但一个肾脏恶性肿瘤的镜下血尿，可能患者尚一无所知，不结合辨病，难免在判断病情时轻重颠倒。同理，在尿血的疗效制定上，尿血的减轻乃至消失，在有的情况下，亦未必可作为“治疗有效”的标志。须知泌尿系统肿瘤患者，常可表现为间歇性血尿，其周期性血尿的间歇期自数周到数月不等，若以血尿的暂时缓解消失而误认为治疗“中的”因而忽弃了必要的进一步原因寻求，则难免偾事。[11]故而在中医辨证的同时，结合西医辨病，了解尿血的特殊发病原因，从而预测中医药疗效和预后，正确估价疗效。

《中药新药临床研究指导原则》中的尿血疗效评定标准如下。

临床痊愈：血尿症状全部消失，相应西医诊断之主要疾病经检查证实有显著改善，主

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

要理化指标正常。

显效：血尿症状明显改善，由重度降至轻度，或个别主症降至中度而其它主症全部消失，相应西医诊断之主要疾病经检查证实有所好转，主要理化指标明显改善。

有效：血尿症状有所好转，程度改善1级以上，或个别症状改善2级以上，相应西医诊断之主要疾病检查基本稳定，主要理化指标有所改善。

无效：血尿症状、检验指标无改善或反恶化。

9 调摄护理

注意休息，避免剧烈活动。尿血过多或日久不止者，应卧床休息，注意观察尿色及尿量以及是否夹有血块等。饮食要清淡，忌食辛辣等刺激性食物，以免辛燥动火，迫血妄行。

对尿血反复不愈的患者，注意精神调摄，使病员认识到忧思伤脾能耗伤气血，可加重出血，防止心火亢盛，节制房事。

积极锻炼身体，增强体质，预防感冒，及时治疗感冒及疱疮等皮肤疾患，若平素体虚易患感冒者，可常服玉屏风散（黄芪、防风、白术）。

10 康　　复

10.1 药物康复

不论外感还是内伤所致尿血，血止后，均会遗留不同程度的正气损伤。

脾胃气虚者，酌用参苓白术散加减。

肾虚者，酌用六味地黄丸、二至丸加减。

10.2 食疗康复

脾虚者宜服山药粥。取山药、莲子、苡仁米、芡实，加适量水煮成粥，早晚温服。

肾虚者宜服鳖甲滋肾汤。取鳖甲1只（300g以上），枸杞子、熟地黄适量。将鳖甲放沸水锅中烫死，去头、爪及内脏，另将枸杞子，熟地黄洗净，与鳖甲一起用文火炖熟即成，可作佐食，亦可单独食。

10.3 按摩康复

擦丹田：先将两手掌擦热，用右手掌贴腹壁，左手掌压在右手掌上，擦丹田40次。

擦肾俞：两手擦热后，擦肾俞及命门穴，左右各49次。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病证名称与定义

1.1.1 病名

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

尿血一病，最早见于《内经》称之谓“溲血”、“溺血”，但多数学者仍推崇仲景之说，均采用“尿血”作为病名，争议不大。建国后，对尿血的认识和阐述，基本上仍遵循张仲景的说法，如《简明中医辞典》中对尿血的确切定义应为：小便中混有血液，或伴有血块夹杂而下，多无疼痛之感的一种病证。

西医无单独尿血的病名，而是将此作为一个症状在不同疾病中加以阐述，最常见的疾病主要是泌尿系统疾病，如肾炎、肾结核、紫癜肾、肾下垂、泌尿系结石、泌尿系感染等，其次尚可见于某些全身性疾病。西医学对尿血的定义较之中医所说的范围更为广泛，它包括了广义的血尿——肉眼血尿和狭义的血尿——镜下血尿，并将血与尿的关系，分解为初血尿、终末血尿，全程血尿。同时尚需鉴别真血尿和假血尿，在血尿的分类中，又区分开为疾病所直接导致的血尿，如肾炎，还有运动性血尿、特发性血尿、器械检查损伤性血尿，放射性血尿、乳糜性血尿等等。故而从发展的高度看问题，为了更能适合医学的前进，无论对血尿的诊断，还是疗效判定，最好采取辨证与辨病相结合的方法，才能准确无误地把握住尿血的全貌。

1.2 病因病机研究

1.2.1 现代医家病因病机认识撷粹

对于尿血病因病机，中医存在着不同的观点。

吕仁和将尿血归纳为十证辨治，故而可归纳为 10 种病机：①湿热内蕴，下注伤络；②肝气郁滞，气机不舒，血脉不活，郁滞化热，损及肾经；③内蕴或外感热邪，久而不解，生热化毒，伤及肾经；④外感风热，肺气受伤，外邪不解，内移伤肾，肾络损伤；⑤外感风寒，肺气受伤，久而不解，化热生毒，内侵入肾，损伤肾络；⑥诸种因素致肾阴亏虚，肝肾阴虚，虚火灼肾，肾络灼伤；⑦肝郁气滞，久久不舒，气滞血瘀，血脉不活，郁瘀生毒化火，毒火伤及肾与膀胱脉络；⑧过喜伤心，心火亢盛，下移入肾，灼伤肾络；⑨禀赋不足，劳累过度，肾元亏虚，肾气不固，肾脉失摄，血渗脉外；⑩多因全身病变，气血亏虚，或肾元亏虚，不能统摄，血渗脉外。

时振声对尿血的认识，基本上可分为两类，即血热妄行与气不摄血。血热妄行者宜分实热与虚热。气不摄血者，多为病程较久，反复血尿不止。认为不论是血热妄行或气不摄血引起的血尿，既然出血则必有瘀滞，故而治疗血尿宜化瘀为要，不宜用炭类收涩止血，瘀化气和，血气调畅，其血自止。时老的代表方剂“滋肾化瘀清利汤”就是主治肾炎血尿的。组成：女贞子、旱莲草、白花蛇舌草、生侧柏、马鞭草、大蓟、小蓟、益母草、白茅根、石韦。

王琦认为血尿之因以热为主，清下焦热为治疗血尿大法。非清无以止血，在辨证方面，主张不宜分类过繁，应抓住中心实质，主次分明。临床分为实热血尿、虚热血尿、瘀热血尿 3 类，治疗围绕“清热”二字。而柴彭年等对血尿的病因病机大致分为：①外邪侵袭；②内伤七情；③饮食劳倦、房室、外伤等病因诱发下，致造成火动热盛，迫血妄行，或气损不能统摄，或瘀血不去，新血不生，而脉络损伤，血不循经，从溺窍出而为血尿。[12]

董建华认为尿血的病位主要在膀胱及肾，其主要发病机理为热蕴膀胱与肾，而心肝等

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

脏之火热，亦能下迫膀胱和肾，热伤脉络，血溢水道而成尿血，从而选定清利膀胱湿热、凉血止血是治疗下焦热盛尿血的基本治法。姜春平根据热在下焦和少阴脉涩病积可致尿血的理论认为：慢性肾炎肾阴受损，相火妄动灼扰阴络，阴络损则血下渗，发为尿血。若渗血日久，下焦离经之血成瘀与热相搏，瘀热互阻，涩滞肾络，更伤肾阴。如此相循，则尿血迁延，反复发作。据姜氏临床观察，慢性肾炎尿血从肾阴不足，瘀热阻络角度辨证的不复少见，其特征是：①单用滋养肾阴药无效；②单用清热止血药亦无效，相反可引起血块堵塞，排尿困难；③兼有瘀热证，如口干而不欲多饮，低热，身有紫癜，舌红有青紫瘀点，舌下青筋暴露，脉细涩。此时他用滋阴清热，化瘀止血一法，养中有清，止中有化，使肾阴复而络脉静，瘀热去而尿血止。张琪论尿血的病机有四：①外感风寒或寒湿之邪，循经入里化热，热伤肾与膀胱血络，或素有蕴热，复感外邪，热迫下焦，伤及血络而致；②热壅下焦，瘀热结滞，血不归经；③气阴两虚，湿热留恋，血失固摄，溢于脉外；④肾阴不足，湿热内蕴致尿血。刘宝厚则认为血尿的病机特点是本虚标实。本虚多以肾阴亏虚为基础病理，在病程的不同时期和不同患者亦可表现为阴虚火旺或气阴两虚；标实是指风邪入侵所产生的病理改变。阴虚为将燃之火，风热毒邪侵入肾脏，即刻点燃将燃之火，火热之邪迫血妄行，灼伤血络而造成生血之变，渗于尿中则生血尿。离经之血著而不去，便可继发血瘀，瘀血留滞，反过来又会加重出血，形成恶性循环而愈强愈烈。若在病变过程中风毒之邪再次入侵，便可重新诱发上述变化过程而使血尿加重或复发。血尿的轻重程度是热邪伤络和瘀血阻络标证盛衰的标志。而在热邪伤络和瘀血阻络二者之中，前者是血尿发作的病机关键，后者则是血尿迁延不消的病理根源。

吴权国在找原因查病机中提到三点：(1) 火与热：火热可受于外，亦可由内而生。感于外者，系由风热火毒，由表入里蓄结肾与膀胱。生于内者：①过食肥甘酒热之品，脾胃运化失职，积湿生热，湿热下注膀胱，灼伤阴经，血随尿出；②心火亢盛移于小肠，火灼阴络，血溢于脉外，从小便溺出。③纵情色欲或劳倦过度，肾阴亏耗，相火妄动，灼伤膀胱血络，络伤血溢，遂成尿血。④恼怒伤肝，肝气郁结，气郁化火，火灼阴络，或肝血素虚，肝火偏旺，损伤阴络，导致小便出血。诚然实火内盛，迫而妄行，虚火内炽，亦可动血。(2) 血与瘀：血流于脉中，如瘀血内阻，凝则血失流畅，久瘀破络，血不归经，血溢于膀胱夹小便排出。(3) 气（阳）与虚：气虚或阳虚则不能摄血，如脾气虚损，中气不足，血随气陷，或肾失封藏之职，固摄无力，血渗入水道随尿出。总之，血尿的病因病机不外虚、热、瘀三者，虚是出血的基础，热或火是出血的条件，瘀血是血尿发展的结果。[13]而胡善家对慢性肾炎长期血尿，认为虽病因错综复杂，但总不外乎虚实两途。虚则正气虚，实则邪气实。正虚为发病之本，邪实为致病之标。二者往往互为因果，导致虚实夹杂，病程缠绵，血尿持续不消。血尿之成因湿热邪毒，久蕴成热，邪毒下迫，深入下焦，伤及血分，或瘀血内结，瘀久化热，络脉瘀阻，迫血外渗，或久病肝肾阴虚，相火偏亢，灼伤肾络，迫血妄行，或脾肾两亏、脾气虚弱，统摄无权，血不循经。[14]

1.2.2 中西合参研究病因病机

尿中有血为尿血，是以症状为名的病证。古代的尿血皆指肉眼血尿而言，现在对于微量出血之镜下血尿亦包括在内，这就需要针对化验检查提示有尿血而临床表现尚未显露的尿血的病人采取中西合参的办法予以诊治。西医学认为引起血尿的原因颇为复杂，预后也

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

各不相同。有资料统计，引起血尿的疾病近百种，且中医对尿血的辨治还往往存在侧重其阶段性临床特征，而忽视其本质上相互联系的倾向，因而可能使辨证陷于因果混淆，本末倒置的境地。例如因肾和膀胱肿瘤引起的血尿，当其早期或合并尿路感染的情况下，这时采取辨病的结果，与辨证互参，对于引导、促进辨证的深入化也是大有裨益的。

如李曰庆则提出："诊治血尿贵在辨证与辨病相结合"，只有这样才能不断地提高疗效，反之，尚易发生误诊与漏诊，贻误病情。李超军医认为：欲取得捷效，必辨证与辨病结合。他举例说明：临床易被误诊的是前列腺炎、前列腺肥大出现的血尿，这两种病为男性常见病，多数为慢性经过，即前列腺充血，腺泡郁积，腺管水肿而引起血尿。这类情况若不采取辨病的方法，又如何能以治疗前列腺肥大为其本呢？陈家琛主张对血尿的治疗，不可见血止血，必须寻找出血病因而求源，辨病与辨证相结合，方可取得最佳效果，陈氏重点论述了由肾动脉硬化而发生的血尿。沈庆法对血尿的辨证和辨病用药颇有心得。如：治急性肾炎的血尿，以清热凉血利水为主；慢性肾炎中隐匿型出现血尿，有的患者没有自觉症状，则治以扶正为主，即取调理脾肾加益气养阴止血药；慢性肾炎中普通型出现血尿，认为以气阴两虚为多见。沈氏总结说，在治疗上，止血不难，难在巩固，常常反复发作。紫癜性肾炎血尿在初期以清热凉血止血为主，取紫草、赤芍、水牛角、银花、连翘、苡仁根、土茯苓、白茅根；在后期，多取养阴清热药，如生地、赤芍、白芍、旱莲草、黑元参、黑山栀、干藕节。

孙郁芝对血尿的中西医结合治疗有几点体会很有参考价值，认为辨证中尤应重视辨证与辨病相结合。应用西医学手段，查清病因，提出各项检查数据，明确诊断，为中医辨证提供信息，为辨证用药提供参考。与提高疗效更为有利。例如上焦湿热证，常出现在某些肾小球疾病，血尿往往因上呼吸道感染反复加重，在选择清热解毒方药时，宜用银翘散加减。据报道银花、连翘、板蓝根、黄芩等对病毒，某些球菌如溶血性链球菌、肺炎双球菌等有较强的抗菌作用。而清下焦湿热则多选用对大肠杆菌有效的如黄柏、蒲公英等清热之品，故辨病对治疗选用方药也具有参考意义。又如对 IgA 肾病、紫癜性肾炎血尿，一般用活血化瘀法治疗可取得较好疗效，在临症中除根据其病证表现外，又结合其免疫病理基础与中医血瘀证具有共同点而采用活血化瘀法治疗。目前在肾小球疾病辨证中结合尿常规和尿细胞形态学检查已引起人们重视。检查尿常规及尿细胞形态学改变，对中医辨证分型，判断病情转归及指导用药有一定意义，在血尿辨证中参考尿中红细胞形态改变，对血瘀证的辨证有参考意义。血尿中若以变形红细胞为主，多考虑肾小球源性血尿，应加用活血化瘀药物治疗。[15]

张柏庆认为慢性肾炎引起的血尿的原因除肾虚不固，气虚不摄外，热毒灼伤血络，瘀阻血溢似贯穿于本病的始终。因此，在辨证分型治疗时，辅以凉血解毒止血，化瘀利水之药也是十分重要的。在用药时，选择中药功效与西医药理两方面均吻合的中药做针对性治疗。益母草辛苦微寒，含益母草碱甲、益母草碱乙、水苏碱、月桂酸、油酸等，具有活血祛瘀，利尿解毒功能。车前草甘微寒，含车前草烯醇酸、琥珀酸、腺嘌呤、胆碱、脂肪油及维生素 A、B 等，有利水通淋，清热凉血止血之效。茜草苦寒，含紫茜素、茜素、伪紫茜素、茜草色素等，具有凉血止血，活血祛瘀之功。旱莲草甘酸寒，含挥发油、鞣质、皂甙、维生素 A、旱莲草素等，具有养肝益肾、凉血止血之功，《医学正传》治小便溺血方

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

以鲜旱莲草合车前草捣汁服用。大蓟草甘凉，含生物碱、挥发油、苦味质，有凉血止血作用，用于血热出血、小便不利等证。临床实践证明，将这些药物配伍于辨证论治用药中，对肾炎血尿有确切疗效。对临床表现不明显的患者，根据尿常规检查进行微观辨证，从本虚标实辨证用药，用补益脾肾之剂加上述药物，也能收到较好的效果。[16]刘宏伟在肾炎血尿的中医研究进展中提到：鉴于肾炎血尿有肉眼血尿和镜下血尿之分，所以对肾炎血尿的研究必须结合现代科学技术，宏观与微观相结合，既要在临床实践中总结辨证论治的规律，也要从病因发病、病位定性、证候类型，病势传变，治则治法、方剂药物，预后调护等各方面加以深入研究。[17]

2 临床研究

2.1 证候学研究

2.1.1 证候研究现状

尿血的证候研究，由于所涉及的疾病面较广，故而它的证型划分也难以统一。各地学者众说纷纭。今就肾炎、特发性血尿、紫癜性肾炎、肾结核等疾病作一归纳。

唐子健将特发性血尿分型为：①湿热下注或心移热于小肠型，治以清热利湿或清热泻火，佐以凉血止血法。②阴虚火旺，灼伤脉络型，治以滋阴清热，佐以凉血止血法。③脾肾两虚，统摄无权型，治以补益脾肾为主，佐以收敛止血法。李明英用龙葵草、旱莲草、人参、当归等药物配成血尿灵合剂治疗肾小球性血尿，具体分型为气虚不能摄血型、阴虚火旺型、热邪炽盛型、瘀血内阻型。以1个月为1个疗程，治疗1～2个疗程。以肉眼血尿、镜下血尿消失为显效；减轻为有效；无改变者为无效。显效20例，有效12例，无效8例，总有效率为80%。[18]陆有放采用辨证与辨病相结合的方法，认为肾炎血尿属阴虚者为多，由于本病迁延日久，久病必瘀，采取滋肾化瘀为治疗大法。西医学认为肾小球疾病与免疫功能失调和血液流变异常有关，而肾对免疫功能的稳定和调节起着重要作用，一方面滋阴补肾药大多具有免疫调节作用，另一方面活血化瘀能改变血液流变性，有助于免疫复合物的清除及肾小球病变组织的修复。滋肾与化瘀同用，无论与中医病因病机或西医学认识均是一致的，有助于提高临床疗效。[19]常光仁对肾炎迁延性血尿按下焦湿热、阴虚内热、气血虚弱3型进行辨证施治，共治疗54例，临床治愈率85%。[20]而在晋阳儿科笔谈“小儿水肿血尿证治”中费蓉华对血尿提出自己的见解与观点。小儿急性肾炎：初期，肺气失宣，湿热下注，可选宣肺利水，清利湿热之法。若患儿由于咽部邪毒或皮肤疮毒内陷，湿热蕴郁，内归脏腑，可用大剂清热、解毒、利湿法。急性肾炎恢复期，应调气血、益脾肾，清余邪。小儿慢性肾炎，若表现为脾肾阳虚，宜健脾补肾利水。肾阴虚为主，宜滋补肾阴兼利水湿。小儿肾炎性肾病，证属风湿水肿，水湿浸渍，治以宣肺、健脾，利水。若恢复期表现为肾阴不足的血尿，治疗应以滋阴补肾为主。而肾炎型肾病服用激素过程中出现阴虚阳亢表现时，应以滋阴降火，兼清下焦湿热为主。小儿过敏性紫癜肾炎早期多为邪热毒邪内侵，化火动血，内伤肾阴，热迫膀胱为主，治宜清热解毒，凉血化瘀。紫癜肾病日久表现气血不足，血流不畅证候者，治以益气养血兼活血止血。[21]宋秀琴对小儿水肿血尿主张用清热解毒，利水消肿，凉血止血法，可见证型应属表热侵袭，灼伤血络

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

型。王江海认为血尿多因湿热内蕴下焦，伤及血络，治宜清热利湿，凉血止血。而在恢复期血尿迁延不愈，强调脾肾两虚以及虚热内扰，致使血不归经，治以健脾固肾，清热止血。许玉贞对血尿辨证大致分为3型：血热妄行型，脾不统血型，阴虚火旺型。并强调血热妄行型较多见，治以清热凉血止血……。陆鸿滨对无症状性肾小球性血尿的临床分型为3型：肺肾阴虚湿热内蕴型、心肾阴虚湿热留恋型、瘀热伤络型。夏翔认为肾炎血尿包括阴虚火旺，表现为肉眼血尿；脾肾亏损，常见于慢性肾炎反复发作，以镜下血尿为主；血热瘀结，常见于急性肾炎未经彻底治疗血热阴伤，表现为长期慢性血尿。贾子明治肾炎血尿分为：热伤血络、迫血妄行，用小蓟饮子加白茅根；阴虚火旺，血热瘀结，用猪苓汤加益母草、白茅根；脾肾两虚，血失固摄，用归脾汤加炒杜仲，藕节炭。潘宇栋对慢性肾炎血尿分为4型：湿热蕴结型、肾精不足型、脾肾阳虚型、气血两亏型。而对紫癜性肾炎各地认识又有所不同，孔昭遐认为紫癜性肾炎关键在于风、热、瘀、虚4字，在临床上根据不同的证候分为4型：风热夹瘀型、风湿热夹瘀型、肾虚血热型、脾肾两虚型。曾章超根据西医辨病，中医辨证的原则，具体分型为血热妄行型、阴虚火旺型、气不统血型、气滞血瘀型。[22]本文另述按北京中日友好医院对紫癜肾的分型和分级标准，既可以表示临床特征，又可以显示病情轻重，可供参考。

对单纯性血尿的研究近年来有了较大进展，单纯性血尿属于原发性肾小球疾病范畴，旧称隐匿性肾炎、良性再发性血尿。胡庆寅辨证分型如下：血热失血型、阴虚火旺型、气虚不摄型、阳虚失血型、瘀血内停型。[23]王烈根据血尿的发生和消失等病状实际，分作三期证治。发作期：宜化瘀解毒为主，佐用凉血止血之法；缓解期：治以益气养血为主，佐用解毒化瘀之法；恢复期：用扶肾固本之法，佐以益气养血。[24]另外，部分学者对西医诊断为急性肾炎、病毒性肾炎、紫癜性肾炎、药物性血尿、慢性肾炎、急进性肾炎等疾病表现为血尿者，中医辨证分型状况如下。韦俊分作：①血热型，其中又分下焦湿热型、温毒发斑型、阴虚内热型；②气阴两虚型；③血瘀型。[25]吴康健分作6型：风热入侵型、疮毒邪热型、下焦湿热型、砂石久蕴型、气不摄血型、邪热未清型。[26]张书芬分作阴虚火旺型、心火亢盛型、脾肾两亏型。[27]方筠卿分作外感热毒型、湿热蕴结型、心火内盛型、肝肾阴虚型、脾虚湿阻型、瘀血内阻型，同时也就设计了清热解毒、清热利湿、清心泻火、滋阴清火、健脾益肾、活血化瘀等六法。[28]

2.1.2 辨证标准

上述名家学者的辨证施治研究各具特色，各有所长，多数被临床医师所接受，但难以纳入统一规范，对协作攻关进行大宗的临床观察不利。但至今尚无确切的尿血诊断标准，即使是《中药新药临床研究指导原则》和《中华人民共和国中医药行业标准》也未对尿血拟定标准。故而尿血的诊断标准、疗效标准的制定将有待于作为一项学术建设的基础性工作，使尿血的临床研究趋向规范化、系统化，为临床疗效评定、学术交流活动、中药新药临床药理研究指导原则的制定奠定基础。

2.1.3 特殊原因而致尿血的研究

对常见的肾脏疾病和全身性疾病所致尿血，本文已作了较为系统的阐述。此外，尚有部分特殊原因所致尿血，亦当引起重视。

王自芳报道了自服芫花过量致吐泻血尿。芫花为瑞香科植物，以花蕾或根入药，辛苦温

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

有毒，药理成分主要为芫花素，另含苯甲酸及刺激性油状物，能刺激胃粘膜，使肠蠕动增强而致泻。小剂量有利尿作用，大剂量则抑制尿液分泌，中毒剂量可延长凝血时间出现血尿。用时需醋炒或醋煮晒干用，做散剂内服常用量为0.5g。[29]徐文香报道了“感冒通”所致血尿。[30]杨林报道了治疗妇科肿瘤行腔内放射治疗，治愈率高，并且免除手术之苦，故深受病者欢迎，唯易致放射性膀胱炎、膀胱溃疡，造成大量血尿。据临床观察，凡放疗病人的早期大多见一派阴虚内热症状，故中医认为钴^{60}为性燥热，燥热损伤脬胞之络。[31]叶琳总结了外伤性血尿68例，均有明显的腰腹外伤史，其中跌伤17例，打伤28例，撞击伤21例，坠落伤2例，实为挫伤肾系，经脉破裂，内动于血，血溢阴伤的病机演变规律。[32]

2.2 治 法 研 究

为了提高治疗尿血的疗效，几十年来，众学者从临床第一线观察总结了大量的第一手材料，摸索总结出许多治疗尿血的治法，取得了较满意的临床疗效。

施今墨在其临床经验集中记载了有关血尿的验案。施氏提出：“腰酸肾虚，虚则不固，下渗而为血尿。治以滋肾阴、清虚热、利尿治血法”。并指明对虚中夹实之症，应分清层次，否则治法紊乱将难以取效。在《岳美中医案集》中记载有岳氏运用补中益气汤治疗脾虚气陷长期尿血一案，并取得较好疗效。江映青有辨治尿血七法：①清心导赤法，②疏肝清热法，③健脾益气法，④清肺润燥法，⑤滋阴降火法，⑥固肾塞流法，常用于肾失固藏之尿血。⑦化瘀止血法，常用于瘀血内阻，血不归经之尿血。而谢惠芬提出了治疗血尿八法：①清心泻火，凉血止血法，用于心火炽盛，移热小肠，迫血妄行；②清泻肝火，用于肝火炽盛，伤络尿血；③清热利湿，凉血止血，用于下焦积热，迫及膀胱，热伤血络；④滋阴清热，凉血止血，用于阴虚火旺，下迫膀胱，损伤脉络；⑤补中益气，用于劳倦或久病，伤及脾气，中气下陷，不能统血；⑥补肾固涩，用于肾阳衰微，固摄无力；⑦清热利湿，通淋排石，用于湿热下注，尿液煎熬成石；⑧活血化瘀，用于瘀血阻络，血液外渗。[33]何原夫提出治疗肾炎血尿辨治方法，有清热凉血法、泄肺解毒法、清热利湿法、活血化瘀法、滋阴降火法、健脾固肾法。[34]

2.2.1 活血化瘀法

由于血瘀的原因不同，如血得热煎熬则易成瘀血，气滞则血滞成瘀，气虚则帅血无力瘀血乃生，阴津不足则载运不畅甚则瘀塞，故化瘀的方法也不单一。

邵炳忠运用本法又分为：①清热化瘀法，方用小蓟饮子加减、酌加活血化瘀之品，如琥珀、郁金、茜草、益母草等；②益气化瘀法，方用补中益气汤、无比山药丸加减，佐以祛瘀生新、补血止血之品如丹参、琥珀、当归、三七粉等；③养阴化瘀法，方用大补阴丸化裁，酌加琥珀、茜草根、丹参、三七粉。叶景华对紫癜性肾炎、膀胱肿瘤、尿石症、乳糜血尿或外伤表现为瘀血证者，治以行气活血化瘀，细柴胡、青皮、桃仁、红花、川牛膝、茜草根、生蒲黄、血余炭、琥珀。李学铭对久病较虚，由虚生瘀，瘀阻经道，血行不得循经，渗入膀胱则尿血者，治以祛瘀通络为主，佐辛热除寒或苦寒清热，常用川芎、当归、赤芍、桃仁、红花、赤小豆、茜草，或生地、木通、大黄，或桂枝、细辛、生甘草。杜浦用活血化瘀法治疗多囊肾性血尿，基本方为生蒲黄（包煎）、当归、白茅根、生茜草、地榆、泽兰、山药、陈皮、郁金、枸杞子、琥珀（吞服），促使离经之瘀血从小便排出，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

从而经脉通疏，血运无阻，血循常道，血尿自止。代立权改用益气活血法治疗多囊肾尿血，选用桂枝茯苓丸为基础方酌加三棱、莪术、党参、黄芪等。

运用本法的辨证的关键在于尿血的特点是黯红色，有血块，且腰腹痛如刀割针刺。按一般常规出血症用止血药似无异议，即所谓："见血止血"，在一般病例中诚可取效，然于血瘀引起的效果不显或无效，甚至病势反而增剧。缘由血瘀，瘀血不去则新血不生，血不归经，致出血不止。倘若不能辨明病因，妄投单纯止血，往往达不到止血的效果。

2.2.2 温补肾阳法

李雅玲用生地、山萸肉、山药、茯苓、泽泻、附片、牛膝、车前子、杜仲主治左肾结石，尿检红细胞++～+++，辨证为下元虚寒，真阳亏损，元阳之阴火浮越于外。左宜恭用熟地、山药、山萸肉、枸杞子、杜仲、肉桂、附子、炒蒲黄、云苓主治慢性肾炎证属肾阳虚弱，真精亏损者。

胡庆寅自拟止血四方用于"阳虚阴走"之尿血。炙附子、炮姜炭、焦艾叶、生地、乌贼、血余炭、棕榈炭加减化裁。杜勉之选《评琴书屋医略》治尿血方（鹿角霜、龟甲、菟丝子、当归、白莲肉、生地、乌梅），针对肾失固藏型血尿，每多见于慢性肾炎病程较长血尿迁延不止者。

2.2.3 健脾益气法

杜勉之对证属脾虚气陷，统血无权，治以益气摄血，方用黄芪、党参、芡实、白术、黄柏、知母、旱莲草、茯苓、升麻、柴胡、甘草、金樱子。王国柱用党参、麦冬、五味子、浮小麦、大枣、炙甘草、马鞭草、丹皮、生侧柏养心益气为主，佐以凉血化瘀。江映青用归脾汤为主方，黄芪、党参、龙眼肉、当归、白术、茯神、木香、炙甘草、酌加丹参、红花、刘寄奴等。而胡庆寅的止血三方用于饮食不节、劳倦伤及于脾，中气下陷，脾虚不能统血而致尿血，药选黄芪、党参、茯苓、白术、炙甘草、陈皮、当归、升麻、柴胡、藕节炭、血余炭。有时脾虚与肾虚二脏俱病，选方用药有时可以互参，根据脾虚与肾虚的孰轻孰重，补脾和补肾有所侧重。

2.2.4 清热法

下焦热盛，脉络受损，可引发尿血，但究其热，有实热、虚热、湿热之分。

2.2.4.1 清热利湿法 适用子感受湿热，下注膀胱，损伤脉络所致尿血之热结膀胱证。代表方剂：小蓟饮子，并强调小蓟以鲜品为佳，配以凉血止血之品：紫草、玄参、丹皮、白茅根。谢惠芬用生地、小蓟、滑石、木通、蒲黄、竹叶、藕节、当归、栀子、车前子、灯心、大黄、萹蓄、瞿麦，实为清热利湿八正散合凉血止血小蓟饮子加减运用。何原夫也持此观点，仅用药特点中有土茯苓、川萆薢、连翘之异。总之在清利下焦湿热的方药上，名家学者的看法较为一致。

2.2.4.2 清心导赤法 用于心火亢盛，移热小肠，热迫膀胱，血循失常，溢出脉道，而见小便带血者。代表方剂为导赤散。周玲药用黄连、木通、淡竹叶、甘草梢、生地、滑石、栀子。江映青在此基础上再加白茅根、麦冬、小蓟。谢惠芬在导赤散基础上酌加蒲黄炭、茜草、白茅根、栀子、滑石、藕节、小蓟、琥珀粉等。王润生方选：生地、滑石、益母草、石韦、萹蓄、瞿麦、木通、生甘草、牛膝、竹叶，实为导赤散与石韦散合方。

2.2.4.3 清燥润肺法 肺阴亏损，虚火灼津，津亏则血热，血热则尿血。代表方剂：

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

清燥救肺汤。并可酌加藕节、蒲黄、桑白皮、枇杷叶等润肺清热之品。有用清肺宁血用麻黄连翘赤小豆汤合黄芩清肺饮治疗的，药用麻黄、连翘、赤小豆、桑白皮、甘草、生姜、大枣、黄芩。有用泻白散加减者，药用地骨皮、桑白皮、黄芩、鱼腥草、栀子、木通、白茅根、藕节、麦冬等，达到清肺热，凉血止血的目的。

2.2.4.4 清肝泻火法 肝郁化热，灼伤脉络之尿血，盖因恼怒肝郁气滞，久则化热，循经灼伤血络所致。代表方剂为丹栀逍遥散加减，药用丹皮、栀子、柴胡、枳壳、当归、生地、白芍、白茅根、藕节炭。有用龙胆泻肝丸加减的，药用龙胆草、栀子、黄芩、柴胡、泽泻、木通、生地、车前子、当归等。

2.2.4.5 凉血解毒法 适用于感受湿毒，热入营血，血失宁谧，溢出脉外，渗于尿中而病尿血者。医家们常用方药有银花、连翘、大青叶、板蓝根、生地、赤芍、丹皮、玄参、白茅根、紫草、藕节。有将此法称为清热解毒法的，所用方剂为黄连解毒汤加减，药用黄连、黄芩、黄柏、淡竹叶、白茅根、连翘、旱莲草、车前草、小蓟草、生蒲黄、干藕节、白花蛇舌草、过路蜈蚣。王琦对实热血尿用五草汤治疗：鱼腥草、白花蛇舌草、茜草、益母草、车前草，并视病情轻重易以凤尾草、鹿衔草、旱莲草。[35]李学铭常用黄连、黄柏、栀子、蚤休、白花蛇舌草、鲜生地、白茅根、当归、竹叶、生甘草，或大黄、蒲黄、琥珀之类。

2.2.4.6 滋阴清热法 或称滋阴降火法，滋阴凉血法，养阴柔络法。主要用于阴血亏损，虚火内生，伤及脉络，血渗尿中者。代表方剂：知柏地黄丸、六味地黄丸、一贯煎、二至丸等，此型尿血不宜淡甘渗利，且清热忌太过苦寒，以防更伤阴血，常选用阿胶、白芍、生地、旱莲草、女贞子、枸杞子等。方筠卿常用知母、黄柏、熟地、淮山药、丹皮、泽泻、茯苓、山萸肉、旱莲草、枸杞子、麦冬、阿胶、龟板、杜仲滋补真阴，潜阳制火，虚火降、热自清，血自止。有用左归丸加凉血止血之品治疗的，药用知母、黄柏、生地、丹皮、泽泻、淮牛膝、龟胶、女贞子、旱莲草、益母草、凤尾草、地榆。王联庆对急性肾炎恢复期表现为肝肾阴虚，湿热未清者，采用丹芍汤、六味地黄汤，药用丹皮、白芍、生地、山茱萸、女贞子、旱莲草、茯苓、泽泻、地榆、蒲公英等。另有学者对虚热血尿，表现为阴虚内伤之象者选用猪苓汤治疗，以猪苓、阿胶、滑石、泽泻、茯苓达到清热利水止血而不伤阴。黎汉华运用滋阴清热法别有一番体会：尿血病迁延不愈，除热邪残留外，日久病衰，气阴两虚，虚热内扰是本质。理应益气补阴为法，但考虑到是热邪残留致阴虚的，阴虚乃气虚的前提。因此，在滋阴清热前提下兼顾脾肾之气的收涩，使病情日趋坦途。另外强调，坚持守方，治疗慢性病必须做到有方有守不能随意更方。[36]胡庆寅则拟止血二方：熟地、枸杞、生山药、泽泻、茯苓、丹皮、知母、黄柏、阿胶（烊化）、女贞子、旱莲草。若腰腿酸软者加杜仲、狗脊。凡积劳伤肾，思虑劳心，或病久营阴暗耗，虚火萌动，伤及肾中之络，以使小便出血，治宜养阴柔络，酌情加入清火或化瘀之品，药用生地、龟甲、阿胶、当归、赤白芍、白茅根、知母、黄柏、小蓟、侧柏叶、藕节、竹叶、蒲黄、琥珀。

2.3 高原运动后血尿的中医治法研究

运动后出现血尿，在高原训练中屡见不鲜，为保证高原训练正常进行，探讨治疗血尿

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

的新法，防止运动后血尿的反复发生，是医学体育中需要解决的实际问题。云南省体育科学研究所范宗光等，对1981～1984年在昆明训练的马拉松，竞走，中长跑，自行车男女运动员运动后出现血尿的32人次，采用了中医治疗。中医治法的理论依据是《黄帝内经》中提出的“五劳所伤”。西医认为：地处高原，神经系统在内外环境缺氧的影响下失调，表现亢奋失于约束或抑制，导致肾脏通透性调节不利，或平滑肌痉挛等，从而引起血尿。基于以上理论和认识，对运动后血尿，产生舒其神而治其形的调神止血的中医治法设想，在治疗实践中并逐步形成调神止血方。

调神止血方由3组药物组成：

第1组具有柔肝解痉，镇静安神，使平滑肌充分舒张的作用。代表药为白芍等。取白芍镇静安神的作用，使运动后仍然处于紧张状态的交感神经得到平静放松，以利于在放松中恢复功能。取白芍滋阴柔肝解痉舒张平滑肌的作用，使受缺氧缺血影响的输尿管得以充分舒张，有利于尿道通畅及预防感染。

第2组药能平肝潜阳，镇静安神，收敛固涩。代表药如生龙骨、生牡蛎。取上药潜阳镇惊安神之效，使疲劳耗散的神气，通过收敛得以恢复，以减少机体在假兴奋真疲劳状态下的过度消耗。另外，龙骨、牡蛎中所含的多种矿物质，能为消除神经和机体的疲劳补充一定的微量元素，使机体在主动休整中积蓄新的力量。

第3组药，即能直接补益内脏，又有涩精敛汗、固涩滑脱、恢复肾功能等作用。常用药如山萸肉、芡实、生地、熟地、山药、菟丝子、续断、玄参等。该组药能补益肝肾、脾胃，使运动中过度疏泄消耗的肝气和肾精得到收敛固涩，以防止虚脱。通过健补脾胃，能使运动中耗损的物质，在体息中得到吸收补充，为恢复失调的神经功能，消除肾脏的疲劳，提供重要的物质基础。

三组药合用，其特点有伸有收，有补有泻，能使紧张的机体得到放松，使某些过度兴奋的神经得到收敛平静，并促使某些处于抑制状态的神经得到兴奋，同时使运动中消耗的物质通过消化吸收得到相应补充。神得濡养其神自安，神安利子兴奋抑制调节功能的恢复，因神得舒而尿血自止。

2.4 尿血方药研究

2.4.1 尿血治疗用药规律

历代医家治疗尿血创造了不少方剂，这些方剂的组成都是在辨证论治的基础上确定的，基本反映了尿血不同证的用药规律。根据大量的临床资料和医学文献，发现近现代医家除遵循着辨证用药的原则外，还积累了对以尿血为主症的多种疾病的辨病用药经验，同时自觉运用了现代药理研究结果。朱燕俐自拟血尿灵治疗隐匿性肾炎单纯血尿，基本组成：马鞭草、白茅根、土大黄、碧玉散、小蓟草等。若辨证属肺气虚合补肺汤与玉屏风散，脾气虚合参苓白术散或四君子汤，肾气阴两亏合地黄汤加减，下焦湿热合八正散加减。方中主药马鞭草，除有清热解毒利湿作用外，尚有活血散瘀止血作用，白茅根则取其凉血止血，配以碧玉散渗湿利湿清热泻火，以奏疗效。[37]李明英自拟血尿灵合剂治疗肾小球性血尿40例，基本方：龙葵草、旱莲草、人参、当归等。以龙葵草为主药，精选人参益气健脾摄血，旱莲草滋阴补肾凉血，当归活血以止血，全方具清热、滋阴、益气、活血之作用，寒热温凉并用，凉血、活血、摄血并举，共奏

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

止血之功。现代药理研究表明，龙葵草合剂含有多种生物碱，有类似考地松的作用，有较强的抗炎作用，能调节免疫机制，对凝血机制的紊乱进行双向调节。所以血尿灵合剂可能是通过抗炎、免疫调节、改善毛细血管通透性而获取良效的。[38]陈梁用化赤汤治疗小儿难治性血尿，功效在于化瘀通络，利尿止血，立法具有化古从新之义，更重要的是其与小儿“肾常虚”久病伤络易滞之生理、病理特点相吻合。药物组成：三七粉、赤芍、丹皮、益母草、旱莲草、车前草、大蓟、小蓟、茜草、白茅根，合煎取汁。[39]张道诚根据《济生方》：“夫血之妄行也，未有不因热之发也”和《丹溪心法》“阳常有余，阴常不足”的理论，认为血行脉中而喜宁谧其性属阴，下焦血分有热伤及阴络，使血失宁谧，血溢于脉外，渗于尿中而致血尿。阳盛阴虚是总病机，清热凉血、养血止血为治则，组方红龙止血汤：红龙须、地榆炭、槐花炭、大蓟、茅草根、山药。红龙须又名杨柳树根须，长在水沟边最好，性味苦寒，有凉血止血通淋之功效，《滇南本草》记载可治“五淋血浊”，为君药。配以地榆炭，其性收敛，既能清降，又能收敛；槐花炭为凉血要药；大蓟消瘀血、生新血、止吐血；茅草根凉血止血，清热利尿。五药配伍，凉血止血，消瘀宁血，以求凉血不滞血，止血不留瘀。加一味山药，贵在补脾益肾，既可补已失之血，又可免清热伤正之虑，以养为塞。全方清中有补，补中寓泻，可止血塞其流，清热祛其邪，养阴固其本，通利顺其性，而达到制止出血调整血行目的。[40]

2.4.2 尿血验方集粹

尿血的治疗除辨证施治为总体原则外，尚有部分学者根据临床经验或效仿前人经验或自己总结经验，设方遣药用之于尿血的治疗。

王学美用《金匮要略》蒲黄散治疗急性肾小球肾炎、急慢性肾盂肾炎、急性膀胱炎、尿道炎、泌尿系结石及其它继发性泌尿系出血症300例，全部病例均有效。蒲黄7份，滑石3份，过筛混匀装瓶备用。每次10g，4～6小时一次。吴小玫用补中祛瘀汤：红参、黄芪、当归、白术、仙鹤草、益母草主治气虚不摄血所致尿血。另有学者运用黄土汤加小蓟、补骨脂、肉桂、花蕊石治疗脾肾虚衰、固摄无力的尿血，说明了黄土汤不仅可治便血，也可治尿血，疾病不同，病机相同，故可同治，完全符合中医“异病同治”的原则而不受病种所限。肖家仁运用《医林改错》少腹逐瘀汤治“多囊肾”尿血，取意活血化瘀，药用小茴香、延胡、桃仁、红花、没药、当归、川芎、赤芍、生蒲黄、五灵脂、党参、黄芪。服药后腰痛明显减轻，血尿减少。朱彬彬运用清热解毒、散瘀消结治疗癌性血尿1例，白花蛇舌草、龙葵、白英、土茯苓、蛇莓、蛇六谷、土大黄。这些药物既具有清热解毒作用，又经现代药理实验证明有抗癌作用，故而可以药到收功。陶履冰用连朴饮治疗西医诊断为伤寒并发急性肾小球肾炎，辨证为湿热交蒸，清浊失司的湿温病，方药川连、生子芩、生山栀、川厚朴、滑石、木通、泽泻、石韦、连翘、败酱草、生甘草。本治法不在止血，唯求湿热一清，则尿血自止。徐祖周用《伤寒论》芍药甘草汤治疗长期尿血，肝血虚而生内热，脾气虚而有湿滞，宜柔肝健脾，佐以凉血，取“白芍能敛阴”而柔肝，“甘草又缓肝之急，补土之虚”，二味相济，则脉缓中宽，气和血定。杨凌革自拟滋阴清窍汤主治阴虚内热、络伤血溢，药用黄柏、知母、生地、龟甲、山萸肉、山药、白茅根、藕节炭、五味子、甘草，达到滋肾养阴、清火利窍、止血安络。陈礼祥用四物汤合失笑散治疗特发性血尿，病理基础为瘀血，病程不论久暂，均可投放，药用生地、当归、赤芍、川芎、炒蒲黄、五灵脂，随证加减，取得较好疗较。马津友同小蓟饮子治疗肾结核不效而改

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

用六味地黄丸合二至丸加减，旨在壮水之主，以制阳光，滋阴补肾治其本，凉血止血治其标，药证相合，切中病机，故而显效。

2.4.3 尿血有效单味药研究

上己菜，中文植物学名荠菜，性味甘平，功能清热凉血，和脾利水，可治吐血、便血、乳糜血尿、崩漏及痢疾、水肿、淋病等。《现代实用中药》称它是很好的止血药，俞长荣用本品为主治疗血尿10余例，疗效尚满意。

单味阿胶可治恶性尿血。阿胶性味甘平、质润，入肺、肝、肾经，功能滋阴补血止血。临床尤适用于阴血亏损之虚证血证，危证血证投入，确有特效。

川牛膝的药理特性是“走而能补，性善下往，止血滑窍”，针对不明原因的血尿，加用牛膝一味，其效颇著。

小蓟作为止血药，尤其尿血属于传统药品，但在临症时，应强调重用大剂量，小蓟，性味甘、微苦而凉，入肝、脾经，凉血止血，活血化瘀。其药理作用在于能收缩血管并致使凝血时间和凝血酶原时间缩短。鲜品较好，炒炭则差，不宜久煎。无论肾炎、膀胱炎尿血，重用小蓟均能收效。

人尿，味咸性寒，无毒，入肝、肺、肾经，功能滋阴降火，止血消瘀。其优点是止血而无留瘀之弊，且取之方便，若能取童便则更佳。并强调取小便应去头尾，留中段为好，病者小便不能用。

车前草，性寒味甘，入肝、脾经，功能清热利尿，明目祛疾。关于其治疗尿血，还有一段传奇式的故事：传说汉代马援远征交趾，至某地，因干旱，人马俱病，大多尿血，停止行军。一日放马于郊野，群马争食青草，一二日，所有尿血之马皆愈，人告之马援，援问起缘由，放马人告之故，并遥指曰：连日放马均食此车前之草，故而得车前草之名。后以此草绞汁，给尿血军士服之，亦皆得愈。现代研究，车前草的药理有较强的抗菌作用，用车前草水浸剂，在试管内对某些致病性真菌有不同程度的抑制作用，醇提取物在试管内杀死钩端螺旋体的效果较水煎剂好。

叶景华善用琥珀、三七，认为尤其适用于实热病久不愈，肾阴亏耗，阴虚夹湿热，灼伤肾与膀胱经脉而尿血者。辨证用滋阴利湿，凉血止血之剂。尿血日久必有瘀，配以琥珀、三七祛瘀止血，与汤剂合用，凉血而不留瘀，止血而利水，取得良效。现代药理研究，琥珀具有利尿作用，治疗血尿较好：参三七有较强的止血作用，能缩短出凝血时间，且能使血小板发生伸展伪足、聚集变形等粘性变性运动，细胞膜破坏和部分溶解，使血小板产生脱颗粒等分泌反应，从而促使血小板释放止血和凝血活性物质，而达到止血的目的。

另有报道重用紫菀治尿血。《本草通玄》：“紫菀，辛而不燥，润而不寒，补而不滞，然非独用多用不能速效，小便不利且溺血者，服一两立效。”若在辨证施治的基础上，酌加紫菀可使方药润而不寒，补而不滞，直达肺肾血分，使之宣通有力，固摄正常，尿血自愈。

3 实验研究

检索近年来中医对尿血的实验研究尚是个空白。对尿血的治疗药物通过实验的方法进行研究也才刚刚起步。孙彤云用薄层扫描法测定血尿胶囊中主要成分的含量。血尿胶囊由棕榈籽、菝葜和薏苡仁组成，具有清热、凉血、止血、利尿功能，临床用于不同原因的血

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

尿症。血尿胶囊中虽有3味药组成，但每味药所含的成分都比较复杂，欲使分离得较理想，必须对提取溶剂、薄层板类型、展开剂的组成和配比、显色剂浓度、扫描条件等进行一系列的探索实验。孙氏经过对比筛选和考查，已经建立了血尿胶囊中主成分的薄层扫描定性和定量方法。

【古训今释】

1 病名溯源

1.1 涵 义

尿血或血尿，乃指尿中带血而言，或夹杂血块而下，亦称溺血，或溲血，或小便血，或小便出血，但必尿时无痛。痛则非血尿，而称血淋。《杂病源流犀烛·血尿》："血尿，溺窍病也。其原由肾虚，非若血淋之由于湿热，其分辨处，则以痛不痛为断。盖痛则血淋，不痛则为尿血也。"

1.2 历史沿革

尿血最早见于《内经》，此时称之为溺血、溲血。《素问·气厥论》："胞移热于膀胱，则癃、溺血"。《灵枢·热病》："热病七日八日，脉微小，病者溲血"。

汉代张仲景首次提出尿血病名，《金匮要略·五脏风寒积聚病脉证治》："热在下焦者，则尿血，亦令淋秘不通。"

宋代陈言《三因极--病证方论·尿血证治》明确提出尿血与血淋的鉴别要点在于痛与不痛。

元代李梴在其《医学入门·溺血》中指出："血从精窍中来，乃心移热小肠"，阐明了心火亢盛，移热小肠而致尿血，但将尿血局限为精窍，相对狭窄，男性病人如此，女性病人又如何呢？

明代龚信编纂的《古今医鉴·溺血》："溺血者，小便中出血也，乃膀胱所致"，将尿血所属脏腑定位在膀胱，与《内经》相合。

清代沈金鳌撰《杂病源流犀烛·血尿》曰："血尿，溺窍病也"。

2 病因病机学说

尿血的病因，实可分为外感、内伤与跌仆损伤三大类，其中以内伤为主。历代医家对外感论述甚少。本文着重从内伤进行系统叙述。

2.1 热致尿血

胞移热于膀胱，心移热于小肠，或因酒色欲念，致动下焦之火，则癃而溺血，但无疼痛，或痛隐于少腹，脉数苔黄。《素问玄机原病式》云："热客下焦，而大小便血也。"《金匮要略·五脏风寒积聚病脉证并治》说："热在下焦者，则尿血，亦令淋秘不通。"《丹溪心法·溺血》："溺血属热"。《寿世保元·溺血》："一论溺血者，小便出血，乃心移热于小肠

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

也。”《证治汇补·溺血》：“胞移热于膀胱，则溺血。是溺血未有不本于热者，但有各脏虚实之不同耳。”《医学心悟·尿血》：“心主血，心气热，则遗热于膀胱，阴血妄行而溺出焉。”《明医指掌·溺血》：“尿血者，小便血也。盖心主血，通行经络，循环脏腑，若得寒则凝涩，得热则妄行，失其常道，则溢渗于脬，小便出血也。”《诸病源候论·血病诸候·小便血候》：“心主于血，与小肠合，若心家有热，结于小肠，故小便血也。”

2.2 脏腑虚损

尿血定位之腑在膀胱，定位之脏在肾，这从古代医籍多可查处，但其病在心、在脾、在肺、在肝。《三因极一病证方论·尿血》：“多由心肾气结，或因忧劳，房室过劳，此乃得之寒热。”《景岳全书·杂证谟·血证》：“若心气不定，精神外驰，以致水火相残，精血失守者。……若脾肺气虚下陷，不能摄血而下者。……血从精道而出者，是即血淋之属，多因房劳以致阴虚火动，营血妄行而然。凡血出命门而涩痛者，为血淋；不痛者，多为溺血；好色者，必属虚也。”《张氏医通·溲血》：“多欲之人，肾虚亏损，下焦结热，血随溺出，脉必洪数有力。”《证治汇补·溺血》：“内因：或肺气有伤，妄行之血，随气化而下降，胞中或脾经湿热内陷之邪，乘所胜而下传水府，或肝伤血枯，或胃虚火动，或思虑劳心，或劳力伤脾，或小肠结热，或心胞伏暑，俱使热乘下焦，血随火溢。”《血证论·尿血》：“尿血，治心与肝而不愈者，当兼治其肺，肺为水之上源，金清则水清，水宁则血宁。盖此证原是水病累血，故治水即是治血。”《玉机微义·血证门》：“尿血因心肾气结所致，或忧劳房室过度，此得之虚寒，不可专以血得热而淖溢，二者皆主尿血，”《张氏医通·溲血》：“老人溲血，多是阴虚，亦有过服助阳药而致者，多难治。”《证治准绳·女科·小便出血》：“妇人小便出血者，由心主于血，血之行身，通行经络，循环脏腑，血性得寒则凝涩，得热则流散，失其常经，溢渗人于胞内，故小便出血也。”

综观上述可知，尿血一证，乃膀胱与小肠之疾，此证虽多主热，但确有脏腑虚损之象，须详辨细查。

3 治则治法

尿血既然多主热，有实有虚，治疗原则不外乎虚实补泻，调整阴阳。大体也可分为二大类。

3.1 泻火法

《丹溪心法·溺血》：“溺血属热，用炒山栀子，水煎服，或小蓟、琥珀。”《医学入门·溺血》：“血从精窍中来，乃心移热于小肠，四物汤加山栀、黄芩、黄连……暴起热者山栀一味……实热者承气汤加当归下之，或小蓟饮子，后以四物汤加山栀调之，心经热者导赤散，暑热者益元散升麻煎汤下，或五苓散。”《景岳全书·杂证谟·血证》：“若果三焦火盛者，惟宜清火凉血为主，以生地、芍药、丹皮、地骨皮、茜根、栀子、槐花，及芩、连、知、柏之类主之，或约阴丸、约营煎俱可用。”《证治汇补·溺血》：“用药：实热，用导赤散加山栀、黄芩，淡竹叶、赤苓，煎成调滑石末饮之。”《医学心悟·尿血》：“又肝主疏泄，肝火盛，亦令尿血。清心，阿胶散主之；平肝，加味逍遥散主之。”《杂病源流犀烛·血

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

尿》："一因膀胱火，即火淋之病，溺出必痛，宜小蓟饮子，或四物汤加发灰、山栀、牛膝。"

3.2 补 虚 法

《丹溪心法·溺血》："其人素病于色者，此属虚，宜五苓散和胶艾汤吞鹿茸丸，或辰香散、四物加生地黄、牛膝，或四物加黄连、棕灰，又六味地黄丸为要药。"《医学入门·溺血》："久虚者四物汤加山栀、牛膝，或单牛膝膏。房劳伤精，火动溺血者胶艾四物汤、肾气丸、小菟丝子丸，虚甚病久者鹿角胶丸、固真丸、金樱膏，痛不可忍者淡豆豉一撮。"《古今医鉴·溺血》："溺血因血虚者，四物汤加牛膝膏。"《景岳全书·杂证谟·血证》："若肾阴不足，而精血不固者，宜养阴养血为主，以左归饮、或人参固本丸之类主之。若肾虚不禁，或病久精血滑泄者，宜固涩为主，以秘元煎、苓术菟丝丸、金樱膏、玉锁丹、金锁思仙丹之类主之，或续断、乌梅之属，亦所宜用。"又云："若心气不足，精神外驰，以致水火相残，精血失守者，宜养心安神为主，以人参丸、天王补心丹、王荆公妙香散之类主之。若脾肺气虚下陷，不能摄血而下者，宜归脾汤、人参养营汤、补中益气汤、举元煎之类主之。"《张氏医通·溲血》："有气虚不能摄血者，玉屑膏最妙，方用人参、黄芪等分为末，……溲血，先与导赤散加桂、苓作汤。若服药不效，此属阴虚，五苓散加胶、艾，下四味鹿茸丸。小便自利后有血数点者，五苓散加桃仁、赤芍；……溲血日久，元神大虚而夹虚热，所下如砂石而色红，有如石淋之痛，神砂妙香散加泽泻、肉桂；病久滑脱者，去黄芪、山药、桔梗、木香，加煅飞龙骨、益智仁，即王荆公妙香散，虚寒以此汤吞四味鹿茸丸。老人溲血，多是阴虚，亦有过服助阳药而致者，多难治，惟大剂六味丸加紫菀茸作汤服之。"《证治汇补·溺血》："虚热，宜四物汤加生地、茯苓、山栀、牛膝、麦冬，煎成调发灰饮之。久不止者胶艾四物汤；虚甚者，鹿角秋石丸；阻塞不通加冬葵子、生蒲黄以化之。"《医学心悟·尿血》："若久病气血俱虚而见此症，八珍汤主之。"《杂病源流犀烛·血尿》："一因下元虚冷，即尿血，溺出不痛，宜金匮肾气丸。而其条分缕判，则有劳伤者，宜茅根汤；有由阴虚者，宜参芪萝卜散；有卒然尿血不止者，宜龙胆草汤；有不问男妇患溺血者，宜龙骨散、郁金散、二草丹。"可见虚证尿血，病因不同，治法亦异，有补阴，有摄血，有养血，有摄气。

3.3 验 方 类

《寿世保元·溺血》："一治溺血不止效方：小蓟根、生地黄、通草、滑石、蒲黄、淡竹叶、当归、藕节、山栀子、甘草、茯苓、车前草。"《丹溪心法·溺血》："大抵小便出血，则小肠气秘，气秘则小便难甚，痛者滑之淋，不痛者为谓之溺血，并以油头发烧灰存性为末，新汲水调下妙。又方以车前子为末煎车前草叶，调二钱服。"

展 望

尿血一证可见于许多泌尿系统疾病或某些全身性疾病，是以主诉症状命名的一种临床

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

最常见血证。目前西医方面尚缺少肯定专治尿血的有效药物，而有关中医治疗各种尿血的临床报道很多，取得了许多成绩，但尿血仍是一个临床难题，有待于从以下几个方面加深研究和探索。

(1) 以临床实践为基础，博采众家之长，充分利用现代科学技术，进一步研究和完善尿血证的病因病机和辨证论治理论：现代医家多认为尿血的主要病因病机在于热、虚、瘀，然据资料统计，引起尿血的疾病多达百余种，病因之复杂。只有在实践中汲取众家之长，辨证与辨病互参，宏观临床实践与微观实验研究相结合，加深基础实验研究，方能有助于加深人们对尿血的特殊病因、发病、病位病性、证候类型、病势传变、治则治法的认识，以利于进一步提高临床疗效。

(2) 中西合参，使尿血诊断与疗效标准规范化，系统化：就现有资料来看，中医治疗尿血疗效肯定，然由于同类文献中的辨证诊断标准及疗效判定标准不尽一致，在一定程度上缺乏科学性、统一性及可重复性，故在今后的尿血研究工作中，要遵循中西合参的原则，借助现代诊查技术，努力寻求客观化观察指标，揭示各种疾病导致尿血的共同规律与特殊规律，以便使尿血的中医诊断标准与疗效评定标准更趋规范化、系统化，更具科学性，先进性。

(3) 结合现代医学科技手段，深化中医治疗尿血的用药规律研究，推动剂型改革：现代医学在探讨尿血证的中医用药规律方面已做了许多临床工作，积累了宝贵的经验。然而，对此方面的现代实验研究实为罕见。由于西医对血尿的治疗多为对症治疗和创伤性治疗，又多伴有副作用及合并症，且尚未取得满意疗效，所以，中医药工作者更应充分利用现代药理研究等多方面的科技手段，以中医学的整体观和辨证论治理论为指导，病证互参，积极寻找用药研究的突破口，深入总结和研究各老中医治验及临床疗效确切的新方剂或单方单药，并努力研制和改进出起效快、疗效好、价格合理、应用方便的新剂型。

(4) 深入开展尿血疑难证的中医和中西医结合临床与实验研究：近年来，临床文献报道较多的是肾炎血尿的中医诊疗经验和体会，而诸如全身性疾病所致的尿血以及特发性血尿等临床疑难血证的研究成果较少，有关实验研究可谓缺如。因此，应发挥中医药或中西医结合的优势，大胆探索诊疗新思路，寻找新治法，尤其对临床上难治的血液病、恶性肿瘤等疾病所致之尿血，要加大实验研究力度，揭示其中医辨证的物质基础和微观指标，阐明中药的确切作用机制，对比着研究中西医结合与纯中药治疗的疗效差别，以利于提高临床疗效，突破难治性尿血的治疗难关。

(秦克力　刘静霞)

参考文献

[1] 张琪．张琪教授论血尿四法．江苏中医，1994 (10):3
[2] 刘建阳．李培生运用六味地黄汤经验举隅．湖北中医杂志，1993 (3):3
[3] 徐剑泉．医案数则．贵阳中医学院学报，1989 (2):6
[4] 贝润甫．娄春华教授治疗慢性肾炎的经验．上海中医药杂志，1990 (3):42
[5] 马俊．加味当归补血汤治疗尿血．四川中医，1987 (12):7

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[6] 王文泽. 牛膝四物汤加味治尿血. 四川中医, 1986 (1):5
[7] 池连信. 加味猪苓汤治疗尿血的疗效观察. 内蒙古中医药, 1988 (3):10
[8] 高桂郁. 桃仁承气汤治疗血尿. 中医药学报, 1992 (4):8
[9] 单翠华. 当归拈痛汤治疗血尿归床观察. 黑龙江中医药, 1986 (5):17
[10] 王焕生. 约营煎治疗血尿验案. 陕西中医, 1986 (10):454
[11] 焦冬英. 尿血辨治补议. 中医药学报, 1989 (3):24
[12] 柴彭年, 等. 血尿病症的治疗. 天津医药, 1984 (4):228
[13] 吴权国. 痰血尿. 实用中西医结合杂志, 1990 (5):298
[14] 胡善家. 肾炎血尿证治琐谈. 实用中医内科杂志, 1992 (2):15
[15] 孙郁芝. 血尿的中西医结合治疗. 中华肾脏病杂志, 1991 (3):5
[16] 张柏庆. 治疗慢性肾小球肾炎血尿的体会. 河北中医杂志 1993 (5):24
[17] 刘宏伟. 肾炎血尿的中医研究进展. 甘肃中医学院学报, 1991 (2):53
[18] 李明英, 等. 血尿灵合剂治疗肾小球性血尿 40 例. 中医药学报, 1996 (5):17
[19] 陆有放. 滋肾化瘀法治疗肾炎血尿 30 例. 浙江中医学院学报, 1995 (3):23
[20] 常光仁, 辨证治疗肾炎迁延性血尿 54 例. 吉林中医药, 1992 (2):18
[21] 费荣华. 晋阳儿科笔谈. 小儿水肿血尿证治. 山西中医, 1990 (3):40
[22] 曾章超, 等. 小儿紫癜性肾炎 49 例临床分析. 中医药学报, 1992 (5):11
[23] 胡庆寅. 单纯性血尿中医治疗的探讨. 黑龙江中医药, 1987 (6):4
[24] 王烈, 等. 单纯性血尿 11 例证治研究. 吉林中医药, 1994 (4):1
[25] 韦俊. 中医辨证治疗小儿肉眼 52 例. 陕西中医, 1985 (10):4
[26] 吴康健. 小儿血尿的治疗. 浙江中医学院学报, 1987 (1):36
[27] 张书芬, 等. 中医辨证治疗尿血 42 例临床观察. 河南中医, 1994 (3):13
[28] 方筠卿. 42 例血尿辨证施治观察. 福建中医药, 1992 (1):16
[29] 王自芳. 自服芫花过量致吐泻血尿. 河南中医, 1994 (3):185
[30] 徐文香. 感冒通引起血尿 1 例. 临床荟萃, 1995 (19):899
[31] 杨林, 等. 腔内放疗后膀胱性血尿的中医治疗. 浙江中医杂志, 1995 (11):499
[32] 叶琳. 滋肾宁血法治疗外伤血尿 68 例临床观察. 云南中医杂志, 1990 (6):11
[33] 谢惠芳, 等. 治疗血尿八法. 河北中医, 1993 (4):29
[34] 何厚夫. 肾炎血尿辨证六法. 北京中医学院学报, 1988 (2):24
[35] 王琦. 血尿论治. 河北中医, 1986 (4):15
[36] 黎汉华. 滋阴清热法治疗尿血的体会. 中医药信息, 1985 (4):39
[37] 朱燕俐. 血尿灵加减治疗隐匿性肾炎单纯血尿 30 例. 上海中医药杂志, 1995 (8):26
[38] 李明英. 血尿灵合剂治疗肾小球性血尿 40 例. 中医药学报, 1996 (5):17
[39] 陈梁. 化赤汤治疗小儿难治性血尿. 湖北中医杂志, 1986 (5):34
[40] 张道诚. 红龙止血汤治疗血尿证 45 例临床观察. 河南中医, 1994 (2):101

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❊ 紫　癜 ❊

紫癜，又称肌衄，是因血液不循常道，溢于肌肤，以皮肤出现青紫斑点或斑块，压之不退色为主要特征的病证。临床常伴有鼻衄、齿衄、尿血、便血、崩漏等症。

紫癜在中医作为一个独立的病证，在西医则为散在于多种疾病中的一个症状。其中主要见于特发性血小板减少性紫癜、过敏性紫癜。此外，血液病的再生障碍性贫血、白血病，胶原性疾病的系统性红斑狼疮，传染病的猩红热、流行性出血热都可表现为皮肤紫斑。本篇讨论的重点是血小板减少性紫癜和过敏性紫癜，其它病种出现紫斑时，可参考本篇辨证论治。

【今日临床】

1 诊断标准

关于紫癜的西医诊断标准，因所涉及的病种较多，难以综合论述，仅就临床最常见的特发性血小板减少性紫癜与过敏性紫癜作一综合论叙。过敏性紫癜目前仍按《实用内科学》第 10 版和 1993 年中华人民共和国卫生部药政司制定发布的《中药新药临床研究指导原则》中治疗过敏性紫癜的诊疗标准来进行诊断和疗效判定。特发性血小板减少性紫癜的诊断依据《血液病诊断及疗效标准》(张之南主编．天津科学技术出版社，1991 年)。

紫癜的中医诊断标准经过反复修订，形成了由第一届全国血液学术会议制定的诊疗标准。完善后相继形成了 1984 年 5 月洛阳第二届全国血液病学术会议 ITP 的诊断标准和 1987 年首届全国血栓与止血学术会议修订的诊断标准。这些标准基本上是根据西医的诊断标准拟定的，西医辨病，中医辨证。目前在中医界最具有权威性的中医紫癜诊断标准应推崇的是 1993 年中华人民共和国卫生部制定发布的《中药新药临床研究指导原则》和 1994 年 6 月发布 1995 年 1 月开始实施的中华人民共和国中医药行业标准，《中医病证诊断疗效标准》。现将后一标准采录如下。

1.1 病名诊断标准

紫癜是由血络受损伤，血渗于肌肤之间，皮肤表现点状或片状青紫斑块的病证。相当于原发性血小板减少或血管性、过敏性紫癜。

本病诊断依据如下。

全身或四肢可见点状或斑块状出血，不高出皮肤，反复发作。色鲜红或黯红，微痒，可伴腹痛或关节酸痛等症。

可伴低热、齿衄、鼻衄、月经过多。严重者可出现头痛、昏迷、便血、尿血。

血小板计数低于正常，出、凝血时间延长，束臂试验阳性。骨髓象：巨核细胞正常或增多，血小板形成减少或缺如。若均正常者多为过敏性紫癜。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

必要时查免疫球蛋白 PAIgG 和 PAIgA、PAC_3 有助原发性血小板减少性紫癜的诊断。

以上录自 ZY《中医病证诊断疗效标准》。

1.2 证类诊断标准

1.2.1 过敏性紫癜

1.2.1.1 风热伤络

主症：肌肤斑色鲜红，起病急骤。

次症：呈腰以下对称分布，略高出皮肤。或有痒感，发热，腹痛，关节酸痛，舌尖红，苔薄黄，脉浮数。

1.2.1.2 血热妄行

主症：肌肤斑色鲜红或紫黯，甚或发黑，起病急骤。

次症：发热，烦渴，溺赤便秘，或关节腰腹疼痛，舌质红苔黄，脉滑数或弦数。

1.2.1.3 阴虚血热

主症：肌肤斑色鲜红或紫黯，起病较缓。

次症：时发时愈，头晕目眩，五心烦热，潮热盗汗，舌干红，少苔或无苔，脉细数。

1.2.1.4 气虚不摄

主症：肌肤斑色淡红，病程较长。

次症：时发时愈，神疲乏力，面色苍白或萎黄，食少便溏，舌淡苔白，脉细无力。

1.2.1.5 瘀血内阻

主症：肌肤斑色紫黑。

次症：面色晦黯，或唇甲青紫，胸或腰腹固定疼痛，舌质紫黯或有瘀斑，脉涩。

1.2.2 特发性血小板减少性紫癜

1.2.2.1 血热妄行

主症：斑色鲜红或紫黯，甚或发黑，起病急骤。

次症：发热，烦渴，溺赤便秘，舌红苔黄，脉滑数或弦数。

1.2.2.2 阴虚血热

主症：斑色鲜红或紫黯，起病较缓。

次症：时愈时发，头晕目眩，五心烦热，潮热盗汗，舌干红，少苔或无苔，脉细数。

1.2.2.3 气虚不摄

主症：斑色淡红，病程较长。

次症：时发时愈，面色㿠白或萎黄，神疲乏力，食少便溏，舌质淡苔白，脉细无力。

1.2.2.4 瘀血内阻

主症：斑色紫黯。

次症：面色晦黯，或唇甲青紫，胸或腰腹固定疼痛，舌质紫黯或有瘀斑，脉涩。

以上4证均可伴鼻衄、齿衄、尿血、便血、崩漏等。

以上录自《中药新药临床研究指导原则》。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.3 分级标准

1.3.1 过敏性紫癜

轻度：四肢肌肤散在斑点，无明显出血症。

中度：四肢肌肤散在斑点，或波及全身，或伴鼻衄、齿衄、月经过多等。

重度：四肢肌肤斑点密集，或波及全身，伴关节疼痛或腹痛、便血、吐血、崩漏等。

1.3.2 特发性血小板减少性紫癜

轻度：四肢肌肤散在斑点或月经增多。血小板 $> 50 \times 10^9/L$。

中度：四肢肌肤有密集斑点，或波及全身，或伴鼻衄、齿衄、月经过多等。血小板计数在 $(30 \times 10^9/L \sim 50) \times 10^9/L$。

重度：四肢肌肤斑点密集，波及全身，或大量鼻衄或血崩等。血小板计数 $< 30 \times 10^9/L$。

以上录自《中药新药临床研究指导原则》。

2 中心证候特征

皮肤紫斑为本病的主要证候。初起色红，日久现见紫色，压之不退色。小如针尖样斑点，大则融合成斑块，可遍布全身而以四肢为主，紫斑可突然发生，并常反复发作。

本病一般可分为血热妄行、阴虚血热、气虚不摄、瘀血内阻四类证候。血热妄行证以紫斑红赤，发热烦渴，或伴鼻衄、齿衄，舌红为特征。阴虚血热证以斑色殷红，五心烦热或潮热，舌红少苔而干为特征。气虚不摄证以斑色淡红，神疲气短、脉细为特征。瘀血内阻以斑色紫黯，舌紫暗或有瘀斑为特征。

本病初起多属实证，若紫斑反复发作，邪热伤阴或出血过多，气随血脱或壮火食气，可转化为虚证。其阴虚证者，可出现斑色变成殷红，伴五心烦热，舌红干等证候。气虚证者可出现斑色由紫红变淡红，伴神疲、气短、脉细等证候。紫癜实证之间也可互相转化，如血热妄行证，可因病久入络转化为瘀血内阻，其特征为斑色红赤变为紫黯色，舌质红转为紫黯或有瘀斑。紫斑虚证可转化为实证，如气虚失运血行瘀滞，可转化为瘀血内阻，其特征为斑色淡红转为紫黯，舌边出现瘀斑。虚证日久可致阳虚，其特征是出现纳呆便溏，腰酸肢冷等脾肾阳虚证候。紫斑反复不愈，不仅可导致脏腑气血阴阳虚损的虚劳证，还可因出血过多出现以气息低微、大汗肢冷、面㿠白舌淡、脉微细为特征的气随血脱证，少数则因热毒攻心，损脾败肾，出现紫斑累累或融合溃烂出血，呕吐频作或腹痛便血，少尿或无尿浮肿，心悸咳喘，气促倚息，神昏或抽搐等危候。

3 病 因

3.1 原发病因

外感时邪 风热湿邪侵袭人体，郁于肌表化热化火，灼伤脉络，迫血妄行。

饮食不节 过多饮酒，过食辛辣煎炒、鱼虾腥腻之品，酿湿生热，胃火内炽，火热迫血妄行。或过食生冷瓜果，损伤脾阳，气虚不摄，皆可血溢肌表形成紫癜。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

情志失调 五志过极化火，伤阴动血，或思虑伤脾，血失统摄，溢于肌表。

劳欲过度 脾肾劳伤，久病不愈，以致脏腑阴阳气血失调，或阴虚火旺灼伤脉络，或气虚不摄，或久病入络，瘀血内阻，血不归经，溢于肌表形成紫斑。

3.2 继发病因

瘀血 离经之血瘀阻，既是紫癜病的病理产物，又是血不归经，紫癜不愈的继发病因。

积聚 脏腑失和，积聚日深，肝脾受损，统摄失司，则血溢肌表而成紫癜。

4 病 机

4.1 发 病

4.1.1 急性发病

有发病突然急骤者，多为风热湿毒较甚，或阴虚内热、气虚不摄。可反复发作，可兼见发热、烦渴，或有痒感，或伴发鼻衄、齿衄、尿血、便血、崩漏等。若失血过多，尚可出现精神萎靡、神志模糊等危急证候。

4.1.2 慢性发病

有起病缓慢，或病程较长，时发时愈者。或可伴有头晕目眩、五心烦热，或可伴有神疲乏力、面色苍白。由于病史特点，体质下降，可表现出虚损劳伤的症状，有时由于症状体征不明显而被忽略。无论是由于饮食不节、情志失调、劳欲过度所致之紫斑，还是由瘀血、积聚等演变而来的紫斑，都应结合病因、病机、病证分析。

4.2 病 位

表现在肌肤，病变脏腑涉及肺、胃、脾、肝、肾。

4.3 病 性

本虚标实，虚实互见。本虚多责之脾、肾，标实多责之血热、血瘀。日久病必由实转虚。实证出血后，血亏则变生血虚之证。

4.4 病 势

由外感毒热之邪所致者，始则邪热炽盛，迫血妄行；继则耗伤阴津，阴精亏耗，终成正虚邪恋之证。由内伤而致者，或郁热内盛，或气虚不摄，先以邪实毒热为主，逐渐伤及胃津、脾气、肾精，最终可以正虚为主，气血两亏，肝、脾、肾俱虚。

4.5 病因转化

病机主要为热伤血络及血失统摄两端。病程初期，伤络扰血多由热毒邪迫血妄行。其中期，热毒不去伤阴动血，阴血已亏而邪热犹存，迁延日久，热势渐减而阴血未复，阴虚生内热。若壮火食气，或阴损及阳，则可出现气虚不摄。紫斑一病，热灼阴液或久病久

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

络，终致血瘀不行而转为瘀血内阻。

4.6 证类病机

基本病因是脾胃、肝、肾等脏腑功能失调，火热、瘀血犯于肌肤、血脉。

血热妄行 风热之邪外侵，郁于肌肤，郁而化火，灼伤阳络，血溢肌肤而见紫癜；或素体阳盛，感受邪热或过食辛香燥热之品，致胃热气盛，熏发于肌肤，迫血妄行而见紫癜。

阴虚血热 阴虚则阳气偏亢，虚火灼伤脉络，血溢肌肤，则见紫癜、齿衄、鼻衄，并导致其它阴虚失养或阴虚内热之象。

气虚不摄 禀赋不足，久病体虚，或紫斑日久气血两伤，脾虚气不摄血，血溢肌肤则为紫斑；溢于肠胃则为吐血、便血；脾虚统摄无权，冲任不固，则女子可见月经过多与崩漏；气虚则气短倦怠无力；脾气虚弱，运化失常，清阳不升，浊阴不降，故食少纳呆便溏。

瘀血内阻 或因气虚，或因气滞、湿阻血运不畅，脉络瘀阻，或离经之血著而不去，血不归经，故斑色紫黯，舌有瘀点，脉涩或弦；邪气流注关节，血瘀不通，可致关节肿胀疼痛。

5 临证思路

5.1 重视起病原因与形式

本病证其中属过敏性紫癜者，主要见于儿童及青年，6岁以上占多数。起病前1～3周常有上呼吸道感染史，包括细菌、病毒和寄生虫感染等等。此外也可发生于服用抗生素、磺胺药及水杨酸制剂或食用鱼、虾、蟹等异性蛋白质之后。病程中以反复出现皮肤紫斑为其特点。

特发性血小板减少性紫癜在临床上分为急、慢性两种。前者多为自限性，多见于儿童。后者以青年女性常见，大约为男性发病率的3～4倍。

5.2 分析病位

紫癜之病位在肌肤，血脉，与肺、胃、脾、肝、肾等脏腑密切相关。皮肤出现青紫斑点或斑块，兼见发热恶寒、头痛或鼻衄、脉浮等，病位在肺；皮肤紫斑，伴齿衄、发热面赤、口渴饮冷、便秘溲赤，病位在胃；皮肤紫斑，伴头晕目眩、咽干口燥、五心烦热、盗汗，病位在肝肾；紫斑伴神疲肢软、纳呆便溏，病位在脾，兼见畏寒肢冷、腰膝酸软，病位在脾肾。

5.3 确定病性

紫癜之病性或为实证，或为本虚标实。本虚为脏腑阴阳气血虚损，实者或标实为火热或瘀血犯于肌肤、血脉。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

5.4 判断病情轻重缓急

患者若在出现皮肤鲜红或紫黯斑块的同时，伴高热，头痛如裂，烦躁不安，并迅速出现昏狂谵妄，四肢抽搐，鼻衄，齿衄、便血，尿血，舌质红绛，应考虑温病发斑，症情危重，应积极救治。紫斑颜色红，数量多，伴见其它部位出血之来势迅猛者，应考虑紫癜危重证发生的可能性。如患者突见面色苍白，大汗淋漓，四肢厥冷，烦躁晕厥，脉微细欲绝，此为阳气暴脱的证候。如患者突然头痛剧烈，恶心呕吐，卒倒昏迷，多见于颅内出血，为瘀血攻心之候，应中西医结合紧急处理。

紫癜若发生在服食鱼、虾、蟹等海腥发物之后，并出现腹痛、腹泻、呕吐等，应考虑与食物过敏有关。

6 鉴　　别

斑疹　斑者，点大成片，色红或紫，抚之不碍手；疹者，其形如粟米，色红或紫，高出于皮肤之上，抚之碍手（但亦有不高出皮肤，抚之无碍手之感者）。就成因而言，斑多为阳明热毒迫血妄行，从肌肉而出，疹多为太阴风热灼伤血络，从皮毛而出，病有肺胃浅深不同。本病还应与麻疹、风疹相鉴别。麻疹与风疹的出疹顺序为先颜面后躯干再四肢，紫癜则无此规律。如再结合发病的年龄、季节、流行病史，伴随症状，则更易区别。

温病发斑　温病发斑，又称为时疫发斑，为瘟疫病重证，多由邪留血分，伏邪不得外透所致。斑疹的色泽、密度，一般以淡红稀小为轻，以紫黑稠密为重。通常发病急骤，常伴有高热烦躁，头痛如劈，昏狂谵语，四肢抽搐，鼻衄，齿衄、便血、尿血，舌质红绛等，病情险恶多变，杂病发斑常有反复发作史，也有突然发生者，虽有热毒亢盛表现，但一般舌不红绛，不具有温热病传变急速之征。

丹毒　丹毒，又名丹熛，火丹，属外科皮肤病，以皮肤色红如丹得名。轻者压之退色，重者压之色不退。由外伤感染所致。初起患部绛红一片，边缘清楚，灼热，痒痛间作，迅速蔓延扩大，发热恶寒，头痛，口渴，甚者可见壮热烦躁、神昏谵语、恶心呕吐等毒邪内攻之证，但其局部皮肤燃热肿痛与紫癜有别。

7 临 床 治 疗

7.1 分 证 论 治

7.1.1 血热妄行

临床表现：起病急骤，斑色鲜红或黯红甚则紫红。多伴鼻衄、齿衄，或兼发热烦渴，尿赤便秘，或兼发热恶风，头身疼痛，或兼发热身倦，纳呆腹痛，关节肿痛。舌红苔黄，脉滑数或弦数。

病机分析：感受风热之邪，郁于肌肤，营卫不调，气血不畅，故见发热恶风，头身疼痛，气郁化火，灼伤阳络，血溢肌肤而见紫癜，或见鼻衄、齿衄；热郁胃肠则纳呆腹痛便秘；热聚膀胱，灼伤胞络则尿血；邪热伤津则口渴心烦；舌红苔黄，脉滑数或弦数均为风热袭表之象。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

转归：本证一般起病较急，较重。若不能积极恰当治疗，消除病因，紫斑得不到很好的控制，加之尿血、便血或齿鼻衄血，造成失血虚弱，或病情进展，高热，昏狂谵妄，症情危重，甚则有生命危险。

治法：清热泻火，凉血化瘀。

方药：犀角地黄汤(《备急千金要方》) 合化斑汤(《温病条辨》) 加减。

水牛角　生地黄　赤芍　丹皮　生石膏　知母　玄参

加减：发热烦躁，紫斑密集而多者，加黄连、金银花、连翘，或冲服紫雪丹；齿衄、鼻衄者加白茅根，藕节、侧柏叶；尿血者加小蓟、旱莲草、白茅根；便血者，加地榆、槐花；腹痛者，加白芍；大便秘结者加大黄；关节肿痛者，加薏苡仁、秦艽、桑枝、忍冬藤、防己。

参考方

(1) 神犀丹 (《温热经纬》)：犀角 (现已禁用，用水牛角代替)、菖蒲、黄芩、生地、银花、粪清 (金汁)、连翘、板蓝根、淡豆汁、玄参、天花粉、紫草。本方是在犀角地黄汤的基础上发展而来，其清热解毒作用较大，并能化浊开窍，尤侧重于解毒一面，若须加重凉血散瘀作用可酌加丹皮、大黄。

(2) 清营汤 (《温病条辨》)：犀角 (现已禁用，用水牛角代替)、生地黄、玄参、竹叶心、麦冬、丹参、黄连、银花、连翘。本方主治热入营血，血热妄行，溢于肌肤，而见斑疹隐隐，是谓清营透气的代表方。

7.1.2 阴虚内热

临床表现：起病缓慢，紫斑时发时愈，头晕目眩，咽干口燥，五心烦热，潮热盗汗，腰膝酸软，舌红少苔或无苔，脉象细数。

病机分析：房劳过度，损伤肝肾，肾阴亏耗，虚火灼伤脉络，血溢肌肤，则见紫斑；阴虚而头目失养，则头晕眼花，咽干口燥；虚火迫液外泄则盗汗；虚火内扰心神则心烦少寐；虚火上炎，灼伤脉络则齿衄、鼻衄；阴虚内热则潮热，手足心热；肾阴不足，肾脉失养，则腰膝酸软；舌红少苔脉细数则为阴虚火旺之象。

转归：一般病程较长，用药准确，或可取效，但须坚持用药，同时强调调护摄生，饮食勿辛热，药物勿辛燥，节房事，凡属伤阴动火之品慎用。

治法：滋阴降火，凉血止血。

方药：茜根散 (《景岳全书》) 合大补阴丸 (《丹溪心法》) 加减。

生地黄　龟甲　丹皮　知母　黄柏　茜草根　黄芩　侧柏叶　阿胶　旱莲草

加减：潮热，手足心热者，加地骨皮、银柴胡、白薇；齿衄、口臭者，加生石膏、玄参、怀牛膝；盗汗者，加龙骨、牡蛎；尿血者，加小蓟、白茅根。

参考方：

(1) 知柏地黄汤 (《医宗金鉴》) 合二至丸 (《证治准绳》) 加减。

(2) 左归饮 (《景岳全书》)：熟地、山药、枸杞子、炙甘草、茯苓、山茱萸。本方治证属肝肾真阴不足所致，滋肾阴而养肝血。若酌加龟甲、黄柏、知母之品，壮水之主，以消阴翳。

7.1.3 气虚不摄

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

临床表现：病程较长，斑色黯淡，时起时消，反复发作，面色苍白或萎黄，神倦乏力，心悸气短，纳呆腹胀，便溏溲清，舌淡苔薄白，脉细弱。

病机分析：禀赋不足，久病体虚，或紫斑日久气血两伤，脾虚气不摄血，血溢肌肤则为紫斑；溢于胃肠则为吐血、便血；脾虚统摄无权，冲任不固，则女子可见月经过多与崩漏；气虚则气短倦怠无力；脾气虚弱，运化失常，清阳不升，浊阴不降，故食少纳呆便溏；舌体胖，舌质淡，脉沉弱，是气虚之象。

转归：一般起病多缓渐，病情相对较轻，但缠绵不易痊愈。

治法：健脾养心，益气摄血。

方药：归脾汤（《济生方》）加减。

党参　黄芪　炒白术　当归　阿胶　桂圆肉　大枣　酸枣仁　炙甘草　花生衣　仙鹤草

加减：紫斑出血较多者，加紫珠草、茜草根；面色㿠白、肢冷、便溏者，加肉桂、附子、补骨脂；腰酸膝软者，加菟丝子、淫羊藿、续断；月经过多者，加棕榈炭、炮姜炭、血余炭、艾叶炭；若脾气虚下陷突出，可选补中益气汤加减。

参考方：

（1）当归补血汤（《内外伤辨惑论》）：黄芪、当归。

（2）黄芪建中汤（《金匮要略》）：桂枝、甘草、大枣、芍药、饴糖、黄芪。

7.1.4　瘀血内阻

临床表现：久病不愈，斑色紫黯，面晦或唇甲青紫，胸或腰腹疼痛，痛有定处，舌紫黯有瘀斑，脉涩。

病机分析：或气虚、或气滞、或湿阻导致血运不畅，脉络瘀阻，或离经之血着而不去，故斑色紫黯，舌有瘀点，脉涩；瘀血阻络，不通则痛，故而疼痛有定处；若邪气流注关节。血瘀不通，痹阻而关节肿胀疼痛。

转归：本病依病因不同，可以表现实证，气滞血瘀，血瘀湿阻；也可以表现虚中夹实，气虚血瘀证；或久病正虚，表现出不同的主次，通常患病的时间较长，预后不佳。

治法：活血化瘀，消斑止血。

方药：桃红四物汤（《医宗金鉴》）加减。

生地黄　当归　川芎　赤芍　红花　桃仁　丹参　鸡血藤　三七

加减：气短乏力者，加黄芪、党参、大枣；五心烦热者，加玄参、知母、地骨皮；发热，咽喉肿痛者，加金银花、连翘、板蓝根；鼻衄者，加白茅根，山栀子；咯血者，加白及、侧柏叶；便血者，加地榆、槐花；腹胀者，加青皮、木香；腹痛者，加五灵脂、蒲黄；腹中有癥块者，加鳖甲、牡蛎。

临证参考：本证多见于紫斑病后期，其病虽以血瘀为主，然久病正虚，治宜攻中兼补或先攻后补，若能随证辅以补气、理气、泻火、滋阴等药，更能提高临床疗效，故基本方之加减用药不可忽视。

参考方：身痛逐瘀汤（《医林改错》）。药用：秦艽、川芎、桃仁、红花、甘草、羌活、没药、五灵脂、香附、牛膝、地龙、当归。功效在于活血行气，祛瘀通络而止痛。尤适宜于过敏性紫癜之关节型病人，对病久血瘀病人，可在此方基础上酌加补虚之品。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.2 辨病论治

紫癜病的发生，可以由外感、内伤、跌仆、损伤等原因所引起，所涉及的病种也较多。例如外感温病热入营血所致的发斑，西医所称的流行性出血热、钩端螺旋体病，又如细菌性心内膜炎的病人在临床上都可以出现皮下出血，均不在本文讨论。本篇所述的紫斑主要是西医学的特发性血小板减少性紫癜和过敏性紫癜。

7.2.1 过敏性紫癜

临床表现：紫癜发生前2~3周常有急性上呼吸道感染或其它前驱症状。皮肤紫癜多在四肢远端，尤其下肢伸侧，对称、分批出现、高于皮肤表面，红色瘀点或紫癜。重者可融合成大泡，中心出血性坏死，紫癜发生可伴痒感或感觉异常，并可并发荨麻疹、过敏性水肿或多形性红斑——皮肤紫癜（单纯性紫癜）。

若伴发游走性关节酸痛或肿胀，为关节型紫癜。若表现为发作性脐周或下腹绞痛伴胃肠道症状者，为腹型紫癜。若出现腰痛、高血压及尿改变（少尿、蛋白尿等），为肾性紫癜。若上述两型以上混合存在，则为混合性紫癜。

实验室检查：

(1) 毛细血管脆性试验阳性，血小板计数在正常范围。

(2) 嗜酸粒细胞可以增多。

(3) 伴紫癜性肾炎者持续蛋白尿、血尿，甚至肾功能不全。

(4) 血清 IgA 可以增高。

主症分析：过敏性紫癜又称为出血性毛细血管中毒症，是因变态反应引起毛细血管（甚至小动脉）广泛性炎症，血管壁渗透性增高和脆性增加所致。一般为风火湿毒、膏粱厚味、邪热伤络所致。故而诊查此类疾病，须查找是否有上呼吸道感染的既往史，或可能有变态反应病因存在。

治则：

(1) 火盛气逆者，泻火解毒，凉血止血。

(2) 肝肾阴虚者，清热降火，养阴止血。

(3) 气血虚衰者，补脾益气，固摄止血。

(4) 血行瘀滞者，活血行瘀，止血。

方药：

(1) 火盛气逆：犀角地黄汤(《备急千金要方》) 加味。

犀角（现已禁用，用水牛角） 生地 赤芍 丹皮 黄连 黄芩 大黄

(2) 肝肾阴虚：六味地黄丸(《小儿药证直诀》) 合--贾煎(《柳州医话》) 加味。

熟地 山茱萸 生山药 泽泻 茯苓 当归 丹皮 沙参 麦冬 川楝子 枸杞 鳖甲

(3) 气血虚衰：归脾汤（《济生方》) 加味。

黄芪 白术 龙眼肉 酸枣仁 当归 远志 党参 茯神 仙鹤草 木香 炙甘草 大枣 生姜

(4) 血行瘀滞：桃红四物汤（《医宗金鉴》) 加味。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

桃仁　红花　熟地　当归　白芍　川芎　柴胡　枳壳

7.2.2　原发性血小板减少性紫癜（ITP）

临床表现：是因血小板减少所致的皮肤出血，病史中常无明显诱因或虽有感染史，但感染已治愈而后发病，出现皮肤粘膜、内脏自发性及创伤后出血。其中急性型：突然有广泛严重的皮肤粘膜出血，甚至大片瘀斑或血肿，皮肤瘀点通常先出现于四肢，尤以下肢为多，分布不匀。慢性型：女性多见，多数患者有皮肤瘀点或瘀斑，血肿很少见。反复发作的病例可有轻度脾肿大。

实验室检查：

（1）血液检查：急性 ITP，血小板 $< 20 \times 10^9$/L，慢性 ITP，血小板一般在 $30 \times 10^9 \sim 80 \times 10^9$/L 之间，白细胞计数大多正常。

（2）凝血时间正常，出血时间延长，血块退缩不佳，血清凝血酶原消耗不良，血管脆性试验阳性。血小板表面相关 IgG、IgM 或 C_3 增高。

（3）放射核素^{51}铬或^{111}铟测定：血小板寿命缩短，与疾病严重程度成正比。

（4）骨髓象：巨核细胞正常或增多、血小板形成型巨核细胞减少。

主症分析：本病是因血小板减少，而致止血凝血机理异常，发生皮肤粘膜及其它部位自发性及创伤性出血之疾病，可能与免疫有关，使血小板寿命缩短。而急性型病程较短，可为自限性，周期多在 1 周～4 个月；慢性型病程较长，持续性或反复发作，多在 1 年以上。

治则：

（1）肝郁化火，迫血妄行者，泻肝降火止血。

（2）阴虚火旺者，滋阴降火止血。

（3）气虚不摄者，健脾益气，固摄止血。

（4）瘀血内阻者，活血化瘀止血。

方药：

（1）肝郁化火：当归龙荟丸（《丹溪心法》）加减。

生地　白茅根　仙鹤草　赤芍　当归　黄芩　栀子　侧柏叶　藕节　茜草　黄连　青黛

（2）阴虚火旺：知柏地黄丸（《医宗金鉴》）加减。

黄柏　知母　丹皮　泽泻　茯苓　生地　山茱萸　龟甲　阿胶

（3）气虚不摄：归脾汤（《济生方》）加减。

（同“过敏性紫癜”）

（4）瘀血内阻：桃红四物汤（《医宗金鉴》）加减。

（同“过敏性紫癜”）

7.3　临床用药经验与体会

7.3.1　补益气血，育阴填精

本法常用中药有鸡血藤、熟地、玄参、麦冬、茜草、补骨脂、紫草、生地、白芍、白术、当归、阿胶、黄芪、党参、炙甘草。其中，鸡血藤、熟地、补骨脂、阿胶、白芍补益

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

精血；生地、玄参育阴凉血；麦冬、紫草养阴清热；黄芪、党参、白术、炙甘草健脾益气；当归、紫草、茜草养血凉血，补而不腻，使气机畅通，恢复体质。现代研究表明，阿胶有加速血液中红细胞和血红蛋白生长的作用，其机理可能是所含的氨基酸等物质有营养作用，能改善全身功能（包括造血功能）。实验研究表明，阿胶还能改善动物体内钙的平衡，促进钙吸收，有利于血清中钙的存留，而钙直接参与血液的凝血机制。

7.3.2 益气活血

此法多用于过敏性紫癜。大多认为风、湿、热、毒内侵肺胃，郁久化热，外透肌肤而发斑疹。在治疗中，若单纯用疏风清热、凉血宣透的治法，往往使肌衄反复发作，缠绵难愈。唐容川曾告诫治血证勿忘行瘀。常用中药：丹参、鸡血藤、黄芪、乌梅、三七、仙鹤草、白术、大枣、甘草。其中，丹参具有扩张血管，增加毛细血管网的开放，改善血液循环，消除微循环障碍的作用，有利于缺血区受损伤组织的修复。现代中医也认为：丹参具有“双向调节”的作用，既凉血止血，又活血化瘀。动物实验发现：三七温浸液能缩短家兔凝血时间及凝血酶原时间，并有收缩血管作用。三七在试管内无凝血作用，但给麻醉犬口服三七粉，则从颈动脉放出的血液凝血时间缩短，如先结扎门静脉，则上述作用消失，故推测其体内止血作用与肝脏有关。对实验动物作肝切口引起外伤出血，局部用三七有止血作用。临床观察：内服、外用均有止血效果。黄芪、白术、大枣、鸡血藤具有健脾益气，强化“脾统血”的功能。西医学研究发现，以单味黄芪或乌梅煎服，能改善人体的免疫功能，减轻变态反应，对治疗某些过敏性疾病甚为有效。

若属原发性血小板减小性紫癜与免疫功能有关者，如用此法益气活血时偏重补血药的使用，可以使得免疫功能低下的现象有不同程度的改善，如酌用熟地、首乌、山萸肉、玉竹等。

7.3.3 补益气血

许多疾病的发生都与气血虚衰有关。许多紫癜病患者体质较差，而气血两亏的症状比较突出。因此认为，本病发生的病理基础是气血两虚，而皮疹、出血、紫癜则为病理反应。常用中药为：党参、黄芪、当归、白术、茯苓、远志、炒枣仁、仙鹤草、大枣。

此法还可称为益气摄血法，主要适用于脾气虚弱，统摄无权者。方中伍以大剂量健脾益气之品，使脾虚得到改善，气血生化有源，脾气健旺，摄血循络而出血自止。党参实验表明，可增加红细胞及血红蛋白，尤以未切脾者为著，其补血作用可能来源于党参本身，以及党参与脾脏某种成分共同作用的结果，可用于缺铁性贫血，营养不良性贫血，因其尚能增进新陈代谢，健胃助消化，故对消化吸收功能障碍所致的贫血者尤宜。实验证明仙鹤草粗制浸膏及较纯的仙鹤草素，能促进凝血，有较好的止血作用，仙鹤草素能缩短凝血时间，升高血小板。但也有认为，仙鹤草的止血作用不仅如此，尚待继续研究。代表方：归脾汤加味。

7.3.4 清热凉血

中医认为：斑出于胃经，阳明主肌肉，胃热内蕴，自内外发，戕伤胃络，络伤血溢，发于肌肤之间，遂成赤斑。治宜清热凉血，常用中药：水牛角、石膏、知母、生地、酒大黄、丹皮、赤白芍、白茅根、玄参。

方中石膏、知母、酒军清泻胃家独盛之热，水牛角、玄参咸寒解毒，凉血化斑；生

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

地、丹皮、赤白芍凉血化斑，白茅根清热凉血，引热从小便出。大黄止血有效成分可能为大黄酚，有促进骨髓制造血小板、促进血液凝固作用。但大黄所含鞣质及钙可能也起一定作用，其中大黄以粉剂效果最佳。代表方：化斑汤、玉女煎。

7.3.5 清热解毒，凉血止血

此法与上法，法相同而症相异，上法主要针对内伤发斑。临床上尚有部分患者急性期突然起病，皮肤粘膜甚至内脏广泛出血，往往伴有高热，病前有上呼吸道病毒感染史。属中医温病血热妄行范畴，此为热毒入血。常用药：黄连、黄芩、黄柏、栀子、大黄、紫草、丹皮、水牛角、玄参。

设法立方基本上是以清热解毒、清营凉血、解毒化斑为原则。代表方剂：如黄连解毒汤、解毒化斑汤、清营汤、犀角地黄汤等。大剂苦寒泻火之品，祛除外毒侵犯之邪，邪热去，血不受邪迫，而循常道，则血自止。黄柏苦寒入肾、膀胱、大肠经，清热泻火，解毒燥湿，含小檗碱、黄柏碱、黄柏酮，具广谱抗菌作用。动物试验有止血及升高血小板作用，同时对血小板有保护作用，使其不易破碎。

7.3.6 滋阴降火

素体阴虚或房劳不慎，造成精血不足，阴虚火旺，阴火独炽，营血内燔，皮下出血，时发时止。治宜“壮水之主以制阳光”，制火寓壮水之中，解毒寓散血之内，相互为伍。常用药：女贞子、旱莲草、玄参、丹皮、紫珠草、黄柏、知母、小蓟炭、山萸肉、阿胶、何首乌。

本法中寓两部分内容：一是滋肾养阴，女贞子、旱莲草（合称二至丸）、山萸肉、阿胶、玄参、何首乌；二是清虚火，紫珠草、小蓟炭、黄柏、丹皮。合之则阴液得复，虚火得降。紫珠草苦涩凉，入肝，肺经，含鞣质、紫珠草素。止血的有效成分为紫珠草素，能缩短出血和凝血时间，机理是使微血管收缩，使血小板数增加。有实验表明，本品止血成分溶于水而不溶于乙醇。小蓟甘凉，归心、肝经，含生物碱、皂甙等，其止血作用主要是能收缩血管，缩短凝血时间而有止血作用。代表方：知柏地黄丸、二至丸。

7.3.7 温补脾肾

紫癜因热、因气、因瘀者多，但不容忽略部分紫斑色黯，形寒肢冷，面色㿠白，神倦纳呆者，属临床少见证——脾肾阳虚。治此只有通过补肾益精，健脾养血才能调整机体的阴阳平衡，调节机体的免疫功能。常用药：熟地、鹿茸、龟甲胶、何首乌、枸杞子、党参、当归、黄芪、淫羊藿、丹参、茜草根、女贞子、炙甘草。

组方立意时要遵循中医学“善补阳者，必阴中求阳”之理，在阴阳双补的基础上，考虑用止血药。鹿茸动物实验证明有增加红细胞、血红蛋白及网织红细胞的作用，用较大剂量能促进血细胞特别是红细胞的新生，从而提高机体的免疫能力。茜草苦寒，入肝经，功效凉血止血，化学成分含茜草酸、紫茜素、茜素等，药理作用能缩短家兔出血时间和凝血时间。代表方：桂附八味丸加味。

7.3.8 清凉宣透

本法适应于过敏性紫癜病人，其发病多与风、湿、热、毒有关，邪郁肺胃，充斥内外，透于肌表而发斑疹。起病急骤，变化莫测，紫癜分批出现。此起彼伏，伴有关节疼痛、腹痛等。所以辨证多以实，热，瘀居首，治疗当以清凉宣透法，慎用温补固摄之品。药用桑叶、蝉蜕、丹

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

皮、生地、甘草、葛根、赤芍、连翘、芦根、白茅根、紫珠草、丹参。

本法旨在疏风清热，凉血化瘀，宣郁透邪外出，使离经之血加速消散，另从辨病的角度出发，此方对消除炎症，促进血液流通，改善血管通透性，有良好的作用。代表方：桑菊饮、升麻葛根汤。

7.3.9 祛风固表

本法适用于卫虚风扰，营分郁热，血不循经，外溢脉道，渗溢于肌腠所致之证。西医学认为多由机体对某些致敏物质发生变态反应而引起毛细血管壁通透性增加，脆性增高，导致皮下组织，粘膜及内脏器官的出血及水肿。常用药：白术、防风、黄芪、丹参、赤芍、蝉蜕、紫草、丹皮、大枣、炙甘草。

此法基本上是以《世医得效方》的玉屏风散加味。现代药理研究表明，玉屏风散能提高机体免疫功能，有良好的脱敏作用，特别是黄芪固表而御外邪，扶正气而防复发，能改善人体的免疫功能，减轻变态反应，对治疗某些过敏性疾病甚为有效。白术益气固表，充养肌肤，与黄芪相合，可加强脾统血之功能。防风为治风之要药，走表而祛风邪，使外邪去而营卫和。加丹参活血化瘀，凉血止血，具有双向调节作用。实验证明丹参能改善微循环，增加毛细血管网的开放，有利于缺血区损伤组织的恢复；紫草凉血解毒消瘀斑；赤芍、丹皮能行血中瘀滞而凉血；蝉蜕疏风清热；生甘草、大枣调和诸药，缓和药性。诸药配合，使风邪得祛，卫表得固，气虚得补，郁热得清，瘀血得散。

7.3.10 活血化瘀

活血化瘀法是治疗瘀血不循常道阻于经脉，络阻血溢而发斑的基本大法。在这一大法兼夹热象应清热化瘀，兼夹寒象应温经化瘀，兼夹气滞应舒肝解郁化瘀，兼夹气虚应益气活血；兼夹阴虚应养阴活血等。临床之时要灵活变通，常用药：桃仁、红花、当归、川芎、丹皮、生地、赤芍、丹参、玄参。高热不退者，酌加水牛角、大黄、金银花；寒客血脉者，加艾叶炭、炮姜炭；气滞不舒者加延胡索、川楝子；气虚不足者，酌加黄芪、党参，龙眼肉；阴血亏虚者加炙龟甲、石斛、麦冬。

根据现代药理学研究表明，活血化瘀药物能降低毛细血管脆性与通透性，并能加强抵抗力，同时具有调节全身或局部血液循环，特别是微循环的功能，可以改善血液的“粘”、“聚”、“滞”状态。由于采取了辨病和辨证相结合的治疗原则，近年来对应用活血化瘀药物治疗血证有了更深一步的研究与推广。如蒲黄能缩短凝血时间，其提取物能使家兔血小板增加，凝血酶原时间缩短。蒲黄粉外用对犬动脉出血有止血作用。桃仁的醇提取物有抗血凝作用及较弱的溶血作用。三七、花生衣能抗纤维蛋白的溶解，有促进骨髓制造血小板的功能，缩短出血时间，从而起到止血作用。不过在紫癜的治疗中，一些破血药是禁用的，如三棱、莪术等，因其有耗血动血加重出血之弊。代表方：桃红四物汤。

虽然以上介绍了10种治法及其用药特点，但尚难全部囊括所有紫癜之证。治疗时要知常达变，视具体情况，灵活辨证论治。

7.4 变证的治疗

紫斑病常见的变证有便血、尿血、齿衄、鼻衄、脑衄。

其中便血，尿血另有专篇论述，此不赘述。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

脑衄，实则指出血性脑中风，请参考此病专篇。

7.4.1 鼻衄

血从鼻窍而出为其主症，属实热者血量多色红，属虚寒者量少色淡。鼻衄通常分为6个证：风寒束表、风热袭肺、肺胃蕴热、肝胆郁热、肺肾阴虚、脾虚不摄。但在紫癜一病中所出现的鼻衄，主要为热与虚。

7.4.1.1 肺胃蕴热

临床表现：皮肤紫斑，鼻干鼻衄，量多色红，发热汗出，咳嗽痰黄，胸膈烦闷，口渴引饮，口臭便秘、龈肿牙宣，舌红、苔黄燥或黄腻，脉弦数。

治法：清肃肺胃，降逆止血。

方药：宣白承气汤(《温病条辨》)化裁。

桑白皮　丹皮　生石膏　黄芩　瓜蒌　焦栀子　大黄　代赭石　怀牛膝　仙鹤草　生地黄

加减：衄血不止者，可加三七粉冲服，还可选加白茅根、白茅花、大蓟、小蓟、紫珠草等。

7.4.1.2 肝胆郁热

临床表现：皮肤紫斑，鼻衄量多色红，头痛头晕，面红目赤，口干口苦，心烦易怒，两胁胀痛，舌红，苔黄，脉弦滑数。

治法：清泄肝胆，降气止衄。

方药：豨龙汤加减。

羚羊角　牡蛎　沙参　麦冬　夏枯草　丹皮　荆芥炭　茜草　藕汁　白茅根　焦栀子

加减：便秘者，加生大黄；热甚伤阴者，加生地黄、黄芩。

7.4.1.3 肺肾阴虚

临床表现：皮肤紫斑，鼻衄时发时止，色红或淡红，量少，常于晨间洗脸时发作。伴头晕目眩，耳鸣咽干，干咳无痰，或痰中带血，五心烦热，腰膝酸软，舌红，舌面有裂纹，无苔或少苔，脉细数。

治法：滋阴降火，填补真阴。

方药：麦味地黄丸(《小儿药证直诀》)合二至丸(《证治准绳》)化裁。

生地　山萸肉　山药　泽泻　云茯苓　麦冬　丹皮　龟甲　白芍药　旱莲草　女贞子

加减：虚火甚者，加黄柏、知母、地骨皮；腰膝酸软者，加怀牛膝；头晕耳鸣者，加草决明、钩藤；便秘者，加玄参。

7.4.1.4 脾虚不摄

临床表现：皮肤紫斑，鼻衄色淡，时发时止，或伴有齿衄，便血，面色无华，唇甲色淡，气短懒言，舌质胖淡，边有齿痕，苔白或白腻，脉虚大沉细无力。

治法：益气摄血。

方药：止衄归脾汤化裁。

黄芪　党参　生白术　熟地黄　当归　山药　阿胶　血余炭　炮姜炭　炙甘草　大枣

加减：肾虚者，加怀牛膝、山萸肉；衄血不止，阳气亏损者，可用红参另煎兑童便服。

7.4.2 齿衄

血自齿龈或齿缝外溢，且排除外伤所致者，即可诊断为齿衄，可以分为虚、实两大类：实证齿衄，血色鲜红，出血量较多，常伴有口干引饮、烦热便秘等实热证候。虚证齿

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

衄，龈肉萎缩，牙齿松动，出血量少，血色淡红或黯红，常渗血不止，绵绵不休，伴有神疲气短、面红口干、虚热等气血亏损证候。

7.4.2.1 胃火上炎

临床表现：皮肤紫斑，齿龈红肿疼痛，出血鲜红，口渴引饮，便秘尿赤，口臭，舌红，苔黄，脉滑数。

治法：清胃泻火。

方药：加味清胃散。

水牛角 生石膏 丹皮 生地黄 黄连 连翘 白茅根 生藕节

加减：牙龈红肿者，加蒲公英、牛蒡子；烦渴者，加石斛、知母；便秘者，加大黄；口苦、烦躁易怒者，加龙胆草、栀子。

7.4.2.2 阴虚火旺

临床表现：皮肤紫斑，齿衄不止，血色黯红，常因受热或烦劳而诱发，伴头晕目眩，五心烦热，耳鸣口干，舌红苔少，脉细数。

治法：滋阴降火。

方药：茜根散(《景岳全书》) 加减。

茜草根 黄芩 生地 玄参 阿胶 侧柏叶 怀牛膝 旱莲草

加减：五心烦热者，加黄柏、知母、白薇；腰膝酸软者加枸杞子、杜仲；衄血量多者，加白茅根，仙鹤草；阴阳两虚，虚火上浮者，略加肉桂，以引火归原。

7.4.2.3 脾虚不摄

临床表现：皮肤紫斑，齿衄色淡，时发时止，或伴有鼻衄、紫斑，面色无华，气短懒言，纳差，舌质淡，或边有齿痕，苔白，脉沉细无力。

治法：益气摄血。

方药：止衄归脾汤加减。

黄芪 党参 白术 熟地黄 当归 淮山药 阿胶 血余炭 炮姜炭 炙甘草 大枣

加减：偏于虚寒者，可加肉桂、肉苁蓉等药以温养胃气；衄血量多者，加入人参大补元气，其它止血药如仙鹤草等也可随症加入。

7.5 针灸疗法

7.5.1 一般针灸疗法

取穴：大椎、足三里、三阴交，血小板减少低于 80×10^9/L 者加太溪。

刺法：大椎穴用拇指后退为主的捻转泻法；足三里、三阴交和太溪穴用拇指前进为主的捻转，结合重按轻提的补法，在下肢两侧同一穴位上施行补泻时，用双手在左右对称操作，留针 30 分钟。

疗程：隔日针刺 1 次，6 周为 1 个疗程。

方义：本法适用于脏腑精血不足，遵补肾健脾，益气理血的治法。治疗时除取三阳督脉之会大椎穴外，还加足阳明之合足三里穴、足三阴之会三阴交穴和足少阴之原太溪穴，补先天之本，调后天之本，扶正为主，兼以祛邪，提高临床疗效。

7.5.2 针灸经验介绍

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

夏人霖治用平补平泻手法，针刺血海、三阴交（留针 30 分钟）、膈俞、脾俞（不留针），偶用西药穴位注射，每日注射 1 次，1 个月为 1 个疗程。

申旭德针刺治疗时取膈俞、脾俞、血海、三阴交等穴。方法是先针膈俞、脾俞，呈 45°角向脊椎方向斜刺，快速进针，捻转提插，得气后留针 5 分钟，继而针血海、三阴交，用直刺方法，得气后留针 30 分钟，每日 1 次，1 个月为 1 个疗程。

徐财源治疗方法为针刺涌泉穴（两足），每日 1 次，取强刺激手法，不留针，7 天为 1 个疗程，休息 3 天，再进行下个疗程。

国外泉川悦雄用细艾绒灸身柱、右肝俞、巨厥、右脾俞穴，每日连续灸 3 壮，效果佳。

临床观察表明，针刺疗法有促进骨髓巨核细胞成熟，恢复造血系统功能，调动和增强机体自身的生理性防御免疫水平，从而加快机体的康复。

7.6 西医治疗撮要

7.6.1 一般治疗

平素应注意劳逸结合，急性期出血应休息治疗，防止损伤，出血局部应注意清洁，防止感染。

7.6.2 药物治疗

（1）抗血管因素出血类：

维生素 C 每日 1～3g，分次口服，或加入葡萄糖注射液中静脉注射。

路丁每日 60～120mg，分次口服。

安络血每日 10～20mg，1～2 次肌内注射。或 40～50mg 加入葡萄糖注射液中静脉点滴。

（2）抗血小板因素出血类：

止血敏：每日 250mg，分 2～4 次肌注或静注。

强的松：每日 40～80mg，分次口服，以后逐渐递减。

（3）对过敏性紫癜患者，可予抗组织胺药，如苯海拉明、异丙嗪、扑尔敏、息斯敏等，对以上疗法效果不佳时，还可采用硫唑嘌呤、环磷酰胺、瘤可宁等，可先采用较小剂量，无效时再适当加大剂量。

7.6.3 输血及血液成分的补充治疗

补充患者缺乏的血小板或其它一些血液浓缩制品。血小板输入后，存活时间短，反复输注，容易产生同种抗体而使以后输注发生困难，所以仅运用于抢救重危病例。

7.6.4 脾切除

是慢性血小板减少性紫癜的一种治疗方法。作用机理在于减少血小板抗体的生成，同时消除血小板的主要破坏场所。但需严格掌握手术指征。

8 疗效评定标准

8.1 过敏性紫癜疗效评定标准

8.1.1 观测指标

8.1.1.1 安全性观测

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(1) 一般体检项目。

(2) 血、尿、便常规化验。

(3) 心、肝、肾功能检查。

8.1.1.2 疗效性观测

(1) 紫斑的数量、面积、消失及恢复情况。

(2) 与紫斑同时出现的各种伴随症状。

(3) 毛细血管脆性试验。

(4) 血小板计数。

(5) 血清 IgA。

(6) 嗜酸细胞分类或直接计数。

(7) 出、凝血时间。

(8) 大便潜血试验。

8.1.2 疗效评定标准

1995 年卫生部发布的《中药新药临床研究指导原则》第二辑中对本病疗效制定标准如下。

临床痊愈：2 周内紫癜及临床有关症状均消失，相关实验室检查指标正常，停药后观察 6 周以上不再出现异常。

显效：2 周内紫癜明显减少，临床有关症状消失，相关实验室检查指标接近正常或正常，观察 6 周以上无加重。

有效：2 周内紫癜减少，临床有关症状好转，相关实验室检查指标好转，观察 6 周以上无加重。

无效：6 周内紫癜、临床有关症状及相关实验室检查指标均无好转或反加重。

8.2 特发性血小板减少性紫癜疗效评定标准

8.2.1 观测指标

8.2.1.1 安全性观测

(1) 一般体检项目。

(2) 血、尿、便常规化验。

(3) 心、肝、肾功能检查。

8.2.1.2 疗效性观测

(1) 紫斑的数量及伴随症状，其它出血病位及量、色。

(2) 血小板计数，出、凝血时间。

(3) 骨髓象。

(4) 血小板表面相关 PAIgG、PAIgM、PAC_3。

以上 (1) ~ (3) 项必做，(4) 项可根据病情及临床研究的需要选做。

8.2.2 疗效评定标准

1995 年卫生部发布的《中药新药临床研究指导原则》第二辑中对本病疗效制定标准如下。

临床缓解：血小板恢复正常，无出血症状，持续 3 个月以上。持续 2 年以上无复发者为临床痊愈。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

显效：血小板升至 50×10^9/L 以上，或较原水平上升 30×10^9/L 以上，无或极少出血症状，持续 3 个月以上。

有效：血小板有所上升，出血症状改善，持续 2 周以上。

无效：血小板计数及出血症状无改善。

9 调 摄 护 理

发病急，出血较多的患者，应绝对卧床休息，避免外伤，预防感冒。

观察紫斑的部位、大小、色泽，注意有无新鲜紫斑出现及其它部位的出血。伴齿衄者，应保持口腔卫生，可用中药银花、甘草煎汁漱口。

注意观察患者的脉象、气息、神色、肢温、血压，若见剧烈头痛、烦躁或昏迷，瞳孔忽大忽小，血压下降，肢厥脉微，可能为颅内出血，应立即进行抢救。

患者饮食宜清淡而有营养，忌食辛燥动火及诱发紫斑之食物。血热及阴虚患者，可辅以绿豆、百合、藕粉、莲子、西瓜、荸荠、梨等清热养阴、生津止血，并多食新鲜蔬菜。气虚患者可辅以大枣、山药、花生等健脾益气。

10 康　　复

紫癜患者血止斑消为治疗的第一目的，血止后宜进行善后调理。

10.1 药 物 康 复

临床辨证用药以扶正祛邪为主，使血宁病除。待病情稳定后再用成药缓缓进服，诸如参芪膏、四物丸及十全大补丸、归脾丸、归芍六君丸、补中益气丸、归芍地黄丸、知柏地黄丸、大补阴丸、二至丸等。

10.2 食 疗 康 复

余热未尽者，食用竹叶粥。取竹叶、石膏加水 2000ml，煮 20 分钟凉后去渣，于澄清的药液中加入粳米煮粥，食用时加少许荸藕茅根饮（荸荠、鲜藕、鲜茅根，加水适量以武火煮沸，再用文火熬 20 分钟，去渣留汁，日 1 剂）。

气血亏虚者，食用归芪蒸鸡。用炙黄芪、当归切成小块，装入洗净的子母鸡腹内，并加食盐、胡椒粉，放入适量的葱姜，用沸水旺火蒸约 2 小时，拣出葱姜即可食用。

气血不足，心脾两虚者，食用龙眼莲子粥。取龙眼肉、莲子肉（去心）、红枣（去核）、糯米，共煎煮成粥。

【近代研究】

1. 理 论 研 究

1.1 病证名称与定义

紫癜一病，中医文献无此病名，相似名称的记载有发斑、肌衄、葡萄疫、阴阳毒等。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

因中医药行业标准——《中医病证诊断疗效标准》中正式以紫癜命名本病，故本书遵从之。

1.2 病因病机研究

1.2.1 现代医家病因病机撷粹

关于紫癜的致病原因，中医界历来有着不同的观点，特别是同表现为紫癜，但归属两种不同的西医疾病，病因相差就较大。如血小板减少性紫癜中医认为属发斑，在辨证上有虚实之分，实者心肝火热，迫血妄行发斑，虚者阴亏火炎与脾不统血。而过敏性紫癜，虽与血分有关，但属表邪引发为多。前者属内因，后者属外因，病机相去甚远。

王镜认为血小板减少性紫癜常发生于素体特异、脾肾虚损之机体；过敏性紫癜多因风、湿、热、毒入侵肌肤，致使血不循经，溢渗脉外。概而言之，紫癜之发生，不外于脾肾虚损、邪热瘀阻脉络，血溢脉外为患。周霭祥认为紫癜早期多属血热实证，迁延过程，常见阴虚火旺，经久不愈的慢性患者，多因正虚不能摄血。在病机认识方面，血分实热型多因热毒入血，迫血伤络；阴虚血热型多为久病伤阴，内热由生，迫血伤络；脾气虚寒型多因久病脾气亏虚，不能统摄血液，或阴损及阳，血寒不能与气俱行；瘀血型多属络脉瘀阻、血溢脉外。而对过敏性紫癜的认识视急性期或慢性期，而属风热或脾虚。宋祚民对于皮肤紫斑的认识究其病因分为实热毒、虚火炎、气血亏、瘀血阻等四类。其病机为：实热毒邪，迫血妄行；阴虚火旺，血随火动，离溢脉道；气血亏乏，摄血无权，血溢脉外；瘀血内阻，血不归经，溢于肌肤。[1]丁济南对血栓性血小板减少性紫癜从中医的病机理论加以认识，气虚则不能摄血，热盛则易动血，元气虚损常兼邪热（热毒）或虚热，燔灼血络，迫血外溢，而发紫斑。李今庸对紫癜的认识不求其全，但责有效，从教科书的血热迫血妄行，湿热下注、脾不统血、脾肾阳虚、瘀血阻滞、寒凝血脉中脱凡而出。其认为，有素体虚弱，心脾不足，心虚则火不生土，脾虚则血失统摄，于是血溢脉外，而停留于肌肤之上；或有冲寒宫冷，气虚下陷，固摄无力，血不循经，溢于脉外，留于肌肤，则见皮肤紫斑；或有燥热迫肺，肺气不降而致心气不通，胞脉闭阻，故月经停闭，恶血留内，溢于肌肤，则皮肤出现青紫色斑块；或有病人症状的最大特点是皮肤紫斑按压有疼痛的感觉，且舌质紫黯，显示瘀血内停之实证。[2]王烈对小儿紫癜有其独特见解，临证强调紫癜的发病与毒瘀的关系最为密切。其认为无毒不生斑，有斑必有瘀。邪毒内侵为发病之外因，体虚正气不足，为其内因。邪毒内侵或灼伤脉络，迫血妄行或致气滞不行，血瘀脉络，或损伤脏腑致气虚血亏，失于行血、摄血之功，使血液外溢为其发病机理。而有形之血渗于脉外，停于肌肤，形成紫癜，则为血滞、血瘀之象，即为其病理演变之结局。然而紫癜形态、颜色的不同，则由其发病机理的不同所致。紫癜色红为邪毒内伤血分，迫血妄行；色紫则为邪毒内侵、气滞不行，血瘀脉络；色白（疱）为邪毒内盛，伤气伤血；色褐为邪毒内侵，损伤脏腑致气虚血亏，不能行气摄血，血液外渗。形小的为正气充沛，邪毒内盛，正胜邪实；形大成片乃毒伤血瘀；起疱则为邪毒内盛，损伤气血。[3]赵绍琴对血小板减少性紫癜看法，侧重于血分郁热，热迫血妄行则出血，热与血结则成瘀。

吴康衡对过敏性紫癜有别于教科书及大多数专家的看法。吴氏依据中医传统理论“疹出于肺”、“斑发于胃”，且根据皮肤瘀点瘀斑为主，尤以四肢及其伸侧阳明经所过处为甚，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

故审证定位当病在脾胃。肥甘厚味之湿热最易由脾胃而生，外感湿热之邪，亦易因同类相召而停聚于中。湿热内盛，热伤胃阴，阴虚火旺，则可伤络而致出血。湿邪困脾，久则气虚，气虚失统亦可导致出血。据此明确指出：过敏性紫癜的病因以湿热为多，病位以脾胃为主，病机以络伤血溢和气滞血瘀为主要病理环节。[4]同样如此，詹起荪对过敏性紫癜也有同样的认识。詹氏认为，小儿过敏性紫癜容易反复发作之病机，无不与湿热胶结，蕴郁中焦，内伏血分密切相关。小儿本乃脾常不足，又喜贪凉饮冷，湿阻中州，日久湿郁化热，湿热内蕴，加之小儿腠理不密，表卫不固，易感外邪，又因肝常有余，素体阳热，外感之邪，每易从阳化热，与内蕴之湿热相搏，伏于血分，灼伤脉络，留于肌肤则皮肤紫癜。[5]

顾振东认为血小板减少性紫癜的主要病机是气伤或火盛两个方面，并以气伤为主。火为热之极，火热均为阳邪，最易灼伤络脉，使血流加速，迫血妄行，从而引起各种出血。火热有实火、虚火之别，实火多为外感风热燥火，烟酒过度，膏粱厚味，情志过极，肝郁化火，多见青壮年；虚火多为年老久病，肾阴偏虚，水不制火。急性期多以火盛为主，外感诱发，故紫癜颜色鲜红，随着血液流失，气随血耗或阴液受损，或因大量摄入强的松等导致气阴两虚。慢性期病理机制以气虚或阴虚为主，此时紫癜颜色淡红。恢复期由于气虚行血无力，血少络脉空虚，病以血瘀为主，故紫癜色黯。[6]马新云则认为紫癜之发生是由于时邪外感，热毒内蕴，小儿腠理不密，不耐六淫之邪外侵，六淫之邪皆从火化，故感受外邪，每易从阳化热，邪热与气血相搏，若灼伤血络，使血液渗出于络脉之外，则发生紫癜。[7]李少川对此看法一般多为内有伏热，兼感时邪而发，邪热入血，迫血妄行，血不循经，热极伤络，溢于肌肤，则为发斑。[8]年国明认为紫癜多由于热毒炽盛，阴虚火旺或气虚不摄所导致，而阴虚火旺及气虚不摄之病理变化，多为转化而来，或始由于热毒迫血妄行，反复出血后导致阴血亏损而虚火内生，或因劳倦及出血量多，血去气伤，以致气虚不摄。[9]李佳则提出发斑乃由风寒侵袭肌表，药后表证虽罢，但表邪化热入里，热伤血络，络迫血溢，而致血瘀，其主要病理机制表现为热与瘀血相搏结。[10]

1.2.2 变证的病因病机研究

紫癜的病因病机经过综合分析，比较认同的观点是热、虚、瘀，但部分专家学者根据各自的临床经验又加以补充完善，那么在一些特殊情况下，所发生的紫斑又有其特殊性。

刘启明谈高原环境下紫癜的发病、不离外感与内伤。外感多是高原寒冷，气压低、风多、燥多、辐射强；内伤则是酒肉和劳倦所致。其病理变化是火、湿、虚、瘀，在疾病过程中，火、湿、虚、瘀四者即有区别，又有联系，还可相互转化，而高原性的虚和瘀，则是最主要的病理基础。[11]裴春生运用中药治疗利福平引起血小板大量减少而出现的血证，认为肺痨之人多阴虚，服利福平后，阴虚内热，热盛扰乱血分，灼伤血络，迫血妄行而出现衄、便、月经过多等。郑斌则报道了被洪水泡浸 10 多小时后，感染疫水湿毒，蕴结皮肤，迫血妄行，溢于皮下而发斑的病例。张惠玲报道了某女每逢月经来潮时，全身瘙痒，周身起红紫斑，认为是经期感邪，邪酿热毒，热毒出于皮肤。沈志伟报道腮腺炎感染病毒导致过敏性紫癜，属“疹腮”热入营血范畴。而杨宁对流行性出血热血证进行了研讨。流行性出血热是由病毒感染引起全身中毒性毛细血管和小血管损伤为病理特征，以多系统、多脏器广泛性出血为临床特点，其中也包括紫癜。其基本病因是疫毒伤络，在感染疫毒，络脉受损，固摄失司的基础上，疫毒动血则是导致血证的外感因素，通常被确定为温热性

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

疫毒。而气逆血乱是血证的内伤因素。疫毒入侵，不仅可以直接伤络动血，同时也内伤五脏六腑，影响三焦的气化功能，导致气血津液的紊乱。[12]冯金竹观察了过敏性紫癜102例，其中有食物过敏史32例，感染史者30例，药物过敏史者14例，受潮湿者13例，不明原因者13例。病因如此，其总的病机可视为风热犯血所致。[13]李韫华观察了紫癜并发消化道出血15例，认为小儿系稚阳之体，得病易热化、火化，本病多因时邪热毒侵袭，郁蒸肌肤，经脉受损，易见阳、热、实证。[14]

2 临床研究

2.1 证候学研究

2.1.1 证候学研究现状

紫癜的证候研究依照理论方药完整统一的原则，在指导临床研究方面有着重要意义。吴传志辨证论治原发性血小板减少性紫癜52例，分型：气血两虚型30例，血瘀阻络型16例，热伤血络型6例。其中痊愈39例，好转11例，无效2例，总有效率96%，治疗天数最短15天，最长45天，平均治疗33.7天。而且统计分析后发现，女性多于男性，气血两虚为多见，疗效也较其它两型为佳，血小板上升者占全部病例的57.7%，而血瘀阻络型只占28.8%，热伤血络仅占9.6%，[15]史亦谦等从发病机理入手，一为火热之邪扰动血脉，一为正气虚弱，不能统血，一为瘀阻血络，血不循经，故而将本病分为邪热内扰、阴虚火旺、气血亏虚、脾肾阳虚和瘀阻血络5个证型。并在本病治疗观察到，有些患者，经过中药治疗，血小板虽然升高不明显，但紫癜、衄血等出血倾向显著消失，其它症状也明显改善。因此证明了中医中药治疗此类病证，除有提高血小板计数的作用外，尚有改善其它凝血机制和血管通透性的作用。[16]李志国本着辨证与辨病相结合的原则，按西医所分急性型和慢性型，分为：①急性型：多因热毒内伏营血或阳明内热炽盛，以致化火动血，灼伤阴络，迫血妄行，溢出常道，瘀于肌肤而致紫斑；②慢性型：多因气血亏虚所致，其中以脾肾亏虚常见，气为血帅，气能摄血统血、若气虚不能统摄血液，就能引起广泛出血，包括紫斑。[17]黄振翘等对174例原发性血小板减少性紫癜患者，其中治疗组154例，用健脾补肾泻火方药（生血灵）的4种制剂，分别用于血热络伤、脾虚失统、脾虚阴亏，脾肾阳虚各型，对照组20例，用强的松。两组治疗3个月，总有效率分别为90.91%和85.00%，（$P>0.05$）。治疗6个月，总有效率分别为93.20%和56.25%（$P<0.01$）。观察生血灵（SXL）组治疗后PADT、$PAgT$均有明显增高，T细胞亚群OKT_3^+、OKT_4^+百分值显著上升，OKT_8^+百分值明显下降，OKT_4^+/OKT_8^+比值显著上升，骨髓巨核细胞成熟障碍明显改善，SXL组对血小板减少性紫癜各型均有疗效，尤以脾虚阴亏型、脾虚失统型疗效为佳。脾肾亏损、火伤血络的主要病机特点对本病辨证分型及评价健脾补肾泻火方药的疗效具有一定意义。[18]曹学军将本病分为阳明实热、血热妄行，肾阴不足、阴虚火旺，劳伤心脾、脾不统血，肝郁气滞、气滞血瘀4型。并总结出根据中医“肾藏精，主骨生髓”理论，运用滋补肾气法，对垂体—肾上腺皮质系统有兴奋作用，可刺激血小板上升，而无类似激素的副作用，故滋补肾气法是治疗慢性血小板减少症之常法。[19]张耀将本病分为脾虚伏热型、瘀阻脉络型、温热发斑型。[20]孙伟正等则采用单抗酶

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

联法分别对 45 例该病患者和 15 例正常人进行 PAIgG、PAIgM、PAC_3 的检测，检测结果发现患者组前两次均高于正常组，中医分型之间亦有不同程度的显著性意义。通过观察 ITP 患者中医分型中血热妄动型，气不摄血型和阴虚火旺型的血小板相关抗体的变化。血热妄行型患者虽然 PAIgG、PAIgM 均高于正常对照，但一般属病之初起，身体状况尚好，抗病能力强，多属正盛邪实，用药调理则祛邪扶正，病状全无，乃至痊愈。气不摄血型只有 PAIgG 单项增高，且其值低于其它两型，用中药治疗效果也较好。阴虚火旺型不但 PAIgG 高于另两型，且 PAIgM 属三型中最高者，多病程较长，机体阴虚失衡亦重，而且疗效也差。[21]张邦福治疗过敏性紫癜 32 例，根据患者症情，辨为风湿郁血、热迫血行、血络瘀滞、气不摄血 4 型，相应给予疏风除湿、清热凉血、祛瘀通滞、益气摄血等方药，使血液外溢之源得以澄清，皮肤紫斑之症得以清除。基于离经血外溢肌肤、为各型病理机制的共性，故各型治疗方中均加入茜草、丹参、赤芍、紫草四味止血消斑之品，以增强血液循环，降低血管通透性，使凝聚的红细胞发生解聚，血流速度加快，以获紫癜迅速消失之效。[22]裘凝才根据中医辨证将过敏性紫癜分为血热型、寒凝经脉型、脾虚型，用活血化瘀法为主，随症加减，共计 145 例，治愈 138 例，好转 7 例，治愈时间最短 3 天，最长 35 天，对 1/3 治愈者进行了 2 年随访，仅 2 例在痊愈后 2 年复发。[23]郭亚峰治疗 51 例小儿过敏性紫癜，采用单纯中药和中药加激素治疗，分型为风热伤络型、热迫血行、脾不统血、下焦湿热 4 型。结果中药组 35 例中，临床治愈 28 例，好转 7 例，治愈率为 80% 平均治愈时间为 13.39 天。中药加激素组 16 例，临床治愈 13 例、好转 3 例，本组治愈率 81.25%，平均治愈时间 14.25 天。两组病例的条件无显著差异，经统计学处理，中药组和中药加激素组治愈率无显著差异（x^2 检验，$P > 0.05$），平均治愈时间亦无显著性差异（秩和检验，$P > 0.05$）[24]。孙玉桃对 88 例原发性血小板减少性紫癜临床治疗与预后关系进行了探讨，结果发现分型与预后有着直接关系，分型则来自病因病机。其中阴虚火旺型计 30 例，有效率 81.3%，心脾两虚型 25 例，有效率 88%，肝胆郁火型 33 例，有效率为 96%。他还阐明了儿童血小板减少性紫癜的自限性应是建立在及时准确有效的治疗基础上，否则仍会转为慢性，甚至会因颅内出血而造成死亡。[25]

2.1.2 辨证标准

上述各学者的辨证施治研究各具特色、各有所长，多数被临床医师所接受，但难以纳入统一规范，对协作攻关进行大宗的临床观察不利。建国以来，特别是经过 1984 年洛阳会议和 1987 年首届血栓与止血学术会议修订的诊断标准才使 ITP 的诊断趋于规范化。在此基础上，1993 年中华人民共和国卫生部制定发布《中药新药临床研究指导原则》，1995 年开始实施的中医药行业标准——《中医病证诊断疗效标准》才对紫癜的病名、证类进行了规范，为临床疗效评定，学术交流活动，中药新药的研制奠定了科学的基础。应该指出的是，为能使紫癜的各类证候量化指标更为完整，应尽可能地采取中医辨证、西医辨病的原则，使其诊断更趋于科学合理。

2.2 治则治法研究

火、气、瘀是紫癜出血的中心环节，故以泻火、化瘀、滋阴、凉血、益气诸法为本病的基本治疗大法。在治本的同时，辅以止血，增强止血效果。近 30 年来，国内关于中医

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

药治疗癜的文献报道日渐增多，在治疗方法上有辨证论治、辨病治疗、单方验方、针灸等。值得强调的是，很有必要将辨证与辨病有机地结合起来。

宋会都提出了衄血辨证六法。①清脏腑热法：是以清热药为主组成方剂，具有清脏腑火热之邪，以达止血治衄之目的。运用之时尚须审辨热在何脏何腑，而拟定相应的治法，如清肺、清肝、清胃等。②凉血解毒法：用于温热时邪深入血分，迫血妄行，斑色紫黑。③滋阴降火法：用于肝肾阴亏，虚火上炎，循经灼络之症。④降气潜血法：用于血随气逆，离经妄行。⑤活血化瘀法：用于血瘀气滞，脉络受阻，血溢致衄者。⑥益气摄血法：用于脾气亏虚，血失统摄，溢于脉外。

李今庸治紫癜提出了补益心脾法、温冲暖胞法益气举陷法、润燥益肺法、活血通瘀法。

黄振翘对紫癜的治疗强调泻火止血以治标。当出现出血急症时，当务之急是控制出血，治标止血为先。而对起病缓慢，反复发作者，则健脾益肾以固本，目的是改善病人体质，增强抗邪能力，调整免疫，控制出血，升提血小板，是治疗本病的重要法则。而在临床用药时，他又具体分析，灵活变通。对于一些反复出血，常规药物难以控制的病例，黄氏常用柔肝法取效。辨证要点为：紫癜缠绵，月经量多，胁肋隐痛，情绪不稳，脉细而弦。选用白芍、当归、枸杞子、女贞子等，俾肝木调达则自能藏血，出血自止。对于顽固不愈的病人在治标方中加入通腑泄热之生大黄，既有泻火化瘀之功，亦有降气止血之妙。而其经验用药，擅用黄芪、大青叶二味。黄芪甘温，益气摄血，大青叶苦寒，入血清热，二者同用，益气而不助火，清火而不伤中。仙鹤草与丹参配伍，前者收敛止血，后者散瘀活血，一收一散，止血而不滞，有相得益彰之妙。

吴康衡治疗过敏性紫癜强调辨治疾病贵在审证以求因和确定病位，切勿拘泥属某证，因为在疾病发展过程中，“证”是不断变化的。如初期出血、多是实证、急证，出血日久气血皆虚，甚至气随血脱。虚实转化在于柔弱小儿则更易发生，切不可胶柱鼓瑟而贻误病情。治则上强调清化脾胃湿热，重在祛邪安血，宜用理气消瘀之品。而对虚证属胃阴虚火旺者，滋阴降火，化斑安血；肾阴虚者滋阴降火，消瘀安血；血虚夹瘀者，养血消瘀，脾虚不摄者，补气摄血。

另有许多著名医家对紫癜病的治法提出了自己的见解。综合他们的临证心法，可归纳为活血化瘀法、补肾活血法、养阴活血法、补气活血法、益气摄血法、滋阴降火法、清热凉血法、补益肝肾法、益气补血法、清凉宣透法、益气清热法、滋阴凉血法、清热利温法等。这些临床研究成果是治疗紫癜的宝贵经验，为进一步拓展临床研究紫癜的治则治法提供了方向。

2.2.1 活血化瘀法

朱介滨用此法治疗紫癜，拟方当归、川芎、红花、赤芍、鸡血藤、党参、黄芪。

邓有安治疗22例血小板减少性紫癜，拟活血化瘀方：当归、红花、川芎、鸡血藤、赤芍、益母草、党参、黄芪，每日1剂煎服，女性月经期一般不停药。22例患者服药时间为7～66天，平均为31天，有效患者开始出现疗效时间为2～22天，平均为8.8天。其中显效5例，有效13例，进步2例，无效2例，总有效率为90.9%。实验表明：巨核细胞的免疫损伤在血小板减少性紫癜的发病中具有重要意义，经活血化瘀中药治疗后，增高

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

的 PAIgG 值恢复正常或大幅度降低，颗粒型巨核细胞数相应地减少，而产板型巨核细胞比例显著增大，外周血血小板计数明显增高。结果证明了活血化瘀中药确有免疫抑制作用，不但解除或减轻了血小板的免疫病理损伤，而且还对巨核细胞的免疫损伤有明显的抑制作用。此外活血化瘀中药的缩脾作用，直接促进巨核细胞的分化、成熟，改善毛细血管的通透性，减轻出血等，对治疗本病都是有益的。

临证时若属老年性原发性血小板减少性紫斑，当运用补肾活血法。周永明等根据中医肾藏精，精生髓、髓化血的理论，结合学习黄振翘的临床经验，治老年人原发性血小板减少性紫癜用补肾活血法，药用：熟地黄、女贞子、旱莲草、丹参、仙鹤草、丹皮、茯苓、菟丝子、山萸肉、补骨脂、白术、当归、甘草。肾阴虚者合用杞菊地黄丸，肾阳虚者加用金匮肾气丸，出血明显者合用十灰丸或凉血止血药。通过治疗认识到，血的生成与肺脾肾关系密切，其中又以肾的作用最为重要。老年人肾亏多见，肾虚则精血不足，骨髓枯竭，不仅直接影响造血，而且还可内生火热，迫血妄行，或肾亏火衰，火不归原，而致阴寒凝聚于下，无根之火浮炎于上，致使血行障碍，溢出脉外。脉外之血是瘀血，血脉阻滞，流行不畅，而致血不循经，亦可发生出血。因此，肾虚精亏是导致气血不足、生血障碍的根本原因，血脉阻滞是肾虚精亏的病理反映。临证抓住这一环节，对于防治出血、升提血小板具有标本兼顾的作用。龚风平对肾虚血瘀型，治以生地、仙鹤草、何首乌、枸杞子、补骨脂、肉苁蓉、丹参、赤芍、茜草、当归、山萸肉、丹皮。吴廷扬等对虚实夹杂症、有阴虚血瘀者，给予养阴活血方：炙龟板、当归、白芍、生地、党参、茯苓、甘草。有腹胀、消化不良者加砂仁。治疗 24 例，总有效率 91.7%。

颜德馨在其“化瘀十法”中提出了养血活血法，其理论基础为血虚者常兼瘀血。盖血液盈余则流畅，若病久营血耗损，血脉窒枯，无余以流，则艰涩成瘀，而瘀血内滞，势必阻遏新血生长，反复不已，可致血虚而瘀愈发加剧。故治以养血活血、祛瘀生新，方选桃红四物汤化裁。治疗过敏性紫癜中运用本法取得良效。

余菊英对寒凝脉络型紫癜，采用温经散寒，活血化瘀法，药用：制附子、川桂枝、肉桂、桃仁、当归尾、炙绵芪、川芎、红花、独活、香附、陈皮、干姜、五加皮、威灵仙。高式国老中医善用血府逐瘀汤，其观点是血热致瘀，血脉不通，溢于肌肤。在治疗中强调活血化瘀的原则上加清热滋阴药，而达到斑祛热除病愈的目的。

2.2.2 清热凉血法

范叔第对火热毒邪，迫血妄行的原发性血小板减少性紫癜，选用犀角地黄汤、羚羊三黄汤治疗，（羚羊角、生地、黄柏、黄连、黑栀子、白芍、金银花、陈皮、丹皮、白茅根、阿胶、茯苓）。[26]何爱国综述了国内研究进展，对火热毒邪所致紫癜的治疗方剂大致归纳有犀角地黄汤，清营汤、解毒化斑汤、黄连解毒汤、三黄泻心汤、清热凉血汤、紫癜 I 号及 II 号方等。巴莺乔认为皮肤紫癜、紫斑，主要是虚与火，火有虚火，实火之分，但总由火邪迫血而致血液不循常道，妄行于脉外，引起出血。清热解毒适用于实热型患者，常用中药有水牛角、丹皮、赤芍、玄参、紫草、黄连、茜根、黄芩、黑山栀、参三七，在出血明显时用炭剂。[27]过敏性紫癜病人若表现为热毒伤络、血热妄行者，也可采用清热凉血法。西安市中医院儿科拟茅青消斑汤（白茅根、大青叶、蝉蜕、大枣）随证加减，使热去血自止，血止斑自消。叶进等用加味犀角地黄汤（水牛角、生地、丹皮、赤芍、黄芩、紫

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

草、荆芥穗、蝉蜕、甘草）随证加减治疗52例，用药5～80天后，痊愈43例，好转7例，总有效率96.1%。[28]靖雨珍等对发病早期，以血热为主、皮肤有紫癜者，治以清热凉血、化斑解毒，以消斑青黛饮为主，或合犀角地黄汤、小蓟饮子等。

2.2.3 滋阴清热法

本法适用于虚热证，相当于西医学的慢性型，起病缓慢，30岁左右女性较多见。常用中药如知母、黄柏、生地、阿胶珠、地骨皮、丹皮、鳖甲、芦根、赤豆、大枣等。

张荣久、杨国之、郝朴等认为，血小板减少性紫癜因患者的外周血小板显著减少而归属中医血虚范畴，治疗的重点在于补肝血；骨髓巨核细胞显著增多属肾中相火旺盛，治疗的重点在于泻相火。具体选药时补肝血用黄芪、当归、大枣、甘草之类，泻相火用知母、黄柏、生地、丹皮之属，常用方剂有茜根散、大补阴丸、六味地黄汤、三甲复脉汤、清热滋阴汤等。另有学者运用壮水制火汤（生熟地、知母、黄柏、丹皮、赤芍、玄参、升麻、阿胶、甘草）。马明认为这类病人常为慢性ITP证型，以青壮年居多，尤其是青年女性。有些则是应用激素治疗后的患者，用药后血小板上升不稳定，波动性较大，有的尚受情绪因素影响。治用生地、紫草、茜草、女贞子、旱莲草、知母、黄柏、玄参、天冬。邢人璞对阴虚火旺、肾虚血瘀型患者，采用补肾活血化瘀兼以清热凉血止血，自拟血安汤：生地、山药、山萸肉、丹皮、茯苓、泽泻、生黄芪、当归、赤芍、白花蛇舌草、紫丹参、补骨脂、仙鹤草。他还认为过敏性紫癜日久不愈或经过激素治疗后表现为阴虚内热者也可遵叶天士“营气不足者，助其虚而和之”原则，治以滋阴凉血，药用龟板、生地、玄参补其阴，黄柏清泻虚火，紫草、仙鹤草、白茅根凉血止血，更用赤芍、丹皮凉血活血而无留瘀之弊，乌梅敛阴而能止血，标本兼治而获痊愈。[29]

2.2.4 益气摄血法

为使精有所生，血有所统，采用健脾养心，补气摄血法，适用于脾气虚弱，统摄无权者。此型在慢性型中最多见，病程越久者此型越多，可能与患者长期慢性失血而继发缺铁性贫血有关。用药后往往首先出现自觉症状改善，且各种出血现象的减轻要早于血小板计数的回升，但此型患者劳累后容易复发。

周惠卿运用归脾汤治疗中医辨证属心脾两虚型20例，基本方为：黄芪、党参、白术、龙眼肉、酸枣仁、熟地黄、三七粉、补骨脂、阿胶（蒲黄炒，烊化）、炙甘草。临床治愈11例，显效5例，有效2例，无效2例。用药时间30～120天，平均60天。黄芪有提高免疫功能和保护肾上腺皮质功能的作用；当归活血补血；熟地补肾滋阴，益精生髓；龙眼肉补心脾，益气血，既不滋腻又不壅气，为滋补良药；补骨脂有补肾活血止血作用；阿胶补血止血，能促进红细胞和血红蛋白的生长且含有骨胶原，有增加血小板数的作用；蒲黄有收敛止血祛瘀作用，蒲黄炒阿胶能缩短凝血时间；在益气摄血基础上酌加祛瘀止血药三七，取其祛瘀生新之功而无止血留瘀之弊。赵俊荣、陈兆孝、戚津英等分别运用补中益气汤加减、当归补血汤加减、参苓白术散加减、四君子汤加减、益气摄血方（炙甘草　党参　当归　茜草根　仙鹤草）治疗紫癜。傅耀彩采用益气补血法治疗原发性血小板减少性紫癜36例，治疗方法：①乌芪膏：益气补血，滋补肝肾，药用制首乌、黄芪、当归、生地、熟地、陈皮等，熬膏，1日3次，每次15g。②充髓玉液：益气补血，温肾填精，药用肉桂、附子、山萸肉、山药、玉竹等，1日3次，每次25ml。③益元剂：温肾壮阳，增强免

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

疫，药用鹿血、白酒等，1日3次，每次10ml。李明道用补益气血为主治疗70例过敏性紫癜，其认为过敏性紫癜是由气血两虚所致，皮疹、出血、紫癜则为病理反应，气血的盛衰，直接影响着人体的健康与生命活动。因此，补益气血是防治本病的一种方法，治用益气养血汤，药用太子参、黄芪、仙鹤草、连翘、大青叶、当归、白术、茯苓、远志、炒枣仁、地榆，每日2剂，分3次服。[30]

2.2.5 其它治法

石永昌提出三血法（凉血、止血、补血）治疗血小板减少性紫癜，在黄芪补血汤基础上加生地、紫草凉血，白茅根、茜草、藕节止血，阿胶补血止血，山药补脾以统血。全方凉血、止血而又补血。黄振翘从气火脾肾论治血小板减少性紫癜，拟以益气滋肾泻火法，药用党参、黄芪、白术、茯苓、甘草、大枣、熟地、生地、当归、川芎、丹参、丹皮、旱莲草，偏于泻火凉血为主。本病证型演变以阴虚火旺向脾虚阴亏型转化，或进至脾肾气（阳）虚型为顺，更宜选用益气补肾泻火方药。但早期阴虚火旺，当以泻火凉血为主，后期邪火已衰，脾肾亏虚，出血基本控制，则宜从益气温肾为主施治。

孙双盾等采用清凉宣透法治疗过敏性紫癜，辨证以实、热、瘀居多，治疗以清宣凉透为主，慎用温补固涩之品。自拟化斑饮，旨在疏风清热，凉血化瘀，宣郁透斑，使离经之血加速消散，伴随症状也随之缓解，药用桑叶、蝉蜕、丹皮、生地、甘草、葛根、赤芍、连翘、芦根、白茅根、紫珠草、丹参，水煎服，日1剂。有些学者主张采用疏风清热化湿法，如：姚永芳临床观察本病多于夏季发病，除表现紫癜及出血外，早期多兼风热夹湿之证，而无典型的气滞血瘀证候，因此主张用疏风清热化湿法，用防风、乌梅、大枣为基础方随症加减；而倪菊秀自拟金蝉脱衣汤：连翘、金银花、防风、蝉蜕、薏苡仁、茵陈、猪苓、赤芍、大枣、郁金、桂枝；黄俊玉用泻脾散（藿香、防风、栀子、石膏、甘草）为主，随症加减，均获佳效。刘炳凡曾治1例血栓性血小板减少出血性紫癜，据脉证分析，属湿重于热的湿温发斑，明辨病机，依证立法选择方药。[31]周跃庭根据临床经验分析，过敏性紫癜的治疗主要分两个方面，即病因治疗和祛除瘀血。病因治疗即散风利湿，凉血解毒，祛除瘀血即活血化瘀。基本方为：浮萍、芥穗、连翘、紫草、赤芍、丹皮、泽兰、滑石、车前子、板蓝根。风重（痒，伴风水）加防风、柴胡；腹痛加生蒲黄、五灵脂、延胡索；便血加槐花、三七面、琥珀面；尿血加赤小豆、小蓟、生侧柏、棕榈炭；便干加酒大黄。[32]

2.3 辨证用药研究

历代医家治疗紫癜病创造了不少方剂，这些方剂的组成都是在辨证论治的基础上制定的，基本反应了紫癜不同证的用药规律。常用药物大致可分为清热类、补气类、养血阴类、化瘀类、止血类、降气类等。现就查获的大量临床资料和专科医籍报道加以汇总。

2.3.1 治疗用药规律初探

孙双盾等运用两地两止汤加减治疗本病30例，总有效率达93.3%，处方来源是由《傅青主女科》两地汤与《辨证录》两止汤组成。基本构成：熟地、山萸肉、白芍、白术、麦冬、生地、玄参、地骨皮、阿胶（烊化）、炙甘草、大黄（炒）、茜草、紫草。根据临床表现可选加三七、仙鹤草、鸡血藤、黄芪、党参、淮山药、地榆、槐花、旱莲草、艾叶

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

炭。该方配伍功擅补益气血，育阴填精，凉血化瘀止血。方中补益之品用量独大，伍以健脾补中之品，使滋补最速而不呆腻，育阴凉血而不遏滞。陈忠琳等采用《伤寒论》桃仁承气汤为基础方加减治疗原发性血小板减少性紫癜（桃仁、水蛭、僵蚕、土鳖虫、紫草、商陆、桂枝、大黄、生甘草、仙鹤草）。外感风寒者加麻黄、细辛；夹有湿热者加柴胡、秦艽、滑石；气虚者加党参、黄芪；阳虚者加制附片、干姜。孟庆中以胶艾四物汤加味（当归、川芎、干地黄、白芍、阿胶、艾炭、玄参、麦冬、丹皮、人参）主治气血两虚为主，兼有虚热之象之证。该方源于《金匮要略》，主治妇人下血证。重用干地黄、芍药，取甘寒滋阴养血，敛虚火补肝体之意；川芎、当归为臣，补血、养血、理血，使血循常道；阿胶滋阴止血，甘草调中。共奏补血、养血、理血、止血之功，为历代医学推为失血证之圣药。

张振东选用秘红丹治疗小儿紫癜证属瘀血证型。此方为张锡纯创立。方中大黄能入血分，清热泻火，引血下行，肉桂平冲降逆，温通血脉，一寒一热，相辅相成；更以代赭石重镇降逆，生服能养血，三药合用实有活血、通脉、养血之功。朱淑珍等则用青蒿鳖甲汤治疗激素依赖性特发性血小板减少性紫癜。该方为吴鞠通所创，主治阴虚内热，脉络灼伤的紫癜，功能在于滋阴清热，退虚劳骨蒸。试论，或可能通过调节机体的免疫功能，抑制血小板抗体生成，从而减少血小板的破坏。方药：鳖甲、青蒿、生地、知母、茜草、小蓟、丹皮、当归、阿胶、柴胡、栀子、甘草。

刘玫运用黄连阿胶汤颇有心得，此方出自《伤寒论》，基本组成：黄连、黄芩、芍药、鸡子黄、阿胶。可在此基础上酌加龟甲、鳖甲血肉有情之品以养血补血；生地炭清热止血，养阴生津；炙黄芪健脾益气，补脾生血。从立意到治疗，侧重于健脾补肾，因脾主肌肉四肢，主统血，肾主骨生髓，这与西医学研究证实脾脏、骨髓是红细胞的再生地是相符的。高阳侠曾治1例痰湿阻滞所致的血小板减少性紫癜，4年来四肢皮肤反复出现紫斑，牙龈每天出血，剑突下经常痞满隐痛，身体困重倦怠，双下肢凹陷性浮肿，辨证为痰湿阻滞。《医宗必读·痰饮》："脾土虚弱，清者难升，浊者难降，留中滞膈，淤而成痰。"病人虽未见咳吐有形痰涎，但无形之痰饮已充斥三焦脏腑，治以健脾祛湿，化痰利水，方用半夏白术天麻汤合五苓散加减：半夏、天麻、泽泻、大腹皮、云苓、猪苓、薏米、陈皮、白术、太子参、黄芪、楂曲等。痰根一除，诸症自消，虽未用止血药，但紫斑自消，体现了中医辨证施治的特色。

用传统中药方剂加减治疗过敏性紫癜屡见报道。李广振用四物汤加味（熟地、丹参、徐长卿、当归、白芍、川芎、蝉蜕、益母草）。史存娥用桂枝汤治疗顽固性过敏性紫癜，药用桂枝、鸡血藤、白芍、生姜、大枣、茜草、紫草、丹参、茯苓、白茅根。桂枝汤扶正祛邪，调和气血，使营卫得通，腠理周密，加茜草、丹参、紫草、鸡血藤化瘀止血；茯苓、白茅根祛湿，全方调营卫和气血，抗敏消瘀。计桂清运用复方丹参注射液治疗小儿过敏性紫癜128例，治疗方法：复方丹参注射液0.5～1mL/(kg·d)，用5%葡萄糖注射液稀释后静脉点滴，同时辨证分型投以中药。复方丹参由丹参和降香组成，丹参有"降而行血，血热而滞者宜之"，性味苦微寒，有活血祛瘀，清血分热之功，故能起到截断或减轻热毒从卫气深入营血的作用。现代实验研究发现丹参具有扩张血管，疏通微循环，改善凝血，增加冠状动脉血流量，增加肾血流量，减轻耗氧，调节免疫机制，抗自由基因子等作用。降香能增强丹参之作用，兼有化瘀、止血、定痛之功效。因此，复方丹参注射液在治疗过敏性紫癜方面可以常规应用。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.3.2 科研及临床用药经验总结

传统的古方，为今所用，可以治疗紫癜。无论是血小板减少性或是过敏性。现今有部分从事紫癜治疗和研究的学者，在古方的基础上，开拓了新的视野和新的思路，产生了众多治疗紫癜的新的有效方剂。

叶金梅等用传统名贵中药三七根的干燥粉末制剂，取名“血宁胶囊”进行了升血小板作用及毒性观察发现，该药对家兔骨髓产血小板巨粒细胞数有明显的增加作用，并证实能明显增加血红蛋白及红细胞数，表明该药对骨髓造血机能有一定的促进作用。陈信义自拟益气活血汤治疗气虚血瘀型血小板减少症收到满意疗效。方药组成：炙黄芪、党参、丹参、当归、益母草、桃仁、鸡血藤。本方药物既体现了中医气血相关理论，又具有现代药理研究基础。如方中黄芪可加强毛细血管抵抗力，扩张血管，改善血行，使受损的细胞恢复活力。且黄芪、党参亦有对免疫机制的双向调整作用。实验证明，益母草对鼠特异性抗体有明显的抑制作用。当归、桃仁可抑制抗体生成细胞的产生，抑制抗体和血中 IgG 的含量，丹参可清除血液中过剩的抗原，防止免疫复合物的产生。鸡血藤、当归还具有升高血小板数目的作用。李南夷使用复方锁阳冲剂治疗 28 例长期反复接受激素治疗，对激素有依赖性的原发性血小板减少性紫癜患者，有较为满意的疗效，且有助于摆脱对激素的依赖。李氏还认为，该病主要病机为脾肾阳虚，从现代医学角度去认识，复方锁阳冲剂具有促进肾上腺皮质分泌的作用，这有利于激素撤除时，受抑的肾上腺皮质功能的恢复，防止出现戒断综合征及病变复发。[33] 王卫中在疾病的不同时期和具体情况下采取相应的治疗原则，很有特色。以燥与湿、清与涩、动与静、散与收、刚与柔、升与降等作用相左的药物合组于一个方中，可收到相反相成、互制互济的功效。因此在组方上既用仙鹤草、紫珠草、荔枝草三收敛，凉血止血，又用丹参、桃仁、红花等活血化瘀，既用大黄、桃仁等收邪破瘀，又藉参、芪、归、芍等扶正补虚，既用生地、大黄之寒，又取肉桂、鹿角之温，合补泻行止于一方，熔寒热温凉于一炉，令补中寓泻，止中有行，动静相须，开阖相济，阳以毓阴，阴以抱阳，故可收止血、补虚、活血化瘀之功。在辨证的基础上，结合辨病，有选择性地使用荔枝草、仙鹤草、紫珠草、雷公藤等。[34] 王天恩等用益气凉血升板汤，组成：炙黄芪、当归、太子参、女贞子、旱莲草，生地、白芍、丹皮、炙甘草、土大黄、卷柏、仙鹤草、阿胶、紫草、生地榆、荷叶、大枣、鸡血藤，共治疗 30 例 ITP 病人，缓解 5 例，显效 6 例，好转 12 例，无效 7 例，显效率 36.67%，总有效率为 76.67%。何国兴自拟补肾升血汤：熟地黄、鹿角胶、龟板胶、何首乌、枸杞子、党参、当归、黄芪、淫羊藿、紫丹参、茜草根、女贞子、炙甘草，随症加减，诸药相合补肾益精，健脾益气止血，通过调整机体的阴阳平衡，调节机体的免疫功能，治疗紫癜获得较好疗效。江培春自拟愈癜汤：黄芪、阿胶、当归、花生衣、生地炭、仙鹤草、陈皮、云南白药，全方以益气摄血为主。刘家磊等运用紫癜速愈汤（鸡血藤、熟地、玄参、麦冬、茜草、补骨脂、紫草、生地、白芍、白术、当归、阿胶、甘草、三七）治疗 68 例 ITP 病人，总有效率为 95.6%，用药时间 30～120 天。卢中华采用止血消癜汤治紫癜，基本方为：大黄、黄芪、仙鹤草、当归、生地、赤芍。热著者加连翘、水牛角，气虚明显者加党参、黄精，阴虚者加沙参、龟板，分设对照组与治疗组，两组病例虽总有效率接近，但显效率有明显差异（$P<0.01$），治疗组优于对照组。吴源生用丹栀地枣汤治疗原发性血小板减少性紫癜 68 例，药用生山栀、牡丹皮、生地黄、赤芍、小蓟、麦门冬、当归、川牛膝、红大枣。[35] 冉刚祝采用滋阴清热、益气摄血、活血化瘀之综合大法，拟方鸡血藤汤治疗

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

ITP28 例，其方由鸡血藤、升麻、仙鹤草、栀子、熟鸡蛋黄组成。刘益新运用扶命培土汤主治ITP 偏肾阳虚或脾肾阳虚者，方由肉桂、熟附子、党参、黄芪、山药、淫羊藿、巴戟天、枸杞子、菟丝子、肉苁蓉、黄精、炙锁阳组成。全方有补肝肾、益脾胃、助阳益阴、补髓生血之功，64 例患者，显效 17 例，良效 21 例，进步 20 例，无效 6 例，总有效率 90.6%，显效 26.6%。治疗前后出血程度经 Ridit 分析，有显著性差异（$P<0.01$），治疗前后血小板计数经配对 t 检查有非常显著性差异。[36]薛芳芳辨证加商陆治疗原发性血小板减少性紫癜 23 例，分别在原分型用药的基础上加商陆，结果与对照组比较，血小板上升值经统计学处理，有显著性差异（$P<0.05$）。[37]有文献记载：单味商陆治疗 ITP，对改善出血症状，升高血小板均有作用。[37]陈大舜等采用地黄止血冲剂治疗 18 例特发性血小板减少性紫癜患者。其制方受古代著名止血方剂“犀角地黄汤”为主要方药基础，方中用水牛角代犀角清热解毒，凉血止血，伍生地助水牛角凉血止血，同时又能发挥其滋阴清热的效力，丹皮、赤芍活血散瘀，既防诸药寒凉致血瘀，又散离经之瘀血，加用生黄芪甘温益气之品，既能健脾摄血以止血，并防诸药寒凉太过以伤脾，结果总有效率为 94.4%，至使血小板显著上升，经统计学处理，与治疗前比较，其差异有非常显著性意义（$P<0.01$）。[38]刘晨光则认为原发性血小板减少性紫癜，按中医理论辨证，脾肾亏虚是本，火伤血络为其标，自拟黄芪三七甘草汤，方中黄芪、生地补益脾肾为要药，生地配阿胶能滋阴补血止血，参三七除行瘀止血活血外，与补气药同用尚有补气之功，同炙牛角腮相配对升血小板有其良效，黄柏清热解毒，有保护血小板的功能，紫草、脱力草加强清热凉血止血。炙甘草、红枣具有升血小板的功能。唐德晃自拟生血汤：黄芪、红参、山药、大枣、骨碎补、淫羊藿、补骨脂、菟丝子、女贞子、当归、炙甘草，其基础路为肾主骨生髓、髓生血，只有肾功能旺盛，造血功能才会恢复正常。ITP 病人都有不同程度的贫血，血小板为血液的一种重要成份，其病机与造血功能有关。中医历代医家在补血时重视补肾阴（血属阴），而补肾阴只能改善症状，补肾阳才能刺激造血，因而在补肾时，应强调补肾阳为主。刘广程研制成止血升板 I 号，组成为黄芪、龙眼肉、玄参、山药、太子参、生地、黄柏、旱莲草、女贞子、蚕蛹等，共治疗 60 例原发性血小板减少性紫癜的病人，同时设立 30 例病人作为对照组，结果中药疗效优于西药，观察组显效率与有效率为 86.9%，对照组为 62.2%，治疗组与观察组效果有显著差异（$P<0.05$）。本法及运用健脾益肾凉血法，其机理在于通过调整脾肾阴阳平衡，调节机体的免疫功能而达到治疗目的。[39]

梁冰等自拟柴胡木贼汤治疗 ITP 患者，辨证属肝胆郁火，迫血妄行，药用柴胡、半夏、黄芪、木贼、青蒿、茜草、仙鹤草、马鞭草、石韦。该方剂适用于初发或部分急性型患者。丁凡等利用经验方治疗原发性血小板减少性紫癜，方剂组成：关公须、红孩儿、白及、补骨脂、生甘草等。方中关公须（即雪见草）为多年生草本，性味、凉苦辛、无毒，功能止血凉血，活血消肿，民间治吐血、鼻衄，妇女崩漏、无名肿毒。红孩儿（又名裂叶秋海棠）性寒、味酸、无毒，功能祛瘀软坚，民间治吐血、妇女经闭、内伤瘀血等，白及、补骨脂、甘草合用有止血、补益、解毒作用。全方具有促进血小板增殖和分化、增加血小板生成，提高免疫抑制作用，改善毛细血管脆性，减少皮肤粘膜出血，调节脾脏功能，减少血小板破坏。吴光明等不拘泥于常规的辨证分型论治，采用化瘀生新法治疗 ITP36 例，总有效率为 91.7%，其组方原则是选择治血不耗血，凉血不凝血，补血不滋腻，止血不留瘀的药物。药用丹参、鸡血藤、茜根、大枣、紫草。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

对于过敏性紫癜的治疗，近代医家也摸索总结出许多行之有效、切实可行的有效方剂。冷长春自拟丹参紫草汤，祛风清热、活血化瘀，凉血止血，药用丹参、紫草、丹皮、白鲜皮、牛蒡子、蝉蜕、甘草、陈皮、大黄。治疗24例，痊愈19例，好转5例。治愈时间最短8天，最长32天。[40]孙虹拟法清营凉血、活血化瘀为主，用四荣汤治疗过敏性紫癜，药用紫草、生地、丹皮、茜草、仙鹤草、旱莲草、丹参活血化瘀，凉血消肿、黄芪。[41]陈彪自拟四紫归七汤，着重从血虚、血热、血瘀三大病机入手，采取补血、行血、止血大法。方中紫草、紫地丁、紫荆皮三药同用，清热解毒之力尤长，丹参、三七散里行瘀，当归补血和血。故收药到病除之效果。顾梯成等采用柴芩蝉衣煎加味治疗过敏性紫癜，药用柴胡、黄芩、乌梅、防风、蝉衣、甘草、当归、丹参、紫花地丁。方中柴胡、黄芩、蝉衣是疏风清热的要药，特别是黄芩，现代药理研究证实它能调节cAMP和抗变态反应，能抑制抗原与IgE结合，抑制肥大细胞释放组胺，而成为临床上较好的抗变态反应剂，而黄芩的抗变态反应与上述升高cAMP水平是一致的，因cAMP抑制肥大细胞释放化学物质并能阻断这些化学介质的变态反应。刘洪钧用清热凉营法，自拟化斑汤治疗本病，生地、玄参、丹皮、赤芍、紫草、茜草、白茅根，治疗期间忌烟、酒、荤腥、辛辣等饮食。高建民等用退斑汤治疗过敏性紫癜，药用当归、赤芍、丹皮、生地、紫草、茜草、防风、蝉蜕、白鲜皮、焦栀子、银花、蒲公英、甘草、大枣。诸药合用，以达到祛风清热而不伤正，凉血止血而不留瘀的目的。刘继东则采用中西医结合的方法治疗小儿过敏性紫癜，用西药苯海拉明、非那根，抗过敏，减轻毛细血管通透性，安络血止血以治其标，投中药犀角地黄汤加味清热凉血解毒以治其本，中药选用生地、丹皮、赤芍、紫草、仙鹤草、槐花、连翘、水牛角、甘草。两法合用，中西并行，收效卓著。尹丹报道了运用青黛、紫草、乳香、丹参、白茅根、丹皮、生地、威灵仙、木香、焦山楂为基本方，治疗小儿过敏性紫癜200例，痊愈169例，占84.5%，显效22例，占11%，有效6例，占3%，总有效率达98.5%。治疗的重点应在清热凉血，活血化瘀之基础上调补脾肾。[42]张振东自拟消斑汤治本病，药用生地、麦冬、天花粉、蝉蜕、当归、赤芍、蒲黄、丹皮、防风、甘草，合之滋阴凉血，化瘀消斑。马宽玉等自拟消斑饮，组成：生地、丹皮、紫草、玄参、赤芍、银花、板蓝根、荆芥、防风、牛蒡子、丹参、生甘草、大枣。全方既能清血中之热，又能祛血中之瘀，而达凉血消斑、散风清热、解毒化瘀之功效。马氏用此方治疗112例过敏性紫癜，痊愈91例，占81.25%，显效9例，占8.04%，有效7例，占6.25%，无效5例，占4.4%，总有效率为95.54%。[43]杨梦兰等按紫癜辨证分型不同，分别拟定清斑汤及富血汤随证加减。清斑汤，用于紫癜初期属血热实证者，组成：桑叶、生地、焦山栀、白茅根、板蓝根、连翘。紫草。富血汤，用于紫癜日久虚证患者，组成：制首乌、鸡血藤、赤白芍、紫丹参、当归、生地、益母草。杨氏在临证之时十分重视使用清热解毒药和擅用活血作用与止血作用的芍药，尤其擅用云南白药或三七粉。袁群等自拟凉血化斑汤治疗过敏性紫癜30例，方中用生地黄、牡丹皮、赤芍、紫草清热凉血，知母、玄参、墨旱莲滋阴凉血，仙鹤草、茜草凉血止血，蝉蜕、僵蚕发散外邪，诸药同用、共奏解表、清热、凉血、止血之功。康玉英观察中药对152例过敏性紫癜及36例继发紫癜性肾炎的疗效。基本方剂：双花、连翘、青黛、丹参、丹皮、栀子、白茅根、大小蓟、旱莲草、白鲜皮、蝉衣，随症加减，全方能起到清热解毒，凉血活血的作用。[44]李湘云报道了

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

老中医李浚川对紫癜性皮肤病的治疗经验。李氏认为本病病机以风主论，血热生风，气滞化风，湿热化火，气虚风动，水衰风动，在祛风药的运用中，善于选择具备祛风解毒治瘀作用的全虫、蜈蚣。还根据病症差异、随症选择虫类药，如血热者加地龙，瘀甚者加地鳖虫，外风者加蝉衣，疾甚者加僵蚕。李氏认为祛风药的治疗机理是调整免疫功能，增强抗炎作用并抑制细胞增生，通过改善微循环，增加了外周血流量，以扫清病损处的瘀血凝滞及代谢障碍，增加毛细血管张力，减低毛细血管通透性，从而减少或防止血液外渗，改善血流变性，解除血液粘滞现象，从而调整了血液的理化特性等。[45]

2.3.3 单味药止血作用的研究

小剂量甘草汤可以治疗原发性血小板减少性紫癜。甘草味甘性平，有补脾益气之功，药理研究表明：甘草中含有甘草甜素、甘草次酸等成分，有免疫抑制作用，能抑制脾脏中巨噬细胞对血小板的吞噬作用，使血小板生存时间延长，从而使循环中血小板量增加。此外甘草还能抑制皮质激素在体内的破坏，减少其与蛋白质的结合，从而增强激素的活性。值得注意的是，上述作用在小剂量服用时比较明显，如剂量过大，则作用反而不明显，且增加其副作用。藏药独一味具有补髓补气、止血止痛等功效。经现代实验研究和临床观察，独一味有止血镇痛、抗菌消炎、增强免疫力等作用。

3 实 验 研 究

近年来中医对紫癜及其相关西医疾病的发病机理、疗效机理、证的研究、单味药的研究，仍然是当前紫癜实验研究的重点。

3.1 中药的实验研究

苏伟等观察了益气补元饮对脾不统血证患者免疫球蛋白及补体 C_3 的影响。脾不统血证患者治疗前 IgG 较正常值偏低，IgA、IgM 较正常值偏高，提示脾不统血证患者体液免疫功能失调。用药后 IgG 有增高趋势。治疗前后补体 C_3 含量分别为0.27 ± 0.22mg/ml 和 1.22 ± 0.39mg/ml (0.5～1.5mg/ml，正常值)，经统计学处理 $P < 0.001$。结论说明中医补气益气法以益气补元饮（人参、黄芪）对非特异性免疫功能有增强作用。[46]陈信义等亦用补元饮（人参、黄芪）对脾不统血型紫癜病人进行凝血象及血栓弹力图的检测。观察结果表明，慢性血液病脾不统血证患者治疗前凝血象及血栓弹力图的各项指标均示异常，说明该证患者有不同程度的凝血功能障碍。治疗结果凝血象三项指标均较治疗前显著缩短，血栓弹力图四项指标治疗后亦均有所好转，说明补元饮有加速血液凝固过程的作用。同时对血小板功能影响进行检测，虽然血小板粘附率及血小板聚集率在治疗前后无明显差异，但治疗后较治疗前有上升趋势，表明补元饮有增强血小板功能的作用。通过治疗前后微循环动态观察表明，补元饮能明显改善患者微循环状态，表明该药有扩张微细动脉、缩窄微细静脉以及增加微细动静脉血流速度及血流量等作用，这些作用有利于减轻和改善慢性血液病脾不统血患者机体缺氧状态与代谢，有利于减轻出血和促进出血的吸收。[47]梁光铁摘译日刊《临床血液》1992 年第 2 期中山志郎等的文章，文中指出，中药疗效与细胞激肽相关性近年来受到重视。申东垣等报道补中益气汤或小柴胡汤可促使人末梢血单核巨噬细胞产生白细胞介素-1 或促使 T 淋巴细胞产生白细胞介素-2，白细胞介素-3。长谷川格等

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

报道用刀豆素 A 刺激小白鼠脾细胞时添加小柴胡汤可使其白细胞介素-6 诱生作用增强。各务伸一等报道小柴胡汤有诱使人末梢血 T 淋巴细胞产生干扰素-γ的作用。坂上吉秀等也报道用植物血凝素刺激人末梢血单核细胞产生干扰素-γ时添加十全大补汤有明显的促进作用，而白细胞介素-3，白细胞介素-6 有促生巨核细胞和血小板的作用。补中益气汤的组方与十全大补汤极为类似，而柴苓汤则为小柴胡汤与五苓散的合方，因此中药对 ITP 的治疗效果可能是介导了白细胞介素-3、白细胞介素-6 而诱生了细胞激肽的结果。Proctor 等报道类固醇治疗 ITP 无效改用干扰素有效。作为补中益气汤或柴苓汤主要成分的柴胡，人参养荣汤主要成分的黄芪、白术、远志等，均有诱生干扰素的作用，因此推断中药作用机制极有可能是通过诱生干扰素而生效的。其效果与细胞激肽的相关性是今后进一步研究的课题。

清水宽成功地研究了《太平惠民和剂局方》的四物汤，和《金匮要略》中的芎归胶艾汤。通过临床观察发现芎归胶艾汤兼有止血、补血功效，于是推测其具有增加血小板的作用。此后重点讨论了四物汤的类超氧化物歧化酶（简称 SOD）活性和所含微量元素。他测定了四物汤在内的补血活血化瘀方剂 10 余种的类超氧化物歧化酶的活性和铁、铜的含量，并测定了组成四物汤的各生药的微量元素浓度。四物汤的类超氧化物歧化酶（简称 SOD）活性与其它活血化瘀之剂比最低，但对于需用四物汤的机体，并不--定要求过多的超氧化物歧化酶，扶正的力量在中等度以下就可以了。四物汤铁含量很高，与抵当汤大致相同，铜的含量当归芍药散为最高，四物汤相当于其 1/3 量，于是推测四物汤虽对贫血有效，但对造血系统影响不大。在四物汤中铁、锌、锰含量高，而铜的含量较低，锌、锰、铜、铁作为 SOD 的中心金属是极为重要的微量元素，由此可以理解，四物汤对机体发挥着很大的作用。龚跃新等研究了十灰丸的止血成分，结果发现：①十灰丸中的钙含量很高，从钙的生物学作用来看，钙离子在凝血过程中起极重要作用，能促进血液和蛋白质凝固，具有收敛、止泻、消炎作用。②十灰丸中微量元素含量较高。目前，微量元素的生物学意义越来越被人们所了解，但其是否成为炭药止血的机理之一，尚有待于研究，③十灰丸中鞣质含量为 3.305%。鞣质能促进血小板粘附与聚集，降低纤溶活性而促进凝血。④十灰丸中某些药物有其自身的止血功效，如茜草含茜草酸和茜草甙等，这些中药原有的止血成分经“炒炭存性”的炮制过程都不同程度地保存下来。十灰散出自元代葛可久所著《十药神书》，为凉血止血代表方剂。有关十灰丸止血机理有些尚需探讨，而使其得到进一步的完善。[48]刘静霞采用巨核系祖细胞体外甲基纤维素培养方法，观察了清热凉血益气活血中药对 40 例原发性血小板减少性紫癜患者骨髓巨核系祖细胞和血清中血小板相关抗体的作用，并以 15 例正常人骨髓作对照进行了相同的实验研究。结果表明，该复方中药对 ITP 患者和正常人骨髓巨核系祖细胞增殖、分化和成熟均有明显的促进作用，且能够对抗 ITP 患者血清中血小板相关抗体的活性，与各自对照组比较，统计学处理差异有显著性意义（$P<0.001$）。可见清热凉血益气活血中药既能够抑制 ITP 血清中抗体的活性，又能够刺激巨核系祖细胞的增殖、分化与成熟，或增加巨核系集落刺激因子的活性。该实验中流式细胞仪的分析结果还证明一部分巨核系祖细胞集落细胞是接近于干细胞水平的。[49]从而为进一步开展中医中药治疗 ITP 的研究提供了客观依据，为寻找和筛选有效方药提供了科学的研究手段。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3.2 证的实验研究

张朝阳对紫癜脾不统血患者血小板相关抗体做了实验研究。其中对97例紫癜患者进行了PAIgG、PAIgM、PAIgA 3次免疫学指标的测定，紫癜患者3次指标都明显增高。各证中以紫癜脾不统血证增高突出，3次指标中以PAIgG增高的阳性率大，联合测定3次指标可使紫斑脾不统血证患者阳性率达90.3%。本方就相同疾病不同证间、相同证不同疾病间其血小板相关抗体都存在着差异的意义和脾不统血特异性研究的意义进行了探讨。总之，血小板相关抗体的检测对脾不统血证特异性研究，对紫癜各证演变规律及预后估计具有一定价值。[50]

杨宇飞对免疫性血小板减少性紫癜动物模型动态观察中，发现其组织病理学改变存在明显性差异，结合临床发病特点，从中西医结合角度探讨了性激素，胸腺，肾上腺，脾脏之间内在联系在ITP发病中的作用以及与中医脾肾失调导致ITP发病理论的关联，认为改善内分泌环境可能是防治ITP的措施之一。从而有机地将西医内分泌因素与中医脾肾失调联系在一起。[51]在ITP中医分型的微观辨证研究方面，按T淋巴细胞亚群与ITP中医分型，杨宇飞等研究发现，按血热妄行型，气血两虚型，脾肾阳虚型、肝肾阴虚型、阴阳两虚型之序，T_8依次增高，T_4/T_8依次降低；从脾肾阳虚后各型T_4/T_8倒置并逐渐加重；在脾肾阳虚型中，T_4下降最为显著，但T_4^+、8^+增多和NK细胞减少最不明显，肝肾阴虚型则反之，T_4下降不明显，以$T_4^+8^+$增多和NK细胞减少最为显著，同时T_8明显升高。同时若按血小板表面相关抗体（PAIg）与ITP中医分型按气血两虚型、血热妄行型、脾肾阴虚型、肝肾阴虚型之序，PAIgA、PAIgM、PAIgG渐次增高，但阴阳两虚型除PAIgA外，PAIgG、PAIgM较其它各型反而下降，与正常对照组无差异。[52]黄振翘研究ITP的OKT_3^+百分值显著低于正常对照组，虚证各组（脾虚失统、脾虚阴亏、脾肾阳虚三证型）均明显低于实证组（$P<0.05\sim0.01$）；虚证各组与正常对照组比较，OKT_4^+百分值降低（$P<0.05\sim0.01$），OKT_8^+百分值增高（$P<0.05\sim0.01$），以致OKT_4^+/OKT_8^+比值显著低于正常对照组（$P<0.01\sim0.01$），OKT_4^+/OKT_8^+比值由血热伤络组、脾虚失统组、脾虚阴亏组和脾肾阳虚组依次逐渐下降，组间差异显著（$F=3.138$，$P<0.05$）；实证组和虚证组的OKT_4^+/OKT_8^+比值比较，组间差异也很显著，（$P<0.01$）。在观察血小板表面相关抗体（PAIg）与ITP中医分型发现血热络伤组、脾肾阳虚组的PALgG均显著高于脾虚失统组（$P<0.001$、$P<0.01$）、脾虚阴亏组（$P<0.01$、$P<0.05$），血热络伤组与脾肾阳虚组之间，脾虚失统组与脾虚阴亏之间，均无显著性差异（均为$P>0.05$），而实证组与虚证组间差异有统计学意义（$P<0.01$），PAIg血热络伤组明显高于虚证各组（均为$P<0.05$）PAIgA血热络伤组与虚证各组无显著性差异（均为$P>0.05$）。而血小板计数与ITP中医分型，血热络伤组的BPC显著低于脾虚失统组（$P<0.001$）和脾虚阴亏组（$P<0.01$），而与脾肾阳虚组相似，（$P>0.05$），实证组与虚证组比较BPC也有非常显著差异（$P<0.001$）。[53]詹文彦等认为，T淋巴细胞亚群与ITP中医分型的关系呈现为，OKT_8^+值脾肾阴亏型明显高于脾虚失统型（$P<0.05$），OKT_4^+/OKT_8^+值脾肾阴亏型明显低于脾虚失统型（$P<0.05$）、OKT_4^+ OKT_8^+值两组间比较无明显性差异；而血小板

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

表面相关抗体（PAIg）与ITP中医分型的关系，PAIgG值脾肾阴亏型明显高于脾虚失统型，（$P<0.01$）而PAIgA、PAIgM在两型间无显著性差异。[54]孙伟正将ITP分为血热妄行（Ⅰ）气不摄血（Ⅱ）、阴虚火旺（Ⅲ）三型，认为PAIgG值Ⅰ型为高，Ⅱ型为低，Ⅰ型与Ⅱ型比较有显著性差异（$P<0.01$），Ⅰ型与Ⅲ型比较有显著性差异（$P<0.05$），Ⅱ型与Ⅲ型无显著性差异（$P>0.05$）；PAIgM值Ⅲ型为高，Ⅱ型为低，Ⅰ型与Ⅱ型及Ⅱ型与Ⅲ型比较，均有显著性差异（$P<0.01$）Ⅰ型与Ⅲ型无显著性差异（$P>0.05$）。韩小平等研究发现：巨噬细胞吞噬活性气阴两虚患者低于阴虚内伤患者，有显著性差异（$P<0.02$），气阴两虚兼阴虚内热者与气阴两虚组相近，虽低于单纯阴虚内热组，但无显著性差异，可见巨噬细胞吞噬活性对ITP中医分型，有一定的参考价值。[55]

【古训今释】

1 病名溯源

在古代医籍中，本病证尚有发斑、内伤发斑、阴阳毒、斑毒、肌衄、葡萄疫等病名。

有关紫癜的记载始见于汉代张仲景《金匮要略·百合狐惑阴阳毒病脉证并治》："阳毒之为病，面赤斑斑如锦纹，咽喉痛，唾脓血"，"阴毒之为病，面目青，身痛如被杖，咽喉痛。"

隋代巢元方《诸病源候论·伤寒病诸候·伤寒斑疮候》云："热毒乘虚，出于皮肤，所以发斑疮隐疹如锦纹"。从临床症状方面对紫癜进行了描述。

元代朱震亨在强调发斑主要由热盛所致的基础上，最先提出了内伤发斑的概念，并确立了虚实寒热在本病辨证论治中的重要地位。如《丹溪手镜·发斑》云："发斑，热炽也，舌焦黑，面赤，阳毒也。"《丹溪心法·斑疹》："内伤斑者，胃气极虚，一身火游行于外所致。"而明代李梴在《医学入门·斑疹门》说："内伤发斑，轻如蚊迹疹子者，多在手足，初起无头痛身热，乃胃虚火游于外。"

明代戴元礼在《证治要诀·诸血门》中首立"肌衄"病名，突出了本病血溢肌肤的临床特征。陈实功在其《外科正宗·葡萄疫》中则形象地描述了紫癜的形态、起因、伴见牙龈出血及治疗、转归等内容。如云："葡萄疫其患多生小儿，感受四时不正之气，郁于皮肤不散，结成大小青紫斑点，色若葡萄，发在遍体头面，乃为腑证，自无表里，邪毒传胃，牙根出血，久则虚人，斑渐方退"。从"久则虚人"可推知，葡萄疫病程较长，有别于一般温病发斑。亦有将肌衄称为血汗者，如明代《医学入门》说："血从汗孔出者，谓之肌衄"，《本草纲目》说："血汗，即肌衄，又名脉溢"。本病所论肌衄是专指紫癜而非血汗，勿可混淆。

清代吴谦等所著《医宗金鉴·杂病心法要诀·失血总括》论及："皮肤出血曰肌衄"，明确地指出了紫癜的出血部位。

总括来讲，紫癜之病名，在中医文献中尚无此名，但相类的记载较多。张仲景称之为阴阳毒，巢元方论之为斑毒、斑疮、发斑，至明代戴元礼首立"肌衄"病名，陈实功将之形象地描述为葡萄疫。由此可见，仅就内科杂病范围而言，历代医家有关紫癜的论述资料是较为丰富的，涉及病因病机、诊断、辨证论治及预后等方面，尤其对内伤发斑的认识和

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治疗，为后世临床提供了极为有益的经验。

2 病因病机论

病因病机是一切疾病的关键核心，可以通过对病因病机的探讨，找出辨证基本规律。由于年代的不同和地域之差异，对疾病的认识程度亦不相一致，故古代医家对紫癜的成因观点也较多。本文综合分析历代医家的认识，着重分外感、内伤两大方面阐述。

2.1 外 感 论

《诸病源候论》认为本病或由伤寒、或由时气、或由温病引起。书中“热病斑疮候”指出：“表证未解，毒气不散，烦热而渴，渴而不饮，表虚里实，故身体发斑如锦纹。”阐述了发斑病定位在表而不在里，是由于感受外感时邪所致病。持这一观点的还有《景岳全书·杂证谟》之“……或乘风热，则为斑为疹”，《脉因证治·发斑》之“属表者因风夹热疾”，《外科正宗·葡萄疫》之“感受四时不正之气”等等。

2.2 内 伤 论

朱震亨最先提出内伤发斑的概念，并被后世医家逐步完善。《丹溪心法·斑疹》：“内伤斑者，胃气极虚，一身火游行于外所致，宜补以降，于阴证略例中求之。”《脉因证治·发斑》：“发斑……属里者因胃热”。《诸病源候论·小儿杂病诸候·患斑毒病候》述：“斑毒之病，是热气入胃，而胃主肌肉，其热夹毒蕴积于胃，毒气熏发于肌肉，状如蚊蚤所啮，赤斑起，周匝遍体。”《外科正宗·葡萄疫》：“……久则虚人，斑渐方退。初起宜服羚羊散清热凉血，久则胃脾汤滋益其内”。由此不难看出，该病病程较长，有别于一般温病发斑。而《医宗金鉴·外科心法要诀·葡萄疫》从临床实际出发，进一步丰富了葡萄疫患者的发病年龄及紫癜的好发部位，指出：“近见中年人下虚者，亦患此症”，并说“发于遍身，惟腿胫居多”。《丹溪心法·斑疹》：“阴证发斑，亦出背胸，又出手足，亦稀少而微红，若作热证投之凉药大误矣。此无根失守之火，聚于胸中，上独熏肺，传于皮肤而为斑点，但如蚊、蚋、虱、蚤咬形状，而非锦纹也，只宜调中温胃……”。清代医家费伯雄在《医醇賸义·劳伤》中认为本病的成因为：“饥劳行役则脾劳，酒色无度则肾劳，脾肾劳伤，以致脏腑阴阳气血失调，或阴虚火旺灼伤脉络，或气虚不摄，血不归经，溢于肌表成紫斑。”

此外，尚有因肝脏火盛而致出血的。《三因极一病证方论·内因衄血》：“或恼怒伤肝，肝火易动，阴血随火上升，错经妄越，则内伤衄血之证作矣”。《医学正传·血证》：“若夫暴喜伤心，则气缓而心不出血，故肝无所受。或喜怒伤肝，则气逆而肝不纳血，故其血无所归”。《症因脉治·内伤衄血》：“或房劳伤肾，阴精不足，水中火发；或恼怒伤肝，肝火易动，阴血随火上升，错经妄越，则内伤衄血之证作矣。”至于此处所言衄血是否包括肌衄，还须临床观察。

由于火热毒邪或阴虚火旺所形成的实火或虚火皆可伤津耗液，导致津亏不能载血运行而成瘀，且血受熏灼也易凝结瘀塞而致瘀，或因脏腑内伤，气虚无力推动血行，均可导致瘀血内阻，血不循经，溢于肌肤而产生或加重出血。反言之，各种原因所致的肌肤出血，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

血液一旦溢出，离经之血便是瘀血，脉络阻滞，进一步妨碍新血的生成及血液的正常运行，不仅出血难以停止，瘀斑不能及时消退，并可加重出血。故瘀血内阻既为紫癜的必然后果，又是产生或加重出血的主要原因。正如清代唐容川《血证论·瘀血》所述："吐衄便漏，其血尤不离经，凡系离经之血，与荣养周身之血，已睽绝而不合。此血在身，不能加于好血，而反阻新血之化机"。

统观先贤之论，本病的病因病机可归结为3个方面，即阳热亢盛或阴虚内热导致火热熏灼，迫血妄行；气虚与气损及阳导致血失统摄；离经之血不去或气血运行不畅形成瘀血停滞，导致血行不循常道或新血不生而发失血和血虚。

3 治则治法

治疗本病，当详明其病因，细审其阴阳，善辨其脏腑与虚实，历代文献中有关血证的治则治法论述很多，其中不乏对鼻衄、齿衄等衄血的记载，然而针对紫癜的治则治法专论却可谓缺如，相关内容可偶见于其它血证文献中。《金匮要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治》云："衄家不可汗"，"心气不足，吐血、衄血，泻心汤主之"。《景岳全书·杂证谟·血证》："衄血之由内热者，多在阳明经，治当以清降为主。微热者，宜生地、芍药、天冬、麦冬、元参、丹参，或《局方》犀角地黄汤、生地黄饮子、麦门冬散之类主之；热甚者，宜芩、连、栀、柏，或茜根散、抽薪饮、加减一阴煎；若兼头痛、口渴者，宜玉女煎、白虎汤之类主之；或阳明热极，下不通而火壅于上者，宜《拔萃》犀角地黄汤之类，通其下而上自愈。""衄血虽多由火，而惟于阴虚者为尤多。正以劳损伤阴，则水不制火，最能动冲任阴分之血。……若脉来洪大无力，或弦或芤，或细数无神，而素多酒色内伤者，此皆阴虚之证，当专以补阴为主。若有微火者，自当兼而清之，以治其标。若虽见虚热，而无真确阳证，则但当以甘平之剂，温养真阴，务令阴气完固，乃可拔本塞源，永无后患。如一阴煎、三阴煎、左归饮、六味地黄汤之类，皆必用之剂。如兼气虚者，则五福饮、五阴煎之属，皆当随宜用之。"《症因脉治·内伤衄血》："肾阴不足，左尺脉浮者，犀角地黄汤、凉八味丸；肝火攻冲，清肝饮；心火刑金，天王补心丹；热甚者，泻心汤；肺火上炎，泻白一物汤；膏粱积热，清胃汤加酒大黄"。另外在《诸病源候论·时气病诸候·时气发斑候》中载："凡发斑候，不可用发表药"。《外科正宗·葡萄疫》："……初起宜服羚羊散清热凉血，久则胃脾汤滋益其内，又有牙龈腐烂者用人中白散。"清代唐容川云："知血生于火，火主于心，则知泻心即是泻火，泻火即是止血"；"经隧之中，既有瘀血踞住，则新血不能安行无恙，终必妄走而吐溢矣。故以去瘀为治血要法"。他在《血证论》中有用丹栀逍遥散合凉血地黄汤治疗"由肝经怒火，郁血凝聚而成""形如痣，渐大如豆"的记载。《血证论》将血证的治法精辟地概括为止血、消瘀、宁血、补虚等四纲。

从前人的经验中可以体会到，治疗本病应掌握3条基本原则：一为治火，实火宜清热泻火，虚火宜滋阴降火；二为治气，实证当清气降气，虚证当补气益气；三为治血，应根据血热妄行、血失统摄、血脉瘀阻等情况酌情施予凉血止血、收敛止血、活血止血等方药。论及治法，古来多以清热凉血，行血凉血，辛凉解表、泻心调胃、治火治气等法，现代医家在此基础上演义出清热泻火、清胃泻火、滋阴降火、活血化瘀、健脾摄血、凉血化瘀、凉血止血、消斑止血、清火解表、滋养真阴等方法。但无论立法遣方，治疗紫癜的共

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

同点在于血止斑消为治疗的第一目的，血止后方考虑善后调理。

展 望

近年来报道的紫癜临床与实验研究主要是围绕血液病中的血小板减少性紫癜和过敏性紫癜展开的，尤其是对原发性血小板减少性紫癜的发病机理和中药作用机理的研究，已达到分子细胞水平。但各地的研究资料缺乏系统性、规范性，不便于重复科研，更缺乏对中医药诊治其它紫癜相关西医疾病的科学探讨。本章亦仅就目前研究报道较多的原发性血小板减少性紫癜、过敏性紫癜作了重点讨论。今后，还有大量的科研工作等待人们去完成，并应从以下几方面着手进行。

（1）深化紫癜的微观辨证研究，进一步探讨该病的病因病机与辨证规律，微观辨证，是指在临床收集辨证素材过程中，用现代科技手段，探寻各种证的微观检测指标，并用微观指标认识和辨别证。临床实践已充分证明，宏观与微观辨证相结合，可以大大提高辨证水准。90 年代以来，微观辨证在血证中医分型研究中得到了应用，但尚局限于几种常见的血液病。迄今为止，关于紫癜范畴中的原发性血小板减少性紫癜的中医分型微观辨证研究较多，结论尚未完全一致。究其原因，概与观察病例数量的限制和机体的复杂性相关。由于病例数量所限，可能导致一些统计结论的偏差，而机体的复杂性，决定了一些单一指标只具有一定的相对特异性，只能对中医分型有一定程度的客观反映，故其结论可显示出不一致性。为纠正此类偏差，在今后的科研工作中，要尽可能各家协作，从相同疾病的不同证、相同证的不同疾病等不同角度进行微观辨证研究，并要尽快实现多指标合参的研究趋势，以利于深入探讨并阐明紫癜各证的病因病机演变规律及辨证规律，促进该病辨证更趋规范化、客观化、定量化，借此推动其它血证的研究工作。

（2）以提高临床疗效为宗旨，提倡辨证论治与辨病施治相统一，促进临床治疗用药的规范化研究，不断揭示出中药治疗紫癜的疗效机理：长期以来，针对紫癜所进行的种种临床与实验研究，无不以提高临床疗效为核心，这种研究方向应予以肯定，因为确切的临床疗效是血证科研的生命线。为此，人们要从多方面去深入研究与提高疗效密切相关的各种因素。辨证求因，审因论治是中医临床工作所遵循的基本原则之一。辨证论治不是为寻找唯一的致病因素，而是“多元”地衡量某一方面的主要问题，以此主要问题作为治疗依据。尽管中医的“证”能够比症状更全而、更深刻、更准确地揭示疾病的全貌，可是我们不能仅仅满足于“证”的信息，因为现代科学的各方面理化及实验室检查所提供的“病”的证据，已超出了传统中医的望、闻、问、切所获取的资料。所以，在今后的血证研究工作中，要积极提倡辨证与辨病相结合，努力实现辨证论治与辨病施治的辨证统一，这对于深入开展临床用药的规范化研究，不断阐明中药（单味药、单方、复方）治疗本病的药效机理，寻求最佳给药途径，尽快开发研制出针对性更强、临床疗效更高、更为简便适用的各种新治法、新方药、新剂型大有裨益。此外，由于西医学在临床疗效的评定上，已逐步体现出辨病定位、实验定量的特点，故辨证与辨病的结合统一，必将促进疾病的诊断与疗效判定标准更趋向于客观化、标准化。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(3) 临床研究与基础研究相结合，用量化指标进一步探讨血证的症状、舌象、脉象与病证的相互关系，以丰富和完善中医基础诊断理论：疾病有常有变，临床上症状与病本不相符合的现象并不少见，因此，临床辨证时不仅可按正常的现象做出判断，也可透过反常的证候求得足以真正反映疾病之本质的一症、一舌、一脉，以得出辨证结论，故有所谓“舍脉从症”、“舍症从脉”之说。现代中医学发展的重要途径之一就是从宏观的临床实践进入微观的实验研究。以弥漫性血管内凝血（DIC）为例，它是临床上许多疾病发展过程中的一种严重并发症，其病因与发病机理、临床表现极为复杂，属于广义的中医血证范畴，其临床特征是出血与凝血（血瘀）互见，可表现为吐血、便血、咯血、尿血以及肌衄、脑衄等各种血证。可见，要明确 DIC 的病因发病，诊断标准及其治疗效果，仅凭宏观的临床观察是不够的，必须结合各种实验室生化检测指标，进行大量的病理生理和生化、药理等基础研究。故今后要尝试运用科学先进的医学科学科研方法，采用量化指标去分析探讨各种血证的不同阶段的舌、脉、症特点，从个体化中寻求病证的本质和规律，不断深化对疾病的认识，为探明其发病机理、诊断分型客观化、选择用药及考核疗效提供可靠依据，从而丰富和完善中医血证理论，进一步提高紫癜的证治水平。

(4) 促进高新医疗科学技术在紫癜临床研究中的应用：飞速发展的高新医疗科技是实现中医现代化的重要手段。目前，造血干细胞移植和体外培养技术、单克隆抗体技术等已在某些紫癜相关西医疾病的发病学、中药治疗学研究方面得到了应用，并展现出广阔的前景。而血管镜的研制成功和临床应用，可以为紫癜的临床与实验研究提供新的技术手段。我们设想借助血管镜能直观地获取有关血管的各种生理病理资料，提供确切的观察指标，这无疑将给紫癜的中医证治研究带来新的突破方向，必将促进血证的中医临床科研提高到一个更新、更高的层次。广大中医科研工作者更要为之不懈努力，勇于探索，不断开创新的研究领域。

（秦克力　刘静霞）

近现代参考文献

[1] 王慕娴. 宋祚民志中医治疗紫癜的经验. 黑龙江中医药, 1992 (3):5
[2] 袁思芳. 李今庸教授辨证施治4例皮肤紫斑的经验. 甘肃中医, 1995 (4):9
[3] 冯晓纯. 王烈教授对小儿紫癜的证治经验. 吉林中医药, 1994 (3):4
[4] 张新渝. 吴康衡教授治疗过敏性紫癜的经验. 成都中医药大学学报, 1996 (2):27
[5] 盛丽先. 詹起荪治疗复发性过敏性紫癜. 四川中医, 1993 (8):16
[6] 郑翠娥. 顾振东辨证治疗原发性血小板减少性紫癜经验. 山东中医学院学报, 1996 (4):247
[7] 焦平, 等. 马新云教授治疗紫癜经验拾零. 吉林中医药, 1994 (3):3
[8] 李少川. 小儿过敏性紫癜证治体验. 吉林中医药, 1994 (3):2
[9] 年国明. 对血证治验的体会. 甘肃医药, 1988 (2):61
[10] 李佳. 桃核承气汤治用举隅. 长春中医学院学报, 1995 (12):31
[11] 刘启明. 高原慢性型特发性血小板减少性紫斑的治验举隅. 中医药学报, 1989 (1):2
[12] 杨宁. 流行性出血热血证新探. 辽宁中医杂志, 1990 (1):4
[13] 冯金竹, 等. 大黄牡丹皮汤加减治疗过敏性紫癜58例疗效观察. 中国中医急症, 1996 (3):104

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[14] 李镧华，等．中西医结合治疗小儿过敏性紫癜并发消化道出血十五例．江苏中医，1994（2）:16
[15] 吴传志．辨证治疗原发性血小板减少性紫癜52例．黑龙江中医药，1989（4）:8
[16] 史亦谦，等．辨证分型治疗血小板减少120例临床小结．江苏中医，1990（8）:8
[17] 李志国．原发生血小板减少性紫癜的辨证施治．中医药管理，1993（3）:35
[18] 黄振翘，等．原发性血小板减少性紫癜的临床研究．中国医药学报，1993（2）:11
[19] 曹学军．辨证论治血小板减少性紫癜．中医药学报，1996（3）:3
[20] 张耀．血小板减少性紫癜的辨证治疗．山西中医，1986（6）:18
[21] 孙伟正，等．原发性血小板减少性紫癜患者血小板相关抗律变化与中医辨证分型的关系．黑龙江中医药，1991（6）:14
[22] 张邦福．辨证分型治疗过敏性紫癜32例．湖南中医学院学报，1988（3）:24
[23] 裘凝才．中药治疗过敏性紫癜145例．辽宁中医杂志，1988（12）:25
[24] 郭亚峰．小儿过敏性紫癜51例疗效分析．北京中医学院学报，1992（5）:58
[25] 孙玉桃，等．原发性血小板减少性紫癜88例临床治疗与预后关系的探讨．实用中西医结合杂志，1991（6）:367
[26] 范叔第．成人慢性原发性血小板减少性紫癜的中西医治疗现状．实用中西医结合杂志，1995（4）:207
[27] 巴莺乔．原发性血小板减少性紫癜的治疗．浙江中医学院学报，1987（4）:2
[28] 叶进，等．加味犀角地黄汤治疗儿童过敏性紫癜52例．江苏中医，1991（9）:6
[29] 邢人璞．血安汤治疗原发性血小板减少性紫癜50例．北京中医药大学学报，1996（2）:8
[30] 李明道．补益气血为主治疗70例过敏性紫癜．黑龙江中医药，1993（1）:11
[31] 文先惠．刘炳凡辨治血证经验．中国医药学报，1994（1）:29
[32] 周跃庭．过敏性紫癜的中医治疗探源．北京中医杂志，1990（3）:38
[33] 李南夷，等．复方锁阳冲剂治疗激素依赖性原发性血小板减少性紫癜28例临床观察．湖南中医学院学报，1989（4）:181
[34] 王卫中．慢性特发性血小板减少性紫癜临床观察．中医杂志，1993（4）:229
[35] 吴源生．丹栀地枣汤治疗原发性血小板减少性紫癜68例小结．江西中医药，1994（6）:2
[36] 刘益新．扶命培土汤治疗原发性血小板减少性紫癜64例临床观察．湖南中医学院学报，1993（2）:16
[37] 薛芳芳．辨证加商陆治疗原发性血小板减少性紫癜23例临床观察．湖南中医杂志，1993（2）:10
[38] 陈大舜，等．地黄止血冲剂治疗18例特发性血小板减少性紫癜的临床观察．湖南中医学院学报，1995（1）:16
[39] 刘广程，等．止血升板Ⅰ号治疗原发性血小板减少性紫癜的临床研究．河北中医，1994（6）:34
[40] 冷长春．中西医结合治疗过敏性紫癜24例．湖北中医杂志，1994（3）:28
[41] 孙虹．四草汤治疗过敏性紫癜单纯型30例．云南中医杂志，1995（1）:24
[42] 尹丹．中药治疗小儿过敏性紫癜200例．中国医药学报，1990（6）:39
[43] 马宽玉，等．清斑饮治疗过敏性紫癜112例临床观察．河北中医，1995（5）:0
[44] 康玉英，等．152例过敏性紫癜及36例继发紫癜性肾炎的治疗观察．辽宁中医杂志，1992（11）:8
[45] 李湘云．李浚川运用祛风药治疗紫癜性皮肤病经验举隅．湖北中医杂志，1994（3）:2
[46] 苏伟，等．益气补元饮对脾不统血证重度球蛋白及外体 C_3 的影响．中国中医药科技，1995(4):45
[47] 陈信义，等．补元饮治疗脾不统血证初步研究．中医杂志，1993（5）:299
[48] 龚跃新．十灰丸止血成份研究．吉林中医药，1991（2）:37

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[49] 刘静霞. 清热凉血益气活血中药治疗 ITP 的实验研究. 中国中医药科技，1997 (1):6，60
[50] 张朝阳. 紫斑脾不统血患者血小板相关抗体的实验研究. 中国中医急症，1996 (3):29
[51] 杨宇飞. 免疫性血小板减少性紫癜动物模型组织病理学性别差异的探讨. 中国中医基础医学杂志，1996 (2):19
[52] 杨宇飞. 免疫性血小板减少性紫癜免疫学改变与中医证候分型的关系. 中国中西医结合杂志，1992 (5):263
[53] 黄振翘. 原发性血小板减少性紫癜中医辨证分型与免疫学关系的研究. 中医杂志，1991 (10):21
[54] 詹文彦. 免疫性血小板减少性紫癜辨证分型与血小板表面相关抗体及 T 淋巴的细胞亚群的关系. 中国中西医结合杂志，1992 (5):283
[55] 韩小平. 原发性血小板减少性紫癜辨证分型与巨噬细胞吞噬活性的关系. 北京中医杂志，1989 (6):48

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❀ 厥 脱 证 ❀

厥脱证是临床常见的危重病证之一，主要表现为四肢厥冷、大汗淋漓、神志淡漠或烦躁不安，脉微欲绝。西医学的休克属中医厥脱证范畴。西医对休克的研究已由微循环水平进入了细胞、亚细胞及分子水平，治疗方面有了很大的进展，但病死率仍较高，1992 年统计资料表明，感染性休克病死率为 18.5%，心原性休克达 50%左右。近年来，随着中医急症研究的进展及新型中药抗厥脱制剂的开发，使休克抢救的成功率从单用西药的 50%左右提高到 74.5%～91.17%，为中医药治疗急危重病开辟了广阔的前景。

【今日临床】

1 诊断标准

1983 年国家厥脱协作组颁布了《厥脱症诊断标准》（试行）草案。经过大量的临床实践，探索和补充，1988 年该学术团休又颁布了其修订标准，1989 年卫生部药政局颁布的《中药治疗厥脱证的临床研究指导原则》及 1993 年卫生部颁布的《中药新药临床研究指导原则》第 1 辑有关“中药新药治疗厥脱的临床研究指导原则”，均在诊断方面依循了 1988 年的基本内容。

1.1 病名诊断标准

（1）临床表现特点

神志淡漠，但欲寐，或烦躁不安，或神志不清，面色苍白，或潮红，或发绀，四肢厥冷，汗出不止，气息微弱，或气促息粗等症。

脉沉细无力，或脉微细欲绝，或不能触及，血压下降，收缩压低于 10.7kPa(80mmHg)，脉压差小于 2.67kPa(20mmHg)，有高血压者，收缩压低于平时血压的 1/3 以上，或收缩压降低 4kPa(30mmHg)，尿少(每小时少于 30ml)，指压再充盈时间长于 3 秒钟。

（2）发病特点

发病急，变化快，迅即逆转。

（3）病因病机特点

因感受邪毒，或内伤五脏，失血亡津，创伤剧痛，导致气血逆乱，阴阳耗脱，发为本证。

（4）实验室检查

根据不同病因可参考必要的特异性实验室检查，如血气分析、血液动力学及血液流变学等指标。

凡具备以上临床表现中的 1 项，参考发病特点、病因病机特点、实验室检查等项，即可诊断。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.2 证类诊断标准

气阴耗伤证 神萎倦怠，面皖气短，四肢欠温或暖，口渴汗出，气息微弱，舌质红或淡红，苔薄，脉细数。

阳气暴脱证 神志淡漠，面色苍白，四肢厥冷，冷汗淋漓，体温不升，舌质淡，脉微弱欲绝或不能触及。

真阴衰竭证 神恍惊悸，面色潮红，汗出如油，口渴欲饮，饮不解渴，身热心烦，四肢温暖，舌光干枯无苔，脉虚数或结、代。

邪毒炽盛证 壮热，口渴，烦躁，便结，舌红，苔黄燥，脉沉细而数。

心气不足证 怔忡不安，气促，舌淡，脉细而促，或结、代。

气滞血瘀证 口唇青紫，皮肤瘀斑，腹胀，舌紫黯，脉沉细而涩。

1.3 轻重分级标准

轻度：神清或烦躁不安，手足不温或肢端发凉，汗出过多，脉沉细（数）无力，血压下降；收缩压＜80mmHg（10.7kPa），脉压差＜2.67kPa（20mmHg）；有高血压者，收缩压低于平时血压的1/3以上，或收缩压降低4kPa（30mmHg）。

中度：神志淡漠，手足冷至腕踝，大汗淋漓，脉微弱或虚大，收缩压在6.7kPa（50mmHg）以下，脉压差＜2.67kPa（20mmHg）。

重度：意识朦胧，或神志不清，肢冷超过腕踝6cm以上，或全身发冷，冷汗如珠，脉微欲绝或不能触及，收缩压在4kPa（30mmHg）以下。

2 中心证候特征

厥脱证是厥证和脱证的总称，临床证候当有厥证的表现如昏不识人，手足逆冷；又有脱证的表现如汗出如珠，口开目合，脉微欲绝。但是，厥脱并论，不是两证简单相加，而是厥向脱转，脱必兼厥，虚中夹实，病机复杂，证候多端，演变迅速。临床主要证候学特征为神志异常，肌肤色泽与温觉改变，多汗，呼吸变化及特殊脉象。

神志异常：轻者神志淡漠或躁扰不宁，重者神昏或昏愦不知人。

肌肤色泽与温觉改变：面色可见苍白或潮红或青紫或晦黯；四肢发凉或厥冷或身冷如冰，亦有胸腹灼热、手足尚温者。

多汗：轻者，气短自汗，严重者冷汗淋漓或汗出如珠。亡阳之汗，汗冷而味淡微粘，口不渴喜热饮；亡阴之汗，汗热而味咸，口渴喜冷饮。

呼吸变化：气息微弱或气促息粗。

脉象：脉细数或浮数而空或微细欲绝或不能触及。

3 病 因

正气不足 先天禀赋不足，肾精亏虚，如肾阴虚少，或肾阳不足，表现为阴损或阳损，当阴阳一方虚损至一定程度，导致阴损及阳，阳损及阴，阴阳互损，失去平衡状态，是发生厥脱的基本因素；久病气血亏损，元气耗伤，引起经络气血运行不畅，气机逆乱，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

亦可导致厥脱。

饮食劳倦 元气素虚者，如因过度饥饿，气血化源亏乏，气血不足，脑失所养；或暴饮暴食，饮食停于胸隔，清气不升，浊阴不降，阴阳升降受阻，气机逆乱，导致厥逆发生；过度疲劳，或睡眠不足，则气血暗耗，阴阳消长失衡。

亡血失津 大汗吐下，气随液耗；创伤出血，产后大量失血等，气随血脱，阳随阴消。

外邪侵袭 ①寒邪：严寒之时，以冬季多见，或高寒地区。寒邪直中伤阳，阳衰阴盛；或寒邪直中脏腑，闭塞气机。②热邪：酷暑之际，感受暑热之邪，或暴晒，导致气阴耗伤；或温热邪毒，腐害营血；或感受湿热，热邪郁结，气机升降失调；或寒邪入里化热，热邪内陷；或感受疫疠之气，邪毒炽盛，热伤气阴或热伤营血。

七情内伤 七情所伤致厥为多。因恼怒所致，情志过极，气血并走于上；或元气素虚，又遇悲恐；或疲劳过度，阳气消乏，气虚下陷；或平素精神衰弱，加上突如其来的外界影响，如见死尸，或闻巨响，或见鲜血喷涌等，气机逆乱发为昏厥。

剧烈疼痛 创伤、气滞、瘀血、寒邪等均可引起剧烈疼痛，疼痛伤气，导致气机逆乱。

药物过敏或中毒 抗菌素类如青霉素 G 及其半合成制品、头孢菌素类、氯霉素、四环素等；异种蛋白如异体血清、流感疫苗、麻疹疫苗、蜂类毒素（叮咬）、血液制品；化学药物如阿斯匹林、右旋糖酐、普鲁卡因、X 线造影剂；食物如牛奶、海味、蛋清等，可引起过敏反应；接触或误服药物、农药、有害气体、有机溶剂、部分金属、动物毒素、植物毒、腐败变质的食物等，可导致脏腑功能失调，气机逆乱，阴阳失衡。

痰饮内停 形盛气弱之人，嗜食酒酪肥甘，或生冷之品，或劳倦伤脾，脾失健运，痰湿水饮内停，阻滞中焦，导致气机运行失常。

瘀血阻滞 瘀血所致厥脱，多继发于阴血耗竭，阳气衰微，或心肺气虚等五脏功能虚衰的条件下，亦有初起即表现实证，如突然情志失调，气滞血瘀，或外伤瘀血等。

4 病 机

4.1 发 病

本病的主要机理是，气机逆乱，阴阳失衡及脏腑功能失调。其特点是起病急，病情可迅速恶化，表现为四肢厥冷，汗出如油，昏不识人，少尿或无尿，脉微细欲绝，病属危候。

4.2 病 位

本病主要损伤气血阴阳，涉及心肝脾肺肾，其中以心肾两脏衰竭为主。

4.3 病 性

当脏腑功能尚健、气血不亏时，虽因外邪如热邪、寒邪、疫毒或饮食、情志而发者，病之初表现为实证。随着病情进展，脏腑功能逐渐衰竭，气阴耗伤，正虚邪恋，则表现为

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

虚实兼夹之象；或以虚证为主，如阴脱、阳脱，阴阳俱脱等。表现为虚脱证候时，预后不良，常危及生命。

4.4 病　　势

厥脱证是内科急危重症，早期表现为四肢厥冷，神情淡漠或烦躁，即厥证之象，若失治误治，或素体元气虚损，复因邪毒内侵、失血、失液、失精、情志所伤，精气逐渐消亡，病由浅入深，由实转虚，由厥致脱，发展成汗出如珠，目合口张，昏不知人，脉微细欲绝等脱阴、脱阳、或阴阳俱竭之象。本病起病急，变化迅速，证候复杂，病情危在旦夕。

4.5 病机转化

厥脱证的病机较复杂，与阴阳、气血、脏腑功能盛衰及邪气等多方面因素均有关，或因邪气在先，损伤气血阴阳及脏腑功能，或因已有气血不足、阴阳失衡和脏腑功能衰竭，在病邪的诱发下，正气进一步耗伤，最终导致气机逆乱、阴阳离决、脏腑功能衰竭。

病机转化上，表现为因实致虚、寒热互化、阴阳互损。六淫及疫疠之邪入里化热，先入三阳，若此阶段未予清解，热邪自浅入深，传入三阴，表现阴经症状；真阴亏耗，或大失血、大汗吐泻，营阴大量丢失，阴精亏虚，阴不制阳，表现为阳亢症状，病情进一步发展，阴血大伤，阳无以附而外浮，导致阴竭阳脱，临床表现见四肢由温转凉，呈现虚寒之象，若抢救及时，处理得当，四肢转温，色脉转和，阳气得以恢复，病情可好转，否则出现阴竭阳脱，阴阳离绝之危候。

依据阴阳互根原理，阳虚至一定程度，阳气不能化生阴液，可出现阴虚之象，即“阳损及阴”。如临床上各种原因引起的心阳暴脱，肾阳衰竭，此时若不能急救回阳，则阳衰不能固摄而腠理开，大汗淋漓，肌肤皱瘪，出现阴脱症状。同样，阴脱阳无以附，阳随阴亡，即“阴损及阳”。

厥脱证从整体来说，缘于气机逆乱，阴阳失衡，脏腑衰竭。而血瘀贯穿于每一个环节过程中。若外邪闭阻或七情所伤，气机壅遏，导致气滞血瘀；或阳气衰弱，推动无力，气虚血瘀；或阳虚生寒，寒凝血瘀；或阴虚血少，脉络不充，艰涩成瘀，瘀血内停，有碍气机运行，引起气机逆乱。因此，血瘀是厥脱证的病理基础。

4.6 证类病机

热毒炽盛　外感六淫、疫毒或疔疮疖痈未加清解，邪毒入里，热毒内盛，充斥内外，表现出一派阳热之象。若热邪内陷心包，热邪壅阻经脉，阳气不能达于四末，出现神志变化及四肢厥逆之象。

阳微寒盛　素有内寒，或食生冷，或寒邪直中，或素体阳虚，寒自内生。寒为阴邪，易伤阳气，寒滞经脉，阴气被郁，不能达于四末故四肢厥冷；或阳衰阴盛，经气不布四末，导致阴阳不相顺接，发为厥逆。

气阴两亏　外感热邪或寒邪入里化热，耗伤气阴；或汗吐下失血，阴精亏损，气随血脱，气随液耗，阳随阴消。阴血亏虚，四肢失于濡养故四肢厥冷，气虚不能固护卫外故汗

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

出气短。

阳气暴脱 邪气过盛，正不胜邪，阳气突然脱失，或久病阳气耗散，或大汗亡阳，阳衰阴盛则四肢厥冷，阳气暴脱，心气涣散，出现神志改变。

真阴耗竭 大失血，大汗，吐泻；或温热病后期；或久病真阴亏耗；或误治（不当汗下而汗下）或过期失治，也促成亡阴。气随阴脱，气血不达于四末，故肢冷不温，甚至厥冷。阴虚阳气偏亢者，又可见虚热或四肢反温之象。

心气不足 外邪侵袭损伤心阳，或失血亡津，耗伤心阴，气随阴脱，或久病心气不足，心气鼓动无力，血液运行缓慢，四肢失于温煦，故四末发凉；心主神明，心气不足，心神涣散，故出现神志变化；汗为心之液，心气不足，或气虚阳脱，汗液外泄故大汗淋漓，甚至阴损及阳，阴阳离绝；气为血帅，气行则血行，气虚则血瘀，因此心气不足，常导致血脉瘀滞不畅。

气滞血瘀 外邪闭阻，七情所伤，导致气机壅遏，则气滞血瘀；或阳虚气弱，则气虚血瘀或寒凝血瘀。瘀血内停有碍气机运行，导致气血瘀滞、气机逆乱，阴阳不相顺接，引起厥逆。

5 临证思路

5.1 审察脉证

厥脱证是内科急重症，起病突然或虽导渐进性，但病候危重，进展迅速，有时以意识突然丧失为主，患者不能描述主证，因此临证望、闻、切诊尤为重要，只要出现脉微欲绝、神志改变、大汗淋漓、四肢厥冷为主的证候，不难做出明确诊断。

5.2 询问病因

厥脱证多有明确的病因或诱因存在，找出准确的病因是指导用药，判断预后的关键。如热厥，是由热毒内陷，抑或失血亡津后，虚阳亢盛所致，前者多由实转虚，后者因虚夹实，因此用药方而前者应尽早选用治标之法，而后者补虚为主，并挫其热。寒厥因于感寒，寒邪直中，或素体阳虚，虚寒内生。阴脱多由大失血、大吐大泻、高热伤津、大汗等引起。阳脱多见于久病体虚、心气不足、心阳暴脱或肾阳衰败者，且常因劳累、感邪、情志失调而诱发。辨明病因对临床准确拟定治则十分必要。

5.3 分析病位

本病涉及气血阴阳及脏腑。外邪所致者，由表入里，由浅入深，由气分深入血分；脏腑功能失调引起者，初起即表现为脏腑衰竭之象，五脏俱损，但以心肾衰竭尤为突出。

5.4 确定病性

厥脱证病情复杂，既有寒热之别，又有阴阳之分和虚实之异，临床不可不察。确定病性对指导用药甚为关键。

寒热之分：热证由六淫之邪、疫疠、药物、毒素等引起，厥脱之前有便秘、尿涩、口

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

渴、身热、烦躁、面赤、脉数大等表现，厥脱之发四肢厥冷或四肢不凉而反发热，或手足心热于手足背、胸腹灼热，舌红干燥甚至干黑起芒刺，大便干结。寒证因感受寒邪，或素体阴寒内盛所致，厥脱之前吐泻不渴，身凉踡卧、口吐涎沫，脉沉迟或弦紧，厥脱之发四肢厥冷，面色苍白，口唇、指甲紫黯，脉微细欲绝等。

阴阳之别：阴阳是人体的根本。阴平阳秘，精神乃至，阴阳离绝，精气乃绝。阴阳平衡破坏导致厥脱，但阴阳有偏盛偏衰区别，阴盛者常表现为阴厥即寒厥；阳盛者表现为阳厥即热厥。阴阳偏衰在厥脱证中表现为阴脱、阳脱或阴阳俱脱。阳脱以体温过低、大汗淋漓、气短、舌淡、脉微细为主要表现；阴脱则表现为面色潮红，口渴不欲饮、舌光剥无苔、脉虚数。一般新病暴脱以亡阳多见，久病虚脱以亡阴居多，但亦不尽然，亡阴亡阳相互牵涉而导致阴损及阳，阳损及阴，阴阳俱竭，最难把握平衡。

虚实之不同：一般热厥、寒厥、痰厥、食厥、蛔厥、气滞血瘀厥以实证居多。厥证初起，正气尚未衰竭时，表现为实证，如热毒炽盛之热厥证见壮热烦渴、溲赤便秘，神昏谵语等实热之象；阴寒凝滞之寒厥，证见四肢厥冷，身冷畏寒，精神萎靡，口不渴，喜热饮，近衣被不解；气滞血瘀可因精神刺激、创伤、外邪闭阻经络引起，证见口唇青紫、皮肤瘀斑、舌质黯紫、脉涩等。厥脱之虚证因邪气稽留不去，损伤气血、阴阳、导致脱阴或脱阳，即由实转虚；或因脏腑阴阳、气血衰竭；或脏腑带病延年，脏器衰竭；或汗、吐、下太过，或亡血失精，发病后以虚证为主，临床表现为亡阴、亡阳、气血虚损之象。虚实在疾病发展过程中是不断变化的，依据邪正消长与盛衰规律可发生正虚邪实、正衰邪恋等虚实夹杂的错综复杂的变化。当脏腑气血衰竭时，本已脏气虚衰，若遇情志过激、劳倦、饮食及外邪诱发，由虚致实，若邪气不能速去，更加损伤气血阴阳，由实致虚，由厥致脱。

5.5 判断病情轻重缓急

厥脱证分则为二，合则为一，厥轻脱重，厥证可突然转化为脱证。脱证重，常兼有厥，危在旦夕。因此厥脱并论更有利于掌握病情，防止病情突变，在处理厥脱证的指导思想上，应突出一个“急”字，争分夺秒。

5.6 准确、快捷的处理原则

明辨标本缓急，是厥脱证治过程中应严格遵循的原则。因邪毒侵袭引起气机闭阻，内陷于里所致者，首当攻邪，治标为主。以阴竭阳衰为重要表现者，治本为重，重点扶正。本病是急危重证，必须采用现代给药方法，尽力选用针剂静脉给药，如生脉注射液、参附注射液等，加上针灸及其它有效的方法。

6 鉴　　别

中风　中风中脏腑时，可出现内闭与外脱之候，与厥脱证有相似表现。但中风为脑病，平素常有头晕、头痛、耳鸣眼花、腰腿酸软、偏身麻木或无力，或一过性语言不利等症状，病变部位在脑髓血脉，临床症状亦可表现四肢厥冷、大汗淋漓、神识昏迷及脉微欲绝等症状，但醒后多遗留口眼㖞斜、半身不遂、语言謇涩等后遗症，而厥脱证则无。中风

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

与西医的脑血管病变相似，临床有神经系统检查定位体征，头颅 CT 及核磁共振等影像学检查、腰椎、穿刺等，具有特殊诊断意义。

癫证 癫证是一种发作性神志异常的疾病。其特征为发作性精神恍惚，甚至突然昏仆，昏不知人，口吐涎沫，两目上视，四肢抽搐，或口中如作猪羊叫声，移时苏醒。病有宿根，反复发作，每次发作病状相似，这与厥脱证大不相同。西医认为癫痫是大脑皮层或皮层下神经元异常电位发放，导致大脑功能病变，脑电图检查阳性率达 90%以上，是癫痫与其它疾病相鉴别的主要检查方法。

7 临证治疗

7.1 分证论治

7.1.1 实证

7.1.1.1 气厥

临床表现：突然昏倒，不省人事，口噤拳握，呼吸气粗，或四肢厥冷，舌苔薄白，脉沉或沉弦。

病机分析：由于肝气郁结，气机逆乱，气壅心胸，阻塞清窍，故突然昏倒，不省人事，口噤拳握；肝气上逆，气机闭塞，肺气不宣，故呼吸气粗；阳气被郁，不能外达，则四肢厥冷；气闭于内，肝气郁结故脉沉弦或沉；舌苔薄白为肝气郁结之象。

转归：本证素体强壮，经调气降逆、气机调顺，可迅速恢复。气为血帅，气行则血行，气逆则血与气并走于上，病变常相互累及，气厥导致血厥。

治法：调气降逆。

方药：五磨饮子（《医方集解》）加减。

乌药 沉香 槟榔 枳实 木香

加减：若肝阳上亢，症见头晕、头痛、面赤者，加钩藤、石决明、磁石平肝潜阳；痰多气壅者，加胆星、贝母、竹沥、橘红涤痰泄浊；若醒后时啼哭，哭笑无常者，加远志、茯神、酸枣仁、丹参等安神定志。

临证参考：病人在昏迷时，可先灌服苏合香丸或玉枢丹以开窍醒神。本证因精神刺激而发作，因此平时可服逍遥丸以理气达郁，调和肝脾。

7.1.1.2 血厥

临床表现：突然昏倒，不省人事，牙关紧闭，面赤唇紫，舌红，脉多沉弦。

病机分析：由于暴怒肝气上逆，血随气升，上蔽神明，清窍闭塞，故突然昏厥，不省人事；血菀于上，故面赤唇紫，舌质红；脉沉弦乃肝气郁结之象。

转归：血厥之证肝阳偏旺，多因情志而诱发，血随气逆。气厥与血厥相互转化，若气血夹痰夹瘀可转化为内闭外脱证。

治法：活血顺气。

方药：通瘀煎（《景岳全书》）加减。

当归尾 山楂 红花 香附 乌药 青皮 木香 泽泻

加减：急躁易怒，少寐多梦者，可加钩藤、石决明、龙胆草、丹皮平肝潜阳、清肝宁

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

神；若风阳内盛头痛眩晕，加钩藤、菊花、蒺藜、枸杞子、生地柔肝熄风。若突然昏厥、不省人事可急用醋或童便火粹，取烟熏鼻。

7.1.1.3 痰厥

临床表现：突然昏厥，喉有痰声，或呕吐涎沫，呼吸气粗，苔白腻，脉滑。

病机分析：平素多湿多痰，复因恼怒气逆，痰随气升，上闭清窍故突然眩仆；痰阻气道，痰气相击，故喉中痰鸣，或呕吐涎沫；痰浊阻滞，气机不利，故胸闷气粗；苔白腻，脉滑，为痰浊内阻之征。

转归：厥多夹痰，治疗上应注意祛痰与开心窍结合。如果痰与瘀结合，邪气郁闭，气机逆乱，严重者导致阴阳失去平衡，甚至内闭外脱。

治法：行气豁痰。

方药：导痰汤（《济生方》）加减。

半夏 陈皮 枳实 茯苓 甘草 制胆草

加减：若痰气壅盛者加苏子、白芥子以化痰降气；若痰湿化热，症见口干便秘，苔黄腻，脉滑数者，加黄芩、栀子、竹茹、瓜蒌等以清热泻火，或用礞石滚痰丸以豁痰清热。

临证参考：若痰在膈上，急用盐汤探吐，并用黑白丑、甘遂研细沫，拌和面粉作饼，贴足心；口角流涎，脉沉滑者，多属实痰，用巴矾丸研细调水灌服。

7.1.1.4 食厥

临床表现：暴饮过食，突然昏厥，气息窒塞，脘腹胀满，舌苔厚腻，脉滑实。

病机分析：由于暴饮多食，食滞中焦，胃气不降，气逆于上，清窍闭塞，故突然昏厥；胃腑浊气，壅于胸中，肺气不利，故气息窒塞；食滞胃脘，故脘腹胀满；舌苔厚腻、脉滑实为食滞不消，浊气不降之征。

转归：痰厥较少见，平素身体壮实，因暴饮多食而诱发，经消食和中，调理脾胃治疗，预后良好。

治法：消食和中。

方药：神术散（《医学心悟》）合保和丸（《丹溪心法》）加减。

苍术 陈皮 厚朴 甘草 藿香 砂仁 山楂 神曲 茯苓 半夏 连翘 莱菔子

若昏厥在食后不久，用盐汤探吐祛实邪。

7.1.1.5 暑厥

临床表现：头晕头痛，胸闷身热，大汗出，面色潮红，继而突然昏倒，不省人事，或谵妄，舌红而干，脉象洪数，或虚弦而数。

病机分析：感受暑邪，暑热上犯头部，故眩晕、头痛；邪热内闭，则胸闷身热，面色潮红；暑伤气份，腠理开泄，故汗出；暑邪犯心，蒙蔽清窍，故卒然昏倒，甚至谵语；舌红而干，脉洪数乃暑热郁闭之象。

转归：暑为阳邪，其性升发，暑邪侵犯人体，直入气分，腠理开泄而多汗，大量出汗，气随津泄，导致气阴耗散，由厥致脱。

治法：解暑清心。

方药：白虎加人参汤（《伤寒论》）或清暑益气汤（《湿热经纬》）加减。

白虎加人参汤：知母 石膏 甘草 粳米 人参

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

清暑益气汤：西洋参　石斛　麦冬　黄连　竹叶　荷梗　知母　甘草　粳米　西瓜翠衣

临证参考：若暴受暑邪，邪热蒸迫，津液外泄，症见头晕、心悸、面色苍白，多汗肢厥，治宜益气固脱，灌肠独参汤，或急灸百会、关元、气海。若暑热内闭，蒙闭心包，症见卒然昏倒，不省人事，面色潮红，谵妄，立即将患者移至阴凉通风处，灌服紫雪丹或牛黄清心丸，以清心开窍醒神，继之服用清暑益气汤。

7.1.1.6　酒厥

临床表现：过量饮酒，饮后昏倒，轻者尚能知人，重者神志不清，或烦躁，痰涎如涌，或气喘发热，舌苔腻或黄腻，脉滑数。

病机分析：酒性慓悍滑疾，过量饮酒，则气机逆乱，气冲于上，故突然昏倒，或烦躁不安；酒味甘辛，性如火烈，里热充斥，故气喘发热；酒为辛辣肥甘之品，易伤脾胃，滋生痰涎，湿热内缠，故痰多如涌。舌苔腻或黄腻，脉滑数，为痰湿蕴热之象。

转归：酒厥之始发，缘于一次过量饮酒，或反复大量长期饮酒。酒性甘辛，性如火烈，若热盛伤络，迫血妄行，可导致各种出血病证；热极生风则表现高热、神昏、四肢抽搐、颈项强直；酒伤脾胃，痰湿中生，痰阻气道，证如痰厥，使病情加重。

治法：解酒化滞。

方药：葛花解醒汤（《兰室秘藏》）化裁。

木香　人参　猪苓　白茯苓　陈皮　白术　干姜　神曲　泽泻　青皮　砂仁　白蔻　葛花

加减：若热象明显可去木香、干姜，酌加黄芩、黄连等清热之品。枳椇子善解酒毒，可配入方中，或单独服用。

临证参考：酒厥表现烦躁症状时，切忌服用镇静催眠药，以免加促死亡。可适当灌水果汁、绿豆汁等。

7.1.1.7　蛔厥

临床表现：腹痛时作，疼痛剧烈，痛时手足逆冷，烦闷呕吐，时发时止，得食即吐，常自吐蛔，舌苔白腻，脉弦或数。

病机分析：因饮食不洁，虫卵进入体内，寄生在肠间，形成蛔虫症。蛔虫喜温而恶寒，如中、下二焦虚寒，所谓脏寒，不利蛔虫生存，蛔虫为避下寒而就上热，故窜入胃或胆道，发生腹痛；胃气上逆，故烦闷呕吐，甚至吐蛔；蛔虫回到肠间时，发作休止，复钻入胃或胆道则症状发作，故时发时止；虫阻于胃，胃气不降，故得食即吐；痛剧则阴阳不相顺接，以致四肢厥冷；脏气不利，故苔腻；寒热错杂，脉或弦或数。

转归：本病以儿童多发，因饮食不洁引起，若平素注意饮食卫生，提高脾胃功能，发生蛔虫病及早祛蛔，预后较好。若病程较长，失治误治，蛔虫夺取水谷精微，则肌肤不荣，形体瘦弱，甚至危及生命。

治法：温脏补虚安蛔。

方药：乌梅丸（《伤寒论》）加减。

乌梅　细辛　干姜　黄连　当归　附子　蜀椒　桂枝　人参　黄柏

加减：偏寒者，症见腹痛喜按，呕吐清水，面色苍白者，前方去黄连、黄柏，并选用理中丸以温中祛寒；偏热型症见呕吐黄苦水，便秘，苔黄腻，脉滑数，前方去附子、桂

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

枝、细辛、干姜，加黄芩、蒲公英、栀子等以清热下蚴。并且针刺内关透外关、足三里等以安蛔止痛。

7.1.1.8 中恶

临床表现：步入秽浊或特殊环境中，突然手足厥冷，肌肤栗起，头面青黑，精神不宁，或牙关紧闭，甚至昏不知人，舌苔白腻，脉沉或弦。

病机分析：此证多系正虚之体，冒犯不正之气，如进冢入庙，吊死问丧，或深入地窖、矿井等地。毒气侵袭，或气机郁结，气逆于上故突然昏晕，精神不守宁；气机逆乱，阳气被郁，则手足厥冷，肌肤栗起，牙关紧闭；毒气侵袭，故头面青黑；舌苔腻，脉沉或弦乃浊邪内侵、气机逆乱之象。

转归：中恶一般发生在特殊的环境，如秽浊之地、问丧、登冢。若发病后呼吸平和脉象有根，预后良好；若呼吸微弱，奄奄一息，唇甲青黑，阴阳之气不相顺接，则病情危重。

治法：辟秽开窍。

方药：急用姜汁调服苏和香丸（《太平惠民和剂局方》）或玉枢丹（《霍乱论》）。苏醒后用藿香正气散调服（《太平惠民和剂局方》）

藿香正气散：藿香　紫苏　白芷　大腹皮　茯苓　白术　半夏　陈皮　厚朴　桔梗　甘草

7.1.1.9 热厥

临床表现：壮热烦躁，四肢厥逆或不恶寒反恶热，胸腹灼热，烦渴神昏，谵语，小便短赤，大便秘结，舌质红，苔黄燥，脉数。

病机分析：外感六淫、疫毒，或疔疮疖痈未加清解，邪毒入里，热毒炽盛充斥内外，故壮热，胸腹灼热；热毒内陷心包则神昏、谵语；若热邪自浅入深，及于三阴，则阳气被郁，不能达于四末，出现四肢厥冷；热邪深入下焦，膀胱实热，故小便短赤；里热壅盛，大肠实热，传导失司故大便秘结；本病虽然出现四肢厥冷，实则因于热，故不恶寒反恶热；舌质红、苔黄燥、脉数乃里热壅盛之象。

转归：本证致病因素为热毒，以邪实为主，如治疗得当，热清毒去，预后较好。反之，热毒迫津外泄，消灼阴液，气随液脱，可发展为气阴两伤证。若热邪入血，灼伤脉络，迫血妄行，导致出血，如吐血、便血、衄血、皮肤发斑，预后不良。若热邪伤阴，阴血亏耗、出现阴脱之象，严重者阴损及阳，阴阳离绝，病至晚期，难以逆转。

治法：情热解毒，通腑救逆。

方药：（1）热结阳明经证，白虎汤（《伤寒论》）加减。

生石膏（先煎）　知母　甘草　粳米

（2）阳明腑实证热深厥深者选用大承气汤（《伤寒论》）加减。

大黄　厚朴　枳实　芒硝

（3）邪郁少阳，热微厥微，选用四逆散（《伤寒论》）加减。

柴胡　枳实　芍药　甘草

加减：若肺热壅盛，症见喘促咳嗽、咳吐黄痰，加黄芩、桑白皮、贝母、瓜蒌以清泻肺热。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

临证参考：若邪毒内陷心包或热入营血，扰动心神，证见神昏谵语，先用安宫牛黄丸、至宝丹或紫雪丹口服或鼻饲或灌肠以开窍醒神，继之服用清瘟败毒饮泻火解毒。

7.1.1.10 寒厥

临床表现：四肢厥冷，神情淡漠，自汗，面色㿠白或晦黯，少尿，下利清谷，口不渴，舌质淡，苔白，脉沉微。

病机分析：素有内寒，或食生冷，或寒邪直中，或素体阳虚，寒自内生，寒邪阻滞经脉，阳气被郁，不能达于四末，故四肢厥冷；寒为阴邪易伤阳气，或素体阳气不足，导致清阳不升，中气下陷，面失濡润，脑失所养，故面色㿠白或晦黯，神情淡漠；阳气不足，卫外不固，故自汗；寒冷气虚，气化不利故少尿、下利清谷；内有寒邪，故口不渴；阳衰气微故脉沉微。

转归：本型预后视阳虚与阴盛的程度而异。病之初起，正气充盛，表现为阴盛而阳未虚的实寒证。寒客血脉，则血脉凝涩，脉道不通，则导致寒凝血瘀之证。若阴盛于内，逼迫阳气浮越于外，阴阳不相顺接，则导致阴盛格阳，即真寒假热之证，如面红、烦热、口渴、脉大等假热之象，临证当审视清楚，否则治疗上易出现差错。

治法：温经散寒，回阳救逆。

方药：四逆汤（《伤寒论》）加减。

制附子 炮姜 炙甘草

临证参考：手足逆冷，汗多气促，可选用四味回阳饮（《伤寒论》），即四逆汤加人参，或选用参附汤以益气回阳救逆。若血虚受寒选用当归四逆汤以温经散寒，养血通脉。如果神志昏晕，可同时选用苏合香丸口服或灌服，以开窍醒神。

7.1.1.11 气滞血瘀

临床表现：四肢厥冷，面色晦黯，胸闷气短，唇甲青紫，皮肤瘀斑，舌质紫黯或有瘀点，脉细涩。

病机分析：七情所伤、外邪闭阻经脉、创伤瘀血、疼痛伤气、五脏功能失调等均可引起气机运行失常，气机郁结导致血行不畅，瘀血内生。瘀血形成之后若闭塞心窍，则心主血脉失司，阴阳气血不能顺接而形成四肢厥逆；瘀血内阻，气血运行不利，肌肤唇甲失养，故面色晦黯，唇甲青紫；瘀阻皮下，则皮肤瘀斑；瘀阻胸中，胸中阳气不得舒展，故胸闷气短；舌质紫黯或有瘀斑，脉细涩乃瘀血内停之征。

转归：气滞血瘀在病理性质上属邪实，又可作为一种致病因素影响脏腑功能、气血运行及阴阳平衡。瘀血内停，阳气运行不畅，经气不布四末，阴阳不相顺接，引起厥逆，或使原有厥脱证加重，病情趋于恶化。瘀血内停，新血不生，导致血虚，因实而致虚。气滞血瘀，血行不畅，血不循经而致出血。

治法：活血祛瘀，行气通经。

方药：血府逐瘀汤（《医林改错》）加减。

桃仁 红花 当归 生地黄 川芎 赤芍 牛膝 桔梗 柴胡 枳壳 甘草

临证参考：若热盛瘀血，热瘀互结，证见烦热神昏，谵语躁扰，斑疹密布，大便秘结，合用清瘟败毒饮以清热解毒，化瘀开窍。若兼见血虚之象，证见面色㿠白、心悸头晕，合用当归补血汤以补气生血防止脱变。若兼见气虚，证见气短自汗，神疲乏力，脉象

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

转为细数无力，甚至脉微欲绝，乃气虚欲脱，虚实夹杂，合用或先服独参汤或升压汤（党参、黄精、甘草）以回阳、益气、救脱，昏迷患者，给予鼻饲。关于厥脱之出血，为变证，若为热毒所致，给予清热解毒，凉血止血药；气脱者，给予补气药。对瘀血所致出血者，应予以活血化瘀药，不可盲目选用单纯的止血剂，以免加重瘀血程度。

7.1.2 虚证

7.1.2.1 真阴耗竭

临床表现：肢厥不温或尚温，面色潮红或苍白，烦躁不安或晕厥，口渴喜饮，饮不解渴，尿少色黄，舌红光剥，脉细数或芤而无力。

病机分析：大失血、大汗、大吐大下或温热病后期，热伤阴津以致阴血亏耗，气血不达于四末则肢冷不温；虚热扰动心神故烦躁不安；阴精内脱，脑失所养故晕厥；阴虚火旺则舌红光剥，脉细数；若见芤而无力脉，乃阴血大亏，脉道不充所致。

转归：本证若救治及时，可达到止脱效果。若阴液大竭，阳气失所凭依，以致散越亡阳，因此阴脱后期可出现血压迅速下降、四肢厥冷、冷汗淋漓、脉微细欲脱或脉豁大而空等亡阳之象，阴竭阳脱，病属危候，病死率极高。

治法：救阴固脱。

方药：三甲复脉汤（《温病条辨》）加减。

炙甘草　白芍　生地　麦冬　阿胶（烊化）　火麻仁　生牡蛎　生龟甲　生鳖甲

临证参考：如果汗出不止，为气随阴脱，选用生脉散加龙骨、牡蛎，益气养阴，固卫敛汗，或收汗丹（生脉散加黄芪、炙甘草、山萸肉、当归、熟地）；若吐血不止，选用独参汤加三七、童便以补气摄血，还可选用中成药如大补阴丸、西洋参口服液；若热灼营阴，选用增液汤以滋阴清热。

7.1.2.2 阳气暴脱

临床表现：四肢厥冷，面色苍白，神志淡漠或晕厥，气息微弱，冷汗淋漓，口不渴或口渴喜热饮，舌质淡，脉浮数而空或脉微欲绝。

病机分析：邪气偏盛，正不胜邪，导致阳气突然脱失；或阴脱之候未予及早救治，阴损及阳；或素体心阳不足，肾阳亏虚，久病伤阳等。阳气大伤，不能温于四末故四肢厥冷；阳气暴脱，则面色苍白；阳脱则阴阳不相顺接，经气乃绝，故神志淡漠或晕厥；阳虚卫外不固，故冷汗不止；气随阳竭故气息微弱；阳虚生寒故口不渴；虚阳外浮则脉浮数而空，若阳衰气微至极，无力鼓动脉道，则脉微欲绝。

转归：人之生命根于阴阳平衡，两者缺一不可，但以阳气为主导，只要有一分阳气尚存，便有一息生命延续，因此阳脱多预示病至晚期，难以救治，可出现大汗淋漓，气息微弱，神志昏迷，随着大量汗液丢失，阳随阴脱，导致物质与能量的耗竭，病情迅速恶化。

治法：益气回阳固脱。

方药：独参汤（《伤寒大全》）或参附汤（《校注妇人良方》）加减。

人参　附子

加减：如果汗出不止，加生龙骨、生牡蛎、白芍敛汗养营，若寒盛可选用四逆汤，以温阳祛寒，回阳救逆。若兼见气滞血瘀者，如口唇爪甲青紫，皮肤花斑，加丹参、红花、赤芍、川芎等活血化瘀。如果阳气衰微，阴寒内生无脉者，合用回阳救急汤加猪胆汁以回

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

阳救急、益气生脉。若出现呼吸急促，冷汗不止等肾阳衰微、肾不纳气者，加服黑锡丹温肾阳，降逆气。若兼见喉中痰鸣，浮肿少尿，恶心呕吐等浊邪内闭之象，可服用菖蒲郁金汤合苏合香丸开窍泄浊。因阳生阴长，阳杀阴藏，阳损及阴，故可适当加山萸肉、龙骨、五味子等救阴以回阳。

7.1.2.3 气阴两亏

临床表现：四肢厥冷，烦躁或神昏，语声低微，口渴，汗多，面色潮红或苍白，舌红少苔，脉细数无力。

病机分析：外感热邪或寒邪入里化热，耗气伤阴；或汗吐下失血后阴血暴亡，气随血脱。气阴耗散，阳气不达于四末故四肢厥冷；热扰神明则烦躁，严重者神识昏蒙；津不上承故口渴，气虚卫外不固故汗多气短，语声低微；若阴虚重，阴虚生内热则面色潮红，若气耗重，不能帅血华面，则面色苍白；阴亏故舌质红少苔，气虚不能帅血运行，复因阴虚血脉干涩，脉道不充故脉细数无力。

转归：本证多因热毒、暑气未及时清解，热毒内陷于里，损伤气阴；一部分因亡阴，气随阴耗所致。前者因热毒内陷，劫夺阴液，耗伤正气，而致气阴耗竭，病情由闭转脱。后者在亡阴的基础上，气随阴脱，进一步发展，导致亡阳。因此本证即可因实转虚，又可因虚致脱。

治法：益气救阴防脱。

方药：生脉散（《内外伤辨惑论》）加减。

人参 麦冬 五味子

加减：伤津重者加玄参、生地等养阴之品。

临证参考：若兼邪毒炽盛，证见高热肢厥，加用清瘟败毒饮以清热解毒；若热伤营血，证见唇甲青紫，发斑出血，舌有瘀斑，可配清营汤或犀角地黄汤以清营凉血活血；若阴血亏耗，先取红参 20g 煎服以大补元气，再以人参养荣汤加减，以益气养血，滋阴复脉。

7.1.2.4 心气不足

临床表现：怔忡不安，汗出气短，肢冷不温，眩晕昏仆，面色淡白或㿠白，呼吸微弱，舌质淡，脉细而促或结代。

病机分析：久患胸痹心痛、怔忡心悸等病，日久心气不足；或元气素弱，又遇悲恐、烦劳，阳气消乏，心气不足。气虚不能帅血上荣于脑，脑海空虚发为眩晕，严重者昏不识人；心气不足，血脉运行缓慢，四肢失于温煦故肢冷不温；若心失濡养则怔忡不安；气虚卫外不固则自汗；心气不足，胸中宗气运转无力，则气促，甚者呼吸微弱；气血不能上荣则面色淡白或㿠白，舌质淡；心气不足，血脉鼓动无力，故脉细而促或结代。

转归：心气虚主要表现心脏及全身机能活动衰弱，若进一步发展，气虚及阳，损伤心阳，阳虚寒盛，出现畏寒肢冷症状，甚至寒凝血瘀，心脉痹阻不通，心痛暴作，脉微细。劳累耗气，稍事活动则心气益虚，因此在补益心气的基础上，卧床休息，避免思虑，亦是恢复心脏功能的必要的方法，防止气损及阳，阳损至脱的不良后果发生。反之，气虚至极导致阳气暴脱，预后不良。

治法：补益心气，养血温阳。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方药：炙甘草汤（《伤寒论》）加减。

炙甘草　人参　干地黄　桂枝　阿胶（烊化）　麦门冬　麻仁　生姜　大枣

加减：阳虚者，加制附片或合用四味回阳饮以增加回阳之力。兼血虚者重用阿胶，加山萸肉以养阴。若自汗较重者，加黄芪、白术益气固表。汗出不止者，加龙骨、牡蛎固涩敛汗。心悸不宁者，加远志，当归、酸枣仁养血安神。胸痛剧烈者，加薤白、延胡索、乳香、没药温阳活血。

7.2 辨病论治

厥脱证是内科急危重症之一，西医的各类休克的临床表现与本病颇类似，包括感染性休克、心源性休克、低血容量性休克，过敏性休克、神经原性休克。临床常见的休克为前4种。

休克的诊断依据如下。临床表现：①休克早期：病人神志清醒，但烦躁不安，或焦虑或激动，面色及皮肤苍白，口唇和甲床略青紫，出冷汗，肢体湿冷，可有恶心、呕吐，心跳加快，脉搏尚有力，收缩压可偏低或接近正常，舒张压升高，脉压低，尿量减少。②休克中期：神志虽清楚，但软弱无力，表情淡漠，反应迟钝，神志模糊，脉搏细速，按压稍重即消失，收缩压降至10.6kPa（80mmHg）以下，脉压小于2.7kPa（20mmHg），表浅静脉萎缩、口渴、尿量少于每小时20ml以下；重度休克时，呼吸急促，可陷入昏迷状态。③休克晚期：发生弥散性血管内凝血，可有皮肤、粘膜和内脏出血、消化道出血和血尿，可发生急性肾上腺皮质功能衰竭、呼吸衰竭、心力衰竭、肾功衰竭及脑功能障碍。

实验室检查：①血常规：大量出血后数小时，红细胞和白细胞显著降低；脱水病人则发生血液浓缩，红细胞计数增高；感染性休克白细胞总数和中性粒细胞显著增加；有出血倾向或弥散性血管内凝血，血小板计数减少，纤维蛋白原可减低，凝血酶原时间延长。②血液化学：血糖、丙酮酸和乳酸增高、pH值下降，二氧化碳结合力下降；肾功能减退时血尿素氮和非蛋白氮增高；肝功能衰竭时血转氨酶、乳酶脱氢酶、血氨增高；肺功能衰竭时动脉血氧分压显著降低。③尿常规：可出现蛋白尿、红细胞及管型。

辅助检查：①动脉压测定：除休克早期外，血压均有下降，收缩压降至10.6kPa（80mmHg）以下，脉压小于2.7kPa（20mmHg）；有高血压者，血压数值下降到原来的1/3以上，或较原来降低4kPa（30mmHg）。②中心静脉压测定：中心静脉压测定有助于鉴别心功能不全或血容量不足引起的休克，正常值为0.59～1.17kPa（6～12cmH_2O），>1.17kPa时可帮助诊断，但需结合脉压变化及本身的动态变化。甲床及眼底检查：休克时甲襞毛细血管袢数目减少、视野模糊，管袢周围渗出明显，血流呈断线、虚线或淤泥状，血色变紫。眼底检查，动静脉比例为1:2或1:3，严重者视网膜水肿。皮肤与肛门温度测定：休克时皮肤温度常较低，肛温常增高，正常两者温差为0.5℃，若在1℃～3℃之间，则表示休克较严重。

7.2.1 感染性休克

感染性休克是指各种病原微生物及其毒素侵入人体，或通过抗原抗体复合物激活机体某些潜在反应系统，导致微血管痉挛、微循环障碍，重要器官灌注不足等征象。常见的致病微生物是革兰氏阴性细菌，包括脑膜炎双球菌、大肠杆菌、绿脓杆菌、变形杆菌、痢疾

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

杆菌等，其次是革兰氏阳性菌，包括肺炎球菌、金黄色葡萄球菌，产气荚膜杆菌等。此外还可由病毒（流行性出血热、登革热、重症肝炎）、真菌、钩端螺旋体和原虫等感染所致。

感染性休克的临床表现：感染的证据，包括急性感染、近期手术、创伤、器械检查史，传染病当有流行病接触史。败血症及感染中毒的征象，如寒战、高热、多汗、出血、栓塞、衰弱表现。体检可发现，如休克肺炎可有咳嗽、胸痛、咯血、呼吸困难等症状，肺部听诊有实变体征及啰音。血白细胞增多，中性粒细胞增高明显，核左移，血培养及痰液、尿、胆汁、创面分泌物、体液培养等呈阳性。

感染性休克的辨证分型，应参照1982年11月在杭州召开的全国危重病急救医学会会议标准。

7.2.1.1 热伤气阴（拟似休克）

临床表现：精神淡漠，语音低微，气短自汗，唇甲发绀，四肢逆冷，口干喜饮，小便短赤，舌质红，苔黄少津，脉细数。

主证分析：感染性休克，是由病原微生物及其毒素，或抗原抗体复合物等引起，常见于肺炎、败血症、化脓性胆管炎、尿路感染、细菌性痢疾等。中医学认为这些致病因素为外感邪毒，或因热毒侵袭，或寒邪入里化热，火热伤阴耗气，故自汗气短，语声低微；邪热壅盛，则口干喜饮，小便短赤；阴血亏虚，神明失养则精神淡漠；阳气为邪郁闭不能达于四末则四肢厥冷；气虚血行不畅，阴虚血脉干涩，导致气血瘀滞，故唇甲发绀；舌红、苔黄少津、脉细数为热毒壅盛，耗伤气阴之象。

治法：清热益气养阴。

方药：生脉散加减。

人参（或西洋参） 麦冬 五味子 甘草

临证参考：若邪毒未解，可选用牛黄丸、至宝丹开其闭，解其毒；若有瘀血之象，加丹参、当归、赤芍、丹皮、茜草以活血化瘀；若临床表现面色苍白、四肢湿冷、血压下降、脉细数等气虚阳衰之象，可选用稳压汤，方中人参、附子、黄精温阳益气稳压，麦冬、炙甘草养阴益气，调整阴阳。

中成药：生脉注射液50～100ml加于5%葡萄糖注射液500ml中稀释后静脉点滴，属于同类针剂的还有人参针、参脉注射液、增液针等；若热毒炽盛者，合用清开灵注射液、复方银翘针、鹿瞿草素针以清热解毒；若瘀血内停，热迫血妄行，症见唇甲青紫、皮肤瘀斑、脉细涩或脉微细，合用复方丹参注射液、东莨菪碱注射液、枳实注射液、救脱一号以行气活血、改善微循环状态。

7.2.1.2 阴竭阳脱（拟似重度休克）

临床表现：神志恍惚，气促息微，四肢厥冷，身出冷汗，舌卷囊缩，舌绛苔燥，脉微欲绝。

主证分析：感染性休克早期（暖休克）以感染和中毒为主，当休克进一步发展，由于热毒伤阴，大量体液丢失，血容量明显下降，气随阴脱，气脱亡阳，表现为冷休克。中医学认为，重度休克因气脱亡阳，神明失养，故神志恍惚；阴竭阳脱，肢体失于温煦，则四肢逆冷、出冷汗；热邪深入下焦，肾阴衰竭，舌卷囊缩，舌质绛苔燥；“热深厥亦深”，本证之四肢逆冷主要是亡阳所致，此外尚与热邪深伏于里，郁结经脉，热不能外达有关；阴

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

竭阳脱，阴阳离绝，故脉微欲绝。

治法：回阳救逆固脱。

方药：四逆汤或参附汤加龙骨、牡蛎。

附子　干姜　甘草　人参　龙骨　牡蛎

临证参考：若兼有阴虚，选用生脉散，或人参四逆汤以益气养阴复脉；兼见邪毒炽盛者，选用余氏清瘟败毒饮（生石膏、生地黄、水牛角、黄连、栀子、桔梗、黄芩、知母、赤芍、连翘、竹叶、丹皮、甘草）清透邪毒；兼见气滞血瘀者，加丹参、红花、川芎、丹皮或血府逐瘀汤以活血化瘀；兼有心气不足者，加服人参散、独参汤以补气养心。

中成药：参附注射液 20～40ml，加于 50%葡萄糖注射液 100ml 中静脉推注，或本品 50～100ml，加于 5%葡萄糖注射液 500ml 静脉点滴。同类针剂还有四逆注射液、参附青注射液、桂枝注射液、心脉灵注射液、复脉注射液等。

针灸疗法：阳脱或低体温休克选用灸法，取百会、神厥、关元。

7.2.1.3　热盛腑实（拟似成人呼吸窘迫综合征）

临床表现：壮热面赤，烦躁不安，腹满便结，气息粗急，口干喜饮，小便短赤，舌苔黄燥，舌质红绛，脉细数或浮大而数。

主证分析：成人呼吸窘迫综合征，是多种急性危重症的严重并发症，其中包括感染性休克，当感染引起脓毒败血症，肛温 > 39℃，白细胞计数 > 12×10^9/L，血培养阳性，收缩压 < 80mmHg，代谢性酸中毒时，可能并发本综合征。中医学认为此综合征发于感染之后，系因热邪不得解，由表传入阳明经，阳明热盛故壮热面赤；热扰神明则烦躁不安，燥热之邪与肠中糟粕相结合形成燥屎，影响腑气通降，肺与大肠相表里，腑气不降，则肺失宣降，故气息粗急，腹满便结；里热壅盛，故口干喜饮，小便短赤，舌苔黄燥，舌质红降；热郁肌表则脉浮大而数，热邪内陷或热伤气阴，则脉细数。

治法：通腑泻热破结，养阴益气扶正。

方药：大承气汤合生脉散加减。

大黄　厚朴　枳实　芒硝　人参　麦冬　五味子。

临证参考：动物实验发现，大黄能降低血浆内毒素水平，早期应用还可以抑制内毒素血症的发生。以承气汤为主方的泻热汤（大黄、芒硝、玄参、甘草）对急性胰腺炎、胆道感染、急性菌痢引起的感染，有拮抗内毒素的作用；浓缩承气合剂（大黄、枳实、厚朴、白头翁、败酱草）治疗腹腔内感染，可提高内毒素减毒率，降低并发症的发生率。

7.2.1.4　热伤营血（拟似弥散性血管内凝血）

临床表现：精神淡漠，语音低微，唇甲紫绀，四末不温，发斑出血，舌紫黯或有瘀斑，脉象细数。

主证分析：弥散性血管内凝血（DIC）是感染性休克中晚期的并发症，主要是消耗性低凝及纤溶亢进。此期血液呈低凝状态，甚至根本不凝固。中医学认为本证为温热邪毒深入营血，热邪迫血妄行而致发斑出血；邪热郁闭，阳不达于四末故四肢不温；热伤气阴，血脉凝涩，瘀血内停，故唇甲紫绀，舌质紫黯或有瘀斑，热盛气脱，则语声低微；热邪内陷心包，故精神淡漠；热邪涂入营血，营阴不足故脉细数。

治法：凉血活血，益气养阴。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方药：犀角地黄汤合生脉散加减。

红参　麦冬　五味子　水牛角　生地　丹皮　赤芍　玄参

临证参考：若瘀血较重，选用血府逐瘀汤以活血化瘀。若血热至极，手足震颤，选用固本汤（人参、麦冬、天冬、生地、熟地）合犀角地黄汤，旨在凉血解毒的同时，增加益气养阴功效。值得一提的是，感染性休克合并 DIC，在邪入营血阶段，若出血发斑因热毒壅滞血脉引起，宜采用凉血解毒法，若出血发斑同时见面色苍白、汗出不止等气脱之象配合补气药，万不可单独投以凉血化斑剂。

中成药：生脉注射液或参麦注射液合用复方丹参注射液。热毒炽盛者选用清开灵注射液、牛黄醒脑静Ⅰ号及Ⅱ号。伤阴较重者选用增液汤注射液。

7.2.2　流行性出血热低血压休克

流行性出血热是病毒引起的自然疫源性疾病，是严重危害劳动人民身体健康的一种急性传染病，其低血压休克期是该病生死的重要一关，约占本病总死亡数的 33.1%，因此，对于低血压休克期应给予高度重视。本症的临床表现与中医的厥脱相似，其主要机理是内闭外脱、虚实并见。

本症的临床表现：一般于病程第 4～6 天出现，部分见于发热期。轻者血压略有波动，持续时间短，重者血压骤然下降，甚至不能测出，皮肤潮红、温暖、出汗、口渴、呕吐加重、尿量减少、烦躁不安、谵语、摸空，重者精神错乱、狂躁、脉细数，还可出现奔马律或心力衰竭。实验室检查：周围血象白细胞总数及分类中异常淋巴细胞增多，红细胞总数和血红蛋白量上升，血小板明显减少。尿量变化显著。血中尿素氮轻度增高。纤维蛋白原、凝血酶原、凝血酶时间、鱼精蛋白副凝试验等不同程度异常。

本症的辨证分型，宜参照江西地区出血热诊断标准。

7.3.2.1　湿热瘀毒内闭

临床表现：神情烦躁，或意识昏蒙，面赤水肿或面色青灰，四肢欠温或厥冷，胸腹灼热，脘痞呕恶，口干不欲饮，尿少便闭或腹痛拒按，便黑如淤泥，斑疹隐隐，舌质红绛，苔黄腻或黄白相兼而腻，脉细数。

主证分析：出血热因疫毒而发病，疫毒又有寒、湿、热不同属性，寒邪与热邪易夹湿邪。本证感受湿热之邪，邪气人里蒙闭心包故神情烦躁，或意识昏蒙；湿热秽气熏蒸于头而故面赤水肿；阳气被邪毒郁闭不能达于四末，四肢厥冷或欠温；湿热内蕴，阻碍气血运行，形成血瘀，瘀血与邪毒互结而致瘀毒，瘀毒伤络，血溢脉外，故斑疹隐隐，便黑便血如黑淤泥、面色青灰；湿热蕴结子中焦，胃气上逆，浊气不降故胸腹灼热，脘痞呕吐便秘；热邪伤阴故口干不欲饮；湿热蕴结子下焦，膀胱气化不利则尿少；舌质红绛，苔黄腻，脉细数，乃湿热疫毒内蕴之象。

治法：逐瘀泄热（祛湿）开闭。

方药：菖蒲郁金汤（《温病全书》）或清瘟败毒饮（《疫疹一得》）加减。

菖蒲郁金汤：石菖蒲　郁金　山栀　连翘　菊花　滑石　竹叶　丹皮　牛蒡子　竹沥　姜汁

清瘟败毒饮：生石膏　生地黄　水牛角　黄连　栀子　桔梗　黄芩　知母　赤芍　玄参　连翘　甘草　丹皮　竹叶

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

临证参考：若湿热邪毒内闭，神志昏迷，急投至宝丹以辟秽醒神；若发斑出血较重，投以犀角地黄汤以清热解毒；瘀血较重，配合血府逐瘀汤；疫毒耗伤气阴，血压骤降，乏力多汗，舌干红少津，脉细数无力或细微欲绝，合用生脉散补虚固脱复脉救逆。

中成药：牛黄醒脑静或清开灵注射液 20～40ml 加于 5%葡萄糖注射液 500ml 静脉点滴。或逐瘀泄热（祛湿）开闭合剂（生大黄、桃仁、赤芍、虻虫、水蛭），另将甘遂煅后，碾末装胶囊 3～5g 一同送服。

7.2.2.2 寒湿瘀毒内闭

临床表现：无热畏寒，甚则寒战不已，面色苍白，肢厥，紫绀，颜面、肢体水肿明显，脘痞呕恶，尿少泄泻，舌质淡紫或青紫，苔白腻，脉微欲绝或不应指。

主证分析：寒湿之邪侵袭人体，易伤阳气，表现为寒象，故见无热畏寒甚至寒战，面色苍白；阳气不足，肢体失于温煦故肢厥；寒凝血瘀则紫绀；湿邪瘀毒阻于中焦，脾阳不振，运化无权，水湿停聚，发为脘痞呕恶，尿少泄泻；其颜面、肢体水肿机制有二，一因脾虚湿盛，水湿内停，二因疫毒犯肾，开合失司，气化不利，邪水内留，泛滥于颜面肢体所致；舌淡紫或青紫乃因脾阳不足，瘀血内停之象，寒湿瘀毒邪水过盛，损及脾肾之阳，阳衰气少，无力鼓动血脉故脉微欲绝或不应指。

治法：辟秽泄浊，芳香开窍。

方药：玉枢丹（《百一选方》）合苏合香丸（《太平惠民和剂局方》）。

玉枢丹：山慈姑　续随子　大戟　麝香　朱砂　五倍子　腰黄

苏合香丸：白术　青木香　乌犀屑　香附子　朱砂　诃子　白檀香　安息香　沉香　麝香　丁香　荜茇　龙脑　苏合香油　熏陆香

临证参考：万兰清等治疗本证，运用自拟宣畅三焦方（麻黄、杏仁、桔梗、藿香、大腹皮、木香、茯苓、泽泻、猪苓），配合苏合香丸，夹瘀者配桃仁承气汤，阳气欲脱者合用参附汤或参麦注射液、参附青注射液。

7.2.2.3 气阴外脱

临床表现：血压波动或骤降，头昏乏力，烦渴引饮，表情淡漠，反应迟钝，面色萎黄，四肢逆冷或欠温，舌质红少津，脉细数或脉微欲绝。

主证分析：本证多由湿热疫毒内闭演变而成。热毒内闭，耗气伤津，气阴耗脱，血脉不充，血压骤降，脑失所养故头昏；阴津耗伤，津不上承，故烦渴引饮；阴精耗竭，神明失养故表情淡漠，反应迟钝；气随津脱，气损及阳，阳虚则四肢逆冷；舌红少津，脉细数或脉微欲绝为气阴外脱之象。

治法：益气养阴固脱。

方药：生脉饮（《内外伤辨惑论》）加减。

人参　麦冬　五味子

临证参考：不能口服者，可鼻饲给药，直至血压稳定。本证若因湿热疫毒所致，可辅以清营汤（水牛角、生地黄、玄参、竹叶、麦冬、丹参、黄连、银花、连翘）清热解毒、透热养阴。

中成药：生脉注射液 50～100ml 加于 5%葡萄糖注射液 500ml 中，静脉点滴 1 日 1 次。还可选用参麦注射液、人参针等。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.2.2.4 阳气暴脱

临床表现：血压不升或无，面色皖白，口唇或爪甲青紫，四肢厥冷，甚则过肘膝，出冷汗，或下利清谷，神志恍惚或躁扰不安，舌黯或青，脉微细欲绝。

主证分析：出血热之阳脱多因寒湿疫毒内闭，邪气盛，正不胜邪，阳气突然脱失。心主血脉，心阳暴脱，则血压不升或不能测知；阳虚生寒，故面色皖白；四肢失于温煦，则四肢厥冷，甚则过肘膝；阳虚卫外不固，故出冷汗；阳气暴脱，阴阳不相维系，阴阳离绝则神志恍惚或躁扰不安；寒凝血脉，瘀血内停，故口唇、爪甲青紫，舌黯或青；脉微欲绝为阴阳离绝之象。

治法：回阳救逆固脱。

方药：独参汤（《伤寒大全》）或参附汤（《校注妇人良方》）加减。

人参 附子

临证参考：上方宜灌服或鼻饲。若寒湿内闭，虚阳外越，出现戴阳证，迅速投以通脉四逆汤（熟附子、炙甘草、干姜、红参）。瘀血较重，配合血府逐瘀汤或静脉点滴复方丹参注射液。

中成药：参麦注射液或参附青注射液静脉推注。瘀血较重者，静点复方丹参注射液。

湿毒内闭，正气外脱是流行性出血热低血压休克发生的主要病机，内闭与外脱往往同时并见，如湿热瘀毒内闭与气阴耗伤、寒湿瘀毒内闭与阳气暴脱、腑热内闭与气阴两脱并见等，治疗时应多种方法配合应用，静脉给药作用迅速。用药后观察其厥脱症状改善情况、血压、肢端温度及紫绀、面色、心率，脉搏及肾功能的改善情况。

7.2.3 心源性休克

心源性休克常继发于急性心肌梗死、急性心包填塞、急性肺源性心脏病、各种心肌炎和心肌病、心脏瓣膜病、严重心律失常，慢性心功不全的终末阶段。此时心室收缩功能减低，排血受阻或舒张期充盈不足，心排血量下降，静脉压升高，周围血管收缩或不收缩。

心源性休克的临床表现：除具有休克共有症状外，还有特殊的征象。以急性心梗为例，本病多发生于中老年人群，梗死前约 1/3～1/2 病人有先兆，如突发剧烈而频繁的心绞痛，持续时间长，严重的心律失常，可伴恶心、呕吐、大汗，急性心功不全。心肌梗塞一旦发生，病人出现心前区压榨性疼痛，大汗淋漓，烦躁不安，恐惧或濒死感。心电图检查，ST 段明显抬高，T 波倒置，病理性 Q 波。心脏听诊，心尖区第一心音低钝，第三或第四心音呈奔马律。血清心肌酶学检查，谷草转氨酶、乳酸脱氢酶、肌酸磷酸激酶明显增高。白细胞增高。心脏指数（CI）< 2.0L/min/m^2，肺毛细血管楔压（PCWP）> 2.39kPa，中心静脉压 > 1.177kPa，周围血管压力 > 1400dyn·s·cm^{-5}。

本症的辨证分型，宜参照 1986 年全国厥脱协作组修订标准。

7.2.3.1 阳脱（冷休克型）

临床表现：血压不升或测不清，冷汗如油，四肢厥冷，面色苍白，气息微弱，口不渴，精神恍惚或昏迷，舌质淡，脉微细欲绝。

主证分析：邪气过盛，正不胜邪，心阳突然暴脱，或久病心气不足，气虚阳微，均导致阳气欲脱。心阳衰微致血脉不能正常运行，故血压不升或测不清；阳衰不能固摄而腠理开，冷汗出；阳虚生寒故四肢厥冷，面色苍白，舌质淡，内无热象故口不渴；阳脱，则阴

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

阳不相续接，阴阳离绝故精神恍惚或昏迷，脉微细欲绝。

治法：回阳救逆固脱。

方药：四逆加人参汤（《伤寒论》）。

附子　干姜　甘草　人参

临证参考：汗多者，加生龙骨、生牡蛎以摄汗；兼血瘀者，症见口唇指甲青紫，舌质紫黯有瘀斑者，加丹参、川芎、三七等活血化瘀药或血府逐瘀汤；若兼有阴虚，症见舌红少津者，加五味子、山茱萸等养阴固脱之品。

中成药：人参注射液 4～8ml 加于 10%或 20%葡萄糖注射液 20ml 中静脉注射，2～4 小时重复一次，直至血压回升。还可选用参麦注射液、参附青注射液、桂枝注射液、生脉注射液。对急性心肌梗死导致的休克可选用复方丹参注射液以活血通脉。对心力衰竭及心律失常引起的休克可选用枳实注射液以改善心脏泵血功能，控制心律失常。

针灸疗法：灸百会、神厥、涌泉，每穴 30～60 分钟，每日 2～3 次。

7.2.3.2　阴脱（暖休克型）

临床表现：躁扰不宁，口渴喜饮，汗多而粘，身热肢暖，肌肤皱瘪，舌红苔干或剥，脉细数或细微无力。

主证分析：久病心阴暗耗，或邪毒伤阴，或心阳暴脱，阳损及阴所致。心阴不足，阴虚阳亢，扰动心神，故躁扰不宁；阴津不足，津不上承故口渴喜饮；阴虚内热，迫津外泄，则汗多；身热肢暖，汗出而粘是阴脱之汗的特点；阴脱，肌肤失于濡润，故肌肤皱瘪，舌质红，苔干或剥，脉细数或细微无力，是亡阴之象。

治法：益气养阴固脱。

方药：人参养荣汤（《太平惠民和剂局方》）。

人参　甘草　当归　白芍　熟地黄　肉桂　大枣　黄芪　白术　五味子　茯苓

临证参考：若阴虚较重，方中加人龟甲、鳖甲、山萸肉、麦冬、生地以养阴救逆；若亡阴持续不解，症见四肢由温转厥冷，面色苍白，冷汗淋漓，血压下降迅速，因阴损及阳，阴竭阳脱所致，合用四逆汤以回阳固脱。

中成药：生脉注射液 20～40ml 加于 10%或 20%葡萄糖 20ml 中，静脉推注，直至血压回升。其它可选用增液针、复脉注射液。

针灸疗法：针刺内关、大陵，留针 30～60 分钟。

低血容量休克属阴脱或阴竭阳脱范畴，治疗上除补充血容量外，辨证可参考感染性休克及心源性休克。

7.3　针剂治疗

厥脱是内科急危症，如果治疗不及时，很快出现阴阳离绝现象，危及生命。历代医家，在辨证论治抢救本病方面，虽然有很大的成就，但终因口服药起效慢，对轻症尚能奏效，重症死亡率仍较高，通过剂型改革，采用现代给药方法，才能充分发挥中药急救作用。我国 60、70 年代开始了这方面工作，例如 60 年代初观察到洋金花类药有升压作用，用洋金花提取物东莨菪碱抢救暴发型流脑败血症休克获得成功，70 年代用东莨菪碱和樟柳碱静脉复合麻醉用于外科休克治疗。1972 年天津南开医院帅先将古方生脉散改为生脉

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

注射液用于治疗感染性休克，取得了较好的疗效。尤其在1982年我国成立了厥脱症协作组以来，大量的中药针剂不断开发出来，为中药治疗急重症开辟了广阔的途径。

7.3.1 益气养阴类

适应证：气阴两虚。

(1) 生脉注射液

方药组成：人参、麦冬、五味子。

用法用量：轻症，每次2~4ml，肌内注射，每日3~4次，重症，每次50~100ml，用10%葡萄糖注射液500ml稀释后静脉点滴，或本品20~40ml加25%葡萄糖注射液20ml稀释以后静脉推注，视血压回升和症状改变程度，必要时30分钟重复1次静脉注射，直至脱固。

(2) 人参针

方药组成：人参。

用法用量：轻症，4~8ml，肌内注射，每日3~4次；重症，8ml加于10%或25%葡萄糖注射液20ml中，静脉推注，每隔2~4小时重复使用，至血压回升后，用本品10~20ml加于10%葡萄糖注射液500ml静脉点滴。

(3) 参麦注射液

方药组成：人参、麦冬。

用法用量：见生脉注射液。

7.3.2 回阳救逆类

适应证：用于阳气欲脱，或阴竭阳脱。

(1) 参附注射液

方药组成：人参、附子、丹参。

用法用量：20~40ml加于50%葡萄糖注射液100ml中静脉推注，视血压回升与症状改善状况，必要时15~30分钟重复1次，连续2~3次。症状改善以后，用本品50~100ml，加于5%或10%葡萄糖注射液500ml中静脉点滴。用于阳气欲脱证。

(2) 四逆注射液

方药组成：附子、干姜、甘草。

用法用量：轻症，2~4ml，肌内注射，1~2小时重复1次；重症，4~8ml加入5%或10%葡萄糖注射液40ml静脉推注，1小时重复1次，连续2~3次，或本品30ml加于10%葡萄糖注射液500ml中静脉点滴。用于阳气欲脱证。

(3) 参附青注射液

方药组成：人参、附子、青皮。

用法用量：20~40ml稀释后静脉推注，30分钟重复1次，直至血压回升。或本品50~80ml加入5%或10%葡萄糖注射液500ml中静脉点滴。用于阳气欲脱证。

(4) 桂枝注射液

方药组成：桂枝。

用法用量：4~8ml加于25%葡萄糖注射液20ml静脉推注，每隔2~4小时1次，直至血压回升；或本品10ml加于5%葡萄糖注射液500ml中静脉点滴，1日2次。用于心阳

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

暴证。

(5) 心脉灵注射液

方药组成：人参、附子、干姜、猪胆汁、甘草。

用法用量：20～40ml 加于 5%或 10%葡萄糖注射液 500ml 中静脉点滴，每日 1～2 次。用于阳微阴盛证。

(6) 复脉注射液

方药组成：红参、附子、麦冬。

用法用量：10～20ml 加于 10%葡萄糖注射液 40ml 中静脉推注，或本品 40ml 加于 5%葡萄糖注射液 500ml，1 日 1 次静脉点滴。

7.3.3 行气活血类

适应证：用于气滞血瘀证或防治瘀血发生。

(1) 枳实注射液

方药组成：枳实。

用法用量：每次 5ml 加于 10%葡萄糖注射液 20ml 中静脉缓慢注射，或用 5%葡萄糖注射液稀释后静脉点滴。

(2) 复方闹洋花注射液

方药组成：闹洋花、当归、川芎、草乌。

用法用量：每次 2ml 肌内注射，或稀释后静脉点滴。

(3) 东莨菪碱注射液

方药组成：洋金花提取物。

用法用量：每次 10～20ml，加于 25%葡萄糖注射液 20ml 中缓慢静脉推注，每小时 1 次，连续 2～3 次；或本品 20～40ml 加于 5%或 10%葡萄糖注射液 500ml 中每日 1 次静脉点滴。

(4) 复方丹参注射液

方药组成：丹参、降香。

用法用量：每次 10ml 加于 25%葡萄糖注射液 40ml 中静脉推注；若无效，选用本品 20ml 加于 5%葡萄糖注射液或低分子右旋糖酐 500ml 中，1 日 1～2 次静脉点滴。

(5) 川芎嗪注射液

方药组成：川芎提取物川芎嗪。

用法用量：每次 120mg 加于 5%葡萄糖注射液 500ml 中，1 日 1～2 次静点。

(6) 升压灵注射液

方药组成：陈皮。

用法用量：每次 5～10ml，加于 10%葡萄糖注射液 20ml 中缓慢静脉注射，1 小时后可重复使用，至血压回升；或本品 20ml 加于 5%或 10%葡萄糖注射液 500ml 中，1 日 1 次静脉点滴。

7.3.4 清热解毒类

适应证：热毒炽盛、热伤气阴或热入营血等菌毒证。

(1) 醒脑静注射液

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方药组成：麝香、栀子、郁金、冰片。

用法用量：每次 10～20ml，加于 25% 葡萄糖注射液 40ml 中缓慢静脉注射，每日 3～4 次；或本品 20～40ml 加于 5% 葡萄糖注射液 500ml 中静脉点滴。

(2) 清气解毒针

方药组成：鱼腥草、败酱草、虎杖、肿节风。

用法用量：400～800ml 直接静脉滴注，每日 1 次。

(3) 鹿蹄草注射液

方药组成：鹿蹄草提取物鹿提草素。

用法用量：80～120mg 加于 5% 或 10% 葡萄糖注射液 500～1000ml 中静脉滴注，1 日 1 次。

7.4 验 方

(1) 升压Ⅰ号：生脉散加银花、蒲公英、白茅根、甘草等。用于阴脱。

(2) 升压Ⅱ号：参附汤加当归、桂枝、细辛、通草等。用于阳脱。

(3) 稳压汤：人参、附子、黄精、麦冬、炙草等。用于阴阳两脱。

(4) 人参回阳养营汤：人参、白术、陈皮、炮附子、黄芪、熟地、芍药、远志、五味子、当归、炙甘草等。用于直立性昏厥。

(5) 参蛤四逆汤：人参、炮附子、炒白术、肉桂、远志、炙桑皮、葶苈子、姜半夏、五味子、蛤蚧粉（冲服）等。用于肺心病合并休克。

(6) 清热解毒救逆方：黄芩、黄连、金银花、连翘、大青叶、大黄、栀子、甘草。用于感染性休克热毒炽盛。

(7) 抗休克合剂：红参、麦冬、五味子、附子、干姜、肉桂。用于阴阳俱脱型休克。

(8) 强心散：蟾酥 1 份，茯苓 9 份，研细末，装入胶囊，每日 300mg，分 3 次服用。用于失血性休克。

7.5 针灸疗法

针灸疗法也是抢救厥脱的重要手段之一，为应急或配合治疗。

7.5.1 体针

7.5.1.1 实证

选穴：人中、合谷、素髎、涌泉、足三里、外关、中冲、十宣、十二井穴。

治法：取 2～3 穴，强刺激，或电针，采用泻法。邪实内盛者，可用三棱针或尖刀在十宣或十二井穴，点刺少量放血，以开闭泻热，醒脑开窍，适用于邪热内陷之热厥。电针还具有增强机体细胞免疫反应，提高新陈代谢，改善微循环的作用。

7.5.1.2 虚证

选穴：神阙、关元、百会、人中、内关、足三里、气海、素髎。

治法：人中、内关、足三里、气海、素髎采用针刺补法，留针 20～30 分钟。百会、神阙用艾条或艾柱灸（隔盐或隔姜），直至血压回升，汗止为度。此法有温经通络、回阳举陷救逆的作用，用于阳脱之证。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.5.2 耳针

选穴：肾上腺、升压点、皮质下、心、神门、脑点、交感等耳穴。

治法：每次取2~3个穴，中强刺激，间歇留针30分钟。如果疗效不显，加用甲状腺、激素点、神门等穴，以增强疗效。

7.6 取嚏法

取搐鼻散（细辛、皂角各0.6g，半夏0.3g，共研细沫，密封收贮）少许，放入鼻内取嚏，以宣肺气，通诸穴，达到醒神作用。

7.7 其它疗法

民间点天突穴法、打灯法，对晕厥的苏醒也有一定的效果。

7.8 西医治疗撮要

西医的各种原因所致的休克与厥脱证类似，而休克是一个严重的变化多端的动态过程，治疗愈早愈好，力求避免休克发展到晚期难以逆转的地步，抢救原则如下。

7.8.1 一般紧急处理

病人取卧位，注意保暖和安静，鼻导管或面罩给氧，尽早静脉输液和给药，静脉萎陷时，可以作周围静脉切开插管。

7.8.2 病因治疗

7.8.2.1 感染性休克 选用强力、广谱抗菌素，按药敏选用抗生素较理想。剂量宜大，首次可倍量，以联合应用两种为宜，革兰阳性菌感染首选青霉素类或头孢类，革兰阴性杆菌感染首选庆大霉素，并联合应用头孢类，也有主张早期应用脂多糖核心组分的大肠杆菌变异株的抗血清。在抗生素的治疗下，可短程给肾上腺皮质激素。

7.8.2.2 心源性休克 因急性心肌梗死剧烈疼痛引起的休克，给吗啡、杜冷丁。心律失常引起的，需给抗心律失常药物、电复律或人工心脏起搏。

7.8.2.3 低血容量休克 最主要的环节为补充血容量。大量失血引起的应补充等量全血，或以右旋糖酐扩充血容量。以丧失血浆为主的，应输血浆或白蛋白或暂时用右旋糖酐。脱水引起的，输生理盐水或葡萄糖盐水。

7.8.2.4 过敏性休克 必须当机立断积极处理，立即移去可疑的过敏原（如药物、食物），结扎注射虫咬以上的肢体或患部封闭注射0.005%肾上腺素2~5ml；立即给0.1%的肾上腺素，皮下注射0.3~0.5ml，静脉注射0.1~0.2ml，可重复使用，若无效及早静脉注射地塞米松10~20mg，也可选用琥珀酸氢化可的松、去甲肾上腺素、阿拉明等药。

7.8.2.5 神经源性休克 救治因剧烈疼痛引起的休克给吗啡或杜冷丁以止痛，因血管扩张剂引起的，可选用血管收缩药如间羟胺、甲氧胺，适量补液。

7.8.2.6 低血糖症 因胰岛B细胞瘤引起的宜手术切除瘤体；因肝病引起的应保肝治疗，给高碳水化合物饮食，在睡前或半夜加餐；因糖尿病引起者，积极防治糖尿病。

7.8.3 各类休克的共同治疗方法

7.8.3.1 血管活性药物

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

（1）升压胺类：间羟胺 10～30mg 加于 5%葡萄糖注射液 100ml 中静脉点滴；去甲肾上腺素 0.5～1.0mg 加于 5%葡萄糖注射液 100ml 中静脉点滴；多巴胺 10～30mg 加于 5%葡萄糖注射液 100ml 中静脉点滴。升压胺可两种或三种合用，但剂量不宜过大。

（2）血管扩张剂：用于休克时当血管收缩造成周围血管阻力增加，导致心壁张力增多，心排血量减少。常用药物有硝普钠 5～10mg 加于 5%葡萄糖注射液 100ml 中静脉点滴，滴速为 20～100ng/min；酚妥拉明 10～20mg 加于 5%葡萄糖注射液 100ml 中以0.3～0.5mg/min 滴速静脉点滴。也可选用苯苄胺及硝酸酯类。

7.8.3.2 强心剂 用于休克时有明显充血性心力衰竭，西地兰 0.2～0.4mg 加入 25%葡萄糖注射液 20ml 中缓慢静脉推注，急性心梗早期禁用。

7.8.3.3 纠正酸碱平衡 休克较重或用升压药物不能很快见效时，给 5%碳酸氢钠 100～200ml 静脉点滴，低血钾时以含 0.4%氯化钾的 5%葡萄糖注射液静脉滴注。

7.8.3.4 防治肾功能衰竭 在无心功衰竭的情况下，给 20%甘露醇或 25%山梨醇 100～250ml，于 10～30 分钟内快速静脉滴注，有心衰者宜用速尿或利尿酸钠。

7.8.3.5 机械辅助循环 主要用于药物治疗无效的休克病人。方法有左心室转流术、部分心肺转流术、人工心脏、主动脉内气囊反搏术和体外加压反搏术等。

7.8.4 并发症的处理

播散性血管内凝血（DIC），选用肝素 50mg 静脉注射，每 4～6 小时 1 次，或以 10mg/小时的滴速连续静脉点滴，24 小时总量 200～300mg；亦可选用抗血小板药如潘生丁、阿斯匹林。DIC 后期，如果出血用止血环酸、6-氨基己酸、新鲜血小板或血浆细胞。合并成人呼吸窘迫综合征时，主要给氧或应用呼吸机改善通气和换气功能。

8 疗效评定标准

血压回升：收缩压较治疗前升高 2.6kPa（20mmHg）以上，收缩压大于 10.7kPa（80mmHg），脉压差大于 2.6kPa（20mmHg）。

厥脱改善：脉搏有力，肢温回升，尿量增加；指压再充盈时间少于 3 秒，或甲皱微循环时间改善。

症情稳定：停药后血压和症状稳定或改善。

根据以上治疗不同结果，厥脱证的疗效评定标准分有以下 4 级。

治愈：血压回升，厥脱改善，症情稳定。

显效：用药后 3 小时内血压回升，12 小时内厥脱改善，24 小时内症情稳定。

有效：用药后 3 小时内血压回升，24 小时厥脱改善，48 小时内症情稳定。

无效：用药后血压不回升，厥脱未改善，症情不稳定。

9 调摄护理

厥脱是疾病发展到严重程度时的危候，因此护理对疾病的预后转归，亦甚为重要。一旦发生厥脱，家属及周围的人员，不要惊惶失措，如发生在烈日之下或高温环境，应立即把患者移至阴凉通风之处，如发生在严寒野外，及时把患者抬入温室内。凡伴意识不清者，应让患者平卧位，头低，解开衣领，取出口中异物或假牙等。喉中痰鸣者，头歪向一

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

侧，及时吸痰，保持呼吸道通畅，防止窒息死亡。若昏迷较重者可针刺或指掐人中穴，尽早使患者苏醒，监测血压、脉搏、呼吸等生命体征。四肢厥冷者，应注意保暖。若面色青紫，气息急促，给予吸氧。小便失禁者，男患者可在阴茎上套橡皮套，下接橡皮管，女患者在臀部垫上棉垫或尿布，及时更换，保持局部干燥、清洁。尿潴留者，先用炒盐热敷小腹或按摩，针刺水道、膀胱俞、长强等腧穴使其排尿，若无效行导尿术。昏迷的病人，初发病2日内，可禁食，静脉输入葡萄糖或氨基酸等，3日后仍不能进食者，给予鼻饲，合理补充蛋白质、脂肪及维生素。3~5日无大便者，给缓泻剂。

10 康　　复

厥脱一旦缓解或意识清醒后，应做好恢复期的治疗。情绪易激动者，避免精神刺激，以免暴怒伤肝，气血逆乱，再次发生厥脱。元气不足者，要保证睡眠充足，饮食有节制，避免思虑过度，更伤正气。随着疾病的好转，逐渐增加体育锻炼，增强机体的抗病能力。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病证名称与定义

1.1.1 名称

厥脱证指厥证与脱证。关于厥证的病名，早在《内经》就有30余种记载，可分为3类，一指暴不知人，曰“暴厥”；二指手足逆冷，曰“寒厥”；三指六经形证，如太阳、阳明、太阴、少阴、厥阴厥等。前二者沿用至今，后者与后世含义不同。此外还有热厥、煎厥、薄厥、大厥等。《儒门事亲》分为尸、痰、酒、气、风厥。《诸病源候论》以“中恶”统称，其后《医学入门》、《医贯》、《景岳全书》又总结前人经验，结合临床，提出气、血、食、蛔厥等。

脱证又称虚脱。《内经》有精、气、血、津、液脱描述，如《难经》曰：“脱阴”，《灵枢·通天论》称“阴阳皆脱”，《金匮要略》称“脱气”，《类证治裁》分为“上脱”、“下脱”、“上下俱脱”。

因脱证早期一般多有四肢厥冷、神志淡漠表现，可认为厥证是脱证的轻证，而脱证为厥之变证，两者在临床上相互转化，难以分割，故明清以来将厥证与脱证并论统称为“厥逆”，亦即厥脱，一直沿用至今。从休克受到关注以来，人们越来越感到本病与中医的厥证和脱证有许多相似之处，因此，1983年国家中医药管理局医政司组织成立了全国厥脱协作组，正式规范了其病证命名，并且在中西医领域里进行了深入研究。

1.1.2 定义

厥脱证是内科学的危重证，历代医家都给予高度的重视。如何定义厥脱证，也走过了一段漫长的道路。单纯就厥而言，指四肢厥冷，神志淡漠。脱证指阴阳气血大量耗损，以致病情垂危的临床证候，证见汗出如珠，四肢厥逆，口开目合，手撒遗尿，脉微欲绝。而脱证早期多有四肢厥冷，神情淡漠或烦躁，因此，彭登慧认为厥为脱之轻证，脱为厥之变

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

证。[1]全国厥脱证协作组提出厥脱证非占代单纯的厥证或脱证，是指邪毒内陷或内伤脏气或亡津失血等原因所致的，气血运行不畅，阴阳失调，气机逆乱，正气耗脱的一类病证。

1.2 病因病机研究

1.2.1 阴阳失衡

杨东祺认为厥脱之现本于阴阳失衡，当多种疾病发展到某一病程时，就会出现阴阳失衡，阴阳离决，精气乃绝之危候。[1]黄星垣在分析厥脱证阴阳失衡病机认为阳气虚衰，气化失司，阴血不能正常化生，脏腑失去濡养而发生功能障碍，阳虚不能温煦，故有四肢厥冷，若阳气衰微、阴不附阳而致脱证。[1]胡焕章在论述厥脱机理中，阐述为阴阳平衡破坏至离决状态。新病暴脱以亡阳居多，久病虚脱以亡阴居多、而亡阴亡阳相互牵涉而导致阴阳俱虚竭。[2]杨秀清认为厥脱一证多由邪毒内陷，或暴吐、暴泻，失血、大汗及中毒、药物失宜、外伤，惊恐等，致元气虚损，精血亏乏，五脏功能失调，阴阳气血不相接而致的危重病证。厥脱常可使气血凝滞，阴阳离绝，严重导致死亡。[3]周学平认为阴阳失调是厥脱证的发病关键，阴平阳秘是生命的根基，阴阳乘戾，疾病乃起，阴阳离决，精气乃绝，无论外感，还是内伤，均可导致阴阳之气不相顺接，或阴阳气衰不相维系。[4]如外感温邪疫毒，正不胜邪，邪毒内陷，阻遏气机，气机郁闭，则阴阳之气不相顺接；若严寒之际或高寒地区，寒邪入里，伤于阳气，则阳衰阴盛，经气不布四末，导致阴阳不能续接；若酷暑季节，暑热伤津耗气，气随液脱，气属阳，气脱则阳虚，四肢失于温煦；药物毒害，气味过敏或误食毒物，导致气机逆乱，阴阳不相维系；七情内伤，气逆为病，气血并走于上，导致阴阳不相顺接，发为厥证。

1.2.2 气机逆乱

周学平在阐述引起气机逆乱的病因论述中，指出邪毒内陷，或内伤脏气，或亡津失血均导致气机逆乱。气机逆乱以实为主，如七情内伤，肝气郁结，气机上逆；或大怒，气血并走于上；疼痛伤气；中寒致痛；创伤、气滞瘀血等亦可引起气机逆乱而致卒然昏厥。痰瘀也可引起气机失调。[4]郭振球认为，“痰瘀阻闭，梗塞心之络脉，或者蒙敝心窍，气机紊乱，则卒然昏倒，口噤肢强。”[5]田令群从大量的急症死亡病例中统计观察，约 97.6% 出现气机逆乱，其逆乱为风火痰瘀之变，因此佐证了厥脱时气机逆乱存在的机制。[6]亦有因虚而气上逆者，一般多因正不胜邪，邪气阻遏气机，使气机逆乱。如华明华等阐述，厥脱的病理核心因虚致瘀，虚中夹实、虚中夹瘀，以虚为本。气阴两虚与气滞血瘀共存，真阳耗竭、阳气暴脱又与热毒炽盛并见，阴阳离绝之前又往往表现为正虚有盛候。因此，厥脱证气机逆乱之候是一种复杂的病理过程，气血衰败，阴阳亡脱，引起瘀血内结，气滞不行，痰饮内停，而瘀血痰饮内停又阻碍气血运行，使阴阳气血不能顺接，而邪气内留，损伤脏腑功能，往往引起正气欲脱。[7]

1.2.3 气滞血瘀

周学平所述，气与血两者常互为因果，相互交织，使病势更增，且每多虚中夹实，气可因阳衰气虚而滞，血可因阴亏血少而瘀，临床多见不同程度的爪甲青紫、口唇发绀、皮肤花纹隐青或瘀点、瘀斑，舌质紫、脉细涩等症状。[4]华明华等人从细胞学角度论述了厥脱证的基本病理改变为“虚中夹瘀”，认为休克时有效血容量锐减，末梢循环障碍，使机

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

体的重要器官灌注不足，血液循环不能带来细胞赖以生存的重要物质，也不能将有害的物质带走，从而影响细胞功能，这一病理核心因“虚”致“瘀”，因此气阴两虚与气滞血瘀共存。[7]张学文从经络学角度说明瘀血阻络是厥脱证的重要原因之一，络脉是由经脉分支而来，具有运行气血津液，联络脏腑肢节，沟通表里上下，调节体内各部分的功能的细小通道，表里之气，由络以通，而阴阳表里之气顺接与否，与络脉功能活动是否正常及气机的调畅与否，有直接的关系。络脉较经脉细小，呈网络样分布，其气血运行较缓，若机体感受病邪，络脉受损，气机不畅，最易导致瘀血，瘀血阻络，又影响气机调畅，不能沟通表里阴阳之气而致厥脱。[1]李军从温病方面探讨瘀血致厥的机理，“感受温热邪气或它邪化热，壅遏不解，化火成毒，热灼津液，毒腐气血，致津少液亏，气滞血瘀。”[8]张文选等人也提出了温病瘀血致厥之说，认为温热邪毒，腐害营血可致血瘀，瘀血与热相悖可以阻遏正气，使营卫气血运行交合失常，阴阳不相顺接，当热瘀损络，导致出血，气随血脱，由实致虚。休克病理基础是微循环障碍，大量的研究结果表明，休克时红细胞和白细胞的变形能力下降，红细胞聚集及白细胞嵌塞于毛细血管，血小板活化，形成微血栓，这与厥脱证气滞不通，络脉瘀阻的病理过程相吻合，进一步将气滞血瘀机理客观化了。[9]

1.2.4 脏腑衰竭

钟益民认为在病理状态下，尤其是心阳亏损，心阴耗伤时，则阴阳气血不能贯通，气机逆乱导致厥脱。[10]葛信国的观点为，五脏衰败均可使气血不相顺接而致厥脱，但以心肾尤为重要。心属火，肾属水，肾水上济于心则阳中有阴，心火下降于肾则阴中有阳，心肾相交，水火既济。若心肾水火不能互济，必然导致阴阳失调，气机逆乱。[11]周学平重点强调了心肾功能失调是厥脱证的发病中心，就心、血、脉三者而言，心为主导，心气是推动血液运行的动力，一旦心气不足，必血停而瘀，故血瘀不行与心气虚衰甚为相关。[4]心主神明，心之气阴耗伤，心神失养，心脉瘀阻，神机失用，症见神志烦躁淡漠，甚至昏昧。汗为心之液，若心阳不足，阳不敛阴，营阴不能内守，遂汗出不止。肾为气之根，肾气衰竭，不能纳气，则上逆而气息喘促，若元阴、元阳外脱，则阴阳离决。肾为元阴元阳之宅，为气之根，若元阴不藏，真阴涸竭，日久阴损及阳；若肾阳衰微，导致阳损及阴，或心脾之阳失于温煦引起脾阳衰败。[12]因此，赵棣华认为，五脏六腑皆有阴阳，亡阴亡阳当指肾家之阴阳，具体说是命门的真阴真阳。此外厥脱的发生与“肺主气”，“脾胃升降之枢”及“肝主调节”等多脏腑功能失调有一定的关联。西医学研究表明，休克形成过程中，由于冠脉灌注量大减，心肌供血不足及缺氧酸中毒，高钾血症，使心肌收缩力减弱，甚至心力衰竭。肺脏的改变为肺瘀血、微血栓、肺实变，气体交换障碍出现呼吸衰竭。肾脏则表现为肾血流量明显减少，肾小动脉痉挛，使肾小管供血锐减而发生变性坏死，导致肾功衰竭。

综上所述，厥脱证的产生与阴阳失衡，气机逆乱，瘀血内结及脏腑衰竭密切相关。然该病是一种复杂的病证，其病因病机也是错综复杂的，既有气机逆乱，痰饮内停，气滞血瘀，又见脏腑功能衰败，或因实致虚或虚中夹实。临证既要抓主要矛盾，又要综合全面，防止疾病向严重程度发展。

1.2.5 热深厥甚病机探讨

“热深厥甚”针对热厥而言，如何解释热与厥之间的关系，一直是历代医家讨论的话

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

题。《素问·热论》认为热厥表现为“手足为之热”，《伤寒论·厥阴篇》曰“凡厥者，阴阳之气不相顺接，便为厥。厥者，手足逆冷也。”《伤寒贯珠集》从热邪与阳气的关系解释为热邪内伏，阻遏阳气，二者竞争外达，结果热不得越则热，阳不外达则厥。而《温病条辨·下焦篇》则说“下焦温病，热深厥甚……三甲复脉汤主之”，吴氏并未解释原由，但用滋阴复脉汤意在热邪伤阴所致，《温病条辨白话解》注为“温邪深入下焦，肾液被劫，阴气衰于下，则四肢逆冷，这是热深厥亦深的热厥”。谢鼎苏将“热深厥甚”解释为热邪深入下焦，劫烁肝肾之阴，真阴耗损，经脉神失养，出现的身热面赤，手足心热甚于手足背，严重时出现抽搐与昏厥等症状。[13]瞿岳云等人以“血液集中化”加以解释，认为休克时病菌产生的内毒素，使有效循环血量急剧下降，机体为保证重要脏器的血液供应，血液集中于内脏，四肢血管明显收缩，因此靠近心脏的躯干部位皮肤灼热而四肢远端部位厥冷。[14]

1.2.6 厥脱变证机理

厥脱发展过程中可出现出血之变证，如肌衄、皮肤紫斑、吐血、咯血、便血等。按血证辨析，出血以热居多，乃实邪为患。厥脱出血多在病情发展至严重程度时出现，因此不单实火致病，当为气血衰败，阴阳失衡，元气耗伤，气损及阳，不能统摄，均导致出血现象。瘀血即是厥脱的病理基础，也是厥脱发展过程中的病理产物。血脉瘀滞，血行不畅，血不循经可导致出血。近代研究证明，休克伴发弥散性血管内凝血时，可出现出血现象，其机理是休克时微血栓发生于毛细血管的静脉端并向静脉延伸，毛细血管内血液瘀滞和外渗，由于弥散性血管内凝血，大量消耗血液中的凝血因子引起出血。王今达将休克并发DIC分为热盛瘀血、气虚瘀血及血虚瘀血3型。以血府逐瘀汤治疗急性弥散性血管内凝血，结果收效较好。[15]张文选报道一些感染性疾病（流行性出血热、败血症）并发DIC中晚期，为温病深入血分期，出血的机理与热瘀损络、气不摄血有关系。认为热毒导致血热炽盛，脉络瘀滞，热瘀互结，络伤出血，进一步发展则热盛瘀阻，动血气脱，气不摄血更加重出血，并制做热瘀气脱动物模型，进行血液学、病理学、血液流变学的观测，以说明厥脱出血的机理。[9]

2 临床研究

2.1 证候与辨证规律的研究

临床分型

厥脱证分型由于受学术体系归属不同、个人临床经验不同、考察角度不同的影响，分类繁多，尤其在认识到西医的休克与厥脱在临床上表现相类似以后，临床医家对各种休克进行了细致的中医分型。有关感染性休克，中华危重病急救医学会学术会议分为热伤气阴(拟轻休克)、阴竭阳脱（拟重休克）、热盛腑实（拟成人呼吸窘迫综合征）、热伤营血（拟弥散性血管内凝血）4个证型。[16]王今达等人分为热厥（拟冷休克）、寒厥（拟体温降低的冷休克）及热盛气脱（拟暖休克）等证型。[17]林居玉分为热闭（休克早期）、厥脱相兼(休克期)、阴竭阳亡（休克晚期）。[2]天津市第一中心医院三衰抢救研究室将休克伴弥散性血管内凝血分为热盛瘀血、气虚瘀血及血虚瘀血型。[15]廖家桢将心源性休克分为寒厥和

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

脱阳两型，并指出出血性休克归属寒厥和脱阴范畴。[18]有关流行性出血热休克期分型，兰克信在南京全国流行性出血热学术讨论会上以六经辨证为基础，分为四逆汤证、麻黄附子细辛汤证及真武汤证。目前统一分为内闭外脱，如马超英分为湿热瘀毒内闭、气阴欲脱；寒湿瘀毒内闭、阳气欲脱型等。[19]黄启福将厥脱证分为毒热炽盛、热伤气阴型，毒热炽盛、热伤营血型，阴血亏耗型，阳气衰微型，阴脱型，阳脱型，并且补充了气滞血瘀型。[20]最近杨宁通过采用甲皱微循环加权积分值法对30例流行性出血热休克进行证型探讨，结果，治疗前单纯脱证11例积分为3.24±1.12，内闭外脱证19例积分为5.18±1.75（$P<0.05$），说明闭证与单纯脱证甲皱微循环改变存在显著差异，为从微循环角度探讨厥脱证中医分型提供了重要诊断指标。[21]范金茹探讨了感染性休克氧自由基有关参数变化与厥脱证诊断分型的关系，研究结果提示厥脱证病人各分型间氧自由基有关参数有显著差异，气阴两亏＜阳气暴脱＜真阴耗竭，且死亡组参数变化较存活组比较有显著差异。[22]

1988年全国厥脱协作组将厥脱证统一分型，分为气阴耗伤、阳气暴脱、真阴衰竭、邪毒炽盛、心气不足及气滞血瘀型。[23]

只有对病证正确分型，才能准确指导治疗。没有统一的分型，就没有可比性。但又不能过分强调统一，否则会限制研究思路。

2.2 证候学研究

厥脱证候，分则指厥证证候和脱证证候，合则指由厥向脱转化，厥脱并见的综合征。厥证一指神志改变，二指手足逆冷，后世医家多在此基础上发挥和深化。王永炎主编的《中医内科学》相关章节中重点讨论了内伤致厥的证候、病机、治法及转归。指出厥证是内科急证，临床上以突然发生一时性的神志异常为证候特征。厥之轻者在昏倒不知人事后可于短时间内苏醒，醒后感到头昏乏力，倦怠口干，并无其它明显后遗症。厥之重者可一厥不醒，以至死亡。其发病特点为急骤性、突发性或一时性。急骤发病者，突然昏倒，移时苏醒，发病前有明显的诱因，如突然情绪紧张、恐惧、惊吓、疼痛等。发作前常有头晕、恶心、面色苍白、出汗等先期症状。发作时表现为昏仆，不知人事，或伴四肢逆冷。[24]李军通过总结古人从温病角度论厥时，指出“温病厥证以营卫气血运行失其常度为总病机，以手足逆冷为主要症状，但它不是一个单独的疾病，临床中常与神昏、痉证、闭证、脱证并见”，并且分为肺卫阳郁、痰热壅肺、胃热腑实、湿热蒙敝、瘟毒内伏、邪闭心包、瘀热交阻等实证，及阴液虚竭、阳气暴脱虚证，对外感致厥的证候给予了较全面的论述。[8]

脱证的证候以阴阳气血大量耗损，精气外泄为特点，后世医家对脱证的认识主要从阴阳亡脱方面论述，分阴脱和阳脱及阴竭阳脱。亡阳者，面色苍白，手足厥冷，时而冷汗，气息低微，口不渴，舌淡，脉微细数。亡阴者，躁扰不安，口渴喜饮，汗出而粘或温，手足尚温，舌红而干苔少，脉细数或空芤无力。

因脱证的早期一般多有四肢厥冷、神情淡漠或烦躁，可认为厥为脱之轻证，脱为厥之变证，两者相互转化，难以分割。因此目前多已将厥脱并论。尤其当认识到西医的休克与中医的厥脱相似以来，其证候学的研究不断深化，并且与西医学认识结合起来。王今达对

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

105 例感染性休克临床证候学研究结果显示，体温：过高热（>40℃）20 例，高热（39～40℃）57 例，体温不升（<35.5℃）23 例，35.6℃～39℃ 25 例；血压：收缩压<80mmHg者 101 例（96%），其中 18 例血压不能测知，80～90mmHg 3 例，100mmHg 1 例；脉诊与脉率：六脉皆无者 21 例，其中 18 例不能测知，脉微欲绝 36 例，脉沉细数 48 例，脉率>100 次/分 88 例，其中 44 例>120 次/分；呼吸：频率>28 次/分 86 例，<28 次/分 19 例；皮肤改变：四肢厥冷 88 例，其中 75 例指压苍白时间>3 秒，唇甲紫绀及皮肤斑纹 59 例；神志改变：神志恍惚或昏迷 86 例（81.9%）；尿量：<500ml/24 小时 60 例。将厥脱证候量化。[17]徐德先分析了 122 例流行性出血热休克证候，结果表明发热占 106 例（86.8%），神志改变 104 例；出血及瘀斑表现中鼻衄 50 例，黑便 94 例，皮肤瘀斑 70 例。[25]

2.3 舌象与脉象的观察

舌象反应疾病的虚实寒热程度，病位的深浅及脏腑的功能状况，并且推断预后转归。厥脱证的特点是急危重，病情复杂，瞬息万变，或病情由实转虚，由浅入深，抑或初起即为脱证表现，或虚实夹杂，因此其舌象也是判断疾病吉凶的指征。一般舌质红绛，苔黄燥，见于热厥、热盛腑实等型；若出现黄腻苔，见于湿热内闭型；舌质淡，薄白苔或滑苔，见于寒厥或寒湿内闭型；舌质紫黯或瘀斑见于气滞血瘀型；舌绛，苔燥，甚至舌卷囊缩见于阴脱型或热伤营血型，或阴竭阳脱型；舌质淡少苔见于阳气衰微型。病理舌象常随疾病的好转或加重而发生相应变化，如热厥初起以实证居多，故舌质红，苔黄燥，若邪热不得其解，热邪伤阴，舌质由红转绛少津，舌苔转为少苔、剥苔或无苔；当津液枯竭，或热极津枯，则出现镜面舌或沙鱼皮舌，为危重舌象，标志病至危候。刘大荣报道一例湿温病人，原来为黄腻苔，一日之内全部剥去，继之进入休克状态。刘大荣还观察到死亡病人中剥苔较非死亡组显著增高。[26]

厥脱证的脉象也反映着疾病的性质和病变程度。热厥脉数，热伤气阴，由实转虚，则脉细数或微细欲绝；寒厥脉沉微；痰厥，食厥，脉滑实；热盛腑实脉细数或浮大而数；热伤营血脉多细数；亡阴之脉空芤无力；阴竭阳脱脉细欲绝；气滞血瘀脉象艰涩。尽管脉象复杂，就其性质由厥转脱，由实转虚，由轻向重发展而言，其脉象当有一定的规律。王今达观察了 105 例感染性休克患者的脉象与脉率，结果发现，六脉皆无者 21 例（其中 18 例血压不能测知），脉微欲绝 36 例，脉沉细数 48 例，脉率大于 100 次/分 88 例（83.8%），其中大于 120 次/分 44 例。[14]1988 年全国厥脱协作组颁布的诊断标准中有关于脉象的诊断标准，即脉沉细无力，或微细欲绝或不能触清，明确指出这种脉象是厥脱证脉象的共同特点。[16]

2.4 辨证规律探讨

2.4.1 辨寒热

厥证虽有四肢厥冷共性，但应辨清寒热。以寒厥与热厥为例，两者有本质的区别：热厥虽有手足厥冷，脉微欲绝，尚有胸腹灼热，渴而喜冷饮，舌质红干燥，甚至黑而起芒刺，大便干结，小便短赤等症状。而寒厥无热象，表现为面色㿠白或晦黯，少尿，下利清

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

谷，口不渴，舌质淡。郭振球以指甲冷暖区别寒热，认为寒厥除具备寒象外，还有指甲冷，单纯指尖独冷为清厥；热厥其指甲暖。热厥虽有四肢厥冷之象，但与寒厥之手足逆冷有区别。[5]谢鼎苏亦指出，热厥手足心热甚于手足背。[13]黄星垣观察发现，寒厥者多有宿疾如心肺肾病变，素体虚寒者，起病即表现为阴证，体温正常或不升，需要注意的是寒极似热（阴极似阳）与热极似寒（阳极似阴）的鉴别，前者口虽渴不喜饮，或饮而不多，大便不实，小便清频，后者表现为气粗形强，唇焦喜饮，尿赤便秘，手足心或指端温。[1]

2.4.2 辨阴阳

人体生命以阴阳为枢纽，阴在内为阳之守，阳在外为阴之使，阴竭阳脱则阴阳离绝形成厥脱，其阴脱（亡阴）与阳脱（亡阳）在病因病机及临床表现方面迥然不同，阳脱也叫上脱，其表现汗多亡阳，喘促不相接续，神气错乱；阴脱也叫下脱，表现为身畏热，手足温，汗多，喜凉饮，气粗，脉虚大，两者均有多汗，亡阳之汗汗冷味淡，阴脱之汗汗热味咸。胡焕章从病程长短来区别阴阳，指出“一般新病暴脱亡阳居多，久病虚脱以亡阴居多。”[2]

2.4.3 辨虚实

厥证以实居多，如肝气不舒，气机逆乱所致的气厥，暴怒肝气上逆，血随气升的血厥，以及痰厥、食厥、酒厥、中恶、蛔厥、寒厥、热厥、暑厥、气滞血瘀厥等，主要表现为实证。脱证以虚为主，如阴津耗竭，阳气暴脱。虚实仅相对而言，如热厥表现为实证，当热毒炽盛，热伤气阴，或热伤营血，热邪由阳传入阴分，由浅入深，热毒伤阴耗气，症状表现为多汗、无力、舌红少津、脉细数等虚证。亡阴与亡阳病程中，阳脱则血脉凝滞，阴脱则血脉干涩，血行不畅，导致气血瘀滞，症见唇甲紫绀，舌质紫黯有瘀斑瘀点，脉细涩，为虚中夹实证候。目前临床资料表明，流行性出血热休克期的中医辨证趋向于“内闭外脱”，马超英分为湿热瘀毒、气阴欲脱型，寒湿瘀毒、阳气欲脱型，疫毒内闭、阴竭阳脱型，治疗以开闭法与固脱法并用。感染性休克晚期 DIC 阶段，往往气滞血瘀与气阴耗脱并见，即有多汗肢冷，脉微欲绝等正气耗脱之象，又见吐血、便血、皮肤瘀斑，舌紫黯有瘀斑等瘀血之象，治疗中于扶正固脱中药中伍以行气活血之品。[19]

2.5 治法研究

近年来关于厥脱治法的临床与实验研究，始终围绕着提高效率这一中心环节，从局限于方药加减的路子，去总结同证异治的经验，逐渐地趋向于对有效治则和定型方药的筛选，不断创造新剂型，为中医药治疗急危重症提供理论与实验依据。

关于厥脱治法，历代医家论述颇多，脱证的治法，张锡纯在《医学衷中参西录》中提出了八法，即止汗固脱、固阴潜阳固脱、回阳固脱、升陷固脱、止血固脱、定喘救脱、清热固脱和益气滋阴固脱法。厥证的治法，张伯臾主编的《中医内科学》在总结前人经验的基础上提出了顺气开郁、补气回阳、活血顺气、补养气血、行气豁痰、和中消导等法，以治疗气血痰食厥。治法一般建立在辨证基础上，因此，临床上治法迥异。黄启福将厥脱证分 5 个型，并提出了相应的治法，如：毒热炽盛、热伤气阴型，治以益气固脱、清热养阴；毒热炽盛、热伤营血型，治以清热凉血、益气养阴；阴血亏耗型，治以益气固脱、养血育阴；阳气衰微型，治以回阳救逆；阴阳俱虚型，治以益气固脱，阴阳双补；阴竭阳

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

微、气滞血瘀型，治以益气温阳，活血化瘀。[27]许顺祖认为明确标本以后再决定治疗的先后缓急，并以热毒内陷，耗伤营阴所致的热厥为例解释。其热毒内陷是致厥致脱之因，为病之本，其厥其脱是热伤营阴后之变证，为病之标。治热厥之要，即可先治其标，以救其逆，继挫其热，以治其本；亦可先除其因，挫其热而解其厥，还可标本同治，把益气固脱或回阳救逆的治标之法与救阴增液、解毒挫热除其病因的治本之法结合起来。[1]脱证是厥脱证中危重阶段的证候，分为亡阴（阴脱）和亡阳（阳脱），关于救阴与回阳的治疗不是简单的补阴补阳。罗致强认为必须重视阳生阴长，阳杀阴藏的机理，首先以固护阳气为主，须注意阴阳互根，在使用温补药同时伍以养阴固脱之品，如五味子、山萸肉。[2]黄星垣在论及亡阴亡阳的治疗时指出亡阴亡阳相互牵涉而导致阴阳俱虚竭，最难把握平衡：单纯亡阳，可以放胆用一派温补，可望破阴回阳；单纯亡阴，可用一派滋阴养津以资其化源，如久旱逢甘露而复苏；惟亡阴继以亡阳，或亡阳继以亡阴的转化，物质与功能均衰竭，处理非常棘手。黄氏采用双相调节的济阴扶阳法，药用人参、黄芪、炙草、麦冬、五味子、山萸肉，其性甘温中和，比较能接受，调其阴阳平衡来复。在回阳中要救阴，以免阴竭阳厥；在救阴中要通阳，以防窒息气机，这是把握阴阳平衡的关键，亦是治疗休克的准则。[1]流行性出血热虽属感染性休克范围，其临床表现以内闭外脱并见为特点，因此大量资料显示，采用开闭固脱法治疗流行性出血热休克为权宜之计，如杨宁采用逐瘀泄热（开闭）结合益气养阴（固脱）法治疗76例流行性出血热性休克，该法主要依据流行性出血热休克期邪实正虚，湿热寒瘀互结内闭，同时兼见气阴等正气外脱之候。[21]马超英也认为治疗流行性出血热休克采用开闭固脱法，阐明流行性出血热至休克阶段，虽然邪毒内盛，然正气大亏，若不及时扶正，欲脱之气将有外脱之虞，而仅用固脱，忽视祛邪，则邪毒更盛，脱终难固。具体言之，若以闭证为主，则应开闭祛邪以扶正；脱证为主，又需扶正固脱兼以祛邪。但由闭至脱是一个动态发展过程，故开闭与固脱法并举，是治疗本病休克的基本大法。[19]活血化瘀法也是治疗厥脱证的重要方法。华明华的观点是无论虚实之因，均致血脉凝瘀，是厥脱的最基础的病理改变和中间环节，因此治疗上抓住时机，救阴回阳，祛痰活血成为本病总的治疗原则。[7]张学文认为瘀血阻络是厥脱重要原因之一，他在治疗流行性出血热等急性传染病及其它急性感染性休克时，每每加用活血化瘀之品，如丹参、当归、赤芍、丹皮、茜草，其道理就在于此。[1]

2.5.1 常用治法

综合目前临床研究中常用的救治厥脱证的治法有如下几种。

（1）清热解毒法：用于六淫之邪、疫毒等引起的热厥或真热假寒证。适合于各类感染性休克。

（2）清营凉血解毒法：用于热毒内陷营血引起的热盛发斑出血等。适合于各类感染性休克及弥散性血管内凝血。

（3）通腹泻热法：用于热盛腑实证。适合于流行性出血热休克期、感染性休克及休克合并成人呼吸窘迫综合征。

（4）益气养阴法：用于正气大伤，阴血津液严重亏损证。适合于感染性休克、失血性休克、心源性休克及过敏性休克。

（5）温阳救逆法：用于阳微寒盛或阳气暴脱或阴盛格阳及阴阳俱衰证。适合于各种休

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

克，但临床报道尤其对心源性休克及肾功能不全休克疗效更好。

(6) 行气活血法：用于厥脱中一切气机郁滞、瘀血内停的证候。厥脱中气滞血瘀作为独立证候者较少见，一般于疾病发展过程中或后期出现。实验证明，行气活血药可改善各种休克患者的微循环障碍。因此，行气活血法是现代治疗厥脱证的常用之法。

(7) 开窍醒神法：用于邪陷心包，痰壅窍闭所致神志恍惚、昏厥等。适合于各种休克中因邪气内闭所致的神志障碍。

(8) 开闭固脱法：用于邪毒内闭、正气欲脱证。该法是近年来治疗感染性休克的主要方法，尤以流行性出血热休克的治疗报道较多。

2.5.2 常见治法的现代研究

(1) 益气复脉法：该法源于李杲《内外伤辨惑论》中的生脉散证。1972 年天津南开医院率先将生脉散改为生脉注射液，用于治疗感染性休克，取得了较好的疗效。继之参麦注射液、人参针剂相继问世，体现了益气复脉法治疗厥脱证的重要作用。实验研究表明，益气复脉法指导下的生脉类针剂具有多方面的效应，能增强心肌收缩力，增加心输出量，增加冠脉血流量，降低心肌耗氧量；对革兰阴性杆菌内毒素具有解毒作用；能改善血液高凝状态，抑制血栓的形成，促进纤维蛋白溶解；促进机体网状内皮系统的吞噬功能。

(2) 回阳救逆法：阴阳之气不相顺接是厥脱产生的主要机制，阴竭阳脱孰轻孰重，是决定治疗的关键。《医林绳墨》曰："凡遇脱证皆在不治，惟大进参附……"。《伤寒论》亦云："下利清谷，里寒外热，手足厥逆脉微欲绝……通脉四逆汤主之。"均阐述了亡阳致脱的治法，独参汤、四逆汤是治疗脱证的经典方。实验证明，人参四逆汤可推迟大白鼠失血性休克发展至不可逆性休克的时间，提高缺氧性休克兔、心源性休克兔的平均动脉压，加强呼吸运动，提高耐缺氧能力。

(3) 化瘀法：①益气活血化瘀法：活血化瘀药可以改善微循环，促进组织的血流灌注，加强重要器官的血液循环，保护心脏，改善心肌的缺氧状态，降低休克动物血浆中游离血红蛋白和溶酶体酶的含量，增加单核细胞和吞噬细胞的吞噬功能，有利于纠正休克。休克晚期，中医学认为，是在脱证的基础上，有较重的瘀血证。因此，在治疗上单纯补虚尚不能改善病情，需并用活血药。邹丽琰报道，用益气注射液（黄芪、党参、黄精）和活血注射液（丹参、赤芍、郁金）进行配伍使用，对家兔内毒素休克作用的研究结果表明，该法不仅有对抗休克早期血压急剧下降的作用，也可使后期的血压明显回升，大部分动物脱离休克状态，而且益气法与活血法并用防治家兔内毒素休克，疗效优于单独使用益气药或活血药。[28] ②益气养阴、凉血化瘀法：张文选以温病临床的客观实际为主要依据，提出了热瘀气脱的病理机制，确立了凉血化瘀、益气养阴固脱法，选用犀角地黄汤合生脉散对家兔模型进行了实验研究，结果表明，该药能明显改善出血、体温过低等病理损害，防止血液粘度降低，抑制低凝血功能障碍，减轻脏器细胞病理损害，促进小鼠巨噬细胞吞噬功能，使小鼠血浆内毒素含量明显降低。实验结果提示热瘀气脱证在病机上既有气阴两脱、气不摄血一面，又有细胞聚集、血脉瘀滞一面，气脱与血瘀并存，两者不可忽视一面，因此治疗上在使用凉血散血的同时，还宜采用益气养阴固脱之法。该法主要用于温病邪热入血之热瘀气脱证，如西医的流行性出血热、败血症当疾病发展致邪入血分之严重阶段，病人在急性广泛性严重出血（注射部位渗血难止、皮下瘀斑、呕血、便血等）同时，又见汗

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

出不止、少气息促、肢体厥冷、神志异常等气脱表现，而且出血与气脱密切相关，出血愈重气脱愈重，气脱越重出血越甚，因此凉血化瘀、益气养阴固脱两法并举，其收效明显优于单纯凉血化瘀及单纯益气养阴之法。[9]

(4) 清热解毒法：天津市第一中心医院对感染性休克机制的研究有独道见解，认为因感染而致的厥脱、其发生与转归既有“菌”做为发病之始因，又有菌体释出之毒素作为发病基础，很多感染性休克死于毒血症引起的严重并发症和重要脏器的功能衰竭，故见菌不见毒，或治菌不治毒，显然不够全面。热由毒生，症因毒变，要重视“毒”的作用。该院经过长达 8 年的实验研究证明板蓝根、蒲公英、穿心莲、玄参等清热解毒药具有增强机体非特异性免疫功能，减少实验动物内毒素血症引起的内脏损害及不同程度拮抗内毒素的作用，从而阻断了热由毒生，症因毒变的转变。[29]近年来，抗毒治疗的研究不断取得新进展，谢恬等采用 E·coli$O_{55}B_5$注入日本大耳白兔制造出温病气血两燔证模型，并拟用清瘟败毒散灌胃，结果表明该法对气血两燔证的发热有明显抑制作用，能拮抗高粘综合征，调整 cAMP 与 cGMP 的比值，减轻脏器组织病理损害。[30]徐应杼对 88 例温病患者，采用解毒化瘀汤（七叶一枝花、白花蛇舌草、半边莲、金钱草、丹参、大黄、黄连、枳实）治疗，结果发现患者血浆内毒素水平明显减低，该药具有灭活内毒素生物活性的作用，直接对抗或抑制内毒素之抗原作用。采用清下法治疗内毒素血症（阳明腑实证）已被众多学者通过临床观察和动物实验所证实。[31]王宝恩应用泻热汤（大黄、芒硝、玄参、甘草）治疗急性胰腺炎、胆道感染、急性菌痢疗效满意，并通过青紫兔内毒素模型实验，证明该药有抗内毒素作用。[32]林菊生对热毒清（金银花、蒲公英、大青叶、角腥草）研究发现，经热毒清处理的大肠杆菌内毒素被裂解成杆状、短片段或完全解聚，同时能增强单核—吞噬细胞系统的功能，提高补体 C_3 旁路活性，从而拮抗内毒素 DIC 的生物效应。[33]

(5) 开窍醒神法：《本经逢原》记载“苏合香能透诸窍，辟一切不正之气，凡痰积气厥，必以此开导。”在开窍醒神法指导下“五宝”治疗厥脱昏迷，以高效、迅速而著称，牛黄清心丸主要用于昏迷而躁动不安者；安宫牛黄丸用于厥脱而有痰热之象；至宝丹用于昏迷而静者；紫雪丹则用于高热躁动便秘者；苏合香丸用于厥脱有寒湿或痰湿之象者。开窍醒神法主要用于厥闭之证，亦可用于脱证，但宜与大剂温补阳气、固本扶脱之品配伍。

(6) 开闭固脱法：此法实为综合疗法，邪毒如寒湿、湿热、疫毒侵袭后，邪气郁闭、损伤正气。邪气内陷愈深，停留时间愈长，则正气耗脱越严重，因此开闭法与固脱法并举，是治疗这类病证的重要手段。方兰清报道开闭类中药有镇静、利尿、清除体内各种毒素及代谢产物、改善微循环、预防纠正 DIC 等功效。[34]沈但报道固脱类中药具有强心升压、改善心功能、调整免疫功能等作用。[35]

综上所述，在处理厥脱中，视其邪正虚实盛衰，可将益气、回阳、救阴、活血、解毒、通腹、开窍等法综合运用。对于热毒内陷所致之厥脱，应选用清热解毒通腹之法，若苦寒峻下之品太过，易伤阳气，损伤阴液，应适可而止，且同时合用益气养阴固脱之法更能起到固正以利祛邪的作用。在用回阳救逆之法时，要以阴阳互根理论做指导，温阳药乃辛热之品最易伤阴、导致“独阳不长，孤阴不生”，因此不要矫枉过正，使阴不恋阳、阴竭阳脱，病情加剧。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.6 方药研究

2.6.1 单味中药的研究

随着药理实验研究水平的进展，单味中草药抗厥脱的作用机制不断被揭示。目前常见的抗厥脱药物有人参、附子、干姜、炙甘草、东莨菪、黄精、丹参、枳实、冬花、连翘、姜半夏、山萸肉、陈皮、洋金花、蟾酥等，这些药物不同程度地具有对血管平滑肌的直接收缩作用，升高颈动脉压，增加心搏振幅，稳定和增高血压，改善微循环，兴奋垂体-肾上腺皮质。

2.6.2 汤剂研究

在针剂未问世以前，中药汤剂在治疗厥脱证中起着重要的作用。如《伤寒论》载的四逆汤主治少阴病之四肢厥逆、恶寒蜷卧、下利清谷、脉沉微细证。韩新民对四逆汤进行了拆方研究，结果表明单味附子有强心升压效应，但作用不如四逆汤，甘草虽有升压作用，但不能增加心缩幅度，单味干姜未显示任何有意义的生理效应。通过复方与单味药药效比较，结果提示四逆汤的强心升压效应优于单味药，且克服了单味附子引起的异位心律失常的副作用，甘草本身无强心作用，但对附子的强心效应有协同作用，干姜助附子的热效应。[36]对于元气大亏，阳气暴脱所致的厥脱证选用参附汤，该方体现了补气与温阳并举的重要性，如《删补名医方论》曰："补后天之气无如人参，补先天之气无如附子，此参附汤之所由立也。"临床报道，以参附汤（红参 30g，附子 18g）回阳救逆，药后 2 小时血压从 80～50/50～30mmHg 回升至 96/60mmHg，3 小时恢复至 130/80mmHg。该方还具有血管活性药物所没有的优点，能增加机体抵抗力，调动内在积极因素，推动全身血液循环，使休克得到缓解。[37]尽管四逆汤、参附汤、独参汤等古方具有一定的抗厥脱作用，基于厥脱证病情复杂、变化较快的特点，因此，目前对厥脱证的遣方用药具有两大特点：一是由简单的方药向多种治法联合应用方向发展；二是强调辨病用药。马超英以寒温统一的热病理论为指导，应用开闭固脱法治疗流行性出血热休克 106 例，闭证以宣畅三焦方为主方：麻黄、杏仁、桔梗、藿香、大腹皮、木香、茯苓、泽泻、猪苓、大黄。脱证配参附注射液、参麦注射液。结果治疗组用药后血压回升时间为 0.75±0.34 小时，厥脱改善时间为 6.12±2.18 小时。[38]北京中医研究院研制的抗休克合剂：红参、麦冬、五味子、附子、干姜、炙甘草、肉桂，由四逆汤合生脉散加肉桂组成，具有回阳救逆，益气养阴作用，主治心悸、气短、四肢厥冷、汗出、脉微细、低血压等休克。辽宁中医学院研制的抗休克Ⅰ号方（人参（党参）、麦冬、干姜、炙甘草）治疗各类休克，疗效较满意，该方主要具有扩张血管，增强心肌收缩力的作用。安徽医学院认为烧伤引起的休克当责之热毒伤阴，毒瘀互结，研制出抗烧伤合剂：党参 9g，麦冬 9g，五味子 15g，黄芪 15g，金银花 15g，酸枣仁，远志、山萸肉、当归、红花、丹皮、生地、石斛、泽泻、竹叶各 9g。该方具有益气滋阴、清热解毒、活血化瘀、强心升压的作用。汤剂在治疗厥脱证中适合于轻证，或厥脱好转过程。

2.6.3 中成药研究

（1）益气养阴类：生脉注射液、参麦注射液为该类药的代表方剂。实验研究发现该类药可增加心肌收缩力，降低耗氧量，增加冠脉流量，改善心肌供血，调整心肌代谢，调整

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

血压，改善微循环，提高机体的抗病能力，对内毒素有明显的解毒作用，可激活网状内皮系统的吞噬功能。重庆市中医研究所对93例感染性休克住院病例进行了分组治疗比较，结果参麦针组（46例）疗效优良者37例，对照组（47例）疗效优良者27例，两组比较有显著差异（$P<0.05$）。[39]廖家桢抢救心梗合并休克，收缩压为0，单纯用西药血压不回升，与生脉针合用后血压回升，抢救成功，并且认为阿拉明等血管活性药物有“依赖现象”，用红参、黄芪、附片等2～3天可将升压药撤掉，而无依赖现象。[18]重庆中医研究所用参麦针治疗休克74例，显效90.9%。

（2）回阳救逆类：常用的注射剂有参附注射液、参附青注射液、心脉灵注射剂、升压针、复脉注射液等。夏炎兴报道，参附青注射液能增强体外培养的乳鼠心肌细胞搏动幅度，并有不稳定地减慢频率作用。[40]王左等研究结果表明参附青注射液能提高休克病人的收缩压、舒张压，降低心率，降低血液粘度，可使患者血液高切粘度、低切粘度、血沉下降。参附注射液能显著提高离体兔的冠脉血流量，改善垂体后叶素引起的心肌缺血，有强心作用，可防止大肠杆菌内毒素所致的犬急性心肌收缩性抑制，同时又能产生一个使外周压力逐步回升的缓慢效应，对大肠杆菌内毒素所致的中毒性休克有一定的治疗效应。[41]心脉灵注射液动物实验结果，提示有升压和保护内毒素休克的作用，增加红细胞的静电斥力，减轻红细胞的聚集，改善血液粘稠度，增加组织的血液灌注量。丁培琳用参附注射液治疗厥脱证138例，总有效率达89.1%，西药对照组44例，总有效率88.6%，说明参附注射液在抗休克方面疗效相近。[42]王左在1987年全国中医急症学术研究会长春会议报道，参附青注射液治疗各种感染性休克26例，总有效率73.1%，休克纠正最快时间4小时，平均72小时；对另外104例邪毒内陷厥脱证治疗，与阿拉明、多巴胺31例作对照，结果参附青组有效率84.6%，对照组67.7%（$P<0.05$）。

（3）行气活血类：主要有枳实注射液、青皮注射液、升压灵注射液、复方丹参注射液等。枳实注射液的有效成分是对羟福林和N－甲基酪胺，动物实验表明其药理作用为升高血压和增强心肌收缩力，改善心脏泵血功能，与去甲肾上腺素相对比，枳实升压时间持续较长，且较少出现心律紊乱或心率减慢副反应。青皮的主要作用是升高血压，抗心律失常。心脉灵注射液对狗、兔、大白鼠有快速、显著的升压效应，使离体兔心率增快、收缩幅度增加，可使手术性休克和中毒性休克狗的血压回升，使机体循环与微循环障碍现象得到改善。复方丹参注射液可增加冠脉流量，增加心肌对缺氧的耐力，促进心肌梗塞区快速愈合和再生，在对小鼠内毒素血症和狗内毒素休克原理的研究中发现，该药能使休克动物血浆中游离血红蛋白降低，增强单核—巨噬细胞系统功能。金妙文用升压灵注射液治疗厥脱112例，用药后血压恢复时间平均3.37小时，总有效率达95.5%，显著高于对照组。[43]俞同瑞报告1例急性前壁心肌梗死患者突发心搏骤停，在西药抢救无效情况下，加用丹参注射液后，血压回升，心律恢复窦性。[44]

（4）麻醉中药类：70年代麻醉中药抗休克的研究曾风靡全国，对于这类药抗休克的研究近20年一直在探索，并且随微循环研究的深入而发展。1978年广东梅县地区医院用复方闹洋花针治疗休克78例，总有效率达91.1%，其中40例于15～30分钟血压上升并保持稳定。叶敏孙报道，用山莨菪碱治疗感染性休克34例，并以阿拉明、多巴胺西药作对照，结果山莨菪碱组在血压回升、排尿时间，末梢微循环改善方面早于或优于对照组，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

有显著统计学意义（$P<0.01$），并认为山莨菪碱可作为“低排高阻”低动力型冷休克的综合抢救药物之一。[45]1994年全国第六次中西医微循环学术交流会议认同了山莨菪碱是防治微循环障碍及脏器衰竭的最佳药物。医学科学院基础所陈祥银通过几年系统研究山莨菪碱抗休克机理，结果显示山莨菪碱有类肾上腺皮质激素样作用。[46]

（5）联合用药：厥脱的机理较复杂，证候多端，因此联合用药可提高疗效。杜树明采用复方丹参注射液、川丹针配合清热解毒药治疗感染性休克75例，结果显效45例，有效21例，无效3例，西药对照组56例，显效30例，有效16例，无效10例，中药组疗效显著高于西药组（$P<0.05$）。天津中医学院附属医院用厥脱Ⅰ～Ⅳ号（参麦注射液与复方丹参注射液按不同的比例配制）治疗78例厥脱证，总有效率达89.8%。[7]罗陆一用益气养阴，行气活血融为一体的救脱一号治疗21例感染性休克与多巴胺对照，结果救脱一号总有效率达95%，显著高于多巴胺组的67%（$P<0.05$），与以往报道的用单方中药配合多巴胺治疗结果相近似，说明联合用药可提高疗效。[48]目前，对流行性出血热休克的治疗方法，主要采用开闭固脱、活血化瘀法，如杨宁、余勉等报道用逐瘀泄热开闭合剂（生大黄、桃仁、赤芍、水蛭、虻虫），配合参麦针剂、参附注射针等扶正固脱之品，治疗流行性出血热76例，结果总有效率达95.35%，甲皱微循环明显改善。[21]马超英等，通过选用开闭方至宝丹、菖蒲郁金汤、清瘟败毒饮、玉枢丹、苏合香丸，固脱中成药参麦注射液或参附注射液等之不同组合，治疗25例流行性出血热与西药组比较，中药组总有效率88%，与西药组的50%有效率差异显著（$P<0.05$）。[38]

此外，还有人单纯应用清下或清热解毒法治疗厥脱证收到较好的疗效。如李维藩报告1例急性出血性胰腺炎并发肠麻痹性梗阻中毒性休克患者，在未予升压药情况下，急用大承气汤加胡黄连、桃仁、生甘遂，用药后28小时休克症状改善，血压回升到128/80mmHg。[49]国外研究发现具有清热解毒作用的六神丸有一定的升压作用，这种作用来自蟾酥。蟾酥的水提取物可使麻醉犬血压上升、呼吸兴奋、血管收缩及强心作用，同时有抗炎杀菌之功效，因此清热解毒药在休克中的应用有着双重作用，即杀菌抗毒，又可调整血压，改善心功能状态。山萸肉是补肾涩精之品，《中药大辞典》载其“固虚脱”，张锡纯的固脱八法中主要用山萸肉。动物实验证实山萸肉注射液使休克犬血压升高。

2.7 针灸作用的研究

针刺用于治疗厥脱，主要是应急，收效较快。常用的穴位有人中、素髎、百会、关元、气海、膻中、内关、足三里、合谷、涌泉、十宣等。人中、素髎、百会穴为督脉经腧穴，督脉总督一身之阳气，贯脊入脑，入于肾脏，连贯心脉，督脉经穴有清神志、苏厥逆、开关窍的作用。针刺人中穴可提高血压，其抗休克的机制可能是加压效应使大脑血流得以改善，或针刺人中穴的传入兴奋通过脑干网状结构上行激动系统改善血管弹性，使血压调节系统的稳定性提高，以及兴奋呼吸机能。李学声报道针刺家兔人中穴，观察兔心脱氢酶的变化，结果提示心肌代谢改善，心肌能量增强；观察失血性休克家兔肾上腺皮质的变化，结果发现针刺人中穴可以增强或改善肾上腺皮质细胞的代谢活动，促进皮质细胞的分泌和合成机能的恢复。关元、气海、中脘、膻中为任脉经腧穴，任脉总任一身之阴，任脉经穴有益气固脱，回阳救逆之功。对关元和气海穴施以灸法，能起到温阳救逆的作用；

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

膻中穴为元气聚集之处，《肘后备急方》曰："必有灸膻中穴二十八壮救治卒死尸厥证。"实验研究发现，针灸任脉腧穴，可调整植物神经功能，其机制可能是通过脊神经传入中枢神经，进一步激活脑干网状结构的特定部位，达到益气固脱的作用。内关、足三里、涌泉、十宣穴，是具有特殊治疗作用的远端腧穴，西医学认为远端神经较敏感，针刺易反应到大脑皮层代表区。[50] 兰州医学院内科抢救1例重型大叶性肺炎所致感染性休克患者，用血管活性药物无效，撤去抗休克西药，改用针刺素髎和耳针的皮质下、肾上腺区，10分钟后血压从0逐步上升稳定在70～60/40～30mmHg水平，维持20小时，病人由昏迷恢复清醒。

3 实验研究

3.1 厥脱证与微循环关系的研究

微循环是一门新兴的边缘科学，系指微动脉与微静脉之间的血液循环直接参予细胞、组织间的物质交换。我国微循环研究从20世纪60年代开始，与国外比较起步虽晚，但发展迅速，尤其在休克研究方面，占有至关重要地位。休克微循环障碍主要表现有：微血管舒缩功能失调；微血流紊乱，微血管渗漏增加，血液病理性分布，微血管自律运动降低或消失。日前大量的研究已证明休克的临床表现与中医的厥脱证颇相似，因此厥脱证的产生与微循环障碍有着内在本质的联系。祝寿河对暴发型流脑休克患儿的研究发现甲皱微循环障碍，并以大量东莨菪碱抢救休克，疗效较好。从阳虚、气虚、血虚、阴虚、肾虚患者微循环检测中发现，这些虚证与微循环障碍有关。[51] 另一些学者则认为微循环障碍与实证的关系也甚为密切，如杨国栋、姚新民将微循环障碍发病学观点和瘀证联系起来，并以信息—效应—能量统一为一体，见图1所示。

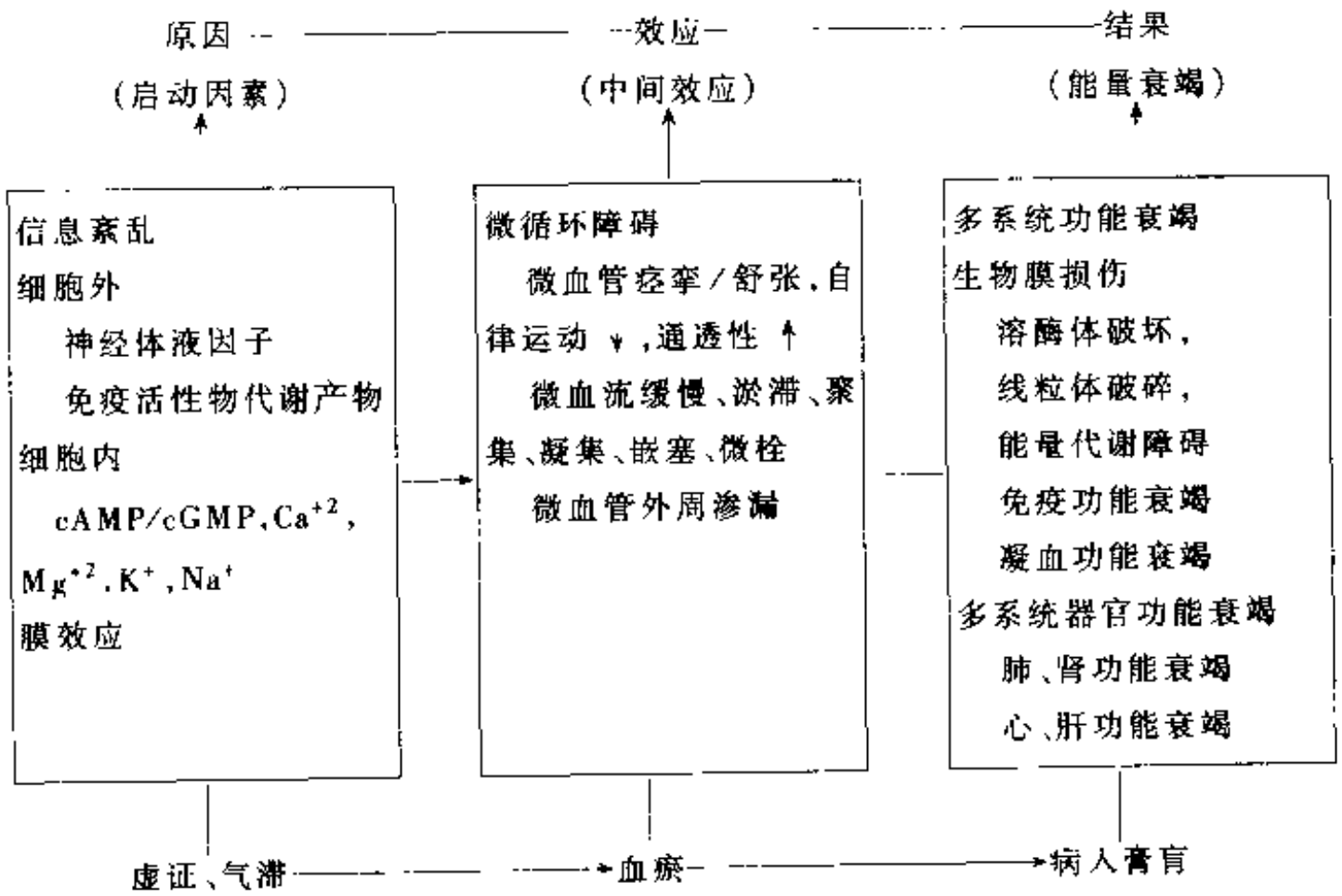


图1

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1994年11月在宁波市举行的全国第六次中西医结合微循环学术交流会议对微循环的研究提出了新思路和方法。如天津第一医院崔乃杰认为全身炎症反应综合征（SIRS）最重型见于革兰阴性菌败血症休克，其内源性炎症介质在SIRS中起关键作用，包括氮氧化物、前列腺素、血小板活化因子和内皮细胞粘附分子的合成等生化改变，并提出阻断疗法在治疗中很有前途。会议就微循环与血瘀证及活血化瘀进行了专题讨论。李成勇用体表微循环检查129例血瘀证患者，并与健康人做对照，电脑分析微血管、血流、管周状态，结果显示血瘀证患者异常率为93%（$P<0.01$）。侯冠伦用放射免疫法检测阴虚红绛剥苔舌患者23例的6-酮-前列腺素$F_{1\alpha}$水平并与正常对照，差异显著，在治疗上运用滋阴法加活血化瘀药疗效更高。该会议肯定了莨菪碱类药对休克时微循环的确切作用。

3.2 中医药治疗内毒素休克的现状

内毒素是革兰阴性细菌细胞外壁溶解后的一种脂多糖，它具有多种生物活性。当感染革兰阴性菌后或肠道内毒素增加及网状内皮系统功能受损时，内毒素进入血液即可发生内毒素血症，内毒素血症可出现于多系统的多种疾病中，而由此导致的感染性休克是其中之一，且病死率极高。瑞金医院资料表明内毒素血症引起休克后伴发DIC的死亡率达55%。内毒素对机体的主要影响：①具有致热原性，引起发热；②诱导感染的非特异性免疫，降低肾上腺皮质功能，导致免疫力下降；③损伤毛细血管内皮，实验证明，狗静脉注射内毒素10分钟即可在肝脾肺小肠及肾的毛细血管中发现内毒素；④有拟交感作用，导致实验性动物内毒素性休克血浆中儿茶酚胺可为正常时的200～500倍，儿茶酚胺增高的结果使平滑肌丰富的微血管强烈痉挛；⑤对心肌有抑制作用；⑥内毒素导致DIC，与内毒素引起全身性Shwartzman反应，血小板聚集并释放PF_3PE_4与β-血栓球蛋白等促凝物质，启动内凝系统、凝血酶原激活为凝血酶及激活纤溶、激肽及补体系统等有密切相关性。近年来，很多实验研究基于用治疗厥脱的中药以拮抗内毒素休克，取得了可喜的成果。如张文选报道，用凉血化瘀、益气养阴固脱中药研究治疗热瘀气脱证动物内毒素休克，其方法选用美国产精制大肠杆菌内毒素两次给家兔静脉注射，成功地复制了家兔模拟温病邪入血分之热瘀气脱证动物模型，并选用血液学、病理形态学、血液流变学等指标进行了对照观察。结果表明，模拟热瘀气脱证动物的病理实质为急性DIC，同时给厥脱模型注射犀角地黄汤合生脉注射液，发现该药在防止血粘度降低、抑制低凝、改善出血、减轻脏器组织病理损害方面疗效明显，内毒素对凝血系统的作用主要是促凝，为什么实验结果呈全血粘度下降？实验研究揭示内毒素动物模型其肺内有弥漫性微血栓形成，消耗了大量的纤维蛋白原，故全身血粘度下降。进一步的研究结果提示该药使内毒素小鼠血浆内毒素含量明显降低。[9]邹丽琰以益气活血方治疗感染性休克，其实验过程，仍以内毒素休克家兔模型作为研究对象，设益气注射液组（黄芪、党参、黄精），活血注射液组（丹参、赤芍、郁金）和川芎嗪注射液及益气活血注射液组。实验结果，益气活血组与活血化瘀组，血浆粘度有不同程度的下降。[28]

阳明腑实证与内毒素关系甚为密切。陈海龙等通过对阳明腑实证与非阳明腑实证的血浆内毒素测定，结果证实内毒素血证是阳明腑实证过程中发热、惊、厥、闭脱及器官衰竭的主要原因及病理基础，其机理是燥热之邪与肠中糟粕结合而成燥实，影响腑气升降。西

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

医理论是胃肠道内革兰阴性菌过度繁殖且菌群比例失调，毒力剧增，内毒素经门静脉大量吸入而且形成肠源内毒素血症。[52]中医药具有解毒杀菌、补益正气、提高免疫机能的复合作用，在抗内毒素方面，具有广泛的前景。

3.3 厥脱证动物模型制备的历程

3.3.1 厥脱动物造模的基本思想与存在的问题

回顾厥脱研究的历史，重点在方药方面，从单方到复方都有明确的辨证体系，临床疗效可喜，但如何对厥脱理论进行实验研究，首先需要制备一套较符合中医辨证需要的动物模型。然而厥脱病因病机复杂，演变迅速，因此，模型制做较棘手。仝小林等认为：①病因应一致性：即造模的病因与“证”的病因一致，如热厥证，中医认为由于热毒内陷引起，可采用感染性高热的方式造模；疫毒、中暑后期的阴脱证，可使用动物感染肠道致病菌或中暑方式造模。②证的确定性：如同为“肢厥”症状的寒厥与热厥，在动物模型上如何区分，经过综合分析，最终以肛温改变达到共识。③动物的特殊性：某些动物在造模时，其“证”的复制较困难，因此在选择动物时考虑其特殊性，如观察舌与汗的情况时，因狗缺乏汗腺，狗、兔、大鼠舌质变化不明显，给辨汗与舌带来很大困难。研究发现猪的舌象变化较大，因此选择造模动物时尽可能选用客观“证候”变化明显的动物。④“证”具有动态变化，如急性感染性休克，体克前期表现热厥证，休克期表现热厥气脱证，休克晚期表现脱证，故对急性休克的“证”应注意其动态变化。⑤寻找实验室指标的特异性，目前，对休克“证”的临床、生理及生化等进行了大量分析，力求其特异或相对特异性指标，但尚未得到满意解决。⑥以往休克模型多在麻醉状态下或强迫体位下制作，多采用创伤性监测手段，与临床实际不符。因此为保证实验与临床相符合，在造模时尽量对动物不施麻醉（至少不是全麻），并使动物处于自然、舒适的休位，对生化指标采用无创性或微量法测定。[53]

3.3.2 几种厥脱动物模型的制做

（1）热厥证模型：中医认为热厥因外感温热病、热毒过盛、邪毒内陷所至高热而厥，西医见于感染性休克。动物模型应模拟休内毒素不断释放，由发热至休克过程。南京中医学院应用改良法，即用小剂量，以剂量梯度多次重复静脉注射大肠杆菌内毒素，模拟感染时毒血症过程，造成动物由发热进入热厥，继而发展成厥脱相兼、虚实并见的热厥气脱证，最后导致脱证（阴脱或阳脱），以此制作出热厥—热厥气脱—元气外脱的动态演变模型。客观指标显示血压下降，肛趾温差呈“剪刀差”，尿量减少，微循环显示微动静脉收缩，毛细血管床部分消失，血沉速度变慢，舌红唇干，呼吸急促，动物烦躁后萎顿。

（2）寒厥证模型：从病因上，多属寒邪直中三阴，其特点是体温正常或开始即体温不升，四肢厥冷，低血压。阳脱证与寒厥证有密切联系，阳脱一般有汗，寒厥无汗，寒厥进一步可发展成阳脱。西医见于感染、大吐大泻、食物中毒所致的休克。造模的方法采用给清醒动物一次性大剂量静脉或腹腔注射大肠杆菌内毒素，导致血压初次下降后有一个回升过程，并相对稳定在一个低血压水平（为造模前平均血压的 2/3 左右），寒厥证模型的特征指标为：体温不升，肢厥、低血压、畏寒、毛耸、口鼻青白。

（3）阴脱证模型：阴脱证的病因常见大吐大汗，或热病伤阴或禁食水，此外烧(烫)伤

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

后火毒内攻,气阴耗伤等,也属阴脱之候。造模时常用热厥之脱证模拟休克晚期,或动物经肠道致病菌感染后,造成严重腹泻脱水至休克发生。其阴脱指征为:血压明显下降,稽留热,无尿,舌红绛而干,口鼻有粘液泌出;微循环显示微动脉及毛细血管床淤血、出血及血流淤滞;尸检见皮下及内脏有广泛充血出血,膀胱内可见少量红色发粘的尿液等。

(4) 阳脱证模型:一般心源性休克模型较符合阳脱证,动物的症状与中医"证"的表现相近。方法为选用小型猪(猪冠状循环与人相同),结扎冠脉法或静脉注射戊巴比妥钠导致心泵功能衰竭。国外资料已规定,制备心源性休克动物模型时,应排除心律失常引起的血压下降。阳脱证指征为:血压及脉压显著下降,无尿,通体冰凉,下半身内侧湿冷,口鼻青白有水样液体,流泪,心率缓慢,舌质淡白或青白,反应迟钝甚至昏迷。此外内毒素休克晚期可出现阳脱证,参见热厥证、寒厥证。

(5) 气血两脱证和阴阳俱脱证模型:气血两脱的实质是气随血脱。采用给动物放血方法,造成失血性休克模型,代偿期和失代偿早期较符合"气血两脱证",停止放血血压可回升,但血压尚不能恢复休克前的 2/3 以上,经输血、输液动物可脱离休克。在失代偿晚期,动物极度衰竭,阴血耗竭,阳气衰脱,终至阴损及阳的阴阳俱脱证。其证候特征参见阴脱和阳脱证。

【古训今释】

1 病名溯源

1.1 厥之含义

厥,古作蹶,《说文解字》:"蹶,弩气也。""弩,不顺也。"《博雅》:"蹶,病也。"说明厥有逆乱之意。中医学对厥的认识,历史悠久,早在 2000 多年前就有厥的记载,如《史记·扁鹊仓公列传》曰:"若太子病,所谓'尸厥'者,太子未死也",并针刺治疗虢国太子。然而,真正将厥作为一种疾病进行重点阐述的著作,首推《内经》。其厥之含义有三,一指暴不知人,如《素问·厥论》云:"厥或令人腹泻,或令人暴不知人",《素问·大奇论》又云"脉至如喘,名曰暴厥","暴厥者,不知与人言。"二指手足逆冷,如《灵枢·五乱》说:"乱于臂胫,则为四厥。"这里的四厥作四肢厥冷解释。又如《灵枢·逆顺肥瘦》云:"厥者寒矣"。三指六经形证,如《素问·厥论》曰:"巨阳之厥,则肿首头重,足不能行,发为眴仆";"阳明之厥,则癫疾欲走呼",此外还有太阳厥、少阳厥、少阴厥、厥阴厥等。因第三类厥与后世所言迥然不同,常不作厥证讨论内容。正如姚止庵指出:"厥凡三义:一谓逆也,下气逆而上也……,一谓极至也,……一谓昏迷不省人事也,……乃世之云厥者,止以手足逆冷,不知人事为言,合之经旨偏矣。"总结了《内经》主要用厥之义。此外,《内经》一些章节把厥称为厥气,如《灵枢·杂病》谓:"厥气走喉而不能言"及《素问·阴阳应象大论》云:"厥气上行,满脉去形。"从病象方而解释厥之意义。至仲景论厥时明确指出"手足逆冷是也"如《伤寒论》337 条言:"凡厥者,阴阳气不相顺接,便为厥。厥者,手足逆冷是也。"明代张景岳总结了前人的理论,结合自己的经验,提出"厥者,逆也。气逆则乱,故忽为眩仆脱绝,是名为厥……。"并从伤寒与杂病角度加以论

小众网站大众健康:http://qianjinpianfang.com

述，发生在“伤寒”中的则为“手足逆冷，发生在“杂病”中则“突然昏倒（不同于中风）”。至清代，对厥的论述颇为详细，以叶桂、薛雪为代表。综上所述，厥有广义与狭义之分，狭义指一个症状，广义指一个病证，其范围甚广。

1.2 脱之含义

脱首见于《内经》，称为“脱气”，如《灵枢·血络论》曰：“脉气盛而血虚者，刺之则脱气，脱气则仆。”《难经》概括为“阴脱”和“阳脱”。《类证治裁》指出：“下脱者，血崩不止，大下亡阳。上脱者，喘促不续，汗多亡阳，神气乱，魂魄离，即阳脱。以及上下俱脱者，类中眩仆，鼻鼾，绝汗出，遗尿失禁，即阴阳俱脱也。”从病因及证候学方面对脱证进行了描述。然而，究竟如何定义脱，各家争论不休。明代喻昌认为：“脱者，去也”。华岫云则言：“脱即死也。诸病之死，皆谓之脱”，把死和脱等同起来。对此，徐灵胎提出不同看法，徐氏认为“脱是病象，死是总名。脱之名，惟阳气骤越，阴阳相离，汗出如油，六脉垂绝，一时急迫之证，方名为脱。”徐氏将脱与死两个概念区分开来，脱证固然是致死的原因，但死亡并非都是脱证的后果。

其实厥与脱有着必然内在联系，如《素问·厥论》曰：“阳气衰于下为寒厥，阴气衰于下为热厥，”其阴阳之气衰败可导致厥证，而阴阳衰竭又是脱证的病理基础，因此，明清以后将厥与脱并论而提，《景岳全书·杂证谟·厥逆》说：“气厥之证有二：有气虚气实，皆能厥。气虚卒倒者，必其形气索然，色清白，身微冷，脉微弱，此气虚证”；“血厥之证有二，一曰暴脱，一曰动血也。”张氏反复阐明脱乃厥中之虚证与危候，第一次将厥脱二字联系起来，对后世的研究有很大指导意义。

2 证候与病象

早在秦汉以前就有关于厥的记载，如我国1973年挖掘的马王堆三号汉墓中的《阴阳十一脉灸经》中就有“痛厥”、“臂厥”等记载。《内经》时期将厥作为一种病证列专篇进行系统的全面研究，如《素问·厥论》、《灵枢·厥病》及《素问·气厥论》中论述颇为详细，同时还散见于其它三十多个篇章之中。其名目繁多，范围较广泛，究其含义：一指手足寒冷，《素问·厥论》：“寒厥……手足为之寒也”，《内经》中诸如清厥、逆厥、维厥、沉厥等均以手足逆冷为主症；二指手足发热，《素问·厥论》：“热厥……手足为之热也”，而《灵枢·经脉》称为“阳厥”，指出：“足少阳之脉，……是动则病口苦，善太息，心胁痛，不能转侧，甚则面微有尘，体无膏泽，足外反热，是为阳厥”；三指昏仆症状，《素问·厥论》：“阳气乱则不知人也”，《素问·调经论》：“厥则暴死”《素问·缪刺论》：“其状若尸，或曰尸厥”，《内经》中诸如大厥、暴厥、尸厥、薄厥、煎厥、痫厥等皆指昏厥病；四指足部痿弱病证，《内经》常以“痿厥”见称，如《灵枢·杂病》云：“痿厥为四末束悗”，并论述了不同病因所致痿厥之证，如《素问·四气调神大论》：“冬三月，……逆则伤肾，春为痿厥”，《素问·阴阳别论》：“三阳为病发寒热，……乃为痿厥”；五指六经形证，六经经气本有正常循行规律，若失其常而逆乱即成六经之厥，如巨阳、阳明、少阳、少阴、厥阴之厥逆等。此外《内经》把多年头痛称为厥逆，如《素问·奇病论》曰：“帝曰：人有病头痛，数岁不已，此安得之，名为何病？岐伯曰：“当有所犯大寒，内至骨髓，髓者以脑为

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

逆，故命头痛，齿亦痛，病名曰厥逆。”

至汉代，张仲景所著《伤寒论》及《金匮要略》明确指出“手足逆冷”是厥证的主要证候，重点阐发了寒厥和热厥的理论，并且在《内经》的基础上补充了相应的治法和方药。《伤寒论》397 条中论及厥证的就有 48 条。关于寒厥的论述，《伤寒论》与《内经》相同，仲景从伤寒的角度按六经辨证分为太阴寒厥和少阴寒厥，曰：“伤寒脉浮，自汗出，小便数，心烦，微恶寒，脉挛急，反与桂枝欲攻进表，此误也，得知便厥，……”，此乃为太阴寒厥病象的描述。在论述少阴寒厥时指出：“少阴病，下利清谷，里寒外热，手足厥逆，脉微欲绝，身反不恶寒……通脉四逆汤主之。”关于热厥，《伤寒论》曰：“伤寒脉滑而厥者，里有热，白虎汤主之。”此外仲景还提及痰厥、水厥、蚘厥、藏厥，并在《金匮要略》中记载了卒厥与尸厥。

隋唐时代，对厥证的诊断有一定的发展。如王叔和在《脉经·脉法》中指出：“肝胆俱虚，右手关上脉阴阳俱虚者……病若恍惚，尸厥不知人。”葛洪认为“尸厥之病，卒死而脉犹动，听其耳中循循如啸声，股间暖是也。”（《肘后备急方·救卒尸厥死方》）此处的“耳鸣”作喉中痰鸣或患者厥回神醒后语声解释。《医学心悟》补充了暑厥证“凡人务农于赤日，行旅于长途，暑气逼迫，卒然昏倒，自汗面垢，昏不知人。”巢元方《诸病源候论·中恶病诸候》以“中恶”统括诸多厥证之候。

宋代朱肱、金代成无己、元代李杲宗仲景之说，论述外感致厥之候，以“四肢逆冷”为主。张从正则继承了《内经》关于厥的理论，如他在《儒门事亲·论厥逆近世差元说》曰：“厥有不知人者”及“厥之为状，手足及膝下或寒或热也”，此外张氏还论述了不同厥证的证候，如“有涎如曳锯，声在喉咽中为痰厥，手足搐搦者为风厥，因醉而得之为酒厥，暴怒而得之为气厥，骨痛爪枯为骨厥，两足指挛急，屈伸不得，爪甲枯结为臂厥，身强直如橛者为肝厥，喘而惋者，狂走攀登，为阳明厥，皆气逆之所为也。”罗天益初步提出杂病厥冷与外感致厥之不同，如《卫生宝鉴·厥逆》曰：“病人寒热而厥，而色不泽，冒昧，两手忽无脉，或一手无脉”。又指出：“杂病厥冷，手足冷或身微热，脉皆沉细微弱而烦躁者，治用四逆汤加葱白。”《证治准绳·杂病诸中门》详述了杂病中食厥证候，“中食之证忽然厥逆昏迷，口不能言，肢不能举，状似中风。”

清代，随着温病学兴起，丰富和完善了厥证的内容，以吴谦和叶桂为代表。吴谦在《医宗金鉴·杂病心法要诀·类中风总括》将厥证称作类中风，分别论述了尸厥、虚中、气中、食中、寒中、暑中、中恶等证，明确地把有无口眼㖞斜和偏废作为中风和厥证的鉴别要点。而叶桂创立了痉厥病名，与以前医家论厥不同，譬如《临证指南医案·痉厥》中所云：“厥者，从下逆上之病也；痉者，明其风强之状也；所以二字每每并言。”尽管临床各家论厥各有特色，但明清以来，对厥证的认识，已趋向于完善与系统化，为近代研究奠定了基础。

脱证的证候与病象，早在《内经》中就有详细的记载，如《灵枢·血络论》：“精脱者耳聋；气脱者目不明；津脱者腠理开，汗大泄；液脱者骨屈伸不利，色夭脑髓消，胫酸，耳数鸣；血脱者色白，夭然无色，其脉空虚。”而《难经》曰：“脱阳者见鬼（幻视），脱阴者目盲。”又曰：“阴阳皆脱者，暴死不知人也。”《伤寒论》没有脱的名称，但有脱的内容，如第 21 条“太阳病，发汗，遂漏不止，其人恶风小便难，四肢微急，难以屈伸者，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

桂枝加附子汤主之。”此条言伤寒初起发汗太过，可使阳气告竭而暴脱，因此陆渊雷解释说：“桂枝加附子汤证，伤津而兼亡阳也。”仲景在论述寒厥证治时指出：“伤寒脉促，手足厥逆，可灸之。”灸法能回阳救逆，温阳散寒，而四逆汤、通脉四逆汤、白通汤等，实际上开脱证治疗之先河。中风证中脏腑时部分表现为脱，因此，“脱”亦常在中风篇中被描述，如《杂病源流犀烛·中风源流》：“脱绝者何？经曰：‘口开者心绝，手撒者脾绝，眼合者肝绝，遗尿者肾绝，声如鼾者肺绝。’皆由虚极而阳脱也，若五症不全现者，急用大剂参、芪、术、附进之，或可救十中之一。”说明脱证是疾病发展致一定严重程度的危重症。明代医家张景岳将厥脱并论。清代医家对脱证的认识更加全面，如尤怡在《金匮翼·卒中八法》中明确指出：“猝然之候，但见目合口开，遗尿自汗者，无论有邪无邪，总属脱证。”而林珮琴在《类证治裁·脱症》中进一步指出：喘促不续，汗多亡阳，神气乱，魂魄离，即脱阳也；血崩不止，大下亡阴，交合频，精大泄，即脱阴也。综上所述，脱证系脏气虚极、元气外脱之候。

3 病因病机

3.1 阴阳之气不相顺接

无论厥证还是脱证，其发生均与阴阳之气不相顺接密切相关。《内经》中的“厥”多指气逆，如《素问·阴阳应象大论》曰：“厥气上行，满脉去形”；《素问·调经论》指出：“血之与气，并走于上，则为大厥，厥则暴死。”又如《灵枢·五乱》言：“清气在阴，浊气在阳，营气顺脉，卫气逆行，清浊相干，乱于胸中，是谓大惋；……乱于臂胫，则为四厥；乱于头，则为厥逆，头重眩仆。”说明气血逆乱易引起厥逆，而气血运行失其常度，又是阴阳二气不相顺接的基础，因此，《伤寒论》337条指出：“凡厥者，阴阳气不相顺接，便为厥，厥者，手足逆冷是也。”这一论述比《内经》逆乱立论更要明确得多。赵献可与张景岳也认为气血逆乱是导致厥证发生的根本原因，如赵氏在《医贯·诸厥》指出：“肝藏血而主怒，怒则火起于肝，载血上行，故气血菀于上，是气血乱于胸中，相薄而厥也”。张氏在《景岳全书·杂证谟·厥逆》指出：‘厥逆之证，危证也；盖厥者尽也，逆者乱也，即气血败乱之谓也。”气血逆乱常与外邪、痰、食等相干为患，以痰为例，痰为病理产物之一，又可成为致病因素。若素来痰盛之体骤遇恼怒惊骇，气上冲逆乱，痰随气升而致痰厥，如《七松岩集》说：“平素痰多偶为外触，营卫不和，不能运导痰浊，痰涎涌闭于遂道。使诸脉闭绝而发厥。”

正如气血逆乱、邪实闭郁之极能导致阴阳之气不相顺接而引起厥证一样，阴阳气血之虚极亦致厥致脱，《内经》在论厥之产生机理方而，重点强调肾阴、肾阳虚损、酒色劳倦在厥脱中的作用，如《素问·厥论》曰：“阳气衰于下则为寒厥，阴气衰于下则为热厥”；“肾气有衰，阳气独胜，故手足为之热也。”《景岳全书·杂证谟·厥逆》指出：“气厥之证有二，以气虚气实皆能厥也。”“血厥之证有二，以血脱血逆皆能厥也，血脱者如大崩大吐，或产血尽脱，则气亦随之而脱。”张氏还指出：“气并为血虚，血并为气虚，此阴阳之偏败也。今其气血并走于上，则阴虚及于下，而神气无根，是即阴阳之气相离之候，故致厥脱。”此后林珮琴在《类证治裁》中进一步指出：“喘促不续，汗多亡阳，神气乱，魂魄

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

离，即脱阳也……血崩不止，大下亡阴，交合频，精大泄，即脱阴也。”清代傅青主对厥证的认识有独道见解，将厥之重称“厥证”，将轻证称“猝倒”，在病因病机上他认为：“平日不慎女色精亏以致气衰，又加不慎起居，而似乎风者，其非风也”；“有肾中之水虚而不上交于心者，又肝气燥不能生心之火者，此皆阴虚而令人猝倒也。”论述了因心阳虚或肾阴虚而引起气机升降失宜猝倒发生的机理。综上所述，阴阳之气不相顺接是厥脱发生的根本原因，而气血逆乱、痰食气互结及阴阳气血虚极是其具体体现。

3.2 外邪侵袭

早在《内经》就记载了外邪致厥的病证，如《灵枢·五色》云：“厥逆者，寒热之起也”，《素问·气交变大论》曰：“岁水太过，寒气流行，邪害心火民病阴厥”，《素问·奇病论》指出：“当有所犯大寒……病名曰厥逆”，对寒邪致厥的论述颇多。同时又指出热邪、风邪亦是致病因素，如《素问·本病论》云：“木运先天而至者……即风埃四起，……民病风厥。”《灵枢·热病》说：“热病头痛，颠颥，目瘛脉痛善衄，厥热病也。”厥热病指热邪上逆而为病。汉代张仲景从六经辨证角度论述了外感致厥的机理，并指出“厥深者热亦深，厥微者热亦微”的理论，强调手足之厥冷与热邪深伏的程度有关。至明末清初由于温病学的发展及卫气营血理论的创立，疫疠、邪毒概念不断被引入厥脱证的病机中，医家们对邪毒伤正、正气耗损的危害作用给予高度重视，如《温热经纬·叶香岩三时伏气外感篇》说：“受热而迷名曰暑厥”，陈平伯的《外感温病篇》指出：“风温毒邪，始得，便身热口渴，目赤咽痛，卧起不安，手足厥冷，泄泻，脉伏者，热毒内壅，络气阻遏”。《温病条辨》论暑温证中指出：“汗多脉散大，喘咳欲脱者，生脉散主之。”描述了外感暑温热邪后，耗气伤阴喘促正气欲脱证。温病学的发展为现代中医研究感染所致的厥脱证提供了理论基础。

3.3 七情内伤、饮食劳倦

情志改变易影响气机运行，轻者气郁，重者气逆。七情所伤中以恼怒惊骇恐下为主，《素问·至真要大论》曰：“怒则气上”、“惊则气逆”、“恐则气下”，描述了情志变化对机体气机运行的不同影响。暴怒则气血逆乱，常导致厥脱，如《素问·生气通天论》所言：“阳气者，大怒则形气绝，而血菀于上使人薄厥。”又如喻昌在《寓意草》描述：“吴添官生母，时多暴怒，以至经行复止。入秋以来，渐觉气逆上厥……。余以怒则血菀于上，而气不返于下者，名曰厥巅疾。”巢元方认为厥与精神失衡有关，他在《诸病源候论·中恶病诸候》指出：“夫人阴阳顺理，荣卫调平，神守则强，邪不干正。若将摄失宜，精神衰弱，便中鬼毒之气。”此处中鬼毒之气指中恶（厥）而言。许叔微也非常注重情志致厥，曰：“暴喜伤阳，暴怒伤阴，忧愁不意，气多厥逆，往往多得此疾”。

过度饥饿或暴饮暴食及疲劳过度，也是引发厥证的原因之一。李东垣从饮食劳倦，损伤脾胃立论，他说：“夫脾胃虚弱，必上焦之气不足……乃阴阳气血不足，故或热厥而阴虚，或寒厥而气虚，当先助元气。”

脱证属内科急危难治证，其病机复杂，以机体阴阳气血严重耗损、元气衰败、精气外脱为主。凡因大泻、大汗、大吐、大失血、失精，或久病气阴耗竭、或中毒、感受外邪、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

惊恐等原因，导致机体阴阳之气不相顺接，甚至阴阳离绝，均可致脱证，古代医家论述颇为全面，如《类证治裁·脱证》曰："……下脱者，血崩不止，大下亡阴，交合频，精大泻，即脱阴也。"张介宾也说："血脱者，如大崩大吐，或产后尽脱，则气亦随之而脱，故致卒仆暴死。"（《景岳全书·杂证谟》）此处指阴脱。关于阳脱的论述，《类证治裁·脱证》曰："上脱者，喘促不续，汗多亡阳，神气乱，魂魄离，即脱阳也"。此外尚有邪气猖獗，正气虚弱所致的内闭外脱证，其发生机理如《证治心得·脱》云："内闭外脱一证，乃缘脏腑之窒塞，而不尽关乎元气之虚脱也。"

3.4 误治、酒色所伤

关于误治致厥致脱的论述，《灵枢·九针十二原》说："五脏之气已绝于外，而用针者反实其内，是谓逆厥。"张介宾注曰："脏气已绝于外，阳虚也；反实其内，误补阴也。助阴而阳气愈竭，故致四逆而厥。"《伤寒论》第294条："少阴病，但厥无汗，而强发之，必动其血……是名下厥上竭，为难治。"指出误用汗下法使阴液愈伤，产生亡阴亡阳的变证。

明代张介宾在《景岳全书·杂证谟·厥逆》阐述了酒厥和色绝的机理："酒厥之证……凡纵欲无节之人，多有此病，方其气血正盛，力能胜之，不知酒害之何有，乃其将衰，则酒之侮人，斯可畏耳。"；"色厥……必以其人本虚，偶因奇遇，因悉力勉为者有之。或因相慕日久，而纵竭情欲者亦有之，故于事后则气随精去而暴脱不返。"

3.5 瘀血内结

血统于心，化生于脾，藏受于肝，宣布于肺，施泄于肾，在肺气的推动下循经脉而运行周身，五脏功能障碍，气机运行失常，均能导致瘀血内生，瘀血形成之后，往往闭阻经络，瘀塞心窍，使营卫不通，阴阳之气不能顺接而形成厥证。《内经》中的薄厥、痛厥等的形成与瘀血有关，《伤寒论》之："手足厥冷，脉细欲绝，当归四逆汤主之。"指素体血虚加之外寒侵袭而致气血运行不畅，四肢失于温养而出现的手足厥冷，当归即能养血又能活血，此处用之亦有行瘀血之作用。温热邪毒腐害营血，亦可致血瘀，戴天章在《瘟疫明辨》中云："时疫人里，淤血最多"。叶天士提出的"入血就恐耗血动血，直须凉血散血"，其"散血"即针对瘀血而言。若素有瘀血之人，感受温热之邪，尤可导致热瘀血结证，如《外感温热篇》记载："热传营血，其人素有瘀伤，宿血在胸膈中，舌色必紫而黯"。因此，瘀血内结也是导致厥脱的重要因素。

4 治则治法与方药

4.1 厥 证

《内经·厥论》提出了"盛则泻之，虚则补之，不盛不虚，以经取之"的总原则，《缪刺论》以针刺隐白、涌泉穴，并配血余炭酒治疗尸厥，目的在于通经络、活气血、除邪闭。《内经》有关厥证的具体用药非常稀少，重点论述了厥证机理与病象。至汉代，张仲景在《内经》的基础上补充了厥证的遣方用药，全书有关厥证的方药16首，因其对后世研究有较大的影响，在此详论主要用方，关于寒厥的治疗，仲景选用四逆汤类以回阳救

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

逆，严重者可用四逆加人参汤，王晋三补充说："散寒救阳，尤必人参佐生附，方能下鼓水之元阳，上资君火之热化，全赖元阳一起，而少阴之病霍然矣。"；血虚寒厥选用当归四逆汤；寒浊犯胃选用吴茱萸汤；水饮停积于心下选用茯苓甘草汤。痰厥治疗遵循"其高者，因而越之"的原则，用吐法，选用瓜蒂散。对热邪深伏于里，阳气被郁不达四末之热与燥屎搏结的热厥，指出"厥应下之"，选用承气辈攻下其热结；治无形热邪郁滞于中之热厥，选用白虎汤。治气郁之厥选用四逆散。治误下后寒热错杂厥应温清补泻兼用，选用麻黄升麻汤，因病情复杂，故方中共14味药物，在《伤寒论》众方中是绝无仅有的。治蛔厥选用乌梅丸以温脏补虚，安蛔止痛。此外仲景还运用灸法，"伤寒脉促，手足厥逆可灸之"，灸法之意，在于温经散寒。后世医家治疗外感厥证多尊崇仲景之法。如明代李时珍的《本草纲目》卷一上序例357页记载："谵言吐逆，颠掉不省人，狂若见鬼，循衣摸床手足冷，脉伏。此胃中有结热……即颠掉而厥。遂与大承气汤至一剂，乃愈。"

明代李梴把厥证的治疗分内伤与外感两方面而论，《医学入门·内伤七情》说："内伤痰火发厥，脉弦滑者，二陈汤加竹沥，夹寒加生附子，夹火加黄连、山栀、竹沥，肥人加人参、姜汁。"；《医学入门·外感寒暑》指出："凡外感发厥者，宜解散药中加姜汁。"元代朱震亨认为"痰厥者，乃寒痰迷闷，四肢逆冷"应从痰论治。李杲则从饮食劳倦、损伤脾胃立论，主张补虚，他说：夫脾胃虚弱，必上焦之气不足……乃阴阳气血俱不足，故或热厥而阴虚，或寒厥而气虚，当先助元气。喻昌重用潜降法治疗厥巅之证，如《寓意草》曰："于是会《内经》铁落镇坠之意，以代赭石、龙胆草、芦荟、黄连之属，降其上逆之气；以蜀漆、丹皮、赤芍之属，行其上菀之血；以牡蛎、龙骨、五味之属，敛其浮游之神。最要在每剂药中，生入猪胆汁二枚。"不乏为治疗情志所伤，气逆上厥，肝阳鹏张，风阳上僭而致厥巅的代表方剂。

明清时期，由于温病学的兴起与发展，对外感致厥，尤其是热厥治疗的认识更进一步，开创了凉开法，以牛黄丸、紫雪丹、至宝丹、苏合香等急救开窍。芳香药行而善动，人心开窍，通其壅塞，启闭醒神，是救急的首要方法，《本草逢原》记载苏合香："能透诸窍脏，辟一切不正之气，凡痰积气厥，必先以此开导。"叶桂指出："纯绛鲜色者，包络受病也，……延之数日，或平素心虚有痰，外热一陷，里络就闭，非菖蒲、郁金等所能开，须用牛黄丸，至宝丹之类以开其闭，恐其昏厥为痉也。"（《温热经纬·叶香岩外感温热篇》）

4.2 脱　　证

脱证是临床上最危急的证候，系指阴阳气血耗散告竭，因此，固摄正气是基本治则。《伤寒论》第331条"下利清谷，里寒外热手足厥逆，脉微欲绝……通脉四逆汤主之，利止脉不出者，去桔梗加人参二两。"仲景虽未明确指出脱证，但从"脉微欲绝"、"脉不出"及加用人参等可以看出，此条指大泻之后，气随津脱之证，故重用人参以益气生津固脱。《医林绳墨》论中风时说："凡遇脱证皆在不治，惟大进参附。"亦强调了益气回阳在治疗脱证中的重要作用。《辨证录》也非常重视补阳治疗，言："盖精脱之后，精已亡尽，是无阴也。而阳气亦在将脱未脱之际，若不急救其阳，则阳气一散归阴甚速。况阴性迟而阳性速，徒补其阴则迂缓之极，何济于事乎？……是补阳可以候阴，而补阴难以引阳也。"

补阳固然重要，然阴阳互根，气血相依，故救治中须阴中求阳，阳中求阴，气中摄

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

血，血中益气。张介宾“首重阳气”、“喜用温补”是众所周知的，“扶阳不忘补阴”是他补阳的一个特色，并创六味回阳饮以治“元气将脱”之证，选用大补真阴的熟地、当归，配合参、附、姜、草。王士雄亦指出：“须知阳脱者，亦由阴先亡而后阳无所依，如盏中油干火灭也。”华岫云总结叶桂救阴法时说：“回阳之中，必佐阴药；摄阴之内，兼顾阳气，务使阳潜阴固。”

明末清初，温疫流行，温邪侵袭机体后，耗气伤阴，常导致气阴欲脱证，以叶桂为代表的温病学家高度重视“固护气阴”的治法，吴瑭在《温病条辨·上焦篇》论暑温证中指出：“汗多脉散大，喘喝欲脱者，生脉散主之。”此后，生脉散还作为濒死救治的主要方药，尤其在晚清，该方被清宫御医所赏用，如《翁文忠公日记》记载：“李德立、庄守和请得皇上六脉散微无根，系病久神气消耗，偶因气不运痰，厥闭脱败，急用生脉散一贴，竭力调治。”此外光绪、慈禧、隆裕、瑾妃临终时均选用生脉散及其加减救治。该方一直沿用至今，成为益气救阴固脱的代表方剂。

5 预后转归

厥证的预后转归与正气来复、邪气盛衰、胃气有无及治疗正误关系密切。正气来复，气复返而生，反之，气机逆乱加重，气不返则预后多不良，故《素问·举痛论》说：“不复返则死。”仲景非常重视厥的预后，《伤寒论》中论述得非常详尽，可从4个方面而言：一胃气有无，如第332条“凡厥下利者，当不能食。今反能食，恐为除中（胃中），食与索饼（饮米），不发热者，知胃气尚存，必愈。”二厥热胜复，如第341条“厥少热多者，其病当愈”。第342条“寒多热少，阳气退，故为进也。”厥热胜复是邪正消长，阴阳进退，气机恢复与否的一种反应，厥少热多为正胜邪去，气机渐复，故易治愈。若寒多（厥重）热少（阳虚），则正不胜邪，疾病进展。三呕吐下利，如第296条“少阴病，吐利躁烦四逆者，死。”又如第344条“伤寒，发热下利，厥逆躁不得卧者死。”吐呕下泄后耗伤津液，五脏失于濡润，真阴涸竭，易造成阴阳离绝，因此属难治证候。四脉象，第367条“下利后脉绝，手足厥冷，晬时脉还，手足温者生，脉不还者死。”脉出为阳复病退故主生，脉不见复还，说明阳气脱绝，预后不良。《伤寒论》对厥证预后转归的判断比较全面，有一定的代表性，临证时应多方面综合分析加以判断。

脱证原本是危重证，其转归预后多不良，如华岫云说：“脱即死也”，此言虽被后世所争议，也的确反应出病情的严重性。《伤寒论》中记载的“脉不出”及“下利后躁烦四逆者死”指当厥证出现阴阳衰竭证候时的不良预后。而阴阳气血耗竭正是脱证产生的基础，因此《医宗必读·泄泻》明确指出：“下则泄泻，上则吐痰，皆不已，为上下俱脱，死。”《万病回春·泄泻》更谓：“若泻不止，手足寒，脉虚脱，烦躁发呃，气短，目直视，昏冒不识人者，皆死症也。”当脱证正气已虚，又夹杂邪气，治疗上比较棘手，其回转亦难，故《证治汇补·提纲门·中风》云：“脱者，元气泄于外，邪气混于内，虽与峻补，而脏已伤残，故难治。”脱证固然危重，但未必不可救治，一般而言，正气旺盛，体质强壮，极早救治，往往可转危为安，如《医学纲目》曰：“五脏气绝，速宜大料参芪煎浓汤灌之，及脐下大艾灸之，方可转死为回生也。”

综上所述，厥轻脱重，一般厥证因正气不足、邪气过盛、失治误治而向脱证转化，而脱证

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

预后较差，治疗较难，掌握了厥与脱的预后转归，通过极早救治，可防止病情趋于恶化。

展　望

近年来中医对厥脱证的研究已取得了可喜的成果，提高了对厥脱证的认识水平，并已逐步趋于规范化，随着中药剂型的改革与发展，针剂不断被研制，如生脉针、参麦针等治疗气阴两脱证；参附针、参附青针治疗阳脱证；增液针、养阴针治液脱津伤证，并作为基础液使用；清开灵针、牛黄醒脑静针清热开窍；升压灵、枳实针等行气活血化瘀。这些针剂的应用，标志着中医药抗厥脱已经突破了传统剂型，初步实现了高效速效的战略目标。中药剂型改革以来，使休克(厥脱)的抢救成功率有了令人瞩目的提高，从原来单用西药时疗效仅为50%左右提高到74.5%～95.89%的疗效，显示了中医药抢救休克的威力和光明的前途。

关于厥脱证的检测水平也在逐步提高，如血气分析、微循环、氧自由基等现代检测指标与厥脱的关系不断被报道，为厥脱证客观化的研究提供了理论基础。厥脱证造模一直是人们所观注的问题，目前已能制备的模型有热厥证、寒厥证、阴脱证、阳脱证、气阴两脱证、阴阳俱脱证及热瘀气脱证等，并在方法上不断进行改良，使模型越来越能够充分体现出中医辨证的特点。

尽管厥脱证的研究已经有了飞跃性进展，但是仍然还存在着以下令人思索的问题：

(1) 强调辨证用药：辨证与辨病是中医认识疾病的两种不同的思维方法，在用药上应辨证与辨病相结合，但从目前的抗厥脱针剂分析，仍以辨病应用为指导，即一方或一药为主通治休克，将辨证方当辨病方应用从思路上是不够理想的。实践证明辨证论治是提高厥脱疗效的关键，因此，研究系列配套的辨证制剂是今后厥脱研究的重点。一些专家认为今后辨病组方除针对某一病理环节而设的单方外，还可考虑针对多个病理环节的合方，如山莨菪碱能改善微循环，枳实、陈皮、青皮能升压，人参对休克时的细胞膜有保护作用，若三者合一组新的制剂，效果可能会优于单味药。

(2) 剂型改革要多样化：针剂在抗厥脱方面固然发挥着优势，但是许多中医传统使用疗效较好的药物无法加入，如开闭的芳香药物易挥发，固脱的龙骨、牡蛎等矿物类药物其有效成份可因pH值的变化而析出，使注射剂的选药范围受到很大限制。为解决这些问题，首先要考虑多种给药途径，如含挥发油的芳香类开闭药可制成气雾喷剂或舌下含剂，含矿物类药物的固脱方剂可制成合剂、冲剂，采用口服、鼻饲或灌肠给药形式。关于针剂的改进，建议处方少而精，组方要尽量选用疗效好而且主要有效成份较清楚、较稳定的药物，水针不便保存，可考虑制成粉针剂。

(3) 动物模型应改进：厥脱证动物模型对深化中医药抗休克研究是必不可少的，但由于动物和人存在巨大的生物学差别，因此，模型只能尽量地接近和部分地符合中医辨证模式。复制完全符合临床及中医理论的动物模型，就目前科技水平来说是不现实的，应充分客观地考虑到动物的特殊性，在方法上思路上以中医理论为指导，以现代科技为手段，大胆创新，使模型尽量能体现中医辨证特色。

(陈波　刘晶)

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

近现代参考文献

[1] 彭登慧，杨东祺，黄星垣，等．厥脱证治和急救的讨论．中医杂志，1984（11）:58～61

[2] 胡焕章，罗致强，等．休克证治．中医杂志，1987（4）:10～15

[3] 杨秀清．厥脱证治．陕西中医学院学报，1987（1）:32～34

[4] 周学平．厥脱证病机特征探析．中国中医急症，1994（3）:129

[5] 郭振球．老人闭厥脱的辨证与治疗．辽宁中医杂志，1984（9）:30～31

[6] 田令群．464例内科急症死亡病例的病机探讨．上海中医药杂志，1983（9）:12

[7] 华明华．厥脱证液体疗法辨治．中国中医急症，1993（2）:83～84

[8] 李军．温病厥证辨治规律探析．陕西中医学院学报，1985（4）:1～6

[9] 张文选，孟澍江，等．温病邪入血分之热瘀气脱证研究．中医杂志，1990（1）:16～19

[10] 钟益民．厥脱证治．陕西中医，1987（6）:275～276

[11] 葛信国．休克与厥脱证正气欲脱病机初探．实用中西医结合杂志，1991（7）:339～340

[12] 赵棣华．亡阴与亡阳辨证施治之初步体会．浙江中医杂志，1965（7）:27～28

[13] 谢鼎苏．“热深厥甚”的辨释．江苏中医杂志，1989（4）:53

[14] 瞿岳云．《伤寒论》“热深厥甚”探讨．河南中医，1982（3）:1

[15] 王今达．运用活血化瘀法则治疗急性弥散性血管内凝血22例分析．中华内科杂志，1977（2）:79

[16] 全国厥脱病协作组．感染性休克中医辨证分型标准（试行草案）．中西医结合杂志，1983（6）:367

[17] 王今达．中西医结合治疗感染性休克105例临床分析．中国中西医结合杂志，1983（1）:21～23

[18] 廖家桢．心源性休克辨治．北京中医杂志，1990（6）:12～15

[19] 马超英．中西医结合救治流行性出血热重度休克25例临床观察．中西医结合实用临床急救，1995（1）:3～5

[20] 黄启福．心脉灵液的回阳救逆作用的研究．中医杂志，1984（1）:76～77

[21] 杨宁．开闭固脱辨治EHF休克．辽宁中医杂志，1994（10）:433～435

[22] 范金茹．感染性休克氧自由基有关参数变化与厥脱证诊断分型的关系．湖南中医学院学报，1993（2）:49

[23] 中华人民共和国卫生部药政局．中药治疗厥脱证的临床研究指导原则．中国中医学报，1989（1）:71～73

[24] 王永炎主编．中医内科学·上海：上海科学技术出版社，1997

[25] 徐德先．“生脉汤”治疗流行性出血热休克的疗效观察．江苏中医杂志，1983（3）:19

[26] 刘大荣．危重舌象初探．新中医，1991（11）:7

[27] 黄启福．休克与厥脱证现代研究述评．北京中医药大学学报，1994（5）:290～295

[28] 邹丽琰．益气活血注射液抗家兔内毒素休克作用的研究．北京医学院学报，1985（1）:37～39

[29] 王今达．清热类中药的抗内毒素作用及防治内毒素过敏．中国急救医学，1982（2）:30

[30] 谢恬．清瘟败毒饮对内毒素诱发家兔温病气血两燔证的疗效和机理．中国中西医结合杂志，1993（2）:94

[31] 徐应桁．阳明病经腑证的实验研究．四川中医，1987（3）:7

[32] 王宝恩．“下法”治疗消化系病的临床观察及作用机制探讨．中华消化杂志，1984（2）:98

[33] 林菊生．“热毒清”注射液对家兔内毒素DIC生物效应的拮抗作用．中国中西医结合杂志，1986（7）:425

[34] 万兰清．应用寒温统一热病理论辨治流行性出血热的临床与实验研究．江西中医学院学报，1988

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(1):11
[35] 沈但. 生脉散的临床应用. 中成药研究, 1985 (12):21
[36] 韩新民. 四逆汤对麻醉家兔低血压状态升压效应的初步拆方研究. 中成药研究, 1983 (2):26
[37] 龚克昌. 厥脱证治验一例. 江苏中医杂志, 1986 (6):14
[38] 马超英. 开闭固脱法治疗流行性出血热低血压休克的临床研究. 中国医药学报, 1991 (5):268~271
[39] 郑新. 参麦针剂治疗感染性休克及其药理研究. 上海中医药杂志, 1982 (6):12
[40] 夏炎兴. 参附青注射液对培养心肌细胞搏动的影响. 中国中西医结合杂志, 1987 (11):679
[41] 王左. 参附青注射液抗内毒素性休克的研究. 上海中医药杂志, 1989 (4):46
[42] 丁培琳. 参附注射液治疗厥脱证临床疗效观察. 中医杂志, 1988 (4):25
[43] 金妙文. 升压灵治疗厥脱证的临床研究. 江苏中医, 1990 (3):32~34
[44] 俞同瑞. 丹参注射液对心源性休克及心脏骤停的疗效探讨. 中国中西医结合杂志, 1986 (6):368
[45] 叶敏孙. 山莨菪碱治疗感染性休克34例临床观察. 中西医结合实用临床急救, 1995 (2):68~70
[46] 陈祥银. "益气活血方"抗内毒素休克作用的实验研究. 中医杂志, 1982 (10):70
[47] 杜树明. 中医药治疗感染性休克的初步探讨. 中医杂志, 1988 (2):32
[48] 罗陆一. 救脱一号治疗厥脱证21例临床观察. 中国医药学报, 1992 (6):354
[49] 李维藩. 对"急下存阴"的几点初步认识. 新医药学杂志, 1978 (5):38
[50] 李学声. 急症的针灸最佳选穴及其机理. 中医函授通讯, 1993 (4):174~175
[51] 祝寿河. 在654—2治疗急性肺微循环功能衰竭中认识其主要病理环节. 中国急救医学, 1982 (2):8~10
[52] 崔乃杰, 等. 实用危重病急救医学. 天津: 天津科技翻译出版公司, 1993.
[53] 陈海龙. 从中西医结合角度对阳明腑实证本质的探讨. 中国中西医结合杂志, 1993 (11):690
[54] 仝小林. 中医药救治休克的研究思路和方法探讨. 中国医药学报, 1989 (1):66~67

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 水　肿 ❋

水肿，是指因感受外邪，劳倦内伤，或饮食失调，使肺脾肾功能失调，三焦壅滞，膀胱气化不利，津液输布失常，致水液潴留，泛溢于肌肤，引起头面、眼睑、四肢、腹背甚至全身浮肿等为临床特征的病证。《内经》称“水”、“肾风”、“风水”、“水胀”等。《金匮要略》将水肿分为风水、皮水、正水、石水，并提出具体的治法和方药。后世医家在此基础上不断发展，形成了中医治疗水肿比较完整的一套辨证论治体系。《丹溪心法》又进一步将水肿分为阴水和阳水，这种分类法一直沿用至今。鉴于水肿是一个症状，不是一个病。近代对其深入研究少。但肾小球疾病都是以水肿为突出表现，临床治疗肾小球疾病大都从水肿入手。故从60年代开始，中医药、中西医结合治疗对肾脏疾病进行了深入的研究。已建立了相关疾病的诊断标准、疗效判定标准、辨证标准，证型客观化研究、治法的研究、系列方药的研究已进入超微病理、分子免疫水平，临床疗效也有所提高。

水肿，西医认为是由于人体血管外组织间隙有过量的体液积聚，产生的主要机理为钠及水的潴留。其原因有：毛细血管滤过压升高、毛细血管通透性增高、血浆胶体渗透压降低、淋巴回流受阻及抗利尿激素分泌增加等。临床可分为心源性、肝源性、肾源性、营养不良性、内分泌性、特发性水肿等全身水肿以及脑水肿、急性肺水肿、淋巴回流受阻所引起的局部水肿。其中由急慢性肾炎、肾病综合征、糖尿病肾病、狼疮性肾炎研究的文献比较多，积累了丰富的经验。本文重点讨论肾源性水肿，其它全身性水肿也可按照水肿辨证论治。

【今日临床】

1　诊断标准

水肿不是一个独立的病，是多系统疾病出现的一个临床表现，故中国中医药学会内科学会、中医内科学会肾脏病专业委员会、《中药新药临床研究指导原则》都未对水肿制订诊疗标准。鉴于风水、皮水、正水、石水是水肿中独立的病，故笔者拟定了风水（包括皮水）、正水（包括石水）的诊疗标准。风水病是在外感后出现以面部浮肿为主的疾病，相当于西医的急性肾小球肾炎或慢性肾小球肾炎急性发作的一类疾病，前者大部分经治疗后可以痊愈，一部分病程迁延，后者多病程缠绵。风水有风寒、风热、风湿的不同。如果进一步发展，风水出现内外俱实、寒热错杂、虚实互见等证，当属皮水范畴。皮水与风水同属阳水，故将皮水归纳入风水的诊断标准中。正水是由脾虚或脾肾两虚导致水湿停留的一种水肿病，主要表现为全身水肿、腹满、喘急、小便难、脉沉迟等，相当于西医的慢性肾小球肾炎和肾病综合征等。正水病程长，往往迁延缠绵。正水和石水同属阴水，正水与脾虚有关，石水与肾虚有关，临床上脾肾两虚往往同时存在者为多，故将石水归纳入正水的诊断标准中。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.1 病名诊断标准

1994年国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》中对水肿病的诊断依据规定如下：

水肿是从眼睑或下肢开始，继及四肢、全身。

轻者仅眼睑或手足浮肿，重者全身皆肿，甚则腹大胀满，气喘不能平卧。

严重者可见尿闭、恶心呕吐，口有秽味，齿衄鼻衄，甚则头痛、抽搐、神昏谵语等危象。

可有乳蛾、心悸、疮毒、紫癜以及久病体虚史。

应做尿常规、24小时尿蛋白定量、血常规、血沉、血浆白蛋白、血尿素氮、肌酐、体液免疫，以及心电图、心功能测定、B超等实验室检查，以助明确诊断。

1.2 病类诊断标准

1997年国家技术监督局发布的《中医临床诊疗术语·疾病部分》对水肿中的不同病类出示了诊断标准，涉及了风水、皮水、石水、肾水、正水、溢饮，但属定义性语言，内容失于笼统，故本文作者自拟如下病类诊断标准。

1.2.1 风水

主症：晨起颜面浮肿。

次症：①发热恶风寒；②皮肤疮痈；③咽痛；④小便减少或尿血。

发病特点：突然发病，儿童及青中年居多。

病史特点：既往无水肿病史，多在外感或皮肤疮痈后1～3周发病，若既往有水肿病史，多在外感和皮肤疮痈后3天内发病。

诱发因素：①上呼吸道感染；②疮痈。

理化检查：①风水时小便减少，体重增加；②血压：舒张压≥12.6kPa（95mmHg）；③尿常规：有尿蛋白、尿红细胞、颗粒、红细胞管型等；④肾功能异常：血Cr增高。

凡具备主症，结合次症1项及病史、理化检查结果即可诊断。

1.2.2 正水

主症：下肢或全身（面、胸、腹、四肢）水肿。

次症：①气急或喘息不能平卧；②腹满；③四肢困重、腰以下有重感；④畏寒或恶风；⑤纳差，大便溏；⑥小便减少。

发病特点：缓慢起病，成人多见。

病史特点：病程长，反复发作。

诱发因素：①上呼吸道感染；②劳累。

理化检查：①体重增加1kg以上；②血压：舒张压≥12.6kPa（95mmHg）；收缩压≥21.3kPa（160mmHg）；③尿液检查：有尿蛋白、管型、红细胞；④肾功能异常：血Cr增高。

凡具备主症，结合次症1项及病史、理化检查结果即可诊断。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.3 证类诊断标准

1.3.1 风水

风寒证 颜面浮肿，恶寒发热，头痛无汗，身重骨节疼痛，或咳嗽喉痒，小便量少而不利，舌苔薄白，脉浮紧。

风热证 颜面浮肿，发热微恶寒，口渴心烦，咳嗽，咽喉疼痛，小便不利或有血尿，舌质红苔薄黄，脉浮数。

风湿证 颜面浮肿，汗出恶风，四肢关节沉重，身重乏力，舌苔白腻，脉浮滑。

内外俱实证 颜面或全身浮肿，起病较短，畏寒恶风，咳嗽气急，腹胀而满，脐肿外凸，阴囊水肿，缺盆脊背肿平，足心肿平，大便秘结，小便量少，苔薄，脉滑实。

寒热错杂证 颜面浮肿，恶寒，骨节酸痛，口干喜饮，尿少色黄赤，大便干结；或恶风不恶寒，口干不欲饮水，大便稀溏，尿少色黄，舌质红或淡，苔薄腻，脉浮紧或浮数。

虚实互见证 颜面浮肿，畏风易感冒，汗出面肿不消，骨节疼痛；或有恶寒发热，腹胀纳少，尿少便溏，舌质淡红，脉沉无力。

1.3.2 正水

水湿停留证 全身水肿，按之没指，小便短少，四肢困重，头重，胸闷，纳呆，泛恶，妇女白带多而清稀，舌体胖大质淡，边有齿痕，苔白腻；脉沉缓或濡细无力。

脾肾气虚证 全身浮肿，神疲乏力，纳少腹胀，少气懒言，腰膝酸软，尿少，舌淡胖，边有齿痕，舌苔薄白或薄腻，脉沉弱或濡。

脾肾阳虚证 全身水肿，腰以下肿甚，按之凹陷不易恢复；畏寒肢冷，面色㿠白，神倦身重，腰困而沉，脘腹胀满，纳差便溏或大便不实，小便短少，舌质淡胖嫩润，舌苔白滑或白腻；脉沉缓或沉弱。

气阴两虚证 全身浮肿，神疲乏力，面色萎黄，腰膝酸软，纳差食少，口干饮水不多，畏寒而手足心热，大便或干或稀，舌质淡红有齿痕，苔薄，脉沉细而数。

阴阳两虚证 全身浮肿，肢冷畏寒，面色㿠白，神疲乏力，腰膝酸软，腰以下有重感，口干喜饮，五心烦热，舌质淡红，舌体胖大，舌苔白腻，脉沉细或濡数。

脾虚湿热证 遍身浮肿，皮肤绷急光亮，胸脘痞闷，纳少腹胀，口苦口粘，口干不欲饮水。小便短赤，大便干结或粘滞不爽。舌质淡苔黄腻；脉沉数或濡数。

脾虚瘀血证 遍身水肿，按之凹陷没指，面色黧黑，脘腹胀满，神倦纳少，大便偏稀，小便短赤或有血尿，妇女月经不调或痛经，舌质紫黯或有瘀点，舌苔薄腻，脉沉缓或细涩。

1.4 分期标准

水肿前期 一般在水肿出现前1～3周。临床可见畏寒发热恶风，咽喉疼痛，乳蛾肿大，或有烂喉丹痧，或有脓疱疮，或有疮疖痒疹，或有麻疹、水痘等病证。亦有原因不明，水肿发病前无外感或内伤病因者。患者有眼睑、手、足胀感，小便短少。

水肿期 水肿程度可轻可重。水肿者，初起时，大都先以眼睑浮肿，逐步向全身发展，亦有先从下肢开始浮肿而向全身发展的。病情急骤者，一开始即全身浮肿，甚者可伴有胸水和腹水。伴胸水者，可见咳嗽、胸闷、气急，严重时不能平卧；伴有腹水者，可见

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

腹胀满，甚则出现恶心呕吐等症。水肿迁延日久，往往有两种发展趋势，一是导致脾肾阳虚，常见有面色㿠白，神疲乏力，纳食不佳，腰膝酸软，怯寒肢冷，大便溏薄，舌质淡胖或有齿印，脉濡细弱等；另一类是水瘀互结，常见四肢浮肿、皮肉间有红丝血痕，舌质紫黯、脉涩，若正气衰惫，浊毒内阻，可见恶心、呕吐，甚至二便闭、神昏、抽搐、瘙痒、黑粪，舌苔腻浊，脉细数。

水肿消退期 水肿逐渐消退后，患者食欲日增，精神好转，脉象和缓，临床主要表现脏腑虚损，三焦气化功能尚未恢复，亦可见脾肾气虚或肝肾不足症状，也有的病人水肿虽退，但病情反而恶化，出现脏腑衰败，浊邪泛滥的症状。

2 中心证候特征

本病中心证候为小便短少，头面、四肢水肿或有腹水、胸水及至全身水肿。各部位水肿可先后出现，也可同时出现，小便短少为首发症状，严重时可无尿。头面水肿可表现为目窠肿如卧蚕或颜面浮肿，剧则为头肿如圆盘，目不能开成细缝，按之明显凹陷；四肢水肿以下肢多见。轻者仅见足背或足胫部水肿，严重时整个下肢水肿，按之如泥。腹水、胸水、外阴部水肿是在水肿严重时出现。腹水时，腹部膨大如蛙腹；腹皮亦肿；胸水出现时可见咳嗽、气急喘促，不能平卧；阴囊或外阴唇水肿时绷急光亮。全身水肿为头面、四肢、腹部、胸部及外阴部同时出现水肿，是水肿的极重症。

若起病急骤，从头面先肿，肿势以腰以上较甚，肤色光亮而薄，按之凹陷易于恢复，是为阳水；若起病缓慢，从下肢先肿，肿势以腰以下为甚，肤色萎黄或晦黯，按之恢复较慢，是为阴水。

3 病 因

3.1 原发病因

风邪外袭 肺为水之上源，主一身之表，外合皮毛，最易遭受外邪侵袭。一旦为风邪所伤，内则肺气失宣，不能通调水道，下输膀胱，以致风遏水阻，风水相搏，流溢于肌肤，发为水肿。

水湿内侵 脾主运化，喜燥恶湿。如因居处潮湿，或涉水冒雨，水湿之气内侵，或平素酒食不节，生冷太过，湿蕴于中，脾为湿困，健运失司，不能升清降浊，以致水湿不得下行，泛于肌肤而成水肿。如湿郁化热，湿热交蒸，膀胱输化无权，亦能导致水肿。

疮毒内犯 诸病疮痒皆属心火，疮毒内攻，致津液气化失常，也是形成水肿的常见病因。

3.2 继发病因

水肿的继发病因为瘀血阻滞。瘀血阻滞影响三焦水道，壅塞不通，水液停聚而成水肿。水肿缠绵不解，久病及血，瘀血内停，水瘀交阻，形成难治性水肿。

3.3 诱发因素

原有水肿病史，感受外邪，劳欲过度，饮食过咸，饮水过多以及某些药物，均可诱发

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

或加重本病。肺为水之上源，主通调水道，若外邪侵袭，通调水道失职，水液外溢成水肿；感受外邪既是原发病因，又是诱发因素，劳虑太过则伤脾，房劳太过则伤肾，致脾虚不能制水，肾虚不能化气行水，水无所主而成水肿；对有肾脏病者，使用了对肾脏有损害的药物如庆大霉素、卡那霉素、链霉素等和导致水钠潴留的药物如碳酸氢钠等以及饮食过咸、饮水过多，都可诱发和加重水肿。

4 病 机

4.1 发 病

山风邪侵袭或疮毒所引起的风水泛滥与湿毒浸淫型水肿，呈急性起病；水湿浸渍型及水瘀互结型水肿起病稍缓；正气不足、体虚、饮食失调而病水者，起病缓慢，病程较长。

4.2 病 位

主要病位在肺、脾、肾三脏，与心、肝、三焦、膀胱亦有密切联系。

4.3 病 性

以肺、脾、肾虚为本，风湿热毒瘀为标。阳水以标实为主，阴水以本虚为主，病情反复，出现阴阳寒热虚实错杂，常见本虚标实之证。

4.4 病 势

凡风邪湿毒等阳邪为主者，病起多在表在上，迅即遍及全身；病久不愈耗伤正气，肿势轻腰以下为主；脾肾虚衰者，以腰以下肿为主，若感外邪，则愈发加重水肿。本病总的趋势是由表及里，由上而下，由实转虚，由阳转阴。

4.5 病机转化

主要表现为阴阳转化、病变脏腑转化、病邪转化、证候转化等方面。因风邪、湿毒、水湿致病者，多属阳水实证，风胜者在肺，湿胜者在脾，如风邪表证已解，头面浮肿消退，而水湿不化，潴留下肢肌肤，重点病变脏器则可由肺转脾，病邪亦由风转为以水湿为主，证候由风水相搏转化为水湿浸渍，若水湿之邪郁而化热，则可转化为湿热蕴结；由于水湿易伤阳气，水湿浸渍日久，易转化为脾阳虚弱证候。内伤饮食劳役致病者，多属阴水虚证，病在脾、肾两脏。有时以脾气、脾阳虚衰为甚，有时以肾气肾阳衰微为主，肾阳久衰，阳损及阴，可导致肾阴亏虚，又可出现肾阴虚为主或阴阳两虚、气阴两虚的病证。阳水实证迁延不愈，或屡经反复，正气渐伤，则可转化为阴水虚证，病情由轻转重。阴水虚证复感外邪，导致急性发作，肿势增剧者，可转为阳水标实证候。病程较长，水肿反复消长者，可因正气不足，虚而致瘀，或水湿阻遏气机，气滞血瘀，形成血瘀水停的病机。水肿日渐加重，可导致心脾肾阳衰竭证，甚则邪毒内陷而六神涣散。

4.6 证类病机

风水泛滥 风邪袭表，营卫失和，肺失宣降，不能通调水道，下输膀胱，则恶风、发

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

热、肢节酸楚、小便不利、全身浮肿；风为阳邪，其性轻扬，风水相搏，推波助澜，故水肿起于面目，迅即泛滥全身。若风邪兼热，则咽喉红肿热痛，舌质红，脉浮滑数；若风邪兼寒，邪在肌表，卫阳被遏，肺气不宣，则恶寒、发热、咳喘。若肿势较甚，阳气内遏，则脉沉或沉滑数，或沉紧。

湿毒浸淫 肌肤为脾肺所主，故肌肤疮痍，湿毒未能被及时清解消散，内归脏腑，使脾胃不能运化水湿，失其升清降浊之能，使肺不能通调水道而小便不利，眼睑肿起，迅及全身。风为百病之长，故病之初起多兼风邪，有恶风、发热之象；其舌质红，苔薄黄，脉浮数或滑数，是风邪夹湿所致。

水湿浸渍 湿性粘腻，不易骤化，故起病缓慢，病程较长，水湿之邪，浸渍肌肤，壅滞不行，以致肢体浮肿不退；水湿内聚，三焦决渎失司，膀胱气化失常，所以小便短少；水湿日增而无出路，横溢肌肤，所以肿势日甚，按之没指；水湿之邪下趋，故肿势以下肢为甚；脾为湿困，阳气不得舒展，则见身重神疲、胸闷、纳呆、泛恶、苔白腻、脉沉缓。

湿热壅盛 水湿之邪，郁而化热，或湿热之邪壅于肌肤经隧之间，则遍身浮肿而皮肤绷急光亮；湿热壅滞，气机升降失常，则胸脘痞闷；热盛消耗津液，则见烦渴，小便短赤，大便干结；苔黄腻，脉沉数或濡数，均为湿热之征。

气虚水溢 气虚则人体气化功能失常，不能运化水液，开合失司而水湿泛滥。脾气虚弱则运化输布水液功能下降，水邪浸溢肌肤，故四肢发为水肿；脾气不足，故食欲不振，神疲乏力，少气懒言；脾虚失运，水湿下注，故大便稀溏；若肾气亏损，则气化失司，水无所主，故小便不利，尿少浮肿，腰以下肿甚，按之凹陷不起；腰为肾之府，肾虚而水气内盛，则腰痛较重；气虚下元不固，则尿量多；气虚不能藏精，精少不能化气，则眩晕耳鸣、遗精遗尿；气虚水肿迁延日久可发展至阳虚水泛，肿势更剧。

气滞水停 肝气郁滞，气滞不行，可致肺脾肾三脏的水液代谢功能失常；肺气闭塞，失于宣降，不能通调水道；脾气虚弱不能运化水湿；肾气亏损，气化失常。气行则水行，气滞水亦滞，故有气滞水停之证，肝气失疏，横逆侮土致纳呆之症。

脾阳虚衰 中阳不振，健运失司，气不化水，以致下焦水邪泛滥，故身肿，腰以下为甚，按之凹陷不起；脾虚运化无力，故胸闷纳减、腹胀便溏；脾虚则气血无以生化，不荣颜面而则面色萎黄；阳不温煦，则神疲肢冷；阳不化气，则水湿不行，小便短少。

肾阳衰微 肾阳虚衰，开合不利，蒸腾失司，阴盛于下，水湿潴留难去，而致水肿迁延日久，腰以下为著，往往按之凹陷，久久不复；肾阳虚则腰冷酸软；元阳不足，精气不固，故见夜尿多、男子阳痿遗精、女子带下清冷诸症；舌质胖淡，脉沉迟无力皆是阳虚水盛之候。

气阴两虚 素体气阴不足，或病久伤及气阴，复感风热、湿热，或失治、误治，利尿太过或久用温燥纯阳之品，致耗气伤阴。气虚则气化失常，阴虚则无以化气，导致气虚更甚，开合失度，无以化水而水湿壅滞成肿。气阴不复水湿不去，缠绵日久，往往难以消尽，病久则可致阴阳两虚。

水瘀互结 水肿久病不愈，气虚、阳虚、阴虚、气滞皆可导致血行不畅，损伤血络，或因水湿潴留，气不化水，水液停聚，或因三焦阻滞、血瘀水停，均可使水液潴留，泛溢于肌肤而发为水肿。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

5 临证思路

5.1 抓住主诉

眼睑、头面、四肢、腹背或全身浮肿，小便短少。

5.2 分析病位

水肿的病位主要在肺、脾、肾三脏，与心、肝、膀胱、三焦也有密切联系。恶风、发热、肢节酸楚、头面水肿，迅及全身，病位在肺；全身水肿、身体困重、脘腹满而食少，病位在脾；面浮身肿，腰以下肿甚，伴腰部冷痛酸软，病位在肾；面肢浮肿，伴随心悸怔忡，病位在心；肢体或全身水肿，伴胁肋满痛、脘腹痞满、嗳气不舒，病位在肝。

5.3 确定病性

水肿病性以肺、脾、肾三脏虚损为本，感受风、湿、热、毒，邪实为标，水肿始于头面，继而四肢及全身皆肿，多属风。兼恶寒、肢节酸楚，咳喘、脉浮滑或紧者，偏于风寒；伴恶风、发热、咽喉红肿疼痛、舌质红、脉浮滑数者，偏于风热。眼睑浮肿、皮肤绷急光亮、身发疮痍或溃烂，伴恶风、发热、舌质红、苔黄、脉滑数者，是风邪夹湿所致。水肿始于下部者，多属水湿；兼脘腹胀满、纳减便溏、面色萎黄形寒肢冷者，多属脾阳虚衰；兼腰部冷痛酸重、四肢厥冷、怯寒神疲、面色灰滞或㿠白、舌质淡胖、脉沉细，为肾阳衰微。

水肿见有尿少、腹大、胸满、喘咳、心悸、唇绀、脉虚数或结代者，为水气凌心犯肺，心阳被遏，瘀血内阻，症情急重；若兼见尿闭、泛恶、口有尿味、大便溏泄、齿鼻衄血等症者，则属脾肾败绝之危候；若见神昏谵语、手足抽搐、呼吸急促而深长、汗出、脉虚浮而数者，每可发生内闭外脱之恶变，应密切观察病情，积极采取抢救措施。

水肿久治不效，耗伤气血，可导致血行缓慢不畅，而血水同源，则水液潴留加重水肿，临床可见肌肤有血缕赤痕或舌质有紫点、瘀斑，妇女可兼有月经不调。

5.4 明确西医病类

5.4.1 肾源性水肿

①多有原发或继发肾脏病病史；②水肿首先在组织松弛部位出现，如眼睑或颜面，然后发展至足踝、下肢以至全身。水肿性质软而易动，晨起明显；③常伴有肾脏病的征象，如高血压、蛋白尿、血尿以及管型等。

按其发病机理的不同分为：①肾炎性水肿：包括急、慢性肾炎，部分急进性肾炎以及血浆胶体渗透压正常的其它肾小球疾病；②肾病性水肿：通常发生在原发性肾病综合征以及继发性肾病综合征。

5.4.2 心源性水肿

①多有心脏病病史；②水肿首先发生在身体的下垂部位，从下肢逐渐遍及全身，严重时可出现胸水及腹水。水肿形成的速度较慢，性质坚实，移动度小，常在午后加重，平卧

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

后或晨起时可减轻；③伴心脏的征象，如心瓣膜杂音等；④测定静脉压明显升高是诊断的重要佐证。

5.4.3 肝源性水肿

①常有各种慢性肝脏病病史；②全身性水肿不明显，但常伴有腹水；③肝功能损害的体征和实验室指标为诊断依据。

5.4.4 内分泌性水肿

①可有内分泌障碍病史；②水肿一般以颜面部明显，按压不凹陷，不随体位而移动；③检查发现特征性表现，如柯兴征、甲亢面容、甲低面容以及有关的内分泌功能试验异常。

5.4.5 特发性水肿

①多见于有功能性神经精神症状或植物神经多系统功能紊乱的 20～40 岁肥胖女性；②早晨颜面部水肿较明显，下肢皮肤可有凹陷性水肿或仅有紧张感；③常与情感、精神变化有关，与月经无关；④体重变动日差为 1.9±0.8kg；⑤立卧位水试验可阳性。

6 鉴　别

鼓胀　鼓胀以单腹胀大，皮色苍黄，脉络暴露为特征。以腹部胀大为首发症状，初起按之尚柔软，后渐坚硬，以致脐心突起，后期亦可见四肢浮肿。水肿则是以头面部、下肢浮肿为首发症状，然后致全身浮肿，后期病势严重，可见腹胀满、胸闷和气喘不得平卧等症。鼓胀多由于酒食不节，情志内伤，血吸虫感染以及其它疾病转化，形成气滞、血瘀水停腹中。水肿则是由于风邪外袭、感受水湿、饮食伤脾、劳倦伤肾以及久病气滞血瘀等，引起水液不能正常通调、输布、排泄，以致水溢肌肤而成水肿。

溢饮　溢饮症见喘咳，痰多白沫，胸闷身疼，恶风无汗甚则肢体浮肿，与水肿之风水泛滥之表实证相似，但有本质不同。溢饮为风寒闭塞玄府，肺失输布，饮溢肌肤所致，很少有发热、咽痛、面浮、有汗等风水症状，且肿势不如风水迅速。

支饮　支饮以久咳，气喘息促，咳唾引痛，胸胁支满，甚则面目、四肢浮肿为主症，由肺、脾、肾功能不全，水饮上凌心肺，支撑胸胁所致。其虽有浮肿症状，但并发于咳逆、气喘息促等症之后，积年久喘才发展成肿胀。水肿亦可有气喘息促的症状，发生于水肿出现之后，因此它们两者有根本的不同。

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 风水泛滥

临床表现：眼睑及颜面浮肿，继则四肢以及全身皆肿，来势迅速，兼有恶风发热，肢节酸楚，小便不利。偏于风热者，伴咽喉红肿疼痛，舌质红，脉浮滑数。偏于风寒者，兼恶寒、咳喘、舌苔薄白，脉浮滑或紧。如水肿较甚，亦可见沉脉。

病机分析：风为阳邪，为百病之长。风邪袭表，营卫不和，内舍于肺，肺失宣降，不能通调水道，下输膀胱，则恶风发热，肢节酸楚，小便不利，全身浮肿。风性轻扬，善行

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

数变，风水相搏，推波助澜，故水肿起于面目而迅即遍及全身。其它病邪都依附于风，侵犯人体，若风与热合，侵袭肌表，则咽喉红肿疼痛，舌质红，脉浮滑数；若风与寒合，风寒束表，卫阳被遏，肺气不宣，则恶寒、发热、咳喘。若肿势较甚，阳气内遏，则脉沉或沉滑数或沉紧。

转归：本证属风水，其特点为先有外感表证，1～4周后出现颜面浮肿，迅即遍及全身，若是新起病，经卧床休息，低盐或无盐饮食，疏风利水等及时治疗，多在2～6个月内可痊愈。但若平素肺卫气虚，反复外感，或乳蛾反复发作，皆可使病情迁延，病变脏器由肺累及脾，由风水泛滥转变成水湿浸渍。对已痊愈的病例，经10～20年随访，也有少数病例再发转变成脾阳虚衰或脾肾阳虚、湿浊内阻。若患者素有水肿病史，复感外邪形成的风水，经积极的治疗，病情可有所缓解，恢复到以前的证型，但很难痊愈。若风水失治误治，会有4种变证：若全身高度水肿，小便短少，出现水气凌心证；风与热合，阳热亢盛，损伤阴液，出现肝阳亢盛证；若水湿内盛，化为浊毒，出现浊邪壅滞证；若水湿太盛，损及肾阳，出现阳虚水泛证。

治法：疏风利水。依据风热、风寒的不同，分别采用疏风清热、疏风散寒，使水气从表散。兼用利水，使水湿从小便而解。

方药：越婢加术汤（《金匮要略》）加减。

生麻黄　生石膏　白术　浮萍　苏叶　连皮茯苓　生姜皮　泽泻　车前子　汉防己

加减：风寒偏重者，可加桂枝，减生石膏用量；风热偏盛者，加银花、连翘、白茅根、芦根，石膏用量可加大；若咽喉肿痛明显者，加牛蒡子、射干、蒲公英；若喘咳者，加葶苈子、苏子、杏仁；若汗出恶风，卫阳已虚，复感外邪者，可用防己黄芪汤加渗利之品，以补气固表，行水消肿；脾气虚弱者，加大枣、黄芪、山药；恢复期浮肿已退，乳蛾肿大者，用玄麦甘桔汤加牛蒡子、蒲公英、银花、连翘等品；若症状全部缓解，只是尿检有少量红细胞和蛋白者，用六味地黄丸加减；血尿者加大小蓟、白茅根；蛋白尿者加益母草、芡实。

变证的治疗：

（1）水气凌心证：高度水肿，腹胀满，小便短少，胸闷气急不能平卧，咳嗽，舌黯红而胖，苔薄白，脉沉细数。治拟温阳、泻肺、利水。用真武汤（《伤寒论》）合葶苈大枣泻肺汤（《金匮要略》）加减。药用熟附块、茯苓、葶苈子、白苏子、泽泻、猪苓、桂枝、北五加皮、生姜。有外感风寒咳嗽者，加麻黄、杏仁、紫菀；外感风热咳嗽者，加生石膏、桑白皮；痰黄粘稠者，加黄芩、川贝母、鱼腥草；肿甚，小便短少，大便秘结者，加黑白丑研末吞服，并以甘遂、丁桂散调敷脐孔。

（2）肝阳亢盛证：头晕或剧烈头痛，恶心呕吐，或嗜睡，或神志昏迷，甚则惊厥，面浮肢肿，小便短少，舌苔薄黄，脉弦或数。治拟平肝潜阳，镇痉开窍。昏迷者，清开灵注射液加入葡萄糖中静脉点滴，或灌服安宫牛黄丸，并针刺风池、百会、太冲。抽搐者，灌服紫雪丹，并用羚角钩藤汤（《通俗伤寒论》）加减。药用：羚羊角粉（冲服）、生石决明（先煎）、甘菊花、黄芩、丹皮、夏枯草、泽泻、车前子。大便秘结者，加生大黄（后下）、元明粉（冲）；口干舌红者，加生地、玄参、麦冬。

（3）浊邪壅滞证：全身浮肿，小便少甚至无尿，恶心呕吐，口中有尿味，嗜睡或神志

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

不清，四肢抽搐，舌质黯红，苔腻，脉沉细。治拟通腑泻浊，方用黄连温胆汤（《备急千金要方》）合千金温脾汤（《备急千金要方》加减。药用黄连、制半夏、生大黄、陈皮、茯苓、丹参、六月雪、熟附块。恶心呕吐者，吞服玉枢丹；嗜睡神志不清者，至宝丹研末吞服；四肢抽搐者，加羚羊角粉吞服。另外用生大黄、牡蛎、熟附块、六月雪，浓煎成200ml，高位保留灌肠，每晚1次。若无尿超过1周可行血液透析或者腹膜透析。

（4）肾虚水泛证：全身浮肿，腰部酸痛，小便短少，可分为湿热蕴阻和阳虚水湿潴留。湿热蕴阻表现为小便短赤，口干苦，舌红，苔黄腻，脉数。阳虚水湿潴留表现为畏寒肢冷，口淡纳呆，或便溏，腹胀，舌淡红而胖，苔白腻，脉沉细。湿热蕴阻，治拟益肾清利，活血祛风，药用黄柏、苍术、防己、益母草、佩兰、川牛膝、厚朴、白蔻仁、车前子、泽泻。水湿潴留，治拟温阳利水，药用熟附块、茯苓、白术、泽泻、桂枝、防己、生黄芪。血尿者，加大蓟、小蓟、白茅根。

临证参考：本证由风遏水阻导致水肿，故治疗要疏风散邪，通利小便，有肺经症状要宣畅肺气，实为疏风、宣肺、利水同用之法。但疏风宜致微汗为佳，利尿也要适当为度，因汗出太多，易伤阳气，利尿过多易致阴液耗损，若出现变证时，应积极治疗。水肿期间，绝对卧床休息，恢复期要防止感冒。

7.1.2 湿毒浸淫

临床表现：眼睑浮肿，延及全身，小便不利，身发疮痍，甚至溃烂，恶风发热，舌质红，苔薄黄，脉浮数或滑数。

病机分析：肌肤为脾肺所主，故肌肤疔疖疮痍湿毒未能及时清解消散，2～3周后内归脾肺。使脾胃不能运化水湿，失其升清降浊之能，使肺不能通调水道而小便不利，肺为水之上源，故眼睑肿起迅及全身。风为百病之长，病初起多兼风邪，故有恶风发热。其舌质红，苔黄，脉浮数或滑数，是风邪夹湿毒之征。

转归：湿毒浸淫证是由疔疖疮毒内归引起，治宜尽早使用宣肺解毒，利湿消肿之剂，使疮毒清解透达，可取得较好的疗效。如湿毒未能及时清解消散，内归脏腑，水肿由眼睑肿起迅及全身，湿毒蕴结不解，壅滞三焦，则转化为湿热壅盛证，恢复期多表现为阴虚夹湿热证。

治法：清热解毒利水

方药：麻黄连翘赤小豆汤（《金匮要略》）合五味消毒饮（《医宗金鉴》）加减。

生麻黄　连翘　赤小豆　杏仁　金银花　野菊花　蒲公英　紫花地丁　紫背天葵　车前草

加减：脓毒甚者，重用蒲公英、紫花地丁，加七叶一枝花清解湿毒；脓毒内陷者，加生黄芪托毒排脓；湿盛而糜烂者，加苦参、土茯苓；风盛而瘙痒者，加白鲜皮、赤芍以凉血祛风；大便不通者，加生大黄以通腑泻热。若疮毒症状不明显，仅表现以血尿、浮肿为主症者，可用小蓟饮子加减，药用大蓟、小蓟、浦黄（包）、生地、连翘、白茅根、茜草、旱莲草、车前草。

临证参考：本证是由疔疖疮毒内归脾肺所至，从感染疮毒到引起浮肿的时间为18～21天，有时当出现浮肿时，疮毒已愈，这时还需清解透达疮毒。

7.1.3 水湿浸渍

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

临床表现：起病缓慢，病程较长，全身水肿，按之没指，以下肢为甚，小便短少，身体困重，胸闷，纳呆，泛恶，苔白腻，脉濡缓。

病机分析：湿性粘腻重浊，不易骤化，故起病缓慢，病程较长。水湿之邪，浸渍肌肤，以致肢体浮肿不退；水湿内聚，三焦决渎失司，膀胱气化失常，所以小便短少；水湿日增无出路，横溢肌肤，所以肿势日甚，按之没指；水湿之邪重浊下趋，故肿以下肢为甚；湿性粘腻，不易速化，故病程较上述两证为长；脾为湿困，阳气不得舒展，则见身重神疲，胸闷，纳呆，泛恶；苔白腻，脉沉缓，均为湿盛脾弱之象。

转归：水湿浸渍证由水湿之邪困脾，浸渍肌肤，壅滞不行所致，起病缓慢，病程缠绵较长，需要较长时间调治，用健脾化湿，通阳利水法治疗，结合食养方法可以治愈。若失治或误治，水肿日久，伤气伤阳，可转化为气虚水溢证、脾阳虚衰证和肾阳衰微证。

治法：通阳化湿利水。

方药：五皮饮（《中藏经》）合胃苓汤（《丹溪心法》）加减。

桂枝　苍术　白术　连皮茯苓　陈皮　生姜皮　大腹皮　猪苓　五加皮　泽泻　防己　大枣

加减：肿甚而喘者，加生麻黄、杏仁、葶苈子宣肺泻水平喘；寒湿盛中焦不运，脘腹痞胀者，加川厚朴、干姜，白蔻仁温脾化湿，行气宽中；卫表阳虚，汗出恶风者，加生黄芪、防风以固表祛风。

临证参考：水去脾虚，肿势稍退，伴见腹满不食，吐水，方用外台茯苓饮加减，药用茯苓、人参、白术、陈皮、厚朴、生姜、白蔻仁。若水肿已退，尿化验有蛋白尿者用参苓白术散加益母草。若水湿久聚，伤及脾阳，导致脾阳虚水逆，出现胸胁支满目眩，心悸气促，吐清痰涎，用苓桂术甘汤加减以温脾利水。本证为水湿困脾，脾阳失展，上不制水。湿性下趋，多数肿从跗起，宗“腰以下肿者当利小便”的原则，治宜通阳化湿利水。用药宜温燥不宜寒凉，是治疗本证的关键。

7.1.4 湿热壅盛

临床表现：遍体浮肿，皮肤绷急光亮，胸脘痞闷，烦热口渴，小便短赤，或大便干结，苔黄腻，脉沉数或濡数。

病机分析：水湿之邪，郁久化热，湿热搏结，壅滞肌肤经隧之间，故遍身浮肿；热为阳邪，故皮肤绷急光亮，湿热内蕴，三焦壅滞，气机升降失常，则胸脘痞闷；湿热蕴结，三焦决渎失司，膀胱气化不利，则小便短赤，热邪内灼，损伤津液，故见烦热口渴，大便干结；苔黄腻，脉沉数或濡数，均为湿热之征。

转归：湿热壅盛证出现高度浮肿，湿热之邪壅滞三焦，宜用疏表通利，攻逐之法，上下表里分消走泄，湿热才得以清利。对肿重体实者，应不失时机地运用攻逐之法，病可有转机。若肿势严重，胸中有水，上迫犯肺，气粗喘促，可攻泻胸水。若腹水出现脘腹胀满，大便干结，可用通腑之法泻腹水，可望减轻水肿。凡用攻逐须密切观察病情，切勿太过，中病即止，攻逐之时和攻逐之后酌加调补。如湿热久羁，易化燥伤阴，出现水肿与阴伤并见。若日久不愈，反复发作，则由阳水转为阴水。

治法：分利湿热。

方药：疏凿饮子（《世医得效方》）加减。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

商陆　槟榔　赤小豆　川椒目　大腹皮　连皮茯苓　泽泻　防己　木通　羌活　生姜皮

加减：腹满不减，大便不通，体质尚实者，可加生大黄、黑丑、白丑攻逐二便，或合用己椒苈黄丸，以助攻泻之力，使水从大便而泄。湿热下注膀胱，伤及血络，尿痛、尿血者，加大蓟、小蓟、白茅根以凉血止血。若肿势严重，兼见气粗喘满，倚息不得卧，脉搏弦有力者，为水在胸中，上迫于肺，肺气不降，宜泻肺行水为主，可用五苓散、五皮饮等方合葶苈大枣泻肺汤、三子养亲汤加减，以泻胸中之水。若湿热久羁，化燥伤阴，水肿兼口咽干燥、大便干结者，可用猪苓汤，既滋阴又清利水邪。

临证参考：本证肿势严重，单一治法难能奏效，须上下表里分消综合治疗，方能见效。如掌握病机，短暂采用攻逐之法，多可转机取效。用攻逐荡涤之法要细心观察病情，以防损伤正气，必须中病即止，不可过剂，亦可攻补兼施，或攻补交替，使水去正安。

7.1.5　气虚水溢

临床表现：浮肿尤以下肢明显，按之凹陷，有时晨起面部浮肿，纳少便溏，倦怠乏力，腰背酸痛，胫膝酸软，动则气短，或小便余沥不尽，舌淡，舌边齿痕，苔薄白，脉细数。

病机分析：本证气虚主要指脾肺气虚，功能衰减，影响人体气化功能，致不能化水，无力运水，并合失司而致水湿泛滥。脾居中州，为制水之脏，主四肢，若脾气虚弱，运化输布水湿的功能下降，水邪浸溢肌肤发为水肿，其水肿以四肢为甚；脾气不足，故食欲不振，倦怠乏力，动则气短；脾虚失运，水湿下注，故大便稀溏；肾虚气化失司，水无所主，故小便不利，尿少浮肿，腰以下肿甚，按之凹陷不起；腰为肾之府，肾虚而水气内盛，则腰背酸痛，胫膝酸软；气虚下元固摄无权，则夜尿量多；肾虚不能藏精，精气亏虚，则眩晕耳鸣，遗精遗尿；舌淡，边有齿痕，脉细弱均为气虚之征。

转归：气虚水溢属阴水，病史时间比较长，肿势较轻，治疗重在益气佐以利水，待脾肾正气恢复，水肿可缓缓消退，不可急于利水。若气虚夹气滞、血瘀，治疗应酌以兼顾行气、活络之法。若过用攻逐利水和苦寒之剂，可损伤阳气，发展成脾阳虚弱、肾阳衰微，使水肿加重。

治法：益气利水。

方药：防己黄芪汤（《金匮要略》）合参苓白术散（《太平惠民和剂局方》）加减。

生黄芪　防己　防风　炒白术　连皮茯苓　生苡仁　山药　党参　杜仲　车前子

加减：若脾虚气滞者，加木香、大腹皮、陈皮等；若腹水明显，腹胀难忍，步履艰难，甚则腹大不能起床者，加大腹皮、槟榔、厚朴、泽泻以运脾利水，消滞疏中。若气分药无效，可寻求于血分药，加水蛭、益母草、川芎、泽兰之品。若从脾论治无效，亦可从肝络瘀阻论治，重用柔肝和络之剂，如柴胡、当归、白芍、桃仁、红花等。病程日久、脾病及肾，以肾气不足为重者，可加济生肾气丸治疗。心脾两虚者，用归脾汤加赤小豆、丹参、益母草等。脾肾气虚水肿者，可用防己黄芪汤合济生肾气丸加减治疗。

临证参考：气虚水肿，主要是脾气虚，不能制水而形成水肿。治疗重在补益脾气，以利水湿。补气利水药中效果的最好为黄芪，以生黄芪为佳，故应重用之，同时可配防风，以防大剂量生黄芪导致中焦壅滞。但还要兼顾益肾气佐以利水湿，才能收到较满意的效

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

果。

7.1.6 气滞水停

临床表现：脘腹胀满，嗳气不舒，矢气频作，或胁肋满痛，肢体或全身浮肿，纳食减少，小便短少或不畅，舌质淡，苔薄白或白滑，脉弦。

病机分析：肝有主疏泄、调畅气机、通利三焦、疏水道之功能，若肝失疏泄，气行不畅，三焦壅滞，可致肺、脾、肾三脏的水液代谢失常。上焦壅滞，则肺气郁闭，失于宣降通调；中焦壅滞，脾气受困，不能运化水湿；下焦壅滞，肾不能化气行水致水液不循常道，渗出肌肤，导致肢体或全身水肿；肝气郁滞，则胁肋满痛；中焦壅滞，则脘腹胀满，矢气频作；肝失疏泄，脾失健运，则纳食减少；气机郁滞，水液不行，故小便短少或不畅，脉弦为气滞之象。

转归：气滞水停，是以肝失疏泄，三焦壅滞，以中焦壅滞为主，影响脾的运化，导致水液停滞，治疗以行气健脾利水，数剂或十余剂，水肿则明显减退。若气滞日久，不能推动血液运行，则血也随之而瘀，导致气滞血瘀，转变成血瘀水阻。气机郁滞，日久化热，热与湿结，可转变成湿热壅滞。肝郁日久，可影响脾的运化功能，导致肝郁脾虚，脾气虚不能运化水湿，则可转变成气虚水溢，若脾气虚，发展成脾阳虚，则转变成脾阳虚衰证。

治法：行气利水。

方药：导水茯苓汤（《奇效良方》）加减。

槟榔　木香　砂仁　陈皮　大腹皮　炒白术　生姜皮　苏叶　泽泻　赤茯苓　柴胡

加减：若伴有胸水、咳喘不能平卧者，加葶苈大枣泻肺汤以泻肺平喘；若气滞血瘀者，加水蛭、益母草、泽兰、川芎等活血化瘀之品；若肝气郁结，胁肋胀痛者，加丹参、郁金；若倦怠乏力、少气懒言者，加黄芪、党参益气；若气郁化热，出现口苦、小便黄者，加川黄连、车前草。

临证参考：本证气滞水停，为中间过渡证型，经行气利水药治疗数剂乃至十余剂，水肿则明显消退，理气药不能长期服用，长期服用会耗伤阴液，若气滞和水肿明显减轻，应渐减少理气之品，增加健脾化湿之味，转到健脾为主，稍佐行气利水而收功。

中成药：舟车丸，有行气利水之功，口服，每次 3～6g，每日 1 次。

7.1.7 脾阳虚衰

临床表现：身肿，腰以下为甚，按之凹陷不易恢复，脘腹胀闷，纳减便溏，面色萎黄，神倦肢冷，小便短少，舌质淡，苔白滑或白腻，脉沉缓或沉弱。

病机分析：脾居中州，属土，主运化，为制水之脏。若脾阳虚衰，中阳不足，不能运化水湿，水湿下流，故身肿，腰以下为甚，按之凹陷不易恢复。脾阳虚衰，水湿停聚中焦，水阻气滞，故脘腹胀闷。脾失健运，不能运化水谷精微，则纳减便溏。脾虚则面色萎黄。阳虚不能温煦，则神倦肢冷。阳不化水，水湿停聚，则小便短少。舌质淡，苔白滑或白腻，脉沉缓或沉，均为脾阳虚衰、水湿内停之象。

转归：脾阳虚衰证之水肿为阴水，治疗着重温运脾阳利水。水湿浸渍证可转变为本证，都与脾有关，但本证与水湿浸渍证有阴阳虚实之别，水湿浸渍是水湿太盛导致脾阳不运，而本证是脾阳不振导致水湿不运。故本证治疗重点在于温运脾阳，升清降浊以利水，不宜只用淡渗利湿而疏于温补，否则脾脏虚惫而难以制水。脾阳虚衰，失治、误治或本身

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

病情的发展，可转变为癃闭或关格。

治法：温阳健脾利水。

方药：方用实脾饮（《济生方》）或附子理中汤（《太平惠民和剂局方》）加减。

熟附子　干姜　白术　茯苓皮　厚朴　槟榔　草果　车前子　生姜　大枣

加减：若湿邪内盛，脘闷腹胀，苔厚白腻者，可加苍术、白蔻仁、木香以燥湿健脾，理气消胀；若气短声弱，气虚甚者，可加人参、黄芪健脾补气；若小便短少者，加桂枝、猪苓、泽泻以助膀胱化气行水。

临证参考：若阳虚不明显而以脾气虚为主者，治拟健脾化湿，不宜过分利水，方用参苓白术散加减，或加桂枝、黄芪、当归、红枣、赤小豆等通阳益气，养血健脾。水肿消退，脾虚未复，治用五味异功散，不可久用疏利。

脾阳虚衰，脾气亦虚，治疗本证的原则，一是补脾阳、二是补脾气，三是健脾渗利。补脾阳用附子、干姜、桂枝之类；补脾气用党参、黄芪、白术、山药等；健脾渗利用带皮茯苓、薏苡仁、猪苓、车前子之类。水湿太盛，碍气以行，酌加槟榔、大腹皮等理气之品。不用过凉逐水之剂，待脾阳恢复，病可转机，水肿可消。

7.1.8　肾阳衰微

临床表现：面浮身肿，腰以下肿甚，按之凹陷不起，心悸，气促，腰部冷痛酸重，尿量减少或夜间尿多，四肢不温，怯寒神疲，面色晦滞晄白，舌质淡胖，脉沉细或沉迟无力。

病机分析：肾者水脏，主气化，气化正常，则开合有度。若肾阳虚衰，气化失常，开合失司，关门不利，水液排泄障碍，潴留于体内，致尿量减少，面浮身肿，腰以下为甚，按之凹陷久久不复，阳虚水泛，水饮凌心，故心悸、气促。腰为肾之府，肾阳虚则腰痛酸重。肾气不固，则夜间尿多。肾阳虚衰，不能温煦，故四肢不温，怯寒神疲，面色晦滞或晄白。舌质淡胖，脉细或沉迟无力为肾阳虚之象。

转归：本证乃阴水之重证，常与脾阳虚衰并见，证属肾气虚败，阳气衰微，阴寒水湿内盛。若肾阳虚极，中阳衰败，浊阴上泛而见神识昏愦，恶心呕吐，无尿，或水气上凌心肺，可见心悸、唇绀、气短不能平卧等危象。

治法：温肾利水。

方药：济生肾气丸（《济生方》）合真武汤（《伤寒论》）加减。

熟附片　桂枝　茯苓　白术　泽泻　车前子　山药　山萸肉　牛膝　生姜

若心悸、唇绀、脉虚数或结代者，重用附子、桂枝、丹参、红花以温阳化瘀；若见喘促、汗出、脉虚浮而数者，加人参、蛤蚧、五味子、煅牡蛎或吞服黑锡丹以防喘脱；若病程缠绵，复感外邪，症见恶寒发热、肿势增剧，小便减少者，以真武汤去白芍合越婢汤加减。症至后期，如水肿反复发作，精神疲惫，腰酸遗精，口咽干燥，五心烦热，舌红，脉细弱者，用左归丸合猪苓汤加减。若小便清长量多者，去泽泻、车前子加菟丝子、补骨脂以补肾固涩。若兼有头晕头痛、心悸失眠者，可用天麻钩藤饮合镇肝熄风汤加减。若神识昏愦，恶心呕吐，口有尿味，宜用制附子、大黄、吴茱萸、川黄连、陈皮、半夏、茯苓、六月雪、草果通腑泄浊，并用生大黄、附子、牡蛎、六月雪浓煎成200ml，高位保留灌肠，每晚1次。并用清开灵40ml加于5%葡萄糖注射液250ml中静脉点滴。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

临证参考：本证为阴水重证，阳虚阴盛，本虚标实，故治疗重在温阳。温阳之主药为附子，剂量宜重，可用至30～60g，并宜久煎，以去其毒性而存其温阳之效，见效即可减量。中毒时宜用甘草、绿豆、蜂蜜解毒。且与补肾药同用，以达到补肾阳的目的。同时适当配以补阴之品，取阴中求阳，并可防阳热过盛而伤阴，阳虚水肿，反复不愈，正气日衰，复感外邪，兼风水之证，治要急则治其标，暂按风水论治。但因属本虚标实，故治疗要及时顾及正气虚衰的本质，需扶正祛邪，不可过用散表药。临床脾肾阳虚水肿多见，可温补脾肾，利水消肿。治疗时要注意区别脾、肾的轻重主次，有所侧重地进行治疗。

中成药：金匮肾气丸，有温补肾阳之功，每次6g，每日2次。

7.1.9 气阴两虚

临床表现：浮肿日久，气短乏力，纳少腹胀，手足心热，口干咽燥，头目眩晕，舌红少苔，或舌淡而边有齿痕，脉细数或细弦。

病机分析：此乃素体气阴不足，或病后伤及气阴，或阴水病人复感风热、湿热、燥邪，邪伤气阴，或治疗过程攻逐太过，或久用温燥纯阳之品及其它耗气伤阴之品，都可导致本证。肾阳蒸腾肾阴产生肾气，肾气化气行水，气虚则气化失常，阴虚则无以气化，导致气更虚，水运无力，开合失司，水湿潴留而肿，气短乏力，纳少腹胀，为脾气虚，水湿内阻，碍气以行，故气短乏力、纳少腹胀；手足心热，口干咽燥，头目眩晕，系肾阴久亏，水不涵木，出现肝肾阴虚，肝阳上亢，上盛下虚的复杂病证；舌淡而边有齿痕，脉细数，乃气阴两虚之征。

转归：本证系水肿日久，正气亏虚或阳损及阴而致气阴两虚。此类水肿，虽不若阳虚水肿重，但气阴不复，水肿不去缠绵日久，难以消尽。治疗时养阴药不可过多而滋腻，否则会加重水湿潴留，使水肿难以消退，利水不宜太过，恐伤阴液，应度其气阴虚损多少，酌情选用益气养阴之品，并佐以利水湿之剂。虚损日久，难求速效，只图缓功。若见于晚期水肿病人，常出现肾阴虚为主的病证，治当滋阴兼利水湿。病久还可转变为阴阳两虚。本证若阴虚稍复，气虚进一步发展损及阳，可致脾阳虚衰。

治法：益气养阴利水。

方药：防己黄芪汤（《金匮要略》）合六味地黄丸（《小儿药证直诀》）加减。

生黄芪　防风　茯苓　熟地　山药　泽泻　山萸肉　紫河车粉　生苡仁

加减：阴虚尿少者，加沙参、麦冬以滋肺胃之阴；若肝阳上亢者，可酌加生龙骨、生牡蛎镇肝潜阳；若阴虚内热，热伤血络出现尿血者，加旱莲草、白茅根、大蓟、小蓟；若气虚偏重者，加重黄芪用量，并加党参、白术等品。

临证参考：本证系气阴两虚，水湿潴留，补气药宜重用生黄芪、太子参之类。滋阴药不宜大剂厚味，利水药不宜太过，太过则易伤阴，以求补气利水而不伤阴，滋阴而不恋邪。平补气阴药宜长期服用，待气阴得复，肿自消退。

中成药：生脉胶囊，有益气养阴之功，每次2粒，每日3次。

7.1.10 血瘀水阻

临床表现：浮肿，面、唇、肤色晦滞黧黑，皮肤粗糙或肢体麻木疼痛，腰刺痛，血尿，或妇女经色黯红有紫块，经少闭经或肿势严重，用它药治疗无效，舌紫黯或瘀点，脉涩。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

病机分析：水肿病久，气虚、阳虚、阴虚、气滞皆可导致血行缓慢不畅，甚则停滞而产生血瘀。而血水同源，瘀血积于脉中，水液也蓄于脉道，脉络胀滞，进而水液潴留，渗溢肌肤而发为水肿。瘀血阻滞，血液运行不畅，面部及肢体皮肤不能得到血液正常荣养，故见面、唇、肤色晦滞、黧黑、皮肤粗糙；瘀血阻滞四肢，不通则痛，故肢体麻木疼痛；瘀阻肾络则腰刺痛、血尿；瘀阻胞宫，则妇女经色黯红有紫块，经少闭经；水瘀交阻，只有活血利水才能见效，故用它法治疗无效；舌紫黯或见瘀点，脉涩为瘀血阻滞之象。

转归：血瘀水阻，单纯用攻逐和利水药往往难以收效，必须用大剂活血化瘀药和利水药合用，才能取效。瘀血的形成，有气虚、阳虚、阴虚、气滞的不同，根据瘀血的成因，选用益气活血利水、温阳活血利水、育阴活血利水和行气活血利水。血瘀水阻是标证，肿势比较重，水湿为阴邪，易伤脾肾之阳，水湿久聚易化毒，若不及时采用活血利水治疗则转变成脾肾阳虚、湿毒内阻之癃闭、关格等病。若肿退瘀消，可返回到原来的证型。

治法：活血利水。

方药：丹参注射液 20ml 加于 5% 葡萄糖注射液 250ml 中静脉滴注。尿激酶 2～4 万 U 加于 5% 葡萄糖注射液 250ml 中静脉滴注。汤剂选用桂枝茯苓丸（《金匮要略》）合桃红四物汤（《医宗金鉴》）加减。

桂枝　茯苓　水蛭　生益母草　泽兰　桃仁　红花　当归　川芎　赤芍

加减：气虚者，加生黄芪、党参、赤小豆以补气利水；气滞者，加槟榔、大腹皮、木香、延胡索以行气利水；阳虚者，加大桂枝用量，并加熟附子以温阳活血利水；阴虚者，加牡丹皮、生地育阴清热；瘀血不去者，加蜈蚣、土鳖虫、全蝎活血破瘀；血尿者加三七粉、蒲黄以活血止血。

临证参考：本证水湿、瘀血不去，水肿不退。依据瘀血的成因，分别选用益气、温阳、行气活血；本证是水瘀交阻，临证遣药最好选用既活血又利水之品，如益母草、水蛭、泽兰等。

中成药：①大黄䗪虫丸：活血化瘀，口服，每次 3g，每日 2 次。②血竭胶囊：活血祛瘀，口服，每次 2 粒，每日 3 次。

7.2 辨病论治

7.2.1 急性肾小球肾炎

本病简称“急性肾炎”，临床上表现为急性起病，以血尿、蛋白尿、高血压、水肿、肾小球滤过率降低为特点的肾小球疾病，以急性链球菌感染后肾炎为常见。临床上所谓的急性肾炎即是指此。本病在我国是一种常见的肾脏病，多发于儿童及青年。

诊断要点：①起病较急，病情轻重不一；②一般有血尿（镜下及肉眼血尿）、蛋白尿，可有管型（如红细胞管型、颗粒管型等），常有高血压及水钠潴留症状（如水肿等），有时有短暂的氮质血症，B 超检查双肾无缩小；③部分病例有急性链球菌或其它病原微生物的感染史，多在感染后 1～4 周发病；④大多数预后良好，一般在数月内痊愈；⑤已排除继发性者。

急性肾炎在中医认为是六淫外邪及皮肤疾病内侵所致。风之特点是善行速变，随着四季气候不同，而夹寒、湿、热侵袭人体。风邪袭人，内舍于肺，肺之宣通和肃降功能失

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

调，不能通调水道输于膀胱，风水相搏，风遏水泛而成水肿。水湿内阻，郁而化热，湿毒之邪即成。或皮肤疮疡未能清解，而致疮毒侵淫，湿热内盛，内归肺脾，三焦决渎失职，水泛于肌肤而见水肿。肾虚精关不固，复加脾虚固摄无权，致精微下注而出现蛋白尿，热伤血络，气滞血瘀，瘀水交阻而致血尿。随着病情的缓解，水肿消退，湿热渐清，但余邪并未退尽，邪恋正虚而致气阴不足。本病若失治误治，则可水气凌心，五脏俱虚，变证由生。现在临床多分为急性期、进展期和恢复期论治。

7.2.1.1 急性期

7.2.1.1.1 湿毒侵淫

临床表现：皮肤疮疡或脓疮溃烂，发热恶风，颜面浮肿，迅及全身，尿少色赤，口苦便秘，舌红，苔黄腻，脉滑数。

病机分析：皮肤疮疡乃风寒湿热内郁，化热酿毒而成。若不能及时清解宣散，湿热内盛，肺脾受损，肺不能通调水道，脾不能运化水湿，水湿停积泛于肌肤而水肿，膀胱气化不利，热伤血络而小便短赤；内热壅盛大便秘结，口苦而干。舌红苔黄腻，脉滑数为湿热之象。

治法：清热解毒，化湿消肿。

方药：麻黄连翘赤小豆汤（《金匮要略》）合五味消毒饮（《医宗金鉴》）。

麻黄　杏仁　生姜皮　连翘　赤小豆　金银花　野菊花　蒲公英　紫花地丁　紫背天葵　桑白皮

加减：皮肤糜烂者加苦参、土茯苓清热渗湿；红肿溢脓者加丹皮、赤芍、夏枯草清热凉血；浮肿者加竹叶、车前子利尿消肿。

7.2.1.1.2 水湿浸渍

临床表现：肢体浮肿延及全身，按之没指，小便短少混浊，身重困倦，胸闷，纳呆，泛恶，苔白腻，脉沉缓。

病机分析：水湿之邪浸渍皮肤，壅滞不行，留淫中焦，脾为湿困，运化失职，水湿津液不能转输，泛溢肌肤发为水肿；脾居中州，升清降浊，脾为湿困，中焦不运，清阳不升而陷，水湿下降而聚，则小便短少混浊；脾被水湿困阻，阳气不得舒展，故见身重困倦神疲；湿困中焦，气机升降失职，脾气不升反降，胃气不降反升，则见胸闷泛恶纳呆，苔白腻，脉沉缓均为水湿浸渍，肿势较甚之征。

治法：渗湿利水，通阳消肿。

方药：五苓散（《伤寒论》）合五皮饮（《中藏经》）。

泽泻　茯苓　猪苓　白术　桂枝　茯苓皮　大腹皮　陈皮　生姜皮

加减：若上半身肿甚者加麻黄、杏仁、葶苈子宣肺利水；下半身肿盛者减桑白皮，加川椒目、防己散湿邪，利水消肿；若身寒肢冷，脉沉迟者，可加附子，干姜温经散寒。

7.2.1.1.3 湿热蕴结

临床表现：尿血或洗肉水样尿，小便频数，有灼热感，多无尿痛，常伴有烦热口渴，或可见浮肿，舌红，苔黄腻，脉滑数。

病机分析：湿热内蕴以热偏盛，邪热灼伤阴液，无津上奉则烦热口渴；水湿内聚，影响州都气化，使关门不利，故小便频数；湿热内蕴损伤络脉，则肉眼血尿呈洗肉水样；舌

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

红、苔黄腻、脉滑数，皆为阴虚内热之象。

治法：滋阴凉血，清热利湿。

方药：小蓟饮子（《济生方》）。

生地　小蓟　滑石　通草　淡竹叶　蒲黄　藕节　山栀子　白茅根　丹皮　甘草

加减：若心烦少寐加黄连、麦冬、夜交藤清心安神；若阴虚甚者加玄参、女贞子；尿血明显加旱莲草、茜草；若水肿者加泽泻、车前草。

7.2.1.2　进展期（并发症的中医治疗）

7.2.1.2.1　水气凌心（急性充血性心力衰竭）

临床表现：全身水肿，腹胀满，小便短少，胸闷气急不能平卧，咳嗽，舌黯红而胖，苔薄白，脉沉细数。

治法：温阳强心，泻肺利水。

方药：真武汤（《伤寒论》）合葶苈大枣泻肺汤（《金匮要略》）加减。

熟附块　茯苓　葶苈子　万年青根　炙白苏子　泽泻　猪苓　桂枝　生姜

加减：若有外感风寒咳嗽者，加麻黄、杏仁、紫菀；外感风热咳喘者，减辛温之附子、桂枝加麻黄、生石膏、杏仁、桑白皮；痰黄粘稠者，加黄芩、鱼腥草、象贝母；肿甚，小便少，大便秘结者，加黑白丑研末吞服，并可以甘遂、丁桂散调敷脐孔。危重者，中西医结合抢救。

7.2.1.2.2　肝阳亢盛（高血压脑病）

临床表现：头晕或头痛剧烈，恶心呕吐，或嗜睡，或神志昏迷，甚则惊厥，面浮肢肿，或肿不明显，小便短少，舌苔薄黄，脉弦动或数。

治法：平肝潜阳，镇痉降逆。

方药：羚角钩藤汤（《通俗伤寒论》）加减。

羚羊角粉　生石决明　钩藤　甘菊花　黄芩　丹皮　夏枯草　泽泻　车前子

加减：大便秘结者加生大黄，芒硝；若口干舌红者加生地、玄参、麦冬；神志不清而惊厥者，加安宫牛黄丸1粒，研末吞服，并针刺风池、百会、太冲。危重者，中西医结合抢救。

7.2.1.2.3　浊邪壅滞（急性肾功能衰竭）

临床表现：全身浮肿，小便少甚至无尿，恶心呕吐，嗜睡，或神志不清，四肢抽搐，舌黯红苔腻，脉弦细。

治法：化浊降逆，通腑利水。

方药：黄连温胆汤（《备急千金要方》）合温脾汤（《备急千金要方》）加减。

黄连　半夏　生大黄　枳实　陈皮　茯苓　半枝莲　白茅根　丹参　六月雪　熟附子

临证参考：若恶心呕吐则用玉枢丹吞服；呕吐不能服中药者，用中药保留灌肠，每6小时1次；嗜睡或神志不清者，至宝丹1粒，研末吞服；四肢抽搐者，加羚羊角粉口服，并加生石决明、生牡蛎。

7.2.1.2.4　肾虚水泛（急性肾小球肾炎后肾病综合征）

临床表现：全身浮肿，腰部酸痛，小便短少，可分为湿热蕴阻和阳虚水湿潴留。湿热蕴阻表现为小便短赤，口干苦，舌红，苔薄黄，脉细弦或细数；阳虚水湿潴留表现为畏寒

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肢冷，口淡纳呆，或便溏，腹胀，舌淡红较胖，苔白腻或薄白，脉沉细。

治法：①湿热蕴阻证治宜益肾清利，活血祛风。②水湿潴留证治宜温肾利水。

方药：①湿热蕴阻证用鹿衔草、金雀根、黄柏、苍术、荠菜花、楮实子、川牛膝、益母草、防风、防己、白茅根。②水湿潴留证用熟附块、茯苓、白术、泽泻、桂枝、徐长卿、防己、仙灵脾、黄芪。

加减：血尿多者，加茜草根、仙鹤草。

7.2.1.3 恢复期

主要为余邪未尽，正气耗损，一般认为湿热内蕴伤阴，故阴虚，气阴两虚，湿热不清或兼血瘀。一般概括为以下几证型。

7.2.1.3.1 湿热未清

临床表现：外感表证已解，水肿已退，无明显虚证，或口干不引饮，纳呆或胸闷，小便黄，大便干，苔薄黄或黄腻，脉滑或濡数。

病机分析：水肿虽退，水湿未清，气机不畅，而津不上承，故纳呆胸闷，口干不引饮；湿热下迫为小便黄，大便干。舌苔薄黄或黄腻，脉滑或濡数乃湿热未清之象。

治法：清化湿热。

方药：甘露消毒丹《温热经纬》）加减。

黄芩 连翘 藿香 射干 白茅根 荠菜花 苎麻根 益母草 茯苓

7.2.1.3.2 肾阴亏虚证

临床表现：水肿已退，口干或有低热盗汗，腰酸，小便黄，大便干，舌红少苔，脉细数。

病机分析：水湿化热，久留伤阴，水肿虽退，阴液亏虚之象明显，故口干或有低热盗汗，腰酸，小便黄，大便干；舌红少苔，脉细数为阴虚有热之征。

治法：滋阴清化。

方药：六味地黄丸（《小儿药证直诀》）加减。

生地 丹皮 泽泻 茯苓 地骨皮 旱莲草 白茅根

加减：有低热者，加银柴胡、青蒿、白薇；咽干痛者，加玄参、青果。

7.2.1.3.3 脾肾气虚

临床表现：水肿已退，或晨起面部稍肿，神疲乏力，腰酸，纳呆，舌淡红，苔薄，脉濡细。

病机分析：水湿久留而脾肾气虚，故肿退仍见晨起面部稍肿，神疲乏力；运化失常故纳呆，肾虚则腰酸，舌脉皆气虚之象。

治法：益气健脾。

方药：补中益气汤（《脾胃论》）加减。

党参 黄芪 白术 茯苓 陈皮 甘草 仙鹤草

加减：腰酸痛者，加牛膝、桑寄生；镜下血尿者加茜草根、血余炭；尿蛋白质不除者，加芡实、山药。

急性肾小球肾炎病初起皆为实证，且多为热证，至恢复期虽邪衰正虚，但一般皆为余邪不清，正虚不甚，临床表现上虚证不明显。恢复期患者一般临床症状消除，大多数主要

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

为镜检红细胞不消失，或少量尿蛋白存在，过度劳累或受凉后感冒发热，常致尿中红细胞反复增多，因此，除服药治疗外，须注意调养护理，防止外感是十分重要的。

7.2.2 慢性肾小球肾炎

慢性肾小球肾炎是多种病理类型的原发性肾小球疾病在病程过程中的一个共同后果。

诊断要点：①有较长时期的高血压、水肿；②持续性尿常规检查异常，中到重度量蛋白尿，尿沉渣异常（尤其是红细胞管型和肾小球性红细胞）；③肾功能有轻度损害，并缓慢不停地进展；④肾脏可有对称性缩小；⑤X线确诊肾盂肾盏等收集系统正常；⑥确已排除其它疾病引起的继发性慢性肾小球肾炎。

慢性肾小球肾炎因其病程缓慢发展，故在整个病程中，正气与病邪的消长，导致病机的复杂性和证候多变。急性肾炎后期的余邪未尽，湿热留连，迁延未愈而致正气日衰；或劳倦内伤，情志抑郁，伤脾败胃，致脾失健运，水湿内停；或房劳过度，肾气虚弱，而致肾不能化气利水，水气阻滞而成水肿；水湿逗留日久，湿热内盛，气机紊乱，瘀血内阻，瘀水相交，加重水肿。久病必虚，尤其是以脾肾虚损为主，在脾肾两虚引起水肿症候的同时，肾虚精微不固，复加湿热、瘀血影响肾之封藏，可见蛋白尿，肾虚则腰膑失养，而腰酸且痛。肾阴不足，水不涵木，肝阳上亢。脾肾两虚，水湿内停，郁久化热，湿热下注，伤及血络而见血尿。因此慢性肾炎是在脾肾两虚的基础上，夹杂湿热瘀血的证候。

7.2.2.1 脾肾两虚无水肿

临床表现：腰膝酸软，头晕目眩，神疲肢倦，少气懒言，面色欠华，纳差便溏，舌淡苔白，脉细弱。

病机分析：脾居中焦为气血生化之源，脾气虚弱而健运失职致气血不足，见神疲肢倦，少气懒言，面色少华；腰为肾之府，肾虚则腰膝酸软；脾虚不运，脾阳不升，水湿下注，纳差便溏；气血不足无以上荣而头晕目眩。

治法：健脾益肾。

方药：参苓白术散（《太平惠民和剂局方》）合二至丸（《医方集解》）加减。

党参　山药　白术　扁豆　茯苓　薏苡仁　桔梗　甘草　莲子肉　砂仁　女贞子　旱莲草

加减：若腰酸者加杜仲；腹胀者加陈皮、大腹皮。

7.2.2.2 脾肾阳虚水肿

临床表现：肢体甚至全身水肿，腰酸肢冷，面色苍白，大便溏薄，尿少色清，舌淡胖，苔白腻，脉沉细。

病机分析：脾阳不振不能运化水湿，肾阳虚损，气化无力，固摄无权，水被遏阻而见水肿；脾肾阳虚，肢体失于温煦，腰失所养，而见腰酸肢冷；尿少色清、面色苍白、大便溏薄乃阳虚之象。

治法：温肾利水。

方药：真武汤（《伤寒论》）加减。

附子　茯苓　白芍　干姜　白术

加减：肾阳虚加肉桂、补骨脂；水肿甚者加大腹皮、车前子以增强利水之效，脾虚甚者加黄芪、党参健脾益气；有血瘀之证加丹参、益母草活血化瘀。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.2.2.3 肝肾阴虚 湿热内蕴

临床表现：头晕耳鸣，腰酸腿软，口苦咽干，虚烦失眠，小便黄赤或涩痛不利，或见尿血，或见肢体轻度浮肿，舌红少苔，脉弦细。

病机分析：肝肾阴虚，腰膑失养而腰酸腿软；肝阳上亢，肝风内动而头晕耳鸣；虚火上扰则口干咽燥，心烦失眠；湿热内蕴，下注膀胱，小便黄赤或涩痛不利；热伤血络，血随尿出而见血尿；湿热内蕴，水湿停滞，溢于肌肤而见肢体浮肿。

治法：滋补肝肾，清热利湿。

方药：麦味地黄汤（《医级》）加减。

麦冬 五味子 黄柏 山萸肉 生地 泽泻 山药 茯苓 丹皮

加减：头晕耳鸣重者加枸杞子、菊花、钩藤滋阴潜阳；尿血者加大蓟、小蓟、白茅根；尿涩痛不利加木通、萹蓄、瞿麦清利湿热；心烦失眠加淡竹叶、栀子清热除烦。

7.2.2.4 气阴两虚

临床表现：腰酸遗精，肢体微肿或不肿，心悸气短，面色无华，神疲倦怠或咽干口燥，面色无华，舌红少苔，脉细数。

病机分析：病程日久，耗伤气阴，损及营血，肾阴不足，则腰酸遗精，肢体微肿或不肿；气虚则神疲倦怠；血虚则心悸气短，面色无华；阴虚内热而咽干口燥；舌红少苔，脉细数为气阴两虚之象。

方药：参芪地黄汤（《沈氏尊生书》）。

党参 黄芪 生地 山萸肉 山药 茯苓 丹皮 泽泻

方中党参、黄芪补气固本，生地、山萸肉、山药滋补肾阴，丹皮滋阴清热，泽泻利水而不伤阴。

加减：咽痛者加麦冬、沙参、赤芍以养阴活血；肢体浮肿较重者加猪苓、车前子利水消肿。

7.2.2.5 正虚络阻

临床表现：腰痛固定不移或刺痛，面色黧黑，皮肤干燥或有瘀斑、瘀点，尿量减少，肢体浮肿，舌紫黯或瘀斑，脉涩沉或细数。

病机分析：疾病日久，久病入络，气机紊乱，水湿内停，瘀血阻滞，肾络痹阻而见腰痛固定不移，尿量减少，肢体浮肿；瘀血内停，而见皮肤干燥、瘀斑瘀点、面色黧黑。

治法：扶正逐邪，祛瘀通络。

方药：桃红四物汤（《医宗金鉴》）加减。

桃仁 红花 当归 川芎 赤芍 益母草 丹参 茯苓 生黄芪

7.2.3 肾病综合征

肾病综合征是以大量蛋白尿为主要表现的一个临床症候群。可分为原发性和继发性两大类，前者为原发性肾小球疾病，后者则是由于全身性疾病损伤肾小球所致，如系统性红斑狼疮。本处主要讨论原发性肾病综合征的辨治。

诊断要点：①大量蛋白尿，每日 $>3.5g$；②低蛋白血症，血浆白蛋白 $<30g/L$；③高脂血症；④水肿。其中①②项为必备。须注意的是，严重的低蛋白血症时，尿蛋白排出量常减少而达不到上述标准，故临床诊断肾病综合征时需对此注意。以上排除了继发性肾病

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

综合征，便可诊为原发性肾病综合征。

常复发性肾病综合征是指治疗后能完全缓解，但在1年内复发3次或半年内复发2次以上者。在停用激素后即复发或当减量过程中复发者，称为激素依赖性肾病综合征，是常复发性肾病综合征的一个严重类型。

对肾病综合征，中医认为是由先天不足，或烦劳过度，损伤正气，或久病失治、误治，引起脏腑气血、阴阳不足，尤其是脾肾亏虚。肾虚则失封藏，精气外泄，下注膀胱则出现大量蛋白尿；脾虚则致精微物质生化无源，加之肾虚外泄，则可致机体精气更亏，故而出现低蛋白血症。脾虚水湿运化失司，肾虚气化不利，水湿内停，泛溢于肌肤则为水肿；脾肾俱虚，损及肝脏，而使肝阴亦虚，肝阴虚则肝阳上亢。病变过程中，以肝、脾、肾功能失调为重心，致阴阳气血不足，为本病之本，水湿、湿热、瘀血阻滞为本病之标，表现为虚中夹实之复杂病理过程。因正气虚弱，易复感外邪而加重病情，形成恶性循环，正气愈虚，邪气愈盛，湿浊诸邪更甚，致病情迁延难愈。

7.2.3.1 风水泛滥

临床表现：先见眼睑及颜面浮肿，然后迅速波及全身，肢节酸重，小便不利，其中有兼见恶风寒、鼻塞、咳嗽、苔薄白、脉浮而紧的风寒证和兼咽部红肿疼痛、舌红苔黄、脉浮数的风热证

病机分析：风为阳邪，善行数变，其性向上，故与水湿相合，多先见眼睑及颜面浮肿，然后迅速波及全身；水湿困阻经络，下注膀胱，气化失常，则肢节酸重，小便不利。如兼风寒之邪外袭，卫表失常，肺气失于宣散，故恶风寒，鼻塞，咳嗽，苔薄白，脉浮而紧。如兼风热之邪外袭，则咽部红肿疼痛，舌红，苔黄，脉浮数。

治法：祛风散寒，利水渗湿；或祛风清热，利水渗湿。

方药：①风寒为主者用麻杏五皮饮（经验方）加减。

生麻黄　杏仁　茯苓皮　陈皮　大腹皮　桑白皮　车前草　生姜皮

②风热为主用越婢汤（《金匮要略》）合麻黄连翘赤小豆汤（《金匮要略》）加减。

生麻黄　生石膏　连翘　白茅根　黄芩　赤小豆　鲜芦根　鱼腥草　桔梗

加减：若表邪解，可去麻黄、杏仁或石膏；尿检仍有蛋白或红细胞者，可加入雷公藤多甙片，每次20mg，每日3次。

7.2.3.2 湿热蕴结

临床表现：遍身浮肿，皮色润泽光亮，胸腹痞闷，烦热口渴，大便干结，小溲短赤，或皮肤有疮疡疖肿，舌红，苔黄腻，脉滑数。

病机分析：水湿弥漫三焦，外溢肌表，气机升降失常，故为遍身浮肿，皮色润泽光亮，胸腹痞闷；水湿化热，湿热壅结，津液不能上承，则烦热口渴，大便干结，小溲短赤；如湿热化毒，外发而见皮肤有疮疡疖肿；舌脉为湿热内蕴之象。

治法：分利湿热。

方药：疏凿饮子（《世医得效方》）加减。

商陆　泽泻　赤小豆　川椒目　槟榔　大腹皮　茯苓皮　生大黄　苍术　厚朴　羌活

加减：药后仍大便不通，湿热郁闭而病势急迫者，可仿己椒苈黄丸及巴黄丸意，倍大黄，加汉防己、葶苈子。另暂用生巴豆研末装入胶囊中吞服。有皮肤疮疡热肿者，可加金

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

银花、连翘，或蒲公英、紫花地丁等清热解毒，

7.2.3.3 瘀阻肾络

临床表现：面浮肢肿，迁延日久，皮肤甲错，或现红丝、赤缕，瘀点瘀斑，或腰痛尿赤，舌淡或红，舌边有瘀点，舌下筋脉瘀紫，苔薄黄或腻，脉细涩。

病机分析：水湿与瘀血内阻，水湿不行常道，内停泛滥肌肤，故面浮肢肿；瘀血阻滞，血液运行不畅则不能荣于外而皮肤甲错，或现红丝赤缕，瘀点瘀斑；瘀血滞于内，血行不通则腰痛尿赤。结合诸症舌脉，均为瘀血阻滞肾络之征。

治法：益肾行瘀。

方药：桃红四物汤（《医宗金鉴》）加减。

桃仁 红花 当归 川芎 赤芍 益母草 水蛭 泽兰

加减：瘀阻甚者，加大上述用量并加廑虫、蜈蚣；兼肾气虚者，加党参、黄芪、仙灵脾；肝肾阴虚者，加地黄、鳖甲；脾肾阳虚者，加白术、附子；有热邪者，加金银花、紫花地丁；血尿明显者加蒲黄、三七。

7.2.3.4 肾气亏虚

临床表现：晨起面浮，傍晚跗肿或肿不甚，但感腰酸身重，形体困倦，甚则疲于行立、不耐久坐，舌淡红，苔薄，脉偏沉细。

病机分析：肾主水，水液代谢失常，停聚于内，故晨起面浮，傍晚跗肿；腰为肾之府，肾虚则腰酸，水留则身重；肾主骨，藏精，肾气虚，精不足，故形体困倦，甚至疲于行立，不耐久坐，肾为至阴之脏，肾气虚故脉偏沉细，舌淡红。

治法：补益肾气。

方药：济生肾气丸（《济生方》）加减。

附子 桂枝 熟地 泽泻 丹皮 山萸肉 山药 茯苓 车前子 川牛膝 黄芪 仙灵脾

7.2.3.5 脾肾阳虚

临床表现：面色㿠白，形寒肢冷，遍身悉肿，按之没指，甚者可伴胸腹水，胸闷气急，小便短少，大便溏薄，舌淡体胖，脉沉细。

病机分析：阳气虚衰，故面色㿠白，形寒肢冷；水湿不化，开合失司，水液不得正常运行排出而停于体内，溢于肌肤，故见遍身悉肿，按之没指，甚者可伴胸腹水；湿浊上泛，气逆于上则胸闷气急；脾虚则运化失常，水湿渗透于肠道而小便短少，大便溏薄；脉沉细为水湿在里而脾肾虚，舌淡而胖则为水湿内壅而阳气已衰。

治法：温补脾肾，通阳利水。

方药：真武汤（《伤寒论》）合实脾饮（《重订严氏济生方》）加减。

附子 桂枝 白术 生白芍 干姜 赤猪苓 茯苓 泽泻 槟榔 葫芦壳

加减：若兼恶寒无汗、发热头痛、咳嗽鼻塞等风寒外感者，去干姜、白术，加麻黄、细辛。阳虚水泛，喘促不能平卧，证情急迫者，合己椒苈黄丸攻逐水湿，以助阳气伸展。

7.2.3.6 肝肾阴虚

临床表现：浮肿不甚，口干，咽喉干痛，头目昏眩，性情急躁，腰酸尿赤，盗汗，烦

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

热，舌红，脉细弦数。

病机分析：肝肾阴虚而湿热留恋不去，水湿留滞则浮肿不甚，湿热伤阴，扰于上则口干，咽喉干痛，湿热下注故尿赤；阴虚阳亢则头目昏眩，上扰心神则性情急躁；肾虚则腰酸，阴虚则盗汗、烦热；舌红，脉细弦数，为肝肾阴虚之征。

治法：滋补肝肾，兼化水湿。

方药：二至丸（《证治准绳》）合杞菊地黄丸（《医级》）加减。

女贞子　旱莲草　干地黄　菊花　枸杞子　牡丹皮　泽泻　茯苓　山药　益母草

加减：水肿较甚者，加车前草、半边莲、半枝莲；尿赤不已者，加生茜草、生地榆。

7.2.3.7　正气衰惫，浊毒内留

临床表现：面色萎黄，眼睑虚肿，神疲乏力，语音低怯，胸腹痞闷，呕吐厌食，口中有尿臭，或小便短少，或夜尿多，甚至者则昏愦、抽搐、皮肤瘙痒，黑粪，舌淡无华，苔腻或腐，脉细或滑，按之无力。

病机分析：水湿久留，湿浊化毒，大伤气血，故见面色萎黄，眼睑虚肿，神疲乏力，语音低怯；湿浊内阻，升降失常，气机不畅故胸腹痞闷，湿浊上泛则呕吐厌食，口中有尿臭；正气衰惫故小溲短少，或夜尿多；神气虚衰则昏愦；筋脉失养，血行不畅故见抽搐、瘙痒；血不归经、统摄失职则见黑粪；脉细、按之无力、舌淡无华为心虚；脉滑，苔腻或腐属湿浊内留。

治法：温脾益肾，通阳泄浊。

方药：内服用温脾汤（《备急千金要方》）加减。外用灌肠方灌肠。

内服方：人参　制附子　丹参　吴茱萸　黄连　晚蚕砂　六月雪　玉枢丹　制大黄　法半夏

灌肠方：生大黄　生牡蛎　附子　地榆

加减：若呕吐不已者，加藿香、苏叶；黑便者，加三七或云南白药；昏愦者，加郁金、石菖蒲；抽搐者，加牡蛎、鳖甲、龟甲；水犯高原，湿浊凌心，致气急不得卧者，加葶苈子，增大黄用量；便溏者，用制大黄。灌肠方一般药液量为150～200ml，温度37℃～40℃左右。高位保留灌肠，药液灌入后，要抬高臀位，慢慢拔出肛管，嘱患者平卧休息半小时。尽量保持较长时间。

7.2.4　狼疮性肾炎

系统性红斑狼疮是一种累及多脏器的炎症性自身性免疫性疾病。当其损害肾脏时称为狼疮性肾炎。其发病率在我国平均为万分之一，近年有上升趋势。

狼疮性肾炎的临床表现呈多样性，可没有明显症状而仅有实验室检查异常，亦可有凶险的暴发型表现，少数病人可无肾外的表现。系统性红斑狼疮的诊断标准，目前多参照美国风湿学会1982年修订的分类标准，即符合以下4项或4项以上即可诊断：①蝶形红斑；②盘状红斑；③光敏感；④口腔溃疡；⑤多发性关节痛；⑥浆膜炎（胸膜炎和/或心包炎）；⑦肾损害（蛋白尿或细胞管型）；⑧神经系统损害（癫痫或精神病）；⑨血液系统异常；溶血性贫血或白细胞减少（淋巴细胞减少及血小板减少）；⑩免疫学异常；⑪ANA阳性。

判断狼疮活动的指标：①临床上有不明原因的发热、皮疹、红斑、紫癜、关节痛、脱

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

发及新近发生的高血压等；②尿液检查蛋白尿和/或血尿明显加重，尿 FDP 增高；③肾功能恶化；④免疫学指标有明显变化，特别是抗双链 DNA 抗体滴度升高、补体下降，尤其是 C_3 降低；⑤肾活检提示有狼疮性肾炎的活动。

免疫学检查中抗核抗体阳性，其阳性率为 90%，特异性为 70%；抗双链 DNA 抗体阳性，其特异性高达 96%，但阳性率在未治疗的活动性系统红斑狼疮患者中占 70%；抗 Sm 抗体阳性，阳性率仅为 25%，特异性达 99%；血清补体（C_3、C_4）、总补体在狼疮性肾炎活动期大多下降，阳性率约为 66%；血清循环免疫复合物可为阳性；血清 γ 球蛋白可升高。皮肤狼疮带试验可表现与真皮交界处颗粒状免疫球蛋白（IgG）和补体成分沉积，病变处皮肤阳性率为 90%，但特异性差，非病损处阳性率约为 50%，但特异性达 80% 以上。

中医认为本病是由于先天禀赋不足，肾精亏虚；或七情内伤，阴阳失调，气血逆乱，营卫不和，卫外不固；或感湿邪之毒侵袭；或服食毒热之品（药物等），故气血运行不畅，阻滞经络血脉，邪毒久稽，灼伤阴血，浸淫筋骨脏腑，损害肾脏而致。发病过程初以阴血不足，热毒炽盛，继之阴损及阳，导致阳气不足，脾肾阳虚，开合不利，水液停聚而为水肿。

7.2.4.1 热毒炽盛

临床表现：发热持续不退，喜冷饮，躁扰不安，甚则神昏谵语，面部对称性红斑，色泽鲜红或皮下红斑，关节疼痛，伴双下肢浮肿，或血尿、尿浊，腰痛，舌质红或紫黯，苔薄黄，脉数而濡。本证多见于狼疮性肾炎的活动期（急性发作期）

病机分析：阴虚心火亢盛，复感热毒之邪，两热相搏而成本病。阴血不足，热毒炽盛而伤津则发热不退、口渴；热扰神明则躁扰不安；热灼营血，心主血其华在面，故面部红斑，色鲜红；热伤血络则皮下红斑；邪热伤气，气血不通则腰痛、关节痛、双下肢浮肿；热注膀胱，则尿血，尿浊。舌质红或紫黯，苔薄黄，脉数而濡均为热毒炽盛，阴虚血热所致。

治法：清热解毒，凉血止血。

方药：犀角地黄汤（《备急千金要方》）加减。

水牛角　丹皮　赤芍　黄芩　黄连　生地　金银花　益母草

加减：热毒盛者加银花、益母草、生大黄；血尿明显加小蓟、白茅根、旱莲草；水肿、排尿不畅者加白茅根、车前子、茯苓、冬瓜皮；渴甚者加石斛；发热盛者加生石膏、知母、柴胡。

7.2.4.2 阴虚内热证

临床表现：面部潮红，发热，腰膝酸软，头晕目眩，低热，口干咽燥，五心烦热，潮热，盗汗，尿黄便干，舌质红少苔，脉细数。本证多见于狼疮性肾炎的亚急性期或轻度活动期。

病机分析：阴虚内热为本证之本。阴虚内热，故见低热、五心烦热、潮热盗汗、咽干、舌红而干；苔少、脉细数，为阴虚、虚火上炎之症。

方药：知柏地黄汤（《医宗金鉴》）加减。

熟地　山萸肉　山药　茯苓　丹皮　泽泻　知母　黄柏

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

加减：若口干、心烦、舌红、颧红重者加玄参、首乌；伴浮肿可加党参、茅根、茯苓；有血尿、蛋白尿者加小蓟、益母草。

7.2.4.3 肝肾阴虚

临床表现：面部红斑色泽不鲜，头晕目眩，视物昏花，筋脉拘急，爪甲枯荣，急躁易怒，腰膝酸软，男子遗精或女子经少，闭经或月经过多，五心烦热，腹部胀满，尿短赤、混浊如脂膏，舌红少苔，脉弦细数，本证多见于狼疮性肾炎的缓解期。

病机分析：肝肾阴虚，病变日久，则面部红斑色泽不鲜；肝阴不足精血亏损，不能濡养肝络，则视物昏花，筋脉拘急，爪甲枯荣，急躁易怒；肝肾阴虚，津液不能施布，停于中焦则腹部胀满，小便短少而赤；阴虚火旺，精不自守，则尿混浊如脂膏，持续低热、五心烦热，口干咽燥，潮热盗汗，失眠多梦，月经失调，遗精；舌质红绛、少苔、脉细数或弦数等均为肝肾阴虚火旺之征。

治法：滋补肝肾。

方药：六味地黄汤（《小儿药证直诀》）加减。

熟地　山萸肉　山药　茯苓　丹皮　泽泻　大黄

加减：水肿甚者加白茅根、茯苓；血尿、蛋白尿者加小蓟、白茅根、茜草。

7.2.4.4 脾肾阳虚

临床表现：两颧红斑色黯，面色不华，头目眩晕，畏寒肢冷，气短懒言，食少便溏，四肢乏力沉重疼痛，腰膝酸软或冷痛，小便不利，白浊日久不愈，肢体浮肿，男子阳痿，女子月经不调，舌体胖边有齿痕，舌质紫黯或红，或舌质淡，苔薄白，脉沉细无力。本证多见于肾病综合征。

病机分析：脾肾阳虚则水湿聚而不化，溢于肌肤则四肢沉重疼痛，甚则浮肿，聚而不行则小便不利；清阳不升则头目眩晕；肾阳虚则不能温心阳，心阳虚则两颧红斑色黯不华；因脾阳虚则面色㿠白，气短懒言，食少便溏，四肢乏力；肾阳虚则畏寒肢冷，腰膝酸软，男子阳痿，女子月经不调；阳虚不固则小便白浊而日久不愈；舌胖边有齿痕，苔薄白，脉沉细无力，均为阳虚之象；舌质黯为阳虚血瘀。

治法：温补脾肾，淡渗利水。

方药：真武汤（《伤寒论》）加减。

茯苓　白芍　白术　生姜　附子

加减：伴阴虚者加生地、阿胶；气虚重者加沙参、党参；腰痛明显者加桑寄生、川断。

7.2.4.5 气阴两虚

临床表现：神疲体倦，少气懒言，自汗盗汗，头晕耳鸣，口干咽燥，五心烦热，脉细数，多见于经长期标准激素治疗后，疾病基本不活动，身体较虚弱者。

病机分析：久病体虚，损伤脾气，脾气虚则神疲体倦，自汗；久病耗及肾阴，真阴不足，脑髓空虚，水火不济，相火妄动，则头晕耳鸣；阴虚内热，阴不敛阳，故自汗盗汗，口干咽燥，五心烦热；舌红少苔、脉细为阴虚之候。

治法：益气滋阴。

方药：四君子汤（《太平惠民和剂局方》）合六味地黄丸（《小儿药证直诀》）。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

党参 白术 茯苓 熟地 山茱萸 山药 泽泻 丹皮 甘草

加减：易感冒者加防风；贫血重者加黄芪、当归。

7.2.5 糖尿病肾病

糖尿病肾病是糖尿病经多年以后引起的肾小球硬化、小动脉性肾硬化、肾盂肾炎和肾乳头坏死等，最后直接导致肾功能衰竭。有报告，糖尿病 10～20 年后，约半数会发生肾功能不全，其发病机理尚未完全阐明。

诊断要点：①糖尿病史多年和/或糖尿病的其它器官的微血管病变（如眼底改变、周围神经炎、心肌病、动脉硬化及冠心病等；②蛋白尿持续 > 0.5g/24h 而除外高血压及其它肾脏病；③尿中有微量白蛋白，尿蛋白日排泄率的测定有助早期诊断；④可表现为肾病综合征，晚期可出现肾功能不全。

病机分析：糖尿病肾病中医认为初期为消渴，中期出现一些变证如水肿、眩晕，后期因久病全身脏腑机能减退而见虚劳，长期过食肥甘厚味，恣食醇酒，刺激损伤脾胃，脾失健运，胃失和降，中焦积热消谷耗津而为消渴。情志过极，郁怒伤肝，肝气郁结，久郁化火，伤津化燥，加之肾脏素虚，肾之闭藏失司，肾亏液枯，阴虚阳亢而见眩晕。又因劳欲过度，肾精亏损，阴虚生内热，阴津暗耗致脏腑失于濡养，其功能日渐虚弱致气血虚弱，阴阳失调。然肾脏又为五脏六腑之精之藏所，肾虚而无精可藏，气化无力则水湿潴留而成水肿。糖尿病肾病进一步发展，久病缠绵不愈致虚劳。总之，使肝脾肾三脏受累，其中以肾为重点。

7.2.5.1 阴虚内热

临床表现：烦渴多饮，多食善饥，口干舌燥，尿频量多，舌边尖红，苔薄黄，脉洪数。

病机分析：病由饮食不节，积热于胃而起，热久伤阴，阴虚而内热更甚，胃热熏灼于肺，肺热伤津，津液耗伤故烦渴多饮；肺胃阴伤，热则消谷，故多食善饥，口干舌燥；饮水多而津液下趋，肾失固摄之能，水谷精微自小便而解，故尿频量多；舌边尖红，苔薄黄为阴虚内热之象；脉洪数为内热旺盛之象。

治法：清热养阴。

方药：白虎加参汤（《伤寒论》）合消渴丸（《丹溪心法》）加减。

石膏 知母 生地 玄参 天花粉 葛根 黄连 山药 沙参 麦冬 石斛

7.2.5.2 气阴两虚

临床表现：形体消瘦，面色黑黄，疲乏无力，多汗，心慌气短，口渴多饮，小便频数而多，头晕眼花，大便秘结，舌尖红苔薄，脉细数无力。

病机分析：胃热火盛，耗伤气阴，肌肉失养，则形体消瘦，面色黑黄，元气虚，不能护卫表，则疲乏无力，多汗；阴血亏，不能营养，故心慌气短，头晕眼花，大便秘结；热燔火灼，引水自救，则口渴多饮；燥热下汲肾水，气化失常，不能主水，故小便频数而多；舌脉为气阴亏损之征。

治法：益气滋阴清热。

方药：生脉散（《内外伤辨惑论》）合六味地黄丸（《小儿药证直诀》）加味。

人参 麦冬 五味子 生地 山药 山茱萸 丹皮 泽泻 茯苓 枸杞子 玄参 天

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

花粉　黄柏　益母草　北芪

加减：兼见胸闷刺痛加赤芍、川芎，合并白内障、目花、视力下降，加服杞菊地黄丸；合并雀盲、目不明者，可加服石斛夜光丸；合并四肢麻痛者，加木瓜、秦艽、牛膝；便秘不通者，加瓜蒌、酒大黄。

7.2.5.3　阴阳两虚

临床表现：小便频数，混浊如膏，面色黧黑，腰膝酸软，其则阳痿，颜面下肢浮肿，舌黯淡，苔白，脉沉细无力。

病机分析：久病伤肾，肾之阴阳俱虚，不能约束水液，故小便频数，混浊如膏；水谷精微随尿液下注，无以营养周身，则面色黧黑。肾主骨，腰为肾之府，肾虚故腰膝酸软；命门火衰，宗筋弛缓，故阳痿；肾虚开合失司，则水无以制，则面足微肿；舌黯淡苔白，脉沉细无力，为阴阳两虚之象。

治法：益肾助阳固涩。

方药：济生肾气丸（《济生方》）加减。

制附子　肉桂　熟地　山药　山萸肉　茯苓　泽泻　牛膝　车前子

加减：浮肿明显者，合五苓散加减；胸闷刺痛者，加丹参、川芎、红花、檀香；脱疽者加水蛭、蜈蚣、毛冬青；水瘀交阻者加泽兰、益母草。

7.2.5.4　阳虚水泛

临床表现：面浮身肿，腰以下为甚，按之凹陷不起，眩晕心悸，腰部冷痛酸重，尿量减少，甚或无尿，口淡不渴，肠鸣便泄，舌淡胖，苔白，脉沉细。

病机分析：肾阳虚衰，水液泛滥，且阴盛于下，故面浮身肿，腰以下为甚，按之凹陷不起；水气上逆故眩晕心悸；腰为肾之府，肾虚而水气内盛，则腰部冷痛酸重；肾虚则膀胱气化不利，则尿量减少，甚或无尿；脾阳虚，清阳不升，故口淡不渴，肠鸣便泄。阳虚则舌淡，脉沉细；水泛则舌胖苔白。

治法：温肾健脾，化气利水。

方药：真武汤（《伤寒论》）加减。

制附子　白术　茯苓　山药　白芍　益母草　泽泻　黄芪　车前子　生姜

7.2.5.5　正气衰败　浊毒内侵

临床表现：面色萎黄，恶心呕吐，口有尿味，胸脘痞闷，头身沉重，甚或昏愦、抽搐，小便混浊，下肢浮肿，舌淡无华，苔厚腻，脉沉无力。

病机分析：消渴病阴损及阳，阴阳气血俱不足，故面色萎黄，舌淡无华；脾肾阳虚，不能化气行水，输布津液，致使水邪停聚故下肢浮肿；湿浊中阻，胃失和降，则胸脘痞闷，恶心呕吐；尿浊上逆，故口有尿味；湿浊下注，则小便混浊；神气衰败，浊毒上蒙，则昏愦；筋脉失养，血行不畅，则抽搐、头身沉重；苔厚腻为湿浊内盛之象。

治法：温脾肾，泻浊毒。

方药：温脾汤（《备急千金要方》）合黄连温胆汤（《备急千金要方》）加减。

人参　附子　黄连　陈皮　法半夏　藿香　厚朴　白蔻仁　大黄　车前子　竹茹　茯苓

加减：若神志昏愦加菖蒲、郁金，并用灌肠方（见肾病综合征）；若抽搐则加牡蛎、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

蜈蚣；大便黑或呕吐者，加三七粉、白及。

7.3 临床用药经验与体会

水肿是常见的临床症状，所属的疾病范围广，近代医家潜心研究，积累了丰富的临床经验，对我们今天的临床具有指导作用。现将其经验整理归纳为以下两个方面。

7.3.1 治则与方剂

水肿治疗从整体着眼，根据阴阳盛衰，邪正消长，病变的虚实、缓急，确定治则、治法以遣方用药，治水肿首当消肿，肿消后再予以扶正，恢复脏腑功能。消肿之法不外乎发汗、攻下、利水等，此即《内经》所谓："开鬼门，洁净府，去菀陈莝"。发汗适用于水肿兼有表证者；攻下适用于水肿较重，病程短而体实者；利尿法是水肿常用的治法，有健脾利水、温阳利水、行气利水、益气利水等。水肿治疗可分3个阶段，第一阶段以发汗、攻逐、利水为主，加少量补益药，如十枣汤、舟车丸、疏凿饮子、导水茯苓汤、麻黄连翘赤小豆汤、五苓散、五皮饮、实脾饮等；第二阶段以利水药与补益药各半，如真武汤、防己黄芪汤；第三阶段以补益药为主稍加利水药，如济生肾气丸、金匮肾气丸等。若上半身肿者，治以宣通肺气，用越婢汤、麻黄连翘赤小豆汤，下半身肿显著且腹胀大者，治以健运脾阳，方用实脾饮、导水茯苓汤。长期水肿体质虚弱者用防己黄芪汤，四肢肿加附子，属水瘀交阻者用苓桂术甘汤或在辨证施治中加水蛭，伴有疖肿痈疽者，加清热解毒药。有人将阴水阳水结合分期治疗。如阳水前期，以疏表利水，采用麻杏五皮饮为主，助用越婢加术汤、麻黄连翘赤小豆汤；阳水中期以疏表通里利水，重则逐水，常采用导水茯苓汤为主方，助用疏凿饮子、五苓散、胃苓汤、十枣汤；阳水后期，治以培土化气行水，采用防己黄芪汤为主方，助用大橘皮汤、香砂六君子汤。阴水前期，治以扶阳利水，采用麻附五苓散为主方，助用苓桂术甘汤、防己黄芪汤；阴水中期治以温阳利水，采用实脾饮为主方，助用济生肾气丸、真武汤、香砂异功散；阴水后期，采用金匮肾气丸为主方，助用桂附理中汤、参术右归饮。

7.3.2 治法与用药经验

7.3.2.1 发汗消肿 本法是治疗水肿病变在肺而有外感的基本方法，即《内经》的"开鬼门"，适用于新起病或素有水肿而外感急性发作，以上半身、颜面水肿为甚，无汗或少汗，伴有咳嗽等肺系病证。发汗可使皮下的水湿从毛窍而出，从而起到消肿的作用。常用方剂有越婢加术汤、麻黄连翘赤小豆汤、甘草麻黄汤，常用于水肿发汗的药物有麻黄、桂枝、防风、苏叶、浮萍等，若与宣肺药同用，其功效更佳。因为宣肺能提壶揭盖起到利尿的作用。常用的宣肺药有麻黄、杏仁、桔梗等。其中麻黄宣肺发汗、消肿作用最强，并有利尿作用，是治疗急性水肿和水肿兼有表证的要药。如《金匮要略》中的甘草麻黄汤中只有甘草和麻黄，《备急千金要方》认为"诸皮中浮水致面目身体腰以上肿，皆以此汤发汗多愈"。若发汗消肿方加上走皮利尿药，如生姜皮、合欢皮、大腹皮、茯苓皮则有协同作用。《重订通俗伤寒论》的麻杏三仁汤是在仲景方的基础上发展而成为治疗水肿的验方，取麻黄、杏仁宣肺发汗，配茯苓皮、陈皮、生姜皮利水消肿。麻黄用于治疗水肿时，比单纯发汗散寒、宣肺平喘时的用量要大，一般用10～15g，个别时可用到20～25g，这时若有热证或防麻黄过汗，则伍甘寒的生石膏以佐其辛热，如越婢汤。但是石膏的用量不宜过

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

大，生石膏与麻黄之比若大于3:1，麻黄的发汗作用会明显减弱，所以麻黄用于发汗消肿时，生石膏与麻黄之比应在2~3:1为好。

7.3.2.2 祛风利水 本法是治疗风水的基本方法之一。常用防己黄芪汤、防己茯苓汤、木防己汤、防风散等。常用药物由两类组成，一类是祛风湿药如防风、防己、五加皮等；另一类是利尿消肿药，如茯苓、车前子等。防己是祛风利湿消肿的重要药物，常与白术、茯苓配伍应用，加强利尿作用，风水多因卫表不固，感受风邪，出现汗出恶风等症，常配伍生黄芪固表，如防己黄芪汤。防己有木防己与汉防己之分，祛风利水宜用木防己；若风邪已解，则宜用汉防己。汉防己的利尿作用比木防己佳。五加皮的祛风利水功效甚好，配用生姜皮则有祛风发汗消肿的功效。祛风利水与发汗消肿同中有异，二法均应用于水肿而有表证，发汗消肿以治风寒而且致水肿者；祛风利水法以治表虚感受风湿而致水肿者。

7.3.2.3 攻逐消肿 本法是用攻下逐水的药物，疏涤肠胃，泻下水液以达到消肿的目的，即《内经》的去菀陈莝法。只适用于高度水肿而属实证者，是治标的方法。由于药物峻下，易伤正气，只能作为权衡之计，不宜常用。代表方剂有十枣汤、舟车丸、禹功散、葶苈大枣泻肺汤等。药物有芫花、甘遂、大戟、商陆、牵牛子、葶苈子等。攻逐消肿药中以商陆为最重要，其走气分，通利三焦，主治水气在脾；葶苈子泄气闭，通水道，主治水气在肺。应用峻下药时必须与大枣配伍应用，大枣具有健脾益气，和胃生津的作用，可减少攻下药的副作用，保护脾胃之气。使用攻逐消肿药时，往往出现腹痛等症，都应加入行气药，如青陈皮、厚朴、槟榔、木香、茴香等，既可起协同作用，又可减少副作用。

7.3.2.4 利尿消肿 本法是治疗水肿的基本方法，即《内经》中的洁净府法，常与其它各法配伍使用，或于水肿已无外邪，腰以下肿为主，而无脏腑的虚损症状时也可单独应用。常用方剂有四苓散、猪苓汤去阿胶、车前子汤、赤小豆汤等。常用的药物有茯苓、猪苓、泽泻、车前子、防己、赤小豆等。茯苓、猪苓均是淡渗利水消肿之品，常配伍应用，能增强药效；茯苓具有健脾作用，猪苓则有清热功效；若再配滋肾而不伤阴的泽泻同用，则利尿消肿之力更佳。若脾湿不运，加白术，即四苓散；若阴盛而阳气不化，再加桂枝，即五苓散；若下焦湿热，可在茯苓、猪苓、泽泻的基础上加清利的滑石，即猪苓汤去阿胶；若阴伤而气不化水，再加养阴止血的阿胶，即猪苓汤；若水肿而有中焦湿滞，可选用车前子、泽泻、厚朴配伍应用，即车前子汤。

7.3.2.5 清热利水 本法主要应用于湿热蕴积中、下焦，中焦壅滞，膀胱气化失司所致的水肿，症见水肿皮肤绷急光亮，口干，尿时不适或有血尿等症。常用方剂有疏凿饮子、桂苓甘露饮、甘露消毒丹、三仁汤、清心莲子饮、中满分消饮等。常用药物由3类组成，其一是清热燥湿药，如川黄连、赤小豆、椒目等；其二是芳香化湿药，如白蔻仁、槟榔、厚朴、砂仁；其三是利水渗湿药，如茯苓、车前子、泽泻、薏苡仁、滑石、木通等。清热祛湿与走皮利尿药合用，也属于清热利水法的一种，代表方剂有桑白皮饮，则桑白皮、大腹皮与木通、车前子等配合能起到清热利水消肿的良好效果，若清热祛湿与清热凉血药合用，用于水肿兼有血尿者，代表方如小蓟饮子，若湿热弥漫三焦，留恋于气分而致水肿者，选用清热解表药与清热利湿药用，如甘露消毒丹，或选用宣化畅中药与清热祛湿药配伍，如三仁汤等。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.3.2.6 淡渗利水 本法主要应用于脾气不足，水湿内生所致的水肿，临床上表现为水肿较轻，或只有下午足肿，或伴有大便溏薄、面色萎黄等症，代表方剂有参苓白术散等。淡渗利水法的主要特点是利水而不伤阴，扶正而不碍脾，对轻度水肿面又脾气不足者有良好效果。由于脾气不足，水湿易困脾阳，加用醒脾燥湿的药物是非常重要的，常用的药物有砂仁、白蔻仁及木香、陈皮等。因脾气易下陷，脾湿重浊，也有下注的趋势，可适当加用一些升提药物，常用的药物有桔梗、升麻、柴胡等。淡渗利水的利尿消肿作用不很明显，可适当加用车前子、泽泻等，则效果更好。

7.3.2.7 温脾利水 本法是治疗脾阳不足，土不制水而致阴水的基本治疗方法，适用于水肿以身半以下为重，而兼有脾阳亏损、水湿中困症状者，代表方剂有实脾饮、理中丸等。温脾利水法主要由温阳健脾药组成，如附子、干姜、白术、大枣等，因土实方能治水。《医宗金鉴》则主要应用人参、白术、干姜、甘草、附子等，并重用茯苓而起到实脾利水的作用。由于脾阳不足，水湿较盛，水湿又中困脾阳，使脾阳既亏，又被水湿困遏，若只补脾肾之阳而不化湿治标，则效果也缓；若标本同治，则利水效果大增。而湿为粘滞之品，若适当加用行气药物，可使气行而湿化，常用的行气药有厚朴、木香、木瓜、大腹皮等。《金匮要略》的肾着汤是由甘草、干姜、茯苓、白术组成，具有暖土胜湿利水的作用，也是一首实脾利水的方剂。在阳气被抑的情况下，可适当加用通阳利水的药物，如桂枝等。仲景的苓桂术甘汤、苓桂枣甘汤也可用于治疗水肿，必须重用茯苓，起到土实水治的效果。

7.3.2.8 行气利水 本法主要用于水潴气滞的水肿。湿性重浊粘滞，阻碍气机，气行不畅，使水气不流而停聚，成为水肿。行气辅佐于利水治则，起到气行则水行的作用，常用方剂有导水茯苓汤、大橘皮汤、木香流气丸、沉香大腹皮汤、木通通气丸、白术木香散等。常用药物有槟榔、大腹皮、陈皮、木香、厚朴、白蔻仁等。此类药很少单独使用。气不行有时是脾气虚无力以行，若有脾气虚时配伍人参、白术、茯苓等，如中满分消丸。因肝主疏泄，调畅气机，推动津液运行；若肝失疏泄，也会导致津液的输布代谢障碍而产生水肿，可配伍柴胡、枳壳等。

7.3.2.9 益气利水 本法主要应用于脾气不足，气不化水而致的水肿。益气利水法在《金匮要略》中已有应用，如防己黄芪汤、防己茯苓汤等。常用的药物有黄芪、茯苓、山药、白术等。治疗水肿时应用黄芪以生黄芪为宜，其利水作用较炙黄芪为好，但在益气方面则较逊；应用益气利尿药时，可与生姜、大枣配伍，增强利水作用。《金匮要略》中众多治疗水肿的方剂中，有生姜和大枣两味的方剂有如越婢加术汤、麻黄连翘赤小豆汤，单用大枣的有十枣汤、葶苈大枣泻肺汤等。可见大枣、生姜的益气利水、扶脾和胃作用是明显的。益气利水法常与人参配伍，以加强益气功效，如《外台》茯苓饮等。李杲的黄芪补中汤，人参、生黄芪、甘草补中益气，陈皮、泽泻、猪苓、茯苓、白术、苍术利水燥湿，是一首著名的益气利水方剂，为临床所常用。《金匮钩玄》认为“因脾虚不能制水而妄行，当以参术补脾，使脾气实，则自能健行，自能升降，运动其枢机则水自行，非五苓散之行水也，宜补中行湿利小便，切不可用通下药。”

7.3.2.10 通阳利水法 主要应用于阳气尚未虚损，而水湿较盛，困遏阳气，使阳气不能伸展，产生阳不化湿所致的水肿。阳气困遏与因阳气不足或虚损而致的水肿是有根本

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

区别的。所以通阳利水法是应用于实证的阳水，若应用于虚证的阴水则应加温补脾肾的药物，通阳利水法的代表药物是桂枝，代表方剂是五苓散。桂枝宜用桂枝尖，能达四末及皮下，则通阳利水作用良好。寒湿袭表，使卫阳被遏，肺失宣肃，水道不通而致水肿者，也可应用通阳利水法，但需要加强解表散寒的作用，如消水圣愈汤。

7.3.2.11 温肾利水法 本法主要应用于肾阳虚损，水气不化的水肿。温肾利水法和实脾利水法均属于温阳利水法，常用的温肾药物有附子、肉桂等，代表方剂有济生肾气丸、真武汤等。桂、附温燥刚峻，易伤真阴，仙茅、仙灵脾、巴戟天等则较为温润，或选用鹿角片、鹿茸、牛鞭等血肉有情之品，与利尿消肿药配伍应用，也具有良好的效果。

《三因方》的复元丹，常应用于心肾真火不足之水肿。因心肾真火能行脾之真土，故能治水，也属于温肾利水之一种。由于组方药物较为复杂和合理，故临床应用极为有效。《三因方》的正阳丹又是一张温肾利水的著名方剂，是国际上最早的汞剂利尿药。因方中有银朱（汞的粗制剂），故宜慎用，或少用。

7.3.2.12 滋阴利水法 本法主要应用于真阴不足，虚火烁金，使关合不利的水肿。滋阴利水法主要由两类药物组成，一类是滋养真阴之品，如阿胶、生地、天冬、麦冬、鳖甲等；一类是利水消肿药，如猪苓、茯苓、泽泻等。由于真阴不足，常有虚火上炎，宜加黄柏、知母。代表方剂有猪苓汤、家秘肝肾丸、鳖甲散等。猪苓汤中滋阴药不足，而家秘肝肾丸则利水药太少，均应随证而加减之。滋阴利水法不是常用的消肿方法，因滋阴药有粘滞的作用，易恋湿蓄水，不利于消肿。为了利水而不使伤阴，滋阴而又不使恋湿，临床常以淡渗利水药与滋阴健脾益肾的药物同用，其代表药物是山药，可重用。也可重用润泽肾阴、泻火利水的泽泻。滋阴利水法还可体现为在知柏地黄丸的基础上加薏苡仁、白术、扁豆、玉米须等品。

7.3.2.13 活血利水法 本法主要应用于瘀血阻于少阴所致的水肿。《金匮要略》桂枝茯苓丸虽治疗妊娠病而漏下者，若与五皮饮合用即可治疗水血同病的浮肿。《千金方》褚澄汉防己散、《太平圣惠方》桃仁赤小豆汤、《三因方》当归散都属于活血利水的重要方剂。活血利水法主要有两类药物组成，一类是活血药物，如丹参、桃仁、当归、红花、郁金、乳香、没药、三棱、莪术等，如《直指方》应用莪术、赤芍、当归、川芎、茯苓、大腹皮、桑白皮、陈皮等药物组成的调荣饮，治“瘀血留滞，血化为水，四肢浮肿，皮肉赤纹”者，又如《卫生宝鉴》用乳香、没药与泽泻、陈皮配伍的除湿丹等；另一类是利水消肿药物。由于兼夹证的不同，还可配伍相应的药物，如当归散配以通阳利水之品，调荣饮配以发汗消肿等药，除湿丹则配以逐水消肿等药物。

7.3.2.14 软坚利水法 本法主要应用于痰凝水阻之水肿，体检时常可触及肿大的肾脏者。本法主要由两类药物组成。一类是软坚化痰之品，如海藻兼有疗皮间水气，消肿利尿的功效，如《宣明方论》禹功散；葶苈子既属攻逐消肿药，其攻逐作用较芫花、大戟等较逊，同时又可软坚化痰利水，如《三因方》葶苈子丸；通天草、冬瓜皮、瓜蒌皮既可化痰，又可走皮利水。另一类药物是利尿消肿药。两类药物配伍应用，可增强利水功效。

7.4 水肿变证的治疗

水肿的常见变证有癃闭、关格、昏迷。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.4.1 癃闭

水肿水液停聚于体内不能正常排出，使小便减少或无尿而形成癃闭，是病情向严重发展，若不及时治疗进一步可形成关格，其病因有：素有水肿，复因大汗、大泻、大失血后，导致阴液枯涸而尿量少或无尿，或在热性病过程中，温热之邪犯肺，肺气失于肃降，不能通调水道，下输膀胱，致膀胱气化失职，而出现水肿，小便不利；若热气太盛，肺为热邪闭阻，肺热下移膀胱，膀胱因肺失清肃而不利，复加移热之蕴结，则令气闭而小便全无。若脾肾阳虚，脾不主运化制水，肾不能气化行水，水液内留，则高度浮肿，小便短少或尿闭。若水肿迁延日久，久病肾络瘀阻，水瘀交结阻碍肾的气化，则尿少或无尿伴尿血，腰部刺痛。若水肿日久，脾肾衰败，脾无以运化水液，肾失气化开合之功，则水湿内聚而无以充膀胱，故而无尿。津液枯涸，脾肾阳虚，肾络瘀阻者若治疗得当及时，一般预后较好；肺热气盛者病情较重，其转机主要取决于少尿或无尿时间的长短，若时间短，治疗及时则可望好转；若脾肾衰败者，病情往往进行性发展，则预后差。

7.4.1.1 津液枯涸

临床表现：原有水肿病史，又经大汗、大泻，血压下降，进一步出现汗出肢冷，尿少或无尿，舌质淡或淡白，脉微细欲绝。此为肾前性肾衰。

本证多见于在水肿的基础上，由于大汗、大泻、大失血后，导致阴液枯涸，阳气随之耗竭，化源绝而尿量少，多见于肾前性肾功能衰竭，应及时养阴益气，并配合补足血容量可望尿量增多，肾功能改善。

治法：益气养阴，温阳固脱。

方药：独参汤（《景岳全书》）合参附汤（《妇人良方》）加减。

人参　麦冬　五味子　生地　附子　生龙骨　生牡蛎

加减：如脉结代、心动悸者，加炙甘草、阿胶、桂枝、干姜；身热面赤，阴竭戴阳者，用炙甘草、生地、白芍、麦冬、阿胶、人参　龙骨、牡蛎、生鳖甲、生龟甲；也可用野山参煎汤即服。

7.4.1.2 肺热气盛

临床表现：小便不畅或点滴不通，颜面下肢浮肿，咽干，烦渴欲饮，或有咳嗽，舌质红，苔薄黄，脉数。

本证多见热病过程中出现的急性肾功能衰竭，肺热伤阴往往较明显，要顾护气阴。

治法：清肺热，利水道。

方药：清肺饮（《证治汇补》）加减。

黄芩　桑白皮　麦冬　车前子　茯苓　鱼腥草　泽泻

加减：肺为娇脏，见舌红少津，宜加南沙参、鲜芦根、鲜茅根等甘寒之品；肺失宣降而致急性发作的小便不利，可用宣开升降法，意在提壶揭盖，以桔梗、荆芥开肺气，升麻、柴胡升中气；有鼻塞、头痛、脉浮等表证者，加薄荷、苏叶宣肺解表；大便不通者加杏仁、大黄；心烦舌尖赤者加川黄连、竹叶。

7.4.1.3 脾肾阳虚

临床表现：面色㿠白，形寒肢冷，通体浮肿，按之没指，甚者伴胸腹水，乃至胸闷气急，小便短少或无尿，大便溏薄，尿检有大量蛋白，脉沉细，舌淡体胖，苔薄或腻。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

本证属肾病综合征高度水肿，肾间质也出现水肿，肾小球滤过率下降，所出现的少尿或无尿，经中西医利尿和对症治疗，尿量增多，水肿减轻，大多预后较好。

治法：温补脾肾，通阳利水。

方药：真武汤（《伤寒论》）合实脾饮（《重订严氏济生方》）加减。

制附子　桂枝　白术　生白芍　干姜　猪苓　泽泻　茯苓　带皮槟榔　陈葫芦壳。

加减：若兼恶寒无汗，发热头痛，咳嗽鼻塞等，去干姜、白术，加麻黄、苏叶；阳虚水泛，喘促不能平卧者，合己椒苈黄丸逐水湿，通畅气机以利气化，也可配合雷公藤多甙片治疗。

7.4.1.4　肾络瘀阻

临床表现：面浮肢肿，迁延日久，皮肤甲错或见红丝赤缕、瘀点瘀斑，舌下脉络瘀曲青紫，苔薄黄或腻。

本证多见于肾病综合征合并肾静脉血栓形成，在肾病综合征的病程中，突然出现腰部刺痛、蛋白尿增加、血尿，少尿或无尿时，要想到肾静脉血栓形成，做B超、肾静脉造影、数字减影以明确诊断。本证的特点是水瘀交阻，应及时应用大剂量活血化瘀之品，还可配合静脉点滴腹蛇抗栓酶、尿激酶、克栓酶等抗栓药。若治疗及时，可望尿量增多，肾功能及血尿、蛋白尿好转，若治不及时病情将恶化。

治法：益肾行瘀。

方药：桃红四物汤（《内外伤辨惑论》）合桂枝茯苓丸（《金匮要略》）加减。

桃仁　红花　赤芍　川芎　桂枝　益母草　泽兰　水蛭　车前子

若出现气虚血瘀者，用补阳还五汤加减；若血尿明显者，加三七粉、蒲黄。

7.4.1.5　脾肾衰惫

临床表现：小便短少或无尿，颜面下肢浮肿，面色黧黑或面色㿠白，畏寒肢冷，腰膝酸软，舌质淡苔白，脉沉细数。

本证多见于慢性肾功能衰竭，是肾脏疾病的最后阶段，临床效果较差。除口服药外，还应配合中药灌肠。方用大黄、附子、牡蛎、六月雪，浓煎成150～200ml作高位保留灌肠，若内科治疗无效时，可行血液透析和腹膜透析。

治法：温阳益气，利水化浊。

方药：温脾汤（《备急千金要方》）济生肾气丸（《济生方》）加减。

附子　干姜　人参　大黄　车前子　泽泻　牛膝　茯苓

7.4.2　关格

关格是水肿晚期病证，为水肿病进一步发展出现脾肾阴阳衰败，浊邪内蕴，而致小便不通与呕吐并见的危重病证，关格起病以脾肾阳虚为主，病变发展可累及其它脏腑，终致五脏俱损，气血阴阳俱虚。初则湿浊内生，聚久可寒化成痰，痰浊上犯，凌心射肺，甚至犯脑蒙心；也可化热蕴结为毒，浊毒炽盛入营动血；或热伤阴津而阴虚火旺，肝风内动，蒙闭清窍。总之，本病的发展变化极为复杂，但总是由轻转重，由少数脏器受损逐渐发展至多个脏器受累。由实转虚，正虚邪实为基本病机。

关格转化取决于正虚与邪实之间的抗争，正虚以脾肾阳虚为主，邪实以浊毒壅阻为主。脾肾阳虚为主或感受风寒而发者，多有寒化趋势，其病情发展多出现湿浊困脾、脾气

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

衰败、心阳欲脱、命门火衰等证候，以肝肾阴虚为主或感受风热之邪而发病者，多有热化倾向，出现湿热内蕴，热毒炽盛，入营动血，肝风内动等证候。从临床观察，湿浊寒化或热化与用药不当有关系。如用燥热之品，易促进湿浊热化。关格转化取决于正虚与邪实之间的抗争，邪实是疾病的可逆因素，有外感、水湿浊毒、湿热、肝风内动，若能及时祛除可逆因素和避免不当用药，部分可逆转或停滞发展；若正虚未及时纠正，邪实没有及时祛除，致正愈虚邪愈实，邪愈实则正愈虚，形成恶性循环，终致阴阳气血衰败，阴阳离绝。关格的晚期需中西医结合治疗，必要时可行血液透析和腹膜透析。

7.4.2.1 脾阳亏虚 湿浊内困

临床表现：呕吐频作，尿少水肿，纳呆腹胀，神疲乏力，四肢困重，大便溏，舌质淡，苔厚腻，脉沉细或濡细。

治法：温运脾阳，行气化浊。

方药：实脾饮（《重订严氏济生方》）合香砂六君子汤（《医方集解》）。

附子 干姜 厚朴 草果仁 白茯苓 白术 党参 陈皮 法半夏 砂仁 木香

7.4.2.2 肾阳虚衰 水湿内盛

临床表现：面色晦滞，纳呆，呕吐，水肿，尿闭，腰膝酸软，足跟痛，形寒肢冷，舌质淡白如玉而胖，苔薄白，脉沉细。

治法：温肾利水。

方药：济生肾气丸（《济生方》）合真武汤（《伤寒论》）加减。

附子 肉桂 白芍 茯苓 白术 泽泻 车前子 牛膝 生姜

7.4.2.3 脾肾阳虚 寒湿内盛

临床表现：呕吐清水，小便不通或短少，尿色澄清，面色晦滞，畏寒肢冷，下肢欠温，纳呆腹胀，苔白滑，脉沉细或濡细。

治法：温补脾肾，化湿降浊。

方药：温脾汤（《备急千金要方》）合吴茱萸汤（《伤寒论》）加减。

附子 干姜 人参 大黄 吴茱萸 生姜 草果仁

7.4.2.4 脾肾阳虚，湿浊内盛

临床表现：呕吐频频，尿少便秘，面色皖白，腰膝酸软，脘腹胀满，口干不欲饮，舌质淡，苔黄腻，脉沉滑。

治法：温补脾肾，化湿解毒。

方药：温脾汤（《备急千金要方》）合黄连温胆汤（《备急千金要方》）加减。

附子 干姜 人参 大黄 黄连 陈皮 法半夏 茯苓 厚朴 竹茹

7.4.2.5 肝肾阴虚 肝风内动

临床表现：小便短少，呕恶频作，面部烘热，牙宣鼻衄，头晕头痛，目眩手足抽搐，舌黯红有裂纹，苔黄腻或焦黑而干，脉弦细数。

治法：平肝潜阳，熄风化浊。

方药：六味地黄丸（《小儿药证直诀》）合羚角钩藤汤（《通俗伤寒论》）加减。

生地 丹皮 泽泻 茯苓 羚羊角 钩藤 菊花 贝母 生龙骨 生牡蛎

7.4.2.6 浊毒入营动血

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

临床表现：尿闭水肿，呕吐臭秽或呕血，发热，渴喜冷饮，牙宣鼻衄，烦躁神昏，大便秘结，舌质红绛，苔黄，脉洪有力。

治法：清热救阴，凉血解毒。

方药：清瘟败毒饮（《疫疹一得》）加减。

水牛角　生地黄　生石膏　知母　赤芍　黄芩　黄连　栀子　大黄　生甘草

7.4.2.7　痰浊蒙闭清窍

临床表现：尿少水肿，呕吐痰涎，咳嗽气急，喉中痰鸣，呼吸深缓，表情淡漠，意识朦胧，舌质淡，苔腻，脉滑。

治法：温化痰浊，芳香开窍。

方药：导痰汤（《妇人良方》）。

半夏　陈皮　茯苓　胆南星　枳实　木香　菖蒲　大黄

灌肠或鼻饲苏合香丸，抽搐者用紫雪丹，昏迷者用安宫牛黄丸。

7.4.3　昏迷

水肿若进行性发展，可引起昏迷，而且往往伴有水肿，或尿少、尿闭，或口中有尿臭味，或恶心呕吐等症，是水肿的严重并发症。其病因有肾阳虚衰，不能化气行水，致水饮凌心，心阳欲脱，出现的昏迷，伴有大汗淋漓，四肢欠温，脉微欲绝，昏迷前多有气急不能平卧。或脾肾阳衰则无以化气行水，水湿内聚而成浊毒，痰浊内盛上蒙清窍，故而昏迷，喉中痰鸣，四肢欠温。其总的病机为脾肾阴阳气血衰败，水湿、痰浊、热毒内盛。其转机主要是注意脾肾虚衰的程度，若脾肾虚衰不重，经治疗后小便增多，水湿、痰浊、热毒有所减轻，可望病情好转，否则预后差。

7.4.3.1　肾水凌心

临床表现：颜面下肢水肿，心悸胸闷，气急不能平卧，四肢欠温，大汗淋漓，神志昏迷，舌淡苔薄，脉微细欲绝或沉伏。

本证系肾阳亏虚，阳不化水，湿浊内停，上冲于心，可见于慢性肾功能衰竭少尿期和无尿期。

治法：温阳利水，益气固脱。

方药：真武汤（《伤寒论》）合参附汤（《正体类要》）加减。

熟附子　肉桂　茯苓　炒白术　干姜　人参　生甘草　白芍　龙骨　牡蛎

若神志昏迷，舌胖苔白腻者，加苏合香丸开窍醒神；咳喘者，加半夏、葶苈子；胸闷喘息者，加沉香粉吞服，也可用参脉注射液静脉注射。

7.4.3.2　热浊陷心

临床表现：神志昏迷，烦躁不安，鼻衄牙宣，尿血便血，肌肤紫斑，舌强不语，甚则尿闭，舌质红，苔焦黄，脉细数或结代。

治法：清热解毒，凉血散瘀。

方药：犀角地黄汤（《备急千金要方》）加减。

水牛角　黄连　生地黄　玄参　麦冬　丹参　赤芍　牡丹皮

本证系浊邪化热化火上攻于心，出现神志改变。若神昏谵语，心烦不安者，可静滴清开灵或灌服安宫牛黄丸；高热者，加紫雪丹；嗜睡者，加至宝丹；吐血、咳血、衄血者，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

加白及、银花炭；便血者，加地榆炭、槐花炭；尿血者，加旱莲草、白茅根、大蓟小蓟；腑实便秘者，加大黄；痰热壅盛者，加竹沥、天竺黄。

7.4.3.3 热浊犯肝

临床表现：尿闭指颤，舌抖或蜷缩，头痛头晕，皮肤瘙痒，烦躁不安，甚则神昏不省，手足抽搐，舌干光红，苔黄燥无津，脉弦细数。

治法：平肝熄风，滋阴潜阳。

方药：镇肝熄风汤（《医学衷中参西录》）加减。

生龙骨 生牡蛎 白芍 怀牛膝 玄参 天麦冬 生地黄 生龟甲 生鳖甲

本证系阳损及阴，阴分耗竭，肝失所养，肝风内动之证。若抽搐不止者，加全蝎、蜈蚣；头痛头晕者，加钩藤、天麻、川芎；恶心呕吐者，加代赭石、半夏、陈皮。

7.4.3.4 痰浊蒙窍

临床表现：面色垢滞，神志痴呆，语言错乱或不清，甚则深度昏迷，四肢欠温，静而不烦，痰声漉漉，恶心呕吐，舌苔白腻或灰腻，脉沉滑。

治法：涤痰开窍，和胃降浊。

方药：涤痰汤（《济生方》）加减。

制半夏 橘红 人参 茯苓 黄连 枳实 竹叶 石菖蒲 生姜 制南星

本证可见于尿毒症晚期，出现脑病，系痰浊蒙闭心窍所致，除上药治疗外可灌服苏合香丸或玉枢丹；痰多可吸痰；有条件者可行血液透析或腹膜透析等中西医结合抢救。

7.5 外 治 法

7.5.1 贴敷法

7.5.1.1 阳水 ①甘遂末敷脐中，内服甘草水。②鲜商陆捣烂（或研粉）贴脐或阴囊上（以麻油调）。③田螺4个，大蒜5头，车前子10g，研饼贴脐。（上三方可用一层纱布包敷，如对皮肤有较大刺激则去之）④紫皮独头大蒜1枚去皮，蓖麻子60~70粒去壳，共捣糊（忌久放），分二等份敷两涌泉穴，外用玻璃纸覆盖，并用绷带扎好。治疗急性肾炎水肿。

7.5.1.2 阴水 生附片、川芎、沉香、冰片等共研极细末，用95%的酒精稀释成的1.9%桂氮酮（即Agone，一种新型、高效、无毒的皮肤渗透促进剂）溶液调和药末，以纱布包敷，外敷双侧肾俞、关元穴，隔3日一换，并需常保持药物湿润，4次1个疗程，宜2~4疗程。如出现水泡及过敏，应对症处理或暂停数日再用。治慢性肾衰尿毒症，可止腰痛，利小便，有一定消肿作用。

7.5.2 熏浴法

7.5.2.1 阳水 ①鲜浮萍药量不拘煎洗，治急性肾炎初起以头面为剧的浮肿，得汗为佳，忌受凉。②麻黄、紫苏、防风、羌活、浮萍、生姜各15g，煎汤遍体揩熨，治无汗尿闭的风水洪肿。

7.5.2.2 阴水 ①麻黄、细辛、桂枝、防风、苍术、花椒、艾叶、红花、羌活、独活各25g，煎沸入桶，待温浸双下肢，渐加热水，至满为度，半小时后汗出如浴，溲即畅行。日浸1次，可连浸15天，谨防烫伤。②上方去防风、花椒、艾叶、独活，加白术，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

煎水洗澡，曾治6例肾衰患者，采取连续或隔日洗1次，最长百次，浮肿皆退、但体差者须防虚脱，可缩短洗浴时间或3日洗1次。

7.5.3 灌肠法

7.5.3.1 阳水 ①大黄10~20g，丹参20g，白花蛇舌草、六月雪各30g。有阴凝症象加熟附15g、苍术20g；血压较高或有出血倾向者，加生槐米45g，地龙15g；湿热明显加生黄柏20g。煎成200ml，每日1次高位保留灌肠。可促使排尿消肿，减轻慢性肾衰尿中毒症状。若配服以黄芪90g为主的汤药，并每次吞服蟋蟀粉10g，可收明显解毒、化瘀、利水之功。②茅根100g，生大黄30g，芒硝20g（冲），桂枝、丹皮、泽泻、茯苓、丹参各15g，煎取150ml，等温（即药液降至37℃）灌肠40~60分钟，日1~2次，可明显利尿消肿。

7.5.3.2 阴水 ①大黄50g，牡蛎30g，附片、益母草、蒲公英各20g，浓煎200ml，每日1次，高位保留灌肠，治疗慢性肾衰。②附子5~10g，黄芪12~20g，牡蛎15~30g，加水500ml，煎20分钟后加大黄10~20g，再煎5分钟，于5分钟内用小儿肛管滴入结肠，日1次，7~10次为1个疗程，治慢性肾炎、慢性肾衰。

7.6 针灸疗法

7.6.1 体针

7.6.1.1 阳水 取肺俞配偏历宣肺散寒，外关配合谷发汗清热，皆针刺用泻法，可使在表的风湿从汗而解。佐以三焦俞通调水道，阴陵泉健脾利水，针刺平补平泻，使在里的水邪下输膀胱。共收表里分消，疏风散水之效。

7.6.1.2 阴水 取脾俞配足三里健脾化湿，肾俞配太溪温补肾阳，皆针用补法。另重灸气海助阳化气，用泻法针水分，以分利水邪。共收气行则水行，水行则肿消之效。

7.6.1.3 危症 水肿后期如水毒凌心射肺，出现喘急、紫绀、胸水、昏谵等危症，可辨证选内关、神门、尺泽、中脘、气海、血海、太冲、人中、十宣等穴中的部分穴进行急救，除十宣放血外，余皆用泻法。

7.6.2 耳针

可取肝、脾、肾、皮质下、膀胱、腹等耳穴。每次取其中2~3穴，双侧，针用中等刺激，隔日1次。杨氏用耳针治慢性肾炎、肾变性期水肿，于两耳肾穴找准良导点或压痛点，针后留针4~6小时，每天1次，7次为1个疗程，针刺期间停用一切利尿药。治5例，不仅浮肿皆消，症状皆退，且4例蛋白转阴。

7.6.3 放水疗法

治心性及肾性水肿。第一次取陷谷、丘墟，第二次取太冲、三阴交。用26号毫针，针5分深，摇大其孔，出针后，任水自流，若出水不畅，可予小火罐拔之。但两次需间隔2~3天。水肿渐消后，用补法针足三里、中脘以健脾；加灸水分以化积水。症状恢复后，可用补法针肾俞，灸志室，以巩固疗效。

7.7 推拿疗法

7.7.1 阳水

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治以散风清热，宣肺行水。治疗手法及步骤如下：

（1）患者坐位，医生以拇指点按风府、风池、肺俞、三焦俞、大椎穴。

（2）医生以一手握患者一侧腕背部，另一手拇指与其余四指指腹作对称拿揉上肢内侧三阴之经筋，从腋下至腕部，作3～5次；换另侧上肢亦作3～5次。

（3）医生一手握患者一侧腕屈部，另一手以拇指与其余四指作对合旋揉上肢外侧三阳经之经筋，从肩外侧至腕部，往返操作3～5次；换另一侧上肢亦作3～5次。然后点按列缺、合谷、腕骨穴。

（4）患者仰卧位，医生坐于患者一侧，沉肩、垂肘、腕平伸、五指自然伸直，手掌平放于患者腹部，将意念集中于手掌部。先作顺时针方向摩腹36圈，然后以劳宫穴对准患者神阙穴，运气力于手掌，使之产生震颤，以施治部位有温热感渗透为宜。再点按水分、气海穴。

（5）患者仰卧位，两下肢略分开，髋、膝关节微屈。医生立于患者一侧，以双手四指掌侧着力于下肢两侧，从大腿根部至踝关节部作对称旋摩动作，往返操作3～5次。换另一侧下肢亦作用于3～5次。然后点按双下肢阴陵泉、阳陵泉、足三里、解溪、冲阳、陷谷穴，结束治疗。

7.7.2 阴水

治以温运脾阳，利水化湿。治疗方法及步骤如下：

（1）患者俯卧位，医者立于患者一侧。以双手拇指点按脾俞、胃俞、三焦俞、肾俞、小肠俞穴。

（2）患者仰卧位，医者立于患者一侧，先以手掌平放于腹部，将意念集中于掌心。作顺时针方向摩腹36圈；继用三指（食指、中指、环指）分别点按上脘、中脘、下脘穴3～5分钟；再用双手四指（食、中、环、小指）分别点两侧幽门、章门、期门、梁门穴3～5分钟；然后依次点按水分、阴交、气海、石门、关元、中极穴。

（3）患者侧卧位，两下肢并拢，髋、膝关节微屈。医生立于患者一侧，以双手四指掌侧着力于两下肢外侧，作对称的旋摩动作，由踝关节部至髋关节部，如此由下向上操作5～7次。最后按揉两侧足三里穴3～5分钟，结束治疗。

说明：推拿疗法治疗阳水（风水泛滥）、阴水（脾阳不振）效果较好，其它证型只宜作为辅助治疗手段。且手法操作应轻柔缓和，忌动作粗暴。

7.8 西医治疗撮要

水肿西医包括心源性水肿、肝源性水肿、肾源性水肿、特发性水肿、营养不良性水肿。肝源性水肿属中医之鼓胀，不属中医水肿范围，特发性水肿和营养不良性水肿对症处理即可，心源性水肿主要是右心功能不全，治疗除利尿消肿外还要强心扩血管以及针对原发病进行治疗。肾性水肿与肾脏疾病关系密切，这里主要讨论引起水肿的肾脏疾病的西医治疗。

7.8.1 急性肾小球肾炎

7.8.1.1 休息 起病1～2周内绝对卧床休息。当高血压、心功能不全已控制，肉眼血尿消失，水肿消退后，可适当活动，血沉正常即可恢复上学或工作。

7.8.1.2 饮食 患者要食用富含维生素的饮食；水肿和高血压患者应无盐或低盐饮

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

食（食盐摄入量每日≤3.0g）和控制水入量；肾功能不全时给予优质低蛋白饮食。

7.8.1.3 抗感染 青霉素每次80万U，每日2次肌内注射，连用2周。若扁桃体炎明显且病情反复，待病情平稳后行扁桃体摘除术。

7.8.1.4 对症治疗

7.8.1.4.1 利尿

双氢克尿噻	25mg	每日3次 口服
速尿	20～40mg	每日3次 口服
速尿注射液	40～200mg	静脉注射

7.8.1.4.2 降压

双氢克尿噻	25mg	每日3次 口服
心痛定	10～20mg	每日3次 口服
哌唑嗪	1mg	每日2次 口服
雅施达	4mg	每日1次 口服
硝普钠	25mg加于5%葡萄糖注射液250ml中，每分钟6～8滴，避光静脉滴注，并测血压，6小时换药1次。	

以上降压药酌情选用，硝普钠在严重高血压或合并顽固性心衰时才予选用。

7.8.1.4.3 高钾血症的治疗

葡萄糖酸钙	10ml	静脉注射
10%葡萄糖注射液	500ml	静脉滴注
胰岛素	12U	静脉滴注
5%碳酸氢钠	100～250ml	静脉滴注
速尿	40～100mg	静脉注射

7.8.1.4.4 控制心力衰竭

利尿、降压治疗同上

酚妥拉明	5～10mg	静脉注射
西地兰	0.2～0.4mg	静脉注射 慢！

必要时作血液滤过脱水。

7.8.2 慢性肾小球肾炎

7.8.2.1 低蛋白饮食，水肿时低盐饮食。

7.8.2.2 积极控制高血压

雅施达	4mg	每日1次 口服（或开搏通12.5mg，每日2次 口服）
络活喜	5mg	每日1次 口服（或心痛定10～20mg，每日3次 口服）
美多心安	10～20mg	每日3次，口服（或氨酰心安10～20mg，每日3次 口服）
哌唑嗪	1mg	每日2次 口服

7.8.2.3 抗凝和血小板解聚药物

肝素	5000单位	每日2次，肌注（或10000U，每日1次静滴）
潘生丁	50～75mg	每日3次 口服
阿斯匹林	50～100mg	每日1次 口服

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.8.2.4 防治引起肾损害的其它因素 有感染者，根据细菌培养和不同部位感染选择抗生素。

避免使用肾毒性药物如庆大霉素、卡那霉素、磺胺等。

有高脂血症：烟酸肌醇脂 0.2g 每日3次 口服

有高尿酸血症：别嘌呤醇 0.1~0.2g 每日3次 口服

7.8.2.5 激素和细胞毒性药物的应用 一般情况下不主张使用。若肾功能正常，尿蛋白≥2.0g/24h病理类型为轻度系膜增生、轻微病变，又无禁忌者可以应用。

强的松片，0.5~1mg（kg·d），清晨顿服。

环磷酰胺片，50mg，每日3次，口服。或环磷酰胺注射液，200mg，隔天1次，静脉注射（或8~12mg/kg静脉滴注，连用2天，隔2~3周重复使用，环磷酰胺不管是口服还是静脉注射，总量为150mg/kg）

7.8.3 肾病综合征

7.8.3.1 休息，控制感染，水肿时低盐或无盐饮食并控制液体入量。

7.8.3.2 利尿剂

双氢克尿噻	25~50mg	每日3次 口服
安体舒通	20mg	每日3次 口服
氨苯蝶啶	50mg	每日3次 口服
速尿	20~40mg	每日3次 口服（水肿严重者速尿40~200mg静脉注射）
人体白蛋白	50ml	静脉点滴（只在严重低血浆蛋白和水肿经利尿不消退时使用）

7.8.3.3 降压药物

雅施达	4mg	每日1次 口服（或开搏通12.5mg，每日2次 口服）
络活喜	5mg	每日1次 口服（或心痛定10~20mg，每日3次 口服）
美多心安	10~20mg	每日3次 口服（或心得安10~20mg，每日3次 口服）
哌唑嗪	1mg	每日2次 口服

7.8.3.4 抗凝剂

肝素	5000U	每日2次 肌内注射
潘生丁	25~50mg	每日3次 口服
阿斯匹林	50~100mg	每日1次 口服
尿激酶	2~4万U	每日1次 静脉点滴

7.8.3.5 糖皮质激素 目前常用口服药为强的松及强的松龙，静脉注射用甲基强的松龙和地塞米松。强的松龙只是在肝功能不好时才用，甲基强的松龙和地塞米松只是冲击时用，地塞米松半衰期长，不用于口服。

强的松：成人1mg（kg·d），小儿1.5mg（kg·d），清晨顿服，8周后减量（若尿蛋白提前转阴加用2周），每周减5mg，减至0.5mg（kg·d）时，两天药量合并在一起，隔天清晨顿服，维持6~8个月，按上法减量，至0.2mg（kg·d）时再维持6~8个月。

甲基强的松龙：1g，每日1次，静脉点滴，连用3天，以后改强的松口服。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

地塞米松：75～150mg，每日1次，静脉点滴，连用3天，以后改强的松口服。

甲基强的松龙和地塞米松只在常规激素治疗效果不好时才考虑使用。

7.8.3.6 烷化剂 环磷酰胺：50mg，每日3次，口服（或200mg，隔日1次静脉注射，或8～12mg/kg，每天1次，连用2次，以后隔2～3周重复，总量为150mg/kg）。

7.8.3.7 环孢霉素A 起始量为5mg/kg·d，调整血浓度达100～200mg/L

7.8.3.8 雷公藤 雷公藤多甙片20mg，每日3次，口服。

7.8.3.9 火把花根 火把花根片5片，每日3次，口服。

7.8.4 糖尿病肾病

7.8.4.1 糖尿病的治疗

(1) 控制饮食，控制蛋白的摄入量0.8g（kg·d）

(2) 口服降糖药

糖适平	30mg	每日1次 清晨服
美吡哒	5mg	每日2次 口服

(3) 胰岛素 当控制饮食和口服降糖药效果不好和肾功能不全时，尽早使用胰岛素。在肾功能不全时，肾脏对胰岛素的降解明显减少，血循环中胰岛素半衰期明显延长，所以要根据血糖监测调整用量，使用方法有餐前皮下注射和静脉点滴。

7.8.4.2 降压及减少尿蛋白 糖尿病肾病出现高血压时，首选雅施达类转换酶抑制剂治疗。这类药不但降血压，而且还有保护肾功能，减少蛋白尿的作用，钙拮抗剂和a受体阻滞剂也有类似的功能，但不及转换酶抑制剂。

雅施达	4mg	每日1次 口服（或开搏通12.5mg，每日2次口服）
络活喜	5mg	每日1次 口服（或心痛定10～20mg，每日3次口服）
哌唑嗪	1mg	每日2次 口服
可乐宁	0.15g	每日2～3次 口服
甲基多巴	25mg	每日3次 口服

7.8.4.3 抗凝及降脂治疗 糖尿病肾病常伴有高凝状态和高脂血症，是加重微血管病变，导致肾小球硬化的主要原因。常用药物如下，其中肝素还有增加肾小球基底膜和减少蛋白尿的作用。

潘生丁	25～50mg	每日3次 口服
肠溶阿斯匹林	0.1g	每日1次 口服
美降脂	400mg	每日1次 口服
肝素	75mg	每日1次 肌内注射

7.8.4.4 糖尿病肾病综合征水肿可予利尿治疗，并及时预防并发感染，禁用皮质激素。

7.8.4.5 肾衰治疗 血液透析、腹膜透析较为适合于糖尿病肾衰的处理。

7.8.5 狼疮性肾炎

(1) 激素 对全身症状不明显，仅有轻度蛋白尿或血尿者，可用强的松30～40mg隔天服。表现为肾病综合征的，强的松用标准疗程，成人1mg（kg·d），对表现为急性肾功能衰竭和血白细胞、血小板及红细胞减少者用甲基强的松龙1g/d冲击治疗，减量方法同

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肾病综合征。与肾病综合征不同的是，激素的使用时间因个体而异，对病情不稳定者，需终身使用小剂量激素。

（2）细胞毒剂 有环磷酰胺（CTX）、硫唑嘌呤等。首选 CTX，对抑制狼疮的活动，控制病情的发展，减少激素的用量，抑制特异性抗体的产生均有比较好的效果。CTX 的用法：8～12mg（kg·d），加于生理盐水 100ml 中静脉点滴，连用 2 天，以后每 2～3 周静脉点滴 2 天，累积总计量为 150mg/kg，完成总量后每 3 个月连用 2 天，连续 1～2 年，病情稳定后再停药。

（3）环孢霉素 A 本药价格昂贵，并有肾损害，只是在激素和 CTX 效果不佳时才考虑使用，用法同肾病综合征。

（4）雷公藤多甙 20mg，每日 3 次，口服。

（5）火把花根片 5 片，每日 3 次，口服。

7.8.6 右心功能不全

（1）休息：轻者限制活动量，重者取半卧位卧床，严重者两腿下垂以减少回心血量。

（2）低盐饮食，忌饱食。

（3）持续低流量吸氧。

（4）积极治疗原发病及控制感染

（5）解除支气管痉挛：氨茶碱，0.1～0.2g，每日 3 次，口服；或 0.25g 稀释后缓慢静脉注射或 0.5g 静脉点滴。

（6）利水

双氢克尿噻	25～50mg	每日 3 次 口服
安体舒通	20mg	每日 3 次 口服
氨苯蝶啶	50mg	每日 3 次 口服
速尿	20～40mg	每日 3 次 口服

7.8.6.1 扩血管及减轻肺动脉高压

心痛定	10～20mg	每日 3 次 口服
雅施达	4mg	每日 1 次 口服（或开搏通 12.5mg，每日 2 次口服）
硝酸甘油	25mg	加于 5% 葡萄糖注射液 250ml 中，静脉滴注，每分钟 10～15 滴，慢！
硝普钠	25mg	加于 5% 葡萄糖注射液 250ml 中，避光静脉滴注，每分钟 6～8 滴，并测血压，6 小时换药 1 次。

7.8.6.2 强心药

地戈辛	0.25mg	每日 1 次 口服
西地兰	0.2～0.4mg	静脉注射 慢！
毒毛旋花子甙 K	0.125～0.25mg	静脉注射 慢！
多巴胺	2～5μg/kg·分	静脉点滴
多巴酚丁胺	2.5～7.5μg/kg·分	静脉点滴

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

氨力农　　5～10μg/kg·分　　静脉点滴

8　水肿量化计分法及疗效评定标准

水肿的量化计分及疗效评定标准参照时振声主编的《时氏中医肾脏病学》（北京：中国医药科技出版社，1997.553～557），笔者又作了部分修改。

8.1　水肿量化计分法

8.1.1　风水

浮肿：不肿　　0分
眼睑浮肿　　1分
颜面浮肿　　2分
颜面浮肿＋下肢浮肿　　3分
颜面浮肿＋四肢浮肿　　4分
全身水肿（伴胸腹水）　　5分
尿量：≥1500ml/24h　　0分
1000～1500ml/24h　　1分
400～1000ml/24h　　2分
100～400ml/24h　　3分
≤100ml/24h　　4分
伴随症状：发热恶风寒　　1分
皮肤疮痈　　1分
咽痛　　1分
尿血　　1分
理化检查：体重：按发病前体重计算，每增加1kg加1分
血压：以舒张压12.0kPa(90mmHg)为基点，每增加1.33kPa(10mmHg)加1分
尿检：蛋白尿定性：＋　　1分
＋＋　　2分
＋＋＋　　3分
＋＋＋＋　　4分
血尿镜检：（红细胞）10个/HP　　1分
10～20个/HP　　2分
20～50个/HP　　3分
满视野　　4分
管型：　红细胞管型　　2分
颗粒管型　　2分
其它管型　　1分
血肌酐（SCr）　以176μmol/L为界，每增加40μmol/L加1分

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

尿素氮（BUN） 以 7.5mmol/L 为界，每增加 4mmol/L 加 1 分

8.1.2 正水

全身浮肿	1 分
伴腹水	2 分
伴胸腹水	3 分
尿量：≥1500ml/24h	0 分
1000 ~ 1500ml/24h	1 分
400 ~ 1000ml/24h	2 分
100 ~ 400ml/24h	3 分
≤100ml/24h	4 分
伴随症：腹满	1 分
腹满喘息	2 分
腹满喘息，张口抬肩	3 分
四肢困重，腰以下有重感	1 分
畏寒或恶风	1 分
纳差	1 分
便溏	1 分

体重：按发病前体重计算，每增加 1kg 加 1 分

血压：以舒张压 12.0kPa（90mmHg）为基点，每增加 1.33kPa（10mmHg）加 1 分

尿检：蛋白尿定性：	+	1 分
	++	2 分
	+++	3 分
	++++	4 分
血尿镜检（红细胞）：	≤10 个/HP	1 分
	10 ~ 20 个/HP	2 分
	20 ~ 50 个/HP	3 分
	满视野	4 分

血红蛋白（Hb）：以 110g/L 为界，每减少 10g/L 加 1 分

血肌酐（SCr）：以 176μmol/L 为界，每增加 40μmol/L 加 1 分

血尿素氮（BUN）：以 7.5mmol/L 为界，每增加 4mmol/L 加 1 分

8.2 疗效评定标准

（治疗前评分 - 治疗后评分）/治疗前评分 × 100% = 疗效百分率（%）

疗效评定标准：

缓解：90% ~ 100%。

显效：60% ~ 90%。

有效：20% ~ 60%。

无效：20%以下。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

9 调摄护理

水肿是多系统疾病的临床症状，每个病的病因、临床症状、转归和预后都不一样，因此在做好内科常规护理的基础上，根据其病证的不同和所处在的不同发展阶段，分别予以恰当的调摄和护理，提高临床治愈率。

9.1 休　　息

不管是肾性水肿还是心源性水肿，休息对疾病的恢复都有好处。肾脏的血流量卧位时是站立时的4倍，所以肾脏病的病人，适当地卧床休息增加肾脏的血供，改善肾脏的缺血和肾损害，有利于肾脏病的恢复。水肿是右心功能不全的临床体征之一，休息可减轻右心功能不全病人体循环瘀血，减轻心脏负荷，对轻度的右心功能不全休息就能减轻水肿。

9.2 起　　居

水肿患者的病室要整洁、安静，室内应冷暖适宜，要有充足的阳光。水肿患者大多阳气亏虚，故极易复感外邪，使病情复发或恶化，因此病室应经常用食醋或苍术蒸熏，或艾叶消毒香焚点，或用紫外线照射，进行空气消毒。肾脏病人使用大剂量激素后，机体免疫功能差，不要到人群集中的公共场所去，避免流感的发生。

9.3 饮　　食

要注意忌盐限水，食盐的摄入量每日应不多于3g，若水肿极重时，可短期内给无盐饮食，或酌少量酱油食用。但低血钠者，进盐量不可过于限制。水肿消退后可恢复普通饮食，不要长期过于限盐，同时还要注意，由于利尿药的使用，患者有时可出现低钾血症，可予含钾较高的食物，如香蕉、橘汁、香菇等。要记录患者24小时的液体出入量，饮水量应根据病人每日排出尿量的多少决定，通常以前一天的尿量加500ml为宜。若患者有高热、呕吐或腹泻时，应适当增加饮水量。一般情况下，输液量、食物中的汤汁、药液均应计入饮水量范围，同时每日测体重一次，了解水肿的增减情况，有助于临床用药和饮水的调整。

9.4 卫　　生

水肿病人保持皮肤清洁极为重要。若皮肤不洁，又继发疮疖，可使水肿加重，故要经常用温水擦洗，不要用肥皂或酒精。剪短指甲，以免抓破皮肤。保持床铺被褥整洁、干燥、平整，对皮肤皱襞处，要耐心、细心擦净，撒上三石散。阴囊水肿明显者，可用吊带固托。

9.5 调 情 志

水肿病大多病程缠绵，日久不愈，患者恐惧、忧虑、急躁、悲观，往往对治疗缺乏信心。尤其慢性水肿病人，肿势如没有迅速消退多用消极态度，不利于治疗。因此，对这些病人应多加解释，让他们了解病情配合治疗。有时，还要实行保护性医疗，不把真实病情告诉患者，避免因患者精神崩溃而发生意外。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

9.6 加强营养 防止伤食

水肿患者一般都有胃肠功能障碍，脾胃运化功能衰弱，因此，病人的饮食应以易消化、营养丰富的膳食为主，避免因饮食不慎，损伤脾胃，而使病情反复。可根据病情不同，选用既有营养又不碍脾胃运化的容易消化吸收的食物调养。病情有所好转之后，切忌暴饮暴食，过食肥甘之品。（水肿病人膳食详见本文“10.2 食疗康复”）

9.7 戒房劳 慎孕产

肾脏病人肾阴阳精气有不同程度的虚弱，若房劳后更伤肾，使肾病缠绵难愈或加重。心功能不全的病人房劳时，增加心脏的耗氧量，会加重心衰。肾炎特别是狼疮性肾炎病人，病情还没有稳定，孕产会使病情加重或恶化，所以狼疮性肾炎病人在肾功能正常，尿蛋白完全转阴，血沉正常，病情稳定1年以上才可考虑怀孕，心功能不全的病人临产时会加重心衰，甚至危及生命，故在临证时应告诫病人。

9.8 谨慎用药

肾性水肿病人，要谨慎用药，以防药物伤肾。如庆大霉素、卡那霉素、多粘霉素等对肾脏有损害，中药木通等也有伤肾作用，要避免使用。服药时应少量多次、频频饮下，有恶心、呕吐时，可用生姜擦舌，以和胃降逆止呕。

9.9 防 外 感

防止感染，严防感冒、扁桃体炎或其它上呼吸道感染的发生。扁桃体炎反复发作者，待病情稳定后，可行扁桃体摘除术。服用大剂量激素的患者，不要到公共场所去，以防流感的发生。

10 康 复

水肿消退后，邪气已尽，正气未复，当据气血阴阳脏腑虚损的不同，进行有效的康复。

10.1 药物康复

在水肿消退后，患者仍然存在以肺、脾、肾三脏为主的虚损，采用适当的药物进行扶正治疗，对于巩固治疗效果，防止水肿的再发具有良好的作用。若患者呈现气虚表现，可服用补气汤，用生黄芪100g、党参30g、茯苓皮30g、防风10g、白茅根60g，每日1剂，煎汤代茶频服。若患者有脾虚之征，则坚持服用参苓白术散，每次5g，每日3次。若患者有肾虚表现，则坚持服用金匮肾气丸，每次5g，每日2次。脾肾两虚者，服用补脾益肾汤（经验方）：党参150g、黄芪150g、白术100g、山药150g、茯苓150g、川续断120g、杜仲100g、桑寄生120g、山萸肉150g、熟地150g、菟丝子120g、陈皮60g，研末，每次5g，开水冲代茶饮，每日3次。若患者有气阴两虚表现，则用芪龟汤，用生黄芪30g、龟甲50g、薏苡仁50g，每日1剂，煎汤滤渣，分3次口服，或用生黄芪60g研

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

末，生山药250g水煮后捣泥，和黄芪末为梧桐子大丸，每次3丸，每日3次。若患者有肝气郁滞表现，则坚持服用成药逍遥丸，每次1丸，每日2次。若仍有水湿表现，则加用五苓散，每次5g，每日3次，亦用开水冲服；或用玉米须30g、荠菜花15g、白茅根18g，水煎去渣，每日分2次服用。若仍有血瘀表现，则用益母草60g，每日煎汤，分3次口服；亦可服用益母草膏，每次1匙，每日3次。

10.2 食疗康复

(1) 冬瓜450g，赤小豆30g，加水适量煮粥，加少许糖。喝粥吃瓜。适用于急性肾小球肾炎患者水肿期及水肿消退后。

(2) 猪肾1个，剖开去筋膜，洗净后与党参15g、黄芪20g、芡实20g共同煮汤。适用于急性肾炎水肿、高血压等症已消退，但尚残留有蛋白尿者。

(3) 芡实30g，白果6个，去壳后用，加入糯米50g，放瓦煲内慢火煮粥，每日1次。可加糖或放盐，对疗效无影响。适用于慢性肾炎正气虚损，蛋白尿持续不消者，可长期服用。

(4) 黄芪30～60g，生薏苡仁30g，鸡内金9g，赤小豆15g，糯米30g，金橘饼2只，白糖1匙。煎煮成粥，常服。适用于慢性肾炎脾胃虚弱者。

(5) 鳝鱼500g，鲜薤白120g，炖汤不放盐或少放盐，喝汤吃鱼。适用于慢性肾炎气血虚弱者。

(6) 老雄鸭1只(去毛和内脏)，冬虫夏草20g，放入鸭腹内，加清水，放瓦堡内隔水炖熟，加少许盐，饮汤吃肉及冬虫草。适用于慢性肾炎、长期有轻度蛋白尿以及肾功能损害者。

(7) 乌鱼1条（重约500g），赤小豆60g，黄酒1匙，小火慢煨至酥烂。每日服食2次。适用于各型肾性水肿消退后的调理。

(8) 鲤鱼500g(去鳃、鳞和内脏)，冬瓜500g(切成小块状)，葱白约20g(洗净)，加水适量，煮至鱼烂汤稠，加少许盐，趁热食。亦可用鲫鱼代替。适用于各型肾性水肿病人的后期调理。

10.3 自我康复

10.3.1 气功疗法

可选练放松功、内养功、六字诀等功法，每日练1～3次。练功前1小时不要服药和打针。练功前若饥饿可进少量饮食并排除大小便。练功后不宜马上进食。

10.3.2 娱乐疗法

患者可根据爱好、体力、条件等，参加各种有益于健康的文娱活动，如听音乐、养鸟、种花、钓鱼、绘画等。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病证名称和定义研究

1.1.1 病证名的规范

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

《实用中医内科学》认为中医水肿与西医的急、慢性肾小球肾炎，肾病综合征，充血性心力衰竭，内分泌失调，以及营养障碍等疾病所出现的水肿较为相似。认为凡具有头面、四肢、腹背甚至全身水肿者，即可诊断为水肿，并采用五脏分列水肿诸证进行辨证论治，分为肺水、脾水、心水、肾水、肝水等五脏水。在《中医内科学》中水肿的分类仍然以阴阳为纲，分为阳水、阴水。阳水分为风水泛滥型、湿毒浸淫型、水湿浸渍型、湿热壅盛型、而阴水则分为脾阳虚衰型、肾气衰微型等。在《时氏中医肾脏病学》中时振声认为水肿的分类有以下几类：以证候特点分类，分为风水、皮水、正水、石水，以五脏分类分为心水、肝水、脾水、肺水、肾水，以阴阳辨证则分为阳水、阴水，以虚实辨证分类则分为实证、虚证。

但是，中医学的概念具有多向性和多面性的特征，常常造成含义不精确，内涵和外延不确定。内涵包含的成分或要素不明确，外延的界限也只有一个大概的轮廓，因此对这些概念的理解难以一致，结果对水肿的看法也不一致。比如，水肿既是一个症状，又是一个病名，那么，当作病名是否妥当？而且中医的水肿下又分有许多小的病名，那么又该如何看待它们呢？比如，风水是一个证名，还是一个病名；如果风水是一个病名那么风水的外延如何确定，风水与阳水、皮水、肺胀的概念的区别如何。因此童安荣对与风水相关的概念进行了探讨，作者认为风水具有独特的临床表现，具有与相关疾病区别的标志，具有一定的病因病机，而且发病过程中有规律可循，有预后可测，有基本的治法和方药，所以风水应当作为病名。另外，作者还认为风水和肾风同病而名异，风水是病因加上主症命名，提示病因于风（外邪），主症为水肿，标在肺，本仍在肾；而肾风是病位加病因命名的，提示病因在风，病位在肾。[1]

程树清对现代注释关于《金匮要略》中正水脉证提出了疑问。现代注释认为正水是脉沉、自喘、腹满三大证，而作者认为，该注释使正水的概念缺乏水肿基本特征而类似于鼓胀，以为正水的脉证应当为脉沉迟、自喘、腹大、身体肿重四大症。[2]

1.1.2 诊断依据的研究

时振声认为风水病是水肿病的一种，主要是在外感后出现以面部浮肿为主的疾病，相当于西医诊断的急性肾炎和慢性肾炎急性发作的一类疾病。其诊断依据是：

（1）主症：浮肿和小便减少。

（2）次症：发热恶风寒，头身骨节疼痛，咳嗽，咽痛。

（3）理化检查：体重、血压、尿液实验室检查异常、血液生化改变。

根据主症任何1项，结合次症1项及理化检查即可诊断。

他又提出正水和石水属于后世的阴水，正水是因为脾虚或脾肾两虚导致水湿停留的一种水肿病。本病主要以全身水肿、腹满、喘急、小便难、脉沉迟等为临床特点，相当于西医诊断的慢性肾炎水肿（肾炎性肾病）。其诊断依据是：

（1）主症：全身（面、胸、腹、四肢）水肿，腹满，小便短少。

（2）次症：气急或喘息不能平卧；四肢困重、腰以下有重感；畏寒或恶风、怕冷；纳差食少；大便稀溏。

（3）舌脉：舌质淡，舌体胖大有齿痕，苔白；脉象脉沉迟或沉缓或沉弱。

（4）理化检查：体重、血压、尿液实验室检查、血液常规检查、血液生化检查。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

成人患者根据主症除全身浮肿外再加任何1项，结合次症2项与实验室检查既可诊断。[3]

1.2 病因病机研究

1.2.1 现代医家病因病机认识撷粹

时振声提出急性肾炎的常见病因病机有以下几点：风邪外袭、肺失通调；湿毒浸淫、内归肺脾；水湿浸渍、脾气受阻；湿热内壅、三焦阻滞；风热内侵、下焦热盛。[4]叶任高却认为本病临床少见表邪，不主张有风寒和风热型，认为常见的不过湿热浸淫、水湿浸渍和阴虚湿热3型。[5]任继学认为发病原委于内、外二因，内因主要是人体之肾气，外因感受六淫之邪或疮毒之类，肾气不足，病邪乘虚而入，导致发病，病理上肾是发病之本，肺是从经络气血移邪之源，脾是营气内变转输之机，三脏相互影响；病机上有“肺移寒于肾”“肺移热于肾”“肾失土制”“五液失约”等精辟分述。[6]

对于肾病综合征，各医家也多有论述。张镜人认为本病由脾肾两虚，湿浊内留所致。[7]邵生宽认为本病病位主要在脾肾；病理损害以脾肾气虚阳虚，水湿内停，气机升降失常为主；病理性质侧重于正虚，兼有水湿、热毒之邪。[8]时振声认为脾肾两虚是水肿的主要原因，兼夹风热、湿热、气滞和水停等[6]。许抒认为本病与脾虚和血瘀的关系最为密切，脾虚既不化精也不摄精，精气被夺，必然导致脾气更虚，脾气越虚，湿浊越聚，气血不生反为痰浊，进一步阻碍气血运行，而导致气滞血瘀，反过来又影响气化而加重水肿。[6]

张镜人认为肾功能不全不论急性、慢性，其病邪离不开湿和热，病位离不开脾与肾。一方面是湿热蕴阻，脾肾受累，气阴俱损，影响营血的生化和肾阳的蒸腾；另一方面是脾肾衰弱，湿热困聚，清浊蒙混，阴阳乖乱，升合失序。其病理变化，前期多由湿热蕴阻，耗伤气阴；后期则为正气亏损，邪毒内盛。[6]张琪认为慢性肾功能不全系脾肾虚损，尤以脾虚不运为本，因而形成水液潴留，郁而成毒，或湿浊化热，入侵血分，湿浊血瘀交阻，上逆为病。[6]

1.2.2 病因病机学的现代研究

1.2.2.1 急性肾小球肾炎 急性肾小球肾炎根据其临床表现属于中医的水肿、风水，其发病因于六淫外邪及皮肤疾病内侵所致。风性善行而速变，随四时不同，而夹寒、湿、热等。风邪袭人，内舍于肺，肺之宣通和肃降功能失调，不能通调水道下输膀胱，风水相搏，风遏水泛而成水肿。或水湿内阻，气化失常，郁而化热，而成湿毒之邪。或因皮肤疮疡，疮毒内侵，内归脾肺，湿热壅盛，三焦决渎失职，水泛于肌肤而见水肿。《中医肾脏病学》认为急性肾小球肾炎的病因病机可归纳为：风邪外袭，风水相搏；食居不节，水湿毒浸；房劳过度，阴虚邪淫。[9]何炎森则着重以正虚立论，认为邪气内传于肾，或饮食不节、情志失调、劳倦过度、房室无度等因素均致肾气内损而发为本病。[6]李俊彪认为该病机为外邪犯表，水湿内停；郁而化热，气阴受伤，湿热未清。[10]

1.2.2.2 慢性肾小球肾炎 根据慢性肾炎水肿的发生发展过程，现已普遍认为本病属本虚标实。本虚主要责之于脾肺肾，但与肾虚的关系最密切；标实是指外感、水湿、湿热、湿浊、瘀血等。邹燕勤认为本病多呈本虚标实，正虚邪恋，临床以脾肾亏虚为常见，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

邪实为水气、水湿、湿浊、湿热、瘀血等，且多有湿浊、瘀血内伏，胶结不去，是为宿根，常因感受外邪或劳累而加重。[11]近年来的研究多是对慢性肾炎的临床表现，从中医传统理论的角度进行解释，如蛋白尿、血尿、高血压等的研究，时振声认为脾主升清，脾虚则不能升清，谷气下流，精微下注；肾主闭藏，肾虚则封藏失固，肾气不固，精微下泄。因此，蛋白尿的发生主因于脾气下陷，肾气不固。[12]叶任高认为脾肾之失调主要是脾肾阳虚。[13]郭子光认为蛋白质实质是水谷精微，由脾气之转输、肺气之输布和肾气之蒸化而洒陈五脏六腑，营养四肢百骸。因此任何原因引起肺脾肾功能失司，则精微从尿中潜然漏失。[14]张丽慧认为蛋白尿的原因除脾肾虚损外，湿毒内蕴，郁而生热，热为阳邪，性主开泄，肾受湿热熏灼而失统摄之能，致精气外泄，蛋白质等随尿而下。[15]潘振邦认为肾性蛋白尿的病因病机，除脾肾肺肝等脏腑功能失调外，常与气血阴阳的虚损、血瘀、湿热病邪交织在一起。[16]

时振声认为慢性肾炎血尿的病因病机可以概括为热、虚、瘀3个方面，而尤以血瘀在血尿中有意义。[17]而刘宏伟认为热、虚、瘀中以阴虚内热为最常见。[7]方药中认为血尿定位在肝肾，定性为湿热、虚热、血瘀、阳虚、气虚[18]。张琪认为血尿虽有寒、热、虚、实之分，但却不能截然分开，疾病中可见气阴两虚、寒热错杂、虚中夹实等。[19]黎江华认为血尿不外热和气，早期膀胱实热累及于肾是发生血尿的病理基础，并指出脾胃气虚是血尿久病不愈的根本。[20]

张天等认为肾性高血压大都是肝肾阴虚而致肝阳上亢，少数因于脾肾阳虚、水湿泛滥上扰清窍引起。[21]时振声认为肾性高血压以肝肾阴虚、肝阳上亢者居多，但也有气阴两虚肝阳上亢、脾肾气虚水湿泛滥和肝气郁结疏泄失畅的。[22]白依山认为因久病阳损及阴，肾阴亏耗，肝阳上亢，上盛下虚；晚期真阴亏损，真阳亏耗，阴阳失调或真阴亏损，命门火衰，阴阳失调。[23]戴希文认为其病机是脾肾气虚，水湿不化，五阳不布，血脉失去温养而致拘急挛缩瘀滞不行。[24]陈孝伯将病因病机概括为本虚标实。本虚为脾肾气虚和肝肾阴虚，标实为水湿、湿热、湿浊、血瘀、肝风等因素。[25]沈庆法等《中医临床肾脏病学》也认为肾性高血压属本虚标实之证。本虚，初起表现为肾阴虚，逐渐发展为肾阳虚；标实，轻者表现为风水相搏，重者阳虚水泛、痰浊瘀阻，而标实总是和本虚交织在一起。[26]

1.2.2.3 肾病综合征 肾病综合征的病因病机普遍认为属本虚标实，本虚即肺脾肾三脏虚损，有气虚、阳虚、阴虚，标实有风热、水湿、湿热、热毒、瘀阻；若发展到晚期，则病机为正气衰惫、浊毒内留。各医家对本病的认识多同此，但也有一些医家提出个人的见解。王临轩总结了43例肾病综合征的临床特点，认为本病的病机为邪蕴少阴深居不出，脾肾功能失调致三焦水道不通，膀胱气化失司最终导致水湿泛滥，精气外泄而形成。[27]

1.2.2.4 慢性肾功能衰竭 慢性肾衰病因有主因、诱因之分，一般认为主因多系脾肾虚损，其中尤与肾气衰惫，分清泌浊失职以至湿浊内停密切相关。诱因则责之于外邪与过劳，由于诱因之发生，往往促使病情迅速恶化，甚而死亡。张镜人认为本病病因有二：一为外邪侵袭，多数由风水而来，“逢风”为风水的主因；部分患者虽无风水史，但曾反复感染风热和湿热，风邪虽去，但湿邪犹存，久酿生热，致伤脾肾，可见湿邪仍是一种外因；二是脏腑虚损，由于其它慢性病，先天不足、饮食失常、七情内伤、房劳过度等各种

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

原因的影响，损伤正气，加之外来风热、湿热等内侵脏腑所致。[28]

众医家在本病病机的认识上，多有共识，认为本病多属正虚邪实，寒热错杂。正虚即阴、阳、气、血的虚损，但究竟侧重于哪方面，则有不同的认识。一、脾肾阳虚为主，陶筱娟通过对116例慢性肾衰死亡病例进行了分析，认为肾阳气虚是本病的本质，夹杂外邪是导致恶性循环的关键；[23]有人认为本病的昏迷不是大实而是大虚，不宜用至宝、苏合之类，而要大补肾阳。二、脾肾阴阳俱虚，有人针对其病机指出法宜补阴益阳，实阴不用滋阴，而用酸甘化阴法，益火用肉桂、附子，能救将熄之火；也有观察其转归与阴阳偏胜程度有关，偏于阳损者，先见脾败，后见肝竭；偏于阴损者，先见肝竭，后见脾败。心绝及肺绝多数出现于脾败或肝竭之后，常为促进死亡的主要原因。三、气阴两虚，张镜人认为初起风邪夹湿邪，中期气阴两虚，晚期湿中夹热。湿热是贯穿始终的主要病邪，气阴俱虚，导致后期营血亦亏，是本病的主要病理变化；而脾肾两脏则是损害的主要病位。[23]时振声经过对100例慢性肾衰病人的临床观察发现，慢性肾衰若是由慢性肾小球肾炎引起的，肾病型以脾虚者为多，脾虚可以向脾肾气虚及脾肾阳虚转化，后期阳损及阴，表现为气阴两虚或阴阳两虚；普通型或高血压型，以肝肾阴虚及气阴两虚为多，肝肾阴虚后期阴损及阳，亦可转化为气阴两虚或阴阳两虚。[23]因此一般认为本病的正虚以气阴两虚或阴阳两虚为主。邪实方面，一般从湿热、瘀血、水湿、风热几个方面去考虑，师晶丽认为湿浊既是慢性肾衰的产物又能加重肾脏的衰竭，而且湿浊与BUN、SCr的高低成正相关；也有人认为本病由于气血阴阳俱虚，脾肾衰败，导致津液不能上承，湿浊化热而成。[29]

2 临床研究

2.1 证候与辨证规律的研究

2.1.1 临床症状的观察与总结

观察和分析临床症状是治疗的前提，从症状入手，可以把握疾病的证候和演变规律，判断病势的发展和转归。

急性肾炎发作阶段的水肿以眼睑或面部最为显著，然后才扩散全身。而肾病水肿，轻者仅见眼睑或面部浮肿、下肢胫前区指陷型水肿；重者全身水肿，伴见胸水或腹水。水肿有时也是治疗效果好坏的一个指标，如果一个肾病综合征的患者高度水肿、选择性蛋白尿，则说明对激素治疗敏感；若患者大量蛋白尿而又水肿不甚，则对激素不敏感，较难治疗。

2.1.2 病势转归及预后

任继学经过临床观察，认为正气的盛衰，邪气的多寡，毒气的强弱，以及治疗的得当与否而决定了急性肾风的预后和病程的长短。若正盛、邪衰、毒弱，治之及时得当，则月余可愈；若正气不足，邪气有余，毒气内侵，伤及肾体，加之失治、误治，则病程可延至1年或3、5年，甚至合并急性肾衰；更有医者误治，发为慢性者；亦有邪气日盛，正气衰退，肾体受损，阳气大伤，命门火衰，而成慢性肾衰。[30]

2.1.3 水肿患者用激素后舌象与脉象的变化

严晓华对120例肾病综合征患者经强的松治疗前后舌诊征象变化进行了分析，治疗前

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

脾肾气虚，水湿内停的舌质淡胖苔白或白腻，气阴两虚者舌质偏红少苔或薄黄苔，伴气滞血瘀者舌质淡胖苔黄腻，或舌质黯淡边有瘀斑。在用激素尚未达到有效剂量时，舌质仍是淡红，苔薄或舌质淡胖苔白腻，至激素治疗4周后，舌质开始变红，苔转黄或黄腻，在减量期，特别是减至30mg/d以下时，部分患者以出现舌淡胖苔白等脾肾阳气不振的征象。[31]

2.2 证候学的现代研究

2.2.1 证候研究

2.2.1.1 急性肾小球肾炎 在《中医临床肾脏病学》中急性肾炎分为发展期和恢复期，发展期又分为风热证、风寒证、湿热证，寒湿证，恢复期分为湿热未清、阴虚证、气虚证等。

2.2.1.2 慢性肾小球肾炎 大多数医家认为本病属本虚标实，本虚分为：肺肾气虚、脾肾阳虚、肝肾阴虚、气阴两虚。标实分为外感、水湿、瘀血、湿热、湿浊等，在临床治疗中要标本兼治，以治本为主。众多医者依据此标准辨证。如庄严治疗慢性肾炎47例，脾肾阳虚型占26例，肺肾气虚型12例，肝肾阴虚型4例，气阴两虚型5例；兼感风寒者8例，兼感风热者5例，兼水湿者20例，兼湿浊者4例，兼血瘀者5例。根据全国第二次肾病学术会议制定的疗效标准，完全缓解者9例，基本缓解22例，好转13例，无效3例。庄氏认为在诸型中，脾肾阳虚型、肺肾气虚型临床症状较易得到改善，肝肾阴虚型最为难治。[32]

2.2.1.3 肾病综合征 1977年北戴河肾炎座谈会主张将肾病综合征的辨证分为正虚和邪实两个方面，正虚有气虚、阳虚、阴虚；邪实有水湿、湿热、瘀血。近年来基本上依照此标准对本病进行辨证分型。陈以平认为脾虚为最明显，但因为高凝状态的存在，所以血瘀也十分常见，湿热常出现在发病初期或配合激素治疗时，肾虚常为后期的表现。[33]叶任高将其分为脾肾阳虚型、脾肾气虚型、阴虚湿热型。[34]朱辟疆将本证分为脾肾气虚、脾肾阳虚、肝肾阴虚；标证包括水湿、湿热、血瘀。[35]陈月秋治疗31例，其中脾肾气虚9例，脾肾阳虚11例，肝肾阴虚3例，气阴两虚8例，而且每型本虚往往兼有1～2种标实证，31例中夹外感8例，夹水湿14例，夹湿浊6例，湿热2例，瘀血4例。[36]曹鸿云将68例病人按本虚标实分型，本虚证中肺肾气虚14例，脾肾阳虚16例，肝肾阴虚20例，气阴两虚18例，标实证多为兼夹，兼瘀血18例，外感9例，湿热28例，湿浊13例。[32]

许多医家对I型和II型肾病综合征的中医分型进行了探讨。李莉分I型肾病综合征为风水泛滥型、脾气虚型、脾肾阳虚型；II型为风水泛滥型、脾肾阳虚型、肾阳虚型、肾阴虚型，认为原发性肾病综合征I型多分布在风水泛滥和脾气虚型，原发性肾病综合征II型多分布在肾阳虚和肾阴虚型，而脾肾阳虚型二者均可见到。[38]张雪梅和柳企贤将肾病综合征I型分为脾肾气虚、脾肾阳虚、肝肾阴虚；II型分为脾肾气虚、脾肾阳虚、肝肾阴虚[39,40]；而张雪梅认为II型会兼夹外感、水湿、湿热疮毒和血瘀等证。[41]潘家荣治疗慢性肾炎肾病综合征II型44例，分为脾肾阳虚水湿内停型、阴虚火旺湿热内蕴型和复感外邪型。[42]何为贵将64例原发性肾病综合征患者分为脾肾阳虚型45例（70.3%），肾阴虚型19例（29.7%），并认为阴虚型常夹杂湿热证候。[43]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

还有的医家将肾病综合征分为水肿期和水肿消退期，并进行了中医分型的探讨。肖德才将水肿期分为脾肾阳虚和湿毒浸淫，水肿消退期分为热毒未尽，肝肾阴虚和气阴两虚。[44]韦俊治疗100例肾病综合征小儿，初始分为脾虚湿困型（56例）、脾肾阳虚型（24例）、肝肾阴虚型（20例），进入激素治疗期后分为阴虚阳亢型（45例）、湿热内蕴型（46例）、瘀血内阻型（9例），激素减至半量到停药阶段有脾肾不振型（72例）、肝肾阴虚型（28例）。[45]通过各家分型可以看出肾病综合征普遍分为本虚标实，本虚多为阳虚、阴虚、气虚，涉及脾、肾、肝、肺；标实多为湿热、湿浊、瘀血，还有的认为夹风邪。

2.2.1.4 慢性肾功能衰竭 慢性肾功能衰竭属正虚邪实，寒热错杂，以脾肾衰败为本，浊邪壅塞三焦为标。本病辨证首分虚实，正虚贯穿于肾衰的整个过程，可以分为气虚、阳虚、阴虚、气阴两虚，同时又兼夹瘀、浊、毒等实邪，具体讲有外感、痰热、水湿、湿热、瘀血、风动等。各医家在临证时又有各自的分型，何永生将本病辨为脾肾阳虚、脾肾气阴两虚、肝肾阴虚、阴阳两虚。[46]黄波夫分为脾肾阳虚型、气阴两虚型。[47]罗素分为脾虚湿阻型、脾虚血亏型、脾肾阳虚型。[48]洪钦国辨本病为脾肾衰败湿热互结上焦、脾肾两虚浊邪羁留中焦、脾肾衰败寒湿滞留下焦。[49]师昌丽对本病的认识强调湿邪，分为邪客少阳湿热羁留型、脾肾衰败湿浊壅滞型、肝肾阴虚湿热内阻型。[50]邓乐巧将本病分为脾肾阳虚水瘀互结型、脾肾阳虚瘀血内阻型、阴阳两虚湿浊内蕴型、气阴两虚湿浊内蕴型。[51]韩家强把本病分为脾肾气虚型、肝肾阴虚型、脾肾阴虚型和血瘀型。[52]林桑雄将本病辨为阳虚浊毒型、浊热互结型和气阴两虚型。[53]聂莉芳分本病为气阴两虚型、寒湿中阻脾胃不和型、湿热中阻脾胃不和型。[54]李俊彪以阴阳为纲，将本病分为阴证和阳证。[55]

2.3 治则治法研究

根据水肿的病因病机和分型辨证，对它的治疗目前多分为祛邪利水和扶正利水。以祛邪为主的有发汗消肿、攻逐消肿、祛风利水等；以扶正为主的有益气利水、温肾利水、滋阴利水等。对传统的经典法则也有阐发，王明威将“开鬼门，洁净府”“诸有水者，腰以下肿，当利小便；腰以上肿，当发汗乃愈”等变通为“提壶揭盖开鬼门，散风清热洁净府”，“健脾化湿除壅滞，布阳洁府畅三焦”，“助阳温肾除阴霾，化气行水五阳布”以及平治于权衡、去菀陈莝、温阳化瘀、寓攻于补。[56]

各医家对水肿有用八法、十法、十四法等。余方伦提出水肿辨治八法：宣肺利水法、培土渗湿法、清利湿热法、攻逐泻水法、温运脾阳法、温肾利水法、滋阴利水法、活血利水法。[57]曾绍裘提出水肿证治十法：疏表利水法、开肺降气法、清热解毒法、攻逐水湿法、活血化瘀法、健脾益气法、温肾扶阳法、淡渗通阳法、滋阴柔肝法、补益气血法。[58]张天提出的十四法有：利尿消肿法、发汗消肿法、攻逐消肿法、祛风利水法、清热利水法、淡渗利水法、实脾利水法、行气利水法、益气利水法、通阳利水法、温肾利水法、滋阴利水法、活血利水法、软坚利水法。[59]

2.4 临床用药研究

2.4.1 急性肾小球肾炎

目前普遍认为急性肾小球肾炎相当于中医的风水、血尿。对其采用中医药治疗效果较

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

佳，这已在临床上得到证实。在治疗上大致分为辨证分型论治和专方随证加减两种方案。

2.4.1.1 辨证论治研究 急性肾炎多分为发展期和恢复期，发展期又分为风热证、风寒证、湿热证、寒湿证，恢复期分为湿热未清、阴虚证、气虚证等。风热证治以疏风清热，利水消肿，方用银花、连翘、荆芥、浮萍、板蓝根、白茅根、小蓟、半枝莲、车前子；风寒证治以祛风散寒，宣肺利水，用生麻黄、桂枝、紫苏、生姜、紫菀、赤茯苓、泽泻、车前子；湿热证治以清化湿热，利水止血，用苍术、黄柏、半枝莲、蒲公英、小蓟、白茅根、山栀；寒湿证则散寒燥湿，用桂枝、苍术、川朴、赤茯苓、半夏、车前子、大腹皮、砂仁、陈皮、生姜，恢复期湿热不清，用清化湿热，药用黄芩、连翘、藿香、射干、白茅根、荠菜花、苎麻根、茯苓，阴虚证用滋阴清化药，用生地、丹皮、泽泻、茯苓、地骨皮、旱莲草、白茅根，气虚证以益气健脾，用补中益气汤加减。[60]

时振声将急性肾炎分为：一、风水泛滥型，偏于风寒可用麻桂五皮饮，偏于风热可用越婢五皮饮，均可再加入淮牛膝、车前子；二、湿毒浸淫型，宜宣肺解毒，利湿消肿。可用麻黄连翘赤小豆汤加怀牛膝、车前子、冬瓜皮等，若湿毒甚，则用五味消毒饮以清热解毒，利湿消肿；三、湿热壅盛型宜分利湿热，可用己椒苈黄丸前后分消，若肿势较轻，则可用萆薢分清饮；四、下焦热盛宜清热泻火，凉血止血，用小蓟饮子去木通加二至丸；若水肿消退肉眼血尿消失，进入恢复期，则以清利湿热为主，用程氏萆薢分清饮加减；后期，有脾虚者可用参苓白术散，肾阴虚则用六味地黄汤，气阴两虚者用大补元煎。[61]

叶任高认为该病在临床上少见外感症状，不主张有风寒束肺型和风热犯肺型，一般常见的分为湿热浸淫型、水湿浸渍型和阴虚湿热型。临床依此3型辨证治疗加减用药足矣。湿热浸淫型治以清热解毒，化湿消肿，用麻黄连翘赤小豆汤合五味消毒饮加减，阴虚湿热型用滋阴凉血清热利湿法，小蓟饮子为主，对于血尿明显者，在急性期用小蓟饮子，在恢复期因往往出现镜下血尿，仍以小蓟饮子为主，若日久耗伤肾阴，用旱莲草、女贞子。叶老根据急性肾炎时，肾脏毛细血管内皮细胞弥漫性炎症和系膜细胞增生，中性多核白细胞和单核细胞在肾小球浸润，使毛细血管狭窄甚至闭塞，在整个病变过程中，产生“瘀血”的病理，故常加用活血化瘀法。用自拟的活血化瘀方，川芎、桃仁、红花、地龙、赤芍，以增加肾脏的血流量，减轻变态反应性炎症，促进纤溶，减轻肾脏病理损害，对于水肿消退后仍见少量蛋白尿和反复镜下血尿，叶老主张仍以祛邪为主，若气虚明显，则宜扶正祛邪相结合。但忌用温补肾阳之品，以免湿邪留滞引起化热，可用平补之品，阴虚用生地、山萸肉、石斛、麦冬、气虚用党参、黄芪、怀山药等。[62]

叶景华治疗急性肾炎分为邪盛期和恢复期，邪盛期又分为风邪侵袭和湿热阻滞。风邪以风热为主，风寒少见，治以疏解利水。风热证用荆芥、西河柳、金银花、牛蒡子、板蓝根、半枝莲、白茅根、小蓟、车前子等，风寒证用麻黄、紫苏、生姜、车前子、茯苓、泽泻等，湿热阻滞，治以清利湿热，用黄柏、山栀、半枝莲、白茅根、小蓟、甘草等，湿重者加苍术、厚朴、薏苡仁等。恢复期，无虚证者以清化为主，有虚证者加扶正之品，气虚用党参、黄芪、仙鹤草、茯苓、甘草等，阴虚用生地黄、丹皮、地骨皮、旱莲草、黄柏、知母等。治疗结果，临床治愈349例，好转71例，随访2～20年，绝大多数情况良好，有19例尿镜检红细胞或少许蛋白，随着病后年龄增长而逐渐消失，只有2例迁延不愈成为慢性肾炎。[63]靖雨珍治疗203例，分表证型和湿热型。表证型用越婢汤加减，湿热型又

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

分热重者宜清热利湿，麻黄连翘赤小豆汤加减；湿重者宜利水化湿，五皮饮合五苓散；肝经湿热，肝阳偏亢，宜泻肝清热利湿。龙胆泻肝汤加减。恢复期尿红细胞多，肾阴虚，治以滋阴和血，用生熟地、山药、丹皮、茯苓、甘草等；脾肾两虚者，宜健脾补肾，用党参、白术、茯苓、熟地、山药、枸杞子、泽泻、肉桂、熟附子、黄芪等。结果痊愈105例，显效53例、好转38例，无效7例，总有效率96.5%，远期随访61例，健康情况良好，无复发。[64]王振喜治疗97例，水肿期以利水消肿为主，方用四苓散，辅以疏风宣肺或清热祛湿，或健脾燥湿。消肿期分别采用补重于利或利重于补的正邪兼治方法，用六味地黄丸或参苓白术散加减，治愈68例，好转26例，无效3例。[65]

2.4.1.2 专方随证加减 各医家根据自己在临床上的经验，总结出卓有成效的专方。余益孔用活血化瘀法随证加减，药用丹参、赤芍、川芎、红花、益母草、白茅根等。[66]夏承义以芳化清利法治疗小儿急性肾炎，用藿香、苏叶、佩兰、淡竹叶、连翘、忍冬藤随证加减。[67]有一部分医者在古方的基础上加减，也取得了较好的疗效。张炉高以消风散。[68]王淑梅以浮萍连翘赤小豆汤。[69]毛之宝以五味消毒饮加半枝莲、土茯苓、泽泻、六一散。[70]吕云钊以泽漆汤加减。[71]夏远录以麻黄连翘赤小豆汤加味。[72]很多医者自拟方亦有好的疗效，舒士迫用抗敏汤：蝉蜕、僵蚕、地龙、白鲜皮、地肤子、荆芥、乌梢蛇、浮萍、防己。[73]邓瑞峰以五草一根汤：鱼腥草、车前草、白花蛇舌草、金钱草、甘草、白茅根[74]；陈嘉勉自拟银翘桔石汤：银花、牛蒡子、桔梗、生石膏、连翘、板蓝根、甘草。[75]

从各家的治疗情况可以看出临床上中医治疗急性肾小球肾炎多按急性水肿期和恢复期论治。急性期主要是邪实，由于外感六淫之邪，导致机体肺脾肾的气化功能失常而水湿潴留，治疗以祛邪为主，方法有：疏风解表、清热解毒、化湿利水、活血化瘀等。恢复期主要是余邪未尽，正气受损，治疗上多采用清化余邪加扶正。近年来，临床上常常采用中西医结合治疗，取得良好的效果，但有相当一部分恢复期病例和反复感染的病例镜检红细胞难以短期内彻底消除。因此应加强对血尿，尤其是镜下血尿的研究。

2.4.2 慢性肾小球肾炎

慢性肾小球肾炎与中医的“水肿”，“虚劳”，“腰痛”、“血尿”等范畴类似。近年来中医与中西医结合治疗慢性肾小球肾炎较多，其治疗方法可分为：辨证分型治疗、基本方为主随证加减治疗、中西医结合治疗和单方、验方治疗等。

2.4.2.1 辨证论治研究 大多数医家认为本病属本虚标实之证，本虚分为：肺肾气虚、脾肾阳虚、肝肾阴虚、气阴两虚4种证型。标实分为外感、水湿、瘀血、湿热、湿浊等，在临床治疗中要标本结合，以本为主。庄严治疗慢性肾炎47例，脾肾阳虚型占26例，肺肾气虚型12例，肝肾阴虚型4例，气阴两虚型5例；兼感风寒者8例，兼感风热者5例，兼水湿者20例，兼湿浊者4例，兼血瘀者5例。脾肾阳虚型治以温补脾肾，方选真武汤加味；肺肾气虚型治以益气固肾，方选防已地黄汤加减；肝肾阴虚型治以滋养肝肾，方选杞菊地黄汤化裁；气阴两虚型治以气阴两补，方用参芪地黄汤加味。兼风寒者加麻黄、苏子、荆芥、防风等；兼风热者加银花、牛蒡子、马勃、板蓝根、玄参；兼水湿者加桂枝、车前子、赤小豆、大腹皮、肉桂、仙灵脾、半边莲、玉米须；兼湿浊者加半夏、陈皮、竹茹、砂仁、兼血瘀者加益母草、丹参、当归、赤芍；若蛋白尿持续不退者加黄

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

芪、党参、白术、益智仁、金樱子、菟丝子；血尿不消者加小蓟、琥珀、白茅根、益母草、泽兰、丹参；高血压者加牡蛎、夏枯草、牛膝、钩藤、丹参。根据全国第二次肾病学术会议标准，47 例经治疗后完全缓解者 9 例（水肿等症状与体征完全消失，生化指标正常）；基本缓解 22 例（水肿等症状与体征基本消失，生化指标明显改善）；好转者 13 例（水肿等症状与体征明显好转，生化指标都有改善）；无效者 3 例（症状及生化指标都无改善）。作者认为在诸型中，脾肾阳虚型、肺肾气虚型临床症状较易得到改善，在无效的 3 例中，2 例为肝肾阴虚型，似可说明此型最为难治。[32]

2.4.2.2 基本方为主，随证加减治疗 程皖采用补脾肾化瘀行水法为主治疗慢性肾炎 45 例，并设对照组 45 例观察，基本方采用生黄芪、益母草、车前草、白茅根、白花蛇舌草、枸杞子、丹参、党参、白术、杜仲。水肿甚者加猪苓、泽泻；尿血加大蓟、小蓟、茜草；血压高者加钩藤、石决明。结果表明：治疗组 45 例完全缓解 19 例，基本缓解 14 例，总有效率 91.1%；对照组完全缓解 10 例，基本缓解 9 例，总有效率 71.1%，两组间有显著差异（$P<0.01$）。[76] 武明虎用黄芪理肾汤治疗慢性肾炎 45 例，显效 27 例，有效 15 例，无效 3 例，总有效率为 93%。服药 1 个月有效的有 5 例，2 个月有效 21 例，服 3 个月有效者 16 例。药物组成为：黄芪、当归、泽泻、龙骨、大枣。若临床症状不明显，仅有蛋白尿或血尿，平时又易患感冒者，加大黄芪用量，再加黄精、秦艽、羌活；有畏寒发热者，加荆芥、浮萍；有慢性扁桃体炎且反复发作者，宜手术治疗，加白头翁、蒲公英；如水肿明显者加用茯苓、车前子；若腰困明显，加用杜仲、狗脊、怀牛膝；如头晕、耳鸣、目眩、血压高者，加用黄芩、蒲黄；血尿明显者加地榆、大蓟小蓟、槐花；如蛋白尿明显者，加用芡实、藕节或诃子肉。作者认为本病病机可有脏腑虚实的偏颇、气血的失调、水湿、湿热、火毒、血瘀等，因此治疗必须表里同治、寒热兼施、利涩相配、补泻合用。[77] 杨波用调理脾肾中药内服合中药灌肠治疗慢性肾炎 25 例，显效 8 例，有效 14 例，无效 3 例，总有效率 88%。中药内服基本方：熟地黄、炒泽泻、淮山药、牡丹皮、陈皮、炒台乌药、云茯苓、白术、砂仁、车前子、广木香、炙黄芪、丹参、冬虫夏草。阴虚去泽泻、车前子，加女贞子、墨旱莲；阳虚加炮附子、肉桂；阴虚阳亢去泽泻、车前子，加制龟甲、灵磁石、炒麦芽、神曲；湿热去白术、炒台乌药、冬虫夏草，熟地易生地，并加益元散。灌肠方：生大黄 30g（后下），蒲公英 15g，冰片 3g，每日 1 剂，水煎取 200ml，使药液保持在体温程度或稍高，灌肠后保留半小时，尿量正常半个月后可停用。[78] 聂红梅用无比山药汤（无比山药丸加女贞子、旱莲草、仙茅、仙灵脾）为主治疗慢性肾炎 86 例，结果痊愈 30 例，显效 22 例，好转 15 例，治愈率 34.8%，肾阴虚者 42 例，加用六味地黄丸，好转 38 例，占 49.4%；肾阳虚 9 例，加用金匮肾气丸，好转 3 例，占 3.9%；脾肾两虚 25 例，好转 7 例，占 27.3%；兼湿毒者 10 例，上方加蒲公英、紫花地丁、半边莲、菊花、忍冬藤，好转 5 例，占 6.5%。应用上方在症状改善上效果较佳，34 例足面轻度浮肿者，治疗 30 例浮肿消退，有效率 88%；腰酸 68 例，52 例改善，有效率 76.5%，明显乏力 54 例，改善 49 例，有效率 90%。[79] 李慧采用《金匮要略》下瘀血汤治疗肾络瘀阻型慢性肾炎 58 例并与潘生丁组治疗的 31 例作对照观察，结果治疗组和对照组分别在总体疗效上分别为 70.7% 和 38.7%，两组比较有明显差异（$P<0.05$）；在内生肌酐清除率和 24 小时尿蛋白量的改善方面都明显优于对照组。[80]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.4.2.3 中西医结合治疗的研究 于德岁报道采用中西医结合治疗慢性肾炎112例，完全缓解25例，基本缓解44例，有效15例。无效28例。中医治疗采用辨证分型治疗：肾阳虚（52例），治以温肾健脾利水，以真武汤合五苓散加减，其中以温肾法治疗8例；肾阴虚治以阴阳双补，以地黄饮子加减，其中5例为长期服用肾上腺皮质激素者，用滋阴法治疗4例均无效；热毒型（16例）治以清热解毒，以五味消毒饮加减，急性扁桃体炎加山豆根、板蓝根，慢性咽炎加青果、麦冬、肉桂，慢性阑尾炎加丹皮、大黄；表虚不固型宜疏风固表，以玉屏风散加味；脾虚气弱型（15例）治以健脾益气升陷，以参苓白术散合升陷汤加减；血瘀型（5例）治以益气活血，以补阳还五汤加味，此5例均为应用激素或环磷酰胺，病程3年以上者。配合西药则112例全部服用潘生丁，急性发作期连续应用10天青霉素；29例肾阳虚者，晨起顿服强地松15mg；3例肾阴虚者，在服用激素原量基础上配合环磷酰胺，隔日静脉注射200mg，总量6g。于氏对29例阳虚病人用小剂量激素配合大量温阳药治疗，有效率86.2%，且副作用小，病程短，易于停药。7例因激素而致阴虚者，经环磷酰胺和/或阴阳双补法治疗，有效率85.7%，而单纯用滋阴法却无效。因此认为阳虚型为激素最佳适应证；在大量温阳药作用下，可减少激素的用量。但温阳药与激素的剂量比例有待进一步研究。在阳虚型中用温肾健脾法比单纯温肾法疗效较高，于氏认为温肾必须健脾。而在脾虚气弱型中单纯用健脾益气法并不理想，而加用升陷汤治疗11例，有效率达81.1%，由此可知，气陷已久需要益气以固后天，又需升举收敛气分之耗散。作者又认为血瘀是在气虚日久基础上产生的，因而单纯活血化瘀无效，用补阳还五汤加水蛭益气活血治疗虽然有效率仅40%，但此法仍不失为有效的治疗方法。[81] 赵德光以雷公藤多甙为主结合西药治疗慢性肾小球肾炎80例，缓解41例，显效19例，无效9例。其治疗方法以口服雷公藤多甙片为主，并予强的松30mg每晨顿服，潘生丁50mg每日3次，藻酸双酯钠100mg每日3次。雷公藤多甙片服法：开始按1mg（kg·d）给药，分3次服。6天后查尿常规，若无效，药量加至1.25mg（kg·d），分3次分服。尿蛋白及红细胞控制到正常范围内，按原量继续服用2周。查尿常规仍正常者，则减量：雷公藤片、强的松每2周各减上次用量的1/8。雷公藤片减至每天10mg时，将2天量合并，间日顿服；此时强的松亦相应减至小量，亦将2天量合并，间日上午8时顿服，与雷公藤片间日交替。雷公藤多甙减至2天并量为每天2.5mg而尿检仍正常时，可停药。全疗程8～10个月。若服药4～5周无效或效果甚差，应减量停药，一般1个月内减完。[82] 王旷观治疗70例原发性慢性肾小球肾炎，其中17例采用单纯中药治疗，28例用中药加强的松，10例中药加地塞米松、塞替派、消炎痛治疗。对所有病人均采用辨证论治，临床分为3型：①水湿内停型：治以温阳利水之五苓散加附子，或自拟黄芪汤；②湿热内蕴型：治以清热利湿，活血化瘀，用泽泻、茯苓、丹皮、生地、双花、黄芩、虎杖、蒲公英、坤草、丹参等或自拟的强肾汤；③肾阴阳俱虚型：用金匮肾气丸加芡实、菟丝子、莲须、沙苑子、党参、黄芪等。治疗结果中药组完全缓解4例，基本缓解2例，部分缓解9例，无效2例；中西医结合组完全缓解22例，基本缓解8例，部分缓解7例，无效1例。通过疗效分析，中医治疗组和中西医结合治疗组的有效率之间没有太大差异，但从临床完全缓解率来看，后者的确远远优于中医治疗组。[83] 龚健辉采用中西医结合治疗慢性肾炎36例并与单纯用西药治疗的18例作对比观察疗效较好。治疗组，采用强的松40mg，每日清晨1

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

次顿服，雷公藤片 33μg，每日 3 次；中药以六味地黄丸加黄芪、蝉蜕、益母草、赤芍、川芎、炙甘草，贫血者加当归、阿胶，血尿者加白茅根、血余炭，合并尿路感染者加败酱草、炒栀仁。对照组，每日服用强的松 1mg/kg，清晨 1 次顿服。结果治疗组 36 例中，完全缓解 16 例，部分缓解 17 例，无效 3 例，总缓解 33 例；对照组 18 例，完全缓解 4 例，部分缓解 8 例，无效 6 例，总缓解 12 例。两组比较，完全缓解率无显著性差异（$P>0.05$），总缓解率有显著性差异（$P<0.05$）。另外作者对两组的副反应进行比较，副反应包括血压升高、上消化道出血、低血钾、高血糖、月经不调、痤疮、柯兴样体态等。治疗组 36 例中，单一副反应 2 例（19.44%），2 种以上的有 2 例（5.56%）副反应率为 25%；对照组 18 例中，单一副反应 2 例（11.11%），2 种以上有的有 11 例（61.11%），副反应率为 72.22%。两组副反应比较有显著性差异（$P<0.05$）。还对两组追踪 2 年观察其复发率并进行比较，治疗组 36 例中，1 年复发者 3 例（8.33%），2 年复发者 6 例（16.67%），复发率为 25%；对照组 18 例中，1 年复发 4 例（22.22%），2 年复发 8 例（4.44%），复发率为 66.66%。两组复发率比较有显著差异（$P<0.05$）。[84]

2.4.2.4 名家经验 邹燕勤认为本病多是本虚标实，正虚邪恋，临床以脾肾亏虚为常见，邪实为水气、水湿、湿浊、湿热、瘀血等，且多有湿浊、瘀血内伏，胶结不去，是为宿根，常因感受外邪或劳累而加重。基于本病虚实错杂，标本互相促进，故治疗时标本兼治。常用黄芪、苍术、炒白术、茯苓、薏苡仁、神曲、谷麦芽等调理脾脏，或加入少许制大黄以健脾胃。益肾则多用不滋腻碍脾之品，而用旱莲草、女贞子、芡实、川断、金樱子、桑寄生等，且味少量轻，以起引经之效，而重用健脾之药。虽然本病常有阳虚之证，但其水湿瘀血久易化热，使病情加重，故慎用附子、肉桂等大辛大热之品，若病情需要，可选用性味较平之菟丝子、淫羊藿等。标实以水湿浊为主，治以利湿除浊，常选用茯苓、猪苓、泽泻、薏苡仁、法半夏，苍术等，因水湿内蕴易化热，故临床表现虽无热象，也常选用一些清利湿热之药，如六月雪、半枝莲、车前草、白花蛇舌草等；若水湿较甚，浮肿严重，则使用牵牛子等攻下逐水。邹氏认为日久水湿与气血互结，故调理气血也常用，如丹参、川芎、赤芍、陈皮、大腹皮等。因本病水湿久伏，易受风邪而加重，所以常加入丝瓜络、僵蚕、防己等，对稳定病情，减轻水肿有一定作用。本病有不少无临床症状，但又有化验指标异常，此时中医无证可辨，随着病情的发展，可出现水肿、虚劳、关格等，邹氏强调治未病预防为主，选黄芪、党参、苍术、白术、茯苓、薏仁、泽泻、山药、陈皮、丹参、赤芍等制成膏剂长期服用。[85]皮持衡治疗慢性肾炎以脾肾双补，温阳利水法，以右归丸合四君子汤加减；在治疗蛋白尿时多采用补虚泻实，辨证论治；若肾气不固，精微外泄，则选金匮肾气丸加减；若为湿毒浸淫，则健脾利水，清热解毒，选用五味消毒饮合五皮饮加减；水肿为一常见症和难治证，对于在临床上通过利尿而水肿不消者，则用补益气血之法反能取得良好效果，方用八珍汤加减。皮氏认为久病必有瘀，慢性肾炎之瘀得于虚或水停血瘀，治以济生肾气丸加丹参、益母草等。此外，皮氏认为治疗慢性肾炎需要预防，一要防外感，二要防饮食不节，三要防劳累，这样医患配合就可以减缓病情进展，防止病情恶化。[86]余承惠认为慢性肾炎是脾肾亏虚为本，湿浊血瘀为标，故以健脾清利活血为法，重用黄芪，加白术、薏仁、山药、茯苓等健脾，同时配以女贞子、旱莲草、枸杞子等益肾，治标则不论水湿与血瘀孰轻孰重，均当清利活血并重，选药多用黄蜀葵、车前

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

子、泽泻、凤尾草、丹参、川芎等。慢性肾炎患者常在清热利湿、激素、利尿剂等治疗后，易出现口干咽燥、大便干结等阴伤之症，而又有水湿，是为水津失调，故于健脾利水活血之中配用养肺、宣肺之品，如桔梗、蝉衣、太子参等：若出现肾功不全，便加用大黄，但绝不让泄下，而使大便通畅，次数正常，属健脾之用，疗效甚好。[87]叶景华认为慢性肾炎本虚以肾虚为主，湿、热、瘀、风是主要的致病因素，故应调补兼施，自拟益肾清利活血祛风之法，常选用鹿衔草、楮实子、淮牛膝、黄芪、金雀草、黄柏、半枝莲、益母草、赤猪苓、车前子、白茅根、肿节风等。若水肿甚者加五苓散，以通阳化气，启动三焦水道，通调肺脾肾与膀胱气化以利水消肿；若水肿甚而膀胱不能气化加五皮饮，意在疏通下焦，加强利水消肿；若水肿久不退而累及心肾而心肾阳衰，合真武汤以强心利水；水肿甚而射肺，则加葶苈子、桑白皮泻肺利水退肿。本病治疗时间较长宜缓缓图之，在内服的同时配合外治，常用丁桂散、甘遂粉敷脐、二黄膏外敷双肾区等，对顽固性水肿能起到理气化瘀，通络利水的效用。[88]

2.4.3 肾病综合征

2.4.3.1 辨证论治研究 王临轩认为本病病机多为邪蕴少阴深居不出，脾肾功能失调致三焦水道不通，膀胱气化失司最终导致水湿泛滥，精气外泄而形成。由于病机复杂，病势缠绵，不同于一般“水肿”，故用一般利水之法难以获效，故王氏以固本制邪，宣通水道为基本原则，根据不同情况采用温阳撤邪、育阴消利、益气固摄等法治疗肾病综合征。临床辨证分为：阳虚感寒型，治以温阳撤邪汤：生附子（久煎）、麻黄、葱白、细辛、甘草；脾肾虚寒型治以助阳运湿汤：附子、肉桂、生姜皮、茯苓、白术、木瓜、大腹皮、车前子、甘草；水气壅盛型治以行水通阳汤：茯苓皮、猪苓、泽泻、大腹皮、五加皮、肉桂、淮牛膝、车前子、木瓜，此型为脾肾不足，水停湿聚，根据急则治标的原则，以利湿通阳为主，待水去湿消，再作计议；精气外泄型治以固肾涩精汤：芡实、茯苓、泽泻、金樱子、淮山药、车前子、牛膝，枣皮、甘草，长期蛋白尿者，加黄芪、巴戟天、鹿角霜、党参以助脾肾，腰酸痛者加枸杞子、杜仲、狗脊，胆固醇过高不易降者，配泽泻、山楂肉泡水常服；阳衰阴逆型治以温阳导浊汤：生附子（久煎）、大黄、生姜、人参、半夏、茯苓、旋覆花、车前子、黄连、甘草。[89]

曹广顺报道61例肾病综合征，其中纯中医治疗36例，基本缓解20例，另25例采用中西医结合治疗。作者在治疗时一改传统，运用化湿清热法，具体分为疏表宣肺清热化湿法，用于外邪袭表，肺气失宣湿热郁滞之证，常见于该征中反复发作的上呼吸道感染、鼻窦炎、扁桃体炎等，方用银翘散、三仁汤、甘露消毒丹、麻黄连翘赤小豆汤加减；辛苦通降调畅枢机法，用于湿热痞塞中焦，升降枢机失和之证，常见于乙肝病毒免疫复合物性肾病，原发性肾病综合征应用激素后，或合并胆囊炎、肾功能不全时，症有脘腹胀满或疼痛，呕恶少食，舌苔黄腻，用泻心汤类方或蒿芩清胆汤、加味温胆汤等；清热利湿解毒法，用于湿热郁结，化火成毒之证，常见于狼疮性肾病、乙肝性肾病、肾病综合征合并皮肤感染、长期服用激素而并发疖痈疔毒之证，方用五味消毒饮、仙方活命饮加减；清热利水通行三焦法用于水湿化热壅滞三焦之证，常见于各类肾病综合征的水肿期，伴有咳嗽、气喘、腹胀满、尿少色黄浑浊、大便不爽等症，方用疏凿饮子、己椒苈黄丸加减；清热泄浊淡渗通利法用于湿热瘀浊盘距下焦之证，常见于肾综Ⅰ型、糖尿病性肾病合并泌尿系感

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

染、前列腺肥大、附件炎等，可投分清饮、八正散、黄芩滑石汤加减；消瘀化浊祛痰通络法，用于湿热痰瘀交混，阻塞脉络或壅遏肾中小络之证，常见于肾病综合征中的肾功能不全期，或伴下肢静脉炎的肾综Ⅰ型，并下肢静脉血栓、肾石症等，症见头痛闷胀、嗜睡昏蒙、心胸憋闷，或见肢体局部肿甚，皮肤发紫，或腰痛如杖、尿血、尿不利等，方用四虫温胆汤、牛膝散、加味四妙散化裁。[90]

2.4.3.2 雷公藤治疗 雷公藤属卫茅科雷公藤属植物，具活血化瘀、清热解毒、祛风除湿、消肿散积等功效。它的花、叶、茎及根茎的皮均有毒，使用时务必去尽。自80年代雷公藤用于肾病治疗以来，临床和实验均证明有良好的效果，认为其不仅能消除或减少尿蛋白，且能改善肾病综合征的病理变化，被誉为有激素样作用，但无激素样副作用的药物，在众多的文章中，有的采用中药辨证结合雷公藤片剂[91,92]，有的采用雷公藤配合激素[93,94]，对于降低复发率、控制感染以及减少激素的副作用都有较明显的效果，而且对尿17-羟的检测结果表明二药同用对肾上腺皮质醇的影响亦小，显示了强的松、雷公藤作用的协同性和互补性。有的用提纯雷公藤制剂，结果初步表明，雷公藤总甙（T_{II}）是治疗小儿难治性原发性肾病和紫癜性肾炎肾病型的有希望的药物，疗效可能与病型有关，而对激素治疗的反应可能有助于预测T_{II}的疗程及疗效。对激素依赖或多次复发病例，也可能对T_{II}有依赖性；对激素无效病例，用T_{II}需要疗程长，才有较好的疗效，但6周治疗也有可能获长期缓解。而对紫癜性肾炎肾病型6周持续+12周间歇似已足够。均证明雷公藤是一味对肾病治疗有效果有前途的中药。[95]

李效吾采用雷公藤多甙治疗53例小儿肾病综合征，结果在尿蛋白转阴的时间和血浆白蛋白上升，及胆固醇、球蛋白下降方面，单纯性肾病的疗效明显优于肾炎性肾病的，其副作用较激素及细胞毒药物少而轻，对肾功能不全者尤为适用。其消减尿蛋白的作用，在部份病例较激素出现得早，作用迅速，可骤然停药，对用激素无效、禁忌、复发者均可有效，对环磷酰胺、苯丁酸氮芥等无效的某些难治性肾病亦可能有效。[96]易著文用雷公藤甲素治疗原发性肾病综合征，结果对肾炎性肾病和单纯性肾病两组的8周内缓解率和总有效率差异无显著性，通过分析，易氏认为雷公藤甲素对消减小儿原发性肾病的尿蛋白确有明显的作用，并且能明显提高对激素耐药或依赖以及反复复发的小儿原发性肾病的缓解率，从而可减少激素的用量，减少免疫抑制剂的使用，对于肾病的治疗和预后有重要意义。[97]

总之，雷公藤是一种很有前途的中药，但由于它有一定的毒性和副作用，因此尚需进一步对它的剂量、剂型、疗程、适应证、用药指征等进行研究，以便提高疗效减少毒性。

2.4.3.3 中西医结合治疗的研究 大量的临床报道表明，中西医结合治疗的疗效优于单纯西药或单纯中药治疗，是普遍认为较理想的治疗方案。综合各家的治疗方法，实质都是联合疗法。联合疗法包括二联、三联、四联，所不同之处在于各联药物的变化。

二联疗法：中药+肾上腺皮质激素（强的松或地塞米松），一般用于病程较短、肾功能代偿期的患者，适用于中医各证型。三联疗法：中药+肾上腺皮质激素+免疫抑制剂（环磷酰胺）。一般用于肾功能失代偿期、氮质血症、尿毒症患者，适用于中医各证型。四联疗法：中药+肾上腺皮质激素+免疫抑制剂+肝素或潘生丁，适用证同三联疗法，尤其多用于中医血瘀证或夹瘀症状明显者。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

每种疗法中都有中药，中药的应用又可分为辨证、分期、单方加减、外用、灌肠等多种。而实际应用中并不明确分为二联、三联或四联等，激素与免疫抑制剂往往合并使用。周宁治疗肾病综合征用中药配合强的松、环磷酰胺。其中药采用辨证论治，分为脾肾阳虚型，方用真武汤加减；脾肾气虚型，方用参芪地黄汤加减；气阴两虚型，方用大补元煎加减；湿热郁积型用五味消毒饮加减；湿浊中阻型用藿香平胃散加减；瘀血阻滞型用桂枝茯苓丸合活络效灵丹加减。[98]吕志平等采用“联合疗法”，应用益气温肾滋阴和活血消瘀化湿中药，治疗49例肾病综合征病人，取得较好疗效。[99]也有人提出另一种四联疗法，李万有采用大剂量激素冲击+雷公藤片+内服益气补肾降浊药+中药结肠透析的四联疗法，治疗68例肾病综合征患者，结果总有效率为94.12%。[100]中药采用分期辨证治疗多针对激素的副作用，以取得减少副作用，增加疗效。魏小萌将肾病综合征的治疗分为3个阶段，(1) 足量应用激素阶段：又分为①阴虚阳亢型，方用知柏地黄丸、大补阴丸或杞菊地黄丸加减；②阴虚热毒型用知柏地黄丸为主，若皮肤感染则合五味消毒饮，若呼吸系统感染则合泻白散或苇茎汤加减，若有尿路感染，则合八正散加减；③血虚血瘀型用桃红四物汤或云南白药。(2) 激素减量阶段：用代激素方，药有黄芪、党参、白术、茯苓、巴戟天、仙灵脾、白芍、五味子、女贞子、雷公藤、炙甘草、水蛭。另配合金匮肾气丸。(3) 激素维持或完全撤减阶段：①脾肾阳虚型用代激素方加上雷公藤；②气血痰湿郁滞型用柴胡疏肝散合桃红四物汤加减。[101]李毅明采用强的松、环磷酰胺和中药治疗肾病综合征，中药以健脾益肾、活血利水为主，药用黄芪、太子参、白术、山药、生熟地、丹参、益母草、泽泻、茯苓、石韦、银花。在大剂量激素治疗阶段，加用滋阴降火药，生地、枸杞子、知母、女贞子、玄参等；激素减量阶段，加用阴阳双补药用菟丝子、仙灵脾、巴戟天等，并用类激素的生地、甘草等；激素维持期，加用肉苁蓉、补骨脂等；停药期间用温补脾肾药黄芪、党参、山药、陈皮等。治疗30例病人，结果完全缓解20例，显著缓解8例，部分缓解2例，无效0例，总有效率100%。[102]朱辟疆用益气活血解毒汤随证加减配合激素、环磷酰胺治疗87例肾病综合征病人，结果完全缓解62例，基本缓解8例，部分缓解11例，无效6例，完全缓解率71.3%，总有效率93.1%。益气活血解毒汤药用黄芪、益母草、党参、地黄、丹参、蛇莓、半枝莲、当归、川芎、红花、甘草，阳虚加熟附子、桂枝；阴虚加麦冬、龟甲；湿热加知母、黄柏；水湿加猪苓、车前子。[103]在四联的抗高凝药物除肝素、潘生丁、华法令外，张胜荣还尝试了复方丹参注射液的使用，取得了良好效果。他将35例患者分为A、B两组，A组18人用强的松、雷公藤，加用低分子右旋糖酐500ml和复方丹参注射液12ml静滴；B组17例用强的松、雷公藤，配合潘生丁或阿斯匹林。两组均治疗4周，结果A组显效11例，有效3例，总有效率77.78%，B组17例中，显效4例，有效4例，总有效率47.06%，两组疗效有显著差异（$P<0.05$）。[104]

2.4.4 慢性肾功能衰竭

慢性肾功能衰竭发生于多种原发性和继发性肾脏疾病的晚期，各种原因导致肾单位严重损害，引起肾脏排泄、分泌及调节水、电解质平衡和维持酸碱平衡的功能失调，从而代谢产物在体内大量堆积而呈现全身各系统的广泛中毒症状。

2.4.4.1 治疗研究

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.4.4.1.1 阴阳辨证 邹云翔认为慢性肾功能衰竭是元阴元阳衰竭，据此以固肾元、调阴阳、扶正泄浊为治则，拟定了适用于气虚证、阳虚证、阴阳两虚证的保肾甲丸（黄芪、党参、巴戟天、鹿角片、地黄、枸杞子、丹参、六月雪）和适用于阴虚证和气阴两虚证的保肾乙丸（太子参、黄芪、地黄、山茱萸、何首乌、枸杞子、杜仲、桃仁、红花）。[105]聂莉芳用加味参芪地黄汤治疗气阴两虚型、用加味香砂六君子汤治疗寒湿中阻脾胃不和型，用加味黄连温胆汤治疗湿热中阻脾胃不和型。[54]黄波夫用滋阴补气利水的参芪麦味地黄汤加丹皮、丹参治疗气阴两虚证；用健脾温肾法治疗脾肾阳虚型，方用：党参、白术、茯苓、猪苓、泽泻、薏苡仁、山药、黄芪、葛根、炮附片、砂仁、石韦。[47]

2.4.4.1.2 分虚实论治 洪钦国将慢性肾功能衰竭分为3型：脾肾衰败、湿热互结上焦，方用黄连温胆汤加减：脾肾两虚、浊邪羁留中焦，药用法半夏、陈皮、茯苓、竹茹、枳壳、黄芪、蚕砂、丹参、益母草；脾肾衰败、寒湿滞留下焦，药用陈皮、茯苓、竹茹、党参、黄芪、熟附子、大黄、干姜、白芍。若湿浊蕴久从阳化热，则可入营血，迫血妄行，治以清营解毒，凉血止血，方用犀角地黄汤或清营汤化裁，若热入心包，则治以清心开窍，用三宝。若肾病及心，水不涵木，虚风内动者，则当育阴熄风，用三甲复脉汤或大定风珠化裁。[49]罗素分本病为脾虚湿阻型，采用健脾益气化湿法拟四君子汤加砂仁、佩兰、薏苡仁、大黄、黑豆治疗；脾虚血亏型，采用健脾生血统血法，采用四君子汤加黄芪、当归、桑椹、生首乌、仙鹤草、三七；脾肾阳虚型，采用补脾肾祛邪法，用附桂理中汤加泽泻、益母草、泽兰、大黄、杜仲。[48]时振声认为本病的本虚有脾肾气阴两虚，方用参芪地黄汤、大补元煎、生脉散；脾肾气虚证用补中益气汤、保元汤、附子理中汤、真武汤加减；肝肾阴虚证用杞菊地黄汤、知柏地黄汤；阴阳两虚证用桂附地黄汤、参芪桂附地黄汤、济生肾气汤。邪实分为湿浊、水停、瘀血、湿热、风热。[61]师昌丽治疗本病以湿立论，对于邪客少阳湿热羁留型，采用和解枢机，清热利湿解毒法，方用小柴胡汤加味；脾肾衰败湿浊壅滞型，采用健脾益气，升清降浊法，方用黄连温胆汤、参苓白术散加减；肝肾阴虚湿热内阻型，采用滋补肝肾清热利湿法，方用杞菊地黄汤加减。[50]有人用虚实辨证治疗本病，(1) 邪实用攻法，以促进氮质的排泄。①通腑解毒法：黑大豆、生大黄、生甘草；②通便逐水法；舟车丸9g，分3次，水送服，大便通则止服，用于尿少无尿者；③中药保留灌肠：方用附子、大黄、一见喜；④清热利湿利尿：用于伴有尿路感染者，由黄柏、知母、六月雪、炒车前、红藤、银花；⑤温阳利水用于凹陷性水肿、低蛋白血症者，方为附子、槟榔、猪茯苓、炒车前子、陈葫芦、黑白丑、泽泻；⑥活血利水是前方去附子、陈葫芦、加丹参、泽兰，用于少尿、中轻度浮肿而血粘度增高或有瘀血者。(2) 正虚用扶正方，但必须在氮质血症有所改善后，补肾用六味地黄汤、左归丸、右归丸，健脾益气用四君子汤。

2.4.4.1.3 分阶段治疗 慢性肾衰的病程长，病清复杂，病情的发展具有阶段性，特别是到晚期后正邪的盛衰、病情的轻重使证型的变化有征可循，所以有的医家提出分阶段辨证治疗。赵锡武认为第一阶段采用吴茱萸汤合苓桂术甘汤治其标，用于慢性肾炎尿毒症初期头眩、呕吐等症。第二阶段采用消水圣愈汤加减，用于慢性肾炎尿毒症腹水、尿少等症。第三阶段采用附桂八味丸、春泽汤、当归补血汤化裁，具有温阳补肾、益气利水之功，用于治疗慢性肾炎尿毒症。[106]张镜人认为本病的发病与外邪侵袭和脏腑虚损有关，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

尤其与湿热的关系较密切，故清利湿热应贯穿始终。对湿热蕴阻，耗伤气阴阶段，宜化湿清热，补气养阴，宗保真汤加减；对正气亏损，邪毒内盛阶段，由于寒热错杂，病情变化迅速，则须随机应变，如邪浊内盛上关下格时，治宜益气养营，化湿清热，和胃泄浊，用温胆汤加减；若呕吐频繁，加玉枢丹，或用姜汁滴舌；神昏者，加石菖蒲、远志、郁金、胆南星等；水湿泛滥也可暂投五苓散。[107]

2.4.4.2 专方临证加减 临床上用基本方加减，便于应用，易于进行有效药物的研究，也有利于进一步的科研活动。有的以古方为基础，有的以临床经验为基础。徐嵩年以温肾解毒汤（紫苏、党参、白术、半夏、熟附、黄连、砂仁、六月雪、绿豆、丹参、大黄、生姜）加减治疗慢性肾功能衰竭，该方由《千金方》温脾汤衍化而来，采用原方大多数药物，增加了解毒药。此方可以温补脾肾之阳，荡涤三焦浊气。若见下肢轻度浮肿则加半枝莲；皮肤瘙痒加白鲜皮、地肤子；腰痛、尿中有管型加接骨木；腹水腹胀，大小便不利，加用黑白丑、小茴香、生大黄粉各等分，分装胶囊，每日服 3.6g，分 4 次吞服。[108]项景明用硝黄附子汤（芒硝、生大黄、附子、黑白丑、茯苓、泽泻、党参、黄芪、陈皮、焦三仙、甘草）治疗百余例病人，取得满意效果。[109]

夏善玲自拟“滋肾降浊汤”（大生地、怀山药、金樱子、女贞子、枸杞子、茯苓、泽泻、炒白术、陈皮，赤白芍、丹参、煅龙骨、牡蛎）为主治疗慢性肾功能衰竭，治疗 30 例患者，结果总有效率 86.7%。[110]周锦明自拟益肾解毒汤（生黄芪、大生地、山萸肉、怀山药、茯苓、川柏、丹参、鹿衔草、六月雪、生大黄）治疗慢性肾功能衰竭，偏阳虚者，加巴戟天、仙灵脾、仙茅；阴虚者，加女贞子、炙鳖甲、天花粉；湿热明显者，加连翘、泽泻、车前子、生苡米；蛋白尿长期不消者，生黄芪加量，再加菟丝子；血尿明显者，加白茅根、仙鹤草；血尿素氮、血肌酐明显升高者，加生大黄、生牡蛎，治疗患者 30 例，总有效率 66.7%。[111]程锦国运用温肾填精、通补奇经的益肾复元汤（紫石英、鹿角片、紫河车、川断、杜仲、熟地、当归、牛膝、附子、泽泻、制川军、石韦、台乌、香附、苏叶、灵磁石、马鞭草）治疗 22 例病人，同时以巯甲丙脯酸片及中西药合用做对照，结果证实益肾复元汤确有延缓慢性肾功能衰竭进展和改善病人生存质量的作用，与西药合用，效果更佳。[112]

2.4.4.3 中西医结合治疗的研究 邓可平采用中西医结合的治疗方法，治疗慢性肾功能不全 35 例，以党参、白术、黄芪、附子、茯苓、猪苓、车前子、大黄、当归、丹参、金银花、牛膝，伴有血尿者加白茅根、侧柏叶、蒲黄炭；西医治疗，静脉给予抗生素、速尿，伴有酸中毒、低血钾等可对症治疗，水肿基本消失停用速尿，最后单纯用中药治疗以巩固疗效。[113]有人用中西医结合的四联疗法治疗慢性肾衰，①全部患者进食低蛋白饮食；②每日静滴 EAA0.25L 或口服肾安干糖浆 14.5g，每日 4 次；③每日口服生大黄粉 1～2g，元明粉 1～2g；④双肾区超短波理疗，每日 30 分钟，4 周为 1 个疗程。近来，在四联的基础上加用川芎嗪静滴，每日 1 次，对肾血流量和肌酐清除率有显著的作用。

2.4.4.4 中药灌肠 因为肾移植和透析疗法在我国尚未普及，而灌肠疗法具有改善症状，减轻痛苦，促进代谢产物的排泄的作用，并且简便易行。故而在临床上有广泛地应用。喻君雯治疗 52 例慢性肾衰患者，灌肠液的组成有生大黄、制附子、煅牡蛎、六月雪等。其中 30 例在酉时（17～19 点），22 例患者的灌肠时间不定，结果两种方法的有效率

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

无明显差异，但显效率有显著差异。[114]冷艳华拟“降氮汤”（石膏、红花、川军、蝉蜕、滑石）灌肠治疗75例患者，总有效率93.75%。[115]陈奕庆以生大黄、煅龙骨、煅牡蛎各15～30g，肉桂6～12g，槐米30～60g，青黛6～9g。上述方药浓煎成150～200ml，每天保留灌肠1次，保留时间不小于1～2h。每2周为1个疗程，休息1周左右，继续第2个疗程，总有效率80%，并观察了患者治疗前后血液流变学的改变。患者接受治疗后，BUN、Cr均有所下降，以BUN较为显著。同时患者红细胞比容和全血比粘度明显升高，红细胞电泳时间缩短，血浆纤维蛋白原含量降低，血液流变学异常指标的改善，对于降低外周阻力、增加肾脏血液供应有积极的意义。[116]

2.4.4.5 外治法 在慢性肾功能衰竭的治疗中许多医者依据内病外治的原则，而运用穴位外贴、水浴等方法，均获得良好效果，说明中医外治在肾衰中具有应用和研究的价值。

中医本有内病外治的方法，有人将肾衰药方（生附片、仙灵脾、桃仁、红花、川芎、沉香）研成粉末，再用95%的乙醇将桂氮酮稀释成1.9%的溶液，然后用1.9%的桂氮酮溶液调和肾衰药末外敷于双侧肾俞穴及关元穴，3日换1次药，4次为1个疗程。结果治疗8例患者，显效4例，有效3例，无效1例，无任何毒性作用。

中医认为“肺主一身之皮毛”，“主宣发肃降”、“通调水道”，发汗能疏通肺气，通过汗液排出部分毒素，有利于消除水肿，改善症状；与西医认为的出汗可以调节体内水分和代谢产物的作用相一致。基于此认识，马金涛将中药川椒、红花、苍术、防风、羌活、独活、麻黄、桂枝、细辛、艾叶各25g，装入纱布袋封好，用热水浸泡待水温降至40℃，让病人将双足浸入水中，适应后不断加入热水，以使患者出汗，全过程2个小时，汗后静卧。并收集汗前和汗后的血液及药汗时的汗液，进行肌酐和尿素氮的比较，指标表明，汗前和汗后血中的肌酐、尿素氮有显著差异。临床观察到，应用中药浴汗治疗，患者随着排液量的增多，尿量随之增多，患者皮肤表面结晶的尿素霜消失，身痛明显减轻或消失。可以看出，大量毒素如尿素氮、肌酐等物质从汗液中排泄掉，从而降低了体内毒素的含量，减轻了肾脏的负担，促使肾脏修复，改善症状，是治疗慢性肾功能衰竭的有效方法之一。[117]另有报道以肾衰水浴方（浮萍、桂枝、桑叶、桑白皮、生附片、川芎、桃仁、红花、赤芍、益母草、六月雪、土茯苓、苦参、白鲜皮）浸泡加辨证论治治疗34例慢性肾衰患者，有效率达88.4%，对纠正高血压、降低血尿素氮有明显疗效。

2.4.4.6 综合治疗 中医辨证论治、基本方加减及灌肠、外治都具有良好的效果，于是有人进一步将多种方法综合运用，也取得了良好的效果。谢惠芬采用中药内服、中药灌肠及中药局部敷贴并用的综合疗法与单纯中药内服、中药灌肠、外敷组做对照，结果综合组在显效率、总有效率上均优于三个单纯组。[118]谢宗昌采用内服苏叶黄连汤加减（苏叶、川黄连、半夏、丹参、茯苓、玉米须），加上灌肠（生大黄、煅龙牡、槐花）治疗慢性肾功能衰竭病人25例，显效8例，有效13例，无效4例。[119]张西相采用辨证分型施治，脾肾虚衰、湿浊上逆型用真武汤加减；脾肾两虚、湿热结型用黄连温胆汤加减；气阴两虚、浊阴上逆型用参芪地黄汤加减；肾阴虚、肝风内动型用羚角钩藤汤加减内服；另偏阳虚者，用清腑降浊散1号：生大黄、槐角、红花、玄明粉、附子灌肠；偏于湿热者，用清腑降浊散2号：大黄、苦参、甘草、败酱草、蒲公英、生牡蛎、槐角灌肠。共治疗130

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

例肾衰患者，显效 14 例，好转 81 例，无效 26 例，死亡 7 例，总有效率为 73%。[120]

2.5 新药的开发研制

在对水肿的治疗上，不断有新药的推出，如消除蛋白尿的有雷公藤片和进一步提纯的雷公藤多甙片。雷公藤多甙片每日剂量 1～1.5mg/kg 分 3 次饭后口服，在各型肾炎中的总有效率为 66.3%～72.5%。有类似激素的作用，但无激素的副作用，特别适合于长期依赖激素且副作用明显的病例，加用雷公藤多甙片后可以逐步撤下激素。而且两种制剂对肾病综合征有很好的效果，尤其是对微小病变型效果最佳。再有昆明山海棠，其作用机理是通过活血化瘀，有效地消除肾小球基膜上的免疫复合物，改善微循环，增加肾血流量，降低肾小球毛细血管的通透性而减少尿蛋白的漏出。丹参注射液和川芎嗪注射液在水肿的治疗上有着广泛的应用，治疗肾小球肾炎、慢性肾功能衰竭都有较好的疗效。脉络宁注射液被认为和丹参注射液、川芎嗪注射一样是治疗慢性肾功能衰竭有效而安全的制剂，它具有培补气血、养阴清热解毒的作用。实验证明脉络宁有扩张血管，改善微循环，增加血流量及抗凝血、溶血栓等作用。第一军医大学南方医院研制的尿素清（甘草、白芍、大黄、黄芪等）具有扶正祛邪、温肾健脾、通腑降浊、活血利水之功，有清除肠道及血中的毒素，有降低肌酐、尿素氮、血脂及调节人体免疫机能等多种作用，适用于尿毒症早期或晚期脾肾两虚型。藻酸双酯钠系马尾藻的提取物，具有类肝素样作用，却没有肝素样的毒副作用。它能降低血粘度，使红细胞稀释或解聚的作用。在肾病综合征高凝状态时，与雷公藤配合使用，能增强药效。使用茶叶中提取的茶多酚片治疗原发性肾病综合征患者，观察药后血液流变学的指标，结果表明茶多酚片具有抗血小板聚集，抗血栓形成，增加肾血流量，增加激活纤溶酶原引起的抗凝作用，对治疗肾病综合征有一定疗效。根据川芎的主要成分人工合成的阿魏酸哌嗪（药品名：保肾康）能扩张微血管，缓解血管痉挛，对 ADP 诱导的血小板聚集有明显抑制作用，且能使已聚体的血小板解聚，从而减轻高凝状态，降低全血粘度，用于肾病综合征可以改善肾脏缺血，对肾小球基底膜的损伤有修复作用，对改善肾功能，减少尿蛋白有较好的作用。

3 实验研究

3.1 证的实验研究

3.1.1 肾虚证的研究

肾虚是水肿的重要证型，现代实验从免疫、内分泌、血液流变等方面进行了研究，证明它们之间有密切的关联。

在免疫学方面，王钢实验观察到慢性肾炎气阴两虚型患者的 Ea 花环率低于正常，Es 花环率略高于正常。[121]毛良通过对慢性肾炎患者血清免疫学检查发现，阳虚患者的 IgG 明显低于阴虚者。[122]吴正治通过测定患者外周血中 ANAE（α-醋酸萘酯酶）的变化，结果得出肾虚患者都具有免疫功能低下，肾阳虚与肾阴虚又有所不同，主要表现在 T 细胞亚群的变化：辅助 T 细胞（T_H）减少是肾阳虚的主要表现，而抑制 T 细胞（T_S）低下是肾阴虚的主要表现。另外肾阳虚者单核细胞 ANAE 活性显著低于肾阴虚。这些说明肾阳

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

虚者的细胞免疫状态及单核吞噬细胞的免疫活性都低于肾阴虚者。[123]

水肿的肾虚患者多有内分泌功能紊乱。杜锦海研究证明，肾炎患者的17-羟类固醇和17-酮类固醇的排泄量均低于正常人，而在肾炎各证型中肾虚型下降最明显，脾虚次之，肺热型再次之；另外还测定了木糖吸收率，结果肾虚型显著下降，但不如脾阳虚和脾肾阳虚下降得多。[124]有人测量了慢性肾炎肾虚患者血浆前列腺素 E_2（PGE_2）的值和血浆肾素活性（PRA），结果表明肾虚组的 PGE_2 值低于正常对照组，其中阴虚型 PGE_2 值低于阳虚型，而 PRA 值高于阳虚型。张庆怡通过测定肾衰患者的性激素发现肾阴虚型血清雌二醇（E_2）明显增高，肾阳虚型睾丸酮（T）低于正常值，阴虚型 E_2、E_2/T 显著高于肾阳虚型。[125]王钢通过测定慢性肾炎气阴两虚型患者的血清环-磷酸腺苷（cAMP）和环-磷酸鸟苷（cGMP）的值，结果 cAMP 明显升高，cGMP 同样上升，cAMP/cGMP 值明显低于正常值。[1]陈梅芳氏的研究结果表明，尿毒症肾阳虚患者下丘脑-垂体-甲状腺轴变化显著（T_3、T_4、T_{SH}）降低，肾阴虚型 T_4 降低不显著。[126]

3.1.2 血瘀证的研究

水肿和血瘀的关系已经得到了证实，水肿所包括的各型肾脏病都存在不同程度的高凝状态，其程度和肾小球改变的严重性和肾小球病变的活动性具有一致性。有人通过观察肾炎患者甲皱微循环，提出阳虚型血流速度明显缓慢，阴阳两虚者均有管状畸形及迂曲，阳虚和气虚型微血管周围水肿。隋振赛测量了慢性肾炎患者的血液流变学指标，提出慢性肾炎患者的全血粘度、红细胞比容较正常降低，血浆比粘度又略高于正常值，而急性肾炎患者的指标与慢性肾炎患者的相反。[127]刘宝厚测定了慢性肾炎患者的血液流变学指标，发现肺脾气虚和肝肾阴虚型患者的全血粘度、血浆粘度均明显增高，肺脾气虚型以全血粘度增高显著，而肝肾阴虚型以血浆粘度增高显著；脾肾阳虚型则为全血粘度降低，血浆粘度增高。[128]刘新进一步研究认为红细胞表面电荷减少是肺脾气虚型全血粘度增高的主要原因，符合中医“气虚则血滞”、“气弱则血不行”的理论；肝肾阴虚型血浆粘度增高的主要原因是血脂增高所致，符合中医的阴液亏损，血脉不充，血行不畅而致瘀滞的理论；而脾肾阳虚型血浆粘度增高，全血粘度降低则是因为代谢毒素在体内蓄积及晚期肾性贫血所致。[129]刘宏伟对 108 例肾小球肾炎患者的肾活检直接免疫荧光染色法检测纤维蛋白的相关抗原（FRA）在肾小球内的分布，结果 FRA 在肾小球内的沉积情况与客观辨证为瘀血和非瘀血无显著差异，说明有些患者虽无血瘀表现，但肾小球内已有 FRA 沉积，可能是血瘀早期或潜伏期，因此 FRA 在肾小球内的沉积可以作为一项客观指标。另外阴虚和气阴两虚患者肾小球内 FRA 的沉积比阳虚患者肾小球内 FRA 的沉积显著得多，提示阴虚者易于夹瘀血。[130]

3.2 中药的实验研究

3.2.1 单味药的实验研究

近代的实验研究证明黄芪对肾病具有治疗作用。刘桂东氏黄芪对大鼠肾缺血再灌流时过氧化脂质（LPO）含量影响的实验中，通过黄芪组和对照组的比较，结果在应用黄芪 24 小时后，对照组 LPO 含量明显低于黄芪组，而与正常组的 LPO 含量无显著差异，说明黄芪具有降低自由基生成或增加自由基清除的作用。[131]董德长运用北芪注射液治疗慢性

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肾炎患者，结果对消除蛋白尿的总有效率为61.7%，并观察了BUN、SCr等指标，认为黄芪有促进机体免疫反应，提高细胞免疫和体液免疫的功能，能够修复肾小球基底膜，从而减少尿蛋白。[132]陈佐芳用黄芪和辅酶Q_{10}配合治疗肾功能衰竭动物，结果BUN和K^+明显下降，肾实质的细胞代谢也明显改善，表明黄芪能明显改善肾功能，而且配合用药比单用一种药物降低血肌酐的作用明显。[133]吕圭源通过给大鼠注射阿霉素造成大鼠肾病，治疗组用黄芪注射液注入大鼠肾俞穴，经尿蛋白和血清生化指标测定及组织病理学检查，结果表明，黄芪穴位注射能使尿蛋白量明显减少，血清总胆固醇和肌酐显著下降，而血清总蛋白和白蛋白量无明显变化，肾小球和肾小管也无明显损伤，这与其在临床上对慢性肾炎蛋白尿有良好的疗效相一致。[134]章友康对大鼠微小病变肾病（MCN）、家兔系膜增殖型肾炎（MsPGN）及膜性肾病（MN）3种实验性肾炎模型进行了黄芪和当归疗效观察和可能的疗效机制研究，结果显示在MCN治疗组血清白蛋白显著高于对照组，血胆固醇明显低于对照组，水肿减轻，一般状况好；在MsPGN治疗组肾小球系膜区IgG和C_3沉积明显减少，在MN治疗组未发现有明确的效应。结果表明在MsPGN的治疗中可能是通过药物促进单核-巨噬细胞的清除能力和/或提高肾小球系膜区对沉积于局部的免疫复合物的吞噬能力而减少了系膜区免疫复合物的沉积。在MCN模型中，治疗组血清白蛋白显著高于对照组，而胆固醇明显低于对照组，水肿减轻，一般情况改善，其机理可能是药物促进了动物的代谢，改善了营养状况，尤其是促进了肝脏合成白蛋白的结果。[135]李丽英为探讨黄芪和当归对肾病综合征患者蛋白质代谢紊乱的治疗机理，利用稳定核素示踪动力学研究方法和氮平衡技术，观察了黄芪与当归在富蛋白饮食基础上对肾病综合征患者总体蛋白质代谢动力学参数及氮平衡的影响，发现患者在治疗前体内氮更新率，氮平衡状态均处于高水平；治疗后二者均呈下降趋势（$P<0.01$），而蛋白质净合成率（蛋白质合成率/蛋白质分解率）明显增加（$P<0.05$），血浆总蛋白，白蛋白水平明显增高（$P<0.05$）。表明黄芪、当归可以纠正肾病综合征患者蛋白质代谢紊乱，并通过促进患者蛋白质净合成，提高其血浆蛋白水平，从而改善其机体状况。[136]

人参能促进肾细胞DNA合成与促肾生长素的作用相似，具有外源性促进肾脏代偿性生长的作用，另外人参皂甙能预防庆大霉素的肾毒性，减轻组织损害，促进再生修复，使近曲小管上皮细胞微绒毛和细胞器损伤轻微，从而保护肾功能。

冬虫夏草自80年代应用于肾脏病的治疗以来，引起了极大的关注。经过对虫草的实验研究发现，该药能使肾小球基膜负电荷屏障得以保存，减少负电荷的丢失和/或排列紊乱，从而使尿蛋白降低；能降低血肌酐和尿素氮水平，保护肾小管，减轻肾小球内压力而阻抑肾小球的代偿性肥大，明显减轻肾脏的病理改变，尤其是对肾小管间质病变具有明显的防治作用；该药可能通过补充慢性肾功能不全患者缺乏的必需氨基酸，特别是支链氨基酸，纠正细胞内外的氨基酸代谢紊乱，抑制肌蛋白“净分解”，促进肝脏的蛋白合成，缓解氮质血症，改善贫血，延缓CRF的进展；一系列研究证实冬虫夏草对氨基糖甙、卡那霉素、庆大霉素及环孢素的肾毒性损伤有保护作用。

活血化瘀药物对水肿的治疗作用已得到公认，常用的有川芎、丹参、益母草等。川芎活血化瘀的主要成分是川芎嗪，它通过激活血小板腺苷酸环化酶，使血小板内CAMP水平升高，降低血小板对ADP等诱导剂的敏感性，从而抑制血小板聚集。同时川芎嗪还有提

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

高红细胞和血小板表面电荷密度的作用，降低血液粘度，改善血液流变性。此外川芎嗪具有抑制纤维蛋白形成，防止血栓，改善肾脏微循环，增加肾血流量，改善肾功能作用。并且能通过降低肾小球系膜细胞自分泌白细胞介素 6 而抑制系膜细胞增殖。[137、138]钟巧用中药川芎嗪治疗 10 例肾病综合征患儿，并设常规治疗对照组，结果治疗组比对照组肿瘤坏死因子（TNF）明显下降，说明川芎嗪能抑制肾病综合征病人 TNF 分泌。[139]丹参及其制剂是治疗肾小球疾病最常用的药物之一。实验证明丹参能够增加肾脏血流量，提高肾脏对肌酐和自山水的清除率，还能改善微循环，防止血栓形成，并能抑制血小板聚集。张闯强通过丹参注射液体外培养狼疮性肾炎病人的成纤维细胞，并检测了细胞的凋亡，结果显示，丹参对人肾成纤维细胞增殖有抑制作用，且呈剂量依赖性。这提示丹参抑制成纤维细胞生长和促其凋亡的作用，可能是其治疗 LN 的机理之一；长期使用较大剂量的丹参治疗，可能对 LN 及其它慢性肾炎的间质纤维化病变，有较好的疗效。[140]徐再春将丹参注射液加至腹膜透析液中，观察丹参能显著提高腹膜对血肌酐、尿素氮、尿酸的清除率和超滤量。而且发现，6%浓度的丹参液对透析的效能提高最大。[141]益母草是治疗肾小球疾病的常用之品，其疗效可能与其具有抑制 ADP 诱导的血小板聚集，防止血栓形成和利尿作用相关。

雷公藤属卫茅科雷公藤属植物，具活血化瘀、清热解毒、祛风除湿、消肿散积等功效。自 80 年代雷公藤用于肾病治疗来，临床和实验均证明有良好的效果，认为其不仅能消除或减少尿蛋白，且能改善肾病综合征的病理变化，被认为有激素样作用，但无激素样副作用的药物。其药理作用为雷公藤改善肾小球毛细血管通透性并抑制系膜细胞增生。昆明山海棠具有活血化瘀的作用，能明显地清除肾小球基底膜上的免疫复合物，改善微循环，增加肾血流量，降低毛细血管通透性，从而减少蛋白的漏出，对治疗蛋白尿有较好的效果。

自从 60 年代报道大黄能改善氮质血症以来，大量的实验证明大黄具有利尿、促进蛋白合成、降低血肌酐、尿素氮等作用。其治疗氮质血症的主要成分是大黄鞣质，其作用原理主要是：①使肠道减少吸收合成尿素的原料氨基酸；②使谷氨酸合成亢进，从而导致尿素合成原料减少；③升高血中必需氨基酸浓度，并利用其分解氨合成蛋白质使肝肾组织合成尿素减少；④抑制体内蛋白质分解，从而降低体内的尿素、肌酐；⑤促进尿素、肌酐从肾脏排出。大黄有抑制 TXA_2 生成，促进 PGI_2 合成及钙离子拮抗样作用，并可改善肾小球滤过率，修复近曲小管转运功能，从而减轻肾间质水肿的肾小管坏死，并能抑制肾小球系膜免疫变态反应，提高机体免疫力。

3.2.2 成方的实验研究

3.2.2.1 治疗急性肾小球肾炎的方剂研究 严汶对六味汤（银花、蒲公英、板蓝根、白茅根、车前草、益母草）进行了血清干扰素、补体、免疫复合物等指标的测定，结果证明该方可能具有增强机体免疫功能或通过激活体内干扰素系统而具有较好的疗效。[142]王永均对复方益肾合剂（生黄芪、半枝莲、半边莲、茜草、蒲黄、丹参）进行了动物实验，证明有较持久的扩血管和消除红细胞聚集，改善微循环的作用。[143]另有报道急性肾炎合剂（女贞子、旱莲草、生地、丹参、益母草、小蓟、白茅根、连翘、茯苓、黄芪、石韦、当归、甘草）有较强的抗自由基作用。[144]

3.2.2.2 治疗慢性肾小球肾炎的方药研究 黄芪能增强机体非特异性免疫功能，提

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

高患者的抗病能力，促进肾炎的恢复，减少尿蛋白的漏出。丹参能抑制血小板凝聚而广泛用于各型肾小球肾炎。有报道六味地黄丸可以促进肾脏对尿素的排泄。李建民研究了肾炎Ⅰ号对白细胞介素-2（IL-2）及其对 ANAE 标记淋巴细胞阳性率的影响，结果表明该方能显著增强 ConA 活化的脾细胞诱生 IL-2；能显著地提高 ANAE 标记淋巴细胞阳性率，说明能增加 T 细胞数量和增强其功能。[145]

3.2.2.3 治疗肾病综合征的方剂研究 朱辟疆用蛇莲合剂（蛇莓、半枝莲、干地黄、生黄芪、丹参、川芎、红花、当归、川牛膝、三棱、焦白术、陈皮、甘草）治疗了 45 例肾病综合征患者（血流变检查证明有高粘血症），观察了全血比粘度、血浆比粘度、红细胞电泳、红细胞压积、血沉等指标，结果除红细胞电泳及压积外，其余各项指标均明显降低，证明蛇莲合剂有降低血粘度，改善血液流变性的作用。[146]朱辟疆还研究了益气活血解毒汤（黄芪、地黄、益母草、党参、蛇莓、半枝莲、丹参、当归、红花、甘草）对肾病综合征的治疗机理，观察了血浆及尿 TXB_2、6-K-$PGF_{1\alpha}$的改变，结果各型血浆 TXB_2 及 TXB_2/6-酮比值均增高，尤以肾综Ⅱ型 TXB_2 增高最明显。各型尿 6-酮均降低，但肾综Ⅰ型及Ⅱ型 TXB_2 增高，普通型和慢性肾衰型 TXB_2 则降低，说明有抑制 TXB_2 合成及调整 TXB_2/6 K-$PGF_{1\alpha}$的平衡作用，而且以阴虚型及气阴两虚型疗效较好。[147~148]

3.2.2.4 治疗慢性肾功能不全的方剂研究 王钢对肾炎宁胶囊（太子参、山药、旱莲草、枸杞子、生苡仁、生黄芪、益母草、车前子、紫河车）进行了动物实验，结果提示该药有延长慢性肾衰家兔存活率，增加体重，升高血浆蛋白，降低 BUN、Cr 等作用，并能改善肾小球毛细血管通透性、抗渗出、抗新月体形成，抑制间质结缔组织增生。[149]郑平东对比了温脾汤、大黄甘草汤、三黄泻心汤对慢性肾功能不全大白鼠的治疗效果，其中温脾汤最佳，高氮质血症、高磷和低血钙得到明显改善，尿毒症的毒素胍类化合物的产生得到抑制，从而改善大鼠的肾功能。[150]王进学报道了大黄灵脾冲剂（太子参、附子、仙灵脾、仙茅、巴戟天、制大黄、黄柏、知母、丹参、生龙骨、生牡蛎）治疗 36 例慢性肾衰病人，观察了 18 例治疗前后血清甲状旁腺素中段（M-PTH）和钙磷的变化，发现治疗后和血磷明显下降，而血钙无明显提高，提示本方有延缓肾衰发展速度和调整甲状旁腺素、钙磷代谢紊乱的作用。[151]廖圣宝用灌肠方（生大黄、肉桂、槐花、龙骨、牡蛎、锡类散）给大鼠灌肠，结果大鼠血浆中分子物质（MMS）含量明显低于对照组，而血清超氧化物歧化酶（SOD）含量明显高于对照组。[152]王耀光观察了肾衰Ⅱ号（附片、大黄、鹿角片、枯芩、枳壳、丹参、当归、龟版、熟地、桃仁）对 CRF 模型大鼠肾小管高代谢状态的抑制作用。结果表明该方可明显降低 CRF 大鼠血清 BUN、sCr 水平，能明显增强红细胞 SOD 活性及对体外 O^- 自由基的生成有很强的清除作用，能明显改善肾组织损害的作用及改善 CRF 肾组织化学紊乱，由此推断肾衰Ⅱ号具有抑制 CRF 肾小管高代谢状态的作用，可明显延缓 CRF 的进展。[153]李佑生报道肾衰冲剂（附片、黄芪、白术、茯苓、法夏、陈皮、大黄、枳实、丹参、益母草、半边莲、泽泻、甘草）在清除 MMS 上明显优于包醛氧化淀粉。[154]徐成钢用益肾泻浊方（仙灵脾、生黄芪、制大黄、莪术）给大鼠灌胃与生理盐水组对照，结果前者能明显抑制成纤维细胞增殖与胶原蛋白的合成而减轻间质纤维化程度，从而延缓肾衰的进展。[155]王蕾通过益肾导浊口服液防治大鼠慢性肾衰的实验研究发现，肾组织内结晶沉积物明显减少，部分肾小管形态接近正常，对肾小管有明显的

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

保护作用，可促进肾小管上皮细胞再生，表明本方对慢性肾衰有明显的治疗作用。[156]王新华采用5/6肾大部分切除制成实验性慢性肾衰大鼠模型，观察了肾衰方对其肾功能、残肾病理形态的影响，结果表明，肾衰方在改善肾功能，减轻残肾及肾小球过度肥大趋势，降低肾小球硬化率方面，有良好的效果。[157]

【古训今释】

1 病名溯源

中医学对水肿的认识源远流长。早期古籍中已记载水肿的证候。《周易·说卦传》第十一章云："离为火……为大腹。"已认识到水肿的一些病理机制及其危害。《吕氏春秋·先己》曰："身尽胕肿，筋骨沉滞，血脉壅塞……虽彭祖犹不能也。"严重的水肿很难治愈。最早明确提出水肿概念始于《黄帝内经》。《素问·水热穴论》说："水病下为跗肿大腹，上为喘呼不得卧者，标本俱病，故肺为喘呼，肾为水肿。"《内经》中常常把水肿称为"水"，《素问·阴阳别论》指出："三阴结，谓之水。"《素问·宣明五气篇》说："五气所病……下焦溢为水。"同时，根据临床症状和病因病机，还有"水胀"、"风水"、"涌水"、"石水"、"肾风"等不同的记载。《灵枢·水胀》专论"水胀"（水肿）："水始起也，目窠上微肿如新卧起之状"，把它与肤胀、鼓胀加以鉴别。而《素问·水热穴论》论述："风水"："肾汗出，逢于风，内不得入于脏腑，外不得越于皮肤，客于元府，行于皮里，传为跗肿，本之于肾，名曰风水。"《素问·气厥论》阐述"涌水"："肺移寒于肾，为涌水。"《素问·阴阳别论》论述"石水"："阴阳斜结，多阴少阳，曰石水。"《素问·奇病论》讨论"肾风"："有病庞然如有水状，切其脉大紧，身无痛者，形不瘦，不能食，食少，名为何病？岐伯曰：病生在肾，名为肾风。"

东汉时期，医家把水肿这一症候作为一种独立的疾病看待，且多立名号，如《神农本草经》已有"十二水"之名。张仲景在《金匮要略·水气病脉证并治》中专篇论述水肿病的证治，具有划时代的意义。张仲景以临床表现证候特点分类："风水，其脉自浮，外证骨节疼痛，恶风。皮水，其脉亦浮，外证跗肿，按之没指，不恶风，其腹如鼓，不渴，当发其汗。正水，其脉沉迟，外证自喘。石水，其脉自沉，外证腹满不喘。黄汗，其脉沉迟，身发热，胸满，四肢头面肿。"又按五脏的发病机理及临床表现，分为心水、肝水、肺水、脾水、肾水，同时还对里水进行了论述。隋代巢元方《诸病源候论·水肿病诸候》对水肿证候论述颇详，有"十水候"、"二十四水候"之称。其中"十水候"是根据脏腑分类的："十水者，青水、赤水、黄水、白水、黑水、悬水、风水、石水、暴水、气水也。"唐代孙思邈论水肿有十种，和张仲景的论述基本相同，但进一步指出："水有十种，不可治者有五：第一唇黑伤肝，第二缺盆平伤心，第三脐出伤脾，第四背平伤肺，第五足下平满伤肾。此五伤，不可治。"并列出水肿证候8条，载方剂49首，灸法2首。宋代医家严用和与杨士瀛等分别从不同的角度对水肿进行了理论的探讨。严用和《济生方》认为脾胃虚寒是水肿的主要矛盾："水肿为病，皆由真阳怯少，劳伤脾胃，脾胃既寒，积寒化水。"杨士瀛《直指方》认为："大凡虚肿，先起于腹而后散于四肢者，可治。先起于四肢而后归于腹者，不治。"

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

元代朱震亨在总结前人经验的基础上，根据虚实辨证，将水肿分为阴水、阳水两大类。《丹溪心法·水肿》说："若遍身肿，烦渴，小便赤涩，大便闭，此属阳水……若遍身肿，不烦渴，大便溏，小便少，不赤涩，此属阴水。"朱丹溪的分类方法，提纲挈领，执简驭繁，影响深远，多为后世所宗。明代李梴、虞抟、李中梓、张介宾，清代李用粹、喻昌、陈修园等医家对水肿都进行了较为深入的探讨，均有精当的论述。清代医家沈金鳌在讨论水肿时，进一步指出水肿的10种证候："短气不得卧为心水，两胁紧痛为肝水，大便鸭溏为肺水，四肢苦重为脾水，腰痛足冷为肾水，口苦咽干为胆水，乍虚乍实为大肠水，腹急肢瘦为膀胱水，小便闭涩为胃水，少腹急满为小肠水。"

综上医学典籍可以看出，水肿的名称和基本概念源出于《内经》，《金匮要略》则对水肿的认识有重大发展，《诸病源候论》对水肿的类型及临床表现进行了重要补充。《备急千金要方》进一步丰富了水肿的内容。元代朱震亨将水肿分为阴水和阳水，具有极为重要的指导性意义，为后世医家所推崇，直至今天，仍有重要理论意义和临床应用价值。明清以降，众多医家对水肿又从理、法、方、药各个侧面有所发挥，使其渐趋完善。

2 证候与病象

历代文献对水肿的症状描述颇多。《内经》对水肿已有较为全面的认识，在丰富的临床观察基础上，把水肿症状描述得比较详备而具体。

《素问·平人气象论》曰："颈脉动喘疾咳，曰水。目裹微肿如卧蚕起状，曰水。"《灵枢·水胀》："水之始也，目窠上微肿，如新卧起之状，其颈脉动，时咳，阴股间寒，足胫肿，腹乃大，其水已成矣。以手按其腹，随手而起，如裹水状，此起候也。"说明了水肿的症状、体征以及水肿发展过程的临床表现。

《素问·评热病论》云："有病肾风者，面跗庞然壅，害于言……至必少气时热，时热从胸背上至头，汗出手热，口干苦渴，小便黄，目下肿，腹中鸣，身重难以行，月事不来，烦而不能食，不能正偃，正偃则咳，病名曰风水。"进一步解释了风水的症状，面目壅肿，眼睑肿起如卧蚕，舌体胖大有碍言语，及至症状加重，可以出现短气、身热、汗出、口干苦、小便黄、腹鸣、身重、行动困难、胸中烦闷、不能进食、不能仰卧，仰卧则咳，妇女则可有闭经等表现。

《素问·水热穴论》说："水病下为跗肿大腹，上为喘呼，不得卧者，标本俱病，故肺为之喘呼，肾为水肿，肺为逆不得卧，分为相输，俱受者水气之所留也。"指出腹部肿大严重者，不能平卧，水气上逆，引起呼吸急促，而且喘咳。这是肺肾同病，水液潴留的原因。

水气客于皮肤之间，腹大，按其腹窅而不起，称为腹胀。《灵枢·水胀》云："肤胀者，寒气客于皮肤之间，鼓鼓然不坚，腹大，身尽肿，皮厚，按其腹，窅而不起，腹色不变，此其候也。"如果又有目窠浮肿，而手足按之窅而不起，称为风水肤胀。如《灵枢·论疾诊尺》所说："视人之目窠之微痈，如新卧起状，其颈动脉动，时咳，按其手足上，窅而不起者，风水肤胀也"。实际上皮肤间水肿，轻者按之即起，不见凹陷，重则必然凹陷按之不起。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

《内经》之后，历代医家对水肿的认识多有发挥，且更为丰富，更为深刻，更为明确，根据临床表现各异，将水肿划为不同的类型。

2.1 分 类

2.1.1 以证候特点分类

2.1.1.1 风水 《金匮要略》在继承《内经》有关风水的基础上，提出风水的临床特点："其脉自浮，外证骨节疼痛，恶风"。"太阳病，脉浮而紧，法当骨节疼痛，反不疼，身体反重而酸，其人不渴，汗出即愈，此为风水。恶寒者，此为极虚，发汗得之"。"寸口脉沉滑者，中有水气，面目肿大，有热，名曰风水。视人之目裹上微拥，如蚕新卧起状，其颈脉动，时时咳，按其手足上陷而不起者，风水"。《诸病源候论·水肿病诸候·风水候》亦云："人身浮肿，如裹水之状，颈脉动，时咳，按肿上凹而不起也，骨节疼痛而恶风是也。脉浮大者，名曰风水也"。《医门法律·水肿论》云："风水，其脉自浮，外证骨节疼痛，恶风，浑身是伤风本证，从表治之宜矣。"以上说明，风水的特点除有水肿之外，伴有明显的表证，其症状为恶风、发热、骨节疼痛、咳嗽、脉浮，以及水肿先从面部开始最为常见。

2.1.1.2 皮水 《金匮要略·水气病脉证并治》云："皮水其脉亦浮，外证跗肿，按之没指，不恶风，其腹如鼓，不渴"。"渴而不恶寒者，此为皮水"，"皮水为病，四肢肿，水气在皮肤中，四肢聂聂动者……"。《诸病源候论·水肿病诸候》云："身体面目悉肿，按之没指而无汗也。腹如鼓而不满，亦不渴，四肢重而不恶风是也。脉浮者，名曰皮水也。"以上说明，皮水的特点是表证将罢，而水势趋于严重，其症状肢肿如袋裹水，腹肿如鼓，不恶风，无汗，口渴或不渴，脉象亦浮。

2.1.1.3 正水 《金匮要略·水气病脉证并治》云："正水，其脉沉迟，外证自喘"。"里水者，一身面目黄肿，其脉沉，小便不利，故令病水"。《金匮要略》中里水是指正水而言。以上说明，正水的特点是正虚水盛，水气上凌。其症状是面目发黄，全身浮肿，心慌气喘，小便少，脉沉迟。

2.1.1.4 石水 《金匮要略·水气病脉证并治》云："石水，其脉自沉，外证腹满不喘"。《诸病源候论·水肿病诸候》说："小腹肿大，硬如石，故云石水。其候引胁下胀痛而不喘是也。脉沉者名曰石水。尺脉微大，亦为石水。肿起脐下至小腹垂垂然。《外台秘要》引集验方云："石水，四肢瘦，腹肿"。以上说明，石水的特点是正气虚，阴水聚结于小腹。其症状小腹肿起，垂垂然如悬球，脉沉或微，无气喘。

2.1.2 以五脏分类

2.1.2.1 心水 《金匮要略·水气病脉证并治》云："心水者，其身重而少气，不得卧，烦而躁，其人阴肿。"说明心水的特点是遍身水肿而重，并伴有少气、烦躁、阴肿、不能平卧。

2.1.2.2 肝水 《金匮要略·水气病脉证并治》云："肝水者，其腹大，不能自转侧，胁下腹痛，时时津液微生，小便续通。"说明肝水的特点是身肿、胁痛、腹腔部高度水肿，因腹大不可转侧。辨证多为肝气郁结。

2.1.2.3 脾水 《金匮要略·水气病脉证并治》云："脾水者，其腹大，四肢苦重，津

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

液不生，但苦少气，小便难。”说明脾水的特点是身肿且重，伴有腹大、短气、四肢无力。

2.1.2.4 肺水 《金匮要略·水气病脉证并治》云：“肺水者，其身肿、小便难，时时鸭溏”。说明肺水的特点是身肿，伴有腹泻。这里虽未言水邪犯肺的其它症状，但必有喘咳一症，是显而易见的。

2.1.2.5 肾水 《金匮要略·水气病脉证并治》云：“肾水者，其腹大，脐肿腰痛，不得溺，阴下湿如牛鼻上汗，其足逆冷，面反瘦。”说明肾水的特点是阳虚身肿，伴有腹大脐肿，腰痛，阴囊潮湿。临床上多见于肾阳虚水肿者。

2.1.3 以阴阳辨证分类

水肿以阴阳辨证分类，分为阳水、阴水，为朱丹溪所创，具有重要意义。其后，诸多医家多有论述，丰富了这一学说的内容。

2.1.3.1 阳水 朱震亨《丹溪心法》云：“若遍身肿，烦渴，小便赤涩，大便闭，此属阳水。”明代戴思恭《证治要诀》论阳水亦宗朱震亨。李梴《医学入门·水肿论阴阳》云：“阳水必身热渴，二便闭。”清代李用粹《证治汇补·水肿》云：“若遍身肿，皮色黄赤，烦渴溺涩，大便闭，脉沉数，此为阳水。”陈修园亦谓：“小便短数，口渴属热，名为阳水”。说明阳水的特点是身肿、口渴、小便赤涩、大便闭结、脉沉数等热证。临床所见多先从于三阳经肿起。

2.1.3.2 阴水 朱震亨云：“若遍身肿，不烦渴，大便溏，小便少不涩赤，此属阴水。”戴思恭《证治要诀·肿病证治》云：“遍身肿，不烦渴，大便自调或溏泄，小便虽少而不涩赤，此属阴水。”李梴《医学入门·水肿论阴阳》云：“阴水必身凉，大便利”。李用粹《证治汇补·水肿》云：“若遍身肿，皮色青白，不渴，大便溏，小便少不涩，此为阴水。”陈修园亦谓：“小便自利，口不渴属寒，名为阴水。”说明阴水的特点是身肿、口不渴、大便溏、小便少而不涩等寒证。阴水多先从腰腹以下三阴经肿起者。

2.1.4 以虚实辨证分类

2.1.4.1 实证 清代医家沈金鳌《杂病源流犀烛·肿胀源流》云：“水之肿胀，又有内外之别，先胀于内后肿于外者，小便赤涩，大便秘结，色泽红亮，声音高爽，脉滑数有力，实热也。”“凡实，或六淫外客，或饮食内伤，阳邪急速，其至必暴，每成于数日之间”。说明水肿实证特点是起病急骤，病程短，正气未衰，其症状为身肿，色红气粗，小便赤涩，大便秘结，脉滑数等实热证。

2.1.4.2 虚证 《杂病源流犀烛·肿胀源流》云：“先肿于外后胀于内者，小便淡黄，大便不实，气色枯白，语言低怯，脉细而无力，虚寒也。”“凡虚，或情志多劳，或酒色过度，日积月累，其来有渐，每成于经月之后。”说明水肿的虚证特点是起病缓慢，病程长，正气已衰，其症状为身肿，色黄白，声音低怯，小便清白或淡黄，大便溏或不实，脉沉细涩等虚寒证。

另外，还有按颜色将水肿分为9种水的：一曰青水，先从两胁肿起，根在肝；二曰赤水，先从舌根肿起，根在心；三曰黄水，先从腰腹肿起，根在脾；四曰白水，先从足肿起，根在肺；五曰黑水，先从阴上肿起，根在肾；六曰元水，先从面颊肿起，根在外肾；七曰风水，先从四肢肿起，根在膀胱；八曰高水，先从少腹肿起，根在小肠；九曰气水，或盛或衰，根在三焦。也有按脏腑分类为10种水的：短气不得卧为心水；两胁紧痛为肝

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

水；大便鸭溏为肺水；四肢苦重为脾水；腰痛足冷为肾水；口苦咽干为胆水；乍虚乍实为大肠水；腹急肢瘦为膀胱水；小便闭塞为胃水；少腹急满为小肠水。这些分类方法，临床虽不常用，但也可以作为辨证诊断的参考。

《内经》认为水肿要与肤胀、鼓胀相区别。《灵枢·水胀》说："水与肤胀、鼓胀何以之别？岐伯答曰：水始起也，目窠上微肿，如新卧起之状，其颈脉动时咳，阴股间寒，足胫肿，腹乃大，其水已成矣，以手按其腹，随手而起如裹水之状，此其候也。……肤胀何以候之？岐伯曰：肤胀者，寒气客于皮肤之间，鳖鳖然不坚，腹大，身尽肿，皮厚，按其腹，窅而不起，腹色不变，此其候也。……鼓胀何如？岐伯曰："腹胀身皆大，大与肤胀等也，色苍黄，腹筋起，此其候也。"实际上水肿与肤胀有时不好区分，后世有将水肿与胀满或水病与鼓胀分别论治者，亦有将此混称肿胀者。水肿要点在于水，而鼓胀要点在于气，水肿仅在病程中某一阶段较为突出。

2.2 证候转化与演变

张介宾《景岳全书·杂证谟·肿胀》曰："水肿之病，多属阳虚也，然水主于肾，气主于肺。水溃于下，而气竭于上，所以下为肿满，上为喘急，标本俱变，危斯亟矣。此当速救本源，庶保万一。倘以虚喘作实邪，而犹然泄肺，无不败矣。"水肿之虚实，不可不明。辨虚实，要高度灵活，不可胶柱鼓瑟。诚如朱震亨所云："诸家只知治湿当利小便之说，执此一途，用去水之药，往往多死……盖脾气虚败，愈下愈难，虽劫效目前，而正气阴损。"（《丹溪心法·水肿》）

治水肿，辨虚实，立治法，对证候的转化与演变至关重要。李用粹引喻昌曰："有外触怒气，内伤饮食而肿者。盖肝常有余，触怒则益旺而伤脾，脾愈不足。伤食则不运而生湿。湿热太盛，郁极而发，上达于头，下流于足，中满于身之前后，浮肿如匏，坚实如石，寒冷如冰，坐卧不得者，最难论治。本当利便，然内而膀胱，外而阴囊，相连紧急，阻塞道路，苦无一线之通，病何由去。必开其大便以逐其水，随下而随补，则邪去而正无损，渐为调理，庶可得生。"（《证治汇补·内因门·水肿》）

李用粹论水肿病的转归和预后："先腹胀而后散于四肢者可治；先肢肿而后归于腹者难治。若唇黑耳焦，人中胀满，背平肉硬，赤肿如绯，腹多青筋，阴囊无纵，五谷不化，大便滑泻者，俱危。又面黧黑者肝绝，掌无纹者心绝，神阙突者脾绝，缺盆平者肺绝，涌泉平者肾绝，断绝饮食者死，胃气已亡也。又股间出水者死，脾伤胭破也。"（《证治汇补·内因门·水肿》）

3 病因病机学说

3.1 原发病因

3.1.1 风邪袭表

《素问·水热穴论》曰："勇而劳甚，则肾汗出，肾汗出逢于风，内不得入于脏腑，外不得越于皮肤，客于玄府，行于皮里，传为跗肿，本之于肾，名曰风水"。较清楚地阐明了风水的病因、病位、病机的转化和病状。张仲景明确指出："风气相搏"则为水肿，说

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

明外感风邪，内有水气，可致水肿。刘完素《素问病机气宜保命集·肿胀论》曰："风合归肝，风水脉浮必恶风"，指出本病涉及于肝。

外感风寒或风热之邪，风邪外袭，肺气失于宣降，风水相搏，流溢于肌肤，发为水肿。

3.1.2 疫毒内归

《诸病源候论·水肿病诸候》曰："此由风湿毒气，从脚上入于内，与脏气相搏，结聚不散。""风湿毒气搏于肾经，肾主于水，今为邪所搏，则肾气不能宣通水液，水液不传于小肠，致壅溢腑脏，腑脏既浸渍于皮肤之间，故肿满也。"严用和在《济生方》中指出："疮毒内归"可致水肿。戴思恭《证治要诀》曰："有患生疮，用干疮药太早，致遍身肿。""肿者钟也，寒热气所钟聚也。"李梴《医学入门》曰：水肿"或饮毒水，或疮痍所致也。"肌肤痈疡疫毒内归脾肺，导致水液代谢交阻，郁遏肌肤而成水肿。

3.1.3 水湿内侵

张仲景在《金匮要略》中论述皮水时就明确提出外受湿邪内有水气可导致水肿，后世医家在这方面也多有论述。万密斋《伤寒杂证保命歌括·胀满》曰："水胀者，因脾土受湿，不能制水，水渍于肠胃而溢于体肤。"李梴《医学入门》云："涉水冒雨或兼风寒暑气而见"水肿。涉水冒雨，或久居潮湿之处，水湿之气内侵而成水肿。

3.1.4 饮食失调

李中梓《证治汇补》云："阳水多兼食积"。"阴水多内因，饮水及茶酒过多，或饥饱、劳役、房欲而见阴证。""惟脾病则不化饮食，滋真水，甚则泛滥遍体无归。"《诸病源候论》言："水病者，由脾肾俱虚故也。""风水病者，由脾肾气弱所为也。""夫水肿病者，皆由荣卫否涩，肾脾虚弱所为。"因兵戎战祸，或严重天灾饥荒，致脾气日渐亏损，或饮食不节，过食生冷肥甘，损伤脾胃，以致脾虚失运，遂成水肿。

3.1.5 劳倦体虚

《素问·调经论》曰："饮食劳倦，损伤脾胃，始受热中，末传寒中，皆由脾胃之气虚弱，不能转运精微而制水谷，聚而不散而成胀满。"朱震亨云："七情内伤，六淫外感，饮食不节，房劳致虚，脾土之阴受伤，转输之官失职，胃虽受谷，不能运化，故阴阳不交，清浊相混，隧道壅塞，郁而为热，热留为湿。湿热相生，遂成胀满。"而清代医家武之望在《济阴纲目》中从妇科角度论述水肿，并对胎水肿满作了分析："妊娠肿满，由脏气本弱，因妊重虚，土不克水，血散于四肢，遂致腹胀，手足而皆浮肿，小便秘涩"。劳倦太过，或素体脾胃气虚，房劳过度，生育不节，肾气受损，开合不利，水液内停，形成水肿。

3.2 继发病因

水肿的继发病因为瘀血阻滞。陈自明曰："夫妇人肿满，若先因经水断绝，后至四肢浮肿，小便不通，名曰血分。水化为血，血不通，复化为水。"（《妇人大全良方·调经门·妇人血分水分肿满方论》）武之望云："败血散于脾胃，脾受之，则不能受纳水谷。"瘀血阻滞，损伤三焦水道，水液停聚而成水肿。唐容川《血证论》："瘀血化水，是血病而兼水也。"

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3.3 诱发因素

李梴《医学入门·杂病·湿类·水肿》曰："阳水多外因，涉水冒雨或兼风寒暑气而见阳证。阴水多内因，饮水及茶酒过多，或饥饱、劳役、房欲而见阴证。阳水先肿上体肩背手膊手三阳经。阴水先肿下体腰腹髀跗足三阴经。故男从脚下肿起，女从头上肿起为逆。"起居失常，劳欲过度，感受外邪，饮食过咸，均可诱发或加重本病。

3.4 病　　理

《素问·生气通天论》："因于气，为肿，四维相代，阳气乃竭"。外淫之邪，伤于阳气，不能运行，则荣血泣而为肿。四肢之阳，交相代谢，而阳气乃竭也。同书《太阴阳明论》："饮食不节，起居不时，入五脏则膜满闭塞。"《宣明五气篇》："五气所病，下焦溢为水。"《六元正纪大论》云："湿胜则濡泄，甚则水闭跗肿。"《至真要大论》："诸湿肿满，皆属于脾。""诸腹胀大，皆属于热。"《内经》对水肿病的病理机制已有较为明确的认识。

巢元方《诸病源候论》曰："肾者主水，脾胃俱主土。土性克水，脾与胃合，相为表里，胃为水谷之海，今胃虚不能传化水气，使水气渗溢经络，浸渍腑脏。脾得水湿之气加之则病，脾病则不能制水，故水气独归于肾，三焦不写，经脉闭塞，故水气溢于皮肤而令肿也。"论风水："风水病者，由脾肾气虚弱所为也。肾劳则虚，虚则汗出，汗出逢风，风气内入，还客于肾，脾虚又不能制于水，故水散溢于皮肤，又与风湿相搏，故云风水也。"又说："水病者，由肾脾俱虚故也。肾虚不能宣通水气，脾虚又不能制水，故水气盈溢，渗液皮肤，流遍四支，所以通身肿也。"

严用和在《济生方》中指出："水肿为病，皆由真阳怯少，劳伤脾胃，脾胃既寒，积寒化水。"把脾胃虚寒作为水肿病机的主要矛盾。刘河间曰："燥热于肺为肿者，乃绝水之源也。""肺移寒于肾，名曰涌水"朱丹溪曰："水则肾主之，谷则脾主之。惟肾虚不能行水，惟脾虚不能制水，胃与脾合气，胃为水谷之海，又因虚而不能传化焉。故肾水泛溢，反得以浸渍脾土，于是三焦停滞，经络壅塞，水渗于皮肤，注于肌肉而发肿矣"李中梓《医宗必读》谓："诸湿肿满，皆属于脾，又曰，其本在肾，其末在肺，皆聚水也。又曰：肾者胃之关也，关门不利，故聚水而从其类也。可见诸经虽皆有肿胀，无不由于脾、肺、肾者。盖脾土主运行，肺金主气化，肾水主五液，凡五气所化之液，悉属于肾，五液所行之气，皆属于肺、转输二脏，以制水生金者，悉属于脾，故肿胀不外此三经也。"赵献可《医贯》云："大水气者，乃胃土不能制肾水，水逆而上行，传入于肺，故令人肿。"万密斋《伤寒杂病保命歌括》云："怒伤肝，肝克脾，脾气不胜，必胀于胃，名曰胜克。怒乘肺，肺气不传，必胀于大肠，名曰乘克。"张景岳说："凡水肿等病，乃脾肺肾三脏相干之病。盖水为至阴，故其本在肾；水化于气，故其标在肺；水惟畏土，故其制在脾。今肺虚，则气不化精而化水；脾虚则水不制土而反克，肾虚则水无所主而妄行，水不归经，则逆而上泛，故传入脾而肌肉浮肿；传于肺则气息喘急，虽分而言之，而三脏各有所主，然合而言之，则总由阴胜之害，而病本皆归于肾。"张介宾又说："肿胀之病，原有内外之分……胀于内者，本由脏病，而肿于外者，亦无不由乎脏病。""盖水之与气，虽为同类，但阳旺则气化，而水即为精，阳衰则气不化，而精即为水，故凡病水者，水即身中之血气，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

但其为邪为正，总在化与不化耳，水不能化，因气之虚，岂非阴中无阳乎，此水肿之病，所以多属阳虚也。”又说：“肾之命门火衰，既不能自制阴寒，又不能温运脾土，则阴不从阳，精化为水。”

上述文献，统而观之，水肿的基本病机是气化功能障碍，肺失通调，脾失转输，肾失开合，而致三焦水道失畅，膀胱气化无权，水液停聚则成水肿。以证候归纳病机大致可分为10个类型：风水泛滥、湿毒侵淫、水湿浸渍、湿热壅盛、气虚水溢、气滞水停、脾阳虚衰、肾阳衰微、气阴两虚、血瘀水肿。

4 治则治法

《内经》确立的治疗水肿的基本原则，即“开鬼门”，“洁净府”，“去菀陈莝”。这3个治疗水肿的法则，至今仍有指导意义。《素问·汤液醪醴论》：“平治于权衡，去菀陈莝……开鬼门，洁净府。”“去菀陈莝”之义有二，一为逐水，二为逐瘀。“开鬼门”即发汗，“洁净府”即利小便

张仲景《金匮要略·水气病脉证并治》：“诸有水者，腰以下肿，当利小便；腰以上肿，当发汗乃愈。”这是治水肿的大法和基本原则。腰以下肿，利小便可使下部潴留的水从小便排出，腰以上肿，用发汗法，将上部蓄积的水从汗液排出。

孙思邈论治水肿多宗仲景、难能可贵的是他为水肿的治疗提供了49首方剂。严用和在《重订严氏济生方·水肿论治》中明确提出水肿的治法应“先实脾土，……次温肾水。”朱震亨《丹溪心法·水肿》曰：“诸家只知治湿，当利小便之说，执此一途，用诸去水之药，往往多死。又用导水丸、舟车丸、神佑丸之类大下之，此速死之兆。盖脾极虚而败，愈下愈虚，虽劫效目前，而阴损正气，然祸亦不免旋踵而至。”言用诸去水之药，往往多死云云，这不尽符合事实，但对这段文字要全面理解，治水肿要辨证施治，不拘泥于利尿一法，方为朱丹溪立论的要义。朱震亨因之又说：“证虽可下，又当权其重轻，……猛烈之剂，一发不收，峻决者易，固闭者难，水气复来而无以治之也。”真乃真知灼见。

张介宾（《景岳全书·杂证谟·肿胀》）曰：“所谓气化者，即肾中之气也，即阴中之火也，阴中无阳，则气不能化，所以水道不通，溢而为肿。故凡治肿者，必先治水。治水者，必先治气。”强调治水肿必先治气，所谓治气是治肾气，肾气得充，气化必行。

张介宾在同篇又说：“水肿证以精血皆化为水，多属虚败，治宜温脾补肾，此正法也。然有一等不能受补者，则不得不从半补；有并半补亦不能受者，则不得不全用分消。然以消治肿，惟少年之暂病则可，若气血既衰，而复不能受补，则大危之候也。故凡遇此辈，必须千方百计，务求根本，庶可保全。尝见有专用消伐而退肿定喘者，于肿消之后，必瓦赢骨立，略似人形，多则半年，少则旬日，终无免者。故余之治此，凡是中年积损者，必以温补而愈，皆终身绝无后患。盖气虚者不可复行气，肾虚者不可复利水。且温补即以化气，气化而全愈者，愈出自然。消伐所以逐邪，逐邪而暂愈者，愈由勉强。此其一为真愈，一为假愈，亦岂有假愈而果愈者哉？”张氏提倡温补脾肾，促使气化，名为正治之法。但水肿病多是虚实并见，当水邪盛时，邪不去正气难复，当正气虚衰时，不复正安能祛邪，故衡量邪正来复，孰多孰少是决定治法的根本，若一概温补

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

恐怕有不全面之处。

武之望《济阴纲目·产后浮肿》曰："产后四肢浮肿者，败血乘虚停积，循经流入四肢，留淫日深，却还不得，腐坏如水，故令面黄，四肢浮肿。医人不识，便作水气治之，投以甘遂、大戟等药以导其水。夫产后必虚，又以药虚之，是谓重虚，往往多致夭枉，但服小调经散，血行肿消则愈。"产后浮肿一般有两种原因：一为败血流入经络，阻塞三焦气道而致水肿；二为妊胎产子皆损伤肾气，亦劳伤气血，使外邪内乘，气不得宣越，肾气不化则形成水肿。治当辨认清楚，属于败血引起者当活血利水，属于虚者当调补。

发汗、利尿、泻下逐水为治疗水肿的3条基本原则。以阴阳虚实而言，阳水以驱邪为主，可用发汗、利水、攻逐、解毒诸法；阴水则以扶正为主，可采用健脾温肾利水、通阳利水、补气养阴利水等法。总括水肿的治疗，可概括为宣、渗、温、补、利、清、活、涩法的运用。宣是指宣畅肺气，因为肺为水之上源，肺气宣发，则上源自洁，下流自疏；渗，是指淡渗利水，利水即所以洁净府之意；温，是指温通而言，温通阳气而水自长流；补，是指补脾或补肾而言，尤其以补肾为要；利，是指通利大便，寓有去菀陈莝之意；清，是指清热化湿，或清热解毒而言，对于湿热壅滞水肿尤为适宜；活，是指活血利水兼施，尤其是对于水血相关联的水肿，因病久由病气而病血，由血瘀而病水的患者，更是常用之法；涩，是指固涩而言，对于肾气滑脱，尤其是肾水后期调理用得更多。这些治法，又常互为联系，或一方而寓数法，或一病而有数方。临床时要灵活掌握。此外，治疗水肿还应视其标本缓急，不可见水利水，切忌草率攻下。又水肿的消退，不等于余邪已尽，过早补阳则助长热邪，过早补阴则助长湿邪，余邪未尽时，宜用祛邪而不伤正，扶正而不碍邪的平和之法治疗，待余邪尽，再根据气血阴阳的偏损情况，合理进行调补善后。

5 方剂归类

5.1 宣肺利水剂

(1) 越婢汤

[出处]《金匮要略》

[组成] 麻黄　石膏　生姜　甘草　大枣

(2) 越婢加术汤

[出处]《金匮要略》

[组成] 麻黄　石膏　生姜　甘草　大枣

(3) 麻黄连轺赤小豆汤

[出处]《伤寒论》

[组成] 麻黄　连轺　杏仁　赤小豆　大枣　生梓白皮　生姜　炙甘草

(4) 麻黄汤

[出处]《伤寒论》

[组成] 麻黄　桂枝　炙甘草　杏仁

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

5.2 健脾利水剂

(1) 五苓散

[出处]《伤寒论》

[组成] 猪苓　白术　茯苓　泽泻　桂枝

(2) 五皮饮

[出处]《三因极一病证方论》

[组成] 炙大腹皮　炙桑白皮　茯苓皮　生姜皮　陈皮

(3) 五子五皮饮

[出处]《重订通俗伤寒论》

[组成] 紫苏子　莱菔子　陈皮　白芥子　葶苈子　车前子　大腹皮　生桑白皮　茯苓皮　生姜皮

(4) 防己黄芪汤

[出处]《金匮要略》

[组成] 防己　黄芪　炙甘草　白术　生姜　大枣

(5) 防己茯苓汤

[出处]《金匮要略》

[组成] 防己　黄芪　桂枝　茯苓　甘草

(6) 茯苓饮

[出处]《外台秘要》

[组成] 人参　白术　茯苓　枳实　生姜　陈皮

(7) 胃苓汤

[出处]《丹溪心法》

[组成] 甘草　茯苓　苍术　陈皮　白术　官桂　泽泻　猪苓　厚朴　生姜　大枣

(8) 春泽汤

[出处]《奇效良方》

[组成] 白术　桂心　猪苓　泽泻　茯苓　人参　柴胡　麦门冬

(9) 实脾饮

[出处]《重订严氏济生方》

[组成] 厚朴　白术　木瓜　木香　草果仁　大腹子　附子　茯苓　炮姜　炙甘草　生姜　大枣

(10) 苓桂术甘汤

[出处]《金匮要略》

[组成] 茯苓　桂枝　白术　甘草

5.3 温肾利水剂

(1) 真武汤

[出处]《伤寒论》

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[组成] 茯苓 芍药 生姜 白术 炮附子

(2) 济生肾气丸

[出处]《济生方》

[组成] 炮附子 茯苓 泽泻 山茱萸 炒山药 车前子 丹皮 官桂 川牛膝 熟地

(3) 金匮肾气丸

[出处]《金匮要略》

[组成] 干地黄 山药 山茱萸 泽泻 茯苓 丹皮 桂枝 炮附子

(4) 附子五苓散

[出处]《宣明方论》

[组成] 附子 茯苓 猪苓 泽泻 桂枝 白术

5.4 行气利水剂

(1) 大橘皮汤

[出处]《宣明方论》

[组成] 橘皮 茯苓 木香 滑石 槟榔 猪苓 泽泻 白术 官桂 甘草

(2) 导水茯苓汤

[出处]《奇效良方》

[组成] 赤茯苓 麦门冬 泽泻 白术 桑白皮 紫苏 槟榔 木瓜 大腹皮 陈皮 砂仁 木香

(3) 木香流气丸

[出处]《太平圣惠方》

[组成] 半夏 陈皮 厚朴 青皮 甘草 炒香附 紫苏叶 人参 赤茯苓 木瓜 石菖蒲 白术 白芷 麦门冬 草果仁 肉桂 煨莪术 大腹皮 丁香皮 槟榔 木香 藿香 木通

(4) 鸡鸣散

[出处]《类编朱氏集验方》

[组成] 槟榔 陈皮 木瓜 吴茱萸 桔梗 生姜 紫苏

5.5 清解利水剂

(1) 五味消毒饮合五皮饮

[出处]《医宗金鉴》、《三因极一病证方论》

[组成] 金银花 野菊花 蒲公英 紫花地丁 紫背天葵子 炙大腹皮 炙桑白皮 茯苓皮 生姜皮 陈皮

(2) 桂苓甘露饮

[出处]《宣明方论》

[组成] 茯苓 泽泻 炙甘草 石膏 寒水石 白术 肉桂 猪苓 滑石

(3) 萆薢分清饮

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[出处]《医学心悟》

[组成] 萆薢 炒黄柏 菖蒲 茯苓 白术 莲子 丹参 车前子

(4) 疏凿饮子

[出处]《重订严氏济生方》

[组成] 泽泻 炒赤小豆 商陆 羌活 大腹皮 椒目 木通 秦艽 槟榔 茯苓皮

(5) 中满分消饮

[出处]《兰室秘藏》

[组成] 白术 人参 炙甘草 猪苓 姜黄 茯苓 干姜 砂仁 泽泻 橘皮 知母 黄芩 黄连 半夏 枳实 姜厚朴

(6) 木防己汤

[出处]《外台秘要》

[组成] 木防己 黄芪 白术 茯苓 桂心 芍药 炙甘草 生姜

5.6 养阴利水剂

(1) 猪苓汤

[出处]《伤寒论》

[组成] 猪苓 茯苓 泽泻 滑石 阿胶

(2) 知柏地黄汤加味

[出处]《证因脉治》

[组成] 知母 黄柏 熟地 山药 山茱萸 茯苓 丹皮 泽泻 牛膝 车前子

(3) 牡蛎泽泻散

[出处]《伤寒论》

[组成] 煅牡蛎 泽泻 蜀漆 炒葶苈子 炒商陆 海藻 瓜蒌根

5.7 活血利水剂

(1) 当归芍药散

[出处]《金匮要略》

[组成] 当归 芍药 茯苓 白术 泽泻 川芎

(2) 桂枝茯苓丸

[出处]《金匮要略》

[组成] 桂枝 茯苓 丹皮 桃仁 芍药

(3) 桃红四物汤

[出处]《医宗金鉴》

[组成] 当归 川芎 赤芍 生地 桃仁 红花

(4) 血府逐瘀汤

[出处]《医林改错》

[组成] 当归 赤芍 川芎 生地 桃仁 红花 牛膝 枳壳 柴胡 甘草 桔梗

(5) 大黄䗪虫丸

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[出处]《金匮要略》

[组成] 大黄 黄芩 甘草 桃仁 杏仁 虻虫 蛴螬 芍药 干地黄 干漆 水蛭 蠐虫

5.8 攻泻逐水剂

(1) 舟车丸

[出处]《丹溪心法》

[组成] 大黄 甘遂 大戟 芫花 青皮 陈皮 牵牛子 木香

(2) 十枣汤

[出处]《金匮要略》

[组成] 炒芫花 甘遂 大戟 大枣

(3) 大戟丸

[出处]《太平圣惠方》

[组成] 大戟 牵牛子 皂荚 蛤粉 葶苈子 大黄 桑白皮 郁李仁

(4) 大戟散

[出处]《太平圣惠方》

[组成] 大戟 甘遂 续随子 牵牛子 葶苈子

(5) 控涎丹

[出处]《三因极一病证方论》

[组成] 甘遂 大戟 白芥子

(6) 禹功散

[出处]《儒门事亲》

[组成] 黑牵牛子 炒茴香

6 预防和预后

水肿病预防，历代医籍多有论述。水肿病之根本在肾，因而，预防水肿病的发生最重要的在于养肾，《素问·金匮真言论》："夫精者，身之本也。"养肾必须养精，养精必须节欲。孙思邈《备急千金要方》论水肿病指出："其房室等，犹三年慎之。"张介宾说："善养生者，必宝其精，精盈则气盛，气盛则神全，神全则身健，身健则病少，神气坚强，老而益壮，皆本乎精。"节欲可以养神，增强抗病能力。张景岳指出："人之情欲，多有妄动，动则俱能起火，火盛致伤元气，所谓元气之贼。"

水肿病人，饮食要清淡。肾病尤忌过咸。《素问·生气通天论》说："味过于咸，大骨气劳，短肌，心气抑。"孙思邈《备急千金要方》曰："大凡水病难治，瘥后特须慎于口味，不则复病。水病人多嗜食不廉，所以此病难愈也。"又说："治水气通身洪肿，始终一切断盐。""勿与盐"，如此云云。严用和《重订严氏济生方·水肿论治》说："然水病最难治，特须慎重于口味，或房劳谵戏，若不能戒此，愈而复者多矣。"危亦林《世医得效方》云："凡水肿惟忌盐，虽毫末许不得入口，若无以为味，即水病去后，宜以酢少许调和饮食，不能忌盐勿服药，果欲去病，切须忌盐。"对水肿的治疗及预防复发与护理注意事项

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

都说得很清楚，其内容至今仍有很高的临床价值。

对于水肿的预后中医文献有丰富的记载。如《千金翼方》有五不治："一面肿苍黑是肝败不治，二掌中无纹是心败不治，三腹肿无纹理是肺败不治，四阴中不起是肾败不治，五脐满肿反者是脾败不治。"《世医得效方》有："凡水肿大喘，气粗不食，乃肾水盈溢上行，旁浸于肺，不治，腹满得之未久，或胀或消，腹皮稍软，不泄不喘，随治随差；若脐心突起，利后腹胀急，久病羸乏，喘息不得安，名曰脾肾俱败，不治。腹满咳逆，不得小便，不治。腹大满而下泄，不治。"《医学入门》云："凡先肿腹后散于四肢者可治，先肿四肢而后归于腹者难治。若肌肉崩溃，足胫流水，唇黑耳焦，缺盆平，脐凸，背平，手足掌平，肉硬，腹多青筋，大便滑泻者，不治。又面黑者肝死，两手无纹者心死，脐凸者脾死，两肩凸者肺死，下注脚肿者肾死。"当然，所谓"不治"，要在说明水肿病情之严重，正气衰败，预后较差，但亦并非全然不能予以治疗。

综上所述，水肿病的预防以及水肿患者的护理、调摄，是既病防变的重要措施。

展　望

虽然中医对水肿及相关疾病研究已取得些成绩，形成了一定的优势。但还存在不少问题，近50年专门研究水肿的文章少，水肿全国无统一的标准。水肿是一个临床症状，即使水肿消退也难下痊愈的诊断（例如慢性肾炎虽然水肿消退，但还有蛋白尿、肾损害进行发展）。可见水肿疗效评定的客观化程度差。另外，水肿各证型无客观的指标。今后要借助现代科学的手段和方法，包括西医的理论，不但要明确水肿是属阴水还是阳水，要进一步确定是肾源性、心源性、肝源性等的具体疾病，还要更进一步从血管及组织的容量、炎性介质、血管通透性、心钠素、抗利尿激素等激素水平、渗透压、肾对水液代谢的调节等获得客观指标，使辨证定量化，深入研究水肿的机理及演变规律和本质。鉴于中医对水肿的治疗积累了丰富的经验，水肿与肾脏疾病关系又甚为密切，大多数肾脏疾病西医还缺少有效的治疗措施，而中医有比较好的效果。相信通过我们的共同努力，中医与中西医结合对水肿及肾脏疾病的研究将取得更大的成绩。

（魏练波　栾　图　李智军　殷平善）

近现代参考文献

[1] 童安荣．中医肾病学中与风水相关的概念探讨．中医药研究，1997（1）:8～10

[2] 程树清．《金匮要略》正水探讨．北京中医学院学报，1988（2）:17～18

[3] 时振声．时氏中医肾脏病学．北京：中国医药科技出版社，1997．100～102

[4] 时振声．时氏中医肾脏病学．北京：中国医药科技出版社，1997．126～140

[5] 魏练波．叶任高肾脏病临床备要．北京：人民卫生出版社，1997．145～146

[6] 时振声．肾炎的中医证治要义．北京：人民卫生出版社，1984．102～108

[7] 张镜人．肾病综合征证治．中医杂志，1984（9）:47～51

[8] 邵生宽．辨证治疗肾病综合征100例．陕西中医，1987（1）:7～9

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[9] 申志强. 中医肾脏病学. 郑州：河南科学技术出版社，1994. 218～220
[10] 李俊彪. 原发性肾小球病的中医分型及治疗. 新中医，1982 (7):45～47
[11] 尹智功. 邹燕勤治疗慢性肾炎经验. 河北中医，1997 (5):14～16
[12] 时振声. 时氏中医肾脏病学. 北京：中国医药科技出版社，1997. 134～139
[13] 魏练波. 叶任高肾脏病临床备要. 北京：人民卫生出版社，1997. 166～174
[14] 郭子光. 辨治慢性肾炎水肿、蛋白尿的临床体会. 实用中医内科杂志，1988 (3):97～99
[15] 张丽慧. 慢性蛋白尿的中医辨治探讨. 河北中医，1997 (1):16～18
[16] 潘振邦. 肾性蛋白尿中医病机及其方剂现代药理探索. 中国中医药信息杂志，1995 (4):14～15
[17] 时振声. 化瘀法疗尿血. 黑龙江中医药，1983 (4):28～31
[18] 时振声. 肾炎的中医证治要义. 北京：人民卫生出版社，1984. 187～189
[19] 张琪. 张琪临床经验集. 哈尔滨：黑龙江出版社，1984. 123～124
[20] 黎江华. 滋阴清热法治疗血尿的体会. 中医药学报，1985 (4):39～41
[21] 张大. 实用中医肾病学. 上海：上海中医学院出版社，1993:361～362
[22] 时振声. 时氏中医肾脏病学. 北京：中国医药科技出版社，1997. 188～189
[23] 白依山. 肾炎证治. 辽宁中医杂志，1985 (5):10～13
[24] 戴希文. 中西医结合治疗肾实质性高血压的临床报道. 福建中医药，1986 (5):28
[25] 陈孝伯. 以防芪地黄汤加减治疗肾实质性高血压的临床观察. 辽宁中医杂志，1991 (9):24
[26] 沈庆法，等. 中医临床肾脏病学. 上海：上海科学技术出版社，1996. 256～258
[27] 王临轩. 中医分型治疗肾病综合征43例. 成都中医学院学报，1986 (1):21～23
[28] 时振声. 肾炎的中医证治要义. 北京：人民卫生出版社，1984. 155～156
[29] 师晶丽. 慢性肾功能衰竭从“湿”论治探讨. 贵阳医学院学报，1994 (2):124～125
[30] 时振声. 肾炎的中医证治要义. 北京：人民卫生出版社，1984. 88～89
[31] 严晓华. 肾病综合征强的松治疗前后舌象变化及临床意义. 福建中医药，1997 (4):22～24
[32] 庄严. 辨证分型治疗慢性肾炎47例临床观察. 长春中医学院学报，1997 (9):9～11
[33] 陈以平. 肾病综合征的临床与实验研究. 上海中医学院学报，1988 (1):6
[34] 叶任高. 中西医结合治疗成人常复发性原发性肾病综合征疗效观察. 中国中西医结合杂志，1995 (1):15～17
[35] 朱辟疆：中西医结合治疗肾病综合征229例疗效分析. 中西医结合杂志，1984 (5):280～282
[36] 陈月秋. 中西医结合治疗原发性肾病综合征31例临床观察. 湖南中医学院学报，1993 (3):16～19
[37] 曹鸿云：中西医结合治疗肾病综合征68例. 中医研究，1997 (4):28～30
[38] 李莉. 原发性肾病综合征中医辨证治疗的探讨. 中西医结合杂志，1989 (11):679～681
[39] 张雪梅. 中西医结合治疗肾病综合征30例分析. 中国中西医结合杂志，1992 (8):488～490
[40] 柳企贤. 中西医结合治疗肾病综合征30例. 黑龙江中医药，1994 (2):17～19
[41] 张雪梅. 中西医结合治疗Ⅱ型肾病综合征70例. 中国中西医结合杂志，1994 (8):491～493
[42] 潘家荣. 中西医结合治疗慢性肾炎肾病综合征Ⅱ型44例. 陕西中医，1995 (4):155～157
[43] 何为贵. 中西医结合治疗肾病综合征130例疗效分析. 实用中西医结合杂志，1994 (3):147～149
[44] 肖德才. 分期论治肾病综合征23例疗效观察. 湖南中医杂志，1991 (3):2～4
[45] 韦俊. 中西医结合治疗小儿肾病综合征100例临床观察. 中国中西医结合杂志，1992 (8):465～467
[46] 何永生. 52例慢性肾衰辨证分型及疗效观察. 天津中医，1992 (5):17～19
[47] 黄波夫. 辨证分型为主治疗慢性肾功能衰竭58例. 广西中医药，1996 (1):6～8

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[48] 罗熹．辨证分型治疗慢性肾功能衰竭56例临床观察．湖南中医杂志，1995（2）:13～15
[49] 刘洲．洪钦国教授辨证论治慢性肾功能衰竭经验．新中医，1996（1）:40～42
[50] 师晶丽．慢性肾功能衰竭“湿”论治探讨．贵阳医学院学报，1994（2）:124～126
[51] 邓乐巧．以三焦气化辨治慢性肾功能衰竭14例．云南中医杂志，1994（2）:7～9
[52] 韩家强．中医药为主延缓慢性肾衰进展．天津中医，1992（5）:17～19
[53] 林桑雄．21例慢性肾功能衰退竭辨证治疗体会．新中医，1994（4）:29～31
[54] 聂莉芳．慢性肾衰66例临床分析．中国医药学报，1995（2）:36～38
[55] 李俊彪．30例慢性肾功能不全阴阳辨治临床分析．上海中医药杂志，1996（4）:16～18
[56] 王明威．经典法则对肾性水肿临床应用举隅。河北中医，1992（3）:13～15
[57] 余方伦．水肿辨治八法的运用．辽宁中医杂志，1980（2）:34～35
[58] 曾绍裘．水肿证治十法．国医论坛，1983（3）:170～171
[59] 沈庆法，等．中医临床肾脏病学．上海：上海科学技术出版社，1996．187～189
[60] 沈庆法，等．中医临床肾脏病学．上海：上海科学技术出版社，1996．126～130
[61] 时振声．时氏中医肾脏病学．北京：中国医药科技出版社，1997．126～140
[62] 魏练波．叶任高肾脏病临床备要．北京：人民卫生出版社，1997．141～147
[63] 叶景华．420例急性肾炎临床治疗和远期随访．上海中医药杂志，1993（7）:12～14
[64] 靖雨珍．小儿急性肾炎203例临床总结．中医杂志，1980（7）:41～43
[65] 王振喜．小儿急性肾炎中医治疗规律探讨．广西中医，1984（3）:15～17
[66] 余益孔．活血化瘀治疗成人急性肾炎78例．山东中医杂志，1984（6）:17～19
[67] 夏承义．芳化清利法治疗急性肾炎136例．浙江中医杂志，1994（9）:389～391
[68] 张炉高．消风散治疗急性肾炎100例．浙江中医杂志，1990（6）:249～251
[69] 王淑梅．浮萍连翘赤小豆汤治疗急性肾炎45例小结．中国医药学报，1986（6）:26～28
[70] 毛之宝．五味消毒饮加味治疗疥疮感染性肾炎．浙江中医杂志，1990（6）:26～27
[71] 吕云钊．泽漆汤加减治疗急性肾炎．四川中医，1991（11）:25～27
[72] 夏远录．麻黄连翘赤小豆汤加味治疗急性肾炎水肿75例临床观察．江西中医药，1993（2）:34～35
[73] 舒士追．抗敏汤治疗急性肾炎120例．浙江中医杂志，1981（121）:170～172
[74] 邓瑞峰．五草一根汤治疗急性肾炎47例小结．湖南中医杂志，1991（1）:28～30
[75] 陈嘉勉．中医治疗急性黄染性肾炎83例观察．浙江中医药学报，1991（4）:17～19
[76] 程皖．补脾益肾化瘀行水法为主治疗慢性肾炎45例临床观察．安徽中医临床杂志，1997（2）:64～66
[77] 武明虎．黄芪理肾汤治疗慢性肾炎45例．中医药研究．1997（2）:37～39
[78] 杨波．中药内外合治慢性肾炎25例．安徽中医临床杂志，1997（2）:72～74
[79] 聂红梅．无比山药汤加减治疗慢性肾炎85例临床分析．长春中医学院学报，1997（12）:19～20
[80] 李慧．下瘀血汤治疗肾络瘀阻型慢性肾炎58例．中国医药学报，1997（4）:33～36
[81] 于德岁．中西医结合治疗慢性肾炎112例．陕西中医，1988（1）:14～16
[82] 赵德光．中西医结合治疗肾小球疾病80例．陕西中医，1994（6）:243～245
[83] 王旷观．中西医结合治疗70例肾病型肾炎．辽宁中医杂志，1984（6）:15～17
[84] 龚健辉．中西医结合治疗慢性肾炎36例临床观察．湖南中医杂志，1997（6）:8～11
[85] 尹智功，邹燕勤治疗慢性肾炎经验．河北中医，1997（5）:14～16
[86] 宋卫国．皮持衡主任诊治慢性肾炎经验．福建中医药，1997（5）:15～17
[87] 尹智功．余承惠主任医师治疗慢性肾炎的经验．国医论坛，1997（2）:19～21

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[88] 王莉珍．叶景华诊治慢性水肿的经验．河北中医，1997（3）:19～21
[89] 王临轩．中医分型治疗肾病综合征43例．成都中医学院学报，1986（1）:21～23
[90] 曹广顺．化湿清热法治疗肾病综合征61例临床观察．陕西中医学院学报，1991（3）:15～17
[91] 李惠．中药合并雷公藤治疗肾病综合征25例体会．中医药研究，1995（4）:16～18
[92] 郭志伟．雷公藤多甙结合辨证治疗21例肾病综合征．新中医，1994（9）:31～33
[93] 袁宝进．雷公藤加强的松治疗肾病综合征52例观察．实用中西医结合杂志，1995（4）:182～183
[94] 赵德光．雷公藤多甙与强的松协同互补治疗肾病综合征．长春中医学院学报，1997（12）:20～22
[95] 姜新猷．雷公藤总甙治疗肾病综合征的探讨．中华儿科杂志，1982（4）:201～203
[96] 李效吾．雷公藤总甙治疗肾病综合征53例临床观察．中华儿科杂志，1982（4）:203～205
[97] 易著文．雷公藤甲素治疗小儿原发性肾病综合征的疗效．湖南医学院，1994（10）:284～286
[98] 周宁．中西医结合治疗肾病综合征25例的临床观察．实用中西医结合杂志，1995（8）:574～576
[99] 吕志平．多联疗法治疗肾病综合征的疗效观察．中医杂志，1991（9）:26～28
[100] 李万有．四联法治疗成人原发性肾病综合征68例．辽宁中医杂志，1995（5）:212～215
[101] 魏小萌．激素伍中药治疗肾病综合征临床初探．国医论坛，1998（1）:38～40
[102] 李毅明．中西医结合治疗原发性肾病综合征疗效观察——附30例分析，实用中西医结合杂志，1995（5）:276～279
[103] 朱辟疆．益气活血解毒汤加激素治疗肾病综合征疗效观察．中国中西医结合杂志，1992（8）:475～477
[104] 张胜荣．低分子右旋糖酐加复方丹参治疗肾病综合征高凝状态的观察．中国农村医学，1995（7）:55～57
[105] 邹云翔．慢性肾功能不全辨证论治的临床规律和原理研究．医药科技进展要览．北京：中国医药科技出版社，1993．75～77
[106] 单书健．当代名医临证精华·肾炎尿毒症专辑．北京：中国古籍出版社，1988．51～58
[107] 张镜人．78例慢性肾功能不全的辨证施治．辽宁中医杂志．1983（1）:3～5
[108] 单书健．当代名医临证精华·肾炎尿毒症专辑．北京：中国古籍出版社，1988．119～129
[109] 项景明．硝黄附子汤降低肾炎尿素氮．新中医，1982（4）:18～20
[110] 夏善玲．滋肾降浊汤为主治疗肾功能不全30例临床观察．实用中西医结合杂志，1995（5）:539～541
[111] 周锦明．益肾解毒汤治疗慢性肾功能不全30例疗效观察．中医杂志．1994（3）:169～171
[112] 程锦国．益肾复元汤延缓慢性肾功能衰竭进展的临床研究．中国中医药科技，1997（1）:10～13
[113] 邓可平．中西医结合治疗慢性肾功能不全（脾肾阳虚型）35例．实用中西医结合杂志．1996（2）:59～61
[114] 喻君雯．慢性肾功能衰竭酉时中药灌肠的体会．实用中西医结合杂志，1995（8）:569～571
[115] 冷艳华．降氮汤高位结肠滴入治疗慢性肾功能衰竭．中医药学报，1995（4）:43～45
[116] 陈奕庆．中药灌肠方保留灌肠治疗慢性肾功能衰竭系列研究．第六次全国中医肾病学术会议资料，91～95
[117] 马金涛．中药浴汗对慢性肾功能衰竭患者尿素氮、肌酐的影响．中国中医药科技，1997（2）:127～129
[118] 谢惠芬．综合疗法治疗慢性肾功能衰竭的临床观察．河北中医，1998（1）:5～6
[119] 谢宗昌．苏叶黄连汤加减治疗慢性肾衰25例．中医杂志，1994（12）:733～735
[120] 张西相．中药内服合灌肠治疗慢性肾功能衰竭130例．陕西中医，1996（5）:201～203
[121] 王钢．益气养阴法治疗慢性肾小球肾炎血浆环核苷酸及免疫指标变化的初步观察．中西医结合杂

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

志，1986（3）:196～199
[122] 毛良．慢肾血清免疫球蛋白、C3测定及中国辨证分型关系．辽宁中医杂志．1985（5）:43～46
[123] 吴正治．慢性肾炎患者外周血细胞化学ANAE变化与中医辨证关系研究．中西医结合杂志．1990（7）:399～402
[124] 杜锦海．尿17-羟类固醇、尿17-酮类固醇对肾炎患者中医辨证分型的意义．中华肾脏病杂志，1986（3）:164～167
[125] 张庆怡．慢性肾功能衰竭患者激素测定与中医辨证论治的关系中医杂志．1989（5）:30～33
[126] 陈梅芳．尿毒症肾虚与内分泌及免疫状态的关系．中西医结合杂志．1983（6）:328～331
[127] 隋振寰．肾小球肾炎的血液流变学分析及对中医辨证论治实质的探讨．辽宁中医杂志．1984（12）:34～37
[128] 刘宝厚．慢性肾小球肾炎辨证分型与血液流变学指标的关系．中国医药学报，1987（4）:19～21
[129] 刘新．慢性肾炎辨证论治和血液流变学变化观察．中医杂志，1988（11）:44～47
[130] 刘宏伟．原发性肾小球疾病肾小球内纤维蛋白沉积与中医分型的关系探讨．辽宁中医杂志，1991（4）:6～9
[131] 刘桂东．黄芪对大鼠肾缺血再灌注时过氧化脂质含量影响．徐州医学院学报，1989（3）:186～188
[132] 董德长．北芪注射液治疗慢性肾炎对蛋白尿、肾功能及免疫功能的影响．中西医结合杂志，1987（7）:403～406
[133] 陈佐芳．黄芪和辅酶Q_{10}对肾衰动物作用的实验研究．江苏医药，1989（1）:12～15
[134] 吕圭源．黄芪穴位注射抗阿霉素肾病的研究．中国针灸，1996（4）:35～37
[135] 章友康．黄芪和当归治疗三种不同病理类型肾炎的实验研究．中华内科杂志，1986（4）:222～225
[136] 李丽英．黄芪与当归对肾病综合征患者总体蛋白质代谢的影响．中华内科杂志，1995（10）:670－673
[137] 沈庆法．中医临床肾脏病学．上海：上海科学技术文献出版社，1997．254～256
[138] 孙林．川芎嗪对人胎肾小球系膜细胞增殖的影响及其机理探讨．中国中西医结合杂志，1995（3）:134－137
[139] 钟巧．小儿肾病综合征肿瘤坏死因子的影响．湖南中医学院学报，1997（2）:18－21
[140] 张国强．丹参对培养中狼疮性肾炎成纤维细胞的影响．中国医药学报，1997（1）:19～20
[141] 徐再春．丹参对腹膜透析效能的影响．中国中西医结合杂志，1993（2）:74～77
[142] 严汶．六味汤对急性肾炎患者血清干扰素、补体及免疫复合物的影响．中西医结合杂志，1987（11）:663～665
[143] 王永均．复方益肾合剂为主治疗急性肾炎162例的临床观察和实验研究．上海中医药杂志，1987（3）:20～24
[144] 西安医科大学第一临床医学院．急性肾炎合剂治疗小儿急性肾炎临床研究．中国中西医结合杂志，1993（12）:733～736
[145] 李建民．肾炎Ⅰ号对BALB/C小鼠免疫功能影响的实验研究．中医研究1997（4）:13～15
[146] 朱辟疆．蛇莲合剂治疗肾病综合征高粘滞血症的疗效分析．中西医结合杂志，1988（4）:207～209
[147] 朱辟疆．132例慢性肾小球疾病血浆及尿TXB_2、6-K-PGF_{1a}的临床观察．中华肾脏病杂志．1992（3）:149～151
[148] 朱辟疆．益气活血解毒汤加激素治疗肾病综合征疗效观察．中国中西医结合杂志，1992（8）:

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

475～478
[149] 王钢. 益气养阴和络渗湿法治疗慢性肾炎肾功能不全气阴两虚证的临床与实验研究. 中国医药学报, 1987 (4):15～17
[150] 郑平东. 温脾汤治疗慢性肾功能不全的实验研究. 上海中医药杂志, 1985 (8):46～48
[151] 王进学. 大黄灵脾冲剂治疗慢性肾的临床研究. 实用中西医结合杂志, 1992 (5):284～286
[152] 廖圣宝. 中药灌肠方对慢性肾衰大鼠 MMS、SOD 的影响. 安徽中医学院学报, 1996 (3):54～56
[153] 王耀光. 肾衰Ⅱ号方抑制慢性肾功能衰竭大鼠肾小管高代谢状态的实验研究. 中国中医药科技, 1997 (4):206～209
[154] 李佑生. 肾衰冲剂清除慢性肾衰中分子物质 28 例临床观察. 湖南中医杂志, 1997 (3):13～15
[155] 徐成钢. 益肾泻浊方对慢性肾功能衰竭大鼠成纤维细胞增殖及胶原蛋白合成的影响. 中医杂志, 1997 (11):683～686
[156] 王蕾. 益肾导浊口服液防治大鼠慢性肾衰的实验研究. 北京中医药大学学报. 1997 (3):32～35
[157] 王新华. 自拟肾衰方对实验动物慢性肾衰的病理形态变化观察. 中医研究. 1997 (1):13～16

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❀ 淋　证 ❀

淋证是指小便频急短涩，滴沥刺痛，欲出未尽，小腹拘急，或痛引腰腹的病证。

淋证亦名淋闭、淋泌、诸淋，简称淋。根据其临床表现的不同，又有各种淋的名称，如热淋、石淋（砂淋）、血淋、气淋、膏淋、劳淋等。若起病急骤者，名曰卒淋，或称暴淋。妇人妊娠及产后患淋者，称子淋、产后淋。老年人罹患淋者，称老人淋。

淋证初起主要是湿热蕴结下焦，膀胱气化不利，久病则由腑及脏，由实转虚。若肾气已虚而湿热未净，形成肾虚而膀胱湿热的虚实夹杂之证。后期亦可致肾阳衰败，湿毒之邪壅塞，三焦气化不利转变为关格病。

淋证是临床常见病、多发病，可见于内、外、妇、儿临床各科，女性更为常见。一般淋证初起如能及时采取有效的治疗措施，大部分可获临床治愈。但亦有由于得不到彻底治愈而反复发作，转为劳淋等慢性病证者，甚者最终导致关格，成为严重的肾疾患。近几十年来虽然有中西医各种药物对本病进行治疗和预防，但有关资料表明，本病的发病率、复发率和病死率迄今尚无明显的降低。可见淋证仍是目前临床研究的重要课题。

淋证是一种独立的疾病，也可合并于其它内伤杂病之中。西医泌尿系疾患、男性生殖系疾患，如急慢性肾盂肾炎、肾结核、膀胱炎、膀胱结核、泌尿系结石、膀胱肿瘤、前列腺增生、前列腺炎、尿道炎、乳糜尿等，均可参考本病证辨证论治。

【今日临床】

1　诊断标准

关于淋证的诊断标准，西医诊断是依据本文所阐述以小便频急、短、涩、痛为主症的疾病范围内的诊断、评分标准及疗效评定标准，如急慢性肾盂肾炎、泌尿系结石、乳糜尿等诊断标准，其中以1985年第2届肾脏病学会学术会议讨论通过的“尿路感染诊断标准”为代表。目前多参考1993年中华人民共和国卫生部药政局制定颁布《新药（西药）临床研究指导原则》中的急、慢性泌尿系感染、泌尿系结石的诊断标准。

淋证的中医诊断标准有1985年高等医药院校试用教材《中医内科学》中的“淋证辨证分型”，此标准临床应用较普遍。1993年中华人民共和国卫生部制定颁布了《中药新药临床研究指导原则》，其中有“新药（中药）治疗淋症（泌尿系感染）临床研究指导原则”，关于中医的淋证辨证分型标准，要求按照上述高等医药院校教材《中医内科学》“淋证辨证分型”执行。1994年国家中医药管理局发布了中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》，其中有热淋、石淋、乳糜尿的中医诊断标准，现采录如下。

1.1　病名诊断标准

1.1.1　热淋

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

热淋是下焦感受湿热病邪，膀胱气化不利所致。以小便频急，解时滴沥涩痛为主要表现。常指急、慢性泌尿系感染。

发病骤急，小便频急不畅，滴沥涩痛，尿黄混浊，或见血尿。小腹拘急，腰部酸痛，伴恶寒发热、心烦口苦、恶心呕吐等症。

病久或反复发作后，常伴有低热、腰痛、小腹坠胀、疲劳等症。

多见于已婚女性，每因疲劳，情志变化，感受外邪等而诱发。

膀胱俞、肾俞等穴位有压痛及扣击痛。

尿常规检查，白细胞、红细胞少许～卅，可见尿蛋白。清洁中段尿培养有致病菌生长，菌落计数在 10 万/cm^2 以上。

慢性期作肾盂造影、B 超、肾图扫描等检查。

1.1.2 石淋

石淋由湿热久蕴，煎熬尿液成石，阻滞肾系。指泌尿系结石。

发作时腰腹绞痛，痛及前阴，面色苍白，冷汗，恶心呕吐。可伴有发热恶寒，小便涩痛频急，或有排尿中断。

肉眼可见血尿，或小便有砂石排出。

尿常规检查有红细胞。

作肾系 B 超检查，或 X 线腹部平片、肾盂造影等可明确结石部位。必要时作膀胱镜逆行造影。

1.1.3 乳糜尿

乳糜尿由感受病邪后湿热未清，脾肾两伤清浊不分所致。以小便混浊，乳白如泔浆，尿时无疼痛为主要临床表现。

以小便混浊，乳白如泔浆，解时无疼痛为主症。可伴见血尿、血块。

每因进食油腻，蛋白饮食或劳累过度面诱发或加重。

体检可伴见睾丸肿大，阴囊积液及橡皮腿。

小便乳糜定性试验阳性，查尿常规有蛋白、红细胞。尿离心沉淀或可查到微丝蚴。

必要时作膀胱镜检查，可明确病位。

1.2 证类诊断标准

以下证类诊断标准，选自王永炎主编的《中医内科学》(上海科学技术出版社，1997 年)

1.2.1 热淋

小便短数，灼热刺痛，溺色黄赤，少腹拘急胀痛，或有寒热、口苦、呕恶，或有腰痛拒按，或有大便秘结、苔黄腻，脉滑数。

1.2.2 石淋

尿中时夹砂石，小便艰涩，或排尿时突然中断，尿道窘迫疼痛，少腹拘急，或腰腹绞痛难忍，尿中带血，舌红，苔薄黄，脉弦或带数。若痛久砂石不去，可伴见面色少华，精神萎顿，少气乏力，舌淡边有齿印，脉细弱；或腰腹隐痛，手足心热，舌红少苔，脉细带数。

1.2.3 血淋

实证：小便热涩刺痛，尿色深红；或夹有血块，疼痛满急加剧；或见心烦，苔黄，脉滑数。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

虚证：尿色淡红，尿痛涩滞不显著，腰酸膝软，神疲乏力，舌淡红，脉细数。

1.2.4 气淋

实证：小便涩滞，淋沥不宣，少腹满痛，苔薄白，脉多沉弦。

虚证：少腹坠胀，尿有余沥，面色㿠白，舌质淡，脉虚细无力。

1.2.5 膏淋

实证：小便混浊如米泔水，置之沉淀如絮状，上有浮油如脂，或夹有凝块，或混有血液，尿道热涩疼痛，舌红，苔黄腻，脉虚数。

虚证：病久不已，反复发作，淋出如脂，涩痛反见减轻，但形体日渐消瘦，头昏乏力，腰酸膝软，舌淡，苔腻，脉细弱无力。

1.2.6 劳淋

小便不甚赤涩，但淋沥不已，时作时止，遇劳即发，腰酸膝软，神疲乏力，舌质淡，脉虚弱。

关于淋证的中医诊断标准，既往运用比较广泛的是1985年高等医药院校教材《中医内科学》中的“淋证辨证分型”，临床影响较大，1997年普通高等教育中医药类规划教材《中医内科学》中“淋证辨证分型”内容基本与其相同。1994年国家中医药管理局颁布了中医药行业标准，其中“淋证辨证分型”与1985年《中医内科学》有些不同：一是该标准中仅制定了淋证中的热淋、石淋及浮糜尿的诊断标准，缺少气淋、血淋、劳淋的诊断标准；二是在具体病证分证上有所不同，如《中医内科学》中热淋是1个证而行业标准中分为3个证，临床科研可斟酌选用。但在中药新药开发研究方面，则应依据《中药新药临床研究指导原则》。

2 中心证候特征

本病系湿热蕴结下焦，膀胱气化功能失常，影响其贮尿和排尿功能，久病则可及肾。其中心证候以小便频、急、短、涩、痛等排尿异常为主要特征。次症有腰痛、发热及尿血等。尿频可日达数十次，尿意急迫难忍，迫不急待，两者常相伴出现。尿量短少，尿色黄或黄赤，甚则鲜红。排尿涩滞，欲出不畅，欲止又来，有余沥未尽等感觉。如小便突然中断，尿出如线，小便点滴难出，少腹膨隆，窘迫难忍，则为石淋。尿痛可出现在尿道内、会阴部或耻骨上区，可呈刺痛、灼痛、涩痛、挛缩样疼痛及酸楚不适感。腰痛为腰部钝痛、胀痛，可伴有腰部灼热感或重着感，或少腹拘急引痛，或小腹胀满疼痛。发热多表现为恶寒发热，或寒战高热，或寒热往来，久病证虚发热多为低热，或自觉发热，或五心烦热，而高热较少。尿血亦为本病一常见症状。血尿的色泽可深浅不一，或鲜红，或淡红，或为紫褐色，亦可夹有血块。如尿血量少，肉眼难以察觉，只有借助于显微镜检查方可发现，为“镜下血尿”，也同样具有重要的临床意义。

3 病 因

3.1 原发病因

淋证发生的主要病因是“热在下焦”，一般常见的病因有：

3.1.1 膀胱湿热

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

湿热之邪可以外袭，亦可内生。感于外者，多因外阴不洁，秽浊之邪从下窍上犯膀胱酿成湿热；或外感湿热，下注小肠，分清泌浊功能紊乱，湿热传入膀胱；或心经火热炽盛，移热于小肠，夹湿下注膀胱，均可致湿热蕴结膀胱，发为淋证。生于内者，多因过食肥甘酒热之品，脾胃运化失司，积湿生热，湿热流入膀胱。膀胱为州都之官，津液储藏之所，气化水始能出，湿热邪气蕴结膀胱，气化失司，水道不利，遂发为淋证。

3.1.2 肝郁气滞 血脉瘀阻

郁怒伤肝，肝气失于疏泄，久则血失流畅，脉络瘀阻，或气郁化火，气火郁于下焦，以致膀胱气化不利，或气滞血瘀，脉络运行不畅，遂发为淋证。

3.1.3 脏腑虚损

淋证日久，过服寒凉，伤中败胃，或劳倦过度，损伤脾土；或湿热久稽膀胱，上犯于肾；或禀赋不足，房劳过度，年老体虚，妊娠产后，损伤肾气，致使脾肾亏虚，脾虚运化不及，中气下陷；肾虚开阖失司，水道不利，固摄无权。脾肾俱虚，湿浊留恋，则小便淋沥不已，遇劳即发。另外，湿热久缠，或渗利太过，可伤及肾阴，肾阴亏损，阴虚火旺，虚火迫血妄行，灼伤络脉，则血随溺出。

3.2 继发病因

热淋、血淋如病证反复不已，常可作为继发原因，而致石淋、膏淋等病证。湿热久稽下焦，尿液受其煎熬，日积月累，尿中杂质结为砂石，而为石淋。另外，湿热久蕴，亦会影响肝之疏泄，而致气滞不宣，发为气淋。

3.3 诱发因素

天气骤变，复感外邪，情志波动，烦劳过度，过食肥甘辛辣之物等均可诱发或加重本病。此外，年迈，久病，妊娠，产后等使机体抵抗力降低，亦容易诱发本病。

4 病 机

4.1 发 病

膀胱湿热，肝郁化火所致热淋、气淋、血淋一般发病较急，石淋亦有急发者，膏淋、劳淋一般发病缓慢。

4.2 病 位

本病的病位主要在膀胱和肾，与脾、心、肝有密切关系。

4.3 病 性

以湿热、虚损、血瘀、气滞为主。

4.4 病 势

本证无论湿热所致者，还是肝郁所致者，初期病变均在膀胱，日久损血入肾，故其病

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

势由上及下，由腑（表）及脏（里）。

4.5 病机转化

本病早期以湿热为主，日久不愈可由实证的热淋、气淋、血淋转化为虚证的劳淋；反之，虚证劳淋者，可因复感外邪急性发作而出现热淋、气淋、血淋；若正气已虚而湿热之邪未尽，则表现虚实夹杂证。各淋证之间亦可相互转化，热淋者因热伤血络可发生血淋，热邪煎熬则可诱发石淋；反之，因砂石闭塞不畅，湿热内蕴又可发生血淋、热淋；膏淋亦可并发热淋、血淋。

4.6 证类病机

热淋 湿热毒邪，蕴结下焦，客于膀胱，致膀胱气化失司，水道不利是热淋的主要病机。火性急迫，故尿频而急；湿热壅遏，气机失宣，故尿出艰涩，灼热刺痛；湿热蕴蒸，故尿黄赤；腰为肾之府，若湿热之邪侵犯于肾，则腰痛拒按；邪正相争，可见寒热，口苦，呕恶；热甚波及大肠则大便秘结。苔黄腻，脉滑数，均系湿热致病之象。

石淋 湿热之邪蕴结于膀胱，尿液受其煎熬，日月累积，尿中杂质结为砂石，溺积于水道，而为石淋。随尿排出则可见砂石；不能随尿排出则小便艰涩疼痛；甚则阻塞尿道，尿流突然中断，窘迫难受，痛引少腹；砂石阻滞肾络，则气血运行不畅，瘀血内停，可见疼痛不移，按之痛甚，由肾波及膀胱阴部；砂石损伤络脉则见尿中带血。

血淋 湿热下注膀胱，热盛伤络，迫血妄行，以致小便涩痛而有血；血块阻塞尿道，故小腹急满硬痛，舌红苔黄，脉数有力，属实证。若病延日久，湿热伤肾，肾阴不足，虚火亢盛，灼伤阴络，血溢膀胱，而见尿色淡红，腰酸腿软等，则为血淋之虚证。

气淋 肝主疏泄，其脉循少腹，绕阴器，抵小腹。情志抑郁，肝失条达，气机郁滞化火，气火郁于下焦，膀胱气化失司，故见脐腹满闷，胀痛难受，小便艰涩，淋沥不已，此为气淋之实证。若久病不愈，或过用苦寒、疏利之剂，耗气伤中，气虚下陷，可见小腹坠胀，空痛喜按；气虚不能摄纳，故溲频尿清而有余沥，气虚水液运行滞涩，则小便不利。面色㿠白亦是气虚之象。此为气淋之虚证。

膏淋 湿热注于下焦，阻于络脉，脂液失其常道，流注膀胱，气化不利，不能分清泌浊，故见尿液混浊如米泔水，尿道灼热疼痛，便时不畅，此属血淋实证。若日久反复发作不愈，肾气受损，下元不固，不能制约脂液，故淋出如脂。伴见头晕乏力，形体消瘦，腰酸腿软等症。此属血淋虚证。

劳淋 此证主要是诸淋日久不愈，或过服寒凉，或久病体虚，或思虑伤心，或劳伤过度，或房事不节，而致心脾肾虚、气血不足，湿浊留恋不去，故小便不甚赤涩，但淋沥不已，时作时止，遇劳即发。劳淋以虚为主，亦可虚实夹杂。肾劳者腰痛绵绵；阴虚者舌红少苔、五心烦热；阳虚者面浮肢肿、怯寒肢冷；心劳者心悸、气短、失眠；脾劳者精神困倦，少气懒言。

5 临证思路

5.1 抓住主诉

排尿疼痛；小腹胀痛，排尿频急；腰部绞痛伴血尿；尿血而涩；尿频而短；小便混浊不清。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

5.2 详问病因

淋证发病常有诱因可寻，如是否有外感风寒，情志不遂、过食肥甘酒热辛辣之物，劳倦太过，房室不节，妊娠及久病未愈体衰等，详细询问了解诱发原因可以帮助诊断和辨证施治。

5.3 分析病位

解尿疼痛，一般起病较急，有反复发作倾向。尿痛虽有解尿始疼痛、解尿末疼痛及全尿程疼痛，但病变部位均在膀胱。解尿始疼痛及全尿程疼痛表明病变已累及尿道。若有腰痛、发热，腰部拒叩、拒按，则病变部位在肾与膀胱，以肾为主。

解尿频急，常常尿频、尿急同时出现，亦可单独出现，病变部位在肾与膀胱，以膀胱为主；小腹胀痛者，则累及于肝。若兼有腰膝酸软者，病变部位以肾为主；若兼有尿急而痛，尿频而涩，常有余沥者，病变部位以膀胱为主。

腰部绞痛，病变部位在肾；伴有尿血或尿血块，或尿砂石而致尿流中断，或茎中痛，溺不得出，病变部位在肾与膀胱，以膀胱为主。

尿血而涩，短而急，热而痛，病变部位在肾与膀胱，以膀胱为主。若无解尿时频、急、短、涩、痛诸症，而只有尿血，则不属淋证。

尿频而短，反复发作，遇劳即发而尿痛不明显，解尿不畅有涩滞感，亦属淋证，病变部位在肾与膀胱，以肾为主，已累及于脾。

小便混浊不清如米泔，如脂膏，或有脂块阻塞，解尿涩痛难出，病变部位在肾与膀胱，以肾为主。若形体消瘦，四肢无力，下午足肿者，病变累及于脾。

5.4 确定病性

小便频数，赤涩而痛，尿热而急，点滴而短者，病性属热属湿。解尿时赤、热、痛者，以热为主；解尿时频、涩、急者，以湿为主。若兼心烦失眠，口舌生疮，舌尖红者，或兼口臭齿痛，舌苔黄腻而粘者，或兼烦躁易怒，而赤脉弦者，病性均属实。若兼面色㿠白，尿出无力，或兼腰膝酸软，头晕目花，腰冷舌淡，或兼五心烦热，颧红升火，舌红无苔者，病性均属虚。

值得注意的是：对有些症状的病位及病性的判定需审慎。如腹痛伴有恶心呕吐者，虽以脾胃系症状为主，也应考虑为肾系疾病。如腹痛剧烈，痛甚时汗出淋漓，面色苍白，呕吐频作，腹痛可沿着足少阴肾经或足厥阴肝经向下放射，尿色红赤有血尿者，病变部位在肾与膀胱，以肾为主，病性属湿热，是石淋之症状。

如腹痛腹胀伴有发热者，虽以脾胃系症状或外感症状为主，亦应考虑肾系疾病，发热可为壮热，或低热，或寒热往来，或短暂发热，不论有无外感症状，如腰部拒叩、拒按者，病变部位亦在肾与膀胱，以肾为主，病性属湿热，是热淋尚未表现尿痛者。

6 鉴 别

癃闭 癃闭是指小便量少，排尿困难，甚则小便闭塞不通为主症的病证，其小便量少，排尿困难与淋证相似，但淋证尿频而痛，且每日排尿总量多为正常。癃闭则无尿频尿

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

痛，每日排尿量低于正常，严重时，小便闭塞，无尿排出。一般来讲，癃闭较淋证为重，预后较差。

尿血 血淋和尿血都以小便出血，尿色红赤，甚则溺出纯血为其共有特征。但血淋有尿痛，而血尿则无痛。血淋多为实证，尿血以虚证多见，病机、治则不尽相同。

尿浊 淋证小便混浊需与尿浊相鉴别。尿浊是尿中常有浊质，小便混浊不清，白如泔浆，但排尿时无疼痛滞涩感，有异于淋证。多因湿热蕴结下焦，清浊不分，或久病脾肾亏虚，固摄无权，精微脂液下流而成。

精浊 精浊溺时可有痛涩不利及尿次增多，其与淋证不同的是，不因交合而时泄混浊之精样物，粘腻如膏，虽不便溺，亦常有之。病初多因肝经湿热，病久可见肾气亏损，气血瘀阻。常见于男性老年患者。

淋浊 淋浊为因性交感染梅毒所致，以小便频数、急迫疼痛、排出黄色腥臭浊液为特征。其小便频数、急迫疼痛与淋证相似，但时流黄色腥臭稠浊脓性尿，有异于淋证。另外，治游史之有无亦有助于鉴别。

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 热淋

临床表现：小便频数短涩，灼热刺痛，溺色黄赤，少腹拘急胀痛，或寒热起伏、口苦、呕恶；或有腰痛拒按，或有大便秘结，舌红苔黄腻，脉濡数。

病机分析：湿热毒邪蕴结下焦，膀胱气化失司，水道不利是热淋的主要病机。盖火性急迫，又兼湿邪阻遏，气机失宣，故尿频数短涩，灼热刺痛，少腹拘急胀痛；湿热蕴蒸，故溺色黄赤；腰为肾之府，若湿热之邪侵犯于肾，则腰痛拒按；上犯少阳，邪正相争，而现寒热起伏，口苦；湿热困滞，胃气不和则呕恶；热甚波及大肠，则大便秘结，舌红苔黄腻，脉濡数，均系湿热内蕴之象。

转归：本病大多数病程较短，属实证，发病后如能及时治疗，用药恰当，一般2～5天内症状多可缓解或控制，机体逐渐康复。少数病例因失治、误治，膀胱失于清利，邪毒炽盛，热毒伤络而转化为血淋，使病情加重。如湿热未尽，正气已伤，处于实证向虚证移行阶段，则表现为虚实夹杂的证候；如湿热久稽，病情迁延，则耗伤正气，损及脾胃，由实转虚，而成劳淋，向慢性过程演变，重则可出现肾亏肝旺，内风窜动等危证。亦有时可发生热毒入血，邪热弥漫三焦，出现高热、昏谵等重笃证候。

治法：清热利湿，解毒通淋。

方药：八正散(《太平惠民和剂局方》) 加味。

木通 车前草 萹蓄 瞿麦 滑石 生大黄（后下） 栀子 甘草梢 灯心草 蒲公英

加减：如大便秘结，腹胀甚者，重用生大黄，加枳实，以通腑行滞；寒热、口苦、呕恶者合小柴胡汤以和解少阳；少腹坠胀者，加川楝子、乌药以理气疏导；热甚者，加金银花、连翘清热解毒；伴尿血者，加白茅根、小蓟、旱莲草凉血止血。大便溏薄者去大黄。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

其它具有清热利湿通淋作用的方剂还有：

①通草饮子(《外台秘要》：通草，冬葵子，白茅根，王不留行，蒲黄，桃胶，瞿麦，滑石，甘草)、②葵子散(《外台秘要》：冬葵子，滑石，石楠叶，石韦，通草)、③海金沙散(《普济方》：海金沙，赤茯苓，猪苓，白术，白芍，泽泻，滑石，肉桂，炙甘草，石韦)、④加味银蒲消毒饮(《千家妙方》：蒲公英，金钱草，金银花，小蓟，白茅根，浮萍，丹参，香附，大腹皮)、⑤榆皮散(《太平圣惠方》：榆白皮，车前子，葵根，木通，瞿麦，白茅根，黄芩，桑螵蛸，赤茯苓)。

7.1.2 石淋

临床表现：尿中夹砂石，小便滞涩不畅；或尿不能卒出，窘迫难忍，痛引少腹；或尿时中断；或腰痛如绞，牵引少腹，连及外阴，尿中带血，苔薄白或黄，脉弦或数。

虚实夹杂证：病久砂石不去，可伴见面色少华，精神萎顿，少气乏力，舌淡边有齿痕，脉细弱；或腰腹隐痛，手足心热，舌红少苔，脉细数。

病机分析：湿热下注，化火灼阴，煎熬尿液，结为砂石，阻塞水道，而成石淋。积于下则膀胱气化失司，尿出不利，甚则欲出不能，窘迫难受，痛引少腹。滞留于上，则影响肾司小便之职，郁结不得下泄，气血滞涩，不通则痛，由肾连及膀胱、阴部。砂石伤络则尿血。久则阴血亏耗，正气被损，或为阴虚，或为气虚，但砂石未去，表现为虚实夹杂之证。气虚者，面色少华，精神萎顿，少气乏力，舌淡边有齿印，脉细而弱；阴虚者，腰酸隐痛，手足心热，舌红少苔，脉细数。

转归：本病发展比较缓慢，病程较长，但也有于发病数天内砂石即从尿中排出而自愈者。其转归，主要是虚实之间的相互转化。初病正气未衰，多为实证；病久必虚，多为脾虚、肾虚、气阴两虚。但砂石未去，留而为患，故临床多见虚实夹杂之证。无论是初病、久恙，只要砂石能在体内溶解或从尿中排出，而又无严重的并发症，一般说症状即可缓解，机体逐渐康复。若因砂石过大，久不排出，阻塞水道，影响尿液通畅，浊阴内聚，伤害肾气，进而使水邪潴留，泛滥全身而为水肿。久则可致浊阴上逆，凌心犯肺，出现癃闭、喘息、心悸、神昏，严重者可致肾衰，其预后不良。

治法：(1) 实证以清热利湿，排石通淋；虚证宜益气滋阴，通淋排石。

方药：实证以石韦散(《证治汇补》) 加味。

石韦　冬葵子　瞿麦　滑石　车前子　金钱草　海金沙　鸡内金　甘草梢　威灵仙

加减：如腰腹痛甚者，加芍药、甘草以解痉缓急止痛；发热脓尿者，合金银花、连翘、蒲公英以清热泻火解毒；尿中带血者，加白茅根、小蓟、旱莲草、生地以凉血止血；小便频急、少腹胀满、涩滞疼痛者，为膀胱湿热壅盛，加生大黄、栀子、枳实、沉香以清热泻火，破气排石。

临证参考：威灵仙前人谓“其性好走，通十二经”，合于方中使用，有促进排石之功效。

(2) 虚证以生脉散(《内外伤辨惑论》) 合知柏地黄丸(《医宗金鉴》) 加味。

人参　五味子　麦冬　熟地　山药　山萸肉　丹皮　泽泻　茯苓　知母　黄柏　金钱草　鸡内金

加减：如阴虚津伤明显者，加龟甲、鳖甲、石斛、天花粉以滋阴生津；尿血者，加小

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

蓟、白茅根、旱莲草以凉血止血；脾肾皆虚者，加黄芪、白术、杜仲、肉桂健脾补肾，以助膀胱气化；气血皆虚者，可合人参养荣汤。

临证参考：治疗石淋，海金沙、金钱草的用量宜大，一般为30～60g左右。但如结石过大，久攻不下，不可再攻，应改用其它疗法，如用碎石机碎石后，再以中药排石通淋，以免伤正，一般疗程以1个月左右为宜。

其它具有通淋排石的方剂还有：①琥珀散(《证治准绳》：滑石，琥珀，木通，萹蓄，木香，当归，郁金)、②硼砂散(《仁斋直指》：硼砂，琥珀，赤茯苓，蜀葵子，陈皮)、③茯苓琥珀散(《医略六书》：人参，琥珀，川楝子，泽泻，延胡索，丹皮，当归梢，茯苓，甘草)、④排石冲剂(《中药制剂汇编》：金钱草，木通，车前子，徐长卿，瞿麦，冬葵子，忍冬藤，滑石，甘草)、⑤利湿排石汤(《中西医结合治疗急腹症》：金钱草，萆薢，海金沙，琥珀，石韦，冬葵子，萹蓄，车前子，滑石，甘草)。

7.1.3 血淋

临床表现：实证小便频数短急，灼热痛剧，滞涩不利，甚则满急疼痛，牵引脐腹，舌尖红，苔薄黄，脉数有力。虚证尿色淡红，尿痛涩滞不显著，腰膝酸软，神疲乏力，舌红少苔，脉细数。

病机分析：血淋系热伤阴络，渗入膀胱而成。故前人谓血淋为热淋之甚。湿热下注膀胱，热盛伤络，迫血妄行，故小便涩痛有血；热甚煎熬，血结成瘀，则溲血成块，阻塞尿路，故小腹满急疼痛加剧。舌红苔薄黄，脉数有力，均为实热表现。若病延日久，肾阴不足，虚火灼络而溢于膀胱，则见尿色淡红、腰膝酸软，此血淋之虚证。

转归：血淋因热毒伤络所致者，可因湿热清除而症状获得改善，因结石损络所致者，可随结石的排除而痊愈。如病久不愈，耗伤气血，损及肾阴，可由血淋之实证转化为虚证之劳淋，或血淋虚证。血淋有时可发生热毒侵入营血，邪热弥漫。出现高热、神昏、谵妄、斑疹或抽搐等营血危重证候。

治法：实证宜清热通淋，凉血止血；虚证宜滋阴清热、补虚止血。

方药：(1) 实证用小蓟饮子(《济生方》) 加减。

小蓟草　生地黄　滑石　木通　炒蒲黄　竹叶　藕节　当归　栀子　生甘草

加减：如血多痛甚者，可吞参三七、琥珀粉，以通淋止血；热势较重者，加黄芩、白茅根；便秘者，加大黄；体虚者宜四物汤加桃仁、牛膝、通草、红花、丹皮等。

(2) 虚证用知柏地黄丸(《医宗金鉴》) 加味。

知母　黄柏　熟地　山药　茯苓　山萸肉　旱莲草　小蓟草　阿胶　丹皮

加减：如肝郁胁痛腹胀者，加白芍、柴胡以疏肝柔肝；阴虚湿热未尽者，加滑石、猪苓以利湿热；虚火灼络者，加龟甲、阿胶滋阴清热；下元虚冷者，加肉桂、附片。

其它具有通淋止血的方剂还有：①黄芩散(《太平圣惠方》：黄芩，鸡苏散，滑石，小蓟根，生地黄，木通)、②茅根汤(《三因方》：白茅根，瞿麦穗，白茯苓，冬葵子，党参，蒲黄，桃仁，滑石，甘草，紫贝齿，煅鱼脑石)、③柴苓汤(《当代名医临证精华·淋证专辑》：柴胡，黄芩，半夏，茯苓，猪苓，泽泻，车前草，银花藤，白茅根，滑石，甘草)、④乌蕨茅根汤(《中国当代名医验方大全》：乌蕨，茅根，车前草，白花蛇舌草)。

7.1.4 气淋

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

临床表现：实证小便滞涩疼痛，淋沥不畅，余沥难尽，脐腹满闷，甚则胀痛难忍，舌苔薄白，脉沉弦。虚证，尿频溲清，滞涩不甚，余沥难尽，小腹坠胀，空痛喜按，不耐劳累，面色㿠白，少气懒言。舌质淡，脉虚细无力。

病机分析：肝主疏泄，其脉循少腹，络阴器，绕廷孔，肝郁气滞，郁久化火，气火郁于下焦，或兼湿热侵袭膀胱，壅遏不能宣通，故脐腹满闷，胀痛难受，小便滞涩淋漓。脉沉弦为肝郁之证，此属气淋之实证。如病久不愈，或过用苦寒、疏利之剂，耗气伤中，脾虚气陷，故小腹坠胀，空痛喜按；气虚不能摄纳，故溲频尿清而有余沥；不能运行水液，故小便滞涩不利，舌淡脉虚无力亦为虚象。

转归：本病发病呈现一个慢性过程，发病前多有情志抑郁史，即肝气郁结的过程。肝气久郁，化火伤络，可形成血淋之实证。肝郁不得疏泄，木克脾土，久之脾胃虚弱，升降失调，甚则波及于肾，而转化为劳淋，但也有形成气淋之虚证者。

治法：实证宜疏肝理气，利尿通淋。虚证宜补中健脾，益气升陷。

方药：(1) 实证以沉香散(《金匮翼》) 加味。

沉香　石韦　冬葵子　滑石　青皮　陈皮　王不留行　当归　生白芍　甘草

加减：如小腹胀满难忍，气滞较剧者，加木香、乌药、小茴香开郁破气；有刺痛感，有血瘀征象者，加川牛膝、红花、赤芍活血化瘀。

(2) 虚证以补中益气汤(《脾胃论》)。

炙黄芪　党参　白术　陈皮　当归　升麻　柴胡　甘草

加减：如兼血虚者，加熟地、白芍、阿胶补血养血；兼肾虚者，加杜仲、枸杞子、淮牛膝脾肾双补。若淋证过用清利，小便失禁者，用固脬汤益气升阳，补肾固摄。

气淋如虚实之证并见，可将上述两方合用，也可根据邪正盛衰，或先攻邪，后扶正气，亦可先补中扶正，后以祛邪。病势均衡者，应攻补兼施。

7.1.5 膏淋

临床表现：实证小便混浊不清，呈乳糜色，置之沉淀如絮状，上有浮油如脂，或夹凝块，或混血液，尿时不畅，灼热疼痛，舌质红，苔黄腻，脉濡数。虚证病久不已，反复发作，淋出如脂，涩痛反见减轻，形体日渐消瘦，头昏乏力，腰酸膝软，舌淡苔腻，脉细弱无力。

病机分析：下焦湿热，阻于络脉，脂液失其常道，流注膀胱，气化不利，不能分清泌浊，故尿液混浊如膏，便时不畅。属于实证。如病久不愈，肾虚下元不固，不能制约脂液，脂液下泄，故见淋出如脂、形瘦乏力、腰膝酸软等虚证。

转归：本病常呈现慢性病变过程，迁延难愈。有的膏淋因恶性疾病所致，屡治不愈，可变为关格等危重证候，患者预后不良。

治法：实证宜清热利湿，分清泌浊；虚证宜补肾固涩。

方药：(1) 实证用程氏萆薢分清饮(《医学心悟》) 加味。

萆薢　菖蒲　黄柏　车前子　茯苓　白术　莲子心　淡竹叶　丹参

加减：如小便黄热痛甚者，加龙胆草、木通、栀子；如少腹胀、尿涩不畅者，加乌药、青皮；小便夹血者，加小蓟草、白茅根、藕节、旱莲草。

(2) 虚证用膏淋汤(《医学衷中参西录》) 加味。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

生山药　生芡实　生龙骨　生牡蛎　生地黄　潞党参　白芍　女贞子　山萸肉

加减：如小便混浊不稠粘者，龙骨、牡蛎的用量宜减半。

临证参考：本证之虚证、实证用药截然不同，实证为湿热，应以清利；虚证为肾虚，下元不固，当用补肾固摄，也可用地黄丸合金锁固精丸治之。

其它具有分清去浊作用的方剂有：①磁石丸(《证治准绳》：泽泻，肉苁蓉，磁石，滑石)、②沉香丸(《圣济总录》：沉香，肉苁蓉，磁石，黄芪，麸麦)、③温中补气汤(《千家妙方》：肉桂，干姜，党参，黄芪，葛根，柴胡，槟榔，枳壳，九香虫，五灵脂，鸡内金，甘草)、④山楂消糜汤(《湖南中医杂志》1987（1)：(山楂，茯苓，萆薢，车前草，槟榔，地龙，海藻)。

7.1.6　劳淋

临床表现：小便赤涩不甚，溺痛不著，淋沥不已，时作时止，遇劳即发，腰酸膝软，神疲乏力，舌质淡，脉虚弱或虚细无力。

病机分析：诸淋日久，或过服寒凉，或久病体虚，或劳伤过度以致脾肾两虚，而湿浊留恋不去，故小便不甚赤涩，但淋沥不已，遇劳即发。脾肾俱虚，气血不足，故舌质淡，脉虚弱或虚细无力。

转归：本病证候表现不一，病机也非一端，但就其临证表现，主要呈现脾肾两虚，湿热留恋之虚实相兼的证候。虚证劳淋因外感湿热毒邪，过食肥甘、酒热之物以及七情郁结，房劳过度等原因，可突然加重病情，或致热淋急发，亦可转化为气淋、血淋之实证。如湿热邪毒长期迁延不愈或蕴久急剧频发者，则病损日重，元气衰败，有可能发展为关格危重的证候。

治法：健脾利湿，补肾固摄。

方药：无比山药丸(《太平惠民和剂局方》）加味。

山药　茯苓　泽泻　熟地　山茱萸　巴戟天　菟丝子　杜仲　牛膝　芡实　五味子　肉苁蓉　赤石脂

加减：如脾虚气陷，少腹坠胀，小便点滴而出者，可配合补中益气汤益气升陷，黄芪用量可稍大，一般用至15～30g；如肾阴亏虚，面色潮红，五心烦热，舌红，脉细数者，可去巴戟天，加黄柏、知母、丹皮，改熟地为生地，以滋阴降火；肾阳虚者，加附片、肉桂、当归或鹿角粉以温补肾阳；湿热未净，溲黄热痛者，加石韦、车前、黄柏以清利湿热。

关于劳淋，前人有心劳、脾劳、肾劳之分，治法亦有“补肾通淋”、“益气养阴，交通心肾”、“补中升陷”之不同，可酌情选择相应的方药。

其它具有益气补肾、利水通淋作用的方剂有：①参芪劳淋汤(《中医杂志》1990（12)：黄芪，党参，茯苓，麦冬，地骨皮，车前子，石莲子，益母草，白茅根，白花蛇舌草，甘草)、②黄芪汤(《圣济总录》：黄芪，人参，滑石，五味子，茯苓，磁石，旱莲草，桑白皮，黄芩，枳壳)、③益肾汤(《百病良方》：菟丝子，狗脊，补骨脂，杜仲，枸杞子，山药，茯苓，莲子，续断，黄芪)、④肉苁蓉丸(《医宗必读》：肉苁蓉，熟地黄，炒山药，石斛，牛膝，官桂，槟榔，制附子，黄芪，黄连，细辛，炙甘草)。⑤加味四白汤(《千家妙方》上册：白僵蚕，白果（打碎)，白茅根，桑白皮，地肤子，黄芪，当归，熟地，阿胶，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肉桂)。

7.2 辨病论治

淋证是临床常见的病证之一，其主症尿频、尿急、尿痛可见于多种西医疾病过程中，如泌尿疾患、男性生殖系疾患中急慢性肾盂肾炎、肾结核、膀胱炎、膀胱结核、泌尿系结石、膀胱肿瘤、前列腺增生、前列腺炎、尿道炎、乳糜尿等。现将以“尿频、急、涩、痛”为主要临床症状的疾病的治疗分述如下：

7.2.1 尿路感染

症状：起病急骤，有寒战、发热、体温可达39℃～40℃，可有疲乏、恶心、呕吐、头痛等，可以并发败血症和休克。尿路刺激症状可见尿频、尿急、尿痛、排尿困难，尿道口烧灼感，每次排尿量少，局部症状可有一侧或双侧肾区疼痛。

体征：肋脊区有压痛和叩击痛，腹部沿输尿管行径及耻骨上部压痛。

实验室检查：尿路感染时尿常规检查的特点是白细胞尿即脓尿，指尿沉渣镜下白细胞＞5个/HP，约半数病人有镜下血尿。尿蛋白常为阴性或微量。慢性肾盂肾炎时尿蛋白增多。但24小时尿蛋白定量多在1g左右。尿细菌学检查是诊断尿路感染的关键手段。清洁中段尿培养菌落数在10^5/ml或以上，并排除了假阳性的可能。即使临床上无症状，也可诊断为尿路感染。

尿路感染一般可分为急性期和慢性期进行辨证治疗。

7.2.1.1 急性期治疗

7.2.1.1.1 膀胱湿热

证候：小便频数黄浊、短涩刺痛、点滴而下、急迫灼热，小腹胀痛，或发热恶寒，口苦呕恶，或腰痛拒按，或大便秘结，舌红苔黄腻，脉滑数。

证候分析：湿热毒邪蕴结于膀胱，火性急迫，故尿频而急，灼热刺痛；湿热壅遏，气机不宣，故尿短涩，点滴而下；湿热阻滞，下窍不利，则小腹胀痛；湿热内蕴，正邪相争，则发热恶寒、口苦呕恶。如湿热下迫，淫伤于肾，腰为肾府，故腰痛拒按，热甚波及大肠则便秘；舌红苔黄腻，脉滑数，为湿热互结之征。

治法：通淋利湿，清热泻火。

方药：八正散(《太平惠民和剂局方》)加味。

木通 瞿麦 车前 萹蓄 石韦 滑石 栀子 大黄 灯心草 生甘草 蒲公英

加减：如腑实不通，大便秘结者，宜泄热通腑，重用大黄加枳实；发热恶寒、口苦呕恶者合小柴胡汤和解少阳；小腹胀痛者，加川楝子，乌药以理气行滞；热甚者，可加银花、连翘以清热解毒；伴尿血者，宜凉血止血，可加生地，白茅根、小蓟、旱莲草等。

临证参考：此证临床最多见，约占所有尿路感染的70%左右，多见于疾病初期，病邪在腑尚未及脏，邪去则正安，故治疗应以清利下焦湿热为主，不必虑其是否有虚。即使年老体虚者、只要病情允许，可先祛其邪后再扶正。如临床症状已基本消失，仍应坚持服清热利湿之药数剂，以祛邪务净，免留后患。但八正散中木通大量应用，有引起急性肾功能衰竭的临床报道，故用之当慎。

7.2.1.1.2 肝胆郁热

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

证候：寒热往来，口苦欲饮，小腹胀痛不适，小便热涩混浊，舌红苔微黄，脉弦数。

证候分析：湿热侵犯肝胆，少阳枢机不利，故见往来寒热，肝失疏泄，气郁化火，上犯少阳，故口苦欲饮；肝脉绕阴器、过少腹，肝胆湿热下注，则小腹胀痛不适，小便热涩混浊；舌红苔微黄，脉弦数为肝胆郁热夹湿之象。

治法：清利肝胆通淋。

方药：龙胆泻肝汤(《医宗金鉴》) 加味。

龙胆草　黄芩　栀子　柴胡　泽泻　车前子　木通　生地　当归　石韦　甘草

加减：大便秘结者，加生大黄；小便灼热，疼痛较剧者，加竹叶、蒲公英、黄柏、滑石、土茯苓。

临证参考：在本证治疗中，因方药中苦寒伤胃之品较多，故不宜久服，中病即止。

7.2.1.1.3　湿热中阻

证候：高热寒战，午后为甚，脘腹痞满，胸闷不饥，口干不欲饮，大便秘结或溏，小便浊赤，尿时涩痛，舌苔厚腻或黄腻，脉濡数或滑数。

证候分析：湿热之邪侵犯三焦，热积于内则寒战高热；湿为阴邪，故午后热甚；湿热之邪滞于中焦，故脘腹痞满，胸闷不饥，口干不欲饮；热结于腑则大便秘结，湿热下迫则便溏不爽；湿热下迫膀胱，气机阻滞，水道不利，故小便混赤，尿时涩痛。舌苔厚腻或黄腻，脉濡数或滑数均为湿热之象。

治法：清热化湿。

方药：三仁汤(《温病条辨》) 加味。

杏仁　生薏苡仁　白蔻仁　厚朴　制半夏　通草　滑石　竹叶　藿香　赤小豆

加减：如胸闷呕恶者，加佩兰、苍术；呕恶重者加竹茹；若热重，舌苔黄腻，口渴者，加黄柏、黄芩；尿道涩痛明显者，加车前草、白茅根；若大便溏者，加茯苓、泽泻；大便秘结者，加大黄。

临证参考：在本型治疗中，用药多为苦寒淡渗燥湿之品，久服易败胃伤阴。

7.2.1.2　慢性期治疗

7.2.1.2.1　肾阴不足，湿热留恋

证候：尿频、尿急、尿痛或小便淋沥不畅，反复发作；眩晕耳鸣，腰膝酸软，时有低热或五心烦热，盗汗，咽干口燥，舌红少苔，脉细数或虚数。

证候分析：湿热稽留不去，日久耗伤肾阴，膀胱气化失权，则见尿频、尿急、尿痛或小便淋沥不畅；肾阴亏虚，髓海不足，脑髓不充则眩晕耳鸣；肾虚腰失所养则酸软；阴虚虚火上炎，则时有低热或五心烦热；阴虚内热则见潮热盗汗；阴虚津不上承则咽干口燥；舌红少苔，脉细数或虚数均为阴虚有热之征。

治法：滋肾养阴，清热利湿。

方药：知柏地黄汤(《医宗金鉴》) 合二至丸(《证治准绳》) 加味。

生地　知母　黄柏　山药　山萸肉　丹皮　茯苓　泽泻　女贞子　旱莲草　车前子

加减：低热不退者，加柴胡、青蒿；尿蛋白较多者，加石韦、萆薢；腰痛明显者，加川断、狗脊、杜仲；盗汗严重者加牡蛎、浮小麦；尿血鲜红者，加大蓟、小蓟；胃阴不足者，加玉竹、石斛，益阴和胃。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.2.1.2.2 脾肾两虚，湿浊缠绵

证候：每因劳累则尿频、尿急、尿痛或小便淋沥；腰膝酸软，食少神疲，少腹坠胀，甚则畏寒肢冷，面肢浮肿，舌淡苔薄白润，脉沉细无力。

证候分析：久病正虚，脾肾两亏，湿浊留恋，膀胱气化失司，则见尿频、尿急、尿痛或小便淋沥；肾阳不足，脾失温养，运化无权，则食少腹胀，畏寒肢冷，腰膝酸软。阳虚水湿内停则面浮肢肿。舌淡，苔薄白润，脉沉细无力为脾肾两亏、湿浊内蕴之象。

治法：益肾健脾，清利湿浊。

方药：参苓白术散(《太平惠民和剂局方》) 加减。

党参 茯苓 山药 白术 陈皮 薏苡仁 砂仁 木香 熟地黄 巴戟天 杜仲

加减：便溏肢冷严重者，去熟地，加附子、干姜；尿少浮肿者，重用茯苓，加车前子；兼肾不足者，加菟丝子、枸杞子、女贞子以补肾益阴。

7.2.1.2.3 气血瘀滞，湿热留恋

证候：尿频、尿急、尿痛或小便淋沥不畅，反复发作，少腹、腰胁酸胀刺痛，舌紫黯或有瘀斑，脉细涩。

证候分析：久病气血不和或情志失调，肝气郁结日久，致气血瘀滞，加之湿热稽留下焦，膀胱气化失司，则见尿频、尿急、尿痛或小便淋沥不畅，少腹、腰胁酸胀刺痛；舌紫黯或有瘀斑，脉细涩，均为瘀阻气滞之征象。

治法：祛瘀行气，清利湿热。

方药：桃核承气汤(《伤寒论》) 加减。

桃仁 生大黄 桂枝 当归 赤芍 沉香 青皮 枳壳 益母草 石韦 甘草

加减：瘀血甚者加红花、牛膝；胁腹胀满、大便秘结者，重用大黄，加枳实、槟榔。尿道涩痛明显者，加车前草、琥珀。

7.2.2 肾结石

症状：活动性结石可出现肾绞痛，表现为突然发作的腰部剧痛，有如刀割样，难以忍受，辗转不安，向下腹部、腹股沟、大腿内侧放射，常伴有恶心、呕吐，严重者可出现休克虚脱。亦可表现为钝痛，患者只感到腰部或上腹部不适，酸胀。静止性结石可以不出现疼痛症状，约有75%患者可有不同程度的肉眼或镜下血尿。如并发感染可出现畏寒、发热及尿频、尿急、尿痛等膀胱刺激症状。

体征：患侧肋脊角区有压痛和叩痛，并发肾积水和肾脓肿时可于腹部触到肿大的肾脏。

实验室及其它检查：①尿常规检查有红细胞。②拍摄腹部平片：95%以上肾结石可在平片上显影。但如肾结石小于2mm者不显示。③静脉肾盂造影：可显示肾脏阴影、结石位置及形态，两侧肾功能情况，以及有无肾盂积水等。④其它如B型超声波检查、核素肾图和肾扫描、逆行肾盂造影等，均有助于肾结石的诊断。

中医药疗法治疗泌尿系结石应严格掌握适应证。具体为：①结石直径小于1cm，表面光滑。②多发或复发性小结石，尤其是手术后复发者。③泌尿系统无明显畸形、狭窄及梗阻，结石与管壁无粘连，嵌顿。④无严重尿路感染及肾功能损害。一般分为以下几个证治疗。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.2.2.1 下焦湿热

证候：脘腹疼痛，少腹胀满，小便频数，灼热刺痛，尿色黄赤，或尿血鲜红，或尿中杂有细碎砂石排出。或兼有寒热、口苦、呕恶、大便秘结。舌红，苔黄腻，脉滑数。

证候分析：湿热蕴结于下焦，膀胱气化失司，故小便灼热、淋沥不畅、尿色黄赤；湿热互结，日久蕴结成石，故尿道刺痛，并尿中杂有砂石；湿热阻碍气机，则少腹胀满；热灼血络，迫血妄行，故见尿血鲜红；邪犯少阳，可见寒热起伏、口苦呕恶；舌红苔黄腻、脉滑数均为湿热之象。

治法：清热利湿，通淋排石。

方药：石韦散(《证治汇补》) 加味。

金钱草 石韦 冬葵子 车前子 瞿麦 滑石 牛膝 威灵仙 枳壳 生甘草

加减：尿血明显者，加白茅根、小蓟、琥珀；疼痛剧烈者，加白芍；有发热、脓尿者，加金银花、连翘、蒲公英、紫花地丁；湿热邪犯少阳，可用小柴胡汤或蒿芩清胆汤和解少阳。

7.2.2.2 气滞血瘀

证候：腰酸胀痛或刺痛，少腹胀满隐痛，痛处不移，小便滴沥不畅，尿血紫黯，反复不已，或夹血块，舌质紫黯或有瘀点，脉弦涩。

证候分析：砂石阻滞肾络，气血阻滞，瘀血内停，故见腰酸胀痛或刺痛；砂石梗塞尿道，膀胱气化不宣，故小便滴沥不畅，少腹胀满隐痛；砂石损伤血络则血尿；瘀血随尿排出故尿夹血块；舌质紫黯有瘀点，脉弦涩，皆气滞血瘀之象。

治法：活血化瘀，化石通淋。

方药：少腹逐瘀汤(《医林改错》) 合王不留行散(《太平圣惠方》) 加减。

金钱草 石韦 冬葵子 车前子 当归 川芎 赤芍 王不留行 桂枝 延胡索 小茴香 威灵仙

加减：如疼痛严重者，加乳香、没药、穿山甲、厚朴、川楝子等；如发热、尿频急涩痛者，可加败酱草、虎杖、蒲公英、生大黄等；如体虚肾衰者，可加党参、黄芪、黄精、益母草、仙茅、杜仲、川断等益气补肾、扶正降浊之法。

7.2.2.3 脾肾两虚

证候：结石盘踞日久，小便不甚赤涩，少腹坠胀，尿出无力，余沥不尽，伴见面色少华，纳呆便溏或腰脊酸痛，舌淡苔白，脉细弱无力。

证候分析：病久不愈，耗伤正气，累及脾肾，脾虚则运化无权，中气下陷，则见少腹坠胀，纳呆便溏，面色少华；肾虚则腰脊酸痛，足膝乏力；肾虚固摄无权，则见小便清长，余沥不尽；下焦湿热未清，膀胱气化未复，故小便不甚赤涩；舌淡苔白，脉细弱无力，为脾肾亏虚，气血不足之候。

治法：健脾补肾，通淋排石。

方药：济生肾气丸(《济生方》) 加减。

生地黄 熟地黄 泽泻 山萸肉 山药 黄芪 白术 茯苓 党参 肉桂 金钱草 海金沙

加减：如腹痛明显，痛处固定者，宜活血化瘀，加当归、川芎、三七等；背寒肢冷

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

者，加附子、淫羊藿、鹿角片；偏阴虚者，酌加枸杞子，女贞子，旱莲草；如出现血尿、肾绞痛，排尿中断，表明结石在移动，可加石韦、冬葵子、枳实、威灵仙等，以助结石排出。

7.2.3 乳糜尿

症状：小便混浊，色乳白如泔浆，可伴有血尿、血块。每因进食油腻、蛋白饮食或劳累过度而诱发或加重。

体征：可见睾丸肿大、阴囊积液等。

实验室及其它检查：小便乳糜性试验阳性。尿常规检查有蛋白、红细胞。尿离心沉淀或可查到微丝蚴。膀胱镜检查，可明确病位。

中医药治疗辨证如下：

7.2.3.1 湿热内蕴

证候：小便混浊或夹凝块，上浮有油状物，或带血色，或夹有血丝血块，尿道有涩热痛感，胸闷口渴，苔黄腻，脉濡数。

证候分析：多食脂甘，酿湿生热，蕴阻中焦，故胸闷口渴；湿热下渗膀胱，故小便混浊，或白或赤，尿道有涩热痛感。苔黄腻，脉濡数，为湿热内蕴之象。

治法：清热利湿，分清泄浊。

方药：程氏萆薢分清饮(《医学心悟》) 加减。

萆薢　石菖蒲　黄柏　茯苓　车前子　莲子心　白术　益智仁

加减：如热重于湿，加栀子、滑石、木通；若湿重于热，加苍术、陈皮、半夏、厚朴。若少腹胀，尿涩不畅者，加乌药、青皮；小便夹血者，加小蓟、白茅根、藕节等。

7.2.3.2 脾虚气陷

证候：尿浊反复发作，尿色混浊白如泔浆，小腹坠胀，尿意不畅，面色无华，倦怠乏力，劳累或食油腻则发作或加重，舌淡苔白，脉虚弱无力。

证候分析：脾虚气陷，精微下注，故尿浊白如泔浆，小腹下坠，劳倦及过食油腻厚味，则易损伤脾气，故易发作。舌淡、脉虚弱无力为脾虚气陷之象。

治法：健脾益气，升陷固涩。

方药：补中益气汤(《脾胃论》) 加减。

黄芪　党参　白术　茯苓　苍术　陈皮　升麻　柴胡　破故纸　小茴香　龙骨　甘草

加减：如湿热明显者，加黄柏、萆薢、栀子；如尿浊夹血者，酌加小蓟、旱莲草、白茅根；若小腹坠胀，尿涩不畅较重者，加乌药、青皮。

7.2.3.3 肾元亏虚

证候：尿浊迁延日久，小便乳白如凝脂，精神萎靡，消瘦乏力，腰膝酸软，头晕耳鸣，或见烦热、口干、舌红、脉细数；或见面色㿠白，形寒肢冷，舌淡白，脉沉细无力。

证候分析：肾失固摄，脂液下流，故尿浊日久不愈；肾阴日亏，虚热内生，则见烦热口干，舌红，脉细数；如肾阳匮乏，寒自中生，可见面白，形寒肢冷，舌淡白，脉沉细无力；精神萎靡，腰膝酸软，头晕耳鸣，皆为肾元不足之征。

治法：补肾固摄。

方药：(1) 偏于肾阴虚者，以知柏地黄丸(《医宗金鉴》) 加减。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

地黄　山萸肉　女贞子　龟甲　知母　黄柏　丹皮　旱莲草

(2) 偏于肾阳虚者，以右归丸(《景岳全书》) 加减。

熟地　山药　茯苓　山茱萸　菟丝子　枸杞子　杜仲　当归　龙骨　牡蛎

加减：如尿浊夹血者，加炮姜、侧柏叶、小蓟；如倦怠乏力，食少纳呆者，加黄芪、党参；如尿浊反复发作，缠绵不愈者，可酌加龙骨、牡蛎用量，并加乌贼骨以助肾固摄。

7.3 临床用药经验与体会

淋证是临床泌尿系病患中的常见病证，用中医辨证施治的方法治疗该病，效果确切。近代医家经过不断的探索研究，积累了丰富的临床经验，临床用药亦是各有特色。现将有关专家治疗淋证的临床用药心得体会综合归纳如下：

7.3.1 清热利湿法

湿热毒邪蕴结于下焦肾与膀胱，而致气化失司、水道不利，这是疾病初期最常见的病机，约占所有尿路感染的70%左右。此时病邪在腑，尚未及脏，故治当用清利湿热方法。常用的中药有车前子、木通、石韦、萹蓄、瞿麦、滑石等。

车前子，味甘，性寒，入肝、肾经。寒能清热，性降泄滑利，有清热利水、通淋滑窍的功效。木通，味苦，性寒，入心、小肠、膀胱经，能上清心火，下导膀胱之湿，使湿热之邪曲曲下行从小便排出，故有清热利尿通淋的作用。据有关资料报道，关木通60g水煎服，可致急性肾功衰竭，故用量不可太大。石韦，味苦，性微寒，入膀胱经，功专清热利尿通淋，为治疗湿热淋证之要药，且又擅凉血止血，故治血淋涩痛尤宜。石韦含皂甙、蒽酚类、黄酮类、鞣质等，其煎剂对金黄色葡萄球菌、变形杆菌、大肠杆菌等均有不同程度的抑制作用。萹蓄、瞿麦二味皆苦，入膀胱经，功专利尿清热通淋，临床常相须为用，瞿麦煎剂口服有显著利尿作用。萹蓄含萹蓄甙、蒽醌类、鞣质、钾盐等，有显著利尿作用。连续给药也不会产生耐药性。萹蓄对葡萄球菌、福氏痢疾杆菌、绿脓杆菌等均有较好的抑制作用。临床可适当增加用量，一般用20～30g，鲜品加倍，量过小则无利尿作用。滑石，味甘、淡，性寒，入胃、膀胱经，性寒而滑，寒可清热，滑则利窍，故为治疗湿热蕴结小便短赤淋涩之证的常用药，尤其是滑石甘寒滑利，通壅滞、利下窍的特殊作用为他药所不及。代表方：八正散。

7.3.2 通淋排石法

通淋排石法适用于“溺有砂石，茎强痛甚”之砂石淋。砂石淋的形成，常是因石致淋，因淋而致排尿不畅。治疗上利尿可以通淋，淋通又有功于排石。鉴于结石的形成多为邪热煎熬尿液所致，所以通淋排石法常是在清热利湿法基础上增加一些具有排石作用的药物而成，常用的中药有金钱草、海金沙、鸡内金、威灵仙等。

金钱草、海金沙二药，味甘，性寒，入膀胱经，均有清热利尿通淋之功。金钱草兼咸味，功专软坚清热排石，是排石专药。经验证明，在清热利湿方药基础上，加上大剂量金钱草可促进排石，疗效可靠。单味金钱草煎汤代茶亦颇有效果。现代实验已证实，金钱草对尿石及胆石有促排作用。海金沙功专利尿通淋，尤善治上尿道疼痛，亦是治诸淋涩痛的要药，其煎剂对金黄色葡萄球菌、绿脓杆菌、福氏痢疾杆菌等均有抑制作用。鸡内金，味甘，性微寒，入脾、胃、膀胱经，具有化坚消石通淋之功，研末服用效果比煎剂好。威灵

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

仙，味辛咸，性温，归膀胱经，性猛急，善走而不守，可宣通十二经络，现代药理学证明其有直接缓解平滑肌痉挛的作用，故可能有溶石及促进排石之效，故可辨病应用。值得注意的是，70 年代初由遵义医学院急腹症研究小组提出了治疗泌尿系结石的总攻疗法，有机地集中运用中药、西药、针灸、饮水、活动等措施，以提高排石率。据统计结石排出率达到 60%，疗程也缩短到 19.2 天，其总攻方案如下：

时间	措施
8:30	饮水 500ml，双氢克尿塞 75mg，口服。
8:45	尿路排石汤Ⅱ号 1 剂，口服。
9:00	饮水 500ml。
9:30	饮水 500ml，阿托品 1ml，肌注。速尿 10mg，肌注。
9:35	电针：照海、三阴交，较强刺激断续波留针 25 分钟。
10:00	起床活动。

本法每周用 2～3 次，6～9 次为 1 个疗程，同时应用抗菌素控制感染。体弱、心脏功能不良、肾功能不良和过大的结石，尤其有尿路梗阻、肾积水者，忌用本法。

附：排石汤Ⅱ号

金钱草 50g，石韦 30g，车前子 24g，木通 10g，瞿麦 15g，萹蓄 24g，栀子 20g，大黄 12g（后下），滑石 15g，甘草梢 10g，牛膝 15g，枳实 10g，共煎至 200ml。

通淋排石药物部分可能有溶石作用，如金钱草、海金沙、夏枯草、车前子、蝼蛄、滑石、鳖甲等，其效果有待于进一步验证。代表方：石韦散。

7.3.3 清热凉血法

热为阳邪，容易耗血动血，致使血液不循常道，症见小便频急溺血而痛，另外结石久滞，损伤血络亦可见血尿，治当以清热凉血为法，常用的药物有小蓟、白茅根、蒲黄、三七、牛膝等。

小蓟，味甘，性凉，功专凉血泄热，散瘀解毒，并可利尿，故以治尿血、血淋尤长。临床可重用至 30g。现代研究证明内含的绿原酸、咖啡酸为止血成份。小量应用可使出血时间明显缩短。另外对溶血性链球菌、肺炎双球菌等，有一定的抑制作用。白茅根，味甘，性寒，入膀胱经，可用于湿热下注膀胱，热伤血络之淋证，有清热利尿、凉血止血之力。用白茅根鲜品益佳，其煎剂有利尿作用，并有促凝血作用。蒲黄，味甘，性平，归肝、心经，能化瘀止血、利尿通淋，内含有黄酮、棕榈酸、异鼠李素、甾醇酚类等，有促进凝血作用。参三七，味甘、微苦，性微温，入心、肝、脾经，具有散瘀止血、消肿定痛之功，为止血之要药，有“止血不留瘀”的特点，临床多研末服，每次服三七粉 1.5g，日2～3 次，效果明显。牛膝，味苦、酸，性平，入肝、肾经，性善下行，有化瘀、利尿通淋、止痛之功效。湿热下注热淋茎痛及淋证尿血均常用之。代表方：小蓟饮子。

7.3.4 清热解毒法

淋证如表现为下焦热毒炽盛症见发热、寒战、腰痛、尿频急涩痛，脉数者，宜施清热

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

解毒之法，常用的中药有蒲公英、金银花、连翘等。

蒲公英，味苦、甘，性寒，入肝、胃经。该药苦以泄降，甘以解毒，寒能清热，故有清热解毒、利湿通淋之效，是清热解毒佳品，常用于热淋涩痛。该药内含蒲公英甾醇、蒲公英素、蒲公英苦素等，对金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌有较强的抑制作用，另对肺炎双球菌、痢疾杆菌等也有一定的抑制作用。煎剂还可激发机体免疫功能。金银花，味甘，性寒，入肺、心、胃经；连翘，味苦，性微寒，入肺、心、胆经，二药皆寒性，清热泻火解毒之效者，与木通、车前子、白茅根等药同用，可治热淋涩痛。现代研究表明二者都具有广谱抗菌作用，有明显抗炎及解热作用。为临床常用清热解毒药物。代表方剂：五味消毒饮。

7.3.5 疏肝通淋法

肝主疏泄，与小便通利有关，若肝失疏泄则小便淋漓涩痛，古曰“淋属肝胆”，此为气淋之实证。治应从肝论治，以疏肝通淋为要法。常用的中药有沉香、青皮、柴胡、郁金等。

沉香，味辛、苦，性温，入脾、胃、肾经，具有行气止痛之能，“凡一切不调之气皆能调之”。青皮，味苦、辛，性温，入肝、胆、胃经，苦泄辛散温通，其性猛烈，故以疏肝破气，化滞消坚，散结止痛为佳，尤适于胸闷胁胀、少腹满痛者。柴胡，味苦、辛，性微寒，入肝、胆经，长于和解少阳，条达肝气，疏肝解郁，并有较好的解热作用。是治疗肝郁化火、气火郁于下焦致膀胱气化不利气淋的有效药物。现代药理研究表明，柴胡具有镇痛、解热、抗肝损伤、抗炎及增强机体免疫功能的广泛作用。代表方：沉香散、小柴胡汤。

7.3.6 健脾益气法

淋证日久不愈，湿热损及中州，致脾胃气虚，小便淋沥不已，常见于劳淋、膏淋之属虚证者。症见食少便溏，少气懒言，倦怠乏力，舌淡脉缓等。此时应以甘温补气为治，常用的药物有党参、炒白术、黄芪、山药等。

党参，味甘性平，入脾、肺经，为补气之要药，在虚淋治疗中，主要取其健脾之功。《本草从新》云：“中气微弱，用以调补，甚为平妥。”现代药理研究证实，党参含有皂甙、微量生物碱、糖类、维生素 B_1、B_2，多种人体必需无机元素和氨基酸等，能增强机体抵抗力，调节胃运动的作用。黄芪，味甘，性温，入脾、肺经，具有补益中气，温养脾胃的作用，为补脾升陷之要药。现代药理证实该药含有甙类、多糖、氨基酸及微量元素，具有增强机体免疫功能，利尿和较广泛的抗菌作用。白术，味甘、苦，性温，入脾、胃经，功擅健脾补气，燥湿利水，为补脾胃的有效药物。山药，味甘，性平，《本草正》认为其“能健脾补虚，滋精固肾，治诸虚百损。”故为一味平补脾肾之气的药物，临床用量应大，最多可致 250g。代表方剂有参苓白术散、补中益气汤等。

7.3.7 滋养肾阴法

肾藏精，以阴阳归属之，肾精则为肾阴，对全身脏腑有滋养作用，“五脏六腑之阴非此不能滋”。湿热久稽，留恋不去，常易耗伤肾阴，症见腰膝酸软，头晕耳鸣，甚则潮热盗汗，五心烦热，咽干，脉细等。治当以“壮水之主，以制阳光”，“精不足者，补之以味”。常用的药物有地黄、枸杞子、旱莲草、黄柏、知母等。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

地黄，味甘，微温，入肝、肾经，为滋补肾阴，益养肝肾精血之要药，常与山萸肉、山药、首乌等配伍使用，则补阴、补精、补血的功能实佳。枸杞子，味甘，性平，入肝、肾经，有补肝肾、益精血之效。现代药理学研究证明，本药具有增强网状内皮系统吞噬能力，增强细胞与体液免疫作用，对造血功能有促进作用，还具有抗衰老、抗突变、抗肿瘤等作用。旱莲草，味甘、酸，性寒，女贞子，味甘、苦，性凉，二者均入肝、肾经，有滋补肝肾之阴的功效，常相须为用为“二至丸”主治肝肾不足，阴精亏乏之证，唯药力平和，取效较缓慢。现代药理学研究证明，二者均有增强免疫功能，升高外周白细胞及抗菌等作用。黄柏，味苦，性寒，入肾、膀胱、大肠经，知母，味苦、甘、性寒，入肺、胃、肾经；黄柏，苦寒沉降，长于泻肾家之火，清下焦湿热，知母苦寒，质柔性润，能泻肾火，滋阴润燥。二者相伍为用，相互促进，滋肾清热，解毒除湿，去火以保阴，正本以清源，为滋阴降火之要药。本法用于淋证，因其病机既有阴虚，又有湿热，治疗颇为矛盾，临证应注意攻补适度，即滋阴不能助湿，利湿不可伤阴，方为妥切。代表方：知柏地黄汤、六味地黄丸、左归丸等。

7.4 变证的治疗

淋证变证主要有癃闭、热入营血及关格等。

7.4.1 癃闭

湿热蕴结下焦，日久尿液煎熬成石，或肝郁化火，移热下焦，煎熬尿液成石。初起可见小便灼热刺痛，淋沥不畅，病程迁延，砂石增大，又兼损伤肾络，血溢络脉，形成瘀块，而致砂石，瘀结梗塞尿道，下窍不通，小便点滴难出，而成癃闭之证。

临床表现：小便点滴而下，或尿细如线，甚则阻塞不通。小腹胀满，疼痛，舌质紫黯或有瘀点，脉涩。

治法：行瘀散结，通利水道。

方药：代抵当丸(《证治准绳》) 加味。

大黄　当归尾　生地黄　穿山甲　芒硝　桃仁　肉桂　威灵仙

加减：如血瘀重者，加红花、牛膝以增强活血化瘀之力；如小便一时性不通，胀痛难忍者，可加麝香少许吞服；如系结石久不能排出，可加金钱草、海金沙、冬葵子、瞿麦、萹蓄通淋排石；如表现为畏寒肢冷，神疲乏力，颜面下肢浮肿，腰酸腿软，舌胖脉细者，治当以温补为主，取右归丸以补命门之阳，温膀胱之气，为温肾通阳行气排石之法。也有资料报道认为，梗阻、积水是泌尿系结石的主要并发症。以清利行气、化瘀软坚，配合温肾益气法进行治疗，可促进利尿，消肿和结石的移动，对缓解梗阻、积水有益。必要时应采用中西医有效方法消除结石。

7.4.2 热入营血

淋证初起，多较易治愈，但少数热淋、血淋未能及时施以有效治疗方法，而致湿热弥漫三焦，热毒入营血、邪入血分，热势鸱张，阴血灼伤，热又上扰心神而致神明不藏。血热炽盛，损伤血络，迫血妄行，可以引动肝风，为淋证变证中的危重证候。

临床表现：高热寒战，神昏谵语，躁扰不宁，吐衄，斑疹隐现，或手足蠕动，四肢抽搐，舌红绛，脉细数或微或弱。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治法：清热解毒，凉血散血。

方药：犀角地黄汤(《备急千金要方》) 加味。

水牛角代　生地　赤芍　丹皮　生大黄　侧柏叶　栀子　金银花　连翘　紫草

加减：高热神昏者，可配服紫雪丹或安宫牛黄丸以清热开窍；热甚者酌加黄芩、黄连、柴胡，以加强清热之力。必要时，应配合西医抗休克、抗感染，纠正水、电解质和酸碱平衡以及通畅尿路等治疗措施，亦可有效防止病情恶化。

7.4.3　关格

淋证久久未能治愈，湿热久羁，损伤正气致脾肾阳虚；肾用失司，水湿浊毒壅阻，不下泄而上泛，三焦气化失司而成关格。其病位主要在肾，久则累及五脏，耗伤气血，正虚邪实，寒热错杂，为淋证变证中的危重病证。

7.4.3.1　肝肾阴虚

临床表现：泛恶呕吐，腰以下水肿，尿少面黄，头晕，头痛，五心烦热，腰膝酸软，咽干，舌红少苔，脉弦细数或细数。

治法：滋养肝肾，利湿泻毒。

方药：六味地黄丸(《小儿药证直诀》) 加味。

熟地　山药　山萸肉　女贞子　川牛膝　车前子　陈皮　苏梗

7.4.3.2　脾肾阳虚

临床表现：面色晦滞，呕吐，水肿，尿少尿闭，腰膝酸软，形寒肢冷，神疲乏力，纳呆食少，大便溏泄，舌淡胖，苔白腻，脉沉细或濡细。

治法：健脾温肾，利湿泻毒。

方药：济生肾气丸(《济生方》) 合真武汤(《伤寒论》) 加减。

肉桂　附子　白芍　茯苓　白术　泽泻　车前子　牛膝　黄芪　党参　生姜　山药　巴戟天　陈皮

加减：如呕逆较甚者，可加吴茱萸温胃下气降浊；兼见气滞血瘀者，加枳实（或枳壳）、川芎；如痰湿内阻突出者，可加重茯苓、陈皮用量，加半夏；如浊毒化热，加金银花、连翘、黄芩；如胃肠结滞，大便秘结者，加生大黄；如浊毒伤血，可加丹皮、三七粉；如肝风内动者，加羚羊角、钩藤；如水毒上凌心肺，可加桑白皮、葶苈子、大枣；如毒入心包，症见嗜睡，神识昏味者，可加菖蒲、远志、郁金，甚则用苏合香丸。

另外，病至关格，还可应用灌肠疗法。其方法为：生大黄、生牡蛎、蒲公英各 30g，地榆炭、浦黄炭各 10g，浓煎100～150ml，保留灌肠，每日1～2次。

7.5　外　治　法

7.5.1　敷脐疗法

(1) 以独蒜 1 个、生栀子 7 个及盐少许共捣如泥，贴患人脐上，有清热利湿、凉血止血而通淋之功。适用于血淋。

(2) 用大田螺 15 个，以静水养，待螺口中出泥，澄去上面清水，以底下浓泥入腻粉(轻粉) 半钱，调敷脐上，可清湿热，利小便。治热淋频、涩、刺、痛。

(3) 治五淋，用细灰于患人连脐及丹田作一泥塘，径如碗大，四周高起，以新汲水调

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

化朴硝 30g 倾入灰塘中，勿令漫溢，须臾大小便迸然而出。

7.5.2 药熨疗法

熬盐热熨少腹，热气内注，适用于气淋涩痛及小便血。白矾末一小盅，覆脐上布包，昼夜，能利湿热。治男女白淋痛甚，兼诸淋痛苦者。

7.5.3 湿敷疗法

猪胆 1 个，去汁少许，麝香少许，以阴茎纳其中，以清热通淋而除郁。适用于热淋痛甚，或不痛者。

7.5.4 熏洗疗法

小便砂淋，可以瓦松（即屋上无根草），煎浓汤乘热熏洗小腹，约两小时即通。砂、石淋有热象者，用地榆煎浴腰腹可除下焦湿热。血淋，以麻根、发灰（血余炭）、车前子、地骨皮煎洗，可清热凉血，利尿通淋。冷淋，寒战后溲，用胡椒煎汤浴腰腹，有温阳散寒、通淋止痛之效。淋浊，用淡竹叶，熬水贮缸内，患者坐泡至脐，渐加添热汤频洗愈。适用于热淋之频涩刺痛。

7.5.5 熏蒸疗法

白蔻、砂仁、胡椒、川椒各末 3g，入小布袋内，以好烧酒熬极滚热，冲入布袋内，即套上阳头，盖衣熏之，药冷再冲滚酒再熏，一日数次。适用于砂石淋及一切淋属虚者，并治冷闭小便不通，初起热者勿用。

7.6 针灸疗法

7.6.1 常用组方

7.6.1.1 湿热下注

治则：清热利湿。

主穴：肾俞、膀胱俞、秩边透水道、中极、三阴交。

方义：肾俞调解肾气，通利水道；膀胱俞加中极，俞募相配，疏调下焦以利湿热，使邪有出路；秩边透水道，通调水道以清热利湿，是治疗肾系疾病的要穴；三阴交为足三阴经交会，可调理三阴经气以利水道。

刺穴方法：穴位局部常规消毒，中极针三寸，令感应至阴部或尿道；肾、膀胱俞针向棘突，进针二寸，施捻转之平补平泻法；三阴交施提插捻转之泻法，务使感应强烈，上下放散；取侧卧位，上腿屈曲，下腿伸直，秩边透水道由秩边进针，针尖刺向水道，进针四寸至四寸五分，施捻转之泻法，以患者小腹和尿道有胀感为度。

7.6.1.2 血热壅盛

治则：清热凉血。

主穴：血海、三阴交、中极。

方义：血海可调血分以清血热，三阴交为肝、脾、肾三经之会，有清热凉血养阴之效，与足太阳膀胱经之募穴中极相配，可通调下焦气机。

刺穴方法：三穴常规消毒，血海针二寸，三阴交针一寸，中极针三寸，诸穴均施提插捻转之泻法，留针 20 分钟，每日 1 次。

7.6.1.3 肝郁气滞

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治则：疏肝解郁。

主穴：行间、中极、三阴交、太冲。

方义：行间为肝经之荥穴，有疏肝解郁行滞之效，取其实则泻其子之义；中极调任脉，理下焦之气；三阴交调理肝、脾、肾之气机，配以太冲疏泄足厥阴之气，使肝木条达疏泄。

刺穴方法：四穴局部常规消毒，行间针八分，中极针二寸，三阴交针一寸，太冲针一寸，诸穴均施捻转提插泻法。

7.6.1.4 脾肾阳虚，脾虚气陷

治则：温补脾肾。

主穴：中脘、关元、肾俞、三阴交、秩边透水道。

方义：取任脉的中脘、关元及膀胱经的肾俞以温补脾肾阳气，以举虚陷；三阴交调理三阴经气，秩边透水道通调水道。

刺穴方法：气海、关元针二至三寸，施捻转之补法，针灸并用；肾俞针施补法或针灸并用；中脘针二寸至三寸；三阴交针一寸五分，施平补平泻法；秩边透水道刺法同前。每日1次，不留针。

7.6.1.5 膀胱气涩，小便不利

治则：疏利膀胱气机，利尿止痛。

主穴：膀胱俞、阴陵泉、行间、太溪、中极。

方义：膀胱俞、中极配阴陵泉以通利小便；行间以泻肝降火；太溪以益肾清源。

配穴：血尿者配血海、三阴交；腰痛甚者加曲泉；遇劳则发者加灸百会、照海。

刺穴方法：用泻法，或平补平泻法。

7.6.2 耳针

取肾、膀胱、三焦、交感、皮质下、内分泌等穴，每次刺3～4穴，中强刺激。每日或隔日1次，10次为1个疗程。

操作：病人取坐位，医者用毫针针柄在耳廓穴位区探索痛点进行消毒，移针刺入痛点，针尖向上下左右方向转，同时用力捻针，留针30分钟，中间运针1～2次。

7.6.3 灸法

可取肾俞、膀胱俞、命门、中极、三阴交、阴陵泉等穴。每日用艾条施灸一次，亦可用艾条悬灸，10次为1个疗程。操作：将艾条点燃，施灸于穴位上，艾条的穴位之间距离以患者有温热感并能忍受而无灼热感为度。一般高热者不宜灸。

灸法还可与药物配合使用，如以盐和豉，捣作饼子，填在脐中，向盐上灸，使药气内注，以达温散通利之功，适用于气淋之小便涩滞，淋漓不畅，余沥难尽，脐下切痛；还可用赤根楼葱近根截一寸许，安脐中上，以艾灸，适用于小便淋涩或有血。石淋不得小便者，可灸关元、气门、大敦等穴位。

7.6.4 头皮针

取额旁3线（双）、顶中线。操作前，受术者头皮清洗干净，取坐位或卧位，分开头发，常规消毒，选用1～1.5寸长的不锈钢毫针，使针尖与头皮呈30度左右夹角，快速刺入皮下或肌层，然后沿刺激区快速推进到相应的深度，快速捻转持续约0.5～1分钟，然

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

后静留针20～30分钟后再重复捻转2次，即可起针。每日或隔日1次，5次为1个疗程。膀胱湿热者，加额旁2线（双），采用提插泻法；肾虚者，加顶颞后斜线，采用提插补法。在行针和留针期间，按揉小腹部或在膀胱部位用手加压，并做到用意念配合，在加压后，要约束尿意，使膀胱充盈后再排尿。

7.6.5 穴位注射法

主穴（每次必取）：肾俞、关元、阴陵泉。配穴（根据临床证候选配）：足三里、三阴交、阴陵泉、交信、大横、腹结、中极、环跳。每日或隔日1次，每穴注10%葡萄糖水2～8ml，下针得气后推药。一般10次为1个疗程，无特殊不适可再行第2疗程。

7.6.6 电针

取肾俞、阳陵泉、关元、三阴交、昆仑、膀胱俞、曲骨、水道等穴，采用断续波或可调波，刺激由弱至强，频率为10～20次/分，可降低肾积水之内压，使肾盂、输尿管恢复蠕动作用，从而解除肾积水，排出结石。

7.7 指压疗法

治疗石淋。术者用右手拇指指压患者背部的压痛点，通过经络传导而对尿石症起到治疗作用，指压疗法止痛作用明显而迅速，指压后肾绞痛可立即消失。

7.8 西医治疗撮要

7.8.1 尿路感染

7.8.1.1 下尿路症候群的治疗 女性者应排除阴道炎（因本病也有排尿不适感）。如为首发的膀胱炎即用单剂量疗法：每日仅服1次大剂量抗菌药即可。常选用SMZ_{co}6片顿服或氨苄青霉素3g顿服；或氟哌酸1.2g顿服。本法有效又可减少副作用。

7.8.1.2 肾盂肾炎或复杂感染、慢性肾病并发尿路感染以及孕妇或男性尿感者，则不适用单剂量疗法。其治法如下：

轻度发热，腰痛者常规口服抗菌药，疗程3～6天。常用药如SMZ_{co}、氟哌酸等。一般2～3天即显效。如无效则根据尿培养选择敏感的抗菌素治疗，经二周治疗，细菌阴转率可达90%左右。二周无效者可换敏感菌谱药物再二周，并同时调整尿的酸碱度，可有利于发挥抗菌药的作用。常用碳酸氢钠1g，每日3次，对氨基甙类、青霉素、红霉素及磺胺类药均有增强疗效的作用。而对四环素族、呋喃坦啶则会降低疗效，请注意。

少数重症高热不退，白细胞升高，有中毒症状者可选用庆大霉素、氨苄青霉素、头孢氨噻肟。热退后改为口服药，完成二周疗法。

复杂性肾盂肾炎者，其致病菌每有耐药性，治疗按药敏可试用下列抗菌素：先锋必素、乙基西梭霉素、头孢去甲羧肟、噻肟单酰胺菌素等。必要时联合用药，用药期间每1～2周行尿细菌培养1次，一般均可治愈。

经二周疗法或联合用药治疗仍然持续高热者，应考虑有并发症的可能，如肾盂积脓，周围脓肿，此时应做肾脏B超检查确诊，采取积极治疗措施。

7.8.2 尿路结石

7.8.2.1 对症治疗 肾绞痛发作时，应给予解痉镇痛药，如肌内注射杜冷丁50mg

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

或与异丙嗪25mg并用，若症状未改善，可每4小时注射2次；或吗啡10mg与阿托品0.5mg肌注；此外，心痛定舌下含服，效果快捷、明显；消炎痛25mg，口服，有止痛作用。合并感染者，作尿细菌培养和药物敏感试验，给予抗菌药治疗。恶心呕吐明显者，应静脉滴注葡萄糖生理盐水以补充液体和电解质。酸中毒时，可给予5%碳酸氢钠静脉滴注。

7.8.2.2 体外震波碎石（ESWL） 是一种安全、有效和无创治疗肾结石的新方法。97%的肾结石及75%的输尿管结石可用此法治疗。其适应证：

（1）肾、输尿管上端（第3腰椎横突以上）结石，直径在2.5cm以内效果较好。

（2）集中于一个肾盏内的多发性结石。

（3）小型鹿角形结石。

（4）感染性结石需先控制感染后进行。

（5）经皮肾镜取石或外科手术后残留在肾内的结石。

7.8.2.3 外科手术疗法。其适应证是：

（1）肾盂输尿管连接部狭窄合并结石时，需行手术成型者。

（2）全无功能的脓肾。

（3）结石引起癌变，或肾癌合并肾结石。

（4）大的肾结石、体型不适合作震波碎石或震波碎石失败者。

7.8.3 乳糜尿

7.8.3.1 病原治疗 海群生200mg，日服3次，7～10天为1个疗程，或1～1.5g顿服，连续服药2～3天。也可选用呋喃嘧酮，总剂量为140mg/kg，7天为1个疗程。或服用左旋咪唑，剂量为每日4～5mg/kg，分2次服，共服5日。

7.8.3.2 对症治疗 在急性症状发作期间应卧床休息，有高热者给予物理降温或口服保泰松，有继发细菌感染者可用抗生素或磺胺类药物。乳糜尿患者应给予低脂饮食。经内科治疗无效者可考虑外科治疗。

8 疗效评定标准

录自《中医病证诊断疗效标准》（国家中医药管理局1994年6月28日发布，1995年1月1日实施。

8.1 热淋疗效评定标准

治愈：症状、体征消失，尿常规正常，中段尿细菌培养3次阴性。

好转：症状减轻，体征及尿常规有改善，中段药培养或为阳性。

未愈：症状及尿常规均无变化。

8.2 石淋疗效评定标准

治愈：砂石排出，症状消失，X线摄片结石阴影消失。

好转：症状改善，X线摄片结石缩小或部位下移。

未愈：症状及X线检查结石无变化。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

8.3 乳糜尿疗效评定标准

治愈：症状消失，尿常规正常，尿乳糜试验连续 3 次阴性。

好转：症状基本控制，实验室检查有好转。

未愈：症状及实验室检查无变化。

9 调摄护理

对本病患者在做好一般护理的基础上，要根据各证候的病机特点重视辨证施护。病情急重者应卧床休息，及时记录排尿次数、感觉及尿颜色的异常改变，鼓励病人多喝开水以增加尿量，促使湿热邪毒迅速排出。湿热淋者应保持下阴部清洁，饮食宜清淡，忌食肥甘香燥、辛辣酒热之品。对气淋者，要注意精神调节，保持病人心情舒畅，不可抑郁恼怒。对血淋者，要密切观察尿液颜色浓淡，有无血块，并劝慰病人消除精神紧张，清心寡欲，卧床静养。对石淋证情较轻、体质较好者，应适当增加运动量，增加饮水量，以利于结石排出；肾绞痛发作时，应采取有效止痛措施，如给予止痛剂等。对劳淋属邪恋正虚者，应加强食补以利气阴恢复。对高热神昏者，应专人特护，密切观察病情，注意全身情况变化，及时采取有效的治疗措施。

避免致病因素再次侵袭是本病患者调摄的重点。各种外邪入侵和湿热内生的有关因素，如外阴不洁、憋尿、饮食不节等，应尽量避免。同时要调畅情志，保持心情舒畅，保持心情愉快，切忌忧思恼怒等情志刺激。病室应整洁清爽，热重者病室应阴凉，湿重者病室宜干燥，气郁者病室宜静。应注意随天气变化适量增减衣服，以防气候变化影响病情。饮食宜清淡，多食水果、蔬菜、豆制品等；辛辣醇酒厚味滋生湿热，油炸炙煿燥热助火动血，均为不宜，当属禁忌。病情稳定阶段应适当参加体育活动，如晨起散步，做体操，打太极拳、练气功等，以增强体质，预防复发。

10 康 复

本病患者初愈，正气未复，湿热留恋，为了促使其早日康复，应以药物、饮食、摄生等疗法综合调理。

10.1 药物康复

湿热已净，胃纳未复，神疲乏力倦怠者，以参苓白术散、五味异功散、四君子汤之类，调理脾胃，健其中气，助其消化。血淋初愈，或热甚伤阴，口干而不思饮食者，以生脉散加怀山药、莲子，或参芪地黄汤益气养阴。虚性慢性淋证，反复发作者，在非发作期，可以补中益气汤加车前子、冬葵子；如肾阳虚明显者，可服用右归丸或金匮肾气丸。

10.2 食疗康复

10.2.1 脾虚的食疗康复

服用山药粥。山药 15g，莲子 15g，薏苡仁 15g，芡实 15g，加适量水煮成粥，早晚温服。如倦怠乏力明显者，可食用参芪粥(《圣济总录》)。方法为：先将党参 15g、生姜 3g

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

切成薄片，茯苓15g捣碎，一起浸泡半小时，煎取药汁，后再煎取汁，将两煎药汁混合，同粳米60g煮粥。每日早、晚两顿空腹温热服食。

10.2.2 肾虚的食疗康复

服用淡菜汤。淡菜10g，加水少量先煎汤，再加入萝卜或冬瓜或荠菜或芹菜适量同煮．饮汤，对腰酸、小便余沥者有效。

10.2.3 阴虚的食疗康复

口干咽燥，或有低热，舌红苔少，脉细数无力者，食用天门冬粥(《饮食辨录》)：先煎天门冬500g，取浓汁，去渣，入粳米煮粥，沸后加入冰糖适量，再煮成粥。每日早、晚服食，3～5天为1个疗程，间隔3天再服。

10.2.4 热恋不复的食疗康复

尿频、尿急、尿痛虽减但依存者，食用蒲公英粥(《粥谱》)；取干蒲公英60g或新鲜蒲公英带根全草90g，洗净，煎取药汁，去渣，入粳米同煮为稀粥。每日分2～3次，稍温服食。

10.2.5 石淋的食疗康复

在可能的条件下了解结石晶体成份，进行相应饮食治疗。含钙结石者，应避免多饮用高钙饮料如牛奶；草酸钙结石者，少食菠菜、西红柿、竹笋、红菜、可可菜等；尿酸结石者，少食肉、鱼、鸡、肝、肾、脑，采用低蛋白饮食；磷酸盐结石者，禁食牛奶、蛋黄、虾米皮、豆腐、芝麻酱，多食酸性食物。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病证名称、定义与范围的回顾研究

淋证是指小便频数短涩、滴沥刺痛，欲出未尽，小腹拘急或痛引腰腹的病证。根据其临床表现的不同，又有各种淋的名称。具备上述淋证主症，以小便灼热刺痛为主者，为热淋；以小便排出砂石者，为石淋；以小便浑浊如米泔水或滑腻如脂膏者，为膏淋；兼见尿血者，为血淋；以少腹胀满较为明显，小便艰涩疼痛、尿有余沥为主者，为气淋；以小便淋沥不已，遇劳即发者，为劳淋。又有卒淋、子淋、老淋等名称，分别指淋证起病急骤、妇女妊娠或产后患淋证、老年人患淋证等病证。经历代医家的临床观察与总结归纳，淋证的病名已较固定，其定义内涵也十分明确，这使得中医在淋证的临床及实验研究中有了较为规范的症状学标准。近代中医经过大量的临床实践与系统地结合西医学知识，认为本病以尿频、尿急、尿痛和尿意不尽等膀胱激惹症状为突出的临床表现，主要见于西医某些泌尿系统的疾病。包括泌尿系感染、尿路结石、乳糜尿及膀胱癌、肾结核等以尿路刺激症状为主要表现者。国家中医药管理局发布并于1995年1月1日实施的《中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准》对热淋和石淋有明确的定义：热淋是下焦感受湿热病邪，膀胱气化不利所致。以小便频急，解时滴沥涩痛为主要表现。常指急、慢性泌尿系感染。石淋由湿热久蕴，煎熬尿液成石，阻滞肾系所致，指泌尿系结石。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

泌尿系感染包括肾盂肾炎、膀胱炎及尿道炎。其中以肾盂肾炎最具临床意义。急性肾盂肾炎是指病原体引起肾盂和肾间质的急性炎症。尤以已婚妇女易患。起病急骤，寒战、高热、腰痛、尿频、尿急、尿痛，肾区有压痛和叩击痛。临床多属热淋。慢性肾盂肾炎多数症状隐匿，较典型者反复出现尿频、尿急、尿痛等尿路刺激症，有发热、腰痛，有的仅长期低热，食欲欠佳、乏力、腰酸痛，有的以血尿和高血压为主要表现。一般认为，凡尿路感染病史超过1年，并有肾盂肾盏粘膜和间质纤维化疤痕变形，或经治疗后仍有肾小管功能减退者，方为慢性肾盂肾炎。临床上多属于劳淋、血淋。尿道炎、急性膀胱炎以及复发性膀胱炎等下泌尿道感染多以肾盂肾炎的合并症出现。单纯下泌尿道感染无明显全身症状，常表现为尿频、尿急、尿痛、排尿不畅、下腹不适等膀胱刺激症状。尿常规检查可见脓尿、血尿，半数以上患者可有菌尿。还有一种无菌性膀胱炎，仅有膀胱刺激症状而无脓尿及菌尿，称"尿道综合征"。这些下泌尿道感染临床多分见于膏淋、气淋、血淋、劳淋。

尿路结石的病因复杂，尚未完全清楚。尿路的任何部位皆可有结石形成，以肾结石最为多见。肾结石常位于肾盏和肾盂输尿管连接处，可单发和多发。主要症状是肾绞痛和血尿。疼痛位于肋脊角、腰部或腹部，常向下腹部、腹股沟、阴囊或大阴唇放射。可伴有面色苍白、出汗、血压下降等症。有些病人仅有隐痛，钝痛或完全不痛。部分病人从尿中排出砂粒或小结石。输尿管结石主要表现为沿输尿管区，腰、腹部的绞痛或钝痛，可放射至会阴、阴茎或大阴唇、下腹部、睾丸等处，绞痛频发可致休克。输尿管下段结石的疼痛可伴膀胱刺激症状。疼痛时常有血尿。膀胱结石以疼痛和血尿为主症。排尿时龟头多剧痛，排尿后耻骨上或会阴部钝痛。大的结石可无症状。常并发膀胱炎、膀胱溃疡、肾盂肾炎、肾积水甚至肾功能不全，可有相应的临床表现。尿道结石多见于男性，有尿道疼痛、尿频、尿急、尿流变细，滴沥、排尿时突然中断，尿失禁等症。甚者有膀胱潴留，常有血尿和并发尿路感染。上述各种尿石症在借助各种检查手段得以确诊后，均按石淋辨证论治。有各种合并症者，可分别参考其相应的证治原则，综合处理。

乳糜尿、膀胱癌及肾结核以尿路刺激症状为主证者，多可辨为膏淋、血淋、劳淋、气淋等。临床上有时血淋可以包括在热淋、石淋之内，气淋常分见于热淋，劳淋之中。热淋，劳淋又多是一种疾病（如尿路感染）的几个阶段。可见淋证是以其特征表现来命名的。

1.2 病因病机研究

1.2.1 现代医家病因病机认识集粹

中医对淋证的病因病机有着较为明确的认识和比较统一的论述。但近代医家在继承了传统理论的基础上，结合自身的丰富经验，又形成了各自不尽相同的认识。如胡翘武认为淋之为病与肝体之盛衰、肝用之强弱有着密切关系。肝为乙木，虽有将军之称，但其体为阴，在体为筋，功主藏血，与肾藏之精实为一源，故有精血相生之说。若筹谋过度，所欲不遂；或热邪久羁，阴血暗耗；或年迈体弱，久病伤阴之人，肝之阴血暗伤内夺，肝之阳气也不无衰微，肝经因之空虚，厥阴之络失于温煦，宗筋亦为之衰弱，膀胱少阴血之濡养、气阳之温煦，其化津濡窍之职能自当衰减，溲溺之约利失节，淋溃甚或癃闭之疾作

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

矣。此为“肝体不足，膀失滋濡温煦”。肝除疏泄胆汁，条达情志，疏理中土外，尚有调节气血，运行三焦水液作用。故膀胱气化除直接受肾控制外，与肝之疏达条畅亦不无关系。若所欲不遂，情志抑郁则肝气失条达之性，气机阻滞，水道通调受阻，疏泄不及州都、膀胱约利不能，所蓄之水津则无以正常排泻。或频急涩痛，或淋漓不畅，且小便频急涩痛之证常随情志之抑欢而进退。此为“肝气怫郁，疏泄不及州都”。肝寄相火，其性刚烈，湿热痰火之邪壅蕴肝经，易激肝阳偏亢，相火内炽，邪热充斥上下。如膀胱遭肝经湿热痰火之下扰，约利受阻，所藏之津液无以气化，而致淋涩不畅。此为“湿热蕴肝，膀胱气化遏闭”。厥阴寒滞，络脉闭阻，膀胱亦有不化之时，是故溲频急痛。因寒凝肝经，肝用被遏，疏泄气化不及州都，膀胱阴凝，约利失度者，为“寒滞厥阴，水道阴凝不化”。[1]班秀文认为，淋证总属湿、热、毒为患，不过在发病过程中有寒、热、虚、实转化而已。[1]赵绍琴认为淋证病机首先责之三焦气化失常，并与肺、脾、肾三脏有密切关系。[1]周炳文则认为：淋证有五，其主要原因不外“肾虚膀胱湿热”。其感受湿热的途径有三：一由尿道、膀胱向上逆传上行的感染；二由心经积热，循经下移于小肠，传于肾，注于膀胱的下行感染；三由肠道积热湿毒、遏郁氤氲、弥漫三焦、浸淫于肾的横行感染。临证分急性淋证与慢性淋证，急性淋证以下焦邪热为主，邪正俱实，可分膀胱湿热、肝胆湿热、脾胃湿热、湿热伤阴4类证因。慢性淋证指反复不愈，证情复杂，正虚邪实之证，或由其它疾病演变而来，大致分肝肾阴虚，脾虚气陷，气虚血瘀3类。[1]这些医家所论述的是其对淋证总病因病机的认识，而多数医家对各种淋证又有着各自独到的见解。兹简介如下：

1.2.1.1 热淋 叶景华认为热淋主要为湿热之邪侵入肾与膀胱所致。临床辨证有偏湿重者，有里热盛者。[1]时振声认为热淋多为膀胱湿热。[1]洪子云则认为，热淋小便短涩之症因多湿热蕴结所致，亦与阴液不足有关。[1]

1.2.1.2 血淋 赵绍琴认为血淋是由湿热蕴于血分，下迫州都之官所致。[1]时振声则认为血淋可以包括在热淋之内。[1]张伯臾主编的《中医内科学》（人民卫生出版社，1988年）淋证篇认为血淋分虚实，虚证由脾虚不能统血或肾阴不足，阴虚火旺，虚火扰络，络伤血溢所致，实证由膀胱热盛，热灼阴络，迫血妄行所致。

1.2.1.3 气淋 时振声认为临床单纯以气淋为主者并不多见，气淋分虚实，实者主要表现为小腹胀痛，多见于热淋中；虚者主要表现为小腹坠胀，多见于劳淋中，二者皆属气滞而多伴见血瘀，治宜调肝理气和血，重点在“通”。[1]

1.2.1.4 石淋 岳美中认为石淋之证有虚实之殊。实证多为湿热蕴结，或见气滞血瘀；虚证多责之于肾，有阴虚、阳虚或阴阳两虚。[1]周鸣岐认为泌尿系结石的形成，既有脏器亏损，肾气虚弱，阴阳失调等正虚因素，又有阴浊阻滞，湿热蕴积，凝结成石等邪实因素，多有虚实互见，寒温错杂之病机。[1]颜德馨认为尿路结石的形成，根本在于肾气虚惫。若肾阳旺盛，肾的温煦和气化作用正常，肾之开合蒸化有度，将浊中之清者上升于肺，输布全身，浊者下注膀胱，排出体外，则湿热无以蕴结，结石无法形成。若肾阳衰弱，气化乏力，肾失开合蒸化之权，清浊泌别失司，尿液不能下注而沉积为面，即成结石。[1]邹云翔也认为肾虚而致膀胱气化不利，肾虚而致泌尿机能失常，乃是尿石形成之内在根本因素。故当机体泌尿机能障碍、抗病能力低下时，则可因气化不利而瘀滞，或因湿

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

热蓄积，气血热结、致使结石形成。[1]邓铁涛认为石淋的主要矛盾在于湿热内蕴，砂石阻络。[1]

1.2.1.5 膏淋 周仲瑛认为膏淋之机不外虚实，但辨证应以脏腑虚实为纲，有心阴不足心经有热者；有脾胃虚弱，精微下注者；有肝经郁火，湿热下注者；有肾气不足者、肾阴不足者、肾元不固者及久淋虚怯者种种不同之病机。[1]时振声认为膏淋相当于乳糜尿合并感染。乳糜尿的产生可以看作是脾虚湿郁化热，湿热下注，气化不利，脂液失于约束所致，由于气化不利必夹瘀血，故治之以健脾清利，必合以活血化瘀。[1]赵绍琴认为，膏淋乃湿热久蕴，膀胱不畅之候。[1]曹惕寅根据乳糜尿的病程缠绵，病久体虚，小便清浊随劳逸和饮食而转变等状况，指出“脏气下夺”为乳糜尿的病机。脏气易于下陷，是谓下夺，气既下夺，则精髓下流，清浊不分，酿成溺白如乳糜。脏气下夺，以脾肾为主。脾主运化，肾主蛰藏，且为胃关。溲溺本为饮食的糟粕，若脾气虚，运化无权，精微则下陷。肾气虚，固摄乏力，是以溲下如膏油。脏气下夺为其本，湿热下注为其标。湿热下注或由气虚运迟，内湿壅滞；或由阴虚火旺，内热炽盛。湿热相互为患，其间或夹有风寒外邪，临证多见虚实夹杂。[1]张谷才认为，乳糜尿发生与脾、肾、肝、心、小肠功能失常有关，初起可见实证，病久多见虚证，但以虚实夹杂证为常见。临床多见肝经湿热下注；脾阴亏虚，湿热下注；肾阴亏虚，中气下陷；肾阳亏虚，中气不足；心火下移，脾气亏虚5型。[1]

1.2.1.6 劳淋 时振声认为，劳淋属于慢性阶段，可有肺脾气虚、肾阴不足、肾阳虚损、气阴两虚等不同。[1]李丹初认为劳淋在急性发作期属湿热阻滞三焦，气化失司，邪正相争。病久伤及正气而时缓时作，时轻时重者，即为正虚邪滞。正虚邪滞者又可详分为以脾虚为主者，脾劳及胃、胃气失和、湿热留滞者，胃阴不足者，久淋伤肾者等。辨证施治时注意掌握扶正的轻重层次，而解毒清利之法需贯穿始终。[1]尤松鑫认为劳淋为诸淋日久，伤及脾肾而致，故遇劳即发。[1]张琪根据多年临证观察、体会，认为本病属虚实夹杂者居多。病机可概括为气阴两虚，膀胱湿热。亦有兼下元寒湿者，表现为寒热错杂。[1]

综上所述，当代著名医家对淋证病因病机的认识涉及到气、血、津液、肝、心、脾、肺、肾的寒、热、虚、实诸方面病理变化。充分体现了中医整体观念和辨证论治的特点。这既是他们丰富临床实践的经验总结，也是对中医淋证病因病机理论的发展。

1.2.2 淋证相关西医疾病病因病机研究

近代对淋证病因病机学的研究主要体现在中医对泌尿系感染、尿路结石、乳糜尿等疾病病因病机的学习、研究、探讨和发挥。使之有机地渗入到辨证施治的过程中。从而使淋证在临床上辨证与辨病相结合的研究中取得了很大的成绩，丰富和发展了淋证的理论认识。

1.2.2.1 泌尿系感染 秦书礼认为本病急性期多由膀胱湿热、肝胆郁热或胃肠实热所致；慢性期多责之于肾阴不足、湿热留恋。[2]徐景芳认为本病急性症状缓解后多致肝肾阴虚和脾肾阳虚。[3]周祖瀚认为本病多由膀胱湿热、阴虚火旺、热结下焦，肝经湿热下注或外感发热所致。[4]殷晓明针对慢性肾盂肾炎的病因病机及病理变化，提出正虚邪恋，以脾虚或肾虚为主的观点。[5]解雅保认为慢性泌尿系感染多为肾阳虚损，湿热蕴结；肾阳不足、湿热留滞；脾肾气虚，湿热未清。[6]刘永祥认为本病初期多属邪犯卫表，膀胱湿热内

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

蕴；或少阳郁热下注膀胱；急性期多为湿热阻遏，三焦气化失司，或阳明燥结，膀胱气化不利；慢性期多为气阴两虚；湿热未清。根据病程及临床表现，本病亦有热结下焦，迫血妄行及毒热弥漫三焦的情况。[7]姚正平认为本病属中医“淋证”范畴，病机为“肾虚膀胱热”、“湿热郁久而生内毒”。临床上将此病分为风热证、湿热证、毒热证3型。[1]

由于泌尿系感染以女性多发，也是老年人的常见病，专门针对妇女及老年人患此病的相关研究也比较全面。普遍认为女性多发泌尿系感染的原因主要由女性会阴部解剖特点所决定，并与个人阴部卫生习惯、某些性交习惯和体位、阴道内避孕隔膜、阴道内塞子、阴道冲洗剂的使用等因素有关。其发病机理可能与性交损伤、对某些物质过敏、妇科疾病或焦虑性精神状态有关。中医辨证并不出前述之范围，但应注意月经的变化，重视调理气血，不忘从整体出发。

老年人随年龄增长，肾功减退，尿酸化能力减弱，前列腺液分泌减少，尿中粘附于革兰氏阴性细菌Ⅰ型纤毛上的Tamm－Horsfall蛋白（THD）减少等因素，致使尿的抗菌力减弱。加上尿糖升高，细菌易于生长。同时老年人对排尿和排便反射的控制能力有一定程度的减退。所以老年人泌尿系感染高发，易复发而又难治，并有发生菌血症和败血症的危险。正如刘士正等所体会的那样：老年尿路感染的发病，是以老年人体虚、正气不足、湿热邪毒乘虚而人为主要病因。急性期多为肾虚初见，湿热蕴结膀胱，气化不利，属实证。慢性期主要表现为脾肾两虚，正不胜邪，湿热余邪缠绵不解。末期则因病程迁延，脾肾衰败，水毒滞留而殃及生命。[8]

1.2.2.2 尿路结石 原发性尿石的确切病因和形成机制，迄今尚不完全清楚。但研究者发现有两种突出的现象：一是发病率与地区有关，二是发病率与社会的工业化和生活条件有关。从地域因素分析，尿石高发区多处在亚热带，气候湿热，排汗较多，尿液相对浓缩，由此导致尿中有形成分停滞，可能与尿石的形成有密切关系。这些地区多濒临海滨，水上中的某些元素过于饱和或不足可能也对尿石的形成有影响。从饮食营养因素分析，比较普遍的观点是动物蛋白与食糖摄人过多而蔬菜和食物纤维摄人过少是肾结石发病率高的一个主要原因。另外，活动量少，精神紧张，高钠饮食及有关矿物质、盐类、维生素类物质摄人量的不合理均被认为与尿石形成有关。

近年来中医对尿石的研究大多集中在治疗上，而对其病因病机的认识多统一在湿热久蕴，煎熬水液，尿液凝结，聚为砂石。严东标则指出：“湿热煎熬，尿浊成石”的理论框架，已无法概括临床实际，而肾失气化才是其病机的重心。具体而言，有多食辛热肥甘之品，或嗜酒太过，或下阴不洁、秽浊之邪侵人膀胱，酿成湿热，内蕴下焦，影响肾之气化而成尿石者。此湿热内蕴者为其一；有长期伏案少动或病卧床榻，或外伤、手术所伤或败精内阻，或肝失条达，气机失调，或五脏亏损、气虚血滞，影响肾之气化，使尿浊不能正常宣泄于外，日久结为砂石者，此气滞血瘀为其二；有先天不足，房劳过度，年老久病，妊娠产后或五脏虚损及肾，或肾脏本亏，气化失司，尿浊不能排出，日久结成砂石者，此肾脏亏虚为其三。此三者共同的根本点都在于肾失气化。所以，以“肾失气化说”取代“湿热煎熬成石说”，不仅能从根本上阐明尿石形成的病机，而且能更好地解释、确立临床中的各种治石方法。[9]

1.2.2.3 乳糜尿 可发生于非寄生虫性疾病，如结核、恶性肿瘤等慢性进展性病变

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

广泛地侵犯腹膜后淋巴结，较罕见，更多地发生于寄生虫性疾患，特别是丝虫病中的班氏丝虫病，马来丝虫患者中亦有少数发生。也有全虫、短小绦虫和疟原虫引发乳糜尿的报道。乳糜尿属中医学膏淋与尿浊的范畴。该病的发生与湿热有关，湿热伤络则尿血，可兼气滞血瘀。湿热之邪伤正，则以脾肾受损居多。[10]林长春等认为本病根本病机为中虚失运。临证可分湿热、脾虚湿热、肾虚湿热3型。[11]徐士清则将此病分为湿热下注、阴虚火旺、瘀血内阻、气虚下陷、肾阳亏虚5型。[12]

1.2.2.4 其它疾病 有医家将膀胱癌、前列腺炎、肾结核，甚至性病所致的小便淋沥涩痛等病证一并归之为淋证。但这些疾病都有其各自发生发展的特点与规律，与中医学所论述的淋证不尽相符，只有在某个发展阶段上，可以按淋证辨证论治。而这些疾病的整个发展过程，是不能够归入淋证范畴的，故本篇在此不作详述。

我们认为，淋证病因病机的中心，仍在于湿热，淋证的主症即是明显的湿热之征。对于具体的病人，我们应完全从其机体的整体出发，辨其寒热虚实，随证而治。具体的病人中确有以虚、寒为本，湿热为标的病机。但淋证之为病，必有湿热之机。无湿热即不为淋证。我们在认识淋证这一疾病的时候，抓不住湿热这一主要矛盾，就是放弃了这种疾病的共性。而对淋证作为一种疾病所具有的共性的忽视，可能会造成治疗中对清利治法的重视不足，实际治疗中，清利之品应当贯串于淋证治疗的始终。不过是因病人病情的不同而处于不同的地位。纵观诸医家治淋证，或以成方化裁，或自拟方，无一方无清利之品，这是治淋证不离湿热的有力证明。

2 临床研究

2.1 证候与辨证规律的研究

2.1.1 临床症状的观察研究

症状的观察是临床研究的基础，通过症状学入手，可以审求病因，推断病机而确诊疾病。淋证的病位明确，表现固定。所以历代医家对淋证症状的认识基本没有分歧。淋证的临床症状有二类：一类是膀胱气化失司引起的证候，是诊断淋证的依据；一类是各种淋证的特殊症状，是区别不同淋证的特征。西学者对淋证症状学研究的报道极少，仅曲瑰琦通过对100例淋证患者观察，发现其中64例有下肢酸沉感。各种淋证中该症出现率由高到低的顺序为劳淋、膏淋、热淋、石淋、血淋、气淋。观察发现下肢酸沉感常在病程3个月以上出现，病程越长，症状越明显。经临床检查证实，下肢酸沉感出现在泌尿系感染发病期，包括慢性泌尿系感染复发或重新感染阶段，多发生在反复发作、病情重的病例中。尤其值得重视的是，在64例下肢酸沉感病人中有19例病人无小便频数、刺痛。但因尿常规异常，符合泌尿系感染诊断。按中医淋证辨证施治，疗效满意。由此可以认为，下肢酸沉感为淋证的主症之一，是湿邪阻滞经脉，气血运行不畅所致，为湿性重浊，湿困于下之征。凡是临床遇到诉其下肢酸沉者，应考虑淋证的可能。[13]

2.1.2 辨证规律

证候分类仍以临床表现特点为根据，分为热淋、血淋、气淋、石淋、膏淋、劳淋等类型，其中某些淋证还辅以虚实或病损脏腑为目，如气淋、血淋都有虚实不同的证候。劳淋

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

又可分为心劳、脾劳、肾劳等。特别要注意同一种淋证本身的虚实转化和不同淋证之间的相互转化。

2.2 治则治法研究

2.2.1 治则概述

实则清利，虚则补益，是治疗淋证的基本原则。但临床上纯虚、纯实的淋证是很少见的，正如周仲瑛所言："淋证多属湿热为患，从而导致气滞、血瘀、结石、尿血、淋浊等变证，日久耗气伤阴，则为本虚标实。治疗上，立足清热通淋，兼顾补养化气，具体施治宜根据各种类型分别对待。"[1]万文谟认为治淋证清利宜彻底，停用清利过早，病情反复较大。用药避免大剂苦寒、应选择高效药物，清热渗利同时参以活血祛瘀。[1]近代医家对淋证的治则研究吸收了辨证与辨病结合的成果，形成了以辨证为主，立法选方；结合辨病，选择专方专药；急则治标，缓则治本的治疗原则。

2.2.2 治法研究

几十年来临床医家通过大量的实践和深入的探索，在整体观念和辨证论治的原则指导下，结合相关的西医学知识，在淋证的治疗上，既继承了历代医家的成功经验，又取得了很多新的进展。

2.2.2.1 清热利湿法 这是自古以来治疗诸淋的大法。对于热淋、湿热蕴结、膀胱气化失司及湿热内蕴，侵及三焦诸证，均须以清热利湿之法治之。对于石淋早期，结石较小而为湿热下注，煎熬尿液者，以清热利湿通淋之方治疗，效果亦佳。有实验研究显示，清热利湿法可能具有利尿和促进输尿管蠕动加强两种效应，这两种效应协同可促进排石。目前临床上单用清热利湿方药排石效果不够理想。但作为配合用药，不可或缺。对于膏淋实证，因下焦湿热，阻于络脉，脂液失其常道，流注膀胱者，以及热淋之甚而为血淋者，治法皆当以清热利湿为主。气淋和劳淋常属各种淋证的某个阶段，治疗时辨证用药的过程中多配合清热利湿之法。清热利湿法的代表方剂是八正散(《太平惠民和剂局方》)、五淋散(《太平惠民和剂局方》)等。现代医家在临床实践中又总结出大量的清热利湿的有效方剂。如：班秀文的土茯苓治淋汤（土茯苓、忍冬藤、玉米须、泽泻、车前草、通草），[1]叶景华的热淋验方（凤尾草、白花蛇舌草、鸭跖草，萹蓄、瞿麦、黄柏），[1]朱良春的清淋合剂（生地榆、生槐角、半枝莲、白花蛇舌草、大青叶、白槿花、飞滑石、生甘草），[1]杨友鹤的通调益淋汤（茯苓、泽泻、木瓜、防己、木通、琥珀粉、知母、滑石），[1]黄星垣的柴芩汤（柴胡、黄芩、石韦、广木香、葎草、车前草）[1]等等。也筛选出许多曾不被重视或不曾用以治淋的高效药物，如土茯苓、珍珠草、小叶凤尾草、白檀香、桉树叶等。清热利湿方药的开发和清热利湿法的正确应用，是临床提高淋证疗效的一个重要保证。清热利湿法实际贯串在各种淋证的整个治疗过程之中。

2.2.2.2 活血化瘀法 较多地运用在石淋的治疗中。当尿路结石在某一部位停留时间较长，特别是较大的结石，就不易被常规的清热利湿、通淋排石方药排下。由于结石的长期刺激，可引起局部充血、水肿、炎症、溃疡及粘连等病理变化，病人常有相应部位固定的酸胀、疼痛感。从中医的角度可理解为结石的停滞影响了局部的气血运行，造成气血运行不畅，滞涩瘀阻，不通则痛。所以采用活血化瘀法治疗较大的、停留时间较长的尿路

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

结石。近年来以活血化瘀法为主治疗石淋的大宗病例报道颇多，疗效均令人满意。但缺乏相应的对照观察。动物实验证明活血化瘀药物能改善微循环，有利于尿路的血供，对抗炎及输尿管的蠕动能发挥间接的作用，从而利于结石的活动，增加排石的机会。活血化瘀法治疗石淋有效是不容否定的，但选方用药还应以辨证的结果、病人的体质为依据，耗气破血之品应当慎用。

活血化瘀法还可广泛地应用在膏淋的治疗中。时振声体会：膏淋之治，重在活血。因为膏淋相当于乳糜尿合并感染，其病机为脾虚湿郁化热，湿热下注，气化不利，脂液失于约束。而气化不利必夹有瘀血。所以在治疗上，健脾清利、分清泄浊的同时，必须合用活血化瘀之品。方用当归芍药散(《金匮要略》) 加萆薢、石菖蒲、车前草；小便热痛可再加入知母、黄柏，小便涩痛可加牛膝、王不留行、通草。亦可用萆薢分清饮(《医学心悟》)，可再加入牛膝、王不留行、滑石、通草。[1]

气淋日久而见气滞血瘀，治需活血化瘀，血淋在清热通淋、凉血止血或滋阴清热、补虚止血的同时，亦应酌情佐以活血化瘀之品。使血止不留瘀。对活血化瘀法深入的研究和广泛的应用，是现代中医对淋证治疗的新发展。

2.2.2.3 疏肝通淋法 肝主疏泄，能疏泄三焦气机，与水道的通利密切相关。肝之经络抵少腹，绕阴器。肝郁气滞，则肝经不利，水道不畅，可见少腹坠胀，小便涩滞，茎中痛，表现以气淋为主；肝郁不舒，蕴结湿热而下注，则尿频尿急，淋漓涩痛，形成热淋；伤及血络，则见小便下血而成血淋；若肝经气血瘀滞与湿热胶固久灼，又可导致砂石淋；肝病及肾，可致精气不固、封藏失司、清浊不分而为膏淋。故淋证不离乎肝，辨诸淋不忘从肝论治，以疏肝通淋为常法。临证应用可在通淋剂中酌加疏肝平肝的柴胡、白芍；舒通肝络的丝瓜络、路路通、穿山甲等药。也可以四逆散(《伤寒论》) 酌加大黄、川楝子、牛膝、王不留行、香附、桔梗，再配合清利湿热或补虚之品。

胡翘武“温、濡、疏、泄、清，淋证皆从肝治”，[1]时振声“气滞调肝，重在通滞”以治淋，[1]龚志贤“和解少阳，疏化三焦，清热除湿，利尿止血”以治血淋，[1]以及彭履祥“益气升清，调肝解郁”治劳淋的经验，[1]都是疏肝通淋法的具体体现。

2.2.2.4 益气养阴解毒法 本法用于淋久气阴两虚的患者，是治劳淋的有效方法。劳淋多指西医学慢性泌尿系感染，发病率高，反复发作，缠绵难愈，部分病人最后导致肾功不全。近年来各种抗生素被广泛应用，虽然有较好的疗效，但大多限于近期疗效，复发率高。远期疗效多不理想。且由于耐药性的产生，本病的治愈率并无提高。前人认为本病多属脾肾两虚，用补中益气汤(《脾胃论》)、六味地黄丸(《小儿药证直诀》) 等治疗，虽有一定疗效，但大多限于症状的改善，对菌尿及尿常规的改善等尚不理想。张琪根据多年临证观察、体会，认为本病属虚实夹杂者居多。病机可概括为气阴两虚，膀胱湿热。气虚无力下达膀胱，影响州都之气化功能，同时，淋证日久耗伤阴液，合之成为气阴两虚为本，膀胱湿热不除为标。因此在治法上，必须以益气养阴为主，清利解毒为辅，标本兼顾。[1]

张琪拟制的益气解毒饮（黄芪 30g，党参 20g，石莲子 15g，麦冬 15g，茯苓 15g，车前子 15g，柴胡 15g，地骨皮 15g，甘草 15g，蒲公英 50g，白花蛇舌草 50g，白茅根 30g）在近年治疗的 262 例气阴两虚兼膀胱湿热的淋证患者中，有效率达 97.2%，治愈率达 80%，并且远期疗效达 80%以上。孙建实、于福年等人以益气养阴为主、兼以清热利湿

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

之法制成成药，经实验证明，能明显改善慢性尿路感染患者的免疫机能。[14]本法是治疗淋证的重要方法之一，值得进一步推广和研究。

2.2.2.5 补肾通淋法 临床上对各种淋证病久伤肾，表现为肾阴亏虚或肾阳不足者，均应补肾通淋，通补兼施。治劳淋属肾阴虚者，用六味地黄丸加车前子、银花藤；阴虚火旺者再加知母、黄柏；腰痛较著者，加续断、狗脊、桑寄生，肾阳虚者用金匮肾气丸(《金匮要略》) 加滑石、牛膝、车前子。治膏淋用六味地黄丸合金锁固精丸(《医方集解》) 少佐清利之品。治血淋属阴虚火旺者，用六味地黄丸加龟甲、阿胶、旱莲草、黄柏等；若属下元虚冷，则宜金匮肾气丸加汉椒根。治石淋，阴虚者用六味地黄丸合石韦散(《证治汇补》)，肾阳虚用济生肾气丸(《济生方》) 或《石室秘录》治石淋方（熟地、山茱萸、泽泻各三两，茯苓、苡仁、车前子、麦冬各五两，青盐一两，骨碎补二两，芡实八两，肉桂三钱为末，蜜丸，早晚白滚水吞下，各一两)。岳美中认为此方具有强肾化水作用，若遇肾气素虚或服苦寒清湿热之品过多而伤及阳分致结石不易排出者，服之有助于推动结石降下。于结石复发症，服此补肾之剂，亦当有益无害。[15]

近代医者对此法治疗尿路结石有较为深入的研究。研究发现：长时间的结石嵌顿引起肾积水，肾功能受之影响，此时病人常表现有不同程度的虚象，以畏寒、乏力，腰腿酸软等阳气虚的证候多见。邓学稼等人采取补肾的方法治疗结石嵌顿性肾积水症 18 例，结果显效 11 例，好转 5 例。大部分病人结石排出，静脉肾盂造影、同位素肾图、酚酞红排泄试验 3 项检查中，有 2 项以上恢复了正常。[16]孙品瑛等发现单用补肾法对于输尿管结石伴肾积水者，其疗效尚不理想，而用温肾利水法来治疗输尿管结石嵌顿性肾积水症 100 例。结果治愈（积水消失，同时结石排出）71 例，有效（积水改善，同时结石排出或结石下移超过 15cm）17 例，总有效率为 88%。治疗前后有同位素肾图对照者 92 例，治疗前有梗阻者 61 例，不完全梗阻 23 例，畅通 8 例，治疗后分别为 13 例、29 例、50 例；治疗前后有酚酞红排泄试验对照者 80 例，治疗前 15 分钟值 < 1 小时值者 61 例，15 分钟值 > 1 小时值者 19 例，治疗后分别为 21 例、59 例。3 种指标（包括静脉肾盂造影）治疗前后对比均有非常显著的差异。[17]张建国等经动物实验证明，温肾利水方药能改善肾间质炎症，增高肾盂内压力，加大肾盂和输尿管的蠕动频率和强度，从而有利于推动结石下移和肾积水的排除。[18]

诸淋的病因病机都与肾虚有着密切的关系。临床上补肾在淋证的治疗和防止复发中具有重要的意义。肾阴虚者，需清养滋补兼以通淋，使全方不寒不腻，不碍脾胃而能守方长治。肾阳虚者，需强肾补虚，温阳化湿为主。阴阳两虚者则需权衡阴阳多少，务使全方动静结合，切中病机。如此才能取得预期的疗效。

2.2.2.6 针灸疗法 针灸治疗淋证的研究主要集中在对尿路结石和乳糜尿的治疗及其取效机制的研究上。仇裕丰等人对 34 例疑为尿路结石而做静脉肾盂造影检查的病人进行了 X 线全程录相，连续观察针刺对输尿管的作用。结果表明，针刺能促进输尿管的蠕动频率。蠕动频率的增加主要是输尿管蠕动周期中舒张时间的缩短。针刺的这种作用主要体现在针刺操作时，且补法作用更为明显。[19]动物实验也发现电针刺激有明显增强狗输尿管蠕动的效应。结合尿路附近肌肉的收缩、抽动，起到挤压排石的作用。[20]陈映超针刺双侧三阴交、昆仑，观察到针刺对肾盂、输尿管蠕动具有双向调节作用。[21]陆士镛等观察到

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

针刺太溪、涌泉、飞扬、下巨虚，施泻法或补法，对输尿管的功能可产生双向调节作用。[22]大多数研究者是从针刺镇痛、针灸排石的取穴与施术方面进行临床研究。我们综合了1980年以来的70篇针灸治疗泌尿系结石的文献报道，所选用的穴位有52个，使用频率最高的穴位是肾俞穴，其次分别是三阴交、足三里、水道、京门、太溪、中极。其中以腰、腹、下肢经穴为主，如足太阳膀胱经的肾俞、膀胱俞、三焦俞，足阳明胃经的足三里、水道、归来，足太阴脾经的三阴交、大横、腹结，足少阴肾经的太溪、复溜、涌泉，足厥阴肝经的中封、蠡沟、太冲，足少阳胆经的京门、阳陵泉，任脉的中极、关元等。以俞募配穴法为多用。

朱汝功以针刺、灸法配合使用治疗乳糜尿26例，临床治愈20例，好转6例。[23]对治愈的20例于16年后随访12例，疗效维持10年以上者10例，15年以上者8例。原好转6例中，1例3年后小便转清，13年未发，5例维持原有疗效，偶有尿浊。[24]杨瑞春针刺治疗6例乳糜尿（其中1例乳糜血尿），显效2例，治愈4例（其中1例乳糜血尿）。[25]刘兆权用隔姜沾药灸法治疗乳糜尿13例（其中乳糜血尿4例），痊愈（5日内症状完全消失，尿检正常）11例，好转（症状基本消失，过劳或高脂饮食后，尿偶呈阳性）1例，无效1例。[26]诸家以针灸疗法治疗乳糜尿多取关元、中极、气海、三阴交、太溪、阴陵泉、三焦俞、心俞等穴，通过激发肾中阳气，增强三焦气化，而达到化浊固精的功效。辨证取穴是总的应用原则。

2.2.2.7 其它治法 近代医家在临床实践中对淋证的治疗积累了丰富的经验，提出了许多见解独到的治法。除上述常用的治法外，还有赵绍琴的治五淋九法，即：清利湿热，化石通淋；疏理气机，以通水道；培补中气，以畅水道；清湿热、凉血分以止溲红；育阴清热，和血止红；益气养血，保元止红；分利湿热，化浊通淋；益肾气、化湿邪以通水道；滋肾水、温命火以充下元。[27]李丹初的治劳淋三法：健脾除湿，解毒利尿；和胃养阴，淡渗和湿；补肾固本，解毒清利。[1]何汝湛以始用排泄疏利淋巴通路，终施补托促进生肌敛疮法治乳糜尿。[1]还有遵义医学院急腹症研究小组的“总攻”排石法。[28]以及耳压疗法、穴位注射法、针药兼施法等等。这些疗法或单独使用，或交替、结合使用，都能在不同程度上提高淋证的治疗效果。

2.3 用药规律研究

历代医家在大量的实践中创立了许多治疗淋证的有效方剂，归纳出大量治淋的药物，其中的大部分至今仍在临床实践中继续运用。近代医家在临床实践和研究中，不但沿用古人的成功经验，还充分结合现代研究的成果，总结出更多的方剂和药物。大量协定方、自拟方、单方治疗淋证有效的报道不可胜数。本篇根据临床资料和有关专科医籍报道，将以当代著名中医为主的近代医家治疗淋证的用药规律简述如下。

2.3.1 辨证用药规律

清热利湿药：车前子、木通、萹蓄、萆薢、瞿麦、滑石、冬葵子、珍珠草、小叶凤尾草、淡竹叶、薏苡仁、泽泻、通草、冬瓜皮、茵陈蒿、灯心草、地肤子、石韦、土茯苓、防己、荠菜、穭豆衣、酢浆草、龙葵、飞廉。

清热解毒药：白花蛇舌草、土茯苓、鸭跖草、泽漆、蒲公英、栀子、大黄、连翘、黄

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

柏、黄芩、忍冬藤、金银花、黄连、马齿苋、败酱草、半枝莲、桉叶、夏枯草、紫花地丁、虎杖、板蓝根、贯众、生甘草、赤小豆、红藤、白头翁。

活血化瘀药：当归、赤芍、川芎、桃仁、红花、血竭、苏木、乳香、没药、三棱、莪术、泽兰叶、益母草、瓦楞子、王不留行、穿山甲、五灵脂、生蒲黄、琥珀。

凉血止血药：生地黄、牡丹皮、白薇、旱莲草、白茅根、小蓟、荠菜花、大蓟、紫草、玄参、侧柏叶、地榆、茜草根、藕节、葵花根、芭蕉根、乌藏莓、仙鹤草。

健脾益气药：党参、扁豆、白术、茯苓、山药、黄芪、炙甘草、莲子。

调气理滞药：柴胡、白芍、郁金、香附、沉香、木香、乌药、姜黄、佩兰、陈皮、枳实、厚朴、路路通、白芷（醋浸）、青皮、槟榔。

回阳祛寒药：附子、干姜、肉桂、蜀椒、小茴香、益智仁、狗脊、巴戟、细辛、杜仲、续断、仙茅、淫羊藿、胡桃肉、沙苑子、菟丝子、汉椒根。

滋肾护阴药：熟地、山茱萸、沙参、麦冬、石斛、玉竹、芦根。

2.3.2 辨病用药规律

控制感染：紫花地丁、金线重楼、鱼腥草、连翘、蒲公英、败酱草、苦参、黄芩、黄柏、白檀香、桉树叶、葎草、银花、丹参、赤芍、鬼针草。

化石排石：金钱草、鸡内金、海金砂、鱼脑石，芒硝、青盐、滑石、石韦、砂仁、川牛膝、王不留行、牛角粉、鳖甲、冬葵子、瞿麦、硼砂、硝石、苍术、蝼蛄、威灵仙、猫须草、地锦草。

防止结石复发：金钱草、柳树叶、大麦杆、玉米须（根，叶）。

解除痉挛：地龙、蜈蚣、甘松、槟榔。

消乳糜尿：飞廉、泽漆、苦参、贯众炭、射干、玉米须、片菜根、水蜈蚣、向日葵茎心、白颖苔草（小虫麦）。

目前，一批新型的中成药，如“三金片”等，也广泛地用于淋证的治疗。这些新药的产生无疑是广大医务者和有关科研单位共同努力的结果，是当今中医对淋证治疗与研究的新发展。但目前缺乏与此相关的资料报道，所以本篇对此类新药的应用及研究不作论述。

3 实验研究

近代中医对淋证的治疗有所发展，在一定程度上是依靠实验研究的推动。其中重点是发病机理与疗效机理的研究。

3.1 发病机理的研究

有一定数量的致病菌进入泌尿道，就能导致尿路感染，这是传统的概念。其后发展起来的两种概念一种认为在人的正常尿路上皮细胞表面有一层保护层，当保护层受到损害后，便可形成感染；另一种认为，只有当尿路上皮细胞上有相应受体的细菌进入泌尿道后，感染才能形成。[29]国内有学者对此病进行了免疫学研究。如孙建实等应用单克隆抗体，放射免疫分析等技术，测定了反复发作性尿路感染缓解期病人的外周 T 淋巴细胞亚群，血清 Ig、尿 SIgA 等，证明免疫机能低下是本病反复发作的易感因素之一。且缓解期存在的病理变化与本病感染的发作是相互联系，互为因果的，是同一疾病的两个阶

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

段。[14,30,31]张介玉等用单克隆抗体和间接免疫荧光技术，对30例慢性肾盂肾炎患者和36例健康志愿者外周血T细胞亚群的检测发现，慢性肾盂肾炎患者存在着细胞介导免疫功能紊乱。认为外周血CD_4/CD_8比例降低是肾功能正常的慢性肾盂肾炎患者免疫学改变的一个标志，可能与疾病复发有关。[32]

随着活血化瘀理论的深入研究和应用领域的不断扩大，目前许多医家认为，肾盂肾炎的局部炎症的充血、肿胀、渗出，弥漫性间质浸润，肾血管的硬化，免疫复合物的沉着以及晚期肾内纤维化疤痕形成等病理现象属于中医理论中“瘀滞”的范畴。临床实践证明，采用活血化瘀的药物治疗，不仅有增强抗菌消炎的作用，而且可以增加肾脏的血流量，改善病变部位的微循环障碍和局部营养状况，从而有助于病变的恢复。

有关乳糜尿的研究表明，湿热证患者血浆组胺浓度增高，足背淋巴管内压增高，甲皱微循环障碍，血浆比粘度增高。[33]

对中医各种淋证及其不同分型的机理研究还很不全面，也有着相当的难度。但对于相关疾病的研究，无疑是对淋证认识的补充。我们应当充分吸收这些研究的成果，正确地用于指导临床。

3.2 治法疗效机理的研究

一些学者为了阐明中医关于尿路感染、尿路结石、乳糜尿等疾病的疗效机理，进行了大量的实验研究，取得了很大的进展。兹就几种常见治法疗效机理的研究情况作一介绍。

3.2.1 清热利湿法疗效机理的研究

孙大锡等人通过实验表明，八正散治疗急性尿路感染不是通过抑菌或杀菌作用实现的。[34]引起尿路感染的大肠杆菌具有P菌毛，能特异地识别和结合于人尿道上皮细胞和P型红细胞表面的受体而引起粘附、定居、繁殖和致病作用。具有P菌毛的尿道致病性大肠杆菌（UEC）经五苓散、麻黄汤处理后，血凝类型和方式均未发生改变，而经八正散处理后，血凝现象消失，粘附到尿道上皮的细菌数量明显减少，与对照组相比减少95%（$P<0.001$），表明八正散能抑制UEC的P菌毛表达，使其血凝作用消失，粘附尿道上皮细胞的能力被抑制，UEC不能实现粘附，便会随着尿流的清洗和尿道的蠕动被排出体外。张建国等报道，肾结石伴肾积水的大白鼠经清热利湿方药治疗后，患侧肾脏中多巴胺含量增多，肾小管排钠作用增强而引起利尿，由于输尿管的尿流量增多及近侧流体静脉压上升，间接地引起输尿管蠕动增强而促进尿石排出。[18]郑太坤等报道，车前子不仅增加水分的排泄，而尿素、氯化钠及尿酸等的排泄也同时增加，车前草并能增加毛细血管的抗炎活性。[35]有实验测得五淋散对人、兔均有明显的利尿作用。可使健康人尿量及排钠量增加，也使家兔尿量增加。[36]林茂樟给狗灌注金钱草后，输尿管蠕动和尿流量都逐渐增大，40～50分钟达最高值。面瞿麦只有后一种效应。[37]从目前的研究结果来看，大多数清热利湿药有利尿作用，由此间接地引起输尿管蠕动增强又能促进排石。但也有实验测得某些清热利湿药只有增强输尿管蠕动而无利尿作用。并非所有清热利湿药都能引起输尿管动作电位的变化。如给狗静注人金钱草、车前草、海金沙单味制剂后1～3分钟，均可引起输尿管腔内蠕动压力短期(15～70秒）紧张性压力和长期（70秒以上）紧张性压力增高，输尿管

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

蠕动频率增加。此外，金钱草、车前草有明显的利尿作用，而海金沙则无此作用。

3.2.2 活血化瘀法疗效机理的研究

动物实验证明活血化瘀药能改善微循环，降低毛细血管通透性，对各期炎症均有明显的抗炎作用，特别是对第3期增殖性炎症有显著的抑制作用，能促使输尿管蠕动频率、波幅增大。以上作用有利于松解因结石刺激局部充血、水肿、炎症而致的粘连，有利于结石的活动，能增加停留时间较长的较大结石的排石机会。如川牛膝给药后14分钟能使狗输尿管蠕动明显增强，70分钟时蠕动仍持续在较高水平。而尿流量在给药后30分钟才显著增加。[37]红花黄色素对大鼠甲醛性足肿胀及棉球肉芽肿均有抑制作用，并能抑制组织胺性毛细血管通透性增加。[38]。刘猷枋等制活血化瘀作用的尿石合剂尚能抑制乙二醇、L-羟脯胺形成草酸钙结石，并减少肾积水的形成，还对硝酸铀引起的大白鼠肾小管萎缩和肾纤维组织增生有抑制作用。[39]

3.2.3 温肾利水法

张建国等用大鼠输尿管不完全结扎法肾积水模型发现，温肾利水药能明显提高患侧积水肾cAMP含量，双侧肾脏去甲肾上腺素均有更为显著的升高，多巴胺无明显变化。结果表明，温肾利水药能够使肾脏组织中去甲肾上腺素含量升高，作用位于肾小盏、大盏、肾盂与输尿管连接处的α受体，使之兴奋而引起平滑肌收缩，肾盂内压力增高，患侧肾中cAMP升高，间接地反映了位于输尿管中β受体的兴奋，有利于输尿管平滑肌松弛。这样，自上而下的一缩一张，通过增加肾盂内的正向压力，加大了肾盂和输尿管的蠕动频率和强度，有利于推动结石下移和肾积水的排除。[18]

3.2.4 益气养阴法

于福年、孙建实等人发现，益气养阴药物可使缓解期慢性尿路感染病人低于正常的血清IgG、IgM、C_3和尿SIgA升至正常范围，提高患者免疫功能，尤其是尿路局部的免疫功能，从而治愈或控制慢性尿路感染。[14,30]

3.2.5 针灸疗法

大多数资料报道显示：针刺可使输尿管蠕动增强和尿量增多是其促进排石的机制之一。邓春雷通过实验观察到，针刺膀胱俞、曲骨、次髎等穴可引起平静状态的膀胱收缩（内压上升6～12cm H_2O），或使节律收缩的膀胱收缩加强。由于膀胱内压力增强，从肾、输尿管排至膀胱的结石及膀胱结石较易排出体外。[40]

【古训今释】

1 病名溯源

1.1 涵　义

淋证是指小便频数短涩，滴沥刺痛，欲出未尽，小腹拘急，或痛引腰腹的病证。

古代，淋证亦名淋闭、淋秘、诸淋、五淋，简称淋。根据其临床表现的不同，又有各种淋的名称，如热淋、血淋、气淋、石淋（砂淋）、膏淋、劳淋等。若起病急骤者，名曰

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

卒淋，或称暴淋。妇人妊娠、产后患淋者，称子淋、产后淋。老年人罹患淋者，称老人淋、老淋。

1.2 历史沿革

淋之名称，始见于《内经》。《素问·六元正纪大论》云："二之气，阳气布，风乃行，春气以正，万物应荣，寒气时至，民乃和，其病淋。"又云："热至则生热，吐下霍乱，痈疽疮疡，瞀郁汗下……淋闷之病生矣。"《金匮要略·五脏风寒积聚病脉证并治》提出："热在下焦者，则尿血，亦令淋秘不通。"这里所说的"淋秘"，也就是《素问》中的"淋闷"。《金匮要略·消渴小便不利淋病脉证并治》还对本病的症状作了描述："淋之为病，小便如粟状，小腹弦急，痛引脐中"。说明淋病是以小便不爽，尿道刺痛为主证。

汉代《中藏经》已认识到淋证是属于一种全身性的病证，诸如"五脏不通、六腑不和、三焦痞涩、营卫耗失"等均可导致淋证，又根据其临床表现不同，提出了淋有冷、热、气、劳、膏、砂、虚、实8种，乃为淋证临床分类的雏形。其中对热淋、气淋、膏淋、砂淋的临床特征和成因描述，颇为详细，如《中藏经·论淋沥小便不利》对砂淋的记载是："砂淋者，腹脐中隐痛，小便难，其痛不可忍，须臾，从小便中下如砂石之类，有大者如皂子，或赤或白，色泽不定"，乃由"虚伤真气，邪热渐强，结聚而成砂。又如以水煮盐，火大水少，盐渐成石之类"。

隋代巢元方《诸病源候论》把淋证分为石、劳、气、血、膏、寒、热7种淋，而以"诸淋"统之，并在《淋病诸候》中进一步提出："诸淋者，由肾虚而膀胱热也"，从而明确了淋病的病位在肾与膀胱。又说："肾虚则小便数，膀胱热则水下涩，数而且涩，则淋沥不宣，故谓之淋。"这种以肾虚为本、膀胱热为标的淋证病机分析，一直为后世多数医家所采纳，成为淋证的主要病机理论。巢氏在归纳了"肾虚而膀胱热"这一淋证所共有的病机时，又对各种不同淋证的病机特性进行了探讨，如说："气淋者，肾虚膀胱热气胀所为也"；"石淋者，肾主水，水结则化为石，故肾客砂石，肾虚为热所乘"；"热淋者，三焦有热，气搏于肾、流于胞内成淋也"；"膏淋者，……亦曰肉淋，此肾虚不能制于肥液"；"劳淋者，谓劳伤肾气而生热成淋也。"对病机的分析，既注重共性，又强调个性，为临床治疗不同淋证提供了理论依据。此外，《诸病源候论》中还有"宿病淋，今得热而发者"的论述，已认识到淋证有复发的情况存在。巢氏对淋证的病机有如此深刻的认识，无疑是取决于对诸淋各自特点的把握与分析。也正是由于这个原因，使他对诸淋的分类命名基本详尽并被后世医家沿袭使用。

唐代孙思邈的《备急千金要方》提出"五淋"之名。王焘的《外台秘要》具体指明五淋的内容："集验论五淋者，石淋、气淋、膏淋、劳淋、热淋也。"五淋之名，后世多相袭沿用，但一般分为气、血、石、膏、劳5种。如宋代严用和《济生方·淋利论治》说："淋之为病，种凡有五，气、石、血、膏、劳是也。"上述两种五淋所指内容的差异在于血淋、热淋的有无，究其原因，乃基于《诸病源候论·诸淋病候》的"血淋者，是热淋之甚者"这一观点，即热淋与血淋同属一类，只有程度的轻重不同，但按之临床实际，二者的病机和治法方药却不尽相同，且热淋与血淋均属常见，故后世乃至当今所言之淋证，多分为气淋、血淋、热淋、膏淋、石淋、劳淋6种。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

宋代陈无择《三因极一病证方论·淋闭叙论》说："淋，古谓之癃，名称不同也。癃者，罢也；淋者，滴也。今名虽俗，于义为得"，"治淋大率有五：曰冷、曰热、曰膏、曰血、曰石。"可见古代医家亦有称"淋"为"癃"的。但多数医家均以"癃"为另一病证，从而逐渐在概念上形成定论，将"淋"与"癃"严格区分开，故至今"癃"已不再是淋证的一种名称了。而陈氏所言的"冷淋"，就是《诸病源候论》中的"寒淋"。

金元至明清时期，诸医家对淋证的认识更趋完备，但其论述均重于病因病机，病证发展规律及治法方药，对于诸淋的名称则再无歧义。

2 证候与病象

2.1 主　　症

汉代张仲景《金匮要略·消渴小便不利淋病脉证并治》指出："淋之为病，小便如粟状，小腹弦急，痛引脐中。"唐代王焘《外台秘要·诸淋》又说："其状小便出少起数，小腹弦急，痛引于脐。"明代李梴《医学入门·淋》进一步描述："淋小便涩痛，欲去不去，不去又来，滴滴不断。"明代张介宾《景岳全书·杂证谟·淋浊》中则说："淋之为病，小便痛涩滴沥、欲去不去，欲止不止者是也。"可见淋证是以小便频数短涩，滴沥刺痛，欲出未尽，小腹拘急，或痛引脐中为主证的。

2.2 兼　　症

每种淋证在具有由膀胱气化失司而导致的共同主症的同时，又有着各自不同的病机和相应的发展变化规律，从而产生了诸淋各具特征的兼症。这些兼症是临床中辨证施治的重要依据，因而历代医家对此论述颇为详尽。

巢元方《诸病源候论·淋病诸候》论曰："热淋者，……其状小便赤涩"；"石淋者，淋而出石也，……其病之状，小便则茎里痛，尿不能卒出，痛引少腹，膀胱里急，沙石从小便道出，甚者塞痛令闷绝"；"膏淋者，淋而有肥，状似膏，故谓之膏淋，亦曰肉淋"；"血淋者，是热淋之甚者，则尿血，谓之血淋"；"寒淋者，其病状先寒战然后尿是也"；"劳淋者，……其状尿留茎内，数起不出，引小腹痛，小便不利，劳倦即发"；"气淋者，……其状膀胱小便皆满，尿涩常有余沥是也，亦曰气癃。诊其少阴脉数者，男子则气淋"。巢氏对诸淋的表现观察比较细致，但其对各种淋证的兼证描述仍不够详尽。我们可以结合后世医家的论述作以下分析：

2.2.1 石淋兼症

清代张璐《张氏医通·大小府门·淋》："石淋者，脐腹隐痛，小便难，痛不可忍，溲如砂石，或黄赤，或浑浊，色泽不定，……涩痛甚者，为膀胱蓄血。"论述了石淋的主要兼症为尿中夹有砂石，小便艰涩，尿痛明显，重不可忍，甚或尿中带血。此皆为湿热煎熬尿液，结为砂石，阻塞尿道乃至损伤血络而致。李梴《医学入门·淋》曰："石淋则溺有砂石，茎强痛甚"。说明了石淋还有阴茎疼痛，搏起痛甚的情况，亦为其兼症的一种。而明·虞抟《医学正传·淋闭》说的"石淋，小便时沙石下流，塞其水道，痛不可忍，经及时日，水道不通"，则是指小便艰涩疼痛有时伴发排尿突然中断。这也是石淋所特有的一个

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

重要兼症。石淋多属实证，病久者伤及阴液或耗伤正气可兼见腰酸隐痛、手足心热等阴虚内热之征或面色少华、精神萎顿、少气乏力等气虚之象。

2.2.2 膏淋兼症

清代沈金鳌《杂病源流犀烛·五淋二浊》："膏淋者，似淋非淋，小便如米泔，如鼻涕，……欲出不快而痛也。"张璐《张氏医通·大小府门·淋》："膏淋者，俨若脂膏，或便中有如蜒蚰之状"。可见膏淋的主要兼症即小便浑浊如米泔水或滑腻如脂膏，有时可尿出结成块的物质。李梴《医学入门·淋》中又说："膏淋者，血淋如膏"，说明了膏淋有尿中带血的情况。当综合病因、病史、全身症状，详细辨证，不可与血淋相混。临床上膏淋有虚实之分。实证如清代何梦瑶《医碥·淋》所言："膏淋，湿热伤气分，水液浑浊，如膏如涕如米泔"，即膏淋实证可兼见尿道热涩疼痛，舌红、苔黄腻、脉濡数等湿热征象。虚证即张璐《张氏医通·大小府门·淋》中所说的："膏淋……如不甚痛者，须固涩其精，慎勿误与通利。"膏淋虚证多由肾虚下元不固，淋出如脂，涩痛反见减轻为其兼证特点。亦有脾虚湿浊内阻，清阳不升者，其症为尿如米泔而兼见头昏乏力等气虚之征。

2.2.3 血淋兼症

宋代严用和《济生方·淋利》："血淋为病，热即发，甚则血尿，候其鼻头色黄者，小便难也。"元代朱震亨《丹溪心法·淋》："痛者为血淋，不痛者为尿血。"这说明了血淋的兼症是尿中带血，然必须在具备淋证主症（尿频、尿涩、尿痛等）的前提下有此症方为血淋，否则即为尿血矣。这同时也说明了主症与兼症的关系。《张氏医通·大小府门·淋》中说："血淋者，虽主实主血而与小肠为表里，然须看血色分冷热，色鲜紫者，为小肠实热……若色瘀淡者，属肾与膀胱虚冷。"张氏此说与朱震亨《丹溪心法·淋》中"色鲜者，心、小肠实热；色瘀者，肾、膀胱虚冷"的观点相同，说的都是血淋分虚实二型。实者兼见心烦、舌尖红、苔黄、脉数等实热之象；虚者尿色淡红，尿痛涩滞不甚显著而兼有腰酸膝软、神疲乏力等脾肾亏虚之征。

2.2.4 气淋兼症

宋代严用和《济生方·淋利》："气淋为病，小便涩，常有余沥"。张璐《张氏医通·大小府门·淋》："气淋者，气化不及州都，胞中气胀，小腹满坚，溺有余沥。"此皆言气淋之实证。明代李中梓《医宗必读·淋证》说："气淋有虚实之分"。沈金鳌《杂病源流犀烛·五淋二浊》进一步说："气淋者，气实则滞而不通，脐下妨闷而痛也，宜沉香散、瞿麦汤，或由气虚，急须补益，宜八珍汤倍茯苓，加牛膝、杜仲。"这些论述明确地指出了气淋无论虚实，均兼见少腹满痛坠胀甚，小便涩滞明显或余沥不尽。实证是由于肝郁气滞，厥阴肝经循少腹循行，肝失条达，气机不畅，不通则痛以及气机郁结，膀胱气化不利所致。临床多同时兼见肝郁之征。虚证是由于病久不愈或过用苦寒疏利之品，耗伤中气，气虚下陷不能摄纳所致。常可兼见气血亏虚之象。

2.2.5 热淋兼症

清代张璐《张氏医通·大小府门·淋》中说："热淋者，心肺蕴热，不能滋其化源，小便赤涩如血而少，烦渴引饮者导赤散加黄芩；躁热不渴者，滋肾丸。……小便艰涩如淋，短而不作痛者，虚也。"明代李梴《医学入门·淋》中则说："热淋者，暴淋痛甚，八正散或五苓散合败毒散……急痛者六一散二钱加木香、槟榔……"。可见热淋的主要兼证有尿色

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

黄赤，小便短涩，灼热刺痛，但其病来势迅猛，邪热炽盛者，又有热毒弥漫之变证。故临床又可见寒热起伏、口苦、呕恶等湿热内蕴、正邪相争之症。热淋多为实证，有湿热蕴久伤阴者，亦可兼见阴虚之征。

2.2.6 劳淋兼症

李梴《医学入门·淋》："劳淋者，痛引气冲，遇劳则发，痛坠及阴"。《张氏医通，大小府门·淋》谓："劳淋者，遇劳即发，小便淋沥不绝，如水滴沥而不断。"都是说劳淋突出的特点是遇劳即发，表现为小便淋沥不已或伴有小腹坠胀。劳淋皆是虚证，但有脾虚、肾虚之不同。如李中梓《医宗必读·淋证》所言："劳淋：有脾劳、肾劳之分，多思多虑，负重运行，应酬分扰，劳于脾也，宜补中益气汤，与五苓散分进；专因思虑者，归脾汤。劳强力人房，或施泄无度，劳于肾也，宜生地黄丸，或黄芪汤；肾虚而寒者，金匮肾气丸。"以方测症，我们可知劳淋有脾虚气陷者兼见少腹坠胀，有心脾两虚者兼见心悸气短、失眠多梦、神疲乏力，有肾阴亏虚者兼见面色潮红，五心烦热等症，又有肾阳虚衰者兼见面色少华、畏寒怯冷、四肢欠温等症。除此以外，临床中尚有一种心劳淋，乃由思虑劳心过度，心营暗耗，虚火上炎，不能下交于肾所致。症见小便滴涩，小腹微胀，心悸短气，失眠多梦，口干，咽燥，舌尖红，苔薄白，脉细数。

3 病因病机学说

3.1 病　　因

淋证的病因，可分为外感与内伤两大类，其中以内伤为主。

3.1.1 外感淋证

清代陈士铎《辨证录》说："人有春夏之间，或遭风雨之侵肤，或遇暑气迫体，上热下湿，交蒸郁闷，遂至成淋。"指的是由皮毛侵入的外邪郁蒸而酿成湿热，然后下注膀胱而发病。结合现代的认识，邪由外感者，多因下阴不洁，秽浊之邪上犯膀胱所致。由于古人多囿于外感者不过"六淫"，并且认识条件有限，因而没有认识到下阴不洁之物上犯膀胱而致淋的情况。但"风雨侵肤"，"暑气迫体"其实也包括了这种情况，所以在此统认为外感。

3.1.2 内伤淋证

沈金鳌《杂病源流犀烛·五淋二浊》中说："而究其原，则皆由阴阳乖舛，清浊相干，或由膀胱蓄热，水道瘀塞，所以欲通不通，滴沥涩痛，为溺窍病也。"指淋证的病因总的来说是由"阴阳乖舛，清浊相干"，所致"水道瘀塞"，膀胱气化不利。究其具体原因，多由情志所伤，饮食所伤或久虚、劳倦过度所致。

3.1.2.1 情志所伤 《医宗必读·淋证》"多思多虑……应酬分扰，劳于脾也"之说，指的是思虑过度伤脾。《医学入门·淋》"内因七情心肾气郁，小肠膀胱不利，或忿怒房劳忍溺……干于肺经，挺孔郁结，初则热淋血淋，久则火烁为砂石淋"的论述，统概了七情所伤的情况，但着重强调了忿怒伤肝这一病因。

3.1.2.2 饮食所伤 《外台秘要·诸淋》曰："若饮食不节，喜怒不时，虚实不调，则脏腑不和，致肾气虚而膀胱热也"，提出了"饮食不节"是诸淋的病因之一。《医学正传·

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

淋闭》作了更为具体的论述："原其为病之由，皆膏粱之味，湿热之物，或烧酒炙肉之类，郁遏成痰，以致脾土受害乏力，不能运化精微，清浊相混，故使肺金无助，而水道不清，渐成淋闭之候。"恣食辛热肥甘之品，或嗜酒太过，最易酿成湿热，所以节饮食在淋证的预防、治疗和康复过程中始终具有重要意义。要严防饮食所伤。

3.1.2.3 劳倦过度

《济生方·淋利》："人之有生，将理失宜，役用过度，劳伤肾经，肾脏有热，热留膀胱，流入脬脏，遂成淋病。"明确指出了劳役过度的病因。并将此病因引致淋证的病机归结为《诸病源候论》所说的"肾虚膀胱热"。这种认识因其符合临床实际而被后世医家所沿袭。《医宗必读·淋证》又说："劳淋：有脾劳、肾劳之分……若强力入房，或施泄无度，劳于肾也，宜生地黄丸，或黄芪汤；肾虚而寒者，金匮肾气丸。"论述了房劳过度，损伤肾阴或肾阳的病因及治法。

上述病因可以单独作用而发生淋证，也可以同时作用于人体或结合其它诱因作用于人体而发病。如《医学正传·淋闭》："或谓用心太过，房劳无节，以致心肾不交，水火无制，清阳不升，浊阴不降，而成天地不交之否。"说的就是思虑耗伤心血与房劳伤肾同时发生作用而致心肾不交、水火不济形成淋证的情况。《证治准绳·杂病·淋》所说的："更有人服金石药者，入房太甚，败精流入胞中，及饮食痰积渗入者则皆成淋"，指的是服药养生之法不当又因房劳而致败精流入胞中与尿同出的膏淋，以及食积、痰积蕴结生湿化热而致的热淋。《医学入门·淋》中有："淋皆属热，间有冷者……初则热淋血淋，久则火烁为砂石淋"之论，说明病久一种淋证可转化为另一种淋证。清代程国彭《医学心悟·热淋》又有："老年人阴已痿而思色以降其精，则精不出而内败，以致大小便牵痛如淋……淋症多端，未可执一而论也。"《杂病源流犀烛·五淋 二浊》："又有妇人产后成诸淋者，宜白茅汤，不论膏石淋皆治。"这些论述说明病久、体虚乃是发病的内因，各种病因作用于易感淋证的体质，无论是一种病因，还是几种病因相杂而至，均可引起某种淋证，"未可执一而论也。"关键在于审证求因，分清标本。如此才能"知犯何逆，随证治之"。

3.2 病 机

根据历代医家的论述，结合临床之实际，淋证的病机可归纳为如下几点：

3.2.1 湿热蕴结

《素问·至真要大论》："太阳之胜，……隐曲不利，互引阴股。……诸转反戾，水液浑浊，皆属于热。"《金匮要略·五脏风寒积聚病脉证并治》："病热在下焦者，则尿血，亦令淋秘不通。"《诸病源候论·淋病诸候》："诸淋者，由肾虚而膀胱热故也。膀胱津液之腑，热则津液内溢而流于睾，水道不通，水不上不下，停积于胞，肾虚则小便数，膀胱热则下水涩，数而且涩，则淋沥不宣。"这些论述均偏重于热蕴下焦而没有指出热蕴多兼夹湿。王肯堂《证治准绳·杂病·淋》则进一步阐发了这一病机，他说："予尝思之淋病必由热甚生湿，湿生则水液浑，凝结而为淋。"《医学入门·淋》也明确提出："淋皆属热，间有冷者，外因当风取凉冒暑，湿热郁滞胞内，痿痹神不应用。内因……酒肉湿热下流膀胱。"

湿热蕴结是淋证最常见的病机。其致病可由热搏于肾，流入于胞而致小便灼热刺痛，形成热淋；亦可由湿热蕴于膀胱，灼伤阴络，迫血妄行而致小便涩痛有血，形成血淋实

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

证；还可由湿热久蕴，煎熬尿液，形成砂石而为石淋；又可由湿热稽留，阻滞脉络，脂液不循常道，渗于膀胱与尿液相混，形成膏淋实证。

3.2.2 脾肾亏虚

《灵枢·口问》“中气不足，溲便为之变”所指的病变即包括脾虚中气下陷而形成的淋证。《诸病源候论·淋病诸候》“膏淋者，……此肾虚不能制于肥液，故与小便俱出也”指的是肾虚封藏失司而形成的膏淋。《医学正传·淋闭》所言：“……脾土受害乏力，不能运化精微，清浊相混，故使肺金无助，而水道不清，渐成淋闭之候”是说脾虚土不生金，肺通调水道之功受损，脾肺皆虚但以脾虚为本。《景岳全书·杂证谟·淋浊》“但有久服寒凉而不愈者，又有淋久不止及痛涩皆去，而膏液不已，淋如白浊者，此惟中气下陷及命门不固之证也”之论，也明确提出了淋证有脾肾亏虚之机。

脾肾亏虚之淋证亦属多见，有脾虚中气不足，气虚下陷形成气淋者；有脾虚不能统血，血随尿出形成血淋者；有肾阴不足，虚火扰络，络伤血溢之血淋；有肾气虚衰，固摄无权，不能制约脂液而致膏淋以及久虚遇劳即发的劳淋。总之，淋证之虚者多属脾肾。

3.2.3 气血郁滞

明代戴思恭《证治要诀·淋闭》曰：“气淋，气郁所致”。明代李梴《医学入门·淋》又说：“……内因七情心肾气郁，小肠膀胱不利，或忿怒房劳忍溺……”，都注意到了“气郁”这一病机。肝主疏泄气机，“忿怒”伤肝，肝失疏泄则气滞不宜，气郁化火，火气郁于下焦则膀胱气化失司，从而可导致气淋实证的发生。气郁不能帅血则又可病及血分。

4 治则治法

4.1 治　则

《丹溪心法·淋》中说：“执剂之法，并用流行滞气，疏利小便，清解邪热。其于调平心火，又主者之纲领焉，心清则小便自利，心平则血不妄行。”《景岳全书·杂证谟·淋浊》则说：“凡热者宜清，涩者宜利，下陷者宜升提，虚者宜补，阳气不固者宜温补命门。”可见丹溪所指为实热证之治则，景岳所述则相当全面。徐大椿评《临证指南医案·淋浊》又指出：“治淋之法，有通有塞，要当分类，有瘀血积塞住溺管者，宜先通；无瘀积而虚滑者，宜峻补。”进一步具体了相关的治则。我们可以总结出：实则清利，虚则补益，是治疗淋证的基本原则。实证以膀胱湿热为主者，治宜清热利湿；以热灼血络为主者，治宜凉血止血；以砂石结聚为主者，治宜通淋排石；以气滞不利为主者，治宜利气疏导；虚证以脾虚为主者，治宜健脾益气；以肾虚为主者，治宜补虚益肾。

淋证的治法，古有忌汗、忌补之说，如《金匮要略·消渴小便不利淋病脉证并治》说：“淋家不可发汗”，《丹溪心法·淋》说：“最不可用补气之药，气得补而愈胀，血得补而愈涩，热得补而愈盛。”按之临床实际，未必都是如此。淋证往往有畏寒发热，此并非外邪袭表，而是湿热熏蒸，邪正相搏所致，发汗解表，自非所宜。因淋证多属膀胱有热，阴液常偏不足，而辛散发表，用之不当，不仅不能退热，反有劫伤营阴之弊。若淋证确由外感诱发，或淋家新感外邪，症见恶寒，发热，鼻塞流涕，咳嗽、咽痛者，仍可适当配合运用辛凉解表发汗之剂。因淋证为膀胱有热，阴液不足，即使感受寒邪，亦容易化热，故避免

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

辛温之品。至于淋证忌补之说，是指实热之证而言，诸如脾虚中气下陷、肾虚下元不固，自当运用健脾益气、补肾固涩等法治之，不必有所禁忌。

4.2 治 法

历代医家对诸淋的证治有着详尽的论述。如清代尤在泾在《金匮翼·诸淋》中提出："散热利小便，只能治热淋、血淋。其膏沙石淋，必须开郁行气，破血滋阴"；《医学入门·淋》中说："治膏淋，石淋，郁金、琥珀开郁，青皮、木香行气，蒲黄、牛膝破血，黄柏、生地滋阴。"我们可以从中总结出淋证的主要治法如下：

4.2.1 祛湿热法

《丹溪心法·淋》曰："淋有五，皆属于热。解热利小便，山栀子之类"，指明了治淋的清热利湿之法，通过利小便使热随湿去。《证治要诀·淋闭》说："有淋病，下诸通便剂愈"，指出可通过通利二便使湿热之邪外出。《景岳全书·杂证谟·淋浊》的论述更加具体："论治：热蓄膀胱，溺赤热甚而或痛或涩者，必当专去其火，宜先用抽薪饮、大分清饮、七正散之类主之。若小水不利，而烦热难解者，惟绿豆饮为最妙。若兼大便燥结者，宜八正散主之。若微热不甚，或热势稍退者，宜加减一阴煎，或导赤散、火府丹、清心莲子饮之类主之。若小水不利者，宜清肺饮子主之。"《杂病源流犀烛·五淋二浊》说："……石淋者，膀胱蓄热积成，……治须清积热，涤去砂石，则水道自利，宜如圣散、神效琥珀散"。"又有湿痰日久，汪渗而成淋病者，宜渗湿汤加减"。这些论述说明，祛湿热之法中，又有偏重于泻火、偏重于清热、偏重于去石、偏重于祛湿以及偏重于养阴等等不同之法。临床时需详细辨证，区别用之。

4.2.2 补脾肾法

淋证日久或体虚之人患淋而致脾肾亏虚者，有偏于脾虚和偏于肾虚之不同，故补益之法亦有补脾与补肾之区别。久虚不摄，膏脂滑脱者又当重在固涩。所以临床上使用补法具体分为以下 3 种：

4.2.2.1 补脾之法 《医宗必读·淋证》："有脾劳……专因思虑者，归脾汤。"《证治汇补·淋病》："又有积久淋病，用前法不效者，以补中益气汤升提阳气"。这种补脾重益气血、养心脾和升阳举陷区别使用的治法现在仍有效地指导着临床。凡脾虚者，每选用归脾汤或补中益气汤随证加减，多能获效。

4.2.2.2 补肾之法 《证治汇补·淋病》："用药，……下焦阴虚，滋肾丸；下焦阳虚，肾气丸。"《医宗必读·淋证》："若强力人房，或施泄无度，劳于肾也，宜生地黄丸，或黄芪汤；肾虚而寒者，金匮肾气丸。"补肾必分阴阳，这是历来被各医家所遵循的原则。六味地黄丸、金匮肾气丸、左归饮、右归饮等方均可酌情选用。

4.2.2.3 固涩之法 《张氏医通·淋》中说："膏淋者，……如不甚痛者，须固涩其精，慎勿误与通利，鹿茸霜、肉苁蓉、菟丝子、莲须、芡实、山药之类，或桑螵蛸、菟丝子等分，泽泻减半，蜜丸服，后以六味丸合聚精丸调补之。"张璐此说正是徐大椿所言"无瘀积而虚滑者，宜峻补"之治法的具体体现。膏淋病久，涩痛减轻而淋出如脂不止，症见形瘦、头昏、腰膝酸软者，必当使用固涩之法。兼杂其它症状可随证加减，总以保存正气为要。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4.2.3 调气和血法

《证治准绳·杂病·淋》："气淋，气壅不通，小便淋结脐下妨闷疼痛，瞿麦汤、石苇散、榆枝汤，木香流气饮。气虚淋八物汤加杜牛膝、黄芩汁煎服，老人气虚亦能淋，参术中加木通、山栀。血受伤者，补血行血自愈，勿作淋治。死血作淋，牛膝膏妙，但虚人能损胃不宜食。血淋，用侧柏叶、生藕节、车前草等分捣汁调益元散、立效散、瞿麦散、小蓟饮子……"。王氏此论并非专述治法，但从其随证选方用药的规律中可以看出：气郁者理气；气虚气滞者补气行气并兼；瘀血阻滞者，化瘀行血；热结伤血者，清热凉血止血，治淋证气血郁结之法已相当完备。李梴《医学入门·淋》也有具体论述："治膏淋、石淋，郁金、琥珀开郁，青皮、木香行气，蒲黄、牛膝破血，……东垣用药凡例，小腹痛，用青皮疏肝……"。疏肝、开郁、行气、破血总不离气血，故在此统称为调气和血法，即调和气血之治法。

4.2.4 外治法

4.2.4.1 灸法 《备急千金要方·淋闭》："石淋小便不得，灸水泉三十壮。足大敦是也"、"劳淋灸足太阴百壮，在内踝上三寸，三报之"，"五淋不得小便，灸悬泉十四壮，穴在内踝前一寸斜行小脉"，"卒淋，灸外踝尖七壮"，"淋病不得小便，阴上痛，灸足太冲五十壮"。这些论述说明在唐代以前用灸法治疗淋证已经达到了一定的水平。但现代治疗淋证，几乎已不用灸法。事实上，对于一些虚证的淋证患者，在用药的同时配合使用灸法，能够起到提高疗效的作用，尤其对于淋久体虚、变证丛生而小便不利的患者，配合使用灸法往往能起到意想不到的效果。

4.2.4.2 外洗

《文堂集验方》："淋者，……总以疏通清热为主。韭菜捣汁，和生白酒空心服。其渣煎汤洗阴茎"。"砂石淋……瓦松煎汤乘热洗（小腹），良久即通"。局部外洗治疗淋证也是临床用之有效的治法之一。当今外洗法多用于女性患者，有阴道炎合并下泌尿道感染表现为热淋者，以清热解毒利湿之剂外洗配合内服方药，疗效极佳。

上述诸法总结起来不外祛邪实与补正虚两端。临证之时可单用一法，也可多法兼用，然不可片面追求一法一方之效，亦不可杂然相投，以冀幸中。总的应用原则就是在辨证的指导下，实者泻之、虚者补之，虚实挟杂者或扶正以祛邪，或驱邪以安正，权衡标本缓急，因机应变，随证而治。

5 方剂归类

历代医家在治疗淋证的临床实践中总结出许多行之有效的方剂。归纳起来可从治湿热，脾肾亏虚和气血郁滞3个方面论述。

5.1 治湿热之剂

（1）八正散：治心经邪热，一切蕴毒，口干咽燥，大渴引饮，心忪面热，烦躁不宁，目赤睛疼，唇焦鼻衄，口舌生疮，咽喉肿痛，及小便赤涩，或癃闭不通，热淋，血淋等症方。（《太平惠民和剂局方》）

车前子一斤 瞿麦一斤 萹蓄一斤 滑石一斤 栀子仁一斤 木通一斤 炙甘草一斤

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

大黄（面裹煨，去面焙干）一斤

为粗末，每服二钱，加灯心，水煎，食后、临卧服。

(2) 小蓟饮子：治下焦结热，血淋。(《重订严氏济生方》)

生地黄四两　小蓟根半两　滑石半两　通草半两　炒蒲黄半两　淡竹叶半两　藕节半两　栀子仁半两　炙甘草半两　当归（去芦，酒浸）半两

上为粗末，每服四钱，水一盏半，煎至八分，去滓，空心，食前温服。

(3) 萆薢分清饮：治湿热渗入膀胱，下赤白浊。(《医学心悟》)

萆薢二钱　炒黄柏五分　菖蒲五分　茯苓一钱　白术一钱　莲子心七分　丹参一钱五分　车前子一钱五分

(4) 石韦散：通治石淋、劳淋、热淋，小便不利，小腹满急痛。(《外台秘要》引《古今录验》)

石韦二两　滑石二两　木通二两　白术三两　芍药三两　瞿麦三两　冬葵子三两　当归二两　炙甘草二两　王不留行一两

研为散，每服一方寸匕，小麦粥送下。

(5) 清心莲子饮：治心中蓄积，抑郁烦躁，思虑劳力，小便白浊，遗精涩沥，便赤如血，或上盛下虚，心火炎上，肺金受克，口舌干燥，渐成消渴，睡卧不安，四肢倦怠，五淋带下，及病后气不收敛，阳浮于外，五心烦热。(《太平惠民和剂局方》)

黄芩五钱　麦门冬五钱　地骨皮五钱　车前子五钱　炙甘草五钱　石莲肉七钱五分　茯苓七钱五分　炙黄芪七钱五分　人参七钱五分

为粗末，每服三钱，加麦门冬十粒，水煎，食前冷服。

(6) 导赤散：治心经热盛，口渴面赤，心胸烦热，渴饮冷饮；或心移热于小肠，口舌生疮，小便短赤、尿道刺痛等症。(《小儿药证直诀》)

生地黄　甘草　木通各等分（一方不用甘草，用黄芩）

为末，每服三钱，加竹叶，水煎，食后服。

5.2 治脾肾亏虚之剂

5.2.1 治脾虚之剂

(1) 补中益气汤：治脾胃气虚，身热有汗，渴喜热饮，头痛恶寒，少气懒言，饮食无味，四肢乏力，舌嫩色淡，脉虚大；或气虚下陷，久泻脱肛，子宫脱垂，久痢或久疟，以及遗尿、淋浊、妇人崩漏、带下等症。(《脾胃论》)

黄芪五分（热甚用一钱）　炙甘草五分　人参三分　白术三分　当归身二分　陈皮二至三分　升麻二至三分　柴胡二至三分

为细末，水煎去渣，食远稍热服。

(2) 归脾汤：治脾经失血少寐，发热盗汗；或思虑伤脾，不能摄血，以致妄行；或健忘怔忡，惊悸不寐；或心脾伤痛，嗜卧少食；或忧思伤脾，血虚发热；或肢体作痛，大便不调，或经候不准；或瘰疬流注，不能消散溃敛。(《校注妇人良方》)

人参一钱　炒白术一钱　炒黄芪一钱　茯苓一钱　龙眼肉一钱　炒枣仁一钱　当归一钱　远志一钱　木香五分　炙甘草五分

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

加姜、枣，水煎服。

5.2.2 治肾虚之剂

(1) 金匮肾气丸：治肾阳不足，腰酸脚软，少腹拘急，小便不利，或小便反多脉虚弱，及脚气、痰饮、消渴、转胞等症。(《金匮要略》)

干地黄八两　山药四两　山茱萸四两　泽泻三两　茯苓三两　丹皮三两　桂枝一两　炮附子一两

为末，炼蜜和丸，梧桐子大。每服十五至二十五丸，酒送下，日二次。

(2) 六味地黄丸：治肝肾阴虚，腰膝酸软，头晕眼花，耳鸣耳聋，盗汗遗精，或骨蒸潮热，或手足心热，或消渴，或虚火牙痛，舌燥喉痛，舌红少苔，脉细数。(《小儿药证直诀》)

熟地黄八钱　山茱萸四钱　山药四钱　泽泻三钱　牡丹皮三钱　茯苓（去皮）三钱

为末，炼蜜为丸，梧桐子大。每服三丸，空腹温开水送下。

5.2.3 治脾肾俱虚之剂

(1) 无比山药丸：治虚劳损伤，肌体消瘦，腰酸膝软，目黯耳鸣，饮食无味等症。(《备急千金要方》)

山药二两　炒杜仲三两　菟丝子三两　五味子六两　茯苓一两　巴戟天一两　山茱萸一两　干地黄一两　赤石脂一两　肉苁蓉（酒浸）四两　牛膝一两　泽泻一两

为末，炼蜜为丸，梧桐子大。每服二十至三十丸，食前酒送下，日二次。

(2) 膏淋汤：治膏淋。(《医学衷中参西录》)

山药一两　生龙骨六两　生牡蛎六两　芡实六两　生地黄六两　白芍药三钱　党参三钱　水煎服

5.3 治气血郁滞之剂

(1) 木香汤：治冷气凝滞，小便淋涩作痛。(《仁斋直指方》)

木香 一钱　木通一钱　槟榔 一钱五分　茴香五分　赤芍一钱　青皮 一钱　陈皮一钱　泽泻一钱五分　甘草五分　当归 一钱　肉桂五分

为粗末，每服三钱，加生姜五片，水煎服。

(2) 牛膝膏：治死血作淋。(《证治准绳》)

桃仁（去皮、炒）一两　当归尾（酒洗）一两　牛膝（酒浸）四两　赤芍药（酒洗）一两五钱　生地黄（酒洗）一两五钱　川芎五钱

为粗末，以甜水十盅，炭火慢煎至二盅，加麝香少许，分四次，空腹服。

展　望

淋证是临床常见多发的疾病，对人类健康有较大的影响，中医对淋证的防治上具有一定的优势和特色，以上大量文献初步展示了中医药治疗热淋（泌尿系感染）、石淋（肾结石）、乳糜尿等病证所获得的可喜成果。对尿路感染的实验研究和临床研究表明，中医药

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治疗该病不仅近期疗效好，副作用小，而且远期疗效也较为理想。从西医药理学角度来看，在杀灭病原菌、抑制细菌的粘附、提高机体免疫功能3个防治尿路感染的重要环节中，中药在后两者方面具有明显的优势。泌尿系结石通过中医、中西医结合治疗，明显提高了排石率。尤其是活血化瘀药物的运用，使较大结石的排出率，有了显著的提高。中药治疗乳糜尿疗效满意。总之，近年来运用中医药治疗淋证，取得了令人鼓舞的成绩。

但是也存在着一些亟待解决的问题。如辨证及疗效标准不统一，缺乏明确的客观指标；治法也未做到规范化，因而各报道横向可比性差。前瞻性论文少，多停滞在一般回顾性报道上面，因而较难对疗效作出明确的评价。临床疗效探讨较多，而实验研究较少，有些科研因设计不够严谨，也较难对中医药治疗效果作出精确的评价。另外在剂型方面，多用汤剂，其它剂型较少，也不利于有效药物的运用和推广，等等。

鉴于上述问题，我们认为今后需进一步加强如下几方面工作。①尽快建立统一的辨证标准，力求中医辨证客观化。辨证宜简不宜繁，应以便于掌握和重复验证为原则。加大实验研究力度，寻求辨证的客观指标，尽可能确立操作性强的统一的辨证标准。②拟定各证型治则，相对固定各型代表方和随证加减药物，以便进行疗效总结。③加快对有关方药的实验研究，在现有资料基础上进行筛选，尽量减少低水平的重复验证，必要时组织攻关小组，尽快找出高效、速效、长效的理想药物。对重复性高，疗效肯定的方药进行药理、药化等深入研究。④加快剂型改革步伐，选用有效方剂制成口服液、冲剂、散剂、针剂，使病人用药简便，便于推广，亦能大大提高中药的应用率。

我们坚信，运用中医药治疗本病大有可为，前景广阔。如何在筛选有效药物、多途径给药、多种方法综合治疗、提高疗效、降低复发率以及探索中药治疗本病的现代机理等方面取得突破性进展，是今后进行深入探讨的重要课题，尚须我们做极其艰苦积极的努力。

（刘华生　周景华　赵永山）

近现代参考文献

[1] 史宁广，单书健主编．当代名医临证精华．淋证专辑．北京：中医古籍出版社，1992.
[2] 秦书礼，辨证论治治疗泌尿系感染157例临床报导．中医药学报，1984 (1):33
[3] 徐景芳，等．清热通淋法治疗尿路感染103例疗效观察．中医杂志，1988 (12):45
[4] 周祖瀚．辨证治疗泌尿系感染116例临床分析．湖北中医杂志，1988 (1):18
[5] 殷晓明．辨证论治慢性肾盂肾炎109例观察．江西医药，1980 (4):17
[6] 解雅保．慢性泌尿系感染的辨证施治．陕西中医，1981 (4):23
[7] 刘永祥．应用温病辨证方法治疗19例急性肾盂肾炎临床体会．黑龙江中医药，1985 (6):29
[8] 刘士正，等．老年尿路感染的辨证论治．山东中医杂志，1996 (12):535
[9] 严东标．尿石的病因病机新探．新中医，1990 (12):13
[10] 方药中等主编．实用中医内科学．上海：上海科学技术出版社，1985.
[11] 林长春，等．乳糜尿及其中医治疗．山东中医学院学报，1979 (2):19
[12] 徐士清．中医中药治疗98例乳糜尿小结．新医学，1975 (2):89
[13] 曲瑰琦．淋证主要临床表现．北京中医学院学报，1993 (4):35
[14] 孙建实，等．益肾康冲剂防治反复发作性尿路感染．中西医结合杂志，1989 (8):469

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[15] 岳美中．岳美中论医集．北京：人民卫生出版社，1978．
[16] 邓学稼，等．补肾法和分利法对尿石病伴有肾盂积水症的疗效观察．见：肾的研究，上海：上海科学技术出版社，1981．
[17] 孙品瑛，等．温肾利水法治疗输尿管结石嵌顿性肾积水症临床观察．中医杂志，1985（5）:21
[18] 张建国，等．温肾利水法治疗输尿管结石嵌顿性肾积水症的疗愈原理探讨．中医杂志，1985（5）:70
[19] 仇裕丰，等．针刺治疗尿石症的机制探讨．江西中医药，1991（6）:38
[20] 遵义医学院急腹症研究组生理小组．输尿管结石“总攻”排石疗法的实验研究．中西医结合治疗急腹症通讯，1975（2）:28
[21] 陈映超．针刺排石机理初探．中国针灸，1981（3）:35
[22] 陆士镖，等．针刺对输尿管功能影响的初步观察．中国针灸，1989（3）:34
[23] 朱汝功，等．针刺治疗乳糜尿26例疗效观察．针灸杂志，1965（1）:1
[24] 朱汝功，等．针灸治疗乳糜尿的远期效果观察．中国针灸，1982（2）:18
[25] 杨瑞春．针刺治疗乳糜尿．新中医，1984（8）:29
[26] 刘兆权．隔姜灸治疗乳糜尿血尿13例，湖北中医杂志，1992（5）:43
[27] 赵绍琴．赵绍琴临证400法．北京：人民卫生出版社，1997．
[28] 遵义医学院急腹症研究组．中西医结合“总攻”排石疗法治疗输尿管结石．中华医学杂志，1975（1）:32
[29] 刘国栋．尿路感染的新概念．中华泌尿外科杂志，1986（3）:182
[30] 孙建实，等．正常人及尿路感染病人尿SIgA含量测定．中华肾脏病杂志，1988（1）:22
[31] 孙建实，等．反复发作性尿路感染的临床与免疫学研究．中华肾脏病杂志，1990（3）:157
[32] 张介玉，等．慢性肾盂肾炎患者机体免疫功能的研究．中西医结合杂志，1990（7）:402
[33] 邢磊．膏淋分清饮对乳糜尿的临床与实验研究．中医杂志，1990（1）:29
[34] 孙大锡，等．治则不同方剂对尿道致病性大肠杆菌的血凝作用和粘附尿道上皮细胞影响．中医杂志，1985（8）:57
[35] 郑太坤，等．中药车前的研究概况．辽宁中医药杂志，1985（8）:41
[36] 王筠默，等．中药药理学．上海：上海科学技术出版社，1985．
[37] 林茂樟．输尿管结石排石原理的实验研究．中华泌尿外科杂志，1982（3）:205
[38] 黄正良，等．红花黄色素的药理研究．中草药，1984（8）:34
[39] 刘猷枋，等．肾、输尿管较大结石的非手术治疗．中华泌尿外科杂志，1986（1）:13
[40] 邓春雷．调整膀胱机能的穴位特异性及其实质的探讨．上海针灸杂志，1987（3）:17

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

✲ 癃　闭 ✲

癃闭系指小便量少，点滴而出，甚则小便闭塞不通为主症的病证。其中又以小便不利，点滴而短少，病势较缓者称为癃；以小便闭塞，点滴不通，病势较急者称为闭。癃和闭虽然有区别，但均指排尿困难，仅程度不同而已，故临床上常癃闭并称。癃闭相当于西医学的尿潴留，可由初级神经中枢功能障碍所致，也可由尿流排泄受阻所致。但尿潴留仅作为一个症状散见于一些疾病过程中，不作为一个独立的西医疾病而存在。本病多发生于老年男性、产后妇女及手术患者，均表现为产尿正常，排尿异常，致尿液潴留，发为少尿或无尿。但肾功能衰竭所致的少尿或无尿则不在本篇论述范围之内。

【今日临床】

1　诊断标准

关于癃闭的诊断标准，目前皆以国家中医药管理局 1994 年重新修订的《中医病证诊断疗效标准》为标准。现采录如下。

1.1　病名诊断标准

小便不利，点滴不畅，或小便闭塞不通，尿道无涩痛，小腹胀满。

多见于老年男性，或产后妇女及手术后患者。

男性直肠指诊检查可有前列腺肥大，或膀胱区叩诊明显浊音。

膀胱镜、B 超、腹部 X 线等检查，有助诊断。

1.2　证类诊断标准

肺热气壅　小便不畅或点滴不通，咽干烦渴欲饮，呼吸急促，或有咳嗽。舌质红，苔薄黄，脉数。

膀胱湿热　小便量少难出，点滴而下，甚或涓滴不畅，小腹胀满，口干不欲饮，口苦口粘。舌质红，苔黄腻，脉数。

肝郁气滞　小便突然不通，或通而不畅，胁痛，小腹胀急，口苦。多因精神紧张或惊恐而发。舌苔薄白，脉弦细。

瘀浊阻塞　小便滴沥不畅，或尿如细线，甚或阻塞不通，小腹胀满疼痛。舌质紫黯，或有瘀斑，脉涩。

毒火内炽　小便量少难出，或涓滴不畅，壮热口渴，烦躁不安，气喘息促，舌红，苔黄，脉数。甚或尿少或尿闭，谵语狂躁，吐血、衄血、二便出血，斑疹紫黑或鲜红，舌质紫黯，苔黄焦起芒刺，脉细数。

脾虚气陷　小便量少不畅，或时欲小便而不得出，小腹坠胀，精神疲乏，气短声低。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

舌淡，苔薄，脉细弱。

肾阳衰惫 小便不通或点滴不爽，排出无力，面色㿠白，神气怯弱，畏寒肢冷，腰膝冷而酸软。舌淡，苔白，脉沉细，两尺弱。

肾阴亏耗 小便频数，淋漓不畅，甚或不通，头晕耳鸣，五心烦热，腰膝酸软。舌红，少苔，脉细数。

2 中心证候特征

肾与膀胱功能失调，气化不利，致使水液排出困难，小便不利是癃闭的证候特征。其主症为小便不利，点滴不畅，或涓滴难出。小便不利，点滴不畅是指病势较缓，程度轻。小便不畅，涓滴不出则指病势较急，程度重。同时可伴有少腹胀痛，小腹触诊可扪及状如覆碗的痞块，但尿道无疼痛感觉。因病变涉及脏腑不同，病性又有湿、热、瘀、滞之分，故其临床兼症也因之而异。

3 病 因

外感因素 主要为感受湿、热之邪。

内伤因素 主要为饮食偏嗜辛辣酒热肥甘之品，劳倦过度，年老体虚，久病伤肾，房劳过度，过用通利，七情内伤等。

瘀血败精，肿块结石阻塞尿路 以致小便难以排出，而成癃闭。

4 病 机

4.1 发 病

无论是感受湿热，情志所伤，劳欲过度，瘀浊阻塞，还是其它因素引发本病，起病可突然发作，也可逐渐形成。病情严重时，可出现头晕、头痛、恶心、呕吐、喘促、水肿，甚至昏迷、抽搐等症，由癃闭转为关格。若不及时抢救，可导致患者死亡。

4.2 病 位

癃闭的发生病位主要在膀胱和肾，以膀胱为主，并与脾胃、肝、肺、三焦有密切关系。

4.3 病 性

以湿、热、瘀、滞为主，多属虚中夹实之证。

4.4 病 势

主要在下焦肾与膀胱。因尿液的排泄与三焦的气化功能有密切关系，亦可发展至上、中、下三焦俱病。

4.5 病机转化

癃闭的病机转化取决于病邪与人体正气之间的斗争及双方力量的相对消长变化。初期

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

为癃，若病程经久，阴精耗伤，正气衰败，或邪实壅盛，则可由癃至闭。

4.6 证类病机

肺热气壅 包括肺气不降和上下闭阻两个方面。肺为水之上源，其性喜润，肺气清肃，则能通调水道，下输膀胱，并将水津布散于周身。若温邪上受，首先犯肺，热壅于肺。火性炎上，以致膀胱不能行其化气利水之职，则小便不通。若热气太盛，肺为热结闭阻，肺热下移膀胱，膀胱因肺失清肃而不利，复加移热之壅结，则令气闭而小便全无。上、中、下三焦皆为热气所闭阻，则其病情重笃，病势急迫，较之前者更甚。

膀胱湿热 包括中焦湿热下注和肾热移于膀胱两个方面。饮食偏嗜辛辣酒热肥甘之品，脾胃功能失常，酿湿生热，中焦湿热不解，下注膀胱；或湿热素盛，结于下焦，令肾热移于膀胱，均使膀胱因湿热阻滞壅塞，而致气化不利，水道涩滞，小便不通而成癃闭。

肝郁气滞 七情内伤，肝气郁结，疏泄失司，致三焦气化失常，水道通调受阻而形成癃闭。肝郁气滞，疏泄不利，多由惊恐、郁怒或剧痛所致。突受惊恐，忧郁恼怒，精神过于紧张，或因腹腔疾病、妇产科疾病及肛肠手术创伤，皆可损伤肝经脉络，经气郁滞，疏泄失常或经脉挛急，气血不畅，而造成小便不畅或不通。因肝经循行“环阴器，抵少腹”，故经气阻滞，经脉挛急，可影响膀胱气化，产生癃闭。

尿路阻塞 淫欲过度，忍精不泄，留滞茎中，是为败精瘀浊；跌仆损伤，瘀血停蓄，阻塞尿道；再或膀胱肿瘤，尿路结石，皆可阻塞膀胱、尿道而引起排尿不畅，甚则尿闭。

毒火内炽 浮邪疫毒、湿热邪气或瘟疫邪毒暴袭，秽浊之气所染，有害物质中毒，自外向内，入气达营；自上而下，攻窜于肾，损伤肾络，则血凝瘀阻；疫毒化火，亢害内炽，伏于血脉，充斥三焦，则阻碍气机，升降失常；毒火煎熬津液，肾阴耗伤，则水无化源；火热湿浊蕴结下焦，膀胱气化失司，则尿少尿闭。

脾虚气陷 饮食饥饱不节，劳倦过度，或久病体弱，致使脾虚，中气下陷，清阳不升，浊阴难降，小便因之不利。又有湿热久留，或过用苦寒之剂，耗伤中气，致使脾虚气陷，则癃闭之证屡发，缠绵难愈。

创伤损害 重度外伤及手术创伤，特别是腹部、妇产、肛肠手术等意外创伤，损伤肝经脉络，经气郁滞，疏泄失常，经脉挛急，气血不畅，导致小便不畅或不通。或因亡血伤阴，气随血耗，更加瘀血内阻，影响膀胱气化，浊液潴留而成癃闭。

肾阳衰惫 年老体弱或久病体虚，皆可导致肾阳不足，命门火衰。所谓“无阳则阴无以生”，膀胱气化无权，溺不得出，而成癃闭。

肾阴亏耗 多在少壮之年，情欲太过，房事不节，耗气伤精，待中年之后，随着生理性的肾气衰减，导致肾气及肾精更亏；亦可因下焦湿热，日久不愈，灼伤肾阴，或过用通利，耗伤精液，以致肾阴不足，“无阴则阳无以化”，也可产生癃闭。

综上所述，本病的直接病位虽在膀胱，但涉及三焦。上焦之气不化，当责之肺不能通调水道，下输膀胱；中焦之气不化，当责之脾虚气陷，不能升清降浊；下焦之气不化，当责之肾阳不足，气不化水；肾阴不足，下元干涸，引起膀胱气化失常而形成癃闭。肝郁气滞，三焦气化不利，多种原因引起尿路阻塞，均可发生癃闭。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

5 临证思路

5.1 抓住主诉

小便淋漓不尽，小腹或会阴部胀痛，小腹急痛，无尿液排出等。

5.2 分析病位

小便淋漓不尽，起病较缓，甚至点滴不出，其病位在膀胱与肾，以膀胱为主。若有小腹或会阴部胀痛，因小腹及会阴部属肝经部位，所以应考虑肝是疾病的主要部位还是次要部位。因肝肾同源，首先应了解肾系的症状，若有腰酸或腰痛，解尿不畅，或有小便不禁，则病位在肾与膀胱，小腹或会阴部胀痛是肾病及肝的表现；若无腰部及排尿异常的症状，应考虑是肝系病变。小腹急痛者，因小腹外属肝经，内属膀胱；外属任脉，内应胞宫；前属脬，后属肠，故须详问排尿、月经以及解便的有关症状，同时应检查腹部及小腹部，若有尿量减少，腹诊可在小腹部触及状如覆碗的痞块，其病位在肾与膀胱；若无小腹痞块，而有胁痛，解便异常，月经紊乱，则应考虑肝系、脾胃系以及妇科的疾病。无尿液排出是排尿困难的最危重表现。若小腹部可触及状如覆碗的痞块，则病位在膀胱与肾，以膀胱为主。若小腹未触及痞块，而有水肿、气急、泛恶等症，则病位在肾与膀胱，以肾为主。

5.3 确定病性

详细询问排尿困难的有关症状及全身症状，分析其病性。若见尿热赤而短涩，或见烦渴，咽干而小便滴沥者，病性属热；若见身重，腰酸如坐水中，尿频而急，小便涩滞不利者，病性属湿；若见尿细如丝，腰痛不移，舌质紫黯，或见腰部剧痛，尿流中断，尿有血块者，病性属瘀；若见情志抑郁，腹胁胀痛，小便涩滞，涓滴而出者，病性属气滞；若见尿流无力，排尿断断续续，脉细弱或沉而无力者，病性属虚。

6 鉴　别

淋证　淋证以小便频数短涩、滴沥刺痛、欲出未尽为特征，其小便量少、排出困难与癃闭相似，但淋证尿频而疼痛，且每日排出的小便总量多正常。癃闭则无排尿刺痛，每日排出的小便总量少于正常，甚至无尿排出。《医学心悟·小便不通》对癃闭与淋证作了明确的鉴别："癃闭与淋证不同，淋则便数而茎痛，癃闭则小便点滴而难通。"

关格　关格在张仲景《伤寒论·平脉法第二》（明刻本）篇是指小便不通与呕吐并见的病证。原文说："关则不得小便，格则吐逆。"在《诸病源候论·大便病诸候》中认为，关格是指大小便不通，大便不通谓之内关，小便不通谓之外关，二便俱不通，为关格。无论是指大小便俱不通，还是指小便不通与呕吐并见，都和癃闭不同。癃闭单纯指小便闭塞不通，没有呕吐及大便不通。癃闭发展至危候可出现上下痞满，表现为关格。

转胞　《金匮要略·妇人杂病脉证并治》有"转胞"一证，为脐下急痛，小便不通之证，或有呕吐。与淋证、癃闭、关格各有相似之处，但从其主证分析，应属"癃闭"范

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

畴。《金匮要略》言此系胞系了戾，治用肾气丸。而宋代《仁斋直指附遗方论·诸淋方证》说："转胞证候，脐下急痛，小便不通。凡强忍小便，或尿疾急走，或饱食忍尿，饱食走马，忍尿入房，使水气上逆，气迫于胞，故屈戾而不得舒张也。"说明转胞原因有二：妊娠胎气不举，下压膀胱，当属妇科范畴。忍溺入房，以致胞系了戾，也即由于尿潴留于膀胱，水气上逆为呕吐，气迫于胞，则为小腹急痛。

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 肺热气壅

临床表现：小便不畅或点滴不通，咽干烦渴欲饮，呼吸急促，或有咳嗽。舌质红，苔薄黄，脉数。

病机分析：肺为水之上源，热壅于肺，肺气不能肃降，津液输布失常，水道通调不利，不能下输膀胱；又因热气过盛，下移膀胱，以致上、下焦均为热气闭阻，而成癃闭。

治法：清肺热利水道。

因病位在肺与膀胱，肺为邪热所壅，失于肃降，不能通调水道，肺热下移，膀胱气闭，则小便不通。故需清肺热利水道。

方药：清肺饮(《证治汇补》)

黄芩　桑白皮　麦冬　车前子　茯苓　木通　栀子

临证参考：本证候多出现于热病过程中，小便不通的程度不重，但肺热伤阴，临证上要常常顾护阴液。肺为娇脏，见舌红少津，宜加沙参、鲜芦根、鲜茅根等甘寒之品，慎用咸寒之品。肺失宣降而致急性发作的小便不利，应用宣开升降法，意即提壶揭盖。以荆芥、桔梗开肺气、升麻、柴胡升中气。清气上升则浊阴自降，此为欲降先升之意。若肺热气壅，水蓄不通而兼大便坚涩者，用通便利窍法。《丹溪心法·小便不通》谓："实热癃闭……盖大便动则小便自通矣。"可用泻白散加郁李仁、杏仁、大黄、芒硝等泄热通便之品。

7.1.2 膀胱湿热

临床表现：小便点滴不通，或短赤灼热，小腹胀满，或大便不畅，口苦口粘，口干不欲饮，舌质红，苔根黄腻，脉数。

病机分析：过食辛辣厚味，酿生湿热，湿热不解，下注膀胱，或湿热素盛，肾热下移膀胱。膀胱湿热阻滞，气化不利而为癃闭。

治法：清利湿热，通利小便。

方药：八正散(《太平惠民和剂局方》)。

木通　车前子　萹蓄　瞿麦　栀子　滑石　生甘草　大黄

加减：湿热重，舌苔黄腻者加苍术、黄柏。心经热盛，心烦口糜者合导赤散。小腹胀满，欲尿不得者加滋肾通关丸。湿热壅结三焦，气化不利，小便量极少或无尿，胸闷烦躁，恶心呕吐者用黄连温胆汤。口中尿臭，甚则神昏者加菖蒲、郁金、大黄和胃泄浊开窍。

临证参考：将八正散用于老年患者，要注意有无气阴损伤的症状，即使症状不典型，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

也要酌情加用少量甘温香窜药，如肉桂1.5～3g，人工麝香0.15～0.3g以反佐，较单用清热利湿效果佳。

7.1.3 肝郁气滞

临床表现：小便突然不通，或通而不畅，胁腹胀满，情志抑郁，或心烦易怒，舌红苔薄白或薄黄，脉弦。

病机分析：七情所伤，引起肝气郁结，疏泄不及，从而影响三焦水液的运行和气化功能，致使水道的通调受阻，形成癃闭。

治法：疏调气机，通利小便。

方药：沉香散(《金匮翼》) 加减。

沉香 石韦 滑石粉 当归 橘皮 生白芍 冬葵子 王不留行 甘草

加减：气郁化火者，可加丹皮、栀子、龙胆草清热泻火。肝火伤阴者，宜加生地、女贞子、旱莲草等滋阴清热。肝阳上亢，头晕目眩者，加枸杞子、菊花、生地育阴平肝。气滞较甚，胁腹疼痛，宜合六磨汤。若小便点滴不通，腹胀难耐，病情紧急者，在进服汤剂之前，宜先服用香窜之物，如麝香或盔沉香、琥珀等，可增加启闭通窍之功。

临证参考：在组方选药中应配合使用通利下焦的引经药，如冬葵子、王不留行等。两药之中，前者偏于气分，后者偏于血分，两者配合引药达于茎中，用药每次10～15g。

7.1.4 尿路阻塞

临床表现：小便点滴而下，或尿如细线，甚则阻塞不通，小腹胀满疼痛，舌质紫黯或有瘀斑，脉涩。

病机分析：瘀血败精，或肿块结石，阻塞尿路，小便难以排出，因而形成癃闭。

治法：行瘀散结，通利小便。

方药：代抵当丸(《证治准绳》) 化裁。

大黄 当归尾 生地黄 穿山甲 芒硝 桃仁 肉桂

加减：血瘀者，加红花、牛膝。小便不利者，加滑石、通草。久病正虚者，加黄芪、党参、当归。继发于石淋者，加金钱草、海金砂、冬葵子、萹蓄、瞿麦、伴血尿者，加三七、琥珀化瘀止血。尿中夹精浊、瘀块者，加虫类药物如穿山甲、蜂房、地龙、地鳖虫等以搜剔顽痰死血，以提高疗效。

7.1.5 毒火内炽

临床表现：壮热口渴，烦躁不安，气喘息促，尿少尿闭。舌红苔黄少津，脉数。甚则可见谵语狂躁，吐血衄血，二便出血，斑疹紫黑或鲜红，舌绛紫黯，苔黄焦或起芒刺，脉细数。

病机分析：本型有热在气分和血分之别。热邪炽盛，外斥皮肤，内充三焦，火热之邪弥漫，故壮热不已。热扰神明则烦躁不安。热扰上焦，肺热壅盛，肺气不利，则气喘息促。热灼中焦，胃津耗伤，失于上承，故口渴。热伤下焦，肾络受损，火盛伤阴，则尿少。热邪充斥三焦，膀胱失于开合，则尿闭。甚者热邪化为火毒，气血两燔，故谵语狂躁，热伤血络则吐衄发斑，尿血便血。热毒较轻则斑疹色泽红活润泽。热毒深重，脉络瘀滞，则斑疹黑紫，舌质紫黯。热毒壅盛，灼伤阴津，则苔黄芒刺遍起。舌红绛，脉细数系为火毒炽灼，营血被燔之征。故应即予清热泻火解毒。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方药：白虎汤(《伤寒论》) 合黄连解毒汤(《外台秘要》)。

生石膏　知母　粳米　甘草　黄连　黄芩　黄柏　栀子

加减：若发热重者，加紫雪丹以清邪热；口渴甚者，加石斛、天花粉以清热止渴生津；腑实便秘者，加大黄或调胃承气汤以清泻阳明之腑。

临证参考：若热毒入营者，治宜清热解毒、泻火凉血散瘀，方用清瘟败毒饮。本方系白虎汤、黄连解毒汤、犀角地黄汤三方组合化裁而成，具有清热解毒泻火，凉血活血之功。若神昏谵语躁狂，病情重笃者，可加服安宫牛黄丸清心开窍。

7.1.6 脾虚气陷

临床表现：小腹坠胀，时欲小便而不得出，或量少而不畅，精神疲乏，气短声低，食欲不振，舌淡苔薄，脉细弱。

病机分析：劳倦伤脾，饮食不节，或久病体弱，致脾虚而清气不升，则浊阴不降，小便因而不利。

治法：升清降浊，化气行水

方药：补中益气汤(《脾胃论》) 合春泽汤(《医方集解》) 化裁。

人参　炙黄芪　白术　升麻　柴胡　陈皮　桔梗　泽泻　猪苓　甘草

加减：小便不利者，加肉桂、通草、车前子。排尿无力或失控者，加覆盆子、益智仁，或缩泉丸。

临证参考：妊娠胎气不举，或产后气虚小便不利者，用升阳益气法，以补中益气汤为基础方治疗，往往收到较好的效果。

7.1.7 肾阳衰惫

临床表现：小便不通或点滴不爽，排出无力，面色㿠白，神气怯弱，畏寒肢冷，腰膝冷而酸软，舌淡苔白，脉沉细两尺弱。

病机分析：年老体弱或久病体虚，肾阳不足，命门火衰，气不化水，是以“无阳则阴无以化”，而致尿不得出。

治法：温阳益气，补肾利水。

方药：济生肾气丸(《济生方》)。

肉桂　熟附子　熟地黄　淮山药　山茱萸　云茯苓　泽泻　丹皮　牛膝　车前子

加减法：精神萎靡、腰膝酸痛者，加红参、鹿角、仙茅、仙灵脾、狗脊、补骨脂等。

临证参考：年老体弱者，督脉精血俱亏，宜加补养精血、助阳通窍之品。常用方如香茸丸。肾气衰，浊邪瘀留，症见尿少或闭，恶心呕吐，烦躁，甚至神昏者，用《千金》温脾汤合吴茱萸汤。

7.1.8 肾阴亏耗

临床表现：小便频数，淋漓不畅，甚或不通，头晕耳鸣，咽干心烦，手足心热，腰膝酸软，舌质光红，脉细数。

病机分析：下焦积热，日久不愈，耗损津液，以致肾阴亏耗，水府枯竭而无尿。

治法：滋阴、补肾、清热、利尿。

方药：六味地黄丸(《小儿药证直诀》) 合滋肾通关丸(《兰室秘藏》)。

熟地　山药　山萸肉　丹皮　茯苓　泽泻　知母　黄柏　肉桂

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

加减：尿灼热，频数者，加萹蓄、瞿麦、牛膝。口干而渴者，加沙参、麦冬、白茅根、百合。

临证参考：本证患者多为年高体衰之人，或用苦寒分利之品，在肾阴不足的基础上常兼气虚，以致气阴亏耗并见。治疗宜气阴兼顾，可予西洋参 10g 另煎频服，或兑入汤药中。注意补阴不可过于滋腻，防止碍胃。

7.2 辨病论治

癃闭是临床常见病证之一，相当西医学各种原因引起的尿潴留。如神经性尿闭、膀胱括约肌痉挛、尿路结石、尿路肿瘤、尿路损伤、尿道狭窄、老年人前列腺增生症等均属于中医学“癃闭”范畴，其中尤以前列腺增生症为多见。现将以“癃闭”为主要临床症状的西医疾病的治疗分述如下。

7.2.1 前列腺增生症

症状：尿频，进行性排尿困难，甚则尿潴留，或晚期出现肾积水和肾功不全现象。若前列腺增生合并感染时，可有尿频、尿急、尿痛等症状。

体征：下腹部触诊可触及膨胀的膀胱。排尿后指诊，可触到增大的前列腺表面光滑、质韧、有弹性、中间沟消失，若增生腺体突入膀胱，前列腺增大可不明显。

实验室及其它检查：

(1) 急性期伴有感染，血中白细胞计数大多增高。

(2) 前列腺 B 超：主要变化是前列腺体的质地、形状、大小等。亦可用于区别前列腺的占位等其它病变。

(3) 前列腺 CT 与核磁：亦是从形态角度对前列腺的评估，意义同前列腺 B 超。

(4) 尿流率测定：最大尿流率及平均尿流率降低，排尿时间延长，尿道阻力增加等，对本病的诊断有价值。并可用于鉴别神经性膀胱功能障碍。

(5) 膀胱内残余尿量测定：可了解梗阻程度，并能排除外尿道狭窄。

(6) 膀胱造影：表现为膀胱边缘粗糙不整齐，并可见到增大前列腺所致的充盈缺损。

(7) 膀胱镜：可直接看到增大的前列腺，增大程度及其部位，以及膀胱小梁、假性憩室、输尿管间嵴肥厚和结石等。

主症分析：前列腺增生症以尿频、排尿困难、尿潴留为主要临床表现。小便的通畅，有赖于肾和膀胱的气化作用，但从脏腑之间的整体关系来看，水液的吸收、运行、排泄，还有赖于三焦的气化和肺脾肾的通调、转输、蒸化。本病病位在膀胱，但与三焦、肺脾肾关系密切。上焦之气不化，当责之于肺，肺失其职，则不能通调水道，下输膀胱；中焦之气不化，当责之于脾，脾气虚弱，则不能升清降浊；下焦之气不化，当责之于肾，肾阳亏虚，气不化水，肾阴不足，水府枯竭，均可导致癃闭。肝郁气滞，使三焦气化不利，也会发生癃闭。此外各种原因引起的尿路阻塞，均可引起癃闭。

治法与方药：与“7.1 分证论治”基本相同。故从略。

7.2.2 尿道损伤

症状：前尿道损伤，尿道流血，排尿困难或不能排尿，勉强排尿时突然出现阴囊肿胀及疼痛。后尿道损伤，不能排尿，尿道口无流血或仅有少量血液流出，下腹痛。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

体征：前尿道损伤，阴茎肿胀，会阴、阴囊胀痛。后尿道损伤，下腹部肌紧张，压痛（+），有尿外渗时，可见腹胀、肠鸣音减弱，尿生殖膈撕裂时，会阴及阴囊部血肿。若出血量多可见失血性休克。

检查：

（1）X线检查：骨盆X线片、尿道造影，可确定损伤部位并可见造影剂外渗。若为尿道挫伤，造影剂无外渗现象。

（2）直肠指诊：可发现前方有柔软的血肿、压痛，有时还能触到浮动的前列腺尖端。若指套染有血液，则为合并直肠损伤。

主症分析：尿道损伤以尿道流血或不流血或仅有少量血流出，排尿困难或不能排尿为主要临床表现。本病发生均有外伤史可查，引起皮肤肌肉瘀血肿痛、出血，或筋伤骨折，瘀血阻塞尿道，使尿不能出，或排尿困难，发为癃闭。

治疗：若失血过多，需抗休克治疗。若尿道损伤或断裂需外科手术治疗。若为尿道挫伤或轻度裂伤或后期尿道狭窄，可按中医气滞血瘀型辨证论治，予以活血化瘀，通利小便，方选代抵当丸(《证治准绳》)化裁。药用：大黄10g，当归尾15g，生地15g，穿山甲20g，芒硝15g，桃仁15g，肉桂10g，延胡索10g，三七10g，王不留行10g，牛膝10g。

转归与预后：尿道损伤大多预后良好。对于本病早期紧急处理及并发症处理是本病转归的焦点。处理及时、正确，可无大碍。若治疗抢救不及时或不当，则可致死亡。

7.2.3 尿路结石

临床症状：膀胱结石表现为排尿突然中断，并感疼痛，放射至阴茎头和远端尿道，伴排尿困难和膀胱刺激症状。尿道结石表现为急性尿潴留伴会阴部疼痛，或排尿困难，点滴而出及尿痛。

体征：膀胱结石，改变姿势能缓解症状和继续排尿，可无明显临床体征。前尿道结石经仔细扪诊可触及。

检查：

（1）X线检查：平片能显示绝大多数结石形状和位置，较大结石可在透视下见到。

（2）B超：能显示结石声影。

（3）膀胱镜检查：能直接见到结石，有时可发现病因。

（4）直肠指诊：膀胱结石，指诊能扪及较大之结石；后尿道结石，指诊可扪及。

主症分析：尿路结石表现为排尿突然中断伴疼痛感，或排尿困难，点滴而出。结石阻塞尿道，使小便不通，突然中断，或点滴而出，局部气血运行失常，致气滞血瘀，不通则痛，并加重阻塞程度。

治疗原则：根据腑以通为用的原则，施以通法。根据标本缓急的原则，予急则治标。缓则治本。

治法：活血化瘀止痛，通淋排石。

方药：代抵当丸(《证治准绳》)化裁。

大黄10g，当归尾15g，生地15g，穿山甲20g，芒硝15g，桃仁15g，延胡索10g，芍药15g，甘草10g，车前子15g，滑石20g，海金砂15g，金钱草15g，鸡内金15g，王不留行10g，牛膝10g。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

转归与预后：尿道结石症预后大多良好，膀胱及尿道结石通过非药物疗法可去除病因，缓解症状，完全康复，亦可通过药物排石达到痊愈目的。若非药物疗法，尤其体外碎石法治疗不当，可加重病情。

7.3 临床用药经验与体会

中医治病讲究理、法、方、药的完整统一。依证立法，依法组方，依方遣药。组方遣药当识病机、察证候，在治法指导下加以灵活运用，目的在于追求满意的疗效。古代医家对本病颇有造诣，近代医者治疗本病经验不一，用药特点各异，学术观点也有不同，对于不同的类证，除有代表方外，在治法用药方面也是各抒己见，大大丰富了癃闭的方药辨证体系。以下将有关学者治疗癃闭的临床用药心得体会予以综合介绍。

7.3.1 活血化瘀

浊瘀热结，蓄积下焦，决渎失权致癃闭者临床并非少见。对于此类因浊瘀热结所致的癃闭实证，应根据“实则泻之”、“血实宜决之”的原则辨治。常用的中药有桃仁、当归、川芎、红花、牛膝、山甲、延胡索、王不留行等。

桃仁苦甘平，入心、肝、大肠经，取其味苦而入心肝血分，善泄血滞，祛瘀力强。现代研究，本品有抗凝作用，对血流阻滞、血行障碍有改善作用。红花辛温，入心、肝经，取其辛散温通，专入血分，功在活血祛瘀，通调经脉。现代研究，本品可增加冠脉流量，抑制血小板聚集和增加纤溶作用。川芎辛温，入肝、胆、心包经，取其辛温通散，既能活血，又能行气，为“血中气药”。牛膝苦甘酸平，归肝肾经，善下行，活血通经，利水通淋。山甲咸微寒，入肝、胃经，性善走窜，内达脏腑经络，能活血化瘀，消癥积，通经脉。王不留行苦平，入肝、胃经，善于通利血脉，行而不住，有活血通络，利尿通淋之功。当归含有挥发油具有抗血小板凝集，扩张血管作用，尚有镇痛抗炎之功。延胡索辛苦温，入肝、脾、心经，辛散温通，能行血中气滞，止痛尤良。现代研究，本品所含的右旋紫堇碱有明显的扩冠作用。代表方：抵当丸、桃核承气汤、复元活血汤等。

7.3.2 攻下

膀胱与大肠、前阴与后阴，并居下焦，生理上相互维系，病理上相互影响。癃闭患者，大多合并大肠腑实证，大便秘结往往加重尿潴留，治当以通其腑气为急。对于尿潴留兼有腑实证者均可采用这一治法，常用的中药有大黄、芒硝、火麻仁、甘遂、牵牛子等。

大黄苦寒，归脾胃大肠肝心经，本品有较强的泻下通便，荡涤肠胃积滞的作用，而且更有较好的活血祛瘀作用。现代研究，本品所含蒽甙能增加肠蠕动，抑制肠内水分吸收，还有抗感染作用。芒硝咸苦寒，归胃、大肠经，咸苦寒，其性降泄，有较强的泻热通便、润下软坚、荡涤肠胃作用。火麻仁甘平，归脾、大肠经，性平，质润多脂，能润肠通便，又兼滋养补虚之功。甘遂苦寒，归肺、肾、大肠经，其性降，善行经隧之水湿，泻水逐饮力峻，使潴留水饮排泄体外。牵牛子苦寒，归肺、肾、大肠经，其性降泄，能通利二便以排泄水湿。代表方：大承气汤(《伤寒论》)、倒换散(《普济方》荆芥穗、生大黄)、大黄甘遂汤(《金匮要略》)。

7.3.3 疏肝理气

临床上因肝气郁结，疏泄不及，影响三焦水液的运行和气化功能，致使水道通调受

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

阻，形成癃闭的病例颇为多见。疏利气机，通调水道乃为治本之法。常用的中药有柴胡、郁金、香附、沉香、乌药、川楝子、陈皮等。

陈皮辛苦温，归脾、肺经，辛行温通，有行气止痛，健胃和中之功。郁金辛苦寒，入心、肝、胆、肺、脾经，本品辛开苦降，清扬善窜，能理气解郁，化瘀止痛，对于肝郁气滞者尤为适宜，郁金所含挥发油有镇痛、利尿、利胆及抗菌作用。沉香辛苦温，入脾、胃、肾经，辛香性温，善散胸腹阴寒，行气止痛。香附辛微苦微甘平，归肝、脾、三焦经，本品辛能通行，苦能疏泄，微甘缓急，为疏肝解郁，行气止痛之要药。现代研究，其挥发油有轻度雌激素样作用，其水煎剂有降低肠管紧张性和拮抗乙酰胆碱的作用，并有一定的抗菌作用。川楝子苦寒，归肝、胃、小肠、膀胱经，本品苦寒性降，既能清肝火导热下走渗道，又去膀胱之热而利小便。代表方：沉香散。

7.3.4 清热利湿

湿热蕴结之癃闭在临床上每有发生。或过食辛辣厚味，酿生湿热；或湿热不解，下注膀胱；或湿热素盛，肾热下移膀胱，致膀胱湿热阻滞，气化不利而发病。清热利湿正是谨守病机，为湿热蕴结而设。临床用本法治疗癃闭，常获良效。常用的中药有黄柏、黄连、龙胆草、车前子、滑石、木通、瞿麦、萹蓄、栀子、大黄等。

黄柏苦寒，归肾、膀胱、大肠经，本品苦寒沉降，清热燥湿，长于清下焦湿热。龙胆草苦寒，归肝、胆、膀胱经，清热燥湿，尤善清下焦湿热。车前子甘寒，归肾、肝、肺经，甘而滑利，寒凉清热，对湿热下注于膀胱而致小便淋漓涩痛者尤为适宜。《本经》云："主气癃，止痛，利水道小便，除湿痹"。本品有显著的利尿作用和抗菌作用。滑石甘淡寒，归胃、膀胱经，能清膀胱热结，通利水道。《本经》云："主身热泄澼，女子乳难，癃闭，利小便。"木通苦寒，归心、小肠、膀胱经，上清心火，下利湿热，使湿热之邪下行从小便排出。瞿麦苦寒，归心、小肠、膀胱经，苦寒降泄，导热下行，利尿通淋。《本经》载："主关格诸癃结，小便不通。"所含维生素 A 样物质、皂甙等有显著利尿作用。萹蓄苦微寒，归膀胱经，善清下焦湿热，利尿通淋，本品有较好的利尿作用和抑菌作用。大黄苦寒，归脾、胃、大肠、肝、心经，苦寒降泄，清除湿热积滞，用于湿热病证。代表方：八正散。

7.3.5 宣肺利水

肺为水之上源，热壅于肺，肺气不能肃降，津液输布失常，水道通调不利，不能下输膀胱，以致上、下焦均为热气闭阻，而成癃闭。宣肺利水法上能宣肺以布气，下能助膀胱而利水，气行则水出，乃寓提壶揭盖之义。临床用之，常取效裴然。常用的中药有：麻黄、桂枝、葶苈子、竹叶、桔梗、石韦、桑白皮等。

桑白皮甘寒，归肺经，能清降肺气，通调水道而利水。葶苈子苦辛大寒，归肺、膀胱经，苦降辛散，性寒清热，能泄肺气之壅而通调水道。桔梗苦辛平，归肺经，辛散苦泄，宣开肺气，性散上行，利肺气而通二便。石韦苦甘寒，归肺、膀胱经，能上清肺热气壅，下利尿通淋。《本经》载："主劳热邪气，五癃闭不通，利小便水道。"麻黄辛微苦温，归肺、膀胱经，本品味辛发散，性温散寒，上开肺气，下输膀胱，为宣肺利尿之要药，麻黄碱可缓解支气管平滑肌痉挛，伪麻黄碱有明显的利尿作用。桂枝辛甘温，归心、肺、膀胱经，本品辛甘温煦，通阳扶卫，开宣肺气，助膀胱气化，以利小便。代表方：清肺饮。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.3.6 补益

癃闭病因虚者十分常见，因实者病久不解，亦可见虚证或虚实兼见，故临床治疗时尤宜注意。虚者病在脾肾，劳倦伤脾，饮食不节，或久病体弱，致脾虚而清气不能上升，则浊阴难以下降，小便因而不利。年老体弱，久病体虚，肾阳不足，命门火衰，气不化水，无阳则阴无以化而致尿不得出；或因下焦积热，日久不愈，耗损津液，以致肾阴亏耗，水府枯竭而无尿。是故癃闭虚者治在补脾肾，助气化，使气化得行，小便自通。常用的中药有黄芪、白术、桂枝、茯苓、肉桂、鹿角霜、柴胡、升麻、党参、熟地、山药等。

黄芪甘微温，归脾、肺经，本品擅长补中益气，补气利尿，使清气升，浊阴自降。现代研究表明黄芪具有调节免疫机能，利尿作用。白术苦甘温，归脾、胃经，有补气健脾，燥湿利水之效，对于因脾虚而致小便不利者尤为适宜。桂枝辛甘温，归心、肺、膀胱经，具有温通脾阳、肾阳，助阳化气之功，因膀胱气化不行而小便不利者，每有用之，且疗效裴然。升麻辛甘微寒，归肺、脾、胃、大肠经，本品善引清阳之气上升，而为升阳举陷之要药，对于因脾气下陷而致小便不利者尤为适宜。柴胡苦辛微寒，归肝、胆经，长于升举脾胃清阳之气，善治气虚下陷诸证。党参甘平，归脾、肺经，本品益气和中，对于中气不足或下陷者有很好疗效，能补脾养胃，健运中气，鼓舞清阳而无刚燥之弊。补骨脂辛苦温，归肾、脾经，补肾助阳，助气化。现代研究，补骨脂有兴奋平滑肌作用，可以促进排尿，对神经因素造成的尿潴留尤为适宜，并有抗菌和雌激素样作用，用之常获捷效。肉桂辛甘热，归脾、肾、心、肝经，本品甘热助阳补火，为治命门火衰之要药，对命门火衰所致诸证尤为适宜。代表方：补中益气汤、济生肾气丸。

7.3.7 化痰散结

明代张介宾在《景岳全书》中说："老人脾胃渐亏，则水谷不能尽化，十留一二，则一二为痰，十留三四，则三四为痰"。清代喻昌《医门法律》谓："江河洄薄之处，秽垢从积，水道日隘，横流旁溢自所不免"。人体尿液在正常情况下，自行调泻，若气化失司，或脾失健运，水湿蓄积停留，则液有余便是痰，故而化痰药的辨证运用往往取效于顷刻，化痰散结法也因此受到重视。常用的中药有橘核、昆布、海藻等。

海藻咸寒，归肝、肾经，本品味咸寒，有软坚消痰散结之功，兼有利水消肿之能。昆布咸寒，归肝、肾经，功同海藻，消痰软坚，利水消肿，二药常相须为用，临床每有良效。橘核苦平，归肝经，功能散结止痛，健脾和中，对于因脾虚失健致痰结者尤为适宜。现代研究，橘核能拮抗组织胺，增强纤维蛋白溶解。

7.4 变证的治疗

7.4.1 痰浊蕴结

临床表现：尿闭不通，恶心，甚则食入即吐，口中尿臭，烦躁不安，甚至神昏谵语，鼻衄、齿衄，或皮肤紫斑。舌红苔黄腻，脉细数或结代。

病机分析：三焦气化失司，津液不布，凝津为痰，浊邪不泄，故尿闭；湿浊内泛，胃失和降，故恶心呕吐；痰浊阻闭心窍，蒙蔽神明，故神志不清、谵语；秽浊湿毒潴留体内，蓄积为害，血不循经，故鼻衄，或见皮下紫斑。舌红苔黄腻，脉细数或结代为心阴耗伤，痰浊化热，蒙蔽心窍之征。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治法：化痰开窍，泄浊开闭。

方药：菖蒲郁金汤(《温病全书》)合苏合香丸(《太平惠民和剂局方》)化裁。

石菖蒲　郁金　鲜竹叶　连翘　木通　灯心草　玉枢丹　苏合香丸　姜半夏　陈皮　胆南星　竹沥

临证参考：若痰浊化热，弥漫三焦，尿毒内攻，呕恶较甚者，宜黄连温胆汤加大黄、旋覆花、代赭石以降浊和胃，清利开窍。若热入血分，宜清热化痰，凉血止血，可加犀角地黄丸(《备急千金要方》)，同时配合成药至宝丹、紫雪丹。

7.4.2　邪陷心肝

临床表现：尿闭点滴全无，手指颤抖，头晕而痛，皮肤瘙痒，甚则高热神昏，谵语狂躁，抽搐惊厥。舌红绛，或见卷缩，苔少或黄燥无津，脉弦细数。

病机分析：热毒之邪亢盛，阴液耗竭，则尿闭，点滴全无。血虚生风，则皮肤瘙痒。热动肝风，则手指颤抖，甚则抽搐痉厥。阴不潜阳，肝阳上亢，则头晕而痛。热毒内陷心包，则神昏、谵语狂躁。舌绛而干或见蜷缩，脉细弦数均为真阴耗伤，肝风内动之征。

治法：清心开窍，平肝潜阳，熄风开闭。

方药：镇肝熄风汤(《医学衷中参西录》)合安宫牛黄丸(《温病条辨》)。

羚羊角　钩藤　白芍　生地　生龙骨　生牡蛎　龟甲　代赭石　牛膝　玄参　天冬　甘草　安宫牛黄丸

临证参考：若高热甚而风动不止者，以紫雪丹易安宫牛黄丸清热熄风止痉；若邪热烁津为痰，阻蔽心窍而神昏深重者，以至宝丹合安宫牛黄丸以涤痰清热开窍。

7.4.3　内闭外脱

临床表现：尿少尿闭，神志昏愦，躁扰不安，手足厥冷，汗出而粘，气微欲绝或喘而气短息促，大便闭结，唇黑甲青。舌绛色黯，干燥起刺，脉细数或沉伏。

病机分析：火热毒邪内阻而闭，肾阴衰竭，尿无化源，故尿少尿闭。邪阻于内，扰乱神明，闭塞心窍，故神志昏愦，躁扰不安。阴津内耗外泄，故汗出而粘。舌绛干燥起刺，脉细数，阳气无所依附，随津外泄而亡脱，故手足厥冷，气短息微，唇甲青黑，脉象沉伏。

治法：开闭固脱。

方药：生脉散(《内外伤辨惑论》)合参附龙牡汤(《世医得效方》)加减。

人参　麦冬　五味子　熟附子　生龙骨　生牡蛎

7.4.4　下焦蓄血

临床表现：尿少而涩或血尿，少腹结痛，便秘或黑便。舌红或绛，苔黄干或少苔，脉沉数或涩。

病机分析：瘀血败精，阻塞尿路，故尿少而涩。瘀血内阻，血不循经，溢于脉外，故可见血尿。瘀血不行，阻碍气机，不通则痛，故见少腹结痛。舌脉均为血瘀下焦之征。

治法：泄热通瘀，凉血化瘀。

方药：桃仁承气汤(《伤寒论》)化裁。

桃仁　当归　赤芍　丹皮　生大黄　芒硝　蒲黄　三七

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.5 外 治 法

癃闭的治疗，除了内治法外，还有诸多外治法，这些外治法不仅简便易行，而且取效甚快，同时又体现了急则治标的大法。临床上常广有用之。

7.5.1 外敷法

(1) 独头蒜头 1 个，栀子 3 枚，盐少许，捣烂，摊纸敷脐部，良久可通。

(2) 食盐半斤，炒热，布包熨脐腹，冷却后再炒热敷之，效验。

(3) 白矾末填满脐中，以新汲水滴之，觉冷透腹内，即自然通。

(4) 葱白 500g，捣碎，入麝香少许拌匀，分 2 包，先置脐上 1 包，热熨约 15 分钟，再换一包，以冰水熨 15 分钟，交替使用，以通为度。

7.5.2 诱导法

(1) 扬水诱导：本法可以缓解神经紧张，改善平滑肌痉挛状态，以促进尿液的排出。

(2) 热水浴按摩中极穴：热水坐浴可改善臀部、会阴部、小腹部局部血液循环，减轻前列腺充血、水肿，缓解尿道梗阻。按摩中极穴可以使膀胱逼尿肌收缩，膀胱内压上升。两法合用能温经通络，行气活血，开通闭塞，使小便得通，用之常取效裴然。

(3) 灌肠诱导：由于开塞露等常为甘油制剂，甘油直接刺激肠壁，促进肠蠕动，通过神经反射引起排便，同时反射性兴奋盆腔神经，引起膀胱逼尿肌强有力收缩及膀胱括约肌松弛，加之排便时腹直肌及膈肌收缩，通过一系列神经反射，使腹内压及膀胱内压增高，促进尿液排出。

7.5.3 放射疗法

(1) 激光穴位照射：本法可以调整人体机能，通过穴位照射对经络、脏腑产生影响，使膀胱平滑肌功能恢复，消除膀胱颈部受压水肿，达到自行排尿的目的。激光的生物学效应为尿潴留的治疗又提供了一条途径。

(2) 超短波治疗：通过超短波肾区微热治疗，借助神经反射和直接作用，解除肾脏血管痉挛，扩张血管，加速循环，调整和促进肾功能恢复，起到利尿作用。

7.5.4 导尿法

(1) 当病情重笃，诸法无效时，可采用导尿法，以缓其急。

(2) 钛镍前列腺螺旋支架：对因前列腺增生而使后尿道狭窄的癃闭治疗效果满意，钛镍支架在 4℃以下具有任意塑形，在 37℃以上迅速复原的特点，其对狭窄的后尿道有支撑扩张作用，可以解除梗阻，恢复自主排尿，可替代留置导尿管，减少感染，对手术高危患者是有效而安全的方法。前列腺螺旋导管对前列腺肥大尿潴留也有相似作用。

7.5.5 探吐与取嚏

打喷嚏或呕吐，能开肺气，举中气，而通下焦之气，是一种简单有效的通利小便的方法。其具体方是用消毒棉签，向鼻中取嚏或喉中探吐，也有用皂角粉吹鼻取嚏和药物探吐的，总之无论何法均取“提壶揭盖”的良效。

7.6 针 灸 疗 法

针灸疗法治病的关键就在于根据证候的属性来调节阴阳的偏盛偏衰，使机体转归于

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

"阴平阳秘"，恢复其正常的生理功能，而达到治愈疾病的目的。通过对经络、腧穴的刺激，调节人体的阴阳气血，发挥扶正祛邪的作用。对于癃闭，针灸疗法有显著的疗效，有其特定的、规律性的组方配穴，以及古今经验方。

针灸疗法有针法和灸法之别，临床可单独使用，也可以配合使用，对于提高临床疗效有明显的效果。常选用的穴位有：足三里、三阴交、阴陵泉、中极、气海、关元、膀胱俞、三焦俞、大钟、京骨、肾俞、水泉、阴谷、复溜、照海、委阳、脾俞等。更有随证取穴、辨证选穴，这更增加了疗效的可靠性。对于癃闭实证，其临床表现为小便阻塞不通，努责无效，少腹胀急而痛，烦躁口渴，舌质红，苔黄脉数者，治宜清热利湿，行气活血。取足太阴、足太阳、任脉经穴为主，针用泻法，不灸。可选三阴交、阴陵泉、膀胱俞、中极等穴。对于癃闭虚证，其临床表现为小便淋漓不爽，排出无力，甚则点滴不通，小腹膨隆，面色㿠白，神气怯弱，腰膝酸软，少气乏力，大便不坚，时觉肛坠，舌淡苔微腻，脉细无力或细缓，治宜温补脾肾，益气启闭。取足少阴、足太阳、背俞和任脉经穴为主，针用补法，或灸。可选阴谷、肾俞、委阳、三焦俞、气海、脾俞等穴。膀胱湿热型，选膀胱俞、中极、京骨、大钟、阴陵泉、关元等穴；膀胱瘀阻型，选关元、肾俞、三焦俞、三阴交、曲骨等穴；命门火衰型，选肾俞、气海、阴谷、三焦俞、水泉等穴。

耳针疗法取效亦佳。取穴：肾、膀胱、尿道、三焦、交感、皮质下等穴。刺法：中等刺激，每次选1～2穴，留针40～60分钟，每10～15分钟捻针一次。

电针疗法其效可靠。针刺双侧维道，沿皮刺，针尖向曲骨透刺，约2～3寸，通电15～30分钟。

更有穴位注射法，取三阴交，注射新斯的明。三阴交为足三阴经交会穴，脾主运化水湿，肾主水，肝主宗筋，与肾皆归下焦，与人体水液代谢密切相关。针刺三阴交，通过直接刺激穴位，发挥经络体系作用，又新斯的明能抑制胆碱脂酶，增强乙酰胆碱作用，对膀胱逼尿肌和胃肠道平滑肌有较强的兴奋作用，以促进排尿，二者配合更是相得益彰。

针灸疗法简便易行，疗效可靠，在临床上广有用之。

7.7 推拿疗法

推拿疗法是以手代药在患者某处皮肉筋骨部位，运用推拿等各种手法，以通畅经络、调理气血，从而起到治病作用的一种疗法。在癃闭的治疗中，推拿疗法常有应用，可单独使用，也可与它法配合使用。推拿手法直接作用于膀胱病所，点揉穴位以增疗效。操作：先用推、摩小腹之法，以求通畅膀胱腑气，为气化利尿奠定基础；点揉穴位，使化气利尿，溲得以排出。常选用的穴位有中极、气海等。

7.8 尿潴留的西医治疗撮要

7.8.1 尿潴留的药物治疗

酚妥拉明：本药是α受体阻断剂。尿潴留的原因之一是膀胱颈、前列腺包膜和腺体、尿道均有肾上腺α受体，该受体突然兴奋，使前列腺包膜中平滑肌组织张力剧增，从而使尿道受阻。因此临床上用α-肾上腺素受体阻滞剂治疗尿潴留有一定疗效。--般用酚妥拉明10mg静脉注射，症状很快解除后，继续用本品10mg，每日两次口服，用后可使尿潴

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

留的发作次数显著减少。对针灸、留置导尿或注射拟胆碱药如氨甲酰胆碱等无效的尿潴留患者，改用该药后疗效较佳。但要注意，酚妥拉明是一种血管扩张剂，对低血压、严重动脉硬化，合并重要脏器功能不全、高龄以及衰竭患者，应慎用或严密观察。

苯氧苄胺：本药亦是α-肾上腺受体阻滞剂。临床研究表明用苯氧苄胺治疗良性前列腺增生症有可能取代外科手术。该药可解除不需手术及不宜手术病人的症状，预防再次尿潴留，预防手术后尿潴留，以及解除早期良性尿潴留和利于导管撤除等。但本品有一定副作用，如眩晕、鼻塞、血压下降，一般可通过调节剂量完全解除副作用。

5-氟尿嘧啶：本药可治疗前列腺增生症，伴有急性尿潴留。采用本品250mg溶于500ml生理盐水或葡萄糖注射液中，静点5～7天为1个疗程。尿潴留可完全缓解，或有不同程度的减轻。个别患者可出现白细胞减少，停药后迅速恢复。

一叶秋碱：本药用治神经源性尿潴留，疗效显著，疗程短，无副作用。一叶秋碱注射液8～16mg，每日1～2次肌内注射，可基本达到自主排尿。

克念菌素：本药是七烯类抗生素，对于前列腺肥大症有一定疗效，每日顿服70mg，2～3个月为1个疗程。对于由前列腺肥大引起的尿频、尿急、小便淋漓不畅及尿潴留、排尿困难等症状有明显改善，或有较好的缓解作用，同时可使前列腺体有不同程度的缩小，临床使用中未发现明显毒副作用，仅有少数患者出现胃肠道反应。

7.8.2 尿潴留的导尿治疗

前列腺肥大症是中老年男性常见的多发病。前列腺肥大使后尿道、膀胱颈阻塞，引起排尿困难或尿潴留，通常在药物治疗无效时要进行手术治疗。有手术禁忌者，往往采用留置导尿管或膀胱造瘘以解除尿潴留。

8 疗效评定标准

关于癃闭的疗效评定标准，国家中医药管理局1994年重新修订的《中医病证诊断疗效标准》已有明确记载，现采录如下。

治愈：小便通畅，症状及体征消失。

好转：症状及体征改善。

未愈：症状无变化。

9 康　　复

9.1 药物康复

在康复阶段，可继续选用清热利湿、散瘀结、利气机或补脾肾、助气化等方药。如八正散、抵当丸、沉香散、补中益气汤、济生肾气丸、六味地黄丸、滋肾通关丸等。药物如木通、车前子、王不留行、瞿麦、萹蓄、栀子、滑石、甘草、当归尾、桃仁、穿山甲、大黄、黄芪、党参、升麻、柴胡、附子、肉桂、熟地黄、山萸肉、茯苓、泽泻、牛膝、丹皮、知母、黄柏等。

9.2 食物康复

实证癃闭者：可常服车前子草或荸荠梗（通天草），煎汤代茶，或食酒炒螺蛳。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

脾胃虚弱者：可常服芡实茯苓粥。芡实 15g，茯苓 10g，共捣碎，加水适量，煎至软烂时，再加淘净的大米适量，继续煮烂成粥，每日分顿食用。

肾气虚弱者：可常服法制黑豆。黑豆 500g，以水泡发备用，熟地黄、山萸肉、茯苓、补骨脂、菟丝子、旱莲草、黑芝麻、当归、桑椹子、五味子、枸杞子、地骨皮各 10g，煎汤制黑豆。食之即可。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病名规范

癃闭病名，首见于《内经》。《内经》中的癃闭系专指排尿困难，甚至闭塞不通而言，又称闭癃。简称癃或闭。汉代改癃为淋，下至宋元皆只载小便不利、小便不通或淋证或淋闭，而无癃闭之名，从而混淆了癃、淋、闭的概念。直至明代张景岳始将两证辨清。后世所宗皆本《内经》。中医院校教材、众多中医参考书，尤其是中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》和国家标准《中医临床诊疗术语》，均以“癃闭”命名本病。

1.2 病因病机研究

1.2.1 现代医家病因病机认识撷粹

癃闭病的病因可分为外感、内伤和诱发因素。在致病过程中，每种病因并非一成不变，而是可以相互转化或兼而为病。许玉山认为：癃闭以下焦肾与膀胱为发病的主要关键，但与上焦、中焦有密切关系。凡房劳、郁怒、久病、外邪、外伤或数因而合，影响三焦水液的正常运行及气化失常者，即成癃闭。上焦肺被热灼，热燥伤津；中焦湿热蕴结，下注膀胱，或中气升运无力；或下焦肾阳不足；或肾移热膀胱，水热互结；或败精瘀血留而不去，诸种因素均可影响膀胱之气化功能而成本病。[1]张发荣认为癃闭多因肺、脾、肾三脏功能失调，三焦气化失常，致湿热蕴结，或气机壅滞，或瘀血败精阻塞，另年高体弱之人素体本虚，肾阳不足，命门火衰，加积热日久，津液亏耗，致肾阴不足，均可发病。[2]张玉龙认为本病的发生每与寒冷、过劳、情绪剧变或饮食刺激而发有关。[3]

1.2.1.1 外邪 杨德明用单味芒硝治癃闭因于实热蕴结所致膀胱闭阻，气化不利。[4]谢金鼎治产后癃闭因邪热羁肺，津伤液亏，化源告竭 1 例。[5]刘强认为前列腺炎之癃闭多由湿热粘滞下焦，久而不洁，致血运受阻，水血互结，膀胱气化失司致小便不利。[6]黄季伟认为前列腺肥大尿闭证属湿热蕴结已久，日久灼伤阴津，肺肾阴虚，化源不足故溲无以出。[7]汪正聪认为小便不利有由于热在下焦，血分阴损及阳，阴虚而阳不化气致小便欲解不得。[8]胡国俊认为湿热痰火之邪，壅遏肝经，易激肝阳偏亢，相火内炽，邪热充斥上下，所藏之津液无以化气而致癃闭。[9]刘殿青认为产后癃闭多因产时湿热外感，致膀胱气化功能障碍。[10]周宗农报道 1 例由实热久蕴伤阴，致阴亏热结癃闭治验案。[11]姜润林曾治新生儿癃闭属风寒犯肺，肺失宣肃，通调水道失职而致小便不通者。[12]胡国俊治

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

一因手淫后涉水感寒导致癃闭者，证属寒滞厥阴，水道阴凝不化。[9]

1.2.1.2 痰湿 栾佩岳治一前列腺肥大小便不利患者，在前医遍用它法不效后，用化痰法治疗收效。[13]钟定波治1例患者，素食酒烙、炙烩，近又因饱食后出现小便淋涩不畅。[14]田维君认为饮食不节，素食酒热或肥甘辛辣，致湿热毒浊下降，下注膀胱或肾热移于膀胱，主客结为一体，气化不利，水液不出。[15]

1.2.1.3 气滞 蔺友良治中风后复因情志违和，时逢溽暑致癃闭。[16]倪世涛治前列腺肥大患者，因口角动怒，先见小便不畅，继则不通。[17]王凤桥治一慢性肝炎患者，因琐事心情不畅，致病情加重，继而小便滴沥不畅。[18]田维君认为癃闭因气机不利者多因七情内伤，肝气郁滞，疏泄失职以致三焦气化不利，水液受阻所成。[15]

1.2.1.4 瘀血 李伟林用桃核承气汤治癃闭属于蓄血证者1例。认为蓄血证的病因关键在于邪热与血互结于下焦。[19]刘斌武治一前列腺肥大患者，证属血瘀水蓄，认为瘀血壅滞膀胱，气化受阻，水蓄下焦，瘀血水浊胶结，久而化热，进而肠道津液煎熬，传导失职，大小便闭。[20]汪凤杰治急性尿潴留30例，其中急性前列腺炎14例，腹外伤4例，下肢骨折3例，乳糜尿1例，尿结石2例，痔疮2例，尿道创伤3例，痛经1例，认为无论哪一类型，其气血瘀滞贯穿病程始末。[21]聂天义治一妇女产后4天小便淋沥若滴2天，妇科检查为阴道血肿压迫膀胱及尿道，属瘀血蓄于下焦，遏阻水道。[22]汪正聪认为小便不利有由于瘀血败精阻塞膀胱，致气化不利，不得小便者。[8]刘伯平认为从西医病理角度，慢性前列腺炎致癃闭多属血瘀或湿。[23]董杏初认为前列腺肥大，由于瘀结成块，阻塞膀胱尿道间而致癃闭。[24]曹赫基认为前列腺肥大所致癃闭乃痰瘀互结阻塞水道所致，故治疗用活血化瘀之品。[25]吴朝文根据不少作者对西医学的病理认识，认为前列腺肿大与中医的“瘀血肿块”相似，提出了活血化瘀的治则。[26]

1.2.1.5 中虚 郭忠民治妊娠尿闭，因中气不足，湿热下注。风为百邪之长，犯人多夹它邪，合而为病。[27]王树槐治一老年癃闭，宿有结核及慢性前列腺病史，证属中气不足，气机升降失常，认为本证每发生于大病、手术、产后，亦多见于老人。[28]段玉环认为在前列腺肥大患者的任何阶段，都可因久坐劳思等致使骨盆内瘀血，膀胱颈部充血水肿，而出现急性尿潴留。[29]刘冰清报道一妇女妊娠4个月，二便不通10天，旧有子宫下垂史(此可能是下垂的妊娠子宫压迫引起尿路阻塞所致)，病属中气下陷。[30]郑翔认为劳倦伤脾，久病体虚或饮食不节，损伤脾胃，使中气下陷，是老年人的前列腺肥大尿潴留的原因之一。[31]

1.2.1.6 肾虚 蔡英奇认为肾亏血结水阻乃病之根本。这也说明了腺体的增生固然是本病的主要因素，但与此相关的膀胱颈、后尿道粘膜的炎症充血和水肿伴同老年人全身脏腑功能衰退而引起的下尿路障碍，无疑是影响本病的第二三位因素。[32]董自敏认为前列腺肥大证属中医癃闭范畴，从其病因分，一般分为膀胱积热、阴虚火旺、肾阳虚衰、痰浊瘀阻、脾气虚弱5型，临床上往往病因多有夹杂，但总以肾虚为本。[33]夏远归用“解癃汤”(经验方)治疗前列腺肥大溺癃38例，病因为肾虚、邪热致瘀血、败精结聚。[34]渠敬文认为肾司二便，男子五八肾气衰，八八肾气竭，败精瘀血阻滞胞系，肾虚而化机不及，痰浊凝结，积久而成癥积，压阻胞系，变为癃闭。[35]林连观等认为前列腺肥大属中医“癃闭”范畴，系老年人肾阳不足，邪热独乘，导致膀胱湿热蓄积，气滞血瘀，积久渐大，坚

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

硬难消，压迫膀胱，使小便不利。[36]

1.2.1.7 产后 柴有华认为产后致癃与亡血、伤津有关。[37]叶继长认为产后癃闭以气虚、肾虚与损伤者多见。病理因素的瘀血内停为主，属虚实夹杂。[38]贾英认为手术助产或产后大出血，气随血耗，肺脾气虚，不能通调水道，下输膀胱，气化不行而致小便不通。胞脉系于肾，如肾虚有瘀或合并感染，邪毒内侵，互结为患，均可影响气化致小便不通。他认为产后尿闭总由气血不足或瘀毒夹杂，影响肺、脾、肾三脏，导致膀胱气化失司，引起小便不利。[39]胡永如治产后癃闭300例，认为产后尿潴留由多种因素引起的膀胱收缩无力或尿道括约肌痉挛，也可由于尿道粘膜水肿或下尿道炎症。因惧怕排尿剧痛而不敢小便或因手术后、产后引起的神经性膀胱功能障碍。[40]陈颖异认为产后癃闭的发生与产程过长、膀胱损伤、会阴破裂、侧切、麻醉药的应用及精神紧张有密切关系。由于上述因素导致气机不利，血行凝滞，是产生癃闭的关键。[41]沈关桢认为产后癃闭虚证居多，因于妇人分娩时创伤努挣或出血过多，必然导致伤气，因此治疗时首先要考虑到血不足而气亦虚的特点。[42]郑德安认为产后致闭一方面是产时失血，产程长，用力，气随血耗，致肺脾气虚；另一方面瘀阻下焦，膀胱气化不利。[43]马小允认为产后尿潴留的发生多由于膀胱肌肉张力差，膀胱三角区粘膜充血、水肿及会阴的疼痛反射造成膀胱肌肉收缩功能障碍，使排尿困难，产生尿潴留。[44]董杏初认为产后癃闭是产程中手术而损伤气血，导致气滞血瘀，瘀血闭阻膀胱，阻碍气化而成。[24]陈彪认为产后癃闭属西医的尿潴留，其病因有神经、精神因素和机械阻塞因素。[45]陈颖异认为产后癃闭的主要原因在于新产耗气，产后多瘀，气虚血瘀，更加临产惊恐忧虑必致气滞。气虚、血瘀、气滞皆可导致水蓄膀胱，而成癃闭。[46]

1.2.1.8 术后 史明学报道1例妇女输卵管结扎术后致癃，认为结扎术后经脉受损，经气受阻。[47]陈高兴用例换散治输卵管结扎术后癃闭，认为多由于手术牵拉刺激所致，西医学称为反射性尿潴留。[48]陈剑声报道膀胱结石术后癃闭案。认为乃术后膀胱受损，气化失职，且术后每易血瘀气滞，致阻塞不通。[49]贾美华治痔瘘术后致癃，认为痔瘘术后出现尿潴留，多因肛痛、麻醉、肛内填塞引起。[50]吴春光认为痔瘘术后尿潴留，多由于肛门剧痛、腰麻或骶麻致环境的改变，使膀胱收缩力减弱，造成排尿困难。[51]解金梅认为术后尿闭可分为3类：①湿热壅积，膀胱气化失司，尿闭不通；②术后伤气，升降失调，③瘀血凝滞，气化不行。[52]

1.2.1.9 外伤 黄朝铁用五苓散加味治伤后癃闭，认为伤后癃闭总属外伤后或瘀血遏阻经脉或膀胱尿道破裂，或出血量过多，或疼痛剧烈，精神紧张，大汗淋漓，阴液大亏或湿热之邪蕴结膀胱，或逆行感染等因，导致膀胱气化失职，小便不利。[53]熊赛君用膈下逐瘀汤治疗外伤性截瘫尿潴留15例，认为第12胸椎、第1腰椎位于膈下，骨折后由于局部组织的充血水肿，成移位的骨折片压迫，甚至挫伤骨髓从而并发膀胱因无神经支配不能自主排尿，而出现张力性尿潴留即瘀血闭阻经络，膀胱气化不利而致癃闭。[54]田海琴认为创伤性癃闭的发生原因是多方面的。一方面由于创伤的突然发生，患者往往受惊吓而导致情志紊乱，脏腑功能失调，中医学认为惊则气乱，恐则气下，惊恐伤肾，气机紊乱，肾气受伤而膀胱气化不利，小便为之癃闭不通。另一方面由于创伤形成血瘀而气滞，或血失而津伤的病理变化。瘀血凝滞，三焦水道不畅，气滞木郁，疏达失司或气耗水亏，气化无

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

权，均可致膀胱气化不利，小便癃闭不通。另外不习惯于床上排尿，也是造成癃闭的一个因素。而腰麻后，手术后所致者，还与麻醉药物的作用有关。[55]

1.2.2 病机学说的研究

癃闭一病发生的病因复杂，但其病机总不外乎正气内虚，脏腑功能失职，或邪气干扰，水道不通两方面。无论何者最终均导致肾与膀胱功能失调，三焦气化不能宣行而发为癃闭。近代医家对本病的病因做了详尽的探讨，并有很深的认识。

吴兆华认为小便的通利，赖于三焦的气化，癃闭产生的机制是：①湿热壅滞。因于中焦湿热不解或肾热下移膀胱，湿热阻滞，致气化失常，小便不通而成癃闭。②热壅于肺。肺为水之上源，热壅则肺失肃降，不能通调水道，或因热下移，令上、下焦均被热气所隔，遂成癃闭。③脾失健运。劳倦久病或饮食不节，损伤脾胃，致脾虚不能升清降浊，故小便不利。④肾元亏损。年老体弱或久病体虚，肾阳虚衰，所谓“无阳则阴无以生”，或因下焦积热日久，津耗液损，令肾阴不足，也即“无阴则阳无以化”，致膀胱气化无权，遂为癃闭。⑤尿路阻塞。肿物结石，败精瘀血，梗塞尿路，尿难排出，也成癃闭。此外七情内伤，肝气郁结，疏泄不通，累及三焦，影响化气行水，水道受阻，亦成癃闭。[56]郑翔从三焦论述癃闭病机：①上焦肺失宣降。肺为华盖，居上焦，其气肃降，则水道通调，下输膀胱，故有“肺主行水”、“肺为水之上源”之说。而上焦如雾露之溉，其宣发功能促持着小便通利。热壅上焦，宣发失职、上窍闭塞，阻碍肺气肃降，则水道不通。②中焦脾气不升。脾胃属中焦，脾主运化，以升为用；胃主受纳，以降为顺，一升一降，形成中焦斡旋之机。若中气不足，脾气虚弱，不能为胃行其津液，以致水湿内停，阻滞清阳不升，浊阴不降，津液不能下趋膀胱，小便因而不利。③下焦虚实夹杂。肝肾和膀胱属下焦，下焦具有分清泌浊，渗入膀胱，排泄废料，其气下行的特征，主要功能是指肾与膀胱的泌尿作用，更重要的是靠肾气开阖和膀胱气化来完成。肝经环绕阴器，其疏泄功能循经下行为用，可见水液通过下焦排出体外，与肝、肾、膀胱关系密切。具体来说分为肾阳不足，命门火衰，致膀胱气化失职而溺不得出；肾阴亏虚，虚火内生，致小便灼热难出；肾虚膀胱气化不利，水湿内停，滞而化热，以致湿热蕴结下焦；肝气郁结，脉络阻滞，郁久化火，与下焦水湿互结，以致肝经湿热蕴结膀胱。在三焦病机中章真如有所侧重，认为下焦病机尤为重要，从其对上、中焦的治疗中都使用了通利小便药物可以看出。[31]吴克山总结前列腺肥大引起的癃闭，急者多实证，以湿热瘀阻为主，缓者多虚证，或虚中夹实、夹瘀。[57]张振东辨证治疗前列腺增生症82例疗效观察，认为该病病机主要与三焦气化相关。一为中焦湿热之邪不解，下注膀胱。或肾热之邪，移热膀胱，膀胱湿热阻滞，气化不行，导致小便不通而癃闭。这可能与膀胱颈、后尿道粘膜炎症充血、水肿影响了尿液排出有关。二是老年脏腑俱虚，脾气肾气皆亏，命门火衰，膀胱气化无权，关门开阖失司，导致小便不得排出而成癃闭。这可能与老年体弱，膀胱逼尿肌无力，造成排尿困难有关。[58]陈以平把癃闭的病机归结为6型：①湿热阻滞膀胱，或肾移热于膀胱，形成湿热互结，使膀胱气化发生障碍，从而形成癃闭。②肺热气壅。肺为水之上源，热壅于肺，肺气不能肃降，津液输布失常，水道通调不利，不能下输膀胱；又因肺热下移膀胱，以致上、下焦均被热气闭阻，因而形成癃闭。③脾气不升。劳倦伤脾，饮食不节，或久病体弱，致脾虚而清气不能上升，则浊阴难以下降，小便因而不利。④肝气郁滞。七情内伤引起肝气郁结，疏泄不

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

及，从而影响三焦水液的运行及气化功能，致使水道的通调受阻，形成癃闭。⑤下焦亏虚。老年体弱，肾阳不足，命门火衰，致使膀胱气化无权，而尿不能排出；或下焦积热，日久不愈，导致肾阴不足，亦可产生癃闭。⑥尿路阻塞。跌打外伤，瘀血凝滞，或肿块砂石，压迫、阻塞尿路，小便难以排出，因而形成癃闭。[59]

2 临床研究

2.1 证候与辨证规律的研究

临床症状的观察与总结

癃闭一病因其致病因素的复杂性，导致其辨证论治的多样性，尽管复杂多样，但谨守病机，审证求因，审因论治，是指导临床辨证、选方及用药的原则。近代诸家从不同角度认识癃闭一病，大大丰富了癃闭的辨证论治的内容。

吴兆华根据临床表现和病因病机，可分为虚实两大类辨治。（1）实证：①膀胱湿热证：证见小便点滴不通或量极少，短赤灼热，口苦腹满，或不欲饮，舌红苔黄腻，脉数。治宜清热利湿为主，用八正散加减。②肺热壅盛证：证见小便涓滴不通，或点滴不爽，咽干烦渴欲饮，时而咳嗽，呼吸喘促，舌红苔薄黄，脉数。治宜清肺利水，用清肺饮或麻杏石甘汤加减。③尿路阻塞证：证见小便点滴而下，或尿如细线，甚则不通，小腹满痛，舌质紫黯或有瘀点，脉涩。治宜散结化瘀，通利水道，方用代抵当丸或桃核承气汤加减。④肝气郁滞证：证见多烦善怒，或情志抑郁，腹胁胀满，小便不通或不畅，舌红苔薄黄、脉弦。治宜疏肝行气，通利小便，方选六磨汤合龙胆泻肝汤加减。（2）虚证：①中气不足证：证见小便欲尿不出，或量少不畅，神疲纳呆，气短声低，少腹坠胀，舌淡苔薄，脉细弱。治宜补中益气，升清降浊，方选补中益气汤合五苓散。②肾元亏虚证：证见小便不通，或点滴不爽，欲排无力，面色㿠白，形寒肢冷，腰膝酸软，舌淡苔白，脉沉细尺脉弱；或咽干心烦，手足心热，舌质光红少苔，脉细数。前者治宜温阳益气、补肾利尿，以济生肾气丸为主方；后者治宜滋阴补肾，化气行水，方选猪苓汤合六味地黄丸加减。吴氏认为辨实的要点是发病急骤，少腹胀痛，尿赤短灼，舌苔黄腻或薄黄，脉弦或数；辨虚的依据为发病缓慢，面色不华或㿠白，小便无力，神疲气短，舌淡脉沉弱。既往书录称癃闭多实证，遗溺多虚证，其实不尽然，反见虚实夹杂者居多，必须分清主次，视虚实偏重不同而用药。[56]郑翔提出三焦论治颇有独到之处，辨证论治从上焦肺失宣降，中焦脾气不升，下焦虚实夹杂三方面着眼。①上焦肺失宣降。证见小便涓滴不通，或欲解难出，小腹胀满，胸闷气逆，咽干欲饮，舌红苔黄脉数。章真如指出本证常见于老年前列腺肥大，经久失治，复感外邪，入里化热。或酗酒，贪食辛辣所致。故拟清热肃肺，宣通上焦，方选清肺饮加减。临床对于久治无效者，改用此法轻宣上窍，每获疗效。②中焦脾气不升。章真如指出劳倦伤脾胃，使中气下陷，是老年人的前列腺肥大尿潴留的原因之一。证见小腹坠胀，小便不畅，点滴难下，或溺后余沥，甚则小便不通，动则气短，眼睑浮肿，舌淡苔白脉细。治以补中益气、升清降浊，方选补中益气汤加味。③下焦虚实夹杂。证见小便点滴不爽，排出无力，尿后白浊，或小便不通，但夜尿频，精神不振，腰膝酸软，舌淡苔白脉沉细。予温肾利尿，方选金匮肾气汤加味。若肾阴亏虚，虚火内炽，证见小便灼热难

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

出，尿黄而短少，腰痛头晕，耳鸣多梦，形体瘦弱，舌尖红苔薄黄，脉沉细，治予滋肾泻火，方选知柏地黄汤加味。而对阴虚阳不化气者，用滋肾通关丸（黄柏、知母、肉桂）合六味地黄丸，滋阴化气，通利小便。三焦论治可谓提纲挈领，切中病机，但在治理三焦水道的同时必须与相关脏腑联系起来，注意上焦宣发、肺气肃降、中焦脾气上升胃气下降、下焦肾之开阖与膀胱气化、肝气疏泄等生理、病理特征。[31]张振东等辨证治疗前列腺增生症 82 例，辨证分为：①湿热蕴结型 38 例，证见小便频数，涩痛，有灼热感，尿赤，甚至尿闭，每因过食辛辣或酗酒引发，频渴，口干欲饮或不欲饮，大便不爽，舌红苔黄或黄腻，脉弦滑数，治宜清热通淋利湿。②脾肾阳虚型 44 例，证见尿意频频，滴沥不爽，夜间较重，甚则尿潴留，面色苍白，神疲乏力，腰膝酸软，舌淡有齿痕，薄白苔，脉沉细，治宜益脾温肾，助阳化水，[58]周瑞芝总结几年来运用中医药治疗癃闭，大致分为肺热壅盛、膀胱湿热、血络阻塞、中气下陷、肾阳衰惫、肾阴亏耗 6 型。[60]

2.2 治则治法研究

2.2.1 治则概述

通利小便是癃闭治疗的基本原则，但通利之法又因证候的虚实而各异。一般而言，实证常宜清湿热、散瘀结、利气机而通水道。虚证则宜补脾肾，助气化，通补合用，以使气化得行，小便自通。同时还要审因论治，根据病在肺、在脾、在肾的不同进行辨证论治，不得滥用通利小便之品。

2.2.2 治法研究

癃闭在治疗时遵循“腑以通为用”的原则，并在此原则的指导下，根据病因的不同及病变在肺、在脾、在肾、在肝的不同而选用不同的治法，亦根据疾病的轻重缓急而采用相应的救急措施。在总的治则指导下的灵活多样的治法被近代医家所崇尚，且认识各一。

2.2.2.1 疏理气机法 肝与小便不利的关系古已有论述，如《灵枢·经脉》有“是主肝所生病者……遗溺闭癃”之明言。从经脉循行来看《灵枢·经脉》又说：“足厥阴肝经，循股入阴，入毛中，过阴器，抵少腹。”另肝肾同源，为子母之脏，肝之疏泄条达岂能不影响三焦水液运行及膀胱气化功能。胡国俊认为肝除疏泄胆汁、条达情志、疏理中土外，尚有调节气血流畅及三焦水液运行的作用，故膀胱气化除直接受肾控制外，与肝之疏达条畅亦不无关系。若所欲不遂，情志抑郁则肝气失条达之性，气机阻滞，水道通调受阻，疏泄不及膀胱，所蓄之水津则无以外出，而致癃闭。此种属肝气怫郁，疏泄不及州都，治当疏肝达郁，通利小便，方用沉香散加减。肝寄相火，其性刚烈，湿热痰火之邪，壅蕴肝经，易激肝阳偏亢，相火内炽，邪热充斥上下，如膀胱受到肝经湿热痰火之邪下扰，约利受阻，所藏之津液无以气化而致癃闭。指出癃闭中因湿热痰火壅遇而致肝强气逆者屡见不鲜，从肝论治能收桴鼓之应。水液之运行必得阳气之温煦，方可循三焦而下入州都，膀胱才能气化津液，启闭有节。肾阳亏虚固然少其温化，厥阴寒滞，络脉受阻，膀胱亦有不化之时，此癃闭乃因寒凝肝经，肝用被遏，疏泄不及州都，膀胱阴凝，约利失度，故治以温散厥阴寒凝方能取效。[9]王梅蓉对于肝与小便的关系认为小便之生理、病理均与肝脏密切相关，并从肝之生理功能和肝的经脉分布及前人治疗经验 3 个方面来论证。在肝的生理功能中除指出肝主疏泄功能的作用影响气机的平衡，从而影响小便的通利与否，还指出肝藏

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

血在本病中的致病机理，此点诸家鲜有论述。肝藏血，肾藏精，血从精生，精从血来，肝肾同源。若肝血不足，就可引起肾精亏损，如此则肾的蒸腾气化功能减弱，亦致膀胱气化无能，小便无由出。从前人及近人治癃闭针刺肝经穴位取得疗效亦证明治肝在治癃闭中的地位。[61]杜勉之治1例患者在前医屡用通利不效，辨证属肝郁气滞、水道闭阻。投以柴胡疏肝散加减取效。指出：若利水不思达木，则愈利愈闭，究其因在于木郁不达，乘脾犯胃，致中焦气虚下陷，运化无权的变证。只有使肝气通畅，脾气健旺，方能启闭如常，溺道自通，不利小便而小便自通。[62]聂天义指出癃闭由于肝气郁滞导致者很多，而肝气虚所致者则较少见。曾治一老年男子，患前列腺肥大伴尿潴留，症见小便点滴不出，小腹拘急胀满，按之硬，伴咳嗽气促，胁肋隐痛，纳呆，面色不华，眼睑微肿，目视眈眈，唇淡，形体消瘦，精神萎靡，少气懒言，悒悒不乐，易恐善惊，膝胫酸软，疲惫懈惰，大便二三日一行，稍干不爽，苔薄白质黯，脉右沉微弦，左微弦关弱，诊为肝气虚，三焦气机壅阻所致，治以补肝气、疏三焦，佐以活血清热。认为“丈夫七八肝气衰，筋不能动”，故年迈之人肝气必虚，致肝之升发疏泄不及，肺之宣降失调。肝气不足，木不疏土，致脾不能正常运化水湿，肝为肾之子，肝气虚衰，子盗母气，则肾气亦虚，肾虚则气化不及州都。如是肺、脾、肾之气不主持三焦水道，气化受阻而成癃闭。[63]

2.2.2.2 泻下利尿法 《灵枢·本输》曰：“实则闭癃……闭癃则泻之”。《古今医鉴》云：“大便动而小便自通”。《伤寒论》云：“病人小便不利，水道不通，大便乍鞕乍易，时有微热，喘冒不能卧者，有燥屎也，宜大承气汤”。《景岳全书》说：“大小便俱不通者，必先通其大便，则小便自通矣”。鲜光亚认为膀胱与大肠、前阴与后阴，并居于下焦，生理上相互维系，病理上相互影响。癃闭患者大多合并大肠腑实证。大便秘结又往往加重尿潴留，治当以通其腑气为急。[64]罗中秋认为肺主宣发肃降，大肠主传导，二者经脉互为络属而构成表里关系，通大肠即所以泻肺热，通腑气能使肺气肃降，俾腑气一通，肺气肃降，则小便自行。[65]陈良盛治一幼儿腹痛便秘1周，小便不通1天，查体：梯形腹，肠形及逆蠕动波明显，膀胱充盈如扣球，肠鸣音亢进，腹满胀痛，漉漉有声，少腹拒按，坚硬如球，唇干苔焦，脉沉而数等。诊为肠结、癃闭。治以通结开闭，投以大承气汤，并予西药123灌肠，内外夹攻。药后腹痛转频，突然大声号叫，汗流夹背，遂排出坚硬燥屎多枚，大便一通，小便倾注如流。[66]陈宁勇治一老年患者，既往有前列腺肥大症。现小腹胀急难忍，大便欲解不得，神志欠清，躁扰不安，舌红有瘀点，舌苔薄者，脉沉而涩。辨证为血瘀气滞，膀胱不利，水道不通。治以活血化瘀，导热下行。予以桃核承气汤。服两剂，二便如常。陈氏体会患者年逾花甲，气行不畅，渐致血蓄下焦，积而成实，二便不通，正是桃核承气汤主治（只是此处小便不利，可见重在辨证非拘泥于一症）。诚如《类聚方广义》所说：“淋家少腹急结，痛连腰腿，茎中疼痛，小便涓滴不通者，利水剂不能治，若用此方则二便通利，苦痛立除。[67]陈以平认为这是一种欲通前窍先通后窍的治法，在癃闭证中伴有便秘情况下，可作为应急措施。[59]黎新源对1例肺部感染、肺心病合并尿潴留患者，大便九日未通，急用大承气汤，泻下宿粪甚多，后以金匮肾气丸收功。[68]

2.2.2.3 补脾升提法 《难经》说：“三焦为水谷之道路，气之所终始”。从生理上指出了三焦疏通水道及膀胱排出尿液都必须依赖气的推动和气化作用。这说明了气化失职和推动无力是津液代谢障碍，形成癃闭病理的中心环节。《素问·经脉别论》说：“饮入于

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱。”说明尿液的形成和排出与脾胃有密切关系。另外，脾胃为后天之本，生化之源。若脾胃虚弱则气的生成不足，气的推动无力。脾胃居中焦，枢机之位，脾升胃降，一升一降，调节气的升降出入。若脾胃虚弱则升降相同的关系被破坏，导致气的活动紊乱，影响“下输膀胱”，产生浊气不降，小便不利的现象。此即《内经》所说：“脾病能使九窍不通”。故治当以补气升提，使气升浊降，膀胱气化功能恢复。刘冰清治一神经性排尿障碍患者，小便点滴不畅，曾用利尿、消炎皆罔效，用张锡纯升麻黄芪汤和气淋汤加减获得良效。他还治一孕妇，妊娠4个月，二便不畅10余日，既往有子宫脱垂病史，辨证属脾虚下陷、升降失司。用补脾升提法治疗，八剂而愈。[30]徐善元指出水精之生化有赖脾气的运化转输，脾失健运则水不归肺，肺失肃降则水道不利。脾为生痰之源，脾失健运，津液酿而为痰，久而聚成痰核，阻滞下焦则水道不通。另中焦气化失司，胃气上逆，频繁呕吐亦致无尿。[69]熊振敏治疗1例伤寒患者，热退神清，但不能排尿，虽用针刺、利尿剂无效。因见有语音低微、面皖神疲等气虚证候，投以重剂补中益气汤，1剂取效，5剂痊愈。[70]晁中桓统计65例癃闭患者，其中气虚型有54例，认为补中益气治法在癃闭治疗中占相当地位。[71]郑翔指出对素体阴虚，或有高血压患者，不宜用补气升提法，以免导致阴虚阳亢之弊。[31]

2.2.2.4 提壶揭盖法 按仲景“卫气行则小便宜通”和丹溪譬癃闭如“滴水之器，上窍闭则下窍无以自通”的说法，提壶揭盖法是开上窍以启下窍的一种治法。前人之探吐和取嚏亦寓开上通下之意，都是通过使肺的宣肃恢复正常，促使其恢复行使通调水道功能，以使膀胱气化恢复正常，启闭有节。徐善元谓因一身之气取决于肺，肺清则气行，肺浊则气壅，按“上窍开则下窍自通”以开提肺气为先。[69]陈以平认为肺为水之上源，热壅上焦，津液不足，水道通调受阻，其根源在肺，非单治膀胱所能奏效，故治疗必须顾及肺气。[59]董汉良在治疗老年前列腺肥大一案中，除用化瘀消结之品外，还选用桑皮、桔梗、前胡以宣降肺气，肺气宣则水液得下，气降则水道通调。[72]彭培初在前列腺肥大急性尿潴留的治疗中也配伍宣肺利水之桔梗等药，此亦取开上窍而利下窍之意也。[73]肖德茂发现临床屡见肺郁证候与小便失调并存，认为只要把握病机、辨证无误，或小便不利，或尿闭久利不通，但见肺郁是症一二，及时宣肺，不必悉俱，常可一举取效。倘囿于久病宜补，气机失调，则邪无出路，病缠难愈。应用提壶揭盖法，宜选用轻扬、辛浮、宣肺之品，忌苦寒重浊气味。[74]曹赫基认为肺为水之上源，遵循朱丹溪所说癃闭无论气虚、血虚、实热痰闭，皆宜吐之，以提其气，气升则水自降之明训，治小便不利时顾及升提肺气。[25]

2.2.2.5 活血化瘀法 临床癃闭病因于瘀血败精阻塞水道，致小便点滴而下或闭塞不通，或其它病因在致癃的病理变化中每多涉及瘀血。故而活血化瘀，软坚散结在癃闭的治疗中占重要地位。徐善元发现因前列腺肥大而致癃闭的患者，经检查前列腺呈球形肿大，硬度均等，中间沟消失，膀胱颈部也呈充血肿大，证明系有形症结而致癃闭，故化瘀散结当为重要治法。[69]陈以平认为活血化瘀可以改善微循环，对于前列腺肥大，膀胱颈部急性充血水肿消失不无裨益，故在治疗前列腺肥大尿潴留时，虽未见到舌瘀脉涩之象，仍在益气升提或清热通利方中加入活血化瘀之品，以冀提高疗效。[59]邹火根用活血化瘀法，以炒山甲、肉桂制成6:4的散剂，治疗前列腺增生致急性尿潴留或残余较多尿量的重症患者效果明显，并经药理实验证明该方的治疗作用可能与抑制纤维组织增生，减轻炎症反应

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

及减少局部渗出等作用有关。[75]李映权运用破血逐瘀理气通腑法，取桃核承气汤合抵当丸加味治疗前列腺炎合并前列腺肥大急性尿潴留效果明显。[76]李虹治程某产后癃闭，用益气化瘀，利尿通闭法获效。认为产后气血亏虚，加之产创切口疼痛，尿道充血水肿而致癃闭。参考唐容川“膀胱位居下焦与胞相连，故血结亦病水，水结亦病血”之训，在利尿的同时重视活血化瘀，体现了血水同治。[77]

2.2.2.6 滋阴化气法 本法用于以阴虚症状为主，可以兼夹它证。如湿热久恋膀胱，耗伤肾阴而成阴虚湿热型或肝气不舒，郁而化火，相火内炽，阴液被煎，成肝肾阴亏气机阻滞。或再兼有瘀证等，不一而足，只要辨清以阴虚症状为主，均可在此法基础上与它法合用。俞长荣运用猪苓汤去泽泻加川楝、琥珀、木通，滋阴化气，利水通闭治疗1例先天性输尿管狭窄肾积水致癃案，服后小便通利，随访6年未发。[78]罗忠彪运用养阴利尿，理气化瘀法治疗尿毒症性精神障碍并发尿潴留1例，服10余剂后小便通利，精神症状消失，两年后追访未复发。[79]张伯臾以益肾利尿法治疗痔疮手术后尿潴留疗效显著。[80]汤昆华治疗产后癃闭用滋肾通关丸滋阴利尿，清热祛湿，服1剂小溲即畅。[81]汪正聪治阴虚湿热内蕴，膀胱气化不利的小便不利，以滋肾通关丸加味，服3小时后小便渐通，服数月痊愈，回访未复发。[8]

2.2.2.7 清热利湿法 《诸病源候论》曰：“小便不通由膀胱与肾俱有热故也”。临床上癃闭属湿热下注或热结膀胱等湿热为患的病案占有相当比例。因为其它病因在病机转化中往往兼夹湿热或化生湿热，需要我们针对病机特点采用清利湿热的方法，使湿热祛气化功能恢复正常。张振东认为治湿热蕴结之清热通淋利湿药物具有明显的消炎作用，既能抑制炎性渗出之充血水肿，又能抑制炎性增生。[58]

2.2.2.8 甘苦合化法 甘苦合化法是吴鞠通创制的治疗热病后小便不利的一种治法，在他的医案中专有论述。他说：“甘苦合化阴气利小便法举世不知，在温热门中诚为利小便之上上妙法。盖热伤阴液，小便无由而生，故以甘润益水之源。小肠火腑非苦不通，为邪热所阻，故以苦药泻小肠而退邪热。甘得苦则不呆滞，苦得甘则不刚燥，合而成功也。”短短数语将热病后小便不利之一种前贤未备的开拓性治法完整地呈现在读者面前。吴鞠通所以创“甘苦合化法”是由热病的病机和临床特点所决定的，温病热灼肺津，肺津枯涸，金无化气之液，利肺气亦不化，上源断流，下河无水，因无汁下流故溲便竭，故而此等小便不利只能培源取汁，甘润益下，使泉源充盛，则水到渠通。余热尚存，纯甘不可。因其阴伤，则纯苦不能。非合而不为“化”，非并行不能告功，这是吴氏“甘苦合化法”的主要内容。他说：“温热之小便不通，无膀胱不开症，皆上游热结，与肺气不化而然也。”所以说用苦是因其“热结”。盖阴液之枯，责之于邪火，温病后期热势虽缓，但邪热一息尚存，则皆为耗津之源，枯涸之体，滴汁如金岂可再任邪热耗灼，故非苦寒不足以清其余热，则邪除阴存。另苦能泻小肠热结，但要注意此毕竟是余热未清，故而苦寒之剂要少用，否则不能取泻热作用，反会苦寒伤阴。这从吴氏病案中甘苦药物的搭配甘味药用量重且药味多，而苦味药物仅少许总结出来的。

2.2.2.9 温补脾肾法 肾阳不足，命门火衰，无阳则阴无以化，致膀胱气化无权，而溺不得出。张振东认为治脾肾阳虚之益脾温肾，助阳化水药物对下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴能起到兴奋和调整作用，可加强逼尿肌肌力，扩大膀胱容量，使尿液较容易地排出而改善临床症状。[58]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.2.2.10 吐法 《素问·阴阳应象大论》中"其高者，因而越之"是确立吐法的理论渊源。张仲景《伤寒杂病论》以"瓜蒂散"首开吐法先河。金代张子和对吐法研究达到顶峰。吐法包括有升、举、提的意思。凡能使涎液排出，如打喷嚏和催泪的治法都属于吐法的范畴。运用吐法可以顺病势趋向而因势利导，故首先用于上部疾患，如痰厥、白喉、小儿感冒夹食等。随着对疾病认识的深入以及"下病上取"治则在针灸上的广泛应用，临床上开始利用吐法治疗下部疾患，如癃闭、转胞、下利等等。中医吐法的作用机理十分繁杂，在不同的疾病中作用不同，归纳起来有疏通气机、开上启下，解表和里、祛痰利咽、祛除积滞、排除毒物等功效。吐法在临床上的具体应用分催吐和探吐两种。瓜蒂散、稀涎散浓煎，盐汤热服是催吐的药方。用手指或鹅翎压触或刺激咽部使之发生呕吐叫探吐。也有因证用药，随药取吐的方法。举凡服药不瘥可试用服药后探吐，吐后再服药，往往能收效。但吐法是一种剧烈的逆行动作，违反人体正常的生理功能，会给病人带来不适，同时也耗气伤津，故非在严重危急情况下一般不予使用，即使用之，也要中病即止，无使过之，以免伤其正。吐法一般忌用于孕妇、产妇、小儿、年老体弱、久病及有吐血、咯血、衄血史者。闭证属于结石、肿瘤及前列腺肥大等器质性病变引起的，亦非本法所宜。

2.2.2.11 其它

杜勉之用清利湿热、清肺利水、升清降浊、化瘀散结、疏肝达郁、温肾通窍、通便利尿、滋肾通关八法辨证治疗癃闭。清利湿热法用于膀胱湿热型癃闭。[62]王树槐归纳治癃八法：①宣肺利水，②清热利湿，③理气导水，④逐瘀通溺，⑤升补行水，⑥泻下利尿，⑦温阳化气，⑧滋阴行溲。[28]徐善元总结李中梓《医宗必读》中治癃闭的方法，结合临床，归结为八法：①清金润肺，用于癃闭伴见咽干烦渴欲饮，呼吸通促，舌苔薄黄，脉数等证，东垣清肺饮为代表方。②燥脾健胃，用于脾失健运，津液酿而为痰，久而聚成痰核，阻滞下焦则水道不通，中焦气化失司，胃气上逆，频繁呕吐亦致无尿，即脾病能使九窍不通，方取黄连温胆汤治之。③滋肾涤热，用于下焦湿热壅滞，肾燥而膀胱不利，因热在下焦而不渴，时欲小便而不得尿，舌红脉细数，方选《兰室秘藏》滋肾通关丸坚阴化气而利小便。④淡渗分利，用于湿阻清阳，气不化津，水液内渗大肠，甚至泄泻不止，州都因而燥竭，致无液可贮，无溲可出，当渗前实后，药多用淡渗之品，方如四苓散。⑤疏理气机，用于七情内伤，气机郁滞，肝失疏泄，水液排出受阻，小使不通或通而不畅，胁腹痞满，舌红苔薄黄，脉弦，方用《证治准绳》之六磨汤。⑥苦寒清热，用于实热蓄结，三焦气化不利，小便点滴不通或量极少而短赤灼热，口渴心烦，小腹胀满，苔黄腻，脉沉数，方以黄连解毒汤消化三焦之湿热。⑦温补脾肾，用于溺溲不畅，水邪内侵，每易伤脾土而克命火，证见小腹坠胀，时欲小便而不得出，精神疲乏，气短音低，舌淡脉细弱，方以补中益气汤合春泽汤升清降浊，理气行水。⑧化瘀散结，用于瘀血、败精阻塞尿道，形成前阴癥结，小便点滴而下，尿如细线，甚则阻塞不通，小腹胀满疼痛，舌紫黯脉涩，方选《证治准绳》代抵当丸。[69]陈以平总结癃闭治法为九项。①清肺利水法，常用于热性病过程中出现之尿闭。此因肺为水之上源，热壅上焦，津液不足，水道通调受阻，治宜清金益阴，滋养化源，佐以升提通调之品。②补气升提法，适用于产后或手术后膀胱麻痹性尿潴留，也适用于老年性前列腺肥大所致气虚型尿潴留，以及热性病后期正气衰惫而致尿潴留，见神疲面皖，语言低微，舌淡脉沉细诸症。③清利下焦法，适用由于热毒侵袭膀胱，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

或由于前列腺和膀胱颈部突然充血水肿引起尿潴留，有尿道疼痛，尿频不利，舌苔黄腻等下焦湿热征象，代表方剂为八正散。④活血化瘀法，适用于痰瘀阻塞，或前列腺肥大，证属瘀热阻塞，膀气不利而致尿潴留。可以改善微循环，对于前列腺肥大、膀胱颈部急性充血水肿消失不无俾益。⑤疏利气机法，此法常配合活血化瘀法应用于前列腺肥大所致尿潴留。⑥温补肾阳法，此法适用于前列腺肥大之尿潴留，老年人肾气衰惫，命火式微，常见有形神萎顿，腰背酸痛，形寒怕冷，脉沉细，舌淡胖等症。⑦通腑泄利法，这是一种欲通前窍先通后窍的治法。⑧通阳利水法，此法可应用于各种类型的癃闭证中，其代表药为桂枝，其代表方为春泽汤。⑨滋阴清热法，此法应用于手术后，或感染后，邪热弥漫，气阴大伤，精不化气，气化功能失常，如遇肾阴已亏，阳不化气，可用滋肾通关丸，以滋阴助阳，化气利尿。[59]汪正聪根据历代文献记载以及个人临床实践概括为九法：①化气，方用五苓散。②滋阴，滋阴利水同施用方如猪苓汤。③清肺，方选清肺饮。④温肾，以温肾利水，助阳化气，方用肾气丸。⑤益气，升清降浊，方用补中益气汤加味。⑥滋肾，滋肾通关，坚阴化气利水，方如滋肾通关丸。⑦祛瘀，祛瘀散结，清利水道，方用虎杖散（经验方）⑧通络，突然小便点滴不通，小腹疼痛，拘急难忍，有倾刻危殆之势，必须急则治标，急用通络利窍之剂开闭塞，救危殆。用药如鲜地龙 7 条，白糖化水内服，或麝香 0.3g 冲服。⑨升提，升提肺气，代表方用《医学心悟》茯苓升麻汤。[8]吴克山根据本病临床表现划为虚证、实证两大类。虚证用补中益气升清降浊、滋阴补肾化气行水、温阳益气补肾利尿；实证用清热利湿、清肺利水、化瘀利水等。[57]

2.2.3 针刺疗法

针灸疗法在癃闭的治疗方法中占重要地位，《内经》就有“内便不得溲，刺足少阴太阳与骶上以长针”。《古今医案》中用针灸治疗癃闭的案例更是不一而足。何莲英治疗产后尿潴留 30 例，取穴以中极、三阴交为主，少腹急胀加气海，欲溲不得加三焦俞，尿时无力或无尿意加肾俞。手法：捻转提插，中极针感达会阴，三阴交针感传至大腿内上侧，留针 30 分钟，针后2～4 小时内不能自行排尿者可针第二次。针第一次自行排尿者 26 例，针 2 次者 2 例，大于 4 次者 2 例。[82]胡月樵治疗产后尿潴留 50 例，针中极、归来、曲骨，刺入深度均为1～1.5 寸，待有酸麻胀感后，即行快速捻转（泻法），持续 1 分钟，使针感放射至会阴部，有尿急感即为中病，然后留针15～20 分钟，中间再行针 1 次。阳陵泉、三阴交宜深刺，行捻转提插（泻法），要求针感向大腿内上侧放射，若达至少腹或阴廉部则效果更佳，留针 30 分钟，其中有效 44 例。[83]杨丁林针刺治疗产后尿潴留 49 例，取右侧三阴交、足三里，进针1.5～2 寸，中强刺激，得气后留针 30 分钟，每3～5 分钟行针 1 次，每日 2 次。49 例均获痊愈，平均治疗次数为 1.9 次。[84]张慰民治疗产后尿潴留，先针腰骶部穴肾俞、次髎，并加温灸，再次中极、三阴交、足三里，同时灸关元穴。均用中等强度刺激，留针15～20 分钟，次髎需刺 1 寸以上，针中极稍向下斜刺 1 寸左右，要求针感达尿道而有尿意，隔5～10 分钟行针 1 次。如针灸后不效，可隔4～5 小时再作施治。[85]张生理治疗产后尿潴留 21 例，分两组。针刺组取穴以中极穴为主，以关元、合谷、阴陵泉、太冲为配穴。注射用水穴位注射组只用中极 1 穴。均在治疗后排尿。穴位注射组仅 1 例在注射第 2 次才自行排尿。[86]赵太茵针刺治疗术后尿潴留 100 例。主穴取气海、关元、中极，配穴用水道、三阴交，针刺得气后接脉冲治疗机，主穴接正极，配穴接负极，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

或者交替接正、负极，频率120～200次/分，通电15～30分钟，仅7例无效。尿潴留发生在术后12小时以内者，效果尤为满意。上腹部术后者比下腹部手术后者效果好，硬膜外麻醉者较腰麻者效果好。[87]

2.2.4 按摩疗法

陈志华报道按摩法治疗因脊髓疾病、脑血管疾病、前列腺肥大、下腹部手术以及一氧化碳中毒等引起的尿潴留120例，均即刻获效。治法是：患者仰卧位，腹部放松，医者居其左侧，依据膀胱上界位置，顺着患者的呼气，由浅入深地徐徐向耻骨联合、脊柱方向按压气海、石门、关元穴（用右手掌根或右拇指腹或中指腹）。按压的深度应以患者能耐受为度。当下腹部出现强烈的坠胀感时，不可再向下深压，住手约0.5～2分钟。尿即可排出，当尿排出时不要抬掌或指，应随着膀胱充盈程度的降低继续深压，直至膀胱空虚，尿完全排尽，方可将掌或指缓缓抬起。[88]王孝莹运用指针治疗产后尿潴留。产妇仰卧，放松下身，取扁形便盆置其臀下，医者用一手中指指腹点按脐耻连线中点，另一手指按压该指指甲并逐渐用力向下加压，以产妇能忍受为度，一般均压至脊柱椎体（肥胖者除外）约10～30秒后排尿。治疗32例均1次奏效。[89]张文才治疗1例尿潴留，运用中指或食指在中极穴上成60°角向下方稍加压力，持续30～60秒钟后即可排尿，待尿排尽后放手。[90]韩美莉报道治疗乙脑尿潴留，术者以双手从左右方向推揉膨隆的膀胱10～20次，使腹肌松弛，然后用一手掌自膀胱底部向下推移加压，另一手的全掌面按压关元、中极两穴，取力要均匀，由轻而重，逐渐加大压力，一般1～3分钟即可排尿，待排空后再缓缓松手。合并严重DIC、消化道出血、腹水或者有膀胱器质性病变者以及孕妇禁用本法。[91]徐杰解除昏迷病人的尿潴留，松弛腹肌的方法同韩氏，然后仅以一手食指和拇指揉按关元、中极两穴，由轻渐重，揉按2分钟，以一手掌揉压膀胱，另一手掌自膀胱底部向下均匀推压，由轻而重，一般持续1～3分钟即可排尿，排尿时不可停止推压，否则排即中断，待尿液排空后，再缓缓放松。若按摩后未能排尿，不能强行按压，此时可热敷（用毛巾包裹热水瓶或热水袋）5～10分钟，再按上法反复按摩，直至排尿成功。乙型脑炎128例，其中昏迷伴有尿潴留者107例，除3例因为怀孕，妊娠足月而形成脑疝外，其余104例均施行按摩排尿，施治后全部解除尿潴留。[92]

【古训今释】

1 病名溯源

癃闭的名称首见于《内经》，有癃闭、癃、闭癃、淋闭之称谓。其中淋闭仅见于《素问·六元正纪大论》所载“热至……则淋闭之，病生矣”。经考证“淋”字和“癃”字，古代同声通用，而“闭”字亦即“闭”也。故而淋闭亦即癃闭也。《内经》对癃闭的病因、病机、病位均有较为详细的论述。并一直为后世医家所宗。

汉代由于汉殇帝姓刘名隆，为避讳起见，凡遇“癃”皆改为“淋”，故此在张仲景的《伤寒论》和《金匮要略》两部书中没有癃闭的名称，只有淋和小便不利的记载。这一改称影响极为深远，直至宋元或更久混淆了癃闭和淋证的概念，但张仲景对小便不利的辨证论治弥补了《内经》中本病治疗之不足。如提出小便不利若由气化不行者用五苓散；由于水热互结者用猪苓散；由于瘀血夹热者用蒲灰散或滑石白鱼散；由于脾肾两亏而夹湿者用

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

茯苓戎盐汤。因为小便不利，病因不同治法也不一，为癃闭的辨证论治开创了先河。

隋、唐宋、元时期医籍无癃闭之名，但对于小便不通、小便难和小便不利的病因、证治、方药有了进一步的补充和发展。隋代巢元方《诸病源候论·小便诸候》中提到小便难和小便不通的病因都是“膀胱与肾俱有热故也”，“热气大盛……小便不通，热势极微……但小便难也”。说明由热势程度的不同而导致小便不通和小便难的区别，具有很高的临床辨证价值。唐代孙思邈《备急千金要方》载治小便不通的方剂十三首。较前贤有所发展，并首创我国古代导尿术。“胞束者肾，膀胱候也，贮津液并尿，若脏中热病者，胞涩，小便不通……为胞屈僻，津液不通。以葱叶除尖头，内阴茎孔中深三寸，微用口吹之，胞胀津液大通，便愈”。还特别提出：“人有时疾差后得秘塞不通，遂致夭命，大不可轻之”。说明对本病的危害性亦有深刻的认识。唐代王焘《外台秘要·小便不通方》记载用“盐二升大铛中熬以布绵裹熨脐下攀之”及“取盐填满脐中，大作艾炷，灸令热为度良”等治疗小便不通，由此弥补了本病在治法上的不足，为后世更全面地认识本病起到了很大的作用。宋代陈言《三因极一病证方论》说：“淋，古谓之癃，名称不同也”。元代《丹溪心法》也只有小便不利和淋的记载，而没有癃闭的名称。朱震亨对小便不通的认识较前贤更为全面，并做出了极为重要的贡献。其倡导探吐法利小便是基于开上窍以通利下窍的理论，后世治癃闭每以宣肺入手也得益于此。

明代始将淋、癃分开进行辨证论治。明代张介宾《景岳全书》中首先将淋浊与癃闭各分专篇论述，从而澄清了淋证与癃闭的概念，使之各成为独立的疾病，并对癃闭的认识更为具体，提出了气化学说，“夫膀胱为藏水之府，而水之入也，由气以化水，故有气斯有水，水之出也，由水以达气，故有水始有溺，……是以其入其出，皆有气化”。我们以为，至此已基本勾勒出癃闭的基本框架。

清代对本病的认识日臻完善。李用粹在《证治汇补》中详细论述了本病的病因病机，并提出了治疗十法，可谓精当。谢映庐尊崇《内经》三焦气化功能在小便通利中的关键地位，继承了张介宾的气化学说，并有所发展。其列举的“独阳不化”、“湿热内阻”、“木郁不舒”而致的癃闭案，为临床癃闭危重证救治提供了宝贵的经验。

综上古代文献可以看出，癃闭的名称在唐宋元以前有“淋”、“小便不通”、“小便难”、“小便不利”之称，直至明代，“癃闭”才得以独立成病，并在以后年代不断完善，确定“癃闭”是膀胱的病变，同时与上、中、下三焦又密切相关。

2 病因病机学说

2.1 病 因

2.1.1 外感

2.1.1.1 湿热 《素问·六元正纪大论》载：“热至则……淋闷之，病生矣。”隋代巢元方《诸病源候论·小便不通候》载：“小便不通由膀胱与肾俱有热故也”。清代吴谦《医宗金鉴》载：“膀胱热结，轻者为癃，重者为闭”。清代李用粹《证治汇补·癃闭》中将癃闭的病因归纳为“有热结下焦……有肺中伏热……”。明·龚廷贤《增补万病回春·小便闭》说：“小便不通者多是热结也”。《素问·六元正纪大论》云：“湿胜则濡泄，甚则水闭胕

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肿”。清代谢映庐《谢映庐医案·癃闭门》载：“……有湿热郁闭而气不化者……清热导湿而化之”。历代医家对癃闭的病因阐述中湿热为患占有相当比例，湿热病因在癃闭外感病因中占首要地位。

2.1.1.2 燥邪 燥邪之所以能致癃闭，在于燥邪最伤娇肺，致肺失其肃降职能，上焦不能如雾，则下焦不能如渎。另燥伤肺津，致肺津枯涸，化源告竭，上源无水，下源自然干涸，水无由而出。故明代李中梓《医宗必读·小便癃闭》说：“若使肺燥不能生水，则气化不及州都，法当清金润燥。”

2.1.1.3 寒邪 寒为阴邪，易伤阳气。寒性凝滞，亦可致阳气郁闭，最终使气化不利，小便不通。清代谢映庐《谢映庐医案·癃闭门》有：“有因冷结关元而寒凝不化，开冰解冻，通阳泄浊而化之”。

2.1.1.4 风邪 盖风邪上受，首先犯肺，肺为水之上源，受邪则不能向下输布津液。此即上窍闭则下窍亦闭。元代《丹溪心法·癃闭》中说：“小便有不通者……风闭……等多种原因。”另风为百病之长，不仅可单独为患，更易与它邪兼夹袭人，则更易伤肺，受邪使肺气郁闭，不能行使通调水道功能和气化功能，致使膀胱气化不利或无气化而出之津液，而导致小便不利。所以风邪在癃闭病因中虽记载不多，但要引起相当重视。作者认为治疗癃闭的方剂中每多加宣发肺气药物，除起到开上窍的作用外，还有驱除和防御风邪的作用。

2.1.2 内伤

内生五邪、痰饮、瘀血、情志、饮食劳逸等既是脏腑功能失调所致，又是脏腑功能失调的最为直接的原因。它们在癃闭的病因中占相当比例。《中藏经·论诸淋及小便不利》云：“诸淋与小便不利皆由五脏不通、六腑不和、三焦痞涩……胃热饮酒；过醉入房，散精神劳伤气血，或因败精不出，或因过宠不已而真髓多输……”。

2.1.2.1 七情 七情为病在于它直接伤及脏腑，影响气机的正常升降出入，三焦的水道亦为气的升降出入之所，故气行则水行，气阻则水停。且癃闭患者，每易因情志而诱发。明·张介宾《景岳全书·癃闭》载：“……至若气实而闭者，不过肝强气逆，移碍膀胱”。

2.1.2.2 饮食劳逸 饮食不节或五味偏嗜等易伤脾胃，致脾胃功能失调，升降失谐。《灵枢·口问》：“中气不足，溲便为之变”。金代李杲《脾胃论·脾胃虚则九窍不通论》亦云：“脾病能使九窍不通”。《灵枢·五味论》云：“酸走筋，多食之，令人癃”。另外饮食积滞还可致脾胃气滞。明代张璐《张氏医通·大小府门·大小便不通》中云：“夫脾胃气滞，不能转输，加以痰饮食积，阻碍清道，大小便秘涩不快。”过劳伤气，久逸散气均可导致气虚，张介宾在《景岳全书·杂证谟·癃闭》中详尽论述了气虚致闭的机理。“……今凡病气虚而闭者，必以真阳下竭，元海无根……所以气自气而气不化水，水自水而水蓄不行，气不化水则水府枯竭者有之，水蓄不行则浸渍腐败者有之。”由此可见，饮食、劳逸既可单独致病，又可相互影响而为病。

2.1.2.3 痰湿 久病、怪病、虚实夹杂之病多因于痰，故有“怪病多痰，无痰无病”之说。元代《丹溪心法·小便不通》说：“若痰气闭塞，二陈汤加木通、香附探吐之。”清代喻昌《医门法律》亦谓：“江河洄薄之处，秽莝从积，水道日隘，故横流旁溢自所不免。”可见痰湿亦是本病发生不可忽视的因素。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.1.2.4 水饮

水饮是肺、脾、肾、三焦功能失常，气不化水，水液输布及代谢障碍，蓄积体内，随其蓄积部位不同，具致病也各异。汉代张仲景《伤寒论》中论及小便不利缘于水饮的有多条，如第316条“少阴病，二三日不已，至四五日，腹痛小便不利，四肢沉重酸痛自下利者，此为有水气……真武汤主之”。《金匮要略》亦云：“小便不利者有水气”。《金匮要略·水气病脉证并治》云：“寸口脉浮而迟，……名曰沉，趺阳脉浮而数……名曰伏，伏沉相搏，名曰水，沉则脉络虚，伏则小便难……”,以脉象辨水邪致小便不利，可谓精当。明代赵献可《医贯·小便不通》也指出本病有“水停心下，不能下输膀胱者”。

2.1.2.5 瘀血 瘀血是指体内有血液停滞。既是病理产物，又是致病因素。瘀血阻于尿路，小便难以排出，形成癃闭。清代吴谦《医宗金鉴》谓：“瘀血流渗胞中，多令小便淋闭”。汉代张仲景《金匮要略·妇人杂病脉证并治》“妇人少腹满，如敦状，小便微而不竭……此为水与血俱结血室也”。元代《丹溪心法·癃闭》有：“尿路闭塞为癃闭，有因瘀血，凝滞停留不去者”。等等均述及瘀血可致癃闭。

2.1.2.6 年老、体虚、房劳 年老体虚肾元亏虚，房劳太过，耗伤精血，易耗伤下元。肾阳不足，命门火衰，气不化水，尿不得出，肾阴亏耗，水府枯竭而无尿。《素问·奇病论》谓：“有癃者，一日数十溲，此不足”。论述的是肾阳不足所致的癃闭。张仲景《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》第15条“虚劳腰痛，少腹拘急，小便不利者……八味肾气丸主之”。此为肾气不足，气化无权而成小便不利。

2.1.3 其它病因

2.1.3.1 汗、吐、下、亡血 汗、吐、下、亡血后均引起肾精不足，气血津液亏耗。如《伤寒论》第59条：“大下之后，复发汗，小便不利者，亡津液故也。”第20条：“太阳病，发汗，遂漏不止，其人恶风，小便难，四肢微急”。第88条：“汗家，重发汗，心恍惚心乱，小便已阴痛。”阴精不足致水府枯竭而癃。

2.1.3.2 外伤 外伤致癃，损伤经脉，或成瘀血，经气不利，不能化水行气，小水无由以出而癃。《素问·缪刺论》云：“人有所坠堕，恶血留内，腹中胀满，不得前后，先饮利药”。此乃论述外伤致癃，并提出治疗原则，对后世论治有指导意义。

2.1.3.3 肿块、结石、败精 明代张介宾《景岳全书·杂证谟·小便不通》曰：“或以败精，或以槁血阻塞水道而不通也，若此者，本非无水之证，不过阻塞而然”。清代梁廉夫《不知医必要·小便闭》亦提及相同观点。提示溺癃存在有尿道中有隆起之格阻，亦即今天所说的肿块、结石等。明代赵献可《医贯》曰：“便有如鼻涕之状，此乃精溺俱出，精涩溺道……”。

2.1.3.4 诱因 唐代昝殷《产宝·小便不通》云：“产后气虚不能通调水道，下输膀胱，往往小便短涩……。”另外七情、情志、饮食、劳欲等亦可诱发癃闭。

总之，无论外感、内伤或其它原因均可影响脏腑功能，妨碍气化正常而导致癃闭，而在原已有病情况下，这些又可成为加重或诱发本病不可忽视的因素。

2.2 病 机

癃闭病在膀胱与肾，但涉及三焦、脾胃、肝、肺。多属虚中夹实。总由气化失常致水

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

无由而出或无水而出。其证类病机则涉及较广，各家论述较多。

2.2.1 肾膀胱气化不利说

《灵枢·癫狂》云："内闭不得溲，刺足少阴太阳与骶上以长针。"明代张介宾在《类经》二十二卷"五十"注："内闭不得溲，病在水脏，故当刺足少阴经……"。《灵枢·经脉》曰："足少阴之别，名曰大钟，别走太阳……其病气逆，则烦闷，实则闭癃……。"清代张志聪《黄帝内经·灵枢集注》解释："少阴之别络与经相会于大钟之间，而别走于太阳……其病则烦闷，水气上乘于心，故烦闷。实则闭癃，别走太阳而膀胱之气不化也。"《素问·宣明五气篇》谓："膀胱不利为癃。"明代吴昆在《吴注黄帝内经素问》中注释曰："膀胱为水注之府，若邪实，膀胱不得通利，则谓之癃。"《素问·气厥论》曰："胞移热于膀胱，则癃溺血。"清代张琦在《素问释义》中说："胞者男子藏精，女子系胞之所，脉络于肾而上通于心。相火强则胞热，胞与膀胱逼近，故受其邪，三焦相火入络膀胱，约下焦，实则癃闭。盖三焦之火归于肾藏，则府清而水利，泄于膀胱，则府热而溺涩……。"

2.2.2 湿热蕴结，下焦不利说

《灵枢·本输》云："三焦者，足少阳、太阳之所将，太阳之别也，上踝五寸，别入贯腨肠，出于要阳，并太阳之正，入络膀胱，约下焦，实则闭癃。"三焦下俞是足太阳膀胱经之别络，并足太阳膀胱经之正脉，入络膀胱。三焦之气通于膀胱，三焦为元气之别使，通行元气，而使膀胱化气行水，故下焦不利，则膀胱失于约束，邪实闭塞则小便癃闭。清代张志聪在《黄帝内经·灵枢集注》亦云："三焦为决渎之府，故下俞出于太阳之络，入络膀胱，约下焦，主闭则癃……。"宋代齐仲甫《女科百问》在第四十八问、第五十九问和第七十五问中论述了热结下焦致癃闭的病机，在第四十八问中阐述了大小便俱闭的病机。"……热结于大肠则大便不通，热结于小肠则小便不通，令大小肠俱不通者是大小肠受客热所结也，小肠受热化物不出，是致膀胱不能便溲也……"。第五十九问阐述脏腑气实生热结于大小肠，令大小肠俱闭的病机，"……夫人有脏腑气实而生热者，随其停积之处而成病也。若热结大肠则大便不通，热结小肠则小便不通。若大小肠俱为热所结，故烦满而二便结闭……"。第七十五问论述热结膀胱。"……位当孤府故谓都官，居下内空故藏津液。若得气海之气，则能泄注也，或受热渗于脬，脬屈僻而系转，使小便不通利也……"。唐代王焘在《外台秘要·小便不通》中认为癃闭的病机由膀胱与肾俱有热故也。"……肾主水，膀胱为津液之府，此二经为表里而水行于小肠入胞者为小便。肾与膀胱既热，热入于胞，热气大盛，故结涩令小便不通……"。

2.2.3 肝失疏利说

《素问·厥论》曰："厥阴厥逆，挛腰痛、虚满、前闭……"。清代张志聪在《黄帝内经·素问集注》中说："挛者，肝筋也。腰者，肝之表也。虚满者，食气不能输精于肝也。前闭者，肝主疏泄也"。《灵枢·经脉》云："肝足厥阴之脉……是主肝所生病者……闭癃"。清代张志聪在《黄帝内经·灵枢集注》中云："肝主疏泄……实则闭癃"。明代张介宾在《类经》十四卷"十"注中云："本经……下行者过阴器，抵少腹，故为此诸病"。肝主疏泄，气机调畅，则气化水行，水道通利。肝脉过阴器之前阴，如肝经气逆，或肝脏疏泄失常，则水道不畅，小便不利，甚则癃闭。

2.2.4 肺脾转输不利说

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

《素问·奇病论》云："有癃者，一日数十溲，此不足也……太阴脉微细如发者，此不足也……病在太阴，其盛在胃，颇在肺……"。清代张志聪在《黄帝内经·素问集注》中说："夫人胃之饮，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱。合太阴病而不能转输于上，颇在肺而不能通调于下，则病癃也"。明代吴昆在《吴注黄帝内经素问》中说："癃而一日数十溲者，由中气虚衰，欲便则不能传送，出之不尽，少间则又欲便而溲出，亦无多也"。明代张介宾在《类经》十五卷"三十六"注中说："脾肺二脏皆得太阴，观下文复云颇在肺，则此节专言脾阴可知。太阴之脉微细者，正以气口亦太阴也，脏气不足，则脉见于此……"。清代高世栻《黄帝素问直解》中谓："太阴者，肺也，病在太阴，故颇在肺"。《素问·调经论》云："形有余则腹胀，经溲不利"。《灵枢经》云："脾气实则经溲不利，盖土气盛实，则克制其水而不流"。肺为水之上源，脾主运化水湿，故肺气不降，高原化绝，脾气失运，水湿停滞，则下焦膀胱不利，俱可为癃证。故注家有重在肺气不利，不能通调水道而为癃证；亦有重在脾土壅滞，运化失职，水道不利。二者理皆通。

《内经》后各代医家除对《内经》已有病机进一步阐释外，还有一些自己独创的见解，对临床实践中认识癃闭和着手辨证论治者都很有帮助。明代李中梓《医家必读·小便癃闭》中阐释癃闭病因病机从以下7个方面论述："……膀胱为州都之官，津液藏焉，气化则能出矣，夫主气化者，太阴肺经也，若肺燥不能生水则气化不及州都……；脾湿不运，而精不上升，故肺不能生水……；如肾水燥热，膀胱不利……；又或有水液只渗大肠，小腑因而燥竭……；或有气滞不能通调水道，下顺膀胱者……；有实热者……；有大虚者……"。清代张璐《张氏医通·大小便不通》载有："脾胃气滞，不能转输，湿热痰火结滞。风闭，冷闭，热闭等。"明代赵献可《医贯·小便不通》载有："津液偏渗于肠胃，水停心下，六腑客热转于下焦，气通闭室，升降不通……"。《苏沈内翰良方·小便不通》载小便不通病机有：气分热、血分热、水气、膀胱有热、心气闭室、气虚、气虚客热、虚人下气冷胞转不得小便，气无所伸、郁闭不流、气冲胞系不正、心肾有热、瘀血阻滞等约11种。元代《丹溪心法·小便不通》分为气虚、血虚、有痰、风闭、实热等几种。清代赵濂《医门补要·大小便结胀及肾囊肿亮》云："老人及久病者，大小便结胀难行，乃虚气下陷，不能泌别糟粕，运腾水浊而出下窍……"。

3 治则治法

唐代昝殷《产宝·小便不通》曰："产后气虚，不能通调水道，下输膀胱，往往小便短涩，切忌分利，当补以提之，益气升脉汤极验"。元代《丹溪心法·小便不通》中朱震亨云："小便不通有气虚、血虚，有痰、风闭、实热。气虚用参芪、升麻等先服后吐，或芎归汤中探吐亦可。痰多二陈汤先服后吐。以上皆用探吐。若痰气闭塞，二陈汤加木通一作木通、香附探吐，以提其气，气升则水自降，盖气承载其水也。有实热者，当利之，硝黄调牵牛末二三分或山栀之类。有热有湿，有气结于下宜清、宜燥、宜升。有孕之妇多患小水不通，胞被胎压下，故也转胞，治用四物汤加半夏、陈皮、甘草、姜枣煎汤空心服。

明代李中梓《医宗必读·小便癃闭》云："……若使肺燥不能生水，则气化不及州都，法当清金润肺；如脾湿不运而精不上升，故肺不能生水，法当燥脾健胃；如肾水燥热，膀胱不利，法当滋肾涤热；夫滋肾泻膀胱为正治，清金润燥名为隔二之治，健胃燥脾名为隔

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

三之治。又或有水液只渗大肠，小腑因而燥竭，宜以淡渗之品分利而已；或有气滞不能通调水道，下顺膀胱者，顺气为急；有实热者，非以纯阴之剂则阳无以化；有大虚者，非与温补之剂则水不能行。”明代吴炳《证治心得·癃闭》云：“……升提一法，只可施于涓滴不通者，若溺涩短少之癃闭非所宜耳。若病已甚，则必用八味丸，或金匮肾气汤大剂煎服或可挽回，舍此附桂，则不能直达膀胱，而使水因气化也；若素有内热，不堪温补而癃闭者，此必真阴败绝，无阴则阳无以化，治宜补阴抑阳，以滋肾丸、化阴煎主之”。

清代程文囿《杏轩医案·王氏妇妊娠二便闭》云：“……按肺与大肠相表里，又与膀胱通气化，是二便之通闭，肺有所关系焉。金燥水无以生，清肃之令不能下降，是以二肠交阻。喻氏谓人身之气舍关于肺，肺清则气行，肺浊则气壅，清肺之热，救肺之燥，治其源也，气行则壅自通，源澄斯流清矣”。清代竹林寺僧人《胎产新书·淋闭》谓：“脐腹作胀，小便淋闭，盖孕妇胎击于肾之间，虚热而成斯疾。若项强筋挛，语涩痰盛用羚羊角；小便淋痛涩少用安荣散；肝经风热用加味逍遥散；腿足转筋而小便不利急服八味丸；服燥药而小便频数或不利用生地、茯苓、牛膝、黄柏、知母、川芎、当归、甘草煎汤；频数而黄用四物汤加黄柏、知母、五味、麦冬、玄参；肺气虚而短少用补中益气汤加山药、麦冬；阴挺痿痹而频数用地黄丸；热结膀胱而不利用五苓散；脾肺燥而不能小便用生黄芩清肺热；膀胱阳虚阴无以化用肾气丸；膀胱阴虚阳无所生用滋肾丸（肉桂一两五钱、黄柏三两、知母二两）。”清代也是山人《也是山人医案·小便不通》谓：“……脉细面白，小溲不通，此属中气不足所致……气化则能出矣，倘使投泻肺以展气化，是实邪治法，决不效验，宜用生黄芪三钱，炒焦半夏一钱五分，茯苓三钱，白术三钱，广白皮一钱，炙草五分，高丽参一钱。”清代陈念祖《医学实在易》“五淋癃闭”曰：“……癃闭服利水药不效者，即用补中益气汤，服二时许，二煎再服，即以手探吐，此开上窍以通下窍也。或用麻黄三四钱，杏仁十四粒，加于五淋汤中，此通阳气以达阴气法也。或用天冬、麦冬、桑白皮各五钱、人参、杏仁、紫菀各三钱，水煎服，此从高原以导水法也。或……阴虚不能配阳以化水者，宜滋肾丸。或元气自虚不能化水者，宜桂附八味丸。又色欲过度，似淋非淋，溺短而数，茎中痛，宜肉苁蓉、淫羊藿、生杜仲为主，佐以白蜜、羊脂之类方效。”清代陈修园《医学从众·癃闭五淋》谓：“……更有启其外窍，即所以开其内窍之法，麻黄力猛，能通阳气于至阴之下，肺主皮毛，配杏仁以降气，肺气下达州都之导水必有高厚之义也，以八正散加此二味，其应如响，如夏月不敢用麻黄，恐其阳脱而汗漏不止，以苏叶、防风、杏仁三味等分，水煎温服，覆取微汗而水即利矣。虚者以人参、麻黄各一两，煎服神效。如汗多不任再散者，即以紫菀、桑白皮各三钱、麦冬五钱，加于利水药中或加于升提药中亦效”。此法基于仲景“卫气行则小便宣通”之理论。清代张璐《张氏医通，小便不通》云：“渴而不利，或黄或涩者，热在上焦，气分也……宜清肺而滋化源；如不渴而小便不通者，热在下焦血分，肾与膀胱多热，闭塞其流须知柏之类，苦寒气味俱阴之药以除其热，稍佐肉桂辛温散结之阳药，以泄其血分热；小便闭不渴者，滋肾丸不效，此并中焦亦有热也，加连柏、甘草等分煎服；阴虚血热人渴而小便不通，或涩痛淋沥者，切忌五苓燥剂，宜导赤散；津液偏渗于大肠，大便泄泻，小便涩少，或水停心下不能下输膀胱者，五苓散渗泄之；若六腑客热转于下焦而不通者，用益元散以清之，若气道闭塞，升降不通者，二陈汤去半夏加滑石、柴胡、升麻以提之；汗出过多，小便赤涩，此五内枯燥，慎勿用利水之

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

剂，生脉散加黄芪、当归；若寸独数大，小便点滴而下者，此金燥不能生水，气化不及州都，生脉散去五味子加大剂紫菀可一服而愈；小便不通，腹下痛闷难忍，如覆碗者为实，亦分在气在血，气应于下者，四磨、六磨选用，血瘀于下者，代抵当丸；有火虚者，非与温补之剂，则水不能行，如金匮肾气丸，元气下陷而水道不通者，补中益气汤加木通、车前升清以降浊也；小便不利审是气虚，独参汤少加广皮如神；凡小便不通，用独蒜涂脐法，以独囊蒜一枚，栀子三枚，盐少许，捣烂，纸贴脐，长久即通，未通涂阴囊上即效，或用食盐半斛，炒热包熨之；天行热病，用蚯蚓泥升许，以水浸澄清，渴即与饮，不应用地龙数枚同芦根捣汁饮之。”

《校正医学精要·小便》云：“其一曰闭癃……而为小便闭塞，涓滴不通者，此必火邪热结于小肠、膀胱、肝肾而然，清去火邪则愈，六一散，大分清饮或东垣滋肾丸。兼大便不通者，兼肝强气逆者，胸胁必有急痛，可于上诸方中加青皮、陈皮、香附、茴香等行气之药以散之；虚闭者，其来有渐，如审其或以年衰，或以斲丧，以致损伤肾中阳气，初觉小便短少，便时费力，久则虚塞不通，而并无火证、火脉，及愈分利而虚寒愈甚者，必虚闭也。虚者当治其本，经曰膀胱者，州都之官，津液藏焉，气化则能出矣。夫所谓气者，即水中之火也，水中无火，譬之窍阴沍寒，冰凝水冻，则万壑不流矣，峻补其下焦之阳气，气达水行，其闭自通，附桂八味丸，加减金匮肾气汤。甚者必大剂与之……，若气虚下陷者，其人必多困倦，可用补中益气汤以提之或服汤后探吐以提其气……”。

《蜀中医纂·癃闭》说：“……有水液只渗大肠，小肠燥洁，宜渗利之类；有气滞不下疏膀胱，顺气为急；火邪热闭必有火脉、火证可据，溺管疼痛，宜分清饮；若阴虚火盛宜补阴抑阳；下竭之症，察其水亏，须大补真阴（大剂六味，左归）；无内热火亏者，须峻补其阳（右归、八味、金匮肾气）大剂庶可挽回；水亏阴火有余，小便淋闭疼痛之证，化阴煎、滋肾丸……”。尚有血结用活血化瘀之法，中气虚用补中益气法，二便不通，但通其大便小便自通等一些方法。

《寿世保元·小便闭》曰：“小便闭塞，用凉药过多而不通者，是元气虚不能输化也，以补中益气汤主之。”

《辨证录·小便不通》云：“人有小便不通，点滴不能出，急闷欲死，心烦意躁，口渴喜饮，饮而愈急，人以为小肠之热极也，谁知是心火之亢极乎？夫心与小肠为表里，用凉心利水汤：麦冬二两，茯苓五钱，莲子心一钱，车前子三钱；人有小肠不通，眼睛突出，面红耳赤热，口渴引饮，烦躁不宁，人以为上焦之火盛也，谁知是膀胱之火旺乎？……不必泄肾火，但利膀胱则邪去，用导水散、王不留行五钱，泽泻三钱，白术三钱，水煎服；人有小便闭结，点滴不通，小腹作胀，然而不痛，上焦无烦躁之形，胸中无闷乱之状，口不渴，舌不干，人以为膀胱之水闭也，谁知是命门之火寒乎……用八味地黄汤：熟地一两，山茱萸五钱，丹皮三钱，山药五钱，泽泻三钱，茯苓五钱，肉桂二钱，附子一钱，水煎服；人有小便不通，目睛突出，腹胀如鼓，膝以上坚硬，皮肤欲裂，饮食不下，独口不渴，肥甘淡渗泄之药皆无效，人以为阳盛之极也，谁知是阴亏之至乎？……补其至阴而阳自化也，方用纯阴化阳汤：熟地一两，玄参三两，肉桂二分，车前子三钱；人有小便不出中满作胀，口中甚渴，投以利水之药不应，人以为膀胱之火旺也，谁知是肺气之干燥乎？……用生脉散治之：人参一两，麦冬二两，五味子一钱，黄芩一钱；人有饮食不节，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

伤其胃气，遂至小便不通，人以为肺气之虚也，谁知是胃气下陷于下焦不能升举之故乎？……方用补中益气汤：人参二钱，黄芪三钱，白术三钱，当归二钱，甘草一钱，陈皮三分，柴胡一钱，升麻五分。”

4 外治法

唐代王焘《外台秘要》外治法：①必效疗小便不通不得服滑药，急闷欲绝方：盐二升，大铛中熬以布帛裹熨脐下，授之，小便当渐通也。②救急主小便不通方：取印成盐七颗，捣筛，作末，用青葱叶尖盛末，开便孔内叶，小头于中，吹之令盐入孔即通，非常之效。

明代张璐《张氏医通·大小便不通》外治法：①冷闭：用连根葱一二茎，生姜一块，淡豆豉二十一粒，盐两匙，研烂做饼，烘热贴脐中，以帛扎定，良久于饼上灸之。②热闭：用田螺捣烂，加麝香一分，冰片半分，入脐中，以帛束之，如人行十里即通。③凡小便不通，用独头蒜涂脐法：以独头蒜一枚，栀子三枚，盐少许，捣烂，纸贴脐上，长久即通。未通，涂阴囊上即效。

明代李中梓《医宗必读·小便闭癃》洗方：良姜五钱，葱头二十枚，紫苏二两，煎汤，密室内熏洗小腹外肾肛门，留汤再添，蘸棉洗，以手抚脐下试干，被中伸坐垂脚，自得其气。次用蜀葵子二钱半，赤茯苓、赤芍药各五钱，每服三钱，煎取清汁，调苏合丸，并研细青盐五分。食前温服。

明代虞抟《医学正传·淋闭门》治孕妇转胞小便不通及男子小便不通皆效方：冬葵子五钱，山栀子炒五钱，木通三钱，滑石五钱，研作一服，水一盏半，煎八分温服。外以冬葵子、滑石、栀子为末，田螺肉捣膏或生姜汁调膏，贴脐中立通。

明代龚居中《红炉点雪·诸淋附小便不通》大小便秘以透腹法通之：大田螺两个，用盐一匙共捣烂，捏做饼子，置患者脐下一寸二分，用绵缚定，良久自通。

清代罗越峰《疑难急症简方·大小便不通》载初生儿大小便不通治法：令人温汤嗽净口，吸咂儿之前后心及脐下，两手足心，共七处，吸咂五七口，取红赤色气透为度。气透则便自通。

明代吴昊《抉寿精方目录·五淋门》治小便不通方：用土狗大者一个，小者两个，炙干为末，入冰片，麝香各少许，用小筒或鹅翎细管，吹入龟口内，少许气透自通。还载有以蚯蚓粪、朴硝各等分，调敷小肚。

明代龚廷贤《鲁府禁方·小便闭》外治法：麝香、半夏末填脐中，上用葱白、田螺捣成饼封脐上，用布带敷住，下用皂角烟熏人马口自通。

清代陶承熹《思直堂经验方·二便门》小便热闭方：白矾末一匙安脐中，冷水滴之，透腹内自通。

明代李中梓《医宗必读·小便癃闭》载妊娠小便不通，孕妇胎满压胞，多致小便窒闭，宜升举其气……或令稳婆手人产户，托起其胎，溺出如注，或令孕妇眠于榻上，将榻倒竖起，胎即不压而溺出，胜于手托多矣。另载有治产后小便不通，用“陈皮去白为末，空心酒调二钱，外用盐填脐中，却以葱白皮十余根作一傅，切作一指厚，安盐上，用大艾炷满葱饼上以火灸之，觉热人腹内自通。此唯气壅者宜之，若气虚，源涸或有他因，更当详审

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

也。

陈清凉《蜀中医纂·卷二癃闭》外治法：①二便不通，皂末、葱白、麝蜜，捣摊烘热贴脐下，药不效速寻白葱花根捣烂，白酒冲服。②凡败精槁血，或溺结垢阻塞，用鹅毛筒插入马口，用水银徐徐灌入，以手导之，水出而水银亦出。③用皂葱、王不留行各数两煎汤令病者浸其中，熏洗下体。孕妇忌用。

刘存淦《外台寿世方·二便》外治法：①大小便闭塞不通，以病人坐桶上，烧皂角烟自通。②又雄鼠粪（两头尖者是）研末内脐中。③又男女大小便不通，危在倾刻者，用田螺十个，葱白七根，麝香五分，轻粉一分，共捣成泥，敷脐上，隔布数层，以熨斗熨之立效。④小便不通，猪尿脬一个，用鹅毛管插入尿脬内，绵扎定，用口吹气胀满，以手按住管口，将管口插入小便孔上，用手捻气透入孔内，小便即出。

5 针灸疗法

唐代王焘《外台秘要》治本病有一法云："足大趾指奇间，有青脉，针挑出血，灸三壮愈"。清代刘清臣《医学集成·卷三·小便闭》："灸小便闭穴道："三焦俞、气海、膀胱俞、小肠俞。"《灵枢·癫狂》云："内闭不得溲，刺足少阴、太阳与骶以上长针。"

6 方剂归类

6.1 补益剂

(1) 琥珀散(《丹溪心法》)

主治：老人虚，心气闭塞，小便不通。

组成：琥珀末一钱，浓煎人参汤下。

(2) 利气散(《医宗必读》)

主治：老人气虚，小便闭塞不通。

组成：绵黄芪（去芦）、陈皮（去白）、甘草各等分。

(3) 参芪汤(《杂病证治类方》)

主治：心虚客热乘之，小便涩数而沥。

组成：赤茯苓七钱半，生干地黄、绵黄芪（去芦）、桑螵蛸（微炙）、地骨皮各半两，人参（去芦）、北五味子（去梗）、菟丝子（酒浸研）、甘草（炙）各二钱半。剉散，新汲水一盏，煎临熟入灯心二十一茎温服。

(4) 补中益气汤(《内外伤辨惑论》)

主治：《寿业保元·小便闭》云："用凉药过多而不通者，是元气虚而不能输化也，以补中益气汤主之。"

组成：黄芪、炙甘草各五分，人参去芦、升麻、柴胡、橘皮、当归酒洗、白术各三分。

6.2 清热剂

(1) 滋肾丸(《医宗必读》)

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

主治：下焦阴虚，脚膝软无力，阴汗、阴痿，足热不能履地，不渴而小便闭。

组成：黄柏酒洗焙、知母酒洗焙各二两，肉桂二钱。

(2) 黄连丸(《杂病证治类方》)

主治：因服热药不便不利，诸药莫能效者，或脐下痛不可忍者。

组成：黄连炒、黄柏炒、甘草各等分。如不通加知母。

(3) 猪苓汤(《伤寒论》)

主治：若脉浮、发热、渴欲饮水、小便不利者，猪苓汤主之。

组成：猪苓去皮、茯苓、泽泻、阿胶、滑石各一两。以水四升，先煎四味，取二升去滓，内阿胶烊化，温服七合，日三服。

(4) 滑石散(《医宗必读》)

主治：治胞为热所迫或忍小便，俱令水气迫于胞，屈僻不得充张，外水应入不得入，内溲应出不得出，小腹急痛，不得小便，小腹胀。

组成：寒水石二两，葵子一合，白滑石、乱发灰、车前子、木通去皮节各一两。

(5) 蒲黄散(《杂病证治类方》)

主治：心肾有热，小便不通。

组成：蒲黄生用、木通、荆芥、车前子、桑白皮（炒）、滑石、灯心、赤芍、赤苓、甘草炙各等分。为细末，每服二钱，食前用葱白、紫苏煎汤调服。

(6) 通心饮(《杂病证治类方》)

主治：心经有热，唇焦面赤，小便不通。

组成：木通、连翘各等分。为细末，每服一二钱，不拘时，麦门冬汤或灯心煎汤调服。

(7) 当归贝母苦参丸(《金匮要略》)

主治：妊娠，小便难，饮食如故。

组成：当归、贝母、苦参各四两。《杂病证治类方·小便不通》记载用本方加滑石治男子小便不通。

(8) 五淋汤(《医学实在易》)

主治：热结膀胱，小便不利。

组成：赤茯苓三钱，白芍、生山栀各两钱，当归、甘草各一钱四分，加灯心草水煎服。

(9) 葵子汤(《丹溪心法》)

主治：膀胱实热，腹胀小便不通。

组成：赤茯苓（去皮）、猪苓（去皮）、葵子、枳实（麦炒）、瞿麦、滑石、木通（去节）、黄芩、车前子、甘草（炒）各等分。咬咀，每服四钱，水一盅半，姜五片，煎入。

(10) 海金砂散(《丹溪心法》)

主治：小便淋涩及下焦湿热，气绝不化，或五种淋疾，癃闭不通。

组成：海金砂（研）、木通、瞿麦穗、滑石、通草各半两，杏仁（去皮麦炒）一两。咬咀，每服一两，灯心二十茎，水二盅煎至一盅温服。

(11) 郁金黄连丸(《丹溪心法》)

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

主治：心火上炎，肾水不升致使水火不得相济，膀胱小肠积热成壅闭不通，或遗溺不禁或白浊如淋，或膏淋如脓，或如栀子水，或如砂石米粒，或如粉糊相似者，俱热证也。

组成：郁金、黄连各一两，黄芩、琥珀（研）、大黄（酒浸）各二两，滑石四两，黑牵牛（炒取头末）三两，白茯苓四两。为末，水丸如梧子大，每服五十丸，沸汤下，空心服，如用消导饮食降心火，可加沉香五钱。

(12) 宣气散(《丹溪心法》)

主治：小便不通，腹胁急痛。

组成：甘草、木通各三钱，栀子二钱，葵子、滑石各一钱。为末，每服半钱，灯心汤食前服。

(13) 木通散(《丹溪心法》)

主治：小便不通，小腹痛不可忍。

组成：木通、滑石各一两，黑牵牛（头末）半两。咬咀，每服一钱，水半盅，灯心十茎，葱白一茎，煎三分，食前服。

(14) 八正散(《丹溪心法》)

主治：大人小儿小便不利或不通。《医宗必读·小便闭隆》以之治心经邪热，燥渴烦躁，小便不通。《医学正传·淋闭门》以之治大小便俱闭。

组成：大黄、木通（去皮）、滑石、甘草、瞿麦、山栀子、黄芩、荆芥各等分。为末，每服三钱，薄荷汤调下。

(15) 通心饮(《医宗必读》)

主治：心经有热，唇焦面赤，小便不通。

组成：木通、连翘各三钱。水盅半，灯心十茎，煎八分服。

(16) 清肺散(《医宗必读》)

主治：渴而小便闭滞。

组成：茯苓二钱，猪苓三钱，泽泻、瞿麦、琥珀各五分，灯心二分，萹蓄、木通各七分，通草三分，车前子一钱。

(17) 滋阴化气汤(《医宗必读》)

主治：因服热药小便不利，脐下痛。

组成：黄连（炒）、黄柏（炒）、甘草各一钱半，水煎，食前服。

6.3 行　气　剂

导气除燥汤(《杂病证治类方》载东垣方)

主治：小便不通乃由血涩致气不通而窍涩也。

组成：知母（酒制）三钱，黄柏（酒制）四钱，滑石（炒黄）二钱，泽泻末三钱，茯苓（去皮）二钱。

6.4 利水渗湿剂

6.4.1 温阳利水

(1) 瓜蒌瞿麦汤(《金匮要略》)

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

主治：小便不利者，有水气，其人若渴。本方不但能温阳利尿，又能生津润燥，标本兼治。

组成：瓜蒌根二两，茯苓、薯蓣各三两，附子（炮）一枚，瞿麦一两。

(2) 八味肾气丸(《金匮要略》)

主治：虚劳腰痛，少腹拘急，小便不利。

组成：干地黄八两，山药、山茱萸各四两，泽泻、牡丹皮、茯苓各三两，桂枝、附子（炮）各一两。

(3) 真武汤(《伤寒论》)

主治：少阴病，二三日不已，至四五日腹痛，小便不利，四肢沉重酸痛，自下利者……。

组成：茯苓、芍药、生姜（切）各三两，白术二两，附子（炮）一枚。

(4) 桂枝加附子汤(《伤寒论》)

主治：太阳病，发汗，遂漏不止，其人恶风，小便难。

组成：桂枝（去皮）三两，白芍三两，甘草三两（炙），生姜（切）三两，大枣十二枚，附子（炮去皮）一枚。

6.4.2 化气利水

(1) 五苓散(《伤寒论》)

主治：太阳病，发汗后，大汗出，胃中干，……若脉浮，小便不到，微热有消渴者。

组成：猪苓（去皮）十八铢，泽泻一两六铢，白术十八铢，桂枝（去皮）半两。

(2) 桂枝去桂加茯苓白术汤(《伤寒论》)

主治：服桂枝汤或下之，仍头项强痛，翕翕发热，舌汗，心下满微痛，小便不利者。

组成：芍药二两，甘草（炙）二两，生姜（切）三两，白术、茯苓各三两，大枣十二枚。

(3) 葵子茯苓散(《金匮要略》)

主治：妊娠有水气，身重，小便不利。

组成：葵子一斤，茯苓三两。

6.4.3 燥脾祛湿利水

(1) 禹功散(《寿世保元》)

主治：小便不通，百法不能奏效，服此无不愈。

组成：陈皮、半夏（姜制）、赤茯苓、猪苓、泽泻、白术（炒）、木通各一钱，条芩八分，升麻三分，甘草三分，山栀子（炒）一钱。

水两盅煎至一盅，不拘时服，少时以鸡羽探吐之，得解而止。

6.5 和 解 剂

柴胡桂枝干姜汤(《伤寒论》)

主治：伤寒五六日，已发汗而复下之，胸胁满微结，小便不利……。

组成：柴胡半斤，桂枝（去皮）三两，干姜二两，瓜蒌根四两，黄芩三两，牡蛎（熬）二两，甘草（炙）二两。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

6.6 活血化瘀散结剂

牛膝汤(《医宗必读》)

主治：治血结小便闭，茎中痛。

组成：牛膝五钱，当归三钱，黄芪二钱。水盅半，煎八分，日三服。

6.7 理 气 剂

葱白汤(《杂病证治类方》)

主治：治小便卒暴不通，小腹膨急，气上冲心，闷绝欲死。此由暴气乘膀胱，或从惊忧，气无所伸，郁闭而不流，气冲胞系不正。

组成：陈皮三两，葵子一两，葱白三茎。

6.8 单 验 方

(1) 鸡屎白如弹丸，用苦酒和服即下。(《外台秘要》)

(2) 取嫩谷禾梢，浓汁可饮半升。(《外台秘要》)

(3) 琥珀研成粉，每服二钱。煎萱草根，浓汁调下，空心服。(《苏沈内翰良方》)

(4) 治忍小便转胞方，以白爪甲烧灰服。(《杂病证治类方·小便不通》)

(5) 诸药不效，菊花根捣汁，酒冲服，或蚯蚓捣烂，冷水调滤汁服。(清代刘清臣《医学集成》)

(6) 天行热病小便不通，用蚯蚓泥升许，以水浸澄清，与饮。不效，用地龙数枚，用芦根捣汁饮之。(《张氏医通》)

(7) 膀胱有热小便不通，朴硝不拘多少，研末，每服二钱，空心以茴香汤调下。(《丹溪心法》)

(8) 小便不通，鸡子中黄一枚，服之不过三。(《丹溪心法》)

(9) 取陈久笔头一枚，烧灰和水服之。(《丹溪心法·小便不通》)

(10) 用酸浆草捣汁，入蜜同服。(《丹溪心法》)

(11) 用竹鸡草一两洗净，车前草一两……捣烂加蜜少许，无蜜加盐少许，取汁空心服，小便自通。竹鸡草其叶如竹叶，花翠蓝色。(《丹溪心法》)

(12) 治小便闭胀急者，用象牙屑三钱煎服。(清代罗越峰《疑难急症简方》)

(13) 载肘方妙用治癃闭用人参、麻黄各一钱，长流水煎服。(清代罗越峰《疑难急症简方》)

(14) 女人小便不通，用紫菀研末，井水调服三撮即通。(清代罗越峰《疑难急症简方》)

(15) 又治一七十老人，秋患小便不通，百方不效，用地肤草捣自然汁，服三遂通。(此草叶名铁扫箒)(清代罗越峰《疑难急症简方》)

(16) 用蟋蟀大者三个焙干为末，煎竹叶汤调服。(明代龚廷贤《鲁府禁方》)

(17) 女人用皂角煎汤洗阴户内，野地蒺藜子不拘多少，焙黄色为末，温黄酒调服，立通。(明代龚廷贤《鲁府禁方·小便闭》)

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(18) 神灰散治小便不通登时见效。用茴麻烧灰黄酒调服。(明代龚廷贤《鲁府禁方》)

(19) 癃闭不通，小腹急痛，无泡新久，荆芥、大黄等分为末，每温水服三钱。小便不通，大黄减半。大便不通，荆芥减半，名倒换散。(明代龚廷贤《鲁府禁方》)

(20) 马齿苋捣汁饮。(清代陈乐天《回生集》)

(21) 治肺气不通，膀胱为热所滞，而小便不通，睾丸胀痛者，用沙参大剂煎服，肺气化而小便即通愈。(《杂病证治类方》)

(22) 草蜜汤治心肾有热小便不通，生车前草捣取自然汁拌入蜜一匙调下。(《丹溪心法》)

展　望

癃闭作为一种常见病证，影响人们尤其是中老年人的健康。西医学不将其作为一个独立疾病对待，且治疗方法较为单一。历代中医对本病的症状表现、病因病机、治则治法、选方用药等均有一定的认识。尤其近年来，对癃闭的概念与西医学的关系，中西医结合的治疗方法等又有不同程度的研究进展。但由于传统中医的局限性、各家之言的复杂性以及缺乏足够的现代研究，使得本病在概念的澄清、病因病机的系统化、治疗上的客观化等诸多方面尚存在许多有待完善、提高之处。因此，从基础理论到临床实践以及实验研究等方面，尚需广大同仁予以关注，以期形成癃闭的完整体系。

(1) 加强中医基础理论研究：癃闭自《内经》中提出“膀胱不利为癃”以来，历代医家从理论上对其进行了许多有益的探索，尤其至明清以来，日臻完善，已初步形成了癃闭的基础理论框架。但受时代的限制，各医家对其病因病机、病变脏腑、证候分类等方面的理论认识仍有很大的局限性和片面性，进而影响和制约了临床辨证论治的发展和进步。因此，应广泛深入地挖掘和整理古代文献中对癃闭的理论阐述，分析归纳癃闭的基本概述、发病机理、病变脏腑、证候特征、预后转归等，从而形成癃闭的完整的理论体系。

(2) 规范临床诊疗标准：千百年来，中医对癃闭的症状表现、诊断标准、鉴别诊断、疗效制定等缺乏统一的认识，常局限在一证一法一方的个案记载的层次上，缺乏对大宗病例的系统观察，更未见到有对照的结合现代诊断手段、治疗方法的临床观察。因此，收集大量的临床资料，扩大临床观察范围，制定统一的诊断标准，确定严格的疗效判定标准，设立临床对照都有较大的临床实用价值和理论意义。

(3) 提高临床疗效：目前癃闭的治疗方法主要有辨论论治、单方单药、针灸按摩、外敷用药以及中西医结合疗法等，临床上取得了一定疗效。但由于缺乏客观的诊断疗效判断标准，使许多疗法的客观性、可重复性、远期疗效等均有待进一步研究。因此，在诊疗标准客观化的前提下，应深入挖掘祖国医学治疗癃闭的有效方法，尤其是许多行之有效的单方单药，对其适应证、适用范围、可靠性以及毒副作用等进行深入研究。另外，应扩大病例观察范围，甚至搞多中心合作，设立严格的对照，以期研制出真正有效的治疗药物，并加强癃闭急症、重症的中医药临床研究，加强中药、针灸、内服、外用、西药等多种疗法相结合的研究，提高综合疗效。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

（4）开展基础实验研究：由于癃闭仅以临床症状为表现，目前缺乏实验研究资料，从而影响了基础研究、疗效观察、药物筛选等基础研究工作。今后应重视此类研究工作，例如：建立理想的动物实验模型，深入研究膀胱的生理病理，以及在本病情况下的尿液动力学变化，以及观察各种疗法对其产生的影响，从而指导临床治疗，并为进一步深入研究奠定理论基础。

总之，目前对癃闭的基础、临床、实验研究等仍处在起步阶段，虽然在某些方面已初露端倪，但仍存在许多亟待解决的问题，期待不久的将来，在广大同仁的共同努力下，把癃闭的理论研究、诊治水平提高到一个新的层次。为解除广大患者，尤其是中老年人的病痛做出应有的贡献。

（孙建实　徐艳秋　赵昊龙）

近现代参考文献

[1] 李庆峰．许玉山先生治疗癃闭的经验．中医药研究，1995（5）:38

[2] 张发荣．通闭汤．实用中西医结合杂志，1991（12）:753

[3] 张玉龙．老年癃闭治验．湖北中医杂志，1988（1）:38

[4] 杨德明．单味芒硝应用举隅．四川中医，1990（7）:52

[5] 谢金鼎．麻后癃闭治验．四川中医，1985（7）:17

[6] 刘强．大黄甘遂汤治癃闭．辽宁中医杂志，1988（5）:26

[7] 黄季伟．养阴利尿治愈癃闭案．四川中医，1993（9）:25

[8] 汪正聪．治小便不利九法．江西中医药，1983（1）:27

[9] 胡国俊．“遗溺闭癃”从肝论治初探．辽宁中医杂志，1987（7）:14

[10] 刘殿青．产后乳溢、癃闭及小便失禁案．江苏中医，1989（8）:353

[11] 周宗农．阴亏热结癃闭治验．四川中医，1984（4）:57

[12] 姜润林．王玉玲治疗新生儿癃闭的经验．浙江中医杂志，1988（3）:113

[13] 栾佩岳．痰积致癃亟当化痰．身痛不休可恃温运．上海中医药杂志，1993（8）:13

[14] 钟定波．通腑法治癃．新中医，1986（4）:24

[15] 田维君．癃闭辨治八法．四川中医，1992（8）:9

[16] 蒲友良．临证治验举隅．北京中医杂志，1985（2）:50

[17] 倪世涛．旋覆花配伍治下焦病．四川中医，1992（10）:35

[18] 王凤桥．癃闭辨治举隅．河北中医，1994（4）:20

[19] 李伟林．桃核承气汤治疗癃闭．四川中医，1990（6）:33

[20] 刘斌武．桂枝茯苓丸加味治疗癃闭．新中医，1990（3）:43

[21] 汪凤杰．抵当汤加减治疗急性尿潴留30例．湖北中医杂志，1988（1）:20

[22] 聂天义．水血相关论治妇科疾病举隅．辽宁中医杂志，1989（8）:12

[23] 刘伯平．加味龙胆泻肝汤治疗慢性前列腺炎30例．辽宁中医杂志，1991（6）:32

[24] 董杏初．桂枝茯苓丸治疗癃闭．四川中医，1989（9）:26

[25] 曹赫基．仲景方治疗癃闭．浙江中医学院学报，1985（5）:31

[26] 吴朝文．补阳还五汤治疗疑难病证举隅，新中医，1985（1）:37

[27] 郭忠民．妊娠尿闭治验．江西中医药，1985（1）:17

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[28] 王树槐. 浅述治癃八法. 江苏中医，1988 (6):269
[29] 段玉环. 少腹逐瘀汤临床新用. 河南中医，1995 (3):43
[30] 刘冰清. 浅淡癃闭一证的补脾升提治法. 江西中医药，1980 (1):35
[31] 郑翔，章真如治疗前列腺疾病的经验. 北京中医杂志，1994 (1):10
[32] 蔡英奇. 治疗前列腺增生症 54 例报告. 四川中医，1990 (10):36
[33] 董自敏. 癃闭开郁汤治疗前列腺肥大 45 例. 四川中医，1995 (12):27
[34] 夏远归. 解癃汤治疗前列腺肥大溺癃 38 例. 四川中医，1995 (11):23
[35] 梁敬文. 中西结合治疗前列腺增生尿潴留. 实用中西医结合杂志，1991 (12):727
[36] 林连观. 克癃灵注射治疗前列腺增生症的研究. 实用中西医结合杂志，1991 (12):739
[37] 柴有华. 猪苓汤加味治疗产后癃闭 20 例. 陕西中医，1991 (5):209
[38] 叶继长. 产后癃闭不宜囿于补法. 新中医，1988 (4):44
[39] 贾英. 益气利水法治疗产后尿闭 50 例. 江苏中医，1993 (10):445
[40] 胡永如. 通癃散敷脐治疗产后尿潴留 300 例. 江苏中医，1995 (7):16
[41] 陈颖异. 通脬汤治疗产后癃闭 100 例. 浙江中医杂志，1991 (3):112
[42] 沈关桢. 益气利水法治疗产后尿潴留 52 例. 浙江中医杂志，1988 (12):537
[43] 郑德安. 癃闭（产后尿潴留）治验. 北京中医学院学报，1989 (4):44
[44] 马小允. 穴位注射新斯的明治疗产后尿潴留 50 例. 中国中西医结合杂志，1993 (6):364
[45] 陈彪. 浅谈通大便利小便—产后癃闭用大黄. 中医药学报，1987 (2):18
[46] 陈颖异. 通脬汤治疗产后癃闭 100 例. 成都中医学院学报，1992 (2):84
[47] 史明学：女扎术后小便不通. 陕西中医，1986 (11):513
[48] 陈高兴. 倒换散治疗输卵管结扎术后癃闭. 浙江中医杂志，1993 (4):161
[49] 陈剑声. 膀胱结石术后癃闭验案一则. 湖南中医学院学报，1985 (3):54
[50] 贾美华. 竹桔饮治疗痔瘘术后癃闭 20 例. 陕西中医，1984 (6):31
[51] 吴春光. 针刺治疗痔术后尿潴留 46 例. 新中医，1993 (4):32
[52] 解金梅. 谈术后病证的辨证治疗. 中医药研究，1992 (5):41
[53] 黄朝铁. 五苓散加味治疗伤后癃闭. 四川中医，1992 (10):49
[54] 熊赛君. 膈下逐瘀汤治疗外伤性截瘫尿潴留 15 例. 江西中医药，1990 (6):33
[55] 田海琴. 环揉直推按摩治疗创伤性癃闭 38 例报告. 中医正骨，1993 (4):25
[56] 吴兆华. 癃闭的辨治. 新中医，1987 (1):46
[57] 吴克山. 前列腺肥大引起癃闭的治法初探. 福建中医药，1989 (6):21
[58] 张振东. 辨证论治前列腺增生症 82 例疗效观察. 河北中医，1992 (5):31
[59] 陈以平. 癃闭的证治及其探讨. 辽宁中医杂志，1983 (12):38
[60] 周瑞芝. 癃闭的治疗概况. 浙江中医杂志，1986 (11):525
[61] 王梅蓉. 肝与小便关系刍议. 成都中医学院学报，1991 (4):208
[62] 杜勉之. 治癃八法. 山东中医杂志，1989 (5):10
[63] 聂天义. 补肝气、疏三焦治疗癃闭. 四川中医，1984 (4):54
[64] 鲜光亚. 老年前列腺肥大癃闭治验. 新中医，1990 (7):20
[65] 罗中秋. 通后窍启前窍治疗癃闭. 浙江中医杂志，1985 (11):494
[66] 陈良盛. 下法在中医急症上的应用. 江西中医药，1985 (4):20
[67] 陈宁勇. 桃核承气汤治癃闭. 四川中医，1992 (2):39
[68] 黎新源. 癃闭、便秘. 新中医，1981 (5):32
[69] 徐善元. 李中梓治癃闭八法条辨. 浙江中医学院学报，1992 (5):34

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[70] 熊振敏. 补中益气汤治癃闭. 中医杂志, 1980 (11):41
[71] 晁中恒. 中西医结合治疗前列腺肥大65例初步体会, 中医杂志, 1980 (2):114
[72] 董汉良. 老年性前列腺肥大的治疗. 浙江中医杂志, 1981 (4):175
[73] 彭培初. 中药治疗前列腺肥大急性尿潴留. 上海中医杂志, 1981 (7):25
[74] 肖德茂. 提壶揭盖法治疗创伤后癃闭. 四川中医, 1989 (9):27
[75] 邹火根. 癃闭散治疗前列腺增生症的临床观察和药理实验. 中医杂志, 1982 (7):29
[76] 李文亮. 千金妙方 (上册). 北京: 战士出版社, 1981. 355~365
[77] 李虹. "血水同治" 妇科疾病举隅. 吉林中医药, 1991 (6):18
[78] 俞长荣. 《伤寒论》精华在于诊治大法. 新中医, 1983 (2):31
[79] 罗忠彪. 尿毒症性精神障碍一例治验. 新中医, 1984 (8):37
[80] 张伯臾. 张伯臾医案. 上海: 上海科学技术出版社, 1979. 93
[81] 汤昆华. 产后杂病治验. 上海中医药杂志, 1984 (6):22
[82] 何莲英. 针灸治疗产后尿潴留30例. 中国针灸, 1983 (5):4
[83] 胡月樵. 针灸治疗产后尿潴留50例. 新中医, 1984 (8):27
[84] 杨丁林. 针刺治疗产后尿潴留49例. 中医杂志, 1984 (5):60
[85] 张慰民. 针刺治疗产后尿潴留. 江苏中医杂志, 1982 (5):53
[86] 张生理. 针刺治疗产后尿潴留21例, 中国针灸, 1984 (5):18
[87] 赵太茵. 针刺治疗术后尿潴留. 中国针灸, 1984 (5):28
[88] 陈志华. 按摩排尿治疗尿潴留. 上海中医杂志, 1982 (4):18
[89] 王孝莹. 指针治疗产后尿潴留. 黑龙江中医药, 1984 (2):28
[90] 张文才. 指按 "中极穴" 排尿. 上海中医杂志, 1984 (1):84
[91] 韩美莉. 按摩治疗乙脑尿潴留. 山东中医药, 1981 (1):30
[92] 徐杰. 按摩法解除昏迷病人的尿潴留. 中医杂志, 1983 (11):38

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 消 渴 病 ❋

消渴病是以多饮、多尿、多食、形体消瘦、尿有甜味为主要临床表现的疾病。其证候表现及发病规律与西医学之糖尿病基本一致。据资料统计，20世纪70年代末期，我国糖尿病的患病率不足1%，现在已升至2.5%左右，而且正在以1‰以上的年增长速度增加。我国现有糖尿病总人数已达到2000万，相当于几个欧洲国家人口的总和。更应引起关注的是，一项国际研究报告披露，1997年全世界报告的糖尿病患者1.35亿，推算到2025年将升至3亿人，而且进入21世纪，非胰岛素依赖型糖尿病将在中国、印度和非洲的一些国家流行。

目前，西医学关于糖尿病的病因还没有完全阐明，因此对糖尿病的防治尚缺乏根治措施。自从1921年发现胰岛素以来，临床上已经基本控制了糖尿病急性并发症的死亡率，但慢性并发症死亡率却因患者的增多和寿命的延长而日益突出。据统计，糖尿病已成为人类的第5位死亡原因。

中国是世界上最早认识消渴病的国家。早在2000多年以前中医学就有关于消渴病的记载，并在长期的医疗实践中积累了极为丰富的防治消渴病及其并发症的宝贵经验。新中国成立以后，特别是20世纪80年代以来，广大中医、中西医结合工作者，遵循中医药学的理论体系，在历代文献资料及经验的基础上，采用现代科学技术手段与方法，对消渴病及其并发症做了大量研究工作，使中医学对消渴病病因、病机的认识逐步深入完善，方药研究取得了丰硕成果，展示了中医药学防治消渴病及其并发症的良好前景。

【今日临床】

1 诊 断 标 准

目前中医临床上采用的消渴病诊断标准主要是国家中医药管理局1994年6月28日发布，1995年1月1日实施的中华人民共和国中医药行业标准（ZY）《中医病证诊断疗效标准》和中华人民共和国卫生部于1993年制定发布的《中药新药临床研究指导原则》的标准。上述两个标准中，ZY标准中的诊断依据比较充分，而《中药新药临床研究指导原则》标准中的中医辨证比较符合临床实际。因此作者建议：如果是从事临床工作，则应执行ZY标准，若是从事中药新药开发研究，则应严格执行《中药新药临床研究指导原则》的标准。现摘录如下供研究者参考。

1.1 国家中医药行业标准中的诊断标准

1.1.1 诊断依据

口渴多饮，多食易饥，尿频量多，形体消瘦。

初起可“三多”症状不著，病久常并发眩晕、肺痨、中风、雀目、疮疖等，严重者可

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

见烦渴、头痛、呕吐、腹痛、呼吸短促，甚或出现昏迷、厥脱危象。

查空腹、餐后2小时尿糖和血糖，尿比重，葡萄糖耐量试验。必要时查尿酮体、血尿素氮、血肌酐、血二氧化碳结合力及血中钾、钠、钙、氯化物等。

1.1.2 证候分类

燥热伤肺：烦渴多饮，口干咽燥，多食善饥，小便量多，大便干结。舌质红，苔薄黄，脉数。

胃燥津伤：消谷善饥，大便秘结，口干欲饮，形体消瘦。舌红苔黄，脉滑有力。

肾阴亏虚：尿频量多，混如脂膏，头晕目眩，耳鸣，视物模糊，口干唇燥，失眠心烦。舌红无苔，脉细弦数。

阴阳两虚：尿频，饮一溲一，色混如膏。面色黧黑，耳轮枯焦，腰膝酸软，消瘦显著，阳痿或月经不调，畏寒面浮。舌淡，苔白，脉沉细无力。

阴虚阳浮：尿频量多，烦渴面红，头痛恶心，口有异味，形瘦骨立，唇红口干，呼吸深快，或神昏迷蒙，四肢厥冷。舌质红绛，苔灰或焦黑，脉微数疾。

1.2 《中药新药临床研究指导原则》中的诊断标准

1.2.1 诊断标准

凡具有口渴多饮，消谷善饥，尿多而甜，形体渐见消瘦等证候者即可确诊。

1.2.2 中医辨证

阴虚热盛证：口渴喜冷饮，多食易饥，急躁易怒，怕热心烦，溲赤便秘，舌红苔黄，脉弦数或滑数。

气阴两虚证：倦怠乏力，自汗盗汗，气短懒言，口渴喜饮，五心烦热，心悸失眠，溲赤便秘，舌红少津，舌体胖大，苔薄或花剥，脉弦细或细数。

阴阳两虚证：形寒怯冷，面白无华，耳鸣腰酸，时有潮热盗汗，四肢欠温，大便溏薄，小便清长，阳痿早泄，舌质淡红，舌体胖嫩，边有齿痕，苔薄白或白腻，脉沉细或细数无力。

血瘀气滞证：面色晦黯，消瘦乏力，胸中闷痛，肢体麻木或刺痛，夜间加重，唇紫，舌黯或有瘀斑，或舌下青筋紫黯怒张，苔薄白或少苔，脉弦或沉涩。

2 中心证候特征

消渴病的中心证候特征为口渴多饮，消谷善饥，尿频量多而甜，形体消瘦。这些典型证候一般多见于消渴病的初期或青少年患者。若经过适当调养及药物治疗，或是中老年患者，三多一少证候并不明显。此时则应以血糖升高和尿糖阳性为诊断依据。

消渴病一般先有上焦肺脏燥热证，继而转化为胃燥、湿阻中焦或脾胃气虚等中焦证候，再向肝肾阴虚、阴阳两虚等下焦证候转化。若病程迁延日久，常可出现虚中夹实，瘀血阻络之各种并发症。其中，燥热伤肺证特征是烦渴多饮，尿频量多，舌红苔黄；肺胃燥热证特征是消谷善饥，口渴欲饮，尿频色黄，苔黄燥，脉洪大；脾胃气虚证特征是口渴欲饮，纳少，便溏乏力，舌淡脉细；湿热中阻证特征是口渴多饮，尿多而甜，食多而脘腹满闷，苔黄厚腻；肠燥伤阴证特征是多食易饥，口渴引饮，便秘，苔黄燥；肝肾阴虚证特征

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

是饮一溲--，小便混浊如脂膏，腰酸耳鸣，舌红少苔；阴阳两虚证特征是尿频量多，饮一溲 -，小便清长或尿浊如膏，面色黧黑，腰膝酸软或见五心烦热，舌淡苔白，脉沉细无力。

3 病　因

3.1 原发病因

禀赋不足　先天禀赋不足，包括小儿先天禀赋不足、生后脏腑怯弱和病后体虚等几个方面。五脏主藏精，精为人生之本，若五脏素虚，精气不足，气血虚弱，复因调摄失宜，耗伤阴津，则可发生消渴病。小儿先天禀赋不足，脏腑娇嫩，形体未充，若感受外邪侵袭可诱发消渴病。人到中年，各脏腑功能均发生生理性衰退，其“气血衰，其肌肉枯，气道涩”加之情志不遂，饮食不节，劳逸过度等诱发因素，终至精亏液竭而发消渴病。此外，人之身体受承于父母，父母患有消渴病者，则其子女亦有患消渴病的倾向。

形体肥胖　形体肥胖是消渴病的一个重要原发病因。一是因肥胖之人有余之气不得利用，则化为热，热邪耗伤阴津发为消渴病。二是肥胖之人素体湿热内盛，热盛伤阴，故易患消渴病。三是肥胖之人体力活动较少，气血运行不畅，血液浓稠，气化不利，故易患消渴病。

3.2 继发病因

痰浊内生　内生之痰浊乃人体内津液不归正化所致。饮食不节，过食肥甘厚味，损伤脾胃，或忧思劳倦伤脾，脾气虚弱，运化失职，水湿内停，渐积成痰；或肺气不足，宣降失司，津液不得通调输布，留而成痰；或肾虚不能化气行水，水停为痰；或肝气郁结，气郁湿滞而生痰浊。痰浊既成，则阻塞气血之运行，壅遏络道使精微失布发生消渴病。

瘀血内停　瘀血既是病理产物，亦是致病因素。瘀血之形成乃由于多种原因致血液运行迟缓，或血不循经所致。瘀血内停可阻碍津液的正常输布，津液不能发挥其正常的濡养作用，从而导致消渴病及其并发症的发生发展。

3.3 诱发因素

外感六淫　邪毒侵袭人体，不仅可以引起外感热病，尚可内侵散膏（胰腺），旁及脏腑，化燥伤津，诱发消渴病。

内伤七情　悲哀、恼怒、五志过极化火，可直接损伤脏腑诱发消渴病。郁怒伤肝，肝失疏泄，气郁化火，上灼肺津，下耗肾液；或思虑伤脾，脾不能为胃行其津液；或惊恐伤肾均可诱发消渴病。

饮食不节　长期过食肥甘，醇酒厚味，或辛辣刺激食物，一方面可助火生热，热积于中，消谷耗津，津液不得四布，脏腑百骸皆失濡养则诱发消渴病。另一方面过食肥甘可导致肥胖，肥胖之人有余之气不得利用，则化为热，热邪耗津伤液亦可发生消渴病。

劳逸失度　劳逸失度包括劳累过度和过度安逸两个方面。劳累过度又包括劳力过度、劳神过度和房劳过度等。适度的劳动能使人精力充沛，筋骨强健。若劳累过度，必然耗伤

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肾阴，盛壮之时尚可维持，一旦年老则肾阴不敷，虚火内生，耗伤津液发生消渴病。若过度安逸，甚或久卧少动，则可导致阳气不振，气血运行不畅，津液不能畅达而诱发消渴病。

过服温燥 古人有嗜服壮阳、石药而致燥热伤阴发为消渴病者。今人服石药之风虽不复存在，但亦有意欲长寿或快情纵欲，长时间服用温燥壮阳之剂，或久服误服温燥之品致使燥热内生，阴津亏损发为消渴病者。因温燥壮阳之品其性燥热，久服过服必致相火妄动，耗伤肾阴引发消渴病。

除上述诱发因素之外，尚有一些因素亦可诱发消渴病。如孕妇生产巨大婴儿，耗伤津液气血；感冒发热或腹泻，使体内阴津耗伤、气血受损；外伤及手术损伤气血，致脏腑失养，功能失调等，皆可诱发消渴病的发生、发展。

4 病 机

4.1 发 病

消渴病可发生于任何年龄。中年以上发病者，所占比例较大，多数起病缓慢，病势由轻渐重；青少年患消渴病者，所占比例较小，但发病急骤，病势较重。

4.2 病 位

主要在肺、脾、胃、肾。其中又以肾为主。

4.3 病 性

消渴病以本虚标实、虚实夹杂为特点。本虚以气阴两虚为主，标实以燥热内结、瘀血内停和痰浊中阻为多见。

4.4 病 势

消渴病总的发病趋势是自上而下，由本证渐见变证。即始在上焦心肺——上消，继则中焦脾胃——中消，进而下焦肝肾——下消。但亦有上、中、下三消证候俱现或均不明显者。就病情轻重而言，突发者重，缓发者轻；年少发病者重，年长发病者轻；单发本病者轻，出现变证者重。

4.5 病机转化

消渴病以气阴两虚为贯穿疾病全过程的基本病理变化，燥热内结，瘀血内停，痰浊中阻等可分别或同时出现于本病不同个体的不同阶段。病变脏腑主要在肺、脾、胃、肾，且与肝失疏泄密切相关。若肺燥阴虚，津液失于输布则脾胃不得濡养，肾精亦不得上源之水滋助；胃热偏盛，则灼伤肺津，耗伤肾阴；肾水素亏，阴虚火旺，上灼肺胃则三焦同病；脾气虚弱，水谷精微不能运化吸收，水湿滞留则生痰浊。痰浊阻碍气血运行，血液运行缓慢则滞而成瘀；若肝气郁结，气机不畅或气虚无力鼓动血行，则气血同累，进而阴损及阳，阴阳两虚，变证丛生。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4.6 证类病机

燥热伤肺 肺居上焦，主治节，为水之上源，宣发正常则敷布津液于全身，肃降正常则通调水道，使水液下输膀胱。燥热伤肺，阴津不足则治节失常。津液不足，不能布化，故口舌干燥，烦渴欲饮；津液不布而直趋于下，故尿频量多；水谷精微随尿液排出体外，肌肤失养则形体消瘦、皮毛枯干；肺与大肠相表里，肺热津伤，大肠失于濡养，故大便干燥；舌边尖红，苔黄燥，脉弦数皆为燥热之征。

肺胃燥热 由于饮食不节，积热于胃，酿成内热。胃热蒸灼于肺，肺热津伤，不能濡养于口，故见口渴；津液耗伤，欲饮水自救，故多饮；胃为水谷之海，主腐熟水谷，今胃热炽盛，则消谷善饥；肺胃里热蒸腾，逼津外泄，故多汗；胃热灼伤肺阴，致肺失敷布治节之能，使水谷精微不能散布于周身，转而直入膀胱，故尿量多而色黄；热盛津伤，肌肤经脉失养则形体消瘦；舌红苔黄，脉滑数乃为燥热内盛之象。

湿热中阻 消渴病日久影响脾的运化功能，脾虚不能运化水湿，蕴而化热，或新感湿热之邪蕴结脾胃，阻碍中焦气机，气机不畅，津液失布则口渴欲饮，但饮水不多；胃中有热则消谷善饥；湿阻中焦，气机不畅，故虽饥而不欲食；脘腹痞满，胸闷恶心，苔黄腻，脉濡数皆为湿热中阻之征象。

肝气郁滞 肝主疏泄，性喜条达，肝气郁滞，气郁化火，火灼津液则发消渴病。肝郁化热，消灼津液，津液不能上承则口苦咽干；肝脉布胸胁，肝经气血郁滞则胸胁胀满，善太息；肝气郁结，气郁化火上逆则头晕目眩，心烦，急躁易怒；肝气郁滞，气机不畅则舌质黯红，苔薄白，脉弦细。

肠燥津伤 燥热内蕴，耗灼肠中津液，津液既亏欲饮水自救，故口渴引饮；热盛津亏，肠道失润则大便燥结不通；有形之邪结于肠道，不通则痛，故腹满而硬痛；舌红少津为热盛津伤；舌苔黄，脉滑实有力为热盛于里。

脾胃气虚 消渴病日久，过服苦寒之品，苦寒伤脾，脾失健运，谷气下泄，从大便而出则能食便溏；若脾虚不运，湿阻中焦则腹胀少食；津液不能上输则口渴欲饮；水谷精微不能滋养周身则倦怠神疲，消瘦乏力；气虚血亦弱，故舌质淡白，脉细弱。

气阴两虚 消渴病日久，耗气伤津，津耗则气散，故气阴两虚多同时并见。阴虚失于濡养故口渴多饮；阴虚内热，逼津外泄则盗汗；气虚则神疲形倦，气短懒言；汗为心之液，汗出日久伤及心液，心失所养则心悸失眠；舌质淡红少苔，脉细弱无力皆为气阴两虚之征。

肝肾阴虚 肝藏血，肾藏精，精血互生，肝肾相滋，肝血不足，或肾精不足，经久不愈可导致消渴病。肝肾阴虚，肝之疏泄太过，肾之封藏固摄失常，津液直趋膀胱，故尿多；大量水谷精微下泻，则尿液混浊如膏脂，或尿有甜味；腰为肾之府，肾主骨，肝主筋，肝肾阴虚，精血不能濡养清窍，故头晕耳鸣；水谷精微不能营灌肌肤，故皮肤干燥而瘙痒；舌红少苔，脉细数皆为阴虚之象。

阴阳两虚 阴阳两虚，肾之固摄失常，津液直趋膀胱，故尿频量多；大量水谷精微下泄，则尿如膏脂，或尿有甜味；肾阴不足，阴不制阳，虚火内生，故五心烦热；肾开窍于耳，肾阴虚，津液不能涵养于耳，故耳轮干枯；腰为肾之府，肾主骨，肾虚则腰膝酸软无

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

力；阳虚气血运行无力，不能畅达于四肢，肢体得不到阳气温煦，故四肢欠温，畏寒怕冷；肾阳不足，不能鼓动阳事则阳痿不用。

瘀血内停 消渴病日久得不到及时正确的调养与治疗，导致气机不畅，血液运行受阻，津液不能上承，故口干渴而饮水不多；血行不畅，不通则痛，轻者肢体麻木，重则肢体刺痛，痛有定处；瘀血内停，冲任失调，则月经量多有血块；舌质紫黯或有瘀斑，脉细涩皆为瘀血内停之征。

5 临证思路

5.1 抓住主诉

口渴多饮、消谷善饥、尿频量多而甜，形体消瘦。

5.2 辨明病因

引起消渴病的原因很多，一般而言，凡属肺胃燥热而发上消者，多因长期精神刺激，五志过极化火，灼伤肺肾阴津所致；属脾虚失运，胃火炽盛所致中消者，多因嗜食醇酒肥甘，或过食辛辣所致；属肝肾阴亏，阴损及阳所致下消者，多因劳逸失度或肾阴素虚，摄纳无权、精微下注所致。

5.3 分析病位

消渴病之病位，宋元以后历代医家多将其分为上、中、下三消。以偏于多饮者为上消；偏于多食者为中消；偏于多尿者为下消。一般消渴病之早期、中期，病位多在上焦、中焦，后期病变以中焦、下焦为主。但是在临床实践中三消症状错综复杂，很难有明显界限，往往不易区分。因此，近代医家在继承历代先贤经验的基础上，提出以阴阳气血结合脏腑来分辨病位的观点。一般认为：除三多一少的证候外，伴有口干舌燥，烦渴多饮，多尿者，病位在肺；伴有气短懒言，心悸汗出者，病位多在心肺；伴见面黄神疲，肢倦乏力，大便溏薄者，病位多在脾；凡见有消谷善饥，多饮多尿，大便干结者，病位多在胃；消渴病后期见有多尿，甚或尿浊如脂膏，伴见腰膝酸软者，病位在肾；因情志因素诱发之消渴病，伴见胸闷，善太息，甚或心烦失眠者，病位在肝，属气分；消渴病经久不愈，甚或见有并发症，伴见舌质紫黯，脉细涩者，病在血分。

5.4 确定病性

消渴病之病性特点为本虚标实。本虚以肺、脾、肾等脏腑阴津亏损，失于濡养为主；标实以肺、胃、肝等脏腑火热炽盛，消烁津液与水谷为多见。本虚与标实常互为因果，随病程长短和病情轻重不同，二者可同时并见或有所偏重。一般而言，消渴病初期多以燥热为主；中期多属气阴两虚；后期则以阴虚为主，进而阴损及阳，导致阴阳两虚。燥热者多见口干舌燥、消谷善饥、心烦口臭，大便燥结，或咳吐黄痰，舌红苔黄燥，脉弦滑数或沉数；气阴两虚者，多表现为口干口渴，饮不甚多，尿亦不甚多，多食易饥不明显，伴见自汗或盗汗，气短乏力，神疲倦怠，腹胀便溏，舌质淡，脉细弱；阴虚者多见五心烦热，失

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

眠，盗汗，遗精，舌红少苔，脉细数；阳阴两虚者，多表现为面色㿠白，腰膝酸软，畏寒肢冷，腹胀纳差，便溏，舌质淡嫩，脉沉细无力。除上述证候外，消渴病发展至中后期，常因阴虚燥热，气阴两虚，阴阳两虚而见有瘀血、痰浊、湿热、热毒、水饮停留或内生之证。若瘀阻心脉则发胸痹；瘀阻眼络则发视物不清，目盲失明；瘀阻络脉则四肢麻木或痹痛；瘀血与痰浊阻于经脉则发中风偏瘫；湿热内生，蕴结脾肾则呕恶，下注则外阴瘙痒，或发淋证；热毒蕴结皮肤则为痈疽；停留于肺，则为咳喘；水饮内停，泛于皮肤则发水肿。

5.5 判 断 预 后

消渴病多见于中老年人，但也有青少年罹患本病者。由于发病年龄不同，病情的发生发展、轻重程度及预后转归亦有所差异。年龄小者，一般发病急，进展快，病情重，症状多具有典型性，预后较差；中年之后发病者，一般起病较缓，病情较轻，进展较慢，部分患者可不具备典型临床症状，若能如方节慎，预后较好。反之，若三多一少症状明显，并伴有大骨枯槁，大肉陷下，极度消瘦，口舌焦干，大便溏泄，尿如脂膏，脉细弱者，病情较重，预后较差。

6 鉴 别

口渴症 口渴症系指由于情志因素引起的，以烦渴多饮为临床特点的病症。由于多饮常导致多尿与低比重尿。上述症状可随情绪而波动是本症最典型的特征。本症与暴渴病极相似，但实验室检查抗利尿激素水平正常。本症相当于西医学的精神性烦渴，其它热病过程中出现的口渴欲饮症状则不在本症讨论范畴。

暴渴病 暴渴病多见于青年人，男性多于女性。临床特点是奇渴狂饮，饮不止渴，夜尿频，量多。本病患者由于大量排尿，可见形体消瘦，但临床上很少见有消谷善饥，而且日排尿量比较固定，一般在4000ml以上，多者可达10000ml以上，尿清如水，尿比重在1.010以下，尿糖阴性，血糖正常，血浆抗利尿激素水平低于正常。本病相当于西医学之尿崩症。

非消渴病性糖尿 多见于妊娠期或哺乳期的妇女；尿检为乳糖尿，临床多数无典型症状，且妊娠期或哺乳期过后一般可恢复正常。另外，饥饿性糖尿、食后糖尿、肾性糖尿与消渴病的鉴别，主要靠空腹血糖检测与糖耐量试验进行区分。还有中风、骨折及其它应激因素等引起的糖尿，一般均能找到明确的原因，或呈暂时性糖尿，常随原发病的好转而改善或痊愈。

7 临 床 治 疗

中医学认为，消渴病是一种全身性疾病，因此在治疗上应从整体观念出发辨证论治。针对不同病情，采用不同的治疗方法，补其不足，抑其有余，使受损的脏腑功能逐渐恢复正常，使偏颇的阴阳保持相对的平衡，从而达到阴平阳秘、精神乃治的目的。在辨证论治的方法上，古代医家多根据消渴病主证，将本病分为上、中、下三消进行辨证论治，以滋阴清热为基本大法。但是由于三消证候多胶着互见，且有密切联系，很难截然分开。因

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

此，近代医家在三消分治的基础上，充实了阴阳气血、病因病机和脏腑等的辨证论治内容，使中医学对消渴病的辨证论治日趋丰富与完善。

7.1 根据临床主症分证论治

7.1.1 上消 肺热津伤

临床表现：口干舌燥，烦渴多饮，尿频量多，舌边尖红，苔薄黄，脉洪数。

病机分析：肺居上焦，主治节，宣发正常则敷布津液于全身，肃降正常则通调水道，使水液下输膀胱。燥热伤肺，阴津不足，则治节失常。津液不足，不能布化，故口干舌燥，烦渴欲饮。津液不布，直趋于下，故尿频量多。肾失固摄，则肺下输之津液化而为尿，则多尿。舌边尖红，苔薄黄，脉洪数为内热炽盛之象。

治法：清热润肺，生津止渴。

方药：消渴方（《丹溪心法》）化裁。

天花粉 黄连 生地黄 藕汁 葛根 麦冬

加减：肺胃并热者，加石膏、知母；热伤肺阴者，加沙参、玉竹。

临证参考：上消病在心肺，初起多实，必当清火为亟，但不可苦寒太过，反转燥化，更有伤胃之嫌。稍久热既荡除，便当滋润为重，兼清泄。在上消证中，肺本脏的病机，通常是始起时津伤干燥，次则阴伤于火，又次则气随阴伤，故治肺之方法亦有润燥、育阴、益气之次第，唯需消息互用。上消心肺病不解，极易引动胃火、肾火，而有肺胃、肺肾合病，成为中上、上下消症状兼见。当病变中心仍在上焦时，治当以肺为主，兼清胃养阴、泻火滋肾之法，以免下传转重，也易取效。上消制剂，宜小而频服，不必大剂寒凉冷饮，否则上热未除，中寒复起，反而麻烦。

7.1.2 中消 胃热炽盛

临床表现：多食易饥，形体消瘦，大便干燥，或见口臭，口苦，牙龈肿痛，舌红，苔黄燥，脉滑实有力。

病机分析：胃主受纳腐熟水谷。生理情况下，水谷腐熟后可经脾运化吸收，若火热邪气停留于胃，则腐熟水谷力增强，而水谷精微却被火热消耗，不得吸收输布，故虽多食而仍易饥。阳明热盛，耗伤津血，无以充养肌肉，故形体消瘦。胃热津伤，大肠失其濡润，故见大便秘结。口臭，口苦，牙龈肿痛，舌红，苔黄燥，脉滑实有力皆为胃热炽盛之象。

治法：清胃泻火，养阴增液。

方药：玉女煎(《景岳全书》)加味。

石膏 知母 熟地黄 麦冬 黄连 栀子 牛膝

加减：火旺伤阴者，加石斛、玉竹；肠燥伤津者，加玄参、大黄、芒硝。

临证参考：中消之候颇为常见，病在脾胃，以胃火为多见，治法以清泄阳明之热为主。热甚燥结者，可用釜底抽薪之法，但攻下之法意在通泄火郁，宜重剂轻投，缓下泄热，不可责效于下，以冀捷效；清火不宜过用苦寒，苦寒太过亦能化燥，且能败胃索气。大法总以甘凉濡润，甘淡养胃为宗旨。阴伤及气者，当注意气阴兼顾，脾气复而阴津自生，火势自减。中消证初起有胃火，后亦多虚，固非独借清滋所能济。后期病深，多见脾胃已虚，而口渴能食等症仍存，或竟不能食，此时口渴乃脾虚不能正常输布津液的结果，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治宜健脾为主，切忌苦寒伤脾。

7.1.3 下消

7.1.3.1 肾阴亏虚

临床表现：尿频量多，混浊如膏，或尿甜，口干舌燥，形体消瘦，舌红瘦薄，少苔，脉细数。

病机分析：肾司二便，主开合。其中肾阳负责关门的开放，肾阴负责关门的闭合。阴阳平衡，开合有序，则二便正常。若肾阴亏虚，则开门太过，水津直下，故尿频量多。肾失固摄，水谷精微下注，故小便混浊如脂膏，有甜味。水谷精微外泄，兼之虚火耗灼，则形体消瘦。口干舌燥，舌红少苔，脉细数是肾阴亏虚，虚火妄动之象。

治法：滋阴固肾。

方药：六味地黄丸(《小儿药证直诀》)。

山药　山萸肉　熟地　泽泻　茯苓　丹皮

加减：阴虚火旺者，加知母、黄柏；兼气虚者，加人参、黄芪。

7.1.3.2 阴阳两虚

临床表现：小便频数量多，混浊如脂膏，甚至饮一溲…，或夜尿频多，面色黧黑，耳轮焦干，腰膝酸软，畏寒肢冷，阳痿不举，舌淡苔白，脉沉细无力。

病机分析：肾之阴阳相互依赖，肾阴虚日久必损及肾阳，形成肾之阴阳两虚之候。然消渴病阴虚为常，阳虚为变，所以肾之关门开多合少，故小便频数，混浊如膏。肾虚日久，阴津不能荣养肌肤，则面色黧黑，耳轮焦干。腰为肾之府，内脏不充，腰失所养，则腰膝酸软。阳气亏损，不能温煦肢体，故畏寒肢冷。命门火衰，宗筋驰缓，则阳痿不举。舌淡苔白，脉沉细无力是阴阳俱虚之象。

治法：滋阴、温阳、固肾。

方药：肾气丸(《金匮要略》)。

熟地黄　山萸肉　山药　桂枝　附子　泽泻　茯苓　丹皮

加减：腰膝酸软者，加桑寄生、杜仲；精关不固者，加芡实、金樱子。

临证参考：三消证中，以下消病情最重，病变中心在肾，以虚证为多。下消既属肾虚，自当以补肾为主，由于精微随溲下泄，在补肾精的同时，当合用摄养之法。消证多火，下消之火，多由阴虚所致。肾中阴不济阳，则火起于下，但此火为水中之火，滋其水则火自退，不可过用苦寒。阴虚火亢，龙雷之火浮游于上，也可并发中、上之消，前法中可斟酌配合养肺胃之剂。壮火食气，气食少火，虚火之证，久则耗气，终必损阳，故治下消，温肾之法亦不可废。但用其法要阴中求阳，斯能阳敷阴沛，切勿一味温阳，致犯以热药治消渴病之误。

7.2 从阴阳气血盛衰分证论治

7.2.1 气阴两虚

临床表现：口干口渴，饮不甚多，尿亦不甚多，多食易饥不明显，伴有自汗，气短乏力，神疲倦怠，腹胀便溏，五心烦热，潮热盗汗，头晕耳鸣，心悸失眠，舌质淡或淡胖，脉弱或细弱。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

病机分析：本证病机特点以虚为主，而燥热之象不明显。阴虚失于濡润，则口干口渴，头晕耳鸣，心悸失眠。虚火内生，故见潮热盗汗，五心烦热。此时虽仍以肾阴虚为主，但心、肝、肺阴皆不足。气虚则气短乏力，自汗，神疲倦怠。气虚失运，则腹胀，便溏，多食不明显。气虚以脾气虚为主兼见肺气虚。舌质淡，脉细弱皆为气阴两虚之证。

治法：益气养阴。

方药：玉泉丸(《沈氏尊生书》)化裁。

天花粉　葛根　麦冬　乌梅　生地　五味子　人参　黄芪　黄精　茯苓

加减：心悸甚者，加菖蒲、远志；失眠者，加炒枣仁、何首乌；见有瘀血征象者，加丹参、当归、桃仁。

临证参考：气阴两虚证是消渴病最常见的证候。本证大多由阴虚热盛转化而来，或见于中老年患者，临床以气短，乏力，自汗，舌质淡嫩，脉细弱为辨证要点。本证患者若治疗及时常可恢复如初；若迁延日久，或失治误治，常由气及血，由阴及阳，出现瘀血阻滞或阴阳两虚证。因此，对本证的治疗是关系到消渴病向愈与恶化的重要环节。对本证的治疗尚可选用生脉散(《内外伤辨惑论》)和增液汤(《温病条辨》)加味治疗，也可在医生指导下服用消渴丸。

7.2.2　脾胃气虚

临床表现：口渴欲饮，纳谷不香，食入腹胀，大便溏薄，四肢无力，神疲气短，舌淡，边有齿痕，脉细弱。

病机分析：脾胃气虚之产生，一则由日久多食，无所制节，损伤脾胃；二则由久服药物，或苦寒伤脾，或滋腻伤脾，均可导致脾胃气虚。因为此证以气虚为主，所以口渴不如燥热型之严重，多尿也不明显。脾胃气虚，不能运化，所以由多食变为不能食，腹胀便溏。舌淡边有齿痕，脉细弱皆为脾胃气虚之征。

治法：健脾益气。

方药：参苓白术散(《太平惠民和剂局方》)化裁。

人参　白术　山药　白扁豆　茯苓　薏苡仁　砂仁　桔梗

加减：气虚甚者，加黄芪、五味子；脾胃气虚，主要表现为中气下陷者，可改用补中益气汤(《脾胃论》)加味。

临证参考：本证患者虽口渴欲饮，但通常不宜用寒凉泻火之剂，以免复伤脾胃，也不宜食用温中之品，以防助长燥热之邪。尚可选用七味白术散(《小儿药证直诀》)加减治疗。

7.2.3　肝肾阴虚

临床表现：尿频量多，混浊如脂膏，或尿甜，腰膝酸软无力，头昏耳鸣，多梦遗精，皮肤干燥，全身瘙痒，舌红少苔，脉细数。

病机分析：肝肾阴虚，肝之疏泄过度，肾之固摄失常，津液直趋膀胱，故尿频量多。大量水谷精微下泄则尿液混浊如脂膏，或尿有甜味。腰为肾之府，为肾所主，膝为筋之府，为肝所主，筋骨失养，故腰膝酸软乏力。肝肾精血不能濡润清窍，故头昏耳鸣。水谷精微不能营养肌肤，故皮肤干燥而瘙痒。舌红少苔，脉细数为阴虚内热之象。

治法：滋补肝肾。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方药：六味地黄丸(《小儿药证直诀》)。

熟地　山萸肉　山药　茯苓　泽泻　丹皮

加减：阴虚火旺者，加知母、黄柏；骨蒸潮热者，加地骨皮、龟甲；多梦遗精者，加芡实、金樱子；气短乏力者，加人参、黄芪。

临证参考：本证多见于消渴病的中后期，视其病情，尚可与生地黄饮子(《杂病源流犀烛》)并用以加强疗效。若病情较重者，宜先服汤剂，待病情稳定后，改服丸剂巩固疗效。

7.2.4　阴阳两虚

临床表现：小便频数，混浊如膏，甚则饮一溲一，手足心热，咽干舌燥，面容憔悴，脉沉细无力。

病机分析：人之阴阳互根，燥热伤阴虽为本病之基本病理变化，但病程日久，阴损及阳，或因治疗失当，过用苦寒伤阳，终致阴阳两亏之证。因此本证既有手足心热、咽干舌燥、面容憔悴、耳轮干枯等阴亏之证，又有四肢欠温、畏寒怕冷，甚则阳痿等阳虚之候。

治法：滋阴、温阳、补肾。

方药：肾气丸(《金匮要略》)化裁。

熟地　山萸肉　山药　茯苓　泽泻　丹皮　附子　肉桂

加减：腰膝酸软甚者，加杜仲、续断；畏寒怕冷者，加鹿茸、紫河车；面容憔悴者，加何首乌、枸杞子；遗尿者，加芡实、金樱子。

临证参考：本证患者病情复杂，多见于消渴后期出现并发症者，尤以并发水肿者为多见。病变部位可累及五脏六腑，其中以肝脾肾为主，但关键在肾。因此，在治疗上应以治肾为主，必要时尚需中西医结合治疗。本证患者若能控制病情发展已属不易，很难恢复如初。

7.3　根据病因病机分证论治

7.3.1　燥热伤肺

临床表现：烦渴多饮，口干舌燥，尿频量多，气短无力，神倦自汗，舌红苔薄黄，脉洪数。

病机分析：肺主气，为水之上源，敷布津液，护养脏腑。若五志过极，心火炽炎，移热于肺，或食肥甘酒类，胃热上乘，或下源肾水亏乏，不能制火，火势上浮乘肺，均可刑伐肺金。肺为燥热所伤，则无力敷布津液，津液下泄膀胱，故溲多尿频。津液不能上承口舌，故口舌干燥，烦渴多饮。肺伤不能为脾胃行其津液，水谷精微则下行随溺而出，故尿中有甜味。舌苔薄黄欠润，脉弦而数为燥热之象。

治法：清燥润肺。

方药：清燥救肺汤(《医门法律》)化裁。

桑叶　石膏　麦冬　杏仁　麻仁　阿胶　人参　甘草

加减：口干舌燥甚者，加生地黄、葛根；热甚者，加黄芩、黄连；渴甚者，加天花粉、石斛。

临证参考：清燥救肺汤适用于外感燥热之邪伤肺所致之消渴病，若因心热移于肺者，可用麦门冬饮子(《卫生宝鉴》)；偏阴虚者，可选用二冬汤(《医学心悟》)。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.3.2 肺胃燥热

临床表现：烦渴引饮，消谷善饥，小便频数量多，尿浊色黄，身体渐瘦，舌红苔黄，脉滑数。

病机分析：饮食不节，积热于胃，胃热熏灼于肺，肺热伤津，津液耗伤，欲饮水自救，故烦渴引饮。饮水虽多，但不能管摄水液以敷布全身，津液自趋下泄，加之肾失固摄，水谷精微从小便而出，故尿多混浊色黄。胃为水谷之海，主腐熟食物，今燥热过盛，腐熟力强，则消谷善饥。水谷精微大量丢失，人身之营养物质匮乏，故形体日渐消瘦。舌红苔黄，脉滑数为津液耗损，燥热内盛征象。

治法：清热生津。

方药：白虎加人参汤(《金匮要略》)。

石膏　知母　人参　甘草　粳米

加减：热甚者，重用生石膏，加黄连；渴甚者，加天花粉、麦冬；消谷甚者，可适当加重甘草用量。

临证参考：白虎加人参汤主要用于胃火偏盛，以烦渴善饥为主要表现者。若“渴多饥少，病重在肺”(《景岳全书·消渴》)，病变中心为肺热，可选用二冬汤(《医学心悟》)；若胃热伤及肺阴者，治当清胃与养肺并举。本证尚可选用玉泉丸(《杂病源流犀烛》)、玉液汤(《医学衷中参西录》)治疗。

7.3.3 湿热中阻

临床表现：口渴欲饮，但量不甚多，多食不明显，脘痞腹胀，胸闷恶心，四肢沉重，或见皮肤瘙痒，溲黄，便秘或溏薄，舌质红，苔黄腻，脉濡数。

病机分析：消渴病日久影响脾的运化功能，脾虚不能运化水湿，蕴而化热，或新感湿热之邪，蕴结脾胃，故见湿热中阻之证。湿郁不化，脾气不升，津液不布，故口渴欲饮，但量不甚多。湿热内阻，气机不畅，故脘痞腹胀，胸闷恶心。湿郁肌肤，则四肢沉重或皮肤瘙痒。热盛于湿，则津伤而大便干。湿盛于热，则大便溏薄。湿热上熏，则苔黄腻，下行则溲黄。湿蕴热郁，则脉濡缓或数。

治法：清热化湿。

方药：黄芩滑石汤(《温病条辨》)化裁。

黄芩　滑石　茯苓　猪苓　通草　大腹皮　白豆蔻　薏苡仁

加减：热重渴甚者，加天花粉、麦冬；湿重满闷者，加苍术、槟榔。

临证参考：本证属消渴病变证，临床治疗时应注意消渴病本证，可标本兼治，切不可过用温燥、通利之品。

7.3.4 肝气郁滞

临床表现：口渴多饮，多食善饥，尿多味甜，口苦咽干，两胁胀满疼痛，腹满胸闷，嗳气，心烦，情志抑郁或急躁易怒，舌黯红，苔薄黄，脉弦或弦细。

病机分析：情志不舒，不得发泄，必致肝气郁结，郁久化火伤阴而发消渴病。肝气郁滞，故见胁腹胀满疼痛。肝火犯胃则嗳气，扰心则心烦。舌黯红乃气机不畅之象。苔薄黄，脉弦细为肝郁化火伤阴之表现。

治法：舒肝解郁。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方药：逍遥散(《太平惠民和剂局方》)。

柴胡　当归　白芍　白术　茯苓　甘草　薄荷　生姜

加减：肝郁化火者，加丹皮、栀子、黄芩；肝郁日久，化火伤阴者，加天冬、麦门冬；气滞日久，出现血瘀证候者，加丹参、赤芍。

临证参考：本证乃由情志因素所发，若治疗及时正确，病情较易控制；若迁延日久，常出现气郁化火伤阴之候或气滞血瘀之征，从而加重病情。此外，疏肝理气之品，大多辛香而燥，若久用、重用则能消耗津液，损伤正气。因此，临床用药须中病即止，并酌情辅以养血柔肝之品，尤其对老年体虚，素体阴虚者，更须注意。

7.3.5　肠燥津伤

临床表现：多食易饥，口渴引饮，大便燥结，舌红少津，苔黄干燥，脉实在力。

病机分析：阳明燥热内盛，伤津劫液则多食易饥，口渴引饮。肠燥津枯，故大便燥结。舌红少津，苔黄燥，脉实有力皆为肠燥津伤之象。

治法：滋阴增液通腑。

方药：增液承气汤(《温病条辨》)。

玄参　生地　麦冬　芒硝　大黄

加减：渴甚者，加石膏、知母、天花粉；大便秘结用上述药物仍不下者，加枳实、厚朴。

临证参考：本证若大便燥结较甚者，可用调胃承气汤(《伤寒论》)。但汤剂大量急攻多有伤阴之虑，因此，处方中必须加用增液生津之品，并宜小剂缓攻，取微利为效。

7.3.6　瘀血内停

临床表现：口燥咽干，渴饮不甚，或见消谷善饥，小便量多；或伴见头痛、胸痛、胁痛；或面色紫黯，肢体疼痛或麻木；舌紫黯，或有瘀斑，脉细涩。

病机分析：消渴病久入络，瘀血阻滞，气血运行不畅，气不能载津上行以润口腔，故口燥咽干，渴饮不甚。由于瘀血阻滞的部位不同，又有不同见证，阻于胸中则胸痛，阻于经络则肢体疼痛或麻木。舌紫黯或有瘀斑，脉细涩皆为瘀血内停之征。

治法：活血化瘀。

方药：复元活血汤(《医学发明》)化裁。

当归　桃仁　红花　穿山甲　柴胡　大花粉　甘草

加减：气滞血瘀者，加枳壳、香附；气虚血瘀者，加黄芪、西洋参；寒凝血瘀者，加桂枝、姜黄。

临证参考：活血化瘀法是消渴病常用的治法，凡消渴病各种证候类型中见有瘀血征象者，均可适当加入活血化瘀之品。一般认为，活血化瘀药物，以养血活血者为宜，如丹参、当归、赤芍等，不宜采用破血之品，如水蛭、虻虫等，以免耗伤正气。

7.4　按脏腑分证论治

7.4.1　从肺论治

7.4.1.1　肺阴虚

临床表现：口干欲饮，小便量多，形体日渐消瘦，五心烦热，舌红苔薄黄，或舌红少

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

苔，脉细数。

病机分析：肺阴不足，阴虚生内热。热盛伤津，欲饮水自救，故口干欲饮。肺失敷布，饮水虽多，但不能管摄水液，水谷精微随小便而出不能营养全身，故小便量多，形体消瘦。舌红苔黄，脉细数皆为阴虚内热之象。

治法：养阴清肺。

方药：沙参麦门冬汤(《温病条辨》)化裁。

沙参　麦冬　天花粉　葛根　白术　扁豆　玉竹　桑叶　甘草

加减：咳嗽者，加百部、款冬花；潮热者，加地骨皮、龟甲；盗汗者，加乌梅、五味子。

临证参考：本证多由燥热伤肺发展而来，若早期见有燥热征象者，尚应酌加清热之品；肺阴伤日久必累及于肾，致肺肾两虚，此时则应肺肾同治，可选百合固金汤(《医方集解》)。

7.4.1.2　肺热津伤

临床表现：口渴多饮，口燥咽干，小便量多，形体消瘦，大便干燥，舌红苔白而干或少苔，脉虚数

病机分析：肺阴虚日久化热，津液耗伤，欲饮水自救，故口渴多饮。肺津被伤，敷布失常，津液不能敷布全身，故形体消瘦，口干咽燥。肺与大肠相表里，肺热伤津，大肠失于濡养，故大便干燥。舌脉乃为肺热伤津之征。

治法：清热润肺，生津止渴。

方药：天花粉丸(《医方选要》)化裁。

天花粉　芦根　天冬　生地　麦冬　葛根　甘草　粳米　火麻仁

加减：兼有外感风热者，加桑叶、菊花；大便干者，加杏仁、瓜蒌仁；五心烦热者，加栀子、竹叶；阴虚火旺者，加知母、黄柏。

临证参考：古代医家认为本证多由心经有热传变而来，故临床治疗时常加用清心之品，心火降则热去而肺清，不可专主滋阴润肺。此外，本证尚可选用二冬汤(《医学心悟》)治疗。

7.4.2　从胃论治

7.4.2.1　胃火炽盛

临床表现：烦渴欲冷饮量多，消谷善饥，形体消瘦，大便干结，泛酸，口臭，舌红苔黄，脉滑数或脉实有力。

病机分析：胃火炽盛，热灼津液，津液不能上承于口，欲饮水自救，故口渴饮水量多。火能消谷，胃火炽盛，腐熟水谷功能亢进，故消谷善饥。胃热伤津，肌肤不得津液滋润，大肠又失津液濡养，故形体消瘦，大便秘结。舌红苔黄，脉滑数有力均为热盛之象。

治法：清泻胃火。

方药：清胃散(《兰室秘藏》)化裁。

丹皮　生地　知母　沙参　天花粉　芦根　升麻　黄连　甘草

加减：大便秘结者，加大黄、玄参；口渴伤津重者，加麦冬、天花粉；多食善饥者，加石膏。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

临证参考：胃火炽盛，久则阴无不伤之理，此时火热未消，胃阴已伤，临床用药忌苦寒之剂，当用甘凉之品清胃火以复胃阴。

7.4.2.2 胃阴不足

临床表现：口渴多饮，口舌干燥，夜间为甚，大便秘结，消谷善饥，或饥而不欲食，形体消瘦，舌红少津，脉细数。

病机分析：胃阴不足，津液不能上承于口，故口渴多饮，口干舌燥。夜主阴，阴虚则口干夜间加重。胃阴虚生热则消谷。胃津已伤，胃失濡润，消化力弱，虽然知道饥饿，但不能饮食。胃阴不足，水谷精微不能充养肌肉，故形体消瘦。舌红少津，脉细数为胃阴不足之征。

治法：滋养胃阴。

方药：益胃汤(《温病条辨》)合沙参麦门冬汤(《温病条辨》)化裁。

沙参 麦冬 玉竹 生地 天花粉 生扁豆 生甘草

加减：阴虚有热者，加青蒿、芦根；大便秘者，加麻子仁、郁李仁。

临证参考：阴虚日久则气失化源，此时苦寒碍胃之品当禁，甘凉亦勿过投，唯取益气和阴，甘淡养胃之玉泉丸(《杂病源流犀烛》)。

7.4.2.3 胃热伤津

临床表现：口渴引饮，消谷善饥，形体消瘦，皮肤干燥，心烦面赤，舌红少苔，脉数而无力。

病机分析：热盛伤津，津液不能上承，故口渴。体内津液暗耗需及时补充，饮水自救，故口渴引饮。胃火盛则消谷善饥。胃热津伤，肌肤失于濡养故形体消瘦，皮肤干燥。阳明热盛，上扰心神则心烦。舌红少苔，脉数而无力皆为胃热伤津之征。

治法：清热生津。

方药：白虎加人参汤(《金匮要略》)化裁。

石膏 知母 人参 天花粉 生地 玉竹 黄连 粳米 甘草

加减：牙龈肿痛者，加牛膝；大便干燥者，加玄参、大黄。

临证参考：胃热伤津，阴不制阳，每易上炎下灼。炎上之热烁肺，形成肺胃火燔，当参肺胃火势及气阴伤耗的程度，选用清胃肃肺，养阴生津诸方：下灼之热引动相火灼阴，清胃之中当合泄相火以安肾。

7.4.3 从脾论治

7.4.3.1 胃热伤脾

临床表现：口渴喜冷饮，胃中嘈杂，口臭，食欲不佳，食后腹胀，四肢倦怠无力，形体消瘦，舌质红，脉沉无力。

病机分析：胃火素盛，或因食滞胃脘，日久化为郁热，郁热不除，煎熬津液，故口烦渴，喜冷饮。胃热熏蒸，故胃中嘈杂，口臭。脾与胃相表里，胃热日久，阻碍气机，伤及于脾，脾失健运则食后腹胀。脾主肌肉、四肢，脾失健运，水谷精微不能营养形体肌肉，故形体消瘦，四肢倦怠无力。舌质红为胃腑有热，脉沉为脾气不足之表现。

治法：清胃健脾。

方药：清胃散(《兰室秘藏》)化裁。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

黄连 石膏 升麻 生地 沙参 山药 扁豆 黄芪 党参 黄精

加减：食后腹胀甚者，加砂仁、木香；反胃者，加竹茹、栀子。

临证参考：本证胃热伤脾，脾不能为胃行其津液，单纯凉遏清滋非其所宜，要在清热之时结合芳香悦脾，辛甘合化，清化并用。

7.4.3.2 脾胃阴虚

临床表现：倦怠乏力，食后腹胀，口干舌燥，饥不欲食，心烦低热，大便干结，舌红少津，脉细数无力。

病机分析：脾胃阴虚，水谷精微不能营养身体，故倦怠乏力，食后腹胀。脾胃阴虚，津液不能上承，故口干舌燥。胃受纳失职，则饥不欲食。脾胃阴虚，津液无以润下则大便干燥。心烦低热，舌红少津，脉细数无力均为阴虚之候。

治法：益气养阴，健脾生津。

方药：七味白术散(《小儿药证直诀》)合益胃汤(《温病条辨》)化裁。

人参 茯苓 甘草 沙参 麦冬 生地 白术 玉竹 葛根 木香

加减：口干舌燥甚者，加天花粉、芦根；便秘者，加麻子仁、郁李仁；不思饮食者，加鸡内金、焦三仙。

临证参考：健脾法是消渴病后期常用的一种治法。本证健脾务在生津摄气，只宜甘淡养胃，升清益气，不可用苦燥之品，更不宜寒凉戕伐中气。

7.4.4 从肝论治

7.4.4.1 阴虚肝旺

临床表现：口渴多饮，尿多且黄，大便干结，急躁易怒，五心烦热，舌红苔黄，脉弦细数。

病机分析：肝气郁结，气郁化火，火热炽盛，耗灼津液，津液不能上承于口则口干。津液耗损欲饮水自救故多饮。津液亏损，不能下润大肠，故大便秘结。肝气郁结，失于疏泄，故急躁易怒，五心烦热。舌红苔黄，脉弦细数为阴虚肝旺之征。

治法：养阴柔肝。

方药：一贯煎(《柳州医话》)加味。

生地 沙参 麦冬 当归 枸杞子 川楝子

加减：腰膝酸软者，加杜仲、牛膝；月经不调者，加白芍、益母草。

临证参考：阴不敛阳，肝养偏亢者，在滋阴方药中宜酌加平肝潜阳之品，如龙骨、牡蛎、龟甲等；若因七情、谋虑劳心，心肾不交，水火不济者，宜在滋水方药中加入清火之品，如天冬、竹叶、知母、黄柏等。

7.4.4.2 肝郁化热

临床表现：怕热喜凉，神疲乏力，口苦咽干，胸胁胀满，善太息，便秘尿黄，头晕目眩，舌质红，苔黄，脉弦。

病机分析：肝主疏泄，性喜条达，肝气郁结，气郁化火，火灼津伤，则口苦咽干。津液受伤，不能营养全身则神疲乏力。肝脉布胸胁，肝经气血郁滞则胸胁胀满，善太息。肝郁化热，伤及津液，津液不能下达则便秘。肝气郁结，气郁化火，上逆则头晕目眩。热伤津液则尿黄。舌脉皆为肝郁化热之候。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治法：疏肝解郁，清热。

方药：四逆散(《伤寒论》)合羚羊钩藤汤(《重订通俗伤寒论》)化裁。

柴胡　白芍　枳实　甘草　菊花　生地　天花粉　葛根　羚羊角　丹皮

加减：热重口渴甚者，加石膏、知母；心烦失眠者，加栀子、竹叶；头晕目眩者，加龟甲、石决明。阴伤者，加麦冬、天冬。

临证参考：气郁则化热，但热有微甚，治有清泄、凉降。凡已循环上扰之热，宜轻清疏泄，多用菊花、苦丁茶；肝经内蕴之热，宜清降，多用羚羊角、丹皮。

7.4.4.3　肝郁血瘀

临床表现：口干口渴，多饮，肢体刺痛，痛有定处，或肢体麻木，妇女月经不调，舌面有瘀点，舌下静脉紫黯或怒张，脉细涩或结代。

病机分析：气血瘀阻，津液不能上承故口干口渴。肝气郁结，气机不畅，血行受阻，不通则痛，轻者肢体麻木，重者肢体刺痛，痛有定处。血脉瘀阻，冲任失调，则月经不调。舌面有瘀点，脉细涩或结代皆为肝郁血瘀之征。

治法：疏肝解郁，活血化瘀。

方药：血府逐瘀汤(《医林改错》)化裁。

当归　川芎　桃仁　红花　牛膝　柴胡　桔梗　枳壳　木香　葛根　天花粉　甘草

加减：肢体麻木者，加鸡血藤、白芍；胸痛者，加丹参、延胡索；月经不调者，加益母草、丹皮。

临证参考：本证多见于消渴病的中晚期。若在消渴病的中期，患者正虚不明显的情况下，应着重理气活血，但也不可攻伐无度，而应适可而止。若因肝郁日久，乘犯脾胃，致正气渐虚，此时治疗宜理气活血与扶正健脾并举，否则徒以大剂猛攻，则易损伤正气，终致消渴病变证丛生，医之过也。

7.4.5　从肾论治

7.4.5.1　肾阴亏虚

临床表现：尿频量多，混浊如膏脂，尿有甜味，口干舌燥，或渴而多饮，五心烦热，头晕乏力，腰膝酸软，舌红少苔，脉沉细数。

病机分析：肾阴不足，阴虚生热，蒸动肾关，开多阖少，故尿频量多。肾阴虚弱，固摄无权，精微下注，则尿如膏脂且甜。肾阴虚弱，不能制阳，内热由生，故五心烦热。虚火上蒸肺胃，灼伤津液，则口干舌燥，渴而多饮。腰为肾之府，肾虚则腰膝酸软，头晕乏力。舌红少苔，脉沉细数皆为肾阴亏虚之征。

治法：滋阴补肾，清热生津。

方药：左归饮(《景岳全书》)。

熟地　山萸肉　山药　茯苓　枸杞子　甘草

加减：阴虚火旺者，加知母、黄柏；腰膝酸软者，加桑寄生、杜仲；遗精者，加芡实、金樱子。

临证参考：本证多见于先天不足，肾水素亏者，治疗重在滋摄。“精不足者，补之以味”，处方用药宜选味厚浓浊之品，以聚精敛阳，培补先天，慎勿妄投凉、燥药物，以免伤阴耗气。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.4.5.2 肝肾阴虚

临床表现：尿量频多，混浊如膏脂，尿甜，腰膝酸软无力，头晕耳鸣，多梦遗精，皮肤干燥，舌红少苔，脉细数。

病机分析：肝肾阴虚，肝之疏泄太过，肾之封藏固摄失常，津液直趋膀胱，故尿多。大量水谷精微下泻则尿液混浊如膏脂，或尿有甜味。肝肾阴虚则腰膝酸软。精血不能濡润清窍，故头晕耳鸣。水谷精微不能营灌于肌肤，故皮肤干燥而瘙痒。

治法：滋补肝肾，润燥止渴。

方药：大造丸(《医方集解》)。

紫河车 党参 熟地 杜仲 天冬 麦冬 龟甲 黄柏 茯苓 牛膝

加减：头晕耳鸣者，加枸杞子、菊花；盗汗者，加五味子、浮小麦。

临证参考：本证多由肝气不舒发展而来，临床用药在补虚固本，收涩精关的同时，尚可酌情加入养血柔肝之品，方可达到精血互生之效果。

7.4.5.3 肺肾阴虚

临床表现：口渴欲饮，小便频多，尿如膏脂且味甜，形体消瘦，咳嗽无痰，盗汗，骨蒸潮热，颧红，舌红少苔，脉细数。

病机分析：肺肾阴虚，虚热上扰，上灼肺阴，肺热伤津，津液不布，不能滋润口舌，故口渴。津液耗伤，欲饮水自救，故欲饮。肾阴不足，固摄失常，津液直趋膀胱，故小便量多。大量水谷精微下泄则尿如膏脂，味甜。肺阴虚清肃失司故咳嗽。虚热内扰，煎熬津液则少痰。虚热迫液外泄，故盗汗。阴虚生热，则骨蒸潮热，颧红。

治法：滋养肺胃。

方药：麦味地黄汤(《医级》)加味。

熟地 山萸肉 茯苓 泽泻 山药 牡丹皮 麦冬 五味子 黄芩 知母 葛根 芦根

加减：骨蒸潮热者，加青蒿、鳖甲；阴虚火旺者，加知母、黄柏；盗汗者，加牡蛎、白芍。

临证参考：一般而言，消渴病阴伤由肺及肾的过程是病情由轻转重的过程，其间多经过脾脏的传变。因此肺阴虚者治疗尚易，及至于肾则治疗较棘手，预后较差。对本证的治疗应遵循发时治肺，平时治肾的原则，或根据病情需要采用百合地黄汤(《金匮要略》)加味，肺肾同治。

7.4.5.4 脾肾两虚

临床表现：口渴欲饮，倦怠乏力，纳食减少，食后腹胀，腰膝酸软，大便干结，舌质淡嫩，脉细无力。

病机分析：脾肾两虚，津液不能上承则口渴欲饮。津液无以润下则大便干结。脾虚运化无力，故纳食减少，食后腹胀。肾虚则腰膝酸软。舌质淡嫩，脉细无力皆为脾肾两虚之征。

治法：补肾健脾，生津止渴。

方药：济生肾气丸(《济生方》)化裁。

生地 山药 山茱萸 泽泻 茯苓 丹皮 肉桂 附子 牛膝

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

加减：体倦乏力者，加人参、黄芪；大便干结者，加玄参、麦冬；肾不摄精者，加芡实、金樱子。

临证参考：本证以脾气虚证候和肾阳虚证候并见为特点。肾阳虚证候多由脾气虚证候发展而来，因此，在温肾治本的同时不可忘记补脾，并视二者之轻重主次，权衡治法。

综上所述，我们认为上、中、下三消论治理论，在阐述了消渴病病位、病机变化及证治特点的基础上，说明了消渴病病势的轻中重及病程发展的不同阶段；从阴阳气血盛衰结合脏腑进行辨证论治，进一步明确了消渴病病性及气血阴阳亏损的程度；从发病的病因病机进行辨证论治，是运用病因学的基本原理，综合分析各种致病因素在消渴病发病中的不同作用机制所采用的一种辨证论治方法。每一种辨证论治方法各有其不同的适应范围与特点，因此在具体运用这些方法时，既要注意对病因识别，还要重视人体正气的盛衰。只有这样才能从实际出发，在整体观念、恒动观念指导下，求得对消渴病本质的认识，从而正确地拟定出消渴病的治疗方案。

7.5 临床用药经验与体会

在辨证论治基础上，近代中医学家治疗消渴病各有心得，温清消补，靡不赅备。由于篇幅所限，本书只得删繁就简，归纳如下。

7.5.1 权衡邪正盛衰，斟酌清养主次

消渴病阴伤多发生在中后期，若素体阴虚者在消渴病的早期阶段也可以出现，因此除消渴病后期，伤阴每与燥热同时存在。但是由于病程阶段不同，阴液耗伤的快慢和水谷摄入质量多少不同，以及治疗是否及时、正确等因素的影响，伤阴程度的轻重和邪热盛衰的情况也因之有异。对于邪热炽盛伤阴不甚者，应以清热为主佐以养阴，用白虎汤(《伤寒论》)加生地黄；邪热未衰，阴伤转著者，应清热养阴并重，用益胃汤(《温病条辨》)；阴伤严重或邪热已去阴津未复者，则应以滋阴为主，用左归饮(《景岳全书》)等。邪热的盛衰和伤阴的发生时间及其程度的轻重，往往与病程、病位有一定关系，是指导应用清热与养阴先后主次的主要参考。

7.5.2 抓住胃腑肾脏，主要采用甘寒甘润药

消渴病伤阴可及于五脏和胃腑，然以耗伤胃腑、肾脏为主。从受损阴液的性质和脏腑之间的关系看，伤肺胃者所伤为津液，“故用药无甚大异，不过治肺则引以清轻药，治胃则引以稍重药耳”；伤肝肾者所伤为精血，“少阴藏精，厥阴必待少阴精足而后能生”。由此可见，抓住胃腑与肾脏就是抓住了消渴病阴伤的核心和关键。胃阴伤者主要用甘寒生津之品，常用药物：生地、麦冬、玄参、沙参、玉竹、石斛、天花粉等，代表方如益胃汤(《温病条辨》)；肾精伤者多用甘润滋阴填精之品，常用药物：熟地、枸杞、黄精、首乌、山萸等，代表方如左归饮(《景岳全书》)。

7.5.3 补脾土，助化源，气复津还

一般认为，消渴病的病位主要在肺、胃、肾，主要病理变化是阴虚燥热。然而中焦脾虚在消渴病的发病中也占有重要地位。脾主运化，为气血津液化生之源，脾气不能散精上输于肺，肺津无以输布，则口渴多饮；脾虚不能为胃行其津液，燥热内盛，消杀水谷，则消谷善饥；脾虚不能转输水谷精微，水谷精微下流膀胱，则小便频多而味甜；水谷精微不

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

能濡养肌肉，故形体日渐消瘦。因此，健脾益气是消渴病必不可少的治法之一。健脾益气以参苓白术散(《太平惠民和剂局方》)为宜。该方药物性味平和，温而不燥，补而不腻，既能益气健脾，又能化湿生津。常用药物如黄芪、白术、太子参、山药、薏苡仁、扁豆等。

7.5.4 制方遣药，顾护气阴

临床实践表明，消渴病不仅表现阴液亏乏，还可伤阳损气，它们可以在消渴病的不同阶段分别发生，也可同时并见。其中既消又渴多为阴津耗伤，治宜甘寒生津，药用生地、天冬、麦冬、石斛、天花粉、沙参、玉竹等；不消不渴多为阴伤气耗且以气虚为主，治宜益气为主，药用西洋参、黄芪、白术、茯苓等；渴而不消多为气耗阴伤，气阴两虚，治宜益气养阴，药用黄芪、西洋参、茯苓、山药、天花粉、玉竹、石斛等。

7.5.5 动静相济，益阴精先求阳气充旺

消渴病发病与燥邪有密切关系，燥为火热之属最易伤气，故消渴病发必见气伤。气者，肾气也，肾气受伤，命门火衰，相火不足，不能内寄于肝，肝阳失助则并发肝肾之阳虚．阳虚不能蒸精化液，精枯液涸，故生口渴喜饮、多尿消瘦之患。此时若投滋阴养血生津之品，阴无阳则无以生化宣行；若误投苦寒清热泻火之属，复戕真阳则元气更伤。论治时必法阴虚补阳，以动配静，于阴中求之，则阳旺阴生，阴生则津足，阳虚补阴，以静配动，于阳中求之，则阴复阳旺，阳化气而阴成形，津液乃充。方药可选用金匮肾气丸。取六味地黄丸滋阴补肾，并加附子、肉桂温阳暖肾，以达阴中求阳。还可适当选用巴戟天、补骨脂、仙灵脾、菟丝子、肉苁蓉、鹿角胶等温补肾阳之品。

7.5.6 通补并行，宜用血肉有情之品

消渴病乃积年沉疴，缠绵难愈，至后期则整体阴阳虚竭失衡，每见虚劳之征，或见血糖、尿糖增高，而三消症状反不明显，调治尤难。此时当以调理阴阳，填培脏腑，固护本元为要，寻常药力每恐不逮，宜用血肉有情之品同类相求，直补脏腑气血，作用迅捷而功效持久。临床常用蚕茧、鳝鱼、海螺、海参、鹿茸粉等，或入药，或食疗，每收厥功。其中蚕茧性味甘温无毒，有培本祛邪之能，善治消渴，温而不燥，补而不腻，以血肉有情之身，善补精气至虚至损，以虫药善行之体，畅荣脏腑寓补于通，培元固本，益气生津，于平淡之中而见神奇，实为治消渴病至善之妙药。

7.5.7 润上建中温下，三焦同治疗消渴

肺主气为宗气之门，功专布津液于周身；脾为后天之本，气血生化之源，精微资生之巢，肾为先天之根，内宅元阴元阳。若肺气不足，津液不布，气津亏虚，则客热熏灼；中焦失司，脾气亏虚，燥润相背，精华不运，则宗气不生；而肾之二元亏耗，则上不能滋润肺阴，中不能温化脾土，且脾肺二脏，病久穷必及肾。从阴阳气血水火而言，则肺为阴虚火旺，气阴不足，脾为气不升运，肾为阳衰无化或阴亏不润。况肺为娇脏，喜润恶燥，脾为阴土，喜运恶滞，肾为人本，喜补恶泻，故治法当以润上建中，补脾肺之气，温下补火，暖肾元之阳。药选益气润肺的天冬、麦冬、五味子之属；补气健脾的西洋参、茯苓、山药、黄芪之类；清胃润燥的黄精、沙参、葛根、天花粉、知母之辈；以熟地、山萸肉、沙苑子、枸杞子补肾阴之亏，附子、肉桂温肾阳之衰，并佐以敛津固涩之品，如金樱子、覆盆子、益智仁等以制精津下泄，且沙参、麦冬同滋肺胃，天冬、五味子、黄精共濡肺肾；西洋参、黄精既能补脾之气，又能润肺之阴；山萸肉、沙苑子、益智仁、五味子，一

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

则温补元气，再则固摄肾精；山药补脾气中有益胃阴之意；黄精滋胃阴中寓益脾气之功。

7.5.8 病久入络，瘀化方可致新

消渴病久者，必然本元大伤，虚损之象迭现。若气虚则运血乏力，阴虚则血行艰涩而成久病入络，久虚入络之血瘀证候。详论其证，消渴病兼血瘀者，多伴瞀热烦躁，心悸，失眠，眩晕头痛，心胸闷痛，或腰背关节痛，肢麻，目睛赤络，口唇紫黯，舌黯红，或有瘀点瘀斑，脉多细弱，或弦涩等。治疗当通补并行，瘀滞甚者亦可以通为补；又因补益药物多有壅满胀腻之偏弊，因此论治消渴病必须适时配以活血化瘀药物，则每使补益药物活泼畅荣，而无壅腻之弊，使补益之力得以淋漓发挥，可望事半功倍。治疗时在益气养阴治本的同时常加用藏红花、鸡内金、酒大黄、郁金、丹参、丹皮等。

7.6 并发症的治疗

消渴病并发症是决定患者预后的主要因素，也是消渴病患者致死致残的主要原因。目前消渴病并发症的防治已成为世界范围内消渴病研究的重点课题。对消渴病并发症的治疗，应以预防为主，并积极治疗消渴病。中医药在治疗消渴病慢性并发症方面具有一定优势。对急性并发症的治疗，目前中医药还没有十分把握，应采用中西医结合措施，更能增强疗效，且较为稳妥。

7.6.1 胸痹

胸痹是消渴病迁延日久较为严重的并发症之一。病人多表现为心悸、胸闷、胸痛等症状。其基本病理变化为气阴两虚，痰浊瘀血痹阻心脉。病变部位主要在心，病变性质属本虚标实。

7.6.1.1 分证论治

7.6.1.1.1 气阴两虚，心脉失养

临床表现：胸闷，心悸，气短，乏力，每因劳累上症加重，口干自汗，失眠，或盗汗，舌质黯淡，苔白，脉沉细。

病机分析：消渴病日久耗气伤阴，气虚不能推动血液运行，致心脉瘀阻，阴不足则心脉失养而发胸闷、心悸。劳则气耗，故每因劳累诸症加重。气虚卫外不固则自汗；阴津不足则口干，甚则盗汗；舌质黯淡，苔白，脉沉细皆为气阴两虚，心脉瘀阻之征。

治法：益气养阴。

方药：生脉饮(《内外伤辨惑论》)加味。

人参 麦冬 五味子 生地 黄精 天花粉

加减：气虚甚者，加黄芪、山药；心悸甚者，加茯神、酸枣仁；见有血瘀者，加丹参、赤芍。

临证参考：本证多见于消渴病并发胸痹的早期，同时也常伴有目疾等并发症。若见有视物模糊者，可加服石斛夜光丸(《原机启微》)。除上述方药之外，本证尚可酌情选用天王补心丹(《摄生秘剖》)或炙甘草汤(《伤寒论》)。

7.6.1.1.2 阴阳两虚，痰瘀互阻

临床表现：胸闷憋气，或有胸痛，心悸气短，形体肥胖，面色晦黯，舌胖黯淡，脉沉细涩。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

病机分析：消渴病日久，阴损及阳，致阴阳两虚，加之素体肥胖或过食肥甘厚味，致痰浊积于胸中，阻碍阳气，阳气不展，血液运行不畅，心脉瘀阻，故发为胸闷、憋气，甚则胸痛；阳气不通则心悸气短。形体肥胖为痰湿之征；面色晦黯，为血瘀之象。阴阳两虚，痰瘀互阻则见舌胖黯淡，脉沉细涩。

治法：通阳化痰，养阴活血。

方药：生脉散(《内外伤辨惑论》)合瓜蒌薤白半夏汤(《金匮要略》)化裁。

黄芪　瓜蒌　半夏　薤白　桂枝　丹参　党参　麦冬　五味子

加减：胸痛较甚者，加三七粉、延胡索；痰火扰心者，加黄连、竹茹；惊悸不宁者，加龙齿、珍珠母。

临证参考：本证多见于消渴病并发胸痹的中后期，证候特点是本虚标实，痰瘀互见。临床治疗总以补虚治本为先，活血化痰之品总以不伤正气为准绳，破血涤痰之品应慎用或不用。若阴不敛阳，虚火内扰心神者，可予酸枣仁汤(《金匮要略》)；若突然胸痛剧烈，四肢不温者，立即加服苏合香丸(《太平惠民和剂局方》)，但中病即止，不宜多服久服，以免伤阴耗气。

7.6.1.2　常用中成药

(1) 生脉饮：药物组成：人参、麦冬、五味子。功能：益气复脉，养阴生津。适用于气阴两虚之消渴病并发胸痹者。剂型：口服液。每支 10ml，1 次 10ml，1 日 3 次口服。

(2) 复方丹参片：药物组成：丹参浸膏、三七、冰片。功能：活血化瘀，理气止痛。适用于消渴病并发胸痹，证属气滞血瘀者。剂型：片剂。每次 3 片，1 日 3 次口服。

(3) 冠心苏合丸：药物组成：苏合香、冰片、制乳香、檀香、青木香、朱砂。功能，理气宽胸止痛。适用于消渴病并发胸痹之痛甚者。剂型：蜜丸。1 次 1 丸，1 日 1～3 次，或痛甚时服，不可久服。

(4) 速效救心丸：药物组成：川芎碱、冰片。功能：增加冠脉血流量，缓解心绞痛。适用于消渴病并发胸痹发作痛甚者。剂型：滴丸剂。急性发作时口服或含服 10～15 粒。

7.6.2　水肿

水肿是消渴病后期或中期常见的并发症。其病变部位主要在肾。随着病情进展，可影响心、肝、脾等诸多脏腑。病机特点是病变早期以阴虚为本，涉及肝肾；病变后期，阴损及阳，脾肾阳虚、肾阳衰败，浊毒内停，而致气血阴阳俱虚，脏腑功能严重失调。

7.6.2.1　肝肾气阴两虚

临床表现：腰膝酸软，浮肿以下肢为甚，神疲乏力，少气懒言，五心烦热，咽干口燥，或见自汗，盗汗，舌质黯红，少苔，脉沉细数。

病机分析：消渴病日久，肾阴亏损，阴损耗气，致肾气虚损；肝肾同源，精血互生，肾阴亏损，肝阴亦虚，肝肾阴虚，腰膝失养则腰膝酸软，浮肿以下肢为甚；阴虚津液不能上承，故口燥咽干；五心烦热，自汗或盗汗，舌红少苔，脉沉细皆为气阴两虚之征。

治法：滋补肝肾。

方药：六味地黄丸(《小儿药证直诀》)加味。

枸杞子　山萸肉　黄精　熟地　玄参　天花粉　泽泻　山药　丹皮

加减：口干舌绛少津者，加石斛、麦冬，潮热烦躁者，加银柴胡、地骨皮；阴亏阳亢

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

者，加龟甲、牡蛎。腰膝酸软者，加杜仲、桑寄生。

临证参考：本证多见于消渴病并发水肿的中期。由于肝与肾、血与水之间在生理上相互联系，病理上相互影响，因此，本证在疾病发展不同阶段的临床表现各异。临床治疗时，即要审证求因，又要全面兼顾方可取的满意疗效。

7.6.2.2 脾肾阳虚

临床表现：全身浮肿，腰以下为甚，按之凹陷，面色苍白，饮食不香，脘腹胀闷，大便溏薄，夜间大便多，尿量减少，神疲乏力，畏寒肢冷，舌淡胖大，苔白，脉沉细无力。

病机分析：脾阳虚，则温运无力，不能运化水津，导致水湿内停。若肾阳不足，不能温煦气化，则水停更甚，故发水肿，且下肢为甚。水湿困脾，气机不利，而见脘腹胀满，便溏。阳虚不温肌肤，可见畏寒肢冷。

治法：益气健脾，温肾利水。

方药：实脾饮(《重订严氏济生方》)化裁。

党参 白术 黄芪 茯苓 附子 木香 生姜 泽泻 木瓜 甘草

加减：精关不固者，加芡实、金樱子；五更泄者，加补骨脂、肉豆蔻；脘腹胀闷者，加砂仁、厚朴。

临证参考：本证多见于消渴病并发水肿之中后期，多数患者见有双下肢和面部浮肿，肿势较甚。临床治疗时切不可见肿治肿，独用淡渗利水之品。若多用渗利不施温补，恐伤脾肾之阳气，难以制水，则消渴益重，水肿日甚。

7.6.2.3 肾阳衰微

临床表现：全身水肿，腰以下为甚，按之没指，面日虚浮，腰酸腿软，四肢厥冷，心悸气短，不能平卧，舌黯红胖大，苔白，脉沉细或脉微。

病机分析：由于久病消渴，脾阳虚，累及肾阳，致元阳日衰，故水湿内停诸症表现更重。肾阳衰微，不能制水，寒水上犯，凌冒心阳，则心悸气短，不能平卧。阳虚较重，故四肢逆冷。

治法：温补肾阳，化气行水。

方药：真武汤(《伤寒论》)化裁。

附子 人参 黄芪 白术 茯苓 车前子

加减：神疲肢冷者，加巴戟天、肉桂；水饮凌心者，可服生脉散(《内外伤辨惑论》)合葶苈大枣泻肺汤。气血阴阳俱虚者，加黄芪、当归、鹿角胶。

临证参考：本证多见于消渴病并发水肿之后期，常伴有贫血、尿素氮升高等，病情较重，证候复杂，病变部位可涉及五脏六腑，其中以肝脾肾为主，但关键在肾。在治疗时应以治肾为主，必要时尚需中西医结合治疗。本症患者若能控制病情发展已属不易，很难恢复如初。

7.6.3 中风

中风是消渴病后期常见的并发症之一，其发病率为非消渴病患者的2倍以上，是消渴病致死致残的主要疾病之一。因此应采取中西医结合方法积极救治。本病发病与脏腑气血亏损，忧思恼怒、饮酒过度，房室不节等有关，基本病理变化是气阴两虚，痰浊瘀血痹阻脉络所致，病位在脑，涉及经络、血脉及心、肝、脾诸脏。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.6.3.1 分证论治

7.6.3.1.1 气阴两虚 脉络瘀阻

临床表现：半身不遂，偏身麻木，口眼㖞斜，语言不利，或肢体瘫软，患侧手足浮肿，面色萎黄，倦怠乏力，气短懒言，口干渴，自汗盗汗，舌质紫黯或边有齿痕，苔薄白或光剥，脉细弱。

病机分析：消渴病日久，气阴耗伤，加之忧思恼怒，或劳累过度，以致气血运行不畅，络脉瘀阻故见中风偏瘫失语等症状。阴血不足，不能濡养肌肤，则见偏身麻木。舌质紫黯，脉细弱皆为气虚血瘀之征。

治法：益气养阴，活血通络。

方药：补阳还五汤(《医林改错》)合生脉散(《内外伤辨惑论》)化裁。

黄芪 党参 山药 玄参 麦冬 葛根 当归 川芎 桃仁 红花 赤芍 白芍 鸡血藤 牛膝 桑寄生

加减：上肢无力者，加桑枝、姜黄；言语謇涩者。加菖蒲、郁金；手足肿胀者，加茯苓、木瓜。

临证参考：本证在消渴病并发中风病中较多见，系消渴病日久气阴耗伤，络脉瘀阻所致。病情进展较缓慢，通常见有中风先兆，较少见神志症状。临床治疗时既要重视中风病的救治，又不可忽视消渴病的治疗，待病情稳定后，应适当配合功能锻炼，可加速患者肢体功能恢复。

7.6.3.1.2 阴虚阳亢，脉络瘀阻

临床表现：半身不遂，口眼㖞斜，言语不利，患侧肢体僵硬拘挛，伴有头痛、头晕、耳鸣、面赤，舌红苔黄，脉弦细。

病机分析：消渴病日久，阴亏于下，肝阳暴涨，阳化风动，血随气逆，夹痰夹火，横窜经络，蒙蔽清窍，而成上实下虚，阴阳不相维系之中风证候。肝肾阴虚，风阳内动，气逆血菀，故见头痛、头晕、耳鸣、目赤等症。舌红苔黄，脉弦细皆为阴虚阳亢之征。

治法：育阴潜阳，熄风通络。

方药：镇肝熄风汤(《医学衷中参西录》)化裁。

天麻 钩藤 菊花 白芍 玄参 天冬 龙骨 牡蛎 龟甲 代赭石 牛膝

加减：口眼㖞斜者，加全蝎、胆星；言语不利者，加菖蒲、远志；心中烦热者，加栀子、黄芩；肝肾阴虚证候明显者，加龟甲、鹿角胶。

临证参考：本证患者在临床上往往阴虚征象较明显，因而治疗时即要活血通络治其标，更应重视滋阴潜阳治其本。只有补足阴精，肝木得肾水之涵养，虚风才能得以平熄。否则水不涵木，虚阳上亢，内风动越，极易发生复中，使病情复杂，给治疗和康复带来困难。本证尚可选用天麻钩藤汤(《杂病诊治新义》)、羚羊钩藤汤(《通俗伤寒论》)治疗。病情稳定后，可长期间断服用杞菊地黄丸(《医级》)以巩固疗效。

7.6.3.1.3 痰湿内蕴，瘀血阻络。

临床表现：素体肥胖，病发则神昏不语，口眼㖞斜，半身不遂，肢体瘫软不温，面白唇紫，舌质黯淡，苔白厚腻，脉沉滑。

病机分析：本证患者多素体肥胖，痰湿内盛，加之久病入络，气血运行不畅，痰浊瘀

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

血互结，阻滞脉络，则发中风。舌质黯淡，苔白厚腻，脉沉滑，皆为瘀血痰湿内阻之象。

治法：化痰熄风，活血通络。

方药：化痰通络饮(《临床中医内科学》)化裁。

生白术　胆星　天麻　丹参　香附　地龙　茯苓　陈皮　川芎　赤芍　甘草

加减：神志昏蒙，言语謇涩，舌苔白厚腻者，加服鲜竹沥水，或灌服苏合香丸(《太平惠民和剂局方》)；痰湿蕴久化热者，可灌服安宫牛黄丸(《温病条辨》)。

临证参考：本证患者多形体肥胖，痰湿内蕴，通常在空腹操劳时发病。发病初期多有神志迷蒙，甚或昏迷等证候，此时应急则治标，以醒脑开窍为先，可予清开灵注射液40ml～60ml，加入500ml液体内静脉点滴，每天1次，10～15天为1个疗程。待神志清醒，病情稳定后，则应标本兼治。

7.6.3.2　针灸疗法

消渴病并发中风，除用中药辨证论治外，还可配合针灸治疗，可收到提高疗效，缩短疗程等效果。

7.6.3.2.1　体针

(1) 中风先兆：取上星、百会、印堂、肩髃、曲池、足三里、阳陵泉等穴。眩晕加头维、风池；夜眠不安加四神聪、神门；烦躁者加太冲、合谷。方法：上星平刺，百会直刺，印堂斜刺，施捻转补泻法，其余穴位直刺平刺平补平泻法，每日1次，每次30分钟，2周1个疗程。

(2) 中经络：取内关、人中、三阴交、尺泽、委中等穴。上肢不能伸者加曲池；手指握固者加合谷、太冲。方法：先刺双侧内关，捻转提插相结合法，继刺人中，用雀啄手法。其它穴位用直刺平补平泻法，每日1次，每次30分钟。2周1个疗程。

(3) 中脏腑：闭证取内关、人中，用泻法；取十宣以三棱针点刺放血，每穴出血量1～2ml。脱证取内关、人中，用泻法；取气海、关元、神阙，施隔附子饼灸法，持续4～8小时；取太冲、内庭，施补法。

(4) 后遗症期：口眼㖞斜取风池、太阳、下关、地仓透颊车、健侧合谷；失语取上星透百会、风池，取金津、玉液三棱针点刺放血，加廉泉、通里、天柱；上肢不遂取曲池、风池、尺泽、合谷、肩髃、外关；下肢不遂取委中、三阴交、环跳、阳陵泉、昆仑。

以上诸穴，除特殊刺法外，均用平补平泻手法，隔日1次，每次30～60分钟，1个月为1疗程。

7.6.3.2.2　头针

偏侧运动障碍：取对侧运动区；下肢瘫取对侧运动区上1/5；上肢瘫取对侧运动区中2/5；面部瘫、流涎、舌㖞斜、运动性失语，取对侧运动区下2/5。

7.6.3.2.3　耳针

取下屏尖、耳神门、肾、脾、心、肝、眼、胆、缘中、耳尖、瘫痪相应部位、降压沟。每次取3～5穴，针双侧，用毫针中等刺激。闭证可耳尖放血；后遗症隔日1次，10次为1疗程，休息5天进入下一疗程，疗程多少视病情而定。

7.6.3.2.4　灸法

取穴：以足阳明经穴为主，辅以太阳经、少阴经穴。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

配穴：言语謇涩配哑门、廉泉、通里；口眼㖞斜配翳风、地仓、颊车、下关、合谷、攒竹、太冲；下肢瘫痪配环跳、大肠俞、阳陵泉、足三里、承扶、风市、悬钟、三阴交、委中；上肢瘫痪配肩髃、曲池、清灵、手三里、合谷、外关。

方法：治疗时每次选3~5穴，每穴灸1~3分钟，或5~7壮，初病每日灸1次，恢复期隔日灸1次，15次为1个疗程。

7.6.4 眩晕

消渴病并发眩晕与非消渴病患者之眩晕比较，发病率较高，症状相对较重，但治疗效果二者没有显著性差异。

7.6.4.1 分证论治

7.6.4.1.1 肝阳上亢

临床表现：头晕目眩，头胀头痛，每因烦劳或情志因素而加重，心烦易怒，时有面部烘热感，口苦咽干，失眠多梦，舌红苔黄，脉弦。

病机分析：消渴病日久，阴虚不能制阳，肝阳上亢，上冒清窍，则头晕头痛。阳气者烦劳则张，故劳累则加重。怒则伤肝，亦可致肝阳暴涨，气血随之而动，故面烘热而潮红，舌红苔黄，脉弦，皆为肝阳上亢之征。

治法：平肝潜阳。

方药：天麻钩藤饮(《杂病证治新义》)化裁。

天麻 钩藤 石决明 桑寄生 杜仲 夜交藤 益母草 牛膝 黄芩 山栀

加减：肝火偏盛者，加龙胆草、丹皮；腑实便秘者，加生地、玄参；肝阳亢极化火，加羚羊角、代赭石。

临证参考：对本证的治疗，应注意到肝体阴用阳，性刚主动的特点，时时注意阳亢与阴虚的缓急轻重，审其阴阳，辨其虚实，充分体现“善治上者，必求其下”，治标者，不忘治本的原则，只有这样才能做到消渴与眩晕并治，方可取得满意的临床效果。

7.6.4.1.2 肾精不足

临床表现：眩晕耳鸣，精神萎靡，少寐多梦，健忘，腰膝酸软，舌淡苔白，脉沉细。

病机分析：肾精亏损，由肾阴虚而致。精亏不能荣养脑髓，则眩晕耳鸣，健忘。腰为肾之府，腰府失养，则腰膝酸软。舌淡苔白，脉沉细，皆为肾精不足之征。

治法：滋肾填精。

方药：左归丸(《景岳全书》)化裁。

熟地 山萸肉 菟丝子 枸杞子 牛膝 龟甲胶 鹿角胶

加减：五心烦热者，加鳖甲、知母、黄柏；眩晕甚者，加龙骨、牡蛎、珍珠母；遗精滑泄者，加芡实、金樱子。

临证参考：“五脏之伤，穷必极肾”。本证治疗重在补肾固摄，但对于其它类型转化而来，病机错杂者，则要遵循《内经》：“必伏其所主，而先其所因”之旨，分别结合交通心肾、滋水涵木、益气升清等法，标本同治，虚实兼筹。

7.6.4.1.3 痰浊中阻

临床表现：眩晕，嗜睡，头重如蒙，恶心欲吐，胸脘满闷，苔白腻，脉滑。

病机分析：消渴病日久，过服寒凉药物，损伤脾胃，健运失司，以致水谷不化精微，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

聚湿生痰，痰湿交阻，清阳不升，浊阴不降，故眩晕嗜睡；痰浊阻于中焦，气机不畅，胃气不降，故胸脘满闷，恶心欲吐；舌苔白腻，脉滑，皆为痰浊中阻之征。

治法：燥湿化痰。

方药：半夏白术天麻汤(《医学心悟》)化裁。

天麻　草豆蔻　石菖蒲　竹茹　半夏　生姜　茯苓　陈皮　白术　甘草

加减：痰瘀互结者，加丹参、赤芍；痰瘀化热者，加胆星、竹茹；痰热腑实者，加瓜蒌仁、大黄。

临证参考：本证多由嗜酒、膏粱不节引起，在药物治疗的同时，必须节制饮食，忌食肥甘厚味，戒除烟酒。本证临床表现实证居多，常借温燥以治标，待痰化浊清，在视病情虚实予以调理。

7.6.4.2　常用中成药

(1) 牛黄降压丸：药物组成：羚羊角、珍珠、水牛角浓缩粉、牛黄、冰片、雄黄、草决明、党参、黄芪、白芍、川芎、黄芩、甘松、薄荷、郁金。功能：清热化瘀，镇静降压。主治：肝阳上亢，痰火壅盛之眩晕。剂型：蜜丸。每丸 1.6g，每次 1 丸～2 丸，每日 2 次口服。

(2) 脑立清丸：药物组成：磁石、代赭石、珍珠母、清半夏、酒曲、牛膝、薄荷脑、冰片、猪胆汁。功能：平肝潜阳，醒脑安神。适用于消渴病并发眩晕、失眠者。剂型：水丸。每 10 粒重 1.1g，每次 10 粒，每日 2 次口服。

(3) 愈风宁心片：药物组成：葛根。功能：解痉止痛。适用于消渴病并发眩晕及胸痹者。剂型：片剂，每片含总黄酮 30g，每次 5 片，每日 3 次口服。

(4) 牛黄清心丸：药物组成：当归、川芎、甘草、山药、黄芩、白芍、麦冬、六神曲、白术、蒲黄、大枣、阿胶、茯苓、人参、防风、干姜、白薇、肉桂、桔梗、苦杏仁、人工牛黄、朱砂粉、麝香、水牛角浓缩粉、羚羊角粉、冰片、雄黄粉。功能：益气养血，镇惊安神，化痰熄风。主治：消渴病并发眩晕及中风后遗症，证属气血不足，痰热内阻者。剂型：蜜丸。每丸重 3g，每次 1 丸，每日 1～2 丸口服。

7.6.5　肺痨

消渴病并发肺痨多见于男性，发病高峰多见于 40～60 岁之间。该病发病较急，病情进展较快，临床以咳嗽、咳血、潮热、盗汗、胸痛、消瘦、血糖升高等表现为特征。

7.6.5.1　肺阴亏虚

临床表现：干咳少痰，咳声短促，痰中带血，痰少色白，或有潮热，手足心热，口燥咽干，神疲乏力，舌红苔黄，脉细数。

病机分析：消渴病日久，阴伤气耗，虚火上炎，灼津耗液，故干咳少痰，虚火灼络可见痰中带血；阴虚津液不能输润于上，则口燥咽干；手足心热，潮热，舌红少苔，脉细数均属阴虚有热之象。

治法：滋阴润肺，化痰止咳。

方药：沙参麦冬汤(《温病条辨》)化裁。

沙参　麦冬　玉竹　天花粉　百合　地骨皮　鳖甲　桑叶　白扁豆

加减：咯血时作者，加白及、阿胶；潮热颧红者，加龟甲、青蒿。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

临证参考：本证尚可选用百合固金汤治疗(《医方集解》)。该方既能疗肺痿劳嗽，又能治疗消渴病，可收标本同治之效。若心阴偏虚者，可改用玄妙散(《医醇賸义》)；若肾阴偏虚者，可改服麦味地黄丸(《医级》)。

7.6.5.2 肝火犯肺

临床表现：咳嗽阵作，胸胁疼痛，口干口苦，咳时面赤，少痰，急躁易怒，每因情绪变化上症加剧，舌红苔黄，脉弦数。

病机分析：肝气郁结化火，气火逆乘于肺，肺失清肃，故咳嗽阵作，胸胁疼痛。肝火上炎，故见面赤，口苦，舌红苔黄，脉弦数。

治法：清肝泻火，润肺化痰。

方药：清金化痰汤(《统旨方》)合黛蛤散(《医宗金鉴》)化裁。

山栀 川楝子 柴胡 青黛 黄芩 桑白皮，知母 贝母 桔梗 甘草

加减：火郁伤津者，可加沙参、麦冬；痰中带血者，加丹皮、藕节。

临证参考：本证起病较缓，发病前常有情志不遂等诱因。本证尚可选用加减泻白散(《医学发明》)治疗，若咳血较多，可改用犀角地黄汤(《千金要方》)。

7.6.5.3 阴阳两虚

临床表现：呛咳咯血，劳热骨蒸，盗汗遗精，声嘶失音，形体羸弱，形寒畏风，喘息，气短，自汗，面浮肢肿，纳呆，便溏，舌质光红少津，脉微细。

病机分析：消渴病与肺痨两者皆可伤阴，阴伤日久，阴损及阳，形成气阴两虚，导致肺脾肾三脏同病，表明病势已进入晚期。肺阴亏耗，阴虚内热，热伤血络则咳嗽、咳血、潮热、盗汗。肺气耗散，卫阳不固则见喘息、气短、自汗、形寒畏风。脾阳损伤，生化之机日惫，无以营养百骸则见形体羸弱，舌质光红少津，脉微细，为阴阳俱衰之象。

治法：滋阴补阳，培土固本。

方药：补天大造丸(《杂病源流犀烛》)化裁。

紫河车 牛膝 麦冬 天冬 杜仲 五味子 枸杞子 冬虫夏草 干姜 破故纸

加减：伴见咳血者，加白茅根、藕节；潮热骨蒸者，加鳖甲、青蒿；遗精者，加金樱子、芡实。

临证参考：本证多见于消渴病并发肺痨的后期，正气耗竭，阴阳并亏。治疗大法虽为滋阴补阳，平调气血，但在处方用药时又要有所侧重。如阴虚为主者，补阳药宜酌减，以防虚火上浮；阳气偏虚者，滋阴药宜酌减，以免阳气虚陷而洞泄。

7.6.6 泄泻

消渴病并发泄泻的发病率与其它并发症相比相对较低，患者一般状况良好，多无腹痛、发热等证候，临床疗效亦较满意。

7.6.6.1 脾胃虚弱

临床表现：大便时溏时泄，或完谷不化，稍进油腻之物则大便次数增加，纳谷不香，脘腹胀闷不舒，面色萎黄，神疲乏力，舌淡苔白，脉细弱。

病机分析：脾胃虚弱，运化无权，水谷不化，清浊不分，故大便溏泄；脾虚运化失常，气机阻滞，则纳谷不香，脘腹胀闷不舒；脾胃虚弱，不能生化水谷精微，导致气血来源不足，故神疲乏力；舌淡苔白，脉细弱，皆为脾胃虚弱之征。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治法：健脾益气。

方药：参苓白术散(《太平惠民和剂局方》)化裁。

党参　山药　白术　扁豆　莲子肉　茯苓　薏苡仁　桔梗　黄芪　砂仁

加减：食欲不振者，加山楂、神曲、麦芽；脘腹胀闷者，加半夏、陈皮。

临证参考：本证除上述方药外，若见脾虚夹湿，方用升阳益胃汤(《脾胃论》)；脾虚气陷，方用补中益气汤(《脾胃论》)；脾虚久泻者，方选七味白术散(《小儿药证直诀》)；脾病及肾，方选附子理中丸(《太平惠民和剂局方》)。上述方药不仅是治疗泄泻的良方，而且对脾胃虚弱之消渴病也均有一定疗效。

7.6.6.2　肝郁气滞

临床表现：平素胸胁胀满，嗳气少食，每因恼怒、紧张或情绪变化则发生腹痛泄泻，舌质淡红、苔白，脉弦细。

病机分析：消渴病日久，脾气虚弱，加之情绪紧张致气机不畅，肝失条达，横逆犯脾，失其健运，故腹痛泄泻，胸胁胀满；嗳气少食，舌质淡红，苔白，脉弦细，皆为肝旺脾虚之象。

治法：抑肝扶脾。

方药：痛泻要方(《景岳全书》)加味。

白术　山药　白芍　陈皮　木香　防风

加减：久泻不止者，加乌梅、诃子肉；神疲食少者，加党参；便秘与泄泻交替出现者，加木香、砂仁。

临证参考：本证因情志不遂而诱发者，可用四君子汤(《太平惠民和剂局方》)加四逆散(《伤寒论》)加味；若肝木乘脾，气郁化火者，方用戊己丸(《太平惠民和剂局方》)加味。

7.6.6.3　肾阳虚衰

临床表现：黎明之前，腹部作痛，肠鸣即泻，泻后痛减，腹部喜暖、畏寒，形寒肢冷，舌淡苔白，脉沉细。

病机分析：消渴病日久，肾阳虚衰，不能温养脾胃，运化失常故发泄泻；黎明之前，阳气未振，阴寒较盛，故腹部作痛，肠鸣即泻；泻后腹气通利，故泻后痛减；腹部喜暖畏寒，形寒肢冷，舌淡苔白，脉沉细，为脾肾阳气不足之征。

治法：温阳健脾，固涩止泻。

方药：四神丸(《证治准绳》)加味。

补骨脂　吴茱萸　肉豆蔻　五味子　附子　炮姜

加减：年老体弱，中气下陷者，加党参、黄芪、白术、升麻；久泻不止，加赤石脂、干姜。

临证参考：本证多见于消渴病并发泄泻的后期，治疗上比较强调温肾与固涩两法。若久泻滑脱不禁，可选真人养脏汤(《太平惠民和剂局方》)和桃花汤(《伤寒论》)加减。此外，凡消渴病并发久泄，只要见有肾阳虚证候，在处方时均可酌情加入温肾之品，如补骨脂、赤石脂等。

7.6.7　痹病

消渴病并发痹病，多因消渴病日深燥热耗伤精血已甚，水谷精微下流走泄，损而无

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

补，肢体筋脉肌肉失其濡养，而致肢体麻木不仁，甚或疼痛。其临床特征表现为双侧肢体末端对称性麻木或疼痛，尤以下肢为多见。

今日临床上，中医对本病治疗的思路与方法较多，临床疗效亦较满意，临床工作者可根据具体情况选择应用。

7.6.7.1 分证论治

7.6.7.1.1 气血两虚

临床表现：四肢麻木，以末端为甚，轻者如蚁行皮中，重者则感觉迟钝或消失，多为对称性，伴见肌肉瘦削，面色萎黄无华，唇甲淡白，少气懒言，舌质淡，苔薄白，脉细弱。

病机分析：麻木有虚实，消渴病所见之麻木，以虚为主。阴血不足，不能濡养肌肤，则发为麻木不仁或见肌肉瘦削；气血两虚，不能上荣华面，则面色萎黄无华，唇甲淡白；舌质淡，苔薄白，脉细弱，亦为气血不足之征。

治法：益气养血。

方药：黄芪桂枝五物汤(《金匮要略》)化裁。

党参 黄芪 当归 白芍 桂枝 秦艽 桑枝

加减：偏于气虚者，四君子汤(《太平惠民和剂局方》)加姜黄、威灵仙；偏于血虚者，用四物汤(《太平惠民和剂局方》)加黄芪、党参、桂枝。

临证参考：对消渴病后期兼见气血两虚，肝肾不足之痹病，可选用独活寄生汤(《备急千金要方》)。该方既能祛风除湿散寒，又能补益肝肾气血，对消渴病并发痹病甚为适宜。

7.6.7.1.2 气滞血瘀

临床表现：四肢麻木疼痛，按之则舒，肌肤甲错，面色晦黯，舌质紫黯有瘀斑，脉细涩。

病机分析：消渴病日久，阴津耗伤，血稠难流，加之情志不舒，气机不畅，气滞血瘀，阻于脉络故发四肢麻木疼痛；瘀血阻滞，则见肌肤甲错，面色晦黯，舌质紫黯，脉细涩。

治法：理气活血通络。

方药：四逆散(《伤寒论》)合桃红四物汤(《医宗金鉴》)化裁。

柴胡 枳实 当归 熟地 白芍 川芎 桃仁 红花 丹参

加减：手足麻木者，加赤芍、木通；气郁化火，耗伤阴液者，加丹皮、天冬。

临证参考：本证以实证居多。在辨证时必须首先辨清气血孰轻孰重，由于理气活血药物多辛香温燥，有伤阴耗液之弊，因此用药不宜过量或长期服用。对痛无休止，舌质紫黯有瘀斑者，宜服身痛逐瘀汤(《医林改错》)；如肌肤甲错，形体消瘦，手足痿弱者，宜服大黄䗪虫丸(《金匮要略》)。

7.6.7.1.3 肝肾亏虚

临床表现：四肢麻木或酸痛，以下肢为甚，腰膝酸软，或见肌肉瘦削，筋惕肉瞤，伴见眩晕耳鸣，遗精或遗尿，舌红少苔，脉沉细。

病机分析：肝肾亏虚，精血不能濡养筋骨故发四肢麻木或酸痛，或见肌肉瘦削，筋惕肉瞤；肝肾亏虚，腰脊失养，故见腰脊酸软；眩晕耳鸣则属肝肾精血亏虚，不能上承之

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

故；肾虚不能藏精，故见遗精。

治法：补肝益肾。

方药：虎潜丸(《丹溪心法》)化裁。

狗脊　锁阳　当归　白芍　黄柏　知母　熟地　龟甲

加减：见有气虚证候者，加黄芪、党参；阴损及阳者，加仙灵脾、巴戟天。

临证参考：本证临床上较为常见，治法最要补肾，但当辨有热无热。凡阴虚有热者，当须滋肾清热，可用六味地黄丸(《小儿药证直诀》)；纯虚无火者，专用补益精髓之品，不可用寒凉药物泄火，可选滋阴大补丸(《丹溪心法》)。

7.6.7.1.4　湿热阻络

临床表现：肢体麻木沉重伴有灼热感，尤以下肢为常见，或见发热，胸脘痞闷，小便赤涩热痛，舌质黯，苔黄白而腻，脉弦数或濡数。

病机分析：消渴病日久，正气不足，湿邪乘虚浸渍肌肤，阻于脉络故见肢体麻木沉重；湿邪郁久化热，则有灼热感或见发热；湿热下注，则小便赤涩热痛；舌质黯，苔黄白而腻，脉濡数为湿热阻络之征。

治法：清热利湿通络。

方药：加味二妙散(《丹溪心法》)化裁。

黄柏　黄芩　苍术　茯苓　泽泻　秦艽　牛膝　薏苡仁　防己　当归

加减：关节肿胀者，加木通、萆薢；肌肤不仁者，加海桐皮、豨莶草。

临证参考：本证治要清热利湿，以利经脉，实热去再以清热养阴。因湿中壅热，易伤阴分，所以对阴虚已著者，即当慎用燥湿或淡渗之品，否则湿热乘虚下流肝肾，本虚邪缠，虚实兼杂，缠绵难愈。

7.6.7.2　分期论治

今日临床上部分学者常将该证分为早、中、晚三期进行辨证论治。

7.6.7.2.1　早期　主要证候可见四肢末梢麻木或疼痛，其痛不重。早期患者经治疗后可恢复正常工作。

(1) 气阴两虚，络脉不通：症见四肢窜痛，皮肤发热，舌质黯红，脉象细数。治法：益气养阴，通络止痛。方选四藤一仙汤（经验方）加味。药用鸡血藤、络石藤、海风藤、钩藤、威灵仙、黄芪、当归、白芍。

(2) 营卫不和，络脉失养：症见腰背、胸胁、少腹及四肢窜痛、麻木，有明显的按经络循行部位疼痛的表现。治法：调和营卫。方宜桂枝加附汤(《金匮要略》)基础上循经选药：足厥阴肝经加柴胡；足太阴脾经加黄芪、党参；足少阴肾精加熟地、仙灵脾。

(3) 气血两虚，经脉失养：症见四肢麻木，以末梢为甚，周身乏力，少气懒言，头晕目眩，舌质淡，苔白，脉细弱。治法：益气养血。方选四物汤(《太平惠民和剂局方》)加味。药用黄芪、当归、熟地、白芍、川芎、鸡血藤、牛膝。

(4) 气虚血瘀，络脉痹阻：症见下肢或上肢对称性疼痛、麻木，呈隐痛或刺痛，夜间加重，舌质黯淡，有瘀斑，脉细涩。治法：养血活血，通经活络。方选补阳还五汤(《医林改错》)化裁。药用当归、川芎、黄芪、桃仁、红花、赤芍、地龙、鸡血藤。

7.6.7.2.2　中期　主要证候表现为肢体麻木，伴有发作性疼痛，痛势较前加重，病

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

至中期常影响患者正常工作。其主要病机为阴虚气损，气虚则推动无力，致使气滞脉中，血涩不行，痰瘀互结则发病。

(1) 肝肾阴虚，经脉失养：症见四肢沉重，指趾麻木疼痛，双下肢时作筋惕肉瞤，甚则肌肉消瘦，两足痿废不用，头晕耳鸣，舌红少苔，脉细数。治法：滋养肝肾。方选 虎潜丸(《丹溪心法》)加减。药用熟地、白芍、当归、龟甲、知母、牛膝、木瓜。

(2) 痰瘀互阻，经脉不通：症见肢体关节疼痛麻木，活动不便，入夜尤甚，痛势剧烈，痛处固定不移，舌质紫黯，脉弦滑涩。治法：化痰活血，通经活络。方选指迷茯苓丸(《千金要方》)合血府逐瘀汤(《医林改错》)化裁。药用茯苓、枳壳、半夏、当归、赤芍、生地、桃仁、红花、柴胡、桔梗、川芎、牛膝、鸡血藤。

7.6.7.2.3 晚期 主要证候表现为腰脊僵硬，肢体关节疼痛减轻，活动受限，肌肉瘦削或筋脉挛缩。病至后期患者已丧失工作能力。其病理变化除阴阳气血俱虚的表现，常兼有痰瘀互结的证候。临床治疗应在益气养血，调补阴阳的基础上加活血化痰通络之品。方选独活寄生汤(《备急千金要方》)化裁。药用独活、桑寄生、秦艽、防风、黄芪、当归、白芍、熟地、杜仲、牛膝、川断、木瓜、狗脊、茯苓、半夏、龟甲、鹿角胶、地龙。

7.6.7.3 针刺治疗

(1) 取穴：胰俞、肺俞、脾俞、肾俞、足三里、太溪。

(2) 方法：平补平泻，得气为度，留针 15～30 分钟，隔日治疗 1 次，10 次为 1 个疗程。

(3) 加减取穴：上肢麻木酸痛加合谷、外关、手三里、曲池、肩髃；下肢麻木疼痛加委中、承山、阳陵泉、解溪、风市、阴市。诸穴均用平补平泻，每次可选 2～3 个配穴，交替使用。

7.6.8 脱疽

脱疽是消渴病常见的并发症之一。其发病率较非消渴病患者高 10 余倍。该病多因郁火毒邪蕴于脏腑，阴亏不能制火而发；或因外感寒湿毒邪，营卫不调，气血凝滞而成。本病初期患肢沉重怕冷，具有麻木感，蚁行样感，足趾有针刺样疼痛，小腿肌肉有抽搐现象，并开始出现间歇性跛行，手足遇凉后疼痛加重，趺阳脉搏动无力。中期病程较久，局部皮肤发冷，患肢抬高则皮肤发白，下垂则黯红，疼痛转变为持续性，行走困难，夜间疼痛为甚，患者常抱膝而坐，彻夜不眠，患肢肌肉萎缩，足背皮肤萎缩，汗毛脱落，趾甲变厚，并有粟米黄色斑点，反复出现，趺阳脉消失或微弱。后期患肢皮色黯红，犹如煮熟红枣。皮肤初期有黄泡，以后逐渐变黑，浸润性蔓延，甚至五趾相传，波及足背，肉枯筋萎，呈湿性坏死，疼痛剧烈，彻夜不得安眠。多伴有发热、口干、便秘等症。本病包括西医学的血栓闭塞性脉管炎和血栓闭塞性动脉硬化。目前临床上中医药治疗本病多采用内服与外治法相结合，临床疗效较满意。

7.6.8.1 分证论治

7.6.8.1.1 阴寒凝滞

临床表现：患肢发凉，喜暖怕凉，遇寒痛剧，得热痛减。皮肤苍白或紫黯，肢体麻木，间歇性跛行，舌质淡，苔薄白，脉沉细或迟。

病机分析：消渴病日久，阴损及阳，阳虚则寒，故肢体怕冷喜暖；寒凝则血液运行不

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

畅，故遇寒痛剧；阳气不能达于四末，故皮肤苍白或紫黯；血虚筋脉失养则肢体麻木。

治法：温经散寒，益气活血。

方药：阳和汤(《外科全生集》)化裁。

鹿角胶　黄芪　牛膝　熟地　当归　鸡血藤　地龙　赤芍　制川乌　桂枝

加减：见气虚证候者，加党参、山药；见阴津不足者，加葛根、天花粉。

临证参考：本证多见于消渴病并发脱疽之早期，以患肢发凉，间歇性跛行为辨证要点。本证尚可选用独活寄生汤(《备急千金要方》)治疗。

7.6.8.1.2　瘀血阻络

临床表现：肢体麻木发凉，持续性疼痛、夜间痛甚，间歇性跛行加重，患肢皮肤呈紫红色，或有紫褐斑，趾（指）甲增厚变形，患肢跌阳脉消失，舌质紫黯，或有瘀斑，脉沉细涩。

病机分析：瘀血阻滞脉络，血液运行不畅，肢体失去气血温煦和濡养，故见肢体麻木怕冷；皮肤紫红、舌质紫黯，脉沉细涩，皆为瘀血阻络之征。

治法：活血化瘀，温经通络。

方药：当归四逆汤(《伤寒论》)加味。

黄芪　当归　赤芍　川芎　制乳香　制没药　桂枝　细辛　鸡血藤　炙甘草　通草

加减：肢末凉甚者，加鹿角胶、制川乌。

临证参考：本证多见于消渴病并发脱疽之中期，以患肢持续性疼痛，夜间加剧，皮肤色紫黯为辨证要点。临床上尚可根据病情选用血府逐瘀汤(《医林改错》)或桃红四物汤(《太平惠民和剂局方》)治疗。

7.6.8.1.3　湿热浸淫

临床表现：肢体有轻度坏疽，红肿疼痛，夜间加重，舌苔白腻或黄腻，脉濡数。

病机分析：消渴病日久，脾气虚损，健运失司，津液不化，湿浊内生；或湿热之邪浸渍肌肤，阻碍气机，气血运行受阻，失其濡养则发肢体麻木疼痛，甚或坏疽；湿性重浊粘滞，湿性趋下，故坏疽以下肢多见；舌苔黄腻，脉濡数，均为湿热内蕴之征。

治法：清热利湿，活血通络。

方药：加味二妙散《丹溪心法》合四妙勇安汤(《验方新编》)化裁。

生地　玄参　天花粉　当归　赤芍　牛膝　黄柏　苍术　防己　木瓜　木通　金银花　连翘

加减：下肢微肿者，加蚕砂、萆薢；湿从热化伤阴者，加知母、麦冬。

临证参考：本证湿中蕴热，临床表现以实证居多，故治疗时宜升清除湿，利气泄浊为主，不可急于滋养，待热清湿化后，应以清滋之品以善其后。对肢体有轻度坏疽者，可局部外敷生肌玉红膏(《外科正宗》)，以保护伤口。

7.6.8.1.4　热毒蕴结

临床表现：肢端坏疽，疼痛难忍，严重者可伴发热，神昏谵语，跌阳脉消失，舌质红绛，舌苔黄燥，或有黑苔，脉滑数或洪大。

病机分析：消渴病日久，瘀血湿浊阻滞脉络，营卫壅滞，郁久化热，或患肢破损，外感邪毒，热毒蕴结则发生肢端坏疽。热毒炽盛可伴发热，邪毒侵犯心包则见神昏谵语。痰

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

浊瘀血阻塞脉络则趺阳脉消失。

治法：清热解毒，活血化瘀。

方药：四妙勇安汤(《验方新编》)加味。

金银花　连翘　蒲公英　地丁　玄参　黄芩　当归　赤芍　丹参　乳香　没药

加减：烦渴多饮者，加生石膏、知母；大便秘结者，加瓜蒌、大黄；脓水淋漓，舌苔白腻者，加木瓜、泽泻、蚕砂。

临证参考：本证多见于消渴病并发脱疽之后期合并感染者，治疗上应以清热解毒为主，佐以活血化瘀之品。若热毒化火伤津者，可服犀角散(《备急千金要方》)；疼痛剧烈者，配合服用醒消丸(《太平惠民和剂局方》)。

7.6.8.2　外治法

(1) 温经通络洗方（经验方）：透骨草、伸筋草、艾叶、独活、桂枝、千姜、红花、花椒、附子、水煎熏洗患处，每日2次。适用于阴寒凝滞证。

(2) 活血化瘀洗方（经验方）：透骨草、当归尾、牛膝、红花、赤芍、苏木、桂枝、乳香、没药。水煎熏洗患处，每日2次。适用于瘀血阻络证。

(3) 四青熏洗剂（经验方）：毛冬青、四季青、青黛、青风藤、木鳖子、马钱子、五倍子、白及。水煎熏洗患处，每日2次。适用于下肢闭塞性脉管炎。

(4) 清热解毒洗方（经验方）：金银花、蒲公英、苦参、大黄、黄柏、赤芍、黄连、紫草、硼砂（后入）。水煎熏洗患处，每日1次。适用于消渴病坏疽合并感染，肢体溃破，腐肉恶臭者。

7.6.9　目疾

消渴病并发之目疾，相当于西医学之糖尿病性视网膜病变，在消渴病并发症中出现最早、最常见，也是较严重的并发症之一。据文献报道，其患病率视消渴病病程及病情控制不同而异，平均约50%左右，致盲率约占6%～8%。本病包括中医之“视瞻昏渺”、“暴盲”、“云雾移睛”、“青盲”等病证。本病发病多与素体阴虚，情志失调及瘀血阻络有关。临床上早期无自觉症状，发病过程中可呈现不同程度的视力障碍，甚至失明。

7.6.9.1　阴虚燥热

临床表现：眼外观端好，视力减退，视物模糊，烦渴喜饮，消谷善饥，形体消瘦，咽干口燥，便干溲赤，舌质红，苔黄，脉细数。眼底检查：视网膜毛细血管静脉扩张，微血管瘤，少量出血点。

病机分析：阴津亏耗日久，精血不能上承于目，加之燥热偏盛，上攻眼底血络，则发视物模糊、视力减退等。

治法：滋阴生津，清热润燥。

方药：增液汤(《温病条辨》)合白虎汤(《伤寒论》)化裁。

生地　玄参　麦冬　生石膏　知母　天花粉　甘草

加减：眼底出血者，加丹皮、槐花炭、生蒲黄；腑实便秘者，加大黄、枳实、瓜蒌。

临证参考：本证常用于消渴病并发目疾之早期，眼外观和正常一样，只觉视力不断减退，平素可服石斛夜光丸。

7.6.9.2　气阴两虚

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

临床表现：视力明显减退，视物模糊不清，自觉眼前似有蚊蝇飞舞，神疲乏力，少气懒言，咽干口燥，五心烦热，自汗盗汗，肢体麻木，舌质红少津，舌体胖大有齿痕，苔薄或花剥，或舌紫黯，有瘀斑，脉细数无力。眼底检查：视网膜毛细血管静脉怒张，微血管瘤，出血斑，硬性渗出斑，絮状白斑，或伴有水肿。

病机分析：阴虚燥热，津亏液少，不能载血循经畅行；加之过食肥甘厚味，其性壅滞，阻碍气机；或阴损及气，气阴两虚，气虚无力鼓动血行，瘀阻络道，渗漏外溢，留著视衣则发本证。

治法：益气养阴，滋补肝肾，兼以活血。

方药：生脉散(《内外伤辨惑论》)合杞菊地黄丸(《医级》)化裁。

党参　麦冬　生地　玄参　枸杞子　菊花　青葙子　草决明　熟地　山萸肉　女贞子　丹参　五味子。

加减：眼底出血不止者，加三七粉、生蒲黄；视网膜水肿，絮状渗出明显者，加茯苓、泽泻、车前子；眼底硬性渗出物较多者，加昆布、海藻、牡蛎。

临证参考：本证多见于消渴病并发目疾之中期。对心脾两虚，营血不足，不能上荣于目者，可服归脾汤(《济生方》)，一则益气养血，二则补气摄血。

7.6.9.3　肝肾阴虚

临床表现：视力明显下降，视物模糊，眼前常见黑花扰乱，或如隔轻烟薄雾，常伴有腰膝酸软，头晕耳鸣、检查瞳神，呈隐隐淡白，或如油点浮在水面。舌质淡红，少苔，脉细数。

病机分析：消渴病日久，伤精耗血，导致肝肾阴虚，肝开窍于目，肾开窍于耳，精血不能上乘以濡养耳目，耳目失养，故呈雀目或暴盲等目疾。

治法：滋补肝肾，益精补血。

方药：杞菊地黄丸(《医级》)。

枸杞子　菊花　熟地　山萸肉　茯苓　泽泻　山药　丹皮

加减：眼底出血者，加三七粉、生蒲黄；阴虚火旺者，加知母、黄柏。

临证参考：本证常见于消渴病并发目疾之中后期。临床表现虽在目，但病本在消渴病，二者病机均与肝肾精血不足有关，因此采用滋补肝肾法，无论是对消渴病，还是对目疾均有较好的临床疗效。

7.6.9.4　阴阳两虚

临床表现：视力显著下降，视物昏蒙，自觉眼前似有黑影飞舞飘动，随睛而动止，以致失明。咽干口燥，五心烦热，潮热盗汗，畏寒肢冷，面色苍白无华，脘腹怕凉，夜尿频多，阳痿早泄，舌质淡红胖嫩，边有齿痕，脉沉细无力。眼底检查：微血管瘤，出血，渗出物，新生血管，玻璃体出血，增殖条索状物。

病机分析：阴虚日久，阴损及阳，阳虚寒凝，气血运行不畅，瘀阻眼络致发本证。阴虚内热则见咽干口燥，五心烦热，潮热盗汗；阳气不足，则见畏寒肢冷，夜尿频多，阳痿早泄。舌质淡红胖嫩，边有齿痕，脉沉细无力皆为阴阳两虚之征。

治法：滋阴温阳，活血化瘀。

方药：肾气丸(《金匮要略》)化裁。

熟地　山药　茯苓　丹皮　泽泻　山萸肉　肉桂　仙灵脾　丹参　昆布

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

加减：眼底机化物及陈旧玻璃体出血者，加海藻、贝母、生蒲黄；痰湿重者，加瓜蒌、半夏。

临证参考：本证多见于消渴病并发目疾之后期。治疗大法虽为滋阴补阳，若久病入络出现瘀血征象者，或合并其它病症者，或见眼底有陈旧性病变者，适当加入活血化瘀之品可提高临床疗效。

对本病的治疗，若单纯依靠辨证，不结合眼底局部病变，则难以取得满意疗效，若只明确眼底病变，不辨全身症状又很难控制病情的进展。因此，如何通过辨病与辨证相结合，整体与局部相结合，实现中医药治疗本病的突破性进展，仍是今后消渴病研究领域的重要课题

消渴病的中医治疗，除以中药内治为主要疗法外，还应根据不同病情，相应地辅以其它治疗方法，如食疗、针灸、气功、按摩疗法、运动疗法等。这些方法各有优点，适用于不同类型的消渴病患者，如果配合使用得当，可以收到相辅相成的治疗效果。

7.7 其它疗法

7.7.1 脐疗法

将药物制成散剂（石膏、知母、生地、党参、炙甘草、玄参、天花粉、黄连、粳米少许），每次取药粉 240mg，加盐酸二甲双胍 40mg 混匀，用时将脐用温毛巾擦净，敷入药粉，盖药棉，外用胶布固封，5～7 天换 1 次，6 次为 1 个疗程。

7.7.2 糖尿病贴膏

药膏含有黄芪、山药、白术、葛根、补骨脂、金樱子、何首乌、鹿角霜、丹参、穿山甲、血竭、三七、麝香、冰片等。在贴敷膏药前，洗净、揩干所选的三阴交及足三里表面皮肤，再用鲜生姜在穴位周围（8cm×8cm）擦至皮肤红润为度，揭去膏药上面的透明膜，将膏药加温软化后贴敷于穴位上面，每贴保留 3 天，连续用药 4 周为 1 个疗程。

7.8 食 疗

食疗是中医药学的重要组成部分，“寓治于食”也是中医药防治消渴病的优势。特别是 80 年代以来，受“返朴归真”，“回归大自然”思想的影响，国内外对消渴病保健食品及食疗的研究方兴未艾，并不断显示其优势及其科学价值，为消渴病患者食疗方案的制定提供了丰富经验与选择余地。

常用的食疗方法有药粥、药食、药物汤菜等。具体的制作方法应根据患者个体情况，灵活、辨证地选取具有一定辅助治疗作用的性味较平和又便于制作的药物与食物，进行合理搭配与烹饪。

7.8.1 粥类

（1）花粉粥：天花粉 60g，研极细末，加粳米 30g，加水适量，慢火煮粥。适合于各种消渴病，以上消最合适。

（2）石膏竹叶粥：以生石膏 120g，竹叶 20g，加适量水，煎取 30 分钟，澄清，取上层清水，加粳米 60g，煮粥食用。此粥适合于中消或上消，燥热邪气炽盛者服食。

（3）山药粥：生山药 60g，粳米 6g，酥油、白蜜适量。粳米加水如常法煮粥，山药去

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

皮为糊后用酥油和蜜炒，令凝，用匙揉碎，放入粥内拌匀，可作早点食用。适用于气阴两虚或阴阳两虚者服用。

（4）葛根粉粥：葛根 30g，粳米 50g。将葛根切片，水磨澄取淀粉，粳米浸泡一宿，与葛根粉同入砂锅内，加水 500ml，文火煮至粥稠服用。适合于阴虚有热者服用。

（5）萝卜粥：新鲜白萝卜、粳米各 100g，常法煮成稀粥，早晚温服。适用于消渴病腹胀便秘者。

（6）枸杞粥：枸杞叶 30g，枸杞子 30g，粳米 50g。枸杞叶洗净后略泡，枸杞子去杂质泡发。先以粳米和枸杞叶加水常法煮粥，半熟时再加入枸杞子，熟后，早晚服食。适用于肝肾阴虚型之消渴病患者。

（7）山药桂圆粥：山药 30g，桂圆 15g，荔枝 10g，五味子 10g，粳米 100g。加水如常法煮粥食。适用于气阴两虚，心悸失眠的消渴病患者。

7.8.2 主食类

（1）猪胰饼：取猪胰 1 具，洗净，焙干，研成细粉，与面粉 500g 混匀，再加茯苓 1000g（研细粉），加水合成面团，烙成小薄饼，分 4～5 次食用。适用于各种类型消渴病，但以中消最适宜。

（2）南瓜饭：取南瓜 300g，以少量水慢火煮熟，代饭食用。消渴病无论何证皆可用之。

（3）五米饭：薏米 25g，芡实米 25g，白莲子 25g，赤小豆 25g，玉米碴 25g。先将白莲子、赤小豆、玉米碴以水浸泡 2 小时，再加少量水，入高压锅煮软，然后加入薏米、芡实慢火焖为饭。可作为消渴病主食，并有益气健脾之功。

7.8.3 蔬菜类

（1）杞子炒苦瓜：枸杞子 30g，洗净泡软，苦瓜 250g，去籽切片。炒锅烧热，入油葱盐爆锅，再下枸杞子、苦瓜炒熟。不宜放辣椒。适合于下消肝肾阴虚者。

（2）炒葱头：取葱头 250g，切成方片，炒锅烧热，入盐后再放葱头，炒熟。适合久食为菜。

（3）炒百合丝瓜：将鲜百合分瓣，洗净，取 60g，丝瓜去皮，取 60g，切片。油葱盐爆锅后，入两者炒熟为菜食用。百合润肺，丝瓜化痰，用于肝阴虚而有痰者最适合。

（4）玉米须炖蘑菇：取玉米须 250g，加适量水煮半小时，取汁，蘑菇 300g，撕成片，以油盐爆锅后，放入蘑菇、玉米须汁，煮 10 分钟左右，于汤将尽时出锅。适合常服。

（5）炒苦瓜：苦瓜 100g，葱、植物油、盐、味精各适量，常法炒食。适用于肺胃热盛之上、中消，脾胃虚寒者慎服。

（6）炒香菇芹菜：香菇 150g，芹菜 150g，胡萝卜 50g，植物油、盐、葱、姜、味精各适量，常法炒食。适用于各型消渴病。

7.8.4 肉类

（1）笋炒黄鳝：黄鳝 200g，去头皮、内脏及骨，切成丝，竹笋 100g，切片。先将黄鳝用开水焯一遍，然后入油锅翻炒，再入笋片、调料即可。可益五脏而消热积，治消渴病有良效。

（2）仙茅鸡：乌骨鸡 1 只，去内脏及毛、头、爪，洗净，剁成块，取仙茅 60g，布包，一起放入锅中，文火炖熟，放调料后再炖一会儿，取出仙茅，食鸡喝汤，可分次食

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

用，适用于下消阴阳两虚者。

(3) 参芪兔肉：取兔1只，去皮、内脏及头爪，人参20g，黄芪100g。将兔肉洗净，剁成块，人参、黄芪用纱布包好，一起放入锅中，可放少量瘦猪肉及桂皮、花椒、八角等调味品，一起炖至肉烂，分次服用。适用于脾气虚者。

(4) 杞子炖兔肉：枸杞子30g，兔肉100g，加水适量，文火炖熟后加姜葱盐调味，饮汤食兔肉。适合于肝肾阴虚之消渴病。

(5) 玉米须炖龟：玉米须100g，乌龟1只，葱盐黄酒各适量。将乌龟去头、爪及内脏洗净。玉米须洗净装纱布袋内，与乌龟放入砂锅内，加姜、葱、盐、黄酒、水，文火炖熟。适合于肝肾阴虚之消渴病。

7.8.5 汤类

(1) 萝卜葫芦汤：萝卜150g，葫芦150g，切成小块，以油盐葱爆锅后，加入萝卜、葫芦，加适量水、味精。适合于脾虚湿盛者。

(2) 菠菜内金汤：菠菜连根，去杂质洗净，切成寸许长段，鸡内金先浸泡一夜，洗净切成细丝。以油葱盐爆锅后入菠菜、内金炒，然后加水成汤。有调理胃肠之功。

(3) 山楂荷叶冬瓜汤：山楂20g，荷叶（鲜者）二叶，冬瓜250g。将山楂去籽、洗净，冬瓜去皮瓤，爆锅后入锅内共煮，加少许调料为汤。食用时去荷叶，适用于有水肿及血瘀等变证者。

(4) 绿茶海参汤：海参20g，水发，去内脏洗净，绿茶30g，清水加入海参、绿茶，慢火煨烂，去除茶叶，食参喝汤，每日1次，久服有良效。

(5) 蚌肉苦瓜汤：苦瓜250g，蚌肉100g。将活蚌用清水养2天，去清泥味后，取其肉与苦瓜加水共煮汤，经油盐调味，熟后饮汤食苦瓜蚌肉。适用于阴虚热盛之消渴病。

(6) 沙参鳖汤：南沙参250g，鳖1只，鳖杀后去头、足、骨甲及内脏，洗净和沙参加水适量，文火炖煮成稠厚羹汤，加葱姜盐调味，饮汤食肉。适用于肝肾阴虚之消渴病。

7.9 针灸疗法

针灸治疗消渴病，在我国古代早有明确记载，但单纯针刺者较少，而以灸疗为多见。20世纪50年代开始，针灸治疗消渴病受到国内外学者的重视，并出现个案报道，20世纪60年代开始出现了群体病例的观察和分析。20世纪80年代则进入对并发症和针灸作用机理的研究阶段。大量研究资料表明，针灸治疗消渴病疗效是肯定的，并具有取穴方便，操作简单，易于推广等优点，可以作为消渴病的治疗方法之一选择应用。

7.9.1 分证取穴

传统观点多从上、中、下三消分而论之。上消取手太阴肺经、手少阴心经穴位为主；中消取足阳明胃经、足太阴脾经穴位为主；下消取足少阴肾经、足厥阴肝经穴位为主，辅以背俞、腹募及经外奇穴。常用穴位：胰俞、三焦俞、足三里、三阴交、太溪等。目前临床上多从气血阴阳分证论治。

7.9.1.1 阴虚燥热

治则：滋阴清热。

处方：膈俞、脾俞、胰俞、肾俞、足三里、曲池、太溪。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

手法：处方中各俞穴均采用平补平泻法，得气为度，留针 15～30 分钟。

方解：方中取膈俞、胰俞、脾俞、肾俞，从阳引阴，使阴生而燥热除；足三里为足阳明胃之合穴，可使气升津生；曲池、太溪泻热益阴。若烦渴加肺俞、承浆或金津、玉液生津止渴；多食易饥、大便干结加胃俞、丰隆泻热通便；多尿、盗汗加复溜、关元益胃阴，补肾气；腹泻倦怠加阴陵泉、上巨虚健脾化湿止泻。以上加减诸穴，金津、玉液用刺血法，余用平补平泻法。

7.9.1.2 气阴两虚

治则：益气养阴。

处方：中脘、气海、足三里、脾俞、肾俞、地机、三阴交。

手法：诸穴均用平补平泻法，得气为度，留针 30 分钟。

方解：方中中脘、气海、足三里、地机、脾俞健脾益气；肾俞、三阴交滋补肝肾。若兼血瘀加膈俞、血海活血化瘀；兼有痰湿内阻者加丰隆，均用泻法。

7.9.1.3 阴阳两虚

治则：调补阴阳。

处方：气海、关元、中脘、足三里、地机、肾俞、脾俞、三阴交、尺泽。

手法：诸穴均用补法，得气后留针 30 分钟以上。若阳虚寒盛，灸气海、中脘、关元各 5 壮。

方解：气海、中脘、关元为腹阴之穴，从阴引阳，壮阳补虚；肾俞、三阴交补益肝肾；足三里、地机、脾俞、尺泽助脾胃之运化和肺之输布，诸穴相配共奏健脾温肾，调补阴阳之功效。

7.9.2 并发症取穴

视网膜病变：取太阳、风池、睛明、瞳子髎。

视神经病变：球后、百会、三阴交、合谷、太冲。

周围性多发神经炎：取太冲、阳陵泉、足三里、丰隆、绝骨、三阴交、阳辅、阴陵泉。

男性性功能减退或女性月经紊乱：取关元、气海、足三里、三阴交、次髎、肾俞、命门。

皮肤或外阴瘙痒：取曲池、委中、三阴交、血海、曲骨、筑宾、会阴等。

慢性便秘：取气海、中脘、天枢、足三里、阳陵泉、支沟。

慢性腹泻：取气海、关元、阴陵泉、脾俞，针后加灸，疗效较好。

7.9.3 其它针灸治法

耳针：取胰、内分泌、肾、三焦、耳迷根、神门、心、肝等耳穴。上消多饮取内分泌、肝俞、渴点；中消取内分泌、胃；下消取内分泌、肾、膀胱。针法：轻刺激，每次取 3～5 个穴，留针 20～30 分钟，隔日 1 次，10 次为 1 个疗程。

穴位注射：用人参或当归注射液，在体针穴位注射，每次选用 2～3 穴，每次注入 0.5～1ml 药物，隔日 1 次，10 次为 1 个疗程，疗程间休息 5 天。

灸法：大椎、小肠俞、两手小指及两足小趾尖。宜用悬灸法，隔日 1 次，10 次为 1 个疗程，疗程间休息 5 天。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.9.4 注意事项

饮食控制是治疗消渴病的基础措施，因此在针灸治疗消渴病的同时必须配合饮食疗法。

消渴病患者抵抗力低，极易感染，因此必须严密消毒穴位皮肤、针具及操作者的手指，防止引起感染。

施用灸法时，切忌直接灸，宜用悬灸法，以防出现灸疮，诱发感染。对皮肤有感染、溃疡等部位，不宜在局部直接针刺。

患者空腹时不宜针刺，情绪过度紧张或激动应先休息，情绪稳定后再行针刺。妊娠期不宜针刺。

总之，针刺治疗消渴病疗效是肯定的。但是由于疗程较长，影响针刺治疗消渴病的因素较多，因此临床治疗时应严格掌握适应证。此外针刺对消渴病并发症的治疗有一定优势，应成为目前和今后一个时期，针刺治疗消渴病的主攻方向。

7.10 气 功 疗 法

气功通过各种功法的锻炼，培补体内的元气，可以达到气血旺盛、经络疏通和防治疾病的目的。

现代科学已经证明，气功对人体产生的效应是多方面的，长期进行气功锻炼的人，生理机能效率提高，调节机能平衡的系统更加稳定，代谢水平下降。消渴病患者通过适当正确的练功，可以有效地控制病情，降低血糖，还可降低血脂，增加外周组织对葡萄糖的有效利用，进而减少或停止药物。

气功的功法很多，但适合消渴病患者练习的主要功法为内养功。辅助功法有保健十二术、强壮功、五禽戏，太极内功、虚明功、太极气功等，可任选一种，并在老师指导下进行练习。消渴病患者练功时通常应注意以下几点：

(1) 练功的地点应选择空气新鲜、环境安静的地方，练功时间可根据本人的情况循序渐进，一般可由 5～15 分钟开功，每次练功不得少于 30 分钟，练功次数每天至少 2 次，早晨起床后，晚上临睡前各 1 次。

(2) 练功前 10～15 分钟，停止阅读书报和文体活动，排大小便，做好练功准备。练功完毕后，不要匆忙站起，应先用两手擦面，轻揉眼睛，然后缓缓起立，活动四肢。

(3) 练功时要精力集中，思想安静，衣服宽松，姿势正确，呼吸缓慢，持之以恒。

(4) 练功期间仍要控制饮食，刚练完功不要喝凉水。

(5) 病愈后，仍要坚持练功，练功的次数和时间可自己掌握，以达巩固疗效，防止复发的目的。

7.11 推 拿 疗 法

推拿疗法具有扶正祛邪，调整阴阳，通经活络，调和气血等作用，且简便易行，可作为治疗消渴病的一种辅助疗法。

7.11.1 分证取穴

肺热津伤：治宜清热润肺，生津止渴。取少商、合谷、承浆、然谷、隐白、肺俞、心

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

俞、胃俞、第八椎下、劳宫、公孙等穴；

胃热炽盛：治宜清胃泻火。取百会、中脘、日月、关元、心俞、胃俞、脾俞、足三里、三阴交、阳池等穴；

肾阴亏虚：治宜滋阴补肾。取章门、小肠俞、肾俞、中极、水沟、兑端、三焦俞、中渚、三阴交、内分泌（耳）、神门、横骨等穴。

7.11.2 推拿手法

病人取适当体位，暴露治疗部位，分头、腹、背、四肢进行推拿治疗。头部手法主要用按、点、推、叩、振、颤等手法；腹部主要按结肠走行运用推、拿、摩、点等手法；背部推拿以捏脊为主，配合推、拿、提、捏、按、摩、拍等手法；四肢采用向心推拿为主，配合推、按、点、揉等手法。每次推拿15～25分钟，每日1～2次。

7.12 运动疗法

运动疗法是指通过合理、积极的体育运动，来配合其它疗法达到治疗疾病的一种手段。在消渴病的治疗中，运动疗法是其三大治疗措施之一，尤其对于老年、肥胖患者更为重要。

适合消渴病患者的运动方式有多种多样，如散步、跑步、骑自行车、广播操、各类健身操、太极拳、游泳等。可根据自己的具体情况及爱好选择。运动疗法原则上应在餐后1小时左右进行，运动量及运动时间应逐渐增加，一般每天锻炼1～2次，每次20～30分钟，对患有严重心肾合并症、高血压、发烧、严重感染、活动性肺结核、酮症酸中毒者则不宜采用运动疗法。

运动强度的掌握方法：①心率：运动前后测心率，若于运动后立即测得的心率少于120次/分，或小于两倍的运动前心率，即说明运动强度在合适范围，如运动后经30分钟休息，心率仍高于100次/分，说明运动过量，应减少运动量。②尿糖：运动后尿糖量不增加或减少为适宜，如运动后尿糖增加出现酮体，说明运动过量应短暂休息，减少运动量。③运动后以轻度心慌、气短、微汗为度，如出现头晕、头痛或恶心、腹痛、胸闷、严重心慌，则应停止运动。下次运动时减小运动强度。

除上述方法之外，尚有采用浴疗法，音乐疗法，电、磁、光、热等物理疗法治疗消渴病取效的报道，但是任何一种治疗方法，均应在适当的饮食控制和合理的药物治疗前提下进行，并根据患者具体情况，制定出一套适合自己持之以恒的治疗方法和措施。只有这样才能使各种方法相互配合，相得益彰，从而控制消渴病及其并发症的发生和发展，甚至可以使消渴病得以康复。

7.13 西医治疗撮要

糖尿病的治疗分基本治疗和药物治疗两部分。基本治疗包括一般处理、体育疗法和饮食治疗；药物治疗包括口服药物和注射药物。本书仅简要介绍药物治疗的有关内容。

糖尿病的药物治疗，到目前为止，只能限于一时性的降低血糖，而无法生理性平衡血糖，从而不可避免地造成各种慢性并发症。从这种意义讲，糖尿病是一种无法根治的疾病。但就目前对糖尿病发病机制的理解，人们即可从遗传基因、免疫治疗（糖尿病Ⅰ型）

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

和改善或避免环境诱发因素（糖尿病Ⅱ型），防止或减少糖尿病的发病，从而极大地改善糖尿病对人类健康事业的危害。

糖尿病的治疗是一项长期而细致的工作，必须详细了解病情及病人生活条件、工作情况等，贯彻原则性与个体化相结合的治疗原则，制订切实可行且行之有效的治疗方案。

7.13.1 口服药物

7.13.1.1 磺脲类降糖药(SU) SU 作为治疗非胰岛素依赖型糖尿病（NIDDM，Ⅱ型）的主要药物已有 30 余年历史，对其临床作用虽然仍有争论，但绝大多数学者认为，SU 应作为非明显肥胖中度非胰岛素依赖型糖尿病患者的一线药物。SU 药物降糖作用肯定，一般认为 SU 药物通过与胰岛 β 细胞膜上特异受体结合，致 K^+ 通道关闭，K^+ 流动停止，细胞膜去极化，Ca^{++} 通道打开，Ca^{++} 进入细胞内，从而促进胰岛素分泌。近年来不少研究报告证明 SU 药物尚具有胰外作用，即改善肝脏及外周胰岛素敏感性，但对胰岛素敏感性的改善究竟是 SU 药物的直接作用抑或血糖控制后的间接作用尚有争论。另外尚有一些报告认为 SU 药物如达美康，尚具有抗氧化和改善血流变学的作用。

目前临床常用的 SU 药物有第一代的 D－860，第二代的优降糖、达美康、美吡哒及糖肾平等，其刺激胰岛素分泌作用的强度取决于与胰岛 β 细胞膜上受体亲和力的强弱。在临床上，其作用强度大致上可以从每片所含剂量的大小来判断，每片药含量越小，其作用越强；反之，每片药含量越大，其作用越弱。故 D－860 的作用最弱，优降糖的作用最强。所有 SU 口服后均可被迅速吸收，并在肝脏代谢。除糖肾平外，所有 SU 都主要经肾脏排泄；糖肾平 95%从胆道经肠随粪便排出。作用时间除和半衰期有关外，还和代谢产物是否有活性、排泄速度有关。优降糖第 1 天仅排出 5%，至第 5 天排出约 95%。一般认为，SU 药物对 40 岁以后起病，空腹血糖 < 16.7mmol/L 的患者反应比较好；老年患者以选用短效制剂（如 D－860、美吡哒）为宜，并应从小剂量开始，同时注意监测血糖，有条件至少每天监测 2 次，5～7 天调整 1 次剂量。

7.13.1.2 双胍类降糖药(BG) 此类药物主要有苯乙双胍及二甲双胍。苯乙双胍因常有致乳酸酸中毒的危险，从 20 世纪 70 年代后渐被淘汰，而二甲双胍因其分子结构上的差异，致乳酸中毒的危险性显著降低。二甲双胍已被广泛建议为肥胖型 NIDDM 患者的首选药物，可有效降低 FBG 及餐后高血糖，但不刺激胰岛素分泌，不引起低血糖发生。二甲双胍降血糖作用的确切机制不清，一般以为与以下环节有关：增强周围组织的无氧酵解，尤其是肠道积聚高浓度的二甲双胍，可使小肠糖的利用增加 20%；改善组织胰岛素敏感性，如增强胰岛素与其受体的亲合力及糖运载体向细胞膜转位等，促进糖的摄取和有氧氧化；抑制肝糖原异生；降低肠道糖吸收，除降糖作用外，长期应用二甲双胍尚可改善脂质代谢，包括降低甘油三酯及胆固醇，升高高密度脂蛋白，纤溶活性增加，降低血小板聚集，降血压和减轻体重等。常用剂量一般每日不超过 150mg，进食时服用。主要副作用包括腹部不适、腹胀、腹泻及厌食等，但一般均可耐受。肝肾功能不全者慎用。

7.13.1.3 α－葡萄糖苷酶抑制剂 小肠吸收淀粉、糊精及双糖如蔗糖等，均需小肠粘膜刷状缘 α－葡萄糖苷酶的参与，以便将上述低聚糖分解为单糖再行吸收。因此，抑制消化道该类酶活性可延缓碳水化合物的吸收，使餐后血糖升高幅度降低。在过去十几年的研究中已通过培养放线菌和化学方法合成多种 α－葡萄糖苷酶抑制剂，其中研究最多的是

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

阿卡波糖，它竞争性抑制淀粉酶和蔗糖酶，阻止 1,4－糖苷键的水解，对麦芽糖酶及异麦芽糖酶的抑制相对较弱。大量动物实验及临床研究显示阿卡波糖可有效降低糖尿病动物、胰岛素依赖型糖尿病和非胰岛素依赖型糖尿病患者餐后血糖水平。有报告阿卡波糖尚可降低血中胰岛素、甘油三酯及胆固醇，因此，有学者建议伴有高胰岛素血症肥胖的轻中度 NIDDM 患者，当单纯饮食治疗效果不佳时，阿卡波糖可作为首选药物。常用剂量为 50～100mg，每日 3 次。主要副作用有腹胀，偶有腹泻，但随时间延长，上述症状可减轻，耐受性良好。

7.13.2 注射药物

7.13.2.1 胰岛素(Ins) 据估计，目前约有 30% 的 NIDDM 患者正在接受 Ins 治疗。在美国，应用 Ins 的糖尿病患者中，NIDDM 约占 75%，长期应用 Ins 的 NIDDM 患者中，绝大多数为继发性 SU 药物失效者，虽然其中一些患者经胰岛素治疗几周或几个月后随着血糖控制改善，胰岛 β 细胞功能恢复和外周胰岛素敏感性增加而终止胰岛素治疗，再次换用口服药物，但大多数患者须长期维持应用胰岛素。目前已有动物（猪和牛）单组份胰岛素，最近通过基因重组又生产出人单组份胰岛素用于临床。大量的比较研究显示，人胰岛素和动物胰岛素的药效无明显差异，过敏性及免疫原性低是人胰岛素的优点，因此，对动物胰岛素过敏、体内有抗胰岛素抗体产生及皮下脂肪萎缩的患者可改用人胰岛素。对妊娠期糖尿病，新诊断的 NIDDM 及仅需短期胰岛素治疗的患者，人胰岛素的应用可能优于动物胰岛素，但值得注意的是人胰岛素致低血糖的发生率高于动物胰岛素。

长期应用胰岛素的方法有多种，常用的有：早餐前 1 次皮下注射长效胰岛素；早餐前 1 次或每日 2 次注射中效胰岛素；睡前 1 次注射中效胰岛素；三餐前给予正规胰岛素，睡前注射中效胰岛素和持续皮下输注胰岛素等。目前尚缺乏各种治疗方法间的比较研究，一般认为，只要注意监测血糖，随时调整胰岛素剂量，均可取得相似良好的血糖控制。主要副作用为低血糖、体重增加、钠水潴留及高胰岛素血症等。

7.13.2.2 胰高血糖素（GG）类似物 胰高血糖素是胰岛 A 细胞合成分泌的一种多肽激素，在糖尿病病理生理过程中起着重要作用。在胰岛素相对或绝对缺乏的情况下，胰高血糖素刺激肝糖原分解和糖原异生作用的增强。胰高血糖素主要经其受体活化 cAMP 系统和肌醇—磷酸途径而发挥效应，因此应用与胰高血糖素结构相似的类似物竞争性地与胰高血糖素受体结合，但不活化受体，不启动靶细胞反应，则可阻断胰高血糖素对肝脏糖代谢的影响。目前开发的作用较强的胰高血糖素拮抗剂为 1－α－三硝基酚组氨酸，12－高精氨酸胰高血糖素和 des－组氨酸－（Glu^9）－GG 酰胺。今后尚须开发作用更强的长效制剂及进行大量的动物实验，此外，胰高血糖素拮抗剂对于易于发生酮症酸中毒的动物生酮作用亦需进一步研究，其在非胰岛素依赖型糖尿病患者中的临床应用价值有待评价。

8 疗效评定标准

1993 年卫生部发布的《中药新药临床研究指导原则》第一辑中对本病的疗效制定标准规定如下。

显效：治疗后症状基本消失，空腹血糖 < 7.2mmol/L（130mg/dl），餐后 2 小时血糖 < 8.3mmol/L（150mg/dl），24 小时尿糖定量 < 10.0g；或血糖、24 小时尿糖定量较治

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

疗前下降 30%以上。

有效：治疗后症状明显改善，空腹血糖 < 8.3mmol/L（150mg/dl），餐后 2 小时血糖 < 10.0mmol/L，24 小时尿糖定量 < 25.0g；或血糖、24 小时尿糖定量较治疗前应下降 10%以上。

无效：治疗后症状无明显改善，血糖、尿糖下降未达上述标准。

9 调摄护理

临床实践表明，消渴病患者除早期诊断及有效的药物治疗外，学会自我调护对消渴病康复具有重要意义。

9.1 节 饮 食

过食肥甘、醇酒炙煿是消渴病发病的重要因素之一，因此节制饮食在消渴病的调护中占有相当重要的位置。因此，对消渴病患者来讲，无论是采取什么治疗方法，不管形体、年龄及证候类型如何，合理的饮食控制才是治疗成功的前提。消渴病的饮食调摄通常包括选质、限量和定时用餐等方面的内容。选质是指选择一些既能补益精气，营养身体，增强体质又不致使血糖升高的食物，如可经常食用荞麦面、玉米面、燕麦面、高粱米、绿豆、海带、菠菜、芹菜、韭菜、豆芽、萝卜、白菜、豆制品等；蛋白质食品食瘦肉、奶制品及蛋类为主；水果类中，不宜食含糖量较高者，如葡萄之类，宜选择含糖量较低，果汁丰富，酸味较浓，凉爽可口，可助消化的水果，如鸭梨、广柑、橘子、苹果、李子等。限量是指限制消渴病患者每日主食的摄入量。一般认为，按体力需要，休息的患者每日进主食 200～250g；轻体力劳动者，每日进主食 250～300g；中等体力劳动者 300～400g；重体力劳动者 400g 以上。每天荤菜 150g 左右，蔬菜 250～500g 或更多，烹调用油 20g。定时用餐是指在上述选质、限量的基础上，合理安排用餐时间。一般强调 1 日要保证 3 餐。3 餐的主食量可作如下分配：早餐 1/5，午餐 2/5，晚餐 2/5，或者各按 1/3 量分配。对于注射胰岛素或口服降糖药物的患者，每日最好进食 5～6 餐，可以从正餐中匀出 25～50g 主食作为加餐，特别是上午和夜间临睡前加餐十分必要，因为早餐前胰岛素用量偏大，往往在上午 10～11 时出现低血糖反应。晚餐前应用含锌胰岛素也很容易引起夜间低血糖。使用中效胰岛素者，下午 3～4 时加餐也很重要。临睡前加餐，除主食之外，最好再加些蛋白质食品，如鸡蛋、豆腐等，这对防止后半夜的低血糖反应极为有利。但是饮食控制特别强调因人制宜，既要保证身体所需的营养，又不控制太过，并戒除烟酒、浓茶及咖啡等。

9.2 慎 起 居

消渴病常因外感而发病，或使病情加重。现代研究表明，正常人遇到寒冷体内交感神经处于兴奋状态，肾上腺素分泌增多，可促使肝糖原分解为葡萄糖，随之胰岛素分泌也相应增加，并能促进肌肉细胞大量摄取葡萄糖，以产生热量。消渴病患者体内相对或绝对缺乏胰岛素，不能与肾上腺素相抗衡，导致血糖持续处于高水平状态。另外，胰岛素缺乏使肌肉摄取葡萄糖的能力下降，因而机体产热量不够，使患者耐寒能力降低容易患感冒，造

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

成消渴病的反复波动。因此，消渴病患者日常生活应保持一定规律，起居有常，睡眠充足，动静结合，劳逸适度，避免外邪侵入肌体。

9.3 调情志

中医学认为，情志因素与消渴病的发生发展有着密切的关系，调节情志可以消除内郁之火，解除消渴病诱发因素，是怡养消渴病的重要内容之一。临床实践表明，许多患者每当表现紧张、焦虑、悲观失望时，使用降糖药物效果降低，或根本无效。实验研究也证明，当情绪波动时，因应激状态可致胰升血糖素、肾上腺素分泌增加，从而拮抗胰岛素的作用，导致血糖升高。因此在日常生活中，消渴病患者应避免太过或不及的情志变化，保持平和的心态，使精神内守。切忌恼怒、郁闷、忧思、避免惊恐。

10 康复

康复医学在消渴病的治疗中占有相当重要的地位。康复疗法是消渴病总体防治方案的重要组成部分。一般患者经过治疗病情稳定后，长期处于康复阶段，因此通过饮食、运动、心理、药物等康复手段，减轻甚或清除消渴病症状，控制并发症的发生、发展，必将为消渴病患者带来最大程度的幸福。

10.1 药物康复

消渴病多有宿根，病难速愈，经过一段时间治疗，即使“三多一少”症状消除，血糖暂时恢复正常，也不能立即停药。此时宜根据患者个体情况，继续服用不同的药物。若仍见有肺胃热盛证候者，可继续服用白虎加人参汤(《伤寒论》)；渴甚者，宜服玉泉丸(《杂病源流犀烛》)；素体气阴两虚者，可长期间断服用生脉饮(《内外伤辨惑论》)；脾虚证候明显者，宜服七味白术散(《小儿药证直诀》)；肾阴亏损未复者，应坚持服六味地黄丸；阴阳两虚证候尚存者，可长期间断服用肾气丸。

10.2 饮食康复

饮食是维持健康的物质基础，从这种意义上来讲，消渴病患者的饮食除限制甜食外与非消渴病患者的饮食结构应该是基本一致的。饮食康复的目的是使患者的进食与日常生活规律相适应，使吃进去的食物与消化过程相一致，提高机体对食物的消化、吸收和利用，使其所释放的能量及营养及时满足身体的需要，从而达到维护身体健康和提高劳动效率的目的。饮食康复应以患者体重的改变、健康状况、活动能力、发育状态等总体情况作为参考条件，必要时加以适当调整，而不是单凭患者血糖和尿糖值的高低来作为调节饮食的指标。对消渴病患者，尤其是对并发水肿的患者，日常饮食除应遵循一般的饮食康复原则之外，更要注意少食盐。对于病情较轻及肥胖的患者，总进食量应比病前进食量稍低，以减少碳水化合物的主食为主，可适当补充一些蔬菜。对于中度和重型消渴病患者，在药物治疗的同时也要注意饮食调整。这类患者的身体通常比较消瘦和虚弱，用药初期饮食不必控制，如需要控制主食，应适当补充蛋白质、维生素和矿物质，这对促进代谢具有积极意义。对于老年患者，可适当增加一些高蛋白、低脂肪，清淡而富有营养的食品，这样即可

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

补充蛋白质的需要，又不致使血糖、血脂升高，既有利于肠胃的吸收，又无膩膈滞胃之弊。除此之外，消渴病患者应忌食辛辣刺激食物。

10.3 运 动 康 复

运动是消渴病患者不可缺少的康复手段之一，对主要从事脑力劳动及形体肥胖者，运动康复显得尤为重要。实践表明，运动对消渴病的康复有许多好处，其中主要表现为运动锻炼可以增强体质，解除紧张的精神状态，使人思想开朗，精神愉快，有利于消渴病的康复；其次运动锻炼可以使肥胖者减肥，保持正常体重，增加对胰岛素的敏感性。再者运动可以促使肌肉和组织对糖的利用，从而降低血糖，减少血糖，并减少胰岛素的需要量。运动康复的方式方法多种多样，可根据患者自己兴趣爱好选择。运动锻炼原则上宜在饭后1小时左右进行，运动量及运动时间应逐渐增加。

10.4 心 理 康 复

心理因素与消渴病的发生发展和康复有密切关系。近年来，随着心身医学的发展，人们越来越重视心理因素和社会因素在消渴病治疗及康复中的作用。研究表明，消渴病常因精神心理因素激发或加重；反之，情绪稳定，精神愉快，消渴病症状就会减轻，血糖也相对稳定。从这种意义上可以说消渴病也是一种心身疾病。因此，在临床上应根据患者年龄、性别、职业、性格特点及文化修养、疾病性质，分别采用不同的心理疗法，从而调动患者的主观能动性，使之心情愉快，情绪乐观、稳定。这样有利于病情的长期稳定，可减少并发症的发生发展，提高生活质量，使消渴病患者享受与健康人同样的生活乐趣。

【近代研究】

1 理 论 研 究

1.1 病证名称与定义

1.1.1 病证名

中医学是通过临床症状和体征对病证进行认识的，因此对某一病证的认识都有一个较长的发展认识及修正过程。消渴病证也是如此。《内经》首先提出消渴之名，并有“消中”、“消瘅”、“肺消”、“膈消”等不同名称。张仲景在《金匮要略》中始立消渴病专篇，但其未能划清病与症的界限。当时消渴一词既指后人所称之消渴病，又包涵了外感热病伤津而致的烦渴多饮之症。唐代甄之言《古今录验方》记载有“渴而饮水多，小便数……甜者，皆是消渴病也”。尿甜的发现是个关键，它使消渴病得以从“消渴症”中独立出来，成为一个独立的病名。这时的消渴病已经基本相当于现在西医的糖尿病。

1.1.2 定义

消渴病是由先天禀赋不足，饮食不节和情志失调等原因引起的，以气阴两虚为基本病理变化，以口渴多饮、多食易饥、尿多而甜、消瘦乏力、血糖升高为临床特征的一种疾病。本病具有相对独立的发生、发展和演变规律，多见于中老年人及形体肥胖者。是一种

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

常见病，也是难治病证。若病情迁延则可由轻而重，自上而下，阴损及阳，阴阳两亏并发诸症，甚或危及生命。该病已成为威胁人类生命健康的主要疾病之一。

1.2 病因病机研究

1.2.1 现代医家病因病机认识撷粹

消渴病之病机，传统观点以阴虚燥热立论，且以阴虚为本，燥热为标。但是建国以来，特别是20世纪80年代以来的研究成果表明，消渴病的病机远不止阴虚、燥热两端。随着研究的不断深入，古今医家提出的气虚、血瘀学说在消渴病发病机理研究方面越来越受到重视，进而提出气阴两虚是贯穿消渴病全过程的基本病理变化，瘀血阻滞是发生并发症的重要病理环节的论点。这不仅丰富了中医学理论宝库，使中医学对消渴病病机学说的认识发展到一个崭新阶段，而且也为消渴病的治疗开辟了新的思路。

1.2.1.1 阴虚燥热论 阴虚燥热论是传统观点中消渴病的病机核心，并以阴虚为本，燥热为标。其病理变化为阴津亏耗，燥热偏盛，两者常互为因果。燥热之邪必然灼伤津液，津伤日久导致阴虚不能制阳，虚热内生，则燥热更甚，两者相互作用，形成恶性循环。虽然导致阴虚燥热的原因可有多种，但消渴病一旦形成则殊途同归。其中阴虚包括肺胃阴津亏耗与肾之阴精亏虚；其燥热多属胃火偏盛，亦有阴虚火旺所致者。因燥热易除，阴精难复，阴精不复，虚火又生，故当以阴虚为本，燥热为标。在上述理论基础上，有学者提出阴虚燥热是消渴病初期的病理变化，似较切合实际，可供研究者参考。

1.2.1.2 气阴两虚论 消渴病病程漫长，从发生到临床表现多有一个过程。因此临床就诊的患者绝大多数表现为气阴两虚证。临床实践表明，任何具有三多一少证候的患者，亦必定会有汗出、乏力、气短等症状。反过来，临床确有许多消渴患者不表现为三多一少证候，只有气短乏力、动则汗出等症状。众所周知，三多一少的证候，主要反应阴虚热盛的病理，而气短乏力、口干、动则汗出则主要反映气阴两虚的病机。因此，尤新生在全国第二届消渴病学术会议上提出：在消渴病的全过程中，尽管可以出现燥热、阳虚、血瘀等不同的病理变化，很显然这些变化均是阶段性的，惟有气阴两虚才是贯穿消渴病全过程的基本病理变化。还有学者认为气阴两虚以消渴病日久为多见，临床上气阴两虚为消渴病中期的主要见证，可供研究者参考。

1.2.1.3 阴阳两虚论 消渴病之病机，阴虚固然重要，但阳虚亦是本病的主要病机之一。人之阴阳互根，相互依存，消渴病迁延日久，阴损及阳，或由气虚日久，伤及阳气导致阳虚，或因治疗失当，过用苦寒伤阳之品，终至阴阳俱虚，阳虚不能蒸腾津液，津液不复上升，直入下窍，则发消渴病。若脾阳虚，肾阳衰败，水湿潴留，浊毒内停，壅塞三焦则出现全身浮肿、四肢厥冷、纳呆呕恶、面色苍白、尿少尿闭等症；若心肾阳衰，阳不化气，水湿浊邪上凌心肺，则出现胸闷，心悸，水肿喘促，不能平卧，甚则突然出现心阳欲脱、气急倚息、大汗淋漓、四肢厥逆、脉微欲绝等危候。若阴津极度耗损，阴不敛阳，虚阳浮越，可见面赤烦躁，头痛呕吐，皮肤干燥，目眶下陷，呼吸深长，有烂苹果味。因此，有学者认为阴阳俱虚者，多见于消渴病之后期，以致病情复杂，变证丛生。

1.2.1.4 脾胃虚弱论 脾位于中焦，为气机枢纽。脾主运化，水谷精微须经脾气散精才能上输于肺。若脾气不足，水谷精微不能运化吸收则肺肾之阴皆失补充，故可致肺

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

燥、肾亏。又脾主肌肉，脾虚则肌肉失于濡养而见消瘦乏力。脾虚水湿不运，湿邪内生，湿郁化热，湿热交阻，阻碍中焦气机升降，又可反过来损伤阴津的化生。蓝青强认为消渴病的病因虽有饮食不节、情志失调、劳欲过度等多种因素，但这些因素均可直接或间接地影响到脾胃，造成脾胃功能的障碍。[1]脾胃受损，一者影响运化功能，致脾失其散精之用，不能把水谷精微上输于肺，使肺津干涸，化燥生热，故需饮水自救而见口渴喜饮之症。同时，脾虚不能输津滋润于胃，胃阴不足，胃阳独旺，便可产生消谷善饥之症。二者，脾虚影响生化功能，可致阴精化源不足，肾精来源衰少以致津液不能充养形体，因而出现体倦乏力、气短、形体消瘦等症。三者，脾病其气不升，反而下降，津液趋下，注入小肠，渗入膀胱，故小便频数量多。水谷精微未经肺的宣发，变味而用，却下流原味而出，故小便混浊味甜。有学者认为脾胃虚弱，功能失常为消渴病之病机关键。

1.2.1.5 肝失疏泄论 肝主疏泄，司气机之通畅，推动血液和津液的正常运行，并调节脏腑的气机升降，以协助完成对水谷精微的消化吸收和糟粕的排出，不致于在体内蓄积而导致病理改变。若情志所伤，致肝失疏泄，气机不畅，郁而化火，木火刑金，消烁肺阴则口渴欲饮；若横逆克土，胃火内生，则消谷善饥；肝郁化火，日久必损肝阴，乙癸同源，肝阴一伤，则肾阴不能自保，肾虚无以约束小便则尿多而甜；若肝失疏泄，气机升降失常，气郁不行，瘀血内停亦可导致消渴病及其并发症。孙佳庆根据脏腑相关理论认为，消渴病虽以阴虚为本，然无肝疏之过则不可为消渴病。因肝肾乙癸同源，肝肾阴亏，肝阳亢动，上炎肺胃而致肺胃燥热，渴饮善饥；肝火下劫肾阴，致肺失滋润，治节无权。木不得制而疏泄太过，肾虚又失固摄之能，是以水液精微直趋下行而多尿味甘。因此孙佳庆认为肝在消渴病中起主导作用。[2]

1.2.1.6 瘀血内停论 20世纪70年代以来，有关瘀血内停与消渴病关系的研究取得了可喜成果，初步揭示瘀血内停是消渴病中后期及其并发症的主要病理环节之一。其瘀血的形成主要与下列因素有关：一是阴虚内热致瘀。阴虚燥热，津亏液少，势必不能载血循经畅行，加之瘀热在里，还可化热伤阴，终致阴虚与血瘀并见。二是气虚致瘀。因气为血帅，气虚无力鼓动血行则瘀。三是阳虚致瘀。阳虚则寒，寒则血凝涩导致血瘀。四是气滞致瘀。瘀血内停，津液的运行输布失常，不能发挥其正常的濡养作用，导致消渴病及其并发症的发生发展。李振中认为，因虚致瘀是消渴病特征性改变，其血瘀不仅是病理产物，而且是新的致病因素。并认为瘀血阻络是导致消渴病加重，造成并发症的主要原因。若瘀血阻于脑络可致中风；瘀血阻于眼目，则视瞻昏渺；瘀血阻于心脉可致胸痹；瘀血阻于肢体，则麻木不仁或疼痛如针刺；瘀血阻于肾络则周身浮肿。[3]冯建华亦认为，瘀血既是一个致病因素，又是一种病理产物。瘀血既可引起消渴病，病后又易产生瘀，使病情加重且易引起各种并发症，所以瘀血不同程度地贯穿于消渴病的整个过程，在其发病及其演变中起着重要作用。[4]

1.2.1.7 痰湿郁阻论 湿为阴邪，其性重浊粘滞，易阻遏气机，损伤阳气。病发于湿，郁久化热；素食肥甘，湿热内生，常困脾土，脾阳不振，运化无权，使气机升降和水液输布失常。如湿邪郁久化热，湿热相结，湿困脾土，热伤气耗津，其性炎上，灼伤肺气，耗伤肺胃之阴津而生口燥咽干；脾为湿困，运化无权，津液代谢障碍，肾失所养，封藏固摄失职，膀胱失约而致多尿。严礼信通过多年的研究认为，痰湿郁阻，气虚血瘀是消

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

渴病的主要病机。因水湿滞留中焦，困脾碍胃则生痰浊，痰浊化热，灼伤胃阴则多食易饥；又因消渴病患者多素体肥胖，“肥人多痰湿”，阻碍气血津液运行则发消渴病。[5]

1.2.1.8 毒邪蕴结论 郭教礼根据消渴病的病机转化、临床特征，综合古今医家论述和个人经验，认为消渴病发生过程及演变转归，莫不以火热蕴毒，灼损津液为病机关键。[6]毒邪乃为超常之邪，人体气血津液之运行，气机升降出入的协调，脏腑阴阳之平衡，皆以平安为要。如饮食不节，积热成毒，损伤脾胃，运化失司，脏腑经络皆失濡养发为本病；情志不遂，郁而化火，日久成毒，上灼胃津，下耗肾液随发本病；毒邪重笃，津液损伤，气机阻滞，脏腑功能失调；毒邪还可夹火、热、湿等邪久结成瘀，气血津液日渐亏乏，正衰毒深，毒深正更衰，伴发各种变证，甚则导致阴阳离绝危及生命。

综上所述，前人认为消渴病的病机以阴虚为本，燥热为标，肺、胃、肾三脏受累且以肾脏为病变中心。近代医家通过长期的临床研究认为，气阴两虚是贯穿消渴病全过程的基本病理变化，瘀血内停是消渴病中后期及其并发症的主要病理环节，病变脏腑强调肾和脾。重肾者认为，肾虚之中阴虚为常，火衰为变；重脾者从不同角度阐述了脾气虚，气机升降失常为消渴病的病机核心。从疾病进程看，正气损伤，先伤津耗阴，继则损气，终至伤阳。从虚实角度分析，初期为虚实夹杂，中期以正气虚损为多见，后期则虚中夹实，五脏皆病。

1.2.2 病因学的现代研究

当今世界上许多疾病随着人们生活水平的提高和医学科学的进步发病率逐年降低，而糖尿病则随着人们饮食结构及生活方式的改变，其发病率逐年增高。因此从20世纪80年代初期开始，我国的一些医学研究机构开展了糖尿病流行病学研究，其目的在于了解国内各民族、各地区，在不同时期、不同生活条件下，不同类型糖尿病的患病率。了解影响糖尿病发生发展的因素，进而查明糖尿病的病因及诱因，并研究其发病机制，从而有针对性地制定出行之有效的防治糖尿病及其并发症的方案，以减少糖尿病的发生发展。

1.2.2.1 遗传因素 国内外研究结果表明，糖尿病有集中于家族内的倾向。30年前上海医科大学统计糖尿病患者有阳性家族史者约占8%。1981年哈尔滨医科大学对100例糖尿病患者一级亲属中糖尿病患病率的调查，结果比非糖尿病家族高16倍。1986年山东医科大学报告240例糖尿病患者一级亲属中糖尿病患病率的调查结果，比非糖尿病家族高10倍。这些结果都说明遗传是糖尿病发病的因素之一。但须强调的是，并非糖尿病本身可以遗传、而仅是易感性可以遗传，或者说糖尿病患者的后代比非糖尿病患者的后代患糖尿病的可能性大，只要注意环境等其它因素的影响，糖尿病患者的后代并不一定患糖尿病。

1.2.2.2 年龄因素 上海及全国调查的结果显示，不论男女性别，20岁以下组糖尿病的患病率极低，仅0.2‰~0.4‰。40岁以上随年龄增长而明显上升，平均每增高10岁患病率上升10‰。其中女性60岁达到高峰，男性患病率则继续增高。可见糖尿病多发生于年长者，这可能与老年人多数较肥胖，活动较少有关。此外，西欧的统计数字表明，糖尿病患者女性多于男性。而我国上海和北京的统计数字二者无明显差异。

1.2.2.3 职业因素 一般资料显示，体力劳动者比脑力劳动者的患病率低，农民与矿工的患病率明显低于干部和知识分子。全国的调查资料显示，知识分子患病率为

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

11.83‰，干部 10.01‰，牧民 4.9‰，农民 4.24‰。可见运动强度不同及环境因素等均与糖尿病的发病有关。

1.2.2.4 饮食因素 研究资料表明，摄取总热量与脂肪量的多少与糖尿病的发病有一定关系，摄取脂肪量越多，糖尿病的发病率越高。摄取糖类多的地方糖尿病也多。如在印度本土生活的印度人，每年消费糖 4.5kg，移至南非的印度人，每年消费糖 35kg，约为前者的 7 倍，长期居住在南非的印度人，糖尿病的患病率相当高。但是在先进的工业化国家，近代高收入者很少吃大量的脂肪及糖类食品，所以其糖尿病的患病率很低，说明饮食结构与糖尿病的发病有直接关系。

1.2.2.5 体质因素 各地流行病学统计发现，体质因素特别是肥胖与糖尿病发病率之间有较强的相关性。有资料表明，糖尿病在中度肥胖者比正常体重者增加 4 倍，而在重度肥胖者比正常人增加 30 倍。患病的危险性不仅与肥胖的程度有关，而且还和肥胖的时间以及脂肪蓄积部位有关。肥胖时间越长越容易患糖尿病，脂肪蓄积上半身（腹部）比下半身（臀部），腹腔内脂肪比皮下脂肪易引起糖尿病。

1.2.2.6 情志因素 在糖尿病发生发展及复发中，情志因素所起的重要作用是近年来中外学者所公认的。众多的研究资料表明，在糖尿病人群当中，有情志因素变化的人数在逐年增多。当机体受到情志创伤时，则会分泌大量的拮抗胰岛素的激素，使血糖升高，久而久之便导致了糖尿病的发生发展。研究资料还表明，情志因素在中老年人中所占比例较大，儿童和青少年比例较小，进一步肯定了情志因素与糖尿病之间的联系。

除上述因素外，妊娠、药物、应激、环境等亦与糖尿病的发病有密切关系。特别是精神情志因素所致肝之疏泄功能失常而诱发或加重糖尿病者，应引起广大医生和患者的高度重视。

2 临床研究

2.1 证候与辨证规律的研究

任何病证都具有一定的证候表现。临床诊断时，一般都是先从个别的症状着手，然后综合全面证候进行分析，以求明确诊断。消渴病的证候表现，是消渴病辨证的重要依据，它是内在病理变化的具体反映，所谓“有诸内，必形诸外”，同一症状可由不同病机引起，而相同的病机亦可产生不同证候。因此临床上认真鉴别症状的异同及轻重的差异，并分析其病机变化，对于正确地辨证论治具有重要意义。

2.1.1 临床症状的观察与总结

消渴病以口渴多饮、消谷善饥、尿多而甜、形体消瘦为典型特征，因此，对消渴病患者临床症状的观察，除望神色、望形态之外，要特别注意口渴症状的有无、轻重；并对其饮食物的质量以及小便的次数、质量、色味等进行详细地询问和了解。

一般而言，口微渴，为燥热不甚，津伤未甚；烦渴欲饮，为肺胃燥热炽盛，津液受伤较甚；渴不欲饮，为痰湿内阻，津液不能上承之征；渴饮不甚，是轻度伤津或瘀血内阻，津液输布障碍的表现。消谷善饥，兼见口臭便秘，为胃火亢盛；多食易饥，兼见大便溏泻，为脾弱胃强，脾之运化功能减弱；饥不欲食，为胃阴不足，虚火内扰。尿频量多色

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

黄，为燥热伤肺，宣发肃降功能失职；尿频量多，色清，为命门火衰，膀胱失约；尿频量多，混浊如膏，甚则饮一溲一，为肾阳亏虚，精关不固；尿频量少，但无烧灼感，为肾之阴阳两虚，肾阴亏虚则尿少，肾阳虚不能约束小便则尿频；尿有烂苹果味，多为消渴病之危绝症。形体肥胖，少气无力，为形盛气虚，常多痰湿；形体干瘦，肌肉瘦削，常为阴津不足，虚火消灼之征。

2.1.2 舌象与脉象的观察

消渴病发生的不同病因，发展过程中各个阶段的不同病机，邪热伤津的轻重程度，均可从舌象的变化上反映出来。因此，消渴病之舌象不仅是辨证上区分病因、分析病机的重要依据，而且对于掌握消渴病的动态变化，判断发展转归及轻重预后等具有重要的指导意义。

消渴病之舌象包括舌质与舌苔两部分，其诊察要点为：舌淡红而干，为气阴两虚，津液受损之征；舌红少津或舌苔光剥，多见于消渴病之后期，阴虚火旺较为严重者，肺肾阴虚、肝肾阴虚、肺胃燥热者均可见此舌象；苔薄黄不燥，为燥热较轻，津伤不甚，病位偏于上；苔黄干燥，为肺胃燥热，阳明热盛之征，热在上焦时多见此舌象；苔薄而干，多为素体阴虚，或治疗失当，阴津已伤；苔白厚腻，多为痰湿阻碍气机，浊气不化之征；苔白厚而干燥，为湿邪不化，津液已伤，气伤不能布津；舌淡苔黄腻，为脾虚湿热内阻之征；舌胖苔黄厚，多见于脾虚，胃肠积热，燥热伤阴损及脾胃者；舌质黯，苔薄白，为肝郁气滞之象；舌质黯红，多因阴虚日久，津液耗伤，导致津枯血燥，血行壅滞所致；舌绛而干，为肾阴亏损；舌质红嫩无苔，为肝肾阴虚；舌淡苔白而干，为阴虚日久，阴损及阳，致阴阳两虚，多见于消渴病中晚期阴阳两虚者；舌质紫黯有瘀斑多为瘀血内停之候。

脉象也是消渴病证候学的重要组成部分。一般而言，洪数脉为燥热伤肺，津伤不甚；滑实有力脉为胃热炽盛；滑数脉为痰食停滞、燥热所伤；弦细脉为肝郁气滞或燥热伤肝所致；弦滑脉常见于肝郁化热，或燥热伤阴损及心脾，或并发眩晕、黄疸等病症；沉弦脉为肾阴不足、胆火上升和阴虚阳亢之征；细涩脉为瘀血内停；沉细无力脉多见于消渴病之后期，阴津耗损，阴损及阳，气阴两伤或阴阳两虚。

2.1.3 危绝症与病势转归

严格地讲，消渴病本身并没有危症与绝症。只有当并发急性并发症，特别是见有暴渴，尿有烂苹果味，伴有头痛，头昏，恶心呕吐，呼吸深快，大汗淋漓，脉数疾，或尿少，或神昏，或虚脱等证候时，则应考虑为消渴病之危绝症。

消渴病的转归，取决于调养与治疗两个方面。调治得法者，虽不能根治，但可以控制病情的恶化，带病延年。若调养不当，或失治误治，则可由轻而重，由浅入深，形神俱损出现各种并发症。

传统中医理论多将本病分为上消、中消、下消论治。一般认为上消轻，中消重，下消危。此外，古代医家通过长期的临床观察，对消渴病危绝症与病势转归的判断积累了丰富经验，至今仍有一定的指导意义。

三多--少证候进行性加重，表明气血大伤，正气衰微，预后不良；小便其色如浓油，上有浮膜，味甘甜如蜜，或气泡较多，证明尿中含糖量较高，预后较差；患者出现神志恍惚、嗜睡、烦躁、痈疽、水肿、泄泻等证，表明阴阳俱虚或阴阳不相维系，均属病重之表

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

现；患者由多食突然转为不能食，甚或伴见恶心、呕吐，为胃气败绝之危候；脉象由实大数转为细小浮短者，为阳气虚浮，不能内守之危象；中年以后发病者，一般预后较好；青少年发病者，通常预后较差。

2.2 证候学的现代研究

2.2.1 证候研究现状

消渴病虽然是一个独立的内科疾病，但同时又是多系统、多脏腑功能损伤的综合征。由于患者体质有差异，病程有长短，临床表现错综复杂，因而有学者主张从三消进行分证，或以脏腑、阴阳、气血分证。

据文献统计，截止目前，有关消渴病的中医辨证分型已达百余种。如第4版中医院校教材《中医内科学》将消渴分为：上消—肺热津伤；中消—胃热炽盛；下消—肾阴亏虚、阴阳两虚。方药中等主编之《实用中医内科学》将消渴分为：肺胃燥热、肠燥津伤、肝肾阴虚、阴阳两虚、脾胃气虚、湿热中阻。王永炎主编之《临床中医内科学》将消渴分为燥热伤肺、肺胃燥热、脾胃气虚、湿热中阻、肠燥伤阴、肝肾阴虚、阴阳两虚。中华人民共和国中医药行业标准——《中医病证诊断疗效标准》将消渴分为燥热伤肺、胃燥津伤、肾阴亏虚、阴阳两虚、阴虚阳浮。《中药新药临床研究指导原则》将消渴病分为阴虚热盛证、气阴两虚证、阴阳两虚证、血瘀气滞证。彭述宪将消渴病分为5型：肺胃热盛，津液受灼；肾虚精亏，固摄无权；湿热困脾，津不上承；脾气虚馁，津不上承；肝火灼胃，津伤作渴。[7]张淑婷等总结400例消渴病患者的治疗经验，将本病分为6型：肺胃阴虚型、胃热型、肾气虚型、混合型、湿热型、痰湿型。[8]乔玉秋等通过研究认为，中老年消渴病的症状特点为形体肥胖，渴饮多不显著，主张从痰论治，并分3型进行治疗：痰湿中阻、痰热内扰、气虚痰阻经络。[9]在上述传统消渴病辨证理论基础上，吕仁和在全国第二届消渴病学术会议上提出：消渴病系慢性进行性加重的终身性疾病，中医应分阶段、分层次综合辨证治疗才能获得较好疗效。通过885例老年消渴病的总结分析，将消渴病分为5期16种证候。1期——阴虚期（临床前期）：阴虚肝旺；阴虚阳亢。2期——阴虚化热期（临床期）：胃肠结热；肺热化毒；肝郁化热；脾虚湿热。3期——气阴两伤期（合并症早期）：燥热不除，肾气阴伤；气阴两伤，络脉失养；气阴两伤，损及脾肺；气阴两伤，损及心脾；气阴两伤，湿浊中阻；气阴两伤，肝郁血瘀。4期——阴阳气伤期（合并症中期）：阴阳气伤，痰气瘀阻；阴阳气伤，宗筋失养；阴阳气伤，筋肌失养；阴阳气伤，胃肠失养。5期——合并症危重期。

尽管目前消渴病辨证分型纷繁复杂，但是得到大多数学者公认的，也是临床见证率较高的，可概括为以下4种证候：阴虚燥热证：本证多见于消渴病的早期，临床见症率约占患者的50%左右，老年患者由于病情隐匿，发病缓慢，此证多不显著；气阴两虚证：文献报告，80%以上消渴病患者见有此证，并且气阴两虚证候可贯穿于消渴病的始末；瘀血内阻证：本证多见于消渴病的中后期，其中以屡治不愈，兼有多种并发症者最为常见。初中期见症率约占患者的35%左右，后期可占患者的60%左右；阴阳两虚证：多见于消渴病晚期重症患者，以合并肾病者最为多见，约占患者的20%左右。[10]上述4种证候以气阴两虚证最为常见，也是消渴病向愈与恶化的转折点。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.2.2 证候诊断量表

祝谌予等通过5年对上千例消渴病人的观察，拟定了如下消渴病辨证及分型标准：

(1) 辨证标准

①阴虚：具备以下3项者即可辨证为阴虚：咽干口燥，五心烦热，手足心热，骨蒸潮热，盗汗，舌红无苔，少津或苔薄白，脉细或细数。

肾阴虚：具备阴虚证又有以下3项者：腰脊酸痛，腰膝无力，足跟疼痛，耳鸣耳聋，牙龈萎缩，齿摇齿落，尿有余沥，尿失禁或尿混浊，遗精。

肝阴虚：具备阴虚证又有以下两项者：胁肋疼痛，视物模糊，眼睛干涩。

心阴虚：具备阴虚证又有以下两项者：心悸，失眠，健忘，多梦。

肺阴虚：具备阴虚证又有烦渴多饮者。

胃阴虚：具备阴虚证又有舌光绛无苔或舌苔剥脱、或恶心干呕者。

②火旺：具备以下两项者即可辨证为火旺：口苦，口渴多饮，舌干少津，大便干结。

心火旺：具备火旺证又有以下两项者：心烦，失眠，溺赤；或具有火旺证又见口舌生疮者。

肝火旺：具备火旺证又有以下两项者：头痛眩晕，烦躁易怒，耳鸣，面红目赤。

胃火旺：具备火旺证又有以下两项者：牙龈肿痛，牙宣出血，消谷善饥，脘痛如灼，口臭，舌苔黄燥或黄腻。

肺热：具备火旺证又有以下两项者：咳嗽无痰或黄痰，烦渴多饮。

③气虚：具备以下3项者即可辨证为气虚：气短、乏力、自汗、舌淡或舌胖、舌边齿痕、脉弱或脉细弱。

肺气虚：具备气虚证又有以下两项者：语声低微，懒言。

心气虚：具备气虚证又有以下两项者：心悸，怔忡，脉结代。

脾气虚：具备气虚证又有以下两项者：面色萎黄，食少腹胀，浮肿或便溏。

④阳虚：具备以下5项者即可辨证为阳虚：自汗，乏力，气短，畏寒肢冷，舌质淡胖，脉细弱或沉弱。

肾阳虚：具备阳虚证又有以下3项者：腰脊酸痛，腰冷，腰膝无力，足跟疼痛，耳鸣耳聋，牙龈萎缩，齿摇齿落，滑精，小便失禁，尿清长，尿清余沥；或具备阳虚证又见阳痿；或具备阳虚证又见夜尿多。

心阳虚：具备阳虚证又见心悸、怔忡、脉结代。

脾阳虚：具备阳虚证又见便溏、腹部怕凉。

⑤血瘀：具备以下3项者即可辨证为血瘀：面有瘀斑，上肢痛，下肢痛，心前区痛，肢体麻木，半身不遂，月经血块多，舌黯，舌有瘀斑，舌下静脉青紫或怒张。

⑥血热：具备以下两项者即可辨证为血热：鼻衄，身痒，月经提前，月经量多色鲜红，舌红绛，皮肤疖肿，身躁热。

(2) 分型

阴虚型：见阴虚证及不同脏腑见症。

阴虚火旺型：见阴虚证、火旺证（血热证）及不同脏腑见症。

气阴两虚型：见气虚证、阴虚证及不同脏腑见症。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

气阴两虚火旺证：见气虚证、阴虚证、火旺证（血热证）及不同脏腑见症。

阴阳两虚型：见阴虚证、阳虚证及不同脏腑见证。

阴阳两虚火旺证：见阴虚证、阳虚证、火旺证（血热证）及不同脏腑见症。

血瘀型：血瘀症状不同程度地出现于上述6种证型中。如气阴两虚兼有血瘀、阴虚火旺兼有血瘀等等，但以血瘀为主要症状者即可定为血瘀型。[11]

吕仁和等对1504例消渴病患者的临床症状及并发症进行了调查统计，并在此基础上提出消渴病中医辨证及分型标准。

（1）辨证标准

气虚证：①神疲乏力，②气短懒言，③自汗，④舌胖或有齿印，⑤脉细弱无力。具备3项可诊断。

阴虚证：①咽干口燥，②大便干结，③五心烦热或手足心热，④盗汗，⑤舌质红或舌红少苔，⑥脉细数或弦细。具备3项可诊断。

阳虚证：①畏寒肢冷，②腰腹怕凉，③面足水肿，④夜尿频多，⑤舌胖淡苔润，⑥脉沉细无力。具备3项可诊断。

肾虚证：①腰膝酸疼，②耳鸣或耳聋，③齿摇或齿落，④尿有余沥，⑤性功能减退或阳痿遗精，⑥尿17羟、17酮含量降低。具备2项可诊断。

脾虚证：①食欲减退，②大便溏泻，③食后腹胀喜按，④面色萎黄，⑤肌瘦无力，⑥尿木糖醇排泄量减少。具备3项可诊断。

肺虚证：①易感冒，②语声低微，③干咳或久咳痰白而稀，④动则气短，⑤肺功能减低。具备2项可诊断。

肝虚证：①头晕目眩，②视物模糊，③双目干涩，④肢体麻木或抽搐。具备2项可诊断。

心虚证：①气悸气短，②胸闷，③失眠多梦，④脉细弱或结代，⑤心功能减低。具备3项可诊断。

燥热证：①烦渴多饮，②多食易饥，③大便燥结，④口苦口臭，⑤牙龈肿痛或溢脓血，⑥舌红苔黄，⑦脉滑数。具备3项可诊断。

血瘀证：①胸闷疼或刺疼、疼痛固定，②四肢麻疼或半身不遂，③口唇或肢端紫黯，④舌黯或紫黯有瘀斑或舌腹静脉紫黯怒张，⑤甲皱微循环异常，⑥血流变异常，⑦血小板聚集增高，⑧脑CT或心肌扫描示有血管栓塞。具备3项可诊断。

气滞证：①胸胁胀闷，②胁疼口苦，③急躁易怒或情志抑郁，④脉弦。具备2项可诊断。

痰湿证：①胸闷脘痞，②纳呆呕恶，③形体肥胖，④头身沉重，⑤舌苔腻。具备2项可诊断。

湿热证：①尿频尿急，②尿热尿疼，③阴部瘙痒，④尿浊白带，⑤舌苔黄腻，具备①②⑤为膀胱湿热。具备③～⑤为肝胆湿热。

热毒证：①皮肤疖肿，②身热咽痛，③白细胞及中性粒细胞均增高，④血培养有细菌生长，⑤舌红苔黄。具备3项可诊断。

（2）临床分型

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

上述各种证候临床上单纯存在者较少，多是几种证候同时共存，从1504例消渴病统计结果看，以下5型多见。

阴虚型：阴虚证+肝肾虚证

阴虚化热型：阴虚证+燥热证

气阴两虚型：气虚证+阴虚证+血瘀证+不同脏虚证

阴阳两虚型：阴虚证+阳虚证+不同脏虚证。

按照上述分型标准，1504例消渴病患者，阴虚型134例，占8.9%；阴虚化热型269例，占17.9%；气阴两虚型407例，占27.1%；气阴两虚兼瘀型521例，占34.6%；阴阳两虚型173例，占11.5%。[12]

鲁万强根据消渴病基本矛盾和各病程阶段特殊矛盾的关系，在全国第二届消渴病会议上提出：消渴病的证型，随病程的发展先后依次为：气虚型、气阴两虚型、气阴虚或兼燥热或兼湿热或兼血瘀型、阴阳两虚血瘀型、阴阳两虚血瘀寒湿型。其辨证标准分别为：

气虚型：①发病年龄≥50岁或病程<1年，2分。②乏力，嗜卧或动则自汗，4分。③空腹血糖或餐后两小时血糖高于正常值，4分。④口渴而不多饮，1分。⑤肥胖而无多食症，1分。⑥空腹时易发眩晕，1分。辨证标准≥10分。辨证标准的临床意义：必须有证候②以示气虚证；必须有项目③说明消渴病的诊断无疑；其余证候不得少于1~2项。

气阴两虚型：①发病年龄≥50岁或病程在0.5~2年间，2分。②乏力，嗜卧或动则汗出，4分。③多饮或多食，4分。④空腹血糖高于正常值，4分。⑤形体消瘦或五心烦热，1分。⑥空腹易发眩晕症，1分。⑦舌干而少苔，1分。辨证标准≥14分。临床意义：必须有证候③以示气阴俱虚；必须有④说明消渴病诊断无疑；其余证候不得少于1~2项。

气阴虚燥热型：①发病年龄≥50岁或病程在1~4年间，2分。②乏力，嗜卧或动则汗出，4分。③多饮或多食，4分。④咽干舌燥或口舌糜烂或牙龈肿痛或舌红苔燥，4分。⑤空腹血糖高于正常值，4分。⑥形体消瘦或五心烦热，1分。⑦皮肤干燥或面色潮红，1分。⑧脉沉细数或脉沉细弱，1分。辨证标准≥18分。临床意义：必须有②③④证候以示气阴虚燥热的病理；必须有⑤说明消渴病诊断无疑；其余证候不得少于1~2项。

气阴虚湿热型：①发病年龄≥50岁或病程在2~6年间，1分。②乏力，嗜卧或动则汗出，4分。③腰膝酸困或多饮或多食，4分。④血脂两项以上增高或白内障或眼底动脉硬化，4分。⑤空腹血糖高于正常值，4分。⑥咽有异物感或咳吐痰涎，1分。⑦尿急尿频或尿痛或膏淋，1分。⑧舌苔黄厚腻或白厚腻，1分。⑨脉沉滑或脉沉缓，1分。辨证标准≥18分。临床意义：必须有②③④证候以示气阴虚湿热证；必须有⑤说明消渴病诊断无疑；其余证候不得少于2项。

气阴虚血瘀型：①发病年龄≥50岁或病程在3~10年间，1分。②乏力，嗜卧或活动后胸闷心悸，4分。③腰膝酸困或失眠多梦或五心烦热，4分。④心肌缺血或眼底出血或尿蛋白阳性或末梢神经炎，4分。⑤空腹血糖高于正常值，4分。⑥肌肤甲错或皮肤瘙痒，1分。⑦肢体麻木或刺痛，1分。⑧舌质黯或有瘀斑，1分。⑨脉沉细弱或沉细涩或结代，1分。辨证标准≥18分。临床意义：必须有②③④证候以示气阴两虚血瘀的病理；必须有⑤以符合消渴病的诊断；余证不得少于2项。

阴阳两虚血瘀型：①发病年龄≥50岁或病程在4~10年间，1分。②畏寒肢冷或阳痿

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

早泄或大便溏泄或自汗，动则益甚，4分。③腰膝酸困或失眠多梦或盗汗，4分。④心肌或眼底出血或尿蛋白阳性或末梢神经炎，4分。⑤空腹血糖高于正常值，4分。⑥面色晦黯或精神萎靡不振，1分。⑦肌肤甲错或皮肤瘙痒，1分。⑧舌淡胖而有齿印，1分。⑨脉沉缓或细涩或结代，1分。辨证标准≥18分。临床意义：必须有②③④证候以示阴阳两虚血瘀的病理；必须有⑤为消渴病的诊断标准；其余证候不得少于2项。

阴阳虚血瘀寒湿型：①发病年龄≥50岁或病程≥10年，1分。②畏寒肢冷或脘腹痞满或大便溏泄或阳痿早泄，4分。③腰膝酸困或失眠多梦或盗汗，4分。④心肌或眼底出血或尿蛋白阳性或末梢神经炎，4分。⑤尿蛋白阳性或肢体浮肿或尿素氮增高，4分。⑥血糖增高或正常而有消渴病史，4分。⑦面色晦黯或精神萎靡不振，1分。⑧肌肤甲错或皮肤瘙痒，1分。⑨舌淡胖而有齿印，1分。⑩脉沉细弱或细涩，1分。辨证标准≥22分。临床意义：必须有②③④⑤说明阴阳俱虚和血瘀兼寒湿内停的证型；必须有⑥说明由消渴病发展为此证；其余证候不得少于2项。

鲁万强认为上述证型内容反映了消渴病基本矛盾——气虚在消渴病发展中的位置，而辨证内容和辨证标准则体现了辨证与辨病相结合的思想，既切合临床实际，又比较规范，便于临床医师具体运用和熟练掌握。

2.3 治法研究

古人对消渴病的治疗主要依据上、中、下三消的病因、病机及证候表现的不同分而论之，治疗大法是滋阴清热。随着中医学对消渴病认识的不断深入，中医学在消渴病治法方面也取得了可喜成果。不仅重视传统的滋阴清热、补脾益肾，而且更加重视益气养阴、活血化瘀，从而丰富了中医药治疗消渴病的思路与方法。

2.3.1 滋阴清热法

滋阴清热法是指导古今医家治疗消渴病的基本法则。凡先天禀赋不足，饮食不节，情志失调等导致阴津亏耗，燥热偏盛而见三多一少，舌红少苔，脉细数者均宜采用本法治之。消渴病阴虚是本病的共性，若肺胃阴虚者宜用甘寒生津之品，方选益胃汤(《温病条辨》)等；若肾阴伤者宜用甘润滋阴填精之品，方用左归饮(《景岳全书》)等；若肺胃燥热较甚，则宜采用甘寒清热法，方选白虎汤(《伤寒论》)；若消渴病并发痈疽等见有热毒之象者，则宜配合应用清热解毒法，方用五味消毒饮(《医宗金鉴》)等。

2.3.2 益气养阴法

益气养阴法是目前临床上应用最为普遍的治疗消渴病的法则。认为气阴两虚是贯穿消渴病全过程的基本病理变化，故宜采用益气养阴法。谭一松认为消渴病久，形体消瘦，体倦乏力，乃气不足以达表所致，所以无论是高消、消中、热中，久之必耗气而形衰，故益气之品必不可少。[13]气能生津又可载津，消渴病久元气大伤，则津既不能生又难以敷布，此时若单纯滋阴生津往往难以奏效，必须参以补气之品方可达到缓解口干，减少便次的作用。

2.3.3 健脾化湿法

适用于脾失健运，痰湿中阻之证。认为脾虚是消渴病的主要病机，主张从脾论治。吕海泉认为消渴病出现多系统损害乃由津液、精微物质代谢失常所致，而益气健脾能恢复其

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

化输津液和布化精微之功能，使机体津液和水谷精微代谢趋于正常，“阴平阳秘”消渴乃止。因此强调凡消渴病患者，无论有无脾虚之临床症状均可用健脾益气法治疗。[14]乔玉秋认为中老年消渴病的证候特点为形体肥胖，渴饮不显著，以痰湿内盛，痰浊中阻，痰热内扰以及气虚痰阻等表现为主，其病机虽有虚实之分，但痰湿为其主要致病机制，在治疗上宜辨病与辨证相结合，采用化痰祛湿之法，以图治病求本。[9]蓝青强氏认为脾胃功能失常与消渴病的发病有密切关系，脾气虚弱为消渴病之病机关键，故在消渴病的防治中调理脾胃，顾护生化之源无疑具有积极的意义。并提出脾胃本身导致的消渴病，以治脾为主，其它脏腑病变导致的消渴病，可在调治该脏腑之基础上，兼予治脾。[1]此外，阴虚燥热乃为本病一个重要病理机制，养阴清热为临床一个常用治疗方法。而滋阴降火之品，性多寒凉滋腻，滋腻易碍中州，寒凉多损脾胃，故在养阴方剂中加用助脾运化之品，可防止粘滞困脾。未病之时，注重调理脾胃，勿使脏腑偏盛偏衰，一有失调征兆，即予辨证论治，更是预防本病的重要一环。

2.3.4 疏肝解郁法

这是目前临床上备受人们重视的治疗消渴病的治法之一。应用此法者认为，消渴病的发生、发展均与情志因素有关。若情志不遂，气机不畅，郁而化火或五志过极化火伤阴均可诱发或加重消渴病。卓国强从肝的生理功能，从消渴病的病因病机，从肺、脾、胃、肾与肝之间的相互关系，从消渴病变证等几个方面论述了肝与消渴病有着密切的内在联系。强调无论有无肝郁之象，往往加入舒肝理气解郁之品而收显效。[15]可供临床参考。

2.3.5 补肾固精法

补肾治本是古今历代医家都非常重视的治疗消渴病的重要法则之一。认为消渴病虽有不同的病因病机、证候类型，但关键在于肾虚，治宜补肾治本。马庆余认为肾与消渴病的发生及预后有非常密切的关系，肾的证候无不贯穿在消渴病的始终。但由于肾为水火之脏，内寄真阴而寓真阳，所以治肾要“阴中求阳，阳中求阴”。在滋阴药中适当加助阳之品，“阴得阳升，则泉源不竭。”阴损及阳，应阴阳并调，亦不能用纯阳之品，以免温燥反害肾阴。[16]

2.3.6 活血化瘀法

活血化瘀法是目前消渴病研究领域的热点问题，也是临床上常用的治疗消渴病的重要法则之一。李振中认为消渴病不仅有血瘀存在，而且是消渴病诸多并发症发生发展的原因。消渴病常因瘀血致残，甚而危及生命。所以活血化瘀法是有效防治消渴病并发症发生发展，降低患者伤残率的关键。[3]冯建华认为瘀血既是一个致病因素，又是一种病理产物。瘀血既可引起消渴病，病后又易产生瘀血，使病情加重，且又易引发各种并发症。所以，瘀血不同程度地贯穿于消渴病的整个过程中，在其发病及演变中起着重要作用。在辨证论治的基础上，把活血化瘀之法用于本病，是提高疗效和防治并发症的重要一环。并提出常用的3种活血化瘀法。一是滋阴活血法：因消渴病的病机为阴虚燥热，阴虚火盛，煎熬血液，产生瘀血，常可选一贯煎(《柳州医话》)、玉女煎(《景岳全书》)、六味地黄丸(《小儿药证直诀》)等加入活血化瘀之品；二是益气活血法：用于消渴病证见气虚兼瘀者。气虚往往会导致血液运行不畅，发生血行瘀滞，常可选用补阳还五汤(《医林改错》)、圣愈汤(《医宗金鉴》)等加减；三是理气活血法：本法用于气滞导致血瘀或由血瘀导致气滞之证，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

常用血府逐瘀汤(《医林改错》)、复元活血汤(《医学发明》)等加减治之。[4]

2.3.7 泻下润燥法

应用本法者认为，阴津亏损，燥热内生是消渴病发生的基本病理。长期过食肥甘、醇酒厚味、辛燥刺激食物损伤脾胃，脾胃运化失司，积于胃中酿成内热，消谷耗液，致使肠燥津枯，故大便燥结不通。目前临床上应用的泻下法可概括为3种，一是荡除燥结法：用于消渴病见有阳明腑实，津伤燥结之证者；方选调胃承气汤(《伤寒论》)"通下热结"而救津；二是泻下瘀热法：用于消渴病见下焦蓄血，瘀热互结者，方选桃核承气汤(《伤寒论》)；三是润肠通腑法：用于消渴病见阳明里热炽盛，肠燥便秘之证者，投麻子仁丸(《伤寒论》)。

除上述常用治法外，彭万年将仲景治疗消渴病的方法归纳为10种，并进行了详细探析。①柔肝缓急，养血复阴法：主方芍药甘草汤，适用于肝血不足，阴液亏虚型消渴病，证见口渴咽干，烦躁，脚拘挛疼痛，大便干，小便数或短少，舌红少苔，脉弦细或细数无力。②和解少阳，清泄胆热法：主方小柴胡汤，适于胆火内郁，邪热伤津型消渴病，证见心烦、口苦、咽干口渴，可见往来寒热，胸胁苦满，目眩，舌稍红，苔薄白或舌红苔黄，脉弦。③清泄胃热，生津止渴法：主方白虎汤，适于胃热炽盛伤津型消渴病，证见发热汗出，不恶寒，大渴引饮，多食易饥，心烦，甚则神昏谵语，肢厥，小便色赤，舌红，苔黄燥，脉洪大或滑数。④化气行水，兼以解表法：主方五苓散，适于水结膀胱，气化失调型消渴病，证见烦渴，或渴而口燥，饮不解渴，或渴欲饮水，水入即吐，吐后仍渴，小便不利，少腹胀满，可兼发热恶寒，汗出，苔白，脉浮或浮数。⑤养阴清热利水法：主方猪苓汤，适于水热互结，邪热伤阴型消渴病，证见发热，渴欲饮水，小便不利，心烦不得眠，或咳而呕渴、下利，舌红干少苔或无苔，脉浮数或细数。⑥润肠滋燥法：主方麻子仁丸，适用于胃强脾弱，津亏液干型消渴病，证见大便秘结，小便频数，或口渴，或腹微满，不更衣十日无所苦，舌苔微黄少津，脉浮涩或带数。⑦泻下实热，荡除燥结法：主方大承气汤，适于阳明腑实，津伤燥结型消渴病，证见潮热、汗出，易饥，口燥舌干，烦渴引饮，腹满胀痛，大便秘结，小便频数或短赤，舌红，苔黄干或焦燥起刺，脉滑数或沉实有力。⑧活血化瘀，泻下瘀热法：主方桃核承气汤，适于下焦蓄血，瘀热互结型消渴病，证见少腹急结，至夜发热，烦躁，甚则如狂，口干咽燥，大便硬，小便自利，面色黧黑或肌肤甲错，舌紫黯，边有瘀点，脉沉涩。⑨滋阴清火，交通心肾法：主方黄连阿胶汤，适于心肾不交，热炽津伤型消渴病，证见心烦不眠，口燥咽干，渴喜冷饮，舌红绛少苔，脉细数。⑩温补肾阳，滋养阴液法：主方肾气丸，适于肾阳不足，阴液亏虚型消渴病，证见消渴小便反多，"饮一斗，溲亦一斗"，腰膝酸软，畏寒肢冷或形体消瘦，眩晕耳鸣，舌淡苔少，脉沉或细数无力。[17]

张杰等根据消渴病之病机，将消渴病的治法归纳为7种。①清热育津法：此法用于长期过食肥甘厚味，辛香焦燥之品，热积于胃，腑热熏灼，消谷劫津，津失布化，无以上承，因之饮水自救；且暴饮之水，未及输布，于是直趋膀胱，变生尿液。证见通体焦燥，思冰饮凉，饮不解渴，食量暴增，唇焦心烦，坐卧不宁，消瘦乏力，大便干燥，4～5天1次，舌红苔黄燥，脉滑数等。方宗白虎汤(《伤寒论》)化裁。②益气清滋法：此法用于消渴病稍久，津液流失，液竭于内，津伤及气，气随津耗，形成津气俱损之变，此时热势虽

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

减，而阴伤不复。临床上表现为口干思饮，溲频量多，善食易饥，面皖形瘦，少气懒言，疲乏无力，肤干便结，舌红少苔，脉虚数等。方选扶脾清滋饮（自拟方）等加减。③养阴固肾法：此法用于燥热下迫，肾阴受灼，阳热内伏，致肾关开阖失于常度，关门不阖，水无底止，脱陷下行。临床上突出地表现为小便频数，尿量倍增。与此同时，复因水谷精微随尿而去，不能充养肌肉，故尿带甜味，如脂如膏，咽燥口干，形体消瘦，昏愦欲寐，舌红少苔，脉象细数等均在所必见。常用方如六味地黄丸(《小儿药证直诀》)等。④温阳滋肾法：此法用于肾阳久伤，由阴及阳，致下元虚惫，固摄无权，精微漏泄不禁，出现小溲频多，混浊如膏，唇燥咽干；复因命火衰微，府失充养，宗筋弛缓，于是腰膝酸软，悠悠不止，两腿不温，阳痿早泄，耳轮焦干及舌淡苔白腻，脉象沉细无力等症均接踵而至。方取肾气丸(《金匮要略》)等。⑤活血消瘀法：此法用于消渴病久治未愈，液灼阴消，血失濡润，不得于脉道中正常运行，涩而成瘀。临床上多表现为咽燥口干，时欲饮水，食纳增进，尿量偏多，心悸健忘，少眠多梦，形体消瘦，身倦乏力，舌紫黯有瘀点或瘀斑，舌下静脉粗大而长，脉象细涩等。方用桃红四物汤(《医宗金鉴》)等化裁。⑥扶脾升清法：此法用于消渴病治疗失当，过服寒凉清降之品，致脾胃被伤，中州乏运，清阳不升，谷气下泄，津液输布失衡，证见口干思饮，食纳顿挫，食后脘腹满胀，形体消瘦，精神困倦，四肢沉重，尿量增多，大便稀薄，舌淡苔白而干，脉细弱无力等。代表方如七味白术散(《小儿药证直诀》)等。⑦疏肝养营法：此法用于情怀不畅，隐曲内蓄，迟留不发，致肝失敷和，疏泄不利，气运逆乱，津乏输化，水液下趋。证见咽干口苦，多饮多食，尿次频多，孤僻寡欢，嗳噫太息，胁肋胀痛，舌淡红苔薄黄，脉象弦细等。方选逍遥散(《太平惠民和剂局方》)等。[18]

李良根据多年经验对消渴病的治疗采用8法治之。①清热泻火，生津止渴法：适用于烦渴多饮，随饮随渴，口干舌燥，小便频数，舌红少津，苔黄干燥，脉洪或数等症。②滋阴增液，清胃泻火法：适用于多食善饥，形体消瘦，口渴欲饮，大便干燥，舌质红，苔黄燥，脉洪数之症。③滋补肾阴法：适用于咽干舌燥，渴而多饮，尿量多而混浊，形体消瘦，舌红无苔，脉沉细数等症。④温阳滋肾法：适用于小便频数量多，或饮一溲一，尿如脂膏，面色黧黑，阳事不举，耳轮焦干，舌淡苔白，脉沉细无力等症。⑤健脾益肾法：适用于三多症状不明显，腰困肢冷，气短懒言，身体倦怠，腹胀便溏，伴见浮肿，舌质淡，苔白润，脉象沉细等症。⑥舒肝解郁法：适用于多饮而渴不止，或多食而善饥，或尿多而味甘，口苦咽干，两胁胀痛，嗳气脘满，舌质黯红，苔薄黄，脉沉涩或弦数等症。⑦滋阴生津，活血化瘀法：适用于口渴欲饮，或纳谷善饥，或小便量多而混浊，或伴有头痛，胸痛，胁痛，舌质紫黯，脉沉涩等症。⑧清热解毒，泄热护阴法：适用于三多症状不明显，并发多发性疖肿，伴心烦不眠，身热夜甚，口渴不欲饮，舌质红苔黄，脉洪或数等症。[19]

刘锋等则根据消渴病在临床上的多种表现，并根据其它兼证，结合养阴、益气、活血、祛痰湿、清热、补血、温阳、固涩等8法进行辨证论治，收到良好疗效。[20]

综上所述，可知当今中医临床有关消渴病中医治则治法的研究取得了丰硕成果，它是中医理论与临床实践相结合的产物，从而有效地指导临床，大大提高了中医药治疗消渴病的疗效。由于消渴病病同证异，变化多端，故不可偏执一法一方。此外消渴病中医治则治法在规范化、系统化方面还存在一些问题，有待于进一步研究解决。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.4 辨证用药研究

中医学认识消渴病的历史源远流长，具有丰富的经验，许多中药在临床运用中具有良好效果。特别是近 20 年来，广大中医药工作者，从临床实际出发，在整体观念、辨证论治原则指导下，运用现代科学技术手段，研制开发了许多治疗消渴病的中成药物。大量的科学研究表明，这些药物中无论是系列方药还是专方专药，无论这些药物的哪一种剂型，对改善消渴病症状和防治并发症均有一定优势，并且具有不同程度的降低血糖，改善物质代谢和微循环及调整机体免疫功能等作用，而且没有副作用，展示了中医药治疗消渴病及其并发症的良好前景。

2.4.1 用药规律浅析

有学者根据古代医书治疗消渴病证方药使用频率，提出了唐宋明清时期药物使用规律，认为麦冬、石膏、知母、黄芪、地骨皮使用频率无显著变化，地黄、茯苓、甘草、人参、山萸肉、五味子、白芍、葛根、天花粉、黄连、山药，不同历史时期使用频率有一定差异，对使用频率高的药物如地黄、山萸肉、人参的提取物进行实验研究，证明确有降血糖作用。

李育才等总结施今墨“对药”在治疗消渴病中的作用时指出，“对药”有寒温并用，有表里并用，有一阴一阳，有一气一血，有一脏一腑等等。如此配伍，每组对药，有相须相使，相互协助，增长药力者；有相互制约，抑其副作用，而展其长者；有双药配伍，另生其它药效者；有为引经，互相沟通之作用者。并认为，血糖升高，一则脾虚健运失职，饮食水谷精微蓄积所至；二则郁火内蕴，伤及气分、营血，表现为阴液不足，口渴多饮，脉洪大或滑数；尿糖增加而为阳性，属脾肾不足，中气不升，固摄失权，精微下流。但燥热内蕴，虚热迫阴津精微外泄，也当在其中。李氏还介绍了几组治疗消渴病常用的“对药”。①苍术配玄参降血糖：苍术辛苦温，入脾肾二经，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，入肺肾二经，有滋阴降火，清热解毒之能。苍术虽辛燥，配玄参可以抑其燥烈之弊而展其健脾敛精之功。既能健脾敛精，又能滋阴清热，使气复阴足，气血津液生化随之正常，糖代谢亦能恢复正常，故能降低血糖。②黄芪配山药除尿糖：黄芪甘温入脾肺二经，有补中益气升阳之功。山药甘平入脾胃肺肾四经，有益气阴、固肾精之能。二药伍用相互协同，有健脾益气生津，补肾涩精止遗之效。使脾气健旺，下元固壮，防止饮食精微的漏泄，使尿糖减少或消失转为阴性。苍术配玄参能降低血糖，黄芪配山药可消除尿糖。治疗消渴病血糖增高，尿糖阳性者，两组对药必用，这是一代名医施今墨先生及其门人祝谌予教授治疗消渴病用药独到之处。③生石膏、肥知母配人参降血糖：消渴病人经治疗后血糖不降，证见口干舌燥，烦渴引饮，脉洪大或滑数者，多为内热炽盛，气阴两伤。壮火可以食气，热盛必伤阴津，故宜清热与益气升津并用。生石膏甘辛寒，入肺胃二经，清热生津，除气分热盛所致之烦躁而渴；知母苦寒，入肺肾胃三经，清热养阴滋肾，以泻虚火，清肺胃热除烦止渴；配人参甘温，入脾肺二经，补气生津止渴。三药起协同作用，清上中下之焦之燥热，养肺胃肾三脏之阴液，大补肺脾之气，使燥热除，气阴复，糖代谢正常，血糖亦随之而降。④天花粉配生地降尿糖：生地甘苦寒，入心肝肾三经，滋补肝肾，养阴清热；天花粉甘寒，入肺胃二经，清热生津，润燥止渴。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

二药功用近似，伍用相得，则功效益彰。养肺胃肾三脏之阴津，清上中下三焦之燥热，使水升火降，气复阴足，外泄即可自止，尿糖随之减少消失转为阴性。⑤乌梅伍五倍子降尿糖：乌梅酸涩平，入肺脾大肠经，和胃生津，涩肠止泻。二药伍用，相互协同，有固中气，涩肾精，除燥热，生津止渴的功效，可使漏泄止，尿糖亦随之减少或消失。⑥丹参配葛根活血养血，生津润脉：丹参苦微寒，入心肝二经，养血活血；葛根甘平，入脾胃二经，清热生津止渴。二药伍用，相互协同，有养血活血，生津润脉之功效，用于瘀血内阻，兼有阴虚所致之心悸、胸闷疼痛、口舌干燥、舌质黯红、脉细涩或细数等症。[21]

宋福印等在介绍辛温药在糖尿病治疗中的应用时认为，湿邪为患，必用温药以化湿。素体湿盛，或感受湿邪，湿阻气机，津失上承，故发糖尿病。除湿为治，则湿邪得化，脾运得健，气行津布，非但烦渴自解，余症亦相应得缓，故常用苍术、佩兰、藿香、川朴等；情志致病，常佐辛药以开郁。情志所伤，肝气不舒，也是引起糖尿病的主要原因之一。"气有一息不运，则血有一息不行"，凡有所瘀，莫不壅塞气道，阻滞气机，二者同时存在，互为因果，进而影响水津的正常输布，从而导致糖尿病的发生、发展。治疗多采用辛味行气开郁之品，如柴胡、枳壳、香附、川芎等；中阳虚弱，非温中无以建功。本证多以理中汤加减治疗，方证合拍，药中肯綮而建功；欲阳中求阴，用温而忌燥。糖尿病日久，阴损及阳，或因治疗失当，终致阴阳两虚之证，治疗多采用肉苁蓉、巴戟天配山萸肉、枸杞子取阴阳互济，阳中求阴之意。[22]

谭道勋认为，三消均有清浊不别，升降失调的见症。所以用荷叶质地轻入上焦，开上焦肺气，配清热润肺生津之品以宣达肺气，清浊能分，使之肺气得以肃降；佩兰入中焦之脾胃，配清胃生津之药，以芳香之性，使脾气上升，胃气顺降，以致津液自复，胃热自和；萆薢入肝胃达下焦，配滋阴固肾之品使清者升，浊者降，气化功能加强，燥热自退，阴液自生，阴阴调和糖尿得除。其用各有侧重。上消以荷叶为主，中消以佩兰为主，下消以萆薢为主，视其病之转归而灵活加减应用。[23]

2.4.2 新药的开发研制

新药的开发研制，是20世纪80年代以来中医药防治糖尿病研究的热点领域。研究者不仅对传统方药进行剂型改革方面的研究与探讨，而且研制开发了许多有价值的新品种。研究方法则从整体、器官、组织细胞等水平上，探讨了复方的作用机理，从而极大地丰富了中医药防治糖尿病的研究内容。

2.4.2.1 剂型研究

用于治疗糖尿病的中药，古代主要是汤、丸、散等口服剂型。20世纪80年代以来，文献报道的还有注射、贴敷等剂型。如翁维良用活血液（由川芎、丹参、红花等组成）10ml加入生理盐水250ml静滴，10天为1个疗程，有效率为43.3%。[24]冯明秀等选用纯正中药阿魏、黄芪、人参、郁金、海龙、海马、乳香、没药、冰片等，制成糖尿膏穴位贴敷，配合针灸治疗II型糖尿病309例，获显效220例，好转78例，无效11例，总有效率为96.5%。[25]

2.4.2.2 品种研究

在治疗糖尿病传统中成药品种的基础上，20世纪80年代以来，各级医学刊物发表的治疗糖尿病的中成药新品种不断增加。由过去的一病一方发展为系列方药或中西合制。如

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

吴清和等报道，由黄芪、天花粉、生地、葛根、五味子、玉米须等中药加入优降糖制成的糖尿丸，可使降血糖作用增强，又可避免或减少优降糖的副作用。[26] 栗德林等用糖尿停胶囊（生地、人参、黄芪、天花粉、五味子、玄参、黄连等）治疗气阴两虚及阴虚热盛型非胰岛素依赖型糖尿病，总有效率为87.5%。[27] 吴仕九等用滋肾蓉精丸（黄精、肉苁蓉、首乌、金樱子、淮山药、赤芍、山楂、五味子、佛手）治疗肾虚型糖尿病130例，总有效率为87.5%。[28] 王宗根用甘芍降糖片（甘草、白芍）治疗214例糖尿病患者，总有效率73.9%。[29] 赵冠英报告用五加参降糖片（刺五加、泽泻、葛根等），每次5~7片，每日3次，治疗糖尿病24例，结果显效9例，有效9例，无效6例。[30] 安邦煜等用甘露糖尿胶囊（熟地、党参、菟丝子等）内服，每日3次，治疗非胰岛素依赖型糖尿病102例，总有效率为85.3%。[31] 程益春等用糖尿平片（黄芪、人参、天花粉、知母、葛根、天冬、五味子、沙苑子、丹参等）治疗糖尿病333例，其中轻型37例，中型195例，重型101例，结果总有效率为81.28%。[32] 邵启惠等将120例2型糖尿病人分成3组，I组49例口服活血片（丹参、当归、虎杖、蒲黄、菟蓄子、卫茅）和养阴片（黄芪、黄精、生地、麦冬、石斛、玉竹），II组35例服养阴片，III组36例为西药对照组，结果1组疗效最好。[33]

此外，还有用降糖甲片[34]、降糖舒心灵[35]、降糖丸[36]、滋燥降糖片[37]、丽仁降糖片[38]、人参降糖丸[39]等治疗糖尿病的报道，均获良好疗效。但是，截止目前，市场上治疗糖尿病的中药品种还不能完全满足飞速发展的医学事业的需要。如何在保持和发扬中医药学特色与优势的基础上，研制开发出高效、速效、经得起重复且符合国际标准的新品种、新剂型，仍是今后一个时期中医药防治糖尿病研究领域的重要课题。

2.4.3 单方验方

历代医家应用单方验方治疗糖尿病的方法甚多，现选录一部分供临床研究参考。

(1) 苦瓜干粉，制成片剂，或生食，或炒食。有效率79%。实验表明有类似胰岛素样作用。

(2) 白僵蚕，焙干为粉，每次口服2~4g，每日3次。有效率为80%。

(3) 番石榴叶、果30g，煎服。有效率在80%以上。除有降血糖作用外，还有降血脂，降血压作用。

(4) 玉米须30~60g，加水1500ml，煎至500ml，口服代茶饮，1日服完。屡获效验。

(5) 亚腰葫芦，晒干去籽，每用30g煎汤服，或制成片剂口服。有效率为80%。

(6) 荔枝核捣碎，制成散剂，每服10g，煎汤服。有效率可达80%。其作用机理是提高组织对葡萄糖的利用率。

(7) 地骨皮30g，煎水代茶，1日饮尽。有效率50%以上。可降血糖、尿糖。

(8) 取仙人掌1片（约30g），洗净，煮熟服用。

(9) 蟋蟀3只，焙黄，研细粉，黄酒冲服，每日3次。

(10) 猪胰7具，切碎煮熟，加蜂蜜500g，熬如膏，每次服15g。

(11) 田螺500g，水1500ml，水浸1夜，煮后饮汁，1日1剂。

(12) 活水蛇1条，去皮为末，天花粉末、麝香少许，蜗牛50只，水浸渍，做成丸服，姜汤下。

(13) 黑大豆炒天花粉，等分为末，糊丸梧桐子大，用黑豆汤下70丸，1日2服。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(14) 绿豆煮汁，并作粥食，或研取汁服。

(15) 生猪胰 150g，麦芽 300g，加水 1000～1200ml，煎成 600～800ml，当茶温服，每次 200ml，渴时即饮。

2.4.4 常用中成药

(1) 消渴停胶囊

主要成分：人参、黄芪、生地、天花粉、黄连等。

功能：益气养阴清热。

主治：气阴两虚及阴虚内热之糖尿病。

用法：成人每次 4 粒，每日 3 次，温开水送服，连服 1 个月为 1 个疗程。

(2) 消渴平片

主要成分：黄芪、人参、天花粉、知母、葛根、天冬、五味子、沙苑子、丹参、五倍子等。

功能：益气养阴，生津止渴，清热泻火，益肾缩尿。

主治：燥热偏盛，阴津亏耗之糖尿病，或久病阴损及阳、阴阳两虚者。

用法：成人每次 6～8 片，每日 3 次，口服 1 个月为 1 个疗程。

(3) 降糖甲片

主要成分：黄芪、黄精、太子参、生地、天花粉。

功能：益气养阴，扶正固本。

主治：气阴两虚之糖尿病。

用法：成人每次 6 片，每日 3 次口服，1 个月为 1 疗程。

(4) 三消胶囊

主要成分：黄芪、蚕蛹、玉米须、石斛、生蒲黄、仙灵脾等

功能：活血生津，固护肾气。

主治：气阴两虚，以气虚为主之糖尿病。

用法：成人每次 6 粒，每日 3 次口服，1 个月为 1 疗程。

(5) 金芪降糖片

主要成分：金银花、生黄芪、黄连等。

功能：补气健脾，清热泻火坚阴。

主治：气阴两虚，阴虚火旺之消渴病。

用法：成人每次 7 片，每日 3 次口服。

(6) 消渴降糖片

主要成分：黄精、甜菊、桑椹、天花粉、淮山药、红参等。

功能：滋补肝肾，润肺滋阴，生津止渴。

主治：肝肾阴虚之糖尿病。

用法：成人每次 6 片，每日 3 次口服。

(7) 降糖丸

主要成分：女贞子、牡丹皮、黄芪、生地。

功能：养阴滋胃，生津止渴，清热除烦。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

主治：阴虚热盛之消渴病。

用法：成人每次6g，每日3次口服。

(8) 917愈糖散

主要成分：天花粉、知母、生地黄、葛根、泽泻、石膏、黄柏等。

功能：滋阴降火，清热生津止渴。

主治：阴虚热盛之糖尿病。

用法：按说明服，或遵医嘱。

2.5 预防研究

流行病学的统计资料表明，人类将面临着糖尿病的大流行。目前全世界约有1亿多糖尿病患者和糖尿病潜在患者，每年耗费着大量医疗费用，并仍不能阻止糖尿病对人类的致死、致残作用。因此实施糖尿病预防计划已迫在眉睫。

2.5.1 预防的概念

世界卫生组织使用的预防概念非常广泛，不仅指防止发病，而且包含防止疾病恶化和发生并发症，防止由于并发症的发生给生活带来不便。所谓一级预防是指通过改善环境因素、生活方式等，防止糖尿病发病的一切活动。这里有以全体居民为对象的途径和以发病高危人群为对象的途径。所谓二级预防是以糖尿病的早期发现和早期管理为目的，将鉴别活动纳入其中，通常作为一般健康诊断的一部分来进行。所谓三级预防是指防止糖尿病并发症的发生、发展，阻止由并发症所产生的生活上的不便，治疗已经发病的糖尿病患者也包括在内。

2.5.1.1 一级预防 一级预防的目的，是在社会中广泛开展糖尿病教育，帮助糖尿病易感人提高防病意识，加强防病措施，从而降低糖尿病的发病率。

所谓糖尿病易感人，主要从以下几项指标来判断：一卵双生儿一方患糖尿病时；双亲患糖尿病时；有双亲的一方患糖尿病时，而另一方虽未患糖尿病，但与糖尿病患者有血缘关系时；生过4.5kg以上胎儿，或生过死产儿的妇女，或有反复流产史的妇女；肥胖者；长期情志过激者或抑郁者；恣食肥甘厚腻食物、缺乏运动者；长期服用温燥壮阳之品者；儿童遇有惊恐重创者；50岁以上中老年人等。

在众多的预防措施中，改变不良饮食习惯，科学地吃喝是最重要的。要想从根本上解决这一问题，只有靠社会的足够重视，长期持久地大力宣传，告诫人们食物不能吃得太精细。倡导医院糖尿病专科或相应科室增设咨询业务，有条件时协同预防部门定期对糖尿病易感人进行普查，发放健康卡。一级预防还包括全社会的广泛宣传教育、普及糖尿病知识，唤起糖尿病易感人的警觉和参与意识，把糖尿病易感人置于社会之中，增强社会交往，健全、完善自身个性，缓解心理冲突，积极减肥等。糖尿病的一级预防主要在社会及糖尿病易感人群中进行。实现糖尿病全球范围的社会预防已成为人们的共识。

2.5.1.2 二级预防 二级预防的目的，是在筛选糖尿病高危个体，以求早期诊断、早期治疗。

二级预防主要在糖尿病高危个体中进行，亦包括无典型糖尿病症状而已患糖尿病者的早期诊断。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

所谓糖尿病高危个体，是指处于糖尿病将要发生时临界状态的人群。一般事物发生质的飞跃界线往往是人为规定的，而其演变的过程是连续的。糖尿病高危个体在尚未完全形成临床糖尿病之前，已表现出一些蛛丝马迹，这使预防更具有针对性。

糖尿病高危个体或早期症状诊断可以从以下几个方面考虑：糖尿病易感人占具指标较多者，如有生产过 4.5kg 以上胎儿史的妇女，且体形肥胖，精神长期抑郁；出现口干，饮水量增加，排尿量增加，而找不到明显原因时；找不到明显原因，体重减轻，食量突然增加时；反复发生皮肤疮、疖、痈时；肢体溃疡，或创伤、手术伤口持久不愈合时；妇女外阴瘙痒；少年儿童有惊恐重创史，出现疲乏、无力、多饮、多尿时；在重大精神创伤后，有疲乏、口干时；尿有甜味，或果品气味，或泡沫很多时；饭前有低血糖反应者，即表现乏力、多汗、颤抖及饥饿感等。

以上可作为筛选糖尿病高危个体的指标，这些指标并不是每个人都具备，但一个人占具的项目越多，说明高危性越大。凡属糖尿病高危个体，应建立健康档案，医院、咨询部门或预防机构，应给他们黄牌警告，要求他们定期到医院做检查，规范某些生活行为，必要时可在医生帮助下做些预防性治疗。此外，糖尿病教育在这时显得尤为重要。

2.5.1.3 三级预防 三级预防的目的，在于最大限度地帮助糖尿病患者适应病情，防止或延缓并发症的发生，降低致残率和死亡率。

一般情况下，糖尿病病程较长，且病情控制不好时容易发生并发症，有时在糖尿病早期或轻型糖尿病人也会出现并发症，因此对并发症的预防不要等到已经发生了才受到重视，应该及早提高警惕，注意身体症状及体征的变化。

三级预防还包括积极地治疗。中药、胰岛素及一些口服降糖药在控制血糖升高方面效果显著。一些传统方法，如针灸、食疗、气功等对部分糖尿病患者亦有一定效果，因此若能发挥中医药之优势治疗糖尿病，常可收到良好效果。

2.5.2 目前对糖尿病预防存在的问题

(1) 糖尿病的诱因虽然已经比较清楚，但对目前认为的所有激发因素缺乏质（作用机制）、量（影响程度）的了解，所以无法开展针对性定量预防工作。

(2) 易感人群的确定，目前尚缺乏确切指标，除遗传因素可提醒医生提高警惕外，其它实验指标费时费力，和实验的复杂程度均不能被大面积推广应用，以寻找糖尿病的可能患者。

(3) 目前尚无特效药物来控制糖尿病及其并发症的发生和发展。

2.6 康 复

由于糖尿病致病因素的多元化，机体无序状态的多层次化，这就增加了糖尿病发生变化的复杂性。虽然现代科学早已开展了生物学属性上的多向、多层探索，但是，单纯生物学方面的研究已不能满足广大患者的要求，必须在向微观世界继续进行深入探索和研究的同时，建立起包括生物、社会、精神、心理、自然为一体的康复体系。糖尿病患者的康复大体可分为两个阶段：

2.6.1 一期康复

目的：恢复脏腑组织的功能，消除和减轻症状。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

一期康复疗法是糖尿病总体治疗方案的有机组成部分，在药物治疗和饮食疗法的基础上进行有目的的按摩、导引、体育锻炼及情志调节，可以除去部分致病因素，打破不良循环，调整、改善机体内环境，减轻部分症状和并发症，部分患者在药物、饮食疗法的基础上实施康复疗法即可达到理想的效果。

2.6.2 二期康复

目的：巩固一期康复的疗效、防止复发，益寿延年。

糖尿病病程迁延，病情反复波动，患者时常担心有可能出现比糖尿病本身更严重的并发症，使其承受沉重的心理压力，这种消极心理又使病情反复或持续恶化。所以二期康复的任务是在进一步检查并调整一期康复方案的同时，加强对糖尿病患者心理上的康复。从广义上讲，糖尿病患者心理上的康复是一个全方位的教育体系，教育内容因人而异，大致包括以下几个方面：疾病观教育、意志教育、糖尿病知识教育、协调教育、饮食教育、运动锻炼教育、情志调节教育等内容。通过上述康复措施及教育，增强患者战胜疾病的信心，使其进入并保持最佳心境，达到恢复正常工作的能力或使其延年益寿。总之，一个以预防和治疗为基础的全方位康复体系的确立，将会使糖尿病患者得到最大程度的康复和幸福。

3 实 验 研 究

3.1 辨证分型与客观指标关系的研究

目前糖尿病的中医辨证分型尚缺乏全国统一的客观标准，为了使辨证分型客观化、标准化，20 世纪 80 年代以来许多医家对糖尿病辨证分型与客观指标间的关系进行了深入研究，初步从生理、病理、生化、免疫等方面揭示了糖尿病辨证分型与客观指标间的内在联系。

3.1.1 血糖、糖化血红蛋白、血脂与辨证分型

张云如等按不同辨证分型进行观察，发现阴阳两虚型糖尿病患者血脂变化明显，42 例阴阳两虚型 23 例有 TC 升高（占 55%），27 例 TG 升高（占 64.2%），与阴虚型、气阴两虚型相比，P 值近于 0.05。[40] 高彦彬等报告：糖尿病组 BG、GHB、TC、TG、LDL－C、VLDL－C 水平均显著高于正常组，气阴两虚型的 BG、GHB 显著高于燥热伤津型和胃热津亏型，而胃热津亏型和燥热伤津型之间上述指标无显著差异。[41]

3.1.2 血浆胰岛素水平、胰岛素释放试验与辨证分型

张云如等根据 90 例糖尿病患者胰岛素释放试验，发现阴虚热盛型患者胰岛素（Ins）水平正常或偏高，提示胰岛素功能基本正常；气阴两虚型属胰岛素分泌迟缓型，提示胰岛素储备功能不足；阴阳两虚型的胰岛素水平最低，属胰岛素分泌不足型，胰岛功能受损较重。[40] 高彦彬对 120 例糖尿病患者作了葡萄糖耐量、胰岛素释放试验，结果气阴两虚型空腹血浆胰岛素水平接近正常，阴虚型高于正常，气阴两虚型 IRT 各时限血浆胰岛素值均较阴虚型下降（$P<0.01$）；气阴两虚型 OGTT 各时限血糖值较阴虚型明显升高（$P<0.01$），与胰岛素水平呈负相关。[42] 刘畅对 142 例老年前期及老年期糖尿病辨证分型与胰岛素释放曲线的关系进行了观察，结果空腹及餐后 60 分钟胰岛素释放均值依次为：阴虚

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

热盛型＞气阴两虚型＞阴阳两虚型，这3型胰岛素曲线分别呈高分泌型、普通分泌型、低分泌型。[43]

3.1.3 胰高血糖素（PG）含量与辨证分型

蒋开平等通过对中医辨证为气阴两虚型和阴阳两虚型的非胰岛素依赖型糖尿病（NIDDM，II型）空腹血PG测定值的统计分析，发现NIDDM无论是气阴两虚型或阴阳两虚型，其空腹血PG含量均高于正常，与对照组相比有非常显著性差异（$P<0.01$）；而且阴阳两虚型又高于气阴两虚型，二者有显著性差异（$P<0.05$）。空腹血IRI在气阴两虚、阴阳两虚及对照组3组中则无明显变化，相互间无显著性差异（$P>0.05$）。作者还通过观察认为，NIDDM气阴两虚型及阴阴两虚型都存在着PG高分泌状态，尤以阴阳两虚型最明显，这与糖尿病患者病重时存在着气阴两虚向阴阳两虚病机转化，阴阳两虚型患者临床表现重于气阴两虚型，及NIDDM患者血PG含量的高低与病情轻重呈平行关系相一致。故可将空腹血PG含量变化作为NIDDM患者气阴两虚及阴阳两虚分型的客观指标之一，以预测病情轻重的不同转归，从而有效地指导临床辨证论治。[44]

3.1.4 环核苷酸与辨证分型

cAMP和cGMP是生命的重要物质，具有第二信使的作用。早在20世纪70年代邝安堃就提出了血浆cAMP和cGMP含量及其比值可以作为帮助判断阴虚、阳虚指标的观点。1984年张大荣则报告了31例糖尿病，辨证分型为阴虚热盛型（7例），气阴两虚型（16例），阴阳两虚型（8例）。阴虚热盛型cAMP含量近似正常人，cGMP含量低于正常人，cAMP/cGMP比值显著升高（$P<0.01$）；气阴两虚型和阴阳两虚型表现相似，即cAMP/cGMP比值降低，尤以阴阳两虚型病人比值下降更为显著。[45]李敬林通过33例气阴两虚非胰岛素依赖型糖尿病的临床观察及实验研究发现气阴两虚型患者血浆cAMP均值明显低于正常组（$P<0.05$），且随病程延长、病情加重而减少，随阴损及阳逐渐降低，cAMP/cGMP比值随病程延长、病情加重而降低。这与中医病程越长、病情越重，症状越明显的“久病多虚”的气阴两虚证改变颇为一致。[46]

3.1.5 血液流变学、甲皱微循环、血小板聚集性与辨证分型

1982年翁维良等对44例糖尿病患者瘀血的研究中发现，用旋转粘度计在5个不同切速下测定的全血粘度值，糖尿病人与正常人之间，无论男性或女性组均有十分显著的差异；糖尿病女性患者的全血粘度值、全血比粘度、血浆比粘度和红细胞压积等项的测定值均比正常女性组高，差别十分显著。糖尿病组红细胞电泳时间较正常人组明显延长，这为糖尿病血瘀证的研究提供了可靠依据。[47]刘成等则认为糖尿病患者血瘀的程度随全血比粘度的增高而加重，二者呈平行关系。[48]马秀华等对107例糖尿病患者的观察中发现，糖尿病人甲皱毛细血管视野模糊，管袢不整齐，粗细不均匀者与正常人相比差异显著；管袢畸形及管袢迂曲扩张的数量明显多于正常人；毛细血管袢内的流态提示红细胞聚积多，袢顶出血、袢顶瘀血，乳头下静脉丛出现机率均多，血流速度较慢，线粒流较少，粒线流多，粒流也多。[49]施赛珠等对49例糖尿病患者作了血小板聚集率均值的测定，结果最大聚集率为53.04%，30S聚集率为37.8%，血瘀证型患者与无瘀证患者比较具有显著性差异（$P<0.05$）。[50]梁晓春等观察了糖尿病患者血浆TXB_2、6-酮PGF_{1a}水平、全血粘度等指标，结果患者血浆TXB_2水平较正常人显著升高；6-酮PGF_{1a}水平较正人低，但差别不显

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

著，而上述指标有瘀血证患者与无瘀血证患者比较差别显著（$P<0.05$）。[51]邵启惠则报道糖尿病患者血流变学指标与正常人相比均异常而瘀血组尤突出，且血瘀的程度随全血粘度的增加而加重，并认为全血粘度可作为血瘀的早期诊断指标。[33]

3.1.6 血 β_2 -微球蛋白、血尿酸与辨证分型

于世家报道测定33例糖尿病患者血 β_2 - MG 均出现明显升高趋势，依次为肾虚血瘀型 > 气阴两虚型 > 燥热炽盛型（$P<0.01$），并且病情越重，其水平也越高，认为可作为本病监测指标，其血 VA 水平，依次为肾虚血瘀型 > 燥热炽盛型 > 气阴两虚型（$P<0.05$），认为其符合“久病多虚多瘀”的观点，提示可作为本病肾虚血瘀型的客观指标。[52]

3.1.7 血浆皮质醇、尿17羟皮质类固醇（17-OH）、尿17酮类固醇（17-KS）、香草基苦杏仁酸与辨证分型

徐鸿达对不同证型的糖尿病患者之间进行了血浆皮质醇浓度的比较，阴虚型比气阴两虚型和阴阳两虚型明显增高。[53]焦敬贤也有相同的报道，且发现皮质醇浓度的波动范围随阴虚症状的加剧而变大。[54]李敬林对气阴两虚型糖尿病人作了 17 - OH、17 - KS、尿 VMA 测定，发现三值均比正常为高，与糖尿病患者的血浆皮质醇增高相一致。[46]张崇祥将94例糖尿病患者辨证为肺热津伤、胃火炽盛、肾气不足、阴阳俱虚4型，发现其17-KS、17 - OH、VMA 数值依次增高，认为这说明糖尿病不同证型有其不同的病理生理基础。[55]

3.1.8 血浆性激素与辨证分型

邝安堃认为雌二醇和睾酮比值（E_2/T）是反映肾虚的一个指标，其对32例男性II型糖尿病患者性激素测定表明，偏阳虚者其 E_2 升高，E_2/T 比值升高，经补肾治疗后，E_2/T显著下降，FBS 也随之下降（$P<0.01$），说明 E_2/T 的升高与肾阳虚证有一定关系。[56]其后他还对绝经后女性II型糖尿病患者的性激素水平进行了观察，发现其 E_2 与 T 的比值较正常，绝经期明显下降，偏气虚与偏阴虚差异不显著，血浆 P_1、E_1 浓度在两组间变化亦一致。[57]

3.1.9 甲状腺激素与辨证分型

不同证型的糖尿病患者与甲状腺功能状态有密切关系。张崇祥将94例糖尿病分为肺热津伤型、胃火炽盛型、肾阴不足型、阴阳两虚4型，测定 T_3、T_4，结果 T_3、T_4 依次降低，而以 T_3 较为显著。[55]其后孙光对84例糖尿病患者分别测定 T_3、T_4，结果肺胃热盛型血清 T_3、T_4 与健康人组无显著差异；肾阴亏损型 T_3 含量明显低于正常，T_4 含量与健康人组无显著性差异；阴阳两虚型 T_3、T_4 含量均显著低于健康人（$P<0.01$），因此认为随着病程延长，虚损程度增加，甲状腺功能逐渐低下。[58]

3.1.10 免疫学指标与辨证分型

郎江明报告，外周血 T 细胞亚群的改变与糖尿病证型的演变有关。阴虚热盛型患者 T 淋巴细胞单克隆抗体（$McABeT_3$）、玫瑰花结形成试验值（ERFC）均明显降低；气阴两虚仅 ERFC 降低；阴阳两虚则 OKT_3、OKT_4、OKT_8、ERFC 均降低。[59]李敬林通过对33例气阴两虚II型糖尿病患者的免疫学指标观察，发现其血清 IgA、IgM 均值非常明显

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

地高于正常对照组（$P<0.001$），而 IgG 则略低于正常值，说明气阴两虚型糖尿病患者有免疫系统的改变。[46]

3.1.11 微量元素与辨证分型

蒲正国通过研究发现肾虚血瘀型糖尿病患者，其血清锌、铬、镁、锰的含量下降，铜的含量明显上升，锌/铜比值下降。[60]朱玫等对 114 例阴虚、阳虚病人测定血清铜、锌和 Zn/Cu 比值，结果均明显下降；阳虚病人也有变化，但不及阴虚者明显。[61]

3.1.12 红细胞胰岛素受体与辨证分型

朱章志通过研究发现，II 型糖尿病阴虚热盛型红细胞胰岛素受体特异结合率和受体数目均较非糖尿病者降低，但与另两型比较，其降低最少，提示阴虚热盛型的红细胞胰岛素受体缺陷较轻。而气阴两虚和阴阳两虚型红细胞胰岛素受体特异结合率和受体数目较阴虚热盛型显著降低，提示该两型的红细胞胰岛素受体缺陷较重，进而认为 II 型糖尿病患者不同证型的红细胞胰岛素受体缺陷有一定规律性。随着证型由阴虚热盛→气阴两虚→阴阳两虚而演变，受体缺陷可随虚损加重而逐渐明显。[62]

3.1.13 肺功能与辨证分型

温化冰通过测定发现，II 型糖尿病早期即有肺功能的改变。阴虚证反映小呼吸道病变；阴阳两虚证反映全呼吸道通气功能障碍，气阴两虚证介于二者之间。气阴两虚证多见阻塞性通气功能障碍，与之相比阴阳两虚证中混合性通气功能障碍比例增加。肺功能损害出现率阴虚证占 30.4%；气阴两虚证占 46.0%；阴阳两虚证占 81.8%。[63]

3.1.14 局部脑血流量与辨证分型

蔡新吉等通过研究发现糖尿病辨证分型与局部脑血流量值有明显的相关性。瘀血内阻型局部脑血流量值明显降低而肺胃燥热型组则接近正常，气阴两虚者虽有所降低，但与对照组比较无统计学意义。瘀血内阻的这种特征性改变与健康人及其它两证型比较差异有显著性。因此研究者认为，糖尿病患者局部脑血流量的测定，可作为“同病异证”时各证型的客观化指标之一。[64]

此外张云如通过研究还发现糖尿病患者的视网膜病变在阴阳两虚型中发病率最高，气阴两虚型次之，阴虚型最低。[40]熊曼琪等则对 II 型糖尿病辨证分型与老化度关系进行了探讨。[65]

综合以上资料可以看出，消渴病中医辨证分型与客观指标之间有着密切联系。阴虚型消渴病 cGMP 低于正常人，cAMP/cGMP 比值升高，胰岛素功能正常，肾上腺皮质或髓质功能有增强的表现，而血糖、血脂变化不显；气阴两虚型消渴病 cAMP/cGMP 比值降低，胰岛功能轻度损伤，胰岛素分泌呈迟缓型，BG、GHb、血脂、血 β_2－WG 升高，性激素下降，肾上腺皮质或髓质功能增强更加显著，免疫功能改变，肺功能受损。阴阳两虚型消渴病 cAMP/cGMP 比值下降更显著，血浆纤维蛋白原测定值、血脂升高，胰岛功能受损，胰岛素呈分泌不足型，视网膜发病率增加，肾上腺皮质或髓质功能增强程度尤甚，肺功能损害更甚。肾虚血瘀型血 β_2－MG、血 VA 明显升高，微量元素含量改变。

总之，近年的研究资料显示糖尿病辨证分型有一定规律，多由阴虚向气阴两虚、阴阳两虚方向发展，血瘀证候多见于糖尿病的并发症阶段。说明糖尿病辨证分型确有一定的物质基础，这对糖尿病辨证分型的客观化，规范化有着重要意义。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3.2 治法的实验研究

3.2.1 滋阴清热法

西医学认为，血糖升高，使细胞外液渗透压增高，致使细胞内脱水，临床见烦热口渴干燥感，初期可因脱水而消瘦，随着血糖经治疗后降低，细胞内脱水好转，口渴感也消失。因此有学者认为，中药滋阴清热药缓解口渴症的机理是通过改善体液渗透压及细胞内脱水或通过直接降血糖而发挥作用的。

3.2.2 益气健脾法

有学者认为，脾消化吸收水谷精微的功能相当于胰外分泌部的部分功能，各种消化酶是实现其作用的物质基础之一；脾运化水谷精微到五脏六腑以营养全身的功能相当于胰腺内分泌部的部分功能，胰岛素是实现其作用的物质基础之一。糖尿病患者胰岛β细胞分泌功能低下，胰岛素绝对或相对不足，即脾为胃行其津液的物质基础不足，故产生脾虚，脾失健运。脾虚则胰岛分泌胰岛素的机能紊乱而产生糖尿病的各种症状。在治疗上采用健脾益气为主的方药，通过对四氧嘧啶高血糖兔的实验研究证明，健脾药能增加胰岛β细胞数目，恢复胰岛β细胞正常功能。程益春氏通过实验研究证明，益气健脾方药有利于损伤的胰岛β细胞再生和修复及促进未被损伤的胰岛β细胞分泌更多的胰岛素。益气健脾药还能明显地降低总胆固醇、游离胆固醇和甘油三酯，同时又能使高密度脂蛋白和β脂蛋白显著升高。[66]实验还证明，益气健脾药不仅能提高糖尿病小鼠细胞免疫功能，还可增加糖尿病小鼠体液免疫功能，并且有较好的升高小鼠超氧化物歧化酶及明显延长常压缺氧状态下小鼠存活时间的作用，表明益气健脾法确有较好的改善糖尿病患者机体免疫功能、抗衰老和防治糖尿病多种并发症及抗疲劳的作用。

3.2.3 活血化瘀法

20世纪70年代以来，许多学者通过观察研究明确提出，消渴病不仅有血瘀存在，而且是其发生、发展及出现多种并发症的重要因素。祝谌予明确提出全血粘度增高等可作为糖尿病血瘀证的定量指标，甲皱微循环观察较为直观，其所表现的异常状态标志着血瘀的存在，具有一定的诊断价值。[11]邵启惠等则认为可将消渴病归属于瘀血性疾病，采用活血化瘀法治疗后全血粘度、血浆比粘度、纤维蛋白原、血浆渗透压显著下降。[36]翁维良等用活血液治疗糖尿病，使低速下的全血粘度降低，红细胞电泳时间增快，扩大型血小板明显减少，血小板集聚数降低，微循环显著改善。[24]郭赛珊等通过研究发现糖尿病血瘀证患者体外血栓形成的长度、湿度、干重均较健康人高，特别是血栓的湿重增高非常显著，经用活血化瘀法治疗后全血粘度、红细胞变形均有显著改善，血栓的湿重有显著减轻，与健康人比较无明显差别，说明活血化瘀法有抑制血栓形成的作用。[67]

3.2.4 补肾法

吴仕九等的研究结果表明，补肾法降糖机理不同于磺脲类和双胍类口服降糖药，而与加速肝糖原的合成以调节外源性血糖升高有关。实验还表明，补肾方药可使糖尿病小鼠胸腺重量显著增加，外周血T淋巴细胞百分率、脾脏中抗体形成细胞数量及外周血中抗SRBC抗体滴度亦有上升。其在用补肾方药治疗前后分别作了血小板聚集性、血液流变学测定，结果表明血小板聚集抑制率明显下降，全血粘度、红细胞压积亦有明显下降，由此证

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

明补肾法有促进血小板聚集和改善微循环的作用。[28]

3.3 中药降血糖作用机制研究

经过数千年的临床实践，中医学积累了防治消渴病及其并发症的丰富经验，其中大部分方药经临床观察证实是有效的。为进一步筛选有效降糖中草药并探讨其降糖作用机理，广大中医药工作者自本世纪30年代以来，对一些传统中草药及复方在正常及高血糖动物中的降血糖作用进行了研究，初步证明有降糖作用的中药是人参、地骨皮、枸杞子、地黄、知母、番石榴、苦瓜、金果榄、苍耳子、玉米须 白术、苍术、葛根、玄参、玉竹、亚腰葫芦、荔枝核等数十种。从其有效成分和作用机理的研究结果分析，它们的作用途径和环节各不相同。

3.3.1 中药降血糖有效成份研究

萜类：品种多，范围广，主要影响血糖代谢，如人参皂甙、田七、菠菜根、桔梗、地黄、甜叶菊、凉粉草、石榴树根皮、茯苓、泽泻、山茱萸、苦瓜等。

黄酮类：品种多，主要影响胰岛β细胞功能，作用缓慢而持久，如葛根、淫羊藿、桑叶、芹菜等。

多糖类：品种最多，如人参、薏苡仁、茯苓、葛根、知母、桑白皮、紫草等。

甾体等：降糖作用类似磺脲类口服降糖药，如麦冬、知母、铃兰。

胰岛素、氨基酸类：如苦瓜。

硫键化合物：如大蒜、洋葱。

不饱和脂肪酸：如玉米须、向日葵子。

生物碱：降糖作用较强，如长春花等。

3.3.2 单味中草药降血糖作用机制的研究

3.3.2.1 人参 人参的降血糖作用报道较多。目前已基本公认。人参脂溶部分无降血糖作用，人参皂甙中只有微弱的降血糖作用，主要降血糖成分是水提取物DPG－Ⅰ中进一步分离得到的DPG－3－2。周群给小鼠静脉注射牛胰岛素抗血清时，DPG－3－2的降糖作用消失，而等量的这种成分却可增加四氧嘧啶糖尿病小鼠血清胰岛素含量。DPG－3－2在体外可刺激灌注的大鼠胰岛组织分泌胰岛素，但其强度没有磺脲类药物大，在DPG－3－2的存在下，胰岛β细胞对葡萄糖刺激胰岛素分泌的作用更为敏感。因此DPG－3－2可能是通过刺激胰岛β细胞分泌胰岛素，尤其是增强胰岛β细胞对葡萄糖的敏感性来发挥其降糖作用的。[68]木村正康根据c－AMP系及其与Ca^{++}的关系对其作用机理进行探讨，结果表明：DPG－3－2能够增加糖尿病小鼠胰岛内c－AMP的量。他还认为，DPG－3－2对IRI的游离作用与Ca^{++}的存在密切相关；Ca^{++}的摄取作用可能为其作用机理的一个方面。[69]由此可见，人参的降血糖作用主要是通过人参水粗提物DPG－3－2作用于胰岛β细胞，促进内源性胰岛素的分泌来实现的。有学者通过研究证明，人参多肽的降血糖作用，除因其促进糖原分解或抑制乳酸合成肝糖原作用外，主要由于其刺激琥珀酸脱氢酶和细胞色素氧化酶的活性使糖的有氧氧化增强。有学者研究了人参总甙对大鼠胰岛释放胰岛素的作用及其特点，证明人参总皂本身可以刺激分离的大鼠胰岛释放胰岛素，并可促进葡萄糖引起的胰岛素释放。有学者研究人参多糖（GH_1）的降血糖和肝糖原作用，结

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

果提示 GH_1 的降血糖作用主要由于糖利用增加和糖生成减少。

3.3.2.2 苦瓜 苦瓜的降血糖作用机制研究先见于国外。有实验证明苦瓜对于 II 型糖尿病患者和正常大鼠的血糖有降低作用。但苦瓜的降糖作用并不伴随血清胰岛素分泌而增加，它可明显降低糖尿病患者的糖基化血红蛋白。因此推测苦瓜的降糖作用可能是通过胰外达到的。广州部队一九七医院等单位曾对苦瓜制剂治疗糖尿病的机理作过探讨，发现苦瓜粗提物能与胰岛素抗体结合，说明其和胰岛素有共同的抗原性；能与胰岛素受体结合，说明有类似胰岛素的生物活性。[70]有学者研究苦瓜提取物对糖代谢和糖吸收的作用时发现，苦瓜水、乙醇提取物未能促进脂肪细胞对葡萄糖的吸收，反而有微弱的抑制作用，因此推测苦瓜粗提物可能具有较弱的外源性胰岛素样作用。

3.3.2.3 黄连 黄连是中医治疗消渴病的常用药，小檗碱为其主要成分。国外早在 20 世纪 60 年代就有小檗碱降血糖作用的报道。实验研究表明小檗碱对正常小鼠、自发性糖尿病 KK 小鼠及四氧嘧啶糖尿病小鼠均有降血糖作用。临床观察血糖下降而血清胰岛素水平上升，因此考虑黄连素降低血糖的机理与促进胰岛 B 细胞再生及功能恢复有关。同时黄连素尚有降血压、降血脂、抑制血小板聚集及抗感染作用，对防治糖尿病的并发症亦有意义。

3.3.2.4 番石榴 番石榴的降糖成分在其叶中提取的黄酮甙。广西医学院等单位用番石榴片治疗 166 例糖尿病患者，有效率在 80% 以上，并且发现本品对正常胰岛素或高胰岛素类型病人有效，对低胰岛素或无胰岛素分泌病人无效，故提示其并非直接改善了胰岛 β 细胞的分泌功能，实验也证明有效成分黄酮甙有促进 ^{31}I- Ins 与靶细胞结合的作用，故其降糖作用机理很可能类似盐酸苯乙胍，即提高周围组织对葡萄糖的利用率。

3.3.2.5 田三七 田三七提取物能降低四氧嘧啶糖尿病小鼠的血糖水平，提示有对抗四氧嘧啶对胰岛 B 细胞损伤的作用，同时它可使饥饿小鼠血糖轻度升高，而注射葡萄糖引起高血糖时，又能降低过高的血糖含量，显示它对动物血糖有双向调节作用。

3.3.2.6 桑白皮 实验结果表明，桑白皮煎剂无降低静脉血糖的作用；它使餐后血糖升高减少，可能是抑制胃肠道消化吸收的影响。

3.3.2.7 女贞子 女贞素对四氧嘧啶高血糖小鼠有显著的降糖效果（$P<0.05$），停药后血糖开始回升，提示其降血糖作用短暂。

3.3.2.8 山茱萸 其提取物可明显降低高血糖，同时还明显抑制全血粘度和血小板聚集的增加，改善血流状态，因此可用于控制血瘀，阻止糖尿病并发症的发生和发展。

3.3.2.9 大蒜 能干扰肝糖原的分解，降低血糖，并增加血浆胰岛素水平，还有降血压、降血脂作用。

3.3.2.10 洋葱 洋葱中含有类似降糖药物“甲磺丁脲”的物质，能选择性地作用于胰岛 β 细胞促进胰岛素分泌，恢复其代偿功能。据报道，洋葱的提取物可降低四氧嘧啶诱发糖尿病兔的血糖值，应用乙醇提取物使空腹血糖下降最多，并认为洋葱的作用是帮助细胞更好地利用葡萄糖。

3.3.3 中药复方降血糖作用机制的研究

中药复方治疗消渴病，有单纯采用辨证论治方法的，有在辨证论治基础上采用自拟方或经典方加减治疗的。目前对中药复方降血糖机制的研究主要着重于后者。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3.3.3.1 刺激胰岛 B 细胞分泌胰岛素 张庚良报告，消渴宁（葛根、玉竹、枸杞子、丹参、益母草、麦冬、丹皮等）可显著降低实验性糖尿病的血糖水平，升高血清胰岛素水平，并可调节脂质代谢，降低血清胆固醇、甘油三酯、β脂蛋白水平，改善血液流变性。[71]张春红等报告，降糖饮（山药、枸杞子、芡实、山楂等）可明显降低四氧嘧啶糖尿病动物的血糖和血尿素氮的水平，并升高血清胰岛素水平，改善动物血液流变性。[72]刘颖耿报告，降糖粉（面、豆类、粗纤维等）对四氧嘧啶糖尿病大鼠有显著的降血糖作用，各时相胰岛素的释放相应提高，病理切片示糖尿病兔胰岛数目增加，β细胞颗粒也增加且着色正常。[73]

3.3.3.2 抑制胰高血糖素的分泌 谢春光报告，糖复康（黄芪、山茱萸、生地、桃仁、大黄、水蛭、玄参等）对四氧嘧啶所至糖尿病家兔可明显降低其血糖水平，抑制胰高血糖素分泌，促进胰岛素释放，其作用随剂量增大而增强。[74]秦红岩等报告，鲁东降糖Ⅰ号（黄芪、天花粉、生地、石膏等）可明显降低糖尿病小鼠血糖水平，降低胰高血糖素水平，升高胰岛素水平，延长糖尿病小鼠游泳时间和缺氧状态下的存活时间。[75]张国梁报告，加味桃核承气汤（桃仁、桂枝、生地、大黄、黄芪等）可有效降低糖尿病及正常大鼠空腹血糖水平，抑制胰及胰外组织分泌胰高血糖素，并能增加胰岛 B 细胞的分泌颗粒，部分恢复β细胞分泌胰岛素的能力。病理检查还发现胰岛内被 STZ 破坏的内分泌细胞有一定的修复作用。[76]

3.3.3.3 促进周围组织对糖的作用，增加肝糖原含量 郝一彬等报告，血糖平（黄芪、天花粉、山茱萸、山药、丹参等）可明显降低四氧嘧啶糖尿病大鼠血糖水平，且有剂量和时间依赖性，还能明显增加肝糖原含量。[77]陈淑英等报告，五子衍宗丸可明显缓解 STZ 所致糖尿病大鼠“三多一少”症状，降低血糖、胆固醇和甘油三酯水平，显著提高肝糖原含量，其降糖机制与增加肝细胞对糖的吸收，加速糖原合成等有关。[78]苗明三等报告，芪蓉降糖冲剂（黄芪、肉苁蓉、地黄、丹参等）对正常小鼠血糖无影响，但可促进糖原的合成，对四氧嘧啶小鼠可显著降低血糖，升高肝糖原含量，随给药时间延长其降糖及促进肝糖原合成作用也逐渐增强。[79]

3.3.3.4 清除自由基及抗脂质过氧化作用 苏爱锋的研究结果表明，糖尿病大鼠较正常大鼠心室肌及肾脏组织超氧化物歧化酶（SOD）活性显著降低（$P < 0.05$），血清过氧化脂质（LPO）含量显著增高（$P < 0.05$），降糖通脉宁（生地、黄芪、水蛭等）有显著提高糖尿病大鼠心室肌及肾脏组织中 SOD 活性，降低糖尿病大鼠心室肌及肾脏组织中 LPO 的作用。因此研究者认为降糖通脉宁的降糖作用与其直接降低血糖，清除自由基，抑制胰岛 B 细胞的损伤有关。[80]梁晓春等的研究结果表明，降糖中药片在降糖的同时，还可提高红细胞 SOD 含量，抑制血清丙二醛（MDA）生成，降低红细胞乙酰胆碱酯酶（AchE）水平，对血清胰岛素水平无明显影响，提示降糖中药片可改善糖代谢，还可影响自由基及乙酰胆碱酶的代谢。[81]邓颖等在研究降糖Ⅰ号降血糖作用机制时证明，降糖Ⅰ号能显著降低 LPO、红细胞超氧阴离子（RO_2^-）的水平，推测其作用有 3 个方面：一是直接清除体内生成过多的自由基；二是提高机体组织、细胞中自由基酶的活性，以提高机体清除自由基的能力；三是对脂质过氧化过程有某种抑制作用。[82]

3.3.3.5 增加胰岛素受体数目，提高胰岛素受体的敏感性 宋丽晶报告，三消治

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(人参、黄芪、枸杞子、生地、茯苓等)对肾上腺素高血糖大鼠和四氧嘧啶糖尿病均有明显的降血糖作用，可增加18月龄小鼠骨髓细胞的胰岛素受体数目，降低大鼠脑肾上腺皮质激素受体的最大亲和力和受体亲和常数。[83]陈大舜等报告，左归降糖饮(熟地、山药、枸杞子、牛膝、茯苓、鹿角胶、麦冬、黄芪等)可明显降低四氧嘧啶糖尿病小鼠血糖水平，且有量效关系，并可减少动物进食量，其作用机制与改善机体胰岛素受体或抑制胰高血糖素分泌有关。[84]周丹等报告，参芪降糖片可明显降低糖尿病模型动物的血糖水平，增加小鼠骨髓细胞的胰岛素受体数目，恢复老龄小鼠的胰岛素受体数目，降低大鼠脑匀浆蛋白糖皮质激素受体最大饱和浓度，降低盐皮质激素受体的亲和力。

此外，木村正健用白虎加人参汤的水浸提取液，以静脉注射、腹腔注射与口服法，给予四氧嘧啶糖尿病鼠，均可见其血糖下降。经口服给药组12小时后，血糖完全降至正常水平，而对照组及组成该方的各单味药组均未见血糖变化。研究还证明，方中各药效力强弱按人参、粳米、甘草、石膏、知母依次排列。方中人参或知母单用有降血糖作用，二者同用反不如单用，可见人参和知母有拮抗作用。但是石膏与知母或石膏与人参同用，则降糖作用显著，说明石膏与人参或知母有协同作用，若石膏、知母、人参同用降糖作用更加显著。可见人参白虎汤的降糖作用在于各药之间的协同作用，同时也证明中药复方降糖作用具有坚实的科学基础。

除对单味中药和中药复方进行实验研究之外，李向中等应用中医治疗糖尿病常用的七组“对药”对正常小鼠血糖水平影响进行了实验研究，结果表明：天花粉与知母，黄芪与山药，苍术与玄参，生地黄与牡丹皮，麦冬与五味子等药对均有显著的降血糖作用，而柴胡与白芍，附子与肉桂等对药则未观察到有降血糖作用。具有显著性降血糖作用的五组“对药”中，降血糖时间与效果各不相同。其中天花粉与知母药对药后第3、7、24小时均有降血糖作用，起效快，作用强，持续时间久，为诸对药之首；黄芪与山药，苍术与玄参及生地与丹皮3组对药，均在药后第7、24小时表现降血糖效果；麦冬与五味子对药仅在药后第24小时表现降血糖作用。[85]

综合近年的研究成果，我们认为中药在降低和稳定血糖、改善胰岛功能、降血脂、改善血液流变学方面具有一定的优势。如何利用现代科学技术手段与方法，加强对中药降血糖药物的筛选，研制、开发出作用于糖代谢不同环节的高效、速效的新型降血糖制剂，将是中医药走向世界的重要途径之一。

3.4 针刺治疗糖尿病的实验研究

与中药治消渴病的实验研究比较，近10年来有关针刺治疗消渴病实验研究的报道并不多见，归纳起来大致做了以下几方面的工作。

3.4.1 针刺对血糖水平影响的研究

过去的研究认为，植物神经系统对胰岛素分泌的影响是通过肾上腺素能α受体(抑制)和β受体(兴奋)实现的。现已证实针灸对血糖水平的影响表现为双向调节作用。有学者报告，用“烧山火”针刺足三里可升高血糖，而用“透天凉”法针刺足三里可降血糖，若用平补平泻则对血糖影响不大。杜福天等采用针灸治疗Ⅱ型糖尿病34例，空腹血糖疗前平均12.97mmol/L，疗后降至8.67mmol/L，说明针灸对Ⅱ型糖尿病有明显的降低

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

血糖作用。[86]有学者曾对416例糖尿病患者进行针刺疗效与血糖改变的研究，所用方法为经皮经络低频电疗法，结果80%患者的葡萄糖值显著降低。有学者对狗、兔等注射胰岛素后，造成人工低血糖，当针刺足三里、百会或电针坐骨神经时，可使多数动物血糖升高，并提前恢复正常。

3.4.2 针刺对胰岛素分泌功能影响的研究

甘肃皇甫谧针灸研究所等单位研究证明，针刺治疗糖尿病对胰岛素有调整作用，使升高的胰岛素下降，偏低的胰岛素上升。罗马尼亚学者发现针刺三阴交对胰岛储备功能良好者有调节胰岛素分泌的作用。日本学者发现针刺正常人中脘、天枢、曲池、太冲、足三里、肝俞、脾俞、地机等穴，其血糖负荷时的胰岛素分泌有意义地增多。有学者针刺家兔足三里、脾俞、膈俞15分钟后，血糖和胰岛素含量没有明显改变，说明正常情况下针刺不会影响血糖和胰岛素的分泌。在针刺家兔的上述穴位后，静脉注射葡萄糖注射液，15分钟后血浆胰岛素迅速增加，血糖仅升高63%，对照组不针刺，注射葡萄糖15分钟后，血糖显著升高，提示针刺能使胰岛素分泌提前，因而血糖能迅速恢复。

3.4.3 针刺对血液流变学影响的研究

消渴病患者的血液流变学异常已被研究所证实，而且在消渴病并发症中的表现尤为突出。一般认为消渴病的血液粘度异常与糖代谢紊乱有一定联系。针刺能使消渴病患者全血比粘度、血浆比粘度、红细胞压积、血沉均有明显下降。[87]

3.4.4 针灸对其它指标影响的研究

郭永池等通过对人工高血糖家犬针灸前后血糖、胰岛素、C肽变化的观察，证明针灸能控制家犬血糖水平升高的幅度，针灸刺激使胰岛细胞受体对葡萄糖的敏感性增强，胰岛素分泌增加，加快了对葡萄糖的利用和转化，从而控制了血糖的升高。[88]研究者还发现，针灸阳经穴（脾俞、胃俞、足三里）及阴经穴（中膈、气海、尺泽、地机、三阴交）均可控制血糖高峰值，并且平复过程比对照组提前，其中阴经穴又能提高胰岛素和C肽的高峰值，所以认为针灸对机体内分泌功能的调节作用，阴经较阳经穴强。上海市针灸经络研究所对链脲佐菌素制成的糖尿病大鼠模型，选用肝俞、脾俞和胃俞穴进行针刺和艾灸治疗，发现针灸后可显著地降低血糖，认为其降糖机理可能是针灸后提高了胰岛素与靶细胞膜上受体的结合力，增加了血清中胰岛素的利用率。同时也纠正了受体后第二信使（cAMP、cGMP）的障碍，从而使胰岛素相对不足得到改善，起到降糖作用。该项研究还证实针灸可使血清甘油三酯、血清总胆固醇、极低密度脂蛋白、胆固醇的含量明显下降，使高密度脂蛋白胆固醇及其亚组分的含量显著增高。可提高超氧化物歧化酶（SOD）活力，降低过氧化脂质（LPO）含量，具有改善糖尿病脂质过氧化的作用。林中国等对四氧嘧啶糖尿病家兔，艾灸脾俞、胃俞、中脘、百会穴，结果发现血糖、血清总胆固醇及中性脂肪、血尿素氮均有明显降低。[89]

通过上述研究，目前一般认为，针刺降血糖的机理首先是作用于神经系统。一是针刺作用于周围神经，即通过兴奋迷走神经和抑制交感神经来调节自主神经功能，纠正内分泌紊乱，恢复胰岛素的正常功能。二是针刺作用于中枢神经，促进胰岛素的分泌，以达到降血糖的目的。此外，针刺作用不仅限于胰内，还有较强的胰外作用，针刺后增加靶组织的受体数目，改善胰岛素拮抗，刺激末梢组织利用葡萄糖，也是其重要的作用机制之一。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

【古训今释】

1 病名溯源

1.1 消渴名称沿革

消渴之名首见于《素问·奇病论》："有病口甘者，病名为何？……此肥美之所发也，此人必数食甘美而多肥也，肥者令人内热，甘者令人中满，其气上溢转为消渴"。除消渴外，《内经》还根据发病原因、病变部位、病理机制及临床表现的不同，又有消瘅、肺消、鬲消、消中、风消、脾瘅等名称。后汉张仲景继承《内经》消渴基本理论，结合自己的研究成果加以发挥，在《金匮要略》中列"消渴小便利淋病脉证并治"专篇加以讨论。但其未能划清病与症的界限，论中所言消渴一词既指后人所称之消渴病，又包涵了外感热病伤津而致的烦渴多饮之症。到了隋唐时期，不仅较完整准确地提出了"消渴病"的概念，而且将消渴病进行了临床分类。如王焘在《外台秘要·消渴消中门》中引《古今录验方》曰："消渴病有三：一渴而饮水多，小便数，无脂似麸片甜者，皆是消渴病也；二吃食多，不甚渴，小便少，似有油而数者，此是消中病也；三渴饮水不能多，但腿肿，脚先瘦小，阴痿弱，数小便者，是肾消病也"。又引《近效祠部李郎中消渴方一首》曰："消渴者……每发即小便至甜"作者认为，文中有关尿甜的记载是个关键，它使消渴病得以从消渴症中分化出来，成为一个独立的病名，此时的消渴病已基本相当于现在西医的糖尿病。

宋代诸子各据临床与经义相互印证，进一步深化了对消渴病的认识。王怀隐《太平圣惠方·三消论》沿用《外台秘要·消渴消中门》中消渴病的分类方法，并明确提出"三消"的概念，谓："夫三消者，一名消渴，二名消中，三名消肾"。到金元时代"三消"内容已不是"消渴"、"消中"、"消肾"，而是被"上消"、"中消"、"下消"所取代，如朱震亨在《丹溪心法·消渴》中根据三多症状的偏重和部位不同，将消渴病分为上、中、下三消，谓："上消者，肺也……；中消者，胃也……；下消者，肾也……"。由于上、中、下三消分类的方法，比较明确地将消渴病不同证候类型进行了脏腑定位、定性，给临床辨证用药提供了极大方便，因而被后世广泛采用。

明代医家张介宾根据前人见解，在比较全面论述"阳消"外，还明确提出"阴消"之说，其在《景岳全书·杂证谟·消渴》中谓："消证有阴阳，不可不察"。"火盛则阴虚，是皆阳消之证也，至于阴消之义则未有知之者。盖消者，消烁也，亦消耗也。凡阴阳血气之属，日见消败者，皆谓之消，故不可尽以火证为言"。虽然，"阴消"之名未被后世所接受，但"阴消"之证是客观存在的，这也是对命门火衰，水失蒸腾之消渴病的进一步总结，确较前人更加全面、深刻。

1.2 消渴含义探析

从《内经》对消渴的命名分析，"渴"字基本体现的是患者口渴多饮的临床症状，而"消"字则见于不同的名称，有不同的含义，归纳起来大致有三点：一是指消谷善饥的临床症状。《素问·阴阳别论》曰："二阳结谓之消"。马莳注："胃中热盛，……水谷即消"。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

王冰亦注曰："善消水谷"。二是指消灼耗伤精血津液之病机。金代张从正《儒门事亲·三消当从火断》谓："消者，烧也，如火烹烧，物之理也"。明代张介宾《景岳全书·杂证谟·消渴》则认为："盖消者，消烁也，亦消耗也，凡阴阳血气之属，日渐消败者，皆谓之消"。三是指形体消瘦之体征。清代王学权在《重庆堂随笔》中精辟地将消渴解释为："善食形瘦曰消，善饮口燥曰渴"，可谓深得经旨。通过以上论述，作者认为《内经》所列消渴之概念既完整准确地概括了消渴病之证候特征，又深刻揭示了消渴病发病的病理机制，内涵明确、外延清楚，是一个非常恰当的疾病名称。遗憾的是其后历代医家并没有能够完整准确地理解和运用消渴病的概念，造成今日临床上消渴病、症不分的混乱局面。综合历代医家有关消渴病含义的论述，大致可归纳为以下 4 种认识。

1.2.1 泛指口渴欲饮的症状

《伤寒论》第 71 条曰："若脉浮，小便不利，微热消渴者，五苓散主之"。第 326 条曰："厥阴之为病，消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食，食则吐蛔，下之利不止"。综观仲景文中所列消渴，或指病证，或指症状，所引厥阴病消渴及五苓散等方证，皆属于热病过程的渴证与消证无关。故清代医家莫枚士在《研经言》中指出："古今医家，言消渴者不一，要当以《金匮》为正。《金匮》首列厥阴病一条，是渴而不消，……后人误会其旨，所以说歧而义转未备"。清代喻昌在《医门法律·消渴门》中亦指出："消渴之患，常始于微而成于著，始于胃而极于肺肾……而集书者，采《伤寒论》厥阴病消渴之文凑人，后人不能抉择，斯亦不适用也。盖伤寒传经，热邪至厥阴而尽，热势入深，故渴而消水及热解则不渴且不消人矣，岂杂症积渐为患之比乎?"

1.2.2 专指消渴病

本文所论之消渴病，是指由于先天禀赋不足，五脏虚弱，加之饮食不节，情志失调等原因所引起，临床上以烦渴多饮，多食易饥，尿频量多，身体渐渐消瘦，甚或尿有甜味，血糖升高为主要特征的病证，相当于西医的糖尿病。如《外台秘要·消渴消中门》曰："消渴者，原其发动，则肾虚所致，每发即小便至甜"。张锡纯在《医学衷中参西录》中更加明确地提出："消渴即西医所谓糖尿病，忌食甜物"。"消渴一证，古有上、中、下之分，谓其证皆起于中焦而极于上下，究之无论上消、中消、下消，均皆消而多饮、多尿，其尿有甜味"。由于消渴病的概念比较完整准确地概括了糖尿病的原因、病机、证候特点及治疗规律，所以普遍被后世接受，这也是迄今为止在临床上使用最多的消渴概念。

1.2.3 专指消渴病之上消

宋代医家杨士瀛在《仁斋直指方·消渴》中谓："渴之为病有三：曰消渴，曰消中，曰消肾，分上、中、下三焦而名焉。热气上腾，心虚受之，心火散漫，不能收敛，胸中烦躁，舌赤唇红，此渴饮常多，小便数而少，病属上焦，谓之消渴；热蓄于中，脾虚受之，伏阳蒸胃，消谷善饥，饮食倍常，不生肌肉，此渴亦不甚烦，但欲饮冷，小便数而甜，病属中焦，谓之消中；热伏于下，肾虚受之，腿膝枯细，骨节酸痛，精走髓虚，引水自救，此渴水饮不多，随即尿下，小便多而浊，病属下焦，谓之消肾"。明代医家胡源洁在《卫生简易方》中亦提出："渴病有三：曰消渴，曰消中，曰消肾，分上中下三焦而言之"。据此我们认为，自唐宋与明清时期所记载之消渴确有专指消渴病之上消的含义。但在今日中医临床上已经基本上废除了消渴概念上的这种含义。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.2.4 专指消渴病见有的肌肉消瘦

今日中医临床上较常用的消渴概念是泛指以口渴欲饮为主症的一类证候或专指消渴病。对消渴专指消渴病见有肌肉消瘦者则会令许多学者迷惑不解。其实早在宋代王贶就在《全生指迷方》中指出："渴消之病其来有二：或少服五石丸，恣欲不节，不待年高，气血衰耗，石性独存，火烈焦槁，精血涸竭，其状：渴而肌肉消"。清代医家王学权在《重庆堂随笔》中更加明确地提出："善食形瘦曰消，善饮口燥曰渴。析而言之，饮不解渴曰上消，食不充饥曰中消，小溲如膏曰下消。统名之曰三消者，谓其肌肉消瘦也"。又曰："饮多溲多，其常也，不可谓之病，必其肌渐瘦削，始为消渴"。可见消渴之概念，在古代确有专指消渴病见有肌肉消瘦的含义。

1.3 消 瘅

消瘅之名首见于《灵枢·五变》："五脏皆柔弱者，善病消瘅，血脉不行，转而为热，热消肌肤，故为消瘅"。文中认为消瘅主要病因病机为五脏虚弱，郁而化热，临床上以肌肉消瘦为证候特点。《灵枢·师传》则曰："夫中热消瘅则便寒……胃中热则消谷，令人悬心善饥"。此段经文说明五脏虚弱过食肥甘，蕴而化热，消谷善肌也为消瘅的证候特点。因此，金代张从正认为消瘅系众消之总称，其在《儒门事亲·三消当从火断》中谓："消瘅者，众消之总名"。除上述观点外，部分医家还认为消瘅是指由内热燔灼脏真所引起的，以口渴多饮，小便频数量多为主症的一类疾病与消渴病有别。如王冰在注解《素问·通评虚实论》时曰："消谓内消，瘅为伏热"。清代沈金鳌《杂病源流犀烛·三消源流》则谓："消瘅，肝心肾三经之阴虚而生内热病也，即经所谓热中与三消异"。对《内经》所言热中的理解，宋代张杲《医说》曰："多饮数溲曰热中"。在上述理论基础之上，目前多数医家根据热中的证候表现将其归纳入上消范围。但作者认为，既然消瘅以多饮、数溲、消瘦为证候特点，当然就不同于外感热病之口渴、多饮、少尿，又与多饮、多食、多尿甚或尿有甜味之三消有别，据此是否可认为与西医之尿崩症相类似，可供研究者参考。

1.4 鬲 消

鬲消乃热在膈上，消灼津液，口渴引饮之上消。《素问·气厥论》曰："心移热于肺，传为鬲消"。心肺同居上焦，心为火脏，火热之邪易传于肺。夫肺属金，其性本燥，心复以热移也，则燥愈甚，而传为上消。至于鬲消的症状，明代楼英《医学纲目·消瘅门》曰："上消者，经所谓之膈消，膈消者，渴而多饮是也"。清代孙志宏在《简明医彀》中，不仅记载了鬲消之舌象，而且明确提出病位在肺。"上焦受病，多饮而少食，小便多利而不禁，甚至舌干白苔或裂，属肺者，名消渴，亦名鬲消"。由此可见鬲消系指上焦受病，津液被灼，以口渴多饮为主要临床表现，病位在心肺之上消。

1.5 消 中

消中乃热在中焦，以消谷善饥为主症之中消。消中之名首见于《素问·脉要精微论》："风为寒热，瘅成为消中"。清代蔡宗玉《医书汇参辑成》对消中之症状进行了详细描述："消谷善饥为中消，经谓消中，不甚渴，小便数而消瘦也"。明代胡源洁在其所著之《卫生

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

简易方》中不仅详细记载了消中之病理机制及其临床表现等，而且提出“脾消”与消中系同一概念：“若热蓄于中，脾虚受之，伏阳蒸内，消谷善饥，饮食倍常，不生肌肉，好饮冷水，小便频数，色白如泔，味甜如蜜，名曰消中，又曰脾消，属于中焦，病在水谷之海也”。除消中、脾消之名外，有学者认为《素问·气厥论》“大肠移热于胃，善食而瘦，又谓之食亦”亦是指中焦脾胃蕴热以消谷善饥为主要临床表现之中消，可供研究者参考。

1.6 肾　　消

肾消是指热伏于下焦，肾虚受之，以饮一溲二，其溲如膏油，甚则肌肉消瘦之下消。明代楼英在其《医学纲目·消瘅门》谓：“下消者，经胃之肾消，肾消者，饮一溲二，其溲如膏油，即膈消、消中之传变”。明代胡源洁所著《卫生简易方》对肾消之病机进行了深刻论述，“若热伏于下焦，肾虚受之……名曰消肾，又曰急消，属于下焦，病在本也”。除肾消、消肾、急消之外，宋代窦材认为“肺消”亦属下消范畴，其在《扁鹊心书》曰：“下消者，《素问》谓之肺消，渴而便数有膏，饮一溲二，后人又谓之肾消”。但肺消之名并未被后世采纳，有关本症的描述多被下消之名取代。

1.7 风　　消

风消之名首见于《素问·阴阳别论》：“二阳之病发心脾……其传为风消”。关于风消的含义，后世医家解释不一，一是认为指津液耗损，肌肉日渐消瘦的病症。如《素问集注》谓：“此病发于二阳，而本于心脾也。精血两虚，则热盛而生风，风热交织，则津液消渴矣”。二是指消渴病的一种，即外感三消。清代秦景明在《症因脉治》中将消渴分为外感三消（燥火三消，湿火三消）和内伤三消（积热三消，精虚三消）他认为外感三消即“风消也”。

除上述名称之外，在历代中医典籍中与消渴病有关的还有“脾瘅”、“胃消”、“阴消”、“阳消”等不同名称。这些名称均是历代医家根据消渴病不同病因、病机、病位对消渴病的一种分类及命名方法。随着中医学对消渴病认识的不断深入及对中医病名规范化、科学化的要求，此类名称不宜推广使用。

2 主 症 分 析

消渴病典型的“三多一少”证候是消渴病多种病因导致脏腑功能、阴阳气血失调的病理表现，因此仔细询问、观察、认真比较、鉴别、分析消渴病过程中的“三多一少”证候，是正确辨证论治的重要环节。

2.1 口 渴 多 饮

肺胃阴伤：历代中医文献在论述消渴病机理时大多以阴虚燥热立论，认为内热炽盛，灼耗肺胃之阴，肺胃阴伤，津液不得敷布滋润口舌，故口渴多饮。如清代孙志宏《简明医彀》曰：“上焦受病多饮而少食，小便多利而不禁，甚至舌干苔白或裂，属肺，名消渴”。清代杨承六则在《医宗己任编·消症》谓：“饮水多而小便多，曰消渴，此胃中津液干枯不能上荣舌本也”。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

心火上炎：烦劳过度，心阴耗伤，心火亢盛，也是导致口渴多饮的病机之一。明代戴元礼《证治要诀·三消》谓："上消消心，心火上炎，大渴而小便多"。宋代杨士瀛所著之《仁斋直指方·消渴》更加详尽地论述了心火上炎所致口渴多饮之机理，"热气上腾，心虚受之，心火散漫，不能收敛，胸中烦躁，舌赤唇红，此渴饮常多，小便数而少，病属上焦，谓之消渴"。这些论述均说明情志失调，五志过极是发生口渴多饮的重要因素。

过食肥甘，积热内蕴：长期过食肥甘，醇酒厚味或药石丹剂，致积热内蕴，耗损阴津，则发口渴多饮。宋代《太平圣惠方·三消论》记载曰："凡人好食热酒大肉，或服乳石壅滞之药，热毒在内，不得宣通，关膈闭塞，血脉不行，热气熏于脏腑，津液枯竭，则令心肺烦热，咽喉干枯，故令渴不止而饮水过度也"。元代朱震亨也有关于饮食不节，过食肥甘，脏腑生热致口渴多饮的论述，其在《丹溪心法·消渴》中谓："酒面无节，酷嗜炙煿……脏腑生热，津液干涸，渴饮水浆而不能自禁"。

脾胃虚弱：津液的生成有赖于胃的"游溢精气"，津液的输布排泄有赖于脾的转输，因此古代医家认为各种原因造成的脾胃功能障碍均可导致口渴多饮。清代李用粹《证治汇补·消渴》曰："五脏之精悉运于脾，脾旺则心肾相交，脾健则津液自化"。"若脾胃气衰，不能交媾水火，变化津液而渴"。明代赵献可之《医贯·消渴》也有脾胃虚弱，不能敷布津液而致口渴的论述："脾胃即虚不能敷布其津液，故渴"。

房劳伤肾：《济生方》云："消渴之疾皆起于肾，盛壮之时不自保养，快情纵欲……遂使肾水枯竭，心火燔炽，三焦猛热，五脏干燥，由是渴利生焉"。说明房室不节，劳伤过度致肾阴亏损，虚火内生是发生口渴多饮之机理。明代赵献可力倡命门学说，认为房劳伤肾，命门火衰，精不化气，津失上承是口渴多饮之病机，其在《医贯·消渴论》中曰："盖命门火衰不能蒸腐水谷，水谷之气不能熏蒸，上润于肺，如釜底无薪，锅盖干燥，故渴"。但是有关房劳与消渴病关系的研究，至今尚没有肯定结论，有待进一步研究探讨。

2.2 消谷善饥

中焦热盛：消谷善饥主因醇酒厚味，蕴积内热，致阳明热盛，所食之物，随火而化，故进食多而迅即消耗。清代杨乘六《医宗己任编·消症》曰："善饥多食而渴，小便数而消瘦，曰消中，此胃中热极，所食之后，随火而化也"。宋代王怀隐则强调脾脏积热为消谷善积的主要病机，其在《太平圣惠方·三消论》中记载："夫消中病者，由渴少而饮食多是也。此由脾脏积热，故使消谷也"。

脾胃虚弱：临床上由中焦热盛所致消谷善饥确属常见，但古代医家对由脾胃虚弱致消谷善饥者也不乏论述。明代医家周慎斋在所著《慎斋遗书·渴》中明确指出："多食不饱，饮多不止渴，脾阴不足也"。明代医家赵献可《医贯·消渴论》则谓："脾胃既虚，不能敷布其津液故渴，其中纵有能食者，亦是胃虚引谷自救"。说明脾胃虚弱所致消谷善饥确有丰富的理论基础。

2.3 尿多而甜

自从唐代王焘在《外台秘要·消渴消中门》中最早记载"消渴者，原其发动，此则肾虚所致，每发即小便至甜"之后，历代医家对尿多而甜的机理进行了深入探讨，归纳起来

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

有以下4种认识：

气不摄津：明代医家楼英所著《医学纲目·消瘅门》记载曰："盖肺藏气，肺无病则气能管摄津液，而津液之精微者，收养筋骨血脉，余者为溲，肺病则津液无气管摄，而精微者亦随溲下，故饮一溲二"。说明肺气不足，气不摄津是尿多的重要病机之一。

脾气下脱：清代医家张璐强调脾气下脱为消渴病尿甜的病机，其在《张氏医通·消瘅》中记载曰："三消久而小便不臭，反作甜气，此脾气下脱"。

肾阴不足：肾阴不足，虚火上乘，灼伤肺阴致肺失敷布治节之职，水谷精微不得敷布周身，转而直入水府膀胱而下，则尿频量多。如宋代杨士瀛《仁斋直指方·消渴》曰："热伏于下，肾虚受之，腰膝枯细，骨节酸痛，精走髓虚，引水自救，此渴水饮不多，随即尿下，小便多而浊，病属下焦"。

命门火衰：命门火衰，则固摄无权，膀胱不得气化，津液不能正常输布，清浊不分，阴津浊尿一齐排出，故见饮一溲二，尿多而甜。明代张介宾所著《景岳全书·杂证谟·三消干渴》谓："有阳不化气，则水精不布，水不得火，则有降无升，所以直入膀胱，而饮一溲二，以致泉源不滋，天壤枯涸者，是皆真阳不足，火亏于下之消症也"。

此外，唐代孙思邈《备急千金要方·消渴》认为，消渴病小便多于所饮的机理是内热消谷，"食物消作小便"所致，这一观点为消渴病之饮食控制疗法提供了理论根据。

2.4 形体消瘦

消渴病之形体消瘦可由多种原因引起，病变机理也比较复杂，归纳起来主要与内热炽盛消谷耗津；脾胃损伤化源不足；肾阳衰微不能蒸津化气，使水谷精微不得充养五脏六腑肌肉筋脉有关。如宋代朱端章《卫生家宝方》曰："下焦得此病，谓之肾消，肾宫日耗，饮水不多，吃食渐少，腰脚细瘦，遗沥散尽，手足久如竹形"。宋代王怀隐《太平圣惠方·三消论》则谓："夫消肾者，是肾脏虚惫，膀胱冷损，脾胃气衰，客邪热赤，转炽纵热，食物不作肌肤，腿胫消细，骨节酸痛，小便滑数"。明代楼英则认为各种原因所致阴津不足，筋脉失养是造成消渴病形体消瘦之主要环节，其在《医学纲目·消瘅门》中谓："筋骨血脉，无津液以养之，故其病渐成形瘦焦干也"。

3 病因病机

3.1 病　　因

历代中医文献对消渴病之病因均有明确而详细的记载，认为其发病既有先天因素，又有后天因素；既有外感六淫，又有内伤七情，还有饮食劳倦等。这些因素既可单独作用于人体，又可合而致病。本书为了便于中医工作者学习研究之需要，特将历代医家所列病因分类如下。

3.1.1 禀赋不足

先天禀赋不足，五脏虚弱，尤其是肾脏素虚，是消渴病发病的基本原因，故《灵枢·五变》曰："五脏皆柔弱者，善病消瘅"。本段经文为后世医家从体质因素探讨消渴病的防治奠定了理论基础。唐代王焘则强调肾虚在消渴病发病中的重要作用，其所著《外台秘

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

要·消渴消中》曰："消渴者，原其发动，此则肾虚所致"。明代赵献可《医贯·消渴论》则曰："人之水火得其平，气血得其养，何消之有"。说明消渴病系由气血阴阳失调所致。

3.1.2 形体肥胖

中医学早在两千多年以前已认识到，肥胖者有余之气不得利用，则化为热，热邪必耗伤阴津，此即《素问·奇病论》所谓"肥者令人内热"之意；又因肥胖之人素体湿热内盛，易于化火伤阴，故易患消渴病。也即《素问·通评虚实论》"消瘅……肥贵人膏粱之疾也"。明代张介宾通过长期的临床观察，在分析各种致病因素的基础上，于《景岳全书·杂证谟·消渴》载曰："消渴病……皆富贵人病之，而贫贱者少有也"。

3.1.3 饮食不节

长期过食肥甘醇酒厚味及辛燥刺激食物损伤脾胃，脾胃运化失司，积于胃中酿成内热，消谷耗液则发消渴病。《素问·奇病论》在论述消渴病病因病机时指出："此人必数食甘美而多肥也，肥者令人内热，甘者令人中满，其气上溢，转为消渴"。唐代孙思邈《备急千金要方·消渴》详细记载了饮酒与消渴病之间的关系："凡积久饮酒，未有不成消渴……积年长夜，酣兴不解，遂使三焦猛热，五脏干燥，木石犹可焦枯，在人何能不渴"。元代朱震亨《丹溪心法·消渴》亦云："酒面无节，酷嗜炙煿……脏腑生热，燥热炽盛，津液干焦，渴饮水浆，而不能自禁"。清代喻昌《医门法律·消渴论》则曰："肥而且贵，醇酒厚味，孰无限量哉！久之食饮酿成内热，津液干涸……愈清愈渴，其膏粱愈无已，而成中消之病遂成矣"。由此可见，饮食不节，过食膏粱厚味，是患消渴病的重要原因之一。

3.1.4 情志失调

长期过度的精神刺激，可直接损伤脏腑，尤多造成肝脾损伤。郁怒伤肝，肝失疏泄，气郁化火，上灼肺津，下耗肾液，则发阴虚燥热之消渴病，此即《灵枢·五变》所谓"怒则气上逆……转而为热，热则消肌肤，故为消瘅"。亦有思虑伤脾，脾不能为胃行其津液而为消渴者，如清代叶桂《临证指南医案·三消》曰："心境愁郁，内火自燃，乃消症大病"。此外，心气郁结，郁而化火，心火亢盛，致肾阴亏损，水火不济，亦可发为消渴病。清代杨乘六《医宗已任编·消渴》谓："消之为病，一原于心火炽炎……然其病之始，皆由不节嗜欲，不慎善怒"。金代刘完素《三消论》亦云："消渴者……耗散精神，过违其度之所成也"。以上论述均说明五志过极，气郁化火亦是罹患消渴病的重要原因。

3.1.5 劳欲过度

房室不节，劳伤过度，肾精亏损，虚火内生则"火因水竭而益烈，水因火烈而益干"，终至肾虚、肺燥、胃热俱现，发为消渴病。正如唐代孙思邈《备急千金要方·消渴》所谓："消之为病……盛壮之时，不自慎惜，快情纵欲，极意房中，稍至年长，肾气虚衰，此皆由房室不节所致也"。王焘则认为房室过度、肾燥精虚与消渴病的发病有一定关系，《外台秘要·消渴消中》载曰："房室过极，致令肾气虚耗故也，下焦生热，热则肾燥，肾燥则渴"。《济生方》也有类似论述："消渴之疾，皆起于肾，盛壮之时，不自保养，快情纵欲，饮酒无度……遂使肾水枯竭，心火燔炽，三焦猛热，五脏干燥，由是渴利生焉"。

3.1.6 过服丹石

两晋以后，特别是隋唐时期，久服药石丹剂而求长生者众。丹石之品其性燥热，久服必致相火妄动，耗伤阴精引发消渴病。隋代巢元方《诸病源候论·消渴候》云："内消病

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

者……由少服五石，石热结于肾内也，热之所作”。“渴利者……由少时服乳石，石热盛时，房室过度，致令肾气虚耗，下焦生热，热则肾燥，燥则渴。肾虚不得制水液，故随饮小便。”宋代王贶《全生指迷方》则谓：“消渴之病，其来有二：或少服五石丸，恣欲不节，不待年高，气血衰耗，石性独存，火烈焦槁，精血涸竭，其状渴而肌肉消”。现在服石药以求长生者虽少，但长期服用温肾壮阳之品以求快情纵欲者众，应引起医学界的重视。

3.2 病　　机

消渴病因证立名，古代医家，特别是自宋代明确提出三消概念之后，多将其分为上、中、下三消论之，病变脏腑主要责之肺、胃、肾。对消渴病病机的认识，河间主燥，子和主火，朱震亨主肾虚，赵养葵、张介宾则提出命火不足之论。其中虚实互见，三焦兼病，颇为复杂，兹分列如下，供研究者参考。

3.2.1 上消病机——肺燥

肺居上焦，主治节，宣发正常则敷布津液于全身，肃降正常则通调水道，使水液下输膀胱。若五志过极，心火上炎，移热于肺；或过食肥甘，胃热上乘；或下源肾水亏乏，不能制火，火势不淫于肺，肺为燥热所伤则无力敷布津液，津液不能上润口舌，故口舌干燥，烦渴多饮。金代刘完素《素问病机气宜保命集·消渴》曰：“上消者……燥在上焦也”。文中所言之“燥”有二种意义：一是指燥热之病因；二是指火热消烁所引起的水谷精微不能输布的病理现象。清代医家费伯雄《医醇賸义·三消》在论述上消病机时谓：“上消者，肺病也，肺气焦满，水源已竭，咽燥烦渴，引饮不休”。明代医家马兆圣则认为上消病机系由心火刑肺金而作渴，其所著《医林正印·三消》谓：“凡消渴者，是心火刑肺金而作渴。因心火散，又不能收敛，胸中烦躁，舌赤裂而唇红，饮水多，小便数少，病属上焦”。文中所言消渴系相对消中、消肾而言，此处专指上消。清代王学权也有类似观点，《重庆堂随笔》论虚劳曰：“饮不解渴曰上消，……以肺居膈上，而金受火刑故成渴病”。

3.2.2 中消病机——胃热

胃主受纳腐熟水谷，生理情况下，水谷腐熟后经脾运化吸收。若火热邪气停留于胃，则腐熟水谷能力增强，而水谷精微皆被火热消耗，不得吸收输布，故虽多食而易饥。宋代杨士瀛《仁斋直指方·消渴》曰：“热蓄于中，脾虚受之，伏阳蒸胃，消谷善饥，饮食倍常，不生肌肉，此渴亦不甚烦，但欲饮冷，小便数而甜，病属中焦，谓之消中”。明代马兆圣则认为中消能食而肌肉消瘦系由胃之传送太急所致，《医林正印·三消》载：“凡消中者，胃也，能食而肌肉消，善饥。盖为传送太急，不能津液，小便赤黄如泔，病属中焦”。清代费伯雄则提出胃热消谷与痰入胃中有关。《医醇賸义·三消》谓：“中消者，胃病也。胃为水谷之海，又属燥土，痰入胃中，与火相乘，为力更猛，食入即腐，易于消烁”。

3.2.3 下消病机——肾虚

肾为水火之脏，人体阴阳之根，司二便，主开合，其中肾阳负责关门的开放，肾阴负责关门的闭合，阴阴平衡开合有序，则二便正常。若肾阴亏虚，加之燥热所伤，则阳盛无制，阳盛则开门太过，水津直下，故尿频数而量多；若肾阳不足，不能蒸津化气，水谷精微尽下而为小便则饮一溲二，甚则混浊如膏。明代张介宾《景岳全书·杂证谟·三消》云：

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

"有火灼阴精而为下消者，是真阴不足，水亏于下之消证也；又有阳不化气，则水精不布，水不得火，则有降无升，所以直入膀胱，而饮一溲二，以至泉源不滋，天壤枯涸者，是皆真阳不足，火亏于下之消证也"。清代费伯雄《医醇賸义·三消》亦云："下消者，肾病也。肾阴久亏，孤阳无依，不安其宅，于是饮一溲一，或饮一溲二，夹有浊淋，腿股枯瘦，而病益深矣"。以上论述均说明肾虚是下消之主要病机。

3.2.4 三消病机

3.2.4.1 阴虚燥热 阴虚燥热是传统观点中消渴病的病机核心。认为素体阴虚，加之房室不节，劳欲过度，损耗阴精，导致阴虚火旺，上蒸肺胃发为消渴病。清代叶桂《临证指南医案·消渴》谓："三消之证，虽有上、中、下之分，其实不越阴亏阳亢，津涸热淫而已"。明代马兆圣《医林正印·三消》亦云："消渴乃阴虚阳盛之证，水火不能相济也"。清代程钟龄《医学心悟·三消》则曰："三消之证皆燥热结聚也"。金代刘完素受宋代赵佶《圣济总录·消渴门》"热则土气干燥，津液不通"理论的启发，在三消论中初步确立了消渴病从燥热立论的学术思想，谓："消渴之病者，本湿寒之阴气极衰，燥热之阳气太甚"，"燥热太甚而三焦肠胃之腠理怫郁、结滞、致密而水液不能浸润于外，营养百骸，故肠胃之外，燥热太甚，虽复多饮于中，终不能浸润于外，故渴不止，小便多者，以其多饮不能渗泄于肠胃之外而溲数也"。

3.2.4.2 脾胃虚弱 脾主运化、升清，胃主受纳、腐熟水谷。若饮食不节，或情志不遂等原因致胃之受纳，脾之转输功能受损，津液不能上输则口渴欲饮，水谷不能滋养周身则形体消瘦。明代周之干《慎斋遗书·渴》曰："盖食多不饱，饮多不止渴，脾阴不足也"。戴元礼《证治要诀·消渴》则云："三消久久不治，气极虚"。赵献可在继承前贤理论基础上，进一步完善了脾胃虚弱所致消渴病之病机，其在《医贯·消渴论》载曰："脾胃即虚，则不能输布津液故渴，其间纵有能食者，亦是胃虚引谷自救"。

3.2.4.3 肝郁化火 肝主疏泄，司气机之通畅，推动血液和津液的正常运行。若郁怒伤肝，肝气郁结，郁久化火，火热炽盛，不仅中灼胃津，下耗肾液，而且肝之疏泄太过，肾之闭藏失司，则火炎于上，津液泄于下，三多之症随之而起，发为消渴病。清代黄元御《四圣心源·消渴》谓："消渴者，足厥阴之病也"。郑钦发《医学真传·三消证起于何因》亦云："消证生于厥阴……风火相煽，故生消渴诸症"。

3.2.4.4 肾虚（阴阳两虚） 消渴病虽与肺、脾、胃、肝诸脏功能失调有关，但肾之阴阳两虚则是消渴病病机的关键。盖肾为水火之脏，主津液之气化，主藏精，为诸脏之援。若房室不节，劳伤过度致肾精亏损，虚火内生，或命门火衰，阳不化气，津液失布，则患口渴多饮，尿频量多甚或尿浊之消渴病。故清代陈士铎《石室秘录·消渴》曰："消渴之证，虽分上中下，而肾虚以致消渴则无不同也"。宋代杨士瀛则强调肾水不足是消渴病之病机，其所著《仁斋直指方·消渴》谓："肾水不竭，安有所谓消渴哉"。明代医家孙文胤更加明确深刻地阐明了肾水不足所致消渴病的机理，《丹石玉案·消渴》曰："盖肾之所主者，水也；真水不竭，自足以滋养乎脾而上交于心，何至有干枯消渴之病乎？唯肾水一虚，则无以制余火，火旺不能扑灭，煎熬脏腑，火因水竭而益烈，水因火烈而益干，阳盛阴衰，构成此证，而三消之患始剧矣，其根源非本于肾耶"。赵献可《医贯·消渴论》从命门立论认为消渴病"因命门火衰，不能蒸腐水谷，水谷之气不能熏蒸，上润于肺，如釜底

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

无薪，锅盖干燥，故渴”，“其所饮之水，未经火化，直入膀胱，正谓饮一升溲一升，饮一斗溲一斗。试尝其味，甘而不咸可知矣”。可见肾之阴阳两虚所致消渴病，确有其坚实的理论基础。

3.2.4.5 痰凝血瘀 关于瘀血与消渴病关系的描述，古代文献早有记载，从《灵枢·五变》曰：“其心刚，刚则多怒，怒则气上逆，胸中蓄积，血气逆留，臆皮充肌，血脉不行，转而为热，热则消肌肤，故为消瘅”。对瘀血产生口渴的机理，唐容川《血证论》有精辟论述：“瘀血在里则口渴，所以然者，血与气本不相离，内有瘀血，故气不得通，不能载水津上升，是以为渴，名曰血渴，瘀血去则不渴矣”。至于痰湿所致之消渴病，清代费伯雄《医醇賸义·三消》载有：“上消者，肺病也。……盖火盛则痰燥，其消烁之力，皆痰为之助虐也”；“中消者，胃病也。……痰入胃中，与火相乘，为力更猛，食入即腐，易于消烁”。明代龚廷贤《万病回春·消渴》则说：“消渴者，口常渴也。小便不利而渴者，知内有湿也”。可见古代医家对痰凝血瘀与消渴病之关系早有明确认识。

综观上述，古代医家对消渴病病机的认识既有主肺燥、胃热、肾虚而论之者，又有从脏腑功能失调，本虚标实，三消同病而阐述者；从受损脏腑言之，则与肺、胃、肾三脏关系密切，其中以肾虚为病机之关键。无论下消之病或三消同病，病既及于下，即当以肾为主，而肾虚之中又以阴虚为常，火衰为变。若迁延日久不愈，可致精血枯竭，阴阳俱衰并发诸症。

4 治则治法

消渴病治则治法是在历代医家有关消渴病理论指导下，根据消渴病病因、病机、病位、病势及变证等确立的，实质上也是辨证论治精神的具体体现。综合古代医家所确立的消渴病治则治法主要有：三消分治、新久异治、补肾治本等。

4.1 三消分治

古代医家认为消渴病口渴多饮，消谷善饥，尿频量多等三消证候各有其不同的病因、病机，因此应分而论之。如明代马兆圣《医林正印·三消》曰：“凡消渴者，是心火刑肺金而作渴，法当降火清金；凡消中者，胃也，法当下之；凡下消者，肾也，法当滋阴”。文中所言消渴是相对消中、消肾而言，此处专指消渴病之上消。虽然马氏所论“消中者，法当下之”未被后世广泛采用，但消渴病见有阳明腑实，津伤燥结之证选用调胃承气汤通下热结；因瘀热互结所致消渴病选用桃核承气汤加味泻下瘀热；消渴病见有阳明里热炽盛，肠燥便秘之证投麻子仁丸润肠通腑取效的报道并不鲜见，可供研究者参考。清代王学权根据三消证候特点，在《重庆堂随笔·论虚劳》中提出上消宜小剂频服的观点，对后世颇有启发，“上消宜小剂频服，以清火救肺；治中消宜直清胃热，治下消宜泻火救阴”。清代著名医家程钟龄在总结历代医家有关三消分治论述的基础上，将这一理论加以系统整理，其在《医学心悟·三消》提出：“三消之证，皆燥热结聚也。大法，治上消者，宜润其肺，兼清其胃；治中消者，宜清其胃，兼滋其肾；治下消者，宜滋其肾，兼补其肺。夫上消清胃者，使胃火不得伤肺也；中消滋肾者，使相火不得攻胃也；下消清肺者，滋上源以生水也。三消之治，不必专执本法而滋其化源则病易痊矣”。这一理论可谓深得消渴病治则之要旨，系三消分治之总纲，为后世从三消分治消渴病奠定了坚实的理论基础。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4.2 新久异治

所谓新久异治是指古代医家根据消渴病发展的不同阶段、不同病理机制及相应的证候特点而采取分阶段治疗的法则。如明代李梴《医学入门·消渴》谓："治消渴初宜养肺降心，久则滋肾养脾。盖本在肾，标在肺，肾暖则气上升而肺润，肾冷则气不升而肺焦"。明代医家方隅根据消渴病初起多实，久病多虚，初起多用清法，日久多用补法的特点，在《医林绳墨·消渴》中提出："消渴初起，用人参白虎汤，久而生脉饮；中消初发，调胃承气汤，久则参苓白术散；肾消初起，清心莲子饮，久则六味地黄丸"。上述论点在今日临床上应具有较强的指导意义。

4.3 补肾治本

古代部分医家认为，消渴病虽有上、中、下三消之分，肺燥、胃热、肾虚之别，但关键在于肾虚，因此强调补肾治本。如明代医家赵献可在《医贯·消渴论》中指出："治消之法，无分上中下，先治肾为急……滋其肾水则渴自止矣"。清代陈士铎《石室秘录·消渴》亦云："消渴之证，虽分上中下，而肾虚以致渴则无不同也。故治消渴之法，以治肾为主，不必问其上中下三消也"。

4.4 水火互济

古代医家在强调肾虚，特别是肾阴虚为消渴病发病的根本原因的同时，还认为燥热也是消渴病发病的重要因素，因此提出水火互济之法。如明代马兆圣《医林正印·三消》曰："三消者，乃阴虚阳盛之证，水火不能相济也，大法当抑阳火，滋肾水，使心火下降，肾水上升，阴阳匀停，水火相济，三焦和平，二火守位，则何消病之有"。张介宾《景岳全书·杂证谟·三消》则云："凡治消之法，最当先辨虚实，若察其脉证，果为实火致耗津液者，但去其火则津液自生，而消渴自止；若由真水不足，则系属阴虚，无论上中下，急宜治肾，必使阴气渐生，精血渐复，则病必自愈。若但知清火，则阴无以生，而日渐消败，益以困矣"。金代张从正《儒门事亲·三消当从火断》则谓："治消渴者，补肾水阴寒之虚而泻心火阳热之实，除肠胃燥热之甚，济身中津液之衰，使道路散而不结，津液生而不枯，气血利而不涩，则病日已矣"。张氏在这里为后世总结出补肾水、泻心火、润肠胃燥、资生津液等治消大法，对今日中医临床仍具有重要的指导意义。

4.5 健脾燥湿

从阴虚内热角度看，对消渴病患者应慎用温燥化湿之品，但古代医家针对脾气虚弱，湿邪困脾所致之消渴病则提出了健脾燥湿之法。如张洁古首倡益气健脾治疗消渴病，其在《医学启源》中指出："白术散，治诸烦渴津液内耗，不问阴阳，服之止渴生津液"。李东垣继承师训，认为消渴病多由元气不升所致。盖脾胃为后天之本，五脏之精华悉运于脾，脾旺则心肾相交，脾健则津液自化，脾气不足百病自生，治疗当以健脾益气为本，反对滥用清泻。清代张志聪则强调燥湿健脾助化，其在《侣山堂类辨·消渴论》中提出："有脾不能为胃行其津液，肺不能通调水道而为消渴者，人但知以凉药治渴，不知脾喜燥而肺恶

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

寒……以燥脾之药治之，水液上升即不渴矣”。今日临床证明，燥脾升清以治渴确有实效，但应辛甘苦同施，清化并举，不可过用辛温，避免化燥伤阴之弊。

4.6 疏肝化痰

金元医家对消渴病的研究不仅在病因、病机方面立意求新，自成体系，还首创以疏肝法治疗消渴病，使消渴病的辨证论治日趋完善。刘河间《三消论》提出：“治上消、两消而不欲多食，小便清利，宜小柴胡汤”。清代医家费伯雄则认为痰邪与消渴病的发病有密切关系，因此强调用化痰法治疗消渴病，其在《医醇賸义·三消》中指出：“上消者，肺病也，当于大队清润中，佐以渗湿化痰之品，……中消者，胃病也，……宜清阳明之热，润燥化痰”。

此外，尚有医家认识到治疗消渴病应坚持服药，以绝根源，如唐代王焘《外台秘要·卷十一》引《近效祠部李郎中治消渴方》曰：“在服肾气丸后可用黄连、苦参、干地黄、知母、牡蛎、麦冬、瓜蒌、牛乳为丸”。并说：“差后须服此丸一载以上，即永绝根源”。宋代许叔微《普济本事方》也有类似记载：“常须温补肾气，……可免干渴之患”。可见若非经验之谈，孰能置信。

从历代医家有关论述可知，消渴病治则治法是在辨证论治基础上确立的，每种法则又各有其一定的适应范围，因此在运用这些法则时必须善于从复杂多变的疾病现象中抓住本质，治病求本；或根据病变部位的不同三消分异；或根据疾病发展的不同阶段新久异治；或根据邪正斗争所产生的虚实变化扶正祛邪。只有这样，在临床上才能取得满意疗效。

5 变 证

消渴病若不控制饮食，或失治误治，迁延日久则可由轻转重，自上而下，阴损及阳导致阴精枯涸，经脉阻滞，热毒内生变生诸症。古代医家有关消渴病变证的论述较多，归纳起来常见以下几种。

5.1 痈 疽

消渴之病，燥热内盛，耗伤津液，水谷精微随尿流失，津枯液涸，经脉涩滞，营卫失调，气血不畅，热毒滞留，遂发痈疽。消渴病源不除，则热毒生之不断，此起彼伏，久治不愈。正如唐代孙思邈《备急千金要方·消渴》所言：“消渴之人，愈与未愈，常须思虑有大痈”。隋代巢元方《诸病源候论·消渴候》在论述其发病机理时认为：“以其内热小便利故也，小便利则津液竭，津液竭则经络涩，经络涩则荣卫不行，则由热气留滞，故成痈疽”。明代马兆圣则认为消渴病并发痈疽之机理为阴虚阳盛，水火不能相济或火性炎上，留于分肉所致，其在《医林正印·三消》曰：三消者，乃阴虚阳盛之症，水火不能相济也……或猛火盛炎，留于分肉，则发痈疽，此又病深而症之变也”。

5.2 水 肿

消渴病日久，阴损及阳，或过用寒凉，伤阳损气，致水气既不得蒸腾于上，又不能下输膀胱，必潴留于内，泛溢周身肌肤，则出现水肿。喻昌《医门法律·三消论》曰：“凡治

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

消渴病，用寒凉太过乃至水胜火湮，犹不知反，渐成肿满不效，医之罪也”。宋代赵佶认为脾虚不能制水系消渴病并发水肿之主要病机，其在《圣济总录·消渴门》谓：“土气弱不能制水，消渴饮水过度，脾土受湿而不能有所制，则泛溢妄行于皮肤肌肉之间，聚为浮肿胀满，而成水也”。金代刘完素则从火热论之，其在《三消论》中谓：“夫消渴者……热甚而膀胱怫郁，不能渗泄，水液妄行而上肿也”，从而补充了前贤之未备。

5.3 雀目、耳聋

消渴病日久，伤精耗血，致肝肾两亏。肝开窍于目，肾开窍于耳，精血不能上承于头面以濡养耳目，耳目失养，故成雀目、耳聋等病证。金代刘完素《三消论》曰：“夫消渴者，多变聋盲目疾、疮痈痤痱之类，皆肠胃燥热怫郁，水液不能浸润于周身故也”。明代戴元礼更加明确提出精血亏虚是发生本病的主要病机，其在《证治要诀·消渴》谓：“三消久之，精血既亏，或日无所见，或手足偏废如风疾”。本病之临床表现虽有在目、在耳之别，但其病变机理则一，故临床上常将二者归属一类病证加以讨论。

5.4 肺痿、痨嗽

消渴病患者常因燥热偏盛，熏灼于肺，耗伤肺津出现阴虚肺热之咳嗽、痰中带血、潮热、盗汗等痨嗽之证。若久嗽不愈则可发生肺痿，故《金匮要略》曰：“肺痿之病，从何得之，或从汗出，或从呕吐，或从消渴，小便利数……重亡津液，故得之”。金代刘完素在《三消论》中亦有消渴病可并发“肺痿痨嗽”、“蒸热虚汗”之记载。

5.5 中 风

《内经》最早提出形体肥胖，过食膏粱厚味是消渴病并发中风之重要因素，《素问·通评虚实论》曰：“消瘅仆击，偏枯……肥贵人则高粱之疾也”。明代医家戴元礼则认为消渴病日久，精血亏虚，筋脉失养是本病之另一重要病机，其在《证治要诀·三消》谓：“三消久之，精血既亏……或手足偏废如风疾”。

5.6 痿 证

消渴病日久伤精耗血，气血亏虚，不能濡养肌肉筋骨，故肢体痿弱或麻木不仁。元代朱震亨《丹溪心法·消渴》曰：“热伏于下，肾虚受之，腿膝枯细，骨节酸疼”。清代汪蕴谷亦认为肾阴亏虚是发生本病的主要病机，其在《杂证会心录》谓：“消渴一证，责在于下，肾水亏虚，则尤火无所留恋……若火灼在下，耳轮焦而面黑，身半以下，肌肉尽削”。

历代医家在对上述变证进行详细论述的同时，隋代巢元方所著之《诸病源候论·消渴候》还记载了“消渴病，心中疼”；清代吴谦等在《医宗金鉴·消渴》则论述了消渴病并发泄泻之机理，“三消，饮水多不能食。……湿多苔白滑者，病之则传变水肿泄泻”。以上论述是我们今天辨治消渴病并发症的理论宝库，应该进一步发掘整理。

6 坏 病

消渴病若经严格的饮食调摄，及时正确的药物治疗，多可达到临床治愈；若失治误

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治，病程迁延日久，由上及下，由气及血，殃及脏腑，阴损及阳，形成阴阳两虚或虚实互见之候则变证叠出，甚或出现坏病。唐代孙思邈《备急千金要方·消渴》曰："治之愈否，属在病者，若能如方节慎，旬月可瘳，不自爱惜，死不旋踵，方书医药，实多有效，其如不慎者何"。

6.1 从临床证候判断坏病

《内经》最早提出从饮水量与尿量的比例来判断消渴病坏病的论点，《素问·气厥论》曰："心移寒于肺，肺消，肺消者，饮一溲二，死不治"。清代医家尤怡对本段经文进行了研究。其在《医学读书记·肺消》谓："肺居上焦而司气化，肺热则不肃，不肃则水不下，肺寒则气不化，不化则水不布，不待所饮之水互趋而下，且并身中所有之津，尽从下趋之势，有降无升，生气乃息，故曰：饮一溲二，死不治"。清代张璐则认为阳强与早泄可作为判断消渴病坏病之征象，《张氏医通·消瘅》谓："脾消之证，饮食入腹，如汤沃雪，随小便而出，出于溷僻沟渠，皆旋结如白，肌肤日消，用热药则愈甚，用凉药则愈虚，不能起止，精神恍惚，口舌干或阳强兴盛，不交而泄，不久当毙"。

6.2 从小便的质、量、色、味判断坏病

元代医家戴元礼发现，患者小便在便器中有气泡翻动多属病程久、病情重，对判断病情有一定参考价值。其所著《证治要诀·消渴》记载曰："三消久而小便不臭反作甜，气在溺桶中滚涌，其病为重"。宋代诸瑞章则从小便次数、色泽及味觉几个方面详述了小便的变化与消渴病病情之关系，其在《卫生家宝方》谓："夫消渴者……久则其病变为小便频数，其色如浓油，上有浮膜，味甘甜如蜜，淹浸之久，诸虫聚食，是恶候也"。

6.3 从脉象判断坏病

《素问·通评虚实论》记载了从脉象的虚实判断消渴病之预后，"消瘅虚实如何？……脉实大，病久可治；脉悬小坚，病久不可治"。晋代王叔和则从至数与形态方面论述了消渴病脉象与预后的关系，其在《脉经》记载曰："消渴，脉数大者生；细小浮短者死；消渴，脉沉小者生，实坚大者死"。文中所言数大脉为实热之征，故曰生；细小浮短脉为阳气欲脱，虚浮不能内守之象，故曰死；脉沉小为肾气不足之征，虽虚可治；脉实大为胃气已绝之象，不可治矣。宋代崔嘉彦《四言举要》亦云："三消之脉，浮大者生；细小微涩，形脱可惊"。消渴病脉现浮大，为脉证相符，虽病久可治；脉现细小微涩，并已脱形，属病久精之虚极，故为难治之证。

7 传 变

消渴病上轻、中重、下危，病本在肾，上中之消迁延日久失治、误治可能传为下消，故明代医家李梴所著《医学入门·消渴》云："三消上中既平，不复下传，上轻、中重、下危，总皆肺被火邪熏蒸日久，气血凝滞。故能食者，末传痈疽，水自溢也；不能食者，末传胀满，火自炎也，皆危"。清代喻昌《医门法律·消渴门》则谓："消渴之患，常始于微而成于著，始于胃而极于肺肾，皆言上中消之病可能传于下"。多数医家认为消渴病传变

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

规律是由上及下，转属下消，本源耗竭，则不复传变。亦有学者认为消渴病起于中焦而及于上下。张锡纯《医学衷中参西录》曰："消渴一证，古有上、中、下之分，谓其证，皆起于中焦而及于上下"，"因中焦脾病而累及于脾也……致脾气不能散精达肺则津液少，不能通调水道则小便无节，是以渴而多溲也"。此说可供研究者参考。

8 针灸气功

针灸治疗消渴病已有悠久的历史，早在《史记·扁鹊仓公列传》即有用灸法治疗消渴病的医案。晋代皇甫谧《针灸甲乙经》不仅提出可以采用针刺的方法，而且记载了针刺的穴位，"消渴身热，面目黄赤，意舍主之；消渴嗜饮，承浆主之；消渴，腕骨主之；黄瘅热中喜饮，太冲主之；消瘅善饥，气走喉咽，而不能言，大便难……口中热，唾如胶，太溪主之；热中，消谷善饥……足三里主之"。唐代孙思邈则明确提出消渴病采用灸法的适应症和禁忌症，其在《备急千金要方·消渴》中谓："消渴咽喉干，灸胸膛五十壮，又灸足太阳五十壮"。"凡消渴病经百日以上者，不得灸刺，灸刺则于疮上漏脓水不歇，遂成痈疽，羸瘦而死，亦忌有所误伤"。除针灸方法外，隋代巢元方还在《诸病源候论》中记载了采用导引治疗消渴病的方法，"解衣慎卧，伸腰膑少腹，五息止，引肾去消渴"。《保生秘要》亦说"口干导引法，左右足心，每搓三十六回，按时吐纳津回"，"运动以舌托上腭，凝悬壅穴，贯一窟凉水，渐提至口噀咽"。导引、气功均是消渴病治疗与康复的一种特殊方法，临床上也确实有一定疗效，但采用气功治疗消渴病，应在气功师指导下进行，以免出现偏差。

9 预防康复

关于消渴病的预防古代医家早有论述，特别是在既病防变方面为后世提供了许多宝贵的理论和经验，至今仍有效地指导着消渴病的防治工作。但是由于历史条件的限制，古代医家在消渴病未病先防方面的论述并不多见，也没有得到应有的重视，只是唐代孙思邈《备急千金要方·消渴》中提出："至人消未起之患者，治未病之疾"，因此本篇仅列消渴病既病防变和康复的有关内容加以讨论。

9.1 易情养性

明代医家徐春甫认为清心寡欲、薄滋味、减思虑等为防治消渴病的方法，其在《古今医统》谓："凡初觉燥渴，便当清心寡欲，薄滋味，减思虑，则治可瘳，若有一毫一谨，纵有名医良剂，必不胜生矣"。唐代孙思邈认为消渴病患者慎忌胜过医药，其在《备急千金要方·消渴》中指出："消渴病人治之愈否，属在病者，若能如方节慎，旬日可瘳，不自爱惜，死不旋踵，方书医药，实多有效，其如不慎者何"。王焘所著《外台秘要》引《古今录验方》亦说消渴病患者"特忌房劳"，并在卷末特设将息禁忌论一首，举坐卧动息，饮食宜忌以示规矩，至今仍有普遍的指导意义。

9.2 饮食宜忌

由于消渴病系"肥贵人膏粱之疾"，因此古代医家特别强调饮食疗法在消渴病防治中

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

的重要作用，唐代孙思邈《备急千金要方·消渴》不仅明确提出饮食控制疗法，而且把饮食控制疗法放在治疗的首位，他说“消渴病人……所慎有三：一饮酒、二房室、三咸食及面”，“能慎此者，虽不服药而自可无他。不知此者，纵有金丹，亦不可救”。王焘所著之《外台秘要·消渴消中门》对饮食控制提出了具体要求，主张“先候腹实，积饥乃食”，反对无限制的过多饮食，“食欲得少而数，不欲数而多”，宜“食后行步”，不宜“饮食便卧，终日久座”，并提出一些具体食品供医患选择食用。金代张从正《儒门事亲·三消当从火断》则认为：“不减滋味，不戒嗜欲，不节喜怒，病已而复作。能慎此三者，消渴亦不足忧矣”。

9.3 运动预防

早在1300多年以前，我国医学著作中就有采用运动方法防治消渴病的详细记载，认为消渴病患者宜适当运动，并把它作为防治消渴病的重要措施之一。隋代名医巢元方《诸病源候论》提出散步是防治消渴病之“良药”，主张饭前“先行一百二十步，多者千步，然后食之”。虽然文中所言先行而后食与今日运动疗法所倡导的宜餐后1小时左右运动为最佳的原则不符，但毕竟已认识到运动的重要性，给后世医家提供了许多值得借鉴的经验。王焘《外台秘要·消渴消中门》更进一步明确指出消渴病患者“养性之道，不欲饮食便卧，亦不宜终日久坐，皆损寿也。人欲小劳，但莫久劳疲极，亦不可强所不能堪耳。人不得每夜食，食毕即须行步，令稍畅而坐卧”。

9.4 药物预防

古代药物预防消渴病的文献记载并不多见，部分医家仅在文献中介绍了药物防治变证的经验，如孙思邈《备急千金要方·消渴》提出：“消渴之人，愈与未愈，常须思虑有大痈……当预备痈药以防之”。清代何梦瑶《医碥》也指出消渴病“须防发痈疽，黄芪六一汤下忍冬丸；末传臌胀水气，五皮送济生肾气丸”。

综上所述，中医学对消渴病的认识历史悠久，源远流长，消渴病理论渊于《内经》，辨证论治出自《金匮要略》，证候分类始于隋代，体系形成于唐宋。唐宋以后历代医家均从不同侧面对消渴病理论和临床给予了补充和发展，内容极其丰富，为我们今天研究消渴病提供了宝贵的文献资料。

10 方剂归类

10.1 按三消分类

10.1.1 治上消方

(1) 麦门冬散：治消渴，体热烦闷，不能食。

麦门冬二两去心　茅根二两剉　栝蒌根二两　芦根一两剉　石膏二两　甘草一两炙微赤剉

上药捣粗罗为散，每服四钱，以水1中盏，入小麦一百粒，煎至六分，去滓，不计时候温服。(《太平圣惠方》)

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(2) 赤茯苓煎：治消渴，心神烦乱，唇口焦干，咽喉不利。

赤茯苓五两为末　白蜜半斤　淡竹沥一小盏　生地黄汁一中盏

上药调搅令匀，以慢火煎成膏，每服不计时候，以清粥调下 1 茶匙。(《太平圣惠方》)

(3) 黄连散：治消渴，润肺心。

黄连二两去须捣罗为末　生地黄汁三合　生栝蒌汁三合　牛乳三合

将上三味药汁相合，每服三合，不计时候，调下黄连末一钱。(《太平圣惠方》)

(4) 栝蒌根丸：治消渴，心神虚烦躁闷。

栝蒌根一两　麦门冬一两去心焙　甘草三分炙微赤剉　黄连三分去须　赤石脂半两　石膏一两

将上药捣罗为末，炼蜜和捣三二百杵如梧桐子大，不计时候以清粥饮下三十丸。(《太平圣惠方》)

(5) 猪肚丸：治消渴。

猪肚一枚治如食法　栝蒌四两　麦门冬四两去心　知母四两无以茯神代

上三味为散，内猪肚中用线缝合，安置瓶中，蒸之极烂熟，接热木臼中，捣碎和蜜为丸，如梧桐子大，饮服三十丸，日再渐加至五十丸，渴即服之。(《千金翼方》)

10.1.2 治中消方

(1) 地骨皮散：治消中虚羸，烦热口干，眠卧不安。

地骨皮二两　栝蒌根一两　石膏一两　黄连一两去须　甘草一两微赤剉

上药捣粗罗为散，每服四钱，以水一中盏，煎至六分，去滓，不计时温服。(《太平圣惠方》)

(2) 黄芪丸：治消中渴不止，小便赤黄，腰膝无力，纵食不生肌肤。

黄芪一两剉　牡蛎二两烧为粉　栝蒌根一两　甘草半两炙微赤剉　麦门冬一两半去心焙　地骨皮半两　白石脂半两　泽泻半两　知母半两　黄连半两去须　山药半两　熟地黄半两

将上药捣罗为末，炼蜜和捣三二百杵，如梧桐子大，每服不计时候，以清粥下三十丸。(《太平圣惠方》)

(3) 茯神丸：治消中烦热，小便数。

茯神一两　地骨皮半两　黄芪半两剉　知母半两　牡蛎一两烧为粉　栝蒌根三分　黄连三分去须　麦门冬二两去心焙　熟干地黄一两

将上药捣罗为末，炼蜜和捣三二百杵，如梧桐子大，每服不计时候，以清粥下三十丸。(《太平圣惠方》)

10.1.3 治下消方

(1) 熟干地黄散：治消肾，小便滑数，口干心烦，皮肤干燥，腿膝消细，渐至无力。

熟干地黄一两　鸡肫胫一两微炒　黄芪一两剉　白茯苓一两　麦门冬三分去心　龙骨一两半　桑螵蛸三分微炒　牡蛎粉一两　人参一两去头芦　牛膝一两去苗　枸杞子三分

上药捣筛为散，每服三钱，以水一中盏，煎至六分，去滓，不计时候温服。(《太平圣惠方》)

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(2) 肾沥丸：治消肾，肾气虚损，发渴，小便数，腰膝痛。

鸡肫胵一两微炒　远志一两去心　人参一两去芦头　黄芪一两剉　桑螵蛸一两微炒　泽泻一两　熟干地黄一两　桂心一两　龙骨一两　甘草半两炙微赤剉　麦门冬二两去心　五味子半两　磁石三两　白茯苓一两　川芎二两　玄参半两

上药捣筛为散，每服用羊肾一对，切去脂膜，先以水一大盏，煮羊肾至一盏，去水上浮脂及肾，次入药五钱，生姜半分，煎至五分，去滓，空心温服，晚饭前再服。(《太平圣惠方》)

(3) 白茯苓丸：治消肾，因消中之后胃热人肾，消灼肾脂，令肾枯燥，遂至此疾，即两腿渐细，腰脚无力。

白茯苓一两　覆盆子一两　黄连一两去须　人参一两去芦头　栝蒌根一两　熟干地黄一两　鸡肫胵五十枚微炒　蒴藋一两剉　玄参一两　石斛三分去根剉　蛇床子三两

上药捣罗为末，炼蜜和捣三二百杵，如梧桐子大，每于食前煎磁石汤下三十丸。(《太平圣惠方》)

(4) 鹿茸丸：治消肾，气虚羸瘦，四肢无力，小便色白，滑数不禁，不思饮食，心神虚烦。

鹿茸二两　人参三分去芦头　泽泻五分　赤石脂三分　石斛三分去根剉　熟干地黄二两　麦门冬一两去心焙　白茯苓二分　蒴藋三分剉　白芍药三分　甘草一分炙微赤剉　黄芪三分剉　桑螵蛸半两微炒　子芩半两　龙骨三分　桂心半两　牡蛎一两烧为粉

上药捣罗为末，炼蜜和捣三二百杵，如梧桐子大，每日空心及晚食前以清粥饮下二十丸。(《太平圣惠方》)

(5) 枸杞子丸：治消肾，久渴不差，困乏，小便滑数，心神虚烦。

枸杞子一两　白茯苓一两　黄芪一两剉　鸡肫胵一两　栝蒌根三分　泽泻半两　牡丹半两　山茱萸半两　麦门冬一两半　牡蛎一两烧为粉　桑螵蛸三分微炒　车前子三分

上药捣罗为末，炼蜜和捣三二百杵，如梧桐子大，每于食前以粥饮下三十丸。(《太平圣惠方》)

(6) 山药丸：治消肾，小便滑数，四肢少力，羸瘦困乏，令不思食。

山药一两　鸡肫胵一两微炙　牡丹半两　黄芪半两　栝蒌根半两　白龙骨半两　白茯苓半两　山茱萸半两　麦门冬一两去心焙　熟干地黄一两　桂心半两　泽泻半两　附子半两　枸杞子半两

上药捣罗为末，炼蜜和捣三二百杵，如梧桐子大，每于食前，以清粥饮下三十丸。(《太平圣惠方》)

10.2　按病机分类

10.2.1　治虚热渴方

(1) 肾沥汤：治脏气不足，内燥烦渴。

生干地黄洗剉焙　泽泻　远志去心　肉桂去粗皮　当归切焙　龙骨　甘草炙剉　五味子　赤茯苓去皮　川芎　人参　黄芩　麦门冬去心焙各一两

十三味粗捣筛，每用羊肾一只，去筋膜，切开先用水一盏半煮羊肾，取一盏去肾入药

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

末三钱匕，再煎七分，去滓温服不拘时。(《圣济总录》)

(2) 薏苡仁汤：治虚热渴不止。

薏苡仁 五味子各一两半 覆盆子 生干地黄剉焙 枸杞子各二两 紫苏茎叶 黄芪细剉 木通各一两 白茯苓去黑皮三两

九味粗捣筛，每服三钱匕，水一盏，煎七分，去滓温服，不拘时候。(《圣济总录》)

(3) 填骨煎方：虚热渴无不效。

茯苓 菟丝子 山茱萸 当归各三两 大豆黄卷一升 石韦二两去毛 牛膝 巴戟天 麦门冬去心各三两 天门冬五两去心 五味子三两 人参二两 远志三两去心 桂心二两 附子炮二两 石斛三两

上十六味先捣筛，别取生地黄十斤，生栝蒌十斤，舂绞取汁，于火上煎之减半，便作数分内药，并下白蜜二升，牛髓一升，微火煎之，令如糜，食如鸡子黄大，日三亦可，饮服之佳。(《外台秘要》)

10.2.2 治实热渴方

(1) 天竺黄散：治热渴。

天竺黄一两细研 黄连二两去须 茯神一两 甘草一两炙微赤剉 芒硝一两 犀角屑一两(现已禁用) 栝蒌根一两 升麻一两

上件药，捣细罗为散，入研，药令匀，每于食后煎淡竹叶汤调下一钱。(《太平圣惠方》)

(2) 茯苓汤：疗胃腑实热，引饮常渴，泄热止渴。

茯苓五两 栝蒌五两 知母四两 小麦二升 麦门冬五两 大枣二十枚去核 生地黄六两 葳蕤四两 淡竹叶三升

上九味，以水三斗，先煎小麦、竹叶取九升，去滓，内诸药，煮取四升，分四服，不问早晚，随渴即进。(《外台秘要》)

10.3 按病势分类

10.3.1 治暴渴方

(1) 芦根散：治暴渴，饮水多或干呕。

芦根一两半剉 人参半两去芦头 麦门冬一两去心 桑根白皮三分剉 黄芪三分剉 百合三分 赤茯苓三分 黄芩三分 葛根三分剉

上件药捣筛为散，每服四钱，以水一中盏，入生姜半分，淡竹叶二十片，煎至六分，去滓不计时候温服。(《太平圣惠方》)

(2) 地骨皮汤：治心脾虚热，暴渴不已。

地骨皮 栝楼根 黄连去须 麦门冬去心焙 黄芩去黑心各一两 茯神去木 远志去心各三分 甘草炙剉半两 石膏碎二两

上九味粗捣筛，每服三钱匕，水一盏，煎至七分，去滓温服不拘时。(《圣济总录》)

(3) 芦根汤：又名麦门冬散；治暴渴，烦热不退，少得睡眠。

芦根一两半剉 地骨皮一两 麦门冬一两去心焙 栝蒌根一两 白茅根二两剉 石膏碎二两 黄芩三分 人参三分去芦头 甘草半两炙微赤剉

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

上件药，捣筛为散，每服五钱，以水一大盏，入生姜半分，小麦半合，淡竹叶二十片，煎至五分去滓，每于食后温服。(《太平圣惠方》)

(4) 桑根白皮汤：治暴渴，饮水不止，头面虚浮。

桑根白皮剉　麦门冬去心焙　石膏碎各二两　赤茯苓去黑皮　黄芩去黑心　栝蒌根各一两半　栀子仁半两　土瓜根一两

上八味粗捣筛，每服三钱匕，水一盏半，煎至八分，去滓温服，不拘时。(《太平圣惠方》)

(5) 栝蒌根散：治暴渴，心神烦闷，身热，食少。

栝蒌根一两　芦根一两剉　麦门冬一两去心　知母二两　人参一两去芦头　地骨皮一两　黄芩一两　甘草一两炙微赤剉

上件药，捣筛为散，每服五钱，以水一大盏，煎至七分，去滓，不计时温服。(《太平圣惠方》)

(6) 茯苓汤：治心脾壅滞，暴渴引饮。

赤茯苓去黑皮　泽泻　白术　黄连去须　肉桂去粗皮　甘草炙剉各一两　大黄生用半两

上七味，粗捣筛，每服三钱匕，水一盏，入小麦半匙，煎至一盏，去滓温服，不拘时。(《圣济总录》)

(7) 柴胡散：治暴渴，心神烦闷，口舌焦干。

柴胡二两去苗　乌梅肉二两微炒　甘草一两炙微赤剉　麦门冬一两半去心。

上件药，捣筛为散，每服四钱，以水一中盏，煎至七分，去滓，不计时候温服。(《太平圣惠方》)

10.3.2 治久渴方

(1) 泽泻丸：治肾虚燥久，消渴不止。

泽泻　肉苁蓉酒渍切焙　五味子　禹余粮煅醋淬七遍　巴戟天去心　当归切焙　地骨皮洗焙各一两　磁石煅醋淬二十遍　人参　赤石脂　韭子　白龙骨　甘草炙剉　牡丹皮各一两　生干地黄焙二两半

上十五味，捣罗为末，炼蜜丸如梧桐子大，每服三十丸，以牛乳汁下，不拘时候。(《圣济总录》)

(2) 肾沥汤：治久消渴，饮水不绝。

远志去心　人参　泽泻　熟干地黄焙　肉桂去粗皮　当归切焙　赤茯苓去黑皮　龙骨　黄芩去黑心　川芎各二两　五味子三分　麦门冬去心焙二两半

上十二味，粗捣筛，每服五钱匕，水三盏，先煮羊肾一具，取一盏，去肾入药，并大枣三枚劈破，生姜半分切，同煎取一盏半，去滓分温二服，不拘时候。(《圣济总录》)

(3) 升麻丸：治久消渴不止。

升麻　黄连去须　黄柏去粗皮剉　黄芩去黑心　麦门冬去心焙各五两　栝蒌根七两　苦参八两　生干地黄焙三两　人参三两

上九味，捣罗为末，以生牛乳汁和以手为丸，梧桐子大，暴干每服三十丸，不拘时候渐加至五十丸。(《圣济总录》)

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

10.4 按变证分类

10.4.1 治消渴饮水过度方

(1) 竹叶汤：治消渴饮水不辍，多至数斗。

甘竹叶切 火麻仁炒 赤秫米各一升淘净 白茯苓去黑皮一两 蔍白二两切 鹿角四双汤浸去皮，细研如粉，上剉分作八服。每服先以水三盏，煎麻仁竹叶取二盏，去滓澄清；入诸药鹿角，又煎去滓，取一盏，微微饮之，渴止为度。(《圣济总录》)

(2) 神效散：治消渴，饮水不止。

白浮石 蛤粉 蝉壳各等分为末，用鲫鱼胆七个，调三钱服，不拘时。神效。(《圣济总录》)

(3) 玉壶丸：治消渴，饮水无度。

人参 栝蒌根各等分，为末炼蜜丸，如梧桐子大，每服三十丸，麦门冬汤下。(《圣济总录》)

10.4.2 治消渴烦躁方

(1) 麦门冬饮：治消渴热盛，烦躁恍惚。

生麦门冬去心三两 生竹沥三合 小麦二合 知母一两半 芦根二两 生地黄三两

上六味剉如麻豆，每用半两，水三盏，煎至二盏，去滓入竹沥少许，分二服，食后。(《圣济总录》)

(2) 芦根汤：治消渴，心脾中热，烦躁不止，下焦虚冷，小便多，羸瘦。

芦根一斤 黄芪剉 栝蒌根 牡蛎煅各二两 知母三两 生麦门冬去心六两

上六味咬咀，每服三钱匕，水一盏，煎服七分，去滓，食后乘渴细服。(《圣济总录》)

(3) 知母饮：治消渴，心中脾实，躁热多渴，化为小便。

知母切焙 生芦根各三两 土瓜根二两 黄芩去黑心 甘草炙各一两半 龙齿三两 大黄二两半

上七味咬咀，每服五钱匕，水三盏，煎取二盏，去滓下麦门冬汁二合，食后分温三服。(《圣济总录》)

10.4.3 治消渴饮水腹胀方

(1) 人参汤：治消渴，饮水过多，心腹胀满，或胁肋间痛，腰腿沉重。

人参 芍药各一两 大腹子二枚 槟榔 葛根剉 黄芩去黑心 知母焙 桑根白皮剉 赤茯苓去黑皮各一两半 葳蕤一两一分 枳壳去瓤麸炒三分

十一味粗捣筛，每服三钱匕，水一盏，入生姜如枣子大拍破，煎至七分去滓，空心温服，食后夜卧再服。(《圣济总录》)

(2) 半夏散：治消渴，饮水腹胀，烦热呕吐，不思食。

半夏半两汤洗七遍 甘草半两炙微赤剉 木香半两 陈橘皮一两 赤茯苓一两 人参一两去芦头 白术三分

捣粗罗为散，每服三钱，以水一中盏，入生姜半分，竹茹一分，枣二枚煎至六分，去滓，不计时候温服。(《太平圣惠方》)

(3) 槟榔散：治消渴饮水不止，小便涩，心腹连膀胱胀闷，胸膈烦热。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

槟榔一两　桑根白皮一两剉　赤茯苓一两　木通一两剉　紫苏茎叶一两　麦门冬一两去心

捣筛为散，每服四钱，以水一中盏，入生姜半分，切葱白七寸，煎至六分，去滓不计时温服。(《太平圣惠方》)

(4) 旋覆花汤：治消渴，腹胁虚胀，心下满闷。

旋覆花微炒　桑根白皮剉　陈橘皮微炒各一两半　紫苏　犀角（现已禁用）各半两　赤茯苓去黑皮三两

六味粗捣筛，每服七钱匕，水三盏入枣二枚擘，生姜半分，拍破盐豉半匙同煎至一盏半去滓，分温三服，每食后一服，如人行十五里来更一服。(《圣济总录》)

10.4.4　治消渴病虚乏方

(1) 黄芪丸：治大渴后，上焦烦热不退，下元虚乏，羸瘦无力，小便白浊，饮食减少。

黄芪一两剉　肉苁蓉一两炙　鹿茸一两炙　人参三分去芦头　伏苓三分　泽泻三分　附子三分炮　禹余粮三分　巴戟三分　桂心三分　牡丹三分　五味子三分　牡蛎三分　龙骨三分　赤石脂三分　甘草半两炙微赤剉　地骨皮半两　磁石一两半　熟干地黄三两　麦门冬三两去心焙

捣罗为末，炼蜜和捣五七百杵，丸如梧桐子大，每于食前以清粥饮下三十丸。(《太平圣惠方》)

(2) 钟乳丸：治消后虚乏。

钟乳石粉　续断　熟干地黄焙　石韦去毛各一两　山茱萸　蛇床子各二两　甘草炙剉　牛膝酒浸焙各一两　杜仲去粗皮剉炒三两三分　天雄炮半两　远志去心　肉苁蓉酒浸切焙一两三分　防风　山萸　石斛去根　赤石脂各一两三分

十六味，捣罗为末，炼蜜丸如梧桐子大，每服三十丸，温酒下。(《圣济总录》)

(3) 磁石散：治大渴后虚乏羸弱，小便白浊，口舌干燥，不思饮食。

磁石二两半捣　熟地黄三两　麦门冬一两去心　桑螵蛸三分微炒　黄芪三分剉　人参三分去芦头　桂心三分　五味子三分　龙骨三分　甘草一分炙微赤剉　菟丝半两剉

上件药，捣粗罗为散，每服用猪肾一对，切去脂膜，以水二盏，煎至一盏，去滓，入药五钱，生姜半分，煎至五分，去滓，空心温服，晚食前再服。(《太平圣惠方》)

10.4.5　治渴后成水病方

(1) 紫苏散：治消渴后，遍身浮肿，心膈不利。

紫苏茎叶一两　桑根白皮一两剉　赤茯苓一两　羚羊角屑三分　槟榔三分　木香半两　桂心半两　独活半两　枳壳半两麸炒微黄去瓤　郁李仁二两汤浸去皮微炒

上药捣粗罗为散，每服四钱，以水一中盏，入生姜半分，煎至六分，去滓，不计时候温服。(《太平圣惠方》)

(2) 瞿麦汤：治消渴欲成水气，而且并膝胫浮肿，小便不利。

瞿麦穗　滑石　泽泻各半两　防风三分　大黄剉炒　黄芩去黑心各一分　桑螵蛸炒十四枚

上七味粗捣筛，每服三钱匕，水一盏，煎至七分，去滓空心温服，良久再服。(《圣济

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

总录》)

(3) 防己丸：治消渴差后，津液枯竭，身体虚浮，欲成水病。

防己 猪苓 郁李仁汤浸去皮尖炒 杏仁去皮尖双仁炒各一两半 栝蒌根 赤茯苓去黑皮 葶苈子纸上炒 桑根白皮剉各二两 白术三分

上九味为细末，炼蜜丸如梧桐子大，每服二十丸，空腹浆水下，日一服，肿消小便快为度。(《圣济总录》)

10.4.6 治消渴后小便白浊方

(1) 菟丝子散：治消肾小便多，白浊或不禁。

菟丝子一两酒浸三日曝干剉捣为末 蒲黄一两半微炒 磁石半两细研水飞过 黄连一两去须 肉苁蓉一两炙干 五味子一两 鸡肫胵中黄1两半微炙

上药捣细罗为散，每于食前，以清粥饮调下二钱。(《太平圣惠方》)

(2) 桑螵蛸丸：治消肾，小便白浊，久不愈。

桑螵蛸1两微炒 菟丝子半两汤浸三日曝干剉捣为末 熟干地黄二两 山茱萸三分 黄连1两去须

上药捣罗为末，炼蜜和捣三二百杵，如梧桐子大，每于食前煎大麦饮下三十丸。(《太平圣惠方》)

(3) 山茱萸丸：治消渴饮水极多，肢体羸弱，小便如米泔，腰膝冷痛，诸方不能治者。

山茱萸 栝蒌根剉 土瓜根剉 苦参 龙骨细研各一两 黄连去须三两半

上药先捣罗五味，次入龙骨，再研匀，用生栝蒌汁和剂酥涂，杵捣匀熟，丸如梧桐子大，每服三十丸，食后煎白茅根饮下。(《圣济总录》)

10.4.7 治消渴后成痈疽方

(1) 玄参散：治渴利烦热，发痈疽，发背，燉肿疼痛。

玄参一两 犀角屑一两 芒硝一两 大黄二两剉碎微炒 黄芪一两剉 沉香一两 木香一两 羚羊角屑二两 甘草三分生剉

上药捣细罗为散，每服不计时候，以温水调下二钱。(《太平圣惠方》)

(2) 射干散：治渴利热盛，背生痈疽，烦热，肢节疼痛。

射干一两 升麻一两 犀角屑一两 蓝叶一两 黄芩一两 栝蒌根三两 沉香一两 地榆一两剉 大黄二两剉碎微炒 朴硝二两

上药捣细罗为散，每服五钱，以水一大盏，煎至五分，去滓，不计时候温服。(《太平圣惠方》)

(3) 白茅根饮子：治因服硫黄及诸丹石，发热不止，关节毒气，不得宣通，心肺燥热，渴利不止及发痈疽发背。

白茅根一握剉 桑根白皮二两剉 麦门冬二两去心 赤茯苓一两 露蜂房一两炙黄 红雪一两

上药细剉，每服半两，以水一大盏，入淡竹叶三十七片，煎至五分，去滓，不计时候温服。(《太平圣惠方》)

10.4.8 治渴利后发疮方

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(1) 升麻散：治渴利后皮肤生疮，肢节疼痛。

升麻一两　玄参一两　知母一两　赤茯苓一两　赤芍药三分　漏芦一两　枳壳一两麸炒微黄　黄连一两半去须　甘草一两炙微赤剉

上药捣细罗为散，不计时候，以温浆水调下二钱，以瘥为度」(《太平圣惠方》)

(2) 秦艽丸：治渴利后，肺脏风毒，外攻皮肤，生疮瘙痒，心烦。

秦艽一两去苗　乌蛇三两酒浸去皮骨炙微黄　牛蒡子三分微炒　防风半两去芦头　枳壳一两麸炒微黄　栀子仁三分　犀角屑三分　赤茯苓一两　苦参一两剉

上件药，捣罗为末，炼蜜和捣三二百杵，圆如梧桐子大，每于食后煎竹叶汤下三十丸。(《太平圣惠方》)

(3) 栝蒌根散：治渴利后，心烦体热，皮肤生疮，瘙痒。

栝蒌根二两　赤茯苓二两　玄参一两麸炒微黄去瓤　甘草三分炙微赤剉　苦参三分剉

上件药捣细罗为散，不计时候，以温浆水，调下一钱。(《太平圣惠方》)

展　望

综观古代医家有关消渴病理论与经验的详细记载，结合近代医家对消渴病临床与基础研究工作的不断深入，编者认为，中医学对消渴病的研究无论是在理、法、方、药，还是在证候客观化等研究领域均取得了丰硕成果，为人类的健康事业和消渴病的防治做出了重大贡献。但就研究现状分析，许多研究领域还有待进一步深入、系统，展望未来，编者认为应着重从以下几个方面开展工作。

(1) 尽快规范消渴病概念的内涵与外延："消渴"之名首见于《内经》，后世医家在《内经》基础上对消渴概念及其含义赋予了丰富的内容，加深了中医学对消渴病的认识和理解。但是由于消渴是对一类疾病的概括，很难反映其所包含的具体疾病的特殊本质及其规律，因此有必要重新认识消渴的概念，限定消渴的内涵与外延。遗憾的是，自明清以来的百余年间，在科学技术突飞猛进、日新日异的时代，在中医学领域内却基本沿用的是明清以前的病名。编者通过多年的临床观察思考，结合现代科学技术发展的现状和古人对消渴的论述，提出应将消渴名称进行分化及规范化。初步认为，改"消渴病包括西医学的糖尿病"为"等于糖尿病"，将古人广义之消渴分为"口渴症"和"暴渴病"。所谓口渴症是指由情志因素所引起的，以口渴多饮为主要临床表现的疾病，相当于西医的精神性烦渴，其它热病过程中出现的口渴欲饮等症状则不在本症讨论范畴。所谓暴渴病是指由多种原因引起的，以口渴多饮，尿频量多，身体消瘦，尿比重降低为主要特征的疾病，相当于西医的尿崩症。只有这样才能使消渴病名规范化、科学化，也有利于临床辨证论治和科学研究的需要。

通过上述讨论，编者认为今日中医临床上消渴病名目繁多、庞杂，如何在保持中医学病名特点的同时，进一步规范和分化消渴病名，使之既符合中医学术特点，又便于临床辨证论治和科学研究需要，是当前中医学防治消渴病研究领域亟待研究解决的重要课题。

(2) 适时量化消渴病的中医诊断、辨证标准：20 世纪 80 年代以来，部分中医药工作

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

者通过长期的临床观察研究，根据消渴病发展的不同阶段、证候特点，并参考生化、免疫学等指标，对消渴病分期、辨证标准与客观指标之间的关系进行了探讨，初步揭示，一般阴虚燥热证的病程较短，胰岛素分泌功能正常或偏高，肾上腺皮质和髓质功能有增强表现，血脂变化、血管病变、血管内凝结尚不显著；气阴两虚证出现胰岛素分泌延缓或不足，cAMP值下降，cGMP值上升，肾上腺皮质和髓质功能增强表现不明显，血脂变化、微血管病变及血管内凝结现象加剧；阴阳两虚证上述客观指标变化最为显著；瘀血内阻证主要表现出明显的血脂变化、微血管病变及血管内凝结现象。但是，由于消渴病所表现的证是一个综合概念，目前有关证与客观指标关系的探讨很难确切概括和反映消渴病不同发展阶段各种证候类型的病理性质。因此，若能进一步筛选、探讨出既特异又敏感的指标，进而量化消渴病中医诊断、辨证标准，将为消渴病的中医药防治研究带来划时代的革命。

（3）不断丰富中医药防治消渴病的组方思路，进一步提高中医药防治消渴病的临床疗效：自古以来，中医学一直沿用上、中、下三消及辨证论治的方法治疗消渴病，并取得了良好临床疗效。20世纪80年代以来，部分中医药工作者有针对性地开展了治则治法以及中药复方和单味中药降血糖作用机制的研究，初步揭示了补肾方药在调节血糖激素；疏肝方药在调节肝糖元的合成与分解；活血化瘀方药在降低血脂、减轻胰岛素抵抗等方面具有良好的治疗作用。对中药复方的研究还发现，某些方药虽然药理研究并无直接的降糖作用，但临床观察却能发挥整体的治疗优势，间接起到降血糖作用。研究还证实，采用具有降糖作用的单味中药进行简单堆砌，其临床疗效并不理想。若在辨证论治原则指导下，加上某些并无直接降糖作用的中药，其降糖作用明显增强，充分显示了中医学辨证论治的科学内含。但是近年的临床研究结果也告诫我们，单靠辨证论治虽然能明显消除或减轻消渴病患者的临床症状，并通过多个环节发挥一定的降血糖作用，但其降血糖强度尚没有达到人们所期望的水准。因此我们认为，今后中医药防治消渴病研究领域，应在辨证与辨病相结合；临床与基础相结合；医理与药理相结合原则的指导下，研制开发出特异地治疗消渴病不同证型，作用于不同环节的多种剂型的系列中成药。只有这样才能充分发挥中医药防治消渴病的优势，这也是中医药走向世界的希望所在。

（4）重视消渴病并发症的研究：消渴病并发症是消渴病患者致死致残的主要原因，也是今后一个时期防治消渴病研究的重点领域。全世界每年在这方面花费大量的人力、财力仍没有取得突破性进展。

近年来部分中医药工作者，根据消渴病并发症研究的现状，有针对性地开展了中医药防治糖尿病性视网膜病变，糖尿病性肾病和糖尿病性神经病变等的研究，初步探索了这些病证的分期、诊断和疗效评定标准，并在活血化瘀法治疗糖尿病微血管病变领域取得可喜研究成果。但是由于上述标准均系某些研究机构或者个人根据自己的临床经验拟定的，上述标准之间差异较大，难以进行比较和交流，加之目前尚没有被医学界所公认的糖尿病并发症动物模型，限制了中医药在防治消渴病慢性并发症领域优势的发挥。因此，如何建立符合消渴病慢性并发症特点的动物模型，尽快制订全国统一的中医药防治消渴病并发症的诊断和疗效判定标准，是关系到中医药防治消渴病并发症是否能取得突破性进展的关键问题。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(5) 积极开展消渴病防治知识的宣传教育：消渴病是一个相对特殊的疾病，它更多地涉及到生物、心理、社会、生活起居环境等诸多因素，在防治方面，除药物外消渴病防治知识的宣传教育显得尤其重要。

从广义上讲，消渴病教育是一个全方位的教育体系，其教育形式可多种多样，资料学习、图片术、讨论式、谈心式、授课式、家庭影响式等。宣传教育内容可有疾病观教育，消渴病知识教育、心理教育、康复知识教育等。无论采取何种教育形式，教授何种学习内容，必须充分结合患者的文化程度、学习能力、家庭背景及生活环境，使患者学有所乐，有利于消渴病的康复。

但是近年的实践表明，仅仅对消渴病患者进行宣传教育是远远不够的。面对国际糖尿病联盟发出的警告：任何人、在任何时间、住任何地点都有可能患糖尿病；面对全国消渴病患者每年以新增 15 万人的速度增加；面对半数以上公众对消渴病一无所知，50% ~ 80%的消渴病患者对所患疾病不甚了解的现状，我们不得不呼吁：把防治知识交给群众，安排训练有素的医生上岗，迅速开展三级预防，最大限度地减少消渴病的发病，减少现有消渴病患者并发症的出现，这是我们医务工作者义不容辞的神圣责任。

（栗德林　宋福印　栗世铀）

近现代参考文献

[1] 蓝青强. 脾胃与糖尿病的关系. 陕西中医，1987 (10):454

[2] 孙佳庆. 糖尿病的抑肝法治疗. 中医研究，1990 (1):34

[3] 李振中. 血瘀与消渴刍议. 辽宁中医杂志，1990 (7):11

[4] 冯建华. 活血化瘀在糖尿病中的运用. 山东中医杂志，1994 (11):495

[5] 严礼信. 糖尿病从痰瘀论治. 福建中医药，1994 (6):23

[6] 郭教礼. 糖尿病从毒论治初探. 新疆中医药，1992 (2):9 ~ 12

[7] 彭述宪. 消渴证治. 湖南中医杂志，1987 (1):17 ~ 19

[8] 张淑婷，等. 辨证分型治疗 400 例糖尿病体会. 河北中医，1985 (4):16

[9] 乔玉秋，等. 中老年糖尿病从痰论治. 山东中医杂志，1995 (4):152 ~ 153

[10] 刘冰. 糖尿病中医药研究现状评估. 北京中医，1991 (6):10

[11] 祝谌予，等. 对糖尿病中医辨证指标及施治方药的探讨. 上海中医药杂志，1982 (6):5

[12] 吕仁和，等. 消渴病（糖尿病）中医分期辨证与疗效评定标准. 中国医药学报，1993 (3):54 ~ 56

[13] 谭一松.《内经》论消渴病. 南京中医药大学学报，1995 (6):1

[14] 吕海泉. 脾虚与高原糖尿病. 甘肃中医，1995 (3):11

[15] 卓国强. 治疗糖尿病应重视从肝论治. 四川中医，1992 (6):10

[16] 马庆余. 论糖尿病中医当以治肾为要. 云南中医杂志，1991 (6):5

[17] 彭万年. 仲景方治消渴病十法探讨. 新中医，1989 (10):12 ~ 15

[18] 张杰，等. 糖尿病辨治七法. 河南中医，1995 (5):32 ~ 33

[19] 李良. 糖尿病治验八法. 新中医，1983 (12):1 ~ 3

[20] 刘锋，等. 糖尿病治疗八法. 江西中医药，1987 (2):25

[21] 李育才，等. 施今墨“对药”在治疗糖尿病中的应用. 辽宁中医杂志，1985 (12):2 ~ 3

[22] 宋福印，等. 辛温药在糖尿病治疗中的应用. 黑龙江中医药，1995 (4):21 ~ 22

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[23] 谭道劬．消渴病证治体会．湖南中医杂志，1988 (1):9
[24] 翁维良，等．活血液治疗糖尿病瘀血的观察．山西医药杂志，1984 (3):164
[25] 冯明秀，等．针灸配合消渴膏穴位贴敷治疗糖尿病 309 例．中医杂志，1994 (1):25
[26] 吴清和，等．消渴丸药理学研究．新中医，1993 (7):51～54
[27] 栗德林，等．益气养阴清热法治疗糖尿病的临床与实验研究．中医药学报，1995 (5):46
[28] 吴仕九，等．滋肾蓉精丸治疗肾虚型糖尿病——附 130 例临床报告．湖南中医杂志，1987 (6):8
[29] 王宗根．甘芍降糖片治疗 214 例糖尿病患者的疗效观察．中西医结合杂志，1986 (10):593
[30] 赵冠英，等．五加参降糖片治疗 24 例糖尿病报告．中医杂志，1983 (9):25
[31] 安邦煜．甘露消渴病胶囊治疗非胰岛素依赖型糖尿病 102 例临床观察．中医杂志，1985 (6):31
[32] 程益春，等．消渴平片治疗糖尿病 333 例临床总结．山东中医学院学报，1985 (3):7
[33] 邵启惠，等．以活血化瘀法为主治疗糖尿病的初步观察．上海中医药杂志，1983 (5):15
[34] 林兰，等．降糖甲片治疗糖尿病 38 例的左心功能测定．中西医结合杂志，1987 (3):7
[35] 付长歧，等．降糖舒心灵治疗糖尿病 40 例疗效观察．辽宁中医杂志，1984 (7):32
[36] 李敬林．降糖丸治疗气阴两虚型非胰岛素依赖型糖尿病 70 例疗效观察．中医杂志，1983 (10):30
[37] 吴小玲．滋燥降糖片治疗糖尿病 15 例．福建中医药，1983 (2):33
[38] 张禾，等．丽仁降糖片治疗糖尿病 45 例疗效观察．中医杂志，1985 (2):40
[39] 刘芳森，等．人参降糖丸治疗糖尿病 30 例疗效观察．河南中医，1986 (5):12
[40] 张云如，等．成人糖尿病中医辨证分型的初步探讨．辽宁中医杂志，1982 (5):40
[41] 高彦彬，等．全国首届糖尿病学术会议述要．中医杂志，1991 (5):52
[42] 高彦彬．糖尿病血浆胰岛素、血脂、穴温与中医辨证的关系．中国医药学报，1988 (5):16
[43] 刘畅．老年及老年前期糖尿病辨证分型与胰岛素释放曲线关系的探讨．中西医结合杂志，1989 (6):338
[44] 蒋开平，等．2 型糖尿病患者中医辨证分型与空腹血胰高糖素含量的关系．辽宁中医杂志，1995 (1):7
[45] 张大荣．糖尿病辨证与环核苷酸的关系探讨．浙江中医杂志，1984 (3):66
[46] 李敬林．气阴两虚型非胰岛素依赖型糖尿病的临床实验指标观察．中西医结合杂志，1984 (3):166
[47] 翁维良，等．对糖尿病人瘀血的研究．中医杂志，1982 (1):46
[48] 刘成，等．糖尿病合并冠心病的瘀血研究．辽宁中医杂志，1984 (11):17
[49] 马秀华，等．107 例糖尿病患者甲皱微循环观察．中西医结合杂志，1985 (10):633
[50] 施赛珠，等．2 型糖尿病患者中的瘀血证和益气活血药预防其血管病变的疗效观察，中医杂志，1989 (6):21
[51] 梁晓春，等．糖尿病患者 TXB_2、6－Keto－PGF_{1a}水平、全血粘度与血瘀论及微血管病的关系．中国中西医结合杂志，1992 (5):297
[52] 于世家．血清 β_2－MG 等项指标与糖尿病中医辨证分型的关系．实用中西医结合杂志，1991 (12):718
[53] 徐鸿达．糖尿病中医辨证分型与血浆皮质醇水平的关系．中西医结合杂志，1981 (1):27
[54] 焦敬贤，等．32 例糖尿病患者血浆皮质醇、胰岛素、血糖水平变化的初步观察．黑龙江医药，1982 (5):29
[55] 张崇祥．糖尿病辨证分型与激素关系的研究．中西医结合杂志，1988 (12):714
[56] 邝安堃，等．男性 2 型糖尿病中医辨证论治与血浆性激素变化的初步观察．中西医结合杂志，1983 (2):79～81
[57] 邝安堃．女性绝经后 2 型糖尿病患者血浆性激素变化和中医辨证论治的疗效．中西医结合杂志，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1988 (5):276
[58] 孙光. 中医不同证型糖尿病患者血清 T_3、T_4 水平的观察. 中国中西医结合杂志, 1993 (10):625
[59] 郎江明. 中医诊治糖尿病客观指标的研究. 山东中医杂志, 1995 (7):295~296
[60] 蒲正国. 试论肾虚血瘀与消渴之关系. 中医研究, 1993 (4):9
[61] 朱玫, 等. 阴虚、阳虚病人的血清中某些微量元素变化的观察. 中医杂志, 1981 (8):26
[62] 朱章志, 等. 2 型糖尿病患者不同证型红细胞胰岛素受体缺陷的观察. 中国中西医结合杂志, 1995 (5):266
[63] 温化冰. 糖尿病中医辨证与肺功能关系的探讨. 中国医药学报, 1991 (6):13
[64] 蔡新吉, 等. 糖尿病辨证分型与局部脑血流量关系探讨. 中国中西医结合杂志, 1992 (9):547
[65] 熊曼琪, 等. 非胰岛素依赖型糖尿病辨证分型与老化度关系探讨. 中国医药学报, 1994 (3):11
[66] 程益春. 益气健脾法治疗糖尿病的临床与实验研究. 山东中医学院学报. 1994 (1):21
[67] 郭赛珊. 益气养阴活血方治疗糖尿病人的舌质及全血粘度的变化. 中医杂志, 1989 (2):33
[68] 周群. 植物类降血糖药物的实验研究进展. 国外医学·药物分册, 1987 (1):17
[69] 李敏摘译. 药用人参降血糖成份及胰岛素游离作用机理. 国外医学·药物分册, 1981 (1):58~59
[70] 广州部队第一九七医院, 等. 苦瓜制剂治疗糖尿病临床疗效观察. 新中医, 1977 (6):28
[71] 张庚良. 消渴宁治疗糖尿病的实验研究. 陕西中医, 1994 (7):327~329
[72] 张春红, 等. 降糖饮治疗糖尿病的动物实验研究. 辽宁中医杂志, 1993 (3):40~42
[73] 刘颖耿. 降糖粉对实验性糖尿病动物疗效的研究. 山西医药杂志, 1988 (3):133~135
[74] 谢春光, 等. 糖复康对正常及糖尿病家兔血糖水平、血清胰岛素和胰升血糖素释放的影响. 中成药. 1992 (2):29~31
[75] 秦红岩, 等. 鲁东降糖Ⅰ号对糖尿病动物模型作用研究. 山东中医药学报, 1996 (1):36~39
[76] 张国梁, 等. 加味桃核承气汤降糖作用机制的初步探讨. 中国医药学报. 1991 (2):28~31
[77] 郝一彬, 等. 血糖平对大鼠降糖作用的研究. 中国中西医结合杂志, 1994 (10):612~613
[78] 陈淑英, 等. 五子衍宗丸对链脲菌素所致糖尿病大鼠的影响. 新中医, 1992 (11):52~54
[79] 苗明三, 等. 芪蓉降糖冲剂对小鼠降糖作用的研究. 河南中医药学刊, 1996 (3):28~31
[80] 苏爱锋. 降糖通脉宁对实验性糖尿病大鼠心室肌及肾组织 SOD 活性和 LPO 含量的影响. 北京中医药大学学报, 1995 (1):30
[81] 梁晓春, 等. 降糖中药片对气阴两虚型糖尿病患者 RBC-SOD、MDA、Ins、AchE 的影响. 中医杂志, 1994 (7):414~415
[82] 邓颖, 等. 降糖Ⅰ号对糖尿病自由基及脂代谢紊乱的影响. 南京中医学院学报, 1994 (5):20
[83] 宋丽晶, 等. 三消治治疗糖尿病的药理研究. 中成药, 1993 (4):29~31
[84] 陈大舜, 等. 左归降糖饮对实验性糖尿病的防治. 湖南中医学院学报, 1995 (2):44~46
[85] 李向中, 等. 中医治疗糖尿病常用“对药”对正常小鼠血糖水平影响的研究. 沈阳药学院学报, 1985 (1):46~47
[86] 杜福天, 等. 针刺治疗糖尿病患者的疗效及实验观察. 中医药学报, 1992 (2):31
[87] 谌剑飞. 针刺治疗糖尿病的血液流变学观察. 中国针灸, 1986 (1):92
[88] 郭永池, 等. 针灸对人工高血糖家犬血糖、胰岛素和 C 肽的影响. 针灸临床, 1998 (2):36
[89] 林中国. 艾灸对家兔四氧嘧啶性糖尿病的影响. 国外医学·中医中药分册, 1982 (4):28

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 腰　痛 ❋

腰痛是指以腰部疼痛为主要症状的一类病证。其疼痛部位可表现在患者腰部的一侧，或两侧，或腰脊当中，也可能与背、腿、胁、腹、膝等部位疼痛交叉合并出现，但总以腰部疼痛为主，所以仍以“腰痛”名之。腰痛在国人中发病率很高，但国内对此只有一些零星的报道，正式而完整的腰痛流行病学统计资料目前尚缺如。尽管如此，腰痛还是受到全社会广泛关注。因为长期而持续的腰痛在心理与生理上都将给患者带来极大的伤害，会极大地影响患者的日常生活与工作。所以，积极开展腰痛的防治与科研，探索根治腰痛之有效途径，成为广大医务科研工作者义不容辞的神圣职责。

腰痛作为患者的一种自觉症状又可能出现在多种疾病的病变过程中，成为临床极为常见的症状之一。但本文所论之腰痛，只包括符合中医诊断标准的内伤腰痛与外感腰痛两大类。其范围是以寒湿、湿热、风寒、风湿、风热、肾虚、气滞、血瘀、食积、痰注、肝阴不足、气血两虚等原因而引起的腰痛，并不涉及西医学所谓脊柱及其关节、韧带、椎间盘、肌肉、筋膜等运动系统疾患，以及因于感染、肿瘤、骨折、脱位、畸形、退变、内分泌疾患、代谢性疾患，以及其它脏器和其它系统的疾患而引起的腰痛。另外，中医内科疾患中的水肿、淋证、痹病、癃闭等等，在病变过程中有时亦可表现为不同程度的腰痛，但其为病中次要症状，临床之时仍以积极有效地治疗原发病为主，故亦不在本文讨论之列。中医外科、妇产科中某些疾病，如流注、腰带痈、腰痛痧、脚气、痛经、妇女妊娠、产后等也常兼有腰痛之症，本文也未介绍。某些以腰痛为主要症状的西医骨伤科疾病，如急性腰肌扭挫伤、慢性腰肌劳损、腰背筋膜炎、纤维组织炎、风湿与类风湿性脊柱炎等病，可以参照本篇辨证论治。

【今日临床】

1 诊断标准

关于腰痛的中医诊断标准，在1995年国家中医药管理局颁布的《中华人民共和国中医药行业标准》（ZY）中并未论及。唯有1992年国家卫生部药政局制定的《中药新药临床研究指导原则》（以下简称《原则》）中有所涉及。但该《原则》实为临床新药开发研究之用，某些方面，如“证类诊断标准”已不能准确全而地反映今日中医临床之实际。因此，本文作者在该《原则》的基础上，参照了其它相关资料，并结合今日临床实际，对腰痛的中医诊断标准作了适当增补，尤其在证类上与该《原则》有所出入。

1.1 病名诊断标准

典型的腰部一侧或两侧或腰脊当中疼痛症状；可有反复发作病史；排除因淋证、水肿、肿瘤、腰骶骨关节疾患以及妇科的月经不调、妊娠等而兼有腰痛症状者。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.2 证类诊断标准

寒湿腰痛证

主症：腰部冷痛重着，得热减，转侧不利。

次症：遇阴雨天疼痛发作或加重，静卧时腰痛不减，甚或加重。

舌脉：舌苔白腻，脉沉而迟缓或沉紧。

湿热腰痛证

主症：腰部弛痛，有热感，遇热或雨天疼痛加重。

次症：小便短赤，甚或大便结。

舌脉：舌苔黄腻，脉濡数或弦数。

风湿腰痛证

主症：腰痛拘急重痛，或酸重疼痛，或腰部发冷，痛无定处。

次症：发热恶风寒，疼痛每遇阴天或受风后疼痛加重，或见颜面及四肢浮肿。

舌脉：舌淡，苔薄白或薄腻，脉浮涩或濡缓。

风寒腰痛证

主症：腰部卒发冷痛，或腰痛拘急，痛无定处，或左或右，或连脊背，或引腰膝。

次症：腰痛遇寒痛增，得温痛减，或见寒热。

舌脉：舌淡，苔薄白，脉浮紧。

风热腰痛证

主症：腰痛较急，强急而热。

次症：身热微寒，口干而渴，咽喉红肿，小溲热赤，便秘。

舌脉：苔薄黄，舌边或有红刺，脉浮数或洪数。

肾虚腰痛证

主症：腰部酸软或绵绵作痛，喜揉按，遇劳则甚，卧则痛减。

次症：腰膝软弱无力，或少腹拘急，手足不温，或五心烦热，失眠少寐，口燥咽干。

舌脉：舌苔少，脉虚细弱。偏阳虚者舌淡，脉沉弱；偏阴虚者舌红，脉弦细数。

气滞腰痛证

主症：腰肋胀痛，活动不利，甚或腰部强硬，不可俯仰。腰肋胀痛每因情志变化而增减。

次症：腹部胀满，痛无定处，善太息。或少腹拘急，胸闷不舒，纳呆。

舌脉：苔薄白，脉弦。

血瘀腰痛证

主症：腰痛如刺，痛处固定不移，拒按。

次症：轻症俯仰不利，重症痛剧不能转侧，或有外伤、用力史。

舌脉：舌质紫黯，或有瘀斑，脉涩。

痰注腰痛证

主症：腰痛重滞，固定不移，得寒痛甚，得热稍减，或有麻木感。

次症：头重眩晕，胸闷呕恶，心悸不宁，口多痰涎，口渴不欲饮。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

舌脉：苔白腻，脉濡滑。

食积腰痛证

主症：腰部隐痛，天阴诱发或加剧。

次症：饮食不化，或脘腹胀满疼痛，拒按，恶食，嗳腐吞酸。

舌脉：苔腻，脉滑实或弦。

气血两虚腰痛证

主症：腰痛如掣，其痛绵绵，遇劳则发，按之则减。

次症：面色苍白，或萎黄，唇甲不荣，心悸少寐，神疲乏力，肌肤干燥，肢体麻木或欠温。

舌脉：舌质淡，脉细弱。

肝阴不足腰痛证

主症：腰部隐痛，屡发不止，或延臀腿。

次症：胁痛隐隐，遇劳则重，筋脉拘挛，肢体麻木，头晕目眩，手足心热，两颧潮红。

舌脉：舌红苔少，脉弦小或细数。

以上各证，凡具主症及相应的舌、脉即可确定，次症不必悉具。

1.3 病情分级标准

轻度：腰痛偶有发作，隐隐作痛，不影响日常工作。

中度：腰痛较重，转侧不利，活动不便，或腰痛隐隐。频频发作，甚则影响工作。

重度：腰部剧痛，不能转侧，起坐活动则痛剧，不能坚持工作，或腰痛绵绵，持续在1个月以上者。

2 中心证候特征

腰部一侧或两侧或腰脊当中疼痛为本病的中心证候特征。疼痛因病因不同而呈现冷痛、热痛、酸痛、胀痛、刺痛、掣痛、驰痛、重痛、隐痛、麻痛等不同类别。疼痛可连及项背，引涉胁足。且常因气候、情志变化及劳累而诱发或加重。

3 病 因

3.1 原发病因

感受寒湿 由于久居冷湿之地，或冒雨涉水，或露宿，或身劳汗出当风，衣着冷湿，或因中阳不振，运化无权，水液不化，聚而成湿。内湿素盛之体，再感受寒湿之邪。寒性凝滞收引，湿邪粘聚不化，寒湿交困，致使腰部经络受阻，气血运行不畅，因而发生腰痛。

感受湿热 长夏湿热交蒸之季，若感湿热之邪，亦能流注肾经，阻遏腰脉，遂致腰痛；或因寒湿、风湿外感蕴积日久，郁而化热，亦可转化为湿热之邪而致湿热腰痛；又有平素嗜食肥甘、膏粱不化，醉饱入房，耗伤肾气，遂致气虚夹湿之体，此内生湿热者更易招感外界之湿邪，内外湿热交阻，致使经脉壅滞而腰痛作焉。由此言之，湿热之邪虽为外

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

感，与季节气候、饮食和患者的体质也不无关系。

感受风湿 卧湿当风，风湿之邪乘袭肌表；或劳伤肾气，经络既虚，而风湿乘虚搏于肾经，与血气相搏，腰间脉络经气痹而不行，故病腰部拘急重痛。

感受风寒 隆冬之季，阴寒凛冽，阳气蛰藏，不主宣通，或当立春节届，阳气萌动，而呆寒犹甚，抑遏微阳之际，若其人肾中阳气不振，不能鼓舞外出，通行于足太阳之脉，遂致脉络痹阻不畅，形成寒痹腰痛的发病基础。尔后或偶感微寒，卒受风冷，此足致寒气痹阻，血气不畅而发生腰痛拘急。

感受风热 风热袭表，侵犯太阳，邪滞经脉，不通则痛；或风寒袭表，未得及时表散，内蕴不解，郁而化热，风热之邪阻滞腰脉，转为风热腰痛。

劳累外伤，瘀血阻络 腰部是人体最大的关节，人体之三阴三阳、奇经八脉，皆贯通于肾经而络于腰脊；腰部的活动范围最大，承受的重量最大，致伤的可能性也大。如若跌仆损伤，强力负重；或体位不正，腰部用力不当；摒气闪挫，损伤腰部筋脉，均可使血瘀于络，阻滞不通而致腰痛。

肾虚精亏，腰失所滋 先天禀赋不足，加之劳累太过，或久病体虚，或年老精血亏衰，或房劳太过，致使肾精亏虚，水不胜火，不能濡滓腰脉而发生疼痛。

肾阳亏虚，腰脊失煦 先天禀赋不足，素体阳虚；或后天饮食失养和劳倦内伤；或久病损伤阳气；或房室太多，阴损及阳；或年老体弱，致使肾中阳气亏虚。阳虚则腰失温养，腰府不健，甚至腰痛戚戚，俯仰加甚。

气血两虚，腰脉不荣 素体气血亏虚；或因久病气血暗耗；或脾运不健，生化乏源；或瘀血阻滞，新血不及生成补充；或因亡血，致使气血两虚，筋脉失养而致腰痛如掣，其痛绵绵。

3.2 继发病因

中医学认为人体是一个有机的整体，各脏腑在生理上是相互协调，相互促进的，在病理上亦是相互影响的。腰痛之直接病因已备于上述，且自古而今，大多认为腰痛主要责之肾虚。然而，在一定条件下诸如肝脾等脏之疾病也可直接或间接地影响到肾，从而在肾虚的基础上继发腰痛。

肝病腰痛 中医学认为肝肾同系，乙癸同源。肝藏血，肾藏精，藏精与藏血之间的关系，实际上即是精和血之间存在着相互滋生和相互转化的关系，即所谓之“精血同源”。由于肝肾同源，所以肝肾阴阳之间的关系极为密切。肝肾同居下焦，肝肾阴阳息息相通，相互制约，协调平衡。在病理情况下，肝病及肾，可继发腰痛。

(1) 肝虚血亏，腰脉失濡：各种病因导致肝血不足，则肾藏之精缺乏补充与滋养。久之，则可致肾精亏虚或肝肾阴虚，若此则腰脉失滋而腰痛作矣。

(2) 肝阴不足，腰脊失养：肝之阴不足，可导致肾阴的亏虚。如是则可致腰脊失养而病腰痛绵绵，久而不愈。

(3) 肝郁气滞，腰脉不通：肝主疏泄，具有调畅气机，调畅情志的作用。郁怒伤肝，肝失条达，肝之滞气横逆犯肾，肝肾气滞，气血不畅，肾脉阻滞，是为肝病及肾之腰痛。临床可见腰胁胀痛，少腹拘急。另外，肝郁气滞，久可郁而化火，肝火亦可下劫肾阴，形

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

成肾阴不足，均可继发或加剧腰部疼痛。

脾病腰痛 脾为后天之本，肾为先天之本。脾之健运，化生精微，须借助于肾阳的温煦，故有“脾阳根于肾阳”之说；肾中精气亦有赖于水谷精微的培育和充养，才能不断充盈和成熟。因此，脾与肾在生理上是相互资助、相互促进的先后天的关系。在病理上，脾病及肾，亦可继发腰痛。

(1) 脾阳不振，痰饮阻络：寒湿直中，或恣进生冷瓜果，或暴饮暴食，伤及脾胃，中阳不振，运化无权，水湿不得正化，聚而为痰为饮。痰饮阻滞，阳气不布，腰脊失养，经脉不通，导致腰酸腰痛。

或中阳素虚，痰湿丰盛之人，每易复感外湿，内外痰浊湿邪相合，流注腰部经络，经气痹阻，也致腰痛缠绵，迁延难愈。

或脾阳久虚，进而损及肾阳，而成脾肾阳虚之证。脾主运化水液，肾为主水之脏，脾肾阳虚，水泛为痰为饮，痰饮之物，随气升降，无处不到，人于腰脉，阻滞经络则腰痛麻木。

因痰饮而致腰痛，实由乎脾胃，然脾胃之伤者，或因于外感寒湿，或因于饮食不当，或因于劳欲太过，临证之时，仍须详分细察。痰饮腰痛者，其痛一处，不受气候影响，且多见于肥盛之人。

(2) 脾虚不运，食积注肾：因外感时邪，寒暑湿热之气侵人腹中，致使脾运不行，食滞于中；或饮食不节，或暴饮暴食，或恣食肥甘厚味，或过食生冷瓜果，或误食馊腐不洁之物，伤及脾胃，食滞内停；或情志失调，恼怒伤肝，肝气横逆，乘犯脾胃，以致脾运不健，食积不化；或阳气素虚，脾阳不振，健运无权，宿食停积。以上均因脾虚不运，食滞于脾，精微不化，浊气归肾，肾脉不利而腰痛。

(3) 脾阳不振，停水渍肾：脾主运化水液，肾为主水之脏。若饮食不节，劳倦太过，致使脾虚不能制水，水湿壅盛，必损其阳，久则导致肾阳亦衰。肾本水脏，职司排泄，今肾阳亏虚（或脾肾阳亏），水气不化，淤浊不泄，渍于外府，产生腰痛。

脾虚血亏，腰脊失养：饮食或劳倦所伤，或素体阳虚，脾运不健，气血生化无源，精微不化，肾中精气不得其养，肾脉不充，腰脊失养，不荣则痛，日久则病腰绵绵，遇劳则发。

瘀血内停，腰脉阻滞：瘀血为人体脏腑功能障碍之病理产物，但它一旦形成，即可阻滞腰脉，不通则痛，因而在瘀病的基础之上继发腰痛。所以风寒湿痰等久稽不愈，或久病体虚，正气不足，都可引起气血瘀滞，阻滞经络而病腰痛。总而言之，凡血寒、血热、气虚、气滞、出血、津亏等等，均可致生瘀血而病腰痛。

3.3 诱发因素

天气骤变，情志过激，劳力过度，久卧伤气，过于肥胖，房室过频，长期体位姿势不良，均可诱发或加重本病，是为腰痛的诱发因素。

4 病 机

4.1 发病形式

凡外感风、寒、湿、热诸邪所致之腰痛，以及劳累外伤所致者，腰痛多为卒发；因内

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

伤肝、脾、肾者，发病较缓，病程较长。感受外邪所致者，每兼全身寒热；因于外伤者，都有外伤史；内伤肝、脾、肾，则必见脏腑阴阳失调，气血亏虚之征。

4.2 病　　位

外感腰痛邪在经络，病位较浅；内伤肝、脾、肾者，因脏腑气血阴阳功能失调，病位较深，以肾为主。另外尚有“久痛入络”之说，久腰痛者，病在于络，病位也深。

4.3 病　　性

腰痛属外感者，其证多属表属实；由肾精亏损所致者，其证多属里属虚。然本病往往内外相因，故总属标实本虚，虚实错杂之证。如客邪久羁，损伤肾气，则成实中夹虚证；肾气久亏，卫阳不足，新感淫邪，亦形成虚中夹实证；因于气滞血瘀者，证多实中夹虚。标实是风寒、风热、风湿、寒湿、湿热、瘀血；本虚总属肾虚。两者常相因为患，而以肾虚为主。

4.4 病　　势

外感腰痛，病位较浅，在经在络，继则入血入脏。内伤腰痛其病较深，病在于脏（主要是肾之本脏）。

4.5 病机转化

4.5.1 外感与内伤之间的相互转化

外感腰痛，初起以风寒、风热、风湿、寒湿、湿热之邪为主，经络受邪，阻滞气机运行。继则入血，产生气滞血瘀，进而入肾。寒湿之邪，可损伤肾阳。湿热之邪，可损伤肾阴。而肾阴肾阳的不足，全身阴阳必然不足，则又易招致外邪入侵，使病情进一步加重。

4.5.2 外感之间或内伤之间的相互转化

外感风寒、风湿之邪，郁遏日久，从热而化，可转化为风热、湿热腰痛。内伤腰痛，肝与肾，脾与肾之间气血阴阳息息相关，在病理情况下每多相互转化。如内伤腰痛因于肾精亏虚所致者，因肾阳不能温煦脾阳以行水，“脾阳根于肾阳”，导致脾阳亦虚或脾肾阳虚；肾阴亏虚不能滋养肝阴，可导致肝阴亏虚或肝肾阴虚。内伤腰痛病机之间的相互转化，还表现在气、血、痰、水、食积等病理产物之间的相互影响。

4.6 证类病机

风寒腰痛　风寒袭表，首犯太阳。足太阳经脉夹脊抵腰，寒性凝滞收引，风性善动，故腰痛拘急，牵涉项背，恶风寒，得温则舒。

风热腰痛　风热侵袭，犯于太阳，阻滞经脉，故见腰痛而热。

风湿腰痛　风湿袭于肌表，着于腰间，阻滞脉络而腰痛。因湿性重着，故见腰背拘急，酸重疼痛，活动不利。

寒湿腰痛　寒湿之邪侵袭腰部，阻滞腰脉而为疼痛。因寒主收引，湿性重着，故腰部冷痛重着，转侧不利。湿为阴邪，其性粘滞，故静卧而其痛不减，遇阴雨寒冷而疼痛加

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

重，遇热则减。

湿热腰痛 湿热之邪侵袭腰部，聚于太阳，阻滞经脉而腰痛重着且热，痛及项背。湿热之邪极易流注关节，故见肢节红肿疼痛。

肾阴亏虚腰痛 腰为肾之外府，肾藏精，主骨生髓。肾虚精亏，骨髓不充，腰府失养，故病腰痛酸软。病起于虚，故劳则加重，阴虚则阳亢，故见心烦失眠，面色潮红，手足心热。

肾阳亏虚腰痛 肾阳亏虚，腰脉失煦，亦可病腰痛酸软，绵绵作痛。

气滞腰痛 因于忧思所伤，情志不遂；或因湿热、寒湿、瘀血、痰食等有形之物阻滞气机，或体弱气虚，推动无力，致使脏腑、经络气机郁滞，腰脉不畅，不通则痛。肝失条达，气滞腰胁，故腰痛连胁，腹胀善太息，且每因情志不舒而腰痛加重。

瘀血腰痛 瘀血阻滞经脉，则气血不畅，故腰痛如刺，且痛有定处，按之痛甚；瘀血凝滞，损伤筋脉，故轻则俯仰不便，重则不能转侧。白昼阳气当令，夜间阴气司令，血为阴物，得热则行，得寒则凝，故腰痛日轻夜重。

气血两虚腰痛 素体气血亏虚，或因久病气血暗耗；或脾运不健，生化乏源；或因亡血；或瘀血阻滞，新血不及生成补充，皆可致使气血两虚，筋脉失养而致腰痛。

食积腰痛 脾虚不运，宿食积滞，浊气归肾，阻滞气机，也可发为腰痛。

肝阴不足腰痛 肝藏血，主筋，体阴而用阳。肝之阴血不足，腰络失养，不荣则痛，故见腰痛隐隐，劳则更甚。

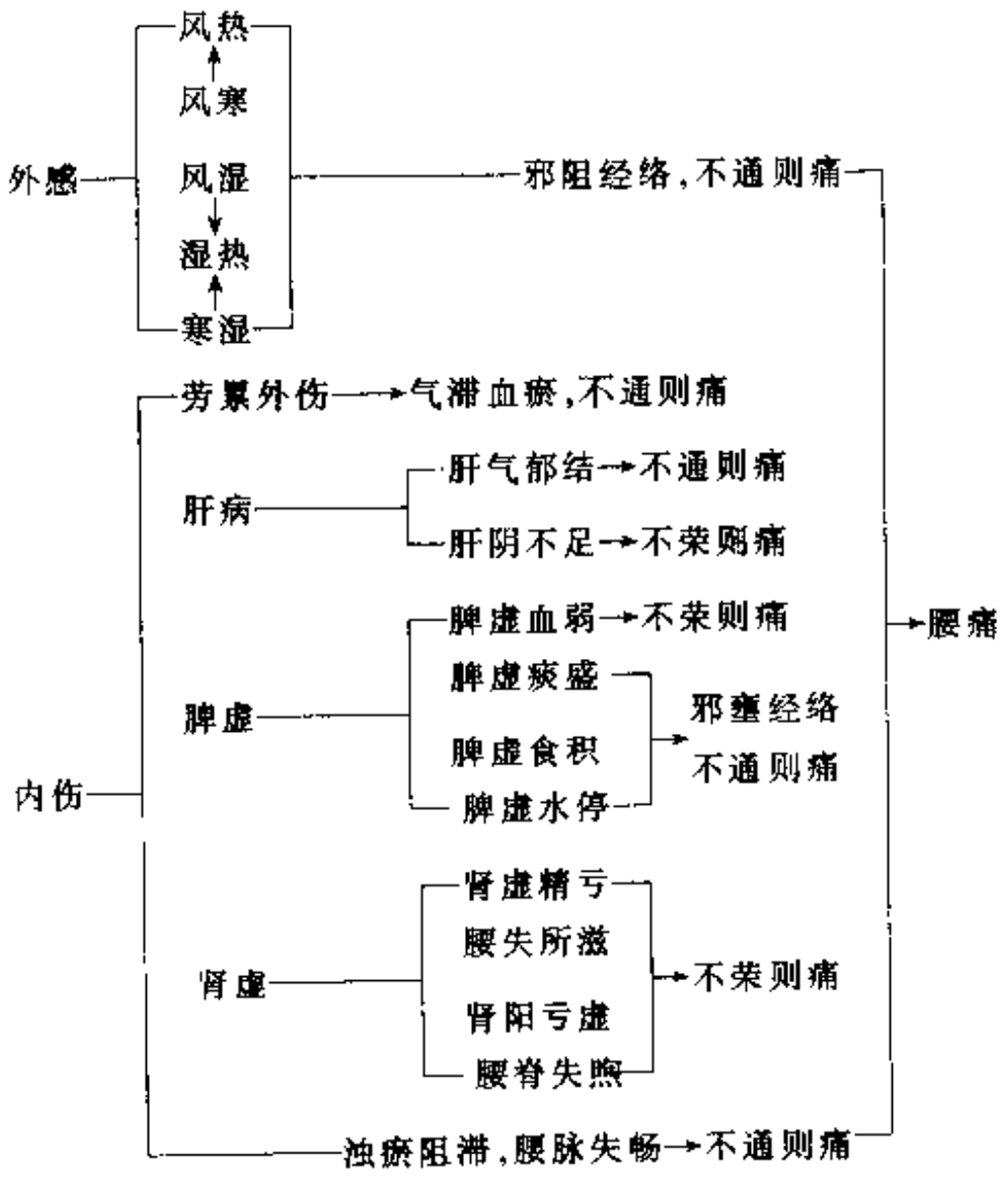


图 14－1 腰痛病因病机示意图

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

5 临证思路

5.1 审病因，分表里，辨外感与内伤

概而言之，腰痛之病因可分成外感与内伤二类。外感腰痛是指感受风、寒、湿、热诸邪，导致经脉阻塞而发生的腰痛，大多起病卒急，病程较短，疼痛明显，痛无歇止。可表现为刺痛、钝痛，并可伴有不同程度的功能障碍以及相应外邪感染的相兼症状。因于风热者，腰部急痛，走窜无定处，或连项背，或窜足膝，痛无定处，或左或右。或身微寒，口干而渴，咽喉红肿，溲赤便秘，舌淡苔薄黄，脉浮数或洪数；因于风寒者，腰部冷痛，拘急畏寒，得温则减，转侧不便，并有发热畏寒，肢体酸软，舌淡苔白，脉浮紧或弦紧；因于风湿者，腰背重痛发麻，牵连下肢，阴雨天加重，并有发热恶风，自汗身重，舌淡苔白腻，脉浮弦而缓；因于寒湿者，腰部冷痛沉重，如带重物，遇寒愈剧，得热较舒，口不渴，小便利，大便溏，舌淡苔白或腻，脉沉或沉紧；因于湿热者，腰髋驰痛，痛处有灼热感，或突发绞痛，痛处喜凉恶热，烦热，自汗，口渴，小便赤涩，大便秘结，舌苔黄腻，脉濡数或滑。

内伤腰痛起病缓慢，时重时止，病程较长，甚至经久不愈，以酸痛为多见，或表现为腰部隐痛或沉重不适，并可伴有不同程度的脏腑虚损症状。因于气滞者，腰痛且胀，或连胁腹，似有气走注，忽聚忽散，不能久立远行，舌苔薄腻，脉沉弦。因于血瘀者，腰痛如锥刺，腰部板硬，或兼肿痛，痛处固定，昼轻夜重，按之弥甚，腰部活动受限，不可俯仰，口干不欲饮，间有黑便，舌紫黯，或有瘀斑，脉沉涩。因于外伤者，可有明显外伤史。因于痰饮者，腰部酸胀钝痛或结痛，痛在一处，固定不移，转侧不利，皮色不变，口干不欲饮，脘闷呕恶，阴雨天加重，舌淡苔腻，脉滑。因于食积者，腰部胀痛或隐痛，天阴诱发或加剧，四肢不用，饮食不化，或脘腹胀满疼痛，拒按，恶食，嗳腐吞酸，舌苔腻，脉滑实或弦。因于肾虚者，腰痛隐隐，或酸痛绵绵不绝，时重时轻，酸软无力，遇劳则甚，或连脊背。其中肾虚偏于阳虚者，伴溺清便溏，腰间冷痛，少腹拘急，手足不温，口中和，面色㿠白，舌淡，脉沉细或虚弱；偏于阴虚者，伴心烦失眠，口燥咽干，面色潮红，五心烦热，小便黄赤，舌红少津，脉细数。

外伤腰痛多与体位不正，用力不当、跌仆闪挫、劳累等因素有关。虽病起于外，但有内伤肾虚因素的存在，故亦可归并内伤腰痛范畴讨论。

要之，理论上腰痛证可有外感、内伤之分，其实在临床上并不如此明显。最多见的情况是它们交织在一起，相互影响，外邪所伤，必先因肾虚。腰为肾之外候，肾气虚，卫阳不足，邪气才得以入侵；客邪久羁也可耗伤肾气。故二者在临床上难以截然分开。至于内伤腰痛者，由于有内虚因素的存在，也易招致外邪而相合为病；另外，肾气虚损，腰脊不健，作强技巧之官不当其职，如遇不当之外力，即可致伤筋脉而病腰痛，此又是虚、瘀夹杂的证候。

5.2 辨腰痛之寒热虚实表里

大抵感受外邪所致者，其证多属表，属实，发病急骤，治宜祛邪通络，根据寒湿、湿

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

热的不同，分别施治。由于肾精亏损所致者，其证多属里、属虚，常见慢性反复发作，治宜补肾益气。

新病卒痛，多为感受外邪所致，多为实者；久病痛缓，多由内伤肾虚所致，多为虚证；壮年外感多实；老年禀弱多虚；腰痛拒按者多实；腰痛喜按者多虚；痛无休止者，多属实证；时痛时止者，多属虚证。

至于寒热之辨，张介宾则说："遇诸寒而痛，或喜暖而恶寒者，寒也；遇诸热而痛，及喜寒而恶热者，热也。"（《景岳全书·杂证谟·腰痛》）

5.3 辨腰痛之病位

病位在一定程度上反映着疾病的轻重和病势的进退，如在脏腑者深且重，在经络者浅且轻。在脏者重于在腑，在经者重于在络。因此，详察病位之所在，分清腰痛之在脏在腑、在经在络、在气在血是腰痛辨治过程中一个重要环节，可以为临床准确辨证用药提供依据。

5.3.1 审脏腑归属

腰为肾之府，肾主腰脚，故腰痛与肾的关系最为密切，病在脏者则以肾虚为主。

腰虽属肾，而肝肾同源，又为母子相关，故肝病与腰痛关系亦甚为密切。若腰痛悠悠戚戚，屡发不已，劳动即痛，伴有肢体麻木，头晕目眩，舌红少苔，脉弦小或细数者，乃肝阴不足，经脉失养之虚证。

脾主运化，中焦受气取汁而化气血，以滋养全身，若见腰痛隐隐，绵绵不绝，或兼见神疲纳呆，面色㿠白，脘腹胀满，肢冷便溏，舌淡苔薄，脉细弱者，此脾虚血弱之腰痛也，当属虚证。其若中阳不振，水湿不化，食积不消，或为痰饮，或为食积，或为停水流注肾脉者，亦可病发腰痛，为腰痛之本虚标实证也。

由此言之，腰痛之在脏者，以肾虚为主，但肾气亏损，与肝脾二脏又有密切的关系，肝脾之病亦可在肾虚的基础上导致腰痛。

5.3.2 注意经络部位

人体通过经络"内属于脏腑，外络于肢节"（《灵枢·海论》）的作用而将其构成完整的有机体，诸经均可以直接或间接地循行到腰部。邪客经脉，发生经络气血运行不畅，不通则痛；或经络气血逆乱、偏盛偏衰，或者其它致病因素直接或间接地作用于经络，从而间接地影响着与其相络属的脏腑的生理功能而引起腰痛。辨别腰痛之经络归属，主要依据腰痛的部位，疼痛的性质，以及相伴症状。

5.3.2.1 足太阳经腰痛 腰痛引项背及尻骨，腰重而酸，骨节烦疼，背如肿状，或腰痛夹脊，至头几几然，目眩眩欲僵扑。其如《灵枢·经脉》所云："膀胱足太阳之脉……，其直者，从巅入络脑，……，夹脊抵腰中，是动则病……脊痛，腰似折，……"《素问·六元正纪大论》亦说："太阳所至为腰痛。"《素问·刺腰痛》亦云："足太阳脉，令人腰痛，引项脊尻背如重状。"

5.3.2.2 足阳明经腰痛 "胃足阳明之脉起于鼻之交頞中，……其支者，从大迎前下人迎，循喉咙，……其直者，从缺盆下乳内廉，下夹脐，入气街中；……其支者，起于胃口，下循腹里，下至气街中而合，以下髀关，抵伏兔……"（《灵枢·经脉》）。故足阳明

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

腰痛则腰痛不可以顾，回视则痛，此即《素问·刺腰痛》所云："阳明令人腰痛，不可以顾，顾如有见者，善悲。"因阳明为水谷之海，气血营卫皆由此而生，阳明病则神气虚乱，故目见怪异而善悲哀。

5.3.2.3 足少阳经腰痛 "胆足少阳之脉，起于目锐眦，……其支者，……贯膈络肝属胆，循胁里，出气街，绕毛际，横髀厌中……"(《灵枢·经脉》)足少阳胆经循行于人体的侧位。故病腰痛则有如以针刺于皮肤中，逐渐加重不能前后俯仰，并且不能左右回视。是即《素问·刺腰痛》所云："少阳令人腰痛，如以针刺其皮中，循循然不可以俯仰，不可以顾。"

5.3.2.4 足太阴经腰痛 足太阴之络从髀合阳明，上贯尻骨中，与厥阴、少阳结于下焦而循尻，内入腹。故足太阴经腰痛者，腰痛引少腹或季胁，不可以仰。

5.3.2.5 足少阴经腰痛 "肾足少阴之脉起于小指之下，……上股内后廉，贯脊，属肾，络膀胱。"(《灵枢·经脉》)。足少阴肾经贯脊属肾，腰为肾之府。故足少阴肾经腰病则病腰痛时牵引脊骨的内侧。即《素问·刺腰痛》云："足少阴令人腰痛，痛引脊内廉。"

5.3.2.6 足厥阴经腰痛 "肝厥阴之脉起于大指丛毛之际，上循足跗上廉，去内踝一寸，上踝八寸，交出太阴之后，上腘内廉，循股阴，入毛中，过阴器，抵小腹，夹胃属肝络胆，上贯膈，布胁肋，循喉咙之后，上入颃颡，连目系，上出额，与督脉会于巅。……是动则病腰痛不可以俯仰。"(《灵枢·经脉》)，足厥阴脉其支者与太阳、少阳之脉同结于腰踝下中髎、下髎之间，故厥阴之脉病则令人腰痛。肝主筋，肝足厥阴之脉病则筋急，筋急则腰部强直拘急，故如新张弓弩之弦。即如《素问·刺腰痛》所云："厥阴之脉令人腰痛、腰中如张弓弩弦。"并常有胁痛。

上所言足之三阴、三阳而病腰痛之证，除各经腰痛的主要症状外，若某经受邪或有病变，则可伴有某经所过之处的疼痛。若此，则更易识别腰痛之归经。

除六正经外，冲、任、督、带、阳维脉诸经之病亦有腰痛之症。如明·张介宾曰："腰者肾之府，肾与膀胱为表里，故在经则属太阳，在脏则属肾气，而又为冲、任、督、带之要会。"故冲任督带诸经病变与腰痛亦有密切关系。

5.3.2.7 冲脉腰痛 冲脉起于胞中，下出会阴，与足少阴肾经相关，有一支上行于脊，为经络之海，十二经脉之原。冲脉腰痛，腰下如有横木居茎中，烦热，或有遗溲。

5.3.2.8 任脉腰痛 任脉起于至阴，与督脉交会，分而上行，任脉统任一身之汗，汗乃阴液，故任脉腰痛，腰痛漯漯然汗出，汗止则欲饮水。(汗出伤阴)而多饮后则阴气下溢，所以欲走而散其液。

5.3.2.9 督脉腰痛 督脉源起肾下胞中，循阴器，绕臀至少阴，与太阳中络者合。督脉总督一身之阳，贯脊直上，故督脉腰痛者不可左右活动及前后俯仰。

5.3.2.10 带脉腰痛 带脉横行腰间，足之三阳循腰而下，足之三阴及奇经之脉，皆循腰而上，病则上下不通，阴阳间隔。故带脉之腰痛不可以俯仰，令人腰痛如引带，常如折腰状。

5.3.2.11 阳维脉腰痛 阳维脉起于外踝下，与足少阳胆经并行，沿下肢外侧向上，经躯干部后外侧，从腋后上肩，经颈部、身后、前行到额部，分布于头侧及项后，与督脉会合。阳维脉的功能是"维络诸阳"，故"阳维之脉令人腰痛，痛上怫然肿。"(《素问·刺

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

腰痛》)

综而言之，腰痛引背者，病在太阳经；腰痛不可以俯仰者，病在少阳经；腰痛不可前后转动者，病在阳明经；腰痛引脊者，病在少阴经；腰痛引少腹，上控胁者，病在太阴经；腰痛引阴器者，病在厥阴经。

5.3.3 辨气分血分

病在气分者，其痛多为胀痛，痛势时作时止，痛无定处，聚散无常，走窜作痛，痛处可按，多昼重夜轻。痛在血分者，其痛多为刺痛，痛势绵绵不绝，痛处固定，痛不可按，或有条块状物，痛无休止，多昼轻夜重。

5.4 辨腰痛之性质

腰痛在不同的致病因素作用下，可有不同的疼痛性质。辨别不同的腰痛性质，可以帮助识别腰痛的病因病机。故而辨腰痛之性质是审证求因的重要环节，是辨证论治不可缺少的一个部分。

胀痛：腰部胀痛，多因之于气机郁滞或湿热下注。

刺痛：腰痛如以针刺者，多由瘀血阻滞，或阴虚火旺。

冷痛：腰部疼痛且有寒冷感，且喜热恶冷者，多由肾阳虚衰或寒湿下注所致。

灼痛：腰部疼痛且有灼热感，或有喜冷恶热者，多由湿热或痰热蕴蓄，或阴虚火旺。

绞痛：腰痛似绳绞刀割者，因之砂石淋证，或瘀血等有形之实邪闭阻气机所致。

掣痛：腰部疼痛且有抽掣或牵引感，多因于痰饮或瘀血阻络。或肝阴不足，筋脉失濡。

割痛：腰部疼痛如以刀割，多因热灼或瘀血阻滞。

急痛：腰部疼痛有拘急或挛急感，多为寒邪阻滞，经脉拘挛所致。

牵引痛：牵引痛指腰部疼痛向它处牵引。牵引痛多由于经脉相连，或与部位邻近有关。如腰痛下引少腹、阴器者，多为寒凝肝脉；腰痛引背者，多为寒湿侵犯太阳经，或肾经亏损；腰痛连脊者，则多为寒湿侵犯少阴经。

酸痛：腰部疼痛且有酸楚不适感，多为肾虚精亏，或寒湿下注。

重痛：腰部疼痛且有沉重、重着或重坠感，即腰部重痛，如系重物，多为寒湿困阻。

隐痛：腰部疼痛隐隐而作，或时隐时现。腰部隐痛多主虚证，多为气、血、阴、阳不足之虚证，经脉失养所致。或为腰痛之轻证。

绵痛：绵痛指腰痛不甚，却绵绵不休。其与隐痛不同，二者虽都指腰痛的程度不甚，但隐痛多是时断时续，时隐时现，而绵痛多是持续不断，缠绵不休。从发病机理上讲，隐痛多指阴血亏损，而绵痛多见于阴气虚衰，其府失充。

放射痛：指腰部疼痛放射到下肢的病证。如腰痛连膝窜足背。放射痛一般不同于牵引痛，牵引痛往往是一处疼痛直接引连到另一处，有时牵引到较远的部位；而放射痛则由一处向外扩散，多放射到邻近部位。

钝痛：指腰部疼痛不甚，有厚钝、迟钝感，多主寒湿为患。

肿痛：腰痛且局部嫩红肿胀，多主湿热，或外伤腰痛瘀热互结，或热毒为患。

木痛：腰部疼痛且有麻木感，多为气血不足，筋脉失养所致。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

游走痛（注痛）：指腰部疼痛或左或右，或上连项背，或下窜足踝，多主风邪为患。痛无定处，或连胁腹。

5.5 辨腰痛之诱因

天气骤变，触冒寒凉，湿热，情志过激，劳力过度，久卧伤气，房室过频，过于肥胖，长期体位、姿势不良等，均可在肾虚的基础上诱发腰痛或加重腰痛。辨清腰痛的诱因，可以帮助判断腰痛的寒、热、虚、实。尤其对于某些无明显寒热虚实之征的腰痛，尤为重要。

腰痛遇风寒诱发或加重者，常见于风寒腰痛；腰痛遇寒冷加重或诱发者，常见于寒湿困阻之腰痛；腰痛每遇阴雨天气而诱发或加重者，亦见于寒湿腰痛。

腰痛遇风热诱发或加重者，见于风热腰痛；腰痛每遇湿热或闷热雨天诱发或加重者，见于湿热阻络之腰痛。

以怒为主的情志波动诱发或加重的腰痛多为胀痛，走窜不定，或连胁腹者，皆由肝气郁滞所致。

因疲劳过度而诱发或加重的腰痛证多是虚证，由气血阴阳之不足而引起。临床可根据相兼症状的不同，再予细分。久卧伤气，房劳伤肾，也均可在肾虚的基础上诱发或加剧腰痛。

其它，如过于肥胖，长期体位不正，姿势不良，并可增加患腰之负担，从而加剧腰部疼痛症状。

5.6 抓主证，止痛为急

腰痛证属中医学“痛证”的范畴，是为中医十大急症之一。持续或剧烈的疼痛，不但使患者在精神上、心理上遭受折磨，给人们的日常生活、工作、学习带来诸多困难，而且每有致残，使之丧失劳动力的危险，使社会生产力受到影响。因此，对腰痛病的治疗，尤其是对于急性腰部跌仆闪挫等外伤的治疗，重在采取积极有效的方法，力求迅速缓解疼痛症状。对此，我们在临证之时必须首先把握的是“抓主证，务在止痛”，此可作为包括腰痛在内的所有痛证的治疗总则和根本目的。然所谓主证，是指能够提示腰痛病本质，可作为辨证主要依据的证候，它随不同的病因、病机而有所不同。临证时抓住了主证，即抓住了疾病的主要矛盾。亦就能够做到准确的辨证。腰痛是一个自觉症状，通常根据病人的主诉即可作出诊断，但由于腰痛证往往并非独立存在，而是多种疾病或病机的外在表现，且又往往与其它症状交症在一起，所以要确定是何种性质的腰痛并不容易，尤其是当证候复杂、主次难辨之时，就需结合病史、临床证候，用四诊的手段，从分析因果关系出发，确定主证，权衡病情的轻重变化，包括确定所谓的“证”。“务在止痛”是治疗腰痛根本任务，根本目的，也是基本法则之一。在某种程度上，对于某些急性腰痛，“务在止痛”是“急则治其标”的权宜之计，所谓“痛止则证安”，旨在尽快减轻病人的痛苦，使病势发生逆转，不致由急性转为慢性，为“审因论治”争取更多的时间。表现在临床用药上，有所谓的“中药麻醉止痛药”即是。该类药物运用得当，确有良好效果，不失为治疗腰痛证，尤其是急性腰痛的有效方法。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

然而，在未明腰痛病因之前，断不可见痛止痛，滥用麻醉止痛之品。否则，就掩盖了病情真象而贻误病机。例如各种内科急证如淋证、肾结石等，以及肿瘤、骨折等而致的腰痛，在确诊之前，绝不可冒然止痛，以免延误病情，造成不良后果。所以，“抓主证，务在止痛”不是具体的治法，而是在中医学辨证论治和整体观念的指导下，从腰痛的部位、特性、程度、病史等方面寻求病因，确诊证型，从而确定相应的治疗原则、治疗方案，以及具体治法等一系列临床辨证论治的高度概括。

腰痛最主要的矛盾是“疼痛”，腰痛的主要病因有风、寒、湿、热、虚、瘀、痰、水、食积、气滞等，其病机有“不通则痛”，或“不荣则痛”，以及“不松则痛”，其治疗原则是“止痛”，包括前人总结的“通则不痛”，“虚痛必补”，“以松治痛”，“解痉治痛”，“痛随利减”等等，临床上都应以具体病情为依据，进行辨证论治。

腰痛之“痛”者，究其病因虽有种种不同，但究其发病机理确有共同之处，即所谓的“不通则痛”（不荣与不松从广义上讲亦属于不通的范畴）。至于治疗以通络止痛为主，再须审证求因，辨证论治。邪盛者以祛邪为急，正虚者以养正为先，虚实夹杂者，则又当邪正兼顾。古虽有“通则不痛”的治疗原则，但决不能局限于狭义的“通”之一法。要从广义的角度去理解和运用“通”法。如属于寒凝者，散寒即所以通；属湿滞者，祛湿即所以通；属于风伤者，疏风即所以通；属于热郁者，清热即所以通；属于食积者，消食即所以通；属于气滞者，理气即所以通；属于血瘀者，行瘀即所以通；属于痰结者，化痰即所以通；属于阴虚腰脉失养者，滋阴补肾即所以通；属于阳虚腰脉失煦者，温阳益肾即所以通。举凡一切能够消除致使“不通”原因的治疗方法都属于“通法”的范围，而不能局限“通下”一解。由于造成“不通”的原因众多复杂，因此腰痛的治疗方法，仍需在中医整体观念指导下，首先应根据腰痛的性质、部位、诱发因素等推求腰痛的致病因素，亦即所谓的“审证求因”，以确定致病因素和证型，而后“审因论治”，即针对致病因素进行处方用药，可以提高临床用药的准确性，从而提高临床疗效。

《素问·标本病传论》云：“病有标本，……，知标本者，万举万当。”腰痛之治，在“审因论治”的同时，还须明辨腰痛之先后缓急，采取“标急则治标，本重则治本”的治法。腰痛以肾虚为本，余证为标。虚实兼见者，又需细审邪正主次轻重，标本兼顾，其有气滞血瘀者，证多实中夹虚，治当活血行瘀，理气止痛为主。腰痛由外伤闪挫而其痛急剧者，又当采取相应的急救措施。

肾虚是腰痛的主要病理基础，肾气一虚，卫阳不固，则容易客邪，或致闪挫，而客邪久留又可致伤肾气，如此则使虚者更虚。故治疗在审因论治的基础上，尚须注意补肾。善治者，即使在治外邪，瘀滞之时，也要注意补虚。邪去之后，更要调摄肾气，复元固本，才能巩固疗效，防止复发。

6 鉴 别

腰痛最主要和最明显的特征就是腰部疼痛的症状，一般根据患者的主诉即可作出诊断。临证之时尚可根据患者腰痛的性质、放射部位、病程的久暂、兼夹症状，结合患者病史等进一步明确腰痛的病因和证型。然而腰痛又是一种常见的疾病现象，是多种疾病的共同症状之一，内部隐含着多种复杂的病因、病机。因此，临床医生就不能单纯依赖于患者

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

的主诉，见痛就止。理应明确某些中医病证。如痹病、淋证、腰酸、痛经以及妇人妊娠、产后等等往往兼有腰痛这一共同症状。所以腰痛作为临床常见症，可见于各种病证，而其中绝大多数病证不属于本书内科腰痛讨论的范围。所以，在临床上需加以鉴别，明确诊断，而断不可以“腰痛”作为病名统而代之。

痹病 痹病是由于风、寒、湿、热等外邪侵袭人体，闭阻经络，气血运行不畅所导致的，以肌肉、筋骨、关节发生酸痛、麻木、重着、屈伸不利，甚或关节肿大灼热等为主要临床表现的病证。痹病患者均可出现腰痛。痹病与腰痛在病因、病机上都有外感时邪，经络阻滞，气血运行不畅的特点；某些治疗痹病的祛风湿药物亦可用于腰痛的治疗。是可谓二者之相似处。然而痹病患者虽有腰痛的症状，但总以肢体关节疼痛为主要临床表现，而腰痛患者则无肢体关节疼痛；腰痛以肾虚为本，而痹病以感邪为主，此又为二者之鉴别点。

淋证 淋证是指小便频数短涩，滴沥刺痛，欲出未尽，小腹拘急，或痛引腰腹的病证。诸淋，尤其是石淋、血淋、热淋患者有时可有剧烈的腰痛症状，但其腰痛一症，总为兼症，且每多为阵发绞痛，临床必以小便淋沥刺痛为主要表现。而腰痛患者则无这些临床表现，故而不难鉴别。

腰酸 腰酸是指腰部酸楚不适，绵绵不已，且伴有腰部轻度痛感的病证，但以酸楚不适为主。腰酸与腰痛均属腰部之病证，都有肾虚因素的存在。肾虚腰酸可伴有不同的程度的腰部疼痛。肾虚腰酸与肾虚腰痛之间关系密切。肾虚腰酸可视为肾虚腰痛的初始阶段，肾虚腰痛是肾虚腰酸进一步发展的结果。另外在病因上“腰痛尚有寒湿伤损之异，腰酸悉属房劳肾虚。”（清·张璐《张氏医通·诸痛门·腰痛》），临床可资鉴别。

经行腰痛（痛经） 痛经是指妇女于月经期间或行经前后，出现周期性小腹疼痛，或痛引腰骶，甚则痛剧昏厥的妇科病证。其与腰痛病证最明显的鉴别点是妇人经行腰痛多伴随月经的来去而作止，具有明显的周期性，而腰痛病证则无此特点。

另外，妇产科的经闭、崩漏之病证和妇女妊娠、产后之时亦常有腰痛之症，结合病史和孕期、产后等情况，鉴别不难。除此之外，根据中医文献所载，一些中医古病名，如腰重、腰软、肾风、肾水、肾伤、历节、肾咳、疟病、疸病、胀病、疝病、痰饮、流注、骨痿、肾劳、肝痹、阴痹、肾痹（骨痹）、脚气、虚劳、痨瘵、阳痿、水肿、消渴、腰带痈、腰痛疡、踝厥等也常具有腰痛这一共同症状，也应重视它们与腰痛的鉴别。只因为这些病证有的与腰痛鉴别较易，有的在今日临床的实践中已较少被提到，故此缺而不论。

7 临床治疗

7.1 分证论治

我们在大量历史文献的基础上，兼采大多数当代临床医家的经验，结合我们自己的临床观察，拟将腰痛划分为两大类：即外感腰痛类，包括寒湿证、湿热证、风湿证、风寒证、风热证；内伤腰痛类，包括肾阴虚证、肾阳虚证、食积证、痰注证、气滞证、瘀血证、气血两虚证、肝阴不足证。我们认为此二类十二证能够较全面地涵盖腰痛分证论治的全貌，便于临床实践。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.1.1 寒湿腰痛证

临床表现：腰部冷痛重着，转侧不利，痛有定处，逐渐加重，虽静卧痛不减或反而加重，每遇阴雨天疼痛发作或加重，得温暖稍减。可伴有头身困重、无汗、口不渴、小便利，大便溏，舌淡苔白腻，脉沉迟、沉紧或濡缓。

病机分析：寒湿外感，侵袭腰部，邪气痹阻腰部经络，气血运行不畅，不通则痛。因寒为阴邪，其性凛冽，易伤阳气；湿性重着，常袭于下。故寒湿腰痛重着，转侧不利。又因湿性粘滞，日久寒凝愈甚，故寒湿腰痛，痛有定处，逐渐加重。湿性粘滞，卧则湿邪易住，故腰痛静卧时其痛不减反而加重。寒湿均为阴邪，寒得温散，湿得温化，阴雨寒凉之天气，潮湿更甚，故寒湿腰痛每遇阴雨、潮湿而作或加重，得温暖稍减。湿性重浊，故常伴有头身困重。寒湿浸渍，腠理闭塞则无汗。口不渴，小便利，大便溏，舌淡苔白腻，脉沉迟、沉紧或濡缓者，均为寒湿停聚之征。

治法：散寒行湿，温经通络。

方药：乌头汤(《伤寒论》)合桂枝附子汤(《伤寒论》)。

川乌　苍术　桂枝　姜黄　土元　三七粉（冲服）　木瓜　黄芪　制附片　当归　白芍　麻黄

上方加蜂蜜调服之。

临证参考：寒湿腰痛寒重于湿者，可见腰痛如冰，上连脊背，恶寒拘急，转侧不便，喜得热按，舌淡苔白，脉紧。治宜辛温解表，温散寒湿。方选《太平惠民和剂局方》之五积散。药用：

麻黄　桂枝　白芷　干姜　厚朴　苍术　陈皮　茯苓　桔梗　枳壳　半夏　川芎　大枣　当归　白芍　生姜

因上方尚兼具一定的化痰、行气、活血的作用，因此对于因寒湿内阻，兼有气滞、血瘀或痰积者疗效更著。

偏气虚受寒而腰痛者，其常兼见体弱心悸，面色不华，食少腹痛，舌胖边有齿印，苔白微腻，脉濡细等，其治可用黄芪建中汤、人参败毒散之属以散寒和络，益气调营，除湿壮腰。

偏血分受寒，脉络凝滞而腰痛者，常兼见手足厥寒，脉细欲绝。其治可用当归四逆汤以温经散寒，亦可用黄芪桂枝五物汤加味治之。

寒湿腰痛湿重于寒者，其症可见腰以下冷痛重坠，溶溶如坐水中，腰重如带重物，活动受限，身重，麻痹不仁，痛有定处，不渴，小便自利，每遇阴雨天疼痛加剧，妇人或有带下，舌质淡，边有齿痕，苔白腻而厚，脉濡细而缓。治宜健脾化湿，温阳行水。方用甘姜苓术汤。药用：

干姜　甘草　茯苓　白术

上方药少力薄，临证之时，若兼有下肢疼痛者，加桂枝、牛膝以温经通络。膝腰无力者，加杜仲、续断、桑寄生以补肾壮腰。痛甚肢冷者，加丁香、附子、细辛以温肾助阳。湿盛而苔腻脘闷者，加苍术、厚朴以燥湿健脾。湿盛停水，小便不利者，暂用五苓散攻逐水邪。

明·秦昌遇在《症因脉治·外感腰痛·寒湿》中认为太阳寒湿应用羌活败毒散加苍术，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

少阴寒湿应用独活苍术汤，少阳寒湿应用柴胡苍术汤，厥阴寒湿应用四逆汤加柴胡、独活，阳明寒湿应用苍术白芷汤，太阴寒湿应用《济生》术附汤、渗湿汤。对湿重而治不效者，可用五苓散分利小便。

刘新生治疗肾着腰痛用麻黄加术汤加减（药有麻黄，白术，茯苓，薏苡仁，通草，紫苏叶）。[1]

寒湿腰痛因于下焦阳衰，火化不及而寒湿内聚，肝肾寒凝湿滞者，其治当法“寒者温之，结者散之”。方取当归四逆汤、吴茱萸生姜汤，或暖肝煎，亦可用逍遥散加防风。

寒湿痹痛，须防伏火。因寒湿郁遏于内，久则从阳化热。尤其是青壮年患者，或体质健壮，或平素相火偏旺，或有湿热者，湿寒久郁可从阳化热，而致湿热之变。即所谓“寒湿凡郁痹阴分，久则化热攻痛”其证若仅兼有一些热象如舌红，苔黄，口苦、大便偏干、脉数等，此治宜在疏风、散寒、除湿的同时，配以清热之品，寒热并用。可用桂枝芍药知母汤方。若见饮酒痛重，心中疼热，面部粉刺，带下色黄，脉弦滑者，则参湿热腰痛而以苦寒清热为治。方用四妙丸加味。

湿邪外袭，每易伤脾。脾失健运则滋生内湿。脾湿较甚，气滞不行。寒湿腰痛若兼见脘腹胀满、纳呆溲赤者，可用渗湿汤健脾燥湿。

肾着乃湿滞经络所为，倘若失治，则为水湿内渍，停于肾脏，膀胱壅塞不通，甚至“积水不下”而变生“停水腰痛”。其证可见：腰膝疼痛重着，身体沉重、肿胀等。此即如隋代巢元方所言：“肾主腰脚，肾经虚则受风冷，内有积水，风水相搏，浸积于肾，肾气内着，不能宣通，故令腰痛……。久久变为水病，肾湿故也。”（《诸病源候论·腰背病诸候·肾着腰痛候》）考其病机，因湿为阴邪，湿盛则可损伤阳气。湿浊内困，久久必损及脾肾之阳，脾肾阳虚、气化不行，水湿内停则每易致“停水腰痛”。其治在于温通化瘀行水。方用五苓散合牛膝散。水去则肾气自复，腰痛自止。善后再予调理脾肾之阳。

寒湿凝遏，血行不畅，久之必致血瘀。因此寒湿腰痛有变生瘀血腰痛之虞。若寒湿腰痛逐渐加重，其痛或如锥刺，疼痛拒按，转侧不利，舌黯红，边有瘀点，苔白润，脉沉弦者，证属寒湿阻络，血行不畅。治宜祛寒行湿，活血通络。方用活络效灵丹加苍术、薏苡仁、附子、茯苓、独活、秦艽等。

寒湿腰痛兼染风邪者，即所谓风寒湿三气杂至所致之痹病腰痛。其证可见：腰痛持续不止，关节肿胀，面色㿠白，行动无力，体倦神疲，舌淡苔白腻，脉沉弦。其治可用三痹汤加减。

7.1.2 湿热腰痛证

临床表现：腰部弛痛，或腰腿重滞胀痛，痛处伴有热感；腰软无力，步履艰难，久坐，热天或雨天疼痛加重，活动后或可减轻，胁腹胀满，或见肢节红肿，喜凉恶热，渴不欲饮，小便短赤，甚或大便秘结，自汗，舌苔黄腻，脉濡数或弦数或滑数。

病机分析：外感湿热之邪，湿热相搏，壅于腰部，聚于太阳，筋脉弛缓，经气不通。且热为阳邪，故见腰部弛痛，故腰腿重滞胀痛，痛处伴有热感，腰软无力，步履艰难。久坐则气机不畅，湿热更甚，热天或雨天，热重湿增，故久坐后或热天雨天疼痛加剧；活动后气机稍有舒展，湿滞得减，故其痛或为减轻。湿热之邪流注肝经则胁腹胀满；流注关节则肢节红肿疼痛；湿热内阻，津不上承，故喜冷恶热，烦热口渴而不欲饮；湿热下迫，膀

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

胱热盛，则小便短赤；湿热移于肠道，则大便秘结；湿热郁蒸，则自汗；舌苔黄腻，脉濡数或弦数或滑数，均为湿热壅盛之征。

治法：清热利湿，舒筋止痛。

方药：四妙丸(《成方便读》)加减。

苍术　黄柏　怀牛膝　薏苡仁　萆薢　木防己　车前草　木瓜　络石藤

加减：湿热腰痛兼有外邪身痛而发热者，上方加柴胡、防风、独活；伴有膀胱湿热，证见尿频、尿急、尿赤而短少，口渴，舌质红，脉弦数者，则为热象偏盛，酌加栀子、泽泻、木通、车前草以清热利湿；关节疼痛者，加木瓜、五加皮；兼风湿者，加柴胡、防风祛风除湿；腰痛腹胀者，加乌药、槟榔理气消胀。

临证参考：湿热腰痛若进一步发展，症见肢节红肿疼痛，腰痛如被杖，手足骨节烦疼，掣痛不得屈伸，近之则痛剧，身热恶寒，口渴尿赤，舌红苔黄，脉实或洪数者，此乃湿热久郁，化火伤津，邪壅经络，转为热痹之征。治宜清热除湿，解毒凉血。上方酌加银花、连翘、蒲公英、皂角刺、穿山甲等。或选用白虎加桂枝汤，或用丹溪治上中下痛风方加牛膝、独活。

清代吴塘有谓“热之所过，其阴必伤”。湿热久羁，耗伤阴津，可致阴虚夹湿之变，若兼见腰酸咽干、手足心热等症者即是。用药当以清淡为主，俾湿热去而阴自复，勿见虚即投滋腻之品，以免恋邪。治法以清利湿热为主，佐以滋补肾阴。方用当归拈痛汤。

湿热腰痛失治，致使湿热之邪浸淫经脉，阻滞气血正常运行，久则气血运行不利，从而形成湿滞血瘀或热盛血瘀之变证。其证可见：腰部刺痛，且有灼热感，腰部沉重，转侧不利，行动困难，牵引下肢，无恶寒发热，渴不欲饮，小便黄，苔厚，脉弦。可予四妙散合活络效灵丹以清热利湿，兼以活血通络。

湿热兼瘀之证失子救治，湿热伤阴，瘀碍新生，则又可在湿热兼瘀的基础上伤损阴血，致使筋脉肌肉失却濡养而弛张不收，软弱无力，有变生痿证之象。其治当清养合用，清热利湿以通经脉，湿热去再议清热养阴，方用苍白二陈汤。若阴虚已著，当去苍术之燥湿伤阴，或改用清暑益气汤治之。

清代章楠有言：“湿土之气，同类相召，故湿热之邪，始虽外受，终归脾胃。”湿热腰痛本因于湿热之邪阻遏气机，影响经气流通所致。但湿热始为外感，渐则袭内。湿邪困脾，脾失健运则滋生内湿。内外湿浊同类相感，外感与内伤并见者，治以化湿渗利为先，方用清热除湿汤（经验方）加减治之。药用：

黄柏　黄连　茯苓　白术　泽泻　甘草

运用本方时若热重于湿者，加银花、连翘、栀子、黄芩。大便干者，加大黄。若湿重于热者，加白豆蔻、杏仁、藿香。湿若日久，加当归尾、赤芍、丹参、桃仁。

明代秦昌遇《症因脉治·外感腰痛》言湿热腰痛之治有云：太阴湿热者（左尺沉数）　用羌独冲和汤；少阴湿热者（左尺细数）　用独活二妙丸；少阳湿热者（左关沉数）　用柴独苍术汤；厥阴湿热者（左关细数）　用柴胡芍药汤；太阳湿热者（右关沉数）　用芷葛二妙丸；太阴湿热者（右关细数）　用防独神术汤。

曾绍裘治湿热腰痛善用龙胆泻肝汤加大剂桑枝、桑树根治之。

赵庆林善用草药“五虎汤”：救必应、穿破石、苦瓜干、鬼羽箭、黑草（无黑草可用

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

甘草代)、黑枣，烦者加千张纸、葛根，治疗湿热腰痛，确有良效。[3]

7.1.3 风湿腰痛证

临床表现：腰间拘急重痛，或酸重疼痛，转侧不利；或腰部发冷，痛无定处；或见发热恶风寒，每遇阴雨天或受风后疼痛加剧；或见颜面及四肢浮肿，舌淡，苔薄白或薄腻，脉浮涩或濡缓。

病机分析：风湿腰痛多因风湿乘袭肌表，着于腰间，留滞经络所致。风湿袭表，阻于腰间，经气不通，故见腰脊拘急，且湿性粘滞重着，故酸重疼痛，转侧不利；风湿在表，故腰间发冷，或见发热恶风寒；风邪善行而数变，故常痛无定处；阴雨天或受风，风湿更甚，故届时腰痛加剧；风湿袭表，肺失宣降，不能通调水道，下输膀胱，故见发热恶风寒，颜面及四肢或为浮肿；舌淡，苔薄白或薄腻，脉浮涩或濡缓，皆为风湿在表之征。

治法：祛风化湿，兼以温经通络。

方药：独活寄生汤(《备急千金要方》)加减

独活　桑寄生　杜仲　牛膝　细辛　秦艽　茯苓　桂枝　防风　川芎　人参　当归　甘草　芍药　地黄

加减：临证时，若腰痛较甚，可酌加制川乌、白花蛇、地龙、红花以助搜风通络，活血止痛之效；寒邪偏盛者，可加附子；湿邪偏重者，加防己、萆薢、薏苡仁、车前子等。正虚不著者，可减去人参、地黄等，或改用《伤寒论》之葛根汤加减治之。

临证参考：风湿腰痛若以风邪偏盛为主，证见腰、髋、膝、踝多处关节游走疼痛，此伏彼起，造成腰以下关节屈伸受限，甚则不能翻动，以致腰痛连及患侧腿脚，疼痛呈阵发性或电击样放射痛，全身有恶寒发热，舌质淡，苔薄白，脉浮数。治宜宣散风邪为主，佐以温通散寒利湿之品。方用《伤寒论》之葛根汤加减。亦可选用施维智氏之验方疏风活血汤（防风、独活、秦艽、当归、赤芍、川芎、威灵仙、五加皮、川牛膝、防己、桑寄生)。[4]

风邪袭表，内舍于肺，肺失宣降，不能通调水道，下输膀胱，以致风遏水阻，风水相搏流溢肌肤，发为水肿，故风湿腰痛每致风水之变证：风湿腰痛兼有眼睑浮肿，继则四肢及全身皆肿，来势迅速，多有发热恶寒，肢节酸楚，小便不利。偏风热者，尚有咽喉红肿疼痛，舌质红，脉浮滑数。偏风寒者，兼恶寒、咳喘，舌苔薄白，脉浮滑或紧。其证可参照水肿、风水辨治，方用越婢加术汤加减。

肾气本虚，卧冷当风，湿流腰脚，腰背疼痛，或偏枯冷痹，缓弱无力，或拘急且酸，或疼痛抽掣，舌淡苔白腻，脉浮大无力者，此即唐代孙思邈在《备急千金要方·腰痛》中所谓之“风虚腰痛”证。清·尤怡亦云：“风虚腰痛者，肾虚而风冷乘之也。其尺脉虚浮，而痛多抽掣，或拘急且酸，而上连脊背。”(《金匮翼·风虚腰痛》)由此观之，风虚腰痛者，实由肝肾虚弱，风湿易受而难以清除，久则流注腰膝，而出现上述证候。其治当补肾祛风，兼以除湿，方用独活寄生汤或甘豆汤。

明代秦昌遇论风湿腰痛分六经证治，可资参考：太阳风湿（腰痛引项脊尻背，左尺浮涩）宜羌独败毒散加白芷、苍术，少阴风湿（腰痛引脊内廉，左尺浮涩）宜独活秦艽汤，少阳风湿（腰痛如锥刺皮中，左关浮涩）宜柴胡独活汤，厥阴风湿（腰痛如张弓弦，左关细涩）宜柴胡芍药汤，阳明风湿（腰痛不可顾，如有见，善悲者，右关浮涩），宜白芷独

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

活汤，太阴风湿（腰以下如横木居其中，右关细涩）宜苍独肾着汤。(《症因脉治·外感腰痛·风湿》)风湿郁久化热者，可参照湿热腰痛论治。

7.1.4 风寒腰痛证

临床表现：腰痛拘急，多为卒发，痛无定处，或左或右，或连脊背，或引脚膝，或见寒热、腰间冷感，得温痛减，舌淡，苔薄白，脉浮紧。

病机分析：太阳经脉夹脊抵腰中，下至足膝。风寒乘袭，首犯太阳，且风性善行而数变，故风寒腰痛多为卒发，拘急作痛，且痛无定处，或左或右，或连脊背，或引脚膝。风寒外束、营卫不和，则或见恶寒发热。寒为阴邪，阴盛则寒，寒得温则散，风得热则疏，故风寒腰痛，腰间冷感，得温则减。舌淡，苔薄白，脉浮紧，皆为风寒袭表之征。

治法：疏散风寒。

方药：败毒散(《小儿药证直诀》)加减。

人参　羌活　独活　前胡　柴胡　桔梗　枳壳　川芎　茯苓　甘草

加减：风寒腰痛，风邪易解，寒邪难去。寒邪久郁化热者，上方加银花、连翘等；兼见项强者，加葛根发表解肌；久病兼肝肾亏虚者，加桑寄生、杜仲、牛膝补肾壮腰。

临证参考：寒邪偏盛，疼痛较剧而不可俯仰者，可用乌头汤以温经散寒、通痹止痛。

禀赋阳虚，风寒乘袭于太阳经脉，脉络凝滞不通，不通则痛。证见腰痛如绳捆箪扎，拘急连背，痛处遇寒更甚，得热稍舒，无热恶寒，无汗，脉沉无力或浮大无力者，证属本虚标实。治宜标本兼顾，方用麻黄附子细辛汤，温经助阳，解表散寒。

《伤寒论·辨太阳病脉证并治》："太阳病，头痛，发热，身疼腰痛，骨节疼痛，恶风，无汗而喘者，麻黄汤主之。"此言太阳伤寒而兼有腰痛，因证属风寒外束，肌表受邪，卫阳被遏，太阳经气运行不畅所致。故可用麻黄汤发汗祛邪而腰痛自解。由此观之，风寒袭表之腰痛者本有麻黄汤汗解一法，业医者不可不察焉。

7.1.5 风热腰痛证

临床表现：腰痛较急，强急而热，或身热微寒，口干而渴，咽喉红肿，小溲热赤，便秘，舌质红，舌边或有红刺，苔薄黄，脉浮数或洪数。

病机分析：风热袭表，侵犯太阳，邪气阻滞经络，气血运行不畅，不通则痛，且热为阳邪，故腰痛较急，强急而热；风热上犯，耗伤津液，故身热微寒，口干而渴，咽喉红肿。肺为水之上源，肺热，故小便热赤；肺与大肠相表里，肺热移于大肠，则便秘。舌质红，舌边或有红刺，苔薄黄，脉浮数或洪数，皆为风热在表之象。

治法：疏散风热。

方药：小柴胡汤(《伤寒论》)加减。

柴胡　人参　甘草　黑豆　黄芩　羌活　续断

加减：风热夹湿者，上方加防己；皮肤出现结节者，加连翘；热甚伤津，出现口干口渴，小便黄少者，可加天花粉、车前草、知母。风热腰痛若大便秘结较甚者，可先用大柴胡汤微下之，再拟上方论治。

临证参考：风热袭表，可内舍于肺。肺为五脏六腑之华盖。且肺肾之间金水相生，母子相应。风热袭肺若未及时疏散表解，或肾脏素亏，可母病及子，风热及肾。又肾合膀胱，统为水脏。病邪又可深入下焦与水湿交结，终为下焦湿热之变证。故若见风热腰痛，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

逐渐加重，或以酸痛为主，其痛难忍，不可动摇，且伴有口渴欲饮，小腹胀满，尿黄赤或涩痛，舌红苔黄，脉滑数者，下焦湿热之征显矣。此时且宜淡渗利湿，因势利导，引热下行，使入宅湿热之寇自下而去，邪去则正安，不治腰而腰痛自愈。方选八正散加减。

若暑热疫毒之邪涉于肾经，弥漫浸淫筋骨、关节，郁遏经气者，可见骨节痛烦，身痛如被杖，大渴引饮，或兼头痛，舌绛苔黄燥，脉沉数，或沉细而数，或浮大而数。治宜清热解毒，清除肾之火热。方用清瘟败毒饮加黄柏。

临床参考：刘晓庄认为风热腰痛之诊断依据主要有三：有外感风热之病史；伴有某些肺卫见证（如恶寒发热、咳嗽痰少、口渴喜冷饮等）；或兼有下焦湿热之证。医者临证之时，必须详询病史，分析病原，细审病证，方能确诊。刘氏由是指出风热腰痛之治“宜祛邪外出为主，勿犯腰痛治腰之大忌。祛邪途径，须抓住两个中心环节，一是从上疏散，一是从下渗利，两者并用，使邪上下各有出路。”具体言之，从上疏者，是指宣散风热，截阻邪传。由于外感风热，邪初在肺卫，但可母病及子而传之下焦肾脏，复传于腰。故治法仍宜轻清宣透，疏散风热为主，以截阻外邪传肾之趋势，绝传肾病邪之外援，主选方有银翘散、桑菊饮之类。从下渗利者，言淡渗利湿，引邪下行。肺卫之风热，既传肾脏，因肾为水脏，外合膀胱，居位在下，故入肾之风热可与下焦水湿互结而致湿热为患。此时即宜淡渗利湿，引热下行，使入宅之邪下有出路，此亦因势利导之法。可选用桑白皮、赤小豆、益母草、茯苓、通草、滑石之类以治之。[5]

7.1.6 肾虚腰痛证

7.1.6.1 肾阴虚腰痛证

临床表现：腰痛绵绵，反复发作，酸软乏力，喜按喜揉，腿膝无力，遇劳更甚，卧则减轻。伴有头晕耳鸣，心烦不寐，口燥咽干，午后颧红，骨蒸潮热，小便黄赤，盗汗，舌红苔黄，脉细数，或虚大无力。

病机分析：腰为肾府，肾主骨生髓。若禀赋薄弱，劳倦纵欲，早婚多育，或久病失养，年迈体弱，耗伤肾精。肾虚精亏，腰府失养，故腰部酸软，而腿膝无力，其痛绵绵，反复发作。病证诚如明·张介宾所言：“腰痛证凡悠悠戚戚，屡发不已者，肾之虚也。”病属虚证，故喜按喜揉；劳则气耗，使虚者更虚，故腰痛遇劳更甚；卧则气顺以平，腰脊暂得其养，故腰痛卧则减轻。肾开窍于耳，肾精不足，髓海空虚，则头晕耳鸣；肾虚水亏，水不济火，心肾不交，故心烦不寐；阴虚则津液不足，虚火上炎，则口燥咽干；午后颧红，骨蒸潮热，小便黄赤，盗汗，舌红苔黄，脉细数或虚大无力者，皆属阴虚内热之征。

治法：滋阴补肾，益水制火。

方药：左归丸(《景岳全书》)加减。

熟地黄　山药　枸杞子　山茱萸　鹿角胶　菟丝子　龟甲胶　川牛膝　续断　杜仲　巴戟天　当归

加减：阴虚火旺较显者，可加泽泻以泻肾火；若心烦失眠者，可加柏子仁、远志以宁心安神；阴虚潮热盗汗者，加青蒿、地骨皮、知母、黄柏以滋阴清热；遗精者，加芡实、金樱子、五味子固涩敛精。

临证参考：肾阴不足，常有相火偏亢之证。若见阴虚而火旺较著，兼见骨蒸劳热，咳嗽、午后颧红者。轻者可服知柏地黄丸，重者加服大补阴丸，共收滋阴降火之功。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肾阴虚腰痛患者常有“盗汗”之一症，此属肾阴亏虚，虚阳浮越，腠理不密，逼津外泄使然。“汗者，精气也。”(《素问·评热病论》)盗汗日久，又有耗伤肾阴之虞。盗汗者，本因阴虚而发，日久又可加重阴虚的程度。如此可形成恶性循环，使内不能濡养脏腑，外不能滋润经脉而致腰痛缠绵，顽固不愈。业医者不可不察。故肾阴虚腰痛而盗汗明著者，自当滋阴清热，固表止汗为务，急用当归六黄汤以治之。

阴阳互根互用。肾阴久虚，可阴损及阳，轻者气阴两虚，重则阴阳并损。临床表现既有阳虚而寒之症，又有阴虚而热之象：腰骶酸痛，活动受限，畏寒怕冷，两下肢窜痛，口干舌燥，面红汗出，溲黄，舌质红，舌根苔黄，脉沉细。医者当阴阳兼顾，治宜滋阴养血与温阳益气同用，以调补机体不足，恢复生生之气。方用无比山药丸或杜仲丸，常服缓图之。

肾精久亏，复感淫邪，腰府失养。症见腰部空痛，绵绵不绝，遇寒或过劳则痛甚，常喜按揉，子至寅时痛甚，腰膝酸软，晨间颜面浮肿，全身乏力，嗜卧，舌质淡红，苔黄白，脉弦细者，证属虚中夹实。治宜补肾祛邪，标本兼顾，方用肾气汤合二妙散加独活、杜仲、天麻、桑寄生、狗脊、枸杞子、续断等。

肾阴虚腰痛以左归丸为主方加减化裁治之。其它如当归地黄汤、滋阴八味丸、六味地黄丸等皆可根据病情参考应用。

肾阴虚腰痛因于房劳过度者，可用血肉有情之品进行调理。如河车大造丸、补髓丹等。并告之患者注意节制房事，不使纵欲，做到善于摄身，医患合作。

肾阴虚腰痛经治痊愈者，尚须常服六味地黄丸类补阴药或间服肾气丸类补阳药，以巩固疗效，防止复发。

7.1.6.2 肾阳虚腰痛证

临床表现：腰脊酸痛，腿膝无力，其痛绵绵，常反复发作，喜按喜揉，劳则更甚，卧则减轻。腰以下冷痛，少腹拘急，精神萎靡，面色㿠白；手足不温，畏寒喜暖，腰膝酸冷，汗出恶风，食少便溏，或有五更泄、小便清长、甚则遗尿。尚可有阳痿、早泄、滑精、带下稀薄、月经不调、宫冷不孕之兼症，舌质淡胖、苔白厚，脉沉细或沉迟，尺脉尤显而无根。

病机分析：腰脊酸痛，腿膝无力，其痛绵绵，反复发作，喜按喜揉，劳则更甚，卧则减轻，是为肾虚腰痛共见之症，其病机有同“肾阴虚腰痛证”，肾阳虚不能营煦其筋，故腰以下冷痛，少腹拘急；阳气一虚，气不上荣，故精神萎靡，面色㿠白；四肢为诸阳之本，阳虚温煦无权，故四肢不温，畏寒喜暖，腰膝酸冷。阳虚则自汗，故汗出恶风；肾为先天之本，脾为后天之本，二脏相济，温运周身。若肾阳日虚，不能温煦脾土，则每致脾肾阳虚之证，故可见食少便溏，或有五更泄。肾阳虚衰，膀胱约束无权，开阖失司，或则为小便清长，甚则遗尿。其如阳痿、早泄、滑精、带下稀薄、月经不调、宫冷不孕之兼症者，往往因于阳虚甚且日久，其主诉往往是上述各兼症，因腰痛前来延医者，实属少见。舌质淡胖，苔白厚，脉沉细或沉迟者，实为阳虚之征，两尺为肾之分部，故尺脉尤显而无根。

治法：温补肾阳，强壮腰脊。

方药：右归丸(《景岳全书》)加减。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

熟地黄　山药　山茱萸　枸杞子　杜仲　鹿角胶　菟丝子　当归　制附子　肉桂

加减：若肾阳虚甚，诸证加重，而腰痛不解者，上方加怀牛膝、巴戟天、骨碎补、五加皮等，或改用安肾丸治之；兼膝痛牵涉下肢者，加木瓜、独活、萆薢、防风祛风通络；五更泄泻者，去当归，加肉豆蔻、吴茱萸温肾止泻；阳痿滑精者，加芡实、桑螵蛸涩精止泻；小便清长者，加龙骨、牡蛎、桑螵蛸以固涩缩尿。

临证参考：肾为先天之本，脾属后天之本，脾之健运，化生精微，须赖先天元阳之温煦，此即所谓“脾阳根于肾阳”。若肾阳虚久，脾阳失煦，久则脾气亏损，甚则气虚下陷，除肾虚见证外，尚可兼有神疲懒言，食少便溏，四肢不温，自汗，甚或肾脏下垂、胃下垂等症。方用黄芪桂枝五物汤加杜仲、桑寄生、续断、当归、牛膝治之。诸药合力，益肾健脾，使肾旺脾健，气血如常，则腰痛亦愈。若气虚较重者，可重用黄芪并加党参；气虚下陷，内脏脱垂者，加升麻、柴胡益气升提。非若是者，脾运不健，气血化源不足，肾失其充养之源，反而加重其本虚程度，使虚者益虚；病必沉疴难挽。故有“补肾不如补脾”之说。

肾阳不足，卫阳不固，腠理不密者，易为外邪所犯。若素体肾阳不足，复感寒邪，直中少阴，而成虚中夹实之腰痛者，其证见腰部冷痛，逐日加重，不能直立，活动不利，面色㿠白，手足厥冷，舌质淡，苔白腻，脉沉缓。治宜补肾助阳，温散寒湿，标本兼顾，扶正兼以祛邪。方选附子汤加巴戟天、细辛等。或选用麻黄附子细辛汤，或乌附麻辛桂姜汤加减。亦可选用阳和汤治之。

顽固性腰痛，俯仰困难，甚或牵引大腿，步履维艰，形寒怯冷，面黧色悴，神疲气馁，纳食少思，小便色白短少，舌淡白，边有齿痕，苔白较厚，脉沉细涩无力。证属肾阳不足、复感风湿而致。治宜温补肾气，祛风除湿。方用独活寄生汤加减。

阳虚则生内寒，肾阳久亏，阴寒内生，则经脉蹉缩拘急，血液凝涩不畅，则可在阳虚的基础上产生血寒血瘀证，终至阳虚与血瘀并见的虚中夹实之变证。治宜温补肾气，散滞止痛。方可选用张禄初经验方补肾调气饮（当归，川芎，杜仲，延胡索，肉桂末，小茴香，破故纸，枳壳，酒大黄，陈皮，广木香，甘草）以随症治之。亦可选用《证治准绳》之何首乌散。

老弱久病，肾衰络虚，腰痛日久不愈，无明显阴阳偏虚，寒热证象不明显者，为肾气虚性腰痛。证见腰酸隐痛，喜揉按，遇劳痛甚，卧息稍轻，脉细弱或虚大无力。这种腰痛多见于年老体弱，久病之后，阴阳两虚，精血不盈，络脉久痹，腰痛缠绵，其治只可温养气血，以濡润为通。或在濡养基础上，佐用和缓强壮通络之品，遣药宜甘温咸润、药力和缓者，亦即叶桂所谓“柔剂阳药”。若温补太过，反伤肾阴，而致阴不涵阳。方用《太平惠民和剂局方》之青娥丸加味。方中杜仲、补骨脂补肾助阳，强壮筋骨，二药虽温补，但温而不燥；胡桃肉温阳补肾。因本方药少力薄，临证之时，可在本方基础之上加鹿角胶等血肉有情之品，以及温补肾阳，填精补髓之类，如仙灵脾、肉苁蓉、狗脊、巴戟天之属。青娥丸可通治各种肾虚腰痛，唯火旺者勿投。其它如杜仲丸，亦可通治虚劳腰痛，阴阳俱损者。方中杜仲、破故纸能补肾助阳，但温而不燥；枸杞子、龟甲滋补肾阴，然润而不腻；芍药、五味子平补肝肾；黄芪、当归补气益血，知母、黄柏为清相火而设，火旺不显者可去之。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

汉代张机《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》有云："虚劳腰痛，少腹拘急，小便不利者，八味肾气丸主之。"张氏所谓之"虚劳腰痛"，盖可归属肾虚腰痛之范畴，其用金匮肾气丸治之，可资参考。

湖北马玉良等自拟"强腰壮肾汤"以治疗"五更腰痛证"。其证的特点是黎明之前，腰部作痛，晨起活动后减轻或消失。因腰痛发作时间与五更泻相似具有明显的时间规律。故命名为"五更腰痛证"。马氏等认为本病多见于年老体弱，久病体虚之人。久病之后，损伤肾阳，年老体衰，阳气不足，或者壮年房劳过度，肾阳受损，皆可发生本病。马氏等分析认为："腰为肾之府，督脉贯脊络肾可督诸阳，肾阳不足，腰失温养，故腰背痠痛，喜按喜揉，黎明之前，阳气未复，阴寒极盛，故在此时腰痛发作或加重。"[6]另外关于"五更腰痛证"之辨治，尚可参考本篇［近代研究］中"2.2.1 近代各家辨证论治研究"一节。

吴忠贤运用四神丸加味治疗肾阳不足之五更腰痛。处方：补骨脂、吴茱萸、肉豆蔻、五味子、杜仲、小茴香、川牛膝、狗脊、生姜、大枣。[7]

7.1.7 气滞腰痛证

气滞腰痛是指因于情志内伤，郁怒伤肝，忧思伤脾，致使脏腑、经络之气滞而不畅；或体弱气虚不运而致气机郁滞所引起的腰痛。然腰痛总因经脉不通所致，故广言之，各种致病之邪，诸如饮食、邪气、瘀血、痰饮、水湿等，皆可阻滞经脉而致腰痛。若此之辈，临证之时自应细究。本节所言之气滞腰痛，除常见之肝郁不伸，横逆肾府者外，尚有"失志伤肾"（《灵枢·本神》）、"忧思伤脾"（《仁斋直指方·腰·腰痛方论》）二证。故言气滞者，当责之肝、脾、肾三脏，即如元·朱震亨《脉因症治·腰痛》所言："肾虚，皆起于内。盖失志伤肾、郁怒伤肝、忧思伤脾，皆致腰痛。故使气结不行，血停不禁，遂成虚损，血气去之。又有房劳过者多矣。"朱氏此言盖指三脏气滞终至肾虚而病腰痛者，且从中可见，气滞而患腰痛者，病涉三脏，而其病机总不越气机郁滞，久则血结不散，由实转虚。

临床表现：腰胁胀痛，活动不利，甚或腰部强硬，不可以俯仰。少腹拘急，或腹部胀满，痛无定处，流窜疼痛，似有气走注，忽聚忽散，善太息。胀痛每因情志变化而增减，卧睡腰痛，频欲转侧，晓起则止；痛处经按摩、搓揉可减缓，或兼有胸闷不舒，纳呆，苔薄白，脉弦。

病机分析：肝主疏泄，调节一身之气机，肝肾同源。情志不舒，郁怒伤肝，气滞不畅，则腰部胀痛，活动不利，甚或腰部强硬，不可以俯仰。少腹两胁乃肝经所过之所，气机郁结，则腰痛连及胁腹胀满，甚则小腹拘急。痛无定处，或聚或散。太息则郁结之气或可少舒，故频欲太息。肝主疏泄，有调畅情志之功能，反之，情志失常也可影响肝主疏泄（调畅气机）的功能。情志舒畅则肝气条达，气机顺通，情志不舒则气机郁结，故腰痛每随情志变化而有增减。夜卧则气滞更甚，故腰痛愈剧而频欲转侧，晓起活动之后滞结或可稍散，而胁腹痛亦可相应减轻。肝气以条达为顺，气滞喜疏喜散，活动有助气血运行，故痛处经按摩、搓揉则减轻；气滞则胸阳不展而见胸闷不舒；肝气郁结，"木旺乘土"，脾失健运，故腹胀纳呆。舌薄白，脉弦乃肝郁之象。

治法：疏肝行气，通络止痛。

方药：沉香降气汤（《张氏医通》）合天台乌药散（《医学发明》）化裁。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

沉香　砂仁　香附　川楝子　延胡索　乌药　广木香　青皮　炙甘草

加减：气滞兼寒者，上方加桂枝、附子散寒行滞；腹胀明显者，加枳壳、厚朴；呕恶多痰者，加半夏、陈皮、茯苓；食滞不化者，加鸡内金、焦山楂；气滞兼热者，常见口干口苦，上方加山栀、黄芩；肝肾同源，肾水不足，肝失滋荣，则疏泄不利，气滞腰痛若兼有肾虚见症者，当佐以滋肾之品，如枸杞子、女贞子、旱莲草、桑椹子等。

临证参考：气为血之帅，气行则血行。气滞不利，则血行不畅；气滞腰痛每兼血瘀。若见有腰脊刺痛，舌黯或有瘀斑，脉细涩者，治宜上方基础上酌加乳香、没药、路路通、苏木等破血行气之品。

气滞日久，郁而化火，而见腰脊灼热，舌红苔黄，脉弦数者，减温热之品，加知母、黄柏、丹皮、赤芍以清热凉血。肝火太盛，也可下劫肾阴。肾阴不足，水不涵木，则肝火愈旺，是知气滞腰痛一证，尚有顾护肾阴一环。

气滞不解，肝胆郁火，流窜经脉，激发体液。壅阻生热，湿热交阻，气血失畅，而见腰痛灼热，胁痛口苦，胸闷纳呆，小便黄赤，舌苔黄腻，脉弦滑数者，可用龙胆泻肝汤以清泻肝火。若热盛伤津而大便秘结者，可加大黄、芒硝以泄热通便。

若见腰痛胀滞，痛连胁腹，肉痹不仁，饮食难化者，此乃忧思伤脾，胃气不行，精不输肾，外府失荣而致之腰痛。治当通畅气机，补土健运。方选沉香降气汤(《张氏医通》)。

若见腰间郁郁，膨胀不伸，虚羸面黑，不能久立远行。兼见胸闷、气逆，心悸怔忡，失眠。脉沉弦或伏者，此乃失志内伤，心肾气滞，血行不畅，筋脉失养所致之气滞腰痛。治当顺气导滞，养血活络。病程较短，证情偏实者，方用木香流气饮(《太平惠民和剂局方》)或四七汤(《太平惠民和剂局方》)加味；痛久血虚不利，气滞未去，应当补气养血，通脉利气，人参养荣汤(《太平惠民和剂局方》)以治之。

气滞腰痛，责之肝郁气滞，经气不畅所致者，治以疏理肝气为务。故凡治肝郁之方，如逍遥散、丹栀逍遥散、柴胡疏肝散、通气散等等，皆可随证选用。

临床上单纯的气滞腰痛是少见的，必常有夹杂，如夹杂湿、痰、瘀、热、寒、食积等。它们或可为气滞之病理产物，反过来又可加重气滞的程度，故治气滞腰痛之时，必须治疗其夹杂之症。

蒲远禄根据自己临床经验，提出了气滞腰痛诊断的4项依据为：①自觉腰部胀痛，频欲转侧，晓起则止。②静止则痛，活动减轻。③腰痛以胀为主，以游走阵发为特征。④常有其它气滞兼症，如胁胀，胸满，呃逆矢气，或伴阴茎疼痛，睾丸胀痛，会阴不适等。[8]临证辨治可资参考。

罗大兴自拟加味通气散治疗气滞腰痛，屡获捷效，亦可参考。其所治气滞腰痛指征为：凌晨鸡鸣时则腰背部酸楚，不能安卧，起床活动后可缓解，发病多为壮年、老年，妇女尤多。所拟加味通气散药方组成为：木香30g，茴香15g，白牵牛6g，穿山甲9g，延胡索15g，陈皮9g，乌药30g，甘草6g。本方总义为调气以行气血之滞。应用之时，还可随证加减：如有闪挫外伤史者，证见面色紫黯，痛如锥刺，脉濡涩，去方中牵牛，加三棱、桃仁、红花、赤芍以行血滞。若兼肾阳虚者，面黑神疲，形寒肢冷，膝腰酸软，本方去牵牛、穿山甲，加补骨脂、葫芦巴、杜仲以扶肾阳。若兼肾阴虚者，证见潮热盗汗，耳鸣、咽干、大便秘结者，本方去牵牛，加熟地、苁蓉、牛膝以滋肾阴。如疼痛附着不移，腰如

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

束带，形寒肢冷，苔白、脉沉紧、为兼寒湿，本方去穿山甲、牵牛，合甘姜苓术汤，以温散寒湿。若周身软乏，苔黄腻，小便赤，偏于湿热者，本方去穿山甲、甘草，加木通、滑石，以清利湿热。[9]

7.1.8 血瘀腰痛证

临床表现：腰痛如刺，痛有定处，日轻夜重，痛处拒按。证轻者俯仰不便，重则不能转侧，有的患者因此而采取弓背或侧弯体位。疼痛得寒温都不减，或有低热，口干不欲饮，大便秘结或色黑，小便热赤，舌质紫黯，或有瘀斑，舌下静脉曲张，脉弦涩或芤。

病机分析：血瘀腰痛大都因于内外伤，或风寒湿痰等久郁痹阻经脉，或久病气血瘀滞而致。总而言之，血瘀腰痛者总因瘀血所致，凡血寒、血热、气虚，气滞、津亏、各种出血以及外伤跌仆者均可致之。瘀血痹阻腰部经脉，气血运行不通，故腰痛如以锥刺；瘀血为有形之实邪，故而痛有定处且疼痛拒按，按之则痛剧；瘀为阴类，得阳始运，白昼阳气当令，血运稍畅，故白天疼痛稍轻；夜晚阳气潜伏，阴气司令，血运减缓，则腰痛夜重；血瘀凝滞，损伤筋脉，故腰痛轻者俯仰不便，重则不能转则，甚至有的患者采取弓背或侧弯体位。瘀血内阻，津不上承，故口干不欲饮水。瘀血郁久化热，或见低热，或热甚伤阴，津亏血瘀者，阴虚则生内热，亦可见低热不退。血瘀津乏，或瘀久化热者，均可见大便秘结，小便热赤。瘀血下迫大肠则便黑（瘀血之证经治亦可见黑便，为瘀去之征）。舌质紫黯，或有瘀斑，或舌下筋脉曲张，脉弦涩者，均是瘀血内阻之征。

治法：活血化瘀，理气止痛。

方药：身痛逐瘀汤(《医林改错》)加减。

桃仁　当归　川芎　红花　没药　香附　牛膝　五灵脂　地鳖虫　地龙　甘草

加减：血瘀较甚而痛剧者，上方加鸡血藤、炮山甲、延胡索等化瘀通络之品。兼风湿者，加独活、狗脊等以祛风胜湿，而狗脊合方中牛膝，更能强壮腰膝。兼肾虚者宜加杜仲、续断、熟地黄以补肾壮筋骨。瘀血腰痛伴有内伤低热者，加银柴胡、白薇、天花粉等养阴清热之品。

临证参考：跌仆闪挫所致之血瘀腰痛者，治宜破血下瘀，引热下行，方用桃核承气汤加减，以使破血下瘀，引热下行，服后取“微利”，使蓄血去，瘀热清，诸证自平，即所谓“痛随利减”。惟该方作用较猛，临证之时，仍须详察，谨据病机，但见腰部损伤之早期，瘀血较重，疼痛不能转侧，二便秘涩且形体壮实者，方可应用，中病即止，切勿过剂。

气滞和血瘀常同时并存，由于气的运行不畅导致血运障碍，从而形成气滞血瘀。也可由于闪挫外伤等因素，而导致气滞和血瘀同时存在，所以气滞和血瘀往往互为因果，其症状常同时并见。瘀血腰痛若兼明显气滞症状者，可用复元活血汤加郁金、乳香、赤芍、陈皮、三七粉、骨碎补等。

久病或其它原因可致正气亏虚，气虚则不能鼓动血液正常运行，由此而致瘀血腰痛者，责在气虚不运，血虚行滞。其证可见腰痛如折，行动困难，精神萎靡，面色㿠白，头晕耳鸣，心悸不宁，舌淡苔白，舌边尖或有瘀点，脉细涩。证属虚中夹实，治当标本兼顾，攻补同施，用益气化瘀，通络止痛法。方选补阳还五汤加味，或桃红四物汤加减。一般偏于气虚血瘀者用前方，偏于血虚而瘀者用后方。此证如不知培气血而但知行滞通经，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

则愈行愈虚，鲜不殆矣。

跌损瘀血腰痛若失治、或经治而不彻底，则瘀留脉络，病根暗伏，偶遇外邪侵袭而复动者，此盖民间俗谓“劳伤”是也。宿伤瘀血腰痛，遇天气骤变或劳倦过度，风寒湿每易乘袭者，常见腰部酸痛、热缓寒重，阴天痛剧，屈伸不利，舌质淡，苔白，脉弦紧。结合以往损伤病史，与近期感邪史，脉证合参，诊断不难。治宜活血舒筋，祛邪通络。方选清代名医赵延海所收少林寺方“一盘珠汤”（续断，生地，川芎，木香，红花，泽兰，当归，赤芍，苏木，桃仁，乌药，大黄，乳香，没药，甘草），另加地龙、苍术、秦艽、羌活、独活、防风等祛风湿，利关节、活络止痛之品。同时根据风寒湿的不同，分别配加相应的药物。外邪偏盛，阴天加重，身体重困者，用五积散。

慢性损伤性腰痛，迁延不愈，反复发作，正虚邪恋，气血瘀滞，变生血瘀痰浊，瘀阻于络，津凝为痰，痰瘀胶结，痹阻经络，而见腰痛时轻时重，腰脊及腿膝强直，疼痛剧烈，痛有定处，屈伸不利，甚至关节肿大，关节附近呈黯黑色，僵硬变形，或疼痛麻木，舌质紫而有瘀斑，苔白腻，脉细涩等。治宜化痰祛瘀，搜风通络。方用《类证治裁》桃红饮加味。加穿山甲、地龙、地鳖虫活血化瘀、化痰通络；加白芥子、胆南星祛痰散结；加全蝎、乌梢蛇等搜风通络。亦可用桃红饮合小活络丹以温散风寒、化瘀祛瘀。“病久入络”，“久病多虚”，痰瘀痹阻于络，则终致正虚，治宜标本兼顾，用化痰祛瘀，兼温补肾元法。方选益肾蠲痹丸以治之。该方为江苏南通名医朱良春经验方，取地黄、当归、仙灵脾、肉苁蓉、鹿衔草、老鹳草、寻骨风、苍耳子、徐长卿以温肾壮督，搜剔逐邪，散瘀涤痰。另取虫类药全蝎、蜈蚣、蜂房、蕲蛇、地鳖虫、僵蚕，以钻透剔邪，搜风通络，消肿定痛。本证病邪深入经隧骨骼，气血凝滞不行，痰湿浊瘀胶固，经络闭塞不通，非草木之品所能宣达，必藉虫蚁之类搜剔窜透，方能使其浊去凝开，经络通畅，邪蠲正复，病虽日久，亦可痊愈。

顽固血瘀腰痛日久不愈，血瘀络阻，阴血不生，筋脉失养。证见腰痛犹如触电或如以针刺，腰肢活动不利，甚或卧床呻吟，不能着地行走，长期低热，渴不多饮，舌质红，有裂纹，苔花剥，或有紫斑，脉细涩者，此乃虚中夹实之证。治当化瘀通络以治其标，滋阴养血以培其本。可用王清任身痛逐瘀汤合大补阴丸治之。俾宿瘀去，新血生，阴津复，虚热清，络脉得通，气血自行，筋脉得养而功能自复，病虽日久，而取效犹捷。

治疗瘀血腰痛除上述已用处方外，其它如加味当归泽兰汤，地龙散等等亦可随证选用。如杨定明运用《医宗金鉴》地龙散治疗由于急性损伤失治或慢性积劳，导致局部气血瘀阻，经络闭塞不通所致的慢性腰痛50例，有效率达80%。杨氏的应用加减经验为：兼寒湿者加川草乌、薏苡仁、防己散寒行湿；兼肝肾不足者加杜仲、川断、熟地、枸杞子补益肝肾；急性发作痛甚者，加乳香、没药；伴下肢麻木者，加全虫。[10]

吕凤祥等自订“闪腰定腰汤”（延胡索，续断，泽兰，木香，怀牛膝，小茴香，红花，乳香，甘草）用以治疗急性腰扭伤所致瘀血腰痛证，取得了较好疗效。[11]

周景恒等认为“外伤瘀肿需兼治湿”，对外伤瘀血腰痛颇有参考价值。其云在生理上，津血同源，津血互化；在病理上，反复出血，常影响到津液，表现为耗血伤津，甚或津枯血燥，外伤瘀血同时也伴有“津聚水停”，谓其“正与现代西医学的外伤后局部血运障碍，导致肌肉组织水肿的认识一致。”故由此观之，则知外伤瘀血常伴有“津聚水停”的病理

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

变化，“因而外伤瘀肿只有治瘀兼治湿，使欲积之津不遂，已聚之水得以遽消，方可望水利津布，脉道润滑，血流畅利，湿化则血行，更有利于瘀血的及时消散，达到早日治愈的目的。”关于治瘀兼以治湿，治湿以治瘀，周氏等提出《金匮要略》桂枝茯苓丸中用茯苓、少林伤方中用泽泻、当归泽兰汤中用泽兰，是这种治法的具体体现。[12]

7.1.9 痰注腰痛证

临床表现：腰痛重滞，固定不移，局部冷痛，得寒更甚，得热稍减，日久不愈，阴雨天疼痛加重；或有麻木感；或伴有头重眩晕，胸闷呕恶，口渴不欲饮；或食少多寐，心悸不宁，苔白腻，脉濡滑。

病机分析：凡外感六淫、内伤七情，以至饮食过伤，嗜欲无度，劳倦至极，少于运动等，使肺、脾、肾及三焦脏腑功能失常，津液运行异常而生痰。张秉成有云：“痰为百病之因，所虚之处，即受邪之处。”痰浊不化，流注经络，乘人阳气不布腰背之时，聚于腰部，滞而不行，故腰痛重滞，固定不移，或有局部冷痛。痰属阴类，遇热则行，得寒则聚，故腰痛得寒更甚，得热稍减。痰浊滞而不行，故腰痛日久不愈，遇阴雨天或可加重，或有麻木感。痰浊蒙蔽清阳，则头重眩晕；痰浊中阻，浊阴不降，气机不利，故胸闷呕恶；水饮上逆则口多痰涎；脾阳不振则食少多寐，饮邪凌心则心悸不宁；痰饮中阻，津不上达，故口渴而不欲饮。苔白腻，脉濡滑者，为痰饮停聚之征。

治法：涤痰化湿，通络止痛。

方药：导痰汤(《妇人良方》)加味。

胆南星　制半夏　茯苓　海浮石　制香附　橘红　枳实　甘草　生姜

加减：若湿痰偏盛者，加苍术、白术健脾燥湿化痰；若寒痰偏盛者，加白芥子、莱菔子温化寒痰，或改用苓甘五味姜辛汤加味；热痰偏盛者，加竹茹、竹沥、枇杷叶清热化痰；胸脘胀闷者，加青皮、乌药；兼寒滞，肢冷恶寒，呕吐清水者，加干姜、附子；夹湿热，口干尿赤，苔浊者，加黄柏。若痰注日久，痰结兼气滞血瘀而腰痛较甚者，加当归尾、赤芍、路路通、皂角刺、三棱、莪术破瘀通络，亦可用肉桂温通之，其余穿山甲、王不留行、牛膝、鸡血藤、地龙等亦可选用。

临证参考：痰阻气机，郁而化火，证见腰痛重滞，头目胀痛，心烦口苦，渴不欲饮，苔黄腻，脉弦滑者，治宜温胆汤加黄连、黄芩等苦寒燥湿之品，以化痰泄热。

脾虚而痰湿较盛，证见腰痛重滞，面色㿠白，纳食不香，或见大便溏薄，苔白腻，脉滑或濡者，乃脾虚而痰湿内生，痰注腰间所致，治宜健脾利湿，方用实脾饮随症治之。

痰涎之物，随气升降，无处不到。痰停中脘，流于四肢，腰痛兼见肩臂酸痛麻木，或四肢浮肿，舌苔白腻，脉弦滑者，可服指迷茯苓丸。兼胁痛者，可加服控涎丹。

痰浊阻滞经脉日久，必使气血运行受阻，而出现血分郁滞，痰瘀互结之候。若表现为腰部重痛，屈伸不利，或肌肤麻木不仁，或胸闷呕恶，肌肤水肿，小便短少，苔腻，脉弦滑者，可在上方基础上增加当归尾、赤芍、路路通、皂角刺、穿山甲、王不留行、牛膝、鸡血藤、地龙等活血通络之品。

痰注腰痛责之痰饮作祟，治疗时除掌握痰饮之病因、证情、辨证论治外，还须把握痰饮之阳虚阴盛、本虚标实的特点。本虚为阳气不足，标实指水饮流注。饮为阴邪，遇寒则聚，得温则行。故痰饮之治须本着“病痰饮者，当以温药和之”的原则。因痰涎之源尤在

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

脾、肾，故援健脾、肾之法以治其本，配以涤痰化饮以治其标，权衡标本而灵活运用。健脾可用六君，温肾则宜八味。待痰饮渐去，腰痛自止。愈后更须温补脾肾，扶正固本，以杜生痰生源。

7.1.10 食积腰痛证

临床表现：腰部隐痛，天阴诱发或加剧，四肢不用，饮食不化，或腰腹胀满疼痛，拒按，恶食，嗳腐吞酸，苔腻，脉滑实或弦。

病机分析：食积腰痛患者大都有伤食病史。饮食停积，变生湿热，流注肾脉，脉络不通，则病腰痛。积滞蕴生湿热，流注肾脉，脉络不通，故腰痛隐隐；“同声相应，同类相求”(《周易·乾文言》)，食滞所生阴浊，每遇阴天而益作，故腰痛每遇阴雨天而加剧；食积不化精微，四肢不得其养，故日久而四肢不用。宿食停滞肠胃，邪属有形之实，故脘腹胀满而拒按。宿食不化，浊气上逆，故恶食而嗳腐吞酸。舌苔腻，脉滑实或弦者，均属食积不化之征。

治法：化食运中，通浊安肾。

方药：保和丸(《丹溪心法》)合青娥丸(《太平惠民和剂局方》)加味。

山楂　神曲　莱菔子　半夏　茯苓　陈皮　连翘　胡桃肉　补骨脂　杜仲　续断　甘草

加减：本方药力较缓，若食积较重者，可加枳实、槟榔，或改用枳实导滞丸加青娥丸治之；苔黄脉数者，可加黄芩、黄连以清其热。

临证参考：食积日久，积滞化热，食积与湿热之邪互结，浊气填塞，腑气不畅，以致腰痛而大便不通，脘腹胀满，口干舌燥，舌质黯，苔黄，脉弦实者，当取通腑法，使“痛随利减”，急用调胃承气汤之属攻下积滞，而后随证调理。

食积日久，脾失健运，气血生化无源，并可加剧腰痛，或变生它疾。临证之时当无失健运脾胃一环。设脾胃升运而自无浊气留滞之虞。腰痛缓解后，亦当顾护脾胃，巩固疗效，使无复作之虑。若此可常服香砂六君子之属。

食积腰痛经治积滞已去而腰痛仍未痊愈者，亦可以神曲酒送服青娥丸之属缓图之。

7.1.11 气血两虚腰痛证

临床表现：腰痛如掣，其痛绵绵，遇劳则发，按之则减，兼见面色苍白，或萎黄，唇甲不荣，发色不泽，心悸少寐，少气懒言，形体瘦怯，神疲乏力，肌肤干燥，肢体麻木或欠温，饮食减少，舌质淡，脉细弱。

病机分析：素体气血亏虚，或因久病气血暗耗或脾运不健，生化乏源，或因亡血（如妇女产后），或瘀血阻滞，新血不及生成补充致使气血两虚，筋脉失养而致腰痛。气血不复则腰痛如掣，缠绵难愈；劳则气耗，遇劳即发；证属虚候，故其痛喜按，按之则痛减；心主血脉，其华在面，气血不荣则面色苍白或萎黄，唇甲不荣，发色不泽；血不养心，则心悸少寐；气虚则少气懒言，饮食减少神疲乏力。肌肤干燥肢体麻木或欠温，舌质淡，脉细虚均为气血不足之象。

治法：补养气血。

方药：八珍汤(《正体类要》)加味。

酒当归　川芎　白芍药　人参　熟地黄　炒白术　茯苓　炙甘草　杜仲　川断　狗脊

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肉桂 生姜 大枣

临证参考：若见腰痛如掣，或抽痛，按之稍减，屈伸不利，兼见头晕目眩、肢体麻木，心悸失眠，二便如常，舌淡苔白，脉弦细或细涩等以血虚为主者，治以补血柔筋，缓急止痛为务，方用芍药甘草汤合四物汤加杜仲、续断以治之。

气血两虚，血行迟缓，可因虚致瘀，经络痹阻。其证可见：腰痛，形体瘦弱，体倦乏力，或肢体肌肉萎缩，肌肤欠温，舌淡红而黯，苔薄白，脉弦细。治宜益气活血，通络止痛。方选《医林改错》之黄芪赤风汤加味治之。药用：黄芪、赤芍、防风、当归尾、丹参、制乳没、伸筋草、川牛膝、丝瓜络。

血虚之人若受寒邪，因血虚而寒邪凝滞经脉，气血运行不畅，不通则痛。证见腰痛暴作，形体消瘦，手足厥寒，舌淡苔白，脉沉细而弱。其乃阳虚血弱，经络有寒之证。治宜温阳养血，散寒通脉。处以当归四逆汤合阳和汤方（熟地黄、鹿角霜、桂枝、当归、炙麻黄、白芍、肉桂、白芥子、细辛、通草、炙甘草、炮姜），亦可选用《备急千金要方》所载小续命汤加减治疗。

《素问·阴阳应象大论》有云："气归精"、"精化为气"，精、气之间存在着一种互根互用与互相资生的关系。在病理过程中，既有气伤及精的一面，又有精伤必及于气的一面，即所谓"气因精虚"。精不化气与气不生精可以互为因果，恶性循环不已，终至气精两伤。

营血的生成不仅源于后天脾胃的生化，还须赖肾精为其化生之本。精虚则血无以化，导致精不化血的恶性病机循环。因此气血亏虚之腰痛常兼有肾中精气亏乏之证，如消瘦憔悴，骨弱神衰等。治当益气养血兼补肾益气。方选黄芪桂枝五物汤，或十全大补汤合青娥丸治之。此外，尚需权衡气血亏虚与肾虚精乏之轻重，灵活化裁。

本证除首选方外，其它诸如十全大补汤、黄芪桂枝五物汤、当归生姜羊肉汤等，皆可随证加减选用。

7.1.12 肝阴不足腰痛证

临床表现：腰部隐痛，屡发不止，腰痛或延臀腿，或胁痛隐隐，遇劳则重，筋脉拘挛，肢体麻木，面容憔悴，手足心热，两颧潮红。舌红苔少，脉弦小或细数。

病机分析：肝藏血，久病或劳欲过度，精气亏损，肝阴不足；或肝郁日久，化热伤阴；或血虚不能养肝；或妇女月经不调，经期较长，失血过多而致肝之阴血不足。肝主筋，为罢极之本，肝的藏血充足是人体活动的能量来源，若肝之阴血亏虚，筋脉失养，则致腰痛隐隐，屡发不止。肝阴不足，其脉之所及皆可受累，故腰痛或下延臀腿，或引及胁胁；病起于虚，"劳则气耗"，故遇劳则重；肝阴不足，筋失滋荣，故筋脉拘挛，肢体麻木，甚则筋肉萎缩；肝开窍于目，肝阴不足则目眩；阴血不能上荣则面容憔悴而时有头晕；阴虚则生内热，故口干咽燥，手足心热，两颧潮红，舌红苔少，脉弦小或细数者，均为肝阴虚而内热之象。

治法：养阴柔肝，缓急止痛。

方药：--贯煎(《柳州医话》)合芍药甘草汤(《伤寒论》)。

北沙参 麦冬 当归 生地黄 白芍 甘草 枸杞子 川楝子

加减：心中烦热可加炒栀子、酸枣仁以清热安神；头晕目眩可加黄精、女贞子以益肾清肝。肝阴不足，兼有明显肝郁气滞者可表现为腰痛每因情志不舒而加重，舌红少苔，脉

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

弦细数，多见于中老年妇女，治宜滋阴舒肝，理气通络，可在上方中酌加郁金、姜黄、地龙、桑枝、寄生之属。

阴津亏耗，则血脉不充，每使血液运行迟缓，而终致瘀停于内；或病程日久，反复发作，久痛入络，腰脉受阻，不通则痛。若此可表现为慢性腰胁刺痛，长期反复发作，痛有定处，兼见咽干口燥，手足心热，潮热颧红，两目干涩，消瘦乏力，舌质红，有瘀点或瘀斑，脉细数或涩。此乃虚中夹实之证，治宜标本兼顾，攻补兼施，滋阴养血，活血定痛，上方加红花、赤芍、地龙、穿山甲、鸡血藤等活血之品。

“肝肾同源，母子同系”。肝肾精血互化则筋骨各得其养。肝阴不足每因肾精不足而致，即所谓“水不涵木”；肝阴不足又可导致肾阴亏虚，使相火上亢。故临床上单纯的肝阴虚者并不多见，而以肝肾阴虚者较为多见。治宜肝肾同补，上方加杜仲、怀牛膝、金狗脊、山茱萸、枸杞子等。

临证参考：阴液久枯，筋脉失养，可变生内风。若见腰痛如掣，酸软麻木，筋脉拘急，手足蠕动甚或手足瘛疭，肌肉萎缩，伴头晕失眠，咽干鼻燥，舌红少苔，脉沉细数者，证属肝肾阴血亏虚，虚风内动。治宜滋阴养血、柔肝熄风。方用大定风珠加杜仲、牛膝、狗脊、木瓜等。

陈正国运用沙参麦冬汤加味，取法养阴益气、活血通络以治肝胃阴伤、气阴亏损，筋脉失养所致之腰痛，疗效颇佳，可资备考。其主要适应证有：腰及下肢广泛性疼痛，夜间尤甚，筋骨酸痛，肢体痿废，麻木不仁，眠差，食欲不振，大便干结，舌质红，苔少，脉弦细数等。[13]

阴津暗亏，则筋失濡养。肝阴亏损，则相火不驯。吕凤祥自订“滋阴解痉汤”（生地黄，白芍药，女贞子，虎杖根，干地龙，川楝子，牡丹皮，牛膝，甘草）滋阴柔肝治其本，清热通络治其标。滋阴清热，柔肝缓急通络，以治肝阴不足腰痛而兼见相火者。证见腰腿剧痛，转腰困难，不能行走，筋脉拘急，头晕目眩，口干不多饮，肢体麻木，口燥，舌红苔薄黄，脉细数。且认为此症多见于臀肌疼痛综合征，梨状肌损伤综合征、坐骨神经痛等。[11]

7.2 外 治 法

7.2.1 穴位敷贴疗法

穴位敷贴疗法综合了药物治疗和穴位治疗两个方面的作用，因而扩大了各自的作用范围，相应地提高了临床疗效，所以被广泛应用于临床。自古及今，临床医家都非常重视以穴位敷贴法治疗各型腰痛证，并摸索总结出各自独特的临床经验。今有莫文丹可谓集前代今人言穴位敷贴疗法之大成者，请自其所著《穴敷疗法聚方镜》中选掇几验法以光其说。[14]

处方1：生姜自然汁150ml，黄明胶90g，乳香末6g，没药末9g，川椒末12g。

先将前二味药入锅加热熔化，再放入乳香、没药，煎二三沸取下，放在沸汤上炖，以柳条不断地搅动。成膏后，再入川椒末并搅拌至匀，离汤取下锅，待温时，以牛皮纸摊贴，每张约6cm^2。敷贴在肾俞、腰眼、腰俞，以醋炒麦麸皮，布包放膏药上熨之。5～7天取下，穴位起小泡为度。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

该法主治腰部冷痛重着，转侧不利，静卧不减，阴雨天则痛剧，舌苔白腻，脉沉而濡者。

处方 2：生川乌 15g，食盐少许。

将上二药混合捣融成膏，摊于肾俞、腰眼穴上，覆以纱布，胶布固定，1 日 1 换。

该法可以治疗各种原因的腰痛，尤以寒痛为最宜。

处方 3：吴茱萸、乌附片、肉桂、干姜、川芎、苍术、独活、威灵仙、地鳖虫、全蝎、羌活各 10g，细辛 6g，红花 15g，冰片 10g，皂角刺 9g，川椒 30g。

诸药混合粉碎为末，过筛。取 8cm^2 胶布 3 张，每张胶布中间放入药粉 10g，敷贴在肾俞、腰眼、脾俞穴上，1 日 1 次，6 天为 1 个疗程。

该法适用于风寒湿合邪形成的腰痛。

处方 4：当归 50g，红花 30g，乳香 20g，没药 20g，川牛膝 15g，醋 300ml。

纳诸药于醋内，浸泡 4 小时，置砂锅内加热至数十沸。以纱布浸药汁，乘热渍敷腰眼穴，稍冷再换。如此数遍，1 日 1 次，1 次 4～6 小时。

该法适用于腰痛如针刺，痛有定处，俯仰不便或转侧不利，大便秘结或色黑，舌质紫黯或有瘀斑，脉涩者。

其它治腰痛之穴位敷贴疗法亦散见诸家所述，另撷其要以备之说。

处方 5：鲜丝瓜子 60g。

上药捣烂，贴命门穴。

该法主治湿热腰痛，小便色黄者。（该法为广西南丹县车河卫生院尤秀康经验方）

穴位敷贴疗法临床常用于治疗腰痛，但若系皮肤过敏患者则应慎用本法，敷贴后局部出现药疹、水泡而感染者则宜洗去药剂，暂停外敷，或用芒硝 30g、白矾 30g，溶化后纱布浸湿敷之可愈。

7.2.2 敷脐疗法

敷脐疗法是将所选药物制成膏剂或其它剂型敷于脐部（神阙穴），外以纱布或胶布封盖固定以防治疾病的一种外治法。其实该疗法即是穴位敷贴法之一种。因其尤具温通阳气，通经活络的作用，故适用于各型腰痛的治疗，而对寒凝血瘀之腰痛尤为适宜。《串雅内编》载用生姜汁 120g 和明胶 30g 共煎成膏，厚纸摊贴脐眼部以主治各型腰痛。今人黄爱民报道用食盐炒热布包熨脐周以治里寒气虚、腑气不通之腹源性腰痛。[15]

7.2.3 药浴疗法

药浴疗法亦称“熏洗疗法”、“渍浴法”等。该法是将药物煎汤，趁热在患部进行熏、蒸、敷、洗的治疗方法。该法用于腰痛的治疗一般是在辨证准确的基础上，针对病情选择用药处方，将已煎好的药液趁热倾入大盆（浴缸）中，先令药液蒸气熏于患腰部。稍冷后可将浴巾醮药汁趁热敷于患处（以不烫伤为度），并同时按揉患部。再凉后可将患腰全部浸入药液中洗浴。如此之法，每日 1 次，每次 20～30 分钟，有条件者亦可稍多次。其疗程视病情而定。药浴之法大凡若此，而其疗效则取决于根据病情而相应地选用处方。一般而言，临床常选用具有祛风除湿、活血化瘀、舒筋通络、强腰健骨类中药。临床上该法可治各型腰痛，尤适用于寒凝、血瘀、湿热之腰痛。我们拟根据药浴处方之功效与主治将其细分为新伤瘀血肿胀药和陈旧风湿冷痛药两类，以作介绍。

7.2.3.1 新伤瘀血肿胀药

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(1) 桃仁散瘀汤(《伤科诊疗》)

药物组成：桃仁 12g，红花、川芎各 9g，赤芍、地骨皮各 6g，苏木 9g，制黄芩 12g，鲜桑枝、木通各 9g。

功效与主治：活血散瘀。主治新伤腰痛瘀肿。

(2) 归尾泽兰汤(《伤科诊疗》)

药物组成：归尾 12g，泽兰 9g，红花 6g，川芎、莪术、血竭、松节、木香、土不留行各 9g。

功效与主治：消肿行瘀行气。主治新伤腰胀痛且肿，功能受限。

(3) 散瘀和伤汤(《医宗金鉴·正骨心法要旨》)

药物组成：番木鳖、红花、生半夏各 15g，骨碎补、甘草各 6g，葱须 30g，醋（后下）60g。

功效与主治：活血散瘀止痛，主治跌仆闪挫，瘀血积聚，腰部肿胀作痛。

(4) 活血散瘀洗方

药物组成：当归尾 12g，紫丹参、老苏木、地鳖虫、制乳没各 9g，西泽兰 12g，老紫草 9g，刘寄奴 12g，路路通 9g。

功效与主治：活血化瘀止痛，主治腰部扭伤，伤肿疼痛者。

7.2.3.2 陈旧风湿冷痛药

(1) 慢性腰痛伤方(《伤科方药汇萃》)

药物组成：透骨草、海桐皮各 30g，乳香没药各 15g，羌、独活各 20g，威灵仙、川芎、红花、川椒、荆芥、防风各 15g，葱根 2 支，当归 15g。

功效与主治：活血舒筋止痛，主治慢性腰扭伤。

(2) 洗方(《伤科方药汇萃》)

药物组成：陈艾叶 120g，川椒 3g，透骨草 30g。

功效与主治：活血舒筋止痛，主治寒湿顽痹，腰腿冷痛。

(3) 风伤洗药(《林如高正骨经验》)

药物组成：骨碎补、风不动、桑寄生、桂枝、柚叶、橘叶、牛膝、白茄根、穿山龙、忍冬藤、松针各 9g，侧柏叶 15g，黄酒 60g（后兑药汁中）。

功效与主治：祛风除湿，通络和营，主治腰部损伤后期风湿入络，挛缩痹痛。

7.2.4 熨法

熨法是指利用药物或其它传热物体，经加热处理后，放于患腰部，并作来回往返或旋转移动以治疗腰痛的方法。根据所用材料的不同熨法又有以下几种。

7.2.4.1 砖熨法 将普通砖块置炉火烤热，用厚布包之，置于患腰部熨之（治疗部位事先垫 3～5 层布，以防烫伤）。热度减轻后，可更换一块热砖，如此反复多次。此治可治各型腰痛，尤适用虚寒腰痛。

7.2.4.2 盐熨法 将普通食盐置砂锅内文火烧炒至烫手，用厚布袋装好扎牢袋口，置患腰部熨之。稍冷者可再重复进行。该法尚可施治于脐周。本法适用于各型腰痛，尤以虚寒者为佳。

7.2.4.3 药熨法 药熨法多采用温经通络、调和气血、祛风散寒等芳香药物，将其

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

研末，用热酒、醋等炒热后，以布包或装袋，或将药物置于布袋内放入蒸笼内蒸热后，置于患腰部，并根据疼痛部位作往返移动。亦可分别以两袋盛药交替施治，借其温热之力，将药效透表入里，从而发挥相应的治疗作用。药熨疗法的关键亦在于根据病情选择合适的药物。兹引用有关报道，介绍于下。

(1) 熨风散方：羌活、防风、白芷、当归、细辛、芫花、白芍、吴茱萸、肉桂各等分。上药共研细末，另取紫皮大蒜捣烂，入药粉和匀，加醋，在锅内炒热，布包，乘热熨患处。治外伤劳损腰痛，风寒湿痹腰痛。(《中国农村医学》，1981 (3) :25)

(2) 脊痛散方：川乌、附子、羌活、细辛、官桂、川椒各 30g。上药共为末，以食醋拌匀，烘热以熨患部。主治寒湿、肾虚腰痛。(《中国农村医学》，1981 (3) :25)

(3) 熨药第一方：升麻 2500g，牙皂 1500g，山钩钩 4000g，防风 3000g，稻草根 1000g，生半夏 3000g。上药共为细末，拌合使匀，按每 500g1 包，共分 82 包。用时取 1 包与醋或黄酒置砂锅内炒热 (不可令焦)，布袋装，乘热熨患腰。本方具有温经通络，散风止痛的作用，主治风寒湿痹腰脊痛。(《伤科常见疾病治疗法》)

(4) 消痛散方：川乌、附子、羌活、官桂、川椒各 30g。上药共研细末，炼蜜为丸，每丸重 6～9g，每次 1 丸，以姜汁化开如厚粥样，烘热置掌中，摩腰上，摩数十分钟，令坐火炉旁烘，后以绷带缠定，3 天 1 次。本方舒筋活血，散寒止痛，主治损伤腰痛。(《伤科方药汇萃》)

7.2.5 敷法

敷法是将药物经 95%酒精浸泡 5～7 天后，以纱布蘸药液敷患处，或将中药研末后，以酒、水或食盐拌匀，调成糊状，敷涂患处以治之；亦可用经冷或热处理后的物体放置在患腰部或其它部位来治疗腰痛的方法。敷法又有湿敷法、热敷法和冷敷法之别。

7.2.5.1 湿敷法 湿敷法为临床常用的腰痛外治法。兹介绍两种以备之。

(1) 取胡桃肉 3g，桃仁 7 粒，共捣烂，酒糟调匀，敷于足掌心 (右痛敷右，左痛敷左，左右或兼腰脊俱痛者，左右皆敷)。治闪挫腰痛 (民间验方)。

(2) 肉桂适量研末，以苦酒 (醋) 调敷患腰，以治寒气、闪坠腰痛。(《肘后方》)

7.2.5.2 热敷法 将药物加热后用纱布包好置子患腰，或用纱布垫浸泡在药液内，捞出并挤出多余之药汁，置于患腰，持续热敷；每次 30～50 分钟，每日 1～2 次。亦可取热水袋、热毛巾、热砖外敷，或取醋、姜、葱、盐等加热后，用布袋包裹，放于患处，起到温经活血、散寒除湿、消肿止痛的作用，主要用于寒湿或阳虚腰痛。急性腰扭伤致痛者不宜热敷。热敷要温度适中，避免烫伤皮肤，并尽量做到无菌操作，以防感染。

7.2.5.3 冷敷法 用冰块、冰袋或冰巾等敷在患腰部，每次 20 分钟左右。此法具有降温、止血、止痛和防止肿胀的作用。西医认为该法能收缩血管，止血，减少渗出液与水肿对神经的刺激，从而达到止痛的功能。该法主要适用于急性腰肌扭挫伤所致之急性腰痛，伤后及时施治。冷敷完毕用干毛巾擦干局部。冷敷时应注意观察患部皮肤的反应，如出现紫斑、水疱或疼痛反增者，应立即停止冷敷。

7.3 针灸疗法

针灸疗法是在传统中医基础理论指导下，通过对人体经络、腧穴的刺激，以调和阴

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

阳、扶正祛邪、疏通经络，从而达到治愈疾病的目的。因针灸具有明显的止痛作用，所以是临床上治疗腰痛的常用疗法之一。

7.3.1 体针疗法

常用组方：大椎、肾俞、承山、殷门、委中、腰俞、阳陵泉、跗阳、腰阳关等。

方义分析："经脉所过，主治所在"，腰痛病体针治疗选穴以近取为主，另外参照压痛点取穴。以上组方所选诸穴，皆为督脉与足太阳膀胱经腧穴。其中肾俞是一个治疗腰痛的特效穴，诚如明代杨继洲所言："肾俞把腰痛而泻尽"（《针灸大成·通玄指要赋》）（卷二），又因肾俞为腰俞邻近穴，若与腰俞配合，则可增强其益肾宣阳之功，见效尤捷。委中乃足太阳经之合穴，能疏通足太阳经气，为治腰痛要穴。大椎乃全身诸阳之会，功在疏通全身诸阳，调肾气，利腰膝，祛寒湿，是为医家疗腰痛之验穴。承山、殷门、阳陵泉舒筋通络。腰阳关乃督脉之腧穴、阳气通行之所在，功能助阳散寒化湿。跗阳系阴跷脉之郄穴，镇痛最佳，是为远取。

穴位确定之后，还须掌握针刺之补泻手法。通常而言，外感急性腰痛者多实而多用泻法；内伤慢性腰痛者多虚而用补法；虚实兼夹者宜平补平泻法。针刺后通常留针 20～30 分钟。一般每日针 1 次，半个月左右为 1 个疗程。病程较长者，也可将常用组方根据病情分成两组，每次取穴 3～5 个，每 2～3 次后交替进行。

随证配穴：根据腰痛之不同证，尚须在上述常用组方的基础上随证加减，灵活化裁，才能进一步提高疗效。

急性损伤瘀血较盛，疼痛剧烈者，可针泻人中。兼见腘中络脉瘀胀者，可用三棱针点刺放血。

寒湿腰痛者，重在祛寒化湿，温经通络。可针刺肾俞加灸，以温肾祛寒，舒通腰络。并配足太阳经之经穴昆仑，祛寒而止腰痛。

风湿腰痛者，治宜祛风化湿，舒经通络。穴取大椎、曲池、肾俞。

湿热腰痛者，穴取肾俞、膀胱俞、委中，共奏清热化湿、通利腰络之功。

风寒腰痛者，穴取大椎、肾俞、腰俞、环跳等，可祛风散寒，通络止痛。

气滞腰痛者，可取素髎、内关。前者镇痉止痛，后者解郁疏肝，理气行气，二者相伍调气、行气，又可解痉止痛。

肾虚腰痛者，穴取肾俞，精宫（志室），命门、太溪、三阴交。其中命门可用灸法，以补肾中真火，配以针补精宫以滋补肾中真阴，此二穴相伍则补肾之功益彰。太溪为肾经之原穴，三阴交乃足太阴、少阴、厥阴之会穴，兼补肝脾肾三经，俾肾之精气充实而腰痛自愈。

7.3.2 耳针、耳压疗法

耳针是指用针或其它方法直接刺激耳廓上的特定穴位和敏感点（反应点）以防治疾病的方法。由于耳与机体之脏腑经络有着密切的联系。所以当机体患病时，往往会在耳廓相应的部位上出现各种反应点。相反刺激耳廓上相应穴位或敏感点可疏通经络，调理脏腑，平衡阴阳，运行气血，使感传直趋病所，以取气至而病除的目的。临床实践表明，耳针疗法可明显改善腰痛患者的疼痛症状，因而耳针疗法是治疗腰痛的常用方法。其具体施治程序如下：

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

常用组方：腰骶压、腰痛点（即压痛明显或有丘疹者）、神门、皮质下、肾（臀）、坐骨等。

局部消毒与针具选择：使用耳针必须严格消毒，包括使用器具和施治部位两个方面。耳穴皮肤消毒目前通用0.5%碘伏1次消毒即可，而针具有条件的则建议使用一次性的。如若消毒不严格，感染后容易引起耳软骨膜炎、造成不良后果。针具选择毫针，具体刺法尚有电针法、埋针法、刺血法等。

耳压疗法是在耳针基础上发展起来的一种疗法。一般采用小颗粒的植物种子，如王不留行子、油菜籽、白芥子、绿豆等，或具有一定形状或质地的药物及其制剂，如冰片、牛黄消炎丸、咽喉丸等，将其置于0.5~0.8cm^{2}见方的胶布中，准确地贴敷于特定耳穴上，给予适度的揉、按、捏、压，使其产生酸、麻、胀、痛的感觉，以达到治病的目的。耳压疗法亦为腰痛病常用疗法之一。操作时先按耳针疗法常规消毒，然后将粘有压丸的胶布置于预先选好的阳性反应处及所选耳穴位上（所选耳穴与阳性反应点见取穴原则）四周贴紧。嘱患者每日按压3~5次，手法宜由轻到重，以出现酸、麻、胀、痛感为度。并嘱患者配合耳压疗法同时进行主动弯腰、转侧、抬腿等腰部锻炼，促进腰部经气流通。3~5天更换1次压丸。

耳压疗法治疗腰痛病仍以中医辨证论治为基础，其取穴原则可有以下4点：①相应部位取穴，取腰椎或腰痛点；②脏腑取穴，取肾；③经验取穴，腰痛急重者取神门以镇静止痛，炎症取肾上腺，祛风湿加内分泌，肿胀取脾，气血瘀滞取心、肝、肺，气血肝肾亏虚多取肺、心、肝、肾，日久不愈加取皮质下；④敏感或压痛点取穴，借助金属探棒或有关仪器寻找敏感或压痛点。

耳针、耳压疗法简便易行，二法对腰痛病均有较好疗效，必要时二法可以合并同时使用。以增强疗效。但对过度饥饿、疲劳、精神紧张及年老体弱者，按压宜轻；急性疼痛者，按压宜重。耳廓局部有感染病灶及孕妇不宜使用本法。

7.3.3 踝针疗法

踝针疗法是在患者踝部的特定区用毫针进行皮下针刺以治疗疾病的一种简易方法。踝针用于腰痛的治疗为临床常见，其具体方法和具体的施治部位是：左侧腰痛针左侧踝上5区（相当于绝骨穴的部位）；右侧腰痛针右侧踝上5区；双侧腰痛者针双侧踝上5区；腰脊当中疼痛者针双侧踝上6区（踝关节上3寸，跟腱外侧）。踝针疗法一般选取30号毫针，长1寸5分。进针时术者左手绷紧皮肤，右手持针，针尖朝向疼痛部位，与皮面成30度角快速刺入，再沿皮下缓慢推进（避开血管，进针要表浅、术者指下无阻力感，患者有酸、麻、胀、痛感）约1寸4分，用胶布固定针尾，同时嘱患者进行腰部活动。该法可治各型腰痛，尤以急性腰扭伤效果最佳。施针关键在于选区准确和患者的腰部主动配合活动。另外进针不够表浅、针尖没对准病痛处、进针长短不妥，均可影响疗效。出现上述情况时，要及时进行调整。

另有所谓“行针”一法，是在“踝针”浅刺的启发下，取腰脊旁0.5~2cm的夹脊穴或痛点及膝关节周围的痛点为针刺点，用30号长3寸的毫针，沿皮肤30度角刺入，进针后放平针柄，使之紧贴皮肤表面沿皮下进针，进针后不作提插与强刺激。嘱患者带针慢步行走10分钟，产生酸胀得气感后，即出针，并用拇指轻揉针眼1分钟。该法适用于各型

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

腰痛的治疗。

7.3.4 皮下埋针疗法

皮下埋针疗法亦是临床常用针刺治疗腰痛的方法之一，是针灸疗法加留针的发展，适用于除内脏疾患所致之腰痛外的其它各型腰痛。施治时选择腰痛局部压痛点为埋针区，根据病情需要每次埋针 3～6 枚（每枚 1 针），留针 1 周，埋针时局部即有温热舒适松快感。该方法简、便、验、廉，无副作用，值得推广施用。

7.3.5 压痛点切割疗法

患者取俯卧位，术者取腰（臀）部压痛区（有时可触及条索状或团块状反应物，局部按压时可有下肢放射痛）为施治区，每次选择 1～2 个施治区。选定施治压痛点后以龙胆紫作标记，无菌操作下用 0.5%普鲁卡因 20ml 作局部浸润麻醉，浸润范围自表皮至骨质，而后以扁桃体切除刀刺入皮下，横行切断皮下组织及部分肌纤维，术后局部加压 4～5 分钟，创口用无菌敷料覆盖，操作完毕，患者下肢可有松快感。5～7 天后拆除伤口敷料。该法方便易行，适用各型腰痛。

7.3.6 灸法

灸法是用艾绒或其它药物放置在体表的穴位或特定部位上烧灼、温熨，借助灸火的温和热力以及药物的作用，通过经络的传导，起到温通气血，扶正祛邪作用，从而达到治愈疾病目的一种外治疗法。该方法具有温经通络、行气活血、消瘀散结的作用，故其主要适用于风寒湿腰痛、肾虚脾虚腰痛。对瘀血腰痛，日久不愈之肢体闪挫扭伤亦有一定疗效。灸法用于腰痛的治疗一般选用自觉腰痛区或压痛点作为施治部位。根据使用材料或工具的不同，该方法又可细分为多种不同的灸法。常用于治疗腰痛病的灸法有悬灸法、隔药饼灸，大艾炷灸（瘢痕灸）和温针灸等。一般选取患腰部或压痛点作为施治部位，通常选取两侧肾俞穴、命门穴、三阴交、足三里或压痛点。

7.3.7 电针、火针、水针疗法

电针疗法是用电针器输出脉冲电流，并通过毫针作用于人体经络穴位来治疗疾病的一种疗法。目前，电针疗法也被普遍用于腰痛的治疗。

火针疗法是指用火烧红的针尖迅速刺入穴内以治疗疾病的一种方法。此法即《灵枢·官针》所谓之“焠刺”、“燔针”，《针灸大成·火针》又谓“焠针”。本法具有温经通络，祛风散寒的作用，主要用于风寒湿腰痛、虚寒腰痛的治疗。

水针疗法又称“穴位注射”、“封闭疗法”，是选用适合的药物注入有关穴位以治疗疾病的一种疗法。该法是在中医辨证论治的基础上选用合适的中西药，因而针对性强，扩大了针刺疗法的主治范围，并且提高了临床疗效，所以被广泛应用于腰痛的治疗。

电针、火针、水针疗法用于腰痛治疗时都应注意下列共同的选穴与消毒原则：根据脏腑经络辨证，从近部取穴为主，循经取穴为辅，另外参照以痛为腧取穴法。通常选取腰部经穴，如肾俞、命门等或阿是穴（压痛点）作为施治部位。选定穴位后，局部须经过严格的皮肤消毒。消毒方法目前都用 0.5%碘伏。

运用火针之要在于烧针。明代杨继洲《针灸大成·火针》有云：“灯上烧，令通红，用之有功。若不红，不能去病，反损于人。”因此，在使用火针之前应先置酒精灯上把针烧热（欲刺多深，则烧多深，一般 2～5 分。针在灯上先变蓝色，再转为白色，几经变化，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

出现乳白色，则火候已到，方可针刺）。左手持针，迅速刺入所选穴位，急旋出针，出针后随即用无菌棉球敷在火针眼上，再以胶布固定 1～2 天，以防皮肤感染。另外，使用火针针刺时理应避开血管和主要神经；针刺后局部出现红晕或红肿未能完全消失净，应避免洗浴；针后局部发痒，不可用手搔抓，以免感染；发热腰痛患者，暂时不宜用火针治疗。

运用水针时，除准确选穴和皮肤消毒外，尚须根据病情选用合适的中西医药作为注射液。另外根据所选穴位与用药量的不同而选择合适的注射器和针头。其具体施治程序尚有：局部皮肤常规消毒后，用无痛快速进针法针刺皮下组织，然后缓慢推进或上下提插，探得酸胀等“得气”感应后，回抽一下，如无回血，即可将药液推入。每次选穴 2～5 个，每穴注入药液量 2～15ml。目前常用的局封药有“当归注射液”，“复方丹参注射液”、“复方红花液”、“强的松龙注射液”、“葡萄糖痛性反应物注射液”、“苍耳子注射液”、“当归注射液”、“三百棒注射液”、“甘草注射液”、“维生素 E”、“四合注射液”、“夏天无注射液”等。

7.3.8 刺血疗法

刺血疗法亦称“刺络疗法”。该疗法是在中医经络理论指导下，以临床辨证论治为主导，以局部针刺出血为主，以循经施治为辅，本着“血实者决之”（《素问·阴阳应象大论》）“宛陈则除之”（《灵枢·九针十二原》）的治疗原则，而直接针刺于络脉，使之出血的一种疗法，因其具有宣通经脉，调和营卫、活血消肿止痛的作用，因而该法成为治疗腰痛、尤其是外伤性腰痛的常用外治法。经针刺放血后可使局部瘀血随之而出，邪出则经络通畅，从而达到“通则不痛”的目的，以迅速解除或减轻病人的痛苦，所以刺血疗法常成为急性外伤性瘀血腰痛的首选疗法。临床上常用的刺血工具是三棱针或皮肤针。操作时在选定的刺血部位进行常规消毒，右手持针对准已消毒的部位（穴位），迅速刺入 1～2 分立即出针，不闭气孔，使出血数滴，然后用消毒棉球按住针孔。如施治部位络脉隐而不明，可在局部上下作揉按，促使络脉怒张，而后则便于针刺出血。针刺出血不显著，可配以拔罐疗法。选穴时，除多在局部施治，亦可根据病变部位和病情需要，采用循经远刺，尤其是选取经脉循行所过三井穴，效果更好。关于急性外伤性瘀血腰痛（腰扭伤）的治疗可在患者腰部局部压痛点（阿是穴）、次髎穴、委中穴施以刺络疗法，并加拔火罐。西医认为：针刺放血能改善局部血液循环、缺氧、营养不良等，可促进局部渗出液及代谢产物的吸收，加速肿胀的消退，抑制炎症的扩散，从而达到消炎止痛的目的。临床上若配针灸、拔罐等疗效更佳。尤其是刺血拔罐疗法是我国民间的一种独特疗法，配以火罐不仅可以治疗瘀血腰痛，对风、寒、湿所致的腰痛也有独特的疗效。施术之时的注意事项：①针具及刺血部位要严密消毒，防止感染；②刺血时速度要快，深浅适度，不宜过深，以免损伤脏器；③刺血时要避开大动脉及大静脉；④有出血倾向及出血性疾病者禁忌此法。

7.3.9 拔罐疗法

拔罐疗法又称“吸筒疗法”，是用罐状器具扣在患处或穴位上，采用烧火、温热或直接抽取罐中空气等法，造成罐中负压，使其紧吸在皮肤上的一种疗法。该疗法用来治疗腰痛是取其温散寒邪、活血行气的作用，主要用于瘀血、寒湿、风湿、风寒、脾虚、肾阳虚腰痛。拔罐疗法常选肾俞穴或腰部压痛点（阿是穴）作为施治部位。为提高疗效尚可配合

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

针刺疗法。施治时应注意下列事项：①局部皮肤溃疡或妊娠3个月以内的妇女禁用。②拔罐时间不宜过长，以免损伤皮肤，造成局部感染。③如属肾小球肾炎，肾盂肾炎所致之腰痛，不宜使用本法。

7.3.10 现代针灸经验方选

腰痛因外伤瘀血或风寒湿邪外感所致者，大凡都有发病急、病情重的特点。而针刺疗法能够迅速有效地解除患者的痛苦，因此成为腰痛证“急救”的主要手段。近代以来，临床诸家从自己的临床实践中探索并总结出诸多针刺疗法救治卒腰痛的宝贵经验。我们拟从中掇其精华，集粹于次，以使同道有所参循。

申秀兰取头针顶中线治疗外伤气滞血瘀和外感风寒湿所致之急性腰痛证44例，取得满意疗效。其将头顶正中线分成前中后3段，分别主治1～2腰椎及两侧腰肌疼痛、3～4腰椎及两侧腰肌疼痛和腰骶部疼痛。施治时，前段前顶透百会，中段百会透后顶，后段后顶透强间穴。并用常规消毒，选择28～30号1.5寸毫针二极接力快速刺入帽状腱膜下。申氏认为急性腰痛证多为实证，针法以泻为主并作快速捻转（200次/分钟以上），嘱患者做俯仰、转侧、踢腿、下蹲活动，待手法操作后留针30分钟，每5分钟用泻法行针1次。据申氏统计，该法疗效气滞血瘀者高于风寒湿腰痛者。[16,17]

余贤传取头皮之伏象、腰点、呼循以治急性腰扭伤，经治1次疼痛消失者可以近半。其施治时首先在局部扪寻准确压痛点，常规消毒后用28号1.5寸毫针快速进针，深达骨膜层，用捻转手法，每分钟180转以上以增强针感，若针感传至腰背部效果尤佳。留针40～60分钟，每隔20分钟行针1次，每日1次，同时配合腰部活动。[18]

陆健取耳穴之神门和腰骶椎二穴以治急性腰扭伤。其治无论是左侧或右侧腰扭伤，均先针左耳神门穴，向一个方向捻转，强刺激几秒钟。再针耳穴腰骶椎部位。针后并嘱患者活动腰部，若3分钟内腰痛不减，则再针右耳的神门和腰骶椎，针法同上，留针30分钟，每隔10分钟捻针和活动腰部1次。起针后嘱病人卧床休息2小时左右。[19]

杨刚取耳穴之神门、皮质下、肾上腺、腰椎、腰痛点、热穴以治急性腰扭伤并让患者加强自身活动，收到满意的疗效。治时每次选1～4穴，针刺捻转数秒钟后留针30～60分钟或更长时间，在留针的过程中，可常捻针以加大刺激量。留针后让患者行走，作腰部活动。其治一般1次见效，如须作第二次针刺时，可换另一侧耳穴。[20]

肖相高针刺双侧鱼际穴以治扭伤腰痛证属气滞血瘀者。其治取双侧鱼际穴，行提插捻转泻法，5分钟后令患者咳嗽。留20分钟，5分钟行针1次。留针期间，嘱患者活动腰部。[21]

王振龙取手针法治疗急性腰扭伤50例，总有效率为100%。其治之针刺部位为手部“腰痛点”，即手背腕横纹前1.5寸，第二伸指肌腱桡侧缘及第四伸指肌腱尺侧缘之两点。针刺手法：令患者将腰痛对侧的胳膊及手指伸直，手背向上平放。取1寸或1.5寸毫针2支，皮肤及针具常规消毒后，分别将两针刺入“腰痛点”5～8分深，得气后将两针后提于皮下，针尖再朝伸总肌腱方向对刺，施捻转强刺激手法，使患者有酸麻胀感，并让患者强忍疼痛作腰部活动，疗效更佳。[22]杨秀俊亦认为腰痛点对扭伤腰痛疗效满意，同时认为该穴对风湿、劳损腰痛同样有效，施治时常配合针刺肾俞、承山、殷门穴[23]

陈仓子治急性腰扭伤腰痛者，善取内关穴加刺人中穴，平补平泻，并于行针时嘱患者

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

扭动腰部，疗效满意。[24]

陈功泽取经外奇穴“国老”穴治疗腰扭伤，一针即灵。取穴部位：位在足第三四跖骨之间，本节上约寸半左右，常可扪及有结节感，压之痛胀尤显者即是。针刺方法：术者以指代针施指针弹拨法，即以食指按“国老”穴，当患者有胀痛感时，再用术指揉按弹拨以增强刺激，在弹拨中嘱患者配合呼吸，缓慢屈伸腰部，约2～3分钟，患者可觉患腰部发热，近而头部发热出汗，与此同时患腰疼痛可逐渐减轻，以致完全消失。[25]

李衡来与杜剑光等都认为针刺任脉之络穴鸠尾配合患腰活动对治疗急性腰扭伤腰痛，疗效满意。[26,27]

郭万寿运用针刺外关透三阳络治疗急性腰扭伤。同样强调留针期间（5～10分钟）患者的腰部活动对提高疗效的重要性。[28-30]

陈朝明取手三里穴治疗急性腰扭伤。其治疗方法：取手三里穴为施治部位，一侧腰扭伤，取对侧穴位，双侧或腰脊正中扭伤者取双侧穴。快速进针后行泻法，使针感向前臂放散，此时作短暂留针（约5～10分钟），令患者活动腰部，谓之“动留针”法，待疼痛缓解或停止后，让患者休息片刻，然后起针。[31]

赵万成等独取经外奇穴上都穴（位在第二、三指掌关节之间）配合患者腰部活动治疗急性腰扭伤400例，取得总有效率为97.5%的满意疗效。[32]

手太阳小肠经之腧穴后溪穴为八脉交会穴之一，通于督脉，是为临床针刺治疗急性腰扭伤腰痛的特效穴，临床诸家对此多有报道。刘沁仁[33]、熊光天[34]、刘敏勇[35]都报道独取对侧后溪针泻法并配合患腰活动，对急性腰扭伤疗效满意。赵志英则针刺后溪配人中穴。[36]宋建国等针刺后溪，必要时配以委中、大肠俞或阿是穴。[37]章厚维针刺后溪配昆仑（皆同侧，平补平泻）。[38]陆惠新针刺后溪穴配合委中刺络拔罐法。[39]张神虎针刺双侧后溪穴，配人中、腰阳关（脊中腰痛）、殷门、委中（两侧腰疼），阿是穴（压痛点）。[40]任钦明等取后溪穴针透合谷穴。[41]以上针刺取穴皆配以患腰主动活动，经治后对急性腰扭伤都具有满意疗效。

何周智独取天柱穴，采用“非补泻手法”（从进针到出针不做提插、捻转等补泻手法），结合患者自身运动，治疗急性腰扭伤。[42]

杨泰舜独取长强穴治疗急性腰痛155例，取得总有效率99.4%的满意疗效。[43]

胡伟勇与四川成都廖举才都报道手少阳三焦经之输穴中渚穴（取对侧）治腰扭伤腰痛，取得立竿见影的疗效。[44,45]

何克哲取针泻膻中穴治疗腰部扭伤取得满意疗效。其认为膻中为气之会穴、心包之募穴，功善调理气血。腰部扭伤后，针刺膻中穴可调其气，治其血，通其经，止其痛。若配合患腰活动，其病可愈。[46]

杨春成报道针刺双侧睛明穴，配合腰部活动，治疗腰扭伤腰痛，取得满意疗效。[47]

李冬生报道独取人中穴（针尖向上斜刺0.5cm）以治急性腰扭伤，取得“一针笑”的满意疗效。其认为人中穴经属督脉，强刺激具有醒脑止痉的作用，针刺时也可通过疼点的转移，病人自主的腰部活动，可使紊乱的小关节得以矫正，针后症状可随之消失。[48]《玉龙歌赋》有云：“闪腰岔气泻人中，腰间诸疾任君攻”。可见人中穴亦是临床上治疗急性腰扭伤腰痛的特效穴，诸家报道颇多。刘耀英与辽宁沈阳杨通礼都善用人中配后溪以治扭伤

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

腰痛，疗效满意。[49,50] 其有云南刘炳权认为针治疾病中既能辨证又能按时取穴，疗效更为满意，认为水沟穴（人中穴）是督脉之腧穴，有利气活血止痛之效，且需逢未时开穴，所以其治急性腰扭伤腰痛每于未时针水沟穴，留针 15 分钟，隔 5 分钟行针 1 次，强刺激，出针后腰痛即能明显减轻。[51]

安秀平报道独取双侧手少阳三焦经之经穴支沟穴，同时配合活动腰部，对急性腰扭伤有立竿见影之效　慢性腰痛者，配合针灸肾俞、委中，效果亦佳。[52]

刘贵仁等报道独取大椎穴，施平补平泻针刺法治疗急性腰扭伤。[53]

刘顺成报道独针攒竹穴（单侧腰痛取患侧，双侧痛或正中痛取双侧），并配合患腰主动活动，治疗因腰扭伤或风寒外袭所致之急性腰痛证，取得满意疗效。[54]

王胜民独取双侧气海穴，一穴多针，加大刺激，并嘱配合腰部活动，治疗急性腰扭伤，取得满意疗效。[55]

赵治清善用粗针（4 号半皮内注射针头），针刺腰腿痛点（位于手背腕横纹前 1.5 寸，手背第二伸指肌腱的桡侧及第四伸指肌腱的尺侧，共二穴），配合针刺扭伤穴（上廉穴向外旁开 0.5 分，使用 2 寸长毫针直刺）和腰部活动，以治急性腰扭伤，取得较好的效果。[56]

郑学良等将承筋、腰阳关、腰眼三穴合称“腰三针”，认为针刺该三穴对治疗急性腰扭伤腰痛有明显疗效。[57]

潘但铨根据自己的临床经验总结出治疗急性腰扭伤的一组穴位，即人中、委中、后溪、申脉、阿是穴。认为该组穴位对扭伤腰痛疗效可靠。[58]

自上述现代诸家针灸经验方选中我们可以看出，针刺疗法对急性扭伤腰痛具有简、便、验、廉的特点，尤能短期内迅速解除患者痛苦，恢复患腰的功能，是为内治法所不及，所以临床医师对此不可不知。

7.4 推拿疗法

推拿疗法是指以持久、有力、均匀、柔和的推、拿、按、摩、捏、揉、搓、摇、引、扳、背、掳、踩跻等手法，施治于人体一定的部位或特定腧穴，以治疗疾病的一种治法。该法是中医传统治法之一，应用简便，奏效迅速，适用范围广，古人甚至把它与药物疗法等价齐观，因其具有调和阴阳、疏经通络、行气活血、滑利关节的作用，所以常被用来治疗腰痛证。选用合适的手法，推拿可治各型腰痛，从临床疗效看，推拿疗法对急性腰扭伤尤有立竿见影的疗效。推拿取穴以近取法为主，尤其是近取督脉、足太阳膀胱经与足少阴肾经的经穴。其它尚须注意选用一些对治疗腰痛有特效的经外奇穴，如“扭伤穴”、“腰痛点”（此二穴定位法见此前“现代针灸经验方选”）和阿是穴。施术部位主要在腰背部，先在腰部疼痛区及其周围应用攘法或推法，配合按压所取诸穴，如肾俞、大肠俞、居髎、环跳、殷门及压痛点。另外根据辨证，加用有关穴位或适当配合相应的被动运动。下面着重介绍一种治疗急性腰扭伤的推拿点穴疗法——第二掌骨侧疗法。第二掌骨侧穴位群是张颖清对生物体长期观察而发现的。第二掌骨侧点穴疗法是在穴位分布全息律的理论指导下而开展起来的一种疗法。使用这些穴位群治疗疾病前首先是确定穴位：第二掌骨侧穴位群的分布宛如整个人体成比例地缩小，包括头穴、肺穴、肝穴、胃穴、腰穴、足穴，用以治疗

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

相应部位的疾病。其具体分布如图 14－2 所示：手握空拳，在掌横纹近端与第二掌骨侧的交点如头穴。第一、二掌骨近拇指侧的交点是足穴。头穴与足穴的连线的中点是胃穴，胃穴与头穴连线的中点是肺穴，胃穴与肺穴连线的中点为肝穴，胃穴与足穴连线的上 1/3 处即是腰穴。腰穴是点刺治疗腰痛的所选部位。施治时术者以拇指指尖直接点按腰穴（选择患腰同侧腰穴）并按顺时针方向作小圆周揉按，按压力量适中，以穴位深处组织有较强的酸、胀、重、痛等感觉为宜。同时嘱患者配合腰部轻微地左右旋转。每日治疗 1 次，每次治疗时间 4～6 分钟。该法用以治疗急性腰扭伤疗效高，方法简便，值得推广使用。但临证之时，仍须细审明辨，对伴有腰椎间盘突出及小关节错位者，须加手法复位或援它法治疗。

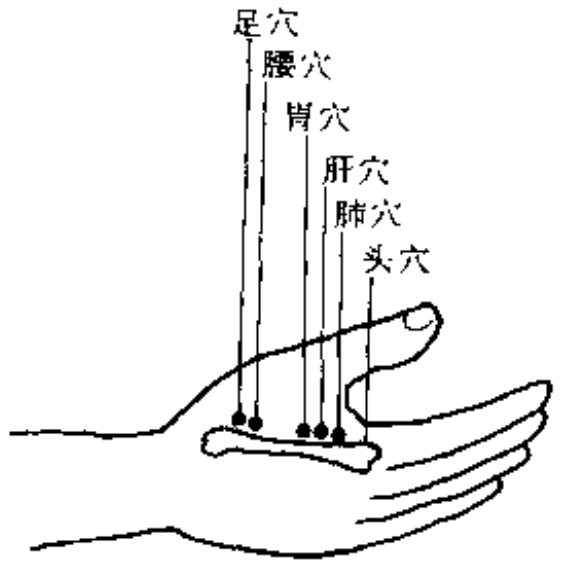


图 14－2 第二掌骨侧腰穴部位示意图

其它推拿方法，诸如拔伸牵引法、踩跻法等对腰痛病都有满意疗效，临床医家自可参考使用。

7.5 西医治疗撮要

7.5.1 西医关于腰痛的认识

西医认为腰痛不是病，而是西医临床尤其是骨伤科常见的一系列症状或症候群。西医根据腰痛之原发部位而将其划分为“脊柱性腰痛”和“非脊柱性腰痛”二大类别。脊柱性腰痛是指脊柱本身及其附件和骶髂关节病变所引起的腰痛。西医又将脊柱性腰痛细分成脊椎管内疾病所引起的腰痛和脊椎管外疾病所引起的腰痛两类。前者如椎间盘突出症、椎管狭窄症、椎管内肿瘤、局限性脊髓膜炎。后者如腰背或腰臀部皮神经炎、尾椎半脱位、筋膜炎、骶髂关节扭伤或错位、腰部肌肉扭、拉、挫伤、腰部肌肉劳损、梨状肌损伤综合征、纤维组织炎、腰背筋膜撕裂、骶棘肌劳损等。西医还根据其病损性质与病理改变复将脊柱性腰痛细分为 5 类：①创伤性（如腰肌扭伤、劳损、腰椎间盘突出、腰椎压缩性骨折等）；②炎症性（如腰椎结核、腰椎化脓性脊髓炎以及无菌性的风湿或类风湿脊柱炎等）；③肿瘤性（如腰椎骨肿瘤、马尾肿瘤、脊膜外肿瘤、脊髓肿瘤等）；④畸形性（包括先天性畸形和后天性畸形两类，前者如先天性椎管狭窄、先天性脊柱裂、腰椎骶化、骶椎腰化、腰椎胸化、胸椎腰化等，后者如腰椎骨折或骨病后的畸形愈合所造成的畸形、损伤后或姿势性腰椎生理弧度变异等）；⑤退行性（包括腰椎间盘萎缩与骨质疏松等）。脊柱性腰痛的特点是活动将增加疼痛，休息可减轻，卧床则可明显地缓解。

“非脊柱性腰痛”病变来自内脏，而不在脊柱本身，是内脏或全身疾病的症状之一。这类腰痛又可称为“症候性”或“内脏牵扯性腰痛”，主要分为以下几个类别：①泌尿生殖系疾病，如男性的慢性前列腺炎、膀胱炎、尿道炎、女性的慢性盆腔炎、慢性附件炎、盆腔瘀血症、盆腔肿瘤、子宫脱垂、子宫后倾后屈、子宫内膜异位症。其它如肾盂肾炎、肾小球肾炎、肾结石、输尿管结石、游走肾、肾结核、肾伤寒、肾积脓、肾下垂、肾积水、肾周围蜂窝组织炎。另外，睾丸、肾上腺等器官的疾患亦可引起腰痛。②神经系统疾

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

病，如神经官能症、神经根炎、神经衰弱等引起的腰痛。③消化系疾患，如胆囊炎、胆石症、胆道蛔虫症、胃及十二指肠溃疡后壁穿孔、胰腺癌、直肠癌等所引起的腰痛。④腹源性腰痛，如老年人习惯性便秘、结肠痉挛症、急慢性阑尾炎、后腹膜炎、腹膜后肿瘤、腹主动脉瘤或腹主动脉钙化、肠系膜血管栓塞等所引起的腰痛。⑤生理性腰痛，如妇女月经期腰痛、妊娠腰痛、产后腰痛、更年期障碍及性生活引起的腰痛等。⑥医源性腰痛，如人工流产后腰痛、妇女避孕上环或结扎手术后腰痛、术后肠粘连引发的腰痛等。⑦其它，如流行性感冒、哮喘、高血压、膈下脓肿、咽喉炎、糖尿病、周围血管病（如臀上动脉供血不足）、一些眼底疾患、虚弱或久病之后、地方性砷、氟中毒、局部脂肪疝、老年性龟背所引起的腰痛。非脊柱性腰痛来自内脏病变，病因不除，腰痛不止，虽休息、卧床亦无济于事。但脊柱功能活动不受影响，活动后亦不会加剧疼痛。

由此可见，西医所谓之“腰痛”主要见于骨伤科。有人统计腰痛主诉约占骨伤科门诊量的30%左右。除此之外，内、外、妇、儿、神经、肿瘤各科都有腰痛之见症。所以，在西医看来腰痛涉及到的范围相当之广泛，但西医借助于当代科技成果，运用各种理、化检查，对腰痛原发病的确诊有其优势。西医诊断腰痛除根据患者主诉外，还须详细询问病史，包括职业、劳动情况、外伤史、疼痛部位、性质、有无放射症状、与天气变化的关系、有无泌尿或生殖系疾病及肺结核等，充分了解疾病的全过程，结合仔细的体格检查、X线检查、肌电图检查、肌力检查、特殊体征检查，必要时进行化验（如：抗链球菌溶血素“O”测定（ASO）、血沉测定（ESR）、类风湿因子（RF）测定以及血尿常规等）。尤其是西医利用特殊造影，计算机体层扫描（CT），磁共振成像检查（MRI）等先进诊断手段为腰痛的临床确诊提供了更大的方便，同时亦提高了诊断的准确性。有的患者还须时常随诊、随访，反复检查才能得出正确的诊断。

熟悉西医所谓的腰痛，走中医辨证论治与辨病论治相结合的道路，对掌握中医治疗的适应证，排除非适应证，提高中医药治疗腰痛病的水平是很有帮助的。

7.5.2 西医对于腰痛的主要治疗手段

如上所述，西医所谓的腰痛范围相当广泛，临床各科很多种疾病都有腰痛的症状。但绝大多数属于骨伤科范畴。所以相对症状而言，对腰痛之原发病的治疗就成为腰痛治疗的基本原则。正因为西医腰痛之范围甚广、且绝大多数又为骨伤科治疗的范围。有鉴于此，本文拟就西医所谓最常见而又与中医内治法密切相关的急性腰部疼痛的疾病治疗来概述西医治疗该病的现状。

西医认为腰是人体最大的承重关节，腰部脊柱承担着人体1/2的重力，从事着复杂的运动，故外力极易引起腰部损伤。急性腰扭伤一般是指腰骶部肌肉、韧带、关节囊及骨膜等软组织的急性损伤，发病率较高，尤多见于男性青壮年和腰部活动量较大的体力劳动者和运动员等，临床表现以伤腰部疼痛，疼痛呈刀割样或撕裂样，剧烈而难以忍受，并在喘气、咳嗽等动作或腰部活动时加剧，痛有定处，损伤处肌肉因疼痛及其它原因而明显痉挛，以致腰部强直、脊柱代偿性侧弯而引起腰部活动受限。处于痉挛状态的肌肉反过来又加剧疼痛症状，形成恶性循环，最后造成腰部活动受限。西医治疗急性腰扭伤的主要方法有：

7.5.2.1 物理疗法

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

（1）超短波、微波或高频电疗法：这些物理疗法可以改善血液循环，具有消炎、止痛作用。初期常用小剂量（无热感），中后期可用大剂量（微热感）进行治疗。

（2）干扰电、间动电或其它脉冲电疗法：这些理疗可以促进损伤组织修复。适当的治疗剂量可使患者有一种明显的麻苏感或微细的有节律的敲击感和揉动感。

（3）红外线、蜡疗等温热疗法：急性损伤的当天因疼痛剧烈，损伤的肌肉韧带等软组织可能有出血、渗液、肿胀等病理改变，此时应立即在损伤局部做冷敷或冰疗，以使血管收缩，减少出血、渗出，减轻肿胀和疼痛。在急性损伤后 1～2 天开始做红外线、蜡疗等温热疗法。

7.5.2.2 药物疗法

（1）外敷药：损伤初期局部瘀肿疼痛者，局部可外敷贴消炎止痛、消瘀止痛膏药，或速效跌打膏等以活血化瘀，消炎止痛。

（2）外搽药：损伤初期局部瘀肿明显者，亦可外搽正红花油、麝香风湿油、解痉镇痛酊、扶他林软膏、吲哚美辛擦剂等以活血消肿止痛。

（3）内服药：西药治疗腰痛的内服药可分为 4 类。①解热镇痛剂，如阿司匹林、柳酸钠扑热息痛等。②消炎抗风湿剂，如消炎痛、保泰松、布洛芬、氟灭酸、甲灭酸等。③中枢性肌肉松弛剂，如氯唑沙宗片，该药可适用于各种急慢性腰部软组织扭挫伤。④激素。如皮质类固醇，有强的松及氢化考的松、地塞米松等。该类药物因具有一定副作用，不宜长期使用。

（4）热敷药：损伤后 1～2 天以后，局部出血和渗出停止，组织开始修复之时，可用中药（如坎离砂）热敷，熏洗或用 5%硫酸镁局部湿敷，每次 10 分钟，每日 2 次，3 天为 1 个疗程。或用食醋 500ml 煮沸后乘温热洗患处，每日 1～2 次。

（5）局封药：急性期可用醋酸强的松龙 1～2ml（25～50mg）合 1%普鲁卡因 2～4ml 作痛点局部封闭。每个部位注入 0.5ml 混合液，每次视病情封闭 5～6 个部位，每隔 5～7 天重复 1 次，连用 3～5 次（亦有 1 次即愈者）。本法有明显镇痛消炎和松解粘连作用。但对老年骨质疏松患者要慎用。

8 疗效评定标准

1993 年卫生部发布的《中药新药临床研究指导原则》第一辑中对本病疗效制定标准规定如下。

治愈：腰痛及相关症状全部消失，不影响活动及工作，随访 3 个月无复发。

显效：腰部疼痛近乎消失，仅劳累或天气变化时有轻微疼痛，功能恢复，不影响日常工作，或病情由重度转为轻度。

有效：腰痛的症状或体征有减轻或改善，但病情不稳定，停药后有复发，对重体力劳动有影响。

无效：临床症状或体征无变化，甚或加重者。

9 调 摄 护 理

腰痛作为临床常见病与多发病，可因于多种复杂病因，又可见于多种疾病的病变过程

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

之中。一般说来，只要腰痛病的原发病因解除或原发病得愈则腰痛亦随之好转或消失，预后良好。某些腰痛倘因失治误治，日久不愈，病久入络，气郁血阻，经络不通，可转为慢性，缠绵延经年而不愈，甚至为痿为瘫，或转化为它病，则预后不佳。

9.1 调摄与预防

腰痛多由于外感风寒湿热诸邪，或外伤气滞血瘀，或内伤肝脾肾亏虚诸般因素所致，腰痛的预防调摄即在于针对腰痛的致病因素，做到“正气存内，邪不可干”。若此，则诸邪不加于身，身体强健，功能健旺，则腰痛无由而发，即所谓的“未病先防”。若腰痛已作，则宜“既病防变”，针对病情，采取有效的防治措施，防止其进一步发展。详而言之，腰痛病的调摄预防应做到以下诸方面：

9.1.1 将身适宜，避免风寒湿热诸邪的侵袭

风寒湿热诸邪为外感腰痛的主要致病因素。因此，我们平日生活起居、工作环境要保持湿度、温暖适宜，做到勿坐卧湿地，勿冒雨涉水，避免寒湿、湿热之邪的侵袭。暑季湿热郁蒸之时，应避免露宿室外，贪凉饮冷。身劳汗出之后，要用干毛巾及时擦试身体，更换衣服，或及时饮用热的姜糖水以驱散风寒，尤其是在寒凉潮湿的秋冬之际。目前市场出售的各种含中药的保健服，如护腰、保健衣、保健鞋等，大多具有祛风除湿，温经通络，舒筋活血，防寒保暖的作用，亦可用于腰痛的预防。这样既做到防止原发，又做到防止旧疾复发，自无腰痛之虞。

9.1.2 饮食忌宜

五脏的功能活动有赖五味的营养滋助，五味过之则伤五脏功能，所以应饮食有节，不过食肥甘膏粱厚味，以免酿生湿热、痰浊，导致肥胖。其预防措施在于节制饮食，减轻体重，从而减轻由于肥胖给腰椎带来的额外负担，特别是中年人和产后妇女，都处于易于发胖期。所以节制饮食，掌握饮食忌宜，对预防腰痛的发生是非常必要的。从预防腰痛发生来讲，进食一些补肾壮腰、强筋健骨和培养正气，增强体质的食物，对预防腰痛是有其积极的一面。所谓饮食既可致病又可防病，常人尚且不可不慎，而况腰痛患者。

9.1.3 精神调摄

中医学认为人的精神情志活动对人体的健康有着重大影响。临床实践证实，情绪不佳，心事忡忡者可出现腰膝痠软，疼痛，或者加重原发的腰痛。所以，中医学认为包括腰痛病在内的诸多疼痛性疾病都与人的精神情志活动有密切的关系。稳定的精神状态和良好的情感活动，可以使气血协调，脏腑和谐，从而增强人的抗病能力，促进身心健康，可以避免不良的精神情志活动削弱人的正气，干扰脏腑气血的正常活动，直接或间接地引发的包括腰痛在内的诸多疾病。

9.1.4 房室有度，不妄作劳

中医学认为“腰为肾之府”，而房室过度必然有损于肾，肾亏则腰痛。故腰痛的调摄尚在于注意摄生，节制房事，避免精伤气耗。倘若已发肾虚腰痛，则更应注意休息，勿使过劳而加重病情。房劳可致腰痛，劳力过度亦实为腰痛之因。西医学亦认为过度劳累，特别是腰部长期超负荷使用，必然会造成腰部肌肉、韧带和关节等损伤而出现腰痛。所以说长期从事体力劳动的人要注意休息，做到劳逸结合，以利于体力的恢复。同时在劳动过程

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

中，应加强劳动保护，如佩带护腰、腰围、腰托等，因为合适的保护工具能暂时起到保护腰椎结构及其稳定性的作用，有的尚有部分的辅助治疗作用。所有这些对预防腰痛的发生都是有积极意义的。

9.1.5 注意保持正确的身体姿势

长时间的不良姿势可在不同程度上影响脊柱固有的生理弧度，使腰肌与韧带产生慢性劳损，从而导致腰痛。不仅如此，长期姿势性劳损，还会加剧由其它原因所致的腰痛。所以姿势与腰痛之间关系密切，而注意保持正确的坐、站、卧、行的姿势，纠正不良姿势，对预防腰痛的发生相当重要，尤其是对于从事久立、久行、久坐工作的人，要注意采取正确姿势，防止长时间单一姿势，纠正不良姿势。久坐、久立、久行之后，要注意休息，或在其间做一些有益于恢复体力，松弛腰部的体操，如工间操、课间操、或其它适合自己特点和工作环境的煅练。各项体育活动，一定要在教练的指导下进行充分的准备活动和掌握各种动作要领的基础上进行，避免造成腰部的意外伤害。人的一生差不多有 1/3 的时间是在床上度过的，睡床的合适与否，对于保持正确的“卧势”，预防腰痛的发生有着重要意义。而床具的选择，从防病治病的角度出发，主张不硬不软，软硬结合。太硬睡上去不舒适，不利于保持良好体位；太软又易引起脊柱的变形，长期会引起腰痛。软硬结合的方式是：在木板床上加一个 5～10cm 的软垫。这样的寝具床面柔软舒适，有利于肌肉的放松，有利于全身的休息和疲劳的解除。然而又软中有硬，不致于过度改变脊柱的生理曲度。

9.1.6 加强锻炼，强壮腰脊

中医学认为“正气存内，邪不可干”。平时结合自身特点和条件，做些必要的体育锻炼，如跑步、做操、打太极拳、练八段锦、做气功等，亦可有选择地进行加强腰背肌的锻炼，如练习“三点拱桥势”、“五点拱桥势”、“飞燕点水势”等等。选择合适的体育锻炼，并持之以恒，循序渐进，可增强体魄，增强人体的灵活性、反应性，提高腰部及全身肌肉韧带的耐久性，自可预防腰痛的发生。是之谓“流水不腐，户枢不蠹。”（《吕氏春秋·尽数》）

9.1.7 积极治疗原发病，既病防变

腰痛病常既发于肝、脾、肾诸脏疾病之后，体内疾病在病变过程中的某些病理性产物，如痰饮、水湿、积食、瘀血等亦可继发引起腰痛。所以调摄预防腰痛的关键环节尚在于积极治疗原发病。一般而言，原发病得愈，病理性产物既已祛除，则腰痛自愈。腰部偶遭扭伤、挫伤等，要及时彻底医治，适当休息，防止其转变为慢性腰痛。

9.2 护 理

腰痛之护理理应从以下几方面着手。

腰痛患者的护理，从总体上说来要告知患者保持正确的坐、卧、行、立的姿势和体位，以避免腰部肌肉过度紧张和腰椎正常的生理曲度发生变异，避免再度扭、挫、跌、仆而致伤。工作或学习时间久后，适当做些使腰部肌肉松弛的活动，劳动后要及时恢复正确体位，尽量避免久坐、久立、久行、久卧，并适当按摩患处，有条件的尚可经常进行蒸汽浴、药浴，既可及时解除劳动之后的疲劳感，又有一定的治疗作用，若配以局部按摩，效果会更好。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

外感腰痛患者宜避风寒，免复感邪气。风寒腰痛、寒湿腰痛患者要注意防寒保暖，加用腰托。湿热腰痛者慎食辛辣，少饮酒浆。肝郁气滞腰痛、瘀血腰痛者要调情志、疏肝气、解除忧思，并配合按摩、导引。肾虚腰痛者要节制房事，更勿醉饱入房。可做局部热敷，饮食清淡为佳，勿嗜膏粱厚味。腰痛兼水肿者，应限制盐和水份的摄入。

对腰痛剧烈，甚或腰痛如刺，伴有发热，尿液赤红者，要及时检测体温，化验尿液。

因患腰痛而长期卧床者，应进行被动或主动按摩，以促进气血运行，防止发生褥疮和肌肉萎缩，以配合治疗，争取早日康复。

进食之后不能立刻平卧，需作散步。因为胃的腐熟，有赖肾的温煦。饭后适当活动，可使肾气通畅，不令腰痛。

保持大便通畅，每日定时排便。即使大便干燥，也不应用力过猛，否则可引发腰痛。

孕妇因腰椎生理曲度暂时发生明显改变而常常罹患腰痛，对此除注意以上护理常规外，尚须注意采取以下护理措施：①保证充分休息，并注意休息姿势：休息时可将枕头、坐垫--类的柔软物体垫在腘窝下面，以使自己觉得较为舒适。②睡眠时可采用侧卧位、双腿屈曲的卧位姿势，以减轻腰部的负荷。③应注意身体的姿势，避免弯腰等腰部过多或过度的活动。④穿着柔软轻便的平底鞋。⑤选择适当的保健体操。

对产妇腰痛的护理应做到：①避免搬运较重的物体。②加强腹部或腰背部肌肉的锻炼，以尽快恢复并保持腰部的稳定。③注意休息，注意保持正确的姿势。④控制饮食，控制体重。⑤不宜过早地穿着高跟鞋。

内脏或其它疾病引发的腰痛，按原发病的护理常规进行。

10 康　　复

腰痛的康复旨在尽量消除腰痛及其牵涉部位的疼痛症状和功能障碍，恢复或部分恢复腰部及其相关部位的功能活动，康复患者的心理障碍，康复患者的工作与生活能力，巩固疗效，做到既病防变，预防并发症及二次残疾等。康复对象大都是临床表现不典型的腰痛缓解期或恢复期患者。

腰痛的康复治疗是在中医整体康复观与辨证康复观的指导下，针对腰痛患者的具体情况（病史、经治情况、患者体质等），综合运用中医传统的养生手段、治疗手段及其它有效措施，针对性地对腰痛患者进行治疗、调护和训练。具体而言，腰痛病的主要康复法有传统中药法、食疗法（进补）、练功法（运动导引法）针灸推拿法（含自我推拿法）、气功法。此外尚有沐浴康复法、磁疗康复法、情志康复法、音乐娱乐康复法等等。腰痛之中医康复法虽有诸种之多，但其总的特点与要求是：动静结合、药食并重、内外治疗兼顾、调神与养形并进。

10.1　药物康复法

腰痛的药物康复法是指在中医辨证论治原则指导下，针对腰痛患者的实际病情，有选择地采用中药汤剂、中成药、固定方药（单方验方）及各种外治法，控制或消除腰痛病患者腰部疼痛的症状，促使其康复的--种方法。

10.1.1　辨证用药康复法

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

针对腰痛康复一般病程较长的实际情况，在辨证结合辨病的基础上，一般多选用具有补肾利腰、强筋健骨的中成药为腰痛康复用药，如滋阴补肾丸、杜仲丸、金匮肾气丸、补髓丹、六味地黄丸、左归丸、右归丸、壮骨丸等。也可选用气血双补之剂如八珍汤，人参养荣汤，泰山磐石散等。其它具有通经活络的中成药，如舒筋活络丸、大活络丸、小活络丹、舒筋活血片等亦可随证选用。

10.1.2 固定单方验方

同样因于腰痛康复具有时间周期较长的特点，临床医家在各自的医疗实践中逐渐探索出固定单方对特定证型腰痛具有明显康复作用的成功经验。兹乃引录诸家之单方验方于下以备其说。

(1) 五圣止痛散《浙江中医杂志》1987 (12)：537

组方：白术 杜仲（炒断丝） 防风 当归 穿山甲（炒、捣碎）各 12g 黄酒 60g。

用法：上方用水 600ml，煎取 400ml，分 2 次服完。也可将诸药捣成细面，装于胶囊内，每服 4 粒，黄酒 50ml 为引，1 日 3 服。

适应证：慢性腰痛。

(2) 桑脊仲地方（《广西中医药》1985 (5)：11）

组方：桑寄生 30g，狗脊 20g，川杜仲 10g，熟地黄 10g，鸡血藤 15g，当归 10g，白花蛇 6g，蜈蚣 2g，苍术 10g，茯苓 20g，桂枝 6g。

用法：水煎服，1 日 2 次。或将上方 2 剂清除杂质，浸入 3～5L 三花酒内，密封，3～4 天搅拌 1 次，约浸半月即可服用。每日早晚各 1 次，每次 20ml。

适应证：寒湿腰痛证。

(3) 归仙胎汤方（《广西中医药》1978 (2)：43）

组方：全当归、威灵仙、走马胎各 30g。

用法：水煎服，每日 1 剂。

适应证：寒湿腰痛证。

(4) 五虎汤（《广西中医药》1979 (2)：13）

组方：救必应 15g，穿破石 30g，苦瓜干 15g，鬼箭羽（黑草，无黑草可用甘草替代）15g，黑枣 4.5g。

用法：水煎服，每日 1 剂。

适应证：湿热腰痛证。

(5) 治项背腰脊强痛方（《北京中医学院学报》1985 (4)：11）

组方：白芍 30g，生甘草 10g，生薏苡仁 30g，威灵仙 12g，羌活 10g，苏木 12g。肾虚者加桑寄生 30g、怀牛膝、狗脊；瘀血者加牛膝 15g，红花 10g，乳香、没药各 6g。

用法：水煎服，1 日 1 剂。

适应证：肝肾不足，风寒湿痹或外伤腰痛。

(6) 无名方（《中医杂志》1965 (10)：45）

组方及用法：土鳖虫 1 味，焙黄以酥为度，研面，黄酒（或白开水）送服，每晚 1 次，每次 3 个（大者）。

功效与主治：本方疏通气血，活血化瘀。主治外伤或肾虚腰痛。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(7) 民间验方

取车前草7棵，葱白连须7根，大枣7枚，煮酒1瓶，常服。治湿气腰痛。

10.1.3 外用药康复法：

腰痛病的外用康复用药的选择范围主要以祛风除湿、温经通络、舒筋活血类药物为主，给药途径主要有药物煎汤熏洗法、外敷法等等，亦可选用具有相同作用的各种膏药外用。

10.2 食疗康复法

腰痛的康复、尤其是慢性劳损性腰痛的康复是一个漫长的过程，单纯依赖药物康复有很多弊端，部分药物还对人体有影响，患者难以坚持服用。故在坚持以药物康复为主的前提下，仍应重视食疗恢复对腰痛康复的积极作用。针对性的食疗康复虽作用迟缓，但作用稳定，适宜长期服用，同时尚可增强体质与正气，便于药物康复。腰痛的食疗康复法，是在中医辨证和辨病的基础上，利用食物的营养作用和治疗作用，扶助正气，调和阴阳以激发人体“潜能”，增强人体抵抗力，从而提高患者整体康复水平。具体而言，食疗康复法即是针对腰痛患者的具体病情和体质选择性地进补具有补肾壮腰、强筋健骨、理气活血、祛风除湿等作用的食物以促进腰痛患者的功能恢复。所以中医腰痛康复法既重视药物疗法的作用，同时亦充分发挥食物的作用，做到药食结合，食助药力，药借食功，则康复之功效更佳。目前有效的中医腰痛食疗方如下。

(1) 用猪肾1只，加青盐少许，煮烂，喝汤吃腰子。治肾虚腰痛。

(2) 海带、荸荠各100g，瘦肉200g，煮汤，食肉饮汤，每日2～3次。主治慢性腰痛。

(3) 枸杞子50g，羊肾1对（洗净，去筋膜去臊，切碎），大米200g。加水适量，以小火煨烂成粥，分顿食用。适用于肾虚或老年腰膝酸痛。

(4) 杜仲15g，补骨脂15g，胡桃仁50g。加清水煎浓去渣，入大米250g，文火煎熬成粥，分顿食用。适用于肾虚腰痛，腰痛恢复期。

(5) 鸡蛋2枚，枸杞子50g。加清水适量煮熟，饮汤吃蛋与枸杞。适用于阴虚腰痛。

(6) 骨碎补20g，川牛膝20g，黄芪30g，川续断15g，猪蹄500g。加水及老酒适量，炖汤，吃肉喝汤。适用于慢性腰痛，肌肉萎缩无力者。

(7) 老桑枝100g，老母鸡1只（去内脏，除毛）。加清水同煎煮，饮汤食肉。适用于风湿性慢性腰痛。

(8) 杜仲20g，猪腰子1对，去除筋膜，切碎，加生姜3片和清水适量同煮，食肉喝汤。适用于慢性腰痛，或腰痛恢复期。

(9) 杜仲15g，黑豆100g，鲤鱼1条（200～300g）。加水适量，先炖杜仲、黑豆，炖至黑豆熟透，取出杜仲，放入鲤鱼炖熟，加盐、姜调味，食之。适用于慢性腰痛，气血不足，肝肾亏损者。

(10) 杜仲15g，墨鱼干1只，猪脊髓5cm，怀牛膝100g。加清水适量煮汤食之。适用于腰腿痿软，腰肌劳损腰痛者。

(11) 杜仲30g，墨鱼100g。加清水煮汤，姜、葱及适量老酒调味，食肉喝汤。适用

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

于各种腰痛。

（以上为张志辉食疗康复方）

（12）胡椒根 50～100g，以之煲鸡，放盐调味，吃肉喝汤，2 天服 1 次，10 次为 1 个疗程。适用于腰痛恢复期。（郭朝广方）

（13）鲤鱼 1 条（约 250g，留鳞去肠杂），茶叶 10g，大蒜 7 颗，加黄酒、食盐适量，煮熟后乘热食汤及肉。适用于肾虚而阴寒凝滞之黎明前腰痛。

10.3 推拿康复法

推拿康复法是指采用揉、揉、按、摩、推、拿、擦等手法作用于腰背或腿部，及所选特定的穴位或压痛点，借助产生的舒筋通络、活血理筋的作用，以促使腰痛康复的方法。传统的推拿康复法有多种，但总不外主动推拿法和被动推拿法两种。兹介绍一种较为适用且方便简单的自我推拿康复法：患者俯卧于硬板床，充分暴露腰部，两手后置于其上，并以手掌自上而下压推患腰，然后由下向上压拉、揉、捏、捶打，用以先轻→加力→减力→复轻收尾为宜，力量以自觉无它不适为宜。如此上下反复数次。可两侧同时进行，亦可单手同侧进行。每次 15～20 分钟，手法应缓慢柔和，用力均匀。自我按摩法尚有多种方法，患者可根据自身情况灵活选用。自我按摩法贵在坚持，持之以恒才能取得效果。

推拿康复法适用于排除腰椎肿瘤、结核、化脓性疾病、胸腰椎复杂骨折、强直性脊柱炎发作期所致腰痛的其它腰痛。

10.4 运动导引康复法

运动导引康复法在我国有悠久的历史。汉代名医华佗即有五禽之戏。后世之八段锦、练功十八法、太极拳、各种武术套路、舞蹈等都属于运动导引康复法。患者可在医师或专业教练的指导下根据病情选择 1～2 种，长期坚持，自会收到很好的康复效果。此处介绍几种目前比较流行，对腰痛康复较为适用的自我运动导引康复法。

10.4.1 飞燕点水法

飞燕点水法分 3 步进行：①患者俯卧硬板床，两手向后伸直，头胸部向背侧翘起，持续 5 分钟。②仅将双下肢伸直向背侧翘起，持续 5 分钟。③上述两步同时进行，形如飞燕点水，持续 5 分钟。该方法简便易行，患者每天进行 2～3 次。每次如法进行 1～2 次。

10.4.2 悬吊法

患者可在自家门楣上系 2 根较本人肩宽 13cm 的等长的吊绳，又将另外两根宽带循绕两腋下，分别接连吊绳悬吊，使两脚稍离地面即可。悬吊妥后腰部肌肉自然放松，乘此机会可缓慢地把一只手伸至患腰部轻轻捶打。每次持续悬吊 5～10 分钟，每天练习 1～2 次。

（上述两法为孙明星方）

10.4.3 腰部运动疗法

（1）叉腰旋转法：站立位，稍息姿势，双手叉腰，以腰臀为中心做左右呈圆形地摆晃动作 50～60 次，先从左往后向前至右，再从右往前向后至左，其速度可由慢到快，范围由小到大。

（2）弯腰攀足法：站立位，接上法用双手十指交叉，掌心向上，高举过头，使腰部微

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

微过伸，然后双手往前，掌心向下，做弯腰动作上下往返 20 次。量力而行，要求弯腰时尽量使腰部呈 90 度弯曲，双手力争触及足背或地面（两下肢膝关节不宜弯曲）。注意弯腰时上、下往返不宜太快，以免头晕或造成不良反应。

（3）前伏后伸法：站立体位，两足自然分开，全身放松，尤其是腰部肌肉放松，双手叉腰，先做向前弯腰动作，前伏 30 次，而后作后仰动作 30 次。注意做前伏后仰时切忌太快，尤其是患高血压患者，一定要缓慢柔和地进行。

（4）腰部侧屈法　站立体位，双手叉腰，做左右侧屈腰动作，通常先向左侧，后向右侧。要求以最大幅度（限度）作左右侧屈动作，活动宜缓慢进行，每次做 30～50 次，每日可做 1～2 次。

以上四法可按先后顺序每日早晚各做 1 次，一般每次时间 20～30 分钟为宜。慢性腰痛及老年患者可选用太极拳或步行锻炼康复法。

传统运动康复法，贵在循序渐进，持之以恒。若此，不仅可以康复腰痛，尚可增强体质。

10.5　针灸康复法

针灸康复法也是中医传统康复法之一，分针刺康复法（包括毫针、电针、火针、皮针、微波针、激光针）和灸法康复法两种。根据有关实验研究证实针灸法可增强机体免疫功能，提高机体代偿能力；从而有利于腰痛患者的康复。在经络学说指导下针灸腰部穴位（常用者如肾俞、腰阳关、委中、八髎、秩边等）和压痛点，能起到温经通络，祛寒止痛的作用，对于各型腰痛病都有康复治疗作用。

10.6　气功康复法

通过自我锻炼内气，呼吸吐纳，并配合肢体活动，促进气血正常运行，调节机体的功能障碍，激发人体的潜能，从而达到康复的目的。腰痛的气功康复法（又称“腰背功”）依《气功养生康复精要》可分为 8 节：

（1）搓背晃海：本节是腰背功的重点功法，通过头、腰等整个身体的运动而带动腰部活动锻炼。

（2）托天健肾：本节可使腰背肌腱和腰椎间隙充分伸展，疏通患部气血，久练可强腰健肾。

（3）吊腰转臀：本节旨在使腰肌充分放松，并增强其韧性，使腰骶和骨盆不受牵制。

（4）环抱拧腰：本节久练可增强腰肌的韧性，疏通带脉，灵活腰椎关节。

（5）仰面观天：本节旨在解除腰肌的酸楚疲劳，增强腰肌张力，防治腰骨变形及驼背。

（6）舒胸滚肘：此式动作缓慢且富有弹性，可配合前几节活动以锻炼腰背肌肌腱。

（7）独立抖腿：本节有助于改善血液循环，消除腰、髋、骶部肌肉僵硬状态，增强单腿支撑和平衡力。

（8）虚实升降：本节旨在锻炼腰部肌腱和腰椎的张弛扭转活动能力。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病证名称与定义

中医病名是数千年来我国劳动人民在与疾病的长期斗争中形成和发展起来的关于疾病的概念，是对疾病的病因、病位、病性和临床表现等的高度概括，是中医学诊断特色之一，是与辨证论治不可分割的统一体。腰痛作为一个独立的临床常见病其中医病名应定义为：腰痛是指因于外感或内伤诸多致病因素导致腰部经络气血运行不畅，或腰部失却精血濡养，使腰部一侧或两侧或腰脊当中出现以疼痛为主要临床表现的一类病证。目前关于腰痛的命名较为混乱，有称为“腰痛病”者，亦有称为“腰痛证”者，我们以1993年中华人民共和国卫生部制定发布的《中药新药治疗腰痛的临床研究指导原则》为依据，而将“腰痛”作为总病名。值得注意的是腰痛作为中医临床之常见“症状”，又可见于多种中西医疾病的病变过程之中，所以有必要在理论上区别“疾病性腰痛”与“症状性腰痛”的不同概念，明确两者之不同内涵与不同外延。本文所讨论的为中医内科常见之腰痛“病”，其范围仅指外感寒湿、湿热、风寒、风湿、风热，内伤肝肾、瘀血、气滞、痰饮、食积，以及劳累外伤等原因而引起的以腰部疼痛为主要症状的腰痛“病”。不包括淋证、水肿、虚劳、肿瘤、骨关节病等疾病在病变过程中而兼有的腰痛“症”。

另外，就腰痛的命名方式而言，以往还常结合腰部疼痛的病因、病性、病位、疾病久暂等而分别给予相应的名称。如“肾虚腰痛”、“风寒腰痛”、“腰腿痛”、“血刺腰痛”、“卒腰痛”等等，这些命名方式对腰痛之诊断、鉴别和辨证论治确有指导作用，所以一直为广大临床工作者所采用。但为了疾病名称的规范化，不致理论上的淆乱，我们在编写本文时一律以“腰痛”作为总病名，而将上述名称作为“证类名”处理。

1.2 病因病机研究

1.2.1 现代医家病因病机认识撷粹

关于腰痛的致病原因，目前中医界分歧不大。大都将其划分为外感与内伤两大类。因于外感风、寒、湿、热诸邪者谓之外感病因，对此，诸家多无异辞。内伤腰痛者，主要责之肝肾亏虚，尤其是肾脏本虚与腰痛病的密切关系自古及今，盖一辞矣，甚至有的医家认为肾虚为腰痛之根本，其它一切因素包括外感诸邪致病都是在肾虚的基础发生的。目前，中医普遍认为腰痛的脏腑生理基础以肾功能为主，腰痛的病因、病机以肾气虚为本。而造成肾虚的原因又是多方面的。谭家祥总结为3点：①肾精先天不足，或后天精气耗损，体质素虚，腰肌无力；②情志内伤或外伤瘀血，气血失运，并感风、寒、湿，致使瘀血、病邪留滞于腰部，使经络运行受阻，日久内动于肾，亦可导致肾气虚；③过度劳累，超过肾的作强限度，使肾精陷于疲惫。[59]肾气耗伤到一定程度，虽无外感风寒湿邪，也可发生腰痛。说明引起腰痛的病因虽多，但主要之病机是肾气虚。

自古及今，临床医家极为重视肾气虚与腰痛的关系。近代以来，有关肾实证与腰痛的

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

探讨也引起了业内人士的关注。五脏皆有虚实，合乎中医辨证观点与临床客观实际。所以有医家认为："肾的虚证固然居多，但若拘肾无实证之说，有可能束缚思路，有碍临床治疗。"[60]其实早在清·郑树珪所著《七松岩集·腰痛》中对肾实腰痛已有明确论述，其云："（腰痛）然痛有虚实之分，所谓虚者，是两肾之精神气血虚也，凡言虚证，皆两肾自病耳。所谓实者，非肾家自实，是两腰经络血脉之中，为风寒湿之所浸，内肭挫气之所碍，腰内空腔之中，为湿痰瘀血凝滞不通而为痛，当依据脉证辨悉而分治之。"若此，郑氏对肾实腰痛作了具体描述，而且讨论了肾虚腰痛与肾实腰痛之不同，其论当是客观公允的。我们综合现代有关医家的论述，认为肾实证是指包括腰痛在内的一系列肾脏未虚而感受外邪，或七情内伤、瘀血内停引起肾脏功能失调而致的症候群，具体表现可有：腰痛、水肿、腹胀满、小便不利，脉坚而长或尺脉实等。[61]由此言之，则肾实证与腰痛确有明确关系。张达山更将因肾实而致之腰痛细分为：肾经实火、瘀血内阻、湿热内阻、寒湿凝聚四大类。[60]

2 临床研究

临床症状观察的意义在于通过体内各种疾病之病机的外在表现来反求疾病的病机，推求病之本源，为临床诊断，辨证论治服务。

2.1 治法研究

治法是治则指导下确立的关于疾病的具体治疗方法。我们在总结大量近现代中医文献资料的基础上，拟将有关腰痛的治法整理综述如次：

2.1.1 补中益气法

补中益气法适用于中气不足，脾肾亏虚所致之腰痛。临床表现为腰痛且胀，劳则更甚，四肢痿弱无力，头晕目眩，自汗，纳差，面白气短，神疲懒言，小溲色白，大便涩滞，舌质淡，苔薄白，脉细弱。代表方：补中益气汤等。

2.1.2 甘温咸润法

甘温咸润法又称"柔剂阳药"，是指选用杜仲、仙灵脾、肉苁蓉、狗脊、补骨脂、巴戟天等甘温咸润、温而不燥、药力和缓的药物温补肝肾，以治疗下焦阳虚，肝肾亏损的腰痛证。其临床表现为：腰部板硬疼痛，俯仰不能自如，面色晦黯无华，双膝畏冷，脉弱等。本法尤其适用于高年体虚，久患腰痛者。

2.1.3 补血法

补血法适用于因失血过多；或思虑过甚，营血暗耗；或脏腑虚损，营养匮乏，化源不足等诸多因素而引起的血虚腰痛证。症见腰痛隐隐，面色无华，手足不温，唇舌淡白，脉细弱。代表方：四物汤。

2.1.4 气血双补法

气血双补法适用于气血不足，腰脉失养所引起的气血两虚腰痛证。症见腰痛绵绵，劳则更甚，心悸气短，语音低微，面色苍白，唇舌色淡，乏力，脉细无力。代表方：八珍汤或补气通络汤（经验方，药有黄芪、山药、补骨脂、枸杞子、当归、生地、茯苓、川芎、伸筋草）。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.1.5 滋阴法

滋阴法又称“补阴法”、“滋阴补肾法”。适用于肝肾精血亏损，腰络失养所致之腰痛证。其临床表现为：腰痛酸软，口咽干燥，五心烦热，头晕耳鸣，失眠多梦，舌质红，脉细等。代表方：左归丸或大补阴丸。

2.1.6 温阳法

温阳法亦称“补阳法”、“补肾壮阳法”，适用于肾阳亏虚或脾肾阳虚，不能温养腰络而致之腰痛证。其临床表现为：腰痛酸软为主，喜按喜揉，劳则更甚，卧则减轻，面色苍白，手足不温，舌淡胖嫩，或有齿印，脉沉细。代表方：右归丸。

2.1.7 阴阳并补法

阴阳并补法亦称“滋阴益气法”、“壮腰补肾法”、“滋阴补肾，温阳壮腰法”。适用于肾之阴阳并损，精气俱伤，腰失所养而致之腰痛证。其临床表现为：腰骶酸痛，活动受限，怕冷，两下肢窜痛，口干舌燥，面红汗出，溲黄，舌质红，舌根苔黄，脉沉细。代表方：金匮肾气丸加减。

以上七法是扶正法则的具体运用，属于中医八法之中“补法”范畴。

2.1.8 祛寒通痹法

祛寒通痹法适用于寒邪外感，凝滞腰脉，经络不通所致之寒实腰痛证。其临床表现可有：腰部拘急冷痛，或引项背，甚则不可转侧，痛处冷如冰冻，遇寒则重，得热稍缓，舌质红，苔薄白，脉弦紧。代表方：乌头汤加味。

2.1.9 祛风除湿通络法

祛风除湿通络法适用于风湿外感，痹阻腰部经络所致之风湿外感腰痛证。其临床表现为：腰以下疼痛沉重，左右不定，上连肩背，下引臀膝，或呈游走性疼痛，阴雨天尤甚，舌质淡红，苔白腻，脉弦缓。代表方：五积散或苓桂术甘汤。

2.1.10 清热化湿法

清热化湿法适用于湿热郁蒸、阻遏腰络所致之湿热腰痛证。其临床表现为：腰坠胀痛，痛处伴有灼热感，遇热或阴雨天加重，活动后痛减，腰部及下肢沉滞，小便短赤，舌质淡红，苔黄腻，脉濡数或滑数。代表方：四妙丸加味或龙胆泻肝汤。

2.1.11 理气止痛法

理气止痛法又称“疏肝解郁法”，适用于肝失条畅，气机郁滞，经络不通所致之气滞腰痛证。其临床表现为：腰胁相引而痛，不可转侧，时现左右、上下窜痛，咳嗽痛剧，善太息，脘腹胀满，嗳气纳呆，舌质淡红，苔薄白，脉弦。代表方：柴胡疏肝散或逍遥散。

2.1.12 活血化瘀，通络止痛法

活血化瘀，通络止痛法适用于瘀血阻滞，经络不通，气血运行不畅所致之瘀血腰痛证。其临床表现为：腰痛如刺，痛有定处而拒按，昼轻夜重，俯仰不便，甚或不能转侧，舌质黯，可有瘀斑，脉涩。代表方：身痛逐瘀汤加减。

2.1.13 祛痰除湿法

祛痰除湿法适用于痰湿内生，经络受阻之痰湿腰痛证。其临床表现为：腰痛如物覆然，痛重且胀，得热则缓，下肢沉重或浮肿，腹胀纳呆，呕恶多痰，溲清便溏，舌体胖大，或有齿印，舌质淡红，苔白腻，脉濡滑。代表方：二陈汤加味。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.1.14 利尿排石法

利尿排石法应用于膀胱湿热，砂石内阻，经络不通之腰痛证。其临床表现为：腰腹绞痛，阵发加剧，甚则恶心呕吐，小便不利，舌质淡黯，或有瘀点，苔黄，脉沉弦。代表方：五淋散或八正散加味。

2.1.15 化湿理气法

化湿理气法适用于冒雨涉水，贪凉饮冷，湿邪内阻，气机不畅所致之伤湿腰痛证。其临床表现为：腰痛酸重，胸膈满闷，恶心欲呕、四肢无力、不思饮食，舌淡苔白腻，脉濡缓。代表方：藿香正气丸。

2.1.16 泻下通便法

泻下通便法亦称“通腑法”应用于食积日久，化燥伤阴，或饮食与实热互结，浊气填塞，腑气不通，大便秘结而兼有腰痛者。其临床表现为：腰痛剧烈，屈伸不利，口舌干燥，大便秘结，腹胀满拒按，舌质暗红，苔黄且干，脉弦。代表方：小承气汤加味。

2.1.17 清热解毒，凉血止痛法

清热解毒，凉血止痛法适用于湿热腰痛失治、误治，化火伤津、邪壅经络所致之腰痛证。其临床表现为：腰痛如被杖，手足骨节烦疼、掣痛不得屈伸、近之则痛剧、兼有口渴身热、溲赤便秘，舌红苔黄，脉实。代表方：白虎加桂枝汤。

2.1.18 化痰祛瘀，搜风通络法

化痰祛瘀，搜风通络法适用于腰痛日久不愈，正虚邪恋，瘀阻于络，津凝为痰，痰瘀互结，痹阻经络而致之腰痛证。其临床表现为：顽固腰痛，缠绵不愈，疼痛时轻时重，兼见关节肿大，甚至强直畸形，屈伸不利，舌质紫，苔白腻，脉细涩。代表方：桃红饮加味。

2.1.19 疏散风热法

疏散风热法亦称“辛凉解表法”、“祛风清热法”等。适用于风热之邪侵袭肾经而致之外感风热腰痛证。其临床表现有：腰痛强急，牵连膝足，口渴便秘，小溲黄赤，咽喉红肿，舌淡苔薄黄，脉浮数或洪数。代表方：败毒散或小柴胡汤加减。

以上诸法都是在“祛邪法”指导下的具体运用。

2.1.20 益气活血法

益气活血法，或称“养血通络法”，适用于素体气血虚弱，经脉不充，推动无力，血行迟缓，因虚致瘀，经脉痹着不通所致之腰痛证。其临床表现为：腰痛，时或麻木，形体瘦弱，体倦乏力，或肢体肌肉萎缩，肌肤欠温，舌淡红而黯，苔薄白，脉弦细。代表方：补阳还五汤或黄芪赤风汤加味。

2.1.21 温经散寒法

温经散寒法亦称“助阳解表法”、“温经通络法”，用于素体阳虚，卫阳不固，腠理不密，感冒风寒，腰脉痹阻所致之腰痛证。其临床表现为：腰痛如绳捆箍扎，拘急连背，遇寒更甚，得温稍舒，无热畏寒，无汗肢冷，舌淡苔白，脉沉无力或浮大无力。代表方：麻黄附子细辛汤加味。

2.1.22 温阳养血，散寒通脉法

温阳养血，散寒通脉法适用于阳气不足而又血虚，阴虚血弱，经络有寒，血虚寒邪凝

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

滞经脉，气血运行不畅而引起的腰痛证。其临床表现为：腰痛暴作，形体消瘦，手足厥寒，舌淡苔白，脉沉细而弱。代表方：当归四逆汤、阳和汤。

2.1.23 补肾祛邪法

补肾祛邪法主要用于肾精亏虚，复受外邪，腰府失却滋养，经脉不通所致之腰痛证。其临床表现为：腰部空痛，绵绵不绝，喜温喜按，子至寅时痛甚，腰膝酸软，嗜睡，全身乏力，舌质淡红，苔黄白，脉弦细。代表方：肾气汤、二妙散合独活寄生汤。

2.1.24 益气养血，祛风胜湿法

益气养血，祛风胜湿法主要适用于气血不足，肝肾亏损，风寒湿邪乘虚外感之腰痛证；或外感腰痛，失治误治，日久不愈而兼见气血不足，肝肾亏损症状者。其临床表现为：腰膝疼痛，肢节屈伸不利或麻木不仁，畏寒喜温，心悸气短，舌淡苔白，脉细弱。代表方：独活寄生汤。

2.1.25 温阳化瘀法

温阳化瘀法亦称“温阳行瘀法”、“补肾行瘀法”。主要适用于元阳亏虚，推动无力，血寒凝滞，脉络瘀阻所致之腰痛证。或瘀血腰痛，日久不愈，“久病必虚”、“久病及肾”，因瘀而致虚者。其临床表现为：腰痛绵绵，屈伸时加剧，畏寒肢冷，面色㿠白或黯滞，舌质黯或有瘀点，舌体胖嫩，苔薄白，脉沉细无力。代表方：温通散（张云程验方，药有附片、桂枝、川芎、桑寄生、仙灵脾、巴戟天、牛膝、续断、独活、狗脊、杜仲）加赤芍、当归、红花等。

2.1.26 去瘀生新法

去瘀生新法主要用于瘀血腰痛日久不愈，瘀血不去则新血不生，因瘀致虚，阴血不足，血瘀络阻，如此而致之虚中夹实腰痛证。其临床表现可有：腰痛犹如针刺或时如触电，腰活动不利，不能着地行走，长期低热，渴不多饮，舌质红，或有裂纹，苔花剥，或有紫斑，脉细涩。代表方：身痛逐瘀汤合大补阴丸。

2.1.27 温肾逐瘀法

温肾逐瘀法适用于肾中阳气亏损，失于温化，乃致寒凝血瘀，水饮内停，气机受阻而致之水饮腰痛证。其临床表现有：腰痛拒按，固定不移，不能俯仰，动则痛甚，反复发作，且背腹胀满，腹中漉漉有声，口中频吐清水，大便质稀，小溲清长，或兼有面色苍白，形寒肢冷，舌质淡，或呈紫黯，苔薄白而润，或苔白滑，脉沉弦或弦缓。代表方：五苓散合禹功散。

以上八法当是在扶正兼祛邪法则指导下而制定的治疗相关腰痛证的具体治法。

2.1.28 滋补肝肾法

滋补肝肾法亦称“平补肝肾法”或“肝肾同补法”。适用于肝肾阴虚，筋脉失养所致之腰痛证。其临床表现可有：腰膝酸痛，头晕目眩，肢体麻木，面色潮红，口干咽燥，舌红少津，脉弦细数。代表方：一贯煎、芍药甘草汤合左归丸。

2.1.29 温补脾肾法

温补脾肾法用于脾肾阳虚，气化不行，水湿内停而致之水饮腰痛证。其临床表现可有：腰痛拒按，固定不移，俯仰不利，食少痰多，胸闷咳嗽，怯寒肢冷，小腹拘急，脐下动悸，小便不利，足踹浮肿，或吐涎沫而头目昏眩，舌质胖大，舌苔白润或灰腻，脉沉细

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

兼滑。代表方：金匮肾气丸合苓桂术甘汤。

2.1.30 养肝润燥法

养肝润燥法或称“柔肝熄风法”、“育阴潜阳法”、“柔肝解痉法”、“滋肾养肝法”、“滋水涵木法”等。适用肝肾阴虚，水亏木旺，风动火燔，脉道枯涩，血行不利，腰股失滋而致之腰痛证。其临床表现可有：腰痛且腰背强直，瘛疭，神倦，舌绛苔少，脉虚弱。代表方：大定风珠加减。

以上二法当为调整脏腑功能法则指导下制定的治疗相应腰痛证之具体治法。

2.1.31 补气生血法

补气生血法亦称“益气养血法”，适用于气虚生血不足而引起血虚或气血两虚，筋脉失养 所致之血虚腰痛证。其临床表现可有：腰痛绵绵，遇劳则发，面色苍白，手足不温，心悸气短，失眠，舌淡，苔白，脉细弱。代表方：当归补血汤加味。

2.1.32 理气活血法

理气活血法亦称“行气化瘀”法。适用于肝郁气滞，血瘀不行，气滞血瘀，由此而致之腰痛证。其临床表现可有：腰胁刺痛，心胸憋闷不舒，或腹部胀满疼痛，疼痛每因情志变化而增减，善太息，纳差，舌质紫黯或有瘀点、瘀斑，脉弦或涩。代表方：复元活血汤加味。

2.1.33 益气活血法

益气活血法亦称“补气行瘀法”、“养血通络法”。适用于气虚血瘀而致之腰痛证。其临床表现有：腰痛如刺，时或麻木，形体消瘦，体倦乏力，或肢体肌肉萎缩，肌肤欠温，舌质淡红而黯，苔薄白，脉弦细。代表方：补阳还五汤或黄芪赤风汤。

以上三法当是在调理气血关系治则指导下制定的治疗相应腰痛证的具体治法。

2.2 辨证用药研究

2.2.1 近代各家辨证论治研究

近代以来，临床各家在大量的临床实践中总结出自己独特的关于腰痛辨证论治的丰富经验，从不同侧面，在不同程度上进一步揭示了腰痛的本质，极大地丰富了腰痛辨证论治的内容，为我们从事临床治疗提供了大量值得借鉴的宝贵财富。

谭家祥继承并发扬了历代医家关于腰痛的病因病机以肾气虚为本的论点，强调腰痛的脏腑生理基础以肾为主，腰痛的病因病机以肾气虚为本。谭氏认为：“肾是一个具有多种功能的内分泌器官，其中包括现代医学肾、肾上腺和其它内分泌腺的功能。”中医认为肾的功能主要是主骨、藏精、生髓；肾气的盛衰与人的生老病死有密切的关系。腰痛往往是由于肾精亏损，经脉失于濡养所致。因此，应用补肾的方法治疗内分泌功能失调等原因所引起的腰痛往往获效。[62]谭氏从病因辨证角度继承并发扬了历代医家“肾主腰脚”和“夫腰痛皆由伤肾气所为”的观点，强调腰痛之病因主要在于肾虚，治疗宗补肾为先，而深得腰痛辨证之肯綮。

郭忠兰则认为“审病因不能拘于肾虚”。郭氏博引历代医家关于腰痛病因的论述，得出：“肾虚、瘀血、寒湿、湿热和痰积等，皆可导致腰痛，绝不能因张石顽提出腰痛‘皆由肾虚’之论，而把引起腰痛的病因皆责之于肾虚。”郭氏进而又论曰：“从临床实践看，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

腰痛的产生，除肾虚之外，风寒、寒湿、湿热、瘀血和痰积等均可导致，而且在某些情况下是发生腰痛的主要原因，肾虚只是处于次要地位。临床常见的急性损伤性腰痛，就是因气血瘀滞不通而引起的。所以，临床辨治不能拘于肾虚之说，否则，病因不明，治疗难以收效。"[63]

综合谭、郭两家之言，我们理应认识到在对腰痛进行辨证时，当从整体观念出发，审证求因，既认识到腰痛的肾虚基本因素的存在，又不可忽视其它致病因素的作用。例如，从大量文献资料中我们还会看到言腰痛之病因有"肾实"者。而所谓"肾无表证，无实证"之论实属偏见。近代有些医家依据发病部位、病性和发病原因等将肾实证所致之腰痛细分为"寒滞肾脉"、"湿浊困肾"、"湿热蕴肾"、"瘀血阻肾"、"肾客砂石"等证型。并确立了相应的治疗原则。[64]另有王绪前等在总结"肾实证"论治时说："由是观之，肾实证是客观存在的，然与心，肝、脾、肺诸脏都有不同，有其特殊性的一面，临证选方用药亦有其独自的特点，如降火时多配以滋肾之物，知柏地黄丸、大补阴丸是也；通淋利水时多配以温肾之品，真武汤是也。诚然肾藏真阴真阳，为人体生命物质和机能的基础，主蛰藏充盛，而不宜泄露亏耗，以虚证多，实证少，实证虽少，并非无；或虚中夹实，本虚标实，甚则纯实者亦有之。故治则当视具体情况有补有泻，泻寓于补，补寓于泻，全面诊治，方不误补助奸，益疾助邪。"[65]

由是观之，腰痛的病因和脏腑辨证中，应从临床的客观实际出发，对"肾实"一证应去除浮埃，还其本来面目。在临床辨证论治中，不能轻视、回避其存在，否则将贻误病机，病必不治。

郝文轩论腰痛之治肝时云："腰为肾府，其痛理合治肾矣，然治之不愈可取诸肝。"又云："况肝藏筋膜之气而主节，腰部虽伟，亦一大关节也，岂有腰痛治不关肝哉？如肝有瘀血，腰脊每痛，厥阴风生，项背强直，此皆腰肝相关之象。"郝氏从肝治腰，其法如下：①温通厥阴法。郝以为："寒主收引，每致腰痛，邪由外受，每干太阳；病从内生，恒关厥阴。所以然者，厥阴司阖故也。"其所治一杨姓妇女，腰痛昼轻夜重，黎明尤甚，神气困顿，面色无华，舌胀无苔，脉象细弱。郝氏辨证为血虚营寒，络脉失和。治在厥阴，取法养血通脉，解痉止痛。处以当归四逆汤加木瓜、牛膝治之而愈。②滋养肝木法。郝氏云："肝主筋易喜柔润，燥气乘之则筋急肝燥而疼痛见矣。治之者宜柔筋润燥以济其刚。"其所治王姓男子腰痛二月，身瘦多火，筋露脉胀，左胁疼痛，目赤神烦，腰痛掣胯，夜间尤甚，舌质瘦赤，脉象弦急。其辨此为多血燥，肝阴先伤。治宜滋阴和阳，解痉止痛。处之以一贯煎加芍药、甘草，服三十剂面病瘳。③活血化瘀法。郝氏云："肝藏血易象春木，一失其敷荣之性，则血行久阻而疼痛见矣，治之者须活血化瘀。"其治一蔚姓男子腰痛，月余不愈，且胁胀，夜间低烧，舌紫黯无苔，脉来沉涩有力。郝氏认为此当是血瘀肝经，治在冲脉也。遂予大黄附子汤加丹皮、桃仁等，三剂而获愈。[66]

综观郝氏治肝三法，凡外感寒邪、外伤瘀血，本脏阴虚血燥之证，皆可从肝而治。其有"肝郁气滞"一证，实则治肝平腰之明证。日人马场礼三亦深得其旨，其治肝气郁结而兼血瘀腰痛者，善用四逆散合桂枝茯苓丸；又治肝血不足，气滞血瘀者，投以王清任之血府逐瘀汤，取效皆佳。[67]

腰痛之治肝，近代医家多有发明，甚至有谓"满身皆痛取之肝。"[68]然集腰痛治肝之

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

大成者当推曾绍裘，其谓寒湿腰痛、风湿腰痛、湿热腰痛、气滞腰痛、瘀血腰痛、肝肾不足之腰痛皆有与肝相关者，从肝而治，可获显效，是为明眼人矣。其以为寒湿腰痛证属下焦火化不及，寒湿内聚，肝肾寒凝气滞。其治善用当归四逆汤或暖肝煎。又认为“诸风皆属于肝”，风气通于肝，故风湿腰痛多有属厥阴者。其治风湿腰痛除祛风湿外，常随加平肝祛风之品。肝主筋，湿热浸淫筋脉，气血运行障碍而致腰痛者，其治善用龙胆泻肝汤加大剂桑枝、桑树根以取“桴鼓相应之效果”。其它如瘀血腰痛、气滞腰痛、肝肾不足腰痛者从肝论治是谓通法，盖无异辞。尤其是瘀血腰痛一证，其实在肝本为正治。惟曾氏独善以复元活血汤治之。用之者正取治肝之旨。[69]

腰痛有从肾论治者，有从肝论治者，亦有从脾论治者。郝文轩的“论实证腰痛治取阳明”，其文详征博引，深得古训，施之临证，靡有不效者。郝氏有云：“腰痛有虚有实，虚者积于渐，其痛缓；实者肇于暴，其势急。‘实者邪气实’，或为气滞，或为血瘀，或为食积痰留。善治者但通阳明，其痛立减。盖阳明者，十二经脉之长，其经一通，则诸经皆顺，不仅痛减，即痰食瘀血亦可假道阳明而去，何况阳明‘主润宗筋，束骨而利机关’(《素问·痿论》)治取阳明原为正法，岂可舍此而不细究乎？”其谓实证腰痛宜乎攻下者有：①食积太阴，治应温下。以祛腐陈莝而通地道，积去气畅则腰痛止矣。②热聚阳明，治宜寒通。秽去火熄，痛斯止矣。③血瘀腰间，决闭逐瘀。决闭逐秽最具消瘀之力也。④火郁膀胱，激浊扬清。凡腰痛难忍，小水淋涩，最应澄源洁流，消其炎火。膀胱之火源于小肠，清热利尿之外，须和阳明。⑤内外合邪，表里双解。⑥胸腹同病，上下分消。郝氏论曰：“至于胸中烦热，俨如火燎，腹中胀痛，大便干燥，而腰痛叫苦不迭者，此胸腹合病也，乃三焦水谷蒸动使然。”上下分消之后，盖三焦浊化气清，则肾气凉爽而痛止矣。[70]

佟秋芬论述了腰痛的经络辨证与相应的论治方法。佟氏在针灸临床实践中，贯用奇经八脉理论来指导临床腰痛辨证。尤其认为督脉与带脉两经与腰痛关系密切，临床上二经受损或受邪多以腰痛为主症。关于治疗佟氏经验是：对于带脉受损而引起的腰痛，急性者多针泻“带脉”、“足临泣”二穴，且配以针泻督脉之水沟，足膀胱经之委中，慢性且兼有肾虚之证者，常配伍肾经之穴以壮腰膝。而对于督脉脉气失调而致腰痛者，常取后溪穴以通之。[71]

吴谓貂集30余年临床之经验，运用中医学辨证论治，结合西医学辨病论治的方法，探索出一条中西医结合以论治腰痛的方法，使多数患者免于手术之苦，并取得较为显著的疗效，值得同道参考借鉴。吴氏之主要经验为：①脾肾同补法治疗腰部软组织劳损。西医学认为腰部软组织劳损是由于较大的机械力量作用于正常的腰部软组织，或普通的机械力量作用于薄弱的组织，引起腰部软组织强烈地持续地牵拉，使局部发生水肿，但无明显软组织撕裂伤。按中医辨证，吴氏认为双侧或单侧骶棘肌痉挛，肌肉上有压痛，腰部活动受限，前屈尤显，休息时疼痛缓解，过劳则疼痛加剧，同时伴有头晕乏力、纳食乏味、舌苔薄白、脉象濡缓的慢性腰痛是由于积劳而伤，过用所致，中医学认为其病机是脾肾两亏。而其治当拟脾肾同补法。每选《伤科补要》之补肾壮筋汤或《备急千金要方》之独活寄生汤。②疏肝和胃法治疗神经官能性腰腿痛。西医学认为神经官能性腰腿痛，其疼痛原因是由于大脑皮层过度紧张、抑制过程减弱，从而导致痛觉感受阈降低而引起的。其临床表现可见：腰腿疼痛，痛无定处，忽左忽右，疼痛性质变化多样，或酸痛，或胀痛，或闷痛，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

或钻痛，或隐痛，或刺痛，心情稍缓其痛缓解，心情不佳疼痛加重，常伴有头痛头晕，四肢发麻，纳呆恶心，心烦失眠，多梦好哭，易于激动等。吴氏认为神经官能性腰腿痛多属肝气郁结，木失条达。故治宜疏肝和胃，选用逍遥散或温胆汤加减治之。③补气养血法治疗老年肌营养不良性腰腿痛。西医学认为老年人由于机体各部分的组织都处于衰老的状态，局部组织易于发生营养障碍，无法维持正常的生理功能，因此可产生腰腿痛。其临床症状有：两侧腰腿部广泛性疼痛，行走乏力，面色苍白，形寒肢冷，头昏目眩，口唇无华，舌质偏淡，边有齿痕，脉虚软。吴氏据中医学辨证认为：老年肌营养不良性腰腿痛，多属气血两亏，血不养筋。治宜补气养血法。处方选八珍汤或当归补血汤。④祛风化湿法治疗腰腿部软组织纤维组织炎症。西医学认为腰腿部软组织纤维组织炎，是一种纤维组织的非化脓性炎症，好发于腰大肌、斜方肌、胸锁乳突肌等处。故又名“肌肉风湿症”、“肌痛”、“肌筋膜痛症状群”。临床症状主要有：肌肉疼痛，轻则隐痛、钝痛，重则剧痛、刺痛。病变部位肌肉强直，活动受限。急性发作，少则数时数日，长则可以数周。局部常有一定范围的压痛，并可找到“敏感点”。经治可愈，但容易复发，同时可伴有身热不扬，畏寒怕风，舌苔薄白而腻，脉浮缓。吴氏据中医理论辨证认为：本病为外感风湿，客于肌腠的风湿痹证。治宜祛风化湿法。方用羌活胜湿汤或桂枝附子汤加减。吴氏之说，尚有“祛寒化湿法治疗腰椎间盘髓核突出症”、“温补肾阳法治疗腰椎管狭窄症”、“滋补肾阴法治疗腰椎肥大性关节炎”等，皆可引以为参。吴氏在论及腰痛的辨治经验时，总结认为：腰痛在急性发作期，应采用病邪（因）辨证法，治以祛邪为先；而在慢性缓解期，宜运用脏腑辨证法，治以扶正补肾为主。并且强调在腰痛辨治的整个过程中，两法不能截然分开，理应根据病情，做到有机结合，才能取得显著疗效。[72]

定时腰痛是临床上常见的一种特殊类型的腰痛证，因其休作有时，很有规律，遂引起诸多医家广泛关注。其辨治亦众家纷纭。顾丕荣认为五更腰痛（发于五更，晨起即失，故名）与厥阴肝经有关。其云：“寅卯之际，风木司令，肝气郁遏，当升不升，乘隙而横窜肾府，机关滞涩，发为五更腰痛。”曾治一胡姓妇女患腰痛多年，每于五更发作，酸楚难眠，晨起后腰痛即失，平时但觉俯仰欠利，自述病起于闪腰之后，舌质略黯，苔薄，脉沉细。顾氏认为此属瘀凝腰际，风邪乘虚内犯肝肾所为。又因腰为肾府，寅卯为风木司令，所以腰痛值时而作。法拟搜肝肾之邪，祛劳损之瘀。处以：独活 9g，桑寄生、威灵仙、鸡血藤、骨碎补各 15g，怀牛膝、当归、茯苓各 12g，细辛、防风、红花、鹿角粉、柴胡各 6g，炙甘草 3g。经治 7 帖而愈，3 个月后随访未复发。观其治，盖用独、防、辛、威以搜风通络；鹿、骨、桑、膝以温肾壮腰；归、鸡养血调经；茯、草泄浊和中；妙在用柴胡舒肝升阳以调达肝郁。故知五更腰痛有从肝肾论治者，可见经气流注之说，是有实践指导意义的。五更腰痛每以五更之后始作，尤以五更为甚，辗转床第，痛苦不堪，而晨起活动之后其痛缓解。方书迄今尚未载录。顾氏揣摩于此有年矣，以其发病特点将此命名为“五更腰痛”，并根据天人相应学说与经气流注学说，认为人体阴阳气血经络运行不息，营卫之气始于手太阴而终于足厥阴，昼夜各随值时，循接如环无端。子后阴尽阳生，五更气交丑寅，适当风木司令，乃肝胆阳气初生之际。若其人肾元衰惫，阴阳交亏，肝胆生气不足，阳气无由宣达，风邪乘隙内舍肝肾，以致当其经气交更之时，阴阳不相顺接，肾虚邪恋，故腰际痛楚。肝郁不伸，则五更特甚。顾氏又善用独活寄生汤加柴胡，演绎经旨，以

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

常达变，以补肾蠲痹中参入舒肝升阳之品，俾经气畅达，补中求通，于治五更腰痛之沉疴痼疾，药后应手而瘥。[73-75]

姜跃国通过辨证论治，分别采用“温补肾阳法”、“温经通阳法”、“补益肝肾法”、“舒筋活血法”以治“夜半后腰痛”，丰富了定时腰痛的辨治内容。①温补肾阳法：《素问·金匮真言论》有云：“夜半至鸡鸣，阴中之至阴”。姜氏据此认为“夜半阴气已极，阳气不足，阴阳失度，阴气稽滞阳脉之位，恋而不去，阴阳抗争，气血失和，故致腰痛。尤其是妇人肥胖之体者，阴湿之气更甚，若因肾阳不足，易患此疾”。其证可见：夜半后腰骶部酸痛，难以平卧，起床后活动痛减，腰膝酸软，神疲乏力，面色皖白，舌质淡，脉沉。姜氏认为此证即属肾阳不足，下元亏损，命门火衰。治宜温补肾阳，方用金匮肾气丸主之。②温经通阳法：按姜氏所论温经通阳法主要适用于体虚复加寒邪侵袭于脉络筋骨所致之夜半后腰痛。尤多用于妇人产后体虚，精血耗损，元气大亏，肝肾不足，久卧腰虚，气血失和，阴寒之邪乘虚而入，阻滞于腰部之夜半后腰痛。证见腰骶冷痛、麻木，夜半后痛甚，昼则减轻；或如常人，得暖痛减，腰部可无明显压痛，面色皖白，精神萎靡，舌质淡，苔薄白，脉沉细无力。姜氏认为此乃寒邪人侵，肾阳受损，治宜温经通阳，方选阳和汤。③补益肝肾法：若有的病人夜半后腰痛为甚，形体虚弱，潮热盗汗，头昏耳鸣，少寐健忘，腰膝酸软，兼见口干苦，小便黄，舌红少苔，脉细数，姜氏认为此证乃属中年以后肝肾不足，精血亏虚，所谓“年四十，而阴气自半也。”(《素问·阴阳应象大论》)。因肝肾不足，精血亏耗，津液暗伤，筋骨失养所致。治宜补益肝肾，方用知柏地黄丸主之。④舒筋活血法：若见夜半后腰痛，局部有压痛点，活动不利，神疲乏力，姜氏认为此证乃属肝气不充，筋失濡养，又遭外伤，筋脉恢复缓慢，瘀血阻滞，营卫不和使然，而且夜时气血运行缓慢，复因躺卧，腰部筋脉阻滞更甚所致。治宜舒筋活血，方用舒筋活血汤。姜氏将夜半后腰痛按辨证分型，并确定了相应的治疗原则。从上述4型中我们均可看出夜半后腰痛都有气、血、阴、阳不足因素的存在，而且每兼外邪，所谓虚中夹实之证。但临床辨治定时腰痛时，仍应细察病因病机。姜氏还强调夜半后腰痛证，除定时腰痛外，其它一般情况尚可，无特殊症状、体征，主要从其形态、舌质舌苔、脉象上进行辨证。其次从有无压痛点、喜暖与否、喜按与否等方面来判别证型，从而确定相应治疗原则和方法。[76]

宣庆广从临床实践中得知腰痛昼轻夜重。定时而发者或有为“淤热阻于胞中”所致者。曾治一周姓年青女子患腰痛每于午夜发作，虽熟睡亦常被痛醒，痛甚则坐卧不安，约2时许疼痛自止而复安，晨起慧如常人，周而复始，历时年余。经西医诊治而未愈，延至宣氏一诊依“怪病多瘀”，诊为瘀血腰痛昼轻夜重而投以活血化瘀、行气止痛之剂而未效。二诊以为午夜痛作，苔白，脉沉弦为阴盛阳微面投以乌头汤，藉以却阴回阳止痛，非但不效反而腰痛增甚。宣氏遂细究患者低热，口苦心烦，入夜昏昏入睡，梦语频频，月经不调，量减直至数滴，忽悟此证颇似《伤寒论》第150条所云：“妇人伤寒发热，经水适来，昼日明了，暮则谵语，如见鬼状”而联想到“瘀热阻于胞中使然”，遂以小柴胡汤加味(柴胡、半夏各10g，党参、桃仁各9g，大黄、黄芩各6g，川牛膝12g，甘草3g)，5剂而愈。[77]盖冲脉起自胞中，而与督脉相通。胞中瘀热，故可假道督脉，上行脊内，热窜腰脉而致腰痛。其定时而发者，或与经气流注，周而复始有关。用柴胡汤者，盖功在驱胞中之邪热，热去瘀散，气血流通，病源已消，腰痛得痊。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

周德禄以温肾助阳法治一苟姓中年妇女，患腰痛3余月，每日午夜后两点开始疼痛，痛时必以手按腰方得缓解，至次日天明方愈。曾服祛风除湿，活血通络之剂30余帖，并经针刺理疗均未见效。经查：舌淡苔白脉细迟，诊为少阴寒盛，肾阳亏虚。此病初发夜间两点，乃丑时；愈于天明，正值寅卯。《伤寒论》第291条有云："少阴病欲解时，从子至寅上"，此时阳进阴退，阳长阴消之除。阴阳交争则腰痛。又天明阳气转旺，故其痛自愈。遂治以扶少阴阳气。投以右归丸加巴戟天、续断：熟地黄28g，山药、枸杞子、鹿角胶各14g，山茱萸、当归、肉桂、熟附片各10g，菟丝子12g，盐炒杜仲、续断、巴戟天各15g。经服二剂，其病若失。[78]

又有邹宝生善用龙胆泻肝丸"清胆泻肝"以治定时腰痛者。其曰："按照子午流注学说，子时当属胆经当令，肝胆生理相表里，病理相牵连，治疗当相顾。肝胆之气受阻，不能正常输布，不通则痛。"曾治一郭姓妇女患夜半腰痛，自述无外伤、风湿、劳累史，无腰椎病变。腰痛每发于夜十一点至凌晨一点，它时则如常人，舌尖略红、苔薄腻，脉弦。邹氏据此认为，该病发于子时，斯时胆经当令，肝胆又相表里，肝主疏泄，胆主升清。当肝胆之气运行受阻，不通则痛。斯时一过，它经当令，则疼痛自行消失。投以龙胆泻肝丸清其肝胆之邪，升其生发之气。连服3日而愈。[79]

2.2.2 腰痛临床用药经验选粹与研究

近代以来，无数医家先哲在腰痛治疗过程中，积累了丰富的用药经验，其中大多对今之临证者仍有指导意义。故而掇集其精华于此，便使择善而从。

2.2.2.1 祛风散寒化湿类方药 祛风散寒化湿类方药常用于治疗外感诸邪所致之腰痛。常用药物有羌活、独活、麻黄、防风、细辛等。临床各家对此亦有独到之见解。林节藩业医数十载，临床经验丰富，尤对《金匮要略》之肾着汤颇有研究，经加减化裁通治各型腰痛，收效颇佳。①寒湿腰痛：肾着汤以治寒湿腰痛导源于《金匮要略》，是为该方之正治。林氏援之以治寒湿留著、血络痹阻之寒湿腰痛，常在原方的基础上酌加独活、细辛、防风、当归、赤芍、川芎等，治在温中散寒、燥湿健脾、活血通络。②湿热腰痛：林氏认为寒湿留著，阻碍气机，郁滞经络，变化多端。如寒湿郁久化热而致湿热腰痛者，则在原方的基础上加苍术、黄柏、海桐皮、忍冬藤以清热燥湿，通经活络。兼气滞血瘀者，加当归、赤芍、川芎、乳香以活血通络。若肾虚筋骨不健者，常配伍金毛狗脊、黑杜仲、补骨脂、续断以补肾壮腰。腰冷痛甚者，加桂枝、怀牛膝以温经通络。虚寒之体，可加熟附子，以温肾祛寒。[80]

2.2.2.2 补肾壮腰类方药 补肾壮腰类方药在腰痛的治疗上占有相当重要的地位，其常用者有杜仲、续断、桑寄生、牛膝、补骨脂、骨碎补、狗脊、鹿角胶、胡桃仁、菟丝子等。临床医家时有匠心独运之处。吴谱骆认为腰痛的病理机制是肾亏，故补肾是治疗腰痛的根本大法。其运用中医辨证论治规律，结合西医辨病论治特色，擅长用六味地黄丸类中成药治疗各型腰痛，兹乃撷其与中医内治法相关者列于下：①七味都气丸治疗神经官能性腰腿痛：吴氏认为神经官能性腰痛理应属于肝郁证。肝气郁结，久而生火，虚火上浮，横穿经络，扰乱气血而致疼痛。故其治宜疏肝解郁、滋阴降火。处方选用《医宗己任篇》之七味都气丸，并认为如与逍遥丸合用，取效更捷。如果其偏于肝肾阴虚之证，杞菊地黄丸也可选用。②八仙长寿丸治疗老年肌营养不良性腰腿痛：吴氏认为老年肌营养不良性腰

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

腿痛多属气血两亏，肺肾阴虚。故其治宜补气养血，补肾养肺。处方用《医级》之八仙长寿丸（麦味地黄丸），并认为如能与八珍丸合用，能提高其疗效。③归芍地黄丸治疗腰部软组织劳损：吴氏认为腰部软组织劳损性腰痛多属中医脾肾两亏。故其治宜脾肾同补，方选归芍地黄丸（六味地黄丸加当归、白芍）。吴氏尚济生肾气丸治疗腰椎间盘破裂髓核突出症。可引以为参。[81]

2.2.2.3 虫类通经活络方药 虫类药物善于走窜，入络搜风，且大都具有解痉止痛，活血通络，祛风除湿等作用，遂常用于腰痛的治疗。曹众毅善用地鳖虫一味治疗诸种腰痛，取效良验。①地鳖虫配地龙祛瘀通络。主要用于由于跌仆损伤或劳伤久病，腰腿气滞血瘀，脉络阻塞不通所致之瘀血腰痛证。曾以地鳖虫、地龙各 15g，研粉吞服，仅二剂即治愈一李姓男子，因腰部扭伤而患腰痛者。②地鳖虫配苍术祛瘀行湿，主治由于居处卑湿，或涉水冒雨，感受寒湿之邪，阻滞腰部经络，气血运行不畅所致之寒湿腰痛证。运用之时尚可配伍其它散寒利湿之品。③地鳖虫配黄柏活血通络，清热利湿，主用于感受湿热之邪，阻遏腰部经络所致之湿热腰痛证，同时配伍其它清利湿热之药。④地鳖虫配杜仲补肾壮腰，通经活络，主用于肾虚腰痛。曹氏认为：腰腿痛一症，往往虚实夹杂，或虚中夹实，或实用夹虚。如寒湿、湿热、瘀血等所致腰腿痛，日久不愈，“久病必虚”、“久病及肾”而致肾虚。又肾气一虚，推动无力，血行不畅，也可使瘀阻与肾虚并存。故用地鳖虫配杜仲以活血补肾。此外，临证之时，尚可配以狗脊、川断、怀牛膝、当归、桑寄生、骨碎补、鸡血藤等活血、补肾之品。曹氏运用地鳖虫一味于临床，取效良验，遂认为临床上一些腰腿痛，经辨证论治后效果不理想者与血行不畅有关，即使肾虚腰腿痛也是如此，但临床上使用一般活血药，却未收良效，似为药力不足。曹氏认为地鳖虫味咸性寒，有小毒，具有良好的破坚逐瘀，疗伤定痛的功效，且药力可直达腰府，用后常收良效。[82]

宋建华等擅长用鳖甲散治疗各种原因而引起的腰痛，疗效较好。其治湿热腰痛者用鳖甲散配黄柏（盐少炒，煎水分吞）；腰肌劳损者用鳖甲散配杜仲（盐水炒，煎水分吞）；肾阴虚腰痛者用鳖甲散一味（淡盐开水吞服）即验；寒湿腰痛者予鳖甲散配附片（盐水制，久煎，分吞）；损伤腰痛者予鳖甲散配川牛膝（盐水炒，煎水分吞）。宋氏等用鳖甲散以治腰痛者，盖取其味咸性平，入肝肾二经，且性善走窜，通经活络。其所治各型腰痛每予鳖甲 10～12g，焙焦研末，与所配之单味药煎水分吞，每日早晚各一次。或仅取鳖甲一味研末吞服，节约了药物，经济方便。另外，宋氏等以鳖甲治腰痛妙在善于用盐（所伍之药皆用盐水炒制，单味鳖甲者则用淡盐开水送服），盖取盐之味咸，借鳖甲直抵病所，再各随其致病之因，选用相应的药物以助药效，则腰痛可除也。[83]

胡明灿亦有感于鳖甲散之治腰痛，临床验证 12 例，均获佳效。其曾治一气虚血瘀腰痛，予鳖甲散 60g，炒焦研末，分成 6 包，每日早晚各 1 包，另以生黄芪 120g，川牛膝（盐水炒）60g（1 日量）煎汤与鳖甲散同服，三日而愈。故其谓：“窃以为鳖甲散药简效宏，确系良方。”[84]由胡氏之治，我们认识到成方固然可以治病，但临证之时，不可拘泥成方，仍须审证求因，辨证论治，“师其法而不泥其方”。胡氏治气虚血瘀腰痛仅于宋氏成方略加变通，运用之妙，斯可法矣。

张茂珍善用四虫汤（全蝎、地鳖虫、蜈蚣、地龙四味，原方来自武汉医学院主编的《外科学》）加味，取其解痉止痛，活血通络之作用，分型治疗腰痛，疗效显著。其治寒湿

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

腰痛者以四虫汤合独活寄生汤、防己黄芪汤；肾虚腰痛者以四虫汤配二仙汤，左归饮、六味地黄丸之属；重风腰痛者（为慢性伤病，内风外风同时并见，症由轻加重，或病起急骤，腰痛剧烈，上下窜扰，筋脉拘急，麻木不仁，活动障碍，甚则肢体挛缩，肌肉颤战而能动弹者），治以四虫汤加入羌活、独活、秦艽、防风、乌梢蛇、白花蛇、天麻等。[85]

2.2.2.4 中药麻醉止痛药 中药麻醉止痛药，是指具有使疼痛缓解或消失的中药。数千年来，先贤在长期的医疗实践中，积累了丰富的临床经验。而有关麻醉止痛药散载于各家本草著作中。常用者有川乌、草乌、细辛、附子、马钱子等等。据姚镇平等所称："疼痛（当然包括腰痛证）是临床各科常见而且比较突出的一个症状，因其病因病机、疼痛性质、部位及个体差异不同，辨证论治法各异。然而在临床上辨证治法确立之后，加用与不加用麻醉止痛药则效果迥然不同。"[86]近代以来，临床诸家在辨治腰痛时亦非常重视中药麻醉止痛药的应用，认为在辨证用药的基础上，适量加用止痛药，既可迅速解除疼痛症状，又可协助它药增强疗效。

奚鸿昌等认为川草乌是治疗急性腰痛的主要药物，并将急性腰痛症分成3型分而治之。其中损伤腰痛，气滞血瘀者，善用川草乌配伍香附、延胡、当归、桃仁、红花等理气行血之品，合奏活血温经、理气止痛之效。寒湿痹阻急性腰痛者，用川草乌配加麻黄、桂枝、独活、威灵仙等药，以增强温通除湿、散寒解痛之功。肾阳亏虚而夹寒湿者，用川草乌佐鹿角、狗脊、杜仲、肉苁蓉等药物，以温补肾阳，祛寒镇痛。另外，奚氏尚认为川草乌配伍细辛3g，可进一步提高镇痛效力，并且川草乌用量可限制在6g之内；川草乌加赤小豆15g，可有效地抑制川草乌辛热有毒之性，同时赤小豆本身的利水功用，对于急性腰痛中的软组织受伤水肿和神经管水肿等病理变化亦有一定的缓解作用。在分析其药理作用时，奚氏认为川草乌所含的主要生物碱——乌头碱的分解产物具有强烈的镇痛作用，对人体神经末梢有麻痹作用，对肌肉亦有一定的解痉效力，所以川草乌是止腰痛类中药中的主要药物。[87]

曾一林取以川乌、草乌、细辛、白芍、甘草为主药的乌附麻辛桂姜汤（尚有麻黄、桂枝、干姜、川牛膝，原方为戴云波治疗寒痹证的主要用方）为主方，经适当加减以治劳损性，风湿性或挫扭伤性腰腿痛，取得较好疗效。[88]

张明星取制川乌、制草乌各9g为主药，配以当归、牛膝各12g，红花，海马、广三七各8g，续断、杜仲、自然铜（醋制研末）各15g，拟为基本方，并取名"二乌汤"，以之加减治疗各型腰痛250例，取得总有效96.6%的良好疗效。张氏结合多年临床摸索，总结出"以治肾为主，兼驱邪滞"的原则，自拟二乌汤方，通过对包括气滞血瘀腰痛、寒湿腰痛、腰肌劳损、肾虚腰痛、督脉壅阻5型腰痛证的治疗，证实中药麻醉止痛药在腰痛病治疗中确有重要作用。[89]

党守邦等以川乌、草乌、何首乌三味组成"三乌胶"方，用以治疗肾阳不足，寒湿阻滞的寒湿腰痛证138例，取得80%以上的疗效。党氏遂评曰："方中草乌为至毒之品，大温之药，温脾逐风，开顽痰，通经络，利关节，劲猛力雄，寻蹊达经而直抵病所；川乌轻疏，温脾逐寒。二药配伍通行经络，力峻而行速，无所不至。然风邪多是乘虚而袭，经曰'邪之所凑，其气必虚'（《素问·评热病论》），故配何首乌养血益精，平补肝肾，补助正气，以助祛邪，又取其'治风先治血，血行风自灭'之理，全方聚祛风胜湿，温阳通络之圣

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

药，有攻补兼施之效，共奏益肝肾、壮筋骨、祛风寒之功"。[90]

陈玉峰根据腰痛一般疗程较长而不易短期内收效的特点，用生川草乌为主药配制成药酒方，治疗日久不愈的腰痛，显示出该方（生川乌 35g，生草乌 35g，生杜仲 35g，生五加皮 35g，忍冬藤 35g，当归 35g，生白芍 15g，海风藤 35g，乌梅 2 个，白酒 150ml，冰糖 100g，红糖 100g。先将前 9 味药水煎 2 小时，取药液加入冰糖、红糖，待溶化后再加入白酒即成。每日早晚各服 1 次，每次 10～20ml）收效快、疗效高，药费少的特点。[91]

综合言之，我们认为中药麻醉止痛药在腰痛的临床治疗中占有非常重要的地位，近代诸家的临床用药研究极大地发展了历代本草著作中有关该类中草的应用理论，拓展了我们临床思路，从而提高了腰痛临床治疗效果。例如传统认为川草乌性味辛苦温，有大毒，具有祛风湿，散寒止痛的功效，主用于寒湿痹痛和跌打损伤疼痛。但川草乌用于腰痛病的治疗除适用于寒湿腰痛证外，尚可通过加减，进一步拓展应用于气滞血瘀腰痛证、肾阳虚衰腰痛证、腰肌劳损腰痛、督脉壅阻腰痛等。如张明星之经验是也。尽管如此，我们认为川草乌等麻醉止痛药的应用终属治标权宜之法，旨在祛邪。故临证之时，仍勿忘辨证论治，正确掌握治标与治本、扶正与祛邪的先后主次。从而正确地施用麻醉止痛药，以便提高临床疗效。

川草乌等止痛药，大都具有祛风湿、散寒止痛之功，所治除内服外，尚可外用，或配制成酒剂等。如奚鸿昌有云：川草乌也是急性腰痛症外治疗法中的首选药物，由于外治法多为膏散直接敷贴于皮肤，因此需要药物力峻性猛，穿透力强，所以多用川草乌之生品，并辅以其它药物调剂成膏散、洗方、酒方等。认为以生川草乌为首的外治方剂和内服药有互补作用，内外兼治急性腰痛症，更增强了解痛效果，见效更快，从而可以缩短疾病的疗程。[87]

川草乌等麻醉止痛药皆性猛有毒，临床应用时应注意炮制、剂量和煎服法。但各家对此亦有不同看法。目前公认的看法是应用这些药物时剂量由小量开始，逐渐增加，其常用量分别是：附子 3～15g；川乌 3～9g；草乌 1.5～4.5g。但曾一林认为："笔者在用该方（加味乌附麻辛桂姜汤）时，其川乌、草乌剂量相等，剂量偏重，一般都各在 30g 以上，初用时可小些，但亦不要少于各 20g，否则疗效不佳。"又说："关于川草乌的煎熬问题，川草乌的毒性成份（同时亦是有效成分）是乌头碱，但在沸水中会很快水解为乌头次碱，进一步分解为乌头原碱。因此煎熬时应将水烧开后再入药；中途不能加冷水，煮至尝之不麻口为度。如发生中毒，可用大剂绿豆、甘草煎服，亦可服用蜂蜜，以生脉散调理善后。"曾氏所用之剂量大大高于常规用量，其次所论川草乌之属之不用久煎亦与传统观点正相反。[88]临床之时自当辨析。此盖临床各家临床经验不同，亦或与"因时、因地，因人制宜"之中医治则观有关。但为了安全起见，尤其对于缺乏临床经验的青年医生应当遵循常规剂量和服用方法。此外，关于麻醉止痛药的用药经验，目前公认的看法尚有"认为与甘草同煎可以缓和其毒性。服药后患者若有唇舌发麻、手足麻木、恶心、心慌、脉迟等中毒症状时，应酌情减轻剂量或立即停药，并及时采取解救措施。应用附子、乌头等药物时，尚须明识其配伍禁忌，即避免与半夏、瓜蒌、贝母、白及、白蔹等"相反"的药物同用。此为临床通用之常识。

2.2.2.5 芍药、甘草等柔筋止痛药 芍药与甘草在临床各科中常相伍为用，是为养

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

阴柔筋，酸甘化阴、缓急止痛之良方。芍药甘草汤作为成方首载于《伤寒论》，用治误服麻桂辛热之药，过汗伤阴之变证。临床医家每多用于腰痛的治疗，扩大了其应用范围。艾细珍等以芍药甘草加活血通络之品（白芍 30g，甘草 15g，当归 15g，丹参 15g，制乳没各 15g，地龙 10g，木香 10g）取其解痉止痛、活血化瘀通络作用，以治气血内阻、经络不通之急性腰扭伤腰痛。[92]谢辅弼以芍药为主药组方（白芍 90g，赤芍 30g，续断 15g，防己 15g，鸡血藤 30g，秦艽 15g）取其养血柔筋，通络止痛作用，以治血虚筋脉失濡之腰掣痛。[93]

芍药甘草汤总有酸甘化阴、补养阴血、舒筋止痛、泻木柔肝、通经活络、调和气血、缓中补虚、化瘀消积软坚等功效。现代中药药理研究证实：芍药主要有效成分是芍药甙，具有抗炎、镇痛、解痉等作用。甘草的主要成分是甘草甜素、甘草次酸、甘草糖苷及多种黄酮，具有肾上腺皮质样作用，罂粟碱样镇痛作用，非对抗性 β 受体样作用和镇痛作用。临床研究证实芍药甘草合用对于外伤腰痛气滞血瘀、筋脉拘急者有较好的化瘀镇痛解痉作用。对于肝阴不足，筋脉失养而致腰痛麻木、肌肉僵硬、关节屈伸不利者，是取芍药甘草之酸甘化阴、柔筋养肝之作用。

2.2.2.6 白术与腰痛病治疗 吕明惠善用白术一味以治腰痛。气滞腰痛者佐以益气活血壮腰之品；以治肾虚腰痛者，益以滋肾壮腰之味。而总以重用白术为治。[94]

另有黄贤麟用白术配杜仲治疗因腰肌纤维炎、脊柱韧带劳损及腰部扭伤所致之慢性腰痛 100 例，有效率达 94%。黄氏等认为本方取白术补脾化湿，益气生血，主治风寒湿痹；杜仲能补肝肾，为筋骨气血所需。二药合用主治腰膝酸痛，故适用于慢性腰痛因肾虚有湿或气血郁滞者。[95]

2.2.2.7 理气药之与腰痛病治疗 谢炳国善用生香附一味研粉吞服（每服 4g，每日 3 次）治疗腰痛。谢氏曰："生香附治腰痛，历代无此记载。个人通过临床验证对寒热虚实的腰痛均可使用，而实证优于虚证，寒证优于热证。"又云："亦可与辨证论治方合用，效果均理想。"[96-97]

其它理气药，如木香、乌药、柴胡等，只要使用得当，对腰痛病之治疗确有良效。但理气之品多为香燥之性，久用或过量应用容易耗气伤津，对气虚、阴虚患者尤需慎用。

2.2.2.8 引经药与腰痛的治疗 综观近代诸家所用治腰之方，大都喜用牛膝一味，以为引经之使。牛膝具有补肝肾，强筋骨之效，性善下行，故常用作治疗腰痛诸方之引经药，尤其多用于下半身腰痛连及膝关节酸痛者。其它如狗脊、续断、杜仲、桑寄生等也常见于治疗腰痛诸方，一是因为它们大多具有补肝肾，强腰脊的作用；二是因为它们大多归入少阴之经，可作引经之使，从而增强用药的针对性。

又因腰为肾之府，肾虚是腰痛之根本原因，而五味唯咸归肾，故而临床诸家治疗腰痛遣方用药时，常以盐制入伍，或以淡盐水为药引，实乃常法，不可不察焉。

2.2.2.9 药物剂量与腰痛病的治疗 吴允耀认为"腰为肾之府，隶属下焦"，腰痛病的治疗应遵循《素问·至真要大论》所云："补下治下治以急，急则气味厚"、"远而奇偶，制大其服也"的原则。清·吴瑭亦云："治下焦如权"，是故吴氏治疗腰痛常用重权法，取而灵验："如热者忍冬藤、络石藤各 30～60g；寒者乌头 15～30g（先煎），威灵仙、鸡血藤各 30g；湿者苍、白术各 15～30g；独活、木瓜各 15g；湿热者萆薢、土茯苓、薏苡仁

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

各30g；防己15g合三妙散；寒湿者虎骨、狗脊、海风藤各30g；气虚者黄芪30～60g；党参、白术各30g；阴血虚者生熟地各20～40g，当归、白芍各15g；肝肾虚者龟板、黑料豆各30g，桑椹、制首乌、杞子各20g；肾精虚者肉苁蓉30g；肾阳虚者鹿角霜、杜仲各30g、淫羊藿、巴戟天、补骨脂各15g；肾气虚者胡桃肉，覆盆子各30g、沙苑子15g，淮山药30～60g；血瘀者丹参、自然铜各30g，茜草、鹿衔草各15g。而桑寄生、川断各30g，虚实寒热皆可用。此外，丝瓜络清热通络行血，葛根解肌舒筋，秦艽祛风湿，黑芝麻润肠燥，炙地龙通经，牛膝养筋骨，夜交藤柔络，每用至20～30g，屡奏捷效。"[98]吴氏所论基本上概括了腰痛病治疗的用药规律，尤具特色的是吴氏遵循吴瑭"治下焦如权，非重不沉"的原则，用药量皆重，可谓临床之一大特色。临证之时可资参考。虽然如此，临用之时，仍需辨证施治，针对患者的具体病情和证候而定。如老年风湿外感之腰痛者，应取驱风散湿，轻而平淡之品，以期小发其汗，令外感之淫邪得以假微汗而解。若误取重权下沉之品，则必引邪内入，以致沉疴难挽。由此言之，治疗腰痛病之关键，应不拘药量之多少、轻重，实在认证之准确。

【古训今释】

1 病名溯源

"腰痛"系指腰部一侧或两侧或腰脊当中出现以疼痛为主要临床表现的一种疾病。据现有中医文献看，"腰痛"之名最早见于《黄帝内经》。如《素问·脉解》："少阴所谓腰痛者，少阴者，肾也，十月万物阳气皆伤，故腰痛也。"《灵枢·经脉》："肝足厥阴之脉，是动则为腰痛，不可以俯仰。"通过认真复习《黄帝内经》中各篇有关腰痛的论述，我们认为该书不但首倡腰痛之名，还对腰痛的病因病机、证候与治法都作了详细讨论。尤其是《素问·刺腰痛论》详尽地论述了足三阳经、足少阴经、足厥阴经、解脉、同阴之脉、阳维之脉、衡络之脉、会阴之脉、飞扬之脉、昌扬之脉、散脉、肉里之脉等经络之病所致腰痛的各种临床症状和相应的针刺疗法。总而言之，《黄帝内经》是腰痛论述的奠基性著作，《黄帝内经》中提出的有关腰痛致病因素的理论，尤其是肾虚在腰痛致病中的关键作用，一直为后世医家视为临证轨范。"腰者肾之府，转摇不能，肾将惫矣！"（《素问·脉要精微论》）此一语为历代医家视为至理名言，辗转传扬，影响数千年。所以研究腰痛史，必须从认真研究《黄帝内经》开始，若此方可得其肯綮。

然而，《黄帝内经》毕竟成书久远，只属中医学"草创"之时的奠基性著作，有关腰痛的论述尚不够严谨。表现在病名上，还只停留在以症状描述的水平，因而显得颇为混乱。如《黄帝内经》虽首提"腰痛"之名，除此之外，尚有"折腰"、"腰似折"、"转摇不能"、"腰脊强"、"腰不可俯仰"、"腰脊不可以俯仰屈伸"，"腰脊乃强"、"动摇不便"等等。我们认为这些描述，既是症状，有时也是病名，即使作为病名，我们认为也只是"症状性病名"，尚没有上升到高度概括的理论高度。更值得注意的是《黄帝内经》有些病名与"腰"毫不相关，其实也是描述或定义腰痛的。如《灵枢·经脉》："……项似拔，脊痛，腰似折，髀不可曲，腘如结，腨如裂，是为踝厥。"我们认为"踝厥"即是讨论腰痛或者腰部其它疾病的。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

除此之外，我们还须明确《黄帝内经》所提“腰痛”有些可视为一个独立的病证，近似于我们今天所定义的“腰痛”。而另外一些“腰痛”只是其它疾病所有证候群的一个兼夹“症状”，这种情况在《黄帝内经》中极为普遍。只要我们仔细认真复习研究一下该书，我们就会发现《黄帝内经》所讨论的许多种疾病都或兼有腰痛这一症状。如：《素问·症论》：“症之始发也，先起于毫毛，伸欠乃作，寒慄鼓颔，腰脊俱痛。”《素问·痿论》：“肾气热，则腰脊不举，骨枯而髓减，发为骨痿。”《素问·厥论》：“厥阴厥逆，挛，腰痛。”《灵枢·胀论》：“肾胀者，腹满引背，央央然腰髁痛，小肠胀者，少腹膜胀引腰而痛。”从上述引文中我们可以发现“症病”、“痿证”、“厥病”、“胀病”都或兼有腰痛这一共同症状。根据我们综合研究还发现仅《黄帝内经》中兼有腰痛症状的疾病还有：肾风、肾水、肾伤、肾咳、历节、疽名、疝病、肾劳、肝痹、阴痹、肾痹（骨痹）等等。根据上述分析，我们认为“腰痛”之名起源于《黄帝内经》。但该书中所论“腰痛”既有属病名性质的，亦有属于症状性质的。我们理应仔细研究“症状性腰痛”与“病名性腰痛”的区别与联系，真正从理论上把握“腰痛”之内涵。

若再进行深入细致地研究我们还会发现：即使是《黄帝内经》时代“疾病性腰痛”也往往仅是“腰部疾病的泛称”，与我们今日所定义的内科腰痛还不能等同，二者的关系是前者宽泛，后者具体，前者包括后者。现在看来腰痛非常之多，其中包括一些不在我们内科讨论之列的骨关节疾病、骨肿瘤、骨结核等等，而《黄帝内经》时代由于对疾病的认识水平有限，往往只是以“腰痛”作为病名统而代之。这是由于历史的局限所造成的。因此，我们应以历史的、发展的态度与方法去正确认识古代文献中所言“腰痛”的内涵，不断提高自己的理论水平。

自《黄帝内经》首倡“腰痛”之名以来，后世医家继承并极大地发展了《黄帝内经》的腰痛理论，并结合腰痛的病因、疼痛性质、疼痛部位或牵涉范围等而相应地给予特定的病名，相对而言，这些命名方式极大地丰富了腰痛病名的内涵，从而对当时及其后来的中医临床发挥了更大的指导作用。兹乃就历代中医文献所载，努力发掘腰痛之各种名称，以备之说。

1.1 病因命名法类

1.1.1 外感腰痛

“外感腰痛”是指外感风、寒、湿、热诸邪所致之腰痛。“外感腰痛”之名首见于明代秦昌遇《症因脉治·腰痛总论》：“秦子曰：《内经》论腰痛，诸条不一。其曰：太阳所至为腰痛，少阳腰痛如针刺，阳明腰痛不可顾。此数者乃论外感腰痛也。……今立外感三条（风湿腰痛、寒湿腰痛、湿热腰痛），以该六气。”由此可见秦氏将外感诸邪所致之腰痛定义为“外感腰痛”，该命名方法是对《三因极一病证方论》所言“风腰痛”、《证治要诀》所言“寒腰痛”、《济生方》所言“湿腰痛”的概括与总结。

1.1.2 内伤腰痛

“内伤腰痛”系指内伤肝、脾、肾，气血阴阳亏虚或痰、湿、水、瘀、食等有形病理产物阻滞所致之腰痛。“内伤腰痛”之名首见于明代秦昌遇《症因脉治·腰痛总论》：“……其曰：用力举重，入房过度，转摇不能，肾将惫矣。此论内伤腰痛也。……内伤五条（沥

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

血停蓄之症；怒气郁结之症；痰注作痛之症；真火不足，阳虚之症；阴虚火旺之症），以赅七情。”由此可见秦氏所言“内伤腰痛”实含《金匮要略》之“虚劳腰痛”、《丹溪心法》之“瘀血腰痛”、《医学入门》之“气滞腰痛”、《备急千金要方》之“肾虚腰痛”。是对前所言内伤腰痛的高度理论化。

1.1.3 风湿腰痛

“风湿腰痛”系指风湿乘袭，留滞经络所致之腰痛。该名首见于隋代巢元方《诸病源候论·腰背病诸候·风湿腰痛候》：“劳伤肾气，经络既虚，或因卧湿当风而风湿乘虚搏于肾经，与血气相击而腰痛，故云风湿腰痛。”

1.1.4 风寒腰痛、寒腰痛

“风寒腰痛”系指外感风寒之邪，腰脉闭阻不畅所致之腰痛。该名始自朝鲜·许浚《东医宝鉴·外形篇·腰》：“加味龙虎散，治风寒腰痛，筋骨拳挛。”

“寒腰痛”系指外感风寒之邪，或阳虚生寒所致之腰痛。“寒腰痛”之名始自宋代严用和《济生方·腰痛》：“大底腰痛之脉，脉皆沉弦。沉弦而紧者寒腰痛。”明代戴思恭《证治要诀·诸痛门·腰痛》亦云：“若寒腰痛，见热则减，见寒则增。”

1.1.5 肾实腰痛

“肾实腰痛”之名出清代刘默《证治百问·腰痛》，其所论肾实腰痛之因为：“实者，非肾家自实，是两腰经脉血络之中，为风寒湿热所侵，闪肭拈气所碍，及腰内空腔之中，为湿痰瘀血凝滞不通而生痛。”刘氏还讨论了肾实腰痛之现症与相应的“治肾实腰痛主方”。

1.1.6 肾虚腰痛、肾经腰痛、肾气腰痛

此三者皆指肾脏本虚，外府失荣所致之腰痛。

“肾虚腰痛”之名始自唐代孙思邈《备急千金要方·肾脏·腰痛》：“治肾虚腰痛方：牡丹皮二分，蓂蘼、桂心、白术各三分。”

“肾经腰痛”之名出自明代李中梓《医宗必读·腰痛》：“愚按《内经》言太阳腰痛者，外感六气也；言肾经腰痛者，内伤房欲也。”

“肾气腰痛”之名亦出于明代李中梓《医宗必读·腰痛》：“右风脉浮，痛无常处，牵引两足。……杜仲姜汁炒为末。每服一钱，酒送。治肾气腰痛。”

1.1.7 血瘀腰痛、瘀血腰痛、沥血腰痛、死血腰痛

此四者皆指瘀血阻滞，腰脉不通所致之腰痛。

“血瘀腰痛”之名首见于明代李梴《医学入门·杂病分类·湿类·腰痛》（卷四）：“闪挫跌扑坠堕，以致血瘀腰痛，日轻夜重，宜行血顺气。”

“瘀血腰痛”之称首见于清代尤怡《金匮翼·瘀血腰痛》：“瘀血腰痛者，闪挫及强力举重得之。盖腰者一身之要，屈伸俯仰，无不由之。若一有损伤，则血脉凝涩，经络壅滞，令人卒痛，不能转侧，其脉涩，日轻夜重者是也。”

“沥血腰痛”之名首见于明代戴思恭《证治要诀·诸痛门·腰痛》：“腰痛如锯刀所刺，大便黑，小便赤黄，或黑，由血滞腰间，名沥血腰痛。”

“死血腰痛”则首见清代程杏轩《医述·杂证汇参·腰腿痛》引朱震亨语：“死血腰痛，转动若锥刀之刺，大便色黑，日轻夜重，宜调营活络汤。”

1.1.8 伤损腰痛、闪挫腰痛、打坠腰痛、腎腰、折腰

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

五者皆指跌打损伤，筋肉受损，瘀血阻滞，腰脉不畅所致之腰痛。

“伤损腰痛”见于清代吴谦《医宗金鉴·正骨心法要旨·内治杂证法·腰痛》（卷九十）“伤损腰、脊痛之证，或因坠堕，或因打仆，瘀血留于太阳经中所致，宜地龙散治之。”

“闪挫腰痛”见于元代危亦林《世医得效方·大方脉杂医科·腰痛》：“神曲酒，治闪挫腰痛。”

“打坠腰痛”出自明代李中梓《医宗必读·腰痛》（卷八）：“乳香趁痛散治打坠腰痛，加全蝎更妙，脚气通用。”

“腎腰”实乃闪挫腰痛之古称。该名出隋代巢元方《诸病源候论·腰背病诸候·腎腰候》：“腎腰者，谓卒然伤损于腰而致痛也。此由损血搏于腰脊所为，久不已，令人气息乏少，面无颜色，损肾故也。”

“折腰”者谓腰痛如折之意。该名出《素问·脉要精微论》：“肾脉搏坚而长，其色黄而赤者，当病折腰。”

1.1.9 血虚腰痛

“血虚腰痛”系指血虚不荣，腰脉失濡而引起的腰痛。该名出自明代戴思恭《证治要诀·诸痛门·腰痛》：“妇人去血过多，及素患血虚致腰痛者，当益其血，宜四物汤加减。”

1.1.10 气腰痛、气滞腰痛

“气腰痛”与“气滞腰痛”均指情志不舒，气机阻滞所致之腰痛。后世皆归并于内伤腰痛范畴。此二名皆首见于朝鲜·许浚《东医宝鉴·外形篇·腰》：“腰痛有十。有肾虚、有痰饮、……有气，凡十种。”又云：“气腰痛。凡人失志则心血不旺，不养筋脉，气滞腰痛不能久立远行。”

1.1.11 风虚腰痛

“风虚腰痛”指肾虚而风冷侵袭，湿流腰脚所致之腰痛。如唐代孙思邈《备急千金要方·腰痛》：“腰背痛者，皆是肾气虚弱，卧冷湿当风所得也。不时速治，喜流入脚膝，或为偏枯冷痹，缓弱疼痛，行步无力，有腰痛挛急重痹。”但“风虚腰痛”之名则出自清代尤怡《金匮翼·风虚腰痛》：“风虚腰痛者，肾虚而风冷乘之也。其尺脉虚浮，而痛多抽掣，或拘急且痿，而上连脊背。”

1.1.12 湿热腰痛

“湿热腰痛”指感受时令湿热，或因饮食厚味，内蕴湿热所致之腰痛。该名出元代朱震亨《丹溪心法·腰痛》：“戴云：湿热腰痛者，遇天阴或久坐而发者是也。”

1.1.13 湿腰痛、寒湿腰痛、湿冷腰痛、腎着、腎着腰痛

五者皆指雨露水湿侵袭腰部所致之腰痛。

“湿腰痛”之名出宋代严用和《济生方·腰痛》：“大底腰痛之脉，脉皆沉弦。……，沉弦而濡细者湿腰痛。”元代朱震亨《丹溪心法·腰痛》亦云：“若湿腰痛，如坐水中。或为风湿雨露所著，湿流入肾经，以致腰痛。宜渗湿汤，不效宜肾着汤。”

“寒湿腰痛”之名首见于宋代窦材《扁鹊心书·窦材灸法》：“寒湿腰痛，灸肾俞穴五十壮。”

“湿冷腰痛”之称得于清代尤怡《金匮翼·湿冷腰痛》：“湿冷腰痛者，坐卧冷湿，久久

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

得之，《金匮》所谓‘肾着’是也。”

“肾着”之名出自汉·张机《金匮要略·五脏风寒积聚病脉证并治》：“肾着之病，其人身体重，腰中冷，如坐水中，形如水状，反不渴，小便自利，饮食如故，病属下焦，身劳汗出，衣里冷湿，久久得之。腰以下冷痛，腹重如带五千钱。甘姜苓术汤主之。”

“肾着腰痛”之名出自宋代王怀隐《太平圣惠方·治肾着腰痛诸方》（卷四十四）：“夫肾主腰脚，今肾经虚，则受于风冷，内有积水，风水相浸渍于肾气，肾气内着，不能宣通，故令腰痛。其状身冷腰重，如坐水中不温，小便自利，饮食如故，冬不变水，肾湿故也。”

1.1.14 风腰痛、伤风腰痛、风损腰痛

此三者皆指外被风邪，经络不通所致之腰痛。

“风腰痛”之名首见于宋代窦材《扁鹊心书·扁鹊灸法》：“腰俞二穴，在脊骨二十一椎下。治久患风腰痛，灸五十壮。”

“伤风腰痛”之称首出于清代林珮琴《类证治裁·腰脊腿足痛论治》：“其六气乘虚，侵犯太阳，如伤风腰痛，症必寒热，脉必浮，痛连背脊，牵引两足。”

“风损腰痛”之名首见于唐代蔺道人《仙授理伤续断秘方·理伤续断方·搜风丸》：“搜风丸，治风损腰痛头疼，治效与黑丸子同。”

1.1.15 食积腰痛

“食积腰痛”指因饮食停积不化，脉络阻滞不通所致之腰痛。该名始自清代尤怡《金匮翼·食积腰痛》：“食积腰痛者，食滞于脾而气传于肾也。”

1.1.16 湿痰腰痛、痰注腰痛

“湿痰腰痛”或“痰注腰痛”均指痰饮作祟，流注肾脉，阻滞经络而引起的腰痛。

“湿痰腰痛”之名出自元代朱震亨《丹溪心法·腰痛》：“人方，治湿痰腰痛，大便泄。”

“痰注腰痛”首见于明代秦昌遇《症因脉治·内伤腰痛》：“脾虚不运，水饮凝结，则为痰注腰痛。”

1.1.17 风热腰痛

“风热腰痛”指风热之邪侵袭肾经所致之腰痛。南宋陈言《三因极一病证方论·外因腰痛论》曰：“（腰痛）少阳、厥阴多中风热。”“风热腰痛”之名得之于元代危亦林《世医得效方·大方脉杂医科·腰痛》：“败毒散，治风热腰痛，加续断、天麻、薄荷、木瓜各等分。”

1.1.18 老人腰痛

“老人腰痛”指年老体衰、肝肾不足、筋脉失养所致之腰痛。名出明代李中梓《医宗必读·腰痛》：“摩腰膏，治老人腰痛，女人白带。”清代《临证指南医案·腰腿足痛》曰：“龚商年按曰：‘有老人腰痛者，他人但撮几味通用补肾药以治，先生独想及奇经之脉隶于肝肾，用血肉有情之品，鹿角、当归、苁蓉、薄桂、小茴以温养下焦。’”

1.1.19 气血不和腰痛

“气血不和腰痛”因于气血不和所致。名出宋代王怀隐《圣济总录·产后腰痛》（卷一百六十三）：“治产后虚冷，气血不和腰痛，人参汤方。”

1.1.20 外因腰痛

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

“外因腰痛”指外感六淫诸邪所致之腰痛。“外因腰痛”之名源自南宋陈言《三因极一病证方论·外因腰痛论》，并详云：“大抵太阳少阴多中寒，少阳厥阴多中风热，太阴阳明多燥湿，以类推之。”

1.1.21 内因腰痛

“内因腰痛”指失志伤肾，郁怒伤肝，忧思伤脾所致之腰痛。“内因腰痛”之名出自南宋陈言《三因极一病证方论·内因腰痛论》：“失志伤肾，郁怒伤肝，忧思伤脾，皆致腰痛者。以肝肾同系，脾胃表里，脾滞胃闭，最致腰痛。”

1.1.22 五种腰痛

“五种腰痛”系指肾脏虚冷、风寒着腰、役用伤肾、坠堕伤腰、寝卧湿地5种病因所致腰痛的总称。该名始自宋代王怀隐《太平圣惠方·治五种腰痛诸方》（卷四十四）：“凡腰痛有五。一曰少阴，少阴肾也，十月万物阳气皆衰，是以腰痛。二曰风痹，风寒着腰，是以痛。三曰肾虚，役用伤肾，是以痛。四曰腎腰腰痛，或堕伤腰，是以痛。五曰寝卧湿地，是以痛。故曰五种腰痛也。”

除此之外，古代文献中按病因命名法命名的腰痛证尚有：“太阳腰痛”、“阳明腰痛”、“少阳腰痛”、“太阴腰痛”、“少阴腰痛”、“厥阴腰痛”，此六者皆首见于《三因极一病证方论》。尚有“五积腰痛”（《证治汇补》）、“肾腰痛”（《许氏宝鉴》）、“督脉腰痛”（《太平圣惠方》）、“痰水腰痛”（《景岳全书》）之称。

1.2 发病久暂及病变程度命名法类

1.2.1 卒腰痛

“卒腰痛”指骤感外邪及闪挫外伤所致而突然发作之腰痛。“卒腰痛”之名得之晋代葛洪《肘后备急方·治卒患腰胁痛诸方》：“葛氏治卒腰痛诸方，不得俯仰方……”隋·巢元方《诸病源候论·腰背病诸候·卒腰痛候》在论述卒腰痛之病因时亦云：“夫劳伤之人，肾气虚损，而肾主腰脚，其经贯肾络脊，风邪乘虚卒人肾经，故卒然而患腰痛。”

1.2.2 久腰痛、积年腰痛

“久腰痛”、“积年腰痛”均指反复发作，经久不愈的腰痛。

“久腰痛”之名得之于隋代巢元方《诸病源候论·腰背病诸候·久腰痛候》：“夫腰痛，皆由伤肾气所为。肾虚受于风邪，风邪停积于肾经，与气血相击，久而不散，故久腰痛。”

“积年腰痛”出自唐·王焘《外台秘要·久腰痛方》：“小品疗腰痛及积年痛者方。”

1.3 腰痛性质命名法类

1.3.1 攻腰痛

“攻腰痛”出自宋代王怀隐《圣济总录·产后腰痛》（卷一百六十三）：“治产后气血凝滞，攻腰痛，熟干地黄散方。”

1.3.2 腰髋驰痛

“腰髋驰痛”出汉·张机《金匮要略·水气病脉证并治》：“若身重，汗出已辄轻者，久久必身瞤，瞤即胸中痛，又从腰以上必汗出，下无汗，腰髋驰痛……”

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.3.3 胀腰痛

“胀腰痛”系指腰部虚胀而痛的病状。该名始自《素问·刺要论》：“刺筋无伤骨，骨伤则内动肾，肾动则冬病胀腰痛。”

除此之外，按腰痛性质命名法命名的腰痛证尚有：“攻刺腰痛”(《吕氏经验方》)、“腰重痛”(《肘后备急方》)、“腰痛气刺”(《儒门事亲》)等。

1.4 特定时间腰痛命名法类

1.4.1 产后腰痛

“产后腰痛”多指因产时劳伤肾气，腰失所主，败血阻滞带脉，真气内虚，外邪乘之；或因于产后起居不慎，闪挫腰部，伤及肾经带脉所致之腰痛。名出隋代巢元方《诸病源候论·妇人产后病诸候·产后腰痛候》“肾主腰脚，而妇人以肾系胞，产则劳伤，肾气损伤，胞络虚而未平复，而风冷客之，冷气乘腰者，则令腰痛也。……，所以然者，胞系肾，肾主腰脊也。”

1.4.2 妊娠腰痛、胎前腰痛

“妊娠腰痛”或“胎前腰痛”均指妇人妊娠期间或因肾虚，腰脊失养；或因跌仆闪挫，损伤肾气；或因风冷所乘，或瘀血阻滞，经络不通所致之腰痛。

“妊娠腰痛”名出隋代巢元方《诸病源候论·妇人妊娠病诸候·妊娠腰痛候》：“肾主腰脚，因劳损伤动，其经虚，则风冷乘之，故腰痛。妇人肾以系胞，妊娠而腰痛。

明代赵献可称“妊娠腰痛”为“胎前腰痛”，详见《邯郸遗稿》。

除此之外，按此法命名的腰痛证尚有：“经行环腰痛”(《傅青主女科》)、“经来腰腹痛”(《竹林女科证治》)、“月经后腰痛”(《证治准绳》)。

2 病因病机学说

纵览群经、历代关于腰痛病因病机的论述颇为周详，细究之，大致可划分为4个发展阶段。

以《黄帝内经》为代表的散论阶段。腰痛之名起自《内经》，《内经》对腰痛的病因病机有大量的论述，内容丰富而翔实，诸如外邪、寒湿、内伤、肾虚、瘀血、时令等等，皆有论及。自《黄帝内经》以降，下逮汉晋之际，关于腰痛病因病机的议论虽多，但多为散论，未能定说。

隋唐之际的五因论阶段。隋代巢元方《诸病源候论》是我国首部病因病机证候学专著，是魏晋以来历代医家的经验总结。该书广泛而详细地记载了1739种病候。其中《腰背病诸候》在总结《黄帝内经》以来有关腰痛病因病机诸多论述的基础上而首次概括性地提出了腰痛的病因为5个方面。其云：“凡腰痛有五，一曰少阴，少阴肾也，十月万物阳气伤，是以痛；二曰风痹，风寒着腰，是以痛，三曰肾虚，役用伤肾，是以痛；四曰臀腰，坠堕伤腰，是以痛；五曰寝卧湿地，是以痛。”此5条可谓对腰痛病因病机的初次汇总。细究之，虽云五因，实则涉及外邪(“风寒着腰”、“寝卧湿地”)、内伤(少阴经病、“肾虚”、“役用伤肾”)、损伤(“臀腰”、“坠堕伤腰”)3种因素。其中“肾虚”可谓发病之本，其余各条则是直接的致病因素，且巢氏业已认识到“肾经虚损，风冷乘之”、“劳损

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

于肾，动伤经络，又为风冷所侵，血气击搏，故痛也。”此论可视为腰痛病机之总纲。后世医家，诸如唐代孙思邈(《备急千金要方·肾脏·腰痛》)、宋代《圣济总录》、金代朱震亨(《丹溪心法·腰痛》)、明代武之望(《济阴纲目·腰痛》)皆执五因之说。稍有不同的是金代朱震亨所论腰痛五因为“肾虚、瘀血、湿热、痰积、闪挫”(《丹溪心法·腰痛》)。

宋元之际的一因论阶段。中医论病，概执三因之说。腰痛亦不越于此。腰痛之三因说肇端于宋。南宋陈言著《三因极一病证方论》十八卷，系统阐述了中医“三因致病说”。关于腰痛之病因，其云：“夫腰痛，虽属肾虚，亦涉三因所致。在外则脏腑经络受邪，在内则忧思恐怒，以致房劳坠堕。”(《三因极一病证方论·腰痛叙论》)陈氏将此前腰痛复杂的病因分成内因、外因、不内外因3种，使腰痛病因的论述更加具体、全面。陈氏所论外因腰痛仍依据《素问·刺腰痛论》的六经分类法，并首次概括性地提出个人经验：“大抵太阳少阴多中寒，少阳厥阴多中风热，太阴阳明多中燥湿。”(《三因极一病证方论·外因腰痛论》)由此可见，陈氏言外感腰痛之病因为寒、风热、燥湿3种。后世医家，如明代徐彦纯《玉机微义·腰痛》、明代武之望《济阴纲目·腰痛》多从其说。内因方面，陈氏云：“失志伤肾，郁怒伤肝，忧思伤脾，皆致腰痛。”(《三因极一病证方论·内因腰痛论》)由此可见，陈氏注意到内伤情志与腰痛的关系，实已超出前代。所论失志伤肾、郁怒伤肝、忧思伤脾诸因极大地丰富了腰痛之病因学说，对后世临床具有指导意义。陈氏又将“作劳汗出，衣里冷湿”所致之肾着腰痛，“坠堕恶血流滞”所致之瘀腰痛及“房劳疲力，耗竭精气”所致之腰痛归属于不内外因腰痛。陈言腰痛三因说使腰痛病因的论述更加全面、具体，从而更加符合中医临床实际。三因分类的思想与方法，一直为后世医家所遵循。如宋代杨士瀛《仁斋直指方·腰·腰痛方论》和明代徐彦纯《玉机微义·腰痛》皆录其说。尤其是徐彦纯有言：“腰者肾之外候，一身所恃，以转移阖辟者也。盖诸皆贯于肾而络于腰脊，肾气一虚，凡冲风受湿伤冷，蓄热血沥，气滞水积，堕伤与夫失志作劳种种，腰疼叠见而层出矣。”由此可见，杨氏继承并发展了陈言腰痛三因学说，是对腰痛病因学说的又一次汇总。可贵之处还在于杨氏逐个列举了腰痛各病因与病机，同时介绍了相应症状以作为辨别要领，其义虽秉承三因，但已较为全面具体。尤其是杨氏更加重视肾虚在腰痛致病中的地位，强调肾虚为腰痛之本，认为其它诸般致病因素均是在肾虚的基础上才能为患。此观点在腰痛病因学说发展史上可谓承前启后，具有里程碑的作用，对明清之际腰痛病因详分内外与标本虚实的观点很有启发意义。

明清之际的二因论阶段。明代以降，临床医家对前代诸般腰痛之病因进行归类，其大要以标本、虚实、新久、外感与内伤为别，力求从更高层次认识腰痛之病因，把握腰痛之本质，以为临床治法提示指归。明代王肯堂《证治准绳·杂病·腰痛》云：“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。”清代程国彭《医学心悟·腰痛》秉承其说，也将腰痛之病因概括为标本两类。明代张介宾将腰痛依据所发病因分成虚实两类：“内伤禀赋者，皆不足；外感邪实者，多有余。”并言：“腰痛之虚证十居八九，但察其既无表邪，又无湿热，而或以年衰，或以劳苦，或以酒色所伤，或七情忧郁所致者，则悉属真阴虚证。”(《景岳全书·杂证谟·腰痛》)明代李梴《医学入门·腰痛》提出腰痛审证求因的方法，将腰痛之病因分成新久两类，并提出相应证治：“腰新痛，宜疏外邪、清湿热；久则补肾，兼理气血。”明代秦昌遇又将腰痛之病因分成外感与内伤

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

两类。将风湿、寒湿、湿热之邪所致之腰痛归并为外感腰痛。同时将沥血停瘀、怒气郁结、痰注、真火不足、阴虚火旺五种病因所致之腰痛归属于内伤腰痛。（参《症因脉治·腰痛总论》）。近人郑树珪《七松岩集·腰痛》对腰痛之虚实两类病因作了总结："痛有虚实之分，所谓虚者，是两肾之精神气血虚，凡言虚证者，皆两肾自病耳。所谓实者，非肾家自实，是两腰经络血脉之中，为风寒湿热之所侵，闪肭挫气之所碍，腰内空腔之中，为湿痰瘀血凝滞不通而为痛。"

综上所述，历代有关腰痛病因病机的论述不出外感与内伤两端。根据文献所载，外感诸因中尤以寒湿浸着为多，内伤诸因中痰浊、瘀血、滞气、气血亏损皆有所见，而尤以嗜欲过度，劳伤肾元为最。至于闪挫坠堕、伤损打折腰痛，历代有归属于不内外因者，但因其致伤之由，实有肾虚因素的存在，自明代之后亦将其归并于内伤腰痛，其中不乏为近现代骨伤科之常见。

3 治则与治法

3.1 治　　则

3.1.1 补肾治本

历代医家无不强调肾虚是腰痛的内在发病基础，若肾不虚，纵染外邪，亦鲜发腰痛。所以历代医家都重视补肾治本以治腰痛。明代李中梓《医宗必读·腰痛》云："故分别施治有寒湿，有风热，有挫闪，有瘀血，有滞气，有痰积，皆标也，肾虚其本也。"明代李用粹《证治汇补·腹胁门·腰痛》亦云："治惟补肾为先，而后随邪之所见以施治，标急则治标，本急则治本。"明代张介宾《景岳全书·杂证谟·腰痛》更明言："所以凡病腰痛者，多由真阴之不足，最宜培补肾气为主。"

3.1.2 新先异治，标本先后

明代李用粹《证治汇补·腹胁门·腰痛》云："标急则治标，本急则治本。初痛宜疏邪滞，理经隧，久痛宜补真元，养血气。"这种分清标本先后缓急的治疗原则，对后世临床很有指导意义。明代李中梓《医宗必读·腰痛》亦云："……皆标也，肾虚其本也。标急则从标，本重则从本。标本不失，病无遁状矣。"明代李梴《医学入门·腰痛》云："腰新痛，宜疏外邪，清湿热；久则补肾，兼理气血。"清代沈金鳌《杂病源流犀烛·腰脐病源流》也云："腰痛，精气虚而邪容病也。……肾虚其本也，风寒、湿热、痰饮、气滞、血瘀、闪挫其标也，或从其标，或从其本，贵无失其宜而已。"

3.1.3 虚实异治

清代郑树珪《七松岩集·腰痛》云："然痛有虚实之分，所谓虚者，是两肾之精神气血虚也，凡言虚证，皆两肾自病耳。所谓实者，非肾家自实，是两腰经络血脉之中，为风寒湿之所浸，闪肭挫气之所碍，腰内空腔之中，为湿痰瘀血凝滞不通而为病，当依脉证辨悉而分治之。"据此可知腰痛补泻之宜，补固以肾为舍，肾病多虚，务须滋补为功。泻实之要，则须针对风、寒、湿、热、痰、瘀、食积、滞气之不同，贵在宣通，以去其凝滞，若此则腰痛可已。明代张介宾则依据外感腰痛"暴而痛甚"，内伤腰痛"积而渐至"的不同特点，将腰痛分成"多有余"和"皆不足"两类，然后"故治者当辨其所因。"（《景岳全

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

书·杂证谟·腰痛》)实亦虚实异治之例。

3.2 治 法

3.2.1 内治法

有关腰痛治法的论述，自《黄帝内经》至近代医家所著，内容极其丰富而繁杂，但总不出中医“审证求因”与“辨证论治”的范围。即各家都是针对腰痛的病因而采取相应的治法。

早在《黄帝内经》中已详述了腰痛的针刺治疗，但无方药治疗。《金匮要略》关于腰痛的治法有温肾、补肾、散寒、利湿等等。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》又补充了发汗法以治太阳伤寒表实所致之腰痛。可见汉代张机在方药治疗上对《黄帝内经》作了补遗。《诸病源候论》、《备急千金要方》则介绍了腰痛的正骨手法和腰臀痛导引法。《外台秘要》、《养生方》注重腰痛的护理，以保证腰痛治法的疗效。《三因极一病证方论》针对腰痛外因、内因、不内外因分别提出相应治法：“从外因汗下施治”，“从内因调理施治”，“从不内外因补泻施治”。除此之外，陈言尚提出多种中药酒剂以治疗腰痛。金代朱震亨将腰痛分五因论治，并出多种有效方剂。有些用药经验至今仍为临床医家所奉行，如“久患腰痛，必官桂以开之，方止股痛。”(《丹溪治法心要·腰痛》)。朱氏还首先提出以“摩腰膏”外用以治寒湿腰痛和老人虚人腰痛(《丹溪治法心要·腰痛》)如朱氏言：“诸痛，勿用参补气，气不通则愈痛，凡诸痛多属火，不可峻用寒凉药，以温散之可也。”(《丹溪治法心要·腰痛》)他在《金匮钩玄·腰痛》中亦有类似论述：“凡诸痛皆属火，寒凉药不可峻用，必用温散之药。诸痛不可用人参，盖人参补气，气旺不通而痛愈甚矣。”明代虞抟《医学正传·腰痛》基本上依从朱震亨所论，亦认为“诸腰痛不可用补气药，亦不宜峻用寒凉药。”关于具体治法虞氏则详细指出：“虚者补之”、“风者散之”、“挫闪者行之”、“瘀血者逐之”、“湿痰流注者消导之”。又云“瘀血宜行血顺气”、“湿宜燥湿行气”、“痰宜南星、半夏加快气药佐之，使痰随气运。”虞氏所论基本上涵盖了腰痛病因论治的各个方面，是对前代腰痛治法的初次汇总。明代龚廷贤在《寿世保元·腰痛》中提出“一论元气虚弱，腰痛白浊，以补中益气汤”。该论依据实践中否认朱震亨“诸痛不可用人参”的论点。明代方隅也力排朱氏所论，认为当从临床实际出发，“在治者临证之时，为详审之”，并谈到“设若肾伤而不治，气虚而不补，久之精竭水枯，腰脚沉重，而成骨痿者也。”具体谈到用药时又云：“或有气虚而腰疼者，加参芪。”、“房劳者，加人参、故纸”等等（引文俱从《医林绳墨·腰痛》）。明代张介宾认为不可执朱氏“腰痛不可补气”、“不可峻用寒凉”的论点，其云：“丹溪云诸腰痛不可用参补气，补气则疼愈甚；亦不可峻用寒凉，得寒则闭遏而痛甚。此言皆未当也。盖凡劳伤虚损而阳气不足者，多有气虚之证，何为参不可用？又如火聚下焦，痛极而不可忍者，速宜清火，何为寒凉不可用？但虚中夹实，不宜用参者有之；虽有火而热不甚，不宜过用寒凉亦有之，若谓概不可用，岂其然乎？”(《景岳全书·杂证谟·腰痛》)张氏所论当是客观公允的。清代著名医家叶桂在总结前人经验的基础上提出“脉络不宣”、“络虚则痛”、“脏阴奇经交伤”的见解。认为腰痛治疗宜从通经活络着手，诚为别开生面。《临证指南医案》中多次提及“络”的问题：“久痛必入于络，络中气血，虚实寒热，稍有留邪，皆能致痛。”又云“痛为脉络中气血不和，医当分经别络。肝肾下病，必

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

留连及奇经八脉，不知此旨，宜乎无功。”关于本病的治法，《临证指南医案·腰腿足痛》中有详细论述：“夫内因治法，肾脏之阳有亏则益火之本以消阴翳，肾脏之阴内夺则壮水之源以制阳光。外因治法，寒湿伤阳者，用苦辛温以通阳泄浊；湿郁生热者，用苦辛以胜湿通气。不内外因治法，劳役伤肾者，以先后天同治；坠堕损伤者，辨伤之轻重与瘀之有无，或通或补。”又云：“内伤则不外肝脾肾三者之虚，或补中，或填下，或养肝，随病以致治。”尤其是叶氏强调络病在腰痛发病中的作用，其治亦多从络入手，由是提出“宣络之法”、“血络润补”、“若撮其要大旨则补泻寒温，惟用辛润宣通，不用酸寒敛涩以留邪。”由此可见，叶氏对腰痛的辨证论治，灵活多变，丝丝入扣，“审证必如燃犀烛怪，用药尤贵以芥投针，精细明辨，效如桴鼓。”通过复习历代腰痛之治法，我们总结出古代腰痛之治法有如下诸般种种：温阳补肾法、滋补肾阴法、利湿法、活血祛瘀法、祛风法、祛风散寒法、泻下法、理气法、导痰法、清热利湿法、疏风清热法、益气养血法、益气活血法、消食导滞法等等。

3.2.2 外治法

3.2.2.1 针刺疗法 针刺疗法用于腰痛有着悠久历史，因其方便简单，疗效确切，因而受到历代医家广泛重视。有关针刺疗法用于腰痛治疗的记载大量见著历代之中医文献。相当一部分精辟实用有效之论至今仍为临床医家所采纳。如元代《丹溪治法心要·腰痛》：“腰痛不能立者，针人中穴。”明代徐彦纯《玉机微义·腰痛门·论腰痛宜刺》：“然太阳腰痛刺委中出血效速。”明代虞抟《医学正传·腰痛·方法》：“腰曲不能伸者，针委中立愈。”尤其《素问·刺腰痛论》详细论述了足三阳经、足厥阴、足少阴经、解脉、同阴之脉、阳维之脉、衡络之脉、会阴之脉、反扬之脉、昌扬之脉、散脉、肉里之脉等经络之病所致腰痛的各种临床表现与相应的针刺疗法。明·杨继洲《针灸大成》总结了前代腰痛针刺疗法的经验，在《胸背胁门》与《手足腰腋门》中对各种腰痛证的针刺疗法作了汇总。兹就历代文献所载，将古代腰痛针刺疗法作如下介绍。

(1) 补益肾气法：用于肾气虚弱腰痛证。穴取肾俞、命门、关元、太溪。针刺补法。并可配用灸法。

(2) 补血益气法：用于气血两虚腰痛证。穴取脾俞、胃俞、足三里、三阴交。针刺补法。并可配用灸法。

(3) 疏风解表法：用于外感风、寒、热诸邪所致之外感腰痛。穴取风池、合谷、列缺。针刺泻法。

(4) 理气豁痰法：用于痰湿腰痛证。穴取天突、膻中、合谷、丰隆。针刺泻法。

(5) 活血化瘀法：用于血瘀腰痛证。穴取曲泽、委中、十二井穴、膈俞。针刺泻法，并可配用刺络拔罐法。

(6) 补益肾阴法：用于肾阴虚腰痛证。穴取关元、尺泽、肾俞。针刺补法。

(7) 温经通络法：用于阳虚寒凝之腰痛证。穴取阿是穴，或依据疼痛部位循经取穴。或用灸法，或用留针法，或用温针灸。

(8) 疏肝行滞法：用于肝郁气滞腰痛证。穴取期门、太冲、三阴交。针刺泻法。

3.2.2.2 灸法 灸法亦为腰痛常用外治法，其取穴原则与针刺疗法相当，且常配合运用。历代文献关于腰痛灸法治疗亦有大量记载。如宋·窦材《扁鹊心书·扁鹊灸法》：“腰

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

俞二穴，在脊骨二十一椎下。治疗久患风腰痛，灸五十壮。”又《窦材灸法》：“中年以上之人，腰腿关节作痛，乃肾气虚惫也。风邪所乘之证。灸关元三百壮。”又云：“寒湿腰痛”，灸腰俞穴五十壮。”灸法用于腰痛的治疗主要适用于风寒湿腰痛及肾虚腰痛，施治部位主要在患腰局部取穴或阿是穴。

3.2.2.3 熨腰法 熨腰法具有温经通络，祛寒除湿的作用，可用于寒湿或肾虚腰痛。所以该法也常为古代医家所用。最为著名的当推元·朱震亨之“摩腰膏”。其云：“寒湿作痛，摩腰膏治之。”又云：“摩腰膏治老人虚人腰痛。”(《丹溪治法心要·腰痛》)朱氏所云摩腰膏及其熨腰法为：附子尖、乌头尖、天南星各二钱半，雄黄、樟脑、丁香、干姜、吴茱萸各一钱半，朱砂一钱，麝香五粒。上药共为末，炼蜜为丸，龙眼大，每用一丸，姜汁化开如厚粥状，火上熬热，置掌中，摩腰上，候药尽粘腰上，烘棉衣包缚定，觉腰热如火，日换一次。明代李梴《医学入门》也载此法，唯摩腰膏方中缺吴茱萸。

清代李用粹《证治汇补·腹胁门·腰痛》介绍了另一种熨法：肉桂一两，吴茱萸三两，生姜四两，葱头一两，花椒二两。上药共炒热，以绢帕包裹熨痛处，冷则再炒，熨后以摩腰膏涂之，再以阿魏膏贴痛处。

金代张从正《儒门事亲·治腰脚疼痛》介绍了一种“治腰脚疼痛方”及其熨腰法：天麻、细辛、半夏各二两，用绢袋两个，各盛药三两，煮熟。交互熨痛处，汗出则愈。

3.2.2.4 导引法 练功导引是我国古代劳动人民在与自身疾病作斗争的长期过程中产生和发展起来的。练功导引在我国起源甚早。

到了汉代，练功导引开始被用作疾病的治疗。长沙马王堆汉墓出土的《导引图》就较详细地描述了当时练功导引的状况。根据图中的姿势分析，我们可以推断它是用来防治肩背腰腿部痹痛或其它一些疾病的。汉代名医华佗所创建的“五禽之戏”就进一步说明练功导引在防病治病中的应用，据《三国志·魏书·方技传》载：“是以古之仙者，为导引之事，熊颈鸱顾，引挽腰体、动诸关节，以求难老。”既然该法能“引挽腰体，动诸关节”，所以可以推测该法对腰痛的防治具有一定作用。隋唐时代的医学专著如《诸病源候论》、《备急千金要方》和《仙授理伤续断秘方》更是记载了直接用来治疗腰腿痛导引方法。尤其是隋代巢元方的《诸病源候论·腰背病诸候·腰痛候》详细描述了治疗腰痛的“养生方导引法”，且分类详细，方法多样，姿势各异。据统计该书中用以治疗腰痛的姿势就有站、坐、蹲、抱、踞诸多之式。

唐代孙思邈《备急千金要方·肾脏·腰痛》也记载了“腰肾痛导引法”：“正东坐，收手抱心，一人于前据蹑其两膝，一人后捧其头，徐牵令偃卧，头到地，三起三卧，止便瘥。”这种导引方法在我们今天看可以锻炼骶脊肌、腰腹诸肌，对腰痛患者的功能恢复是有帮助的。后世宋元之际的《圣济总录》、《世医得效方》继承了孙思邈的腰部练功法。明清时期的医著如高濂的《遵生八笺》、龚居中的《红炉点雪》、曹元白的《保生秘要》、沈金鳌的《杂病源流犀烛》、陈士铎的《石室秘录》、王祖元的《内功图书》都记载有针对腰痛的练功导引法。

3.2.2.5 取嚏法 考诸文献，原来腰痛之治尚有取嚏之一法。金代张从正《儒门事亲·腰痛气刺》：“夫一切男子妇人，或因咳嗽一声，或因悲哭啼泣，抬舁重物，以致腰痛气刺，不能转侧及不能出气者，可用不卧散嚏之，汗出痛止。”张氏所谓“不卧散”组方

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

为：川芎一两半，石膏七钱半，藜芦半两，甘草二钱半。上药共为细末，口噙水，鼻内各嗅之。少时，吃白汤半碗，汗出解之。

4 方剂用药归类

历代临床医家在长期的医疗实践中积累了丰富的用药经验，总结出许许多多行之有效的治疗腰痛的方剂。我们广泛搜集古代文献所载，并加以系统整理，努力将历代之宝贵用药经验与有效之方剂展现于此，以冀中医学珍贵的文化遗产涣发出崭新的时代精神，使今日临床广大医务工作者从中受益，更好地服务于今日临床。

4.1 用药经验撮英

明代虞抟在认真总结前代用药经验的基础上，将腰痛治疗用药汇总如下："若夫腰痛之证，原其所由，未必不因房室过度、负重劳伤之所致也，经曰邪之所凑，其气必虚是也。治法，虚者补之，杜仲、黄柏、肉桂、当归、五味、菟丝子、天门冬、熟地黄之类。风者散之，麻黄、防风、羌活、独活之类。寒者温之，肉桂、附子、干姜之类。挫闪者行之，当归、苏木、乳香、没药、桃仁、红花之类。瘀血者逐之，大黄、牵牛、桃仁、水蛭、虻虫之类。湿痰流注者消导之，苍术、抚芎、香附、白芷、枳实、橘红、半夏、茯苓之类。宜各类推而治之，不可执一论也。"（《医学正传·腰痛》）

明代方隅亦禀承肾虚为腰痛之本，认为"大抵腰痛之症，因劳损而肾虚者甚多。"其治"宜滋阴固肾为主剂，用四物汤，加杜仲、牛膝、枸杞子、续断、五味等类。"在此基础再予审因论治，辨证用药："愚按腰痛之症，用药不出乎前方，大率肾家之病，必以四物为主。如疼痛者肾之虚，可加牛膝、枸杞。气不能俯仰，可加续断、杜仲。若大肾败者，加石斛、萆薢。瘀血者，加桃仁、红花。重痛者，加苍术、厚朴。内寒者，加肉桂、干姜。湿热者，加黄芩、黄连。闪肭者，加无名异、猴姜。湿痰者，加陈皮、半夏。外感者，加紫苏、麻黄。或有气虚而腰疼者，加参、芪。血虚而腰疼者，加牛膝、地黄。髓虚而腰疼者，加虎骨、五味。精竭而腰疼者，加苁蓉、地黄。肾劳而腰疼者，加胡桃、故纸。气郁而腰疼者，加香附、茴香。又有风湿者，加防风、防己。寒湿者，加苍术、干姜。气实者，加青皮、乌药。骨弱者，加龟甲、地黄。房劳者，加人参、故纸。劳力加补中益气等汤。此对症加减之法。"（本段引文俱自《医学绳墨·腰痛》）

清初医家李用粹在其《证治汇补·腰痛章·用药》中，将腰痛之用药方法作了精辟汇总："主以归芎汤（当归、川芎），加桑寄生、杜仲、续断等。肾虚，加生熟地、枸杞、牛膝。虚火，加黄柏、知母。瘀血，加桃仁、红花。痰涎，加苍术、半夏。跌损，加猴姜、玄胡索。气滞，加香附、枳壳。风寒，加威灵仙、羌活。风湿，加五加皮、海桐皮。湿热，加苍术、黄柏。风，加独活，防风。寒，加干姜、肉桂。湿，加萆薢、防己。凡腰痛久不愈，古方多用肉桂者，取其性达下焦，辛温开导也。又虚腰痛多用磁石者，取其引肺金之气下达肾中，可使大气周流也。"

有关历代腰痛治疗用药经验的论述尚有许多，在此不一一例述。我们要历史地、辨证地，客观灵活地去认识古人的用药经验，做到既重视它们而又不致被束缚，做到继承与发扬的高度统一。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4.2. 方剂归类

4.2.1 补肾助阳剂

(1) 八味肾气丸：汉代张机《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》："虚劳腰痛，少腹拘急，小便不利者，八味肾气丸主之。"

干地黄八两 山药 山茱萸各四两 泽泻 牡丹皮 茯苓各三两 桂枝 附子（炮）各一两。

上八味末之，炼蜜和丸梧子大，酒下十五丸，加至二十五丸，日再服。（方源：《金匮要略》）

(2) 安肾丸：南宋陈言《三因极一病证方论·腰痛治法》："安肾丸，治肾虚腰痛，阳事不举，膝骨痛，耳鸣、口干，面色黧黑，耳轮焦枯。"

补骨脂（炒） 胡芦巴（炒） 茴香（炒） 川楝（炒） 续断（炒）各三两 桃仁（麸炒，去皮尖，别研） 杏仁（如上法） 山药（炒，切） 茯苓各二两。

上为末，蜜丸如梧子大，盐汤五十丸，空心服。（方源：《三因极一病证方论》）

(3) 立安丸：南宋陈言《三因极一病证方论·腰痛治法》："立安丸，治五种腰痛，常服补肾，强腰脚，治脚气。"

破故纸（生） 续断 木瓜干 牛膝（酒浸） 杜仲（去皮剉，姜制，炒丝断）各一两，革薤一两。

上为末，蜜丸如梧子大，每服五十丸，盐汤盐酒任下。

(4) 青娥丸：宋代杨士瀛《仁斋直指方·腰·腰痛治法》："青娥丸，治肾虚腰痛，乌须壮脚，用安胎饮吞神效。"明·徐春甫《古今医统大全·腰痛门·药方·治肾虚腰痛诸补剂》："青娥丸，治肾虚腰痛，或风寒乘之，血气相搏为痛。"

杜仲（姜炒）一斤 破故纸（炒）八两 胡桃肉二十两

上为末，蒜四两为膏，和丸，如梧桐子大。每服三十丸，空心温酒送下。一法酒糊丸不用蒜。（方源：《太平惠民和剂局方》）

(5) 煨肾丸：明代徐春甫《古今医统大全·腰痛门·药方·治肾虚腰痛诸补剂》："煨肾丸，治肾虚腰痛。"

杜仲（姜汁炒） 花椒（炒出汗） 食盐少许

上为末，以猪腰子一只薄批作五七片，以椒盐淹去腥水，掺杜仲末三钱在内，以荷叶包，外加湿纸二三层，煨熟食之。（方源：《太平惠民和剂局方》）

(6) 补髓丹：南宋·陈言《三因极一病证方论·腰·腰痛证治》："补髓丹，升降水火，补益心肾，强筋壮骨，治肾虚腰痛。"

杜仲（去粗皮，炒黑色） 补骨脂（用芝麻五两同炒，候芝麻黑色、无声为度，筛去芝麻）各十两 鹿茸（燎去毛，酒炙）二两 没药（另研）一两。

上为细末，和匀，再用胡桃肉三十个，汤浸去皮，杵为膏，入面少许，酒煮糊为丸，梧桐子大，焙干，每服一百粒，空腹米饮、温酒或盐汤送下。日再服。（方源：《百一选方》）

(7) 二至丸：明·徐春甫《古今医统大全·腰痛门·药方·肾虚腰痛诸补剂》："二至丸，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治老人虚弱，肾气虚损，腰痛不可屈伸。”清·张璐《张氏医通·诸痛门·腰痛》亦云：“老人肾虚腰痛连膝者，二至丸。”

附子（炮，去皮脐） 桂心 杜仲（制） 补骨脂（炒）各一两 鹿角霜 鹿角（镑） 鹿茸（酒炙） 青盐（另研）各半两。

上研为末，酒煮糊丸，梧桐子大。每服七十丸，空心用胡桃肉细嚼，盐汤或盐酒送下。如恶热药者，去附子加肉苁蓉。（方源：《重订严氏济生方》）

(8) 补虚利腰汤：明·陈士铎《辨证录·腰痛门》：“人有动则腰痛，自觉其中空虚无着者，乃肾虚腰痛也。夫肾分水火，未可以虚字一言了之。经谓诸痛皆属于火，独肾虚腰痛非火也，惟其无火所以痛耳。治法似宜单补肾中之火，然而火非水不生，若徒补火而不补水，所谓无阴不能生阳，而痛不可遽止，必须于水中补火，水火既济，肾气足而痛自除，此即贞下起元之意也。方用补虚利腰汤。”

熟地一两 杜仲五钱 破故纸一钱 白术五钱

上方水煎服。日再服。（方源：《辨证录》）

(9) 虎骨散：明·张璐《张氏医通·诸痛门·腰痛》：“若腰胯连脚膝晓夜疼痛者，肾虚风毒乘之也，用虎骨散加补骨脂。”

虎胫骨（酥炙） 桂心 龟板（酥炙） 当归（微炒） 川芎 牛膝 羌活各一两 蕲蘅二两。

上为细末，每服二钱，食前温酒调下。（方源：《太平圣惠方》）

4.2.2 滋阴益肾剂

(1) 无比薯蓣丸：即无比山药丸。功在健脾益胃，培元滋肾。治虚劳损伤，肌体消瘦，腰痛腰酸，目黯耳鸣，饮食无味等。

山药二两 杜仲(炒) 菟丝子各三两 五味子六两 肉苁蓉（酒浸）四两 茯神（一方作茯苓） 巴戟天 牛膝 山茱萸 干地黄 泽泻 赤石脂各一两

上为末，炼蜜为丸，梧桐子大，每服二十至三十丸，食前酒送下，日再服。（方源：《备急千金要方》）

(2) 补阴丸：滋阴降火，强壮筋骨。用以治疗阴虚有热，腰痛腰酸，筋骨痿软无力。

黄柏（盐、酒炒）半斤 知母（酒浸炒） 熟地黄各三两 龟板（酒浸炙）四两 白芍药（炒） 陈皮 牛膝各二两 锁阳 当归各一两半 虎骨（酒浸、酥炙）一两 （冬季加干姜半两）

上为末，酒煮羊肉和丸，梧桐子大，每服五十丸，盐汤送下，日再服。（方源：《丹溪心法》）

(3) 知柏天地煎：滋阴补肾。以治肾水不足，阴虚火旺所致腰痛痿软，腿膝无力。

天门冬六两 怀生地六两 知母二两 黄柏二两

上方水煎服。如热甚便秘，加玄武胶（龟板胶）；胃寒加生姜；气滞加砂仁、沉香；腰痛甚者，加独活、杜仲。（方源：《症因脉治》）

(4) 知柏地黄丸：即滋阴八味丸。原名六味地黄丸加知母黄柏方。功能滋阴降火。以治肾阴亏虚，阴虚火旺，腰脊疼痛，骨蒸潮热盗汗等症。

山药 山茱萸各四两 牡丹皮 茯苓 泽泻 黄柏（盐水炒） 知母（盐水炒）各三

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

两 熟地黄八两

上为末，炼蜜为丸，梧桐子大，每服百丸，空腹或午前白开水或淡盐水送下。（方源：《医方考》）

4.2.3 活血祛瘀剂

（1）地龙散：宋代杨士瀛《仁斋直指方·腰·腰痛证治》："地龙散，治腰脊痛。或打仆损伤从高堕下，恶血留在太阳经中，令人腰脊或胫腨臂腰中痛不可忍。"清代吴谦《医宗金鉴·正骨心法要旨·内治杂证法·腰痛》："伤损腰痛、脊痛之证，或因坠堕，或因打扑，瘀血留在太阳经所致，宜地龙散治之。"

当归尾一分 肉桂 地龙各四分 麻黄五分 苏木六分 独活 黄柏 甘草各一钱 羌活二钱 桃仁六个

上为粗末，每服五钱，水煎，食远服。（方源：《兰室秘藏》）

（2）破血散瘀汤：清代胡廷光《伤科汇纂·腰痛》："又《真指》云：'血沥则腰痛，转侧如锥刀之刺，瘀血宜破血散瘀汤。"

羌活 防风 肉桂各一钱 苏木一钱半 连翘 当归尾 柴胡各二钱 水蛭（炒）三钱 麝香少许

后二味研末，前七味水、酒煎，去渣，待药汁稍温，调入水蛭、麝香末，空腹服。（方源：《兰室秘藏》）

（3）乳香趁痛散：宋代杨士瀛《仁斋直指方·腰·腰痛证治》："乳香趁痛散，治打坠腰痛。"

虎胫骨（酒炙黄） 败龟（酒炙）各二两 麒麟竭 赤芍药 当归 没药 自然铜（煅醋淬细研） 防风 白附子（炮） 辣桂（去粗） 白芷 苍耳子（微炒） 骨碎补（炒去毛）各三两 牛膝 大麻 槟榔 五加皮 羌活各一两。

上为末，每服一钱，温酒调下，加全蝎妙。（方源：《仁斋直指方》）

（4）茴香酒：宋代杨士瀛《仁斋直指方·腰·腰痛证治》："茴香酒，治打坠凝瘀腰疼通用。"

破故纸（炒香） 茴香（炒） 辣桂等分。

上为末，每服二钱，热酒调，食前进。（方源：《仁斋直指方》）

（5）复元通气散：清代尤怡《金匮翼·瘀血腰痛》："《和剂》复元通气散，治闪挫腰痛。"

舶上茴香（炒） 穿山甲（蛤粉炒）各二两 延胡索（醋炒） 白牵牛（炒） 甘草（炙） 陈皮（去白）各一两 南木香一两半

上为末。每服一钱，热酒调下，食前。（方源：《太平惠民和剂局方》）

（6）复元活血汤：明代张璐《张氏医通·腰痛》："闪挫痛者，跌仆损伤，肝脉搏坚而长，两尺实，忽然不可俯仰，复元通气散。不效，必有恶血，复元活血汤。"

柴胡半两 天花粉 当归各三钱 红花 甘草 穿山甲（炮）各二钱 大黄（酒浸）一两 桃仁（酒浸，去皮尖）五十个

上为粗末，每服一两，水、酒煎去滓，食前服，以利为度。（方源：《医学发明》）

（7）泽兰汤：清·程国彭《医学心悟·腰痛》："若因闪挫跌仆，瘀积于内，转侧如刀锥

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

之刺，大便黑色，脉涩，或芤者，瘀血也，泽兰汤主之。”

泽兰　当归各五钱　红花一钱　丹皮三钱　青木香一钱五　桃仁（去皮尖，研）十粒　赤芍一钱五

水煎，热酒冲服。如大便不通，加大黄二至三钱，酒炒。（方源：《疡医大全》）

（8）如神汤：明代徐春甫《古今医统大全·腰痛门·药方·行气破血攻下诸剂》：“如神汤，治闪挫腰痛，甚者不过三服即平。”

当归　肉桂　延胡索　杜仲各等分

上为细末，每服二钱，食前热酒调下，或咀酒煎。（方源：《医学纲目》）

（9）熟大黄汤：南宋·陈言《三因极一病证方论·腰痛治法》：“熟大黄汤，治坠堕闪肭，腰痛不能屈伸。”

大黄（切如豆大）　生姜（切）各半两

右同炒令焦黄，以水一大盏，浸一宿，五更，去渣顿服。（方源：《三因极一病证方论》）

（10）羌活桃仁汤：明代徐春甫《古今医统大全·腰痛门》：“羌活桃仁汤，治坠堕闪挫，气血凝滞攻滞腰痛，神效。”

羌活　桃仁　红花　牛膝（酒洗）　玄胡索　大黄（酒拌）各等分

上咀，每服五钱，水二盏、葱一根，煎七分食前服。（方源：《观聚方要补》）

（11）调荣活络饮：明代秦昌遇《症因脉治·内伤腰痛》：“内伤腰痛之治：调荣活络饮。”

当归尾　桃仁　红花　赤芍药　独活　牛膝　秦艽　桂枝　大黄

水煎服。治内伤腰痛，瘀血停滞，痛定一处，日轻夜重，不能转侧，尺脉芤涩。若有寒者，去大黄；有热者，去桂枝。（方源：《症因脉治》）

又《证治准绳》调荣活络饮方：

大黄　当归　川牛膝（酒洗）　杏桃仁各二钱　赤芍药　红花　羌活　生地黄（酒洗）各一钱　川芎一钱半　桂枝三分

水煎服。治失力闪腰，或跌仆瘀血，及大便不通而腰痛。

（12）调荣活络散：明代李用粹《证治汇补·腰痛章·选方》：“调荣活络散，治瘀血腰痛，通经络。”

大黄　当归梢　牛膝　杏仁各二钱　赤芍　红花　羌活　桃仁各一钱　川芎　桂枝各三分　香附一钱半

水煎服。（方源：《证治汇补》）

（13）四物桃仁汤：明代秦昌遇《症因脉治·内伤腰痛》：“瘀血腰痛之治；瘀血停滞者，……四物桃仁汤。

当归尾　赤芍药　川芎　怀生地　桃仁　独活　香附

水煎服。治内伤瘀血腰痛，痛定一处，日轻夜重，不能转侧，尺脉芤涩者。有寒者加桂枝，有热者加大黄。（方源：《症因脉治》）

（14）红花桃仁汤：明代秦昌遇《症因脉治·内伤腰痛》：“瘀血腰痛之治：瘀血停滞者，……红花桃仁汤”。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

红花 桃仁 赤芍药 当归尾 秦艽 独活

水煎服。主治同上方。(方源:《症因脉治》)

(15) 经验羌活桃仁汤:宋代杨士瀛《仁斋直指方·腰·腰痛证治》:"经验羌活桃仁汤,治坠堕挫闪,气血凝滞,攻刺腰痛,神效。"

桃仁(去皮尖) 红花 牛膝(酒洗) 延胡索 破故纸(炒) 杜仲(炒) 川归尾 (酒洗) 羌活 官桂 苍术(泔浸炒)各等分 茴香 乳香少许

上㕮咀,用水一钟、酒半钟,煎至八分,食前温服。(方源:《仁斋直指方》)

(16) 舒筋散:宋代陈自明《妇人良方·妇人腰痛方论》:"舒筋散,治风寒伤肾膂作痛,或闪挫气滞,血瘀亦良。"元代危亦林《世医得效方·大方脉杂医科·腰痛》:"舒筋散,治血滞腰痛,亦治闪挫。"

延胡索(炒) 杜仲(姜汁炒) 官桂(去皮) 羌活 芍药各等分。

上药为末,每服二钱,酒调。(方源:《妇人大全良方》)

又《世医得效方》"舒筋散"组方:

玄胡索 当归 官桂各一分

上为末。每服二钱,温酒调下,食前服。或加牛膝、桃仁、川续断亦效。

4.2.4 理气之剂

(1) 小七香丸:明代徐春甫《古今医统大全·腰痛门·药方·行气破血攻下诸剂》:"小七香丸,治七情内伤,伤损挫闪,一切气滞腰痛。"

甘松(炒)八十两 益智仁(炒)六十两 香附(炒) 丁香皮 甘草(炒)各一百二十两 莪术(煨) 砂仁各二十两

上为末,水浸蒸饼为丸,绿豆大,每服二十丸,温酒或姜汤或热水送下。(方源:《太平惠民和剂局方》)

(2) 调肝散:明代张璐《张氏医通·诸痛门·腰痛》:"腰痛如以带束引痛,此属带脉为病,用辛味横行而散带脉之结,甘味舒缓带脉之急,调肝散。"

半夏(制)三分 肉桂 木瓜 当归 川芎 牛膝 细辛各二分 石菖蒲 酸枣仁(炒) 甘草(炙)各一分

上为粗末,每服三钱。加生姜五片、大枣二枚,水煎服。治郁怒伤肝,发为腰痛。(方源:《仁斋直指方》)

(3) 柴胡疏肝散:明代张璐《张氏医通·诸痛门·腰痛》:"肝气不条达,睡至黎明,觉则腰痛,频欲转侧,晓起则止,宜柴胡疏肝散"。

陈皮(醋炒) 柴胡各二钱 川芎 枳壳(麸炒) 芍药 香附各一钱半 甘草(炙)五分

上药水煎服。治肝郁气滞腰痛,痛无定处,走窜胀痛。(方源:《景岳全书》)

(4) 柴胡清肝饮:明代秦昌遇《症因脉治·内伤腰痛》:"内伤腰痛之治:……。怒气郁结者,柴胡清肝饮加木香、独活。"

柴胡 青皮 山栀 川芎 钩藤 香附 木通 枳壳 木香 独活 乌药

水煎服。治肝郁气滞腰痛,对气滞日久郁而化热者尤为适宜。热甚者酌加黄柏、龙胆草。(方源:《症因脉治》)

小众网站大众健康:http://qianjinpianfang.com

(5) 杜仲木香散：明代徐春甫《古今医统大全·腰痛门·药方·行气破血攻下诸剂》："杜仲木香散，治腰痛，行气血，立愈。"

杜仲（炒去丝） 木香各四两 官桂一两

上为细末，每服二钱，空心温酒调下。活血化气，治气滞腰痛。（方源：《奇效良方》）

(6) 橘核丸：清代程国彭《医学心悟·腰痛》："走注刺痛，忽聚忽散，脉弦急者，气滞也，橘核丸主之。"

橘核（炒） 海藻 昆布 海带 川楝子（炒） 桃仁（麸炒）各一两 厚朴（姜汁炒） 木通 枳实（麸炒） 延胡索（炒） 桂心 木香各半两

上为细末，酒糊为丸，梧桐子大，每服七十丸，空腹盐酒或盐汤送下。功在行气止痛，治气滞腰痛。（方源：《济生方》）

(7) 八味顺气散：明代张璐《张氏医通·诸痛门·腰痛》："气滞而痛，脉沉弦或结伏，初起乌药顺气散，不应，八味顺气散。"

白术（炒） 白茯苓（去皮） 青皮（去皮） 白芷 陈皮 乌药 人参各一两 甘草（炙）五钱

上为粗末，每服三钱。水煎服。治气滞腰痛。（方源：《医方类聚》）

(8) 人参顺气散：明代李中梓《医宗必读·腰痛》："人参顺气散，治气滞腰痛。"

白术 白芷 陈皮 桔梗 枳壳 人参 甘草 川芎 麻黄（去节） 乌药 白姜各一钱

上药水煎服。（方源：《仁斋直指方》引《良方》）

4.2.5 祛痰之剂

(1) 导痰汤：明代张璐《张氏医通·诸痛门·腰痛》："痰注而痛，脉滑或沉伏，动作便有痰，或一块作痛，导痰汤加香附、乌药、枳壳，脉实者加大黄。"

半夏（汤泡七次）四两 天南星（炮、去皮） 橘红 枳实（麸炒） 赤茯苓（去皮）各一两 甘草（炙）半两

上药共为粗末，每服四钱，加生姜十片，水煎，去滓，食后温服。（方源：《重订严氏济生方》）

(2) 二陈汤：清代程国彭《医学心悟·腰痛》："腰间肿，按濡软不痛，脉滑者，痰也。二陈汤加白术、苁蓉、白芥子、竹沥、姜汁主之。"

半夏（汤洗七次） 橘红各五两 茯苓三两 甘草（炙）一两半

上药为粗末，每服四钱，加生姜七片，乌梅一个，水煎，不拘时服。（方源：《太平惠民和剂局方》）

(3) 南星二陈汤：明代秦昌遇《症因脉治·内伤腰痛》："内伤腰痛之治：……痰涎停注者，南星二陈汤加海石、香附。"

胆星 制半夏 白茯苓 橘红 甘草 海石 香附

虚寒者，加姜、桂；内热者，加栀、柏；大便结硬，加枳壳、玄明粉。（方源：《症因脉治》）

4.2.6 补益气血剂

(1) 加味大造丸：清代傅山《傅青主女科·腰痛》："加味大造丸，治产后日久，气血

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

两虚，腰痛肾弱。”

人参一两　当归一两　麦冬八分　石斛八分　柴胡（酒蒸）六钱　生地二两　胡连五钱　山药一两　枸杞一两　黄柏七分

先将麦冬、地黄捣烂，后入诸药同捣为丸，加蒸紫河车另捣，焙干为末，炼蜜丸。（方源：《傅青主女科》）

（2）四物羌活汤：明代秦昌遇《症因脉治·内伤腰痛》：“内伤腰痛之治：……血虚，四物羌活汤。”

当归　白芍药　川芎　生地　秦艽　独活

上药水煎服，血虚气滞者酌加沉香、砂仁。（方源：《症因脉治》）

4.2.7 祛风散寒剂

（1）搜风丸：唐代蔺道人《仙授理伤续断秘方·理伤续断方》：“搜风丸，治风损腰痛头疼。”

何首乌　南星　骨碎补　川乌各半斤　土牛膝　芍药各五两（一云二两）　细辛三两　当归十两　白鲜皮（原方无剂量）

上为末，醋糊为丸，如梧子大。每服三十丸，温酒盐汤不拘时吞下。（方源：《仙授理伤续断秘方》）

（2）小续命汤：南宋陈言《三因极一病证方论·腰痛治法》：“小续命汤，治风腰痛，最妙。”明代张璐《张氏医通·诸痛门·腰痛》：“风腰痛者，脉浮。或左或右，痛无定处，牵引两足，小续命汤加减。”清代林珮琴《类证治裁·腰脊腿足痛论治》：“其六气乘虚，侵犯太阳，如伤风腰痛，症必寒热，脉必浮，痛连背脊，牵引两足，小续命汤加减。”

麻黄（去节）　防己　人参　黄芩　桂心　甘草（炙）　白芍药　川芎各一两　杏仁一两　附子（炮，去皮脐）一枚　防风半两　生姜五两。

上为粗末，先以水煮麻黄，去上沫，再入诸药同煮，分三次服。（方源：《备急千金要方》）

（3）五积散：明代张璐《张氏医通·诸痛门·腰痛》：“兼风寒者，五积散热服微汗之。”明代徐春甫《古今医统大全·腰痛门·药方·腰痛风寒诸剂》：“小续命汤、五积散，并治感寒风湿腰痛。”

苍术　桔梗各二十两　枳壳　陈皮各六两　芍药　白芷　川芎　当归　甘草　肉桂　茯苓　半夏（汤泡）各三两　厚朴　干姜各四两　麻黄（去根节）六两

上药除枳壳、肉桂两件，余细锉，用慢火炒，令色变摊冷，入枳壳、桂令匀，每服三钱。水一盏，姜三片，煎至半盏热服。（方源：《仙授理伤续断秘方》）

（4）养荣壮肾汤：清代傅山·《傅青主女科·腰痛》：“养荣壮肾汤，治产后感风寒，腰痛不可转。”

当归二钱　防风四分　独活　桂心　杜仲　续断　桑寄生各八分　生姜三片

水煎服。两帖后痛未止，属肾虚，加熟地三钱。（方源：《傅青主女科》）

（5）加味龙虎散：朝鲜许浚《东医宝鉴·外形篇·腰》：“加味龙虎散，治风寒腰痛，筋骨挛挛。”

苍术一两　全蝎五钱　草乌（炮）　附子（炮）各二钱　天麻三钱

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

上为末，每一钱，空心豆淋酒调下。(方源：《东医宝鉴》)

4.2.8 祛寒化湿剂

(1) 渗湿汤：明代张璐《张氏医通·诸痛门·腰痛》："湿痛者，如坐水中，属肾水，久坐水湿，或著雨露，以致腰下冷痛，脉必弦缓，小便自利，饮食如故，天阴头必重、体必沉重，渗湿汤。"

苍术　白术　甘草（炙）各一两　茯苓　炮姜各二两　橘红　丁香各一分

上为粗末，每服四钱，加生姜三片、大枣一枚，水煎食前服。(方源：《太平惠民和剂局方》)

(2) 术附汤：清代张璐《张氏医通·诸痛门·腰痛》："虚寒甚而夹湿者，术附汤。"明代徐春甫《古今医统大全·腰痛门·药方·腰痛风寒诸剂》："术附汤，治寒湿腰痛重冷，小便自利。"

附子　白术各一两　杜仲（炒）半两。

上药咬咀，每服四钱，入姜煎。(方源：《重订严氏济生方》)

(3) 牵牛丸：清代尤怡《金匮翼·腰痛》："牵牛丸，治冷湿流注，腰疼不可屈伸。"

黑牵牛子（炒）三两　延胡索　补骨脂(炒)各二两

上药为细末，煨大蒜研膏为丸，梧桐子大，每服三十丸，食前葱须、盐煎汤送下。(方源：《杨氏家藏方》)

(4) 子和禹功散：清代尤怡《金匮翼·腰痛》："子和禹功散，治水气流注腰痛。"

黑牵牛子（头末）四两　炒茴香一两（或加木香）

上药为细末，每服一至二钱，临卧姜汁调下。(方源：《儒门事亲》)

(5) 川芎肉桂汤：明代徐春甫《古今医统大全·腰痛门·药方·腰痛风寒诸剂》："川芎肉桂汤，治冬月露卧感寒湿腰痛，兼行瘀血。"

羌活一钱半　柴胡　肉桂　桃仁　当归尾　苍术　甘草（炙）　川芎各八分　独活　神曲（炒）各五分　防风　防己（酒制）各三分

水煎服。治寒湿腰痛。(方源：《兰室秘藏》)

(6) 麻黄苍术汤：明代徐春甫《古今医统大全·腰痛门·药方·腰痛风寒诸剂》："麻黄苍术汤，治寒湿所客身体沉重，腰痛面色痿黄。"

麻黄八钱　苍术五钱　黄芪一钱五分　草豆蔻六分　柴胡　羌活各五分　生甘草　当归梢　防风各四分　炙甘草　黄芩各三分　五味子九个

上为粗末，分作二服，水煎，临卧服。(方源：《兰室秘藏》)

明代秦昌遇《症因脉治·外感腰痛·寒湿》记载之"寒湿腰痛剂"尚有：羌活败毒散、独活苍术汤、柴胡苍术汤、四逆汤、苍术白芷汤、五苓散。

4.2.9 清热利湿剂

(1) 独活汤：明代徐春甫《古今医统大全·腰痛门·药方·腰痛湿热诸剂》："独活汤，治因劳役，湿热自甚，腰痛如折，沉重如山。"

炙甘草一钱　羌活　防风　独活　大黄（煨）　泽泻　肉桂各三钱　当归梢　连翘各五钱　酒汉防己　酒黄柏各一两　桃仁三十个

上药咬咀，每服五钱，酒半盏，水一大盏半，煎至一盏，去粗，热服。治因劳役，腰

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

痛如折，沉重如山。(方源：《兰室秘藏》)

(2) 苍术汤：明代徐春甫《古今医统大全·腰痛门·腰痛湿热诸剂》："苍术汤，治湿热腰腿疼痛。"

苍术三钱　柴胡二钱　黄柏　防风各一钱

上药作一剂，水煎空心服。主治湿热腰痛。(方源：《兰室秘藏》)

(3) 当归拈痛汤：明代徐春甫《古今医统大全·腰痛门·药方·腰痛湿热诸剂》："当归拈痛汤，治湿热为病肢节烦疼，腰背沉重，胸膈不利，及遍身疼痛，下注于足胫，肿痛不可忍。"

当归身　羌活　甘草（炙）　黄芩（酒洗）　茵陈（酒洗）各半两　人参　升麻　苦参（酒洗）　茯苓　泽泻　猪苓　白术各三钱

上药咬咀，每服一两，水二盏煎一盏，空心温服。治湿热腰痛。"(方源：《医学启源》)

(4) 苍白二陈汤：清代程国彭《医学心悟·腰痛》："若腰重疼痛，腰间发热，痿软无力，脉弦数者，湿热者，恐成痿症。前方（苍白二陈汤）加黄柏主之。"

苍术　白术　半夏　茯苓　陈皮各八分　甘草四分

上方水煎服。湿热重者加黄柏。(方源：《证治汇补》)

除此之外，明代秦昌遇《症因脉治·外感腰痛·湿热》中所载治疗腰痛的清热利湿剂尚有羌独冲和汤、独活二妙丸、柴独苍术汤、柴胡芍药汤、正葛二妙丸、防独神术汤。

4.2.10　祛风除湿剂

(1) 独活寄生汤：南宋·陈言《三因极一病证方论·腰痛治法》："大腰痛，皆由肾气虚弱，卧冷湿地当风所得，不时速治，喜流入脚膝，为偏枯，冷痹，缓弱，疼重，或腰痛挛，脚重痹，宜急服此（独活寄生汤）。"

独活三两　桑寄生　杜仲（制炒断丝）　细辛（去苗）　牛膝（酒浸）　秦艽（去土）　茯苓　白芍药　桂心（不见火）　芎藭　防风（去芦）　甘草（炙）　人参　熟地黄　当归各二两

水煎服。本方祛风寒，补肝肾，强筋骨。对于风湿外感兼有肝肾亏虚者疗效更著。(方源：《备急千金要方》)

(2) 独活汤：宋代杨士瀛《仁斋直指方·腰·腰痛证治》："独活汤，治因劳役得腰痛，沉重如水似折。"

羌活　独活　防风　肉桂　大黄（煨）　泽泻三钱　桃仁五十个　当归　连翘半两　甘草二钱　防己　酒连一两。

水煎服。治风湿腰痛。(方源：《兰室秘藏》)

(3) 轻腰汤：明代陈士铎《辨证录·腰痛门》："人有腰重如带三千文，不能俯仰者，夫腰痛不同此病，因房劳力役又感风湿而成伤肾之症，治须补肾矣。然有补肾而腰愈痛者，其故何也？盖腰脐之气未通，风湿入于肾而不得出故也。法宜先利腰脐之气，以祛风利湿，而后大补其肾中之水火，则腰轻而可以俯仰矣。方用轻腰汤。"

白术　薏苡仁各一两　茯苓五两　防己五分

水煎服。治风湿腰痛，俯仰不利。(方源：《辨证录》)

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

除此之外，明代秦昌遇《症因脉治·外感腰痛·风湿》所载祛风除湿剂尚有羌活败毒散、独活秦艽汤、柴胡独活汤、芍药柴胡汤、白芷独活汤、苍独肾着汤。

4.2.11 麻醉止痛剂

定痛丸：唐代蔺道人《仙授理伤续断秘方·理伤续断方》："定痛丸，治腰痛不可忍。不问男子妇人室女老幼，并皆治之。"

威灵仙（去土）半两　金铃子（炒去核）一两　川乌（炮）一两　八角茴香一两

上药共为末，酒煮面糊为丸。如梧子大，每服五十丸。盐汤酒随上下服之。（方源：《仙授理伤续断秘方》）

4.2.12 疏散风热剂

（1）甘豆汤：明代李中梓《医宗必读·腰痛》："甘豆汤，治风热腰痛，二便不通。"

黑豆二合　甘草二钱

上方水煎服。（方源：《奇效良方》）

（2）败毒散：元代危亦林《世医得效方·大方脉杂医科·腰痛》："败毒散，治风热腰痛，加续断、天麻、薄荷、木瓜各等分。明代李中梓《医宗必读·腰痛》："败毒散，治风热证通用。"

羌活　独活　前胡　柴胡　人参　茯苓　甘草（炒）　枳壳（炒）　桔梗　川芎各等分

上药水煎服。疏散风热。（方源：《明医指掌》）

展　望

腰痛是临床常见病与多发病，涉及到的范围相当广泛，是中医临床面临的难题之一。俗语谓"患者腰痛，医者头痛"，这从某种程度上反映了腰痛的难治性。长期持续而剧烈的腰痛不仅在生理上，而且会在心理上给广大患者带来极大的创伤，给人们的日常生活、工作、学习带来诸多不便，长期的腰痛若得不到及时有效的医治，亦会极大地影响社会生产力，造成诸多的社会问题。所以，积极开展腰痛的医防与科研，努力探索根治腰痛之有效方法，理所当然成为广大医务科研工作者共同面临的历史课题。千百年来中医药对防治腰痛做出了杰出的贡献，为中华民族的繁衍与整个人类文明进步提供了有力的保障。然而，迄今为止，腰痛的治疗虽有很多成功的经验，在某种程度上解决了患者的病痛，但系统的关于腰痛的发病机理、诊断与治疗的诸多理论还未形成，还有大量的问题没有解决。展望未来，我们认为应力争做好以下几个方面的工作，不断提高对腰痛的防治水平。

（1）加强基础理论研究，继承和发扬中医特色，努力发掘传统中医理论中有关腰痛医防治的宝贵的文化遗产：我们认为目前关于腰痛的基础理论研究仍较薄弱。而基础理论研究一直被认为是提高临床医疗水平的重要环节，所以要提高对腰痛的临床疗效必须强化基础理论研究的意识。我们认为关于腰痛的基础理论研究应着重继承与发扬中医整体观念与辨证论治的特色，努力发掘出传统中医理论中有关腰痛防治之有效方法。自《黄帝内经》以降，二千余年来，历代医家关于腰痛论述不可谓不丰。然而，目前对其进行系统整理研

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

究者尚付缺如，致使诸多宝贵的文化遗产淹而不发，实为遗憾。譬如“肾实腰痛”一证，早在宋代王怀隐之《太平圣惠方》中即有提及，清代医家刘默(《证治百问》)、郑树珪(《七松岩集》)中更有详尽之描述。我们认为肾实腰痛是客观存在的，所以在理论上要给予其应有的地位，以纠正日前大多临床医师唯认为肾气虚损是腰痛之唯一致病因素之错误观点。作者本人一直从事中医临床工作，以往对基础理论研究，尤其是历代中医文献中关于腰痛的理论缺乏完整系统认识，由于编写本文的需要，作者才广泛收集阅读历代有关中医文献，感触很大，收益颇丰，其中很多内容被浓缩于本文之中。但这只是其间一小部分，尚有大量的工作要做　除系统整理有关腰痛的历史文献之外，腰痛的基础研究的课题还很多，诸如肾虚实质与腰痛相关性研究，瘀血证、活血化瘀法与腰痛的相关性研究、治疗腰痛之有效方剂机理研究、腰痛之动物模型的实验研究等等。

(2) 流行病学研究：我们只知道腰痛是临床常见与多发病，但目前腰痛在人群中发病率具体有多高，对社会的危害性究竟有多大，仍难以客观公正地回答。因为目前关于腰痛的流行病学统计资料，尤其是腰痛在国人中的发病率我们只能见到一些零星、局部的报道，而系统、完整、准确的流行病学统计资料盖缺如也。我们认为这项统计数字对积极开展腰痛的防治具有相当重要的价值。所以，尽早在广大国人中积极开展腰痛的流行病学调查研究是今后广大医务科研工作者又一项重要而艰巨的科研课题。以往这项工作之所以没有认真地开展起来，我们认为与腰痛本身牵涉到的范围极其广泛有关。所以，今后开展调研工作应准确把握我们所谓内科腰痛的病名内涵，正确区别“疾病性腰痛”与“症状性腰痛”之不同。另外，开展这项工作之前，还应考虑到腰痛之病因、气候、环境、体质、年龄、职业、性别等诸多因素，做好科研设计，以便提供给临床医师和专业科研工作者更有价值的参考资料。

(3) 继承和发扬中医学辨证论治的特色，结合西医学辨病论治的方法，做到中西医结合，进一步提高腰痛之临床诊疗水平：可以说，2000 余年来，中医药学对防治腰痛作了大量有效的探索，取得了成功的经验，某些方面疗效显著，为解除广大患者的病痛作出了杰出的贡献，但仍未从根本上彻底解决有关腰痛的全部问题。比较而言，西医学因为大量成功地吸收了现代自然科学的先进成果，对腰部的解剖、生理、病理、诊断有了深入系统的研究，取得了腰痛诊治的长足发展。中、西医分别从各自的理论体系出发，分别从宏观与微观上去认识和把握“腰痛”，可以说两者各有所长，各有成果。若能兼采两家之长，相互取长补短，采用辨证论治与辨病论治相结合的方法，走中西结合之路，用中西结合的观点与方法去认识和治疗腰痛，必将提高对腰痛的再认识，也必将提高腰痛的诊疗水平。尤其是西医学辨病论治的方法对掌握中医药治疗腰痛的适应证，排除非适应证是大有裨益的。所以说用中西医结合的观点与方法去诊疗腰痛是今后腰痛临床的发展趋势和必由之路！

(黄仕荣)

近现代参考文献

[1] 刘新民. 肾着病治验. 湖南医药杂志，1979 (15):42

[2] 曾绍裘. 腰痛治肝举隅. 浙江中医杂志，1986 (5):239～240

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[3] 赵庆林. 湿热腰痛. 广西中医药, 1979 (2):13
[4] 施维智. 中医药治疗腰椎管狭窄症的探讨. 辽宁中医杂志, 1983 (6):18~20
[5] 刘晓庄, 等. 风热腰痛刍议. 江西中医药, 1988 (6):20,7
[6] 马玉良, 等. 强腰壮肾汤治疗五更腰痛症. 广西中医药, 1989 (2):20
[7] 吴忠贤. 四神丸临床运用举隅. 湖北中医杂志, 1992 (5):36
[8] 蒲远禄. 柴胡疏肝散治疗腰痛. 四川中医, 1988 (2):32
[9] 罗大兴. 加味通气散治疗气滞腰痛. 四川医学, 1982 (2):66
[10] 杨定明. 地龙散治疗慢性腰痛 50 例. 湖北中医杂志, 1983 (1):53
[11] 吕凤祥. 腰腿痛证治经验. 浙江中医杂志, 1984 (9):411
[12] 周景恒, 等. 外伤瘀肿需兼治湿刍议. 陕西中医杂志, 1988 (7):335
[13] 陈正国. 沙参麦冬汤加味治疗腰腿痛. 四川中医, 1991 (7):32
[14] 莫文丹. 穴敷疗法聚方镜. 桂林: 广西民族出版社, 1988. 243~245
[15] 黄爱民. 腹源性腰痛治验. 北京中医学院学报, 1991 (3):45
[16] 申秀兰. 头针顶中线治疗急性腰痛 44 例. 北京中医学院学报, 1988 (4):24
[17] 申秀兰. 针刺顶中线治疗急性腰扭伤. 河南中医, 1986 (6):33
[18] 佘贤传. 运用头皮针治疗急性腰扭伤. 陕西中医, 1985 (3):130~131
[19] 陆健. 耳针治疗急性腰扭伤. 上海针灸杂志, 1986 (2):30~31
[20] 杨刚. 耳针治疗急性腰扭伤. 云南中医杂志, 1985 (2):33
[21] 肖相高. 鱼际穴验案举隅. 陕西中医, 1985 (12):554
[22] 王振龙. 手针治疗急性腰扭伤 50 例. 河南中医. 1986 (1):36
[23] 杨秀俊. 针刺“腰痛点”治愈急性腰扭伤. 新中医, 1985 (1):30
[24] 陈仓子. 内关穴临床应用举隅. 北京中医杂志, 1986 (3):44~45
[25] 陈功泽. 腰痛奇穴——国老. 四川中医, 1985 (1):42
[26] 李衡来. 针刺鸠尾穴治疗急性腰扭伤. 中级医刊, 1984 (7):64
[27] 杜剑光, 等. 鸠尾穴留针治疗急性腰扭伤 54 例. 中医骨伤科杂志, 1986 (3):45
[28] 郭万寿. 针刺外关透三阳络治疗急性腰扭伤. 河南中医, 1987 (4):27
[29] 郭万寿. 针刺外关透三阳络治疗急性腰扭伤 135 例. 四川中医, 1987 (3):39
[30] 郭万寿. 外关透三阳络治疗急性腰扭伤. 浙江中医杂志, 1987 (8):371
[31] 陈朝明. “动留针”治疗急性腰扭伤 1024 例临床观察. 江苏中医杂志, 1985 (6):30
[32] 赵万成, 等. 针刺上都穴治疗急性腰扭伤 400 例. 中国针灸, 1986 (2):24
[33] 刘沁仁. 针刺后溪穴治疗急性腰扭伤 30 例. 湖北中医杂志, 1984 (1):25
[34] 熊光天. 针刺单侧后溪穴治疗腰扭伤及胸胁挫伤 150 例. 中国针灸, 1987 (3):24
[35] 刘敏勇. 特定穴“交刺法”临床治验四则. 江西中医药, 1985 (3):34
[36] 赵志英. 针刺后溪、人中穴治疗急性腰扭伤 210 例. 哈尔滨医科大学学报, 1986 (3):91
[37] 宋建国, 等. 急性腰扭伤针刺治验. 云南中医杂志, 1984 (1):32
[38] 章厚维. 针刺治疗急性腰扭伤一百例. 湖北中医杂志, 1986 (2):43
[39] 陆惠新. 略谈后溪穴临床配伍应用. 中医杂志, 1986 (9):44
[40] 张神虎. 针刺后溪穴治疗急性腰扭伤. 江西中医药, 1987 (1):47
[41] 任钦明, 等. 针刺治疗急性腰扭伤 1000 例. 中国针灸, 1987 (2):40
[42] 何周智. 针刺治疗急性腰扭伤 70 例. 云南中医杂志, 1984 (1):31
[43] 杨泰舜. 针刺长强穴治疗急性腰扭伤 155 例. 上海针灸杂志, 1992 (1):47
[44] 胡伟勇. 针刺中渚穴治验二则. 江西中医药, 1987 (1):45

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[45] 廖举才．针刺中渚穴治疗腰扭伤．四川中医，1985 (6):56
[46] 何克哲．针刺膻中穴治疗腰部扭伤．四川中医，1991 (1):48
[47] 杨春成．针刺睛明穴治疗腰扭伤．四川中医，1984 (3):34
[48] 李冬生．"一针笑"治疗急性腰扭伤．按摩与导引，1987 (4):31
[49] 刘耀英．针刺人中、后溪穴治疗急性腰扭伤．陕西中医，1986 (8):378
[50] 杨通礼．针药配合治疗闪挫腰痛．四川中医，1985 (10):42
[51] 刘炳权．任督二脉流注针灸治验．云南中医杂志，1986 (3):37
[52] 安秀平．针刺支沟穴治疗急性腰扭伤．河北中医，1986 (3):24
[53] 刘贵仁，等．针刺大椎穴治疗急性腰扭伤108例．陕西中医，1985 (8):364
[54] 刘顺成．针刺攒竹治疗腰背痛45例．浙江中医杂志，1984 (4):164
[55] 王胜民．一穴多针刺法治疗腰痛．陕西中医函授，1992 (2):封4
[56] 赵治清．粗针针刺腰腿痛点治疗急性腰扭伤45例．中国针灸，1986 (6):17
[57] 郑学良，等．"腰三针"治疗急性腰扭伤81例．中国针灸，1987 (4):21
[58] 潘但铨．针刺治疗急性腰扭伤62例．贵阳中医学院学报，1986 (2):45
[59] 谭家祥．对腰腿痛证中医辨证治疗的探讨．广西中医学院学报，1983 (1):75～78
[60] 张达山．试探肾实证．山西中医，1988 (5):31～32
[61] 杨毅玲，等．肾实证探讨．北京中医药大学学报，1996 (2):23～25
[62] 谭家祥．腰腿痛辨证论治的探讨．广西中医药，1985 (2):1～2
[63] 郭忠兰．腰痛辨治鳞爪．江西中医药，1989 (4):21～22
[64] 王源．肾实证试探．四川中医，1985 (12):12
[65] 王绪前，等．试析肾实证．新中医，1985 (5):50～51
[66] 郝文轩．腰痛治肝一得．黑龙江中医药，1987 (4):48
[67] 马场礼．腰痛证的从肝论治．东洋医学，1984 (4):49
[68] 李智．满身皆痛取之肝．浙江中医杂志，1992 (4):150～151
[69] 曾绍裘．腰痛治肝举隅．浙江中医杂志，1986 (5):239～240
[70] 郝文轩．试论实证腰痛治取阳明．贵阳中医学院学报，1989 (3):39～40
[71] 佟秋芬．奇经辨证与临床实践．天津中医，1991 (6):5～6
[72] 吴谱貂．腰腿痛辨治的经验．实用医学杂志，1986，(1):30～32
[73] 顾丕荣．五更腰痛治验．吉林中医药，1989 (1):18
[74] 汤叔良，等．顾丕荣治疗五更腰痛的经验．中医杂志，1989 (1):47
[75] 黄云．顾丕荣老师治疗腰痛验案．实用中医内科杂志，1989 (2):37
[76] 姜跃闵．夜半后腰痛的辨证论治．浙江中医学院学报，1993 (5):8
[77] 宫庆广．小柴胡汤治疗定时腰痛．国医论坛，1988 (2):封3
[78] 周德禄．时间治疗学用于腰痛验案．四川中医，1987 (3):41
[79] 邹宝生．龙胆泻肝汤临床应用举隅．新疆中医药，1988 (1):57～58
[80] 胡加富．林节藩用肾着汤治腰痛举隅．江西中医药，1962 (5):13
[81] 吴谱貂．六味地黄丸类中成药治疗骨伤科腰腿痛的经验．中成药研究，1987 (3):33～34
[82] 曹众毅．地鳖虫治腰腿痛．浙江中医杂志，1987 (3):109
[83] 宋建华，等．鳖甲散治疗腰痛一得．中医杂志，1984 (10):49
[84] 胡明灿．鳖甲散治腰痛验证．中成药研究，1986 (6):43
[85] 张茂珍．四虫汤加味分型治疗慢性伤科疾病．中医杂志，1986 (2):11～13
[86] 姚镇平，等．中药麻醉止痛药辨治痛证刍议．山东中医杂志，1991 (1):6～7

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[87] 聂鸿昌，等．浅论川草乌治疗急性腰痛症．中国骨伤，1992 (3):25～26
[88] 曾 林．加味乌附麻辛桂姜汤治疗腰腿痛．四川中医，1985 (2):43
[89] 张明星．乌汤治疗腰痛 250 例．陕西中医，1989 (10):479
[90] 党守邦，等．三乌胶临床疗效观察．云南中医杂志，1986 (2):32～33
[91] 郭成林．陈玉峰教授用药经验举隅．吉林中医药，1987 (1):4～5
[92] 艾细珍，等．芍药甘草汤加味在伤科临床中的应用．中医骨伤科杂志，1987 (1):39～40
[93] 谢辅弼．芍药甘草汤临床运用一得．湖北中医杂志，1992 (2):40
[94] 吕明惠．白术治疗腰痛．中药通报，1988 (12):756
[95] 黄贤麟，等．杜仲白术治疗慢性腰痛的临床观察．江西中医药，1960 (6):30～31
[96] 谢炳国．生香附治腰痛．中药通报，1988 (3):177
[97] 谢炳国．生香附治腰痛．浙江中医杂志，1987 (9):405
[98] 吴允耀．腰痛辨治重权灵．辽宁中医杂志，1986 (5):41

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❊ 虚 劳 病 ❊

虚劳病为中医四大难症之一，临床发病率有逐渐增高的趋势，且病死率较高。该病以复杂的病因，多样化的临床表现，进行性发展的病变趋势以及五脏六腑气血阴阳的虚损难复为特点；几乎涉及了各个系统的疾病，如免疫功能低下、内分泌紊乱、造血功能障碍、代谢异常、恶性肿瘤（实体瘤及非实体瘤）、获得性免疫缺陷综合征及其它系统久虚不复的衰弱病症等。

【今日临床】

1 诊断标准

上海中医学院主编的中医《内科学》（上）指出：虚劳是由脏腑亏损，元气虚弱而致的多种慢性病证的总称。凡禀赋不足，后天失调，病久失养，积劳内伤，久虚不复而表现为各种亏损证候者，都属于本病证范畴。方药中主编的《实用中医内科学》认为：虚劳是以脏腑元气亏损，精血不足为主要病理过程的一类慢性衰弱性病证的总称，多因禀赋不足，后天失调，体质薄弱，病久失养，或积劳伤内，形神过耗，渐至元气亏损，精血虚少，脏腑机能衰退，气血生化不足所致；临床表现可因虚损之病位、性质及其轻重程度不同，而有迥然不同的证候表现和传变过程，但总以病势缠绵，诸虚不足为特点。张伯臾主编的《中医内科学》写道：虚劳是多种原因所致的以脏腑亏损，气血阴阳不足为主要病机的多种慢性虚弱证候的总称。王永炎主编的《临床中医内科学》认为：虚劳是由多种原因所致的久虚不复的一类慢性虚弱性病证的总称；以脏腑及气血阴阳亏损为主要病机。卜平在《中国医药学报》1997 年第 5 期刊登的题为“虚劳病诊治规律的临床研究”一文中写道：从逻辑学角度看，本病单凭病机下定义，存在定义过宽的缺陷，以致易使虚劳病与一般虚证混为一谈，并提出了虚劳病的症状学诊断依据：(1) 共有症状：①消瘦憔悴；②面色萎黄，苍白无华；③衰弱倦卧无力；④自汗盗汗；⑤食少便溏；⑥遗精早泄。(2) 特有症状：①腹大如鼓，青筋暴露或呈蛙腹；②心悸怔忡，气喘语促，呼多吸少；③肌肉萎缩，日久不复；④关节酸痛强直畸形；⑤狐惑日久不愈。(3) 脉象：①细弱（数或弦）无力；②浮数而芤；③濡迟无力。(4) 病程在 3 个月以上。而罗仁在《中医虚证诊断手册》中指出：虚劳病无固定主症。李瑞兰在《湖南中医学院学报》[1994；14 (1)] 刊登的题为“白血病的辨证论治”一文中，把以起病急、病程短、发展快、高热不退、病情变化迅速、病势凶险为临床特点的虚劳病，称为“急劳”。

从上述各家对虚劳病提出的诊断标准来看，对虚劳病病机的看法基本是统一的，而在病程、起病方式、临床表现等方面则存在差异，这些差异并不意味着一方对另一方的否定，相反，却充分、客观地体现出虚劳病的本质特征。据此，我们提出了虚劳病的诊断标准。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.1 病名诊断标准

(1) 起病多隐匿、缓慢；或明显、急骤，以前者为多。

(2) 病因复杂，几乎涉及病因学的全部内容，如外感六淫、内伤七情、饮食劳倦、痰饮、瘀血等。

(3) 多样性的临床表现：即只有很少--部分症状单独出现即具虚劳特点，而多数症状就孤立出现而言是不具虚劳特点的，从临床表现来看，虚劳病往往是以一组或多组有内在联系的症状群出现的，并以多组症状群的出现为多见。

(4) 病机特点为五脏六腑、气血阴阳各部分各层次的虚损，并以多部分多层次的虚损为主要特点。

(5) 病势有进行性发展的趋势。

(6) 在治疗上，或者经过长期治疗疾病痊愈；或者经过有效的治疗，疾病的发展得到有效的控制，临床症状在一定时间内完全缓解：或虽有疗效，但临床症状未能完全缓解：或取效甚微，预后不容乐观。

1.2 证类诊断标准

心气虚 心悸怔忡，胸闷气短，自汗，活动后心悸、气短加重，面色淡白或㿠白，倦怠乏力或有自汗，舌淡苔白，脉虚弱或虚大无力，或见结代。

心阳虚 心胸紧迫或满闷，或憋闷疼痛，或心痛悠悠戚戚，或心痛较剧，心悸，气短，冷汗自出，形寒肢冷或四肢厥冷，而色苍白，神倦嗜卧，舌淡胖或紫黯，脉结代，或涩，或细弱。

心血虚 心悸怔忡，少寐多梦，易惊健忘，头晕，面色苍白无华或萎黄，唇甲、眼睑、皮肤淡白无华，舌质淡嫩，苔薄白，脉细弱或结代。

心阴虚 心悸、心烦、健忘、少寐、多梦、手足心热，潮热盗汗，咽燥唇干，面色潮红，舌质红瘦，舌光剥无苔或薄白，脉细数。

肝气虚 表情淡漠，抑郁寡欢，易悲善恐，喜引太息，神疲乏力，视物昏花，思维迟钝，或胁肋胀满不舒，或手足麻木，或少腹拘急，或阳痿，或月经不调，舌淡而胖，苔白或腻，脉虚细弦或沉细无力。

肝阳虚 精神萎靡，意志消沉，懈怠疲惫，四肢厥冷，多梦胆怯，目视眈眈，巅顶空痛而晕，少腹隐痛，男子或阴囊冷缩，或阳痿，或睾丸坠胀，或寒疝阴湿；女子或少腹冷痛，或痛经，或月经不调，或不孕；肢体筋肉拘挛震颤，舌质淡白，苔白滑，脉沉迟无力或脉弱，以左关为甚。

肝血虚 面白无华，爪甲不荣，或枯脆，反甲，头目眩晕，目昏眼花，两目干涩，失眠多梦，惊惕不安，遇劳则隐隐胁痛，肢体麻木，筋脉拘急，或跃跃跳动，手足震颤，肌肉瞤动，或筋肉酸痛，妇女月经不调或经闭，舌淡苔白，脉虚弱或细弱

肝阴虚 两颧红赤，头面烘热，五心烦热，潮热盗汗，口燥咽干，烦躁易怒，失眠多梦，两目干涩有灼热感，或目赤畏光，视力减退，视物昏花，或雀目，眩晕，头痛，胁肋灼痛，肢体麻木，筋脉拘挛，手足蠕动，筋惕肉瞤，月经失调，舌质红少津，苔少，脉弦

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

细数。

脾气虚 面色萎黄或㿠白，倦怠乏力，遇劳则剧，食欲不振，饮食减少，形体消瘦，或食后脘腹胀满，大便溏薄，或排便无力，虚甚者可出现发热或低热缠绵，或出现便血、崩漏、衄血等脾不统血证候，舌淡嫩或有齿印，苔薄白，脉濡弱。

脾阳虚 面色萎黄或苍白，精神萎靡，倦怠乏力，四肢困重，畏寒肢冷；自觉腹中冷痛，腹胀肠鸣，喜按喜暖；纳食减少，大便溏薄，或先硬后溏，或时干时溏；或泄泻清谷，完谷不化，每因受寒或饮食不慎而发；口淡不渴，或口泛清水；妇人白带多而清稀；甚或双下肢水肿，舌淡嫩苔白而润，胖大或有齿痕，脉沉细或沉弱。

脾阴虚 两颧红赤，或面色潮红，潮热盗汗，口干唇燥，或口干不欲饮，手足烦热，饥不欲食，或食后腹胀，大便干结，倦怠消瘦，舌淡红少津，少苔，或光剥无苔，脉濡或细数无力。

脾血虚 面色、口唇、爪甲、肌肤苍白无华，精神倦怠，头昏乏力，起立时眼前昏暗，妇人月经衍期，量少色淡或闭经，食欲不振，食量减少，食后脘腹胀满，按之则舒，大便不爽，或大便难，舌淡苔白，脉沉细弱无力。

肺气虚 面色淡白或㿠白，少气不足以息，身倦懒言，声低息微，咳痰无力，动则短气，甚则呼吸喘息，时时自汗，频频伤风，舌质淡白，苔薄白，脉虚弱，或细弱无力。

肺阳虚 面色苍白，口唇青紫，神疲倦卧，形寒肢冷，背心恶寒，鼻息气冷，咳嗽，气喘，咳痰清冷，胸中隐痛，易伤风感冒，声低气怯，或冷汗自出，舌淡胖或舌边有瘀点，脉沉迟无力。

肺阴虚 两颧红赤或面色潮红，口干唇燥，五心烦热，鼻干少涕或无涕，咽燥少痰或无痰，或痰少而粘，或痰中带血，甚则声音嘶哑或失音，形体消瘦，潮热盗汗，大便燥结，舌红少津，少苔或无苔，脉细虚数。

肾气虚 精神不振，怠惰乏力，头晕耳鸣，听力减退，甚或耳聋，发白早脱，牙齿动摇，腰膝酸软，小便清长，或尿后余沥不尽，或遗尿，或小便失禁，或夜尿频多，男子滑精早泄，女子带下清稀，胎动易滑，舌淡苔白，脉沉弱。

肾阳虚 精神萎靡，腰膝酸软，腰背冷痛，畏寒肢冷倦卧，尤以下肢为甚；或浮肿，腰以下为甚，按之凹陷不起；或小便清长，性欲淡漠，阴湿阳痿，不育；或妇人宫寒不孕；或大便久泄不止，完谷不化，五更泄泻；甚则腹部胀满，全身肿胀，心悸咳喘；舌质淡白或胖嫩，苔多白滑，或有齿痕，脉沉迟，或沉缓无力。

肾阴虚 两颧红赤，形体消瘦，耳鸣耳聋，齿摇发落，腰膝酸软，两足痿弱，失眠多梦，男子阳强易举，早泄，梦遗，妇女经闭经少，或见崩漏，虚烦盗汗，骨蒸潮热，口咽干燥，五心烦热，溲黄便干，舌红少津，少苔或无苔，脉细或细数。

肾血虚 面色苍白或萎黄，唇甲色淡无华，起立时眼前昏暗，耳鸣耳聋，须发早白，毛发脱落，腰膝酸软，足跟疼痛，男子不育，女子月经不调，或闭经不孕，舌质淡，苔白，脉细弱。

2 中心证候特征

本病以虚损为中心证候。因虚损的性质不同而有气虚损、血虚损、阴虚损、阳虚损之

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

分。气虚损的特征为面色萎黄或白，倦怠乏力，少气懒言，头目眩晕，遇劳则剧，舌淡胖，边有齿印，脉弱。血虚损的特征为面色苍白或萎黄，口唇、眼睑、舌质、指甲、皮肤淡白无华，目干涩，视物昏花，舌淡，脉细弱。阴虚损的特征为：两颧红赤，五心烦热，咽干，潮热盗汗，舌红少苔或无苔，脉细数。阳虚损的特征为：面色苍白，畏寒，肢冷，精神萎靡，舌淡胖，脉象沉迟。

3 病　　因

禀赋薄弱　体质不强　父母年老体弱，精血不旺；或因遗传缺陷；或因妊娠期失于调摄，胎中失养；或临产受损；或生后喂养失当，营养不良；以致每当发育之年，反见痿弱不振，而成虚劳；或成年之后，由于脏腑气血不足，生机不旺，易于因虚致病，或因病致虚，渐致气血阴阳俱损，日久不复而成为虚劳。

早衰过衰　正气虚弱　人体自衰、早衰和过衰，是易患虚劳的体质因素。人体不因疾病等客观因素的影响而自然衰老的过程，叫做自衰；人体在40岁以前出现衰老，则称为早衰；在40岁以后其衰老程度较甚，又称为过衰。人体这种随年龄增长脏腑气血阴阳逐渐自然衰弱，是生命过程的自然现象。由于衰老，人体脏腑生机减退，正气内虚，易遭客邪人侵，因而衰老是虚劳形成的体质因素，而虚劳的发生则能加快衰老的发展速度。

房室不节　耗伤真元　纵欲恣情，房室不节；早婚多育，耗损真元；手淫滑泄，形神过耗，精气枯竭，终致形气日渐衰微，可导致虚劳。房室为患，不独如此，且可成为疾病的传播途径，古之阴阳易，后世之杨梅疮，当今的艾滋病，及日前的数十种性病和性传播疾病，均是淫欲为患，可重伤人体真元之气，易于形成虚劳之疾。

烦劳过度　五志过极　劳动本身不会致病，而不知节制地过劳或过逸，妄作妄为，才是损身致病的根源。劳倦过度包括劳力和劳心两个方面。所谓劳力，是指超出体力所能承受和支持的限度，劳心过度，则指营阴暗耗，两者皆可致五脏虚损。且五志过极，七情失调，也可引起人体气机失调，暗耗精血，可以促发和引起多种疾病，终致人体气血阴阳俱损而为虚劳。

饮食不节　气血匮乏　暴饮暴食，长期慢性饥饿，嗜欲偏食，饮酒过度，日久脾胃功能日益衰弱，生化乏源，必致气血来源不足，内不能和调于五脏六腑，外不能洒陈于经络营卫，日久由虚而损，形成虚劳。

久病大病　耗伤正气　邪气过盛，邪客日久，脏气损伤，正气难以恢复，则渐成虚劳；久病而成虚劳者，随阴阳之偏损及寒热之偏胜的差异而有不同情况：如热病日久，耗伤阴血；寒病日久，伤气损阳；瘀结日久，新血不生；或因失血过多，气随血耗；慢性病日久不愈，耗伤精气，均可致正气难复，由虚致损，变为虚劳。或产后护理不当、过于劳累，亦可致虚成劳。

误治失治　损耗精气　外感六淫，或迁延失治，或妄用补剂，致毒邪入里，闭门留寇，邪气久羁，正气耗伤，渐成虚劳；或因过用寒凉药，损伤脾胃，耗伤阳气；或因久用辛燥温热药损耗津液，消灼精血；或因攻破克伐伤气，反复泻下伤脾，通利无度伤肾；均可使阴精阳气受损而成虚劳，此外，过用金石有毒药物，亦可耗损人体元阴元阳，逐渐发展成虚劳。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4 病 机

4.1 发 病

起病方式多隐匿、缓慢；也可因病致虚，久虚不复而成虚劳病；或因虚致病，因病成劳；偶有明显、急骤的方式起病者。

4.2 病 位

在肝、心、脾、肺、肾五脏。

4.3 病 性

以气、血、阴、阳、津、精、液的虚损难复为特点，亦可夹杂气滞、血瘀、痰凝、外感等相因为患。

4.4 病 势

虚劳病的总体病情发展趋势是呈进行性发展的，具体到某一病例，则可上病及下，亦可下病及上，既可以是某一脏的气、血、阴、阳受损渐及它脏；亦可以由气、血、阴、阳之一损，渐及气、血、阴、阳之俱损。

4.5 病机转化

虚劳病起病多见气虚，久则由气入血，致气血两亏。脾肾的虚损是病机转化的主要环节，此由于脾胃为后天之本，气血生化之源，肾为先天之本，为脏腑阴阳之根。先天的肾气不足，可导致后天脾胃薄弱；脾胃运化力弱，亦可引起肾精匮乏。肾阳虚衰，可致脾阳不健；脾虚则土不制水，又可引起肾水泛滥。心肝火旺可下劫肾阴，水不制火，则心肾不交；肾阴耗伤则水不涵木。肺虚及脾，痰饮水湿内生，阴寒之邪不去，伤及肾阳，阳损及阴，肝肾阴虚，虚风内动，痰浊上扰，蒙蔽心窍，病情危笃。

4.6 证类病机

心气虚损 心主血脉，血液循行不息，全赖心气推动。心气内虚，无力推动血液运行，血脉不得充盈，心失所养，可出现心悸、气短、脉结代等症状；由于心气虚弱，行血无力，以致血液不能上荣于面，滋养全身，故可出现面色㿠白、倦怠乏力、舌淡等症状。汗为心液，心气虚损不能固护心液，故常自汗出。

心阳虚损 心阳不足，阴寒内生，血行不畅，血脉凝滞，痹阻气机，则表现为心胸紧迫或满闷，或憋闷疼痛，或心痛悠悠戚戚，或心痛转剧，或舌紫；心阳不足，心气亏虚，则心失温煦，心液失其固摄，表现为心悸、气短、神倦、嗜卧，冷汗自出；阳气不足以温养四肢百骸则表现为形寒肢冷或四肢厥冷；面色苍白，舌淡，脉结代、细弱或涩均属心阳亏虚无力推动血行，脉道失充之象。

心血虚损 心主血脉，心血不足，心失所养，故见心悸怔忡；其华在面，血虚不能上

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

荣于面，充于脉中，故面色淡白无华或萎黄，舌淡脉细；心主藏神，心血不足，神失所衣，故少寐多梦，易惊健忘，清窍失养故头晕，血虚则气少，故脉见结代。

心阴虚损 心阴亏虚，心失濡养，故心悸；阴虚生内热，虚火扰心，故心烦，少寐，多梦，健忘；盗汗为阴虚火动，逼心液外泄所致；手足心热，潮热，面色潮红，咽燥唇干，舌质红瘦，少苔或无苔；脉细数，皆阴虚内热之象。

肝气虚损 肝主疏泄，既可协调脏腑功能，又能条畅情志；肝气虚，升发疏泄功能减退，从而出现气机不畅，情志失调以及思维活动等方面的临床表现：如表情淡漠，抑郁寡欢，易怒善恐，思维迟钝，肝开窍于目，肝气虚，精明失养则视物昏花；肝气虚，则肝脉所布部位出现不适，如胸胁满闷，喜引太息；肝主筋脉，肝气虚，筋脉失养则神疲乏力，手足麻木或拿急；肝脉绕阴器，过少腹，肝气虚则失其温煦濡养，表现为少腹拘急，男子阳痿，女子月经不调。

肝阳虚损 肝为刚脏，主疏泄，可藏血，体阴而用阳；肝阳具有温煦、升发和条达机枢的生理功能。肝为将军之官，藏魂主谋略，肝阳虚则失其所主，表现为意志消沉，精神萎靡，胆怯易惊，如人将捕之等症状；肝主筋，为罢极之本，筋脉失于肝阳之温煦，故出现懈怠疲惫，休息后不减，四肢厥冷，肢体筋肉拘挛震颤；肝经连目系，与督脉会于巅，肝阳虚，目窍失养，则目视眈眈；清窍失养则巅顶空痛而晕；足厥阴之脉，循股阴，入毛中，环阴器，抵少腹，肝阳虚，则经脉所布均失温养，从而表现为少腹拘急隐痛，男子阴囊冷缩、阳痿、睾丸坠胀、寒疝阴湿，女子少腹冷痛、痛经、月经不调、不孕。

肝血虚损 肝开窍于目，肝血亏虚，目窍失其濡养，则头目眩晕，目昏眼花，两目干涩；肝藏魂，肝血不足，魂不归舍，故失眠多梦，惊惕不安；足厥阴之脉布胁肋，肝血虚损，则胁肋隐痛，遇劳痛甚；肝血虚少，冲任二脉不充，故月经不调或经少、经闭；肝在体合筋，其华在爪，肝血亏虚，故爪甲不荣，或枯脆反甲，肢体麻木，筋脉拘急，或眠眠跳动，手足震颤，肌肉瞤动；筋肉酸痛，面白无华，舌淡，脉细弱为肝血不足，血脉不充之象。

肝阴虚损 肝阴不足，肝阳偏亢，上扰清空，故头痛眩晕；肝阴不能上荣于目，故两目干涩，有灼热感，或目赤畏光，视力减退，视物昏花，或雀目；肝阴不足，不能濡养筋脉，虚风内动，故肢体麻木，筋脉拘急，手足蠕动，筋惕肉瞤；肝为血海，阴血不足，冲任失养，故有月经不调；肝阴虚损，阴亏火旺，故见面颧红赤，头面烘热，五心烦热，潮热盗汗，口燥咽干；肝为风木之脏，内寄相火，肝阴虚则肝阳无所制，故烦躁易怒，失眠多梦；舌红少苔、无苔，脉弦细数均为阴虚肝旺之象。

脾气虚损 脾气虚的主要病机是气虚不摄，运化失司。脾气虚弱，则健运失司，运化无权，故食欲不振，饮食减少，食后脘腹胀满，水谷不化，大便溏薄，甚或排便无力；脾胃为水谷之海，虚则气血生化乏源，气虚血亏，故面色萎黄，神疲倦怠；脾胃元气不升，阴津不能上达，以致火亢于上，故见发热或低热缠绵；脾主肌肉，脾虚则肌肉失于荣养，故形体消瘦而乏力；脾虚统血无权，故可见各种出血之症；脾胃气虚日久，可致中气下陷，而出现内脏下垂，如直肠、子宫脱出的临床表现；舌淡嫩，有齿痕，苔白，脉濡弱，皆为脾气虚弱之候。

脾阳虚损 气虚为阳虚之渐，阳虚为气虚之甚，脾阳亏虚，不能运化水谷，助长体力，故食少，四肢困重，畏寒肢冷，倦怠乏力；气虚中寒，清阳不展，寒凝气滞故肠鸣腹

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

痛，大便溏泄，腹痛喜温，下利清谷，白带清稀等。面色萎黄，口淡不渴或口泛清水，下肢浮肿，舌淡嫩苔白而润、胖大或有齿痕，脉沉细或沉弱，均为中阳虚衰之象。

脾阴虚损 脾阴虚，营血津亏，致濡养无权，运化失职，临床表现为口干、便结、饥不欲食，或食后腹胀；营阴亏损，津亏不能上承，故口干；大肠失于滋润则大便秘结；阴虚则火旺，如虚火扰动，则脾阴更伤，而见两颧红赤，或面色潮红；脾阴亏虚，运化失常，则见饥不欲食，或食后腹胀；化源不足，失于滋养，故倦怠消瘦；舌红少津，少苔或光剥无苔，脉细数无力，均为阴虚之象。

脾血虚损 脾为气血生化之源，脾血虚则营血不能上荣头面，滋养肌肤爪甲，故面色、口唇、爪甲、肌肤苍白无华，头昏乏力，起立时眼前昏暗；血为气母，血虚气弱，故精神倦怠，乏力；脾血虚，运化失职，故食欲不振，食量减少，食后脘腹胀满，按之始舒；脾血虚，故妇人月经延期，量少色淡或闭经；脾血虚，大肠失于滋润，血虚气弱，推荡无力，故大便不爽或大便难；舌淡苔白，脉沉弱无力为脾血虚外候。

肺气虚损 肺气不足，表卫不固，故时时自汗；肺主皮毛，肺虚则腠理不密，故易感受外邪，频频伤风；肺气不足，失于宣肃，故少气不足以息，身倦懒言，声低息微，咳痰无力，动则短气，甚则呼吸喘息；肺气亏虚，不能贯心脉而通达全身，气血不能充沛于血脉，故见面色淡白或㿠白，舌质淡白，苔薄白，脉虚弱或细弱无力，为肺气虚之外候。

肺阳虚损 气虚为阳虚之渐，阳虚为气虚之甚，单纯性气虚者多无寒象，而阳虚者必生寒；肺阳虚，失其温煦之职，故见形寒肢冷，背心恶寒，鼻息气冷，咳痰清稀；肺中阳气虚衰，则同时失其固摄、防御作用，故表现为易伤风感冒，冷汗自出；肺主一身之气，阳气亏虚，则神疲倦卧；肺阳气虚，则宣肃失司，故咳嗽、气喘；阳气虚弱则血脉失其推动鼓荡，甚则痹塞不通，故见面色苍白，口唇青紫，胸中隐痛，舌淡胖或舌边有瘀点，脉沉迟无力。

肺阴虚损 肺阴亏损，失于滋养濡润，故口干唇燥，大便燥结；肺阴不足，清肃之令不行，故干咳；阴虚津不上承，故咽燥少痰或无痰，鼻干少涕或无涕，甚则金碎不鸣而声音嘶哑或失音；阴虚内热，肺络损伤则痰中带血或咯血；阴虚火旺则五心烦热，两颧红赤或面色潮红，潮热盗汗，舌红少津，少苔或无苔，脉细数，均为阴虚内热之象。

肾气虚损 肾中精气是构成人体的基本物质，肾气亏虚，则精神不振，怠惰乏力；脑为“髓海”，肾气虚弱，髓海失养，则头晕；耳为肾窍，肾气虚，故耳鸣，听力减退，甚则耳聋；肾华在发，肾气不足，则发白早脱；肾主骨，齿为骨之余，肾气不足，失其充养，则牙齿动摇，甚或早期脱落；肾气亏虚，膀胱气化失司，故小便清长，或尿后余沥不尽，或夜尿频多；肾气虚，固摄无权，故小便失禁，男子滑精早泄；肾气亏虚，冲任不固，故女子带下清稀，胎动易滑；舌淡苔白，脉沉弱为肾气虚之候。

肾阳虚损 肾阳不足，无力振奋心神，故精神萎靡、倦卧；腰为肾之府，督脉贯脊络肾，总督诸阳，肾阳衰微，失于温煦，则腰背冷痛，畏寒肢冷，腰膝酸软；肾处下焦，阴寒盛于下，故下肢尤以两足发冷为甚；肾主藏精，主发育生殖，开窍于二阴，故肾阳亏虚，则性欲淡漠，阴湿阳痿，不育；肾阳不足，冲任失养，故妇人宫寒不孕；肾主水，肾阳虚，蒸腾气化失职，故浮肿，寒水射肺则咳喘；肾阳衰弱，失其固摄之职，则见小便清长；肾阳虚惫，命门火衰，犹之釜底无薪，火不生土，不能腐熟水谷，故大便久泄不止，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

完谷不化，五更泄泻；舌淡胖苔白滑，或有齿痕，脉沉迟，或沉缓无力为肾虚之外候。

肾阴虚损 肾主藏精，其华在发，其充在骨，齿为骨之余，肾阴不足，则发脱齿摇；肾阴亏乏，髓海不足，脑失濡养，故眩晕耳鸣，甚或耳聋；肾阴亏损，精脱髓虚，故形体消瘦；肾阴亏虚，冲任失养，故妇女经闭经少；肾阴虚损，肾督失养，则腰脊软弱，骨枯足萎；肾阴不足，阴不配阳，虚热内生，可致两颧红赤，虚烦盗汗，骨蒸潮热，口咽干燥，五心烦热，溲黄便干；水不济火，相火妄动，可致阳强易举，早泄，梦遗；舌红少津、脉细数为肾阴亏损之象。

肾精虚损 耳为肾窍，肾精充盛，则听觉灵敏，若肾精亏虚，耳窍失濡，可致耳鸣、耳聋或听力减退；肾华在发，发为血之余，故肾精虚损，须发早白，毛发脱落；肾精不足，冲任失养，经血乏源，可致月经过少，月经后期，或经闭不孕；肾精虚可致精少不育；肾主骨，腰为肾之府，肾精亏虚，不能生精髓，以濡养骨骼，则可致腰膝酸软疼痛，骨骼枯脆无力，甚至痿弱不能行动；肾精亏虚，空窍失养，故起立时眼前昏暗；血不华色，故面色苍白或萎黄，唇甲色淡无华；舌淡脉细弱为肾血虚之外候。

5 临证思路

5.1 抓住主诉

虚劳病的临床表现纷繁复杂，因此，能在众多的临床表现中迅速、准确地把握好主诉并非十分容易的事。把握好主诉的中心环节是通过对一系列的临床表现加以分析之后，首先确定了当前病机的主要方面，才能确定当前的主诉，这个主诉或许是病人首先叙述的主要不适，或许就隐藏在众多的临床表现中。尤其应该强调是：决不能把病人说出的第一个不适症状一概作为主诉，这在虚劳病的辨治中显得尤为重要。

5.2 分析病位

虚劳病之病位在肝、心、脾、肺、肾五脏。咳嗽、失音、自汗、易于感冒，病位在肺；纳少、食后饱胀、便溏，病位在脾；心悸、气短、劳累加重，病位在心；头痛、眩晕、目干涩、眼花、目糊、筋惕肉瞤、胁痛肢麻，病位在肝；纳呆、腹胀、肠鸣腹痛、大便溏薄、嗳气、吞酸，病位在脾；四肢不温、腰膝酸软、阳痿早泄、久婚不育、发落齿摇，病位在肾。

5.3 确定病性

虚劳之病性以本虚为主，本虚为五脏气血阴阳之虚损。少气懒言，神疲乏力，面色淡白，少气不足以息，身倦懒言，声低息微，动则短气，时时自汗，频频伤风，舌淡苔白，脉虚弱，或细弱无力，病性属气虚；头晕眼花，心悸失眠，手足发麻，妇女经血量少色淡，唇甲苍白，舌淡苔白，脉细无力，病性属血虚；精神萎靡，身重倦卧，形寒肢冷，倦息无力，纳差，口淡不渴，大便溏泄，小便清长，阳痿精冷，舌淡苔滑，脉沉细或大无力，病性属阳虚；颧赤唇丹，心烦少寐，手足心热，口干咽燥，骨蒸盗汗，恶梦遗精，便秘尿少，舌干红无苔，脉数无力，病性属阴虚。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

5.4 治 疗 要 点

虚劳病的基本治疗原则为补益五脏气血阴阳。而临床辨治还应把握几个要点：一是首辨内伤、外感。外感日久不愈可成劳，虚劳病亦可兼夹外感，临证遇到虚劳兼外感时不可独补其虚，以其有留寇之蔽，而应使用解托法或补托法（详见［古训今释］有关章节）；二是诸虚百损，首重脾肾。肾为先天之本，脾为气血生化之源，脾健肾强，诸虚疗之有望，先后天一绝，死期将近；三是在调补脾肾时，应以平调阴阳为主。阴阳乃天地之道，万物之纲纪，变化之父母，生杀之本始，古已有明训，足见调整阴阳的重要性。所谓平调，即用药不可峻烈，剂量宜因病因人因时而宜，不可默守亦不可过激；调的目的是以平为期，不可因温伤阴，因凉伤阳。待外感祛除，先后天生机旺盛，阴阳平复，再徐进补剂，必建奇功。

6 鉴 别

为了进一步明确虚劳病的含义，有必要对几个易于混淆的概念加以说明。

6.1 虚 证

这两个概念应加以区别的理由为：一是由于虚劳病和内科其它病证中的虚证在临床表现，治疗方药等方面有相似之处；二是由于虚劳病的辨证论治是以虚证为基础的，因而易使初学者把虚劳与虚证等同起来。

首先应该明确的是虚劳为病名诊断而虚证为证候诊断。其次，从临床表现来看虚劳无固定的主证，而虚证有固定的主证。第三，从病机的比较可以看出，虚劳是以五脏、气血阴阳多部分多层次的损害为主，而内科其它病证中的虚证是以五脏气血阴阳某一部分的损害为主。第四，虚劳的病势有呈进行性发展的趋势，发展的速度可快可慢；而内科其它病证中的虚证，其病势多呈自限性。第五，虚劳的治疗较为困难，一般难取速效，甚或难以取效，而其它内科病证中的虚证，在治疗上易于取效，通常预后良好。

虚劳与虚证的区别虽尽如上述，但内科其它病证中的虚证在失治、误治、调护不当的条件下则易转化为虚劳病；而虚劳病在调治恰当的条件下也可出现良好的向愈趋势。

由于虚劳病的临床表现千变万化，从症状学的角度难以学习掌握，单独从病机的角度研究又易与虚证混淆，为了便于学习、把握虚劳病，从纷杂的临床表现背后找到可循的规律性，只能从证的角度加以阐明，因而虚证成为组成虚劳病的基本单位，证与证之间的多种组合方式呈现出虚劳病的特点，在学习及临床实践中我们只能变通地去学习、运用，而不能死扣教条。

6.2 肺 痨

前人很多关于虚劳的论述，从现在看来，是针对肺痨而言的，至唐代以后，各家便将虚劳与肺痨明确地区别开来：第一，是否受痨虫侵袭是二者显著区别之一；第二，是否具有传染性是它们又一显著区别；第三，就治疗学方面的差异而言，虚劳以补益为主，肺痨以杀虫为主。区别的意义就在于：第一，由于在病因学研究上的重大发现，因而使人们认

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

识到隔离治疗的必要性；第二，由于抗痨药的问世，使肺痨的预后大为改观，因而肺痨与虚劳的鉴别，其临床意义就更为重要。

如果虚劳与肺痨没有共同点，那么两者间的鉴别就无必要，关于它们的共性，请看如下分析：第一，肺痨具备虚劳的起病方式；第二，虚劳的临床表现丰富，肺痨的临床表现也包括其中；第三，肺痨虽说病位在肺，日久不复，也可以现五脏气血阴阳亏损的病理机制；第四，在无抗痨药的时代，肺痨的病势也有呈进行性发展的趋势；第五，在肺痨病出现明显的临床症状之后，没有抗痨药，其预后多不乐观。

上述共性告诉我们，肺痨在很大程度上具备虚劳病的特点，但是，由于在病因学及治疗学方面的深入研究，已使临床治愈率显著提高。这便启迪我们在今后对虚劳病的研究中，应在病因学、治疗学方面进行重点研究，同时应借鉴西医分子生物学、遗传学、免疫学等基础理论以及手术治疗、化学治疗、物理治疗、免疫治疗、基因治疗等治疗方法，中西医并进，两条腿走路，相信，在虚劳病的研究中，会取得比肺痨的治疗更具突破性进展的新成果。

7 临床治疗

由于虚劳病的临床表现纷杂多变，临证辨治难度较大，因此，我们将从分证论治、复合证的辨证论治及按主症辨证论治几个角度来分别论述虚劳病的临床治疗。

7.1 分证论治

7.1.1 心气虚

临床表现：心悸怔忡，胸闷气短，自汗，活动后心悸、气短加重，面色淡白或㿠白，倦怠乏力，或有自汗，舌淡苔白，脉虚弱或虚大无力，或见结代。

病机分析：心主血脉，血液循行不息，全赖心气推动。心气内虚，无力推动血液运行，血脉不得充盈，心失所养，可出现心悸、气短、脉结代等症状；由于心气虚弱，行血无力，以致血液不能上荣于面，滋养全身，故可出现面色淡白、倦怠乏力、舌淡等症状；汗为心液，心气虚不能固护心液，故常自汗出。

治法：以补益心气为主。

方药：养心汤(《证治准绳》)加减。

人参　黄芪　茯神　当归　川芎　柏子仁　酸枣仁　远志　五味子　茯苓　炙甘草

加减：兼见胸痛，舌质紫黯或有瘀点者，为气虚血瘀之象，酌加三七、丹参、桃仁、红花之类；兼有食少、便溏或浮肿等脾气虚症者，去柏子仁、酸枣仁，加陈皮、白术、砂仁、泽泻；夹有痰浊，舌苔腻者，可加竹沥、半夏、陈皮；自汗明显者，选加牡蛎、麻黄根、浮小麦；自汗较多不止者，除益气敛汗外，应根据汗为心液、血汗同源之理，配以何首乌、黄精等滋阴养血药可获良疗效；兼畏寒肢冷，舌胖脉沉者，可加肉桂，以达“少火生气”之用；兼有腹胀，便秘者，应在重用人参、黄芪的基础上，选用厚朴、熟大黄、莱菔子、火麻仁、焦槟榔等药。

中成药：①柏子养心丸：每次9g，每日3次；②宁神定志丸：每服9g，每日3次；③补心气口服液：每次10ml，每日3次。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.1.2 心阳虚

临床表现：心胸紧迫或满闷，或憋闷疼痛，或心痛悠悠戚戚，或心痛较剧，心悸，气短，冷汗自出，形寒肢冷，或四肢厥冷，面色苍白，神倦嗜卧，舌淡胖或紫黯，脉结代，或涩，或细弱。

病机分析：心阳不足，阴寒内生，血行不畅，血脉凝滞，痹阻气机，则表现为心胸紧迫或满闷，或憋闷疼痛，或心痛悠悠戚戚，或心痛较剧，或舌紫；心阳不足，心气亏虚，则心失温煦，心液失其固摄，表现为心悸、气短、神倦、嗜卧、冷汗自出；阳气不足以温养四肢百骸，则表现为形寒肢冷或四肢厥冷；面色苍白，舌淡，脉结代、细弱或涩，均属心阳亏虚无力推动血行，脉道失充之象。

治法：温补心阳，活血理气。

方药：拯阳理劳汤(《医宗必读》)合丹参饮(《医宗金鉴》)加减。

人参　黄芪　五味子　肉桂　白术　当归　炙甘草　生姜　丹参　檀香　砂仁

加减：如形寒肢冷较甚，脉迟者，酌加附子、仙茅、巴戟、鹿茸、仙灵脾以增加助阳之力；血脉瘀滞较重，心胸痛甚者，选加川芎、郁金、三七、苏合香丸；如胸闷较甚，脘痞纳呆，舌苔白腻，是夹痰浊阻闭，加瓜蒌、薤白、半夏、陈皮；心悸、汗多者，加酸枣仁、龙骨、牡蛎。

中成药：①心宝丸：每服 10 粒，每日 3 次；②冠心苏合丸：每服 1 粒，每日 3 次；③生脉注射液：20～50ml 静脉注射；④屏风安心胶囊（由黄芪、白术、附子、麦冬等组成)：每次 3 粒，每日 3 次；⑤参附注射液：10～30ml 静脉注射；⑥灯盏花素注射液：每次 20ml，静脉滴注。

7.1.3 心血虚

临床表现：心悸怔忡，少寐多梦，易惊健忘，头晕，面色苍白无华或萎黄，唇甲、眼睑、皮肤淡白无华，舌质淡嫩，苔薄白，脉细弱或结代。

病机分析：心主血脉，心血不足，心失所养，故见心悸怔忡；其华在面，血虚不能上荣于面，充于脉中，故面色淡白无华或萎黄，舌淡脉细；心主藏神，心血不足，神失所依，故少寐多梦，易惊健忘；清窍失养故头晕；血虚则气少，故脉见结代。

治法：补血养心安神。

方药：四物汤(《太平惠民和剂局方》)加味。

当归　川芎　白芍　熟地　茯神　柏子仁　酸枣仁　远志　阿胶　鸡血藤　炙甘草

加减：失眠多梦较甚者，加夜交藤、合欢花；心悸较甚者，酌加磁石、龙骨；兼见食少便溏、腹胀乏力等症者，酌加山药、苡仁、扁豆、陈皮、糯米、茯苓；兼见倦怠、少气懒言、乏力等症者，可加人参、黄芪；兼见头晕、目眩、视物昏花，加枸杞子、菊花、山萸肉。

中成药：养血安神丸：每次 9g，每日 3 次。

7.1.4 心阴虚

临床表现：心悸，心烦，健忘，少寐，多梦，手足心热，潮热盗汗，咽燥唇干，面色潮红，舌质红瘦，或光剥无苔，或薄白苔，脉细数。

病机分析：心阴亏虚，心失濡养，故心悸；阴虚生内热，虚火扰心，故心烦，少寐，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

多梦，健忘；盗汗为阴虚火动，逼心液外泄所致；手足心热，潮热，面色潮红，咽燥唇干，舌质红瘦，少苔或无苔，脉细数，皆阴虚内热之象。

治法：滋阴养血，补心安神。

方药：天王补心丹(《校注妇人良方》)加减。

人参　玄参　丹参　天冬　麦冬　柏子仁　生地　远志　茯苓　五味子　桔梗　当归　酸枣仁

加减：兼见口舌生疮，烦躁不安者，加黄连、木通、竹叶；若心烦，少寐，多梦，健忘严重者，可酌加琥珀、龙齿、夜交藤；若有血虚症状者，可加何首乌、白芍；潮热者，可加银柴胡、地骨皮、胡黄连；盗汗者，加浮小麦、牡蛎。

中成药：天王补心丹：每次9g，每日3次。

7.1.5　肝气虚

临床表现：表情淡漠，抑郁寡欢，易悲善恐，喜引太息，神疲乏力，视物昏花，思维迟钝，或胀满不舒，或手足麻木，或少腹拘急或阳痿，或月经不调，舌淡面肿，苔白或腻，脉虚细弦或沉细无力。

病机分析：肝主疏泄，升发疏泄功能减退，从而出现气机不畅，情志失调以及思维活动等方面的临床表现：如表情淡漠，抑郁寡欢，易悲善怒，思维迟钝；肝开窍于目，肝气虚，精明失养则视物昏花；肝气虚，则肝脉所布部位出现不适，如胸胁满闷，喜引太息；肝主筋脉，肝气虚，筋脉失养则神疲乏力，手足麻木或挛急；肝脉绕阴器，过少腹，肝气虚则失其温煦濡养，表现为少腹拘急，阳痿，女子月经不调。

治法：补益肝气。

方药：黄芪建中汤(《金匮要略》)加减。

黄芪　桂枝　甘草　大枣　芍药　生姜　胶饴　山萸肉

加减：兼见头晕目眩，视物昏花者，可酌加天麻、菊花、枸杞子、桑椹子；因肝气虚而出现疏泄无力，气机不畅者，在补肝气的同时稍佐柴胡、青皮、菖蒲等药可取得更好的临床疗效；兼见血行不畅等症者，可选加鸡血藤、三七、丹参。

7.1.6　肝阳虚

临床表现：精神萎靡，意志消沉，懈怠疲惫，四肢厥冷，多梦胆怯，目视眈眈，巅顶空痛而晕，少腹隐痛，男子或阴囊冷缩，或阳痿，或睾丸坠胀，或寒疝阴湿；女子或少腹冷痛，或痛经，或月经不调，或不孕；肢体筋肉拘挛震颤，舌质淡白，苔白滑，脉沉迟无力或脉弱，以左关为甚。

病机分析：肝为刚脏，主疏泄，司藏血，体阴而用阳；肝阳具有温煦、升发和条畅的生理功能。肝为将军之官，藏魂主谋略，肝阳虚，则失其所主，表现为意志消沉，精神萎靡，胆怯易惊，如人将捕之等症状；肝主筋，筋脉失于肝阳之温煦，故出现懈怠疲惫，休息后不减，四肢厥冷，肢体筋肉拘挛震颤；肝经连目系，与督脉会于巅，肝阳虚，目窍失养，则目视眈眈；清窍失养则巅顶空痛而晕；足厥阴之脉，循股阴，入毛中，环阴器，抵少腹，肝阳虚，则筋脉所布均失温养，从而表现为少腹拘急隐痛，男子阴囊冷缩，阳痿，睾丸坠胀，寒疝阴湿；女子少腹冷痛，痛经，月经不调，不孕。

治法：温补肝阳。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方药：温阳补肝汤（蒲志孝方）加减。

黄芪 党参 肉桂 白芍 肉苁蓉 巴戟天 胡芦巴 杜仲 枳实 山萸肉

加减：兼见呕吐涎沫，嗳气者，可酌加吴茱萸、生姜、菖蒲；兼见腹胀，纳呆便溏，阴黄者，可酌加茵陈蒿、炮姜；少腹冷痛甚重，或兼阴缩疝气，睾丸坠胀者，可酌加乌药、小茴香。

7.1.7 肝血虚

临床表现：面白无华，爪甲不荣，或枯脆反甲，头目眩晕，目昏眼花，两目干涩，失眠多梦，惊惕不安，遇劳则隐隐胁痛，肢体麻木，筋脉拘急或跃跃跳动，手足震颤，肌肉瞤动或筋肉酸痛，妇女月经不调或经闭，舌淡苔白，脉虚弱或细弱。

病机分析：肝开窍于目，肝血亏虚，目窍失其濡养，则头目眩晕，目昏眼花，两目干涩；肝藏魂，肝血不足，魂不归舍，故失眠多梦，惊惕不安；足厥阴之脉布胁肋，肝血虚损，则胁肋隐痛，遇劳痛甚；肝血虚少，冲任二脉不充，故月经不调或经少、经闭；肝主筋，其华在爪，肝血亏虚，故爪甲不荣，或枯脆反甲，肢体麻木，筋脉拘急或跃跃跳动，手足震颤，肌肉瞤动或筋肉酸痛；面白无华、舌淡、脉细弱为肝血不足，血脉不充之象。

治法：补血养肝。

方药：四物汤(《太平惠民和剂局方》)加减。

熟地 当归 白芍 川芎 酸枣仁 何首乌 山茱萸 木瓜 鸡血藤 阿胶（烊化） 炙甘草

加减：失眠多梦甚者，加合欢花、夜交藤、龙齿；肢体麻木，筋肉酸痛抽痛，或震颤者，加伸筋草、天麻、珍珠母，全蝎、僵蚕；眩晕耳鸣者，加女贞子、磁石；惊惕不安者，加龙齿、远志；胁痛者，稍佐柴胡、香附、郁金；视物模糊者，加楮实子、枸杞子、决明子；纳呆，腹胀，便溏者，加党参、白术、茯苓、陈皮、鸡内金。

中成药：①四物丸：每次 9g，每日 3 次；②鸡血藤膏：每次 15g，每日 3 次。

7.1.8 肝阴虚

临床表现：两颧红赤，头面烘热，五心烦热，潮热盗汗，口燥咽干，烦躁易怒，失眠多梦，两目干涩，有灼热感，或目赤畏光，视力减退，视物昏花，或雀目；眩晕，头痛，胁肋灼痛，肢体麻木，筋脉拘急，手足蠕动，筋惕肉瞤，月经失调，舌红少津，苔少，脉弦细数。

病机分析：肝阴不足，肝阳偏亢，上扰清空，故头痛，眩晕；肝阴不能上荣于目，故两目干涩，有灼热感，或目赤畏光，视力减退，视物昏花，或雀目；肝阴不足，不能濡养筋脉，虚风内动，故肢体麻木，筋脉拘急，手足蠕动，筋惕肉瞤肝为血海，阴血不足，冲任失养，故月经失调；肝阴虚损，阴亏火旺，故见两颧红赤，头面烘热，五心烦热，潮热盗汗，口燥咽干；肝为风木之脏，内寄相火，肝阴虚则肝阳无所制，故烦躁易怒，失眠多梦；舌红少津、苔少、脉弦细数均为阴虚肝旺之象。

治法：滋阴养肝。

方药：一贯煎(《柳州医话》)合补肝汤(《医宗金鉴》)加减。

生地黄 沙参 当归 麦门冬 枸杞子 白芍药 酸枣仁 木瓜 生甘草 珍珠母

加减：头痛，眩晕，耳鸣较甚，或筋惕肉瞤者，加石决明、菊花、钩藤；目干涩，畏

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

光或视物不明者，加枸杞子、女贞子、草决明；急躁易怒，便秘尿赤，舌红，脉数者，选加龙胆草、栀子、黄芩、黄柏、知母；如肝阴虚甚者，酌加枸杞子、桑椹、女贞子、玉竹、沙苑子之类；肢体麻木者，加鸡血藤、丝瓜络。

中成药：①二至丸：每次9g，每日3次；②杞菊地黄丸，每次9g，每日3次。

7.1.9 脾气虚

临床表现：面色萎黄或㿠白，倦怠乏力，遇劳则剧，食欲不振，饮食减少，形体消瘦，或食后脘腹胀满，大便溏薄，或排便无力，虚甚者可出现发热或低热缠绵，或出现便血、崩漏、衄血等脾不统血之候，甚则内脏下垂，表现为直肠、子宫脱出。舌淡嫩或有齿印，苔薄白，脉或濡弱。

病机分析：脾气虚的主要病机是气虚不摄，运化失司。脾气虚弱，则健运失司，运化无权，故食欲不振，饮食减少，食后脘腹胀满，水谷不化，大便溏薄，甚或排便无力；脾胃为水谷之海，虚则气血生化乏源，气虚血亏，故面色萎黄而神疲倦怠；脾胃元气不升，阴津不能上达，以致火亢于上，故见发热或低热缠绵；脾主肌肉，脾虚则肌肉失于荣养，故形体消瘦而乏力；脾虚统血无权，故可见各种出血之证；脾胃气虚日久，可致中气下陷，而出现直肠、子宫脱出的临床表现；舌淡嫩，有齿痕，苔白，脉濡弱，皆为脾气虚弱之候。

治法：益气健脾。

方药：补中益气汤(《脾胃论》)加减。

黄芪　甘草　人参　当归　橘皮　升麻　白术　柴胡　葛根

加减：兼胃脘胀，呕吐，嗳气者，加半夏、陈皮；兼脘闷腹胀者，加木香、砂仁；嗳气酸腐，苔腻者，去黄芪或人参，选加神曲、山楂、鸡内金、炒谷芽、炒麦芽、莱菔子；若气虚及阳，腹痛腹泻，手足欠温者，加肉桂、炮姜；大便隐血者，加乌贼骨、阿胶、白及；血崩者，加阿胶、生地、地榆；血溢于脉外，留于皮下，形成瘀斑者，重加大枣、山药之类。

中成药：①参苓白术散：每次9g，每日3次；②补中益气丸：每次9g，每日3次；③健脾丸：每次9g，每日3次；④香砂养胃丸：每次6g，每日3次。

7.1.10 脾阳虚

临床表现：面色萎黄或苍白，精神萎靡，倦怠乏力，四肢困重，畏寒肢冷；自觉腹中冷痛，腹胀肠鸣，喜按喜暖；纳食减少，大便溏薄，或先硬后溏，或时干时溏；或泄泻清谷，完谷不化，每因受寒或饮食不慎而发；口淡不渴，或口泛清水；妇人白带多而清稀；甚或双下肢水肿，舌淡嫩苔白而润，胖大或有齿痕，脉沉细或沉弱。

病机分析：气虚为阳虚之渐，阳虚为气虚之甚，脾阳亏虚，不能运化水谷，助长体力，故食少，四肢困重，畏寒肢冷，倦怠乏力；气虚中寒，清阳不展，寒凝气滞，故肠鸣腹痛，大便溏泄，腹痛喜温，下利清谷，白带清稀；面色萎黄，口淡不渴，或口泛清水，下肢浮肿，舌淡嫩苔白而润，胖大或有齿痕，脉沉细或沉弱均为中阳虚衰之候。

治法：温中健脾。

方药：附子理中汤(《太平惠民和剂局方》)加味。

熟附子　炮姜　人参　炒白术　炙甘草　砂仁　茯苓

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

加减：腹中冷痛较甚者，加高良姜、茱萸、丁香温中理气止痛；食后腹胀及呕逆者，加半夏、生姜、陈皮温中和胃降逆；腹泻较剧者，加肉豆蔻、补骨脂温脾涩肠；若津液运化失调，而浮肿胀满者，宜加生姜、草果、大腹皮、木瓜；如小便不利，浮肿甚者，加肉桂、泽泻、猪苓等化气行水。

中成药：附子理中丸：每服1丸，每日2次。

7.1.11 脾阴虚

临床表现：两颧红赤，或面色潮红，潮热盗汗，口干唇燥，手足烦热，饥不欲食，或食后腹胀，大便干结，倦怠消瘦，舌淡红少津，少苔或光剥无苔，脉濡或细数无力。

病机分析：脾阴虚，营血津亏，致濡养无权，运化失职，临床表现为口干，便结，饥不欲食，或食后腹胀；营阴亏损，津亏不能上承，故口干；大肠失于滋润则大便秘结；阴虚则火旺，如虚火扰动，则脾阴更伤，而见两颧红赤，或面色潮红；脾阴亏虚，运化失常，则见饥不欲食，或食后腹胀；化源不足，失于滋养，故倦怠消瘦；舌淡红少津，少苔或光剥无苔，脉细数无力均为阴虚之象。

治法：滋养脾阴。

方药：中和理阴汤加减。

人参　沙参　燕窝　生山药　扁豆　莲子肉　老米　石斛

加减：口干唇燥甚者，加石斛、天花粉滋养胃阴；不思饮食者，加麦芽、谷芽；呃逆者加刀豆、柿蒂、竹茹降逆止呕；倦怠，乏力甚者，可加黄芪、西洋参（易人参）；如身热，心烦、或手足心热者，可酌加胡黄连、地骨皮、知母之类；便秘甚者，加火麻仁、肉苁蓉之类或白蜜冲服；食后腹胀，加鸡内金、莱菔子、神曲。

中成药：①玉泉丸：每日3次，每次6~9g；②阴虚胃痛冲剂：每日3次，每次10g，③滋阴甘露丸：每日3次，每次9g。

7.1.12 脾血虚

临床表现：面色、口唇、爪甲、肌肤苍白无华，精神倦怠，头昏乏力，起立时眼前昏暗，妇人月经衍期，量少色淡闭经，食欲不振，食量减少，食后脘腹胀满，按之则舒，大便不爽，或大便难，舌淡苔白，脉沉细弱无力。

病机分析：脾为气血生化之源，脾血虚则血不能上荣头面，滋养肌肤爪甲，故面色、口唇、爪甲、肌肤苍白无华，头昏乏力，起立时眼前昏暗；血为气母，血虚气弱，故精神倦怠，乏力；脾血虚，运化失职，故食欲不振，食量减少，食后脘腹胀满，按之始舒；脾血虚，气血生化乏源，故妇人月经衍期，量少色淡或闭经；脾血虚，大肠失于滋润，血虚气弱，推荡无力，故大便不爽或大便难；舌淡苔白，脉沉弱无力为脾血虚外候。

治法：健脾补血。

方药：归脾汤(《济生方》)加减。

白术　黄芪　人参　茯苓　木香　当归　炙甘草　龙眼肉

加减：纳呆食少，食后脘腹胀满者，可酌加鸡内金、炒谷芽、炒麦芽、神曲、砂仁等消食健脾之品；月经衍期，量少色淡甚者可加阿胶、首乌等养血之品；大便难者可加肉苁蓉。

中成药：①养血归脾丸：每日3次，每次1丸；②人参养荣丸：每日3次，每次1

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

丸。

7.1.13 肺气虚

临床表现：面色淡白或㿠白，少气不足以息，身倦懒言，声低息微，咳痰无力，动则短气，甚则呼吸喘息，时时自汗出，频频伤风，舌质淡白，苔薄白，脉虚弱，或细弱无力。

病机分析：肺气不足，表卫不固，故时时自汗，频频伤风；肺主皮毛，肺气不足，失于宣肃，故少气不足以息，身倦懒言，声低息微，咳痰无力，动则短气，甚则呼吸喘息；肺气亏虚，不能贯心脉而通达全身，气血不能充沛于血脉，故见面色淡白或㿠白；舌淡白，苔薄白，脉虚弱或细弱无力为肺气虚之外候。

治法：补益肺气。

方药：补肺汤(《永类钤方》)加减。

人参　黄芪　五味子　紫菀　桑白皮　茯苓

加减：自汗较多者，加牡蛎、麻黄根；兼畏寒自汗，当益气固表御风，加用玉屏风散；兼潮热、盗汗者，加鳖甲、秦艽、地骨皮、白薇；无咳嗽者，可去紫菀、桑白皮；咳嗽痰多者，宜加制半夏、橘皮；如上气喘满，烦热者，宜与人参蛤蚧散合用；如见咯痰清稀，肺气上逆，喘促不续，汗出肢冷，脉沉微者，当与黑锡丹合用。

中成药：①参芪膏：每日3次，每次15g；②人参蛤蚧散：每次9g，每日3次；③玉屏风散：每次9g，每日3次。

7.1.14 肺阳虚

临床表现：面色苍白，口唇青紫，神疲倦卧，形寒肢冷、背心恶寒，鼻息气冷，咳嗽，气喘；咳痰清稀，胸中隐痛，易伤风感冒，声低气怯，或冷汗自出，舌淡胖或舌边有瘀点，脉沉迟无力。

病机分析：气虚为阳虚之渐，阳虚为气虚之甚，单纯性气虚者多无寒象，而阳虚者必生寒；肺阳虚失其温煦之职，故见形寒肢冷，背心恶寒，鼻息气冷，咳痰清稀；肺中阳气虚衰，则同时失其固摄、防御作用，故表现为易伤风感冒，冷汗自出；肺主一身之气，阳气亏虚，则神疲倦卧；肺阳虚，则宣肃失司，故咳嗽、气喘；阳气虚弱则血脉失其推动鼓荡，甚则闭塞不通，故见面色苍白，口唇青紫，胸中隐痛，舌淡胖或舌边有瘀点，脉沉迟无力。

治法：温补肺阳。

方药：甘草干姜汤(《金匮要略》)加味。

炙甘草　干姜　人参　桂枝　细辛　大枣　五味子

加减：咳吐清稀痰涎较甚者，或酌加茯苓、陈皮、半夏、白术；胸中痛甚者，可酌加瓜蒌、薤白、枳实；形寒肢冷较甚者，伴冷汗自出者，可先以参附汤回阳，而后再缓图它症。

7.1.15 肺阴虚

临床表现：两颧红赤或面色潮红，口干唇燥，五心烦热，鼻干少涕或无涕，咽燥，干咳少痰或无痰，或痰中带血，甚则声音嘶哑或失音，形体消瘦，潮热盗汗，大便燥结，舌红少津；少苔或无苔，脉细虚数。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

病机分析：肺阴亏虚，失于滋养濡润，故口干唇燥，大便燥结；肺阴不足，清肃之令不行，故干咳；阴虚津不上承，故咽燥少痰或无痰，鼻干少涕或无涕，甚则金碎不鸣而声音嘶哑或失音；阴虚内热，肺络损伤则痰中带血或咯血；阴虚火旺则五心烦热，两颧红赤或面色潮红，潮热盗汗；舌红少津，少苔或无苔，脉细虚数均为阴虚内热之象。

治法：养阴润肺。

方药：沙参麦冬汤(《温病条辨》)加减。

沙参 麦冬 天冬 玉竹 百合 银柴胡 桑白皮 川贝 桔梗 甘草 天花粉 地骨皮

加减：咳嗽较甚者，加百部、款冬花；痰中带血或咯血者，酌加白及、仙鹤草、白茅根、紫珠草；肠失滋润，大便燥结者，可酌加火麻仁、白蜜；兼短气自汗者，可加人参、五味子；盗汗者加牡蛎、浮小麦、麻黄根。

中成药：①百合固金丸：每次9g，每日3次；②养阴清肺丸：每次1丸，每日3丸。

7.1.16 肾气虚

临床表现：精神不振，怠惰乏力，头晕耳鸣，听力减退，甚则耳聋，发白早脱，牙齿动摇，腰膝酸软，小便清长，或尿后余沥不尽，或遗尿，或小便失禁，或夜尿频多，男子滑精早泄，女子带下清稀，胎动易滑，舌淡苔白，脉沉弱。

病机分析：肾中精气是构成人体的基本物质，肾气亏虚，则精神不振，怠惰乏力；脑为“髓海”，肾气虚弱，髓海失养，则头晕；耳为肾窍，肾气虚，故耳鸣，听力减退，甚则耳聋；肾华在发，肾气不足，则发白早脱；肾主骨，齿为骨之余，肾气不足，失其充养，则牙齿动摇，甚或早期脱落；肾气亏虚，膀胱气化失司，故小便清长，或尿后余沥不尽，或夜尿频多；肾气虚，固摄无权，故小便失禁，男子滑精早泄；肾气亏虚，冲任不固，故女子带下清稀，胎动易滑；舌淡苔白，脉沉弱，为肾气虚之象。

治法：补肾益气。

方药：大补元煎(《景岳全书》)加减。

熟地 枸杞子 杜仲 山萸肉 当归 党参 淮山药 益智仁 菟丝子 炙甘草

加减：气虚甚者，加黄芪、人参、鹿茸、紫河车；夜尿频频，或遗尿、尿失禁者，或酌加芡实、金樱子、桑螵蛸；纳呆、便溏者，去熟地，加白术、茯苓、砂仁、鸡内金、莲子肉；滑精，早泄者，可酌加莲须、龙骨、牡蛎。

中成药：①金匮肾气丸：每次9g，每日3次；②青娥丸：每次9g，每日3次；③耳聋左慈丸：每次9g，每日3次；④壮腰健肾丸：每次9g，每日3次。

7.1.17 肾阳虚

临床表现：精神萎靡，腰膝酸软，腰背冷痛，畏寒肢冷倦卧，尤以下肢为甚；或浮肿，腰以下为甚，按之凹陷不起；或小便清长，性欲淡漠，阴湿阳痿，不育；或妇人宫寒不孕；或大便久泄不止，完谷不化，五更泻泄；甚则腹部胀满，全身肿胀，心悸咳喘；舌质淡白或胖嫩，苔多白滑，或有齿痕，脉沉迟，或沉缓无力。

病机分析：肾阳不足，无力振奋心神，故精神萎靡，倦卧；腰为肾之府，督脉贯脊络肾而总督诸阳，肾阳衰微，失于温煦，则腰背冷痛，畏寒肢冷，腰膝酸软；肾处下焦，阴寒盛于下，故下肢尤以两足发冷为甚；肾主藏精，主发育生殖，且开窍于二阴，故肾阳亏

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

虚，则性欲淡漠，阴湿阳痿，不育；肾阳不足，冲任失养，故妇人宫寒不孕；肾主水，肾阳虚，蒸腾气化失职，故浮肿，且腰以下为甚，甚则腹部胀满，全身肿胀；肾水凌心则心悸，寒水射肺则咳喘；肾阳衰弱，失其固摄之职，则见小便清长；肾阳虚惫，命门火衰，犹之釜底无薪，火不生土，不能腐熟水谷，故大便久泄不止，完谷不化，五更泄泻；舌淡胖苔白滑，或有齿痕，脉沉迟，或沉缓无力为肾阳虚之外候。

治法：温补肾阳。

方药：右归丸(《景岳全书》)加减。

附子　肉桂　熟地　当归　枸杞子　山药　吴茱萸　菟丝子　杜仲　鹿角胶　益智仁　桑螵蛸　党参

加减：滑精者，加金樱子、芡实，或合金锁固精丸；下利清谷者，去熟地、当归，加黄芪、白术、薏苡仁、莲子、茯苓；五更泄泻者，合用四神丸；浮肿尿少者，加茯苓、泽泻、车前子，或合五苓散；喘促、短气，动则更甚，可酌加补骨脂、五味子、蛤蚧；如泄泻严重者，可加罂粟壳、诃子；精冷、阳事不举者，可加淫羊藿、巴戟、补骨脂、鹿茸。

中成药：①金匮肾气丸：每服9g，每日3次；②四神丸：每服9g，每日3次。

7.1.18　肾阴虚

临床表现：两颧红赤，形体消瘦，耳鸣耳聋，齿摇发落，腰膝酸软，两足萎弱，失眠多梦，男子阳强易举，早泄，梦遗；妇女经闭经少，虚烦盗汗，骨蒸潮热，口咽干燥；五心烦热，溲黄便干，舌红少津，少苔或无苔，脉细或细数。

病机分析：肾主藏精，其华在发，其充在骨，齿为骨之余，肾阴不足，则发脱齿摇；肾阴匮乏，髓海不足，脑失濡养，故眩晕耳鸣，甚或耳聋；肾阴亏损，精脱髓虚，故形体消瘦；肾阴亏虚，冲任失养，故妇女经闭经少；肾阴虚损，肾督失养，则腰脊软弱，骨枯足痿；肾阴不足，阴不配阳，虚热内生，可致两颧红赤，虚烦盗汗，骨蒸潮热，口咽干燥，五心烦热，溲黄便干；水不济火，相火妄动，可致阳强易举，早泄，梦遗；舌红少津，脉细数为肾阴亏损之象。

治法：滋补肾阴。

方药：左归丸(《景岳全书》)加减。

熟地　枸杞子　山茱萸　龟甲胶　鹿角胶　淮山药　牛膝　秦艽　鳖甲　银柴胡

加减：梦遗、早泄者、加龙骨、牡蛎、金樱子、莲须；潮热、口干、咽燥、五心烦热甚者，加知母、黄柏、地骨皮；腰膝酸软、足痿甚者，可酌加紫河车。

中成药：①六味地黄丸：每服9g，每日3次；②知柏地黄丸：每服9g，每日3次；③二至丸：每服9g，每日3次；④杞菊地黄丸：每服9g，每日3次。

7.1.19　肾精虚

临床表现：面色苍白或萎黄，唇甲色淡无华，起立时眼前昏暗，耳聋耳鸣，须发早白，毛发脱落，腰膝酸软，足跟痛疼，男子不育，女子月经不调，或闭经不孕，舌质淡，苔白，脉细弱。

病机分析：肾精充盛，则听觉灵敏，若肾血亏虚，耳窍失濡，可致耳鸣、耳聋或听力减退；肾华在发，发为血之余，故肾精虚损，则须发早白，毛发脱落；肾精不足，冲任失养，经血乏源，可致月经过少，月经后期，或经闭不孕；肾精虚可致精少不育；肾主骨，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

腰为肾之府，肾精亏虚，不能生精髓，濡养骨骼，则可致腰膝酸软疼痛，骨骼痿弱无力，甚至痿弱不能行动；肾精亏虚，空窍失养，故起立时眼前昏暗；血不华色，故面色苍白或萎黄，唇甲色淡无华；舌淡脉细弱为肾精虚之外候。

治法：益肾补血。

方药：左归丸(《景岳全书》)合四物汤(《太平惠民和剂局方》)加减。

熟地　首乌　鹿角胶　龟甲胶　山萸肉　淮山药　黑芝麻　当归　炒白芍　淮牛膝　枸杞子　川断　仙灵脾

加减：以耳聋、耳鸣、听力减退为主者，可加磁石、菖蒲；以白发、脱发为主者，可酌加赞化血余丹或胡麻丹；以腰膝酸软无力为主者，可酌加健步壮骨丸。

中成药：①养血生发胶囊：每服4粒，每日3次；②耳聋左慈丸：每服9g，每日3次。

7.2 复合证的辨证论治

7.2.1 心肺气虚

临床表现：久咳不止，心悸气短，乏力，动则尤甚，面色㿠白，胸闷，痰液清稀，头昏神疲，自汗声怯，舌淡苔白，脉沉弱或结代。

病机分析：肺主呼吸，心主血脉，赖宗气的推动作用，以协调两脏的功能。肺气虚弱，宗气生成不足，可使心气亦虚。反之，心气先虚，宗气耗散，亦能致肺气不足。心气不足，不能养心，则见心悸。肺气虚弱，肃降无权，气机上逆，为咳喘；气虚则气短乏力，动则耗气，故喘息甚；肺气虚，呼吸机能减弱，则胸闷不舒；不能输布精微，水液停聚为痰，故痰液清稀；气虚全身机能活动减弱，肌肤脑髓供养不足，则面色㿠白，头晕神疲；卫外不固则自汗；宗气不足故声怯，气虚则血弱，不能上荣舌体，见舌淡苔白；气血运行无力或心脉之气不续，则脉见沉弱或结代。

治法：补益心肺，益气活血，化痰宁心。

方药：归脾汤(《济生方》)合二陈汤(《太平惠民和剂局方》)加减。

红参　黄芪　白术　丹参　当归　酸枣仁　五味子　远志　半夏　茯苓　橘皮　炙甘草

加减：兼咳唾痰血者，加黄芩、杏仁、仙鹤草、阿胶；胸闷憋气甚者，加瓜蒌、薤白。

7.2.2 心脾两虚

临床表现：心悸怔忡，失眠多梦，眩晕健忘，面色萎黄，食欲不振，腹胀便溏，神倦乏力，或皮下出血，妇女月经量少色淡，淋漓不尽，舌质淡嫩，脉细弱。

病机分析：脾气虚弱，生血不足，或统摄无权，血溢脉外，均可导致心血亏虚；心血不足，无以化气，则脾气亦虚。心血不足，心失所养，则心悸怔忡；心神不宁，故失眠多梦；头目失养，则眩晕健忘；肌肤失荣，所以面色萎黄无泽；脾气不足，运化失健，故食欲不振，腹胀便溏；气虚机能活动减退，故神倦乏力；脾虚不能摄血，可见皮下出血，妇女经量减少，色淡质稀，淋漓不尽；舌质淡嫩，脉细弱，皆为气血不足之候。

治法：益气扶脾，养血宁心。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方药：归脾汤(《济生方》)加减。

红参　黄芪　炒白术　茯神　当归　酸枣仁　远志　龙眼肉　广木香　生姜　大枣

加减：大便稀溏者，加山药、莲子、扁豆、炮姜；失眠甚者，加合欢皮、夜交藤；兼出血或崩漏者，加仙鹤草、侧柏炭、棕榈炭、血余炭、阿胶；经少，经闭者，加丹参、熟地。

7.2.3　肺脾气虚

临床表现：久咳不止，气短而喘，痰多稀白，食欲不振，腹胀便溏，声低懒言，疲倦乏力，面色㿠白，甚则面浮足肿，舌淡苔白，脉细弱。

病机分析：脾气不足，不能输精于肺，致肺气日损；肺气不足，宣降失常，脾气受困，终致脾气亦虚；肺气虚弱，宣肃失常，故久咳不止，气短而喘；气虚水津不布，聚湿生痰则痰多稀白；脾虚运化失健，可见食欲不振，腹胀不舒，气虚机能活动减退，故声低懒言，疲倦乏力；肌肤失养，则面色㿠白，水湿泛滥，可致面浮足肿；舌淡苔白，脉细弱，均为气虚之候。

治法：补脾益肺，利湿化痰。

方药：六君子汤(《妇人良方》)合二陈汤(《太平惠民和剂局方》)加减。

人参　黄芪　白术　茯苓　五味子　半夏　陈皮　生姜　甘草　大枣

加减：兼畏风自汗、频频伤风者，加防风、浮小麦、麻黄根；腹胀便溏，食欲不振者，可酌加炒山药、砂仁、莲子、广木香；喘甚者，可加蛤蚧。

7.2.4　肺肾阴虚

临床表现：咳嗽痰少，或痰中带血，口咽干燥，或声音嘶哑，形体消瘦，腰膝酸软，骨蒸潮热，颧红盗汗，男子遗精，女子月经不调，舌红少苔，脉细数。

证候分析：肺肾阴液互相滋养，肺津敷布以滋肾，肾精上滋以养肺，称为“金水相生”。肺阴不足，虚热内生，清肃失职，故咳嗽痰少；热灼肺络，络损血溢，则痰中带血；津不上润，故口燥咽干；虚火熏灼会厌，则声音嘶哑；肌肉失养，使形体日渐消瘦；肾阴亏虚，失其濡养，则腰膝酸软无力；相火偏旺，虚火内蒸，所以自觉热自骨髓蒸腾而出，且午后热势明显；阴虚内热，虚火上炎则颧红；内扰营阴为盗汗；火扰精室故遗精；舌红少苔，脉细数为阴虚之候。

治法：滋肾养肺，清热止咳。

方药：麦味地黄汤(《医级》)加减。

生地黄　麦冬　五味子　玉竹　石斛　桑叶　杏仁　桔梗　枸杞子　胡黄连　芦根　生谷芽

加减：虚热盛者，可加炒黄柏、知母、地骨皮、丹皮等；兼咳血或痰中带血者，可加仙鹤草、白茅根、阿胶；兼纳呆、腹满者，可加陈皮、砂仁、鸡内金、焦山楂。

7.2.5　心肾阴虚

临床表现：心烦不寐，心悸不安，头晕耳鸣，健忘，腰酸遗精，五心烦热，咽干口燥，舌红脉细数。或伴见腰部下肢酸困发冷。

病机分析：肾水亏于下，心火炽于上，水火不济，心阳偏亢，心神不宁，故心烦不寐，心悸不安；水亏阴虚，骨髓不充，脑髓失养，则头晕耳鸣，记忆力减退；腰为肾府，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

失阴液濡养，则腰酸；精室为虚火扰动，故梦遗；五心烦热，咽干口燥，舌红，脉细数，为水亏火亢之征。心火亢于上，火不归元，肾水失于温煦而下凝，则腰足酸困发冷。

治法：滋肾养心，清热育阴。

方药：黄连阿胶汤(《伤寒论》)合酸枣仁汤(《金匮要略》)加减。

生地黄　麦冬　丹参　黄连　黄柏　酸枣仁　生牡蛎　合欢皮　夜交藤　龟甲　鲜鸡蛋黄

加减：虚热甚者，可酌加青蒿、鳖甲、地骨皮、丹皮、知母；失眠较甚者，可重用酸枣仁，酌加远志；口燥咽干甚者，可酌加玄参、桔梗、牛蒡子；兼见腰部下肢酸困发冷者，可酌加川断、牛膝、杜仲；精关不固者，可酌加芡实、金樱子。

7.2.6　心肾阳虚

临床表现：心悸怔忡，畏寒肢冷，或朦胧欲睡，或小便不利，肢面浮肿，下肢为甚，或唇甲淡黯青紫，舌淡黯或青紫，苔白滑，脉沉微细。

病机分析：肾阳为一身阳气之根本，心阳为气血运行、津液流注的动力，阳气衰微，心失温养，故心悸怔忡；不能温煦肌肤则畏寒肢厥；心神失养，精神萎靡，可见朦胧欲睡；三焦决渎不利，膀胱气化失司，则见小便不利；水液停聚，泛溢肌肤，肤面浮肿；由于水性趋下，故水肿以下肢为甚；阳虚运血无力，血行瘀滞，可见口唇爪甲青紫。舌淡黯或青紫，苔白滑，脉沉微细，皆为心肾阳气衰微，阴寒内盛，血行瘀滞，水气内停之证。

治法：扶阳补心，温肾利水。

方药：参附汤(《正体类要》)合五苓散(《伤寒论》)加减。

红参　制附子　炒白术　茯苓　泽泻　猪苓　桂枝　五味子　酸枣仁　车前子

加减：畏寒肢冷较甚者，可酌加巴戟、淫羊藿；唇甲青紫者，可酌加当归、鸡血藤、丹参；兼纳呆、便溏者，可酌加炒山药、莲子。

7.2.7　脾肾阳虚

临床表现：面色㿠白，畏寒肢冷，腰膝或下腹冷痛，久泻久痢，或五更泄泻，或下利清谷，或小便不利，面浮肢肿，甚则腹胀如鼓，舌淡胖，苔白滑，脉沉细。

病机分析：脾为后天之本，主运化，布精微，化水湿，有赖命火之温煦；肾为先天之本，温养脏腑组织，气化水液，须靠脾精的供养。脾肾阳气虚衰，不能温煦形体，则面色㿠白，畏寒肢冷，腰膝冷痛；阴寒内盛，气机凝滞，故下腹冷痛；利久伤阳，脾虚及肾，命火衰微，脾阳更弱，故久泻久痢。寅卯之交，阴气极盛，阳气未复，肠中腐秽欲去，故有五更泄泻；泻下清冷水液，中夹未消化食物，是脾肾阳气虚衰，不能温化水谷的缘故；阳气虚衰，无以温化水湿，膀胱气化失司，则小便不利；水无去路，泛溢肌肤，故面浮肢肿；土不制水，反受其克，则腹部水肿胀满如鼓。舌淡胖，苔白滑，脉沉微，均为阳虚阴盛，水寒内盛的表现。

治法：扶脾补肾，温中固摄。

方药：附子理中汤(《太平惠民和剂局方》)加减。

制附子　红参　炒白术　炮姜　茯苓　罂粟壳　炒白芍　车前子　炙甘草

加减：气虚甚者，可酌加黄芪；畏寒肢冷较甚者可酌加牛膝、巴戟天、淫羊藿；泄泻较甚者可酌加诃子、莲子、炒山药、扁豆。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.2.8 肝脾虚损

临床表现：胸胁胀满窜痛，喜太息，情志抑郁或急躁易怒，纳呆腹胀，便溏不爽，肠鸣矢气，或腹痛欲泻，泻后痛减，舌苔白或腻，脉弦。

病机分析：肝主疏泄，有协助脾运化的功能，脾主运化，气机畅通，有助于肝气的疏泄。肝失疏泄，故胸胁胀闷窜痛；太息则气郁得解，胀闷得舒，故喜太息为快；气机郁结不畅；故精神抑郁；条达失职，则急躁易怒；脾失健运，气机不畅，故纳呆腹胀；气滞湿阻，则便溏不爽，肠鸣矢气；腹中气滞则腹痛，排便则气滞得畅，故泻后疼痛得以缓解。

治法：调补肝脾，养血理气。

方药：逍遥散(《太平惠民和剂局方》)加减。

柴胡 白芍 当归 白术 黄芪 枳壳 川芎 神曲 黄芩 香附 麦芽

加减：腹泻便溏者，加茯苓、炒山药；兼肝阳虚者，加肉桂、淫羊藿；肝血亏损，可加山萸肉、首乌；嗳气反酸者，如黄连、吴茱萸；腹痛，胃痛较甚者，可重用炒白芍，加延胡索。

7.2.9 心肝血虚

临床表现：心悸健忘，失眠多梦，眩晕耳鸣，面白无华，两目干涩，视物模糊，爪甲不荣，肢体麻木、震颤、拘挛，妇女月经量少、色淡，甚则经闭；舌淡，苔白，脉细弱。

病机分析：心主血，肝藏血，主疏泄调节血量。若心血不足，则肝无所藏，肝血不足，则无以调节血液进入脉道；心血虚，心失所养，则心悸怔忡；心神不安，故失眠多梦；血不上荣，则眩晕耳鸣，面白无华。目得血而能视，肝血不足，目失滋养，可见两目干涩，视物模糊；肝主筋，其华在爪，筋脉爪甲失血濡养，爪甲可变干枯脆薄，肢体感觉迟钝，麻木不仁，筋脉发生挛急，出现手足震颤或拘急屈伸不利之状；妇女以血为本，肝血不足，经水来源告乏，使经量减少，色淡质稀，甚至经停，或为经闭；舌淡苔白，脉细弱，为血虚之症。

治法：补血养心柔肝。

方药：四物汤(《太平惠民和剂局方》)合酸枣仁汤(《金匮要略》)加减。

熟地 当归 川芎 白芍 酸枣仁 知母 茯苓 甘草 枸杞子 木瓜 首乌 夜交藤

加减：虚热甚者，可酌加地骨皮、丹皮、鳖甲；血虚甚者，可酌加阿胶、鹿角胶、龟甲胶；失眠甚者，可酌加柏子仁、合欢花。

7.2.10 肝肾阴虚

临床表现：头晕目眩，耳鸣健忘，失眠多梦，咽干口燥，腰膝酸软，胁痛，五心烦热，颧红盗汗，男子遗精，女子经少，舌红少苔，脉细数。

病机分析：肝肾阴液相互资生，肝血充足，则藏于肾；肾阴旺盛，则上滋于肝。肾阴亏虚，水不涵木，肝阳上亢，则头晕目眩，耳鸣健忘；虚热内扰，心神不安，故失眠多梦；津不上润，则口燥咽干；筋脉失养，故腰膝酸软无力；肝阳不足肝脉失养，致胁部隐隐作痛；阴虚生内热，热蒸于里，故五心烦热；火炎于上，两颧发红；内迫营阴，则夜间盗汗；扰动精室，故见梦遗；冲任隶属肝肾，肝肾阴伤，则冲任空虚，而经量减少；舌红少苔，脉细数，为阴虚内热之征。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治法：滋补肝肾。

方药：归芍地黄汤加减。

熟地 淮山药 山茱萸 丹皮 茯苓 泽泻 当归 白芍 枸杞子 麦冬 炒麦芽

加减：兼见津亏口燥，夜半口干者，加玉竹、石斛、生谷芽；虚热炽甚者，加知母、黄柏、银柴胡；虚阳上亢，头目眩晕，肢麻刺痛者，加草决明、石决明、生龙骨、生牡蛎；小便黄热刺痛者，加白茅根、六一散。

7.3 按主症辨证论治

7.3.1 以咳嗽为主

7.3.1.1 肺脾气虚

临床表现：虚劳咳嗽，痰唾不利，喘急胸满，呀呷有声，饮食不进。

治法：补脾益肺，止咳平喘。

方药：蛤蚧汤。

蛤蚧 红参 杏仁 茯苓 桑白皮 甘草 生姜

7.3.1.2 肺脾阳虚

临床表现：虚劳咳嗽，肠鸣泄泻。

治法：益肺止咳，补脾固摄。

方药：紫菀汤。

紫菀 柴胡 附子 苍术 赤芍 肉豆蔻 红参

7.3.1.3 阴虚火旺

临床表现：虚劳咳嗽，发热羸瘦。

治法：养阴清热，益肺止咳。

方药：阿胶丸。

阿胶 熟地 山茱萸 羚羊角 柏子仁 茯神 地骨皮 五味子 百合 丹参 远志 人参 蛤蚧

用法：炼蜜为丸，每服9g，日3次。

7.3.2 以不思饮食为主

7.3.2.1 脾气虚弱

临床表现：虚劳不思饮食，中满痞塞，大肠或秘或泄。

治法：温中健脾。

方药：豆蔻汤。

白豆蔻 丁香 白术 厚朴 人参 干姜 炙甘草 陈皮 槟榔

7.3.2.2 脾肾两虚

临床表现：脾劳虚损，不思饮食，脐腹疼痛。

治法：脾肾两助，温阳益气。

方药：巴戟丸。

巴戟天 附子 肉苁蓉 牛膝 菟澄茄 当归 蜀椒 吴茱萸 青皮 橘皮 木香 人参

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.3.3 以寒热为主

7.3.3.1 气阴两虚

临床表现：虚劳寒热往来，不思饮食，口干生疮，四肢劳倦，五心烦热，肌肤不泽。

治法：益气养阴，滋肾健脾，疏风。

方药：木香鳖甲汤。

木香 鳖甲 柴胡 秦艽 黄芪 知母 茯苓 人参 桔梗 白术 甘草 防风 肉豆蔻 半夏 枳壳 芍药

7.3.3.2 阴阳两虚

临床表现：虚劳寒热，日渐羸瘦，行步艰难，状如痹疾。

治法：温阳益气，和血祛风。

方药：柴胡当归汤。

柴胡 当归 防风 白芷 附子 白术 丹皮 桂枝 天仙藤 秦艽 桔梗 芍药 人参 麻黄 木香 知母

7.3.4 以潮热为主

7.3.4.1 气阴两虚

临床表现：虚劳潮热，心神烦躁，咳嗽盗汗，肢节酸痛，夜卧不安。

治法：养阴益气清热。

方药：柴胡鳖甲汤。

柴胡 鳖甲 秦艽 桔梗 人参 川芎 当归 茯苓 桔梗 槟榔 紫菀 桑白皮 地骨皮 生地 白术 知母 芍药 甘草

7.3.4.2 脾气虚弱

临床表现：虚劳潮热，咳嗽盗汗。

治法：益气健脾退虚热。

方药：人参汤。

人参 柴胡 白术 黄芪 知母 槟榔 桔梗 当归 陈皮 甘草 茯苓 檀香 山茱萸 黄芩

7.3.4.3 阴虚火旺

临床表现：虚劳潮热，骨节酸疼，面赤口干，夜多盗汗。

治法：养阴清热。

方药：牛膝汤。

牛膝 青蒿 羌活 柴胡 当归 秦艽 乌梅 川芎 甘草 青皮 陈皮 酸枣仁 地骨皮 桂枝 藁本

7.3.5 以盗汗为主

7.3.5.1 阴虚火旺

临床表现：虚劳夜多盗汗，肌体瘦弱，减食困劣，咳嗽不止。

治法：养阴益气，清热敛汗。

方药：蒜煎汤。

炙甘草 秦艽 当归 玄参 延胡索 常山 栀子 鳖甲 黄芪 乌梅 川芎

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.3.5.2 阴虚火旺

临床表现：虚劳羸瘦，体热盗汗，筋骨疼痛，多困少力，饮食进退。

治法：养阴退热除蒸。

方药：柴胡汤。

柴胡 鳖甲 炙甘草 秦艽 知母

7.3.5.3 阳气虚弱

临床表现：虚劳盗汗不止。

治法：益气敛汗。

方药：续断汤。

续断 黄芪 人参 牡蛎 五味子 陈皮 甘草 桂枝

7.3.6 以羸瘦为主

7.3.6.1 气血两虚

临床表现：虚劳羸瘦。

治法：补气养血，滋肾强筋。

方药：十补丸。

肉苁蓉 牛膝 菟丝子 山茱萸 续断 五味子 柏子仁 巴戟天 远志

7.3.6.2 阴阳两虚

临床表现：虚劳羸瘦，虚损少气。

治法：滋肾养心健脾。

方药：干地黄丸。

地黄 干膝 白术 甘草 肉桂 石钟乳 酸枣仁 柏子仁

用法：炼蜜为丸，每服9g，每日3次。

7.3.6.3 肾虚羸弱

临床表现：虚劳羸瘦，面目黧黑，四肢苦重，短气不思饮食。

治法：温阳补肾，养血滋阴。

方药：当归散。

当归 石斛 天门冬 地肤子 肉苁蓉 白薇 覆盆子 甘草 五味子 肉桂 牛膝 附子 石钟乳

7.3.6.4 气阴两虚

临床表现：男子妇人，虚劳羸瘦，饮食减少，困倦无力。

治法：补脾益肾，益气养阴。

方药：五补丸。

人参 茯苓 地骨皮 熟地

用法：炼蜜为丸，每服9g，每日3次。

7.3.7 以心腹痞满为主

7.3.7.1 脾阳虚弱

临床表现：虚劳脾胃冷弱，心腹痞满，不思饮食，四肢怠惰。

治法：温中散寒，益气健脾。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方药：建中丸。

人参　白术　厚朴　干姜　陈皮　枳壳　诃黎勒

用法：上药研末，炼蜜为丸，每服 9g，每日 3 次。

7.3.7.2　脾肾两虚

临床表现：虚劳心胸痞满，腹胁虚胀。

治法：温肾健脾，益气养阴。

方药：人参煮散。

人参　鳖甲　五味子　甘草　附子　砂仁　肉桂　陈皮　干姜　柴胡　桔梗　当归

7.3.7.3　气阴两虚

临床表现：虚劳气逆，心腹痞满，四肢羸瘦，腹胀不下食。

治法：益气养阴，健中消痞。

方药：柴胡汤。

柴胡　枳壳　茯苓　白术　人参　麦冬

7.3.8　以心腹痛为主者

7.3.8.1　肝脾阳虚

临床表现：虚劳心腹撮痛，肌体羸瘦。

治法：温阳散寒。

方药：茱萸猪肚丸。

吴茱萸　山茱萸　附子　干姜　硫黄　陈皮　青皮　禹余粮

用法：上药为末，生猪肚 1 具，同煮烂为丸，每服 9g，每日 3 次。

7.3.8.2　阴阳两虚

临床表现：虚劳邪气，攻击心腹刺痛。

治法：调和阴阳。

方药：牛膝汤。

牛膝　柴胡　荆芥穗　陈皮　青皮　人参　肉苁蓉　茯苓　秦艽　知母　乌梅　炙甘草　制乌头　黄连　龟甲　大枣

7.3.8.3　脾肾阳虚

临床表现：虚劳元脏虚冷，心腹冷痛，精神倦怠。

治法：温阳补肾。

方药：白芷散。

白芷　巴戟天　高良姜

用法：共为末，与猪肾 1 对同煮，细嚼温酒下。

7.3.9　以咳唾脓血为主

7.3.9.1　气阴两虚

临床表现：虚劳烦躁，羸瘦发热，面红颊赤，咳吐脓血。

治法：益气养阴，清热排脓，止咳润肺。

方药：鳖甲汤。

鳖甲　桑白皮　甘草　麦冬　白术　人参　陈皮　胡黄连　知母　麻黄　黄芩　百部

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

紫菀 栀子 栝楼根 柴胡 款冬花

7.3.9.2 气阴两虚

临床表现：虚劳咳嗽，咯唾脓血。

治法：益气养阴，润肺止咳。

方药：萎蕤汤。

萎蕤 百部 麦冬 阿胶 马兜铃 茯苓 人参 甘草 桑白皮

7.3.9.3 气阴两虚

临床表现：虚劳咳嗽唾血。

治法：益气养阴，清热止血。

方药：知母散。

知母 白芷 半夏 杏仁 人参 防己 黄明胶 贝母

用法：上药为末，每服 12g，每日 2 次。

7.3.9.4 阴虚火旺

临床表现：虚劳喘急咳嗽，吐血咳血。

治法：养阴清热止血。

方药：七宝丸。

芦荟 柏子仁 茯神 款冬花 麦冬 知母 生地

用法：研末为丸，每服 9g，每日 3 次。

7.3.9.5 阴虚火旺

临床表现：虚劳咳嗽咯血，日渐瘦劣，声音不出。

治法：养阴清热，泻肺止咳。

方药：葶苈汤。

葶苈子 杏仁 贝母 百合 麦冬 生地

7.3.10 以呕吐血为主

7.3.10.1 气阴两虚

临床表现：虚劳不足，内伤呕血吐血。

治法：养阴益气止血。

方药：麦门冬汤。

麦门冬 肉桂 干姜 甘草 阿胶 人参 生地

7.3.10.2 脾阳虚衰

临床表现：虚劳内伤，寒热咳逆，呕血吐血。

治法：温中健脾止血。

方药：坚中汤。

芍药 半夏 甘草 桂枝 生姜 大枣

7.3.11 以四肢逆冷为主

7.3.11.1 肾阳虚衰

临床表现：虚劳手足彻冷，精气衰少，骨节疼痛，或时烦热，阳痿不起。

治法：滋肾壮阳。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方药：茯苓丸。

茯苓　牡荆实　天冬　肉苁蓉　牡蒙　山萸肉　巴戟天　石长生　菟丝子　肉桂　杜仲　牡蛎　吴茱萸　熟地　泽泻　石斛　附子　天雄　人参

7.3.11.2　气阴两虚

临床表现：虚劳阳气不足，四肢逆冷，虚羸少气。

治法：补虚益气。

方药：黄芪丸。

黄芪　熟地　石斛　五味子　白术　枸杞子　肉苁蓉　山萸肉　肉桂　人参　甘草

7.3.11.3　虚阳外越

临床表现：虚劳久病，真气欲绝，喘满自汗，四肢厥逆，面色青白，全不人食。

治法：回阳救逆。

方药：续命丸。

椿实　附子　肉桂　牛膝　蜀椒

7.3.11.4　肾阳虚衰

临床表现：丈夫五劳七伤，小便数，虚汗出，足膝冷痛，不能久立，健忘昏寒，精神不爽。

治法：温肾壮阳。

方药：山萸苁蓉丸。

山茱萸　肉苁蓉　牛膝　菟丝子　五味子　杜仲　熟地　茯神　人参　肉桂　巴戟天　石斛　鹿茸　蛇床子　远志　续断

7.3.12　以惊悸为主

7.3.12.1　心气虚弱

临床表现：虚劳惊悸，心气不足。

治法：益气养阴，安神定悸。

方药：补心麦门冬丸。

麦冬　菖蒲　远志　人参　茯苓　熟地　肉桂　天冬　黄连　升麻

7.3.12.2　气阴两虚

临床表现：虚劳心热，惊梦恐悸，畏惧不安。

治法：益气养阴清热。

方药：石膏汤。

石膏　升麻　桔梗　人参　菊花　麦冬　黄芪

7.3.12.3　气血两虚

临床表现：虚劳惊恐虚烦，不得睡眠。

治法：益气养血，补心安神。

方药：当归汤。

当归　防风　甘草　远志　猪苓　茯神　肉桂　黄芪　人参　川芎　白术　芍药　熟地　五味子　酸枣仁

7.3.13　以失眠为主

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.3.13.1 阴阳两虚

临床表现：虚劳不得眠，虚烦不宁。

治法：养心安神，平调阴阳。

方药：酸枣仁汤。

酸枣仁 知母 干姜 茯苓 川芎 甘草

7.3.13.2 气阴两虚

临床表现：虚劳烦躁不得眠。

治法：益气养阴，安神除烦。

方药：茯苓汤。

茯苓 人参 麦冬 陈皮 杏仁 紫苏 酸枣仁

7.3.13.3 阴阳两虚

临床表现：虚烦不得睡眠。

治法：滋阴壮阳，补气安神。

方药：鳖甲汤。

鳖甲 酸枣仁 羌活 黄芪 附子 柴胡 茯苓 五味子 肉苁蓉 牛膝 知母

7.3.14 以浮肿为主

7.3.14.1 气阴两虚

临床表现：虚劳四肢发肿，饮食不进，百节无力，多卧少起。

治法：益气养阴，健脾消胀。

方药：人参汤。

人参 赤茯苓 桑白皮 芍药 秦艽 半夏 鳖甲 柴胡 大腹皮 木香 三棱 甘草 枳壳 生姜 大枣

7.3.14.2 气阴两虚

临床表现：虚劳脚气，脐腹及面目浮肿。

治法：益气养阴，理气活血。

方药：人参饮。

人参 鳖甲 柴胡 当归 枳壳 甘草 柏子仁 槟榔

7.3.15 以小便白浊为主

7.3.15.1 阳气虚弱

临床表现：虚损大劳，惊恐失精，茎中痛，小便白浊，或赤，或如豆汁，或遗沥。

用法：温阳益气涩精。

方药：泽泻汤。

泽泻 黄芪 干姜 甘草 肉桂 牡蛎 芍药

7.3.15.2 肾阳虚衰

临床表现：虚劳肾气不足，小便白浊。

治法：补肾益精。

方药：鹿茸丸。

鹿茸 磁石 山茱萸 远志 牛膝 茯苓 熟地 肉桂 巴戟天 续断 肉苁蓉 泽

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

泻　五味子　人参　山茱萸　菟丝子　补骨脂　杜仲　附子

用法：研末为丸，每服9g，每日3次。

7.3.15.3　气虚火旺

临床表现：虚劳有热，虚烦口干，腰胯疼痛，小便白浊如米泔。

治法：益气清热涩精。

方药：黄芪丸。

黄芪　瓜蒌　苦参　羚羊角　黄连　茯苓　泽泻　桑螵蛸　牡蛎　甘草

用法：上药研末为丸，每服9g，每日3次。

7.3.16　以小便余沥为主

7.3.16.1　气阴两虚

临床表现：虚劳肾气内损，梦泄盗汗，小便余沥，阳痿湿痒。

治法：温肾益气，清虚热。

方药：黄芪汤。

黄芪　人参　牡蛎　赤芍　肉桂　地骨皮　五味子　茯苓　防风　陈皮　甘草　磁石

7.3.16.2　肾阳虚衰

临床表现：虚劳肾气虚弱，小便余沥，阳痿失精，腰膝无力。

治法：温肾壮阳，强筋健骨。

方药：石斛丸。

石斛　巴戟天　杜仲　牛膝　桑螵蛸　鹿茸　补骨脂　龙骨

7.3.17　以小便难为主

7.3.17.1　阴虚火旺

临床表现：肾气不足，寒热内乘，小便难。

治法：滋肾清热，通利小便。

方药：羚羊角饮。

羚羊角　赤茯苓　木通　桑白皮　生地　薏苡仁

7.3.17.2　阴阳两虚

临床表现：虚劳腰痛，少腹拘急，小便不利。

治法：益肾填精，通利小便。

方药：八味肾气丸。

熟地　山药　山茱萸　泽泻　赤茯苓　丹皮　肉桂　附子

7.3.18　以大便难为主

7.3.18.1　三焦不调

临床表现：虚劳不足，饮食不生肌肤，三焦不调，大便秘涩。

治法：调补三焦。

方药：五桑丸。

大黄　前胡　赤茯苓　细辛　肉苁蓉　半夏　当归　芍药　葶苈子

用法：上药研末为丸，每服6g，每日2次。

7.3.18.2　阴虚火旺

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

临床表现：虚劳咳嗽气喘，两胁胀痛，不思饮食，大便秘难，心躁恍惚不安。

治法：育阴清热通便。

方药：鳖甲丸。

鳖甲　龟甲　青蒿　葶苈子　大黄　猪牙皂角　槟榔　桃仁　郁李仁　等

用法：七药研末为丸，每服6g，每日2次。

7.3.19　以呕逆为主

7.3.19.1　脾气虚弱

临床表现：虚劳脾胃气弱呕吐，不纳饮食，四肢怠惰。

治法：益气健脾，降逆和胃。

方药：人参汤。

人参　肉豆蔻　半夏　藿香　黄芪　厚朴　枇杷叶　茯苓　甘草　白术

7.3.19.2　脾气虚弱

临床表现：虚劳胸满，气逆呕吐，饮食不入。

治法：益气健脾，理气降逆。

方药：前胡汤。

前胡　柴胡　桔梗　人参　赤茯苓　大腹皮　半夏　陈皮

7.3.19.3　脾肾两虚

临床表现：虚劳脾胃不和，吐逆痰涎。

治法：脾肾双调，平补阴阳，降逆祛痰。

方药：枇杷叶汤。

枇杷叶　前胡　人参　白术　茯苓　桔梗　泽泻　大腹皮　诃黎勒　白芷　厚朴　防风　鳖甲　木香　木通　三棱　五味子　当归　芍药　丹皮　甘草　枳壳　知母　半夏　藿香

7.3.19.4　阳气虚弱

临床表现：虚劳脾胃气弱呕吐，口干烦渴，不能饮食，四肢痛疼。

治法：温阳益气，健脾和胃。

方药：厚朴丸。

厚朴　陈皮　茯苓　人参　干姜　白术　薏苡仁　肉桂　牛膝　枳壳　细辛　大麦

7.3.20　以腰痛为主

7.3.20.1　阴阳两虚

临床表现：虚劳腰脚疼痛，羸瘦不能食。

治法：滋肾壮阳。

方药：干地黄丸。

熟地　细辛　附子　茯苓　生山药　泽泻　干姜　山茱萸　丹皮

用法：上药为末，炼蜜为丸，每服9g，每日3次。

7.3.20.2　肾阳虚衰

临床表现：虚劳肾气内伤，腰痛不能转侧。

治法：温肾壮阳，强筋健骨。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方药：鹿茸丸。

鹿茸　石斛　山茱萸　远志　杜仲　巴戟天　牛膝

用法：上药为末，蜜和丸，每服9g，每日2次。

7.3.20.3　肾阳虚衰

临床表现：五劳虚损，腰膝疼痛。

治法：温阳补肾。

方药：五味子丸。

五味子　菟丝子　肉苁蓉　茯苓　车前子　巴戟天

用法：上药研末，蜜为丸，每服9g，每日3次。

7.3.21　以失精为主

7.3.21.1　阳气虚弱

临床表现：虚劳失精，便溺白浊，形体枯瘦，腰脚疼重。

治法：温阳益气涩精。

方药：人参汤。

人参　芍药　肉桂　黄芪　甘草　茯苓　龙骨　牡蛎　半夏　泽泻　酸枣仁

7.3.21.2　肾气虚弱

临床表现：五劳七伤失精，腰痛少气，面目萎黄，手足逆冷，不思饮食。

治法：温肾涩精。

方药：龙骨散。

龙骨　人参　远志　茯苓　肉苁蓉　蛇床子　肉桂　菟丝子　巴戟天　石斛

用法：上药为末，每服9g，每日3次。

7.3.21.3　阳气虚弱

临床表现：虚劳梦泄，日渐羸劣。

治法：温阳益气涩精。

方药：韭子丸。

韭子　大枣　黄芪　人参　干姜　当归　龙骨　半夏　赤芍　甘草

用法：上药研末为丸，每服9g，每日3次。

7.3.22　以积聚为主

7.3.22.1　气血双虚

临床表现：虚劳心腹积聚，胁肋刺痛，肌体羸瘦，不欲饮食。

治法：温阳益气，滋阴养血，消积。

方药：大通丸。

熟地　天冬　白术　干姜　当归　石斛　甘草　肉苁蓉　芍药　人参　大黄　紫菀　茯苓　杏仁　防风　麻仁　白芷　蜀椒

用法：上药研末为丸，每服9g，每日3次。

7.3.22.2　阴阳两虚，气血俱衰

临床表现：虚劳心腹积聚，羸瘦盗汗，不思饮食，腹胀不痢，四肢无力。

治法：滋阴壮阳，益气养血，消积除胀。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方药：补真丸。

厚朴 苍术 陈皮 石斛 附子 柴胡 人参 茯苓 沉香 丁香 鳖甲 肉苁蓉 诃黎勒 肉桂 五味子 槟榔 山茱萸 杜仲 补骨脂 黄芪 吴茱萸

用法：上药研末为丸，每服9g，每日3次。

7.4 其它辨证论治法

7.4.1 按病因分类辨证论治

顾膺陀在他所撰写的《虚劳集》中，明确提出了按病因分类辨证论治的思想，如因色欲不节，纵情逞意而来者，称为房劳，治宜益肾填精，大凤髓丹或金锁思仙丹；因枯血菀结，新血难生，久而致血干成劳者，称为干血劳，治宜清积热，攻血枯，养血和血，如大黄䗪虫丸和四物汤；因欲火炽而不遂，日久渐成劳症者，称情劳，治宜滋阴降火，清离滋坎丸；因盛暑不禁辛酒，劳役躁烦，火动心脾而成者，称为暑劳，治宜益气养阴，泻火解毒；因嗜酒过度，肠胃受伤，积久而成者，称为酒劳，治宜葛花解醒汤加减；因负重劳力，气血受伤，日久不复而成者，称为伤劳，治宜补中益气汤加减；因患病日久，气血两虚，积久不复而成者，称为病劳，治宜调荣养卫丸；因产时不顺，疲极筋力，虚风乘之而成者称蓐劳，治宜黄芪建中汤。[1]

7.4.2 按年龄分类辨证论治

顾膺陀在同一书中也提出按年龄分类辨证论治，如少年天癸虽通，禀赋不足，色欲不慎，日久成劳者，称为少年劳，治宜白凤膏；幼童先天不足，禀受单薄，天癸未通而成者，称为童子劳；治宜培补先天；老人气血两亏，下体萎弱，不得调养而成者，称为老人劳，治宜嵩崖脾肾汤加减，并常服神仙延寿酒。[1]

7.4.3 按性别分类辨证论治

顾膺陀认为由于妇女特殊的生理特点如赋质羸弱，忧思抑结，或值经后产后，调理不慎，而成劳者，称为妇人虚劳，治宜归脾汤、养荣汤、鳖甲丸等；与仲景之男子平人脉大为劳，极虚亦劳，治宜建中汤、肾气丸等，遥相呼应，其治也异。[1]

7.4.4 按寒热分类辨证论治

顾膺陀根据虚劳患者临床表现出寒象或热象之不同，将虚劳又分为冷劳和热劳。如他认为妇人气血不足，脏腑虚寒而致劳者，为冷劳，治宜附子理中汤中汤或八味地黄丸；妇人心肺壅热，耗伤气血而成劳者，为热劳，治宜黄芪逍遥散、知母散、鳖甲丸。[1]

7.4.5 以气血阴阳为纲辨证论治

何绍奇、张伯臾、王永炎等均认为虚劳的证候虽然纷杂多样，然其病位总不离五脏，而五脏的亏损，又不外乎阴、阳、气、血的亏损，因此提出以气、血、阴、阳为纲，以五脏虚候为目，对虚劳进行辨证论治，故可分为(肝、心、脾、肺、肾)气虚，(肝、脾、心)血虚，(肝、心、脾、肺、肾)阴虚，(肝、心、脾、肺、肾)阳虚等证辨证论治。[4-5]

7.4.6 以五脏为纲辨证论治

方药中等认为虚劳虽为气、血、阴、阳的虚损，然总与脏腑虚衰有着密切的联系，他强调在对虚劳的辨证论治过程中，必须首先辨清病位，才能有的放矢，并提出：气为阳，血为阴，脏腑气虚、阳虚、阴虚和血虚，是虚损不同程度的表现，因此方氏提出以五脏为

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

纲，以气、血、阴、阳为目，对虚劳进行辨证论治，故有心（气、血、阴、阳）虚损，肝（气、血、阴、阳）虚损，肺（气、阴）虚损，脾（气、血、阴、阳）虚损，肾（气、精、阴、阳）虚损等证。[2]

7.4.7 辨病论治

7.4.7.1 再生障碍性贫血

黎镜对确诊为再生障碍性贫血（以下简称“再障”）表现为形瘦乏力，神倦懒言，面色苍黄，轻度浮肿，指甲淡白，四肢及躯干有多处大小不等的紫色斑块，压之不退色，上牙龈渗血，口淡纳差，苔白滑，舌质微紫，脉沉细涩的患者，诊断为虚劳，属脾肾虚亏，脉络瘀阻。治以温补肾阳，运脾化滞，活血散瘀为大法，方以酒制鹿茸粉 1.0g，炙田七粉 0.5g，生内金粉 0.5g，温开水送服，每日 2 次，疗程 1 个月，诸证悉去，化验正常，随访 3 年半，未见复发。[6]

周锡鹏对确诊为再障，临床表现为头昏头痛，目眩，形寒觉热，心悸阵发，体倦乏力，食欲不振，牙龈出血，胸背及下肢有紫斑，经来量多，行经时间延长，腰酸胀痛，舌质淡，苔白，脉沉细稍数的患者，诊断为虚劳，属脾肾虚衰，血脱精亏；治以益气填精补髓，方以朝白参、天门冬、麦门冬、干地黄、熟地黄、贡大云、川杜仲、淮山药、菟丝子、藏红花、牡丹皮、白莲肉、大红枣、水煎服，疗程为 2 个月，诸证悉去，化验正常，告临床治愈。[7]

任昌伟对确诊为再障，临床表现为面色皖白无华，语言低微，心悸，气短，头晕目眩，甚则仆倒，纳可，舌质黯，苔白，脉沉细，月经量少，色黑有块的患者，诊断为虚劳，属瘀血内积，新血不生。治以祛瘀生新，缓中补虚，方用大黄䗪虫丸，每次 1 丸，每日两次，疗程六个月，诸证悉去，实验室检查均正常。[8]

王承健对确诊为再障，临床表现为头晕目眩，面色无华，唇甲淡白，烦躁不宁，失眠，性欲消失，畏寒，气短懒言，胸闷纳呆，恶心欲吐，腹时隐痛，大便稀少，舌淡红，苔白腻，脉细数的患者，诊断为虚劳，证属五脏俱虚，寒湿困脾。先以芳香化浊、醒脾开胃，方以香藿、藿香、白术、厚朴、紫苏、竹茹、半夏、扁豆、神曲、焦山楂、陈皮、麦芽、木香、黄连、大枣、生姜，2 剂，水煎日分 3 次服；继则治以益气健脾，开胃进食，方以黄芪、西洋参、大枣、茯苓、佩兰、砂仁、白术、当归、甘草、神曲、陈皮、麦芽、焦山楂、生姜、水煎日分 3 次服。疗程 20 天，诸症悉去，实验室检查接近正常。[9]

田乃庚对确诊为再障，中医诊断为虚劳，证属脾肾两虚，气血不足的患者以健脾补肾，填补精髓，益气生血为大法，方以黄芪、熟地、当归、阿胶、肉桂、天门冬、白芍、首乌、龟甲、旱莲草、女贞子，水煎日分 3 次服。[10]

谭福天等对确诊为再障，临床表现为唇甲苍白，舌质淡紫，苔滑而腻，牙龈萎缩，口出血臭，声音低怯，脉沉细无力的患者，诊断为虚劳，治以桂枝汤加熟地、当归、阿胶、白参，水煎日分 3 次服，疗程 4 个月，症状消失，化验正常。[11]

谢文英对确诊为再障，临床表现为心慌，气短，面黄乏力，头晕，头痛，目昏，纳呆呕恶，肌衄，齿衄，鼻衄的患者，诊断为虚劳，属阳气虚弱，治以附子、枸杞子、山萸肉、菟丝子、党参、茯苓、白术、首乌、砂仁、甘草，水煎服日分 2 次服，鹿茸胎粉冲服，疗程半年，有效率为 90%。[12]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

刘广全对确诊为再障，临床表现为头晕乏力，纳差，五心烦热，面唇色白，嗜卧，左手指外伤后红肿疼痛，舌质淡红，舌体瘦而不润，苔少，脉沉细滑数的患者，诊断为虚劳，证属肝肾阴虚火旺，气血两虚，兼湿热毒邪内蕴，治以滋补肝肾、益气养血、清热解毒。方宗一贯煎、当归补血汤、五味消毒饮加减：生地、沙参、枸杞子、麦冬、当归、黄芩、白蒺藜、菟丝子、女贞子、蒲公英、野菊花、地丁、山楂、黄柏、炙黄芪，每日1剂，水煎分3次服，疗程3个月，诸症尽愈，骨髓象正常。[13]

谢晶日对确诊为再障，临床表现为面色㿠白，满月脸，形体虚肿，神疲纳呆，时而牙龈出血，语气低微，舌质淡，苔薄腻，脉沉细的患者，诊断为虚劳，证属气血虚，湿气内盛，治以调补气血，温肾健脾，方以鹿茸、巴戟、人参、菟丝子、桑椹子、茯苓、白术、当归、广皮、生地、丹参、黄精、黄芪、女贞子、旱莲草，水煎日分3次服，疗程6周，诸症悉去，化验正常。[14]

方炳福对确诊为再障，临床表现为面色枯萎，全身轻度浮肿，謇言，不耐坐立，不欲食，神疲肢倦，舌质红，薄白苔，脉来细小的患者，诊断为虚劳，证属气血亏，治以益气养血，方以野山参、生地、熟地、当归、茯苓、枣仁、生黄芪、炙黄芪、炙甘草、半夏、黑大豆、冬瓜皮、生姜、大枣，水煎日分2次服，疗程半年，诸症尽去，化验正常。[15]

赵学东对确诊为再障，临床表现为肢体沉重，纳呆乏力，面色萎黄，四肢略现浮肿，或鼻衄，或腰酸腿软，舌质淡，边有齿印，苔薄白，脉沉细的患者，诊断为虚劳，证属湿邪困脾，脾虚失运。治以健脾燥湿，醒脾开胃，方以半夏、白术、天麻、陈皮、茯苓、苍术、鸡内金、甘草、砂仁、焦三仙、生姜、大枣，水煎日分2次服，疗程3个月至半年，诸症悉愈，化验正常。[16]

邓禄青对确诊为再障，临床表现为神衰体弱，面色苍白，头昏，心悸，视物昏朦，四肢可见散在性出血点和瘀斑，饮食乏味，舌苔少，脉滑数面虚的患者，诊断为虚劳，证属阴阳两虚，以阳虚为重，治以扶阳益阴，培元固本，滋髓化血，方以当归、黄芪、熟地、杜仲、枸杞、仙鹤草、砂仁、熟附子、肉桂、淫羊藿，水煎日分3次服，疗程6个月，症状好转，化验正常。[17]

闫鼎忠对确诊为再障，临床表现为面色、爪甲苍白，头晕眼花，耳鸣，动则心悸气短，步履艰难，纳呆，腰酸，畏寒，鼻衄，皮肤瘀斑，舌质淡，苔薄白，脉沉细弱的患者，诊断为虚劳，证属脾肾阳虚，治以补养气血，填精壮阳，方以党参、黄芪、熟地、砂仁、白术、当归、巴戟天、附子、肉桂、阿胶、仙鹤草、杜仲、炙甘草，水煎日分4次服，另以鹿角、黄柏研末冲服，疗程5个月，症状好转，化验正常。[18]

任继学对确诊为再障，临床表现为头晕耳鸣，乏力，口干苦，发烧，心悸，五心烦热，纳呆，经水淋漓不断，大便秘，面色青黄，爪甲苍白，语声低怯，舌质淡，少苔，脉弱细的患者，诊断为虚劳，先以滋阴养血，清热为大法，方以广角、生龟甲、生地、熟地、砂仁、当归、白芍、白薇、黄精、桂圆肉、地骨皮、银柴胡、焦栀子、羚羊角，水煎日分3次服，共治16天；继治以补肾健脾，益气养血，方以当归、白芍、熟地、生地、鹿角胶、阿胶、砂仁、首乌、巴戟天、太子参、沙参，水煎日分3次服，同时以牛骨髓、桂圆、大枣，熬膏顿服，疗程共3个月，患者症状好转，化验正常。[19]

杨福民对确诊为再障，临床表现为心悸气短，活动后加重，小便赤，大便干，鼻齿衄

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

血的患者，诊断为虚劳，证属脾肾亏损，气阴两虚，治以益气养阴，填精益髓，方以太子参、黄芪、茯苓、山药、仙灵脾、川断、故纸、生地、女贞子、阿胶、白芍、甘草、山萸肉、玄参，水煎日分3次服，疗程为4个月，症状好转，血常规恢复正常。[20]

7.4.7.2 血小板减少症

兰茂璞对确诊为血小板减少，临床表现为头目眩晕，心慌气短，周身懈怠无力，面色苍白无华，畏寒肢冷，嗜卧纳呆，小便清长，脉象弦细稍数，舌淡稍黯，苔薄白的患者，诊断为虚劳，证属脾肾两亏，化源衰竭，治以健脾补肾、益气养营，方以水陆二仙丹加味：金樱子30g，芡实15g、仙灵脾15g、肉桂6g、黄芪20g、当归10g、丹参3g、菟丝子15g、大红枣10g，水煎日3服，疗程6周，患者自觉症状消失，化验正常。[21]

7.4.7.3 白细胞减少症

梁贵章对确诊为白细胞减少症的60例患者，其中30例临床表现为：头昏，乏力，气短，食欲不振，用升白冲剂治疗（益母草、淫羊藿、鸡血藤、黄精、甘松、枳壳、附片、甘草经提取后，每包含原生药35g）和另30例用沙肝醇、利血生、肌酐、维生素B_4、B_6作对照治疗。升白冲剂组，平均疗程9.6天，有效率93.3%，西药组平均疗程31.5天，有效率56.7%，经统计学处理差异显著（$P<0.05$）。[22]

张心海对确诊为白细胞减少症，临床表现为：少气懒言，倦怠乏力，头晕，低热自汗，盗汗，恶心，失眠的患者，诊断为虚劳，证属气血两虚，治以补益气血，温补脾肾，方以人参、白术、熟地、茯苓、川芎各10g，枸杞子15g，白芍20g，黄芪、鸡血藤各30g，水煎日分3次服，疗程3个月，症状消失，白细胞恢复正常。[23]

李文海对确诊为白细胞减少症，临床表现为头晕，肢倦乏力，气短自汗，食少懒言，失眠，易患感冒，苔薄白或腻，脉弦细的47例患者，诊断为虚劳，方以石韦30g、大枣10g、菟丝子20g、枸杞子20g、鸡血藤30g、黄芪15g、党参15g，水煎日分3次服，疗程12天，有效率达100%，随访1个月未见复发。[24]

方英杰对确诊为白细胞减少症，临床表现为神疲乏力，气短语微，头晕心悸，大便溏，小便清长，形体消瘦，面色晦黯，毛发枯燥不泽，舌淡润无苔，脉沉细的患者，诊断为虚劳，证属脾肾阳虚，治宜温补脾肾，方以真武汤加味：茯苓、焦术、白芍、附子、生姜、党参、黄芪、紫河车，水煎日分3次服，疗程1个月，症状消失，白细胞恢复正常。[25]

洪瑞琰对确诊为白细胞减少症，临床表现为头昏，乏力，纳差，腰酸，耳鸣，腹泻，心悸，形寒，舌苔薄白，脉象细弱的101例患者，诊断为虚劳，证属脾肾不足，气血两虚，治以健脾益肾，补养气血，方以升白冲剂1号方：鸡血藤、炒白术、女贞子、黄芪、补骨脂、灵芝、麻根研末，每包30g，每次1包，每日2次；升白冲剂2号方：鸡血藤、白术、女贞子、黄芪、补骨脂、灵芝、没药，上药研末，每包30g，每次1包，一日3次，用法：先用1号方4周，不效者用2号方，白细胞总数恢复正常后，再服药两周，总疗程2~3个月，总有效率89%。[26]

7.4.7.4 毛细胞白血病

李桥对确诊为毛细胞白血病，临床表现为肌肤萎黄，眼睑、口唇、爪甲不荣，牙龈有血迹，皮肤有散在性紫斑，头昏乏力，不耐劳作，口苦少苔，胁下隐痛不适，舌质黯红，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

苔灰黑，脉沉细数的患者，诊断为虚劳，证属脾肾亏虚，气血衰少，毒瘀交结，治以补益脾肾，益气养血，解毒化瘀，方以炙黄芪、太子参、白术、熟地、当归、阿胶、鳖甲、鹿角霜、山萸肉、鸡血藤、田七粉、仙鹤草、白花蛇舌草、土茯苓，水煎日分3次服，疗程半年，症状减轻，化验正常。[27]

7.4.7.5 慢性肾小球肾炎肾功能不全

张琪对确诊为慢性肾小球肾炎，肾功能不全，临床表现为腰酸乏力，面色淡黄白，口唇黄黯，时有恶心，头昏，舌淡，苔白，脉沉弦的患者，诊断为虚劳，证属气血亏损，治以益气健脾，温阳除湿，方以当归六君子汤加味：人参、白术、茯苓、甘草、半夏、陈皮、白芍、当归、枸杞子、菟丝子、熟地、首乌、玉竹，水煎日分3次服，疗程6周，症状好转，尿蛋白减少，血红蛋白升高。[28]

7.4.7.6 原发性真性红细胞增多症

李文浦对确诊为原发性真性红细胞增多症，临床表现为头晕乏力，心悸胸闷，面色萎黄，恶心，耳鸣，舌淡，苔白，脉沉细的患者，诊断为虚劳，治以解毒燥湿，益气固本，方以黄芩、黄连、黄柏、栀子、苡米、茵陈、黄芪、党参、地骨皮、鳖甲、甘草，水煎日分3次服，疗程2周，症状好转，血常规正常。[29]

7.4.7.7 骨髓增生异常综合征Ⅰ型

谢仁敷对确诊为骨髓增生异常综合征Ⅰ型，临床表现为头晕耳鸣，心悸乏力，动则益甚，手足心热，牙龈出血，食纳尚可，二便自调，舌淡，苔薄白，脉沉小的患者，诊断为虚劳，证属阴阳气血俱虚，治以滋补肾阴，方以制首乌、桑椹、女贞子、旱莲草、菟蔚子、黄芪、黄精、卷柏、鸡血藤，水煎日分3次服，疗程5个月，症状消失，化验正常。[30]

7.4.7.8 嗜酸性粒细胞增多症

王江涛对确诊为嗜酸性粒细胞增多症，临床表现为持续性低热，双手麻木，面色㿠白，全身乏力，眼睑浮肿，纳食不香，六脉皆沉细无力，舌质淡，苔薄白的患者，诊断为虚劳，证属气虚血亏，邪留营卫，治宜益气养血，调和营卫，方以薯蓣汤加减：薯蓣、当归、生地、党参、白术、白芍、川芎、茯苓、麦冬、柴胡、阿胶、防风、桂枝、甘草，水煎日分3次服，疗程1个月，症状好转，化验正常。[31]

7.4.7.9 嗜伊红细胞增多性白血病

余朋千对确诊为嗜伊细胞增多性白血病，临床表现为面色萎黄，形体消瘦，神疲乏力，食纳较差，头昏，心悸，口干咽燥，大便千少，舌红少苔，脉细数的患者，诊断为虚劳，证属气阴两亏，邪毒内侵，治以益气养阴，解毒祛邪，方以黄芪、太子参、麦冬、玉竹、女贞子、旱莲草、当归、猪秧秧、石打穿、牛耳大黄，水煎日分3次服，疗程1年，症状好转，化验正常。[32]

7.4.7.10 地中海贫血

朱胜典对确诊为地中海贫血，临床表现为乏力，头昏心悸，眠差多梦，口苦，纳少，微渴，动则汗出，腰酸膝软，手足心热，面目萎黄，肌肤指甲淡黄无泽，神衰气怯，脉濡数，舌淡白质嫩，苔薄白的患者，诊断为虚劳，治以补肾健脾，助阳生阴，方用理阴煎加味：熟地、菟丝子、山药、党参、当归、莲米、仙灵脾、天冬、白芍、五味子、鹿角胶、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

黄芪、益智仁、茵陈，水煎日分3次服，疗程3个月，症状消失，化验正常。[33]

7.4.7.11 桥本氏甲状腺炎

曹恩泽对确诊为桥本氏甲状腺炎，临床表现为颈部不适，畏寒怕冷，腰膝酸软，记忆力减退，大便溏薄，神疲肢冷，表情淡漠，少气懒言，面色浮黯，皮肤干燥，毛发短少的患者，诊断为虚劳，证属脾肾阳虚，治以温补肾阳，益气健脾，方以淡附子、肉桂、补骨脂、菟丝子、仙灵脾、鹿角胶、杜仲、白术、枸杞子、车前子、昆布、黄芪、熟地、云苓、淮山药，水煎日分3次服，疗程1个月，症状基本消失。[34]

7.4.7.12 更年期综合征

余惠民对确诊为更年期综合证，临床表现为头晕目眩，耳鸣如潮，腰痛似折，心悸不安，烦躁易怒，烘热阵阵，寐则盗汗湿衣，昼则寒热乍作，左侧肢体麻木，肌肉如虫蚁蠕行，尿黄便结，月经先后无定期，量多如注，舌红苔薄白，脉象细软而数的患者，诊断为虚劳，证属肾阴亏虚，心肝阳亢，冲任维脉失养，治以生熟地、川连、黄芩、黄柏、当归、生黄芪、生龙骨、生牡蛎、秦艽、制鳖甲、五味子，水煎日分3次服，疗程3个月，诸症悉去，恢复工作。[35]

7.4.7.13 低血压

王凤娇对确诊为低血压，临床表现为头晕目眩，神疲乏力，心悸气短，失眠多梦，形寒肢冷，直立时感觉头重脚轻，甚则晕倒，出现共济失调的112例患者，诊断为虚损，证属脾肾两虚，劳伤心脾，治以人参、麦冬、五味子、当归、桂枝、甘草、白芍、桑椹子、枸杞子、阿胶、大枣、红糖水煎，日分3次服，10天为1疗程，一般不超过3个疗程，症状消失，血压正常。[36]

7.4.7.14 阿狄森病

徐洁生对确诊为阿狄森病，临床表现为气短，无力行路，摔跤，劳累即发烧，大汗出，恶心呕吐，每日进食50g，体重明显减轻，面色日益变黑，腹痛腹泻，月经淋漓不净，头晕耳鸣，注意力不集中，心慌，四肢阵发性冷、热、麻，毛发脱落，神倦，目懒睁，面色棕黑不泽，齿龈黯黑微蓝，舌质灰黑枯槁微蓝，反应迟钝，对答迟缓，语声低微，脉沉细迟微弱的患者，诊断为虚劳，证属五脏虚损，重在脾肾，中阳虚衰，胃气上逆，先治以健脾和胃，降逆止呕，方以党参、白术、茯苓、陈皮、藿香、砂仁、竹茹、熟地、伏龙肝、山药，3剂水煎，日分3次服，继以小建中汤、补中益气汤健运中州，终以六味地黄丸、金匮肾气丸、参茸卫生丸收功，疗程10个月，症状消失，化验正常。[37]

7.4.7.15 席汉综合征

赵凤林确诊为席汉综合征，临床表现为面色皖白无华，头发眉毛稀疏，声音低怯不规则发热，且以午后为重，头晕头痛，项强，心悸气短，四肢厥冷，食少便溏，汗毛阴毛脱落，全身关节疼痛，纳差腹胀，口干喜热饮，小便清长，腰酸膝软，舌质淡白润，脉细数的患者，诊断为虚劳，治以益气健脾，甘温除热，方以黄芪、党参、白术、陈皮、银柴胡、葛根、升麻、当归、三仙、厚朴、寸冬、甘草，水煎日分3次服，疗程4个月，症状好转，化验正常。[38]

邓学峰对确诊为席汉综合征，临床表现为面部略似满月，面色皖白，皮肤干燥，手足欠温，头发及眉毛稀少，体胖嫩，舌质淡，舌苔薄白，脉沉细无力的患者，诊断为虚劳，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

证属脾肾阴阳两虚，治以温补肾阳，并益精血，方以右归饮合养血生发胶囊治疗，另服硫黄末每日2g，疗程1年，症状消失，化验正常。[39]

胡晓明对确诊为席汉综合征，临床表现为渐进性乏力纳差，精神萎靡，面色白，畏寒肢冷，听力减退，月经延期，5年后经闭，乳房萎缩，毛发稀疏，枯黄易脱，心慌气短，淡苔白，脉弱无力的患者，诊断为虚劳，治以红参、炙甘草、鹿茸细末，日服10g，分2次，另用十全大补汤加味：党参、川芎、茯苓、炒白术、当归、炒白芍、淫羊藿、黄芪、菟丝子、肉桂、炙甘草、熟地，研末为丸，丸重10g，早晚各1丸，疗程1个月，症状好转，化验正常。[40]

孟宪庆对确诊为席汉综合征，临床表现为无乳，经闭，渐至乏力，疲劳之极，头晕，耳鸣，倦怠懒言，精神萎靡，畏寒肢冷，常患感冒，恶心纳呆厌食，大便溏薄，头发脱落，落眉，腋毛阴毛全无，无性欲，面虚浮苍白，形体憔悴，动作迟缓无力，皮肤粗糙脱屑，两下肢轻度浮肿，苔白，脉沉细而弱的患者，诊断为虚劳，证属肝肾阳衰，精气亏虚，治以温肾助阳，补血益气，方以熟地、淮山药、枸杞子、菟丝子、鹿角胶、补骨脂、熟附子、山萸肉、肉蔻仁、紫河车、巴戟天、肉桂，水煎日分3次服，疗程1个月，症状好转，化验正常。[41]

张耀宗对确诊为席汉综合征，临床表现为面色苍白，唇淡无华，消瘦淡漠，气怯神疲，畏寒肢冷，腰膝酸软，食欲欠佳，溲清便溏，毛发稀疏脱落，日渐消瘦，舌质淡苔薄白，脉象沉弱的15例患者，诊断为虚劳，治以温肾壮阳，填精补血，方以右归丸加减：制附子、熟地、肉桂、山萸肉、枸杞子、首乌、仙茅、巴戟、黄芪、阿胶、白芍、当归、山药，水煎日分3次服，疗程3个月，总有效率为93.3%。[42]

钱天雷对确诊为席汉综合征，临床表现为腹泻一日四次，完谷不化，纳少乏力，四肢不温，头晕神呆，两耳重听，时有耳鸣，毛发稀疏，皮肤粗糙，言语不利，面目及四肢轻度浮肿，经闭不行，腰部酸痛，舌淡体胖，苔薄白，脉沉细无力的患者，诊断为虚劳，治以补肾益精，健脾止泻，方以右归丸合四神丸为主调治40天，症状好转，化验正常。[43]

黄兆铨对确诊为席汉综合征，临床表现为面色苍白，畏寒，神疲，纳差，头晕心慌，腰膝酸软，性欲减退，头发腋毛脱落，便溏，夜尿多，口不渴，舌淡少苔，脉沉细，尺脉尤甚的患者，诊断为虚劳，证属肾阳萎弱，冲任亏损，治以温补肾阳，调补冲任，方以大营煎加味：熟地、当归、杜仲、制附片、鹿角胶、牛膝、巴戟天、淫羊藿、补骨脂、阿胶、炙甘草、肉桂，水煎日分3次服，疗程2个月，症状好转，化验正常。[44]

7.4.7.16 自主神经（植物神经）功能紊乱

刘国清对确诊为植物神经功能紊乱，临床表现为发热恶寒，汗出涔涔，形体消瘦，面色皖白，口干唇燥，大便干燥，七日一解，尿黄如茶，舌绛且干，脉虚而数，体温为37.6℃的患者，诊断为虚劳，证属气阳两虚，治以滋阴清热，益气除热，方用：黄芪、沙参、生地、太子参、鳖甲、玉竹、天冬、石斛、知母、地骨皮，水煎日3服，2周后继以清营解毒，透热养阴为法，方以犀角（现已禁用）、生地、玄参、竹叶、麦冬、银柴胡、金银花、连翘、白薇，连服2剂，终以益气固表，潜阳敛汗为治，方以生黄芪、牡蛎、生地、鳖甲、石斛、麻黄根、太子参、地骨皮、麦冬、白芍，水煎日分3次服，调治半月，病告痊愈，1年后随访，一如常人。[45]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

赵树民等对确诊为植物神经功能紊乱，临床表现为头晕目眩，耳鸣胁痛，惊惕不安，少寝多梦，肢麻震颤，不欲饮食，形体羸瘦，生活不能自理，舌淡，脉涩的患者，诊断为虚劳，证属肝血亏虚，治以益心阳，养肝血，方以参附汤合四物汤加味：白参、附子、肉桂、当归、黄芪、酸枣仁、白芍，水煎日分2次服，疗程2个月，症状消失，随访1年，愈未复发。[46]

常学文对确诊为植物神经功能紊乱，临床表现为：每晚遗尿1~2次，腰背酸痛，畏寒神疲，记忆减退，消瘦，面色皖白，舌淡苔白脉沉细，两尺无力的患者，诊断为虚劳，证属肾阳不足，固摄失司，以温补肾阳，益气缩尿，佐以升提中气，方以：金匮肾气丸加减：熟地、山药、山萸肉、泽泻、茯苓、丹皮、附子、肉桂、五味子、桑螵蛸、乌药、益智仁、鹿角霜、黄芪、升麻、柴胡，研末炼蜜为丸，每丸10g，早晚各1丸，服上方一料，诸症好转，随访5年无恙。[47]

7.4.7.17 不安腿综合征

袁士良对确诊为不安腿综合征，临床表现为在休息时自觉两腿有一种莫可名状之不适(似麻，似痛，似酸，或胀，或灼热等)，尤以夜间为甚辗转不眠，经拍打按摩患肢或起床活动可缓解的12例患者，诊断为虚劳，治以补中益气汤加麦冬、五味子、酒炒黄芩，水煎日2服，疗程10天，有效率100%。[48]

李景良对确诊为不安腿综合征，临床表现为间断出现双下肢深部肌肉发生难以忍受的非痛性的酸困、胀、麻木、虫爬感等不适，生气劳累加重，多在晚睡前发作，局部按揉拍打稍舒，伴烦躁，出虚汗，腰酸痛，头昏四肢发凉，舌质淡黯，苔薄白，脉沉细无力的患者，诊断为虚劳，证属肝血亏虚，血运不足，筋脉失养，治以养血柔肝，通络和营，佐以安神，方以逍遥散合黄芪桂枝五物汤加减，药用：当归、白芍、柴胡、白术、云苓、黄芪、桂枝、威灵仙、夜交藤、生龙骨、生牡蛎、煨姜、甘草、薄荷，水煎日分2次服，疗程20天，诸症尽愈，3个月后随访，未见复发。[49]

7.4.7.18 重症肌无力

魏金堂对确诊为重症肌无力，临床表现为双侧眼睑下垂，眼球转动不灵，吞咽呛阻，饮食常从鼻腔喷出，四肢乏力，倦怠懒言，伴阵发性心悸，胃脘部隐痛，便秘难下，面色萎黄，形体消瘦，舌质暗，苔薄白，脉沉弱的患者，诊断为虚劳，证属脾肾两虚，治以温肾健脾，益气养阴，方以党参、白术、茯苓、黄芪、当归、鸡血藤、生地、熟地、山萸肉、山药、肉桂、益母草、玉竹、鸡内金，水煎日分2次服，疗程2个月，症状消失，随访2年，未复发。[50]

7.4.7.19 瑞尔黑变病

郑翔对确诊为瑞尔黑变病，临床表现为精神萎靡，形体瘦弱，颜面黧黑，以双颧部为甚，躯干四肢未见异常色素沉着，唇红发干，舌质黯红，苔薄黄，脉沉细涩的患者，诊断为虚劳，证属肝肾亏损，血虚精亏，治以滋肾养肝，养血调血，方以枸杞子、菊花、山萸肉、茯苓、泽泻、当归、丹参、熟地、山药、川芎，水煎日分2次服，疗程2个月，诸症悉去，随访2年，未见复发。[51]

7.4.7.20 慢性胆囊炎、胆囊息肉、胆道口括约肌痉挛

许季平对确诊为慢性胆囊炎、胆囊息肉、胆道口括约肌痉挛，临床表现为右上腹部阵

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

发性疼痛，胃脘部胀痛，食后和饥饿时尤甚，嗳气不畅，腹胀，矢气少，大便干燥，畏寒怕风，形体消瘦，面色萎黄，头晕乏力，少气懒言，声音低微，饮食少进，舌体肿大，质黯淡，苔白，脉沉细稍弱的患者，诊断为虚劳，证属脾胃气衰，营卫失调，阴阳不和，气机不利，治以建中扶脾，和调阴阳，方以黄芪建中汤加味：炙黄芪、当归、炙甘草、桂枝、党参、饴糖、砂仁、广木香、生姜、红枣，水煎日分2次服，疗程2月，诸症悉愈，随访2年，未见复发。[52]

7.4.7.21 鼻衄

胡春城对临床表现为鼻衄，时发时止，少腹挛急疼痛，时感手足发热，口干燥，失眠多梦，遗精，阵发性心悸，面色白，舌淡苔白，脉沉细无力的患者，诊断为虚劳，证属阴阳两虚，以治小建中汤，5剂而愈。[53]

7.4.7.22 肺结核

李志文对确诊为肺结核，临床表现为患肺结核多年，抗痨治疗效果不好，症见形体消瘦，面色无华，神情倦怠，懒言少语，气短自汗，口干燥，脉虚弱无力的患者，诊断为虚劳证属气阴两虚，治以益气养阴，方以党参、麦冬、五味子、白术、陈皮、黄芪、百合、干贝、百部、桔梗，水煎日2服，服药20剂，诸症皆平。[54]

7.4.7.23 无症状性心肌缺血

孙继铭对经心电图检查确诊为缺血性ST—T改变而无明显心绞痛发作，临床表现为神疲乏力，肢困懒言，少寐多梦，无胸闷、胸痛，气短等症，舌淡少苔，脉沉细的患者，诊断为虚劳，证属气阴两虚，心神不宁，治以益气养阴宁心安神，方以益心汤加味：黄芪、麦冬、丹参、天冬、黄精、枸杞子、党参、苏梗、五味子、三七粉、琥珀，水煎日分2次服，疗程1个月，症状好转，心电图缺血性ST—T改变消失。[55]

7.4.7.24 晚期肺癌

沈宏元对确诊为晚期肺癌，临床表现为咳嗽，气急，咳血、胸痛，心中烦闷，纳谷不香，形体消瘦，睡眠欠佳，面色黯滞，唇黯红，舌质黯红，有瘀点，苔少，脉细微数的患者，诊断为虚劳，证属淤阻肺络，血不归经，治以活血化瘀，行气止血，方以血府逐瘀汤加白及、大黄、肉桂，水煎日分2次服，服药200余剂，已能参加轻微生产劳动，取得了一定的近期疗效。[56]

7.4.7.25 不孕症

李存芳对确诊为不孕症，临床表现为婚后8年不孕，经期正常，量中等，色淡质稀，形体消瘦，面色无华，神疲乏力，食少多汗，经期头痛，舌淡苔少，脉沉细数的患者，诊断为虚劳，治以小建中汤加味：炙甘草、桂枝、饴糖、大枣、黄芪、酒白芍、人参、生姜、阿胶、紫石英，隔日1剂，水煎日2服，疗程3个月，1年后顺产一女婴。[57]

7.4.7.26 鼻咽癌

邹友敏对确诊为鼻咽癌，经放疗、化疗8个月后，患者出现形体羸瘦，精神倦怠，面色萎黄，颜面浮肿，左侧头面部疼痛，指甲肌肤苍白无华，汗多，语声低微，少气懒言，乏力，纳呆，腹胀，腰膝酸软，质红，苔白厚，脉细弱，诊断为虚劳，证属脾肾虚衰，气血不足，治以扶正培本，健脾补肾，方以党参、山药、黄芪各30g，白芍25g，白术、当归、枣皮、茯苓各15g，川芎、炙甘草各10g，生地、杜仲、五味子各20g，龙骨、牡蛎

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

各 20g，山楂、谷芽、麦芽各 20g，水煎日分 3 次服，疗程半年，症状好转，随访两年，病情稳定。[58]

7.4.7.27 过敏性结肠炎

安治勋对确诊为过敏性结肠炎，临床表现为便溏，完谷不化，稍进生冷油腻食物大便次数明显增加，食欲不佳，头晕目眩，畏寒肢冷，体倦乏力，口中甜腻，舌体胖嫩，有齿痕，苔淡白，脉细弱无力，尺部尤甚的患者，诊断为虚劳，证属脾肾阳虚，治以温阳益气，健脾运中，方以炙黄芪、山药、党参、焦术、茯苓、巴戟天、菟丝子、砂仁、五味子、肉桂，水煎日分 3 次服，疗程 2 个月，诸症悉去。[59]

7.4.7.28 克隆病

翟文生等对确诊为克隆病，临床表现为面黄乏力，低热，腹痛，精神倦怠，腹痛，腹胀，便溏日 3～4 次，颜面及下肢浮肿，按之凹陷，腹水征（+），纳差，尿少，舌质淡胖，苔白腻，脉细数的患者，诊断为虚劳，证属气血亏虚，血瘀水泛，治以补气养血，活瘀利水，方以黄芪、白术、当归、柴胡、白芍、丹参、延胡索、桂枝、大腹皮、车前子、生地、知母、鸡血藤、枸杞子、山萸肉、升麻，水煎日分 3 次服，疗程 1 年，症状好转，病情稳定。[60]

7.4.7.29 急慢性淋巴细胞性白血病

李瑞兰等对确诊为急性淋巴细胞性白血病，临床表现为发热，体温 39～40℃，面色苍白，口舌生疮，皮下瘀斑，烦躁不安，时有神昏谵语，舌淡苔黄，脉虚数的患者，诊断为急劳，证属热毒炽盛，耗夺精血，治以清热解毒，凉血止血，方以青黛、生地、赤芍、丹皮、小蓟、生石膏、知母、太子参、大黄、三七粉、银花、连翘、蒲公英、柴胡、黄芩，水煎日 3 服，半月后自觉症状消失，血象正常，骨髓象完全缓解。[61]

李瑞兰等对确诊为急性淋巴细胞性白血病，临床表现为面色苍白，气短，腹胀，纳呆，胃寒肢冷，皮肤可见散在瘀斑，舌淡，舌体有齿痕，脉数细的患者，诊断为虚劳，证属肾阳虚损，治以人参、黄芪、仙灵脾、补骨脂、菟丝子、巴戟天、当归、鹿角胶、熟地、砂仁，水煎日 3 服，疗程 1 个月，症状消除，血象正常，骨髓象完全缓解，追踪 15 年未见复发。[61]

李瑞兰等对确诊为慢性淋巴细胞性白血病，临床表现为发热，畏寒肢冷，自汗盗汗，腰腿酸楚，午后潮热，眼花耳鸣，腿软，足跟隐痛，头发易脱落，舌质胖淡，尖红，脉濡数，尺弱的患者，诊断为虚劳，证属阴阳两虚，治以阴阳双补，方以附桂麦味地黄汤，水煎日分 3 次服，疗程 2 个月，病情稳定，恢复工作。[61]

李瑞兰对确诊为慢性细胞性粒白血病，临床表现为发热，体温在 38℃左右，午后为甚，五心烧热，腰膝酸软，肌衄，齿衄，鼻衄，月经量增多，舌淡红苔少，脉数细的患者，诊断为虚劳，证属肾阴亏虚，阴虚火旺，血热妄行，治以滋阴补肾，凉血止血，方以熟地、枸杞子、制首乌、龟甲、菟丝子、补骨脂、女贞子、旱莲草、小蓟、三七粉、地骨皮、青黛、青蒿、鳖甲，水煎日 3 服，半月诸症消除，继服中药，随访 3 年未复发。[61]

7.4.7.30 急慢性粒细胞性白血病

李瑞兰等对确诊为慢性粒细胞性白血病，临床表现为左腹部疼痛，乏力，舌质黯淡，有瘀斑，脉细涩的患者，诊断为虚劳，证属肾虚血瘀，治以益髓活血，方法：菟丝子、补

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

骨脂、仙灵脾、枸杞子、熟地、当归、黄芪、鹿角胶、丹参、鸡血藤、三七、地龙，水煎日分3次服，疗程3个月，症状消失，血象正常，骨髓象基本正常，追访8年未见复发。[61]

7.4.8 辨体质论治虚劳

崔成全等对诊断为虚劳的患者，进一步辨其体质，如腰围之立势盛壮，而脑之起势孤弱，上体弱，下体实，为太阳人，乃肺小肝大，血多气少，过偏于阴，表现为肝血多，肺气少，因此，治以补肺益气生血为治则，方以，鹿茸大补汤加减：鹿茸、麦冬、薏苡仁、山药、天冬、五味子、杏仁、龙眼肉、莲子肉、酸枣仁，水煎日3服。若膀胱之坐势盛壮而胸襟之包势孤弱，乃脾小肾大，血多气少，少偏于阴，为少阴人，表现为肾阴多，脾气少，因此，治以补脾温肾，益气生血为治则，方以十全大补加减：黄芪、白术、人参、当归、川芎、白芍、首乌、炙甘草、肉桂、阿胶、益母草、砂仁、泽兰，水煎日分3次服。若胸襟之包势盛壮而膀胱之坐势孤弱，乃气多血少，少偏于阴者，为少阳人，表现为脾大肾小，脾气多，肾阴少，因此，治以滋阴清热，益气养血为治则。方以荆防地黄汤加味：熟地、山萸肉、枸杞子、丹皮、白茯苓、泽泻、荆芥、防风、海参、覆盆子，水煎日分3次服。[62]

7.5 临床用药经验与体会

7.5.1 补气药

补气药，则能增强机体的活动能力，特别是对肺脾二脏的生理功能有显著加强作用。肺主一身之气，脾为后天之本，脾肺气足，则一身之气皆旺，故凡气虚病证，都可用补气药来治疗。常用的补气药有人参、西洋参、太子参、党参、黄芪、白术、山药、扁豆等。其中，人参大补元气，补脾益肺，生津止渴，安神增智；西洋参补气养阴，清火生津；上述诸参，以人参补益之力最强然有助火壅滞敛邪之弊，故常与天冬、地黄伍用；为防其碍气作胀，可配伍陈皮，砂仁。而西洋参则无助火之弊，党参虽无峻补之功，却有甘平清补之力；太子参虽有补益作用，但远较人参薄弱，也较党参为差，需用较大剂量，持久服用，方能见效。黄芪可补气升阳，益卫固表，托疮生肌，利水退肿，然有呆胃、助气之弊，临床用之须慎。现代药理研究表明黄芪具有增强机体免疫功能，促进机体代谢，能加强心肌收缩力的作用。白术补气健脾，燥湿利水，止汗。药理实验证实；白术能增强网状内皮系统的吞噬功能，促进细胞免疫功能，对肠管的活动具有双向调节作用。山药益气养阴，补脾肺肾。药理研究表明：山药可增强耐缺氧能力，增强机体免疫功能，对肠管活动具双向调节作用。

7.5.2 补血药

补血药则能滋补阴血，治疗血虚。常用的补血药有当归、熟地、何首乌、白芍、阿胶、龙眼肉等。其中，当归具补血润肠，活血止痛之功；熟地滋阴养血，补精益髓；何首乌可补益精血，润肠通便；白芍能养血敛阴；阿胶可补血止血，滋阴润肺；龙眼肉可补心脾、益气血。药理研究表明：当归能显著促进血红蛋白及红细胞的生成，扩张冠脉，降低心肌耗氧量，降低血小板聚集，抗血栓形成，有促进非特异性免疫功能作用，能增强单核巨噬细胞吞噬能力，有显著的平喘作用；熟地能降低血糖，保肝，抗放射，对肾上腺皮质

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

功能及皮质醇分解代谢有一定影响；何首乌能降低血清胆固醇，增强免疫功能，并具抗衰老作用，对粒祖细胞的生长有促进作用；白芍也具保肝及免疫调节作用；阿胶可促进钙吸收，提高肿瘤患者的淋巴细胞转化率，并可治疗营养性进行性肌变性。

7.5.3 补阳药

补阳药又称助阳药，能扶助人身阳气，促进气化功而达到治疗目的。常用的补阳药有鹿茸、紫河车、巴戟天、淫羊藿、仙茅、续断、杜仲、菟丝子等。其中鹿茸可补肾阳，益精血，强筋健骨；紫河车能补精养血益气；巴戟天补肾助阳，祛风除湿；淫羊藿补肾壮阳，祛寒除湿；杜仲补肝肾强筋骨；续断补肝肾，续筋骨；菟丝子补阳益阴，固精缩尿。药理研究表明：鹿茸有强壮作用，能提高机体工作能力，减轻疲劳，改善睡眠，促进饮食，提高机体免疫功效，增强红细胞、血红蛋白和网质红细胞的新生，升高白细胞；紫河车可增强机体抵抗力，促进发育；巴戟天有雄性激素样作用，及促肾上腺皮质激素样作用，淫羊藿也有雄性激素样作用，能促进精液分泌，并能降低血糖血脂，对机体功能有促进及双向调节作用；仙茅能促进巨噬细胞的增生能力和吞噬作用，增强免疫功能；杜仲可镇静镇痛降血压，并能增强机体的免疫功能，及肾上腺皮质功能；续断可镇痛并促进组织再生。

7.5.4 滋阴药

滋阴药能滋养阴液，生津润燥，使机体阴阳平复，功能正常。常用的滋阴药有：沙参、麦冬、石斛、玉竹、黑芝麻、鳖甲、龟甲、女贞子、枸杞子、百合等。其中沙参养阴清肺，益胃生津；麦冬润肺养阴，益胃生津；石斛养胃生津，滋阴除热，明目强腰；百合润肺止咳，清心安神；枸杞子滋肾补肝，明目润肺；女贞子补肝益肾，清热明目；龟甲滋阴潜阳，益肾健骨，养血补心；鳖甲滋阴潜阳，软坚散结；黑芝麻补益精血，润燥滑肠。药理研究证实；麦冬能提高耐缺氧能力，对心肌缺血有明显的保护作用；沙参具有持久的祛痰作用，及明显的强心作用；石斛能促进胃液的分泌而助消化，并能降低血压；枸杞子具有增强非特异性免疫作用，并能显著增强网状内皮系统的吞噬能力，并可促进造血功能，降低胆固醇，对实体瘤有一定抑制作用，对癌细胞可产生不同程度的生长抑制效应；女贞子有强心利尿保肝作用，并能增加冠脉流量，对放、化疗所致白细胞减少有升高作用，并有增强体液免疫的作用；龟甲可提高痛阈，使血浆粘度明显降低，并有祛痰止痛之效，有双向调节 DNA 合成率的效应；鳖甲能抑制结缔组织增生，消散结块，并能增加血浆蛋白，延长抗体存在时间；黑芝麻可降低血中胆固醇含量，防治动脉硬化。

7.5.5 清虚热药

虚劳病患者可表现出各种阴虚内热的证候，此时宜用清虚热药治疗，方能标本兼顾。常用的清虚热药有青蒿、白薇、地骨皮、银柴胡、胡黄连等。其中青蒿退虚热凉血；白薇清热凉血，利尿通淋；地骨皮凉血退蒸，清泄肺热；银柴胡退虚热，清疳热；胡黄连退虚热，除疳热。药理研究表明：青蒿有镇咳、祛痰、平喘作用，对免疫功能有保护和调节作用，青蒿素还是一种干扰素诱生剂；白薇体外试验对人子宫颈癌细胞培养系 JTC 26 有抑制作用，抑制率在 90%以上。地骨皮有降压、降血糖、降血清胆固醇及较强抑菌的作用；胡黄连有抗真菌、利胆作用。

7.5.6 活血化瘀药

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

自张仲景创用大黄䗪虫丸治疗干血痨后，历代医家均有阐发，因而活血化瘀药在治疗虚劳病时有其独特地位。常用的活血化瘀药有川芎、郁金、丹参、䗪虫、水蛭、虻虫、姜黄等。其中川芎活血行气，祛风止痛；郁金活血止痛，行气解郁；姜黄破血行气，通经止痛；丹参活血祛瘀，养血安神，凉血消痈；䗪虫破血逐瘀，续筋接骨。药理研究表明：川芎对心肌收缩力有双向调节作用，可扩张外周血管降低血压，抑制血小板聚集和抗血栓形成，增加脑血流量，减轻脑水肿，并具抗放射作用；郁金能促进胆汁分泌；对主动脉及冠脉内膜斑块的形成有减轻作用；姜黄能降低血脂和抗心绞痛，并能抑制血小板聚集和增强纤溶活性；虻虫体外试验对白血病细胞有抑制作用；水蛭有抗凝血作用；虻虫可提高耐缺氧能力，扩张血管，增加血流量；增强心肌收缩力，对垂体后叶素所致心肌缺血有一定的改善作用。

7.5.7 温里药

温里药，味多辛苦，性多温热，能祛散在里之寒邪，振奋阳气，适用于寒邪内侵、阳气受抑，或阳气衰弱，阴寒内生之里寒证，部分药物能助阳，适用于阳气衰弱，阴寒内盛。虚劳病中阳虚为四虚之一，正确使用温里药对提高临床疗效有重要作用，常用的温里药有附子、干姜、肉桂、吴茱萸、细辛、高良姜、丁香、小茴香等。其中附子回阳救逆，补火助阳；干姜温中回阳，温肺化饮，温经止血；肉桂补命门火，温煦气血；吴茱萸能散寒、行气，温中止泻；细辛温肺化饮；高良姜温脾胃；丁香温中降逆；小茴香暖肝、温肾。药理研究证实；附子可加强心肌收缩力，加快心率，促进窦房和房室传导，增加冠脉血流和心肌耗氧；并可增强免疫功能；肉桂可促进唾液及胃液分泌；增强消化功能，升高白细胞，并具抗放射作用；干姜可使肠张力、节律及蠕动增加，对血管运动中枢及呼吸中枢有兴奋作用，对心脏也有兴奋作用，细辛有强心、扩张血管、松弛平滑肌、增强脂质代谢及升高血糖作用，能提高肌体代谢功能。

7.5.8 补益药的使用原则

虚劳病属五脏气血阴阳亏损，治疗主要以调补五脏气血阴阳为主，临证用药需把握几个基本原则，切忌堆砌补药。虚劳病多为数脏的气血阴阳俱虚，此时用药，切不可数脏同补，分兵把守，而应先从补益脾肾入手，之后再缓图它脏；在气血阴阳皆不足的情况下，应重视气血相生、阴阳相引之剂的使用，益气以生血，养血以充气，阴中求阳，阳中求阴；由于虚劳病症情复杂，过虚则不受峻补，太弱则阴阳易倾，故用药宜平和不宜峻猛，即平调阴阳，平补气血；药性宜甘淡平和，不寒不热，不腻不燥，以平调护养为主，在疗程上强调持久、系统。

7.5.9 慎用辛香破耗之品

虚劳乃气血阴阳俱衰，故虚劳而兼气滞血瘀者临床亦为多见，此时若见滞即行，不审气血之多少，必重伤气血，终必劳而不起，虚损日甚。虚劳兼气血郁结者，宜在补益气血阴阳的基础上稍佐辛润之品，其意不在行气破血，而在寓补药以生机，用于临床，多收效验。

7.6 针灸疗法

针灸疗法对虚劳具有一定的治疗作用，历代针灸医家积累了不少选穴经验，补充了许多有效的治法，随着人们对该病认识的不断加深，针灸医疗技术的不断发展，围绕这一课

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

题，进行了大量的临床和实验研究；现就临床上一些行之有效的选穴和方法辑录如下：

7.6.1 心血虚

选穴：肝俞、心俞、脾俞、神门。

方法：以艾灸为主，或艾灸与针刺结合，针刺宜用中等刺激强度，留针 10～15 分钟。

7.6.2 心阴虚

选穴：神门、内关、三阴交。

方法：以针刺为主，适当重刺激，留针 30～60 分钟。

7.6.3 心阳虚

选穴：心俞、膻中、大椎、百会、内关。

方法：内关宜针刺，中等刺激，可留针 15～30 分钟；其余腧穴宜艾条灸。

7.6.4 脾胃虚弱

选穴：第 1 组：胃俞、脾俞、大肠俞。第 2 组：中脘、气海、足三里。

方法：以补法为主，针与灸结合，或少针多灸。每日或间日一次，两组穴位交替应用。每穴灸 5～10 分钟。针刺宜中等强度刺激，留针 15 分钟。

7.6.5 肝阴虚、肝血虚

选穴：第 1 组：期门、章门、阳陵泉。第 2 组：肝俞、胆俞、脾俞、三阴交。

方法：宜针刺，中等强度刺激，留针 30 分钟，每日或间日 1 次，两组交替应用。

7.6.6 肾阴虚

选穴：肾俞、志室、三阴交、关元。

方法：针刺宜用中等刺激强度，留针 15～20 分钟。禁灸。

7.6.7 肾气虚 肾阳虚

选穴：肾俞、命门、气海、足三里。

方法：宜艾条灸，每穴灸 5～8 分钟，少针，或适当配合针刺，宜弱刺激。

7.6.8 心肺气虚

选穴：肺俞、心俞、内关、神门。

方法：以艾灸肺俞、心俞为主，每穴灸 5～10 分钟。心悸者可取内关、神门。针刺中等刺激，留针 15～30 分钟。或针与灸结合应用。

7.6.9 心脾两虚

选穴：第 1 组：心俞、脾俞。第 2 组：神门、足三里。

用法：针刺加艾条灸，针刺用中等强度刺激，留针 15 分钟，艾灸每穴 5 分钟，每日或间日 1 次，两组交替应用。

7.6.10 肺脾气虚

选穴：第 1 组：肺俞、脾俞、百会。第 2 组：中脘、气海、足三里。

用法：针刺与艾条灸结合，针刺用弱刺激，留针 5～10 分钟，艾灸每穴 5～8 分钟。对久虚体质较弱者，以艾条灸为主，每次每穴灸 5～8 分钟。每日或间日或每周 3 次，两组交替。

7.6.11 心肾阴虚

选穴：神门、内关、三阴交。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方法：宜针刺，刺激强度可适当增大，留针 30～60 分钟，心烦失眠者，临睡前针刺，其效更佳。腰痛、遗精者，可加刺肾俞、志室、关元。针刺以中等强度为宜，留针 15～30 分钟。

7.6.12 脾肾阳虚

选穴：第 1 组：脾俞、肾俞、命门、大椎。第 2 组：中脘、气海、天枢、足三里。

方法：以艾条灸为主，每次灸 5～8 分钟，亦可辅以针刺，针刺以中等强度刺激，留针 10～15 分钟。每日或间日 1 次，两组交替应用。

7.6.13 肝脾虚损

选穴：第 1 组：脾俞、肝俞、胃俞。第 2 组：中脘、章门（或期门）、足三里。

方法：虚而兼寒者，宜针灸结合，以艾条灸为主，每穴灸 5～10 分钟，针刺宜用中等强度刺激，留针 10～15 分钟，胃痛甚者，留针 30 分钟。虚而兼热者，只宜针刺，忌灸。

7.6.14 肝肾阴虚

选穴：第 1 组：肝俞、肾俞、阳陵泉。第 2 组：期门、关元、三阴交。

方法：针刺，宜强刺激，留针 30～60 分钟，每日或间日 1 次，两组交替应用。以午后进行，效果更佳。

7.6.15 气虚为主

选穴：中脘、气海、足三里、百会、大椎。

方法：艾条灸为主，每穴灸 3～5 分钟，间日 1 次。

7.6.16 阴虚为主

选穴：第 1 组：神门、内关、三阴交。第 2 组：心俞、肝俞、肾俞。

方法：宜针刺，可用中等强度刺激，留针 15～30 分钟，每日或间日 1 次，两组交替应用。午后或晚睡前治疗，其效甚佳。

7.7 推 拿 疗 法

推拿与药物、针灸一样，作为治疗手段有其独特的作用方式和临床价值。下面介绍 3 种治疗虚劳的推拿方法：

7.7.1 按摩脾胃法

姿势：应在饭后两小时进行，室温适度，宽衣松带，平卧于床，腘窝部垫一小枕，微屈膝，腹部自然放松，全身舒展，静养调息约 10 分钟，待心情平静，气息调匀后，即可行按摩。

方法：先以右手平掌，五指放松，贴附于胃脘部，按上至剑突下，下至脐部，两侧至肋缘的范围，以前臂带动腕关节，手掌由右向左，呈顺时针方向，进行有节律的，轻重适度的圆周按摩。节律可控制在每分钟 18 次，相当于一呼一吸按摩绕行一圈，每次按摩以 10～25 分钟为宜。

待脾胃按摩毕后，再行理脾导滞法：患者两手平掌，五指放松，以肘带动掌，从剑突沿腹正中两侧，于呼气时缓缓向下按摩推行至少腹两侧，节律保持与呼吸相一致，每次可作 5～10 分钟，按摩毕后，可起床舒展活动，或即入睡亦可。

注意：①过饥、过饱时均不宜作脾胃按摩。②应保持身体暖和、室温适度，过冷或过

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

热时亦不宜作按摩。③凡坚持工作的患者，或伴有失眠，或为保健强身，均宜于临睡前按摩，晨间醒后，亦辅作一次，一般可控制在 10 分钟左右。④可与气功配合，先作脾胃按摩后练气功，或先练气功后作脾胃按摩，则疗效更佳。

功效：开胃补脾，理气调中，消积导滞，宁心安神。

适应证：凡因脾胃虚损所致食欲减退，食少纳差，食后脘腹胀满，大便秘结，久虚泄泻，老年脾胃自衰，小儿疳积等证，皆具有较好的疗效。

7.7.2 推拿捏脊疗法

姿势：患者俯卧，头颈部放置一小枕，头面部依附枕上，两手环抱附枕，腰背部应尽可能放松，小儿可抱俯于怀中。

方法：施术者站于顺手位置。部位由颈部大椎穴起，沿脊两侧至腰骶部，其操作顺序如下：

(1) 先以两手平掌，贴附于皮肤，大鱼际部着力，强度适当，以能耐受舒适为宜，由上至下缓缓推揉。小儿可用右手食指与中指，微屈平行分开，指端紧附脊两侧，由上至下缓缓按揉。脊旁按揉，可反复作十余次，直至腰脊肌肉放松为止。并可根据脏腑在腰腑在腰背部相应的俞穴作重点按揉，如心病取心俞，肺病取肺俞，胃病取胃俞，脾病取脾俞，肝病取肝俞、胆俞，肾病取肾俞，肠病取大、小肠俞等。

(2) 捏脊法：上项操作完成后，术者以两手拇、食指合作，将腰骶部皮肤轻轻提起，徐徐向上捻转滚动，沿脊两侧由腰骶至大椎，反复捻动 2～5 遍，并可在有关穴位，适当向上提动一下，本法尤适用于小儿。

(3) 拍脊法：完成上两项操作后，再以右手平掌微屈，运动腕关节，适度拍打腰背部，以进一步舒展腰背，舒通经络，最后起身，舒展四肢，适度活动。

功效：能调理脏腑，疏通经络气血，调补脾胃，助发生机。

适应证：适于脾胃虚弱，食积气滞，肝脾不调，肝胃不和，腰背酸痛等证；尤其对于小儿疳证，其效更为显著。

7.7.3 穴位按摩法

穴位按摩法，是根据具体病情，选择相应的穴位，以指代针，起到与针灸相近似的作用，取穴原则，亦与针灸相同。

方法：沉肩屈肘悬腕，以拇指端掌面紧贴着力于穴位上，其余手指附着于皮肤，以腕带动指关节，在穴位上呈顺时针方向作圆形均匀按摩；按摩速度每分钟可控制在 50～60 次，并注意动作灵活，轻重适度，能感酸胀微麻为宜。如遇穴位疼痛特别敏感，或出现结节，条索状物，多属脏腑、经络的病理反应。按摩时可由轻到重，逐渐适应。每穴按摩时间，一般为 10 分钟。

常用穴位：①防感冒通鼻窍：迎香、曲池。②补脾理气：肺俞、膻中。③宁心安神治心悸：内关。④调补脾胃，消食导滞：胃俞、脾俞、中脘、足三里。⑤舒肝利胆；胆俞、肝俞。⑥补肾固精：肾俞、志室、涌泉。

7.8 气 功 疗 法

气功是我国特有的一种行为疗法，通过机体内部自我调整达到祛病、强身、延年的目

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

的。气功疗法是根据一定的固定程式经过长期反复的锻炼，达到自我入静和放松。气功的功法种类很多。按练功时肢体是否运动可分为静功、动功和动静功3种。肢体不运动的功法称静功，静功有松静功、内养功、强壮功等。肢体运动的功法称动功，动功有太极拳、五禽戏、八段锦、峨嵋桩、鹤翔桩等。动静功是将静功和动功有机地结合起来，或先静后动，或先动后静，如中华养生益智功。按练功时的身体姿势来分，可分为卧功、坐功、站功和活步功4种。不论何种功法，练功时要进行三调：即调息、调心和调身。

调心：即调理自己的意念，也就是训练涌现在头脑中的思想和念头，做到真正的入静，即排除各种内外干扰，头脑里什么也不想，没有什么念头，身心处于完全放松的状态，是很不容易，这是一个主动的抑制过程，需要反复锻炼，付出很大的主观意志和努力才能达到这种入静、物我两忘的境界。

调息：即调节自己的呼吸，有意识地进行一呼一吸的训练，延长吸气和呼气的时间。呼吸可兴奋植物神经系统的活动，并通过它们影响调节内脏的功能。

调身：即调整自己身体姿势。由于功法不同，要求身体的姿势也各异，不论何种姿势都要使自己的头颈、躯干、四肢肌肉和关节都处在一个相当松弛的状态，并不为自己所意识到，即使练功时，身体各部分的活动也是得心应手，达到了随心所欲的地步。

在各种不同的功法中，虽然三调各有侧重，但调身、调息都离不开调心的指导，所以调心是主要的。下面介绍几种适合虚劳患者习练的功法。

7.8.1 中华养生益智功

中华养生益智功，是一种理法并重，性命双修的功法，不仅注重功法的习练和功能功力的增长，同时还比较注重对功理的研究及人体特异功能开发规律的摸索。理中寓法，法中寓理。使有效练功时间大大提高。具体练功法请见有关专著。

7.8.2 内养功

特点：以静养为主，呼吸调息平和均匀。

姿势：一般多取右侧卧位，髋部与膝关节微屈舒适，右手平掌，掌心向上托附于右枕头部，左手肘部微屈舒展，放于左髋部；亦可坐于沙发、靠椅上，取坐位背靠式；或不拘姿势。但以身体舒适，四肢舒展，能使身体自然放松为宜。

入静调息法：两目及口唇自然微闭，身体放松，安静片刻，逐渐入静。初学，或难于入静者，可反复默念字句暗示，如“静”、“安静”等；身体放松困难者，可默念“松”、“放松”等。同时配合调息，采用腹式呼吸，气由鼻吸入，吸气时舌尖微附于颚部，缓缓吸气入体内，以意领气由胸经脘腹，而渐至丹田；气至丹田后暂停，初学者可停3～5秒钟，熟练者可延长气停丹田时间，但以不感憋气为宜；其后仍以意领气，由丹田经胸腹，气由口徐慢呼出，同时舌尖逐渐下落复常态，而完成一呼一吸。呼吸宜每分钟控制在10次左右。每次练功20～30分钟。

7.8.3 强壮功

特点：强调入静，呼吸动度深大。

姿势：①平卧式：自然平卧于床，腘窝部垫一小枕，两膝微屈，两足自然平伸，两手自然平掌，护放于丹田。②端坐式：端坐于木凳或椅上，屈膝约90°，两膝相距与肩同宽，自然踏地，两肘自然屈曲，平掌放于膝上，两肩自然下垂，含胸。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

入静调息法：入静方法与内养功相同。呼吸为深度腹式呼吸，气由鼻徐徐吸入，舌尖微附上颚，以意领气，经胸脘至丹田，气聚腹中，腹随吸气而微向上隆起，气停腹中片刻，约5~7秒，以不感憋气为宜，而后再以意领气，舌体下沉复原，由腹经胸，脐腹带动全腹微向下沉，气由口缓缓呼出。

每次练功，一般为30分钟。

禁忌：凡属阴虚发热、阴虚阳亢患者，不宜练此功。

7.8.4 放松功

特点：以身体放松，神志宁静，自然呼吸为主。

姿势：取平卧高枕微屈膝式，腘窝部垫小软枕，两足自然平伸，两手舒展置于身体一旁。

入静调息法：入静与内养功相同。自然呼吸，气由鼻入口出，力求细缓调匀，吸气时舌尖微附上颚，配合默念“静”、“安静”等字，呼气时舌体逐渐复原，配合默念“松”、“放松”等字句，并以意念随呼气而依次放松头→颈→肩→胸→手→背→腰→腹→髋→腿→足；或有意识地放松某一病位，如头痛，以放松头为主；心跳、心烦、失眠者，以放松心胸为主。

每次练功约30分钟。

禁忌：气虚、阳虚者慎用，中气下陷者禁用。

7.8.5 徒步呼吸功

特点：徒步配合呼吸，动静结合。

场地选择：清晨早起，最好选择林荫边缘地带，或空气清新之处；雨天，或气候特别寒冷时，亦可选择空气流通的厅堂、走道内。

练功方法：练功最好能从春夏温暖季节开始，清晨早起，先舒展四肢，适当活动关节，然后徒步缓行，同时配合呼吸，先略俯头垂肩缩胸，由口将肺内浊气徐徐吹出，可稍停3~4秒钟，以不憋气为宜；然后闭口，略仰头抬肩扩胸，让自然界清新空气由鼻自然缓缓吸入肺内，如此反复操练。

一般行程可控制在500~1000米。

研究表明：慢而深长的呼吸可以使膈肌运动的幅度较常人增大2~4倍，这对血液循环和消化功能都有促进作用。气功的入静状态使机体耗氧量明显降低，也提高了机体对血氧的利用率。入静还能使机体的新陈代谢降低，进而又减少能量的消耗，增加了能量的储备，随着上述呼吸功能的改善，人体抗病能力亦随之加强。

气功运用主动控制呼吸的方法，可以增大二氧化碳的排出量，使血液pH值升高，从而改变机体的内环境，改变细胞的代谢功能。

研究还表明：意守部位血流量加大，非意守部位则减少，说明意念可以调动自身血流量的再分配；可加强毛细血管的通畅性，并改善毛细血管的通畅性；练功可增加毛细血管管袢的数量，改善其流态；对造血功能有激活作用，并可增强白细胞的吞噬功能及吞噬指数；可以提高人体的体液免疫和细胞免疫力。

7.9 饮食疗法

食疗在我国具有悠久的历史，饮食是人体获得营养，维持生命活动的必需物质，同时

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

对某些疾病也具有与药物相同的治疗作用。特别是在以正气虚损为主的病证中，通过调理脾胃，增进饮食，常能获得较好的补虚益损功效，故有“药补不如食补”之说，为了使食疗能发挥良好的补益和治疗功效，还必须注意以下几点：①保证饮食质量应根据不同的病证，选择既符合病情需要，又具有丰富营养，或具某种特殊功效的饮食，在保证质的前提下，还必须具备一定的量，通常通过以适当多食，而获得量的保证。有质有量，才能获得应有的疗效。②注意兼顾：饮食因品种不同，营养成分各有侧重。人体对营养成分的需求，是多方面的，除蛋白质、脂肪、碳水化合物三大类，还需一定数量的维生素及钙、磷、钾、钠等，因此，饮食宜多品种。

下面是辨证施食治疗虚劳的一些具体方法：

7.9.1 心脏虚损

(1) 桂圆红枣粥

组成：桂圆肉 12g，大红枣（去核）10 枚，红糖，大米淘净适量。

制作方法：先将桂圆肉、大红枣与大米同煮熬粥，后入红糖调味。

适应证：心血虚患者宜常服之。

(2) 玉竹粥

组成：鲜玉竹 30g，糯米洗净适量，白糖适量。

制作方法：选用鲜玉竹，洗净，用洁净纱布包，先煮半小时，去渣后入糯米熬成粥，加白糖调味。

适应证：久服可养心阴，益心气，尤适于热病后或老年心气阴两虚的患者。

(3) 猪心方

组成：猪心 1 个，朱砂 3g。

制作方法：鲜猪心剖开去瘀血洗净，后入水与朱砂 3g 撒布于猪心内，蒸熟切片食之。每晚服食 1/3。

适应证：用于因心阴虚所致心悸怔忡、心烦失眠的患者。

7.9.2 肺脏虚损

(1) 雪梨方

组成：雪梨新鲜者 2 个，冰糖适量。

制作方法：先将雪梨洗净剥皮去心，切成薄片，放洁净容器内，加冰糖渍数小时，饮汁吃梨，随意食用。

适应证：用于肺阴虚、肺津虚患者。

(2) 银耳川贝羹

组成：白银耳 9g，川贝粉 3g，冰糖或白糖适量。

制作方法：先将银耳加水泡发洗净，放入容器内，加水适量，隔汤蒸 1～2 小时，再入川贝、冰糖或白糖，再蒸 10～20 分钟即可。

用法与适应证：早晚各食一半。用于肺阴久虚者。

(3) 猪肺汤粥方

组成：鲜猪肺 60g，黄芪 15g，薏苡仁 30g，大米适量。

制作方法：先将猪肺洗净，黄芪用洁净纱布包，加水适量同煮至八成熟后，捞出黄

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

芪。猪肺切成细丁，再入汤加薏苡仁、大米同煮成粥，随习加调料，如盐、姜、葱或糖等。

用法：久食能治肺卫气虚，卫气虚兼久咳不愈、易患感冒等证。早晚食之。

(4) 羊肉生姜汤

组成：鲜山羊肉（或鲜狗肉）500g，生姜30g，炒食盐适量。

制作方法：羊肉、生姜洗净切细，同煮至烂熟，加盐适量。

适应证：适用于肺虚久病，尤以肺阳虚，肺卫失固，寒邪易犯卫者。冬日常服，其效显著。

7.9.3 脾胃虚损

(1) 西红柿羹

组成：鲜西红柿2个，白糖适量。

制作方法：先将西红柿洗净，开水烫后去皮，切成薄片，再加适量白糖渍2小时。

用法与适应证：随时食用。适用于脾胃阴津虚损者。

(2) 淡菜猪肉汤

组成：淡菜60g，猪腿肉1000g，白扁豆30g。

制作方法：淡菜水浸洗净，猪肉洗净切细，白扁豆水浸发泡，合煮至熟烂，加调料食盐适量。

用法：适用于脾胃阴津虚损，肠枯便秘等，可以佐餐食用。

(3) 莲子羹

组成：莲子100g，芡实150g，山药500g。

制作方法：将三味炒熟焙干，研为细末，装瓶备用。

用法：每次30g，加水适量，熬成糊状，加白糖适量食之，或以大米煮粥，粥成后再加药粉20g，再煮10分钟，加白糖适量，每日2次。适用于脾胃久虚，脾虚泄泻的患者。

(4) 猪肚粥

组成：猪肚1个，大米适量。

制作方法：猪肚清水洗净，再加食盐15g搓揉，清水漂洗后，最后用醋30ml搓揉，清水漂洗净。入水煮至七成熟后，捞出切细丝备用。大米适量洗净。加猪肚丝100g，同煮成粥，加调料食之。

适应证：适用于脾胃虚弱，食少纳差等患者。

(5) 猪肚温胃汤

组成：猪肚1个(500g)，胡椒3g，生姜30g。

制作方法：猪肚清水洗净，再加食盐15g搓揉，清水漂洗后，最后用醋30ml搓揉，清水漂洗净。切成小片，煮至熟透，再入生姜、胡椒同煮半小时，加盐适量。

适应证：适用于脾胃阳虚、胃虚寒痛、肝胃寒痛的患者。

7.9.4 肝脏虚损证

(1) 鸡肝粥

组成：鸡肝（兔肝、羊肝、猪肝均可），大米或糯米适量。

制作方法：鸡肝洗净，加水适量，煮至半熟，捞出切碎备用；大米淘净，入鸡肝汤内

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

熬粥，粥将熟时入鸡肝，再加姜、葱、盐或糖。

用法与适应证：早、晚服食。适用于肝阴血虚损之视物不清、夜盲等患者。

(2) 豆牙汤

组成：黄豆芽 50g，调料适量。

制作方法：黄豆芽去根须洗净，加水适量熬汤，加姜、葱、盐等。

用法与适应证：黄豆芽与汤佐餐食之。适用于肝气虚，筋软乏力，脚转筋等患者。

(3) 葡萄干方

组成及制法：葡萄干 10g，加大米适量，同熬为粥。

适应证：适用于肝阴虚损，兼虚热证的患者。

(4) 鹿肉汤

组成：鹿肉（或山羊肉）300g，调料适量。

制作方法：洗净切细，加生姜、盐适量，同煮至烂熟，佐餐食之。

适应证：适用于肝阴虚损，肝阳久虚的患者。

7.9.5 肾脏虚损

(1) 枸杞羊肾粥

组成：枸杞 30g，山羊肾 1 对，大米适量，调料适量。

制作方法：羊肾剖开，洗净，去筋膜，切碎；枸杞子、大米淘净，同煮熬粥。

用法与适应证：可作晚餐食之。适用于肾阴虚、肾气虚的患者。

(2) 狗鞭鹿肉散

组成：狗鞭 1 付，黄狗肾 1 对，鹿肉 250g。

制作方法：以上诸味洗净，去筋膜，切成薄片，加水适量煮熟，再加黄酒 50ml，同炒焙干，研为细末，装瓶备用。

用法与适应证：每晨用红糖开水调服 3g。适用于肾阴虚损肾阳久虚，腰痛阳痿患者。

(3) 羊肾药片

组成：山羊肾 1 个，杜仲 1g，小茴香 0.5g，巴戟 1g，韭菜于 0.5g，炒食盐适量。

制作方法：羊肾从内侧剖开，洗净去筋膜，再将诸药与食盐入内，剖开侧线固定，放入容器内蒸 50 分钟，去净肾内药物，保持洁净，切片嚼食。

适应证：适用于肾虚腰痛，腰骶冷痛，性欲减退，早泄阳痿，尿后余沥，白带过多等患者。

(4) 羊脊髓羹

组成：羊脊髓（或猪脊髓，狗脊髓）100g，糯米适量，调料适量。

制作方法：羊脊髓洗净切细，糯米淘净，同煮熬粥，随习惯加调料。

用法与适应证：可作佐餐。适用于肾精亏损，尤其是老年阴亏太甚者。

7.9.6 心肺气虚

(1) 参芪粥

组成：党参 10g，黄芪 10g，大米、白糖适量。

制作方法：参、芪洗净，切片用纱布包，先煮 30 分钟，去纱布药渣留汁，再入淘净大米熬粥，加白糖适量。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

用法与适应证：可作晚餐。适用于心肺气虚、心脾气虚、肺卫气虚的患者。

(2) 猪排人参汤

组成：排 1000g，党参 30g，调料（盐姜）。

制作方法：猪排洗净碎为小段，党参洗净纱布包，加调料煮 30～40 分钟后，取出纱布包去药渣，再烧至烂熟。

用法与适应证：食肉饮汤。适用于心肺气虚、营血虚损、气血俱虚的患者。

7.9.7 心脾两虚

(1) 山药桂圆粥

组成：淮山药 100g，桂圆肉 60，薏苡仁 60g，莲米 30g，芡实 30g，白扁豆 60g，白茯苓 30，百合 60，大米适量，调料适量。

制作方法：诸药烘干，研为细粉，装瓶备用。大米洗净加水煮，米熟透后，加药粉 20g，熬至成粥，再加红糖适量。

用法与适应证：早晚食之。适用于脾虚泄泻、心脾两虚、小儿虚弱等患者。

(2) 参圆蜜膏

组成：党参 250g，桂圆肉 120g，蜂蜜 250g。

制作方法：党参、桂圆肉加水同蒸，每次蒸 30 分钟，共三蒸取汁混合浓缩，略成粘稠状时，再入蜂蜜，小火熬成膏，装瓶备用。

用法与适应证：每日 2 次，每次 1 汤匙，开水冲服。适用于脾胃气虚、心血不足的患者。

7.9.8 肺脾气虚

(1) 人参扁豆粥

组成：党参 30g，白扁豆 250g，大米、调料适量。

制作方法：白扁豆小火烘炒，研为细末，装瓶备用。党参切片，洁净纱布包，加水蒸 30 分钟，取去纱袋药渣后凉干，入淘净大米于药汁中，米煮至熟透后，再入白扁豆粉 15g，熬至成粥，加调料（红糖适量，或盐、猪油、姜、葱）。

用法与适应证：早晚服食。适用于肺脾气虚，或脾虚腹泻，大病后气虚食少等患者。

(2) 黄芪大枣粥

组成：嫩黄芪 20g，大枣 12g，大米适量。

制作方法：黄芪切片纱布包，大枣去核切碎，加水同煮 30 分钟，取出黄芪，大米淘净入药汁中，同煮成粥，再加调料（红糖，或盐、猪油、姜、葱）。

用法与适应证：早晚服食。适用于肺脾气虚，兼表卫失固，多汗自汗，易感风寒等患者。

(3) 八宝粥

组成：芡实、山药、莲米、白扁豆、薏米、桂圆肉、大枣（去核）、红糖各 6g，大米适量。

制作方法：以上诸味，与淘净大米同煮为粥，或蒸为米饭。

用法与适应证：早晚服食。适用于肺脾气虚、脾虚泄泻、心脾两虚等患者。

7.9.9 肺肾阴虚

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(1) 银耳雪梨羹

组成：银耳 3g，雪梨 1 个，百合 6g，冰糖适量。

制作方法：雪梨去皮核，切细薄片。银耳、百合，先用温水泡发洗净，加水适量，或蒸或煮约 40 分钟至 1 小时，待熟软后，再入雪梨片、冰糖，再蒸 10 余分钟即可。

用法与适应证：早晚各服食小半碗。适用于肺肾阴虚，阴虚咳嗽，久病咳血等患者。

(2) 虫草鸭子汤

组成：冬虫夏草 6g，鲜壮肥母鸭 1 个，调料适量。

制作方法：冬虫夏草水微浸洗净，母鸭去皮、头足、内脏，洗净后将虫草放于鸭腹腔内，用线缚紧剖口，加水适量，小火煮至烂熟后，去虫草、缚线，再加调料（或盐或冰糖均可，但不能加姜、蒜、胡椒、葱）。

用法与适应证：早晚适量，佐餐食之。适用于肺肾阴虚，久病痨咳等患者。

(3) 百合粥

组成：百合 15g，糯米 60g，白糖或冰糖适量。

制作方法：百合温水泡发洗净，加水煮至熟软，再入糯米熬成粥后，加糖适量。

用法与适应证：早晚各服一小碗。适用于肺肾阴虚，尤宜于老年肺肾阴精亏损。

(4) 胡桃肉方

用法与适应证：每晚临睡嚼服胡桃肉 2 个。适用于肺肾阴虚等患者，老年可减缓自衰。

7.9.10 心肾阴虚

(1) 小米黑豆粥

组成：小米 30g，黑大豆 15g，糯米适量，白糖或冰糖适量。

制作方法：黑大豆碾碎除皮，先蒸黑大豆、小米，待熟透后，再入淘净糯米熬成粥，加糖适量。

用法与适应证：每晚食一小碗。适用于心肾阴虚，老年久服能减缓心肾阴血亏损。

(2) 糯米绿豆粥

组成：糯米适量，绿豆 15g，白糖或冰糖适量。

制作方法：绿豆洗净，加水同煮至绿豆开裂后，再淘净糯米，同煮熬为稀粥，加糖适量。

用法与适应证：每晚食之。适用于阴虚发热、心肾阴虚、暑热伤津等患者。

(3) 龟肉膏

组成：大乌龟 1500g，蜂蜜 2000g。

制作方法：乌龟去头放血，除内脏，洗净，加桑枝 10g，同煮，待龟骨松软后，即取出桑枝，小火久煮将成糊状；再加蜂蜜同时炼为膏，装瓶备用。

用法与适应证：早晚一汤匙，开水冲化服。适用于阴精亏虚、肝肾阴虚、心肾阴虚等患者。

7.9.11 心肾阳虚

(1) 羊肉姜汤

组成：山羊肉 1000g，生姜 30g。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

制作方法：羊肉洗净切细，生姜去皮切成厚片，加水煮至烂熟，加盐适量。

用法与适应证：水肿者应不加盐或少加盐，食肉饮汤。适用于肾阳虚，心肾阳虚兼虚寒证，尤宜于冬季食服。

(2) 鲫鱼汤

组成：鲜活鲫鱼 250g，调料适量。

制作方法：鲜鱼去鳞除内脏，洗净，加水适量，煮熟稍熬，再加生姜、葱白，或盐、酱油适量。

用法与适应证：食肉饮汤，早晚各半。适用于脾肾阳虚、心肾阳虚，兼水肿证等患者。

7.9.12 脾肾阳虚

(1) 珠玉二宝粥

组成：淮山药 60g。薏苡仁 60g，霜柿饼 24g。

制作方法：先将山药、薏米捣细，煮至烂熟，再将霜柿饼切碎，调入煮化。随意服之。

适应证：适用于脾久虚，泄泻难止，配合药物调治。

(2) 荔枝粥

组成：干荔枝肉 50g，淮山药、莲米各 10g，大米、调料适量。

制作方法：淮山药、莲米碎为粉，淘净大米与荔枝肉同煮，米熟再加药粉成粥，后入调料。

用法与适应证：早晚服食。适用于脾肾阳虚轻证，老年脾肾自衰，脾肾虚所致泄泻等患者。

(3) 乌鱼方

组成：乌鱼 250g，赤小豆 50g。

制作方法：乌鱼去内脏，洗净，赤小豆洗净装入鱼腹内，外用厚牛皮纸包裹数层，再用金属线缚定，水浸待纸温透，内赤小豆发泡，置炭火上慢烤熟透，去纸及赤小豆，淡食鱼肉。

用法与适应证：每日 1 条，可连服半月。适用于脾肾阳虚，兼阴血不足所致水肿的患者。

(4) 羊肉附片汤

组成：山羊肉 1000g，制附片 15g。

制作方法：羊肉洗净切细，与附片同煮至烂熟，加盐、生姜适量。

用法：每日作佐餐食之。适用于脾肾阳虚，阴寒内盛，畏寒怕冷，夜尿次数增多的患者冬日服。

7.9.13 肝脾虚损

(1) 土豆蜂蜜羹

组成：鲜土豆（洋芋，马铃薯）60g，蜂蜜 30g。

制作方法：土豆洗净切碎，加冷开水适量捣烂，纱布包绞汁。取汁与蜂蜜同煮，以开为度。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

用法与适应证：每日 3 次，空腹时服 1 汤匙，可连服 2 月。适用于胃脘久痛，大便秘结等患者。

(2) 麦芽糖方

组成：麦芽糖二汤匙，开水冲化。

用法与适应证：食后 1 小时服，每日 3 次。适用于虚寒胃痛，肝胃不和，肺胃津虚的患者。

(3) 佛手饮

组成：鲜佛手 15g。

制作方法；开水冲泡，代茶饮。

适应证：适用于肝胃不和，胁肋气痛的患者。

(4) 柠檬糖汁：

组成：鲜柠檬 1000g，白糖 1000g。

制作方法：柠檬片上浸渍，一周后适当搅动加压，静置出液。

用法与适应证：每次取 1 汤匙，冷开水适量冲服，1 日 3 次。适用于肝火犯胃，肝胃不和，肺胃津虚的患者。凡胃痛泛酸，脾胃虚寒的患者忌服。

7.9.14 肺胃阴虚

(1) 芦根饮

组成：鲜芦根 60g，白茅根 30g，生麦芽 12g，冰糖或白糖适量。

制作方法：芦根、白茅根、麦芽先洗净，水蒸 30 分钟后，取汁去渣，加糖适量。

用法与适应证：代茶饮，或随意服用。适用于肺胃津虚，肝肺阴虚，阴虚肺燥久咳的患者。

(2) 鲜地粥

组成：鲜生地 50g，糯米，白糖适量。

制作方法：生地洗净，切成厚片，加水煮 30 分钟后去渣，加糯米熬成粥，再加白糖适量。

用法与适应证：每晚食一小碗。适用于肝肾阴虚，肝肺阴虚，肺胃阴虚，兼虚热证，尤宜于肝火犯肺，肾火灼肺，伤损肺络所致咳血的患者。

(3) 苦瓜方

组成：鲜嫩苦瓜 90g，调料适量。

制作方法：苦瓜洗净，剖开去子，切成细薄片，沸开水冲，稍浸七成熟，加食盐适量拦。

用法与适应证：作佐餐常食。适用于肝胃阴虚，肝肺阴虚，口干口苦的患者。

(4) 燕窝羹

组成：燕窝 6g，白及粉 6，冰糖适量。

制作方法：燕窝水发洗净，加水慢火炖烂，再加白及粉、冰糖同炖成羹。

用法与适应证：早晚两次分服。适用于肝肺阴虚，肺肾阴虚，肺痨咳血，尤适于老年久病咳血患者。

7.9.15 肝肾阴虚

(1) 草决明饮

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

组成：草决明（打碎）30g，荷叶 6g。

用法与适应证：开水泡，代茶饮。适用于肝肾阴虚，头目热痛，烦热眩晕的患者。

(2) 芦根粥

组成：鲜芦根 90g，绿豆 9g，糯米 60g，白糖或冰糖适量。

制作方法：芦根洗净，切片，纱布包，与绿豆同煮，待绿豆开裂，取出纱布包去芦根，入糯米熬粥，加糖适量。

用法与适应证：每晚服一小碗。适用于肝肾阴虚，虚热内盛，热伤津液者，亦用于热病后，阴津未复，余热未尽的患者。

(3) 枸杞鸡肝粥

组成：枸杞子 15g，鸡肝 30g，糯米 60g，白糖适量。

制作方法：鸡肝去胆洗净，切细或捣碎。先用枸杞子与米同煮，粥成再入鸡肝，再煮至鸡肝熟即可，加白糖适量，不喜甜食者，可酌加食盐少许。

用法与适应证：每晚一小碗。适用于肝肾阴亏，目视不明，或目睛干涩；尤适用于老年肝肾阴虚，久服可缓阴精血亏。

(4) 桑椹膏

组成：桑椹子 1000g，蜂蜜 1000g。

制作方法：桑椹子打碎，加水煮 3 次，每次 30 分钟，取汁时用双层纱布过滤去渣，三次汁混合，慢火熬，再入蜂蜜炼为膏，装瓶备用。

用法与适应证：早晚各一汤匙，开水冲服。适用老年阴精自亏。久服尚能保健强身，延缓自衰。

(5) 黑芝麻粥

组成：黑芝麻 25g，大中糯米适量，白糖适量。

制作方法：黑芝麻炒熟捣碎，米煮粥，粥将成再加芝麻，熬成粥，加白糖适量。

用法与适应证：每晚服食。适用于肝肾阴虚，体瘦肤燥，久病阴虚。老年常服，能使肌肤润泽，延缓自衰。

7.9.16 津液虚损

(1) 鲜芦根饮

组成：鲜芦根 500g，鲜谷芽 30g，鲜麦芽 30g，白糖适量，食盐少许。

制作方法：取芦根、谷芽、麦芽，加水 3000ml，煮 30 分钟，取汁加白糖、食盐。

用法：对汁饮服。适用于津液虚损，肺胃津伤的患者。

(2) 麦冬玉竹粥

组成：鲜麦冬 30g，鲜玉竹，鲜石斛各 15g，糯米或大米 60g，白糖适量。

制作方法：麦冬　玉竹　石斛加水蒸 30 分钟，去渣留汁，加入淘净大米，熬煮成粥，加白糖适量。

用法：早晚作佐餐食之。适用于肺胃津虚。

8 疗效评定标准

参照 1993 年和 1995 年中华人民共和国卫生部制定发布的《中药新药临床研究指导原

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

则》拟定。

临床痊愈：临床症状，体征消失；相关的各项检查指标应基本正常。

显效：临床症状、体征明显改善；相关的各类检查指标应显著改善。

有效：临床症状、体征均有好转；相关各类检查指标有一定的改善。

无效：临床症状、体征无改善；相关各类检查指标无改变。

9 调 摄

9.1 心脏虚损的调摄

心阴虚患者，应少食或忌食辛温燥辣饮食，如姜、葱、蒜、酒、羊肉等。心阳虚患者，应忌食一切生冷寒凉饮食，如生菜、冰淇淋等；水肿者，并酌情控制食盐的摄入。心脏虚损者，由于忧思郁怒等精神刺激，或是类酒等刺激性饮食，都可加重病情，故应避免刺激。同时应注意劳逸相宜，动静结合，虚衰较甚者，应卧床静养；尚能坚持日常工作者，应注意劳逸结合，勿使其过劳；老年患者，亦可多作散步、打太极拳等适当的锻炼。

9.2 肺阴虚的调摄

应注意气温变化，适当增减衣服，避免温热燥邪侵袭。饮食应避免辛温燥热食物，如酒、辣椒、姜、蒜、羊肉、狗肉等。可常食雪梨、柠檬、甘蔗、竹笋、窝笋、龟肉、淡菜等。避免有毒气体的侵袭，特别是吸烟，能直接熏蒸肺脏，刺激引起咳嗽，加重肺气不利等症。切忌滥用人参、黄芪、肉桂、附片、鹿茸等温热益气助阳药，用之则有助热伤阴，加重虚损，甚至导致大咯血等危证。雪梨去皮 1～2 个，冰糖适量，川贝粉 3g，雪梨切片，合冰糖、川贝粉蒸约半小时，早晚服适量。

9.3 肺气虚的调摄

注意保暖，特别是天气变冷时，应及时增加衣被，有吸烟嗜好者，应急速戒除，以免烟毒刺激，加重喘咳，更加耗伤肺气。操练气功疗法中的“徒步呼吸功”具体方法见前文气功疗法内容。宜多食具有温热补益作用的食物，特别是在冬季可多食羊肉、狗肉、公鸡肉之类。应忌生冷及寒凉饮食。

9.4 脾胃虚的调摄

脾胃阴虚，胃津虚患者，可适当多食微凉多汁的水果与蔬菜，如苹果、葡萄、雪梨、窝笋、糯米粥、鸭肉等，应忌辛温燥辣饮食，如胡椒、辣椒、姜、蒜、羊肉、狗肉等。脾胃阳虚气虚弱的患者，可适当多吃温热性饮食，如葱、姜、蒜、桂圆肉、薤白、韭菜、羊肉等，切忌一切生冷，以及油腻滑肠食品。

9.5 肝脏虚的调摄

肝病虚损，切忌滥用行气破气、消积逐瘀之药，如柴胡、三棱、莪术、水蛭、䗪虫等攻伐药物。保持乐观情绪，凡属肝病患者易于忧思、抑郁、恼怒，从而加重气血郁滞的程

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

度。因此，肝病患者，就应该树立战胜疾病的信心，乐观地面对人生，才能心情愉快，坚持治疗。饮食宜忌：肝病患者，可适当多食新鲜牛奶、蛋类、新鲜蔬菜、瘦猪肉、甜食及动物油脂，不宜太过食。肝阴虚患者，应忌食辛燥温热饮食。肝阳虚患者，应忌食寒凉饮食。

9.6 肾脏虚的调摄

肾脏虚损患者，一般患病较久，治疗时间较长，所以首先应避免急躁情绪，保持心情愉快，建立信心，遵守医嘱，配合治疗，坚持用药，就能获得良好效果。凡属肾精虚损儿童应注意加强营养，防止外感病邪的侵袭；已婚成人，应注意节制房事，切勿过度。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病名定义

顾膺陀、方药中、张伯臾、何绍奇、王永炎、卜平等均立虚劳为病名，[1-6]而李斯炽对此则提出了自己的看法，他认为“劳”有以下3方面含义：一是指长期形体过劳或不劳，均易导致本病，即包括过劳、过逸两个方面的因素；二是指房劳所伤；三是指情志过劳。李斯炽认为就临床所见，“劳”仅是虚损形成的主要原因之一，其它如经常过饥过饱，或失血过多，或久病失于调理，或由外感六淫而导致内伤等等，均可形成虚损病，因而提出用“虚劳”作为病名，是欲概括其病因而又不能全部包括，不若以“虚损”命名较为确切。[63]而从张伯臾：“因虚致病，因病成劳，或是因病致虚，久虚不复成劳”的这段论述[3]中可以认为，“劳”是各种久虚不复衰弱证候的总称，同时又指出了该病的病症病机特点。

李瑞兰等提出，对临床以起病急，发展快，高热不退为特点的虚劳病，由于其病程短，病情变化迅速，病势凶险，应从虚劳病中单独分列出来，命名为“急劳”，以利和多数病程长、发展慢的虚劳病相区别，并有助于提高临床辨治水平。[61]

梁贻俊则把着眼点放在病机上，他在统计了再生障碍性贫血、急慢性白血病、骨髓增生异常综合征、骨髓纤维化等140例血液系统疾病而中医诊断均为虚劳的患者后，发现他们具有血亏血损的临床表现，并具血亏难复的特点，因而提出对以血的劳伤难复为主要临床表现的疾病应诊断为“血劳”。梁氏认为这样既有利于与其它系统的虚劳病相区别，又有助于提高临床疗效。[64]

关于虚劳的定义，方药中、张伯臾、何绍奇、王永炎等人，均从病机的角度下定义，认为是以脏腑阴阳气血亏损及久虚不复为特点的。而卜平等对此提出异议，他认为从逻辑学角度看，本病单凭病机下定义存在“定义过宽”的缺陷，以致易使虚劳病与一般虚证混为一谈。卜氏等通过对48名古今医家91例虚劳病案的回顾性分析，认为虚劳不宜从病机的角度下定义，而应从证候学的角度下定义，从而提出了虚劳病的症状学诊断依据：(1) 共有症状：①消瘦憔悴，②面色萎黄，苍白无华，③衰弱倦卧无力，④自汗盗汗，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

⑤食少便溏,⑥遗精早泄;(2)特有症状:①腹大如鼓,青筋暴露或呈蛙腹,②心悸怔忡,气喘语促,呼多吸少,③肌肉萎缩,日久不复,④关节酸痛强直畸形,⑤孤惑日久不愈;(3)脉象:①细弱(数或弦)无力,②浮数而芤,③濡迟无力;(4)病程在3个月以上。并认为符合共有症状3项、特有症状、脉象各1项或1项以上者,即可诊断为虚劳病。[6]卜氏的这一观点无疑是对虚劳定义的有益补充。然而由于作者所统计的病案有限,定义的内容难免有疏漏之处,因此又有"定义过窄"之弊。而罗仁则直陈己见,认为虚劳病无固定的主症。[65]由是观之,无论是用主症和次症的组合方式,还是用共有症和特有症的组合方式,都不足以概括出虚劳病的特点,故而,单独从病机的角度或症状学的角度都不能对虚劳下一个令人满意的定义。有鉴于此,从以下几个方面把握虚劳病的特点是有益的:①起病方式多隐匿、缓慢,或明显、急骤,而以前者为多。②多样性的临床表现:即只有很少一部分症状单独出现即具虚劳特点,而多数症状就孤立出现而言是不具特色的;从临床表现来看,虚劳病往往是以一组或多组有内在联系的症状群出现的,并以多组症状群的出现为多见。③病机特点为五脏六腑、气血阴阳各部分各层次的虚损,并以多部分多层次的虚损为主要特点。④病势有呈进行性发展的潜在趋势。⑤治疗上难取速效,或经久不愈或疗效不满意,预后不容乐观。

1.2 病因病机研究

由于虚劳病症状纷杂,因机繁复,因此顾膺陀认为虚劳的病因为:先天不足,后天失调,痘疹余毒,病后虚弱,外感失治,境遇所逼,医所误,传染而成,并认为传染途径有三,一是由吸气而传染者,二是由饮食而传染者,三是由血管而传染者。[1]秦伯未认为虚劳虽有因感受外邪而成者,总由内伤应之,并认为内伤多因酒、色、劳倦、思虑、恼怒所致。[66]方药中等人则认为虚劳病因不外三类:一是体质因素,即体质决定着人体对致病因素的易感性和病机、证候的倾向性;二是生活因素,主要包括饮食、起居、情志、劳倦、嗜欲等不适当的生活方式,指出这是罹患虚劳的重要原因;三是疾病因素,主要指大病暴疾伤正,久疾不复,或失于调治,或客邪久留,或停饮、停痰、气结血瘀留滞不去均可致虚损不复成劳。同时指出虚劳的病机虽复杂多样,但总不外阴、阳、气、血虚损四端。[2]而于爱国则认为虚劳的病因不外乎两类:一是先天不足,小儿阶段表现为"五迟"、"五软"之类;成人主要由于禀赋不足到成年之后逐渐软弱无力,体虚多病,阳气阴血亏耗而造成五脏虚损;二是后天失调,一般指劳逸不当,饮食失调,房室太过,五志过极或病后体弱,伤及有关脏腑,正气虚耗,因虚成劳。在病机上多为因虚致病,因病成劳。[67]王永炎等人也将虚劳病因分为两类,不过与于爱国的分法迥异:一类是原发病因,包括禀赋不足,烦劳过度,饮食不节,久病大病,误治失治;一类是继发病因,主要包括黄疸、痰饮;并认为虚劳病可因外感六淫、内伤七情、饮食不节、劳欲过度而诱发或加重。同时指出虚劳的基本病机为五脏六腑的气血阴阳虚损。[5]

1.2.1 病因研究

1.2.1.1 体质因素

1.2.1.1.1 胎禀薄弱 受胎之时,父母年老体弱,精血不旺,可致胎儿先天不足;或患病时怀孕,如患糖尿病、高钙血症等,亦易致先天虚损;或怀孕时患病,如风疹、流

小众网站大众健康:http://qianjinpianfang.com

行性感冒、腮腺炎及柯萨奇病毒感染等亦可致胎儿发育不良；孕妇大量吸烟、酗酒，尤其应给予高度重视的是被动吸烟，均可致早产和低出生体重儿；孕期服用某些化学药品，如抗癌药、甲糖宁等亦可使然；孕妇有与大剂量放射线接触史，也造成胎儿发育不良。

1.2.1.1.2 遗传因素 除外伤性疾病外，可以说所有的疾病都是由于遗传因素与环境因素，或者说内因与外因相互作用的结果，但两者的程度有所不同。在某些疾病中，遗传因素起主要作用，在另一些疾病中，除环境因素外，遗传因素也起着程度不同的作用。同样，虚劳病与遗传因素也有着密切关系。如：先天性再生障碍性贫血、先天性纯红细胞再生障碍性贫血、血友病，抗胰蛋白酶缺乏症等。

1.2.1.1.3 衰老因素 在虚劳病的形成过程中，还有一个值得重视的体质因素就是衰老因素。值得注意的是虚劳与衰老在特征表现上有某些相似之处，如累积性、渐进性、危害性，然而，这并不意味着衰老与虚劳是等列的；相反，衰老具有普遍性、内生性，虚劳则首先不是普遍的，虽说虚劳病与内在的许多因素有关，然而并非完全是内生的。但是，衰老与虚劳之间又有着密切联系，首先衰老的出现可以表现为：细胞核 DNA 与蛋白质之间发生交联，导致大分子的逐渐积累，以及 DNA 的复制和转录功能有所降低，从而影响正常功能；且超二倍体细胞随年龄而增加。线粒体则表现为数目减少，嵴也减少；在功能上其储备力量降低。内质网常有减少，并肿胀成空泡状。高尔基复合体出现肿胀，空泡变性，甚至膜结构断裂崩解，导致细胞功能下降，特别是分泌功能下降。溶酶体中酶活力下降，残余小体增多，自噬泡数增多。衰老还表现为 T 细胞数减少，增殖功能下降，从而逐渐减弱细胞免疫效应，如细胞毒性 T 细胞杀伤功能明显下降后，可导致癌症的高发率，抑制性 T 细胞功能下降，难以抑制自身抗原性的产生而易罹患自身免疫病等等，上述变化均为虚劳病的形成创造了有利条件，从而表明衰老在虚劳病的形成过程中具有重要作用。

1.2.1.2 自然因素

1.2.1.2.1 物理因素 工作或生活环境中岩尘、煤尘、石墨尘、石棉尘、滑石尘、水泥尘、云母尘、铝尘等长期与人体接触可致虚劳；放射线医生、技术员长期暴露于 X 线，铀矿、锡矿的矿工，接受镭—224 静注治疗的病人，受核辐射的人（如核泄漏、核爆炸）均易形成虚劳病；此外，过量的紫外线照射，亦可致虚劳。

1.2.1.2.2 化学因素 许多化学物质，如苯并芘（汽车废气中含有大量 3.4－苯并芘）、联苯胺、亚硝胺、黄曲霉毒素 B_1（发霉的花生、玉米中含量高）、氯乙烯、煤焦油、苯、石棉、铬化合物、镍化合物等长期大量与人体接触，亦可致虚劳病的发生。

1.2.1.2.3 生物因素 目前已知的可致虚劳的生物因素有：人类乙型肝炎病毒、人乳头瘤病毒、人疱疹病毒、逆转录病毒 C、逆转录病毒 D、人类免疫缺陷病毒。

1.2.1.3 社会因素

1.2.1.3.1 吸烟 虽已一再强调吸烟的害处，现在仍有世界总人口 20% 的人在吸烟，发达国家吸烟率已在下降（平均每年下降 1.1%），而发展中国家以每年 2.1% 在上升，虽属化学侵害，但社会性极强。在烟草燃烧的烟雾中，可产生 3800 余种化学物质，其中主要有害成分为焦油、烟碱、一氧化碳、二氧化氮、氢氰酸、丙烯醛。吸烟可导致多种疾病的发生，亦可致虚劳病，尤须重视的是被动吸烟的危害并不亚于吸烟者。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.2.1.3.2 饮酒 关于饮酒的利弊则是众说纷云，如《汉书·食货志》中写道："酒，百药之长"；陈藏器《本草拾遗》则说："少饮则和血行气"；李时珍在《本草纲目》中指出："痛饮则伤神耗血，损胃之精，生痰动火"；而张介宾对嗜酒成劳是这样论述的："盖酒成于酿，其性则热，汁化于水，其质则寒。……故纵酒者，既能伤阴，尤能伤阳。"研究表明：饮酒可使高密度脂蛋白-胆固醇升高，致动脉粥样硬化指数降低，适量饮酒对预防心血管病可能产生有利影响。而另一些资料则显示，酒精中毒性精神病，在过去的十年间人数增加了7倍多；嗜酒可使视力减弱，肌肉活动不协调，延长反应时间，使精子数量、活动度、形态及功能明显损害，孕妇饮酒可致胎儿酒精综合征，新生儿死亡率增加10倍；并可致醇性肝炎和肝硬变，以及记忆、学习能力减弱，轻微震颤和意志薄弱；有资料表明：长期嗜酒者，CT检查全部有脑萎缩。

1.2.1.3.3 房室不节 人房纵欲，早婚多育，手淫滑泄均可致精气枯竭，形气日衰，而致虚劳。如性行为方式也是形成虚劳病的风险因素，有多个性伴侣的女性中，宫颈癌的发生率较高；目前，临床上的数十种性病及性传播疾病（如梅毒、淋病、生殖器疱疹、艾滋病等）均是淫欲为患，房室不节所致，轻则重伤人体真元之气，重则渐成虚劳之疾。

1.2.1.3.4 吸毒 毒品也在严重地损害着机体各部分功能活动的同时，亦耗损人体精髓，渐致羸弱虚疲而成虚劳之疾。

1.2.1.3.5 烦劳过度 过度劳作，以及无节奏的劳动则会耗损人体气血，日久而生虚劳之疾。有研究显示：长期过度疲劳的人，其机体的免疫功能低下，即机体的免疫防御功能、免疫稳定功能、免疫监视功能均低下；免疫防御功能不足，则可导致各种免疫缺陷；当免疫自稳机制失调时，则可引起各种自身免疫性疾病；当免疫监视功能低下时，则可引起癌变的发生或使感染呈持续状态。而免疫功能低下时的许多疾病具备虚劳病的特征。

1.2.1.3.6 饮食失节 饥饱不调，暴饮暴食，嗜欲偏食，日久均可致脾胃功能虚弱，气血生化乏源，脏腑失于濡养，而成虚劳之疾。研究表明：喜烫食、喜硬食、饮食不规律、吃饭速度过快等进食方式，及少吃新鲜蔬菜水果，吃重盐饮食，吃霉粮或霉变食品，多吃火腿，多吃油炸食物、盐淹食物特别是咸鱼，多吃莴苣和柠檬类水果，或较多地食用腌酸菜，或营养不良如蛋白质和热量摄入不足，多吃熏制食品、食用滑石粉加工后的大米，或饮用死水等，均可致虚劳之疾。

1.2.1.4 心理因素 五志过极，七情内伤，均易使人体气机逆乱，损伤五脏，消灼人体气血精津，而致虚劳之疾。心理学上，把外界社会、文化因素所带来的令人烦恼不安的信息（如工作或学习上的失败和挫折、人际关系中的冲突、生活中的意外变故和打击）称为应激原；在遭遇到单个或多个应激原后产生的偏离平时反应的状态，称为应激状态。应激状态下所表现出来的特殊色彩的体验形式，如喜悦、愤怒、悲伤、恐惧称为情绪，情绪如焦虑、愤怒、恐惧、悲伤等情绪称为消极情绪或"负性"情绪。研究表明：机体如长期地或反复地处于消极情绪状态，可使躯体某一器官或某一系统发生功能紊乱甚至器质性损害。如心率增快或减慢、心律失常、晕厥、厌食、胸闷、甲亢、糖尿病、免疫系统功能低下等。

1.2.1.5 医源性因素 疾病迁延失治、误治，或妄用补剂，或过用寒凉，或久用辛燥温热药、或滥用攻破克伐，均可耗伤人体气血阴阳而致虚劳之疾。一些化学药品在治疗

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

疾病的同时，也有耗损人体正气的付作用，是虚劳病形成中不忽视的因素。如抗肿瘤药：氮芥、卜氮芥、西氮芥、罗氮芥、环磷酰胺、异环磷酰胺、消瘤芥；治疗牛皮癣的药物：乙双吗啉、乙亚胺；抗菌药：氯霉素、磺胺；镇痛药：消炎药、氨基吡啉、保泰松；抗癫痫药：苯妥因钠、冬眠灵；治糖尿病药物；甲苯磺丁脲、氯磺丙脲；抗甲状腺药；他巴唑、甲（丙）基硫氧嘧啶；抗疟药：阿的平；其它如甲氰咪胍、利眠宁、秋水仙素等均有潜在的形成虚劳病的可能性。

1.2.2 病机研究

方药中、张伯臾、王永炎[5]均认为五脏的阴阳气血虚损是虚劳的基本病机。方药中在分析病机时首重病位，故以五脏为纲，以气血阴阳为目加以分析；而张伯臾、王永炎在分析虚劳的病机时则认为，虚劳的证候虽多，但总不离乎五脏，而五脏之伤，又不外乎气血阴阳，故认为应以气血阴阳为纲，以五脏虚候为目加以分析。

于爱国认为虚劳病机不越3条，一类是以阳气亏损为主的虚劳，其中尤以脾阳虚和肾阳虚为主要病机。一类是以阴血津液亏损为主的虚劳，于氏将此类又分为两个亚类，一个亚类是因阴血津液虚损以致阴不敛阳，浮阳上越；一个亚类是由于五劳所伤经络营卫气血运行受到影响，以致血行痹阻，而出现干血劳的症状。再一类是以阴阳俱损为特点，于氏又将此分为两个亚类，一个亚类是由于阴阳失去相互维系所产生的寒热错杂证；另一个亚类是由于久患失精，阴损及阳，出现阴阳两虚的证候。[67]

姜元安依据《素问·痹论》中的观点，认为营卫之气在生命活动中具有重要意义，并根据仲景所述营卫与气血阴阳之间的关系，认为应以营卫来统言阴阳气血。姜氏着重指出：营卫之气平和则阴阳血气皆盛，营卫之气虚弱，则气血阴阳随之而衰，以致失其充养脏腑百骸之功，便可产生虚损不足的病症。故此姜氏提出，营卫之气不相调和是虚劳病的主要病机。[68]

陈家英提出虚劳的主要病机为肾中精气亏损。陈民认为五脏六腑皆禀精气而完成各自的生理功能，而肾脏为精气闭藏之所，且五脏六腑气血之精华，无不输归于肾，因此，病至虚劳，肾中精气亏损为普遍存在的现象。[69]

曲淑兰认为虚劳的发生是机体阴阳偏盛偏衰失去相对平衡的结果。脾肾在人体居有重要地位，其功能失调易导致整个机体阴阳失调。脾为后天之本，人之一身，气主煦之，血主濡之，脾胃一伤，气血生化乏源，五脏六腑四肢百骸皆失濡养，气机升降出入运动失调，而致劳成。曲氏还进一步指出，脾虚不仅可渐伤它脏，它脏疾病亦易传脾胃，形成因虚致病，因病成劳的恶性循环。肾为水火之宅，主藏五脏之精，人体各脏腑皆赖肾阴的滋润濡养和肾阳的温煦化生，故肾脏一虚，整个机体阴阳失调而产生一系列病理变化，肾阴虚五脏之阴皆虚，肾阳亏五脏之阳气皆弱，且五脏六腑功能失调亦可累及肾脏，终致五脏阴阳气血虚损而成劳。[70]

班秀文认为虚劳的病机与肝有密切关系。班氏指出虚劳病机概括言之，不外损及人体阴阳气血。五脏和气血体感相关，其中肝脏体阴用阳，功能较为独特：肝脏既主贮藏有形之血，又主疏泄无形之气，与气血关系密切且对气血的影响较为复杂。虚劳病机前贤多责脾肾，而肝与脾肾关系甚为密切，肝主升发，其用属阳，与全身气机运转特别是脾胃升降运化功能密切相关；肝主藏血，其体属阴，有生气血之功，且乙癸同源，精血相生，故班

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

氏认为肝的藏血及疏泄功能失常是虚劳病形成的重要机理。[71]

叶照林认为由于肺主气、司开合、主制节、朝百脉，具有熏肤、充身、泽毛、助脾胃将水谷精微布散于五脏六腑的作用，因此叶氏提出肺气升降调和，有助于脾胃化生气血；故而肺脏功能的正常与否在虚劳的形成过程中也具有重要地位。[72]

胡共和提出了虚劳的气化论学说，主要内容如下：气化论是以“气”说为核心，籍阴阳说，五运六气说的物质运动规律和辩证法则来阐述自然界一切事物现象的本质及运动变化规律的一种朴素的宇宙观、方法论。气不仅是构成世界的基本物质，而且一切事物、现象的变化都是由于气的运动变化而产生的。人体内物质在不断交换、转移、新生、衰亡，使机体保持内环境的动态平衡，维持生命活动有序进行。这一切都处于气化状态之中，故气化异常皆病变，气化停止，就意味着生物性死亡。胡氏认为虚劳虽为阴阳气血的亏损，但人体不是单纯的物质堆积，而是一个有机的整体，生命活动是要靠气化状态下的各调节系统的作用来维持的。脾为后天之本，中焦气化升降相宜，纳化健运，使体内不断得到营养物质的补充；肾为先天之本，水火之宅，肾中精气互化，关系到人体生殖和生长发育的能力；中气和肾气是机体两个重要的气化系统，气化功能低下，在脾则出现纳运减退，化源不足等证；在肾则出现纳气无权、温煦不足等证，同时表示病情转机不佳。故此胡氏认为中气和肾气两个气化系统的功能低下是虚劳病的主要病机。[73]

2 临床研究

2.1 证候学研究

证候是一组能反映疾病特征、性质和在这一阶段主要症结的症状群，自古对证候多采用一组典型症状加以描述，由于年代久远，著家颇多，众说纷杂，因而客观上形成了对同一证候描述不同的状况。辨证论治是中医的精华所在，要把中医由感性上升到理性，由经验上升到科学，证候学的研究占有举足轻重的地位。

中西医结合虚证学术会议制定了《中医虚证辨证参考标准》[74]，卫生部《中药新药临床研究指导原则》[75]及杨世兴[76]等人均将证候分成若干主症和次症，以几个主症与几个次症相加即可构成诊断。同样，卜平则通过对48名古今医家91例虚劳病案的回顾性分析，拟定了虚劳病的证候学诊断标准，并分为共有症状6项，特有症状5项，脉象3项，并规定病程应为3个月以上。这无疑对证候学的规范化研究起了积极的推动作用。[6]

很多学者在中医辨证标准的证候中列入了化验等检查项目，如吕志平[77]等人就将“血红蛋白、红细胞计数低于正常”列入了血虚证的辨证标准中；而更多的研究人员则致力于应用当代科技手段，采用微观与宏观现相结合的方法，以客观指标为依据，对证候的客观化进行着深入细致和卓有成效的研究，以期证候诊断的标准化。

邓铁涛与邱向红、杨维益、潘毅等人则从四诊角度研究中医证候的计量诊断，如他们分别以脾虚、脾气虚、肺气虚为例，在限定病种范围的条件下，选定一组常见脉症作为判别指标，应用计数资料的判别分析方法，找出各证候的诊断阈值。显然，这一研究对证候诊断的科学化将产生深远的影响。[78~80]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

吉保民等以脾气虚证为例指出：在证候实质的研究中，观察指标不下百项，而几乎所有的观察指标在脾气虚状态下均有异常，只要用健脾益气之品便可得到纠正，最后，脾气虚成了无病不涉，无指标不异常的证。吉氏认为通过一、两项客观指标的检测就要对脾气虚证构成明确的结论，对其中一部分是行之有效的，但对另一部分则是无济于事的。他还补充道：中医说的素体脾虚，也不一定都是指有明确的病理改变，许多人长期以来处于脾虚状态，但不一定有客观指标的异常。[81]

在现代证候规范化的研究中，多将某证候分为若干主症和次证，以几个主症与几个次症相加即构成对证候的诊断，吉保民认为这样做在临床实践中也不实用。例如，他认为这是把脾气虚证候视为一个固定不变的症证来对待的，他举例说：脾的运化功能受损，其统摄血液之功能未必受损，并认为在不同的疾病中，某一证候的主症及次症也各不相同。[81]

陈小野以脾气虚为例，引用了众多专家自己制定的标准、研究单位制定的标准、专业委员会制定的标准、卫生部制定的标准及中医教材制定的标准，他认为各证候诊断标准无直接引用关系，相互间存在着差异，这样，客观上形成了证候诊断依据的多样性。陈氏据此提出了证候多态性概念，并认为证候多态性的正面意义是主要的，说明中医证候这一重要的理论及临床概念有着丰富而深刻的内涵。陈氏提出证候的多态性在规范化上造成的困难，是可以通过技术性的约定得到圆满解决的。[82]

方药中、张伯臾、何绍奇、王永炎、卜平[83]、邓铁涛[84]、《中药新药临床研究指导原则》[75]、蒋并平[85]、孙发明[86]、黄芝蓉[87]等[88~94]关于五脏气血阴阳虚损证的论述涉及以下19个证，即：心气虚证、心阳虚证、心血虚证、心阴虚证、肝气虚证、肝阳虚证、肝血虚证、肝阴虚证、脾气虚证、脾阳虚证、脾阴虚证、脾血虚证、肺气虚证、肺阳虚证、肺阴虚证、肾气虚证、肾阳虚证、肾阴虚证、肾血虚证。其证之表现（证候）已在[今日临床]分证论治中做了详细介绍。

2.2 治则治法研究

2.2.1 治病求本 重在补虚

顾膺陀[1]、张伯臾[2]、方药中[3]、何绍奇[4]、王永炎[5]等均认为虚劳的发病机理以本虚为主，故治疗上应以补益虚损为基本原则，并强调指出必须根据不同的病机，分别采取益气、养血、滋阴、温阳等治疗方法，同时要密切结合五脏病位的不同选方用药，有的放矢，增强治疗的针对性，以利提高临床疗效。

2.2.2 权衡主次 事半功倍

王永炎认为：虚劳的病机复杂多变，临床表现往往彼此交错，或阴损及阳，或阳损及阴，或阴阳两虚，或气血同病，或数脏均损，当宜分清主次，兼顾治疗。[5]方药中则认为当明其所因，审其标本缓急，先其所主而调治之，才能收到事半功倍的效果。如虚损不甚，而有积聚痰瘀等宿病者，则宿病为本，虚损为标；虚甚者则宜先补其虚，后图宿病，病缓者则先治宿病，后图虚损，或标本同治；虚劳兼新感者，则新感为标，则虚损为本，当急则先治标而后图本；虚损及脾肾者，则脾肾之损为本，它脏之损为标，治疗重在脾肾；阴损及阳者，则阴虚为本，阳虚为标，当补阴为主，补阳为辅；阳损及阴者，阳虚为

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

本，阴虚为标，当补阳为主，补阴为辅；气虚及血者，气病为本，血病为标，血虚及气者，血病为本，气病为标，治宜先本而后标，或气血同治。[2]

2.2.3 重视脾肾 纲举目张

顾膺陀、张伯臾、何绍奇、王永炎、曲淑兰、安治勋等认为脾为后天之本，是气血营卫生化之源，人之一身，气主煦之，血主濡之，脾胃一伤，气血生化乏源，五脏六腑四肢百骸皆失濡养致使百病丛生。且脾脏一虚不仅可渐伤它脏，更可由正气虚外邪易侵，耗损气血，形成因虚致病，因病成劳的恶性循环。肾为先天之本，为真水真火之所寄，人体各脏腑皆赖肾阴的滋润濡养和肾阳的温煦化生。故肾脏一虚，整个机体阴阳失调而产生一系列病理变化，肾阴虚五脏之阴皆虚，火必翕然而起；肾阳亏五脏之阳气皆弱，水必泛无所归。同样，五脏六腑功能失调亦可累及肾脏，终致五脏阴阳气血虚损而成劳。因此补益脾肾在虚劳的治疗中具有举足轻重的地位。[1-4,70,95]

2.2.4 虚劳兼外感宜先去邪实

董胡兴指出虚劳兼外感，临床颇为多见，应根据其病情与感邪轻重，或先治其表，或标本兼顾，并认为在治疗上宜分为两步走，一是急去其外邪，二是待邪衰大半后，扶正祛邪并用，往往可收到良好的临床疗效。[96]

2.2.5 治以平和 妙在轻缓

罗建华认为虚劳患者不仅外邪易犯，症情复杂，更因过虚则不受峻补，太弱则阴阳易倾，用药稍有所偏，非寒即热，故力倡两法：一是强调一个“平”字，即平调阴阳，平补气血；二是强调用药轻缓。轻即轻剂，指用药量轻微。缓有二义：其一是指药性甘淡平和，不寒不热，不腻不燥，以平调护养为主；其二是指进行缓慢持久的系统治疗。[97]

2.2.6 重综合疗法 治病亦治人

董胡兴认为虚劳病势缠绵，单凭药物治疗往往难以奏效，临症必须注重综合疗法，才有利于提高疗效。如何配合体育锻炼、气功导引、饮食疗法等，量力而行，持之以恒，同时注意生活环境的改善和营养的适量补充，将有助于病体早日康复或达到带病延年的目的，并注重自身防护，做到饮食有节，起居有常，节烦恼以养神，节嗜欲以养精；并应配合父母、兄弟、夫妻之间的关心照顾，给患者以精神上的安慰，有利提高机体的抗病与修复能力，以达治病亦治人的目的。[96]

2.2.7 治虚劳不必囿于补

卜平认为本病虽以虚为主要表现，但往往因虚致实或因实致虚，虚实夹杂，实病不去，虚象难复，见虚补虚，难以取效，故此建议有火有热者，宜清热泻火；有瘀有滞者，宜理气化瘀；有湿有痰者，宜化湿驱痰，总之，宜循证而变，不可执补一端。[83]

2.2.8 治虚劳三忌

董胡兴认为治疗虚劳首先要求患者坚持服药，不应为求速效而屡更其师，医者不应为获效而频更其方；其次不应执相火易动之说，不分阴虚阳虚和脾胃怯弱，概用滋阴降火，而损脾胃之气。[96]

2.2.9 虚劳补法与虚证补法同中有异

卜平认为气虚者益气、血亏者养血这是一般虚证补法的常规疗法，而虚劳病用补则法与此异。首先，在数脏并损的情况下，不宜数脏同补，分兵把守，而首重补益脾肾；其

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

次，在气血阴阳皆不足的情况下，应重视使用阴阳相引之剂，阴中求阳，阳中求阴是治疗虚劳的一大特色。[83]

2.2.10 治妇人虚劳宜调经为先

董胡兴认为妇人虚劳多因有难言之隐，以致精神抑郁而成，因此，治妇人虚劳，应以调理月经为先，月经既调，则诸症易治，并宜以情胜情，劝说开导，移情易性，或暗示解惑等心理疗法，有的放矢，解除隐曲，再配合药疗则易于取效。[96]

2.2.11 调营卫 治虚损

姜元安提出虚劳病是气血阴阳虚衰，阴不涵阳，阳不护阴，阴阳失去平衡所造成的虚损性阴阳失调综合病变；并引仲景之言，以营卫来统言阴阳气血，认为营卫之气平和则阴阳气血皆盛，营卫之气虚弱，则气血阴阳随之而衰，失其充养脏腑百骸之功，便可产生虚损不足之病变，治病必求于本，欲求气血阴阳之谐调，必和营卫，从而调和气血阴阳，以达治疗虚损的目的。[68]

2.2.12 调肝治虚损

班秀文等认为虚损之治疗，前贤多重脾肾，盖肾主诸阴，乃藏精之所，为先天之本，脾司运化，乃化生之源，为后天之本，故补虚治损舍此不能为功。但肝与脾肾关系甚为密切，肝主升发，其用属阳，与全身气机运转特别是脾胃升降运化功能密切相关，肝主藏血，其体属阴，有生气血之功，且又乙癸同源，故滋肾即所以养肝，养肝亦可以滋肾，肝与脾肾之关系若此，则虚损之治疗，除了首重脾肾先后天之本外，亦应注意调治肝之体用阴阳，即滋养柔润肝体：甘缓，酸泻，地黄丸滋之、四物汤养之类皆其属；条达顺畅肝用：辛散，辛补，四逆散、逍遥散、柴胡疏肝散类属其畴。如此则寓疏于补，补肝之体，疏肝之用，故能收相得益彰之效。[71]

2.3 新药的开发研制

2.3.1 红杞力补口服液

红杞力补口服液是根据杨墨林治疗虚损病证之经验，由长春中医学院与敦化市第二制药厂研制成的口服液，治疗虚劳证属气阴两虚的患者。

刘兴山等人对该药作了深入的临床研究，选择具有腰痛、乏力为主症，伴头晕耳鸣、失眠、纳差、阳痿、心悸、健忘、气短、出汗、畏寒、小便频、夜尿多、大便溏、舌淡红、少苔、脉细的患者120例，每日服红杞力补口服液两次，每次10ml，4周为1个疗程，总有效为93.2%。[98]

2.3.2 复方绞股蓝口服液

李玺等人选择虚劳患者320例，随机分为复方绞股蓝口服液治疗组260例，人参蜂王浆对照组60例，复方绞股蓝口服液，每次10ml，每日3次，人参蜂王浆，每次10ml，每日3次，30天为1个疗程。结果显示：治疗组总有效率95.77%，对照组总有效率85.00%，经统计学处理有显著差异（$P<0.05$）。[99]

2.3.3 肾泰脾康丸

该药由刘纪元经多年的临床实践，研制出的健脾益肾壮阳药，对虚劳病的治疗，疗效甚佳。其方药组成为：鹿茸、补骨脂、杜仲、菟丝子、人参、山药、枸杞子、天门冬、麦

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

门冬、何首乌、地黄、黑芝麻、紫河车、黑附子、花椒、山萸肉、黄柏、知母、茯苓、石菖蒲。[100]

3 实验研究

由于虚劳病所涉及的病种繁多，临床表现又千差万别，因此就病种和症状这两个范畴而言，是很难找到一个可以把握的共同规律。虚劳病具有共性特色的是虚证，但由于虚劳病多是由两种或两种以上的虚损证候组成，且组成虚劳病的各证候有不同组合，而各证候在组合过程中病损的轻重也有差别，加之除虚损证候外的其它证候的参杂，因而虚劳病表现出的复合证候是错综复杂的。人们在大量的研究后发现，在这些纷繁的病种、临床表现及复合证候的背后，有一些可循的具有共性特点的规律性：即五脏气血阴阳的虚损证候。当然随着研究的不断深入，复合证候的研究正在不断拓展，但研究的难度及工作量之大是可想而知的。尤其需要我们始终保持清醒的是：复合证候决不是单一证候的机械相加，尽管如此，在探索初期，单一的证候的研究对于虚劳病的治疗还是起了积极作用。国内不少学者运用现代研究手段，对虚证的研究取得了较大的进展，此处不予赘述。

【古训今释】

1 病名定义

1.1 病 名

虚劳一词首见于汉代张机所著《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治第六》中，至晋代葛洪则在《肘后备急方》中提出了“虚损”之名；隋代巢元方在《诸病源候论》中将虚劳条分缕析为“五劳”、“六极”、“七伤”；而宋代王怀隐在《太平圣惠方·治热劳诸方》中把“心肺实热”所致之劳称为“热劳”；宋代刘昉在《幼幼新书·疳劳》论中以“胎中受毒”终致幼时所成之劳称为“疳劳；清代李用粹在《证治汇补·虚损》篇中将因“思想不得，气结于中”所致之劳称为“郁劳”；将“旧血不去，新血不生”所致之劳称为“干血劳”；清代程国彭在《医学心悟·医门八法》中将因“产后真元未复，有所作劳”形成的虚劳称为“瘵劳”；清代吴澄在《不居集·吴师朗治虚损法》中将因外邪不解，日久所成之劳称为“外损”；清代唐容川在《血证论·报儿痨论》中将妇人有胎孕而患劳病者，称为“抱儿痨”；清代尤怡在《医学读书记·冷劳》篇中将因“生气不荣，内生寒冷”之劳称为“冷劳”；并将“劳而又受风者”称为“劳风”。

从上述病名的演化发展情况可以看出，自仲景立虚劳为专篇，方论并举，脉证互参，并以补虚、祛风、逐瘀三纲鼎足，为后世初拟规式之后，历代医学对该病均有阐发，后世诸多病名不是要取代虚劳病名，而是对虚劳病深入细致研究的客观写照，使后学易于把握该病的辨治精髓，拓宽变治思路，提高临床疗效；是对该病认识水平不断提高，辨治经验日益丰富的标志。

1.2 概 念

关于虚、损、劳、极历代论述颇丰，早在《素问·玉机真脏论》中就已提出了“五

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

虚”的概念：“……脉细，皮寒，气少，泄利前后，饮食不入，此谓五虚。”而在《素问·宣明五气》中又说：“久视伤血，久卧伤气，久坐伤肉，久立伤骨，久行伤筋，是谓五劳所伤。”据此可知《内经》中之“五劳”是指过劳或过逸而言。《难经·十四难》则根据特征性临床表现提出了“五损”的概念：“一损损于皮毛，皮聚而毛落；二损损于血脉，血脉虚少，不能荣于五脏六腑；三损损于肌肉，肌肉消瘦、饮食不为肌肤；四损损于筋；筋缓不能自收持；五损损于骨，骨痿不能起于床。”至隋代巢元方则在《诸病源候论·虚劳诸候上》中说：“虚劳者，五劳六极七伤是也。”并据临床症状对五劳六极七伤详加阐释，指出“五劳”即“志劳”、“思劳”、“心劳”、“忧劳”、“瘦劳”；“六极”为“气极”、“血极”“筋极”、“骨极”“肌极”、“精极”；对“七伤”则认为有两方面含义：一是指：“阴寒、阴萎、里急、精连连，精少，阴下湿，精清，小便苦数，临时不卒；二是指：“脾伤”、“肾伤”、“肺伤”、“心伤”、“形伤”、“志伤”。而宋代陈言在《三因极一病证方论·五劳证治》中认为：“六极者，由荣卫走散，无以养筋、脉、皮、肉、骨、髓，故六物皆极。极者，穷绝之谓也。”明代徐春甫在《古今医统大全·痨瘵门》中认为：“六极者，风、寒、暑、湿、燥、火靡不冒触极甚，而即病之重而不可救者有矣。”虽均论“六极”，巢氏、陈氏认为是内伤渐致“六物”“穷绝”，徐氏则认为是外感六淫终而“不可救治”。在对“七伤”的认识上也有不同看法，如清代费伯雄所论“七伤”即与巢氏有别，他在《医醇賸义·劳伤》论中说：“七伤者，《金匮》谓食伤、忧伤、饮食伤、房室伤、饥伤、劳伤、经络荣卫气伤。是言此七者，皆是内伤所以成劳之故。后人妄谓阴寒、阴痿、里急、精速、精少等为七伤，则专主肾脏而言，岂有五脏之劳专归一脏之理?”并提出：“七伤者，七情偏胜之伤也。”而明代徐春甫也持此论，他在《古今医统大全·痨瘵门》说：“七伤者，喜怒忧思悲恐惊，七情过伤是也。”对“五劳”的认识明代戴思恭在《秘传证治要诀及类方·虚损门》中说：“五劳者，五脏之劳也。”明代徐春甫在《古今医统大全·痨瘵门》也说：“五劳者，心肝脾肺肾也。”显然，这里所说的“五劳”与《内经》及巢氏所论之“五劳”迥然有别。

尽管由于年代的久远，以及认识能力受到当时客观条件的限制，历代医家均根据自己的临床实践经验对虚、劳、损、极从不同角度赋予了不尽相同或完全不同的内涵；然而这并不意味着我们必定要在这些不同的概念中间进行取舍，相反，这正表明了该项内容具有深刻的内在蕴味，同时，也启迪我们从这些对立的概念中提出新见解、新方法。

1.3 定　义

《素问·通评虚实论》从病机的角度给“虚”下了一个精辟的定义：“精气夺则虚”；明代孙一奎在《赤水玄珠·虚怯虚损劳瘵门总录》中则说：“虚是气血不足；”而明代龚廷贤在《寿世保元·补益》论中认为：“夫人之正气不足曰虚”。清代吴谦在《医宗金鉴·虚劳总论》中指出：“虚者，阴阳、气血、荣卫、精神、骨髓不足是也。”由此可见，虽然上述各家的具体描述不尽相同，而其实质却均指人体正气的匮乏不足。

明代方隅在《医林绳墨·虚损》篇中对“损”是这样定义的：“损者，脏腑之坏损也。”而清代吴谦则在《医宗金鉴·虚劳总论》中说：“损者，外而皮、脉、肉、筋、骨，内而肺、心、肝、脾、肾消损是也。”与“虚”的描述作对比后不难看出，“虚”是无形正气的

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

不足；“损”是有形物质的消损，正如《素问·玉机真藏论》所描写的那样：“大骨枯槁，大肉陷下……”。而五脏六腑的“坏损”则必然表现为脏腑功能的衰退或废用。然而“虚”与“损”又有其内在的联系，从哲学的层次上讲，前者是量变，后者是质变，正如清代程国彭在《医学心悟·医门八法》中所说：“夫虚者，损之渐；损者，虚之积也。”清代叶桂在《临证指南医案·虚劳》中也说：“久虚不复谓之损”，寥寥数笔把两者的关系勾勒得非常清楚。

汉代张仲景在《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治第六》中对“劳”的脉症作了客观具体的描述；如“男子平人，脉大为劳，极虚亦为劳；”“男子脉虚沉弦，无寒热，短气里急，小便不利，面色白，时目瞑，兼衄，少腹满，此为劳使之然；”以及“劳之为病，其脉浮大，手足烦，春夏剧，秋冬瘥，阴寒精自出，酸削不能行。”而明代龚居中则从病机的角度给“劳”下了定义，他在《红炉点雪·痰火证论》中写道：“夫痨者劳也，以劳伤精气血液，遂致阳盛阴亏，火炎痰聚；”无独有偶，清代姜礼在《风劳鼓膈四大证治·虚劳》中也说：“劳是火炎于上。”从清代叶桂《临证指南医案·虚劳》中所言：“久虚不复谓之损，损极不复谓之劳，”可以看出，“虚”、“损”、“劳”三者有着内在的必然的联系，因此成“劳”的病机则非“火”一端，其二可以认为“劳”的病程较长，其三可以看出“劳”有病势进行性发展的特点。从上述历代医家对“劳”的脉、症、病机、病程、病势特点的描述中，已基本得到一个较为明确的“劳”的定义。

宋代王贶应用五行生克制化理论从病机的角度给“虚劳”下了定义，他在《全生指迷方·劳伤》论中说：“古书有五劳六极七伤，皆因劳伤过度，或五脏六腑互相克贼，一脏偏损，五脏逆伏，以至尽绝，皆谓之虚劳。”

从历代医家对“虚”、“损”、“劳”所作的解释中，我们会发现，求得一个完善、准确、易于理解把握，并能有效指导临床实践的“虚劳”的定义，应从多方面、多层次综合考虑。

2 病因病机

2.1 病 因

2.1.1 禀赋不足

虚劳的形成与禀赋薄弱有密切关系，而禀赋不足又多因受胎之时父母年老、体弱，或妊娠失于调摄或妊娠时患病，或临产受损，导致生后精血素亏，脏腑不健，生机不旺，每当发育之年，反见痿弱不振，终成虚劳。如宋代窦材在《扁鹊心书·虚劳》中所说：“若童男女得此病，乃胎秉怯弱”。明代绮石则论述甚详，他在《理虚元鉴·虚症有六因》中说：“因先天者，指受气之初，父母或年已衰老，或乘劳入房，或病后入房，或妊娠失调，或色欲过度，此皆精血不旺，致令所生之子夭弱，故有生来而或肾，或肝心，或脾肺，其根蒂处先有亏，则至二十左右，易成劳怯。”

2.1.2 饮食失节

暴饮暴食，嗜欲偏食，饮酒过度，饥饱不调，均能损伤脾胃，日久脾胃功能益弱，气血生化乏源，脏腑失于濡养，遂成虚劳。正如《中藏经·劳伤论》中所说：“饥饱无度则伤

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

脾”；又如隋代巢元方在《诸病源候论·虚劳病诸候上》中也说：“大饱伤脾；”而明代张介宾则论嗜酒成劳独详，他在《景岳全书·杂证谟·虚损》中说：“少年纵酒者，多成劳损。……盖酒成于酿，其性则热；汁化于水，其质则寒。……故纵酒者，既能伤阴，尤能伤阳。”关于偏食成劳，则《素问·五脏生成》中论述颇深：“是故多食咸，则脉凝泣而变色；多食苦，则皮槁而毛拔，多食辛，则筋急而爪枯；多食酸，则肉胝胗而唇揭；多食甘，则骨痛而发落。”

2.1.3 起居失常

起居失常每易使脏腑元气伤损，渐成虚劳。如《素问·宣明五气》即有“久卧伤气”之垂训；而《中藏经·劳伤论》则指出了伤损的主要脏器：“起居过常则伤肝”。元代朱震亨对此则有进一步阐发；他在《脉因证治·劳》论中说：“起居不时……伤其气，气衰则火旺，火旺则乘其脾土，而胃气元气解散……百病皆作。”

2.1.4 劳倦过度

劳倦致损，历代论述颇丰。《素问·宣明五气》中即有：“久视伤血，久坐伤肉，久立伤骨，久行伤筋”之说，而《灵枢·邪气脏腑病形》则指出：“有所用力举重，……则伤肾。”金代医家李杲则论劳倦致虚更详，他在《内外伤辨惑论·饮食劳倦论》中说：“劳役过度，损耗元气，……元气不足，心火独盛，……火与元气不能两立，一胜则一负。”说明劳役耗散元气，继之使相火亢盛更损元气的恶性循环。正如明代戴思恭在《秘传证治要诀及类方·虚损门》中所言：“五劳者，皆因不量才力，勉强运为，……将积久成劳。”而明代胡慎柔认为劳倦损伤阳气，发为虚劳；他在《慎柔五书·虚损》中说：“虚损之起，或久遇劳碌，损伤阳气，……亦成此症。”而清代何炫则进一步指出劳倦不仅伤损阳气，更伤真阴，他在《何氏虚劳心传·虚劳总论》中说：“劳倦伤脾，最能生热，热则内伐真阴。”

2.1.5 房室不节

历代医学均认为房劳过度是引起虚劳的重要原因。《灵枢·邪气脏腑病形》说：“若人房过度，则伤肾。”《中藏经·劳伤论》也说：“色欲过度则伤肾。”明代王纶则进一步指出房室过度可致精亏火旺而成劳。他在《明医杂著·医论》中说：“节欲者少，过欲者多，精血既亏，相火必旺，火旺则阴愈消。”而明代皇甫中认为早婚也是致劳的重要因素，他在《明医指掌·虚损劳瘵证》中说：“后生少年辈，淫欲太早，斫丧真元，真阴内亏，虚火炽焰”，而成虚劳。

2.1.6 情志内伤

五志过急而致劳损，历代医家均给予高度重视。早在《素问·上古天真论》即有：“喜怒伤气，……暴怒伤阴，暴喜伤阳。”而《素问·阴阳应象大论》也说：“怒伤肝，喜伤心，思伤脾，忧伤肺，恐伤肾。”《灵枢·邪气脏腑病形》则又一次强调七情过伤的危害：“愁忧恐惧则伤心，……若有所大怒，气上而不下，积于胁下，则伤肝。”说明情志过伤可致脏腑亏损，元气过耗而成虚劳。宋代陈言在分析情志致劳则更为详尽，他在《三因极一病证方论·五劳证治》中说：“五劳者，皆用意施为，过伤五脏，使五神不宁而为病，故五劳。以其尽力谋虑则肝劳，曲运神机则心劳，意外致思则脾劳，预事则忧则肺劳，矜持志节则肾劳。是皆不量禀赋，临事过差，遂伤五脏。”说明五志伤人在于“用意”“过伤”。明代

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

绮石在《理虚元鉴·虚症有六因》中说："盖七情不损，则五劳不成……此皆能乱人情志，伤人气血。"强调了七情致劳的危害性。

2.1.7 病后失调

病后失治误治，或瘥后失于调摄，亦易酿成虚劳。明代胡慎柔在《慎柔五书·虚损》中即已明确提出："或伤风失治，或治之不当，亦成此症。或伤寒汗下失宜，亦成此症。"清代吴澄则进一步指出，失治误治成劳者，是由于元气暗损。他在《不居集·吴师朗治虚损法》中说："若体虚之人，感之而妄用汗吐下之法，重者当时受伤，变症甚速，轻者元气暗损。"明代绮石则论述更详，他在《理虚元鉴·虚症有六因》中说："或病非因感冒而重用发散，或稍有停滞而妄用削伐，或并无里热而概用苦寒，或弱体侵邪，未经宣发，因其倦怠，骤患其虚，而漫用固表滋里，遂致邪势胶固，永不得解。"在病后调摄方面他谆谆告诫后人："至于病后元气尚亏，更或不自重命，以劳动伤其气，以纵欲竭其精，顷间五脏齐损，恒致不救，尤宜慎之！"

2.1.8 外感成劳

内伤削灼人体正气已如上所述，而外感六淫伤损五脏古有宏论。早在《素问·上古天真论》即有"寒暑伤形"的论述，而《灵枢·邪气脏腑病形》则指出了受损的主要脏腑："形寒寒饮则伤肺。"至清代江涵暾在《笔花医镜·虚劳论治》中说："虚劳之症，大症也，固由真阴亏损，虚火烁金而然，而其始大半由于外感。"明代绮石在《理虚元鉴·虚症有六因》中也说："因外感者，俗语云：伤风不醒结成痨，究其因则是：肺有伏火，一伤于风火，因风动则痨嗽之症作矣。"因此在虚劳的成因中，外感之因不容轻视。

2.2 病 机

2.2.1 精气亏损论

《素问·通评虚实论》将虚劳的病机高度概括为："精气夺则虚。"而据《素问·上古天真论》之"肾者主水，受五脏六腑之精而藏之"及《素问·六节脏象论》之："肾者主蛰，封藏之本，精之处也"这一论断，后世医家在论述虚劳由精气亏损而致劳时则有进一步的阐发。如明代虞抟在《苍生司命·虚损》中根据经脉循行阐明了肾精亏损致劳的机理："人之五火，皆赖肾水制之。色欲过度，是肾水虚，虚则热矣。肾脉贯肝膈入肺中，循喉咙系舌本，所以肾虚之人，先动肾火，延入肝膈，遂夹相火，便入肺中，始则咳嗽，久则发热。"他在《医学正传·劳极》中则进一步指出，不但色欲可致肾水虚，七情、起居、饮食、劳倦皆可致肾精亏损发为虚劳："今也嗜欲无节，起居不时，七情六欲之火，时动乎中，饮食劳倦之过，屡伤乎体，渐而至于真水枯竭，阴火上炎，而发蒸蒸之燥热，或寒热进退，古方名曰蒸病。"从而说明虚劳的病机是肾精亏损，阴火上炎。

根据《灵枢·本神》中"是故五藏，主藏精气也，不可伤，伤则失守而阴虚，阴虚则无气，无气则死"之论，可知此处"精气"应为五脏之精气，非独肾中精气。如清代费伯雄在《医醇賸义·劳伤》论中说："岂有五脏之劳，专归一脏之理？"而明代张介宾在《类经·五实五虚死》篇中则明确指出："损虽分五脏，而五脏所藏则无非精与气耳。夫精为阴，人之水也，气为阳，人之火也。水火得其正，则为精为气；水火失其和，则为热为寒。"据此可以认为虚劳的精气亏损应为广义的精气亏损，即五脏的精气亏损。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

明代皇甫中认为虚劳多因房劳伤肾渐至五脏受损而成，他在《明医指掌·虚损劳瘵症》中说："后生少年辈，淫欲太早，斫丧真元，真阴内亏，虚火炽焰，肺金受伤，无以生肾水，肾水枯竭，无以济心火，心火一旺。肾火从之……肺气一虚，则腠理豁……而盗汗自汗之病作；火动其血，血随火升，而咳嗽吐红之病作。"

明代周之干在《慎斋遗书·虚损》论中指出，虚劳乃因内伤而致肾水不足，命门火旺旁及它脏而成："凡虚损之病，命门火旺，肾水不足，阳明化燥火，肝气与胃气相连，胃火旺故肝火亦旺，木燥土干，心火炎上，金无养，水无生……。"

清代何炫则认为虚劳未必全是一脏虚损传及它脏受损而成；亦可因饮食劳倦、五志过极、房劳过度等诸多因素同时损伤人体多个脏器的气血阴阳及功能活动而成，他在《何氏虚劳心传·虚劳总论》中说："虚劳之症，无外邪相干，皆由内伤脏腑所致。如酒伤肺，湿热熏蒸，则肺消烁；色伤肾，精室空虚，则相火无制；思虑伤神，神伤血耗，则心火易炎；劳倦伤脾，最能生热，热则内伐真阴；怒气伤肝，郁怒则肝火内炽而灼血，大怒则肝火上冲而吐血。此五者，皆能劳其精血，阴虚内生热，而成虚劳之症。"

2.2.2 气血虚弱论

宋代寇宗奭在《本草衍义·序例上》中说："人之生，以气血为本，人之病，未有不先伤其气血者。"宋代王衮在《博济方·劳证》中指出："经曰五劳六极七伤，皆因荣卫不调，气血虚弱。"宋代杨士瀛在《仁斋直指附遗方论·虚劳方论》中则进一步指出："夫人所以根本此性命者，气与血也。若男若女，气血均有，独不能保而有之，终日役之，神倦力疲，饥饱越常，喜怒失节，形寒饮冷，纵欲恣情，遂使五脏气血俱虚，此五劳之所以从始也，六极七伤类焉。"

清代费伯雄在《医醇賸义·劳伤》论中认为一日所生气血不足一日之用是成劳之机："百忧感其心，万事劳其形，有限之气血，消磨殆尽矣。思虑太过则心劳，言语太多则肺劳，怒郁日久则肝劳，饥饱行役则脾劳，酒色无度则肾劳，方其初起，气血尚旺，虽日日劳之，而殊不自知；迨至愈劳愈虚，胃中水谷之气，一日所生之精血，不足以供一日之用，于是荣血渐耗，真气日亏，"形成虚劳。

2.2.3 心肾不交论

明代李梴明确提出虚劳皆由水火不济而成，他在《医学入门·诸虚》论中说："火降则血脉和畅，水升则精神充满，不论阴阳伤损，皆因水火不济。"明代龚廷贤则在《万病回春·虚劳》中进一步指出："虚怯症者，皆因元气不足，心肾有亏，……渐至真阴亏损，相火遂旺，火旺则消灼真阴……皆是阴虚火动。"明代戴思恭从生理病理的角度论述了虚劳多因心肾亏损而致，他在《秘传证治要诀及类方·虚损门》中说："五脏虽有五劳，心肾为多，心主血，肾主精，精竭血燥，则劳生。"明代绮石在《理虚元鉴·心肾不交论》中论述了虚劳初起多是心肾不交，终则阴损及阳的病理转归："虚劳初起，多由于心肾不交，或一念之烦，其火翕然上逆，天精摇摇，精离深遂。浅者梦而遗，深者不梦而遗，深之极者漏而不止。其或症成骨痿，难于步履者，毕竟是少火衰弱，则成阳虚一路。"

2.2.4 脾胃虚弱论

金代李杲认为虚劳是由于脾胃虚弱，元气不足，而致阴火独盛，耗损真元所致，因此他在《内外伤辨惑论·饮食劳倦论》中说："苟饮食失节，寒温不适，则脾胃乃伤，喜怒忧

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

恐，劳役过度，而损耗元气。既脾胃虚弱，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。火与元气不能两立，一胜则一负。”而元代朱震亨在《脉因证治·劳》论中则进一步指出，劳因胃气元气解散，不能奉生养体所致：“……气衰则火旺，火旺则乘其脾土，而胃气元气散解，不能滋养百脉，灌注脏腑，卫护周身，百病皆作。”这里的“百病”意指虚劳症状多端，藉此可以从脾胃虚弱生化乏源的角度，来理解清代费伯雄《医醇賸义·劳伤》中“胃中水谷之气，一日所生之精血，不足以供一日之用，于是荣血渐耗，真气日亏”这段话，昭示后人气血生化不足或削伐太过或兼而有之，均可致虚成劳。

2.2.5 气机郁滞论

清代医家张璐认为气机郁滞是虚劳重要的形成机制，他在《张氏医通·虚损》中写道：“虚劳多起于郁”，并详述了发病机理：“所欲未遂，阴阳离绝，郁火亢极，不得发泄，较之房劳更甚，始则肝木郁热，继则龙火上煽，致心肺受病而喘嗽烦热。”清代李用粹则认为虚劳虽因郁起，而多由气涩血枯终致干血痨症，他在《证治汇补·虚损》篇中说：“郁痨者，童男室女，孀妇师尼，思想不得，气结于中，并留于内，阻住经脉关要之地，气血不得流通，精神无以生长。气阻则积阳为热而骨蒸，血阻则积阴为寒而倦怠。……久则，旧血不去，新血不生，气涩血枯，变为干血痨症。”

2.2.6 外邪不解论

清代医家吴澄创“外损”之说，认为外感六淫，日久不解，转而内削真元之气，渐致虚劳。他在《不居集·吴师朗治虚损法》中说：“外损一症，即六淫中之类虚损者也。凡病在人有不因内伤而受病于外者，则无非外感之症。若缠绵日久，渐及内伤变成外损。”而清代江涵暾则进一步阐明了外邪不解，渐成劳损之机，他在《笔花医镜·虚劳论治》中说：“虚劳之症，大症也，固由真阴亏损，虚火烁金而然，而其始大半由于外感。感邪在肺则作咳嗽，治失其宜，则咳不已，久咳则伤肺金，金伤不能生水，则肾水日枯，肾火日炽，上灼于肺，再复嗜色欲，受外邪，以竭其水，而虚劳成矣。”

3 证候缕析

3.1 肝劳证候

肝藏血，开窍于目，其生理功能，在《素问·五脏生成篇》中已叙述得非常清楚：“肝受血而能视”。在病理上，肝劳则肝血虚损，形之于外则目必应之。正如《素问·藏气法时论》所说：“肝虚则目眩眩无所见”，隋代巢元方在《诸病源候论·虚劳病诸候》中则描述为：“肝劳者，目视不明”，后者的病情显然较前者为轻。除视力减退，甚或失明外，头目昏蒙、眩晕也被许多医家视为肝劳外候，如宋代杨士瀛在《仁斋直指附遗方论·虚劳方论》中所述：“肝家虚，则目眩，”而明代徐春甫在《古今医统大全·痨瘵门》则描述为：“劳于肝者，目昏”。另外，清代唐大烈编著的《吴医汇讲·汪缵功虚劳论》中汪氏认为：“在肝为两目涩痛，为眼花”。

肝在志为怒，肝劳则多怒，如明代徐春甫在《古今医统大全·痨瘵门》所说：“劳于肝者，则多怒”。类似的描述可见于《素问·藏气法时论》以及明代虞抟所著《医学正传·劳

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

极》中，

肝主疏泄，肝劳则疏泄失职，气机郁滞，变生诸症，如《素问·藏气法时论》所描述的那样："肝病者，两胁下痛引小腹"；明代徐春甫在《古今医统大全·痨瘵门》则说："劳于肝者，胁刺痛"；在清代唐大烈编著的《吴医汇讲·汪缵功虚劳论》中也有类似论述。肝为魂之处，如《灵枢·本神》所说的那样："肝藏血，血舍魂。"在病理上，肝劳则肝血亏损，魂失所舍，正象《素问·藏气法时论》形象地描述为："肝病者，虚则善恐，如人将捕之"；而《内经》中又分两篇论述了肝血虚、肝气虚都会出现恐畏失魂之态，如《素问·调经论》中所云："肝虚，……血不足则恐"；《灵枢·本神》说："肝气虚则恐"。隋代巢元方也对此态作了客观具体的描述，他在《诸病源候论·虚劳病诸候》中写道："肝劳者，精神不守，恐畏不能独卧。"肝在体合筋，其华在爪，正象《灵枢·九针论》所说："肝主筋，"及《素问·痿论》之说："肝主身之筋膜"。在病理上，肝劳则筋失其濡养，因而病症百出。如《难经·十四难》说："四损损于筋，筋缓不能自收持"；而《二十难》的描述正与此相反相成："足厥阴气绝，即筋缩引卵与舌卷。"隋代巢元方在《诸病源候论·虚劳病诸候》中则描述为："筋极，令人数转筋，十指爪甲皆痛，苦倦，不能久立"。随着认识的不断深入，历代医家均根据自己的临床经验对肝劳症状作了翔实的描述。如唐代孙思邈在《备急千金要方》又说："筋虚极，舌卷唇青、引卵缩，腹中绞痛"；宋代杨上瀛在《仁斋直指附遗方论·虚劳方论》中写道："肝家虚，则筋挛"；明代徐春甫在《古今医统大全·痨瘵门》中说："劳于肝者，筋惫，不能久立远行"；明代虞抟在《医学正传·劳极》中也提到："卵缩筋急，知其邪在肝也"；至清代陈士铎则在《辨证录·虚损门》中描写道："人有筋缩不伸，卧床呻吟，不能举步，遍身疼痛，手臂酸麻知是损筋之故"。由此可见，随着辨治经验的不断丰富，症状学有了长足的发展。

肝在液为泪，如《素问·宣明五气篇》所说："肝为泪"；在病理上则如明代徐春甫在《古今医统大全·痨瘵门》所描述的那样："劳于肝者，泪外泄"。

3.2 心劳证候

心主血脉，其生理功能正如《素问·痿论》所说："心主身之血脉"；而《素问·六节藏象论》又说："心者，其充在血脉。"在病理上，心劳则可出现心气不足、心血亏虚、脉道不利、气血瘀滞等外在表现，如《素问·藏气法时论》说："心病者，虚则胸腹大，胁下与腰相引而痛"，《难经·十四难》则写道："二损损于血脉，血脉虚少，不能荣于五脏六腑"；《难经·二十四难》则将病机与临床症状一并探讨："手少阴气绝，则脉不通，脉不通，则血不流，血不流，则色泽去，故面色黑如黧"。

心主神志，心劳则神不守舍，正如隋代巢元方在《诸病源候论·虚劳病诸候》中所说："心劳者，忽忽喜忘；……忧愁思虑伤心，心伤苦惊，喜忘善怒"。明代虞抟在《医学正传·劳极》中则从诊断学的角度加以论述："其或心神惊惕，怔忡无时，心烦，知其邪在心也"。明代徐春甫与清代陈士铎则将病因病机与临床症状贯通描述，如明代徐春甫在《古今医统大全·痨瘵门》中说："劳于心者，则神耗而血衰，惊悸之疾亦因之发作矣"；清代陈士铎在《辨证录·虚损门》中说："人有用心太过。思虑终宵，以至精神恍惚，语言倦怠，忽忽若有所失，腰脚沉重，身体困惫，知是劳心以至伤神乎；……人有终日劳心，经

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

营思虑，以致心火沸腾，先则夜梦不安，久则惊悸健忘，形神憔悴，血不华色，知是心血之亏乎”。清代石寿棠则执君火相火之说来描述临床症状，他在《医原·内伤大要》中写道：“劳心者伤神，见证多惊悸，虚烦不寐，甚则君火引动相火，遗滑，淋浊，骨蒸潮热”。

心在体合脉，其华在面，在病理上，心劳则血虚，面白乏泽，故隋代巢元方在《诸病源候论·虚劳病诸候》中指写为：“血极，令人无颜色，眉发堕落”；而唐代孙思邈则从脉极的角度对心劳症状加以描述，他在《备急千金要方》中说：“脉极则血气脱，色白，干燥不泽”；清代陈士铎则从诊断的角度论述了心劳的临床表现，他在《辨证录·虚损门》中说：“人有形神憔悴，血不华色，知是心血亏乎”。类似的论述可见于晋代葛洪所著《肘后备急方·治虚损羸瘦不堪劳动方》及唐代孙思邈所著《千金翼方·叙虚损论》中。

心在窍为舌，正如《灵枢·脉度》所说：“心气通于舌”。心劳则舌为之变，故唐代孙思邈在《千金翼方·叙虚损论》中说：“血极令人舌强喉干”，清代陈士铎从诊断角度加以描述，他在《辨证录·虚损论》中写道：“口舌糜烂，食不知味，知是伤心而成之乎”。类似的论述可见于明代虞抟所著《医学正传·劳极》及清代唐大烈编著的《吴医汇讲·汪缵功虚劳论》中。

心在液为汗，在病理上正如宋代杨士瀛在《仁斋直指附遗方论·虚劳方论》中所说：“心家虚，则汗多”，清代石寿棠则在《医原·内伤大要论》中作了进一步描述：“劳心者伤神，见证多盗汗”。明代虞抟则从诊断的角度进行描述，他在《医学正传·劳极》中写道：“其或盗汗自汗，知其邪在心也”。

3.3 脾劳证候

脾主运化，主升清，其生理功能在《素问·经脉别论》篇已作了精粹论述：“饮人于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺……”。脾劳则运化升清失职，故《素问·阴阳应象大论》说：“清气在下，则生飧泄”；《素问·藏气法时论》说；“脾病者，虚则腹胀肠鸣，飧泄食不化”；《灵枢·海论》说：“水谷之海不足，则不能受谷食”。《中藏经·虚实大要论》则描述为：“脾劳则肠鸣气走，足冷手寒，食不入胃，吐逆无时”，晋代葛洪在《肘后备急方·治虚损羸瘦不堪劳动方》中说：“脾劳则饮食无味”；唐代孙思邈在《备急千金要方·脾脏》中写道：“脾虚寒劳损，气胀，噫满，食不下；”宋代杨士瀛在《仁斋直指附遗方论·虚劳方论》中描述为：“脾家虚则呕吐不食，日就羸黄。”明代虞抟则从诊断的角度对脾劳证候加以描述，他在《医学正传·劳极》中写道：“其或面痿黄，唇吻焦燥，饮食无味，腹痛肠鸣，泻利，四肢倦怠，知其邪在脾也”。明代徐春甫在《古今医统大会·痨瘵门》中描述为：“劳于脾者，劳倦伤脾，发热恶寒，呕吐不食，四肢无力，好卧倦言”。类似的论述还可见于清代唐大烈所著的《吴医汇讲·汪缵功虚劳论》中。

脾在体合肉，主四肢，正如《素问·痿论》所说：“脾主身之肌肉”。在病理上，也如《素问·痿论》所说：“脾劳则肌肉为之变”。正象《难经·十四难》所描述：“三损损之于肌肉，肌肉消瘦，饮食不为肌肤”；《中藏经·虚实大要论》说：“脾劳则肌肉皱皱”；晋代葛洪在《肘后备急方·治虚损羸瘦不堪劳动方》中描述为：“脾劳则四肢沉滞，骨肉疼酸”；

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

唐代孙思邈在《备急千金要方·脾脏》论中写道："肉极虚寒，体重怠坠，四肢不欲举，关节痛疼，不嗜饮食"。宋代杨士瀛则不仅描述脾劳证候，同时还阐发其病机，使后学易于把握，他在《仁斋直指附遗方论·虚劳方论》写道："脾家虚，或乃胃热消谷，饮食虽多，亦不生肌肉而转加瘦悴矣"。类似的论述可见于隋代巢元方所著《诸病源候论·虚劳病诸候》及清代唐大烈所著《吴医汇讲·汪缵功虚劳论》中。

脾开窍于口，其华在唇，其生理功能正如《灵枢·脉度》所论："脾气通于口，脾和则口能知五谷矣"；在病理上，正如晋代葛洪在《肘后备急方·治虚损羸瘦不堪劳动方》中所说："脾劳则饮食无味"。而隋代巢元方在《诸病源候论·虚劳病诸候》则描述为："脾劳者，舌本苦直，不得咽唾"；明代虞抟在《医学正传·劳极》论中写道："其或面黄，唇吻焦燥，饮食无味"。

3.4 肺劳证候

肺主气，司呼吸，一如《素问·五脏生成》所说："诸气者，皆属于肺"；在病理上，正如《素问·藏气法时论》所说："肺病者，虚则少气不能报息，耳聋嗌干"；《中藏经·虚实大要论》则描述为："肺劳则语声破散，行步喘促"；晋代葛洪在《肘后备急方·治虚损羸瘦不堪劳动方》中写道："肺劳则呼吸少气，行动喘"；隋代巢元方在《诸病源候论·虚劳病诸候》中描写为："肺劳者，短气而面肿，……一旦气极，令人内虚，五脏不足，邪气多，正气少，不欲言"；清代顾靖远在《顾松园医镜·虚劳》论中则说："气虚者，面白无神，语言轻微，四肢无力"。

肺主宣发肃降，肺劳则宣降失司，正如隋代巢元方在《诸病源候论·虚劳病诸候》论中所说："形寒寒饮伤肺，肺伤，少气，咳嗽"；唐代孙思邈在《备急千金要方·肺脏》中说："肺劳虚寒，心腹冷，气逆游气，胸胁气满，从胸达背痛……气极虚寒，腹胀虚满"；他在《千金翼方·叙虚损论》中又说："气极令人内虚，五脏不足，多寒湿痹，烦满吐逆……"，宋代杨士瀛在《仁斋直指附遗方论·虚劳方论》中则写道："肺家虚，则咳嗽烘热"。明代虞抟则从诊断的角度对肺劳证候加以描述，他在《医学正传·劳极》篇中写道："其或咳嗽喘促，衄血咳血，时吐痰沫，知其邪在肺也"，明代徐春甫则从病因病机的角度论述了"咳声哑"的来由，他在《古今医统大全·痨瘵门》中写道："劳于肺者，因过忧面耗气，则燥胜而液枯干，咳声哑"；类似的论述还可见于清代陈士铎所著《辨证录·虚损门》，清代石寿棠所著《医原·内伤大要论》及清代唐大烈编著的《吴医汇讲·汪缵功虚劳论》中。

肺在体合皮，其华在毛。在病理上，正如《难经·十四难》所说："一损损于皮毛，皮聚而毛落"；《中藏经·虚实大要论》则写道："肺劳者，皮毛憔悴"，而明代虞抟则从诊断角度对肺劳证候加以描述，他在《医学正传·劳极》篇中写道："其皮肤枯燥，知其邪在肺也"。类似的论述还可见于唐代孙思邈所著《备急千金要方·肺脏》中。

鼻为肺窍，喉为肺之门户，在病理上，正如隋代巢元方在《诸病源候论·虚劳病诸候》篇中所说："肺劳者，鼻不闻香臭，……肺伤则鼻鸣"；明代虞抟从诊断的角度在《医学正传·劳极》篇中描述道："或其鼻塞声沉，知其邪在肺也"，《中藏经·虚实大要论》说："肺劳则语声破散"；清代何炫在《何氏虚劳心传·虚劳总论》中则描写为："在肺则为鼻中如

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

火，咽痛喉烂、声嘶音哑”。可见虚不仅表现为寒象，也可表现为热象。

肺与大肠相表里，在病理上，则如明代徐春甫在《古今医统大全·痨瘵门》中所言：“劳于肺者，二便秘涩”。

3.5 肾劳证候

肾主藏精，正如《素问·六节脏象论》所言：“肾者主蛰，封藏之本，精之处也”。在病理上，则如汉代张仲景在《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治第六》中所说：“劳之为病，手足烦，春夏剧，秋冬差，阴寒精自出……”，晋代葛洪在《肘后备急方·治虚损羸瘦不堪劳动方》中则说：“肾伤，少精”；宋代杨士瀛在《仁斋直指附遗方论·虚劳方论》中也说：“肾家虚，则腰痛泄精”。明代徐春甫则不仅指出了肾失封藏的症状，而且指出了主要病因，他在《古今医统大全·痨瘵门》中写道：“劳于肾者，色欲过度，淋浊溃精”；唐代孙思邈在《千金翼方·叙虚损论》中对肾劳精失封藏用了较多笔墨：“精连而不绝，精少囊下湿，精清……”。关于精损所致的临床症状，历代医家均有著述，如唐代孙思邈在《备急千金要方·肾脏》篇中说：“精极，虚热，遍身烦痛……”；清代陈士铎在《辨证录·虚损门》中写道：“有人入房纵欲，不知葆涩，以致形削瘦，面色萎黄，两足无力，膝细腿摇，不能任劳，难起床席，盗汗淋漓，此损精而成”。肾为水火之脏，内含元阴元阳，阴损及阳，故精损可致肾中阳气衰弱，出现脏腑、经脉、四肢百骸失于温煦的临床表现，如汉代张仲景在《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治第六》中所说：“夫失精家，少腹弦急”；晋代葛洪在《肘后备急方·治虚损羸瘦不堪劳动方》中则说：“肾伤、少精、厥逆下冷”；唐代孙思邈在《千金翼方·叙虚损论》中则描写为：“阴寒，阴痿，里急……临事不举”。肾主水，与膀胱相表里，肾劳则膀胱气化失司，如汉代张仲景在《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治第六》中所言：“男子无寒热，……小便不利，……此为劳使之然。”肾主纳气，肾劳则气失摄纳，如汉代张仲景在《金匮要略·血痹虚劳病脉证证治第六》中所言：“男子无寒热，短气……此为劳使之然”；在病理上则如晋代葛洪在《肘后备急方·治虚损羸瘦不堪劳动力》中所说：“肾劳……腰强疼痛，多卧少起”；隋代巢元方在《诸病源候论·虚劳病诸候》中也说：“肾劳者，背难以俯仰”。在清代唐大烈编著的《吴医汇讲·汪缵功虚劳论》中，汪缵功把肾劳的症状总结为：“在肾则为腰、脊、腿酸，或侵隐而痛，为骨蒸盗汗，或至夜发热，为遍身骨痿，或疼痛如折，为梦泄遗精，为耳中鸣，为足心热”。而明代虞抟在《医学正传·劳极》中则从诊断的角度对肾劳的症状描述为：“假如足胫酸痛，腰背拘急，遗精白浊，面色黧黑，知其邪在肾”。

肾主骨生髓，正如《素问·阴阳应象大论》所说：“肾生骨髓”；《素问·六节脏象论》则说：“其充在骨”。在病理上，肾劳则骨弱髓虚，如《灵枢·海论》记载：“髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒，目无所见，懈怠安卧”；《难经·十四难》则说：“五损损于骨，骨痿不能起于床”；隋代巢元方在《诸病源候论·虚劳病诸候》中描述为：“四曰骨极，令人瘦削，手足烦疼、不可以立，不欲行动”；唐代孙思邈在《备急千金要方·肾脏》中写道：“骨极，手足痛，不能久立，屈伸不利，身痹，脑髓瘦，颜焦枯黑”；他在《千金翼方·叙虚损论》中又补充道：“骨极令人酸削，不能动作，厥逆，黄疸，消渴，膝重疼痛，浮肿如水状”。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

齿为骨之余，肾华在发，在病理上正如《难经·二十四难》所说："足少阴气绝，齿长而枯，发无润泽"；汉代张仲景在《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治第六》中写道："夫失精家发落"；隋代巢元方在《诸病源候论·虚劳病诸候》篇中描述为："四曰骨极，齿苦痛"；唐代孙思邈在《千金翼方·叙虚损论》中则说："骨极，齿不坚牢"。

肾开窍于耳，在病理表现上则如《灵枢·决气》所言："精脱者，耳聋"；《灵枢·海论》则说："髓海不足，则脑转耳鸣"；《中藏经·虚实大要论》则描述为"肾劳，耳目昏塞"；唐代孙思邈在《备急千金要方》中则说："骨极，耳鸣虚热"；明代虞抟则从诊断的角度加以描述，他在《医学正传·劳极》篇中写道："假如耳轮焦枯，知其邪在肾"；类似的论述还可见于清代唐大烈编著《吴医汇讲·汪缵功虚劳论》中。

肾开窍于二阴，肾劳的病理表现正如汉代张仲景在《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治第六》中所说："夫失精家，阴头寒"；隋代巢元方在《诸病源候论·虚劳病诸候》篇中则描述为："肾劳者，小便不利，色赤黄而有余沥，茎内痛，阴湿囊生疮"；类似的论述可见于唐代孙思邈所著《备急千金要方·肾脏》、明代徐春甫所著《古今医统大全·痨瘵门》及《吴医汇讲·汪缵功虚劳论》中。

4 脉象探微

4.1 虚劳脉象

脉象作为切诊的重要内容，历代医家均予以高度重视，如汉代张仲景在《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治第六》篇中论述虚劳病时，首先从脉象上揭示病候："夫男子平人，脉大为劳，极虚亦为劳；……男子脉虚沉弦，……此为劳使之然；……劳之为病，其脉浮大……"。由此足见脉象在虚劳证候中占举足轻重的地位。从明代朱棣所著《普济方·虚劳门》对虚劳脉象的论述："脉来浮大或弦数，此脉为劳，须早觉"、以及仲景所说貌似"平人"，脉已为"劳"的论断中，揭示出虚劳病具有起病隐匿不易察觉的特点，因而准确判别脉候，对虚劳这样的难治病证能起到早期诊断早期治疗的作用，并对预后及转归具有不可估量的价值。

关于虚劳脉象，历代医家均根据自己的临床经验详加描述，如《中藏经·劳伤论》认为，无论何种脉象，太过而现无神之象即可诊为虚劳："诊其脉，甚数，甚急，甚细，甚弱，甚微，甚涩，甚滑，甚短，甚长，甚浮，甚沉，甚紧，甚弦，甚洪，甚实，……"而明代汪机所著《医读·虚损》论则认为虚损脉象仅限于他所描述的几种："虚损之脉，带弦带数，或为浮大，或为细弱"。明代徐春甫则认为虚、劳、损脉其候各异，他在《古今医统大全·痨瘵门》中描述为："脉浮微缓皆为虚，缓而大者，劳也；脉微濡相搏为五劳；微弱相搏，虚损，为七伤"。明代周之干则认为虚劳脉象仅见于右尺，如他在《慎斋遗书·望色切脉》中描述为："凡虚损劳病，俱见于右尺；左手不见太阳之脉（太阳之脉，洪大而长），内伤劳役无疑；左尺细微不起，右尺带数或浮大，病在虚损"。类似的论述可见于宋代严用和所著《重订严氏济生方·诸虚门》，明代徐彦所著《玉机微义·虚损门》，明代孙一奎所著《赤水玄珠·虚怯虚损劳瘵门总录》、明代绮石所著《理虚元鉴·治虚脉法总括》、清代喻昌所著《医门法律·虚劳门》、清代陈修园所著《医学从众录·虚劳续论》及清代何炫

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

所著《何氏虚劳心传·脉法》中。

4.2 虚劳血虚脉象

元代朱震亨在《脉因证治·劳》论中说："安卧脉盛，谓之脱血"；明代皇甫中在《明医指掌·虚损劳瘵证七》中描述为："血虚，脉大，或数而无力，左脉常弱"；明代绮石在《理虚元鉴·分论》中说："脉芤血气脱，……脉得诸涩为亡血，芤为失血，涩为血少，……细则心虚"；清代陈修园在《医学从众录·虚劳续论》中说："脉芤者为血虚，……脉大而芤为脱血……尺软滑疾为血虚"；清代李用粹在《证治汇补·虚损》论中说："……沉涩为血虚甚，寸微尺大为血虚有火，浮急中空，为血脱气孤"。清代何炫在《何氏虚劳心传·脉法》中说："失血诸症，脉见必芤，缓小可喜，数大堪忧"。

4.3 虚劳气虚脉象

汉代张仲景在《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治第六》中说："脉沉小迟，名脱气"；明代皇甫中在《明医指掌·虚损劳瘵证七》中说："气虚，脉细，或缓而无力，右脉常弱"；清代李用粹在《证治汇补·虚损》中说："弦微无力为气虚，沉微为气虚甚"；清代陈修园在《医学从众录·虚劳续论》中说："沉迟而小者为脱气"。

4.4 虚劳气血俱虚脉象

明代徐彦纯在《玉机微义·虚损门》中描述道："脉来细而微者，血气俱虚；脉小者，血气俱少"；明代绮石在《理虚元鉴·治虚脉法分类》中说："小者，气血皆少；细而微者，气血皆虚"；类似的论述可见于清代喻昌所著《医门法律·虚劳门》及清代陈修园所著《医学从众录·虚劳续论》中。

4.5 虚劳精亏脉象

汉代张仲景在《金匮要略·血痹虚劳病脉症并治第六》中对虚劳精亏脉象详加论述："男子脉浮弱而涩，为无子，精气清冷，……脉极虚芤迟，为失精；……脉得诸芤动微紧，男子失精；……脉弦而大，弦则为减，大则为芤，减则为寒，芤则为虚，虚寒相搏，此名曰革，……男子亡血失精……"。明代绮石在《理虚元鉴·治虚脉法分类》中对精亏脉象论述得也很详细："右寸微滑，精气泄；……梦泄遗精，尺寸脉迟而涩；……寸数脾弦，两尺细数，精离位；青年左尺微涩，色欲伤；诸芤动微紧，男子失精，女鬼交。心脉短小，梦遗精。尺数，相火炽而遗；……漏精，右尺弱如发细，天精摇摇，寒精自出"。

4.6 虚劳阳虚脉象

明代皇甫中在《明医指掌·虚损劳瘵证七》中说："阳虚，脉迟"；明代胡慎柔在《慎柔五书·虚损》篇中说："寸口脉微，尺脉紧，其人虚损多汗，此阳弱也"，明代绮石在《理虚元鉴·治虚脉法分类》中说："六脉软弱，阳虚极也"；清代陈修园在《医学从众录·虚劳续论》中说："脉大而无力为阳虚"。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4.7 虚劳阴虚脉象

明代皇甫中在《明医指掌·虚损劳瘵证七》中说："阴虚，脉弦"；清代陈修园在《医学从众录·虚劳续论》中说："数而无力为阴虚"。

4.8 辨脉论虚劳预后转归

宋代王贶在《全生指迷方·劳伤》论中说："其脉细促，大骨枯者不治，微弱者可治；脉大数甚，不能食者死"；明代朱棣在《普济方·虚劳门》中说："浮大治缓尚甚医，血气未衰人未弱，双弦肝木已侵脾，加数则殆休进药"；明代汪机在《医读·虚损》论中也说："弦则难治，数亦不宜，细弱浮大，为可图之"，明代徐春甫在《古今医统大全·痨瘵门》中说："虚劳病，左手脉细，右手浮大劲急而不退者，为正气虚，邪气盛，主必死也；久劳人脉细而数，亦主死而难治，……凡虚损见数脉，为胃不足，若转缓弱，为胃气生发之象。肺脉豁大，须防作泻，泻而脉数，病难愈矣"。明代皇甫中在《明医指掌·虚损劳瘵证七》中说："男子久病，气口脉弱则死，强则生，女人久病，人迎脉弦则生，弱则死"；明代孙一奎在《赤水玄珠·虚怯虚损劳瘵门总录》中说："大脉而大者，气血未衰，病势未赢，大肉未消。若脉微弱者，血气已衰，病势已赢。单弦犹可，若带双弦，则为贼邪侵脾，尤为难治，加数则正气已竭，病必殆矣"。清代姜礼在《风劳鼓膈四大证治·虚劳》中说："凡虚损脉，数为胃气不足，若脉数至八九至，此真元虚极，多不治"；清代陈修园在《医学从众录·虚劳续论》中说："无论浮沉大小，但渐缓则渐有生意，若弦甚者，病必甚，数甚者病必危，若以弦细而加紧数，则百无一生"；清代何炫在《何氏虚劳心传·脉法》中说："土败双弦，火炎则数；骨蒸发热，脉数为虚，热而涩小，必殒其躯，脉结或代，亦死何疑"。

5 治则精要

虚劳的发病机理以本虚为主，在治疗上则正如《素问·三部九候论》所说："虚则补之……以平为期"；《素问·至真要大论》则说："劳者温之，……损者温之"，《素问·阴阳应象大论》则提出了更为具体的治疗措施："形不足者，温之以气，精不足者，补之以味"；《灵枢·邪气脏腑病形》则补充道："阴阳形气俱不足，调以甘药也"。在《内经》的理论及实践经验的基础上，《难经·十四难》提出了五脏虚损的治疗原则："损其肺者，益其气；损其心者，调其荣卫；损其脾者，调其饮食，适其寒温；损其肝者，缓其中；损其肾者，益其精。"唐代孙思邈则根据五行生克制化原理提出了治疗五脏虚损的法则，他在《备急千金要方·肝脏》中说："肝劳病者，补心气以益之，心旺则感于肝矣"；在《心脏》篇中说："心劳病者，补脾气以益之，脾旺则感于心矣"；在《脾脏》篇中说："脾劳病者，补肺气以益之，肺旺则感于脾"；在《肺脏》篇中说："肺劳病者，补肾益之，肾旺则感于肺矣"；在《肾脏》篇中说："肾劳病者，补肝气以益之，肝旺则感于肾矣"。宋代许叔微在对孙氏补虚之法进行评述时，则认为是前所未闻之法，并大力倡导，他在《普济本事方·伤寒时疫下》篇中说："劳则当补其子，人所未闻也，……方治其劳，则补其助我者"；明代孙一奎在《赤水玄珠·虚损》中则将五损治法进一步具体化："损其肺者益其气，四君子

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

加黄芪、麦冬、五味子、山药之类；损其心者益其营卫，八珍汤加枸杞子、酸枣仁、石斛、柏子仁；损其脾者调其饮食，适其寒温，二陈汤加白术、益智、白芍、砂仁、人参；损其肝者缓其中，四物汤倍加白参、甘草、枸杞子、山茱萸；损其肾者益其精，熟地、牛膝、人参、五味子、菟丝子、苁蓉之类。此补五脏虚损之大概也。”

补虚虽为治疗虚劳的基本原则，临证论治时则又过于笼统，因此，历代医家均根据自己的实践经验提出了许多卓有见的治虚法则，现综述如下：

5.1 建运中土

脾为后天之本，营卫气血生化之源，五脏六腑皆赖以养，正如《灵枢·营卫生会》篇所说：“人受气于谷，谷入于胃，以传与肺，五脏六腑，皆以受气，其清者为营，浊者为卫”；因此，脾胃功能衰弱，则营卫气血化源不足，五脏皆受其累。仲景可谓开调脾胃健中气治虚劳之先河，他在《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治第六》篇中述及的小建中汤证，即属五脏俱虚证候，而仲景却以健运中州为治，为后学提供了宝贵的论治经验。清代陈修园在《医学从众录·虚劳论》中对此给予高度评价：“小建中汤加减诸方，皆治虚劳之神剂，……舍此别无良法也”。金人李杲则在此基础上又有阐述，他在《内外伤辨惑论·饮食劳倦论》中说：“苟饮食失节，寒温不适，则脾胃乃伤，喜怒忧恐，劳役过度，而耗损元气。……惟当以甘温之剂，补其中，升其阳，甘寒以泻其火则愈”。李氏的补中益气汤、补脾胃泻阴火升阳汤，均为治虚良方。元代朱丹溪在《脉因证治·虚损》论中也提出了类似治则：“以甘寒泻火，甘温补中，温之收之”。明代孙一奎则认为虚劳应分阶段治疗，并且应首先健运脾胃功能，他在《赤水玄珠·虚怯虚损劳瘵门总录》中说：“治虚劳者，须先健顺脾胃，然后徐用本脏补药，无不成功，舍则不效。”因此，足见健运脾胃的重要意义。明代胡慎柔在《慎柔五书·虚损》中提出了治虚劳当分“三关”的说法，并论述了虚劳从元气下陷、阴火上冲到脾胃元气大虚，终致真阴不足的病理过程，同时针对以上论述，拟出相应治疗原则，从而使补脾胃治虚劳之法更趋于完善：“虚损之起，或久遇劳碌，……或伤风失治，或治之不当，……或伤寒汗下失宜，……饥饿伤脾，饮食伤胃，治之不妥，亦成此症。是皆阳气虚弱，倒入于内，便化而为火，而发热也。……损病初发十数日间，未经寒凉药，可用火郁汤、升阳散火汤及补中益气汤。若久之，则火郁汤不宜用矣，保元、四君继之，此为第一关。盖元气已虚，只助阳气，不宜散火。……损病六脉俱数，声哑，口中生疮，昼夜发热无间。经云：数则脾气虚，此真阴虚也，此第三关矣，须用四君子加黄芪、山药、莲肉、白芍、五味子、麦冬……”。清代吴澄治疗虚劳，亦主张培补中宫为主，他认为健运脾胃功能，可使饮食渐增，津液渐旺，并能充血生精，则虚者可以渐复，危者可谓渐挽；他以前人健胃多用甘温为鉴，创理脾阴一法治疗虚劳。吴氏在《不居集·吴师朗治虚损法》中说：“虚劳日久，诸药不效，而所赖以无恐者，胃气也。……古人多以参术茯草培补中宫，而虚劳脾薄胃弱，力不能胜，即平淡如四君子，皆不能用，……宁但脾家不用参芪，即肺肾二家有难用二冬二地者，所以新定补脾阳一法也。……唯选忠厚和平之品，补土生金，燥润合宜，两不相碍也。……今以芬秀甘平之品，培补中宫而不燥其津液，虽曰理脾，实则健脾，虽曰补阴，其实扶阳，则乾资大始，增作成物，中土安和，天地位允育矣”。关于补脾胃治虚劳的论述还可见于明代汪机所著《医读·虚损》，明

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

代戴思恭所著《证治要诀及类方·虚损门》，明代绮石所著《理虚元鉴·治虚有三本》，清代费伯雄所著《医醇賸义·劳伤》及清代何炫所著《何氏虚劳心传》中。

5.2 补益先天

肾主藏精，为脏腑阴阳之本，生命之源，故称肾为“先天之本”。汉代张仲景在《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治第六》中说：“虚劳腰痛，少腹拘急，小便不利者，八味肾气主之”。从而为后世补肾治虚劳奠定了基础。宋代杨士瀛在《仁斋直指附遗方论·虚劳方论》中也提出：“劳倦之疾，百脉空虚，非滋润粘腻之物以养之，不能实也”。明代张介宾治虚劳也力倡补肾之法，并根据阴阳相辅相成，互生互化的理论，在《类经·五实五虚死》中提出了调补肾中阴阳之法：“治虚之要，凡阴虚多热者，……唯喜纯甘壮水之剂，补阴以配阳……，阳虚多寒者……只宜甘温益火之品，补阳以配阴……；……阳失阴而离者，非补阴何以收散亡之气？水失火而败者，非补火何以苏随寂之阴？此阴阳相济之妙用也”。张氏在《景岳全书·杂证谟·虚损》中强调指出治虚损宜培补精气：“虚损之病，变态不同，然总之则人赖以生者，唯此精气，而病为虚损者，亦惟此精气，……治此者，但当培其不足，不可伐其余。”清代汪绂功把补肾作为治疗虚劳的第一大要法，《吴医汇讲·汪缵功·虚劳论》中说：“……然而治之最难，有三大要法，不可不讲，一曰补肾水，……然须制大其剂，长久服之，以阴无速补之法也”。清代石寿棠认为劳病虽病因各异，而治法总宜填补精液，他在《医原·内伤大要论》中说：“劳心者伤神……治法必以甘凉育阴，及血肉诸品，填补精液；……劳色伤精之辈，治法亦不外填补真阴”。清代费伯雄在《医醇賸义·劳伤》论中提出了补肾必补阴血：“救肾者必本于阴血，血主濡之，主下降，虚则上升，当敛而降之”。类似的论述还可见于明代绮石所著《理虚元鉴·治虚有三本》及何炫所著《何氏虚劳心传》中

5.3 清金保肺

在虚劳病的治疗史上，明代绮石可谓独竖一帜，他在《理虚元鉴·治虚有三本》中说：“肺为五脏之天”，因此在治疗虚劳病时特别重视肺金的调摄：“一曰清金保肺、无犯中州之土，此用丹溪而不泥于丹溪也”；而在《理虚元鉴·治虚二统》中则明确指出虚劳病属阴虚者应调治肺金：“人之病，或为阴虚，或为阳虚，……阴虚为本者，治之有统，统于肺也”。在谈到治则机理及目的时，他在《治虚有三本》中说：“金行清化，不觉水自流长，乃合金水于一致也”。由此可见绮石将补肾寓于补肺之中，突出了调补肺脏在治疗虚劳病中的重要地位。不仅如此，绮石还在《理虚元鉴·用药宜忌》中进一步论述了在治疗虚劳病时调补肺脏这一治则的阶段性：“虚劳施治有次序，先以清金为主，金气少肃，即可调理脾胃为继，金上咸调，则以补肾要其终”。

5.4 条达机枢

治疗虚劳病虽以补虚为基本原则，而清代医家章楠在《医门棒喝·虚损论》中则根据“生生之气”的特点，取类比象，提出了治疗虚劳病无论补阴补阳均应以条达机枢为先，使病体生生之机常旺；由此还可启迪后学体会把握补虚的“权度”和具体方法：“阴阳虽

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

禀于肾，而先生之气，出于肝胆，清阳自左而升，阳生于阴也。脾土健运，而胃气下行，浊阴从右而降，阴生于阳也。此一升一降，实为阴阳旋转之机枢，而与天地同其造化者。故天地节序有迁移，而人身气血亦应之。虚损之人，气血既亏，阴阳运行，不能循度，初多窒滞，故欲培其根必先利其机枢，若不知此，而徒用呆补之药，则气血愈却，反增其困。或致胀闷，或致泄泻，皆由机枢之不利也。然则何以利之乎？曰：清气出于肝胆，木也。性喜凉润而条达，故宜疏利，勿壅塞也，宜柔润，勿克伐也。风以扬之，雨以润之，木有不欣欣向荣者乎。”

5.5 祛瘀生新

尽管《素问·三部九候论》中的“虚则补之”被尊为治疗虚劳病的基本原则，而临证辨治，则补法各异，如汉代张仲景即对“五劳虚极羸瘦……内有干血”的虚劳病，创用了缓中补虚，祛瘀生新一法，由此昭示后学，不应因虚劳病以虚为主，而忽视了因气血阴阳虚损所致瘀血不去，新血不生的恶生循环的病理现象。张氏在《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治第六》中对干血劳的脉、证、治是这样记叙的：“五劳虚极羸瘦，腹满不能饮食，食伤，忧伤，饮伤，房室伤，饥伤，劳伤，经络营卫气伤，内有干血，肌肤甲错，两目黯黑，缓中补虚，大黄䗪虫丸主之”。无独有偶，清代医家王清任则创用具有活血化瘀功效的通窍活血汤治疗“妇女干劳”“男子劳病”。由此可见，祛瘀生新之法在治疗虚劳病中也具重要地位。

5.6 脾肾并治

清代章楠在《医门棒喝·虚损论》中精辟地论述了治疗虚劳病脾肾并治法则的生理依据：“夫阴阳之气，禀于肾元，生化之权，操乎脾胃。故肾元亏损，禀质不足者，全赖脾胃生化以滋培。……然脾胃之能生化者，实由肾中元阳之鼓舞，而元阳以固密为贵。其所以能固密者，又赖脾胃生化阴精，以涵育耳。……是故脾胃与肾元并重，用虽二而体则一也。”清代费伯雄在《医醇賸义·虚劳最重脾肾论》中阐明了治虚劳病脾肾并治法则的病理依据：“虚劳内伤，不出气血两途。治气血者，莫重于脾肾。水为天一之元，气之根在肾；土为万物之母，血之统在脾，气血旺盛，二脏健康，他脏纵有不足，气血足供挹注，全体相生，诸病自已。人苟劳心纵欲，初起殊不自知，迨至愈劳愈虚，胃中水谷所入，一日所生之精血，不足以供一日之用，于是营血渐耗，真气日亏……”。由此费氏提出了治疗虚劳病应脾肾并治，他又说：“孙思邈云‘补脾不如补肾’，许叔微谓‘补肾不如补脾’。盖两先哲深知两脏为人生之根本，有相资之功能，其说似相反，其旨实相成也。救肾者必本于阴血，血主濡之，主下降，虚则上升，当敛而降之，救脾者必本于阳气，气主煦之，主上升，虚则下陷，当举而升之”。类似的论述可见于明代李中梓所著《医宗必读·虚痨》及明代王肯堂所著《证治准绳·杂病·诸伤门》中。

5.7 心肾并治

明代医家戴思恭从虚劳病形成的病理机制论述了治疗虚劳病宜心肾并治，他在《证治要诀及类方·虚劳门》中说：“五脏皆有劳，心肾为多。心主血，肾主精，精竭血燥，则劳

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

生。治劳之法，当以调心补肾为先，不当用峻烈之剂，唯当温养滋补，以久取效”。而明代李梴则认为虚劳病总因水火不济所致，故治应以调和心肾为主，他在《医学入门·诸虚》中说：“不论阴阳伤损，皆因水火不济。……但以调和心肾为主，兼补脾胃，则饮食进，而精神气血自生”。类似的论述还可见于明代张介宾所著《景岳全书·杂证谟·虚损》中。

5.8 肺脾并治

明代医家绮石治疗虚劳病时特别重视调补肺脾二脏，绮石认为肺为水之上源，滋肺便可生水，脾为后天之本，培土则先天得以奉养，故作出了治疗虚劳病宜肺脾双调的结论。他在《理虚元鉴·治虚二统》中说：“治虚二统，统于肺、脾而已。人之病，或为阳虚，或为阴虚。阳虚之久者，阴亦虚，终是阳虚为本，阴虚之久者，阳亦虚，终是阴虚为本。凡阳虚为本者，其治之有统，统于脾也；阴虚为本者，其治之有统，统于肺也。……余何为而独立金土哉？盖阴阳者，天地之二气。……水火者，阴阳二气之所从生，……是以专补肾水者，不如补肺以滋其源，肺为五脏之天，……专补命火者，不如补脾以健其中，脾为百骸之母……”。由此不难看出，补肾寓于补肺补脾之中，是绮石治疗虚劳病的一大特色，从而突出了调补肺、脾二脏在治疗虚劳病中的重要地位。绮石在该书“治虚有三本”一篇中则更是把他的这一观点记述得清晰明了：“治虚有三本，肺脾肾是也。肺为五脏之天，脾为百骸之母，肾为性命之根，治肺、治脾、治肾，治虚之道毕矣”。这一段论述看似涉及了三脏，若继续看不去，则会豁然开朗，又回到他治虚统于肺、脾二脏的初衷：“一曰清金保肺，无犯中州之土，此用丹溪而不泥于丹溪也；一曰培土调中，不损至高之气，此用东垣而不泥于东垣也；一曰金行清化，不觉水自流长，乃合金水于一致也”。

6 先贤论治

6.1 治虚劳宜量其所禀

宋代医家张杲认为治疗虚劳应根据体质用药，不可一概而论，张氏在《医说·虚劳服药》中说：“《养生必用》论：虚劳不得用凉药，如柴胡、鳖甲、青蒿、麦门冬之类，皆不服用，唯服黄芪建中汤。盖人禀受不同，虚劳小便白浊，阴脏人服橘皮煎、黄芪建中汤，获愈者甚众。至于阳脏人，不可用暖药，虽建中汤不甚热，然有肉桂，服之稍多，亦反为害。要之用药，亦量其所禀，审其冷热，而不可一概以建中汤治虚劳也，谨之”。

6.2 治虚劳宜以平为期

历代医家在研究虚劳病的治则治法时，对《内经》“以平为期”的思想多有阐发，如由元代朱震亨门人所著《丹溪摘玄·诸虚门》中则直陈己见：“诸虚之与劳极，……治以平和，不可骤用峻补，恐肾水枯竭，不足以当之”。而宋代杨士瀛则从症状立论，指出治疗虚劳病用药不可偏执一端，杨氏在《仁斋直指附遗方论·虚劳方论》中说：“治法大要：潮热者，不可过用寒凉；秘结者，不可骤用疏泄；嗽喘者，不可妄施发散；咯血者，不可错认为热，但以滋养荣血为上，调平脏气为次之”。明代戴思恭则从药性立论，认为不宜用猛剂治疗虚劳，戴氏在《证治要诀及类方·虚损门》中明确指出：“治劳之法，当以

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

调心补肾为先，不当用峻烈之剂，唯当温养滋补，以久取效。天雄附子之类，投之太多，适足以发其虚阳，缘内无精血，不足当此猛剂。不可因有热，纯用甜冷之药以伤胃气。独用热药者，犹釜中无水而进火也；进用冷药者，犹釜下无火以添水也，非徒无益，又害之耳”。明代王肯堂则从《内经》垂训立论，启示后学正确全面理解经文内容，不可失之偏颇，王氏在《证治准绳·杂病·诸伤门》中说：“经曰：形不足温之以气者也。谓真气有少火之温，以生育形体。然此火不可使之热，热则壮，壮则反耗真气也。……经又曰：精不足补之以味，五味入胃，各从所喜之胜而归之，以生津液，输纳于肾者。若五味一有过节，反成其胜有余，胜克之祸起矣。”类似的论述还可见于清代石寿堂所著《医原·内伤大要论》，明代孙一奎所著《赤水玄珠·虚怯虚损劳瘵门总录》及明代方隅所著《医林绳墨·虚损》中。

6.3 膏粱之家宜先推后补

明代孙一奎认为富贵人家，多食膏粱厚味，虽罹虚劳而治法有别，他在《赤水玄珠·虚怯虚损劳瘵门·总录》中说：“膏粱之家，厚味相兢，内多积聚……多补则重闭其气，是资其邪而益其病也。初起未久，胃气尚强，急当推之而后议补，则无反顾之忧。若失机会，迁延日远，莫能为计，欲补则无成功，欲攻则胃气已坏，畏首畏尾，待死而已”。

6.4 治虚劳不可横用温燥之品

明代袁班针对当时治劳唯热温补一端，引先贤治法评明弊用药，他在《证治心传·虚劳说》中指出：“《金匮》治虚劳以虚实分治，而用方以攻补兼施，当补则补，应攻则攻，不拘一格，往往有桴鼓之应也。……若用近人方法，温补横于胸中，养痈为害，百难一治。呜呼！是非虚劳之不可治，而为温补误投之不能挽也。”明代李中梓也力戒治劳横用温燥，他在《医宗必读·虚劳》中说：“丹溪有言，实水可泻，虚火可补，痨症之火，虚乎实乎？泻之可乎？矫其偏者，辄以桂附为家常茶饭，此惟火衰者宜之，若血气燥热之人，能无助火为害哉？”明代绮石认为治疗虚劳病用温补之法时，患者不应有郁火郁热，否则如抱薪救火，反增其害，他在《理虚元鉴·治虚三本》中说：“是以脾胃之论，出于东垣则无弊，若执东垣以治者，未免以燥剂补土，有拂于清肃之肺金。……真水不可灭，真火独可熄乎！然救此者，又执立斋补火之说，用左归、右归丸，不离苁蓉、鹿茸、桂、附药类，而不顾其人之有郁火无郁火，有郁热无郁热，更不虑其曾经伤肺不伤肺。夫虚火可补，理则诚然，如补中益气汤，用参、芪、术、草之甘温以除大热。然苟非清阳下陷，犹不敢轻加升、柴、归、姜辛热之品，乃反施之郁火、郁热之症，奚啻抱薪救火乎！”

6.5 治虚劳不宜过用寒凉

虚劳病症状纷杂，其病理为气血阴阳皆亏，五脏六腑俱损，治劳之法不可过用寒凉，否则，轻者难愈，重者害命。明代孙一奎追本溯源告诫后学治劳不宜过用寒凉，他在《赤水玄珠·虚怯虚损劳瘵门总录》中说：“自丹溪倡阳有余阴不足及相火易动之论，今之人，才见虚弱发热，一委阴虚火动，开场便用滋阴降火，不分阴虚阳虚，脾胃勇怯，一概用知母黄柏之类。胃强而阴血不足者，间或无虞，胃弱气虚而无实热者，服此纯阴苦寒之剂，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

其火愈炽，甚至恶心，胸满而毙"。明代薛己则指出，虚劳虽为三阴之亏损，然属虚热无火之症，故误用知柏之类，终致不可救治；他在《医宗摘要·脾肺肾亏损虚劳怯弱等证》中说："虚损之症……此是三阴亏损虚热无火之证，……若误用黄柏知母之类，则复伤脾肾，饮食日少，诸脏愈虚，元气下陷，腹痞作泻，不可救矣"。明代徐春甫则提出了治疗虚劳病，服滋阴养血药而阴血未能得补的机理是中州失运的论断，昭示后学在滋阴养血的同时应顾护脾胃，徐氏在《古今医统大全·虚损门》中说："甫见世人补肾者，悉以补阴丸、黄柏、知母、龟板、地黄；滋阴补血者，悉以四物汤、黄柏、知母之属服之，经年屡岁，而阴愈虚，血愈弱，甚而致于羸劣，发热，气喘，胸满而死者，何也？盖徒知其养血滋阴之标，四物、补阴之类是也。殊不知养血滋阴之本，则非四物、补阴之药也。……故服四物而血不盈者，脾气之不化生也；服补阴丸而阴不济者，亦脾气之不输升也，此之谓不知本，其何以能养血滋阴乎？不但阴血之不能滋，若久服不已必致损脾，阳亦因之而惫也。胃气一丧，死期迫矣"。清代医家张璐从分析药性入手，取类比象，告诫后学凉血之剂断不可久用，他在《张氏医通·诸伤门虚损》中说："春夏之令主生长，秋冬之令主肃杀，人知之矣。殊不知药之温者，行天地发育之德，药之寒者，象天地肃杀之刑。如四物汤加黄柏知母，名坎离丸，举世奉之以为滋阴上剂，降火神丹，不知秋冬之气，非所以生万物者，凉血之剂常腻膈，非痰多食少者所宜。凉血之药多滋润，多用必致泄泻。常见虚劳之死，多死于泄泻，泄泻之因多因清润，况黄柏苦寒，苦先入心，久而增气，反能助火，至其败胃，所不待言。川芎上窜，非火炎上气者所宜。知母滑肠，岂元气下陷者可服。病初期而相火正隆，苦燥渴，哲投亦是无妨，久用断乎不可"。明代医家周之干则提出治虚火宜补脾阴一法，从而为治劳开避了一条新途径，使滋阴而无碍于脾运，健脾而无伤阴之虑。周氏在《慎斋遗书·虚损》中说："五火交炽之时，若用黄柏、知母滋阴降火，是犹干锅炼红，倾之一杯之水，激助火势，立地碎裂矣，甚可畏也。若脉带缓，是胃气未绝犹可调理，用四君加山药引入脾经，单补脾阴，再随所兼之证而用之。俟脾之气旺，旺则上能生金，金转能生水，水升而火自降矣。"而清代石寿棠则针对乱施知柏之时弊，倡用介类治劳，对后学启迪颇多。他在《医原·内伤大要论》中说："介类禀乾金之燥气，得坎水之阴精，滋阴潜阳，较胜于丹溪用知、柏多多矣"。

6.6 治虚劳用人参辩

人参大补元气，生津止渴，《神农本草经》列为上品，作补虚良药。然而，对人参对虚劳病的治疗作用，各家见解不一，兹列于下，以飨读者，开拓思路。明代王纶在《明医杂著·发热论》中指出："凡酒色过度，损伤脾肾真阴，咳嗽吐痰，衄血，吐血，咳血，咯血等症，误服参、芪等甘温之药，则病日增，服之过多则不可治。盖甘温助气，气属阳，阳旺则阴愈消。前项病症，乃阴血虚而阳火旺，宜服苦甘寒之药以生血降火。世人不识，统统服参、芪以为补，予见服此而死者多矣"。明代孙一奎对此论持有异议，他在《赤水玄珠·辩〈明医杂著〉忌用参芪论》中说："丹溪治火亦未尝废人参而不用，王氏何独但知人参补火而不知人参能泻火耶？""岂可谓其甘温助火，一切弃而不用哉？……人参性味不过甘温，非辛热之比，稍以寒凉佐之，必不至助火"。清代张璐则明确提出了治疗虚劳用人参的方法，他在《张氏医通·诸伤门·虚损》中说："凡病后，气虚及肺虚喘嗽者，并宜

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

用之。人参补气，功载本草，人所共知。王好古谓：肺热还伤肺。王节斋谓：虚劳服参、芪必死。以故天下皆称有毒蝎，殊不知肺家本有火，右寸大而有力，东垣所谓：郁热在肺者，诚当勿用。若肺虚而虚火乘之，肺方被难，非人参何以救之。古方治肺寒以温肺汤，肺热以清肺汤，中满以分消汤，血虚以养营汤，皆用人参，自《内经》以致诸贤，谆谆言之，以气药有生血之功，血药无益气之理，可谓深著明；人亦奈何不悟耶。”

6.7 治虚劳不宜用辛香破耗之品

内伤七情为致损成劳的重要因素，针对“抑者散之”之法，清代医家石寿棠作了进一步阐发，并指出用辛香破耗之品治疗虚劳罔效的原因。他在《医原·内伤大要论》中说：“更有七情伤神之辈，为害尤甚……，世俗治法，往往见其气结，即用香附、元胡、木香、砂仁、青皮、乌药诸燥药，以为辛香流气。不知此无形之结，由于太虚之体默运无权，遂至窒碍不通，岂有用辛香破耗之药，重伤气血而能转为流畅之理？”并提出了治劳散结的法则：“……宜用抑者散之之法，夫散非发散之谓，亦非辛香破耗之谓，……乃微辛以达之，……辛润以开之……咸柔以软之，……甘润、辛润、咸润以流畅之”。见诸临证，颇具实效。

6.8 虚劳感邪之治

经言：正气内存，邪不可干，邪之所凑，其气必虚；故虚劳病人常感外邪。明代医家楼英认为虚劳感邪应分层治之，他在《医学纲目·阴阳脏腑部》中指出：“其体虚者，最易感于邪气，当先和解，微利微下之，从其缓而治之，次则调之。医者不知邪气加之于身而未除，便行补剂，邪气得补遂入经络，致死不治”。清代尤怡在《医学读书记·冷劳》中说：“虚劳之人，气血枯耗，生气不荣，……最易感于邪气，当先和解，微利微下之，次则调之，医不知而遽行补剂，邪气不解，往往致死”。而清代医家张璐则从虚劳感邪后升发表散失当而致“汗脱而毙”立论，垂范后学，虚劳感邪不可妄用升发表散之剂。他在《张氏医通·诸伤门·虚损》中说：“阴虚火旺之人，元气伤损，虽有客邪，切忌羌、防、柴、葛等升发散表之剂。设不知此，误用风药，则风乘火势，火助风威，以煽动其阴邪，轻则虚阳扰乱不宁，重则气随汗脱而毙”。因而，虚劳感邪，补、散均非所宜，为解决这一矛盾，清代医家吴澄创立了解托、补托二法，吴氏不仅在虚劳的病因学上发明了“外损”之说，就这解托、补托二法实能别开生面，补前人之未备。他在《不居集·吴师朗治虚损法》中说：“劳倦内伤，东垣反复详辨，恐人之误散也。今则外损居多，谆谆告诫，恐人之误补。……偏于散者，则外邪不出，而元气反先受伤，偏于补者，则正气不能复，而邪反陷入。攻之不可，补之不可，则难措手矣。……解托、补托二法，此治虚劳而兼外感、或外感而兼虚劳，为有外邪而设，非补虚治损之正方也。……虚劳无外邪客热者，解托补托之法，万不可用，惟夹外感不任疏散者，则此二法最妙。若内伤重而外感轻者，宜用补托之法，内伤轻而外感重者，宜用解托之法”。

6.9 虚 劳 治 禁

由于虚劳病症状纷繁多变，发病机理错综复杂，为了取得良好的临床疗效，历代医家

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

从症状、病机、治则，用药等诸方面，提出了治劳禁忌，意在垂范后学全面分析病证，合理辨证施治，慎重使用药物。如清代医家喻昌从虚劳病症状入手分析，提出治禁，他在《医门法律·虚劳论·律十条》中说："凡虚劳病，畏寒发热者，卫虚则畏寒，荣虚则发热耳，当缓调其荣卫，俾不亢战，则寒热自止，若以外感少阳经主寒热，用小柴胡汤治之，乃至汗多而卫伤于外，便溏而荣伤于内，寒热转加，医之罪也。凡虚劳病，多有发热者，须辨其因之内外，脉之阴阳，时之早晚，而定其治，若通套退热之药，与病即不相当，是谓诛伐无过，邪反不服，乃至热久血干津竭，十死不救，医之罪也。凡治骨蒸发热，热深在里，一切轻扬之药，禁不可用，用之反引热势外出而增其炽，灼干津液，肌肉枯槁四出，求其止在内里，时蒸时退，且不可得，安望除热止病乎？医之罪也"。清代医家汪缵功则从分析病机入手，阐明治虚禁忌。《吴医汇讲·汪缵功虚劳论》中说："一曰误认阳虚，……至若虚劳之症，是因肾水真阴虚极，水不摄火，火因上炎而致而赤唇红，口鼻出血，齿痛齿衄，虽亦龙火上炎，与阳虚上浮不同，纵有下部恶寒足冷，此因虚火上升所致，非真阳衰而然，故其小便必赤黄，其脉必带数，有内热之症可据，设误用引火归元之法，是抱薪救火，上焦愈热，而咳喘燥渴益甚，咽痛喉烂诸症至矣。二是误认中寒，腹痛之属于虚寒者，绵绵痛而无增减，喜热手按，热饮食。泄泻之属于虚寒者，水谷不化，而澄彻清冷，必有虚寒之症可凭，然后用之有效。今人一见腹满胀痛、食不消化、肠鸣泻泄等症，便认为虚寒，而投理中温燥之剂，再补其阳，则阳益亢而阴益竭矣。更有见其胀满泄泻，遂引《经》文'清气在下则生飧泄，浊气在上，则生膜胀，而用补中益气，反提阴火上逆，以致咳喘频增，吐血交至，而立见危亡。三曰误认外感，世之真阳虚而发热者，十之六七亦与外感无异，火逆冲上，则头胀微痛，火热壅肺，则有时鼻塞，阳虚阴陷入里，则洒淅恶寒。阴虚阳无所附，则浮越肌表而热，但其发时，必在午后，先洒淅恶寒，少顷发热，热至寅卯时，盗汗出而身凉，或无微寒而热，午后发热，必见肾虚症，或兼唇红颧赤，口渴烦躁，六脉搏数，或虚数无力，此宜大剂滋阴，如清阳、六味之属。若误为外感而表之，则魄汗淋漓，诸虚蜂起，或有失血之人，表之无汗，再强发之，必然吐衄，为下厥上竭之症，此尤孟浪之流也。"清代医家何炫则从治则的角度阐述了虚劳治禁，他在《何氏虚劳心传·虚劳总论》中说："……苦寒泻火之误：虚火阴亏，岂知、柏苦寒之剂的可清，非不能清火热，抑且有损真阴，徒败胃气，食少泻多，将何疗治？甚者见其大便燥结，则用硝、黄以通之，不知肾主二便，更主精液，肾之精液既竭，自然不能濡润，滋其阴，润其燥，而便自通，彼既虚之阴，岂能胜硝，黄之攻乎？……二陈消痰之误：脾痰为湿痰，滑而易出，或稀如饮水，湿者燥之，半夏为正治之药。若阴水不足，阴火上升，肺受火侮，不得清肃下行，由是津液凝浊，不生血而生痰，此当以润剂滋其阴，使上逆之火得返其宅，而痰自清矣。"明代医家绮石则从用药论及虚劳治禁，他在《理虚元鉴·三禁》中说："治劳三禁，一禁燥烈，二禁伐气，三禁苦寒是也。盖虚火之痰，由火逆而水泛，非二陈平胃缩砂等所开之痰；虚劳之火，因阴虚而火动，非知柏芩连栀子等所清之火；虚劳之气，由肺薄而气窒，非青枳橘蔻苏子等所豁之气"。清代医家何炫亦从用药论及虚劳治禁，他在《何氏虚劳心传·虚劳总论》中说："夫肺脉按之虚而不数，肺中不热，参、芪可受，故有土旺金生，弗拘保肺之说。而今火已烁金而咳矣，火蒸津液而化为浓痰矣，君相亢甚，而血随之上逆矣，犹引无阳则阴无以生，虚火可补，参芪之属大剂投之，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

因之阳火愈亢，而金益伤矣。”

7 方剂归类

7.1 补肝类方

(1) 猪膏酒方(《备急千金要方》)

主治：肝劳虚寒，关格劳涩，闭塞不通，毛悴色夭。

方药：猪膏，姜汁各四升。

用法：上二味上微火煎，取三升，下酒五合和煎，分为三服。

(2) 人参酒方(《备急千金要方》)

主治：筋虚极，则筋不能转，十指爪皆痛，数转筋。或交接过度，或病未平复交接，伤气内筋绝，舌卷唇青，引卵缩，脉疼急，腹中绞痛，或便欲绝，不能饮食。

方药：人参、防风、茯苓、细辛、秦艽、黄芪、当归、牛膝、当归、牛膝、桔梗各一两半，干地黄、丹参、薯蓣、钟乳、矾石各三两，山茱萸、川芎各二两，白术、麻黄各二两半，大枣三十枚，五加皮一升，生姜、乌麻各二升。

用法：上二十二味咬咀，钟乳另以小袋子盛。以清酒二斗半浸五宿，温服三合，日再。无所闻，随意增进。一本无乌麻用杜仲二两半。

(3) 前胡泻肝除热汤方(《外台秘要》)

主治：肝劳虚热，两目为赤，闭塞不通，烦闷宛转，热气胸里炎炎。

方药：前胡、干姜、大青、细辛、秦皮、决明子、栀子、子芩各一两，淡竹叶一两，车前子一升，石膏八两。

用法：上十一味切，以水一斗，煮取三升，去滓，平旦分为三服，须利，加芒硝三两，忌生菜。

(4) 续断汤(《重订严氏济生方》)

主治：肝劳虚寒，胁痛胀满，关节疼痛挛缩，烦闷，眼昏，不食。

方药：川续断（酒浸）、川芎、当归、橘红、半夏、干姜各一两，桂心、甘草各半两。

用法：上咬咀，每服四钱，水一盏半，姜五片，煎至七分，去滓温服，不拘时候。

(5) 木瓜散(《重订严氏济生方》)

主治：筋虚极，好悲思，脚手拘挛，伸动缩急，腹内转痛，数转筋，甚则舌卷囊缩，唇青，面色苍白，不得饮食。

方药：木瓜、虎胫骨、五加皮、当归、桑寄生、酸枣仁、人参、柏子仁、黄芪各一两，甘草半两。

用法：上咬咀，每服四钱，水一盏半，姜五片，煎至七分，去滓温服，不拘时候。

(6) 无名方(《证治百问》)

主治：通治肝胆虚损。

方药：枣仁三钱，生地二钱，当归一钱五分，人参一钱五分，茯神、枸杞子、丹参各一钱，牛膝五分。

用法：早晚煎服。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(7) 养筋汤(《辨证录》)

主治：筋缩不伸，卧床呻吟，不能举步，遍身疼痛，手臂酸麻。

方药：白芍一两，熟地一两，麦冬一两，炒枣仁三钱，巴戟天三钱。

用法：水煎服。

(8) 加味扶桑饮(《医醇賸义》)

主治：肝劳者，阳气拂逆，阴气亏损，身热胁痛，头眩耳鸣，筋节弛纵。

方药：熟地五钱，当归二钱，白芍一钱五分，川芎八分，木瓜一钱，枣仁二钱，牡蛎四钱，茯苓二钱，广皮一钱，甘草五分，金毛脊二钱，续断二钱，嫩桑枝二两。

用法：煎汤代水。

7.2 补心类方

(1) 麦门冬汤(《圣济总录》)

主治：心虚劳损，喜忘不乐。

方药：麦门冬、白茯苓各二两半，人参二两，远志一两一分，防风、赤芍药各一两半，陈橘皮一两。

用法：上七味，剉如麻豆，每服五钱匕，水一盏半，煎取八分，去滓温服，日二服。

(2) 人参汤(《圣济总录》)

主治：喜乐过度伤心，或愁忧思虑而伤血，血伤即不欲视听，心烦惊悸。

方药：人参一两半，木通一两半，茯神一两，麦门冬一两半，百合一两，龙齿一两半，柴胡一两。

用法：粗捣筛，每服五钱匕，用水一盐半，入枣三枚劈。煎至一盏，去滓分温二服，食后相次服之。

(3) 补心麦门冬丸(《圣济总录》)

主治：心劳多惊悸，心气不足。

方药：麦门冬一两半，石菖蒲一两，远志一两半，人参一两，白茯苓一两，熟干地黄一两半，桂半两，天门冬一两半，黄连一两半，升麻一两半。

用法：上一十味，捣罗为末，炼蜜为丸，如梧桐子大，每日食后夜卧时用熟水下二十丸。

(4) 远志饮子(《重订严氏济生方》)

主治：心劳虚寒，惊悸恍惚，多忘不安，梦寐鬼魔。

方药：远志、茯神、桂心、人参、酸枣仁、黄芪、当归各一两，炙甘草半两。

用法：上咬咀，每服四钱，水一盏半，姜五片，煎至七分，去滓温服，不拘时候。

(5) 朱子读书丸(《诸证提纲》)

主治：心虚动悸，忧烦少色，舌强。

方药：茯神、远志各一两，人参、陈皮各七钱，石菖蒲、当归各五钱，甘草二钱五分。

用法：上为末，面糊丸，梧子大，朱砂为衣，每服六十丸，临睡灯心汤下。

(6) 柏子养心丸(《济阳纲目》)

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

主治：惊悸，烦热。

方药：柏子仁四两，枸杞子三两，玄参二两，生地黄、麦冬、白茯神、当归、石菖蒲、甘草、酸枣仁各五钱。

用法：上为细末，石臼捣如泥，加炼蜜，丸梧桐子大，每服四五十丸，临卧白汤下。

(7)《证治百问》方

主治：通治心经虚损。

方药：枣仁三钱，当归一钱五分，人参一钱五分，龙眼肉、丹参、茯神各一钱，生甘草五分。

用法：早晚煎服。

(8) 朱雀汤(《金匮翼》)

主治：劳伤心气，变生诸疾。

方药：雄雀一只（取肉炙），赤小豆一合，人参、赤苓、紫石英、小麦、大枣肉各一两，紫菀、远志、丹参各半两，炙甘草二钱半。

用法：上细剉拌匀，每服三钱，用水一盏，煎六分，去滓食远温服。

(9) 宅中汤(《医醇賸义》)

主治：心劳者，营血日亏，心烦神倦，口燥咽干。

方药：天冬二钱，紫河车二钱，人参二钱，茯神二钱，黄芪二钱，当归二钱，白芍一钱，丹参二钱，柏仁二钱，远志五分，莲子二十粒。

用法：早晚煎服。

(10)《备急千金要方》方

主治：脉热极则血气脱，色白，干燥不泽，饮食不为肌肤。

方药：生地黄汁、赤蜜各一升，人参、茯苓、芍药、白术各三两，甘草二两，麦门冬一升，石膏六两，生姜蘘四两，干地黄三两，远志二升。

用法：以水一斗二升，煮十一味，取二升七合，去滓下地黄汁，赤蜜更煎取三升五合分四服。

(11) 远志饮子(《重订严氏济生方》)

主治：心劳虚寒，惊悸恍惚，多忘不安，梦寐惊魇。

方药：远志、茯神、桂心、人参、酸枣仁、黄芪、当归各一两，甘草半两。

用法：上咬咀，每服四钱，水一盏半，姜五片，煎至七分，去滓温服，不拘时候。

(12) 茯神汤(《重订严氏济生方》)

主治：脉虚极，咳则心痛，喉中介介如梗状，甚则咽肿，惊悸不安。

主药：茯神、人参、远志、通草、麦门冬、黄芪、桔梗、甘草各等分。

用法：上咬咀，每服四钱，水一盏半，姜五片，煎至七分，去滓温服，不拘时候。

7.3 补脾类方

(1) 通噫消食膏酒方(《备急千金要方》)

主治：脾虚寒劳损，气胀噫满，食不下。

方药：猪膏三升，宿姜（汁）五升，吴茱萸一升，白术一斤。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

用法：上四味，捣茱萸、术等二物，细细下筛为散，内姜汁、膏中煎，取六升温清酒一升，进方寸匕，日再。

(2) 大黄芪酒方(《备急千金要方》)

主治：肉极虚寒为脾风，阴动伤寒，体重怠堕，四肢不欲举，关节疼痛，不嗜饮食，虚极所致。

方药：黄芪、桂心、巴戟天、石斛，泽泻，茯苓、柏子仁、干姜、蜀椒各三两，防风、独活、人参各二两，天雄、芍药、附子、乌头、茵芋、半夏、细辛、白术、黄芩、栝楼根、山茱萸各一两。

用法：上二十一味咬咀，绢袋贮，以清酒二斗渍之。秋冬七日，春夏三日。初服三合，渐渐加，微痹为度，日再。

(3) 转脾丸(《千金翼方》)

主治：大病后致虚羸，瘦不能食，食不消化。

方药：小麦曲四两，蜀椒一两，干姜、吴茱萸、大黄各三两，附子、厚朴、当归、桂心、甘草各二两。

用法：上十味，捣筛为末，炼蜜和丸如梧子，酒服十五丸，日三。

(4) 淮南王枕中丸(《外台秘要》)

主治：疗五劳六极七伤，胃气不和，发于五脏虚劳。小便或难或数，令人多思，脾气不和，宿食热所为，流入百脉，食饮不进，沉滞著中膈，并来著一边，或食不消。

方药：川芎、附子、桂心、甘草、黄芩、芍药、干姜、蜀椒各二两，杏仁四两，白术五两，当归三两，大黄一两。

用法：上二十味捣筛，蜜和丸，如梧子，以酒服五丸，日三。

(5) 淮南五柔丸(《外台秘要》)

主治：疗虚劳不足，饮食不生肌肤，三焦不调，大便秘涩。

方药：大黄一斤，前胡二两，茯苓一两，细辛一两，苁蓉一两，半夏一两，当归一两，葶苈子一两，芍药一两。

用法：上九味，捣筛蜜和，捣万杵，丸如梧子，食前以汤饮下五丸，日再服，加至十丸。

(6) 柴胡膏(《博济方》)

主治：治五劳七伤，肢体烦倦，日渐消瘦，行步稍难，饮食不进。

方药：柴胡半两，赤芍一两一分，川附子、青皮、吴茱萸、陈皮各半两，青木香一分，乌鸡一只。

用法：上八味为末，入鸡肉内，再杵成膏，于瓷器内收贮。每食前盐酒一盏，膏一匙头，调服，常令患人有酒容，只服两日，便见效验。

(7) 人参丸(《普济本事方》)

主治：平补五脏虚羸，六腑怯弱，充肌肤，进饮食。

方药：人参、山萸、白术、白茯苓、石斛、黄芪、五味子各一两。

用法：上为细末，炼蜜丸如梧子大，每服三十丸，空心食前饮下。久服不热，尤宜少年。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(8) 十华散(《太平惠民和剂局方》)

主治：丈夫五劳七伤，浑身疼痛，四肢拘急，腰膝无力，脾元气虚，不思饮食，霍乱吐泻，四肢冷麻。

方药：五加皮、陈皮、干姜、甘草各六两，桔梗、羌活、黄芪、肉桂、苍术各八两八钱，附子六两，大川乌三两。

用法：上为细末，每服二钱，水一盏，姜二片，枣一枚煎至六分，不拘时候，热盐，酒调服亦得。

(9) 参苓白术散(《太平惠民和剂局方》)

主治：脾胃虚弱，饮食不进，多困少力，中满痞噎，心松气喘，呕吐泄泻。

方药：莲子肉、薏仁、缩砂仁、桔梗各一斤，白扁豆一斤半，白茯苓、人参、甘草、白术、山药各二斤。

用法：上为细末，每服二钱，枣汤调下。

(10) 四君子汤(《太平惠民和剂局方》)

主治：治荣卫气虚，脏腑怯弱，心腹胀满，全不思食，肠鸣泄泻，呕哕吐逆。

方药：人参、甘草、茯苓、白术各等分。

用法：上为细末，每服二钱，水一盏水许，煎至七分，通口服，不拘时，入盐白汤点亦得。

(11) 白术黄芪散(《黄帝素问宣明论方》)

主治：治五心烦，自汗，四肢痿劣，饮食减少，肌瘦昏昧。

方药：白术、黄芪、当归、黄芩、芍药各半两，石膏、甘草各二两、茯苓、寒水石各一两，官桂一分，人参、川芎各三分。

用法：上为末，每服三钱，水一盏，煎至六分，去滓温服，食前，一日三服。

(12) 白术汤(《重订严氏济生方》)

主治：治脾劳虚寒，呕吐不食，腹痛泄泻，胸满喜噫，多卧少起，情思不乐，肠鸣体倦。

方药：白术、人参、草果仁、干姜、厚朴、肉豆蔻、橘皮、木香、麦芽各一两，甘草半两。

用法：上咬咀，每服四钱，水一盏半，姜五片，枣一枚，煎至七分，去滓，食前温服。

(13) 半夏汤(《重订严氏济生方》)

主治：治肉虚极，体重，胁引肩背不可以动，动则咳嗽，胀满，留饮痰癖，大便不利。

方药：半夏、白术、茯苓、人参、橘皮、附子、木香、桂心、大腹皮、甘草各等分。

用法：上咬咀，每服四钱，水一盏半，姜五片，并至七分，去滓温服，不拘时候。

(14) 参术膏(《古今医统大全》)

主治：虚劳脾胃虚弱，不能运化，或胀成泻，神效。

方药：人参、白术各一斤，薏苡仁八两，莲肉六两，黄芪四两，茯苓四两，神曲二两，泽泻，甘草各五钱。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

用法：熬膏或为细末，饮汤调服二三钱。

(15) 羊乳丸(《济阳纲目》)

主治：治虚劳羸瘦。

方药：黄芪、地黄、秦艽、山茱萸肉、柴胡、地骨皮等分。

用法：上为末，炼蜜丸，如梧子大，每服五十丸，煎人参汤下，不拘时候，日进三服。

(16) 附子理中汤(《济阳纲目》)

主治：无热虚劳，真阳不足，饮食难化，大便不实，肠鸣腹痛，饮食畏寒，手足逆冷。

方药：白术、人参、干姜、甘草、附子各等分。

用法：上剉，每服四钱，加生姜十片，水煎服。

(17) 大补黄庭丸(《张氏医通》)

主治：虚劳食少便溏，不宜阴药者。

方药：人参一两，茯苓一两，山药二两。

用法：上为末，用鲜紫河车一具，用河水二升，稍入白蜜，隔水熬膏，代蜜为丸，空心淡盐汤下三钱。

(18) 资成汤(《不居集》)

主治：虚劳遗精盗汗，食少泄泻，血不归经，女子崩漏不止，虚劳不任芪术归地者。

方药：人参、白术、扁豆、山药、茯神各一钱，丹参八分，橘红六分，甘草五分，莲肉一钱五分，檀香三分。

用法：用雄健无病猪肚 一具，酒洗磨净，取清汤煎药，或为丸亦可。

(19) 中和理阴煎(《不居集》)

主治：治中气虚弱，脾胃大亏，饮食减少，痰嗽失血，泄泻腹胀，不任芪术归地者。

方药：人参 一钱，燕窝五钱，山药、扁豆各一钱，莲肉二钱，老米三钱。凡肺有火者，以沙参易人参，或二者并用。

用法：猪肺清汤煎服，日再。

(20) 行健汤(《医醇賸义》)

主治：脾劳者，或饮食不调，或行役劳倦积久脾败，四肢倦怠，食少身热。

方药：黄芪二钱，人参二钱，茯苓二钱，白术一钱，甘草五分，当归二钱，白芍一钱，青蒿梗 一钱五分，广皮一钱，砂仁一钱，料豆三钱，木香五分，大枣二枚，姜三片。

用法：水煎，日再。

(21) 白术散(《医宗必读》)

主治：治脾胃虚寒，呕吐泄泻，食少胸满。

方药：白术、人参、草果、厚朴、肉果、陈皮、木香、麦蘖各一钱，甘草五分。

用法：水二盅，姜五片，枣二枚，煎一钟服。

(22) 人参饮子(《医宗必读》)

主治：脾胃弱虚，气虚倦怠，衄血吐血。

方药：人参二钱，五味子二十粒，黄芪、麦冬、炒白芍、当归各一钱五分，甘草 一

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

钱。

用法：水二盅，煎一盅，食远服。

(23) 和中丸(《医林类证集要》)

主治：病人瘦弱，厌厌不能食。

方药：陈皮、人参各一两，木瓜二两，干姜一两，甘草三两。

用法：上为末，汤浸蒸饼，丸如梧桐子大，每服五十丸，食远，白汤送下。

7.4 补肺类方

(1) 半夏汤(《备急千金要方》)

主治：肺劳虚寒，心腹冷，气逆游气，从胸达背痛，忧气往来，呕逆，饮食即吐，虚乏不足。

方药：半夏一升，生姜一斤，桂心四两，甘草、厚朴各二两，人参、橘皮、麦门冬各三两。

用法：上八味㕮咀，以水一斗，煮取四升，分四服，腹痛加当归二两。

(2) 五补丸(《千金翼方》)

主治：五脏内虚竭，短气咳逆，伤损，郁郁不足，下气复通津液。

方药：麦冬、小麦各一升，粳米三合，地骨皮、薤白各一斤，人参、五味子、桂心、甘草各二两，生姜八两。

用法：上十味㕮咀，以水一斗二升，煮取三升，分三服。口干先煮竹叶一把，减一升，去滓，内药煮之。

(3) 紫菀散(《太平圣惠方》)

主治：虚劳上气，咳嗽不止。

方药：紫菀一两，五味子三分，甘草半两，百合三分，白茯苓一两。

用法：上件药，捣粗罗为散，每服三钱，以水一中盏，煎至五分，去滓温服，日三四服。

(4) 人参半夏丸(《博济方》)

主治：治患劳气，心胸烦闷，痰涎壅塞，不思饮食，头目昏眩。

方药：半夏一两，大腹皮二枚，人参三分，枇杷叶三分，鳖甲三分，柴胡三分，伏苓一两，前胡三分，橘皮三分，芍药半两。

用法：上十一味，同为散，每服三钱，水一盏，生姜三片，同煎至七分，温服。

(5) 萎蕤汤(《圣济总录》)

主治：虚劳咳嗽，咯唾脓血。

方药：萎蕤、百部各一分，麦冬、阿胶、马兜铃各半两，白茯苓、人参、甘草、桑根白皮各一两。

用法：上九味，粗捣筛，每服三钱匕，水一盏，入乌梅一个，生姜三片，同并至六分，去滓，不拘时候温服。

(6) 人参蛤蚧散(《杨氏家藏方》)

主治：虚劳咳嗽咯血，潮热盗汗，不思饮食。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方药；蛤蚧一对，人参、冬花、贝母、百部、紫菀各半两，阿胶、柴胡、肉桂、黄芪、甘草、鳖甲、杏仁、半夏各一分。

用法：上为细末，每服三钱，水一盏半，生姜三片，煎至一盏，温服，不拘时候。

(7) 秦艽扶羸汤(《杨氏家藏方》)

主治：肺痿骨蒸劳嗽，或寒或热，声嗄羸瘦，自汗，四肢怠堕，不美饮食。

方药：柴胡二两，人参、鳖甲、秦艽、地骨皮各一两半，半夏、紫菀茸、甘草各一两，当归一两一分。

用法：上件咬咀，每服五钱，水一盏半，生姜五片，乌梅、大枣各一枚，煎至八分，去滓口服，食后。

(8) 温肺汤(《重订严氏济生方》)

主治：肺劳虚寒，心腹冷气，胸胁逆满，气从胸达背痛，饮食即吐，虚乏不足。

方药：人参、钟乳粉、半夏、桂心、橘红，干姜各一两，木香、甘草各半两。

用法：上咬咀，每服四钱，水一盏半，姜五片，煎至七分，去滓温服，不拘时候。

(9) 紫菀汤(《重订严氏济生方》)

主治：气虚极，皮毛焦，津液不通，四肢无力，或喘急短气。

方药：紫菀茸、干姜、黄芪、人参、五味子、钟乳粉、杏仁、甘草各等分。

用法：上咬咀，每服四钱，水一盏半，生姜五片，枣子一枚，煎至七分，去温服，不拘时候。

(10) 加味人参紫菀散(《仁斋直指附遗方论》)

主治：虚劳咳嗽。

方药：人参、北五味子、紫菀茸、陈皮、贝母、紫苏叶、桑白皮、白茯苓各一两，杏仁、甘草各三分，川芎、半夏各一两，阿胶半两。

用法：上粗末，每服三钱，姜七片，枣二枚，乌梅一个，食后煎服。

(11) 补肺汤(《济阴纲目》)

主治：劳嗽，五脏亏损，晡热发热，盗汗自汗，唾痰喘嗽。

方药：人参、黄芪、紫菀、五味子各五分，熟地黄、桑皮各一钱。

用法：上剉，水煎，入蜜少许，食后服。

(12) 四阴煎(《景岳全书》)

主治：阴虚劳损，相火炽盛，津枯烦渴，咳嗽吐衄多热。

方药：生地二三钱，麦冬二钱，白芍二钱，百合二钱，沙参二钱，甘草一钱，茯苓一钱。

用法：水二钟，煎七分，食远服。

(13)《证治百问》方

主治：通治肺经虚损。

方药：麦冬三钱，人参一钱五分，枣仁一钱五分，萎蕤一钱五分，茯神、黄芪各一钱，五味子六分。

用法：煎服，早晚时服。

(14) 益气补肺汤(《医醇賸义》)

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

主治：肺气大虚，身热气短，口燥烟干，甚至咳嗽吐血。

方药：阿胶二钱，五味子五分，地骨皮二钱，天冬二钱，麦冬二钱，人参二钱，百合三钱，贝母二钱，茯苓二钱，苡仁四钱。

用法：糯米一撮，煎汤代水。

(15) 凝唾汤(《备急千金要方》)

主治：虚损短气，咽喉凝唾不出，如胶塞。

方药：茯苓、人参各半两，前胡三两，甘草一两，大枣三十枚，麦冬五两，干地黄、桂心、芍药各一两。

用法：上九味㕮咀，以水九升，煮取三升，分温三服。

7.5 补肾类方

(1)《备急千金要方》方

主治：肾劳虚冷干枯，忧患内伤，久坐湿地。

方药：秦艽、牛膝、川芎、防风、桂心、独活、茯苓各四两，杜仲、侧子各五两，石斛六两，丹参八两，干地黄，麦门冬、地骨皮各三两，五加皮十两，薏仁一两，大麻子二升。

用法：上十七味㕮咀，以酒渍七日，服七合，日二服。

(2)《备急千金要方》方

主治：精极，五脏六腑俱损伤，虚热，遍身烦疼，骨中痛，烦闷。

方药：生地黄汁二升，麦门冬汁、赤蜜各一升，竹沥一合，石膏八两，人参、川芎、桂心、甘草、黄芩、麻黄各三两，当归四两。

用法：上十二味㕮咀，以水七升，先煮八味，取二升，去滓，下地黄等汁煮，取四升，分四服，日三夜一。

(3)《备急千金要方》方

主治：虚损小便白浊梦泄。

方药：韭子、菟丝子、车前子各一升，附子、川芎各二两，当归、矾石各一两，桂心一两。

用法：上八味末之，蜜丸如梧子，酒服五丸，日三。

(4) 枣仁汤(《备急千金要方》)

主治：大虚劳，梦泄精，茎核微弱，血气枯竭，或醉饱伤于房室，惊惕忪悸，小腹里急。

方药：枣核仁二合，人参二两，芍药、桂心各一两，黄芪、甘草、茯苓、白龙骨、牡蛎各二两，生姜二斤，半夏一升，泽泻一两。

用法：上十二味㕮咀，以水九升，煮取四升，一服七合，日三。

(5) 磁石丸(《鸡峰普济方》)

主治：肾气虚损，卧多盗汗，小便余沥，阴湿萎弱。

方药：磁石二两，五味子、鹿茸、肉苁蓉、防风、阳起石、附子、山茱萸、熟干地黄各一两。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

用法：上为细末，炼蜜为丸，捣三五百下，如梧桐子大，每日空心，以温酒下三十丸，渐加至四十丸，晚食前再服。

(6) 菟丝子丸(《太平惠民和剂局方》)

主治：肾气虚损，五劳七伤。少腹拘急，四肢酸疼，面色黧黑，唇口干燥，目黯耳鸣，心忪气短，夜梦惊恐，精神困倦，喜怒无常，悲忧不乐，饮食无味，举动乏力，心腹胀满，脚膝痿缓，小便滑数，房室不举，股内湿痒，水道涩痛，小便出血，时有余沥。

方药：菟丝子、泽泻、鹿茸、石龙芮、肉桂、附子各一两，石斛、熟干地黄、白茯苓、牛膝、续断、山茱萸、肉苁蓉、防风、桂仲、补骨脂、毕澄茄、沉香、巴戟、茴香各二分，五味子、桑螵蛸、川芎、覆盆子各半两。

用法：上为细末，以酒煮面糊为丸，如梧子大，每服三十丸，温酒或盐汤下，空心服。

(7) 金刚丸(《素问病机气宜保命集》)

主治：肾损，骨痿不能起于床。

方药：萆薢、杜仲、苁蓉、菟丝子各等分。

用法：上为细末，酒煮猪腰子为丸，每服五七十丸，空心酒下。

(8) 羊肾丸(《重订严氏济生方》)

主治：肾劳虚寒，面肿垢黑，腰脊痛，不能久立，屈伸不利，梦寐惊悸，上气，小腹急痛引腰脊，四肢苦寒，小便白浊。

方药：熟地黄、杜仲、石斛、菟丝子、黄芪、川断、桂心、磁石、川牛膝、沉香、五加皮、山药各一两。

用法：上为细末，雄羊肾两对，以葱、椒、酒煮烂，再入少酒，和药为丸，如梧子大，每服七十丸，空心盐汤下。

(9) 鹿角丸(《重订严氏济生方》)

主治：骨极虚，面肿垢黑，脊痛不能久立，气衰发落齿槁，腰脊痛，甚则喜唾。

方药：鹿角二两，川牛膝一两半。

用法：上为细末，炼蜜为丸，如梧桐子大，每服七十丸，空心盐汤送下。

(10) 磁石丸(《重订严氏济生方》)

主治：精极，羸瘦、惊悸、梦中遗泄，尿后遗溺，小便白浊，甚则阳痿，小腹里急。

方药：磁石二两，肉苁蓉、鹿茸、川断、杜仲、柏子仁、赤石脂、熟地黄、山萸肉、菟丝子、川巴戟、韭子各一两。

用法：上为细末，酒糊为丸，如梧子大，每服七十丸，空心温酒，白盐汤任下。

(11) 地仙丹(《世医得效方》)

主治：男子五劳七伤，肾气虚惫，行步难苦，女人在血海虚冷，月经不调，脏寒少子。

方药：川牛膝四两，肉苁蓉四两，覆盆子、白附子、菟丝子、赤小豆、天南星、羌活、骨碎补、狗脊、何首乌、萆薢、防风、乌药各二两，川椒、绵附、白术、甘草、白茯苓、川乌各一两，人参、黄芪各一两半，木鳖子、地龙各三两。

用法：上为末，酒面糊为丸、梧桐子大，每服三十丸，空心酒下。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(12) 四味丸(《普济方》)

主治：五劳七伤，补益精髓。

方药：熟干地黄、天门冬、白茯苓、远志各三两。

用法：上为末，炼蜜和丸，如梧桐子大，每服三十丸，温酒下。

(13) 小菟丝子丸(《奇效良方》)

主治：肾气虚损，目眩耳鸣，四肢倦怠，夜梦遗精。

方药：菟丝子五两，石莲肉二两，白茯苓一两，山药二两。

用法：上为细末，用山药煮糊和丸，如梧桐子大，每服五十丸，空心用温酒、盐汤任下。

(14) 固本锁精丸(《医林类证集要》)

主治：丈夫元气阳虚惫，精气不固，梦寐遗精，夜多盗汗，遗泄不禁。

方药：山药一两，枸杞二两，人参二两半，黄芪二两半，石莲肉二两半，知母一两，海蛤二两半，北五味一两，锁阳二两。

用法：上为细末，用白术六两切碎，用水五碗，煎至二碗，熬至一碗如膏，搜和前药末为丸，如梧桐子大，每服五十丸，加至六七十丸，空心温酒或盐汤下。

(15)《证治百问》方

主治：通治肾经虚损。

方药：熟地三钱，人参五分，麦冬一钱五分，山药一钱，茯神一钱，山萸肉、丹皮各五分，五味子二分。

用法：早晚煎服。

(16) 充髓丹(《辨证录》)

主治：熟地二两，山茱萸一两，石斛五钱，地骨皮三钱，沙参五钱，牛膝三钱，五味子一钱，茯苓三钱。

用法：水煎服。

(17) 采苏汤(《医醇賸义》)

主治：肾劳，真阴久亏，房室太过，水竭于下，火炎于上，身热腰痛，咽干口燥，甚则咳嗽吐血。

方药：天冬二钱，麦冬二钱，生地三钱，熟地三钱，南沙参三钱，北沙参三钱，白芍一钱，赤芍一钱，沙苑三钱，贝母二钱，磁石四钱，杜仲三钱，茜草根二钱，牛膝二钱，杏仁三钱，莲子十粒。

用法：水煎服。

7.6 心肾双补类方

(1) 秘传五锁丹(《太平惠民和剂局方》)

主治：心气不足，思虑太过，肾经虚损，真阳不固，漩有遗沥，小便白浊如膏，梦寐滑泄，面色黧黑，虚烦盗汗，举动乏力。

方药：茯苓四两，龙骨二两，五倍子六两。

用法：上为末，水糊为丸，每服四十粒，空心用盐汤吞下，日进三服。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(2) 芪丝丸(《三因极一病证方论》)

主治：心肾气惫，遗泄白浊，腰背疼痛，面色黧黑，耳聋目昏，梦与鬼交。

方药：当归、兔丝子、茯仁、茯神、石莲肉、鹿角霜、熟地黄各四两。

用法：上为末，用黄芪二斤锥碎，水六升，浸一宿，次早挪洗味淡，去滓，于银石器中熬汁成膏，搜和得所，捣数千杵，丸如梧子大，每服五十丸，米汤、温酒送下。

(3) 心肾丸(《重订严氏济生方》)

主治：心肾不足，精少血燥，心下烦热，怔忡不安，或口干生疮，目赤头晕，小便赤浊，五心烦热，多渴引饮。

方药：菟丝子、麦冬各二两。

用法：上为细末，炼蜜为丸，如梧桐子大，每服七十丸，空心食前，盐汤送下，热水亦得。

(4) 即济固真丹(《类编朱氏集验医方》)

主治：水火不既济，精神恍惚，头目昏黯，阳道痿弱，阴湿多汗，遗沥失精。

方药：北五味子、白茯苓、附子、沉香、龙骨、苁蓉各一两，益智仁、柏子仁、补骨脂、酸枣仁、金铃子、红椒、当归、川巴戟各半两，菟丝子一两半。

用法：上为细末，酒糊为丸，辰砂三钱为衣，如梧桐子大，每服七十丸，空心盐酒任下。

(5) 通治还少丹(《瑞竹堂经验方》)

主治：心肾俱虚，漏精白浊。

方药：山药、牛膝、山茱萸、白茯苓、茴香各一两半，菟丝子、续断各一两。

用法：上为末，炼蜜丸，如梧桐子大，每服三十丸，盐汤下。

(6) 芡实丸(《世医得效方》)

主治：思虑伤心，疲劳伤肾，心肾不交，精气不固，面少颜色，惊悸健忘，梦寐不安，小便赤涩，遗精白浊，足胫酸软，耳聋目昏，口干脚弱。

方药：芡实、莲花须各二两，茯神、龙骨、山茱萸、五味子、枸杞子、熟地黄、韭子、肉苁蓉、川牛膝、紫石英各一两。

用法：上为末，酒煮山药糊为丸，梧桐子大，每服七十丸，空心盐酒或盐汤下。

(7) 补精养心丸(《仁术便览》)

主治：诸虚百损，精寒不固，腰眼酸疼，或无力，及神思不定，恍惚不安，一切不足之症。

方药：牛膝、干山药、山茱萸、白茯苓、肉苁蓉、远志、茴香、杜仲、楮实子、五味子各一两，当归、枸杞、熟地、麦冬、人参、白术、虎骨（现已禁用）各一两五钱，黄柏一两。

用法：上各制净，各秤足，为极细末，炼蜜加酒一盅，姜汁一盅，合为丸，梧子大，空心淡盐汤下百丸。

7.7 肺脾双补类方

柴胡散(《卫生宝鉴》)

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

主治：虚劳羸瘦，面色萎黄，四肢无力，不思饮食，夜多盗汗，咳嗽不止。

方药：地骨皮一两半，柴胡、鳖甲、知母各一两，五味子半两。

用法：上五味为末，每服二钱，水一盏半，乌梅两个，青蒿五叶，煎至一盏，去滓温服食后。

7.8 心脾双补类方

(1) 归脾汤(《重订严氏济生方》)

主治：思虑过度，劳伤心脾，健忘怔忡。

方药：白术、茯神、黄芪、龙眼肉、酸枣仁各一两，人参、木香各半两，甘草二钱半。

用法：上咬咀，每服四钱，水一盏半，生姜五片，枣子一枚，煎至七分，去滓温服，不拘时候。

(2) 莲心散(《丹溪心法》)

主治：虚劳或大病后，心虚脾弱，盗汗遗精。

方药：人参、白茯苓、莲肉各二两，白术、甘草、白扁豆、苡仁、桔梗、干葛、黄芪各一两，当归半两，桑皮、半夏、百合、干姜、山药、五味、木香、丁香、杏仁、白芷、神曲各一两。

用法：上剉，每服五钱，生姜三片，枣同煎空心温服。

7.9 脾肾双补类方

(1) 延年钟乳散(《外台秘要》)

主治：补虚劳，益气力，强腰脚。

方药：钟乳粉二分，防风一分，人参一分，细辛半分，桂心二铢，干姜一铢。

用法：上六味为散，分作三帖，每日温酒服一贴，食时服。

(2) 二神丸(《普济本事方》)

主治：脾肾虚弱，全不进食。

方药：破故纸四两，肉豆蔻二两。

用法：上为细末，用大肥枣四十九个，生姜四两，切片同煮，枣烂去姜，取枣剥去皮核用肉，研为膏，入药和杵，丸如梧子大，每服三十丸，盐汤下。

7.10 肝肾双补类方

(1) 牛膝丸(《素问病机气宜保命集》)

主治：骨痿不能起于床，筋缓不能收持。

方药：牛膝、蕈蘑、杜仲、苁蓉、防风、白蒺藜各等分，桂枝减半。

用法：上细末，酒煮猪腰子，捣，丸桐子大，空心酒下五七十丸。

(2) 补益肾肝丸(《兰室秘藏》)

主治：目中流火，视物昏花，耳聋耳鸣，困倦乏力，寝汗恶风，行步不正，脚膝无力。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方药：柴胡、羌活、生地黄、苦参、防己各五分，附子、肉桂各一钱，当归二钱。

用法：上为细末，熟水为丸，如鸡头仁大，每服五十丸，食前温水下。

7.11 活血化瘀类方

(1) 大黄䗪虫丸(《金匮要略》)

主治：五劳虚极，羸瘦腹满，不能饮食，食伤，忧伤，饱伤，房室伤，饮伤，劳伤，经络荣卫气伤，内有干血，肌肤甲错，两目黯黑。

方药：大黄十分，黄芩二两，甘草三两，桃仁一升，杏仁一升，芍药四两，干地黄十两，干漆一两，虻虫一升，水蛭百枚，蛴螬一升，䗪虫半升。

用法：上十二味，末之，炼蜜和丸小豆大，酒饮服三丸，日三服。

(2) 神应丸(《证治汇补》)

主治：肌肤甲错，面目黧黑，咳嗽困倦，遍身黄肿，月事不行。

方药：大黄四两，鳖甲、桃仁各一两，当归、生地各八钱，黄芩、人参、甘草各三钱。

用法：用韭汁糊为丸，每丸六钱，朱砂为衣。

(3) 通窍活血汤(《医林改错》)

主治：①妇人干劳：经血三四月不见，或五六月不见，咳嗽急喘，饮食减少，四肢无力，午后发烧，至晚尤甚。②男子劳病：初病四肢痿软无力，渐渐肌肉消瘦，饮食减少，面色黄白，咳嗽吐沫，心烦急躁，午后潮热，天亮汗多。

方药：赤芍一钱，川芎一钱，桃仁三钱，红花三钱，老葱三根，鲜姜三钱，红枣七个，麝香五厘。

用法：用黄酒半斤；将前七味煎一盅；去渣，将麝香入酒内，再煎二沸，临卧服。

7.12 补 气 类 方

(1) 二十四味大建中汤(《卫生家宝方》)

主治：男子诸虚劳气，四肢倦怠，骨节酸疼，羸瘦乏力，心多怔忪，日渐黄瘦，胸膈疼满，不思饮食，妇人月水不调。

方药：荆芥穗、柴胡、秦艽、白芷、肉豆蔻、黄芪、鳖甲、官桂、桔梗各二两，当归、莪术、川芎、麦冬、白芍、人参、茯苓、酸枣仁、桃壳、海桐皮、甘草、干地黄、木香各一两，沉香、槟榔各半两。

用法：上二十四味，共捣罗为末，每服二钱，水一盏，生姜三片，乌梅二个，同煎至七分，温服。

(2) 补劳茯神散(《卫生家宝方》)

主治：一切气虚劳疾。

方药：茯神、白茯苓、人参、远志、龙骨、肉桂、陈皮、甘草各一两，当归、五味子、麦冬各一两半，黄芪二两。

用法：上为末，合作八服，每服人枣七个，生姜五片，用水一升半煎至一升，空心服之。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.13 补血类方

(1) 逍遥散(《太平惠民和剂局方》)

主治：血虚劳倦，五心烦热，肢体疼痛，头目昏重，心忪颊赤，口燥咽干，发热盗汗，月水不调。

方药：甘草半两，当归、茯苓、白芍、白术、柴胡各一两，白术一两。

用法：上为粗末，每服二钱，水一大盏，烧生姜一块，切破，薄荷少许，煎至七分，去滓热服，不拘时候。

(2) 源泉汤(《罗氏会约医镜》)

主治：血虚，劳热，骨蒸，五心烦热，大便干燥，小便黄涩。

方药：当归半钱，生地二钱，熟地三钱，白芍钱半，阿胶钱半，枸杞钱二分，青蒿七分，丹参二钱半，千姜五七分，淮山药钱半，玄参一钱，陈皮七分，地骨皮一钱。

用法：水煎，日服一剂。

7.14 气血双补类方

(1) 双和散(《普济本事方》)

方治：补血益气，治虚劳少力。

方药：黄芪、熟地、当归、川芎、白芍二两半，官桂、甘草各三两。

用法：上为粗末，每服四大钱，水一盏半，生姜三片，肥枣一个，煎至八分，去滓服。

(2) 乐令建中汤(《太平惠民和剂局方》)

主治：血气劳伤，五脏六腑虚损，肠鸣神倦，荣卫不和。

方药：前胡、细辛、黄芪、人参、桂心、橘皮、当归、白芍、茯苓、麦冬、甘草各一两，半夏七钱半。

用法：上咬咀，每服四钱，姜四片，枣一个，水一盏，煎至七分，去滓微热服，不拘时候。

(3) 八仙丸(《奇效良方》)

主治：元气虚损，血气不足，耳鸣目黯，腰膝酸疼，肌体羸瘦，饮食无味。

方药：肉苁蓉、牛膝、天麻、木瓜各四两，附子、当归各二两，鹿茸一两，麝香二钱。

用法：上为细末，炼蜜为丸，如梧桐子大，每服五十丸，空心温服，盐汤送下。

(4) 集灵膏(《治法汇》)

主治：一切气血两虚，身弱咳嗽。

方药：人参、枸杞各一斤，生地、熟地、天冬、麦冬各一斤十二两，当归四两，白术四两。

用法：如常炼膏，将成加蜜六两，再滚数沸。

(5) 异类有情丸(《东医宝鉴》)

主治：虚劳气血两虚。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方药：鹿角霜、龟板各三两六钱，鹿茸、虎胫骨（现已禁用）各二两四钱。

用法：上为末，雄猪脊髓九条同炼，蜜捣丸，梧子大，空心盐汤下七八十丸。

(6) 滋补养荣丸(《东医宝鉴》)

主治：虚劳气血不足，精神短少。

方药：远志、白芍、黄芪、白术各一两半，熟地、人参、五味子、川芎、当归、山药各一两，陈皮八钱，白茯苓七钱，生干地黄五钱，山茱萸四钱。

用法：上为末，蜜为梧子大，清米饮下七九十丸。

(7) 大补元煎(《景岳全书》)

主治：男妇气血大坏，精神失守，危剧等症。

方药：人参二钱，山药二钱，熟地二钱，杜仲二钱，当归二钱，山茱萸一钱，枸杞二钱，甘草二钱。

用法：水二盅，煎七分，食远温服。

(8) 五福饮(《景岳全书》)

主治：五脏气血亏损者，能兼治之，足称王道之最。

方药：人参、熟地、当归三钱，白术一钱半，炙甘草一钱。

用法：水二盅，煎七分，食远温服。

(9) 三仁五子丸(《济阴纲目》)

主治：气血耗损，五脏不足，睡中惊悸，盗汗。

方药：五味子　菟丝子　覆盆子　枸杞子　车前子　酸枣仁　柏子仁　薏苡仁　肉苁蓉，茯苓　熟地　巴戟天　当归　沉香　乳香　鹿茸各二两。

用法：上为细末，炼蜜为丸，如梧桐子大，每服六十丸，空心淡盐汤下。

7.15 补阳类方

(1) 拯阳理劳汤(《医宗必读》)

主治：劳伤气耗，倦怠懒言，动作喘乏，表热自汗，心烦，遍身作痛。

方药：黄芪二钱，人参二钱，肉桂七分，当归一钱五分，白术一钱，甘草五分，陈皮一钱，北五味四分。

用法：水二盅，姜三片，枣肉二枚，煎一盅服。

(2) 鹿胶(《医灯续焰》)

主治：阳衰，形羸体瘦，少气困乏，力减神疲，或精冷无子，及一切虚寒阳不足之证。

方药：嫩鹿角不拘多少。

用法：寸截浸水数日，去粗皮，洗净，石臼中捣碎，入瓷坛中包固，再坐大锅中。隔水煮，水干，旋以温水添足，不断火，一二昼夜，视板酥烂汁稠，滤去板滓，将汁入锡锅中或瓷锅，柔火缓缓熬收，不住搅动，至滴水不散，用勺兜入磁器中，冷即成饼，每服不拘多少，滚水温酒任化下。

7.16 补阴类方

(1) 拯阴理劳汤(《医宗必读》)

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

主治：阴虚火动，皮寒骨热，食少痰多，咳嗽短气，倦怠焦烦。

方药：丹皮一钱，当归一钱，麦冬一钱，甘草四分，苡仁三钱，白芍七分，北五味三分，人参六分，莲子三钱，橘红一钱，生地黄二钱。

用法：水二盅，枣一枚，煎一钟，分二次徐徐呷之。

(2) 龟胶(《医灯续焰》)

主治：诸虚百损，精少髓枯，肾衰水道竭乏，血液干涸，一切不足之证。

方药：龟壳十斤或数十斤

用法：水浸五七日，视上黑皮浮起，即取刮净纯白，如灼过，以刀剜去焦迹，再洗净，石臼中捣碎，入瓷坛中包固，再坐大锅中，隔水煮，水干，旋以温水添足，不断火，一二昼夜视板酥烂汁稠，滤去板滓，将汁入锡锅中或磁锅，柔火缓熬收，不住搅动，至滴水不散，用勺兜入磁器中，冷即成饼，每服不拘多少，滚水温酒任化下。

(3) 人中白丸(《嵩崖尊生全书》)

主治：阴虚欲成虚劳。

方药：人中白四钱，羚羊角、生地、当归、黄蒿子、银柴胡、鳖甲、阿胶珠、白术、白芍各二钱，熟地四钱。

用法：百部膏和丸，男用四钱，女用三钱。

(4) 问生丸(《顾松园医镜》)

主治：男妇阴虚内热，久服自效。

方药：地黄十二两，山萸肉、枸杞子、菟丝子、牛膝、山药、茯苓、白芍、莲子肉、麦冬、天冬、北五味、酸枣仁、桂圆肉、莲须、玄参、地骨皮、女贞子各四两，龟甲胶、鳖甲胶各八两，鳔胶八两，猪脊髓三十条，黄牛肉十斤，紫河车四具。

用法：共二十四味，丸如桐子大，淡盐汤或桂圆肉汤送下，每服三四五钱。

(5) 滋阴降火汤(《万病回春》)

主治：阴虚火动，发热咳嗽，吐痰喘急，盗汗口干。

方药：甘草五分，当归一钱三分，白芍二钱三分，生地八分，熟地、天冬、麦冬、白术各一钱，陈皮七分，黄柏、知母各七分。

用法：七一剂，生姜三片，大枣一枚，水煎，入竹沥，童便，姜汁各少许同服。

(6) 清离滋坎汤(《万病回春》)

主治：阴虚火动，咳嗽发热，盗汗痰喘，心慌。

方药：生地、熟地、天冬、麦冬、当归、白芍、山药、山萸、茯苓、丹皮、白术、泽泻、黄柏、知母、甘草各八分。

用法：上剉剂，水一碗半，煎至一碗，空心温服

7.17 治虚劳兼外感方

(1) 葛根解托汤(《不居集》)

主治：为解托之法，凡本体素虚，有仲景正伤寒之法而不能用者，故立解托之法，不当于解而重于托矣。盖大汗大下，邪反剧增，一解一托，病势顿减，其中意义，总以培护元气为主，元气一旺，则轻轻和解，外邪必渐渐托出，不争而自退矣。治正气内虚，客邪

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

外逼有似虚劳各症。

方药：干葛、柴胡、前胡各八分，防风六分，陈皮、半夏、泽泻各一钱，生甘草三分，生姜、大枣。

用法：水煎服。日二服。

(2) 双补内托散(《不居集》)

主治：治阴阳两虚，不能托邪外出者，此方主之。

方药：人参五分，黄芪一钱，熟地一钱，当归八分，柴胡八分，干葛八分，白术八分，秦艽七分，川芎六分，甘草三分，生姜、大枣。

用法：水煎服，日二服。

7.18 治急劳方

退热汤(《景岳全书》)

主治：急劳，烦热口干，憎寒，饮食不得。

方药：柴胡、龙胆草、青蒿、知母、麦冬、甘草各一钱。

用法：上用童便一盅半，葱白三茎，桃柳杖各五寸，同浸一宿，平旦煎钟，空心顿服，至夜再服。

7.19 治热劳方

青蒿煎丸(《太平圣惠方》)

主治：热劳烦心口干，皮肤枯燥，渐渐羸瘦。

方药：青蒿汁、薄荷汁、生地黄汁各二升，童子小便五升，朱砂一两，麝香半两，桃仁五两，柴胡三两，鳖甲五两。

用法：上件药，取青蒿汁等及小便，相和一处，先煎令稠，然后下桃仁以下诸药，更熬令稀稠得所，候可丸，即丸如梧桐子大。每服以麦门冬汤下二十丸，不计时候服。

8 医案医话

8.1 元·朱震亨《朱丹溪医案·虚损》

东阳陈子，身长瘦，体素虚，多劳，患头痛甚。余察其脉弦而大带数。以人参、白术为君，川芎，陈皮为佐，至五六日未减，众人皆讶之，以药之不对也。余四药力有次第矣。更少候一二宿自安。忽其季来，问曰何不少加黄芪，予笑而不答。又经一宿，忽自言病顿愈，予诊之，觉指下稍盛，又半日，病者言膈上满不觉饥，视其腹纹已隐矣。予曰：夜来药中莫加黄芪否，曰：然，止与三帖。遂速与二陈汤加厚朴枳壳黄连以泻其卫，三帖而安。

8.2 元·罗天益《罗谦甫医案·虚损》

建康道周卿子，年二十三，至元戊寅春间，病发热肌肉消瘦，四肢困倦嗜卧，盗汗，大便溏多，肠鸣不思饮食，舌不知味懒言，时来时去，约半载余。罗诊脉浮数，按之无

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

力，正应浮脉歌云："脏中积冷营中热，欲得生津要补虚。"先灸中脘，乃胃之纪也，使引清气上行，肥腠理，又灸气海，使生发元气，滋荣百脉，长养肌肉，又灸三里，乃胃之合穴，亦助胃气，撤上热，使下于阴分。以甘寒之剂泻火热，佐以甘温养其中气，又食粳米、羊肉之类，固其胃气。或以慎言语，节饮食，惩忿窒欲。病日减，数月后，气得平复，逮二年，肥甚倍常，或曰：世医治虚劳病，多用苦寒之剂，君用甘寒，羊肉助发热，人皆忌之，而君反令食，何也？罗曰：《内经》云：火位之主其泻以甘。藏气法时论云：心苦缓，急食酸以收之，以甘泻之。泻热补气，非甘寒不可，若以苦寒泻其土，使脾土愈虚，火邪愈甚矣。又云：形不足者，温之以气，精不足者，补之以味，劳者温之，损者益之，补可去弱，人参羊肉之类足也。人参能补气虚，羊肉能补血虚，食羊肉何疑邪？

8.3 元·江应宿《江应宿医案·虚损》

祁门人周三，年近五十，潮热咳嗽咽哑，诊之六脉弦数。周故以酒象，先年以醉后呕血数升，遂咳不止，百治不应，肌食循减，烦躁喘伤，江与四物换生地，加贝母、丹皮、麦冬、五味、阿胶并服。加蔗浆一小盅，姜汁少许，嗽渐止，食少，再加白术、茯苓、人参。食渐进，夜食太平丸，晨服六味合生脉加枸杞为丸。两月嗽止，半年肥白如初。

8.4 明·胡慎柔《胡慎柔医案·虚劳例》

曹梧冈令爱年十七岁，七月间劳倦发热，不思饮食，六脉俱洪，用逍遥散四剂遂愈。自后饮食不甚贪，肌肉不生，此脾胃虚也。还宜服补中之剂。彼孰为泛常，不及调养，延至十一月间，忽气喘咳嗽，此土不能生金也，且发寒热，复诊之，六脉无伦次，无至数，偶来一如游丝，亦无定踪，外症喘急，吐痰，不食，面红，遍身冰冷，面目有时面左红赤，有时面右红赤，此脾胃久虚，真阴渐亡，虚阳上就之危证。以六君加姜、桂各三分，门冬、五味、黄芪，二帖。嗽为消缓，四帖而寒热止，饮食增。又诊之，左三脉尚弦细，用补中加姜桂，晚并八味丸一钱五分，十余剂而痊。至半年正月间，病如前，盖因节下饮食过伤，亦缘前之元气未复，脾胃未充故耳。其症比前后重。脉亦如前，日夜不睡，以归脾汤加大附三片，姜桂各二分，服一剂即酣睡一晚，又三剂，更服补中加姜、桂、山药、故纸二十余剂。复诊之，右之比前觉定，但弦不和，仍服前汤，用八味丸四十余粒同前服之，又二十余剂，身温症退而平。

8.5 明·李时珍《李时珍医案·虚损》

时珍自记年二十时，因感冒，咳嗽既久，且犯戒，遂病骨蒸发热，肤如火燎，时吐痰碗许，暑月烦渴，寝食几废，六脉微洪，遍服柴胡麦冬荆沥诸药，月余益剧，其尊君偶思李东垣治肺热如火燎，烦躁引饮而昼盛者，气分热也，宜一味黄芩汤，以泻肺经气分之火，乃按方用片芩壹两，水煎顿服，次日身热尽退，而痰嗽皆愈，药中肯綮，如鼓之应桴如此。

8.6 明·李士材《李士材医案·虚损》

福建何金阳令郎，患虚损梦遗盗汗，羸顿已极，检其所服以四物知柏为主，芩、连、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

二冬为加减，诊其脉大而数，按之极软，李曰中气大寒，反为药苦矣，乃以归脾汤人肉桂一钱，人参五钱，当晚得熟寐，居十日而汗止精藏，更以还少丹兼进，补中益气间服，一月而瘥。

8.7 清·何炫《何氏虚劳心传·治验》

一人形体单弱，神气衰少，且素耽酒色，时常齿衄。春间，偶患右乳房及肩背作痛异常，手不可近，扪之如火，日夜不眠，医用桃仁、红花、乳、没、灵脂，延胡等药，二十余剂不效。邀余诊治，六脉虚数，肝肾为甚，余断以阴虚火旺之症，当滋阴养血，扶持脾胃，俾阴血渐生，虚火下降，则痛不求其止而止矣。如必以和伤治痛好急，则徒败胃气，克削真元，非所宜也。疏一方付之，用地、芍、杞子、牛膝、麦冬滋阴养血；石斛、甘草扶持脾胃；桑皮、续断、丹皮和调血脉。嘱其十剂方有效，以阴无骤补之法耳！服至八剂后，脉气渐和，精神渐旺，尚未出房室，至此则能步出中堂，但痛处未尽除，然生机则跃矣。惜其欲速太过，惑于群小，弃置余方，复以前药杂进。一月后胃气果败，作呕逆；阴血愈耗，发潮热，脾气伤尽，作腹胀。再半月死矣。

8.8 清·叶桂《临证指南医案·虚劳》

许善慎，食减无味，大便溏泻，三年久病，内伤何疑，但清内热，润肺理嗽，总是妨碍脾胃，思人身病损，必先阴阳致偏，是太阴脾脏日削，自然少阳胆木未悔，宗《内经》外脏通腑一法，四君子加桑叶、炒丹皮。

又．虚劳三年，形神大衰，食减无味，大便溏泻，寒起背肢，热从心炽，每咳必百脉动掣，间或胁肋攻触，种种见症，都是病深传遍，前议四君子汤以养脾胃冲和，加入桑叶、炒丹皮和少阳木火，使土少侵，服已不应想人身中二气致偏则病。今脉症乃损伤已极，草木焉得振顿，见病治病，谅无裨益。益气少灵，理从营议。食少滑泄，非滋腻所宜，暂用景岳理阴煎法，添入镇逆固摄，若不见胃生知味，实难拟法。

8.9 清·王旭高《王旭高医案·虚劳》

赵　血不养心，则心悸少寐。胃有寒饮，则呕吐清水。虚火燥金，则咽痛。肝木乘中，则腹胀。此时调剂，最难熨贴，盖补心养血之药，多嫌其滞，清降虚火之药，又恐其克伐耗气。今仿胡洽居士法，专治其胃，以胃为气血之乡，土为万物之母，一举而三善备焉。试请服之：党参，冬术，茯苓，半夏，枣仁，扁豆，陈皮，怀山药，秫米。

复诊，阴虚则阳不藏，水亏则木自旺。金衰不能制木，脾弱更受木刑。久病不复，便谓之损。调补之外，何法敢施：党参，茯神，枣仁，熟地，冬术，当归，陈皮，川贝，神曲，五味子，龙眼肉。

三诊，阳明为阳盛之经，虚则寒粟，少阴为相火之宅，虚则火升，咽喉燥痛，耳鸣，颧赤所由来也。至于腹中撑胀，虽为肝旺，也属脾衰。心跳少寐，咳嗽短气，心营肺卫俱虚矣。虚者补之，是为大法，虚不受补，谓之逆候：党参，怀山药，神曲，玄参，白芍，茯神，大生地，枣仁，陈皮。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

8.10 清·尤怡《静香楼医案·虚损门》

罗氏论虚劳之证，多因邪伏血郁而得，不独阴亏一端也。临晚寒热，时减时增，其为阳陷入阴可知，滋肾生肝，最为合法，略加损益，不必更张也：熟地，白芍，茯苓，丹皮，山药，柴胡，炙草，鳖甲。

再诊：热渐减，头中时痛，脉数不退，喉中痰滞不清：青蒿，丹皮，熟地，鳖甲，炙草，牛膝，茯苓，小麦。

三诊：体虽不热，脉仍细数，宜养阴气，六味丸去萸肉、泽泻，加白芍、牛膝、青蒿、鳖甲。

8.11 清·曹仁伯《继志堂医案·虚损门》

咳嗽五月有余，黄昏为甚，肌肉暗削，肢体无力，容易伤风，或头胀，或溺黄，总由阴分下虚，浮火夹痰上扰所致：四物桔梗汤（四物加桔、柏）加柔皮、地骨皮、川贝、知母、甘草、青黛、蛤壳、枇杷叶。

8.12 清·薛雪《薛生白医案·虚损》

病起于费心劳碌，风寒不节，遂致咳嗽吐痰，久则内伤。内伤者，内中之脏气伤也。即古人所谓虚劳症，总不得愈，必随绝去费心劳碌之事，一毫念不起，助之以药，或可延年。麦冬，阿胶，桔梗，炙草，沙参，米仁，茯苓。

8.13 清·吴瑭《吴鞠通医案·虚劳》

每日五更胃痛欲食，得食少安，胃痛则背冷如冰，六脉弦细阳微，是太阳之阳虚，累及阳明之阳虚，阳明之阳虚现症，则太阳之阳更觉其虚，此等阳虚，只宜通补，不宜守补，桂枝，广皮，川椒炭，半夏，干姜。

8.14 清·赵海仙《赵海仙医案·痨损》

水亏于下，火炎于上，咳逆失血，侧眠音哑，骨中蒸热，两脉细数，劳怯之机已露，拟方以尽人力：鳖甲，青蒿，麦冬，沙参，半夏，鸡子清，旱莲，女贞子，石斛，桑叶，杏红，川贝，枇杷叶。

8.15 清·马培之《马培之医案·虚损》

精、气、神为人身之宝，精藏于肾，气出于肺，神藏于心，心有所思，则精有所耗，神无所归，气无所附，百病生焉，心悸懒动，倦怠乏力，便泄精关不固，吞食不香。心脾肾之脏皆亏，法当静养，勿虑勿劳为要。党参，白术，黄芪，龙齿，枣仁，远志，茯神，当归，木香，广皮，煨姜，红枣，龙眼，鱼肚。

8.16 清·张聿青《张聿青医案·虚损》

人之一身，气血阴阳而已，血阴气阳。气中之血，阳中之阴也；血中之气，阴中之阳

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

也。病从暑温而起，变成外疡，其湿热之盛，不问可知。乃疡肿而溃，溃而不敛，脓水去多，气中之血既虚，血中之气亦损，以致肌肉瘦削，便泄无度，刻下泄虽渐定，而二便不固，痰气上升，胸次窒闷，口渴而不欲饮舌苔糜腐，质淡白，小溲带黑，并无热痛情形，四肢虽属温和，而自觉恶寒，知味而不能食。脉左寸细数，关部弦搏，尺部细而带涩，右部濡弱，重按微滑，尺部细沉。手太阴之津，足阳明之气，足少阴之水，一齐耗亏，而湿痰留恋于胃之上口，致补益之品，不能飞渡胃关，气血从而日耗。气血并补，汤丸并进，勿壅滞胃口：南沙参，橘红，竹茹，石斛，半夏，生苡仁，炒扁豆衣，白茯苓，生谷芽，佩兰叶；丸方：吉林参，生於术，杭白芍，川芎煎之收入，生熟绵芪，大熟地，肉桂，云苓，生熟草，当归。

8.17 清·丁甘仁《丁甘仁医案·虚损》

劳役太过，脾胃两伤，荣卫循序失常，寒热似疟，已有数月。形瘦色萎，食减神疲，脉象虚迟，舌光有津，势将入于虚损一途。损者益之，虚者补之，甘温能除大热，补中益气汤加减：党参，黄芪，白术，炙草，银柴胡，广陈皮，全当归，怀牛膝，秦艽，砂仁，焦谷芽，生姜，大枣。

9 预防与调摄

《素问·上古天真论》谆谆告诫后人，只有“法于阴阳，和于术数，饮食有节，起居有常，不妄作劳”，才能“形与神俱，而尽终其天年，度百岁乃去”。而虚劳之调摄尤为重要，因此，明代医家绮石在《理虚元鉴·知防》一节中说：“虚人再经不得一番伤寒……春防风，又防寒；夏防暑热，又防因暑取凉，而致感寒；长夏防湿；秋防燥；冬防寒，又防风。”并要求医师：“每当时序推迁，气候偏重，即宜预为调摄挽救，以补阴阳造化之偏，而制其太过，扶其不足。”他在《知节》中还谈到了舒达情志以养五脏：“其在荡而不收者，宜节嗜欲以养精；在滞而不化者，宜节烦恼以养神；在激而不平者，宜节忿怒以养肝；在燥而不静者，宜节辛勤以养力；在琐屑而不坦夷者，宜节思虑以养心；在慈悲而不解脱者，宜节悲在以养肺。”清代何炫认为虚劳宜慎饮食，他在《何氏虚劳心传·虚劳所忌饮食诸物及却病之方》中写道：“烟为辛热之魁，酒为湿热之最。凡姜、椒、荠、蒜及一切辛热之品，热能伤阴，断不可用。并生冷、滑肠、坚硬之物宜戒，恐伤脾胃也。”并也强调戒劳、戒色的重要地位：“又当戒色，戒怒，解忧，免劳为第一。”

展　望

虚劳病是中医的疑难症。疑在何处，疑在病因、病机；难在何处，难在预防、治疗。因而提高临床疗效的关键在于尽可能多地、快地应用关于自然、社会、人类思维等方面的科技成果，在现有方法之外寻找突破口。这便对我们知识的广度、深度、更新的速度及有机结合的灵活度提出了更高的要求。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

我们都知道肺痨在很大程度上具备虚劳病的特点（在［今日临床］中已详细比较），但是由于在病因学方面的研究进展，导致了其治疗学的重大变革，从而使临床治愈率显著提高，这便启迪我们在虚劳病的研究中，应在病因学、治疗学方面重点攻关，同时应借鉴西医分子生物学、遗传学、免疫学等基础理论以及手术治疗、化学治疗、物理治疗、免疫治疗、基因治疗等方法，中西医在高层次有机结合，相信在虚劳病的研究中，会取得到更具突破性进展的新成果。

证候的实验研究是中西医结合的特色产物，其目的是使“证”能得到量化，易于把握，从而有效地指导临床和科研。研究的初始人们甚为欣慰，因为那抽象的气、血、阴、阳找到了物质基础，并在一定程度上对提高临床疗效，规范科学研究起到了积极的指导作用；但当人们进一步使之完善的时候，才发现难度非常，随着科技不断进步，观测指标日渐增加，这种研究可以说是无穷无尽的。而这种研究的前题是证的规范化，陈小野以脾气虚为例，引用了众多专家自己制定的标准、研究单位制定的标准、专业委员会制定的标准、卫生部制定的标准及中医教材制定的标准，他认为这些证候诊断标准之间无直接引用关系，相互间存在着差异，这样客观上形成了证候诊断依据的多样性，陈氏据此提出了证候多态性概念，并认为证候多态性的正面意义是主要的，说明中医证候这一重要的理论及临床概念有着丰富而深刻的内涵。陈氏提出证候多态性在规范化上造成的困难，是可以通过技术性的约定得到圆满解决的。这是一个值得深思并需深入研究的问题。

中药成分的分析研究及药理研究已是当今世界一个热点问题，其成效卓著，举世瞩目，值得深入探讨、广泛研究、快速应用。

针灸的治疗作用是举世瞩目的，然而针灸学的基础——经络实质的研究一直是医学界乃至科技界关注的热点和敏感点，在很多人看来，经络应该是可以看得见、摸得着的一种三维物质，到目前为止，这种猜想仍在证实之中。跳出来想一想，至今乃在中学课本中教授的著名的万有引力定律，难道有谁看到过、摸着过这种伟大的引力吗？生物磁、生物电、生物场已普遍为人们接受，自然科学已证实：场既有质量，也有能量、动量；场具有粒子性，粒子具有场的特性，场和粒子可以相互转化。这些结论对我们研究经络实质想必是大有助益的，其研究结果有可能把中医学推向一个前所未有的新高度。

随着医学研究由生物医学模式向生物—心理—社会医学模式的转变，以及物质文明的高度发展要求有与之相适应的精神文明；所以研究人的心理在健康和疾病中相互作用的规律，已成为医学研究的一个重要组成部分，并且具有方向性和指导性。早在《内经》即有“心者，君主之官，神明出焉。……喜怒伤气……暴怒伤阴，暴喜伤阳。”足见我国古代劳动人民早就注意到心理情绪变化对人的生理、病理产生的巨大影响。究竟这种心理情绪也就是“心意”，或者说“想法”具备怎样的特性，这些特性对人的气血阴阳、五脏六腑、四肢百骸会产生什么作用（包括生理、生化、病理等方面），如何系统、全面地研究、把握这种特性，并且利用这种特性有效地提高人类健康水平，预防祛除疾病，仍是我们急需深入研究的重要课题。

（刘海林）

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

近现代参考文献

[1] 顾膺陀，等. 虚劳集. 北京：中华印书局，1933. 30

[2] 方药中. 实用中医内科学. 上海：上海科学技术出版社，1985. 498

[3] 张伯臾. 中医内科学. 上海：上海科学技术出版社，1985. 283

[4] 何绍奇. 现代中医内科学. 北京：中国医药科技出版社，1997. 612

[5] 王永炎. 临床中医内科学. 北京：北京出版社，1994. 1315

[6] 黎镜. 鹿茸四鸡散治疗虚劳. 四川中医，1986 (12):21

[7] 周锡鹏. 虚损治验. 湖南中医杂志，1987 (3):25

[8] 仟昌伟. 大黄䗪虫丸治疗再生障碍性贫血一例. 河南中医，1990 (5):12

[9] 王承建. 虚劳治验一则. 新中医，1989 (12):13

[10] 田乃庚. 虚劳生血汤. 实用中西医结合杂志，1993 (9):541

[11] 谭福天. 桂枝汤治验. 吉林中医药，1992 (6):12

[12] 谢文英. 自拟再生障生血汤治疗再生障碍性贫血 10 例. 河南中医，1993 (3):131

[13] 刘广全. 虚劳治验 1 例. 中医杂志，1988 (6):40

[14] 谢晶日. 急重症治验三则. 黑龙江中医药，1986 (6):19

[15] 方炳福. 养心汤临床运用举隅. 安徽中医学院学报，1988 (3):24

[16] 赵学东. 半夏白术天麻汤治疗“再障”. 湖南中医杂志，1990 (3):37

[17] 邓禄清. 难治性贫血病重型病例电医治疗. 广东医学，1991 (3):37

[18] 闻鼎忠. 再生障碍性贫血二例治验. 广西中医药，1989 (4):16

[19] 王少华. 任继学教授急重证治验拾隅. 江西中医药，1990 (3):8

[20] 杨福民. 顽证治验 3 则. 内蒙古中医药，1986 (3):12

[21] 兰茂璞. 水陆二仙丹的临床应用. 实用医学杂志，1986 (4):36

[22] 梁贵章. 升白冲剂治疗白细胞减少症疗效观察. 实用中西医结合杂志，1990 (5):77

[23] 张心海. 升白汤治疗原发性白细胞减少症 36 例. 吉林中医药，1991 (6):12

[24] 李文海. 右韦大枣汤治疗白细胞减少症 47 例小结. 湖南中医杂志，1992 (1):7

[25] 方英杰. 南武汤治验举隅. 辽宁中医杂志，1990 (11):18

[26] 洪瑞琰. 升白冲剂治疗白细胞减少症 101 例临床疗效观察. 江苏中医杂志，1984 (4):25

[27] 李桥. 张学文血证验案举隅. 黑龙江中医药，1993 (5):30

[28] 胡克杰. 张琪研究员从脾胃治疗肾病的经验. 黑龙江中医药. 1992 (6):1

[29] 于杰. 李文浦教授治验 4 则. 实用中医内科杂志，1989 (2):4

[30] 谢仁敷. 难治性血液病二例报告分析. 中西医结合杂志. 1989 (2):109

[31] 王江涛. 鳖甲丸治疗嗜酸性粒细胞增症 1 例. 河南中医，1991 (4):12

[32] 余朋千. 张锡君疑难医案选. 江西中医药，1985 (1):9

[33] 朱胜典. 加味理阴并治疗地中血一例. 福建中医药，1985 (4):442

[34] 曹恩泽. 虚劳治验二案. 江苏中医杂志，1987 (4):20

[35] 余惠民. 当归六黄汤临床新用举隅. 中医药信息，1988 (3):29

[36] 王凤娇. 生脉散加味治疗低血压 112 例. 河北中医，1993 (2):11

[37] 徐洁生. 管虚劳一斑. 陕西中医，1988 (11):516

[38] 赵凤林. 虚劳治验. 陕西中医函授，1987 (3):4

[39] 邓学峰. 硫黄临床应用举隅. 浙江中医杂志，1988 (6):260

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[40] 胡晓明．虚劳重症治验．四川中医，1991（7）:12
[41] 孟宪庆．席汉氏综合征治验．新中医，1985（6）:39
[42] 张耀宗．从肾论治席汉氏综合征15例．河北中医，1990（1）:33
[43] 钱天雷．补肾法临床应用举隅．安徽中医学院学报，1986（1）:36
[44] 黄兆铨．温补肾阳法治疗席汉氏综合征二例．浙江中医学院学报，1990（5）:16
[45] 刘国清．虚劳．广西中医药，1990（3）:33
[46] 赵树民．虚证从心论治三例．辽宁中医杂志，1992（6）:36
[47] 常学文．浅谈虚劳病的治疗．中国初级卫生保健，1988（3）:45
[48] 袁士良．加味补中益气汤治疗“不安腿综合征”12例．南京中医学院学报，1991（2）:84
[49] 李景良．不安腿综合征临床治验1例．实用中西医结合杂志，1991（7）:425
[50] 魏金堂．重症肌无力诊治体会点滴．实用中医内科杂志，1993（3）:39
[51] 郑翔．老年颜面黧黑．新中医，1984（5）:24
[52] 许季平．临床运用经方举隅．江西中医药，1990（2）:22
[53] 胡春城．小建中汤治愈鼻衄．四川中医，1985（8）:37
[54] 李志文．生脉散汤临床运用．中医药学报，1985（3）:28
[55] 孙继铭．益心汤治疗无症状性心肌缺血临床观察．河北中医，1994（6）:25
[56] 沈宏元．虚劳咳血．湖南中医杂志，1988（1）:32
[57] 李炳绪．李存芳用经方治不孕症介绍．医学论坛，1993（1）:12
[58] 邹友敏．健脾益肾法在肿瘤放疗后的运用．四川中医，1994（2）:15
[59] 安治勋．培土滋水治虚劳．中医药学报，1989（4）:25
[60] 翟文生．老少年克隆氏病的中医辨证．河南中医药学报．1994（4）:22
[61] 李瑞兰．白血病的辨证施治．湖南中医学院学报，1994（1）:27
[62] 崔成全．四象体质与气血关系的研究．内蒙古中医药，1992（3）:32
[63] 李斯炽．谈虚损．山东中医杂志，1987（6）:7
[64] 梁贻俊．立“血劳”易血液病中虚劳的诊断．中国中西医结合杂志，1995（6）:368
[65] 罗仁．中医虚证诊疗手册．北京：北京人民军医出版社，1995．16
[66] 秦伯未．痨病指南．上海：上海科学技术出版社，1963．139
[67] 于爱国．浅谈虚劳病的辨证施治．中医药函授通讯，1986（2）:608及1986（4）:686
[68] 姜元安．略论桂枝汤治疗虚损病证之机理．吉林中医药，1987（2）:3
[69] 陈家英．虚劳病病机证候特点．陕西中医，1984（9）:41
[70] 曲淑兰．谈虚劳病从脾肾论治．河北中医，1989（6）:35
[71] 叶惠燕．班秀文教授调肝治虚损法浅探．辽宁中医杂志，1990（10）:9
[72] 叶照林．薯蓣丸新解．吉林中医药，1990（3）:48
[73] 胡共和．“气化”论虚劳．新疆中医药，1988（1）:17
[74] 沈自尹．中医虚证辨证参考标准．中西医结合杂志，1986（10）:598
[75] 中华人民共和国卫生部．中药新药临床研究指导原则．第一辑，1993．91第二辑，1995．1
[76] 杨世兴．脾阳虚病人部分实验室检查及其临床意义的初步探讨．西安医科大学报，1986（4）:407
[77] 吕志平．补血益肾祛瘀治疗肾血虚证54例．实用中西医结合杂志，1991（11）:678
[78] 邱向红．脾虚证计量诊断的探讨．广州中医学院学报，1990（1）:24
[79] 杨维益．脾气虚证时肌酸磷酸激酶及其同功酶活性变化的临床研究．中国医药学报，1992（4）:22
[80] 潘毅．肺气虚证定量诊断标准存在的共性与个性矛盾．医学与哲学，1995（9）:470
[81] 吉保民．脾气虚证诊断标准存在的共性与个性矛盾．医学与哲学，1995（9）:470

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[82] 陈小野. 脾气虚证多态性的初步探讨. 中医杂志, 1996 (2):113
[83] 卜平. 虚劳病诊治规律的临床研究. 中国医药学报, 1992 (5):21
[84] 邓铁涛. 中医诊断学. 上海: 上海科学技术出版社, 1984. 106
[85] 蒋开平. 肝气虚肝阳虚的探讨概况. 中国医药学报, 1992 (4):52
[86] 孙发明. 肝气虚证的病机及治疗. 云南中医中药杂志, 1996 (1):56
[87] 黄芝蓉. 浅谈血虚治肾和肾血虚证. 贵阳中医学院学报, 1986 (4):14
[88] 陈家旭. 肝气虚诊断探析. 北京中医学院学报, 1992 (5):6
[89] 杜俊生. 肝阳虚证浅探. 国医论坛, 1994 (3):24
[90] 傅振中. 肝阳虚证的临床初探. 四川中医, 1994 (2):12
[91] 刘兆成. 肝阳虚证治浅析. 陕西中医, 1985 (3):97
[92] 陈士洲. 浅谈肝阳虚. 山东中医杂志, 1988 (4):
[93] 毛炯. 脾阴虚证的现代研究进展. 实用中西医结合杂志, 1995 (11):686
[94] 毛炯. 脾阴虚的研究进展. 中医杂志, 1991 (5):50
[95] 安治勋. 培土滋水治虚劳. 中医药学报, 1989 (4):25
[96] 董胡兴. 漫话理虚要诀. 贵阳中医学院学报, 1991 (2):48
[97] 罗建华. 诸虚难平, 妙在轻缓. 中医杂志, 1992 (6):58
[98] 刘兴山. 红杞力补口服液治疗虚劳 120 例临床观察. 长春中医学院学报, 1996 (6):22
[99] 李玺. 复方绞股蓝口服液治疗虚劳 260 例. 陕西中医, 1994 (9):391
[100] 刘珀. 肾泰脾康丸初探. 新疆中医药, 1993 (4):30

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 附　录 ❋

方剂汇编

一　画

一甲复脉汤（《温病条辨》）　炙甘草　干地黄　生白芍　麦门冬　阿胶　牡蛎

一阴煎（《景岳全书》）　生地黄　熟地黄　芍药　麦门冬　丹参　牛膝　甘草

一盘珠汤（《救伤秘旨》）　续断　生地黄　川芎　木香　红花　泽兰　当归　赤芍　苏木　桃仁　乌药　大黄　乳香　没药　甘草

一贯煎（《柳州医话》）　沙参　麦门冬　当归　生地黄　枸杞子　川楝子

二　画

二乌汤（经验方）　制川乌　制草乌　当归　牛膝　红花　海马　广三七　续断　杜仲　自然铜

二术二陈汤（经验方）　陈皮　半夏　茯苓　甘草　苍术　白术

二仙汤（《中医方剂临床手册》）　仙茅　仙灵脾　当归　巴戟天　黄柏　知母

二冬汤（《医学心悟》）　天门冬　麦门冬　天花粉　黄芩　知母　薄荷叶　人参　甘草

二加龙骨汤（《外台秘要》）　龙骨　甘草　牡蛎　白薇　附子　芍药　大枣　生姜

二母散（《世医得效方》）　知母　贝母　茯苓　人参　桃仁　杏仁

二至丸（《医便》）　女贞子　旱莲草

二地汤（经验方）　阿胶　白芍　玄参　生地黄　地骨皮　炙甘草

二阴煎（《景岳全书》）　生地黄　麦门冬　酸枣仁　生甘草　玄参　茯苓　黄连　木通　灯心（或用竹叶）

二陈汤（《太平惠民和剂局方》）　陈皮　半夏　茯苓　炙甘草　生姜　乌梅

二陈四七汤（《症因脉治》）　半夏　陈皮　茯苓　甘草　苏梗　厚朴

二陈芎归汤（《医学入门》）　半夏　陈皮　赤茯苓　甘草　人参　阿胶　五味子　细辛　白芍　川芎　当归

二妙丸（《丹溪心法》）　苍术　黄柏

二草丹（《杂病源流犀烛》）　金陵草（旱莲草）　车前草

二柴胡饮（《景岳全书》）　陈皮　半夏　细辛　厚朴　生姜　柴胡　甘草

十四味建中汤（《杂病源流犀烛》）　人参　黄芪　当归　白术　甘草　白芍　茯苓　地黄　川芎　麦门冬　附子　肉桂　肉苁蓉　半夏　姜　枣

十灰散（《十药神书》）　大蓟　小蓟　侧柏叶　荷叶　茜草根　山栀　白茅根　大黄　牡丹皮　棕榈皮

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

十全大补汤（《太平惠民和剂局方》） 黄芪 人参 白术 茯苓 甘草 当归 川芎 白芍 熟地黄 肉桂

十枣汤（《伤寒论》） 大枣 甘遂 大戟 芫花

丁沉透膈散（《太平惠民和剂局方》） 白术 香附 人参 砂仁 丁香 麦芽 木香 肉豆蔻 神曲 炙甘草 沉香 青皮 厚朴 藿香 陈皮 半夏 草果

丁桂散（《江苏省药品标准》） 丁香 肉桂

丁桂散（《上海市中药成药处方集》） 丁香 肉桂

七正散（《景岳全书》） 车前子 赤茯苓 山栀 木通 龙胆草 萹蓄 生甘草梢

七味白术散（《小儿药证直诀》） 人参 茯苓 白术 藿香叶 木香 甘草 葛根

七味白术散（《证治准绳》） 人参 白茯苓 白术 木香 葛根 藿香叶 甘草

七味都气丸（《医宗己任篇》） 五味子 生地黄 山茱萸 山药 茯苓 牡丹皮 泽泻

七珍散（《证治要诀及类方》） 人参 黄芪 白术 茯苓 甘草 山药 粟米

七福饮（《景岳全书》） 熟地黄 当归 人参 白术 炙甘草 远志 杏仁

八正散（《太平惠民和剂局方》） 木通 瞿麦 车前子 萹蓄 滑石 甘草 大黄 栀子 灯心草

八物汤（《证治准绳》） 白术 茯苓 人参 黄芪 当归 芍药 川芎 熟地黄

人参丸（《景岳全书》） 人参 茯苓 茯神 酸枣仁 远志 益智仁 牡蛎 朱砂

人参白虎汤（《伤寒论》） 人参 生石膏 知母 粳米 甘草

人参麦冬散（《妇人秘科》） 人参 麦门冬 茯苓 黄芩 知母 生地黄 炙甘草 竹茹

人参固本丸（《增补内经拾遗方论》） 人参 麦门冬 天门冬 生地黄 熟地黄

人参固本丸（《景岳全书》） 人参 天门冬 麦门冬 生地黄 熟地黄

人参败毒散（《小儿药证直诀》） 人参 前胡 川芎 枳壳 羌活 独活 茯苓 桔梗 柴胡 生姜 薄荷

人参泻肺汤（《医宗金鉴》） 栀子 连翘 薄荷 黄芩 大黄 甘草 枳壳 桔梗 杏仁 人参 桑白皮

人参养荣汤（《太平惠民和剂局方》） 白芍 当归 陈皮 黄芪 肉桂 人参 白术 炙甘草 熟地黄 五味子 茯苓 远志 生姜 大枣

人参黄芪散（《卫生宝鉴》） 人参 秦艽 茯苓 知母 桑白皮 桔梗 紫菀 柴胡 黄芪 地骨皮 生地黄 半夏 赤芍 天门冬 炙鳖甲 炙甘草

人参琥珀丸（《杂病证治类方》） 人参 琥珀 茯苓 石菖蒲 远志 乳香 没药 酸枣仁 朱砂

人参蛤蚧散（《济生方》） 人参 蛤蚧

人参蛤蚧散（《卫生宝鉴》） 人参 茯苓 知母 桑白皮 贝母 蛤蚧 杏仁 炙甘草

三 画

三才丹（《症因脉治》） 天门冬 生地黄 人参

三子养亲汤（《韩氏医通》） 苏子 白芥子 莱菔子

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

三仁汤（《温病条辨》） 杏仁 滑石 通草 半夏 白蔻仁 竹叶 厚朴 薏苡仁 半夏

三气饮（《景岳全书》） 当归 枸杞子 杜仲 熟地黄 牛膝 茯苓 白芍 肉桂 细辛 附子 白芷 生姜 甘草

三化汤（《素问病机气宜保命集》） 厚朴 大黄 枳实 羌活

三甲复脉汤（《温病条辨》） 炙甘草 生地黄 生白芍 生牡蛎 麦门冬 阿胶 火麻仁 生鳖甲 生龟版

三圣散（《儒门事亲》） 防风 瓜蒂 藜芦

三拗汤（《太平惠民和剂局方》） 麻黄 杏仁 甘草 生姜

三棱丸（《证治准绳》） 煨三棱 木香 炒神曲 陈皮 半夏 丁香 官桂

三棱丸（《赤水玄珠》） 陈仓米（巴豆炒） 陈皮 三棱 砂仁 麦芽 木香 生姜

三棱煎（《三因极一病证方论》） 三棱 莪术 青皮 半夏 麦芽

三棱煎丸（《证治准绳》） 三棱 炮莪术 鳖甲 当归 芜花 炒杏仁 淡豆豉 巴豆

三棱煎丸（《寿世保元》） 神曲 麦芽 莱菔子 杏仁 硇砂 三棱 干漆 青皮

三痹汤（《妇人大全良方》） 独活 地黄 杜仲 牛膝 续断 当归 芍药 肉桂 川芎 秦艽 防风 党参 细辛 茯苓 甘草 生姜

土大黄饮（经验方） 土大黄根 鲜茅根 生淮山药 红糖

土茯苓治淋汤（《当代名医临证精华·淋证专辑》） 土茯苓 忍冬藤 玉米须 泽泻 车前草 通草

下瘀血汤（《金匮要略》） 大黄 桃仁 炒䗪虫

大七气汤（《医学入门》） 三棱 莪术 青皮 陈皮 桔梗 藿香 益智仁 香附 肉桂 甘草

大分清饮（《景岳全书》） 栀子 猪苓 茯苓 泽泻 木通 枳壳 车前子

大半夏汤（《金匮要略》） 半夏 人参 白蜜

大成汤（《理伤续断方》） 当归 红花 苏木 陈皮 木通 厚朴 大黄 芒硝 甘草 枳壳

大补丸（《丹溪心法》） 黄柏 知母 熟地黄 龟版 猪脊髓

大补阴丸（《丹溪心法》） 知母 黄柏 熟地黄 龟版 猪脊髓

大补元煎（《景岳全书》） 熟地黄 山茱萸 山药 枸杞子 当归 杜仲 人参 甘草

大青龙汤（《伤寒论》） 麻黄 桂枝 杏仁 石膏 甘草 生姜 大枣

大定风珠（《温病条辨》） 牡蛎 鳖甲 生龟版 炙甘草 大生地黄 生白芍

大建中汤（《金匮要略》） 川椒 干姜 人参 饴糖

大承气汤（《伤寒论》） 大黄 枳实 厚朴 芒硝

大秦艽汤（《素问病机气宜保命集》） 秦艽 甘草 川芎 当归 细辛 羌活 防风 黄芩 石膏 白术 生地黄 熟地黄 白茯苓 白芍 白芷 独活

大柴胡汤（《伤寒论》） 柴胡 黄芩 半夏 枳实 白芍 大黄 生姜 大枣

大造丸（《东医宝鉴》） 紫河车 龟版 黄柏 杜仲 牛膝 天门冬 麦门冬 人参 地黄 当归 五味子

大黄甘遂汤（《金匮要略》） 大黄 甘遂 阿胶

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

大黄牡丹汤（《金匮要略》） 大黄 牡丹皮 桃仁 冬瓜仁 芒硝

大黄䗪虫丸（《金匮要略》） 䗪虫 大黄 干漆 干地黄 甘草 水蛭 白芍 杏仁 黄芩 桃仁 虻虫 蛴螬

大橘皮汤（《宣明论方》） 橘皮 茯苓 木香 滑石 槟榔 猪苓 泽泻 白术 官桂 甘草

山栀地黄汤（《医学入门》） 山栀 生地黄 芍药 知母 贝母 瓜蒌仁 天花粉 牡丹皮 麦门冬

山楂消糜汤（经验方） 山楂 茯苓 莘薤 车前草 槟榔 地龙 海藻

千金苇茎汤（《备急千金要方》） 苇茎 薏苡仁 冬瓜仁 桃仁

小乌沉汤（《证治要诀》） 香附 乌药 甘草

小半夏汤（《金匮要略》） 半夏 生姜

小半夏加茯苓汤（《金匮要略》） 半夏 茯苓 生姜

小阿魏丸（《丹溪心法》） 山楂 石碱 半夏 皂角

小青龙汤（《伤寒论》） 麻黄 白芍 细辛 干姜 甘草 桂枝 半夏 五味子

小青龙加石膏汤（《伤寒论》） 麻黄 细辛 干姜 甘草 桂枝 五味子 芍药 半夏 生石膏

小建中汤（《伤寒论》） 桂枝 芍药 炙甘草 生姜 大枣 饴糖

小承气汤（《伤寒论》） 大黄 厚朴 枳实

小活络丹（《太平惠民和剂局方》） 制川乌 制草乌 地龙 制南星 乳香 没药

小柴胡汤（《伤寒论》） 柴胡 黄芩 半夏 人参 甘草 生姜 大枣

小陷胸汤（《伤寒论》） 黄连 半夏 瓜蒌实

小菟丝子丸（《太平惠民和剂局方》） 石莲肉 菟丝子 茯苓 山药

小菟丝子丸（《景岳全书》） 菟丝子 石莲肉 白茯苓 山药

小续命汤（《备急千金要方》） 麻黄 防己 人参 黄芩 桂心 甘草 芍药 川芎 杏仁 附子 防风 生姜

小蓟饮子（《济生方》） 生地黄 小蓟 滑石 通草 蒲黄 藕节 淡竹叶 当归 山栀 炙甘草

己椒苈黄丸（《金匮要略》） 防己 椒目 葶苈子 大黄

四 画

王氏清暑益气汤（《温热经纬》） 西洋参 石斛 麦门冬 黄连 粳米 西瓜翠衣

王不留行散（《太平圣惠方》） 王不留行 蒲黄 赤芍 当归 桂心 石韦 冬葵子 木通 车前子 滑石

王荆公妙香散（《景岳全书》） 人参 龙骨 益智仁 茯神 白茯苓 远志 甘草 朱砂

天王补心丹（《摄生秘剖》） 人参 玄参 丹参 茯苓 五味子 远志 桔梗 当归身 天门冬 麦门冬 柏子仁 酸枣仁 生地黄 辰砂

天台乌药散（《医学发明》） 乌药 木香 小茴香 青皮 干姜 槟榔 川楝子 巴豆

天花粉丸（《医方选要》） 天花粉 人参

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

天麻钩藤饮（《杂病证治新义》） 天麻 钩藤 生石决明 川牛膝 桑寄生 杜仲 山栀 黄芩 益母草 朱茯神 夜交藤

开郁种玉汤（《傅青主女科》） 当归 白芍 牡丹皮 香附 白术 茯苓 天花粉

无比山药丸（《太平惠民和剂局方》） 山药 肉苁蓉 熟地黄 山茱萸 茯神 菟丝子 五味子 赤石脂 巴戟天 泽泻 杜仲 牛膝

无比山药汤（经验方） 无比山药丸加女贞子 旱莲草 仙茅 淫羊藿

木防己汤（《金匮要略》） 木防己 石膏 桂枝 人参

木香顺气丸（汤）（《证治准绳》） 木香 炒枳壳 陈皮 香附 槟榔 苍术 砂仁 厚朴 青皮 甘草

木香顺气散（《沈氏尊生书》） 木香 青皮 橘皮 甘草 枳壳 川朴 乌药 香附 苍术 砂仁 桂心 川芎

木香流气饮（《太平惠民和剂局方》） 陈皮 青皮 紫苏叶 甘草 厚朴 香附 人参 赤茯苓 木瓜 石菖蒲 白术 白芷 麦门冬 草果仁 肉桂 莪术 大腹皮 丁香 槟榔 木香 藿香叶 木通 半夏 生姜 大枣

木香流气饮（《证治准绳》） 陈皮 青皮 紫苏 甘草 厚朴 香附 人参 赤茯苓 木瓜 石菖蒲 白术 白芷 麦门冬 草果仁 肉桂 莪术 大腹皮 丁香 槟榔 木香 藿香叶 木通 半夏 生姜 大枣

支扩咯血丸（经验方） 沙参 麦门冬 白及 三七 当归 熟地黄 桂枝 川断 女贞子 瓜蒌 鱼腥草 生甘草 蜂蜜

车前子汤（《圣济总录》） 车前子 淡竹叶 黄芩 阿胶 生地黄

止血Ⅰ号（浙江省中医院经验方） 槲木 紫珠草 蒲公英

止血升板Ⅰ号（经验方） 黄芪 龙眼肉 玄参 山药 太子参 生地黄 黄柏 旱莲草 女贞子 蚕蛹

止血消癥汤（经验方） 大黄 黄芪 仙鹤草 当归 生地黄 赤芍

止嗽散（《医学心悟》） 荆芥 桔梗 甘草 白前 陈皮 百部 紫菀

止衄归脾汤（《耳鼻喉科讲义》） 黄芪 党参 白术 熟地黄 当归 山药 陈棕炭 血余炭 大枣 甘草

中满分消丸（《兰室秘藏》） 厚朴 枳实炭 黄芩 黄连 知母 半夏 人参 甘草 陈皮 茯苓 泽泻 砂仁 干姜 姜黄 白术

贝母瓜蒌散（《医学心悟》） 贝母 瓜蒌 天花粉 茯苓 橘红 桔梗

牛黄降压丸（河北省药品标准） 羚羊角 珍珠 水牛角浓缩粉 牛黄 冰片 雄黄 草决明 党参 黄芪 白芍 川芎 黄芩 甘松 薄荷 郁金

牛黄清心丸（《痘疹世医心法》） 牛黄 朱砂 黄连 黄芩 栀子 郁金

牛黄清心丸（山西省药品标准） 当归 川芎 甘草 山药 黄芩 白芍 麦门冬 神曲 白术 蒲黄 大枣 阿胶 茯苓 人参 防风 干姜 白蔹 肉桂 桔梗 杏仁 人工牛黄 朱砂粉 麝香 水牛角浓缩粉 羚羊角粉 冰片 雄黄粉

牛黄解毒片（《全国中成药处方集》） 防风 麦门冬 甘草 赤芍 黄连 黄芩 钩藤 黄柏 栀子 当归 大黄 生石膏 连翘 金银花 桔梗 牛黄 薄荷 冰片 雄黄

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

朱砂 麝香

牛膝四物汤（《医宗金鉴》） 地黄 当归 白芍 川芎 牛膝

升阳益胃汤（《脾胃论》） 黄芪 半夏 人参 炙甘草 白芍 防风 羌活 独活 陈皮 茯苓 泽泻 柴胡 白术 黄连

升陷汤（《医学衷中参西录》） 生黄芪 知母 柴胡 桔梗 升麻

升麻葛根汤（《阎氏小儿方论》） 升麻 葛根 芍药 甘草

化虫丸（《中国中医秘方大全》） 使君子 雷丸 鹤虱 槟榔 苦楝皮 明矾 枯矾 苍术 青矾 茵陈 熟地黄

化赤汤（经验方） 三七粉 赤芍 牡丹皮 益母草 旱莲草 车前草 大蓟 小蓟 茜草 白茅根

化坚汤（《寿世保元》） 白术 香附 山楂 陈皮 半夏 茯苓 当归 川芎 枳实 莪术 桃仁 红花 甘草

化肝煎（《景岳全书》） 青皮 陈皮 芍药 牡丹皮 栀子 泽泻 土贝母

化积丸（《杂病源流犀烛》） 三棱 莪术 阿魏 海浮石 香附 雄黄 槟榔 苏木 瓦楞子 五灵脂

化斑汤（《温病条辨》） 石膏 生甘草 知母 玄参 犀角 粳米

化斑汤（经验方） 生地黄 玄参 牡丹皮 赤芍 紫草 白茅根

化斑饮（经验方） 桑叶 蝉蜕 牡丹皮 生地黄 甘草 葛根 赤芍 连翘 芦根 白茅根 紫珠草 丹参

化痞丸（《疡医大全》） 莪术 煅海浮石 煅瓦楞子 三棱 干漆 大茴香 山楂 穿山甲 丁香 五灵脂 白芷 陈皮 延胡索 木香 牡丹皮 青皮 桔梗 枳壳 胡椒 神曲 蒲黄 香附 桃仁 红花 川芎 当归 厚朴 砂仁 鳖甲 朴硝 阿魏 小茴香 赤芍 使君子 桂皮 铁花粉 水红花子

化瘀汤（《中医内科临床治疗学》） 当归尾 牡丹皮 赤芍 红花 桃仁 丹参 穿山甲 泽泻 白术 青皮 牡蛎

化痰丸（《王节斋方》） 天门冬 黄芩 海粉 橘红 桔梗 连翘 香附 青黛 芒硝 瓜蒌肉 生姜汁

化痰丸（《症因脉治》） 天门冬 瓜蒌霜 连翘 香附 黄芩 海石 青黛 桔梗

化痰通络饮（经验方） 法半夏 生白术 天麻 胆南星 丹参 香附 酒军

化癥回生丹（《温病条辨》） 桃仁 三棱 苏木 干漆 人参 大黄 水蛭 虻虫 乳香 没药 鳖甲胶 益母膏 熟地 白芍 当归尾 公丁香 杏仁 麝香 阿魏 川芎 两头尖 姜黄 肉桂 川椒炭 藏红花 五灵脂 降真香 香附 吴茱萸 延胡索 小茴香炭 高良姜 艾叶炭 苏子霜 蒲黄炭

月华丸（《医学心悟》） 沙参 麦冬 天冬 生地黄 熟地黄 阿胶 山药 茯苓 桑叶 菊花 獭肝 百部 三七 川贝母

丹参饮（《时方歌括》） 丹参 檀香 砂仁

丹参紫草汤（经验方） 丹参 紫草 牡丹皮 白鲜皮 牛蒡子 蝉蜕 甘草 陈皮 大黄

丹栀地枣汤（经验方） 生山栀 牡丹皮 生地黄 赤芍 小蓟 麦门冬 当归 川牛膝

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

红大枣

丹栀逍遥散（《薛氏医案》） 柴胡 生白芍 白术 茯苓 当归 薄荷 生甘草 生姜 牡丹皮 山栀

丹栀逍遥散（《医统》） 丹皮 山栀 柴胡 白芍药 白术 当归 茯苓 甘草 煨姜 薄荷

风伤洗药（《林如高正骨经验》） 骨碎补 风不动 桑寄生 桂枝 柚叶 橘叶 牛膝 白茄根 穿山龙 忍冬藤 松针 侧柏叶 黄酒

乌头汤（《金匮要略》） 麻黄 白芍 黄芪 炙甘草 制川乌 蜂蜜

乌附麻辛桂姜汤（经验方） 川乌 草乌 细辛 白芍 甘草 麻黄 桂枝 干姜 川牛膝

乌附麻辛桂姜汤（经验方） 川乌 附子 麻黄 细辛 桂枝 干姜 甘草 蜂蜜

乌梅丸（《伤寒论》） 乌梅 细辛 干姜 当归 附子 蜀椒 桂枝 黄柏 黄连 人参

乌蔹茅根汤（《中国当代名医验方大全》） 乌蔹 白茅根 车前草 白花蛇舌草

六一散（《伤寒标本心法类萃》） 滑石 甘草

六军丸（《外科正宗》） 蜈蚣 蝉蜕 全蝎 僵蚕 夜明砂 穿山甲 神曲 朱砂

六君子汤（丸）（《太平惠民和剂局方》） 人参 白术 茯苓 炙甘草 陈皮 半夏 生姜 大枣

六君子加归芎汤（《万氏妇人科》） 人参 白术 茯苓 炙甘草 陈皮 半夏 当归身 川芎 香附

六君子加苍莎导痰丸（《万氏妇人科》） 人参 川芎 半夏 甘草 白术 茯苓 陈皮 苍术 当归身 香附 枳壳

六味地黄丸（《小儿药证直诀》） 熟地黄 山药 茯苓 丹皮 泽泻 山茱萸

六味回阳饮（《景岳全书》） 人参 炮干姜 附子 炙甘草 熟地黄 当归

六郁汤（《医学心悟》） 苍术 陈皮 半夏 茯苓 砂仁 甘草 栀子 芍药 厚朴 紫苏

六神丸（《雷氏方》） 犀黄 珠粉 麝香 冰片 腰黄 蟾酥

六物附子汤（《明医指掌》） 附子 肉桂 白术 防己 茯苓 炙甘草

六磨汤（《证治准绳》） 沉香 木香 槟榔 乌药 枳实 大黄

少腹逐瘀汤（《医林改错》） 小茴香 干姜 延胡索 没药 当归 川芎 官桂 赤芍 蒲黄 五灵脂

火府丹（《景岳全书》） 生地黄 木通 黄芩

心可舒片（经验方） 丹参 山楂 麦门冬 川芎 枳壳 赤芍

心脉灵注射液（北京中医学院方） 人参 附子 干姜 猪胆汁 甘草

双合散（《杂病源流犀烛》） 桃仁 红花 当归 川芎 熟地黄 白芍 陈皮 白芥子 半夏 茯苓 竹沥 甘草 姜汁

水陆二仙丹（《仁存堂经验方》） 芡实 金樱子

五 画

玉女煎（《景岳全书》） 石膏 熟地黄 麦冬 知母 牛膝

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

玉枢丹（《百一选方》） 山慈姑 文蛤 千金子仁 红芽大戟 麝香
玉枢丹（《片玉心书》） 山慈姑 续随子 大戟 麝香 腰黄 朱砂 五倍子
玉枢丹（《霍乱论》） 山慈姑 五倍子 千金子霜 红芽大戟 麝香
玉枢丹（《中华人民共和国药典》1977年版） 麝香 朱砂 雄黄 红大戟 千金子霜 五倍子 山慈姑 糯米粉
玉泉丸（《杂病源流犀烛》） 天花粉 葛根 麦冬 人参 茯苓 乌梅 甘草 生黄芪 炙黄芪
玉泉丸（《仁斋直指方论》） 麦冬 天花粉 葛根 人参 茯苓 乌梅 甘草 生黄芪 蜜黄芪
玉屏风散（《丹溪心法》） 黄芪 白术 防风
玉屏风散（《世医得效方》） 黄芪 防风 白术
玉真散（《外科正宗》） 南星 防风 白芷 天麻 羌活 白附子
玉屑膏（《张氏医通》） 人参 黄芪
玉锁丹（《景岳全书》） 文蛤 白茯苓 龙骨
正阳丹（《鸡峰普济方》） 木瓜 大豆 附子 人参 银朱
甘芍降糖片（经验方） 甘草 白芍
甘麦大枣汤（《金匮要略》） 甘草 小麦 大枣
甘豆汤（《奇效良方》） 黑豆 甘草
甘姜苓术汤（《金匮要略》） 甘草 干姜 茯苓 白术
甘草干姜汤（《伤寒论》） 炙甘草 干姜
甘草麻黄汤（《金匮要略》） 甘草 麻黄
甘桔加阿胶紫菀汤（《医学纲目》） 甘草 桔梗 阿胶 紫菀
甘遂半夏汤（《金匮要略》） 甘遂 半夏 芍药 甘草
甘露消毒丹（《温热经纬》） 滑石 茵陈 黄芩 菖蒲 木通 贝母 射干 连翘 薄荷 白蔻 藿香
古百花膏（《医学入门》） 百合 款冬花
左归丸（《景岳全书》） 熟地黄 山药 山茱萸 枸杞子 菟丝子 鹿角胶 龟版胶 川牛膝
左归饮（《景岳全书》） 熟地黄 山药 山茱萸 茯苓 甘草 枸杞
左金丸（《丹溪心法》） 黄连 吴茱萸
右归丸（《景岳全书》） 熟地黄 山药 山茱萸 枸杞子 菟丝子 鹿角胶 当归 杜仲 肉桂 附子
右归饮（《景岳全书》） 熟地黄 山药 山茱萸 枸杞 炙甘草 杜仲 肉桂 制附子
石苇（韦）散（《证治准绳》） 芍药 白术 滑石 冬葵子 瞿麦 石韦 木通 当归 甘草 王不留行
石苇(韦)散(《证治准绳》） 石韦 赤芍 白茅根 木通 瞿麦 芒硝 葵子 木香 滑石
石苇（韦）散（《证治汇补》） 石韦 冬葵子 瞿麦 滑石 车前子
石菖蒲饮（《梅氏验方新编》） 石菖蒲 生姜

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

石斛夜光丸（《原机启微》） 天门冬 人参 茯苓 麦门冬 熟地黄 生地黄 菟丝子 菊花 草决明 杏仁 山药 枸杞子 牛膝 五味子 白蒺藜 石斛 肉苁蓉 川芎 炙甘草 枳壳 青葙子 防风 黄连 犀角 羚羊角

戊己丸（《太平惠民和剂局方》） 黄连 吴茱萸 白芍

龙骨散（《杂病源流犀烛》） 龙骨

龙胆泻肝汤（《太平惠民和剂局方》） 龙胆草 栀子 黄芩 柴胡 当归 生地黄 泽泻 车前子 木通 甘草

龙胆泻肝汤（《兰室秘藏》） 龙胆草 山栀 黄芩 木通 车前子 当归 生地黄 柴胡 泽泻 甘草

龙胆草汤（《杂病源流犀烛》） 龙胆草

龙脑鸡苏丸（《医学入门》） 薄荷 麦门冬 蒲黄 阿胶 甘草 人参 黄芪 银柴胡 木通 生地黄

平肝消瘕汤（《辨证录》） 柴胡 白芍 枳壳 半夏 白术 神曲 当归 鳖甲 山楂

平胃散（《太平惠民和剂局方》） 苍术 厚朴 橘皮 甘草 生姜 大枣

平胃二陈汤（《症因脉治》） 苍术 厚朴 橘皮 甘草 半夏 茯苓 大枣 生姜

平胃导痰汤（《症因脉治》） 苍术 厚朴 陈皮 甘草 天南星 茯苓 半夏 枳壳

平喘固本汤（南京中医学院附院验方） 党参 五味子 冬虫夏草 胡桃肉 沉香 灵磁石 坎脐 苏子 款冬花 法半夏 橘红

东垣固真丸（《医学入门》） 黄柏 白芍 柴胡 白石脂 龙骨 当归 干姜

东垣肥气丸（《医灯续焰》） 柴胡 黄连 炙甘草 厚朴 川椒 莪术 昆布 人参 皂角 白茯苓 川乌 干姜 巴豆霜

归仙胎汤方（经验方） 当归 威灵仙 走马胎

归芍天地煎（《症因脉治》） 天门冬 生地黄 当归 白芍 丹皮 栀子

归芍地黄汤（《症因脉治》） 当归 白芍 山萸肉 生地黄 山药 茯苓 丹皮 泽泻

归芎汤（《成方切用》） 当归 川芎

归尾泽兰汤（《伤科诊疗》） 当归尾 泽兰 红花 川芎 莪术 血竭 松节 木香 王不留行

归肾丸（《景岳全书》） 熟地黄 山药 山茱萸 茯苓 当归 枸杞 杜仲 菟丝子

归脾汤（《济生方》） 白术 茯神 黄芪 龙眼肉 酸枣仁 人参 木香 甘草 当归 远志 生姜 大枣

四七汤（《太平惠民和剂局方》） 半夏 茯苓 紫苏叶 厚朴 生姜 大枣

四生丸（《妇人大全良方》） 生荷叶 生柏叶 生艾叶 生地黄

四君子汤（《太平惠民和剂局方》） 人参 白术 茯苓 甘草

四青熏洗剂（经验方） 毛冬青 四季青 青黛 青风藤 木鳖子 马钱子 五倍子 白及

四苓散（《明医指掌》） 猪苓 茯苓 白术 泽泻

四味回阳饮（《景岳全书》） 附子 干姜 炙甘草 人参

四物二连汤（《古今医鉴》） 生地黄 黄连 胡黄连 当归 川芎 白芍

四物三黄汤（《医便》） 生地黄 当归 白芍 川芎 菊花 黄芩 黄连 玄参 薄荷

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

羌活 防风 龙胆草

四物汤（《太平惠民和剂局方》） 当归 白芍 川芎 熟地黄

四草汤（经验方） 紫草 生地黄 牡丹皮 茜草 仙鹤草 旱莲草 丹参 黄芪

四逆加人参汤（《伤寒论》） 甘草 生附子 干姜 人参

四逆汤（《伤寒论》） 附子 干姜 炙甘草

四逆散（《伤寒论》） 柴胡 枳实 芍药 甘草

四逆注射液（经验方） 附子 干姜 甘草

四妙丸（《成方便读》） 苍术 黄柏 薏苡仁 牛膝

四妙勇安汤（《验方新编》） 金银花 玄参 当归 甘草

四神丸（《证治准绳》） 肉豆蔻 补骨脂 五味子 吴茱萸 生姜 大枣

四海舒郁丸（《疡医大全》） 青木香 陈皮 昆布 海螵蛸 海藻 海带 海蛤粉

生地黄丸（《医宗必读》） 生地黄 黄芪 防风 远志 茯神 鹿茸 黄芩 瓜蒌 石韦
当归 赤芍 戎盐 蒲黄 甘草 车前子 滑石 人参

生地黄汤（《医学心悟》） 生地黄 牛膝 牡丹皮 黑栀子 丹参 玄参 麦门冬 白芍
郁金 广三七 荷叶

生血汤（经验方） 黄芪 红参 山药 大枣 骨碎补 淫羊藿 补骨脂 菟丝子 女贞
子 当归 炙甘草

生肌玉红膏（《外科正宗》） 当归 白芷 白蜡 轻粉 甘草 紫草 麻油 血竭

生脉散（饮）（《内外伤辨惑论》） 人参 麦门冬 五味子

生脉散注射液（《中药制剂汇编》） 人参 麦门冬 五味子

生铁落饮（《医学心悟》） 天门冬 麦门冬 贝母 胆星 橘红 远志 石菖蒲 连翘
茯苓 茯神 玄参 钩藤 丹参 辰砂 生铁落

失笑散（《太平惠民和剂局方》） 五灵脂 蒲黄

代抵当丸（汤）（《证治准绳》） 大黄 当归尾 生地黄 山甲片 芒硝 桃仁 肉桂

代激素片（经验方） 黄芪 党参 白术 茯苓 巴戟天 淫羊藿 白芍 五味子 女贞
子 雷公藤 炙甘草 水蛭

仙七汤（经验方） 仙鹤草 三七 大枣

仙方活命饮（《医宗金鉴》） 金银花 陈皮 当归尾 防风 白芷 甘草 贝母 天花粉
皂角刺 穿山甲 乳香 没药 赤芍

白头翁汤（《伤寒论》） 白头翁 黄连 黄柏 秦皮

白术木香散（《宣明论方》） 白术 木猪苓 赤茯苓 甘草 泽泻 木香 槟榔
陈皮 官桂 滑石

白芷独活汤（《症因脉治》） 白芷 独活 防风 苍术 秦艽 千葛

白金丸（《本事方》） 明矾 郁金

白虎汤（《伤寒论》） 知母 石膏 粳米 甘草

白虎加人参汤（《伤寒论》） 知母 石膏 炙甘草 粳米 人参

白虎加桂枝汤（《金匮要略》） 知母 石膏 甘草 粳米 桂枝

白薇汤（《全生指迷方》） 白薇 当归 人参 甘草

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

白薇汤（《本事方》） 白薇 人参 当归 甘草

瓜蒌薤白半夏汤（《金匮要略》） 瓜蒌 薤白 半夏 白酒

瓜蒌杏连丸（《杂病源流犀烛》） 瓜蒌 杏仁 黄连 连翘 神曲 山楂 麦芽

玄麦甘桔汤（《中药成药制剂手册》） 玄参 麦门冬 甘草 桔梗

玄妙散（《医醇賸义》） 玄参 丹参 沙参 茯神 柏子仁 麦门冬 桔梗 贝母 杏仁 夜合花 淡竹叶 灯心

闪腰定痛汤（经验方） 延胡索 续断 泽兰 木香 怀牛膝 小茴香 红花 乳香 甘草

立效散（《证治准绳》） 瞿麦穗 山栀 甘草

半夏白术天麻汤（《医学心悟》） 半夏 白术 天麻 陈皮 茯苓 甘草 生姜 大枣 蔓荆子

半夏白术天麻汤（《医学心悟》） 半夏 白术 茯苓 天麻 橘红 甘草 生姜 大枣

半夏泻心汤（《伤寒论》） 半夏 黄芩 黄连 干姜 人参 甘草 大枣

半夏厚朴汤（《金匮要略》） 半夏 厚朴 茯苓 生姜 苏叶

加味二妙散（《丹溪心法》） 黄柏 苍术 牛膝 当归 防己 萆薢 龟版

加味三才封髓丹（《柳选四家医案》，名见《中医症状鉴别诊断学》） 党参 麦门冬 生地黄 黄柏 甘草 砂仁 龙胆草 柴胡 栀子

加味四白汤（《千家妙方》） 白僵蚕 白果 白茅根 桑白皮 地肤子 黄芪 当归 熟地黄 阿胶 肉桂

加味四君子汤（《三因极一病证方论》） 人参 白术 茯苓 炙甘草 黄芪 白扁豆

加味甘麦大枣汤（《妇科辑要》） 甘草 小麦 大枣 芍药 紫石英

加味戊己汤（《症因脉治》） 白芍 甘草 黄柏 知母

加味归脾汤（《正体类要》） 白术 当归 白茯苓 黄芪 龙眼肉 远志 酸枣仁 木香 甘草 人参 柴胡 栀子

加味归脾汤（《症因脉治》） 当归 白茯神 黄芪 白术 木香 人参 甘草 龙眼肉 远志 酸枣仁

加味龙虎散（《东医宝鉴》） 苍术 全蝎 制草乌 炮附子 天麻

加味独圣散（经验方） 白及 百合 三七 蛤蚧

加味当归泽兰汤（经验方） 生地黄 红花 当归 桃仁 苏木 泽兰 杜仲 川断 大黄

加味补肝散（《症因脉治》） 当归 生地黄 白芍 川芎 广皮 甘草 柴胡 栀子 黄芩

加味香苏散（《医学心悟》） 紫苏叶 陈皮 香附 炙甘草 荆芥 秦艽 防风 蔓荆子 川芎 生姜

加味保和丸（《寿世保元》） 白术 茯苓 苍术 木香 枳实 陈皮 厚朴 香附 三棱 莪术 半夏 神曲 山楂 麦芽 菜菔子 连翘 黄连 黄芩

加味咳血方（经验方） 青黛 瓜蒌 海浮石 诃子 侧柏炭 炒栀子 鱼腥草

加味通气散（经验方） 木香 茴香 白牵牛 穿山甲 延胡索 陈皮 乌药 甘草

加味逍遥散（《医学心悟》） 柴胡 甘草 牡丹皮 茯苓 白术 当归 白芍 黑山栀 薄荷

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

加味清胃散（《张氏医通》） 生地黄 升麻 牡丹皮 当归 黄连 犀角（现已禁用） 连翘 甘草

加味银蒲消毒饮（《千家妙方》） 蒲公英 金钱草 金银花 小蓟 白茅根 浮萍 丹参 香附 大腹皮

加味温胆汤（《医宗金鉴》） 陈皮 姜半夏 茯苓 麦门冬 枳实 甘草 黄连 竹茹

加味犀角地黄汤（经验方） 水牛角 生地黄 牡丹皮 赤芍 黄芩 紫草 荆芥穗 蝉蜕 甘草

加味桂枝汤（《医醇賸义》） 桂枝 白芍 甘草 怀牛膝 川牛膝 当归 蚕砂 秦艽 防风 红枣 生姜

加减当归补血汤（《傅青主女科》） 当归 黄芪 三七 桑叶

加减复脉汤（《温病条辨》） 炙甘草 干地黄 白芍 麦门冬 阿胶 麻仁

加减泻白散（《医学发明》） 桑白皮 地骨皮 甘草 陈皮 青皮 五味子 人参 茯苓 粳米

圣愈汤（《医宗金鉴》） 当归 川芎 白芍 熟地黄 人参 黄芪

圣愈汤（《兰室秘藏》） 熟地黄 生地黄 当归 白芍 川芎 人参 黄芪

外台茯苓饮（《外台秘要》） 茯苓 白术 人参 炙枳实 生姜 陈皮

六 画

地龙散（《医宗金鉴》） 地龙 苏木 桃仁 官桂 麻黄 黄柏 当归 甘草

地黄饮子（《宣明论方》） 熟地黄 巴戟天 山茱萸 肉苁蓉 石斛 炮附子 茯苓 石菖蒲 远志 肉桂 麦门冬 五味子 生姜 大枣 薄荷

地黄散（《幼幼新书》） 熟地黄 当归 地骨皮 枳壳 柴胡 秦艽 知母 鳖甲

地榆散（《直指方》） 地榆 黄连 黄芩 栀子 茜草 茯苓 薤白

耳聋左慈丸（《中国基本中成药(一部)》） 熟地黄 山药 茯苓 丹皮 泽泻 山萸肉 柴胡 磁石

芍药甘草汤（《伤寒论》） 白芍 甘草

百合宁神汤（经验方） 炙百合 炒枣仁 合欢花 夜交藤 当归 丹参 炙甘草

百合地黄汤（《金匮要略》） 百合 地黄

百合固金汤（《慎斋遗书》） 生地黄 熟地黄 麦门冬 百合 芍药 当归

百合固金汤（《慎斋遗书》） 熟地黄 生地黄 贝母 百合 当归 芍药 生甘草 玄参 桔梗 麦门冬

百部煎剂（经验方） 百部

达郁汤（《杂病源流犀烛》） 升麻 柴胡 川芎 香附 桑白皮 白蒺藜 橘叶

至宝丹（《太平惠民和剂局方》） 犀角 玳瑁 琥珀 朱砂 雄黄 龙脑 麝香 牛黄 安息香 金箔 银箔

如圣散（《杂病源流犀烛》） 马兰花 白茅根 甜葶苈 车前子 麦门冬 檀香 连翘

当归散（《三因极一病证方论》） 当归 木香 赤茯苓 桂心 槟榔 赤芍 牡丹皮 陈皮 木通 白术

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

当归龙荟丸（《宣明论方》） 当归 龙胆草 栀子 黄连 黄芩 黄柏 大黄 青黛 芦荟 木香 麝香

当归龙荟丸（《丹溪心法》） 当归 龙胆草 栀子 黄连 黄柏 黄芩 芦荟 大黄 木香 麝香

当归六黄汤（《兰室秘藏》） 当归 生地黄 熟地黄 黄芪 黄连 黄芩 黄柏

当归补血汤（《内外伤辨惑论》） 黄芪 当归

当归拈痛汤（《医学启源》） 当归身 羌活 炙甘草 黄芩 茵陈 人参 升麻 苦参 茯苓 泽泻 猪苓 白术

当归拈痛汤（《医学发明》） 羌活 人参 苦参 升麻 葛根 苍术 炙甘草 黄芩 茵陈 防风 当归 知母 泽泻 猪苓 白术

当归贝母苦参丸（《金匮要略》） 当归 贝母 苦参

当归建中汤（《千金翼方》） 当归 桂枝 甘草 大枣 芍药 生姜 饴糖

当归四逆汤（《伤寒论》） 当归 桂枝 芍药 细辛 炙甘草 大枣

当归地黄汤（《辨证录》） 黄芪 当归 熟地黄

回阳救急汤（《伤寒六书》） 附子 干姜 肉桂 白术 茯苓 陈皮 甘草 五味子 半夏 人参

肉苁蓉丸（《医宗必读》） 肉苁蓉 熟地黄 炒山药 石斛 牛膝 官桂 槟榔 制附子 黄芪 黄连 细辛 炙甘草

竹叶石膏汤（《伤寒论》） 竹叶 石膏 麦冬 人参 半夏 粳米 炙甘草

延胡索汤（《济生方》） 当归 延胡索 蒲黄 赤芍 官桂 姜黄 乳香 没药 木香 炙甘草

合欢皮汤（经验方） 合欢花或皮 党参 浮小麦 大枣 百合 益智仁 当归 石菖蒲 五味子 春砂子 茯苓 甘草

血府逐瘀汤（《医林改错》） 当归 生地黄 桃仁 红花 枳壳 赤芍 柴胡 甘草 桔梗 川芎 牛膝

血虚柴胡汤（《症因脉治》） 柴胡 黄芩 甘草 人参 黄芪 当归 白芍

血安汤（经验方） 生地黄 山药 山茱萸 牡丹皮 茯苓 泽泻 生黄芪 当归 赤芍 白花蛇舌草 丹参 补骨脂 仙鹤草

血宁冲剂（经验方） 大黄 黄连 黄芩

血尿胶囊（经验方） 棕榈籽 菝葜 薏苡仁

行水通阳汤（经验方） 茯苓皮 猪苓 泽泻 大腹皮 五加皮 肉桂 怀牛膝 车前子 木瓜

舟车丸（《丹溪心法》） 甘遂 芫花 大戟 大黄 黑丑 广木香 青皮 陈皮 轻粉 槟榔

壮水制火汤（《经验方》） 生地黄 熟地黄 知母 黄柏 牡丹皮 赤芍 玄参 升麻 阿胶 甘草

安宫牛黄丸（《温病条辨》） 牛黄 麝香 犀角（现已禁用） 郁金 黄芩 黄连 雄黄 山栀子 朱砂 冰片 珍珠 金箔

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

安肾丸（《三因极一病证方论》） 补骨脂 胡芦巴 茴香 川楝子 续断 桃仁 杏仁 山药 茯苓

安神定志丸（《医学心悟》） 人参 茯苓 茯神 菖蒲 姜远志 龙齿

交泰丸（《韩氏医通》） 黄连 肉桂

导水散（《辨证录》） 王不留行 泽泻 白术

导水茯苓汤（《奇效良方》） 赤茯苓 麦门冬 泽泻 白术 桑白皮 紫苏 槟榔 木瓜 大腹皮 陈皮 砂仁 木香

导赤散（《小儿药证直诀》） 生地黄 木通 生甘草梢 淡竹叶

导赤各半汤（《症因脉治》） 生地黄 木通 甘草 川黄连 麦门冬 犀角（现已禁用）

导痰汤（《济生方》） 半夏 橘红 茯苓 甘草 南星 枳实

导痰汤（《妇人良方》） 半夏 橘红 茯苓 甘草 生姜 南星 枳实

异功散（《小儿药证直诀》） 人参 茯苓 白术 甘草 陈皮 生姜 大枣

阳和汤（《外科全生集》） 熟地黄 白芥子 鹿角胶 肉桂 炮姜炭 麻黄 生甘草

防己黄芪汤（《金匮要略》） 防己 黄芪 白术 甘草 生姜 大枣

防风通圣散（《宣明论方》） 防风 荆芥 连翘 麻黄 薄荷 川芎 当归 白芍 白术 山栀 大黄 芒硝 石膏 黄芩 桔梗 甘草 滑石

防独神术汤（《症因脉治》） 白术 黄柏 防风 独活

红龙止血汤（经验方） 红龙须 地榆炭 槐花炭 大蓟 茅草根 山药

约营煎（《景岳全书》） 生地黄 芍药 甘草 续断 地榆 黄芩 槐花 荆芥穗 乌梅

约阴丸（《景岳全书》） 当归 白术 芍药 生地黄 茯苓 地榆 黄芩 白石脂 北五味 丹参 续断

朱曾柏验方（《中医痰病学》） 白术 半夏 菜菔子 防风 羌活 柏子仁 枳实 槟榔 厚朴 柴胡 甘草

朱曾柏治虚痰泄泻经验方（《中医痰病学》） 附子 肉桂 淫羊藿 川椒 焦白术 炒扁豆 焦山楂 浙贝母 法半夏 黄芪 防风 甘草

七 画

寿星丸（《广嗣纪要》） 天南星 琥珀 朱砂 生姜汁 猪心

麦门冬汤（《圣济总录》） 麦门冬 黄芩 柴胡 升麻 芍药 甘草

麦味地黄丸（《医级》） 熟地黄 山茱萸 茯苓 山药 泽泻 牡丹皮 麦冬 五味子

两地汤（《傅青主女科》） 生地黄 玄参 白芍 麦门冬 地骨皮 阿胶

两止汤（《辨证录》） 熟地黄 山茱萸 麦冬 五味子 白术

苇茎汤（《备急千金要方》） 苇茎 薏苡仁 冬瓜仁 桃仁

苍白二陈汤（《证治汇补》） 苍术 白术 半夏 茯苓 陈皮 甘草

苍术白芷汤（《症因脉治》） 苍术 白芷 防风 干葛 升麻 干姜 甘草 独活

苍玉潜龙汤（《医醇賸义》） 生地黄 龟版 石膏 龙齿 石斛 天花粉 牡丹皮 羚羊角 沙参 白芍 藕节 白茅根

苍独肾着汤（《症因脉治》） 白术 白茯苓 干葛 苍术 独活 防风

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

芪陆汤（经验方） 黄芪 白商陆 莪术 桂枝 穿山甲 甘草

芪龟汤（经验方） 生黄芪 龟版 薏苡仁

苏子降气汤（《太平惠民和剂局方》） 半夏 苏子 炙甘草 肉桂 厚朴 前胡 陈皮 当归 生姜

苏合香丸（《太平惠民和剂局方》） 白术 青木香 乌犀角（现已禁用） 香附子 朱砂 诃子 白檀香 安息香 沉香 麝香 丁香 荜茇 龙脑 苏合香油（入安息香膏内） 熏陆香

苏叶黄连汤（经验方） 苏叶 黄连 半夏 丹参 茯苓 玉米须

芷葛二妙丸（《症因脉治》） 苍术 黄柏 白芷 葛根 秦艽 独活

杞菊地黄丸（《医级》） 枸杞子 菊花 熟地黄 山茱萸 山药 泽泻 牡丹皮 白茯苓

杜仲丸（《医学入门》） 杜仲 破故纸 枸杞 龟版 黄柏 知母 五味子 芍药 当归 黄芪

杏苏散（《温病条辨》） 杏仁 紫苏叶 橘皮 生姜 半夏 枳壳 桔梗 前胡 茯苓 甘草 大枣

辰砂妙香散（《丹溪心法》） 麝香 山药 人参 木香 茯苓 茯神 黄芪 桔梗 甘草 远志 辰砂

劫劳散（《奇效良方》） 白芍 黄芪 人参 白茯苓 熟地黄 当归 半夏曲 五味子 阿胶 甘草

还少丹（《内科摘要》） 肉苁蓉 远志 茴香 巴戟天 山药 枸杞子 熟地黄 石菖蒲 山茱萸 牛膝 杜仲 楮实子 五味子 茯苓 大枣

扶命培土汤（经验方） 肉桂 熟附子 党参 黄芪 山药 淫羊藿 巴戟天 黄精 枸杞子 菟丝子 肉苁蓉 炙锁阳

护中化瘀除热方（经验方） 党参（或人参） 茯苓 山药 生黄芪 当归 红花 砂仁 桔梗 仙鹤草 青蒿 生甘草

抗休克Ⅰ号方（经验方） 人参（党参） 麦门冬 干姜 炙甘草

抗休克合剂（经验方） 红参 麦门冬 五味子 干姜 肉桂 炙甘草

抗烧伤合剂（经验方） 党参 麦门冬 五味子 黄芪 金银花 酸枣仁 远志 山茱萸 当归 红花 牡丹皮 生地黄 石斛 泽泻 竹叶

抗敏汤（经验方） 蝉蜕 僵蚕 地龙 白鲜皮 地肤子 荆芥 乌蛸蛇 浮萍 防己

连朴饮（《霍乱论》） 厚朴 黄连 石菖蒲 半夏 焦山栀 芦根 香豉

助阳运湿汤（经验方） 附子 肉桂 生姜皮 茯苓 白术 木瓜 大腹皮 车前子 甘草

吴茱萸汤（《伤寒论》） 吴茱萸 人参 生姜 大枣

吴茱萸生姜汤（《卫生宝鉴》） 吴茱萸 生姜 人参

牡蛎散（《太平惠民和剂局方》） 牡蛎 麻黄根 黄芪 小麦

利湿排石汤（《中西医结合治疗急腹症》） 金钱草 草薢 海金沙 琥珀 石韦 冬葵子 萹蓄 车前子 滑石 甘草

何首乌散（《证治准绳》） 何首乌 当归 赤芍 白芷 乌药 枳壳 防风 甘草 川芎

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

陈皮 香附 紫苏 羌活 独活 肉桂

身痛逐瘀汤（《医林改错》） 川芎 桃仁 红花 没药 五灵脂 香附 羌活 甘草 秦艽 牛膝 地龙 当归

皂荚丸（《金匮要略》） 皂荚（刮去皮，酥炙，作蜜丸，以枣膏和汤送下）

肝肾膏（经验方） 黄芪 白术 大枣 何首乌 党参 当归 白芍 川楝子 陈皮 红花

辛木十香膏（经验方） 辛木膏（麻黄 南星 白僵蚕 藤黄 甘遂 大戟 白芥子 半夏 朴硝 菜油 广丹） 十香散（沉香 制乳香 制没药 赤芍 木香 川芎 枳壳 青皮 三棱 莪术 公丁香 母丁香 白芷 山奈 九节菖蒲 南星 肉桂 白胶香 冰片）

羌活败毒散（《症因脉治》） 羌活 独活 前胡 川芎 防风 荆芥 甘草 苍术

羌独冲和汤（《症因脉治》） 羌活 黄芩 川芎 白芷 防风 细辛 苍术 广皮 甘草 独活

沙参麦冬汤（《温病条辨》） 沙参 麦门冬 天花粉 玉竹 生扁豆 生甘草 冬桑叶

沙参百合饮（《中国食疗学》） 沙参 百合

沙参清肺汤（经验方） 北沙参 黄芪 合欢皮 白及 甘草 桔梗 薏苡仁 冬瓜子

沉香大腹皮汤（《朱氏集验方》） 沉香 陈皮 高良姜 附子 丁香 川芎 白豆蔻 草豆蔻 厚朴 大腹皮 白术

沉香丸（《圣济总录》） 沉香 肉苁蓉 磁石 黄芪 瞿麦穗

沉香降气汤（《张氏医通》） 沉香 砂仁 川楝子 甘草 香附 延胡索

沉香散（《全匮翼》） 沉香 石韦 滑石 当归 橘皮 白芍 冬葵子 甘草 王不留行

补天大造丸（《杂病源流犀烛》） 紫河车 熟地黄 酒当归 酒茴香 酒黄柏 白术 生地黄 酒牛膝 天冬 麦冬 杜仲 五味子 枸杞子 陈皮 干姜 侧柏叶

补元饮（经验方） 人参 黄芪

补中祛瘀汤（经验方） 红参 黄芪 当归 白术 仙鹤草 益母草

补中益气汤（《脾胃论》） 黄芪 甘草 人参 当归 橘皮 升麻 柴胡 白术

补气运脾汤（《统旨方》） 人参 白术 茯苓 甘草 黄芪 陈皮 砂仁 半夏曲 生姜 大枣

补气汤（经验方） 生黄芪 党参 茯苓皮 防风 白芳根

补气通络汤（经验方） 黄芪 山药 黑骨脂 枸杞子 当归 生地黄 茯苓 川芎 伸筋草

补心丹（《摄生秘剖》） 人参 天冬 五味子 当归 地黄 麦冬 白茯苓 桔梗 远志 丹参 玄参 柏子仁 酸枣仁 朱砂

补血汤（《万病回春》） 当归 白芍 酸枣仁 生地黄 川芎 麦门冬 人参 五味子 陈皮 栀子 茯神 炙甘草

补阳还五汤（《医林改错》） 黄芪 当归尾 川芎 桃仁 红花 地龙 赤芍

补肝汤（《医宗金鉴》） 酸枣仁 木瓜 当归 炙甘草 熟地黄 川芎 白芍

补肾生血汤（经验方） 熟地黄 鹿角胶 龟版胶 何首乌 枸杞子 党参 当归 黄芪 淫羊藿 丹参 茜草根 女贞子 炙甘草

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

补肾调气饮（经验方） 当归 续断 杜仲 延胡索 肉桂 小茴香 补骨脂 枳壳 酒大黄 陈皮 广木香 甘草

补肺汤（《永类钤方》） 人参 黄芪 熟地黄 五味子 紫菀 桑白皮

补肺汤（《证治要诀》） 钟乳 桑白皮 人参 麦门冬 白石英 五味子 款冬花 肉桂 紫菀

补脾益肾汤（经验方） 党参 黄芪 白术 山药 茯苓 续断 杜仲 桑寄生 山茱萸 熟地黄 菟丝子 陈皮

补髓丹（《三因极一病证方论》） 杜仲 鹿茸 补骨脂 没药

阿胶散（《医学心悟》） 阿胶 丹参 生地黄 黑山栀 牡丹皮 血余炭 麦门冬 当归

阿魏丸（《痧胀玉衡》） 延胡索 苏木 五灵脂 天仙子 蓊子 三棱 姜黄 陈皮 槟榔 枳实 厚朴 乌药 香附 沉香 阿魏

阿魏麝香散（《张氏医通》） 阿魏 肉桂 麝香 雄黄 水红花子 炒神曲 人参 生白术 砂仁

附子汤（《伤寒论》） 附子 人参 茯苓 白术 芍药

附子理中丸（《太平惠民和剂局方》） 炮附子 人参 白术 炮姜 炙甘草

附子理中丸（《阎氏小儿方论》） 人参 白术 干姜 附子 炙甘草

附子理中汤（《太平惠民和剂局方》） 附子 党参 干姜 白术 甘草

附子理中汤（《阎氏小儿方论》） 人参 白术 干姜 甘草 附子

附子理冷汤（经验方） 附子 干姜 人参 白术 甘草 桂枝 猪苓 茯苓 泽泻

陆氏神效止血散（经验方） 羚羊角粉 花蕊石粉 儿茶粉 生大黄粉 三七粉

陆永昌祛痰定眩汤（经验方） 清半夏 白术 天麻 陈皮 茯苓 胆星 枳实 节菖蒲 荷叶 川芎 桑叶 菊花 甘草

妙香散（《太平惠民和剂局方》） 麝香 木香 山药 茯神 茯苓 黄芪 远志 人参 桔梗 炙甘草 朱砂

鸡血藤汤（经验方） 鸡血藤 升麻 仙鹤草 栀子 熟鸡子黄

八 画

青州白丸子（《太平惠民和剂局方》） 生半夏 生川乌 生南星 生白附子

青娥丸（《太平惠民和剂局方》） 杜仲 补骨脂 胡桃

青紫汤（经验方） 青黛 紫草 乳香 伏龙肝 贯众 焦山楂

青蒿散（《太平圣惠方》） 青蒿 龙胆草 栀子 知母 黄连 鳖甲 黄芪 桑白皮 地骨皮 白术 甘草 柴胡

青蒿煎丸（《太平圣惠方》） 青蒿汁 薄荷汁 生地黄汁 童子小便 朱砂 麝香 桃仁 鳖甲 柴胡

青蒿鳖甲汤（《温病条辨》） 青蒿 鳖甲 细生地 知母 丹皮

青蒿鳖甲汤（《温病条辨》） 青蒿 知母 桑叶 鳖甲 牡丹皮 天花粉

青黛雄黄散（《奇效良方》） 青黛 雄黄

苓甘五味姜辛汤（《金匮要略》） 茯苓 甘草 子姜 细辛 五味子

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

苓术菟丝丸（《景岳全书》） 白茯苓 白术 莲肉 五味子 山药 杜仲 炙甘草 菟丝子

苓桂术甘汤（《伤寒论》） 茯苓 桂枝 白术 炙甘草

苓桂枣甘汤（《伤寒论》） 茯苓 桂枝 大枣 炙甘草

茅青消斑汤（经验方） 白茅根 大青叶 蝉蜕 大枣

茅根汤（《三因极一病证方论》） 白茅根 瞿麦穗 白茯苓 冬葵子 党参 蒲黄 桃仁 滑石 甘草 紫贝齿 蝦鱼脑石

郁金散（《杂病源流犀烛》） 郁金 槐花

抽薪饮（《景岳全书》） 黄芩 石斛 木通 栀子 黄柏 枳壳 泽泻 甘草

抵当丸（《伤寒论》） 水蛭 虻虫 桃仁 大黄

抵当汤（《伤寒论》） 水蛭 虻虫 桃仁 大黄

虎杖散（经验方） 虎杖 杜仲 牛膝 桃仁 王不留行 乳香 琥珀末 海金沙

虎荞汤（经验方） 虎杖 金荞麦 猪肺

虎潜丸（《丹溪心法》） 黄柏 龟版 陈皮 知母 熟地黄 白芍 锁阳 炙虎骨（现已禁用） 当归 干姜

虎潜丸（《医方集解》） 黄柏 龟版 知母 熟地黄 陈皮 白芍 锁阳 虎骨（现已禁用） 干姜 当归 牛膝 羊肉

肾气丸（《济生方》） 熟地黄 茯苓 山药 山萸肉 丹皮 泽泻 肉桂 附子 牛膝 车前子

肾气丸（《金匮要略》） 桂枝 附子 熟地黄 山萸肉 山药 茯苓 丹皮 泽泻

肾气汤（《证治宝鉴》） 橘核 巴豆 川楝子 延胡索 青皮 牡丹皮 山药 木通 白芷 芍药 沉香 泽泻 肉桂 甘草 槟榔

肾衰水浴方（经验方） 浮萍 桂枝 桑叶 桑白皮 生附子 川芎 桃仁 红花 赤芍 益母草 六月雪 土茯苓 苦参 白鲜皮

肾衰药方（经验方） 生附子 淫羊藿 桃仁 红花 川芎 沉香

肾著汤（《金匮要略》） 干姜 茯苓 白术 甘草

昆布丸（《外台秘要》） 昆布 海藻 羊靡 通草 海蛤壳

昆布散（《证治准绳》） 昆布 海藻 松萝 半夏 细辛 海蛤 白蔹 甘草 龙胆草 土瓜根 槟榔

固本丸（《张氏医通》） 人参 麦门冬 天门冬 生地黄 熟地黄

固肾涩精汤（经验方） 芡实 茯苓 泽泻 金樱子 山药 车前子 牛膝 枣皮 甘草

固脬汤（《类证治裁》） 桑螵蛸 黄芪 沙苑子 山萸肉 全当归 茯神 芜蔚子 生白芍 升麻 羊小肚子

败毒散（《太平惠民和剂局方》） 柴胡 甘草 桔梗 人参 川芎 茯苓 枳壳 前胡 羌活 独活 生姜 薄荷

败毒散（《小儿药证直诀》） 人参 羌活 独活 前胡 柴胡 桔梗 枳壳 川芎 茯苓 甘草 薄荷 生姜

知柏地黄丸（《医宗金鉴》） 熟地黄 山茱萸 山药 丹皮 茯苓 泽泻 知母 黄柏

金术六君煎（《景岳全书》） 当归 熟地黄 陈皮 半夏 茯苓 甘草 生姜

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

金沸草散（《证治要诀》） 旋覆花 麻黄 前胡 荆芥穗 甘草 半夏 赤芍 生姜 大枣

金沸草散（《南阳活人书》） 金沸草 前胡 荆芥 细辛 制半夏 茯苓 甘草 生姜 大枣

金铃子散（《素问病机气宜保命集》） 金铃子 延胡索

金匮肾气丸（《金匮要略》） 熟地黄 山药 山茱萸 茯苓 泽泻 丹皮 附子 桂枝

金锁固精丸（《医方集解》） 芡实 莲须 沙苑 蒺藜 龙骨 牡蛎

金锁思仙丹（《景岳全书》） 莲蕊 芡实 石莲子 金樱膏

金黄散（膏）（《医宗金鉴》） 大黄 黄柏 姜黄 白芷 南星 陈皮 苍术 厚朴 天花粉 甘草

金蝉脱衣汤（经验方） 连翘 金银花 防风 蝉蜕 薏苡仁 茵陈蒿 猪苓 赤芍 大枣 郁金 桂枝

金樱膏（《医学入门》） 金樱子

金樱膏（《景岳全书》） 金樱子 人参 桑螵蛸 山药 杜仲 益智仁 薏苡仁 山茱萸 芡实 枸杞子 青盐

炙甘草汤（《伤寒论》） 炙甘草 人参 阿胶 干地黄 桂枝 麦门冬 麻仁 生姜 大枣

河车大造丸（《扶寿精方》） 紫河车 生地黄 杜仲 天冬 麦冬 龟版 黄柏 牛膝 五味子

河车大造丸（《杂病源流犀烛》） 紫河车 生地黄 龟版 杜仲 天冬 黄柏 牛膝 麦冬 当归身 人参 五味子

泻脾散（《小儿药证直诀》） 藿香 防风 栀子 石膏 甘草

泽兰汤（《医学心悟》） 泽兰 牡丹皮 牛膝 桃仁 红花 当归尾 广三七 赤芍

治上中下痛风方（《金匮钩玄》） 羌活 南星 威灵仙 苍芎 桃仁 白芷 桂枝 防己 苍术 黄柏 红花 神曲 草龙胆

治尿血方（《评琴书屋医略》） 鹿角霜 龟版 菟丝子 当归 白莲肉 生地黄 乌梅

治项背腰脊强痛方（经验方） 白芍 生甘草 生薏苡仁 威灵仙 羌活 苏木

定喘汤（《摄生众妙方》） 白果 麻黄 桑白皮 款冬花 半夏 杏仁 苏子 黄芩 甘草

定狂逐瘀汤（经验方） 丹参 赤芍 桃仁 红花 琥珀 大黄 菖蒲 郁金 香附 柴胡

定痫丸（《医学心悟》） 天麻 川贝 姜半夏 茯苓 茯神 丹参 麦门冬 陈皮 远志 石菖蒲 僵蚕 胆南星 琥珀 全蝎 朱砂

实脾饮（《济生方》） 厚朴 白术 木瓜 木香 草果 大腹皮 附子 干姜 甘草 白茯苓

变通血府逐瘀汤（《岳美中医话集》） 当归 桃仁 红花 枳壳 柴胡 川芎 桔梗 牛膝 肉桂 茯苓 赤苓 白术

降糖丸（经验方） 女贞子 牡丹皮 黄芪 生地黄

降糖甲片（经验方） 黄芪 黄精 太子参 生地黄 天花粉

降氮汤（经验方） 石膏 红花 大黄 蝼蛄 滑石

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

参附青注射液（上海曙光医院研制） 红参 附子 青皮
参附龙牡汤（《世医得效方》） 人参 炮附子 生龙骨 生牡蛎
参附注射液（《中药制剂汇编》） 红参 黑附片 丹参
参附汤（《妇人大全良方》） 人参 熟附子 生姜 大枣
参附汤（《校注妇人良方》） 人参 附子
参附汤（《正体类要》） 人参 附子
参附汤（《世医得效方》） 人参 附子 煨肉豆蔻
参苓白术散（《太平惠民和剂局方》） 人参 白术 茯苓 甘草 山药 扁豆 莲子肉 白扁豆 缩砂仁 薏苡仁 桔梗 大枣
参麦注射液（四川省药品标准） 人参 麦门冬
参苏饮（《太平惠民和剂局方》） 人参 紫苏叶 葛根 前胡 法半夏 茯苓 枳壳 橘红 桔梗 甘草 木香 生姜 大枣
参芪地黄汤（《沈氏尊生书》） 党参 黄芪 生地黄 淮山药 山茱萸 丹皮 泽泻 茯苓
参芪膏（《全国中药成药处方集》） 党参 黄芪
参芪萝卜散（《杂病源流犀烛》） 人参 盐黄芪 萝卜
参芪桂附地黄汤（经验方） 党参 黄芪 肉桂 附子 熟地黄 山药 山茱萸 泽泻 茯苓 丹皮
参芪劳淋汤（经验方） 黄芪 党参 茯苓 麦门冬 地骨皮 车前子 石莲子 益母草 白茅根 白花蛇舌草 甘草
参芪麦味地黄汤加丹参（经验方） 人参 黄芪 麦门冬 五味子 熟地黄 山药 山茱萸 茯苓 泽泻 牡丹皮 丹参

九 画

春泽汤（《医方集解》） 白术 桂枝 猪苓 泽泻 茯苓 人参
荆蓬煎丸（《卫生宝鉴》） 木香 青皮 茴香 枳壳 槟榔 三棱 莪术
茜根散（《景岳全书》） 茜草根 黄芩 阿胶 侧柏叶 生地黄 甘草 生姜
茵陈术附汤（《医学心悟》） 茵陈 白术 附子 干姜 炙甘草 肉桂
茵陈蒿汤（《伤寒论》） 茵陈 栀子 大黄
茯苓饮（《外台秘要》） 茯苓 人参 生姜 白术 枳实 橘皮
茯苓泽泻汤（《金匮要略》） 茯苓 泽泻 甘草 桂枝 白术 生姜
茯苓琥珀散（《医略六书》） 人参 琥珀 川楝子 泽泻 延胡索 牡丹皮 当归梢 茯苓 甘草
茯苓升麻汤（《医学心悟》） 赤茯苓 白茯苓 升麻 当归 苎麻根 琥珀末 桔梗
枳术丸（《脾胃论》） 枳实 白术
枳实导滞丸（《内外伤辨惑论》） 大黄 枳实 黄芩 黄连 神曲 白术 茯苓 泽泻
枳实注射液（中药制剂） 枳实
枳实薤白桂枝汤（《金匮要略》） 枳实 厚朴 薤白 桂枝 瓜蒌实
柏子养心丸（《全国中药成药处方集》） 柏子仁 远志 酸枣仁 五味子 人参 肉桂

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

茯苓　川芎　黄芪　当归　半夏曲　甘草　朱砂

栀子清肝汤（《类证治裁》）　柴胡　栀子　牡丹皮　当归　白芍　茯苓　川芎　牛蒡子　甘草

栀子柏皮汤（《伤寒论》）　栀子　黄柏　甘草

厚朴大黄汤（《金匮要略》）　厚朴　大黄　枳实

牵正散（《杨氏家藏方》）　白附子　僵蚕　全蝎

拯阳理劳汤（《医宗必读》）　黄芪　人参　肉桂　当归　白术　甘草　陈皮　五味子　生姜　大枣

指迷茯苓丸（《证治准绳》）　半夏　茯苓　枳壳　风化朴硝

指迷茯苓丸（《备急千金要方》）　半夏　茯苓　枳壳　风化硝　姜汁

胃苓汤（《丹溪心法》）　苍术　厚朴　陈皮　甘草　生姜　大枣　桂枝　白术　泽泻　茯苓　猪苓

星蝎二陈汤（经验方）　半夏　陈皮　茯苓　甘草　胆南星　全蝎

咳血方（《丹溪心法》）　青黛　瓜蒌仁　山栀　诃子　海浮石

鸦胆子方（《中国中医秘方大全》）　鸦胆子

香苏散（《太平惠民和剂局方》）　香附　苏叶　陈皮　甘草

香附旋复(覆)花汤(《温病条辨》)　香附　旋覆花　苏子霜　陈皮　半夏　茯苓　薏苡仁

香砂六君子汤（丸）(《太平惠民和剂局方》)　人参　白术　茯苓　木香　砂仁　半夏　陈皮　甘草　生姜　大枣

香砂六君子汤（《杏苑》）　人参　白术　茯苓　甘草　陈皮　半夏　香附　砂仁

香砂六君子汤（《时方歌括》）　木香　砂仁　陈皮　半夏　党参　白术　茯苓　甘草

香砂养胃汤（《寿世保元》）　香附　砂仁　人参　白术　白豆蔻　茯苓　甘草　陈皮　苍术　厚朴　木香

香砂养胃丸（浙江省药品标准）　白术　陈皮　茯苓　半夏　香附　砂仁　木香　枳实　白豆蔻仁　厚朴　土藿香　甘草

香砂枳术丸（《景岳全书》）　木香　砂仁　枳实　白术

香砂异功散（经验方）　木香　砂仁　党参　茯苓　白术　陈皮　炙甘草

香棱丸（《济生方》）　木香　丁香　三棱　枳壳　青皮　川楝子　炒茴香　莪术

复元活血汤（《医学发明》）　柴胡　瓜蒌根　当归　红花　甘草　穿山甲　大黄　桃仁

复元丹（《三因极一病证方论》）　附子　木香　茴香　川椒　独活　厚朴　白术　陈皮　吴茱萸　桂心　泽泻　肉豆蔻　槟榔

复方丹参片（《全国医药产品大全》）　丹参浸膏　三七　冰片

复方丹参注射液（上海市药品标准）　丹参　降香

复方丹参注射液（浙江省药品标准）　丹参　降香

复方丹参注射液（《中药制剂汇编》）　葛根　丹参　国桐叶

复方甲亢宁（经验方）　夏枯草　炙鳖甲　生牡蛎　玄参　太子参

复脉注射液（经验方）　红参　附子　麦门冬

复黄片（经验方）　黄鳝藤　白及　白茅根　丹参　红花

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

保元汤（《景岳全书》） 人参 甘草 肉桂 黄芪 糯米

保元汤（《医宗金鉴》） 党参 黄芪 肉桂 炙甘草

保元汤（《博爱心鉴》） 人参 黄芪 肉桂 生姜 甘草

保和丸（《丹溪心法》） 山楂 六曲 半夏 茯苓 陈皮 连翘 莱菔子

保和汤（《十药神书》） 知母 贝母 天门冬 款冬花 天花粉 薏苡仁 杏仁 五味子 甘草 马兜玲 紫菀 百合 桔梗 阿胶 当归 地黄 紫苏 薄荷 百部

保阴煎（《景岳全书》） 生地黄 熟地黄 芍药 黄芩 山药 续断 黄柏 甘草

保真汤（《十药神书》） 人参 黄芪 白术 甘草 赤白茯苓 五味子 当归 生地黄 熟地黄 天门冬 麦门冬 赤芍 白芍 柴胡 厚朴 地骨皮 黄柏 知母 莲心 陈皮 姜 枣

保真汤（《证治准绳》） 当归 生地黄 熟地黄 白术 黄芪 甘草 白茯苓 人参 陈皮 天门冬 麦门冬 白芍 知母 黄柏 五味子 柴胡 地骨皮 莲心 生姜 大枣

保肾乙丸（经验方） 太子参 黄芪 地黄 山茱萸 何首乌 枸杞子 杜仲 桃仁 红花

保肾甲丸（经验方） 黄芪 党参 巴戟天 鹿角片 地黄 枸杞子 丹参 六月雪

顺气导痰汤（经验方） 半夏 陈皮 茯苓 甘草 生姜 胆星 枳实 木香 香附

顺气消食化痰丸（《汤头歌诀》） 胆星 姜制半夏 青皮 陈皮 莱菔子 炒苏子 炒神曲 炒麦芽 炒山楂 葛根 杏仁 制香附

禹功散（《儒门事亲》） 黑牵牛 茴香 木香 生姜汁

退斑汤（经验方） 当归 赤芍 牡丹皮 生地黄 紫草 茜草 防风 蝉蜕 白鲜皮

独参汤（《景岳全书》） 人参

独参汤（《伤寒大全》） 人参

独活二妙丸（《症因脉治》） 独活 黄柏

独活苍术汤（《症因脉治》） 独活 苍术 防风 细辛 川芎 甘草

独活秦艽汤（《症因脉治》） 独活 秦艽 防风 川芎 苍术

独活寄生汤（《备急千金要方》） 独活 桑寄生 秦艽 防风 细辛 川芎 当归 干地黄 肉桂心 茯苓 杜仲 牛膝 人参 甘草 芍药

养心汤（《丹溪心法》） 黄芪 茯苓 茯神 半夏 炒枣仁 当归 柏子仁 川芎 远志 五味子 人参 肉桂 炙甘草

养心汤（《证治准绳》） 黄芪 茯苓 茯神 当归 川芎 炙甘草 半夏曲 柏子仁 酸枣仁 远志 五味子 人参 肉桂

养阴片（经验方） 黄芪 黄精 生地黄 麦门冬 石斛 玉竹

养阴活血方（经验方） 炙龟版 当归 白芍 生地黄 党参 茯苓 甘草

养阴清肺汤（《重楼玉钥》） 生地黄 麦门冬 玄参 贝母 牡丹皮 白芍 薄荷 甘草

养阴清热方（经验方） 青蒿 党参 白芍 赤芍 鳖甲 地骨皮 牡丹皮 焦白术 柴胡 甘草 薄荷 灯心 白茅根

养阴清热汤（经验方） 地骨皮 青蒿 生地黄 白芍 当归 知母 竹叶 何首乌 党参 川芎

洪子云治尿血方（经验方） 生地黄 玄参 忍冬藤 板蓝根 棕榈炭 阿胶珠 炒蒲黄

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

炒地榆

洗方（《伤科方药汇粹》） 陈艾叶 川椒 透骨草

活络效灵丹（《医学衷中参西录》） 当归 丹参 生乳香 生没药

活络效灵丹加减方（《中医内科临床治疗学》） 当归 乳香 没药 茜草 地榆 刺猥皮

活血化瘀方（经验方） 川芎 桃仁 红花 地龙 赤芍

活血化瘀方（经验方） 当归 川芎 丹参 赤芍 桂枝 延胡索 牡丹皮 红花 桃仁 甘草

活血散瘀洗方（《伤科验方》） 当归尾 丹参 苏木 地鳖虫 乳香 没药 泽兰 老紫草 刘寄奴 路路通

活血散瘀汤（《外科正宗》） 川芎 当归 赤芍 苏木 牡丹皮 枳壳 瓜蒌仁 桃仁 槟榔 大黄

济生肾气丸（《济生方》） 炮附子 茯苓 泽泻 山茱萸 山药 车前子 牡丹皮 官桂 川牛膝 熟地黄

济生术附汤（《济生方》） 白术 熟附子 杜仲 干姜

浓缩承气合剂（经验方） 大黄 枳实 厚朴 白头翁 败酱草

举元煎（《景岳全书》） 人参 黄芪 白术 升麻 炙甘草

宣白承气汤（《温病条辨》） 生石膏 生大黄

宣畅三焦方（经验方） 麻黄 杏仁 桔梗 藿香 大腹皮 木香 茯苓 泽泻 猪苓 大黄

扁豆散（《证治要诀》） 扁豆 人参 白术 半夏 枇杷叶 生姜

冠心苏合丸（经验方） 苏合香油 檀香 朱砂 冰片 青木香 乳香

冠心苏合丸（录自《中药知识手册》） 苏合香 檀香 冰片 乳香 青木香

冠心Ⅱ号方（经验方） 丹参 川芎 赤芍 红花 降香

祛痰夺郁汤（经验方） 法半夏 陈皮 茯苓 竹茹 苏子 沉香 瓜蒌 胆南星 桔梗 甘草

祛瘀解毒汤（经验方） 穿山甲 水牛角 七叶一枝花 半枝莲 白毛藤 黄芩 甘草

神术散（《医学心悟》） 苍术 陈皮 厚朴 甘草 藿香 砂仁

神仙一块气（《寿世保元》） 青皮 陈皮 三棱 莪术 香附 神曲 麦芽 莱菔子 白丑 槟榔 郁金 黄连 枳实 皂角 百草霜

神效琥珀散（《杂病源流犀烛》） 琥珀 桂心 滑石 大黄 腻粉 磁石 木通 木香 冬葵子

神犀丹（《温热经纬》） 犀角（现已禁用） 鲜石菖蒲 黄芩 鲜生地黄 金银花 金汁 连翘 板蓝根 豆豉 玄参 天花粉 紫草

十 画

秦艽鳖甲散（《卫生宝鉴》） 柴胡 秦艽 地骨皮 知母 当归 鳖甲 青蒿 乌梅

泰山磐石散（《景岳全书》） 人参 黄芪 当归 续断 黄芩 川芎 白芍 熟地黄 白术 炙甘草 砂仁 糯米

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

盐汤探吐方（《备急千金要方》） 食盐

真人养脏汤（《太平惠民和剂局方》） 诃子 罂粟壳 肉豆蔻 白术 人参 木香 肉桂 炙甘草 当归 白芍

真武汤（《伤寒论》） 附子 白术 茯苓 生姜 芍药

桂术二陈汤（经验方） 半夏 茯苓 陈皮 甘草 桂枝 白术

桂苓甘露饮（《宣明论方》） 茯苓 甘草 白术 泽泻 官桂 石膏 寒水石 滑石 猪苓

桂附八味丸（《金匮要略》） 附子 肉桂 熟地黄 山药 茯苓 泽泻 牡丹皮 山茱萸

桂附理中汤（经验方） 肉桂 附子 人参 白术 干姜 甘草

桂枝人参汤（《伤寒论》） 桂枝 甘草 白术 人参 干姜

桂枝加附子汤（《伤寒论》） 桂枝 芍药 甘草 生姜 大枣 附子

桂枝芍药知母汤（《金匮要略》） 桂枝 芍药 知母 麻黄 白术 防风 甘草 附子 生姜

桂枝汤（《伤寒论》） 桂枝 芍药 甘草 生姜 大枣

桂枝茯苓丸（《金匮要略》） 桂枝 茯苓 牡丹皮 赤芍 桃仁

桃仁散瘀汤（《伤科诊疗》） 桃仁 红花 川芎 赤芍 地骨皮 苏木 制黄芩 鲜桑枝 木通

桃红饮（《类证治裁》） 桃仁 红花 川芎 归尾 威灵仙

桃红四物汤（《医宗金鉴》） 当归 赤芍 川芎 生地黄 桃仁 红花

桃花汤（《伤寒论》） 赤石脂 干姜 粳米

桃核承气汤（《伤寒论》） 桃仁 大黄 桂枝 甘草 芒硝

桃黄止血汤（经验方） 桃仁 大黄 桂枝 赤芍 生地黄 白茅根 小蓟 侧柏叶 甘草

速效救心丸（《全国医药产品大全》） 川芎碱 冰片

夏枯草膏（《医宗金鉴》） 夏枯草 当归 甘草 桔梗 白芍 红花 陈皮 昆布 川芎 玄参 香附 象贝母 僵蚕 乌药 蜂蜜

逐瘀泄热开闭合剂（经验方） 生大黄 桃仁 赤芍 水蛭 虻虫

热淋验方（《当代名医临证精华·淋证专辑》） 凤尾草 白花蛇舌草 鸭跖草 萹蓄 瞿麦 黄柏

柴平汤（《景岳全书》） 柴胡 人参 半夏 黄芩 甘草 陈皮 厚朴 苍术

柴胡三仁汤（经验方） 柴胡 黄芩 半夏 西洋参 滑石 白蔻仁 生薏苡仁 厚朴 杏仁 金银花 蒲公英 黄连

柴胡清肝汤（《医宗金鉴》） 柴胡 生地黄 当归 赤芍 牛蒡子 连翘 川芎 黄芩 栀子 天花粉 防风 甘草

柴胡桂枝干姜汤（《伤寒论》） 柴胡 桂枝 干姜 黄芩 牡蛎 瓜蒌根 甘草

柴胡清骨散（《医宗金鉴》） 秦艽 鳖甲 柴胡 地骨皮 青蒿 知母 胡黄连 童便 猪脊髓 猪胆汁 薤白 甘草

柴胡疏肝散（《景岳全书》） 陈皮 柴胡 川芎 香附 枳壳 芍药 甘草

柴胡木贼汤（经验方） 柴胡 半夏 黄芪 木贼 青蒿 茜草 仙鹤草 马鞭草 石韦

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

柴胡芍药汤（《症因脉治》） 柴胡 白芍 青皮 钩藤 香附 栀子 乌药 独活

柴胡苍术汤（《症因脉治》） 柴胡 苍术 川芎 防风 广皮 甘草 独活

柴胡独活汤（《症因脉治》） 柴胡 独活 防风 川芎 苍术 青皮 甘草

柴胡饮子（《症因脉治》） 柴胡 黄芩 广皮 甘草 人参 当归 大黄 白芍

柴芩汤（《当代名医临证精华·淋证专辑》） 柴胡 黄芩 石韦 广木香 藿草 车前草

柴芩蝉衣煎（经验方） 柴胡 黄芩 乌梅 防风 蝉蜕 甘草 当归 丹参 紫花地丁

柴芩汤（《杂病源流犀烛》） 柴胡 泽泻 赤茯苓 猪苓 白术 半夏 黄芩 人参 甘草 桂心 姜

柴芩汤（《当代名医临证精华·淋证专辑》） 柴胡 黄芩 半夏 茯苓 猪苓 泽泻 车前草 银花藤 白茅根 滑石 甘草

柴独苍术汤（《症因脉治》） 柴胡 独活 苍术 防风 黄柏 黄芩

柴枳半夏汤（《医学入门》） 柴胡 黄芩 半夏 瓜蒌仁 枳壳 桔梗 杏仁 青皮 甘草

逍遥散（九）（《太平惠民和剂局方》） 柴胡 当归 白芍 白术 茯苓 甘草 薄荷 生姜

秘红丹（《医学衷中参西录》） 大黄 肉桂 代赭石

透脓散（《外科正宗》） 生黄芪 当归 川芎 穿山甲 皂角刺

倒换散（《普济方》） 荆芥穗 生大黄

健脾丸（《证治准绳》） 白术 木香 黄连 甘草 茯苓 人参 神曲 陈皮 砂仁 麦芽 山楂 山药 肉豆蔻

健脾温肾法方（经验方） 党参 白术 茯苓 猪苓 泽泻 薏苡仁 山药 黄芪 葛根 炮附子 砂仁 石韦

射干麻黄汤（《金匮要略》） 射干 麻黄 细辛 紫菀 款冬花 半夏 五味子 生姜 大枣

瓜蒌薤白半夏汤（《金匮要略》） 瓜蒌 薤白 半夏 白酒

胶艾汤（《金匮要略》） 干地黄 当归 芍药 甘草 阿胶 艾叶 川芎

胶艾汤（《丹溪心法》） 阿胶 艾叶

胶艾四物汤（《医学入门》） 阿胶 艾叶 当归 川芎 甘草 芍药 熟地黄

脑立清丸（吉林省药品标准） 磁石 代赭石 珍珠母 清半夏 酒曲 牛膝 薄荷脑 冰片 猪胆汁

凉心利水汤（《辨证录》） 麦门冬 茯苓 莲干心 车前子

凉血四物汤（《医宗金鉴》） 当归 赤芍 生地黄 川芎 黄芩 茯苓 红花 陈皮 甘草

凉血化斑汤（经验方） 生地黄 牡丹皮 赤芍 紫草 知母 玄参 旱莲草 仙鹤草 茜草 蝉蜕 僵蚕

凉膈散（《太平惠民和剂局方》） 大黄 朴硝 甘草 栀子 薄荷 黄芩 连翘 竹叶

脊痛散方（经验方） 川乌 附子 羌活 细辛 官桂 川椒 食醋

益气补元饮（经验方） 人参 黄芪

益气养血汤（经验方） 太子参 黄芪 仙鹤草 连翘 大青叶 当归 白术 茯苓 远

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

志 炒酸枣仁 地榆

益气活血散（经验方） 人参 田七 丹参

益气活血汤（经验方） 炙黄芪 党参 丹参 当归 益母草 桃仁 鸡血藤

益气活血解毒汤（经验方） 黄芪 益母草 党参 地黄 丹参 蛇莓 半枝莲 当归 川芎 红花 甘草

益气凉血升板汤（经验方） 炙黄芪 当归 太子参 女贞子 旱莲草 生地黄 白芍 牡丹皮 炙甘草 土大黄 卷柏 仙鹤草 阿胶 紫草 生地榆 荷叶 大枣 鸡血藤

益气摄血方（经验方） 炙甘草 党参 当归 茜草根 仙鹤草

益气解毒饮（《当代名医临证精华·淋证专辑》） 黄芪 党参 石莲子 麦门冬 茯苓 车前子 柴胡 地骨皮 甘草 蒲公英 白花蛇舌草 白茅根

益胃汤（《温病条辨》） 沙参 生地黄 麦冬 玉竹 冰糖

益脾汤（经验方） 太子参 茯苓 白术 桔梗 山药 莲子 薏苡仁 芡实 白扁豆 石斛 谷芽 炙甘草

益肾汤（《百病良方》） 菟丝子 狗脊 补骨脂 杜仲 枸杞子 山药 茯苓 莲子 续断 黄芪

益肾汤（经验方） 当归 赤芍 桃仁 红花 川芎 益母草 板蓝根 金银花 白茅根 紫花地丁

益肾复元汤（经验方） 紫石英 鹿角片 紫河车 川断 杜仲 熟地黄 当归 牛膝 附子 泽泻 制大黄 石韦 乌药 香附 苏叶 灵磁石 马鞭草

益肾解毒汤（经验方） 生黄芪 生地黄 山茱萸 淮山药 茯苓 川柏 丹参 鹿衔草 六月雪 生大黄

益肾蠲痹丸（经验方） 地黄 当归 淫羊藿 肉苁蓉 鹿衔草 老鹳草 寻骨风 苍耳子 徐长卿 全蝎 蜈蚣 蜂房 蕲蛇 地鳖虫 僵蚕

益母草膏（《惠直堂经验方》） 益母草

消风散（《太平惠民和剂局方》） 荆芥穗 炒甘草 川芎 羌活 炒僵蚕 防风 茯苓 蝉蜕 藿香 人参 厚朴 陈皮

消风散（《医宗金鉴》） 荆芥 防风 当归 生地黄 玄参 苍术 蝉蜕 胡麻仁 牛蒡子 知母 石膏 甘草 木通

消积保中丸（《寿世保元》） 陈皮 半夏 茯苓 白术 香附 青皮 木香 槟榔 莱菔子 白芥子 砂仁 神曲 麦芽 黄连 栀子 三棱 莪术 川芎 当归 桃仁 红花 干漆 阿魏

消喘膏（《张氏医通》） 白芥子 甘遂 细辛 延胡索

消渴方（《丹溪心法》） 黄连 天花粉 人乳汁 藕汁 生地汁

消痛散方（《伤科方药汇粹》） 川乌 附子 羌活 官桂 川椒

消斑汤（经验方） 生地黄 麦门冬 天花粉 蝉蜕 当归 赤芍 蒲黄 牡丹皮 防风 甘草

消斑饮（经验方） 生地黄 牡丹皮 紫草 玄参 赤芍 金银花 板蓝根 荆芥 防风

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

牛蒡子　丹参　生甘草　大枣

消瘿丸（经验方）　姜半夏　莪术　制乳香　制没药　赤白芍　连翘　夏枯草

消瘰丸（《医学心悟》）　玄参　煅牡蛎　贝母

涤痰汤（《济生方》）　半夏　胆星　橘红　枳实　茯苓　人参　菖蒲　竹茹　甘草　生姜　大枣

海金沙散（《普济方》）　海金沙　赤茯苓　猪苓　白术　白芍　泽泻　滑石　肉桂　炙甘草　石韦

海藻玉壶汤（《外科正宗》）　海藻　昆布　海带　半夏　陈皮　青皮　连翘　贝母　当归　川芎　独活　甘草

海藻玉壶汤（《医宗金鉴》）　海藻　昆布　海带　半夏　陈皮　青皮　连翘　象贝　当归　川芎　独活　甘草

海藻溃坚丸（《卫生宝鉴》）　海藻　昆布　龙胆草　海蛤粉　通草　贝母　松萝茶　枯矾　半夏　神曲

润肺饮（《医宗必读》）　贝母　天花粉　桔梗　甘草　麦门冬　橘红　茯苓　知母　生地黄　生姜

家秘肝肾丸（《症因脉治》）　天门冬　生地黄　当归　白芍　黄柏　知母

调胃承气汤（《伤寒论》）　大黄　芒硝　甘草

调荣饮（《仁斋直指附遗方论》）　细辛　莪术　辣桂　赤芍药　延胡索　当归　川芎　白芷　槟榔　大腹皮　桑白皮　瞿麦穗　赤茯苓　陈皮　葶苈　大黄　甘草

通关丸（《兰室秘藏》）　黄柏　知母　肉桂

通气散（《陈素庵妇科补解》）　川芎　当归　白芍　杜仲　阿胶　茴香　川断　补骨脂　山药　橘核　防风　独活　香附　甘草　葱白　草薢

通草饮子（《外台秘要》）　通草　冬葵子　白茅根　王不留行　蒲黄　桃胶　瞿麦　滑石　甘草

通淋膏（《理淪骈文》）　玄参　麦冬　当归　赤芍　知母　黄柏　生地黄　黄连　黄芩　栀子　瞿麦穗　萹蓄　赤茯苓　猪苓　木通　泽泻　车前　甘草　木香　郁金　草薢　乱发　滑石　黄丹

通调益淋汤（《当代名医临证精华·淋证专辑》）　茯苓　泽泻　木瓜　防己　木通　琥珀粉　知母　滑石

通窍活血汤（《医林改错》）　赤芍　川芎　桃仁　红花　麝香　老葱　大枣　酒

通幽汤（《兰室秘藏》）　生地黄　熟地黄　桃仁　红花　当归　炙甘草　升麻

通幽煎（《景岳全书》）　当归尾　红花　山楂　老葱　麝香　红枣　鲜姜　黄酒

桑白皮饮（《圣济总录》）　桑白皮　赤芍　郁金　百合　木通　大腹子

桑白皮汤（《景岳全书》）　桑白皮　半夏　苏子　杏仁　贝母　黄芩　黄连　山栀

桑杏汤（《温病条辨》）　桑叶　杏仁　沙参　象贝　香豉　栀子　梨皮

桑菊饮（《温病条辨》）　桑叶　菊花　连翘　薄荷　杏仁　桔梗　生甘草　鲜芦根

桑脊仲地方（经验方）　桑寄生　狗脊　川杜仲　熟地黄　鸡血藤　当归　白花蛇　蜈蚣　苍术　茯苓　桂枝

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

十 一 画

理中丸（《伤寒论》） 人参 白术 干姜 甘草

理中化痰丸（《证治准绳》） 人参 干姜 甘草 白术 半夏 茯苓

理湿夺郁汤（经验方） 苍术 香附 陈皮 春砂心 绿萼梅 佩兰 枳壳 土茵陈 佛手 泽泻

菖蒲蜈蚣汤（经验方） 石菖蒲 蜈蚣 僵蚕 全蝎 半夏

菖蒲郁金汤（《温病全书》） 石菖蒲 炒栀子 鲜竹叶 牡丹皮 郁金 连翘 姜汁 竹沥 菊花 滑石 牛蒡子 玉枢丹

萆薢分清饮（《丹溪心法》） 萆薢 石菖蒲 乌药 茯苓 益智仁 甘草梢

萆薢分清饮（《医学心悟》） 萆薢 白术 车前子 茯苓 石菖蒲 黄柏 莲子 丹参

黄土汤（《金匮要略》） 甘草 干地黄 白术 附子 阿胶 黄芩 灶心黄土

黄芩滑石汤（《温病条辨》） 黄芩 滑石 茯苓皮 大腹皮 白蔻仁 通草 猪苓

黄芩一物汤（《症因脉治》） 黄芩

黄芩散（《太平圣惠方》） 黄芩 鸡苏散 滑石 小蓟根 生地黄 木通

黄芪汤（《医宗必读》） 桑白皮 人参 五味子 白茯苓 旱莲子 磁石 滑石 黄芪 枳壳 黄芩

黄芪汤（《圣济总录》） 黄芪 人参 滑石 五味子 茯苓 磁石 旱莲草 桑白皮 黄芩 枳壳

黄芪汤（经验方） 黄芪 桂枝 白芍 人参 麦门冬 芍药 地黄 炙甘草 生姜

黄芪三七甘草汤（经验方） 黄芪 生地黄 参三七 炙水牛角腮 黄柏 紫草 脱力草 炙甘草 红枣

黄芪赤风汤（《医林改错》） 黄芪 赤芍 防风

黄芪补中汤（《医学发明》） 黄芪 人参 炙甘草 白术 苍术 橘皮 泽泻 猪苓 茯苓

黄芪理肾汤（经验方） 黄芪 当归 泽泻 龙骨 大枣

黄芪建中汤（《金匮要略》） 黄芪 桂枝 白芍 炙甘草 生姜 大枣 饴糖

黄氏桂枝五物汤（《金匮要略》） 黄芪 芍药 桂枝 生姜 大枣

黄芪鳖甲散（《太平惠民和剂局方》） 生地黄 桑白皮 天门冬 半夏 紫菀 秦艽 鳖甲 知母 人参 肉桂 地骨皮 黄芪 茯苓 赤芍 柴胡 桔梗 甘草

黄芪鳖甲散（《卫生宝鉴》） 黄芪 鳖甲 天门冬 地骨皮 秦艽 柴胡 紫菀 半夏 茯苓 知母 生地黄 白芍 人参 肉桂 桔梗 桑白皮 生姜 甘草

黄连汤（《活法机要》） 黄连 当归 炙甘草

黄连阿胶汤（《伤寒论》） 黄连 黄芩 乌药 阿胶 鸡子黄

黄连阿胶丸（《丹溪心法》） 黄连 阿胶 茯苓

黄连温胆汤（《备急千金要方》） 黄连 陈皮 半夏 茯苓 枳壳 竹茹 甘草

黄连解毒汤（《外台秘要》） 黄连 黄芩 黄柏 栀子

排气饮（《景岳全书》） 陈皮 藿香 枳壳 香附 乌药 厚朴 泽泻 木香

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

排石冲剂（《中药制剂汇编》） 金钱草 木通 车前子 徐长卿 瞿麦 冬葵子 忍冬藤 滑石 甘草

排石汤Ⅱ号（遵义医学院急腹症研究小组） 金钱草 石韦 车前子 木通 瞿麦 萹蓄 栀子 大黄 滑石 甘草梢 牛膝 枳实

控涎丹（《三因极一病证方论》） 甘遂 大戟 白芥子

梅核喻化片（经验方） 冰片 安息香 沉香 川贝母 桔梗 陈皮 白蔻仁

培土化瘕汤（《辨证录》） 白术 山药 白芍 白薇 何首乌 鳖甲 两头尖 白芥子 茯苓 神曲 山楂 柴胡 厚朴 枳壳

崔金才自拟方（经验方） 柴胡 当归 白芍 茯苓 香附 佛手 香橼 郁金 甘草

银翘散（《温病条辨》） 连翘 银花 桔梗 薄荷 竹叶 荆芥 淡豆豉 牛蒡子 生甘草

银翘桔石汤（经验方） 金银花 牛蒡子 桔梗 生石膏 连翘 板蓝根 甘草

猪苓汤（《伤寒论》） 猪苓 茯苓 泽泻 阿胶 滑石

麻子仁丸（《伤寒论》） 麻子仁 芍药 枳实 大黄 厚朴 杏仁 蜜

麻杏三仁汤（经验方） 麻黄 杏仁 薏苡仁 白蔻仁 半夏 厚朴 通草 竹叶 滑石

麻杏五皮饮（经验方） 麻黄 杏仁 陈皮 茯苓皮 大腹皮 桑白皮 生姜皮 车前子 车前草

麻黄加术汤（《金匮要略》） 麻黄 桂枝 杏仁 甘草 白术

麻黄连轺赤小豆汤（《伤寒论》） 麻黄 连轺 杏仁 赤小豆 大枣 生梓白皮 生姜 炙甘草

麻黄汤（《伤寒论》） 麻黄 桂枝 杏仁 甘草

麻黄杏仁甘草石膏汤（《伤寒论》） 麻黄 杏仁 甘草 石膏

麻黄附子细辛汤（《伤寒论》） 麻黄 附子 细辛

鹿茸丸（《丹溪心法》） 鹿茸 沉香 附子 菟丝子 当归 补骨脂 茴香 胡芦巴

旋覆代赭汤（《伤寒论》） 旋覆花 代赭石 人参 半夏 炙甘草 生姜 大枣

羚羊角散（《外科正宗》） 羚羊角 防风 麦门冬 玄参 黄芩 牛蒡子 甘草 知母

羚羊角汤（《医醇賸义》） 羚羊角 龟版 生地黄 丹皮 白芍 柴胡 薄荷 蝉衣 菊花 夏枯草 石决明

羚角钩藤汤（《通俗伤寒论》） 羚羊角 桑叶 川贝 生地黄 钩藤 菊花 白芍 甘草 鲜竹茹 茯神

羚羊三黄汤（经验方） 羚羊角 生地黄 黄柏 黄连 黑栀子 白芍 金银花 陈皮 牡丹皮 白茅根 阿胶 茯苓

清气化痰丸（《医方考》） 陈皮 杏仁 枳实 黄芩 瓜蒌仁 茯苓 胆南星 制半夏 姜汁

清气解毒针（重庆中医研究院） 鱼腥草 败酱草 虎杖 肿节风

清心莲子饮（《太平惠民和剂局方》） 黄芪 黄芩 石莲肉 茯苓 党参 麦门 甘草 地骨皮 车前子

清心发郁汤（经验方） 牡丹皮 柴胡 远志 石菖蒲 淡竹叶 黄连 麦门冬 郁金

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

葱白 甘草

清金化痰汤（《统旨方》） 黄芩 山栀 桔梗 麦冬 桑白皮 贝母 知母 瓜蒌仁 橘皮 茯苓 甘草

清肺饮（《证治汇补》） 桑白皮 黄芩 茯苓 麦冬 车前子 山栀 木通 泽泻

清肺饮子（《景岳全书》） 茯苓 猪苓 泽泻 车前子 琥珀 木通 瞿麦 萹蓄 通草 灯心

清胃散（《兰室秘藏》） 当归 生地黄 丹皮 升麻 黄连

清胃汤（《症因脉治》） 升麻 黄连 生地黄 栀子 甘草 葛根 石膏

清骨散（《证治准绳》） 银柴胡 胡黄连 秦艽 鳖甲 地骨皮 青蒿 知母 甘草

清骨散（《丹溪心法》） 柴胡 生地黄 人参 防风 熟地黄 秦艽 茯苓 胡黄连 薄荷

清骨滋肾汤（《傅青主女科》） 地骨皮 牡丹皮 沙参 麦门冬 玄参 五味子 白术 石斛

清胆汤（经验方） 大黄 栀子 黄连 柴胡 白芍 蒲公英 金钱草 瓜蒌 郁金 延胡索 川楝子

清营汤（《温病条辨》） 犀角 生地黄 玄参 竹叶心 金银花 连翘 黄连 丹参 麦门冬

清热化痰汤（《医宗金鉴》） 人参 白术 茯苓 炙甘草 橘红 半夏 麦门冬 石菖蒲 枳实 木香 竹茹 黄芩 黄连 南星 竹沥 姜汁

清热凉血汤（经验方） 生地黄 金银花 连翘 牡丹皮 仙鹤草 槐花 白茅根 羊蹄根

清热解毒饮（经验方） 柴胡 生石膏 白花蛇舌草 金银花 连翘 蒲公英 瞿麦 大黄 生地黄 玄参 甘草

清热解毒洗方（经验方） 金银花 蒲公英 苦参 大黄 黄柏 赤芍 黄连 紫草 硼砂

清热解毒救逆方（经验方） 黄芩 黄连 金银花 连翘 大青叶 大黄 栀子 甘草

清燥救肺汤（《医门法律》） 冬桑叶 石膏 甘草 人参 胡麻仁 真阿胶 麦门冬 炒杏仁 炙枇叶

清暑益气汤（《温热经纬》） 西洋参 石斛 麦门冬 甘草 粳米 黄连 竹叶 知母 荷梗 西瓜翠衣

清暑益气汤（《脾胃论》） 黄芪 苍术 升麻 人参 炒曲 橘皮 白术 麦门冬 当归身 炙甘草 青皮 黄柏 泽泻 葛根 五味子

清瘟败毒饮（《疫疹一得》） 生石膏 生地黄 犀角 黄连 栀子 桔梗 黄芩 知母 玄参 连翘 甘草 丹皮 鲜竹叶

清斑汤（经验方） 桑叶 生地黄 焦山栀 白茅根 板蓝根 连翘 紫草

清淋合剂（《当代名医临证精华·淋证专辑》） 生地榆 生槐角 半枝莲 白花蛇舌草 大青叶 白槿花 滑石 生甘草

清腑降浊散2号（经验方） 大黄 苦参 甘草 败酱草 蒲公英 生牡蛎 槐角

清腑降浊散1号（经验方） 生大黄 槐角 红花 玄明粉 附子

渗湿汤（《丹溪心法》） 干姜 甘草 丁香 苍术 白术 橘红 茯苓

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

渗湿汤（《杂病源流犀烛》） 苍术 白术 茯苓 猪苓 陈皮 泽泻 川芎 香附 厚朴 砂仁 甘草 生姜 灯心草

十二画

琥珀散（《证治准绳》） 滑石 琥珀 木通 菖蒲 木香 当归 郁金

琥珀养心丹（《证治准绳》） 琥珀 龙齿 远志 石菖蒲 茯神 人参 酸枣仁 柏子仁 当归 生地黄 黄连 朱砂 牛黄

琥珀抱龙丸（《证治准绳》） 天竺黄 麝香 胆星 朱砂 琥珀 檀香 人参 茯苓 枳壳 山药 甘草 僵蚕 钩藤

越婢汤（《金匮要略》） 麻黄 生姜 石膏 炙甘草 大枣

越婢五皮饮（经验方） 麻黄 杏仁 石膏 陈皮 茯苓皮 生姜皮 桑白皮 大腹皮

越婢加术汤（《金匮要略》） 麻黄 石膏 白术 生姜 甘草 大枣

越婢加半夏汤（《金匮要略》） 麻黄 生石膏 甘草 生姜 大枣 半夏

越鞠丸（《丹溪心法》） 川芎 苍术 香附 神曲 栀子

葛根汤（《伤寒论》） 葛根 麻黄 桂枝 生姜 甘草 芍药 大枣

葛花解酲汤（《兰室秘藏》） 木香 人参 猪苓 白茯苓 陈皮 白术 干生姜 神曲 泽泻

葶苈大枣泻肺汤（《金匮要略》） 葶苈子 大枣

散聚汤（《三因极一病证方论》） 半夏 槟榔 当归 橘皮 杏仁 桂心 茯苓 炙甘草 炮附子 川芎 枳壳 姜厚朴 吴茱萸

散聚汤（《类证治裁》） 茯苓 陈皮 半夏 甘草 当归 杏仁 桂心 槟榔

散瘀和伤汤（《医宗金鉴》） 番木鳖 红花 生半夏 骨碎补 甘草 葱须 醋

椒目瓜蒌汤（《医醇賸义》） 川椒目 瓜蒌仁 葶苈子 桑白皮 芡子 法半夏 茯苓 橘红 白蒺藜 生姜

硝石矾石散（《金匮要略》） 硝石 矾石

硝黄附子汤（经验方） 芒硝 生大黄 附子 黑白丑 茯苓 泽泻 党参 黄芪 陈皮 焦三仙 甘草

强肾汤（经验方） 熟地黄 山药 山茱萸 续断 杜仲 补骨脂 枸杞子 狗脊

强腰壮肾汤（经验方） 当归 白芍 续断 补骨脂 杜仲 巴戟天 肉桂 地龙 狗脊 甘草

紫金锭（《片玉心书》） 山慈姑 麝香 续随子 雄黄 大戟 朱砂 五倍子

紫菀汤（《伤寒保命》） 紫菀 桔梗 杏仁 桑白皮 天门冬 甘草

紫雪丹（《太平惠民和剂局方》） 滑石 石膏 寒水石 磁石 羚羊角 青木香 犀角（现已禁用） 沉香 麝香 丁香 升麻 玄参 炙甘草 黄金 朱砂 朴硝 硝石

紫癜速愈汤（经验方） 鸡血藤 熟地黄 玄参 麦门冬 茜草 补骨脂 紫草 生地黄 白芍 白术 当归 阿胶 甘草 三七

黑归脾丸（《全国中药成药处方集》） 熟地黄 黄芪 茯苓 党参 白术 当归身 酸枣仁 龙眼肉 远志 青木香 大枣 炙甘草 生姜

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

黑神散（《太平惠民和剂局方》） 肉桂 干姜 熟地黄 甘草 当归 蒲黄 白芍药
黑神散（《证治要诀》） 黑豆 熟地黄 当归 白芍 蒲黄 肉桂 干姜 甘草
黑锡丹（《太平惠民和剂局方》） 黑锡 硫黄 沉香 木香 茴香 阳起石 葫芦巴 破故纸 肉豆蔻 川楝子 附子 肉桂
舒肝和络饮（经验方） 柴胡 香附 乌药 郁金 苍术 石菖蒲 酸枣仁 厚朴 夜交藤 合欢皮 远志 甘草 牡蛎 淮小麦 大枣
舒肝健脾汤（经验方） 柴胡 郁金 香附 党参 扁豆
舒筋活络丸（广东省药品标准） 五加皮 胆南星 川芎 豨莶草 桂枝 地枫皮 独活 牛膝 当归 木瓜 威灵仙 羌活
舒筋活血片（江西省药品标准） 桑寄生 狗脊 香附 络石藤 伸筋草 泽兰 鸡血藤 五加皮 红花 自然铜 饴糖
稀涎散（《传家秘宝》） 晋矾（即明矾） 猪牙 皂荚
程氏萆薢分清饮（《医学心悟》） 萆薢 白术 车前子 茯苓 石菖蒲 黄柏 莲子 丹参
痛泻要方（《景岳全书》） 白术 白芍 防风 炒陈皮
富血汤（经验方） 制首乌 鸡血藤 赤白芍 丹参 当归 生地黄 益母草
普济消毒饮（《证治准绳》引李东垣方） 黄芩 黄连 连翘 玄参 板蓝根 马勃 牛蒡子 僵蚕 升麻 柴胡 陈皮 桔梗 甘草 薄荷
温土消瘕汤（《辨证录》） 巴戟天 肉桂 人参 白术 茯苓 枳实 山楂
温中补气汤（《千家妙方》） 肉桂 干姜 党参 黄芪 葛根 柴胡 槟榔 枳壳 九香虫 五灵脂 鸡内金 甘草
温阳撤邪汤（经验方） 生附子 麻黄 葱白 细辛 甘草
温阳导浊汤（经验方） 生附子 大黄 生姜 人参 半夏 茯苓 旋覆花 车前子 黄连 甘草
温经通络洗方（经验方） 透骨草 伸筋草 艾叶 独活 桂枝 干姜 红花 花椒 附子
温经汤（《金匮要略》） 吴茱萸 当归 白芍 麦门冬 川芎 人参 牡丹皮 桂枝 半夏 阿胶珠 生姜 甘草
温胆汤（《备急千金要方》） 枳实 竹茹 半夏 陈皮 甘草 生姜
温胆汤（《三因极一病证方论》） 半夏 竹茹 枳实 橘皮 甘草 白茯苓 生姜 大枣
温脾汤（《备急千金要方》） 大黄 人参 甘草 干姜 附子
温肾利湿饮（经验方） 茵香 附子 桂枝 蒲公英 白花蛇舌草 竹叶 白茅根 小蓟 旱莲草
温肾解毒汤（经验方） 紫苏 党参 白术 半夏 熟附子 黄连 砂仁 六月雪 绿豆 丹参 大黄 生姜
温肾折郁汤（经验方） 肉桂 白术 茯苓 猪苓 泽泻 木通 白蔻仁
温通散（经验方） 附子 桂枝 川芎 桑寄生 淫羊藿 巴戟天 牛膝 续断 独活 狗脊 杜仲
滋水清肝饮（《医宗己任编》） 熟地黄 山茱萸 茯苓 当归身 山药 牡丹皮 泽泻 白芍 柴胡 栀子 酸枣仁

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

滋脾饮（经验方） 沙参 麦门冬 山药 白扁豆 石斛 白芍 陈皮 炒山楂 炒谷芽 炙甘草 姜半夏 冬瓜仁 贝母 竹茹

滋肾通关丸（《兰室秘藏》） 知母 黄柏 肉桂

滋肾降浊汤（经验方） 生地黄 淮山药 金樱子 女贞子 枸杞子 茯苓 泽泻 炒白术 陈皮 赤白芍 丹参 煅龙骨 牡蛎

滋肾化瘀清利汤（经验方） 女贞子 旱莲草 白花蛇舌草 生侧柏 马鞭草 大小蓟 益母草 白茅根 石韦

滋肾蓉精丸（经验方） 黄精 肉苁蓉 何首乌 金樱子 山药 赤芍 山楂 五味子 佛手

滋阴八味丸（《医方考》） 山药 山茱萸 牡丹皮 茯苓 泽泻 黄柏 知母 熟地黄

滋阴清化丸（《杂病源流犀烛》） 款冬花 麦门冬 生地黄 白芍 知母 贝母 茯苓 山药 天花粉 甘草 五味子 紫菀

滋阴化痰丸（经验方） 杏仁 枳实 茯苓 胆南星 半夏 海蛤粉 天门冬 芒硝 香附 桔梗 连翘 青黛 生地黄 玄参 知母 黄柏

滋阴清热解毒方（经验方） 沙参 麦门冬 芦根 玄参 枇杷叶 桑白皮 黄芩 半枝莲 白花蛇舌草 金银花 天花粉 甘草

滋阴清降汤（《医学衷中参西录》） 生赭石 生怀山药 生地黄 生龙骨 生牡蛎 生杭芍 甘草 广三七

滋阴清窍汤（经验方） 黄柏 知母 龟版 生地黄 山茱萸 山药 白茅根 藕节炭 五味子 甘草

滋阴保肺汤（《证治准绳》） 黄柏 知母 麦门冬 天门冬 枇杷叶 当归 芍药 生地黄 阿胶 五味子 橘红 紫菀 桑白皮 甘草

滋阴降火汤（《万病回春》） 当归 白芍 生地黄 熟地黄 天门冬 麦门冬 白术 陈皮 黄柏 知母 甘草 生姜 大枣

滋阴解痉汤（经验方） 生地黄 白芍 女贞子 虎杖根 地龙 川楝子 牡丹皮 牛膝 甘草

犀黄丸（《外科全生集》） 牛黄 麝香 没药 乳香

犀角散（《备急千金要方》） 犀角（现已禁用） 黄连 升麻 山栀 茵陈

犀角地黄汤（丸）（《备急千金要方》） 犀角（现已禁用） 生地黄 芍药 牡丹皮

疏风活血汤（经验方） 防风 独活 秦艽 当归 赤芍 川芎 威灵仙 五加皮 川牛膝 防己 桑寄生

疏肝丸（经验方） 川楝子 白芍 片姜黄 茯苓 沉香 枳壳 延胡索 陈皮 木香 砂仁 豆蔻

疏凿饮子（《济生方》） 商陆 泽泻 赤小豆 椒目 木通 茯苓皮 大腹皮 槟榔 生姜 羌活 秦艽

十 三 画

蒿芩清胆汤（《通俗伤寒论》） 青蒿 黄芩 淡竹茹 仙半夏 枳壳 陈皮 赤茯苓 碧

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

玉散（青黛 滑石 甘草）
蒲黄散（《圣济总录》） 蒲黄 郁金
硼砂散（《仁斋直指附遗方论》） 硼砂 琥珀 赤茯苓 蜀葵子 陈皮
榆皮散（《圣惠方》） 榆白皮 车前子 葵根 木通 瞿麦 白茅根 黄芩 桑螵蛸 赤茯苓
榆枝汤（《证治准绳》） 榆枝 石燕子
楂曲平胃散（经验方） 苍术 厚朴 橘皮 甘草 山楂 神曲
葵子散（《外台秘要》） 冬葵子 滑石 石韦叶 石韦 通草
解语丹（《医学心悟》） 白附子 石菖蒲 远志 天麻 全蝎 羌活 南星 木香 甘草
解肝煎（《景岳全书》） 苏梗 厚朴 砂仁 半夏 陈皮 茯苓 白芍
解毒汤（《血证论》） 大黄 黄连 黄芩 黄柏 炒栀子 赤芍 枳壳 连翘 防风 甘草
解毒化斑汤（经验方） 生地黄 白芍 郁金 桃仁 黄连 茜草 金银花 升麻 牛蒡子 栀子 牡丹皮 犀角（现已禁用） 红花 阿胶 紫珠草
解攉汤（经验方） 黄芪 刘寄奴 桃仁 山茱萸 蝼蛄 沉香 熟地黄 淮山药 石韦 甘草梢
愈风宁心片（《全国中成药产品集》） 葛根
愈癜汤（经验方） 黄芪 阿胶 当归 花生衣 生地炭 仙鹤草 陈皮 云南白药
瞿麦汤（《证治准绳》） 瞿麦穗 冬瓜子 白茅根 黄芩 木通 竹叶 滑石 葵子
痰湿1号方（经验方） 制黑附子 干姜
痰湿2号方（经验方） 椒 白果 白术 陈皮
痰热1号方（经验方） 青黛 蛤粉
痰热2号方（经验方） 白果 枇杷叶 鱼腥草 浙贝母
豢龙汤（《医醇賸义》） 羚羊角 麦门冬 夏枯草 牡丹皮 牡蛎 南沙参 石斛 川贝母 茜草根 牛膝 荆芥炭 薄荷炭 白茅根 藕

十 四 画

碧玉散（《伤寒直格》） 滑石 甘草 青黛
聚精丸（《张氏医通》） 鳔胶 沙苑蒺藜
酸枣仁汤（《金匮要略》） 酸枣仁 知母 茯苓 川芎 甘草
磁石丸（《证治准绳》） 泽泻 肉苁蓉 磁石 滑石
膈下逐瘀汤（《医林改错》） 五灵脂 当归 川芎 桃仁 牡丹皮 赤芍 乌药 延胡索 甘草 香附 红花 枳壳
膏淋汤（《医学衷中参西录》） 山药 芡实 龙骨 牡蛎 生地黄 党参 杭白芍
慢性腰痛伤方（《伤科方药汇粹》） 透骨草 海桐皮 乳香 没药 羌活 独活 威灵仙 川芎 红花 川椒 荆芥 防风 葱根 当归

十 五 画

增液汤（《温病条辨》） 生地黄 玄参 麦门冬

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

增液承气汤（《温病条辨》） 生地黄 玄参 麦门冬 大黄 芒硝

镇肝熄风汤（《医学衷中参西录》） 生赭石 生牡蛎 生龙骨 生杭芍 怀牛膝 生龟版 玄参 天冬 川楝子 生麦芽 茵陈 甘草

熨风散方（经验方） 羌活 防风 白芷 当归 细辛 芜花 白芍 吴茱萸 肉桂 紫皮大蒜 醋

熨药第一方（《伤科常见疾病治疗法》） 升麻 牙皂 山钩钩 防风 稻草根 生半夏 醋或黄酒

十六画以上

橘皮竹茹汤（《金匮要略》） 橘皮 竹茹 大枣 生姜 党参 甘草

橘半枳术丸（《医学入门》） 橘皮 枳实 半夏 白术

颠倒木金散（《医宗金鉴》） 木香 郁金

醒脑静注射液（《全国中成药产品集》） 麝香 栀子 郁金

黛蛤散（通行方） 青黛 蛤粉

礞石滚痰丸（《养生主论》） 青礞石 象贝母 制大黄 黄芩 沉香

礞石滚痰丸（《丹溪心法》） 大黄 黄芩 礞石 沉香

礞石滚痰丸（《景岳全书》） 青礞石 大黄 黄芩 沉香 郁金 茯苓 橘红 菖蒲 枳实 甘草

藿香正气散（《太平惠民和剂局方》） 藿香 厚朴 苏叶 陈皮 大腹皮 白芷 茯苓 白术 半夏曲 甘草 生姜 大枣

鳖甲煎丸（《金匮要略》） 鳖甲 乌扇 黄芩 柴胡 鼠妇 干姜 大黄 芍药 桂枝 葶苈子 石韦 厚朴 丹皮 瞿麦 紫葳 半夏 人参 蠐虫 阿胶 蜂房 赤硝 蜣螂 桃仁

鳖甲散（《太平圣惠方》） 鳖甲 五味子 槟榔 桔梗 陈皮 桂心 柴胡 炙甘草 清半夏 赤茯苓 白术 生姜

灌肠方（经验方） 生大黄 煅龙骨 煅牡蛎 槐花

癫狂梦醒汤（《医林改错》） 桃仁 柴胡 香附 木通 赤芍药 半夏 大腹皮 青皮 陈皮 桑白皮 苏子 甘草

蠲饮丸（《吴鞠通医案》） 桂枝 枳实 干姜 苍术 茯苓 半夏 益智仁 广皮 炙甘草

蠲饮丸（《温热经纬》） 干姜 半夏 陈皮 枳壳 生姜 茯苓 党参 桂枝 苍术 甘草 益智仁 神曲 白术 炒莱菔子

（范东明）

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

古代主要参考书目

《黄帝内经素问》	
《黄帝内经灵枢》	
《神农本草经》	
《难经》	
《伤寒论》	汉·张机
《金匮要略》	汉·张机
《脉经》	晋·王熙
《黄帝针灸甲乙经》	晋·皇甫谧
《肘后备急方》	晋·葛洪
《诸病源候论》	隋·巢元方
《备急千金要方》	唐·孙思邈
《千金翼方》	唐·孙思邈
《外台秘要》	唐·王焘
《仙授理伤续断秘方》	唐·蔺道人
《经效产宝并续集》	唐·昝殷
《太平圣惠方》	宋·王怀隐
《博济方》	宋·王衮
《太平惠民和剂局方》	宋·陈师文
《圣济总录》	宋·赵佶
《本草衍义》	宋·寇宗奭
《全生指迷方》	宋·王贶
《小儿药证直诀》	宋·钱乙
《华氏中藏经》	宋·华佗（宋代医家伪托）
《普济本事方》	宋·许叔微
《扁鹊心书》	宋·窦材
《三因极一病证方论》	宋·陈言
《杨氏家藏方》	宋·杨倓
《卫生家宝方》	宋·朱端章
《医说》	宋·张杲
《妇人大全良方》	宋·陈自明
《济生方》	宋·严用和
《仁斋直指附遗方论》	宋·杨士瀛

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

《类编朱氏集验医方》	宋·朱佐
《四言举要》	宋·崔嘉彦
《黄帝素问宣明论方》	金·刘完素
《素问玄机原病式》	金·刘完素
《三消论》	金·刘完素
《素问病机气宜保命集》	金·刘完素
《医学启源》	金·张元素
《儒门事亲》	金·张从正
《内外伤辨惑论》	金·李杲
《脾胃论》	金·李杲
《医学发明》	金·李杲
《兰室秘藏》	金·李杲
《卫生宝鉴》	元·罗天益
《泰定养生主论》	元·王珪
《瑞竹堂经验方》	元·沙图穆苏
《永类钤方》	元·李仲南
《世医得效方》	元·危亦林
《局方发挥》	元·朱震亨
《十药神书》	元·葛乾孙
《金匮钩玄》	元·朱震亨
《丹溪心法》	元·朱震亨
《丹溪手镜》	元·朱震亨
《医经溯洄集》	元·王履
《原机启微》	元·倪维德
《玉机微义》	明·刘纯
《医学纲目》	明·楼英
《普济方》	明·朱橚
《卫生易简方》	明·胡滢
《神应经》	明·陈会
《秘传证治要诀及类方》	明·戴思恭
《奇效良方》	明·董宿
《本草集要》	明·王纶
《明医杂著》	明·王纶
《婴童百问》	明·鲁伯嗣
《医学正传》	明·虞抟
《苍生司命》	明·虞抟
《保婴撮要》	明·薛铠
《正体类要》	明·薛己

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

《内科摘要》	明·薛己
《女科撮要》	明·薛己
《针灸聚英》	明·高武
《医学统旨》	明·叶文龄
《妇人大全良方》	明·陈自明
《万氏女科》	明·万全
《古今医统大全》	明·徐春甫
《濒湖脉学》	明·李时珍
《慎斋遗书》	明·周慎斋
《医学入门》	明·李梴
《古今医鉴》	明·龚信
《本草纲目》	明·李时珍
《医方考》	明·吴崑
《医林绳墨》	明·方隅
《赤水玄珠全集》	明·孙一奎
《仁术便览》	明·张浩
《医学六要》	明·张三锡
《万病回春》	明·龚廷贤
《鲁府禁方》	明·龚廷贤
《黄帝内经素问吴注》	明·吴崑
《明医指掌》	明·皇甫中
《针灸大成》	明·杨继洲
《证治准绳》	明·王肯堂
《寿世保元》	明·龚廷贤
《医贯》	明·赵献可
《外科正宗》	明·陈实功
《痈科选粹》	明·陈文治
《济阳纲目》	明·武之望
《济阴纲目》	明·武之望
《景岳全书》	明·张介宾
《类经》	明·张介宾
《本草正》	明·张介宾
《简明医彀》	明·孙志宏
《红炉点雪》	明·龚居中
《丹台玉案》	明·孙文胤
《慎柔五书》	明·胡慎柔
《医宗必读》	明·李中梓
《症因脉治》	明·秦景明

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

《理虚元鉴》	明·汪绮石
《博爱心鉴撮要》	明·洪珠
《病机沙篆》	明·李中梓
《寓意草》	清·喻昌
《医灯续焰》	清·潘楫
《医门法律》	清·喻昌
《侣山堂类辨》	清·张志聪
《黄帝内经素问集注》	清·张志聪
《古今名医方论》	清·罗美
《证治汇补》	清·李用粹
《辨证录》	清·陈士铎
《石室秘录》	清·陈士铎
《医方集解》	清·汪昂
《张氏医通》	清·张璐
《幼科铁镜》	清·夏禹铸
《本经逢原》	清·张璐
《黄帝素问直解》	清·高世栻
《万崖尊生全书》	清·景日昣
《医学真传》	清·高世栻
《重订通俗伤寒论》	清·俞根初
《顾松园医镜》	清·顾松园
《瘟疫明辨》	清·戴天章
《医宗己任编》	清·杨乘六
《四明心法》	清·高鼓峰
《金匮要略心典》	清·尤怡
《医学读书记》	清·尤怡
《医学心悟》	清·程国彭
《惠直堂经验方》	清·陶东亭
《不居集》	清·吴澄
《外科证治全生集》	清·王维德
《医略六书》	清·徐大椿
《删补名医方论》	清·吴谦
《医宗金鉴》	清·吴谦
《医碥》	清·何梦瑶
《四圣心源》	清·黄元御
《杂症会心录》	清·汪文绮
《本草从新》	清·吴仪洛
《疡医大全》	清·顾世澄

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

《兰台轨范》	清·徐大椿
《临证指南医案》	清·叶桂
《医贯砭》	清·徐大椿
《文堂集验方》	清·何京
《金匮翼》	清·尤怡
《续名医类案》	清·魏之琇
《杂病源流犀烛》	清·沈金鳌
《医级》	清·董西园
《回生集》	清·陈杰
《罗氏会约医镜》	清·罗国纲
《吴医汇讲》	清·唐大烈
《疫疹一得》	清·余霖
《温病条辨》	清·吴瑭
《吴鞠通医案》	清·吴瑭
《时方歌括》	清·陈修园
《杏轩医案》	清·程文囿
《重庆堂随笔》	清·王秉衡
《医学实在易》	清·陈修园
《静香楼医案》	清·尤怡
《伤科汇纂》	清·胡廷光
《医述》	清·程文囿
《医学从众录》	清·陈修园
《笔花医镜》	清·江涵暾
《医林改错》	清·王清任
《类证治裁》	清·林珮琴
《重楼玉钥》	清·郑宏纲
《温热经纬》	清·王士雄
《得心集医案》	清·谢映庐
《医原》	清·石寿棠
《七松岩集》	清·郑树珪
《王旭高医书六种》	清·王旭高
《医醇賸义》	清·费伯雄
《温病全编》	清·石寿棠
《理瀹骈文》	清·吴师机
《医书汇参》	清·蔡宗玉
《外治寿世方》	清·邹存淦
《医门补要》	清·赵濂
《血证论》	清·唐容川

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

《成方便读》	清·张秉成
《疑难急症简方》	清·罗越峰
《读医随笔》	清·周学海
《张聿青医案》	清·张聿青
《王旭高医案》	清·王旭高
《继志堂医案》	清·曹仁伯
《也是山人医案》	清·也是山人
《医学传心录》	清·（作者佚名）
《医学衷中参西录》	清·张锡纯
《医方类聚》	（朝）金礼蒙
《东医宝鉴》	（朝）许浚
《杂病广要》	（日）丹波元坚

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com